

訪問看護師によるリハビリテーション利用者と理学療法士による利用者との身体的状態の比較

マツダ アキヨ クノリミワヨ
松田 明子* 九里美和子2*

目的 訪問看護ステーションにおける訪問看護師によるリハビリテーションの役割を検討することを目的に、訪問看護師と理学療法士によるリハビリテーション利用者の介護サービスの提供状況および身体的状態を比較した。

方法 滋賀県済生会訪問看護ステーションを利用している者254人に対して訪問看護師（保健師を含む）および理学療法士が面接調査を行った。この調査をもとに訪問看護師によるリハビリテーション利用者（以下訪問看護群）と理学療法士によるリハビリテーション利用者（以下訪問リハ群）を選び出し、2群間で利用者の性、年齢による1対1のマッチングを行い36ペアを作成した。調査項目は、性、年齢、主疾患、痴呆性老人の日常生活自立度判定基準、介護サービスの提供状況および身体的状態などであった。身体的状態の調査は日常生活動作能力（ADL; Barthel Index）、手段的動作能力（IADL）、意識状態（GCS）とした。分析方法は、 χ^2 検定および t 検定を用いた。

結果 利用者の痴呆ランクⅢ以上の者の割合は訪問看護群が訪問リハ群に比べて有意に多かった。訪問診療サービス利用者の割合は、訪問看護群が訪問リハ群に比べて有意に多かった。身体的状態では、訪問看護群の ADL 評価点および GCS 総合点は訪問リハ群に比べて有意に低かった。また、男性において、訪問看護群の IADL は訪問リハ群に比べて有意に低かった。

結論 訪問看護師によるリハビリテーション利用者は、理学療法士によるリハビリテーションの利用者に比べて身体的状態が低いことが明らかとなった。訪問看護師は理学療法士と同行訪問の機会をつくり、利用者の身体的状態を評価していくことが重要であると考えられる。

Key words : リハビリテーション, 日常生活動作, 要介護高齢者, 理学療法士, 訪問看護師

1 緒 言

訪問看護ステーションのサービス利用者には、介護保険対象者および医療保険対象者が含まれる¹⁾。提供されるサービスは、利用者のニーズに沿った内容であり、訪問看護師をはじめとする訪問看護ステーション従事者が利用者の身体的状態を評価し、実施計画を立案している。在宅の要介護高齢者の増加が著しい中²⁾、要介護高齢者の身体機能の維持をしていくためには、訪問看護師、

理学療法士、介護福祉士といった専門職が、連携を保つことが重要である³⁾。

2001年の「介護サービス施設・事業所調査」⁴⁾によると、訪問看護のサービス内容別の利用者数は、総数221,005人のうち約半数の121,793人が訪問看護師によるリハビリテーションを利用していた。しかしながら、サービスを行った従事者数では、総数31,175人のうち理学療法士および作業療法士数は10%程度であり、訪問によるリハビリテーションは、その多くが訪問看護師に任されているのが現状である。

訪問看護ステーションの利用者を対象とした研究では、訪問看護の実施において医師や理学療法士、介護福祉士および患者、家族の連携が課題であることが指摘されている⁵⁻⁹⁾。また、古瀬らや

* 鳥取大学医学部保健学科基礎看護学講座

2* 滋賀県済生会訪問看護ステーション
連絡先：〒683-8503 鳥取県米子市西町86
鳥取大学医学部保健学科基礎看護学講座
松田明子

チェジョンらの報告では、職種の違いと要介護高齢者の生活機能との関連が明らかにされている^{10,11)}。しかしながら、リハビリテーションを訪問看護師あるいは理学療法士が行った場合の利用者の身体的状態の違いを明らかにした研究はない。

本研究では、訪問看護ステーションにおける訪問看護師によるリハビリテーションの役割を検討することを目的に、訪問看護師によるリハビリテーション利用者（以下訪問看護群とする）と理学療法士によるリハビリテーション利用者（以下訪問リハ群とする）の属性、介護サービスの提供状況および身体的状態を比較した。

