

脳卒中による要介護高齢者への援助課題：
脳卒中の在宅要介護高齢者に対する調査結果をもと
に

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 大阪市立大学生生活科学部 公開日: 2024-09-09 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 神垣, 真澄, 木戸脇, 富子, 白津, 政和 メールアドレス: 所属: 大阪市立大学, 大阪市立大学, 大阪市立大学
URL	https://ocu-omu.repo.nii.ac.jp/records/2015229

脳卒中による要介護高齢者への援助課題

—脳卒中の在宅要介護高齢者に対する調査結果をもとに—

神垣真澄・木戸協富子・白澤政和

The issues of Support Systems for the Elderly with Apoplectic Stroke :From the Results of Research on the Elderly at Home with Apoplectic Stroke

MASUMI KAMIGAKI, TOMIKO KIDOWAKI and MASAKAZU SHIRASAWA

1. はじめに

長寿社会への道をひた進む日本において、高齢者の健康上の問題は避けて通ることはできない。典型的なものとして、老後の生活に大きな障害をもたらす「ねたきり」の状態が、大きな不安のひとつにあげられる。この「ねたきり」の高齢者数は、高齢化の進展にともなって今後ますます増加する傾向にあり、どのように対応していくかが大きな課題となっている。

今日まで、ねたきりに対する様々な施策が展開されているが、多くは「ねたきり」状態にある高齢者やその家族への援助に主眼をおいたものであった。しかし、それだけでは対症療法的な施策に留まるため、別の角度からのアプローチが求められる。すなわち、「ねたきり」のより根本的な部分に着目して、予防することである。ねたきりの原因を突き詰めていくと、疾患や老化という、医学的な領域の問題に行き当たるが、その症状が安定してから「ねたきり」に至る過程については、福祉的な視点からのアプローチも必要であると考えられる。

本研究では、この「ねたきりに至る過程」に着目し、その1つの形として、「ねたきり」の主な原因疾患である「脳卒中」の在宅要介護高齢者の、入院から退院、さらには在宅生活へと移行する中でのリハビリテーションや各種サービスの利用状況を含めた生活実態をとりあげ、調査結果に基づいて援助課題を分析する。これから生活課題を明らかにすることで、諸施策の展開のうえでの実態把握を行い、ねたきりに至る原因や問題点を検討することを、本小稿の目的とする。

2. ねたきりの現状と施策の現状

在宅でねたきりの状態にある65歳以上の者は、平成元年のデータで33万5千人¹⁾となっている。また、病院や施設にいる人々を合わせて考えると、1985年時点で約60万人であり、2000年には約100万人になると推計されている²⁾。

また、ねたきりに至る原因疾患としては、表1のように約3分の1から2分の1が脳卒中、約20分の1から10分の1が骨折で、その他筋骨格系や循環器系疾患などがあげられているが、原因疾患を特定できない場合も多くなっている³⁾。さらに、日本は諸外国に比べてねたきりの割合が高いといわれており、これには家屋構造の違い

表1 寝たきり老人原因疾患（単位：%）

	(65歳以上) 厚生行政 基礎調査 (昭和59年)	(65歳以上) 東京調査 (昭和60年)	(65歳以上) 大阪府 医師会調査 (昭和60年)	(65歳以上) 全 国 民医連調査 (昭和57 ・59年)	(65歳以上) 新潟県調査 (昭和58年)	(65歳以上) 神奈川県 調査 (昭和61年)
脳卒中	34.1	30.1	30.6	42.2	57.8	29.6
骨 折	5.3	*1 8.3	—	6.7	4.6	6.3
老 衰	56.4	18.0	12.5	7.7	15.9	6.2
高血圧		6.0	*2 13.6	—	—	2.1
リウマチ		5.3	*3 7.2	4.2	6.7	*4 4.3
その他		28.5	33.6	34.5	13.1	49.6
不 明	4.2	3.8	2.5	4.7	1.9	1.9

(注) *1 事故・骨折 *2 高血圧動脈硬化 *3 リウマチ関節炎
*4 リウマチ神経痛 をそれぞれ含む

出典：厚生省大臣官房老人保健福祉部老人保健課監修

『寝たきりゼロをめざして』中央法規出版, 1989年, P17

や、高齢者及び家族の意識の面での違いなど、様々な原因があげられるが、ねたきりの主な原因疾患である脳卒中の発生率、死亡率が欧米に比べて高い¹⁾ことも、何らかの影響を与えていると考えられる。

なお、「脳卒中」とは、脳の循環不全による急激な反応で、突然倒れ、意識障害を呈し、片まひを合併している症候群をいう。また、脳卒中として発症することの多い脳出血は、以前脳血管疾患の主体を占めていたため、脳卒中＝脳出血と解されていた。しかし、近年は脳梗塞が増加し、脳出血は減少してきている²⁾。

このように、ねたきりの状態が発生するのには、原因疾患として、脳卒中が強く関連していることがわかる。ただし、ねたきりに至るのは病気が100%の原因ではない。むしろ、病気はねたきりに至るきっかけに過ぎず、ねたきりに至る過程での社会的支援体制やリハビリテーションの状況が大きく影響していると予想される。そこで、最近の福祉施策の新しい動きに着目してみたい。

平成元年に策定された『高齢者保健福祉推進10か年戦略(ゴールドプラン)』の一環として、「寝たきり老人ゼロ作戦」の展開が進められている。具体的には、①「老人の寝たきりの状態を防止するための啓発活動の展開」、②「寝たきり老人の原因となる脳卒中、骨粗しょう症、骨折等の発生の予防」、③「医療機関、施設等における適切なリハビリテーションの普及」、④「身体機能の低下した老人に対し適切なサービスを円滑に提供する情報網の整備」、⑤「在宅の保健・医療・福祉サービスの充実」、⑥「寝たきりにならずに生活できる住環境の整備」という6つの大きな項目のもとに、各々数種類の事業を展開していくという形をとっている。中でも脳卒中については、④の一環として、「脳卒中情報システム」の整備を図っている。これは、脳卒中の患者が退院後に家庭で「ねたきり」にならないよう、医療機関から保健所を通じて住所地の市町村に情報が提供され、適切なサービスを供給するものである。

また、今年9月に老人保健法改正案が成立し、老人訪問看護制度が創設された。これは、新たに創設される「訪問看護ステーション」から訪問看護サービスを受けた場合に、老人訪問看護療養費を支給する制度で、平成4年4月1日より施行される。

