

てであった。

## C. 研究結果および考察

フォーカスグループインタビューの結果、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。

詳細は以下のとおりである。

### 1. 個別支援

実用化の促進に向けた個人への支援に関連する要因として、「当事者の最大利益の尊重」理念の共有が強調された。

#### (1) 「当事者最大利益の尊重」理念の共有

訪問・通所リハビリテーションの実用化には、専門職、当事者自身をはじめ、必要に応じて家族、インフォーマルなサポートを含む。そこではすべてのメンバーによる「当事者の最大利益の尊重」という理念の共有が大前提であり、その家族も同等に考慮するとしたヒューマンサービスの核となる要因が抽出された。

### 2. グループ支援

#### (1) 適切なチームメンバーの編成

チームは、当事者のニーズに適したメンバーから構成されていることが求められている。そのため、人脈を活用し、幅のある選択肢から適任の専門職ならびに家族などをチームメンバーとして組み込む4つの要素が重要と述べられた。

#### a. 人脈を築き、活用する

チームメンバーの選択肢を広げるために、下記のようなメンバーが自ら他専門職と知り合おうと活動することの必要性が述べられた。

##### i. 積極的に面識を作る

人脈を広げる工夫として、初対面では積極的に挨拶を交わし、多くの人と知り合う機会を作ることの重要性が述べられた。

##### ii. 普段から心がけて関係を保つ

知り合った人に対して、普段から努めて声を掛けることで、必要時に相談をかけやすい関係を保つことができると述べている。

#### b. 的確にメンバーの選択をする

必要に応じたメンバーを選択するために、的確に問題点を判断し、専門職や関係機関、家族など幅広い対象の中から柔軟に選択することの重要性が述べられた。

#### c. 積極的にリーダーシップをとる

リハ専門職は、必要に応じてチームリーダーとして役割を発揮することが期待され、そのためにコーディネイトや、マネジメントに関する技術を身に付けることの重要性が述べられた。

#### d. チーム参加への動機づけをする

チームを形成する初期段階で、多職種の協力を円滑に得る手段として、メンバーがチームに参加することの動機付けの重要性が示された。

##### i. メンバーが達成感を得る

メンバーがチーム支援の有効性を実感できることで、チームに参加することの動機づけになると述べられた。

##### ii. メンバーがチームに参加の意義を知る

チームワークの有効性、意義を各メンバーが知ることで、動機づけにつながるとしていた。

##### iii. 駆け引きのテクニックを使用する

動機づけの手法として、駆け引きなどすることが有効な場合のあることが述べられていた。

## ②チーム内での役割分担

チームメンバーとして、チーム内で期待され

ている役割を発揮することの重要性が述べられた。チーム内での各々の役割を明らかにするために、相互に専門職の専門性、所属機関の役割などを理解し尊重することが必要である。

#### a. お互いの専門性をPRし、理解を深める

各々の専門性をPRし合うことで、お互いにどのような役割を発揮してくれる専門職かを知ることが可能となる。それにより、もっとも専門性を発揮することが期待される役割をチーム内で分担する。

#### b. お互いの専門性を尊重する

専門性を尊重し合うことの重要性が述べられた。

#### c. 各専門職の所属部署について理解を深める

各々の所属部署、所属組織についての理解を深めることが、チーム内の役割決定する上で重要と述べられた。他機関、他部署の専門職との交流の機会を活用し、お互いの所属部署の目的、役割について情報交換をおこなう、組織全体から見た所属部署の役割を認識することが重要である。

### ③チーム目標に関する合意形成

メンバー全員が当事者の解決すべき課題について話し合い、問題を共有すること、チームとしての目標を決定すること、といった2つの要素があることで、メンバーのチーム内での役割認識、目標に向けての協働を促進することが述べられた。

#### a. 説明を的確に行なう

課題を共有するための説明方法として、下記の必要性が述べられた。

##### i. 当事者に合わせた説明方法を工夫する

説明をする際に、当事者の理解力、知識の程

度を考慮して言葉や伝達方法を工夫して選択することの必要性が述べられた。

##### ii. アセスメント内容を説明する

各専門職が当事者についてアセスメントした内容をチームメンバー間で共有することで、各専門職がチーム内で求められている役割を認識する契機になると述べられた。

##### iii. 当事者に適合したアプローチ方法の工夫

必要に応じて説明する当事者の変更、回数などを工夫することで、説明が伝わっていくと述べられた。

#### b. 意見交換をする

必要に応じて意見交換をすることで、お互いに納得できるチーム目標が形成され、役割分担が明確にされると述べている。

### ④チーム支援に関するoutcome評価の共有とフィードバック

チーム支援後のoutcome評価をチーム全体で共有することで、次回チームを形成する時へフィードバックされることが述べられた。

### ⑤チーム内の信頼関係の構築

チーム内での信頼関係を構築することで、メンバー間のコミュニケーションを促進し、効果的な支援体制の構築につながると述べられた。そのために、メンバーに対する配慮と専門職としてチーム内の役割を果たすことの2要素の重要性があげられた。

