

表1.立位姿勢での整容行為実施中の血圧変動

—もたれの有無による, LLB使用時—

N=16

血圧変動		もたれなし	もたれあり
収縮期	最高値	162.3 ± 38.4	136.5 ± 18.4
	最高値— 開始前立位	41.8 ± 24.5	15.3 ± 10.2
拡張期	最高値	102.3 ± 8.5	99.8 ± 9.5
	最高値— 開始前立位	9.2 ± 9.3	6.0 ± 4.5

\*p < 0.05

図1. 立位姿勢での整容行為実施中の血圧変動

—もたれの有無による差, LLB使用時—

N=16

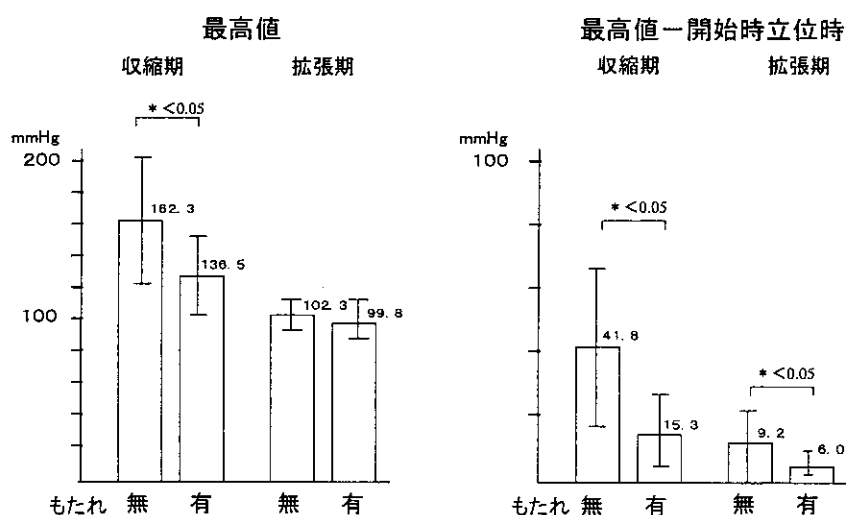


表2.立位姿勢での整容行為実施中の血圧変動

—もたれの有無による差, SLB使用時—

—LLB、SLB使用で「できるADL」独立—

「しているADL」で非自立の 脳卒中後片麻痺 N=16

血圧変動		もたれなし	もたれあり
収縮期	最高値	187.5 ± 26.2	168.4 ± 32.4 *
	最高値— 開始前立位	61.4 ± 38.1	42.3 ± 15.4 *
拡張期	最高値	108.5 ± 19.3	102.3 ± 15.4 *
	最高値— 開始前立位	16.2 ± 9.5	8.4 ± 7.4 *

\*p < 0.05

図2. 立位姿勢での整容行為実施中の血圧変動

—もたれの有無による差, SLB使用時—

N=16

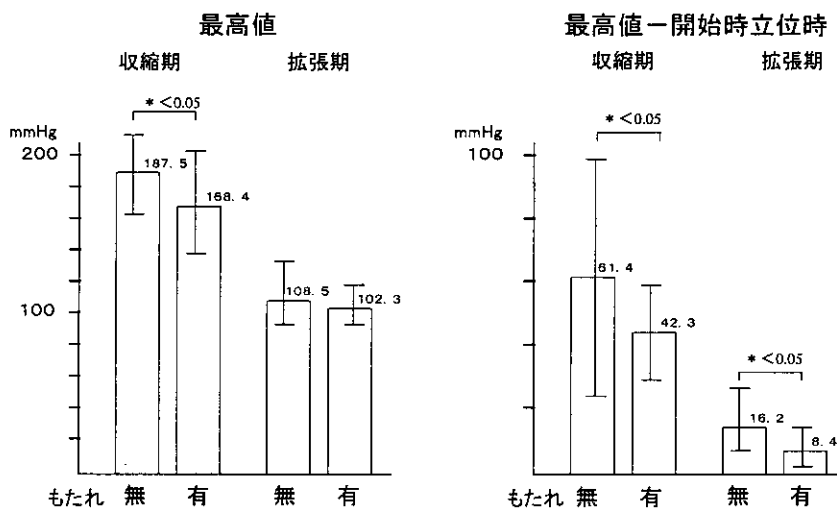


表3. 立位姿勢での整容行為実施中の血圧変動  
 —もたれの部位による差, SLB使用時—

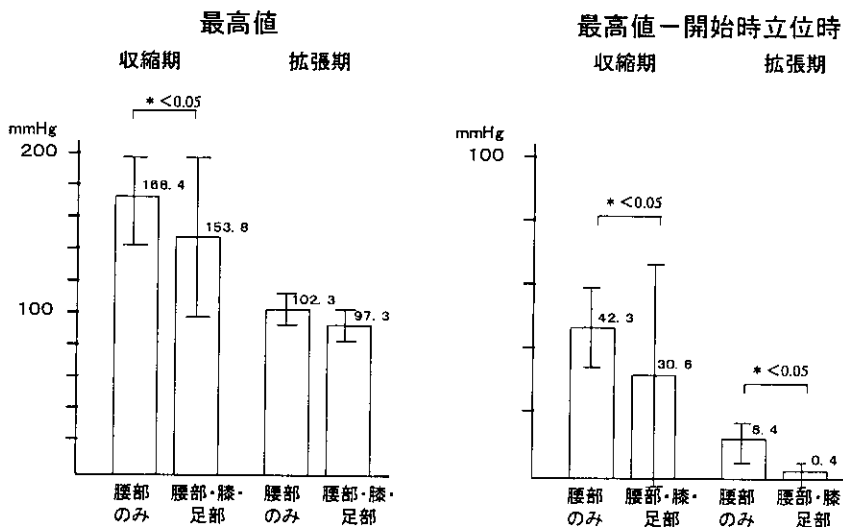
N=16

血圧変動		腰部のみ	腰部、膝、足部
収縮期	最高値	168.4 ± 32.4	153.8 ± 43.8 *
	最高値— 開始前立位	42.3 ± 15.4	30.6 ± 36.4 *
拡張期	最高値	102.3 ± 15.4	97.3 ± 13.5 *
	最高値— 開始前立位	8.4 ± 7.4	0.4 ± 3.8 *

