

## 2) 伝い歩き・もたれ歩き活用者に対する 介護保険サービス利用の影響

伝い歩き・もたれ歩きを併用した屋内歩行が一応自立していた人々のうち、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。

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。

## 3) 車いす等の福祉用具貸与の影響

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。

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。

## 4. 生活機能低下の2つのパターン

前記のような多数例の生活機能の経時的変化の分析にもとづいて、生活機能低下の経過について、特に「活動」レベルから、①脳卒中・骨折などを原因として急激な低下を主とするものか、②廃用症候群のみ、あるいは慢性疾患に廃用症候群が合併することによる緩徐に低下するのかによって大きく2つに分類することができた。その際「活動」の低下の原因となる「健康状態」（疾患）から「急性発症タイプ」と「慢性疾患・廃用症候群の悪循環タイプ」とがあることを確認し、それを「高齢者リハビリテーション研究会」その他に報告した。種々の検討を経てこの2者が同研究会報告書における「脳卒中モデル」と「廃用症候群モデル」となって概念が確立された。

長期にわたってフォローした事例の分析から次の事実が明らかとなった。

1) 急激な生活機能低下を主とするもの（「脳卒中モデル」）は向上を目的として、リハビリテーションの対象として対応されるのが普通である。しかし徐々に低下した場合は維持的リハビリテーションの対象と考えられる傾向が大きかった。

2) 脳卒中・骨折後に主に入院リハビリテーションで集中的にリハビリテーションを受け、一旦かなりの「活動」向上がみられた後においても、新たな疾病や廃用症候群のために「活動」が徐々に低下をする場合が少なくない。これは特に入院リハビリテーション実施者の長期経過観察時、及び介護保険開始後維持目的として紹介され新たにリハビリテーションの対象とした者の中に著明にみられた。

3) 緩除に低下した群も、活動向上訓練中心の外来リハビリテーション、訪問リハビリテーション、短期的入院リハビリテーション等を行うことで再び「活動」が向上した例が多く、リハビリテーションを行う意味が十分にあった。

4) 外来リハビリテーションが機能訓練中心で行なわれていた場合には、生活機能低下が起ってきてもリハビリテーションの対象から除外されてしまうことが多かった。

5) また介護保険のケアプランには向上を目的としたリハビリテーションが含まれることは稀であり、介護法指導や関節可動域訓練という維持目的の受身の内容のもののみが行われることが多かった。

6) 急性発症型、廃用症候群型のどちらにおいても、リハビリテーションを開始する契機となった生活機能低下発生の大きなエピソードの前にも、既に生活機能が低下していることが多く、早期からの生活機能低下予防・改善が必要である。

7) 患者・利用者中心でリハビリテーションが進められるためには、生活機能低下の類型化と各時期への区分が効果的と考えられ、そのため原因疾患発生時を中心とした

その前後について時期分類を行った(後述)。

以上から、このような、生活機能の緩やかな低下群もリハビリテーションの対象として認知される必要があると考えられる。

## 5. 要介護度と生活機能の経時的変化

### 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) 在宅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明らかに高かった（「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。

## 6. 訪問リハビリテーションの対象者について

### －在宅生活者の生活機能の実態

#### 1) 生活機能の実態（1）：要介護認定者

「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。

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見られた。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。

以上のように在宅要介護認定高齢者の生活機能は後に述べる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小数ながら高い「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。

## 2) 生活機能の実態(2): 在宅非要介護認定者・身体障害者手帳非所持者

2個の研究に相通じることとして、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、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、すなわちいわば訪問リハビリテーション必要者の「予備軍」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。

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。

またこのように「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。

### 3) 生活機能の実態(3): 在宅非要介護認定者・身体障害者手帳所持者

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」として一層重視する必要があるといえることができる。

### 4) 生活機能の実態(4): 外来通院患者

リハビリテーションを受けていない患者においても活動の質である屋外歩行の自立度をみると、自立者は65歳未満で551名(92.9%)、前期高齢者で252名(86.3%)、後期高齢者で173名(79.9%)であり、非自立者が65歳未満で1割弱、前期高齢者で

1.5割、後期高齢者で2割であった。屋内歩行の非自立者は1.5%、4.5%、5.1%であった。また活動の「量」である外出頻度は病院にいく時だけが3.0%、11.0%、15.2%であり、廃用症候群を生じている、もしくは生じる可能性が高い患者が多かった。

