

(3) うつ

うつ得点 (GDS-5 得点) をみると、介入群 2.5 ± 1.5 点、対照群 2.5 ± 1.4 点で有意差はなかった ($p=0.935$)。

項目別にみたが、「毎日の生活に満足」 ($p=0.995$)、「毎日が退屈」 ($p=0.388$)、「外出するより家にいたい」 ($p=0.178$)、「生きていても仕方がない」 ($p=0.843$)、「自分が無力だと思う」 ($p=0.539$) と、全ての項目で有意差はなかった。

表 14. うつ得点のベースライン比較

	介入群 (n=29) (Mean±SD)	対照群 (n=43) (Mean±SD)	p 値
うつ得点	2.5 ± 1.5	2.5 ± 1.4	0.935
①毎日の生活に満足	0.5 ± 0.5	0.5 ± 0.5	0.995
②毎日が退屈だと思うことが多い	0.4 ± 0.5	0.5 ± 0.5	0.388
③外出や新しいことをするよりも家にいたい	0.6 ± 0.5	0.4 ± 0.5	0.178
④生きていても仕方ないと思う	0.4 ± 0.5	0.4 ± 0.5	0.843
⑤自分が無力だと思うことが多い	0.6 ± 0.5	0.7 ± 0.5	0.539

Note; t 検定

(4) QOL

QOL (EQ-5D) の効用値の平均値に有意差はなかった ($p=0.839$)。

表 15. QOL 効用値のベースライン比較

	介入群 (n=29) (Mean±SD)	対照群 (n=43) (Mean±SD)	p 値
QOL 効用値 ^{注1)}	0.497 ± 0.244	0.487 ± 0.175	0.839

Note; t 検定

注1) QOL 効用値は介入群の1名が未回答であったため、n=28 となっている。

3) 主観的健康観

利用者の主観的健康観に有意差はなかった ($p=0.647$)。

表 16. 主観的健康観のベースライン比較

	介入群 (n=28)		対照群 (n=43)		p 値
	n	%	n	%	
とても健康	1	3.6	0	0.0	0.647
まあまあ健康	12	42.9	21	48.8	
あまり健康でない	8	28.6	16	37.2	
健康でない	7	25.0	6	14.0	

Note; Mann-Whitney の U 検定

注1) 主観的健康観は介入群の1名が未回答であったため、n=28 となっている。

4) 介護負担感

主たる介護者の介護負担感に有意差はなかった ($p=0.552$)。

表 17. 介護負担感のベースライン比較

	介入群 (n=23)		対照群 (n=38)		p 値
	n	%	n	%	
負担	5	21.7	4	10.5	0.552
やや負担	8	34.8	17	44.7	
どちらともいえない	7	30.4	10	26.3	
あまり負担でない	2	8.7	7	18.4	
負担でない	1	4.3	0	0.0	

Note; Mann-Whitney の U 検定

注1) 介護負担感、介入群の6名及び対照群の5名が未回答であったため、それぞれ n=23、n=38 となっている。

5. 介入効果評価

①退院3ヶ月後の在宅療養継続率、②ベースライン（退院1週間後）、退院3ヶ月後の2時点における、評価尺度得点、主観的健康観、介護負担感の経時変化、③ベースライン、退院3ヶ月後の2時点における、リハサービスの利用状況を2群間で比較した。

1) 退院3ヶ月後の在宅療養の継続率

介入群の初回登録者は32名で、うち「退院3ヶ月後も在宅療養を継続」29名（90.6%）、「入院又は介護保険施設に入所」3名（9.4%）であった。一方、対照群の初回登録者は46名で、うち「退院3ヶ月後も在宅療養を継続」43名（93.5%）、「入院又は介護保険施設に入所」3名（6.5%）であった。在宅療養の継続率を2群間で比較したが、有意差はなかった（ $p=0.738$ ）。

表 18. 退院3ヶ月後の在宅療養の継続率の比較

	介入群		対照群		p 値
	n	%	n	%	
初回登録者	32	100.0	46	100.0	
在宅療養継続	29	90.6	43	93.5	0.738
入院・入所	3	9.4	3	6.5	

Note; χ^2 検定

2) 評価尺度の得点の変化

(1) ADL 得点

ADL 得点（BI 得点）について、介入群、対照群各々の、ベースライン（退院1週間後）と3ヶ月後の2時点の比較並びに変化パターンの2群間比較を行った。

BI 得点では、介入群（ $p<0.001$ ）、対照群（ $p=0.009$ ）とも退院3ヶ月後に有意に改善していた。BI 得点の変化パターンの2群間比較では、介入群が、対照群に比べて有意に改善していた（ $p=0.002$ ）。

これを項目別にみると、歩行では、2時点比較で介入群は有意に改善していたが（ $p<0.001$ ）、対照群では有意差はなかった（ $p=0.570$ ）。2群間比較では、介入群が、対照群に比べて有意に改善していた（ $p<0.001$ ）。

階段昇降をみると、2時点比較では、介入群（ $p=0.001$ ）、対照群（ $p=0.012$ ）とも有意に改善していたが、2群間に有意差はなかった（ $p=0.190$ ）。入浴も、2時点比較では、介入群（ $p=0.046$ ）、対照群（ $p=0.025$ ）とも有意に改善していたが、2群間に有意差はなかった（ $p=0.789$ ）。更衣も、2時点比較では、介入群（ $p=0.005$ ）、対照群（ $p=0.035$ ）とも有意に改善していたが、2群間に有意差はなかった（ $p=0.789$ ）。

移乗をみると、2時点比較では、介入群は有意に改善していたが（ $p=0.012$ ）、対照群では有意差はなかった（ $p=0.073$ ）。また、2群間に有意差はなかった（ $p=0.205$ ）。

整容をみると、2時点比較では、対照群は有意に改善していたが（ $p=0.025$ ）、介入群では有意差はなかった（ $p=0.059$ ）。また、2群間に有意差はなかった（ $p=0.549$ ）。

トイレ動作をみると、2時点比較では、介入群（ $p=0.124$ ）、対照群（ $p=1.000$ ）とも有意差はなく、2群間比較にも有意差はなかった（ $p=0.083$ ）。排便コントロールも、2時点比較では、介入群（ $p=0.705$ ）、対照群（ $p=0.564$ ）とも有意差はなく、2群間比較にも有意差はなかった（ $p=0.923$ ）。排尿コントロールも、2時点比較では、介入群（ $p=0.102$ ）、対照群（ $p=0.763$ ）とも有意差はなく、2群間比較にも有意差はなかった（ $p=0.328$ ）。食事も、2時点比較では、介入群（ $p=0.157$ ）、対照群（ $p=0.655$ ）とも有意差はなく、2群間比較にも有意差はなかった（ $p=0.545$ ）。

ここで、ベースラインと退院3ヶ月後のBI得点の変化量をみると、変化量の平均は、介入群 15.2 ± 15.0 点、対照群 4.7 ± 13.6 点であった。度数分布をみると、介入群は「15点改善」が27.6%、対照群は「0点（変化なし）」が32.6%と最も多かった（図19）。

