

厚生労働科学研究費補助金
長寿科学総合研究事業

在宅高齢者に対する訪問リハビリテーションの
プログラムとシステムに関する研究

平成 15 年度 総括研究報告書

主任研究者：大川 弥生
(国立長寿医療センター 研究所 生活機能賦活研究部)

平成 16 (2004) 年 3 月

目 次

I. 総括研究報告書

在宅高齢者に対する訪問リハビリテーションのプログラムとシステムに関する研究

II. 分担研究報告書

1. 介護保険サービス利用者における要介護度変化
2. 訪問リハビリテーション利用者の状況
－要介護度別利用状況と他サービス利用との比較－
3. 訪問リハビリテーションの効果に関する検討
－訪問リハビリテーションの要介護度変化に及ぼす影響および訪問介護との比較－
4. 訪問リハビリテーションの具体的技術に関する検討
－屋内歩行における伝い歩き・もたれ歩きの重要性－
5. 福祉用具貸与の要介護度変化に及ぼす影響
－車いす・特殊寝台貸与の要支援・要介護1・2の利用者に与える影響について－
6. 要介護認定者の生活機能の実態に関する研究
－WHO・ICFの生活機能モデルに則した分析－
7. 在宅非要介護認定者（障害関係手帳類不所持者）の生活機能の実態（1）
－「活動」「参加」について－
8. 在宅非要介護認定者（障害関係手帳類不所持者）の生活機能の実態（2）
－「心身機能」について－

I. 総括研究報告書

在宅高齢者に対する訪問リハビリテーションのプログラムとシステムに関する研究

主任研究者 大川 弥生 国立長寿医療センター 研究所 部長

研究要旨 在宅高齢者に対する訪問リハビリテーションのプログラム・システムの確立を目的として、それを種々の異なった角度から検討するために以下の一連の研究を行った。特に今後ますます重要となる介護予防との関連を重視した。1. 介護保険サービス利用者における要介護度変化、2. 訪問リハビリテーション利用者の状況－要介護度別利用状況と他サービス利用との比較－、3. 訪問リハビリテーションの効果に関する検討－訪問リハビリテーションの要介護度変化に及ぼす影響および訪問介護との比較－、4. 訪問リハビリテーションの具体的技術に関する検討－屋内歩行における伝い歩き・もたれ歩きの重要性－、5. 福祉用具貸与の要介護度変化に及ぼす影響－車いす・特殊寝台貸与の要支援・要介護1・2の利用者に与える影響について－、6. 要介護認定者の生活機能の実態に関する研究－WHO・ICFの生活機能モデルに則した分析－、7. 在宅非要介護認定者（障害関係手帳類不所持者）の生活機能の実態（1）－「活動」「参加」について－、8. 在宅非要介護認定者（障害関係手帳類不所持者）の生活機能の実態（2）－「心身機能」について－

その結果、1. 要介護認定者、特に介護保険サービス利用者においては僅か1年間で約2割が悪化し、改善は5.5%にとどまること、また非該当者、要支援者における悪化が著しいことが確認された。

2. 訪問リハビリテーションの利用率は他サービスと比べて非常に低く、また重度者に偏っており、本来大きな可能性をもつものである訪問リハビリテーションが、きわめて消極的な意味でしか行なわれてない現状が確認された。

3. 訪問リハビリテーションの利用の有無は要介護度変化に対し、プラスの方向にもマイナスの方向にも影響を与えていなかった。比較のために同様の検討を行った訪問介護利用者についても同様の結果であった。これは現在の訪問リハビリテーションに大きな問題点があることを示すものである。

4. 「伝い歩き」が自宅生活だけでなく外出・訪問時の屋内歩行にも有効に活用さ

れている重要な歩行様式であることが確認された。介護保険サービスの利用、特に手すりの設置、車いす・杖の貸与の影響を利用者と非利用者の2群に分けて比較した結果では、残念なことに現行の介護保険サービスは利用者の歩行の自立性を著しく低める、マイナスの影響を強くもっていることが判明した。

5. 車いす貸与は僅か1年間に要介護1と2において要介護度を悪化させること、また特殊寝台貸与は要支援、要介護1・2の全てにおいて要介護度を悪化させることが確認された。これは本来前提として行うべき歩行・立ち上がりなどの活動向上訓練がなされないままに誤った形で福祉用具の使用が行われたためと考えられる。

6. 訪問リハビリテーションの重要な対象である要介護認定者において次のことが明らかとなった。①起居・移動行為においても、身の回り行為においても、「普遍的自立」（日常的に遭遇するどのような環境下でも自立して行っている）と「限定的自立」（自宅、その周辺、病院・施設などの限られた環境での自立）とを区別することが重要であり、それによって要介護度や在宅・入所の差と関連した自立度の差が明瞭となること。②同一要介護度の在宅者と入所者の間の自立度の差（入所者で低い）、また「特殊浴槽での介助入浴」や「オムツ使用」が同一要介護度でも入所者において高いこと等、「環境因子」（物的環境だけでなく、人的環境、制度的環境を含む）の影響が大きいこと。③「参加」の具体像としての「活動」および「参加」において在宅・入所間の差が大きく、社会的・文化的習慣、また物的・人的環境などの「環境因子」がこれらに大きく影響していたが、一方ではこれらの因子の影響を必ずしも受けない「相対的独立性」を示す例もかなりの頻度にみられたこと。

