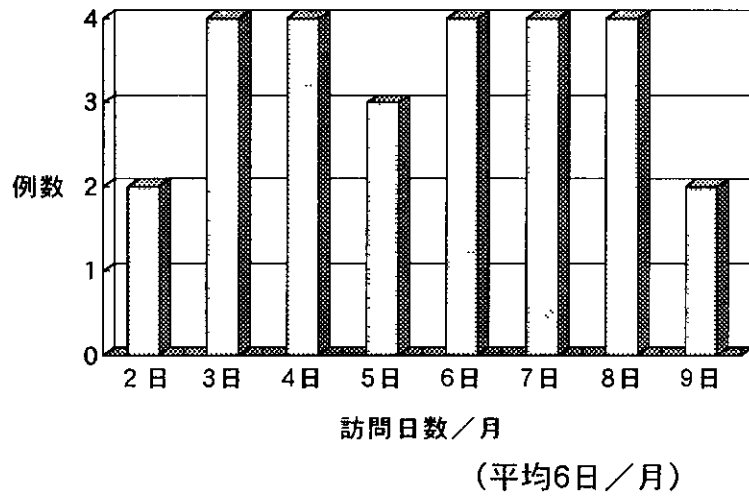


図7.月あたり訪問日数



## 15) 世田谷区における地域リハビリテーション活動

慶應義塾大学医学部リハビリテーション医学教室

長谷公隆、正門由久

世田谷区総合福祉センターは、人口827,000人の世田谷区における地域リハビリテーションの中心施設として平成元年に設立された。その基本理念は、年齢や障害の種別を問わず相談に応じ、ライフステージに応じた専門的・総合的な指導・訓練を実施し、区民同士の活発な交流を促進することにある(図1)。主な事業内容を図2に示すが、この中のネットワーク事業である『世田谷りはねっと』(図3)について報告する。

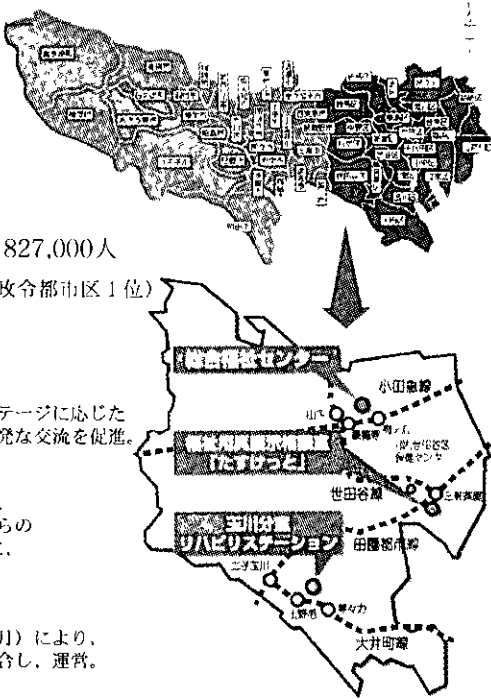
平成14年12月7日に開催された『世田谷りはねっと』において、われわれは地域の参加者とともに嚥下障害、介護負担感、独居要介護者のリスク管理に関する事例検討を実施し、在宅要介護者の機能維持のための健康管理とリハビリについて検討した(図4)。参加者は、実際に要介護者の介護にかかわっている家族、介護支援専門員、訪問看護婦、保健婦、理学療法士、作業療法士、栄養士、ヘルパー、ボランティア、ケースワーカー、そして世田谷区の地域医療を支える医師・歯科医師などの約120名であった。

今回の発表会において、誤嚥性肺炎のリスクを同定するためのスクリーニング法、介護者の健康管理の一貫としての心理的サポート、そして、独居要介護者のリスク管理へのかかわり方を、要介護者に実際に接する機会が多い保健婦、ヘルパー、ボランティアおよび直接の介護者を含めて、ケアチーム全体が共有することができたことにより、地域医療の質の向上が図られたと考えられる。仮の要介護状態を見極めて支援するためのスクリーニングシステムの構築を目指す本研究の主旨を地域に広めるうえで、本発表会は有意義であった。

図1.世田谷区立総合福祉センター  
世田谷区地域リハビリテーションの  
中心施設として平成元年に設立。



人口；827,000人  
(全国政令都市区1位)



**基本理念**

年齢や障害の種別を問わず相談に応じ、ライフステージに応じた専門的・総合的な指導・訓練を実施、区民同士の活発な交流を促進。

平成12年4月より総合福祉センターの組織を財団法人世田谷区保健センターに移行・統合し、これまで実施してきた諸事業については世田谷区からの受託事業として継承・発展させていくとともに、新たに介護保険対象事業を財団の自主事業として実施することとなる。

