

ントは、日中ほとんど横になっている場合には、大きく個々の「活動」が「質」もしくは「量」的に低下があること、また「参加」の低下、例えば生活・人生の目標がないためにすることがないために動いていないこともあることを理解し、適切な働きかけを行うことである。

活動の量的低下、参加低下の原因として「年だから（無理しない、無理させない）」、「病気があるから」などに関連して、本人の考えだけでなく、同居者の態度も影響している場合も少なくない。

また動くとき疲労感、息苦しさが強くなり、動かないような場合などは、疾患管理と活動の身体的負荷の両方の観点からみることのできる能力が必要である。サービス提供者には上記の〔5〕－vi)のみでなく、〔5〕－i)（活動の評価）、ii)（活動向上支援技術）、iii)（疾患レベルの知識）の能力が求められ、またv)（二人暮らしの際の指導技術）が求められる場合も多い。訪問前の情報収集で活動性低下の理由をある程度明らかにして、求められる能力を見極めて担当者を決めるべきである。

II. 居宅訪問による個別指導に準ずる グループ

グループ4・5の2グループ（細分化を含めれば6グループ）がこれに属する。これは対象者と一緒に生活の場にいる人が、評価（特にしている活動）に関して本人の活動・参加についての適切な情報を提供してくれたり、活動・参加向上に適切に働きかけてくれば、評価及びその後の指導効果の確認のための現場の（物的・人的）状況の把握は写真や見取り図などによっても可能であり、訪問する必要は少なくなるという特徴をもつ。しかし、

一人暮らしの場合でそのような同居者がいない場合には訪問指導が必要となる。

また高次脳機能障害があるため、実生活の場での評価・指導が必要な場合もある。

4) グループ4

グループ4は「屋外歩行：2 誰かと一緒に歩いている、もしくは3 ほとんど外は歩いている」、および「屋内歩行：1 壁や家具を伝わって歩いている」、および「身の回り行為：3 時々人の手を借りている」の活動に関する3項目全てを満たすもので、中等度の活動以下の状態である。サービス提供者としても、これらについての活動向上の技術を求められる。

このような対象者は多いと予測され、そこで基準〔4〕（家族・介護者の状況）によって4を3つに分け、4－1は一人暮らし、4－2は二人暮らしとした。

4－3は本人を含めて三人以上の家族で日中一人暮らしの場合をとした。また同様な状態であるが日中同居者ありの場合をグループ7－1としている。後者を別グループとしたのは、家族と一緒に来訪が可能か否かの点を重視したものである。

5) グループ5

グループ5の要件は「外出頻度：4 ほとんど外出していない」である。それを家族環境によって、グループ5－1（一人暮らし）、5－2（二人暮らし）、および5－3に分けた。このグループ5－3は3人暮らし以上であるが、家族が日中いない場合（日中不在）である。同様の状況でも、日中同居者がいる場合（日中在宅）はグループ6である。

このグループ5に対する介護予防サービスの特徴は、類型基準〔5〕－iv)生活不活発病についての支援能力が求められる。グループ4までで屋内・屋外の歩行状態、及び活動性について

での「4」の状態は除外されているため、訪問による個別指導が必要な場合が多いが、サービス提供者に必要とされる技量はグループ1～3の場合ほど高度ではない場合が多い。なお、個別的な活動への働きかけが実施者の技量を超えた場合には、適任者の関与が必要となる。

Ⅲ. サービス提供の場に通い、個別指導を主とするグループ

これは個別的対応が必要であるが、居宅訪問ではなく、対象者に来訪してもらい指導を行うことを原則とするグループであり、グループ6～9の4グループ(細分化を含めれば11グループ)からなる。

このうちグループ6、8は生活不活発病への対応の観点から、グループ7は「活動」向上の観点から支援するものである。

6) グループ6

グループ6はグループ5と同じ「外出頻度：4 ほとんど外出していない」である。ただし家族が本人以外に二人以上おり、しかも日中いる点が異なる。これは全例訪問する必要はなく、電話等で状況を確認し、家族と一緒に来訪が可能であれば来訪での指導を行う。むしろ来訪自体が外出のよい契機ともなるグループである。

7) グループ7

グループ7-1はグループ4と条件は同じ(「屋外歩行：2・3」、「屋内歩行：1」、「身の回り行為：3」)であるが、家族構成が3人暮らし以上で家族が日中いる点で異なっている。これをこのように分けるのは、家族構成が活動向上の働きかけに大きな影響を及ぼすからである

グループ7-2は「身辺：2 不自由があるか何とかしている」である。これを家族環境により、グループ7-2-1は一人暮らし、グループ7-2-2は二人暮らし、グループ7-3は

三人以上で暮らしている(日中在宅者の有無は問わない)に分ける。

8) グループ8

外出頻度及び生活の活発さが低下しており、生活不活発病への対応が主となるグループで、低下した「活動の量」の項目の別、また一人もしくは二人暮らしの別によって4つのサブグループに分ける。なお同じ状態で家族環境が三人以上の暮らしの人たちがグループ9である。

グループ8-1は「外出頻度：3 月1回以上」であり、そのうちグループ8-1-1は一人暮らしであり、グループ8-1-2は二人暮らしである。グループ7までに屋外歩行低下(活動の「質」の低下)は含まれているため、このグループにおける外出頻度の低下はそれ以外の理由によるものである。

外出頻度に関しては昼間の同居者の有無によってサービス提供者支援者に求められる技量の差は少ないので、三人以上の家族がいる人は9-1として大きくは類似の同じグループとしたものである。

グループ8-2は「活動性：2 座っていることが多い」もしくは「3 時々横になっている」であり、そのうち8-2-1は二人暮らし、グループ8-2-2は一人暮らしである。「外出：3」の場合と同様に三人暮らし以上はグループ9-2と、類似のグループとした。

9) グループ9

グループ9-1はグループ8-1と同じ条件(「外出頻度：3 月1回以上」)で家庭環境が3人暮らし以上である。

グループ9-2はグループ8-2と同じ条件(「活動性：2・3」)で家庭環境が3人暮らし以上である。

Ⅳ. サービス提供の場に通い、集団指導を主とするグループ

以下は、サービス提供の場に来訪してもらい、グループ指導を主とするものであり、グループ10がそれに属する。

10) グループ10

これは屋外：「1」、身辺：「1」である。すなわち屋外歩行は「近くなら一人で歩いている」、身の回り行為は「自宅内では不自由がない」である。いわば活動の質の比較的経度の低下であるが、我々の研究によればこの程度の低下でも、災害のような環境の激変があれば、生活不活発病に陥る危険性が大きいハイリスクグループであり（「災害時における高齢者の介護予防」参照）の決して楽観してよい状態ではない。

このグループに対するプログラム内容のポイントは、通所してもらいグループ指導として実施できることである。但しその場合も、自分自身で生活機能低下の契機と悪循環進行のプロセス、そして良循環への転換の方法を明確にしてもらう必要がある。また同居家族に指示すべき内容を伝えることが必要不可欠である。

V. それ以外

これは以上のグループのいずれにも属さない者であり、目立った活動の低下はなく、当面差し迫った介護予防的対応の必要はないと考えられるものである。しかしこのような人たちに対しても一般的な介護予防、特に生活不活発病、ならびにその低下の早期発見の必要性に関する一般啓発は必要である。

2. 生活機能実態調査による類型別対象者分布の検討

1) 回答者と回収率

回答者は全 2,045 名で、回収率 79.3%であった。約 2 割の非回答者がいたが、これは

本調査結果を市が保管することを原則としたため、それに同意しない人、また 3 回以上訪問しても不在の人であった。前者については現在特に生活機能に問題がないため必要ないという人がほとんどであった。また後者は外出を頻回に行っている人と考えられる。すなわち両者ともに生活機能のうち、少なくとも活動に関してはよい状態である人といえ、回答者群には、介護予防の対象となる活動低下者の多くが含まれているということができよう。

