

② 回数は十分ですか

1. 十分である
2. 足りない
3. その他 ()

③ 何が一番たのしいですか。(具体的に述べてもらう)

④ この会でやってほしいことはなんですか

4. この会以外に参加している集まりがありますか。

1. ある

- ・何という会ですか
- ・何をしていますか
- ・月の回数など
- ・集まる人の人数、どのような人が集まるか

2. ない

3. その他 ()

FAI 最近3ヶ月間の生活を振り返り、最もあてはまる項目に○をつけてください。

1. 最近3ヶ月、食事を作っていますか。おやつは含みません。

1. していない。
2. まれにしている。(週1回未満)。
3. 時々している(週に1~2回程度)。
4. たいていしている(週3回以上)。

1-1 病前や、1年前と比較して回数がへりましたか

1. はい
2. 同じくらい
3. 多くなった
4. その他 ()

2. 最近3ヶ月、食事の後片付けをしていますか?

1. していない。
2. まれにしている。(週1回未満)。
3. 時々している(週に1~2回程度)。
4. たいていしている(週3回以上)。

2-1 病前や、1年前と比較して回数がへりましたか

1. はい
2. 同じくらい
3. 多くなった
4. その他 ()

3. 最近3ヶ月、洗濯をしていますか?

1. していない。
2. まれにしている(3ヶ月に1回から2回程度)。
3. 時々している(1ヶ月に1回から4回程度)。
4. たいていしている(週1回以上)。

3-1 病前や、1年前と比較して回数がへりましたか

1. はい

2. 同じくらい

3. 多くなった

4. その他 ()

4. 最近3ヶ月、家の中の掃除や整頓をしていますか(棚を片付けたり、テーブルをふくなどの簡単な掃除)。

1. していない。

2. まれにしている(3ヶ月に1回から2回程度)。

3. 時々している(1ヶ月に1回から4回程度)。

4. たいていしている(週1回以上)。

4. 1病前や、1年前と比較して回数がへりましたか

1. はい

2. 同じくらい

3. 多くなった

4. その他 ()

5. 最近3ヶ月、家の中の力の必要な仕事をしていますか(ベッドをきれいにしたり、床を磨いたり、椅子を動かすなど)

1. していない。

2. まれにしている(3ヶ月に1回から2回程度)。

3. 時々している(1ヶ月に1回から4回程度)。

4. たいていしている(週1回以上)。

5. 1病前や、1年前と比較して回数がへりましたか

1. はい

2. 同じくらい

3. 多くなった

4. その他 ()

6. 最近3ヶ月、買い物(自分で選んだり購入したりすること)をしていますか?

1. していない。

2. まれにしている(3ヶ月に1回から2回程度)。

3. 時々している(1ヶ月に1回から4回程度)。

4. たいていしている(週1回以上)。

6-1 病前や、1年前と比較して回数がへりましたか

1. はい

2. 同じくらい

3. 多くなった

4. その他 ()

7. 最近3ヶ月、外出(映画、観劇、飲食、社交的な集まりなどに出かけること)をしていますか?

1. していない。

2. まれにしている(3ヶ月に1回から2回程度)。

3. 時々している(1ヶ月に1回から4回程度)。

4. たいていしている(週1回以上)。

7-1 病前や、1年前と比較して回数がへりましたか

1. はい

2. 同じくらい

3. 多くなった
4. その他 ()
8. 最近3ヶ月、屋外歩行が15分間以上できますか(散歩や、買い物のため)。(これはADLに、組み込まれているので、省略する?)
1. していない。
2. まれにしている(3ヶ月に1回から2回程度)。
3. 時々している(1ヶ月に1回から4回程度)。
4. たいていしている(週1回以上)。
- 8-1病前や、1年前と比較して回数がへりましたか
1. はい
2. 同じくらい
3. 多くなった
4. その他 ()
9. 最近3ヶ月、楽しんでいる趣味はありますか(テレビでスポーツを見るだけでは、趣味に含まれません)。
1. ない。
2. まれに楽しんでいる(3ヶ月に1回から2回程度)。
3. 時々楽しんでいる(1ヶ月に1回から4回程度)。
4. たいてい楽しんでいる(週1回以上)。
- 9-1病前や、1年前と比較して回数がへりましたか
1. はい
2. 同じくらい
3. 多くなった
4. その他 ()
10. 最近3ヶ月、交通手段(自動車、バス、電車、飛行機など)を利用していますか?
1. していない。
2. まれにしている(3ヶ月に1回から2回程度)。
3. 時々している(1ヶ月に1回から4回程度)。
4. たいていしている(週1回以上)。
- 10-1病前や、1年前と比較して回数がへりましたか
1. はい
2. 同じくらい
3. 多くなった
4. その他 ()
- 最近6ヶ月の間を振り返り、最もあてはまる項目に○をつけてください。
11. 最近6ヶ月、自動車、バス、電車、飛行機など、乗り物に乗って旅行を楽しんでいますか。
1. 楽しんでいない。
2. まれに楽しんでいる(6ヶ月に1回から2回程度)。
3. 時々楽しんでいる(2ヶ月に1回から4回程度)。
4. たいてい楽しんでいる(2週間に1回以上)。
- 11-1病前や、1年前と比較して回数がへりましたか
1. はい
2. 同じくらい
3. 多くなった

