

2006年度 在宅医療助成（後期） 報告書

リハビリテーション病院を退院した患者の生活継続の困難度に影響する要因の検討
ー在宅における適切な条件作りに向けてー

申請者；伊藤 恵里子

所属機関・職名；医療法人財団健和会 柳原リハビリテーション病院 総師長

所在地；東京都足立区柳原1-27-5

提出日；2008年3月28日

I. 研究の背景と目的

2000年4月の診療報酬改定により、特定入院料に「回復期リハビリテーション病棟入院料」が設けられた。回復期リハビリテーション病棟（以下、回復期リハ病棟とする）は、急性期病院から在宅復帰までの中間に位置し、急性期治療が終了しリハビリテーションを必要とする状態の患者を入院対象としている。そこでは、医師・看護師・介護福祉士・OT・PT・ST・MSWなどの多職種がチームを組み、リハビリテーションプログラムが集中的に実施され、日常生活行動の再獲得・向上、寝たきりの防止、家庭復帰、社会復帰などに向けた支援が行われている。2006年4月の診療報酬の改定でリハビリテーションの算定日数に上限が設定されて以降、リハビリテーション医療に関わる診療報酬改定が毎年行われ、2008年4月にはアウトカム評価（成功報酬）が導入され、回復の成果が問われることになってきた。上限日数の設定については疑問視する声も多く、リハビリ難民が生じるとの指摘もされている。2008年4月改定も相俟って、ますますその傾向が強くなることが懸念される。

Aリハビリテーション病院（以下、A病院とする）は、2005年4月に開院した100床（回復期リハ60床、医療療養病棟40床）の病院であり、在宅復帰支援を中心においたりリハビリテーション医療を展開している。診療報酬の改定による影響から、2007年5月から、療養病棟を、障害者施設等入院基本料病棟（以下、障害者病棟とする）に変更した。地域の人口構成が高齢化していることもあり、患者の多くが高齢者である。

A病院の周辺地域は訪問看護・介護・往診等の在宅サービス体制が整っているため、日常生活行動が十分回復しない状況でも、自宅退院している患者も少なくない。在宅サービスの利用によって、日常生活行動を維持・向上させて在宅生活を継続できる患者がいる一方で、退院時の状況が維持できずに、再入院する患者もいる。

退院後の日常生活行動の状況の違いを生じさせる原因としては、在宅サービス体制の地域間格差や、主に家族が介護を担ったための介護力不足などが考えられる。従って、在宅生活が可能になるまで日常生活行動を獲得し、維持・向上に不可欠な入院リハ、外来リハや通所リハ、訪問リハなどの維持期リハビリテーションを円滑に実施できるような体制の整備が求められている。あわせて、一人暮らし（以下、独居者とする）で在宅生活を継続している場合も少なくないことも鑑み、サービス体制の充実を進めることも必要である。

しかし、比較的、在宅サービス体制が整っていると考えられるA病院の周辺地域内でも退院後の患者の生活状況に相違が見られることから、現在の在宅サービス体制が退院後の患者のニーズの充足には不十分な状況にあると考えられる。

そこでA病院を退院した患者および家族を対象に、退院後の介護体制や在宅サービスの利用状況等を把握することで、上記の条件の充足状況とともに在宅生活の継続に影響を与える様々の要因を明らかにし、在宅生活の継続を可能にするための条件作りへの示唆を得たいと考えた。

II. 研究方法

1. 研究目的；

1) 在宅生活を継続している患者（以下、要介護者とする）の現在の身体状況および在宅サービス利用状況や在宅生活継続への考え（以下、在宅継続志向とする）を明らかにする。

2) 要介護者の在宅生活を支援している家族（以下、介護者とする）の介護実施状況や介護負担を含む介護への思いを明らかにする。介護負担については、具体的な介護内容と負担の状況、Zarit 介護負担尺度日本語版短縮版¹⁾を用いて、多面的に把握する。

3) 複数回の入院、および独居者の実態と特徴を明らかにする。

2. 研究期間；2007年3月から2008年1月

3. 調査対象；2005年4月から2007年9月までの間に、A病院から在宅へ退院した要介護者550名で、調査票を発送する時点で、死亡が確認されていた22名を除いた528名とその介護者を対象とした。

