

表2. 性別にみた要介護度別対象者数

	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	合計
男性	2	3	3	2	0	10
女性	5	6	5	4	1	21
合計	7	9	8	6	1	31

表3. 性別にみた世帯数

	独居	高齢者世帯	3人以上世帯	合計
男性	6	2	2	10
女性	13	5	3	21
合計	19	7	5	31

表4. 世帯別にみた介護度

	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3
独居	6	2	7	3	1
高齢者世帯	1	4	1	0	0
3人以上世帯	0	2	0	3	0

表5. 性別にみた認知症自立度別対象者数

	自立	ランクⅠ	ランクⅡ	ランクⅢ	合計
男性	5	1	3	1	10
女性	10	6	4	1	21
合計	15	7	7	2	31

過去1年の入院歴については、入院歴「あり」17名(54.8%)、「なし」13名(41.9%)、「無回答」1名(3.2%)であり、半数に入院歴があった。入院理由として、骨折4名(12.9%)、脳梗塞3名(9.6%)、心疾患2名(6.4%)、脱水2名(6.4%)の順で多かった。

2) 訪問介護利用状況

訪問介護導入理由を図1に示す。導入の理由として、「体調不良」が最も多く19名(61.2%)、次いで「精神的低下」9名(29.0%)、「加齢」7名(22.5%)、「家族の体調不良」7名(22.5%)、「認知症による不安」6名(19.3%)、「家族が本人を不安」6名(19.3%)、「家族が高齢」1名(3.2%)であった。

本調査対象者において、過去の入院歴ありが半数であることを考えると、訪問介護の利用理由は疾病等による心身機能低下によるものが多いと考えられる。

図1. 訪問介護導入理由（複数回答）



訪問介護利用内容は、「家事援助のみ」が21名（67.7%）、「身体介護のみ」6名（19.3%）、「家事援助と身体介護の併用」が4名（12.9%）であった。

図2に訪問介護の利用項目を示す。家事援助では「掃除」21名（67.7%）、「買い物」15名（48.4%）、「調理」および「洗濯」13名（41.9%）であった。身体介護では「入浴」6名（19.3%）、歩行2名（6.4%）であった。

図2. 訪問介護の利用項目（複数回答）

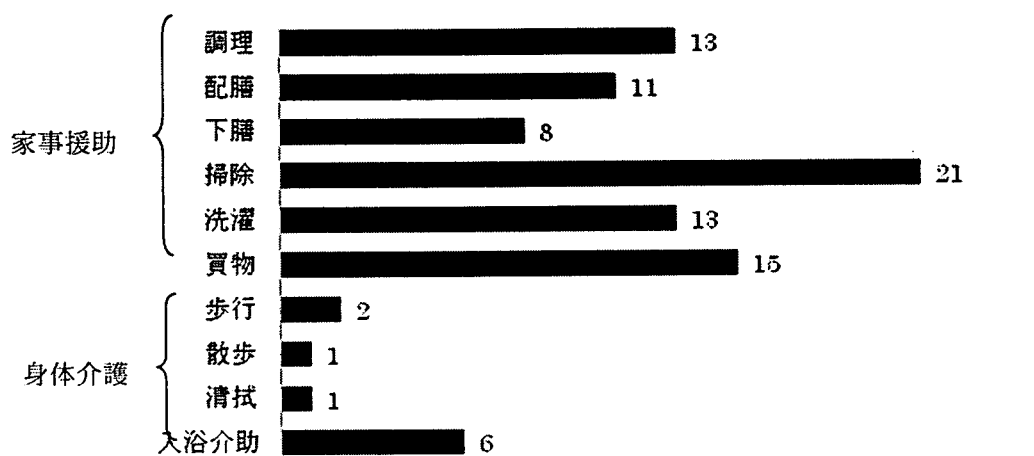


図3に家事援助の重複利用状況を表6に介護度別にみた家事援助の重複使用状況を示す。家事援助の重複利用状況は、掃除1種類のみが6名（19.3%）と最も多く、次いで6種類全て利用しているものが多かった。また、介護度別の家事援助重複使用状況では、介護度が低い者は1種類の利用が多く、介護度が高いものほど複数利用をしている。

これらのことから高齢者のうち、軽度支援者については掃除、買い物といった支援が必要であるといくことが示唆される。また軽度支援者で複数のサービスを利用している者が少数あった。その場合は、脳梗塞発症後や退院後、痛みがある、体調不良などといった状態の者であった。重度支援者で少数サービスを利用している場合には、同居者がいる者、身体に障害はないが認知症や精神疾患があるといった者であった。

図3. 家事援助の重複利用状況

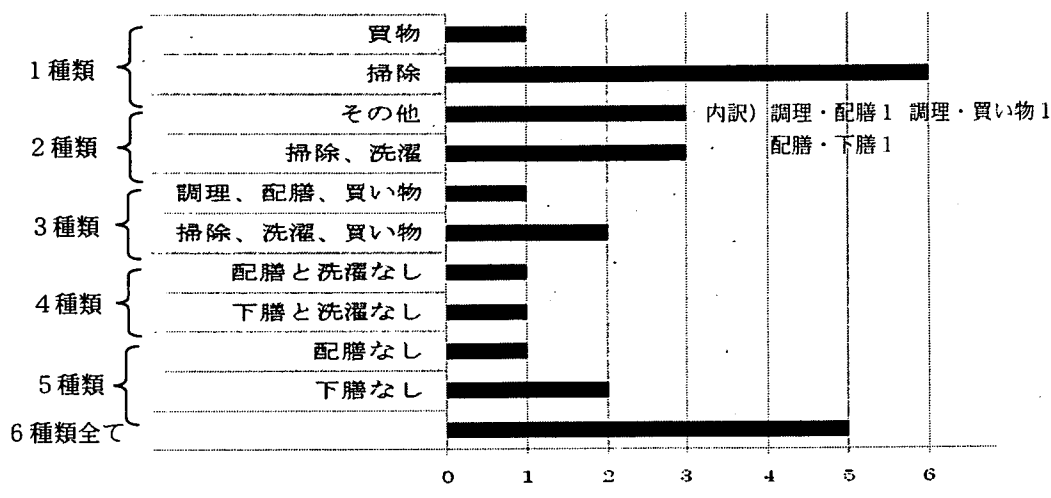
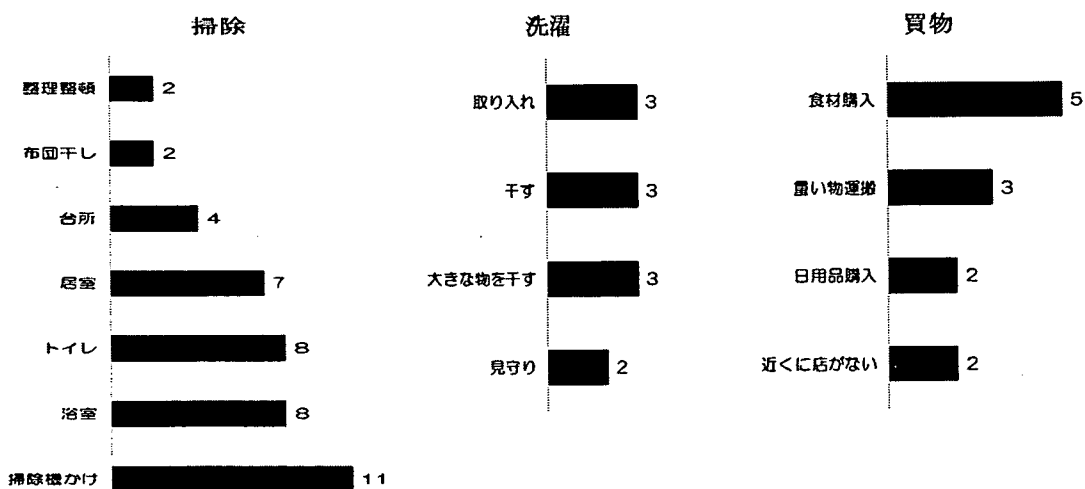


