

厚生労働科学研究費補助金

長寿科学総合研究事業

訪問・通所リハビリテーションの地域特性別実態把握から
みた在宅自立生活支援プログラムの開発評価に関する研究

平成15～17年度 総合研究報告書

主任研究者 高山 忠雄

平成18(2006)年3月

訪問・通所リハビリテーションの地域特性別実態把握からみた

在宅自立生活支援プログラムの開発評価に関する研究

主任研究者 高山忠雄 鹿児島国際大学教授

本研究は地域特性別実態把握に基づいた在宅自立支援のモデルプログラムの開発を図るべく、在宅サービス、医療保健福祉施設、自治体におけるサービス利用者、提供者、推進者の視点からの実用化システムの開発を目的とした。1) サービス利用者からみた評価、2) サービス提供側からみた評価、3) 計画・評価を推進する自治体側からみた介入評価、の3側面から地域特性の実態を踏まえ、地域の実情に応じたサービスのあり方を検討し、訪問・通所リハビリテーションの在宅自立生活支援プログラムを開発した。

分担研究者

佐直信彦 東北文化学園大学教授
佐藤秀紀 青森県立保健大学教授
安梅勅江 国立看護大学校研究課程教授
福田恵美子 山形県立保健医療大学教授

べく、在宅サービス、医療保健福祉施設、自治体におけるサービス利用者、提供者、推進者という3側面からの実用化システムを開発することを目的とした。

B. 研究対象と方法

A. 研究目的

高齢者の住み馴れた地域での自立生活を望む声は、関連諸調査の結果からも一段とその強さを増している。誰もが望む在宅自立生活をより可能とする手段として訪問・通所リハビリテーションの有効性を明確にしつつ、居住する地域特性に合致した自立生活支援プログラムを開発し評価することは緊急度の高い課題と考える。

本研究は地域特性別実態把握に基づいた在宅自立支援のモデルプログラムの開発を図る

本研究の特徴は、訪問・通所リハビリテーションの実用化について、1) サービス利用者からみた評価、2) サービス提供側からみた評価、3) 計画・評価を推進する自治体側からみた介入評価、の3側面からの分析を実施する点にある。したがって、1) サービス利用者への訪問面接調査、質問紙調査、2) サービス提供側への面接調査、質問紙調査、3) 自治体側へのグループインタビュー調査、質問紙調査、面接調査を実施し、統合的に分析した。

「研究総括・在宅支援のモデルプログラムの

開発評価（高山・福田）」では、研究総括および実態把握として地域特性別の施設機関、利用者、専門学生の実態と課題を把握した。

「医療保健福祉施設における実用化システムの開発（佐直）」では、サービス提供者の視点から実用化の方策を明らかにするため、降雪寒冷地域としての宮城県における介護保険サービスとリハビリテーションニーズの実態を把握した。

「在宅サービスにおける実用化システムの開発（佐藤）」では、サービス利用者の視点で豪雪地域における実用化を具体的に検討し、サービス利用者の調査による分類とケア内容の検討を行った。

「自治体における実用化システムの開発（安梅）」では、自治体の現状把握から実用化のための体系化を図るため、利用者・専門職に対するフォーカスグループインタビュー、質問紙調査、面接調査を実施し、訪問・通所リハビリテーションにおける他職種連携のための実用化試案を作成した。

C. 研究結果と考察

訪問・通所リハビリテーションの地域特性別実態把握からみた在宅自立生活支援プログラムの開発に向け、1) サービス利用者調査においては、豪雪地域における介護保険サービスとリハビリテーションニーズ、訪問・通所リハビリテーション、福祉用具、住宅改修の複合的な活用の可能性につき、地域特性を踏まえて類型化し、ケア内容の検討、2) サービス提供者調査においては、地域特性別のニーズの比較検討を行い、訪問・通所リハビリテーションの利用が、

都市部と郡部、気候や環境状況に依存しない可能性の示唆、3) 自治体調査においては、実際の支援場面における①個別支援、②グループ支援、③コミュニティ支援、に沿った項目を抽出し、実用化試案を作成した。

これらの統合分析の結果、自立生活支援プログラムは、サービス利用者をADL能力別に3群に分類し提供する有効性が示された。第Ⅰ群の「IADL改善型」は身体機能低下と閉じこもりの予防、第Ⅱ群の「ADL改善型」は早期ADL自立、第Ⅲ群の「ADL支援型」は介助量軽減とQOLの維持が重要となる。

具体的には、「IADL改善型」で実際に行われている内容は、筋力低下、拘縮、痙性等を予防するためのエクササイズの指導や、脳梗塞等の再発や合併症を予防するための生活指導が中心となっている。したがって、訪問リハビリテーションの回数は月に1回程度が望ましいと考えられる。その際に、「エクササイズは毎日行っているか」、「生活機能が低下していないか」、「食生活は規則正しく行われているか」を評価する必要がある。特に「閉じこもりになっていないか」評価することは重要である。「閉じこもり」は低活動状態による廃用症候群を起こす危険性がある。

「閉じこもり」の要因は身体的要因、心理的要因や環境要因等さまざまであるが、ADLに何の支障もない高齢者において、趣味の有無、運動の有無、家族交流が閉じこもり予備軍と有意な関連がある。また、「閉じこもり」予防活動の重点課題として、余暇活動を楽しめる機会や場の提供、家族間の人間関係の調整を図ることで、高齢者が孤立しないよう援助していくこと

が必要である。本研究では趣味を持たない者が、生活用品の買い物や病院へ行くための交通手段の利用で外出することから、楽しみのための外出が必要である。

現行では、訪問リハビリテーションによるIADL練習の頻度は少ない。この理由は「IADLは範囲が広いため、利用者の要望がないかぎり、アプローチすることが難しい」、「時間的制限があり、指導程度で終わってしまうこと」等あげられている。アプローチの工夫や老人保健施設、介護予防事業や生きがい活動支援通所事業等との連携が必要である。

