

表2 「食生活で困っていることの有無」と他項目との関連

質問項目	N=49	N=51	P
	食生活で困っていることがある	食生活で困っていることはない	
身体疼痛がある	58.0	42.0	0.014
身体疼痛はない	29.0	71.0	
健康状態の悪化がある	72.7	27.3	0.023
健康状態の悪化はない	42.3	57.7	
睡眠薬を使用している	66.7	33.3	0.036
睡眠薬を使用していない	41.4	58.6	

χ² 検定による。

2×2 表のため連続修正を用いた。

表3 「自分で食材購入の有無」と他項目との関連

質問項目	N=68	N=32	P
	食材を自分で購入する	食材を自分で購入しない	
64～79 歳	85.5	13.5	0.005
80 歳以上	57.1	42.9	
掃除洗濯などの家事する	74.4	25.6	0.001
掃除洗濯などの家事しない	28.6	71.4	
1人で電車やバス利用する	83.3	16.7	0.001
1人で電車やバス利用しない	50.0	50.0	
日用品の買い物よくする	85.7	14.3	0.000
日用品の買い物あまりしない	45.5	54.5	
知人訪問する	75.0	25.0	0.006
知人訪問ほとんどしない	40.0	60.0	

χ² 検定による。

2×2 表のため連続修正を用いた。

「掃除洗濯などの家事」は、1セル(25%)が期待度数 5 未満のためFisherの直接法を用いた。

表4 「不眠の有無」と他項目との関連

質問項目	N=62	N=38	P
	不眠なし	不眠あり	
健康上の心配の数 1 つ以下	77.2	22.8	0.001
健康上の心配の数 1 つ以上	41.9	58.1	

χ² 検定による。

2×2 表のため連続修正を用いた。

表5 「睡眠薬使用の有無」と他項目との関連

質問項目	N=70		P
	睡眠薬使用しない	睡眠薬使用する	
健康上の心配の数 1つ以下	80.7	19.3	0.014
健康上の心配の数 1つ以上	55.8	44.2	
主観的健康観良好	78.9	21.1	0.001
主観的健康観不良	41.7	58.3	
健康状態悪化なし	75.6	24.4	0.04
健康状態悪化あり	50.0	50.0	
固い物の食べにくさなし	78.1	21.9	0.033
固い物が食べにくい	55.6	44.4	
口渇なし	84.0	16.0	0.005
口渇あり	56.0	44.0	
外出回数の減少なし	83.3	16.7	0.001
外出回数の減少あり	50.0	50.0	
何月何日か分からないことなし	80.4	19.6	0.036
何月何日か分からないことあり	59.2	40.8	
おっくうに感じることなし	82.2	17.8	0.028
おっくうに感じることあり	60.0	40.0	
自分が役に立つと思えないことなし	80.7	19.3	0.013
自分が役に立つと思えないことあり	55.0	45.0	

χ^2 検定による。

2×2 表のため連続修正を用いた。

表6 「何らかの運動の有無」と他項目との関連

質問項目	N=83		P
	何らかの運動する	運動しない	
階段昇降ができない	72.5	27.5	0.01
階段昇降ができる	93.9	6.1	
自分で預貯金の出し入れをしていない	62.5	37.5	0.028
自分で預貯金の出し入れをしている	86.9	13.1	
楽しめなくなったことはない	90.1	9.9	0.011
楽しんでいたことが楽しめなくなった	66.7	33.3	

χ^2 検定による。

2×2 表のため連続修正を用いた。

「預貯金の出し入れ」、「楽しんでいたことが楽しめなくなった」は、1セル(25%)が期待度数 5 未満のためFisherの直接法を用いた。

表7 「外出回数の減少の有無」と他項目との関連

質問項目	N=60	N=40	P
	外出回数の減少なし	外出回数の減少あり	
身体疼痛なし	77.4	22.6	0.31
身体疼痛あり	52.2	47.8	

χ² 検定による。

2×2 表のため連続修正を用いた。

表8 「生活の充実感の有無」と他項目との関連

質問項目	N=55	N=45	P
	生活の充実感あり	生活の充実感なし	
主観的健康観良好	64.5	35.5	0.002
主観的健康観不良	25.0	75.0	
健康状態悪化なし	62.8	37.2	0.007
健康状態悪化あり	27.3	72.7	
健康上の心配の数 1 つ以下	68.4	31.6	0.004
健康上の心配の数 1 つ以上	37.2	62.8	
1 年以内の転倒経験なし	63.1	36.9	0.045
1 年以内の転倒経験あり	40.0	60.0	
転倒への不安なし	67.3	32.7	0.026
転倒への不安あり	43.1	56.9	
何月何日か分からないことなし	72.5	27.5	0.001
何月何日か分からないことあり	36.7	63.3	
おっくうに感じることなし	68.9	31.1	0.020
おっくうに感じることあり	43.6	56.4	
自分が役に立つと思えないことなし	73.7	26.3	0.000
自分が役に立つと思えないことあり	30.0	70.0	
精神的疲労感なし	78.3	21.7	0.000
精神的疲労感あり	35.3	64.7	

χ² 検定による。

2×2 表のため連続修正を用いた。

表 9 食事・睡眠・ADL の困難度の相互影響

	食事困難度	ADL 困難度	睡眠困難度
食事困難度	1		
ADL 困難度	0.253*	1	
睡眠困難度	0.332**	0.143	1
健康状態	0.202*	0.280**	0.311**

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）
分担研究報告書

豪雪地帯における介護予防型訪問・通所リハビリテーションの在り方に関する研究

分担研究者

青森県立保健大学 佐藤秀紀
盛田寛明

本研究は3章にて構成されている。第I章では、介護予防型訪問・通所リハビリテーションに関して、1. 介護について、2. 介護予防について3. 介護予防型訪問リハビリテーションについて、4. 介護予防型通所リハビリテーションについて、その現状をまとめた。第II章では、II. 豪雪地帯（東北地方）の保健福祉サービスの現状を総括した。第III章では、「豪雪地帯における訪問リハビリテーションの効果に関する研究」を報告することにする。第III章の研究目的は、リハビリテーション資源に恵まれない豪雪地帯において、理学療法士が同行して行う訪問指導が、在宅障害者の日常生活活動および家族主介護者との家族関係に及ぼす影響について前方視的に検証することであった。青森県内5町村の在宅障害者とその家族主介護者を対象とした。分析対象者は、介入群57例（平均年齢69.5±10.7歳）、対照群27例（平均年齢70.5±8.5歳）であった。訪問指導を約2年半の期間実施し、6～24か月間の前後2時点でADLと家族関係を評価した。その結果、訪問指導の有無とADL自立度の変化との間に関連性が認められ、介入群ではADL自立度が向上する場合が多くなる傾向が示された。その程度は対照群に比べて3.89倍であった。結果から、リハビリテーション資源に恵まれない地域における訪問指導の意義が示唆された。