表6. 介護度別にみた家事援助の重複利用状況

	1種類	2種類	3種類	4種類	5種類	6種類
要支援1	4	1	2	0	1	0
要支援2	3	1	1	1	0	0
要介護1	0	2	0	1	1	2
要介護2	0	2	0	0	2	1
要介護3	0	0	0	0	0	1

次いで各家事項目の支援内容を図4、5に示す。家事項目において支援が必要な内容として、『掃除』では「掃除機かけ」11名(35.4%)、「浴室掃除」および「トイレ掃除」8名(25.8%)、「居室掃除」7名(21.7%)であり、『洗濯』では「屋外での物干し」および「取り入れ」、「大きな物を干す」3名(9.7%)、『買い物』では「食材の購入」5名(16.1%)、「重い物の運搬」3名(9.7%)であった。これらのことより高齢者にとって家事において困難な動作の特徴として、重い物を持つ、運ぶことやトイレ、浴室掃除に必要なしゃがみ動作での作業であり、これらの支援が必要であることが示唆される。

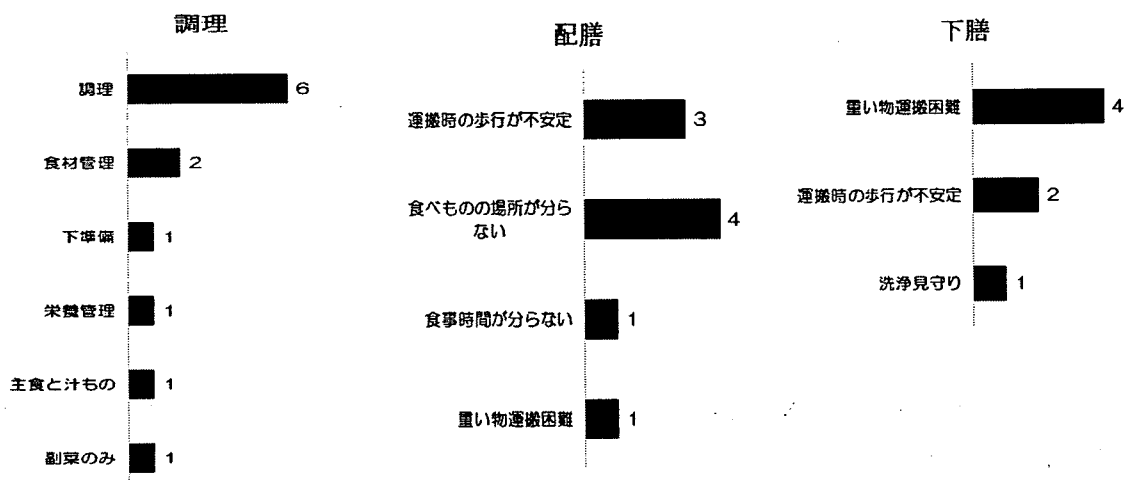
図4. 各家事項目の支援内容①



また『調理』では、食事をつくるという「調理」自体を支援している場合が多く、その内訳は惣菜中心や外食中心の食事により栄養に偏りのある者や、認知症、うつが原因で食事をつくる気力がなくなっている者、退院後の体力低下で硬い野菜の調理が困難な者への支援であった。また「食材管理」が必要であった2名(6.4%)は、認知症により古くなった食材や食事の管理が困難であった。さらに『配膳』でも「食べ物のある場所が分らない」4名(12.9%)、「食事時間が分らない」1名(3.2%)などといった認知症による記憶障害や見当識障害に対する支援を行っている。

また『配膳』『下膳』ともに「物の運搬」という歩行能力やバランス能力が必要な事項に対する支援を行っている。物を運搬する能力は家事動作の『調理』『配膳』『下膳』『掃除』『洗濯』『買い物』のすべての項目に含まれ、歩行能力の低下やバランス能力の低下している者へはこれら全般の支援が必要であると考えられる。

