

工具を使用することや住宅改修をすることなく、お風呂以外のどこにでも設置できるというメリットがある。設置に要する時間は 30 分程度で、もし、必要がなくなった場合は簡単に取り外すことも可能である。握りの太さは直径 50mm で、頻繁に握る高さのところに、2 カ所の波型ソフトラバーが巻き付けてある。冬でも冷たさを感じることなく、握力の弱くなった方でも容易に握ることができる。因みにこの福祉用具は、介護保険のレンタル対象品目として導入した。

VI. 福祉用具活用の効果

この対象者宅の玄関に設置するにあたっては、本人の動作確認の中で、筋力と関節の動きを理学療法士が評価した上で、福祉用具供給業者や家族を交えて慎重に検討した。他の家族も使う玄関であるため、邪魔にならず、かつ有効に活用できることが必要であった。さらに外出してからは、シルバーカーを導入することで、疲れたら椅子代わりに休むことができるシートに座り、長時間に渡って自由に散歩ができるようになった。対象者は心から喜ぶとともに、介護者も手を掛ける時間が少なくなり、両者にとって QOL を高めることができた。

自立補助手すり I(アイ)棒を設置から 1 週間経った後、使用状況と安全確認に再度訪問したところ、対象者本人とその妻の高齢者のみならず、若い家族も上がり框の昇り降りの際に、自立補助手すり I(アイ)棒を頻繁に使い、便利になったという感想が聞かれ、家族全員が快適に

暮らすことができていた。

VII. 今後の課題

自立補助手すりは、その形状から縦手すりとして有用であるが、上下の突っ張りの強さが必要となる。その固定性は床面と天井面への圧力によってのみ保証されることになる。したがって、床面がお風呂などの滑りやすいところでは使用できない。また、使用サイズが長さ 2300～2800mm であることから、あまりにも低過ぎる天井や高過ぎる天井には不向きである。さらに天井の梁や壁が強固でなければ、住宅の損傷や使用中の事故の原因になることから、その設置場所の環境確認が不可欠である。実際、今回のケースでは偶然設置した後に地震が来たときも、その安定性は保証されていた。今後、利用者の住宅にあった色やデザインのバリエーションが広がると、インテリアとしての価値も高まると考えられる。

事例 3 入院中から退院前訪問、訪問リハと継続した指導を行い在宅生活に定着するまで関わった脳血管障害の事例

障害構造	肢体不自由
原疾患	脳血管障害
障害程度	身体障害者等級 2 級
性別	男性
年齢階層	60 代
福祉用具の使用目的・種類・分類	退院前に 2 回実施
家屋調査	四脚歩行器（補完福祉用具）
室内移動	歩行車（補完福祉用具）
屋外移動	バスグリップ（介護福祉用具）
入浴動作	シャワーチェア（介護福祉用具）
トイレ動作	洋風便座両用型（補完福祉用具）
	手すりの設置（住宅改修）

1. 事例紹介

【ケースの概要】

61 歳の時に交通事故で身体障害者等級 5 級を取得するが、日常生活は自立し家業である農業の仕事も行っていた。68 歳の時、草刈中に気分が悪くなり作業を中断するが帰宅途中に自転車で転倒、倒れているところを家族が発見。四肢硬直と痺れ出現にて救急車で搬送され橋出血の診断で入院となる。その後 1 ヶ月の入院加療を行い、リハビリ目的で転院となる。5 ヶ月の入院を経て自宅退院の運びとなるが、四肢体幹の運動失調症状が残存し自立生活には十分な環境設定と福祉用具の利用が欠かせない状態である。そのため、退院前にリハ・スタッフが環境調査を行い歩行介助用具と福祉用具、家屋改修の検討を行った。

2. 福祉用具の活用

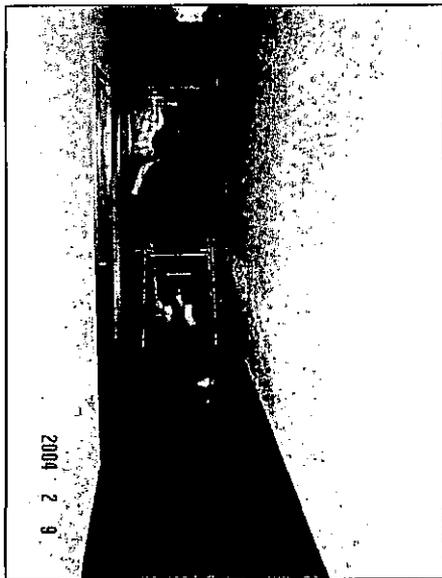
【家屋調査】

入院中に 2 回実施。初回は症例が歩行器使用にて院内 ADL 自立に至った頃の退院前 1 ヶ月半前に行った。ケースは日中、一人になる時間も多くなるため在宅での自立した移動方法の検討と家屋、周辺環境の把握を目的として OT・PT による家屋調査を行った。その後、症例自身も数回の外泊練習を実施し、本人と家族の意見を聞きながら在宅生活を、目標としたリハビリを行なった。2 回目は OT・PT にケアマネージャーを加え、さらに症例の外泊練習日に日付を合せて家屋調査を行なった。

