

利用者への質問	
質問 1	病気になる前と病気になってからの生活で最も変化したことは何でしょうか。
回答 1	町内会、公民館、選挙の立会人、選挙の講演会の仕事、祭りの準備などででかけることが多く、家にいるときでも自治会の資料作りや来客、電話の応対など地域の活動が多くて大変だった。また、1日に2~3回の会議があり、夜の飲酒を伴う会合が多く、夫婦二人で会合に出ることもあった。今は時々、地域の仕事について電話で相談を受けたり、知人が家に訪ねてきて話し合ったり、自分のできる範囲のことをしている。とにかく、今は外出の機会は病院や通所介護に出かけるときくらいになり、大きく減ったことが一番の違いだ。
質問 2	病前と病後の生活で、楽になった、大変になったと感じる点について教えてください。
回答 2	①楽になった点は、忙しさから解放され、ゆっくりした生活になった。 ②大変になった点は、何をするにも介護が必要になり、妻に頼まなければならないことが多い事。
質問 3	病前と病後の生活の変化によって考え方の変化はありましたか。
回答 3	時間が多く、ゆっくりしているが、病前から行おうとしていた自分の趣味である読書やカメラなどにはまだ没頭できない。時には妻に愚痴られることもあるが腹も立たない。今の自分は反抗する立場にないと思っているので、精神修養が出来てきたのかも知れない。
質問 4	現在の生活についてどう感じていますか。
回答 4	町内会の仕事など、病前に行っていた仕事がまだ気になる。自分の後任の方の仕事の様子を聞くと自分だったらこうするのと思っているが、イライラすることももある。妻には今自分の介護をしてもらっているが、もっと町内会の仕事など地域で活躍して欲しい。自分も体の状態が良くなれば、町内会の仕事など以前の半分でもやりたい気持ちがある。
質問 5	入院生活から家での生活に移るとき、医師、看護師、リハビリスタッフ、ケアマネジャーなど専門職のどのような援助が良かったと思いますか。
回答 5	入院生活はままならないことも多く、大変だった。家に帰ってほっとした。退院する時の事務的なことは妻が全部やってくれた。退院までに病院のスタッフが一緒に外出してくれて家の改修のアドバイスをしてくれたり、介護保険のサービスを教えてくれたり、家に帰るために励ましてもらったのがうれしかった。また、家に帰ってから春の外來通院に切り替えるまでの訪問リハビリのサービスなどや、ヘルパーさんとおしゃべりを楽しむことができたり、ゆっくりお風呂に浸かれる入浴サービスがあつて良かった。
質問 6	長く在宅生活を送る上で大切だと考えていることは何でしょうか。
回答 6	妻には介助させて申し訳ないと思っているが仕方がない。感謝することが大切だと思う。通所介護もばかばかしく、子供扱いされるような気がして嫌な時もあるが、妻が疲れないようにしなくてははいけない。ショートステイなども時には利用するようにしている。

## 2)介護者への質問

介護者への質問	
質問 1	病気になる前と病気になってからの生活で最も変化したことは何でしょうか。
回答 1	民生委員や町内の婦人部の仕事や、自分の趣味のお花や講演会への参加など外出の機会が減ったことが大きな違い。今は自分のための外出は週に1回程になった。でもかえって疲れてしまうことがある。病前は夫がほとんど家にいなかったの、友人のグループで旅行や手芸などを楽しんでいたが、メンバーも年齢が高くなってきたので温泉での気晴らしが多くなって回数も減り、参加の機会が減った。介護にかかる時間はあるが、食事や休息などの生活の時間帯はあまり変わっていないように感じている。
質問 2	病前と病後の生活で、楽になった、大変になったと感じる点について教えてください。
回答 2	①楽になった点は夫を介護しなければいけないという理由があるので、地域の責任のある仕事から解放されて気が楽になり、ストレスが減った。②大変になった点は、自分の気晴らしの時間が減ったこと。以前はテレビなどで知った講演会や催しなどがあれば一人でもふらりと出かけることがあった。自分のためのもたまった時間が取れない。いつも夫の介護のことが気になる。もし、自分が出かけている間に、夫に急な対応が必要になった場合でもすぐに駆けつけられる距離にいないといけなってしまう。もう少し、通所介護やショートステイを利用していただければいいが、本人はあまり好んではないようだ。
質問 3	病前と病後の生活の変化によって考え方の変化はありましたか。
回答 3	外出の機会は減り、地域の仕事からも解放され、夫の介護だけになったが、毎日が気ぜわしく感じる。
質問 4	現在の生活についてどう感じていますか。
回答 4	町内会の仕事などはもう十分手伝ったので、もっとのんびり自分の時間を持ちたい。
質問 5	入院生活から家での生活に移るとき、医師、看護師、リハビリスタッフ、ケアマネジャーなど専門職のどのような援助が良かったと思いますか。
回答 5	地域の仕事をしていたので、自分もある程度の知識はあったが、退院する時の身体障害者手帳の手続きや介護保険のサービスの具体的な情報、住宅改修のアドバイスが良かった。家での生活が落ち着くまで、訪問リハビリや、ヘルパーさん、訪問入浴のサービスなどが利用できて良かった。
質問 6	長く在宅生活を送る上で大切だと考えていることは何でしょうか。
回答 6	とにかくこのままの生活を維持するようにしたい。そのために、ストレス解消などを定期的にするようにしている。

