

6) 「環境」因子としての福祉用具・住宅改修

福祉用具だけを切り離して要否や内容を考えるてはならない理由について、ICFモデル(図1)にそって整理することで理解を助けることができる。

福祉用具、住宅改修は、ICFモデルにおける生活機能(心身機能、活動、参加)に影響する「背景因子」のうちの「環境」因子である。それは次のような特徴をもっている。

(1) 相互作用、特に活動への影響の重視

ICFモデルでは各レベル・因子間の「相互作用」を重視する(「相互作用モデル」)。それが図の双方向の矢印の意味である。そのため個々のレベル・因子、例えば環境因子だけを単独で考えることはできず、必ず生活機能全体、特に「参加」の具体像である「活動」への影響を綿密に検討しなければならない。

(2) 本人の視点からの評価

環境因子は「参加」とその具体像である

「活動」に大きな影響を与えるが、その影響は「本人の視点から評価するもの」である。それは「参加」(人生)も「活動」(生活)も本来極めて個別的・個性的なものであり、それを尊重することが重要だからである。

(3) 促進因子と阻害因子

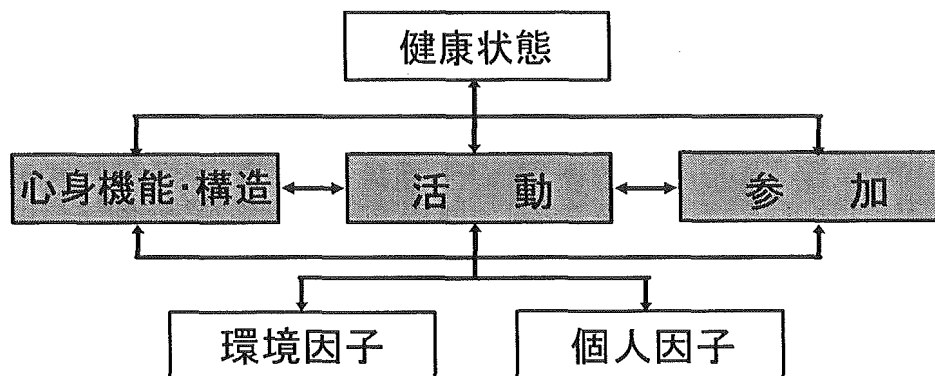
ICFでの環境因子の評価点では、プラスとマイナスの両面をみる。すなわち同じ福祉用具や住宅改修でも、それをを用いる人によって活動の実行状況を向上させる、すなわちプラスに作用する促進因子になったり、マイナスに作用する阻害因子になったりするのである。

したがって「環境因子」が生活機能の全てのレベル(特に活動)にどのように影響するかを、プラス・マイナスの両面で考えることが必要なのである。

E. 結論

福祉用具の貸与が要介護度に及ぼす影響を車いすと特殊寝台について検討した結果、車いす貸与は僅か1年間に要介護1と2に

図1. ICFの生活機能モデル



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う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ものであり、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。

<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

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－

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

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

西島 英利 日本医師会 常任理事

研究要旨

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の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することを目的として、1自治体（総人口52,742名）在住の全要介護認定者（在宅および入所）719名を対象として、「活動」、「参加の具体像としての活動」ならびに「参加」について在宅・入所者ともにICFに習熟した調査者が訪問し、調査紙を用いた半構造的面接を実施した。

その結果、次のことが明らかとなった。①起居・移動行為においても、身の回りの生活行為においても、「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。

以上から訪問リハビリテーションのシステムモデル構築の上で有益な情報が得られた。

A. 研究目的

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。

B. 研究方法

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 名を対象とした。

「活動」と「参加」のレベルにおける重要な調査項目について、ICF の生活機能モデルに立って、生活機能 3 つのレベル（「心身機能」、「活動」、「参加」と「環境因子」の大項目全てと「活動」については一部中項目を追加し、健康状態については「心身機能」との関係と重視して、調査用紙を作成した。この調査用紙を用いた半構造的面接として、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。

訪問者は ICF に習熟しているリハビリテーション医、理学療法士、作業療法士であり、単なる項目のチェックではなく ICF モデルに沿っての分析を行なった。

（倫理面の配慮）

主任研究者の所属機関の倫理委員会にて審査をうけ、研究の承認をうけた。また当該自治体の個人情報保護・管理等の規則に従い、本研究について主任研究者との間で協定書を締結している。

C. 研究結果ならびに考察

1. 回答者の特性及び人数

M市在住の高齢者で介護保険による要介護認定を受けている者 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（うち男性 172 名、女性 373 名）、入所者 173 名（うち男性 41 名、女性 132 名）であった。

要介護度別では表 1 の通りであった。在宅者には比較的軽度者が多く、「要支援」と「要介護 1」を合計したものは全体の 43.7%、これに「要介護 2」まで加えると 63.7%に達する。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%を占める。

男女比は在宅者では 1 : 2.2、入所者では 1 : 3.2 であった。

表 1. 対象者の特性

	在宅者			入所者		
	総数	男性	女性	総数	男性	女性
要支援	59	17	42			
要介護 1	179	53	126	12	3	9
要介護 2	109	33	76	16	6	10
要介護 3	91	30	61	31	7	24
要介護 4	66	25	41	60	11	49
要介護 5	41	14	27	54	14	40
計	545	172	373	173	41	132