内訳及び特徴は下の通りであった。

(1) 非要介護認定者：1694 名

内：男 688 名、女 1006 名

平均年齢 80.2±4.3 歳

(男 79.7±4.1 歳、女 80.5±4.4 歳)

(2) 要介護認定者：351 名

内：男 90 名、女 261 名。

平均年齢 84.7±5.6 歳

(男 83.1±5.7 歳、女 85.2±5.4 歳)

2) 非要介護認定者における類型分布

非要介護認定者（1,694 名）における類型別の分布を表 2 に示す。

まず特筆すべきことは表 2 の最右列にみるように、全てのグループに該当者があり、一人の該当者もないグループはないということである。これは当然ともいえるが、必ずしもそうではない。すなわち、大きく分けて 10 グループ、細分化を含めれば 23 グループと、かなり多くのグループに分けたにもかかわらず、しかも対象者が非要介護認定者という、通常健康で自立していると考えられる人々であり、これほど多様な生活機能上の問題をもった人が存在するとは考えにくいにもかかわらず、実際に調査してみると、これほど多彩な生活機能低下のパターンを示す人が現実に少

なからず存在するということである。これは我々があらかじめ衆知を集めて設定した類型化の想定が基本的に誤っていなかったことを示すものであり、いわば我々の想定した類型の妥当性を示すものといえることができる。

次に注目すべきことは、少なくとも今回の調査法による限りは生活機能上に何ら問題がないといえる人が意外に少ないことである。

すなわち最下段の「以外」の欄にみるように、グループ1～10以外の、生活機能にさしあたって問題がない人は、75～84歳の群で計53.1%、85歳以上の群で25.6%、総計48.7%であり、非要介護認定者であるにもかかわらず、半数以上の人に何らかの問題があることがわかる。

年齢がこれに大きく影響しており、75～84歳では46.9%に何らかの問題があるのに対し、85歳以上では実に74.4%が何らかの問題をもっている。

また性別もかなり影響しており、両年齢群とも男性にくらべ女性に「問題なし」の率が少なく、85歳以上の女性では実に18.0%と非常に低い。言い換えれば85歳以上の女性では実に82.0%の人が生活機能に何らかの問題をもっていることである。

このことは高齢者の生活機能低下が想像以上に深刻であることを示すものといえよう。

(2) 類型の大分類別の分布

次に視点を変えて、介護予防の必要度(ニーズ)をみることを目的として、生活機能低下の著しい方からI～IVの大分類別に分布を概観してみたい。

I群(グループ1～3)

これは居宅訪問で技術的にも高い水準の、医療面への配慮を十分含んだ介護予防的働きかけを必要とする群であるが、表2の計[累

計]をみると、Iの群に属する人は75～84歳で4.1%、85歳以上で9.3%、総計5.0%である。年齢差はあきらかで、より高齢な群は他群の2倍以上である。また興味のあることに、男女差はこの群では全体の傾向とは逆に男性のほうがやや高い、すなわち85歳以上の男性は10.9%とこの群だけで1割を越している。

最も問題の大きいグループ1についてみると、グループ1は75～84歳では0.2%、85歳以上では0.4%、総計0.2%にすぎない。すなわち屋内外の歩行、身辺行為が全て「4」(行っていない)であるような重度の活動低下者は全体として少ないが、それでも通常「健康」で「自立」していると考えられがちな非要介護者にも一定程度このような重度の低下者が存在し、高齢者ほど多いことは重要である。

II群(グループ4、5)

Iよりはやや問題が少ないが、それでもそれに準じた働きかけを必要とするこのグループに属するものは、75～84歳で男性4.2%、女性9.8%、計7.5%、85歳以上で男性9.8%、女性9.0%、計9.2%、総計7.7%である(表2のグループ5の累計からグループ3の累計を引いたもの、以下同様に計算)。

ここまでの累計をみると、75～84歳の群で計11.6%、85歳以上の分で計18.5%、総計12.7%となる。

III群(グループ6～9)

この群はサービス提供の場に通って、個別的なサービスを必要とする4グループであるが、全体としてみると75～84歳で男性22.6%、女性30.3%、計27.1%、85歳以上で男性29.3%、女性52.8%、計44.8%、総計29.9%と4つの大分類の中で最も多く、特に高齢者(85歳以上)ではこれだけで全体の半分に近い。