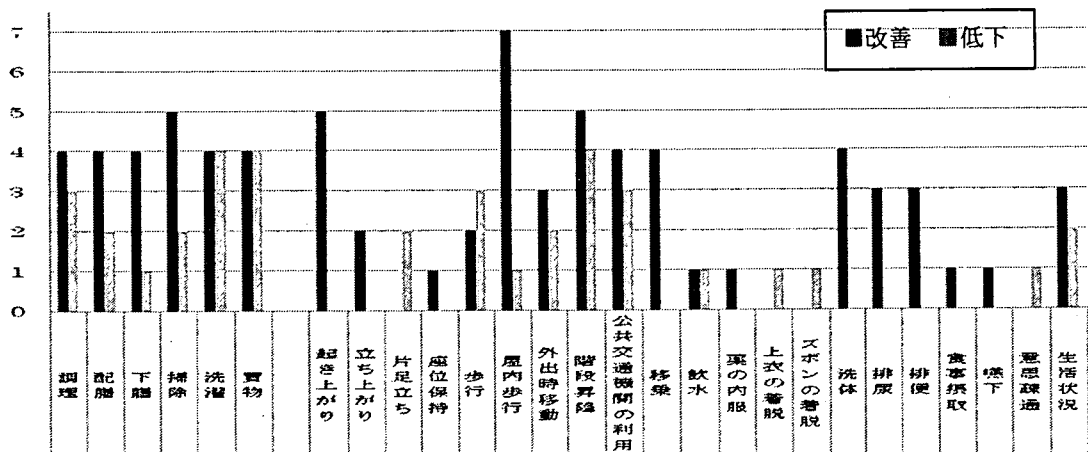
図5. 各家事項目の支援内容②



3) 初回と3か月後の比較

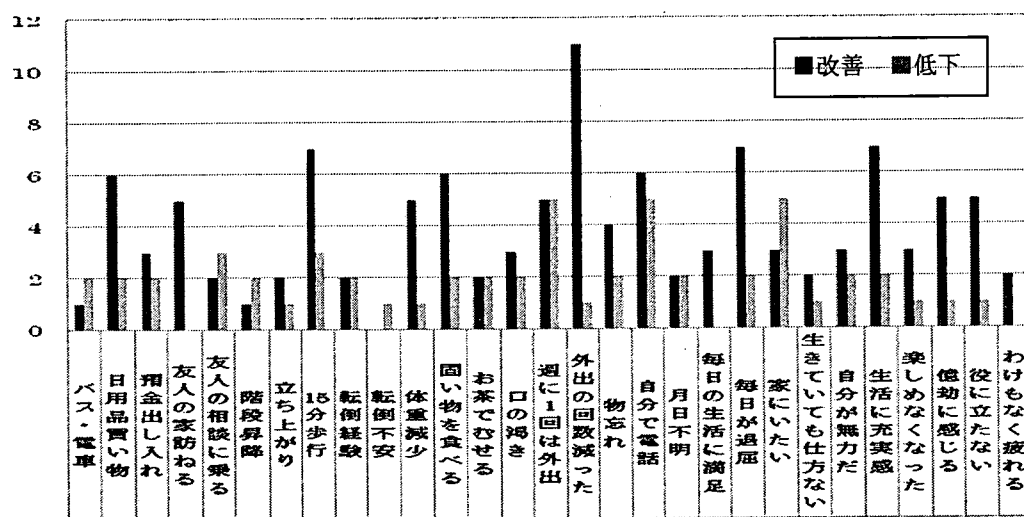
図6にIADL、ADLの自立度の変化を示す。IADLの自立度では、掃除と下膳に改善があったとする者が多かった。これらは訪問介護と共に行うことで能力的または意欲的な面でできるようになったとする事例であった。また、ADLでは起き上がりや歩行、移乗、洗体に改善がみられた。訪問介護の介入による食事の提供が栄養面の改善を、自立支援に配慮した関わりによる家事能力の向上や他者と関わる機会をもたせたことが生活意欲の改善をもたらした。

図6. 初回と3か月後のIADL、ADL自立度変化



基本チェックリストの変化を図7に示す。基本チェックリストでは「日用品の買い物」、「友人の家を訪ねる」、「15分歩行」、「外出回数」といった『身体機能』や『外出』に関する項目、「体重減少」、「固い物を食べる」といった『口腔』、『栄養』に関する項目、「生活に満足」、「退屈」、「生活に充実感」、「億劫」、「役に立たない」といった『うつ』や『生活意欲』に関する項目に改善がみられた。

図7. 初回と3か月後基本チェックリストの変化



また、主観的健康感、体力においても初回と3か月後の変化では、低下した者を改善した者が上回るといった結果が得られた(表7・8)。

表7. 初回と3か月後の主観的健康感の変化

主観的健康観		3か月後				合計
		不安なし	あまり不安なし	時々不安	非常に不安	
初回	不安なし	0	0	0	0	0
	あまり不安なし	0	1	0	0	5
	時々不安	0	3	3	0	16
	非常に不安	0	1	3	2	6
	合計	0	8	14	5	27

表8. 初回と3か月後の体力の変化

体力		3か月後				合計
		かなりある	普通	やや弱い	非常に弱い	
初回	かなりある	0	0	0	0	0
	普通	0	5	0	0	5
	やや弱い	1	3	13	0	17
	非常に弱い	0	0	1	4	5
	合計	1	8	14	4	27

自由筆記にて調査した初回と3か月後の本人の意欲と希望を図8, 9に示す。意欲では、初回には「自分でしたい」11名(35.4%)、「疾患による妨げがある」6名(19.3%)であるが、3か月後には「自分でしたい」9名(29.0%)、「前向き」8名(25.8%)となり、「疾患による妨げがある」0名となっている。希望の変化では初回には「以前のようにになりたい」と望む者が多いが、3か月後には「現状を保ちたい」と望む者が増えており、3か月後の生活への満足感が示唆される。本人の意欲および希望から高齢者は「自分でしたい」「できないことだけを手伝って欲しい」と感じていることが分る。

図8. 初回と3か月後の本人の意欲変化

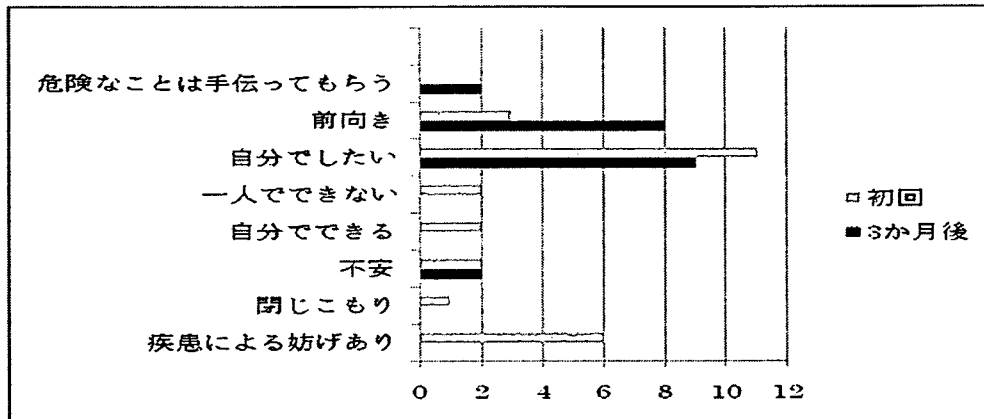
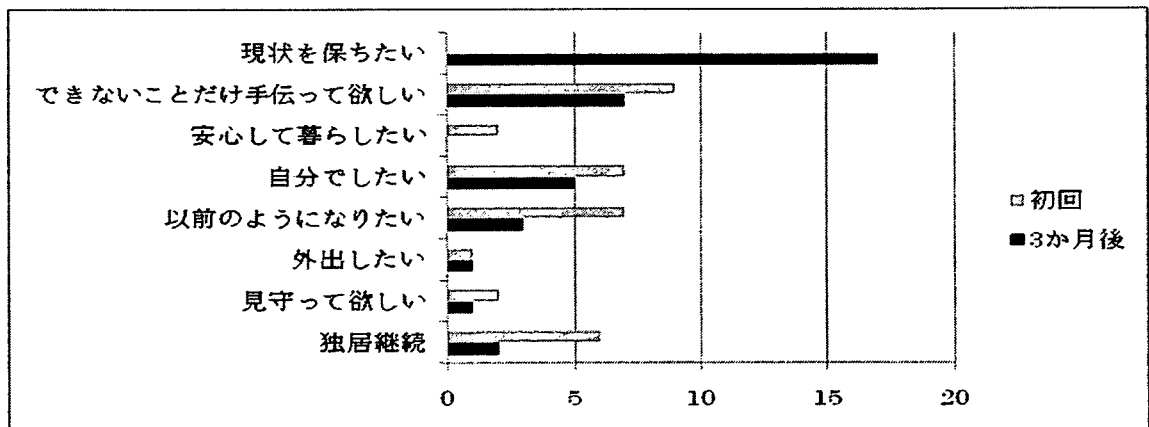


