

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

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 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

介護予防における「水際作戦」（生活機能低下の早期発見・早期対応）の有効な手段として訪問リハビリテーションを位置づけ、その必要性・あり方を明確にするためのパイロットスタディを行った。具体的にはM市に「生活機能相談窓口」を設置し、その要として訪問リハビリテーション（訪問生活機能向上指導）を位置づけ、その効果を検討した。

対象者は113名（平均年齢は78.5±10.5歳）、内容は「生活機能相談窓口」に連絡を受ければ直ちに担当者が自宅を訪問し、実生活の場で「活動」を行なってもらって「実行状況」と「能力」を評価し、活動向上の指導を行うことである。

結果は「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）の自立度が113名中51名（45.1%）で向上しており、うち43名（84.3%）は3回以内の訪問指導で、「している活動」レベルでの自立度の向上を達成した。また98名（86.7%）において生活の活発化がみられた。

1回の訪問で向上者の35.3%、3回以内で84.3%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。

以上から「生活機能相談窓口」における介護予防の「水際作戦」の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）の有効性が証明された。

今後、介護保険改定後の「地域支援事業」や「新予防給付」における「水際作戦」として、「生活機能相談窓口」の要としての訪問リハビリテーションの活用が望まれる。

今後、長期的な効果の検証とともに、事例数も増加させ、一層検討を深める予定である。

A. 研究目的

訪問リハビリテーションは、従来はしばしば、通所が不可能な重度者に対してやむなく訪問して行なうものといった消極的な位置づけがなされがちであった。しかし本来のあるべきリハビリテーション（生活機能全体＜生命・生活・人生＞の向上を通しての「全人間的復権」）の立場からは訪問リハビリテーションは、実生活の場での活動向上訓練としての意義が大きく、積極的に活用されるべきものである。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、要介護状態とは生活行為に介護を要する状態であり、その状態を予防することが介護予防の核として位置づけられる必要がある。

そのように考えると、実生活の場での「活動」自立訓練を中核とする訪問リハビリテーションは、介護予防においてもその基本的技術として位置づけられるべきものと考えられる。

このような観点から生活機能低下の早期発見・早期対応である「水際作戦」の具体的な方法として2004年7月より1つの自治体で在住の市民、また民生委員、医療、介護の専門家などあらゆる人が生活機能低下についての相談ができ、それに対応できる「生活機能相談窓口」を設け、そこでの生活機能低下に対する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」を始めた。今回その効果を検証する。

B. 研究方法

1. 対象者

対象者は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（76.6±11.7歳）、女性74名（79.5±9.7歳）であった。

2. 方法

これら対象者の生活機能について、ICFモデルにもとづき健康状態、環境因子、個人因子も含めて利用開始時、訪問指導終了時の状態、及び終了後6ヶ月以内の「最高の状態」について調査した。「最高の状態」については、自宅訪問もしくは電話によって本人もしくは家族から確認した。

1) 評価項目と評価基準

生活機能評価はICF（国際生活機能分類）に基づき、生活機能の全てのレベル（心身機能、活動、参加）についてICF分類の中項目すべてについての評価をまず行い、中項目に問題があった場合は小項目について評価した。

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。

ここで「0：普遍的自立」とは自立の最も高い段階をいい、通常経験するどのような環境においても「活動」が自立している状態をいう。たとえば屋外歩行では「遠くへも一人で歩いている」、屋内歩行については「自宅以外のどのような室内環境でも歩いている」、排泄・整容・入浴ならば「外出時

や旅行の時にも不自由はない」などである。

これに対して「1：限定的自立」とは、限定された環境、例えば自宅内やその周辺のみに限られた自立であり、屋外歩行では「近くなら一人で行っている」、屋内歩行では「自宅内では歩いている」、排泄では「自宅のトイレでは自立」、整容では「自宅の洗面台では自立」、入浴では「自宅の浴室では自立」などである。

これらの評価基準は主任研究者がリハビリテーションの実地診療の中から開発し、「活動」の評価法に関する多数例での研究を経てその信頼性・妥当性を確認したものである。

以上に加えて、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。

ただし質的向上の実現は必ずしも訪問終了時までには起るとは限らず、むしろその後に出てくるものが少なくない。現在はまだフォローアップの期間が短いため、果たして全ての質的向上の実現が終わっているかどうか不明である。そのため今回の検討ではこの「質的向上」はカウントせず、今後の課題とすることとした。

「参加」についての効果判定の対象はICF分類の中分類の全項目とした。しかし活動の「質的向上」と同様にフォローアップの期間が短いため、今回は分析を行わな

かった。

また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。

評価の実施は、ICFの評価及びICFモデルに習熟し、特に「活動」の「能力（支援あり）」について評価の技術をもつリハビリテーション専門医、理学療法士、作業療法士が行った。

2) 本研究での結果判定内容

先に述べたようにICFの生活機能の全項目について評価を行なったが、今回の本研究での効果判定の項目としては、「活動」について表2に示す屋外歩行、屋内歩行、排泄、整容、入浴、家事の3項目、計8項目とした。その理由は、第1点としては、介護予防の「水際作戦」の中核をなす廃用症候群の予防・改善の要になるのは実用歩行能力の向上であること、また介護保険での介護の対象としては身辺ADL及び家事行為が重要であり、これらが介護をうけずに実行できていることが望ましいためである。第2点としては生活機能相談窓口の働きかけとしては、短期間の対応を原則としており、継続的対応が必要な場合は原則として他の適切なサービスに紹介することとされていたためである。そのため、ほとんどの事

例で活動レベルへの直接的対応は、これらの項目に限られていた。

(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受け、研究の承認を受けた。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. 結果及び考察

1. 対象者について

対象者 113 名の要介護度は、要支援：3 名 (2.7%)、要介護 1：16 名 (14.2%)、要介護 2：11 名 (9.7%)、要介護 3：9 名 (8.0%)、要介護 4：3 名 (2.6%)、要介護 5：3 名 (2.6%)、新規申請中の者 61 名 (54.0%)、申請もしていない者 7 名 (6.2%) であった。