ここまでの累計をみると、75～84歳で男性

表2 地域高齢住民における類型分布(1) - 非要介護認定者

グループ	条件	家族環境	75~84歳				85歳以上				総計					
			男	[累計]	女	[累計]	計	[累計]	男	[累計]	女	[累計]	計	[累計]		
1	屋外・屋内・身 辺:すべて「4」		2	[2]	1	[1]	3	[3]	1	[1]	0	[0]	1	[1]	4	[4]
			0.3%	[0.3%]	0.1%	[0.1%]	0.2%	[0.2%]	1.1%	[1.1%]	0.0%	[0%]	0.4%	[0.4%]	0.2%	[0.2%]
2	1 屋外・屋内・身 辺:いずれか「4」		6	[8]	5	[6]	11	[14]	3	[4]	5	[5]	8	[9]	19	[23]
			1.0%	[1.3%]	0.6%	[0.7%]	0.8%	[1.0%]	3.3%	[4.3%]	2.8%	[2.8%]	3.0%	[3.3%]	1.1%	[1.4%]
	2 屋内:「2」・「3」		2	[10]	10	[16]	12	[26]	1	[5]	1	[6]	2	[11]	14	[37]
			0.3%	[1.7%]	1.2%	[1.9%]	0.8%	[1.8%]	1.1%	[5.4%]	0.6%	[3.4%]	0.7%	[4.1%]	0.8%	[2.2%]
	3 車椅子:「2」・ 「3」		3	[13]	7	[23]	10	[36]	2	[7]	5	[11]	7	[18]	17	[54]
			0.5%	[2.2%]	0.8%	[2.8%]	0.7%	[2.5%]	2.2%	[7.6%]	2.8%	[6.2%]	2.6%	[6.7%]	1.0%	[3.2%]
3	活動性:「4」		13	[26]	10	[33]	23	[59]	3	[10]	4	[15]	7	[25]	30	[84]
			2.2%	[4.4%]	1.2%	[4.0%]	1.6%	[4.1%]	3.3%	[10.9%]	2.2%	[8.4%]	2.6%	[9.3%]	1.8%	[5.0%]
4	1 屋外:「2」・「3」、 屋内:「1」、 身辺:「3」	一人 暮らし	2	[28]	15	[48]	17	[76]	1	[11]	2	[17]	3	[28]	20	[104]
			0.3%	[4.7%]	1.8%	[5.8%]	1.2%	[5.3%]	1.1%	[12.0%]	1.1%	[9.5%]	1.1%	[10.4%]	1.2%	[6.2%]
		二人 暮らし	16	[44]	24	[72]	40	[116]	4	[15]	0	[17]	4	[32]	44	[148]
			2.7%	[7.4%]	2.9%	[8.7%]	2.8%	[8.1%]	4.3%	[16.3%]	0.0%	[9.6%]	1.5%	[11.9%]	2.6%	[8.7%]
		三人~ 日中不在	2	[46]	26	[98]	28	[144]	1	[16]	10	[27]	11	[43]	39	[187]
			0.3%	[7.7%]	3.1%	[11.8%]	2.0%	[10.1%]	1.1%	[17.4%]	5.6%	[15.2%]	4.1%	[15.9%]	2.3%	[11.0%]
5	1 外出:「4」	一人 暮らし	1	[47]	1	[99]	2	[146]	0	[16]	0	[27]	0	[43]	2	[189]
			0.2%	[7.9%]	0.1%	[12.0%]	0.1%	[10.3%]	0.0%	[17.4%]	0.0%	[15.2%]	0.0%	[15.9%]	0.1%	[11.2%]
		二人 暮らし	2	[49]	2	[101]	4	[150]	1	[17]	0	[27]	1	[44]	5	[194]
			0.3%	[8.2%]	0.2%	[12.2%]	0.3%	[10.5%]	1.1%	[18.5%]	0.0%	[15.2%]	0.4%	[16.3%]	0.3%	[11.5%]
		三人~ 日中不在	2	[51]	13	[114]	15	[165]	2	[19]	4	[31]	6	[50]	21	[215]
			0.3%	[8.6%]	1.6%	[13.8%]	1.1%	[11.6%]	2.2%	[20.7%]	2.2%	[17.4%]	2.2%	[18.5%]	1.2%	[12.7%]
6	外出:「4」	三人~ 日中在宅	13	[64]	20	[134]	33	[198]	3	[22]	20	[51]	23	[73]	56	[271]
			2.2%	[10.7%]	2.4%	[16.2%]	2.3%	[13.9%]	3.3%	[23.9%]	11.2%	[28.7%]	8.5%	[27.0%]	3.3%	[16.0%]
7	1 屋外「2」・「3」、 屋内:「1」、 身辺:「3」	三人~ 日中在宅	17	[81]	54	[188]	71	[269]	9	[31]	28	[79]	37	[110]	108	[379]
			2.9%	[13.6%]	6.5%	[22.7%]	5.0%	[18.9%]	9.8%	[33.7%]	15.7%	[44.4%]	13.7%	[40.7%]	6.4%	[22.4%]
	2-1 身辺:「2」	一人 暮らし	4	[85]	3	[191]	7	[276]	1	[32]	0	[79]	1	[111]	8	[387]
			0.7%	[14.3%]	0.4%	[23.1%]	0.5%	[19.4%]	1.1%	[34.8%]	0.0%	[44.4%]	0.4%	[41.1%]	0.5%	[22.8%]
		二人 暮らし	1	[86]	6	[197]	7	[283]	0	[32]	2	[81]	2	[113]	9	[396]
			0.2%	[14.4%]	0.7%	[23.8%]	0.5%	[19.9%]	0.0%	[34.8%]	1.1%	[45.5%]	0.7%	[41.9%]	0.5%	[23.4%]
		三人~	3	[89]	12	[209]	15	[298]	0	[32]	3	[84]	3	[116]	18	[414]
			0.5%	[14.9%]	1.4%	[25.2%]	1.1%	[20.9%]	0.0%	[34.8%]	1.7%	[47.2%]	1.1%	[43.0%]	1.1%	[24.4%]
8	1-1 外出:「3」	一人 暮らし	0	[89]	2	[211]	2	[300]	0	[32]	2	[86]	2	[118]	4	[418]
			0.0%	[14.9%]	0.2%	[25.5%]	0.1%	[21.1%]	0.0%	[34.8%]	1.1%	[48.3%]	0.7%	[43.7%]	0.2%	[24.7%]
		二人 暮らし	6	[95]	6	[217]	12	[312]	0	[32]	0	[86]	0	[118]	12	[430]
			1.0%	[15.9%]	0.7%	[26.2%]	0.8%	[21.9%]	0.0%	[34.8%]	0.0%	[48.3%]	0.0%	[43.7%]	0.7%	[25.4%]
	2-1 活動性:「2」・ 「3」	一人 暮らし	1	[96]	15	[232]	16	[328]	1	[33]	1	[87]	2	[120]	18	[448]
			0.2%	[16.1%]	1.8%	[28.0%]	1.1%	[23.0%]	1.1%	[35.9%]	0.6%	[48.9%]	0.7%	[44.4%]	1.1%	[26.4%]
		二人 暮らし	27	[123]	15	[247]	42	[370]	5	[38]	0	[87]	5	[125]	47	[495]
			4.5%	[20.6%]	1.8%	[29.8%]	2.9%	[26.0%]	5.4%	[41.3%]	0.0%	[48.9%]	1.9%	[46.3%]	2.8%	[29.2%]
9	1 外出が:「3」	三人~	15	[138]	35	[282]	50	[420]	1	[39]	16	[103]	17	[142]	67	[562]
			2.5%	[23.2%]	4.2%	[34.1%]	3.5%	[29.5%]	1.1%	[42.4%]	9.0%	[57.9%]	6.3%	[52.6%]	4.0%	[33.2%]
	2 活動性:「2」・ 「3」	三人~	48	[186]	83	[365]	131	[551]	7	[46]	22	[125]	29	[171]	160	[722]
			8.1%	[31.2%]	10.0%	[44.1%]	9.2%	[38.7%]	7.6%	[50%]	12.4%	[70.2%]	10.7%	[63.3%]	9.4%	[42.6%]
10	屋外:「1」、 身辺:「1」		47	[233]	70	[435]	117	[668]	9	[55]	21	[146]	30	[201]	147	[869]
			7.9%	[39.1%]	8.5%	[52.5%]	8.2%	[46.9%]	9.8%	[59.8%]	11.8%	[82.0%]	11.1%	[74.4%]	8.7%	[51.3%]
以外			363	[596]	393	[828]	756	[1424]	37	[92]	32	[178]	69	[270]	825	[1694]
			60.9%	[100%]	47.5%	[100%]	53.1%	[100%]	40.2%	[100%]	18.0%	[100%]	25.6%	[100%]	48.7%	[100%]
	計		596	[596]	828	[828]	1424	[1424]	92	[92]	178	[178]	270	[270]	1694	[1694]
			100%	[100%]	100%	[100%]	100%	[100%]	100%	[100%]	100%	[100%]	100%	[100%]	100%	[100%]

