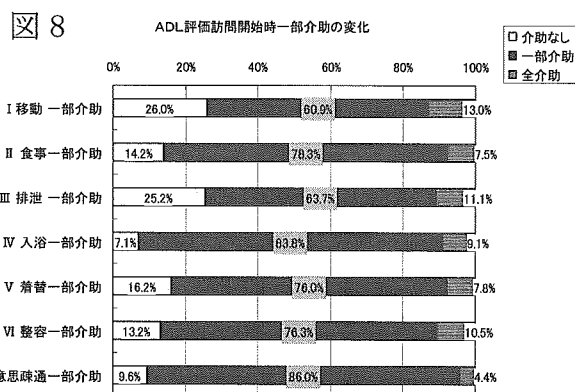


た。この群では調査時に悪化している者と改善している者がみられたが、変化無しが最も多く 60～86%であった。改善は 7～26%、悪化は 4～13%の範囲にあった。

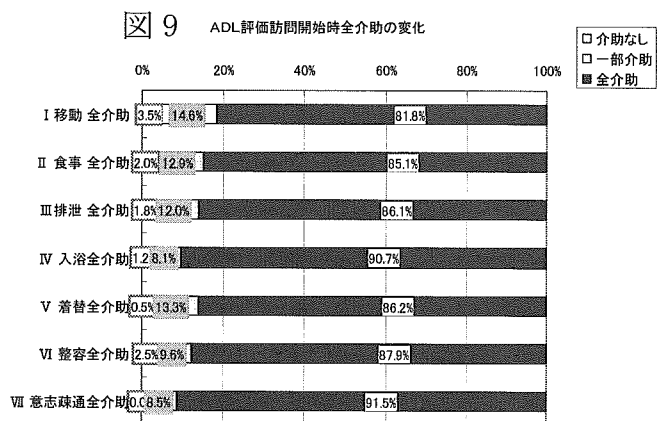


この群で、改善が目立っているのが移動と排泄であり、リハビリテーションによって改善されていく中で家族や本人の望まれる効果と思われる。

同様に、低下においても割合は少ないものの移動と排泄が上位を占めていた。すなわち、移動と排泄は変動の比率の高いADL項目といえる。

(3) 開始時全介助群

開始時全介助の群の変化を図 9 に示した。



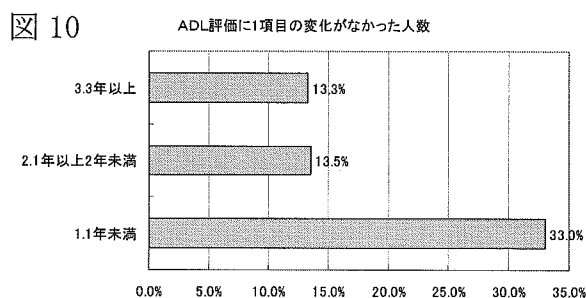
この群では、これ以上低下の項目が無いいため、変化は、全て改善となる。全介助からのADL評価で改善の割合は移動、着替え、食事の順になっており、排泄の改善への割合が一部介助と比較すると伸びていない状態であった。

c) ADL 評価の変化と訪問期間

ADL 評価に影響を及ぼす要因のひとつと考えられる訪問期間との関係进行分析した。

(1) 評価全項目で変化のなかった群

ADL 評価の 7 項目が開始時より変化していない状況で、1 年未満で 527 名中 33%に変化が無い、いわゆる維持していることになる。



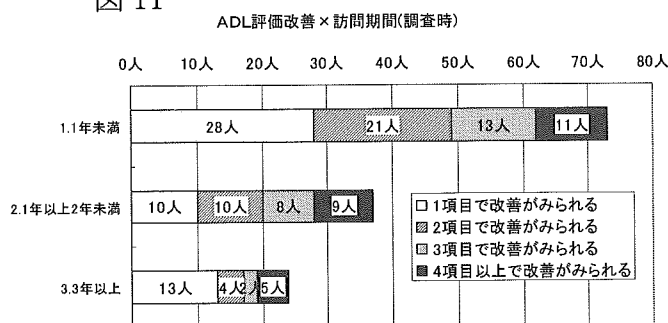
ADL 評価を 3 段階の枠の中で変化を見るには、評価尺度が大雑把過ぎるといふ批判もあるかと思われるが、7 項目に一つも変化がない状況が続くことが維持というリハビリテーションの効果として、リハビリテーションの適用とするには根拠が薄いように思われる。

逆に、3 年以上も ADL に変化がないというのは、加齢変化を超えてリハビリテーション効果が示されたとも言えるが、この状況については今後の課題ともなる内容かと思われる。

(2) 評価項目に改善のあった群

ADL 評価項目の 7 つの内、1 つでも改善があった 134 人を訪問開始時から調査日までの時間をクロス集計したものが図 11 である。

図 11

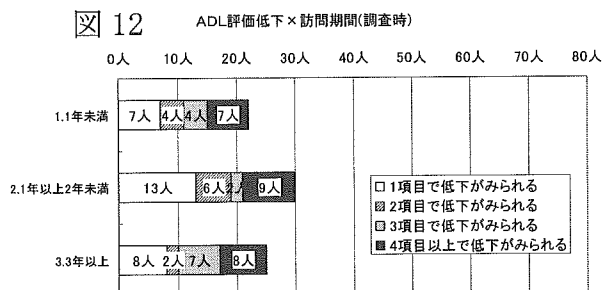


1年未満で4項目以上11名、中でも7項目全てに改善が見えたのが2名おり訪問リハビリテーション開始後1年未満で現れている。逆に、3年以上の経過があっても4項目以上の改善が見られるということは、長期にわたってリハビリテーション効果が期待されることが分かった。しかし、どの時点で改善が見られたのかは、この調査で把握できなかった。