なお、本研究では訪問看護群および訪問リハ群を以下のように定義した。訪問看護群とは、訪問看護ステーションの訪問看護サービス利用者のうち、看護提供内容のひとつであるリハビリテーションを訪問看護師のみが実施している利用者とした¹²⁾。また訪問リハ群とは、訪問リハビリテーションを理学療法士のみが実施している利用者とした¹²⁾。

II 研究方法

1. 対象施設の概要

調査対象施設は滋賀県済生会訪問看護ステーション（サテライトを含む）であった。当施設は、栗東市、草津市、守山市、野洲町、中主町をカバーしている¹³⁾。2002年3月の月間利用者は271人で、内訳は介護保険利用者224人（82.7%）、医療保険利用者47人（17.3%）であった。介護保険による月延べ訪問件数は844件で、医療保険による月延べ訪問件数は311件であった。従業者数は、保健師が3人、看護師が24人、理学療法士が3人、作業療法士が1人である¹⁴⁾。なお、本研究における訪問看護師とは、保健師および看護師である。

2. 訪問看護群と訪問リハ群のマッチング

リハビリテーション利用者を抽出する目的で、訪問看護ステーションを2002年4月1日～7月31日までに利用した254人およびその主介護者を対象に、利用者の身体的状態に関する調査を行った。担当の訪問看護師および理学療法士計27人が面接により調査を実施した。面接調査前に研究者が調査を担当する訪問看護師および理学療法士を対象に研修を行って手法の統一を図った。面接調

査は、本来のサービスを提供した後に、調査の主旨、方法および公表の方法を説明し、承諾を得た上で、質問が記載された統一質問紙の記述に従って行った。回収率は226人（90.0%）であったが、そのうち障害児者4人は解析より除外した。この回答者の内訳は訪問看護群が65人、訪問リハ群が58人、訪問看護師および理学療法士の両方によるリハビリテーションを受けている者が42人、訪問看護サービスでリハビリテーションの利用をしていない者が57人であった。本研究では、このうち訪問看護群と訪問リハ群を検討対象とした。

本研究の目的は訪問看護群と訪問リハ群の身体的状態の比較を行うことである。しかしながら、両群ともに少数例であるため検出力を高める目的で、主要な交絡要因について1対1にマッチングを行い、これらを解析対象者とした。マッチングの条件は、年齢とともに身体的状態が低下すること^{5~10)}、性別によって身体的状態が違うこと^{5~10)}を考慮し、利用者の性、年齢とした。年齢については、75歳以上の者、75歳未満の者の2階級に区分した。なお、一人暮らしの者は解析から除外した。

3. 調査項目

利用者の属性、介護サービスの提供状況、身体的状態について調査した。

利用者の属性は、性、年齢、主疾患^{5,15)}、家族形態^{5~7,10,11)}、保険の種類¹⁾、障害老人の日常生活自立度判定基準¹⁶⁾（以下自立度と記す）、痴呆性老人の日常生活自立度判定基準¹⁷⁾（以下痴呆度と記す）とした。なお、自立度はランクJおよびランクA、ランクBおよびランクCの2つに区分した¹¹⁾。痴呆度はランクII以下、ランクIII以上の2つに区分した¹¹⁾。介護サービスの提供状況は、居宅サービスの提供の有無¹⁰⁾、両サービスともに1週間の回数を用いた。利用者の身体的状態は、利用者の日常生活動作能力（以下ADLと記す）、手段の日常生活動作能力（以下IADLと記す）、意識障害の程度とした。ADLはBarthel Index^{3,6,7,10,18)}（以下ADL評価点と記す）を用いて評価し、ADL評価点60点以上のものを要介護、60点未満のものを全介助とした。IADLは、Lawtonら¹⁹⁾の採点法を用いて性別に分け評価した。意識状態はGrasgow Coma Scale²⁰⁾（以下GCSと記す）を用い、各項目について正常または異常の

