

として、アンケート調査による研究を行う。

これら患者のうち、自宅退院、グループホーム・高齢者住宅への退院群に対して、現在、6か月後、12月後、においても、生活のADL、自立度等が維持できているか、その維持に必要なであったサービスは何であったかを明らかにするため、アンケート調査を行う。

研究テーマ (Research Question)

- 1) 回復期リハビリ病棟退院後の在宅復帰後に機能・ADL 維持が果たして出来ているのかどうか
- 2) 退院時の ADL を維持していくにはどのような方法・プログラムが必要か

目 的

「集中的な回復期リハビリ」が在宅復帰後のADL にどのように有用であったか、在宅生活継続の中でも効果があったことの検証を退院後のアンケート調査によって行う。また、グループホーム等の在宅施設においてADL の維持が可能かどうかの検証も行なう。

B. 研究方法

研究1：研究デザイン

対象患者

豊生会東苗穂病院（札幌市東区）回復期リハビリ病棟にてリハビリを施行した脳卒中および大腿骨頸部骨折術後の患者で、平成15年1月1日～平成16年12月31日の期間に東苗穂病院を退院した患者を研究対象群とする。

デザイン時の研究対象者の目標数は自宅退院50名・自宅外在宅20名・在宅施設20名程度とした。

観察研究

Retrospective and Prospective コホート研究の方法で行った。

Inclusion Criteria：ADL 評価（バーセル・インデックス）が入院中に2回できた症例のみとする。

Exclusion Criteria：病状悪化により急性期病院転院例と死亡退院例は除外

パラメーター・カテゴリ変数

（リハビリテーション総合実施計画書に記載されている項目より選択した）

ADL としては、バーセル・インデックス、認知・痴呆の評価としてのHDS-R、介護保険申請ならびに総合実施計画書に記載している、自立度・痴呆度、介護認定より得られた介護度、医療相談の際に得られた家族介護力の指標としての家族状況の把握。

Outcome

退院先についての把握。以下の3群に分けて把握する

- ・自宅への復帰、家族との同居による退院
- ・(自宅外施設としての)、グループホーム・高齢者住宅への入居
- ・長期療養施設(病院・特養・老健)への入院・入所

(倫理面への配慮)

- 1：分担研究者が主治医であった患者のみを対象とした。
- 2：入院期間中にリハビリテーションカンファレンスを2～4回行い、その都度ならびに退院後も医療相談員より医療福祉サービスの説明を行っているケースを対象としている。
- 3：退院時に、リハビリテーション総合実施計画の内容を個人が特定できないように分析・解析を行うことを説明し、同意を得て集計を行った。

研究2：研究デザイン

(郵送によるアンケート調査)

研究1で得られた114例を対象としてアンケート調査を行う(表1)。

対象患者：

- A群：自宅退院：58名に対しては、患者本人および同居家族に対してアンケート調査を行う。
- B群：グループホーム等入居の15名に対しては、施設職員の協力を得ながら本人および家族よりアンケート調査を行う。
- C群：長期療養41名のうち、豊生会老人保健施

設ひまわり入所の6名と、近隣の長期療養の介護療養型病院・東和病院に転院した5名については、各施設職員の協力を得ながら家族よりのアンケート調査を行う。

調査方法：郵送によるアンケート方式

実施時期：第1回目：H17年 2～3月

第2回目：H17年 6～7月

第3回目：H17年 11～12月

（倫理面への配慮）

- 1：医療相談員より説明を行い協力可能との返事を得た方のみに郵送しアンケートを依頼。
- 2：3回のアンケートについては、いつでも中止可能であることを説明。
- 3：アンケートは返送されたあとに分析前に個人が特定できないようにした上で分析・解析を行う。

C. 研究結果

研究1の結果

豊生会東苗穂病院を平成15年1月1日～H16年12月31日退院までに退院し、研究のCriteriaを満たした患者は、トータル114例であった。尚、以下の結果の提示においては介護度が判明していない（あるいは認定を受けなかった）等の理由により、合計人数に変動がある。

結果1

この114例について、Outcomeの転帰先の3群に分け、退院直前の最終のリハビリテーション総合実施計画書に記載された自立度（J・A・B・C）ごとの人数分布を示す。

長期療養：41人；J：1人、A：9人、
B1：8人、B2：11人、C：12人
自宅退院：58人；J：7人、A：31人、
B1：14人、B2：4人、C：1人
GH・高齢：15人；A1：9人、A2：3人、
B1：3人

結果2

今度はこの114例を逆に退院時自立度（リハビ

リテーション総合実施計画書）のレベルごとに、3転帰先（長期療養施設、自宅退院、グループホーム・高齢者住宅等）に分けての人数分布を示す。

- J 長期療養1人、自宅退院7人、
グループホーム等0人。 合計8人
A 長期療養9人、自宅退院31人、
グループホーム等12人。 合計52人
B1 長期療養8人、自宅退院14人、
グループホーム等3人。 合計25人
B2 長期療養11人、自宅退院4人。 合計15人
C 長期療養12人、自宅退院1人。 合計13人

結果3

この114例中、退院時に介護度の判明しているケースについて、転帰先ごとに介護度と自立度の相関を表にした（表2～表4）。

- （1）長期療養：40人 介護療養型病院、特別養護老人ホーム、老人保健施設（表2）

表2 長期療養者の要介護度

	J	A1	A2	B1	B2	C1	C2
要支援	0	0	0	0	0	0	0
介護度1	0	1	2	0	0	0	0
介護度2	0	1	2	1	1	0	0
介護度3	<u>1</u>	0	0	4	3	1	0
介護度4	0	<u>1</u>	<u>1</u>	3	5	1	2
介護度5	0	0	0	0	2	2	6

注釈：Aランクで介護度4と、Jで介3の3ケースは前医にて介護認定を受けており、介護申請～当院退院に4か月以上期間あるために、介護度と自立度に乖離があるものと思われる。

- （2）自宅退院：51人（表3）

表3 自宅退院者の要介護度

	J	A1	A2	B1	B2	C1	C2
要支援	1	0	0	0	0	0	0
介護度1	5	7	2	0	<u>1</u>	0	0
介護度2	0	7	1	4	0	0	0
介護度3	0	5	5	5	<u>1</u>	0	0
介護度4	0	0	0	4	2	0	0
介護度5	0	0	0	0	0	0	1

注釈：B2 で介護度1・3の2ケースは、今回発症後の介護度の更新を行っていない。

(3) グループホーム・高齢住宅等：14人（表4）

表4 グループホーム等入居者の要介護度

	J	A1	A2	B1	B2	C1	C2
要支援	0	0	0	0	0	0	0
介護度1	0	6	0	0	0	0	0
介護度2	0	1	2	0	0	0	0
介護度3	0	2	1	1	0	0	0
介護度4	0	0	0	1	0	0	0
介護度5	0	0	0	0	0	0	0

注釈：B1 ランクでグループホーム入居例は長期に入居はできなかった。

研究2については、アンケート調査の第1回目を平成17年2月より開始したばかりである。アンケート調査に対する返信は来ているが、分析考察等は次年度に行う。

D. 考 察

研究1

結果1についての考察

退院総数114名中在宅できたのは、自宅退院58名、準在宅としてのグループホーム等15名の合計73名であり、在宅（または準在宅）復帰率64%であった。急性期の病院より転院しリハビリを行っている病院である実情、ならびに北海道の地域性から考えるなら、まずまずの復帰率であると考えられる。この在宅復帰率の114名を研究対象として、引き続いての研究を行うことは適当であると思われる。