#### a. メンバーに対して配慮する

円滑な人間関係を築くために、下記に配慮することがあげられた。

##### i. 感情的にならない

対人関係を萎縮させる原因となる、怒りなどの感情を表出しないことが、関係を築く上

で重要と述べられた。

## ii. 相手の状態を把握し、配慮する

周囲の人の考え、事情などに気を配り、自分の言動に配慮することが述べられた。

## b. 役割を果たす

専門職としての役割を果たすために、下記に配慮することで、周囲からの信頼を得ることができると述べられた。

### i. 相談や依頼は随時受ける

持ちかけられた相談や、依頼など求められた時には、時間を割き、迅速に専門職として役割を果たすよう、努めることが重要と述べられた。

### ii. チーム内での役割を果たす

チーム内の役割を的確に把握し、専門職として役割を果たすことでメンバーから認められ、信頼を得ていくことが述べられた。

## ⑥情報の共有化

各メンバーが把握している情報や、当事者への支援内容などをチーム内で共有することで、包括的な支援の提供が可能となる。しかし、他機関へ情報を提供することの困難さや、守秘義務と情報開示の程度についての困惑が述べられた。それらの対策として、2つの要素が含まれた体制が作られることが求められていた。

### a. 記録形式の工夫をする

記録形式の統一などの工夫で、必要事項のぬけもれを防ぎ、情報を正確に相手に伝える手段として有効になると述べられた。

### b. 当事者から情報公開の同意を得る

当事者の同意を得て情報公開をすることで、チームメンバーが、情報を共有できる可能性が述べられた。

## ⑦必要時に話し合いを可能にする環境整備

話し合いや情報交換を必要に応じて行なうためには、集合する場の設定と参加するための時間調整といった環境を整えることの重要性が述べられた。

## ⑧新しいチームメンバーの人材発掘と育成

当事者の家族、親戚、地域住民などからチームメンバーとなりうる人材を発掘すること、またはメンバーとして役割を果たせる力を持つ様育成することで、より当事者に適した支援体制を整えることが可能となると述べられた。

## ⑨必要に応じた社会資源の活用

既存する病院、作業所、アパートなどを活用し、当事者に必要な支援を提供することの必要性が述べられた。

## 3. コミュニティ支援

実用化を促進する上で、間接的な周囲の環境の重要性が述べられ、メンバーの所属する機関内の体制に関する要因、機関同士の協働体制要因に分類された。

### (1) 所属機関内の体制に関する要因

チームに参加し、役割を果たすためには、所属機関（部署、組織）の環境整備が必要と述べられた。

#### ①チームワークへの職場の協力体制

チームワークへの職場の協力体制とは、個別のチームワークに対して他部署、所属機関全体からの協力を得るために、a. 組織の業務としてチームに参加することを認めている、b. 必要時には機関全体で役割を分担できる、以上の体制が必要と述べられていた。

#### a. 組織の業務としてのチーム参加促進体制

組織内で自己完結するのではなく、必要に応じて他機関の協力をえることで、組織的である

支援提供を果たすことができると認識している組織体制であることが必要と述べられた。

#### b. 必要時には機関全体での役割分担体制

他課から求められた協力を、機関全体の業務の一部と認識し、役割を果たせる体制であることの必要性が述べられた。

### ②所属機関内の情報が入手可能な体制

所属機関内の情報を入手するために、下記の必要性が述べられた。

#### a. 情報交換ができる体制

所属機関、部署内でスタッフ同士の情報交換、意見交換が活発にできる体制であることが大切と述べられた。

#### b. 日頃から互いの職務や役割を理解する体制

他の課の職務内容や役割を把握できる体制であることが、チームに参加するための環境を調整し、効率よく支援を提供できるということが述べられた。

#### c. 必要に応じた所属機関内の情報共有体制

職務にかかわる必要な情報を共有することが、円滑で効率よく支援提供につながるということが述べられた。

### ③技術向上の機会が得られる体制

専門職の技術向上の機会を整えるために、下記の必要性が述べられた。専門職の技術を高めることで、チーム内で専門職としての役割を的確に果たすことが可能となる。

#### a. 問題を共有できる体制

問題の共通事項があるため、共有することでお互いのスキルアップを促す契機となる。そのため、問題をスタッフ同士で話し合うことのできる体制であることの必要性が述べられた。

