

表 1. 対象の特徴 1

	平均±SD
年齢	80.7±9.8
要介護度	2.6±1.0
BMI	21.6±3.2
歩行距離(m)/day	147.6±161.2
訓練参加回数	16.1±3.1

表 2. 対象者の特徴 2

対象	年齢	性別	歩行に影響する要因	主な移動手段	転倒経験の有無	骨折の有無
A	72	男	片麻痺	車椅子	あり	あり
B	62	男	片麻痺	車椅子	なし	なし
C	79	女	片麻痺	車椅子	あり	なし
D	80	女	変形性膝関節症	車椅子	あり	なし
E	87	女	大腿骨骨折	車椅子	あり	あり
F	93	女	大腿骨骨折	杖歩行	あり	あり
G	85	女	大腿骨骨折	押し車	あり	あり
H	79	女	パーキンソン	歩行	なし	なし
I	90	女	腰痛	車椅子	あり	なし

表 3. 積極的歩行訓練の評価

	訓練開始前	1ヵ月後
FIM	104.6±12.4	変化なし
握力	13.6±7.2	14.6±7.8
下肢筋力	9.4±6.4	17.0±10.6*
生活満足度	3.56±0.7	変化なし

p<0.05

11) 介護老人福祉施設入所者の機能の経時変化とリハ的介入の効果

埼玉県彩光苑リハビリテーション担当 清宮清美

慶應義塾大学医学部大学院リハビリテーション医学教室 東保 薫 里字明元

【要約】 介護老人福祉施設には、常勤の医師やリハビリスタッフの配置が義務付けられていない。また、利用者は慢性期の重度高齢障害者が多い。以上のような理由から特養では積極的なリハビリ訓練は行われていないのが現状である。埼玉県では、介護保険の始まりを前に高齢者の在宅介護を支援するための施設を開設した。特養部門においても在宅復帰を理念にPT・OTを常勤で配置し、機能訓練の充実を図った。医師の関わりは、リハビリ専門医による出張リハビリ診察にて、評価と助言指導を得た。

今回、平成8年の開設より6年間の利用者の変化をリハビリ診察時の機能障害、基本動作能力、ADL、認知機能等に関する資料を基に調査し、リハビリ的介入内容とあわせてその有効性について検討することを研究目的とした。現在までに集計したデータを紹介し、研究の経過報告と今後の予定について報告する。在宅復帰例や退院直後の関わりによる機能向上例などの一部の結果からも、特養におけるリハビリ的介入の有効性が示唆された。

【はじめに】 特別養護老人ホーム（以下特養）（現介護老人福祉施設）には、常勤の医師やリハビリスタッフの配置が義務付けられていない。また、利用者は慢性期の重度高齢障害者が多い。以上のような理由から特養では積極的なリハビリ訓練は行われていないのが現状である。

埼玉県では、介護保険の始まりを前に高齢者の在宅介護を支援するための複合施設を開設した。特養部門においては在宅復帰を理念に理学療法士（以下PT）、作業療法士（以下OT）を常勤で配置し、機能訓練の充実を図った。そこで、平成8年の開設より6年間の特養利用者の変化を調査し、リハビリ的介入内容とあわせてその有効性について検討することを研究目的とした。現在までの集計データ、研究経過と今後の予定について報告する。

【施設の概要】 彩光苑は、平成8年6月に施設は、理念：在宅復帰を目標とすることを理念として開設された。施設は、1F特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）定員54人、短期入所生活介護（ショートステイ）定員16人、2Fケアハウス定員50人、3F介護実習普及センターにより構成される。職員は、所長以下管理事務職員7、栄養士1、相談員3、看護師3、PT2、OT2（現在は各1）、介護職員20、嘱託医7（内科週3回・他各科とも月2回程度、リハ医1（年3～4回県リハビリテーションセンターより派遣））である。

リハビリ訓練は、PT、OTによる1コマ30分の個別訓練を対象者の必要度に応じて週1～3回実施される。医師の関わりは、リハビリ専門医による出張リハビリ診察により、評価と助

言指導を得ている。特に当施設から再発、合併症の発生等により医療機関に入院した利用者には、退院後早期に頻回に訓練を実施し、以前のような施設生活が送れるよう指導を行っている。また、骨折を起こした利用者に関しては、再発予防のために介護担当者にも指導を行っている。

【対象と方法】平成8年6月より平成14年3月までの間当苑特養部門に在籍し、リハビリ診察及び訓練を行った利用者77名（男性25、女性52）を調査の対象とした。開始時平均年齢、主な疾患などについては表1、2、3に示す。

リハビリ診察時の医師の診断・評価と、PT・OTの評価記録から機能障害、基本動作能力、ADL、認知機能等に関するデータを抽出した。また補足データとして、年度ごとの特養利用者の状況についての平均データを苑事業概要より調査した。さらに施設から在宅復帰に至った症例について分析を加えた。

【結果】1.リハビリ医師の診断・評価、PT・OT評価報告の資料を基に行う調査については、データの抽出がほぼ終了し、現在、データを解析中である。2.苑事業概要より抽出した特養利用者の状況からは、以下の結果が得られた（表4、5）。

1)「障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）の判定基準」では、B-2（車いす利用、移乗介助）の者が多かった。

2)上記と同様の判定基準に基づいた変化状況より、向上あるいは変化なしの割合は、もともと変化が起こりえない最重度のC-2（全介助）例を除いてもほぼ5割が機能維持できていた。

