

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^{11,12)}。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¹³⁾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¹⁴⁾在宅重度知的障害者における、ストレスサー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 Index¹⁵⁾ (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 Scale¹⁶⁾ (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 Index¹⁷⁾を溝口らが邦訳したもの¹⁸⁾を緒方らが在宅知的障害者の介護者用に改変したもの²⁾（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 Y¹⁹⁾を肥田野らが邦訳し日本人用に改変したState-Trait Anxiety Inventory-Form JYZ²⁰⁾（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）。

うつ病の測定は、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-D²¹⁾を島らが邦訳した日本語版CES-D²²⁾（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²³⁾（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 SUBI²⁴⁾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見るために、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関係を見るために、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かち書き

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²⁵⁾（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¹²⁾（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²⁴⁾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おっておかれると、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き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

表6. 心の支えになること

(n=20)

属 性	回 答
不安群 (n=12)	親の会
うつ群 (n=13)	親の会
燃え尽き群 (n=11)	親の会
不安うつ燃え尽き群 (n=11)	親の会
非不安うつ燃え尽き群 (n=7)	親の会 子供のおかげ 趣味

各属性で有意に出現頻度が多い回答 ($P < 0.05$)

「子供のおかげ」「趣味」であった。「親の会」の内容として、「価値観が違って来た」「周りの人から理解してもらえる」「情報交換になる」「いろいろな人の話を聞いて勉強になる」「その日一日が満足」「人生の勉強になる」などがあつた。また「子どものおかげ」の内容として「子どもがいるから今の私がある」「寝顔をみると苦労も忘れる」などがあつた。

他の回答として、「散歩」2名(10.0%)、「買い物」2名(10.0%)、「コミュニケーション手段を模索している」1名(5.0%)、「通信制大学で福祉心理学を学んでいる」1名(5.0%)、「外出」2名(10.0%)、「実家の母や姉」1名(5.0%)、「ペット」1名(5.0%)などがあつた。

6. 社会への要望 (表7)

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「ホームヘルパー」「送迎介助」であつた。非不安うつ燃え尽き群

で「ホームヘルパー」「送迎介助」「施設の質」であつた。

他の回答として、「気軽に利用できる場所があれば良い」1名(5.0%)、「医療的処置が常時可能な施設ができてほしい」1名(5.0%)、「ボランティアとの交流がほしい」2名(10.0%)、「各施設で指導方法が違う。考えがそれぞれあってもいいが専門的な指導方法はひとつであってほしい」1名(5.0%)、「すぐ気軽に利用できるわかりやすい相談機関があればいい」2名(10.0%)、「施設が郊外でなく街のなかにあってほしい」2名(10.0%)などがあつた。

考察

1. 母親の介護の現状

在宅重度知的障害者を介護する母親は、被介護者の多様な問題行動により社会的制約、心身の健康、不快感に感じるなどの介護負担を感じていることが示唆された。なお、在宅障害者の

表7. 社会への要望

(n=20)

属 性	回 答
不安群 (n=12)	ホームヘルパー 送迎介助
うつ群 (n=13)	ホームヘルパー 送迎介助
燃え尽き群 (n=11)	ホームヘルパー 送迎介助
不安うつ燃え尽き群 (n=11)	ホームヘルパー 送迎介助
非不安うつ燃え尽き群 (n=7)	ホームヘルパー 送迎介助 施設の質

各属性で有意に出現頻度が多い回答 ($P < 0.05$)

ADL 能力低下が介護負担増加にむすびつくことが報告されており¹⁸⁾、今回 ADL と介護負担は有意な相関がなかったものの、部分介助が必要な動作群が多かったことから基本的 ADL への介助の必要性も介護負担の増加に寄与すると考えられる。このネガティブ認知としての介護負担が、母親のストレス反応としての不安、うつ、燃え尽きなどに関係している傾向が認められた。特に母親の半数以上がこれらの大きなストレス反応を示した。

介護する母親は、自身の生活の多くを障害者の介護に費やしており¹⁰⁾、問題行動のために常にそばにいて注意を払っていなければならない²⁾。そのため母親は社会的制約を感じるものと思われる。さらに問題行動のためにイライラが募り²⁾、負担として不愉快に感じる場面も推察できる。また、母親は「親が面倒をみられなくなった後の不安」や「将来の子どもの生活の場をめぐる不安」を抱くとされており^{9,14)}、年をとっていくにつれ子どもの将来のことや自分の体力的な問題について考えざるを得ない²⁾ことが心身の健康に関する負担に結びつくと考えられる。本研究結果でも「将来不安」「送迎が大変」「体調不良の時困る」などの悩みを訴えており、これらに対応する形で「ホームヘルパー」と「送迎介助」の利用を切望していた。

一方、母親で低い陽性感情を示す者はなく、介護に対する意欲と問題行動および各ストレス反応との関係性も低かった。母親は「親が最良の介護者である」と強く考え¹¹⁾、我が子の成長とともに困難を乗り越え¹¹⁾、障害者を我が子として捉えて意欲的に介護に携わっている側面も考えられる²⁾。今回の結果でも、心の支えとし

て「子どものおかげ」「子どもがいるから今の私がある」「どんな苦勞をしても子どもの寝顔をみると全部忘れる」などをあげており、介護負担やストレス反応の程度にかかわらず介護への肯定的意識もうかがわれる。

2. 家族交流会に向けて

前述したように、介護する母親は介護負担やストレス反応などのネガティブな側面を抱きつつ陽性感情も併せ持つ形で介護を行っている傾向があるが、介護への肯定的意識が強いほど負担感が低くなる可能性も報告されている¹³⁾。したがって少しでも介護負担感やストレス反応を軽減するためのひとつの方法論として、積極的に問題解決を図る行動様式へ切りかえていく切っ掛けの場をつくる必要があると考える。渡辺ら¹⁴⁾は、他の障害児者の親や友人などによるインフォーマルサポートを得られる親ほど子どもの自立に関してより確信を持ち、そのことが心理的ストレスを低減させるとともに、子どもの自立に関する情報知識についてより多くを得ることができる傾向があるとしている。このことから、同じ境遇の友人や介護の先輩の援助によるセルフヘルプ機能を持つ⁶⁾親の会の存在は大きい。今回の結果でも、母親は親の会を心の支えにしていた。