#### b. スーパーバイズが得られる体制

職場内で、助言、指導、教育が上司や同僚から得られることの必要性が述べられ、相談がしやすいことの重要性が述べられている。

#### c. 研修などに参加しやすい体制

研修会などに参加することを上司から勧められる、または参加する意志を出しやすい体制があることで、研修会などに参加しやすく、技術向上を目指すことができると述べられた。

### ④業務の効率管理がされた体制

業務に効率管理がされた体制として、下記があげられた。チームへの参加を促進するためには、普段の業務を効率的にし、他の仕事へも参加できるゆとりの必要性が述べられた。

#### a. 効率化を目指した機器を導入する

業務の時間、労力を効率的に活用するために、職場内の機材などを有効活用することが求められ、環境整備の必要性が述べられた。

#### b. 時間管理と能率性の確保

心の余裕、時間的余裕という言葉で多く発言が得られた。余裕がないという言葉は、業務内容とその作業のために割り当てられている時間、労力が合致したものでないことの現れであり、割り当てられた時間や労力の範囲内で終了するような能率的な業務形態を整備することの必要性が述べられた。

## (2) 機関間の協働体制

多機関メンバー間でチームワークを行なう場合、所属機関間同士が協働体制を構築していることがチームワークを円滑に促進する要素として重要であると述べられた。そのため、下記の必要性が述べられた。

### ①チームワーク成果の蓄積

個別のケースを通して、チームワークの必要

性、有効性、方法が明らかになりそれらを積み重ねることで、連絡体制を積み重ね、体系化することの必要性が述べられた。

#### ②各機関の協働に対する意志の明確化

必要時には、機関の代表としてチームワークを進めていくこともあり、所属機関の意志を明確にすることで、スタッフが多機関に対して明確にすることが可能になると述べられた。

#### ③機関間の共通目標の明確化

多機関間のチームワークを構築するために、各機関の持つ共通の目標を明確にする重要性が述べられた。

#### ④協働体制と情報経路の整備

多機関との協働体制や情報交換を担当者の采配にまかせるだけでなく、機関レベルで協働体制、情報経路を構築することが、様々な場面で形成されるチームのメンバー同士の関係継続につながり、円滑に支援を提供するために必要と述べられた。

#### D. まとめ

フォーカスグループインタビューに基づき、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を作成した。

今後実際の事例への適用を通じ、本試案の臨床的妥当性、実践への適用可能性の検証を進める予定である。

#### 参考文献

- 1) 安梅勅江、エンパワメントのケア科学、医歯薬出版、2004
- 2) 高山忠雄、福祉用具活用の実務、第一法規、2001
- 3) 安梅勅江、ヒューマンサービスにおけるグループインタビュー法、医歯薬出版、2001
- 4) 安梅勅江：高齢障害者に関する世界の社会保障制度、総合リハビリテーション、28(1)、99-104、2000
- 5) 日比野正己、バリアフリー百科、TBSブリタニカ、1999
- 6) 介護・医療・予防研究会、高齢者を知る辞典、厚生科学研究所、2000

#### E. 研究発表

##### 1. 論文発表

- ① 安梅勅江、福祉用具支援専門性評価、福祉用具活用の実務、第一法規、127-136、2004年12月
- ② 安梅勅江、エンパワメントのケア科学、医歯薬出版、2004

本年度研究協力者

原田亮子（ミズーリ大学）

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  
ー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ー  
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  
ー介護者のストレス・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ー  
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  
ー訪問・通所リハビリテーションの地域特性別支援に関する  
実用化試案の開発ー  
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

厚生労働科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業)

総括研究報告書

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

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

豪雪地帯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、専門職が高齡  
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)<sup>1)</sup>を用い、APDLはFrenchy Activities Index (FAI)<sup>2)</sup>を用いた。社会参加の状況はChart Handicap Assessment and Reporting Technique Japanese Version)<sup>3)</sup>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の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。<sup>4)5)</sup>

本研究では、飛松<sup>6)</sup>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<sup>7)</sup>。

## 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、あつたと答えた人も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が入力していたが、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。

F A I 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軽いため、このような役割分担ができていられるのかもしれない。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。

F A I 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。<sup>8) 9) 10)</sup> 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、交流などをとりいれて、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下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 al: Functional Evaluation: The Barthel Index. Maryland State Med. J., 14:61-65;1965.
- 2) Holbrook, M, et al: An Activities Index for use with stroke patients, Age and Ageing 12,166-170,1983.
- 3) Whiteneck, GG, et al: 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)