4. その他 ()
12. 最近 6 ヶ月、庭やベランダの園芸の管理（草取り、水やり、植え替え、草木の手入れ、掃除など）をしていますか？
1. していない。
 2. 時々草取りをしている。
 3. 定期的に草取りや草木の手入れをしている。
 4. 定期的に管理している。必要があれば掘り起こし、植え替えの作業もしている。
- 1 2 - 1 病前や、1 年前と比較して回数がへりましたか
1. はい
 2. 同じくらい
 3. 多くなった
 4. その他 ()
13. 最近 6 ヶ月、家の管理や車の手入れをしていますか？
1. していない。
 2. 電球や蛇口のパッキングなど部品の取り替え、ネジ止めなどをしている。
 3. 上記のほかに障子の張替え、網戸の修理、ペンキ塗り、室内の模様替え、車の点検、洗車などもしている。
 4. 上記のほかに家の修理や車の整備もしている。
- 1 3 - 1 病前や、1 年前と比較して回数がへりましたか
1. はい
 2. 同じくらい
 3. 多くなった
 4. その他 ()
14. 最近 6 ヶ月、読書をしていますか？ 新聞、週刊誌、パンフレット類は含まれません。
1. していない。
 2. まれにしている（6 ヶ月に 1 回程度）。
 3. 時々している（2 週間に 1 回未満）。
 4. たいていしている（2 週間に 1 回以上）。
- 1 4 - 1 病前や、1 年前と比較して回数がへりましたか
1. はい
 2. 同じくらい
 3. 多くなった
 4. その他 ()
15. 最近6ヶ月、あなたの労働時間はどのくらいでしたか。（これは仕事に含めている。ここでは省略の予定）
1. 全くしていない。
 2. 週に1 - 9時間働いている。
 3. 週に10 - 29時間働いている。
 4. 週に30時間以上働いている。
- 1 5 - 1 病前や、1 年前と比較して回数がへりましたか
1. はい
 2. 同じくらい
 3. 多くなった
 4. その他 ()

CHART 5. 現在の生活の様子について伺います。

14. 月に一回以上、訪問したり、電話をしたり、手紙を書くなどの付き合いをしている親戚の方はいますか。

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

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—

分担研究者 福田恵美子 山形県立保健医療大学教授

障害を持った人が病院リハビリテーションを終了し、地域に健やかに再定住するためには、環境整備、ADLの定着、家族指導などを実際の生活場面で指導、援助する訪問リハビリテーションが重要な位置を占める。しかし、人的な不足、地域特性による専門家の偏在などのため、十分な訪問リハビリテーション・サービス(以下訪問リハ・サービス)が供給されない現状である。人的な供給は早急に解消を測ることは難しいと考えられる。しかし他職種とのシステマティックな連携や、訪問リハ・サービス利用者のニーズに即した介入をすることにより、より効率的なサービスを提供でき、人的不足を補うことも可能である。

本研究では、地域で訪問リハ・サービスにかかわっている11人の作業療法士にアンケートを実施し、東北の都市部と郡部による訪問リハ・サービスの供給側の実態と問題点の把握をする。その結果と、先行研究に基づき訪問リハビリテーションの体系的な介入のモデルを作成した。そのモデルに基づき、退院から在宅生活まで1年半にわたり、作業療法士が関わった1症例を生活時間の視点で評価し、モデルの検討を行った。

その結果、利用者、本人から、生活に慣れ外来通院に切り替わる期間までの訪問リハビリテーションのきめの細かいサービスの重要性が指摘され、技術的な援助のみならず、心理的な援助のためにもモデルの有効性が明らかにされた。さらに、利用者、介護者の病前後の生活時間からは、退院後、1年半以上経過しても社会参加の時間や社会的な役割が獲得されない現状が明らかになった。介護者の負担軽減には、週一回の通所介護が大きな役割を果たしていた。今後、本人の社会的な役割の獲得、利用者のニーズに合わせた通所介護、通所リハビリの充実が必要であると思われる。

介護保険制度はその設立の趣旨からリハビリテーションの重視の考え方が示されている。介護報酬においても、介護者

人保健施設からの訪問が可能になり、訪問リハビリテーションに日常生活活動加算が導入されるなど、改定が続けられて

きた。2005年の改定においては在宅支援体制の強化が挙げられ、厚生労働省老健局内の研究会においても訪問リハビリテーションの有効性は高く評価されている。しかし、現状では最も利用が進んでいないサービスであり、人材の不足も指摘されている。

本研究では、訪問リハビリテーションを実践する作業療法士を対象としたアンケート調査による供給者側の実態の把握と、利用者側の生活時間調査を行うことによって、訪問リハビリテーションの役割と効果的な介入を検討することを目的とする。