表3 地域高齢住民における類型分布(2) - 要介護認定者

グループ	条件	家族環境	75~84歳				85歳以上				総計					
			男	[累計]	女	[累計]	計	[累計]	男	[累計]	女	[累計]	計	[累計]		
1	屋外・屋内・身 辺:すべて「4」		9	[9]	12	[12]	21	[21]	2	[2]	12	[12]	14	[14]	35	[35]
			15.5%	[15.5%]	10.1%	[10.1%]	11.9%	[11.9%]	6.3%	[6.3%]	8.5%	[8.5%]	8.0%	[8.0%]	10.0%	[10.0%]
2	1 屋外・屋内・身 辺:いずれか「4」		11	[20]	31	[43]	42	[63]	4	[6]	38	[50]	42	[56]	84	[119]
			19.0%	[34.5%]	26.1%	[36.1%]	23.7%	[35.6%]	12.5%	[18.8%]	26.8%	[35.2%]	24.1%	[32.2%]	23.9%	[33.9%]
	2 屋内:「2」・「3」		4	[24]	5	[48]	9	[72]	2	[8]	4	[54]	6	[62]	15	[134]
			6.9%	[41.4%]	4.2%	[40.3%]	5.1%	[40.7%]	6.3%	[25%]	2.8%	[38.0%]	3.4%	[35.6%]	4.3%	[38.2%]
	3 車椅子:「2」・ 「3」		5	[29]	6	[54]	11	[83]	0	[8]	17	[71]	17	[79]	28	[162]
			8.6%	[50%]	5.0%	[45.4%]	6.2%	[46.9%]	0.0%	[25%]	12.0%	[50%]	9.8%	[45.4%]	8.0%	[46.2%]
3	活動性:「4」		4	[33]	2	[56]	6	[89]	4	[12]	2	[73]	6	[85]	12	[174]
			6.9%	[56.9%]	1.7%	[47.1%]	3.4%	[50.3%]	12.5%	[37.5%]	1.4%	[51.4%]	3.4%	[48.9%]	3.4%	[49.6%]
4	1 屋外:「2」・「3」、 屋内:「1」、 身辺:「3」	一人 くらし	2	[35]	10	[66]	12	[101]	0	[12]	3	[76]	3	[88]	15	[189]
			3.4%	[60.3%]	8.4%	[55.5%]	6.8%	[57.1%]	0.0%	[37.5%]	2.1%	[53.5%]	1.7%	[50.6%]	4.3%	[53.8%]
	2 二人 くらし	7	[42]	7	[73]	14	[115]	2	[14]	1	[77]	3	[91]	17	[206]	
			12.1%	[72.4%]	5.9%	[61.3%]	7.9%	[65.0%]	6.3%	[43.8%]	0.7%	[54.2%]	1.7%	[52.3%]	4.8%	[58.7%]
	3 三人~ 日中不 在		2	[44]	7	[80]	9	[124]	0	[14]	9	[86]	9	[100]	18	[224]
			3.4%	[75.9%]	5.9%	[67.2%]	5.1%	[70.1%]	0.0%	[43.8%]	6.3%	[60.5%]	5.2%	[57.5%]	5.1%	[63.8%]
5	1 外出:「4」	一人 くらし	0	[44]	0	[80]	0	[124]	0	[14]	0	[86]	0	[100]	0	[224]
			0.0%	[75.9%]	0.0%	[67.2%]	0.0%	[70.1%]	0.0%	[43.8%]	0.0%	[60.5%]	0.0%	[57.5%]	0.0%	[63.8%]
	2 二人 くらし	0	[44]	1	[81]	1	[125]	0	[14]	0	[86]	0	[100]	1	[225]	
			0.0%	[75.9%]	0.8%	[68.1%]	0.6%	[70.6%]	0.0%	[43.8%]	0.0%	[60.5%]	0.0%	[57.5%]	0.3%	[64.1%]
	3 三人~ 日中不 在		0	[44]	1	[82]	1	[126]	1	[15]	0	[86]	1	[101]	2	[227]
			0.0%	[75.9%]	0.8%	[68.9%]	0.6%	[71.2%]	3.1%	[46.9%]	0.0%	[60.5%]	0.6%	[58.1%]	0.6%	[64.6%]
6	外出:「4」	三人~ 日中在 宅	3	[47]	2	[84]	5	[131]	3	[18]	15	[111]	18	[119]	23	[250]
			5.2%	[81.0%]	1.7%	[70.6%]	2.8%	[74.0%]	9.4%	[56.3%]	10.6%	[71.1%]	10.3%	[68.4%]	6.6%	[71.2%]
7	1 屋外「2」・「3」、 屋内:「1」、 身辺:「3」	三人~ 日中在 宅	3	[50]	18	[102]	21	[152]	8	[26]	27	[138]	35	[154]	56	[306]
			5.2%	[86.2%]	15.1%	[85.7%]	11.9%	[85.9%]	25.0%	[81.3%]	19.0%	[97.2%]	20.1%	[88.5%]	16.0%	[87.2%]
	2-1 一人 くらし	2	[52]	0	[102]	2	[154]	0	[26]	1	[129]	1	[155]	3	[309]	
		3.4%	[89.7%]	0.0%	[85.7%]	1.1%	[87.0%]	0.0%	[81.3%]	0.7%	[90.8%]	0.6%	[89.1%]	0.9%	[88.0%]	
	2-2 二人 くらし	0	[52]	1	[103]	1	[155]	0	[26]	0	[129]	0	[155]	1	[310]	
	0.0%	[89.7%]	0.8%	[86.6%]	0.6%	[87.6%]	0.0%	[81.3%]	0.0%	[90.8%]	0.0%	[89.1%]	0.3%	[88.3%]		
	2-3 三人~	0	[52]	4	[107]	4	[159]	2	[28]	2	[131]	4	[159]	8	[318]	
			0.0%	[89.7%]	3.4%	[89.9%]	2.3%	[89.8%]	6.3%	[87.5%]	1.4%	[92.3%]	2.3%	[91.4%]	2.3%	[90.6%]
8	1-1 外出:「3」	一人 くらし	0	[52]	0	[107]	0	[159]	1	[29]	0	[131]	1	[160]	1	[319]
			0.0%	[89.7%]	0.0%	[89.9%]	0.0%	[89.8%]	3.1%	[90.6%]	0.0%	[92.3%]	0.6%	[92.0%]	0.3%	[90.9%]
	1-2 二人 くらし	0	[52]	0	[107]	0	[159]	0	[29]	0	[131]	0	[160]	0	[319]	
		0.0%	[89.7%]	0.0%	[89.9%]	0.0%	[89.8%]	0.0%	[90.6%]	0.0%	[92.3%]	0.0%	[92.0%]	0.0%	[90.9%]	
	2-1 活動性:「2」・ 「3」	一人 くらし	0	[52]	4	[111]	4	[163]	1	[30]	0	[131]	1	[161]	5	[324]
			0.0%	[89.7%]	3.4%	[93.3%]	2.3%	[92.1%]	3.1%	[93.8%]	0.0%	[92.3%]	0.6%	[92.5%]	1.4%	[92.3%]
		二人 くらし	1	[53]	0	[111]	1	[164]	1	[31]	0	[131]	1	[162]	2	[326]
			1.7%	[91.4%]	0.0%	[93.3%]	0.6%	[92.7%]	3.1%	[96.9%]	0.0%	[92.3%]	0.6%	[93.1%]	0.6%	[92.9%]
9	1 外出が:「3」	三人~	0	[53]	0	[111]	0	[164]	0	[31]	0	[131]	0	[162]	0	[326]
			0.0%	[91.4%]	0.0%	[93.3%]	0.0%	[92.7%]	0.0%	[96.9%]	0.0%	[92.3%]	0.0%	[93.1%]	0.0%	[92.9%]
	2 活動性:「2」・ 「3」	三人~	1	[54]	5	[116]	6	[170]	0	[31]	5	[136]	5	[167]	11	[337]
			1.7%	[93.1%]	4.2%	[97.5%]	3.4%	[96.0%]	0.0%	[96.9%]	3.5%	[95.8]	2.9%	[96.0%]	3.1%	[96.0%]
10	屋外:「1」、 身辺:「1」		1	[55]	1	[117]	2	[172]	0	[31]	1	[137]	1	[168]	3	[340]
			1.7%	[94.8%]	0.8%	[98.3%]	1.1%	[97.2%]	0.0%	[96.9%]	0.7%	[96.5%]	0.6%	[96.6%]	0.9%	[96.9%]
以外			3	[58]	2	[119]	5	[177]	1	[32]	5	[142]	6	[174]	11	[351]
			5.2%	[100%]	1.7%	[100%]	2.8%	[100%]	3.1%	[100%]	3.5%	[100%]	3.4%	[100%]	3.1%	[100%]
計			58	[58]	119	[119]	177	[177]	32	[32]	142	[142]	174	[174]	351	[351]
			100%	[100%]	100%	[100%]	100%	[100%]	100%	[100%]	100%	[100%]	100%	[100%]	100%	[100%]

31.2%、女性 44.1%、計 38.7%であり、85歳以上では男性 50%、女性 70.2%、計 63.3%、総計 42.6%である。

IV群（グループ10）

生活機能低下者の中ではもっとも問題が軽いこの群に属するものは、75～84歳で男性 7.9%、女性 8.4%、計 8.2%、85歳以上で男性 9.8%、女性 11.8%、計 11.1%、総計 8.7%であった。

以上をまとめると、非要介護認定高齢者（75歳以上）における生活機能低下者は中等度（Ⅲ：グループ6～9）のものが最も多く、約3割に及ぶ（但し85歳以上に限れば5割に近い）。