4. 研究方法；

1) 配表調査

上記528名の対象者へ、2008年1月下旬に要介護者用および介護者用の2種類の自記式調査票（無記名式）による郵送調査を実施した。

(1) 介護者に対しては、基本的属性（性別・年齢・要介護者との続柄）、体調、要介護者の身体状況、現在の介護状況と負担の程度、要介護者の在宅サービス利用状況と満足度、介護継続意向、Zarit の介護負担スケール等について質問した。

(2) 要介護者に対しては、基本的属性（性別・年齢・病名）、B・I（Barthel Index 以下、B・I とする）を含む現在の身体状況や生活状況、退院時のリハ指導の有無、リハビリ実施状況、在宅継続意向などを質問した。要介護者が記入できない情報の不足分は、介護者に記入を依頼した。

(3) 退院後の生活の場について、調査時の住居、居住地、在宅継続年数等を質問した。

2) 複数回入院、独居者については、カルテから、入退院時の状況（入院日、B・I、家族状況、退院回数、サービス利用状況等）を収集した。

結果の集計・解析には、統計解析ソフト SPSS for Windows 10.0J を用いた。

3) 上記1) 2) の結果から、在宅生活の継続に影響を与える要因を明らかにし、可能にするための条件を検討した。

5. 倫理的配慮

本研究の実施にあたっては、A病院の倫理委員会での申請を行い、承認を得た。調査対象については、調査票に調査協力とカルテからの情報の使用に関する承認依頼を明記した依頼状を同封し、調査票の返送を持って協力・承諾が得られたとみなした。

またカルテからの情報収集について、A病院では個人情報保護法の下、情報の取り扱いについての規定を定めており、入院時の提示により承諾されているものとみなした。

Ⅲ. 結果

1. アンケート調査結果

調査の結果を概観してみると、足立区在住者が半数以上であり、介護者は女性が多く、要介護者は若干男性が上回っており、双方とも高齢者が大半を占めていた。介護者は健康不安や様々な負担を感じており、協力者や在宅サービスを利用しながら介護を継続しているが、介護の継続について迷っている様子も伺えた。要介護者は、主病名として脳血管疾患が大半を占めていたが、障害を持ちながらも在宅継続意向は強かった。退院後のリハの機会が少ないために、退院時の状態が維持できず、再入院を繰り返し、ようやく在宅生活をしている例も少なくなかった。要介護者の在宅継続の意向は強く、さまざまなサービスを利用し継続している実態が明らかになった。以下に、具体的な項目について述べる。

1) 回収状況について

配布数は、総数 528 通（回復期リハ病棟 310、障害者病棟 218）で、あて先不明が 24 通、死亡判明が 13 通で、有効数は 491 通（回復期リハ病棟 291、障害者病棟 200）であった。

回収総数は 213 通（回復期リハ病棟 133、障害者病棟 80）で、回収率は 43.4%であった。回収総数 213 通のうち、介護者のみが 4 通、要介護者のみが 26 通で、双方から回収されたのは 185 通であった。

介護者・要介護者の対象数は表 1 の通りで、介護者は、回復期リハ病棟の介護者 1 名から、介護していないとの回答があったため、これを除き 188 名で、要介護者は、介護者のみの 26 通を含め 211 名で行った。

2) 介護者について

(1) 介護者の基本的属性と現在の体調（表 2）

性別では、女性 117 名、男性 45 名で女性が多かった。平均年齢は 63.6（±10.9）歳で、年代では、60 代が最も多く 49 名、次いで 70 代、50 代、40 代の順であった。80 代も 6 名おり、70 代以上の高齢者が約 30%を占めていた。要介護者との関係は、配偶者が 78 名と約 40%を占め、子供 52 名、嫁 13 名の順であった。

現在の体調については、約半数の 101 名が「まあまあ」と答えており、「調子よくない」「あまりよくない」は 36 名で、「調子よい」は 19 名と少数であった。約半数にあたる 94 名は高血圧や腰痛などの持病を持っており、その中で介護している実態が伺えた。

(2) 実施している介護内容（表 3）

実施している介護内容は、食事の世話が最も多く 129 名で約 70%が実施していた。次いで、更衣介助 94 名、車椅子介助 89 名、洗面 86 名、移乗 82 名の順であった。