付表1 アンケート1

【訪問リハビリテーション担当者にお伺いします。】

1. 記入者氏名(OTR)
2. 事業所名
3. 所在地 ( 市、 郡、 町、 村 )
4. 訪問リハの介護報酬は何点ですか。
  1. 830点 2. 550点 3. その他( )
5. 一日の訪問件数はおおよそどのくらいですか。( 件/一日 )
6. 主な移動手段は何ですか
  1. 公用車 2. 自家用車 3. 自転車 4. 徒歩 5. バス
  6. その他( )
7. 現在、訪問リハにかかわる作業療法士・理学療法士の不足が言われています。それを解消するためには何が重要だと先生はお考えですか。下記の項目に関してお答え下さい。
  - (1) 教育機会について
    - a 養成校での学習機会を増やす(訪問リハの実習など) b 卒後教育の充実
    - c 県士会レベルの研修・連絡会の必要性
    - d その他( )
  - (2) 他職種の理解について
    - a 関連職種と合同の勉強会、症例検討会、効果判定の場を作る
    - b 関連職種全体で業務・情報の共有化をする
    - c コミュニケーションを取りやすい職場環境をつくる
    - d その他( )
  - (3) ケアマネジャーについて
    - a 啓蒙活動 b 勉強会等の参加 c 目標の設定の明確化
    - d その他( )
  - (4) 勤務体制について
    - a 情報交換に十分な時間を費やせる体制 b 勤務時間の柔軟性
    - c 有給休暇の消化
    - d その他( )
  - (5) 介護報酬について
    - a 派遣機関による報酬の差をなくす b 介護報酬を上げる
    - c その他( )
  - (6) 訪問リハ担当者の待遇の改善について
    - a へき地手当などの支給 b 外勤手当支給 c ユニフォームの支給
    - d その他( )
  - (7) その他(自由にご記入下さい)
8. 訪問リハにかかわって困っていることは何ですか。(自由にご記入下さい)
  - (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

ご協力有り難うございました。

付表2 アンケート2

【利用者個人についてお伺いします。】

1. 利用者氏名 (イニシャルで結構です)
2. 性別 1. 男 2. 女
3. 年齢 歳
4. 障害名
5. 合併症
6. 要介護度 要支援、1、 2、 3、 4、 5
7. 職業 (歴)
8. 同居家族の数 人
- 1 夫 2 妻 3 父 4 母 5 息子 6 嫁 7 孫 8 娘 9 その他  
( )
9. 主な介護者 人
- 1 夫 2 妻 3 父 4 母 5 息子 6 嫁 7 孫 8 娘 9 その他  
( )
10. 訪問リハビリテーションの開始時期 S・H 年 月 日から
11. 訪問リハ以外に使用している介護保険サービス
1. 訪問介護 2. 訪問看護 3. 訪問入浴 4. 通所リハ 5. 通所介護
6. 短期入所 (定期的、不定期) 7. その他 ( )
12. その他のサービス
1. 訪問歯科診療 2. 訪問診療 3. その他 ( )
13. 入院月日 (最近) S・H 年 月 日
14. 退院月日 (最近) S・H 年 月 日
15. 備考(再入院など、回数) 回目

病院のリハビリテーションについて伺います

16. 入院中のリハの有無 1. 無 2. 有
17. 退院に向けた取り組みの有無 1. 無 2. 有
- (1) 内容について
1. 家事動作 2. 入浴動作 3. 外出 4. 外泊 5. 交通機関の利用
6. 車の乗降 7. 買い物 8. その他 ( )
- (2) 退院時指導
1. 介護保険の利用のアドバイス 2. 家屋改修 3. 福祉用具のアドバイス
4. 家族介護指導 5. 自主トレーニング指導 6. その他 ( )

家屋改修についてお伺いします。(訪問担当者が関わったもの)

18. 家屋改修の有無 1. 無 2. 有
- (1) 改修したのはどこですか。
1. 玄関 a 手すり b 段差解消 c 椅子の設置 d ドアの変更  
e その他 ( )
2. トイレ a 手すり b 段差解消 c ドアの変更 d 便器の変更 e 把手  
の変更 f その他 ( )
3. 浴室 a 手すり b 段差解消 c ドアの変更 d 床材変更 e 浴槽  
取替え f その他 ( )
4. 脱衣室 a 手すり b 段差解消 c 椅子の設置

- d その他 ( )
5. 廊下 a 手すり b 段差解消 c 椅子の設置
- d その他 ( )
6. 階段 a 手すり b 滑り止め d その他 ( )
7. その他 ( )
- (2) かかわった人はどなたですか。(複数回答)
- a OTR b RPT c ケアマネジャー d 施工業者
- e 建築士
- f その他 ( )
19. 介護保険の住宅改修費支給 1. 無 2. 有  
(1) 費用の総額 約 円  
(2) 支給金額 約 円
20. その他の補助金 約 円

福祉用具の使用についてお伺いします。

21. 使用している福祉用具(すべて)
1. 車椅子(クッション、他) 2. ベッド(手すり、テーブル、マット) 3. ポータブルトイレ 4. リフト 5. スロープ
6. 入浴関係(シャワーチェア、入浴ボード、入浴台、手すり、すべり止めマット、その他)
7. その他 ( )
22. かかわった人はどなたですか? (複数回答)
- 1 OTR 2 RPT 3 ケアマネジャー 4 福祉用具関係業者
- 5 その他 ( )
23. 訪問リハの目的(OT側)として、主なもの3つを選んで、具体的な内容を記入してください。