次に多いのが重度のⅡ群（グループ4・5）であり約8%、そして最重度のⅠ群（グループ1～3）は5%である。最も軽度のⅣ群（グループ10）は8.7%であった。

3) 要介護認定者との比較

本研究の目的はあくまで介護予防の対象者である非要介護認定者の、生活機能の見地からの類型化であるが、参考までに要介護認定における類型の分布を検討した結果を表3に示す。

表3のもっとも右の列の総計について大分類別にみると次のようであり、カッコ内に示した非要介護認定者の分布とは全く対照的である。

	要介護認定者	非要介護認定者
I :	49.6%	(5.0%)
II :	15.0%	(7.7%)
III :	31.4%	(29.9%)
V :	0.9%	(8.7%)
以外	3.1%	(48.7%)

これは当然なことともいえるが、ある意味では今回の類型化の妥当性を逆の面から証明しているものということもできる。

すなわち、生活機能、特に活動の低下が当然大きい要介護認定者群において、類型の分布がほぼ逆転することが重要な意味を持つということである。

もちろんこれは要介護認定者における介護予防の必要性が高いということの意味するものではない。要介護認定者と非要介護認定者との間には、生活機能の面だけでなく、疾患（健康状態）や環境因子をも含めた多くの面に大きな差があり、また生活機能が低下してから経過した期間などについても大きな差があり、生活機能低下からの回復・改善・向上の可能性についても大きな差があると考えられる。今回の類型化はあくまでも非要介護認定者における介護予防の必要性を示すものであり、要介護認定者との比較はあくまでもその妥当性の検討の一部としての意味のものである。

4) 追加的所見とその実践的意義

複雑多彩にわたるため本報告では掲載しなかったが、今回の地域高齢者調査において、同1グループ内でも、グループ定義以外の生活機能に関して個別の事例の検討をおこない、それを通じて様々な興味深い知見が得られた。そのうちにはきめ細かな対応策の策定において重要視する必要があるものもみられるので、以下にそのうちの重要なものを選んで補足的に述べたい。

(1) グループ1

このグループの定義のように屋外、屋内の移動ができない、また身辺行為にも介助が必要という状態になると、非要介護認定者ではほ

ほとんど外出していないのが普通であるが、要介護認定者では、意外にも外出頻度が週3回以上が5例、週1回以上が5例みられた。これらはデイサービスやデイケアによる外出であった。

このことから、実践的には、このグループでは、何らかの目的があり支援があれば外出そのものは可能であることがわかる。このように通所サービスは外出回数を増加させていたが、一方そのためには通所先で移動や排泄についての活動向上指導が必要であり、逆にそれが成功すれば「波及効果」として家族との（通所目的以外の）外出も可能になることも考えられる。これが、このグループにおける個人別プログラム設定において考慮すべき点である。

（2）グループ2-2

屋内歩行が2（誰かと一緒に歩いている）であっても、誰かと一緒に外出をかなり頻回に行っており、外出時の身辺行為にも不自由がないという例があり、体を動かすように心がけている人と考えられた。これは3名とも女性であった。逆に日中の活動性が3（時々横になっている）の人は、身辺行為に、人手を借りていることが多く、これは男性に多く見られた。

このことからこのグループでは、移動に対する見守りが重要と考えられる。見守りだけでよい人に対して家族が介助してしまうことやあきらめてしまうことも考えられるので注意が必要である。実際にはこの群での屋外歩行、身辺行為、家事の「できる活動」の可能性は高いと思われる。

また屋内歩行が3（這うなどして動いている）の場合、家事を一部行うなどして日中の活動性が高く、家の中でよく動いている人と、

ほとんど横になっている人とに分かれた。特に家事を一部行い体を動かすように心がけている人に、屋外歩行が「近くなら歩いている」人が含まれていた。

興味ある例として、室内歩行が3と、ほとんど床上移動であっても、屋外は遠くまで歩いている人がいたが、これは円背が著しく、屋外にはシルバーカーを用いている人であった。室内でもトイレに行く時や玄関先では、数歩膝に手をついて歩いているが、屋外ではシルバーカーを用いて実用的に長距離歩くことができていた。

この例からいえることは、這うなどで屋内移動ができれば、かえって歩行自立にまで向上する可能性が高いにもかかわらず、ふつうは移動能力が落ちて回復の可能性は乏しいと考えられがちであること、しかし家事や身辺行為を床上動作でどのように行うかについての活動向上指導が重要ではないかということである。

（3）グループ2-3（車いす使用）

車いす使用者で、非要介護認定者で活動性をみると、「ほとんど横になっている」ほど低い人はいなかった。また「近くなら一人で歩いている」人でも、車いすを利用することで買い物など活動範囲を広げている例があった。車いす利用者の全例が屋内では使用しておらず、屋内移動は何もつかまらないで、もしくは伝わって行っていた。この点から、このグループの車いす利用は、外出回数や範囲を広げていたということもできる。

一方、要介護認定者では屋外はほとんど歩いておらず、車いすを利用することで行動範囲が広がることはよいが、一方では屋外歩行をあきらめる結果ともなりやすいと考えられた。特に屋内を伝い歩きしている場合は、シ

ルバーカー等で近くまでの屋外移動の指導が必要かつ有効と考えられる。

(4) グループ3

これは活動性が「4」(ほとんど横になっている)であるグループであるが、屋内移動は何もつかまらないか、伝わって行っているにもかかわらず、日中ほとんど横になっている例がほとんどであった。

特に非要介護認定者では、身辺行為が外出時にも不自由がない状態であっても、「遠くまで一人」が1例、「近くまで一人」が2例、「誰かと一緒」が2例、「ほとんど歩いていない」が1例であり、行動範囲が著明に狭まっていた。

このグループの非要介護認定者で、身辺行為が自宅では不自由なし、自宅では何とかしていたが19例おり、外出時の身辺行為の普遍化がなされていない、あるいは低下してきたことがほとんど外出していない原因となっていると考えられた。

このことからいえるのは、「横になっていて外出しない。外出しないから横になる」という「廃用症候群」による「生活機能低下の悪循環」が起っている可能性である。この点身辺行為を普遍化するために、活動向上指導が必要であり、特に排泄行為の普遍化が重要と考えられる。

(5) グループ5-1 (一人暮らし)、グループ5-2 (二人暮らし)

屋内移動は全例、「何もつかまらない」、もしくは「伝わって」行っているが、二人暮らしの非要介護認定者の屋外移動は、「誰かと一緒」が19例、「ほとんど歩いていない」が14例と低いものが多かった。活動性も「家の中でよく動いている」が16例、「座っていることが多い」が15例と多かった。

特に配偶者がいることで、家事など家での用事を配偶者が行うことが多く、外出頻度が低下する原因になっていると考えられた。一般に一人暮らしに比べて二人暮らしの方が活動性が下がりやすい傾向がある。

以上から言えることは、二人暮らしの場合、家での役割分担が重要だということである。一緒に行うのはどちらか余力がある方になってしまうので、お互いに何を行うかを決めて分担することが必要である。

外回りが男性になりがちで、女性の外出能力が低下しやすいということもあり、注意が必要と考えられる。夫婦で一緒に外出していること自体はいいが、一人でも外出が可能かを確認しないと、一人暮らしになったときに外出ができなくなる危険性が大きいことにも留意が必要である。

D. 総括的考察

以上各項目について個別的な考察を加えてきたので、ここでは総合的、総括的な点に限り考察を加えたい。

本研究の特徴は、まず第1に介護予防の中心である生活不活発病及び生活機能低下についての知識・技量及び技術である活動向上訓練についての多年の経験を有する専門家の知識・経験を準デルファイ法によって結集し、介護予防対象者の類型化を行い、その判定基準を確立したことである。

第2には、大都市郊外(通勤圏)の小都市の一般住民高齢者(75歳以上)について悉皆調査を行って、その結果を上記の類型を用いて分析し、その結果上記の類型が妥当なものであることを確認したこと。また同時に、要介護認定者はいわば当然として、要介護認定を受けていない、一応「健康」であり「自立」