Iでは、訪問リハビリテーションを実践する作業療法士への実態調査から問題を明らかにする。IIでは、その調査と我々の先行調査研究の結果に基づき、効果的な訪問リハビリテーション・サービスの介入モデルを構築する。

III、IVでは、モデルに基づき介入を行った事例を紹介し、入院前と入院後の生活時間から評価し、モデルの効果を考察する。

I. 訪問リハビリテーションを実践する作業療法士への実態調査

1. 実態調査

1-1. 目的

訪問リハビリテーションを実践する

作業療法士の現状と把握を目的とした。

1-2. 方法

①対象者

岩手県の8施設で勤務する訪問リハビリテーションを実践する作業療法士16名であった。対象者の選択は機縁抽出法によった。県庁所在地M市を中心とする都市部とその周辺の郡部で訪問リハビリテーションを実践する病院や施設に勤務する作業療法士であった。

②手続きと調査方法

事前にアンケート調査の説明を行い了承を得、その後郵送によるアンケート調査を行なった。

③アンケート内容

アンケートの質問項目については先行研究¹⁾を参考にし、筆者らの訪問リハビリテーションに携わった経験に基づき、臨床現場での疑問を想定し作成した。

多項目選択式、自由回答からなり、アンケート1,2(付表1,2)の2種類から構成されていた。

アンケート1は、訪問担当者への質問であり、項目は基本情報として施設名、事業所名、所在地、介護報酬料、一日の訪問件数、主な移動手段、人材不足を解消するための考えである。訪問リハビリテーションにかかわって困

っていることについては自由記載とし、質問項目は次の通りである。

(1) 利用者について (2) 家族について (3) 他職種との連携について (4) 医療情報について(リスク管理など) (5) ケアマネジャーについて (6) 退院時の情報について (7) 移動時間について (8) 介護報酬点数について (9) サービス回数について (10) 研修の機会について (11) その他、であった。

アンケート 2 は、作業療法士が担当している訪問リハ利用者 3～8 名に対して、年齢、性別、利用者宅への移動時間、移動距離、訪問宅にいるおおよその時間、季節による移動時間の変動があるかどうか、変動がある場合はその理由などについて質問をしている。

④調査期間

H16 年 12 月 28 日から H17 年 1 月 20 日

⑤データの処理方法

a. 地域区分

地域は二市(うち一市は県庁所在地)一町三村となるが、二市を市部、他を郡部とした。

b. 平均訪問件数

8 事業所のうち、病院と兼務し半日のみ訪問を行なっている担当者が 5 名いたため、半日で行なわれる訪問件数の平均を求めた。

c. 移動時間、移動距離に関しては

合計してその平均を求めた。

2. 調査結果

2 - 1. 調査結果の概要

①アンケート回収率

アンケートは 16 名に配布し、16 名から回収した。(回収率は 100%)

有効回答数は 100%であった。

②対象者の特性 (図 1-1)

作業療法士は男性 9 名、女性 7 名(平均 OT 歴 9.3 ± 1.7 年)であり、経験年数 10 年未満と経験年数 15 年～22 年未満の層の 2 極に分かれた。

③事業所の特性

病院から 2 事業所、訪問看護ステーションからは 7 事業所(1 事業所は病院と訪問看護ステーション両方から派遣)であった。事業所所在地は二市(うち一市は県庁所在地)一町三村であった。

2 - 2. アンケート結果

①アンケート 1 の結果

a. 事業所別の訪問回数(図 1-2、1-3)

事業所別に半日の訪問件数の平均を求めた。平均訪問件数は半日につき

2.1 件であった。(1.2 - 3 件)地域別に見た訪問件数では郡部のほうがわずかに多かった。

b. 主な移動手段

主な移動手段は、公用車 12 件、自家用車 1 件、公用車、自家用車両方を使用するが 3 件であり、全て車を使用して訪問リハビリテーションを行っていた。

c. 人材不足を解消するための考え（自由記載）に、市部と郡部の違いはみられなかった。以下に質問項目ごとにまとめた。

(1) 教育機会について（図 1-4）

卒後教育の充実を望む声が最も多く 10 名であり、次いで養成校での学習機会を増やすが 8 名、県士会レベルの研修・連絡会の必要性を望む声が 6 名と多かった。

全体的に訪問リハの教育・研修機会の充実を望む声が多かった。

(2) 他職種理解（図 1-5）

関連職種全体で、業務情報の共有化をするが 9 名で最も多く、関連職種との合同の勉強会、症例検討会、効果判定の場を作るとの声が 8 名と半数以上を占めていた。コミュニケーションを取りやすい職場環境をつくるという希望も 6 名と多かった。介護保険を施行後 5 年経過しても他職種との連携がまだまだ十分ではない現状が明らかになった。

(3) ケアマネジャーについて（図 1-6）

ケアマネジャーに対して、訪問リ

ハビリテーションの啓蒙活動の必要性を感じる声が 9 名、利用者の目標設定の明確化を望む声が 8 名と半数以上を占めていた。訪問リハが地域で何をするのか、できるのかが関係者や利用者に十分理解されていないため訪問リハビリテーションの目標設定があいまいなものになっている現状が明らかになった。