開始時の対象者の ADL (歩行を含む身の回り行為) 及び家事についての自立度は

表 1 の通りであった。

なお家事について古くとも 5 年前までは行っていた人の数は調理 51 名、洗濯 53 名、掃除 49 名であった。また家事を 1 年前までは行っていた人の数は調理 40 名、洗濯 42 名、掃除 31 名であった。5 年前までの群と 1 年前までの群の両方について分析した。

2. 「生活機能相談窓口」の業務内容

生活機能相談窓口については、特に生活機能低下の早期発見・早期対応が必要と考えて、M市に設置したものである。M市は、市全体として「総合的生活機能向上共同事業」を 2003 年度から開始しており、「生活機能相談窓口」を含めて介護予防もその一環として位置付けている。

昨年度本研究班で行ったM市の高齢者の生活機能実態調査結果等も含めて、研究者及びM市担当部局と討議した結果以下のように生活機能相談窓口はすすめることとした。

表 1 生活機能相談窓口開始時の活動毎の自立度

	0 普遍的 自立	1 限定的 自立	2 部分 介助	3 全介助	4 行って いない	自立者 (0+1)	非自立 者 (2~4)
屋外歩行	3名 2.7%	34名 30.1%	27名 23.9%	8名 7.1%	41名 36.3%	37名 32.7%	76名 67.3%
自宅内歩行	8 7.1%	77 68.1%	15 13.3%	5 4.4%	8 7.1%	85 75.2%	28 24.8%
排泄	0 0.0%	87 77.0%	13 11.5%	4 3.5%	9 8.0%	87 77.0%	26 23.0%
整容	0 0.0%	82 72.6%	20 17.7%	8 7.1%	3 2.7%	82 72.6%	31 27.4%
入浴	0 0.0%	44 38.9%	20 17.7%	18 15.9%	31 27.4%	44 38.9%	69 61.1%
家事(調理)	0 0.0%	26 23.0%	9 8.0%	0 0.0%	78 69.0%	26 23.0%	87 77.0%
家事(洗濯)	0 0.0%	23 20.4%	12 10.6%	0 0.0%	78 69.0%	23 20.4%	90 79.6%
家事(掃除)	0 0.0%	22 19.5%	5 4.4%	0 0.0%	86 76.1%	22 19.5%	91 80.5%

自治体在住の市民、また民生委員、医療、介護の専門家などあらゆる人がこの窓口に対して生活機能低下について相談することができる。その存在や利用の仕方については、市報やポスターなどで市内に広報し、また医療機関、及び介護保険サービス提供者等にも、周知徹底している。

3) 「生活機能相談窓口」の業務内容

生活機能相談窓口の業務の具体的なすすめ方のポイントは、1) 連絡を受ければ、ただちに相談者が実際に生活している自宅に訪問し、2) 実生活の場で評価し、3) 活動の「能力」を評価し、それと同時に4) 活動向上の指導を行う。5) なお訪問前に、電話による十分な情報収集を行い、それにもとづいて準備する、ことである。

以下、時間的経過にもとづいて述べる。まず5)の訪問前の情報収集と準備として、電話で生活機能相談窓口にご相談がきた場合、希望を聞くのみではなく、活動・参加の14項目を中心にしたチェック表を用いて、その現状と低下発生の経過を聴取する。そしてその状況に基づいて、自宅訪問時に持参する杖、装具などを準備する。また「健康状態」に関して、生活機能への健康状態の影響の確認を行ない、疾病の状態やコントロール状態が正確には把握できない場合には、本人の了承を得て主治医と連絡をとる。また訪問時に行なう活動の「能力」(できる活動)の評価を行なうように際してのリスク管理との関係も含めて、確認の必要がある場合にも主治医と連絡をとっておく。

これらの準備をした上で、ポイントの1)から4)までの内容を自宅を訪問して行なう。まず評価については、1)「評価項目及

び基準」に述べている内容と同様に、ICFに基づき生活機能の全てのレベルの中項目について評価し、中項目に問題があった場合は小項目について評価する。「活動」(生活行為)については実際に実生活の場で行なってもらい、「能力(できる活動)」と「実行状況(している活動)」の両面から評価する。

ここで重要なのは、このような評価は、同時にすでに働きかけの意味を持っていることであり、これがポイントの4)である。特に「能力」の評価は、具体的なやり方の指導を行ないながら可能性をひき出すことであり、本人も知らなかった隠れた可能性を発見し、本人にもそれを認識させることである。そしてこのような評価によって明らかになった、安全で実用性を高める「活動」のやり方を参考にして、具体的な指導を行うのである。

訪問時には本人だけでなく、家族にも同席してもらい、家族からも日常の活動の状況について詳しく確認し、本人への指導だけでなく、家族への指導も行う。また、介護支援専門員からの紹介の時には、その紹介者にも同席をしてもらう。訪問前に既に電話で家族や介護支援専門員から情報収集していても、個々の活動のやり方、即ち活動の「質」については、実際に実施してもらいながら確認しなければ正しく状態が把握できない場合がほとんどである。

評価にもとづいて生活機能向上に向けて具体的支援を行う実施者は、「生活機能相談窓口」に所属する保健師・看護師である。但し、現在までは研究を目的とした介入でもあるために、第1回訪問時は少なくとも前述したICFの評価と活動向上の技術に熟

練した理学療法士もしくは作業療法士も同行した。理学療法士と作業療法士は、保健師や看護師で可能な、生活機能向上にむけた働きかけのあり方を明確にするため、保健師・看護師が行う生活機能の評価の仕方また活動向上支援のやり方を観察し、その上で、更に必要と考えられる評価・活動向上支援を行なった。