実施している介護に協力しているのは、息子 34 名、娘 38 名で子供が最も多く、嫁 19 名、姉妹 10 名の順であった。

介護の協力者が実施している内容について、「同居家族」「別居家族」「ヘルパー」「その他」の別で聞いた。「同居家族」が実施しているのは、食事の世話が48名で最も多く、次いで車椅子介助33名、移乗28名、トイレ介助27名、歩行介助26名、更衣介助24名、洗面20名であった。主となる介護者だけでなく、共に暮らしている家族が日常生活の世話をしている実態が伺えた。「別居している家族」が行っているのは、食事の世話12名、車椅子介助11名、移乗8名の順であった。「ヘルパー」が行っているのは、車椅子介助25名、食事の世話、更衣介助、清拭がそれぞれ24名、洗面、トイレ介助、歩行介助、入浴の順であった。

(3) 介護の実施と負担の程度（表4）

『食事』『排泄』『医療処置』の3項目について、実施状況と実施しているうえでの負担の程度を表4に示した。

『食事』に関する項目では、「献立の工夫」を実施している者（以下、実施者とする）は、半数を超えていたが、「調理」「買い物」「摂食介助」では、実施者は24～30%と少なく、「胃瘻介助」の実施者は7%であった。『排泄』に関する項目では、全体的に実施者が少なく最も多いのは「後始末」であった。『医療処置』に関する項目でも、全体的に実施者は少数で、全項目10%未満であった。

実施者の半数以上が、負担を「やや感じる」「かなり感じる」と答えていたのは、『食事』に関する項目では「胃瘻介助」、『排泄』に関する項目では、「オムツ交換」「後始末」「トイレの介助」、『医療処置』に関する項目では「痰吸引」「体位変換」「機器の洗浄等」であった。半数を超えていなかったが、「献立の工夫」「摂食介助」「膀胱留置カテーテルの管理」では、40%を超える者が、負担を「やや感じる」「かなり感じる」と答えていた。

(4) 介護負担感と相談者の有無

Zaritの介護負担スケールの結果は、図1の通りであった。全体的に、負担感は低く、「よく思う」「いつも思う」の合計が最も高かったのは、「社会参加の機会が減った」で、約30%であった。

「相談者の有無」については、「いない」24名、「いる」123名で約65%には相談者がいた。相談者の人数については、1人36名が最も多かったが、2人31名、3人27名と複数の相談者がいる者も多く、6人以上の相談者を持っている者が9名であった。

(5) 在宅サービスの利用状況と満足度（表5）

在宅サービスを利用しているのは、130名であり、要介護者の61%であった。在宅サービス利用状況と満足度は、表5の通りであった。デイサービス利用者は78名で最も多く、その中のデイ食事が69名、入浴65名であった。次いで往診60名、訪問看護53名、訪問リハ38名で、身体介護、ショートステイ、家事援助、訪問入浴の順となっていた。

在宅サービスに対する満足度は「まあ満足」「満足」が大半をこえ、概ね満足している様子が伺えた。しかし、『サービスの不満内容』の具体的な記述では、「デイサービス」に関しては、(要介護者が) 比較的若年なので、高齢者と一緒はかわいそうだと思う、入浴できない、入浴時間が少ない、リハビリのカリキュラムが不備等の声があった。また「ショートステイ」に関しては、手続きが面倒、経済的に大変、ショートステイの施設が少ない、リハビリができるショートステイが少ない等があった。他には、訪問リハを増やしたい、ヘルパーの時間を増やしたい、身体介護のできるヘルパーが不足している等があった。

(6) ケアプランに関する満足状況

ケアプランに関する満足状況は、「まあ満足」が 80 名、「非常に満足」が 14 名と概ね満足度が高かったが、「やや不満」6 名と「非常に不満」が 4 名おり、不満の声も上がっていた。具体的な記述では、もう少し、サービスを受けたいが、自己負担が増えるので使えない、ヘルパーの時間が足りない、ヘルパーの質が悪すぎ、ショートステイが予約できない、最低限のサービスしか受けられない、同居ではないが、両親の住居と職場が一緒のため、同居とみなされ家事援助をしてもらえないという声が聞かれた。

(7) 介護保険のサービス利用限度額と費用負担

介護保険サービスの利用限度額については、限度額の範囲内で利用している者は 113 名で、限度額を超えているのは 19 名 (10%) と大多数が利用限度額内でサービスを利用していた。

