

[原著論文]

在宅障害者の生活実態と地域理学療法 - 韓国釜山地域と青森県下北地域との比較研究 -

伊藤日出男¹⁾ 李 相潤¹⁾ 盛田 寛明¹⁾ 金 庸権²⁾

Comparative study of disabled persons at home and community-based physiotherapy in Pusan, Korea and Shimokita area, Aomori, Japan

Hideo Ito¹⁾ Sangun Lee¹⁾ Hiroaki Morita¹⁾ Yong-Kwon Kim²⁾

Abstract

The purpose of this paper is to improve the community-based physiotherapy programs in physiotherapy education in Korea and Japan. The study was conducted by a visiting team in Pusan, Korea, consisting of physiotherapists from Korea and Japan.

The subjects were twenty-four participants selected from patients who had been discharged from Inje University Hospital. Two evaluation tools were used. One was the Barthel Index, used to assess ADL, and the other was an assessment by the Family Relationship Chart, an assessment tool concerning human relationships between the patient and his/her family members.

The study found that there are almost no public service resources, especially community-based physiotherapy, for the disabled persons at home in this area. It seemed that the spouses' enthusiastic care negatively affected their husbands' motivation to recover. This study suggests that physiotherapists in Korea need to focus on patients and families after patients have been discharged from hospital. How to intervene in the relationship between disabled persons and their families at home is an important issue that should be tackled in physiotherapy education in Korea and Japan.

(J. Aomori Univ. Health Welf. 7(1): 1-8, 2006)

キーワード：①日韓理学療法士交流 ②地域理学療法 ③家族関係評価表

Key words：① physiotherapist interchange between Japan and Korea ② community-based physiotherapy ③ family relationship chart

I はじめに

本研究の目的は、韓国における在宅障害者の生活と介護状況を面接調査によって明らかにし、日本国内の現状と比較しながら両国の地域理学療法に関わる教育プログラムの改善を図ることである。研究プロジェクトは、青森県立保健大学と韓国仁済大学校の教員によって2003年5月に組織された。調査は2003年11月と2004年5月の2回実施された。調査にあたっては、青森県立保健大学倫理委員会の承認を得た上で、韓国側の事情を考慮しながら倫理的配慮を行った。

日本と国情が異なるとはいえ韓国は儒教思想の色濃く残る国であり、在宅障害者に対しては家族による介護が当然の義務とされる傾向がある。一方、日本では急速な少子高齢社会への移行に伴い、家族による介護負担が限界に達し介護保険によるサービスが主役を担うようになった。日本にとって韓国の家族介護の現状は参考になるものが多く、一方、地域理学療法に係わる日本の理学療法士の知識や技術を、今後韓国側に提供できる可能性がある。

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.

2) 仁済大学校医生命工学大学物理治療学科 (大韓民国)

Department of Physical Therapy, College of Biomedical Science and Engineering, Inje University.(Rep. of Korea)

II 研究方法

1 日本側の調査

先行研究として、青森県立保健大学の理学療法学科及び看護学科教員による研究チームが、1999年から2002年までの3年間に青森県下北地域において実施した「ケアマネジメントの地域実践計画と教育方法改善のための研究」^{1,2)}の調査資料を使用した。その概要は次のとおりであった。

(1) 方法

理学療法士(本研究者ら)と地域の保健医療福祉職(保健師、看護師、ソーシャルワーカーら)による訪問調査によって基礎資料を収集した。得られた資料に基づいて個別の訪問指導計画を策定し、平均8ヵ月後に介入による効果の測定を行った。

評価方法は、在宅障害者の日常生活活動(以下、ADLと略)の評価として、Barthel指数のGrangerら³⁾による修正版を使用した。この修正版Barthel指数は15項目の評価指標から構成され、「自立」「要介助」「不能」の3段階で判定するようになっている(最低0点から最高100点、以下、BIと略)。この段階区分に関しては、先行研究⁴⁾に準じて「難アリ」を加えて4段階とし、また配点を一部補整し使用した。