2. 生活機能の状況

1. 「活動」の状況

以下、数字は全て%のみで示した。

1) 歩行・移動・立ち上がり

(1) 外出状況

外出状況を要介護度で比較すると表 2-1 に示す通りであった。

まず第 1 選択肢であり、最も高い自立度の状態を示す「一人で外出している」（第 2

選択肢の「近所のみ一人で外出している」と対比するので、遠くまで一人で外出していることを示す)の率(%)について比較すると、全体として、要介護度の順に低下していくことが明らかにみてとれる。

また同じ要介護度では在宅者の方が入所者よりも高い傾向がある。

在宅要介護者では要介護度が進むと共に急激に低下する(32.2%→11.7%→7.4%→4.4%→0→0)。なお入所者では要介護1を除き全て0である。

ただここで試みにこの「一人で外出している」を次の自立度のランクである「近所のみ一人で外出している」と合計すると、表2-2に示すように、いぜんとして要介護度とともに低下するが、その低下の程度はそれほど急激ではなくなり、入所者でも要介護3までは僅かながら存在している。

これは同じ「外出自立」であっても、制限なくどこにでも自立して外出している状

態と近所のみに限定して自立している状態を区別してみるのが重要であることを示している。

我々の従来の研究によって外出状況に限らず多くの「活動」項目について、従来ADL (activities of daily living、日常生活行為)をはじめとする様々な「活動」(生活行為)の自立度において単に「自立」とされていたものを、「普遍的自立」(日常的に遭遇する多様な環境における自立)と「限定的自立」(自宅およびその周辺、あるいは病院・施設などの限られた環境のみにおける自立)との2つに分けることが重要であるとの知見がえられているが、この成績もそのような区別に重要な意義があることを示唆するものである。

次に視点を変えて表2-1で「外出していない」者をみると、当然のことながら、先に述べたのとは正反対の傾向をみることができる。

表2-1 外出状況

	在宅						入所					計
	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
一人で外出	32.2	11.7	7.4	4.4	0	0	16.7	0	0	0	0	7.5
近所のみ一人で	32.2	31.8	22.0	7.7	4.5	0	8.3	6.3	6.4	0	0	15.9
誰かと一緒に外出	18.6	24.6	22.0	31.9	21.2	12.2	25.0	12.5	48.4	20.0	22.2	23.8
通院・通所のみ	13.6	28.5	38.5	41.7	56.1	24.4	16.7	43.7	12.9	28.3	25.9	32.0
外出していない	3.4	3.4	10.1	14.3	18.2	63.4	33.3	37.5	32.3	51.7	51.9	20.8
計	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

表2-2:「一人で外出」と「近所のみ一人で」の計

	在宅						入所					計
	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
「一人で外出」と「近所のみ一人で」	64.4	43.5	29.4	12.1	4.5	0	25	6.3	6.4	0	0	23.4

要支援、在宅要介護1では少ない（共に3.4%）がその他ではかなり多く、要介護度が高くなると共に急激に増加する。

ここで注目すべきことは、要介護者において、要介護1～4については要介護度が同じであっても「外出してない」率は在宅と入所で著しく異なることである。即ち在宅対入所の比較では要介護1では3.4%対33.3%、要介護2では10.1%対37.5%、要介護3では14.3%対32.3%、要介護4では18.2%対51.7%とほぼ2倍から9倍以上におよぶ差がある。これは同じ要介護度でも（最重度の要介護5を除き）、在宅者は入所者よりもはるかに多く外出していることを意味する。このことは外出状況は単に心身の状況（ここでは要介護度）だけで決定されるのではなく、「環境因子」（物的環境だけでなく、人的環境、サービス・プログラムなどの制度的環境）が大きく影響していることを示すものである。

（2）外出頻度

次に外出頻度を比較すると表3-1に示す通りである。

ここでも最も頻度の高い状態を示す「週4回以上」の者の率を比較すると「外出状況」の場合ほど急激ではないが、要介護度が高いほど低くなる傾向がある。また同じ要介護度でも入所者では著明に少ない。

しかし、ここでも試みに「週4回以上」と「週2-3回」を加えて「週2回以上」としてみると表3-2のようになり、同様の傾向は見られるものの、要介護度間の差はそれほど著明でなくなる。ここでも外出の頻度を細かく見ることによって各種のサブグループの特性をよりよく反映できることがわかる。

（3）自宅内歩行・移動

次に自宅内（入所の場合は施設内）移動の状況をみると表4-1の通りである。

表3-1 外出頻度

	在宅						入所					計
	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
週4回以上	25.4	17.9	21.1	14.3	16.7	14.6	0	0	6.5	1.7	0	14.4
週2～3回	28.8	32.4	36.7	25.3	28.8	9.8	16.7	6.2	6.5	5.0	0	23.5
週1回	30.5	14.0	7.3	13.2	12.1	2.4	8.3	6.2	0	0	0	10.3
月1～3回	5.1	18.4	12.9	18.7	4.5	0	41.7	31.3	38.6	35.0	35.2	18.4
ほとんどなし	10.2	17.3	22.0	28.5	37.9	73.2	33.3	56.3	48.4	58.3	64.8	33.4
計	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

表3-2 週2回以上外出

	在宅						入所					計
	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
週2回以上	54.2	50.3	57.8	39.6	45.5	24.4	16.7	6.2	13	6.7	0	37.9

ここで「一人で歩く」の率を見ると、在宅者・入所者ともにそれほど急激にはないが、要介護度が進むごとに低下していく。ただ興味あることに、この屋内歩行に関しては先に見られたような、同一要介護度内での在宅と入所の間の差はそれほど著明ではない。

