

- 効果.リハ専門職ジャーナル 38
巻：252-257、2004
- 7) 倉澤茂樹：訪問作業療法の実践.リハ専門職ジャーナル 38 巻：259 - 263、2004
- 8) 田部好美：利用者と家族の声.リハ専門職ジャーナル 38 巻：279-282、2004
- 9) 谷隆博：在宅サービス利用への作業療法からの提案.リハ専門職ジャーナル 37 巻：1165-1169、2003
- 10) 谷隆博 村上重記 大浦由紀 古川昭人：リハ専門職として介護保健サービスをどう生かすか.リハ専門職ジャーナル 37 巻：1181-1186、2003
- 11) 訪問リハビリテーション研究会、2000
- 12) 小林茂樹 加倉井周一：訪問リハビリテーションの現状と課題～学生が持つ訪問看護ステーションへの興味～.北里大学理学療法学卒業論文集 第6号：53-56、2003
- 13) 香川幸次郎：介護保険制度における問題点と理学療法士の課題（2）～教育の立場から～.理学療法白書：166-168、2000

1. 実際の生活に密着し、その利用者さんにより適した治療ができる。
2. 高齢化社会に突入し、これからより必要な分野である。
3. 利用者さんとより身近に関わることができる。
4. 医療従事者と患者というより、利用者さんと提供者という対等の関係が築き易い。
5. 利用者さんの生活の場で訓練するため、結果が反映され易い。
6. 利用者さんのみではなく、家族の声が直接聴くことができる。
7. 未知の分野であるため知りたい。
8. その他 ()

質問 7 「訪問リハ」に興味があると回答した方は、将来も含めて就職をしてみたいと思いますか。

1. はい (→質問 8 へ)
2. いいえ (→質問 9 へ)

質問 8 就職をしてみたいと回答した方は、どのような就職を希望しますか。該当する番号に○をつけて下さい。なお、選択肢 2 を選ぶ方は番号に○をつけ、() 内に妥当と思われる数字を書き入れて下さい。

1. 新卒で就職したい。
2. 何年か医療施設で経験を積んでから就職したい。
またそれは、() 年目が妥当であると考えます。
3. その他 ()

質問 9 あなたは、就職希望先として、どのような場所を考えていますか。希望の高いものから順に **3 つ** 選び、() に **数字** をお書き下さい。(全員回答)

1. 医療施設 ()
2. 介護老人保健施設 ()
3. 訪問リハビリテーション ()
4. 保健所等の行政機関 ()
5. 身体障害者更生援助施設・児童福祉施設等の福祉関係機関 ()
6. 養護学校 ()
7. 大学院 ()
8. その他 ()

質問 10 あなたは、臨床実習で「訪問リハ」を経験(見学)したことはありますか。該当する番号に○をつけて下さい。(全員回答)

1. はい
2. いいえ

質問 11 「訪問リハ」の需要が高まっているにも関わらず、この領域で働く作業療法士は少数にとどまっており、学生もまた訪問リハを就職先として敬遠する傾向にあります(2003年北里大学調査より)。学生が訪問リハを敬遠する理由をあなたはどのように考えますか。以下の項目の中から **3 つ** 選び、該当する番号に○をつけて下さい。(全員回答)

1. 訪問リハに関する授業が少ないため知識面で不安なため。
2. 訪問リハに関する授業が少ないため技術面で不安なため。
3. 訪問リハをしている作業療法士の話を聞いたことがなく、訪問リハの魅力がわからないため。
4. 医学的リハと在宅リハを結びつけることができないため。
5. 訪問リハが就職先であると認識されていないため。
6. 一人で在宅でリハを行なう自信がないため。
7. 介護保険制度など、制度のことがよくわからないため。
8. 研修会や学会など、勉強できる機会が少ないため。
9. 訪問リハを主とした実習がなく、現場がわからないため。
10. 一人職場である可能性があり、相談できる先輩がいないと不安なため。
11. 社会経験が乏しいため、生活に深く関わっていけるのか不安なため。
12. 訪問リハに関する「大変だ」という話は聞くものの、「楽しい」といった話を聞かないため。

質問 12 あなたの学年、性別、年齢を教えてください。

学年 (3, 4) 性別 (男, 女) 年齢 () 歳

ご協力ありがとうございました

厚生科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業)

分担研究報告書

宮城県 I 町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

分担研究者 佐直信彦 東北文化学園大学教授

本研究は、宮城県の I 市町村の介護保険サービスと介護状態の年次変化の実態を調査し、地域におけるサービス資源と利用者のニーズ、リハビリテーション(以下リハと略記)の必要性を明確にすることを目的とした。宮城県の県北の I 町を対象に選び、町役場の資料調査および介護保険の居宅サービス利用者 78 名に対してアンケート調査を実施した。その結果、町全体で要介護 1 の認定者数が最も多く、回答があった 74 名の分析から居宅サービス利用は介護度を問わず、訪問介護と通所介護、福祉用具貸与に偏っていた。町には通所リハ、訪問リハは提供できる資源がないため、ごく少数の者がこれらのサービスを近隣の市町村で利用していた。訪問介護、通所介護の利用理由としては関節可動域・筋力の維持・改善、歩行・起居動作能力の維持・拡大などもあげていたが、これらに対しては訪問介護、通所介護では十分に対応できないと考えられる。また、介護保険利用者の在宅リハに関する認知度は低く、町で提供できるリハサービスがないために周知されていないと言える。一年間の要介護度の変化は、軽症化より重度化する利用者のほうが多く、現在のサービス提供では、機能維持、介護度重度化予防に充分対応できるとは言えず、新たに認定を受ける者、介護度が重度化する者が増加することが予想される。したがって、要介護の原因である生活習慣病の予防とともに、介護予防が求められる。今後はリハ専門職によるリハの有効性と必要性の啓発活動と実践が必要である。

A. 研究目的

介護保険制度導入から 4 年が経過し、現在は高齢化率の上昇とともに利用者数も年々増加している。それに伴い、各市町村が提供できるサービス資源の充実が望まれるが、現実では限界があり、特に、リハビリテーション(以下リハ)に関しては十分なサービス提供が行えていない。また、サービスの選定方法やケアマネジャーの質、サービス提供の在り方に苦言を示した意見もある。^{1) 2)}

石川は、「在宅ケアにおける訪問リハに

ついて、現状の在宅ケアサービスでは、ぜひとも在宅が良いと希望する人々に対し、お粗末なケアしか提供できず、特にリハに関してはその傾向は強い。今後、急速に増加する作業療法士(以下 OT)・理学療法士(以下 PT)が在宅ケアについての研鑽を積み、この分野に積極的に参画していくことを期待したい³⁾。」と述べている。また、加福は、「勤務施設での訪問リハについて、訪問リハと通所リハでのリハ内容の違いが考慮されておらず、