(3) 評価項目で低下のあった群

図 12 は、評価項目で低下のあった群の訪問期間別に示したもので、人数は改善に比べて減少しているが、4項目以上の低下が各時間ともに一定のように現れている。

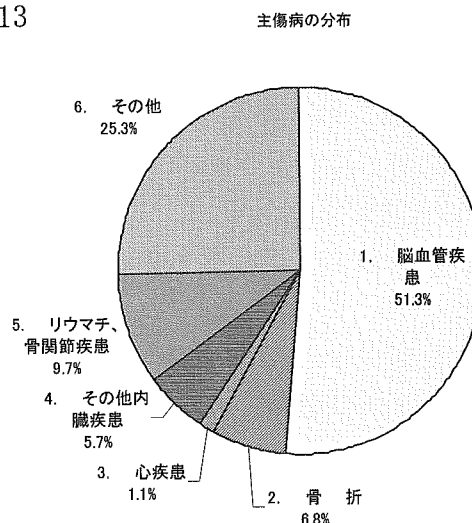
図 12



d) 主傷病別の分析

主傷病による訪問リハビリテーションの利用者分布は図 13 の通りである。

図 13



主傷病は、脳血管疾患が約半数を占めている。その他の疾患としては、難病等があり本調査で設定した以外のカテゴリーが約 25%を占めた。

図 14

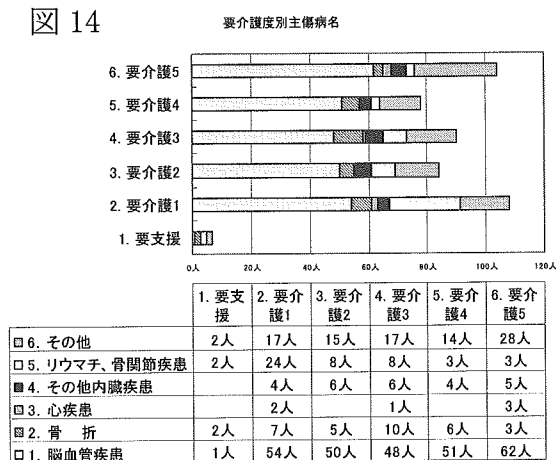


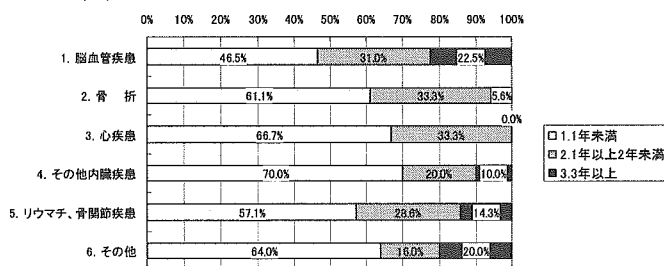
図 14 の主傷病と要介護度のクロス集計では、介護度 1 の利用者が最も多く、要介護度 5、要介護度 3 の順であり、ほぼ半数が脳血管疾患であった。

(1) 主傷病別の ADL 評価の変化

調査日までの訪問期間で、ADL 評価の項目で 1 項目以上改善があった 134 名は全体の割合では約 25%を占めているが、訪問開始時の ADL 評価で 7 項目とも介助なしという評価が 43 名いるためこの数を差し引いた母数としては 484 名が妥当なのでその割合をみると 27%にあたる。この人数を主傷病ごとに割合で示したものが図 15 である。

改善がみられる傾向としては、特に 1 年未満の期間で何らかの改善が見えてきている。

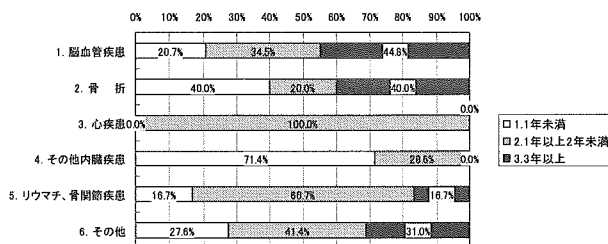
図 15 主傷病とADL評価の改善の状況



また、低下について、同様の条件で 77 名(16%)を主傷病ごとに割合で示したものが図 16 である。

主傷病ごとに低下の時期が異なっているが、その他内臓疾患以外は初年度の割合が少なくなっている。

図 16 主傷病とADL評価の低下の状況



この低下を予防することも、リハビリテーション効果であり、時間ともに

種々の要因で低下があると思われる。

(2) 主傷病の脳血管疾患の特徴

主傷病の中で、約半数を占めている脳血管疾患について、さらに条件を細分化してみる。

図 17 脳血管疾患のADL評価の分布

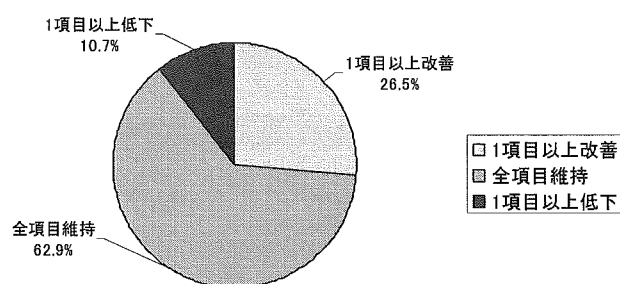


図 17 は調査時期の状況で、ADL 評価で全項目とも全く変わらない割合が 62.9%あり 1 項目以上改善があったのが 26.5%、同様に低下は 10.7%であった。

図 18

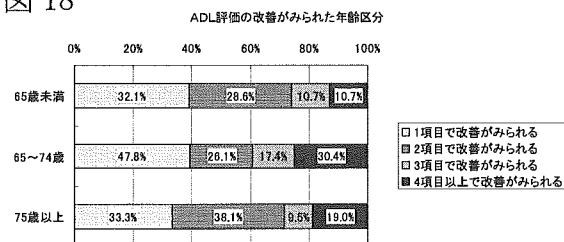
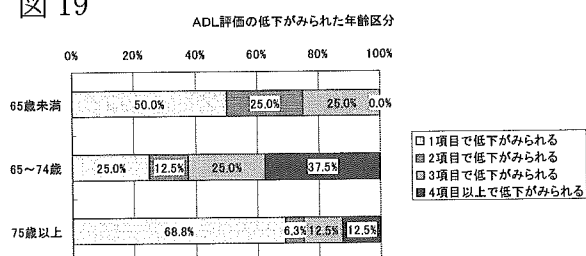


