

ある。

短期入所は要介護1から要介護4の利用者で年に2~3回の利用が多い。要介護5の者では月に14日利用していた。

4) 各サービス利用の理由・期待

サービスの利用の理由・期待として最も多くあげられていたのは、楽しみ・生きがいであり、次いで介護負担の軽減、健康の維持・向上であった(図3)サービスごとに理由・期待を概観してみると、通所介護においては、楽しみ・生きがいだけではなく、筋力の維持・改善、歩行・起居動作能力の維持・拡大、健康の維持・向上、介護負担の軽減をあげている人も多く、全体的に通所介護に求めているものは多かった。

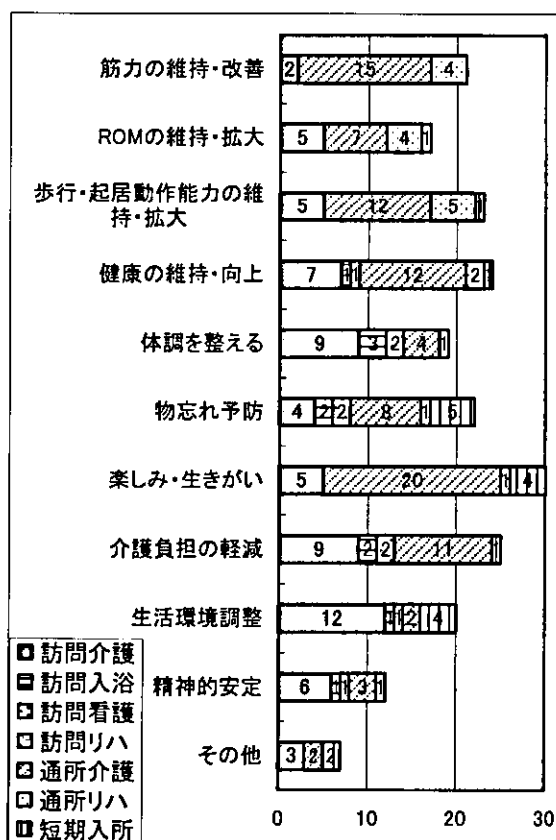


図3 サービス利用の理由・期待

訪問介護では、生活環境調整、健康の維持・向上、体調を整えるためが多くあげられた。その他に、関節可動域(以下ROM)の維持・拡大、筋力の維持・改善、歩行・起居動作の維持・拡大も理由としてあげられていた。

通所リハでは、歩行・起居動作能力の維持・拡大、ROMの維持・拡大、筋力の維持・改善をあげていた。

短期入所では、楽しみ・生きがい、物忘れ予防、介護負担の軽減などがあげられた(重複回答)(図3)。

5) 満足度

図4に示すように、対象とした9つの居宅介護サービスの満足度を総合してみると、9割の利用者が普通から十分満足していると答えた。各サービスで満足度をみてみると、訪問看護、短期入所において全く満足していないと答えた人が各1名いた。その他のサービスにおいて、9割が普通から十分満足していると答えた。(図4)

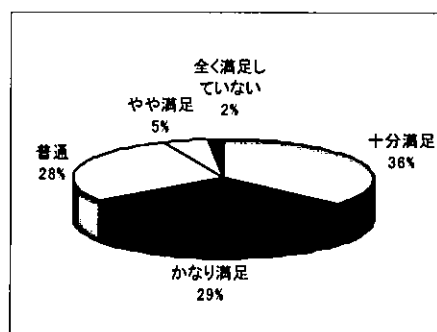


図4 満足度

6) 今後利用したいサービスについて

今後利用したいと考えているサービスがあるかという質問に対し、有効回答29

名中、通所介護 9 名、短期入所 8 名、福祉用具貸与 8 名、住宅改修費の支給 6 名、訪問介護 5 名、訪問リハ 3 名、通所リハ 1 名、訪問入浴介護 1 名、訪問看護 1 名であった。これより、通所介護・短期入所・福祉用具貸与のニーズが多い。一方、OT の関わることのできる通所リハ・訪問リハについてはニーズが少ない。この他に、「デイサービスの回数を増やしたいが今の事業所に手一杯と言われるため」といった理由で、現在利用しているサービスのみで良いという回答も得られた（重複回答）（図 5）。

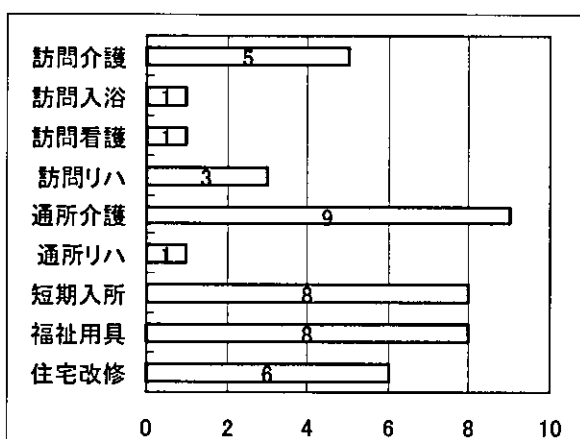


図 5 今後利用したいサービス

7) サービスや町の支援体制についての意見

有効回答 9 名中、以下のような回答が得られた。

- ・現状でよい、満足している 2 名、
 - ・雪かきをして欲しい 2 名。
- 以下の項目は各 1 名であった。
- ・介護保険負担量が増加するのが心配、
 - ・無償で利用したい、
 - ・近くにグループホームがあれば良い、
 - ・医療機関での心のケアがあっても良い、

- ・身近に介護老人保健施設があると良い、
- ・介護老人保健施設を増やして欲しい。

4. 介護度と BI、活動状況の関連性

有効回答 42 名中、BI の平均は要介護 5 = 10 点、要介護 4 = 67.5 点、要介護 3 = 65 点、要介護 2 = 77.5 点、要介護 1 = 91.6 点、要支援 = 93.3 点であった。また、スコア化した活動状況（40 点満点）の平均も要介護 5 = 4 点、要介護 4 = 7.5 点、要介護 3 = 10 点、要介護 2 = 17.4 点、要介護 1 = 17.4 点、要支援 = 25.3 点であった。介護度と BI の Spearman 順位相関係数は -0.59 ($n=42$ 、 $p < 0.01$)、介護度と活動状況は -0.56 ($n=42$ 、 $p < 0.01$)、介護度が重度の者ほど BI、活動量が低かった（図 6）。