次に「伝って歩くことも」であるが、この質問が重複回答可であるため「一人で歩く」との重複を除いてみる必要がある。そのため表4-2に示すように、まず「一人で歩く」と「伝って歩くことも」の両者に答えた者の%を出し、次にそれを表4-1の「伝って歩くことも」の%から引くことで「伝い歩き」を主として行っている者の%

を推定した。

更にその結果をもとに「一人で歩く」と「伝い歩きのみ」を比較するために表4-3を作った。これをみると「伝い歩きのみ」の者の率はかなり高く、しかも同一要介護度でも在宅と入所の間に差がみられる。すなわち在宅では、「伝い歩きのみ」は要支援～要介護2までは要介護度が進むに従って増加するが、要介護3以降は減少していく。

入所者では要介護度によるこのような増減のピークが在宅者よりも早く起こる。すなわち要介護1で既に「伝い歩きのみ」の率がかなり高く、要介護2から減少が始まる。これは「入所」という環境因子（広義）の影響とみることができよう。

表4-1 自宅内歩行・移動

	在宅						入所					計
	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
一人で歩く	76.3	64.3	49.5	33.0	22.7	4.9	58.3	50.0	32.3	23.3	3.7	42.1
伝って歩くことも	39.0	48.0	48.6	33.0	22.7	4.9	50.0	12.5	12.9	13.3	0	31.9
見守り・介助	0	5.0	14.7	16.5	16.7	14.6	0	12.5	19.4	1.7	3.7	9.5
四つ這いなど	3.4	6.2	6.4	4.4	4.5	2.4	0	0	0	0	0	3.9
車いす・自分で	1.7	1.1	5.5	11.0	10.6	7.3	0	18.8	32.3	28.3	14.8	9.3
車いす・介助	1.7	3.4	0.9	16.5	33.3	34.1	0	12.5	6.5	38.3	66.7	17.0
室内移動なし	0	0	2.8	5.5	18.2	39.0	0	6.3	3.2	10.0	20.4	7.7

表4-2 伝い歩きの状況

	在宅						入所					計
	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
「一人で歩く」及び「伝って歩くことも」	15.3	17.9	12.8	5.5	6.1	2.4	8.3	0	3.2	3.3	0	9.6
「伝い歩き」のみ	18.6	24.6	25.7	19.8	4.5	2.4	41.7	6.3	9.7	6.7	0	16.4

表4-3 「一人で歩く」と「伝い歩きのみ」の比較

	在宅						入所					計
	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
一人で歩く	76.3	64.3	49.5	33.0	22.7	4.9	58.3	50.0	32.3	23.3	3.7	42.1
伝い歩きのみ	18.6	24.6	25.7	19.8	4.5	2.4	41.7	6.3	9.7	6.7	0	16.4
計(屋内歩行自立)	94.9	88.9	75.2	52.8	27.2	7.3	100	56.3	42.0	30.0	3.7	58.5

注目すべきことは、ここでも仮に「一人で歩く」と「伝い歩きのみ」を区別せず、合計して「屋内歩行自立」として扱うことにすると、在宅・入所の差がみえにくくなることである。たとえば表4-3の最下欄(計)にみるように、在宅の要介護1では合計値は88.9%であるのに対して、入所の要介護1では100%というように、一見入所の方が自立度が高いかのような印象を与える。これら2つを分け、「一人で歩く」について比較することではじめて、在宅で64.3%、入所で58.3%という、在宅の方が高いことが明らかになるのである。

以上をまとめると、このように自宅(入所施設)内歩行・移動について、単に歩行が自立しているかどうかだけをみるのではなく、時々伝い歩きをすることがあるにせよ、ほとんどは伝わらずに一人で歩けるか、あるいは主として伝い歩きをしているかを区別することが重要で、これにより自立度の低下を敏感に検知することができる。

仮にこの2者を区別しないとすれば、要

介護認定者では同一要介護度での在宅・入所の差が不鮮明になる。これも先に述べた「普遍的自立」と「限定型自立」との差を示すものと考えてよいであろう。

(4) 床からの立ち上がり

床からの立ち上がりについては表5-1に見る通りである。「一人で立ち上がっている(手をついたり、つかまったりせずに)」を各群間で比較すると、これまで述べてきたとほぼ同様な差が明らかである。

このような差はむしろ、次の自立度ランクである「床に手をついて又は物につかまって立ち上がっている」(以下「つかまって」と略す)を検討することで著明になる。すなわち要支援及び在宅要介護1では非常に高く、60%近くに達する。在宅要介護2以上ではこれに比べるとずっと少なく、要介護度が重くなるほどかえって低下するが、これは介助で立ち上がっている者や「立ち上がることを行っていない」者が増加するからである。

表5-1 床からの立ち上がり

	在宅						入所					計
	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
一人でしている	39.0	28.5	33.0	29.6	10.6	7.3	33.3	12.5	22.6	3.3	1.9	22.7
つかまって	55.9	58.7	44.0	26.4	19.7	2.4	25.1	12.5	19.3	10.0	0	33.6
一部介助	0	6.1	10.1	13.2	9.1	2.4	8.3	6.3	6.5	11.7	3.7	7.5
全介助	0	1.1	2.8	13.2	28.8	39.1	0	6.3	25.8	16.7	37.0	12.7
行っていない	5.1	5.6	10.1	17.6	31.8	48.8	33.3	62.4	25.8	58.3	57.4	23.5
計	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

表5-2 つかまらずにまたはつかまって立ち上がり

	在宅						入所					計
	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
一人で+つかまって	94.9	87.2	77.0	56.0	30.3	9.7	58.4	25.0	41.9	13.3	1.9	56.3