さらに旧「ふれあい公社」の解散(平成12年3月)により、福祉用具・住宅改修展示相談室「たすけっと」を統合し、運営。

**図2.主な事業内容**

- **介護保険事業**  
通所リハビリ、訪問リハビリ、住宅改修
- **通所指導・訓練**  
相談・専門評価により、必要に応じて実施。  
Σ 世田谷区の20%  
120人/月、延べ600回
- **訪問サービス(児童部門・成人部門)**  
住宅改造などの訪問相談や、地域施設への技術的な支援  
Σ 世田谷区の10%  
60人/月、延べ200回  
PT5名、OT2名
- **「たすけっと」(福祉用具展示相談室)**  
各種の福祉用具(約950点)の展示と紹介。
- **研修・研究事業**  
地域支援スタッフむけの研修会



世田谷区地域リハビリステーション関係機関の連携支援

- **その他；講習会・イベント、会議室・温水プールの利用提供**

### 図3. ネットワーク事業

地域リハビリテーションネットワークを支援するために活動。

#### ●第2回世田谷りはねっと

(世田谷区地域リハビリテーション実務者連絡会)

日時：平成11年12月7日（土）

場所：総合福祉センター

目的：世田谷区内で地域リハビリを実施する機関・担当者の  
交流と連携の促進

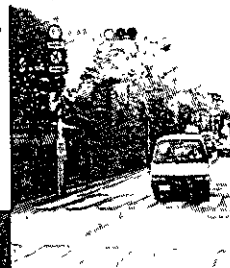
(総合福祉センターは、事務局として運営を担当。)

⇒ 実行委員として参加

### 図4. 訪問サービス ー事例検討ー

公募事例の中から、以下の事例について検討会を実施した。

- 嚥下障害患者の訪問看護 (NS)
- 重度障害者の介護者への支援 (OT)
- 単身高齢障害者の在宅支援 (CM)
  
- 脳梗塞患者の  
訪問リハビリ (3)
- ALSの症例報告 (2)
- SCDの訪問リハビリ
- PDの訪問リハビリ



## 16) 在宅脳血管障害患者の介護者負担に影響を及ぼす因子について—Zarit 介護負担尺度による検討—

国立療養所東埼玉病院リハビリテーション科

花山耕三 阿部玲音 興津太郎 田沼 明 小林直子

**【要約】**(目的) 在宅脳血管障害患者の介護者の介護負担感について、患者・介護者の各種因子および介護保険サービスの使用状況との関係を検討する。(方法) 当院外来通院中の脳血管障害患者 85 名と、その主介護者に対し面接による聞き取り調査(介護状況・FIM・介護保険)、診察(SIAS 運動項目)、アンケート調査(Zarit 介護負担尺度)を行った。(結果) 患者(男性 53 名、女性 32 名)の年齢は  $67.6 \pm 10.9$  歳、主介護者(男性 22 名、女性 63 名)の年齢は  $59.3 \pm 12.8$  歳であった。続柄は妻 48 名、夫 17 名、子 14 名、子の配偶者 3 名であった。Zarit 介護負担尺度の得点と、SIAS 運動項目合計点・FIM の間には弱い相関関係を認めた。介護保険申請・未申請、サービス使用・未使用の各群間で、Zarit 介護負担尺度の得点に有意差を認めた。

**【はじめに】** 介護負担感とは、「親族を介護した結果として、介護者が彼らの情緒的または身体的健康、社会生活および経済的状态を苦悩と感ずる程度」と Zarit は定義している。在宅脳血管障害患者においては、その生活を維持する上で家族の介護が必要な場合が多いが、長期にわたる在宅生活を無理なく続けるためには介護者の問題をとらえ、その負担感やストレスの発生を予測しておくことが、必要な介入を行う上で重要である<sup>1)</sup>。ここでは、介護保険導入後の在宅脳卒中患者とその介護者において介護状況、介護負担感、各種の社会的サービスの利用状況などを検討することにより、それぞれの関係について得た知見を報告する。

**【対象】** 当院外来通院中の脳血管患者 85 名とその主介護者 85 名。患者の年齢は  $67.6 \pm 10.9$  歳、性別は男性 53 名、女性 32 名、疾患別では脳梗塞 43 名、脳出血 41 名、くも膜下出血 1 名であった。発症からの期間は  $104.1 \pm 72.4$  ヶ月であった。主介護者は、年齢  $59.3 \pm 12.8$  歳、性別は男性 22 名、女性 63 名、患者との続柄は妻 48 名、夫 17 名、子 14 名、子の配偶者 3 名であった。副介護者がいると答えた主介護者は 67 名、いないと答えた主介護者が 18 名であった。