表 19. ADL 得点 (BI 得点) の経時変化の比較

	退院 1 週間後		退院 3 ヶ月後		p 値	
	点数 (点) (Mean ± SD)		点数 (点) (Mean ± SD)		群内 比較 a	群間 比較 b
ADL 得点 (BI 得点)						
介入群	57.6 ± 24.6		72.8 ± 24.9		<0.001***	0.002**
対照群	60.5 ± 22.4		65.1 ± 22.9			
歩行						
介入群	4.7 ± 6.3		10.7 ± 6.4		<0.001***	<0.001***
対照群	6.5 ± 6.9		7.0 ± 7.1			
階段昇降						
介入群	2.8 ± 3.9		4.8 ± 4.3		0.001**	0.190
対照群	3.3 ± 3.3		4.4 ± 3.5		0.012*	
車いすからベッドへの移乗						
介入群	8.4 ± 6.6		10.7 ± 5.9		0.012*	0.205
対照群	10.1 ± 5.4		11.2 ± 5.1		0.073	
入浴						
介入群	1.2 ± 2.2		1.9 ± 2.5		0.046*	0.789
対照群	0.8 ± 1.9		1.4 ± 2.3		0.025*	
トイレ動作						
介入群	7.2 ± 4.1		8.3 ± 3.6		0.124	0.083
対照群	7.8 ± 3.1		7.8 ± 3.3		1.000	
整容						
介入群	3.1 ± 2.5		4.0 ± 2.1		0.059	0.549
対照群	2.6 ± 2.5		3.1 ± 2.4		0.025*	
更衣						
介入群	6.4 ± 3.5		7.8 ± 3.4		0.005**	0.789
対照群	6.3 ± 3.5		7.1 ± 3.3		0.035*	
排便コントロール						
介入群	8.1 ± 3.4		7.9 ± 3.4		0.705	0.923
対照群	6.7 ± 4.1		6.5 ± 4.0		0.564	
排尿コントロール						
介入群	6.9 ± 3.4		7.6 ± 3.7		0.102	0.328
対照群	6.9 ± 3.8		7.0 ± 3.8		0.763	
食事						
介入群	8.8 ± 2.9		9.1 ± 2.3		0.157	0.545
対照群	9.5 ± 1.5		9.7 ± 1.3		0.655	

Note; *:P<0.05, **:P<0.01, ***:P<0.001, a: Wilcoxon の符号付き順位検定, b: 2 要因分散分析(反復測定)

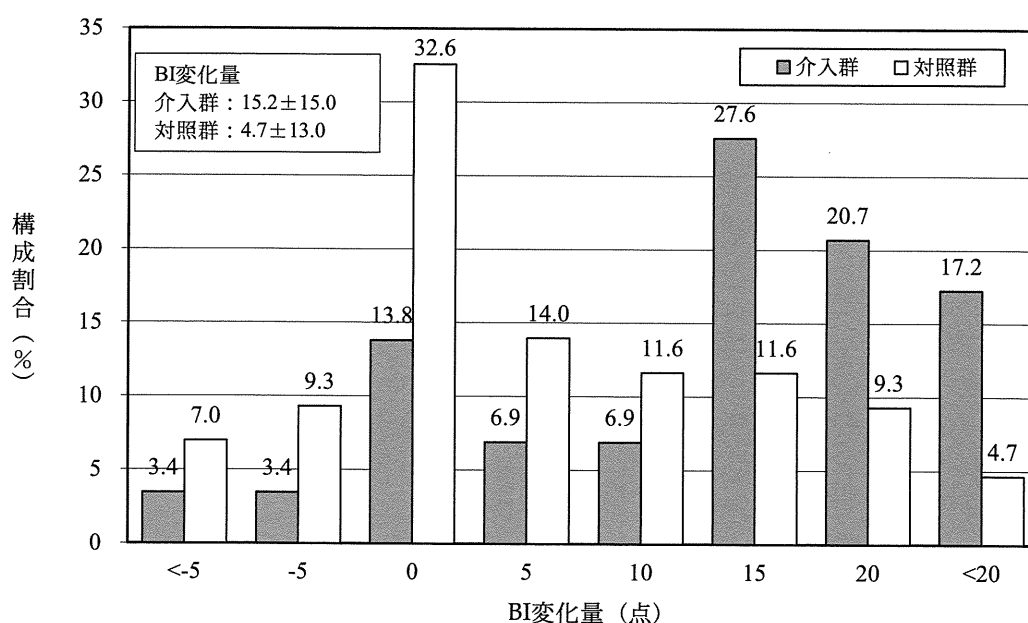


図 3. ADL 得点 (BI 得点) の変化量の分布の比較

(2) IADL

IADL 得点の2時点比較では、介入群は有意に改善していたが (p=0.011)、対照群に有意差はなかった (p=0.058)。また、2群間に有意差はなかった (p=0.104)。

これを項目別にみた。

金銭の管理をみると、2時点比較では、介入群は有意に改善していたが (p=0.025)、対照群では有意差はなかった (p=0.317)。また、2群間に有意差はなかった (p=0.127)。遠くへの外出も、2時点比較では、介入群は有意に改善していたが (p=0.025)、対照群では有意差はなかった (p=0.157)。また、2群間に有意差はなかった (p=0.079)。

買い物をみると、2時点比較では、介入群 (p=0.157)、対照群 (p=0.564) とも有意差はなく、2群間比較にも有意差はなかった (p=0.472)。食事の支度も、2時点比較では、介入群 (p=0.157)、対照群 (p=0.083) とも有意差はなく、2群間比較にも有意差はなかった (p=0.990)。家事も、2時点比較では、介入群 (p=0.157)、対照群 (p=0.317) とも有意差はなく、2群間比較にも有意差はなかった (p=0.348)。

表 20. IADL 得点の経時変化の比較

	退院1週間後		退院3ヶ月後		p 値	
	点数 (点) (Mean ± SD)		点数 (点) (Mean ± SD)		群内 比較 a	群間 比較 b
IADL 得点						
介入群	0.3	± 0.5	0.9	± 1.3	0.011*	0.104
対照群	0.4	± 0.7	0.6	± 1.1	0.058	
買い物						
介入群	0.0	± 0.0	0.1	± 0.3	0.157	0.472
対照群	0.0	± 0.2	0.0	± 0.2	0.564	
食事の支度						
介入群	0.1	± 0.3	0.1	± 0.4	0.157	0.990
対照群	0.1	± 0.3	0.1	± 0.4	0.083	
家事						
介入群	0.0	± 0.0	0.1	± 0.3	0.157	0.348
対照群	0.0	± 0.2	0.0	± 0.2	0.317	
金銭の管理						
介入群	0.2	± 0.4	0.4	± 0.5	0.025*	0.127
対照群	0.2	± 0.4	0.3	± 0.5	0.317	
遠くへの外出						
介入群	0.0	± 0.0	0.2	± 0.4	0.025*	0.079
対照群	0.0	± 0.2	0.1	± 0.3	0.157	

Note; a: Wilcoxon の符号付き順位検定, b: 2 要因分散分析(反復測定)

(3) うつ

うつ得点の2時点比較では、介入群は有意に改善していたが (p=0.005)、対照群に有意差はなかった (p=0.779)。2群間比較では、介入群が、対照群に比べて有意に改善していた (p=0.035)。

これを項目別にみた。

「外出するより家にいたい」をみると、介入群 (p=0.317)、対照群 (p=0.052) とも有意差はなかったが、2群間比較には有意差がみられた (p=0.046)。

「生きていても仕方がない」をみると、2時点比較では、介入群は有意に改善していたが (p=0.025)、対照群では有意差はなかった (p=0.763)。また、2群間に有意差はなかった (p=0.081)。

「自分が無力だと思う」も、2時点比較では、介入群は有意に改善していたが (p=0.025)、対照群では有意差はなかった (p=0.366)。また、2群間に有意差はなかった (p=0.344)。

「毎日の生活に満足」をみると、2時点比較では、介入群 (p=0.200)、対照群 (p=0.564) とも有意差はなく、2群間比較にも有意差はなかった (p=0.113)。「毎日が退屈」も、2時点比較では、介入群 (p=0.157)、対照群 (p=0.808) とも有意差はなく、2群間比較にも有意差はなかった (p=0.418)。

