

事例は、入院リハビリテーションを終了し、退院後一年半以上を経て、自宅生活を送っていた。入院時から退院時指導のための家屋調査、住宅改修を経て、さらに必要にあわせて訪問リハビリテーションの介入を行った。その流れを事例が退院から在宅に適応するまでの経過として説明資料（p 45-52）に示した。

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た。さらに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。しかし、本人は、介護者（妻）のために利用するという面も見られ、利用者本人のニーズを満足させるサービスの充実や検討が必要であることが明らかになっている。今後、本人の社会的な役割の獲得の検討、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と思われる。

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では、供給する側の人的資源不足を解消するために、危険

手当や外勤手当の検討、医療機関の退院時情報の義務化の必要性、研修会や教育の機会の充実、介護報酬の統一の必要性などについて述べてきた。

介護保険利用者の生活時間調査の中では、利用者の退院直後の在宅生活の安定のために訪問リハビリテーションの役目として住宅改修のアドバイスや、日常生活動作の介助方法指導、介護保険サービスの適切な見直しが必要であること、生活が安定してからは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するなど時期を区切ったサービスの提供が必要であることを述べてきた。

在宅生活の継続には、必要なときに必要なサービスが十分に受けられるバックアップ体制があって初めて実現できる。利用者が選択できる多様性のあるサービスの充実が望まれる。さらに、サービスを組み込んでいくケアマネジャーの教育研修など質の向上は重要である。現在は、入所やショートステイは数十人の待機者がでている状態で施設選択の余地は少ないのが現状である。また、施設入所にあたり家族の希望や不安に対する研究は皆無である。在宅生活を長期的に支援するため、入所やショートステイなどを家族が安心して利用でき、介護負担からはなれる機会を提供することは重要である。

したがって家族が利用者の入所にあたり、どのようなニーズがあり、どのような不安や悩みを抱えているのか調査することが必要である。それに基づいて施設のあり方や施設の充実、職員教育、職種の連携などに生かしていくことが重要である。それには、施設等の倫理教育、行政による施設評価（患者家族によるアンケート）の必要もある。以下にこれまでの研究から得た事を述べ、まとめとする。

①在宅に必要なサービス資源の必要

（訪問リハ・訪問介護、訪問看護、通所リハ、通所介護、ショートステイの有機的組み合わせのモデル作成）

訪問リハ以外の在宅に必要なサービス資源（訪問介護、訪問看護、通所リハ、通所介護、ショートステイ、グループホームなど）の有機的組み合わせが必要であり、徐々に在宅生活にソフトランディングしていく。そのための他職種との連携のプログラムのモデル開発が望まれる。

②資源の充実—高齢者向け施設の増設、介護保険費用の見直しの必要性

これから行政に望まれることは、有料老人ホーム、高齢者向け住宅など個性と生活スタイルにあわせた高齢者向け施設の増設である。さらに介護保険費用の見直しの必要性、たとえば、補助金、支援金、福祉用具導入や住宅

改修のきめ細かいサービスなど資源の充実である。

これらが、地域に基礎体力としてなければ、どのようなサービスが充実しても有機的に連携し、効果は得にくいとおもわれる。

③行政による教育指導の必要性

行政による教育指導の必要性もある。地域リハのリハ専門職（OT、PT、ST）の強化養成プログラムの作成等が重要と思われる。さらに、地域に対する教育も重要である。これは押し付けでない家族指導の意味を含み、講習会などによって介護家族に利用者の障害を理解してもらうことが必要である。

さらに他職種の教育の充実も望まれる。地域リハの啓蒙、訪問リハの役割や障害、介助法、リハビリテーションの概念などの勉強会、地元大学、専門学校等を含めた公開講座が必要であろう。一般市民（家族も含めた）介護予備群の教育、健康寿命プログラムの活用、元気高齢者の発掘なども重要な課題であると思われる。

参考文献

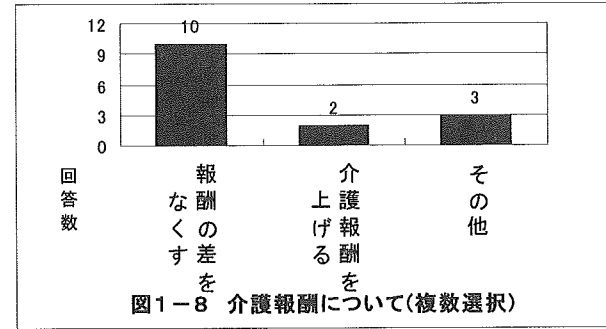
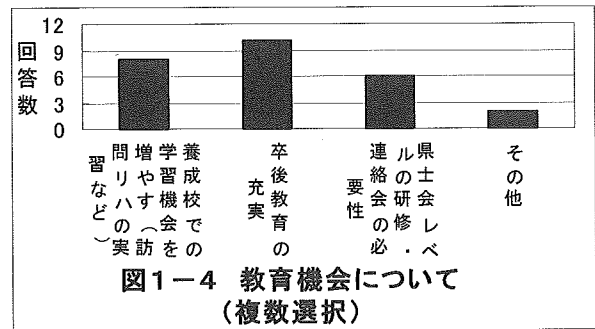
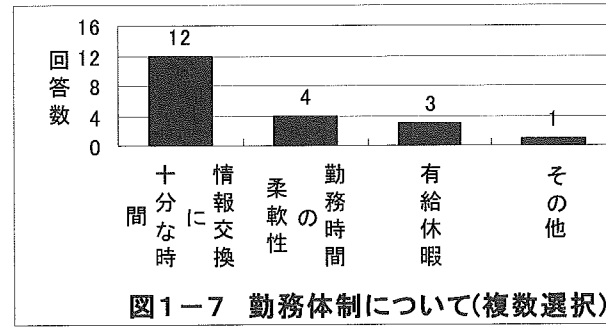
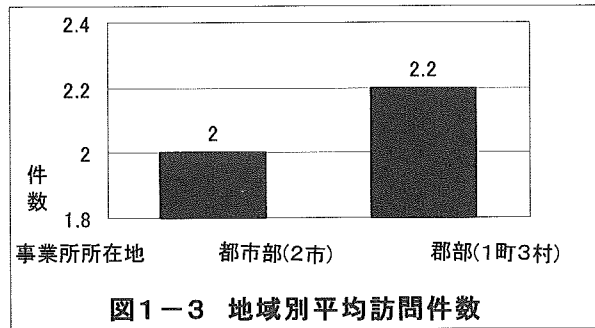
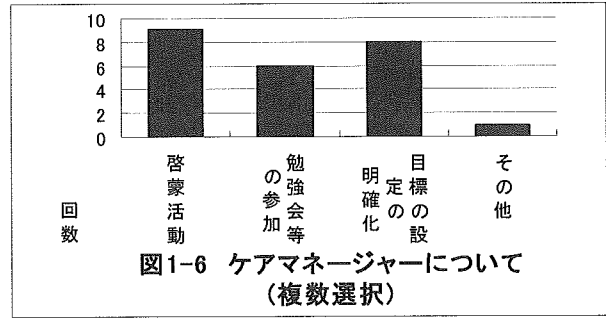
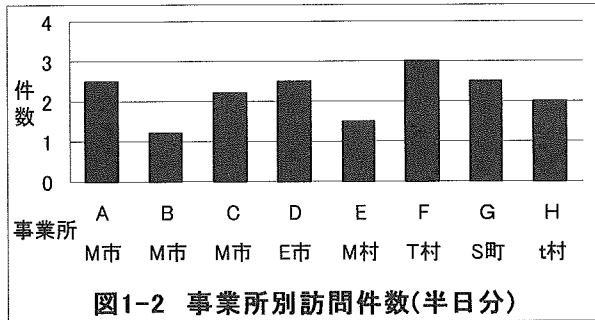
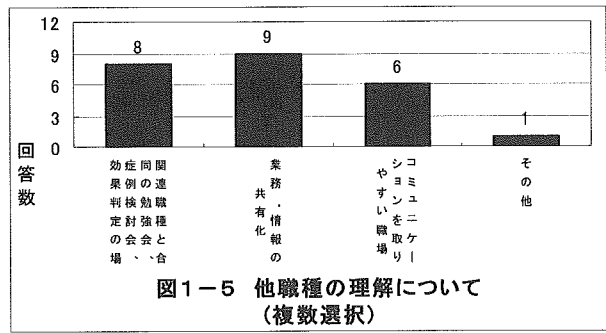
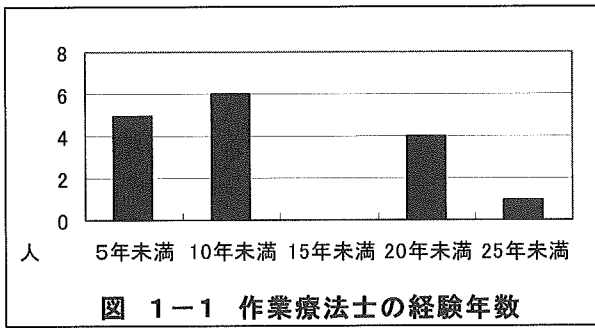
1) 社会保障審議会介護保険部会報告書「介護保険制度見直しに関する意見」

