

表1 基準年の対象特性と生命予後

項目	カテゴリー	死亡		生存		χ^2
		N	%	N	%	
年齢	75歳未満	419	62.6	43	10.3	***
	75歳以上	250	37.4	96	38.4	
性別	男	293	43.8	69	23.6	
	女	376	56.2	70	18.6	
罹患	あり	267	39.9	57	21.4	
	なし	402	60.1	82	20.4	
介護	必要	56	8.4	33	58.9	***
	自立	613	91.6	106	17.3	
移動機能	要介助	212	31.7	87	41.0	***
	自立	457	68.3	52	11.4	
感覚機能	要介助	365	54.6	101	27.7	***
	自立	304	45.4	38	12.5	
身辺処理機能	要介助	153	22.9	60	39.2	***
	自立	516	77.1	79	15.3	

(n=669)

表2 基準年の社会関連性指標各項目と生命予後

項目	カテゴリー	死亡		生存		χ^2		
		N	%	N	%			
家族以外との会話	無し	138	20.6	39	28.3	99	71.7	*
	有り	531	79.4	100	18.8	431	81.2	
訪問の機会	無し	181	27.1	47	26.0	134	74.0	*
	有り	488	72.9	92	18.9	396	81.1	
活動参加	無し	382	57.1	101	26.4	281	73.6	***
	有り	287	42.9	38	13.2	249	86.8	
テレビの視聴	無し	114	17.0	35	30.7	79	69.3	**
	有り	555	83.0	104	18.7	451	81.3	
新聞の購読	無し	190	28.4	54	28.4	136	71.6	**
	有り	479	71.6	85	17.8	394	82.2	
本・雑誌の購読	無し	403	60.2	96	23.8	307	76.2	*
	有り	266	39.8	43	16.2	223	83.8	
役割の遂行	無し	261	39.0	89	34.1	172	65.9	***
	有り	408	61.0	50	12.3	358	87.7	
近所付き合い	無し	161	24.1	46	28.6	115	71.4	**
	有り	508	75.9	93	18.3	415	81.7	
趣味	無し	260	38.9	81	31.2	179	68.8	***
	有り	409	61.1	58	14.2	351	85.8	
ビデオ等の利用	無し	443	66.2	112	25.3	331	74.7	***
	有り	226	33.8	27	12.0	199	88.0	
健康への配慮	無し	133	19.9	41	30.8	92	69.2	**
	有り	536	80.1	98	18.3	438	81.7	
生活の工夫	無し	166	24.8	50	30.1	116	69.9	**
	有り	503	75.2	89	17.7	414	82.3	
積極性	無し	194	29.0	66	34.0	128	66.0	***
	有り	475	71.0	73	15.4	402	84.6	
社会貢献への意識	無し	277	41.4	85	30.7	192	69.3	***
	有り	392	58.6	54	13.8	338	86.2	

***: $p < 0.001$ **: $0.001 \leq p < 0.01$ *: $0.01 \leq p < 0.05$

(n=669)

表3 社会関連性の死亡に対するオッズ比(年齢、性別、罹患、介護、移動機能、感覚機能、身辺処理機能調整後)

項目	活動参加		趣味		役割の遂行		積極性		ビデオ等の利用	
	オッズ比	95%信頼区間	オッズ比	95%信頼区間	オッズ比	95%信頼区間	オッズ比	95%信頼区間	オッズ比	95%信頼区間
社会関連性項目	1.87**	1.16-2.99	1.81**	1.15-2.83	1.97**	1.26-3.09	1.82*	1.14-2.90	1.71*	1.02-2.87
年齢	1.13***	1.09-1.17	1.12***	1.08-1.16	1.12***	1.08-1.16	1.13***	1.09-1.08	1.12***	1.09-1.16
性別	2.62***	1.64-4.19	2.58**	1.62-4.11	2.31**	1.45-3.67	2.54***	1.60-4.05	2.60***	1.63-4.14
罹患	1.25	0.80-1.95	1.22	0.78-1.92	1.20	0.76-1.88	1.16	0.74-1.81	1.20	0.77-0.88
介護	2.31*	1.15-4.66	2.42*	1.20-4.87	2.11*	1.05-4.27	2.36*	1.17-4.74	2.33*	1.17-4.67
移動機能	2.47**	1.49-4.10	2.51**	1.51-4.15	2.50**	1.50-4.16	2.57**	1.55-4.28	2.50**	1.51-4.14
感覚機能	1.18	0.72-1.92	1.21	0.74-1.97	1.16	0.71-1.90	1.11	0.67-1.82	1.17	0.72-1.91
身辺処理機能	1.56	0.91-2.67	1.50	0.88-2.58	1.54	0.90-2.65	1.47	0.85-2.53	1.63	0.95-2.78
Intercept		-12.136		-11.5358		-11.3710		-11.6077		-11.7592
H-L test		0.0817		0.4940		0.3467		0.4851		0.4644

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）
分担研究報告書

豪雪地域における介護予防型自立支援プログラムのモデル開発
～維持期脳卒中後遺症者のデイケア継続の意味を通して～

分担研究者 佐藤秀紀 青森県立保健大学教授
富士縄透 青森県立保健大学

デイケアを利用する維持期脳卒中後遺症者の中には、身体機能の回復がプラトーに達しているにも関わらず、運動機能の回復を求め、個別リハビリテーションを利用する者、また、入浴や他の利用者との談話がデイケアに通う主たる目的としている者もいる。このように利用者のデイケア利用の目的は、リハビリテーションに重きを置く本来のデイケアの目的と一致していないと考える。そこで、本研究では、維持期脳卒中後遺症者がデイケアを継続する真の意味と目的を理解し、維持期脳卒中後遺症を患う利用者にとどのようなサービスを提供すべきか検討することを目的とした。

研究参加者は、デイケアを利用する維持期脳卒中後遺症者 11 名（65 歳以上、日常生活自立度 J～A ランク）であった。面接方法は個人面接とし、面接内容は半構造化面接①デイケアに対する思い、②デイケアを利用してよかったこと、③デイケアに対する不満の 3 項目とした。半構造化面接の全内容を IC レコーダに録音し、逐語録に起こした。分析方法は、KJ 法を使用した。

その結果、1) 機能を維持するには個別リハビリテーションが必要と考える主介護者の誤解を解くことが重要である。2) 利用者が身体機能から活動や社会参加へリハビリテーションの視点変換できるように主介護者と協働してチームアプローチすることが重要である。3) 交流はリハビリテーションの意欲を保つ効果がある。4) レクリエーション等で、家ではできなかったことをするといった自己実現ができるような交流の促進が重要であることが示された。

I 研究の意義・目的

デイケアとは、介護老人保健施設や病院・診療所に通い、心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるための必要なリハビリテーションを行うサービスである¹⁾。また、介護保険利用者における傷病の割合は、上位から脳血管障害 30.3%、認知症 25.3%、次いで骨折が 5.6%となっており²⁾、介護保険利用者は、脳血管障害を患う利用者が最も多く、デイケアのリハビリテーションスタッフが、脳血管障害を患う利用者をケアする機会が多い。デイケアの目的は、身体機能の

維持・回復、認知症高齢者の認知症状の軽減と落ち着きある日常生活の回復、ADL・IADL の維持・回復、コミュニケーション能力または社会関係能力の維持・回復である。デイサービスが、社会生活の助長に大きな目標があるのに対して、デイケアは、機能訓練を中心に身体面の維持・改善に主たる目標が置かれている³⁾。しかし、デイケアを利用する脳卒中後遺症を患う利用者の多くは、維持期の利用者である。維持期リハビリテーションでは、機能回復がプラトーに達し、獲得した機能を維持し、自宅に戻って社