以上のように、在宅でもより高度なケアが推進されるとともに、ねたきりを防ぐべく、様々な角度からの施策が展開されていく方向にある。

3. 調査の概要

研究の方法として、大阪府下で以下のような調査を行っ

た。

調査は、2段階に分けて行われている。まず、第1段階として、65歳以上の高齢者を対象として要介護高齢者を抽出することを目的とする調査を行った。大阪府下の中学校区から地域特性を基準に対象地域を選ぶと、「住宅地域」、「住宅密集地域」、「農業地域」、「混合型①(住宅地域・商業地域)」、「混合型②(住宅地域・工業地域)」の5校区となり、これらの65歳以上の高齢者について、悉皆で郵送調査を実施した。この際に、要介護高齢者の定義としては、①食事、②排せつ、③歩行及び移動、④問題行動への注意・監視、の4項目について、1項目でも「世話が必要」と答えた者とした。この第1次調査は、平成3年1月から2月にかけて行い、調査票の発送数は7,353票、回収票は5,929票で、回収率は80.6%となっている。

第2の段階として、第1次調査で要介護高齢者と定義づけられた者すべてに対する、訪問調査を実施した。この調査は、要介護高齢者の生活実態や生活意識を明らかにすることを目的として、平成3年3月に実施され、調査対象者数は789名であった。聴き取り調査の結果、789名中292名(37.0%)が介護不要層であることがわかった。すなわち、上述の4項目の中で、何らかの世話が必要であると郵送調査では記載したが、家庭訪問による判断では何の世話も必要としない者が292名いたということである。また、調査票が回収不能な者が56名(7.1%)あった。その結果、第2次調査で分析する要介護層の被調査者は441名となり、調査対象者の55.9%となった³⁾。

本研究は、第2次調査の441票において、要介護状態の主な原因が「脳卒中」である者98票をさらに抽出し、これを「脳卒中要介護高齢者」と規定して、分析を行ったものである。

4. 研究の結果

研究の結果は、第1に、在宅の脳卒中による要介護高齢者の全体像、第2に、脳卒中による入退院から在宅への連携状況、第3に、在宅でのリハビリテーションの受療や各種の保健福祉サービスの利用状況、の3点に分けて分析を行った。

なお、「脳卒中要介護高齢者」は、65歳以上の高齢者で、脳卒中の既往症があり、現在在宅で介護を受けながら生活しているという、かなり限定された条件の者であるため、第1次調査の有効回答数約6000票に対して、98名と、1.6%にとどまっている。

(1) 在宅の脳卒中要介護高齢者の全体像

1) ねたきりと脳卒中

図1は、第2次調査の対象となった、在宅の要介護高齢者441名について、現在介護が必要である主な原因を、脳卒中とその他で分類したものである。脳卒中が主たる原因で要介護状態にある高齢者98名は、全体の22.2%を占めている。その他の要因による要介護高齢者は、335名で76.0%であった。



図1 要介護状態の主原因

また、「ほとんどねたきり(ひとりでもまたは手助けがあれば、トイレと食事には寝床を離れられるが、あとは寝床の上の生活)」、「ねたきり(介助され、または自分でなんとか歩いてトイレに行くが、それ以外は寝床の上の生活)」、「まったくのねたきり(排便はすべて寝床の上で便器を使用する、またはおむつを常時使用している)」の3項目を合わせた、いわゆる「ねたきり老人」は、これら要介護高齢者441名のうち、91名あった。それらの者がねたきりになった主な原因をみると、図2のように、脳卒中が占める割合は36.3%と、約3分の1を占めている。



図2 ねたきり状態の原因疾患

このように、要介護高齢者における脳卒中患者の割合をみると、要介護高齢者全体に対する割合よりも、「ねたきり」という日常生活動作能力が低い高齢者での割合が高くなっている。また、今回のねたきりの高齢者における脳卒中患者割合の結果は、表1での調査結果に示されている、3分の1から2分の1という割合と合致して

いる。

さらに、脳卒中を主原因とする要介護高齢者98名におけるねたきりの割合をみると、図3のように、33.6%がねたきりとなっている。

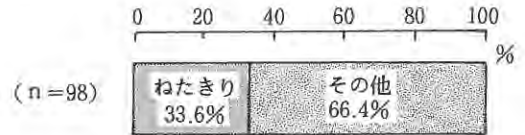


図3 脳卒中要介護高齢者ねたきり率

2) 性別と脳卒中

図4は、第2次調査の対象である在宅要介護高齢者441名(男性134名、女性307名)について、男女別で要介護状態の主たる原因疾患をみたものである。男女とも、原因疾患としては脳卒中が第1位(ただし、何も原因疾患をあげていない者が男性29.1%、女性30.9%となっている)であるが、男性は、脳卒中が33.6%で3分の1あるのに対して、女性では脳卒中が主原因の割合が17.3%となっている。女性は、他の原因疾患として、「事故・骨折等の外傷」(11.7%)、「リウマチ・神経痛」(9.4%)などがあがっていた。

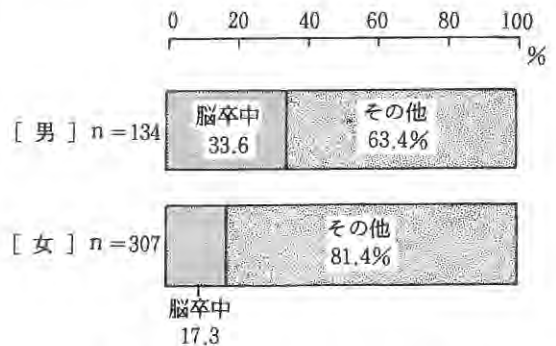


図4 男女別 要介護状態の原因

これより、女性よりも男性の方が、脳卒中が原因で要介護状態にある割合が高いことがわかる。この原因としては、まず、表2に示されるように、脳卒中という疾患そのものの発生率が男性の方に高いことがあげられる。その一方で、表3のように、脳卒中の長期入院患者を性別でみると、長期入院の割合は女性において高いとの報告⁷⁾もある。これより、脳卒中の女性は男性に比べて、

表2 日本・ヨーロッパ諸国の脳血管疾患発生率

(人口1,000対/年)

