

<p>(6) 退院時の情報について</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・情報提供があれば助かる。</li> <li>・10件中1～2件の情報しかこない。</li> <li>・情報としては少ないが、以前より改善はされている。</li> <li>・リハビリ病院だと身体機能の情報は得やすい。</li> <li>・頼めばもらえるが病院内での評価(機能レベル)が多い。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>
<p>(7) 移動時間について</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・移動距離が長く大変で、無駄が多い。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・移動時間がかかるため、訪問件数を増やせない。</li> <li>・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。</li> </ul>
<p>(8) 介護報酬について</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・利用者は介護報酬の安い事業所に依頼することもある。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>
<p>(9) サービス回数について</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul>
<p>(10) 研修の機会について</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・研修の機会も少なく、遠方であるため、参加できない。</li> <li>・県士会レベルで訪問担当者の研修会があればよい。</li> </ul>
<p>(11) その他</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・計画書や報告書の作成などで時間がかかる。</li> <li>・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。</li> </ul>

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	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		トイレ 15分	通所介護出発
9:30~10:00			通所介護送迎
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	トイレ 15分 休息 135分	帰宅身支度準備 15分、 送迎 45分
3:00~3:30			通所介護より帰宅 トイレ 15分 休息 105分
3:30~4:00			
4:00~4:30			
4:30~5:00			
5:00~5:30			
5:30~6:00	夕食	夕食	
6:00~6:30	夕食	トイレ 15分、 休息 15分	トイレ 15分、 休息 15分
6:30~7:00	トイレ 15分 テレビ 15分	テレビ	テレビ
7:00~7:30	テレビ	テレビ	テレビ
7:30~8:00	自治会業務	休息	休息
8:00~8:30	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)
8:30~9:00	トイレ 15分 休息 15分	休息	休息
9:00~9:30	入浴	就寝	就寝
9:30~10:00	就寝		
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	身支度 15分 通院 30分、 買い物 30分、 美容院 30分 友人と会う 30分 トイレ 15分
10:00~10:30	買い物	トイレ介助 15分、 新聞 45分	
10:30~11:00	外出	昼食準備	
11:00~11:30	会合		
11:30~12:00	トイレ 15分 新聞 15分	トイレ 15分 移動介助 15分	
PM 12:00~12:30	昼食	昼食	昼食
12:30~1:00	後片づけ 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	訪問入浴準備週 1回	休息 120分
2:00~2:30	読書	入浴後片づけ	
2:30~3:00	外出、趣味の会	休息	
3:00~3:30		トイレ介助 15分	
3:30~4:00		休息 75分	
4:00~4:30		夕食準備	
4:30~5:00	夕食準備	休息、トイレ 15分	休息、トイレ 15分
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	後片づけ	後片づけ	後片づけ
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

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、何をすること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にと感じてしまい、イライラすることもある。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来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って良かった。
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。自分のためのまと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いと思ってしまう。もう少し、通所介護やショートステイを利用してくれればいいが、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 km
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<sup>1)</sup>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

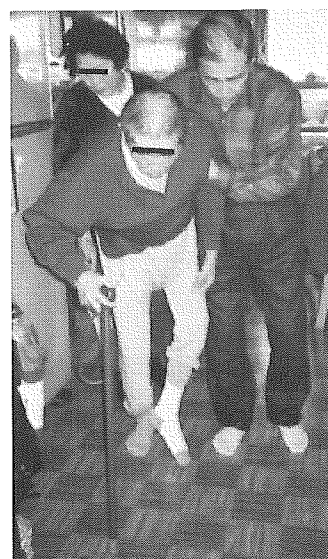


図1 訪問指導時の理学療法士による歩行練習  
歩行練習により介助歩行が可能となった。

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