結果2についての考察

Aランク52人の転帰先は、自宅31人、グループホーム12人、長期療養9人であった。自立度から見ても、自宅退院が勧められるケースと考えられた。グループホーム等入居となった12名については身寄りがいない、家族が近隣にいないなどの状況が理由となっていた。長期療養となった

9名については自立度の上からは、長期療養の必要性は少ないと考えられ、今後、家族状況や痴呆度などの要因についての検討が必要である。

B1ランク25人の転帰先は、自宅退院14人、グループホーム等3人、長期療養8人であった。このレベルでは半分近くが自宅退院しているものの、長期療養となったケースも多い。自立度B1といっても入浴や排泄などの介助量や痴呆度といった患者自身の条件、家族介護力や意欲といった周辺条件に、どれだけ介護サービスによって自宅退院・自宅介護を支えていけるか、ということによって転帰先が決定しており、今後分析を加えていく予定である。この自立度B1レベルにどのようなサービスが継続的に提示できるかの研究が必要であることが判明した。

B2ランク15人の転帰先は、自宅退院4人、長期療養11人となっており、グループホーム等の入居例はなかった。B2ランクとなると、自立度もかなり重いため長期療養が多くなっていく。自宅退院のケースは家族介護力・介護の意思に加え、十分な介護サービスの利用を行っていた。B2ランクの自宅で介護を行いたいという家族に十分なサービスを行える充実した体制の提供が必要であると考えられる。

Cランクの13人の転帰先は、自宅退院1人、長期療養病院12人であった。このレベルになると、ほぼ寝たきりの状態であり、経管栄養の状態にある患者も多い。長期療養（介護療養型）病院への転院がほとんどである。

結果3についての考察

A：転帰先からの考察

1：長期療養

自立度においてJランク、Aランクの8名が転帰が長期療養となっている。このうちの3名は前医療機関において介護認定を重く受けていたこともあって、自立度が改善しているにも関わらず長期療養転院を希望した。

長期療養となった40名のうち、8名が自立度J・Aにも関わらず長期療養になっているが、そ

の要因として痴呆度と家族状況によると推察されるが今後分析が必要である。

また、自立度が高く家族の介護が期待できない要介護者の在宅サービスの充実や、グループホーム等の中間施設の充実が求められていくものと思われる。

2：自宅退院

自宅退院は総数 51 名であるが、自立度 B2 レベルであっても 4 名が自宅退院している。家族の強い在宅希望に加え、家族介護力の充実、さらには介護サービスの利用によって在宅が可能となっているものと考えられる。家族・本人に在宅への希望がありながら、在宅できなかったケースとの比較を行ってどのようなケースにどのようなサービスを提案すればよいか検討していきたい。

3：グループホーム等

自立度において A ランクでありながら、家族状況によってグループホーム入居を選択されているケースが多かった。

B：自立度からの考察

自立度 A ランクは基本的に自宅退院を勧めていくべきレベルと考える。しかしながら、痴呆度・認知力や家族状況により、自宅退院が困難な場合、どのような在宅サービスを導入していくか、あるいは、グループホームや高齢者住宅等への入居を勧めていくか検討すべきであろう。

自立度 B1 ランクは、他の要因により転帰先が最も変わってくるレベルである。“B1 ランク”とひとまとめにするのは、多少無理はあるものの今後の Subgroup 解析を簡便にするためにまずは“B1 ランク”として、ひとくくりにまとめたの考察を行う。B1 ランクでは ADL、特に排泄や入浴等の状況、痴呆度・認知力によって介護の必要量が大幅に変わってくる。

自験例では、B1 ランクでのグループホームの長期生活継続は無理であったが、今後はグループホーム等においてもこのレベルの入居・生活継続が可能となることが望まれる。また、家族介護力・排泄等の ADL・痴呆度などのより、在宅復帰を

希望していながら在宅を諦めたケースもある。在宅を希望した際に困難が生じないよう、どのような介護サービスを追加すれば長期の在宅が可能となるか、ということについての検討が今後の分析すべき課題である。

自立度 B2 ランクや C ランクは、重介護者や寝たきりであるため、在宅ができないこともしかたがないレベルではある。無理な在宅を行うと介護する家族との共倒れにもなりかねない。しかしながら、このレベルであっても、強く在宅生活を希望する家族もいるため、在宅介護サービスの充実や短期入所等、在宅を強く支えるシステムの構築が求められる。

E. 結 論

114 例の患者の退院転帰先調査を行った。自立度 J・A ランクは自宅退院またはグループホーム（あわせて 83%）、自立度 B2・C ランクは長期療養転院（あわせて 82%）が多かった。自立度 B1 ランクが、ADL 状況・痴呆度・家族介護力により転帰先が異なっていた。

この B1 ランクの患者が自宅復帰していくためには、ADL や家族介護力をきめ細かく考慮して、在宅支援のサービスの充実化を計り、家族事情等により自宅退院できないケースにおいてはグループホーム等での受け入れ整備などが求められる。

B1 ランク患者の今後の介護度・介護量悪化予防のために、どのようなサービスを継続的に行っていけばよいかについての研究が必要であり、次年度への継続研究によって行っていく。

文 献

- 1：徳永誠、他、急性期病院から回復期リハビリテーション病院に転院した脳梗塞患者の診療情報提供書の検討—熊本市近郊における実態報告—、リハ医学 2005；42：50-57
- 2：山永裕明、他、介護保険下の脳卒中維持期リハビリテーション、リハ医学 2005；42：58-71
- 3：徳永誠、他、急性期脳梗塞患者の転院待機日

- 数の検討、リハ医学 2004；41：880-883
- 4：上村智子、介護保険制度下の居住環境整備サービスによる虚弱高齢者の支援、リハ医学 2004；41：788-794
- 5：江藤文夫、2004 年第 41 回日本リハビリテーション医学会学術集会・会長講演：医学的介入の指標としての活動とリハビリテーション医学、リハ医学 2004；41：581-586
- 6：石田暉・田中信行：2004 年第 41 回日本リハビリテーション医学会学術集会・シンポジウム：リハビリテーション総合実施計画書をめぐってー評価とパスを含めてー、リハ医学 2004；41：587-618
- 7：鈴木英二、他、脳卒中回復期前期における患者の層別化の試み、リハ医学 2004；41：540-547
- 8：平松和久、他、脳卒中発症後の職業復帰、リハ医学 2004；41：465-471
- 9：全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会・国立保健医療科学院施設科学部：回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書（平成 15 年 3 月版）
- 10：全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会・国立保健医療科学院施設科学部：回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書（平成 16 年 3 月版）
- 11：日本リハビリテーション病院・施設協会編集、これからのリハビリテーションのあり方、青海社（2003 年 10 月刊）
- 12：全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会、平成 16 年度回復期リハビリテーション病棟研修会・医師研修会（2004 年 11 月 13・14 日）資料
- 13：千野直一・里宇明元、特集・エビデンスに基づく脳卒中リハビリテーション医療、モダンフィジシャン 2004；24：No.9
- 14：日本医師会雑誌・平成 14 年 6 月 1 日号、特集・老年症候群と高齢者に対する総合機能評価、日本医師会雑誌 2002；127：No.11
- 15：特集：プライマリケア医のためのリハビリテーション入門、南山堂「治療」2003；85：No.5
- 16：千野直一・編著、脳卒中患者の機能評価ーSIAS と FIM の実際、シュプリンガー・フェアラーク東京（刊）1997
- 17：中村隆一、他・編、脳卒中の機能評価と予後予測、医歯薬出版（刊）1997
- 18：岡本祐三、監訳、高齢者機能評価ハンドブックー医療・看護・福祉の多面的アセスメント技法、医学書院（刊）1998
- 19：浅山晃、他・編集、Journal of Clinical Rehabilitation 別冊・脳卒中リハビリテーション外来診療、医歯薬出版（刊）1997
- 20：千野直一、他・編集、リハビリテーション MOOK 2・脳卒中のリハビリテーション、金原出版（刊）2001
- 21：石鍋圭子、他・編著、リハビリテーション専門看護、医歯薬出版（刊）2001
- 22：長谷川幹・編著、発症部位別にみた脳卒中者のリハビリテーションー入院から地域連携まで、日本医事新報社（刊）、1993
- 23：社団法人・日本リハビリテーション医学会・監修、リハビリテーション医学白書、医学書院（刊）、2003