3.調査した77名中、他の自立施設を含め在宅復帰に至った利用者は7名（男4、女3）であった（表6）。そのうちの1例に関して在宅復帰までの経過を報告する。

（症例）66歳男性

（診断・障害）脳出血・左片麻痺、失語症

（経過）発症から6ヶ月で入所。入所時の評価では歩行の可能性はあるが、実用的には車いすレベルでのADL自立をゴールとした。一戸建てを住宅改修して在宅復帰することを目標としてリハビリを行った。

（結果）入所後11ヶ月で、住宅改修、福祉用具導入、デイサービスで入浴を利用することとして在宅生活を開始した。3ヵ月後のフォローアップ訪問をきっかけに、長女の介護負担軽減、リハビリ訓練、理容、入浴などを目的に当苑ショートステイを利用することになり、現在まで約2年間毎月利用している。

（考察）特養利用者であっても、在宅復帰に必要な指導を十分に行うことができれば、在宅復帰は可能である。加えて退所後のフォローアップ体制を整えることが望ましい。

【結論】苑事業概要より調査した特養利用者の状況や、在宅復帰例の一部の結果から、特養においても焦点を絞った適切な関わりを持つことにより、リハビリ的介入の効果について、有効性が示唆された。今後、対象者の機能障害、能力低下に関する6年間のデータについて、より詳細な結果検討を行う予定である。

表1. リハビリテーション開始時年齢 (N = 77)

年齢 (歳)	60~64	65~69	70~74	75~79	80~84	85~89	90~94	95~99	平均年齢
男 (25名)	5	2	2	7	3	5	1	0	76.2歳
女 (52名)	1	6	2	11	9	15	7	1	82.2歳
計	6	8	4	18	12	20	8	1	80.2歳

表2. 主診断名 (N = 77)

疾患	男性	女性	合計	%
脳血管障害	13	23	36	46.7
パーキンソン病	0	3	3	3.9
心疾患	0	2	2	2.6
慢性関節リウマチ	0	2	2	2.6
骨関節疾患	1	4	5	6.5
脊髄損傷	2	1	3	3.9
痴呆	5	10	15	19.5
精神発達遅滞	2	2	4	5.2
その他	2	5	7	9.1

表3.リハビリ診療受診回数 (N=77)

回数	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13以上		合計		
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	
男 (25名)	4	1	2	4	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	25
女 (52名)	15	1	3	9	5	2	2	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	52	
合計	19	2	5	13	5	3	0	0	3	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	77		

表4.日常生活自立度の状況

分類	平成8年度 (52名)			平成9年度 (49名)			平成10年度 (47名)			平成11年度 (47名)			平成12年 (50名)		
	男	女	%	男	女	%	男	女	%	男	女	%	男	女	%
J-1 交通機関利用可能	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
J-2 近所への外出可能	1	1	2	4	0	1	2	1	0	1	2	1	0	1	2
A-1 ADL自立で離床	4	7	11	21	4	14	29	4	5	9	19	5	5	10	21
A-2 ADL自立で臥床がち	0	6	6	11	0	3	6	1	5	6	13	2	4	6	13
B-1 ADL一部介助で移乗可能	0	5	5	10	0	1	2	0	4	4	8	0	3	3	7
B-2 ADL一部介助で移乗不可能	6	10	16	31	6	12	18	37	4	10	14	4	13	17	36
C-1 ADL全介助で寝返り可能	1	2	3	6	1	4	5	10	1	7	8	3	5	8	17
C-2 ADL全介助で寝返り不可能	2	7	9	17	0	7	7	14	1	4	5	0	2	2	4

表5.日常生活自立度の前年度比較

変化	平成8年度 (52名)			平成9年度 (49名)			平成10年度 (47名)			平成11年度 (47名)			平成12年度 (50名)		
	男	女	%	男	女	%	男	女	%	男	女	%	男	女	%
向上	0	1	2	0	3	6	0	2	5	0	1	3	1	1	4
不変	12	31	82	11	26	76	7	14	44	8	23	65	8	23	62
低下	2	6	16	0	5	10	2	15	36	2	5	15	5	6	22
新規	0	0	0	0	4	8	3	4	15	5	3	17	2	4	12

表6.転帰 (N=77)

	男性		女性		合計	%
家庭復帰	2		2		4	5.2
施設入所 (自立生活)	2		1		3	3.9
施設入所 (他特養)	0		1		1	1.3
病院入院 (後に死亡)	5		12		17	22.1
継続入所	16		36		52	67.5

4.在宅リハビリテーション

12) 維持期リハビリテーションにおける地域内多職種連携について—介護保険制度下での当院地域リハビリテーション活動を通して—

東京都リハビリテーション病院地域リハビリテーション科 大塚友吉

【要約】1.目的：当院所在地の東京都墨田区には、訪問・通所リハを行う介護保険サービス機関が少ない。当院は訪問リハを行っているが、リハ専門職による訓練だけでなく、他職種へのリハ指導が患者のADLに及ぼす効果について検討した。2.方法：対象は、当院が訪問リハを行っている患者21名である。疾患は脳血管障害が85%と多く、要介護度は5が56%であった。ADLを機能的自立度評価法(FIM)により、訪問リハ開始時・終了時に評価した。理学療法士による本人・家族・他職種へのリハ指導を中心に訪問リハを行った。3.結果：理学療法士によるリハ指導でも、FIM得点の変化は44.2点から45.4点と不変であった。4.考察：理学療法士による直接的な訓練でなくとも、本人・家族・他職種へのリハ指導が、患者のADL維持に有効で、リハ専門職が少ない地域でも、他の介護保険サービス職種へのリハ指導により、ADL維持が可能であることが示唆された。