2つに区分した。なお、ADL, IADL, GCSの評価点はすべて点数が高いほど良好であることを示す。

4. 倫理的配慮

利用者および主介護者に面接調査をする際に、訪問看護師および理学療法士は研究の趣旨を伝え、同意を得られた対象者にのみ面接調査を実施した。その際用いた説明書には居宅サービスの利用者のうち、訪問看護群と訪問リハ群の身体的状態を比較すること、調査結果から利用者のリハビリテーションの援助を検討すること、調査結果について調べた内容は希望があれば通知すること、本調査を拒否されても何ら不利益が生じないことなどを明文化し説明した。承諾の得られた者については主介護者の署名を得た。得られた情報についてはプライバシーの保護を目的に調査表をコード化し個人の判別ができないようにした。以上の点について、鳥取大学医学部倫理委員会の承諾を得た。

5. 解析方法

訪問看護群と訪問リハ群との比較には、平均値についてはt検定を、比率については χ^2 検定を行った。解析はSPSS/Ver. 11.0J for Windowsを使用した。なお、有意水準はすべて5%とした。

III 結 果

1. 訪問看護群および訪問リハ群の属性、介護サービス提供状況の比較

利用者の属性、介護サービスの提供状況の比較を表1に示した。2群間の利用者の性、年齢（75歳未満、75歳以上）をマッチングさせた結果、36ペアとなった。

痴呆度がランクⅢ以上の者は訪問看護群において13人（36.1%）であり、訪問リハ群の4人（11.8%）に比べて有意に多かった（ $P=0.025$ ）。利用者の主疾患、自立度、保険の種類および家族形態について訪問看護群と訪問リハ群間に有意差はなかった。

訪問診療サービスの利用者は訪問看護群において16人（44.4%）で、訪問リハ群の4人（11.1%）に比べて有意に多かった（ $P=0.003$ ）。また、1か月の平均訪問診療回数は、訪問看護群が1.0回で、訪問リハ群の0.4回に比べて有意に多かった（ $P=0.023$ ）。

2. 訪問看護群および訪問リハ群の身体的状態の比較

訪問看護群および訪問リハ群のADLを表2に示した。訪問看護群のADL評価点は40.1点で、訪問リハ群の61.7点に比べて有意に低かった（ $P=0.006$ ）。

ADL各項目の自立の程度の分布について χ^2 検定を行った結果、以下の4項目で訪問看護群と訪問リハ群間に有意差があった。車椅子からベッドへの移乗に全介助を必要とする者は訪問看護群において9人（25.0%）であり、訪問リハ群の3人（8.3%）に比べて有意に多かった（ $P=0.023$ ）。歩行に全介助を要する者は訪問看護群では20人（55.6%）であり、訪問リハ群の8人（22.2%）に比べて有意に多かった（ $P=0.023$ ）。排便コントロールに全介助を要する者は訪問看護群で14人（38.9%）であり、訪問リハ群の7人（19.4%）に比べて有意に多かった（ $P=0.018$ ）。排尿コントロールに全介助を要する者は訪問看護群で15人（41.7%）であり、訪問リハ群の6人（16.7%）に比べて有意に多かった（ $P=0.015$ ）。

訪問看護群および訪問リハ群のIADLを表3に示した。男性のIADL評価点は訪問看護群で0.9点であり、訪問リハ群の1.9点に比べて有意に低かった（ $P=0.031$ ）。女性のIADL評価点は訪問看護群と訪問リハ群間に有意差はなかった。

また、IADLの各項目の自立の程度の分布について χ^2 検定を行った。訪問看護群の「自分の服薬の管理ができない」者は27人（75.0%）であり、訪問リハ群の8人（22.2%）に比べて有意に多かった（ $P=0.000$ ）。訪問看護群の「財産の取り扱いができない」者は25人（69.4%）であり、訪問リハ群の14人（38.9%）に比べて有意に多かった（ $P=0.033$ ）。

訪問看護群および訪問リハ群のGCSを表4に示した。訪問看護群のGCS評価点は13.8点であり、訪問リハ群の14.4点に比べて有意に低かった（ $P=0.026$ ）。

GCSの各項目の意識の程度の分布について χ^2 検定を行ったところ、見当識障害の者は訪問看護群で15人（41.7%）であり、訪問リハ群の4人（11.1%）に比べて有意に多かった（ $P=0.003$ ）。