国 名 (地 域)	55歳-64歳		65歳-74歳	
	男	女	男	女
日本(秋田)	11.7	6.1	24.9	22.0
日本(佐久)	5.9	2.9	11.3	7.5
日本(大阪)	4.4	3.6	14.9	7.6
スウェーデン(ゲーデボルグ)	2.7	1.5	—	—
デンマーク(コペンハーゲン)	3.4	1.5	6.4	4.0
アイルランド(ダブリン)	4.4	2.5	8.9	7.2
フィンランド(エスポー)	4.4	1.3	12.0	8.8
フィンランド(ノースカレリア)	4.7	3.4	9.3	8.3
ユーゴスラビア(ザグレブ)	3.9	1.5	4.8	3.2
イスラエル(ゼエリフィン)	3.2	2.7	*	*

(注) — 調査されていない * 調査されたが発生率が未算出
(資料) WHO Bulletin, 1980

出典: 厚生省大臣官房老人保健福祉部老人保健福祉課監修

『寝たきりゼロをめざして』中央法規出版, 1989年, P18

在宅で生活をしている者の割合が低いことになる。これは、家族、中でも女性を中心となっている介護体制の現状から、女性の要介護者を家庭内で受け入れることが困難であるという、脳卒中に限らず要介護女性全体についての社会的事情が影響していると考えられる。

なお、今回の調査における脳卒中要介護高齢者98名の性別内訳は、図5のように、男性45.9%、女性54.1%と、人数的にはやや女性の方が多くなっている。

3) 年齢階層

図6は、脳卒中要介護高齢者とその他の要介護高齢者

表3 性、年齢階級別、脳卒中入院患者のうち在院期間が6か月以上の割合

(箕面市、1989年6月1日現在の入院患者)

	男		女		総 数	
	6か月未満	6か月以上	6か月未満	6か月以上	6か月未満	6か月以上
70-74歳	3	3 (50%)	6	5 (12(70%))	17	8 (15(65%))
75-79歳	4	0	4	7 (10(59%))	17	11 (10(48%))
80-84歳	3	1 (25%)	4	5 (12(71%))	17	8 (13(62%))
85歳以上	3	2 (40%)	5	5 (14(73%))	19	8 (16(67%))
計	13	6 (22%)	19	22 (48(70%))	70	35 (54(61%))

出典: 大阪脳卒中疫学調査研究会

『脳卒中発生動向調査 平成2年度調査研究報告書』
1991年, P29

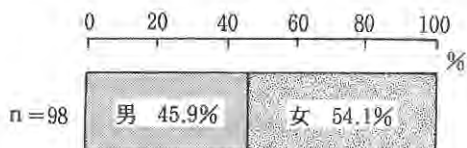


図5 脳卒中要介護高齢者の男女比

の年齢階層を示している。脳卒中要介護高齢者は70歳代が約6割を占め、平均年齢は75.0歳である。その他の要介護高齢者は、80~84歳が約3割を占め、平均81.3歳と

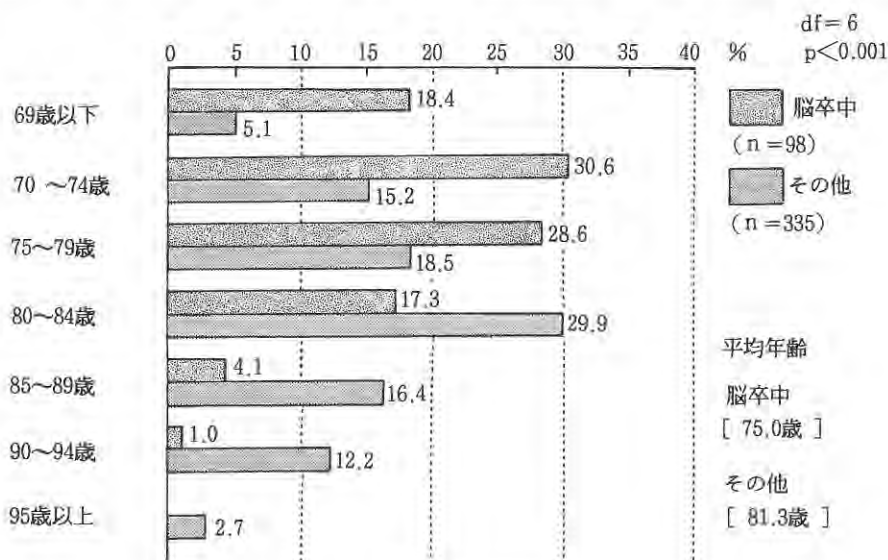


図6 年齢階級

なっている。脳卒中中で要介護高齢者となった者は、他の要介護高齢者より平均で6.3歳若くなっている。なお、検定の結果、両者の有意な差が認められている。

(2) 脳卒中による入退院から在宅への連携状況

1) 退院時の状況

脳卒中中で入院をしたことがあるかどうかについては、図7に示すとおりである。脳卒中中要介護高齢者のうち、「入院経験がある」者は78.6%、「入院経験がない」者



図7 脳卒中による入院の経験

が17.3%で、約8割が入院を経験している。参考までに、入院期間は平均146.7日であるが、標準偏差が189.1で、実際は19日以下から400日以上までと、様々である。

次に、図8は、脳卒中中で入院したと答えた者に、退院時の問題点について複数回答で尋ねたものである。「特になし」は49.4%となっており、残りの約半数は何らかの問題を抱えながら退院していることになる。その問題

点としては、「家庭で生活できるほど体力がついていなかった」19.5%、「家庭で療養するための知識や技術がよくわからなかった」と「身の回りの世話や看護をしてくれる者が手薄だった」が各16.9%、「継続して治療や訓練が受けられなかった」13.0%、「家のつくりが合わない」11.7%、などがあげられている。

次に、退院時に地域の機関へ連絡や相談を行ったかどうかについては、図9に示している。連絡や相談を「しなかった」者が最も多く75.3%で約4分の3、「連絡をした」者は14.3%、「相談をした」者は11.7%で、退院時に地域機関との連携はほとんどとれていないことになる。

さらに、図10は、「連絡をした」「相談をした」と答えた者に、誰が連絡や相談をしたかを尋ねたものである。結果は、「家族」が15名で83.3%、「本人」が4名で22.2%となっており、「病院」は皆無である。つまり、この調査からは、退院時に、病院側より医療ソーシャルワーカーや看護婦などを通じて、各地域の機関への連絡などが行われているというケースはみられなかったことになる。