図 18 は、ADL 評価 7 項目に一つでも改善がみられた方の年齢別に分け、その割合を示したものである。

主傷病は脳血管疾患の条件の中で、65~74 歳が 4 項目以上で改善がみられている。

これには、訪問回数等などの諸条件の違い等は考えられるが、年齢が若いというだけで効果が見えるということではないことが分かる。

図 19



また、低下を同様にみてみると（図 19）、65歳未満では4項目以上の低下がみられないのも特徴であるが、75歳の高齢者では1項目の低下の割合が多かった。75歳以上でも他項目にわたる低下が予防できるといえる。

D 考察

1. 宮城県の訪問リハビリテーションの実働状況

医療機関が行う訪問リハビリテーション（介護保険適用）の実働としては、11%で、訪問看護事業所が行うPT、OT等の派遣による訪問リハビリテーションは40%が行っていた。利用者数においても、前者では126名にすぎず、訪問看護事業者の1,360名の10分の1以下であった。

医療機関による訪問リハビリテーション料と訪問看護事業所からPT、OTを派遣して行うリハビリテーションの訪問看護料には差異があり、経営的には前者が著しく不利になっている。この一物二価が医療機関からの訪問リハビリテーションのかかわりを阻害してきたことは否めない。18年度の診療報酬及び介護保険介護報酬改正によって、訪問看護事業所からのPT、OT派遣の回数の制限と医療機関から

の集中的な訪問リハビリテーション加算によって、一物二価の是正が図られることとなった¹⁾。

さらに、訪問リハビリテーションを介護保険事業として定着させるためには、病院の事業の一環として行うのではなく、訪問看護事業所と同形態による完全な事業化として行うことが必要であると思われる。そのためにも訪問リハビリテーションの適用と効果に関するエビデンスを蓄積する必要があるだろう。

2. ADL 評価での訪問リハビリテーション効果の明確化

リハビリテーション効果判定は標準化されたADL尺度（バーセルインデックスBI、FIM）が用いられる。

本調査はこのような標準化された尺度で共通に評価しているところはなかったため、独自に7項目、3段階の順序尺度を採用した。

このため、ADL評価の7項目3段階の尺度では示しきれない内容も多分に含まれていることも付け加えたい。

訪問リハビリテーションの訪問開始の時期のADL評価では、入浴の介助が一部介助と全介助あわせて86%であり、最も自立が困難なADL項目であるといえる。

これは、動作が複雑であり、ある程度の危険もあるため介助が必要という状況からの判断であろう。

次に移動のADL評価で介助が必要という状況が多くなっているが、開始時と調査時の変化が最も多く見られる

項目でもある。この項目がリハビリテーションへの動機としても重要と考えられる。

また、訪問リハビリテーションを受けている利用者の要介護度であるが、要支援は少ないものの、要介護度 1～5ともほぼ同数（80～100 人の間）であって、他のサービスのよう軽度や重度に集中することが無かったのが特徴と言える。

これは、訪問によるリハビリテーションが必要であったかどうかという適用基準が明確ではないことの現れともいえる。

さらに、ADL 評価の変化では、ADL 評価の 7 項目 3 段階で全く変化が無かった者が 6 割あり、これは維持が出来たという効果と判断すべきかは、対照をおいた研究が必要となろう。

また、ADL 評価で全項目が介助なしという状況から全く変化が無かった人数が 40 名（7.6%）おり、訪問によるリハビリテーションが本当に必要か否かということも上記の疑問を抱かせた理由である。

機能維持とは低下しなければ良いということではないことから、訪問リハビリテーションの適用の基準化が必要となろう。

次に改善について、開始時の介助レベルにかかわらず、改善する者が認められた。とくに開始時一部介助の者では排泄 25%、移動（26%）の改善が顕著である。訪問リハビリテーションの効果が大きいことを示している。

さらに排泄で機能の低下については、

開始時介助なし群で 5%前後、一部介助分では 10%前後、その原因を明らかにすることが今後の課題とも思える。

開始時と調査時の変化は、訪問期間、年齢、主傷病にかかわりなく、同様であった。このことは、訪問リハビリテーションの適用は、発症からの期間、年齢、主傷病によって制約を受けることではなく、リハビリテーションが必要な機能状態に対して、適切なリハビリテーションサービスが提供できることが肝要であることを示している。

従って、現行で行われているサービス提供までの手順の見直しや専門職の指導に関しても一定レベルでの標準を保つことが、今後は重要なことと判断される。

3. 脳血管疾患の ADL 評価の効果

今回の調査における患者・利用者の半数を占める脳血管疾患の ADL 評価をみると、全体的な内容はほぼ前述した内容と同様の結果が出ている。

詳細として行った分析では、年齢区分によるクロス集計であるが、この点では、一般的には年齢と共に機能低下が起こると考えられていることが、リハビリテーション効果によって改善が見られることや、機能低下も 1 項目の低下で予防ができている状況もあり、この割合がさらに伸びることが重要と考える。

E 総括

介護保険制度下におけるリハビリテーションサービスのあり方について

て3年間の調査研究を総括する。

平成15年度は、リハビリテーションの第一段階であるリハビリテーション医療・リハビリテーション医療病床数について調査した。宮城県の場合リハビリテーション適用の病床の充足率は充分でなく、介護老人保健施設のリハビリテーション機能が期待されていたが、介護老人保健施設は施設基準からリハビリテーションが充分に実施されるとは限らず、障害の重度化も伴って、介護老人保健施設の福祉施設化（長期入所化）が認められた。