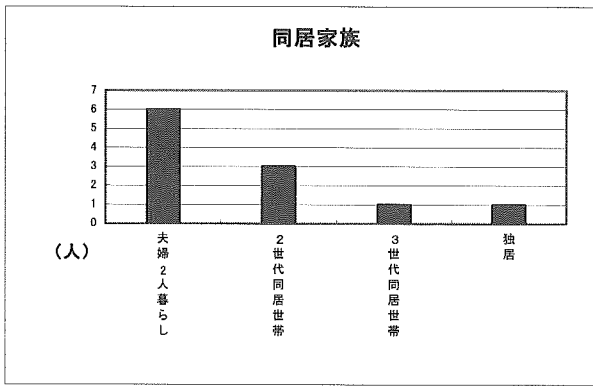


図 1

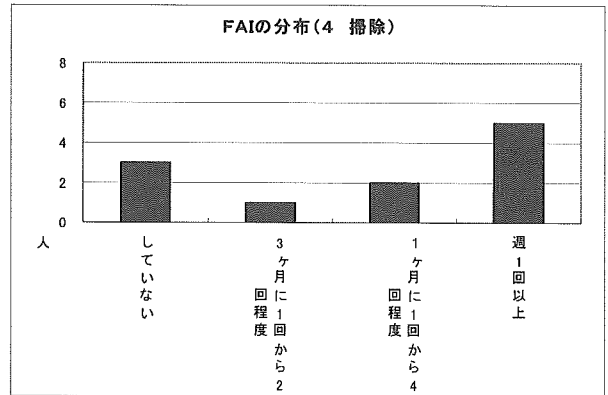


図 2-4

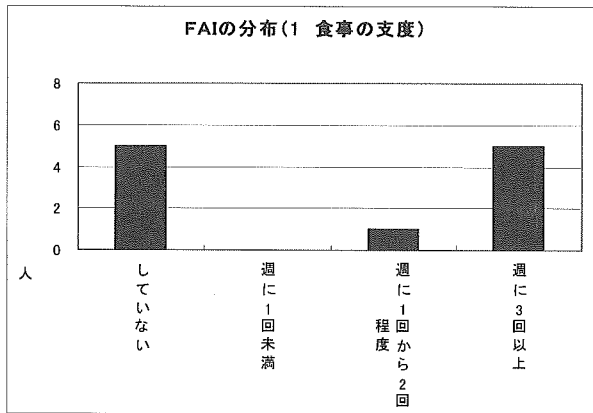


図 2-1

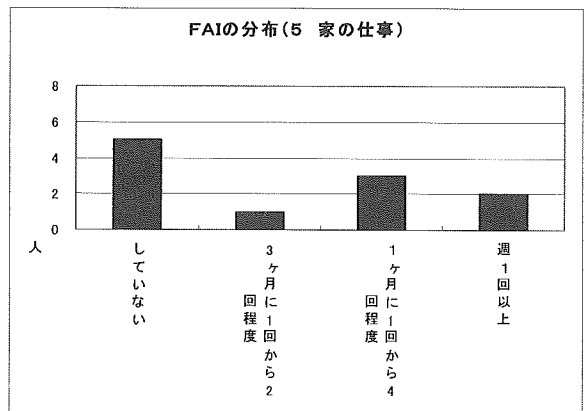


図 2-5

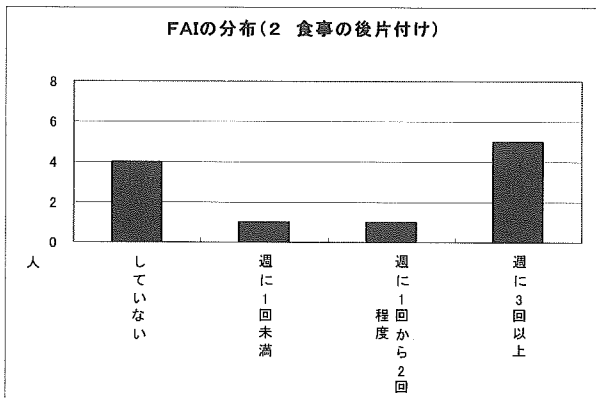


図 2-2

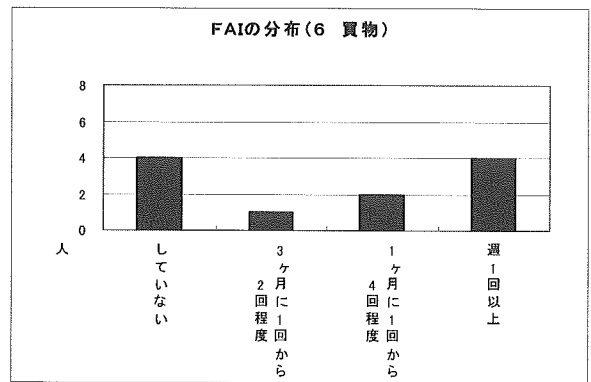