表 21. うつ得点の経時変化の比較

	退院1週間後		退院3ヶ月後		p 値	
	点数 (点) (Mean±SD)		点数 (点) (Mean±SD)		群内 比較 a	群間 比較 b
うつ得点						
介入群	2.5	± 1.5	1.7	± 1.4	0.005**	0.035*
対照群	2.5	± 1.4	2.5	± 1.7	0.779	
毎日の生活に満足						
介入群	0.5	± 0.5	0.3	± 0.5	0.200	0.113
対照群	0.5	± 0.5	0.5	± 0.5	0.564	
毎日が退屈だと思う						
介入群	0.4	± 0.5	0.3	± 0.5	0.157	0.418
対照群	0.5	± 0.5	0.5	± 0.5	0.808	
外出より家にいたい						
介入群	0.6	± 0.5	0.5	± 0.5	0.317	0.046*
対照群	0.4	± 0.5	0.6	± 0.5	0.052	
生きていても仕方がない						
介入群	0.4	± 0.5	0.2	± 0.4	0.025*	0.081
対照群	0.4	± 0.5	0.4	± 0.5	0.763	
自分が無力だと思う						
介入群	0.6	± 0.5	0.4	± 0.5	0.025*	0.344
対照群	0.7	± 0.5	0.6	± 0.5	0.366	

Note; *:P<0.05, **:P<0.01, a: Wilcoxon の符号付き順位検定, b: 2 要因分散分析(反復測定)

(4) QOL

QOL (EQ-5D) の効用値の2時点比較では、介入群は有意に改善していたが (p=0.006)、対照群に有意差はなかった (p=0.088)。また、2群間に有意差はなかった (p=0.242)。

表 22. QOL 効用値の経時変化の比較

	退院1週間後		退院3ヶ月後		p 値	
	点数 (点) (Mean±SD)		点数 (点) (Mean±SD)		群内 比較 a	群間 比較 b
【QOL 効用値】						
介入群	0.497	± 0.244	0.580	± 0.217	0.006**	0.242
対照群	0.487	± 0.175	0.523	± 0.195	0.088	

Note; **:P<0.01, a: Wilcoxon の符号付き順位検定, b: 2 要因分散分析(反復測定)

(5) 主観的健康観

主観的健康観の2時点比較では、介入群は有意に改善していたが (p=0.008)、対照群に有意差はなかった (p=0.109)。また、2群間に有意差はなかった (p=0.130)。

表 23. 主観的健康観の経時変化の比較

	退院1週間後		退院3ヶ月後		p 値	
	点数 (点) (Mean±SD)		点数 (点) (Mean±SD)		群内 比較 a	群間 比較 b
介入群	2.8	± 0.9	2.4	± 0.7	0.008**	0.130
対照群	2.7	± 0.7	2.5	± 0.8	0.109	

Note; **:P<0.01, a: Wilcoxon の符号付き順位検定, b: 2 要因分散分析(反復測定)

(6) 家族の介護負担感

家族の介護負担感の2時点比較では、介入群 (p=0.032)、対照群 (p=0.013) とともに有意に改善していたが、2群間に有意差はなかった (p=0.541)。

表 24. 主観的健康観の経時変化の比較

	退院1週間後		退院3ヶ月後		p 値	
	点数 (点) (Mean±SD)		点数 (点) (Mean±SD)		群内 比較 a	群間 比較 b
介入群	2.4	± 1.1	2.9	± 1.2	0.032*	0.541
対照群	2.5	± 0.9	2.9	± 1.1	0.013*	

Note; *:P<0.05, a: Wilcoxon の符号付き順位検定, b: 2 要因分散分析(反復測定)

3) 介護サービスの導入状況

(1) サービス導入状況の2群間比較

退院1週間後のサービス種類別導入率をみると、訪問リハ(p=0.463)、通所リハ(p=0.158)、訪問介護(p=0.216)、通所介護(機能訓練なし)(p=0.488)に有意差はなかった。通所介護(機能訓練実施)は、対照群の導入率が有意に高かった(p=0.022)。

退院3ヶ月後では、訪問リハ(p=0.297)、通所リハ(p=0.416)、訪問介護(p=0.820)、通所介護(機能訓練なし)(p=0.942)、通所介護(機能訓練実施)(p=0.071)のすべてで有意差がなかった。

表 25. 介護サービスの導入状況の比較

	介入群 (n=29)		対照群 (n=43)		p 値
	n	%	n	%	
①退院1週間後					
訪問介護					
利用あり	8	27.6	18	41.9	0.216
利用なし	21	72.4	25	58.1	
訪問リハ					
利用あり	9	31.0	10	23.3	0.463
利用なし	20	69.0	33	76.7	
通所リハ					
利用あり	4	13.8	12	27.9	0.158
利用なし	25	86.2	31	72.1	
通所介護(機能訓練実施)					
利用あり	1	3.4	10	23.3	0.022*
利用なし	28	96.6	33	76.7	
通所介護(機能訓練なし)					
利用あり	6	20.7	12	27.9	0.488
利用なし	23	79.3	31	72.1	
②退院3ヶ月後					
訪問介護					
利用あり	7	24.1	19	44.2	0.820
利用なし	22	75.9	24	55.8	
訪問リハ					
利用あり	10	34.5	10	23.3	0.297
利用なし	19	65.5	33	76.7	
通所リハ					
利用あり	8	27.6	10	23.3	0.416
利用なし	21	72.4	33	76.7	
通所介護(機能訓練実施)					
利用あり	4	13.8	14	32.6	0.071
利用なし	25	86.2	29	67.4	
通所介護(機能訓練なし)					
利用あり	9	31.0	13	30.2	0.942
利用なし	20	69.0	30	69.8	

Note; *:P<0.05, χ^2 検定

(2) 内容別にみたリハ導入状況の2群間比較

退院1週間後では、筋力増強運動(p=0.035)、関節可動域トレーニング(p=0.011)、移動動作練習(p=0.011)の導入率が対照群で有意に高かった。一方、家族への介護指導の導入率は介入群で有意に高かった(p=0.010)。その他のリハ内容の導入率に有意差はなかった。

退院3ヶ月後では、家族への介護指導の導入率が介入群で有意に高かったが(p=0.001)、その他のリハ内容の導入率に有意差はなかった。

表 26. 内容別にみたりハ導入状況の比較

	介入群 (n=29)		対照群 (n=43)		p 値
	n	%	n	%	
①退院 1 週間後					
筋力増強運動					
あり	7	24.1	21	48.8	0.035*
なし	22	75.9	22	51.2	
関節可動域トレーニング					
あり	4	13.8	18	41.9	0.011*
なし	25	86.2	25	58.1	
バランス練習					
あり	5	17.2	12	27.9	0.296
なし	24	82.8	31	72.1	
起居・立位動作練習					
あり	6	20.7	14	32.6	0.270
なし	23	79.3	29	67.4	
移動動作練習					
あり	3	10.3	16	37.2	0.011*
なし	26	89.7	27	62.8	
ADL 練習					
あり	3	10.3	5	11.6	0.865
なし	26	89.7	38	88.4	
IADL 練習					
あり	0	0.0	0	0.0	-
なし	29	100.0	43	100.0	
福祉用具に関する指導・助言					
あり	4	13.8	2	4.7	0.169
なし	25	86.2	41	95.3	
住宅改修に関する指導・助言					
あり	0	0.0	1	2.3	0.408
なし	29	100.0	42	97.7	
家族への介護指導					
あり	6	20.7	1	2.3	0.010*
なし	23	79.3	42	97.7	
②退院 3 ヶ月後					
筋力増強運動					
あり	16	55.2	23	53.5	0.888
なし	13	44.8	20	46.5	
関節可動域トレーニング					
あり	11	37.9	19	44.2	0.597
なし	18	62.1	24	55.8	
バランス練習					
あり	14	48.3	16	37.2	0.350
なし	15	51.7	27	62.8	
起居・立位動作練習					
あり	14	48.3	13	30.2	0.121
なし	15	51.7	30	69.8	
移動動作練習					
あり	11	37.9	19	44.2	0.776
なし	18	62.1	24	55.8	
ADL 練習					
あり	7	24.1	5	11.6	0.162
なし	22	75.9	38	88.4	
IADL 練習					
あり	0	0.0	1	2.3	0.408
なし	29	100.0	42	97.7	
福祉用具に関する指導・助言					
あり	3	10.3	3	7.0	0.612
なし	26	89.7	40	93.0	
住宅改修に関する指導・助言					
あり	0	0.0	0	0.0	-
なし	29	100.0	43	100.0	
家族への介護指導					
あり	9	31.0	1	2.3	0.001**
なし	20	69.0	42	97.7	