当てはまるものがなければ、その他にご記入ください。

1. 身体機能の維持、改善
2. 残存機能の開発
3. 廃用症候群の予防・改善
4. ADLの向上
5. APDLの拡大
6. 身体的・精神的な活動性の向上
7. 利用者の心理的フォロー
8. 家族の心理的フォロー
9. 福祉用具、家屋改修などのアドバイス
10. 家族の介護量軽減
11. その他 ( )
24. 訪問リハのプログラム(OT側)主なもの3つを選んでください
1. 評価(病状の把握・精神心理面・機能障害・能力障害・社会的不利・バイタルチェックなど)
2. 機能訓練(関節可動域訓練・筋力増強訓練・基本動作訓練・その他)
3. ADL・APDL 訓練(食事・整容・排泄・更衣・入浴・調理・買い物・洗濯・整理整頓・掃除・その他)
4. 日中の過ごし方、生きがいの開発
5. 対人・社会交流の維持・拡大
6. コミュニケーション障害への援助
7. 心理的支援
8. 服薬・栄養のチェック
9. 家族指導、フォロー(介護指導、介護負担の軽減)
10. 家屋改修の指導
11. 福祉用具・補装具の適合

12. その他 ( )
25. 利用者のニーズ (OT側) は何ですか。
26. 訪問リハの目的 (ケアプラン) は何ですか。
27. 利用者のニーズ (ケアプラン) は何ですか。
28. 病院から訪問宅までおおよそどのくらいの時間がかかりますか。  
分
29. 病院から訪問宅まで、おおよその距離はどのくらいですか。  
大体 k m
30. 上記の時間には季節による変動がありますか。 1 有 2 無
- 30-1 その理由はなんですか。
1. 道路事情が悪くなるため
- ① 積雪のため ② 凍結のため ③ その他 ( )
2. その他 ( )
- 30-2 どのくらいの時間の変動がありますか ( 大体 分)
31. 訪問している時間はどのくらいですか。  
(お宅に伺っている時間) 大体 分

ご協力有り難うございました。

付表3 生活時間表—利用者用

病気になってからの本人の生活時間の変化			
	病気になる以前の生活時間	病気になってからの生活時間 (自宅で過ごす日)	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		
	6:30~7:00		
	7:00~7:30		
	7:30~8:00		
	8:00~8:30		
	8:30~9:00		
	9:00~9:30		
	9:30~10:00		
	10:00~10:30		
	10:30~11:00		
	11:00~11:30		
	11:30~12:00		
PM			
	12:00~12:30		
	12:30~1:00		
	1:00~1:30		
	1:30~2:00		
	2:00~2:30		
	2:30~3:00		
	3:00~3:30		
	3:30~4:00		
	4:00~4:30		
	4:30~5:00		
	5:00~5:30		
	5:30~6:00		
	6:00~6:30		
	6:30~7:00		
	7:00~7:30		
	7:30~8:00		
	8:00~8:30		
	8:30~9:00		
	9:00~9:30		
	9:30~10:00		
	10:00~10:30		
	10:30~11:00		
	11:00~4:00		
	4:00~4:30		
	4:30~5:00		
	5:00~5:30		
	5:30~6:00		



付表4 生活時間表—介護者用

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			
6:30~7:00			
7:00~7:30			
7:30~8:00			
8:00~8:30			
8:30~9:00			
9:00~9:30			
9:30~10:00			
10:00~10:30			
10:30~11:00			
11:00~11:30			
11:30~12:00			
PM			
12:00~12:30			
12:30~1:00			
1:00~1:30			
1:30~2:00			
2:00~2:30			
2:30~3:00			
3:00~3:30			
3:30~4:00			
4:00~4:30			
4:30~5:00			
5:00~5:30			
5:30~6:00			
6:00~6:30			
6:30~7:00			
7:00~7:30			
7:30~8:00			
8:00~8:30			
8:30~9:00			
9:00~9:30			
9:30~10:00			
10:00~10:30			
10:30~11:00			
11:00~4:00			
4:00~4:30			
4:30~5:00			
5:00~5:30			
5:30~6:00			

付表5 質問用紙2－利用者、家族とも同じ質問表を使用

利用者への質問	
質問1	病気になる前と病気になってからの生活で最も変化したことは何でしょうか。
質問2	病前と病後の生活で、楽になった、大変になったと感じる点について教えてください。
質問3	病前と病後の生活の変化によって考え方の変化はありましたか。
質問4	現在の生活についてどう感じていますか。
質問5	入院生活から家での生活に移るとき、医師、看護師、リハビリスタッフ、ケアマネジャーなど専門職のどのような援助が良かったと思いますか。
質問6	長く在宅生活を送る上で大切だと考えていることは何でしょうか。

付表6 行動分類 NHK 日本人の生活時間・2000 P159 より抜粋

大分類	中分類	小分類	具体例
必需行動	睡眠	睡眠	30分以上連続した睡眠、仮眠、昼寝
	食事	食事	朝食、昼食、夕食、夜食、給食
	身の回りの用事	身の回りの用事	洗顔トイレ、入浴、着替え、化粧、散髪
	療養・静養	療養・静養	医者に行く、治療を受ける、入院、療養中
拘束行動	仕事関連	仕事	何らかの収入を得る行動、
		仕事の付き合い	上司・同僚・部下との仕事上のつきあい、
	学業	授業・学内の仕事	授業、朝礼、掃除、学校行事、
		学校外の学習	自宅や学習塾での学習、宿題
	家事	炊事・掃除・洗濯	食事の支度・後片づけ、掃除、洗濯・アイロンがけ
		買い物	食料品・衣料品・生活用品などの買い物
		子供の世話	授乳、子供の相手、勉強をみる、送り迎え
		家庭雑事	整理・片づけ、銀行・役所に行く、病人や老人の介護
	通勤	通勤	自宅と職場・仕事場(田畑など)の往復
	通学	通学	自宅と学校の往復
社会参加	社会参加	PTA、地域の行事・会合への参加、	
自由行動	会話・交際	会話・交際	家族・友人・知人・親戚とのつきあい、
	レジャー活動	スポーツ	体操、運動、各種スポーツ、ボール遊び
		行楽・散策	行楽地・繁華街へ行く、街をぶらぶら歩く、散歩、釣り
		趣味・娯楽・教養	趣味・けいこごと・習い事、鑑賞、観戦、遊び、
	マスメディア 接触	テレビ	BS、CS、CATVの視聴を含める
		ラジオ	
		新聞	朝刊・夕刊・業界紙・広報紙を読む
		雑誌・マンガ	週刊誌・月刊誌など、マンガ・カタログ
		本	
		CD・テープ	CD・MD・テープ・レコードなど
		ビデオ	ビデオ・ビデオディスク・DVDを見る、
休息	休息	休息、おやつ、お茶、特に何もしていない状態	
その他	その他・不明	その他	上記のどれにもあてはまらない行動