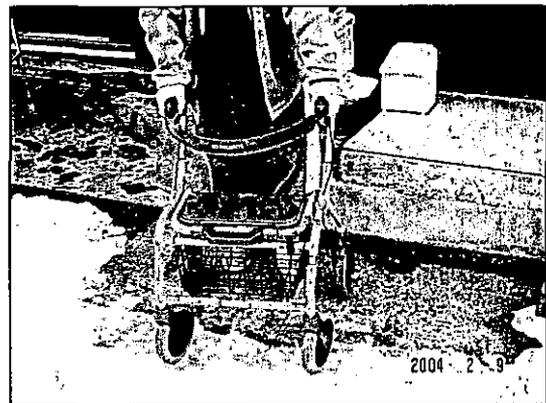
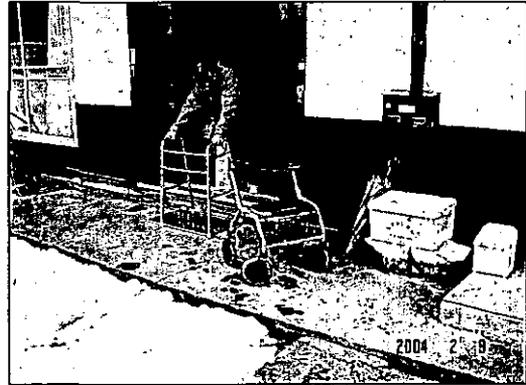
症例の自宅は室内に 10cm 前後の段差があり廊下幅も非常に狭いため、手すりの設置が困難であり、また屋外も舗装されておらず砂利が敷き詰められている状態だった。

【移動】

室内の移動には四脚歩行器を使用。入院中も夜間以外は四脚歩行器使用にて院内 ADL 自立で行っていた。自宅の段差や廊下幅での対応も動作練習にて十分に自立レベルに至った。トイレ付近等の狭所に関しては洗面台や家具等のつたい歩きにて対応を行った。



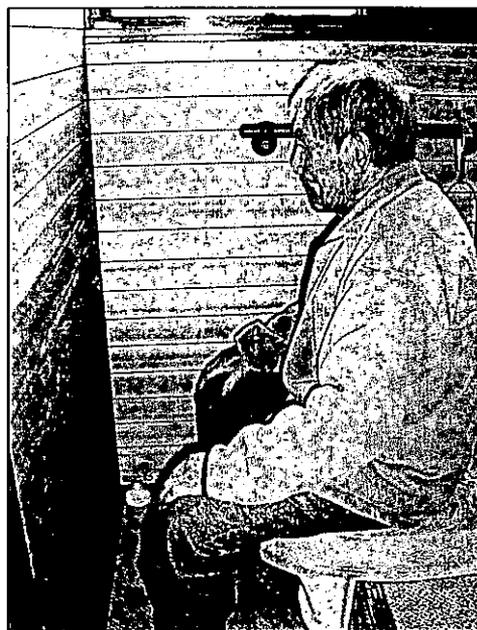
で行なわれた。



屋外の移動は、舗装された路面では歩行車使用にて監視レベルで行なえるが、環境による制限が多き状態であった。症例の自宅周辺環境は私有地や農道が多いため、不整地での移動が要求される。そこで、比較的不整地に対応可能な歩行車を選択し、家屋調査時に実際に屋外歩行を実施した。しかし、調査時期が冬であるため、練習は雪面

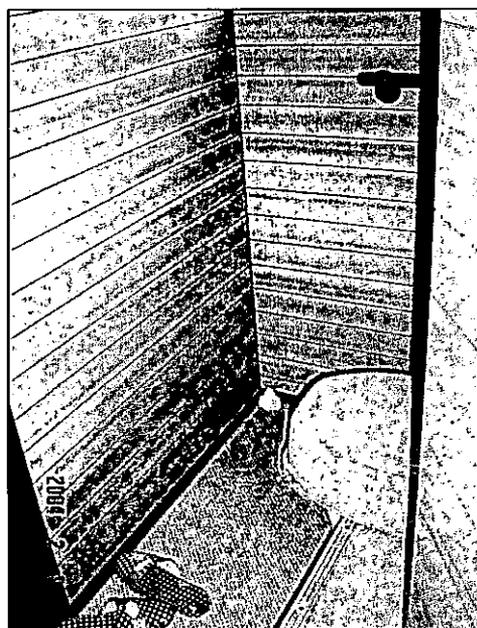
【入浴動作】

症例の浴槽の出入り動作や家族の介助指導を入院中に繰り返し行い、外泊時に実施。その際の家族の意見や家屋調査の結果から、シャワーチェアとバスグリップの使用で対応が可能と判断された。用具による動作の支障が少ないため、用具の検討は担当のケアマネージャーに依頼した。



【トイレ動作】

症例宅のトイレは和式便座のため、かぶせ型の洋式便座を設置して対応。しかし、それにより座位姿勢が逆方向になるため既存の手すりが使用不可となるため、新たな手すりの設置を検討した。