**【方法】** 当院外来通院中の脳血管障害患者 85 名と、その主介護者に対し面接による聞き取り調査(介護状況、FIM<sup>2)</sup>、介護保険認定の有無、介護保険サービスの利用)、診察(SIAS 運動項目<sup>2)</sup>)、アンケート調査(Zarit 介護負担尺度；表 1)を行った。

**【結果】** Zarit 介護負担尺度の得点を各項目別にみると、項目 8 (患者さんはあなたを頼っていると認めますか)、項目 14 (患者さんは「あなただけが頼り」というふうに見えますか)、項目

7 (患者さんが将来どうなるのか不安になることがありますか), 項目22 (全体を通してみると介護をするということはどれくらい自分の負担になっていると思いますか), 項目17 (介護が始まって以来自分の思い通りに生活ができなくなったと思うことがありますか) の順で高かった。一方, 項目18 (介護を誰かにまかせてしまいたいと思うことがありますか), 項目21 (本当はもっとうまく介護できるのになあと思うことがありますか) などの得点は低かった (図1)。SIAS運動項目合計点・FIMの間には弱い相関関係を認めた (図2)。Zarit介護負担尺度得点と患者因子の関係をみると, 年齢, 疾患 (梗塞が出血か), 性別, 発症からの期間には有意差はなく, 運動機能 (SIAS得点), ADL (FIM得点) と相関があった (表2)。Zarit介護負担尺度と介護者因子の関係をみると, 性別, 続柄, 副介護者の有無, 年齢のいずれも有意差を認められなかった (表3)。介護者因子を項目別にみると, 主介護者が夫である場合と妻である場合では, Zarit介護負担尺度全体では有意差はないものの, 項目別では項目5, 10, 22で有意に妻の方が高かった。配偶者と子の間では, 項目9のみが有意に配偶者で高かった。副介護者がいない場合では, ある場合に比べ項目11, 12, 18, 22で負担度が高かった (表4)。介護保険を調査の時点で申請していた患者は46名で, うち35名が何らかのサービスを使用していた。未申請は39名であった。介護保険申請・未申請, サービス使用・未使用の各群間で, Zarit介護負担尺度の得点に有意差を認めた (図3)。Zarit介護負担尺度と介護保険の要介護度との関係をみるとやはり要介護度が高いほど介護負担感が高い傾向にあった。

**【考察】** 在宅脳卒中患者の介護者は, 自分が頼られているという実感が強いことがうかがわれた。患者因子では, やはり運動機能やADLが弱いながらも有意な相関を示した。FIMの運動項目, 認知項目いずれも相関を示した。介護者因子では, 全体的には差がみられなかったが, 項目別では有意差を示すものもあり, 今後詳細な検討が必要であると思われた。介護保険申請, 未申請, サービス使用, 未使用の各群間でZarit介護負担尺度の得点に有意差を認めたことは, 介護負担を感じることで介護保険申請やサービス使用に至ると推察された。また, 介護負担感と介護保険の要介護度との間にも関係が示された。

**【結論】** 在宅脳卒中患者の介護負担感については, 患者因子としては運動機能とADLが弱い相関を示したが, 介護者因子は全体に差が認められなかった。介護負担感と介護保険の要介護度, 利用状況に関係を認めた。

#### **【文献】**

- 1) 里宇明元: 介護負担感の概念と研究の動向。臨床リハ10, 859-867, 2001
- 2) 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