連絡や相談をした地域機関については、図11のように、「市町村」が9名で50.0%、「福祉事務所」が6名で33.3%、「保健所」が4名で22.2%、「民生委員」は2名で11.1%、などが複数回答であがっている。

2) 退院とリハビリテーション

図12は、脳卒中による入院経験のある者に入院時のリハビリテーションの受療経験をたずねたもので、70.1%

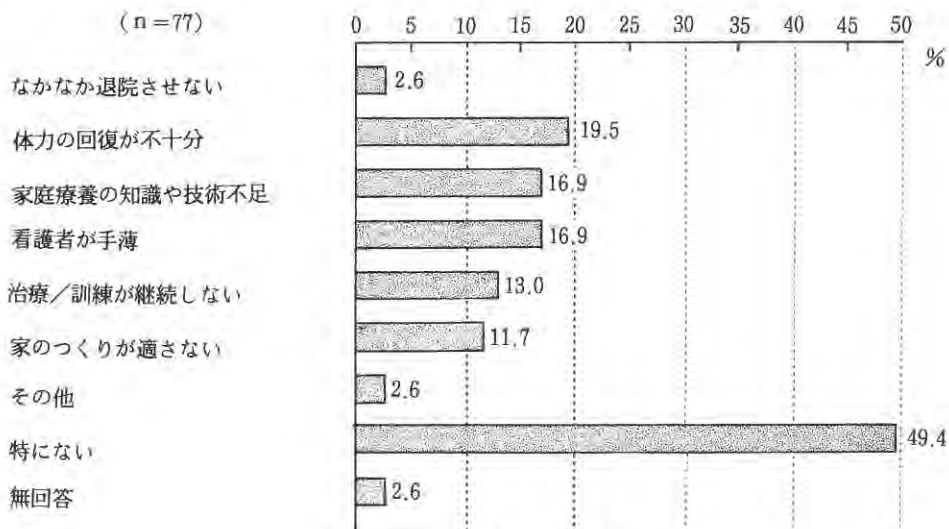


図8 退院時の問題点（複数回答）

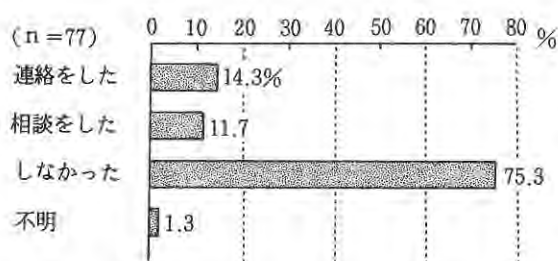


図9 退院時の地域機関への連絡/相談（複数回答）

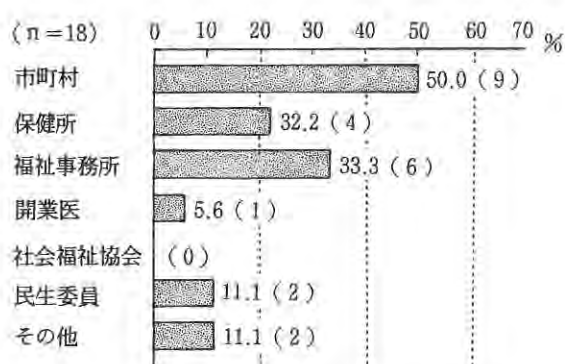


図11 退院時の連絡/相談機関（複数回答）

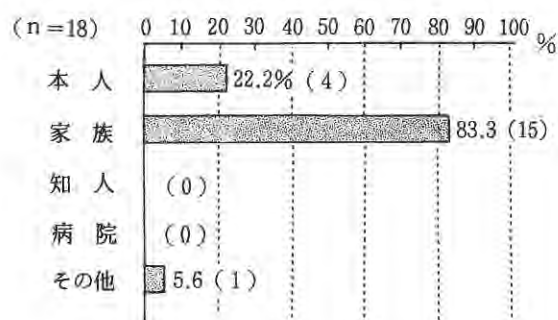


図10 退院時に連絡/相談をした者（複数回答）

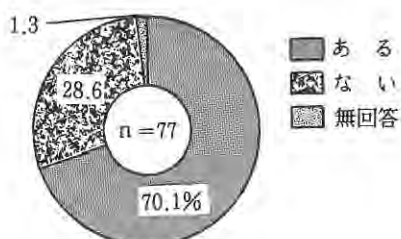


図12 入院時のリハビリテーションの受療経験

がリハビリテーションの受療経験があると答えている。

それでは、それらの人々が退院後もリハビリテーションを継続しているかどうかについては、図13のように、「退院後、すぐに受けた」者は38.9%、「退院後、しばらくしてから受けた」者が14.8%、「受けていない」が46.3%となっている。つまり、退院するにあたって、継続してリハビリテーションを受けている者は約4割で、受けていない者が半数近いという結果になる。

退院後にリハビリテーションを「受けていない」者に、その理由を尋ねると、図14のように、「訓練のできる病

院まで通うのが不便だから」が最も多く40.0%、「これ以上訓練を受けても効果が期待できないから」が32.0%、「近くに訓練のできる病院・施設がないから」28.0%、「訓練を受けなくても生活に支障がないから」16.0%となっている。これより、リハビリテーションが必要ではあるが、ハード面として、訓練のできる病院・施設が身近な場所がないことが原因で、受けていない場合が多いことがわかる。

(3) 在宅でのリハビリテーション・各種サービス利用状況

1) リハビリテーションの利用状況

上述のリハビリテーションについての結果は、脳卒中による入院の経験者について、入退院とリハビリテーションとの関係で見たものであるが、ここでは、脳卒中要介護高齢者全体について、自宅から通ってのリハビリテーション受療状況を見る。