## 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

過疎地域の在宅障害者に対するリハビリテーションを主体とした訪問指導の効果：  
補装具導入により基本動作能力が向上した事例

分担研究者 佐藤秀紀 青森県立保健大学教授

#### はじめに

リハビリテーション資源に恵まれない過疎地域では、在宅障害者が介護サービスの対象とされリハニーズが高いにもかかわらず、訪問リハは実施されておらず、老人保健事業による訪問指導（以下訪問指導）においても理学療法士（以下 PT）が同行しての指導は行われていない。したがって、在宅障害者を十分に支援できない場合がある。

訪問リハについては、週 1～2 回の訪問頻度での定期的な実施によりその効果が認められている。しかし、わが国では訪問リハに従事するマンパワーが不足しており、過疎地域においても訪問リハに従事する PT の充足は困難な場合が多い。

一方、訪問指導の効果については、年 4 回以上の訪問で寝たきり悪化の改善、リハに関する指導内容による日常生活活動（以下 ADL）自立度の改善・維持および障害発生の遅延などが報告されている。したがって、過疎地域においても、3 か月～毎月 1 回程度の頻度で訪問指導に従事する PT を何らかの手段で確保し、各地域の保健福祉担当者と同行・連携して実施する訪問指導が対象者の支援に寄与する可能性がある。そこで我々は、約 2 年半の期間、PT と過疎地域の保健福祉担当者が同行・連携して在宅障害者に対

する訪問指導を行い、対象者の ADL 自立度に及ぼす影響について事例をとおして検討した。

#### 事例紹介

対象者は、70 歳、脳梗塞（左片麻痺）の男性である。主介護者は配偶者であり、長男家族と同居している。平成 3 年 3 月に発症し、入院治療・リハビリテーションを受けた後、在宅生活を継続しているケースである。初発症状は、左上下肢の脱力による動作困難により出現し、総合病院に入院し保存的治療を受けた。初期評価では、立ち上がり動作・立位・歩行が困難であったものの、入院中に行った理学療法により、短下肢装具装着および手支持での立ち上がり動作・立位の獲得、ならびに短下肢装具装着および T 字杖使用での屋内歩行の自立にて自宅退院した。退院当初、自宅では居室兼寝室にベッドを設置し、身の回り動作・排泄コントロール・ベッド周辺移動移乗動作などの基本的 ADL は自立し、屋内歩行も主介護者である妻の見守りにて可能であった。退院後 2 年間ほどは、できる動作は自分で行っていたものの、その後徐々に日中の総臥床時間が多くなるなど不動性の生活状況に変遷し、廃用性の身体機能・動作能力の低下が進行するとともに妻の移動動作などの介護負担が増加してきた。

介入前の平成11年10月19日時点、本ケースは、左中等度運動・感覚麻痺、関節拘縮による関節可動域制限、全身筋萎縮、筋力低下などの機能障害がみられるとともに、基本動作能力およびADL自立度が低下していた。動作時には短下肢装具を使用していなかった。寝返り動作がベッド柵をつかまり右側臥位まで可能、背臥位からベッド端座位への起き上がり動作は半介助にて可能、端座位保持は可能だが動的バランス・耐性が不良、端座位からの立ち上がり動作はベッド柵につかまり半介助にて可能、立位は手支持し軽度介助にて可能、歩行は不可能な状態であった。身の回り動作も半介助レベル、排泄コントロールは、オムツ使用およびバルーンカテーテル留置であり、基本的ADLの状態を示すBarthel Indexは20点であった。本ケースは、1日のほとんどを臥床状態で過ごし、座位保持時間は食事の時のみで1日に1.5時間ほどである。家族状況は、共稼ぎの長男夫婦と同居しており経済的には問題がなく、主介護者である妻も介護に専念できる反面、介護を一手に引き受けており介護負担の増加からくる疲労が認められる。

### 補装具の導入プロセス

ケースが居住する地域の担当保健師が訪問指導を行った際、対象者の動作能力や今後の予後、および介護者の介護負担の増加等についての問題意識を持つとともに、リハビリテーションの必要性を推知した。当該地域は、訪問リハビリテーション、訪問看護、医療機関でのリハビリテーション施行、デイケア等のリハビリテーション資源がないことから、当該村保健福祉部門

