

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 16 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 17 (2005) 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. 介護予防の水際作戦としての訪問リハビリテーションの効果
2. 非要介護認定・身体障害者手帳非所持高齢者の生活機能
－訪問リハビリテーション・システム構築のために－
3. 在宅非要介護認定・身体障害者手帳所持高者の生活機能
－訪問リハビリテーション・システム構築のために－
4. 在宅要介護認定者の生活機能
－訪問リハビリテーション・システム構築のために－
5. 訪問リハビリテーションの技術・プログラムに関する検討
－歩行補助具の使用状況について－
6. 在宅生活高齢者の生活機能の経時的変化

7. 廃用症候群モデルに関する介護支援専門員の認識調査
ー訪問リハビリテーション・プログラムの向上のためにー

8. 廃用症候群についての地域住民の認識
ー要介護認定者及び非要介護認定者に関する調査ー

9. 生活機能向上に向けた患者の希望の確認のための I C F の活用
ー訪問リハビリテーション開始時の目標設定のためにー

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

Ⅳ. 研究成果の刊行物

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 在宅高齢者の「生活機能」(WHO・ICF)の維持・向上のための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以下の研究を行った。その際介護予防の観点を重視した。

1. 介護予防の水際作戦（生活機能低下の早期発見・早期対応）としての訪問リハビリテーション（訪問生活機能向上指導）の効果、2. 訪問リハビリテーション・システム構築のための基礎的研究としての、在宅高齢者の生活機能の実態把握（非要介護認定・身体障害者手帳非所持者、非要介護認定・身体障害者手帳所持者、要介護認定者の3群について）3. 歩行困難高齢者における歩行補助具（杖・シルバーカー等）の使用状況とその適切性、4. 在宅生活高齢者の生活機能の経時的変化、5. 介護支援専門員による生活機能低下のモデル分類と生活不活発病発生契機の類型化、6. 廃用症候群についての地域住民の認識、7. 訪問リハビリテーション時の目標設定のためのICFの活用。

その結果「水際作戦」としての訪問リハビリテーションが、活動を中心的なターゲットとして行われることによって短期間に高い効果をあげること、またこのような水際作戦を必要とする人は、一見健康で自立していると考えられる高齢者の中にもかなりの数で存在していること、しかも「活動」の「質」と「量」が僅か1年間で著明に低下する（特に「普遍的自立」の水準を保つことが難しい）等の、意外に危険な状況におかれていることが確認された。

その一方で、このような現象に密接な関連を持つと考えられる廃用症候群（生活不活発病）に関する知識は、専門家の間にも利用者の間にもまだ極めて不十分であり、「水際作戦」が「自助」「共助」によって支えられるという側面がはなはだ弱体であることが判明し、今後の大きな課題が明らかになった。また具体的技術として歩行補助具の使用はほとんどT字杖（1本杖）に限られており、より適切な歩行補助具を用いることで歩行自立度が向上する可能性が推定された。

以上より、訪問リハビリテーションは従来 of 通院・通所が困難な人を主な対象としていわゆる維持的リハビリテーションとして行うべきものではなく、今後重

要性を増す介護予防の観点からも効果的なものであり、その対象者は非常に広い範囲に及ぶ多いことが明らかとなった。但し、その必要性を理解し、判断する介護支援専門員や本人自身への啓発が必要である。

分担研究者

- ・野中 博（日本医師会、常任理事）
- ・生田 宗博（金沢大学、教授）
- ・中村 茂美（アール医療福祉専門学校、学科長代理）
- ・木村 隆次（全国介護支援専門員連絡協議会、会長）

A. 研究目的

本研究班における研究の大目的は生活機能（WHO ICF：International Classification of Functioning, Disability and Health）の維持・向上に向けた、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。

なお、本研究班における問題意識の前提としては、昨年度末に今後のリハビリテーションのあるべき姿を示すものとして出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の報告書「高齢者リハビリテーションのあるべき方向」が示した方向性がある。

特に訪問リハビリテーションに関して同報告書は、その目的は「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」とし、更に、「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。」と述べている。そして今後の望ましいあり方として、「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。」と結論づけている。

現在の我が国の訪問リハビリテーションは、入院・入所または外来のリハビリテーション・サービス全般と同様に、残念ながら「心身機能」への対応を主とする機能訓練が中心であり、しかも訪問リハビリテーションは多くの場合「機能維持」を目的とする「維持期のリハビリテーション」という位置づけで、しかも重度であるため外来あるいは通所リハビリテーションに通うことが不可能な場合に「やむを得ず」訪問で行うとされている場合が多いのが実状である。またそのためもあって、住宅改修・福祉用具提供、介助法指導という環境因子改善に偏る傾向も著明である。これに対し同報告書は以上のように大きく異なった路線を提起している。

それに加え現在、介護保険法改正におい

て介護予防が重視されているが、そのためにはより軽度の生活機能低下者を対象として、訪問リハビリテーションは行うべきであり、その意味でも介護予防の核として位置づけるべきものである。