そして訪問指導終了後に、生活機能向上にむけた評価および支援の保健師・看護師で可能なあり方について、保健師・看護師と理学療法士・作業療法士が話し合った。

3. 生活機能窓口の効果

1) 全般的効果

生活機能相談窓口の効果として活動については、8項目のうちの何らかの項目でICF評価点（自立度）が向上した場合を自立度向上とした。

活動の8項目中何らかの項目で自立度向上が認められた者は計72名（63.7%）であった。

なお、活動において、今回分析対象とした8項目以外にも自立度が向上した項目もあったが、それらに対しては直接的に活動向上訓練を行っておらず、生活の活発化の一致として行っていたことの効果と考えられ、またB. 研究方法で述べた理由によって今回の分析対象からは除外し、8項目に限定した。

2) 各「活動」項目に関する効果

(1) 屋外歩行

屋外歩行について、開始時と訪問指導終了時の変化をみたものが表2-1であり、これらを開始時の自立度毎にまとめて、自立度向上者の率を比較しやすく示したのが表2-2である。

表2-1 屋外歩行に関する生活機能相談窓口における水際作戦の効果
—開始時と訪問指導終了時の比較

終了時 開始時	0: 普遍的自立	1: 限定的自立	2: 部分介助	3: 車いす	4: 行っていない	計
0: 普遍的自立	3名 100%	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%	3名 100%
1: 限定的自立	0 0.0%	34 100%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	34 100%
2: 部分介助	0 0.0%	6 22.2%	21 77.8%	0 0.0%	0 0.0%	27 100%
3: 車いす	0 0.0%	1 12.5%	2 25.0%	5 62.5%	0 0.0%	8 100%
4: 行っていない	0 0.0%	13 31.7%	6 14.6%	0 0.0%	22 53.7%	41 100%
計	3 2.7%	54 47.8%	29 25.7%	5 4.4%	22 19.5%	113 100%

表2-2 屋外歩行に関する生活機能相談窓口における水際作戦の効果のまとめ

開始時 自立度 人数	0	1	2	3	4	改善率	
	普遍的自立 3名	限定的自立 34名	部分介助 27名	車いす 8名	行っていない 41名	改善者/非自立者 2-4 (N=76)	改善者/限定的独立以下1-4 (N=110)
自立度向上者 (訪問終了時)		0 0.0%	6 22.2%	3 37.5%	19 46.3%	28 36.8%	28 25.5%

全体としての改善率をみると、訪問指導終了までに非自立者 76 名中 28 名 (36.8%) が改善していた。

次に、開始時の自立度毎に、自立度の改善率をみると「限定的自立」であった者 (34 名) では、訪問指導終了時点で 1 例も向上していなかった。

また開始時「部分介助」者では 27 名中 6 名 (22.2%) が「限定的自立」に向上していた。

「車いす」使用者では、8 名中 3 名 (37.5%) が向上しており、その内訳をみると、限定的自立に向上したものが 1 名 (12.5%)、部分介助が 2 名 (25.0%) であった。

「行なっていなかった」者では、41 名中 19 名 (46.3%) と半数近くが向上しており、全群の中で最もよい。その内訳をみると、限定的自立に向上したものが 13 名 (31.7%)、部分介助 (一部実施) が 6 名 (14.6%) と、かなりの向上が認められた。

(2) 屋内歩行

屋内歩行について、開始時と訪問指導終了時の変化をみたものが表 3-1、開始時の自立度毎にまとめたのが表 3-2 である。

全体としての改善率をみると、訪問指導終了までに非自立者 28 名中 7 名 (25.0%) が改善していた。

表 3-1 自宅内歩行に関する生活機能相談窓口における水際作戦の効果
—開始時と訪問指導終了時比較

終了時 開始時	0: 普遍的自立	1: 限定的自立	2: 部分介助	3: 這うなど	4: 行っていない	計
0: 普遍的自立	8 名 100%	0 名 0.0%	0 名 0.0%	0 名 0.0%	0 名 0.0%	8 名 100%
1: 限定的自立	0 0.0%	77 100%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	77 100%
2: 部分介助	0 0.0%	5 33.3%	10 66.7%	0 0.0%	0 0.0%	15 100%
3: 這うなど	0 0.0%	0 0.0%	1 20.0%	4 80.0%	0 0.0%	5 100%
4: 行っていない	0 0.0%	0 0.0%	1 12.5%	0 0.0%	7 87.5%	8 100%
計	8 7.1%	82 72.6%	12 10.6%	4 3.5%	7 6.2%	113 100%

表 3-2 自宅内歩行に関する生活機能相談窓口における水際作戦の効果のまとめ

開始時 自立度 人数	自立度					改善率	
	0 普遍的自立	1 限定的自立	2 部分介助	3 這うなど	4 行っていない	改善者/非自立者 2-4 (N=28)	改善者/限定的独立 以下 1-4 (N=105)
8 名	8 名	77 名	15 名	5 名	8 名		
自立度向上者 (訪問終了時)		0 0.0%	5 33.3%	1 20.0%	1 12.5%	7 25.0%	7 6.7%

次に、開始時の自立度毎に、自立度向上者の率をみると「限定的自立」であった者（77名）では、訪問指導終了時点で1例も向上していなかった。

また開始時「部分介助」者では15名中5名（33.3%）が「限定的自立」に向上していた。

「這うなど」していた者では5名中部分介助になった者が1名（20.0%）であった。

「行なっていなかった」者では、8名中部分介助（一部実施）に向上した者が1名（12.5%）であった。

（3）排泄

排泄については自宅内トイレでの状況をみた。自立度として全介助は自宅内トイレでの全介助であり、行なっていないはポータブルトイレ使用、オムツ、バルーンカテーテル留置であった。

