

## <原著> 日常生活動作要介助高齢障害者の退院時生活指導内容および方法についての検討

著者	永原 久栄, 福屋 靖子
著者別名	Nagahara Hisae, Fukuya Yasuko
雑誌名	筑波大学リハビリテーション研究
巻	8
号	1
ページ	49-58
発行年	1999-03-16
その他のタイトル	A Study of Discharge Guidance of Activities of Daily Living for the Elderly in Assisted Daily Care at Home
URL	<a href="http://hdl.handle.net/2241/10838">http://hdl.handle.net/2241/10838</a>

## 〔原 著〕

日常生活動作要介助高齢障害者の退院時  
生活指導内容および方法についての検討永原久栄<sup>1)</sup>・福屋靖子<sup>2)</sup>

本研究では、退院後の生活指導のあり方に視点をあて、退院時に指導された指導内容が実生活に生かされている実態をアンケート調査により明らかにし、かつ生活指導内容及び指導方法の問題点を検討した。対象は、入院受療し理学療法を含むリハビリテーション医療を受け、自宅に退院した身体障害をもつ主に高齢者120名（47～64歳32名を含む）とその家族、及び診療した担当理学療法士8名である。方法は、「目標ADL」と「しているADL」の比較の分析から問題となる項目を見だし、退院時生活指導の内容及び方法について検討した。その結果、指導内容については、本人・家族の内面的（精神・心理的）側面に関する指導の重要性、及び、生活動作としての体験指導の有効性が示唆された。指導方法については、病棟実践訓練、外泊体験、ホームエバリュエーション等の実生活場面における体験指導の有効性、及び、指導後の確認の重要性が示唆された。

キーワード：高齢障害者 生活指導 内面的（精神・心理的）側面 体験指導 目標ADL しているADL

## I. はじめに

入院によるリハビリテーションサービスを受けた日常生活動作（以下ADL）要介助の身体障害者の退院後の生活の場は、在宅か施設生活か、いずれかの選択があるが、その基盤的選択は、障害を持つ前に生活していた「自分の家」に帰ることであろう。しかしながら、ADL要介助者の在宅生活は、大変困難な現状がある。二木（1983）、横山（1975）、坂本（1981）、吉永（1982）等は、退院後のADLは退院時より自立度が低下している実態を報告している。さらに、二木（1987）は、退院後のADLの低下はADL要介助者に多いと報告している。

ADL要介護の高齢障害者の在宅生活を困難にしている背景には、障害をもった新しい生活像が退院時に明確になっていないことが考えられる。藤田（1986）は、退院時に想定した生活像の重要性について明らかにし、退院後、患者が望ましい生活を営むためには、生活指導が重要であると述べている。しかし、退院時指導が退院後の実生活において、どの程度実施されているかについての具体的な調査報告は少なく、具体的な生活指導内容に関して系統的に研究された文献は見あたらない。

リハビリテーション医療実施者による退院時生活指

導内容を、要介助の高齢障害者の退院後の生活を可能にする視点から具体的に分析してみることは、生活指導のあり方を知るために意義があるものと考えられる。

## II. 研究目的

本研究では、日常生活動作に介助を必要とする障害者が、リハビリテーションの視点からみて、望ましい在宅生活を送られるための課題の一つである、退院時の“生活指導のあり方”に視点をあてて、以下の目的で検討する。なお、本稿での「退院時」は、退院予定が決まり退院するまでの期間とした。

1) 退院時に指導された生活指導内容が、退院後の在宅生活の実際にどの程度有効なものとなっているかを把握する。

2) 生活指導内容及び指導方法に関する問題を明らかにし、改善方法を検討する。

## III. 研究方法

## 1. 対象

調査対象①は、Y老人病院あるいはT病院に入院受療し、理学療法を含むリハビリテーション医療を受け、自宅に退院した身体障害をもつ成人、主に高齢者120名（男性69名、女性51名）及びその家族である。患者本人は、日常生活に支障となる程度の痴呆症状はないが、退院時の日常生活動作に何等かの介助を必要とする人を対象とした。調査対象②は、診療した理学療法士8

1) 茨城県立医療大学保健医療学部

2) 筑波大学心身障害学系

名（本研究者を含む）である。

## 2. 方法

### 1) 調査方法

調査対象①に対しては、質問紙による面積調査法で行い、家庭訪問あるいは病院通院時に本人及び家族に対し実施した。

調査対象②に対しては自己記入調査により、8名の担当理学療法士が調査用紙に記入する方法で行い、記入にあたっては適宜患者診療記録も参考に用いた。記入された事柄で不明瞭な部分については、本研究者が記入者に面接し再確認した。

### 2) 調査表の種類

#### (1) 日常生活動作調査表

日本リハビリテーション医学会評価基準委員会 ADL 実態チェック表 一自立度または依存度の評価一(1992)を、本研究の対象者となる ADL 要介助の高齢者に向けて一部修正したものである。ADL 項目は25項目である。調査対象に合わせて、職員用と本人家族用の2種類に用いたが、調査項目は同一の内容である。これを調査対象①と②に実施した。

