

A. 研究目的

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。

B. 研究方法

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: timed up and go test、FR: functional reach test、片足での立位保持検査、5m 歩行時間) ②主観的健康観 (SF-36 (Short-Form 36-Item Health Survey))、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を対象に、要支援1および要支援2の対象者について比較、検討した。

(倫理面への配慮)

本調査実施にあたり、対象者には研究の内容を口頭および文書で説明し、得られた情報は個人情報保護法に基づき厳重に管理すること、個人が特定されない取り扱いを行うこと、目的以外の使用を行わないことを約束した上で同意が得られた利用者を対象とした。なお、本研究は「神戸学院大学ヒトを対象とする研究等倫理委員会」において審査を受け了承された。

C. 研究結果

①身体機能検査

身体機能検査のベースラインでは、

「TUG」と「5m 最大歩行」において要支援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、全ての項目において有意な値の変動は認められなかった。

②主観的健康観

主観的健康観のベースラインでは、SF-36の「身体機能」において要支援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。

③動的バランス検査

動的バランス検査のベースラインでは、動作1および動作2の各検査指標において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。

D. 考察およびE. 結論

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り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。

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

山本大誠(神戸学院大学)

備酒伸彦(神戸学院大学)

大浦由紀(西神戸リハビリ・コンディショニングユニット リハ・リハ)

1. はじめに

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」へと改正された¹⁾。この改正では、これまで6段階(要支援、要介護1~5)であった要介護認定が、要支援2の創設により7段階(要支援1および2、要介護1~5)へと再編された。この制度の見直しは、要支援者に対する従来の一律なサービス提供から、効果が明確な運動機能および口腔機能の改善、栄養改善などを含む予防の概念が重視されたプログラムの提供を目的の一つとしている。

要支援2は、日常生活動作を行う能力がわずかに低下し、何らかの支援が必要であるが、予防給付サービスの利用により状態の維持および改善の可能性が見込まれる状態にある者が対象とされる。要支援2の対象者への予防給付サービスは、要支援1の対象者と同様に自立支援を重視した内容が提供される。しかし、要支援2の対象者は、約70%が「新たな予防給付」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。予防給付サービスの効果を要支援1と要支援2の対象者において検討することは、対象者の特徴を知るための手がかりとなり、より効果的な介護予防サービスを考える上で重要な課題となる。

本研究は、「新たな予防給付」に改訂された平成18年度からサービスを1年間継続利用した要支援1および要支援2の対象者の介護予防の効果に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。

2. 対象

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: timed up and go test、FR: functional reach test、片足での立位保持検査、5m歩行時間) ②主観的健康観(SF-36 (Short-Form 36-Item Health Survey))、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。

本調査実施にあたり、対象者には研究の内容を口頭および文書で説明し、得られた情報は個人情報保護法に基づき厳重に管理すること、個人が特定されない取り扱いを行うこと、目的以

外の使用を行わないことを約束した上で同意が得られた利用者を対象とした。①から③までの対象者の属性を表1に示した。

表1. 対象者の基礎属性

		要支援1	要支援2	全体
①身体機能検査	男性	4	15	19
	女性	9	16	25
	年齢	77.1±8.14	76.9±7.88	76.4±7.86
②主観的健康観	男性	3	10	13
	女性	5	12	17
	年齢	78.2±7.5	75.6±7.9	76.3±7.7
③動的バランス検査	男性	2	9	11
	女性	6	10	16
	年齢	77.1±8.1	77.5±5.7	77.4±6.4

平均±標準偏差

① 身体機能検査

身体機能検査は、1月・4月・7月・10月（初回検査は利用開始時）に行われ、1年を通して4回の検査を完了し、解析可能であった44名（男性19名、女性25名：平均年齢76.4±7.8歳）を対象とした。

② 主観的健康観

主観的健康観は、1月・10月（初回検査は利用開始時）に行われ、1年を通して2回の検査を完了し、解析可能であった30名（男性13名、女性17名 平均年齢76.3±7.7歳）を対象とした。

③ 動的バランス検査

動的バランス検査は、2007年1月に導入したスマイル・バランス（ミクニ社製）を使用して1月から4月までの3ヶ月間のバランス練習を完了し、解析可能であった27名（男性11名、女性16名：平均年齢77.4±6.4歳）を対象とした。