また、障害者と家族の人間関係評価として、伊藤ら⁵⁾による在宅障害者家族関係評価表(最低0点から最高36点、以下、家族関係評価表と略)を使用した。家族関係評価表は障害者側の3つの指標(身体機能、回復意欲、社会参加)を、家族側の3つの指標(介護負担度、障害理解の程度、社会参加)と対比させて3段階尺度で得点化し、六角形のレーダーチャートに示すことができるように構成されている(資料として調査票を添付)。

(2) 対象

対象地域は、青森県下北地域に位置するO町(人口6,251人、2003年5月1日現在、以下同じ)、H村(人口7,837人)、R村(人口12,188人)の3か町村であった。対象地域の共通性としては、本州最北端の太平洋側に位置し農漁業を主産業とする過疎地帯であり、原子力発電建設地や核燃料処理施設を有していることである。地域の保健医療資源としては小規模病院や診療所があり、地域保健センターとともに地域住民の健康を担っている。対象者は、地域の共同研究者から選定された在宅障害者57人(男32人、女25人、平均年齢69.5歳、標準偏差10.7歳)と主な介護者(以下、介入群)であった。原因疾患は、脳血管障害が44人(77.2%)で最も多く、整形外科疾患6人(10.5%)、その他7人(12.3%)であった。主な介護者は、配偶者が35人(62.5%)で最も多く、ついで子が12人、嫁が9人、その他1人であった。対照群として県内の津軽地方と南部地方から類似の規模を有する

N町(人口10,654人)と、Y町(人口5,373人)を選定し、27人の在宅障害者(男15人、女12人、平均年齢70.5歳(標準偏差8.5歳)と主な介護者(以下、非介入群)が選択された。

2 韓国側の調査

(1) 方法

韓国における調査は、2003年11月の試行調査と、2004年5月の本調査の2回実施された^{6,7)}。本調査は韓国側研究者によって選択された20例を対象とし、そのうち15例は仁済大学校附属白病院のリハビリテーション科外来において、他の5例は自宅訪問により実施された。

面接時には、必要により障害者に対する運動動作の指導や、家族に対する介助方法の指導を行った。その場合はリスク管理に留意し、表情の変化や携帯型血圧計及び動脈血酸素飽和度測定機器を使用し異常のないことを確認した。訪問時間は平均約1時間であった。以下、試行調査と本調査をまとめて韓国側調査を「釜山群」と称し、日本側調査を「青森群」として記述する。

評価方法：先行研究と同様に、在宅障害者のADL評価としてBIを、また家族の人間関係を評価するために家族関係評価表を使用した。家族関係評価表に関しては、石川ら⁸⁾の先行研究に従い、得点の高い事例ほど家族関係が良好な状態にあり、逆に低い場合は生活への適応に何らかの困難さがあるという仮説のもとに、I群からIV群に区分し次のような意味付けを行った。

I群(28~36点):障害者と家族がともに現在の生活に十分対応している群

II群(19~27点):障害者と家族が現在の生活状態からさらに拡大しつつある群

III群(9~18点):家族の理解不足のため障害者が過保護の状態にある群

IV群(0~8点):障害者と家族との関係が希薄で、お互いが疎外されている群

この意味付けにより、I群とII群を「適応群」、III群とIV群を「非適応群」と見なした。

なお、家族関係評価において、釜山群は対象者が重度な事例が多かったため、家族関係評価の質問に対する回答が得られないことが分かった。そのため日本側と同様に比較することは適切でないと判断し、本稿においては青森群、釜山群ともに家族側の得点(最高18点、最小0点)のみを抽出し、両者のデータを比較した。