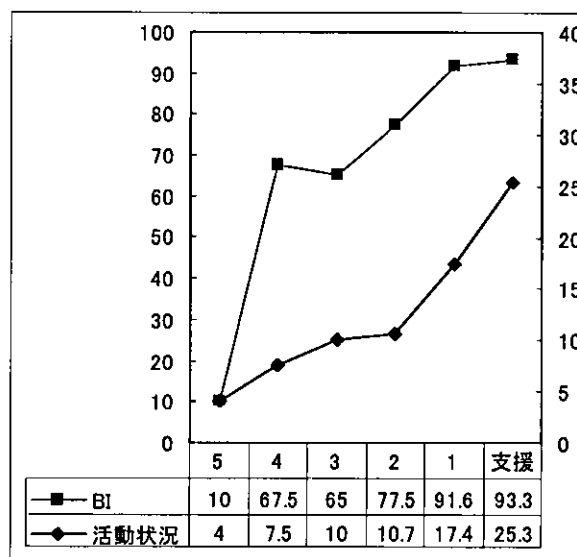


図 6 介護度別の BI・活動状況の平均

BI と活動状況の関連をみてみると、BI80 点以上の自立度が高い人達でも、活動状況の点数では 4~37 点と差があり、大きなばらつきがみられた。しか

し、80点未満では高々12点止まりであった(図7)

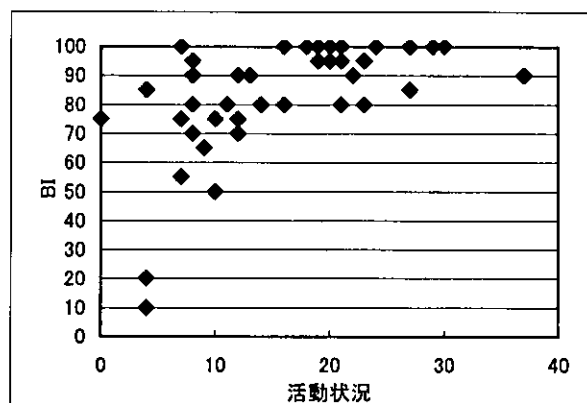


図7 B Iと活動状況の関連

5. OT・PT, 在宅リハに関する認知度

1) OT・PTの認知度

有効回答 68 名中, OT・PT について「あまり知らない」と答えた人が 36 名 (53%) と最も多く, 次いで「全く知らない」が 19 名 (28%) であった。「よく知っている」と答えた人は 13 名 (19%) であり, 全体の約 2 割であった。

2) リハ医療の経験の有無

有効回答 69 名中, 半数以上の 41 名 (59%) がリハ医療を受けたことがないということが分かった。また, リハ医療経験者 28 名 (41%) の内, 6 名は出来なくなった動作などを再獲得したいと答えた。

3) 在宅リハについての認知度

有効回答 64 名であり, 在宅リハがあることを知っているとした 16 名 (25%) のうち, リハ医療の経験がある人は 6 名 (約 38%) であった。在宅リハを知らないとした 48 名 (75%) のうち, 病院な

どでのリハ医療経験者は 17 名 (約 35%) であった。リハ医療の経験と在宅リハの認知度は関係がなかった。

4) 在宅リハの利用希望

有効回答 40 名のうち, 在宅リハを利用したいかという質問に対し, 「利用したい」と答えた人は 11 名 (28%) であり, 「利用したくない」と答えた人は 29 名 (72%) と約 4 分の 3 を占めた。リハ医療経験ありが在宅リハの希望の有無とは関係がなかった。

D. 考察

1. 地域リハの現状

地域リハの定義は「障害のある人や高齢者及びその家族が住みなれたところで, そこに住む人々とともに, 一生安全に, いきいきとした生活が送れるよう, 医療や保健, 福祉及び生活に関わるあらゆる人々や機関・組織がリハの立場から協力し合って行う行動の全てを言う⁶⁾」である。

現在 I 町では実地調査の結果でも述べたように「あったか村づくり」という保健・医療・福祉事業に取り組んでいる。これは, 町民病院 (医療) を中心に, 保健・福祉施設を整備し, 誰もが安心と生きがいをもって暮らせるまちづくりを目指して連携を図ろうとしたものである。今回のアンケート結果では訪問看護, 短期入所の利用者で全く満足していない人が 2 名いたものの, 全体的に居宅介護サービス利用者の満足度は高いという結果が得られた。このことから, 現在, 町で提供している居宅介護サービスに関して

は、利用者の満足度を満たすことができていると考えられる。

一方、リハに関しては、リハ専門職の不在により、町内には訪問・通所リハの提供事業所がなく、限られた人のみが近隣の市町村の通所リハを利用しているのが現状である。リハに関するアンケート結果では、OT・PT・在宅リハに関する認知度は75%の人が知らないという結果であったが、リハ医療の経験と在宅リハの認知度は関係がなかった。

以上より、リハサービス提供状況と町民のリハに関する認知度が極めて低いことが明らかとなった。これは、町内にOT、PTなどのリハ専門職が不在で、リハに関しての環境が整ってはおらず、地域リハへの参入・啓発活動やサービス提供の機会がないためと考えられた。

2. サービス資源とリハニーズの関係

介護保険利用にあたってのニーズとして多かったのは、家事、入浴、他者との交流であったが、これらに関しては、現在行われている介護サービスで十分対応できていると言える。しかし、訪問介護や通所介護の利用理由として、ROM、筋力、起居動作の維持・拡大をあげている人や、「歩きたい」「一人で用を足したい」「自主リハを確認してもらいたい」などという希望もあり、本来リハ医療のニーズと捉えられるものも多々あった。