3. 方法

① 身体機能検査

TUGは、高齢者の転倒危険性を予測するために開発された動的バランスの検査法である。検査は、Mathias²⁾らの方法に準じて椅子座位を開始肢位とし、計測ははじめの合図で椅子から立ち上がり、椅子から3mの距離に設置したコーンまで移動してから方向転換し、椅子まで戻って座るまでの時間を測定した。

FRは立位姿勢からできるだけ上肢を前方に突きだし、その距離を測定する動的バランスの検査方法である。検査は、Duncan³⁾らの方法に準じて、両足底を床面に接地した状態で行った。

片足での立位保持検査は、バランス能力を簡便に計測できることから種々の研究で報告がなされ、姿勢変化に対応する安定化を図る調節能力の指標として有用であるとされている⁴⁾。計測値は、左右それぞれの施行における片足での立位保持時間の最大値を採用した。

5m 最大歩行は、歩行に要した時間の計測を行った。

解析は、それぞれの検査値について、ベースラインの比較として要支援 1 および要支援 2 における初回評価時の成績を対応のない t-検定により行った。また、対象者の 4 回分のデータを要支援 1 および要支援 2 の対象者それぞれについて繰り返しのある一元配置分散分析および多重比較検定により解析した。

② 主観的健康観

主観的健康観は、自己記入式のアンケート調査として行った。

SF-36 は、8 つの健康概念（身体機能、日常役割機能（身体）、日常役割機能（精神）、全体的健康感、社会生活機能、体の痛み、活力、心の健康）から健康関連 QOL を測定するために開発された尺度である。

自己評価尺度は、自己に対する自尊感情に対する肯定的あるいは否定的な態度を 10 項目で評価する Rosenberg の自尊心尺度を使用した⁵⁾。

自己効力感は、ある結果を生み出すために必要な行動をどの程度うまくいできるかという予測（効力予測）についての自己の認知（自己遂行可能感）を測定する尺度である。本研究では、重量挙げ、歩行、階段昇降の 3 つの項目に対し「行うことができない」（0 点）から「十分に行うことができる」（100 点）までを測定した。

解析は、それぞれの検査値について、ベースラインの比較として要支援 1 および要支援 2 の対象者における初回評価時の成績を対応のない t-検定により行った。また、対象者の初回データと 2 回目の検査値を要支援 1 および要支援 2 の対象者それぞれについて対応のある t-検定により解析した。

③ 動的バランストレーニングおよび動的バランス検査

動的バランス検査および動的バランストレーニングは、スマイル・バランス（株式会社ミニ社製）を使用した。スマイル・バランスは、任意の足幅で直径 60cm の円形ボードに立位をとり、設定された種々の動作（外乱刺激）に対して姿勢を保つバランス運動トレーニング機器である。また、スマイル・バランスは、重心動揺計測による動的バランス検査が可能である。スマイル・バランスの動作は、傾斜角度（5°・10°・15°）、傾斜速度（5°・10°・20°/秒）、傾斜方向（後・前・右・左・左回転 360°）を任意に設定可能である。本研究におけるスマイル・バランスを使用した動的バランストレーニングは、対象者の状態に応じて理学療法士および作業療法士の評価をもとに運動プログラムを作成し、2007 年 1 月から 4 月までの 3 ヶ月間行った。

動的バランス検査は、傾斜角 10°、傾斜速度 10°/秒、傾斜方向が後・前・右・左の順で制御した動作 1 と、傾斜角 10°、傾斜速度 10°/秒、傾斜方向が左回転 360° で制御した動作 2 を設定した。各動作のサンプリングレートは、20Hz（50msec）とし、30 秒間の計測を行っ

た。検査指標は、ボードの中心点に重心位置を維持させるように説明したときの総軌跡長、矩形面積および総半径長を採用した。

解析は、動的バランストレーニングを実施した 27 名から得られた検査値について、ベースラインの比較として要支援 1 および要支援 2 の対象者における初回評価時の成績を対応のない t-検定により行った。また、対象者の 2007 年 1 月と 4 月の検査値を要支援 1 および要支援 2 の対象者それぞれについて対応のある t-検定により解析した。

