

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—

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 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

研究要旨 訪問リハビリテーションの具体的技術の検討の一環として、目標指向的アプローチにもとづいた、目標指向的活動向上訓練を重視した入院リハビリテーション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訪問（一部電話で）調査した。対象者は145名（男性52名、女性93名、発症時年齢 69.4 ± 13.3 歳、発症後 9.4 ± 5.1 年）で、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。

その結果、「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。同時に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、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。これは今後の介護保険サービス全体、特に訪問リハビリテーションのあり方を考える上での重要な知見と考えられる。

A. 研究目的

介護保険制度がスタートし、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーションなどのサービスが大幅に拡充され、またそれと関係する様々なサービスが設けられ、それらの活用によってリハビリテーションを効果的に実施する可能性が大きくなった。しかし他方では適切な訪問リハビリテ-

ーション等によってADL等の「活動」を向上させる働きかけが不十分なままで、「不自由なことを補う介護」という補完的なサービスの提供がなされてしまい、「活動」向上の面ではかえってマイナスになる危険性も憂慮されている。

このような事態を避けるためには、実生活の場での「活動」向上をはかる訪問リハ

ビリテーションが活用されることが望ましく、そのような「活動」向上をめざす訪問リハビリテーションの技術の向上と普及が必要である。

そのような技術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。

そこで今回訪問リハビリテーションの具体的技術の検討の一環として、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。

B. 研究方法

1. 対象

目標指向的アプローチにもとづいた、目標指向的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（男性52名、女性93名、発症時年齢 69.4 ± 13.3 歳、発症後 9.4 ± 5.1 年）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。

2. 方法

自宅退院後の自宅内歩行を退院2週間後、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。

入院中に行った自宅内歩行能力向上に向けた実用歩行訓練の内容は、畳の上やじゅうたんの上での歩行や自宅内の段差を想定した訓練、掃除や調理などの家事を行う時の歩行の訓練であった。

具体的には、入院中の和室での歩行訓練は畳及びじゅうたん上で卓（冬季であればこたつ）や座布団を置き、家具をおいた室で行なった。また食堂テーブル・椅子での実用歩行訓練（つかまり・もたれ歩きを含む）を行った。

それに加えて自宅内での洗面所やトイレなどに極力近い形式のものをを用いて、洗面・用便などの目的行為と一連のものとしての実用歩行訓練を行った。その場合退院後に家事を実施する人では家事をも含めて行った。

その際、自宅内歩行に関しては、1) 手放し歩行、2) 伝い・もたれ歩行、3) 杖歩行の3者を明確に区別して指導した。すなわち伝い歩行、もたれ歩行を重要な歩行方法と位置づけた。ただし通常、杖歩行の適応は限られており、自宅が広い人の場合

や装具とウォーカーケイン使用のように重度な人、また洗濯物干し等の家事など特定の活動を実施する時に限られていた。そのため伝い歩きは手放し歩きに次いで重要な歩行方法であった。

以上のような実用歩行訓練を十分に実施しながら、上記3者の歩行様式の適応を、自宅内で実行するそれぞれの「活動」毎、場所毎に決定し指導した。

C. 結果

1. 自宅退院後最高時の状況

自宅退院後の自宅内歩行の最高水準達成時（以下最高時と略す）の状況を自宅内歩行（ICF：a 4600. 自宅内の移動）及び外出時（の訪問先での）屋内歩行（a 4601. 自宅以外の屋内移動）について原疾患毎にみたものを表1に示す。

1) 自宅内歩行（a 4600）

まず自宅内歩行をみると、脳卒中後片麻痺の場合71名中24名（33.8%）、一方脳卒中後両側性片麻痺・失調症等（以下「脳卒中後・その他」と略す）でも48名中16名（33.3%）と、約3分の1が手放し歩行のみで伝い歩きを行わない状態（以下「手放し」と略す）であった。退院時にはこれら全員が自宅内で完全手放し歩行ではなく、少くも1ヶ所では伝い歩きを必要としていたので、これは約3分の1の者では退院時より改善していたことを示す。また廃用症候群では26名中13名（50.0%）と半数が手放し歩行を行っており、これも半数で退院時より改善していた。

以上のように3グループの全てで退院後もかなりの数の者で更に自立度が向上して

いた。

2) 自宅以外の屋内歩行（a 4601）

次に外出時の（知人・親戚訪問時等の）自宅以外の屋内歩行をみると、自宅内と外出時では大きな違いがあった。

すなわち、片麻痺患者で自宅内手放しの24名に対し外出時にも手放し歩行を行っていたのは4名と6分の1にすぎなかった。ただし、伝い歩きは自宅内47名（66.2%）から外出時屋内63名（88.7%）と増加した。そのため一応の歩行自立（手放しと伝い歩きの合計）は71名対67名と4名の減にとどまった。

また外出時屋内（自宅以外の屋内歩行）では介護歩行2名（2.8%）、非実施（屋内歩行を必要とする外出・訪問自体を行なわない）2名（2.8%）と合計4名（5.6%）で歩行非自立（非実施を含む。以下同じ）となっていた。

脳卒中後・その他（両側性片麻痺、失調症など）では自宅内での手放し16名（33.3%）のうち、2名（4.2%）、すなわち8分の1しか外出時屋内歩行が手放しで自立していなかった。しかし伝い歩きが32名（66.7%）から40名（83.3%）に増加し、一応の歩行自立者は48名から42名へと6名減にとどまった。一方で外出時介護歩行が2名（4.2%）、非実施4名（8.3%）と、計6名（12.5%）が歩行非自立となっていた。

廃用症候群においてもほぼ同様の傾向が認められた。手放し者が自宅内13名（50.0%）に対し、外出時には7名（26.9%）と約半数に減少した。そして伝い歩きが13名（50.0%）から17名（65.4%）に増え、一応の歩行自立者は26名から24名と2名減

