



患者と家族介護者間の手紙交換を訪問リハスタッフ が支援することによる患者ADLの改善

中山, 未央
四本, かやの
橋本, 健志

(Citation)

ホスピスケアと在宅ケア, 27(1):23-30

(Issue Date)

2019-05

(Resource Type)

journal article

(Version)

Accepted Manuscript

(URL)

<https://hdl.handle.net/20.500.14094/90008011>



【**題名**】患者と家族介護者間の手紙交換を訪問リハスタッフが支援することによる患者 ADL の改善

【**著者名**】中山未央^{1、2}，四本かやの³，橋本健志³

【**所属**】¹神戸大学大学院保健学研究科博士課程前期課程，²おもしろい訪問看護ステーション，³神戸大学大学院保健学研究科

【**要旨**】

目的：患者と家族介護者間のコミュニケーションを訪問リハスタッフが支援することによって、患者の日常生活動作(以下、ADL)および手段的日常生活動作(以下、IADL)が改善するかどうかを検証した。

方法：介入として、ADL/IADL について患者と家族介護者間で手紙交換することを支援した(患者数、n=9)。ADL を Barthel Index、IADL を Frenchay Activities Index にて測定した。また、介護負担感についても Zarit 介護負担尺度を用いて検討した。介入前後に評価を実施した。

結果：介入の前後比較において、患者 Barthel Index に有意な改善(P<0.05)を認めた。Frenchay Activities Index と Zarit 介護負担尺度には変化がなかった。

考察：以上の結果より、患者と家族介護者間のコミュニケーションが円滑になるように訪問リハスタッフが両者間の手紙交換を支援することによって、患者 ADL は改善することが示された。

索引用語 コミュニケーション、患者、家族介護者、訪問リハビリテーション

【**本文**】

I. 諸 言

平成 27 年度介護報酬改定¹⁾において、高齢者が住み慣れたところで自分らしい生活を送ることができるよう「活動」「参加」に焦点化したリハビリテーションを推進し、生活機能の維持・向上を図るとされた。訪問リハビリテーション(以下、訪問リハ)においても、「活動」「参加」および、それに関連する ADL/IADL の維持・改善を目的としてリハビリテーションを実施している。

患者の ADL/IADL は、患者の認知機能と強い相関があり²⁻⁴⁾、身体構造・身体機能とも関係しており^{5、6)}、心身機能との関係は大きいとされる。しかし心身機能が一定であっても、環境因子が生活機能を変化させることから⁷⁾、環境因子の重要性は明らかである。

環境因子である家族の影響について、患者の ADL には、家族介護者の強い介護負担感や不十分な介護行動が負の影響をもたらし⁸⁾、歩行訓練への家族の関わりが正の影響をもたらす⁹⁾といった報告がある。このように患者の ADL には家族介護者等の環境因子が影響しており、これは IADL においても同様であると考えられる。

癌患者の家族と患者が十分なコミュニケーションをとれない場合に、家族は患者の希望や体調を正確に知ることができなくなり、患者の治療が不適切になる¹⁰⁾という報告がある。実際、訪問リハにおいても、患者と家族介護者とのコミュニケーションが十分にとれない場合に、患者のADL/IADLが十分に改善しないと推測されるケースにしばしば遭遇する。例えば、患者は家族介護者にこれ以上の介護負担をかけたくないという遠慮があるために、患者は遂行したいと希望するADL/IADLを家族介護者に伝えることができず、家族介護者は患者が遂行したいと希望するADL/IADLを知らないために患者の希望に沿った支援ができない。このため、患者はADL/IADLを主体的に実施できず、患者ADL/IADLが十分に改善しない等である。

このように患者と家族の間のコミュニケーションは重要であるが、コミュニケーションを支援する具体的方法や支援の効果については十分に検討されていない。

そこで、本研究では、患者と家族介護者の患者ADL/IADLについてのコミュニケーションが円滑になるよう、訪問作業療法士（以下、OT）もしくは理学療法士（以下、PT）が患者と家族介護者間の手紙交換を支援することによって、患者ADL/IADLが改善するかどうかを検証した。