図 2-6

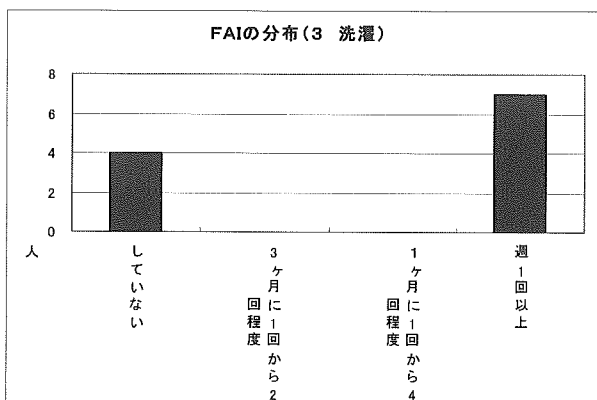


図 2-3

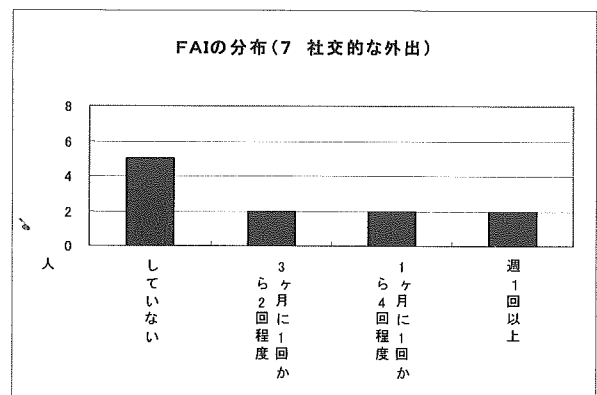


図 2-7

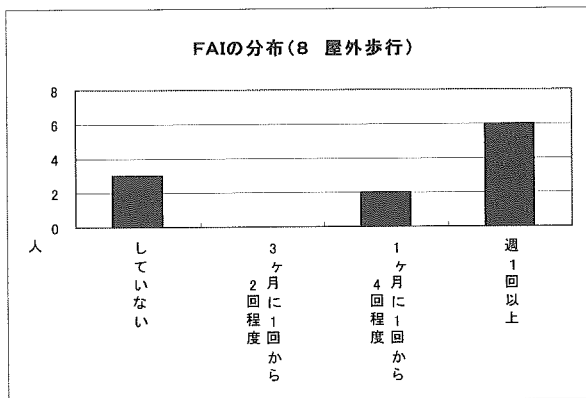


図 2-8

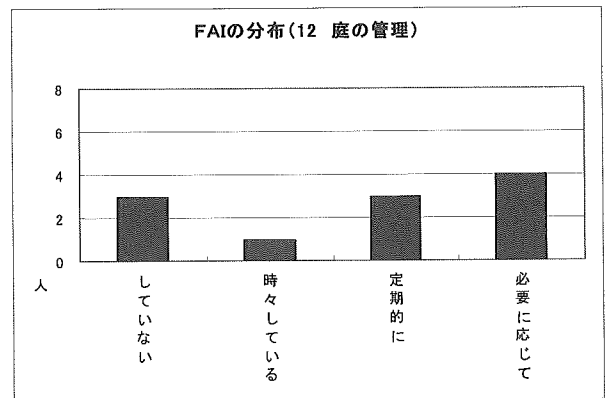


図 2-12

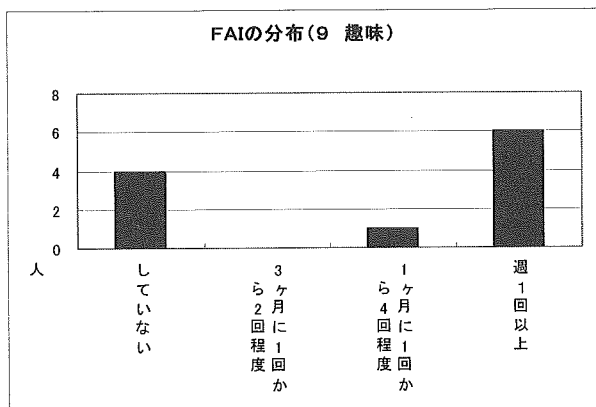


図 2-9

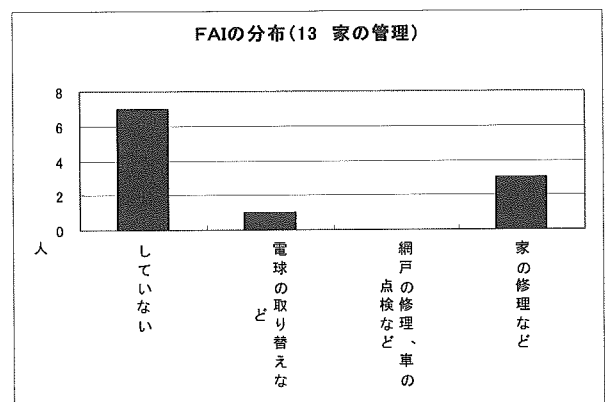