「ADL改善型」は、ADLの早期自立、外出手段の確保が重要であり、内容はADL練習、住環境整備や家庭内役割の発見が中心となっている。したがって、訪問リハビリテーションは週に1～2回程度の頻度が望ましい。また、集中的にリハビリテーションを行うことで、ADL早期自立を図り、その後はIADL改善型と同じケア内容を行うべきである。この型は身体機能や住環境の問題から屋内移動や外出が困難であり、臥床時間が長くなる危険性がある。しかし、訪問リハビリテーションにより、外出が可能となり、IADL改善型に移行できる可能性のある型である。

医療機関を退院した時に「ADLが自立した利用者」や「障害が重度のために部分的にもADLの自立が困難であった利用者」は多い。この型に含まれる利用者は以下のようなタイプが想定される。

1) タイプ1…院内ADLは自立していたが、ソフトランディングな退院がなされなかったために、在宅生活に問題がある者

2) タイプ2…退院までに一部のADLが自立できなかった者

3) タイプ3…在宅生活は自立できる能力があったが、閉じこもりによる廃用症候群により、生活機能が低下した者

タイプ1は退院時に利用者のADLを評価し、医療機関でできていたADLが在宅に戻り、環境が異なることからできなくなっている部分を早期発見・早期治療することが重要である。タイプ2は住環境整備や自助具の利用等からできるだけ早いADLの自立を図ることが重要である。タイプ3は生活機能の低下が軽度である早い時期のリハビリテーションが必要であり、「できるADL」の確立から「しているADL」への働きかけや活動度の指導が求められる。

「ADL支援型」は、介助量軽減を目的としたケアが重要であり、内容は介助方法の指導、介助量の増加を防止するための立位・座位保持能力の維持（寝たきり防止）や関節可動域等の維持、リフターや電動ベッド等の福祉用具や自助具の導入が中心となっている。さらに、重度の利用者の場合には摂食・嚥下練習や呼吸練習等も必要となる。

この型のケアは介助量軽減が主な目的となるが、ケア内容は介護者のためのものではなく、利用者のQOL維持・向上につながるものでなければならないと思われる。客観的QOLには3つの視点があり、これらを目標としたケア内容が求められる。第一に、呼吸機能、摂食・嚥下機能の維持、改善することで「生命の質」を保つ。第二に、入浴やトイレ動作等の自立援助や座位保持能力を高めることで、家族との食事や会話を楽しむ「生活の質」を保つ。第三に、持久性

を高め、自己決定のもとに花見や家族旅行、デイケアへの通所を可能にし、再び自己実現することによる「人生の質」を保つことである。この型は重度になればなるほど、「生活の質」と「人生の質」を保つことは困難となる。これらを保つためにも、特に「寝たきり」を防止し、座位保持能力を維持することが重要である。

本研究の結果、現在訪問・通所リハビリテーションにおいて問題視されている状況をより客観的な立場から分析し、課題の解決を見出すこと、さらに訪問・通所リハビリテーション支援において福祉用具・住宅改修を一元化して行うことにより、導入する自立支援をシステム化する方法論を示した。

介護保険制度の質的な充実と、それによってもたらされるサービスの効率・効果性の向上に向け、多角的な視点からなされる分析を統合することにより妥当性を検証し且つ実践からの意向を反映した実用性の高い成果を得ることが可能となった。

本研究から期待される効果としては、訪問・通所リハビリテーションサービスの評価に基づくサービスの提供が可能となり、対象者のクオリティ・オブ・ライフの向上が図られる点、対象者への適切な情報提供により個々人の選択と自己決定が尊重される点、ケアマネジャーのケアプラン作成、サービス評価に資する点、さらには限りある社会資源の有効活用を図る点があげられる。

さらに、本研究により開発された評価法は、1)ケアマネジメントに関わる専門職の実践過程における評価指標、2)スーパーバイザーによる専門職の資質向上のための実務教育指標、

3)養成課程の教育プログラムの一法、として活用が可能である。

その延長として、各種専門職の訪問・通所リハビリテーション支援に関する資質の向上はもとより、訪問・通所リハビリテーション支援システムの今後の基盤整備への一助となると考えられる。

D. 結論

利用者と社会資源のインターフェースとしての役割を果たす専門職の機能を最大限に高めるために、専門職にとって、地域特性を踏まえた支援評価に関する情報の把握は、極めて有効である。今後さらに、介護予防に焦点をあてた本プログラムの拡充を図り、専門職が高齢者・障害者の自立を促進する地域資源に関する知識と技術を獲得し、より有効性かつ効率性の高い訪問・通所リハビリテーションの実現が期待される。

E. 研究発表

1. 論文発表

- ①高山忠雄：高齢者障害者支援の変遷（福祉用具の実務）、第一法規出版、53 - 163、2002
- ②高山忠雄、志水田鶴子：地域居住生活（グループホーム）希望者特性に関する研究、日本保健福祉学会会誌P45～51、2002
- ③高山忠雄：身体障害者をめぐる社会福祉法の内容と展望、月刊福祉、44 - 47、2002
- ④高山忠雄：生活環境論9－福祉機器研究開発、医歯薬出版第3版、282 - 308、2003
- ⑤高山忠雄：地域リハビリテーションモデル研

究—高次脳機能障害者の現状とニーズ—東北
文化学園大学研究報告、2003

⑥佐直信彦：脳卒中リハビリテーションにおけ
る合併症、総合臨床、51：3180 - 3182、2002

⑦佐直信彦・内田竜生、中島昭夫、村田勝敬：脊
髄損傷者の合併症に関する長期経過観察、—他
施設間前向きコホート研究—、日本職業・災害
医学会会誌、50：289 - 294、2002