訪問リハの利点が十分に理解されていない。訪問リハは訪問看護の際に看護師で賄えるとの説明を受けていた利用者もあり、PT、OT が施行するリハ内容がより有効であると説明されていない⁴⁾。」と述べている。このように、在宅ケアサービスにおけるリハ専門職の重要性を示唆している文献は多いが、実際の地域におけるOTの取り組みや在り方を問う文献は少ない。さらに、利用者のニーズが反映されているものも少なかった。

そこで、我々は実際に利用者の声、市町村のリハに対する考え・認識を知り、地域におけるサービス資源と利用者のニーズ、リハの必要性を明確にすることを目的として、以下の視点から実地調査およびアンケート調査を試みた。

1. 地域リハの現状
2. サービス資源とニーズの関係
3. リハについての認知度
4. リハ専門職の必要性と今後の方向性

B. 研究対象と方法

1. 資料調査

I 町役場健康福祉課、在宅介護支援センターを訪問し、I 町の介護保険制度の実施状況について概要を調査した。

2. アンケート調査

1) 調査対象

M 県 I 町在住で、介護保険の居宅サービス利用者を対象とした。対象は、I 町の 4 つの居宅介護支援事業者（在宅介護支援センター、I 町社会福祉協議会、民間事業所 2 ヲ所）に在籍するケアマネジャーの協力を得

て、各事業所に登録されている利用者の中から性別、年齢、介護度を問わずに 80 名を抽出した。2 名は参加しなかった。ケアマネジャーには調査の目的、内容について説明し、理解を得た。

2) 調査方法：質問紙法で行った。ケアマネジャーが家庭訪問し、調査の目的を説明し、同意を得た上で、アンケート用紙を配布依頼した。アンケートは無記名とした。10 日～2 週間後に再訪問し、封筒に封印し回収した。従って、ケアマネジャーに内容が知れることはない。

3) 調査期間：平成 16 年 10 月 10 日～平成 16 年 11 月 10 日までの期間

4) データの解析：統計処理は SPSS を用いた。

5) 調査項目

① 個人属性

性別、年齢、家族構成、疾患・障害名、介護認定状況

② 活動状況については以下の項目とした。

標準日常生活活動（バーセルインデックス Barthel Index ; BI）、活動状況 [中村による活動状況調査表⁵⁾ の 75 項目から 28 項目を抽出し調査。その中の 10 項目（食事の支度、家の掃除、洗濯、庭仕事・動物の世話、家計管理、買い物、散歩、趣味活動、ラジオを聴く、読書）の活動頻度を 0～4 の 5 段階でスコア化した（40 点満点）。]、歩数計による 1 日の歩数（ただし、信憑性のないデータが多く、利用

せず)

- ③ 介護保険サービスについては以下の項目とした。

困っていること，訪問介護・訪問入浴・訪問看護・訪問リハ・通所介護・通所リハ・短期入所・福祉用具貸与・住宅改修費の支給について利用しているサービスの状況・満足度，今後の希望

- ④ リハ医療については以下の項目とした。

OT・PTの認知度，リハ医療経験の有無，在宅リハに関しての認知度，希望

介護認定	認定者数 (人)	在宅 (人)	対象 (人)	対象/居宅
要支援	54	37	5	13.5%
要介護 1	252	156	41	26.3%
要介護 2	117	76	9	11.8%
要介護 3	86	54	8	14.8%
要介護 4	105	52	4	7.7%
要介護 5	112	50	3	6.0%
合計	726	425	70	16.5%

C. 研究結果

1. I町の介護保険制度実施状況

平成16年3月末全人口は14,175人、65歳以上の高齢者人口は4,238人で、高齢化率は約30%であり、要介護認定者数は726人で、要介護1が約35%で最も多かった(表1)。認定者数は毎年漸増し、4年間の平均出現率は94人であった。施設・居宅サービスの利用率は認定者の約76%であった。

表1：I町の介護認定者数(平成16年3月末)

現在I町では「あったか村づくり」という保健・医療・福祉事業に取り組んでいる。これは、町民病院(医療)を中心に、保健・福祉施設を整備し、誰もが安心と生きがいをもって暮らせるまちづくりを目指して連携を図ろうとしたものである。

町内で利用できるサービス資源として

は、「居宅介護支援」「訪問介護」「訪問入浴」「通所介護」「短期入所」「介護老人福祉施設」「介護療養型医療施設」「経費老人ホーム」がある。通所リハ・訪問リハは町内で提供できる資源がなく、通所リハについては近隣市町村の施設を利用していた。また、リハ専門職は平成16年3月までPTが1名在籍していたが、現在リハ専門職は在籍していない。そのため、利用者の相談に応じて、OT・PTが必要時には県(障害者更生相談所、地域リハ広域支援センター等)に依頼し対応している。

2. アンケート調査の概要

1) アンケートの回収率

アンケート調査は78人に配布し、74人から回収し、回収率は94.8%で、有効回答数は項目ごとに未記入のものや不明な回答を除いた数とした。

2) 対象の特性

①母集団（I町全体）との比較

居宅サービス利用者は425名で、要介護1が最も多かった。対象74人のうち介護度未記入4人を除く70人は425人の16.5%に相当するのに対し、要介護1が26.3%を占め、要介護4、5は各々7.7%、6.0%と少なく、偏りがみられた（表1）。

②アンケートの記入者

介護認定者本人の記入が25件、家族（同居者）が44件、その他が2件、未記入が3件であった。

③対象者の性別・年齢層

男性27名、女性47名で男女比は約3:5である。年齢層は64歳以下が4名、前期高齢者が17名、後期高齢者が53名であった。平均年齢は79.34歳、最高年齢は100歳、最低年齢は48歳であった。

④家族構成・主な介護者

独居が9名、配偶者と同居が16名、娘と同居が2名、嫁と同居が3名、夫の母と同居が1名、2～5世代の同居が43名であった。主な介護者としては昼夜共に、嫁、妻、夫、娘の順が多い。その他に息子、孫、孫嫁、娘の夫、ホームヘルパー等があげられた。

⑤介護状態になった原因疾患・障害と発症年齢

脳血管疾患25名、膝関節または股関節の変形性関節症15名、骨折を伴う骨粗鬆症8名、脊柱管狭窄症4名、関節リウマチ4名、パーキンソン病4名、糖尿病性の神経障害・腎症・網膜症6名、その他の疾患として視覚障害、心疾患、ガン、高血圧、聴力障害等が27