工事は退院後に行なわれるため、調査報告書を作成し担当ケアマネージャーに引継ぎを行なった。

3. 福祉用具活用の効用

福祉用具の利用により住宅改修の個所を最小限にする事ができ、同居家族の生活に大きな環境変化を与えることなく症例の在宅生活を開始することが可能となった。症例の自立したADL動作を見ることで障害者の家族となった周囲も安心感を持ち、ゆとりある生活が可能となった。在宅での自立生活によって症例自身のモチベーションも高まり、外来や通所サービス以外にも地域の障害者運動会等の日程を調べるなど、新たなQOLの構築を積極的に行なうようになった。

4. 訪問リハビリテーションにおける課題

障害者が在宅生活を行なう際、環境の調整や福祉用具の選択は非常に重要なことである。しかし、それらの環境や道具の使用には新たな動作習得が必要である。そのためにも、訪問リハ担当者など専門職種のマンパワーが必要である。現状ではまだ、訪問に携わるPT、OTの数が少なく、その専門的知識も様々である。情報の豊富さや福祉用具の多様化に伴い、適切な選択・指導を行える専門職種の質も重要となってくる。マンパワーの充実とその質の向上が課題である。

事例 4 住居環境整備をも含めた在宅理学療法により日常生活活動自立度が向上した脳卒中片麻痺者の症例

I. 緒言

本事例は、在宅理学療法において、既に導入済みの福祉用具や家具等の最適利用をも含めた介入が、実行しているADL自立度の向上、および介護負担の軽減に寄与した例である。

II. 症例紹介

77歳、女性。夫(農業)と二人暮らし。

平成5年6月、脳梗塞(左片麻痺)発症にて入院治療およびリハビリテーションを実施した。自宅退院し、週1回の外来リハビリテーションを継続しつつ、屋内杖歩行が可能であったが、平成13年12月に自宅庭にて転倒し、左大腿骨頸部骨折にて再入院した。平成14年1月自宅退院後、主介護者である夫から社会福祉協議会に介護に関する相談依頼があった。現在、ホームヘルパー(毎日)、特別養護老人ホームにおけるデイサービス(週1回)、外来リハビリテーション受診時の外出移送サービス(週1回)を利用している。福祉用具は、ポータブルトイレ、ベッド、移動用バーがすでに設置済みであるが、それらの配置が最適とはいえ基本的動作および日常生活動作自立度が制限されている。知的・精神機能の異常はない。夫の健康状態は良好である。

III. 在宅理学療法の概要

青森県立保健大学(以下本学)教員である理学療法士(以下PT)と当該地域の保健福祉担当者との評価会議において本ケースの在宅ケア計画を作成した。こ

の計画に基づいた訪問指導事業により在宅理学療法を実施した。本訪問指導は、PT と保健師または看護師、あるいはソーシャルワーカーが同行し、訪問頻度はおおよそ月 1 回、1 回の実施時間は約 40 分であった。指導内容は、運動や ADL、介助方法、補装具・日常生活用具・福祉用具、住環境、社会資源利用のための情報などについての障害者と介護者に対する指導・相談であった。

IV. 在宅理学療法初期評価

左上下肢の麻痺により、寝返りは可能、起きあがりにはベッド柵があれば可能、立ち上がりは手すりにつかまって可能、歩行では一本杖と下肢装具を使用して介助により可能、という動作能力を有している。更衣・整容・トイレ動作には介助が必要で、日中は主介護者である夫が仕事のために不在となるためベッドに寝ていることが多い。その間、食事の準備やトイレ動作の介助はホームヘルパーにより行っている。要介護度 2、Barthel Index 65 点。

理学療法士が同行訪問し、福祉用具や家具の配置等の環境整備により、対象者の基本動作や日常生活動作能力の改善が期待できると判断し、介入にいたった。

支援実施状況：自宅で、ポータブルトイレへの移乗動作およびトイレ動作の自立をめざすと同時に、日中の座位生活を獲得させるため、すでに設置されているポータブルトイレ、ベッド、移動用バーの配

置等の環境整備を行うこと

V. 福祉用具の活用

利用者宅では、6 畳和室が対象者の居室兼寝室となっている。環境改善前の部屋の各福祉用具と家具の配置は図 1 のとおりである。電動ギャッジベッドのテレビが置かれ、対象者はベッド手元スイッチによりギャッジアップ操作し、そのまま寝たままテレビを見ていることが多い。また、排泄時には、ヘルパーや夫の介助によりベッドから起きあがって車椅子に乗り移り、出入口近くに置かれたポータブルトイレへの移乗、およびトイレ動作をやはり介助にて行っている。移動用バーは、ベッド左側に設置されているものの、単なるベッド柵として使用されている。

対象者の寝返り、起きあがり、立ち上がり能力を考慮し、廃用性合併症の予防を目指して、既存のベッド、移動用バー、ポータブルトイレおよびテレビの配置を改善するとともに、効果的な動作・移動方法について対象者と介助者に指導する。環境改善後の配置は図 2 のとおりである。対象者は、健側の右手で移動用バーにつかまってベッドから足をおろし、健側から起きあがりベッドの右側に座り、移動用バーにつかまって立ち上がることができる能力を有している。環境改善前（図 1）では、ベッドの右側が壁であるため、これらの動作が不可能なため、ベッドを部屋の北側に移動し、移動用バーをベッドの反体側に設置する。また、ポータブルトイレをベッドの右側に移動し、立