7. 普通「健康で自立している」と考えられがちな一般の高齢者においても、意外に多くのものが「活動」「参加の具体像としての活動」「参加」に問題を有しており、予防的な意味を含めての訪問リハビリテーションを既に必要としているか、今後必要とする可能性をもつと考えられるものが少なくないことが確認された。

8. 同じく「心身機能」の面からみても、普通「健康で自立している」と考えられがちな一般の高齢者においても意外に多くのものが問題を有しており、予防的な意味を含めての訪問リハビリテーションを既に必要としているか、今後必要とする可能性をもつと考えられた。

以上から、①現状の介護保険サービスは、法に規定された「要介護状態の軽減もしくは悪化の防止又は要介護状態となることの予防」という目的を十分には達成しえていない、②現状での訪問リハビリテーションは要介護状態の改善はもとより「維持」にも十分には役立っていない、③「伝い歩き」を含む歩行様式で屋内歩行が自立していた高齢者では介護保険サービスの利用が明らかに歩行自立度

を悪化させていた、④車いす、特殊寝台貸与は要介護度の悪化を促進していた、等の現在のサービスの問題点が明らかになり、大きな改革の必要性が確認された。他方では効果的な訪問リハビリテーションの技術や対象の拡大の必要性についての重要な示唆が得られた。

分担研究者

- ・西島 英利（日本医師会、常任理事）
- ・中村 茂美（日本作業療法士協会、常任理事）
- ・上田 敏（日本障害者リハビリテーション協会、顧問）

A. 研究目的

本研究班の研究の大目的は在宅高齢者に対する訪問リハビリテーションのプログラムとシステムの構築であるが、それを種々の角度から検討するために、次の8個の個別的・具体的な目的を持つ研究を行った。

1. 介護保険サービス利用者における要介護度変化

介護保険法第2条は介護保険給付の目的は「要介護状態の軽減もしくは悪化の防止又は要介護状態となることの予防」であるとしており、これは「介護予防が目的」ということにほかならない。また同条は、介護保険給付の内容及び水準は「可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮されなければならない」としている。しかし、現実の介護保険サービスが果して十分にこの理念にそって運用されているかどうか、また「要介護状態の軽減もしくは悪化の防止」という目的がどの程度達成さ

れているかについては疑念がないではない。その点を実証的に検討するために、大都市近郊の介護保険広域連合組合を対象として、介護保険サービス利用者における要介護度変化を調査した。

2. 訪問リハビリテーション利用者の状況 —要介護度別利用状況と他サービス利用との比較—

訪問リハビリテーションの利用の現状を把握するために、大都市近郊の介護保険広域連合組合を対象として、訪問リハビリテーション利用者の、要介護度別の訪問リハビリテーション利用状況を検討し、介護保険サービス利用者全体の中での、その他の介護保険サービス利用状況と比較した。

3. 訪問リハビリテーションの効果に関する検討

—訪問リハビリテーションの要介護度変化に及ぼす影響および訪問介護との比較—

訪問リハビリテーションの効果を確認するために、前項と同じ大都市近郊の介護保険広域連合組合を対象として、訪問リハビリテーションが1年間の要介護度変化に及ぼす影響を検討し、あわせてそれを「訪問」という点で共通性をもつ訪問介護の影響と比較した。

4. 訪問リハビリテーションの具体的技術に関する検討

－屋内歩行における伝い歩き・もたれ歩きの重要性－

実生活の場での「活動」向上をはかる訪問リハビリテーションの基本的技術である「活動向上訓練」の具体的内容の一つとして、我々はこれまで屋内移動における「伝い歩き・もたれ歩き」を重視し、そのような訓練・指導を入院リハビリテーション中から退院後のフォローアップ指導を含めて系統的に行ってきた。

今回そのような訓練・指導を受けて自宅内移動が「伝い歩き・もたれ歩き」で自立した人の長期的な経過を調査した。また併せて介護保険開始によるケアマネジメントで手すり設置、車いすの導入、杖使用などが行われた場合に、それが屋内歩行自立度に与える影響について検討した。

5. 福祉用具貸与の要介護度変化に及ぼす影響

－車いす・特殊寝台貸与の要支援・要介護1・2の利用者に与える影響について－

本来福祉用具は、訪問リハビリテーションを含むリハビリテーション全体における最も基本的かつ効果的な技術である活動向上訓練の重要な手段である。しかし介護保険サービスの実際の提供状況においては、リハビリテーションと福祉用具が全く別個のものと考えられていることが多い。そのため福祉用具貸与とそれと関連の深い住宅改修の内容も不適切なものになりがちであり、またリハビリテーション自体の効果も

十分なものとはなっていない。

不適切な福祉用具提供の例としては、要支援、要介護1・2の利用者への車いすの貸与の急増がある。これは、歩行が不自由・不安定になれば画一的に車いすを用いる「車いす偏重」の傾向の一つのあらわれと考えられる。