以上より、I町ではサービス資源の不足により、上記のようなリハニーズに対して現状の介護サービスだけでは対応しきれないといえる。

3. I町と全国の居宅サービス状況の比較

澤村は、「2003年8月の居宅サービスの利用者数をみると、訪問介護、通所介護、福祉用具貸与の3つのサービスが上位を占めており、次に通所リハ、訪問看護と続いているが、訪問リハは極端に少ない。訪問系のサービスの利用者を要介護度別にみると要支援、要介護1の利用者の大部分が訪問介護を利用しており、他のサービスの利用はわずかであった。現在、軽度の要介護者が1年後に介護度が上がる傾向にあり、適切な居宅介護サービスの利用が行われていないと指摘されているが、この解決にこそ適切なリハサービスの活用が必要と考えられる」と述べている⁶⁾。これと、今回のアンケート結果を比較すると、I町でも要支援、要介護1の利用者の大部分が訪問介護を利用していたが、重度化した利用者は新規認定者を含め23名であった。新規認定者は13名のうち要介護1は9名、既認定者10名のうち、要支援と要介護1は6名であり、軽度の新規認定者と軽度の要介護者の重度化が多いことが明らかとなった。

これより、今後も介護中心のサービス利用が続くと、介護度が重度化する高齢者が増加すると予想される。よって、介護度が軽度のうちに重度化を予防することが必要である。

さらに、前年、介護認定を受けておらず、今年新たに介護認定者として加わった高齢者13名の平均年齢は81.5歳であり、対象74名の約17.6%であった。そのうち、変形性関節症4名、脳血管障害2名、パーキンソン病、関節リウマチ各1名であった。その他高血圧症、糖尿病などであ

ったが、加齢による身体機能の低下も考えられる例であった。現時点で介護認定を受けていない高齢者に対しても、生活習慣病の予防とともに、介護予防を行うことが求められる。

また、介護度と BI、活動状況の関連性の結果から、重度の介護度では BI、活動状況も低く、BI80 未満では活動が制限されるものの、BI が高くても活動の低い者が少なくなかった。活動をしなくなることによって起こる廃用症候群の予防のためには、活動、社会参加に対する条件整備が必要である。

4. リハ専門職の必要性と今後の方向性

介護度が重度化した人の利用しているサービスと介護度が軽度化・不変の人の利用しているサービスを比較してみると、どちらも訪問介護と通所介護・福祉用具貸与に偏っており、利用状況に著しい差は見られなかった。これより、現在あるサービスを利用していれば、機能維持・介護度重度化予防を行えるとは言い切れないと考えられる。

今回の対象者の介護度変化をみると、現在のサービス利用状況では1年間で7%の利用者しか軽度化していない。浜村は、「54名の比較的若いもの（平均年齢62.5歳）を対象に約1年間の通所リハ（フィットネスとアクティビティ向上）を実施した結果、30%は要介護度が軽くなり、40%は自立度が改善していた⁶⁾。」と述べており、宮田は、「1999年度訪問リハ対象者、年齢層は70歳以上が7割を占め、厚生省寝たきり基準 JABC の BC ランクが約7割を占める 184名のうち、訪問リハ後

の改善度は、初回訪問時と比較して約25%がなんらかの改善があった。また、80～90歳代の利用者35名中16名に歩行能力改善がみられた⁷⁾。」と述べている。これらから通所リハ、訪問リハを行うことによって、介護度が重度化することを予防できる可能性があると考えられる。よって、I町においても通所リハや訪問リハを取り入れることにより、利用者に対して機能維持ができ、介護度重度化の予防が期待できるのではないだろうか。

地域リハにおいてリハ専門職が実際に行えることとしては、個別に適応した疾病や障害への援助、自立生活維持への支援、社会参加、介護負担の軽減などがあげられる。その中でも、通所リハ、訪問リハでは、日常の継続した健康管理や心身機能の維持・改善、廃用症候群の予防・改善、実生活に合った実用的な ADL の獲得や介護負担軽減、福祉用具の利用・住宅改修に関する助言が行える。

今後の地域リハでは上記のような作業療法、理学療法などのリハサービスと訪問介護、通所介護などのサービスを連携して行うような体制作りが必要であると考える。例えば、ケアプラン作成においてリハ専門職などサービスに関わるスタッフが連携を持つことで、日常生活活動を十分把握し、身体機能を含めた生活機能を正しく評価することが望ましい。そのためには、職種の枠を超えて業務や情報を共有化することが重要となる。

E. まとめ

今回のアンケート調査により I 町が提供できる介護保険サービスに対する満足

度は高いものの、提供できるリハサービスは少なく、本来リハに期待されるニーズも多々あった。

介護度が重度化した人の利用しているサービスと介護度が軽度化・不変の人の利用状況に著しい差は見られなかった。現在のサービス提供は、機能維持、介護度重度化予防が期待できるとは言い切れないと考えられる。

また、地域においてリハの認知が低いことが明らかになった。しかし、I町のようなリハサービスの体制が確立されていない地域においてもリハのニーズがあったことを改めて認識し、リハ専門職が実践できる場が提供されねばならない。

今後、リハ専門職に求められるのは、介護予防の実践と介護保険サービス提供において最も重要な役割を担っているケアマネジャーと介護保険制度の主管である行政に対するリハの重要性を啓発することである。

F. 文献

- 1) 竹内孝仁：保健・医療・福祉における訪問活動の動向。OT ジャーナル Vol.32No. 5 : 338-342, 1998.
- 2) 大橋謙策：ケアマネジャーの役割と位置。総合リハ 31 巻 3 号:236-242, 2003.
- 3) 石川誠：訪問リハビリテーションにおける関係職種の役割。OT ジャーナル Vol.32 No. 5 : 355-360, 1998.
- 4) 加福隆樹：訪問リハビリテーションで働く立場から。作業療法 21 巻 5 号：442-444, 2002.
- 5) 中村隆一：入門リハビリテーション医学。第 2 版, 医歯薬出版株式会社, 87,

2002.

6) 澤村誠志：これからのリハビリテーションのあり方。第 1 版, 工藤良治, 29, 31, 70, 80, 2004.

7) 宮田昌司：介護保険スタート：訪問リハビリテーションの課題。

<http://www.rehakyoh.gr.jp/3/3-6-9.htm>

8) 大田仁史：まちなかでくらす地域リハビリテーション最前線。第 1 版, 医歯薬出版株式会社, 1999.

9) 澤村誠志：地域リハビリテーション白書 2。第 1 版, 三輪書店, 12-19, 1998.

10) 岩淵千秋：あなたもできるデータの処理と解析。第 8 版, 福村出版株式会社, 2001.