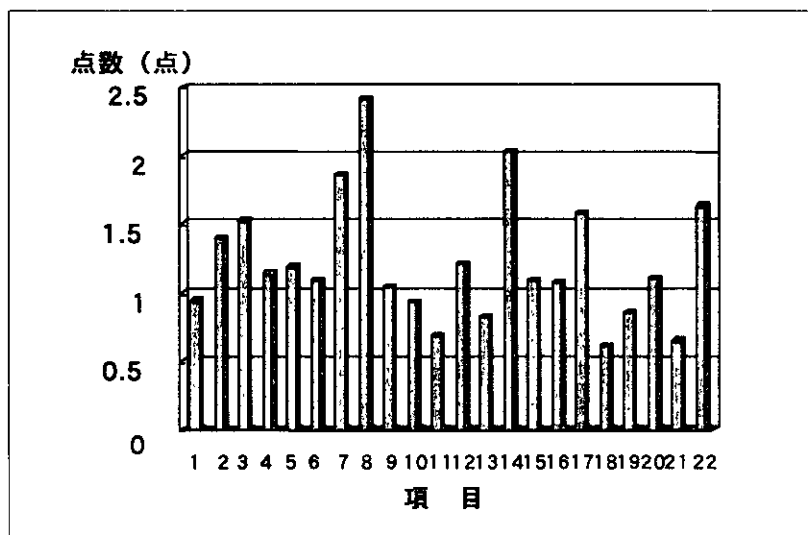
## 表1. Zarit 介護負担尺度日本語版

1. 患者さんは、必要以上に世話を求めてくるとおもいますか。
2. 介護のために自分の時間が十分にとれないとおもいますか。
3. 介護の他に、家事や仕事もこなしていかなければならず、「ストレスだな」と思うことがありますか。
4. 患者さんの行動に対し、困ってしまうとおもいますか。
5. 患者さんのそばにいと腹が立つことがありますか。
6. 介護があるので家族や友人と付き合いづらくなっているとおもいますか。
7. 患者さんが将来どうなるのか不安になることがありますか。
8. 患者さんはあなたに頼っているとおもいますか。
9. 患者さんのそばにいと、気が休まらないとおもいますか。
10. 介護のために体調をくずしたとおもったことがありますか。
11. 介護があるので自分のプライバシーを保つことができないとおもいますか。
12. 介護があるので自分の社会参加の機会が減ったとおもったことがありますか。
13. 患者さんが家にいるので、友達を自宅に呼びたくても呼べないとおもったことがありますか。
14. 患者さんは「あなただけが頼り」というふうに見えますか。
15. 今の暮らしを考えれば、介護にかかる金銭的な余裕はないとおもったことがありますか。
16. 介護にこれ以上時間をさけないとおもったことがありますか。
17. 介護が始まって以来、自分の思い通りの生活ができなくなったとおもったことがありますか。
18. 介護を誰かにまかせてしまいたいとおもったことがありますか。
19. 患者さんに対して、どうしたらいいかわからないとおもったことがありますか。
20. 自分は今以上に頑張って介護するべきだとおもったことがありますか。
21. 本当は自分をもっとうまく介護できるのになあとおもったことがありますか。

思わない 0      たまに思う 1      時々思う 2  
よく思う 3      いつも思う 4

22. 全体を通してみると、介護をするということはどうくらい自分の負担になっているとおもいますか。

全く負担ではない 0      多少負担に思う 1  
世間並みの負担だと思ふ 2      かなり負担だと思ふ 3  
非常に大きな負担である 4



N=85

図1. Zarit介護負担尺度の得点分布

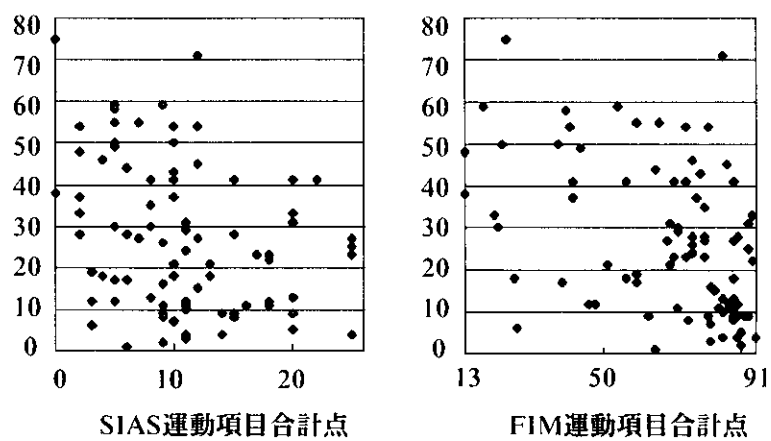


図2. Zarit介護負担尺度とSIAS運動項目・FIM運動項目合計点



表2. Zarit介護負担尺度と患者因子

	Zarit介護負担尺度の得点		p値
	男性(n=53)	女性(n=32)	
性別	29.8±19.3	22.0±14.1	0.0518
疾患	脳梗塞(n=43)	脳出血(n=41)	0.3268
	28.7±17.5	24.9±18.2	
			p値
相関係数			
年齢	0.114		0.3019
発症からの期間	0.032		0.7723
SIAS運動項目合計点	-0.313		0.0034
FIM(運動項目)	-0.430		<0.0001
FIM(認知項目)	-0.386		0.0002
FIM合計点	-0.445		<0.0001

表3. Zarit介護負担尺度と介護者因子

	Zarit介護負担尺度の得点		p値
	男性(n=22)	女性(n=63)	
性別	22.7±15.5	28.2±18.4	0.2163
続柄	夫(n=17)	妻(n=48)	0.1100
	22.3±14.6	29.6±19.8	
	配偶者(n=65)	子(n=14)	0.1603
副介護者	あり(n=67)	なし(n=18)	0.2652
	25.4±15.4	32.4±24.7	
相関係数			p値
年齢	0.173		0.1136