2004年7月

- 2) 高齢者リハビリテーション研究会
「高齢者リハビリテーションのあるべき生き方」
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/03/s0331-3a.html> H16年 1月
- 3) 三浦文夫編 『図説高齢者白書』
全国社会福祉協議会、2004年、p.142
- 4) 澤村誠志監修、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 2004年
- 5) 山口昇監修、林拓男、村上重紀編集『地域リハビリテーション』
医学書院 2003年
- 6) 介護保険研究会監修、『介護報酬算定 Q& A 平成15年改訂版』
中央法規 2003年
- 7) 三浦文夫編 『図説高齢者白書』
全国社会福祉協議会、2004年、p.138
- 8) 厚生労働省介護制度改革本部「介護保険制度の見直しについて」
<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/index.html> H17年 8月
- 9) 『訪問リハビリテーションの実態』
東北文化専門学校作業療法科卒業研究論文集 第4巻 2001年、p179-188
- 10) NHK 放送文化研究所編 「日本人の生活時間・2000NHK 国民生活時間調査」
NHK 出版、2002年 p2
- 11) 山崎哲司、藤井智、清水美紀「住環境整備におけるシミュレーション設備の利用状況」
『リハビリテーション研究紀要14』、2004年、p47-49
- 12) 森実あゆみ、菅野浩二、河野哲也、横内俊弘「訪問リハビリの現状と課題」
『理学療法えひめ17』、2003年、p57-58
- 13) 松本尚子、岸宏樹、小林未佳、西村ひろみ「退院直後より訪問リハビリが関わることの有用性」
『理学療法京都33』2004年、p74-75
- 14) 矢野秀典、吉野貴子、飯島節「訪問リハビリテーションの目的に対する理解度に関する検討」
『理学療法学31』2004年、p168-174
- 15) 中野栄子、片山后代、中村くるみ、他「訪問リハビリにおけるチーム連携の検討」
『北海道勤労者医療協会看護雑誌30』2004年、p40-42
- 16) 芝崎淳、荒井豊、芝崎美和子、他「行動変容に主眼を置いた訪問リハビリテーションの効果」
『東北理学療法学16』2004年、p42-47
- 17) 九里美和子、松田明子「訪問看護ステーションにおける訪問リハビリテーション教育の必要性. 看護職による訪問リハビリテーション実施状況調査から」
『訪問看護と介護9』2004年、p210-213
- 18) 伊藤隆夫「訪問リハの今後の展望

- として量的整備の早急な展望を」
『GPnet』 2002年、p 20-25
- 19) 伊藤隆夫「ニーズは高いがアクセスが最も困難な『在宅の常識』を覆す量的な基盤整備の推進を」『GPnet』
2005年、P13-18
- 20) 古川昭人「OTがみた介護保険の問題点と改善策の提案」『OTジャーナル
37』2003年 p1158-1164
- 21) 谷隆弘「在宅サービス利用への作業療法からの提案」『OTジャーナル
37』2003年 p1165-1169
- 22) 村井千賀「訪問作業療法の役割と効果」『OTジャーナル 38』2004年
p252-257
- 23) T.M、田部好美、A.T 「利用者と家族の声」『OTジャーナル 38』2004年
p279-282
- 24) 小笠原浩一＋平野方紹「社会福祉政策研究の課題—三浦理論の検証」
中央法規 2004年
- 25) 小笠原浩一「高齢者介護分野における仕事・能力の現状と展望」『図説高齢者白書』全国社会福祉協議会、
2004年、p154 - 164
- 26) 守島基弘「知的創造と人材マネジメント」『組織科学 36』株式会社白桃書房、2002年、P41-50
- (分担協力者 外里富佐江、山田裕子)