会生活を取り戻すことが重要であるといわれている⁴⁾。

しかし、維持期脳卒中後遺症を患うデイケア利用者の中には、機能回復がプラトーに達しているにも関わらず、機能の維持だけではなく、麻痺の機能回復を求めて個別リハビリテーションを利用する者も少なくない。また、2006年に改正された介護保険制度では、「個別リハビリテーションは利用者全員に実施すべきである」と記載されており⁵⁾、デイケアにおけるリハビリテーションの重要性を訴えている。しかし、デイケア利用者の中には、入浴や談話を第一の要望とし、リハビリテーションを重要視していない者もいる⁶⁾。

定量的調査の先行研究では、研究者本人が作成したアンケートによるデイケア利用者の通所目的や要望調査をしている研究^{6) 7)}がある。しかし、デイケア本来の目的や維持期リハビリテーションの概念と維持期脳卒中後遺症を患う利用者のデイケア利用の目的が異なっている要因を利用者の意識から追求した研究はない。また、定性的調査の先行研究⁸⁾では、デイケアで利用者が見せる生き生きとした様子に着目し、デイケア参加の意味を追求した研究がある。しかし、維持期脳卒中後遺症者は麻痺の回復がプラトーに達していることについては言及していない。本研究では、このようなデイケア本来の目的とは異なる目的を持った脳卒中後遺症者の意識からデイケアに対する思いを把握し、デイケアを継続する意味を明らかにすることを目的とした。

II 文献検討

II-1 デイケアの歴史

デイケアの原点は、1941年にソビエト連邦共和国の精神神経科の診療所にてデ

イケアが行われた記録が残っており、それが世界初めてのデイケアと考えられる。精神科領域におけるデイケアは高齢者にも応用され、1958年オックスフォードにて高齢者を対象にしたデイホスピタルが開始された。その後、デイケアはヨーロッパ各国で発展し、イギリスではデイホスピタル、デイセンター、デイクラブの3種類に分化した⁹⁾。

デイホスピタルは病院外来の延長部門として治療・処置とリハビリテーションを主体に積極的・集約的に行う場で、医師、リハビリテーション専門職や看護師などのスタッフをそろえ、設備も整っている。また、デイホスピタルの主な運営主体は病院である。デイセンターは機能維持と人との交流を主眼としていろいろなサークル活動や会食を行う場である。スタッフについては医師やリハビリテーション専門職は必要としない。また、デイセンターの主な運営主体は地方自治体や民間篤志団体である。デイクラブは地域社会からの離脱防止ないし自立意欲の維持を主眼として、自主活動的、相互扶助的な交際や会食を楽しむ場である。スタッフについては各種ボランティアとなっている。また、デイクラブの主な運営主体は民間篤志である。デイセンターとデイクラブの違いは、デイセンターではデイクラブが実施するすべてのサービスに加えて、より積極的な保健教育と各種の相談・斡旋を行っていることである。これら3者の通所有効期限については、デイホスピタルのみ約3ヶ月と目安を設定されている。急性期リハビリテーションを終えて、家庭に帰った高齢者の中で引き続きリハビリテーションの必要な人や日常生活動作がまだ困難な人に週1～2回の併設デイホスピタルへの出席が指示される。3ヶ月後からは、機能維持を

主な目的としたデイセンターやデイクラブへの参加に切り替えられる¹⁰⁾。

わが国では、1953年に浅香山病院で精神科領域のデイケアが開始された。浅香山病院では、グループサイコセラピー(GPT)と称する患者社交クラブ的な集団をつくり、作業療法・レクリエーション療法を行っていた¹¹⁾。その後、1974年に診療報酬制度にて精神科デイケアが設立され、精神神経科領域のデイケアは全国に普及していった⁹⁾。

一方、高齢者を対象としたデイケアは、吉田壽三郎が1962年に大阪市弘済院にて実験的に開設したことに始まる。この試みは、英国のデイホスピタルをヒントに行われた。厚生省官房企画課から40万円の厚生省科学研究費を受けてこの設営実験は行われたが、この実験は約4ヶ月で打ち切られている¹²⁾。その後15年以上の間、高齢者のデイケアが国の制度として位置づけられることはなかった。

制度としては、1979年、高齢者福祉制度において特別養護高齢者ホームに併設する形で「デイサービス事業」が発足した。

一方、高齢者医療制度においては、1983年に高齢者保健法に基づく「高齢者デイケア」が制度化され、高齢者にも一部負担を求めつつ、高齢者医療(原則70歳以上、当初)と医療等以外の保健事業を制度化して、高齢者の予防治療・機能訓練(リハビリテーション)の枠組を作った¹³⁾。以後、福祉・医療の両施設で高齢者に対する通所系サービスが普及した。

2000年の介護保険導入により通所系サービスとして再編成され、「デイサービス」を「通所介護」、「デイケア」を「通所リハビリテーション」と名前が変更された。また、A型からE型まで5種類存在したデイサービスは単独型、併設型、

痴呆専門単独型、痴呆専門併設型の4種類の通所介護に整理され、病院・診療所の高齢者デイケア、高齢者保健施設のデイケア、病院・診療所・高齢者保健施設における痴呆性高齢者ナイトケアの3種類の通所リハビリテーションに整理された⁹⁾。

通所介護・通所リハビリテーションはともに在宅サービスの柱で、その目的は社会から孤立しがちな人々に活動の場を提供することである。しかし、通所介護は介護負担の軽減が主であり、通所リハビリテーションは医学的管理や心身機能の維持・改善が主である。そのため、施設基準も異なっており、通所リハビリテーションでは、専任常勤医1名と、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士のいずれか1名が専従従業員として必要である。通所介護ではこれらの人員は必ずしも必要としないため介護報酬単価も低い¹⁴⁾。

さらに両者の機能分担を明確化するために2003年に介護報酬の見直しが行なわれ、通所リハビリテーションにおいては、その目的に沿ってそれまでの集団リハビリテーションから個別リハビリテーションを行うように変更となり、レクリエーションとリハビリテーションの区別を明確にさせた¹⁴⁾。

2006年度に介護保険サービス体系と介護報酬の改定が行なわれた。改定前では、要支援、要介護1~5の6つの区分であった。改定後では、旧区分の要介護1が要支援2と要介護1に別れ、要支援1~2、要介護1~5の7つの区分となった。要支援1~2は予防給付の対象となり、要介護1~5は介護給付の対象となった¹⁵⁾。

通所リハビリテーションでは、リハビリテーションマネジメント加算(20単位/日)が新たに設けられ、「リハビリテーションマネジメント」は原則として全員に

行われるべきものである。」と規定されている⁵⁾。また、改定前の個別リハビリテーション加算は退院・退所日から起算して1年以内の期間の場合130単位/日、退院・退所日から起算して1年を超えた期間の場合100単位/日であった。これに対し、改定後では、短期集中リハビリテーション加算と名称が変わり、退院・退所日から起算して1ヶ月以内の期間の場合180単位/日、退院・退所日から起算して1ヶ月を超えて3ヶ月以内の期間の場合130単位/日、3ヶ月を超えた期間の場合80単位/日と変わった⁷⁾。リハビリテーションマネジメント加算と短期集中リハビリテーション加算には、リハビリテーション専門職によるリハビリテーションの実施が前提となる。

通所介護では、リハビリテーションマネジメント加算や短期集中リハビリテーション加算はない。改定前の機能訓練体制加算が個別機能訓練加算(27単位/日)に変わった。内容的には、機能訓練についての評価や記録等が義務づけられたが、「機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師を1名以上配置して行う」という規定は変わっていない¹⁵⁾。