血圧変動最小

図3. 立位姿勢での整容行為実施中の血圧変動  
 —もたれの部位による差, SLB使用時—

N=16



厚生科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）

分担研究報告書

被介護者自身の“自立”向上への主体的参加促進技術  
－障害構造論の実践応用－

分担研究者 石川 誠 近森会 理事  
分担研究者 伊藤 隆夫 医療法人財団新誠会 たいとう診療所  
主任研究者 大川 弥生 国立長寿医療研究センター老人ケア研究部 部長

**研究要旨** 「自立に向けた介護」の“自立”とは自己決定権が行使できている状態であり、その達成のためには、被介護者自身が主体的に自分自身の状態についての生活上の不自由（障害）の視点から理解した上で、介護プログラムの立案とその実行に参加することが不可欠である。

そこで、現状理解と目標設定について患者本人及び家族の主体的参加を目的としている、唯一の公的な様式である「リハビリテーション総合実施計画書」を用い、その使用による被介護者自身の要望の表出の変化について検討した。その結果、希望の表出が全ての障害のレベルの相互関係で整理され、特に能力障害レベルのプラス面に関する表出が顕著に増加し、具体的生活に関する現実的・具体的なものになった。

**研究目的**

本研究班の目指す「自立に向けた介護」の“自立”とは自己決定権が行使できる状態であり、その達成のためには、被介護者自身が主体的に自分自身の介護プログラムの立案とその実行に参加することが不可欠である。

具体的には、まず本人自身が、介護の対象である“障害（生活上の不自由）”について、その障害の全ての側面、すなわち機能障害・impairment（ICIDH-2ではbody function & structure・心身機能・構造）、能力障害・disability（ICIDH-2ではactivity・活動）、社会的不利・handicap（ICIDH-2ではparticipation・参加）の客

観的障害の3階層と主観的障害という4側面について正確に十分に認識し、その上で要望を表出することが必要である。

自己決定権の尊重は医療においても近年重要視されるようになってきているが、特にリハビリテーション医学は生活を重視することをその特色とし、またIL（Independent Living：自立生活）運動からの批判をうけて人生（Life）全般までみるように更に発展しており、患者自身の主体的参加が不可欠である。

このような見地から診療報酬上も、今年度の大幅な改定において新設された回復期リハビリテーション病棟で作成が必須とされている「リハビリテーション総合実施計

画書」は現状評価、目標設定とともに患者・家族への説明とサインが不可欠とされている。また、この計画書の大きな特徴は、前述した障害の全てのレベル、及び第三者の不利まで含めて評価と目標設定をすることである。

そこで、現状理解と目標設定について患者本人及び家族の主体的参加を目的としている、公的な様式としては唯一のものである「リハビリテーション総合実施計画書」を用いて、被介護者自身の要望の表出の変化について検討した。

## 研究方法

### 対象：

リハビリテーションを目的として入院した脳卒中後片麻痺患者84名。

（男40名、女44名；

右片麻痺 34名、左片麻痺 54名、

平均年齢 65.4±15.7才；

発症後期間；平均 70.4±25.1日）

※下記の調査方法への返答に支障があると考えられる知的能力・言語能力障害がある患者は除外した。

### 方法：

1. 患者自身が入院中のアプローチについて希望する内容の聴取

入院時に、患者自分自身の入院中のアプローチに対する要望(demand)を、「リハビリテーション総合実施計画書」を用いての半構造直接的面接法でPT・OTが行った。

入院中のアプローチについての希望を聴取した上で介護についての希望を聴取した。

2. 「リハビリテーション総合実施計画書」による現状説明・目標設定による、希望の変化調査

「リハビリテーション総合実施計画書」を用いて現状説明及び目標設定を行った。要望の変化を検討した。

3. リハビリテーションについての認識調査

また同様に介護とリハビリテーションに関する一般認識についても、入院時と、「リハビリテーション総合実施計画書」による説明後に調査して変化をみた。

### （倫理面への配慮）

「リハビリテーション総合実施計画書」作成は、回復期リハビリテーション病棟入院患者では診療報酬制度上必須とされており、また老人リハビリテーション総合計画評価料のための指定の様式である。その目的のために日常診療上作成した記録を本調査に用いたものである。その際、集計・分析者は対象者氏名、カルテ番号等は明らかにされないままに分析したものである。

## 研究結果・考察

1. 入院時における入院中のアプローチについての要望の表出を、各障害レベル毎に、プラス面の向上とマイナス面の減少の2つにわけて整理したものを図示したのが図1の上図である。

この結果から明らかのように、患者の要望は機能障害レベル83名（98.8%）を占めていた。

また全例マイナス面の減少の希望であった。能力障害、社会的不利にも要求はあったが、これも全てマイナス面の減少であり、マイナス面のみ著しく偏っていた。

各障害レベルの相互の関連性については、ほとんど認識されていなかった。

2. 「リハビリテーション総合実施計画書」による説明で患者自身が障害構造に沿った

問題整理をすることによって、要望の表出は図1下に示すように大きく変化した。

特にマイナス面59名（70.2%）のみでなくプラス面80名（95.2%）について要望の表出ができるようになった。

また、希望の表出が各患者の社会的不利との関係で整理された現実的・具体的なものになった。

3. リハビリテーションについての認識度について要望と同様に障害レベル毎に、プラス面とマイナス面にわけて整理すると、入院時は図2上に示すように、機能障害及び能力障害レベルの一部に偏っていたが、

「リハビリテーション総合実施計画書」による説明によって、図2下に示すように能力障害レベル・社会的不利レベルへの対応というリハビリテーションの本質が認識されるようになった。

#### 4. 介護についての認識

入院時、入院目的がリハビリテーションのため、希望はリハビリテーションと疾患管理についてのみであり、介護についての具体的な希望はなかった。

また更に詳しく介護についての希望は、必要な時ADLを手伝ってもらいたい62名（73.8%）、なるべくお世話になりたくない38名（45.2%）と、介護への要求は能力障害、それも身辺ADLレベルに限定されていた。