図1-1～17



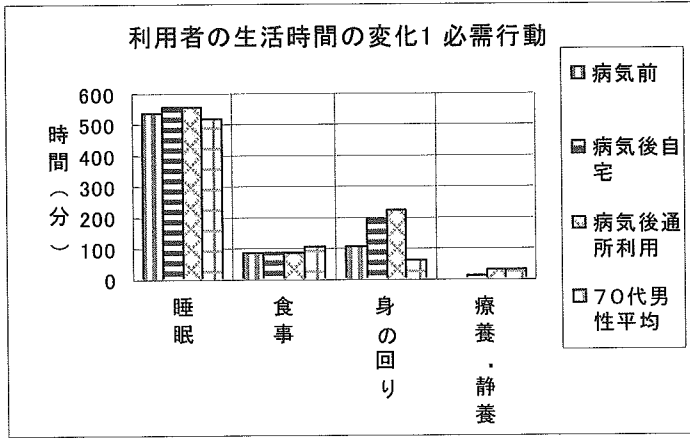


図3-1

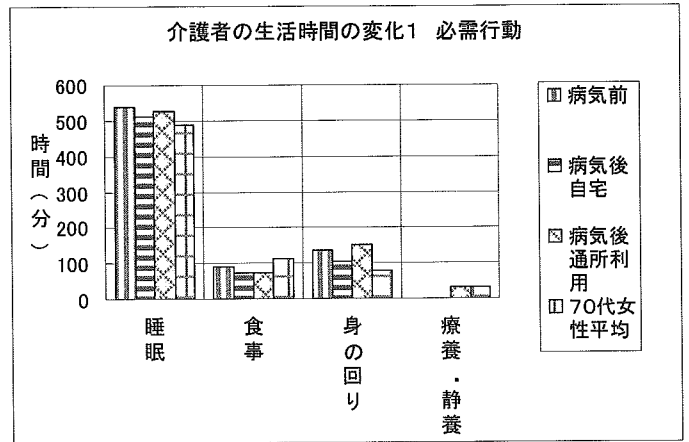


図3-4

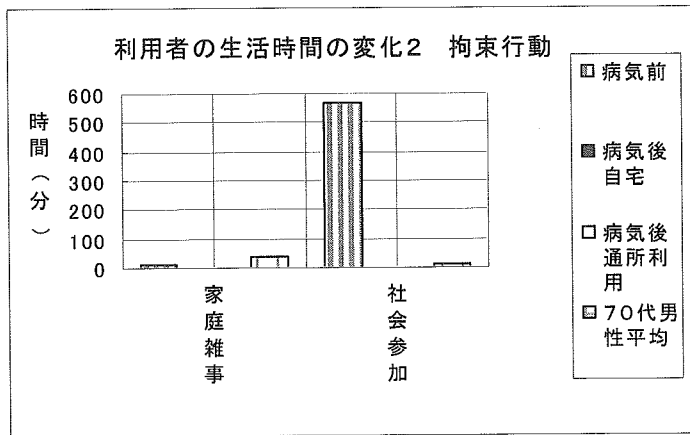


図3-2

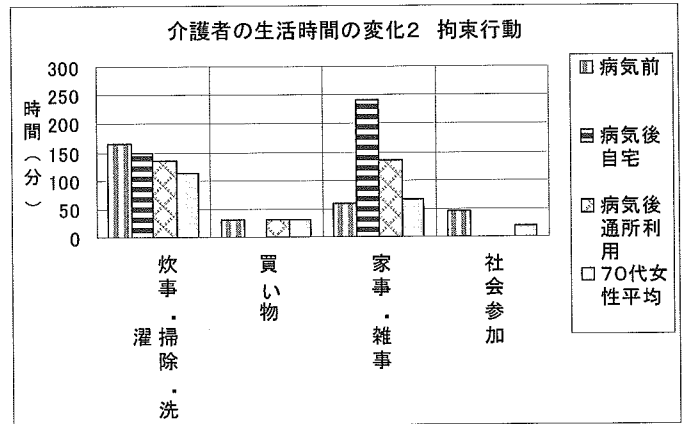


図3-5

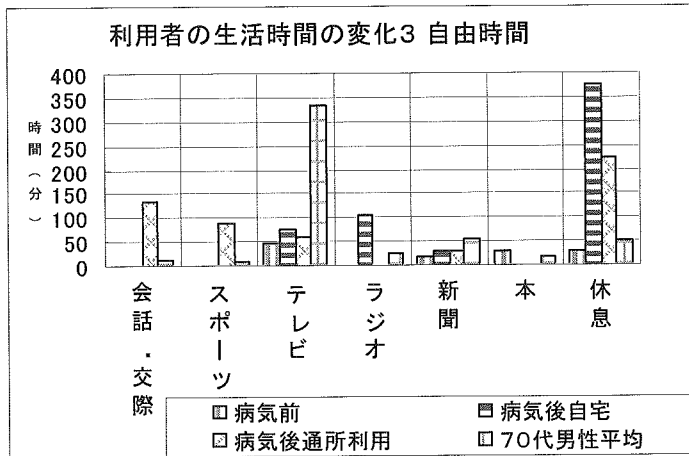


図3-3

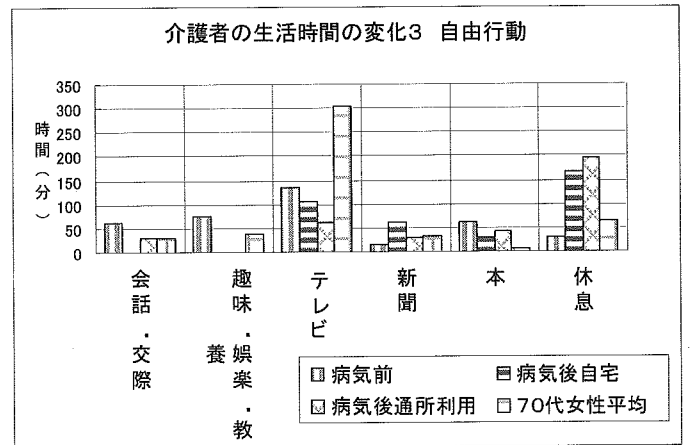


図3-6

訪問リハビリテーションの効果的な介入モデル

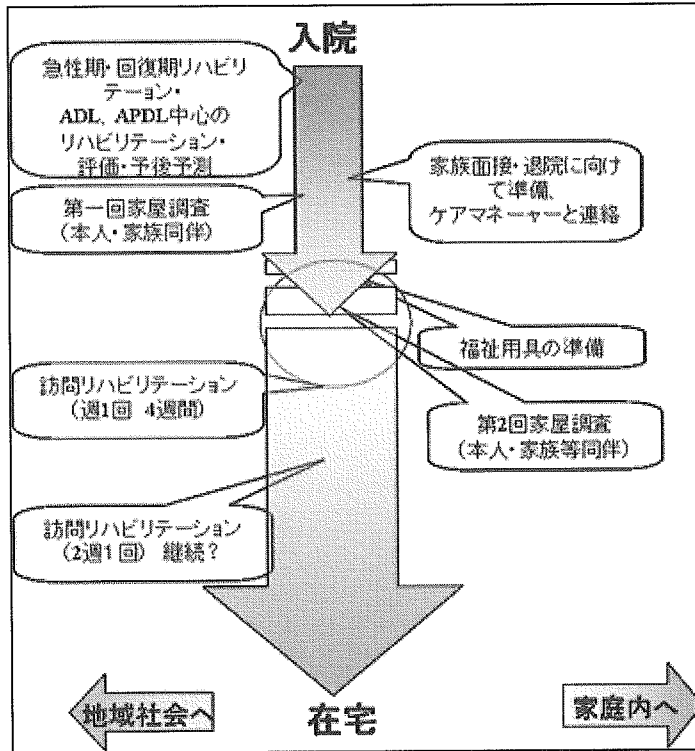
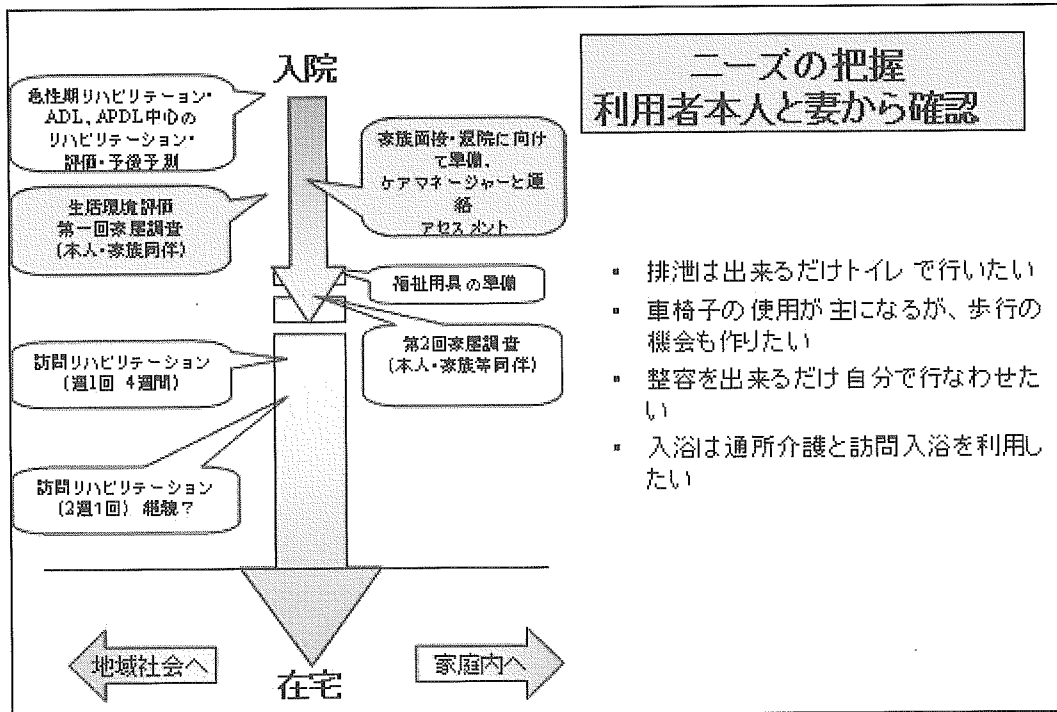


図2

事例が退院から在宅に適応するまでの経過 ①

利用者本人、妻からの今後の生活に対するニーズの把握



事例が退院から在宅に適応するまでの経過 ②

利用者本人の身体的、高次脳機能、自宅のアセスメントの把握

アセスメントー1 身体機能

- 身体機能－麻痺は重度、感覚障害あり
- ADL能力
- 起居－ベッド柵を利用し、見守りから一部介助
- 移乗－一部介助
- 移動－車椅子使用、訓練では装具、4点杖使用にて介助
歩行
- 食事－車椅子座位にて自立
- 排泄－手すりつき洋式トイレ使用、下衣の上げ下げ、
あと始末に介助量多い。

アセスメントー2 高次脳機能
－生活場面から－

