

200500318 A

厚生労働科学研究費補助金

長寿科学総合研究事業

訪問・通所リハビリテーションの地域特性別実態把握から
みた在宅自立生活支援プログラムの開発評価に関する研究

平成17年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 高山 忠雄

平成18(2006)年3月

目 次

I. 総括研究報告

- 訪問・通所リハビリテーションの地域特性別実態把握からみた
在宅自立生活支援プログラムの開発評価に関する研究
高山忠雄 1

II. 分担研究報告

1. 地域特性からみた訪問・通所リハビリテーション利用者の実態と課題
高山忠雄
福田恵美子 4

2. 訪問リハビリテーションの効果的な介入と役割
—訪問リハビリテーションを実践する作業療法士へのアンケート調査と
サービス利用者の生活時間調査より—
福田恵美子 24

3. 在宅重度知的障害者とその家族介護者に対する社会的支援方法
—介護者のストレス・介護負担感・ストレス反応・社会に対する
要望をふまえた家族交流会開催に焦点をあてて—
佐藤秀紀 70

4. 宮城県の訪問リハビリテーションの現状とリハビリテーション効果の
調査分析
佐直信彦 90

5. 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別支援に関する
実用化試案の開発—
安梅勅江 100

- III. 研究成果の刊行に関する一覧表 105

- IV. 研究成果の刊行物・別刷

訪問・通所リハビリテーションの地域特性別実態把握からみた
在宅自立生活支援プログラムの開発評価に関する研究

主任研究者 高山忠雄 鹿児島国際大学教授

本研究は地域特性別実態把握に基づいた在宅自立支援のモデルプログラムの開発を図るべく、在宅サービス、医療保健福祉施設、自治体におけるサービス利用者、提供者、推進者の視点からの実用化システムの開発を目的とした。1) サービス利用者からみた評価、2) サービス提供側からみた評価、3) 計画・評価を推進する自治体側からみた介入評価、の3側面から地域特性の実態を踏まえ、地域の実情に応じたサービスのあり方を検討し、訪問・通所リハビリテーションの在宅自立生活支援プログラムを開発した。

分担研究者

佐直信彦 東北文化学園大学教授
佐藤秀紀 青森県立保健大学教授
安梅勅江 国立看護大学校研究課程教授
福田恵美子 山形県立保健医療大学教授

価を実施し、在宅サービス、医療保健福祉施設、自治体におけるサービス利用者、提供者、推進者という3側面からの実用化システムを提案することを目的とした。

A. 研究目的

高齢者の住み馴れた地域での自立生活を望む声は、関連諸調査の結果からも一段とその強さを増している。誰もが望む在宅自立生活をより可能とする手段として訪問・通所リハビリテーションの有効性を明確にしつつ、居住する地域特性に合致した自立生活支援プログラムを開発し評価することは緊急度の高い課題である。

本研究は、地域特性別実態把握に基づいた在宅自立支援のモデルプログラムの開発と評

B. 研究対象と方法

本研究の特徴は、訪問・通所リハビリテーションの実用化について、1) サービス利用者からみた評価、2) サービス提供側からみた評価、3) 計画・評価を推進する自治体側からみた介入評価、の3側面からの分析を実施した点にある。

本年度は最終年度として、1) サービス利用者への訪問面接調査、質問紙調査、2) サービス提供側への面接調査、質問紙調査、3) 自治体側へのグループインタビュー調査、質問紙調査、面接調査を実施し、統合的に分析

した。

なお倫理面への配慮として、本研究は厚生労働省の疫学研究における倫理指針および臨床研究における倫理指針に準拠して実施した。調査の際には、対象に対し本研究の趣旨を十分に説明し、承諾を得た者にのみ調査を実施した。また、調査員に対象者のプライバシーの保護等に関する倫理の教育を徹底して実施した。データはすべて匿名化したIDで管理し、鍵の掛かる部屋に保管し、鍵の管理を厳密に実施した。

C. 研究結果

訪問・通所リハビリテーションの地域特性別実態把握からみた在宅自立生活支援プログラムの開発に向け、以下の3つの側面から検討し、統合化して訪問・通所リハビリテーションの在宅自立生活支援プログラムを開発した。

1) サービス利用者調査

豪雪地域における介護保険サービスとリハビリテーションニーズ、訪問・通所リハビリテーション、福祉用具、住宅改修の複合的な活用の可能性につき、地域特性を踏まえて類型化し、具体的なケア内容を提案した。

2) サービス提供者調査

地域特性別のニーズの比較検討を行い、訪問・通所リハビリテーションの利用が、都市部と郡部、気候や環境状況依存しない可能性が示唆された。また現状においては、提供者側の訪問・通所リハビリテーションに向けたインセンティブが働きにくい現状を抽出し、今後の課題を明らかにした。

3) 自治体調査

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。

D. 考察

本研究の結果、現在訪問・通所リハビリテーションにおいて問題視されている状況をより客観的な立場から分析し、課題の解決を見出すこと、さらに訪問・通所リハビリテーション支援において福祉用具・住宅改修を一元化して行うことにより、導入する自立支援をシステム化する方法論を示した。

介護保険制度の質的な充実と、それによってもたらされるサービスの効率・効果性の向上に向け、多角的な視点からなされる分析を統合することにより妥当性を検証しかつ実践からの意向を反映した実用性の高い成果を得ることが可能となった。

本研究から期待される効果としては、訪問・通所リハビリテーションサービスの評価に基づくサービスの提供が可能となり、対象者のクオリティ・オブ・ライフの向上が図られる点、対象者への適切な情報提供により個々人の選択と自己決定が尊重される点、ケアマネジャーのケアプラン作成、サービス評価に資する点、さらには限りある社会資源の有効活用を図る点があげられる。

さらに、本研究により開発された評価法は、1) ケアマネジメントに関わる専門職の実践過程における評価指標、2) スーパーバイザーによる専門職の資質向上のための実務教育

指標、3) 養成課程の教育プログラムの一法、
として活用が可能である。

その延長として、各種専門職の訪問・通所リ
ハビリテーション支援に関する資質の向上は
もとより、訪問・通所リハビリテーション支援
システムの今後の基盤整備への一助となると
考えられる。

利用者と社会資源のインターフェースとし
ての役割を果たす専門職の機能を最大限に高
めるために、専門職にとって、地域特性を踏
まえた支援評価に関する情報の把握は、極め
て有効である。

次年度以降は、「介護予防」に焦点をあて
た本プログラムの拡充を図り、専門職が高齢
者・障害者の自立を促進する地域資源に関す
る知識と技術を獲得し、より有効性かつ効率
性の高い訪問・通所リハビリテーション機能
の実現を計画している。