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

中川 仁、回復期リハビリ病棟立ち上げにあたってー需要分析とマーケティングの視点からー、南山堂「治療」87 巻 2 月号、p383-386、2005.2

2. 学会発表

第 5 回回復期リハビリテーション病棟研究大会（平成 17 年 10 月、大阪）での発表準備中。

表1 アンケート質問項目一覧

全員（自宅退院は本人&介護者に。グループホーム等は施設職員に）

- (1) 現在の介護度
- (2) 回復期リハビリ病棟を退院後の入院の有無
- (3) 入院歴ある場合、病名・入院時期（期間）・病院名
- (4) アンケート時点でも在宅生活を継続されているか
- (5) 現在、在宅中の場合、施設入所（ショートステイも含む）の経験の有無
- (6) 現在、在宅中の場合、施設入所の申し込み中か
- (7) 入院、入所中の場合、どのような病院・施設にいるか
- (8) 利用している介護サービスについて
デイケア・デイサービス（週 回）、訪問看護、ホールヘルパー（週 回）、
ショートステイ、家での入浴サービス（週 回）、訪問リハビリ、
日常生活用具・福祉用具の貸与・給与、住宅改修、配食・給食サービス、
- (9) 日常生活用具・福祉用具のレンタルあるいは購入
入浴用いす、浴槽内いす、浴槽用手すり、車椅子、ポータブルトイレ
特殊寝台（介護用ベット）、移動用リフト、杖
- (10) 住宅改修について
①トイレ排泄に関しての住宅改修：
洋式便器への変更、トイレ内手すりの取り付け、トイレ入り口（ドア等）の改修
②自宅入浴のための改修
浴室内・入り口の手すり取り付け、浴室内の段差解消（床のかさ上げ・スロープ）
③自宅玄関等の出入りのための改修：玄関の段差解消のための改修
- (11) 現在のADL（バーセルに基づく）
食事、車椅子からベットへの移動、整容、トイレ動作、入浴、歩行状態、
階段の上り下り、着替え、排便のコントロール、排尿のコントロール、について
- (12) 日常生活の自立状況
- (13) 日常生活の物忘れ、認知、意思疎通などの状況

自宅退院し同居している家族向けの項目

- (1) 同居の状況 :いつから、何人、誰
- (2) 介護時間、手伝いの状況
- (3) 介護者の健康状況
- (4) 被介護者・介護者の関係は良好であったか
- (5) 介護者の就労状況

研究報告 8（2）

脳卒中患者の自宅復帰を阻害させる要因の解明に関する研究

分担研究者 中川 仁 札幌山の上病院 リハビリテーションセンター 脳卒中部門 部長
豊生会東苗穂病院 診療部（リハビリテーション科）

研究要旨

回復期リハビリ病棟より自宅退院した患者の大多数は在宅生活の維持継続ができていたが、退院前のデイケア・住宅改修等のサービス調整が重要である。介護者調査結果では労力負担や健康状態への配慮が重要である。

自宅退院・グループホームの転帰の違いは、家族状況・認知障害がその転帰に影響していた。「自宅退院」例は「当初よりの強い在宅希望」か「入院時 BI 50 点以上」のであった。一方、「長期療養病院」例は「入院時 BI 50 点未満」で「リハビリ効果みて在宅検討」のケースが多かった。在宅後のアンケート調査では ADL・自立度・痴呆度もおおむね維持されている。介護度については退院後むしろ軽減したものが多かった。

Australia における脳卒中・リハビリの調査からの日本への課題・提言は、1) 地域における Systematic な体制を作る、2) 現在の在宅サービスを質量ともに維持するために、より効率的効果的に行い無駄を省き、可能な限り現状に近い在宅サービスの制度が維持されることが望まれると考えた。

A. 研究目的

研究 1：(平成 17 年度からの継続研究)：回復期
リハビリ病棟退院後の自宅復帰（あるいは
グループホーム入居）後の ADL・生活・
機能維持の状況の検証

研究の概要

研究 1 によって得られた 114 名について対象として、アンケート調査による研究を行う。

これら患者のうち、自宅退院、グループホーム・高齢者住宅への退院群に対して、現在、6 か月後、12 月後、においても、生活の ADL、自立度等が維持できているか、その維持に必要であったサービスは何であったかを明らかにするため、アンケート調査を行う。

研究テーマ (Research Question)

- 1) 回復期リハビリ病棟退院後の在宅復帰後に機能・ADL 維持が果たして出来ているのかどうか

- 2) 退院時の ADL を維持していくにはどのような方法・プログラムが必要か

目 的

「集中的な回復期リハビリ」が在宅復帰後の ADL にどのように有用であったか、在宅生活継続の中でも効果があったことの検証を退院後のアンケート調査によって行う。また、グループホーム等の在宅施設において ADL の維持が可能かどうかの検証も行なう。

研究 2・3：脳卒中患者の自宅復帰を阻害させる 要因の解明

研究の概要

回復期リハビリの自立支援効果を高めるための方策を検討する。脳卒中等の回復期リハビリ病棟入院患者を対象に、自宅復帰可能な心身状態でありながら自宅外施設入所が選択される健康上・社会環境上の要因を検討し、現在の回復期リハビリ

や在宅での維持期リハビリにどのようなサービスの重点化が必要かを明らかにする。

研究テーマ (Research Question)

- 1) 脳卒中患者の自宅復帰を阻害する要因を明らかにする。
- 2) 自宅復帰が困難だがグループホームを選択する場合、その理由と要因を調べる。

仮 説

最大の要因は患者 ADL と家族介護力にあると考えられる。

目 的

在宅促進のために『回復期リハビリ病棟』が作られたが自宅復帰率は 50～70%程度と報告されている。

ADL(バーセル・FIM)やその中の項目(特に排泄・移行)がネックとなることが報告されているが、もっと簡便で一般的な指標(自立度・痴呆度)を元に傾向を探りたい。準在宅としてグループホームの希望が多いがどのような階層(自立度・痴呆度・家族介護力)がグループホームに入居しているか実態を把握することにより、リハビリ中期から転帰先を探っていくことができるようになる。

研究 4：オーストラリア Newcastle 大 および Hunter Stroke Service の調査

研究の概要

平成 17 年 11 月 12 日(土)～11 月 20 日(日)、Australia NSW 州 Upper Hunter 郡 (人口約 60 万人) の地域の脳卒中を統括している Hunter Stroke Service および その関連施設 (John Hunter 病院、Newcastle 大学 CCEB) を訪問し情報調査する。