平成16年度調査では、宮城県県北のI町における介護保険サービスの実態を調査した。事前のリハビリテーション医療サービスが皆無のI町では、利用者からは訪問介護・通所介護サービスにリハビリテーション機能が期待されていた。対象の前年度との比較では、要介護度の進行は阻止できず、介護保険におけるリハビリテーション機能の確保が求められた。

平成17年度調査では、訪問によるリハビリテーションは、訪問看護事業所からPT、OT派遣によるリハビリテーションが主流であり、統計上は訪問リハビリテーションが著しく低率に推移しているからくりが明らかとなった。

訪問リハビリテーションの効果を検証するためには、対照試験、たとえば、訪問看護事業所の看護師訪問によるリハビリテーション或いは医療機関で実施している訪問リハビリテーションからの訪問によるリハビリテ

ーション効果を明らかにすることである。その際、訪問リハビリテーションの適用基準を明確にすることが課題である。

ノーマライゼーションの実現を目指す地域リハビリテーションでは、リハビリテーション専門職の偏在が問題となっている。地域における、とくに県周辺地域、リハビリテーション専門職の不在をカバーするためには、市町村保健師、介護職種、ひいては家族などもチームの一員とするインターディシプリナリーモデルによるアプローチが必要である。インターディシプリナリーモデルとは、在宅サービスを提供するチームのような協働・連携を重視するものである。インターディシプリナリーモデルの進んだものとして、しばしば、トランスディシプリナリーモデルが適用される。これは、「役割開放」(role release)と呼ばれ、意図的、計画的に専門職間の役割の横断的共有を行うものである²⁾。PT、OTの不在の地域におけるリハビリテーション機能を市町村保健師、介護職種に期待したい。

引用文献

- 1 日本医師会：改訂診療報酬点数表参考資料(平成18年4月1日実施). 2006
- 2 菊地和則：多職種チームとは何か. リハビリテーション看護研究：2-15, 2002

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

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 —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評価—

分担研究者 安梅勅江 国立看護大学校研究課程教授

本研究は、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評価を目的に、訪問・通所リハビリテーション関連職種及びサービス利用者29名に対し、フォーカスグループインタビュー調査を実施した。その結果、実際の支援場面における1)個別支援、2)相互支援、3)コミュニティ支援、に沿った項目を抽出し、今後のシステム化に向けての有効な示唆を得た。

A. 研究目的

2000年4月に導入された介護保険においては、訪問・通所リハビリテーションなどがサービス内容として組み込まれ、これらを他のサービスとの組み合わせ、総合的なアセスメントと評価に基づく複合的な活用が期待されている。

一方、在宅生活を継続していく上で、機能低下の予防という視点から訪問・通所リハビリテーションサービスを整備する必要性は極めて高い。利用者の抱える問題は、複合的な要因により引き起こされており、障害特性別、日常生活能力別、使用場面別など、多面的な条件設定のもとで活用のためのアセスメントや評価が求められている。

本研究は、初年度に地域特性を勘案した活用の専門性評価試案の作成、次年度に実用化試案の開発を踏まえ、最終年度として地域に在住する要介護高齢者の訪問・通所リハビリテーションの有効活用に関する多角的な質的情報把握

から、在宅支援モデルプログラムの自治体における実用化試案の評価を目的とした。

B. 研究方法

本研究は、訪問・通所リハビリテーションに携わる専門職及びサービス利用者4グループ（1グループ6～7名）計29名に対しフォーカスグループインタビューを実施した。フォーカスグループインタビュー法は、グループダイナミックスによる相互作用による意見の引出しができること、個別面接に比べてプレッシャーが少なく、自発的な発言を引き出すことが可能であること、ある事象に詳しいメンバーを選ぶことで、意見の積み上げが可能であること、非言語的反応を観察により把握可能であること、密室性が低いことによる客観性の保持が可能なことなどの利点がある。

インタビュー内容は、訪問・通所リハビリテーションの実用化プログラムの評価、今後の展

開に向けた課題についてであった。

C. 研究結果

フォーカスグループインタビューの結果、1) 個別支援、2) 相互支援、3) コミュニティ支援、に沿った項目を抽出し、実用化プログラムを評価した。

詳細は以下のとおりである。

1. 個別支援

(1) 生きがい、楽しみ

個人が生き生きと生活するためには、人との交流、学習・趣味活動、社会貢献が重要であり、また役割を持つことが必要であるという意見が述べられた。

特に地域活動を通して、活動へのやりがいや健康増進への意識の向上につながるという意見が述べられた。

(2) 健康な生活への主体的な取り組み

いきいきと健康に生活を送るための具体的な取り組みとしては、運動、食事、ストレスコントロール、健康の受診などが重要であり、住民の健康増進への意識や関心は高かった。また特に強調されていたのは、健康を害する以前からの予防の必要性であった。

(3) 保健福祉サービスの活用

生活習慣病予防のグループでは、各種サービスを積極的に利用して症状の悪化防止や健康維持に役立てていた。一方、その他のグループでは、サービスの利用がまだまだ消極的であり、特に介護予防グループや専門職グループでは、今後さらにサービスの積極的な利用が住民にとって必要としていた。

2. 相互支援

(1) 交流の必要性

核家族化等にもない世代間交流が希薄と

なり、その影響による地域力の低下を予防するため、世代間交流が強く求められた。

仲間や近隣住民との交流は、住民の活力につながり、また情報交換の場としても重要であるとしていた。

ペットを含む家族との交流は、健康な生活の基本要素であるとの認識が多くみられた。

(2) 相互支援体制の整備

仲間や近隣住民の協力と理解では、住民同士の親密な関係、特に消防団や婦人会などの見直し、再編成の必要性があげられた。また社会参加が苦手な男性を誘い出す企画の必要性が訴えられた。