Ⅱ．対象と方法

1．対象

対象者は、平成29年9月から平成30年3月の間にA市のB訪問看護ステーションの訪問リハを利用している患者と、同居中の家族介護者である。終末期患者および意思疎通困難者を除く31名のうち、患者11名と家族介護者11名の計11組から研究参加の同意が得られた。そのうち1組は患者の体調不良により中止した。もう1組は患者のN式老年者精神状態評価尺度¹¹⁾にて軽度認知症の疑いがあり、また、患者のADL自己評価が、明らかに事実と異なるため回答の信頼性が乏しいと判断して除外した。最終的な研究対象者は9組（患者9名、家族介護者9名）であった。

2．患者および家族介護者の基本属性

患者および家族介護者の基本属性は表1に示す。

患者9名は、男性が3名、女性が6名であった。家族介護者9名の続柄は、妻が3名、夫が4名、実娘が2名であった。患者は全員、訪問リハを開始してから5か月以上経過しており、訪問頻度は7名は1回／週、2名は2回／週であった。1名は通所リハビリテーション（以下、通所リハ）も利用していた。

3．方法

a．研究の流れ（図1）

この研究は一群前後比較研究にて実施した。まず対象者の患者および家族介護者には、研究の

目的および方法について説明書を用いて説明し書面にて同意を得た。対象者である患者および家族介護者は、介入前に評価をし、次に4週間の介入を実施、介入終了後に評価を行った。全ての評価および介入は対象者の自宅にて実施した。

b. 介入内容

患者が「①日々の生活でちょっとやってみたいこと」と「②その理由」を書いた手紙を家族介護者に渡し、その返事を家族介護者が手紙に書いて患者に渡す、これを4週間で2往復実施した(図2)。このプロセスを訪問リハスタッフが支援した。この介入は通常のリハビリテーションプログラム(以下、通常リハプログラム)終了後10～20分で実施した。

c. 評価方法(表2)

介入前評価および介入後評価において、患者には、ADL評価に Barthel Index(以下、BI)¹²⁾ および IADL 評価に日本版 Frenchay Activities Index(以下、SR-FAI)¹³⁾ を実施した。家族介護者には Zarit 介護負担尺度 日本版 短縮版(以下、J-ZBI_8)¹⁴⁾ を実施した。BI は多くの研究や臨床で使用されている。SR-FAI、J-ZBI_8 は信頼性および妥当性が確認されている。各評価は、通常プログラム終了後に10分～20分で実施した。

4. 分析方法

効果の判定として、各評価尺度の得点の変化について、介入前評価と介入後評価の前後比較を Wilcoxon 符号順位検定にて実施した。Wilcoxon 符号順位検定にて有意差が認められた項目と、患者と家族介護者の背景因子(患者の主診断名、性別、年齢、介護度および家族介護者の続柄、年齢、健康状態)および患者の訪問リハ頻度と通所リハ利用の有無との関係についてフィッシャーの正確確率検定を実施した。有意水準は5%とした。統計ソフトはエクセル統計2008を使用した。

5. 倫理的配慮

神戸大学保健学研究科倫理審査会にて審査され、2017年9月に承認を受けた(承認番号648)。対象者には、研究の目的および方法について説明書を用いて説明し、書面にて同意を得た。患者および家族介護者が書いた手紙の内容について、事故や外傷等のリスクがないことを確認した。

III. 結果

患者の ADL は、介入前後の比較において Wilcoxon 符号順位検定にて、有意な改善が認められた(介入前中央値(四分位範囲) 75 (30) V.S. 介入後中央値(四分位範囲) 75 (30), 図3)($p<0.05$ by Wilcoxon 符号順位検定)。しかし、IADL、介護負担感については、Wilcoxon 符号順位検定にて有意な差は認められなかった(図3)。9名中5名の患者が、介入前後の比較にお

いて ADL は改善していた (図 4)。患者を ADL の改善群 (n=5) と改善しなかった群 (n=4) に分け、その 2 群間において、患者および家族介護者の背景因子 (患者の主診断名、性別、年齢、介護度および家族介護者の続柄、年齢、健康状態) および訪問リハ頻度と通所リハ利用について、フィッシャーの正確確率検定を実施したところ、有意な差はなかった ($P>0.05$)。さらに介入中の治療、薬物、および介入中の通常リハプログラムについて検討したが、全てのケースにおいて変更はなかった。