表4. Zarit介護負担尺度と介護者因子（項目別）

統柄	Zarit介護負担尺度の得点		p値
	夫(n=17)	- 妻(n=48)	
全体	22.3±14.6	29.6±19.8	0.1100
項目5	0.53±0.80	1.50±0.31	0.0055
項目10	0.47±0.87	1.27±1.23	0.0167
項目22	1.18±1.02	1.90±0.97	0.0119

	Zarit介護負担尺度の得点		p値
	配偶者(n=65)	- 子(n=14)	
全体	27.7±19.0	20.6±13.2	0.1603
項目9	1.06±1.20	0.36±0.63	0.0363

(表4つづき)

副介護者	Zarit介護負担尺度の得点		p値
	あり(n=67)	- なし(n=18)	
全体	25.4±15.4	32.4±24.7	0.2652
項目11	0.55±0.82	1.17±1.65	0.0299
項目12	1.05±1.19	1.83±1.51	0.0206
項目18	0.51±0.79	1.00±1.33	0.0477
項目22	1.49±0.89	2.17±1.10	0.0083

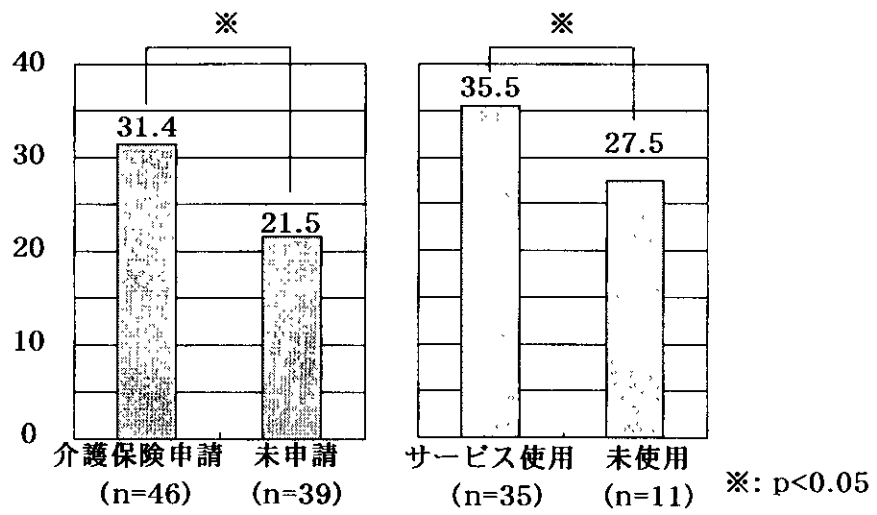


図3. Zarit介護負担尺度と介護保険サービス使用状態

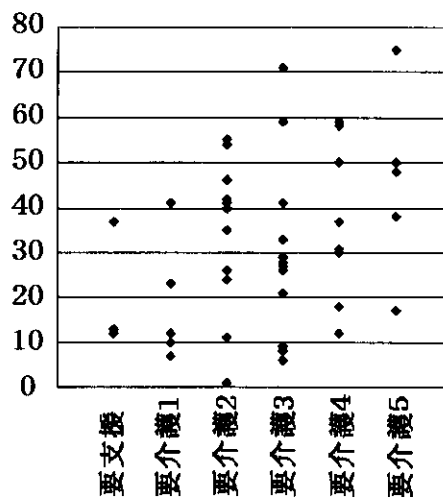


図4. Zarit介護負担尺度と介護保険の要介護度との比較

## 17) デイケア参加者の障害特性

産業医科大学リハビリテーション医学講座

蜂須賀研二、松嶋康之、岡崎哲也

【要約】平成14年度は上記のメインテーマに基づき、①在宅中高齢者の転倒予防教室の実施と②慢性期の在宅脳卒中患者の障害特性の推移の二つの研究を実施した。

①八幡西区生活支援課との共同のもとで、区民20名に対してリハ医による転倒予防に関する講話、臨床検査技師と保健師による身体検査と測定（筋力、歩行速度、重心動揺など）、トレーナーによる健康体操と歩行指導、などからなる転倒予防教室を実施した。なお、1年後に転倒に関する再調査を行う予定である。

②在宅脳卒中患者の機能維持の程度や方法を明らかにする目的で障害評価を実施した。対象は協力6施設に通院している在宅脳卒中患者70名で、脳血管障害患者のプロフィール、併存疾患、発症後経過、同居家族）、機能障害（MMSE、片麻痺重症度、大腿四頭筋の筋力の定量的評価、関節可動域、10m歩行スピード）、能力障害（日常生活動作）、生活の質を調査した。