地域ケアに関する社会的サービス資源については、本研究の関係者及び対象者から情報を収集した。

(2) 対象

対象地域は、韓国最南端の日本海に面した釜山市である。人口100万人を擁する釜山市はソウルに次ぐ韓国第二の都市で、仁済大学校附属白病院をはじめ医療機関には

恵まれている。対象者は仁済大学附属白病院を退院した主として脳血管障害後遺症者の中から承諾の得られた24人と、主に介護を担当している家族である。後遺症者の性別は男性が20人、女性が4人であった。対象者の平均年齢は48.8歳(23~64歳)であった。原因疾患は脳血管障害が15人(62.5%)、その他(不明を含む)9人(37.5%)であった。脳血管障害者の発病からの経過年数は平均3年1ヶ月(3ヶ月~10年3ヶ月)で、そのうち1年以内が7人であった。主な介護者は配偶者が16人(67%)で最も多く、ついで親2人、ヘルパー1人、その他5人で

あった。

Ⅲ 結果

(1) 青森群

① 介入群に対しては、約2年半にわたって1か月に1回の定期的な訪問指導を実施し、平均8か月(6~24か月)後に前後の成績が比較された。結果は訪問指導の有無とBI得点に関連性が認められ、介入群ではADL自立度の向上する機会が多く、非介入群ではADL自立度が維持にとどまる傾向にあった(表1、2、3、図1)。

表1 BI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	BI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.

表2 表1の調整済み残差

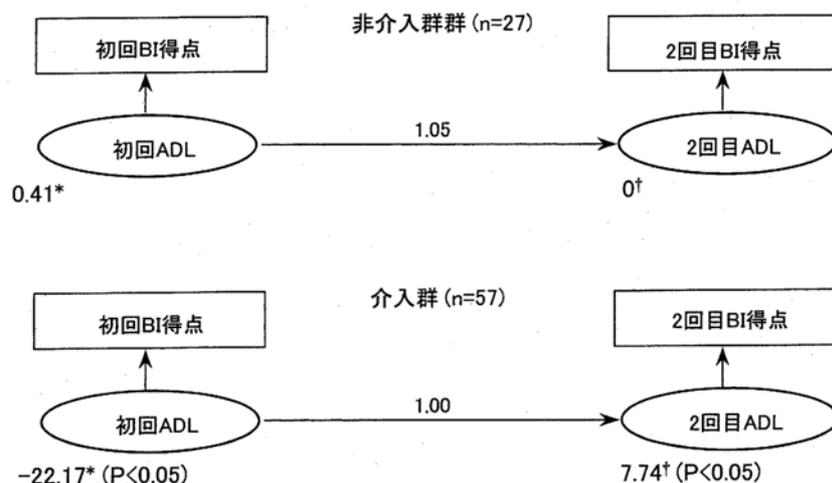
訪問指導の有無	BI得点の変化		
	向上	不変	低下
介入群	2.9 [†]	-2.3*	-1.0
非介入群	-2.9	2.3	1.0

*:P<0.05 †:P<0.01

表3 ロジットログリニア分析結果(日本)

モデル	オッズ比(95%CI)*	標準誤差	Z	適合度	
				Entropy	Concentration
[介入群][BI得点向上]	3.89 (0.98~15.49)	0.7057	1.93	0.049	0.063

* confidence interval.



GOODNESS of FIT SUMMARY:
Chi-square=1.343 (1df) p=.247 $\chi^2/df=1.343$
GFI=.984 AGFI=.906 CFI=.997 RMSEA=.065

図1 共分散構造分析結果(ADL)(日本)

数値は全て非標準化推定値。* 潜在変数の平均、† 切片。丸は潜在変数、四角は観測変数。丸から丸への片方向矢印線数値は因果係数。図は、共分散構造分析の平均構造モデル(多母集団同時分析)を示す。本分析にて被検者割付のばらつきを潜在変数の平均でみた結果、初回の介入群のADL自立度は対照群より低いことが示されている。同分析法で、そのばらつきを調整したうえでの介入群の「2回目ADL」の切片が7.74(P<0.05)であることから、ADL自立度が向上したことがわかる。

一方、家族関係評価においては介入群、非介入群ともに改善されており、訪問指導によって改善されたとはいえないものの、介入群では初回よりも2回目の得点が有意に高かった。(表4、図2)

② 本研究が契機となって、青森県立保健大学では下北地域の保健医療福祉専門職との連携強化が図られ、定

期的な研修会や研究発表会が行われるようになった。また同地域において看護学科や理学療法学科の実習をはじめ、大学院生の研究が同地域をフィールドとして行われるなど、地域と大学との連携体制が整備されるようになった。

表4 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(日本)

訪問指導の有無	家族関係評価表得点の変化			
	向上	不変	低下	計
介入群	37 (66.1) 35.3	7 (12.5) 6.2	12 (21.4) 13.1	56 (100.0) -
非介入群	16 (64.0) 15.7	2 (8.0) 2.8	7 (28.0) 5.9	25 (100.0) -

()は%. 下段は期待度数.