- 左側無視あり、車椅子移動時左側にぶつかる。顔を右側に向けていることが多い
- 左上下肢に注意が向けにくい
- 場の状況を配慮せず自己主張してしまうため、集団になじみにくい面がある
- 知的機能は大きな問題なし

アセスメントー3

現地訪問による生活環境の評価

<目的>

車椅子で室内の移動が可能かを中心に評価する

<訪問スタッフ>

病院のリハビリ担当者2名が自宅訪問し、
妻と確認

<結果>

- トイレ入り口が開き戸で狭く車椅子が入らない
- 洗面所や居間の入り口が狭く、段差もある
- 玄関のあがりかまの高さが約25センチある



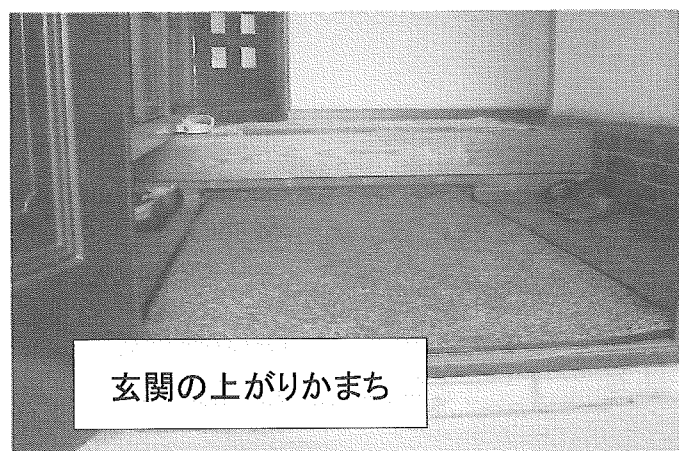
廊下の寸法は？



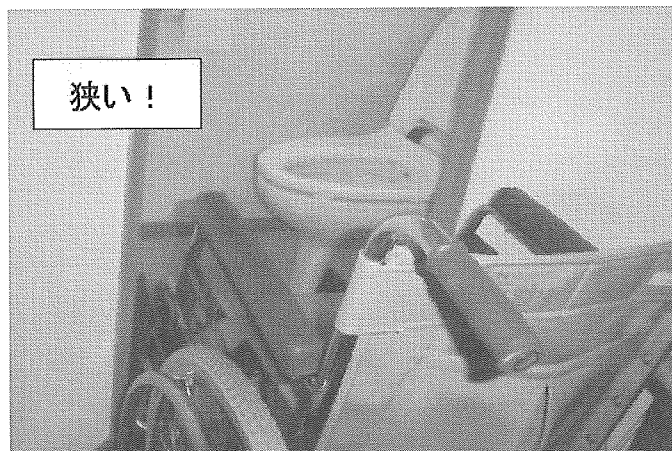
車椅子がなんとか
通れる



ここには、ベッドを
置きましょう
和室(畳)

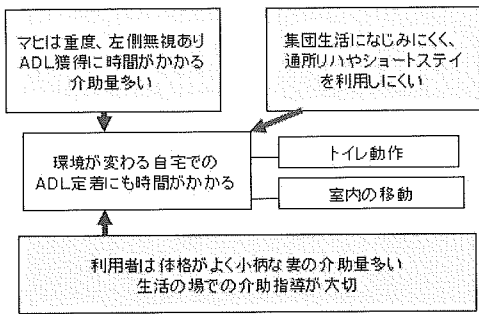


玄関の上がりかまち



狭い！

改修後に考慮する点



工事後の確認

<目的>

- トイレ動作や廊下の手すりを使用した介助歩行の確認
- 廊下や洗面所での車椅子での移動
- 福祉用具の選定—スロープ、車椅子

<訪問スタッフ>

- 利用者本人を同行しリハビリ担当者2名、ケアマネジャー、福祉用具事業者にて自宅訪問

解決方法の検討

<住宅改修>

- トイレの戸を開き戸からアコーディオンカーテンに変更し手すりを設置する
(病院の使い慣れたトイレと同じ構造にし、妻の介助スペースを確保する)

