

[原著論文]

在宅障害者の生活支援に関する訪問指導の効果

伊藤日出男¹⁾ 盛田 寛明¹⁾ 桜木 康広¹⁾ 勘林 秀行¹⁾

The Effectiveness of home visiting intervention by a health and welfare team to support the reconstruction of family life for the disabled

Hideo Ito¹⁾ Hiroaki Morita¹⁾ Yasuhiro Sakuragi¹⁾ Hideyuki Kanbayashi¹⁾

Abstract

The purpose of this report is to examine the effectiveness of intervention for disabled people living at home by a visiting team that consists of a physiotherapist, a public health nurse and a social worker in the community, who work together in a remote area in Aomori, Japan.

Method: The subjects were 97 patients (77% were stroke patients) and they were mainly evaluated by the physiotherapists and the public health nurses before and after the eight months of intervention.

The intervention for the disabled people living at home was carried out once a month or every other month by the team members from August 1999 to March 2002.

The patients and their family members were guided by the team members on how to move better or how to assist activities of daily living and transfer techniques, and so on.

Two evaluation tools were used. One was the Barthel Index (BI) used to assess ADL (total score: 100 points), and the other was assessment by the Family Relationship Chart (FRC; total score: 36 points), an assessment tool concerning human relationships between the patient and his/her family members.

Result : In the intervention group (n = 57), as the score after intervention not only on the BI but also on the FRC was significantly higher than before. On the other hand, in the non intervention group (n = 27) when the scores before and after intervention were compared, on the BI and on the FRC were no different.

Conclusion: This study confirms the effectiveness of home visiting intervention for disabled people and their families by the visiting team of collaborating physiotherapists, healthcare and the welfare staff in the community.

(J.Aomori Univ. Health Welf. 4(1):69-78, 2002)

キーワード: 在宅障害者、チーム訪問指導、日常生活活動、家族関係評価表

disabled person living at home, visiting team, intervention, activities of daily living, assessment of family relationship chart

I. はじめに

2000年4月の介護保険制度の実施に伴って「ケアマネジメント」という用語が一般的になり、在宅障害者に対する理学療法士による訪問指導は「訪問リハビリテーション」と呼ばれている。しかし、本来のケアマネジメントは高齢者ケアに限られた概念ではなく、自立困難な人々に対する具体的な支援活動を通して、地域の特質に見合ったサービスを組織化し、利用者のニーズに応じて

それらを適切に組み合わせて提供できるようにすることである¹⁾。すなわち、サービスの提供によって利用者のセルフケア能力の向上と、家族の生活を支援し、結果として費用効果を含む地域保健福祉の質的向上に結びつくことであると考えられる。

しかしながら、現実には医療やリハビリテーション資源に恵まれない過疎地域においては、在宅障害者は介護サービスの対象とされてはいるものの、障害の発生を予

1) 青森県立保健大学健康科学部理学療法学科

Department of Physical Therapy, Faculty of Health Sciences, Aomori University of Health and Welfare

防し家族に生活の立て直しを支援するための訪問指導は殆ど行われていない。

一般的に医療の場から生活の場に戻った在宅障害者とその家族にとって、以前のような生活を取り戻すことは容易ではなく、また生活の再構築を支援する地域保健、福祉、リハビリテーションなどの社会資源も不十分である。なかでも家族の人間関係によって障害者の身体機能が影響を受けることは、地域リハビリテーションに従事しているものにとっては経験的に知られていることである²⁾。

本研究の目的は、青森県において過疎地域の地域保健福祉担当者と青森県立保健大学（以下、本学という）教員との連携によって在宅障害者に対する訪問指導を一定期間継続し、対象者の身体機能及び家族の人間関係に係わる有効性を検証することである。約2年半に及ぶ前方視的な本研究活動を通して、対象者及び家族への直接的な効果だけでなく、地域保健福祉行政に対しても将来のケアマネジメント・システム構築に寄与したと考えられるので概要を報告する。

II. 研究方法と対象

1. 訪問指導の方法

研究にあたっては、地域の関係機関の協力を得て町村ごとに在宅障害者の訪問指導対象者の選択を行い、そのデータをもとに本学教員と地域の保健福祉担当者との評価会議において在宅ケア計画を作成し、訪問頻度を次のように設定した³⁾。