から青森県立保健大学理学療法学科に同行訪問の依頼があった。平成11年後期から同学科所属のPTが村保健師とともに、およそ月1回の頻度で訪問指導を行い、理学療法的側面からの支援を約2年間継続した。支援内容は、身体機能・動作能力の維持・向上、物的環境の整備・改善、介護者である妻への動作介助法や自宅での自主運動練習の指導などに関するものであった。介入の結果、平成13年1月18日の時点での時点でBarthel Indexは49点にアップし基本的ADL自立度の向上が認められた。さらに、平成14年3月には、背臥位からベッド端座位への起き上がり動作はベッド柵につかまり獲得、座位保持は1日4時間程度に延長、端座位からの立ち上がり動作はベッド柵につかまり近位監視にて可能、立位も手支持し近位監視にて可能、歩行はT字杖を使用し弾性包帯で内反尖足を矯正したうえで中度介助にて屋内のみ可能と、動作能力の向上も認められた(図1)。しかし未だ、立位・歩行能力が拙劣であり転倒のリスクが存

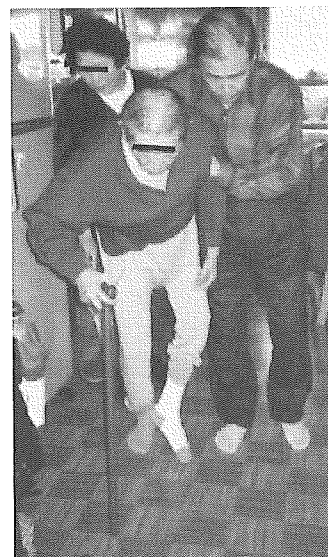


図1 訪問指導時の理学療法士による歩行練習  
歩行練習により介助歩行が可能となった。

在する状況に鑑み、長下肢装具の装着により立位・歩行能力の向上が見込めることから、同装具の導入にいたった。

### 補装具活用の効果

本ケースは、患側下肢の支持性が低いため体重負荷時に患側膝折れを呈した。加えて、患側股・膝関節の屈曲拘縮、および内反尖足等の機能障害により、立位は監視にて保持可能であるもののほとんど健側下肢での体重支持のためバランスや耐久性の低下がみられた。また、歩行においても体重の大部分を杖と健側下肢での支持になるためやはり動作バランスが低下することから中等度の介助量を要し、歩行速度も遅く歩行可能距離も短い状態であった。

本ケースは、起立・歩行への意欲が高いこともあり長下肢装具の適応にいたった。この装具は、立位・歩行時の患側下肢での体重支持性を高めることを目的に、膝折れ防止機構としてダイヤルロック付き膝継ぎ手を装備するとともに、全足底接地のために足底に補高を施した。本装具は、ベッド端座位で装着し、立位にて膝継ぎ手を伸展位でロックして使用する。装具装着後、立位では、両下肢での体重支持が可能となったため立位バランスが向上し、立位時間の延長と転倒リスクの回避につながった。また、歩行においても、両下肢支持と患側全足底接地の効果が相まって、歩行バランスが改善し杖を使用して近位監視歩行可能となるとともに歩行距離の延長と歩行時の転倒を回避する効果がみられた。この時期、同居していた長男夫婦が別居したため以前に比べて家事労働量などが増えることにより介護負担も増加しつつあったが、



図2 訪問指導における長下肢装具の処方  
立位・歩行が可能となり、妻の介助量が軽減した。

これらの立位・歩行能力の向上が妻の介護量軽減に寄与した(図2)。

### 補装具活用の課題

今回適応した長下肢装具は、主治医の了解を得て、青森県立保健大学の備品として作成したものを対象者に貸与するかたちで継続的に使用したものであった。本事例から、在宅における維持期の障害者であっても機能障害に適合した補装具を使用することにより基本動作能力やADL自立度が向上する可能性が示された。しかし、過疎地などのリハビリテーション資源のない地域では、外来受診での治療用装具の作成も思うにならず、仮に外来受診が可能であっても大部分は遠隔地となることから、その送迎手段の確保が問題となる。また、更正用装具の作成を希望した場合でも完成までに多大な時間を要し、その間にさらなる廃用性を引き起こす等、身体機能に適合しなくなるおそれがある。今後、これらの問題を解決する手段の検討が必要となる。

研究協力者：盛田寛明（青森県立保健大学）

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  
ー・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

分担研究者 佐藤秀紀 青森県立保健大学教授

## はじめに

知的障害者では「重度」「最重度」の占める割合が大きく、その約半数が在宅で生活している<sup>1)</sup>。この在宅知的障害者の約83%が親等の家族と暮らしており<sup>1)</sup>、家族介護者の介護負担<sup>2)</sup>やストレス<sup>3)</sup>などの問題が報告されている。本県でも、知的障害者の母親が無理心中を図る事件がマスコミで取り上げられ、家族介護者への社会福祉的援助対策の必要性が論じられている。

知的障害者およびその家族の希望として、ともに親子で暮らしたいことがあり<sup>4)</sup>、また家族介護者のストレス解消法や暮らしを充実させるための要望として「話を聞いてもらう」が多い<sup>3)</sup>。つまり、生活の場を在宅としたうえで悩みを気軽に相談し問題を共有できる場を家族介護者が必要としている状況がうかがわれる。

このような状況に対して、本県の知的障害者福祉政策の実態は、入所・通所の施設整備率は全国中位～上位の水準である反面、知的障害者更正相談取扱件数は全国平均を下回る水準にあり<sup>5)</sup>、家族援助としての役割は不足している。一方、インフォーマルな資源としてセルフヘルプ機能が期待される知的障害児・者の親の会をみると、手をつなぐ親の会などのヒエラルキー

型親の会の弊害や、施設・養護学校等を拠点とする草の根的な親の会（以下草の根的親の会）の運営に関する不安定さが報告されている<sup>6)</sup>。したがって両者の欠点を補う形で、多様な草の根的親の会のメンバーが気軽に参加し、抱えている問題や悩みを共有しつつ情報交換が可能な家族交流会（以下家族交流会）の開催が、家族介護者の援助法のひとつとして機能する可能性がある。このような家族交流会を実りのある開催形式で実施するにあたって、家族介護者の介護上の問題点や心理状態、ならびに社会に対する要望などを明らかにすることが必要である。