まず、通院によるリハビリテーションの経験については、図15に示す通りである。「現在受けている」者は20.0%、「受けたことはあるが、現在は受けていない」

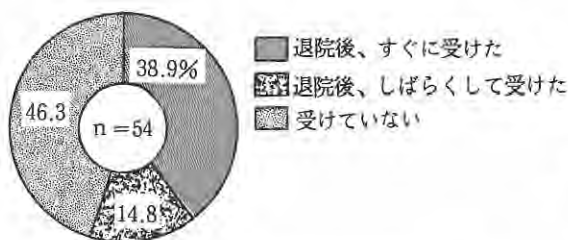


図13 退院後のリハビリテーションの継続

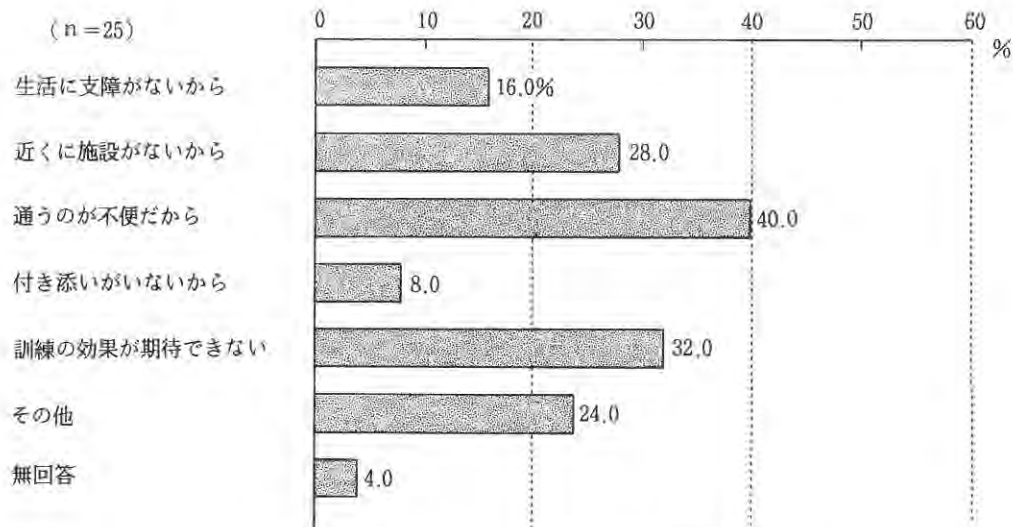


図14 退院後、リハビリテーションを受けない理由（複数回答）

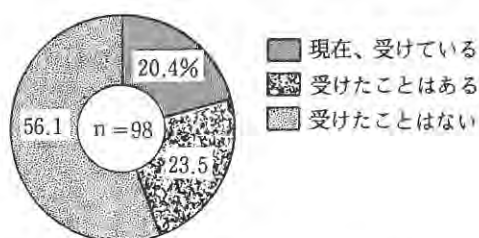


図15 通院によるリハビリテーションの受療経験

が23.5%、「受けたことはない」が56.1%となっており、受療経験のない者は半数以上となっている。脳卒中は片まひなどの後遺症を残すことがあるにもかかわらず、現状としての利用者が2割というのは、受療率が低いといえる。

続いて、図15で通院によるリハビリテーションを、「現在受けている」と答えた者に、通って受療機関を尋ねたものが図16である。「総合病院、大学病院を含む、一般病院」が13名で65.0%、「医院・診療所」が4名で20.0%、ほかに、「老人ホーム」2名、「市町村の保健

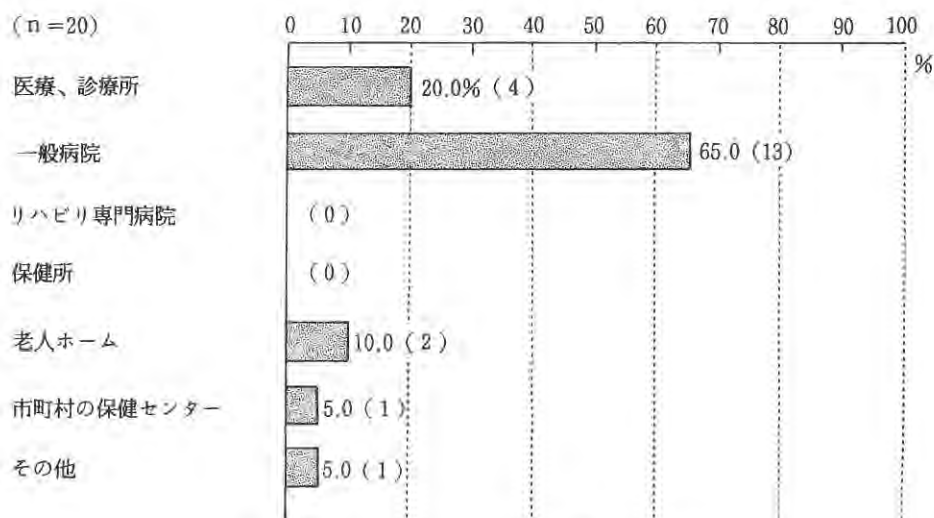


図16 リハビリテーションの受療機関（複数回答）

センター」1名があがっており、医療機関、しかも設備の整った大病院での受療が多くなっている。

リハビリテーションを現在受けている者に、その効果を尋ねたものが図17である。「大変効果がある」15.0%、

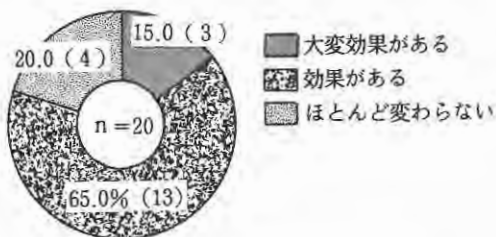


図17 リハビリテーションの効果

「効果がある」が65.0%、「ほとんど変わらない」20.0%と、8割が効果を認めている。

しかし、図18のように、リハビリテーションを「受けたことはあるが、現在は受けていない」者に、訓練をやめた理由を尋ねると、「これ以上訓練を受けても効果が期待できないと思ったから」が最も多く47.8%となっている。リハビリテーションを継続していくには、効果の期待が必要であるととらえられる。しかし、高齢者のリハビリテーションは、もともと大きな効果を期待するものではなく、むしろ機能の維持を基本としつつ、できるだけ生活の自立を図っていくことが目標であるといえる。それゆえ、著しい機能の向上がみられなくても、まず現

状の生活空間を狭めないためにリハビリテーションが必要なのであり、効果があれば、それはその分生活内容を質的に豊かにするものであるといった発想が、本人にも提供側にも求められる。

リハビリテーションを「受けたことがない」者に、その理由を尋ねたのが、図19である。「訓練のできる病院や施設まで通うのが困難だったから」という物理的な問題が最も多く43.6%を占めており、続いて「必要がないから」の32.7%となっている。これは、在宅でリハビリテーションを受けるには移送の問題が大きいことを示している。