この点を実証的に検討するために、大都市近郊の介護保険広域連合組合を対象として、介護保険サービス利用者3,520名の1年間の要介護度変化を検討した中から要支援・要介護1・2の者を選んで車いす貸与の有無による影響を検討した。併せて同様に問題となっている特殊寝台の影響をも検討した。

6. 要介護認定者の生活機能の実態に関する研究

－WHO・ICFの生活機能モデルに則した分析－

訪問リハビリテーション・プログラムの質的向上と効果的なシステムモデル構築のために、訪問リハビリテーションの対象のうち大きな比率を占める要介護認定高齢者の生活機能の状況をICF（WHO国際生活機能分類）の生活機能モデルにもとづいて調査・分析することを目的とした。

7. 在宅非要介護認定者（障害関係手帳類不所持者）の生活機能の実態に関する研究（1）

－「活動」「参加」について－

訪問リハビリテーションの対象となる可能性が十分ありながら、これまで研究が不十分であった、身体障害者手帳等の障害関

連の手帳類を有せず、要介護認定を受けていない高齢者、すなわち通常は「健康」であり、「自立」している（疾患をもち、生活機能の低下をもちない）と考えられがちな一般の高齢者の生活機能の状況を ICF にもとづいて調査し、それにより潜在的な訪問リハビリテーションの必要性を推定し、効果的な訪問リハビリテーション・システムの構築のための基礎資料を得ることを目的とした。本報告ではそのうち、「活動」「参加」の状況について述べる。

8. 在宅非要介護認定者（障害関係手帳類不所持者）の生活機能の実態に関する研究（2）

－「心身機能」について－

前項同様の目的で身体障害者手帳等の障害関連の手帳類を有せず、要介護認定を受けていない高齢者の生活機能の調査を行い、「心身機能」の状態から訪問リハビリテーションの必要性の推定を試みた。

B. 研究方法

1. 介護保険サービス利用者における要介護度変化

大都市近郊の総人口 31,065 名の介護保険広域連合組合で、組合保管の認定ファイルと給付実績データを使用して 2 段階の調査をおこなった。

1) 初回認定と第 2 回認定の変化：

認定審査を初めて受けた時の要介護度と第 2 回目の認定における要介護度とを比較した（初回もしくは 2 回目に非該当と判定された者も含んでいる）。対象は 2003 年 7 月時点までに当該組合で介護保険の認定調

査を最低 2 回うけた者全員 6,693 名。

2) 1 年間の要介護度の変化：

2002 年 3 月時点の要介護度と 2003 年 3 月の要介護度を比較した。対象は 2002 年 3 月時点における要介護認定者数 5,210 名の中で、介護保険サービスを利用している者 3,520 名。

2. 訪問リハビリテーション利用者の状況 －要介護度別利用状況と他サービス利用との比較－

大都市近郊の総人口 31,065 名、65 歳以上要介護認定者数 5,210 名の介護保険広域連合組合で介護保険サービスを利用している者 3,520 名を対象とし、その中で 2002 年 3 月時点において訪問リハビリテーション（広義、訪問看護の中で理学療法士・作業療法士が行なったものを含む）の利用者 95 名と他の介護保険サービス利用者とを比較した。方法としては、当該介護保険広域連合組合の保管する認定ファイル、給付ファイルを使用した。

3. 訪問リハビリテーションの効果に関する検討

－訪問リハビリテーションの要介護度変化に及ぼす影響および訪問介護との比較－

前項と同じ大都市近郊の介護保険広域連合組合で介護保険サービスを利用している者 3,520 名を対象とし、その中で 2002 年 3 月時点において訪問リハビリテーション（広義）の利用者 95 名を対象とし、また比較するため訪問介護利用者においても、要介護度の変化をみた。

4. 訪問リハビリテーションの具体的技術に関する検討

－屋内歩行における伝い歩き・もたれ歩きの重要性－

目標指向的アプローチにもとづいた、活動向上訓練を重視したプログラムを入院リハビリテーションで実施した患者で、退院後の自宅内移動方法として手放し歩行と、少なくとも1ヶ所は伝い歩きもしくはもたれ歩きを並用する状態にあり、それを行う場所（自宅内の）を明確にし、その実際的な方法を指導された上で自宅退院し、退院2週後の時点でその方法を実行していることを確認し、3年以上経過した145名を対象とした。原疾患の内訳は脳卒中後片麻痺71名、脳卒中後両側性片麻痺・失調症等48名、廃用症候群26名であった。退院後調査時までの在宅生活期間は 7.8 ± 3.9 年であった。

方法としては自宅退院後の自宅内歩行を退院2週後、最高水準達成時そして現状について訪問して調査した。但し、遠隔地及び訪問に同意しなかった25名については電話による聞き取り調査を行った。

5. 福祉用具貸与の要介護度変化に及ぼす影響

－車いす・特殊寝台貸与の要支援・要介護1・2の利用者に与える影響について－

大都市近郊の総人口31,065名、65歳以上要介護認定者数5,210名の介護保険広域連合組合で介護保険サービスを利用している者3,520名の中で要支援217名、要介護1:824名、要介護2:741名、計1,782名を対