Note; *:P<0.05, **:P<0.01, χ^2 検定

介入群、対照群とも、退院 1 週間後のサービスは介護支援専門員自身で決定したものである。介入群における退院 3 ヶ月後のサービスは、在宅リハ専門職の指導・助言を参考にした上で介護支援専門員が作成したものである。

(3) 介護サービスの導入状況の経時変化

介護サービスの導入率の変化をみると、介入群では通所リハ (p=0.125)、通所介護 (機能訓練実施) (p=0.250) の導入率がそれぞれ 13.8 ポイント、10.4 ポイント上昇していたが有意差はなかった。それ以外のサービスの導入率にも有意差はなかった。

対照群では通所介護 (機能訓練実施) の導入率が 9.3 ポイント上昇していたが有意差はなかった (p=0.125)。それ以外のサービスの導入率にも有意差はなかった。

表 27. 介護サービスの導入状況の経時変化

	退院 1 週間後		退院 3 ヶ月後		p 値
	n	%	n	%	
①介入群 (n=29)					
訪問介護					
利用あり	8	27.6	7	24.1	1.000
利用なし	21	72.4	22	75.9	
訪問リハ					
利用あり	9	31.0	10	34.5	1.000
利用なし	20	69.0	19	65.5	
通所リハ					
利用あり	4	13.8	8	27.6	0.125
利用なし	25	86.2	21	72.4	
通所介護 (機能訓練実施)					
利用あり	1	3.4	4	13.8	0.250
利用なし	28	96.6	25	86.2	
通所介護 (機能訓練なし)					
利用あり	6	20.7	9	31.0	0.500
利用なし	23	79.3	20	69.0	
②対照群 (n=43)					
訪問介護					
利用あり	18	41.9	19	44.2	1.000
利用なし	25	58.1	24	55.8	
訪問リハ					
利用あり	10	23.3	10	23.3	1.000
利用なし	33	76.7	33	76.7	
通所リハ					
利用あり	12	27.9	10	23.3	0.500
利用なし	31	72.1	33	76.7	
通所介護 (機能訓練実施)					
利用あり	10	23.3	14	32.6	0.125
利用なし	33	76.7	29	67.4	
通所介護 (機能訓練なし)					
利用あり	12	27.9	13	30.2	1.000
利用なし	31	72.1	30	69.8	

(4) 内容別にみたリハ導入状況の経時変化

リハの内容別にみた導入率の変化をみると、介入群では筋力増強運動 (p=0.004)、バランス練習 (p=0.008)、起居・立位動作練習 (p=0.016)、移動動作練習 (p=0.016) の導入率が有意に上昇していた。

一方、対照群では、リハの内容別導入率に有意差はみられなかった。

表 28. 内容別にみたりハ導入状況の経時変化

	退院 1 週間後		退院 3 ヶ月後		p 値
	n	%	n	%	
①介入群 (n=29)					
筋力増強運動					
あり	7	24.1	16	55.2	0.004**
なし	22	75.9	13	44.8	
関節可動域トレーニング					
あり	4	13.8	11	37.9	0.070
なし	25	86.2	18	62.1	
バランス練習					
あり	5	17.2	14	48.3	0.008**
なし	24	82.8	15	51.7	
起居・立位動作練習					
あり	6	20.7	14	48.3	0.016*
なし	23	79.3	15	51.7	
移動動作練習					
あり	3	10.3	11	37.9	0.016*
なし	26	89.7	18	62.1	
ADL 練習					
あり	3	10.3	7	24.1	0.125
なし	26	89.7	22	75.9	
IADL 練習					
あり	0	0.0	0	0.0	-
なし	29	100.0	29	100.0	
福祉用具に関する指導・助言					
あり	4	13.8	3	10.3	1.000
なし	25	86.2	26	89.7	
住宅改修に関する指導・助言					
あり	0	0.0	0	0.0	-
なし	29	100.0	29	100.0	
家族への介護指導					
あり	6	20.7	9	31.0	0.500
なし	23	79.3	20	69.0	
②対照群 (n=43)					
筋力増強運動					
あり	21	48.8	23	53.5	1.000
なし	22	51.2	20	46.5	
関節可動域トレーニング					
あり	18	41.9	19	44.2	1.000
なし	25	58.1	24	55.8	
バランス練習					
あり	12	27.9	16	37.2	0.250
なし	31	72.1	27	62.8	
起居・立位動作練習					
あり	14	32.6	13	30.2	1.000
なし	29	67.4	30	69.8	
移動動作練習					
あり	16	37.2	19	44.2	0.250
なし	27	62.8	24	55.8	
ADL 練習					
あり	5	11.6	5	11.6	1.000
なし	38	88.4	38	88.4	
IADL 練習					
あり	0	0.0	1	2.3	-
なし	43	100.0	42	97.7	
福祉用具に関する指導・助言					
あり	2	4.7	3	7.0	1.000
なし	41	95.3	40	93.0	
住宅改修に関する指導・助言					
あり	1	2.3	0	0.0	-
なし	42	97.7	43	100.0	
家族への介護指導					
あり	1	2.3	1	2.3	1.000
なし	42	97.7	42	97.7	

Note; *:P<0.05, McNemar 検定

6. ADL 改善への関連要因

本研究は、要介護高齢者の退院後の ADL の向上を図るための一手法を提案・実践し、その効果を検証するものであるが、退院後の ADL 改善には、①利用者特性、②リハ専門職の技能が影響すると考えられる。

そこで、ADL 得点の変化量の分布状況から (図 3)、ADL 得点の変化量が 0~10 点の群を ADL 維持群 (N=33)、15 点以上の群を ADL 向上群 (N=30) とし、これら 2 群と利用者特性及びリハ専門職の技能の関係を分析する。

1) 利用者特性

退院後の ADL 変化に関連する利用者特性要因としては、①性、②年齢、③入院原因疾患、④要介護度、⑤退院 1 週間後の BI 得点、⑥認知症高齢者の日常生活自立度が考えられる。そこで、これら 6 要因と 2 群間の関係をみた。

性別では、ADL 改善群の男性割合が多かったが有意差はなかった ($p=0.182$)。平均年齢は、ADL 改善群が 1.6 歳若かったが有意差はなかった ($p=0.469$)。退院 1 週間後の BI 得点の平均値は、ADL 改善群が 9.8 点低かったが有意差はなかった ($p=0.110$)。要介護度 ($p=0.106$)、入院原因疾患 ($p=0.909$)、認知症高齢者の日常生活自立度 ($p=0.391$) のいずれも有意差はなかった。

2) リハ専門職の技能

退院後の ADL 変化に関連するリハ専門職の技能としては、①リハサービスの提供、②リハ提供内容、③本研究で実施した退院後ケアマネジメントプロセスへの介入が考えられる。そこで、これら 3 要因と 2 群間の関係をみた。

リハサービスの提供との関係をみたが、訪問リハ提供 ($p=0.811$)、通所リハ提供 ($p=0.180$) のいずれも有意でなかった。

リハ提供内容との関係をみたが、福祉用具に関する指導・助言の実施で有意な傾向を示したが ($p=0.066$)、それ以外のリハ内容に有意差はなかった。

今回実施した退院後ケアマネジメントへの介入は、ADL 改善の有無と有意な関係を示した ($p=0.002$)。

表 29. ADL 改善への関連要因分析 (単変量解析)