(4) 勤務体制について（図 1-7）

情報交換に十分な時間を費やせる体制を望む声が 12 名と圧倒的に多かった。人的な資源不足から起こる悪循環が、情報交換や研修機会に出席するための時間を捻出できないという現状を引き起こしていることが明らかになった。

(5) 介護報酬について（図 1-8）

派遣機関による報酬の差をなくすが 10 名と多かった。これは、現場では同じリハビリテーションを行っているにも関わらず、介護報酬の差が生じていることに対して、利用者には説明がつかないことや、訪問看護ステーションで派遣される訪問リハは訪問看護 7 として書類上は扱われるため、訪問リハビリテーションの啓蒙活動に繋がらないことが原因と考えられる。

(6) 訪問リハビリテーション担当者

の待遇について（図 1-9）

外勤手当を望む声が 7 名、へき地手当を望む声が 5 名あり、運転業務を行い外勤する労働が評価されていない現状が明らかになった。

d. 訪問リハビリテーションにかかわって困っていること（表 1 - 自由記載）

1) 利用者について

訪問リハビリテーションには、マッサージをしてもらい、機能訓練を自宅でもらうといった受動的な考えが強い。利用回数や終了の時期について納得してもらえないことなど、訪問リハビリテーションの目的について担当者と利用者が共有できていないことが具体的に述べられている。

2) 家族について

高齢者夫婦の場合、キーパーソンになる人がいないと状況の変化について判断が出来ないことがあることや、リハビリ訓練以外のことも頼まれると決められた時間の中、予定通りに進めていけないことがあるという声が多かった。

3) 他職種との連携について

同じ事業所内では他職種と連絡がとりやすいが、他事業所の担当者とは会う、話すなどの機会がない。

また、情報提供表をケアマネジャーや他事業所に送っても返答がなく、一方通行になるなど、他事業所との連携がスムーズに行えていないことが伺えた。

4) 医療情報について（リスク管理など）

医師、医療機関からの情報が不十分で、リスク管理や急変時の対応などに不安を持っている OT が多かった。他職種と医学的情報について共有していないこともあるため、データベース化して共有できることが望ましいとの声もあった。これは、OT 教育に疾患やリスク管理についての教育の重要性が示唆されているが、一方では地域の医師や医療機関にまだ地域リハビリテーションの連携の重要性が浸透していない現状が明らかになった。

5) ケアマネジャーについて

訪問リハビリテーションへの理解不足のため、目的があいまいなまま依頼されることが多い。住宅改修や福祉用具選定について家族から相談を受けても、連携が取りにくい状況があるという訴えが多かった。しかし、一方では会議などへの地道な出席により理解が得られてきたという報告もあった。

6) 退院時の情報について

全体に情報は少なく、内容は機能レベルの評価が多く、在宅生活を継続するための方針や明確な目標など長期的な視点が欠如していた。

7) 移動時間について

移動距離が長く、無駄が多いため、訪問件数の増加ができず、担当者の休憩時間が取れない実情であった。特に冬期の移動についての困難さを訴える声が多かった。

8) 介護報酬について

事業所によって介護報酬に差があることについては利用者の理解が得にくい。利用者は負担金が少ない事業所に依頼することがあるなど介護報酬について統一することを望む声が多かった。

9) サービス回数について

家族や利用者から、回数の増加の要望があっても、現状では対応できないという状況と共に、担当者が利用者の状態に応じて回数を変更できないという状況が伺える。

10) 研修の機会について

スケジュールに余裕がなく、代わりの担当者がいないため、平日の研修参加が困難であり、研修の機会も少ない。

11) その他

書類の作成に時間がかかること。

老化、衰弱していく方への訪問リハビリテーションのあり方などの検討が必要との声があった。

②アンケート2の結果

a. 訪問リハビリテーション利用者の総数 60 人、平均年齢は 71 歳±

1.48 性別は男性 20 人(33.3%)女性 40 人(66.7%)であった。

b. 利用者宅への移動時間(図 1-10、1-11)

移動時間の平均は 18 分であった。移動時間は 20 分以内が最も多く 18 件であったが、40 分かかる地域への訪問も 2 件あった。地域別に分けてみると移動時間は市部のほうが 18.5 分と、郡部よりも移動に時間がかかっていた。

c. 利用者宅への移動距離(図 1-12、1-13)

移動距離の平均は 10km であり、5 km から 10km 以内が最も多く 18 件となっていた。25 km から 30 km 以内の遠距離までの訪問も 2 件あった。地域別の平均移動距離は郡部のほうが 11 km と長かった。

d. 訪問宅にいるおおよその時間(図 1-14)

平均訪問時間は全体で 54 分であり、市部のほうが郡部の 52 分に比べて

56分と長かった。

e. 季節による訪問時間の変動(図1-15)

冬期の訪問時間の変動は郡部で92%が有、市部では71%が有と回答している。

f. 訪問時間の変動の理由(図1-16)

郡部では積雪凍結両方の理由を挙げるものが100%、市部では積雪、凍結両方が50%で、他に積雪のみ、凍結のみ、更に渋滞などと理由が分かれた。

j. 訪問時間の変動の平均(図1-17)