目 的

日本が介護保険を導入する際にオーストラリアのシステムの調査を行ったが、現在の状況ならびに日本の今後の方向性に対する参考となる知見を得る。

B. 研究方法

研究 1：研究デザイン

(郵送によるアンケート調査)

昨年度の東苗穂病院にて集積した研究対象症例 114 例を対象としてアンケート調査を行った。

対象患者

A 群：自宅退院：58 名に対しては、患者本人および同居家族に対し郵送にてアンケート調査を行った。

B 群：グループホーム等入居の 15 名に対しては、施設職員の協力を得ながら本人および家族よりアンケート調査を行った。

C 群：長期療養 41 名のうち、豊生会老人保健施設ひまわり入所の 6 名と、近隣の長期療養の介護療養型病院・東和病院に転院した 5 名については、各施設職員の協力を得ながら家族よりのアンケート調査を行った。

調査方法

郵送によるアンケート方式

(3 回とも発送・回収は終了)

実施時期

第 1 回目：H17 年 3 月

第 2 回目：H17 年 6 月

第 3 回目：H17 年 11 月

アンケート内容

アンケート内容参照

アンケート対象者

自宅退院 (58 名)

グループホーム (15 名)

長期療養 (41 名)

アンケート回収数

自宅退院

1 回目 (37 名)

2 回目 (30 名)

3 回目 (26 名)

グループホーム

1 回目 (5 名)

2 回目 (3 名)

3 回目 (2 名)

長期療養

- 1 回目（6 名）
- 2 回目（4 名）
- 3 回目（3 名）

（倫理面への配慮）

- 1：医療相談員より説明を行い協力可能との返事を得た方のみ郵送しアンケートを依頼。
- 2：3回のアンケートについては、いつでも中止可能であることを説明。
- 3：アンケートは返送されたあとに分析前に個人が特定できないようにした上で分析・解析を行う。

研究2：研究デザイン：札幌山の上病院での新規アンケート調査

対象患者

札幌山の上病院（札幌市西区）回復期リハビリ病棟にてリハビリを施行した脳卒中患者で、平成17年4月1日～平成18年3月31日の期間に退院した患者を研究対象群とする。

デザイン時の研究対象者の目標数は自宅退院およびグループホーム 合計40名とした。

観察研究

Retrospective and Prospective コホート研究の方法で行った。

Exclusion Criteria：病状悪化により急性期病院転院例と死亡退院例は除外

パラメーター・カテゴリー変数

（リハビリテーション総合実施計画書に記載されている項目より選択した）バーセル・インデックス(BI)、HDS-R、自立度・痴呆度、介護度、家族介護力。

調査方法

郵送によるアンケート方式

実施時期

- 第1回目（退院後 2か月）、
- 第2回目（退院後 6か月）、
- 第3回目（退院後 12か月）、

アンケート内容：研究1において東苗穂病院で

使用したものと同一内容。

（倫理面への配慮）

- 1：分担研究者が主治医であった患者のみを対象とした。
- 2：入院期間中にリハビリテーションカンファレンスを2～4回行い、その都度ならびに退院後も医療相談員より医療福祉サービスの説明を行っているケースを対象としている。
- 3：退院時に、リハビリテーション総合実施計画の内容を個人が特定できないように分析・解析を行うことを説明し、同意を得て集計を行った。

研究3：研究デザイン：東苗穂病院での入院データの整理

対象患者

豊生会東苗穂病院（札幌市東区）回復期リハビリ病棟にてリハビリを施行した脳卒中および大腿骨頸部骨折術後の患者で、平成15年1月1日～平成16年12月31日の期間に東苗穂病院を退院した患者。平成17年度研究にて集積した114例。

対象

東苗穂病院回復期リハ病棟平成15・16年に退院した脳卒中患者114例。

自宅退院58名。グループホーム15名。長期療養41名。

方法

入院時 BI、退院時 BI、入院期間、転帰 について分析

これらデータを元に解析を行う。

解析項目としては、

- ・入院期間 と ADL (BI) 上昇点数
- ・入院期間 と ADL (BI) 1週間あたりの上昇点数
- ・入院期間 と 転帰先
- ・1日あたり医療費 と ADL (BI) 1週間あたりの上昇点数

研究4：オーストラリア Newcastle 大 および
Hunter Stroke Service の調査

調査日程

平成17年11月12日(土)～11月20日(日)

調査対象

Hunter Stroke Service (Australia NSW
州 Upper Hunter 群)

C. 研究結果

研究1：東苗穂病院退院後の患者アンケート調査
結果

結果1・2として自宅退院58名について行っ
た調査結果についてまとめる。

結果1：自宅退院58名のアンケート結果

1回目結果(平成17年3月実施)集計

回収数：自宅退院(58名中37名)、死亡2名

介護度：自立:3、要支援:2、介1:7、介2:9、
介3:8、介4:7、介5:2、

35名は調査時在宅継続(入院歴有13(再発・大
症状:8)、入院歴無22)

介護サービス:デイケア:23、福祉用具:13、ケアマ
ネ:13、ヘルパー:9、訪問看護:6、

福祉用具：入浴いす:16、杖:15、車椅子:15、介護
ベット:14、ポータブルトイレ:10、

住宅改修施行23：トイレ23(手すり19)、風呂
18(手すり14)、玄関先13

住宅改修未施行12

2回目結果(平成17年6月実施)集計

回収数：25名、死亡2名

介護度：自立:2、要支援:1、介1:5、介2:7、介
3:6、介4:2、介5:2、

返信した24名全員が調査時在宅継続(入院歴
有8(再発・大症状:5)、入院歴無15)

介護サービス:デイケア:19、ケアマネ:10、福祉
用具:9、訪問看護:6、ヘルパー:5、

福祉用具:介護ベット:13、車椅子:11、入浴いす:8、
杖:7、浴槽手すり:6、

住宅改修施行15：トイレ15(手すり13)、風呂(手

すり7)、玄関先4

住宅改修未施行9

3回目結果(平成17年11月実施)集計

回収数：22名、死亡3名

介護度：自立:5、要支援:0、介1:1、介2:5、
介3:6、介4:3、介5:1、

返信した21名中20名が調査時在宅継続(入院
歴有6(再発・大症状:5)、入院歴無15)

介護サービス:デイケア:16、福祉用具:9、ケアマ
ネ:8、訪問看護:4、ショートステイ:4、

福祉用具：車椅子:10、介護ベット:9、入浴いす:
6、浴槽手すり:5、杖:5、

住宅改修施行13：トイレ13(手すり10)、風呂
6(手すり6)、玄関先5

住宅改修未施行7

結果2：自宅退院58名の介護者への調査結果

1回目介護者調査：27名

介護時間 1時間4、2時間5、約5時間7、8時
間以上6

同居の状態 今回同居5、以前より同居21、別
居1

健康状態 健康 20 不良 12

介護者との関係 良好17 中間14 不良3
仕事 有9(時間調整困難4)、無25(介護のため退
職5)

2回目介護者調査：22名

介護時間 1時間0、2時間5、約5時間2、8
時間以上6

同居の状態 今回同居2、以前より同居14、
別居6

健康状態 健康18 不良6

介護者との関係 良好9 中間13 不良
1

仕事 有5(時間調整困難4)、無13

3回目介護者調査：18名

介護時間 1時間0、2時間3、約5時間2、8
時間以上4

同居の状態 今回同居2、以前より同居13、

別居3

健康状態 健康10 不良9
介護者との関係 良好8 中間10 不良1
仕事 有5(時間調整困難3)、無14

研究2：札幌山の上病院 現在症例集積中
(アンケートも現在進行中)