A群；毎月1回定期的に訪問し、40分から1時間かけて必要な運動を指導したり、相談に応じる。

B群；隔月ないし3ヶ月に1回訪問し経過観察を主とする。必要により15分程度の運動を指導する。

C群；必要によって適宜訪問する。

訪問指導の方法は、理学療法士（本学教員）1名と、地域の保健師あるいは看護師、時にはソーシャルワーカーの2名で1チームを編成し、各地域の在宅ケア計画に従って対象者宅を訪問し、運動の指導や介護相談などを行った。具体的には対象者及び家族に対しては家庭で実行できる運動や介助方法の指導、また事例によっては補装具の修理や新調の助言、手すりの設置や段差の解消などの住宅改修の相談・指導である。

長期間寝たきり状態におかれた対象者に対しては、運動実施前後に血圧及び脈拍測定の他に経皮的酸素飽和度測定装置を使用してリスク管理に留意した。必要と思われる情報は保健師によって主治医の勤務する医療機関に報告された。

2. 評価方法

訪問指導による事例の変容は、平均8ヶ月後（6ヶ月から1年）に評価会議を行い初回評価と再評価（以下、2回目と略）との比較により確認した。評価方法は、前述のように障害者の身体機能状態は家族との人間関係と密接な関連性を持っているとの前提のもとに、在宅障害者の日常生活活動（以下、ADLと略）の自立度を知るためにBarthel指数（総合点100点）により、また障害者と家族の人間関係の状況を知るために独自の在宅障害者家族関係評価表（総合点36点）を使用した。

Barthel指数は高得点者ほどADL自立度が高く、在宅障害者家族関係評価表は高得点者ほど家族関係が良好なことを示している。

統計学的分析は、初回と2回目の尺度得点差をみるためにWilcoxon検定を、訪問指導とADL・家族関係の関連性を分析するために χ^2 検定、残差分析、Cramerの関連係数を、ADLと家族関係の関連性をみるためにSpearmanの順位相関係数を用いた。

研究期間は平成11年8月から14年3月までの2年7ヶ月であった。

1) Barthel指数について

慢性疾患の自立度指数として一般に使用されているBarthel指数（以下、BIと略）は、1965年にMahoneyらによって開発された。原法は10項目の評価項目から構成されているが、本研究ではGrangerら⁴⁾による15項目による修正版を使用した。修正版では身の回り動作と移動能力に関する15項目について点数配分され、総合点が100点になるように構成されている。

一般にADL能力の大凡の基準としては、通常BI得点が80点以上の場合はほぼADLは自立しており、40点以下は全介助、その中間は一部介助の状態と見なされる。

2) 在宅障害者家族関係評価表について

在宅障害者家族関係評価表（以下、家族関係評価表と略）は、1985年伊藤ら^{5,6)}によって開発され、障害者と主たる介護者である家族との二者関係をそれぞれ3つの指標（後述）によって関連性を見るようになっている。得点は各指標ごとに3問ずつの質問に対する回答によって6点から1点が与えられ、総合点が36点（障害者点、家族点各18点）になるように構成されている（図1）。

障害者と家族の両者に関連する指標としては、次の通りである。

- 1) 障害者の身体機能状態と家族の介護負担の状態
 - 2) 障害者の回復意欲と家族の障害者に対する理解の状態
 - 3) 障害者の社会参加の状態と家族の社会参加の状態
- これらの指標は、障害者の身体機能状態によって家族の介護負担の程度が決まり、障害者本人の回復意欲と家

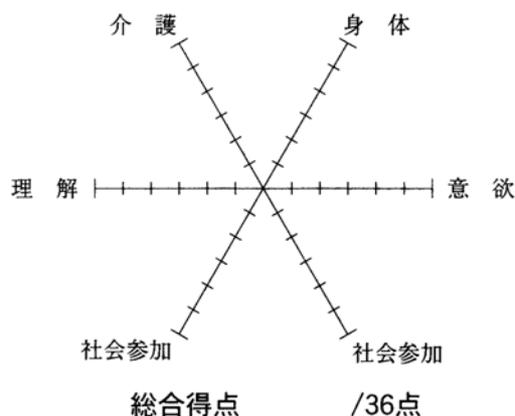


図1 障害者家族関係評価図

族の障害に対する理解の程度は関係し、また障害者自身の社会活動への参加の程度によって、家族の社会参加の度合いが関連する、との仮説に基づいて構成されている。

3. 対象地域と事例

対象地域及び事例は、医療機関やリハビリテーション・サービス資源に恵まれない青森県下北郡東通村、同郡大間町、上北郡六ヶ所村の3町村において、在宅障害者と主な介護者の両方から面接により聴取できた97例である。そのうち平成14年3月現在、死亡や入院、途中で訪問を拒否された事例などを除く記録の完全な57事例（以下、介入群）を分析資料とした（対象地域の概況は資料参照）。