I. 介護予防型訪問・通所リハビリテーションについて

1. 介護

(1) 介護とは

介護とは、寝たきりの高齢者や病人、障害者など、日常生活に支障がある人の自立のために、食事・排泄などの身の回りの世話や介抱をすることである。

介護保険法で給付されるサービスには、大きく分けて2つある。一つは訪問介護やデイサービスなどの在宅サービスであり、二つ目は特別養護老人ホームやデイケアセンターなどの福祉施設でのサービスである。

これらの介護サービスを利用するには、要介護認定を受ける必要がある。その段階によって要介護度も区分されている。

このような介護ニーズへの高まりから、最近では、介護福祉士、ホームヘルパー、ケアマネージャー（介護支援専門員）等の専門職も注目を浴びている。介護という言葉は昭和40年代の頃からよく使われるようになってきている。さらに、社会の高齢化ともなって平成12年に施行された介護保険法により、高齢者の在宅サービスや保険

制度が社会に浸透してきている。

(2) 日本の介護

日本で「介護」という言葉が法令上で確認されるのは、1892年の陸軍軍人傷痍疾病恩給等差例からであり、介護は施策としてではなく、恩給の給付基準としての概念であった。

「介護」という言葉が主体的に使われるようになったのは、1970年代後半からの障害者による公的介護保障の要求運動からである。それ以前の「『障害者の面倒を見るのは親がやって当たり前』という社会の考え方からでは障害者は施設に追いやられる」という危機感からそのような運動が発生した。

公的介護保障の要求を受けて、介護人派遣事業が制度化され始めたのは 1980年代半ばからであるが、障害者にとって保障と呼ぶにはほど遠いものであった。地方自治体による高齢者の訪問介護・看護事業は 1960年代より始まったが、理念的には家族介護への支えであって、その考え方は現在でも受け継がれている。医療に QOLの考えが普及すると、介護にも導入され、介護によって病人、高齢者の生活の質(QOL)を高め、QOLのさらなる向上に貢献することもまた介護の目的とされている。

介護保険法により高齢者の、支援費支給制度により障害者の、在宅介護サービスがより一般化した。サービス利用者は全体の1割であると見られており、2004年現在も障害者関連予算の6割は施設に費やされている。

(3) 「看護」と「介護」

看護界の一部には、介護は看護の中に含まれるとして、「看護」という言葉で充分代用できるという声もある。ただし、「介護」という言葉は、看護師や看護界が作り出した言葉ではない。「介護」という言葉

の出自には、看護と区別するような専門性、特定の業務内容とその位置づけについての専門的な定義は、ない。ただ、「介護」という言葉が流布するようになって、介護福祉士、訪問介護（ホームヘルパー）のワークの内容をいうのに、従来の「介助」よりも、適切であるとして、介助という身体的な行動援助よりいささか広い範囲で使えるということで、重宝なものとして用法が広まってきている。

(4) 介護技術

社会福祉学上では、福祉サービス利用者に対して援助のために提供される技術という意味で社会福祉援助技術における直接援助技術に組み込まれるとする意見もあり、その観点から介護の分類や専門性を語る際には、同技術における「ケースワーク（個別援助技術）」や「グループワーク（集団援助技術）」に対応する呼称として、ケアワーク（介護技術）の呼称が使われる。しかし、これらを比較した場合、介護は前2者と比べてその成り立ちや技術の有り方が大きく異なる（前2者は基本的に「人間関係」を対象とした技術。ケアワークは基本的に「生活上の挙動の不全」を対象とした技術）上に、現実として「社会福祉士と介護福祉士」というべつべつの資格が確立されているため、「介護技術は何者にも因らない独自の体系を持つ（社会福祉援助技術外の）技術である」とする見方もある。（ただし、社会福祉士も介護福祉士も、「ケースワーク」「グループワーク」「ケアワーク」という3つの技術が必要とされるため、それらを習得せねばならない場合も、ある）

(5) 介護観

日本の介護観は、従来「両親は息子（特に長男）や親族が面倒をみるもの」という価値観があった。だが、少子高齢化や核家

族化の進行、医療の進歩に伴い寿命が延びたことにより、介護が「看取り三月」ではなくなったことなどに伴い、介護を行う家族（配偶者や子）もまた高齢者であるという「老老介護」の問題も浮かび上がっており、家族にとってはより重い負担となっている（著名な例では、1994年に当時の高槻市市長江村利雄が、妻の介護と公職の両立が出来ない事を理由に市長を辞任して議論となった）。老老介護の苦労や負担に耐え切れず、介護する子供が親を殺害するなどの犯罪にも繋がっている。

現在では社会全体で面倒を見てもよいという価値観が生まれつつある。また関東圏と関西圏においても介護観の違いが報告されている。これは社会と文化の多様化および複雑化に伴うものだと考えられる。介護観の複雑多様化は、ある意味必然的なものなのかもしれないが、その多様性に対応できる社会体制が必ずしも整っているとは限らない。（フリー百科事典『ウィキペディア（Wikipedia）』）

2. 介護予防について

(1) 介護予防とは

介護予防とは、高齢者が自分らしく生活する為に危険な老化のサインを早期発見すること、生活機能の維持・向上を積極的に図り、要支援・要介護状態の予防及び重症化の予防・軽減により、自ら力を取り戻していくことである。

介護保険制度は平成 12 年度から施行され、増加し続ける介護ニーズを国民全体で支える保険システムとして始まっている。しかし、要介護認定者（特に軽度者の大幅な増加）の増加に伴い過剰なサービスの利用や、軽度者に対するサービス状態の改善につながっていないことなどを理由に 18 年 4

月介護保険法の一部改正により、「新予防給付」「地域支援」の創設を行い、予防重視型システムへの転換を図ることになった。

(2) 介護予防の取り組みの現状

要支援・要介護になる恐れが強い高齢者を対象に厚生労働省が今年度からスタートさせた「介護予防事業」について、今年度の目標と定めていた「65 歳以上人口の 3% にあたる対象者を把握する」という基準に達した市町村が、全国で 21 か所にとどまっていることが、同省の調査で分かった。

調査は、全国 1842 市町村に昨年 9 月 1 日時点での状況を尋ねた。また、一人の対象者も把握していなかった自治体が 2 割を超えたほか、約 3 割の自治体で、関係団体と連携を行っていなかった。広報誌による住民への周知も半数の自治体でしか行われておらず、把握のための取り組みがまだまだ低調な実態が明らかになった。

（2007 年 1 月 9 日 読売新聞）

改正介護保険法が施行されて 1 年。改革の柱として 2006 年度に始まった「予防給付」の実施状況は、当初予算の 50% 未済にとどまる自治体が 6 割にのぼることが、読売新聞社の介護保険全国自治体アンケートで明らかになった。