表1 訪問看護群および訪問リハ群の属性・介護サービスの提供状況の比較

		訪問看護群 N=36人		訪問リハ群 N=36人		P値
		Mean ± SD		Mean ± SD		
年齢 (歳)		77.4 ± 9.3		75.7 ± 10.3		0.460
		人	%	人	%	
年齢区分	75歳未満	13	36.1	13	36.1	1.000
	75歳以上	23	63.9	23	63.9	
主疾患 (複数回答)	男性	18	50.0	18	50.0	1.000
	女性	18	50.0	18	50.0	
	新生物	0	0.0	2	5.6	0.493
	内分泌疾患	7	19.4	2	5.6	0.151
	神経系疾患	5	13.9	4	11.1	1.000
	循環器系疾患	22	61.1	18	50.0	0.477
	脳血管疾患	20	55.6	18	50.0	0.814
	呼吸器系疾患	5	13.9	3	8.3	0.710
	消火器系疾患	3	8.3	1	2.8	0.614
	筋骨格系疾患	7	19.4	15	41.7	0.072
保険の種類	尿路系疾患	2	5.6	0	0.0	0.493
	介護保険使用者	33	91.7	33	91.7	0.549
	医療保険使用者	3	8.3	2	5.6	
自立度 ¹⁾	医療・介護併用使用者	0	0.0	1	2.8	
	ランク J, ランク A	16	44.4	18	50.0	0.814
痴呆度 ²⁾	ランク B, ランク C	20	55.6	18	50.0	
	ランク II 以下	23	63.9	32	94.1	0.025
家族形態	ランク III 以上	13	36.1	4	11.8	
	核家族	12	33.3	17	50.0	0.337
	核家族以外	24	66.7	19	55.9	
介護サービスの提供状況						
居宅サービス	訪問歯科利用者	1	2.8	0	0.0	1.000
	訪問診療	16	44.4	4	11.1	0.003
	訪問介護	15	41.7	7	19.4	0.072
	訪問入浴	6	16.7	4	11.1	0.735
	福祉用具貸与・購入	20	55.6	16	44.4	0.480
	住宅改修	6	16.7	7	19.4	1.000
	通所サービス	19	52.8	17	47.2	0.814
		Mean ± SD		Mean ± SD		
サービスの提供回数	訪問歯科 (回数/月)	0.1		0.00		0.319
	訪問診療 (回数/月)	1.0 ± 1.2		0.4 ± 1.0		0.023
	訪問看護 (回数/月)	4.4 ± 2.2		—		—
	訪問リハビリ (回数/月)	—		3.0 ± 1.8		—
	訪問介護 (回数/月)	4.9 ± 9.1		6.1 ± 19.2		0.738
	訪問入浴 (回数/月)	0.6 ± 1.4		0.9 ± 3.0		0.544
	デイケア (回数/月)	0.4 ± 1.7		9.4 ± 2.4		0.305
	デイサービス (回数/月)	3.1 ± 3.7		2.2 ± 3.8		0.322
	ショートステイ (回数/月)	0.4 ± 0.8		0.2 ± 0.8		0.319