介入群の疾患名は、脳血管障害44例（77.2%）、整形外科疾患6例（10.5%）、中枢神経系変性疾患3例（5.3%）、外傷性脳損傷1例（1.8%）、消化器疾患1例（1.8%）、その他2例（3.5%）であった。平均年齢は69.5±10.7歳（最小値50歳～最大値92歳）、性別は男32例（56.1%）、女25例（43.9%）であった。

また、対照として北津軽郡中里町及び上北郡横浜町から協力の得られた27例（以下、非介入群）には、定期的な訪問指導を行わずに平均6ヶ月の間に前後2回の評価（以下、それぞれ初回、2回目と略）のみを行った。非介入群の疾患名は、脳血管障害17例（63.0%）、外傷性脳損傷1例（3.7%）、中枢神経系変性疾患1例（3.7%）、循環器疾患1例（3.7%）、代謝性疾患2例（7.4%）、その他5例（18.5%）で、平均年齢は70.5±8.5歳（最小値52歳～最大値87歳）、性別は男15例（55.6%）、女12例（44.4%）であった。

研究に先立って青森県立保健大学倫理委員会の規定のもとづいて、対象者から研究に協力し訪問指導を受けることに同意する旨の文書に署名を得た。

Ⅲ. 結果

1. 訪問指導の効果について

1) ADL評価の変化

平均B I得点は、介入群で初回が63.2±33.0点、2回目が68.3±34.1点、非介入群で初回が85.2±21.9点、2回目が82.7±26.8点であった。Wilcoxon 検定により初回と2回目のB I得点差をみると、介入群では初回の得点より2回目の得点が1%水準で有意に高かった（ $Z = -3.781$, $P = 0.000$ ）。また非介入群では両得点に有意差はなかった（ $Z = -0.432$, $P = 0.666$ ）。

次に、 χ^2 検定、残差分析、Cramer の関連係数を用い、訪問指導の介入の有無とB I得点の関連性を分析した。表1は、B I得点の変化別に介入群と非介入群の人数を

表1 B I得点の変化別にみた介入群・非介入群の人数

訪問指導の有無	B I得点の変化			計
	向上	不変	低下	
介入群	34 (59.6) 27.8	17 (29.8) 21.7	6 (10.5) 7.5	57 (100.0) -
非介入群	7 (25.9) 13.2	15 (55.6) 10.3	5 (18.5) 3.5	27 (100.0) -

() は%。下段は期待度数。

集計したものである。 χ^2 検定の結果、人数の偏りは5%水準で有意であった（ $\chi^2(2) = 8.347$, $P = 0.015$ ）。そこで残差分析をおこなった結果、表2にみられるよう

表2 表1の調整済み残差

訪問指導の有無	B I得点の変化		
	向上	不変	低下
介入群	2.9†	-2.3*	-1.0
非介入群	-2.9	2.3	1.0

*: $P < .05$ †: $P < .01$

に、介入群ではB I得点が高くなった事例が多く、非介入群では不変が多いが向上した事例は少ないことがわかった。この介入の有無とB I得点の関連性の強さは中程度であった（Cramer の $V = 0.315$, $P = 0.015$ ）。

2) 家族関係評価の変化

家族関係評価表得点の分析では、有効事例として、介入群は56例を、非介入群は25例を分析対象とした(表3)。

表3 家族関係評価表得点の変化別にみた介入群・非介入群の人数

訪問指導の有無	家族関係評価表得点の変化			計
	向上	不変	低下	
介入群	37 (66.1) 36.6	7 (12.5) 6.2	12 (21.4) 13.1	56 (100.0) -
非介入群	16 (64.0) 16.4	2 (8.0) 2.8	7 (28.0) 5.9	25 (100.0) -

() は%。下段は期待度数。

家族関係評価表の平均得点は、介入群で初回が18.1±7.4点、2回目が20.9±7.3点、非介入群で初回が16.7±6.1点、2回目が17.3±7.6点であった。Wilcoxon検定により初回と2回目の得点差をみると、介入群では初回の得点より2回目の得点が1%水準で有意に高かった($Z = -3.147, P = 0.002$)。また非介入群では両得点に有意差はなかった($Z = -0.902, P = 0.367$)。

次に χ^2 検定用い、訪問指導の介入の有無と家族関係評価表得点の関連性を分析した。

表3は、家族関係評価表得点の変化別に介入群と非介入群の人数を集計したものである。 χ^2 検定の結果、人数の偏りは有意でなかった。 $(\chi^2(2) = 0.645, P = 0.725)$ 。