研究協力者

東北文化学園大学医療福祉学部リハビリテーション学科

猪瀬慎太郎、遠藤美紀、木村愛、
中里好伸、早坂麻衣子

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

在宅介護サービス利用者の分類とケア内容の検討

分担研究者 佐藤秀紀 青森県立保健大学教授

A. 研究目的

医療機関を退院し、在宅生活を送っている介護サービス利用者には、「日常生活動作が自立し、社会復帰を目指す者」から「障害が重度のために一日の大半をベッド上で過ごしている者」までいる。このために訪問リハビリテーションでのケア内容は、医療機関等でのケア内容よりも幅広いものであり、利用者個人のライフスタイルや住環境に合わせたものでなければならない。

本研究においては、介護サービス利用者のケア内容の見直しに資することをねらいとして、「屋内での移動・移乗の自立」、「外出及び、屋外移動の自立」の有無（リフター、車椅子等の福祉機器の使用は認める）、「Frenchay activities index (以下, FAI) の屋外活動項目」、「Barthel Index (以下, BI)」の得点に着目し、理学療法士が訪問リハビリテーションを行うにあたり、介護サービス利用者の ADL 能力（基本 ADL 及び応用 ADL）別による分類により、それぞれがどのようなケア内容を行うことが効果的であるか検討することを目的とした。

B. 研究対象と方法

1. 対象

本学教員によるむつ市での訪問リハビリテーション、横浜町での訪問指導に同行し、コミュニケーション能力に問題のない高齢者・障害者 11 名を対象とした。利用者の基本的属性は表 1 のとおりである。

表 1 利用者の基本的属性

利用者No.	市町村	疾患名	年齢	性別
1	横浜町	脳卒中	50	F
2	横浜町	脳卒中	65	M
3	横浜町	脳卒中	75	F
4	横浜町	脳卒中	69	M
5	横浜町	脳卒中	67	F
6	横浜町	右股頸部骨折	69	F
7	横浜町	脳卒中	71	M
8	むつ市	小脳脊髄変性症	60	M
9	むつ市	脊髄損傷	69	M
10	むつ市	脊髄損傷	64	F
11	むつ市	脊髄損傷	48	M

2. 調査内容

介護サービス利用者の「屋内での移動・移乗の自立」、「外出及び、屋外移動の自立」の有無を利用者本人へのインタビューおよび、実際に動作を行ってもらい、直接確認した。また、BI, FAI のアンケートをインタビュー方式で行った。

3. 評価項目

ライフスタイルについてのアンケートは FAI を用いた。FAI は 15 項目（食事の用意、食事の後片付け、洗濯、掃除や整頓、力仕事、買い物、外出、屋外歩行、趣味、交通手段の利用、旅行、庭仕事、家や車の手入れ、読書、勤労）に対して、それぞれ 0~3 点に評価し、合計点 0~45 点の範囲となる。FAI は質問内容に対する選択肢はすべて「週 1 回以上していますか。」、「月 1, 2 回程度していますか。」となっており、「している IADL」の評価と言える。

ADL についてのアンケートは BI を用いた。BI は 10 項目に対して、それぞれ 0~5, 10,

15 点に評価し（歩行・移乗は 15 点満点，整容・入浴は 5 点満点，それ以外は 10 点満点），合計点 0～100 点の範囲となる。

4. 分析方法

分析に当たっては，介護サービス利用者の「屋内での移動・移乗の自立」，「外出及び，屋外移動の自立」の有無，「FAI の屋外活動」，「BI」の得点に着目し，クラスター分析 Ward method でその構造について検討した。「FAI の屋外活動」は FAI15 項目のうちの 7 項目（買い物，庭仕事，家や車の手入れ，外出，屋外歩行，交通手段の利用，旅行）を加算した得点とし，合計点 0～21 点の範囲となる。

C. 研究結果

1. クラスター分析による介護サービス利用者の類型化

クラスター分析の結果，得られた対象はその距離に着目することで 3 つの群に分類されていた（図 1）。第 I 群は「IADL 改善型」（距離 2.86）であり，第 II 群は「ADL 改善型」（距離 3.86），第 III 群は「ADL 支援型」（距離 7.23）であった。第 I 群には対象者 8 名（利用者 No. 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9），第 II 群には対象者 1 名（利用者 No. 4），第 III 群には対象者 2 名（利用者 No. 10, 11）が含まれていた。介護サービス利用者の分類を表 2 に示す。

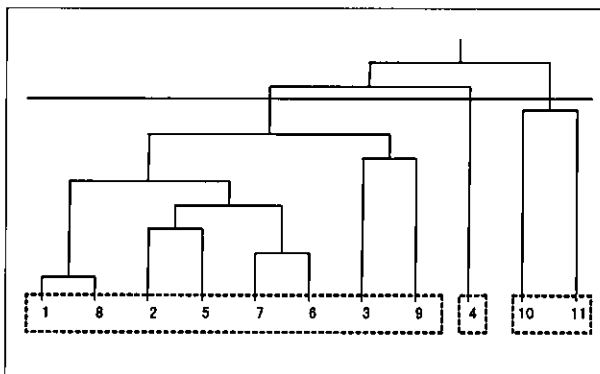


図 1 クラスター分析によるテンドログラム

表 2 介護サービス利用者の ADL 能力別分類

分類	利用者No.	BI	屋内移乗・移動の自立	外出・屋外移動の自立	屋外活動	要介護度
IADL改善型	1	100	自立	自立	6	1
	2	100	自立	自立	5	1
	3	100	自立	自立	11	要支援
	5	100	自立	自立	4	なし
	6	95	自立	自立	6	1
	7	90	自立	自立	5	なし
	8	85	自立	自立	5	なし
	9	75	自立	自立	6	2
	ADL改善型	4	80	自立	介助	3
ADL支援型	10	25	介助	自立	4	なし
	11	0	介助	介助	0	なし

2. FAI の結果からみた外出状況

IADL 改善型利用者の外出状況（庭の手入れ等の家周辺での項目は省く）と趣味の項目を表 3 に示す。

表 3 IADL 改善型の外出状況と趣味

利用者No.	買い物	外出	屋外歩行	交通手段の利用	旅行	趣味
1	3	0	3	0	0	0
2	0	0	3	0	0	3
3	3	0	3	3	0	3
5	2	0	0	2	0	0
6	1	1	0	3	0	0
7	2	0	0	2	0	1
8	0	3	0	3	0	0
9	2	3	0	3	0	3