親の会は全国組織のものから小グループまで様々な形体が存在しているが、それぞれについての弊害も指摘されている。大きなヒエラルキー的組織となるにつれ、組織構造が複層的になり情報交換や直接的コミュニケーションが希薄化し、若年層の親や新しく参加を希望する者にとっては参加しにくい団体となる場合がある

6)。このことは、本結果で「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」や「親の会で中傷されるときがある。大きい組織になると入りにくい」などの訴えがあることから理解できる。一方、当初、切迫した共通の問題に取り組み、地域に密着した対面集団的な形で理想的なセルフヘルプ機能をめざして生まれてきた草の根的親の会も、運営形態が不安定であるため、メンバー相互の目標や理念が一致しなければ会に参加すること自体が負担となり、参加メンバーの活動が不活性化傾向になるため、会に対する参加意欲の低下や不信感が生じる場合がある⁶⁾。したがって、このようなヒエラルキー型親の会や草の根的親の会の欠点を補うために、障害度の違いによる介護観の多様化や親の世代間の価値観・生活観の相違などの多様な側面を持つ各親の会のメンバーが、このような思想の相違を越えて意欲的に気軽に参加し、セルフヘルプの本来の意義である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の場を提供することも家族介護者を援助するひとつの選択肢になる可能性がある。草の根的親の会では、独自の新しい試みに取り組んでいながらも仲間の獲得や運営の支援を求めているケースがあり、そうした場合家族交流会への参加がこのような問題の解決の糸口になることも考えられる。

3. 自閉症児サポートグループの発足

草の根的親の会では、メンバー同士の交流が密であるため相互の内面的な求心力が強い傾向があり、ともすれば閉鎖的な状況になりやすい。既存の会員とともに入会希望者のニーズにも応

えるためには会の運営を常にオープンなものとする必要がある。また、前述したようにヒエラルキー型親の会も直接型コミュニケーションの希薄化などの問題がある。したがって家族交流会を開催するにあたっては、既存の親の会などとは異なった運営形態を考える必要があろう。いずれにしても、在宅重度知的障害者の主介護者である母親は介護負担やストレスを抱えながら、多様な悩みや社会に対する要望を有している。そのうえで、介護者である親達の交流を心の支えのひとつとしている。

今回の調査をきっかけに、対象者となった数名の母親から、自分たち自閉症児の母親の体験を社会に伝えたい、自閉症児のありのままの姿と、それに対する取り組みを理解してもらいたい、との相談があった。考えを同じにする母親達との話し合いを重ね、いろいろ模索するなかで、まず、これから医療・保健・福祉の専門職に従事するであろう本学の学生を対象とした研修会を開催したい、という方針をかかげた。その際、あくまでも主催、企画・運営は母親達が担当し、実施場所として本学の教室を提供するとともに、本学学生ボランティアサークルの協力を得ながら実施することとした。この母親達の自閉症サポートグループは平成15年2月に、「アクティブ・ドルフィン」として発足し、以来、月1度の頻度で講習会を開催している。内容は、自閉症・学習障害の知識や実態の学習、家族介護者の取り組みの事例報告、学内外の学生ボランティア対象の学習会、母親とともに子どもも参加してのクリスマス会などの交流会等である。特に、学生ボランティアを研修会の対象にした経緯には、母親達の、個々の自閉症児

・学習障害児の問題行動・身体状況に対応したきめ細かい支援を施してもらいたい、という切なる願いが込められている。

このように、母親達は心を外に向かって開いてきているが、決して我が子が障害を持つと認識した日からそのような取り組みであったわけではない。親子ともに内に向かう日々が続いたという。しかし、今回の調査をきっかけに思いを同じにする母親達が自然発生的に集まりサポートグループの発足にいたった。この取り組みは、既存のコミュニケーションの希薄化などの場面もみられる親の会や、ともすれば閉鎖的になりやすい草の根的な親たちの集まりなどとは趣を異にする。オープンな雰囲気の中にも上下関係がなく、その時々参加者同士の交流が図られることにより、母親達の求めるセルフヘルプ機能を果たしているとも思われる。これはまた、当事者である母親・障害児と大学側、そして学生ボランティアのそれぞれの立場で役割分担しつつも協業していくことが、母親達への支援に資するともいえる。今後、継続的に母親の介護負担やストレスを把握したうえで、インフォーマル・フォーマルサポートを含めて、さらに真に有効な家族交流会のあり方に関する社会的支援方法を検討する必要がある。

参考文献

1. 盛田寛明, 李 相潤, 伊藤日出男, 米澤國吉. 在宅重度知的障害者を抱える家族の社会的ニーズの把握と家族交流会参加前後の意志の変容—交流会参加前の母親における介護負担・ストレス反応・陽性感情の関係と社会的ニーズの把握. 青森県立保健大学健康科学特別研究(奨励研究)

報告書(平成13年度), 2002.