にとどまった。一方で非実施者が2名と非自立者が2名（7.7%）発生した。

このように自宅内では手放しで自立していても、外出・知人宅訪問等の時の自宅以外の屋内では伝い歩きを用いている人が少なくなかった。

しかし別な角度からみれば、これは外出時屋内伝い歩きで自立している人が多いということであり、手放し歩行だけでなく、伝い歩きは効果的な屋内歩行の手段とすることができる。その意味で、伝い歩き、もたれ歩きでの歩行自立に向けた技術の実用性について普及・啓発する必要があると考えられる。

2. 介護保険制度開始後の歩行状況

前述した最高時は全例介護保険サービス発足前の状況であり、その後介護保険制度

開始後の現在の屋内歩行状況を最高時の状況と共に表2に示した。

対象としては次のものを除外した。すなわち、退院後何らかの運動機能低下を生じる疾患を新たに発症（脳卒中の再発作など）したために「活動」に低下が認められた者、及び現在入院・入所者と死亡者である。

これらを除いたため、対象者は当初の145名から105名となった。これを介護保険開始後の介護保険サービスの利用者65名と非利用者40名の2群に分けて示した。

介護保険サービスの利用開始後現在までの期間は2.9±1.9年であった。

1) 自宅内歩行（a4600）

まず自宅内歩行について介護保険サービス非利用者と利用者との現状と最高時を比較すると以下の通りであった。

表1. 自宅退院後屋内歩行自立度－最高水準達成時の状況－

原疾患		自立度		介護歩行	非実施	計	
		手放し	伝い歩き				
脳卒中後	片麻痺	自宅内 a4600	24 33.8%	47 66.2%		71 100.0%	
		外出時室内 a4601	4 5.6%	63 88.7%	2 2.8%		2 2.8%
	その他	自宅内	16 33.3%	32 66.7%			48 100.0%
		外出時室内	2 4.2%	40 83.3%	2 4.2%	4 8.3%	
廃用症候群		自宅内	13 50.0%	13 50.0%			26 100.0%
		外出時室内	7 26.9%	17 65.4%	0 0.0%	2 7.7%	
計		自宅内	53 36.6%	92 63.4%			145 100.0%
		外出時室内	13 9.0%	120 82.8%	4 2.8%	8 5.5%	145 100.0%

(1) 脳卒中後片麻痺

脳卒中後片麻痺患者では、介護保険サービス利用者 38 名では、自宅内手放しが最高時 9 名 (23.7%) であったものが、現在は 5 名 (13.2%) に低下し、更に伝い歩きが最高時 29 名 (76.3%) であったものが 17 名 (44.7%) と減少している。すなわち何らかの形で歩行が自立しているものが 100% から 57.9% に減少していた。一方あらたに手すり使用となった者が 9 名 (23.7%)、介護歩行 5 名 (13.2%)、車いす 2 名 (5.3%) であった。即ち最高時に比べると 16 名 (42.1%) の低下者があった(手すり使用を低下とみる理由は後述する)。

これに対し介護保険サービス非利用者では手放しが最高時 10 名 (55.6%) に対し、現在 9 名と 1 名しか減少しておらず、その分伝い歩きが最高時 8 名 (44.4%) に対し 9 名 (50.0%) と 1 名増え、全員が一応の歩行自立状態にあった。すなわち歩行低下者は 1 名 (2.6%) にとどまり、それも一応の自立の枠内にあった。

このように介護保険サービスを利用した人では、先にみたように退院後も一旦は向上したにもかかわらず、介護保険サービス利用開始後にはむしろ著しい低下がみられた。

(2) 脳卒中後・その他

脳卒中後・その他の患者については、介護保険サービス利用者 21 名では手放し歩行が最高時 6 名 (28.6%) であったのに対し、現在は 4 名 (19.0%)、伝い歩きが最高時 15 名 (71.4%) に対し 3 名 (14.3%) と共に減少しており、2 者を合計した一応の自立者は 21 名から 7 名へと 3 分の 1 に激減してい

た。そしてあらたに手すり 8 名 (38.1%)、介護歩行 4 名 (19.0%)、車いす 2 名 (9.5%) の計 14 名 (66.7%) の低下者が生じていた。

これに対し介護保険サービス非利用者では、最高時手放し歩行 63.6%、伝い歩き 36.4% であったものが、現在も変化なく、低下者は 1 人もいなかった。

(3) 廃用症候群

廃用症候群についてみると、介護保険サービス利用者では自宅内手放しが最高時 4 名 (66.7%) であったのに対し、現在は 1 人もいなくなり、伝い歩きが最高時 2 名 (33.3%) に対し 1 名 (16.7%) になり、計 6 名の一応の自立者が 1 名へと激減した。そしてあらたに、手すり使用者が 4 名 (66.7%)、車いす 1 名 (16.7%) と計 5 名 (83.3%) の低下者が生じていた。

これに対し非利用者では、手放し歩行者は最高時 8 名 (72.7%) に対し、現在も変化なく、伝い歩きも 3 名 (27.3%) のままで低下者はいなかった。

2) 自宅以外の屋内歩行 (a 4601)

以下外出時の自宅以外の屋内での自立度を検討する。

(1) 脳卒中片麻痺

脳卒中片麻痺患者では、介護保険サービス利用者では手放しの最高時 1 名 (2.6%) については変化がなかったが、伝い歩きが最高時 35 名 (92.1%) が 14 名 (36.8%) に減少し、2 者を合計した一応の自立者は 36 名 (94.7%) から 15 名 (39.5%) へと著しく減少した。そして、介護歩行が 1 名 (2.6%) から 8 名 (21.1%) へ、非実施が 1 名から 15 名 (39.5%) へと増加し、最高時に比べての低下者は 21 名 (55.3%) にのぼった。

これに対し非利用者では手放し歩行者の最高時3名(16.7%)には変化なく、伝い歩きが最高時15名(83.3%)から14名(77.8%)に1人だけ減少し、あらたに介護歩行が1名(5.6%)となった。すなわち低下者は1名のみであった。