【はじめに】当院は、平成7年4月に在宅リハビリテーション（以下リハ）科を設置し、訪問リハを行っている。平成13年7月よりは在宅リハ科を地域リハ科と改名し、介護保険制度での指定訪問リハ事業所となり、介護保険適応患者に対しては介護保険制度で、それ以外の患者に対しては医療保険制度で訪問リハを行っている。

当院の訪問地域は、東京都の区東部保健医療圏を中心に、墨田区、江東区、江戸川区、葛飾区、足立区、荒川区、台東区の7特別区に及んでいる。訪問地域内の人口は約256万人（平成14年6月現在）で、そのうちの65歳以上の高齢者は約40万人である（図1）。一方で、介護保険各サービスの指定事業所¹⁾は、訪問介護サービスが363ヵ所、訪問看護サービスが118ヵ所である。指定訪問看護事業所の中で、理学療法士あるいは作業療法士が常勤で在籍している事業所は12ヵ所（10.2%）、非常勤で在籍している事業所は17ヵ所（14.4%）である。また、指定訪問リハ事業所は3ヵ所に過ぎない。このようなサービス基盤では、指定訪問リハ事業所や指定訪問看護事業所の理学療法士や作業療法士だけで全てのリハニーズに対応することは非常に困難である。

リハニーズとしては、病院や診療所で行われる関節可動域訓練や筋力増強訓練などの機能訓

練やマッサージなどを期待する患者も多いが、リハ医学的には、患者が在宅生活を円滑に送れるように図る日常生活動作（以下、ADL）訓練や寝返りや起き上がり、移乗などの基本動作訓練も在宅リハでは重要なプログラムであると考えられる。ADL や寝返りや起き上がり、移乗動作は、日常的に家族やヘルパー、看護師も介助している場合が多く、リハ専門職以外のスタッフによる訓練の余地がある。蜂須賀（1999）²⁾ は、「在宅リハとは、自宅で生活している障害者のために、本人、家族、医師、療法士、看護婦、ヘルパーなどが行う医療・保健・福祉に関する活動であり、障害に応じて最も適切な生活が送れるようにすることである。」と定義しており、ヘルパーや看護師が行なう介助は、リハ目的にかなったものでなければならない。ただし、中にはそのような動作を行うのがリハ医学的には困難と思われたり、介助方法が不適切なために必要以上の介助量となっていたりする場合もあり、リハ専門職以外のスタッフが ADL 訓練や基本動作訓練を行う場合には、リハ専門職が事前に評価・指導することが望ましい。

そこで、理学療法士や作業療法士による ADL 訓練や基本動作訓練の指導により、ヘルパーや看護師などがそのような訓練を行った場合の訓練効果について ADL 面から検討した。

【方法】対象（表 1）は、当院に訪問リハ依頼のあった墨田区在住患者のうち、ヘルパーや看護師などに ADL や基本動作の指導を行い、経過観察を終了することのできた 21 名である。男性が 11 名、女性が 10 名で、年齢は 44 から 92 歳（平均 75.0 歳）であった。主病名は脳血管障害が 18 名（85%）、脊髄症が 2 名（10%）、胆摘術後の廃用症候群が 1 名（5%）であった。介護保険の要介護度は、要介護 1 が 1 名（5%）、同 2 が 1 名（5%）、同 3 が 2 名（10%）、同 4 が 5 名（24%）、同 5 が 12 名（56%）であった。

患者の ADL や基本動作の評価は、機能的自立度評価法（Functional Independence Measure、以下 FIM）³⁾ を用いて、指導開始前と指導を終了しヘルパーや看護師などによる訓練で ADL や基本動作について患者の能力が維持されていることが確認できた時点（指導終了時）に評価した。指導期間は、182 日から 583 日（平均 279.0 日）であった。

リハ指導は、リハ医が評価した後に理学療法士あるいは作業療法士が患者・家族・ヘルパー・看護師などに基本動作や移乗動作を中心としたリハ指導を、月に 1～2 回各 1 時間程度かけて行った。

【結果】

1) FIM 分布

リハ指導開始前と終了時の FIM 得点分布を図 2 に示す。FIM 運動 13 項目総得点は、開始前・終了時とも 25 点以下、つまり平均すると 1 点台で全介助レベルが 14 名（67%）と多かった。一方、FIM 認知 5 項目総得点は、開始前には 9 点以下、つまり平均すると 1 点台で全介助レベルが 8 名（38%）と多かったが、運動項目に比べるとばらつきがあり、30 点以上、つまり平均すると 6 点以上の自立レベルも 3 名（14%）認められ、終了時は全介助レベルが

6名（29％）と減少し、自立レベルが4名（19％）と増加していた。

2) FIM 変化

リハビリ指導開始前と終了時の FIM 平均得点変化を図 3 に示す。FIM 運動 13 項目総得点の平均は、開始前が 28.3 点で、終了時が 29.0 点であった。FIM 認知 5 項目総得点の平均は、同様に 15.9 点、16.4 点であった。運動項目・認知項目とも指導前後で得点に有意差は認めなかった。

FIM 総得点が増加した患者は 9 名（43％）、不変が 8 名（38％）、減少が 4 名（19％）であった。

3) FIM 項目別変化

基本動作や移動についてのリハビリ指導を行ってきたが、FIM の移乗・移動関連項目の得点変化を図 4 に示す。トイレ移乗を除く車椅子移乗、浴槽移乗、移動（歩行または車椅子移動）、階段昇降の各項目で、1 点の患者が指導開始前に比べて終了時には減少していた。