3) ADL評価と家族関係評価の関連性

初回および2回目におけるBI得点と家族関係評価表得点の関連性をSpearmanの順位相関係数で分析した。その結果、初回のBI得点と家族関係評価表得点の相関係数は、介入群で0.47、非介入群で0.40、2回目のBI得点と家族関係評価表得点の相関係数は、介入群で0.55、非介入群で0.50であり、いずれも中程度の相関関係を示した。

2. 家族関係からみた代表的な対象事例

毎月1回定期的に訪問指導を行ない、家族関係評価によって訪問指導介入前後の比較を行ったA群の中から、代表的な3事例を家族関係評価図と写真によって紹介する。

1) 寝たきりから車椅子生活が可能となった事例

事例：N. T. 80歳、男性

診断(障害)名：脳梗塞(平成2年6月発病)、難聴、左上腕切断

主治医：村営診療所

主な介護者：配偶者と長女(長女は骨形成不全症)

初回評価(平成11年10月19日)時は寝た切りの状態でBI得点は1点、家族関係評価得点は4点であった(図2)。2回目評価(平成12年5月12日)では、BI得点は1点、家族関係評価得点は3点と初回評価と殆ど変化はなかった。

現在(平成14年3月)の状態は、家族関係評価得点の改善は見られなかったが、本人は全面介助ながら車椅子に移ることが可能となり屋外散歩に出るようになった。また回復意欲が高まり、ベッドで寝返りやブリッジ動作をするようになるなど、精神面でも訪問指導の効果が認められた(図3、4)。しかし、介護に当たっている長女の介護負担が大きいいため、経過観察が必要となってい

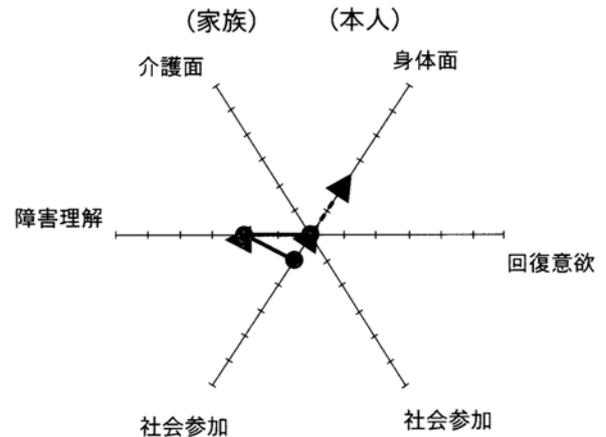


図2 家族関係得点の訪問指導による経時的変化(事例1)
▲; 初回得点、●; 2回目得点



図3 理学療法士による運動指導
ブリッジ動作を自発的に行うなど、意欲の向上がみられた



図4 車椅子乗車による生活圏の拡大
車椅子座位耐久性向上により、何十年ぶりに親戚と再会

る。

2) 妻の介助で歩行できるようになった事例

事例：T. H. 70歳、男性

診断（障害）名：脳梗塞（平成3年3月発病）、頸髄症、左片麻痺

主治医：村営診療所

主な介護者：配偶者（長男の家族と同居）

初回評価（平成11年10月19日）時はB I 得点は20点、家族関係評価得点は17点であった（図5）。2回目評価

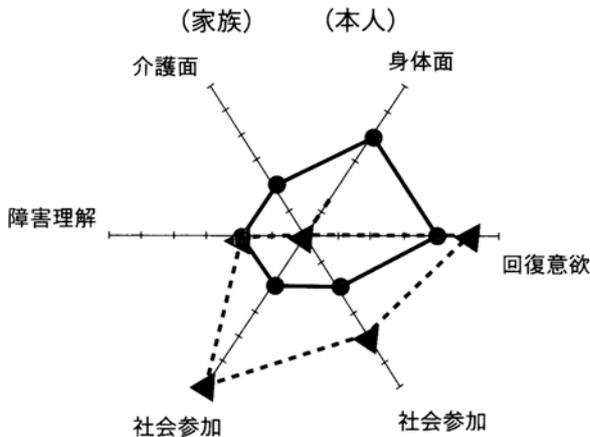


図5 家族関係得点の訪問指導による経時的変化(事例2)
▲；初回得点、●；2回目得点

（平成13年1月18日）ではB I 得点は49点と向上したが、家族関係評価得点は16点であった。

T. H. はベッド上の生活を過ごしていたが、妻の介助によってかろうじてつかまり立ちができた。現在（平成14年3月）は起立歩行への意欲が高く、妻の介助でどうか室内を歩行できるようになった。しかし、転倒の危険があったため主治医の了解を得て長下肢装具を作成した結果、歩行練習時の妻の介助量が少なくなった（図6、7）。最近一緒に暮らしていた長男家族が別居したため妻