研究3：東苗穂病院入院中のデータ解析

結果3：114例についてのデータ解析を示す。

	平均 入院期間	平均B・I 上昇点	退院時B・I 点数
自宅退院 58名	120日 (60~180日)	7.2点 (0~30点)	69点 (0~100点) *2
グループホーム 15名	110日 (30~180日)	9点 (0~15点)	68点 (30~85点) *3
長期療養 41名	145日 (50~180日)	3.8点 (-5~40点) *1	35点 (0~80点) *4

*1：0点が29名

*2：50点未満11名

*3：70点以上11名

*4：50点未満11名 60点以上9名、30点以下20名

研究1と研究3による解析：

結果4：自宅退院症例における入院時・退院時・1回目調査・2回目調査・3回目調査における、ADL(パーセル・インデックス)、自立度、痴呆度・介護認定の変化について表として示す。

表1参照

結果5：自宅退院以外(グループホーム入居・長期療養病院等転院)症例における入院時・退院時・1回目調査・2回目調査・3回目調査における、ADL(パーセル・インデックス)、自立度、痴呆度・介護認定の変化について表として示す。

表2参照

研究4：オーストラリア Newcastle 大 および Hunter Stroke Service の調査
(詳細については、南山堂「治療」2006年3月号に掲載)

調査日程

平成17年11月12日(土)~11月20日(日)

調査対象

Hunter Stroke Service (Australia NSW 州 Upper Hunter 群)

概要

Sydneyより北方にあるUpper Hunter郡はNewcastle市を中心とした人口約60万人の地域であるが、車で5時間の距離のある広大な地域である。この地域には医学部を有するNewcastle大があり医療従事者の養成機関がある。また基幹病院であるJohn Hunter病院は休日には150名以上の救急患者を受け入れている急性期病院である。

この60万人の地域に急性期脳卒中を受け入れ可能な病院はJohn Hunter病院を含め4病院であり、脳卒中リハビリの可能な病院は4病院である。これら急性期4病院・リハビリ病院4病院の入院状況・患者データを把握しコントロールしているのがHunter Stroke Serviceである。急性期病院からスムーズなリハビリ病院への転院、そして在宅への移行というSystematicな動き、地域において完結するシステムという点では素晴らしい制度である。このHunter stroke serviceの関与する新規発症脳卒中は年間1200例にのぼる。

このHunter stroke serviceの主要Managerとの面会、急性期病院2つ見学、リハビリ病院3つ見学(うち1箇所ではOTやMSWとも面会し具体的な在宅調整の調査も行った)、在宅後の施設2つ見学した。また、Hunter stroke serviceとNewcastle大の共同作業において医療従事者の教育のために行っているMaster of Stroke Managementの教育システムやWorkshopの運営状況においても調査を行った。

この地域においては、脳卒中の分類は80%以上が脳梗塞であり、脳出血・クモ膜下出血は20%

に満たないため、再発予防においては脳梗塞のみを対象としている。特に再発予防の教育にはかなりの力を入れており、高血圧・糖尿病・高脂血症・肥満の治療、患者や家族への行動変容の教育、日常的に診療を行うGPへの教育に力をいれている。その家族用あるいはGP用の教育資料は極めて充実していた。患者・家族・医療従事者・GPへの、主に脳梗塞再発予防教育により過去5年で脳卒中の新規発症率を26%減少させた。この再発予防のための教育は導入を検討する必要がある。

しかし、Australiaにおける脳卒中医療の欠点として以下3点あげられる。1) リハビリ入院期間が非常に短期である。2) 在宅サービスが量的に日本に比して非常に少ない。3) 民間保険が国民の20~30%が加入しており貧富の差によって受けられる医療が異なってくる。これらは、日本が他山の石とすべきことであろう。

すなわち、Australiaから学ぶべき点は、1) 地域においてSystematicに症例を把握し、リハビリ、在宅へと動かしている。2) 再発予防のため、患者家族、医療従事者全てに教育が行われ効果をあげている。の2点であり、真似すべきでない点は、1) リハビリ期間が最初から短期間で設定。2) 在宅サービスが量的質的に不足している。この2点である。

D. 考 察

結果1：

1回目データ（平成17年3月実施、退院後3~24か月（平均12か月）の調査）、2回目データ（平成17年7月実施）、3回目データ（平成17年11月実施）の結果についての考察を行う。

3回の調査の間に、自宅退院例58例中死亡が確認されたのは3名であった。

回収で記載のあった1回目37例中35名、2回目23名全員、3回目21名中20名が返信時在宅していた。長期療養病院への入院となっていたのは1回目調査の2名のみであった。

介護度において、1回目調査の37例中9例、2回目調査の25名中4名、3回目調査の22名中

4例が介護度4・5であった。

すなわち、回復期リハビリ病棟より自宅退院した患者はその後自宅生活を継続することが多かった。よって、まずは、回復期リハビリ病より退院するには自宅退院が可能となるよう、生活調整・サービス調整をすることが重要と考える。

在宅後の入院歴調査において入院の既往有は1回目13名、2回目8名、3回目6名であった。すなわち短期間の入院を繰り返しながらも、在宅生活を継続できていた。

サービスでは1・2・3回目ともに、デイケアの利用が最も多かった。住宅改修23例が行われており、トイレ・風呂が多かった。これら結果から、在宅後にはデイケア利用や住宅改修等の在宅生活の継続が可能な調整が重要であることがわかった。

1・2・3回目の変化を解析しての分析を今後さらに行う予定である。

結果2：

介護者への調査においては、1回目27名、2回目22名、3回目18名の調査を行った。

約半数が5時間以上の介護時間との返答であり、介護者の健康状態として1/3は健康に自信がないとの返答であり、特に3回目は半数に及んだ。また、1回目調査において介護者27名のうち5名は介護を理由に退職している。しかし、今回の脳卒中を機に同居したケースは少数であった。

今回の結果から、介護者の時間・労力負担や健康状態への配慮が重要であると考えられた。

今後、1・2・3回目の経時的解析を行う。

結果3：

自宅退院（58例）・グループホーム（15例）、いずれも平均入院期間・ADL（バーセル・インデックス）平均上昇点数、退院時（入院時）ADLに大きな差はなかった。転帰が自宅となるかグループホームとなるかは、認知機能と家族状況によるものと考えられる。

「自宅退院」となったケースは、「リハビリ病院

入院当初から強い自宅退院希望」または「リハビリ病院入院時からバーセル・インデックス 50 点以上」のいずれかがほとんどである。

一方、最終転帰が長期療養病院転院（41 例）となったケースは、「“リハビリ病院入院時バーセル・インデックス 50 点未満”で“リハビリ効果みてから在宅検討したい”というケースが結果として長期療養病院転院となっていたものが多かった。

結果 4 :

表 1 の自宅退院例のアンケート結果の推移についての考察を行う。

入院時・退院時・退院後の 3 回の調査のうちの少なくとも 1 回、の調査が可能であったのは自宅退院症例 58 例のうち 43 例であった。

まずは、ADL（バーセル・インデックス）の変化について考察する。アンケート調査による ADL 評価は家族により行われたもののためやや正確性を欠くが、おおむね退院時より大きな変化は少ない。しかし、患者番号 27・34・38 は低下しているため検討が必要である。

自立度の調査においてもおおむね大きな変化は認めていないが、患者番号 27・29・38 で低下している。

痴呆度の調査では退院時より悪化したケースは少なかった。むしろ、良くなったとの調査回答が多かったが、これは家族記載式のため判断力等をいい方向に解釈し記載したものと考える。