名であった。発症年齢は22歳から99歳と幅が広がった。（図1）

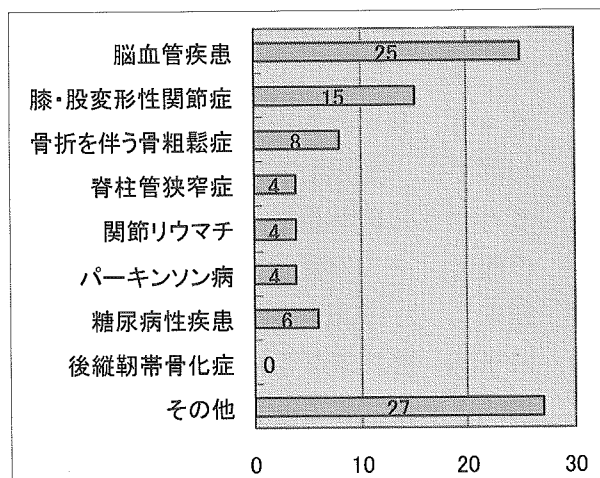


図1 疾患・障害名

⑥介護認定（表2）

2003年9月の介護認定状況は、認定なし=13名、要支援=6名、要介護1=31名、要介護2=11名、要介護3=4名、要介護4=1名、要介護5=3名、未記入5名であった。

2004年9月の介護認定状況は要支援=5名、要介護1=41名、要介護2=9名、要介護3=8名、要介護4=4名、要介護5=3名、未記入4名であった。また、2003年に認定を受けていなかった13人を見ると、2004年では要介護1=9名、要介護3=3名、要介護4=1名となっていた（表2）。

2003年と2004年の介護認定を比較すると、重度化23名、軽度化5名、不変41名、未記入のため不明5名であり、不変の人が最も多い状況となっている（表2）。

3. 介護保険サービス利用の現状

1) 認定を受けようとした理由

有効回答 51 名中，家事（掃除・食事）13 名，入浴 12 名，他者との交流減少 11 名，歩行（歩きたい，歩行困難）7 名，排泄 4 名，起居動作困難 4 名，立ち上がり困難 2 名，起立困難 2 名，介護負担軽減 2 名という回答が得られた。また，これらの他に，一人で留守番困難（一人で何も出来ない），入院加療後の安静のため，痴呆予防，寝たきり予防，退院後のリハを続けさせたい等の回答も得られた（重複回答）。

表 2 2004 年 9 月と 2003 年 9 月時の介護認定

		2004, 9 介護認定							
		介護度	5	4	3	2	1	要支援	未記入
2003, 9 介護認定	5	3							
	4		1						
	3		1	2	1				
	2		1	2	5	3			
	1				3	27	1		
	要支援			1		2	3		
認定なし			1	3		9			
未記入							1	4	
合計 (人)		3	4	8	9	41	5	4	

2) 利用しているサービス

サービスの利用状況をみると，訪問介護の利用が 74 名中 36 名と最も多く，全体の約半数が利用している。続いて通所介護が 35 名，福祉用具の貸与が 31 名となっており，サービスの利用は訪問介護，通所介護，福祉用具の貸与の 3

つに集中していることが分かった。

逆に，訪問看護の利用が 74 名中 2 名と最も少ない状況となっている。I 町への実地調査時，町内でリハサービスを提供することは困難であり，他市町村の利用や訪問看護で対応しているとの情報を得ていた。

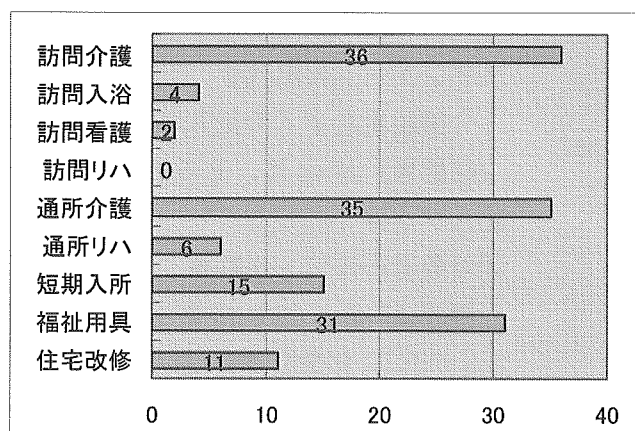


図 2 利用している居宅サービス

しかし対象では訪問看護も少人数にしか利用されていないのが現状であり，訪問リハを受けている人は皆無であった（重複回答）（図 2）。

3) サービス利用の頻度

訪問介護では要介護 1 の利用者で，週 1～2 回の利用が多い。要介護 5 の者では毎日利用，要支援の人でも週に 3 回利用している人がいた。

通所介護でも要介護 1 の利用者による，週 1～3 回の利用が多かった。要支援では週 1 回，要介護 5 の者では週 2 回の利用であった。

訪問看護は要介護 4 の利用者のみで月に 1 回の利用，訪問入浴も要介護 4 の者のみで週 1～2 回の利用である。

通所リハは要介護 2 の利用者で週 2 回，要介護 4 の者で月に 1 回の利用で

ある。

短期入所は要介護1から要介護4の利用者で年に2~3回の利用が多い。要介護5の者では月に14日利用していた。

4) 各サービス利用の理由・期待

サービスの利用の理由・期待として最も多くあげられていたのは、楽しみ・生きがいであり、次いで介護負担の軽減、健康の維持・向上であった(図3)サービスごとに理由・期待を概観してみると、通所介護においては、楽しみ・生きがいだけではなく、筋力の維持・改善、歩行・起居動作能力の維持・拡大、健康の維持・向上、介護負担の軽減をあげている人も多く、全体的に通所介護に求めているものは多かった。

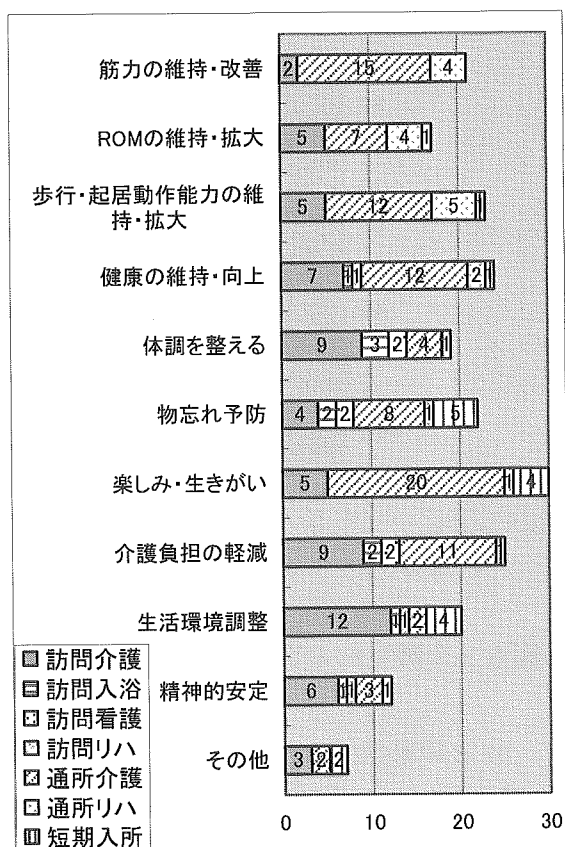


図3 サービス利用の理由・期待

訪問介護では、生活環境調整、健康の維持・向上、体調を整えるためが多くあげられた。その他に、関節可動域(以下ROM)の維持・拡大、筋力の維持・改善、歩行・起居動作の維持・拡大も理由としてあげられていた。