図 2-13

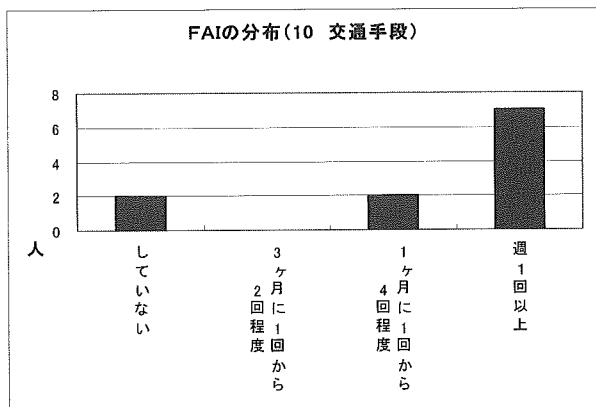


図 2-10

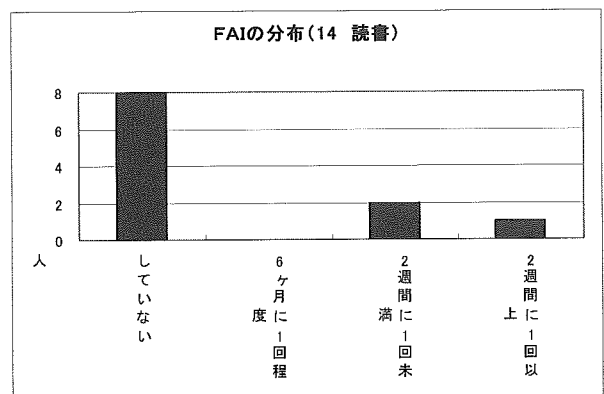


図 2-14

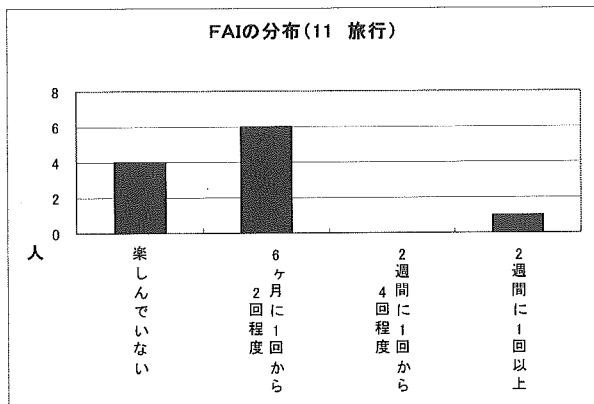


図 2-11

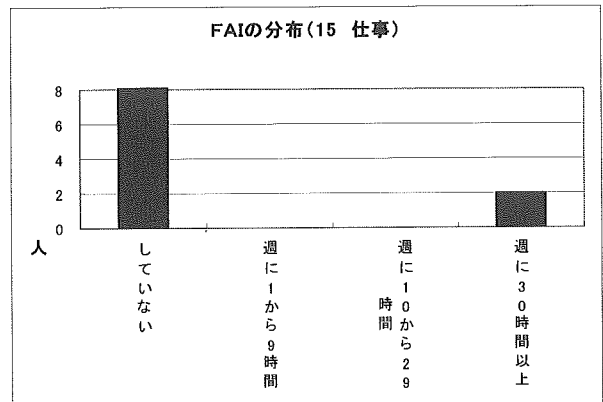


図 2-15

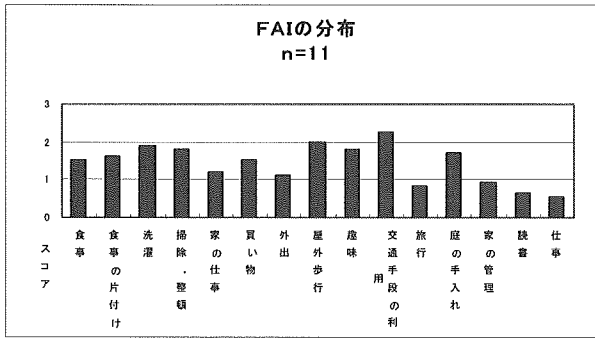


図 3-1