引用文献

1. 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部. 平成12年知的障害児(者)基礎調査結果. pp. 2-4, 2001.
2. 緒方正名, 笹井 學, 畑本勲治, 他. 在宅知的障害者の介護者の負担度の研究—改訂CCIによる調査と在宅老人介護者との比較—. 川崎医療福祉学会誌 8(1): 11-19, 1998.
3. 米山岳廣. 知的障害者の文化活動—社会参加を促進するひとつの方法—. 東京, 文化書房博文社, pp.55-56, 1998.
4. 柳崎建一. 知的障害者福祉論. 東京, 中央法規出版, p.24, 1999.
5. 青森県健康福祉部. 新青森県保健福祉指標(2001年度版). 青森県健康福祉部, p.24, 2001.
6. 嶋崎理佐子. 家族援助における親の会の役割—歴史的変化に応じた援助システムの展望—. 発達障害研究 20(1): 35-44, 1998.
7. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York, Springer, 1984.
8. Barusch AS. Problems and coping strategies of elderly spouse caregivers. Gerontologist 28: 677-685, 1998.
9. Brubaker E, Brubaker TH. Caring for adult children with mental retardation: Concerns of elderly parents. (Ed.) Robert KA. The elderly caregiver: Caring for adults with developmental disabilities, Sage, Newbury Park, CA, pp.51-60, 1993.
10. 吉田浩子. 在宅知的障害者の日常—ひとつの事例から. 川崎医療福祉学会誌 11(1): 219-224, 2001.
11. 望月まり, 秋山泰子. 重複障害を持つ知的障害者の親の思いについて—在宅児通院治療を長期間続けた親の面接から—. 川崎医療福祉学会誌 9(2): 201-207, 1999.
12. 佐藤秀紀. 障害児をもつ母親のバーンアウトの因果モデル構成の試み. 思春期学 18(4): 387-396, 2000.

13. 全国精神障害者家族会連合会. 精神障害者・家族の生活と福祉ニーズ 93 年-全国家族調査-. 全国精神障害者家族会連合会, p.53, 1997.
14. 渡辺顕一郎, 田中一代, 松江暁子. 心身障害児者の親の子どもの自立をめぐるストレスと対応資源に関する研究. 社会福祉学 42 (2): 170-181, 2002.
15. Mahoney FL, Barthel DW. Functional evaluation: The Barthel Index. Md St Med 14: 61-65, 1965.
16. Durand VM. Severe Behavior Problems: A Functional Communication Approach. New York, Guilford Press Stress, 1990.
17. Kosberg JI, Cairl RE. The cost or care index: A case management tool for screening informal care providers. Gerontologist 26: 273-278, 1986.
18. 溝口 環, 飯島 節, 新野直明, 他. Cost or Care Index を用いた老年患者の介護負担 度の検討. 日本老年医学会雑誌 32 (6): 403-409, 1995.
19. Spielberger CD. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory STAI-form Y. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1983.
20. 肥田野直, 福原真知子, 岩脇祥子, 他. 新版 STAI マニュアル. 東京, 実務教育出版, 1999.
21. Radloff LS. The CES-D scale: A self-report depression scale for reserch in the general population. Applied Psychological Measurment 1: 385-401, 1977.
22. 島 悟, 鹿野達男, 北村俊則, 他. 新しい抑うつ性自己評価尺度について. 精神医学 27: 717-723, 1985.
23. 宗像恒次. 新版行動科学からみた健康と病氣. 東京, メジカルフレンド社, pp.317-360, 1990.
24. 大野 裕, 吉村公雄. WHO SUBI 手引. 東京, 金子書房, 1990.
25. 島 悟. NIMH/CES-D Scale 「うつ病／自己評価尺度」. 東京, 千葉テストセンター, p.6, 2001.

研究協力者：盛田寛明（青森県立保健大学）

全国の市および町別理学療法士数と地域別にみた特性因子との関係

分担研究者 佐藤秀紀 青森県立保健大学教授

I はじめに

わが国の特徴は、過疎地域において「高齢化」が進行し、一人暮らし高齢者や高齢者夫婦世帯の割合が全国に比べて高くなっていることである。したがって、高齢者が過疎地域であっても健康で生きがいのある生活を送ることができるよう、医療の充実を図ることが重要な課題とされてきた。しかし大都市では医療の充実がはかられているが、その一方で小さな市町村では医療が不足しているのが現実である¹⁾。リハビリテーション医療も例外ではなく理学療法士数は自治体ごとに差異が認められ、リハビリテーション医療の質に大きな格差が生じているものと思われる。理学療法士数の都道府県格差は著しく、地域的にその格差の生じている原因について速やかな検討が望まれる²⁾ところである。

わが国における医療従事者の格差の成因については、医師を中心にこれまで数多く報告されている³⁾⁴⁾⁵⁾。その多くが都道府県を単位とした分析や同一県内における地域格差についての分析である。ところが、全国の市および町別理学療法士数の格差について体系的に分析したものはない。すなわち、自治体の規模別に大まかに比較した報告は存在する²⁾ものの、全国規模ですべての市および町を対象として自治体格差の成因を分析した報告はみられない。さらに、自治体格差に対する社会経済的な関連要因につい

ては明らかにされていない。

そこで本研究においては、全国の市および町における理学療法士数の格差と社会経済的因子との関連性について統計的に検討することを目的とした。

II 方法

研究対象は全国のすべての市および町(市:681, 町:1872, 計 2553)とした。

理学療法士数の実績は、平成 15(2003)年度における実数を「日本理学療法士協会会員名簿」から抜粋し資料とした⁶⁾。

最新の市および町別数値が入手可能な指標として、人口統計においては、総務省自治行政局市町村課による平成 12(2000)年度の①住民基本台帳人口、②人口密度、③転入人口、④転出人口、総務省統計局統計調査部国勢統計課による平成 12(2000)年度の⑤年齢別人口構成比(15歳未満、15～29歳、30～44歳、45～64歳、65歳以上)、総務庁統計局統計調査部国勢統計課による平成 12(2000)年度の⑥昼間人口、⑦昼間人口比を「民力 2004」⁷⁾から抜粋した。

世帯状況は、総務省自治行政局市町村課による平成 12(2000)年度の①住民基本台帳世帯、総務庁統計局統計調査部国勢統計課による平成 12(2000)年度の②国勢調査世帯(一般世帯、単身世帯)、③単身世帯比、国土交通省総合政策局情