これらの方向性も踏まえ本年度は、訪問リハビリテーションの対象として従来の重度者中心ではなく介護予防の観点を重視し、また介護予防の対象として重要な廃用症候群を重視して行った。

そこで1. 介護予防の柱として位置づけるべき「水際作戦」におけるプログラムの明確化と効果の立証を行った。すなわち、生活機能低下の早期発見・早期対応である「水際作戦」の具体的なシステムとして、2004年7月より1つの自治体で「生活機能相談窓口」を設け、生活機能向上に向けた訪問リハビリテーションを最も重要な方法と位置づけた「水際作戦」を行なってきたが、その効果の検証を行った。

2. 訪問リハビリテーションが適切に機能するためには、対象となる在宅生活者の生活機能の実態を把握することが必要である。これは同時に介護予防の対象者の明確化としての意味をもつ。昨年度我々は大都市近郊のM市でICF（WHO 国際生活機能分類）にもとづく生活機能調査を行った。今年度はそれに引き続き、昨年とは異なる中山間部地域をフィールドとして、訪問リハビリテーションの対象となる在宅高齢者の生活機能の実態把握を、特に「高齢者リハビリテーション研究会報告書」で強調されている「活動」に重点をおき、また介護予防の観点を重視して、廃用症候群にも注目して研究を行なった。

その際昨年度の研究で明らかとなった点であるが、介護保険サービスの立場からは「非要介護認定者」ということで、あたかも同質のものであるかのように扱われがちな集団を、生活機能の観点からは2つに分ける必要があると考えた。すなわち身体障害者福祉法による障害認定を受け、身体障害者手帳を有する群と、障害認定を受けず身体障害者手帳を有しない群の2群とを分ける必要である。そのためこれら2群に要介護認定者を加えた、計3群について生活機能調査を実施した。

またその際、生活機能の実態（静態）のみでなくその変化（動態）を、特に「活動」の動態（経時的変化）、また生活不活発病と関連の深い「生活の活発さ」に重点をおいた把握を試みた。

3. 水際作戦としての訪問リハビリテーションの技術・プログラム面の検討のために、その有力な要素である歩行補助具の使用状況について調査し、適切かつ効果的に使われているか否かについて検討した。

4. 訪問リハビリテーションにおいては実生活での活動向上と同時に、廃用症候群への働きかけが必要である。また介護予防の観点から廃用症候群は重要である。そこで①介護保険下における訪問リハビリテーションの必要性を考え、利用者や家族に、利用可能な資源の選択肢として訪問リハビリテーションを提示する役割が大きい介護支援専門員の、生活機能低下のモデル分類、廃用症候群についての認識の実態の把握を行った。②また同時に訪問リハビリテーションが十分な効果をあげるためには本人・家族が廃用症候群についてよく理解し

ていることが重要であり、廃用症候群に関する一般高齢者も含めた当事者自身の認識の現状と問題点を把握するために、一般住民における廃用症候群に関する意識調査を行った。

5. 生活機能全体の向上のためには患者・利用者の個人的・個別的な目標設定を行う必要がある。その際、本人から表出される希望が偏りのない、真の希望であることが望まれる。

そのため我々は、この「生きること」の全体像についての「共通言語」というICFの特徴に立って、患者・利用者に対してICFのモデル及び分類項目の説明を行った場合の適切な目標設定に対する効果の検証を行った。

B. 研究方法

1. 介護予防の水際作戦としての訪問リハビリテーションの効果

M市に開設した「生活機能相談窓口」を開設日（平成16年7月1日）から平成17年3月までの9ヶ月間に利用した113名（平均年齢は78.5±10.5歳、男性39名、女性74名）を対象にして、生活機能の変化をICFモデルにもとづき利用開始時、訪問指導終了時、及び終了後6ヶ月以内での「最高の状態」について調査した。

介護予防の対象として重要な「活動」項目についての評価は、ICFの評価点による「自立度」の評価、すなわち基本的には「0：普遍的自立」、「1：限定的自立」、「2：部分介助」、「3：全介助」、「4：行なっていない」とし、項目によっては一部具体的に定義したものによった。

それに加えて、介護上重要な観点として「2：部分介助」の中で更に、「促し」、「声かけ支援」、「見守り」、「実際に介助する」の4段階に細分して評価した。またICFの評価点の「1：限定型自立」のなかでも「0：普遍的自立」までは達しないが、実行や実施可能なバラエティやレパートリーの向上の有無についても評価した。これらの同一評価点の中での向上を「質的向上」とした。

更に廃用症候群の原因となる生活の活発さをみる指標として「外出の回数」と「日中どの位体を動かしているか」をみた。「外出の回数」は「ほぼ毎日」「週3回以上」「週1回以上」「月1回以上」「ほとんど外出していない」の5段階、「日中どのくらい体を動かしていますか」は「外でもよく動いている」「家の中ではよく動いている」「座っていることが多い」「時々横になっている」「ほとんど横になっている」の5段階で評価した。