「介護予防」重視への転換は一定の評価を受けているものの、高齢者のサービス利用は低調な実態が浮かび上がっている。

予防給付は、要介護認定で軽度と判定された人向けに創設されたサービス。筋力トレーニングや栄養指導などにより、状態の悪化を防ぐ。膨張する給付費を抑制する狙いで導入された。アンケートでは、予防給付の費用総額（年度末時点での見込み）が、当初予算の「30% 未済」だった自治体は 33%、「30~50% 未済」は 29% で、予算の半分に満たない自治体が 62%。予算の 7 割

未満の自治体は 77%にのぼった。

予算を下回った理由としては、「要支援認定者が予想より少なかった」（65%）、「要支援認定者の中でサービス利用者が少なかった」（58%）が多かった。

予防給付の導入に関しては、「評価している」が「大いに」「多少は」を合わせて 66%。理由が多かったのは、「軽度者への不適切な給付の削減が期待できる」（49%）「予防重視の理念を実現できる」（40%）など。一方、「評価していない」は「あまり」「全く」を合わせて 33%だった。

予防重視のもう一つの柱として、保険給付の対象外の高齢者向けに導入された地域支援事業の「介護予防事業」も低調。費用総額（年度末時点での見込み）が当初予算の 50%未満にとどまる自治体が 3分の 1、70%未満が半数以上を占めた。

要介護認定 介護保険を利用する際に必要となる、介護の必要度の判定。軽い順に「要支援 1～2」「要介護 1～5」の 7 段階がある。全国共通の訪問調査票などに基づき、市町村の介護認定審査会が決定する。要介護認定者は約 440 万人（2006 年 12 月）。

（2007 年 3 月 26 日 読売新聞）

（2）介護予防の考え方

介護予防の考え方は、

・要介護状態になることを出来る限り防ぐ。
（発生を予防・早期発見）

・要介護状態であっても状態がそれ以上に悪化しないようにする。（生活機能の維持・改善）

の 2 点が基本となる。

（3）介護予防にかかる施策

要介護認定区分の「要支援」が「要支援 1・2」となり、「要支援 1・2」の人には予防給付による「介護予防サービス」が提供される。

介護サービスの提供に当っては、生活機能の維持・向上を積極的に目指すという目的を明確にし、介護サービス利用者の意向に基づいて専門家の支援も得ながら、利用者が生活機能・向上に対する積極的な意欲を自ら獲得するように促す働きかけが重要となる。

厚生労働省は、将来的に介護が必要となる恐れのある「特定高齢者」が市町村の筋力トレーニング教室など介護予防事業に参加しやすくするため、利用者の判定基準を緩和することを決めた。体調や認知症に関するチェックリストの該当項目数を減らす。予防効果で介護が必要になるお年寄りを減らし、介護給付費の抑制につなげるのが狙い。新基準はこの 4 月から適用されている。

介護予防事業は、予防重視への転換を図る介護保険改革の目玉としてスタートしている。全国の市町村が実施主体となり運動や食事指導教室を開催し、事業費には介護保険から支援金が拠出されている。

利用希望者は、運動や食べる機能など 25 項目のチェックリストを医師に提出する必要がある。

制度を利用できる「特定高齢者」は、鬱病（うつびょう）関係を除く 20 項目について 12 項目に該当しなければならない。しかも「転倒に対する不安がある」など運動機能に関する 5 項目▽「お茶や汁物でむせる」など食べる機能に関する 3 項目－に関しては、すべてに該当しなければならないという厳しい条件が課せられている。このため登録者は 65 歳以上の 0.43%に過ぎず、利用者もわずか 0.14%。目標の 5%を大きく下回り、市町村から「基準が厳しすぎる」との指摘が相次いでいた。

新基準では該当項目を 12 から 10 に減らすほか、運動機能 5 項目中 3 項目▽食べる

機能3項目中2項目に該当すれば対象になるよう条件を緩和する。厚労省は「予防事業への参加者が65歳以上の5%になるよう道筋を付けたい」としている。

(4) 介護予防の3つのステージ

介護予防 第1次ステージ

介護予防に関するパンフレットの配布や講演会の開催、介護予防手帳の交付などを通じて、活動的な状態にある高齢者を含む全ての高齢者を対象に生活機能の維持・向上を図る。

介護予防 第2次ステージ

検診や訪問活動等を通じて要介護・要支援になる恐れのある高齢者の早期発見に努め、各種介護予防プログラムの提供による早期対応を行う。

介護予防 第3次ステージ

要介護認定で「要介護」と判定された方に介護給付によるサービスを「要支援」と判定された方に予防給付によるサービスを提供し、要支援・要介護状態の改善や重度化予防を行う。

(5) 新予防給付の内容

①既存サービスの見直し

現行のサービスを見直し、より自立度を高めるサービスへと転換

通所介護・通所リハビリテーション

→ 内容・提供方法を見直し

②新たなサービスの導入

国内外の研究などから、介護予防効果が期待される新たなサービスを導入

運動器の機能向上・栄養改善、口腔ケアの向上

↓

既存のサービスのプログラムの一環として実施

※認知症・うつ・閉じこもり予防・支援については地域支援で実施

③新予防給付の内容

本人の生活機能の改善可能性を評価し、「本人意欲」を高め、出来ることを増やしていくケアマネジメントのプロセスを強化
アセスメント → ケアプランの策定 → 実施 → 再アセスメント

(6) 地域包括支援センター（介護ケアマネジメント）とは

地域包括支援センター（介護予防ケアマネジメント）は、平成18年4月1日から介護保険法の改正に伴い創設された機関で、高齢者が地域で生活するためには介護だけでなく、医療や財産管理、虐待防止など様々な課題に対して問題解決に向けた取り組みを実践していくことを業務としている。高齢者や家族を総合的、横断的に支援している。

(7) 地域包括支援センターの役割

1. 相談業務・・・高齢者や家族などから相談を受け、保健・医療・福祉の各種サービスが適切に受けられるよう必要な援助。地域の高齢者の実態把握等。
2. 介護予防・・・高齢者が要支援・要介護状態となることを予防し、また要支援1・2の高齢者状態の軽減と重度化を予防する為、高齢者の状態把握や予防プランの作成。
3. 包括的・継続的支援・・・高齢者の状態の変化に応じて、適切な保健・医療・福祉サービスが受けられるよう、ケアマネージャーの指導・支援を行うとともに、地域との連携・協力体制を整備。
4. 権利擁護・・・高齢者の虐待防止、早期発見、早期対応を行うとともに、財産管理や各種契約などの支援を行う「青年後見制度」の利用支援。

(8) 地域包括支援センターの職員体制

社会福祉士：総合的な相談窓口機能

保健師：介護予防マネジメント

主任ケアマネジャー：包括的・継続的なマネジメント、ケアマネジャーの支援

高齢者が地域で安心して暮らすための司令塔として設置されたのが地域包括支援センターである。だが、その多くが介護予防プランの作成に追われている。やりがいを見いだす前に離職する人が続出するなど、介護の現場に深刻な影響が出ている。「まるで介護予防プランセンター。プラン作成が業務の六～七割に上っている」という状況が現実である。