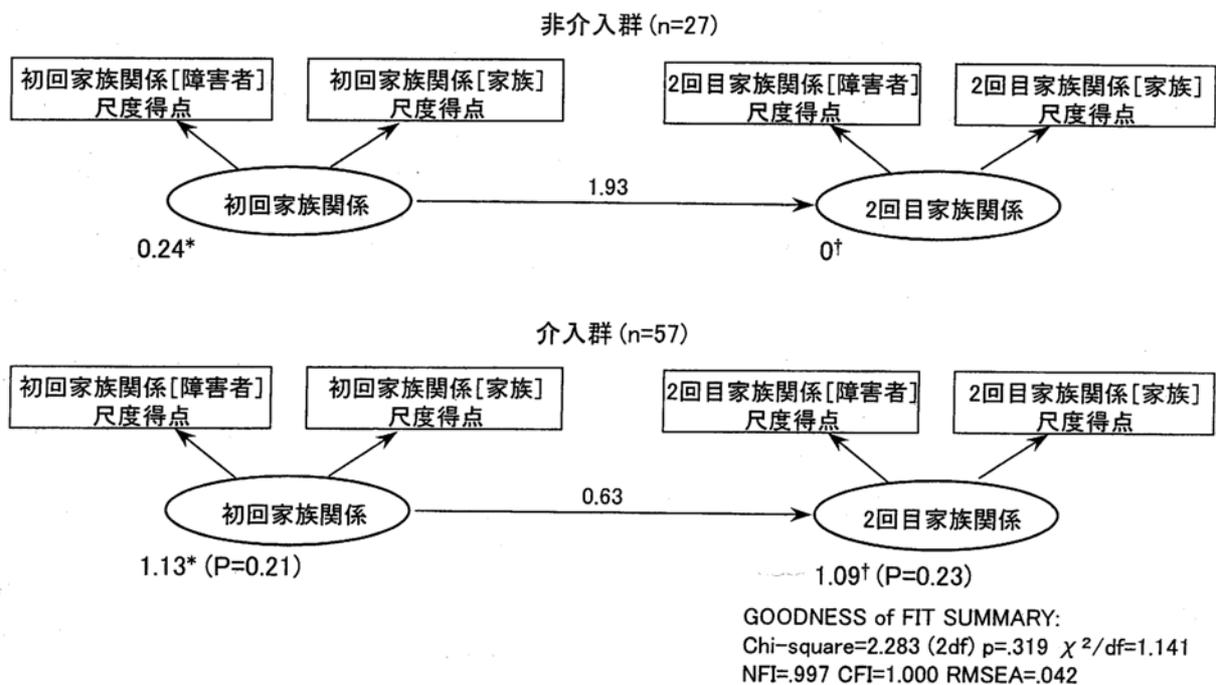


図2 共分散構造分析結果(家族関係)(日本)

数値は全て非標準化推定値。*潜在変数の平均、†切片。丸は潜在変数、四角は観測変数。丸から丸への片方向矢印線数値は因果係数。図は、共分散構造分析の平均構造モデル(多母集団同時分析)を示す。介入群において、「初回家族関係」の平均は1.13 (P=0.212)、「2回目家族関係」の切片は1.09 (P=0.228)であり、両者とも5%水準で有意でない。したがって、家族関係は訪問指導によって改善したとはいえないことがわかる。