開始時と訪問指導終了時の変化をみたものが表4-1、開始時の自立度毎にまとめたものが表4-2である。

全体としての改善率をみると、訪問指導終了までに非自立者26名中7名（26.9%）が改善していた。

表4-1 排泄に関する生活機能相談窓口における水際作戦の効果
—開始時と訪問指導終了時の比較

終了時 開始時	0: 普遍的自立	1: 限定的自立	2: 部分介助	3: 全介助	4: 行っていない	計
0: 普遍的自立	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%
1: 限定的自立	0 0.0%	87名 100%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	87 100%
2: 部分介助	0 0.0%	3 23.1%	10 76.9%	0 0.0%	0 0.0%	13 100%
3: 全介助	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	4 100%	0 0.0%	4 100%
4: 行っていない	0 0.0%	1 11.1%	3 33.3%	0 0.0%	5 55.6%	9 100%
計	0 0.0%	91 80.5%	13 11.5%	4 3.5%	5 4.4%	113 100%

表4-2 排泄に関する生活機能相談窓口における水際作戦のまとめ

開始時 自立度 人数	0	1	2	3	4	改善率	
	普遍的自立	限定的自立	部分介助	全介助	行っていない	改善者/非自立者 2-4 (N=26)	改善者/限定的独立 以下1-4 (N=113)
0名	0名	87名	13名	4名	9名		
自立度向上者 (訪問終了時)		0 0.0%	3 23.1%	0 0.0%	4 44.4%	7 26.9%	7 6.2%

次に、開始時の自立度毎にみると「限定的自立」であった者（87名）では、訪問指導終了時点で1例も向上していなかった。

開始時「部分介助」者では13名中3名（23.1%）が限定的自立に自立していた。

「行なっていなかった」者では、9名中4名（44.4%）が向上しており、その内訳をみると、限定的自立に向上したものが1名（11.1%）、部分介助（一部実施）までが3名（33.3%）であった。

（4）整容

開始時と訪問指導終了時の変化をみたものが表5-1、開始時の自立度毎にまとめた

のが表5-2である。

全体としての改善率をみると、訪問指導終了までに非自立者31名中2名（6.5%）が改善していた。

次に、開始時の自立度毎にみると「限定的自立」であった者（82名）では、訪問指導終了時点で1例も向上していなかった。

また開始時「部分介助」者では20名中1名（5.0%）が限定的自立に自立していた。

「全介助」者では、8名中1名（12.5%）が部分介助に向上していた。

「行なっていない」者3名では自立度向上者はみられなかった。

表5-1 整容に関する生活機能相談窓口における水際作戦の効果
-開始時と訪問指導終了時の比較

終了時 開始時	0: 普遍的自立	1: 限定的自立	2: 部分介助	3: 全介助	4: 行っていない	計
0: 普遍的自立	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%
1: 限定的自立	0 0.0%	82 100%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	82 100%
2: 部分介助	0 0.0%	1 5.0%	19 95.0%	0 0.0%	0 0.0%	20 100%
3: 全介助	0 0.0%	0 0.0%	1 12.5%	7 87.5%	0 0.0%	8 100%
4: 行っていない	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	3 100%	3 100%
計	0 0.0%	83 73.5%	20 17.7%	7 6.2%	3 2.7%	113 100%

表5-2 整容に関する生活機能相談窓口における水際作戦の効果のまとめ

開始時 自立度 人数	0 普遍的 自立	1 限定的 自立	2 部分介 助	3 全介助	4 行って いない	改善率	
	0名	82名	20名	8名	3名	改善者/非 自立者 2-4 (N=31)	改善者/限 定的独立 以下1-4 (N=113)
自立度向上者 (訪問終了時)		0 0.0%	1 5.0%	1 12.5%	0 0.0%	2 6.5%	2 1.8%

(5) 入浴

開始時と訪問指導終了時の変化をみたものが表6-1、開始時の自立度毎にまとめたものが表6-2である。

全体としての改善率をみると、訪問指導終了までに非自立者69名中10名(14.5%)が改善していた。

次に、開始時の自立度毎にみると「限定的自立」であった者(44名)では、訪問指導終了時点で1例も向上していなかった。

開始時「部分介助」者では20名中4名(20.0%)が限定的自立に向上していた。

「全介助」者では18名中2名(11.1%)が部分的介助に向上していた。

「行っていない」者では、31名中4名(12.9%)が向上しており、その内訳をみると、限定的自立に向上したものが2名(6.5%)、部分介助(一部実施)が2名(6.5%)であった。

(6) 家事(調理)

以後、家事については古くとも5年前までは当該の家事を行っていた人の群と、1年前までは行っていた人の群とを対象として検討した。

表6-1 入浴に関する生活機能相談窓口における水際作戦の効果
—開始時と訪問指導終了時の比較

終了時 開始時	0: 普遍的自立	1: 限定的自立	2: 部分介助	3: 全介助	4: 行っていない	計
0: 普遍的自立	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%
1: 限定的自立	0 0.0%	44 100%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	44 100%
2: 部分介助	0 0.0%	4 20.0%	16 80.0%	0 0.0%	0 0.0%	20 100%
3: 全介助	0 0.0%	0 0.0%	2 11.1%	16 88.9%	0 0.0%	18 100%
4: 行っていない	0 0.0%	2 6.5%	2 6.5%	0 0.0%	27 87.1%	31 100%
計	0 0.0%	50 44.2%	20 17.7%	16 14.2%	27 23.9%	113 100%

表6-2 入浴に関する生活機能相談窓口における水際作戦の効果のまとめ

開始時 自立度 人数	0	1	2	3	4	改善率	
	普遍的自立	限定的自立	部分介助	全介助	行っていない	改善者/非自立者 2-4 (N=69)	改善者/限定的独立 以下1-4 (N=113)
自立度向上者 (訪問終了時)	0名	44名	20名	18名	31名	10 14.5%	10 8.8%