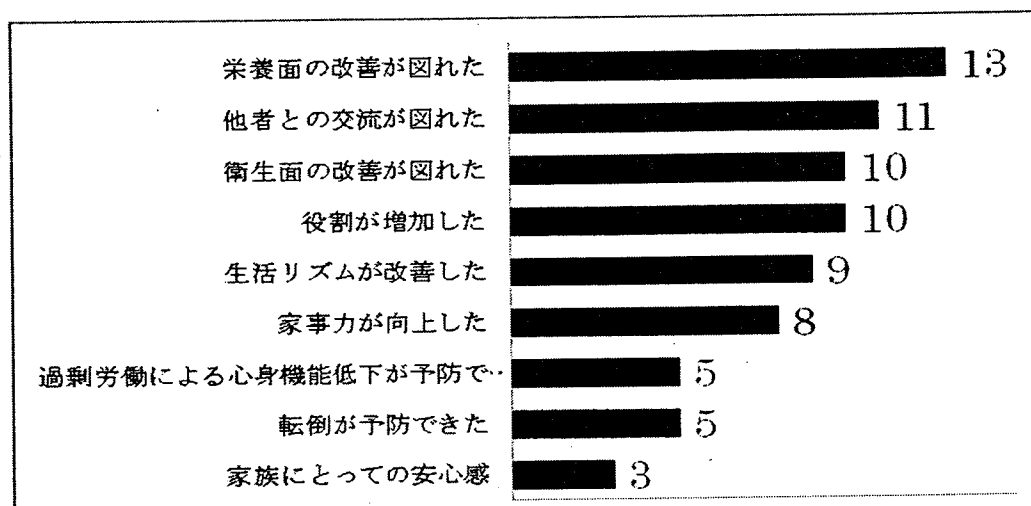
図9. 初回と3か月後の本人の希望の変化



3か月間の経過と本人からの聞き取りで得られた結果を図10に示す。

訪問介護の介入によって良かった点として、「栄養面の改善が得られた」13名(41.9%)、「訪問介護員を含む他者との交流が図れた」14名(45.2%)、「衛生面の改善が図れた」10名(32.2%)、「役割が増加した」10名(32.2%)、「生活リズムが改善した」9名(29.0%)、「家事力が向上した」8名(25.8%)、「過剰労働による心身機能の改善が図れた」5名(16.1%)、「転倒が予防できた」5名(16.1%)、「家族が安心できた」3名(9.7%)が記述されていた。

図 10. 3 か月経過後の状態および本人からの聞き取り（自由筆記：複数回答）



4. 考察

今回の調査結果から要支援者に対する訪問介護の介護予防効果について考察する。

1) 退院時や体調不良時の支援としての効果

本調査から訪問介護の利用理由として疾病等による心身機能の低下によるものが多いことが分かった。また、主観的健康感、体力ともに訪問介護導入時よりも3か月経過後の結果に改善傾向がみられた。加えて、本人の意欲面でも導入時には「疾患による妨げがある」と感じているが3か月後にはその回答はみられなかった。

これらの結果から、退院時や体力低下時に訪問介護を導入し、要支援者が不安に感じる事項を支援することで、在宅生活を維持することにつながっていると考えられる。

病院からの退院決定因子として、介護支援の情報提供が重要であるとされている¹⁾。このことから退院時や体調不良時に要支援者が不安に感じる IADL、ADL を訪問介護により適切に支援すること、またそれを具体的に示すことで、要支援者の在宅生活への不安を軽減し、適時適切な退院の実現を支援していると考えられる。

2) IADL 支援への効果

今回の調査結果から、軽度の要支援者にとって、掃除や買い物、中でも重い物の運搬やトイレ、浴室の掃除といった身体に負担の大きい IADL に対する困難があることが分かった。その困難な事項に対して、訪問介護が適切に支援することで、IADL 能力の維持、向上につながると考える。

さらには要支援者の「できることはしたい」という気持ちに配慮し、できること、できないことを見極め、できないことも訪問介護員と共同で遂行するといった工夫をすることで意欲の改善をもたらすと考える。また、要支援者本人が自分自身の身体を見極め、負担なく実現できる IADL 手法を身につけることにもつながっていると考えられる。

また、認知症による記憶力低下や見当識障害への支援として「用意した食べ物の場所を示す」、「食事時間を示す」、「食べ物の鮮度を管理する」ことが下膳、配膳等の家事支援が必要であることが示された。認知症の支援にとって適切なアセスメントが重要であることは言うまでもないが、

今回得られた結果は訪問介護における支援を考えるうえで、認知症の IADL アセスメント時の具体的指標となると考える。

3) ADL 支援への効果

訪問介護介入前まで「調理ができずに栄養失調気味である」、「惣菜や外食中心で栄養に偏りがある」、「買い物に行けないため食材調達が困難である」が、訪問介護により調理および買い物の支援を受けることで、バランスのとれた食事ができるようになり改善がみられたとする事例があった。

高齢者にとって適切な栄養管理が介護予防において効果がある^{2)~4)}ことはすでに示されているが、本調査結果から訪問介護は栄養面の改善に対して適切な支援となることが示唆された。