通所リハでは、歩行・起居動作能力の維持・拡大、ROMの維持・拡大、筋力の維持・改善をあげていた。

短期入所では、楽しみ・生きがい、物忘れ予防、介護負担の軽減などがあげられた(重複回答)(図3)。

5) 満足度

図4に示すように、対象とした9つの居宅介護サービスの満足度を総合してみると、9割の利用者が普通から十分満足していると答えた。各サービスで満足度をみると、訪問看護、短期入所において全く満足していないと答えた人が各1名いた。その他のサービスにおいて、9割が普通から十分満足していると答えた。(図4)

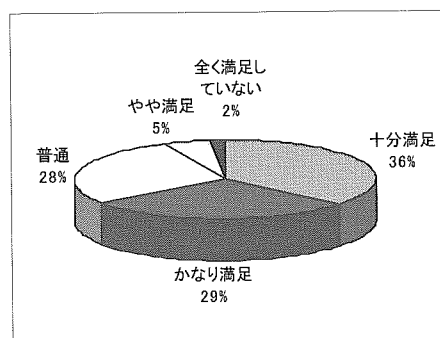


図4 満足度

6) 今後利用したいサービスについて

今後利用したいと考えているサービスがあるかという質問に対し、有効回答29

名中、通所介護 9 名、短期入所 8 名、福祉用具貸与 8 名、住宅改修費の支給 6 名、訪問介護 5 名、訪問リハ 3 名、通所リハ 1 名、訪問入浴介護 1 名、訪問看護 1 名であった。これより、通所介護・短期入所・福祉用具貸与のニーズが多い。一方、OT の関わることのできる通所リハ・訪問リハについてはニーズが少ない。この他に、「デイサービスの回数を増やしたいが今の事業所に手一杯と言われるため」といった理由で、現在利用しているサービスのみで良いという回答も得られた（重複回答）（図 5）。

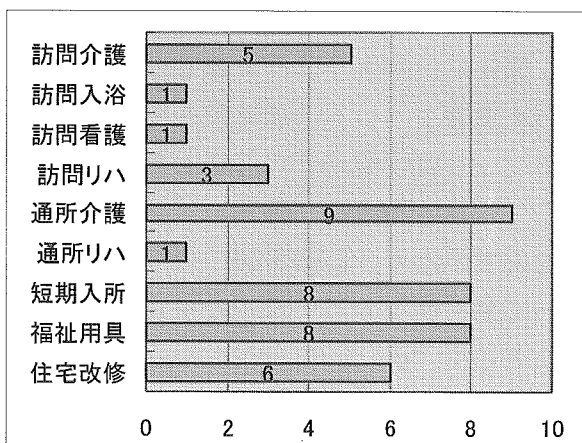


図 5 今後利用したいサービス

7) サービスや町の支援体制についての意見

有効回答 9 名中、以下のような回答が得られた。

- ・現状でよい、満足している 2 名、
 - ・雪かきをして欲しい 2 名。
- 以下の項目は各 1 名であった。
- ・介護保険負担量が増加するのが心配、
 - ・無償で利用したい、
 - ・近くにグループホームがあれば良い、
 - ・医療機関での心のケアがあっても良い、

- ・身近に介護老人保健施設があると良い、
- ・介護老人保健施設を増やして欲しい。

4. 介護度と BI, 活動状況の関連性

有効回答 42 名中、BI の平均は要介護 5 = 10 点、要介護 4 = 67.5 点、要介護 3 = 65 点、要介護 2 = 77.5 点、要介護 1 = 91.6 点、要支援 = 93.3 点であった。また、スコア化した活動状況（40 点満点）の平均も要介護 5 = 4 点、要介護 4 = 7.5 点、要介護 3 = 10 点、要介護 2 = 17.4 点、要介護 1 = 17.4 点、要支援 = 25.3 点であった。介護度と BI の Spearman 順位相関係数は -0.59 ($n=42$, $p < 0.01$)、介護度と活動状況は -0.56 ($n=42$, $p < 0.01$)、介護度が重度の者ほど BI、活動量が低かった（図 6）。

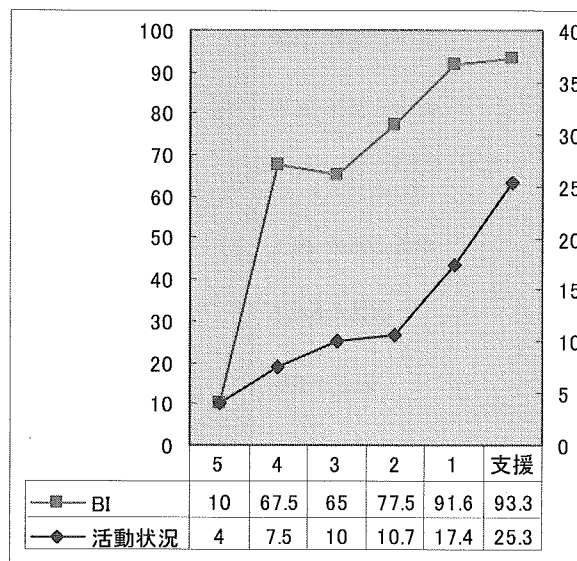


図 6 介護度別の BI・活動状況の平均

BI と活動状況の関連をみてみると、BI80 点以上の自立度が高い人達でも、活動状況の点数では 4~37 点と差があり、大きなばらつきがみられた。しか

し、80点未満では高々12点止まりであった(図7)

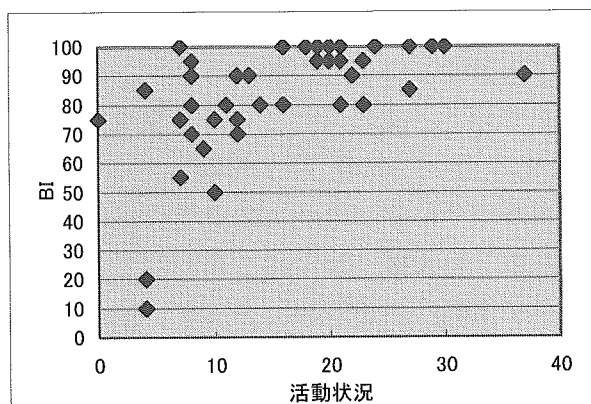


図7 BIと活動状況の関連

5. OT・PT, 在宅リハに関する認知度

1) OT・PTの認知度

有効回答 68 名中, OT・PT について「あまり知らない」と答えた人が 36 名 (53%) と最も多く, 次いで「全く知らない」が 19 名 (28%) であった。「よく知っている」と答えた人は 13 名 (19%) であり, 全体の約 2 割であった。