また歩行自立度が低下していてもリハビリテーション実施者においても、非実施者においても歩行補助具の使用状況が低いことが判明した。

## 7. 訪問リハビリテーション・リハビリテーション・廃用症候群についての認識

### 1) 外来患者

調査の結果は次のようであった。

(1) 病気の時の安静について複数回答可でたずねたところ、全1,494名中「病気を早く治す基本だと思う」60.9%であったが、同時に「原則として安静は必要最低限にすべきと思う」も54.2%であった。

(2) しかしこれまで医師から「安静をとるように」と指示されていたのは35.9%にとどまっていた。

(3) 逆に現在どの程度動いてよいかを医師から指導を受けていたのは53.7%であったが、指導の内容は制限的（「無理に動かないように」等）なものがこのうち18.4%であり、漠然とした指導（「なるべく動くように」等）が14.5%であり、具体的な指導は23.2%であった（複数回答あり）。

(4) 「廃用症候群」という言葉を知っていたのは16.3%であり、知ったきっかけは「本や雑誌で」が6.6%で最も多く、その

他講演会などであり、医師等の医療職から説明を受けたのは合計 4.5%にとどまっていた。

(5) リハビリテーションとは何をするものかについては重複回答で「歩行訓練」61.1%、「関節を動かす訓練」60.9%、「トイレが一人でできるようにする訓練」40.2%、「言葉が不自由な場合にコミュニケーションをとりやすくする訓練」38.0%、「洋服が一人で着られるようになる訓練」37.4%、「マッサージ」36.2%、「マット上での訓練」34.6%などであった。

## 2) 地域住民

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男性 19.6%、女性 24.9%であった。病気のある人では男性 31.1%、女性 35.7%と多かった。また身体障害者手帳所有者では男性 36.9%、女性 39.2%と一層多かったが、要介護認定者では男性 17.4%、女性 21.2%と少なかった。

「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。

以上から「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、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。

## 3) 訪問看護師

「廃用症候群」という名称自体の認知は 96.7%と高かったが、原因としては「長期臥床」をあげる者が 92.7%ともっとも多かった。その他「身のまわりのことを自分で行わないこと」69.1%、「全身の活動性が乏しいこと」68.3%、「外界からの刺激が乏しいこと」65.0%、「安静」57.7%であった。一方「高齢」自体との返答（誤り）が 38.2%あった。

廃用症候群の症候については「関節拘縮」88.6%、「褥瘡」85.4%、「便秘」78.9%であり、これらが現在の訪問看護師における基本的認識のように思われる。より広い範囲の症候、例えば「起立性低血圧」65.0%、「認知症様症状」67.5%、「うつ的傾向」55.3%とやや少なかった。

寝たきりの原因として「本人の動こうとする意欲がない」86.2%、「病気自体」80.5%が多く、リハビリテーションの必要性・質や介護の質について問題意識を持つ人は乏しかった。

リハビリテーションとして行う内容としては最も多いのは「関節を動かす訓練」94.3%、ついで「言葉が不自由な場合に、コミュニケーションをとりやすくする」85.4%、「筋力増強訓練」82.1%、であり、これに対し「活動」への働きかけである「トイレが一人でできるようにする訓練」は 82.1%、「更衣訓練」は 79.9%、「洗面が一人でできるようにする訓練」は 71.5%、「家事訓練」は 58.5%とやや低かった。この他に本人のいわゆる“意欲”を重視する

例が多かった。

#### 4) 理学療法士・作業療法士

主な結果は以下の通りであった。

(1) 訪問リハビリテーションの効果：介護保険のリハビリテーションは維持的リハビリテーションと考え、向上を目的としていないため効果が上がっていない。

(2) 訪問リハビリテーションの内容：あるべき姿は“活動”向上訓練中心で、自宅内だけでなく、外出能力向上を重視すべきである。また住宅改修や福祉用具の提供は活動向上訓練を実施したのちにすべきである。

(3) リハビリテーション・システム全体の中での訪問リハビリテーションの位置づけ：在宅生活者の在宅生活での“している活動”向上の最も効果的な手段として位置づけるべき。

(4) 訪問リハビリテーションが最大の効果をあげるための、他のリハビリテーション・システムやリハビリテーション以外のサービスのあり方（略）

(5) 制度（医療保険・介護保険、老人保健事業等）上の訪問リハビリテーションのあり方（略）

以上のように機能回復訓練中心から“活動”向上訓練中心への移行、リハビリテーションについての正しい認識を特に利用者本人と介護支援専門員がもつこと、そして今後の方向性として機動性の高さ、医療との連携の強いことなどの必要性が確認され、訪問リハビリテーションの方向性が明らかになった。