* 3…週に1回以上している 2…月に1～3回している 1…月に1回未満している 0…していない
* 項目における外出とは映画、食事、金金の目的で出かけることである。

D. 考察

本研究は，「屋内での移動・移乗の自立」，「外出及び，屋外移動の自立」の有無，「FAI の屋外活動」，「BI」の得点に着目し，介護サービス利用者を ADL 能力別に分類した。そして，理学療法士が訪問リハビリテーションを行うにあたり，それぞれどのようなケア内容を行うことが効果的であるか検討した。

その結果，介護サービス利用者の ADL 能力別による分類は，3 群（「IADL 改善型」，「ADL 改善型」，「ADL 支援型」）に分類されることが明らかにされた。

第 I 群は「IADL 改善型」であり，BI レベルでの ADL は自立しており，自力で屋外に出ることは可能であるが，FAI は低値であることが特徴づけられる。この型は，ケア内容を考慮すると，「予防的リハビリテーション」が

重要であると考えられる。具体的に、拘縮や筋力低下の予防、生活範囲の拡大や、生活指導、簡単な環境整備等のケア内容が考えられる。

第Ⅱ群は「ADL改善型」であり、ADL能力に改善すべき点があり、屋外に出て移動することが困難であることが特徴づけられる。この型はケア内容を考慮すると、「自立支援型リハビリテーション」が重要であると考えられる。具体的には、ADL練習、外出手段の確立、家庭内役割の発見等のケア内容が考えられる。

第Ⅲ群は「ADL支援型」で移動・移乗が自立しておらず、BI・FAIも低値であり、ADLの自立が部分的にも期待できないことが特徴づけられる。この型は、ケア内容を考慮すると、「介護負担軽減型リハビリテーション」が重要であると考えられる。具体的には介助方法の指導、寝たきり防止（離床・座位保持）、残存能力の維持などのケア内容が考えられる。

これらのことから、3型に対するそれぞれのケア内容は、次のように（表4）まとめられると考える。

表4 類型によるケア内容

IADL改善型	ADL改善型	ADL支援型
残存能力の開発 片手動作・利手交換 自助具の指導 筋力強化 ROMMax 筋スバズム・疼痛の軽減	残存能力の開発 片手動作・利手交換 自助具の指導 筋力強化 ROMMax 筋スバズム・疼痛の軽減	残存能力の維持 自助具の指導 筋力強化 ROMMax 筋スバズム・疼痛の軽減 コミュニケーション手段 呼吸・構音練習 摂食・嚥下練習
基本動作練習 立位保持 立ち上がり		基本動作練習 立位保持 立ち上がり 座位保持 起き上がり 変返り
ADL練習(環境整備等による改善) 移乗練習 歩行練習 食事動作練習 トイレ動作練習 更衣動作練習 入浴動作練習 階段昇降練習	ADL練習(能力向上) 移乗練習 歩行練習 食事動作練習 トイレ動作練習 更衣動作練習 入浴動作練習 階段昇降練習	ADL練習(介助軽減) 移乗練習 歩行練習 食事動作練習 トイレ動作練習 更衣動作練習 入浴動作練習 介助方法の指導
IADL練習(屋外動作中心) 家事 洗濯 掃除 屋外歩行 道路の横断 車の乗降 交通機関の利用 庭仕事 金銭管理 買い物 外出 車の運転 就業 趣味 読書 電話の使用 筆記	IADL練習(屋内動作中心) 家事 洗濯 掃除 屋外歩行 道路の横断 車の乗降 交通機関の利用 庭仕事 金銭管理 買い物 外出 車の運転 就業 趣味 読書 電話の使用 筆記	趣味等の嗜好によるQOL維持 外出 趣味 読書 電話の使用 筆記
精神的支援 環境整備(IADL向上)	精神的支援 環境整備(ADL向上)	精神的支援 環境整備(寝たきり予防)
対人・社会交流の維持・改善 家族支援	対人・社会交流の維持・改善 家族支援	社会的閉塞の防止 家族支援
危険個との連携 他職種連携	危険個との連携 他職種連携	危険個との連携 他職種連携

1. IADL改善型のケア

この型で実際に行われているケア内容は筋力低下、拘縮、痙性等を予防するためのエクササイズの指導や、脳梗塞等の再発や合併症を予防するための生活指導が中心となっている。したがって、訪問リハビリテーションの回数は月に1回程度が望ましい²⁾と思われる。その際に、「エクササイズは毎日行っているか」、「生活機能が低下していないか」、「食生活は規則正しく行われているか」と言うようなことを評価しなければならない。特に「閉じこもりになっていないか」評価することは重要である。「閉じこもり」は低活動状態による廃用症候群を起こす危険性がある。

「閉じこもり」の要因は身体的要因、心理的要因や環境要因等さまざまであるが、中田ら²⁾はADLに何の支障もない高齢者において、趣味の有無、運動の有無、家族交流が閉じこもり予備軍と有意な関連があるとしている。また、「閉じこもり」予防活動の重点課題として、余暇活動を楽しめる機会や場の提供、家族間の人間関係の調整を図ることで、高齢者が孤立しないよう援助していくことが必要であると報告している。本研究でもFAIの趣味の項目では「週1回以上している」が3名、「月1回未満している」が1名、「していない」が4名であり、IADL改善型に含まれる利用者のうちの半数が趣味を持っていなかった。趣味を持たない4名のうち、閉じこもり（1週間に1度も屋外にでなかった者）は1名もいなかった。しかし、FAIの結果では、生活用品の買い物や病院へ行くための交通手段の利用で得点していることから、楽しみのための外出も必要だと思われる。

「平成14年度訪問リハビリテーション実態調査」³⁾によれば、訪問リハビリテーションによるIADL練習の頻度は少ない。この理由は「IADLは範囲が広いので、利用者の要望がないかぎり、アプローチすることが難しい」、「時間的制限があり、指導程度で終わっ