費用の家計上の負担は、図 2 の通りで、「負担ではない」と「それほど負担ではない」をあわせて 70 名 (47.3%) で「やや負担」と「かなり負担」をあわせて 78 名で (52.7%) あった。負担に感じている者のほうがやや多かった。

(8) 介護継続への考え

介護継続への考えについては、「介護を続けていけると思う」が 57 名、「介護を続けていけると思わない」が 12 名、「どちらともいえない」が 79 名、不明・無回答が 40 名であった。どちらともいえないが約 40% であり、継続への迷いが生じている状況が伺える。「介護継続の阻害要因」については、図 3 の通りであり、「自分が体調を崩してしまうのではないかという不安」が圧倒的に多く、次いで「介護を受ける人が今より動けなくなってしまうのではないかという不安」「介護を受ける人が体調を崩してしまうのではないかという不安」が続いていた。自らの体調のみならず、要介護者の状態の変化が『介護継続への考え』を左右する要因になっていることが伺える。

3) 要介護者について

(1) 要介護者の基本的属性 (表 6)

要介護者の性別は、女性 100 名、男性 111 名、平均年齢は 75.7 (±11.9) 歳で介護者より年齢が高かった。年代は、70 代が 79 名で最も多く、次いで 80 代、60 代、90

代の順であり、70代以上が76%を占めていた。50代も14名、30代40代も若干数いた。病名については、脳血管疾患が140名で圧倒的に多く、運動器が64名で、その大半は難病であった。要介護度については、「3」が最も多く40名であり、「2」が31名、「4+5」では67名で、要介護3以上は107名で約半数を占めていた。要介護者が受けている医療処置については、膀胱カテーテル留置が11名、胃瘻留置が9名、気管カニューレ留置が4名、酸素吸入1名であった。

要介護者の中で、独居者は男性15名、女性12名の27名いた。年齢層は35歳から98歳であり、80代が11名と最も多く、次いで70代7名、60代5名で、90代が1名で、平均年齢は約75歳であった。70代以上の独居者が19名で、約70%を占めていた。

(2) 現在の身体状況 (表7)

『退院後の体調』は、「よくなった」が72名、「変わらない」が55名で、約60%が現状維持ないしは向上していることが伺える。一方、「悪くなった」が40名おり、約20%弱は、退院時の体調を維持できていなかった。

『日中の活動状況』は図4の通りであり、「昼間もほとんど横になっている」と「昼間は起きているが、家の中で過ごしている」が57名で約28%が、家から外出していない状況が伺えた。一方、「デイサービスなど決まった用事以外は、家の中で過ごしている」「決まった用事以外でも、時々散歩や買い物に出かける」「毎日、必ず散歩などするようにしている」のは、136名であり、約65%は、家から外出していた。しかし、「デイサービスなど決まった用事以外は、家の中で過ごしている」と答えた72名(約34%)は、限られたデイサービスの機会の外出であり、今後、現状が維持できない可能性は否めない。

『リハビリの実施状況』は図5の通りであり、「運動は時々」「思い出したときや気が向いたときに」「訪問リハやデイサービスで」「毎日」を合計すると145名、約70%が何らかの形で実施していた。「毎日、きちんと実施している」のは32名、「訪問リハやデイサービスの時実施している」のは67名で、約50%弱は、活動の現状維持、向上の機会があった。一方、「運動は時々」「リハも運動も実施していない」51名24%は、活動の低下につながっていることが伺える。

『退院時のリハ指導』についてみると、「指導を受けた」のは157名(約75%)であり、「受けていない」「わからない」が45名(約20%)であった。『リハビリの実施状況』とあわせてみると、『退院時のリハ指導』とほぼ一致していた。B・Iの全項目が記入されていた197名に対してみると、「高くなった」のは52名、「変化なし」が28名、「低くなった」が117名であった。約40%は、退院時の日常生活行動が維持、向上できているが、約60%は退院時の状況よりも低下していた。

『外出時の移動手段』は、歩行補装具を使用せず自立しているのは43名、常に車椅子を使用が46名、常に杖使用が4名、外出のみ車椅子使用・室内は杖歩行が44名、

外出のみ杖使用・室内伝い歩きが 34 名であった。約 80%は、外出時に移動手段が必要な状況であった。

(4) 在宅生活の継続志向 (図 6)