昨年四月の介護保険制度改正で、介護度が比較的軽い要支援者は予防給付、それ以上の要介護者は介護給付へと、利用者の程度によって担当が分けられた。

要介護者は地域の居宅介護事業所が受け持ち、要支援者は地域包括支援センターが担当する。予防給付からお金が出る予防プランの作成は、センターの業務となっている。

予防プランは、地域のケアマネジャーに委託することもできるが、一人八件までの上限規定がある。件数を超えると報酬（一件四千円）が減額されるうえ、手間がかかるため進んで引き受ける事業者は少ない。必然的に、予防プランはセンターに集中することになる。

介護と予防の線引きに振り回される高齢者も出ている。半年に一回程度の見直しで、介護判定が変わるケースだ。要介護から要支援へと軽く判定されれば、利用できるサービスが減り、本人やその家族から「なぜヘルパーが減るのか」と苦情が出る。重い判定になり、利用できるサービスが増えても、スタッフが代わり不安に陥る人もいる。

ようやく気持ちが通じ合うようになった利用者と引き離されることは、働く側にもマイナスだ。介護の現場でやりがいを見い

だす前に、混乱にむなしさを感じ辞める人も多く、人材難は深刻である。地道な介護予防の啓発活動や地域とのネットワークづくりなど「地域包括」の名前にふさわしい業務がなかなかできていない現状がある。

（2007年4月18日 中日新聞）

（9）介護予防のメニュー

介護予防は要介護者にならないようにするためのもので、介護保険制度の改正で2006年から「介護予防」というサービスメニューが設けられ、介護給付だけではなく予防給付の制度も設けられている。

介護予防のメニューとしては、以下のよう

①介護予防メニュー1「筋力向上トレーニング」

身体機能を維持するための筋トレで、パワーリハビリテーションと呼ばれる。専用のトレーニングマシンを使用する。

②介護予防メニュー2「栄養改善」

適切な栄養バランスのとれた食生活を送れるように食習慣の指導をする。

③介護予防メニュー3「フットケア」

足の爪のケア・マッサージを行い、足の健康状態を保つことによって、生活機能の維持・増進を図る。

④介護予防メニュー4「閉じこもり防止」

活動意欲の低下が精神活動の低下につながることを予防するとともに、社会参加を通して、心身の活性化を支援する。

⑤介護予防メニュー5「口腔ケア」

ブラッシングを指導することで、口腔内の清潔を保ち、感染症を予防する。

介護予防のメニューでとくに重要な目的は、生活が不活発になることにより、心身機能が低下することを防ぐことである。体を積極的に動かしたり外出を促すことで、自立した心身の維持に努めることが必要で

ある。

多くの自治体で取り入れられているのが高齢者の筋力トレーニングである「パワーリハビリテーション」で、「介護予防」のモデル事業が行われている。

⑥パワーリハビリテーションとは

高齢者の介護予防・介助軽減・自立支援のための手法として考案されたのがパワーリハビリテーション（以下パワーリハ）である。特徴としてはマシントレーニングを行うことである。トレーニングマシンに乗り、安定した姿勢で加齢に伴い使いにくくなった筋肉や神経を再び動かしやすくする事を目的としている。日常生活の動作をしやすく、充実した生活を送るための新しいリハビリテーションの手法である。

i. パワーリハビリの手法

トレーニングマシンを使用しながらリハビリを行なう。パワーリハ実施期間は3ヶ月間で利用日ごとまたは週1～2回程度実施する。マシンを使用し、軽い負荷（自分で「楽」と感じる重さ）で反復運動を行なう。1種目10回1セットとして最大でも3セットまでとしている。

ii. パワーリハビリの効果

パワーリハは介護予防やパーキンソン病・脳血管障害などの慢性期の効果的なリハビリとして注目され、動作の衰え、体力低下、活動性の低下などの改善が効果として挙げられる。また実際に体験された方からは「体が軽くなった」「お風呂が一人で入れるようになった」「病院受診に一人でいけるようになった」「杖を使わず歩けるようになった」などの効果が報告されている。

しかし、「筋トレマシンを置いて、やりたい人がやるというような中途半端な形な

ら、下手に筋トレはやるべきでない」との批判も強い。

実際、厚労省のモデル事業（全国48市町村）では、筋トレをした高齢者の16%に介護度の悪化がみられた。報告によると、週2回、3カ月間筋トレに取り組んだ後、要介護度の1次判定を受けた98人中、要介護度が改善したのは43.9%。悪化16.3%、維持39.8%であった。

この報告をどのように捉えるかで、マスコミの論調が正反対に分かれている。

- 読売新聞：「介護予防モデル事業、筋トレで16%が要介護度悪化」（2005/4/19）
- 共同通信：「筋トレで44%に改善効果 介護保険で厚労省報告」（2005/04/19）
- 時事通信：「筋トレで44%が改善＝介護予防モデル事業で中間報告－厚生労働省」（2005/04/19）

手足のまひや関節炎など筋トレで生活改善効果が出る人は確かにいる。反対に、筋トレのやりすぎによって関節を痛めるケースも有り得る。しかし、それを見極め、やる気を引き出すには高い専門性が求められているものと思われる。教室の修了者に対し、3カ月後に体力測定をしたところ、能力が落ちている人も多い。いかに継続するかも大きな課題である。

3. 介護予防型訪問リハビリテーション

(1) 介護予防型訪問リハビリテーションとは

介護予防型訪問リハビリテーションとは、在宅での自立生活のために、理学療法士・作業療法士などが自宅を訪問し、心身機能の維持回復に必要なリハビリを行うことである。

(2) サービスの内容

訪問リハビリテーションでは、都道府県

知事の指定を受けた病院、診療所、介護老人保健施設に所属する理学療法士、作業療法士、言語聴覚士により、利用者の状態に応じて最適なリハビリ指導が受けられる。例えば、脳血管障害などで身体に麻痺が残っている場合は、食事、排泄、入浴など、日常生活動作をスムーズに行うための訓練を指導することになる。腰や膝などに痛みがあれば、身体の機能回復訓練を行う。必要に応じ、補助具や福祉用具の使用方法についての助言も行うことになる。さらには、家族の方も介助方法についてアドバイスを受けることができる。

(3) 利用対象者

サービスの対象者は、病状が安定期にあり、かつ診察に基づき実施される計画的な医学的管理下でのリハビリテーションが在宅で必要である、と主治医が認めた要介護者（要介護1～5）、要支援者（要支援1・2）である。家族によるリハビリが困難な場合や、退院後も自宅でリハビリを続けて行きたいという方には便利である。

(4) サービス利用の手引き

主治医に相談の上、原則として介護サービス計画に基づいてサービスを利用することができる。利用を希望する場合は、ケアマネージャー又は地域包括支援センターに相談が必要となる。