以上のことから、2006年度の介護報酬の改定により、通所リハビリテーションはリハビリテーションについての専門性やマネジメントを求められており、今回の介護報酬改正は、2003年の改正からさらに通所リハビリテーションと通所介護の機能区分を明確化する意図があると思われる。

II-2 デイケアに関する研究

II-2-1 デイケア利用者の介護者に関する研究

デイケア利用者の介護者に対する研究は、介護負担や介護者のニーズを調査したものが多く、介護負担感について、高負担群では中・低負担群に比べ Zarit 介護負担尺度、CES-D うつ病自己評価尺度が有意に高く、要介護度の高い者が多く、デイサービスやショートステイの利用が多かった。低負担群に比べ健康状態の悪い者、経済的ゆとりのない者が有意に多く、介護時間が有意に長かった¹⁶⁾。また、鷲尾ら¹⁷⁾は、介護負担の重い介護者21人はショートステイ・デイケアの利用が多いにも拘わらず、要介護高齢者を一人にして外出できる時間が少なく、介護サービスを利用するにあたって、近所の目が気になる傾向にあったと述べている。しかし、これらとは異なる見解を示す研究報告もある。介護保険制度導入により周りの目を気にせずデイサービス、ショートステイ、デイケアなど利用できるようになったため、サービスの使いやすさと介護負担とは有意な相関が認められ、使い易いほど介護負担は減っていた。介護負担の程度を要介護度別で比較したところ有意差はみられず、要介護度に応じたサービスを受けていることが示唆されている¹⁸⁾。また、介護度の高い者は訪問型サービスを多く利用しており、介護度の低い者は通所型サービスを多く利用していると報告している先行研究¹⁹⁾²⁰⁾もある。

介護者のニーズ調査について、青木ら²¹⁾は老人保健施設7施設におけるデイケア利用者、およびその家族222名を対象とした調査を行っている。その結果として、デイケアの主な利用目的は、デイケア利用者の「他者との交流」、「入浴」、「移動能力の維持」、介護者の「休養」であった。利用頻度は平均11.5回/月であり、「痴呆」や「問題行動」の有無、「移動能力の

維持・向上)、「介護者の休養」等の要因がサービス利用頻度に影響していた。また、利用頻度が高い介護者の身体的介護負担は、軽減される傾向にあった。デイケア利用の目的の経時的変化についての研究では、介護者のデイケア利用のもっとも大きな動機は「介護量の軽減」であり、その後、利用期間が長期になると介護者にもリハビリテーションの効果や介護量の軽減を認め、また、催しやゲームに対する期待が増加が見られたと報告されている²²⁾。また、上條ら²³⁾は、利用者と家族の個別リハビリテーションに対する意識調査を行った。その結果、利用者と家族のリハビリテーションに対する意識に大きな差はなく、利用者と家族はリハビリテーションに何らかの期待をしながらも、過度の期待は抱いていなかった。

II-2-2 デイケア利用者に関する研究

デイケア利用者に関する研究は、デイケアの効果、精神機能、身体機能、ADL、QOLといった広い視点から研究されており、また、精神機能、身体機能、ADL、QOLの因果関係を明らかにする等のさまざまな研究がある。

精神機能面については、通所リハビリテーション施設を6ヵ月以上利用している34名の身体・精神機能の改善度について介護者へのアンケート調査による研究²⁴⁾がある。脳血管障害後遺症群と変形性関節症群では身体・精神機能が改善又は現状維持している人が多く、通所リハビリテーションにおいては利用者に適した過ごし方や役割を早く見つけ出すことが生活意欲を高め、身体・精神機能の改善にもつながることが考えられた。しかし、デイケアに限定した研究ではないが、澤

ら²⁵⁾による発病1年目のリハビリテーション専門病院に入院した脳血管障害者76名を対象にした前向きコホート研究では、介護保険利用者は鬱状態が多かった。鬱状態は、運動麻痺やADLの状態よりも、むしろQOLと周囲の人間関係との相関が強く、QOLも同様に、鬱状態と周囲の人間関係と相関が強かったと報告されている。また、デイケアの精神面に対する効果として、齊藤²⁶⁾は、通所リハビリテーションを利用している14名に対し、QOLとピア・カウンセリングの関係を検討しており、他者との交流時間とPGCモラル・スケールには相関が認められたと報告している。

身体機能面については、筋力強化、筋力と歩行の関係、転倒予防といった内容の研究が多く、デイケアの効果による脳卒中後遺症者の麻痺の回復に関する研究はない。筋力強化については、通所リハビリテーションセンターにおけるパワーリハビリテーションの効果を検討したものととして、歩行可能な軽度の要介護認定者から、パワーリハビリテーション介入群(15名)と通常リハビリテーション群(15名)を無作為に抽出し、週2回の頻度で3ヵ月間練習を行ってという比較研究²⁷⁾がある。その結果、パワーリハビリテーション介入群ではTimed up & go test、片脚立位で有意な改善を認め、ファンクショナルリーチテストも有意差はないが改善傾向を認めた。一方、通常リハビリテーション群では全ての項目で有意差はなかった。パワーリハビリテーションは軽度の要介護認定者に対する積極的な身体能力維持のためのプログラムとして有効であることが考えられた。また、中山ら²⁸⁾は、老人保健施設でのデイケア利用者60名と入所利用者16名、町内の虚弱高齢者35名を対象に、筋力向上を目的と

したマシントレーニングを 1 時間 30 分週 2 回 3 ヶ月間行っている。その結果、全身の筋力向上とはいかなかったが、行き帰り歩行の改善率 91.4%、10m 歩行改善率 85.7%と歩行能力の著明な改善が認められた。逆に、パワーリハビリテーションでよく筋力向上練習される股・膝関節周囲筋よりも、最大歩行速度は、足底屈ピークトルク値・足背屈ピークトルク値・片脚支持時間であると述べている研究²⁹⁾もある。さらに高沢ら³⁰⁾は、通所リハビリテーションを利用している在宅高齢者 122 名を対象に、バスや電車の利用、日用品の買物、食事の用意、友人宅訪問、病人の見舞いの 5 項目の活動能力を聴取するとともに、膝伸展及び足背屈筋力の関係を検討した。その結果、足背屈筋力の強いことが、歩行を伴う日常生活関連動作の維持に関連していたが、膝伸展筋力に関連は見られなかった。高齢者の実用歩行能力及び活動能力維持・向上のためには、足背屈筋力にも注目する必要がある。若月ら³¹⁾は、下肢筋力だけではなく、柔軟性、バランス能力も含めた包括的高齢者運動トレーニングによる効果を検証している。老人保健施設・デイケア利用者 42 名を対象に、通常理学療法と包括的高齢者運動トレーニングを 3 ヶ月間ずつクロスオーバー施行して効果を比較している。その結果、包括的高齢者運動トレーニング群では膝伸展筋力、開眼足立ち、ファンクショナルリーチ (FR)、Timed up & go test (TG)、Barthel Index で有意な改善が認められた。長座位体前屈は有意に低下した。一方通常群では普通歩行速度、最大歩行速度、膝伸展筋力、股屈曲筋力、FR、TG で有意な低下を認め、長座位体前屈は有意に改善した。包括的高齢者運動トレーニングは筋力、バランス能力等の身体機能を向上