	ADL 改善群 (n=30)		ADL 維持群 (n=33)		p 値
	n	%	n	%	
【利用者属性】					
性別 ^b					
男性	13	43.3	9	27.3	0.182
女性	17	56.7	24	72.7	
年齢 (歳) ^a (Mean±SD)	79.6 ± 9.8		81.2 ± 7.0		0.469
入院原因疾患 ^b					
脳卒中	7	23.3	7	21.2	0.909
整形外科疾患	13	43.3	16	48.5	
その他疾患	10	33.3	10	30.3	
要介護度 ^c					
要支援 1・2	6	20.0	3	9.1	0.106
要介護 1	2	6.7	11	33.3	
要介護 2	5	16.7	7	21.2	
要介護 3	7	23.3	9	27.3	
要介護 4	8	26.7	3	9.1	
要介護 5	2	6.7	0	0.0	
BI 得点 (Mean±SD) ^a	53.7 ± 23.1		63.5 ± 24.8		0.110
認知症高齢者の日常生活自立度 ^c					
自立	10	33.3	15	45.5	0.391
ランク I	10	33.3	9	27.3	
ランク II	8	26.7	7	21.2	
ランク III	2	6.7	2	6.1	
【リハ専門職の技能】					
リハサービス ^b					
訪問リハ					
あり	9	30.0	9	27.3	0.811
なし	21	70.0	24	72.7	
通所リハ					
あり	12	40.0	8	24.2	0.180
なし	18	60.0	25	75.8	
リハ内容 ^b					
筋力増強運動					
あり	13	43.3	14	42.4	0.942
なし	17	56.7	19	57.6	
関節可動域トレーニング					
あり	9	30.0	12	36.4	0.435
なし	21	70.0	21	63.6	
バランス練習					
あり	9	30.0	7	21.2	0.424
なし	21	70.0	26	78.8	
起居・立位動作練習					
あり	10	33.3	9	27.3	0.601
なし	20	66.7	24	72.7	
移動動作練習					
あり	6	20.0	11	33.3	0.234
なし	24	80.0	22	66.7	
ADL 練習					
あり	4	13.3	3	9.1	0.593
なし	26	86.7	30	90.9	
福祉用具に関する指導・助言					
あり	5	16.7	1	3.0	0.066
なし	25	83.3	32	97.0	
家族への介護指導					
あり	5	16.7	2	6.1	0.181
なし	25	83.3	31	93.9	
退院後ケアマネジメントへの介入 ^b					
あり	19	63.3	8	24.2	0.002**
なし	11	36.7	25	75.8	

Note; **:P<0.01, a: t 検定, b: χ^2 検定, c: Mann-Whitney の U 検定

D. 考察

本研究は、リハ介入内容や方法に関する文献検討などからみえてきた退院支援プロセス上の諸課題の中から、退院後のケアマネジメントプロセスに課題を焦点化し、その上で、同プロセスへのリハ専門職の介入（①在宅のリハ専門職による退院後同行訪問と自宅環境下でのADL能力及び予後評価並びに療養／家族介護方法の指導助言の実施、②退院1ヶ月後の状況確認と介護支援専門員や利用者・家族への指導・助言）を実施し、これら介入の効果を、主要評価指標（ADL得点（BI得点））、副次的評価指標（IADL得点、うつ得点、QOL効用値、主観的健康観、介護負担感、退院後ケアプランへのリハ導入率）について、介入群と対照群間で比較検証したものである。

その結果、①退院1週間後と3ヶ月後の間のADL合計得点の平均変化量は、介入群15.2点、対照群4.7点であった、②ADL合計得点（ $p=0.002$ ）、歩行の自立度（ $p<0.001$ ）、うつ得点（ $p=0.035$ ）、外出するより家にいたい（ $p=0.046$ ）の4項目が、対照群に比べて介入群で有意に改善していた、③ADL改善の有無と関連要因の関係をみた結果、本研究の介入の有無のみが有意に関係していた（ $p=0.002$ ）、④退院1週間後と3ヶ月後のリハの内容別にみた導入率の変化をみると、介入群において、筋力増強運動（ $p=0.004$ ）、バランス練習（ $p=0.008$ ）、起居・立位動作練習（ $p=0.016$ ）、移動動作練習（ $p=0.016$ ）の導入率が有意に増加していたことがわかった。

以下、今回得られた介入効果について、先行研究結果との比較も含めながら考察を加える。

1. 介入の前段階における諸要因の差異の検証

今回の介入は、退院後のケアマネジメントプロセスへの介入であり、その主効果を退院後のADL変化で検証するものである。したがって、介入の前段階で、退院後のADL変化に影響を及ぼす可能性のある要因が、介入群と対照群群間に存在しないかをまず確認した。検証した項目は、①介護支援専門員の属性、②居宅介護支援事業所の所在地におけるリハ資源の整備状況、③入院前の利用者特性、④退院までの退院支援プロセス、⑤退院後のケアプランへのリハ導入に対する意向、⑥入院前のリハサービスの利用状況、⑦ベースラインにおける利用者属性、評価尺度得点、主観的健康観、介護負担感である。

その結果、介護支援専門員の所属法人の通所リハ事業の実施率が対照群で有意に高かったものの、それ以外の要因に有意差はなかった。本研究では、対照群に比べ、ADL得点が介入群で有意に改善していたが、これは介入前の要因が影響したものではなく、退院後の介入が影響したものと考えた。

2. 対照群におけるADLの変化とケアマネジメントの関係性について

対照群におけるADL得点の平均変化量は4.7点で、その分布をみると、「0点（ADL得点に変化なし）」が約3割を占めていた。この平均変化量は、プレ調査での変化量6.0点とほぼ同じ水準である。また、ADLの項目別変化状況も類似していることから、本研究の対照群におけるADLの変化の状況は、一般的な退院時ケアマネジメントに基づく結果であると考えた。

ところで、今回、ケアプランへのリハサービスの導入率及び提供されているリハ内容を退院1週間後と3ヶ月の2時点で調査したが、リハ導入率もリハ内容も2時点でほぼ同じであった。

入江（2010）は、介護支援専門員が立てたケア目標には、機能の維持・改善、生活自立に関わる視点が欠落しており、利用者のリハニーズを把握出来ていないと指摘している。腰塚（2011）は、在宅要介護者の中には、適切なリハを行えばADLが改善する余地があるにも関わらず、現状に合わせた介護サービスを受け続けているケースが少なからず存在していると指摘している。

現在、介護支援専門員の約7割を福祉系の基礎資格保有者が占めるが、これら介護支援専

門員がADLの変化をイメージすることは実質困難である。そのため、現状の機能が保たれていればケアマネジメント上の問題はないと判断し、ケアプラン内容もそのまま継続されている可能性が高い。対照群では、退院後のADLの変化もケアプラン内容の変更もほとんどなかったが、これは改善の可能性に言及せず、現状の機能レベルを「あるべき姿」としたケアマネジメントの実情を表した結果であると考えた。

3. 介入群におけるADLの変化とケアマネジメントの関係性について

介入群におけるADL得点の平均変化量は15.2点で、その分布をみると、「15点改善」が約3割を占めていた。対照群に比べ、平均値で約10点高いレベルである。

さて、介入群における退院1週間後のケアプラン内容、リハ内容をみると、対照群よりもリハ導入率が低かった。通常、退院後からすぐに介護保険サービスが利用できるよう、退院後のケアプランは退院前にすでに作成されている場合が多い。したがって、退院1週間時点のケアプランは、介護支援専門員自身で決定したものである。一方、介入群における退院3ヶ月後のケアプランは、在宅リハ専門職の指導・助言を受けながら介護支援専門員が策定したものである。そこで、両時点のケアプラン内容の差をみると、リハサービスの導入率には有意差はないものの、リハの内容別導入率は筋力増強運動、バランス練習、起居・立位動作練習、移動動作練習において有意に増加していた。

介入群の介護支援専門員の8割以上が福祉系の基礎資格保有者で、その割合は対照群よりも多かった。したがって、対照群と同等以上に、現状維持型のケアマネジメントを行う可能性が高いと考えられるが、実際にはケアプランの内容の見直しも行われ、結果としてADLの改善も図られている。介護支援専門員自身がリハ内容にまで言及することは実質困難であることから、リハ専門職の指導・助言を受けて、通所リハなどのケア担当者に実施内容の変更を依頼した結果ではないかと考えた。