4. 介護予防型通所リハビリテーション

(1) 介護予防型通所リハビリテーションとは

介護予防型通所リハビリテーションとは、在宅の高齢者に介護老人保健施設や病院・診療所で必要なリハビリテーションを行う日帰りのサービスで、デイケアともいう。指定居宅サービスに該当する通所リハビリテーションの事業は、要介護状態となった

場合においても、その利用者が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、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行うことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図るものでなければならない。

（指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第110条）

指定介護予防サービスに該当する介護予防通所リハビリテーションの事業は、その利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものでなければならない。

（指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準第116条）

(2) サービスの内容

通所リハビリテーションは、デイケアともいい、通所介護（デイサービス）とはその目的が異なっている。つまり、一般的に医療系の施設（介護老人保健施設や病院、診療所など）に併設され、理学療法士・作業療法士などの専門スタッフが配置され、リハビリを通じて心身機能の維持回復に重点がおかれている。

利用者は介護老人保健施設や病院、診療所などに通い、理学療法士や作業療法士、介護福祉士の指導のもとでリハビリテーションを受けることができる。施設に着いたら、まず体温や血圧をチェックし、身体状況をチェックを行う。その結果により、必要があればリハビリのメ

ニューを変更したりする。

健康チェックの後は、リハビリのほか、ぬり絵や絵画などの趣味活動、ボールを利用したゲームなどの作業療法が受けられる。

施設利用費用は、要介護度や利用時間に応じて料金が異なる。また、施設までの移動が困難な場合には送迎を依頼することもできる。

利用者は、基本的にサービス費用の1割を負担することになる。この他、食費（食材料費、調理費）、日常生活費が利用者負担となっている。

（3）利用対象者

病状が安定期にあり、かつ介護老人保健施設や病院・診療所の主治医が引きこもりの防止などを目的に「診療に基づき実施される計画的な医学的管理下でのリハビリテーションが必要」と認めた要介

護者（要介護1～5）、要支援者（要支援1・2）が対象となる。

（4）サービス利用の手続き

サービスを利用する場合には、原則として介護サービス計画に基づいてサービスを利用するため、ケアマネージャーや地域包括支援センターに相談が必要である。

（5）通所リハビリテーション事業所の種類

通所リハビリテーションについては規模等によるような区分はなく、報酬についても利用者の要介護区分とサービス提供時間により異なるが、施設による差異はない。介護予防通所介護事業所についても区分はない。

II. 豪雪地帯（東北地方）の保健福祉サービスの現状

わが国の人口の高齢化は、かつて例をみないスピードで進行しており、今後これまでの趨勢にしたがって増加するならば、平成32年（2020年）には26.9%に達することが推測されており、超高齢化社会の到来が予測されている。また人口の高齢化に伴い、高齢者のいる世帯が急速に増加しているものの、世帯規模の縮小化や女性の就労機会の拡大、扶養意識の変化などにより、家庭での介護力の低下が指摘されている。これら高齢者対策を推進する上での基本的な方針の一つとして、住民に最も身近な自治体である市町村が責任を持ち、かつ独自の発揮することが求められている。地域保健福祉活動は、こうした市町村の老人保健福祉サービスを抜きにしては考えられず、む

しろ市町村の保健福祉行政と一体的に展開されることが必要である。

したがって、地域保健福祉活動が、「地域社会を基盤とした保健福祉活動の実践」であるとするならば、地域社会が如何なる特性を有しているかを明らかにしておく必要がある。この場合、地域社会の特性を形成する基本的な要因の一つは、市町村の老人保健福祉サービスの現状であると言える。

豪雪地帯対策特別措置法（昭和37年法律第73号）では、「積雪が特にはなほだしいため、産業の発展が停滞的で、かつ、住民の生活水準の向上が阻害されている地域」

（第1条）と定義している。豪雪地帯は、政令で定める基準に従い国土交通大臣、総務大臣、農林水産大臣が指定する。豪雪地

帯のうち、「積雪の度が特に高く、かつ、積雪により長期間自動車の交通が途絶する等により住民の生活に著しい支障を生ずる地域」（第2条第2項）については、特別豪雪地帯に指定することができる。

豪雪地帯においては、積雪の度が高く、さらに、積雪により交通の円滑な確保に困難をきたすことから、住民の生活に著しい支障を生じており、若年層を中心とした人口の流出や高齢化が進行している。このため、地域の实情に応じた老人保健福祉サービスがなされ、保健福祉対策の取り組みも一様ではないものと思われる。

老人保健福祉サービスの充実度については、青森県・岩手県・秋田県を代表例とする「高在宅・高施設型」、山形県を代表例とする「低在宅・高施設型」、福島県・宮城県を代表例とする「低在宅・低施設型」に分類されている。

わが国では、老後に対する意識や経済的自立等の理由から同じ様な家族形態が全国各地に均等に分布していたわけではなく、「人口高齢化」および「老人核家族的世帯化」の進展状況から四つの類型に分類されている。東北地方においては、四つの類型の代表的な都道府県として、「山形・富山型」（「人口高齢化」の進展にもかかわらず、「老人核家族的世帯化」がさほど進展していない地域）、「宮城・茨城型」（「人口高齢化」の進展が緩慢でありなおかつ、「老人核家族的世帯化」の進展も緩慢な地域）が挙げられている。

山形県の高齢者は、家族内に所属する割合がいずれの県よりも多く、単身世帯や高齢者世帯などに所属する割合は最も少ない。したがって、同居による血縁互助形式での高齢者の介護が期待できるために、行政による保健福祉サービスは家族の不足してい

る介護を補完するサービスの範囲で満たされていることが考えられる。ただし、親と後継ぎの既婚子が同居をする直系家族志向の維持・再生産は、社会経済的要因によってもたらされている。つまり、社会的移動性が少なく、経済状況が低く、社会福祉状況が整っていない。そのような社会的背景が、直系家族志向の意識の変化を抑制し、持続・再生産させることに大きく貢献していると考えられる。

宮城県は、「人口高齢化」の進展が緩慢でありなおかつ、「老人核家族的世帯化」の進展も緩慢な地域である。ただし、居住形態でみると、加齢とともに「子と同居」という生活形態が一般的である。山形県と同様に同居規範がきわめて強い地域であるといえよう。

このように、「人口高齢化」と「老人核家族的世帯化」にも地域差が存在していることから、老人保健福祉サービスにおいても地域差が生じているものと考えられる。わが国では、異質の家族構造が今日においても維持・存続していることから、全国一律な方策で同じような保健福祉成果を期待することは困難なものと考えられる。ただし、伝統的な家族形態が支配的な地域においても同居率は年々減少する傾向にあり、家族の介護機能に限界状況を呈し始めている。家族の核家族化や小規模化は必然的に家族機能を弱体化させ、家族の危機対応・問題解決能力を縮小させる。したがって、今後は同居を妨げている要因、例えば住宅事情の改善などに努め、いづらかでも同居率の低下を防ぐとともに、高齢者の独立した生活を社会的に支援することが課題となろう。