1年後に再調査を行う予定である。

【はじめに】中高齢者の適切な健康管理や脳卒中急性期の初期治療の進歩により脳卒中の死亡数は昭和60年には第三位となったが（1）、有病率は依然として高く、患者や家族、医療福祉関係者にとって脳卒中は重要な疾患であることに変わりはない。脳卒中急性期や亜急性期のリハビリテーションは、リハビリテーション科の整備、回復期リハビリテーション病棟の設置により充実しつつある。しかし、発症後数ヶ月を経過した脳卒中患者のリハビリテーションは医療制度上では軽視されるようになり、慢性期、すなわち維持期のリハビリテーションをどの様に行うべきか明確ではない。全てを介護保険、デイケア、デイサービスに委ねればよいのか？何らかの方法でリハビリテーション医が関与する必要があるのか？十分議論すべき問題である。

この様な状況のもとで脳卒中に対する維持期リハビリテーションの課題を整理して適切な維持期リハビリテーションを提言することを最終目標にして、まず、第一に在宅脳卒中患者の障害特性を明らかにし、今年度と来年度の2年計画で下肢筋力がどのように推移するかを明らかにすることにした。

【対象と方法】対象は北九州市内のデイケア施設を有するリハビリテーション病院に協力を依頼して、維持期の状態に在宅脳卒中患者の評価を行った。対象患者の選択基準は、1)各施設

毎に連続した脳卒中患者 15 症例, 2)少なくとも介助歩行が可能な症例, 3)年齢は 55-75 歳, 4)高度の失語症や痴呆がない, 5)自己記入式の調査が可能, 6)調査に参加することに同意, とした. 病院で通院訓練を受けている患者を Hosp 群, デイケアに参加している患者は Day 群とした.

医師または理学療法士・作業療法士が患者の年齢, 性別, 疾病(脳梗塞, 脳出血, クモ膜下出血, その他), 麻痺型(右片麻痺, 左片麻痺, 両片麻痺, 麻痺なし), 発症後経過をカルテから記載した. 精神機能は Mini-Mental State Examination (2), 片麻痺の重症度は Stroke Impairment Assessment Set (SIAS) (3) の中の下肢近位(膝)テストを用いて評価した. 大腿四頭筋の筋力は徒手筋力計を用いて, 椅子坐位で膝関節を 90 度屈曲した状態で等尺性筋力を測定し, 3 回測定した値の最大値とした. 関節可動域は筋緊張や拘縮の状態を反映させるため, 標準的な方法とは異なるが, 椅子坐位で膝関節を可能な限り伸展した状態で膝関節の伸展および足関節の背屈を測定した. 10m 歩行速度は訓練室内でストップウォッチを用いて測定した.

基本的日常生活動作は Barthel Index 自己評価(4), 応用的日常生活動作は Frenchay Activities Index 自己評価(5), 主観的な生活の満足度は Satisfaction in Daily Life (6), 全般的生活の質は Short Form-36 (7)を用いて評価した.

測定値および評価値は表集計ソフトに保存した後, SPSS Ver 11J を用いて解析した. 男女, 疾病, 麻痺型はカイ 2 乗検定, 年齢, 発症後経過, 精神機能, 筋力, 関節角度, 歩行時間, Short Form-36 の 2 群間の比較は T 検定を用い, SIAS, Barthel Index, Frenchay Activities Index, Satisfaction in Daily Life は Mann-Whitney U 検定を用いて比較し, それぞれ有意水準は 0.05 とした.

**【結果】**対象者は 81 名で, Hosp 群 34 名, Day 群 47 名であり, 全対象者の平均年齢は 67.4 であった. 男女比率, 平均年齢, 疾病, 麻痺型, 発症後経過には 2 群間に有意差はなかった(表 1 ;カイ 2 乗検定, T 検定,  $p>0.05$ ).

Mini-Mental State Examination で評価した精神機能は全対象者で 26.1, 下肢近位(膝)テストは 3.1 であり, 何れも 2 群間に有意差はなかった(表 2 ;T 検定, Mann-Whitney U 検定,  $p>0.05$ ). 大腿四頭筋の筋力は麻痺側が 91.0N, 非麻痺側 163.0N であり, Hosp 群は Day 群よりも有意に筋力は大きかった(T 検定,  $p<0.05$ ). 膝伸展角度と 10m 歩行時間には 2 群間に有意差はなかったが(T 検定,  $p>0.05$ ), 足関節背屈角度は Day 群が有意に大きかった(T 検定,  $p<0.05$ ).

Barthel Index は, 2 群間で食事と移動指数に有意差を認めたが(Mann Whitney U 検定,  $p<0.05$ ), その他の項目では相違はなく, 合計値にも有意差は認めなかった(表 3).

Frenchay Activities Index は 2 群間に有意差は認めなかったが(Mann Whitney U 検定,  $p>0.05$ ), 両群とも応用的な生活活動は低いレベルであった(表 4).