【考察】当院訪問リハビリ患者に対する ADL や基本動作の訓練指導が患者の日常生活能力にどのような効果をもたらすか、FIM を用いて検討した。その結果、指導開始前後で FIM 運動項目・認知項目の総得点に有意差は認められなかった。FIM 得点と同程度と言うことは、日常生活能力に変化がない、能力が維持されていると考えることができる。個々の患者での得点変化を見ると、得点が増加または不変の患者が 17 名（81％）と日常生活能力が改善または維持されているが多く、ヘルパーや看護師などのリハビリ専門職以外の介護保険サービススタッフへの指導を訪問リハビリとして行っても、日常生活能力の維持に有効な可能性が示された。

しかし、今回の研究では、要介護度 4 と 5 を合わせて対象の 80％を占めており、要介護度の重い患者が多く、つまり、元々 FIM 得点が低い状態で長期にわたり経過し、リハビリ医学的には機能改善が困難と考えられる患者が多く、リハビリ指導開始前後での FIM 総得点に有意差がなかったと考えられる。要介護度の比較的軽い患者は、歩行や移動が比較的容易にできるために、医療機関に通院してのリハビリや通所リハビリなどを利用し、訪問リハビリを利用しないのではないかと推測される。

FIM の移乗・移動関連項目の得点変化を見ると、車椅子移乗、浴槽移乗、移動（歩行または車椅子移乗）、階段昇降の各項目で、全介助レベル患者が減少していた。動かないことが機能障害や能力低下をもたらすいわゆる「廃用症候群」を防ぎ、また改善するための移乗・移動動作をリハビリ専門職だけでなくヘルパーや看護師なども行なうことが、症状が重度な患者の ADL や基本動作能力の維持には重要な可能性が示された。本来であれば、介護保険での指定訪問リハビリ事業所が地域のリハビリニーズに応えられるだけ潤沢にあり、理学療法士や作業療法士が直接訓練を実施する型式が最良と考えられるが、地域によっては指定訪問リハビリ事業所が少なく、専門職によるリハビリが行えない地域もある。また、例えば専門職が訪問リハビリを定期的に行なっていたとし

ても、ヘルパーや看護師などの他職種との連携が不十分な場合には、訪問リハで自ら行なう能力を身に付けたとしても、日常生活場面では介助されてしまうと言ったりリハ目的やケア目的を達成する過程に矛盾が生じるおそれがある。そのためにも、実際の患者のリハ・介護・看護を通じて、リハ専門職とヘルパーや看護師との連携を深めることが重要と考えられる。

今回の研究は、対象者数が少なく、要介護度分布も重度に片寄っていることなど制約が多い。また、リハ指導をしなかった患者との比較検討も必要となってくるであろう。今後はそのような観点からさらに訪問リハの方法について検討したい。

【参考文献】

- 1) 東京都福祉局資料「介護保険サービス情報」2001.
- 2) 蜂須賀研二：在宅リハビリテーション. 現在リハビリテーション医学（千野直一編），金原出版,pp531-548,1999.
- 3) 千野直一編著：脳卒中患者の機能評価. SIAS と FIM の実際. シュプリンガー・フェアラーク東京. 1997.



図1 当院の訪問リハビリテーション患者所在地域

図の太線で囲まれた7特別区に及ぶ。同地域の人口は約256万人、65歳以上の高齢者人口は約40万人である。（平成14年6月現在）

表 1 対象者特性

性別	男性11名 女性10名				
年齢	44～92歳 (平均 75.0歳)				
主たる病名	脳血管障害 18名	脊髄症 2名	廃用症候群 1名		
要介護度	要介護1 1名	要介護2 1名	要介護3 2名	要介護4 5名	要介護5 12名