報管理部建設調査統計課による平成 12(2000)年度の④新設着工住宅戸数を「民力2004」⁷⁾から抜粋した。

経済状況は、総務省統計局統計調査部国勢統計課による平成 12(2000)年度の①産業3部門別就業人口比(第1次産業、第2次産業、第3次産業)、②就業者総数、③産業3部門別就業者数(第1次産業、第2次産業、第3次産業)とした。また、総務省自治財政局財務調査課による平成 12(2000)年度の④地方税収入額は1人当たりの収入額を独自に算出した。さらに同資料から、⑤地方税収入額伸び率(2000年/1999年)を抜粋し、⑥歳出総額は1人当たりの歳出額を独自

に算出した。日本銀行調査統計局経済統計課による平成 12(2000)年度の⑦預貯金残高は1人当たりの預貯金残高を独自に算出した。総務省自治税務局市町村税課による平成 12(2000)年度の⑧所得格差、経済産業省経済産業政策局調査統計部産業統計課による平成 12(2000)年度の⑨工業製造品年間出荷総額を抜粋し、国土交通省自動車交通局技術安全部管理課による平成 12(2000)年度の⑩自動車総保有台数から、1人当たりの保有台数を独自に算出した。

理学療法士数と各市および町の人口統計、世帯状況、経済状況に関する前記 30 指標との関連性は、増減法による重回帰分析を用いて検討

表-1 市および町における人口統計・世帯状況・経済状況に関する分布

変数名	平均値	標準偏差	変動係数	最小値	最大値
理学療法士数 (2000年, 人)	8.83	22.1	250.43	0	345
住民基本台帳人口 (2000年, 人)	37461.64	71064.23	189.7	981	786964
人口密度 (2000年, 人/km)	701.19	1385.53	197.6	2.9	13558.4
転入人口 (2000年, 人)	1606.84	3370.31	209.75	35	35149
転出人口 (2000年, 人)	1650.87	3400.354	205.97	42	34872
年齢別人口構成比: 15歳未満 (2000年, %)	14.55	2.01	13.84	4.7	25.2
年齢別人口構成比: 15~29歳 (2000年, %)	17.77	3.07	17.31	6.7	26.6
年齢別人口構成比: 30~44歳 (2000年, %)	16.99	2.32	13.65	7.3	26.9
年齢別人口構成比: 45~64歳 (2000年, %)	28.2	1.99	7.05	20.3	37.3
年齢別人口構成比: 65歳以上 (2000年, %)	22.49	6.55	29.12	7.4	50
昼間人口 (2000年, 人)	35840.04	71061.39	198.27	895	738502
昼夜間人口比 (2000年, %)	93.32	10.33	11.07	60.9	171.5
住民基本台帳世帯 (2000年, 世帯)	13444.65	27510.4	204.62	518	304903
国勢調査世帯: 一般世帯 (2000年, 世帯)	13229.04	27314.39	206.47	498	296140
国勢調査世帯: 単身世帯 (2000年, 世帯)	3213.98	7964.49	248.81	90	86263
単身世帯比 (2000年, %)	19.87	6.78	34.1	6	49.6
新設着工住宅 (2000年, 戸)	331.23	755.09	227.96	0	8516
産業3部門別就業人口比: 第1次産業 (2000年, %)	13.45	10.46	77.76	0.1	64.5
産業3部門別就業人口比: 第2次産業 (2000年, %)	32.18	8.48	26.35	6	60.1
産業3部門別就業人口比: 第3次産業 (2000年, %)	54.04	9.98	18.47	26.1	88.7
就業者総数 (2000年, 人)	18609.44	35349.16	189.95	305	372689
産業3部門別就業者数: 第1次産業 (2000年, 人)	1127.47	1179.64	104.63	12	13855
産業3部門別就業者数: 第2次産業 (2000年, 人)	5802.38	10475.06	180.53	55	121685
産業3部門別就業者数: 第3次産業 (2000年, 人)	11513.2	24265.53	210.76	223	248120
1人あたり地方税収入額 (2000年, 百万円)	0.11	0.05	49.7	0.03	0.89
地方税収入伸び率 (1999/2000年, %)	97.52	4.04	4.14	67.3	169.9
1人あたり歳出額 (2000年, 百万円)	0.54	0.29	53.6	0.22	3.96
1人あたり預貯金残高 (2000年, 百万円)	3.67	1.09	29.76	0.9	13.08
所得格差 (2000年, 百万円)	79.01	18.94	23.97	28.5	177.7
工業製造品年間出荷額 (2000年, 百万円)	99262.67	276029.51	278.08	0	8366114
1人あたり自動車保有台数 (2000年, 台)	0.68	0.11	15.67	0.274	1.06