(2) 脳卒中後・その他

脳卒中後・その他患者をみると、介護保険サービス利用者では自宅内手放し歩行が最高時1名(4.8%)に対し、現在は1名もいなくなり、伝い歩きが最高時17名(81.0%)が2名(9.5%)に減少した。合計の一応の歩行自立者は18名(85.7%)から2名(9.5%)へと激減した。そして介護歩行が2名(9.5%)に対し6名(28.6%)、車いすが1名(4.8%)、非実施が1名に対し12名(57.1%)と増加し、最高時に比べての低下者は16名(76.2%)であった。特に非実施、すなわち屋内歩行を必要とするような訪問自体を行なわなくなった者が半数を越えたことが注目される。

これに対し非利用者では手放し歩行が最高時2名(18.2%)、伝い歩きが最高時9名(81.8%)のままであり、全く変化がなかった。

(3) 廃用症候群

廃用症候群では介護保険サービス利用者では、自宅内手放しが最高時2名(33.3%)であったものが現在は1人もいなくなり、伝い歩きが最高時3名(50.0%)に対し1名(16.7%)に減少し、合計の一応の自立者は5名(83.3%)から1名(16.7%)へと激減した。そしてあらたに、介護歩行が2名(33.3%)生じ、非実施者が1名から3名(50.0%)に増加した。即ち最高時に比べる

と低下者は4名(66.7%)であった。

これに対し非利用者では最高時に自宅内手放しが4名(36.4%)、伝い歩きが7名(63.6%)であったものが、全く変化がなかった。

3) 手すり・杖使用の状況

以上のように介護保険サービス利用者においては自宅内歩行でも自宅以外の屋内歩行でも歩行自立度が著しく低下していた。

これに関連し、どのような内容の介護保険サービスが提供されていたかをみると、介護保険サービスを受けた利用者のうち伝い歩きをしているため手すりを設置した人が脳卒中後片麻痺では全利用者38名中の14名(36.8%)、脳卒中後・その他では前21名中12名(57.1%)、廃用症候群では全6名中5名(83.3%)であった。また伝い歩きではなく自宅内での杖歩行をすすめられた人は脳卒中片麻痺では7名(18.4%)、脳卒中後・その他では4名(19.0%)、廃用症候群では1名(16.7%)であった。手すり設置と杖歩行を合計すると、脳卒中片麻痺では21名(55.3%)、脳卒中・その他では16名(76.2%)、廃用症候群では6名(100%)であり、いずれも半数以上であり、特に廃用症候群では全員であった。

この3者を合計すると手すり設置は65名中31名(47.7%)、杖歩行は12名(18.5%)、合計43名(66.2%)であった。

介護保険サービス利用者ではこれまで述べたように外出時の屋内歩行の非実施者、すなわち他家への訪問自体を行なわなくなった者が増加したが、これは多くの場合、自宅に手すりをつけ、手すりを利用するよ

うになったため、手すりのない所のつかまり・もたれ歩きの習慣を失い、そのため手すりのない家には訪問しなくなったことの影響が大きかった。

また杖も他家への訪問時には使用を遠慮するために使わなかった。

D. 考察

1. データのまとめと考察

1) 自宅内歩行と外出時屋内歩行との差について

以上の結果のうち著明なものの一つは、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著しい差があることである。

表2. 介護保険サービスの利用の有無による屋内歩行自立度の差
—最高水準達成時と現在との比較—

			非介護保険サービス利用者				介護保険サービス利用者					新規発症	入所・入院中	死亡	計						
			自立		介護歩行	小計	自立		手すり	介護歩行	車いす					非実施	小計				
			手放し	伝い歩き			手放し	伝い歩き													
脳卒中後	片麻痺	最高時	自宅内	10 55.6	8 44.4			9 23.7	29 76.3					5	5	5	71				
			自宅外	3 16.7	15 83.3			1 2.6	35 92.1		1 2.6	1 2.6									
		現在	自宅内	9 50.0	9 50.0			5 13.2	17 44.7	9 23.7	5 13.2	2 5.3									
			自宅外	3 16.7	14 77.8	1 5.6		1 2.6	14 36.8		8 21.1	15 39.5									
	その他	最高時	自宅内	7 63.6	4 36.4			6 28.6	15 71.4									5	4	7	48
			自宅外	2 18.2	9 81.8			1 4.8	17 81.0		2 9.5	1 4.8									
		現在	自宅内	7 63.6	4 36.4			4 19.0	3 14.3	8 38.1	4 19.0	2 9.5									
			自宅外	2 18.2	9 81.8				2 9.5		6 28.6	1 4.8	12 57.1								
廃用症候群	最高時	自宅内	8 72.7	3 27.3			4 66.7	2 33.3					3	3	3	26					
		自宅外	4 36.4	7 63.6			2 33.3	3 50.0			1 16.7										
	現在	自宅内	8 72.7	3 27.3				1 16.7	4 66.7		1 16.7										
		自宅外	4 36.4	7 63.6				1 16.7		2 33.3	3 50.0										
計	最高時	自宅内	25 62.5	15 37.5			19 29.2	46 70.8									13	12	15	145	
		自宅外	9 22.5	31 77.5			4 6.2	55 84.6		3 4.6	3 4.6										
	現在	自宅内	24 60.0	16 40.0			9 13.8	21 32.3	21 32.3	9 13.8	5 7.7										
		自宅外	9 22.5	30 75.0	1 2.5		1 1.5	17 26.2		16 24.6	1 1.5	30 46.2									

すなわち表1最下段の「計」にみるように、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）状態にあったものが、外出時には著しく低下した。

すなわち「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」となったが、これは自宅内では歩行介護を必要としなかった人が、外出・訪問時には介護を必要とするようになったことを意味する。また5.5%は「非実施」となったが、これは屋内歩行を必要とするところへの外出・訪問自体をとりやめたことを意味する。これは「参加」（WHO・ICF概念）の制約が生じ、生活全体がそれだけ不活発になり、人生の内容がそれだけ貧弱になったことを意味する。