1) 障害老人の日常生活自立度判定基準

2) 痴呆性老人の日常生活自立度判定基準

表2 訪問看護群および訪問リハ群のADLとの比較

	訪問看護群		訪問リハ群		P 値	
	N = 36		N = 36			
	Mean ± SD		Mean ± SD			
ADL 評価点 (Barthel Index)	40.1 ± 33.3		61.7 ± 31.3		0.006	
	人	%	人	%		
ADL 評価点60点未満 (人) ¹⁾	23	63.9	15	41.7	0.098	
ADL 評価点60点以上 (人)	13	36.1	21	58.3		
ADL 項目	自立の程度					
食事	全介助	6	16.7	3	8.3	0.101
	部分介助	15	41.7	9	25.0	
	自立	15	41.7	24	66.7	
車椅子からベッドの移乗	全介助	9	25.0	3	8.3	0.023
	座ることは可能で全介助	9	25.0	3	8.3	
	監視, 部分介助	8	22.2	10	27.8	
	自立	10	27.8	20	55.6	
整容	全介助	26	72.2	17	47.2	0.054
	自立	10	27.8	19	52.8	
トイレ動作	全介助	12	33.3	5	13.9	0.142
	部分介助	12	33.3	14	38.9	
	自立	12	33.3	17	47.2	
入浴	部分介助, 全介助	34	94.4	29	80.6	0.151
	自立	2	5.6	7	19.4	
歩行	全介助	20	55.6	8	22.2	0.023
	部分介助	2	5.6	7	19.4	
	車椅子で移動可	7	19.4	9	25.0	
	それ以外	7	19.4	12	33.3	
階段昇降	全介助	25	69.4	18	50.0	0.091
	部分介助	9	25.0	10	27.8	
	自立	2	5.6	8	22.2	
着替え	全介助	18	50.0	9	25.0	0.090
	部分介助	11	30.6	17	47.2	
	自立	7	19.4	10	27.8	
排便コントロール	全介助	14	38.9	7	19.4	0.018
	部分介助	11	30.6	6	16.7	
	自立	11	30.6	23	63.9	
排尿コントロール	全介助	15	41.7	6	16.7	0.015
	部分介助	9	25.0	6	16.7	
	自立	12	33.3	24	66.7	

¹⁾ Barthel Index の ADL 評価点に対して要介護と全介助を区別するカットオフポイント

IV 考 察

訪問看護群と訪問リハ群の属性, 介護サービス

の提供状況および身体的状態を比較した結果, 訪問看護群では痴呆度ランクⅢ以上の者が, 訪問リハ群に比べて有意に多く, また, 女性の IADL

表3 訪問看護群および訪問リハ群の IADL の比較

		訪問看護群 N = 36		訪問リハ群 N = 36		P 値	
		Mean ± SD		Mean ± SD			
IADL 評価点 ¹⁾	男性	0.9 ± 1.1		1.9 ± 1.5		0.031	
	女性	1.8 ± 1.6		2.9 ± 1.8		0.077	
IADL 項目		自立の程度		人	%	人	%
電話を使用する能力	自分から電話をかける	4	11.1	11	30.6	0.055	
	2-3 よく知っている番号をかける	2	5.6	5	13.9		
	自分から電話をかけることはない	4	11.1	5	13.9		
	まったく電話を使用しない	26	72.2	15	41.7		
買い物	すべての買い物は自分で行う	0	0.0	2	5.6	0.156	
	小額の買い物は自分で行う	1	2.8	3	8.3		
	付き添いが必要	7	19.4	11	30.6		
	まったく買い物ができない	28	77.8	20	55.6		
食事の準備	適切な食事を自分で計画し準備し給仕する	0	0.0	2	5.6	0.061	
	材料が給仕されれば適切な食事を準備する	1	2.8	2	5.6		
	食事を準備するが適切な食事内容を維持しない	2	5.6	8	22.2		
	食事の準備と給仕をしてもらう必要がある	33	91.7	24	66.7		
家事	食事で一人でこなす	0	0.0	0	0.0	0.315	
	簡単な日常的仕事はできる	3	8.3	6	16.7		
	妥当な清潔さの水準を保てない	1	2.8	2	5.6		
	すべて家事に手助けを必要としている	2	5.6	5	13.9		
	すべての家事にかかわらない	30	83.3	23	63.9		
洗濯	自分の洗濯は完全に行う	2	5.6	2	5.6	1.000	
	簡単な洗濯をする	30	83.3	30	83.3		
	すべて他人にしてもらわなければならない	4	11.1	4	11.1		
移送の様式	自家用車を運転する	0	0.0	0	0.0	0.064	
	タクシーは利用するがその他の公的輸送機関は利用しない	0	0.0	3	8.3		
	皆と一緒に公的輸送機関で旅行する	2	5.6	3	8.3		
	タクシーか自家用車に限り旅行する	7	19.4	13	36.1		
	まったく旅行しない	27	75.0	17	47.2		
自分の服薬管理	薬を飲むことに責任がもてる	5	13.9	13	36.1	0.000	
	準備されていれば飲むことに責任がもてる	4	11.1	15	41.7		
	自分の薬を管理できない	27	75.0	8	22.2		
財産取り扱い能力	経済的問題を自分で管理している	2	5.6	5	13.9	0.033	
	貯金や大金などでは手助けを必要とする	9	25.0	17	47.2		
	お金の取り扱いができない	25	69.4	14	38.9		