図6 訪問指導時の理学療法士による立位・歩行練習
立位・歩行には介助が必要であった

の介護負担が増し、そのため家族関係の評価点が僅かに



図7 訪問指導における長下肢装具の処方
立位が可能となり、妻の介助量が軽減した

低くなっている。

3) 回復意欲を取り戻した主婦の事例

事例：K. S. 52歳、女性

診断（障害）名：脳梗塞（平成11年1月発病）、左片麻痺

主治医：近隣の公立病院

主な介護者：配偶者（配偶者の両親と同居）

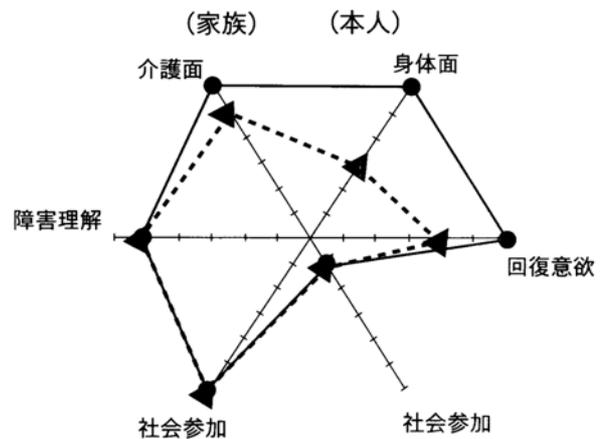


図8 家族関係得点の訪問指導による経時的変化
(事例3) ▲；初回得点、●；2回目得点

初回評価（平成11年10月19日）時はB I 得点は95点、家族関係評価得点は24点であった（図8）。2回目評価（平成12年5月12日）では、B I 得点は100点、家族関係評価得点は30点と向上した。

K. S. は主婦と会社の事務員としての仕事をもっていった。発病後はADLが自立しているにもかかわらず、非麻痺側の肩関節痛と腰痛を訴え、また精神的な落ち込みが著しく人目を気にして外出しない状態であった。現在

(平成14年3月)は、両肩関節の運動制限が改善されたことで家事動作などが可能となるとともに、主婦としての役割を積極的に果たすようになり家族関係評価表得点も向上した。(図9、10)。また精神的にも明るくなり、



図9 訪問指導時の家事動作

訪問指導により家事動作が可能となった



図10 雪道の歩行練習 (中央)

これまで拒否していた村の機能訓練にも参加の意欲を示している。

IV. 考察

本研究の訪問指導チームで実施した月1回の定期的な訪問指導による対象事例のADLと家族関係の変容、またケアマネジメントの視点からみた対象地域の保健福祉行政面での変化の二つの面について考察する。

1. 訪問指導による対象事例の変化

1) 訪問指導の効果について

在宅障害者に対する地域リハビリテーションの評価に関する先行研究として、石川ら²⁾(1995)は青森県津軽地方の在宅脳卒中後遺症者36名を対象に面接調査を行い、機能訓練に参加した群と参加しない群に分けてAD

L(BIを使用)と家族関係(家族関係評価表を使用)の両面から分析した。その結果、機能訓練への参加群の方がBI得点、家族関係評価得点ともに良好な例が多かったと報告している。すなわち、津軽地方の機能訓練事業は障害者自身の身体機能の維持・向上に役立っているだけでなく、家族の人間関係の面でも好ましい影響を与えたことを示唆した。

一般に機能訓練事業に参加できる障害者はADLの自立した人達が多く、参加できない障害者は当然のことながら重度な人達である。このような障害の重い人達を対象として、訪問指導の効果を前方視的に研究した報告は少ない。本研究では理学療法士を含む保健福祉専門職による訪問指導チームによって、月に僅か1回の訪問であったも6ヵ月から1年間継続することによって、ADLの向上だけでなく家族関係においても改善をもたらすことを明らかにした。

すなわち、訪問指導の有無とBI得点の変化との間に関連性が認められ、訪問指導を実施した群ではADL自立度が向上するケースが多く、訪問指導を実施しない群ではADL自立度は変化しないことがわかった。このことから、僻地の在宅障害者のADL自立度に対する保健・福祉の専門職によるチームでの訪問指導の効果が明らかにされた。