2) リハ医療の経験の有無

有効回答 69 名中, 半数以上の 41 名 (59%) がリハ医療を受けたことがないということが分かった。また, リハ医療経験者 28 名 (41%) の内, 6 名は出来なくなった動作などを再獲得したいと答えた。

3) 在宅リハについての認知度

有効回答 64 名であり, 在宅リハがあることを知っているとした 16 名 (25%) のうち, リハ医療の経験がある人は 6 名 (約 38%) であった。在宅リハを知らないとした 48 名 (75%) のうち, 病院な

どでのリハ医療経験者は 17 名 (約 35%) であった。リハ医療の経験と在宅リハの認知度は関係がなかった。

4) 在宅リハの利用希望

有効回答 40 名のうち, 在宅リハを利用したいかという質問に対し, 「利用したい」と答えた人は 11 名 (28%) であり, 「利用したくない」と答えた人は 29 名 (72%) と約 4 分の 3 を占めた。リハ医療経験ありが在宅リハの希望の有無とは関係がなかった。

D. 考察

1. 地域リハの現状

地域リハの定義は「障害のある人や高齢者及びその家族が住みなれたところで, そこに住む人々とともに, 一生安全に, いきいきとした生活が送れるよう, 医療や保健, 福祉及び生活に関わるあらゆる人々や機関・組織がリハの立場から協力し合って行う行動の全てを言う⁶⁾」である。

現在 I 町では実地調査の結果でも述べたように「あったか村づくり」という保健・医療・福祉事業に取り組んでいる。これは, 町民病院 (医療) を中心に, 保健・福祉施設を整備し, 誰もが安心と生きがいをもって暮らせるまちづくりを目指して連携を図ろうとしたものである。今回のアンケート結果では訪問看護, 短期入所の利用者で全く満足していない人が 2 名いたものの, 全体的に居宅介護サービス利用者の満足度は高いという結果が得られた。このことから, 現在, 町で提供している居宅介護サービスに関して

は、利用者の満足度を満たすことができていると考えられる。

一方、リハに関しては、リハ専門職の不在により、町内には訪問・通所リハの提供事業所がなく、限られた人のみが近隣の市町村の通所リハを利用しているのが現状である。リハに関するアンケート結果では、OT・PT・在宅リハに関する認知度は75%の人が知らないという結果であったが、リハ医療の経験と在宅リハの認知度は関係がなかった。

以上より、リハサービス提供状況と町民のリハに関する認知度が極めて低いことが明らかとなった。これは、町内にOT、PTなどのリハ専門職が不在で、リハに関しての環境が整ってはおらず、地域リハへの参入・啓発活動やサービス提供の機会がないためと考えられた。

2. サービス資源とリハニーズの関係

介護保険利用にあたってのニーズとして多かったのは、家事、入浴、他者との交流であったが、これらに関しては、現在行われている介護サービスで十分対応できていると言える。しかし、訪問介護や通所介護の利用理由として、ROM、筋力、起居動作の維持・拡大をあげている人や、「歩きたい」「一人で用を足したい」「自主リハを確認してもらいたい」などという希望もあり、本来リハ医療のニーズと捉えられるものも多々あった。

以上より、I町ではサービス資源の不足により、上記のようなリハニーズに対して現状の介護サービスだけでは対応しきれないといえる。

3. I町と全国の居宅サービス状況の比較

澤村は、「2003年8月の居宅サービスの利用者数をみると、訪問介護、通所介護、福祉用具貸与の3つのサービスが上位を占めており、次に通所リハ、訪問看護と続いているが、訪問リハは極端に少ない。訪問系のサービスの利用者を要介護度別にみると要支援、要介護1の利用者の大部分が訪問介護を利用しており、他のサービスの利用はわずかであった。現在、軽度の要介護者が1年後に介護度が上がる傾向にあり、適切な居宅介護サービスの利用が行われていないと指摘されているが、この解決にこそ適切なリハサービスの活用が必要と考えられる」と述べている⁶⁾。これと、今回のアンケート結果を比較すると、I町でも要支援、要介護1の利用者の大部分が訪問介護を利用していたが、重度化した利用者は新規認定者を含め23名であった。新規認定者は13名のうち要介護1は9名、既認定者10名のうち、要支援と要介護1は6名であり、軽度の新規認定者と軽度の要介護者の重度化が多いことが明らかとなった。

これより、今後も介護中心のサービス利用が続くと、介護度が重度化する高齢者が増加すると予想される。よって、介護度が軽度のうちに重度化を予防することが必要である。

さらに、前年、介護認定を受けておらず、今年新たに介護認定者として加わった高齢者13名の平均年齢は81.5歳であり、対象74名の約17.6%であった。そのうち、変形性関節症4名、脳血管障害2名、パーキンソン病、関節リウマチ各1名であった。その他高血圧症、糖尿病などであ

ったが、加齢による身体機能の低下も考えられる例であった。現時点で介護認定を受けていない高齢者に対しても、生活習慣病の予防とともに、介護予防を行うことが求められる。

また、介護度と BI、活動状況の関連性の結果から、重度の介護度では BI、活動状況も低く、BI80 未満では活動が制限されるものの、BI が高くても活動の低い者が少なくなかった。活動をしなくなることによって起こる廃用症候群の予防のためには、活動、社会参加に対する条件整備が必要である。

4. リハ専門職の必要性と今後の方向性

介護度が重度化した人の利用しているサービスと介護度が軽度化・不変の人の利用しているサービスを比較してみると、どちらも訪問介護と通所介護・福祉用具貸与に偏っており、利用状況に著しい差は見られなかった。これより、現在あるサービスを利用していれば、機能維持・介護度重度化予防を行えるとは言い切れないと考えられる。

今回の対象者の介護度変化をみると、現在のサービス利用状況では1年間で7%の利用者しか軽度化していない。浜村は、「54名の比較的若いもの（平均年齢62.5歳）を対象に約1年間の通所リハ（フィットネスとアクティビティ向上）を実施した結果、30%は要介護度が軽くなり、40%は自立度が改善していた⁶⁾。」と述べており、宮田は、「1999年度訪問リハ対象者、年齢層は70歳以上が7割を占め、厚生省寝たきり基準 JABC の BC ランクが約7割を占める184名のうち、訪問リハ後