冬期の訪問の変動時間は全体で7.7分であり、地域別に見ると郡部が6.3分、市部が8.8分と市部のほうが変動時間は多かった。

3. 考察

訪問リハビリテーションを実践する作業療法士への実態調査を行なった。

岩手県での訪問リハビリテーションの交通手段は全て車を使用しており、都市での自転車や電車の使用とは異なっていた。冬期の移動時間の変動は、郡部では積雪や凍結で6.3分、市部では、積雪・凍結の他に渋滞が加わり、更に長く、8.8分の変動が見られた。郡部では冬期の移動についての困難さを訴える声が多く、積雪、凍結道路を運転する事故の危険性

も大きく、運転業務に対する危険手当、外勤手当等々の検討で、人的資源不足解消の一手段とすることも必要ではないかと考えられた。

また、介護保険施行後5年を経過してもなお、他職種との連携は十分ではない。特に退院時の医療機関からの医療情報、医師からのリスク管理が十分ではなく、訪問担当者は、情報が極めて不十分なままに訪問リハビリテーションを開始しなければならず、不安を感じている。また、訪問リハビリテーションの目標はケアプランの中にも反映されにくい現状となっている。これは担当者が自覚しているように訪問リハビリテーションの役割について、医師、医療機関、ケアマネジャー、家族や利用者にさえ、十分理解されていないことが原因と考えられる。高齢者リハビリテーション研究会では「現行の訪問リハビリテーションは、退院(所)直後や生活機能が低下した時に、計画的に集中して実施するサービスとしても位置づけ、拡充していく必要がある。また、その内容は、日常生活活動と社会参加の向上に働きかけることを重視する必要がある」と述べているが、その具体的な方法として、医療機関での退院時の情報提供の義務化も検討する必要がある。また、訪問担当者の望む情報が適切に与えられるためには個別リハビリテーション計画書

のような情報提供の書式も検討する必要があると考えられる。

他職種と連携するためには情報交換や会議への出席などの積み重ねが大切であり、会議の出席を積み重ねることにより、他職種の理解が得られた例があったが、現状ではなかなか時間がとれないという声が多かった。訪問リハビリテーションの研修会や教育の機会の充実を望む声も多かったが、一方では時間がなく出席できないという問題があった。定期的な訪問リハビリテーション研修会やケース検討会への参加の義務付けを行い、地域における訪問リハビリテーションの啓蒙の機会、他職種と情報交換する環境を設定していく必要がある。

介護報酬の差については早急に検討されるべきである。病院、診療所等からの訪問リハビリテーションでは介護報酬が550単位であり、採算性の問題もあり、量的な確保が難しい。現状では人的資源不足の問題もあり、訪問リハビリステーションの新設が難しいのであれば、訪問看護ステーションからの派遣に関しては訪問看護7ではなく、訪問リハビリテーションと明記するべきであると思われる。

II. 効果的なリハビリテーション・サービスのモデル (図2)

訪問リハビリテーション・サービスの効

果的な介入モデルについて

Iでは、訪問リハビリテーションの実態調査を行った。3年間のこれまでの同様な調査から、訪問リハビリテーションの制度的、人的不足、報酬、啓蒙、連携上の問題があることがわかった。制度的、啓蒙、人的な供給は早急に解消を測ることは難しいと考えられる。しかし他職種とのシステマティックな連携や、訪問リハ・サービス利用者のニーズに即した介入をすることにより、より効率的なサービスを提供でき、人的不足を補うことも可能である。

退院時における在宅に適應するまでの期間に内容のこまやかなサービスの視点が必要であることがわかった。その介入は永続的でなく、3ヶ月ほどを目処にし、徐々に回数を減らしていくなどの柔軟な対応が望まれる。

対象者が入院した時点で、病院リハビリテーション（以下リハ）内で、各職種の評価から予後予測がたてられる。主にADL・APDLの向上を目的としたプログラムを施行する。入院後1ヶ月ほどでリハの再評価会議を開く。その結果により、対象者・家族に退院後の生活について説明と同意を得る。また、担当のケアマネジャーと連絡をとる。

第一～二回自宅訪問：リハスタッフは入院の早期から自宅を訪問して環境調整

に向けて準備する。できれば対象者も同伴でどのような ADL 上の障害があるかを評価する。今後に向けて対象者、家族、ケアマネジャー等と共に生活のイメージを共有し、住宅改修や退院後の介護保険サービスの利用を考える。住宅改修が必要と判断されれば、対象者・家族、リハスタッフ、建築士、施工業者、ケアマネジャーなど共に住宅改修結果を確認する場を設ける必要がある。

第三回自宅訪問：先の自宅訪問の情報に基づいて、福祉機器・用具の導入をケアマネジャーと相談し準備をしてもらう。また、福祉機器・用具に慣れてもらうため、対象者同伴が望ましい。また、ケアマネジャー、訪問リハ担当者が必ず同伴する。