#### (2) 退院時指導内容調査表

この調査票は、職員用と本人・家族用の2種類があり、前者は調査対象②に、後者は調査対象①に実施された。退院時指導内容として必要と考えられる項目を、文献及び臨床経験から設定したもので、9つの大項目、55の小項目からなっている(表1、2、3参照)。評定は5段階で行った。調査内容及び評定基準の決定は、6名の理学療法士に対しプレテストを行った後、協議のもとに修正した。本人・家族用も同様の質問項目で、質問文の表現は本人家族が答えやすいように修正し作成した。

### 3) 調査期間

1993年9月～11月であった。

### 4) 分析方法

#### (1) 「目標 ADL」及び「している ADL」

「している ADL」、すなわち、患者本人が現在の在宅生活で実施している ADL は、調査対象①に対して実施した「日常生活動作評価表」の結果を用いた。「目標 ADL」、すなわち、職員が退院後の生活を想定し指導した目標になる ADL は、調査対象②に対して実施した結果を用いた。

「目標 ADL」及び「している ADL」の分析は、「している ADL」が改善し「目標 ADL」に達した項目数の割合で出した。

#### (2) 「目標 ADL 達成群」と「目標 ADL 未達成群」の決定の手続き

「目標 ADL 達成群」は、退院時に設定した「目標 ADL」が現実の生活に反映され、「している ADL」が改善し「目標 ADL」に達成した項目が、ADL25項目中20項目以上ある人とした。この20項目は、「目標 ADL」に達成した項目数の平均値+1/2標準偏差に相当する。

「目標 ADL 未達成群」は、現実の生活で「している ADL」が「目標 ADL」を達成していない人である。

#### (3) 「退院時指導」と「目標 ADL 達成・未達成」の関係については、 $\chi^2$ 検定を用いて分析した。

## IV. 研究結果

### 1. 対象者の概況

対象者としての患者本人120名の性別は、男性69名(57.5%)、女性51名(42.5%)である。対象者の平均年齢は71.1±10.9歳(47歳～93歳)で、47歳以上64歳まで32名と65歳以上88名(73.3%)を対象とした。対象者の80.8%(97名)は脳血管障害である。患者本人用の回答は120名(100%)、家族用の回答は94名(78.5%)より得られた。回答が得られた家族の内訳は、配偶者55名(58.5%)、子供(娘・嫁・息子その他)35名(37.2%)、その他4名(4.3%)となっており、それらの家族は主たる介護者と考えられる。120名の ADL の程度は、軽度介助(34.2%)、中等度介助(43.3%)、重度介助(22.5%)に分布していた。

### 2. 目標 ADL 達成・未達成の程度

#### 1) 「目標 ADL 達成群」と「目標 ADL 未達成群」の比較

120名中、「目標 ADL 達成群」は55名(45.8%)で、「目標 ADL 未達成群」は65名(54.2%)である。目標 ADL に達したのは半数に満たない結果である。

#### 2) ADL 項目枚にみた目標 ADL 達成の程度

項目枚に目標 ADL 達成の程度を見ると、120名中80%以上の人々が「目標 ADL 達成」した項目は4項目で、コミュニケーションの2項目(意思の表示、話し言葉の理解)と車椅子動作、食事動作である。最下位(61%)は屋内歩行、ついで、入浴動作、衣服着脱動作、日中の坐位保持であった。

### 3. 職員の退院時指導の実施状況

#### 1) 退院時指導内容大項目毎の実施率

退院時指導内容の実施率(表1)は、担当職員が実施できた人数の割合(%)で実施率をみた。職員の「十

分できた」と「大体できた」を合わせた回答では、25.2%～78.2%の範囲内で80%をこえる実施率はなく、かつ、項目による差がみられた。実施率70%以上の項目は、高い順に「I. 病気や障害に関わる知識の指導」(78.2%)、「V. 退院後の生活環境調整への指導」(77.8%)、「III. ADLの指導」(76.3%)、「VII. フォローアップサービス」(73.3%)、「VIII. 自宅で行う運動訓練の指導」(70.8%)である。

職員が「十分できた」と答えた割合は7.5%～31.7%の範囲にあり、その中で比較的高い実施率を呈した項目は、「VI. 退院後の生活を想定した生活実践訓練」(31.7%)、「VII. フォローアップサービス」(28.3%)で、「I. 病気や障害に関わる知識の指導」(20.0%)がそれについている。

「十分できた」「大体できた」を合わせた場合にも、「十分できた」のみの実施率でも、高い実施率になった項目は、「I. 病気や障害に関わる知識の指導」、「III. ADLの指導」、「V. 退院後の生活環境調整への指導」、「VII. フォローアップサービス」、「VIII. 自宅で行う運動訓練の指導」で、かなり現状で実施されている項目である。