豪雪地帯は当然のことながら、厳しい自然環境が生み出した寒冷積雪という現象は避けては通れない。近年行政機関のサービ

スの向上により積雪道路もかなり除雪されるようになったが、その範囲は限定されている。豪雪過疎山村においては、伝統的な除雪時の相互扶助システムが集落の過疎化や兼業化によって崩れている。それをめぐって住民の冬の暮らしは大きな影響を受ける。日常生活物資の購入や病院への通院などは高齢者にとっては非常に不利な状況におかれている。特に一人で生活のすべてをきりもりしている一人暮らし世帯にはこの傾向が強い。したがって、このような寒冷積雪のための生活の不便さから、やむを得ない社会的入院適応としての「越冬入院」が生じている。豪雪地帯独自の保健福祉サービス事業の問題点は、主として冬期間の問題であり、その中でも「路面凍結や吹雪等で雪道の運転が大変なこと」を問題点と

してあげている者が多い。また「冬場の移動に多くの時間を費やすこと」を問題ととらえている者も多く、「冬場の訪問先の除雪が大変なこと」「冬場の駐車スペースが確保できないこと」など、雪に関連した問題を指摘する者が多くみられる。

今後、豪雪地帯には、特別養護老人ホームなど各施設の充実とそれに呼応した道路の整備等による諸機関への交通手段の改善が必要であろう。このように、豪雪地帯における老人保健福祉サービスの特徴として、何よりも社会の高齢化などにも配慮した方策が望まれ、越冬入院に対する思考の転換が必要であろう。サービスの行き渡らない地域の在宅ケアの問題をどう考えていくかについても今後の問題として残ろう。

Ⅲ. 豪雪地帯における訪問リハビリテーションの効果に関する研究

はじめに

リハビリテーション（以下リハ）資源に恵まれない過疎地域では、在宅障害者が介護サービスの対象とされリハニーズが高い¹⁾にもかかわらず、訪問リハは実施されておらず、老人保健事業による訪問指導（以下訪問指導）においても理学療法士（以下PT）が同行しての指導は行われていない。したがって、在宅障害者を十分に支援できない場合がある。

訪問リハについては、週1～2回の訪問頻度での定期的な実施によりその効果が認められている²⁻⁶⁾。しかし、わが国では訪問リハに従事するマンパワーが不足しており⁷⁾、過疎地域においても訪問リハに従事するPTの充足は困難な場合が多い。

一方、訪問指導の効果については、年4回以上の訪問で寝たきり悪化の改善⁸⁾、リハ

に関する指導内容による日常生活活動（以下ADL）自立度の改善・維持⁹⁾および障害発生の遅延¹⁰⁾などが報告されている。したがって、過疎地域においても、3か月～毎月1回程度の頻度で訪問指導に従事するPTを何らかの手段で確保し、各地域の保健福祉担当者と同様・連携して実施する訪問指導が対象者の支援に寄与する可能性がある。この場合、ADL自立度が障害者と家族主介護者（以下介護者）との家族関係（以下家族関係）に影響を与え¹¹⁾、家族関係の改善が介護者支援の効果につながる可能性¹²⁾が報告されていることから、ADL自立度および家族関係は在宅障害者を支援する際に大きな役割を果たす要因となることが推察される。

本研究の目的は、PTと過疎地域の保健福祉担当者が同行・連携し、約2年半の期間

継続して行った在宅障害者に対する訪問指導が、対象者の ADL 自立度および家族関係に及ぼす影響について検証することである。

対象

対象地域は、平成 11 年 8 月時点で、訪問リハ、訪問看護、および PT が同行する訪問指導が実施されていない地域として、青森県内の 5 町村を選定した。

介入群の調査対象は、1 町 2 村において、在宅障害者と介護者の両者から面接による聴取が可能であった 97 例とした。そのうち平成 14 年 3 月時点で、死亡や入院、ならびに途中で訪問拒否がみられた例などを除く記録の完全な 57 例を分析対象とした。障害者の平均年齢は 69.5 ± 10.7 歳（最小値 50 歳～最大値 92 歳）、性別は男 32 例（56.1%）、女 25 例（43.9%）であった。その原因疾患は、脳血管障害 44 例（77.2%）、整形外科疾患 6 例（10.5%）、外傷性脳疾患 1 例（1.8%）、中枢神経系変性疾患 3 例（5.3%）、消化器疾患 1 例（1.8%）、その他 2 例（3.5%）であった。

対照群は、2 町において、協力の得られた在宅障害者と介護者 27 例とした。障害者の平均年齢は 70.5 ± 8.5 歳（最小値 52 歳～最大値 87 歳）、性別は男 15 例（55.6%）、女 12 例（44.4%）であった。その原因疾患は、脳血管障害 17 例（63.0%）、外傷性脳疾患 1 例（3.7%）、中枢神経系変性疾患 1 例（3.7%）、循環器疾患 1 例（3.7%）、代謝性疾患 2 例（7.4%）、その他 5 例（18.5%）であった。

方法

1. 訪問指導の方法

研究にあたって、まず、各地域の関係機関の協力を得て町村ごとに訪問指導の対象となる在宅障害者の選択を行った。次に、

その対象者ごとに、青森県立保健大学（以下本学）教員である PT と地域の保健福祉担当者との評価会議において在宅ケア計画¹³⁾を作成し、PT が同行する訪問指導の頻度を次のように設定した¹⁴⁾。

A 群；毎月 1 回定期的に訪問し、30 分から 1 時間かけて必要な指導を行う。

B 群；1, 2 か月おきに 1 回、15 分程度の訪問とし、経過観察を主とするとともに必要な指導を行う。

C 群；必要により適宜訪問し指導する。

この訪問指導（以下本訪問指導）は、本学教員 PT1 名と各地域の保健師または看護師、あるいはソーシャルワーカーが同行して実施した。

本訪問指導の指導内容は、運動や ADL、介助方法、補装具・日常生活用具・福祉用具、住環境、社会資源利用のための情報などについての障害者と介護者に対する指導・相談であった。

研究に先立って、本学倫理委員会の規定にもとづいて、対象者から研究に協力し本訪問指導を受けることに同意する旨の文書に署名を得た。

研究期間は、平成 11 年 8 月から平成 19 年現在まで継続中である。今回の研究では平成 11 年 8 月から同 14 年 3 月までの 2 年 7 か月のデータを整理したものである。

2. 評価項目および方法

介入群では、本訪問指導開始前の初期評価時（以下初回）と、その 6～24 か月後の再評価時（以下 2 回目）に、対照群では、本訪問指導を行わずに平均 6 か月間の前後 2 回の時点（以下それぞれ初回、2 回目）で、障害者の ADL 自立度と、障害者と介護者の家族関係を評価した。

ADL 自立度は、Granger ら¹⁵⁾による修正版 Barhtel Index (以下 BI) を用いて測定した。BI は高得点ほど ADL 自立度が高いことを示す (最低 0~最高 100 点)。