(2) 釜山群

対象とした24例について、ADL評価(BI得点)および家族関係評価得点を一覧表に示した(表5)。

① ADL評価は、BI得点の低い順に全介助(0~40点)、部分介助(41~80点)、自立(81~100点)の3群に区分した。全介助群は8人、部分介助群は7人、自立群は9人とほぼ同比率であった。

② 家族関係評価は、障害者側と家族側(家族以外の介護者も含む)のデータが完全な22人について集計した。石川ら⁸⁾の意味付けによる区分では、I群(0~8点)は1人、II群(9~18点)は10人、III群(19~27点)は9人、IV群(28~36点)は2人であった。この分類によると、適応群(11人)と非適応群(11人)は半数ずつであった。

表5 釜山群におけるADL評価および家族関係評価得点

事例	性別	年齢	病名	障害の状態	BI* 得点	家族関係評価**		
						本人(18)	家族(18)	合計(36)
1	男	57	くも膜下出血	左片麻痺	100	14	12	26
2	男	62	脳内出血	左片麻痺	53	8	10	18
3	男	47	脳内出血	右片麻痺	99	10	—	10
4	女	48	脳内出血	右片麻痺	100	10	6	16
5	男	39	脳内出血	左片麻痺	1	11	6	17
6	男	—	くも膜下出血・ 脳内出血	左片麻痺	76	10	8	18
7	男	47	脳内出血	右片麻痺	100	10	—	10
8	男	50	脳内出血	左片麻痺	75	8	12	20
9	女	44	脳内出血	右片麻痺	94	7	12	19
10	女	37	脳内出血	左片麻痺	100	16	12	28
11	男	68	脳内出血	左片麻痺	55	6	12	18
12	男	37	脳内出血	左片麻痺	100	12	—	12
13	男	24	脳損傷	右片麻痺	25	9	10	19
14	女	—	脳障害	左片麻痺	100	15	14	29
15	男	57	脳内出血	—	48	12	8	20
16	男	59	脳内出血	右片麻痺	25	6	10	16
17	男	65	脳内出血	右片麻痺	89	13	14	27
18	男	45	脳障害	その他	—	—	4	4
19	男	37	脳内出血	右片麻痺	60	8	13	21
20	男	30	脳内出血	右片麻痺	100	5	14	19
21	男	57	脳出血	四肢麻痺、寝たきり	1	—	9	9
22	男	56	脳出血	左片麻痺	27	—	8	8
23	男	56	脳梗塞	左片麻痺、寝たきり	1	—	6	6
24	男	56	脳内出血	寝たきり	1	—	3	3

*BI: Barthel Index 得点 (総合 100 点)

**家族関係評価得点: 本人・家族の配点、各 18 点 (総合 36 点)

(3) ADLと家族関係評価の日韓比較

BI得点と家族関係評価得点との関連性については、前述のように家族側の評価得点のみを抽出し、家族関係評価の3つの指標について共分散構造分析を用いて分析した(図3)。青森群の資料では、介護者の「障害理解」

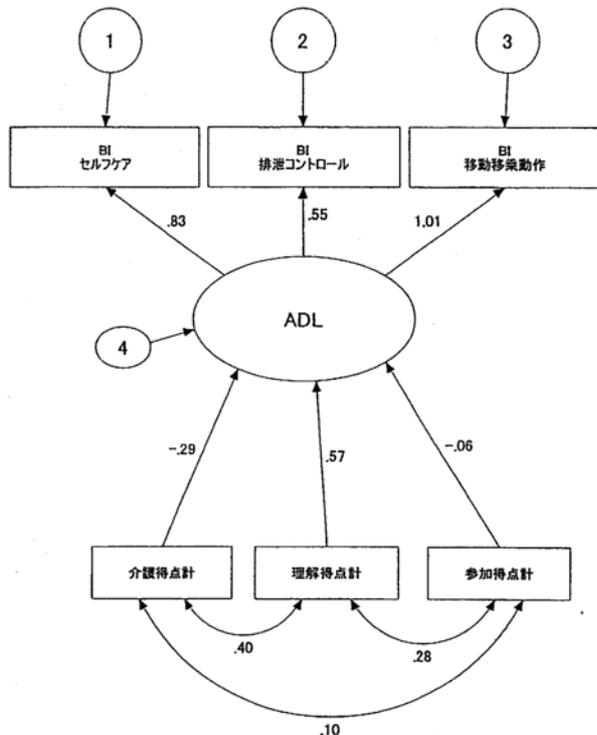


図3 共分散構造分析結果(日本)