1) IADL: Lawton らの手段的日常生活動作能力評価

評価点を除いた身体的状態では、訪問看護群で有意に低かった。これについては2つの可能性が考えられる。一つは、すでにサービスを開始する時点で訪問看護群の利用者の状態が低かった可能性、もう一つは、利用者の身体的状態の改善に対

して効果のあるリハビリテーションの実施がなされていない可能性である。前者について、Daiwan ら²¹⁾が訪問看護サービスの利用者の特性を分析した研究で、利用者のADL低下は訪問看護サービスの利用の動機となると指摘しており、本

表4 訪問看護群および訪問リハ群のGCSの比較

		看護群 N=36人		訪問リハ群 N=36人		P値
		Mean ± SD		Mean ± SD		
GCS 評価点 ¹⁾		13.8 ± 2.4		14.4 ± 1.9		0.026
GCS 項目	意識の程度	人	%	人	%	
開眼	自発的にできる	35	97.2	36	100.0	1.000
	自発的にできない	1	2.8	0	0.0	
運動反応	命令に従う	30	83.3	33	91.7	0.478
	命令に従えない	6	16.7	3	8.3	
言葉による反応	見当識あり	20	55.6	32	88.9	0.003
	見当識障害	15	41.7	4	11.1	
	わからない*	1				

¹⁾ GCS: Glasgow Coma Scale

* 言葉による反応に対して回答が「わからない」と答えた1名を除いて検定を行った。

調査結果において訪問看護群でより身体的状態の低い利用者が多かったことの要因とも考えられる。後者については、今回、訪問看護師が実施した看護提供内容およびリハビリテーションの実施内容を具体的に調査していないこと、また本研究がリハビリテーションの効果を判定する調査方法ではないことから、訪問看護師によるリハビリテーションが利用者の身体的状態の低下予防に対して効果があるかどうかについては明らかにすることはできない。

また、訪問診療サービスの利用者は、訪問看護群が訪問リハ群に比べて有意に多かった。これは、在宅訪問サービス利用の関連要因を検討した Miller ら²²⁾の研究と一致していた。つまり、利用者の主疾患に関わらず^{6,7)}、身体的状態の低下および痴呆の重度化に伴い利用者および主介護者は訪問看護師による健康管理および生活管理を組み合わせたりハビリテーションを選択する傾向がある¹⁾ことと関連していると考えられる。

Lawton ら¹⁹⁾の指摘同様に、IADLの採点法は男女の差があることが示されている²³⁾。本研究においても男性のIADL評価点は、訪問看護群の方が有意に低かった。女性においても有意ではなかったものの訪問看護群において低い傾向がみられた。

ADLの各項目については、訪問看護群の方に移動および排泄動作の全介助者が多かった。古瀬

ら¹⁰⁾は訪問看護サービス内容と介護状況との関連についての研究より、清潔援助、排泄援助、カテーテルの管理および創処置を必要としている者が寝たきりの者において、自立の者よりも有意に多かったことを報告している。すなわち、訪問看護師は身体機能の維持および向上を目的とするリハビリテーションだけでなく、医療処置とリハビリテーションを合わせて実施している²⁴⁾と考えられる。本研究の結果も同様の要因によるものと推測できるが、医療処置にかかわる看護提供内容について調査していない。

訪問看護ステーションの機能は、利用者の保険の種類によって差があるわけではなく、訪問看護師は継続的に利用者の健康管理および生活管理を担う立場にある¹⁾。また、理学療法士は、利用者の日常生活動作および活動における姿勢が生活の中で安定する方法を提供する役割を担っている²⁵⁾。古澤ら¹⁵⁾は、在宅リハビリテーションの実施の際に、理学療法士が訪問看護師に同行することにより、訪問看護師は利用者の健康状態、リスク管理および自主訓練の継続状況や主介護者の負担の軽減方法などについて情報の共有を通じて、適切なりハビリテーションを実施できると指摘している。これらを考慮すると、訪問看護師は利用者により適切なりハビリテーションを提供していくために理学療法士との同行訪問の機会をつくり、利用者のADL, IADL, GCSを含めた評価をし、情