なお、全ての解析において統計学的に有意な確率は、両側検定で 5%未満とした。

4. 結果

① 身体機能検査

身体機能検査のベースラインでは、「TUG」と「5m 最大歩行」において要支援 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、全ての項目において有意な値の変動は認められなかった（表 2）。

表 2. 介護度別の身体機能検査の結果

		要支援 1 N=13	要支援 2 N=31	ベースラインの比較
TUG	1回目	10.09±3.54	16.13±9.11	*
	2回目	9.46±2.58	14.33±7.42	
	3回目	9.94±3.48	14.92±8.99	
	4回目	9.62±3.30	14.58±7.46	
FR	1回目	26.72±6.64	25.37±7.39	ns
	2回目	27.77±8.09	25.46±7.05	
	3回目	29.03±9.23	26.34±7.74	
	4回目	29.65±8.65	25.55±4.93	
片足での立位検査	1回目	12.75±11.99	12.20±11.19	ns
	2回目	11.31±9.51	11.02±10.38	
	3回目	14.37±10.65	11.51±10.0	
	4回目	14.76±10.81	13.13±12.9	
5m最大歩行	1回目	4.23±1.58	6.99±4.54	*
	2回目	4.12±1.26	6.33±3.75	
	3回目	4.15±1.44	6.31±4.60	
	4回目	4.42±1.85	6.40±3.74	

平均±標準偏差

* P<0.05

Nは人数を示す

n.s.: no significant

介護度別に各評価月における成績について一元配置分散分析を行った

ベースラインの比較は要支援 1 と要支援 2 の 1 回目の比較を行った

グループ内比較は要支援 1 および要支援 2 の各グループにおいて一元配置

分散分析および多重比較検定を行った。

TUG: timed up and go test (単位は秒)

FR: functional reach test (単位はcm)

片足での立位検査 (単位は秒)

左右下肢筋力 (単位はN)

5m最大歩行 (単位は秒)

② 主観的健康観

主観的健康観のベースラインでは、SF-36の「身体機能」において要支援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(表3)。

表3. 介護度別の主観的健康観の結果

		要支援1 N=8	要支援2 N=22	ベースラインの比較		
SF-36	身体機能	1回目	66.25±11.88	* 46.14±23.09	*	
		2回目	46.88±25.49			43.41±27.10
	日常役割(身体)	1回目	56.25±14.94	58.52±29.29	n.s	
		2回目	50.00±28.15	58.52±31.78		
	日常役割(精神)	1回目	64.58±21.71	56.44±31.91	n.s	
		2回目	47.92±33.56	62.12±34.09		
	社会生活	1回目	79.69±18.82	74.43±27.13	n.s	
		2回目	59.38±29.69	70.45±31.94		
	心の健康	1回目	63.75±21.34	71.59±19.23	n.s	
		2回目	57.50±20.35	77.50±17.64		
	体の痛み	1回目	51.00±26.95	59.45±26.42	n.s	
		2回目	37.50±29.54	59.86±27.93		
	活力	1回目	59.38±43.23	65.63±18.97	* 73.01±14.92	n.s
		2回目	43.23±24.89	73.01±14.92		
全体的健康観	1回目	51.25±13.77	55.14±20.74	n.s		
	2回目	41.75±9.66	60.05±20.48			
自己評価尺度	自尊感情	1回目	34.75±6.58	32.14±8.46	n.s	
		2回目	34.38±5.88	33.27±7.88		
自己効力感	重量挙げ	1回目	30.00±33.76	13.24±19.97	n.s	
		2回目	20.94±33.45	18.92±29.45		
	歩行	1回目	45.31±28.88	44.94±28.96	n.s	
		2回目	31.09±36.46	43.01±31.27		
	階段昇降	1回目	25.94±20.41	26.25±24.47	* 30.06±25.26	n.s
		2回目	15.47±16.97	30.06±25.26		

平均±標準偏差 TUG: timed up and go test (単位は秒)

* P<0.05 FR: functional reach test (単位はcm)

Nは人数を示す 片足での立位検査 (単位は秒)