家族介護者の負担感を説明する有力なモデルのひとつにストレス認知理論<sup>7)</sup>がある。この理論では、身体機能の低下等のストレスラーによって引き起こされるネガティブな認知としての介護負担感が、うつ状態<sup>8)</sup>や燃え尽きなどのストレス反応をもたらすと説明される<sup>7)</sup>。知的障害者における先行研究では、ストレスラーである問題行動と介護負担の関係<sup>2)</sup>や家族介護者の不安<sup>9)</sup>などがあるが、ストレスラーと介護負担、さらにストレス反応まで含めた関連性についての報告はない。また、在宅知的障害者の場合、主介護者である母<sup>10)</sup>と被介護者は親子という血縁関係であり、前述のネガティブな心理面だ

けでなく、達成感、子どもがいることによる心の支え、ならびにストレスを肯定的に受けとるなど前向きな心理的側面も持ち合わせている<sup>11,12)</sup>。このような陽性感情は負担感を緩和することが報告されている<sup>13)</sup>ことから、このポジティブな側面も併せて分析することが介護者の心理状態をより反映することにつながる。

本調査は、介護者のストレスが大きいとされる<sup>14)</sup>在宅重度知的障害者における、ストレスサ一としての被介護者の問題行動や日常生活活動 (Activities of Daily Living:以下 ADL) 能力とネガティブ認知としての介護負担感との関係、ならびに介護負担感とストレス反応としての不安・うつ・燃え尽きとの関係、さらに介護者の陽性感情の程度を分析するとともに、家族介護者の社会に対する要望を把握することを目的に行った。

### 調査対象

調査対象者は、青森市内に在住し、身体障害者通所授産施設を利用しているか、知的障害者養護学校・知的障害者授産施設・知的障害者更正施設等を拠点とした草の根的親の会に家族介護者が所属する療育手帳 A 判定の在宅知的障害者の 23 家族とした。調査にあたって、主介護者に研究の趣旨と概要ならびに方法を説明し、青森県立保健大学倫理委員会の審査を経た同意書に同意した 20 家族を分析対象とした。調査期間は平成 14 年 3 月から同年 4 月までの 1 ヶ月間であった。分析対象者の詳細について表 1 に示す。

### 調査方法および調査項目

理学療法士 2 名が主介護者と面接し、各評価

尺度の記入ならびに各質問項目に対する回答を依頼した。調査内容は、被介護者および家族介護者の基本的プロフィール、被介護者の ADL と問題行動、主介護者の介護負担、ストレス反応として不安・うつ・燃え尽き、陽性感情、主介護者の社会に対する要望等とした。

被介護者の ADL の測定には、Barthel Index<sup>15)</sup> (以下 ADL 尺度) を用いた。この尺度は基本的 ADL 能力を評価するもので高得点ほど ADL 能力が高い (最低 0~最高 100 点)。主介護者からの聞き取りによった。

被介護者の問題行動の測定には、Motivation Assessment Scale<sup>16)</sup> (以下問題行動尺度) を用

表 1. 対象者属性

被介護者性別	男	9名 (45.0%)
	女	11名 (55.0%)
被介護者年齢*		22.3±7.57歳 (6-32)
合併症	なし	8名 (40.0%)
	自閉症	3名 (15.0%)
	てんかん	8名 (40.0%)
	ダウン症	1名 (5.0%)
主介護者年齢*		49.8±8.64歳 (32-63)
主介護者続柄	母	20名 (100.0%)
主介護者職業	主婦	15名 (75.0%)
	パート	4名 (20.0%)
	自営業	1名 (5.0%)
介護期間*		269.0±92.26月 (80-394)
代替介護者	なし	4名 (20.0%)
	父	11名 (55.0%)
	兄弟姉妹	5名 (25.0%)
施設通所†	あり	13名 (65.0%)
	なし	7名 (35.0%)
短期入所‡	あり	13名 (65.0%)
	なし	7名 (35.0%)
親の会への所属	あり	19名 (95.0%)
	なし	1名 (5.0%)

\* : 平均±標準偏差 (n=20)  
(最小-最大)

† : 調査時点で、知的障害養護学校への通学、知的障害者授産施設・知的障害者更正施設・身体障害者通所授産施設等への通所、デイサービス事業等の利用の有無。

‡ : 調査時点で、短期入所事業の利用の有無。



いた。この尺度は知的障害者の問題行動の評価において妥当性・信頼性が得られており、「感覚」「逃避」「社会的注目」「具体的事物による報酬」の4分野から評価する。高得点ほど問題行動が強い（最低0～最高96点）。

介護負担の測定は、KosbergらのCost or Care Index<sup>17)</sup>を溝口らが邦訳したもの<sup>18)</sup>を緒方らが在宅知的障害者の介護者用に改変したもの<sup>2)</sup>（以下介護負担尺度）を用いた。この尺度は「介護者の個人的社会的制約」「介護者の心身の健康」「介護者の介護に対する意欲」「被介護者の態度について介護者が感じる不愉快なこと」「経済的負担」の5分野から評価する。高得点ほど介護負担感が高い（最低20～80点）。

不安の測定は、SpielbergerのState-Trait Anxiety Inventory-Form Y<sup>19)</sup>を肥田野らが邦訳し日本人用に改変したState-Trait Anxiety Inventory-Form JYZ<sup>20)</sup>（以下不安尺度）を用いた。この尺度から性格特性としての不安になりやすさを示す特性不安の下位尺度20項目を使用した。高得点ほど不安傾向である（最低20～最高80点）。