患者が手紙に書いた内容は、入浴や歩行といった ADL、家事や買い物といった IADL、今後の生活全般や看取りの場所についてと幅広かった。また、「風呂に 1 人で入るようになりたい」といった ADL/IADL 実施目標や、「本を買いたいので本屋さんまで連れて行って」などの家族介護者への支援依頼を書いていた。家族介護者 9 名の返事の手紙は、全て患者の希望に対し肯定的な内容であった。つまり、患者の目標を応援するもの、患者からの依頼を支援する意向を示すもの、患者の希望に共感する内容であった。患者 9 名中 6 名および家族介護者 9 名全員は、手紙をリハスタッフの訪問前までに完成させていた。

患者および家族介護者の評価は、評価者と被評価者に特に負担なく実施できた。5 名の患者は BI、SR-FAI をその日の通常リハプログラム終了後に、4 名の患者は通常リハプログラムを実施しながら聞き取った。7 名の家族介護者に、通常リハプログラム開始直前に J-ZBI_8 評価用紙を渡して回答を依頼し、通常リハプログラム終了後に評価用紙を回収した。2 名の家族介護者には、通常リハプログラム終了後に評価用紙を渡し回答を依頼し、家族介護者の都合により後日評価用紙を回収した。改善が見られた ADL 下位項目と患者が手紙に書いた「希望する ADL/IADL」とは必ずしも関連はしていなかった。

ADL が改善した症例 A と家族の手紙交換について以下に示す。

患者 (夫) 家族介護者 (妻) の手紙交換において、まず患者が家族介護者に対し「もっと歩けるようになりたい。以前行っていた場所にも一人で行きたい。」と手紙に書いた。これに対し家族介護者が「これまで (歩行練習を) 一生懸命頑張ってきましたね。すごいと思います。でも一人で頑張らずに私も一緒に頑張らせてね。」と返事の手紙を書いた。2 回目の手紙交換では、患者が「私は今のままでいい。我が家は私が仕事、あなたが家のことをしっかりとこなしてくれた。それが私たち家族を支えてくれた。本当によくしてくれた。今の私は力がなくてしてあげられることが少ないけど、大切にしたいと思っている。疲れているときはゆっくりと休んでください。」と家族介護者に手紙を書いた。これに対して家族介護者は「お父さんの仕事はとても大変だったと思います。でもここまで頑張ってくれました。私たち家族は幸せです。これからは無理しないですね。」と返事を書いた。この 2 往復の手紙交換後、この患者の介入後評価では BI の「着替え」「排便コントロール」が改善した。

IV. 考察

本研究では、患者と家族介護者間の患者 ADL/IADL についての手紙交換を訪問作業療法士も

しくは理学療法士が支援することによって、患者の ADL/IADL が改善するかどうかを検証した。

介入前後の比較において患者 ADL は有意に改善した。患者 ADL の改善と、患者および家族介護者の背景因子、訪問リハ頻度、および通所リハ利用との関連はなく、また、全ての症例において、治療や通常リハプログラムに介入期間中に大きな変更はなかった。このことから、患者 ADL の有意な改善は、患者と家族介護者の手紙交換を訪問リハスタッフが支援したことによってもたらされたことが示唆された。つまり、患者が希望する ADL/IADL を家族介護者に伝え、これに対して家族介護者が患者を支援する意向や共感を示したことにより、患者は家族介護者から希望する ADL/IADL を尊重され認められたという体験をしたと考えられる。この家族の情緒的サポート¹⁵⁾により、患者は今まで以上に自主的・積極的に ADL に取り組むようになり、これまで患者がもう少し努力すれば実施できていたにもかかわらず、家族介護者に介助を求めている ADL について、患者がなるべく自力で実施しようと努力した結果、患者 ADL が改善したと推測される。

症例 A においては 2 回の手紙交換の後、患者 ADL の「着替え」「排便コントロール」が自立した。患者が手紙に書いた内容は、1 回目の手紙では「歩行」(ADL) と「屋外歩行」(IADL) についての希望、2 回目の手紙では「私は今のままでいい」という希望と家族介護者への感謝と労りであった。手紙の内容は 2 回ともこの患者の改善した ADL とは別のものだった。症例 A と同様に、介入後に ADL が改善した 5 名の患者は、改善した ADL と患者が手紙に書いた内容とは一致していなかった。これは、患者が手紙に書いた内容に関連する ADL について自主的・積極的に取り組むようになったためではないかと推測される。