表-2 市および町別理学療法士数と社会経済的因子との関連性

変数名	相関係数	t 値 (標本数)	有意水準
理学療法士数 (2000年, 人)			
住民基本台帳人口 (2000年, 人)	0.84	79.04 (2553)	0
人口密度 (2000年, 人/km)	0.32	16.95 (2553)	0
転入人口 (2000年, 人)	0.78	63.29 (2553)	0
転出人口 (2000年, 人)	0.8	66.48 (2553)	0
年齢別人口構成比: 15歳未満 (2000年, %)	0.13	6.85 (2553)	0
年齢別人口構成比: 15~29歳 (2000年, %)	0.31	16.22 (2553)	0
年齢別人口構成比: 30~44歳 (2000年, %)	0.3	16.1 (2553)	0
年齢別人口構成比: 45~64歳 (2000年, %)	0.01	0.44 (2553)	0.66
年齢別人口構成比: 65歳以上 (2000年, %)	-0.3	15.6 (2553)	0
昼間人口 (2000年, 人)	0.86	85.44 (2553)	0
昼夜間人口比 (2000年, %)	0.18	9.14 (2553)	0
住民基本台帳世帯 (2000年, 世帯)	0.85	81 (2553)	0
国勢調査世帯: 一般世帯 (2000年, 世帯)	0.85	80.66 (2553)	0
国勢調査世帯: 単身世帯 (2000年, 世帯)	0.85	79.81 (2553)	0
単身世帯比 (2000年, %)	0.29	15.03 (2553)	0
新設着工住宅 (2000年, 戸)	0.8	66.9 (2553)	0
産業3部門別就業人口比: 第1次産業 (2000年)	-0.3	15.67 (2553)	0
産業3部門別就業人口比: 第2次産業 (2000年)	-0.13	6.69 (2553)	0
産業3部門別就業人口比: 第3次産業 (2000年)	0.4	22.03 (2553)	0
就業者総数 (2000年, 人)	0.83	75.36 (2553)	0
産業3部門別就業者数: 第1次産業 (2000年)	0.49	28.3 (2553)	0
産業3部門別就業者数: 第2次産業 (2000年)	0.74	56.27 (2553)	0
産業3部門別就業者数: 第3次産業 (2000年)	0.85	80.73 (2553)	0
1人あたり地方税収入額 (2000年, 百万円)	0.19	9.61 (2553)	0
地方税収入伸び率 (1999/2000年, %)	-0.01	0.48 (2553)	0.63
1人あたり歳出額 (2000年, 百万円)	-0.23	11.67 (2553)	0
1人あたり預貯金残高 (2000年, 百万円)	0.37	19.88 (2553)	0
所得格差 (2000年, 百万円)	0.3	15.6 (2553)	0
工業製造品年間出荷額 (2000年, 百万円)	0.46	25.86 (2553)	0
1人あたり自動車保有台数 (2000年, 台)	-0.27	13.95 (2553)	0

した。なお、データの集計および解析には、統計ソフトHALWINを使用した。

III 結果

1. 基本的属性に関する分布

市および町の人口統計、世帯状況、経済状況に関する分布は、表1に示した通りである。

2. 理学療法士数と社会経済的因子との関連性

理学療法士数と社会経済的因子 30 指標との間で、統計的に有意な水準で相関が認められた指標は 28 指標であった(表2)。この 28 指標のうち、正の相関が認められたのは、人口統計に

関しては「住民基本台帳人口(相関係数 0.84)」、「人口密度(相関係数 0.32)」、「転入人口(相関係数 0.78)」、「転出人口(相関係数 0.80)」、「(15歳未満(相関係数 0.13))」、「15~29歳(相関係数 0.31)」、「30~44歳(相関係数 0.30)」、「昼間人口(相関係数 0.86)」、「昼間人口比(相関係数 0.18)」の9指標であった。

世帯状況では、「住民基本台帳世帯(相関係数 0.85)」、「一般世帯(相関係数 0.85)」、「単身世帯(相関係数 0.85)」、「単身世帯比(相関係数 0.29)」、「新設着工住宅戸数(相関係数 0.80)」の5指標であった。

経済状況は、「第3次産業の構成比(相関係数

表-3 市および町別理学療法士数と社会経済的因子との関連性

変数名	回帰係数 (標準誤差)	標準偏回帰係数	F 値 (p値)	偏相関係数
1人あたり預貯金残高	5.36 (0.36)	0.26	216.49 (0)	0.28
第3次産業就業人口比	0.53 (0.05)	0.24	134.52 (0)	0.22
年齢別人口構成比 (15~29歳)	0.81 (0.15)	0.11	28.18 (0)	0.1
人口密度	0 (0)	0.09	16.57 (0)	0.08
定数	-54.52			
重相関係数 (二乗)	0.5 (0.25)	F値 216.39 (4, 2548)		

0.40)」、「就業者総数(相関係数 0.83)」、「第1次産業就業者数(相関係数 0.49)」、「第2次産業就業者数(相関係数 0.74)」、「第3次産業就業者数(相関係数 0.85)」、「1人あたり地方税収入額(相関係数 0.19)」、「1人当たりの預貯金残高(相関係数 0.37)」、「所得格差(相関係数 0.30)」、「工業製造品年間出荷総額(相関係数 0.46)」、の9指標であった。

また負の相関が認められたのは、人口統計における「65歳以上(相関係数-0.30)」の1指標、経済状況の「第1次産業の構成比(相関係数-0.30)」、「第2次産業の構成比(相関係数-0.13)」、「1人当たりの歳出総額(相関係数-0.23)」、「1人当たりの自動車保有台数(相関係数-0.27)」の4指標であった。

「理学療法士数」を従属変数に、また前項の分析で有意な相関が認められた28指標を独立変数とした増減法による重回帰分析を行った。ただし、産業3部門別就業人口比(第1次産業、第2次産業、第3次産業)については、3つの人口比のすべてにおいて有意な相関が認められ、これらのカテゴリーの合計が100%となるため、カテゴリー間の独立性を保証するために、3つのうちのいずれか2つのカテゴリーを解析に組み込んだ。また、各指標間において相関が高いことから、多重共線性⁸⁾が認められる指標は、

その都度、分析から除外した。

その結果(表3)、選択された指標は4指標で、標準偏回帰係数に着目するなら、「1人当たりの預貯金残高(標準偏回帰係数 0.26)」「第3次産業の構成比(標準偏回帰係数 0.24)」「年齢別人口構成比(15~29歳)(標準偏回帰係数 0.11)」「人口密度(標準偏回帰係数 0.09)」の順となっていた。この4指標を用いたときの重相関係数は0.50、寄与率は0.25であった。