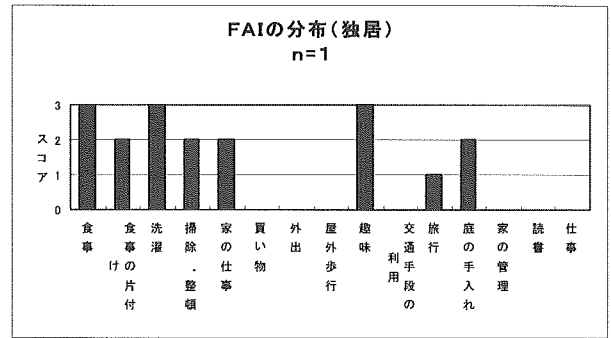


図 3-5

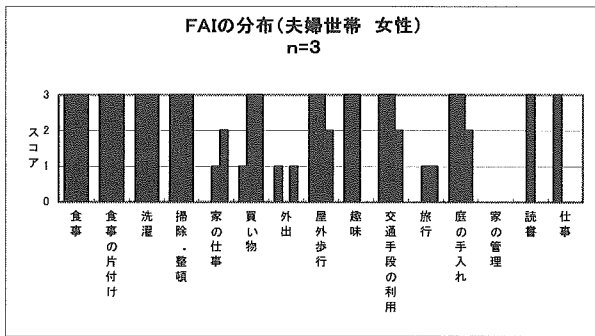


図 3-2

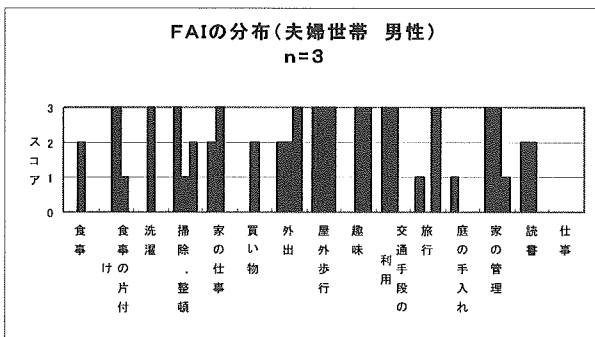


図 3-3

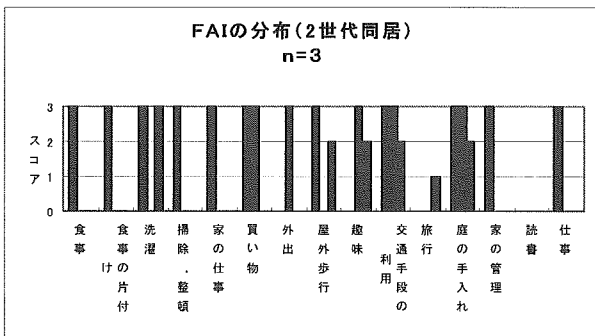


図 3-4

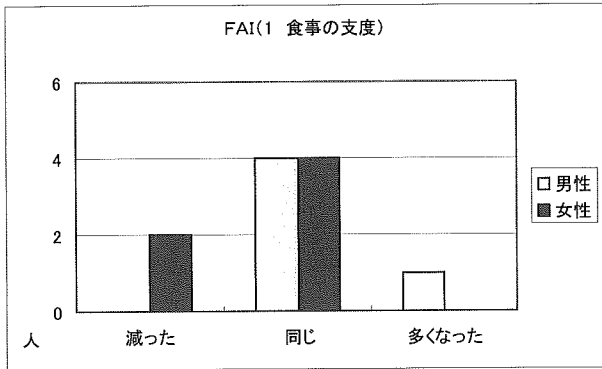


図 4-1

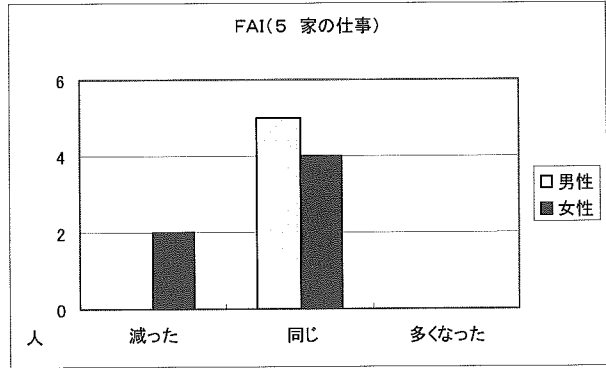


図 4-5