⑧佐藤秀紀、佐藤秀一、山下弘二：知己高齢者
のライフスタイル、日本保健福祉学会会誌、9(1)、
63～79、2003

⑨佐藤秀紀、佐藤秀一、山下弘二：地域在宅高
齢者における活動能力と日常生活関連動作の関
連性、青森県立保健大学紀要、3(1)、101-108、
2002 101 - 108、2002

⑩安梅勅江：福祉用具支援専門性評価、福
祉用具活用の実務、第一法規、1357-1363、
2003年12月

⑪安梅勅江、福祉用具支援専門性評価、福祉用
具活用の実務、第一法規、127-136、
2004年12月

⑫安梅勅江：エンパワメントのケア科学—当事
者主体チームワーク・ケアの技法—、医歯薬出版、
2004

⑬安梅勅江他：コミュニティ・エンパワメントの
技法—当事者主体の新しいシステムづくり—、
医歯薬出版、2005

2. 学会発表

①安梅勅江、清水洋子、淵田英津子、家入香代、
高林智子、上村妙子：グループインタビュー法
とエンパワメント、—研究と実践との連携に向
けて—、日本看護科学学会、2004年

厚生労働科学研究費補助金

長寿科学総合研究事業

訪問・通所リハビリテーションの地域特性別実態把握から
みた在宅自立生活支援プログラムの開発評価に関する研究

平成15年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 高山 忠雄

平成16(2004)年3月

目 次

I. 総括研究報告

訪問・通所リハビリテーションの地域特性別実態把握からみた

在宅自立生活支援プログラムの開発評価に関する研究

高山忠雄 1

II. 分担研究報告

1. 介護保険制度下におけるリハビリテーションサービス

佐直信彦 25

2. 在宅サービスにおける実用化システムの開発

—豪雪寒冷地域の訪問リハビリテーション適用の課題に
焦点をあてて—

佐藤秀紀 33

3. 在宅支援モデルプログラムの自治体における実用化

システムの開発

—訪問・通所リハビリテーションの地域特性別支援に関する

専門性評価法の開発—

安梅勅江 52

III. 研究成果の刊行に関する一覧表 58

在宅支援のモデルプログラムの開発評価
—政令指定都市における訪問・通所リハビリテーション利用実態と課題—
総括研究報告書

主任研究者 高山忠雄 東北文化学園大学教授

在宅支援のモデルプログラムの開発評価を図るため、初年度は政令指定都市における訪問・通所リハビリテーション利用実態と課題を明らかにした。その結果、1) 介護保険導入後、訪問リハビリテーションの利用が減少傾向にある点、2) 介護保険導入後、訪問看護の利用が増加傾向にある点、3) 訪問リハビリテーション、訪問看護、通所リハビリテーション、通所介護のいずれの支援においても、サービスの提供実態あるいはサービスの利用実態に地域格差がみられる点、が明らかとなった。訪問・通所リハビリテーションの利用が、規模、高齢化率、要介護率等に依存せず、不足サービスを補完している可能性が示唆された。

分担研究者

佐直信彦 東北文化学園大学
佐藤秀紀 青森県立保健大学
安梅勅江 浜松医科大学

ビス利用の変化についても明らかにすることとした。

B. 研究方法

A. 研究目的

本年度は、地域特性に応じたりハビリテーションサービスのあり方を検討することを念頭に置きつつ、東北の都市部における訪問・通所リハビリテーションの支援実態を明らかにすることを目的とした。加えて、平成12年度から14年度までの資料を比較検討する中から、介護保険導入後のサー

本年度は、降雪寒冷地域におけるリハビリテーションサービスの実態把握をすることに力点を置くことが計画されていた。そこで、東北地方における主要都市として仙台市を取り上げることとした。仙台市における介護保険支援実態の中でも、特に訪問・通所リハビリテーションあるいは訪問看護、通所介護の実態に関する経年的な資料を収集

し、比較・分析した。

C. 研究結果

I. 仙台市の概要

仙台市の沿革

仙台市は、仙台平野の中心に位置し、仙台は、1600(慶長 5)年に伊達政宗が居城を定め、街割をして以来、明治維新までの 260 余年間、伊達 62 万石という全国有数の城下町として栄えた。明治 22 年には市政が施行され、第二師団を始めとする軍事、司法、運輸、通信などの地方統括のための国家機関や、東北帝国大学に代表される各種の教育機関の開設によって、「東北の治府」、「学都」と評された。

太平洋戦争中の昭和 20 年 7 月、空襲によって市の中心部を焼失したが、戦後は戦災復興事業や都市計画事業によって都市整備が進んだ。特に、昭和 30 年代以降は、高度経済成長により企業の支店進出が相次ぎ、中枢管理機能が著しく高まった。仙台市は、1962 (昭和 37)年全国に先がけて「健康都市」を宣言して以来、健康で明るく、住みよい、美しい街造りを目指しており、都心に市街地と緑が共存する街並で、「杜の都」と呼ばれている。

市制 100 周年の 1989 年 4 月には全国で 11 番目、東北では初の政令指定都市へ昇格した。これに伴い、仙台市は青葉区・宮城野区・若林区・太白区・泉区の 5 区制となり、東北最大の都市となっている。平成 11 年 5 月には人口 100 万人を突破した。

独創的な科学技術研究で世界的に知られる機関が多数立地しており、「東北地方を研究開発と産業開発の国際拠点に」という東北インテリジェント・コスモス構想の中核都市として、日本の学術・技術・情報首都を目指している¹⁾。

地勢

仙台市は明治 22 年の市制施行以来、7 回にわたって周辺市町村を編入し、現在の総面積は 788.09 平方キロメートルで、政令指定都市の中では札幌市に次ぐ第 2 位の広さとなっている。