2) 保健福祉サービス

次に、在宅での脳卒中要介護高齢者のホームヘルパー、デイサービス、ショートステイ、そして訪問指導・訪問看護・訪問リハビリ等の訪問保健サービス、の4つのサービス利用状況についてみる。

ホームヘルパーについては、図20に示す通りである。サービスを「現在利用している」は5.1%で、実際に利用している割合は、他のサービスと比べて最も低い。サービスを「知らない」と答えた者は、29.6%と約3割で、「知っているが利用したことはない」が65.3%となっている。

図21は、デイサービスの利用状況である。「現在利用している」は6.1%、「以前利用したことがあるが、現在は利用していない」は4.1%で、実際に利用経験のある者は約1割となっている。サービスを「知らない」と

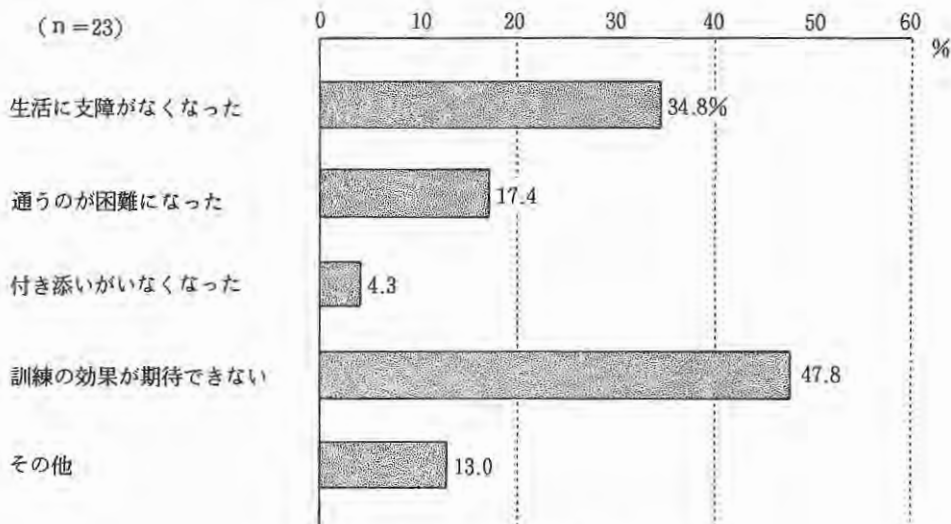


図18 リハビリテーションをやめた理由（複数回答）

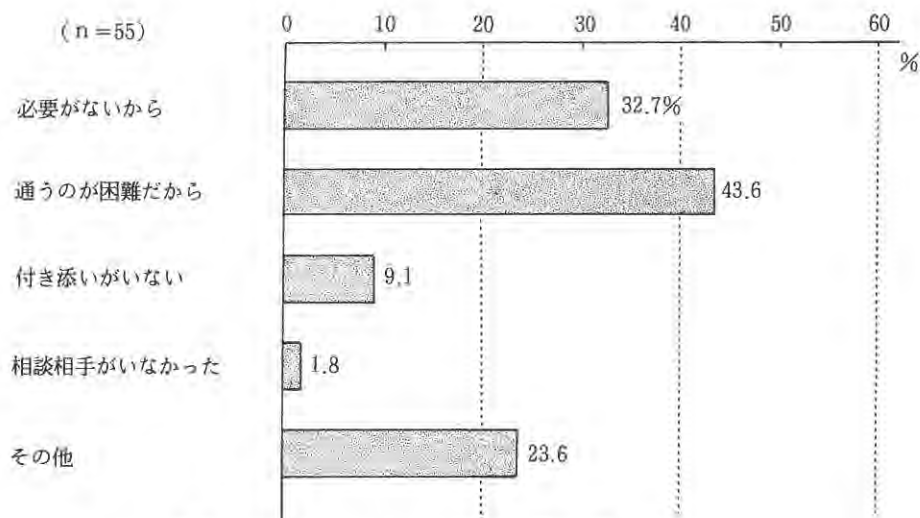


図19 リハビリテーションを受けない理由（複数回答）

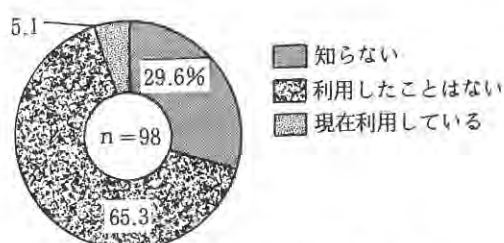


図20 ホームヘルパーの認知/利用

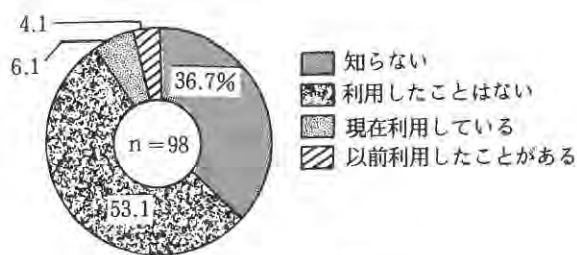


図21 デイサービスの認知/利用

答えた者は36.7%、「知っているが利用したことはない」が53.1%となっている。

図22は、ショートステイの利用状況である。実際にサービスの利用経験のある者は約14%で、利用度は、他のサービスに比べるとやや高くなっている。サービスを「知らない」と答えた者は42.9%、「知っているが利用したことはない」も42.9%となっている。

図23は、訪問保健サービスとして、訪問指導・訪問看護・訪問リハビリなどをまとめて尋ねたものである。「現在利用している」は10.2%、「以前利用したことが

あるが、現在は利用していない」は5.1%で、利用経験のある者は約15%と、他のサービスに比べて最も高くなっている。サービスを「知らない」と答えた者は46.9%で半数近くあり、「知っているが利用したことはない」が37.8%となっている。