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

地域特性からみた訪問・通所リハビリテーション利用者の実態と課題

主任研究者 高山 忠雄 鹿児島国際大学教授

分担研究者 福田恵美子 山形県立保健医療大学教授

東北地方のI県の北部に位置する人口3万7千人のK地方都市において、機能訓練事業の参加者に対してアンケート調査を実施し、在宅生活の実態とリハビリテーションの利用状況を把握し検討した。対象者はK市に在住し、病院を退院後在宅生活を送っている男性5名、女性6名の計11名（平均年齢70.5歳（54-84）、発症からの年数は平均8.8年（1.2-30.5））であった。調査方法は面接による質問紙法であり、内容は生活状況、身体状況、Activities daily living (ADL), Activities parallel to daily living (APDL)、リハビリテーションの実施状況、社会参加の状況などであった。調査期間は平成16年11月26日で、3人の作業療法士が面接を行った。調査場所は、機能訓練事業が開催されたN地区の会場で行った。対象者の特性は、一人を除いた全参加者が脳卒中の既往をもっていたが、身体機能やADLレベルが高く、ほとんどが歩行可能であった。応用的日常生活活動能力にはばらつきが見られたが、参加者の約4割にあたる4人が高次脳機能障害の疑いがあった。介護認定は11人中4人が認定されていたが、介護度は要支援から介護度1であった。

入院中のリハビリテーションを受けた参加者は7割であり、退院時に住宅改修などのアドバイスを受けていたが、実際に家屋調査などは行われていなかった。住宅改修や福祉用具の導入なども半数が行っていたが、リハビリテーション・スタッフのかかわりは1例だけであり、家族、保健師、ケアマネジャーなどのアドバイスによるものであった。機能訓練事業には全員が保健師の勧めで参加していた。参加者11人中6人が妻や夫との2人暮らしであった。夫婦のみの世帯を見ると女性では、家事活動、男性では家の修理、管理などの役割分担の傾向が見られた。2世帯同居世帯では、男女を問わず家事よりも買い物、交通手段の利用、庭の手入れ、趣味など屋外の活動に参加する傾向がみられた。独居生活では、食事、掃除などの家事に時間を費やし、買い物、外出、交通手段の利用など屋外の活動は皆無であった。社会交流では友人や知人との交流がないと回答した人が参加者の半数を占め、面識のない人との接触はほとんどなかった。身体レベルが良好な人でも、機能訓練事業や、通所ケアなどの限られた集団での付き合いが主流になり、隣近所、親戚そして他の社会集団との交流が失われつつある実態が明らかになった。介護予防の視点からも、在宅障害者の半流動的な交流の場を積極的に提供する必要があると思われた。

A.研究目的

機能訓練事業に参加する在宅生活者の現状を把握することが目的である。

B.研究対象と方法

1. 対象者

岩手県の K 市による機能訓練事業参加者で男性 5 名、女性 6 名の計 11 名であった。K 市は岩手県の北部に位置し、主な人口は 36,642 人 (平成 15 年 10 月 1 日現在)、高齢化率は 21.4% (平成 15 年 10 月 1 日現在)、産業は第三次産業が 56% を占めていた。(平成 12 年度国勢調査)

2. 手続きと調査方法

事前に面接調査について先に保健師が説明を行い、当日了解を得た対象者のみ調査対象とした。調査方法は半構成的面接法によった。面接は作業療法士 3 名が行った。

3. 調査期間と場所

平成 16 年 11 月 26 日の 1 日、調査場所は、機能訓練事業が開催された N 地区の会場で行った。

4. アンケート内容 (付表 1)

内容はフェイスシートを除き、同居人数、診断名、身体状況、Activities daily living (ADL), Activities parallel daily living (APDL)、リハビリテーションの実施状況、一年前と比較しての生活状況、社会参加の状況などであった。ADL は Barthel Index (BI)¹⁾ を用い、APDL は Frenchy Activities Index (FAI)²⁾ を用いた。社会参加の状況は Chart Handicap Assessment and Reporting Technique (Japanese Version)³⁾ の「社会統合」の質問項目を用いた。

Barthel Index (BI) は Dorothea W. Barthel が開発し、1965 年 Dr Florence I. Mahoney によって Maryland State Medical Journal に発表された ADL 評価法の 1 つである。食事、移乗、整容、トイレ動作、入浴、移動、階段昇降、更衣、排便自制、排尿自制のセルフケアの 10 項目からなる。各項目ごとに「自立」介助が必要」「できない」のいずれかで判定する。各々の項目は重要度により配点されており、総合点は 100 点である。

FAI は、1983 年、Holbrook らが脳卒中患者が地域で生活するためにより高次な機能の評価として開発したものである。ADL における応用的な活動や社会生活に関する 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、就労) を評価項目とし日本では蜂須賀らが日本語版 Frenchay Activities Index 自己評価表を作成し、再現性が確認されている。⁴⁾⁵⁾

本研究では、飛松⁶⁾らの訳による FAI を用いた。スコアは「していない」から「たいていしている」などの 4 段階で評価し、それぞれ 0-3 のスコアを与え合計して評価する。合計範囲は 0-45 スコアである。

CHART は、1992 年 ICIDH における社会的不利を測定する尺度としてアメリカにある Craig 病院の Whiteneck らによって開発された。WHO の ICIDH における「身体的自立」「オリエンテーション」「移動」「作業」「社会統合」「経済」に対応する 6 つの領域によって構成されている。各領域の得点は 0 点から 100 点の範

囲で点数が高いほど社会的不利が少ないことを示す。CHART-Jは熊本らにより作成された日本語版で、脳卒中後遺症者に対して信頼性と妥当性が証明されている⁷⁾。

C. 研究結果

1. 対象者の特性

参加者は男性5名、女性6名（平均年齢70.5歳（範囲54-84歳）であり、発症からの年数は平均8.8年（範囲1.2-30.5年）であった。ADLの指標であるBIの中央値は100（70-100）でほとんどが自立レベルであり、FAIスコアは21.5（6-33）であった。（表1）。同居家族は、夫婦二人暮らしが6世帯（男性3名、女性3名）と最も多く、2世代同居が3人、3世代同居が1人、独居が一世帯であった。（図1）

全参加者のうち、一人を除いて10名が脳血管障害であったが、麻痺の後遺症が残存していた者は約半数であった。麻痺がある者のうち、片麻痺回復段階を示すBrunnstrom stage (B/S) では、上肢、下肢、手指ともV以上がほとんどであった。高次脳機能障害が疑われる者は4人であった。介護認定は11人中4人が認定されていたが、介護度は要支援から介護度1であった。

2. アンケート結果（表2-7）

① 退院時の住宅改修や福祉用具の導入について

住宅改修や福祉用具の導入は、自宅退院時に6名が行っていた。しかし、リハビリテーション・スタッフからのアドバイスを受けたものは2名であり、その他

は自分の判断、家族の判断、ケアマネジャーなどによるものであった。住宅改修の際、専門家による自宅の事前訪問調査などはなされておらず、業者や家族、知人などによって行われていた。

改修場所は風呂の手すり、トイレが多かった。福祉用具は入浴用イス、ベッドが多かったが、すべて自費によるものであった。

② 退院時の不安について

退院時の不安は、7名が不安があったと回答していたがその理由は、さまざまであった。（表4）

③ 機能訓練事業参加の理由

全参加者が保健師の勧めによって参加していた。（表5）

④ 機能訓練事業に参加して楽しいこと

さまざまな意見が挙げられたが、参加者同士の交流が心理的に大きな影響を与えていることがわかった。（表6）

⑤ 他の交流場所について

この機能訓練事業に参加するほかに交流する場所としては、他の機能訓練事業であるリハビリ教室があり、全員が参加していた。また、外来、デイケアなどに参加していた。参加者の外出や他の人との主な交流の機会は月平均2回程度の機能訓練事業であることがわかった。（表7）