Satisfaction in Daily Life は, 身の回り動作, 移動・歩行, 家庭の仕事, 趣味・レクリエーション, 地域・社会的交流, 身体健康領域, 生活環境領域, 地域社会領域, 合計点で Day 群が高値

であり、主観的な満足度が高かった(表 5 ; Mann Whitney U 検定,  $p<0.05$ ).

Short Form-36 でも、身体活動、疼痛、健康、身体部門で Day 群が高得点であった(表 6 ; T 検定,  $p<0.05$ ).

【考察及びまとめ】今回の対象者は北九州市に在住する維持期の在宅脳卒中患者であるが、対象数やサンプリング施設の配置から考えて病院通院患者とデイケア参加患者の全てを代表しているとは言えない。しかし、少なくとも協力施設の状況はある程度反映していると考えられる。精神機能、麻痺の程度、基本的日常生活動作に関して、ほぼ同程度の障害を持った脳卒中患者(Hosp 群、Day 群)を見ると、歩行時間に相違はないが、Day 群は大腿四頭筋の筋力が弱いことが示された。恐らく、Day 群ではレクリエーション的な集団訓練が主体となるプログラムであり、筋力維持や筋力強化に関係する訓練が不足している可能性がある。階段昇降や助木を用いた起立訓練などの導入が望まれる。

一方、Day 群では日常生活満足度や Short Form-36 で評価した生活の質は高いことが示されており、病院通院訓練では得られない質的な精神的な効果があること予想される。

なお、Day 群では足関節背屈角度が有意に大きいことが、正常域を超した関節可動域の症例が含まれているためであり、再調査を行う必要がある。また、未集計の症例もあり、1年後の再調査時に追加症例も併せて報告する。

表1. 対象者のプロフィール

	全体	Hosp群	Day群
対象数	81	34	47
男/女 <sup>1)</sup>	44/33	17/17	31/16
年齢 (歳) <sup>2)</sup>	67.4±5.8	68.2±4.7	66.7±6.5
疾病 <sup>1)</sup>			
脳梗塞	42	16	26
脳出血	37	17	20
クモ膜下出血	1	1	0
その他	1	0	1
麻痺型 <sup>1)</sup>			
右片麻痺	33	14	19
左片麻痺	41	18	23
両片麻痺	2	0	2
麻痺なし	5	2	3
発症後経過 (年) <sup>2)</sup>	4.7±4.3	3.9±3.5	5.2±4.3

1) カイ2乗検定,  $p>0.05$

2) T検定,  $p>0.05$

表 2. 精神機能と身体測定

	全体	Hosp群	Day群
精神機能 <sup>1)</sup>	26.1±3.7	25.6±2.5	27.4±3.1
下肢近位(膝)テスト <sup>2)</sup>	3.1±1.4	3.6±1.4	3.1±1.2
大腿四頭筋筋力			
麻痺側*	91.0±52.8	118.9±50.2	85.8±53.1
非麻痺側*	163.0±56.7	182.0±43.2	155.6±56.8
膝伸展角度 <sup>1)</sup>	-4.1±7.7	-4.5±7.5	-2.0±5.3
足背屈角度 <sup>†</sup>	5.6±13.8	0.9±8.7	10.4±15.4
10m歩行時間(秒) <sup>1)</sup>	25.5±23.7	23.5±14.9	23.7±26.4

1) T検定, p>0.05

2) Mann-Whitney U 検定, p>0.05

\* : T検定, p<0.05, Hosp群 vs. Day群

† : T検定, p<0.05, Hosp群 vs. Day群, 但しDay群に正常値を逸脱したケースがある.



表3. Barthel Index

	範囲	全体	Hosp群	Day群
食事*	0-10	9.6±1.3	10	9.3±1.7
整容	0-5	4.3±1.0	4.2±1.2	4.4±0.9
入浴	0-5	3.4±2.0	2.7±1.9	3.2±1.9
上半身更衣	0-7	5.1±2.5	5.3±2.3	4.9±2.7
下半身更衣	0-8	5.9±3.0	6.1±2.8	5.7±3.1
トイレ動作	0-6	4.5±1.3	4.4±1.3	4.5±1.3
排尿管理	0-10	8.8±2.5	8.2±3.0	8.8±2.5
排便管理	0-10	9.0±2.4	9.3±2.1	9.3±2.0
椅子移乗	0-5	4.7±1.0	4.7±1.0	4.7±0.7
トイレ移乗	0-5	4.8±0.6	4.8±0.7	4.8±0.6
浴槽移乗*	0-5	3.4±1.9	2.9±1.9	3.9±1.7
歩行	0-15	13.3±3.6	12.7±4.5	13.8±2.8
階段昇降	0-10	6.7±4.0	5.7±4.1	7.3±3.7
セルフケア指数	0-60	50.1±11.9	49.5±12.6	50.5±11.5
移動指数*	0-40	33.1±8.8	30.7±9.6	34.9±7.8
合計	0-100	83.2±19.8	80.2±21.4	85.4±18.5