「十分できた」のみの実施率で第1位である、「IV. 退院後の生活を想定した生活実践訓練」(31.7%)は、「十分できた」「大体できた」を合わせた結果の場合には56.0%で上位に入らなかった。

「十分できた」「大体できた」を合わせた場合も、「十分できた」のみの実施率でも低い項目は、「II. 障害後の生活に必要なノーマライゼーションや障害受容の指導」、「VI. 生活時間、生活姿勢、生活動作への具体的指導」であった。

職員の意識では、「十分指導できた」は31.7%以下で必ずしも「十分できた」と考えていない結果である。

障害受容など内面的(精神・心理的)側面に関する指導、生活動作等具体的指導は実施率の低い結果である。

## 2) 退院時指導内容の小さい項目の毎の実施率

小項目毎の実施率(表2、3)で、職員の「十分できた」と答えた割合は、4.2%～31.7%の範囲にあり、「十分できた」と「大体できた」を合わせた回答では、16.7%～89.2%の範囲となり、「十分できた」回答が5%以下の2項目は合わせた結果でも20%以下の実施率であったが、合わせた回答による実施率では80%を超える小項目もみられ、項目間の実施率の差が大きくなった。

職員の「十分できた」「大体できた」を合わせた回答で、80%以上の実施率となった指導内容を分析してみると、廃用症候の指導、病気の知識の指導、運動訓練の目的必要性の指導、障害の知識の指導、病棟生活での食事・起居・移乗・排泄動作の指導である。大項目の生活実践訓練に属する小項目は、項目間で特に差がみられた。

## 3) 病棟における生活実践訓練・指導

入院中にできる具体的な指導として、病棟における生活実践訓練は、実施したかどうか判断しやすい項目であり、「十分実践した」職員は「十分定着できた」と回答している。結果では実施状況に項目間で大きな差を示している。食事動作は82.5%の人が定着でき、起居移乗動作、日中の坐位保持、服薬、排泄動作、洗面動作は70%台の実施率である。20%以下の実施率は、屋外移動、入浴関連動作である(前掲表3)。

## 4. 退院時指導の実施率と「目標 ADL 達成・未達成」との関係

1) 患者別の退院時指導の実施率と「目標 ADL 達成・未達成」の関係について

表1 大項目毎にみた「退院時指導内容」の実施率

退院時指導内容の大項目	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(1)
	十分 できた	大体 できた	半分位 できた	少ししか できない	でき ない	+ (2)
I. 病気や障害に関わる知識の指導	20.0%	58.2%	12.5%	5.8%	3.3%	78.2%
II. ノーマライゼーションや障害受容の指導	7.5	17.5	26.7	20.0	25.8	25.0
III. ADLの指導	14.2	62.5	15.8	6.7	0.8	76.7
IV. 退院後生活を想定した生活実践訓練	31.7	25.0	5.8	5.8	6.7	56.0
V. 退院後の生活環境調整への指導	18.3	59.5	10.0	9.2	2.8	77.8
VI. 生活時間・姿勢・動作への具体的指導	7.5	29.2	23.3	20.8	19.2	36.7
VII. フォローアップサービスへ継続指導	28.3	45.0	10.0	9.2	7.5	73.3
VIII. 自宅で行う運動・訓練の指導	10.8	60.0	14.2	7.5	7.5	70.8

n=120

表2 項目毎にみた「退院時指導内容」の実施率(1)