させ、ADL を改善できることが示唆された。

転倒予防についての研究では、清水ら³²⁾は、通所リハビリテーションを施行中で歩行自立・家庭内 ADL 自立レベルの 30 名を対象に聞き取り調査と機能評価を実施し、対象者を 75 歳以下と 76 歳以上の 2 群に分けて比較した。結果としては、最近 1 年間の転倒経験は 75 歳以下群 21%・76 歳以上群 31%、転倒による骨折率は 75 歳以下群 21%・76 歳以上群 26%と加齢により高い傾向がみられ、転倒に対する不安感も 76 歳以上群では 88%が不安を感じていた。ADL・移動能力では、立ち上がりは両群とも自立していたが、75 歳以下群は支持なしが 71%であったのに対し、76 歳以上群では 31%と低かった。下肢筋力では正常筋力を 100%として下腿三頭筋では 75 歳以下群 88.6%・76 歳以上群 66.9%、大腿四頭筋では 75 歳以下群 95.0%・76 歳以上群 87.5%と 76 歳以上群の方が筋力低下を認めた。その他、開眼・閉眼片脚立ち、10m 全力歩行、横歩き・後ろ歩きなどで高齢者ほど転倒しやすい傾向が認められた。また、山田ら³³⁾は、通所サービス利用高齢者の転倒とバランス能力について検討している。通所サービス利用者 56 名を過去 1 年以内に転倒経験の有る転倒群(36 名)と無い非転倒群(20 名)に分け、閉眼・開眼片足立ち測定及び Multi-Directional Reach Test を行い比較した。転倒回数が多いものほどいずれの値も少なく、転倒回数との間に相関を認めた。また、転倒群では各評価結果間の全てで有意な相関(相関係数 0.60~0.82)を認め、転倒要因として、支持基底面での圧中心保持・偏移といったバランス能力が大きく関与することが考えられた。転倒恐怖感と転倒の関連については、

加藤ら³⁴⁾が、14ヶ所のデイケアセンター利用者94名を対象に、下肢筋力、日常生活、転倒恐怖感と転倒との関連を検討している。その結果、転倒者は32名(34.0%)で、下肢筋力と転倒に有意な関連は認められなかったが、介護度が高くなるほど下肢筋力が低下していることが分かった。また、日常生活においては、外出していない者、および2階居住者と転倒に有意な関連が認められた。一方、転倒恐怖感と転倒には、有意な関連は認められなかったことが報告されている。介護者が認識する要介護高齢者の転倒要因の検討として、通所リハビリテーションを利用している在宅要介護高齢者163名の介護者を対象に、主介護者が利用者を「転びやすいと思う」群と「思わない」群における転倒要因の比較研究³⁵⁾がある。この研究では、要介護者の年齢、疾患、ADL自立度、過去の転倒経験において2群間に有意な差は認められなかった。「転びやすいと思う」群は、「思わない」群に比較し、「転ぶことが心配と要介護者に言っている」「転倒予防行動を行っている」主介護者が有意に多かった。

ADL面に関する研究では、高柳ら³⁶⁾は、通所リハビリテーション(通所リハ)を利用した157名を対象に、通所リハカルテおよび業務日誌から、通所リハの利用期間、利用目的、個別リハ実施の有無、開始時と終了時または、調査時点での厚生省寝たきり度判定基準(ADL自立度判定)とその改善度について調査し、通所リハの役割について検討した。結果として、ADL自立度判定でCランクの者の平均利用期間が28.0ヵ月と長く、ADL自立度に改善および維持の者が80%であった。家族の介護負担軽減を目的に利用した者の平均利用期間は、23.0ヵ月と長かった。以上より、通所リハはADL等の機能維

持や家族の介護負担軽減等に役立ち、長期に居宅生活が可能であることが示唆されている。身体機能、ADL、QOLの関係についての研究は、通所リハビリテーションにて理学療法士を個別利用している13名を対象に、その利用と身体機能、日常生活活動、生活リズム、生活の質との関連性を検討した研究³⁷⁾がある。運動機能が高いものほど日常生活活動は高く、日常生活活動が高い者ほど日常生活活動時間率が低く、余暇の多い者は日常生活動作時間率が低かった。理学療法士による身体機能の向上と日常生活動作の向上が生活時間配分の適正化と余暇などの生活の質の向上につながる可能性が示唆されている。

デイケア利用の要因については、通所リハビリテーション(通所リハ)利用者62名と地域在住の健康高齢者20名を対象に、社会生活環境および運動機能について比較検討した研究³⁸⁾がある。その結果として、下肢筋力、バランス機能の低下が通所リハを利用する要因と有意に関連しており、運動機能の低下が通所リハ利用の要因として強く関与していると考えられた。特に下肢筋力・バランス機能の維持・改善が、歩行能力の維持や社会生活を維持する上で重要と考えられ、それらの機能維持・改善のための運動療法に取り組むことが重要である。また、水尻³⁹⁾は全日本民主医療機関連合会要介護老人実態調査による高齢脳卒中後遺症者8436名を自立度と痴呆度から虚弱、痴呆、移動困難、移動困難+痴呆の4群に分け、8種類の在宅サービスの利用状況を比較した研究を行っている。その結果、デイケア利用に関する因子として年齢(高齢者で減少)、要介護期間(長期ほど増加)、住居(持ち家で多い)、要介護者の心身状況が関係していた。外出の有無に関して

は年齢、要介護期間、主介護者の有無(無で多い)、要介護者の心身状況、デイケア利用、デイサービス利用が有意に関係しており、通所ケア利用で「閉じこもり症候群」予防がなされている可能性があると考えられる。

ADL 能力と罹病期間による在宅高齢障害者の通所サービス利用意義についての研究としては、通所サービスを利用している 277 名に質問紙調査を実施し、通所サービスの利用意義に関する構造及び ADL 能力と罹病期間による傾向を分析した研究⁴⁰⁾があり、得られた分のデータから対象に数量化Ⅲ型を用い分析を行っている。その結果、「生活にはりとリズムをつける」を原点として、「身体的・精神的」軸と「個別的・交流的」軸による構造が示された。ADL 能力と罹病期間別による検討から、利用意義には傾向があることが示された。ADL 全介助群は「精神的・交流的」意義、ADL 自立群は「精神的・個別的」意義を示していた。また、罹病期間 2 年未満群は「身体的・個別的」意義を示し、罹病期間の進捗にしたがって「精神的・交流的」意義に移行していた。

Ⅲ 研究方法

Ⅲ-1、調査対象

調査施設は、有意抽出縁故法により専任でデイケアを担当する理学療法士・作業療法士のいる青森県青森市内の 2 介護老人保健施設した。研究参加者は、障害高齢者の日常生活自立度が、J～A ランクの歩行および、杖歩行が自立している 65 歳以上の脳卒中後遺症者とする。さらに、発症後 10 ヶ月以上経過しているデイケア利用者とした。また、認知症や失語症等からコミュニケーション能力が不十分な利用者は研究参加者から除外した。発症からの経過年数を 10 ヶ月としたの

は、回復期リハビリテーションでの発症からの平均期間は 6～9 ヶ月以降である⁴¹⁾ことを考慮したことによる。研究参加者を歩行および、杖歩行が自立しており、日常生活自立度が J～A ランクの脳卒中後遺症者としたのは、重度の脳卒中後遺症者においては麻痺の回復がプラトーに達するのに 1 年余りを要するという先行研究^{42) 43)}を考慮したことによる。

調査施設とした 2 施設に研究依頼をし、各施設長から同意を得た。各施設のデイケアスタッフより選定条件を満たすデイケア利用者の紹介を得て、同意の得られた脳卒中後遺症者約 11 名を研究参加者とした。

さらに、デイケア利用者から得られたデータの信憑性を高めるために、デイケア担当リハビリテーションスタッフ約 5 名、主介護者約 3 名を研究参加者とし、インタビューを行った。