⑥ Frenchy Activities Index (FAI) の結果（図2-1～15）

一番スコアが高かったのは、交通手段の利用で、その次に屋外歩行、洗濯、庭の手入れなどの順であった。一番低いスコアは、仕事、読書であった。

下位項目別に分布を見ると、食事の支

度、食事の片付け、洗濯、掃除、買い物、屋外歩行、趣味活動、家の管理などは、「していない」人と「週1回以上行っている」人の2極に分かれていた。全体的に行われていない項目は、読書、仕事であった。

⑦ 同居世代別によるFAIの分布(図3-1~5)

同居家族は、夫婦二人暮らしが6世帯(男性3名、女性3名)、2世代同居が3人、3世代同居が1人、独居が一世帯であることは前述したが、先のFAIの分布を同居世代別にグラフ化してみた。さらに、夫婦2人の6世帯を男女別(男性3人、女性3人)にみると、女性では、主に食事、洗濯、掃除などの家事が中心で、家の中の力のいる仕事や外出、家の管理などは少なかった。一方、男性では食事・洗濯などの家事よりも屋外歩行、外出、家の力仕事、旅行、家の管理などの項目のスコアが高い傾向が見られた。以上から夫婦では2人で家事や家の管理を役割分担している傾向がみられた。2世代同居世帯(3人)では、食事、片付けなどの家事は少なくなり、むしろ、趣味、交通手段の利用、旅行、庭の手入れなどの屋外の活動に参加する余裕が生まれることが伺える。

⑧ Frenchy Activities Index (FAI)の一年前との比較(図4-1~15)

多くの参加者が一年前と同じくらい家の中の仕事や家の管理ができていると答えていた。それに比して掃除・整頓、外出、旅行、読書では、回数が減ったと答えた参加者が目立った。

男女別では、男性の方が半分以上の項目で「去年と同じくらい」「回数が多くな

った」という回答をしたのに対して、女性では「回数が少なくなった」という回答が多く、「多くなった」という回答は、旅行の項目で1名であった。

⑨ 社会参加の状況

親戚、町内会、友人との付き合いでは半数以上の参加者があると答えていた。一方では半数以上の人が面識のない人に話しかけたりすることはなく、あったと答えた人も1ヶ月に1-2回程度であった。(図5)

D. 考察

機能訓練事業参加者は、身体機能が高く、ほとんどが歩行可能であり、ADLレベルが高かった。年齢は54歳から80歳までと幅が広がった。対象者は介護認定の有無に係わらず在宅障害者の社会的交流の場として機能訓練事業に参加していた。介護認定を受けていた人は要介護から介護度1までの比較的障害の程度が軽い対象者であった。同居家族は独居から3世代家族まであり、発症からの年数は、1.2年から30.5年と幅広く分布しており、在宅生活者の多様な一面が見られた。

身体レベルやADL面では高い能力を有していたが、読書や仕事などの知的な活動を行っている人は少ないことが分かった。

身体レベルが高いものの、住宅改修や福祉用具の導入は半数以上の人を導入していたが、リハ専門家の関わりがほとんどなかった。このK市は地域リハビリテーションに従事するリハ専門家が少なく、リハ専門家の人数の不足や時間不足、認

識の不足が考えられる。

FAIの結果から、独居、夫婦世帯、2世代同居による対象者の生活のパターンが伺えた。夫婦2人ではお互いが助け合い、役割分担をする生活が浮き彫りになった。対象者全体の障害が比較的に軽いので、このような役割分担ができていなのかもしれない。このようなパターンを維持することは、役割の獲得のために大切であるが、それに加えて、女性には知的な活動の導入、男性には家事労働の働きかけも今後必要になると考える。独居世帯では、食事、片付け、洗濯などの基本的な家事労働に時間を費やし、買い物も含めて外出、交通機関の利用などがほとんどなく機能訓練事業の参加のみが、社会交流の唯一の場だといえる。機能訓練事業が今後見直される中で、このような独居世帯のフォローが大切と考えられる。

FAI項目の一年前との比較の回答結果が、男性と女性で大きく違いが生じたのは、人数が少ないため断言はできないが、男性の平均年齢が63.2歳(54—69歳)であるのに対して、女性の平均年齢が76.5歳(71—84歳)であることも大きく影響しているとも考えられる。男性の年齢層をみるとまだ働いている年齢であり、積極的に社会参加できる活力があると考えられる。女性では、家事労働などには若いときから接しており、家事との関わりが年を追うごとに減っていくことを実感しやすいのではないかと考えられる。

社会参加の状況では、親戚、知人などの限られた領域では電話のやり取りや付き合いを行っているが、面識のない集団

とは、ほとんど交流していない実態が明らかになった。このことは、限られた社会からの交流を広げられないことを意味する。

地域在宅高齢者を対象とした閉じこもりに関する研究は、これまで多くなされている。^{8) 9) 10)} 役割の獲得、対人交流、社会参加などの必要性は提言されているが、交流の機会を設けるだけでなく、面識のない人との会話、交流などをとり入れて、閉じられた集団でなく、半流動的な集団を組織する必要もあると思われる。

全対象者が月二回程度の機能訓練事業の参加を交流の場として楽しみにしている現状から、さらに魅力的な集団の組織形成が必要と思われる。

本研究の限界としては以下が挙げられる。対象者が11名と少人数なため、統計的分析はできなかった。また、障害レベルは比較的に軽い対象が多かったこと、年齢、在宅生活の年数も幅が広く多様性がある集団であるために、この研究の結論を一般の在宅障害者に適応はできない。しかし、機能訓練事業の参加者の多様な生活状況を把握し、個人の生活パターンにあわせた援助の工夫が必要であることが伺える。

高次脳機能障害が疑われる4名の対象者がいたがそのうち一人は、30年前に発症し在宅生活を送っていた。高次脳機能障害が十分認知されていない医療現場から退院し在宅生活に適応するまで、困難を極めた家族の生活を聴きとることが出来たが、ここでは論旨から外れるので割愛する。しかし、すでに先行研究でも多く述べられているように、高次脳機能障害