### 総括的考察

介護とリハビリテーションは、ともに主な対象は障害であり、また具体的アプローチの技術がADL（activities of daily living、身辺行為）を含む能力障害レベル（ICIDH-2では活動）であることから、表裏一体のものと本研究班では位置付けている。

「リハビリテーション総合実施計画書」

による説明で、個々の生活に則した具体的能力障害レベルへの希望の表出が著しく促進された。

また、能力障害レベルへ対応するというリハビリテーションプログラムの本質を理解することを大きく促進した。これは同じ特徴をもつ介護における被介護者の主体的参加を促す上でも効果的と考える。

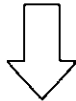
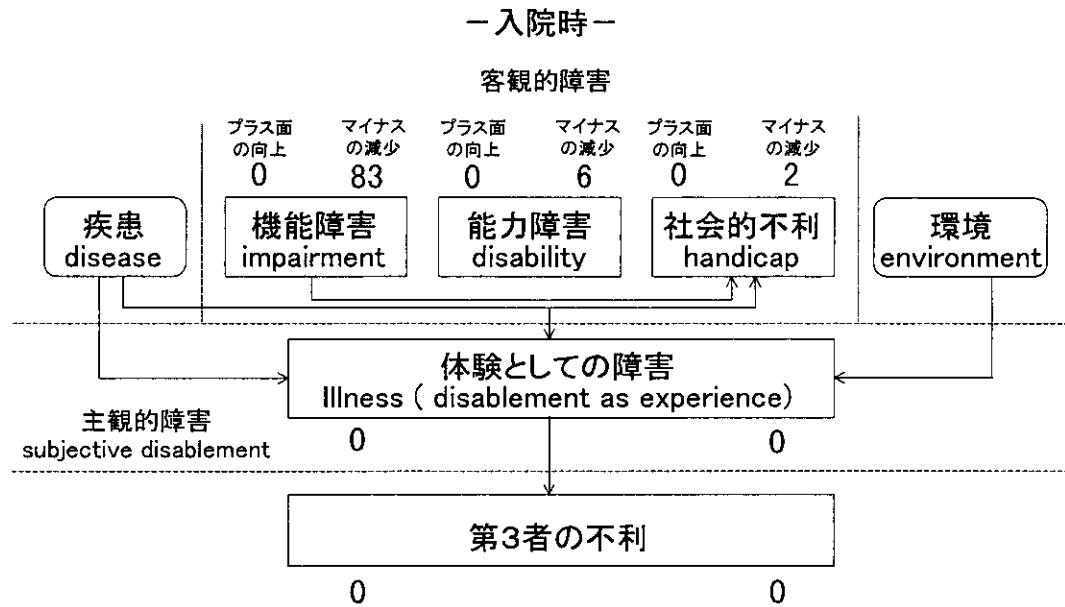
今回の結果をもとに、障害構造に基づいて介護に関する現状と目標設定の具体的手法を開発することの検討をすすめている。

### 結 論

障害構造に基づいて患者自身の状態の理解の促進と目標設定への主体的参加を促すことは、個々の生活に対してアプローチする“介護”においても患者自身の問題把握・目標設定が明確になり、患者と治療者側とのインフォームド・コオペレーションの成立にとって非常に効果的である。それによって、自立に向けた介護の前提となる、被介護者の主体的参加を促すことになると考える。