IV 考察

本研究は、全国の市および町における理学療法士数の格差と社会経済的因子との関連性について検討した。

分析対象を市および町単位に限定し、村を除外した理由は、村の区域内には医療機関など医療資源の違いから、理学療法士数が0(ゼロ)であることが多かったからである。都道府県単位の分析では、同一県内においても大きな格差がみられ、その格差を平均化せざるを得ないことから本来の地域格差を過小評価してしまう可能性を考慮したからである。

その結果、市および町における理学療法士数の格差には「1人当たりの預貯金残高」「第3次産業の構成比」「年齢別人口構成比(15~29歳)」「人口密度」の4指標が関連している結果となっ

た。標準偏回帰係数の符号から、「1人当たりの預貯金残高」は多ければ多いほど、「第3次産業の構成比」は、高ければ高いほど、「年齢別人口構成比(15～29歳)」は高ければ高いほど、「人口密度」は高ければ高いほど「理学療法士数」が多いことを示している。

これらのことから、富裕層や企業の集中している割合が高く、サービス業などの就業率が高く、若年層の割合が高く、人口の密度が高い市および町において理学療法士の数が多いことが明らかにされた。

「1人当たりの預貯金残高」が高いことは、企業や団体の預貯金が含まれるため、大都市や企業が集中している市および町であることを示している⁹⁾。財政上の地位をみるなら、大工場の固定資産税、市民税などが大きいことを意味している。

第3次産業(商業、金融業、運輸通信業、サービス業など)は、第2次産業(建設業、製造業、鉱業など)とともに「都市化」(都市的産業)の指標とされ、都市部においては、第2次・第3次産業に依存して生活している割合が高い生業形態の特徴が認められる¹⁰⁾。

このように、地方よりも産業化がすすんだ都市部に理学療法士数が多くなる現象を説明している。

若年層の割合が高いことは、逆にいえば中高年齢人口比率が低いことを意味しており、高齢化の進んでいる地域には理学療法士の数は少ないことを示している。高齢化が進み、医療技術の進歩が続けば、寝たきり老人や認知症高齢者の数はますます増大し、寝たきりの期間も長期化する可能性は大きい。老年人口の高率が寝た

きり老人や認知症高齢者の出現率を高率にする大きな要因であり、このことは、要介護体制の整備に深くかかわってくる。したがって、高齢化の進展している市および町では現実績以上のリハビリテーション医療サービス体制の整備を講ずる最大限の努力が要請されよう。

人口密度については、人口集中の激しい都市部ほど理学療法士の数が多く、人口密度の低い地域に理学療法士の数が少なくなっていた。人口密度の低い地域の分布は、農村とくに山村僻地や離島であり、その多くが過疎地域に属していると言える。このように過疎地ではリハビリテーション医療は立ち遅れており、リハビリテーションサービスを円滑に利用できる仕組みを検討していく必要がある。

過疎地域には高齢者が多いというだけでなく、一人暮らしや高齢者夫婦のみの世帯が多く、周辺部を含めた広範な地域に多数の高齢者が散在しているという特徴がある。雇用の拡大や人口の減少への歯止めの効果があがらず、産業立地策は困難を極めている¹¹⁾、これら地域の理学療法士数が少ないことが特徴的であった。

都市部に比して、医療施設などにおいて不利な条件を抱えている過疎地域において、全国一律な政策や広域的な対応では、高齢者が安心して暮らせる医療環境は望むべくもない。これら過疎地域の特性を踏まえつつ、重点的かつ効果的な公共的医療供給システムの必要性があると考える。

V まとめ

市および町における理学療法士数の格差には「1人当たりの預貯金残高」「第3次産業の構成

比」「年齢別人口構成比(15～29 歳)」「人口密度」の4指標が関連していることを明らかにした。

このような市町村間格差は、高齢化の進展度や過疎化の深度のみならず、財政事情、経済立地、産業構造などの相違によって生じていることを意味している。したがって、各自治体にあつては、地域状況(高齢化・過疎化・産業化・財政基盤等)の多様化とともに、地域の実情に適合したリハビリテーションに関わる理学療法士の確保に努めることが重要となろう。

文献

- 1) 乗本吉郎：過疎問題の実態と論理. 財団法人富民協会, 129-135. 1996.
- 2) 遠藤晃祥・太田誠・橋本伸也・合田真弓：北海道理学療法士会会員の需給動向について. 北海道理学療法, 18, 62-66, 2001.
- 3) 水野樹・横山武志・植木正明・福山東雄・鈴木利保・花岡一雄：日本における麻酔科医数の地域格差. 麻酔. 53, 443-449, 2004.

4) 末高武彦・小松崎明・石井端樹・飯田弘之：市町村別にみた人口10万人対歯科診療所歯科医師数. -1978, 1988, 1998年の比較-. 日本歯科医療管理学会雑誌, 37(2), 185-193, 2002.

5) 大石杉乃・内藤雅子・根岸龍雄：看護従業者数に地域差が生じた要因. 民族衛生, 67(5), 206-218, 2001.

6) 日本理学療法士協会編：日本理学療法士協会会員名簿. 2003.

7) 朝日新聞社編：民力, 朝日新聞社, 2004.

8) 高木廣文：HALWINによるデータ解析, 現代数学社, 157, 1998.

9) 週刊ダイヤモンド編集部編：全国693都市ランキング, ダイヤモンド社, 1998.

10) 厚生労働省編：労働白書, 日本労働研究機構, 1999.