在宅生活の継続志向は、「絶対に続けたい」86 名「できれば続けたい」80 名をあわせると 166 名 (約 80%弱) が、在宅での生活を継続したいと答えていた。

(5) 退院後の生活の場について

退院時の住居は、203 名が現在の住居であったが、調査時に移転していたものが 13 名いた。病院への入院 4 名、老人保健施設への入所 5 名、その他 2 名であった。197 名 (93%) は、退院時と同じ住居に継続して居住していた。居住環境では、持ち家が 124 名、賃貸 39 名であった。居住地は、図 7 の通りであり、半数以上が足立区であった。

A 病院を始めて退院した後の、在宅継続年数は、1.78 年であった。中には A 病院を利用する以前から、在宅療養を送っていた例も少なくなく、厳密な在宅療養期間とは言えない。

4) 複数回の入退院の実態と特徴

退院後、複数回の入退院を繰り返している要介護者は 131 名 (約 27%)、独居者は 98 名 (約 20%) であった。それぞれの結果は以下の通りである。

(1) 複数回入院者について

①回数について (図 8)

回数は 2 回から 18 回であり、最も多かったのは、2 回の 69 名であった。次いで、3 回が 33 名、以下 5 回、4 回の順になっており、10 回以上のものもいた。

②在宅継続年数について

複数回入院者の、在宅継続年数は 2.1 年であった。

③入院理由について (図 9)

入院理由については、「家族のレスパイト+集中リハ」が最も多く 53%であった。次いで、「他の疾患発症」25%、「在宅調整」10%、「介護サービス不足」5%の順であった。主疾患は図 10 の通りであり、脳血管疾患が 70%を越えていた。

回復期リハ病棟では、入院対象が規定されており、基本的には再入院は限られてくる。ただし、A 病院では、退院後の在宅生活の継続を視野に置いており、回復期リハ病棟を一旦退院し、在宅サービスを利用しての介護状況や生活状況を評価し、再調整のために入院する例も数例含んでいる。また、一旦退院した後、介護者の状況や患者の状態の変化による介護方法の再検討、介護者交替のための介護指導、住宅改修などのための入院が「在宅調整」目的で行われている。これらは、障害者病棟への入院である。

「家族のレスパイト+集中リハ」は、介護を続ける家族にとっては救済処置である一方、患者にとっては、リハの機会になっている。一部、腹臥位療法も組み

入れ、嚥下・摂食の評価や改善、関節拘縮や筋固縮の改善、日常生活行動の再獲得、向上などを旨としたリハが提供されている。また、マットレスや体位変換方法の評価、介護方法の再検討などを行っている。

「介護サービス不足」は、介護保険サービスを最大限利用しても、不足が生じ、在宅療養を継続できないため入院となったものである。「他の疾患発症」は、高齢者が多いことが反映していると考えられる。

(2) 独居者の状況について

退院した後、同居者がいない独居者は、介護保険サービスを利用して在宅療養を継続している。高齢者や障害が残っている場合も少なくなく、今回の調査では返送されなかった可能性が高い。

年齢層については、図 11 の通りであり、39 歳から 99 歳であった。平均年齢は、77.3 歳であり、80 歳代が 29 名で最も多く、次いで 70 歳代、90 歳代、60 歳代となっていた。40 歳代、30 歳代はそれぞれ 1 名であった。

B・I は、60 点台以上が 87 名（88%）50 点台 5 名、40 点台 3 名、30 点台 1 名、20 点台 2 名であった。

居住地域は図 12 の通りであり、足立区 47 名（49%）が大半を占めていた。以下葛飾区 17%、荒川区 10%、墨田区 7%の順になっていた。

在宅継続年数は、1.74 年であった。

この結果から、足立区では、高齢者、日常生活行動が低い独居者であっても在宅サービスを利用し、在宅生活を継続している例があることが伺える。

IV. 考察

1. 調査方法について

総数の回収率は 40%を超えていたが、欠損値も複数あった。返送されなかった理由として、対象者の多くが高齢者であったことに加え、脳血管疾患の後遺症や難病であったことから、記入が困難だったと推測される。また、独居者が、有効回答数の約 20%おり、同様の理由から記入・返送できなかった可能性が高い。調査方法として、自記式郵送調査ではなく、配表留め置きで回収に回り記載内容を確認して回収する形か、面接での聞き取り調査のほうが妥当であったのではないかと考える。