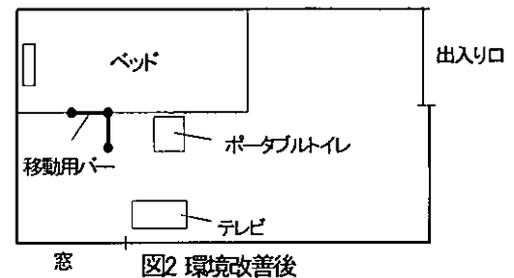
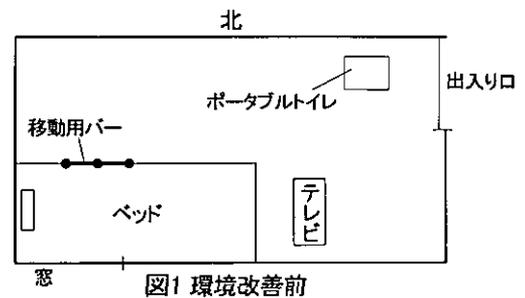
ち上がって移動用バーにつかまったままポータブルトイレに座れるようにする。さらに、テレビをベッドの右側に移動し、寝たままでは見にくく、ベッドから起きあがった時に見やすくなるようにする。

VI. 福祉用具活用の効果

ベッドの右側をフリースペースにし、ベッドの右側へ移動用バーを取りつけ、対象者と夫に、起き上がり・立ち上がり動作、およびポータブルトイレへの移乗・トイレ動作を説明指導した。その結果、自力で健側の右手で移動用バーにつかまり、健側から起きあがってベッドの右側に腰掛け座位になることが可能となった。さらに、その座位でポータブルトイレのふたを開き、移動用バーにつかまったまま立ち上がり、その場で90°方向転換してポータブルトイレに座ることも可能になった。これらの動作が、介助や見守りなしに自力で可能となったために、対象者の動作を行おうとする意欲が向上し、排泄を行わない場合でも自力でベッドから起きあがって座位になり、そのままの姿勢でテレビを見たり、窓から外の景色を見る時間が増加した。そのことにより、体力の向上や痴呆の予防が図れるとともに、自力で立ち上がることになるため下肢筋力の維持も期待できる。また日中、起き上がり動作やトイレ動作を介助する必要がないため、夫の介護負担も減少した。

なお本対象者は、安定して座位を保持できることもあり、ベッドから起きあがって座位になる時の、足をベッドからおろす動作に邪魔にならないように、手すりや

背もたれがないタイプのポータブルトイレが適用になると思われる。また、排泄時の後始末に使用するトイレトーパーやティッシュペーパーを、移動用バーやベッドの右側に設置することも必要となる。



VII. 今後の課題

本例は、既に導入している福祉用具や家具の配置を工夫することにより、実行する能力がありながら行っていなかった動作が可能になり、介護者の介護負担も軽減できた例である。

福祉用具を導入する場合、対象者の身体機能の障害や動作能力を評価した上で、利用する家具や部屋の間取りをも勘案し、それらの環境に対応した動作方法を指導することにより、時間を待たずして、対象者の動作の自立度や生活意欲

障害構造	肢体不自由
原疾患	脳血管障害
障害程度	右上下肢麻痺・失語症・要介護2
性別	男性
年齢階層	60代
住宅改修後の再改修	浴室、トイレ、廊下、手すり、玄関手すり

の向上、さらには介護者の介護負担の軽減も図れる場合もあることを理解しておくことは有益である。

本ケースのように、住環境をはじめとする物的環境、および介護者などの人的環境が要介護者の要介護度を大きく左右することが予想されることについては、リハビリテーション関係専門職、特に PT にとっては常識となっている。しかしながら現時点では、他の関係専門職がこのことについて十分に認識したうえで対応しているとは必ずしもいえない。ゆえに、これらのリハビリテーションに関する高度で専門的な対応に関して、彼らの資質向上を図るためのシステムが求められるが、一朝一夕にはできないであろう。

したがって、ケアマネジメントや介護保険がリハビリテーション前置主義を理念としていることから、各地方自治体において PT を常勤あるいは非常勤として採用することが課題となる。

事例5 住宅改修をして自宅退院したが、入浴できず、浴室を中心に再改修に至った事例

1. 事例紹介

【ケースの概要】

- ・O・T 氏 65 才、男性、
- ・診断名：脳梗塞
- ・ADL レベル Barthel IndexI 65 点(訪問リハ開始時)

A 病院に入院中、担当理学療法士、ケアマネジャー、建築業者が自宅訪問し、住宅改修をして退院した。移動手段は室内は杖、手すり、車椅子を併用し、入浴のみ介助が必要で他は自立していた。4 人暮らしだが、家族は仕事をしているため、日中は 1 人で留守番することが多い。退院後自宅で、浴槽をまたぐ際に、取り付けた手すりが背中にあたってバランスを崩し浴槽でおぼれそうになった。その後怖いと言って入浴を拒否するようになった。困った家族がケアマネジャーに相談し、入浴動作の指導を希望し当院訪問リハビリテーション (以下訪問リハ) の利用となった。家族の話では、浴室のほかにも問題があったため、O さん宅の住宅改修の内容を確認し、再改修を検討することとなった。

