

居住形態、配偶者の有無、子供、孫の有無に対してカイ二乗検定を行った。Barthel index (BI), 老研式活動能力指標 (CEL), Satisfaction with daily life (SDL), Frenchay activity index (FAI), Lawton の手段的 ADL のスケール (La) について、おのおのの総得点を求め、居住形態、配偶者の有無、子供、住まいに関して、年齢を共変量とする共分散分析を行った。また、Mann-Whitney U 検定を用い、年代ごとに男女間の総得点の平均値の有意差検定を行った。

【結果と考察】 カイ二乗検定では有意差は認めなかった。BI は全例満点であった。共分散分析では、CEL では年齢が、FAI, La では性別が、SDL では配偶者の有無および居住形態が合計値に有意な影響を与えていた。Mann-Whitney U 検定では、FAI, La において各年代ごとに男女間に有意差を認めた。これは、FAI, La には従来から女性が分担していた項目が多く、同年齢では女性のほうがより活動的であるためと考えられた。また、CEL では年齢が高くなるにしたがい、有意に得点が低値となったが、知的能動性、社会的役割の項目がその原因と考えられた。

119. チーム医療としての「地域医療推進チーム」 1年間の地域リハビリテーション活動報告

NTT 伊豆通信病院リハ診療科

黒沢 崇四・藤原 成子

稲川 利光・佐々木 透

茨城県立医療大 大田 仁史

当院は総ベッド数 230 床のうち、80 床のリハビリテーション（以下、リハ）専門病棟を有す中規模病院である。地域基幹病院として、地域に密着した医療サービスを志向するなか、在宅療養支援を目的とした地域医療推進チーム（以下、地域チーム）を発足させ、1 年が経過したのでその結果と意義について報告する。

地域チームは、当院を退院後の患者の在宅療養を支援することを目的とし、チーム医療の担い手として、平成 6 年 9 月に正式な院内機関として発足した。その構成は医師、看護婦、理学療法士、作業療法士、MSW からなり、一部の業務に急患室看護婦、薬剤師、栄養士なども連携し、チーム医療を志向する集団とした。その基本的業務内容として、① 訪問看護・訪問リハ、② 老人デイケア、③ 総合相談業務を 3 本の柱として活

動した。また、地域チームの発足とともに、地域チームに決定権を有す病棟の「在宅支援ベッド」（ショートステイ機能）と訪問看護（訪問機能）、デイケア（通所機能）の 3 つの機能を地域チームによる一体的運営を行うことにより、対象者の状態に応じた最も適切な療養形態を随時選ぶことが可能となった。その結果、地域チーム発足後、リハ病棟の平均在院日数は 92 日より 70 日以下へと短縮し、リハ病棟の効率的運用に寄与した。このように、地域基幹病院として在宅療養の効率的支援をはかるためには、当地域チームのような多職種の間で連携したチーム医療の一体的運営による、退院後の多機能支援が必要であることが確認された。

以上、地域チームの 3 つの部門が協力して在宅療養の支援を行う過程で、この 1 年間の当チームの活動が病院全体の機能にどのような役割を果たしたか、現状と問題点、およびチーム医療の今後の方向性について示した。

120. 地域リハビリテーション活動の評価—『地域 リハ・ケア活動評価マニュアル』を用いて

国療長崎病院 浜村 明德・梅木 義臣

国立長崎中央病院 藤田 雅章

長崎大医療技術短大部 松坂 誠應

【目的】 われわれは地域リハビリテーション（以下、リハ）活動の進捗状況や課題を明らかにすべく、『地域リハ・ケア活動評価マニュアル』を作成し、推進に役立てている。今回、このマニュアルを用いて県内の活動評価を行ったので報告する。

【対象と方法】 長崎県下全市町村（79 カ所）を対象とし、① 医療における地域リハ活動（14 項目）、② 機能訓練事業（20 項目）、③ デイサービス事業（26 項目）、④ 訪問指導事業（14 項目）、⑤ ホームヘルプ事業（11 項目）、⑥ 地域リハの組織化活動（8 項目）、⑦ 住民への働きかけと参加活動（9 項目）の計 102 項目からなるマニュアルに基づき調査した。評価は、それぞれの事業担当責任者に依頼し、a～d の 4 段階で評価した（a が理想的、c が平均的レベル）。