2. 非要介護認定・身体障害者手帳非所持高齢者の生活機能

—訪問リハビリテーション・システム構築のために—

非要介護認定者のうち身体障害者手帳を所持しない在宅生活高齢者、すなわちいわゆる健康で自立していると考えられる高齢者を対象として、WHO・ICFモデルに基づき生活機能の3つのレベルのうち、「活動」「参加」に重点をおいて行った。

対象は、中山間部地方都市1市の65才以上の在宅生活の非要介護認定高齢者から入院・入所者を除く6,193名中、回答者

5,961名（回収率96.3%）のうち身体障害者手帳を所持しない5,353名（平均年齢74.9±6.6才）を分析対象とした。内訳は、前期高齢者（65-74歳）2798名（男性1,153名、女性1,645名）、後期高齢者（75歳～）2555名（男性930名、女性1,625名）であった。

調査は、郵送留め置き訪問回収法により行った。

3. 在宅非要介護認定・身体障害者手帳所持高齢者の生活機能

ー訪問リハビリテーション・システム構築のためにー

対象は前項と同一の市の、65才以上の在宅生活の非要介護認定者のうち身体障害者手帳を所持している590名（平均年齢76.3±6.7才、前期高齢者250名、後期高齢者340名；男性325名、女性265名）である。

ICFにもとづく生活機能の実態把握を、調査方法および項目を、前記3と同様に行った。

4. 在宅要介護認定者の生活機能

ー訪問リハビリテーション・システム構築のためにー

前2項と同一の市の在宅要介護認定者を対象として、要介護度が要支援～要介護5の全員から入院・施設入所者・住所不明者等を除いた468名を対象として、担当介護支援専門員が訪問して調査し、回答は463名（回収率98.9%）から得た。そのうち65歳以下を除外した429名（平均年齢82.3±8.4才、要支援163名、要介護1160

名、要介護235名、要介護332名、要介護421名、要介護518名）を分析対象とした。このうち前期高齢者（65-74歳）は66名（男性35名、女性31名）、後期高齢者（75歳～）は363名（男性91名、女性272名）であった。

調査項目は、前記同様であった。

5. 訪問リハビリテーションの技術・プログラムに関する検討

ー歩行補助具の使用状況についてー

対象は大都市近郊のM市（総人口52,742名）在住の在宅高齢者（65歳以上）全員である。内、全非要介護認定者4754名中4497名から回答を得（回収率94.6%）、これを身体障害者手帳非所持の4,288名（男性2033名、女性2255名、前期高齢者2664名、後期高齢者1624名）と、身体障害者手帳を所持者209名（男性124名、女性85名、前期高齢者109名、後期高齢者100名）の2群に分けた。更に、要介護認定者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（男性172名、女性373名）、入所者173名（男性41名、女性132名）、要介護度内訳は要支援：59名、要介護1：191名、要介護2：125名、要介護3：122名、要介護4：126名、要介護5：95名である。

以上の3群に分けて分析した。

6. 在宅生活高齢者の生活機能の経時的変化

1市の65才以上の全在宅高齢者を対象としては、生活機能の経時的変化について調べた。特に廃用症候群との関係が深い

「活動」の「質」（自立度）として、歩行（屋外歩行、屋内歩行）、畳や床からの立ち上がり、階段の昇り降り、立って靴下を履くについて、1年前、半年前、現在の3時点について調べた。また「活動」の「量」（生活の活発さ）として、外出頻度と1日の活動量（日中どのくらいからだを動かしているか）を、1年前と現在の2時点について調べた。

対象者は入院・入所・住所不明者を除く全在宅高齢者6,661名で、回答は6,424名（回収率96.4%）から得た。性別不明、年齢不明者を除いた6,360名を分析対象とした（内訳：非要介護認定者5,943名、要介護認定者417名、前期高齢者男性：1,325名、女性：1,777名、後期高齢者男性：1,202名、女性：2,056名）。

7. 廃用症候群モデルに関する介護支援専門員の認識調査

－訪問リハビリテーション・プログラムの向上のために－

生活機能実態調査の対象である要介護者毎に、介護保険サービス利用時の担当介護支援専門員が①生活機能低下についてのモデル分類、②廃用症候群モデルの発生契機の区別、③生活機能向上の可能性、④ふりかえって、生活機能向上に向けて、介護保険サービス以外でやるべきことがなかったか、についてどのように考えるかを調べた。

また介護支援専門員が廃用症候群モデルと判断した事例について、その事例者自身の廃用症候群（生活不活発病）についての認知状況についても調査した。

対象は本年度本研究班において行なった

1自治体での要介護認定者の生活機能の実態調査を担当した介護支援専門員で、対象とした事例は429名（要支援162名、要介護1160名、要介護235名、要介護331名、要介護421名、要介護518名）。