# 図1. 患者自身の要求の変化

「リハビリテーション総合実施計画書」による現状説明・目標・設定の効果



－「リハビリテーション総合実施計画書」による説明後－

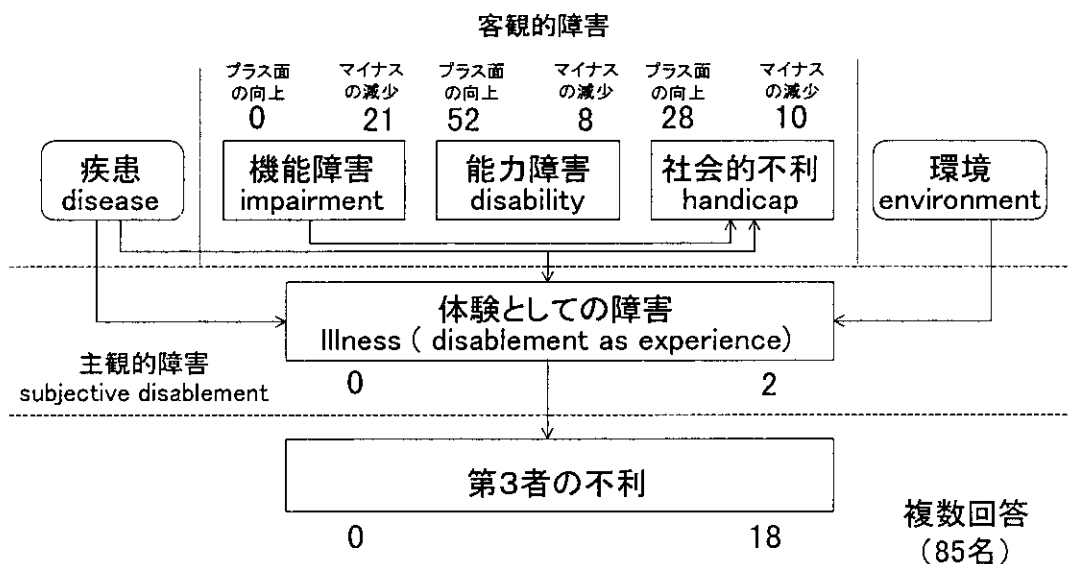
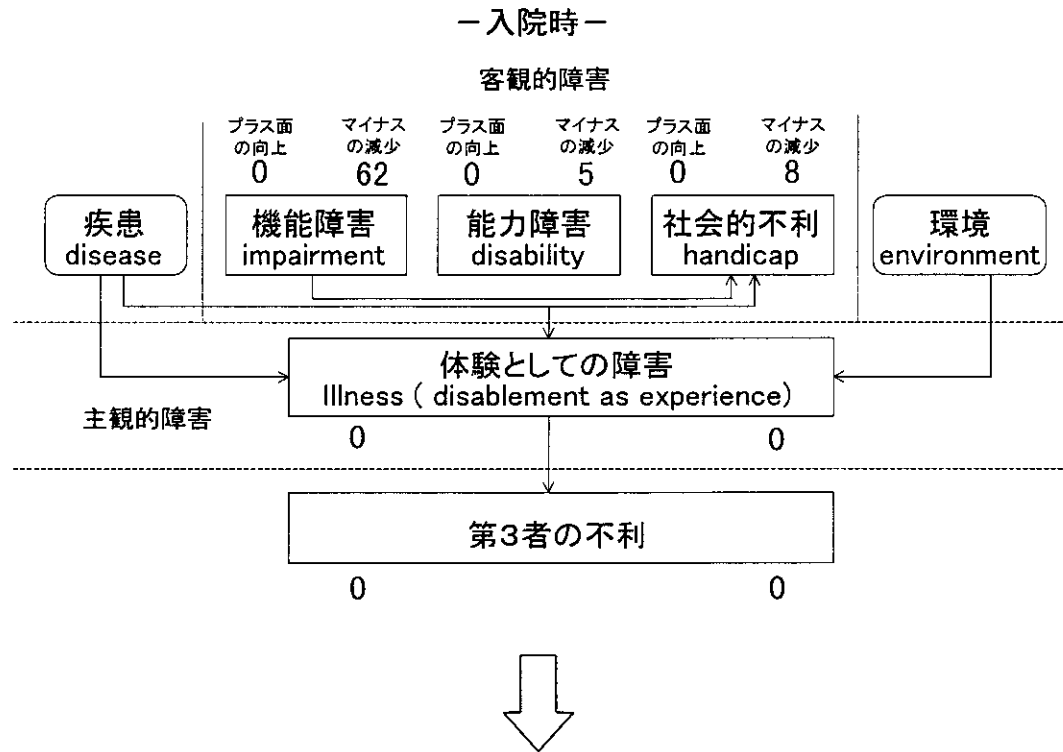
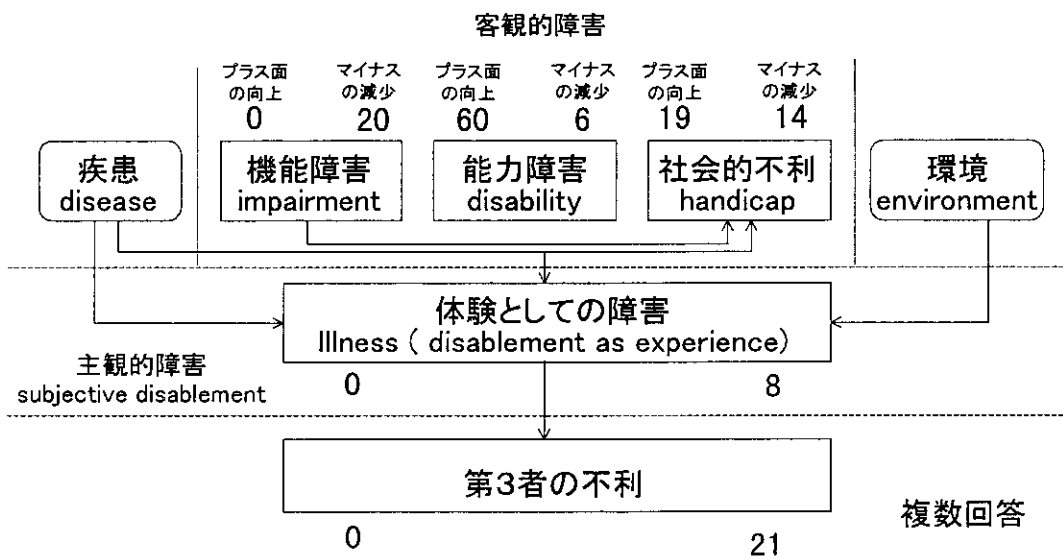


図2. リハビリテーションについての認識度  
 「リハビリテーション総合実施計画書」による現状説明・目標・設定の効果



－「リハビリテーション総合実施計画書」による説明後－





被介護者と介護者との「QOL 低下の悪循環」に関する研究

分担研究者 齊藤 正身 霞ヶ関南病院 院長

主任研究者 大川 弥生 国立長寿医療研究センター老人ケア研究部 部長

**研究要旨** 介護は被介護者本人のみでなく介護者の QOL をよりよい状態とすることも大きな目的である。そのような見地から被介護者と介護者との「QOL 低下の悪循環」の形成について検討した。その結果、介護者の QOL の低下は障害の全てのレベルの要因が影響しており、特に impairment レベルの影響が大きかった。また被介護者の自立度が高くても出現し、また発症後長期を経て顕在化することもあり、加齢による自然現象と考える危険性があるので注意を要する。

介護においては、被介護者本人だけではなく介護者に対しての全ての障害レベルについての対応を介護の一環として重視することが必要である。

**研究目的**

自立にむけた介護として我々の提示している「目標指向的介護」では、介護は生活レベルと一部の生命レベルへの対応だけではなく、図 1 に示すような構造をなす全てのレベルに対して対応すべきと考えている。その際、各レベルの相互関係を十分に整理する必要がある。

更には、直接的に介護をうける本人だけではなく、その家族や介護者の QOL まで含めて、介護プログラムをたてる必要があると考える。

QOL に関して、研究者の一人である大川は、1984 年以來「如何に QOL を向上させるか」の視点から QOL についての一連の実証的及び理論的研究を行ってきた。その中で患者・被介護者本人と家族の QOL が互いに影響し、患者本人の QOL 低下によって配偶者や家族の QOL が低下し、それが更