試みに「一人でしている」と「つかまって」を加えてみると表5-2のように在宅要介護者の要支援及び要介護1までが全て85%以上となり、上のようにこの2つを分けて検討した時のような差をみる事ができない。

これは立ち上がりを一人で行っていても、手放しで行っているか、床に手をついたり、つかまったりして立ち上がっているかどうかを区別してみる事が重要であることを示しており、ここにも先に述べた「普遍的自立」と「限定型自立」との違いをみる事ができる。

入所要介護者では、「一人でしている」と「つかまって」が共に著しく低く、しかも同一の介護度間でも在宅者との間に大きな差がある。すなわちこの2者を合計したものの(表5-2)の在宅対入所の比をみると、要介護度1では87.2対58.4、要介護2では77.0対25.0、要介護3では56.0対41.9、要介護4では30.3対13.3、要介護5では

9.7対1.9である。これは一つは入所は概してベッド生活となり、床から立ち上がることがほとんどなくなるための、廃用現象を含めた広い意味での環境因子の影響とみることができよう。

2) 身の回りの生活行為

いわゆるADL(日常生活行為)のうち、前節で検討した起居・移動を除く身の回りの生活行為(セルフケア)についてここで述べる。

(1) 食事

食事においても「普遍的自立」である「外出先のレストラン・食堂や訪問先での食事に問題はない(セルフサービスの場合を含む)」「(外出先でも自立)と略」と、「限定的自立」である「自宅での食事には問題がない(入所の場合は施設内での食事)」「(自宅内では自立)と略」を分けて調べたことで興味ある結果を得た。

表6-1 食事

	在宅						入所					計
	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
外出先でも自立	15.2	10.6	4.6	2.2	1.5	0	0	0	0	0	0	5.0
自宅内では自立	79.7	59.2	44.1	38.5	12.1	2.4	50.0	50.0	16.1	15.0	1.9	38.2
揃えてもらえば可	5.1	28.5	47.7	42.8	51.5	12.2	50.0	43.7	70.9	56.7	25.9	37.2
一部介助	0	1.7	1.8	14.3	18.2	29.3	0	6.3	6.5	16.7	18.5	9.0
全介助	0	0	1.8	1.1	9.1	22.0	0	0	6.5	8.3	35.2	6.1
経口摂取なし	0	0	0	1.1	7.6	34.1	0	0	0	3.3	18.5	4.5
計	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

表6-2 「外出先でも自立」と「自宅内では自立」の計

	在宅						入所					計
	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
「外出先でも自立」と「自宅内では自立」	94.9	69.8	48.7	40.7	13.6	2.4	50.0	50.0	16.1	15.0	1.9	43.2

その結果は表6-1にみるように、「外出先でも自立」は、在宅要介護者では要介護度がすすむに従って急激に低下しており、入所要介護者では全ての要介護度を通じて0%である。

この場合も「外出先でも自立」と「自宅内では自立」を加えてみると、表6-2のように「健常」高齢者と高齢身体障害者のほとんどのサブグループで90%以上となり（後期高齢身体障害者女性のみは87.5%）、在宅要介護者でも要支援は94.9%、要介護1でも69.8%というように、上で述べたような各群及びサブグループ間の差がほとんどわからなくなる。

以上からここでも「普遍的自立」をみるのが活動の僅かな低下を敏感に検知することに役立つといえよう。

注目すべきことは、在宅・入所ともに「持ってきてもらい、揃えてもらえば食べることは自分でしている」が多く、これと「自宅内では自立」を合わせたものが要支援～要介護3までは在宅・入所とも80%以上

であること、また要介護4でも60～70%の範囲にあり、要介護5になってはじめて14～27%の範囲と著しく低下することである。

これは摂食行為そのものは自立して行えるが、その前提となる「持ってくる」「揃える」などの動作に問題のある者が少なくないことを示しており、同時にこのような評価の観点が必要であることをも示している。

なお介助の必要度についてみると、要介護度の低いうちは「一部介助」「全介助」共に少ないが、「一部介助」はほぼ要介護3からふえはじめ、「全介助」は要介護5に至って初めて相当な数に達する。

(2) 更衣（着替え）

次に更衣（着替え）についてであるが、同じく「普遍的自立」である「ネクタイをする、着物を着る等、社会生活に必要なあらゆる衣服を自分で出し入れし、着たり脱いだりしている」（あらゆる衣服で可）と略す）の率は表7-1にみるように要支援でも27.1%と低く、要介護度が高まるほど急激に落ちる。

表7-1 更衣（着替え）

	在宅						入所					計
	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
あらゆる衣服で可	27.1	15.1	4.6	1.1	0	0	8.3	0	0	0	0	7.0
自宅内衣服なら可	69.5	52.0	35.8	19.8	4.5	2.4	83.4	31.2	19.4	8.3	0	30.8
準備してもらえば	3.4	19.5	27.5	20.9	10.6	2.4	8.3	31.2	19.4	6.7	1.9	15.4
一部介助	0	13.4	23.8	39.5	16.7	4.9	0	18.8	32.2	26.7	0	17.8
全介助	0	0	8.3	18.7	68.2	90.3	0	18.8	29.0	58.3	98.1	29.0
計	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

表7-2 「あらゆる衣服で可」と「自宅内衣服なら可」の計

	在宅						入所					計
	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
「あらゆる衣服で可」と「自宅内衣服なら可」	96.6	67.1	40.4	20.9	4.5	2.4	91.7	31.2	19.4	8.3	0	37.8