#### 5) 介護支援専門員

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は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とみてい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名の被検者自身が廃用症候群については「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。

介護支援専門員には今後、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. 患者・利用者による「真の希望」の表出促進のための I C F の活用

I C F 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」がほとんどであった。

「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。

I C F 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 a 6（家庭生活）、a 9（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 a 9（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 p 6（家庭生活）、p 9（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 I C F 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、それだけ視野が広がり、利用者の自覚が促されたものと考えられる。

このように I C F 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。

## D. 総括的考察

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

### 1. 訪問リハビリテーションの効果

#### ー大きなプログラムによる差

本報告の最初に述べたように介護予防の「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」の効果は非常に大きく、しかも効果は僅か1回～3回の訪問であらわれた。このように適切なプログラム（後で詳しく述べる）で行われれば、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が非常に効果的であることが立証された。またその際に必要とされる個別技術・プログラム・システムのあり方についても種々の角度から検討した（研究1-2）、1-3）、1-4）、7-4）等）。これによって、あるべき、効果的な訪問リハビリテーションの姿は明確になったものと考えられる。

しかし一方では、今回の検討は現在現実に行われている訪問リハビリテーションは、少なくとも要介護度変化でみる限り、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ということを示している（研究3-1）。すなわち（後に述べる福祉用具等の場合のように）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

ならず、それだけでなく「維持」という消極的な役割さえ果た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という事情も影響していると考えられるが、決してそれだけではなく、後に述べるように、プログラム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う、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。

## 2. 生活機能と要介護度の経時的変化の問題点

今回の要介護認定者、特に介護保険サービス受給者の要介護度の経時的変化（研究3-1）をみると、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いないといわざるをえない。これはある意味では介護保険法という

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ことである。

すなわち僅か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。

## 3. 介護保険サービスが要介護度を悪化させている危険

研究3-1)「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、ある意味では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を与えるものが少なくないことは、研究2-2）（訪問リハビリテーション利用の実態）のようにより自立性の高に者

を含んだ対象群における同様の結果からもみてとることができる。

またこれは研究3-3）においてみた、車いす・特殊寝台等の福祉用具貸与の要支援・要介護1・2者に与える影響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、残念ながら訪問リハビリテーションを含む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. 生活機能低下の2つのタイプ、特に「廃用症候群モデル」概念確立の意義

今回の研究のもう一つの大きな成果は訪問リハビリテーションをはじめあらゆるリハビリテーションにおいて重要な視点として、生活機能低下には2つのパターンがあることを明確にしたことである。

これは我々が平成 14 年（2002 年）度に行った研究 4 の成果であるが、先にも述べたようにこれが平成 15 年度末（2004 年 1 月）に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「高齢者リハビリテーションのあるべき方向」において「脳卒中モデル」と「廃用症候群モデル」として確立された。

このことの意義は第一に従来のリハビリテーションが暗黙のうちに脳卒中・骨折などによる「脳卒中モデル」だけが対象と考えられやすく、「廃用症候群」を対象とは考えないことに大きな反省をせまったことにある。

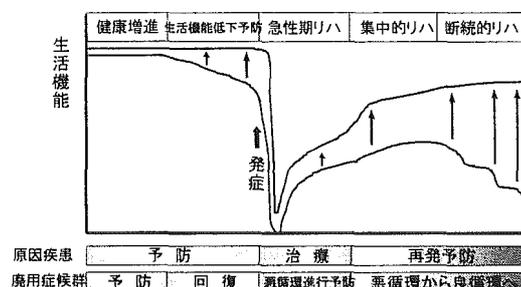
第 2 には図 1 A、B にみるように、時期区分の概念を根本的に変えたことである。すなわち従来は「脳卒中モデル」において「急性期リハビリテーション」に引き続く時期を「回復期」、それに引き続く時期を「維持期」と呼ぶことが普通であった。しかしこれはリハビリテーションの対象を「心身機能」に限局することから出てくる概念規定であり、「生活機能」（「心身機能」だけでなく「活動」「参加」を含む「生きる」こと全体）を対象とする、ICF に立った考え方からすれば非常に古い、誤った命名である。そこで報告書では図 1 A にみるように「急性期」に引き続く時期を「集中的リハビリテーション期」それに続く時期を「断続的リハビリテーション期」とした。これはリハビリテーションの必要性と提供のあり方にもとづいた概念である。同様に図 1 B にみるように「廃用症候群モデル」におけるリハビリテーションは全て「断続的リハビリテーション」である。