市域の北端から西端にかけては、東北の脊梁と言われる奥羽山脈が走り、市域の最高地点を一角にもつ船形山(標高 1,500m)をはじめ、標高 1,000m 級の山並が連なっている。その東には、広い丘陵地が続き、その間を七北田川、広瀬川、名取川が東流して太平洋に注ぎ、これら 3 河川の堆積によって形成された平野が丘陵地の東側に広がっている。中流域には河岸台地や段丘が発達し、これらと丘陵地の一部は主として市街地、西部の山地と丘陵地は山林、東部の低地は主に農耕地となっている。

1) 青葉区の概要

沿革：慶長 5 年に伊達政宗が青葉山に居城を定めて以来、現在の青葉区中心部にあたる地域は全国でも有数の城下町として栄えてきた。明治以降、主な国家機関や各種の教育機関が設

立されたが、昭和 20 年の仙台空襲によって市街地のほとんどが焼失した。しかし、その後の戦災復興事業や都市計画事業により都市整備が急速に進み、国、県、市の行政機関をはじめ、金融機関や企業、デパート、商店が集中するようになった。

昭和 62 年に宮城町が仙台市に編入され、平成元年には仙台市の政令指定都市移行に伴い青葉区が誕生した。青葉区は面積、人口共に市内最大の区となり、区内には国際化、情報化、高齢化時代に向けた中枢施設の建設が相次いで進められている。

現状：青葉区は、市制 100 周年を迎えた平成元年 4 月、仙台市が政令指定都市に移行するのにあわせて誕生した。区域は都心から宮城地区がある山形県境まで北西方向に帯状に広がり、広瀬川の清流が 35 km にわたり区内を東西に貫いて、詩情豊かな仙台のイメージとともに、市民の憩いの水辺空間を創出している。市の 5 区の中で、人口、面積とも最も大きく、近代的な都市機能と豊かな自然環境が共存する「多様性」が区の特徴ともなっている。

青葉区の都心部は、伊達 62 万石の城下町として栄え、現在は東北地方の中核的な役割を担う行政機関・金融機関・事務所・商店などが集中し、市内外から多くの通勤者や買い物客が集まっている。また、市街地とその周囲には、古くからの住宅地や商店街があり、さらに北西の丘陵地帯には、新旧の住宅団地群が広がっている。

区内には東北大学をはじめ多くの大学、研究機関、専門学校があり、「学都仙台」を代表する文教ゾーンを形成している。そして、博物館、科学館、仙台文学館、仙台メディアテークなどの教育・文化施設も多く、また、国際文化交流の拠点施設である国際センター、豊齢化社会の活動拠点施設であるシルバーセンターや福祉プラザ、高度情報化社会に対応した情報機能や産業支援機能を備えた情報・産業プラザが設置されている。

青葉区の西部に位置する宮城地区は、旧宮城町の地域であり、昭和 62 年度の合併後、現在は青葉区宮城総合支所の所管区域となっている。宮城地区の面積は区の 86% を占め、山形県境に接しており、東部は、大規模な宅地開発と区画整理が行われ人口が急増しているほか、郊外型商業施設の集積が進んでおり、西部は、宮城地区の地域中心拠点としての各種都市基盤整備が進められ、北西部では、畜産、農林業などが営まれている。

2) 宮城野区の概要

宮城野区は、整備の進む仙台駅東地区から仙台港へと市の北東部に広がる地域で、国の天然記念物で樹齢 1200 年といわれる「乳銀杏」、日本有数の渡り鳥の飛来地である「蒲生干潟」などを有し、芭蕉や文人墨客がたどった塩釜街道沿いに町並みが開かれた岩切や原町は、今でも昔の面影を残しているなど、自然と文化にあふれる区である。

一方で、高度経済成長期以降、鶴ヶ谷団地の造成や各地区の区画整理事業など、宮城野区では各種都市機能の集積や良好な市街地形成を目指した大規模なプロジェクトが相次いで実施されてきた。

さらに、仙台港及び背後地一帯では、本市の国際化の一翼を担う国際貿易港の整備と連携した新たな産業機能の集積に向けて都市基盤整備が進められており、仙台駅東地区においても仙台の中核業務機能の拡大に対応するための新しい都心づくりが進行中である。陸上交通の要衝、日の出町、扇町、苦竹地区には車両関係企業や工業・流通関連業種の集積が進み、仙台港周辺の大規模工場と合わせて本市の産業活動を支えている。

また、岩切、高砂、岡田地区では都市型農業が営まれており、商・工・農業と住環境のバランスのとれたまちづくりが進められている。

3) 若林区の概要

若林区は、宮城県仙台市の東南部に位置し、北は宮城野区、東は太平洋に面し、西は青葉区、南は広瀬川及び名取川に沿って太白区と接するとともに、名取川流域では、名取市とも接しています。人口は約13万人、面積は約50キロ平方メートルとなっている。区域は、都心の一部と市街地からなる「都心及び周辺地域」、その東側からさらに仙台バイパスを挟んで住宅地

が広がる「郊外住宅地域」、北部にあり流通・工業地帯を形成している「卸町・六丁の目地域」、そして太平洋に面した広大な「田園・海浜地域」からなる。JR貨物線の西側には歴史的な町並みが多く、伝統ある商店街とともに、「若林城」を中心とした藩政時代の町割を今に伝える由緒ある町名が残っている。郊外住宅地域の荒井地区では土地区画整理事業による市街地の整備が進められている。卸町地区は中央卸売市場を中核に卸売業、運輸業などの集積が進み、一大流通拠点として東北の経済活動をリードしている。田園・海浜地域は、稲作のほかに野菜や花卉園芸など、仙台圏の都市型農業の中心となっている。