象とした。方法としては当該介護保険広域連合組合の保管する認定ファイル、給付ファイルを使用した。

6. 要介護認定者の生活機能の実態に関する研究

－WHO・ICFの生活機能モデルに則した分析－

M市（総人口52,742名）在住の全要介護認定者（在宅および入所）719名のうち718名から回答を得た。（回収率99.9%）

うち在宅者545名（男性172名、女性373名）、入所者173名（男性41名、女性132名）であった。

要介護度別にみると、在宅者には比較的軽度者が多く、「要支援」と「要介護1」を合計したものが全体の43.7%、これに「要介護2」まで加えると63.7%に達した。逆に入所者には重度のものが多く、「要介護3」以上のものが全体の83.3%を占めていた。

ICFの生活機能モデルに立った調査用紙を用いた半構造的面接を、在宅者については自宅（もしくは一部は通所中の施設）、入所者については施設（一部は帰宅中の自宅）を訪問して調査した。

7. 在宅非要介護認定者（障害関係手帳類不所持者）の生活機能の実態に関する研究（1）

－「活動」「参加」について－

大都市近郊の地方都市（総人口52,742名）在住の高齢者で、身体障害者手帳、療育手帳、（精神障害者）保健福祉手帳のいずれをも有せず、また介護保険による要介護認定を受けていない、「健康」で「自立」し

ていると考えられる者の中で、調査時に入院していなかった4532名を対象として、ICF分類に立った調査用紙を用いた半構造的面接として自宅を民生委員が訪問して調査した。このうち回答を4288名から得た（回収率94.6%）。

うち、男性2033名、女性2255名、前期高齢者（65～74歳）2664名（うち男性1351名、女性1313名）、後期高齢者（75歳以上）1624名（うち男性682名、女性942名）であった。そのうち「活動」「参加」についての分析結果について述べる。

8. 在宅非要介護認定者（障害関係手帳類不所持者）の生活機能の実態に関する研究（2）

－「心身機能」について－

対象者は前項と同じ4532名中4288名であった。ここでは「心身機能」についての分析結果について述べる。

C. 結果と考察

1. 介護保険サービス利用者における要介護度変化

要介護認定者全員（6,693名）についての初回認定と第2回認定との間の変化と、介護保険サービス利用者（3,520名）についての1年間の変化との2種類の検討を行ったが、この両者の間には共通する面とともに若干異なる点もみうけられた。

共通する点は悪化者の率であり、要介護認定者では23.0%、介護保険サービス利用者では20.3%とかなり近い数字であった。

異なる点についていえば、最も大きく異なるのは改善者の率であり、要介護認定者

全員では12.2%であるのに対し、介護保険サービス利用者では5.5%と半数以下であった。また死亡者は逆に後者で多く、要介護認定者では6.8%であったのに対し、介護保険サービス利用者では11.6%と2倍近かった。その他（転出・取り下げ・不明）は前者で多く（4.5%）、後者（1.1%）の約4倍であった。これらを差し引いた結果、不変は前者で53.3%、後者で61.4%と後者でやや多かった。

これは介護保険サービスが現状では要介護度の悪化を防ぎえていないことを示すものであり、それを今後生活機能向上に効果的なものにしていく必要、特に介護予防の重要性を示すものである。

2. 訪問リハビリテーション利用者の状況 －要介護度別利用状況と他サービス利用との比較－

現状では、居宅サービスに属する主要介護保険サービスの利用の中で頻度が高いのは「通所介護」－「訪問介護」－「通所リハビリテーション」－「短期入所療養介護」－「訪問リハビリテーション」の順であり、訪問リハビリテーションは最も少ない。また要介護度別にみると利用のピークは、ほぼ「訪問介護」－「通所介護」－「通所リハビリテーション」－「短期入所療養介護」の順であり、最後（重度な要介護度）に「訪問リハビリテーション」がくる。

このことは本来大きな可能性をもつものである訪問リハビリテーションが、実はきわめて消極的な意味でしか行なわれていない現状を示すものと考えられる。

3. 訪問リハビリテーションの効果に関する検討

－訪問リハビリテーションの要介護度変化に及ぼす影響および訪問介護との比較－

訪問リハビリテーション利用者 95 名全体として、また各要介護度別に検討したが、1 年間の要介護度の変化（改善又は悪化）に対し、訪問リハビリテーション利用の有無はプラス方向にもマイナス方向にも影響をもたず、リハビリテーションに本来期待される要介護度改善の効果がないだけでなく、現状で期待されがちな「維持」（要介護度悪化の減少）の効果すらないことが確認された。訪問介護も同様に影響をもたないことが明らかになった。

これは現在の訪問リハビリテーションに大きな問題点があることを示すものであり、改革の必要性とその方向について大きな示唆を与えるものである。

4. 訪問リハビリテーションの具体的技術に関する検討

－屋内歩行における伝い歩き・もたれ歩きの重要性－

1) 対象者は全員退院時およびその後 2 週間の時点では「伝い歩き」の状態にあったが、その後の自宅生活の中での習熟などによって、3 分の 1 以上 (36.6%) は「手放し」の状態にまで改善していた。

2) しかし自宅内歩行の自立度・歩行様式と外出時（知人・親戚宅訪問等）の屋内歩行におけるそれとの間には著しい差があった。すなわち、全 145 名の対象者のうち、自宅では「手放し」（全く伝い歩きをせず、すべ