しているとされる人々においても、活動（屋外歩行、自宅内歩行、身の廻りの行為、等）にすでにあきらかな制限を受けている者が決して少なくなく、我々の設定した類型のすべてがこの非要介護認定者において存在していることが確認されたことである。また参考までに要介護認定者についてこの類型を適用すると非要介護認定者と全く逆の分布を示すことも確認でき、これらからこの類型がかなりの妥当性を持つものであることが確認された。

また特に活動の「自立」を「普通的自立」（日常出会うどのような環境においても問題なく自立している。評価点0）と「環境限定型自立」（自宅内とその周辺などの限られた環境のみでは自立している。評価点1）とに分けて調査すると、「普遍的自立」を達成しえず「環境限定型自立」にとどまる者がかなり多く、それを基準としたグループ（グループ4、7-3、10）に属するものが全体の約21%に達することが確認された。これらは、顕在的または潜在的な生活機能低下者が一見健康な高齢者群に意外に多数存在していることも示すものといえよう。

今後、介護予防においては、このような生活機能低下者を早期に的確に発見し適切な対応を行うことが重要であり、今回のデータはその制度設計のためにも重要な意味をもつものと考えられる。

E. 結論

介護予防サービスの有効性・効率性の向上を目的として大都市近郊の小都市における一般高齢人口の生活機能の実態を調査した。その際あらかじめデルファイ法に準ずる手順で経験豊富な専門家の知恵を結集して生活機能モデルに立った介護予防対象者の類型化（10

グループ、細分化を含めれば23グループ）を行い、それを用いて調査結果を分析した。その結果この類型化の妥当性が示され、同時に一見健康と思われる高齢者集団においても顕在的・潜在的な生活機能（活動・参加・心身機能）低下が意外に多くみられ、介護予防サービスの必要性の高いものが一般高齢者の約13%に見られることが確認された。これにより効果的な介護予防サービス構築のための重要な基礎的な知見を得ることができた。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

- Okawa Y, Ueda S : Implementation of International Classification of Functioning, Disability and Health in national legislation and policies in Japan. International J Reh Research, in press
- 大川弥生：日常診療の中で介護予防を；「生活不活発病」の早期発見・早期対応の「水際作戦」。日本歯科医師会雑誌, 59 : 352-353, 2006.
- 大川弥生：廃用症候群（生活不活発病）。月刊介護保険, 132 : 27, 2007

2. 報道等

- 大川弥生：介護を必要としない人生のために生活不活発病を知っておいて下さい。いきいき, 113 : 74-77, 2006.
- 大川弥生：産経新聞、平成19年2月21日朝刊、生活不活発病：早めに気づいて対策を

- Okawa Y : “Functioning-promoting Assistive Care” and universal designs. The 2nd International Conference for Universal Design, October 24, Kyoto, Japan
- Ueda S, Okawa Y, Shuto K : A Proposal on Qualifiers of Activity based on Population Surveys (1): “Universal Independence” versus “Limited Independence”. WHO-FIC Network Meeting, 1 November, Tunis, Tunisia

介護予防の水際作戦としての生活機能相談窓口についての研究 —効果検証—

分担研究者 上田 敏 日本障害者リハビリテーション協会 顧問

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 介護予防の水際作戦（生活機能低下の早期発見・早期対応）のための「生活機能相談窓口」の2年6ヶ月（対象者は285名、平均年齢は79.6±9.0歳、男性90名、女性195名）にわたる効果について検証した。この窓口における水際作戦のポイントは、自宅を訪問し、実生活の場で実際に行なってもらって「実行状況」（している活動）と「能力」（できる活動）を評価し、「活動」向上の指導を行うことである。であった。

「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1段階以上向上したものが60.7%、同一自立度内で質的向上が見られたものが33.3%、併せて94.0%で何らかの活動向上が達成された。「参加」については58.9%で1段階以上の向上が見られた。「活動」と「参加」の両面ともに向上したものは57.5%であった。短期間で効果はあらわれ、1回の訪問で効果（「活動」自立度と「参加」の向上）があらわれたものが活動向上者の中の57.4%、3回までで92.6%に達した（最高6回）。以上から「生活機能相談窓口」の介護予防としての有効性が再確認された。

なお今後の課題としては早期発見のための啓発を一層徹底させることが重要と考えられる。

A. 研究目的

本研究班の目的は、生活機能向上に向けた介護予防サービスのあり方と、具体的技術の明確化である。本研究はその中核をなすと考えられる「廃用症候群モデル」の生活機能低下（比較的緩徐な階段状の低下）に対する対応、特にその「急性期」における「水際作戦」の具体的方法を明確にし、効果を確認することに重点を置いて行った。

「水際作戦」とは生活機能低下の早期発見・早期対応である。その具体的な方法として、厚

労省の「リハビリテーションマネジメントの基本的考え方」等において「生活機能相談窓口」の設置が提案されているが、我々は既に2004年7月に一地方都市で、「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「水際作戦」の介入研究をつづけてきている。

対象事例数を増やして、昨年にひきつづきこの生活機能相談窓口のサービスの効果を検証するとともに、有効な水際作戦の具体的な技術・プログラムを更に深く検討することを目的とした。

B. 研究方法

1. 対象

対象者はM市（人口 56,767 人）、65 歳以上に開設した「生活機能相談窓口」を開設日（平成 16 年 7 月 1 日）から平成 18 年 12 月までの 2 年 6 ヶ月に利用した 285 名である。男性 90 名（31.6%）、女性 195 名（68.4%）、平均年齢は 79.6±9.0 歳、（男性：78.4±9.8 歳、女性 80.1±8.5 歳）であった。

2. 方法

1) 評価項目及び基準

これら対象者の生活機能について、ICF にもとづき、生活機能全般に加えて健康状態、環境因子、個人因子について、利用開始時、訪問指導終了時の状態を調査した。さらに終了後 6 ヶ月以内の生活機能の「最高の状態」について、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。

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）」についての評価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。

生活機能評価は生活機能の全てのレベル（心身機能、活動、参加）について、ICF の中項目すべ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。

「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。

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、「環境限定型自立」を略したもので、限定された環境、例えば自宅内やその周辺にのみ限られた自立であり、屋外歩行では「近くなら一人で歩いている」、屋内歩行については「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。

以上に加えて、介護上重要な観点として ICF の評価点の「2：部分介助」を更に、「促し」「声かけ支援」、「見守り」、「実際に部分介助する」の 4 段階に細分して評価した。

また「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、「活動」の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。

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、ICF の「活動」に関する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。

特に地震・豪雪などの災害時の生活機能低下の同時多発に関する研究から「限定的自立」が非自立にほぼ等しいハイリスク因子であることが確認されており「普遍的自立」と「限定的自立」との大きな質的な差を示すものとして重要である。

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、効果判定の項目としては、「活動」については表1に示す屋外歩行、屋内歩行、排泄、整容、入浴、家事の3項目（調理、洗濯、掃除）、計8項目に限った。その理由は、第1には、介護予防の「水際作戦」の中核をなす生活不活発病（廃用症候群）の予防・改善の要（かなめ）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介護予防の観点から望ましいためである。第2には、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しており、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る結果となったためである。

「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。

2) 生活機能相談窓口の業務

生活機能相談窓口の業務の要点は以下の通りである。M市は、2003年度から市全体としての「総合的生活機能向上共同事業」を開始しており、「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られている。

自治体在住の市民、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し、紹介することができる。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、周知している。

生活機能相談窓口の具体的なすすめ方のポイントは、

- (1) 連絡を受ければ、ただちに相談者が自宅を訪問し、
- (2) 実生活の場で評価し、
- (3) 活動の「実行状況」とともに「能力」を評価し、それと同時に
- (4) 活動向上の指導を行うことである。
- (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。