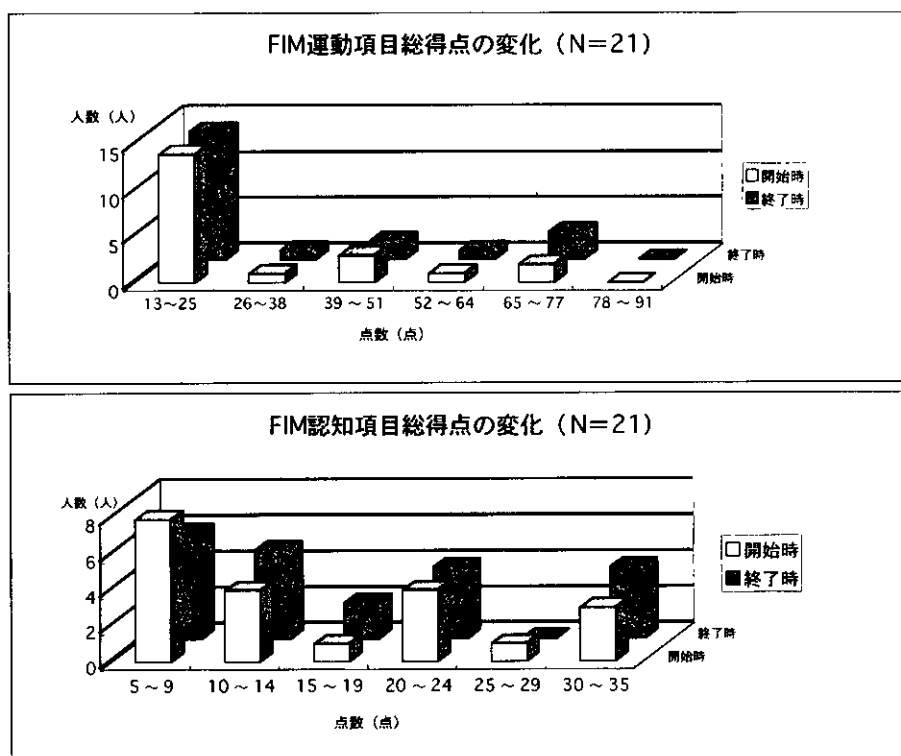


図 2 機能的自立度評価法 (FIM) 得点変化
要介護度 5 が多いことに対応して、FIM得点は低い群が多い。

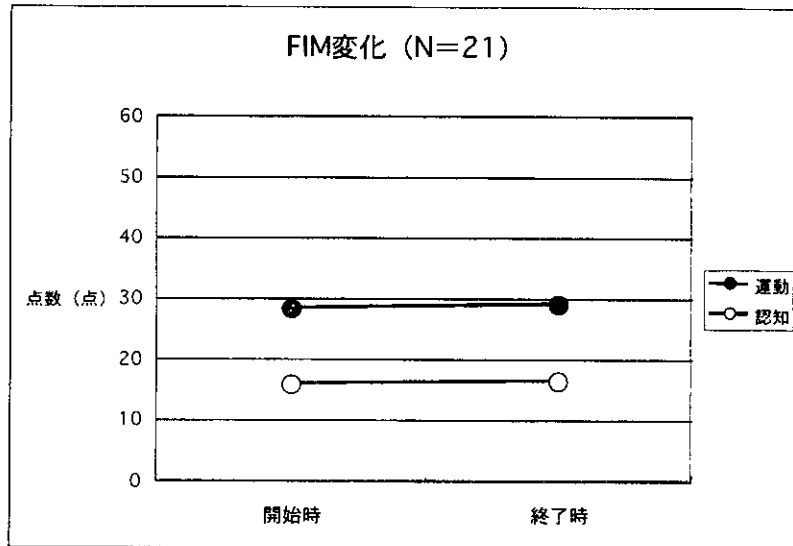


図3 訪問リハ指導開始時・終了時のFIM変化
指導開始時・終了時のFIM得点に有意差はなかった。

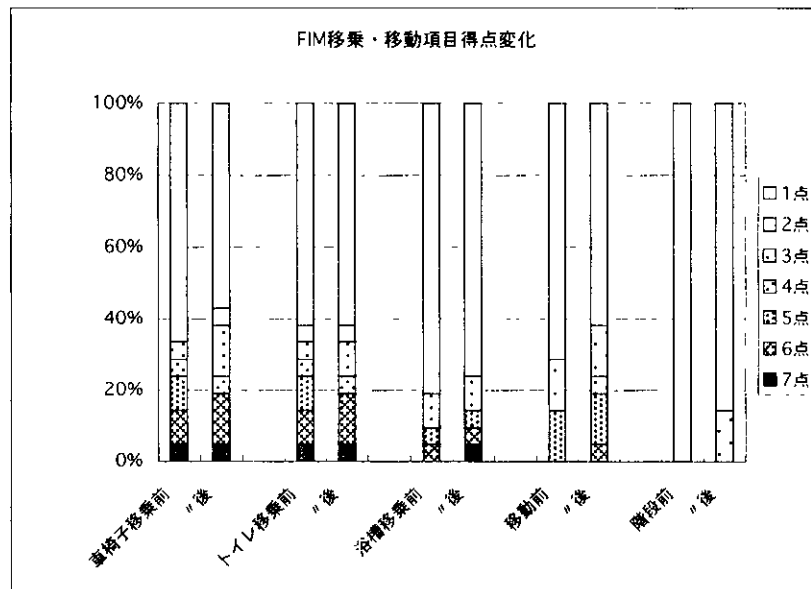


図4 FIM移乗・移動関連項目の得点変化
トイレ移乗を除いては、得点の増加、つまり介助量の減少された傾向を認める。

13) 診療所による訪問リハビリテーションの実態調査

医療法人大那 那須大田原リハビリクリニック 近藤健

当法人は栃木県の県北の大田原市を中心とした近隣の市町村に積極的に訪問リハビリテーションを行っている。診療所は5年ほど前に、リハビリテーション専門医である私と妻で新規に開業した。無床診療所に通所リハビリテーション、訪問看護ステーション、訪問介護ステーション、居宅介護支援事業所を併設している。訪問リハビリテーションは、介護保険認定者にはステーションから派遣、医療保険には診療所から派遣している形になっている。実施範囲は、遠いところでは片道30キロメートルのところがある。それ以上遠くからも依頼があるが、採算、効率を考慮してお断りせざるを得ない状況である。現在、当法人では、リハビリテーション専門有床診療所（19床）を新築中である。残念ながら診療所のため回復期リハビリテーション病棟の指定は受けられないが、回復期の入院リハビリテーションを専門に行う計画である。回復期のリハビリテーションから訪問リハビリテーション、通所リハビリテーションなどの在宅リハビリテーションが途切れず、退院後も実際の生活に結びつくように、小さいけれど、小回りのきく地域に根ざしたりハビリテーションシステムの構築をめざしている。