て手放し歩行のみの者）が 36.6%、「伝い歩き」（少なくとも 1 ヶ所以上伝い歩きをしている者）が 63.4%で、合計して全員が「一応の自立」（介護を要せずに歩行している）状態にあった。しかし、外出時には「手放し」は 9.0%に激減し、「伝い歩き」は逆に 82.2%に増えて、「一応の自立」者は 91.8%と、自宅内の 100%よりは僅かながら減少した。そして 2.8%が「介護歩行」となった。

3) 介護保険サービスを受けた群で自宅内歩行が著しく低下し、更に外出時の屋内歩行はそれ以上に低下し、多数の非実施（屋内歩行を伴う外出自体をやめた）者を生んだ。すなわち介護保険サービス利用者では自宅内歩行の「一応の自立者」が 100%から 46%へと半分以下になり、外出時屋内歩行ではそれが 91%から 28%に激減し、半数近く (46.0%) が他家での屋内歩行を必要とするような外出を行わなくなっていたのである。

これに対し、介護保険サービス非利用者では「一応の自立者」は自宅内歩行では最高時からの低下者は 1 人もいなかった。また外出時屋内歩行でも「伝い歩き」が 1 人減り (83.3%から 77.8%へ)、その分「介護歩行」が 1 人 (2.5%) 増えただけであり、ほとんど無視できる範囲の変化であった。

以上から、残念なことに現行の介護保険サービス、特に手すりの設置、車いす・杖の貸与は利用者の歩行の自立性を著しく低める、マイナスの影響を強くもっていることが判明した。

5. 福祉用具貸与の要介護度変化に及ぼす影響

－車いす・特殊寝台貸与の要支援・要

介護1・2の利用者に与える影響について

1) 車いす貸与は、要介護2のものにおいては有意に要介護度を悪化させる方向に働いていた。要介護1においても要介護度を悪化させる傾向がみられた。

2) 特殊寝台の貸与は、要支援・要介護1・2のすべてにおいて有意に要介護度を悪化させており、要介護1・2の中では高度に有意であった。

以上の事実は本来福祉用具貸与の前提として行うべき歩行・立ち上がりなどについての活動向上訓練がなされないままに誤った形で福祉用具の使用が行われたためと考えられる。すなわちあるべき訪問リハビリテーションの欠如がこのような事態を招いているのであり、今後正しいかたちの訪問リハビリテーションを普及することの重要性を示すものである。

6. 要介護認定者の生活機能の実態に関する研究

－WHO・ICFの生活機能モデルに則した分析－

「活動」についてみると、外出状況、自宅内歩行・移動、床からの立ち上がりなどの起居・移動行為においても、また食事、更衣、整容、入浴、排泄などの身の回りの生活行為においても単なる「自立」一般でなく、「普遍的自立」（日常的に遭遇するような環境下でも自立して行っている）と「限定的自立」（自宅、その周辺、病院・施設などの限られた環境での自立）とを区別することが重要であることが判明した。

それらを区別することによって要介護度

などのサブグループ間の自立度の差が明瞭となった。逆に単なる「自立」として「普遍的自立」と「限定的自立」を一括してとらえた場合にはこのようなサブグループ内の差は不明瞭となった。

なお外出頻度については「週4回以上」という、高齢者にとってはやや厳しいともいえる基準を設けることで3群間また群内の各サブグループ間の差が著明となり、これと「週2-3回」とを一括して「週2回以上」とすればそのような差が不鮮明になることが確認された。

同一要介護度であっても在宅者と入所者の間には自立度に差があり、入所者で低かった。また、「特殊浴槽での介助入浴」や「オムツ使用」が同一要介護度でも入所者において高かった。これらは「環境因子」の影響の大きさを示している。

「家庭生活」「仕事」「趣味」の3点の、「参加」の具体像としての「活動」の状況を要介護度との関連でみると、在宅・入所間の差が大きく、入所者で低かった。

「家庭生活上の役割」「家庭経済上の役割」「地域社会生活・市民活動」の3点の「参加」についても在宅・入所間の差が大きく、入所者で低いことが判明した。しかし一方ではこれらの因子の影響を必ずしも受けない「相対的独立性」を示す例もかなりの頻度にみられた。一方「地域社会生活・市民活動」については全体に極めて低かった。

7. 在宅非要介護認定者（障害関係手帳類不所持者）の生活機能の実態に関する研究（1）

－「活動」「参加」について－

ふつう「健康」で「自立」していると思われがちな一般の高齢者でも「活動」「参加」の具体像としての活動」また「参加」に問題をもっている人が決して少なくないこと、それが特に後期高齢者に多いことがわかった。

特に「活動」において、「普遍的自立」と「環境限定型自立」を分けてみることにより、一見「自立」しているようにみえても「普遍的自立」に達しえず「環境限定型自立」にとどまる者が少なくないことが確認された。

これは予防的な意味を含めての訪問リハビリテーションを既に必要としているか、今後必要とする可能性をもつ者がこのような群にも多数存在していることを示すと考えられる。

8. 在宅非要介護認定者（障害関係手帳類不所持者）の生活機能の実態に関する研究（2）

－「心身機能」について－

在宅非要介護認定高齢者（障害関係手帳類不所持者）の「生活機能」の現状をみると、ふつう「健康」で「自立」していると思われがちな一般の高齢者でも「心身機能」に問題をもっている人が少なくないこと、それが特に後期高齢者に多く、また男性よりも女性が多い傾向があることがわかった。