患者 IADL および家族介護者の介護負担感に有意な変化は見られなかった。患者 IADL については、本研究に参加した患者 9 名中 8 名は ADL に介助を要する状態であったため、より複雑で高次の動作である IADL は改善しにくかったためだと考える。また、本研究の実施期間が秋から冬へと徐々に気温が低下していた時期であり¹⁶⁾、SR-FAI の下位項目の屋外家事や戸外活動¹⁷⁾の点数が低下していたことから、気温低下により屋外での活動や外出を控えたことが影響していた可能性があると考えられる。また、介入後に家族介護者の介護負担感が悪化しなかったことから、本研究で実施した介入は家族にとって負担となるものではなかったと示唆された。

V. 結論

患者と家族介護者の患者 ADL/IADL についての手紙交換により、患者 ADL が改善する可能性が示唆された。これは、患者の ADL/IADL についての希望に対し、家族介護者が支援する意向や共感を示した返事を書いたことが患者に対する情緒的サポートとなり、患者が自らの希望に関連する ADL を主体的・積極的に実施するようになったためだと推測される。訪問リハスタッフは、患者 ADL 改善のために、通常のリハプログラムに加え、患者と家族介護者の患者 ADL/IADL についてのコミュニケーション支援を実施することが有効であると考えられる。

VI. 研究の限界と今後の課題

本研究は、患者と家族介護者の手紙交換を介したコミュニケーションに対する支援が、患者 ADL 改善のための一助となる可能性を示唆した。しかし、小集団の一群前後比較研究であり、参加の意思を示した者を対象にしたオープンスタディであることにより生じたバイアス効果を完全には否定できない。

今後は、対照群を加えること、対象者数を増やすことによって、手紙交換による患者と家族介護者のコミュニケーション支援の ADL 改善効果を示したい。加えて、患者と家族介護者間のコミュニケーションを支援する方法として手紙交換以外の支援手段についても検討していきたい。

VII. 利益相反

開示すべき利益相反状態はない。

VIII. 謝辞

本研究にご協力いただいた対象者の皆様、施設関係者の皆様に深謝いたします。また、本研究の介入および評価にご協力いただいた小西崇子さんと川邊利恵さん、ならびに研究計画作成から論文作成に至るまで、多くのご意見をいただいた研究室の皆様に深謝いたします。

IX. 引用文献

- 1) 厚生労働省：平成 27 年介護報酬改訂の骨子
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000081007.pdf>
(参照日 2018.4.20.)
- 2) 清水一，吉川ひろみ，山口晴保，平井俊策，丸岡君子．知的退行の機能年齢水準への反映．作業療法 1991;10:291-299.
- 3) 久野真矢，清水一，前川正雄，中川淑子．認知機能と機能年齢の関連．作業療法 2010;29:470-478.
- 4) 久野真矢，清水一，前川正雄．認知機能と機能年齢の関連（第 2 報）～NM スケール得点と ADL・IADL 能力の関連～．作業療法 2012;31:177-188.
- 5) Tanimoto Y, Watanabe M, Sun W, Hirota C, Sugiura Y, Kono R, Saito M, Kono K. Association between muscle mass and disability in performing instrumental activities of daily living (IADL) in community-dwelling elderly in Japan. Archives of Gerontology and Geriatrics 2012;54:e230-e233.
- 6) 樋口由美，岩田晃，淵岡聡．移動能力と IADL を反映する座位での体幹機能評価の有用性．日本老年医学会雑誌 2012;49(4):499-456.
- 7) 世界保健機関(WHO) 障害者福祉研究会 編．国際生活機能分類(I C F)－国際障害分類改訂版－．中央法規出版 2002.