てしまうこと」等いろいろなことが考えられる。このことから、アプローチの工夫や老人保健施設、介護予防事業や生きがい活動支援通所事業等との連携が必要であると思われる。

2. ADL 改善型のケア

この型は ADL の早期自立、外出手段の確保が重要であり、ケア内容は ADL 練習、住環境整備や家庭内役割の発見が中心となっている。したがって、訪問リハビリテーションは週に 1～2 回程度の頻度が望ましい¹⁾。また、集中的にリハビリテーションを行うことで、ADL 早期自立を図り、その後は IADL 改善型と同じケア内容を行うべきであると思われる。この型は身体機能や住環境の問題から屋内移動や外出が困難であり、臥床時間が長くなる危険性がある。しかし、訪問リハビリテーションによって、外出が可能となり、IADL 改善型に移行できる可能性のある型と思われる。

今回の調査では、この型に含まれる利用者は 1 名であった。これは医療機関を退院した時に「ADL が自立した利用者」や「障害が重度のために部分的にも ADL の自立が困難であった利用者」が多いことを表していると思われる。この型に含まれる利用者は以下のようなタイプが想定される。

タイプ 1 …院内 ADL は自立していたが、ソフトランディングな退院がなされなかったために、在宅生活に問題がある者

タイプ 2 …退院までに一部の ADL が自立できなかった者

タイプ 3 …在宅生活は自立できる能力があったが、閉じこもりによる廃用症候群により、生活機能が低下した者

タイプ 1 は退院時に利用者の ADL を評価し、医療機関でできていた ADL が在宅に戻り、

環境が異なることからできなくなっている部分を早期発見・早期治療することが重要である。タイプ 2 は住環境整備や自助具の利用等からできるだけ早い ADL の自立を図ることが重要である。タイプ 3 は生活機能の低下が軽度である早い時期のリハビリテーションが重要であり、「できる ADL」の確立から「している ADL」への働きかけや活動度の指導が重要であると思われる。

本研究で ADL 改善型に含まれた 1 名はタイプ 2 に当たる。杖歩行獲得が困難な事例であった。しかし、外出もよくしており、活動量の多い事例であると思われたので以下に報告する。

<事例紹介>

H さん 69 歳 男性 脳卒中右片麻痺

BI は歩行不可・階段不可、面接時には床上で座位をとっていた。リハビリテーションにはたいへん積極的であり、手すりのない場所での歩行訓練や過剰な回数の立ち上がり練習は避けるように注意を受けていた。立位保持は可能であるが、歩行時には後方に重心が移動して、転倒してしまい、杖歩行は不可能であった。しかし、室内や廊下では前方の壁や柱に手をつき、前によりかかりながら歩行していた。また、壁や柱のない場所では、左右に体重を移動させながら、骨盤と体幹を回旋させ少しずつ移動していた。さらに玄関から自転車のある場所までの移動や 3 輪自転車の乗り降りは自立しており (図 2)、自転車に乗ってよく外出しているとのことであった。手すり等つかまる物がないと歩行移動はできないため、買い物などは困難である。しかし、杖歩行が不可能であっても、車椅子に頼らず、外出する貴重な一例であった。今後は、趣味や楽しみのための外出も行えるようになることが望まれる。



図2 自転車での外出

ハンドルにつかまることで重心が後ろに移るのを防ぐことができる。上図のように健側下肢で自転車を跨ぐ。次に患側足部をペダルに乗せ、患側に体重を移し、健側足部もペダルに乗せ、サドルに座る。

3. ADL 支援型のケア

この型は介助量軽減を目的としたケアが重要であり、ケア内容は介助方法の指導、介助量の増加を防止するための立位・座位保持能力の維持（寝たきり防止）や関節可動域等の維持、リフターや電動ベッド等の福祉機器や自助具の導入が中心となっている。さらに、重度の利用者の場合には摂食・嚥下練習や呼吸練習等も必要となる。

この型のケアは介助量軽減が主な目的となるが、ケア内容は介護者のためのものではなく、利用者の QOL 維持・向上につながるものでなければならないと思われる。客観的 QOL には 3 つの視点があり、これらを目標としたケア内容が求められる。第一に、呼吸機能、摂食・嚥下機能の維持、改善することで「生命の質」を保つ。第二に、入浴やトイレ動作等の自立援助や座位保持能力を高めることで、家族との食事や会話を楽しむ「生活の質」を保つ。第三に、持久性を高め、自己決定の下に花見や家族旅行、デイケアへの通所を可能にし、再び自己実現することによる「人生の

質」を保つことである³⁾。この型は重度になればなるほど、「生活の質」と「人生の質」を保つことは困難となる。これらを保つためにも、特に「寝たきり」を防止し、座位保持能力を維持することが重要であると考えられる。

E. 結論

本研究では、介護サービス利用者を ADL 能力別に 3 群に分類することができた。第 I 群の IADL 改善型は身体機能低下と閉じこもりの予防が重要である。第 II 群の ADL 改善型は早期 ADL 自立が重要である。第 III 群の ADL 支援型は介助量軽減と QOL の維持が重要となる。今回の 11 例を通して、IADL 改善型の趣味や楽しみのための外出を増やすことや ADL 支援型の「生活の質」、「人生の質」の維持・向上はアプローチが難しく、今後の訪問リハビリテーションの課題の 1 つであると思われる。

謝辞

本研究にあたり、調査に御協力いただいた対象者、関係者の皆様に深謝いたします。

文献

- 1) 河本のぞみ. 訪問看護ステーションにおける他職種チームアプローチ. 在宅看護と介護 9 (3): 188-193, 2004.
- 2) 中田晴美, 高崎絹子, 他. 地域在宅高齢者における介護予防活動に関する研究～閉じこもり予備群の状況と関連要因に焦点を当てて～. 日本在宅ケア学会誌 6 (1): 61-69, 2002.
- 3) 伊藤隆夫. 訪問理学療法 of 歩みと今後の展望. 理学療法 20(12): 1205-1212, 2003.
- 4) 古澤正道. 寝たきりを予防する! 在宅訪問リハビリテーション実践講座 第 1 回 在宅訪問リハビリテーションの基礎知識. トータルケアマネジメント 6(1): 104-109, 2001.