の改善度は、初回訪問時と比較して約25%がなんらかの改善があった。また、80～90歳代の利用者35名中16名に歩行能力改善がみられた⁷⁾。」と述べている。これらから通所リハ、訪問リハを行うことによって、介護度が重度化することを予防できる可能性があると考えられる。よって、I町においても通所リハや訪問リハを取り入れることにより、利用者に対して機能維持ができ、介護度重度化の予防が期待できるのではないだろうか。

地域リハにおいてリハ専門職が実際に行えることとしては、個別に適応した疾病や障害への援助、自立生活維持への支援、社会参加、介護負担の軽減などがあげられる。その中でも、通所リハ、訪問リハでは、日常の継続した健康管理や心身機能の維持・改善、廃用症候群の予防・改善、実生活に合った実用的な ADL の獲得や介護負担軽減、福祉用具の利用・住宅改修に関する助言が行える。

今後の地域リハでは上記のような作業療法、理学療法などのリハサービスと訪問介護、通所介護などのサービスを連携して行うような体制作りが必要であると考える。例えば、ケアプラン作成においてリハ専門職などサービスに関わるスタッフが連携を持つことで、日常生活活動を十分把握し、身体機能を含めた生活機能を正しく評価することが望ましい。そのためには、職種の枠を超えて業務や情報を共有化することが重要となる。

E. まとめ

今回のアンケート調査により I 町が提供できる介護保険サービスに対する満足

度は高いものの、提供できるリハサービスは少なく、本来リハに期待されるニーズも多々あった。

介護度が重度化した人の利用しているサービスと介護度が軽度化・不変の人の利用状況に著しい差は見られなかった。現在のサービス提供は、機能維持、介護度重度化予防が期待できるとは言い切れないと考えられる。

また、地域においてリハの認知が低いことが明らかになった。しかし、I町のようなリハサービスの体制が確立されていない地域においてもリハのニーズがあったことを改めて認識し、リハ専門職が実践できる場が提供されねばならない。

今後、リハ専門職に求められるのは、介護予防の実践と介護保険サービス提供において最も重要な役割を担っているケアマネジャーと介護保険制度の主管である行政に対するリハの重要性を啓発することである。

F. 文献

- 1) 竹内孝仁：保健・医療・福祉における訪問活動の動向。OT ジャーナル Vol. 32No. 5 : 338-342, 1998.
- 2) 大橋謙策：ケアマネジャーの役割と位置。総合リハ 31 巻 3 号:236-242, 2003.
- 3) 石川誠：訪問リハビリテーションにおける関係職種の役割。OT ジャーナル Vol. 32 No. 5 : 355-360, 1998.
- 4) 加福隆樹：訪問リハビリテーションで働く立場から。作業療法 21 巻 5 号 : 442-444, 2002.
- 5) 中村隆一：入門リハビリテーション医学。第 2 版, 医歯薬出版株式会社, 87,

2002.

6) 澤村誠志：これからのリハビリテーションのあり方。第 1 版, 工藤良治, 29, 31, 70, 80, 2004.

7) 宮田昌司：介護保険スタート：訪問リハビリテーションの課題。

<http://www.rehakyoh.gr.jp/3/3-6-9.htm>

8) 大田仁史：まちなかでくらす地域リハビリテーション最前線。第 1 版, 医歯薬出版株式会社, 1999.

9) 澤村誠志：地域リハビリテーション白書 2。第 1 版, 三輪書店, 12-19, 1998.

10) 岩淵千秋：あなたもできるデータの処理と解析。第 8 版, 福村出版株式会社, 2001.

研究協力者

東北文化学園大学医療福祉学部リハビリテーション学科

猪瀬慎太郎、遠藤美紀、木村愛、
中里好伸、早坂麻衣子

厚生科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業)

分担研究報告書

在宅介護サービス利用者の分類とケア内容の検討

分担研究者 佐藤秀紀 青森県立保健大学教授

A. 研究目的

医療機関を退院し、在宅生活を送っている介護サービス利用者には、「日常生活動作が自立し、社会復帰を目指す者」から「障害が重度のために一日の大半をベッド上で過ごしている者」までいる。このために訪問リハビリテーションでのケア内容は、医療機関等でのケア内容よりも幅広いものであり、利用者個人のライフスタイルや住環境に合わせたものでなければならない。

本研究においては、介護サービス利用者のケア内容の見直しに資することをねらいとして、「屋内での移動・移乗の自立」、「外出及び、屋外移動の自立」の有無（リフター、車椅子等の福祉機器の使用は認める）、「Frenchay activities index(以下, FAI)の屋外活動項目」、「Barthel Index(以下, BI)」の得点に着目し、理学療法士が訪問リハビリテーションを行うにあたり、介護サービス利用者の ADL 能力（基本 ADL 及び応用 ADL）別による分類により、それぞれがどのようなケア内容を行うことが効果的であるか検討することを目的とした。

B. 研究対象と方法

1. 対象

本学教員によるむつ市での訪問リハビリテーション、横浜町での訪問指導に同行し、コミュニケーション能力に問題のない高齢者・障害者 11 名を対象とした。利用者の基本的属性は表 1 のとおりである。

表 1 利用者の基本的属性

利用者No.	市町村	疾患名	年齢	性別
1	横浜町	脳卒中	50	F
2	横浜町	脳卒中	65	M
3	横浜町	脳卒中	75	F
4	横浜町	脳卒中	69	M
5	横浜町	脳卒中	67	F
6	横浜町	右股頸部骨折	69	F
7	横浜町	脳卒中	71	M
8	むつ市	小脳脊髄変性症	60	M
9	むつ市	脊髄損傷	69	M
10	むつ市	脊髄損傷	64	F
11	むつ市	脊髄損傷	48	M

2. 調査内容

介護サービス利用者の「屋内での移動・移乗の自立」、「外出及び、屋外移動の自立」の有無を利用者本人へのインタビューおよび、実際に動作を行ってもらい、直接確認した。また、BI, FAI のアンケートをインタビュー方式で行った。

3. 評価項目

ライフスタイルについてのアンケートは FAI を用いた。FAI は 15 項目（食事の用意、食事の後片付け、洗濯、掃除や整頓、力仕事、買い物、外出、屋外歩行、趣味、交通手段の利用、旅行、庭仕事、家や車の手入れ、読書、勤労）に対して、それぞれ 0~3 点に評価し、合計点 0~45 点の範囲となる。FAI は質問内容に対する選択肢はすべて「週 1 回以上していますか.」、「月 1, 2 回程度していますか.」となっており、「している I A D L」の評価と言える。