まず調理についてであるが、自立度の基準として、特に制限なく様々な調理をしている「普遍的自立」に対して、限られたものしかつくりえない場合を「限定的自立」とした。

(i) 5年前までの実施者

まず、5年前までの実施者について、開始時と訪問指導終了時の変化をみたものが表7-1、開始時の自立度毎にまとめたのが表7-2である。

まず全体としての改善率を表7-2で見ると、訪問指導終了までに非自立者26名中5名(19.2%)が改善していた。

また普遍的自立をしていない限定的自立以下の人51名中では訪問終了時点で5名(9.8%)が向上していた。

次に、開始時の自立度毎にみると「限定的自立」であった者(25名)では、訪問指導終了時点で1例も向上していなかった。

また開始時「部分介助」者では9名中1名(11.1%)が限定的自立に自立している。

「行っていない」者では、17名中4名(23.5%)が向上しており、その内訳をみると、限定的自立に向上したものが1名(5.9%)、部分介助(一部実施)が3名(17.6%)であった。

(ii) 1年前までの実施者

次に、1年前まで実施者について開始時と訪問指導終了時の変化をみたものが表8-1、開始時の自立度毎にまとめたのが表8-2である。

表7-1 調理に関する生活機能相談窓口における水際作戦の効果
—開始時と訪問指導終了時の比較(古くとも5年前まで調理を行っていた人)

終了時 開始時	0: 普遍的自立	1: 限定的自立	2: 部分介助	3: 全介助	4: 行っていない	計
0: 普遍的自立	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%
1: 限定的自立	0 0.0%	25 100%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	25 100%
2: 部分介助	0 0.0%	1 11.1%	8 88.9%	0 0.0%	0 0.0%	9 100%
3: 全介助	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
4: 行っていない	0 0.0%	1 5.9%	3 17.6%	0 0.0%	13 76.5%	17 100%
計	0 0.0%	27 52.9%	11 21.6%	0 0.0%	13 25.5%	51 100%

表7-2 調理に関する生活機能相談窓口における水際作戦の効果のまとめ
(古くとも5年前まで調理を行っていた)

開始時 自立度 人数	自立度					改善率	
	0 普遍的 自立	1 限定的 自立	2 部分介 助	3 全介助	4 行って いない	改善者/非 自立者 2-4 (N=26)	改善者/限 定的自立 以下1-4 (N=51)
自立度向上者 (訪問終了時)	0名	25名	9名	0名	17名	5 19.2%	5 9.8%

まず全体としての改善率を表 8-2 でみると、訪問指導終了までに非自立者 15 名中 4 名 (26.7%) が改善していた。

また普遍的自立をしていない限定的自立以下の人 40 名中では訪問終了時点で 4 名 (10.0%) が向上していた。

次に、開始時の自立度毎にみると「限定的自立」であった者 (25 名) では、訪問指導終了時点で 1 例も向上していなかった。

開始時「部分介助」者では 9 名中 1 名 (11.1%) が限定的自立に自立していた。

「行っていない」者では、6 名中 3

名 (50.0%) が向上しており、その内訳をみると、限定的自立に向上したものが 1 名 (16.7%)、部分介助 (一部実施) が 2 名 (33.3%) であった。

以上の、古くとも 5 年前までは調理を行っていた者と 1 年前までの者との間で改善率を比較すると、全般的に後者のほうが良好な成績を示している。

これは活動の低下が起ってからそれに対する働きかけを行なう期間が短ければ短いほど効果が高いということであり、早期発見・早期介入の重要性を示している。

表 8-1 調理に関する生活機能相談窓口における水際作戦の効果
- 開始時と訪問指導終了時の比較
(古くとも 1 年前まで調理を行っていた人)

開始時 \ 終了時	0: 普遍的自立	1: 限定的自立	2: 部分介助	3: 全介助	4: 行っていない	計
0: 普遍的自立	0 名 0.0%	0 名 0.0%	0 名 0.0%	0 名 0.0%	0 名 0.0%	0 名 0.0%
1: 限定的自立	0 0.0%	25 100%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	25 100%
2: 部分介助	0 0.0%	1 11.1%	8 88.9%	0 0.0%	0 0.0%	9 100%
3: 全介助	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
4: 行っていない	0 0.0%	1 16.7%	2 33.3%	0 0.0%	3 50.0%	6 100%
計	0 0.0%	27 67.5%	10 25.0%	0 0.0%	3 7.5%	40 100%

表 8-2 調理に関する生活機能相談窓口における水際作戦の効果のまとめ
(古くとも 1 年前まで調理を行っていた人)

開始時 自立度 \ 人数	自立度					改善率	
	0 普遍的自立	1 限定的自立	2 部分介助	3 全介助	4 行っていない	改善者/非自立者 2-4 (N=15)	改善者/限定的独立以下 1-4 (N=40)
自立度向上者 (訪問終了時)	0 名	25 名	9 名	0 名	6 名	4 26.6%	4 10.0%

(7) 家事 (洗濯)

洗濯の場合、「普遍的自立」とは特に制限なく様々な洗濯をしている場合であり、「限定的自立」とは、自分の分だけでも一連の行為として洗い、干し、収納していることとし、「部分介助」とは一連の洗濯動作の一部(洗濯機を回す、取り込む、たたむ、収納するなど)のみを行っていることとした。

(i) 5年前までの実施者

5年前まで実施者について開始時と訪問指導終了時の変化をみたものが表9-1、開始時の自立度毎にまとめたのが表9-2である。

全体としての改善率を表9-2で見ると、

訪問指導終了までに非自立者30名中6名(20.0%)が改善していた。

また普遍的自立をしていない限定的自立以下の人53名中では訪問終了時点で6名(11.3%)が向上した。

次に、開始時の自立度毎にみると「限定的自立」であった者(23名)では、訪問指導終了時点で1例も向上していなかった。

開始時「部分介助」者では12名中2名(16.7%)が限定的自立に向上していた。

「行っていない」者では、18名中4名(22.2%)が向上しており、その内訳をみると、限定的自立に向上したものが2名(11.1%)、部分介助(一部実施)が2名(11.1%)であった。