報交換をした上でリハビリテーションを実施していく必要があると考える。

在宅における要介護高齢者の身体的状態に対して職種の違いによるリハビリテーションの有効性を検討した研究はない。今後、リハビリテーションを訪問看護師あるいは理学療法士が行った場合の要介護高齢者の身体的状態の維持および改善をもたらすかどうかを評価する研究を行う必要があると考える。このことは、在宅の要介護高齢者に質の高いリハビリテーションを提供する根拠になると考える。

V 結 論

本研究では訪問看護師のリハビリテーションにおける役割を検討するために、訪問看護師と理学療法士によるリハビリテーションの利用者の属性、介護サービスの提供状況および身体的状態を比較した。その結果、以下の点が明らかとなった。

(1) 痴呆度がランクⅢ以上の者は訪問看護群が訪問リハ群に比べて有意に多かった。また、訪問診療サービスの利用者は、訪問看護群が訪問リハ群に比べて有意に多かった。

(2) 身体的状態では、ADL 評価点、GCS 評価点、男性の IADL 評価点は訪問看護群の方が訪問リハ群に比べて有意に低かった。

面接調査にあたり今回の研究の趣旨をご理解し、快く御協力頂きました在宅の家族の皆様、訪問看護ステーションのスタッフの皆様にご感謝申し上げます。研究結果の解析、論文作成にあたり、ご指導頂きました滋賀医科大学講師である喜多義邦先生に深く感謝申し上げます。

なお、本研究は、第13回財団法人フランスベッド・メディカルホームケア研究助成を受けて行った。

(受付 2003. 5.19)
(採用 2004.12.17)

文 献

- 1) 清崎由美子. 訪問看護ステーションの管理と運営. 川村佐和子, 編. 在宅看護論. 東京: 日本看護協会, 2003; 27-35.
- 2) 厚生労働省監修. 厚生労働白書 2000; 61.
- 3) Evans RL, Connis RT, Hendricks RD, Haselkorn JK. Multidisciplinary rehabilitation versus medical care: a meta-analysis. *Social Science & Medicine* 1995; 40(12): 1699-1706.
- 4) 財団法人厚生統計協会厚生労働省大臣官房統計情報部. 平成13年介護サービス施設, 事業所調査 2003; 388-732.
- 5) 松鶴甲枝, 鷲尾昌一, 荒井由美子, 他. 訪問看護ステーションを利用している在宅要介護高齢者の入院・入所に関わる要因. *日本公衆衛生雑誌* 2002; 49(10): 1107-1116.
- 6) 松田明子. 在宅の摂食・嚥下障害者をもつ主介護者に対する教育効果. *日本摂食嚥下リハビリテーション学会誌* 2003; 7(1): 19-27.
- 7) 松田明子. 在宅における要介護者の摂食・嚥下障害の有無と身体機能. 主介護者の介護負担感および介護時間との関連. *日本看護科学会誌* 2003; 23(3): 37-47.
- 8) 別所遊子, 細谷たき子, 北出順子, 他. 寝たきり高齢者の訪問看護におけるリハビリに関する検討. *福井医科大学研究雑誌* 2000; 1(1): 191-198.
- 9) 別所遊子, 長谷川美香, 北出順子, 他. 在宅高齢者の日常生活動作能力と訪問看護婦が行うリハビリケア. *北陸公衆衛生誌* 2000; 27(1): 1-7.
- 10) 古瀬みどり, 熊野宏昭. 訪問看護ステーション利用者の訪問看護およびホームヘルパーサービス利用要因と主介護者の健康関連 QOL. *日本看護研究学会雑誌* 2000; 23(5): 33-42.
- 11) チェジョンヒョン, 村嶋幸代, 堀井とよみ, 他. 訪問看護とホームヘルプサービスの利用に影響を及ぼす要因. *日本公衆衛生雑誌* 2002; 49(9): 948-958.
- 12) 財団法人厚生統計協会厚生労働省大臣官房統計情報部. 平成13年介護サービス施設, 事業所調査 2003; 14-70.
- 13) 九里美和子. はるかぜ. *済生会訪問看護ステーション* 第1号 2002; 4-6.
- 14) 九里美和子. 経営安定化で公的訪問看護ステーションの目指すもの. *訪問看護と介護* 2002; 7(10): 803-808.
- 15) 古澤正道, 土井鋭二郎, 鈴木三央, 他. 訪問看護との連携が訪問リハビリテーションに及ぼす効果. *日本病院会雑誌* 1998; 5: 79-84.
- 16) 財団法人厚生統計協会. 厚生指針—臨時増刊—保険と年金の動向 1992; 39(14): 172.
- 17) 財団法人厚生統計協会. 厚生指針—臨時増刊—保険と年金の動向 1994; 41(14): 178.
- 18) Sulter G, Steen C, Keyser JD. Use of the Barthel Index and modified Rankin Scale in acute stroke trials. *Stroke* 1999; 30: 1538-1541.
- 19) Lawton MP Brody, E. M. Assessment of older people; Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969; 9: 179-186.
- 20) 三輪哲郎. 意識障害. 坪川孝志, 中村紀夫, 編. *脳神経外科看護の知識と実際*. 大阪: メディカ出版. 1989; 64-70.