今回の対象者は、近隣の中核病院においてリハビリテーション治療を受けた後自宅に退院し、身体機能の向上よりも低下を予防することに主眼をおかれていた事例が大部分であった。しかしながら、脳卒中発病後まだ1年以内で機能改善が期待できる人や、心理面で不安定な人、また転倒後に廃用性の障害によって歩行できなくなった例も見られ、これらは訪問チームに参加した理学療法士によって比較的容易に改善が期待できるものであった。

一方、家族関係評価表をみた場合、介入群で初回の得点より2回目の得点が有意に高かったにもかかわらず、訪問指導の有無と家族関係評価表得点の変化との間に関連性があるとはいえないことがわかった。したがって、介入群では、訪問指導以外の何らかの要因が家族関係得点の向上に寄与した可能性が考えられる。

また、初回および2回目の訪問指導時の介入群と非介入群において、BI得点と家族関係評価表得点の間に正の相関関係を認めた。このことから、訪問指導の有無にかかわらずADL自立度が高い者ほど家族関係も良好であることが示唆された。今後さらなる研究が必要と考えている。

2) チームケアの意義について

本研究において訪問指導の介入群と非介入群の選択に

については、操作的に分類した訳ではないが、年齢、性別、疾患名等において大きな相違はなかった。しかし非介入群として選択した中里町と横浜町は、どちらも介護保険サービスとは別に定期的な機能訓練事業が継続されていた。特に中里町の場合は、昭和58年から弘前大学医療技術短期大学部理学療法学科の協力により機能訓練事業が行われており、青森県内では地域リハビリテーションに対する理解の進んだ町として知られている。このことが今回訪問指導が行われていないにも関わらず、家族関係評価において安定した結果を示したことと関連があるのかどうか興味を持たれるところである。

ADL自立度の高いもの程家族関係評価も良好であるとの報告は、津軽地方を対象とした先行研究でも見られる^{5,6)}。本研究のような訪問指導によるADL能力の向上は、理学療法士が訪問チームに加わることによって専門的な指導の結果と言えるかもしれない。しかし、家族関係評価に関しては地域の保健福祉専門職による継続的なアプローチがあったからこそ、上述の理学療法士の参加と相まって相乗効果となって現れたと考えるのが妥当であろう。

また、当然のことながら訪問指導対象の事例の選択においては地域保健福祉専門職の目が重要であり、その目が共同研究を通して次第に培われたと評価することもできる。このことは、特に家族の健康状態の把握において重要な意味を持つことにつながっていた。すなわち、主たる介護者である家族の健康状態が、その家族の人間関係だけでなく障害者のADLにまで影響を与えていることは先行研究⁷⁾によっても指摘されている。今回の対象事例の中にもADL介助群の中に家族、特に高齢配偶者の健康状態が不良な例が多く見られた。

さらに、今回の対象者の中で成人した子供が精神的な問題のために仕事を離れて障害をもつ親と同居している例が3例見られた。この3事例では、保健師やホームヘルパーなどの訪問時には殆ど自室から出てこないため、関係者間ではどのような状態なのか把握されないまま過ごされていた。今回のチーム訪問においては、このような同居家族に対しても積極的に接触するように働きかけたところ、チーム訪問時には一緒に会話に参加するようになり、中には指導者側の指示に協力し積極的に親の介助にあたる例も見られた。

今回、介護専門職であるホームヘルパーと一緒に訪問する機会があり、このことがお互いの業務を知る上で有意義であった。われわれが接したホームヘルパーは全面的に家族の信頼を得ており、身辺介護については概して適切に対処していた。しかし、寝たきりの高齢者に対しては医学的な知識不足から不安を持っており、今回の訪問指導は情報交流や介護技術のトレーニングの場として

も有意義であった。

一方、在宅障害者の住宅改修の面でも今回の訪問指導は大きな役割を果たした。リハビリテーション治療を終えて退院した障害者が家庭生活に適應できない理由として、住居の構造上の問題が挙げられる⁸⁾。本研究の対象者の間でも、ベッドや洋式トイレに対する配慮は多くの家庭で行われているが、手すりや段差に関する配慮は殆ど行われていなかった。

われわれはこのような住環境問題に対しても積極的に対策を講じ、訪問チームに建築業者や福祉サービス関係者を加え専門的な立場から検討し助言を行った。しかしながら、事例によっては家庭的な事情や行政面から計画が思うように進まなかったり、改修後にもそれらに慣れるまで時間がかかり、今後の指導と更なる検討を要すると思われた。

2. ケアマネジメントの視点からみた地域保健福祉行政の現状と展望

今回対象とした地域においては、研究活動の実施前までは町村によっては保健センターと在宅介護支援センターの訪問サービス等の連携が円滑でなかったり、地域中核病院のリハビリテーション部門との連携が不十分であったり、あるいは保健福祉行政の組織やケアマネジメントの組織がうまく機能していない状態が伺われた。