ただ別の面からみれば、途中でも触れたが、このデータは歩行様式としての「伝い歩き」の重要性を示すものである。すなわち入院リハビリテーションにおいて、将来の自宅生活における「伝い・もたれ歩き」の活用について具体的な指導を受け、それを自宅生活の中で実際に行った経験が訪問時にも生かされているのである。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。ただ、外出・訪問時の他住宅内での移動という新しい条件に直面すると、手放し歩行は困難になったが、その時に以前行って習熟していた伝い歩きがすぐに役立ち、かなりの人で自宅以外の屋内でも伝い歩きによる歩行が可能になったものと考えられる。

2) 自宅退院後の歩行自立度の向上

ここで時間軸的には逆行するが、退院後2週間の時点では全員「伝い歩き」の状態であった人が、その後の経過で「最高」時には3分の1以上（36.6%）が「手放し」歩行にまで向上したことの意義を考察したい。

従来リハビリテーションに関しては脳卒中や骨折（例えば大腿骨頸部骨折）などによって急激に機能障害が発生して生活機能全般（生活・人生のレベルである「活動」「参加」を含む）が著しく低下し、その後徐々に回復するタイプのもの（のみ）が対象と考えられやすく、今回の我々の症例でも少なからぬ部分を占める廃用症候群（全145例中の26例、17.9%）が対象として取り上げられないという問題があった。

また脳卒中タイプのものにおけるリハビリテーションについては、生活機能を向上できるのは入院リハビリテーションにおいてのみであり、退院して自宅生活に入れば、せっかく入院リハビリテーションによって向上した生活機能は徐々に低下していくほかはなく、それを防ぐには外来・通所などの場で維持を目的とするリハビリテーションをおこなうほかはない（しかしそれでも

完全な維持は困難である) と考えられがちであった。

そのような「通念」からすれば、今回のように、退院後の自宅生活の中で、頻繁な外来・通所のリハビリテーションも受けずに(現実にこの対象者は年1-2回の生活状況チェック・相談・指導のための外来リハビリテーション受診をしてきただけである)。3分の1以上の人が歩行自立度の向上を示したこと、更に廃用症候群を原因とする人ですら半数がそのような向上を示したことは不可解とも感じられるかもしれない。

しかし実はこれが最初に述べた「目標指向的アプローチ」に立った「目標指向的活動向上訓練」を重視したプログラムの効果なのである。

目標指向的アプローチ全体については文献¹⁻³⁾にゆずるが、その重要な特徴は、退院後の実生活の具体的な(朝から晩までの1日の、また家事や様々な目的での外出を含めた幅広い内容をもつものとしての)姿を目標として設定することである。そしてその目標は当然のことながら自宅復帰後に実現されるものであり、入院リハビリテーションはいわばその前提条件を作るものであること、従ってリハビリテーションが入院中に完結するものとは考えないことが重要な点である。しかももう一つの特徴として患者の自己決定能力や問題解決能力自体を伸ばすことを重視するので、患者は退院後の自宅生活の中でぶつかる様々な問題に対し、あるいは既に予見され指導されていた通りに対処し、あるいは必要に応じてバリエーションを加えるなど主体的に対応することができる(もちろん必要に応じて電

話などによる相談も随時行っている)。

このように患者が主体的に行動できるように訓練し、指導し、随時相談に応じることで、本人の主体性を尊重し工夫を奨励すると共に、それが外的な、単なる自己流のものになることを防ぎ、種々の新しい状況に正しく対応することが可能になる。このようなアプローチの結果、今回のような、退院後に更に自立度が向上するという成果が生まれたのである。

更にいえば前項で考察した、他家という新しい状況(物的・人的な環境因子の違い)に適切に対応して「つかまり歩き」という歩行様式を実用的にたくみに用いることができたのも、このような目標指向的アプローチに立ったプログラムの成果ということができる。

3) 介護保険サービスの影響について

本報告のもう一つの著明な結果であり、ある意味でショッキングともいえるものは、介護保険の発足後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)者を生んだことである。

すなわち、表2の最下部の「計」にみるように、対象者全145名のうち、介護保険サービスを利用した65名では次のような変化が起った。

まず自宅内歩行についてみると、「手放し」は29.2%から13.8%に半分以下となり、「伝い歩き」も70.8%から32.3%へと半分以下になった。そのため「一応の自立者」総数は100%から46.2%へと激減した。そして

新たに生じた「手すり」使用者が 32.3%と 3分の1近くとなり、また「介護歩行」者 13.8%、「車いす」使用者 7.7%が生じる等、半数以上 (53.8%) が歩行非自立者となった (手すりの問題点については後に述べる)。

ついで外出時屋内歩行についてみると、自立度の低下は一層著しく、もともと少なかった「手放し」は 6.2%から 1.5%と更に落ち、「伝い歩き」も 84.6%から 26.2%へと激減した。すなわち 90.8%あった「一応の自立」は僅か 27.7%となった。そして 24.6%が「介護歩行」となり、1.5%が「車いす」となった他、実に 46.2%、すなわち半分近くが「非実施」すなわち屋内歩行を必要とする外出を全く行わなくなったのである。

これを一言でまとめると、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。

4) 介護保険サービス利用による歩行自立度悪化の理由

大きな問題は、なぜ介護保険サービスの利用がこれほどまでに大きな歩行自立度の悪化を引き起こしたのかということである。

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もたれてきた。我々も少なからずそのような疑念を持っていたことを告白せざるを得ない。

しかし上記の結果が示すように、このような理念が十分に実現されていないどころか、完全に逆行する方向で、これほどまでに大きなマイナスを生じているとは我々自身も本研究を行って実証的に確認するまでは十分には認識していなかった。活動向上訓練中心の入院リハビリテーションを受けることで歩行自立を獲得し、在宅生活の中でそれを一層向上させてきた成果の大半が、介護保険サービスをうけることによって (という因果関係はこれから検討するが) 失われてしまったという感をいだかざるを得ないのである。実生活の中での「活動」向上に向けての対応の重要性、また真のリハビリテーションについての啓発が介護保険関係者に必要なことが痛感される。