に本人の QOL に影響するという「QOL 低下の悪循環」を確認した。

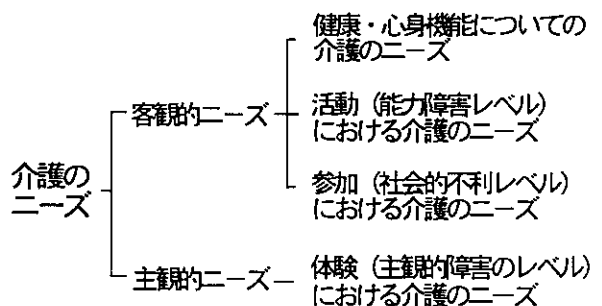
今回はこの視点から、自宅生活を送っている高齢脳卒中患者とその家族の両方の QOL の変化について検討した。

**研究方法**

**対象：**

脳卒中初回発作後片麻痺で、65 歳以上の患者本人とその配偶者のうち、

図1. 介護の構造のニーズ (対象) (大川・上田)



入院リハビリテーション施行後自宅生活4年以上の間に3回以上「包括的QOL評価法」によってQOL評価を施行し、

発症前既往運動機能障害および自宅退院後調査時まで、新たな運動機能障害を生じる疾患の発症のない

1)男性脳卒中患者(発症前有職)とその妻：185組

2)女性脳卒中患者(発症前専業主婦)とその夫：158組

#### 方法：

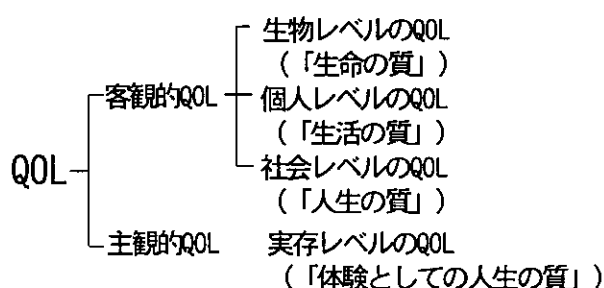
「包括的QOL評価法」にて本人及びその配偶者のQOLを、直接面談にて原則としては自宅訪問をし、不可能・拒否例は外来にて施行した。

「包括的QOL評価法(信頼性、妥当性の検討済み)」はQOLの構造(図2)に基づいてQOLの全てのレベルについて聴取するものであり、発症前・発症後最悪時・現在・将来の4時点についての5点評価である。

その4時点の変化の理由・背景については本人のみでなく、その配偶者のQOLとの相互関係についてQOLの構造(図2)にもとづいて4つのレベルに関して聴取した。

本人もしくは配偶者の一方で、QOLの低下が認められた場合は、他方についてもその因果関係の確認を行い「QOL低下の悪循環」の形成の要因を特に相互関係を明らかにするように検討した。

図2 QOLの構造 (大川・上田)



なお「QOL低下の悪循環」の定義は“退院後QOLの1つ以上のレベルで現在もしくは将来の評点が配偶者で1点以上低下し、それを原因として本人のQOLが1つ以上のレベルで1点以上低下した場合”とした。

#### (倫理面への配慮)

「包括的QOL評価法」はQOL向上のためのリハビリテーションプログラムを作成するために開発したものであり、研究対象とした病院では日常診療上に用いているものである。この日常診療上に用いて得た結果について、集計・分析したものである。

#### 研究結果・考察

1. 「QOL低下の悪循環」が生じた患者夫婦は男性患者夫婦では185組中54組(16.7%)であり、女性患者夫婦では158組中33組(20.9%)であった。

2. 「QOL低下の悪循環」と退院時ADLとの関係

「QOL低下の悪循環」の出現を退院時ADLとの関係で整理したのが表1である。

公共交通機関利用自立者では100組中12組(12.0%)、自宅周辺移動自立者では70組中13組(18.6%)であったことに対し、移動が自宅内歩行のみ自立で入浴以外の日常身辺ADL自立者では54組中20組(37.0%)、身辺ADLが入浴・食事・排泄以外は要介助者では41組中14組(34.0%)、食事・排泄も含めて要介助者では78組中28組(35.9%)と、自宅周辺移動自立者においては悪循環の発生の頻度は、それ以下の自宅内歩行自立以下に比べて低かった。

しかし、公共交通機関の利用が自立していたり、自宅周辺移動が自立しているなど、ADLのレベルが高くても悪循環が出現し

ていることは留意しなければならない。

### 3. 「QOL 低下の悪循環」形成の要因

「QOL 低下の悪循環」形成について配偶者側の要因をまとめたのが表2である。

その結果、男性患者 54 名中妻の impairment レベルの低下が要因となった場合が 34 名 (63.0%)、disability レベル 21 名 (38.9%)、handicap レベル 24 名 (44.4%)、主観的レベル 20 名 (37.0%) であった。

一方女性患者 33 名では impairment レベルが 20 名 (60.6%)、disability レベル 11 名 (33.3%)、handicap レベル 5 名 (15.2%)、主観的レベル 24 名 (72.7%) であった。

impairment レベルが男女ともに最も頻度が多かった。

男女を比較をすると男性患者の妻の場合は、handicap レベルが 44.4% に対し、女性患者では 15.2% と男性患者の方が有意に高かった。また主観的レベルにおいては男性患者では 20 名 (37.0%) に対し、女性患者では 24 名 (72.7%) と女性患者においての主観的低下が大きな要因となっていた。

以上のように QOL 低下の悪循環」形成への影響因子としては、third-party handicap (特に社会活動範囲の制約と経済) のみでなく third-party disability の影響も大きいことが明らかになった。その相互関係を模式的にまとめたのが図3である。患者本人・家族を含めての活動・社会参加の障害レベルへの十分な対応が必要であることが示唆された。

### 4. 「QOL 低下の悪循環」の出現時期

「QOL 低下の悪循環」の出現時期について患者の性別にわけて検討した。

表3に配偶者の妻の QOL がまず低下し、それによって患者自身への変化が出現した時期をみると、本人が男性患者の場合、公

共交通機関自立者では、全例退院 6 ヶ月以降に出現し、2 年以上に 8 組中 6 組と多い傾向が認められた。一方で、身辺 ADL 要介助者では入浴・食事・排泄以外が要介助者では 3 ヶ月以内に 25%、6 ヶ月以内に 25%、計 50% で介護者の QOL 低下が被介護者本人の QOL 低下につながっている。また食事・排泄も含めて要介助者で 3 ヶ月以内が 12.5%、6 ヶ月以内で 16.7%、計 39.2% と、公共交通機関利用者に比して早期に悪循環が出現している。