2. 事例宅の住宅改修の概要

A 病院退院時の住宅改修は次のようなものであり、家族の希望を中心に

改修し、60万円を超えた改修費用となり、自費での負担も50万円近くあった。

浴室：ユニットバス用の手すりを設置し、浴槽に合わせた入浴台を作成した。

・トイレ：列車型和式便座から洋式便座に変更し、手すりを設置した。

・廊下、玄関：納戸の扉を折り山戸から引き違い戸に変更し手すりを設置した。

・ポーチ：外壁に手すりを設置した。

実際に完成し使用してみると次のような問題があった。

<浴室>

- ・入浴時に入浴台に座って浴槽をまたぐ際、手すりが背中にあたりバランスを崩してしまう。
- ・注文作成した入浴台のサイズが小さく不安定であった。

<トイレ>

- ・トイレの床の塗装仕上げが十分ではなかった。

<廊下、玄関>

- ・1.8メートルの長い手すりがたわみ、不安定であった。
- ・引き違い戸の合わせ目の塗装仕上げがされていない。
- ・玄関の手すりの高さが不適切で、動作に危険を伴う。

以上の点について、訪問リハ担当者は家族の希望を聞きながら、利用者の動作確認を繰り返し手すりの位置などを再検討した。

3. 住宅の再改修

<浴室>

・背中にあたる手すりを取りはずし、傷跡をふさぐ鏡を設置した。

・浴槽台のサイズを確認し再作製した。(業者間の連絡ミスでサイズが違っていた)

<トイレ>

・塗装を再仕上げした。

<廊下手すり>

・手すりのたわみ防止のために、下地材を使用し補強した。

・扉の塗装を再仕上げした。

<玄関手すり>

・下地材を使用し、高さを変えた2本の手すりに変更した。

再改修の費用は浴室の鏡代、手すりの下地材など新しく使用した材料費は利用者負担となり、塗装や再工事費は施工業者負担で行われた。

4. 訪問リハビリの取り組み

週1回の頻度で合計11回訪問した

<内容>

利用者の動作を確認し手すりの位置を再検討した。

ケアマネージャーと施工業者と連絡を取りながら、再改修への調整を行なった。

再改修後、利用者への入浴動作指導(実際の入浴を含む)と家族指導を行なった。

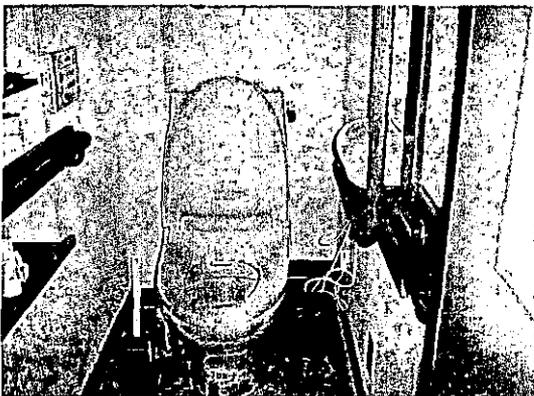
玄関の段差越えと屋外歩行を指導した。病院の外来リハビリへの移行を確認して

終了とした。

4. 事例に学ぶ問題点

- ・入院先のリハビリスタッフが退院前に訪問調査をしているが、入浴の仕方や玄関の段差の越え方など、利用者の動作の確認が不十分だった。
- ・最初に住宅改修全体の図面上の確認が行われていないため、家族や本人、リハスタッフ、施工業者、ケアマネジャーともに、イメージがつかみにくかった。
- ・便器や手すりを取り付けてからの塗装などの業者間の日程調整や、浴槽台のサイズ違いなど、図面上での寸法の確認が不十分な点など施工上の問題があった。
- ・改修後の結果の確認を関係者全員で行なう機会がなかった。
- ・利用者への動作指導や家族指導などリハビリスタッフによるアフターフォローが不足していた。

<再塗装したトイレ>



<再改修後の浴室>

手すりを取り外し、鏡を設置した。
サイズを変更した入浴台



入浴台に座ると鏡の位置にあった手すりに背中があたり邪魔であった。



<廊下一下地材で補強した手すり>



<玄関一下地材で補強し高さを変えた手すり>



D. 考察

事例1は、訪問リハ担当の作業療法士が褥瘡予防用具の福祉機器の導入を試みた例である。褥瘡予防や改善のためのエアーマットの導入は、医療関係者では共通理解が得られているが、本人、家族の同意を得るには、病名の告知の問題がからみ、3ヶ月を要した。その間、本人、家族の希望に添って様々な方法を試し、本人、家族のペースにあわせた長期的な援助が功を奏したといえる。高齢者には福祉用具の導入に対して理解を得られないことも多い。訪問リハにはたとえ有益と思われるような援助でも本人、家族の生活ペースを乱さない長期的な取り組みが必要とされることを示した例である。

事例2は、理学療法士が対象者の在宅生活のQOL向上の観点から、福祉用

具を導入して成功した例である。玄関はその家の顔であるため、改造や福祉用具の設置には特に細心の配慮が求められる。そのためには、ケアマネジャーや、福祉用具供給業者との情報交換が前提となるが、対象者の疾病の状態、身体状況、障害の程度、家族を含めた生活状況、家族構成などの総合的な評価をする専門的知識が重要になる。