Ⅲ-2、データ収集

面接は各研究参加者に半構造化面接を行った。デイケアを継続する意味を明らかにするために、デイケア利用者に対しての質問は、①デイケアに対する思い、②デイケアを利用してよかったこと、③デイケアに対する不満の 3 項目とする。これらの回答において、先行研究^{6) 7) 44)}からキーワードを設定し、キーワードに関する発言である場合は、深く内容を聞くように努めた。キーワードは、身体状況、リハビリテーション、生活、交友関係、スタッフについて、趣味、家族関係、リハビリテーション以外のサービス(食事、入浴、レクリエーション等)についてである。また、質問項目が漠然としているために、デイケア利用者が回答に戸惑った場合には、デイケアを以前入院していた医療機関や家庭と比較してもらい、

回答してもらった。回答内容が調査項目と異なっていた場合であっても、話をさえぎることなく、面接者が自由奔放に話せるように配慮した。面接環境は、研究参加者が他の利用者や職員に気遣いなく話せるように施設内の個室で行った。面接時間は30～60分とし、面接者から十分なデータが得られ、質問に対して同じ内容を繰り返す、また、沈黙が見られるようになった時に面接を終了した。さらに、面接者に疲労感が見られた時や制限時間内にデータが収集できなかった時は、次回に再度面接を行うこととした。面接終了後、データ分析を行い、その結果を考慮し、次の研究参加者に面接を行った⁴⁵⁾。これを繰り返し、理論的飽和⁴⁶⁾に達したことが確認できた時点でデータ収集を終了した。

III-3、データ分析

すべての面接を録音し、その内容を逐語録に起こす。分析は、KJ法^{47) 48) 49) 50)}を用いた。KJ法は、民族地理学者・文化人類学者である川喜田二郎氏によって考案された。KJ法が生まれた背景は、同氏が、ネパールを探検し、得られた野外調査の結果をまとめる際に、仮説を先に立てた分析や分類から問題解決を図る方法に限界があったことにある。同氏は、1967年に異質のデータ・情報を統合することによって、新しい発想とアイデアを生成する方法論であるKJ法を考案した⁵⁰⁾⁵¹⁾。KJ法の分析手順はステップ1:ラベル作り、ステップ2:グループ編成、ステップ3:A型図解化、ステップ4:B型叙述化の手順で行う。ステップ1では、逐語録から、1センテンスずつ抜き出し、ラベルを作成する。ステップ2では、内容的に近いラベルをグループに集める。グループにグループ内の全ラベル

の内容を表現する表札をつける。集まったもの全てに表札をつけた後、すべてのグループとどのグループにも属さなかったラベルを並べ、さらなるグループ化を行い、表札をつける。この作業をグループ化できなくなるまで繰り返す。ステップ3では、A型図解化を行い、グループ間の関係を推察する。ステップ4では、B型叙述化を行い、図解化されたものを、全てのラベルの内容を反映するように叙述化する。さらに本研究では、ラベル作りの後、全ラベルの中から重要度の高いラベルを抽出し、まったく同じ内容のラベルや志の弱いラベルを省くために、多段階ピックアップ^{49) 50)}を行った。多段階ピックアップにより選出されたラベルを使用し、グループ編成、A型図解化、B型叙述化を行った。

III-4、確実性と信憑性

- ・ステップ2において、共同研究者とグループ化を行い、利用者のデイケア参加の意味について十分なディスカッションを行い、グループの内容を再考することで確実性を高める。
- ・調査施設のスタッフ・指導教員に研究結果の信憑性を確認する。
- ・KJ法本部のインストラクターと指導員によるスーパーバイズにより確実性と信憑性を高める。

III-5、倫理的配慮

- ・研究参加者選定時の配慮として、本研究の条件に適合する利用者に対し、介護老人保健施設のデイケア担当職員を通じ、研究の目的と方法を説明し、研究に協力が得られるかについて意思を確認する。研究協力の意思表示のあった者に対してのインタビューのアポイントメントについては、本人が利用し

ているデイケアの担当職員に時間調整をお願いする。面接日は本人がデイケアを利用している日とし、面接場所は本人が利用しているデイケア施設とする。

- ・研究への参加は自由であり、同意の得られた研究参加者のみ行う。面接中答えたくない質問には答えなくてもよいこと、面接をいつでも取りやめることが可能であることを説明する。
- ・研究への参加に同意した後でも辞退する権利があることや、面接を取り止めることは常に可能であること、そのことで不利益を被ることはないことを説明する。
- ・調査データは個人が特定されないよう配慮することを説明する。
- ・個人情報の取り扱いには十分注意をし、論文中に個人が特定されるような情報は載せないことを説明する。
- ・研究参加者のプライバシー保護、人権尊重のため、研究によって得られたデータは施錠できる場所に保管する。研究終了後は焼却処分をし、研究の目的以外には使用しないことを説明する。また、論文中では、個人が特定されないように個人名・施設名を匿名化することを説明する。個人が特定されるような内容については、概念化を行う、または、記載しないことを説明する。
- ・研究協力途中、終了後を問わず、いつでも本学倫理委員会へ問い合わせができることを説明する。

IV、結果

IV-1、ラベル作り、及び、多段階ピックアップ

デイケア利用者 11 名に面接を行い、すべての内容を逐語録に起こした。逐語録

から得られたラベルはデイケア利用者 636 枚であった。これらのラベルを多段階ピックアップにより、重要度の高いラベルとして、デイケア利用者 132 枚を選出した。

IV-2、デイケア利用者のグループ編成、A型図解化、B型叙述化

IV-2-1、デイケア利用者のグループ編成

多段階ピックアップにより選出された 132 枚のラベルをグループ編成した。その結果、11 のグループに編成された。グループの表札は、グループ①『患側は痛くてつらい、家でも外出先でも何かと不自由で家族に迷惑をかけているので、発症前の自分を取り戻したい』、グループ②『病院では機能回復が得られたので、麻痺を治すためにもデイケアも病院と同じようになりハビリをしてほしい』、グループ③『告知を受けた人もいれば、受けていない人もいる、病院でもデイケアでも告知はつらいものである』、グループ④『機能維持のためにほどほどにリハビリすればよいが、自主練習は家よりもデイケアの方がやりやすい』、グループ⑤『痛みで運動できなかつたり、機能低下を起こしてしまった人もいる』、グループ⑥『家族には特に経済的に迷惑をかけているので、自分が我慢しないといけない』、グループ⑦『自分の努力や工夫、周りの支えで、不自由さを克服し、充実して暮らしをしているが、時に失敗もある』、グループ⑧『デイケアはスタッフや他の利用者があるからこそ、楽しく過ごせリハビリもがんばれ、多少なりとも成果を感じる』、グループ⑨『デイケアには、家での話題が増える、規則正しい生活の獲得、家族の休養といった利点もある』、グループ⑩『認知症や年の離れた利用者、サー