時間的経過にもとづいて述べると、まず(5)の訪問前の情報収集と準備であるが、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、ICFの活動・参加の14項目を中心にしたチェック表を用いて、生活機能の現状と低下に到った経過を聴取する。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」(疾患、等)に関して、生活機能へ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、自宅を訪問してポイントの(1)から(4)までの内容を行なう。まず評価については、1)「評価項目及び基準」に述べたように、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、同時に本人にもそれを認識させることでもある。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」のやり方に立って具体的な指導を行っていく。

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、その介護支援専門員にも同席してもらう。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をしても、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だからである。

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と、介入技術そのものの向上を目指して、少なくとも第1回訪問時には前述した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た。その上で、訪問指導の終了後に、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・看護師と検討した。

(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。

なお対象となる被検者については、インフォームド・コンセントの原則に立って実施している。

C. 結果及び考察

1. 対象者の状況

対象者全 285 名の性別及び年齢は、男性 90 名 (31.6%)、女性 195 名 (68.4%) であった。また 64 歳未満 12 名 (4.2%)、65 歳から 74 歳 54 名 (18.9%)、75 歳から 84 歳 133 名 (46.7%)、85 歳から 94 歳 78 名 (27.4%)、95 歳以上 8 名 (2.8%) であった。

すなわち、75%以上は後期高齢者で、全体で女性が男性の2倍であり、また女性の後期高齢者が 159 名 (55.8%) と全体の半数以上を占めていた。

要介護度は、要支援 : 6 名 (2.1%)、要支援 1 : 2 名 (0.7%)、要支援 2 : 4 名 (1.4%)、要介護 1 : 43 名 (15.1%)、要介護 2 : 14 名 (4.9%)、要介護 3 : 14 名 (4.9%)、要介護 4 : 10 名 (3.5%)、要介護 5 : 3 名 (1.1%)、新規申請中の者 167 名 (58.6%)、申請もしていない者 22 名 (7.7%) であった。

開始時の対象者の歩行、その他のADL(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。屋外歩行と屋内歩行については小数ながら「普遍的自立」の者がみられたが、その他の活動については全て「限定的自立」以下であった。これは我々の他研究における一般在宅高齢者における自立度分布とは異なっており、「活動」自立度が相当低下してから相談窓口で紹介・相談した者が多いことを示している。

なお家事についての分析の対象は5年前まで行っていた人の群と1年前まで行っていた人の群の2種類とした。5年前まで行っていた人の数は、調理145名、洗濯146名、掃除138名、1年前までは行っていた人は調理112名、洗濯112名、掃除94名であった。

2. 生活機能相談窓口の効果

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1段階以上向上した場合を自立度向上とした。

また先に述べたように、「評価点2：部分的介助」の中で介助の状況がよい方向に変化した場合、また「評価点1：限定型自立」のなかで向上した場合を質的向上とした。

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173名（60.7%）、質的向上者

は95名（33.3%）であった。すなわち、合計で268名（94.0%）で何らかの活動向上が達成できた。

次に「参加」レベルでみると参加が何らかの項目で評価点として1段階以上向上した者は168名（58.9%）であった。

活動・参加のレベルをまとめて、「活動の自立度向上」と「参加向上」との両者が認められた者が122名（42.8%）、「活動の質的向上」＋「参加向上」が42名（14.7%）と、計164名（57.5%）において活動と参加とをともに向上させることができた。

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があったが、それらに対してはほとんど直接的に活動向上訓練を行っておらず、生活の活発化の一環として生じた効果と考えられたため、今回の分析対象からは除外した。

表1 生活機能相談窓口開始時の活動自立度

	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 計 (0+ 1)	非自立 者計 (2~ 4)
屋外歩行	5名 1.8%	82名 28.8%	91名 31.9%	13名 4.6%	94名 33.0%	87名 30.5%	198名 69.5%
屋内歩行	13 4.6%	203 71.2%	38 13.3%	8 2.8%	23 8.1%	216 75.8%	69 24.2%
排泄	0 0.0%	215 75.4%	45 15.8%	0 0.0%	25 8.8%	215 75.4%	70 24.6%
整容	0 0.0%	199 69.8%	61 21.4%	15 5.3%	10 3.5%	199 69.8%	86 30.2%
入浴	0 0.0%	107 37.5%	81 28.4%	33 11.6%	64 22.5%	107 37.5%	178 62.5%
家事（調理）	0 0.0%	40 14.0%	36 12.6%	0 0.0%	209 73.3%	40 14.0%	245 86.0%
家事（洗濯）	0 0.0%	40 14.0%	35 12.3%	0 0.0%	210 73.7%	40 14.0%	245 86.0%
家事（掃除）	0 0.0%	36 12.6%	19 6.7%	0 0.0%	230 80.7%	36 12.6%	249 87.4%

※ %は全例（N=285例）中の比率

2) 各「活動」項目に関する効果

(1) 屋外歩行

(i) 屋外歩行向上の効果

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、開始時と最高時の変化が表 2-2 である。またこれらをまとめて開始時の自立度毎に、自立度変化に活動の質的向上をも含めて示したものが表 2-3 である。

まず全体としての改善率を表 2-3 でみると、開始時非自立者 198 名中では訪問指導終了までに 67 名 (33.8%) が改善し、訪問指導終了後に更に 19 名 (9.6%) が向上して、最高時には 86 名 (43.4%) が向上していた。

また「限定的自立」以下の 280 名中では、訪問終了時点での改善者は 67 名 (23.9%) であったが、更にその後 44 名 (15.7%) が向上し、最高時には計 111 名 (39.6%) で自立度が向上した。

また自立度が向上していない者について質的向上をみると、表 2-3 に示すように、開始時部分介助で 30 名 (15.2%)、限定的自立者で 27 名 (32.9%)、計 57 名が向上している。

このような限定的自立における質的改善は参加拡大や、生活不活発病改善に大きな意味を持ち、また部分的介助における質的改善は特に介護上大きな意味を持つとともに、介護が介護者にとって安楽・容易になればなるほど介護歩行が頻回に行われやすくなり、廃用症候群予防・改善にも効果的であるなどのメリットをもっている。自立度向上者と質的向上者を合わせると、最高時には部分的介助者で 60.4% で、限定的自立者では 63.4% の向上を示していた。

次に、開始時の自立度別に向上の状況を詳しくみると、「限定的自立」であった者は、表 2-1 に示すように訪問指導終了時点には 1 例も

向上していなかったが、その後向上するもののがかなりあり、最高時には表 2-2 に示すように向上者が 25 名 (30.5%) いた。すなわち、限定的自立から普遍的自立に向上するには、訪問指導終了後の一定の期間を要していた。これは限定的自立者には短期間の適切な指導・訓練・支援を行なえば、その後は直接指導・訓練を実施しなくとも、主として本人と家族の努力によって習熟し、普遍的自立にまで向上できることを示している。

「行なっていなかった」者では、表 2-2 に示すように、最高時では 94 名中 58 名 (61.8%) 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 31 名 (33.0%) であり、更に普遍的自立へも向上したものが 4 名 (4.3%) と顕著な向上が認められた。

また開始時に「部分介助」であった者でも最高時では 91 名中 25 名 (27.5%) が自立するに到っている (表 2-2)。上記の両者とも訪問指導終了時には既に著しい改善が認められていた (表 2-1)。

「車いす使用」者でも 13 名中 1 名 (7.7%) は歩行が自立し、2 人 (15.4%) も介護歩行で屋外歩行を行うようになった (表 2-2)。

(ii) 屋外歩行指導内容

以上のような効果を生み出した働きかけの内容は、まず全例について生活不活発病の原因の明確化とその改善にむけての指導を行ったことである。それに加えて屋外歩行に対する個別的な具体的働きかけは 155 名に行ったが、これは普遍的自立以外の 280 名中の 55.4% にあたる。