5. 調査結果からの考察

今回の研究から、第1に、退院計画の必要性、第2に、

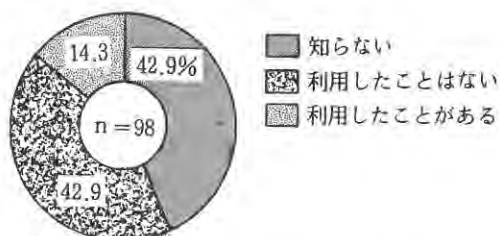


図22 ショートステイの認知/利用

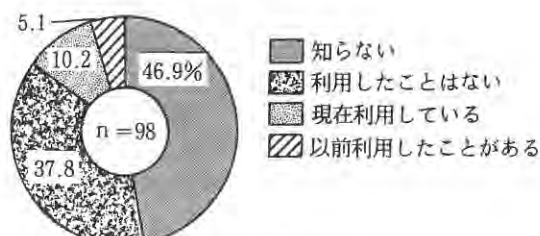


図23 訪問保健サービスの認知/利用

リハビリテーション普及の問題、第3に、サービスの利用・認知の問題、の3点について、考察を行う。

(1) 退院計画の必要性

調査の結果より、退院時に不安や問題を抱えている人は約半数にのぼっており、退院時に、退院後の在宅生活についての処遇計画が求められているといえる。病院から在宅での生活への移行にともない、地域の機関へ連絡や相談をしているかどうかをみると、相談している者は4分の1程度の人にとどまっている。残りの4分の3の家庭は、不安を抱えたまま退院し、十分なサービスや支援を受けることなく在宅の生活に入っていくと考えられる。さらに、地域機関への連絡や相談をした人については、その8割が家族、2割が本人によって行われており、病院が行ったケースは皆無である。これは、機関間での情報の交換が行われていないことになり、今後病院と地域の機関とが連携し、情報提供システムをいかに形づくっていくかが課題となる。

また、同じく退院時の問題点として、入院時のリハビリテーションを、退院後すぐに継続している者は4割に過ぎず、退院後は全く受けていない者が半数近くもあり、リハビリテーションが退院後途絶えていることが指摘できる。リハビリテーションは日々の継続が重要であり、これが確保できないことが、ねたきり状態を招くことに直接つながっていると予想される。退院後のリハビリテーションも、退院時に計画することが求められる。また、病院や施設におけるリハビリテーションに対する計画と同時に、在宅で生活するということから、「訓練」というよりは「生活」に主眼をおいた、リハビリテーションのあり方も考える必要がある¹⁾。

ゴールドプランの「寝たきり老人ゼロ作戦」では、「脳卒中情報システムの整備」がかかげられており、ここでは「退院後に適切なサービスが円滑に提供されるようにするため、脳卒中等で入院した医療機関から保健所を通じて住所地の市町村に情報を提供する」とある。現状では、病院での入院生活から家庭での生活へつなぐ作業がほとんどみられず、入院時の生活と退院後の生活が分断されているかのようである。このことから、医療機関が情報を提供し、それをもとに、市町村は個々の高齢者の在宅生活を維持することができるケア計画を作成し実施するという、情報システムの整備を早急に図ることが求められる。

そのためには、市町村のどの機関が情報連絡先となり、処遇計画を作成するかを明確化し、その機関の職員を研

修・育成していく必要がある。同時に、在宅介護支援センターなどを含めた地域の相談機関も、退院時に気軽に相談に行けるよう整備するなど、病院から在宅への橋渡しが行われ、様々な機関が関わっての生活の見通しがたつてから、安心して退院できるシステムの確立が必要である。

(2) リハビリテーション普及の問題

通院によるリハビリテーション受療状況の調査結果からは、リハビリテーションを現在受けている者は2割にとどまっているのが現状である。また、受けたことがある者は2割強、受けたことがない者が半数以上となっている。リハビリテーションの普及は、これからの大きな課題であるといえる。

リハビリテーションの普及には、ハード、ソフト両面について整備を図る必要がある。

ハード面での問題として、調査の結果から、リハビリテーションを受けている2割の者については、受療機関は「病院」が65%を占めている。また、リハビリテーションを「受けたことがない」者の理由の1位は、「リハビリのできる病院や施設まで通うのが困難だから」となっており、「必要がないから」を上回っている。つまり、本来はニーズがあるにもかかわらず、物理的な状況で利用できていないことが多く、リハビリテーションに対する潜在的なニーズは高いといえる。

ソフト面は、調査から直接的に指摘することは難しいが、現在はリハビリテーションを受けていない者が、やめた理由として、1位が「効果が期待できないと思ったから」となっていることをとりあげて、考察を行う。現在リハビリテーションを受けている者は効果を認めるものが多いだけに、効果がなければリハビリテーションをする意味はないとするのか。そもそも効果とは何かを検討しなければならない。その際、生活に視点をおいたリハビリテーションという発想が必要なことは、前述の通りである。また、機能の向上はみられなくても、残存機能を活用し、能力の維持を図ることは、ねたきを防ぐ上で重要なことである。このような、生活を営む中でのリハビリテーションに対する考え方を普及する必要がある。

さて、これらの状況に施策はどう対応していくかをみる。まず、ハード面では、寝たきり老人ゼロ作戦の一環として、「医療機関、施設等における適切なリハビリテーションの普及」が掲げられている。特に移送の問題をみると、「希望する人は誰でも機能訓練を受けられるよう

に体制を整備する。このため、機能訓練会場への送迎のためのリフト付きバスを全市町村に整備する」とある。ただし、ここでの機能訓練会場とは、老人保健法での保健事業との関係から、市町村保健センターなどが想定されており、送迎バスもここへの対応である。一方、今回の結果からは、利用機関としては病院が多くあがっており、市町村保健センターについてはわずか1名があげているに過ぎない。身近な、通いやすいところで生活を中心としたリハビリテーションを受けるためには、市町村保健センターなどが会場となる体制が望まれるが、それを普及させると同時に、例えば病院などへの送迎体制はどうするのか、などの現状としての問題点も検討されなければならない。

ソフト面では、平成3年3月に、啓発活動の一環として、「寝たきりゼロへの10か条」が策定された(表4)。これは、身近に実践できることから始めるために、一般の人にもわかりやすい言葉で出されたものである。「訓練」というよりは、「生活」という視点から、日常的に心がけることを示しているといえる。

さらに将来的には、在宅のリハビリテーションの体制は、第一段階での身体的なリハビリテーション、第二段階の生活手段でのリハビリテーション、第三段階での社会的なリハビリテーション、というように、体系化することが期待される。第一段階は病院、第二段階を病院や保健センターなどが共同で担い、第三段階を市町村保健センターなどの地域の機関が担っていくなど、リハビリテーションの段階的な対応の整備を進めていく必要があると考えられる。