ケアマネジメントプロセスにこのような変化が生じた理由としては、リハ専門職が行った予後予測により、介護支援専門員自身が利用者のADLの改善の可能性についての理解を深めることができたことが考えられる。そもそも課題に対する認識がなければケアプランを修正するといった対策をとるといった行動は生じない。課題とは、あるべき姿と現状のギャップであり、リハ専門職による予後予測と利用者の現状を認識したことで、課題認識が深まった可能性があると考えられる。このことから、本介入研究で行った「予後予測」は、退院時ケアマネジメントの質を高めるための重要な要素であったと考える。

予後予測の実施の依頼に対しては、①予後予測を帳票に記載し、書面をもとに利用者や家族、介護支援専門員に対して説明するような機会がなかったこと、②自分自身が立てた予後予測がどの程度一致するかといった結果に対する不安があったことから、当初困惑の声があった。

本介入では、リハ専門職は退院3ヶ月まで介入するため、自身が立てた予後予測が妥当であったかも検証されることになる。リハ専門職の専門性を高める意味でも、予後予測は重要な要素であったと考える。

4. 副次的評価指標への介入効果について

1) うつ

うつ得点の2時点比較をみると、介入群で有意に改善していた。また、2群間比較でも、介入群は対照群に比べ有意に改善していた。我々は、自宅退院要介護高齢者に対し、退院からの継続的な訪問リハを提供した効果を検証し、うつ得点の改善が図られたことを実証しているが¹⁷⁾、本研究でも同様の結果が得られた。

ここで、質問項目別の得点の変化状況を2群間で比較すると、「外出したり何か新しいことをするより家にいたい」に有意差がみられた($p=0.046$)。対照群では、「家にいたい」者

が増加したのに対して介入群では減少したため、2群間に有意差が生じたものである。

先行研究によると、移動障害はうつ傾向と関係性が強いこと¹⁸⁾が指摘されている。ADLの項目別の得点の変化状況の2群間比較では、「歩行」の得点が介入群で有意に増加していた。そのため、移動能力の実行性の向上がうつ傾向の改善に影響したものと推察する。なお、リハサービスは、主に基本動作やADLの訓練を中心とした介入であり、うつ傾向の改善に向けた直接的アプローチを実施しているわけではない。したがって、うつ傾向の改善は、基本動作やADLの自立度向上による生活行為の再獲得、移動能力向上にともなう活動範囲や活動量の拡大などが原因となって生じた二次的効果と考えた。

2) IADL

Bautz-Holter¹⁹⁾らは、早期退院支援群と通常退院支援群間で、ベースライン時と、脳卒中発症3ヶ月後及び6ヶ月後のIADLの群内比較、及び2群間の比較を実施し、①発症3ヶ月後では、各群とも群内変化にも、また、2群間にも有意差がなかった、②発症6ヶ月後では、各群ともIADLが有意に改善したが、2群間に有意差はなかったと報告している。

本研究では、2時点比較で、介入群のIADL得点は有意に改善したものの、対照群では有意差はなく、また、2群間比較では有意差はなかった。

Bautz-Holterらの研究対象者は全て脳卒中利用者であり、本研究の対象者とは異なるものの、ADLに比べ、相対的にIADLの改善度が低い傾向は、本研究の結果とも類似したものである。

本研究の対象となる要介護高齢者の場合、ほとんどがIADLに介助を要する状態となっている²⁰⁾。三菱UFJリサーチ&コンサルティングの調査²⁾でも、歩行・移動、移乗の動作の向上、次いで整容や入浴、トイレ動作の向上が図られた後に、外出などの向上が図られると報告している。要介護高齢者に対するリハ介入は、ADLの改善には効果を発揮するが、IADLの改善までの効果は薄いと考えられた。

3) QOL/主観的健康観/介護負担感

「通常の退院群」と「早期退院支援+退院後もリハ専門職が継続介入した群」間のQOL、主観的健康観、介護負担感の変化の差異を検証した、無作為化比較試験のメタ分析によると、これら指標のいずれも、2群間に有意差はなかったと報告されている²¹⁾。本研究でも、QOL、主観的健康観、介護負担感の変化を2群間で比較したが、有意差はみられず、先行研究と同じ結果であった。

5. 介護支援専門員とリハ専門職の連携強化とその定着に向けて

本研究における介入のポイントの1点目は、予後予測により「あるべき姿」をリハ専門職が提示し、利用者や家族、介護支援専門員などの関係者が共通理解する仕組みを導入した点である。これにより、利用者、家族、介護支援専門員それぞれの課題認識が深まった可能性が高い。

2点目は、モニタリング票を用いてマネジメントやサービスの目標を共有化した点である。介護保険のサービスやマネジメントに求められるのは、自宅環境下でのADLやIADLの実行状況のレベル向上である。能力向上は、実行状況を高めるための手段の一つという位置づけである。ただ、この目標を明確にしておかないと、リハ専門職は能力向上に視点を置きがちになる。モニタリング票の評価項目をIADLやADLの実行状況とし、その変化を介護支援専門員が記載しながら、退院1ヶ月後の状況をお互いに確認する仕組みにしたのもこのためである。

したがって、介護支援専門員とリハ専門職の連携強化を図るためには、①リハ専門職による予後予測とそれに基づくリハ導入の必要性に対する考えの提示、②介護支援専門員によるADL等の実行状況の確認とモニタリング、③介護支援専門員からリハ専門職へのモニタリング結果のフィードバックとケアプランの見直しへの指導・助言の実施 といった一連の仕組みを構築し、ルーチン業務の中に落とし込むことと考える。そのためには、①退院後のケア

マネジメント実施段階でのリハ専門職との連携を介護支援専門員の業務標準とする、②退院後ケアマネジメントへのリハ専門職の行為を報酬上で評価することが必要と考える。

6. 本研究の限界

1 点目は、研究の実施可能性の観点から、無作為化比較研究の研究デザインをとれなかった点である。そのため、先行研究の文献検討から、退院後のケアプランへのリハ導入に関連する可能性のある要因を洗い出し、それら要因が、介入の前段階で2群間に差がないかどうかを検証し、有意差がないことを確認しているものの、これら要因以外で、影響を及ぼす要因が存在する可能性はある。また、その要因の、介入効果への影響度も把握できていない。

2 点目は、特に対照群において、リクルート率が低かった点である。介護支援専門員に対し、その理由を聞いたところ、退院事例を多く抱えた介護支援専門員において、業務が多忙なため、対象者に研究協力を要請できていない場合があることがわかった。選択バイアスが生じた可能性はあるが、介護支援専門員自身が、ADLが改善しやすい対象者や、改善しにくい高齢者を選択できるとは考えにくい。したがって、介入効果への選択バイアスの影響は低いものと考えた。

E. 結論

本研究はリハ専門職による介入を受けた要介護高齢者と、通常退院後のケアマネジメントプロセスを経た要介護高齢者の退院後のADLの変化を比較し、リハ専門職による介入の効果の検証を行ったものである。

Langhorneら¹⁾のメタ分析によると、①入院中だけリハ専門職が介入し、退院後に関しては在宅関係者に引き継ぐ形では、利用者の退院後のADL改善効果は期待できないこと、②退院後も、直接的なリハ提供を行うか、またはマネジメントへ介入するといった形で、リハ専門職が、退院後も一定期間介入することが、退院後のADL改善には必要であることが指摘されている。