うつの測定は、介護者のストレス反応を測定するための代表的な抑うつ尺度であり信頼性妥当性が得られているRadloffのCES-D<sup>21)</sup>を島らが邦訳した日本語版CES-D<sup>22)</sup>（以下うつ尺度）を用いた。高得点ほどうつ傾向が高い（最低0～最高60点）。

燃え尽きの測定は、Pinesの原法を宗像らが日本人用に修正した尺度<sup>23)</sup>（以下燃え尽き尺度）を用いた。高得点ほど燃え尽き傾向である（最低0～最高20点）。

陽性感情は、WHO SUBI<sup>24)</sup>の中から心の健康度

の下位尺度19項目を使用した（以下陽性感情尺度）。高得点ほど陽性感情傾向である（最低19～最高57点）。

今回、各評価尺度だけでは捉えることができない介護者の心理状態について、介護者に対する構造化面接法にて評価した。質問項目は、1)「介護で困っていること・悩んでいること・心配していることなどをお話ください。」（以下困っていること・悩んでいること）、2)「あなたにとって心の支えになること・楽しみなこと・充実感を感じること・前向きに考えていることなどをお話ください。」（以下心の支えになること）、3)「社会に対する要望をお話ください。」（以下社会への要望）とした。回答は、対象者の了解を得て録音しテキストデータとしてパソコンに取り込んだ。

## 分析方法

介護者のストレスとネガティブ認知の関係をみるために、ADL尺度得点と問題行動尺度および介護負担尺度における下位尺度得点間でピアソンの積率相関係数を求めた。

また、介護負担とストレス反応および陽性感情間の関係をみるために、介護負担尺度の下位尺度得点と不安尺度得点、うつ尺度得点、燃え尽き尺度得点、陽性感情尺度得点間のピアソンの積率相関係数を求めた。

さらに自由回答の分析にあたって、回答のコーディングにおける分析者の主観による解釈の混入を排除するためにテキスト型データ解析ソフトを使用した。分析手順は下記の手順によった。

1) テキスト形式の自由回答記述を分ち書き

する。

2) 閾値を 2 として単語抽出する。

3) ストレス反応と各自由回答の関係をみるために、ストレス反応の 3 尺度を下記のとおり群分けし、各群ごとにどのような特徴的な回答があるのか有意性検定を行う。

- ・不安尺度：評価マニュアルの判定プロフィール表から女性で 50 点以上を高不安あり（以下不安群）とした。
- ・うつ尺度：16 点以上をうつ傾向ありとした<sup>25)</sup>（以下うつ群）。
- ・燃え尽き尺度：5 点以上を燃え尽きありとした<sup>12)</sup>（以下燃え尽き群）。

## 結果

### 1. 記述統計量（表 2）

ADL 尺度得点は平均値が 54.75 点で標準偏差と範囲が小さく、対象の知的障害者は歩行等の移動動作は自立しているものの、食事・整容・トイレ・更衣等の動作は部分介助レベルであることがわかった。

問題行動尺度得点と介護負担尺度得点の平均値は、それぞれ 38.25 点、45.80 点であることから、対象の知的障害者は問題行動を有しており、介護する母親は介護負担を感じていることがわかった。

ストレス反応についてみると、不安群は 12 名（60.0%）、うつ群は 13 名（65.0%）、燃え尽き群は 11 名（55.0%）、不安うつ燃え尽き群は

表 2. 記述統計量

ケースNo.	ADL	問題行動	介護負担	不安	うつ	燃え尽き	陽性感情
1	40	18	37	30	14	1	37
2	65	30	25	28	14	0	33
3	50	60	45	58*	22†	14‡	34
4	50	34	49	54*	18†	5‡	38
5	55	36	39	34	14	0	52
6	55	66	50	55*	22†	10‡	34
7	55	72	58	57*	23†	12‡	31
8	55	71	52	50*	20†	5‡	40
9	55	39	49	53*	18†	7‡	38
10	50	54	55	51*	22†	3	42
11	50	11	43	40	12	3	46
12	65	12	40	49	9	2	41
13	50	5	40	39	8	3	36
14	65	52	55	57*	23†	10‡	33
15	55	70	58	56*	25†	11‡	44
16	55	6	39	57*	21†	5‡	32
17	60	27	44	39	17†	1	39
18	60	32	40	35	15	0	38
19	55	13	45	51*	24†	5‡	35
20	50	57	52	54*	20†	9‡	33
平均値	54.75	38.25	45.80	47.40	18.05	5.30	37.80
標準偏差	6.17	23.09	8.26	9.95	4.99	4.37	5.29
最大値	65	72	58	58	25	14	52
最小値	40	5	25	28	8	0	31

\*：高不安群。 †：うつ群。 ‡：燃え尽き群。

(単位：得点)

表3. ADL・問題行動と介護負担間の相関行列

(n=20)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. ADL											
2. 問題行動 (感覚)	-.21										
3. 問題行動 (逃避)	.21	.58*									
4. 問題行動 (注目)	-.04	.85*	.67*								
5. 問題行動 (事物報酬)	.22	.47*	.92*	.62*							
6. 問題行動計	.02	.86*	.88*	.92*	.82*						
7. 介護負担 (制約)	-.07	.69*	.53*	.76*	.53*	.73*					
8. 介護負担 (健康)	-.10	.67*	.45*	.77*	.40	.68*	.75*				
9. 介護負担 (意欲)	.15	.54*	-.26	-.39	-.09	-.39	-.17	-.36			
10. 介護負担 (不愉快)	-.06	.61*	.48*	.76*	.45*	.68*	.73*	.88*	-.14		
11. 介護負担 (経済)	-.32	.45*	.19	.19	.14	.29	.21	.28	-.22	.26	
12. 介護負担計	-.13	.68*	.49*	.74*	.49*	.71*	.87*	.88*	-.08	.91*	.47*