表1に2002年7月～12月の訪問リハビリテーションの実績を示す。利用者数は月平均61.7人、訪問回数は合計2027回（月平均337.8回）、PT・OT訪問走行距離は26,517km（訪問1回13.1km）、医療保険利用者10.9%、介護保険利用者89.1%であった。2002年12月時点の訪問リハビリテーション対象者62名（男29名、女33名）の年齢別患者数は表2に示すとおりで、70代、80代が多かった。介護保険認定度別利用状況は、要支援0.6%、要介護1 27.6%、要介護2 13.1%、要介護3 17.3%、要介護4 22.5%、要介護5 18.8%となり（図1）、この6ヶ月に介護認定があった利用者が27人あり、認定が軽くなった人 3人、重くなった人 9人、変わらなかった人 15人であった。対象者の診断名は脳血管障害、骨関節疾患が多かった（表3）。FIMで測定したADL項目ごとの平均点は図2、図3に示すとおりである。

回復期から維持期における、またはその円滑な移行に関する調査研究は乏しく、当法人でも維持期リハビリテーションのあるべき姿を手探り状態である。今回、当法人では、訪問リハビリテーションに関する実態調査を慶應大学グループで提示された全ての評価法を用いて調査したが今後、詳細な解析結果を報告予定である。さらに、通所リハビリテーションの利用者の調査も計画している。

表1.訪問リハビリテーション実績
(2002年7月～12月)

利用者月平均	61.2人
訪問回数	2027回 (月平均337.6回)
訪問走行距離	26,517km (1回平均13.1km)
医療保険利用者	10.9%
介護保険利用者	89.1%

表2.年齢別訪問リハビリ患者数

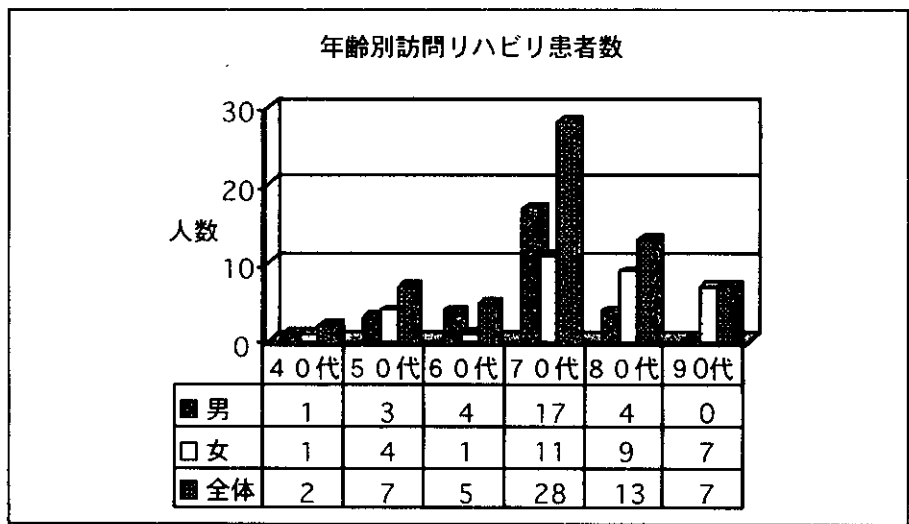


図1.介護保険要介護認定

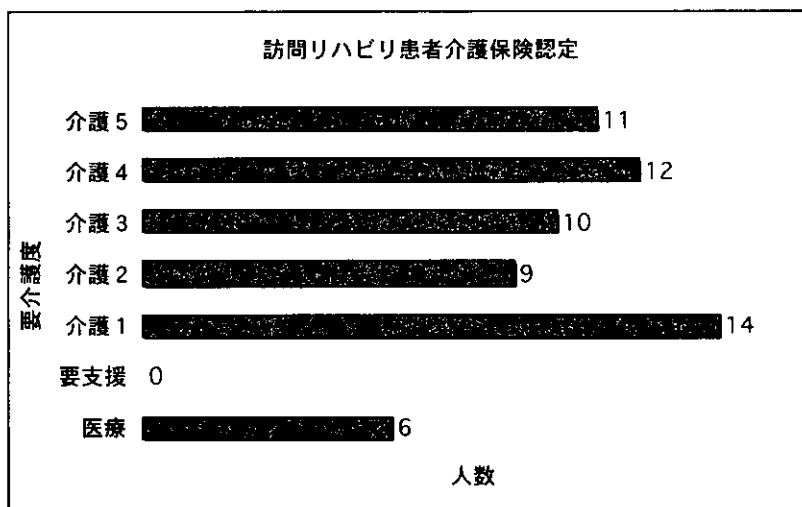


表3.訪問リハビリ患者主病名

●脳梗塞	26	●痙性対麻痺	1
●変形性股・膝関節症	7	●熱傷後膝関節拘縮	1
●変形性脊椎症	5	●脳腫瘍	1
●パーキンソン病	4	●脳性麻痺	1
●脳出血	4	●脊髄小脳変性症	1
●慢性関節リウマチ	2	●低酸素脳症後遺症	1
●廃用性症候群	2	●痙性対麻痺	1
●頸髄損傷	2	●腰椎圧迫骨折	1
●頸髄不全損傷	2	●頭部外傷後遺症	1