4) 太白区の概要

太白区は、仙台市の最も南に位置し、東は名取川、広瀬川を境に若林区と接し、西は山形県と境を接する秋保地区まで、東西に帯状に伸びる形状となっている。面積230km²、人口約22万人で、面積・人口とも青葉区に次ぐ規模である。

太白山は、太白区役所の西方約6kmのところに位置している。標高が321mとさほど大きな山ではないが、きれいな三角形のその姿は目を引き、古くから漁船の目印とされるなど、地域のシンボルとして親しまれてきた。市街地近くにありながら、周辺には豊かな自然が残されており、平成3年度には、北東部約30haが「太白山自然観察の森」として整備され、市民の自

然とのふれあいの場となっている

区を中心部は長町地区で、古くから商業の中心的役割を果たしてきた。また、隣接する郡山地区とともに大規模な工場等が立地し、本市の工業を支えてきた地域でもある。地下鉄沿線周辺地域では土地の高度利用が進み、また、国道4号沿線の中田地区や国道286号沿線には流通産業の集積が図られている。

区の北部に位置する丘陵地域には大規模住宅団地が東西方向に連なっている。一方、南部の平坦な地域は生産農地を有するとともに、川内・柳生線の整備促進及び太白大橋の開通により著しく利便性が高まった西中田、柳生地区は、土地区画整理事業などによる住宅地が形成され人口が増加している。

5) 泉区の概要

「泉区」までの変遷をたどると、昭和30年4月10日に七北田村と根白石村が合併して「泉村」が誕生した。その後、泉村は昭和32年8月1日の町制施行により「泉町」に、昭和46年11月1日には市制施行により「泉市」となった。そして、昭和63年3月1日に仙台市と合併し、平成元年4月1日に仙台市が政令指定都市に移行したことにより、「泉区」が誕生した。

市の北部に位置し、区のシンボルとなっている泉ヶ岳とその周辺は、スキー場やキャンプ場などが整備され、市民の憩いの場として四季折々親しまれている。泉中央及び周辺地域は、

地下鉄泉中央駅を中心に、泉図書館とこども宇宙館がある「ミルポートS」、ベガルタ仙台の活動本拠地「仙台スタジアム」、屋根付き多目的グランウド「シェルコム仙台」などの文化・スポーツ施設や駅前広場、ショッピングセンターが整備されている。区内市街地の大半を占める丘陵住宅地域は、緑地が良好に保全された団地も多く、基礎的な生活基盤がおおむね整った快適な居住環境を有している。

市街地周辺の丘陵地帯には数々の神社や史跡が残り、また、北西部の福岡地区の鹿踊(ししおどり)・剣舞(けんばい)をはじめとする伝統芸能も受け継がれている。北部地域では本市産業の新しい展開を先導する拠点として、先端産業の集積が図られ、研究開発機能や、新産業創造支援機能の集積も目指している。

II. 仙台市における介護保険サービス利用者の実態

仙台市における要介護(支援)認定者数は、1999(平成11)年度が1万817名、2000(平成12)年度が1万4,788名、2001(平成13)年度が1万8,312名、2002(平成14)年度が2万1,831名であった(図1)。すなわち、1年間に約4,000人程度の要介護(支援)認定者数の増加がみられた。