8. 廃用症候群についての地域住民の認識 －要介護認定者及び非要介護認定者に関する調査－

廃用症候群・生活不活発病についての知識、またこれに関連して「病気の際に体を動かすことを控えているか否か」、「年をとると足腰が弱くなるのは仕方ないこと」と思うかどうか等を1市の65歳以上の在宅高齢者に質問し、6,424名（回答率96.3%）から回答を得、年齢・性別不明者を除いた6,360名について分析した。

9. 生活機能向上に向けた患者の希望の確認のためのICFの活用

－訪問リハビリテーション開始時の目標設定のために－

訪問リハビリテーション（含：「生活機能相談窓口」の利用）開始直後の患者・利用者を対象として、ICFのモデル及び分類項目の説明を行う前後での、目標設定に関する本人の希望の変化をみることで効果の検証を行った。

個別面接でまず①訪問リハビリテーションによってどのようなことを達成することを希望するかについて聴取し、

ついで②ICFの生活機能モデルとICFの「活動」・「参加」の大分類リストを提示し、説明を加え、③その上で改めてリハビリテーションの目的についての希望

を聴取した。

この①と③で表出された希望を前後で比較し、「活動」・「参加」の各章毎の希望の有無と、「心身機能」レベルの希望の有無について、対象者49名で比較した。

(倫理面への配慮)

主任研究者の所属機関の倫理委員会において審査をうけ、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、主任研究者と自治体との間で協定書も締結している。

C. 結果と考察

1. 介護予防の水際作戦としての訪問リハビリテーションの効果

「活動」の8項目(屋外歩行、屋内歩行、排泄、整容、入浴、調理、掃除、洗濯)のうち少なくとも1項目での「している活動」(実行状況)の自立度向上が、113名中51名(45.1%)で見られ、また98名(86.7%)において生活の活発化がみられた。

1回の訪問で自立度向上者の35.3%(18名)、3回以内で84.3%(43名)が向上しており、効果は短期間であらわれた。また生活機能低下の発生から「生活機能相談窓口」への連絡が早ければ早いほど大きな効果がみられた。

2. 非要介護認定・身体障害者手帳非所持高齢者の生活機能—訪問リハビリテーション・システム構築のために—
在宅非要介護認定高齢者(身体障害者手帳非所持者)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

れがちなこのような高齢者でも、「活動」「参加」「心身機能」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。また「健康状態」に関連して現在通院していたり、入院歴を持つ人もかなりあり、やはり後期高齢者に多かった。

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。このような限定された自立状態は、訪問リハビリテーションを必要とするような「非自立」に転落する危険の大きい状態であり、いわば訪問リハビリテーション必要者の「予備軍」であるといえることができる。

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の大きい「ハイリスク」群に属するものが、このようなふつう「健康」で「自立」していると思われがちな一般高齢者にも少なからず存在していることを意味している。

なお「活動」において外出目的・外出手段その他に、また「参加」の多くの項目に男女差がみられた。

3. 在宅非要介護認定・身体障害者手帳所持高齢者の生活機能—訪問リハビリテーション・システム構築のために—

在宅非要介護認定高齢者で身体障害者手帳を所持する者の生活機能の現状を、非

要介護認定・身体障害者手帳非所持高齢者と比較すると、項目によって程度は異なるが、ほぼ全ての項目において「活動」の非自立者、「活動の量」の低下者、「参加」の低下者、また「心身機能」上の問題が、本群で明らかに高かった。

更に「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」にとどまる者も本群で多いことも確認された。本群は「身体障害者手帳非所持」群よりも、訪問リハビリテーション必要者の「予備軍」として重視する必要があるとい うことができる。

4. 在宅要介護認定者の生活機能

ー訪問リハビリテーション・システム構築のためにー

在宅要介護認定高齢者の生活機能は非 要介護認定者の身体障害者手帳所持群、非 所持群の両群に比べ「活動」「参加」「心身 機能」のいずれについてもより著しい低下 が認められた。その中「活動」と「心身機 能」においては要介護度と並行して低下す る傾向が明らかであった。一方「参加」に おいては要介護度との関連は著明ではな く、むしろ種々の「環境因子」「個人因子」 が関与するものと考えられた。

ただ「活動」においても、要介護度が高 くても少数ながら高い「活動」水準を保っ ているものも存在していたことは重要な 点である。

また「健康状態」に関連しての現在の通 院者、入院歴などは全体的に多く、要介護

度との関連は乏しかった。

通院者が多いことは、介護予防の「水際 作戦」（生活機能低下の早期発見・早期対 応）としての訪問リハビリテーションにお いて、生活機能低下の発見者としての医療 機関の役割が大きく、医療と介護保険サー ビスとの連携の必要性を示すものである。