入院中だけリハ専門職が介入し、退院後に関しては在宅関係者に引き継ぐといった日本における退院支援では、退院後のADLの改善効果は期待できない可能性が高い。また、日本の場合、要介護高齢者の退院後のサービス導入や調整を介護支援専門員に委ねる形になるが、介護支援専門員の約7割を占める福祉系職種のリハに対する認識は弱いとの指摘も多い^{23),24)}。したがって、退院後のケアマネジメントプロセスへのリハ専門職の介入を強化すべきと考えた。具体的な介入方法に関しては、Indredavikら²⁵⁾の介入方法を参考に、①在宅のリハ専門職による退院後同行訪問と自宅環境下でのADL能力及び予後評価、ならびに療養/家族介護方法の指導助言の実施、②退院1ヶ月後の状況確認と介護支援専門員や利用者・家族への指導・助言の実施とした。その上で、通常退院時ケアマネジメントを経た要介護高齢者の、退院後1週間時点と3ヶ月時点のADL等の経時変化との差異を比較検証した。その結果、①ADL得点（Barthel Index：BI得点）及び歩行の自立度が、介入群で有意に改善、②うつ得点が有意に改善、③IADL、QOL、主観的健康観、介護負担感には有意な改善はみられない、④退院3ヶ月後の介護サービスの受給状況に有意差がないことがわかった。なお、介入群でADLの改善がみられた点、IADL、QOL、主観的健康観などに有意差はみられなかった点などは、先行研究と一致した結果であった¹⁾。

高齢者の退院支援に関しては、その支援プロセス自体を明らかにした研究も、また、支援方法の改善を目指した介入研究もほとんどないのが現状である²²⁾。特に、リハ専門職の介入に焦点をあてた研究は皆無であった。

本研究は、研究デザインなどに限界はあるものの、リハ専門職の関与の実態、退院後のケアプランへのリハ導入への影響因子を明らかにし、退院後のケアマネジメントへのリハ専門職の介入効果を実証した研究として、意味のあるものと考えられる。

本研究で示したリハ専門職による介入は、①介護支援専門員との同行訪問の実施、②自宅環境下での ADL 能力及び予後評価、③利用者への療養指導、家族への介護指導、④ケアプラン策定に対する介護支援専門員への指導・助言、⑤退院一定期間後のモニタリングの実施と介護支援専門員に対する指導・助言であり、現在のサービス提供体制でも実施可能な内容である。

今後、①退院利用者に対するケアプラン作成プロセスにおいて、リハ専門職との協働を介護支援専門員の業務標準にする、②リハ専門職が行うこれら行為を報酬上で評価するなどの対策を行い、これら介護支援専門員とリハ専門職の協働作業を展開していくことが、退院支援の質向上を図るために必要と考える。

本研究は、介護支援専門員に委ねられている退院後のケアマネジメントプロセスに焦点を当て、同プロセスに対し、在宅のリハ専門職を導入させる仕組みを実践し、その効果を検証したものである。今回、プロセス改善による ADL 改善効果は実証できたが、介入群の対象者数が少なかったため、①介入が有効な対象者像の明確化、②より有効なアプローチ方法の検証（理学療法的アプローチと作業療法的アプローチ方法の比較など）などは行えていない。今後の課題としたい。

【引用文献】

- 1) Langhorne P, Holmqvist LW : Early Supported Discharge Trialists: Early supported discharge after stroke. *J Rehabil Med*, 2007, 39(2), 103-108.
- 2) 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社：訪問リハビリテーションのサービス内容と提供方法に関する検討 報告書 事例研究編、2006.
- 3) Mahoney FI, Barthel DW : Functional evaluation: the Barthel index. *Md State Med J*, 1965, 14, 61-65.
- 4) Shah S, Vanclay F, Cooper B : Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. *J Clin Epidemiol*, 1989, 42(8), 703-709.
- 5) Roy CW, Togneri J, Hay E, Pentland B : An inter-rater reliability study of the Barthel Index. *Int J Rehabil Res*, 1989, 11, 67-70.
- 6) Wolfe CD, Taub NA, Woodrow EJ, Burney PG : Assessment of scales of disability and handicap for stroke patients. *Stroke*, 1991, 22(10), 1242-1244.
- 7) Gresham GE, Phillips TF, Labi ML : ADL status in stroke: relative merits of three standard indexes. *Arch Phys Med Rehabil*, 1980, 61(8), 355-358.
- 8) Donnelly M, Power M, Russell M, Fullerton K (2004). Randomized controlled trial of an early discharge rehabilitation service: the Belfast Community Stroke Trial. *Stroke*, 2004, 35, 127-133.
- 9) Fillenbaum GG : Screening the elderly, A brief instrumental activities of daily living measure. *J Am Geriatr Soc*, 1985, 33(10), 698-706.
- 10) 芳賀 博：高齢者における生活機能の評価とその活用法、ヘルスアセスメント検討委員会編集、ヘルスアセスメントマニュアル、厚生科学研究所、東京、2000、PP.101-104.
- 11) Yesavage JA, Brink TL : Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *J.psychiatr*, 1983, 17(1), 37-49.
- 12) 遠藤秀俊：うつの評価。鳥羽研二監修、高齢者総合的機能評価ガイドライン、厚生科学研究所、東京、2003、pp.107-114.
- 13) EuroQol Group : A new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy*, 1990, 16, 199-208.
- 14) 日本語版 EuroQol 開発委員会：日本語版 EuroQol の開発、*医療と社会*、8(1)、109-123、1998..
- 15) 池上直己、福原俊一、下妻晃二郎、池田俊也：臨床のための QOL 評価ハンドブック、医学書院、東京、2001、pp.45-49.
- 16) 厚生労働省、平成 22 年国民生活基礎調査の概況、2011.
- 17) Kawagoe M, Kajiya S, Mizushima K, et al : Effect of Continuous Home-Visit Rehabilitation on Functioning of Discharge Frail Elderly. *J Phys Ther Sci*, 2009, 21(4), 343-348.

- 18) Jones GC, Sinclair LB : Multiple health disparities among minority adults with mobility limitations: san application of the ICF framework and codes. *Disabil Rehabil*, 2008, 30(12-13), 901-915.
- 19) Bautz-Holter E, Sveen U, Rygh J, Rodgers H, Wyller TB : Early supported discharge of patients with acute stroke: a randomized controlled trial. *Disabil Rehabil*, 2002, 24(7), 348-355.
- 20) 日本医師会総合政策研究機構、島根県健康福祉部高齢者福祉課：介護サービスの有用性評価に関する調査研究～第 1 報：ケアマネジメントの現状と今後のあり方. 日本医師会総合政策研究機構報告書 第 55 号、2003、pp.83-86.
- 21) Early Supported Discharge Trialists : Services for reducing duration of hospital care for acute stroke patients (Review). *The Cochrane collaboration*. Hoboken, John Wiley & Sons, 2009.
- 22) 永田智子、村嶋幸代 : 高齢者の退院支援、*日本老年医学会雑誌*、39(6)、579-584、2002.
- 23) 三菱総合研究所：居宅介護支援事業所及び介護支援専門員業務の実態に関する調査報告書、2010、pp.1-32.
- 24) 日本介護支援専門員協会：介護支援専門員（ケアマネジャー）の医療的ケアの知識向上のための調査研究事業報告書、2009、pp.7-76.
- 25) Indredavik B, Fjaertoft H, Ekeberg G, Løge AD, Mørch B: Benefit of an extended stroke unit service with early supported discharge: A randomized, controlled trial. *Stroke*, 2000, 31(12), 2989-2994.