このような感想はさておき、なぜこのような結果が起ったのかを冷静に検討してみ

たい。

まず第1に考えなければならないのは、介護保険サービスを受給した人はもともと「活動」に問題のある人であり、そのために一層の低下を起しやすかったのではないかということである。確かに最高時における自宅内での「手放し」対「伝い歩き」の比率は、非利用者では62.5%対37.5%であるのに対して、利用者では29.2%対70.8%と逆転しており、その点でアプローチ利用者が非利用者よりは「活動」の自立度に問題があったことはたしかである。

しかし、介護保険サービス非利用者では、自宅内歩行が最高時に「手放し」であった人は数年後の現在でもほぼ全員(25名中24名)が「手放し」のままであり、「伝い歩き」であった人ではその分が増えた(15名から16名)だけで、合計した「一応の自立者」は不変であった。とすれば、介護保険サービス利用者でも、たとえ両者の間の群としての比率は異なるものの、個人としてみる限りは自立度が大きく変化する理由はなく、ほぼそのままの比率を保つか、僅かの低下のみでとどまっていたはずであって、今回のデータのような著しい低下は到底説明できない。

その他の原因による理由づけも困難であって、やはり原因は介護保険サービスそのものに求めるほかはないと思われる。

そこで思い出されるのが、先に検討したように、介護保険サービス利用者では手すり設置と杖歩行を合計したものが66.2%と3分の2以上を占めたことである。

これに車いす使用者5名を加えると65名中49名(75.4%)に達する。すなわち4

分の3強がなんらかの歩行・移動に係する福祉用具貸与あるいは住宅改造を受けていたのである。

これは屋内歩行という「活動」の困難をその「活動」自体の向上によってではなく、物的環境因子による補完的な働きかけで解決しようとすることであり、それが実は大きなマイナスに働いた可能性が高いのである。

もちろん筆者はこれが何らかの“利益”のためや“悪意”によってなされているというつもりは全くない。むしろこれは大きな基本的な“誤り”の氷山の一角と考えるべきものである。

この氷山とは、介護全体についての基本的な考え方、すなわち「不自由なことを補う」だけの「補完としての介護」という思想である。

端的に言って、現在の介護は「自立に向けた介護」ではなく、「不自由なことを手伝う」だけの介護になっている。少しでも生活行為が困難になれば介護者が代行したり、あるいは車いすをはじめとする福祉用具、住宅改修などの“物的”介護手段を導入することで楽にできるようにするのが良いことだと考えるのである。そこには本人の能力を向上させようとする姿勢もそのための技術の探求もない。そしてそれが結果として本人の能力を低下させていることに気づかないのである。

このような批判を正しく理解していただくためには、我々の実行してきた「目標指向的アプローチ」の理念と技術に立った「よくする介護」を理解していただくことが前提となる。その全体については文献を参照

していただくとして、現在の問題に関係の深い2、3の問題について以下考察を加えたい。

2. 屋内歩行自立度向上の基本的な考え方

1) 伝い歩きの重要性

日本の家屋では壁や、家具を伝わっての伝い歩きが非常に効果的である。自宅内を杖をつけて歩くことは、大邸宅であればともかく、一般的な日本家屋では必要なく、むしろ安全な伝い歩きの指導とそのための環境を整えることが効果的である。もたれ姿勢も有用で、洗面台にもたれての整容活動や壁にもたれての更衣活動など応用範囲がひろい。また歩いたり、立位姿勢で活動行為を行っている際に、不安定になっても壁や家具にもたれかかって姿勢を安定化することで安全に行うことができる。その意味で壁や家具は一種の歩行補助具ともいえるのである。

自宅内で歩行や立位姿勢での活動が不安定になれば、すぐに車椅子利用を考え、それを可能とする住宅改修をしたり、最低でも手すり設置や杖使用を指導したりすることがしばしばみられるが、それが最良の方法ではない。むしろ、家具の配置がえをし、伝い・もたれをしやすくすることが第一選択である。

安易に手すりをつけることは身体全体をもたれかかることにはマイナスになる場合が少なくない。更に手すりに慣れてしまうと、それがあつ場所はよいがそうでない場所（例えば戸外）での活動は制約されることにもなる。車いすに慣れることで歩行がますます困難になることはいうまでもな

い。

2) 環境限定型“活動”にとどめない

このようにもたれ、つかまり、伝い歩きが重要なのは、これらの方法を習得することで、「環境限定型“活動”」のレベルにとどめず、自宅とは異なる様々な環境で行なえるように活動を「普遍化」できるからである。

環境限定型“活動”とは、ある一定の環境でのみ可能な方法のことである。そのレベルにとどまっている限り、そのような環境のところにはしか行けず、社会的活動範囲は狭くなり、“参加制約”（ICF：参加のマイナス面）を引き起こす。

例えば手すりを使用するというだけで、本来は「普遍的自立」にまで向上する可能性があつた人を、手すりがある場所でのみ自立しうる「環境限定型自立」にとどめてしまう危険性がある。そしてそれによって、生活の範囲が狭まり、更に主観面では障害を生じたことを家の改造という形で象徴的に強く実感して落ち込んだり、また家族には不要のものを取り付けて迷惑になることを申し訳なく思ったりする人が少なくないのである。

しかし逆に自宅生活の中で「伝い・もたれ」歩行に習熟していることは、今回のデータも示すように、状況の異なる他家での屋内歩行にも役立っていることは「普遍化」の良い例である。

このように社会的な活動範囲を広げるには環境限定型の活動ではなく、どこでも行なえる活動として普遍化することが必要なのである。

3) 住宅改修の功罪

住宅改修は介護保険制度開始によって急激にその利用が増加した。今回の例でも自宅に手すりをつけ、歩行はもっぱら手すりを用いるようになったというケースが少なからずみられている。確かに住宅改修が必要な場合があることは否定しないが、その場合の前提条件は活動向上訓練の実施であり、その中から真に必要な改造点を判断していくことである。そうでなく、十分に活動向上訓練をすることなしに住宅改修を行なうことは、住宅改修をしなくとも自立していたはずの人にとって不必要な改修をしてしまう結果となる。すなわち単に無駄だけでなく、可能なはずの能力の向上を妨げてしまうという、積極的なマイナスを生じることになるのである。