また、今回の調査で、医療に対する希望も尋ねた結果、往診への希望が高く、また往診の希望診療として、リハ

表4 寝たきりゼロへの10か条

- | | | |
|------|----------------------|----------------|
| 第1条 | 脳卒中と骨折予防 | 寝たきりゼロへの第1歩 |
| 第2条 | 寝たきりは寝かせきりから作られる | 過度の安静逆効果 |
| 第3条 | リハビリは早期開始が効果的 | 始めようベッドの上から訓練を |
| 第4条 | くらしの中でのリハビリは | 食事と排泄、着替えから |
| 第5条 | 朝おき先ずは着替えて身だしなみ | 寝・食分けて生活にメリハリ |
| 第6条 | 「手は出しすぎず目は離さず」が介護の基本 | 自立の気持ちを大切に |
| 第7条 | ベッドから移ろう移そう車椅子 | 行動広げる機器の活用 |
| 第8条 | 手すりつけ段差をなくし住みやすく | アイデア生かした住まいの改善 |
| 第9条 | 家庭でも社会でもよろこび見つけ | みんなで防ごう閉じ込め |
| 第10条 | 進んで利用機能訓練デイ・サービス | 寝たきりなくす人の和地域の輪 |

出典：『国民の福祉の動向・厚生指標臨時増刊第38巻第12号』
(財)厚生統計協会、1991年、P201

ビリテーション科の割合も高かったことから、今後、在宅でのリハビリテーションの展開も望まれている。これは、老人保健法の改正により、訪問看護が制度化されたことが、その一翼を担うものとして期待されるところである。

(3) サービスに対する認知と利用の問題

脳卒中要介護高齢者で各種の保健福祉サービスを「知らない」と答えた者は、ホームヘルパーで約3割、デイサービスで4割弱、ショートステイで約4割、訪問保健サービスで5割近くとなっている。つまり、脳卒中で要介護状態にあり、これらすべてのサービス利用の対象者に該当する人々ないしはその家族の、約3割から5割がこうしたサービスに対する知識が全くない状態にある。サービスに関する情報が十分に行きわたっていないことが、まず指摘できる。次に、現在もしくはかつて実際に利用しことがある者は、ホームヘルパーは5%、デイサービスで10.2%、ショートステイは14%、訪問保健サービスで15.3%と、1割前後に過ぎない。これより、サービスの利用率は低く、サービスと要介護高齢者のニーズが適切に結び付いていないことがわかる。また、サービスを知っていて利用したことがない者については、その理由として、「必要がないから」を6～7割前後があげているが、「本人がいやがるから」との理由も1～2割あり、本人と家族の意見が異なる場合もあることや、「利用したい」がまだ利用していない、もしくは利用できない状態にある場合も1、2割があげている。

サービスに対する認知と利用については、情報提供窓口の役割が問われるところである。そこではまず第1に、サービスに対する情報を提供し、認知度を高めることが必要である。このためには、サービスに対する情報提供と同時に、窓口機関についての情報提供も行い、どこに行けば情報が得られるのか、一般によく知られるようにする必要がある。ねたきり老人ゼロ作戦でも、「身体的機能の低下した老人に適切なサービスを円滑に提供する情報網の整備」とあり、今後の展開に期待される。第2に、サービスが必要であるとみなされる場合、サービスといかに結び付けるかが課題となる。調査結果から、認知度の低いサービスが他より利用率が高いという傾向もあり、情報を知る人のみにサービス提供が集中する可能性が考えられる。一方で、サービスを利用したくても利用できていない人や、家族間での意見の違いなど、サービスと結び付けることの難しさを示す現状がある。これらから、高齢者のニーズを適切に把握し、ニーズとサー

ビスと結び付けるべき手法が相談機関に導入される必要がある。すなわち、職員の資質として、コーディネート的な機能が求められるといえる。そうして、ねたきりゼロ作戦の、「適切なサービスを円滑に提供する」ということが具体化されると考える。

また、利用率が低いことは、提供できるサービス量とも密接に関係していると予想される。老人福祉法および老人保健法の改正にともない、各市町村が老人保健福祉計画を策定することになり、現在は策定段階にあるが、サービス量を計画的に確保していくことは、サービス利用の大前提である。量としてのサービスが整っていればこそ、サービスのコーディネートも有効になるといえる。

付 記

本調査にご協力くださいました方々に、厚くお礼申し上げます。

<註>

1)厚生統計協会編、『国民の福祉の動向-1990年 第37巻

第12号』,P284

2)厚生省大臣官房老人保健福祉部老人保健課監修、『寝たきりゼロをめざして』,中央法規出版,1989年,p3

3)同上書,p17

4)同上書,p17~20

5)厚生省大臣官房老人保健福祉部監修、『老人保健福祉事典』,中央法規出版,1991年

6)調査結果の詳細は、(財)大阪府地域福祉推進財団編『在宅サービス推進方策調査研究報告書』、大阪府福祉部老人保健福祉課(平成3年3月)、(財)大阪府地域福祉推進財団編集・発行『在宅の介護を要する脳卒中患者の生活実態およびニーズ調査-脳卒中地域ケア推進モデル事業の一部として-』(平成3年3月)にまとめている。

7)大阪脳卒中疫学調査研究会『脳卒中発生動向調査 平成2年度調査研究報告書』(平成3年3月),P29

8)三好春樹、『老人の生活リハビリ』,医学書院,1988年
(平成3年10月11日受理)

Summary

This paper analyzes the actual living conditions of the elderly who have suffered an apoplectic stroke living at home. Apoplectic stroke is a serious cause of "bed-fastness". The purpose of this paper is to explore possibilities for alleviating the condition of "bed-fastness" in the elderly, to investigate existing policies and services, and suggest further necessary services.

Elderly people requiring care (N=441) living in the suburbs of Osaka were interviewed. Eighty-nine of these persons had previously suffered an apoplectic stroke. We analyzed the actual conditions of these persons.

Major findings are summarized into three points: (1) The situation of having suffered an apoplectic stroke and being "bed-fast", (2) the circumstances of discharge from hospital, and (3) the use of rehabilitation, health and social services.

From the results of our analysis, we suggest three points; (1) the need to plan for living at home when the elderly stroke victim leaves hospital., (2) the spread of rehabilitation, and (3) the problem of service acknowledgement and usage.