この場合もこれと「限定的自立」である「自宅の中で着るような衣類は自分で出し入れと着たり脱いだりをしている」（「自宅内衣服なら可」と略す。入所の場合は「施設内衣服」と読み替え）とをあわせてみると、表7-2にみるように要支援で96.6%、要介護1で在宅67.1%、入所91.7%とかなり高く、上に述べたような著明な差は明らかでなくなる。このようにこの項目でも単に「自立」を見るのではなく「普遍的自立」と「限定的自立」とを区別することの妥当性が確認されたといつてよい。

（3）整容（身だしなみ）

表8-1にみるように、要介護者では「外出先でも自立」は全般的に低く、在宅と入所との差が大きい。例えば、要支援は33.9%、在宅要介護1が15.1%に対し、入所要介護1では8.3%と大きな差がある。

しかしここでも「外出先でも自立」と「自

宅内では自立」（入所者では「施設内」とよみかえ）とを加えてみると、要支援者でも96.6%、要介護1でさえも在宅85.5%、入所75.0%と高率であり（表8-2）、ここでも「普遍的自立」を独立させることで、各群間の特徴が明確になることが明らかである。

なお視点を変えて「介助」についてみると、見逃すことができないのは、「一部介助」と「全介助」とを合わせたものが要介護3では在宅でも入所でも50%前後（在宅48.4%、入所51.6%）となり、要介護4で77~86%の範囲、要介護5でほとんど100%に近くなることである（表8-1）。

この中間である「タオル・石鹸などを揃えてもらったり、見守りをしてもらっている」（「準備・見守り」）は要介護者の一部（要介護2・3など）に13~29%の範囲に

表8-1 整容（身だしなみ）

	在宅						入所					計
	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
外出先でも自立	33.9	15.1	7.3	2.2	0	0	8.3	6.3	3.2	0	0	8.4
自宅内では自立	62.7	70.4	51.4	36.2	15.1	2.4	66.7	43.7	16.1	10.0	1.9	40.4
準備・見守り	3.4	5.0	12.8	13.2	7.6	0	8.3	0	29.1	3.3	0	7.5
一部介助	0	8.4	23.9	34.1	25.8	12.2	16.7	31.2	38.7	40.0	11.1	19.9
全介助	0	1.1	4.6	14.3	51.5	85.4	0	18.8	12.9	46.7	87.0	23.8
計	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

表8-2 整容：「外出先でも自立」と「自宅内では自立」の計

	在宅						入所					計
	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
「外出先でも自立」と「自宅内では自立」	96.6	85.5	58.7	38.4	15.1	2.4	75.0	50.0	19.3	10.0	1.9	48.8

みられるだけであり、これと類似した考え方に立った設問構成をもつ食事の場合に、「揃えてもらえば可」が要介護者で相当に多いのとは明らかに異なっている。この点は活動（生活行為）の種別（この場合は食事と整容）により自立度分布に差があるのは当然であり、逆にこのような設問構成（自立度区分）をとったことでその差が明らかになったということができよう。

（４）入浴

入浴についても「普遍的自立」である「温泉旅館の大浴場など、どのような場所でも問題なし」（「どこでも自立」と略）と、「限定的自立」である「自宅の浴室ならば、1人で入浴している」（「自宅内では自立」と略。入所者は「施設内」と読み替え）を分けて調査した。

結果は表9-1に示すように、「どこでも自立」は在宅要介護者では最大（要支援）

でも23.7%と低く、入所要介護者では全く0である。

ここでも「どこでも自立」に「限定的自立」である「自宅内では自立」を加えてみると、表9-2のように90%を越え、在宅要介護1でも50%を越えるなど、上記のような差が不明瞭になる。ここでも「普遍的自立」の基準を設けることの妥当性が明らかである。

なお、介護保険及び地方自治体のサービスとして行なわれている「特殊浴槽等で介助」での入浴は、要介護者では、要介護度の進行と共に多くなり、同一要介護度でも入所者にはるかに多い。

これは一見当然のようにも考えられるが、一方では果たして要介護1、2のように「どこでも自立」と「自宅内では自立」を合わせたものが在宅で相当多くみられる（要介護1で59.2%、2で30.3%）ような群で、

表9-1 入浴

	在宅						入所					計
	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
どこでも自立	23.7	7.8	8.3	0	0	0	0	0	0	0	0	5.2
自宅内では自立	66.1	51.4	22.0	14.3	3.0	0	8.3	6.3	3.2	0	0	24.1
浴槽出入り見守り	6.8	10.1	12.8	6.6	3.0	0	8.3	0	3.2	5.0	3.7	7.1
一部介助	1.7	12.8	21.1	16.5	7.6	4.9	25.0	25.0	25.8	13.3	0	12.8
全介助	1.7	4.5	15.6	22.0	22.7	19.5	16.7	12.5	12.9	13.3	16.7	13.1
特殊浴槽等で介助	0	13.4	20.2	39.5	63.7	75.6	41.7	56.2	54.9	68.4	79.6	37.6
行わず	0	0	0	1.1	0	0	0	0	0	0	0	0.1
計	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

表9-2 入浴：「外出先でも自立」と「自宅内では自立」の計

	在宅						入所					計
	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
「どこでも自立」と「自宅内では自立」	89.8	59.2	30.3	14.3	3.0	0	8.3	6.3	3.2	0	0	29.3