ビス内容、スタッフに不満がある』、グループ⑩『退院後、リハビリ、介護負担軽減、交流を目的に自分でデイケアを探し

た人もいれば、ケアマネ任せの人もいる』となった。

IV-2-2、デイケア利用者のA型図解化

グループ編成によって得られた11の大グループを空間配置し、A型図解化を行った。インデックス図解、及び、各グループのA型図解化を以下に記す。

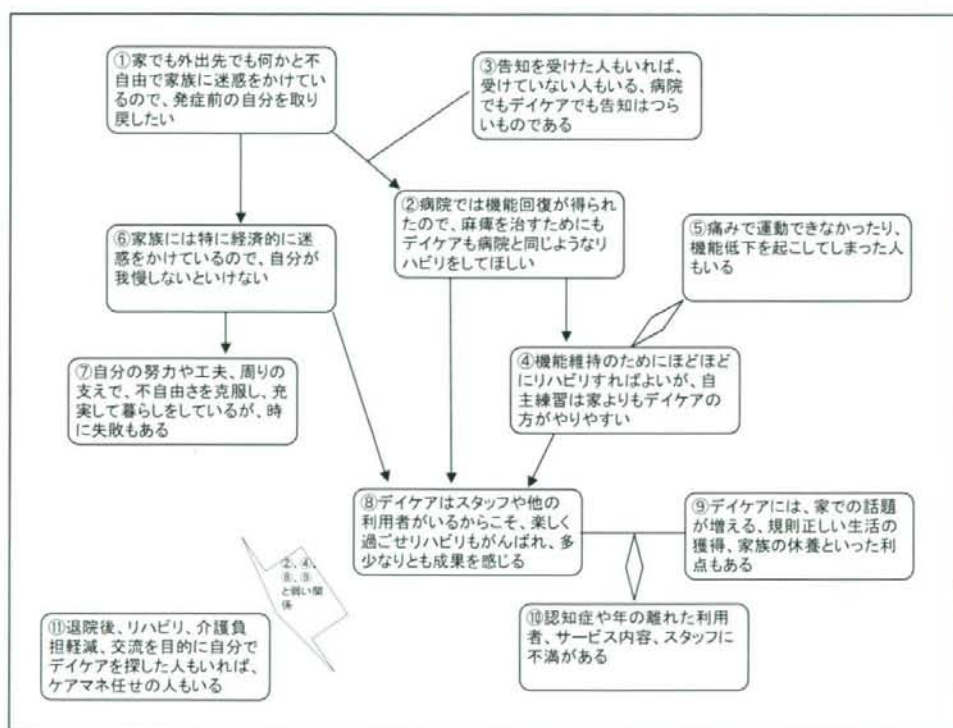


図1 インデックス図解 維持期脳卒中後遺症者のデイケア継続の意味 (利用者の視点から)

注

- 1-dotted arrow 弱い関係
- 2-solid arrow 並列関係(そして、また、さらに)
- 3-dashed arrow 因果関係、流れ
- 4-diamond 反対、対立、矛盾