者や家族の援助が重要であることを再認識させられた。

最後に調査に協力していただいたK市の機能訓練事業参加者の皆さんと調査に快く協力してくださった小笠原保健師さんに感謝いたします。

参考文献

- 1) Mahoney, FI, et al1: Functional Evaluation: The Barthel Index. Maryland State Med. J., 14:61-65:1965.
 - 2) Holbrook, M, et al1: An Activities Index for use with stroke patients, Age and Ageing 12,166-170,1983.
 - 3) Whiteneck, GG, et al1: Quantifying handicap: a new measure of long-term rehabilitation outcomes. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 73: 519-526. 992.
 - 4) 蜂須賀研二、他：応用的日常生活動作と無作為抽出法を用いて定めた在宅脳卒中高齢者の Frenchay Activities Index 標準値、リハビリテーション医学 38:287-295:2001.
 - 5) 末永英文、他：改訂版 Frenchay Activities Index 自己評価表の再現性と妥当性. 日本職業・災害医学会誌 48、55-60：2000.
 - 6) 岩谷力、飛松好子：障害と活動の測定・評価ハンドブックー機能からQOLまで. 南江堂、2005.
 - 7) 熊本圭吾、他：CHART 日本語版の作成. 総合リハ 30:249-256、2002.
 - 8) 渡辺美鈴、他：基本的日常生活動作の自立している地域高齢者の閉じこもり状態像とその関連要因. 大阪医科大学雑誌 2：124-132、2003.
 - 9) 栗原律子、他：ひとり暮らし高齢者の閉じこもり」予防及び社会活動への参加に関連する要因. 日本農村医学会雑誌 52、65-79、2003.
 - 10) 工藤禎子、他：寒冷広域地域における1人暮らし高齢者の外出行動. 保健婦雑誌 55：506-513、1999.
- (分担協力者 外里富佐江、山田裕子、木幡美智子、王治文)