退院時指導内容の 大項目-小項目	十分できた 実施率(%) (1)	大 体 できた (2)	半分位 できた (3)	少ししか できない (4)	できない (5)	(1) + (2)
I. 病気や障害に関わる知識						
1) 病気の知識	24(20.0%)	78(65.0%)	10( 8.3%)	7( 5.8%)	1( 0.8%)	102(85.0%)
2) 障害の知識	21(17.5)	7.(64.2)	14(11.7)	8( 6.7)	0( 0.0)	98(81.7)
3) 再発の知識	18(15.0)	63(52.5)	25(20.8)	6( 5.0)	8( 6.7)	81(67.5)
4) 合併症の知識	18(15.0)	62(51.7)	18(15.0)	11( 9.2)	11( 9.2)	80(66.7)
5) 廃用症候群等の知識	38(31.7)	69(57.5)	8( 6.7)	5( 4.2)	0( 0.0)	107(89.2)
II. ノーマライゼーションや障害受容						
6) 障害の受容	11( 9.2)	36(30.0)	34(28.3)	17(14.2)	22(18.3)	47(39.2)
7) ノーマライゼーション	7( 5.8)	14(11.7)	29(24.2)	30(25.0)	40(33.3)	21(16.7)
III. ADLの指導						
8) 目標ADLに基く指導	17(14.2)	75(62.5)	19(15.8)	8( 6.7)	1( 0.8)	92(76.7)
IV. 生活実践訓練						
9) 病棟ADL(表3)						
10) 外泊	9( 7.5)	41(34.2)	6( 5.0)	7( 5.8)	2( 1.7)	40(41.7)
V. 退院後の生活環境調整						
14) ホームエバリュエーション	21(17.5)	60(50.0)	21(17.5)	6( 5.0)	0( 0.0)	81(67.5)
15) 家屋改造案の提示	23(19.2)	59(49.2)	7( 5.8)	13(10.8)	6( 5.0)	82(68.4)
16) 家屋改造案の実施	39(27.5)	42(35.0)	14(11.7)	9( 7.5)	0( 0.0)	75(62.5)
17) 必要な訓練・指導	16(13.3)	62(51.7)	10( 8.3)	17(14.2)	3( 2.5)	78(65.0)
18) 福祉機器と購入方法	26(21.7)	62(51.7)	10( 8.3)	8( 6.7)	4( 3.3)	88(73.4)
VI. 生活時間・生活姿勢・動作						
19) 生活時間・姿勢・動作	14(11.7)	49(40.0)	30(25.0)	23(19.2)	4( 3.3)	63(51.7)
20) タイムテーブルによる指導	5( 4.2)	20(16.7)	25(20.8)	27(22.5)	42(35.0)	25(20.9)
VII. フォローアップサービス						
21) 通院通所サービスへ継続	34(28.3)	54(45.0)	12(10.0)	11( 9.2)	9( 7.5)	88(73.3)
VIII. 自宅で行う運動・訓練						
22) 自宅で行う運動・訓練	16(13.3)	75(62.5)	11( 9.2)	12(10.0)	6( 5.0)	91(75.8)
23) 目的必要性	14(11.7)	85(70.8)	11( 9.2)	4( 3.3)	6( 5.0)	99(82.5)
24) 量回数頻度	11( 9.2)	64(53.3)	21(17.5)	13(10.8)	11( 9.2)	75(62.5)
25) 注意事項	10( 8.3)	75(62.5)	23(19.2)	3( 2.5)	9( 7.5)	85(70.8)
26) 病院での実践指導	16(13.3)	62(51.7)	19(15.8)	11( 9.2)	12(10.0)	78(65.0)
IX. 社会資源(別表)						

n=120

患者別の退院時指導の実施率は、退院時指導内容55項目中(表2、3および社会資源の各項目の合計)の「十分できた」項目数で調べた。「目標ADL達成群」は、「十分できた」項目が21項目以下(75名62.5%)と答えた人に比べて、22項目(平均項目数+1/2標準偏差に相当)以上に「十分できた」と答えた人(45名、37.5%)に多く、「目標ADL未達成群」は、「十分できた」項目が13項目(平均項目数-1/2標準偏差に相当)以下の人に多かった。この結果は、5%水準で有意差が認められた。(χ<sup>2</sup>値=7.692、表4参照)。

即ち、「目標ADL達成群」には、退院時指導内容のうち、「十分できた」項目を22項目(40%以上)持っている人が多いと有意に言えた。

2) 項目別の退院時指導の実施率と「目標ADL達成・未達成」の関係について

項目別の実施率と「目標ADL達成・未達成」の関係については、項目全てにおいて、「目標達成群」に高い実施率がみられたが、有意差が認められたのは、「II. ノーマライゼーションや障害の受容への指導」(p<0.05)、「IV-10外泊」(p<0.05)、「IV-11退院後の生活の見通し」(p<0.05)、「III. ADL指導」(p<0.05)、「IV. 退院後の生活実践訓練」(p<0.05)、「V-14ホームエバリュエーション」(p<0.01)、「VIII-22自宅で行なう運動訓練指導」(p<0.01)である(前掲表4)。