また衛生面では、認知症や身体機能の低下により「長年入浴していない」、「衣服の清潔が管理できない」といった状況に訪問介護の支援が入ることで入浴、清拭、衣類の清潔を保つことができるようになった。さらに、認知症を有する要支援者には、古くなった食物の管理が困難であるなどの問題があった。これらの状態に対して、定期的に訪問介護が介入し、支援することにより不衛生な状態から生じる心身機能の低下を予防できると考える。

4) 心身機能の維持、向上に対する効果

今回の調査では、要支援者にとって困難に感じる大きな物の運搬、身体機能の低下により遂行困難となった掃除や整理整頓を訪問介護が支援することで、環境面の危険が取り除かれるとする事例があった。高齢者の転倒要因としてバランスの低下や環境の不備が言われている^{5)~7)}が、訪問介護による物の運搬の支援や、掃除により要支援者が動きやすい環境を整備することは、転倒予防の効果につながっていると考える。

また、本調査事例の多くは独居であり、他者との交流が少ないという状態にあった。訪問介護の訪問により他者と話をする機会を得、訪問を楽しみにしているという回答が多くみられた。一日誰とも話をせず、家に居る高齢者の生活にとっては、訪問介護の訪問自体が精神機能の活性化につながっていると考える。

5. まとめ

今回の調査により訪問介護は①退院時や体調不良時の IADL、ADL における不安を軽減し、在宅生活維持の支援となること、②軽度者では、掃除や買い物など身体的負担の大きな項目についての支援が必要になること、③認知症による記憶力低下、見当式障害に対しては配膳、下膳時の支援が必要になること、④栄養改善の支援となること、⑤衛生面改善の支援となること、⑥整理整頓により転倒予防の支援となること、⑦訪問自体が精神機能の活性化につながることを結果を得た。

今後、訪問介護のより効果的な支援を実現するためにも、さらに要支援者の状態を具体的に捉えることが課題であり、中でも IADL に関する支援の具体的内容の把握が課題である。

参考文献

- 1) 戸島雅彦、西谷幹雄、萩原良治：脳梗塞急性期入院例の入院期間と退院先に影響する因子，リハビリテーション医学，Vol.38, No.4, pp.268-276, 2001
- 2) 加藤裕子：高齢者の栄養管理の重要性 2) 看護師の立場から，老年医学，Vol.44, No.7, pp.897-902, 2006
- 3) 栄養改善についての研究班：栄養改善マニュアル，厚生労働省老健局老人保健課，2006
- 4) 新屋敷志保子：一人暮らし高齢者への訪問栄養指導の取り組み～在宅ケアを定着させるための実践～，月刊総合ケア，Vol.12, No6, pp.57-58, 2002
- 5) 土田隆政：転倒の要因～外的要因～，THE BONE，Vol.17, No.3, pp.249-252, 2003
- 6) 児玉桂子：高齢者の転倒予防のための住環境，老年精神医学雑誌，Vol.16, No.8, pp.941-946, 2005
- 7) 新野直明：転倒リスクの多因子評価，Geriatric Medicine，Vol.43, No.1, pp.61-65, 2005

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）

「介護予防の効果評価とその実効性を高めるための地域包括ケアシステムの
在り方に関する実証研究」
研究報告書

3-5. 地域支援事業、通所介護事業、訪問リハビリテーション事業、 訪問介護事業における介護予防効果

分担研究者 備酒伸彦 神戸学院大学総合リハビリテーション学部准教授

主任研究者 川越雅弘 国立社会保障・人口問題研究所室長

介護予防の方法論（対象の選び方、対象に応じた対処法）と効果に関する知見を得ることを目的に、介護予防の本来の目的である「生活機能の維持・向上」に焦点を当てた評価表を作成し、対象も提供されるサービスも異なる「地域支援事業」「通所介護事業」「訪問リハビリテーション事業」「訪問介護事業」について統一した効果測定を行い、それぞれのサービスの特徴と効果について明らかにすることとした。

詳細な結果は各々の報告に譲り、本論ではこの調査結果を概観し考察を加えた。

Robert L. Kane らは Essential of geriatric medicine の中で、生活機能は身体機能、適切なケア、意欲という3つの要素により構成され、その3要素の関係はかけ算、つまり一つの要素が0であれば生活機能が成り立たないという関係性を示している。我々が行った調査結果からも、身体機能、適切なケア、意欲の3要素がうまく組み合わせられた時に生活機能の維持・向上という成果がみられており、運動器の機能向上が直接的に生活機能を維持・向上させるという単純な関係ではないことが分かった。

また、調査結果から、生活機能が向上したケースを「回復モデル」と「生活変容モデル」という2類型に大別することができた。「回復モデル」は、機能障害の著明な回復により、動作能力に明らかな向上を得てADL能力が改善し、生活機能が向上したというモデルで、通所介護を利用し始めた初期段階と訪問リハビリテーションの事例にこのようなモデルをみることができる。「生活変容モデル」は身体機能障害や動作能力に大きな変化は無いものの、サービスの介入により「できる・しているADL」が増加し、その結果、当人に自信が生まれ生活機能が向上したというモデルで、通所介護を利用する事例にこのようなモデルをみることができる。

A. 研究目的

介護予防の方法論（対象の選び方、対象に応じた対処法）と効果に関する知見を得ることを目的に、対象も提供されるサービスも異なる「地域支援事業」「通所介護事業」「訪問リハビリテーション事業」「訪問介護事業」について「生活機能の維持・向上」に関する効果測定を行い、それぞれのサービスの特徴と効果について明らかにすることとした。

B. 研究方法

1 評価内容（アセスメント項目）

「生活機能とは心身機能・構造、活動、参加を含む包括機能である」と定義し、この定義にしたがって以下のようなアセスメント項目からなる評価表を作成し効果測定を行った。

「心身機能・構造」については、「運動要素」と「サービス利用者の自己評価」の2側面から評価することとして、運動要素としては歩行速度、TUG、片足立ち時間をアセスメント項目とした。

「サービス利用者の自己評価」としては、介護予防スクリーニング調査で用いられている基本チェックリストに含まれる、運動器、栄養・口腔、認知、うつをアセスメント項目とした。

「活動」については「している活動」と「できる活動」に分けて、IADL（家事、交通機関利用、服薬管理、買物）、ADL（立ち上がり、歩行、移動、衣服着脱、排泄）、外出頻度／移動手段、日中の活動をアセスメント項目として問診した。これに加えて、サービス利用者の自己評価として、基本チェックリストに含まれる交通機関での外出、外出頻度変化をアセスメント項目とした。