表9-1 洗濯に関する生活機能相談窓口における水際作戦の効果
-開始時と訪問指導終了時の比較(古くとも5年前まで洗濯を行っていた人)

終了時 開始時	0: 普遍的自立	1: 限定的自立	2: 部分介助	3: 全介助	4: 行っていない	計
0: 普遍的自立	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%
1: 限定的自立	0 0.0%	23 100%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	23 100%
2: 部分介助	0 0.0%	2 16.7%	10 83.3%	0 0.0%	0 0.0%	12 100%
3: 全介助	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
4: 行っていない	0 0.0%	2 11.1%	2 11.1%	0 0.0%	14 77.8%	18 100%
計	0 0.0%	27 51.0%	12 22.6%	0 0.0%	14 26.4%	53 100%

表9-2 洗濯に関する生活機能相談窓口における水際作戦の効果のまとめ
(古くとも5年前まで洗濯を行っていた人)

開始時 自立度 人数	0	1	2	3	4	改善率	
	普遍的自立	限定的自立	部分介助	全介助	行っていない	改善者/非自立者 2-4 (N=30)	改善者/限定的独立以下1-4 (N=53)
0名	0名	23名	12名	0名	18名		
自立度向上者 (訪問終了時)		0 0.0%	2 16.7%	0 0.0%	4 22.2%	6 20.0%	6 11.3%

(ii) 1年前までの実施者

次に、1年前まで実施者について開始時と訪問指導終了時の変化をみたものが表10-1、これらを開始時の自立度毎にまとめたのが表10-2である。

まず全体としての改善率を表10-2で見ると、訪問指導終了までに非自立者19名中5名(26.3%)が改善していた。

また普遍的自立をしていない限定的自立以下の人42名中では訪問終了時点で5名(11.9%)が向上した。

次に、開始時の自立度毎にみると「限定的自立」であった者(23名)では、訪問指導終了時点で1例も向上していなかった。

開始時「部分介助」者では12名中2名

(16.7%)が限定的自立に自立していた。

「行っていない」者では、7名中3名(42.9%)が向上しており、その内訳をみると、限定的自立に向上したものが2名(28.6%)、部分介助(一部実施)が1名(14.3%)であった。

以上の、古くとも5年前までは調理を行っていた者と1年前までの者との間で改善率を比較すると、全般的に後者のほうが良好な成績を示している。

これは活動の低下が起ってからそれに対する働きかけを行なう期間が短ければ短いほど効果が高いということであり、早期発見・早期介入の重要性を示している。

表10-1 洗濯に関する生活機能相談窓口における水際作戦の効果
-開始時と訪問指導終了時の比較(古くとも1年前まで洗濯を行っていた人)

開始時 \ 終了時	0: 普遍的自立	1: 限定的自立	2: 部分介助	3: 全介助	4: 行っていない	計
0: 普遍的自立	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%
1: 限定的自立	0 0.0%	23 100%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	23 100%
2: 部分介助	0 0.0%	2 16.7%	10 83.3%	0 0.0%	0 0.0%	12 100%
3: 全介助	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
4: 行っていない	0 0.0%	2 28.5%	1 14.3%	0 0.0%	4 57.2%	7 100%
計	0 0.0%	27 64.3%	11 26.2%	0 0.0%	4 9.5%	42 100%

表10-2 洗濯に関する生活機能相談窓口における水際作戦の効果のまとめ
古くとも1年前まで洗濯を行っていた人

開始時 \ 自立度	0	1	2	3	4	改善率	
	普遍的自立	限定的自立	部分介助	全介助	行っていない	改善者/非自立者 2-4 (N=19)	改善者/限定的独立以下 1-4 (N=42)
人数	0名	23名	12名	0名	7名		
自立度向上者 (訪問終了時)		0 0.0%	2 16.7%	0 0.0%	3 42.9%	5 26.3%	5 11.9%

(8) 家事 (掃除)

掃除の場合、「限定的自立」とは、場所や範囲が限定されている場合 (自室のみ、等) とし、「部分介助」とは時々しかしていず、家族等がかわりに掃除することがあることと定義した。

(i) 5年前までの実施者

まず、5年前までの実施者について開始時と訪問指導終了時の変化をみたものが表11-1、開始時の自立度毎に自立度向上者の率をまとめたのが表11-2である。

まず全体としての改善率を表11-2で見ると、訪問指導終了までに非自立者29名中5名(17.2%)が改善していた。

また普遍的自立をしていない限定的自立以下の人49名中では訪問終了時点で5名(10.2%)が向上していた。

次に、開始時の自立度毎にみると「限定的自立」であった者(20名)では、訪問指導終了時点で1例も向上していなかった。

また開始時「部分介助」者でも訪問指導終了時点で1例も向上していなかった。

「行っていない」者では、25名中5名(20.0%)が向上しており、その内訳をみると、限定的自立に向上したものが2名(8.0%)、部分介助(一部実施)が3名(12.0%)であった。

表11-1 掃除に関する生活機能相談窓口における水際作戦の効果
—開始時と訪問指導終了時の比較(古くとも5年前まで掃除を行っていた人)

開始時 \ 終了時	0: 普遍的自立	1: 限定的自立	2: 部分介助	3: 全介助	4: 行っていない	計
0: 普遍的自立	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%
1: 限定的自立	0 0.0%	20 100%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	20 100%
2: 部分介助	0 0.0%	0 0.0%	4 100%	0 0.0%	0 0.0%	4 100%
3: 全介助	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
4: 行っていない	0 0.0%	2 8.0%	3 12.0%	0 0.0%	20 80.0%	25 100%
計	0 0.0%	22 44.9%	7 14.3%	0 0.0%	20 40.8%	49 100%