研究協力者：桜木康広、盛田寛明、田中拓
(青森県立保健大学)

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

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

分担研究者 佐直 信彦 東北文化学園大学教授

本研究は、宮城県の訪問リハビリテーション(病院および訪問看護事業所が理学療法士、作業療法士等を派遣する事業として本研究は定義した)の効果からサービス提供側からの評価から実態の把握を行うものである。

介護保険制度による訪問リハビリテーションは、医療機関が行う事業として位置づけられているが、現状としては訪問看護事業所が理学療法士(以下 PT)、作業療法士(以下 OT)を派遣して行う割合が多いことが分かった。

訪問リハビリテーションの評価は ADL 評価を使用し病院および訪問看護事業所が回答できる手法を取った。

この調査結果としては、ADL 評価の 7 項目、3 段階の評価で訪問開始時から本調査日まで全ての項目に変化が現れないケースが約 63%見られた。また、年齢階層別の ADL 評価をみると、各年齢層でリハビリテーション効果が認められた。加齢による ADL 低下を防ぐ効果が期待された。

最後に、3 年間の総括を行った。

A 研究目的

介護保険導入により、各種サービスの需要が伸びている中、利用率が著しく低いまま推移しているのが訪問リハビリテーションである。

一方で、統計上はカウントされない訪問看護事業所から PT、OT を派遣して行う訪問看護が増えている状況が推測されている。

本調査研究では、宮城県における医療機関が行う訪問リハビリテーションと訪問看護事業所のリハビリテーションサービスの実態を把握した。その上で、医療機関及び訪問看護事業所

から PT、OT が訪問して行うリハビリテーション(以下訪問リハビリテーションと略称する)の効果を示し、利用者の身体機能の維持・改善そして低下がどのような状況にあるかを明確にし、問題点を明らかにするものである。

1. 宮城県内の訪問リハビリテーションの実働状況
2. 訪問リハビリテーションの ADL 評価による効果
3. 主傷病別の ADL 評価による効果
4. 脳血管疾患の ADL 評価による効果

B 研究対象と方法

1. アンケート調査

① 一次調査

a) 対象

宮城県内の病院(150 病院)・訪問看護事業所(100 事業所)を対象に訪問によるリハビリテーションを実施しているかを聞いた。

b) 調査方法

調査方法は質問用紙を郵送する郵送方式で行ったが、回収は、ファックスで行い、この点で懸念される電話の掛け違い等を考慮しそれぞれの事業所には作成した事業所番号を予め記載した調査票を送付し、ファックスの送信を誤った場合でも事業所名が出ないように注意をした。

c) 調査期間

平成 17 年 8 月

d) 調査項目

病院

在宅訪問リハビリテーション指導管理、在宅患者訪問看護・指導、訪問リハビリテーションの実施状況を聞いた。

訪問看護事業所

理学療法士・作業療法士・言語聴覚士派遣による訪問看護、訪問看護のメニューとして看護師によるリハビリテーションの実施状況を聞いた。

この調査はあくまでも二次調査の対象を決める調査として行った。

② 二次調査

a) 対象

一次調査で訪問リハビリテーショ

ンを行っている事業所

b) 調査方法

一次調査で訪問リハビリテーションを行っている病院・訪問看護事業所へアンケート調査を行った。二次調査も同様に必要部数を郵送方式で行い、回収も郵送にて行った。

c) 調査期間

平成 18 年 2 月

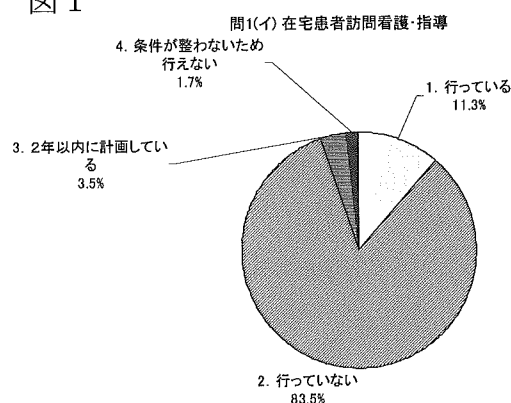
d) 調査項目

病院・事業所名、年齢、性別、利用者の市町村名、適用保険、主傷病発症後の経過期間、訪問開始日、紹介元、家族構成、主傷病名、主傷病の入院期間、入院リハビリテーションの有無、ADL 評価(移動、食事、排泄、入浴、着替、整容、意思疎通)、介護度

C 研究成果

1. 宮城県の訪問リハビリテーション実施機関

図 1



集計は病院と訪問看護事業所を別に行った。図 1 は、病院にて介護保険の訪問リハビリテーションを実施しているか否かを聞いた質問である。

行っているが11%で13病院が訪問リハビリテーション（介護保険事業）として行っているという回答があった。また、その患者数を実人数で聞いており、総数で126名の患者数があった。

さらに、訪問看護事業所は、図2のような実施状況であった。

本研究は、PT、OT等の訪問リハビリテーションを対象としているが、訪問看護事業所で、看護師が訪問看護のメニューでリハビリテーションを行っている状況についても調査した。