特殊浴槽が本当にこれほど必要か（要介護1で13.4%、2で20.2%）は問われてよいであろう。また、入所者において同一要介護度の在宅者よりもはるかに高い（例えば要介護1で13.4%対41.7%、2で20.2%対56.2%と2倍から3倍以上）ことも、施設的环境因子（浴槽などの物的環境だけでなく、介助者数などの人的環境・施設運営方法などの社会的環境を含む）が利用者の尊厳に反するような「阻害因子」となっていないかについての検討が必要であろう。

（5）排泄

排泄は大・小の両方を含めての設問であり、これまでと同じく「普遍性自立」として「公共のトイレ、訪問先のトイレなど、どんな場所でも問題ない（和式のしゃがみ便器、男子小用の立ち便器、汽車式トイレなどを含む）」（「どこでも自立」と略）お

よび「自宅のトイレでは昼・夜共に1人でしている」（「自宅内昼夜自立」と略。入所者では「施設内トイレ」と読みかえ）の2つに分けている。

結果は、表10-1に見る通りで「どこでも自立」は、要介護者のうち、要支援では、30.5%と比較的高い水準にあるが、要介護者1以上では急激に減少し、特に入所者では著しく低い。

しかしこれまでと同様に「どこでも自立」と「自宅内昼夜自立」とを合計すると、このような差は明瞭でなくなる（表10-2）。すなわち要支援で98.3%、要介護1で在宅89.9%、入所83.3%など高い値を示す。このように自立を「普遍的自立」と「限定型自立」とに分けることの妥当性は排泄においても確認された。

表10-1 排泄

	在宅						入所					計
	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
どこでも自立	30.5	12.8	11.0	1.1	1.5	0	0	6.3	3.2	0	0	7.9
自宅内昼夜自立	67.8	77.1	58.7	54.9	18.2	2.4	83.3	50.0	19.4	5.0	0	46.3
自宅で昼のみ自立	1.7	5.0	12.0	4.4	6.1	2.4	16.7	12.5	25.8	8.3	0	6.8
一部介助	0	1.7	6.4	13.2	9.1	4.9	0	12.5	19.4	20.0	9.2	7.7
全介助	0	1.1	4.6	9.9	18.2	19.5	0	12.5	9.7	10.0	11.1	7.4
オムツ使用	0	1.7	6.4	13.2	45.4	68.4	0	6.3	22.5	56.7	77.8	22.8
その他	0	0.6	0.9	3.3	1.5	2.4	0	0	0	0	1.9	1.1
計	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

表10-2 「どこでも自立」と「自宅内昼夜自立」の計

	在宅						入所					計
	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
「どこでも自立」と「自宅内昼夜自立」	98.3	89.9	69.7	56.0	19.7	2.4	83.3	56.3	22.6	5.0	0	54.2

ちなみに、「オムツ使用」は要介護が高いほど多くなるのは当然とも言えるが、在宅要介護では要介護5になってはじめて「オムツ使用」者が半数を超える(68.4%)のに対して、入所者では要介護4ですでに半数を越える(56.7%、要介護5では77.8%)こと、それ以前にも同一要介護度であっても入所の方が概して「オムツ使用」の率が高いことなどは環境因子(物的よりもむしろ人的及び社会的環境)が利用者の尊厳をそこなう「阻害因子」となっている可能性を示唆するものといえよう。

家庭生活については「料理」とそれ以外の「掃除・洗濯・布団干し・ゴミ捨てなど」に分けて調査したが、類似した傾向を示すので、代表として「料理」についての分析結果(表11)を示す。

要支援で「ほぼ毎日している」が11.9%である他は在宅者でも要介護度が進むにつれて急激に減少する。他方「限られたメニュー」は在宅者では比較的よく保たれ、ここにもこのような自立度区分の妥当性をみることができる。入所者においては一部を除きこの両選択肢ともほとんどみられない。

II. 「参加」の具体像としての「活動」の状況

「参加」の具体像としての「活動」の状況についての結果は以下の通りであった。

1) 家庭生活：料理

2) 仕事

次に「仕事」であるが、表12にみるように全般的に「一般の職業で収入を得ている」は極めて少ないが、要支援では8.5%に見られることは無視することはできない。

表11 料理

	在宅						入所					計
	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
ほぼ毎日している	11.9	3.3	1.8	0	0	0	0	0	0	0	0	2.1
限られたメニュー	27.1	15.1	4.6	1.1	3.0	0	0	0	0	0	0	7.1
簡単なもののみ	23.7	16.8	6.4	4.4	0	0	8.3	6.3	0	0	0	7.9
以前(+) 今は(-)	13.6	36.3	57.8	63.7	53.0	63.4	58.3	75.0	77.4	76.7	74.1	53.5
もともと(-)	23.7	28.5	29.4	30.8	44.0	36.6	33.3	18.8	22.6	23.3	25.9	29.4
計	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

表12 仕事

	在宅						入所					計
	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
一般の職業で収入	8.5	1.7	0.9	0	0	0	0	0	0	0	0	1.3
福祉工場等	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ボランティア	3.4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.3
したいが機会(-)	0	2.2	2.8	4.4	4.5	2.4	0	0	0	1.7	0	2.2
あてはまらない	88.1	96.1	96.3	95.6	95.5	97.6	100	100	100	98.3	100	96.2
計	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

視点を変えて、「年齢その他によりこの項目にあてはまらない」（「あてはまらない」と略）がどの群でも非常に多い（53～100%の範囲）ことは、年齢・性別などを理由に仕事を持つことをはじめから度外視する傾向も強いことがうかがえる。