- 8) 深谷安子, 村嶋幸代, 飯田澄美子. 在宅片麻痺老人患者のADL変化に関する要因の分析. 日本看護学科雑誌 1991;11(2):44-54.
- 9) 梅基朱美, 上田外代子, 西田富子, 橋詰志津子. 脳卒中患者のADL向上に対する家族訓練の有効性. 日本看護学会論文集 2008;38:338-340.
- 10) Amy Y. Zhang, Laura A. Siminoff. Silence and Cancer : Why Do Families and Patients Fail To Communicate? HEALTH COMMUNICATION 2003;15(4):415-429.
- 11) 小林敏子, 播口之朗, 西村健, 武田雅俊, 福永知子, 井上修, その他. 行動観察による痴呆患者の精神状態評価尺度 (NM スケール) および日常生活動作能力評価尺度 (N-ADL) の作成. 臨床精神医学 1988;17:1653-1668.
- 12) Mahoney FI. Barthel DW. Functional Evaluation : The Barthel Index. Maryland State Medical Journal 1965;14:61-65.
- 13) 白土瑞穂, 佐伯覚, 蜂須賀研二. 日本語版 Frenchay Activities Index 自己評価表およびその臨床応用と標準値. 総合リハビリテーション 1999;27(5):469-474.
- 14) 荒井由美子, 田宮菜奈子, 矢野栄二. Zarit 介護負担尺度日本語版 (J-ZBI_8) の作成 : その信頼性と妥当性に関する研究. 日本老年医学会誌 2003;40:497-503.
- 15) 松本千明. 医療・保健スタッフのための健康行動理論の基礎 生活習慣病を中心に. 医歯薬出版 2002:pp64-73.
- 16) 国土交通省 気象庁 過去の気象データ
<http://www.jma.go.jp/jma/menu/menurepor.html> (参照日 : 2018.4.20)
- 17) 蜂須賀研二, 千坂洋巳, 河津隆三, 佐伯覚, 根ヶ山俊介. 応用的日常生活動作と無作為抽出法を用いて定めた在宅中高年齢者の Frenchay Activites Index 標準値. リハビリテーション医学 2001;38:287-295.

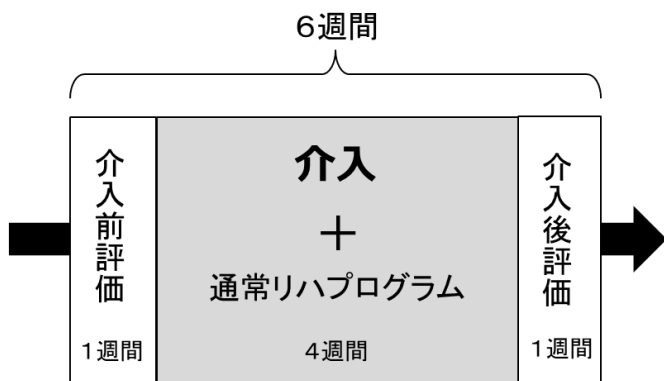


図1. 研究の流れ

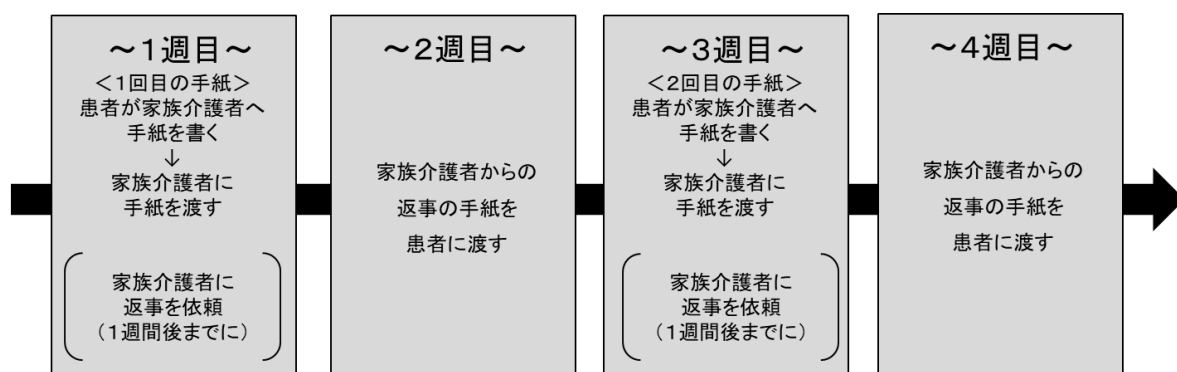
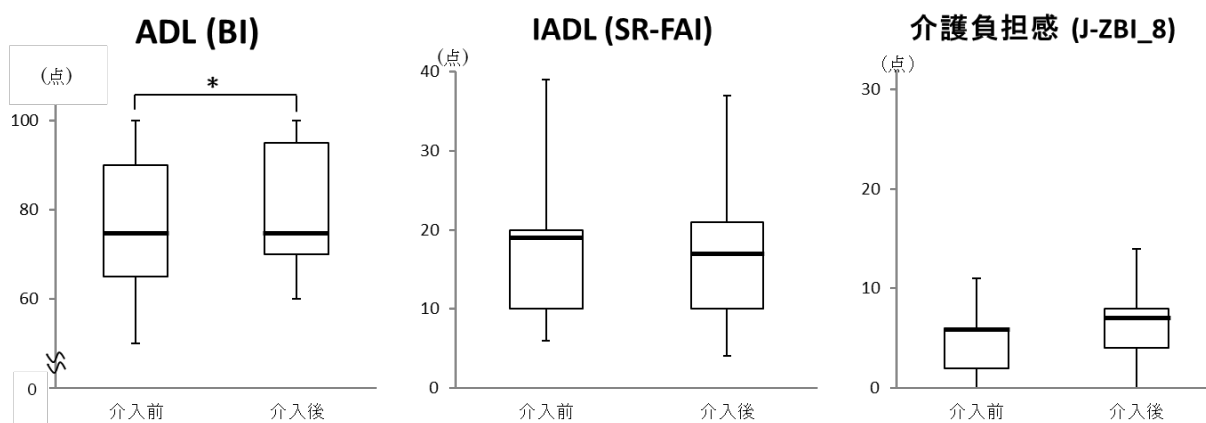