本年度研究協力者 青森県立保健大学
桜木康広 盛田寛明 富士縄透

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 ー訪問・通所リハビリテーションの地域特性別支援に関する実用化試案の開発ー

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、訪問・通所リハビリテーション関連職種及びサービス利用者26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)個別支援、2)グループ支援、3)コミュニティ支援、に沿った項目を抽出し、実用化試案を作成した。

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、初年度の地域特性を勘案した活用の専門性評価試案の作成を踏まえ、2年次研究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、在宅支援モデルプロ

グラムの自治体における実用化試案の開発を目的とした。

B. 研究方法

本研究は、訪問・通所リハビリテーションに携わる専門職及びサービス利用者4グループ(1グループ6～7名)計26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、グループダイナミッ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実用化に向けた現状と課題について

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) 個別支援、2) グループ支援、3) コミュニティ支援、に沿った項目を抽出し、実用化試案を作成した。

詳細は以下のとおりである。

1. 個別支援

実用化の促進に向けた個人への支援に関連する要因として、「当事者の最大利益の尊重」理念の共有が強調された。

(1) 「当事者最大利益の尊重」理念の共有

訪問・通所リハビリテーションの実用化には、専門職、当事者自身をはじめ、必要に応じて家族、インフォーマルなサポートを含む。そこではすべてのメンバーによる「当事者の最大利益の尊重」という理念の共有が大前提であり、その家族も同等に考慮するとしたヒューマンサービスの核となる要因が抽出された。

2. グループ支援

(1) 適切なチームメンバーの編成

チームは、当事者のニーズに適したメンバーから構成されていることが求められている。そのため、人脈を活用し、幅のある選択肢から適任の専門職ならびに家族などをチームメンバーとして組み込む4つの要素が重要と述べられた。

a. 人脈を築き、活用する

チームメンバーの選択肢を広げるために、下記のようなメンバーが自ら他専門職と知り合おうと活動することの必要性が述べられた。

i. 積極的に面識を作る

人脈を広げる工夫として、初対面では積極的に挨拶を交わし、多くの人と知り合う機会を作ることの重要性が述べられた。

ii. 普段から心がけて関係を保つ

知り合った人に対して、普段から努めて声を掛けることで、必要時に相談をかけやすい関係を保つことができると述べている。

b. 的確にメンバーの選択をする

必要に応じたメンバーを選択するために、的確に問題点を判断し、専門職や関係機関、家族など幅広い対象の中から柔軟に選択することの重要性が述べられた。

c. 積極的にリーダーシップをとる

リハ専門職は、必要に応じてチームリーダーとして役割を発揮することが期待され、そのためにコーディネートや、マネジメントに関する技術を身に付けることの重要性が述べられた。

d. チーム参加への動機づけをする

チームを形成する初期段階で、多職種の協力を円滑に得る手段として、メンバーがチームに参加することの動機付けの重要性が示された。

i. メンバーが達成感を得る

メンバーがチーム支援の有効性を実感できることで、チームに参加することの動機づけになると述べられた。

ii. メンバーがチームに参加の意義を知る

チームワークの有効性、意義を各メンバーが知ることで、動機づけにつながるとしていた。

iii. 駆け引きのテクニックを使用する

動機づけの手法として、駆け引きなどすることが有効な場合のあることが述べられていた。

②チーム内での役割分担

チームメンバーとして、チーム内で期待され

ている役割を發揮することの重要性が述べられた。チーム内での各々の役割を明らかにするために、相互に専門職の専門性、所属機関の役割などを理解し尊重することが必要である。

a. お互いの専門性をPRし、理解を深める

各々の専門性をPRし合うことで、お互いにどのような役割を發揮してくれる専門職かを知ることが可能となる。それにより、もっとも専門性を發揮することが期待される役割をチーム内で分担する。

b. お互いの専門性を尊重する

専門性を尊重し合うことの重要性が述べられた。

c. 各専門職の所属部署について理解を深める

各々の所属部署、所属組織についての理解を深めることが、チーム内の役割決定する上で重要と述べられた。他機関、他部署の専門職との交流の機会を活用し、お互いの所属部署の目的、役割について情報交換をおこなう、組織全体から見た所属部署の役割を認識することが重要である。

③チーム目標に関する合意形成

メンバー全員が当事者の解決すべき課題について話し合い、問題を共有すること、チームとしての目標を決定すること、といった2つの要素があることで、メンバーのチーム内での役割認識、目標に向けての協働を促進することが述べられた。

a. 説明を的確に行なう

課題を共有するための説明方法として、下記の必要性が述べられた。

i. 当事者に合わせた説明方法を工夫する

説明をする際に、当事者の理解力、知識の程

度を考慮して言葉や伝達方法を工夫して選択することの必要性が述べられた。

ii. アセスメント内容を説明する

各専門職が当事者についてアセスメントした内容をチームメンバー間で共有することで、各専門職がチーム内で求められている役割を認識する契機になると述べられた。

iii. 当事者に適合したアプローチ方法の工夫

必要に応じて説明する当事者の変更、回数などを工夫することで、説明が伝わっていくと述べられた。

b. 意見交換をする

必要に応じて意見交換をすることで、お互いに納得できるチーム目標が形成され、役割分担が明確にされると述べている。

④チーム支援に関するoutcome評価の共有とフィードバック

チーム支援後のoutcome評価をチーム全体で共有することで、次回チームを形成する時へフィードバックされることが述べられた。

⑤チーム内の信頼関係の構築

チーム内での信頼関係を構築することで、メンバー間のコミュニケーションを促進し、効果的な支援体制の構築につながると述べられた。そのために、メンバーに対する配慮と専門職としてチーム内の役割を果たすことの2要素の重要性があげられた。

a. メンバーに対して配慮する

円滑な人間関係を築くために、下記に配慮することがあげられた。

i. 感情的にならない

対人関係を萎縮させる原因となる、怒りなどの感情を表出しないことが、関係を築く上

で重要と述べられた。

ii. 相手の状態を把握し、配慮する

周囲の人の考え、事情などに気を配り、自分の言動に配慮することが述べられた。

b. 役割を果たす

専門職としての役割を果たすために、下記に配慮することで、周囲からの信頼を得ることができると述べられた。

i. 相談や依頼は随時受ける

持ちかけられた相談や、依頼など求められた時には、時間を割き、迅速に専門職として役割を果たすよう、努めることが重要と述べられた。

ii. チーム内での役割を果たす

チーム内の役割を的確に把握し、専門職として役割を果たすことでメンバーから認められ、信頼を得ていくことが述べられた。

⑥情報の共有化

各メンバーが把握している情報や、当事者への支援内容などをチーム内で共有することで、包括的な支援の提供が可能となる。しかし、他機関へ情報を提供することの困難さや、守秘義務と情報開示の程度についての困惑が述べられた。それらの対策として、2つの要素が含まれた体制が作られることが求められていた。