また要介護認定者に身体障害者手帳所 持者が多く、全体で約4割、要介護5では 8割に及ぶことは、介護保険行政と障害福 祉行政の緊密な連携が重要であることを 示唆していると思われる。

5. 訪問リハビリテーションの技術・プロ グラムに関する検討

ー歩行補助具の使用状況についてー

全体として歩行補助具全体については、 ①概して歩行補助具は車いすよりも多く利 用されている（非要介護認定・身体障害者 手帳非保持者 8.8%、同身体障害者手帳保 持者 23.2%、要介護認定者 28.3%）、②同 一群間では歩行自立度が低下するほど歩行 補助具使用者が増える傾向がある、③ただ 要介護認定者の介護歩行者では車いす使用 者が著しく増え、その分歩行補助具使用者 が減少する、等のことが確かめられた。

歩行補助具の種類についてみるとT字杖 が圧倒的に多く、他の歩行補助具との複数 併用（使い分け）も含めるとおおむね8－ 9割を占め、あるサブグループでは10割 である。次いでシルバーカー（2～4割） であり、その他の歩行補助具は極度に少な かった。

また、同じ普遍的自立者であっても非要 介護認定・身体障害者手帳非所持者では

5.5%であったものが、同・身体障害者手帳保持者では21.4%となり、要介護認定者では急激に増えて50.0%に達している。これは逆にいえば、全体としては「心身機能」に問題がある人でも歩行補助具を利用することで普遍的自立を達成しえている人が少なくないことを示すものと解釈できる。

以上から歩行補助具はかなり使用されているが、その内容はT字杖に偏っており、これを利用者の状態に応じて他の種類のものにも拡大し、より頻繁に用いることで現在以上に歩行自立度を向上させ、また立位での各種「活動」の向上にも役立つものと考えられ、今後の課題が明らかとなった。

6. 在宅生活高齢者の生活機能の経時的変化

在宅高齢者において、過去1年間に活動の「量」と「質」にかなりの変動があることが確認された。

まず「活動」の「質」、すなわち基本的な生活行為（ICFの「活動」）の自立度についてみると、それに低下がみられた者は前期高齢者で1.9%~9.0%（「活動」の種類による差）、後期高齢者で6.5%~17.3%と、1年間の変化としては高率であった。

1年前の状態からの低下率は「屋外歩行」、「立って靴下をはく」、「立ち上がり」、「自宅内歩行」の順に大きく、前期高齢者では9.0%、6.7%、3.4%、1.9%であり、後期高齢者では17.3%、11.0%、9.1%、6.5%であった。

「屋外歩行」の低下率が意外に大きい反

面、「自宅内歩行」のそれは著しく少なく、前期高齢者で後者は前者の約5分の1、後期高齢者では約3分の1にとどまっていた。これは、生活行為が低下する場合、まず「屋外歩行」の「普遍的自立」の状態が困難になるが、その状態と「自宅内歩行」が「よく家具や壁を伝わっている」以下の状態となることとの間には「活動」としての困難さの上でかなり差があることを示すものと考えられる。「畳や床からの立ち上がり」は低下率において両者の中間にきた。また「立って靴下を履く」ことは「屋外歩行」に次いで低下しやすかった。

以上の全てにわたって、前期高齢者よりも後期高齢者のほうに生活機能低下が起こり易い（「屋外歩行」の1.9倍から「自宅内歩行」の3.4倍まで）という結果が得られた。

次に「活動」の「量」の低下についてみると、前期高齢者では「1日の活動量」の全体の低下率は4.5%、「外出頻度」のそれは6.5%であり、後期高齢者では同じく11.9%と11.7%であった。

この場合も後期高齢者での低下率があきらかに高かった（「外出頻度」で1.8倍、「1日の活動量」で2.6倍）。

次いで1年前がどのような状態であった場合に最も「質」の低下が起こり易いか、すなわち「質」の低下の「リスクファクター」としての「活動」の状況について検討した。結果は、1年間の自立度低下に最も高い比重を占めているのは、1年前に「遠くへも一人で歩いていた」の状態であった人（前期高齢者79.2%、後期高齢者66.3%）であり、そのうち1段階の低下が前期・後

期高齢者とも8割以上であった。

「遠くへも一人で歩いている」とは我々がICFの「活動」の評価点として提案し、各種の研究でその妥当性を検証している「普遍的自立」（通常遭遇する各種の環境においても問題なく自立している状態）である。これは従来は次の「近くであれば一人で歩いている」（環境限定型自立：自宅内・自宅周辺などの限られた環境のみにおける自立）と併せて、単に「自立」一般として扱われることが少なくない。しかし我々の研究によって、この2種類の自立を区別することが重要で、特に疾患や障害を持たない、いわゆる「健常」高齢者における、活動の「質」（自立度）の低下を敏感に検知する上で有用であることが種々の角度から確認されている。