具体的には、「痛み」（腰、膝など）をもつものが前期高齢者の約2割、後期高齢者の約3割にみられ、特に後期女性高齢者では34.0%と全体の3分の1におよんでいた。

「手足の不自由」は前期高齢者で1割弱、後期高齢者で2割弱で、特に後期女性高齢

者ではやはり2割強と多かった。

視覚や聴覚の不自由も少なくなく、特に聴覚では2割弱～3割強と多く、視覚で1割強～2割弱であった。

内臓機能に問題を持つものも多く、特に心臓に問題（高血圧、不整脈、等）を持つものは1割前後、代謝に問題（糖尿病、痛風など）をもつものは1割弱であった。

この結果も予防的な意味を含めての訪問リハビリテーションを既に必要としているか、今後必要とする可能性をもつものがこのような対象者に多数みられることを示していると考えられる。

D. 総括的考察

個別の事項についてはそれぞれ考察を加えたので、ここでは全般的・総括的な考察を行う。

1. 全般的印象－制度の不機能

今回の研究成果をみての最大の印象は、介護保険法第2条にいう、介護保険給付の目的は「要介護状態の軽減もしくは悪化の防止又は要介護状態となることの予防」であり、その内容及び水準は「可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮されなければならない」という理念が全くといってよいぐらいに実現されておらず、その意味で介護保険法という制度が、その本来の目的からすれば十分には機能しえない状態に置かれているという、ある意味では非常にショッキングな事実である。

すなわち研究1「介護保険サービス利用者における要介護度変化」では、僅か1年間に要介護認定者の2割強が要介護度を悪

化させており、改善者は5.5%にすぎなかった。これは介護保険サービスが現状では要介護度の悪化を防ぎえていないことを示すものである。

これが制度設計自体の持つ弱点なのか、それを支えるべき技術（広義。個別的技術のみでなく、それを生かすべきプログラム・システムを含む）の欠陥によるものなのかは慎重に検討されなければならない。

2. 訪問リハビリテーションは無意味？

次に本研究班のテーマである訪問リハビリテーションについていえば、今回の検討では、少なくとも要介護度変化でみる限り、現行の訪問リハビリテーションはプラスの方向にもマイナスの方向にも影響を与えていない（研究3「訪問リハビリテーションの効果に関する検討—訪問リハビリテーションの要介護度変化に及ぼす影響および訪問介護との比較—」）。すなわち（後に述べる福祉用具の場合のように）積極的にマイナスの影響を与えている（要介護度を悪化させている）ということはないまでも、要介護度を積極的に改善するという役割をなんら果たしておらず、それだけでなく「維持」という消極的な役割さえ果していないのである。

これは他の介護保険サービスにくらべ訪問リハビリテーションの利用が少なく、しかも重度者に偏っている（研究2「訪問リハビリテーション利用者の状況—要介護度別利用状況と他サービス利用との比較—」）という事情も影響していると考えられる。しかし決してそれだけではなく、後に述べるように、技術（広義）内容に問題がある

ことは間違いない。

また本来ならば、利用者の生活の場である居宅において、その環境因子（物的だけでなく人的・社会的因子を含む）を最大限に生かしながら、生活行為（「活動」）に直接働きかけてその向上をはかるといふ、リハビリテーションの中心的技術である「活動向上訓練」をおこなうための最も恵まれた状態にある訪問リハビリテーションが、その利点を生かすようには活用されていないという、対象者選択などのプログラム面の問題（対象が重度者に偏っていること等）も大きいと考えられる。

3. 介護保険サービスが要介護度を悪化させている？

研究4「訪問リハビリテーションの具体的な技術に関する検討—屋内歩行における伝い歩き・もたれ歩きの重要性—」の結果は今回の諸研究の中で最もショッキングなものである。

すなわち目標指向的リハビリテーションによって、自宅内で少なくとも1ヶ所では「伝い歩き」を必要とするが、全体としては屋内歩行が自立している状態になって自宅復帰し、その後更に改善し、外出時（知人・親戚宅訪問等）の屋内歩行にも「伝い歩き」を活用していたような高齢者において、介護保険サービスを利用したことによって、それを利用しなかった群とくらべて歩行能力が著しく低下したのである。

たとえば介護保険サービス利用者では自宅内歩行の「一応の自立者」が100%から46%へと半分以下になり、外出時屋内歩行ではそれが91%から28%に激減し、半数近く

(46.0%)が他家での屋内歩行を必要とするような外出を行わなくなっていた。これに対し、介護保険サービス非利用者では「一応の自立者」は自宅内歩行では最高時からの低下者は1人もいなかった。また外出時屋内歩行でも「伝い歩き」が1人減り(83.3%から77.8%へ)、その分「介護歩行」が1人(2.5%)増えただけであり、ほとんど無視できる範囲の変化であった。