\* : Mann Whitney U検定, p<0.05, Hosp群 vs. Day群

表1. Frenchay Activities Index

	範囲	全体	Hosp群	Day群
食事の用意	0-3	0.8±1.2	0.7±1.2	0.8±1.3
食事の片づけ	0-3	0.7±1.2	0.9±1.2	0.7±1.2
洗濯	0-3	0.5±1.0	0.6±1.0	0.5±1.1
掃除	0-3	0.8±1.1	0.8±1.1	0.8±1.1
力仕事	0-3	0.3±0.7	0.2±0.4	0.1±0.8
買い物	0-3	0.6±1.0	0.4±0.9	0.7±1.1
外出	0-3	0.8±1.0	0.8±0.9	0.8±1.0
屋外歩行	0-3	1.2±1.2	0.9±1.0	1.4±1.3
趣味	0-3	0.1±0.9	0.3±0.7	0.5±1.0
交通手段の利用	0-3	1.0±1.3	0.8±1.1	1.2±1.4
旅行	0-3	0.4±0.7	0.4±0.7	0.1±0.6
庭仕事	0-3	0.2±0.5	0.1±0.2	0.2±0.7
家・卓の手入れ	0-3	0.1±0.2	0.1±0.2	0.1±0.2
読書	0-3	1.1±1.3	1.2±1.4	1.1±1.2
仕事	0-3	0.0±0.1	0.0±0.2	0
屋内家事領域	0-15	3.1±1.2	3.0±4.1	3.2±4.2
屋外家事領域	0-9	0.8±1.2	0.5±0.9	1.0±1.4
戸外活動	0-12	3.4±3.0	3.0±3.0	3.8±3.1
趣味領域	0-6	1.5±1.7	1.15±1.7	1.6±1.8
仕事領域	0-3	0.0±0.1	0.0±0.2	0
合計	0-45	8.9±7.88	7.9±7.6	9.6±8.0

Mann Whitney U検定, p>0.05, Hosp群 vs. Day群

表5. Satisfaction in Daily Life

	範囲	全体	Hosp群	Day群
身体の健康	1-5	2.7±1.4	2.4±1.3	2.8±1.4
精神の安定	1-5	3.2±1.3	3.0±1.3	3.3±1.4
身の回り動作*	1-5	2.8±1.4	2.3±1.3	3.2±1.5
移動・歩行*	1-5	3.0±1.4	2.4±1.3	3.5±1.4
家庭の仕事*	1-5	2.2±1.3	1.7±1.0	2.6±1.3
住環境	1-5	3.5±1.3	3.3±1.2	3.7±1.4
配偶者・家族	1-5	3.9±1.3	3.9±1.3	3.9±1.3
趣味・レクリエーション*	1-5	2.6±1.4	2.1±1.3	2.9±1.4
地域・社会的交流*	1-5	2.5±1.3	2.1±1.2	2.9±1.3
年金・補償	1-5	2.7±1.3	2.7±1.2	2.7±1.4
仕事	1-5	2.9±0.7	2.9±0.3	2.8±0.8
身体健康領域*	1-20	11.1±4.4	9.2±3.9	12.4±4.4
生活環境領域*	2-10	5.8±2.2	5.0±1.8	6.3±2.3
社会経済領域	2-10	5.6±1.6	5.7±1.3	5.5±1.8
精神健康領域	2-10	7.1±2.2	7.0±2.3	7.1±2.1
地域社会領域*	1-5	2.5±1.3	2.1±1.2	2.9±1.3
合計*	11-55	32.0±9.3	28.9±8.2	34.2±9.6

\*: Mann Whitney U検定,  $p < 0.05$ , Hosp群 vs. Day群

表6. Short Form-36

	Hosp群	Day群
身体活動*	25.7±18.7	40.5±28.9
身体的役割	26.5±34.8	39.9±39.2
疼痛*	55.0±24.6	67.6±25.7
健康*	46.6±16.9	56.1±24.3
活力	54.9±18.2	63.1±23.9
社会活動	76.5±21.7	81.9±22.1
感情的役割	41.2±45.7	46.8±43.2
精神衛生	62.0±17.9	64.7±24.5
身体部門*	31.3±7.2	37.8±8.1
精神部門	48.7±10.4	49.1±11.8

\* : T検定, p<0.05, Hosp群 vs. Day群