ADL についてのアンケートは BI を用いた。BI は 10 項目に対して、それぞれ 0~5, 10,

15 点に評価し（歩行・移乗は 15 点満点，整容・入浴は 5 点満点，それ以外は 10 点満点），合計点 0～100 点の範囲となる。

4. 分析方法

分析に当たっては，介護サービス利用者の「屋内での移動・移乗の自立」，「外出及び，屋外移動の自立」の有無，「FAI の屋外活動」，「BI」の得点に着目し，クラスター分析 Ward method でその構造について検討した。「FAI の屋外活動」は FAI15 項目のうちの 7 項目（買い物，庭仕事，家や車の手入れ，外出，屋外歩行，交通手段の利用，旅行）を加算した得点とし，合計点 0～21 点の範囲となる。

C. 研究結果

1. クラスター分析による介護サービス利用者の類型化

クラスター分析の結果，得られた対象はその距離に着目することで 3 つの群に分類されていた（図 1）。第 I 群は「IADL 改善型」（距離 2.86）であり，第 II 群は「ADL 改善型」（距離 3.86），第 III 群は「ADL 支援型」（距離 7.23）であった。第 I 群には対象者 8 名（利用者 No. 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9），第 II 群には対象者 1 名（利用者 No. 4），第 III 群には対象者 2 名（利用者 No. 10, 11）が含まれていた。介護サービス利用者の分類を表 2 に示す。

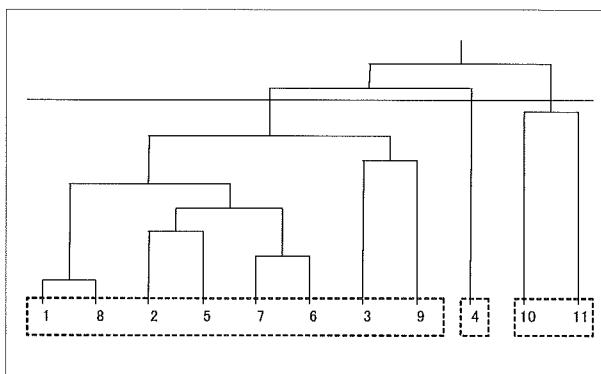


図 1 クラスター分析によるテンドログラム

表 2 介護サービス利用者の ADL 能力別分類

分類	利用者No.	BI	屋内移乗・移動の自立	外出、屋外移動の自立	屋外活動	要介護度
IADL改善型	1	100	自立	自立	6	1
	2	100	自立	自立	5	1
	3	100	自立	自立	11	要支援
	5	100	自立	自立	4	なし
	8	95	自立	自立	6	1
	7	90	自立	自立	5	なし
	6	85	自立	自立	5	なし
	9	75	自立	自立	8	2
	ADL改善型	4	80	自立	介助	3
ADL支援型	10	25	介助	自立	4	なし
	11	0	介助	介助	0	なし

2. FAI の結果からみた外出状況

IADL 改善型利用者の外出状況（庭の手入れ等の家周辺での項目は省く）と趣味の項目を表 3 に示す。

表 3 IADL 改善型の外出状況と趣味

利用者No.	買い物	外出	屋外歩行	交通手段の利用	旅行	趣味
1	3	0	3	0	0	0
2	0	0	3	0	0	3
3	3	0	3	3	0	3
5	2	0	0	2	0	0
6	1	1	0	3	0	0
7	2	0	0	2	0	1
8	0	3	0	3	0	0
9	2	3	0	3	0	3

*3…週に1回以上している 2…月に1～3回している 1…月に1回未満している 0…していない
*項目における外出とは映画、食事、会合の目的で出かけることである。

D. 考察

本研究は，「屋内での移動・移乗の自立」，「外出及び，屋外移動の自立」の有無，「FAI の屋外活動」，「BI」の得点に着目し，介護サービス利用者を ADL 能力別に分類した。そして，理学療法士が訪問リハビリテーションを行うにあたり，それぞれどのようなケア内容を行うことが効果的であるか検討した。

その結果，介護サービス利用者の ADL 能力別による分類は，3 群（「IADL 改善型」，「ADL 改善型」，「ADL 支援型」）に分類されることが明らかにされた。

第 I 群は「IADL 改善型」であり，BI レベルでの ADL は自立しており，自力で屋外に出ることは可能であるが，FAI は低値であることが特徴づけられる。この型は，ケア内容を考慮すると，「予防的リハビリテーション」が

重要であると考えられる。具体的に、拘縮や筋力低下の予防、生活範囲の拡大や、生活指導、簡単な環境整備等のケア内容が考えられる。

第Ⅱ群は「ADL改善型」であり、ADL能力に改善すべき点があり、屋外に出て移動することが困難であることが特徴づけられる。この型はケア内容を考慮すると、「自立支援型リハビリテーション」が重要であると考えられる。具体的には、ADL練習、外出手段の確立、家庭内役割の発見等のケア内容が考えられる。

第Ⅲ群は「ADL支援型」で移動・移乗が自立しておらず、BI・FAIも低値であり、ADLの自立が部分的にも期待できないことが特徴づけられる。この型は、ケア内容を考慮すると、「介護負担軽減型リハビリテーション」が重要であると考えられる。具体的には介助方法の指導、寝たきり防止（離床・座位保持）、残存能力の維持などのケア内容が考えられる。

これらのことから、3型に対するそれぞれのケア内容は、次のように（表4）まとめられると考える。

表4 類型によるケア内容

IADL改善型	ADL改善型	ADL支援型
残存能力の開発	残存能力の維持開発	残存能力の維持
片手動作・利手交換 自動具の指導 筋力強化 ROMex 筋ス/バズム・疼痛の軽減	片手動作・利手交換 自動具の指導 筋力強化 ROMex 筋ス/バズム・疼痛の軽減	自動具の指導 筋力強化 ROMex 筋ス/バズム・疼痛の軽減 コミュニケーション手段 呼吸・排便練習 摂食・嚥下練習
基本動作練習		基本動作練習
立位保持 立ち上がり		立位保持 立ち上がり 座位保持 起き上がり 寝返り
ADL練習（環境整備等による改善）	ADL練習（能力向上）	ADL練習（介助量軽減）
移乗練習 歩行練習 食事動作練習 トイレ動作練習 更衣動作練習 入浴動作練習 階段昇降練習	移乗練習 歩行練習 食事動作練習 トイレ動作練習 更衣動作練習 入浴動作練習 階段昇降練習	移乗練習 歩行練習 食事動作練習 トイレ動作練習 更衣動作練習 入浴動作練習 介助方法の指導
IADL練習（屋外動作中心）	IADL練習（屋内動作中心）	趣味等の持続によるQOL維持
家事 洗濯 掃除 屋外歩行 道路の横断 車の乗降 交通機関の利用 庭仕事 金銭管理 買い物 外出 車の運転 就業 趣味 読書 電話の使用 筆記	家事 洗濯 掃除 屋外歩行 道路の横断 車の乗降 交通機関の利用 庭仕事 金銭管理 買い物 外出 車の運転 就業 趣味 読書 電話の使用 筆記	外出 趣味 読書 電話の使用 筆記
精神心理的支援	精神心理的支援	精神慰活
環境調整（IADL向上）	環境整備（ADL向上）	環境整備（寝たきり予防）
対人・社会交流の維持・改善	対人・社会交流の維持・改善	社会的閉居の防止
家族支援	家族支援	家族支援
他職種との連携	他職種との連携	他職種との連携
他機関連絡	他機関連絡	他機関連絡