退院時から、週 3 回程度の訪問リハを 2 週間開始する。主な目的は、退院後の不安に対する心理的フォロー、服薬管理を含めて健康管理の習慣化、福祉機器・用具の適正な使用方法の定着や不具合の評価である。福祉機器・用具に改善の余地があれば、早急に対応する。

その後、家族・対象者のニーズにあわせて徐々に訪問リハの回数を減らしていく。また、退院後の 2 週間程度で通所リハを導入していく。訪問リハは対象者・家族の同意があれば終了する。その後、通所リハ・通所介護の有機的な組み合わせ

せを行う。必要な場合は訪問看護、往診の活用、さらにショートステイを随時利用し介護負担を軽減する。

Ⅲ. 入院を経て在宅生活を送る介護保険利用者の生活時間調査

1. はじめに

第 2 章で作成したモデルに基づき、入院から退院までのリハビリテーション・サービスの効果的な介入を検討する。

本調査においては NHK の国民生活時間調査を参考にした。NHK の生活時間調査は生活時間という数値を手がかりに生活を構成する仕事、家事、食事から、レジャー、メディア接触までを調査・分析し、生活の実態を明らかにするものである。1960 年の開始から 2000 年まで、5 年ごとに回を重ねて 40 年にわたる長期の時系列調査を行なっている。¹⁾

1-1. 目的

発病し、入院生活を経て在宅生活を送っていくためには、利用者、家族とも新しく生活を創り直す必要がある。発病前後の生活時間の変化の調査により、在宅生活を維持していくために必要な援助について考察することを目的とした。

1-2. 方法

①対象者

I 県の 0 病院に入院し退院後外来通院し、在宅生活を送る利用者とその家族

②手続きと調査方法

事前に利用者、家族に調査の説明を行い了承を得た。生活時間表 1（付表 3, 4）については、記入方法を説明し、家族に記入してもらい、回収した。質問用紙 2（付表 5）については利用者、家族へ直接聞き取り調査を行なった。1 回の調査時間は約 30 分で回数は 3 回、合計時間は約 90 分であった。

③アンケート内容

生活時間表と質問用紙より構成されていた。

生活時間表は病前の 1 日、病後に自宅で過ごす 1 日、通所介護利用時の 1 日を特定してもらい、利用者と介護者各々の、15 分刻みの生活行動について 1 日の時間軸に沿って表に記入してもらった。

質問用紙の質問は、病気の前後の生活時間の変化について、利用者や介護者がどう感じているか、また各々で感じ方の違いがあるのか、在宅生活を続ける為に必要な援助について調査するために設定した。

④調査期間

H17 年 8 月 24 日から 9 月 7 日

2. 調査結果

2-1. 対象者の全体像

利用者は 75 歳男性、脳梗塞を発症し、重度の左片マヒが残存した。脳梗塞の発症から約 5 ヶ月の入院を経て、車椅子での在宅生活となり現在まで約 1 年 8 ヶ月の在宅生活を継続している。現在日常生活自立度(寝たきり度)はランク B-2 であり、要介護 4 で、妻と二人暮らしである。職業は会社の事務部門の管理職であったが、退職後は自治会長や選挙の後援会など地域の仕事に忙しく、外出が多い生活であった。俳句や書道、カメラ、読書などの趣味を在職中は楽しんでしたが、退職後はかえって忙しく、楽しむゆとりはなかったという。年金生活であるが経済的な面での将来の不安は特になかった。

妻は 70 歳の専業主婦で、姑の介護経験があった。地区の民生委員や町内会の婦人部の仕事を行い、生け花などの趣味も多く、友人付き合いも多く、グループ旅行なども楽しんでた。夫と共に外出の機会が多く、活動的な生活を送っていた。

退院にあたっては病院のリハビリテーションスタッフから 2 度の家屋調査を受けた。トイレや廊下への手すりの設置、廊下と居室の段差の解消等の家屋改修の指導と、玄関のスロープ設置や車椅子の選定、ベッドの位置の調整と介助バーの

設置などの福祉用具の選定の指導を受けた。またトイレやベッドへの移乗の仕方や、車椅子の操作方法など自宅での具体的な動作指導や、家族も介護方法についての指導を受けた。また、利用者と家族は、病院のリハビリテーションスタッフ、ケアマネジャーと共に介護保険のサービスの利用について話し合い、退院について準備を行なった。

退院時から約4ヶ月は在宅生活の安定を目標に、週1回訪問リハビリテーションを利用し、手すりの使い勝手や、スロープ、車椅子など福祉用具の使用方法や、具体的な移乗や移動方法の指導や介護指導を受けた。特にトイレ動作の安定は重要であったが、介助動作の練習を重ねるうちに、便器への移乗の介助量を軽減するために、廊下とトイレ内の段差を解消する必要に迫られ、2度目の家屋改修を行った。その後、生活の安定と共に介護タクシーを利用した週1回の外来リハビリテーションへと移行し、外出の機会を増やした。

現在利用している介護保険のサービスは、週1回の通所介護、訪問入浴サービス、週2回の身体介護のためのヘルパー、週1回の外来リハビリテーションの通院のための介護タクシーの利用が主である。妻の介護疲労軽減や急な用事のためにショートステイを半年に1度程度利用する