介護度についての変化は退院時には新たな申請結果がでていないものも含まれていることを考慮すると、退院後に介護度が大きく変化したケースは少なくむしろ軽減したものが多かった。

結果 5 :

表 2 にグループホーム・長期療養となったケースのアンケート結果を示してありその結果に対しての考察を行う。これら施設のケースは、記載は施設職員に依頼し、調査同意は患者家族からとったため、ケースはなかなか集まらず、調査が行え

たのはグループホーム 5 例、長期療養 6 例のみであった。

グループホームでの症例の患者番号 1・3 は悪化しており原疾患の悪化に伴う ADL 低下と考えられた。

長期療養病院・施設のケースは患者番号 8 の ADL 低下以外は大きな変化はなかったが、もともと介護度 4・5 のケースが多かった。

研究 4 :

オーストラリアの脳卒中は 80%以上が脳梗塞であり、脳梗塞の再発予防の教育を行っている。高血圧・糖尿病・高脂血症・肥満の治療、患者や家族への行動変容の教育、日常的に診療を行う GP への教育である。その効果として過去 5 年で脳卒中の新規発症率を 26%減少させた。

欠点として以下 3 点。1) リハビリ入院期間が非常に短期である。2) 在宅サービスが量的に日本に比して非常に少ない。3) 民間保険が国民の 20~30%が加入しており貧富の差によって受けられる医療が異なってくる。

Australia 調査から得た課題・提言は、『現在の在宅サービスを質量ともに維持するために、より効率的効果的に行い無駄を省き、可能な限り現状に近い在宅サービスの制度が維持される』ことが求められていると考える。

E. 結 論

平成 16 年度研究成果

回復期リハビリ施行・退院後の脳卒中患者の転帰先の調査を行った。114 例の患者において、自立度 J・A ランクは自宅退院またはグループホーム入居が多かった（83%）。自立度 B 2・C ランクは長期療養目的の転院が多かった（82%）。自立度 B 1 ランクが、ADL 状況・痴呆度・家族介護力により転帰先が異なっていた。今後、この B 1 ランクの患者に対する在宅支援サービスの充実化や、グループホーム等での受け入れ整備などが求められる。また、B 1 ランク患者のサービス支援の充実によって、介護度・介護量悪化のための

方策の検討が必要であることがわかった。

療」、87 卷（2005 年）2 月号、p383-386、
・回復期リハビリ病棟退院後の脳卒中患者自宅退
院後の追跡調査（執筆予定）

平成 17 年度研究成果

回復期リハビリ病棟より自宅退院した患者の大多数は在宅生活の維持継続ができていた。退院時のデイケア・住宅改修等のサービス調整が重要である。介護者調査では約半数が 5 時間以上の介護時間であり、1/3 は健康に自信がない。介護を理由に退職した介護者も 5 名いた。介護者の労力負担や健康状態への配慮が重要である。

自宅退院（58 例）・グループホーム（15 例）、いずれも入院期間・ADL 平均上昇点数、退院時 ADL に大きな差はなく、家族状況・認知障害がその転帰に影響していた。「自宅退院」例は、「リハビリ入院当初から強い自宅希望」か「リハビリ入院時から BI 50 点以上」のであった。「長期療養病院」41 例は、「リハビリ入院時 BI 50 点未満」で“リハビリ効果みてから在宅検討予定”が結果として長期療養病院転院となっていた。アンケートによる在宅後 ADL 調査は、家族による評価であるが自宅退院後も維持されていた。自立度・痴呆度調査でもおおむね維持されている。介護度については退院後むしろ軽減したものが多かった。

Australia における脳卒中・リハビリの調査においては、日本への課題・提言としては 1) 地域における Systematic な体制を作る、2) 現在の在宅サービスを質量ともに維持するために、より効率的効果的に行い無駄を省き、可能な限り現状に近い在宅サービスの制度が維持されることが望まれると考えた。

F. 研究発表

1. 論文発表

- ・Global Standard の医療の視点から：オーストラリアの脳卒中医療—Hunter Stroke Service— 南山堂「治療」88 卷（2006 年）3 月号（印刷中）
- ・回復期リハビリ病棟立ち上げにあたって—需要分析とマーケティングの視点から—、南山堂「治

厚生労働科学研究（長寿科学総合研究事業）

調査票 1：自宅退院された患者様用

【回答上の注意事項】患者様のご家族がご記入ください。

- ・ 設問には、かっこ内に答えを記入していただくものと、選択肢から最も当てはまるものを選んでいただくものの2種類があります。
- ・ 全ての質問に回答するよう、お願いいたします。

ふりがな
氏名： _____ 性別： 男 ・ 女
生年月日： 大正・昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日生
住所： _____
電話番号： _____

まず初めに患者様についてお答え下さい。

問1. 患者様のお名前を教えてください。 ()

問2. 患者様の現在の介護度を教えてください
自立・要支援・介護度1・介護度2・介護度3・介護度4・介護度5

問3-A. 回復期リハビリ病棟を退院後、何らかの病気の治療のために入院をされましたか？

- (ア) はい
- (イ) いいえ

問3-B. 問3-Aの設問で(ア)はい、と答えられた方にお尋ねいたします。

病名・入院時期(期間)・病院名 について御記載下さい

病名 ()
入院時期(期間) ()
病院名 ()

問4. 患者様は現時点でも在宅生活を継続されていますか？

- (ア) はい(自宅、ショートステイ中も含む)
- (イ) いいえ(病院入院中、施設入所中である)

問4で“(ア)はい”とお答えになった方は“問5-(1)-A・B”を、

問4で“(イ)いいえ”とお答えになった方は“問5-(2)”を回答して下さい。

問5-(1)-A. 問4で(ア)はい(現在、在宅生活中)、と答えた方にお尋ねします。患者様は、回復期リハビリ病棟退院から現在までに、病院に入院あるいは施設入所(ショートステイも含む)していたことがありますか？(ア)(イ)(ウ)(エ)のいずれかひとつに○をつけて下さい。

- (ア) 病院に入院していたことがある。
- (イ) 老人保健施設などのショートステイをしていたことがある
- (ウ) その他の施設(グループホーム等)に入所していたことがある
- (エ) いいえ(ずっと在宅継続している)

問5-(1)-B. 現在、患者様は老人保健施設の(ショートステイ以外の)入所やグループホームの申し込みをされていますか？

- (ア) いいえ、今後とも在宅継続を予定している。
- (イ) 老人保健施設または特別養護老人ホームに入所予定(または申し込む予定)である
- (ウ) グループホームや介護住宅(ケアハウス等)入居予定(または申し込む予定)である

問5-(2). 問4で(イ) いいえ(入院、施設)、と答えた方にお尋ねします。患者様は現在自宅以外のどのような病院・施設におられますか？

- (ア) 病院(病状悪化で入院) (イ) 病院(長期療養目的の入院)
(ウ) 老人保健施設に入所 (エ) グループホームなどの施設にて生活中

問6. 以下に記された介護サービスにおいて、利用されているもの全てに○をつけて 下さい

- (ア) デイケア・デイサービス (週 回) (イ) 訪問看護
(ウ) ホールヘルパー (週 回) (エ) ショートステイ
(オ) 家での入浴サービス (週 回)
内訳(訪問入浴介護 週 回、ホームヘルパーによる入浴介助 週 回)
(カ) 訪問リハビリ (キ) 住宅改修
(ク) 日常生活福祉用具の貸与・給与 (ケ) 配食・給食サービス
(コ) 居宅療養管理指導(ケアマネージャーの利用)