家族関係は、伊藤ら^{11,16)}の在宅障害者家族関係評価表 (以下家族関係尺度) を用いて測定した。この尺度は、障害者への質問項目として「身体面」「回復意欲面」「社会参加面」を、家族への質問項目として「介護面」「障害理解の程度」「社会参加面」を構成概念とし、その各構成概念にそれぞれ 3 個の指標を設定して、0 点「いいえ」、1 点「どちらともいえない」、2 点「はい」の 3 段階で回答する。総得点が高いほど家族関係が良好なことを示す (最低 0~最高 36 点。障害者合計点、家族合計点各 18 点)。これらの指標は、障害者の身体機能状態が家族の介護負担に影響し、障害者本人の回復意欲と家族の障害に対する理解の程度は関係し、また障害者自身の社会活動への参加の程度と家族の社会参加の度合いが関連する、との仮説にもとづいて構成されている。

3. 分析方法

統計学的分析は、初回と 2 回目の尺度得点差をみるために Wilcoxon 符号付き順位検定を、本訪問指導と ADL・家族関係の関連性を分析するために χ^2 検定、残差分析、Cramer の関連係数を、ADL と家族関係の関連性をみるために Spearman の順位相関係数を用いた。また、被検者割付のばらつき、および初回と 2 回目の因子平均をみるために共分散構造分析を、本訪問指導による効果の程度をみるためにロジットログリニア分析を用いた。

共分散構造分析は平均構造モデルを用い、「初回 ADL」「2 回目 ADL」「初回家族関係」「2 回目家族関係」を潜在変数とした。前

者二つの指標を BI 得点、後者二つの指標を家族関係尺度の障害者得点・家族得点とし、多母集団同時分析により介入群の各潜在変数の平均および切片を分析した。また、1 指標条件の場合、下の式により誤差分散の値を求め固定した。

$Se^2 = (1 - \rho) Sx^2$ Se^2 : 誤差分散 ρ : 尺度の Cronbach's α 係数 Sx : 尺度の標準偏差

なお、家族関係尺度得点の分析では、有効回答として、介入群は 56 例を、対照群は 25 例を分析対象とした。

統計ソフトは、SPSS 11.01J Base System, Advanced Models 11.5J, Amos 4.0 を使用した。

結果

平均 BI 得点は、介入群で初回が 63.2 ± 33.0 点、2 回目が 68.3 ± 34.1 点、対照群で初回が 85.2 ± 21.9 点、2 回目が 82.7 ± 26.8 点であった。Wilcoxon 符号付き順位検定により初回と 2 回目の BI 得点差をみると、介入群では初回の得点より 2 回目の得点が 1% 水準で有意に高かった ($Z = -3.781$, $P = 0.000$)。また対照群では両得点に有意差はなかった ($Z = -0.432$, $P = 0.666$)。

次に、 χ^2 検定、残差分析、Cramer の関連係数を用い、本訪問指導の介入の有無と BI 得点の関連性を分析した。表 1 に BI 得点の変化別にみた介入群と対照群の人数を示す。 χ^2 検定の結果、人数の偏りは 5% 水準で有意であった ($\chi^2(2) = 8.347$, $P = 0.015$)。そこで残差分析をおこなった結果、表 2 にみられるように、介入群では BI 得点が高くなった者が多く、対照群では不変の者が多いが向上した者は少ないことがわかった。この介入の有無と BI 得点の関連性の強さは中程度であった (Cramer の $V = 0.315$, $P = 0.015$)。

家族関係尺度の平均得点は、介入群で初回が 18.1±7.4 点、2 回目が 20.9±7.3 点、対照群で初回が 16.7±6.1 点、2 回目が 17.3±7.6 点であった、Wilcoxon 符号付き順位検定により初回と 2 回目の得点差をみると、介入群では初回の得点より 2 回目の得点が 1%水準で有意に高かった ($Z=-3.147$, $P=0.002$)。また対照群では両得点に有意差はなかった ($Z=-0.902$, $P=0.367$)。

表 3 に、家族関係尺度得点の変化別にみた介入群と対照群の人数を示す。 χ^2 検定の結果、人数の偏りは有意でなかった。 $(\chi^2(2)=0.645, P=0.725)$ 。

初回および 2 回目における BI 得点と家族関係尺度得点の関連性を Spearman の順位相関係数で分析した。その結果、初回の BI 得点と家族尺度得点の相関係数は、介入群で 0.47 ($P<0.01$)、対照群で 0.40 ($P<0.05$)、2 回目の BI 得点と家族関係尺度得点の相関係数は、介入群で 0.55 ($P<0.01$)、対照群で 0.50 ($P<0.01$) であり、いずれも中程度の相関関係を示した。

次に、共分散構造分析の平均構造モデルによる多母集団同時分析で被検者割付のばらつきをみた結果、初回の介入群の ADL 自立度は対照群より低かったことが示された (図 1)。同分析法で、そのばらつきを調整したうえでの介入群の「2 回目 ADL」の切片は 7.74 ($P<0.05$) であり、ADL 自立度が向上したことが示された (図 1)。一方、「初回家族関係」の平均は 1.13 ($P=0.212$)、「2 回目家族関係」の切片は 1.09 ($P=0.228$) であり、両者とも 5%水準で有意でなかった (図 2)。

本訪問指導による ADL 自立度に対する効果の程度について、ロジットログリニア分析によるオッズ比より、本訪問指導を実施した場合、実施しない時に比べて 3.89 倍、

ADL 自立度が向上したことが示された (表 4)。

考察

本研究結果から、本訪問指導の有無と BI 得点の変化との間に関連性が認められ、本訪問指導を実施した群では ADL 自立度が向上するケースが多く、本訪問指導を実施しない群では ADL 自立度が維持にとどまる傾向があることがわかった。さらに、被検者のばらつきを調整したうえでも介入群の ADL 自立度は向上しており、その程度は対照群に比べて 3.89 倍であった。これらのことから、リハ資源に恵まれない過疎地域であっても、PT が同行する訪問指導によって、在宅障害者の ADL 自立度が向上する可能性が示唆される。この場合、訪問指導は、利用者の申請なしに市町村の公的立場で実施できるため、必要な時に随時訪問可能であることもその効果を高めることに寄与すると考えられる。

在宅リハニーズに対して PT が関わる社会資源のひとつである訪問リハの実施頻度は、大半が週 1~2 回¹⁷⁾であり、その ADL 自立度に対する効果が報告されている^{2~6)}。一方、訪問指導により障害発生の遅延¹⁰⁾、寝たきり悪化の改善⁹⁾、ADL 自立度の維持・向上⁹⁾がみられるとの報告もある。しかし、本訪問指導も含め、これら月 1 回の訪問指導の直接的効果として身体機能が改善したとは考えにくい。