こともある。

2-2. 結果のまとめ

①生活時間表について

生活時間表の行動分類の方法は日本人の生活時間・2000NHK 国民生活時間調査に従った。(付表6) 大分類の必需行動、拘束行動、自由行動を取り上げ、具体例に従いながら小分類の項目別に時間をまとめた。1日の時間軸に沿ってまとめた利用者の生活時間の変化(表4-1)、介護者の生活時間の変化(表4-2)につけた罫線は、身の回りの用事や療養・静養、炊事・掃除・洗濯、社会参加など、小分類の項目のマーキングである。

また利用者の生活時間と、全国70代男性の平日の平均時間との比較を行い、表とグラフにした。同様に介護者の生活時間と、全国70年代女性の平日の平均時間との比較も行った。尚、グラフの項目は、利用者本人、介護者とも生活時間の変化が大きかった小分類の項目を抜粋した。(図3-1、3-2、3-3、3-4、3-5、2-6)

②利用者の生活時間の変化(表2-1~2)

1) 必需行動

病前の生活は全国平均と比較して大きな特徴は見られない。病前病後に大きな変化が見られるのは、身の

回りにかかる時間である。これは病前の生活と比較すると2倍の時間がかかっている。病後は全国平均の時間と比較すると約3倍となっている。

2) 拘束行動

病前の生活は、家庭雑事は全国平均の約半分であるが、社会参加は40倍以上と生活の多くを占めており、活動的な生活を送っていた。病後は家庭雑事と社会参加の時間は全くなり、大きな変化が起こっている。

3) 自由行動

病前の生活は、全国平均と比較するとテレビ、ラジオ、新聞は少なく、本の時間は多かった。また休息も少なく、会話・交際やレジャーは全く時間を取っていなかった事が特徴的である。病後はテレビ、新聞、ラジオの時間は増え、特に病前に聞いていなかったラジオを楽しんでいる。休息は病前病後で、自宅で過ごす日は約12倍、通所介護を利用する日は約7倍と大きく増えている。全国平均と比較しても病後は4～7倍である。ただし、通所介護を利用する日の休息は自宅で過ごす日の6割に減り、また自宅で過ごす日にはない、会話・交際、スポーツを楽しむ時間が全国平均よりも多くなっている。

③介護者の生活時間の変化(表2-3、2-4)

1) 必需行動

病前の生活は女性の全国平均と比較しても大きな特徴は見られない。また病前病後で大きな変化は見られない。

2) 拘束行動

病前の社会参加の時間が全国平均の約2.5倍と活動的であった点が特徴である。病前病後で変化が大きいのは、家庭雑事の中での病人の介護の時間である。病前の家庭雑事の時間は本人が自宅で過ごす日は病前の4倍、通所介護を利用する日は約2倍と大きく増えている。社会参加の時間は、病後は全く時間がとれなくなっている。通所介護を利用する日は自宅で過ごす日に比べて介護の時間が半分に減っている。

3) 自由行動

病前の生活は、全国平均と比較してテレビと新聞、休息は半分の時間と少ないが、本は9倍の時間と多く、読書を楽しんでいた。また、会話・交際、趣味・娯楽・教養について、全国平均より多く活動的な点が特徴的である。

病後は会話・交際や、趣味・娯楽・教養については、ほとんど時間を取れず、新聞の時間は増えたが、テレビや本の占める時間は減っている。休息は、病後は自宅で過ごす時間は

病前の5.5倍、通所介護利用日は6.5倍となっている。これは全国平均の2.5倍以上である。通所介護利用時には会話や交際を病前の半分の時間でわずかに楽しみ、休息を多くとる生活となっている。

2-3. 生活時間表と質問用紙についてのまとめ

①利用者の生活

1) 生活時間調査から分かる通り、病後の生活で、利用者が自宅で過ごす日の時間割合は、必需行動は885分(14時間15分)自由行動は585分(9時間45分)である。このうち病前と比較して大きな変化があった項目は、必需行動の中の、「身の回りの用事」が195分(3時間15分)、自由行動の中の「休息」時間が375分(6時間15分)、「ラジオを聞く」時間が105分(1時間45分)と大半を占め、単調な生活を送っていることがわかる。一方で病前の生活の大半を占めていた拘束行動の時間は、家庭雑事の15分も社会参加の570分(9時間30分)も0分となり、社会参加や外出の機会が大きく減って生活に大きな変化が起こっている。

2) 生活時間表や質問用紙からわかるように利用者の病前の生活は地区の仕事で忙しく、趣味やレジャーを楽しむゆ

りのないほどの忙しい生活であった。

現在の生活はゆっくりした生活で時間があり余るほどである。しかし、読書やカメラなどの趣味や、レジャーを楽しもうと考えているかといえ、利用者はまだ地区の仕事に生きがいを見つけようとしており、自分が出来ない分を妻に変わって欲しいという意向を持っている。この大きな生活の変化の中で自分が何をしたいのか、どんな役割を持てばいいのかまだ戸惑いが見られている。仕事の途中で生活を断ち切られた無念さが見え隠れする。趣味に没頭できるほどの充足感がない。退院後の生活は単調ながら安定してきたが、利用者の今後の生きがいについては模索中であることが伺える。