1. IADL改善型のケア

この型で実際に行われているケア内容は筋力低下、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²⁾と思われる。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」というようなことを評価しなければならない。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、中田ら²⁾は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としている。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と報告している。本研究でもFAIの趣味の項目では「週1回以上している」が3名、「月1回未満している」が1名、「していない」が4名であり、IADL改善型に含まれる利用者のうちの半数が趣味を持っていなかった。趣味を持たない4名のうち、閉じこもり（1週間に1度も屋外にでなかった者）は1名もいなかった。しかし、FAIの結果では、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得点していることから、楽しみのための外出も必要だと思われる。

「平成14年度訪問リハビリテーション実態調査」³⁾によれば、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」等いろいろなことが考えられる。このことから、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と思われる。

2. ADL 改善型のケア

この型は ADL の早期自立、外出手段の確保が重要であり、ケア内容は 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¹⁾。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と思われる。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って、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と思われる。

今回の調査では、この型に含まれる利用者は 1 名であった。これは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」が多いことを表していると思われる。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。

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

タイプ 2 …退院までに一部の ADL が自立で
きなかった者

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重要であり、「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重要であると思われる。

本研究で ADL 改善型に含まれた 1 名はタイプ 2 に当たる。杖歩行獲得が困難な事例であった。しかし、外出もよくしており、活動量の多い事例であると思われたので以下に報告する。

<事例紹介>

H さん 69 歳 男性 脳卒中右片麻痺

BI は歩行不可・階段不可、面接時には床上で座位をとっていた。リハビリテーションにはたいへん積極的であり、手すりのない場所での歩行訓練や過剰な回数立ち上がり練習は避けるように注意を受けていた。立位保持は可能であるが、歩行時には後方に重心が移動して、転倒してしまい、杖歩行は不可能であった。しかし、室内や廊下では前方の壁や柱に手をつき、前によりかかりながら歩行していた。また、壁や柱のない場所では、左右に体重を移動させながら、骨盤と体幹を回旋させ少しずつ移動していた。さらに玄関から自転車のある場所までの移動や 3 輪自転車の乗り降りは自立しており (図 2)、自転車に乗ってよく外出しているとのことであった。手すり等つかまる物がないと歩行移動はできないため、買い物などは困難である。しかし、杖歩行が不可能であっても、車椅子に頼らず、外出する貴重な一例であった。今後は、趣味や楽しみのための外出も行えるようになることが望まれる。



図2 自転車での外出

ハンドルにつかまることで重心が後ろに移るのを防ぐことができる。上図のように健側下肢で自転車を跨ぐ。次に患側足部をペダルに乗せ、患側に体重を移し、健側足部はペダルに乗せ、サドルに座る。

3. ADL 支援型のケア

この型は介助量軽減を目的としたケアが重要であり、ケア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機器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、持続性を高め、自己決定の下に花見や家族旅行、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³⁾。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と考えられる。

E. 結論

本研究では、介護サービス利用者を ADL 能力別に3群に分類することができた。第I群の IADL 改善型は身体機能低下と閉じこもりの予防が重要である。第II群の ADL 改善型は早期 ADL 自立が重要である。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。今回の11例を通して、IADL 改善型の趣味や楽しみのための外出を増やすことや ADL 支援型の「生活の質」、「人生の質」の維持・向上はアプローチが難しく、今後の訪問リハビリテーションの課題の1つであると思われる。

謝辞

本研究にあたり、調査に御協力いただいた対象者、関係者の皆様に深謝いたします。

文献

- 1) 河本のぞみ. 訪問看護ステーションにおける他職種チームアプローチ. 在宅看護と介護 9(3): 188-193, 2004.
- 2) 中田晴美, 高崎絹子, 他. 地域在宅高齢者における介護予防活動に関する研究～閉じこもり予備群の状況と関連要因に焦点を当てて～. 日本在宅ケア学会誌 6(1): 61-69, 2002.
- 3) 伊藤隆夫. 訪問理学療法歩みの歩みと今後の展望. 理学療法 20(12): 1205-1212, 2003.
- 4) 古澤正道. 寝たきりを予防する! 在宅訪問リハビリテーション実践講座 第1回 在宅訪問リハビリテーションの基礎知識. トータルケアマネジメント 6(1): 104-109, 2001.

本年度研究協力者 青森県立保健大学
桜木康広 盛田寛明 富士縄透

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実用化試案の開発—

分担研究者 安梅勅江 浜松医科大学教授

本研究は、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を目的に、訪問・通所リハビリテーション関連職種及びサービス利用者26名に対し、フォーカスグループインタビュー調査を実施した。その結果、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。

A. 研究目的

2000年4月に導入された介護保険においては、訪問・通所リハビリテーションなどがサービス内容として組み込まれ、これらを他のサービスとの組み合わせ、総合的なアセスメントと評価に基づく複合的な活用が期待されている。

一方、在宅生活を継続していく上で、機能低下の予防という視点から訪問・通所リハビリテーションサービスを整備する必要性は極めて高い。利用者の抱える問題は、複合的な要因により引き起こされており、障害特性別、日常生活能力別、使用場面別など、多面的な条件設定のもとで活用のためのアセスメントや評価が求められている。

本研究は、初年度の地域特性を勘案した活用の専門性評価試案の作成を踏まえ、2年次研究として地域に在住する要介護高齢者の訪問・通所リハビリテーションの有効活用に関する多角的な質的情報把握から、在宅支援モデルプロ

グラムの自治体における実用化試案の開発を目的とした。

B. 研究方法

本研究は、訪問・通所リハビリテーションに携わる専門職及びサービス利用者4グループ(1グループ6～7名)計26名に対しフォーカスグループインタビューを実施した。フォーカスグループインタビュー法は、グループダイナミックスによる相互作用による意見の引出しができること、個別面接に比べてプレッシャーが少なく、自発的な発言を引き出すことが可能であること、ある事象に詳しいメンバーを選ぶことで、意見の積み上げが可能であること、非言語的反応を観察により把握可能であること、密室性が低いことによる客観性の保持が可能なことなどの利点がある。

インタビュー内容は、訪問・通所リハビリテーションの実用化に向けた現状と課題について