筆者ら¹⁸⁾は、過剰介護の是正、および介護知識や物的環境の充実などの環境要因から ADL 自立度への直接効果を報告している。この環境要因に関する指導は、月 1 回の訪問指導でも可能であり本訪問指導でも実施した。したがって、補装具・日常生活用具・福祉用具、住環境の充実、および介護知識

の供与や過剰介護の是正などの指導による介護方法の変容などがADL自立度の向上につながった可能性が推察される。

また筆者ら¹⁹⁾は、ADL自立度とやる気・自己効力感²⁰⁾との間の双方向因果関係をも報告している。つまり、先行的にADLに介入することで心理要因の改善をもたらすとともに、先行的な心理要因への介入でADL自立度を改善できる可能性を示した。自己効力感を高めるためには何とかできそうな身近な目標設定が効果的である²¹⁾。また、上記筆者らの報告¹⁸⁾では、環境要因からADL自立度へのやる気・自己効力感を介する間接効果が上記直接効果と同程度であったことを示した。したがって、月1回の本訪問指導でもこの目標設定や環境要因への介入は行っており、この心理要因の改善がADL向上につながった可能性も考えられる。一方、Bandura²⁰⁾は、自分で行ってみることや、それによる生理的反応を体験してみることによって自己効力感が作り出されるとしている。また、望ましい行動の促進には、そのための機会の設定や可能性を最大にすることが必要である²²⁾。よって、障害者にとって未経験であったり意欲の伴わない状況でも、月1回程度の本訪問指導により可能なADLを行わせ、その成功体験を積み重ねていくことが行動促進のための機会の設定となり、心理要因の改善をもたらす、ADL自立度の向上につながったことも考えられる。実際、訪問を重ねることで意欲の向上がみられ、自ら自宅での運動練習に積極的に取り組んだ例がみられた。

障害者が自宅で運動練習を継続するためには強固な意志が必要になる²³⁾反面、物的環境と結びついた運動内容の継続率が高い²⁴⁾ことが報告されている。本訪問指導では、運動練習内容を住環境や補装具・日常生活

用具・福祉用具と関連させるとともに、介護者に対しても指導したことで自宅での自主運動練習を継続的に行うようになった例がみられた。また、同行した保健師や看護師にも運動内容を指導し、本訪問指導以外の訪問指導時にも実施した。したがって、物的環境に結びついた運動指導内容、介護者への運動指導、および保健福祉担当者との連携などもADL自立度向上に寄与したことが推察される。

一方、家族関係は本訪問指導によって改善したとはいえないものの、介入群で初回より2回目得点が有意に高かったことから、本訪問指導以外の何らかの要因が家族関係の向上に寄与した可能性も考えられる。伊藤¹¹⁾は、ADL自立度と家族関係の関係性を指摘しており、今回もBI得点と家族関係尺度得点との間に中程度の正の相関を認めたことから、ADL自立度が介在要因になっていることも推察される。家族関係は、障害者の生活の支援、およびその帰結に大きな役割を果たし^{25,26)}、家族の援助力は指導と実践によって改善する²⁷⁾ことから、訪問指導と家族関係の関連性について、今後さらなる検討が必要である。

本研究は有意抽出であり、対象者数が少ないことから結果の一般化はできない。しかし、対象地域とした5町村は、いずれも農林漁業を中心とした第一次産業が主体であり、都市部から遠隔地でリハ資源に恵まれていない。また、年とともに総人口が減少する反面、65歳以上人口の増加に伴い高齢化率が高くなる傾向を示している。したがって、群の割付は妥当であり、得られた結果は今回の調査地域における実態を反映していると考えられる。今後、他地域をも対象に対象者数を増やし、潜在変数に時間依存性のあるモデルや共分散分析モデル²⁸⁾など

の共分散構造分析をも用いて追試を重ね、一般化が可能な範囲を広げていく必要がある。

本研究にご協力を頂いた地域の対象者および保健福祉関係者の皆様、ならびに住宅改修の面でご指導を頂いた弘前大学医学部保健学科助教授金沢善智先生、地域保健活動の実践面で貴重なご助言を頂いた本学看護学科教授山本春江先生、同講師細川満子先生、本訪問指導およびデータ収集・分析にご協力を頂いた吉備国際大学理学療法学科講師齋藤圭介先生、本学理学療法学科助手李相潤先生の皆様に深謝いたします。

■引用文献

1) 伊藤隆夫：在宅リハビリテーションと理学療法。理学療法科学 17 (4)：215-220, 2002

2) Koch L, Widen HL, Kostulas V, et al: A randomized controlled trial of rehabilitation at home after stroke in Southwest Stockholm: outcome at six months. Scand J Rehabil Med 32: 80-86, 2000

3) Koch L, Pedro CJ, Kostulas V, et al: A randomized controlled trial of rehabilitation at home after stroke: one-year follow-up of patient outcome, resource use and cost. Cerebrovasc Dis 12: 131-138, 2001

4) Young JB, Forster A: The Bradford community stroke trial; Results at six months. Br Med J 304: 1085-1089, 1992

5) 吉良健司・伊藤隆夫・近澤美紀：訪問理学療法の効果とその限界。理学療法 18 (1)：153-156, 2001

6) 吉良健司・伊藤隆夫・近澤美紀：訪問リハビリテーションが高齢障害者の日常生活活

動に与える影響について。理学療法学 28 (5)：225-228, 2001

7) 肥田理恵：訪問リハビリテーションにおける理学療法のあり方。理学療法 17 (11)：1109-1023, 2000

8) 中村美奈子・鏡森定信：訪問指導事業の成果と展望。公衆衛生 63 (9)：636-639, 1999

9) 梶井文子・島内節・國光登志子・他：日常生活自立度の変化からみた訪問指導のあり方に関する調査。保健婦雑誌 58 (5)：414-419, 2002

10) Bula CJ, Berod AC, Stuck AE, et al: Effectiveness of preventive in-home geriatric assessment in well functioning, community-dwelling older people: secondary analysis of a randomized trial. J Am Geriatr Soc 47: 389-395, 1999

11) 伊藤日出男・香川幸次郎：PT マニュアル・地域理学療法 (改訂 2 版)。pp.74-84, 医歯薬出版, 東京, 2002.

12) 藤野文代・矢島まさえ・森陽子・他：在宅看護の現状とその効果—寝たきり老人等への保健婦による家庭訪問指導の内容分析。THE KITAKANTO MEDICAL JOURNAL 49 (3)：165-175, 1999

13) 伊藤日出男・盛田寛明(編)：ケアマネジメントの地域実践計画と教育方法改善に関する研究報告 (平成 11 年～平成 13 年度)。平成 13 年度青森県立保健大学健康科学特別研究報告書。2002

14) 伊藤日出男・桜木康広(編)：ケアマネジメントの地域実践計画と教育方法改善に関する研究報告。平成 11 年度青森県立保健大学健康科学特別研究報告書。pp.2-5, 2000

15) Granger CV, Albrecht GL, Hamilton BB: Outcome of comprehensive medical rehabilitation: measurement by PULSES