介護者である妻に対しては、自分の介護をさせてすまないという気持ちと我慢している面、疲れさせないように気を遣い、この生活を続けていきたいと願っている面が見られる。

3) 介護保険のサービスについては訪問リハビリやヘルパー、訪問入浴等のサービスを喜んでいる一方で、通所介護の利用に関して不満があり、集団での体操や運動等に不満があることが伺える。

②介護者の生活

- 1) 介護者である妻の生活は生活時間の調査から分かる通り、病後の生活で夫が自宅で過ごす時には必需行動は690分(11時間30分)拘束行動は390分(6時間30分)自由行動が360分(6時間)である。このうち病前と比較して大きな変化があった項目は、拘束行動の「家庭雑事(病人の介護)」が4倍に増え、社会参加が減ったことである。また、自由行動の中の「会話・交際」や「趣味・娯楽・教養」や「本」が減り、「休息」時間が165分(2時間45分)と増えている。介護が生活の中に大きな割合を占め、自分の自由な時間が減り、休息を多く取らざるをえないという生活に変化している。
- 2) 現在の生活は夫の介護が主な仕事になり、地区の仕事から解放されたという安心感があり、夫が考えているように地区の仕事を再び引き受ける気持ちは見られない。しかし、介護疲れもみられ、気が休まらない。自分の時間が持てない、まとまった時間が取れないことがストレスである。
- 3) 介護保険のサービスについては、夫に週2回だけの通所介護の利用だけでなく、ショートステイなどももっと利用してほしいと思っているが、一方で常に夫のことが気がかりで遠

くの旅行などには行けないと考えている。

3. 考察

1) 適応への援助

夫婦共に外出が多かった生活から介護中心の生活へと、病気の前後で生活時間は大きく変化している。退院後はこの生活の変化に対応し、不安を軽減し、安定させていくための集中的な援助が必要であり、この体制が保障されることが大切である。

退院から在宅生活が安定するまでに、訪問リハビリテーションによる住宅改修のアドバイスや、日常生活動作の介助方法指導は回数も多く利用できることが望ましい。また、ヘルパーや訪問入浴、通所介護などの他の介護保険サービスも利用する必要がある。そのことにより、介助者の介助量を出来るだけ軽減し、心理的な安定を図り、生活の中に定着させていくことが大切である。そのためにも、退院時の情報の提供など病院職員とケアマネジャー、介護保険のサービスを提供者との連携は欠かせない。

この利用者の場合、退院から約4ヵ月後に外来リハビリテーションの利用へ移行する時期が生活の安定の一区切りとなっている。

2) 社会的役割の獲得

現在は、在宅生活も1年8ヶ月を過ぎ、利用者、介護者共に生活は安定してきている。この時期は身体機能の維持と共に、利用者の役割を見出していくための仲間作りや外出の機会の提供、生きがい、社会参加について検討していく時期となる。この時期もまた、利用者に最も必要な適切なサービスを提供するために、サービス提供者の情報交換や連携は欠かせない。

現在の利用者は、休息時間が多い単調な生活の中で、自分の楽しみの趣味には没頭できない。社会の中において人の役に立ちたい、まだ誰かのために役に立てるという自分の思いを表現する場がないことの苛立ちがあるように考えられる。病前の社会参加に変わる生きがいや役割を見つけ、自分が楽しむことだけではなく、趣味を通して社会に認められ、仲間が出来ることが大切である。また、常に介護が必要とされる家庭内でも役割を見つけていく必要がある。

3) 多様なサービスの充実

利用者の生活にとって通所介護を利用する日は休息が減り、会話・交際、スポーツを楽しむ時間が増加し、生活に変化がみられるが、利用者はこれを不満に感じている。家族の介護疲れの解消のために通所介護を利用すると考え

ている。また家族も利用者にもっと利用して欲しいと考えながらも、安心できない思いがある。現在の通所介護サービスは集団でのゲームや体操、作業活動を行なうことが多く、利用者個別に対応しきれないのが現状である。もっと、個人の趣味を生かした活動やサークルで仲間作りを増やす等、個人を大切に扱い、個人の要望に沿ったサービスを提供するなど質を向上させる必要がある。そのことが介護者や家族を安心させ、在宅生活を継続させる事にも繋がっていく。

4) 介護者の負担軽減

在宅生活を継続する時に、介護者は常に気ぜわしく、気がやすまらない。2人暮らしであれば、変化があった時に常に自分が判断しなければいけないというストレスにもさらされる。それは利用者や他の家族の想像以上のものであるかもしれない。介護者のリフレッシュのためにも利用者が安心して利用できるショートステイなどのサービスの充実が必要である。また介護の悩みを語り合う家族会や、常に的確なサービスを提供できるケアマネジャーの存在も重要と考える。

IV. 訪問リハビリテーションの効果的な介入と役割について(資料参照 p 45-52)