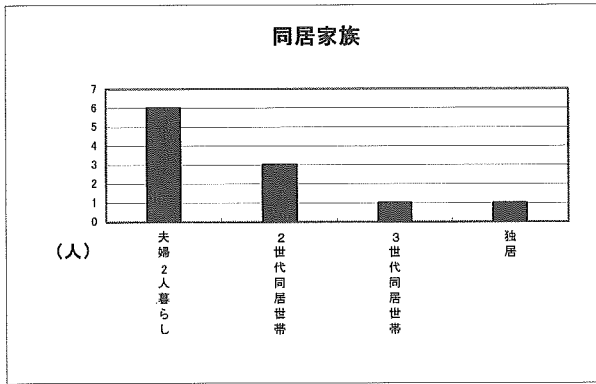


図 1

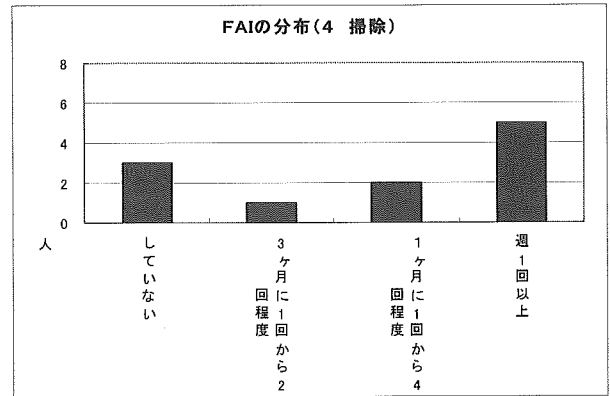


図 2-4

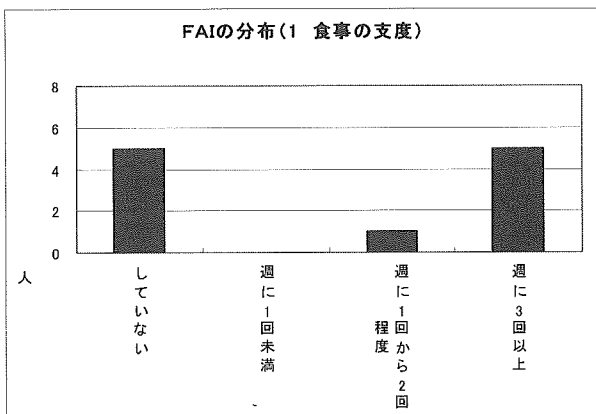


図 2-1

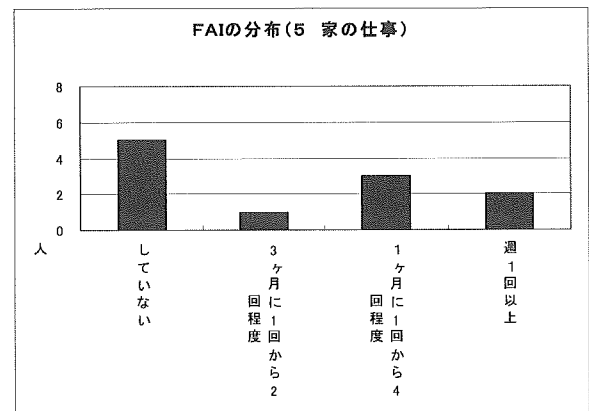


図 2-5

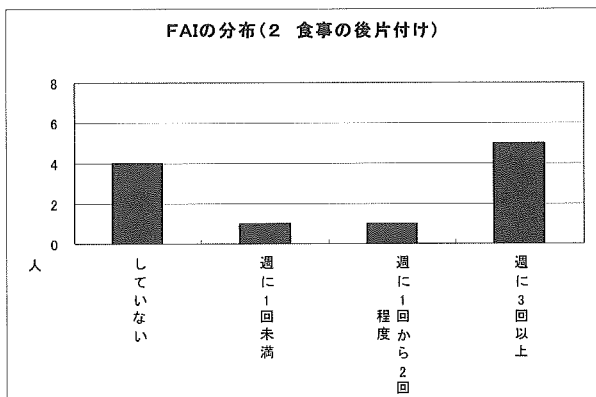


図 2-2

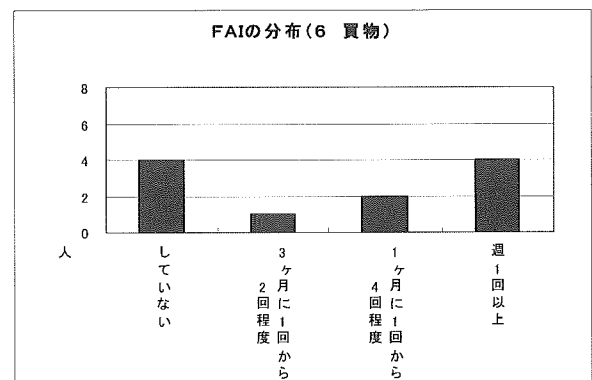


図 2-6

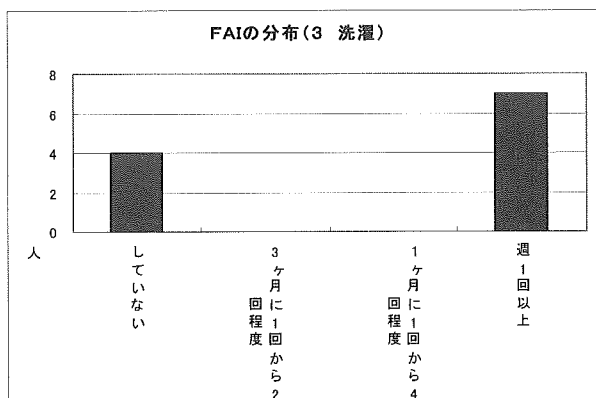


図 2-3

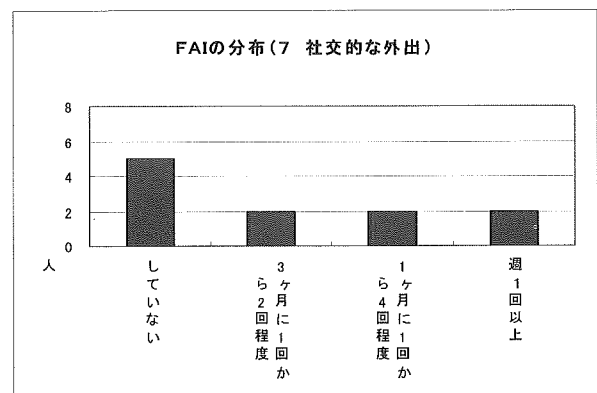


図 2-7

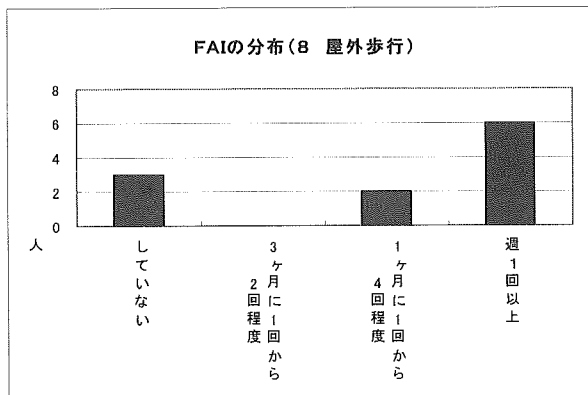


図 2-8

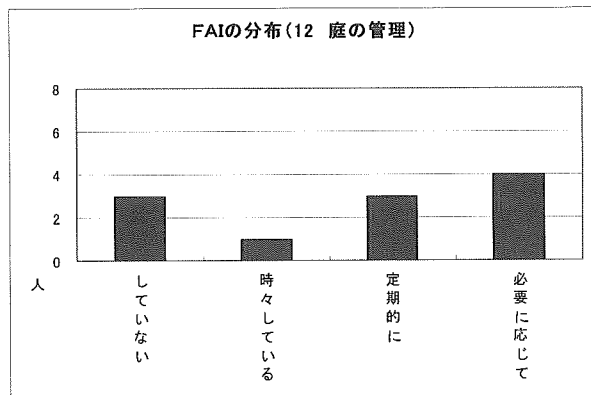


図 2-12

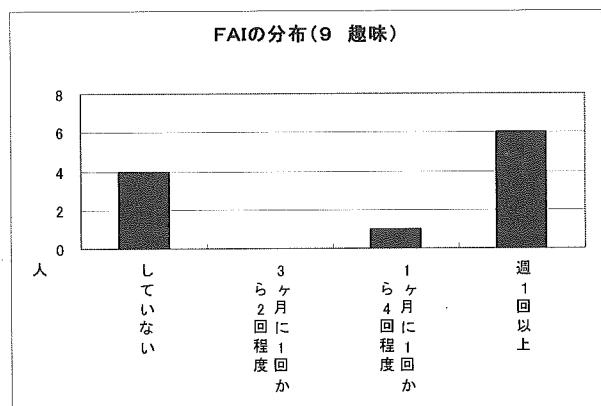


図 2-9

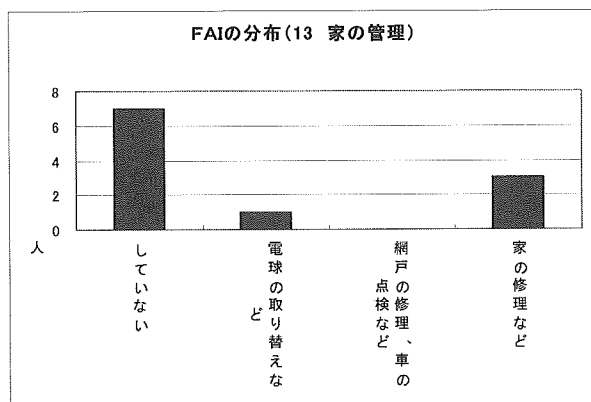


図 2-13

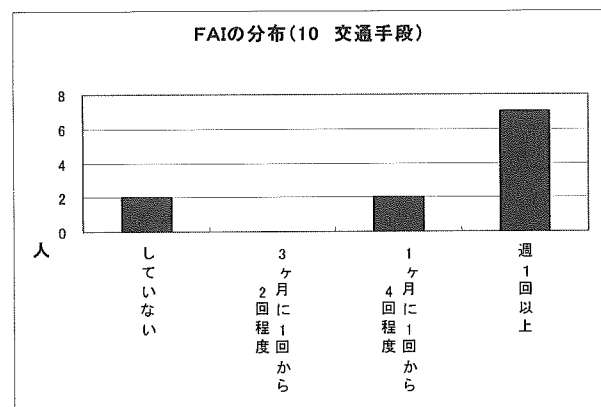


図 2-10

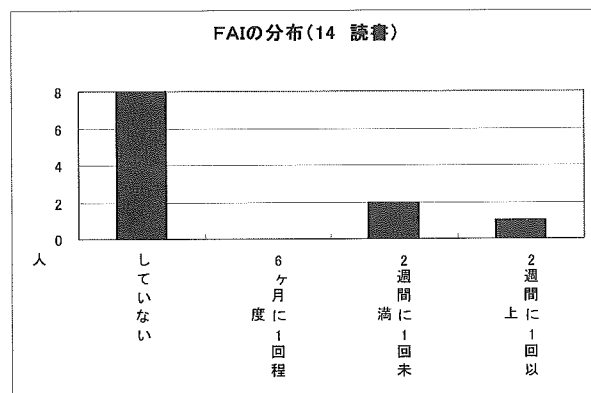


図 2-14

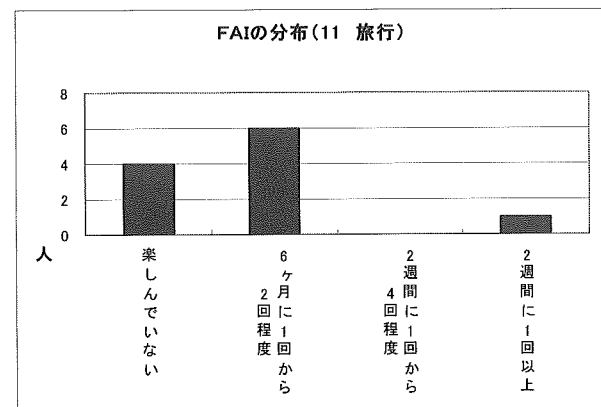


図 2-11

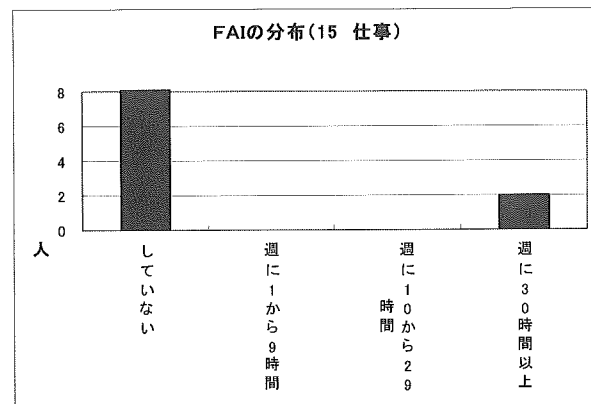


図 2-15

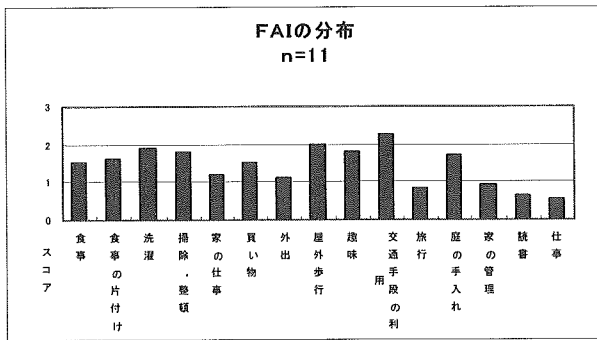


図 3-1

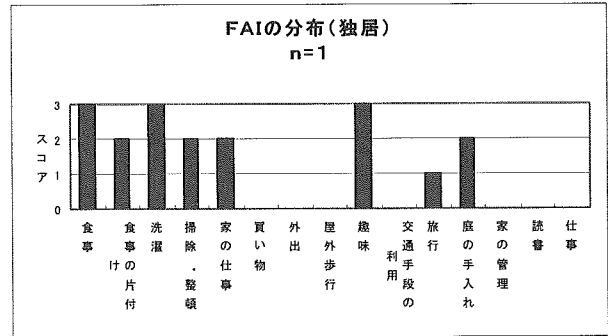


図 3-5

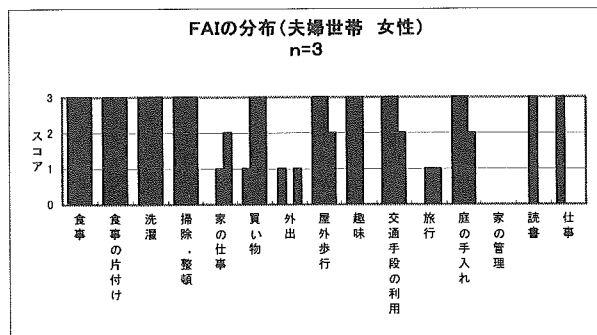


図 3-2

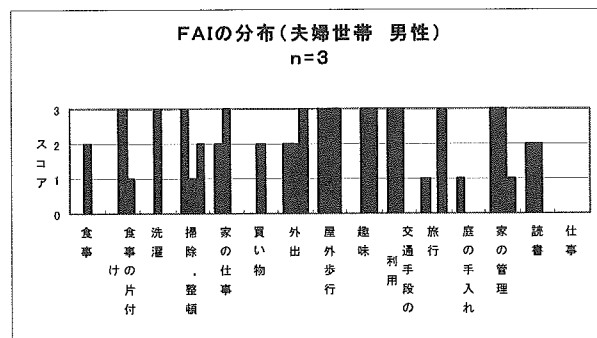


図 3-3

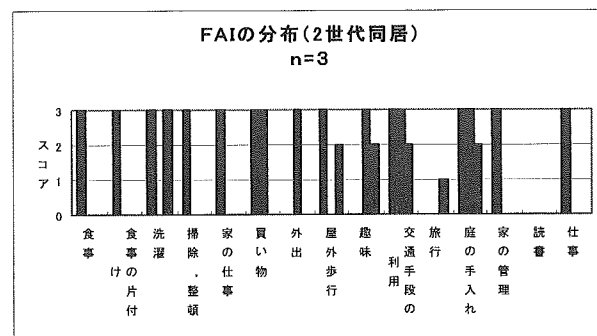


図 3-4