しかし、自宅周辺移動者、日常身辺 ADL 自立者においても、1 年以内に QOL 低下が認められることも少なくなく、長期間を経てはじめて出現するのではなく、退院後比較的早期に出現することを念頭におかなければならない。

一方、表4に示すように女性患者でみると、男性患者に比べて女性患者の方が、悪循環が出現する時期が遅い傾向が認められた。この差の原因として妻の場合は妻自身が介護者になることが多いが、夫の場合は夫以外が介護者であったり、また夫が介護者の場合は男性患者の場合に比べて十分に体制を整えた上で自宅退院している場合多いことがあった。

一方で移動レベルの自立度が高い患者でも、「QOL 低下の悪循環」は発症後長期を経て顕在化する場合もあり、加齢による自然現象と考えられてしまう危険性もあり、注意を要する。

### 5. 「QOL 低下の悪循環形成」への介護の関与

「QOL 低下の悪循環」の出現は退院後施行されるリハビリテーションやケアの内容によって大きく異なり、QOL 低下阻止の重要性を念頭におく必要がある。

特に悪循環の形成と関連する治療・介護に関する要因として、介護者の障害面についての絶対的考慮不足及び対応があった。例えば、機能障害レベルとして、特に介護行為時に増強する腰痛・膝痛などそれによる能力障害レベルとしての介助行為の障害、また介護のために時間的に拘束されることによる社会的不利レベルの障害、またこれら客観的障害とその将来への不安がもとになっている主観的障害がある。

介護と表裏の関係ともいえるリハビリテーションについて、外来リハビリテーション通院頻度（表5）と内容について検討してみると「QOL低下の悪循環」形成例が外来通院頻度が高いことが判明し、この具体的内容をみると、悪循環形成例では、全例機能障害レベルへの訓練中心として行っている場合であった。

「QOL低下の悪循環」を形成し易い対応側の要因として、機能レベルを中心とした外来・通所リハビリテーションや、リハビリテーションと在宅ケアとの連携が不十分なことがあげられる。

#### 5. 「QOL低下の悪循環」を形成させないプログラム

以上の結果をもとに「QOL低下の悪循環」を形成しないプログラムとしてまとめたものが表6である。

### 結 論

被介護者本人と介護者間の「QOL低下の悪循環」は、障害の全てのレベルの要因が影響しており、特に impairment レベルの影響が大きく、介護プログラム作成上、被介護者だけでなく介護者についての障害面からの対応が必要である。

「QOL低下の悪循環」出現は被介護者の自立度が高くても出現し、また発症後長期

を経て顕在化することもあり、加齢による自然現象と考える危険性があるので注意を要する。

この「QOL低下の悪循環形成」を予防するためには、介護プログラムは、本人だけではなく、介護者の障害の全てのレベルについての対応を、本人への介護と相互作用も考慮して重視することが必要である。

表 1. 退院時ADLと「QOL低下の悪循環」発生の関係

脳卒中片麻痺患者 N=343

ADL \ 患者	男性	女性	計
公共交通機関利用自立	8/60 (13.3%)	4/40 (10.0%)	12/100 (12.0%)
自宅周辺移動 自立	4/28 (14.3%)	9/42 (21.4%)	13/70 (18.6%)
自宅内歩行 日常身辺ADL (入浴以外) 自立	10/24 (41.7%)	10/30 (33.3%)	20/54 (37.0%)
身辺ADL要介助 (食事・排泄以外)	8/19 (42.1%)	6/22 (27.3%)	14/41 (34.1%)
身辺ADL要介助 (含: 食事・排泄)	24/54 (44.4%)	4/24 (16.7%) *<0.05	28/78 (35.9%)
計	54/185 (16.7%)	33/158 (20.9%)	87/343 (25.4%)

表 2. 「QOL低下の悪循環」形成の配偶者側の要因

-QOL構造からの分析-

脳卒中片麻痺患者 N=87

I	D	H	主観	男性患者	女性患者
○				5 (9.3%)	2 (6.0%)
○	○			12 (22.2%)	6 (18.2%)
○	○	○		4 (7.4%)	0 (0.0%)
○	○	○	○	3 (5.6%)	2 (6.1%)
○	○		○	2 (3.6%)	3 (9.1%)
○		○		5 (9.3%)	1 (3.0%)
○			○	3 (5.6%)	6 (18.2%)
		○		8 (14.8%)	0 (0.0%)
		○	○	4 (7.4%)	2 (6.1%)
			○	8 (14.8%)	11 (33.3%)
男性: 34 患者 (63.0%)	21 (38.9%)	24 (44.4%)	20 (37.0%)	54 (100%)	33 (100%)
女性: 20 患者 (60.6%)	11 (33.3%)	5 (15.2%)	24 (72.7%)		

図3 「QOL低下の悪循環」における患者本人と家族の障害の影響  
 - "Third-party Disability and Third-party Handicap" -