①家でも外出先でも何かと不自由で家族に迷惑をかけているので、発症前の自分を取り戻したい

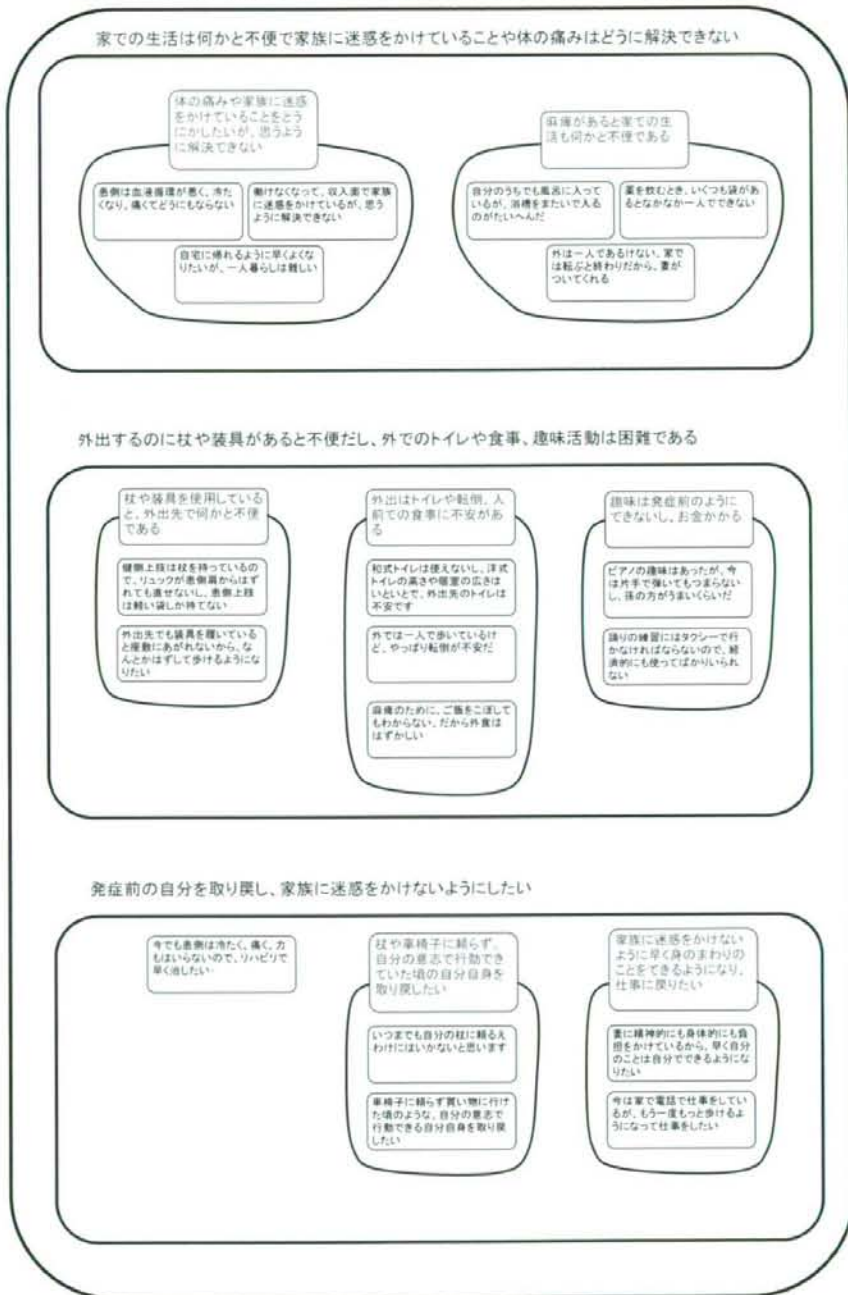


図2 グループ①『家でも外出先でも何かと不自由で家族に迷惑をかけているので、発症前の自分を取り戻したい』

注 表札中の・は小グループ編成で一匹狼になったことを示す

②病院では機能回復が得られたので、麻痺を治すためにもデイケアも病院と同じようなリハビリをしてほしい

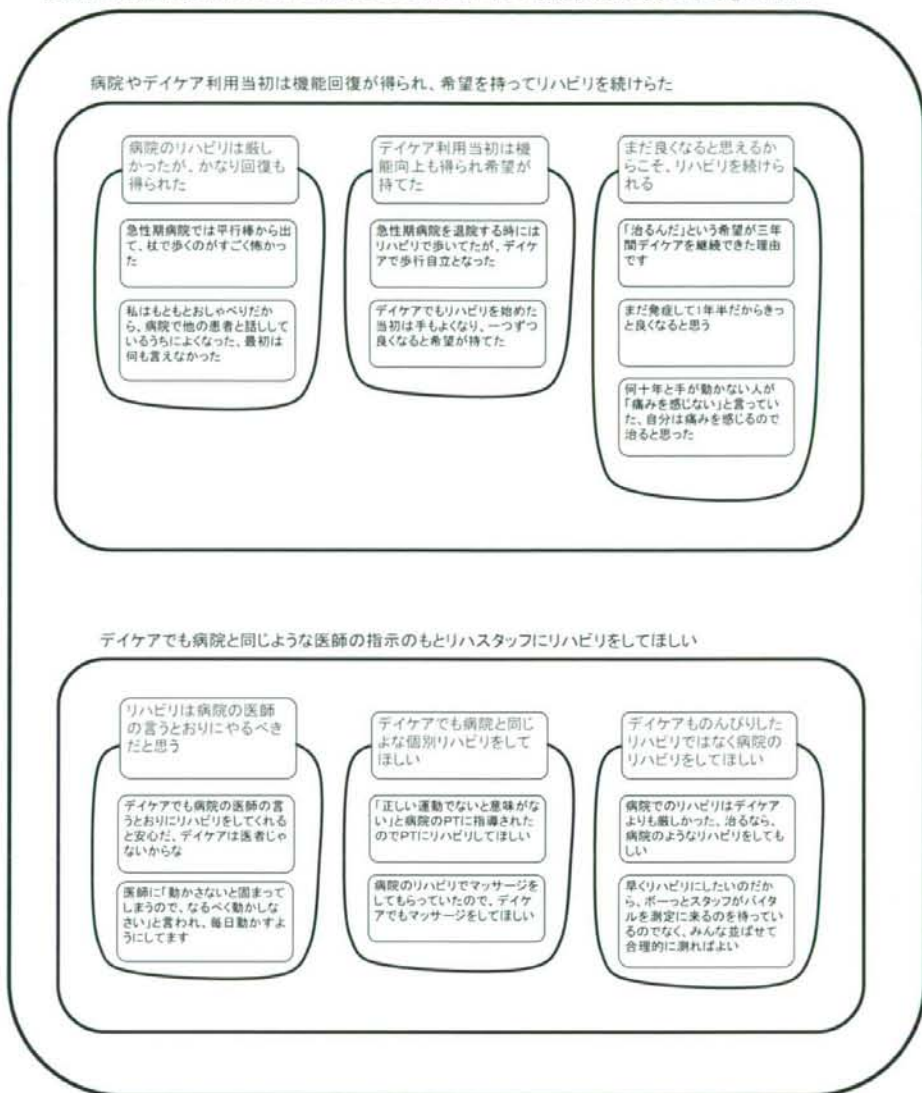


図3 グループ②『病院では機能回復が得られたので、麻痺を治すためにもデイケアも病院と同じようなリハビリをしてほしい』

③告知を受けた人もいれば、受けていない人もいる、病院でもデイケアでも告知はつらいものである

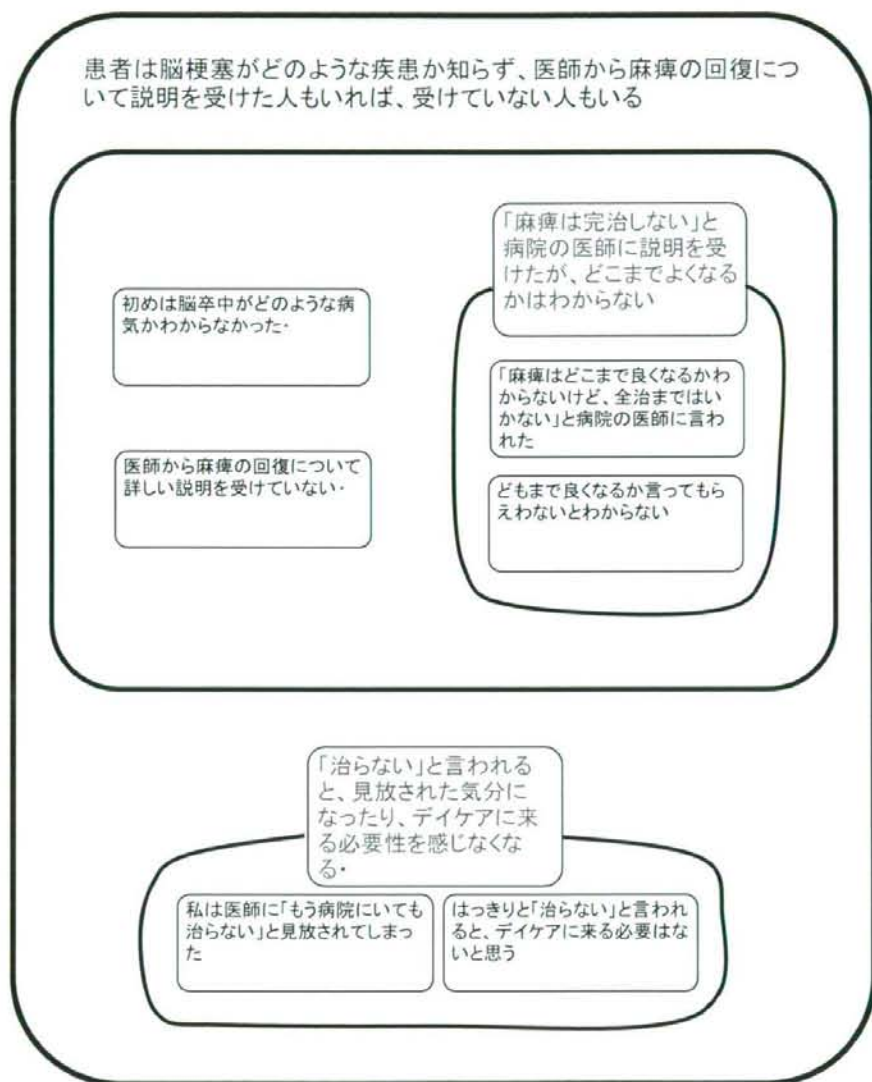


図4 グループ③『告知を受けた人もいれば、受けていない人もいる、病院でもデイケアでも告知はつらいものである』