しかしこの点は「障害者のための福祉工場、授産所、作業所などで働いている」（「福祉工場等」と略）あるいは「収入はないがボランティア的な仕事についている」が共に極めて少ないことから見られるように、仕事を持つことに関しての社会的環境の整備が遅れている等の環境因子の問題ということもできるであろう。

3) 趣味

「趣味・レクリエーション・スポーツなどの余暇活動」（「趣味」と略）については活動と参加との両面を持つが、ここでは「活動」特にその量的な側面を調査した。その結果は表13に示すとおりである。

「十分にしている」は極めて僅かで、「十分にしている」と「ある程度はしている」をあわせたものが要支援でようやく20.3%に達するのみである。

他方「趣味がなく、レクリエーション、

スポーツにもともと興味がない」という者は決して少なくない（ほぼ10～20%の範囲）ことも「個人因子」としての問題点としてとらえる必要があると思われる。

Ⅲ. 「参加」の状況

「参加」(participation)とは、「生活・人生への関与」であり、関与とはある状況にかかわり、その中でなんらかの役割を果たすことである。これはICFによって導入された新しい概念であるために正しく理解されにくい点があり、「社会参加」といいかえて使われることも少なくない。それは一見わかりやすいようであるが、厳密に言えば誤解であり、「参加」は社会参加を含むがそれにとどまるものではない。ICFの分類に則していえば、家庭生活、対人関係の中での役割の遂行、教育、雇用・就労、経済生活、社会生活、市民生活（宗教・政治・文化生活を含む）への関与などの広い範囲にわたるものである。

本調査では高齢であることを考慮して、「参加」については「家庭生活」、「経済」、「地域社会生活・市民活動」の3点について調査した。

表13 趣味

	在 宅						入 所					計
	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
十分にしている	3.4	0.6	0	1.1	0	0	0	0	0	0	0	0.5
ある程度している	16.9	6.1	1.8	5.5	4.6	0	16.7	25.0	19.4	8.3	0	6.7
一部のみ	15.3	20.1	17.5	9.9	12.1	4.9	33.3	56.3	19.4	46.7	31.5	20.5
全くしていない	40.7	58.7	58.7	64.8	72.7	78.0	16.7	18.8	41.8	40.0	61.1	56.7
もともと趣味(-)	23.7	14.5	22.0	18.7	10.6	17.1	33.3	0	19.4	5.0	7.4	15.6
計	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

1) 家庭生活上の役割

「家庭生活上の役割」の成績は表 14 の通りである。ここで「家族の一員としての役割を十分に果たしている」（「十分果たしている」と略）とするものは、全般的に著しく低く、要支援で 27.1%とやや高めである他は、全て 0~8%の範囲である。

「十分果たしている」に「ある程度は家族の一員としての役割を果たしている」（「ある程度果たす」と略）を加えてみると、要支援が 49.1%と高めであり、在宅者では要介護 1 で 27.4%、要介護 2 で 20.2%、要介護 3 で 13.2%と 10%以上であるのに対し、入所者では要介護 1 で 8.3%、2 で 6.3%とはじめから 10%に達せず、3 以上はほとんど 0 である。

このことは要介護度は同じでも、在宅であれば家庭内の役割をある程度果たすことが可能であるのに、入所によってそれが非常に困難になることを示すものといえよう。

逆に「家族の一員としての役割を果たすことはできない」（「果たしていない」と略）は、在宅者では要介護 2（40.3%）以上で急激に増加して、要介護 5 では 63.4%に達

する。一方入所者ではこの選択肢の率はそれほど高くなく、むしろ「家族と一緒に生活していないので、この項目にあてはまらない」（「あてはまらない」と略）が 50~85%と非常に高い。

以上の点について注目すべきことは、入所者は「家族と一緒に生活していない」点では全員が同じ条件にあるのに、決して全員がこの選択肢を選んでいるのではなく、「十分果たしている」から「一部分果たしている」までの選択肢を選んでいるのも決して少なくないことである。

以上のことは「活動」と異なり、「参加」では心身機能の低下（要介護度など）が直接「参加制約」に及ぼす影響は比較的少なく、むしろ社会的環境条件（在宅・入所の差など）の影響が大きいこと、しかも一部にはそれらの影響さえ受けない「相対的独立性」があることを示すものといえよう。

2) 家庭経済上の役割

「家庭経済上の役割」は一家の生計への本人の寄与度を訊ねるものであり、その結果は表 15 に示すとおりである。

表 14 家庭生活上の役割

	在宅						入所					計
	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
十分果たしている	27.1	5.0	6.4	3.3	4.5	0	8.3	6.3	0	0	0	5.6
ある程度果たす	22.0	22.4	13.8	9.9	4.5	7.3	0	0	0	1.7	0	11.7
一部分果たしている	23.8	33.0	25.7	29.7	33.4	2.4	25.0	6.3	12.9	3.3	0	22.4
果たしていない	3.4	18.4	40.3	43.9	39.4	63.4	16.7	18.7	6.5	15.0	14.8	27.2
あてはまらない	23.7	21.2	13.8	13.2	18.2	26.9	50.0	68.7	80.6	80.0	85.2	33.1
計	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

「一家の財政を全て担っている」（「全て担う」と略）としたものは全体で低いが、要支援だけでは 33.9%と3分の1以上が「全て担う」としていることは注目される。これに「ある程度担う」を加えたものは要支援では 47.5%と半数近くになる。そのほかは概して低く、0～33%の範囲にとどまる。