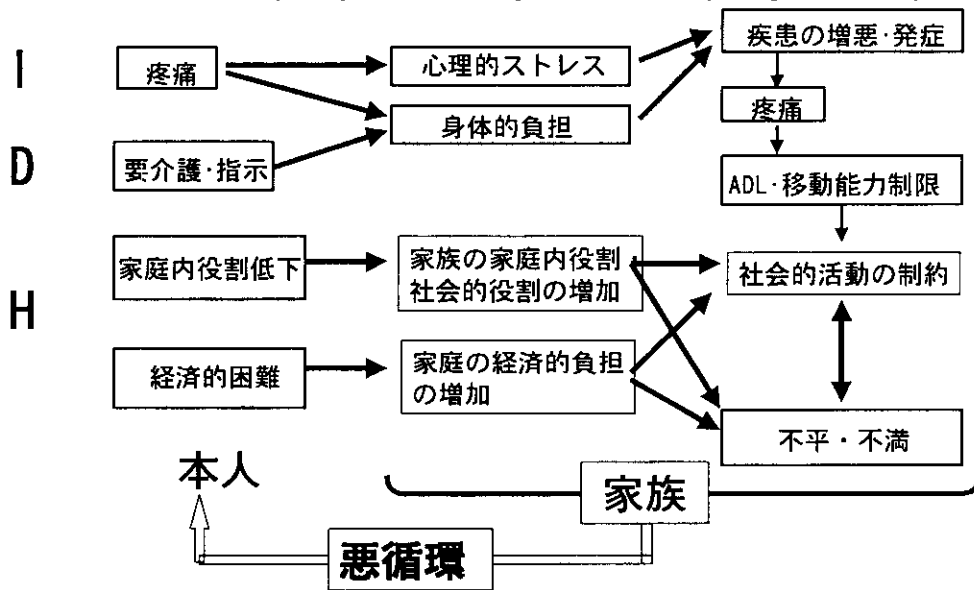


表3. 「QOL低下の悪循環」の作用出現時期  
-配偶者(妻)→男性患者-

脳卒中片麻痺患者 N=54

退院時ADL	～3月	～6月	～1年	～2年	～3年	4年～	計
公共交通機関利用自立			1 (12.5%)	1 (12.5%)	3 (37.5%)	3 (37.5%)	8/60 (100%)
自宅周辺移動 自立		1 (25.0%)		2 (50.0%)		1 (25.0%)	4/28 (100%)
日常身辺ADL 自立		1 (10.0%)	2 (20.0%)	1 (10.0%)	3 (30.0%)	3 (30.0%)	10/24 (100%)
身辺ADL要介助 (食事・排泄以外)	2 (25.0%)	2 (25.0%)	1 (12.5%)		2 (25.0%)	1 (12.5%)	8/19 (100%)
身辺ADL要介助 (含：食事・排泄)	3 (12.5%)	4 (16.7%)	3 (12.5%)	7 (29.2%)	5 (20.1%)	2 (8.3%)	24/54 (100%)
計	5 (9.3%)	8 (14.8%)	8 (14.8%)	10 (18.5%)	13 (24.1%)	10 (18.5%)	54/185 (100%)

表4. 「QOL低下の悪循環」の作用出現時期  
-配偶者(夫)→女性患者-

脳卒中片麻痺患者 N=33

退院時ADL	～3月	～6月	～1年	～2年	～3年	4年～	計
公共交通機関利用自立					1 (100%)		1/40 (100%)
自宅周辺移動 自立			2 (20.0%)	3 (30.0%)	4 (40.0%)	1 (10.0%)	10/42 (100%)
日常身辺ADL 自立			2 (22.2%)	3 (33.3%)	3 (33.3%)	1 (11.1%)	9/30 (100%)
身辺ADL要介助 (食事・排泄以外)		1 (12.5%)	1 (12.5%)	2 (25.0%)	3 (37.5%)	1 (12.5%)	8/22 (100%)
身辺ADL要介助 (含：食事・排 泄)					2 (40.0%)	3 (60.0%)	5/24 (100%)
計		1 (3.0%)	5 (15.2%)	8 (24.2%)	13 (39.4%)	6 (18.2%)	33/158 (100%)

表5. 外来リハ通院頻度  
-「QOL低下の悪循環」形成(退院後1年以内に出現)群と非形成群の比較-

脳卒中片麻痺患者 N=283

退院時ADL	外来リハ		悪循環形成		非形成	
	有(月間回数)	終了	有(月間回数)	終了	有(月間回数)	終了
公共交通機関利用自立	1例	(8.0回) 0	91例	(2.4回±3.8) 0		
自宅周辺移動 自立	3	(10.4±6.8) 0	56	(2.4 ±3.8) 0		
日常身辺ADL 自立	4	(8.4±5.2) 1	35	(2.8 ±4.5) 0		
身辺ADL要介助 (食事・排泄以外)	2	(4.3±7.2) 5	25	(1.4 ±2.4) 0		
身辺ADL要介助 (含: 食事・排泄)	3	(4.9±6.3) 8	49	(0.5 ±2.1) 0		
計	13	14	256	0		

\* 月間回数: QOL低下の悪循環出現前3ヶ月間の平均通院回数

表6. 「QOL低下の悪循環」を形成させないプログラム

- 1) 主目標、副目標の明確化(一生にわたって)  
目標指向的アプローチの施行
- 2) インフォームド・コオパレーションの徹底  
-その際の配偶者・家族参加
- 3) third-party handicap への十分な考慮:  
・配偶者のみでなく、他の家族(特に日中の同居人)についても
- 4) “家族についての診断”の視点が必要
- 5) ADL訓練の徹底-「どこでも行えるADL」にむけて
- 6) ASL訓練の徹底
- 7) 患者の状態にあわせた介助法の変更
- 8) 外来リハの徹底-「外来訓練」(マイナス)ではない

□ 目標の最確認の  
くり返し



厚生科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）  
分担研究報告書

特別養護老人ホーム入所者に対する介入のための包括的評価に関する研究（3）  
—入所者の身体自立度と栄養摂取量は身体計測値と血液生化学所見にどのような影響を与えているか—

名倉英一・国立療養所中部病院 第一内科医長

研究要旨

特別養護老人ホーム入所者の身体自立度と栄養摂取量はどのような影響を与えているかを検討した。対象は大府市特別養護老人ホーム大府寮の入所者 79 名で、介護保険の屋内自立者を非寝たきり者とし、寝たきり者と比較した。非寝たきり者は寝たきり者より、BMI・上腕筋面積（以下 AMA）・albumin などが有意に高値で、筋肉量や体内蛋白が多いことが示され、血清鉄・Hb が有意に高く造血機能が保たれていることが明らかとなった。栄養摂取が良好な非寝たきり者は不良な非寝たきり者より albumin は有意に高いが、BMI・赤血球値・AMA が有意に低値となっており、体内蛋白の維持には有効だが、必ずしも造血能や筋肉量には反映されていなかった。