結果は、図3のとおりであり、事業所としては、訪問リハビリテーション

を訪問看護のメニューとして取り組んでいる事業所が86%あり、PT、OTによる訪問リハビリテーションを行っている事業所の約2倍であった。

また、利用者数も、表1のように多少であるが、PT、OT等の訪問が上回っていた。

表1

OT・PT・STによる訪問看護	1,360件
看護師によるリハビリテーション	1,032件

2. 患者・利用者調査

利用者調査の回収は訪問リハビリテーションを行っている事業所の約半数から回答を得た。

表2

二次調査回収状況

	施設数	患者・利用者数
病院	4	27
訪問看護事業所	15	500
総計		527

病院が2病院は行っていないと訂正があった。

図2

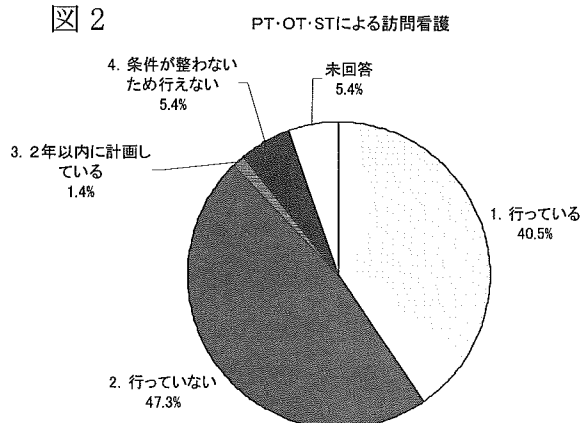
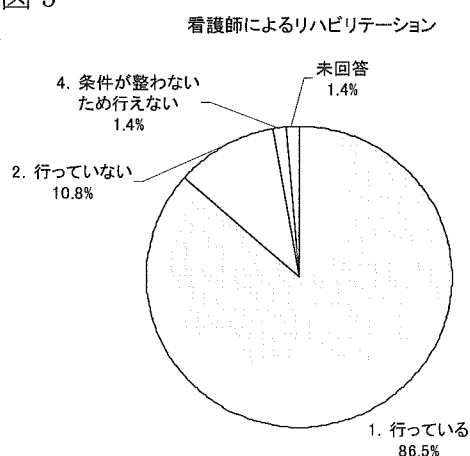
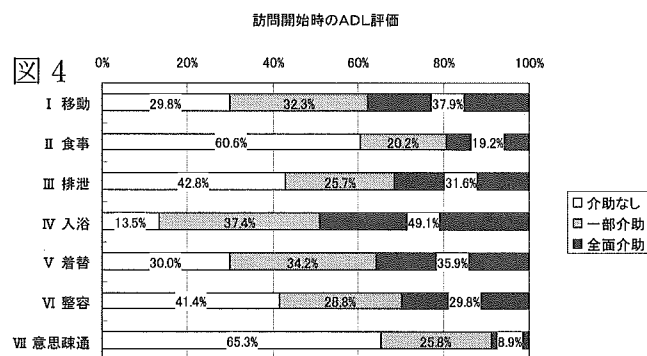


図3



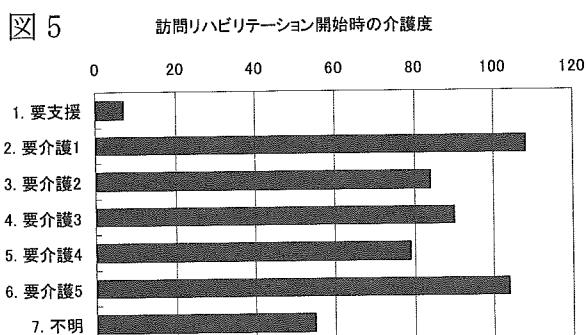
a) 訪問リハビリテーションの開始時のADLの状況

患者・利用者の訪問開始時のADL評価および介護をみると図4の状況であった。



訪問開始時の ADL 評価からみると、一部介助と全面介助の割合は各項目とも同じような傾向を示し、全介助の比率が高ければ一部介助の比率も高かった。全介助及び一部介助の割合は入浴、移動、着替の順になっていた。

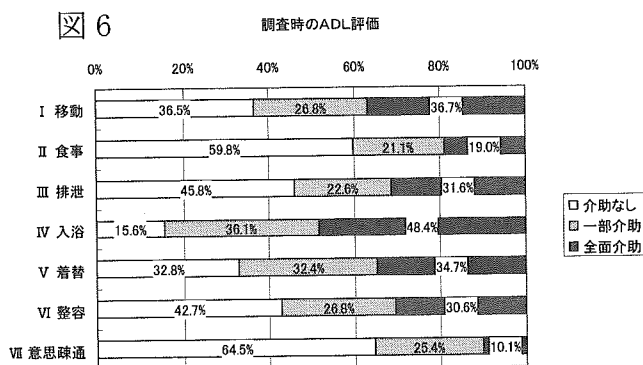
さらに、要介護度の状況は図 5 の通りであった。



最も多いのが要介護1で次に要介護5の順になっている。ここでの不明は介護保険の認定者以外も入っているためである。

b) ADL 評価の開始時と調査時の変化

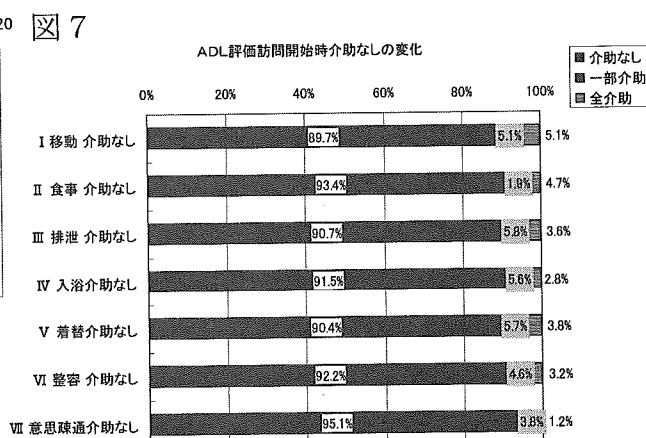
ADL 評価における訪問開始時の状況 (図 4) と、調査時の状況 (表 6) を比較すると、各項目とも 3 段階の比率はほとんど変化していない。



各評価段階の中での入れ換えがあるため、開始時に、介助無し、一部介助、全介助の 3 群別に、各項目を訪問開始時と調査時の変化を分析した。

(1) 開始時介助無し群

図 7 は、ADL 評価の項目ごとに、訪問開始時と調査時の状況をクロス集計したものである。



この群の ADL 評価の中で最も軽い症状を意味しているため、ADL 評価の変化がほとんどみられないのが特徴であった。リハビリテーションが行われた対象の 9 割以上が維持を保っている状況と判断できる。

また、改善があっても示すことができないので、変化として示される機能は低下ということになり、一部介助、全介助あわせて、5%前後であった。その中では移動、着替え、排泄の順となっている。

(2) 開始時一部介助群

図 8 は訪問開始時の ADL 評価で一部介助が必要な状況からの変化を示し