問7. 日常生活用具・福祉用具のレンタルあるいは購入をされましたか？当てはまるもの全てに○をつけて下さい

- (何もレンタル・購入されていない方は(コ)に○をつけて下さい)
(ア) 入浴用いす (イ) 浴槽内いす (ウ) 浴槽用手すり
(エ) 車椅子 (オ) ポータブルトイレ
(カ) 特殊寝台(介護用ベット) (キ) 移動用リフト
(ク) 杖
(ケ) その他(具体的に:)
(コ) 福祉用具のレンタル・購入は行っていない

問8. 住宅の改修をされましたか？当てはまるもの全てに○をつけて下さい

(特に住宅の改修を行っていない方は(4)に○をつけて下さい)

- (1) トイレ排泄に関する住宅の改修
(ア) 洋式便器への変更
(イ) トイレ内手すりの取り付け
(ウ) トイレ入り口(ドア等)の改修
(エ) その他(具体的に:)
(2) 自宅入浴のための改修
(ア) 浴室内や浴室入り口の手すりの取り付け
(イ) 浴室内の段差解消(床のかさ上げ、スロープ、等)
(ウ) その他(具体的に:)
(3) 自宅玄関等の出入りのための改修
(ア) 玄関の段差解消(床のかさ上げ、スロープ、等)
(イ) その他(具体的に:)
(4) 特に住宅の改修は行っていない

問9. 現在の患者様の生活の状態についてお聞きいたします。質問(1)～(10)のそれぞれに対して、各設問ごとの選択肢のうち最も当てはまるものいずれかひとつに○をつけて下さい。

(以下の内容は入院中に行ったりリハビリテーション・カンファレンスの際にお渡ししたりリハビリテーション実施総合計画書の「しているADL(日常生活動作)」の項目が、現在ご自宅等でどの程度出来ているか、お尋ねするものです。)

* 全く介助の必要なく、すべて自立して行える方は(1)～(10)いずれの質問も回答は(ア)に○をつけてください。介助を多少とも必要とする項目のある方は最も当てはまると思われる項目に○をつけてください。

(1) 食事について

- (ア) 介助なしに自分でほとんど食べることができる。(自助具など使用してもかまいません)。標準的な時間内に食事を食べ終わることができる。
- (イ) 多少の介助(たとえば、きざみにしたり、少し手伝ってもらったり)が必要である。あるいは、非常に時間がかかる。
- (ウ) 食事にはほとんど介助が必要な状態である。

(2) 車椅子からベットへの移動について

- (ア) 自立しており、ブレーキ・フットレストなどの操作も自分で行える。
- (イ) 一部介助を要する。または、監視が必要である。
- (ウ) 座位可能だが、移行には多くの介助が必要である。
- (エ) 自分ではまったく出来ず、すべて介助が必要な状態である。

(3) 整容について

- (ア) 洗面、歯磨き、洗髪、(髭剃り)などの整容が自分でほとんど出来る
- (イ) このような整容動作は自分ではあまり出来ず、介助を必要としている

(4) トイレ動作について

- (ア) 自分でトイレ動作の行為全て(衣服の動作、後始末など)が出来ている。
- (イ) 体を支えたり、衣服動作の介助や、後始末などの介助・手伝いが必要である。
- (ウ) 全てに介助が必要である。あるいは、全く出来ない。

(5) 入浴について

- (ア) ほぼ完全に自立しており、介助や手伝いは不要である。
- (イ) 必ず介助や手伝いが必要である。

(6) 歩行状態について

- (ア) 45m以上の歩行が可能である。(杖・装具使用してもかまいません)
- (イ) 介助や歩行器を使用すれば45m以上の歩行が可能である。
- (ウ) 介助でも45m以上の歩行は不可能であるが、車椅子なら自分で45m以上の移動が可能である。
- (エ) いずれでもない。(介助歩行でも車椅子自操でも45m以上の移動は不可能である)

(7) 階段の上り下りについて

- (ア) 自分で階段の上り下り可能である。(手すりや杖等使用してもかまいません)
- (イ) 階段の上り下りには介助があれば可能である。または、自分で可能ではあるが、監視が必要な状態である。
- (ウ) 階段の上り下りは不可能である

(8) 着替えについて

- (ア) 靴、衣服のファスナー・ボタン、装具の着脱がほとんど自分で可能である。
- (イ) 介助がある程度必要ではあるが、半分以上は自分で行える。
少し手伝えば、標準的な時間内で着替えが可能である。
- (ウ) 半分以上介助を要する。または、非常に時間がかかる。

(9) 排便のコントロールについて

- (ア) 失禁は全くない
- (イ) 時に失禁あり。(浣腸などの介助が必要な方も含みます)
- (ウ) 上記以外。(例えば：失禁頻回、浣腸対応多い、おむつ、など)

(10) 排尿のコントロールについて

- (ア) 失禁は全くない

- (イ) 時に失禁あり。(尿器介助が必要な方も含みます)
- (ウ) 上記以外。(例えば：失禁頻回、介助多い、おむつ、など)

問 10. 日常生活がどの程度自立されているかお聞きいたします。下記の選択肢 (ア) ~ (キ) 7つのうちの最も当てはまると思われる選択肢ひとつだけに○をつけて下さい。

- (ア) 日常生活のほとんどを自分で行うことができる。さらに、交通機関(バス・地下鉄など)をひとりで利用して外出可能できる。
- (イ) 日常生活はほとんどを自分で行える。家の近所へならばひとりで歩いて外出可能であるが、一般の交通機関を利用しての外出はひとりでは難しい。
- (ウ) 自宅内(屋内)での生活には、介助はあまり必要なく、日中ほとんど床(ベッド)から離れて生活している。しかし、外出の際にはいくらか他の人の介助が必要である。
- (エ) 自宅内(屋内)での生活においては、介助はあまり必要ないが、日中、寝たり起きたりの生活をすることもある。
- (オ) 日常生活において、移動、排泄、食事などに何らかの介助を要する。しかし、排泄はおむつを使用することは少なくトイレで行うことが多い。食事はベッドではなく食卓(テーブル)について食べるが多い。
- (カ) 日常生活において、移動、排泄、食事などに何らかの介助を要する。おむつを使用することが多い。しかし、介助により車いすに移り、車いすで日中過ごすこともある。
- (キ) 1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えなどほぼ全部介助が必要である。(ほとんど寝たきりの状態である)

問 11. 物忘れ、認知、意思疎通などにどの程度の困難さがあるかお聞きいたします。下記の選択肢 (0) ~ (3) のうちの最も当てはまる選択肢ひとつだけに○をつけて下さい。

全く問題のない方は (0) に○をして下さい。

- (0) 問題あるような物忘れはほとんどなく、身の回りの判断にもほとんど問題はないと思われる。
- (1) 物忘れは多少あるものの、日常生活において見守りがなくてもほぼ問題はなく自立している。
- (2) 誰かの見守りがあれば、日常生活においては特に大きな問題は生じない。
- (3) 日常生活には、見守りを絶対に必要とする。見守りや周りの人の判断なしには日常生活を安全に過ごすのは困難である。

調査票 2：自宅退院患者様用

調査票 1 と同様に、患者様のご家族の方がご記入ください。

次に患者様の主たる介護者である方(このアンケートに記入している方)についておききます

問 1. あなたは患者様と同居されていますか? (ア) はい (イ) いいえ

問 2. 患者様と同居されている場合、それはいつからですか?