また、対象とした障害者側にも、訪問指導開始直後は訪問チームに対する受け入れ側の戸惑いが見られた。しかし、対象者の身体機能の向上や住宅改修が家族の介護面での支援に役に立つことが明らかとなってから、次第に訪問チームに対する態度が好意的なものに変化していった。それとともに町村の保健福祉担当者側にも、訪問チームによる研究成果を保健福祉政策面に活用しようという意図が見られるようになった。次に具体的な地域の保健福祉行政面の現状と展望について述べる。

1) 東通村

東通村の場合は、村自体の保健事業の他に財団法人地域振興協会が運営する「野花菖蒲の里」と命名された保健福祉センターの在宅介護支援事業、それに一部事務組合下北医療センターが運営する国保東通村診療所及び白糠診療所が連携して住民サービスが行われている。同村の老人保健事業は、保健福祉課（保健師5名）の担当により毎月1回下北地域の中核病院であるむつ総合病院から理学療法士の派遣を得て行われているが、訪問指導等の在宅ケアに関しては殆ど行われていなかった。

本研究活動は、保健福祉センターに併設されている在宅介護支援センターを中心とする本学の理学療法士教員によるチーム訪問と、看護学科教員が参加しての評価会議及び連絡会議によって実施された。平成12年4月から

は東通村診療所に理学療法士が1名採用となったため、当初は在宅ケアの対象であった数例を診療所の外来部門に紹介できるようになった。また、理学療法士が必要により訪問指導に参加するようになり、診療所による在宅医療とリハビリテーション医療との連携が行われるようになった。現在は、ケアマネジメントの組織作りが軌道に乗り始めている。

2) 大間町

大間町の場合は、国保大間病院が唯一の医療機関であり、むつ総合病院を退院後に大間病院に紹介される患者が多い。大間病院では在宅医療や訪問看護にも力を入れており、隣接する社会福祉法人特別養護老人ホームのデイサービス部門とも連携が図られている。機能訓練事業はむつ総合病院から理学療法士の派遣を得て年間12回行われているが、在宅障害者への訪問指導は行われていない。

本研究の初年度の結果は大間町長宛の報告書として提出されたが、町では大間病院のリハビリテーション部門の増築計画があり、この計画に本報告をドッキングさせて理学療法士の採用が計画されている。同病院が実施した下北半島の北通り3町村（風間浦村、大間町、佐井村）の住民に対する意識調査によると、大間病院にリハビリテーション部門が増設されることによって、同施設を利用したいという希望者が多いことが明らかにされている。

大間町には現在4名の保健師が勤務しているが、リハビリテーションに関しては経験が少なく、本学理学療法士教員とのチーム活動が実践力を高める役割を果たした。また、訪問指導には大間病院の訪問看護師と隣接の特別養護老人ホームの在宅支援センターから介護支援専門員が同行することもあり、寝たきりの高齢者を車椅子に移乗させる方法等について技術的な指導を行なうことができた。訪問チームによるこれらの指導実績が町の保健医療福祉行政に反映され、少しずつケアマネジメントの展望に明りが見え始めている。

3) 六ヶ所村の事例

六ヶ所村の場合は、医療機関は村内の国保尾駮診療所と泊診療所が中心で、隣町の公立野辺地病院からの紹介患者が多い。機能訓練事業は公立野辺地病院から理学療法士の派遣を得て行われていたが、平成14年度からは病院側の事情から派遣が困難となっている。

本共同研究の実施にあたっては、最初から順調だったわけではないが、研究分担者（看護学科教員）のねばり強い助言と適宜行われた評価会議を重ねることによって、次第にケアマネジメントに関する問題を共有することができるようになった。その結果、前述の代表的な事例として提示したように保健師あるいは理学療法士の単

独の業務では限界のある在宅ケア場面において、相互の専門性を生かしながら連携によってさらに効果を発揮できることを確認することができた。

さらに、平成13年度からは本学理学療法学科3年次の「地域理学療法学」の授業の一環として東通村と六ヶ所村に分かれて在宅障害者を対象とする訪問理学療法の実験を体験させている。六ヶ所村の実習は、尾駮診療所長の特別講義や保健師による指導など全面的な協力を得て行われている。

V. 結論

医療やリハビリテーション資源に恵まれない青森県下北半島地域において、2年半にわたる地域保健福祉担当者とは本学教員との前方視的共同研究によって、在宅障害者に対する訪問指導の効果を検証することができた。まとめとして次の3点があげられる。