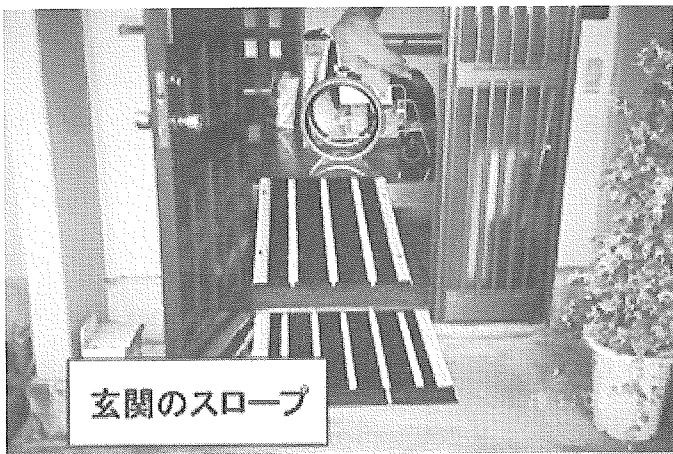
- 撤去可能な敷居ははずし、他は三角板を設置

<福祉用具>

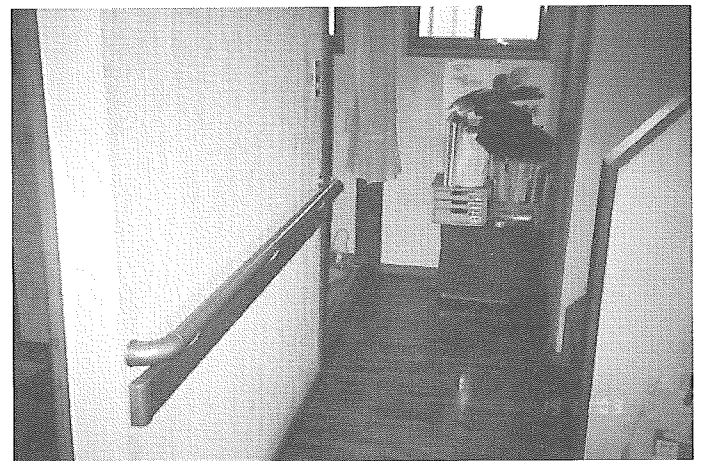
- 玄関の出入りにはスロープを設置する
- 車椅子は2台使用する(屋外用、屋内用)
- 手すりつきベッドを使用する
- 体調不良時に備えてポータブルトイレの購入