今回も、1年間にこの状態から1段階以上低下するものが全体の1割強（前期高齢者の9.0%、後期高齢者の17.3%）存在することが確認されたことは大きな意義を持つ。すなわちこれは「普遍的自立」の評価点が優れた生活機能低下検知力をもつことを示すものといえることができる。また逆に介護予防（生活機能低下予防）の見地からは、このような「普遍的自立」の状態を長期にわたって維持できるようなプログラム・システムが必要であることを示しているとみることもできよう。

次に「自宅内歩行」であるが、その自立度低下率をもっとも大きいのは、「何もつかまらずに歩いていた」の状態、すなわち屋外歩行と同様に「普遍的自立」の状態の者であった。この状態からの低下者は前期高齢者で全低下者58名中の56名（96.6%）、

後期高齢者で同212名中の170名（80.2%）を占める。

「立ち上がり」、「立って靴下を履く」等でも全く同様であり、このような高いレベルを維持できるような予防的プログラムが求められているといえよう。

7. 廃用症候群モデルに関する介護支援専門員の認識調査

—訪問リハビリテーション・プログラムの向上のために—

介護支援専門員による生活機能低下のモデル分類に関する判断を、生活機能実態調査において確認した傷病名と比較検討すると、脳卒中・骨折などの運動機能の急激な低下があった場合を「脳卒中モデル」と判断しており、認知症が認められる場合を「その他」、そしてこれらのエピソードがない場合を「廃用症候群モデル」と判断していると考えられる場合がほとんどであり、この基準に一致する場合が96.2%であった。

次に、廃用症候群モデルと判断した事例について、廃用症候群が改善する可能性があるかどうかを調べる目的で、「活動」が改善する可能性があるかと思うかを質問した結果は、ありとの判断は29.0%、「参加」については30.1%と廃用症候群が改善の対象との認識は低いといえる。また「活動」改善にむけて「介護保険サービス利用以外に、何かやっておけばよいこと、利用できればよいことがあったか」に対し、ありとの返答は22.6%、同様に「参加」については24.7%にすぎなかった。

廃用症候群モデルと介護支援専門員が判断した186例の被検者自身が廃用症候群に

については「知らない」が 88.2%、「名前は知っていた」は 6.5%、「よくわかっているつもり」は 4.3%であった。また生活不活発病については「知らない」は 93.0%、「名前は知っていた」は 3.8%、「よくわかっているつもり」は 1.6%と、認知状況は極めて低く、利用者への説明が不十分といえる。

8. 廃用症候群についての地域住民の認識 — 要介護認定者及び非要介護認定者 に関する調査 —

病気のために、体を動かすことを控えている人が「健康」で「自立」している高齢者で「自分で心がけて控えている」・「医師から指導されて控えている」の両方を合わせると全体の男性 19.6%、女性 24.9%、病気のある人（返答なしを除外）で男性 31.1%、女性 35.7%もいた。この値は身体障害者手帳所有者では男性 36.9%、女性 39.2%、要介護認定者では男性 17.4%、女性 21.2%になっていた。

「年をとると足腰が弱くなること」は「仕方のないこと」と考えている人が、非要介護認定者、要介護認定者ともに 75%以上であった。

廃用症候群についても生活不活発病についても名前自体の認知度は 1 割弱～2 割弱と低かった。

9. 生活機能向上に向けた患者の希望の 確認のための ICF の活用 — 訪問リハビリテーション開始時の 目標設定のために —

ICF 項目の提示・説明以前には、利用者は概して古いリハビリテーションや介

護の理解にとどまり、表出される希望は「心身機能」と「活動」のうち「運動・移動」と「セルフケア」が多かった。

「参加」に関する希望は「家庭生活」が 4～6 割、「対人関係」が 3 割前後で、後は概して少なかったが、いずれも基本的 ADL（入浴を除く）の自立群の方に多かった。

ICF 項目の提示・説明後には、「活動」に関しては非自立群において、提示前に希望が少なかった a6（家庭生活）、a9（コミュニティライフ・社会生活・市民生活）が著しく増加した。自立群では提示前に希望が少なかった a9（コミュニティライフ・社会生活・市民生活）が著しく増加した。「参加」については全般的に著しく増加し、非自立群では p6（家庭生活）、p9（コミュニティライフ・社会生活・市民生活）をはじめ全 4 章で著しく増加した。これは自立群でも同様であった。

以上は ICF 項目が具体的に提示されることによって、ADL 以外の「活動」の多様な側面、また「参加」の側面に眼が向き、それだけ視野が拡がり、利用者の自覚が促されたものと考えられることができる。

D. 総括的考察

I. 今回のデータのまとめ

結果とともに考察を行った場合が多いので、ここでは特に重要な点についての総括的考察を主とする。

1. 介護予防の水際作戦としての訪問リハビリテーションの効果

介護予防の水際作戦としての訪問リハビリテーションにおける「生活機能相談窓口」の効果が明らかになった。また生活機

能低下発生からサービス開始までの期間が短いほど効果が高いこと、実際のサービスとしては1回～3回の訪問指導で活動の自立度及び参加が向上する人が多いことなど、生活機能低下の早期発見・早期対応の「水際作戦」が介護予防の上で効果的であることが立証された。