すなわち住宅改修は十分な活動向上訓練を行った上で実施しなければ、不自由な「活動」を補うだけという「補完的な物的介護」となって、思いも及ばぬマイナスを生じてしまう危険性があることを認識する必要がある。手すりの設置、段差や浴室の改造の前に、伝い歩きやもたれ歩きによる屋内歩行訓練が必要なのである。

以上は訪問リハビリテーションのプログラムを考える上での基本的な事項である。

E. 結論

訪問リハビリテーションの基本技術の一つとしての「伝い歩き・もたれ歩き」の有効性につき、目標指向的アプローチに立った入院リハビリテーション後「伝い歩き」の状態ですべて自宅退院した患者 145 名について調

査し、「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。同時に介護保険サービス利用の影響を利用者と非利用者の 2 群に分けて比較し、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。

これは今後の介護保険サービス全体、特に訪問リハビリテーションのあり方を考える上での重要な知見と考えられる。

<参考文献>

- 1) 大川弥生：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、中央法規出版、2000
- 2) 大川弥生：新しいリハビリテーション；人間「復権」への挑戦、講談社、現代新書、2004
- 3) 介護保険サービスとリハビリテーション；ICFに立った自立支援の理念と技法、中央法規出版、2004

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；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

福祉用具貸与の要介護度変化に及ぼす影響

一車いす・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

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 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

研究要旨 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・効果的な技術である活動向上訓練の重要な手段であるが、介護保険サービスの実際の提供状況においては内容が不適切で、十分な効果をあげていないだけでなく、マイナスを生じている場合も少なくないと考えられる。

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 1,782 名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。

その結果、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、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。

A. 研究目的

介護保険サービスにおいて、福祉用具について種々の問題点が指摘されている。それはサービス利用額が急激に増大していることと、その具体的内容が適切かどうかという問題であり、両者は相互に関係しあっている。

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ケアプランや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感がある。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、またリハビリテーション自体の効果も十分なものとなっていないと考えられる。

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。

車いす偏重とはこの場合、歩行が少しでも不安定となれば、実用歩行訓練などの活動向上訓練によって改善の可能性があるかどうかを十分検討せずに、短絡的に車いす貸与に向かうことである。これは単に財政的に無駄だというだけではなく、本人の潜在能力の発展を防げ、大きなマイナスを生む可能性が少なくない。

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。

B. 研究方法

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。

2. 方法

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。

C. 結果と考察

1. 全体としての要介護度の変化

関連研究(「介護保険サービス利用者における要介護度変化」)において報告したように、対象地域の介護保険サービス利用者全体の要介護度の1年間の経時的変化は、改善5.5%、不変61.4%、悪化20.3%、死亡11.6%、その他(転出、取り下げ、不明)1.1%とかなり変化の大きいものであった。また改善者は要介護2、3に多く、悪化者は要支援に多かった(詳細は上記報告参照)。

本研究では以下要支援、要介護1、要介護2について要介護度変化に及ぼす車いすと特殊寝台の貸与の影響を分析した。

2. 車いす貸与の要介護度変化に及ぼす影響

2002年3月に要支援・要介護1・2であったものの要介護度が2003年3月にどのように変化したかを車いす貸与の有無との関係でみたものが表1-1~1-3である。

車いす貸与者は要支援では217名中18名(8.3%)、要介護1では824名中80名(9.7%)、要介護2では741名中101名(13.6%)であった。

車いす貸与を受けている者での要介護度の変化を、他サービスを利用しているが、車いす貸与を受けていない者と比較すると、要支援では悪化者は車いす貸与者では18名中6名(33.3%)に対し、他サービス利用者199

名中では83名(41.7%)と有意差はなかった($\chi^2=0.48$)。

要介護度1では車いす貸与者では80名中23名(28.8%)が低下しており、と他サービス利用者744名中144名(19.4%)に比し有意に悪化している傾向があった。($\chi^2=2.98$ 、 $0.1 > p > 0.05$)。

要介護度2では車いす貸与者では101名中40名(39.6%)と他サービス利用者640

名中155名(24.2%)に比し有意に悪化していた($\chi^2=10.65$ 、 $p < 0.01$)。

3. 特殊寝台貸与の要介護度変化に及ぼす影響

同様に特殊寝台貸与との関係で1年間の要介護度変化をみたものが表2-1~2-3である。

表1-1 車いすの貸与が要介護度変化に与える影響—要支援—

	非該当	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	死亡	転出	総計	悪化	改善
車いす貸与者		12 66.7%	3 16.7%	3 16.7%						18 100.0%	6 33.3%	
非貸与者	2 1.0%	103 51.8%	75 37.7%	6 3.0%		1 0.5%	1 0.5%	10 5.0%	1 0.5%	199 100.0%	83 41.7%	2 1.0%
計	2 0.9%	115 53.0%	78 35.9%	9 4.1%		1 0.5%	1 0.5%	10 4.6%	1 0.5%	217 100%	89 41.0%	2 0.9%

表1-2 車いすの貸与が要介護度変化に与える影響—要介護1—

	非該当	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	死亡	転出	総計	悪化	改善
車いす貸与者		2 2.5%	50 62.5%	15 18.8%	4 5.0%	3 3.8%	1 1.3%	5 6.3%		80 100.0%	23 28.8%	2 2.5%
非貸与者		26 3.5%	523 70.3%	109 14.7%	18 2.4%	10 1.3%	7 0.9%	40 5.4%	11 1.5%	744 100.0%	144 19.4%	26 3.5%
計		28 3.4%	573 69.5%	124 15.0%	22 2.7%	13 1.6%	8 1.0%	45 5.5%	11 1.3%	824 100%	167 20.3%	28 3.4%