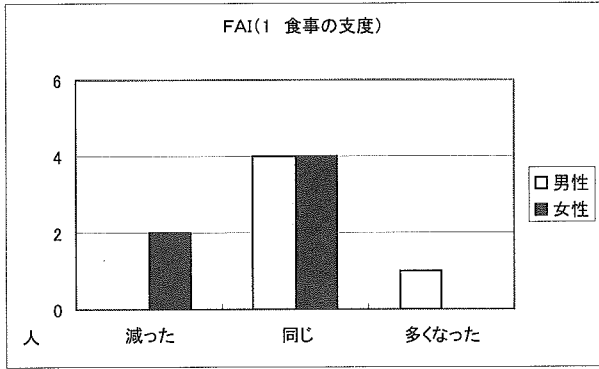


図 4-1

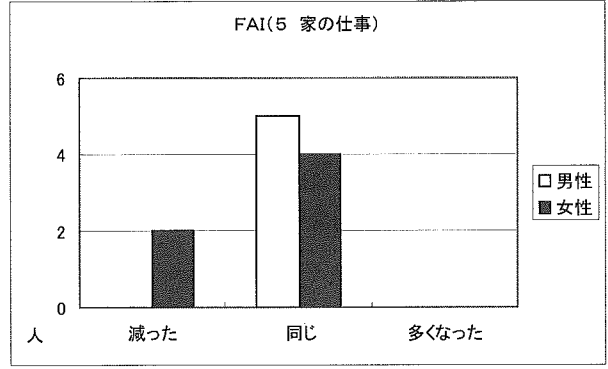


図 4-5

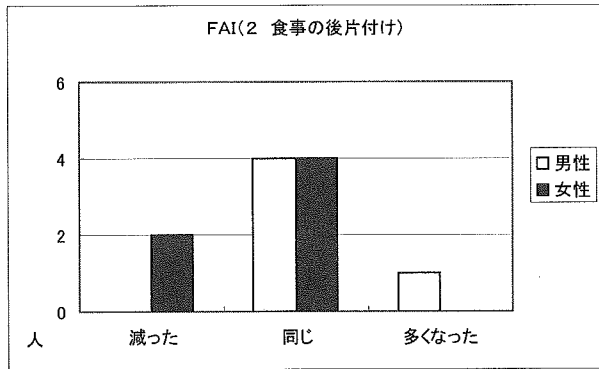


図 4-2

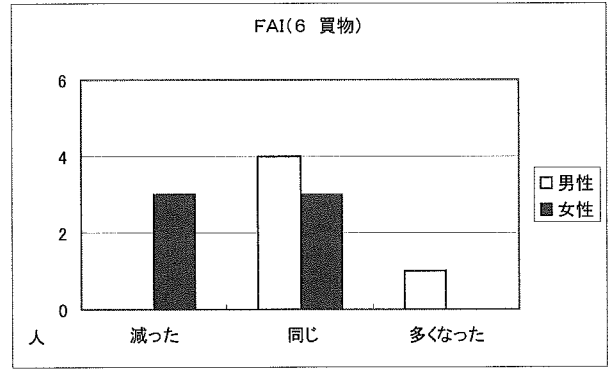


図 4-6

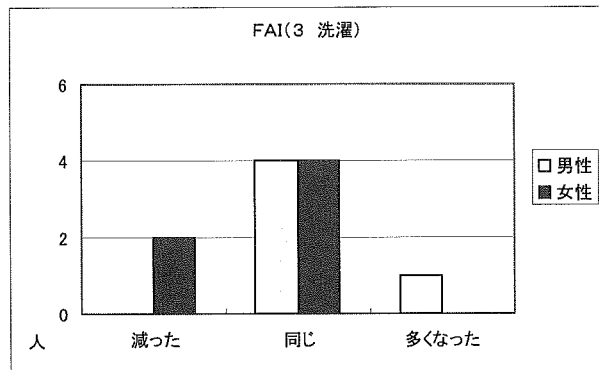


図 4-3

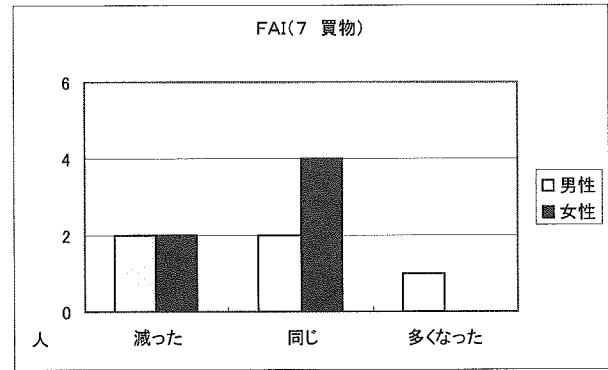


図 4-7

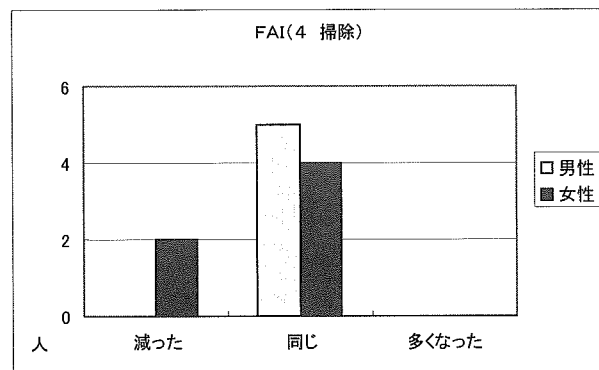


図 4-4

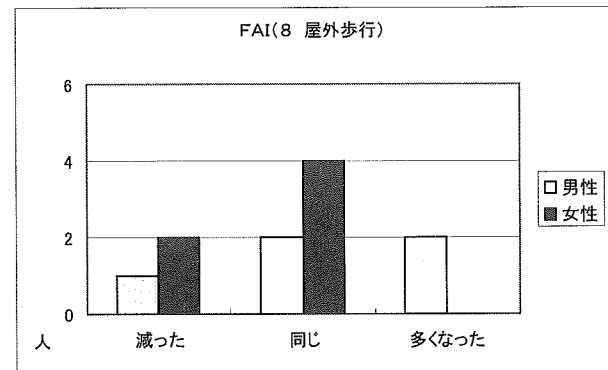


図 4-8

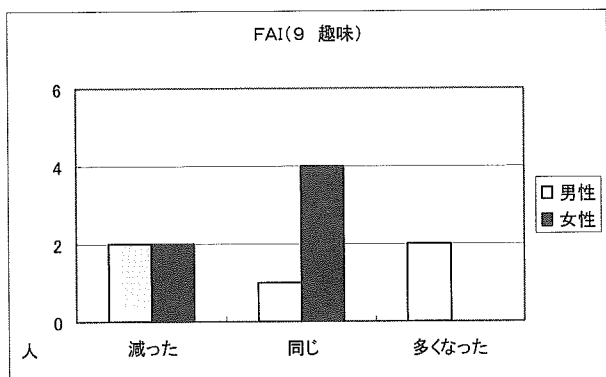


図 4-9

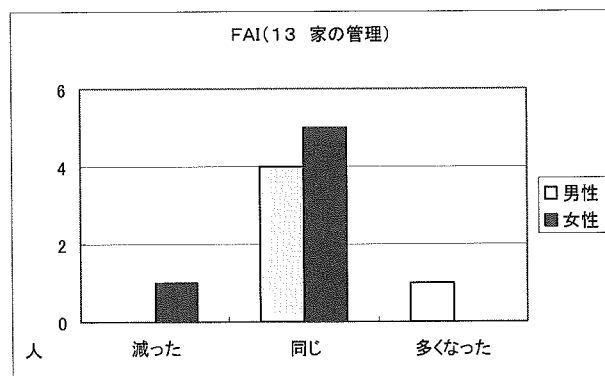


図 4-13

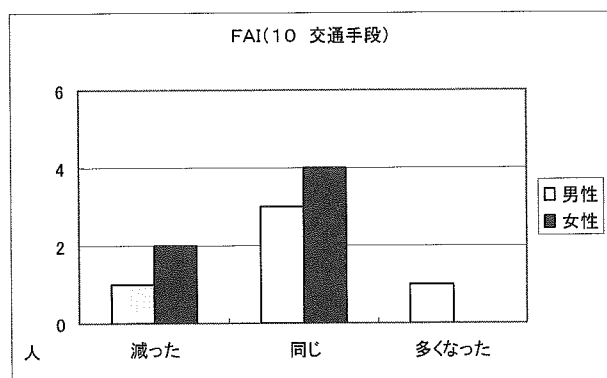


図 4-10

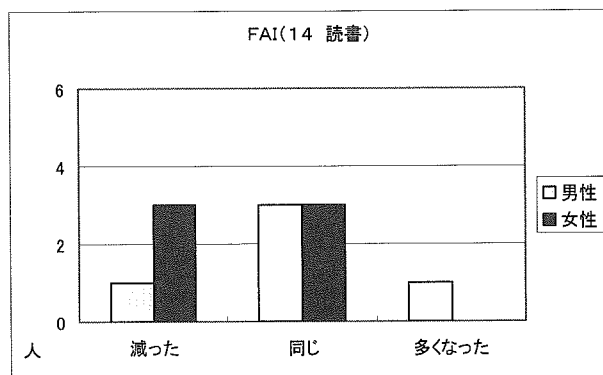


図 4-14

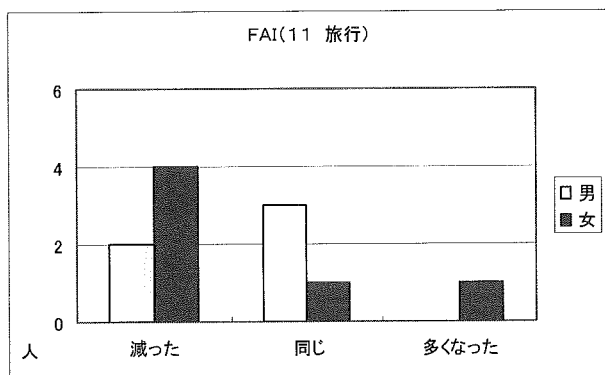


図 4-11

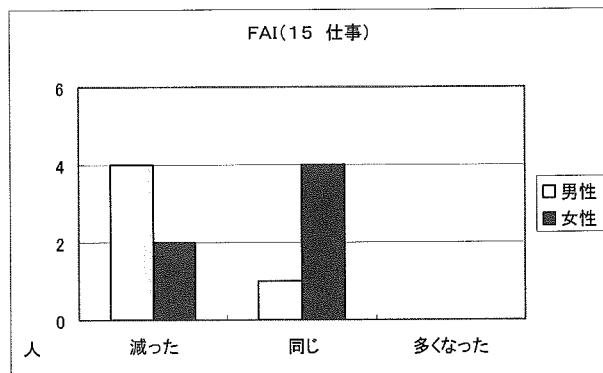


図 4-15

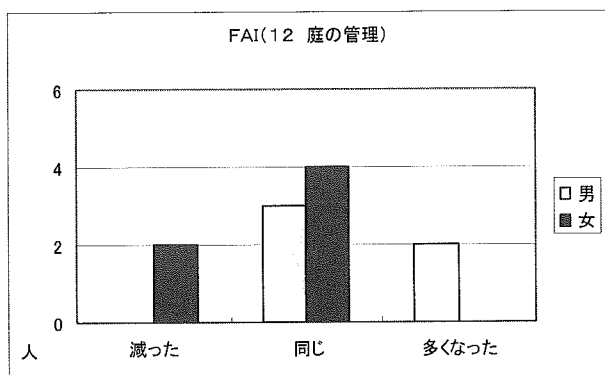


図 4-12

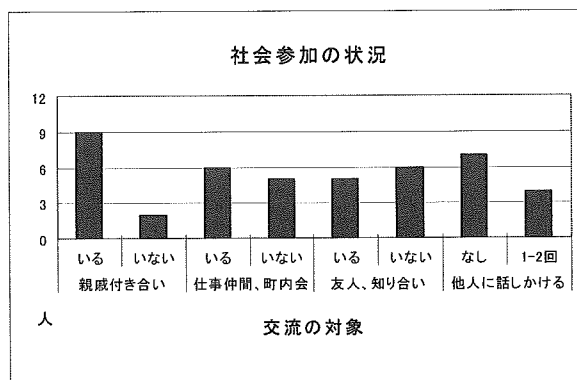


図 5

表 1 参加者の特性

年齢(歳)		70.5 (54-84)
	男性	63.2 (54-72)
	女性	76.5 (71-84)
性別(人)		男(5)、女(6)
入院月数(月)		3.25 (1-8)
診断名(人)		人数
	脳卒中	10
	ギランバレー	1
発症からの期間(年)		8.8 (1.2-30.5)
ADL, IADL(範囲)		平均(範囲)
	Barthel Index (1-100)	96.8 (70-100)
	Frenchy Activities Index (0-45)	21.5 (6-33)