事例3では作業療法士が、対象者の入院中から在宅前訪問、訪問リハへと継続した指導を行ない在宅生活に定着するまで関わった事例である。訪問リハでは家族が対象者のADL動作訓練を実際に見ることが出来る。それによって家族は障害を持った対象者の在宅生活に安心感をもち、受け入れる心の準備が整う。また、対象者は、病院内とは異なる環境に慣れることや福祉用具を使用するための動作の習得が必要である。移動訓練は季節や住宅の周囲の状況に大きく左右され、不整地の雪面で行なわれることもある。マニュアルにないその場の状況に合わせた適切で柔軟な対応が必要であり、そのための専門知識が重要であるといえる。

事例4は、退院後、ポータブルトイレ、ベッド、移動用バーを設置し、ヘルパーの援助を受けて在宅生活を送っていたが、福祉用具の配置が最適とはいえず日常生活動作が制限されていた事例である。対象者の身体機能の障害や動作能力を評価した上で、すでに導入している福祉用具や家具の配置を工夫することにより、動作が可能になり、潜在能力が

發揮され介護負担も軽減できた例である。

事例5は入院先のリハビリ・スタッフが退院前に訪問調査をしていたにもかかわらず、利用者の動作のアフターフォローが不十分だったため、せつかくの住宅改修がかえって本人の自立妨げた事例である。業者間の日程調整、浴槽台のサイズ違いなど、図面上での寸法の確認が不十分な点など様々な施工上の問題があったが、改修後の動作指導や家族指導などリハビリ・スタッフによるきめ細かいアフターフォローの重要性を示唆する事例である。

E. 結論

① 訪問リハビリテーション担当者に求められる能力の充実

理学療法士は、身体機能や移動に関して、作業療法士は生活の様々な活動に関して専門的にアプローチするといわれる。訪問リハビリテーションではPTとOTが複数で関わることは少なく、訪問リハビリテーションに関わる一療法士として身体機能、精神機能の評価を行ない、住宅改修・福祉用具の導入に携わることが多い。また、従来の病院内でのリハビリテーションと大きく異なり、多くの職種や関係者とコミュニケーションをとる機会が多い。そのために医療・保健・福祉の知識に加えて、社会情勢、経済などの多面的な知識が担当者個人に求められる。訪問リハに携わるマンパワーの量的な充実に加えて教育面での充実が必要であると思われる。

②他職種との連携の重要性

地域リハビリテーションにおける訪問リハビリテーションでは、医師・看護師・保健師・介護福祉士・ケアマネジャー、ヘルパーとの連携が必要とされる。医療機関からの退院時には、医師・看護師・担当理学療法士・作業療法士・ケースワーカーなどと、住宅改修では、ケアマネジャー、建築士や施工業者などと連携する。ともに利用者を中心としたよりよいサービスを目指している。よりよい連携に必要なのは、各専門職種が専門用語を、利用者・家族を含めた他の職種に判りやすい言葉に置き換えて表現することである。専門性をより平易な言葉で表現していくことで利用者・家族・専門職種間の共通理解が得られ、信頼関係も生まれる。さらに共通言語をまとめるコーディネーターも必要となってくると思われる。

③ 障害者・高齢者に関わる医療・福祉側の人間理解をする能力

訪問リハビリテーションが病院での理学療法、作業療法とは異なる大きな点は在宅生活者の生活の場に足を踏み入れることである。利用者は家庭や地域社会のなかで主人公である。理学療法士、作業療法士はその主人公の役割の援助者であるといえる。どのような有益な福祉機器も住宅改修も、主人公である利用者に受け入れられなければ、「絵に書いた餅」である。「食べられる餅」にするために、高齢者・障害者の生活歴、個人の価値観、生活スタイルを念頭においた節度ある介入が必要とされることもある。人生の先輩である利用者に対して常に尊敬

の念を持って接する態度が求められるであろう。

参考文献

- 1)石川誠:高齢者ケアとリハビリテーション、第1版、厚生科学研究所、2000
- 2)日本リハビリテーション病院・施設協会:介護保険と地域リハビリテーション、第1版、三輪書店、1999
- 3)伊藤隆夫:訪問看護とリハビリテーション、総合リハ 27、223-227、1999
- 4)浜村明德:在宅と施設サービスの課題 総合リハ 28、65-73、2000
- 5)伊藤隆夫:訪問リハビリテーションにもとめられるもの、Gpnet48、20-25、2002
- 6)渡邊慎一:作業療法士としての在宅医療へのかかわり、リハビリテーション医学 38、21-23、2001
- 7)伊藤隆夫:訪問看護とリハビリテーション、総合リハ 27、223-227、1999
- 8)石川誠:訪問リハビリテーションにおける関係職種連携、OTジャーナル 32、355-360、1998
- 9)肥田理恵:訪問リハビリテーションにおける理学療法のあり方、理学療法 17、1019-1023、2000
- 10)佐藤健三:在宅へのソフトランディングには継続したリハの過程の中で支援 Gpnet 10 44-48 2003
- 11)伊藤利之:介護保険後の作業療法のゆくえ、作業療法 19、511-618、2000