2. 在宅継続に影響する要因と、継続を可能にするための条件作りについて

在宅生活を可能にするための条件作りについては、要介護者の状況と介護者の介護力に合わせた適切なサービスを提供することが、本来なされるべきことであるが、現状では程遠く、介護者負担が大きいのが事実である。あらゆる方面から、介護者負担を軽くするための方策が、とられることが必要である。在宅継続を可能にする条件として、巡回型 24 時間訪問看護・介護サービスの活用、デイサービスにおけるケアの視点の見直し、リハの視点から見たショートステイの活用の 3 点から、以下に述べる。

1) 巡回型の 24 時間訪問看護・介護サービスの活用について

介護者の約 30%が 70 代以上であり、80 代も 6 名いた。高齢者が、自らの持病を持ち、体調に不安を抱えながら介護している老老介護である。同居、別居に関わらず、協力者の力を借りながら、介護している状況があった。また 60 代が最も多いことから、今後この傾向は増加するものと考えられ、介護者の高齢化に対しての対応策が必要と考える。

介護者は、日常生活全般にわたり介護しているが、「排泄に関わる介護」や「医療処置」に付随して発生する事柄についての負担感が高かった。排泄の介護は、要介護者にとっては自尊心が著しく低下する行為であり、また介護者にとっては避けたいものである。加えて、定期的な痰の吸引などの「医療処置」も負担感がことから考えると、ここに「巡回型の 24 時間訪問看護・介護」を組み入れることで、カバーできることが多々あるのではないかと考える。

増子²⁾ は「巡回型の 24 時間訪問看護・訪問介護を地域の中できちんと維持・運営できれば、高齢者は在宅で安心して暮らしていける」と述べており、A病院の周辺地域では、そのサービスを利用し在宅での生活を継続している例も少なくない。しかし、まだ十分とは言えない。

介護保険の導入により、介護の社会化が言われて久しいが、実態は家族頼みの介護が続いている。家族への負担が重く押し掛かり、悲惨な事件が報道されることも珍しくない昨今である。近藤³⁾ は「要介護認定で、介護力など環境因子を評価しないのならば、給付水準も家族介護力をあてにしなくても生活の質が維持できる水準に設定すべきである。給付水準のほうは家族介護力を前提にしておきながら、要介護認定においては家族介護力を考慮していないことに、現在の介護保険制度の矛盾がある」と述べている。要介護者の介護度によるサービスの選択に、介護力の不足も見込んだサービスの提供を検討していかなければ、在宅生活の継続はますます困難になることは、容易に推測できる。

また、介護の協力者や相談者の存在が、介護を継続できる一助となっていることは確かである。とりわけ、単独での介護者の場合は、相談できる支援システムを確立していくことが必要と考える。合わせて、介護のために介護者が「社会参加の機会」を失っていることへの対策も必要である。機会を設けることに加え、参加を保障していくシステムを構築することが不可欠である。

2) デイサービスにおけるケアの視点の見直しについて

サービスの中で最も利用の多いものがデイサービスであり、要介護者にとっては、貴重な外出の機会となっている。デイサービス利用の目的には、「入浴」が含まれている。介護者よりもヘルパーによって実施されることの多い介護行為の中に、「清拭」「入浴」が含まれていることを考えると、清潔に関する介護は、介護者にとって負担が重いものであり、軽費のデイサービスへの期待は訪問入浴よりも大きい。

しかし、デイサービスでの入浴への不満の声もあった。デイサービスの現場では、入浴

を利用する要介護者が増加している中、個別対応ができない現状もあることが、不満の声につながっていると推測される。入院時に入浴動作に関して獲得した動作も、デイサービスの現場では「見守り」という個別援助ができず、時間短縮のために介護者が介助してしまい、獲得した動作が失われてしまうのかも知れない。このような状況では、リハで獲得した生活行動能力は低下する一方であり、要介護者の意欲の減退にもつながる。