\*: 相関係数は5%水準で有意。

11名(55.0%)であり、母親の半数以上が大きなストレス反応を示した。

陽性感情尺度得点の平均値は37.80点、最小値は31点であった。この尺度で31点未満は陽性感情が低い傾向を示す<sup>24)</sup>ことから、母親で低い陽性感情を示す者はいなかった。

## 2. ストレッサーと介護負担の関係 (表3)

ADL 尺度得点と介護負担尺度の各下位尺度得点間には有意な相関が認められなかった。介護負担尺度得点と高い相関を認めたものは、介護負担得点、介護負担(制約)得点、介護負担(健康)得点、介護負担(不愉快)得点であり、これらの各介護負担下位尺度得点は多くの問題行動下位尺度得点と高い相関がみられた。問題

行動尺度得点と介護負担(意欲)および介護負担(経済)との間には有意な相関がみられなかった。これらのことから以下のことがわかった。

①被介護者の、「その行動は、子どもさんが長時間ほっておかれると、何度も繰り返しますか」などの感覚の問題行動、「その行動は、難しいことをやるように求められた後に起きますか」などの逃避の問題行動、「その行動は、子どもさんに注目するのをやめるといつも起きますか」などの社会的注目の問題行動、「その行動は、欲しがっていたおもちゃや食べ物、あるいはやりたがっていた活動を与えると起きなくなりますか」などの具体的事物の問題行動等の増加と、介護する母親の社会的制約、

表4. 介護負担とストレス反応・陽性感情間の相関行列

(n=20)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. 介護負担 (制約)									
2. 介護負担 (健康)	-.75*								
3. 介護負担 (意欲)	-.17	-.36							
4. 介護負担 (不愉快)	-.73*	.88*	-.14						
5. 介護負担 (経済)	.21	.28	-.22	.26					
6. 介護負担計	.87*	.88*	-.08	.91*	.47*				
7. 不安	-.74*	.55*	.12	.55*	.42	.76*			
8. うつ	-.67*	.61*	-.29	.51*	.50*	.68*	.71*		
9. 燃え尽き	.71*	.60*	-.17	-.55*	.36	-.69*	.83*	.70*	
10. 陽性感情	-.17	-.01	-.10	.10	.26	-.05	-.20	-.26	-.25

\*: 相関係数は5%水準で有意。

表5. 困っていること・悩んでいること

(n=20)

属 性		回 答		
不安群	(n=12)	将来不安	送迎が大変	体調不良時困る
うつ群	(n=13)	将来不安	送迎が大変	体調不良時困る
燃え尽き群	(n=11)	将来不安	送迎が大変	体調不良時困る
不安うつ燃え尽き群	(n=11)	将来不安	送迎が大変	体調不良時困る
非不安うつ燃え尽き群	(n=7)	将来不安		

各属性で有意に出現頻度が多い回答 ( $P < 0.05$ )

心身の健康、不愉快に感じることなどの介護負担の増加が関係がある。

②被介護者の問題行動と母親の介護に対する意欲や経済的負担との関係性は低い。

### 3. 介護負担とストレス反応・陽性感情の関係 (表4)

介護負担の(制約), (健康), (不愉快)の各下位尺度得点と不安, うつ, 燃え尽きの各尺度得点間に高い相関がみられた。

介護負担(経済)尺度得点と有意な相関がみられたのはうつ尺度得点のみであり, 介護負担(意欲)尺度得点と各ストレス反応尺度得点間には有意な相関がなかった。

陽性感情と介護負担得点および各ストレス反応尺度得点間には有意な相関がなかった。これらことから, 以下のことがわかった。

①母親の社会的制約, 心身の健康, 不愉快に感じることなどの介護負担の増加と, 高不安, うつ, 燃え尽き等になる傾向が関係がある。

②母親の介護に対する意欲や経済的負担とストレス反応との関係性は低い。

③母親の介護負担感およびストレス反応と陽性感情との関係性は低い。

### 4. 困っていること・悩んでいること (表5)

有意な回答は, 不安群, うつ群, 燃え尽き群, 不安うつ燃え尽き群で, 「将来不安」「送迎が大変」「体調不良の時困る」であり, 非不安うつ燃え尽き群で「将来不安」であった。「将来不安」の内容として, 「一緒に暮らしたいが仕方なく施設に入れざるを得ないだろう」や「できるだけ一緒に暮らしたいが将来のことが不安」などがあつた。

他の回答として, 「自営業にも影響がある」1名(5.0%), 「世間の目が冷たい」3名(15.0%), 「子どもの肥満」2名(10.0%), 「休日でも行くところがない」2名(10.0%), 「親の会が大きくなると何のための親の会かわからなくなる」2名(10.0%), 「公共施設のトイレが使いにくい」1名(5.0%), 「パニック, 攻撃などの問題行動」1名(5.0%), 「施設が不足。来年から制度が変わって資源が選択できるが選ぶものがない」2名(10.0%), 「相談機関が少ない」1名(5.0%), 「親の会で中傷される時がある。大きい組織になると入りにくい」1名(5.0%), などがあつた。

### 5. 心の支えになること (表6)

有意な回答は, 不安群, うつ群, 燃え尽き群, 不安うつ燃え尽き群ともに「親の会」であった。非不安うつ燃え尽き群で「親の会」「子どもの