追記:本年度研究協力者
桜木康広、盛田寛明、
福田恵美子、外里富佐江、

厚生科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業)

分担研究報告書

在宅支援モデルプログラムの自治体における実用化システムの開発

－訪問・通所リハビリテーションの地域特性格別支援に関する

専門性評価法の開発－

分担研究者 安梅勅江 浜松医科大学教授

本研究は、在宅支援モデルプログラムの自治体における実用化システムの開発を目的に、ケアマネジメント関連職種及びサービス利用者21名に対し、フォーカスグループインタビュー調査を実施した。その結果、実際の支援場面における1)インテーク、2)生活の総合的な把握、3)自己決定へのサポート、4)ケアプランの作成、5)連携・調整・ネットワーク、6)モニタリング・評価、7)専門職としての技術向上、に沿った評価項目を抽出し、専門性評価試案を作成した。

A. 研究目的

2000年4月に導入された介護保険においては、訪問・通所リハビリテーションなどがサービス内容として組み込まれ、これらを他のサービスとの組み合わせ、総合的なアセスメントと評価に基づく複合的な活用が期待されている。

一方、在宅生活を継続していく上で、機能低下の予防という視点から訪問・通所リハビリテーションサービスを整備する必要性は極めて高い。利用者の抱える問題は、複合的な要因により引き起こされており、

障害特性格別、日常生活能力別、使用場面別など、多面的な条件設定のもとで活用のためのアセスメントや評価が求められている。

本研究は、初年度として地域に在住する要介護高齢者の訪問・通所リハビリテーションの有効活用に関する多角的な質的情報把握から、地域特性を勘案した活用の専門性評価試案の作成を目的とした。

B. 研究方法

本研究は、ケアマネジメントに携わる専

門職及びサービス利用者3グループ（1グループ7名）計21名に対しフォーカスグループインタビューを実施した。フォーカスグループインタビュー法は、グループダイナミクスによる相互作用による意見の引出しができること、個別面接に比べてプレッシャーが少なく、自発的な発言を引き出すことが可能であること、ある事象に詳しいメンバーを選ぶことで、意見の積み上げが可能であること、非言語的反応を観察により把握可能であること、密室性が低いことによる客観性の保持が可能なことなどの利点がある。

インタビュー内容は、訪問・通所リハビリテーションの有効活用への評価方法についてであった。

C. 研究結果および考察

フォーカスグループインタビューの結果、1) インテーク、2) 生活の総合的な把握、3) 自己決定へのサポート、4) ケアプランの作成、5) 連携・調整・ネットワーク、6) モニタリング・評価、7) 専門職としての技術向上、の領域に沿った評価項目を抽出し、専門性評価試案を作成した。

詳細は以下のとおりである。

1. 支援必要性の判断ができること（インテーク）
地域特性を踏まえ総合的に利用者の生

活を捉え、判断できること

- ① 居住環境において、地域特性を勘案し問題発生しやすい動作場面・環境要因等を把握していること
- ② 居住環境改善のための基本的な対処方法を把握していること
- ③ 環境改善のための対処方法における有効性と限界を認識していること
- ④ 居住環境における問題に対して、複数の問題解決のためのアプローチがとれること
- ⑤ 利用者の抱える問題において、必要性を軸に優先順位の判断ができること
- ⑥ 利用者が希望する生活を実現するために、生活場面を想定し、必要とする支援を総合的に判断することができること

2. 生活を総合的に捉えること

- ① 生活状況（どのように生活しているのか、活動範囲はどの程度であるか）
- ② 身体状況（身体能力としてどこまでできるか）
- ③ 生活動線（実際にどのように生活動作を行い、動いているか）
- ④ 問題を認識し、情報収集できること

3. 利用者の自己決定のサポート

- ① 利用者・家族の持つ生活へのニーズ（どこで生活をしていくのか、どの

ように日常を過ごしていくのか等)
を実現していく過程を支援する支
援者であること

- ②利用者・家族が自ら抱える問題を整理し、客観的に状況把握できるよう支援していくこと
- ③利用者・家族が本来持っている問題解決のための対処能力（自ら問題解決に向け、何らかの対応を行うこと）を引き出し、より高めていく（利用者自らが問題解決のための情報収集、問題解決に向けて行動を起こすことができるようになっていく）支援を行っていくこと
- ④利用者・家族が自宅で生活することをどのように考え、その方向性、将来展望（いつまで自宅で生活を続けていくのか、そのためには何が必要かを考え、準備を行い、困難になった場合の対処について検討を行っていくこと）につき共に考えていくこと
- ⑤利用者・家族が自らサービスの利用を決定できるよう、必要な情報を提供していくこと
- ⑥利用者・家族が利用するサービスによる効果、有効性を具体的に捉えることができるよう支援していくこと（サービスの種別、利用頻度、利用目的、その効果、提供元等を認識し

て利用していること等)