平成14年度の要介護(支援)認定者数の内訳について、区ごとにみたものを図2に示した。これによれば、要介護(支援)認定者数は、青葉区が最も多

く、6,716名であった。次いで、太白区
の要介護(支援)認定者数 5,027名、
宮城野区の要介護(支援)認定者数

3,655名、若林区の要介護(支援)認定者
数 3,129名、泉区の要介護(支援)認定
者数 3,284名の順であった。

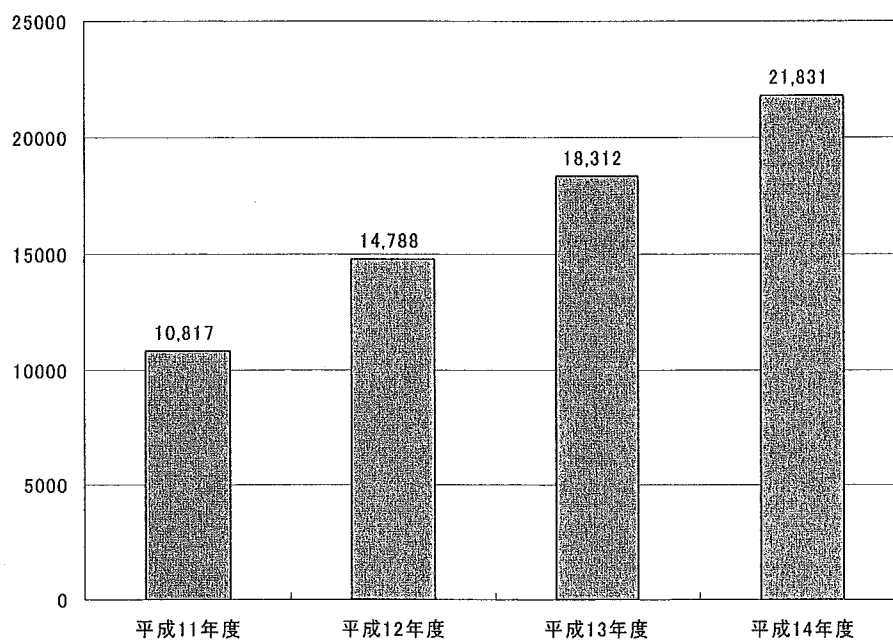


図1. 仙台市における要介護(支援)認定者数の推移

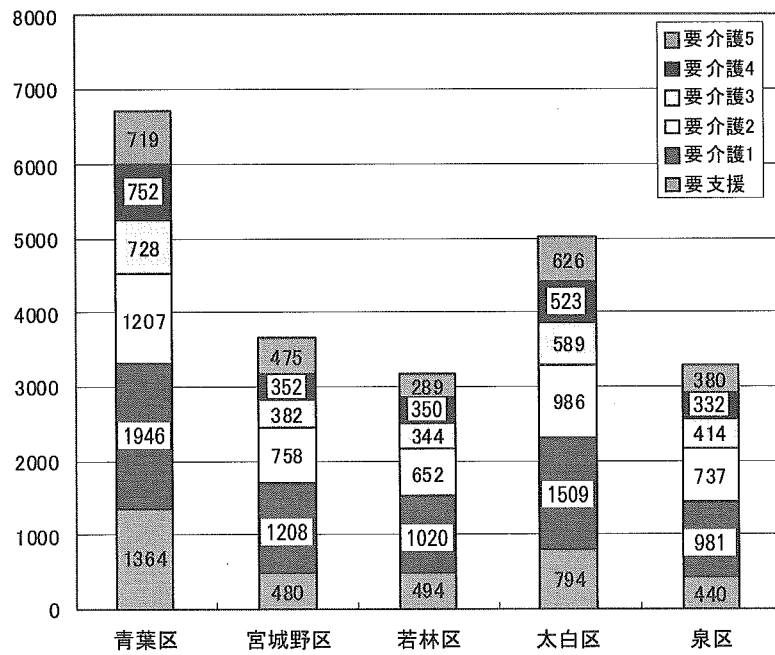


図2. 各区における要介護(支援)認定者の構成(平成14年度)

Ⅲ. 仙台市における訪問リハビリテーションの支援実態について

仙台市における訪問リハビリテーションの利用件数を図3に示した。これによれば、仙台市における訪問リハビリテーションの利用件数は、平成12年度が850件、平成13年度が912件、平成14年度が750件であった。

さらに、それぞれの年度における訪問リハビリテーションの利用回数を図4に示した。これによれば、仙台市における訪問リハビリテーションの利用回数は、平成12年度が3,513回、平成13年度が3,239回、平成14年度が2,606回であり、介護保険導入以降、訪問リハビリテーションサービスの利用が減少傾向にあることがうかがわれた。

区毎にみた訪問リハビリテーションの利用件数の推移については、図5に示した。これによれば、訪問リハビリテーションの利用件数が最も多いのは、泉区であり、平成12年度が355回、平成13年度が346回、平成14年度が278回であった。他方、訪問リハビリテーションの利用件数が最も少ないのは、若林区であり、平成12年度が21回、平成13年度が50回、平成14年度が49回であった。

訪問リハビリテーションの利用件

数が増加傾向にある区は、太白区であった。太白区では、平成12年度には21件の利用件数であったが、平成13年度には68件、平成14年度には101件の利用があり、訪問リハビリテーションの利用件数は5倍程度に増加していた。一方、訪問リハビリテーションの利用件数が減少傾向にある区は、宮城野区であった。宮城野区では、平成12年度には162件の利用がなされていたが、平成13年度には112件、平成14年度は64件の利用となっており、訪問リハビリテーションの利用件数は当初の半分以下となっていた。

さらに、各区における要介護者一人あたりの訪問リハビリテーションの利用可能回数を図6に示した。要介護者一人あたりの利用回数が最も多いのは、泉区であり、平成12年度が0.66回、平成13年度が0.44回、平成14年度0.29回であった。他方、要介護者一人あたりの利用回数が最も少ないのは、若林区であり、平成12年度が0.05回、平成13年度が0.07回、平成14年度0.03回であった。