図2.FIM運動項目平均点（31人）

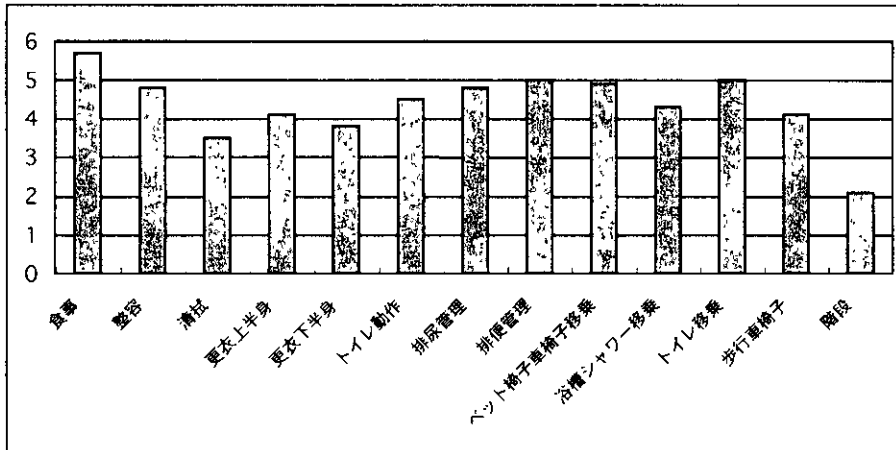
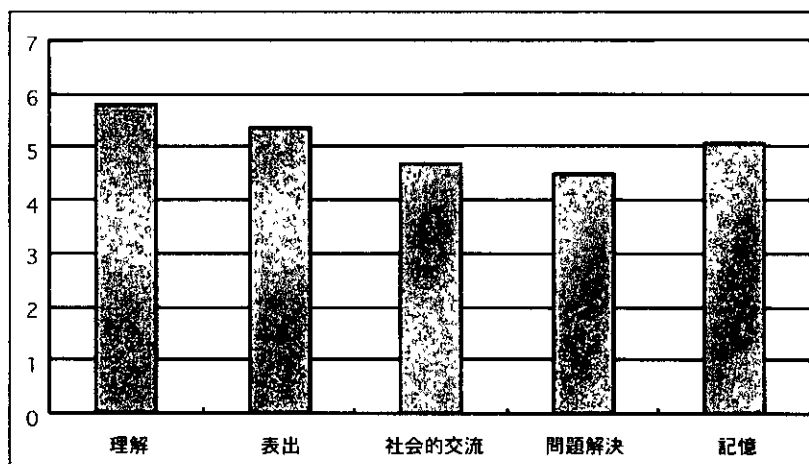


図3.FIM認知項目平均点（31人）



14) 訪問看護ステーション利用者の実態と症例の紹介

訪問看護ステーション上戸田 江幡百合子

慶應義塾大学医学部リハビリテーション医学教室 里宇明元

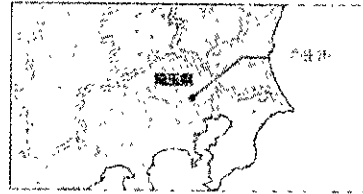
【対象者の実態】訪問看護ステーション上戸田は、人口約 11 万人、高齢化率 10.3%の埼玉県戸田市に位置する(図 1)。戸田市の要介護度別割合および在宅サービスの利用状況は図 2、図 3 に示すとおりである。戸田市には他の 2 所の訪問看護ステーションがあり、当ステーションのスタッフは、常勤 1 名、非常勤 7 名(常勤換算 3 名)で、介護支援センターが併設されている。2002 年 12 月時点の訪問看護対象者は 33 名で、年齢 79±11 歳(59 歳～95 歳)、保険種別は介護保険 29 名、医療保険 4 名で(図 4)、介護保険対象者の要介護度は 5:6 名、4:8 名、3:8 名、2:5 名、1:2 名であった(図 5)。主たる介護者の年齢は図 6 に示すとおりである。主診断名は、脳血管障害 16 名、心疾患 4 名、骨折後・関節疾患 3 名、悪性腫瘍加療後 2 名、呼吸器疾患 2 名、その他 6 名(皮膚筋炎、天疱瘡、高血圧、消化器疾患、アルツハイマー各 1 名)で、このうち、胃瘻造設 2 名、気管切開 2 名、人口肛門 2 名、腎瘻 1 名であった。月あたりの訪問回数は、2 回から 9 回、平均 6 回であった(図 7)。平成 15 年度は、これらの対象者に対し、維持期リハビリテーションデータベースの評価項目の中から、FIM、仮の要介護状態チェックリスト、Zarit 介護負担感尺度などを用いて調査を行う予定である。

【症例報告】当ステーションが関わった利用者 2 名を紹介する。重度のくも膜下出血後遺症例では、医療的処置を要する重度障害者の在宅生活や社会参加を支えるためには、家族の介護力と医療・保健・福祉の血の通った連携が不可欠なこと、重度例であっても適切な対応により機能が向上する可能性があることを学んだ。皮膚筋炎の症例からは、支援する上で利用者の必要性に応じた援助の介入タイミングの大切さを学ぶことができた。

現在、リハビリテーションの重要性の認識は非常に普及しているが、在宅においては、本人・家族の価値感や援助者の職種により、リハの認識は多少異なっている。本人・家族は PT、OT が行う非日常的医療ケアをリハと誤解し、また、介護職・看護職はリハ＝関節可動域訓練と誤解しやすい。生活の場でリハの効果を得るためには、リハについての誤解を時、本人・家族、援助者がチームを組める共通の認識を持つことが大切である。他者の認識に働きかける前にまず自らを変え、療養の世話におけるリハの認識を新たにしたいと考える。

図1.埼玉県戸田市

人口約11万人、高齢化率10.3%



年齢階層	男	女	計	百分率
65歳以上	5,099	6,384	11,483	10.3%
15～64歳	43,231	37,681	80,912	72.9%
0～14歳	9,579	8,990	18,569	16.8%
計	57,909	53,055	110,964	100%