【結果と考察】 回収率は 74.3% であった。7 活動を比較すると、機能訓練・デイサービス・訪問指導・ホームヘルプの各直接的援助活動では a や b の占める割合が高く、医療の地域リハ・地域リハの組織化・住民啓

発と参加の各活動ではcやdが6～8割を占めていた。われわれは7活動に総合的に取り組んできたが、後者の3活動に多くの課題があることが示唆された。県下の現状をおおむね客観的に反映した結果が得られた。しかし、保健事業と福祉事業間の評価差のように、これまでの活動経験と異なる部分がいくつかみられた。これには、自己評価の仕方や評価マニュアルそのものの問題が関与していると思われた。

121. リハビリテーション専門病院における退院患者の動向

ちゅうざん病院リハ科

今村 義典・末永 英文・戸田ゆみ子
仲嶺 時雄・宮良 長和

【目的】 在宅医療の推進，社会的入院の改善が検討されている現状において，リハビリテーション(以下，リハ)医療の目標である社会・家庭復帰の現実的因子の分析の目的で，リハ専門病院の自宅退院患者の実態調査を行った。

【結果】 1994～1995年の2年間の退院患者739名中自宅退院者は440名であった。年齢により50歳未満では65%が自宅退院しているのに対して，65歳未満では59%，75歳未満では55%，85歳未満では53%，86歳以上では35%と減少していた。しかし，ADL自立度では，65歳以上では，大部分～全介助レベルでの自宅退院者が65歳以下の重度介助者に比べて多くなっていた。

介護者は，65歳以下では配偶者が59%を占め，特に妻が41%であるのに対して，66歳以上では，娘と嫁が51%を占めるようになっていた。環境因子として季節の影響は認められなかった。在宅支援では，問題発生時の随時受け入れ体制(短期入院)は利用されているが，社会的資源の利用状況は未だ少なく，今後，在宅推進の核としても，退院準備時点からも，在宅支援，社会資源利用の情報提供は重要であると考えられた。

【結語】 年齢による家族構成・家庭環境の把握と，社会資源，在宅支援の具体的利用法の情報等が，患者個体のADL等の限界を解決する方向であると考えられる。

122. 当院における在宅リハビリテーション支援事業

東京都リハ病院

江端 広樹・本田 哲三・東 晃
猪飼 哲夫・吉田耕志郎・園田 茂
藤谷 順子・草水美代子・菅野 貴子
石橋 朋美

当院では，平成7年4月より在宅リハビリテーション(以下，リハ)科を新設した。その主な事業内容は，相談・診療支援事業，研修会事業である。医療機関だけではなく，実際に地域で携わっている保健・福祉機関からも相談できるようにしており，患者に関する具体的な問題から在宅でのリハの一般的な問題まで幅広く受けられるようにしている。診療支援事業は，地域の主治医から診療情報提供書が得られた後に，実際に訪問して専門医としての評価を行い，またPT・MSWとともに，本人・家族・相談を寄せたスタッフに助言・指導を行うものである。訪問は，保険診療として行い，往診または訪問診療という形をとっている。研修会事業はリハ医療の実践的知識・技術の普及を目的にしており，医師会，訪問看護婦，ホームヘルパーなどを対象に行っている。なお，平成8年3月現在，相談事例としては88件，診療支援事業として訪問したもの63件である。相談事例では，疾患別には脳血管障害患者が最も多く，年齢別には70歳台が最も多かったが，高齢者の廃用による寝たきり患者の問題が多かった。相談内容としては，在宅でのリハ適応全般や，身障手帳作成といった内容のものが多かった。在宅患者のリハについては，医療・保健・福祉機関が連携して関わる必要があり，一医療機関として東京都の実状にあった地域リハへの貢献の仕方を模索し，進めていく予定である。

123. 大村市における在宅ケアシステム作りへの取り組み(第2報)

国立長崎中央病院整形外科 藤田 雅章
長崎リハ学院 柿田 謙三
老人保健施設うぐいすの丘 柿田 京子

【目的】 われわれは在宅ケアを推進するために，平成3年より「大村市在宅ケアセミナー」を医師会を中