退院時指導内容の実施率が70%以上高い項目のうち、「目標ADL達成」と有意差がみられた項目は、

表3 項目毎にみた「退院時指導内容」の実施率(2)  
IV-9) 病棟生活でのADL実践

ADL項目	病棟生活に 十分定着	実践日が 多かった	週 の 半分位	退院前に 1~2回	できない	該当なし
(a) 話言葉の理解	67(55.8%)	6( 5.0%)	5( 4.2%)	1( 0.8%)	1( 0.8%)	40(33.3%)
(b) 意志の表示	67( 5.8)	7( 5.8)	5( 4.2)	0( 0.0)	2( 1.7)	39(32.5)
(c) 電話	31(25.8)	2( 1.7)	1( 0.8)	1( 0.8)	31(25.8)	54(45.0)
(d) 寝返り	91(75.8)	12(10.0)	5( 4.2)	4( 3.3)	3( 2.5)	5( 4.2)
(e) 起き上がり	88(73.3)	16(13.3)	5( 4.2)	5( 4.2)	3( 2.5)	3( 2.5)
(f) 座位保持	88(73.3)	11( 9.2)	8( 6.7)	2( 1.7)	5( 4.2)	6( 5.0)
(g) トランスファー	86(71.7)	17(14.2)	8( 6.7)	3( 2.5)	3( 2.5)	3( 2.5)
(h) 病棟内移動	77(64.2)	16(13.3)	10( 8.3)	5( 4.2)	11( 9.2)	1( 0.8)
(i) 病院内移動	59(49.2)	10( 8.3)	11( 9.2)	7( 5.8)	23(19.2)	10( 8.3)
(j) 屋外移動	14(11.7)	5( 4.2)	10( 8.3)	27(22.5)	46(38.3)	18(15.0)
(k) 食事	99(82.5)	3( 2.5)	1( 0.8)	2( 1.7)	4( 3.3)	11( 9.2)
(l) 服薬	91(75.8)	7( 5.8)	2( 1.7)	1( 0.8)	10( 8.3)	9( 7.5)
(m) 排尿(昼)	92(76.5)	6( 5.0)	5( 4.2)	4( 3.3)	10( 8.3)	3( 2.5)
(n) 排尿(夜)	83(69.2)	8( 6.7)	6( 5.0)	1( 0.8)	19(15.2)	3( 2.5)
(o) 排便	89(74.2)	8( 6.7)	5( 4.2)	3( 2.5)	12(10.0)	3( 2.5)
(p) 洗顔	84(70.0)	11( 9.2)	5( 4.2)	7( 5.8)	12(10.0)	1( 0.8)
(q) 口内衛生	83(69.2)	11( 9.2)	5( 4.2)	7( 5.8)	12(10.0)	2( 1.7)
(r) 髪そり	44(36.7)	10( 8.3)	7( 5.8)	1( 0.8)	7( 5.8)	51(42.5)
(s) 整髪	77(64.2)	10( 8.3)	8( 6.7)	4( 3.3)	11( 9.2)	10( 8.3)
(t) 衣服	69(57.5)	11( 9.2)	16(13.3)	11( 9.2)	12(10.0)	1( 0.8)
(u) 装具	49(40.8)	6( 5.0)	1( 0.8)	1( 0.8)	4( 3.3)	59(49.2)
(v) 靴	80(66.7)	10( 8.3)	7( 5.8)	4( 3.3)	9( 7.5)	10( 8.3)
(w) 浴槽出入り	18(15.0)	2( 1.7)	23(19.2)	33(27.9)	30(25.0)	14(11.7)
(x) 洗体	19(15.8)	2( 1.7)	27(22.5)	30(25.0)	33(27.5)	9( 7.5)
(y) 洗髪	19(15.8)	2( 1.7)	27(22.5)	30(25.0)	33(27.5)	9( 7.5)

□ は70%以上

N=120

表4 「退院時指導内容」の実施率と「目標ADL達成」

退院時指導内容項目	実施内容	ADL 達成	BDL 非達成	$\chi^2$ 値 * 有意差あり
II. ノーマライゼーションや障害 受容の指導	十分	27	20	$\chi^2=4.197^*$ df=1 p<0.05
	不十分	28	45	
IV. 退院後生活を想定した生活実 践訓練	十分	40	31	$\chi^2=7.729^*$ df=1 p<0.01
	不十分	15	34	
IV-10 外泊訓練実施	あり	36	29	$\chi^2=5.211^*$ df=1 p<0.05
	なし	19	36	
IV-11 外泊訓練の結果「退院 後の生活」のみとうし	生活できる	20	12	$\chi^2=4.882^*$ df=1 p<0.05
	他の回答	35	53	
IV-13 ホームエバリュエーシ ョン効果	有効で1る	54	15	$\chi^2=11.559^*$ df=1 p<0.01
	有効でない	18	21	
VIII. 自宅で行う運動・訓練の指導 VIII-26 本人・家族が実際にや れるまで行う訓練・指導	実施している	30	26	$\chi^2=11.559^*$ df=1 p<0.01
	実施していない	10	33	
本人・家族 「退院時指導内容(55項目)」中の 「十分できた」回答項目数 (平均18.0±9.4)	22項目以上	25	20	$\chi^2=7.692^*$ df=2 p<0.05
	14~21	20	18	
	13項目以下	10	27	

n=120

「Ⅲ. ADL 指導」と「自宅で行なう運動訓練指導」である。

実施率が低い「目標 ADL 達成」と有意差が認められたのは、「ノーマライゼーションや障害の受容への指導」、「退院後の生活の見通し」、「退院後の生活実践訓練」である。

### 5. 患者・家族が「指導を受けた」とする退院時指導状況

#### 1) 大項目毎にみた「指導を受けた」程度

患者・家族が「指導を受けた」とする退院時指導状況(表5)は、「Ⅰ. 病気や障害に関わる知識の指導」(80.8%)最も高く、「Ⅴ. 生活環境調整への指導」(72.5%)、「Ⅶ. フォローアップサービス」(75.8%)、「Ⅷ. 自宅で行う運動訓練の指導」(71.7%)である。低いものは、「Ⅵ. 生活時間・生活姿勢・動作」(43.3%)と「Ⅱ. ノーマライゼーションや障害受容への指導」(46.7%)である。