リハ病院で獲得した生活行動を維持、向上させるためのシステム作りの一環として、デイサービスの人員体制や入浴介助のあり方を検討することが必要であると考えます。

3) リハの視点からみたショートステイの効果的な活用について

医療経済研究機構（平成 14 年）の調査⁴⁾によると、「在宅生活維持の条件として、介護サービスの利用に関するものとして、①介護サービスを必要量、十分に活用すること ②24 時間安心できる介護体制作り ③ショートステイの効果的な活用 ④医療機関との連携」をあげている。今回の調査で、退院患者の約 27%が再入院をしながら在宅生活を継続しており、ショートステイが効果的に利用されている。その目的で最も多かったのが「集中リハ+レスパイト」であった。A病院では、ショートステイを、介護者のレスパイト目的のみという位置づけではなく、1 週間から一ヶ月単位の入院期間で、要介護者のリハ、在宅調整などを実施している。

在宅では日常生活行動が維持、向上できない要介護者がその対象となっており、一定期間のリハで改善を図っている。限られた通所リハや、デイサービスだけでは維持、向上できない実態から、期間を限定して集中的なリハが有効に機能していると考えられる。また、全介助レベルの重介護者には、関節可動域訓練を中心としたリハを実施している。関節の可動域が制限されることは、介護をやりづらくすることにつながり、介護者の負担の原因となっている。大田⁵⁾は、「受動的な関節可動域の維持と清潔の確保は密接に関係している」と述べており、介護しやすい身体を保つことの重要性を説いている。その意味から、A病院で取り組んでいるリハは必要不可欠なリハであると言える。これらのケースは、ほとんどが脳血管障害後の後遺症であり、障害者病棟に入院している。しかし、2008 年の診療報酬改定で、障害者病棟の入院対象から脳血管障害が除外されることが予定されていることを考えると、これらの要介護者の在宅療養の継続は、極めて困難になると言わざるを得ない。

一方、全介助ではなくとも、高次脳機能障害を持った要介護者も再入院をしている実態があり、介護者負担が大きく、行き場がなくリハ病院を選択しているケースも少なくない。また、独居や介護力不足で、介護サービスを限度額まで使っても在宅生活が維持できないため、リハ病院を利用する例も数例ある。様々な工夫をしながら、在宅生活を継続しているのが実情である。

これらの全てが、リハ病院が提供するリハの適用とは思わないが、他の施設やサービスがないために、補わざるを得ない状況があることは否めない。

地域リハビリテーションは、「障害のある人々や高齢者およびその家族が住み慣れたところで、そこに住む人々とともに、一生安全に、いきいきとした生活が送れるよう、医療や保健、福祉および生活にかかわるあらゆる人々や機関・組織がリハビリテーションの立場から協力しあって行う活動のすべてを言う」（2001年、日本リハビリテーション病院・施設協会）⁶⁾とされている。

今回の調査から、これらの目的を達成する手段のいくつかが示唆されたと思われる。要介護者の在宅生活継続への意向は強く、合わせて、要介護者も負担や不安が軽減すれば続けていきたいとの意向は一致している。在宅療養を継続させる上で、内的要因の一つである当事者である要介護者と介護者の「在宅生活を継続したい」という思いは、不可欠なものである。その願いに添えるように、今後の活動にいかしていきたいと考えている。

V. 謝辞

本調査・研究を遂行するにあたり、財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団の助成をいただきましたことを深く感謝申し上げます。

また、本調査・研究にご協力いただいた皆様に深く感謝いたします。

<引用・参考文献>

- 1) 荒井 由美子；Zsrit 介護負担尺度日本語版の短縮版（J-Z BI_8）の作成：その信頼性と妥当性に関する検討、日本老年医学会雑誌、40、497－503P、2003.
- 2) 増子 忠道；高齢者医療はどうあるべきか、世界SEKAI、113P－119P、2008.
- 3) 近藤 克則；「医療費抑制の時代」を超えて、医学書院、273P、2004.
- 4) 医療経済研究機構；在宅高齢者の介護サービス利用状況の変化に関する調査研究、平成14年.
- 5) 大田 仁史；改訂 介護予防、荘道社、110－111P、2003.
- 6) 浜村 明德；地域リハビリテーションプラクシス、医療文化社、36P、2004.