「参加」については基本チェックリストに含まれる、友人宅訪問、家族相談対応をアセスメント項目とした。

これらに加えて、「生活機能阻害要因」として転倒歴、転倒不安感、麻痺・拘縮、運動障害、痛みをアセスメント項目とした。

2 評価実施方法と分析に際しての着目点

サービス提供開始時と3ヶ月後に評価を実施した。その上で、「心身機能は維持・向上したのか」、「日常生活の活動性は維持・向上したのか、①している日常生活活動は増えたのか、②できる日常生活活動は増えたのか、③できるにも関わらずしていないことはないか」、「外出頻度は増えたのか」、「参加は維持・向上したのか」について着目して分析を加えた。

C. 研究結果

いずれの事業においても、身体機能、適切なケア、意欲の3要素がうまく組み合わせられた時に生活機能の維持・向上という成果がみられており、運動器の機能向上が直接的に生活機能を維持・向上させるという単純な関係ではないことが分かった。

また、生活機能が向上したケースを「回復モデル」と「生活変容モデル」という2類型に大別することができた。「回復モデル」は、機能障害の著明な回復により、動作能力に明らかな向上を得てADL能力が改善し、生活機能が向上したというモデルで、通所介護を利用し始めた初期段階と訪問リハビリテーションの事例にこのようなモデルをみることができた。「生活変容モデル」は身体機能障害や動作能力に大きな変化は無いものの、サービスの介入により「できる・しているADL」が増加し、その結果、当人に自信が生まれ生活機能が向上したというモデルで、通所介護を利用する事例にこのようなモデルをみることができた。

D. 考察およびE. 結論

地域支援事業を通して生活変容を企図したアプローチを行い、何らかの疾病・障害に対しては主として医療機関が回復に主眼を置いたアプローチを提供し、その後はディサービス等の介護事業所が好ましい方向への生活変容を維持するようなアプローチを行うという、継続性のあるサービスの在り方と、適切な役割分担の重要性を知ることができた。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1 論文発表

なし

2 学会発表

なし

H. 知的所有権の取得状況の出願・登録状況

1.特許取得

なし

2.実用新案登録

なし

3.その他

なし

第3章 生活機能歴へのサービス面からの支援

研究報告5. 地域支援事業、通所介護事業、訪問リハビリテーション事業、訪問介護事業における介護予防効果

備酒伸彦（神戸学院大学）

川越雅弘（国立社会保障・人口問題研究所）

1. はじめに

介護予防は「どのような状態にある者であっても、生活機能の維持・向上を積極的に図り、要支援・要介護状態の予防およびその重症化の予防、軽減により、高齢者本人の自己実現の達成を支援すること。（出典）厚生労働省老健局：介護予防に関する事業の実施に向けての実務者会議資料」と定義されるもので、本来、様々な人々に広く適応されるべきものである。

ところが実際には「介護予防」という言葉が一人歩きし、保健・医療・福祉関係者に拒否的な反応さえあることも事実である。この背景には「介護予防」の方法論（対象の選び方、対象に応じた対処法）や効果に関する知見の不足があることも否めない。

そこで我々は、生活機能に焦点を当てた評価表を作成し、対象も提供されるサービスも異なる「地域支援事業」「通所介護事業」「訪問リハビリテーション事業」「訪問介護事業」について統一した効果測定を行い、それぞれのサービスの特徴と効果について明らかにすることとした。

これらの詳細な結果は各々の報告に待つこととして、本論では、この調査結果も含めて「リハビリテーションと介護予防の関係」「理学療法士・作業療法士（以下 PT・OT）の介護予防への寄与」について考察し、介護予防実現の一助としたい。

2. 介護予防とリハビリテーション

介護予防を実践するためには、その方法論と効果に関する知見を積み重ねていくことが不可欠であるが、それ以前に、介護予防というものの概念を明確にして、それを一般国民も含めて介護予防に関わる全ての人々が共有することが重要である。そこで本論でもまず介護予防の捉えた方について考察したい。

砂原らは¹「リハビリテーション（岩波新書）」の中で、病気も障害も「健康」に対する反対概念である。しかし「健康」そのものが大変定義するのに難しい概念であると述べ、病気や障害というものの定義自体が困難であるとしている。

介護予防は、このように定義が困難で個人間で共有しにくい病気や障害という

概念に「老い」という要素が加わることからますます定義が困難である。しかしこのような困難さは介護予防に始まったものではなく、高齢者リハビリテーションの現場において常に議論されてきたものである。

2007 年中に本邦で発表された高齢者リハビリテーションに関する論文を、「高齢者」「リハビリテーション」「効果」というキーワードで医学中央雑誌を用いて検索すると 255 本の論文が検出された。論題と要旨を概観すると、効果の捉え方は「生理機能」「身体機能」「精神機能」「動作機能」「ADL」「活動性」「QOL」に大別できる。すなわち高齢者リハビリテーションに関わる臨床家、研究者が様々な切り口から高齢者リハビリテーションの効果判定に取り組んでいるわけである。このような状況も現在の介護予防に関わる議論とほぼ同様で、換言すれば、介護予防も高齢者リハビリテーションも同じ目標に向かっているし、ほぼ同様の手法を用いていることから、介護予防と高齢者リハビリテーションの概念は極めて近接したものであるといえる。

このような整理をした上で、介護予防や高齢者リハビリテーションの目標である「生活機能の維持・向上」に立ち戻って、具体的な手法について考えてみることにする。

Robert L. Kane らは Essential of geriatric medicine² の中で、人の生活機能を図 1 のように整理している。人の生活機能は身体機能、適切なケア、意欲という 3 つの要素により構成され、その 3 要素の関係はかけ算、つまり一つの要素がゼロであれば生活機能が成り立たないという関係性を示している。

$$\text{生活機能} = \frac{\text{身体機能} \times \text{適切なケア} \times \text{意欲}}{\text{社会的・身体的環境阻害因子}}$$

[Robert L. Kane et al.,
Essential of geriatric medicine 1994 一部改変]

図 1 人の生活機能を構成する要素

生活機能は、単に身体機能のみではなく様々な要素が絡み合った結果として現れるということは、臨床の現場にある者に限らず広く理解できることで、この考えに従うと、介護予防の目的である「生活機能の維持・向上」を実現するために必要な取り組みが明確に見えてくる。

そこで次節からは、介護予防を実現するために何が必要かを、我々が行った調査の結果を概観した上で、この3要素についてPT・OTの専門性と役割を絡めながら考えていくことにする。