数値は全て標準化推定値。丸は潜在変数、四角は観測変数。四角から丸、および丸から四角への片方向矢印線数値は因果係数。潜在変数[ADL]から四角への片方向矢印線数値は影響指標。丸囲み数字は誤差変数。図は、MIMIC(Multiple Indicator Multiple Cause; 多重指標多重原因)モデルを示す。両方向矢印は共分散であり、共分散構造分析では通常、外生観測変数間に設定する。因果係数の大小は影響の強さをあらわし、介護者の「障害理解」の程度が障害者のADL自立度に影響を及ぼしていることが分かる。さらに、影響指標から、その影響の強さは、移動移乗動作、セルフケア、排泄コントロールの順に大きいことが示される。

の程度が、障害者のADL自立度に影響を及ぼしており、その影響の強さは、移動移乗動作、セルフケア、排泄コントロールの順であった⁹⁾。しかし、釜山群の資料では上記の分析モデルでは適合度指標が低く、データにモデルが適合しないことが示された。これはデータ数の不足や対象者の年齢の違いなどによって、ADL及び家族関係得点構造の差異が影響しているものと考えられた。

(4) 日常生活面での日韓比較

本研究において、日本と韓国の保健医療制度上の相違だけでなく、日常生活面の相違が明らかにされた。すなわち青森群は医療機関には恵まれない農漁村過疎地域の

生活者が多いのに対し、釜山群は大都市の中心部であり医療機関には比較的恵まれていた。しかし、日本のような社会的なサービス資源は整備されていなかった。また青森群の多くは一戸建ての住宅で生活しているのに対し、釜山群は殆ど集合住宅での生活者が多かった。青森群ではほぼ全員がベッドを使用しているが、一方、釜山群の約半数は畳に布団を敷いた生活であった。

III 考察

1 日韓の家族介護について

2000年までの韓国の65歳以上の高齢者は、全人口の6.8%と比較的低い現状にあった。しかし最近では日本と同様に高齢者人口は急増傾向を示し、2010年には9.4%、2021年には13.1%と予想され¹⁰⁾、韓国統計庁による最近の発表では、2010年10.9%、2020年には15.7%と報告されている(「将来人口特別推移結果」2005年1月)。いずれにしろ高齢化社会の到来は必至のこととして、日本の少子高齢化対策が注目されている。

他方、高齢化対策として導入された介護保険制度のもとで介護の社会化を進めている日本の現状からみると、韓国の儒教思想に基づく家族関係のあり方は学ぶべきものが多いと思われた。韓国の女性は、結婚後夫のために生涯尽くすという意識が強く、この傾向は今回の全対象者に見られた。このような介護の熱意は、本研究の対象者が日本側の高年齢層に比べて成年層が多かったこともあって、主な介護者である配偶者の年齢も相対的に若いことによるのかもしれない。このような韓国の社会通念が、一方ではリハビリテーションの理念でもある障害者の自立への意欲を失わせるのではないかと懸念された。

2003年11月に訪問できた6家族は、全て成人男性で重度な脳出血後遺症者であった。いずれも大学病院での急性期治療を終えて自宅退院した人たちで、機能回復の可能性はないと見なされていた。韓国では、在宅療養を維持するために必要な設備や、医療・看護に必要な器具を自費で購入したり、民間保険からのサービスを受けることができるのは、一部の経済的に恵まれた家族であった。

訪問した中の4家族は、高層マンションの自宅で子どもが独立した後の夫婦だけの生活で、ある介護者は独力で褥創処置、胃瘻栄養、留置カテーテルや気管カニューレ交換まで全てのケアを行っていた。日本であれば、当然、在宅医療や訪問看護の対象となると思われたが、そのような地域ケアサービスはほとんど無く、近隣に住む子ども達を含む家族の介護力に委ねられていた。釜山地域には慢性期リハビリテーション治療を行う施設が少ないため、家族がテレビなどから情報を収集し、試行錯誤しながら介護にあたっていた。