麻痺の有無(人)		人数
	有	6
	無	5
麻痺のレベル(B/S)		人数
	上肢(人)	VI(4)、III(2)
	下肢(人)	VI(3)、V(2)、IV(1)
	手指(人)	VI(4)、V(1)、III(1)
高次脳機能障害(人)		人数
	有	4
	無	7
言語障害(人)		人数
	有	1
	無	10
日常の移動手段(人)		人数
	独歩	4
	独歩(杖使用で可能)	6
	手押し車	1
宗教		人数
	宗教を持っている	2
	宗教を持っていない	9
リハビリテーション		人数
	入院中にリハビリテーションを受けた	8
	入院中にリハビリテーションを受けない	3

表 2 退院時の住宅改修(重複回答)

住宅改修をした		6
	風呂の手すり	5
	トイレ	6
	廊下の手すり	1
	その他	1
住宅改修のアドバイス		
	リハ・スタッフ	2
	家族	2
	保健師	1
	ケア・マネージャー	1
住宅改修にかかった費用(円)		6,000-500,000
補助金の使用		
	補助金の使用無し	4
	介護保険を使用	1
	身体障害者手帳を使用	1

表3 退院時の福祉用具(重複回答)

福祉用具の使用有り	6
入浴用いす	1
ベッド	4
シルバーカー	1
ポータブルトイレ	1

表4 退院時の不安(重複回答)

不安有り(人)	7
うまく歩けなかった	2
話すのが不自由	1
周りの視線	1
これ以上悪くなること	1
自分でどのようなりハをやったらいいか分からなかった	1
床に座れない	1
食べることが不自由	1

表5 機能訓練は誰に勧められたか(重複回答)

保健師	11
友人	1
ケア・マネージャ	1

表6 この会に参加して楽しいこと(重複回答)

体操	1
ゲーム	1
皆と会う	4
病気のことを話せる	2
物を作る	2
皆と会って話を聴く	3
皆と笑うこと	1
作業・食事が楽しい	1

表7 参加している会(重複回答)

デイサービス	2
リハビリ教室	3
その他	1

付表 1

参加者調査票

記入日 平成 16年 11月 26日

氏名 _____ 男 女

生年月日 明・大・昭 年 月 日 () 歳

診断：(_____)

脳梗塞・脳出血など体が不自由になった理由

その他合併症 _____

入院月日 昭・平 月 日 _____

入院期間 約 月 初回入院 ・ 再入院 ・ 検査入院

介護認定： 無 有 介護度：(_____)

最初に認定を受けた日 平 年 月 日 _____