A. 研究目的

特別養護老人ホームの入所者の身体自立度と栄養摂取量が身体計測値と血液生化学所見にどのような影響を与えているかを検討した。

B. 研究方法

対象は愛知県大府市の特別養護老人ホーム大府寮に入所している 150 名の内、本研究に同意が得られた 79 名で、検討した項目は、介護保険の基準による日常生活の自立度、栄養の摂取量、身体計測{Body Mass Index (BMI)、上腕三頭筋皮下脂肪厚 (TSF) とその成人標準値に対する割合 (%TSF)、上腕周囲長と TSF から算出した AMA}、及び肝腎生化学・末梢血所見 26 項目であった。これらを非寝たきり者（介助を要する屋内自立度 A と介助を要しない屋内自立度 B）と寝たきり状態（生活自立度 C）、及び栄養摂取が良好な I 群（体重あたりの蛋白摂取量が 1.2g/kg 以上）と不良な II 群（同 1.2g/kg 未満）とに分けて検討した。（倫理面への配慮）

当該施設の許可を得て研究の各参加者には書面で目的・方法等を説明し、了解を得た。

C. 研究結果

調査した 79 名の年齢の中央値は男性 78 歳、女性は 83 歳で、このうち男性 12 例を除いた女性 67 名について検討した。検討の結果は以下の通りであった。

1. 非寝たきり（A 24 名、B 20 名）と寝たきり者（23 名）の比較；非寝たきり者は寝たきり者より有意に BMI、TSF、%TSF、AMA、albumin、prealbumin、transferin、cholesterol、血清鉄、赤血球値、Hb が高く、有意に ferritin 値と血糖値が低値であった。

2. 非寝たきり者における I 群（23 名）と II 群（20 名）の比較；I 群は II 群より albumin が有意に高く、BMI、赤血球値と AMA が有意に低値であった。

3. 寝たきり者における I 群（11 名）と II 群（12 名）の比較；検討した項目では両群の間に有意な差を認めなかった。

D. 考案

非寝たきり者は寝たきり者より、筋肉量や体内蛋白が多いことが示され、また、その血清鉄・赤血球値・Hb はいずれも成人の基準値

内であることから造血機能が保たれていることが示された。身体リハビリにより非寝たきり状態を維持できれば身体の諸機能を維持できる効果が期待できると考えられる。

栄養摂取量が良好である場合、非寝たきりに置いては体内蛋白の維持には有効だが、必ずしも造血能や筋肉量には反映されていなかった。

#### E. 結論

高齢者の自立には第一義的には寝たきりではないように身体活動度を保つことが重要でなし

あり、栄養療法も意義を有すると考えられる。

#### F. 研究発表

(1) 名倉英一ほか：高齢者総合診療外来の検討。医療 55 (2) 83-81, 2001

(2) 古本聡子、名倉英一ほか：身体計測を指標とする栄養障害評価の検討－癌患者と非癌患者の比較－。医療の広場 (in press)

#### G. 知的所有権の取得状況

厚生科学研究費補助金（長寿科学研究事業）  
分担研究報告書

自立に向けた介護技術，ケアプログラムの開発に関する研究  
－物的介護手段についての検討：食事のデバイス－  
分担研究者 生田宗博 金沢大学医学部 教授

研究要旨 本年度は重度身体障害者援護施設青山彩光苑に入所中で，食事動作に何らかの介助を要する障害者と昼食を共にし，歓談し時間を共有し，長年のその人なりの方法をあまり変えることなく，現在の方法を楽にするデバイスを提案し，効果を観察した。

A. 研究目的

本年度の研究は，先ず障害者と食事を共に摂り歓談して時間を共有し，その人の食事方法を変えることなく，現在より楽に食事ができ，食べこぼしが減り，なるべく思通りに食事を進めるのに役立つ補助具を考えて提案し，利用を進め，効果を観察した。

B. 研究方法

重度身体障害者援護施設に居住し昨年度の研究対象とした食事は何らかの介助を要した人を対象とした。共に食事を摂り歓談して研究者も時間を共有した。そして，対象とした人の食事の仕方を肯定しつつ食事の困難を軽減する方法を提案した。

（倫理面への配慮）

ビデオを撮る際には口頭で被検者に説明をし，承認を得た。

C. 研究結果

汁を吸う時にストローを用いるが，汁の具が摂り難い脳性麻痺3名，脊髄損傷2名，進行性筋ジストロフィー1名に，径の太いストローを用い3名で改善した。一方2名は吸う力が弱く，1名はくわえずらく通常のストローが良かった。

椀からすくい取る時に中身をこぼす脳性麻痺4名と脳炎後遺症1名に，椀の外側にスポンジの輪をはめる工夫で4名は改善し，1名ではトレイの中で椀が動かし難く不評であった。

トレイの下に滑りを良くする布を敷く工夫をした脳性麻痺4名と進行性脊髄性筋萎縮症1名では，結果は不評で，トレイ全体より食器1つ1つを動かせることが望と判った。

D. 考察

昨年度の研究で食事動作は個々に異なり各人ごとの工夫が重要との結論を得た。今年度はまず各障害者と食事を共に摂り，その人の食事方法は強い意志で，長年の成功や失敗，などを乗り越えて修得されて来たこととして肯定した。そのうえで現在の方法をより楽にする工夫を提案することが基本と考えた。食事を共にする中で，困難の収束度の高い汁を吸う動作，汁椀の中身をスプーンですくう動作，そしてスプーンですくう物を皿，椀，茶碗と選択するためのリーチ動作で，解決の工夫を試みることにした。ある程度の解決に至った場合と解決の糸口をつかんだ場合とがあったが，解決への一歩を進めることが出来た。

E. 結論

やみくもに動作を改善せずに，用具を工夫することで動作改善の糸口をつかめ，共に食事を摂ることで工夫が受け入れられ易くなった。

F. 研究発表

1. 論文発表  
なし
2. 学会発表

食事動作向上のための節食用自助具を活用したアプローチ：第7回QOL・ADL研究会（札幌）

G. 知的所有権の取得状況

なし

20000198

以降のページは図書となりますので下記の  
「資料」(図書)をご参照ください。

「資料」

**目標指向的介護の理論と実際 本当のリハビリテーションとともに築く介護**

大川 弥生

東京： 中央法規出版； 2000.5