2. 非要介護認定・身体障害者手帳非所持高齢者の生活機能－訪問リハビリテーション・システム構築のために－
普通「健康で自立している」と考えられがちな非要介護認定・身体障害者手帳非所持の高齢者において、意外に多くのものが「活動」「参加」「心身機能」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ことが確認された。

3. 在宅非要介護認定・身体障害者手帳所持高齢者の生活機能
－訪問リハビリテーション・システム構築のために－
介護を必要とせず、一応「自立」しているはずの非要介護認定の身体障害者手帳所持高齢者は、同手帳非所持の者よりもはるかに多く「活動」「参加」「心身機能」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ものが少なくなく、また今後必要とする可能性が高いものがかなりの程度にみられることが確認された。

4. 在宅要介護認定者の生活機能

－訪問リハビリテーション・システム構築のために－

在宅要介護認定者において、要介護度とおおむね並行して「活動」（「質」と「量」の両面で）「参加」「心身機能」の著しい低下がみられること、また約4割が身体障害者手帳を所持することなどが確認された。

5. 訪問リハビリテーションの技術・プログラムに関する検討
－歩行補助具の使用状況について－
歩行補助具の活用は不十分であり、また使用している場合もT字杖偏重とでもいうべき状態である。今後訪問リハビリテーションを含めたリハビリテーション全体でより安定した歩行補助具の活用の普及が必要であり、それにより「つくられた歩行不能」の予防にも効果は大きいと期待される。

6. 在宅生活高齢者の生活機能の経時的変化に関する研究
在宅高齢者において、1年間のうちに明らかな「活動」の「質」及び「量」の低下を来すものが少なからずあり、特に後期高齢者においてそれが著しいことが確認された。またその際、これまで重視されてこなかった「普遍的自立」から「環境限定型自立」への低下に今後特に注意を払う必要があることが明らかとなった。

7. 廃用症候群モデルに関する介護支援専門員の認識調査
－訪問リハビリテーション・プログラムの向上のために－

徐々に生活機能が低下する廃用症候群モデルはリハビリテーションの重要な対象であることを高齢者リハビリテーション研究会では指摘している。しかし介護支援専門員が廃用症候群モデルと判断しても「活動」「参加」の改善の可能性があることの認識は乏しい。また、訪問リハビリテーションは「活動」への直接的な働きかけを行い、その向上をはかるものであり、その観点からも「活動」を向上させうる可能性を十分に考慮することは今後の大きな課題といえる。

また介護保険サービスだけでなく医療保険のリハビリテーション及びインフォーマルサービスをも利用しての生活の活発化及び活動向上、利用者本人への廃用症候群についての説明の徹底が望まれる。

8. 廃用症候群についての地域住民の認識 — 要介護認定者及び非要介護認定者に関する調査 —

「安静の害」「活発な生活による生活機能低下の防止」などの新しい観点が一般住民にも浸透しつつあること、しかしその反面、世代差もみられるが、全体としてまだ新旧の概念が混交しており、今後一層の普及、啓発の努力が必要であることが確認された。

9. 生活機能向上に向けた患者の希望の確認のための ICF の活用 — 訪問リハビリテーション開始時の目標設定のために —

ICF の分類項目の提示が訪問リハビ

リテーションや介護予防の「水際作戦」に関する利用者の希望を引き出せること、特に広い範囲の「活動」「参加」への視野の拡大に非常に有効であることが確認された。

II. 介護予防における訪問リハビリテーションの意義

現在介護保険法改正の動きの中で重視されている介護予防とは要介護状態の予防であり、具体的には生活機能の低下予防である。生活機能の3つのレベルの中でも「活動」がターゲットとして最も重要となる。それは要介護状態とは「活動」に介護が必要となった状態であるためであり、また「活動」は「参加」の具体像であるからである。

この生活機能低下の起り方には大きく2つのタイプがある。

一つは脳卒中や骨折のように急に生活機能低下が起る「脳卒中モデル」であり、従来はこれのみがリハビリテーションの対象と考えられやすかった。

しかし実は徐々に生活機能(特に「活動」)が低下していくもう一つの「廃用症候群モデル」が重要であり、「高齢者リハビリテーション研究会報告書」では、高齢者のリハビリテーションではこれをもっと重視すべきだと注意を喚起している。これは廃用症候群(生活不活発病)そのもの、あるいは様々な慢性疾患に廃用症候群が加わったもので起ってくる。実際いま介護保険の要支援や要介護1・2の、比較的軽度の人はこのように徐々に生活機能が低下してきた人が多い。