昭和・平成()年頃から

問 3. 今回の疾患(回復期リハビリ病棟入院となった脳卒中)により、新たに同居をされましたか?

- (ア) はい(今回を期に同居した)
- (イ) いいえ(以前から同居していた)
- (ウ) いいえ(以前も、現在も別居している)

問 4. 在のあなたの同居家族は何人ですか（あなたも人数に含めて下さい）？
（ ）人

問 5. 同居されているのは、以下の次の中の誰ですか？当てはまる方全員に○をつけて下さい。

- (ア) 配偶者 (イ) 兄弟姉妹 (ウ) 娘 (エ) 息子
(オ) 義娘（嫁） (カ) 孫 (キ) その他の親戚 (ク) その他の人

問 6. あなたの 1 日における平均の介護に必要な時間を教えてください。
約（ ）時間

問 7. 家族はどれぐらい介護の手伝いをしてくれますか？

- (ア) いつも手伝ってくれる (イ) ときどき手伝ってくれる
(ウ) ほとんど手伝いはない

問 8. 以下の人の中で、介護を手伝ってくれるのは誰ですか？

当てはまる方全てに○をつけて下さい。

- (ア) 配偶者 (イ) 兄弟姉妹 (ウ) 娘
(エ) 息子 (オ) 義娘（嫁） (カ) その他の親戚
(キ) ホームヘルパー (ク) 家政婦 (ケ) 友人
(コ) 近所の人 (サ) その他の人 (シ) 全くいない

問 9. ふだん、あなた御自身のおからだの具合はいかがですか？

- (ア) 健康である。
(イ) 病気がちである。

問 10. 介護を必要とする以前の、患者様とあなたの関係はいかがでしたか？

- (ア) 良好 (イ) まあまあ良好 (ウ) 普通
(エ) あまり良くない (オ) 良くない

問 11. 介護のために、あなたのしている仕事に支障が生じていますか？

- (ア) 仕事をしており、介護のための時間の調整が困難である。
(イ) 仕事をしているが、介護のための時間の調整が容易である。
(ウ) 仕事はしていない
(エ) その他（ ）

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）
分担研究報告書

表 1. 自宅退院

患者番号	性	年	パーセル・インデックス			自立度			痴呆度			介護度							
			入院時	退院時	1回目	2回目	3回目	退院時	1回目	2回目	3回目	退院時	1回目	2回目	3回目				
1	女	84	35	60	—	x	x	B2	—	x	x	I	—	x	x	介1	介1	x	x
2	女	71	55	70	60	75	75	B1	A2	A2	A2	I	0	I	I	介1	介1	介1	介1
3	男	76	55	65	70	x	x	B2	B2	x	x	IIb	II	x	x	介2	介2	介2	x
4	女	76	90	90	—	x	x	A1	—	x	x	IIa	II	x	x	介1	要支	x	x
5	女	70	65	80	70	75	x	B1	A2	A2	x	0	0	0	0	介2	介1	介1	x
6	男	77	65	65	60	70	60	A1	B2	B2	B1	IIa	0	0	0	介1	介3	介3	介3
7	女	67	70	85	80	x	x	A2	A2	x	x	0	0	x	x	介2(*)	—	x	x
8	男	65	95	100	100	100	x	A1	J	A1	x	I	0	0	0	介1	介1	要支	x
9	男	65	100	100	100	100	90	J1	A1	A1	A1	0	0	0	0	介1	介1	介1	自立
10	女	79	45	75	—	x	x	B2	—	x	x	IIb	—	x	x	介2	介2	x	x
11	女	85	45	45	65	x	85	B2	B1	x	A2	IIb	II	x	—	介1	介1	x	介3
12	男	53	50	50	75	65	65	A2	B2	B1	x	IIIa	III	II	II	介4	介4	介3	介3
13	女	70	25	45	30	x	x	B2	B2	x	x	IIb	0	x	x	介3	介3	x	x
14	女	75	35	40	0	x	x	B1	C2	x	x	IIIa	III	x	x	介3	介4	x	x
15	女	76	0	0	0	0	0	C2	C1	C1	C2	IV	III	III	III	介5	介5	介5	介5
16	女	85	45	65	90	80	90	A1	A2	A2	A1	I	I	I	I	介3	介2	介2	介2
17	女	83	15	25	20	55	35	B2	B2	B2	C1	IIb	0	0	0	介3(*)	介4	介4	介3
18	女	86	65	70	55	55	60	B1	B1	B1	B1	I	I	II	II	介3(*)	介1	介2	介2
19	女	79	85	90	95	x	80	A1	J	—	A1	0	I	—	—	介1	自立	介1	自立
20	女	87	75	80	—	死亡	—	A2	—	死亡	—	IIa	—	死亡	—	介3(*)	—	死亡	x
21	男	74	25	35	5	20	25	A2	B2	C1	C1	IIIb	III	III	III	介3	介3	介3	介3
22	男	61	100	100	死亡	—	—	J2	死亡	—	—	0	死亡	—	—	なし	死亡	—	—
23	女	70	95	95	100	x	x	J	J	x	x	I	0	x	x	自立	自立	x	x
24	男	70	100	100	100	x	x	J2	J	x	x	I	I	x	x	要支	要支	x	x
25	女	84	40	55	60	60	35	A1	B2	B2	B2	IIb	III	II	II	介3	介3	介3	介3
26	女	68	75	75	—	80	—	B1	—	A2	—	I	—	0	0	介2	介2	介2	
27	男	69	95	100	90	70	75	A1	B1	A2	B1	I	II	II	II	介2	介2	介3	介2
28	男	72	20	25	40	60	60	B2	C1	B2	C1	IIa	0	0	0	介4	介4	介2	介4
29	男	65	30	40	75	—	75	B1	A2	—	C1	IV	II	—	—	介3	介3	介2	介3
30	女	81	55	75	—	x	x	A2	—	x	x	II	—	x	x	介2	—	x	x
31	男	47	40	55	—	x	x	A2	—	x	x	IIa	—	x	x	介3	—	x	x
32	男	59	75	85	95	90	85	B1	A1	A1	A2	0	0	0	0	介3	介2	介2	介2
33	男	67	65	65	80	x	死亡	B1	—	x	死亡	0	—	x	死亡	介2	介2	x	死亡
34	女	87	40	55	10	20	15	B1	—	C1	C1	IIIa	—	III	III	未申請	介3	介3	介4
35	男	41	75	80	75	85	80	A1	—	B1	B1	0	—	0	0	未申請	未申請	自立	自立
36	男	69	75	80	60	x	x	A1	—	x	x	0	—	x	x	介1	—	x	x
37	女	86	85	95	—	75	—	A1	—	A2	—	IIa	—	II	II	未申請	介1	介1	—
38	男	77	25	30	*	0	—	A2	—	C2	—	IIb	—	II	II	介3	介3	介3	—
39	女	81	75	85	x	x	—	A1	A2	x	—	I	I	—	II	未申請	介1	介1	—
40	女	80	0	10	35	40	15	B2	—	C1	C1	IIa	—	II	II	介5	介5	介5	介5
41	女	94	70	75	x	60	80	B1	x	B1	B1	IIIa	x	III	III	介3	介2	介2	介2
42	女	76	90	90	x	—	100	A1	x	—	A1	IIa	x	II	II	未申請	自立	自立	自立
43	女	63	30	55	x	x	100	B1	x	x	J	0	x	x	—	未申請	未申請	x	未申請

43名 31名 25名 26名

x : 返信なし
— : 記入なし

* : 入院前に取得した介護度