一方、家族相互の健康に関する学習と支援の重要性が述べられた。

3. コミュニティ支援

(1) 地域で支えるシステムの構築

要介護者、家族等の当事者に留まらず住民が地域活動の企画に参加できるシステム、各世代が共に参加する魅力的な地域活動や組織の構築の重要性が述べられた。さらに歩道の拡張による安全確保など生活環境のバリアフリー化が求められていた。

(2) 安心・安全な地域システム作り

利用者、提供者双方のニーズに適合したサービスの工夫や改善、緊急時の支援システムとして介護家族支援サービスの充実、保健医療福祉サービスにおける多職種連携の重要性があげられた。

(3) 地域で支えあう人材育成

先導力のある地域リーダーやボランティアなど、地域コーディネーター養成の必要性と、支えあうコミュニティ構築の重要性が述べられた。

専門職には、介護予防の視点に立った支援の充実、健診未受診者へのフォローアップ支援、利用者ニーズに適合した時宜を捉えたサービ

ス介入などが求められていた。

(4) 情報支援の充実

住民同士の健康情報の共有、他地域との情報交換が必要であるとしていた。また、健康増進情報や公共施設の積極的な利用に関する効果的なPR方法など、サービス情報提供の重要性が述べられた。

D. 考察

1) 地域で支えるシステムの構築

各グループより最も強いニーズとしてあげられたのは、「地域で支えるシステムの構築」であった。

具体的には、当事者である要介護者をはじめ、地域住民を巻き込み、住民が関心を持ってともに作り上げて行くシステムを求める声が多かった。

住民と協働して街づくりに取り組む自治体では、ボランティアの活用、協働システムの構築、条例制定などを行い、成果をあげている例がある。

したがって、地域の特性を踏まえ、住民が参加したくなる魅力的な取り組みを住民と自治体が協働して企画し実現することが重要である。

また、住民の第一のニーズは必ずしも健康問題とは限らず、まず住民ニーズが高い生活道路を整備するなど地域開発に取り組む中で、行政への信頼が得られ、結果的に健康福祉活動への住民の参加と協力が高まったという事例もある。

本調査結果でも「地域で支えるシステムの構築」の中で「環境整備」や「利便性」があげられた。バリアフリーの環境や豊かな自然のある地域づくりなど、住民活動の場としての地域を快適な環境にすることが、地域活動への参加と

協力を高める可能性が示唆された。

2) 安心・安全な地域システムづくり

次いで「安心・安全な地域システムづくり」が多くあげられ、この中では特に、「予防」と「社会参加支援」が強調された。

疾病予防や介護予防は、自分自身の生きる意義や生きがいなどを確認する自己実現のための一つの重要な手段である。また、社会参加は楽しみや役割を拡大する意味で自己実現につながる。

疾病予防と生活習慣改善に加えて、高齢者の社会的ネットワークの拡大や生きがい支援などの社会活動の活性化が必要であり、介護予防を幅広く考えることが重要性である¹⁾。

本調査では、高齢者のグループから「社会参加支援」方法の工夫を求める声があり、他のグループからは高齢期以前からの「社会参加支援」促進や乳幼児期からの「生活習慣病予防指導」のニーズがあった。これらは、疾病予防や介護予防における高齢者の社会支援に加えて、早期からの社会参加の促進、指導の必要性を示すものである。

また、多職種連携のニーズは高く、地域での安心した暮らしに医療保健福祉の連携が関連しており、住民の生活へのさまざまな専門職による多側面からの支援が安心や安全につながると考えられる。

3) 地域で支えあう人材育成

「地域で支えあう人材育成」では、特に先導力のある地域リーダーの必要性が強く述べられた。

核家族化などによる世代間交流の減少や住民相互の交流が不十分なことから、もう一度、昔この地域にあった「もうやいこう」（互いに支えあう）という考え方を見直していくのではないかと提案された。そのためには、住民側に中心となるリーダーの存在が必要と

していた。

課題解決において、自分だけではなく他者が関連する、多くの知識や技量を結集する必要がある、またより良心的な決定をする時等は、個人よりも集団による課題解決が適しているとした報告がある。また、住民が安心して楽しく快適な生活を送るためには、近隣同士が緩やかな絆でつながり、助け合い支えあって生活を営める関係性の形成が理想であるとした実績がある。課題解決の際、集団が形成されると必然的にリーダーが生まれるが、地域課題の効果的な解決には、課題に関する特定の知識や経験、技能を保持し、住民が認知し受容するリーダーの存在が求められていた。

一方で住民は、専門職に対してタイミングのよい介入を求めている。

コミュニティ・エンパワメントにおいて重要な点として、専門職と地域住民とのパートナーシップ(協働関係)がある。協働を構築していくためには、他者を尊重し信頼関係を作る人間的な側面と、社会の動きや組織の心理を巧みに捉え活動を調整し展開させていく専門的な側面が重要である。また、曾根はエンパワメントのプロセスの中で、自己決定が重要であり、それが前向きな気持ちにつながり、次のプロセスへと発展していく力となる。住民自身が地域の問題を意識し、目標や計画策定に参加すること、すなわち住民自身の意思決定が重要になる。

専門職は住民と協働するコミュニティ・エンパワメント技術やコーディネート技術が必須であり、住民主体で地域問題に取り組むよう側面からの支援が求められている。

4) 情報支援の充実

「情報支援の充実」では、健康や介護予防に関するサービス情報提供のニーズが高かった。

現在、健康に関する情報は豊富であり、様々な手段で容易に得ることができる。しかし、そ

れらの情報は量が多ければ信頼性が高いものではなく、住民は信頼性や正確性のある情報の効果的な提供を望んでいた。

多くの自治体では広報を情報提供の手段として採用している。これは、一般的な知識を多数の住民に普及するという点で有効なものの、本人の必要性の度合いに応じてその効果には多大なばらつきがある点は否めない。健康情報に関しては、学習のプロセスを重視した情報提供²⁷⁾が報告されている。住民自身が健康問題に気づき、実際の対策や目標設定を専門職が側面から支えるという方法である。本研究で得られたニーズ実現のために、本人の必要性に応じて一方通行ではなく双方向的に、各個人に適合した情報提供する方法は、行動変容や継続性への内的動機付けを促進する点で有効であろう。