改修後のトイレ



玄関のスロープ



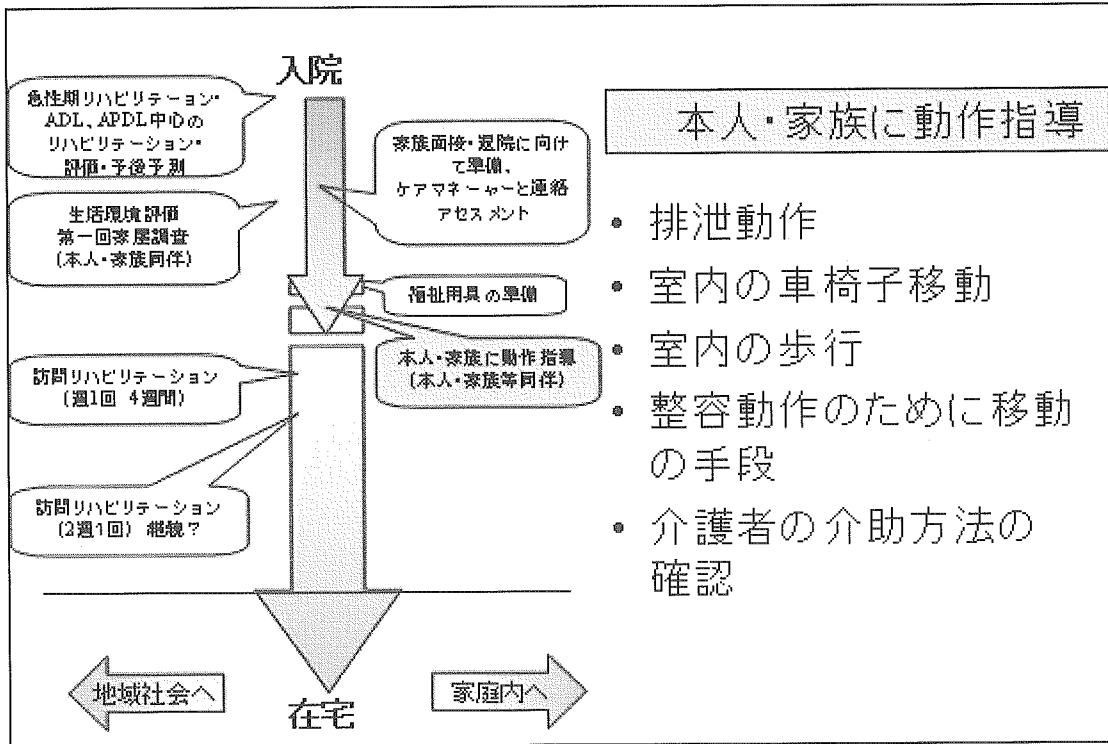
手すり。介助するスペースの確保

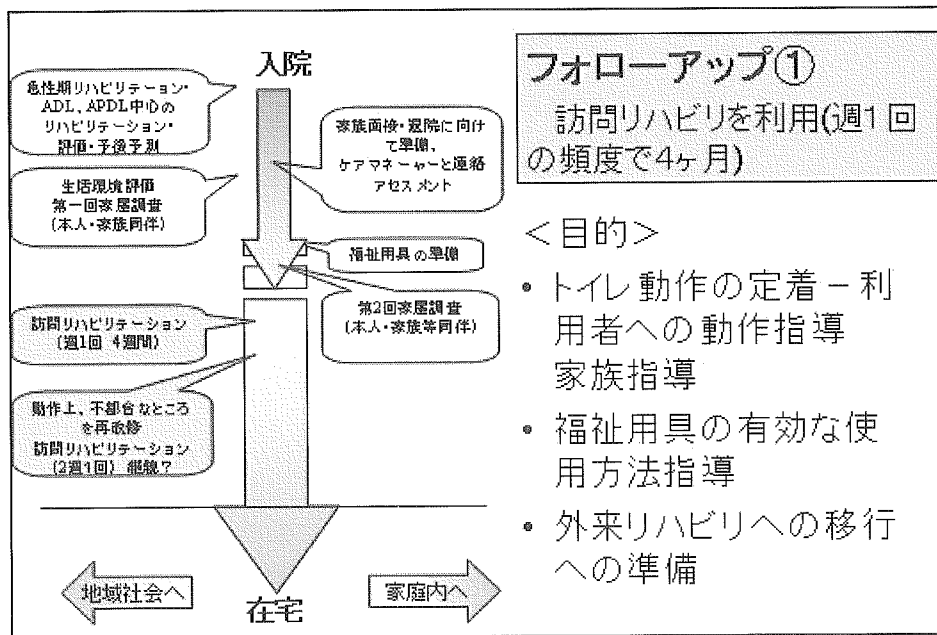


自動温水洗浄つき
ML

事例が退院から在宅に適応するまでの経過 ④

利用者本人と家族(妻)に動作指導





フォローアップ②

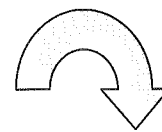
再改修 トイレ入り口の段差解消

<目的>

- ・トイレの入り口に段差があるため、車椅子で便器に接近にくい

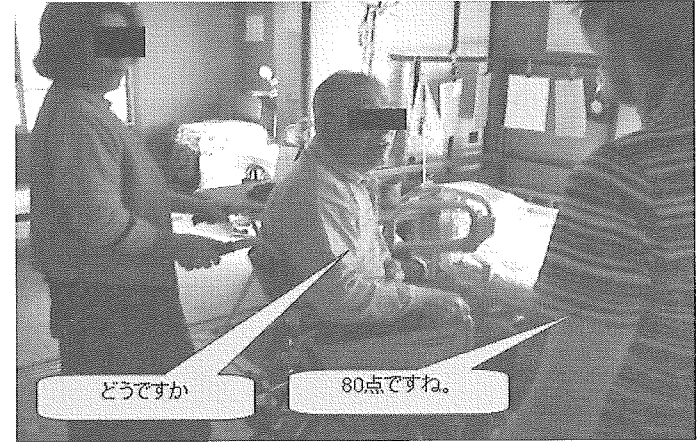
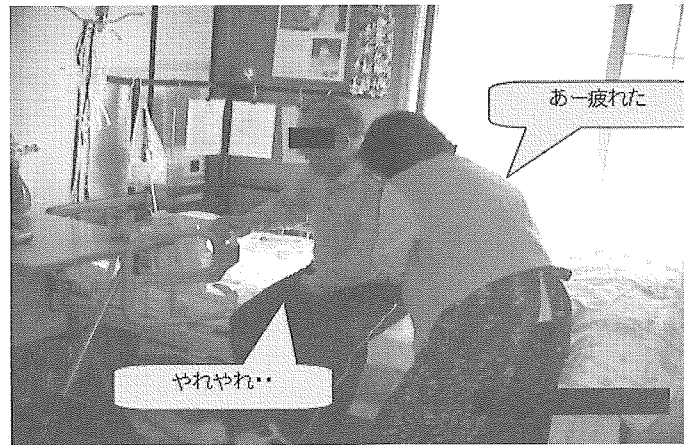
<結果>

- ・トイレの床を下げて段差を5cmから1.5cmに減らし、三角板を設置(工事費は自己負担)
- ・便器への移乗が安定し妻の介助量が軽減した。



事例が退院から在宅に適応するまでの経過 ⑤

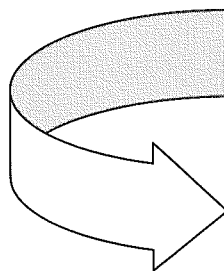
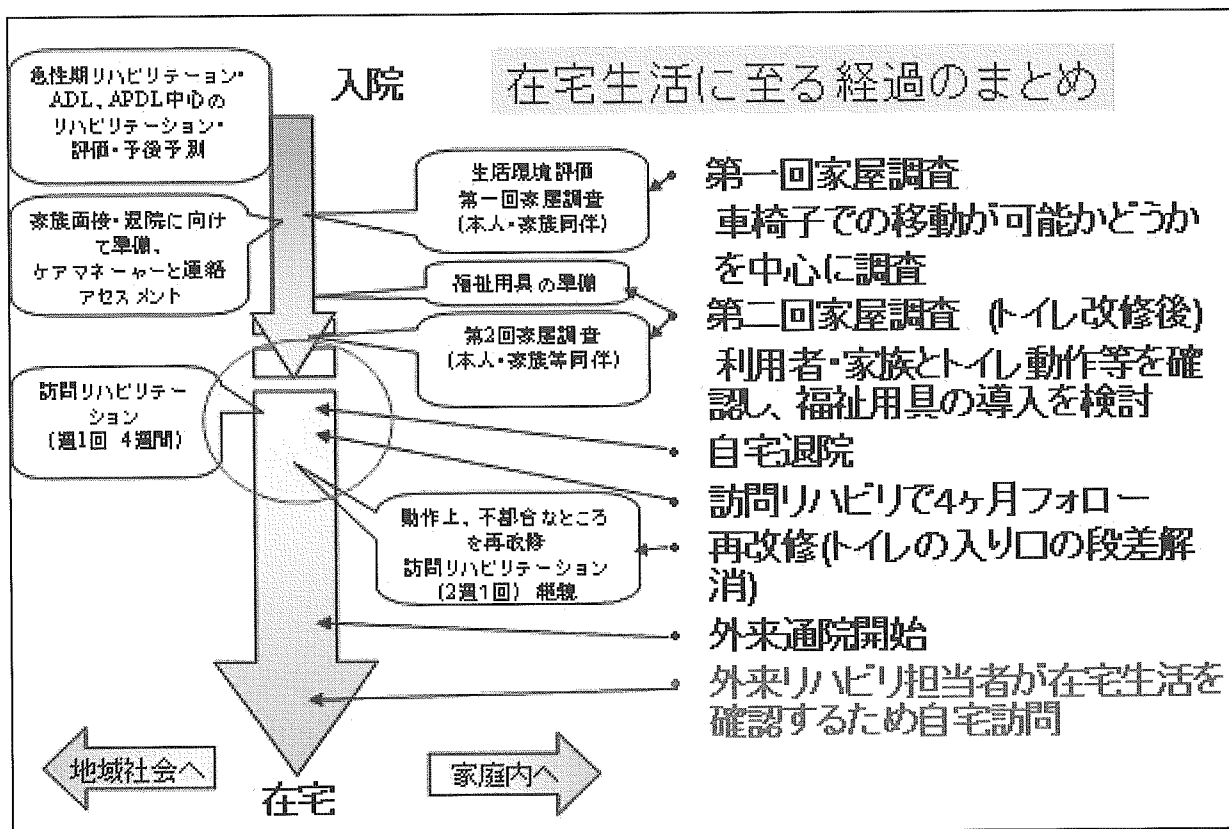
数ヵ月後の確認（外来リハ担当者と訪問リハ担当者の同行訪問）