ここで高齢者リハビリテーション研究会報告書を引用してこの 2 つのタイプのリハビリテーションのあり方についての簡潔なまとめをしたい。

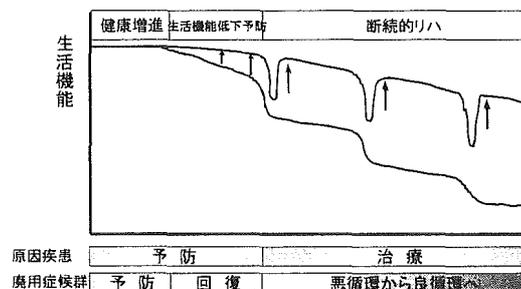
○ 脳卒中モデルにおいては、発症直後からリハビリテーションを開始し、自宅復帰を目指して短期的に集中してリハビリテーションを行った後に、自宅復帰後は日常的に適切な自己訓練を行うとともに具体的な課題やさらなる目標が設定された時に、必要に応じて、期間を定めて計画的にリハビリテーションを行うことが基本となる。

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)



○ 廃用症候群モデルにおいては、脳卒中の発症のように急性ではなく、徐々に生活機能が低下してくることから、生活機能の低下が軽度である早い時期にリハビリテーションを行うことが基本となる。リハビリテーションの提供にあたっては、必要な時に、期間を定めて計画的に行われることが必要である。

## 5. 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るべき方向については、先に述べ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」に述べられている通りである。

すなわち、在宅という現実の生活の場で「活動」の自立性向上と「参加」の向上を図ることであり、生活機能低下の早期発見・早期対応として集中して実施するものであり、あわせて退院（所）直後などにも在宅生活や地域社会生活への再適応のために行われるべきものである。そしてその中核となるのは目標指向的アプローチに立った活動向上訓練である。

これを最初に述べた介護予防の「水際作戦」としての「生活機能相談窓口」の業務を例にとって具体的に述べたい。

### 「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、先にも簡単に述べたが、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が同行した。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。

以上のようなプログラムを支える具体的な技術としては、第一に装具・歩行補助具の活用があげられるが、それに劣らず重要なのが「活動」のバラエティとレパトリーの拡大である。その中には先に述べた

「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）などの具体的技術が含まれ、今後それらを十分に普及・活用すべきである。

## 6. 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

以上の研究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（非要介護認定高齢者・身体障害者手帳等非所持者）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、②同じく介護を必要とせず、一応「自立」しているはずの非要介護認定者でも、身体障害者手帳所持高齢者は、前期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」に問題を有していること、そして③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。

## 7. 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先に述べたように大きく2つのタイプがあり、そのうち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」について、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。

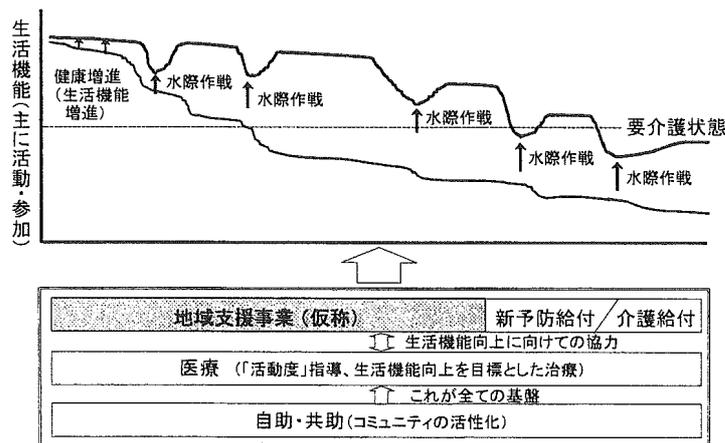
しかし実は徐々に生活機能(特に「活動」)が低下していくもう一つの「廃用症候群モデル」が重要であり、いま介護保険の要支援や要介護1・2の、比較的軽度の人はこのように徐々に生活機能が低下してきた人

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2)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。

図2. 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。

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。

## E. 結論

以上の多面的な研究により、一方では「活動」向上訓練を中心とし、生活機能低下の早期発見・早期対応の「水際作戦」として行われた訪問リハビリテーションは短期間に大きな成果を上げることができると明らかとなった。しかし他方では、現状の介護保険サービスは、全体としてみて法に規定された「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ていないこと、また現在行なわれている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こと、「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の場合や車いす、特殊寝台貸与の場合など、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る場合があった等の、現在のサービスの問題点も明らかになり、大きな改革の必要性が確認された。

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. 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：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
- ・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

and subjective dimensions of functioning and disability. October 27, 2004. Reykjavik, Iceland

### 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