また、相互情報交流を求める声が多くあった。情報は、ひとところに留まらせておくのではなく、動かしてこそ価値が高まる。情報は「与えることで、与えられる」という特性を持ち、人々をつなぐことで新しい価値を生む可能性がある。健康や介護予防の情報に関わらず、趣味や生活の情報等を住民同士で交換し、共有することで、より新しいアイデアや交流が生まれ、住民相互交流の活性化につながると考える。

E. 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評価し、自治体においては地域ぐるみのシステム化の必要性とその具体的な方策を明らかにした。

今後さらに介護予防に焦点をあて、実際の事例への適用を通じ、プログラムの開発と実践への適用可能性の検証を進める必要がある。

参考文献

- 1) 安梅勅江他、コミュニティ・エンパワメントの技法、医歯薬出版、2005
- 2) 安梅勅江、エンパワメントのケア科学、医歯薬出版、2004
- 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) 高山忠雄、福祉用具活用の実務、第一法規、2005
- 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

F. 研究発表

1. 論文発表

- ① 安梅勅江、福祉用具の評価とケアマネジメント、福祉用具活用の実務、第一法規、2006年
- ② 安梅勅江、コミュニティ・エンパワメントの技法、医歯薬出版、2005

本年度研究協力者

原田亮子（ミズーリ大学）

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	書籍名	出版社名	出版年	頁
安梅勅江 高山忠雄 佐直信彦	高齢者・障害者のための福祉 用具活用の実務 2	第一法規出版	2005 年度 (追録)	901-905 1057-1061 1335-1339 1351-1355

肢体不自由【移動】

脳血管障害による片麻痺で自宅療養を行う事例

◎事例のフェース

障害構造	障害分類（福祉法）	身体障害
	機能障害 （障害部位・症候）	上肢・下肢・体幹機能
	障害程度	1. 障害手帳の等級 ・身体障害者手帳3級 2. 介護保障の要介護度 ・要介護3
原因となった傷病名	a) 機能障害の直接的な原因となった傷病 b) 合併症／障害に影響する病態	脳血管障害
	使用目的	起居・移動動作の介護軽減，食事動作自立
福祉用具の導入	福祉用具分類	補装具，日常生活用具，自助具
	機種／環境調整	別表
	結果（支援実施状況） 有効性：介護 自立	配偶者による介護で在宅療法を円滑に行うこと。
	性別	女性
対象背景	年齢階層	70歳代
	世帯構成	夫と2人暮らし，子どもたちは独立している。

1 概要（疾病・ADL）

Aさんは71歳の女性。70歳のとき，脳梗塞を発症し，救急車にてB総合病院に入院する。急性期リハビリテーション医療を3ヵ月間受け，その後転院して，リハビリ専門病院で回復期リハビリテーションを受ける。広範囲の梗塞のため，重度の右片麻痺が残存している状態。片麻痺階段（プロンストローム・ステージ）上肢Ⅱ（わずかに

別表 福祉用具

使用目的	種類（名称）	介護保険レンタル対象品	介護保険購入対象品	
起き上がりの補助	在宅療養電動ベッド	○		—
起き上がりの補助	動作支援介助バー	○		図-1
歩行補助	4脚杖	○		図-2
階段昇降	階段昇降機		自費購入	—
室内移動	低床式車いす	○		—
浴槽移乗	浴槽用手すり		○	図-3
浴槽移乗	バスボード		○	図-4
シャワー浴	シャワーいす		○	図-5
排泄	ポータブルトイレ		○	図-6
食事動作	片麻痺用箸		自費購入	図-7
食事動作	握りやすいスプーン・フォーク		〃	図-8
食事動作	すくいやすい皿		〃	—

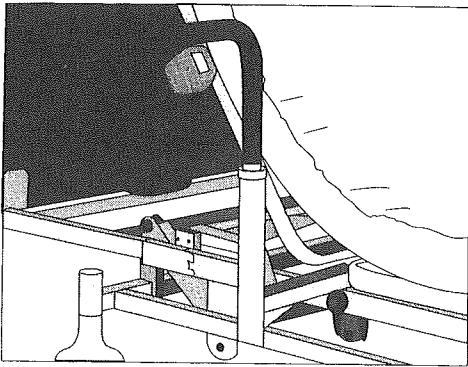
肩甲帯・上肢を不随意に動かせる状態)、手指はⅠ(弛緩性状態:全く随意的に動かさない状態)、下肢はⅢ(共同運動で股関節・膝関節を屈伸できる状態)であり、右手は機能的にはほとんど使えない状態(廃用手)であり、作業療法で利き手交換を行った。歩行はプラスチック短下肢装具装着と四本杖を使用して、杖歩行が可能になったが、見守りが必要な状態である。介助者がいるときは杖歩行をするが、一人のときは車いすに乗って移動している。

リハ病院の主治医と夫との話し合いで、自宅で療養することとなり入院中に介護保険制度の要介護認定を申請し、要介護3と認定された。担当のケアマネジャーと相談しながら、在宅介護に必要な介護機器およびサービス活用について検討した。

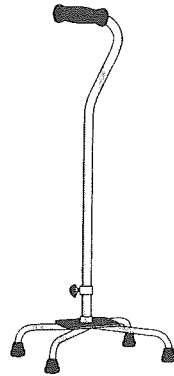
2 福祉用具の活用

【起居】

介護保険によるレンタルで、在宅療養電動ベッド(p.1059参照)を導入した。電動2モーターで、高さ調整機能、背上げ機能および背・膝上げ連動機能を有しており、



▲図-1



▲図-2

ベッドからの立ち上がり，長座位が容易になった。マットレスはベッドサイドに座ったり，寝返りすることが多いので比較的硬めのマットレスを選択した。ベッド周りのオプションは，背上げ・脚上げに連動し，寝返りや起き上がり等の動作を支援する動作支援サイドレールとベッドから起き上がる補助としてベッドフレームに固定でき，360度回転する動作支援介助バー（図-1）を設置した。