しかしながら、夫の介護による腰痛や精神的なストレ

スが高じてうつ状態の妻が見られたように、在宅ケアは韓国の家族にとって日本同様に深刻な問題と思われた。青森群の調査で明らかにされた介護者の「障害理解の程度」が、障害者のADL自立度に影響を及ぼすという結果は、韓国側においても専門職による家族への支援は緊急の課題であると考えられた。

2 地域理学療法に関する現状

本研究では韓国側のデータが不足であったが、同一の評価方法を使用したことにより、ある程度の比較と今後の方向性が示唆された。現在の韓国では地域理学療法や在宅ケア等に係わる社会的資源は殆どない状態である。しかし、この分野に関する関係者の認識は高く、近い将来は大きく発展する可能性がある。

韓国の理学療法教育の現状は、日本以上に急性期患者を対象とする機能障害の改善に向けられ、家族を含む生活への適応や障害予防に係わる問題に対する関心は高いとはいえない。見方をかえると、韓国の伝統的な社会規範や慣習への挑戦ともいえるリハビリテーションの理念を導入するために、時間をかけて地道な取り組みが不可欠である。そのためにも大学間の教育研究交流や、職能団体間の学術交流を拡大し実績を積み重ねていくことが必要と考える。

日本理学療法士協会の調査によると、日本の理学療法士の主な職場は医療施設（約80%）であり、行政機関や地域社会で活躍する人材は極めて少ない¹¹⁾。韓国でも日本以上に殆どの理学療法士は医療施設に就職するが、就職先は圧倒的にソウルや釜山のような都市部の医療施設が多い。また大都市以外では東洋医学による医療が主流であり、理学療法士に対する需要は殆どないとの声が聞かれる。将来の高齢化対策として、韓国側が介護保険制度をはじめ日本の地域理学療法教育の現状に注目するのは、そのような社会的背景があるためと思われる。

3 本研究の限界と今後の課題

本研究の限界としては、地域ケアに関する視点が理学療法士からのものであり、対象地域も一部の地域に留まり、例数が少なかったこと、また韓国群の平均年齢が青森群よりも約20歳若いことである。さらに調査に使用した評価方法についても問題点があげられた。すなわち家族関係評価は、在宅障害者と介護者の両者に対する指標から構成されているので、重度障害のために対話が困難な場合には適用できない。そのため釜山群では重度障害の対象者が多かったこともあって、実際には家族側の得点のみを抽出し分析した。結果として家族に対する評価指標だけでも、在宅障害者の家族関係をある程度明らかにできることが示唆された。

今後、調査方法の改善を図りながら、韓国側の医療に恵まれない農村地域の高齢障害者を対象とする調査を行

い、青森県側との比較をより明らかにしていきたい。また本研究が実践に結びつくようにさらに連携を深め、継続することが課題と考えている。

V おわりに

青森県立保健大学と仁済大学の教員による共同研究により、韓国・釜山地域の在宅障害者の実態と課題を明らかにすることができた。地域理学療法に係る両国間の比較研究としては今回が緒についたばかりであるが、高齢者ケアに関わる教育プログラムを検討する上で多くの示唆を得ることができた。

韓国と日本では医療制度や社会的環境の違いはあるにしても、障害者に対する家族の強い絆が、逆に障害者の自立を妨げているように思われる。韓国の伝統的な慣習や社会的通念に係わるこの課題は、今後保健医療福祉教育の面から両国が協力し取り組んでいかなければならない。

謝 辞

この調査にご協力を頂いた日韓両国の関係者の皆様に心から感謝申し上げます。本研究は青森県立保健大学健康科学特別研究の助成（2003年度～2004年度）によるものであり関係者の皆様に深謝申し上げます。