F . 健康危険情報

なし

G . 研究発表

なし

H . 知的所有権の出願・登録状況

なし

(調査票)

【調査票 1】基本情報票

記入者名：_____、記入日：平成____年____月____日

※1:本調査票が配布された時点の状況について、ご記入下さい。

※2:調査票 2-4 は、退院要介護者毎にご記入頂きますが、本調査票は、配布時 1 回のみの調査です。

事業所名 及び連絡先	TEL (- -)、FAX (- -)		
事業所所在地	() 市・郡 () 町		
設立法人	1.医療法人 2.社会福祉法人 3.社会福祉協議会 4.会社(株式・有限) 5.その他 ()		
併設の状況 (該当する事業 全てに○)	(同一法人又は実質的同一経営者が運営しているリハ関連・施設事業) 1.特養 2.老健 3.一般病床 4.回復期リハ病床 5.療養病床 6.訪問看護ステーション(リハ職配置あり) 7.訪問リハ 8.通所リハ 9.通所介護(リハ職配置あり) 10. 1~9の事業は行っていない		
あなたの基礎資格	1.看護職 2.保健師 3.社会福祉士 4.介護福祉士 5.ヘルパー1・2級 6.その他(職種名:)		
実働開始年	平成()年 ※いずれかの居宅介護支援事業所、または地域包括支援センターで 勤務を開始した年		
ケアプランを作成 している利用者数	() 名 ※記入日時点の利用者数を記入下さい。		
リハに関して相談できる リハ職の有無	1.いる 2.いない ※同一法人でも別法人でも構いません。		
リハ資源の整備状況と プランへの導入状況	指定届け出にある 「通常の事業の実 施地域」 におけるサービス 事業所の有無	貴地域における 以下のリハサービスの整備状 況に対する感想(※ご自身の主 観に最も近いものに○)	現在ケアプランを 作成している利用者の うち、以下のリハサービ スの利用者数
①訪問リハ	1.あり 2.なし	1.充足している 2.まあまあ充足 3.やや不足している 4.全く不足している	() 名
②訪問看護 (リハ職配置あり)	1.あり 2.なし	1.充足している 2.まあまあ充足 3.やや不足している 4.全く不足している	() 名
③通所リハ	1.あり 2.なし	1.充足している 2.まあまあ充足 3.やや不足している 4.全く不足している	() 名
④通所介護 (リハ職配置あり)	1.あり 2.なし	1.充足している 2.まあまあ充足 3.やや不足している 4.全く不足している	() 名

※サービス事業所がない場合は「0カ所」、利用者がいない場合は「0名」と記入下さい。

【調査票 2】プロセス調査票 記入者名：_____ 記入日：平成____年____月____日

I 在宅に退院された要支援・要介護者の基本属性（※任意番号は、記入者が任意にお付け下さい）

性別	男・女	年齢	() 歳	対象者任意番号	
----	-----	----	-------	---------	--

II 家族介護力について

同居世帯人数	() 名 ※独居の場合は“1名”と記入。
配偶者の有無	1.なし 2.あり
主たる介護者	1.配偶者 2.子供 3.子の配偶者 4.サビズ事業者 5.その他 6.いない
夜間介護の必要性	1.なし 2.あり ※夜間に何らかの介護が必要な場合「2.あり」に○

III 退院時における病院との連携状況とプラン作成プロセスについて

1	入院されていた病院の病床の種類は何ですか？ 1.急性期(一般)病床 2.回復期リハ 3.療養病床(医療または介護) 4.その他 5.不明
2	あなたが利用者に関わり始めた時期は？ 1.入院前からの担当 2.入院中から担当 3.退院後から担当 4.その他
3	入院する前 の、要介護度は？ ※要介護1の場合、() 内に「1」と記入下さい。 1.認定なし 2.認定あり（具体的に：要支援()、要介護()）
4	入院する前 の、利用者の寝たきり度は？ 1.自立 2.J1(交通機関で外出) 3.J2(隣近所の外出) 4.A1 5.A2 6.B 7.C 8.不明
5	今回の入院の主たる原因疾患は何ですか？（該当する番号1つに○）。 1.脳出血 2.脳梗塞 3.大腿骨骨折 4.他の骨折 5.肺炎 6.心疾患 7.高血圧症 8.糖尿病 9.脂質異常症 10.関節症 11.呼吸器疾患 12.脊椎障害 13.廃用症候群 14.その他（具体的に：_____）
6	その方は、 入院前 、以下のリハサービスを利用されていましたか？（該当するもの全てに○） 1.訪問リハ 2.訪問看護 3.通所リハ 4.通所介護(機能訓練実施) 5.1~4の利用なし
7	病院の専門職による自宅での退院前訪問指導はありましたか？ 1.あり 2.なし 3.不明
8	質問7で退院前訪問指導「あり」と回答された方に伺います。 退院前訪問指導に立ち会った方はどなたですか？（該当する職種全てに✓）。 (病院側) □医師 □看護師 □PT □OT □ST □MSW □その他 (在宅側) □利用者 □家族 □PT □OT □ST □ケアマネジャー □地域包括支援センター職員 □その他
9	退院前に、病院にて、在宅関係者を交えた会議（以下、退院前合同カンファ）は開催されましたか？ また、あなたはその会議に参加されましたか？ 1.参加した 2.開催されたが参加できず 3.開催されず 4.開催されたか不明 5.退院後から利用者にかかわったため、入院中の退院前合同カンファには不参加
10	質問9で、退院前合同カンファに「参加した」と回答された方に伺います。 退院前合同カンファに参加された職種全てに✓をお付け下さい。 (病院側) □医師 □看護師 □MSW □PT □OT □ST □薬剤師 □栄養士 □その他(具体的に：_____) (在宅側) □利用者 □家族 □在宅医 □訪問看護師 □PT □OT □ST □薬剤師 □栄養士 □介護職 □ケアマネジャー □地域包括支援センター職員 □その他(具体的に：_____)

(裏面に続きます)

11	病院の専門職から、「退院後の日常生活を支援するために、リハ継続が必要」といった指導や助言はありましたか？
	1.あり 2.なし 3.不明
12	退院後のリハサービス導入の必要性について、病院の医師、リハ職（PT、OT、ST）はどのように感じておられましたか？（※最も近い番号に○）
	(病院医師) 1.必要なし 2.あまり必要ない 3.やや必要 4.非常に必要 5.不明・未確認 (病院リハ職) 1.必要なし 2.あまり必要ない 3.やや必要 4.非常に必要 5.不明・未確認

(問 13-20 は、在宅退院後の状況についてです)

13	入院されていた期間は？
	■入院日：平成（ ）年（ ）月（ ）日 ■退院日：平成（ ）年（ ）月（ ）日
14	その方の退院後の要介護度は？
	1.要支援1 2.要支援2 3.要介護1 4.要介護2 5.要介護3 6.要介護4 7.要介護5
15	リハサービス導入の必要性について、利用者、家族、在宅主治医、在宅のリハ職（PT、OT、ST）、あなた自身はどのように感じておられましたか？（最も近いものに○）
	(利用者) 1.必要なし 2.あまり必要ない 3.やや必要 4.非常に必要 5.不明・未確認
	(ご家族) 1.必要なし 2.あまり必要ない 3.やや必要 4.非常に必要 5.不明・未確認
	(主治医) 1.必要なし 2.あまり必要ない 3.やや必要 4.非常に必要 5.不明・未確認
	(リハ職) 1.必要なし 2.あまり必要ない 3.やや必要 4.非常に必要 5.不明・未確認
16	サービス担当者会議を開催する前に、ケアプランにリハサービスをいれた方が良いか、医師やリハ職に相談されましたか？
	1.相談した 2.相談していない
17	問16で「相談した」と回答された方に伺います。医師やリハ職は導入の必要性について、どのように判断されましたか？最も近い番号に○をお付け下さい。
	1.必要ない 2.出来れば導入した方がよい 3.導入すべき 4.判断なし・不明
18	サービス担当者会議は開催されましたか？
	1.開催した 2.開催していない
19	問18で「開催した」と回答された方に伺います。 サービス担当者会議に参加された職種全てに✓をお付け下さい。
	<input type="checkbox"/> 利用者 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 在宅医 <input type="checkbox"/> 訪問看護師 <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 介護職 <input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター職員 <input type="checkbox"/> 福祉用具関係者 <input type="checkbox"/> その他（具体的に：_____）
20	退院後のケアプランに、リハサービスを導入しましたか？（該当するもの全てに○）
	1.訪問リハ 2.訪問看護 3.通所リハ 4.通所介護(機能訓練実施) 5.1~4の導入なし