1) 毎月1回の定期的な訪問指導を実施した介入群において、平均8ヶ月後に介入前後の成績を比較するとADL評価及び家族関係評価のどちらも介入後の成績が有意に勝っていた。

2) 介入群と非介入群のBI得点の比較では、介入群では得点の向上した事例が多く、非介入群では変化のない事例が多かった。また非介入群の家族関係得点では、介入前後の有意差は見られなかった。すなわち今回の結果からは、家族関係に対する訪問指導の効果については明確にはいえなかった。

3) 理学療法士と地域保健福祉職チームによる訪問指導は、在宅障害者ケアだけでなく対象とした地域全体のケアマネジメントの共通認識を高めることに寄与し、それが町村の保健福祉行政面にも具体的に反映される可能性を示唆した。

最近の診療報酬の改定等により、医療機関から早期に自宅退院が促されている。しかし、現実には地域において受け皿となる保健福祉サービス資源が整っていないため、介護施設への入所が増加する傾向にある。青森県においても、中核病院からリハビリテーション専門職の派遣を得て行われていた町村独自の老人保健事業が介護保険事業にシフトされたため、障害を予防することを目的とした地域のリハビリテーション事業は停滞の現状にある。

医療やリハビリテーション資源に恵まれない下北半島地域では、この共同研究が契機となって町村独自の医療保健福祉の包括的ケアシステムの構築の可能性が見えはじめている。その包括ケアシステム実現のためには地域に貢献する人材の確保が必須であり、県立保健福祉系大学としての本学に期待するものは大きい。

謝辞

本研究にご協力を頂いた東通村、大間町、六ヶ所村、中里町、横浜町の研究対象者および保健福祉関係者の皆様、並びに番匠光代氏（大間町保健福祉課課長補佐）、室館清美氏（東通村健康福祉課課長補佐）、小川良子氏（六ヶ所村保健相談センター主任保健師）に心から感謝申し上げます。また、住宅改修の面でご指導を頂いた弘前大学医学部保健学科の金澤善智助教授、地域保健活動の実践面で貴重なご助言を頂いた青森県立保健大学看護学科の山本春江助教授、細川満子講師、訪問指導およびデータ収集にご協力を頂いた同大学理学療法学科の齋藤圭介助手（現・吉備国際大学理学療法学科講師）、李相潤助手の皆様に深謝いたします。

本研究は青森県立保健大学健康科学特別研究助成（「地域研究」・平成11年度から13年度まで）を受けたことを付記し、合わせて感謝の意を表します。

（受理日：平成14年11月14日）

文献

- 1) 野中猛：図説ケアマネジメント。中央法規出版，pp. 11-15, 1997.
- 2) 石川玲、伊藤日出男、金沢善智：障害者家族関係評価表から見た老人保健法機能訓練事業の効果に関する検討。弘大医短紀要、19：34-42, 1995.
- 3) 伊藤日出男、桜木康広編：ケアマネジメントの地域実践計画と教育方法改善に関する研究。平成11年度青森県立保健大学健康科学特別研究報告書。pp. 2-5, 2000.
- 4) Granger CV, et al. :Outcome of comprehensive medical rehabilitation, measurement by PULSES profile and the Barthel Index. Arch Phys Med Rehabil. 60：145-154, 1979.
- 5) 須藤恵理子、伊藤日出男、藤田智香子：在宅脳卒中後遺症者の日常生活活動と家族関係評価との関係-機能訓練事業参加者を中心に-。理学療法研究，9：19-26, 1992.
- 6) 伊藤日出男、香川幸次郎：PTマニュアル・地域理学療法（改訂2版）。医歯薬出版，pp. 74-84, 2002.
- 7) 伊藤日出男、石川玲、金沢善智：「在宅障害者家族関係評価表」による機能訓練事業の評価。在宅医療，3（3）；17-21, 1996.
- 8) 勘林秀行、伊藤日出男、桜木康広、金沢善智：高齢障害者の在宅ケアにおける理学療法の意義。日在ケア誌，5：89-93, 2002.
- 9) 伊藤日出男：障害予防と家族への支援。理学療法学（第29回日本理学療法士学会シンポジウム「地域社会における障害予防」・学会長基調報告），21：390-394, 1994.
- 10) 桜木康広、伊藤日出男、勘林秀行、金沢善智、熊谷牧子：訪問指導におけるチームケアの有用性と理学療法士の役割。東北理学療法学，13：52-59, 2001.
- 11) 金沢善智、伊藤日出男：在宅での理学療法の問題点と展望。理学療法，14：390-395, 1997.