図2.要介護度別割合（戸田市）

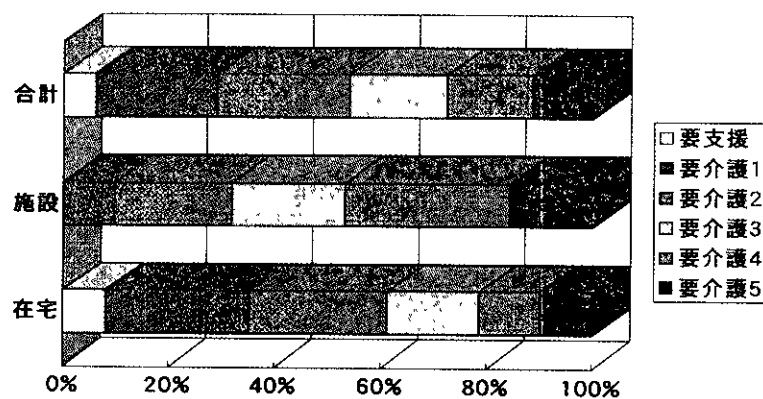


図3.戸田市在宅サービス利用率

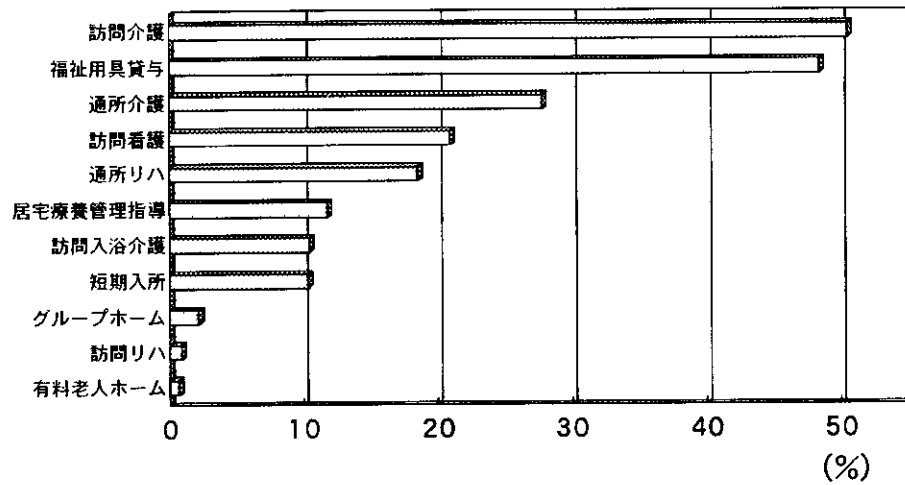


図4.利用者の年齢 (33名)

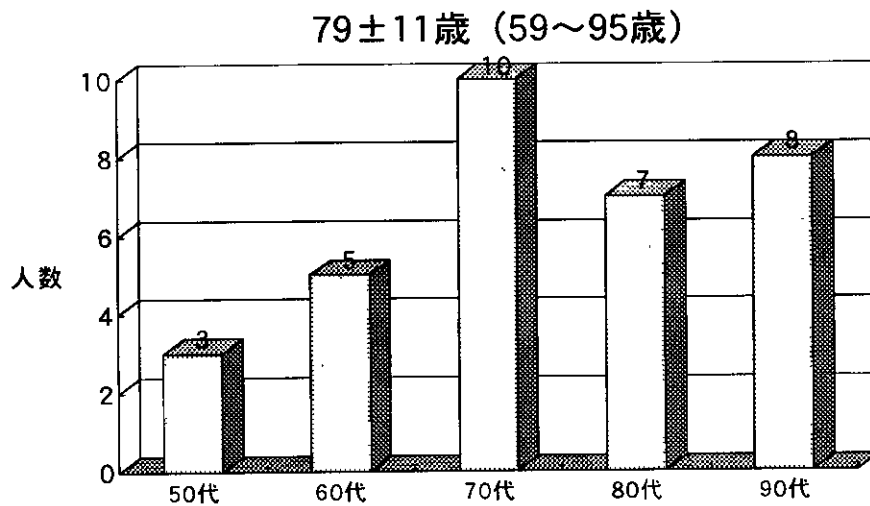


図5.利用者の要介護度
(介護保険 29名、医療保険4名)

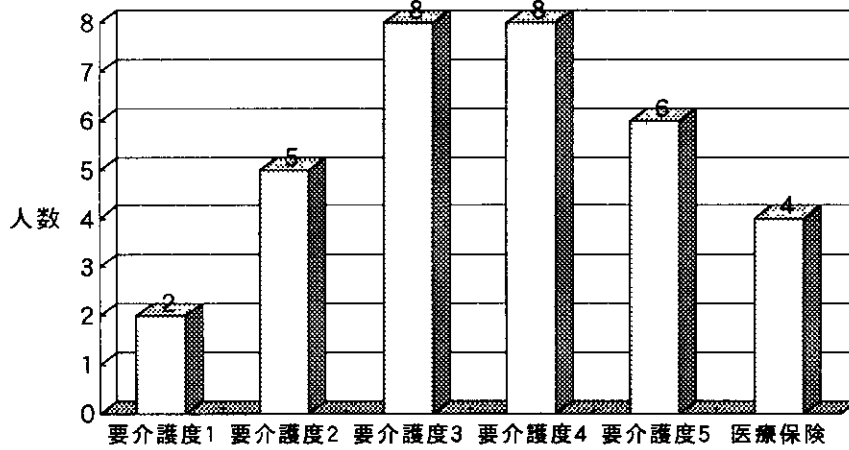


図6.主たる介護者の年齢 (33名)