- 21) Diwan S, Berger C, Manns EK. Composition of the home care service package: predictors of type, volume, and mix of services provided to poor and frail older people. *Gerontologist* 1997; 37(2): 169-181.
- 22) Miller B, McFall S. The Effect of caregiver's burden on change in frail older persons' use of formal helpers. *Journal of Health and Social Behavior* 1991; 32: 165-179.
- 23) 神宮純江, 江上裕子, 絹川直子, 他. 在宅高齢者における生活機能に関連する要因. *日本公衆衛生雑誌* 2003; 50(2): 92-105.
- 24) 西島治子, 西田厚子, 上岡澄子. 訪問看護ステーションの看護ケアの質評価について. *日本在宅ケア学会誌* 2003; 6(3): 36-43.
- 25) 福屋靖子. 理学療法士の立場からみた評価法. 小澤利男, 編. *高齢者の生活機能評価ガイド*. 東京: 医歯薬出版株式会社, 2002; 287-298.

A COMPARATIVE STUDY OF THE PHYSICAL CONDITIONS OF ELDERLY PEOPLE WITH CARE NEEDS RECEIVING REHABILITATION SERVICES FROM A NURSE OR A PHYSIOTHERAPIST FROM A VISITING NURSE SERVICE STATION

Akiko MATSUDA* and Miwako KUNORI^{2*}

Key words : rehabilitation, activities of daily living, elderly people with care needs, physiotherapist, visiting nurse

Purpose The purpose of this study was to examine the roles of rehabilitation by a nurse, comparing the attributes of utilization of care services and physical conditions of elderly people receiving rehabilitation services from a nurse or a physiotherapist.

Method Two hundred and fifty four care receivers at the Saiseikai visiting nurse service station, Shiga Prefecture, were interviewed by a nurse or a physiotherapist. They were divided into two groups: 1) receivers of rehabilitation services by a nurse (RRSN group), and 2) receivers of rehabilitation services by a physiotherapist (RRSP group). The subjects were matched for gender and age, and 36 participants for each of the two groups were included in the analysis. Level of dementia, activities of daily living (ADL; Barthel Index), instrumental activities of daily living (IADL), the Glasgow Coma Scale (GCS) and use of visiting services were assessed in the interview. Analysis of variance and the χ^2 test were used to compare values for the two groups.

Results Level of dementia in the RRSN group was significantly severe than in the RRSP group ($P < 0.05$). The number of patients who are required to be treated with visiting medical services was significantly more in the RRSN group ($P < 0.05$). Physical status in the RRSN group was significantly lower for ADL, GCS than in the RRSP group. IADL of males in the RRSN group was significantly lower.

Conclusions Thus, we conclude that it is important for nurses to make opportunities to visit elderly people with physiotherapists to assess their physical conditions.

* Tottori University Faculty of Medicine Department of Health Science, Division of Fundamental Nursing

^{2*} Saiseikai Visiting Nurse Service Station, Shiga Prefecture