a. 記録形式の工夫をする

記録形式の統一などの工夫で、必要事項のぬけもれを防ぎ、情報を正確に相手に伝える手段として有効になると述べられた。

b. 当事者から情報公開の同意を得る

当事者の同意を得て情報公開をすることで、チームメンバーが、情報を共有できる可能性が述べられた。

⑦必要時に話し合いを可能にする環境整備

話し合いや情報交換を必要に応じて行なうためには、集合する場の設定と参加するための時間調整といった環境を整えることの重要性が述べられた。

⑧新しいチームメンバーの人材発掘と育成

当事者の家族、親戚、地域住民などからチームメンバーとなりうる人材を発掘すること、またはメンバーとして役割を果たせる力を持つ様育成することで、より当事者に適した支援体制を整えることが可能となると述べられた。

⑨必要に応じた社会資源の活用

既存する病院、作業所、アパートなどを活用し、当事者に必要な支援を提供することの必要性が述べられた。

3. コミュニティ支援

実用化を促進する上で、間接的な周囲の環境の重要性が述べられ、メンバーの所属する機関内の体制に関する要因、機関同士の協働体制要因に分類された。

(1) 所属機関内の体制に関する要因

チームに参加し、役割を果たすためには、所属機関（部署、組織）の環境整備が必要と述べられた。

①チームワークへの職場の協力体制

チームワークへの職場の協力体制とは、個別のチームワークに対して他部署、所属機関全体からの協力を得るために、a. 組織の業務としてチームに参加することを認めている、b. 必要時には機関全体で役割を分担できる、以上の体制が必要と述べられていた。

a. 組織の業務としてのチーム参加促進体制

組織内で自己完結するのではなく、必要に応じて他機関の協力をえることで、組織的である

支援提供を果たすことができると認識している組織体制であることが必要と述べられた。

b. 必要時には機関全体での役割分担体制

他課から求められた協力を、機関全体の業務の一部と認識し、役割を果たせる体制であることの必要性が述べられた。

②所属機関内の情報が入手可能な体制

所属機関内の情報を入手するために、下記の必要性が述べられた。

a. 情報交換ができる体制

所属機関、部署内でスタッフ同士の情報交換、意見交換が活発にできる体制であることが大切と述べられた。

b. 日頃から互いの職務や役割を理解する体制

他の課の職務内容や役割を把握できる体制であることが、チームに参加するための環境を調整し、効率よく支援を提供できるということが述べられた。

c. 必要に応じた所属機関内の情報共有体制

職務にかかわる必要な情報を共有することが、円滑で効率よく支援提供につながるということが述べられた。

③技術向上の機会が得られる体制

専門職の技術向上の機会を整えるために、下記の必要性が述べられた。専門職の技術を高めることで、チーム内で専門職としての役割を的確に果たすことが可能となる。

a. 問題を共有できる体制

問題の共通事項があるため、共有することでお互いのスキルアップを促す契機となる。そのため、問題をスタッフ同士で話し合うことのできる体制であることの必要性が述べられた。

b. スーパーバイズが得られる体制

職場内で、助言、指導、教育が上司や同僚から得られることの必要性が述べられ、相談がしやすいことの重要性が述べられている。

c. 研修などに参加しやすい体制

研修会などに参加することを上司から勧められる、または参加する意志を出しやすい体制があることで、研修会などに参加しやすく、技術向上を目指すことができると述べられた。

④業務の効率管理がされた体制

業務に効率管理がされた体制として、下記があげられた。チームへの参加を促進するためには、普段の業務を効率的にし、他の仕事へも参加できるゆとりの必要性が述べられた。

a. 効率化を目指した機器を導入する

業務の時間、労力を効率的に活用するために、職場内の機材などを有効活用することが求められ、環境整備の必要性が述べられた。

b. 時間管理と能率性の確保

心の余裕、時間的余裕という言葉で多く発言が得られた。余裕がないという言葉は、業務内容とその作業のために割り当てられている時間、労力が合致したものでないことの現れであり、割り当てられた時間や労力の範囲内で終了するような能率的な業務形態を整備することの必要性が述べられた。

(2) 機関間の協働体制

多機関メンバー間でチームワークを行なう場合、所属機関間同士が協働体制を構築していることがチームワークを円滑に促進する要素として重要であると述べられた。そのため、下記の必要性が述べられた。

①チームワーク成果の蓄積

個別のケースを通して、チームワークの必要

性、有効性、方法が明らかになりそれらを積み重ねることで、連絡体制を積み重ね、体系化することの必要性が述べられた。

②各機関の協働に対する意志の明確化

必要時には、機関の代表としてチームワークを進めていくこともあり、所属機関の意志を明確にすることで、スタッフが多機関に対して明確にすることが可能になると述べられた。

③機関間の共通目標の明確化

多機関間のチームワークを構築するために、各機関の持つ共通の目標を明確にする重要性が述べられた。

④協働体制と情報経路の整備

多機関との協働体制や情報交換を担当者の采配にまかせるだけでなく、機関レベルで協働体制、情報経路を構築することが、様々な場面で形成されるチームのメンバー同士の関係継続につながり、円滑に支援を提供するために必要と述べられた。

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別支援に関する実用化試案を作成した。

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) 安梅勅江、エンパワメントのケア科学、医歯薬出版、2004
- 2) 高山忠雄、福祉用具活用の実務、第一法規、2001
- 3) 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
- 4) 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
- 5) 日比野正己、バリアフリー百科、TBSブリタニカ、1999
- 6) 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、127-136、2004年12月
- ② 安梅勅江、エンパワメントのケア科学、医歯薬出版、2004

本年度研究協力者

原田亮子（ミズーリ大学）