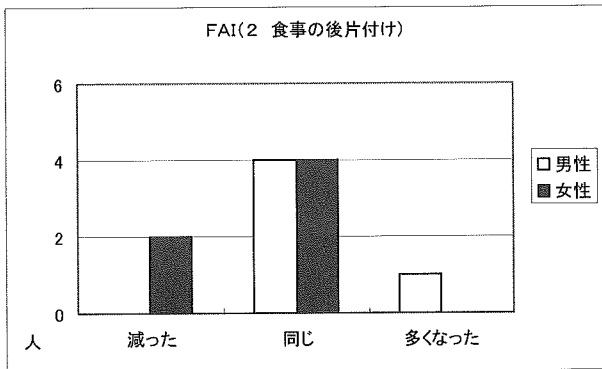


図 4-2

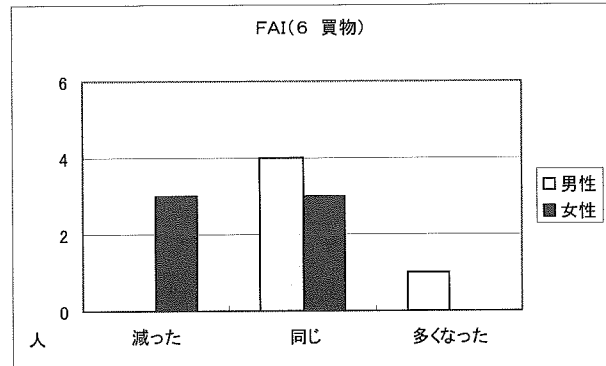


図 4-6

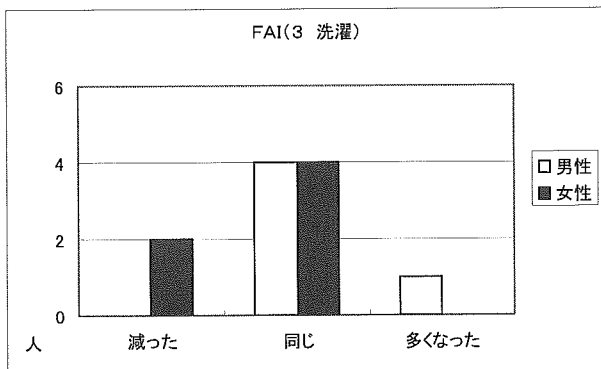


図 4-3

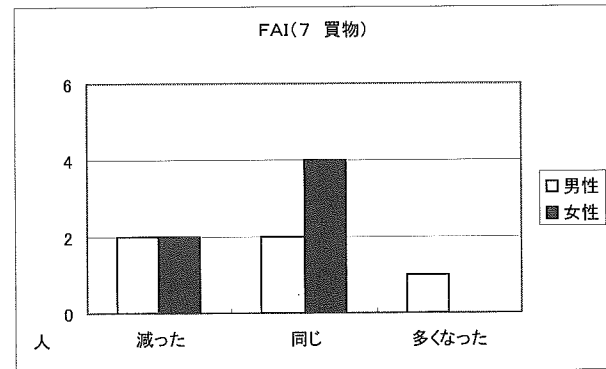


図 4-7

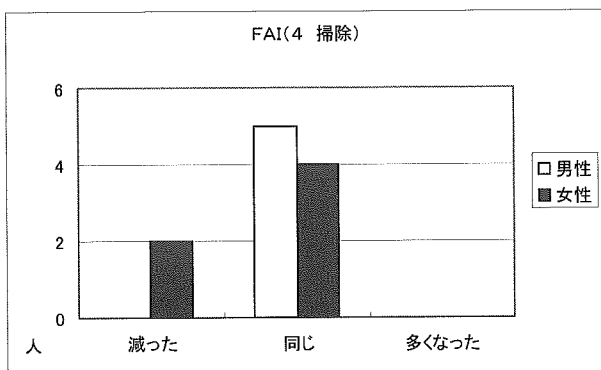


図 4-4

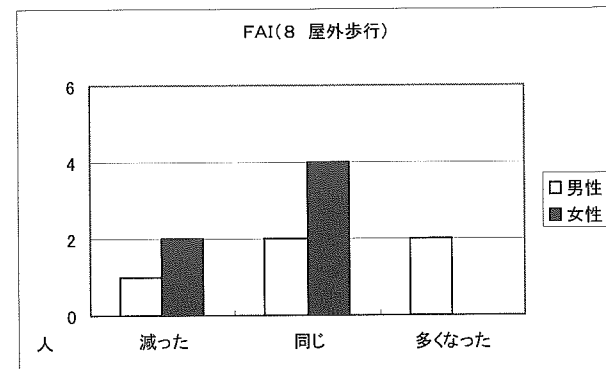


図 4-8