自立度が改善した者が 116 名いるが、それらは全例このような個別的な屋外歩行指導を行ったものである。

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

開始時 \ 最高時	最高時					計
	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	
0: 普遍的自立	5名 100%	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%	5名 100%
1: 限定的自立	0 0.0%	82 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	82 100%
2: 部分介助	0 0.0%	18 19.8%	73 80.2%	0 0.0%	0 0.0%	91 100%
3: 車いす	0 0.0%	1 7.7%	2 15.4%	10 76.9%	0 0.0%	13 100%
4: 行っていない	0 0.0%	23 24.5%	22 23.4%	1 1.1%	48 51.1%	94 100%
計	5 1.8%	124 43.5%	97 34.0%	11 3.9%	48 16.8%	285 100%

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
— 開始時と最高時の比較

開始時 \ 最高時	最高時					計
	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	
0: 普遍的自立	5名 100%	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%	5名 100%
1: 限定的自立	25 30.5%	57 69.5%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	82 100%
2: 部分介助	0 0.0%	25 27.5%	66 72.5%	0 0.0%	0 0.0%	91 100%
3: 車いす	0 0.0%	1 7.7%	2 15.4%	10 76.9%	0 0.0%	13 100%
4: 行っていない	4 4.3%	31 33.0%	22 23.4%	1 1.1%	36 38.3%	94 100%
計	34 11.9%	114 40.0%	90 31.6%	11 3.9%	36 12.6%	285 100%

表 2-3 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		自立度					改善率	
		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	改善者/ 非自立者	改善者/ 限定的自立以下
人数		5名	82名	91名	13名	94名	2-4 (N=198)	1-4 (N=280)
自立度向上	最高時 b	0名 0.0%	25名 30.5%	25名 27.5%	3名 23.1%	58名 61.7%	86名 43.4%	111名 39.6%
	(訪問終了時) a	0 0.0%	0 0.0%	18 19.8%	3 23.1%	46 48.9%	67 33.8%	67 23.9%
	(訪問終了後改善) b-a	0 0.0%	25 30.5%	7 7.7%	0 0.0%	12 12.8%	19 9.6%	44 15.7%
質的向上	最高時	0 0.0%	27 32.9%	30 33.0%	0 0.0%	0 0.0%	30 15.2%	57 20.4%
計	最高時	0 0.0%	52 63.4%	55 60.4%	3 23.1%	58 61.7%	116 58.6%	168 60.0%

その内容は、屋外歩行の目的（例：買い物、友人宅訪問、通院、公民館、遊技場）を明確にして、その実際のルートでの歩行の仕方を指導した場合は155名中136名(87.8%)であった。

このうち家族等に介護歩行の指導（見守り、声かけも含む）をも行った場合が54名(34.8%)であった。これは全例「できる活動」（「能力」）として独立していることを実際に屋外歩行を行なうことで本人、家族が理解・納得し、「している活動」としての介護歩行を実生活でも行うようになったものである。

また屋外歩行の実際のルートでの指導を必要としなかった14名では、玄関、道路までの出入りの指導のみで十分であった。

歩行補助具の導入や指導を実施したのは85名(54.8%)であった。その中で、歩行補助具の新規導入は31名、以前使用していたが、現在は使用しておらず再導入したのは29名、変更は25名であった。

2) 屋内歩行

(i) 屋内歩行向上の効果

屋内歩行について、屋外歩行と同様に開始時と訪問指導終了時の変化をみたものが表3-1、開始時と最高時の変化が表3-2である。またこれらを開始時の自立度毎に質的向上をも含めてまとめたものが表3-3である。

全体としての改善率を表3-3で見ると、開始時非自立者では69名中訪問指導終了までに18名(26.1%)が改善し、終了後に更に9名(13.0%)が向上し、最高時には27名(39.1%)が向上を示していた。

また限定的自立以下の272名中では、訪問終了時点で向上していたのは18名(6.6%)で、その後更に38名(14.0%)が向上し、最高時には計56名(20.6%)で自立度が向上してい

た。

自立度としては向上していない者について質的向上をみると、表3-3に示すように非自立者で18.8%、限定的自立以下の者では18.4%が向上していた。

自立度向上者と質的向上者をあわせると、非自立者では58.0%、限定的自立以下の者では39.0%で向上がみられた

次に、開始時の自立度別に向上の状況を詳しくみると、「限定的自立」であった者は、表3-1に示すように訪問指導終了時点には1例も向上していなかったが、その後最高時には表3-2に示すように向上者が29名(14.3%)いた。すなわち、限定的自立から普遍的自立に向上するには、訪問指導終了後の一定の期間を要していた。これは屋外歩行の場合と同様に、限定的自立者には短期間の適切な支援を行えば、その後は直接指導・訓練を実施しなくとも、屋内歩行が普遍的自立にまで向上できることを示している。

「行なっていなかった」者では、23名中10名(43.4%)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5名(21.7%)、部分介助では4名(17.4%)と顕著な向上が認められた。

また開始時「部分介助」者でも38名中14名(36.8%)が自立している。両者とも訪問指導終了時には既に著しい改善が認められている。

「這うなど」の者でも8名中3名(37.5%)は介護歩行で屋内歩行を行うようになっている。

ii) 屋内歩行指導の内容

屋内歩行に対する個別的な具体的働きかけを実施したのは104名であった。

働きかけの内容は、壁やテーブルなどのつたい歩きの指導が65名(62.5%)、日常生活にお

表 3-1 屋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：這うなど	4：行っていない	計
0：普遍的自立	13名 100%	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%	13名 100%
1：限定的自立	0 0.0%	203 100%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	203 100%
2：部分介助	0 0.0%	9 23.7%	29 76.3%	0 0.0%	0 0.0%	38 100%
3：這うなど	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%	3 13.0%	4 17.4%	1 4.3%	15 65.2%	23 100%
計	13 4.6%	215 75.4%	34 11.9%	8 2.8%	15 5.3%	285 100.0%

表 3-2 屋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
—開始時と最高時の比較

最高時 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	13名 100%	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%	0名 0.0%	13名 100%
1：限定的自立	29 14.3%	174 85.7%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	203 100%
2：部分介助	0 0.0%	14 36.8%	24 63.2%	0 0.0%	0 0.0%	38 100%
3：這うなど	0 0.0%	0 0.0%	3 37.5%	5 62.5%	0 0.0%	8 100%
4：行っていない	0 0.0%	5 21.7%	4 17.4%	1 4.3%	13 56.5%	23 100%
計	42 14.7%	193 67.7%	31 10.9%	6 2.1%	13 4.6%	285 100%

表 3-3 屋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		0	1	2	3	4	改善率	
							改善者/ 非自立者	改善者/ 限定的自立以下
人数		5名	82名	91名	13名	94名	2-4 (N=198)	1-4 (N=280)
		0名 0.0%	25名 30.5%	25名 27.5%	3名 23.1%	58名 61.7%	86名 43.4%	111名 39.6%
自立度	最高時 b	0名 0.0%	25名 30.5%	25名 27.5%	3名 23.1%	58名 61.7%	86名 43.4%	111名 39.6%
	(訪問終了時) a	0 0.0%	0 0.0%	18 19.8%	3 23.1%	46 48.9%	67 33.8%	67 23.9%
	(訪問終了後改善) b-a	0 0.0%	25 30.5%	7 7.7%	0 0.0%	12 12.8%	19 9.6%	44 15.7%
質的向上	最高時	0 0.0%	27 32.9%	30 33.0%	0 0.0%	0 0.0%	30 15.2%	57 20.4%
計	最高時	0 0.0%	52 63.4%	55 60.4%	3 23.1%	58 61.7%	116 58.6%	168 60.0%