表1-3 車いすの貸与が要介護度変化に与える影響—要介護2—

	非該当	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	死亡	転出	総計	悪化	改善
車いす貸与者			9 8.9%	42 41.6%	15 14.9%	14 13.9%	11 10.9%	9 8.9%	1 1.0%	101 100.0%	40 39.6%	9 8.9%
非貸与者		2 0.3%	49 7.7%	368 57.5%	104 16.3%	34 5.3%	17 2.7%	60 9.4%	6 0.9%	640 100.0%	155 24.2%	51 8.0%
計		2 0.3%	58 7.8%	410 55.3%	119 16.1%	48 6.5%	28 3.8%	69 9.3%	7 0.9%	741 100%	195 26.3%	60 8.1%

特殊寝台貸与を受けている者は要支援では 217 名中 29 名 (13.4%)、要介護 1 では 824 名中 147 名 (17.8%)、要介護 2 では 741 名中 148 名 (20.0%) と車いす貸与の 7～8 割り増しであった。

特殊寝台貸与を受けているものでの要介護度の変化を、他サービスを利用しているが特殊寝台貸与を受けていない人と比較すると、要支援では悪化者は特殊寝台貸与者では 29 名中 17 名 (58.6%) と、他サービス利用者 188 名中 72 名 (38.3%) に比し有意に悪化

していた ($\chi^2=4.28$, $p<0.05$)。

要介護度 1 では特殊寝台貸与者では 147 名中 51 名 (34.7%) と、他サービス利用者 677 名中 116 名 (17.1%) に比し 2 倍強が悪化しており、高度に有意であった ($\chi^2=23.0$, $p<0.01$)。

要介護度 2 では特殊寝台貸与者では 148 名中 53 名 (35.8%) と他サービス利用者 593 名中 142 名 (23.9%) に比し高度に有意に悪化していた ($\chi^2=8.60$, $p<0.01$)。

表 2-1 特殊寝台の貸与が要介護度変化に与える影響—要支援—

	非該当	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	死亡	転出	総計	悪化	改善
特殊寝台貸与者		11 37.9%	14 48.3%	2 6.9%			1 3.4%	1 3.4%		29 100.0%	17 58.6%	
非貸与者	2 1.1%	104 55.3%	64 34.0%	7 3.7%		1 0.5%		9 4.8%	1 0.5%	188 100.0%	72 38.3%	2 1.1%
計	2 0.9%	115 53.0%	78 35.9%	9 4.1%		1 0.5%	1 0.5%	10 4.6%	1 0.5%	217 100%	89 41.0%	2 0.9%

表 2-2 特殊寝台の貸与が要介護度変化に与える影響—要介護 1—

	非該当	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	死亡	転出	総計	悪化	改善
特殊寝台貸与者		3 2.0%	86 58.5%	33 22.4%	9 6.1%	5 3.4%	4 2.7%	6 4.1%	1 0.7%	147 100.0%	51 34.7%	3 2.0%
非貸与者		25 3.7%	487 71.9%	91 13.4%	13 1.9%	8 1.2%	4 0.6%	39 5.8%	10 1.5%	677 100.0%	116 17.1%	25 3.74%
計		28 3.4%	573 69.5%	124 15.0%	22 2.7%	13 1.6%	8 1.0%	45 5.5%	11 1.3%	824 100%	167 20.3%	28 3.4%

表 2-3 特殊寝台の貸与が要介護度変化に与える影響—要介護 2—

	非該当	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	死亡	転出	総計	悪化	改善
特殊寝台貸与者			17 11.5%	67 45.3%	24 16.2%	17 11.5%	12 8.1%	11 7.4%	0.0	148 100.0%	53 35.8%	17 11.5%
非貸与者		2 0.3%	41 6.9%	343 57.8%	95 16.0%	31 5.2%	16 2.7%	58 9.8%	7 1.2%	593 100.0%	142 23.9%	2 0.3%
計		2 0.3%	58 7.8%	410 55.3%	119 16.1%	48 6.5%	28 3.8%	69 9.3%	7 0.9%	741 100%	195 26.3%	60 8.1%

D. 考察

1. 本研究データのまとめと考察

以上の結果をまとめると次のようになる。

(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では高度に有意であった。

以上はある程度は予想されていたことであるが、やはりショッキングな結果である。少しでも歩行が困難になれば車いすの貸与をすすめ、畳からの立ち上がりが困難になると特殊寝台の貸与をすすめるという、車いすをはじめとする福祉用具の安易な導入によって問題の一時的な解決をはかるが、その結果、歩行・立ち上がりなどの行為に関連する心身機能をはじめとする全身的な廃用症候群（使用しないための機能低下）を起し、それによって本人の歩行・立ち上がりなどの「活動」の能力を低下させ、それが要介護度の悪化としてあらわれるということが、僅か1年間の経過でもあきらかにみてとれるからである。

車いすの場合、要支援では悪影響は認められなかったが、これはもともと車いす貸与が少ない(8.3%)こと、また要支援程度の段階では貸与を受けても実生活では使用せず、デイケア・デイサービス（通所リハビリテーション・通所介護）などで、場所が広く自宅で行っているような伝い歩きが困難であり、また施設側が転んで骨折等を

起こし責任を取らなければならなくなるような事態を恐れて「安全第一」で使用をすすめるのにとどまっているような場合が多いことによると思われる。このように短時間だけの車いす使用で、自宅あるいは周辺では歩行しているような場合は悪影響は少ないと考えられるからである。

そして要介護1、さらに要介護2へと要介護度が進むにつれて日常生活でも車いすをますます使用するようになり、その弊害が明らかに出現してくるものと考えられる。

これに対して特殊寝台では要支援の段階から悪影響が明らかであるのは、自宅に特殊寝台を入れれば当然そのときから畳からの立ち上がりは行わなくなるし、毎日寝台からの立ち上がりしか行わないので、車いすの場合と違ってその悪影響がただちにあらわれるものと考えられる。