【移乗】

ベッドからの立ち上がり方法は，在宅療養電動ベッドの背上がり機能を利用し，60度まで起き上がり，ベッドから両脚を垂らした端座位になり，動作支援介助バーを掴んで立ち上がる。車いすに移乗するときは，健側である左足を軸にして体を90度回転して車いすに乗り移る。

【移動】

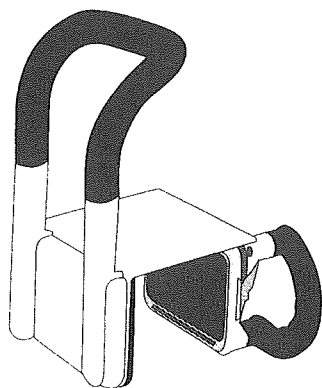
室内移動は，介助者がいるときは4脚杖（図-2）による杖歩行または手すりを握って移動する。介助者がいないときは，安全のために左手・左足での自歩できる座面高40cmの低床式車いす（p.1353参照）にて移動する。2階への移動は階段に設置した階段昇降機（p.1038参照）を利用して安全に行っている。

【入浴】

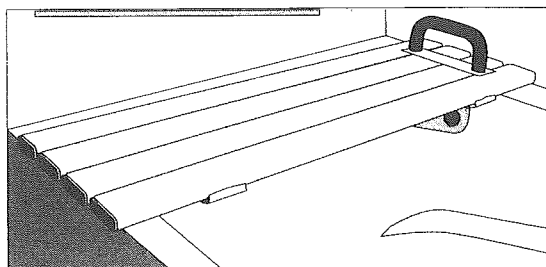
浴室スペースが狭いためリスターの使用は困難である。脱衣場まで車いすで移動し，浴槽の出入りを容易にするために，浴槽に縁に設置できる内グリップ付き浴槽用手すり（図-3）とバスボード（図-4）を導入した。洗体するために肘かけのあるシャワーいす（図-5）を使用。

【排泄】

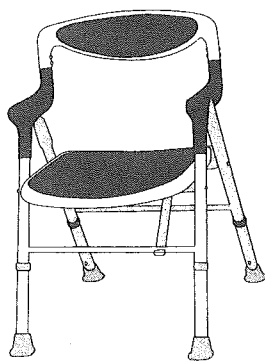
日中はトイレまで移動して行っているが，夜間は肘掛け付きポータブルトイレ



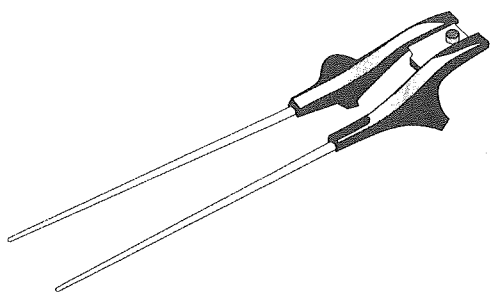
▲図-3



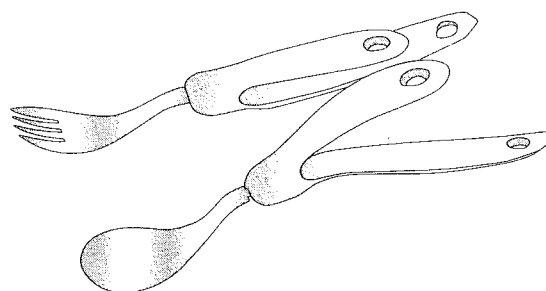
▲図-4



▲図-5



▲図-6



▲図-7

（p.1060参照）を使用している。

【食事】

麻痺側の右手は廃用手であり、利き手交換訓練と食事用自助具（片麻痺用箸（図-6）・握りが形状記憶ポリマーのスプーン・フォーク（図-7）・滑り止め付のすくいやすい皿（p.1503参照））を利用して自立している。

3 福祉用具活用の効用

重度の身体障害者で在宅療養を行う場合、介護者の介護負担が大きいため長期的な展望にたった介護プランの作成が必要である。退院する前に介護保険の介護認定を申請し、介護認定を受けることが重要となる。介護認定に基づきケアマネジャーを決定し、在宅介護に必要な福祉用具の選定および住宅改修プランを作成し、退院前に住宅改修は済ましてしまうのがよい。もし、住宅改修および福祉用具選定が進んでない状態で、退院を急がされた場合は中間施設である老人保健施設に3～6カ月間入所して、在宅生活のトレーニングを行ってから在宅療養生活を始めるようにすべきである。福祉用具の選定に当たっては、本人の残存機能を含めた身体機能を十分に発揮できるよう、自立に向けた介護を考えるべきである。また、福祉用具には介護保険レンタル対象品と対象外があり、ケアマネジャーと相談して決定すべきである。

4 福祉用具活用の課題

高齢の介助者が、高齢の重度身体障害者を在宅介護する場合、本人の身体機能状態に適合した福祉用具の活用は必要不可欠である。また、必要に応じた通所介護や通所リハビリテーションなどの在宅支援サービスの利用を含めた在宅支援プログラムが重要である。高齢に伴う身体機能低下や病状の変化に対応できる理学療法士などの専門家による福祉用具のフォローアップが必要である。

肢体不自由【移動】

家族介護で在宅生活を支えるパーキンソン病の事例

◎事例のフェース

障害構造	障害分類（福祉法）	身体障害
	機能障害 （障害部位・症候）	上・下肢・体幹機能障害
	障害程度	1. 障害手帳の等級 ・身体障害者等級2級 2. 介護保険の要介護度 ・要介護4
原因となった病名	a) 機能障害の直接的な原因となった傷病 b) 合併症／障害に影響する病態	a) パーキンソン病
	使用目的	在宅での介護負担軽減
福祉用具の導入	福祉用具分類	補完福祉用具
	機種／環境調整	別表
	結果（支援実施状況） 有効性：介護 自立	配偶者を中心に家族介護で在宅療養を円滑に行うこと。
対象背景	性別	女性
	年齢階層	80歳代
	世帯構成	配偶者および長女夫婦と同居