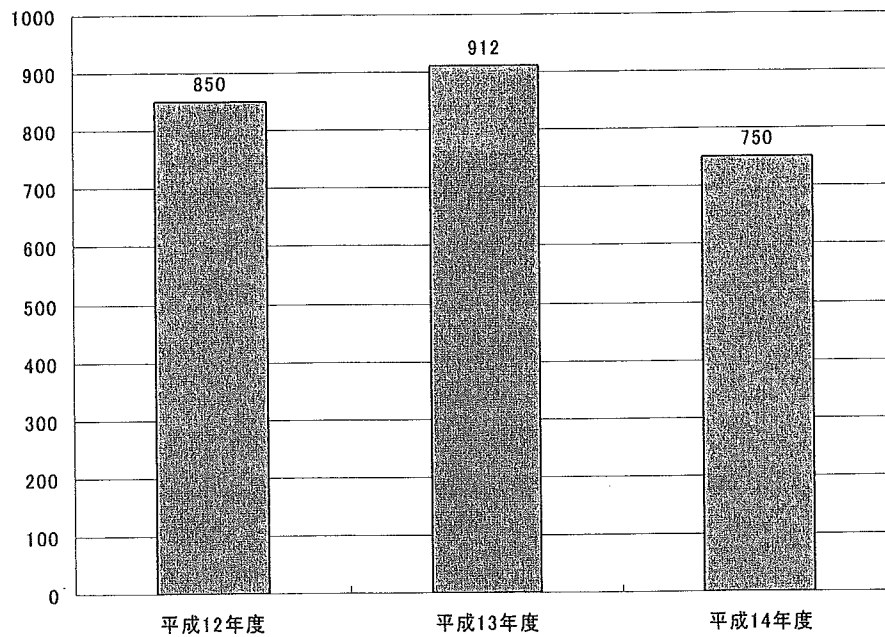


図3. 仙台市における訪問リハビリテーションの利用件数の推移

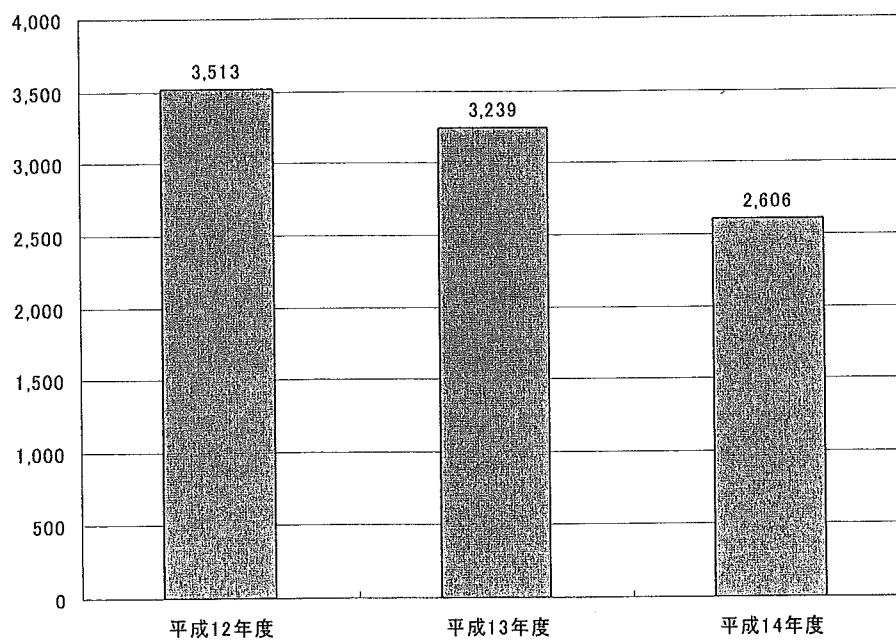


図4. 仙台市における訪問リハビリテーションの利用回数の推移

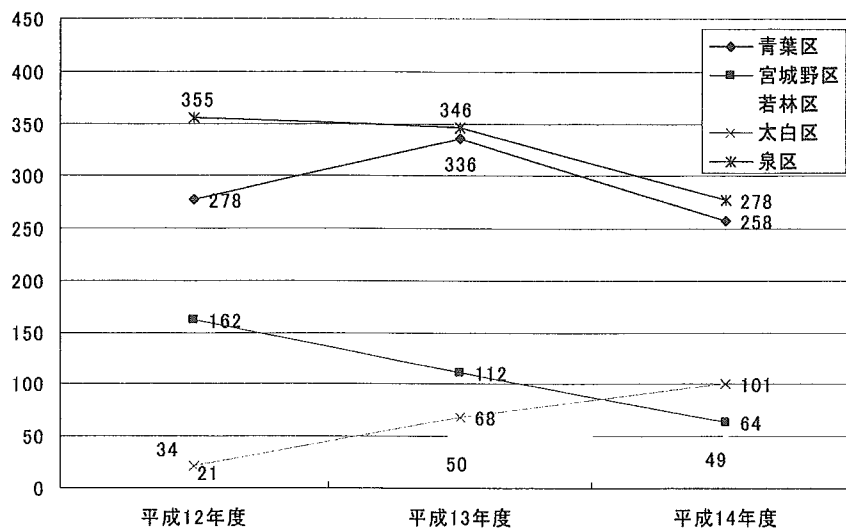


図 5. 各区における訪問リハビリテーションの利用件数の推移

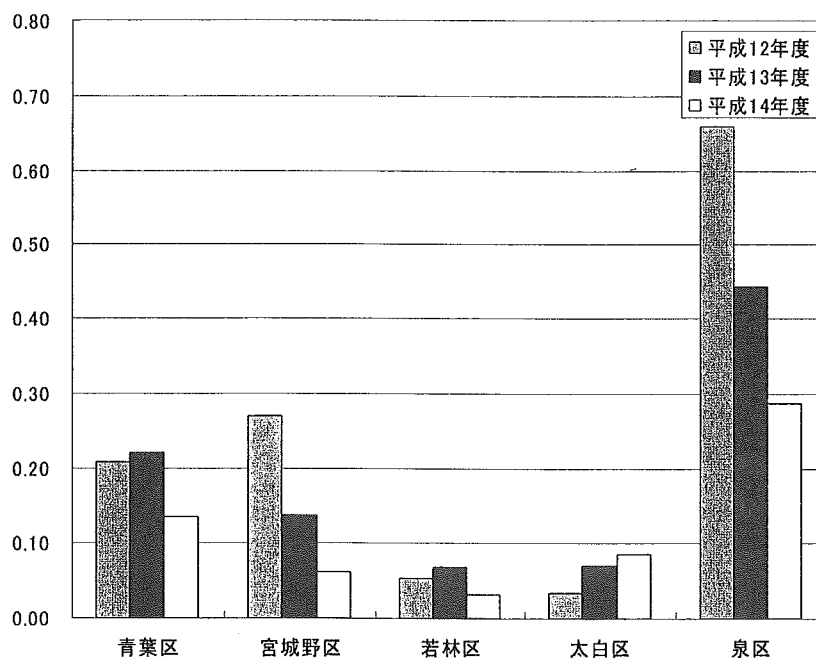


図 6. 各区における要介護者一人あたりの訪問リハの利用可能回数

IV. 仙台市における訪問看護の支援実態について

1) 訪問看護におけるサービス提供の実態

仙台市における訪問看護ステーションの数は、平成12年度には25箇所、平成13年度には26箇所、平成14年

度には29箇所、平成15年度には32箇所であり、漸増しつつある(図7)。

さらに、各区における訪問看護ステーション数については、図8に示した。訪問看護ステーション数は、青葉区で最も多く、10箇所であった。ついで、太白区の7箇所、宮城野区と泉区にそれぞれ6箇所であり、若林区の3箇所が最も少なくなっていた。