表1. 対象者数

	介護者	要介護者
双方	185	185
片方	4	26
除数	1(注)	0
合計	188	211

注=介護していないという介護者

表2. 介護者(家族)の状況 N=188

	N	%
性別		
女性	117	61.9
男性	45	24.1
無回答	26	14
年代		
30代	2	1.4
40代	16	1.4
50代	34	6.6
60代	49	14.2
70代	48	37.4
80代	6	28.4
無回答	33	10.4
要介護者との続き柄		
配偶者	78	41.0
子ども	52	28.0
兄弟・姉妹	4	2
嫁	13	7
その他	9	5
無回答	32	17
体調		
調子よくない	15	8
あまりよくない	21	11
まあまあ	101	54
調子よい	19	10
無回答	32	17

表3. 実施している介護内容

N=188

	実施 人数	協力者			
		同居家族	別居	ヘルパー	その他
食事の世話	129	48	12	24	6
移乗	82	28	8	23	2
洗面	86	20	5	20	2
トイレ介助	77	27	5	20	2
歩行介助	67	26	5	16	0
車椅子操作	89	33	11	25	2
階段昇降	37	11	4	8	
更衣介助	94	24	7	24	2
便意の確認	37	7	1	11	
尿意の確認	28	6	1	9	
入浴	51	16	2	16	
清拭	64	14	3	24	2

表4. 負担の程度

N=188

	実施	全然感じない	それほど感じない	やや感じる	かなり感じる
調理	53	4	28	14	4
献立	113	14	43	34	13
買い物	44	9	17	13	3
胃瘻	12	3	1	3	3
摂食介助	43.0	6	16	11	7
オムツ交換	27	0	7	12	7
トイレ	24	1	8	10	5
後始末	36.0	3	8	18	4
オムツの購入	15	4	8	2	0
尿管の管理	8.0	1	3	3	0
体位変換	13.0	1	4	2	6
痰吸引	10.0		1	3	5
気管管理	11	2	4	2	1
器械洗浄	8	1	1	3	1

表5. サービス利用状況と満足度

N=188

	利用者数	%	満足度			
			不満	やや不満	まあ満足	満足
家事援助	31	14.6	1	1	18	11
身体介護	36	16.9	-	3	16	17
送迎	18	8.5	1		7	11
デイサービス	78	41.9	2	3	37	35
デイ入浴	65	30.5	-	-	-	-
食事	69	32.4	-	-	-	-
リハ	64	30.0	-	-	-	-
行事	56	26.3	-	-	-	-
ショートステイ	33	15.5	1	6	12	12
訪問リハ	38	18.0	2.0	1	12	21
訪問看護	53	25.0	-	3	15	30
訪問入浴	28	13.0	-	2	9	15
往診	60	28.2	-	3	19	33
その他	11	5.2	-	-	2	5

表6. 要介護者の状況 N=211

	N	%
性別		
女性	100	47.3
男性	111	52.7
年代		
30代	3	1.4
40代	3	1.4
50代	14	6.6
60代	30	14.2
70代	79	37.4
80代	60	28.4
90代	22	10.4
病名		
脳血管疾患	140	67.0
運動器	64	30.0
廃用症候群	7	3.0
要介護度		
1	13	6.1
2	31	14.6
3	40	19.2
4	39	18.8
5	28	13.1
要支援	9	4.2
なし	3	1.4
介護不要	1	0.5
無回答・不明	47	22.1

表7. 要介護者の現在の身体状況 N=211

	N	%
体調		
良くなった	72	34.1
悪くなった	40	19.0
変わらない	55	26.1
わからない	5	2.4
無回答	39	18.5
身体状況		
障害があるがほぼ自立しており一人で外出できる	34	16.0
屋内での生活はおおむね自立しているが介助なしには外出できない	72	33.8
何らかの介護が必要で主に日中もベッド上で過ごす座っていられ	43	20.2
一日中、ベッド上で過ごし全てに介助が必要である	24	11.3
無回答・不明	38	18.8
バーセル・インデックスの変化		
増加した人	52	26.0
変化なし	28	14.2
減少した人	117	59.8
合計	197	100.0
外出時の移動手段		
外出時は車椅子、室内は杖歩行	44	20.9
外出時も室内も杖歩行	4	1.9
外出時のみ杖、室内は伝い歩き	34	16.1
常に車椅子使用	46	21.8
何も補助具は必要ない	43	20.4
その他	20	9.5
無回答	20	9.5

注: BIIについては全項目の回答者197名の結果を集計した。