1 概要（疾病・ADL）

Aさんは80歳頃より動作緩徐・転倒しやすくなり、B総合病院神経内科を受診した。パーキンソン病と診断され、薬物療法（Lドーパ）を中心とした治療が行われ、症状が軽減した。4年後、両手指に振戦（安静時、上肢に4～8回/秒の交互運動）、筋固縮（上下肢を他動的に動かすと鉛管を曲げるような抵抗）、無表情な仮面様顔貌など

別表 福祉用具（パーキンソン病）

使用目的	種類（名称）	介護保険購入対象品	介護保険レンタル対象品	
起き上がりの補助	在宅療養電動ベッド		○	図-1
褥瘡予防	エアマットレス		○	図-2
移動動作	介助者用車いす		○	図-3
移乗動作	トランスファーベルト	○		図-4
移乗動作	トランスファーボード		○	図-5
移乗動作	電動立ち上がりいす		○	図-6
入浴動作	シャワーいす		○	図-7
排泄動作	自動洗浄（ウォッシュレット）機能付ポータブルトイレ	○		図-8

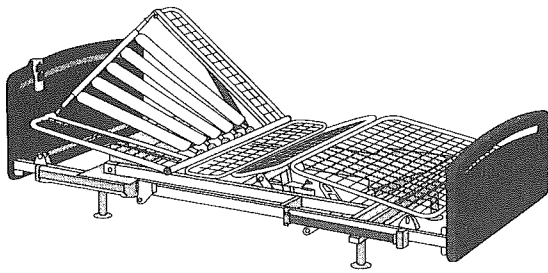
のパーキンソン病の主要症状が出現し、前屈姿勢で小刻みに歩き、姿勢反射障害も加わり、さらに転倒しやすくなり入院する。リハビリテーション医療を中心に対症療法がなされたが、病状の改善は認められず、絶えず介護が必要な状態になる。8ヵ月間入院生活を送ったが、症状の改善が認められず、Aさん本人と夫が自宅療養を強く望んだため自宅療養することになり、退院する前に介護保険の要介護認定申請を行い、要介護4と認定された。夫、長男家族とビル6階に同居。家族は仕事で日中不在のため、家政婦が本人の世話を主にしている。大半体調が悪く、言語がはっきりせず、家族や家政婦とのコミュニケーションが難しい状況である。自宅療養するための大幅なリフォームは経済的に不可能である。

2 福祉機器の活用（導入のプロセス）

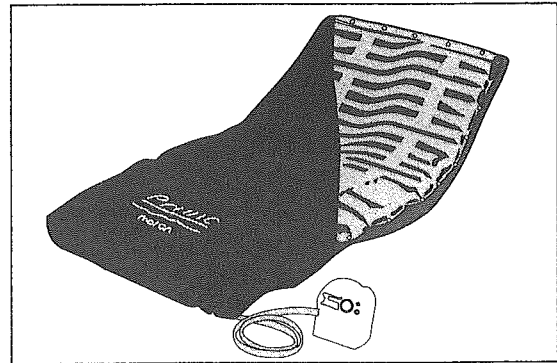
パーキンソン病が徐々に進行して、基本的な日常生活活動は要監視または介助が必要になった。日中の主たる介護者は63歳の家政婦、夜間は45歳の嫁、従たる介護者は85歳の配偶者が介護を行うことを考えて、福祉用具の導入を図った。

【起居】

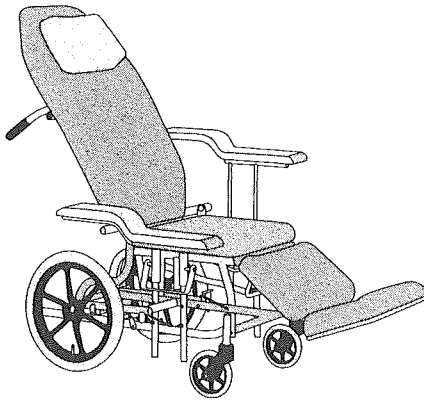
Aさんは現在、自力で寝返り、起き上がりはなんとか時間をかけて行うことはできるが、実用性はなし。いずれ寝たきり状態になることを考えて、介助者の介護負担軽



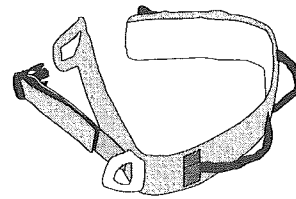
▲図-1



▲図-2



▲図-3



▲図-4



トランスファーベルト
●介助者のための握手が縦・横方向につき、立ち上がりや移乗、移動時の介助を楽にする。

減を図るために、介護保険によるレンタルで在宅療養電動ベッド（図-1）を導入した。本人は電動ベッドを操作できず、介助者が操作して起こして長座位になっている。さらに褥瘡予防と長期間の臥床による疼痛軽減のためにエアマットレス（図-2）を導入した。

【移乗】

ベッドからの介助者用車いす（図-3）への移乗は、在宅療養電動ベッドの背上がり機能を利用し、60度まで起き上がり、90度回転させてベッドの端に座るが、体幹を保持しないと後方に倒れて立ち直りができない。両側下肢の筋力低下およびバランスが悪いため、移乗しやすいようにトランスファーベルト（図-4）とトランスファーボード（図-5）を利用して車いすへ移乗している。

時々、畳に座るため、立ち上がり容易に行えるように電動立ち上がりいす（図-6）を購入して使用している。この昇降式座いすは座面が電動で昇降するもので、中腰の位置まで上昇し、容易に立ち上げられる機器である。

【移動】