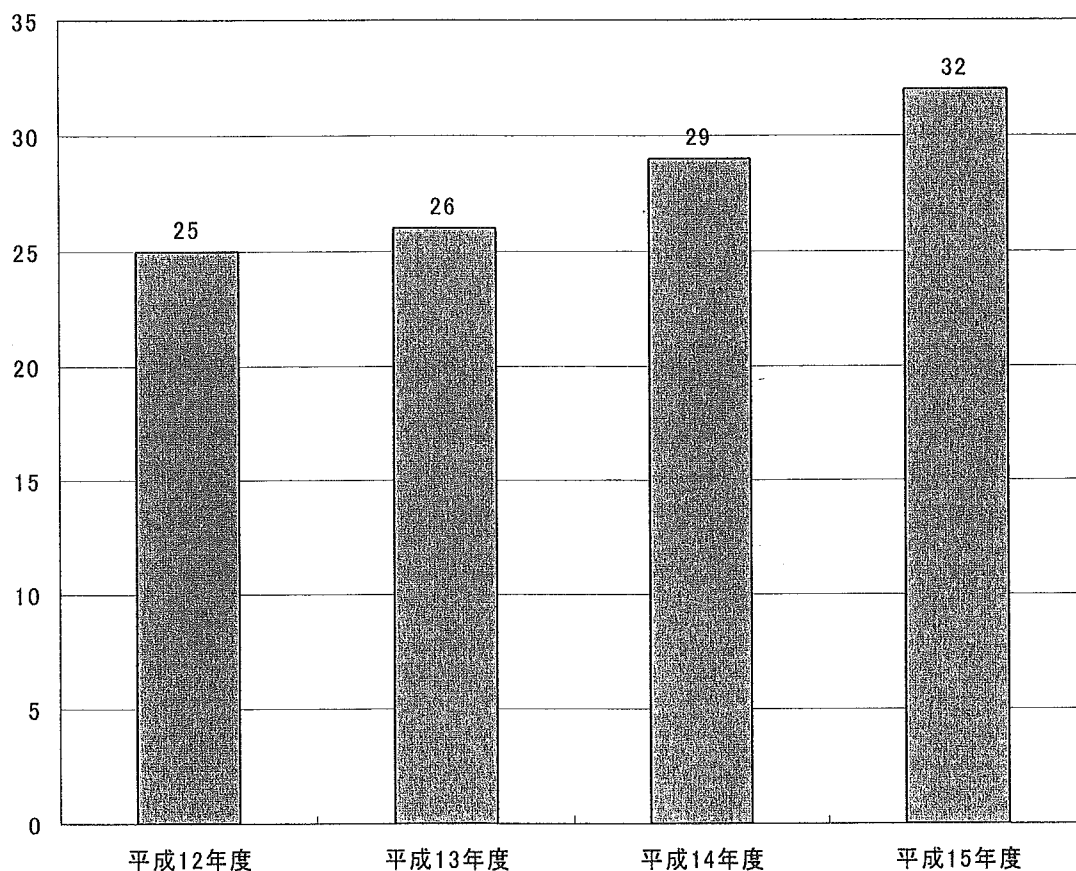


図7. 仙台市における訪問看護ステーション数の推移

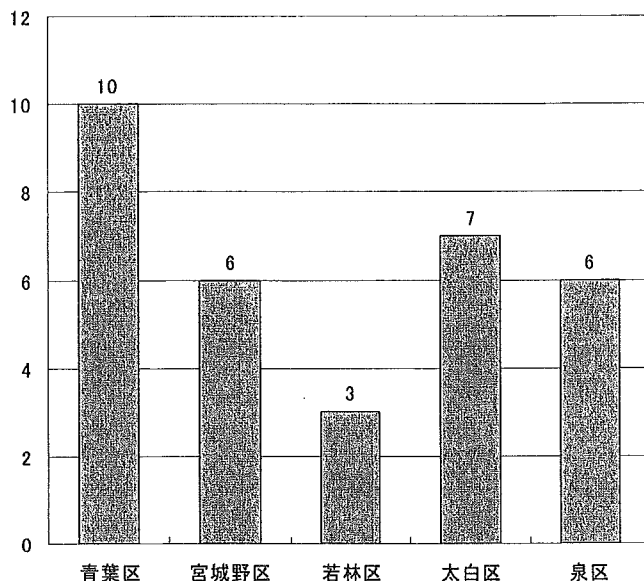


図 8. 各区における訪問看護ステーション数(平成 14 年度)

2) 訪問看護におけるサービス利用の実態

仙台市における訪問看護の利用件数を図 9 に示した。これによれば、仙台市における訪問看護の利用件数は、平成 12 年度が 1 万 2,515 件、平成 13 年度が 1 万 5,339 件、平成 14 年度が 1 万 9,019 件であった。

さらに、それぞれの年度における訪問看護の利用回数を図 10 に示した。これによれば、仙台市における訪問看護の利用回数は、平成 12 年度が 7 万 8,254 回、平成 13 年度が 8 万 329 回、平成 14 年度が 9 万 2,847 回であり、介護保険導入以降、訪問看護の利用が増加傾向にあることがうかがわれた。

区毎にみた訪問看護の利用件数の推移については、図 11 に示した。こ

れによれば、訪問看護の利用件数が最も多いのは、青葉区であり、平成 12 年度が 4,049 件、平成 13 年度が 5,469 件、平成 14 年度が 5,630 件であった。他方、訪問看護の利用件数が最も少ないのは、若林区であり、平成 12 年度が 1,074 回、平成 13 年度が 1,331 件、平成 14 年度が 1,608 件であった。

訪問リハビリテーションの利用件数の増加幅が最も大きい区は、泉区であった。太白泉区では、平成 12 年度には 2,197 件、平成 13 年度には 2,583 件の利用件数であったが、平成 14 年度には 5,018 件の利用があり、訪問看護の利用件数は約 2 倍に増加していた。

さらに、各区における要介護者一人あたりの訪問看護利用可能回数を図 12 に示した。泉区、太白区、青葉区、