今度は外出する動作の確認です。

05.08 12:10



現在のサービス利用状況

- 入浴 - 訪問入浴(週1回)
- 通所介護 - 入浴、交流目的(週1回)
- 身体介護 - 夕食後の整容、着替え等 (週2回)
- 介護タクシー - 月2回
- 福祉用具 - 車椅子2台、クッション、ベッド、介助バー、スロープ、4点杖

表 1

質問	回答
(1) 利用者について	<ul style="list-style-type: none"> ・時々、体に触られたりすることがある。 ・利用回数や終了時期について納得してもらえないことがある。 ・訪問リハビリ時しか動こうとせず、臥床して家に閉じこもっている人が多い。 ・セラピストの指名をされることが多い。 ・信頼関係が築けないときがある。 ・訪問リハビリはマッサージや、機能訓練を自宅でしてくれる人と考えており、身体的な麻痺の回復を望んでいる場合が多い。
(2) 家族について	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者夫婦に対し、救急時の対応やサービスの変更、利用者の心身機能などが伝わりにくい。 ・本人と家族の意見の相違があること。 ・リハビリが万能薬、マッサージだと考えられおり、アピール不足を感じる。 ・リハビリ訓練以外にも、おむつ交換等も頼まれて行なうと、時間がなくなってしまう。
(3) 他職種との連携について	<ul style="list-style-type: none"> ・同じ財団内では直接話がしやすいが、他事業所の担当者と直接会う機会がないため情報交換しづらい。 ・ケアマネジャーへの電話連絡が主となり、他事業所の担当者と会うことは少ない。 ・情報提供書を送っても返答がなく一方的になる。
(4) 医療情報について(リスク管理など)	<ul style="list-style-type: none"> ・医学的情報が不足している。 ・医療機関との連携が取れない。 ・主治医が他医療機関の場合、連絡が取りづらい。 ・リハビリ実施計画の作成依頼に対する主治医の理解不足がある。 ・訪問リハビリの指示書を受ける時に情報をもらうこともあるが、書面においては特になく、リスク管理の情報は乏しい。 ・急変時や、リハビリ施行時の事故などの対応に不安がある。 ・医学的情報についてはデータベース化して共有できることが望ましい。
(5) ケアマネジャーについて	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問リハビリの理解不足のため、利用目的があいまいになる。 ・利用者の生活についてよく知っていないことがある。 ・住宅改修や福祉用具選定にあたって、家族から相談を受けてもケアマネジャーと連絡を取りにくい。 ・ケアマネジャーの元の職種によってケアプランの組み立て方や訪問リハビリ利用の考え方が違う。 ・ケース会議などへの参加によって少しずつ訪問リハの理解が得られてきているが、地域が違えば施設中心のケアプランになってしまう

<p>(6) 退院時の情報について</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・情報提供があれば助かる。 ・10件中1～2件の情報しかこない。 ・情報としては少ないが、以前より改善はされている。 ・リハビリ病院だと身体機能の情報は得やすい。 ・頼めばもらえるが病院内での評価(機能レベル)が多い。 ・現状報告よりもリハビリの方針やアプローチの考え方などの情報が、入院と在宅の継続性のためには望ましい。 ・訪問リハビリの必要性、利用者の在宅生活で予測されることまで考慮されていると明確な目的で関われる。
<p>(7) 移動時間について</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・病院と兼務しているので移動時間が長いと業務に支障が出る。 ・移動距離が長く大変で、無駄が多い。 ・冬は40分かかる場所や、近い場所でも倍近く時間がかかり大変。 ・予定時間通りに移動できず、利用者に迷惑をかけてしまうことがある。 ・移動時間がかかるため、訪問件数を増やせない。 ・利用者の要望に応えるとスケジュールの調整が難しく、担当者の休憩時間が取れない。
<p>(8) 介護報酬について</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・事業所によって介護報酬の差があるが、利用者の理解が得にくい。 ・利用者は介護報酬の安い事業所に依頼することもある。 ・介護報酬が高くなると利用者の負担も増え、頻度が増やせなくなるので現状のままでよい。 ・利用者の負担を高いと思わせないサービスを提供することが大切である。
<p>(9) サービス回数について</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者、家族の望む回数と訪問リハビリ担当者が必要と考える回数に違いがある。 ・家族の都合で一度開始すると回数が変わらないことが多い。 ・週1～2回のケースがほとんどで、回数を増やすのは難しい。家族、ヘルパーと連携し、指導している。 ・回数を増やして欲しいという要望があるが対応しかねる。
<p>(10) 研修の機会について</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者のスケジュールに合わせると、平日の研修参加が困難。 ・不在時の代わりの担当者がいないため、研修に参加できない。 ・研修の機会も少なく、遠方であるため、参加できない。 ・県士会レベルで訪問担当者の研修会があればよい。
<p>(11) その他</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・朝や、夕方は食事の時間のため拒否されることも多く、時間が効率的に取れない。 ・計画書や報告書の作成などで時間がかかる。 ・目標志向的にやりたいと考えているが、改善していく利用者にはやりやすいが、難病や老化など後退していく方にどう関わっていくか難しい。新しいモデルが必要ではないか。

表3-1 利用者の生活時間の変化

	病気になる以前の生活時間	病気になるからの生活時間 (自宅で過ごす日)	病気になるからの生活時間 (通所介護利用日)
AM 6:00~6:30			
6:30~7:00	起床、更衣、洗顔、トイレ 15分 神仏の水替え 15分	起床、洗顔、髭剃り 30分	起床、洗顔、髭剃り 30分
7:00~7:30	食事	食事	食事
7:30~8:00	新聞を読む 15分 トイレ 15分	トイレ 30分	トイレ 30分
8:00~8:30	自治会業務、他	新聞	新聞
8:30~9:00	会合出席等、外出	歯磨き 15分 ラジオ 105分	歯磨き 15分、 身支度準備 15分
9:00~9:30			通所介護出発 通所介護送迎
9:30~10:00			
10:00~10:30			検温血圧測定 15分、 トイレ 15分
10:30~11:00			入浴
11:00~11:30			休息
11:30~12:00			会話・交際
PM12:00~12:30	昼食	昼食	昼食
12:30~1:00	トイレ 15分 休息 15分	トイレ 15分、 テレビ 15分	トイレ 15分 休息 15分
1:00~1:30	会合等外出	ベッド上でラジオ を聴く	レクリエーション、 体操、作業活動
1:30~2:00		訪問入浴 週1回	レクリエーション、 体操、作業活動
2:00~2:30		休息	
2:30~3:00	会合等外出		帰宅身支度準備 15分、 送迎 45分
3:00~3:30			
3:30~4:00			
4:00~4:30		トイレ 15分 休息 135分	通所介護より帰宅 トイレ 15分 休息 105分
4:30~5:00			
5:00~5:30		夕食	夕食
5:30~6:00	夕食	トイレ 15分、 休息 15分	トイレ 15分、 休息 15分
6:00~6:30	トイレ 15分 テレビ 15分	テレビ	テレビ
6:30~7:00	テレビ	テレビ	テレビ
7:00~7:30	自治会業務	休息	休息
7:30~8:00	読書	服薬、座薬 15分 トイレ 15分(尿器)	服薬、座薬 15分 トイレ 15分(尿器)
8:00~8:30	トイレ 15分 休息 15分	休息	休息
8:30~9:00	入浴	就寝	就寝
9:00~9:30	就寝		
9:30~10:00			
10:00~10:30			
10:30~11:00			
11:00~4:00			
4:00~4:30		トイレ(尿器) 15分 週1~2回	トイレ(尿器) 15分 週1~2回
4:30~5:00			
5:00~5:30			
5:30~6:00			