このことは現行の介護保険サービス、すなわち基本的に、困難な行為は介護者が代行して行ってしまう「代行的」な立場に立ち、特に技術面では手すりの設置、車いすの貸与などの「代償的」な対応を中心とすることによって、手すりのないところ(訪問先など)では歩けなくなる、車いすの利用で「歩かない」ことで「歩けなくなる」などの、廃用症候群の進行やコーピングスキル(困難対応技能)の喪失といったかたちで、歩行の自立性を著しく低めるというマイナスの影響を与えることを示している。

もちろんこれは、かなりの「心身機能」上の問題をもちながらも適切なリハビリテーション・プログラムとその後の適切な在宅生活指導によって、潜在能力を十分に発揮して屋内歩行自立を達成していた、いわばギリギリのところでの高い水準の「活動」を保っていた群において介護保険サービスの悪影響が特に著明にあらわれたということであり、全ての介護保険サービス利用者に同程度の悪影響が及ぶとは即断できない。

しかしこれほど著明ではないにせよ、全体としての介護保険サービス利用にもマイナスの影響が大きいことは、次の研究5「福祉用具貸与の要介護度変化に及ぼす影響—

車いす・特殊寝台貸与の要支援・要介護1・2者に与える影響について—」の結果からもうかがい知ることができる。

すなわち福祉用具の貸与者を非貸与者と比較することで、次の事実が明らかとなった。1) 車いす貸与は、要介護2においては有意に要介護度を悪化させ、要介護1においても要介護度を悪化させる傾向がみられた。また、2) 特殊寝台の貸与は、要支援・要介護1・2のすべてにおいて有意に要介護度を悪化させており、要介護1・2では高度に有意であった。

このような事実は、本来福祉用具貸与の前提として行うべき歩行・立ち上がりなどについての活動向上訓練がなされないままに、誤った形での福祉用具の使用が行われたためと考えられる。

以上から、残念ながら現行の介護保険サービスは要介護度をむしろ進行させる方向に作用している面すらあるといわざるをえず、介護保険サービス全体、特に訪問リハビリテーションについて抜本的な改革を緊急に必要としているということができよう。

4. 訪問リハビリテーションの改革の方向

訪問リハビリテーションのあり方については、平成16年1月に発表された、厚生労働省老健局高齢者リハビリテーション研究会(座長:上田敏、分担研究者)の報告書「高齢者リハビリテーションのあるべき方向」に次のように新しい方向が示されている。

○ 訪問リハビリテーションの目的は、在

宅という現実の生活の場で日常生活活動の自立と社会参加の向上を図ることであり、高齢者本人と自宅環境との適合を調整する役割を持ち、自宅での自立支援の効果的なサービスである。

○ このように考えると、訪問リハビリテーションは、在宅復帰と自立支援を理念とする高齢者介護において有効なサービスであるが、現状では最も利用が進んでいないサービスとなっており、今後、拡充していく必要がある。(中略)

○ 現行の訪問リハビリテーションは、退院(所)直後や生活機能が低下した時に、計画的に、集中して実施するサービスとしても位置づけ、拡充していく必要がある。また、その内容は、日常生活活動と社会参加の向上に働きかけることを重視する必要がある。

以上のような報告書の提言を支える技術(広義)としては、目標指向的アプローチに立った活動向上訓練が中心となるべきものである。

特に「もたれ・つかまり」などを活用した屋内歩行や立位の各種「活動」(洗面・調理など)などの具体的技術(今回の研究4によってその効果が示されている)を十分に普及・活用すべきである。

5. 介護予防としての訪問リハビリテーションの対象拡大に向けて

研究6「要介護認定者の生活機能の実態に関する研究-WHO・ICFの生活機能モデルに則した分析」、研究7「在宅非要介護認定者(障害関係手帳類不所持者)の生活機

能の実態に関する研究(1) - 「活動」「参加」について -」、研究8「在宅非要介護認定者(障害関係手帳類不所持者)の生活機能の実態に関する研究(2) - 「心身機能」について -」によって明らかになったように、①ふつう「健康」で「自立」していると思われがちな一般の高齢者でも「活動」「参加の具体像としての活動」「参加」、また「心身機能」に問題をもっている人が決して少なくなく、特に後期高齢者に多いこと、そして②要介護認定者ではそれが特に著しいことが確認された。

これは予防的な意味を含めての訪問リハビリテーションを既に必要としているか、今後必要とする可能性をもつ者が要介護認定者(特に要支援等の軽度者)においてだけでなく、一見「健康」で「自立」しているかにみえる一般の高齢者の中にも多数存在していることを示すものであり、今後は介護予防としての訪問リハビリテーションとして、このような人々をも対象とした制度設計が必要となろう。

E. 結論

以上の多面的な研究により、①現状の介護保険サービスは、法に規定された「要介護状態の軽減もしくは悪化の防止又は要介護状態となることの予防」という目的を十分には達成しえていない、②現状では訪問リハビリテーションは要介護状態の改善はもとより「維持」にも十分には役立っていない、③「伝い歩き」を含む歩行様式で屋内歩行が自立していた高齢者では介護保険サービスの利用が明らかに歩行自立度を悪化させていた、④車いす、特殊寝