職員実施率と比較すると、70%以上の4項目は、職員実施率も同程度の回答であった。ADL 指導については、職員が実施したとする76.8%に対して、「指導を受けた」とする回答は55.8%であり両者にずれがみられている。

#### 2) 小項目毎にみた「指導を受けた」程度

小項目で80%以上の人々が指導を受けたと答えた項目でみると、大項目で最も高かった「Ⅰ. 病気障害に関する知識」は5小項目でも高い実施であったが、この他に80%以上の人々が指導を受けた小項目は、起き上がりの方法、屋内歩行、外泊、家屋改造、フォローアップサービス、自宅での運動訓練である。ADL 指導に属する小項目の実施については項目間の差が大きい。生活時間・生活姿勢・生活動作の具体的指導は58.3%、タイムテーブルによる指導は27.5%である。

本人・家族が「指導を受けた」と回答した項目は、廃用症候群、家屋改造、自宅での運動訓練等、指導内容を具体的に提示し本人・家族が目に見える形で「指導を受けた」確認できる項目で高く、ノーマライゼーションの指導等確認しにくい項目については低い割合での答えが得られた。タイムテーブルによる指導など職員実施率が低いものは、「指導を受けた」とする回答も低かった。

#### 3) 患者別に見た「指導を受けた」程度

退院時生活指導がどの程度なされているかについて、退院時指導内容調査表51項目に見る「指導を受けた」程度は、51項目中41項目以上(80%以上)指導を受けたとした人は6例(5%)にすぎない。31項目以下(60%以下)は62例(60%)で、過半数にのぼっている。

### 6. 「職員が実施した生活指導内容」と「本人・家族の受けとめ方」の関係

退院時指導内容について職員が「十分指導できた」と「大体できた」と答えた合計と、本人・家族が「指導を受けた」と回答した結果を対応させ一致した人数を比べると、表6に示す通り、上位2位は、「自宅でいう運動・訓練」84名(70%)、「運動・訓練の目的、必要性の指導」83名(69.2%)であった。第3位以下は、「運動・訓練を病院でできるまで指導されたか」62名(51.7%)、「ホームエバリュエーションに基づいた具体的指導」59名(49.2%)、「ホームエバリュエーション後の訓練指導」57名(47.5%)であり、回答が一致したのは約半数である。職員の指導実施程度と本人・家族の受けとめ方にずれがあることを示している。

表5 大項目毎に規た本人・家族の「指導を受けた」程度と職員の「指導した」実施率

退院時指導内容大項目	「指導をうけた」と答えた割合	職員実施率(1)+(2)
Ⅰ. 病気や障害に関わる知識の指導	80.8%	78.2%
Ⅱ. 障害後の生活に必要なノーマライゼーションや障害受容への指導	46.7	25.0
Ⅲ. ADL の指導	55.8	76.7
Ⅳ. 退院後の生活を想定した生活実践訓練	60.0	56.0
Ⅴ. 退院後の生活環境調整への指導	72.5	77.8
Ⅵ. 生活時間・生活姿勢・生活動作への具体的指導	43.3	36.7
Ⅶ. フォローアップサービスへの継続の指導	75.8	73.3
Ⅷ. 自宅でいう運動・訓練 (HOME EVERCISES) の指導	71.7	70.8

N=120 □は70%以上

表6 「職員用調査表」と「本人・家族用調査表」の比較

退院時指導内容 大一小項目	「十分」+「大体」 職員用調査表	「指導を受けた」 本人家族調査表	(1X2) の回答 一致数	120例 の割合
ホームエバリュエーションに基づく指導	81(67.5%)	73(60.0%)	59	(49.2%)
ホームエバリュエーション後の訓練・指導	78(65.0)	67(55.8)	57	(47.5)
自宅で行う運動訓練	111(92.5)	101(84.1)	84	(70.0)
運動・訓練の目的、必要性	99(82.5)	93(77.5)	83	(69.2)
運動・訓練の量回数頻度	75(62.5)	78(65.0)	62	(51.7)
運動・訓練の注意事項	85(70.8)	79(65.8)	68	(56.7)
病院での実践指導	78(65.0)	78(65.0)	62	(51.7)

## V. 考 察

### 1. 職員が考えた「目標 ADL」達成の程度

退院後、残った機能を十分に活用した新しい生活方法を実施するために、リハビリテーション目標としての生活指導目標を設定し、具体的な生活指導プログラムのもとに訓練・指導していくことが大変重要なものと言われている(福屋1889)。

望ましい生活指導目標としては、職員が考えた「目標 ADL」が、実生活の「している ADL」として達成する必要がある。しかしながら、本研究の対象者ではその達成は45.8% (55例)であり、退院時の生活指導が実施されたにも関わらず、目標 ADL の達成者が半数以下しかいなかったことを意味し、現実には達成しにくいものであった。