3. 調査結果の概観

「地域支援事業」「通所介護事業」「訪問リハビリテーション事業」「訪問介護事業」いずれの調査結果を見ても、身体機能、適切なケア、意欲の3要素がうまく組み合わさった時に生活機能の維持・向上という成果がみられており、運動機能の向上が直接的に生活機能を維持・向上させるという単純な関係ではないことが分かった。

「通所介護事業」と「訪問リハビリテーション」の調査結果をから、生活機能が向上したケースを「回復モデル」と「生活変容モデル」という2類型に大別することができた

「回復モデル」は、機能障害の著明な回復により、動作能力に明らかな向上を得てADL能力が改善し、生活機能が向上したというモデルで、通所介護を利用し始めた初期段階と訪問リハビリテーションの事例にこのようなモデルをみることができる。

「生活変容モデル」は身体機能障害や動作能力に大きな変化は無いものの、サービスの介入によりできる・しているADLが増加し、その結果、当人に自信が生まれ生活機能が向上したというモデルで、通所介護を利用する事例にこのようなモデルをみることができる。

従来のリハビリテーションではこの2者のうち「回復モデル」に主眼が置かれてきた。もちろん医療の中で実施されるリハビリテーションでは当然のことであるが、一方で「生活変容モデル」の生活機能向上があることも十分認識しておくことが必要である。測定・評価が容易な身体機能にだけ目を向けていると、本来の目標である生活機能の維持・向上という、リハビリテーションや介護予防の主旨から逸脱してしまうということも改めて認識しておく必要がある。

また、このように考えると、地域支援事業を通して生活変容を企図したアプローチを行い、何らかの疾病・障害に対しては主として医療機関が回復に主眼を置いたアプローチを提供し、その後はディサービス等の介護事業所が好ましい方向への生活変容を維持するようなアプローチを行うという、継続性のあるサービスの在り方と役割分担が明確になってくる。

4. 介護予防実現に向けて

1) PT・OTの専門性と役割

PT・OTの専門性を図2のように整理した。

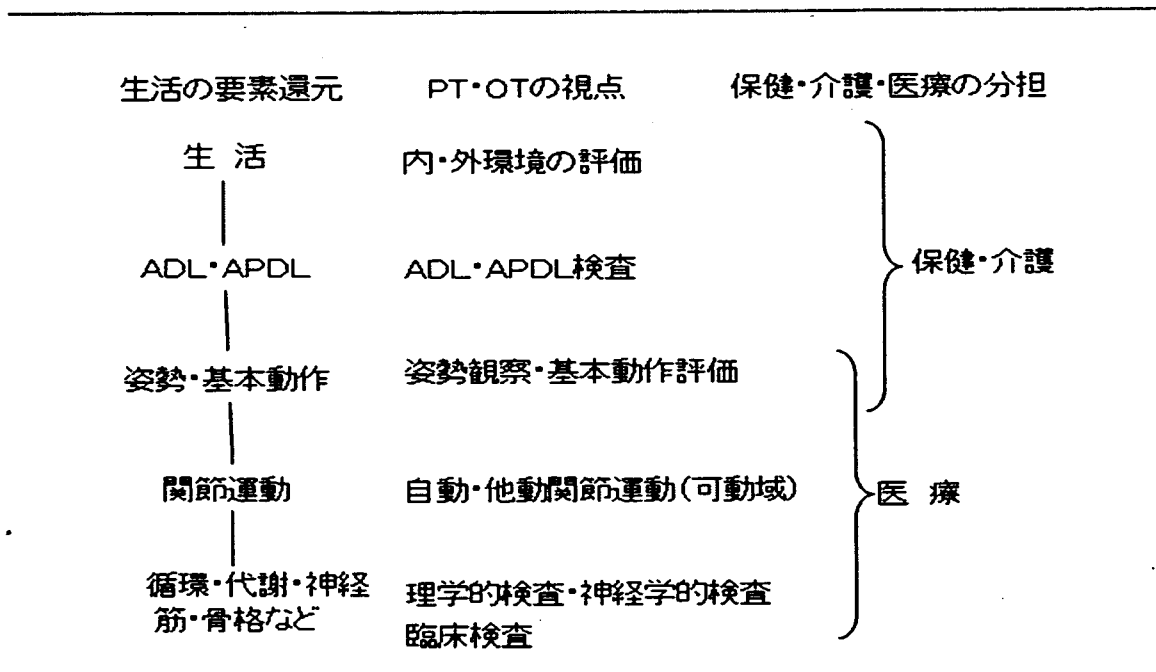


図2 生活の要素還元的捉え方とPT・OTの視点

この図は、「生活」は「日常生活（周辺）活動 以下ADL・IADL」を大きな構成要素として成り立ち、「ADL・IADL」は「姿勢・基本動作」によって構成され、「姿勢・基本動作」は「関節運動」によって、「関節運動」はさらに細かな要素によって成り立っているという考えを図示したもので、中央にそれぞれ対するPT・OTの視点を示したものである。

このようにPT・OTの専門性はいずれの階層にも関わる広いものである。したがって介護予防の分野においても当然大きな役割と責任を担うべきである。一方、専門性が広いだけに、どのような立場で何を為すべきなのかを明確にしておかないと、例えば、介護の現場にいながら生活とはあまりにかけ離れた細かな部分にこだわり過ぎたり、逆に、細かな要素をしっかりとみるべき医療の場面で、生活に目を奪われて課題を見落とすといった誤りをおかす危険がある。

先述したように、個々のケースにおいて回復を主眼においた取り組みが必要なのか、生活変容が必要なのかをアセスメントして、より効果的なアプローチを提供できるように、ケースを抱え込むことなく多様なサービス提供機関と十分に連携を図ることが重要である。

2) 身体機能

身体機能は生活機能を左右する大きな要素であることは自明であるが、過去のリハビリテーションや介護の現場ではあまりに身体機能に偏った取り組みがなされてきたことも事実である。もちろんこれは、まずは生命を維持し身体機能を維持するという当然の考えから生まれたもので、わが国の介護、リハビリテーションの歴史を考えれば非難されるべきものではない。

しかし、リハビリテーションや介護が充実し介護予防をも考えることができるようになった当節では、このような偏った取り組みは決して適切であるとは言えない。また、身体機能は検査・測定が客観的に容易なことから種々の取り組みの効果指標として扱われやすいが、それが対象者の生活機能にどのような影響しているという視点を忘れては、方法が目的に優先する本末転倒となるので特に注意が必要である。

先述した「生活変容モデル」を念頭に置くと、介護予防の現場で求められる身体機能への取り組みは、過去のリハビリテーション現場で日常的に使われてきた「訓練」というイメージのものではなく、当人が爽快感を感じ、常に何らかの達成感を得られるようなものであるといえる。