表 3-2 利用者の生活時間の変化と、全国平均の 70 代男性の生活時間との比較

行動分類			本人			70代男性 平均生活 時間 (平日)
			病前の 生活時間	病気後 自宅での 生活時間	病気後 通所介護 利用時の 生活時間	
大分類	中分類	小分類				
必需行動	睡眠	睡眠	540	555	555	520
	食事	食事	90	90	90	107
	身の回りの用事	身の回りの用事	105	195	225	61
	療養・静養	療養・静養	0	15	30	30
拘束行動	仕事関連	仕事	0	0	0	83
		仕事の付き合い	0	0	0	3
	学業	授業・学内の仕事	0	0	0	1
		学校外の学習	0	0	0	0
	家事	炊事・掃除・洗濯	0	0	0	14
		買い物	0	0	0	16
		子供の世話	0	0	0	1
		家庭雑事	15	0	0	38
	通勤	通勤	0	0	0	6
	通学	通学	0	0	0	0
	社会参加	社会参加	570	0	0	13
自由行動	会話・交際	会話・交際	0	0	135	13
	レジャー活動	スポーツ	0	0	90	7
		行楽・散策	0	0	0	31
		趣味・娯楽・教養	0	0	0	58
	マスメディア 接触	テレビ	45	75	60	334
		ラジオ	0	105	0	26
		新聞	15	30	30	56
		雑誌・マンガ	0	0	0	4
		本	30	0	0	18
		CD・テープ	0	0	0	4
		ビデオ	0	0	0	4
休息	休息	30	375	225	51	
その他	その他・不明	その他	0	0	0	52
		不明	0	0	0	0

表3-3 介護者の生活時間の変化

	家族が病気になる以前の生活時間	家族が病気になってからの生活時間(自宅で過ごす日)	家族が病気になってからの生活時間(通所介護利用日)
AM 6:00~6:30	起床、更衣、洗顔、トイレ	起床、更衣、洗顔、トイレ	起床、更衣、洗顔、トイレ
6:30~7:00	洗濯、食事準備	洗濯、食事準備	洗濯、食事準備
7:00~7:30	食事	食事 15分、後片づけ 15分	食事 15分、後片づけ 15分
7:30~8:00	後片づけ	トイレ介助	トイレ介助
8:00~8:30	庭の草取り	休息	休息
8:30~9:00	庭木の手入れ	庭の草取り	身支度介助
9:00~9:30	テレビ	掃除 15分、新聞 15分	通所介護出発後掃除
9:30~10:00	掃除	テレビ	
10:00~10:30	買い物	トイレ介助 15分、新聞 45分	身支度 15分 通院 30分、
10:30~11:00	外出		買い物 30分、
11:00~11:30	会合	昼食準備	美容院 30分 友人と会う 30分
11:30~12:00	トイレ 15分 新聞 15分	トイレ 15分 移動介助 15分	トイレ 15分
PM 12:00~12:30	昼食	昼食	昼食
12:30~1:00	後片付け 15分、テレビ 15分	トイレ介助 15分、テレビ 15分	昼寝
1:00~1:30	テレビ	昼寝 15分 読書 15分	読書
1:30~2:00	昼寝	訪問入浴準備 1回	
2:00~2:30	読書	入浴後片付け	休息 120分
2:30~3:00		休息	
3:00~3:30	外出、趣味の会	トイレ介助 15分	
3:30~4:00		休息 75分	通所介護より帰宅 トイレ介助 15分
4:00~4:30			
4:30~5:00		夕食準備	夕食準備
5:00~5:30	夕食準備	休息、トイレ 15分	休息、トイレ 15分
5:30~6:00	休息、トイレ 15分	夕食	夕食
6:00~6:30	夕食	トイレ介助 15分、休息 15分	トイレ介助 15分、
6:30~7:00	後片付け	後片付け	後片付け
7:00~7:30	テレビ	テレビ	テレビ
7:30~8:00	テレビ	テレビ	テレビ
8:00~8:30	入浴	服薬、座薬の使用の介助 15分、 トイレ介助 15分(尿器)	服薬、座薬の使用の 介助 15分、 トイレ介助 15分(尿器)
8:30~9:00	トイレ 15分 休息 15分	入浴	入浴
9:00~9:30	読書	読書、トイレ 15分	読書、トイレ 15分
9:30~10:00	就寝	就寝	就寝
10:00~10:30			
10:30~11:00			
11:00~4:00			
4:00~4:30		トイレ介助(尿器 週 1~2回)	トイレ介助(尿器)週 1~2回
4:30~5:00			
5:00~5:30			
5:30~6:00			

表 3-4 介護者の生活時間の変化と、全国平均の 70 代女性の生活時間との比較

表 3-5 質問用紙 (利用者への質問)

行動分類			介護者			70代女性 平均生活 時間 (平日)
			病前の 生活時 間	病気後 自宅で の生活時 間	病気後 通所介護 利用時の 生活時間	
大分類	中分類	小分類				
必需行動	睡眠	睡眠	540	510	525	487
	食事	食事	90	75	75	112
	身の回りの用事	身の回りの用事	135	105	150	76
	療養・静養	療養・静養	0	0	30	30
拘束行動	仕事関連	仕事	0	0	0	52
		仕事の付き合い	0	0	0	1
	学業	授業・学内の仕事	0	0	0	0
		学校外の学習	0	0	0	0
	家事	炊事・掃除・洗濯	165	150	135	114
		買い物	30	0	30	31
		子供の世話	0	0	0	7
		家庭雑事	60	240	135	67
	通勤	通勤	0	0	0	2
	通学	通学	0	0	0	0
	社会参加	社会参加	45	0	0	18
自由行動	会話・交際	会話・交際	60	0	30	28
	レジャー活動	スポーツ	0	0	0	8
		行楽・散策	0	0	0	19
		趣味・娯楽・教養	75	0	0	39
	マスメディア 接触	テレビ	135	105	60	304
		ラジオ	0	0	0	26
		新聞	15	60	30	32
		雑誌・マンガ	0	0	0	2
		本	60	30	45	7
		CD・テープ	0	0	0	2
		ビデオ	0	0	0	3
休息	休息	30	165	195	64	
その他	その他・不明	その他	0	0	0	57
		不明	0	0	0	0