ADL 項目毎に検討した結果より、「食事」のように入院中の実践量が多くかつ初期から導入し易い動作は、目標 ADL の達成割合が高いが、「入浴関連動作、屋内歩行、屋外歩行」のような実践訓練動作の必要な項目は低かった。退院時指導目標に沿った、入院中の生活動作の指導方法の問題が示唆された。

### 2. 退院時指導実施率及び現実の在宅生活における有効性の程度

退院時指導実施率と、達成率が高く、実施率と達成率の関係に有意差のみられた項目が、現状でよく指導が行き届いて実施された退院時生活指導内容と判断された。それらは「病気や障害に関わる知識の指導」、「ADL 指導」、「自宅で行う運動指導」で、70%程度実施されていることが確かめられた。

実施率は低いものの、この中で実施率と達成率に有意差がみられた項目として、「ノーマライゼーションや障害の受容への指導」、「退院後の生活実践訓練」があげられる。退院時指導にあたっては障害をもった生き

方を受容し、周囲もその存在を当たり前と思う、ノーマライゼーションの考え方が根づいていることが必要であるといわれているが、「目標 ADL 達成」に有意差がみられたことは、退院時指導として「ノーマライゼーションや障害の受容への指導」が、退院後の生活に影響を与えていることが示唆された。また、「退院後の生活実践訓練」は、入院中に体験できる具体的訓練として、障害をもった新しい生活方法を対象者に習得させる鍵にもなる重要な内容である。

実施率が低い「ノーマライゼーションや障害の受容の指導」、「退院後の生活実践訓練」は、退院時指導の要として今後の重要な課題となるものと考えられる。

### 3. 本人・家族が「指導を受けた」指導の確認の重要性

職員の指導実施程度と、本人・家族の受けとめ方にずれがあることは、本人・家族が指導を受けたという認識を、退院前に何らかの方法で確認しておく必要性を示唆している。

職員と本人・家族間の不一致の原因には二つ考えられる。一つは、指導する側の問題である。「ADL 指導」、「生活時間・生活姿勢・生活動作」のように、職員の実施率に比べ「指導を受けた」程度が低い項目においては、以下に述べる点について、確認し、指導方法の問題点を明確にする必要がある。すなわち、本人家族に理解・動機づけをおこなったか、指導の方法・選定は適切であったか、指導を実行に移すための条件整備に欠落点はなかったか、指導の手順説明は家族にもわかるものであったか、指導した人の前で実行してもらい確認したかどうか、実生活の中で新しい生活の仕方として定着していたかなどである。調査対象の職員に共通して「十分できた」と言えない傾向が多くみられたことは、リハビリテーション技術の問題と施設等の



制約が考えられる。

二つ目は、段階にそった指導を、本人・家族が正しく受けとめたかどうかについての確認である。具体的には、理解・動機づけを受けとめていたか、方法を理解したか、実行に移す条件整備（ホームエバリュエーションや外泊訓練）の真の意義を受けとめていたか、デモンストレーションや説明を受けとめていたか（運動訓練指導）、病院生活の中でできるものは習慣的に実行できていたか、実生活の中で定着しているか（生活時間・生活姿勢・生活動作やタイムテーブルによる指導など）について、本人、家族側が「指導を受けた」と認識できる項目を確認する必要がある。的確に認識できていない事柄については、その原因を検討し、適切な対応をしなければならない。

#### 4. 指導方法としての体験訓練の有効性

「生活時間・生活姿勢・生活動作の指導」や「タイムテーブルによる指導」は、職員実施率も、本人・家族の「指導を受けた」とする回答も低く有意差はみられなかったが、「指導を受けた」程度は「目標 ADL 未達成群」に比べて「目標 ADL 達成群」に多かった。この2つの指導方法は、24時間という実生活の時間帯で、それぞれの生活時間に沿って具体的場所、方法で指導され、実施後の確認方法も可能であるので、体験指導の方法として、今後、重要となると考えられる。

実施率と達成率の関係から、「外泊」「病棟 ADL 訓練」「ホームエバリュエーション」の退院後の生活を想定した具体的体験指導の有効性が示唆された。

外泊訓練は、退院後生活する場で残存機能を使った基本的な ADL を試みるための初めての場となり、退院後の望ましい ADL を導くための有効な方法であることが示唆されたが、それを有効ならしめるためには、外泊訓練の結果が「退院後の見通し」としてやっている自信につながるような配慮が、事前に調整されることが重要と考えられる。指導にあたっては、福屋(1986)のいう生活指導の原則に従い手順を段階的に確認し進めていく必要があると考える。

「病棟 ADL 訓練」の有効性は、福屋(1993)の考えを支持する結果であるが、しかしながら、現状のわが国の病院の多くは、障害者が生活実践する場としても、また看護婦の数に関しても問題があり制約も多い。高齢者障害者が退院後に寝たきりにならないためにも、解決すべき課題である。