3) 適切なケア

(1) 自立支援（行為の自立と決定の自立）

「自立した生活」を実現することはリハビリテーションと介護予防の共通する目標といえる。

ここで注意しておかねばならないのは、目に見える「行為の自立」だけではなく、当人の「決定の自立」に対する支援が重要であるということである。

例えば、立つ・歩くといった動作や、炊事や洗濯といった日常生活での行為がなされるためには、その前段に、当人が立とう・歩こうと思い、炊事や洗濯をしようとする「決定の自立」がある。決定の自立が無ければ行為の自立はあり得ないし、さらに、決定の自立機能は、廃用性の機能低下を来しやすいものであることも忘れてはならないことで、この点に十分配慮することによって「生活変容モデル」の生活機能の維持・向上が図れるともいえる。

(2) サービスの継続性

「回復」を企図した取り組みと「生活変容」を意識した取り組みの両者が、切れ目無く継続して実施されることが望ましいのは先述のとおりである。

一方で、医療機関によるサービスと介護保険事業所からのサービス、さらには市区町村が実施する事業に必ずしも実際的な連携があるとはいえず、個々の資源としては充足していても、それが適切なサービスとして利用者に提供されていないことも否めない。

この点は、地域包括支援センターが主体となって取り組むべき大きな課題といえる。

4) 意 欲

図3に示した事例の在宅での暮らしを想像してみると、普段の居場所は寝室か居間で、介護を受けながら消極的な生活を送っている姿が浮かんでくる。ところが、実際の事例は写真に示すような「堂々と自立した一人暮らし」を実現している。

女性 82歳

多発性脳梗塞

パーキンソニズム → 全身に中程度の麻痺

心疾患 → 動悸、易疲労性

Ⅱ型糖尿病 → 食事の制限

変形性膝関節症 → 痛み、起居動作に障害

* 床から立ち上がることも容易ではない

* 壁にすがりながら歩く



図3 事例紹介（身体機能）

写真 事例紹介（生活の状況）

保健師と共に訪問すると自ら歩行車を押して玄関まで出迎えてくれる。台所では「自分でご飯をつくるのよ」と自慢げに語ってくれる。保健師に自らのことを主体的に語る。サービスをうまく使いながら見事に自立した暮らしぶりである。この事例は図1で示したRobert L. Kaneらの示唆を証明しているように思う。

図3に示すような身体状況であれば、座りきりや寝たきりに近い生活を送っているケースも容易に想像できる。一方、ここで紹介した事例は自立した一人暮らしである。まさに、適切なケアと当人の意欲によるもので、このような事例を念頭に置きながら介護予防の具体策を検討することは極めて意義深いことである。

5. おわりに

本論では高齢者リハビリテーションと絡み合わせながら介護予防のあり方について考察した。

1989年のゴールドプランにより社会的介護の端緒に立ち、2000年の介護保険により本格的な社会的介護を実現したわが国にあって、「介護」のありよう自体が国民の間で明確に共通理解されておらず、いわんや「介護予防」の概念整理は未だスタートラインにあって当然である。

このことをわきまえた上で、生活機能の向上に資する介護予防の具体的な方法について実践的な知見の蓄積と分析を重ねていきたいものである。

(参考文献)

-
- 1) 砂原茂一：「リハビリテーション」岩波新書，1980
 - 2) Robert L.Kane et.al："Essentials of Clinical Geriatrics"，2004

3-6. 要支援者の身体機能および主観的健康感に関する研究

分担研究者 山本大誠 神戸学院大学総合リハビリテーション学部助手
分担研究者 備酒伸彦 神戸学院大学総合リハビリテーション学部准教授
研究協力者 大浦由紀 デイサービスセンター リハ・リハ 所長

わが国の介護保険法は、自立支援を重視する観点から2005年度に「予防重視システムの転換」として改正され、2006年度には改正前の「予防給付」が対象者の範囲、サービス内容、マネジメント体制などを見直した「新たな予防給付」へと改正され、要支援2が創設された。要支援2の主な対象者は、改正前における介護認定で要介護1の対象者であり、これまでの要支援者に提供されている予防給付サービスが要支援2の対象者についても効果的であるかについての検証は十分に行われていない。本研究は、2006年度から予防給付サービスを1年間継続利用した要支援1および要支援2の対象者についてどのような特徴があるのかを調査し、より効果的な介護予防サービスの取り組みについて検討することを目的とした。

対象は、神戸市西区に開設されているデイサービスセンターにおいて、2006年4月から1年以上の予防給付によるサービスを継続利用し、当該施設で定期的実施している ①身体機能検査（TUG、FR、片足での立位保持検査、5m歩行時間） ②主観的健康観（SF-36、自尊心尺度、自己効力感）に関する調査 ③動的バランス検査に関するそれぞれの検査を完了した者であった。

身体機能検査は、サービス利用開始の初回検査時において、「TUG」と「5m最大歩行」に要支援1が要支援2よりも有意に高い身体機能の値を示した。サービス利用後1年間（4回分）の比較では、全ての項目に有意な値の変動は認められなかった。主観的健康観は、サービス利用開始の初回検査時において、SF-36の「身体機能」に要支援1が要支援2よりも有意に高い値を示した。サービス利用後1年間（2回分）の比較では、SF-36の「身体機能」、「社会生活」、「体の痛み」の項目において要支援1が有意な値の減少、「活力」に要支援2が有意な値の増加、自己効力感の「階段昇降」に要支援1が有意な値の減少が認められた。動的バランス検査は、サービス利用開始の初回検査時において、動作1および動作2の各検査指標に有意差は認められなかった。バランストレーニング前後の比較では、動作1では要支援2において総軌跡長、矩形面積、総半径長で有意な成績の改善、動作2では要支援2において総軌跡長で有意な成績の改善が認められた。

本研究は、要支援1および要支援2の対象者への予防給付サービスの効果について、1年間の調査を行った。その結果、身体機能については大きな改善はみられなかったが、主観的健康観は、要支援2の対象者において改善傾向が示された。予防給付サービスを継続することにより、主観的健康観が改善した要支援2の対象者においてバランス機能の改善が認められたことは、心理面の影響が関与していると考えられる。主観的健康観は、高齢者の生き甲斐や自分なりに生きることの満足感として捉えることができ、心身相関を基盤とするこれらの概念もケアのあり方に重要な要素となる。身体機能と主観的健康観など心身両面の評価から、高齢者を捉えてより効果的なリハビリテーションのあり方について検討していくことが今後の課題である。