図2. 手紙交換の支援の流れ



BI: Barthel Index, SR-FAI: 日本版 Frenchay Activities Index, J-ZBI_8: Zarit 介護負担尺度日本版 短縮版

* $p < 0.05$ (Wilcoxon符号順位検定) $n=9$

図3. ADL, IADL ならびに介護負担感の介入前後の比較

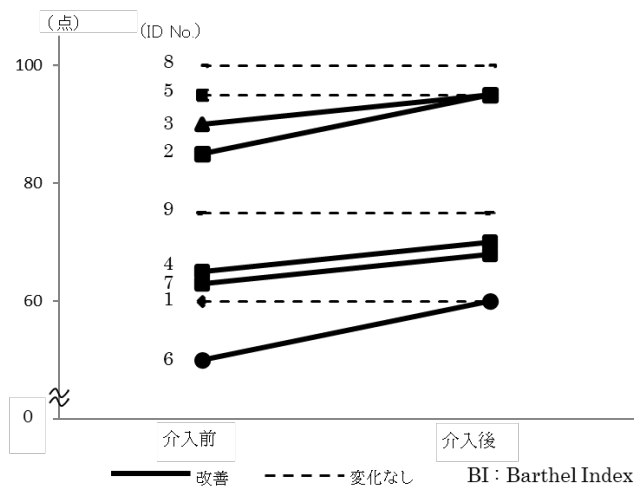


図4. 各患者の介入前後のADL(BI)の変化

表 1．患者および家族介護者の基本属性

ID No.	患 者				家族介護者		
	主診断名	性別	年齢	介護度	続柄	年齢	健康状態
1	神経変性疾患	男	60 代	要介護 3	妻	60 代	良好
2	脳梗塞	男	60 代	要介護 1	妻	50 代	車いす使用
3	脳出血	女	70 代	要支援 2	夫	80 代	良好
4	腰椎圧迫骨折	女	70 代	要支援 2	夫	60 代	難聴、視力障害
5	膠原病	女	60 代	要支援 2	娘	30 代	良好
6	心不全	女	80 代	要介護 4	娘	50 代	良好
7	心不全	男	60 代	要支援 2	妻	60 代	良好
8	膠原病	女	60 代	未申請	夫	50 代	良好
9	脳梗塞	女	80 代	要支援 2	夫	80 代	良好

表 2．評価項目

評価項目	評価尺度	対象者	評価者
A D L	Barthel Index 整容、食事、排便、排尿、トイレ動作、移乗、歩行、階段昇降、着替え、入浴の 1 0 項目 0（全介助）～1 0 0 点（完全自立）	患者	O T または P T (聞き取り)
I A D L	日本版 Frenchay Activities Index 食事の準備、食事の後片付け、洗濯、掃除・整頓、力仕事、買い物、外出、屋外歩行、趣味、交通手段の利用、旅行、庭仕事、家・車の手入れ、読書、仕事の 1 5 項目 0（非活動的）～4 5 点（活動的）	患者	O T または P T (聞き取り)
介護 負担感	Zarit 介護負担尺度 日本版 短縮版 0～3 2 点（介護負担感が高い） 「介護そのものによって生じる負担」「介護者が介護を始めたためにこれまでの生活ができなくなることにより生じる負担」を含む 8 項目	家族介護者	家族介護者