ただ、ここで注目すべきことは、この「家庭経済上の役割」は要介護度や在宅・入所の別などに必ずしも比例しないことである。例えば入所の要介護3では「全てを担う」と「ある程度担う」とをあわせたものは 22.5%と要介護者のうち要支援を除き最も高い値であり、3分の1近くが「全て」あるいは「ある程度」を担っていることは興味深い。

以上のことは、先に「家庭生活上の役割」についても見たように、「参加」に対して心身機能の低下（要介護度）が直接及ぼす影

響は「活動」の場合より小さく、それだけ「相対的独立性」が高いことを示すものである。

特に家庭経済上の役割においては特に高齢者の場合、現在の心身機能、活動、あるいは環境因子などの状態が直接影響するよりは、むしろ若い時あるいは心身機能の低下をきたす以前に形成した資産や年金などの影響が大きいと考えられる。

この資産や年金などはICFでは「環境因子」に含まれるものであり、これは「参加」と「環境因子」とが密接な関係をもつ一つの著明な例といえることができる。

3) 地域社会への参加

「地域社会生活・市民活動」（「地域社会への参加」と略）についての設問への答えは表 16 に示す通りであった。

表 15 家庭経済上の役割

	在宅						入所					計
	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
全て担う	33.9	14.5	13.8	6.6	12.1	7.3	16.7	12.5	19.3	0	0	12.3
ある程度担う	13.6	16.8	11.0	9.9	10.6	4.9	0	6.3	3.2	0	3.7	10.0
一部分のみ寄与	23.7	22.9	26.6	15.4	28.8	19.5	16.7	0	6.5	6.7	5.5	18.9
寄与できない	11.9	24.6	23.8	40.6	31.8	48.8	25.0	43.7	35.5	66.7	66.7	35.1
もともとない	16.9	21.2	23.8	27.5	16.7	19.5	41.6	37.5	35.5	26.7	24.1	23.7
計	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

表 16 地域社会への参加

	在宅						入所					計
	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
十分に参加	1.7	0.6	0	1.1	0	0	0	0	0	0	0	0.4
ある程度参加	8.5	5.0	4.6	2.2	1.5	4.9	0	0	0	0	0	3.3
ごく一部参加	16.9	10.6	6.4	3.3	7.6	2.4	16.7	6.3	6.5	8.3	0	7.7
参加していない	71.2	83.2	88.1	92.3	89.4	92.7	75.0	93.8	93.5	91.7	100	87.8
あてはまらない	1.7	0.6	0.9	1.1	1.5	0	8.3	0	0	0	0	0.8
計	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

このうち「十分に町内会、地域団体、地域活動などに参加している」（「十分に参加」と略）としたものは極めて低く、これと「ある程度は町内会、地域団体、地域活動などに参加している」（「ある程度参加」と略）とをあわせたものも少ない（1.5%～10.2%）。しかも入所者では全く0である。

逆に「ごく一部参加」と「参加していない」をあわせたものはほとんど全てのサブグループで90%以上である（要支援では88.1%）。特に要介護5の入所者では「参加していない」が100%であることは印象的である。

以上のことは、地域社会への参加は極めて低いことを示している。

しかし「参加」のすべてが低いのではなく、先にみたように「家庭生活における役割」では「十分果たしている」あるいは「ある程度果たしている」でかなり高率である。また「家庭経済上の役割」においても同様である。ここにICFの「参加」の概念と範囲が、狭い意味の「社会参加」に限られず、家庭生活家庭経済での役割をも含めた広いものであることの意味がみてとれるように思われる。

D. 結論

以上、生活機能の状況をM市の要介護認定高齢者の「活動」、「参加」の具体像としての『活動』、「参加」の代表的な項目について、要介護度、在宅・入所の別などについて比較した。

1. 「活動」について

1) 「普遍的自立」の重要性

以上のデータから外出状況、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。

2) 地方行政へのICFの活用の基礎資料

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」（ICF用語：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も認められた。

以上のことは生活機能低下予防や介護サービスなどの地方行政を考える場合に有益な知見と考えられる。

2. 「参加」の具体像としての「活動」について

「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、まず在宅・入所間の差が目立つ。これは社会的・文化的習慣・システム、また物的・人的制度的環境などの「環境因子」が、これらの「参加」の具体像としての「活動」に大きく影響していることを示すものである。

3. 「参加」について

「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点について在宅・入所間の差が大きいことが判明した。これは社会的・文化的習慣・システム、また物的・人的環境などの「環境因子」が「参加」に大きく影響していることを示すものである。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。これは「参加」が「心身機能」（要介護度等）によって規制される程度が「活動」よりも低く、より高い自由度を示すものとして興味深い。

一方「地域社会生活・市民活動」については極めて低かった。

しかし「参加」のすべてが低いのではなく、先にみたように「家庭生活における役割」および「家庭経済上の役割」においては一定の「参加」水準にあるものが少なからず存在している。ここにICFの「参加」の概念と範囲が、狭い意味の「社会参加」に限られず、家庭生活や家庭経済での役割

をも含めた広いものであることの意味がみてとることができる。

以上から訪問リハビリテーションのシステム構築の上で有益な情報が得られた。

E. 健康危険情報

特になし

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－

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

研究要旨 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（生活機能低下）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（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した。本報告ではそのうち、「活動」「参加の具体像としての活動」「参加」の状態について検討した。

その結果普通「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、意外に多くの者が「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。以上により今後の訪問リハビリテーション・システムの構築のための貴重な示唆が得られた。

A. 研究目的

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（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し、それにより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。

B. 研究方法

1. 対象

大都市近郊の地方都市（総人口 52,742 名）