台貸与は要介護度の悪化を促進していた、等の現在のサービスの問題点が明らかになり、大きな改革の必要性が確認された。

他方では効果的な訪問リハビリテーションの技術や対象の拡大の必要性についての重要な示唆が得られた。このように訪問リハビリテーションのプログラム・システム構築のために重要な知見を多数得ることができ、所期の目的を達成することができた。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 報道等

- ・大川弥生：シルバー新報；訪問リハ. 2003年9月19日号
- ・大川弥生：シルバー新報；福祉用具・住宅改修（上）；環境因子の影響評価必要. 2003年9月5日号
- ・大川弥生：シルバー新報；福祉用具・住宅改修（下）；活動の“普遍化”がかぎ. 2003年9月12日号

Ⅱ. 分担研究報告書

介護保険サービス利用者における要介護度変化

主任研究者 大川 弥生 国立長寿医療センター 研究所 部長

分担研究者 上田 敏 日本障害者リハビリテーション協会 顧問

西島 英利 日本医師会 常任理事

中村 茂美 日本作業療法士協会 常任理事

研究要旨 介護保険法に定める保険給付の目的は「要介護状態の軽減もしくは悪化の防止又は要介護状態となることの予防」であり、「可能な限り、居宅において、自立した日常生活を営むことができる」ようにする配慮が求められている。しかし現実の介護保険サービスが果して十分にこのような予防と自立促進の理念にそって運用されているか、その目的がどの程度達成されているかについては疑問が残る。

この点を実証的に検討するために、大都市近郊の介護保険広域連合組合を対象として、①要介護認定者 6,693 名、およびその中の②介護保険サービス利用者 3,520 名における要介護度の経時的変化を、①初回－第 2 回の比較、②1 年間の変化の両面から検討した。その結果、僅か 1 年間で約 2 割が悪化し、改善は 5.5%にとどまること、また非該当者、要支援者における悪化が著しいことが確認された。これは今後介護保険サービスを生活機能向上に効果的なものにしていく必要、特に介護予防の重要性を示すものである。

A. 研究目的

介護保険法第 2 条は介護保険給付の目的は「要介護状態の軽減もしくは悪化の防止又は要介護状態となることの予防」であるとしており、その内容及び水準は「可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができ

るように配慮されなければならない」としている。

このように法に定めた介護保険サービスの理念は極めて明瞭であるが、現実の介護保険サービスが果して十分にこの理念にそって運用されているかどうか、また「要介護状態の軽減もしくは悪化の防止」とい

う目的がどの程度達成されているかについては疑念がないではない。

そこでこの点を実証的に検討するために、大都市近郊の介護保険広域連合組合を対象として、介護保険サービス利用者における要介護度変化を調査した。

B. 研究方法

大都市近郊の総人口 31,065 名の介護保険広域連合組合で、当該組合保管の認定ファイルと給付実績データを使用して、2 段階の調査をおこなった。

1) 初回認定と第 2 回認定の変化

認定審査を初めて受けた時の要介護度と第 2 回目の認定における要介護度とを比較した。

対象は 2003 年 7 月時点までに当該組合で介護保険の認定調査を最低 2 回うけた者全員 6,693 名（初回もしくは 2 回目に非該当と判定された者も含んでいる）。

初回判定時における要介護度別内訳は、非該当 130 名、要支援 905 名、要介護 1 : 1956 名、要介護 2 : 1305 名、要介護 3 : 943 名、要介護 4 : 827 名、要介護 5 : 627 名であった。

2) 1 年間の要介護度の変化

2002 年 3 月時点の要介護度と 2003 年 3 月の要介護度を比較した。

対象は 2002 年 3 月時点における要介護認定者数 5,210 名の中で、介護保険サービスを利用していた者 3,520 名（平均年齢 80.5 ± 9.0 歳 : 男性 1,070 名、女性 2,450 名）。

2002 年 3 月時の要介護度別内訳は要支援 217 名、要介護 1 : 824 名、要介護 2 : 741

名、要介護 3 : 572 名、要介護 4 : 590 名、要介護 5 : 576 名であった。

C. 結果

1. 初回認定と第 2 回認定の変化

要介護認定申請者における初回及び第 2 回要介護認定間の要介護度の変化を実数については表 1-1、比率を表 1-2 に示す。

これらの表を一見して明らかなのは、斜めの列で示される「不変」の欄（網をかけて示す）より下の「改善」群にくらべ上の「悪化」群が多いこと、また全体に上にも下にもかなりの拡がりがあることである。これは第 1 回認定と第 2 回認定との間で要介護度の変動がかなり大きく、「悪化」のほうが多いが「改善」も決して少なくなく、また両者共に 2 段階以上変化しているものが少なくないことを示している。

すなわち、表 1-1 にみるように、変化の中で最も多いのは 1 段階の変化であるが、2 段階、3 段階の変化も決して少なくない。中には初回が要介護 3 であったが、第 2 回は非該当になったような 4 段階の改善（1 例）、あるいは初回は非該当であったが次回は要介護 5 になった 6 段階の悪化（2 例）などのように大きな変化を示す者も少数ながら存在している。

表 1-1 および 1-2 をまとめて改善、不変、悪化、死亡その他（転出、取り下げ、不明）のみに分けたものを表 1-3 に示す。

これにより第 1 回の要介護度と改善・不変・悪化・死亡等との関係を見ることができ。