このような生活機能低下を早期に発見

して、早く手を打って生活機能の低下をくい止め再び向上させていくことが重要で、それが「水際作戦」(図)である。

今回の一連の研究によって水際作戦としての訪問リハビリテーションが、活動を中心的なターゲットとして行われることによって短期間に高い効果をあげること、またこのような水際作戦を必要とする人は、一見健康で自立していると考えられる高齢者の中にもかなりの数で存在していること、しかも「活動」の「質」と「量」が僅か1年間で著明に低下する(特に「普遍的自立」の水準を保つことが難しい)等の、意外に危険な状況におかれていることが確認された。

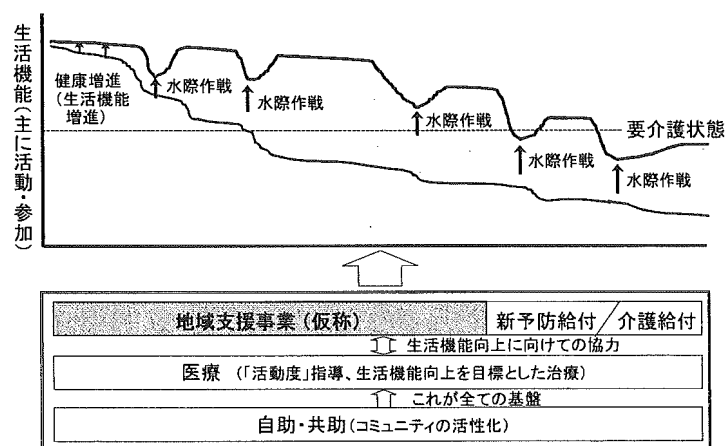
その一方で、このような現象に密接な関連を持つと考えられる廃用症候群(生活不活発病)に関する知識は、専門家の間にも

利用者の間にもまだ極めて不十分であり、「水際作戦」が「自助」「共助」によって支えられるという側面はなほだ弱体であることが判明し、今後の大きな課題が明らかになった。

E. 結論

以上の多面的な研究により、訪問リハビリテーションは従来の通院・通所が困難な人を主な対象としていわゆる維持的リハビリテーションとして行うべきものではなく、今後重要性を増す介護予防の観点からも効果的なものであり、その対象者は非常に広い範囲に及ぶ多いことが明らかとなった。但し、その必要性を理解し、判断する介護支援専門員や本人自身への啓発が必要である。

図1. 介護予防は「水際作戦」で
— 生活機能低下の早期発見・早期解決 —



↑：水際作戦：

生活機能は何らかの契機(生活不活発病発生の3つのタイプ)をもとに「階段状に低下」し易い。それを早期発見し、早期に解決して、生活機能を回復・向上させる。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

- ・大川弥生：新しいリハビリテーション；リハの基本技術は「活動」向上訓練. 介護ビジョン. 14：48-49, 2004
- ・大川弥生：新しいリハビリテーション；生活機能低下の原因と突破口は別：「活動」がカギ. 介護ビジョン. 16：48-49, 2004
- ・大川弥生：新しいリハビリテーション；“活動”低下の早期発見・早期集中的対応. 介護ビジョン. 17：48-49, 2004
- ・大川弥生：新しいリハビリテーション；介護予防；「水際作戦」のカギ：自宅での生活自立能力向上. 介護ビジョン. 18：48-49, 2004
- ・大川弥生：ICFのケアマネジメントへの活用；目標をきちんと定めて利用者のよりよい人生を実現しよう. 介護保険情報. 7：16-22, 2004.

2. 報道等

- ・大川弥生：朝日新聞；廃用症候群サポートを. 2004年11月17日
- ・大川弥生：福祉新聞；リハビリルネサンス；「水際作戦」で「介護予防」を. 2004年9月20日号
- ・大川弥生：福祉新聞；リハビリルネサンス；歩行補助具で生活機能. 2005年3月28日号
- ・大川弥生：福祉新聞；リハビリルネサンス；生活不活発病を予防対象に. 2004年

12月20日号

- ・大川弥生：「つくられた歩行不能」に薬剤師も関与していないか？；あなたの一声は、まだ「お大事に」ですか？. Pharma Next. 6：18-20, 2004
- ・大川弥生：注目される廃用症候群に対応したリハビリテーション. いきいきチャレンジ：長寿・子育て・障害者基金情報誌 2004秋. 27：2-7, 2004
- ・大川弥生：利用者は、生活・人生の専門家 もっと発言していいのです. Ms. Community. 32：3-5, 2004
- ・大川弥生：ICF とストレングスモデル. ケアマネージャー. 6(10)：16-17, 2004

3. 学会発表

- ・ Satoshi Ueda, Yayoi Okawa : A population survey using ICF-based questionnaire in a suburban city near Tokyo, Japan: with special emphasis on the correlation between objective and subjective dimensions of functioning and disability. October 27, 2004. Reykjavik, Iceland

Ⅱ. 分担研究報告書