「ホームエバリュエーション」は、退院後の生活環境を整えるために有効なものとされている(福屋

1986)。家庭における生活指導の実践の報告(小林1993、森1993)にも住環境整備があげられている。本調査でも、ホームエバリュエーション実施後の本人・家族指導まで含めた調査をし、本人・家族はホームエバリュエーションを有効と受けとめていた。方法として、家庭訪問し生活の場をみて行う方法と、病院で面接により行う方法では、その有効性に有意な違いがみられ、家庭訪問による方法は退院前家庭訪問ホームエバリュエーションとして有効であることが確かめられた。病院職員の役割として、退院前の家庭訪問によるホームエバリュエーションの重要性を示唆しているといえよう。

#### VI. まとめ

本研究では、退院後の生活指導のあり方にて、退院時に指導された指導内容が実生活に生かされている実態をアンケート調査により明らかにし、かつ生活指導内容及び指導方法の問題点を検討した。その結果、次のことが明らかとなった。①退院時指導の実施率の高いものは、「病気や障害に関わる知識の指導」、「ADL 指導」、「退院後の生活環境調整への指導」「自宅で行う運動訓練の指導」である。②具体的体験指導や内面的(精神・心理的)側面についての指導が少なく、かつ、これらの指導が退院後の生活に影響を与えていることが示唆された。③指導内容については、本人・家族の内面的(精神・心理的)側面に関する指導の重要性、及び、生活動作としての具体的指導の有効性が示唆された。④指導方法については、病棟 ADL 訓練、外泊体験、ホームエバリュエーション等の実生活場面における体験指導の有効性及び指導後の確認の重要性が示唆された。

#### 文 献

- 1) 藤田佐和(1986)：肢体不自由者の退院後の在宅生活についての調査研究 退院時に想定した在宅での生活像が退院後の生活に与える影響 筑波大学医科学修士論文。
- 2) 福屋靖子(1986)：脳卒中片麻痺・在宅療養者、健康教育・食事療法・生活指導の臨床医学、ライフ・サイエンス・センター、363-376。
- 3) 福屋靖子(1989)：在宅身体障害者の生活指導；リハビリテーション援助に必要な生活構成要素の分析,PT ジャーナル,23:374-3。
- 4) 福屋靖子(1993)：在宅障害者の生活評価と生活指導の進め方,PT ジャーナル,27:158-164。

- 5) 伊藤良介 (1991) : 脳卒中後遺症の長期予後, PT ジャーナル, 25 : 177-182.
- 6) 小林量作 (1993) : 脊髄小脳変性症患者の生活指導, PT ジャーナル, 27 : 177-182.
- 7) 森美佐子 (1993) : パーキンソン病患者の生活指導, PT ジャーナル, 27 : 165-168.
- 8) 日本リハビリテーション医学会・評価基準委員会 (1992) : ADL 評価に関する検討; 検討の経緯と結果, リハビリテーション医学, 29 : 691-698.
- 9) 二木立 (1983) : 脳卒中患者の障害の構造の研究; 第3報, 総合リハ, 11 : 645-652.
- 10) 二木立 (1987) : 脳卒中患の早期リハビリテーション: これからの考え方と進め方, 医学書院.
- 11) 阪本次夫 (1981) : 当院における退院片麻痺患者124例の追跡調査, 総合リハ, 9 : 115-120.
- 12) 横山巖 (1975) : 脳卒中の医学的リハビリテーションの追跡調査 (第4報), リハビリテーション医学, 12 : 240.
- 13) 吉永繁彦 (1982) : 片麻痺患者の地域リハビリテーション, 総合リハ, 10 : 189-195.

## **A Study of Discharge Guidance of Activities of Daily Living for the Elderly in Assisted Daily Care at Home**

Hisae NAGAHARA and Yasuko FUKUYA

The purpose of this study was to investigate in the discharge guidance from hospital in activities of daily living (ADL) for the elderly patients with disabilities.

The subject of this study was 120 patients in assisted daily care at home, 94 their family members, and 8 physical therapists who had made discharge guidance for them at hospital.

The level adaptation of ADL was investigated by the comparison of the method of 'doing ADL' at home now, to the method of 'idealADL' as discharge guidance.

4 questionnaires were used as follows, ①[25 questions of 'doing ADL' at home now], for patient and family, ②[25 questions of 'ideal ADL' as discharge guidance], for physical therapists, ③[discharge guidance which was received by patient and family (9 categories, 18 items, 51 questions)], ④[discharge guidance by therapists (9 categories, 55 questions)] for physical therapist.

The results show as follows, 1) mental and psychological care was important, 2) practical training program at the place where they were living was effective to learn activities of daily living, 3) 'practical training in the hospital ward', 'home evaluation' and 'home stay training before discharge' were effective programs, and also, 4) post-guidance confirmation is important.

**key word:** Elderly with Disabilities, Discharge Guidance, mental and psychological care, doing ADL, ideal ADL