最後に認定を受けた日 平 年 月 日 _____

家族 同居家族は () 人 (祖母 祖父 母 父 妻 息子 嫁 孫 その他) _____

最後に行った学校 小学校、中学、高校、大学 その他 (_____)

職業 _____

身体状況 _____

1. 運動障害 麻痺 有り なし 左 右 _____

B/S 下肢 () 上肢 () 手指 () _____

その他 (気がついたこと、杖装具の使用、歩行状態) _____

2. 言語障害 有り なし _____

3. 高次脳機能障害 有り なし _____

4. その他 (_____)

5. 特定の宗教はありますか _____

1. 入院中のことに関してお聞きします。

(何回も入院した場合、覚えていればその都度聞く)

① 入院中リハビリテーションを受けたことがありますか。

1. はい 2. いいえ 3. その他 ()

② 入院からすぐ自宅にもどりましたか。

1. はい 2. いいえ 3. その他 ()

↳ 行先は ()

③ 入院中のリハビリテーションは十分だと思いましたか。

1. はい (理由) _____)

2. いいえ (理由) _____)

3. その他 (理由) _____)

2. 自宅に戻るときの事を伺います。

- ① 退院時指導を受けましたか
食事指導
服薬指導
糖尿病の管理
介助指導
家屋調査
その他 ()
- ② 自宅に戻るにあたり、住宅改修などをしましたか。
1. はい ()
どこを ()
誰が勧めてくれましたか (具体的に述べてもらう)
()
どのように導入しましたか
()
かかった金額 ()
補助金の有無 ()
2. いいえ ()
3. その他 ()
- ③ 使用している福祉用具・機器はありますか。
1. はい ()
何を ()
誰が勧めてくれましたか (具体的に述べてもらう)
()
どのように導入したか ()
補助金の有無 ()
2. いいえ ()
3. その他 ()
- ④ 入院・施設から自宅に戻る際に不安がありましたか
1. 不安があった
どのような不安か具体的に聞く
()
2. なかった
体がもどに戻ったから、
不自由でなかったから、
家族が助けてくれた、
病院から指導を受けた
その他 ()
3. この会について伺います。
① ここに通うのは誰に勧められましたか
1. 保健師
2. 家族
3. 友人
4. ケアマネジャー
5. その他 ()