表11-2 掃除に関する生活機能相談窓口における水際作戦の効果のまとめ
古くとも5年前まで掃除を行っていた人

開始時 \ 自立度	自立度					改善率	
	0 普遍的自立	1 限定的自立	2 部分介助	3 全介助	4 行っていない	改善者/非自立者 2-4 (N=29)	改善者/限定的独立 以下1-4 (N=49)
人数	0名	20名	4名	0名	25名		
自立度向上者 (訪問終了時)		0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	5 20.0%	5 17.2%	5 10.2%

(ii) 1年前までの実施者

次に、1年前までの実施者について開始時と訪問指導終了時の変化をみたものが表12-1、開始時の自立度毎にまとめたのが表12-2である。

まず全体としての改善率を表12-2で見ると、訪問指導終了までに非自立者11名中4名(36.4%)が改善していた。

また普遍的自立をしていない限定的自立以下の人31名中では訪問終了時点で4名(12.9%)が向上していた。

次に、開始時の自立度毎にみると「限定的自立」であった者(20名)では、訪問指導終了時点で1例も向上していなかった。

また開始時「部分介助」者でも4名中訪問指導終了時点で1例も向上していなかった。

「行っていない」者では、7名中4名(57.1%)が向上しており、その内訳をみると、限定的自立に向上したものが2名(28.6%)、部分介助(一部実施)が2名(28.6%)と向上が認められた。

表12-1 掃除に関する生活機能相談窓口における水際作戦の効果
—開始時と訪問指導終了時の比較
古くとも1年前まで掃除を行っていた人

終了時 開始時	0: 普遍的自立	1: 限定的自立	2: 部分介助	3: 全介助	4: 行っていない	計
0: 普遍的自立	0名	0名	0名	0名	0名	0名
1: 限定的自立	0 0.0%	20 100%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	20 100%
2: 部分介助	0 0.0%	0 0.0%	4 100%	0 0.0%	0 0.0%	4 100%
3: 全介助	0	0	0	0	0	0
4: 行っていない	0 0.0%	2 28.6%	2 28.6%	0 0.0%	3 42.8%	7 100%
計	0 0.0%	22 71.0%	6 19.4%	0 0.0%	3 9.6%	31 100%

表12-2 掃除に関する生活機能相談窓口における水際作戦の効果のまとめ
古くとも1年前まで掃除を行っていた人

開始時 自立度 人数	0	1	2	3	4	改善率	
	普遍的自立	限定的自立	部分介助	全介助	行っていない	改善者/非自立者 2-4 (N=11)	改善者/限定的独立以下1-4 (N=31)
0名	0名	20名	4名	0名	7名		
自立度向上者 (訪問終了時)		0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	4 57.4%	4 36.4%	4 12.9%

以上の古くとも 5 年前までは調理を行っていた者と 1 年前までの者との間で改善率を比較すると、全般的に後者のほうが良好な成績を示している。

これは活動の低下が起ってからそれに対する働きかけを行なう期間が短ければ短いほど効果が高いということであり、早期発見・早期介入の重要性を示している。

(9) 「活動」向上のまとめ

以上の結果をまとめて、各活動毎に訪問終了時の自立度をまとめたものを表 13 に示した。

全体的にみて、水際作戦の効果が最も大

きい項目は屋外歩行（非自立者中の改善率 36.8%）であり、排泄（同 26.9%）、屋内歩行（25.0%）がそれに次ぐ。

開始時の自立度別にみると「行っていない」という最低ランクのものがよい向上率を示している場合が少なくないことが目立つ（屋外歩行の 46.3%、排泄の 44.4%など）。

また限定的自立の者は訪問指導終了時にはどの項目でも 1 例も向上している例が多いが、この点については終了後に向上している例もみられ、今後追求すべき興味あるテーマである。

表 13 生活機能相談窓口の効果：訪問指導終了時の改善率－活動項目毎－

自立度	開始時	0 普遍的 自立	1 限定的 自立	2 部分介助	3 全介助	4 行ってい ない	改善者/非 自立者 2-4	改善者/限 定的 自立以下 1-4
	屋外歩行		(0.0%)	(22.2%)	(37.5%)	(46.3%)	(36.8%)	(25.5%)
	屋内歩行		(0.0%)	(33.3%)	(20.0%)	(12.5%)	(25.0%)	(6.7%)
	排泄		(0.0%)	(23.1%)	(0.0%)	(44.4%)	(26.9%)	(6.2%)
	整容		(0.0%)	(5.0%)	(12.5%)	(0.0%)	(6.5%)	(1.8%)
	入浴		(0.0%)	(20.0%)	(11.1%)	(12.9%)	(14.5%)	(8.8%)
	家事（調理） <5年前まで実施>		(0.0%)	(11.1%)	(0.0%)	(23.5%)	(19.2%)	(9.8%)
	家事（調理） <1年前まで実施>		(0.0%)	(11.1%)	(0.0%)	(50.0%)	(26.6%)	(10.0%)
	家事（洗濯） <5年前まで実施>		(0.0%)	(16.7%)	(0.0%)	(22.2%)	(20.0%)	(11.3%)
	家事（洗濯） <1年前まで実施>		(0.0%)	(16.7%)	(0.0%)	(42.9%)	(26.3%)	(11.9%)
	家事（掃除） <5年前まで実施>		(0.0%)	(0.0%)	(0.0%)	(20.0%)	(17.2%)	(10.2%)
	家事（掃除） <1年前まで実施>		(0.0%)	(0.0%)	(0.0%)	(57.4%)	(36.4%)	(12.9%)

4. 生活の活発さについて

今年度の研究終了時（3月）における生活の活発さを聴取したところ「外出の回数」もしくは「日中どの位体を動かしているか」のどちらか一方が1段階以上向上していたものが98名（86.7%）であった。これらは「参加」もしくは「活動」レベルの向上により生活機能低下の悪循環が改善され、良循環に向かったことを示すと考えられる。