4. ケアプラン実施に向けてのアセスメント～ケアプランの作成

①問題のアセスメント

どのような状況にあり、どのような問題を抱えているのかを把握すること

問題の発生要因と問題自体につき把握すること

中長期的な展望に基づいたアセスメントの実施（先を見越したアセスメントの実施）

②潜在的なニーズの把握

利用者・家族が訴える顕在的なニーズのみならず、問題の本質を捉え、潜在的なニーズ把握に努めること、利用者・家族が認識していない潜在的ニーズを明らかにしていくこと、ニーズの明確化（利用者・家族が何をどうしたいかを明確にしていくこと）

③課題抽出

情報収集を必要とする要点を整理し、利用者の生活実態に基づいた具体的な課題を抽出すること、十分な情報収集を実施し、問題の顕在化に努めること（利用者・家族の訴えと現状との差異を確認していく）

④目標設定

必要性の判断（なぜサービスを導入する必要があるか、その必要性和導入により、予測される効果は何であるかを検討すること）

介入必要性の優先順位を設定し、課題解決に向け、利用者の生活に基づいた具体的な目標を設定していくこと

主体的な生活の実現（利用者・家族が日常的生活場面におけるニーズを満たし、自己実現を目指し支援すること、利用者・家族が主体的に生活できるよう計画が立てられていること）

問題解決の可能性の検討（介入による効果を検討し、どのように問題の改善が図られるかを検討すること）

見直し時期を設定すること（どの程度の状況において、ケアプランの見直しを必要するか、見直しを行う時期を検討すること）

具体的な目標を設定し、その到達に向けたサービス導入を行うこと

⑤予測

将来想定される危険性を予測し、対応策・回避策を検討すること

緊急時の対応に関して、利用

者・家族と検討を行い、具体的な対応策等を確認しておくこと

5. 連携・調整・ネットワーク

①その地域で利用可能な資源の具体的な内容、機能を把握している。

②関連職種との連携（個人レベルでの連携）

必要に応じて、関連職種と連携していく、また関連職種が有する知識・技術を活用し、よりよいサービスの提供を目指すこと

必要に応じて、専門的な知識を有している関連職種と協力・連携・助言を得ることができると

③統合化（組織レベルでの連携）

職種による視点・意見の相違を調整し、チームメンバー間での合意を得られるよう調整し、統合化を図ること

④ネットワーク化（地域レベルでの連携）

地域との横のつながりを持ち、地域支援システムとして機能させていく

⑤情報の共有化

チームメンバー間での情報の共有化、スムーズな連絡調整がなされるよう検討されている

7. モニタリング・評価

①モニタリング

必要に応じて、方向性・目標の修正を行い、ケアプランの見直しを行うこと

見直しを行った結果を再検討し、ケアプランに生かしていくこと

②目標達成

設定された目標への到達度、及び方向性につき見当を行うこと

介入の有効性（環境整備による使い勝手、有効性等を評価すること、また計画通りに実施されているか評価すること）

③利用者・家族のニーズの達成

ニーズが具体的にケアプランに盛り込まれ、その実現に向けて対応がなされているか、またケアプランにおける目標の到達度につき、評価すること

④再アセスメントの必要性の検討

介入により実際にどの程度問題解決が図られたか、根本的な解決が図られたか、新たな問題発生は見られないかを評価すること

⑤フィードバック

サービス利用開始後、利用者・家族への継続的な状況確認を行い、変化を見逃すことなく、利用者・家族の状況を取り込み、ケアプランに反映させていくこと
サービス提供機関等、関係機関と

連携をとり、情報収集・情報の共有化に努め、変化に応じた柔軟な対応をすること

8. 専門職としての技術向上

①介入技術の向上（個人レベルでの向上）

地域特性を踏まえた資源や制度上利用可能な資源を熟知していることに加え、経験を積み重ねていくことに留まらず、共有化できる知識・技術としてフィードバックを図っていること

②現場教育の場としてのあり方（組織レベルでの向上）

教育・訓練の場として、ノウハウを蓄積し、技術向上への検討がなされていること

③ネットワーク化（地域レベルでの向上）

地域におけるネットワーク作り、利用者・家族に留まらず、地域を巻き込んだ支援システムの構築を目指した活動が展開されていること

D. まとめ

フォーカスグループインタビューに基づき、訪問・通所リハビリテーションの地域特性格別支援に関する専門性評価試案を作成した。

今後実際の事例への適用を通じ、本試案の臨床的妥当性、実践への適用可能性の検証を進める予定である。

参考文献

- 1) 高山忠雄：福祉用具活用の実務、第一法規、2001
- 2) 安梅勅江：ヒューマンサービスにおけるグループインタビュー法、医歯薬出版、2001
- 3) 安梅勅江：高齢障害者に関する世界の社会保障制度、総合リハビリテーション、28(1)、99-104、2000
- 4) 日比野正己：バリアフリー百科、TBSブリタニカ、1999

- 5) 介護・医療・予防研究会：高齢者を知る辞典、厚生科学研究所、2000

E. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 安梅勅江：福祉用具支援専門性評価、福祉用具活用の実務、第一法規、1357-1363、2003年12月

追記：本年度研究協力者

原田亮子（ミズーリ大学）

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	書籍名	出版社名	出版年	頁
安梅勅江 高山忠雄 佐直信彦	高齢者・障害者のための福祉用具の 実務 2	第一法規出版	2003 年度 (追録)	53-68 101-105