* ラベル中の・は小グループ編成で一匹狼になったことを示す。小グループ表札中の・は中グループ編成で一匹狼になったことを示す

④機能維持のためにほどほどにリハビリをすればよいが、自主練習は家よりもデイケアの方がやりやすい

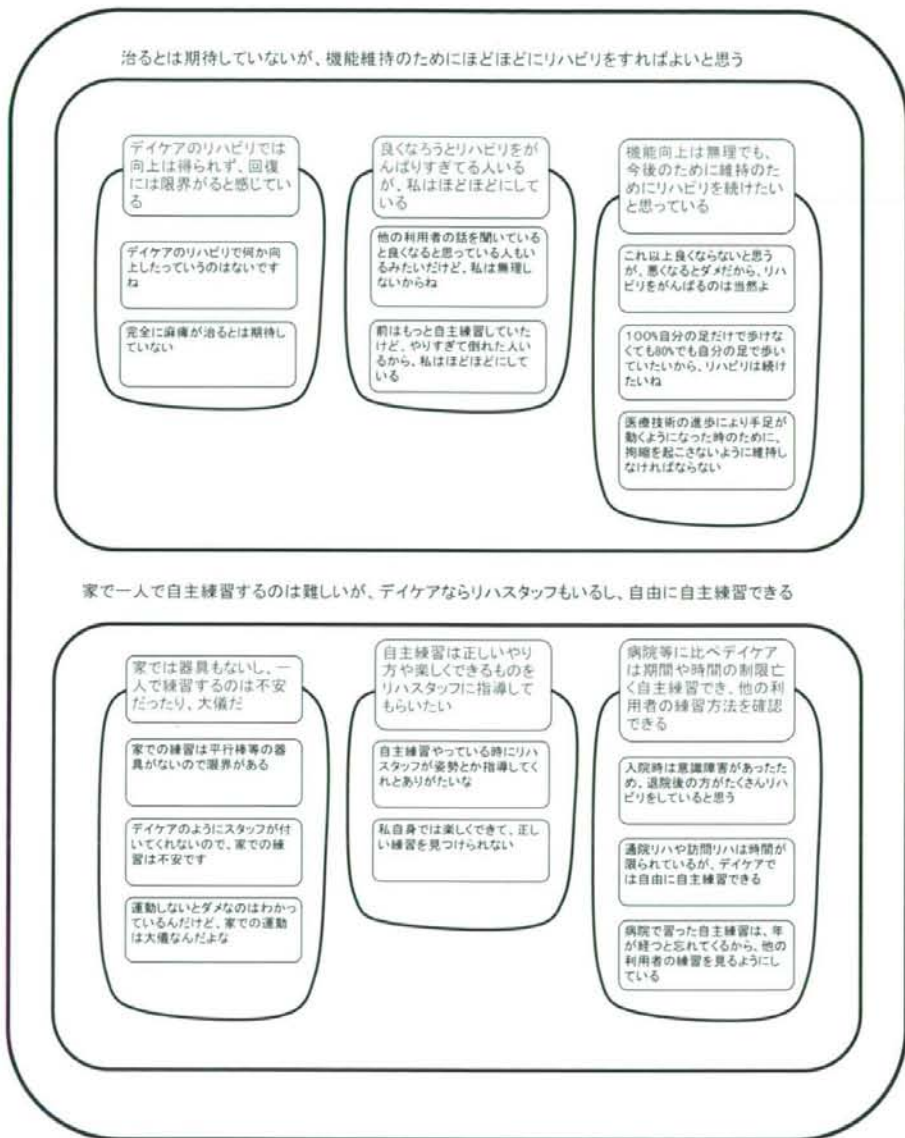


図5 グループ④『機能維持のためにほどほどにリハビリをすればよいが、自主練習は家よりもデイケアの方がやりやすい』

⑤痛みで運動できなかつたり、機能低下を起こしてしま
った人もいる

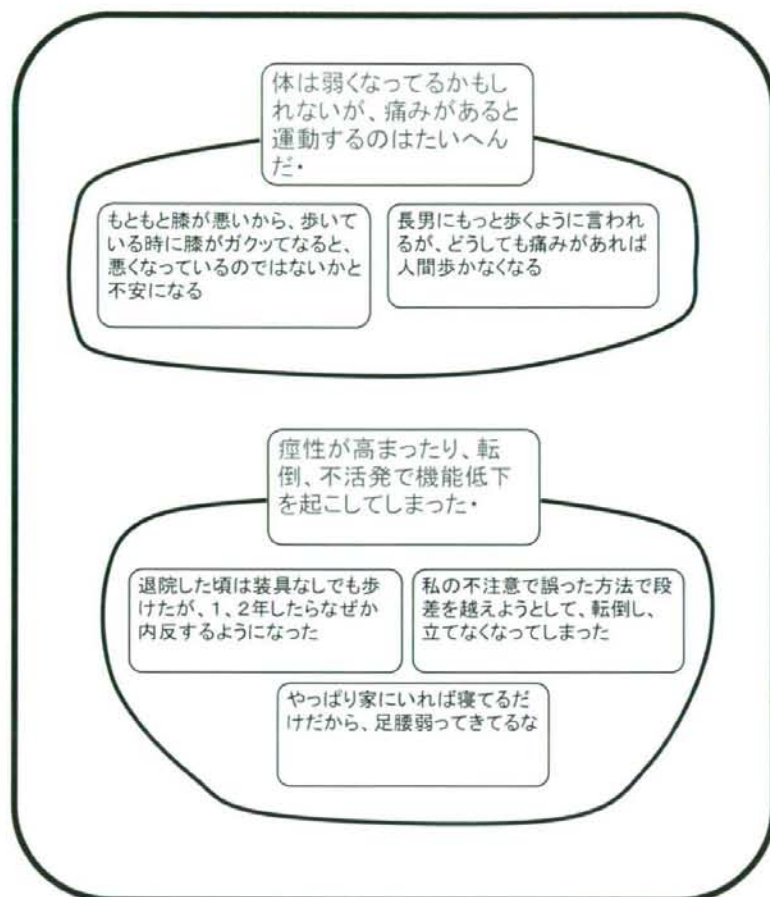


図6 グループ⑤『痛みで運動できなかつたり、機能低下を起こしてしま
った人もいる』

* 小グループ表札中の・は中グループ編成で一匹狼になったことを示す

⑥ 家族には、(特に経済的に)迷惑をかけているので、自分が我慢しないといけない

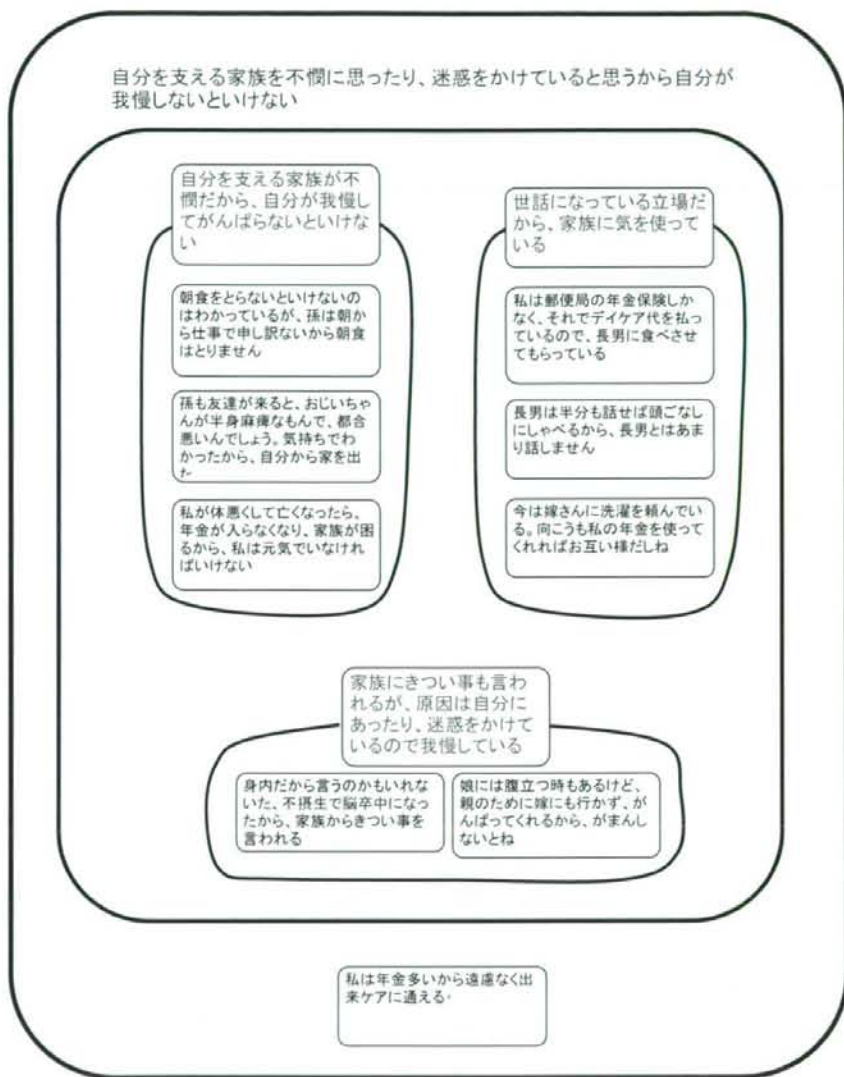


図7 グループ⑥『家族には、(特に経済的に)迷惑をかけているので、自分が我慢しないといけない』

* ラベル中の・は小グループ編成で一匹狼になったことを示す