2. 福祉用具貸与のあり方について

1) 基本的な考え方

福祉用具は先にも述べたように、リハビリテーション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における重要な手段である。またリハビリテーションの目的である生活機能（特に活動、参加）に大きく影響する環境因子（WHO・ICF：国際生活機能分類の概念）である。

しかし介護保険サービスのケアプランや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とが全く別個のものと考えられ、互いに無関係に提供されていることがほとんどである。

そのため福祉用具貸与の内容も不適切なものになりがちで、リハビリテーション自

体の効果も不十分な場合が多い。今後は制度的にも介護保険における福祉用具貸与にあたってリハビリテーション側が専門的に関与するようなシステムを検討する必要がある。ただその場合にはリハビリテーション自体の姿勢も問われることになるので、十分な準備が必要となる。

2) 車いす貸与に関する基本的な考え方

不適切な福祉用具提供の例としては今回のデータが示すように、要介護1・2の利用者への車いすの貸与がある。現在これが急増しており、これは介護のみならず医療でも広くみられる弊害、すなわち歩行が不自由・不安定になれば画一的に車いすを用いる「車いす偏重」の一つのあらわれと考えられる。

車いす偏重には幾つかの種類があるが、この場合のものは、歩行が少しでも不安定となれば、実用歩行訓練などの活動向上訓練によって改善の可能性があるかどうかを十分検討せずに、短絡的に車いす貸与に向かうことである。

もちろん筆者は、これが善意によって行われるのが大多数だと考えている。すなわち実用歩行を含む「活動」に直接働きかけてそれを向上させる「活動向上訓練」の存在やその高い有効性について知らないために、歩行が少しでも不安定になれば、それ以上改善できるとは思えず、車いすを提供するしか方法がないと考える例が多いと思われる。また常時使用するとは限らずとも、車いすを用いた方が早く移動できる場合があるという理由や、安全性確保のための介護歩行ができない時もあるから等の理由も

あると考えられる。

しかしここで考えなければならないのは、そのような場合に車いすを提供することが最良なのかどうかである。このような場合には本来はまず実用歩行訓練を含めた活動向上訓練を行うことが必要なのであり、その上で適切な歩行補助具等の福祉用具を決定すべきである。それなしに安易に車いすを提供することはむしろマイナスを生じる可能性が大きい。すなわち車いすの使用によって歩行能力を一層低下させてしまう危険であり、実際にこのような例は今回の場合以外にも非常に多く知られている。以上は車いすの場合だけでなく、他の福祉用具でも同様である。

3) 特殊寝台貸与

特殊寝台とは電動又は手動の高さ調節、ギャッチアップ（上半身部が上がって、もたれたの半臥半座位を可能にする）などの機能をもつベッドであり、本来は自力で座位をとることもできないような（「ねたきり」の）人のためのものである。しかし要支援や要介護1・2にそのような重度者はいるはずはなく、ほとんどの場合はそのような特殊機能は利用せずに、単に通常のベッドのかわりに用いられているものである。

たたみ・床からの立ち上がりが少し困難になっただけで、このような寝台を導入すると、ずっと楽なベッドに腰掛けた座位からの立ち上がりしか行わないことになり、畳・床からの立ち上がりの能力を低下させてしまう。それがきっかけになって他の生活行為も困難になり、要介護度の悪化につ

ながるのである。

またベッドが室内にあると、昼間でもつい横になってしまいがちである。これは生活の不活発化をまねき、廃用症候群を起こして前進の心身機能の低下をまねく。これも要介護度の進行に関与している。

たたみ・床からの立ち上がりには、床に手をついたり、安定した家具や杖につかまったりしての立ち上がりが非常に有効であり、訪問リハビリテーションによって、居宅の実際の生活の場でどこにどのように手をつくか、つかまるかを指導することが極めて有効である。この立ち上がり指導は訪問リハビリテーションの基本技術の1つといってもよいものである。

4) 福祉用具使用の前提は活動向上訓練

このように福祉用具は「両刃のやいば」である。利用者本人にとって、一時的にはプラスに働くように見えても、実は長期的には非常に大きなマイナスを生むことが少なくないのである。そのため、結論からいえば「福祉用具は適切な活動向上訓練を行なって、その上で必要性と内容を決める」ものでなければならない。その際本来のリハビリテーションと全く同じに、利用者の人生としての「主目標」（どのような人生であるべきか）とその主目標の具体像である、活動（生活）レベルの目標である「する活動」を明確にした上での決定が必要である（これらの「主目標」「する活動」その他「活動向上訓練」について詳細は文献^{1) - 3)} 参照）。

活動向上訓練なしに、福祉用具の種類や住宅改修の内容を決定すべきではない。例えばケアマネージャーがまず福祉用具を選定し、

その上で使い方の指導（これも活動向上訓練である）を通所リハや訪問リハで行なうとすれば、それは全く本末転倒である。

現状のケアプランでは、残念ながら福祉用具・住宅改修に関して、活動向上訓練を前提とすることは極めて不十分であり、それが本研究のような結果となっていると考えられる。この背景としては、従来のリハビリテーション・サービスにおいて“活動”向上の観点が乏しかったことが大きく影響しているのであり、ケアマネージャーのみの責任ではない。

しかし今回の介護報酬の改定で、リハビリテーションでは活動向上訓練が重視されるように大きく方向づけがなされており、以上述べてきた福祉用具や住宅改修と活動向上訓練の密接な関係は、リハビリテーション全体の流れとも一致するものと考えられる。

5) 必備の歩行補助具・装具などの活用を

今回の介護保険報酬改定で、訪問リハビリテーションの活動向上訓練加算の算定や通所リハビリテーションの個別リハビリテーション加算、介護老人保健施設のリハビリテーション機能強化加算、療養型病床のリハビリテーション施設などで、備えるべきもしくは備えることが望ましい器械・器具として歩行補助具や装具、各種日常生活活動訓練用器具などが規定されている。これらの備品は福祉用具貸与とは別に必要に応じて使用することができるので、これらを用いて、活動向上訓練時だけでなく、できれば自宅に貸し出して実際の生活に用いてもらい、その上で決定することが望ましい。