（受理日：平成18年4月11日）

文 献

- 1) 伊藤日出男, 盛田寛明, 桜木康広, 勘林秀行: 在宅障害者の生活支援に関する訪問指導の効果. 青森保健大紀要, 4 (1), 69-78, 2002
- 2) 盛田寛明, 伊藤日出男, 桜木康広, 勘林秀行: 過疎地域における訪問指導の効果に関する前方視的研究. 日本在宅ケア学会誌, 7 (2): 43-49, 2004
- 3) Granger CV, Albrecht GL, Hamilton BB: Outcome of comprehensive medical rehabilitation: measurement by Pulses Profile and the Barthel Index. Arch Phys med Rehabil, 60: 145-154, 1979
- 4) 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. 日在宅ケア誌, 5 (3): pp89-93, 2002
- 5) 伊藤日出男, 香川幸次郎: PTマニュアル・地域理学療法, 医歯薬出版, pp79-84, 2002
- 6) 伊藤日出男, 李相潤, 金庸権: 在宅障害者の生活実態と地域ケアに関する日本と韓国の比較研究. 青森保健大雑誌, 5 (1), 1-6, 2003
- 7) 伊藤日出男, 李相潤: 暁とオンドルの国の理学療法士交流の歩み (平成15年度・健康科学特別研究<広領域>研究報告書). 青森県立保健大学健康科学部理学療

法学科, 1-19, 2004

8) 石川玲、伊藤日出男、金沢善智：障害者家族関係評価表からみた老人保健法機能訓練事業の効果に関する研究. 弘大医短紀要, 19, 34-42, 1995

9) 伊藤日出男、李相潤、盛田寛明、桜木康広、金庸権：在宅障害者の生活実態と地域ケアに関する日本と韓国の比較研究（平成15年度16年度・健康科学特別研究＜広領域＞研究報告書）. 青森県立保健大学健康科学部理学療法学科, 4-13, 2005

10) 巖基郁：韓国の社会福祉（仲村優一、一番ヶ瀬康子編：世界の社会福祉3・アジア）旬報社、pp 424-425, 1998

11) 望月久：理学療法士の職域（理学療法白書2000）. 日本理学療法士協会、pp 177-191, 2001

参考資料

調 査 票

No. _____

地区名 _____ 地区 / 調査日：平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日 / 調査者 _____

対象者氏名 _____ (男・女) 生年月日 M・T・S ____ 年 ____ 月 ____ 日

病名 _____ 障害名：右片麻痺・左片麻痺・その他 _____

発症年月日：① _____ 年 ____ 月 ____ 日 (リハ経験：有・無)

② _____ 年 ____ 月 ____ 日 (リハ経験：有・無)

通院の有無：無・有 (医療機関名 _____, リハ：有・無)

デイケアまたはデイサービス：有・無 (施設名 _____)

在宅介護支援センターのサービス：有・無 (団体名 _____)

訪問看護等のサービス：有・無 (団体名 _____)

主な介護者：配偶者・嫁・子供 (息子・娘) …年齢 ____ 歳

健康状態：良・不良 { 腰痛 (重・軽)

(通院：有・無) { 疲労 (重・軽)

{ その他 _____

《Barthel Index》

	自 立	難アリ	介 助	不 能
1. 食事	10	5	1	1
2. 上半身更衣	5	5	3	0
3. 下半身更衣	5	5	2	0
4. 整容	5	5	0	0
5. 清潔・入浴	4	4	0	0
6. 浴槽への移動	1	1	0	0
7. 尿のコントロール	10	10	5	0
8. 便のコントロール	10	10	5	0
9. トイレ移動	6	5	3	0
10. トイレ後始末	4	4	2	0
11. 椅子への移動	15	15	7	0
12. 平地歩行45m	15	10	10	0
13. 階段昇降	10	10	5	0
14. 装具の着脱	0	0	-2	-
15. 車椅子移動	15	15	0	-
総合点	/100 点			

【障害者家族関係評価図】

総合得点 _____ /36点

I 群 (36~28点)
II 群 (27~19点)
III 群 (18~10点)
IV 群 (9~0点)

*備考・その他