次項で述べるように指導回数が少なくとも良循環へのスイッチを入れ替えることは可能なのである。

5. 生活機能相談窓口の効果－訪問回数との関係

以上のような効果をあげるのに必要な訪問回数を調べた結果が表14である。自立度が向上した群では18名（35.3%）が1回で達成しており、2回で16名（31.4%）、3回が9名（17.6%）と合計43名（向上群の84.3%、全体の38.1%）が3回という少ない訪問回数で向上を達成している。これは

向上した群の84.3%が3回の訪問指導で効果をあげたことを意味し、いかに効率的・効果的なものであるかをよく示している。

なお、変化なしの群は1回が43名（69.4%）、2回が16名（25.8%）であり、全員4回以内であった。

6. 生活機能低下後相談までの期間

「活動」としての屋内歩行もしくは屋外歩行が1段階低下してから相談までの期間を検討した結果が表15である。

全113名中歩行自立度低下後3ヶ月以内に利用した24名中16名（14.2%）が自立度が向上し、6ヶ月18.6%、7ヶ月～1年8.8%、1年以上3.5%が向上している。

改善者の73%が歩行低下半年以内に利用した人であり、生活機能低下した後早期に対応することが効果的といえる。

しかし、半年以上経過していても少ない訪問回数で改善可能な人がほぼ4分の1いた。これはこれまで実生活での活動向上にむけての指導がなされていない人であった。

表14 生活機能相談窓口の効果
－訪問回数との関係

変化 \ 回数	1	2	3	4	5	6	計
向 上	18 35.3%	16 31.4%	9 17.6%	3 5.9%	3 5.9%	2 3.9%	51 100%
変化なし	43 69.4%	16 25.8%	1 1.6%	2 3.2%	0 0.0%	0 0.0%	62 100%
計	61 54.0%	32 28.3%	10 8.8%	5 4.4%	3 2.7%	2 1.8%	113 100%

8) 生活機能相談窓口の効果—原疾患との
 関係
 対象者の生活機能低下の類型や原因との

関係をみたものを表 16 に示す。改善の比率
 に、原因による大きな差は認められなかつ
 た。

表 15 生活機能相談窓口の効果
 —生活機能低下から相談までの期間の関係

回数 変化	向 上	変化なし	計
3ヶ月以内	16名 14.2%	8名 7.1%	24名 21.2%
6ヶ月以内	21 18.6%	27 23.9%	48 42.5%
1年以内	10 8.8%	16 14.2%	26 23.0%
1年以上	4 3.5%	11 9.7%	15 13.3%
計	51 45.1%	62 54.9%	113 100%

表 16 生活機能相談窓口の効果
 —原疾患との関係

原因 変化	脳卒中モデル			廃用症候群モデル							参加低下		計
	脳卒 中	大腿 骨頸 部骨 折	その 他	量的低下				質的低下			その 他		
				内科 疾患 によ り入 院	心疾 患(心 筋梗 塞、狭 心症)	外科 手術	その 他	打撲	腰痛	変形 性関 節症			
向 上	9 8.0%	2 1.8%	6 5.3%	9 8.0%	1 0.9%	0 0.0%	5 4.4%	4 3.5%	6 5.3%	4 3.5%	3 2.7%	2 1.8%	51 45.1%
変化なし	10 8.8%	2 1.8%	3 2.7%	14 12.4%	1 0.9%	2 1.8%	11 9.7%	8 7.1%	1 0.9%	3 2.7%	2 1.8%	5 4.4%	62 54.9%
計	19 16.8%	4 3.5%	9 8.0%	23 20.4%	2 1.8%	2 1.8%	16 14.2%	12 10.6%	7 6.2%	7 6.2%	5 4.4%	7 6.2%	113 100%

D. 総括的考察

1. データのまとめ

以上の検討から「生活機能相談窓口」の効果は明らかになった。また生活機能低下発生からサービス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など、生活機能低下の早期発見・早期対応の「水際作戦」が効果的なことであることが立証された。

2. 介護予防との関連における訪問リハビリテーションの意義

ここで改めて訪問リハビリテーションの意義について介護予防との関連において考察したい。

1) 水際作戦の必要性和意義

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」(生活行為)に介護が必要な状態にほかならないためである。また「活動」とは「参加」の具体像であるからでもある。

さて、この介護予防との関係で重視すべきこととして、生活機能低下の起り方には大きく2つのタイプがあることである。

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」(図1-A)である。

しかし実は図1-Bに示すように徐々に生活機能(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

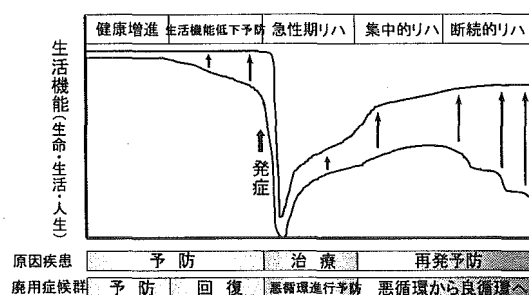
はこれをもっと重視すべきだと注意を喚起している。これは廃用症候群(生活不活発病ともいう)そのもの、あるいは様々な慢性疾患に廃用症候群が加わったもので起ってくる。

実際に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悪くなってきた人が多い。

このように徐々に生活機能が落ちてくるのは「年のせい」と考えがちである。しかし実はよくみると同じペースで少しずつ落ちてくるのではなく、色々なエピソード(事件)をきっかけに、いわば階段状に進行することが多い。風邪で寝込んだあと、大事をとりすぎて足腰が弱くなったとか、転んで腰をうってから外出しなくなったとか、転居や家族構成の変化で外出しなくなり、足が弱ってきたというように、様々なエピソードがきっかけになる。

図1. 生活機能低下の分類

A. 脳卒中モデル(脳卒中・骨折など)



B. 廃用症候群モデル(廃用症候群、変形性関節症など)