5m最大歩行 (単位は秒)

n.s: no significant

介護度別に各評価月における成績について一元配置分散分析を行った

ベースラインの比較は要支援1と要支援2の1回目の比較を行った

グループ内比較は要支援1および要支援2の各グループにおいて対応のあるt-検定を行った

③ 動的バランス検査

動的バランス検査のベースラインでは、動作1および動作2の各検査指標において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（表4）。

表4. 動的バランス検査の結果

		要支援1 N=8	要支援2 N=19	ベースラインの比較
総軌跡長	1回目	304.7±76.7	293.7±82.4	* n.s
	2回目	284.0±34.3	257.2±78.6	
動作1 矩形面積	1回目	262.8±114.7	204.6±59.3	* n.s
	2回目	254.9±69.3	145.2±55.6	
総半径長	1回目	2335.9±688.0	2100.2±196.1	* n.s
	2回目	2258.0±369.6	1654.0±261.9	
総軌跡長	1回目	340.5±46.8	317.7±92.7	* n.s
	2回目	315.8±41.4	277.2±70.7	
動作2 矩形面積	1回目	198.1±68.7	160.2±42.9	n.s
	2回目	226.9±67.9	157.1±64.6	
総半径長	1回目	2650.1±819.5	2278.3±355.0	n.s
	2回目	2873.3±646.5	2303.2±564.0	

平均±標準偏差

* P<0.05

Nは人数を示す

n.s: no significant

総軌跡長（単位はcm）

矩形面積（単位はcm²）

総半径長（単位はcm）

ベースラインの比較は要支援1と要支援2の1回目の比較を行った

グループ内比較は要支援1および要支援2の各グループにおいて対応のあるt-検定を行った

5. 考察

① 身体機能検査について

身体機能検査では、ベースラインにおいて TUG と 5m 最大歩行に有意差が認められた。また、要支援2の対象者において初回評価時から2回目評価において右下肢筋力に有意な値の増加が認められた。一方、要支援1の対象者は有意な値の変動が認められなかった。

要支援2の右下肢筋力を除いて有意な値の変動は認められなかったが、全体的に要支援1および要支援2の対象者の身体能力は、4回の身体機能検査を通して維持されていると考えられ

る。加齢による自然歴である身体機能の低下を考慮した場合、身体機能の維持は、介護予防の観点から予防給付サービスの効果を肯定的に捉えることができる。本研究の結果から、要支援1および要支援2の対象者の身体機能に対する予防給付サービスは、身体機能の維持に寄与していることが示唆された。

② 主観的健康観について

要支援1および要支援2の対象者は、身体機能に有意な値の減少が認められなかったが、主観的健康観については、SF-36の全ての項目において要支援1の対象者は値の減少が認められ、要支援2は身体機能を除く項目において値の増加が認められた。自己評価尺度に関しては、要支援1および要支援2の対象者ともに有意な値の変化は認められなかった。自己効力感については、SF-36と同様の傾向が示され、要支援1は値の低下、要支援2は値の改善が認められた。

介護度が軽度の対象者は、抑うつ傾向にあるとの報告⁶⁾があり、本研究結果はそれを支持する結果となった。主観的健康観は、心理的側面を反映した結果であることから、要支援1の対象者は要支援2の対象者と比較して心理面に問題を抱えることが推察される。本研究の結果から、特に介護度が軽度である要支援1の対象者は、抑うつ状態に対する支援が重要であると考えられる。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、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、要支援1および要支援2の対象者それぞれにとってより効果的な介護予防のあり方について検討していくことが重要な課題である。

③ 動的バランス検査について

本研究では、要支援2の対象者が動作1の全ての指標、動作2の総軌跡長において有意な値の改善が認められた。要支援2の対象者は、現状の身体能力を効果的に発揮できるようになったことが成績の向上に関係していると考えられる。要支援1の対象者は、バランス能力の改善が認められなかった。要支援1および要支援2の対象者ともに1年間を通して身体機能は有意な改善は示さなかったことから、バランス能力の改善を身体機能から説明することは困難である。バランストレーニングを行った時期は、主観的健康観の2回目の検査とほぼ同時期であり、主観的疲労感はや支援2において改善傾向にあり、要支援1で低下傾向にある。これらの因果関係を明らかにすることはできないが、主観的健康観と動的バランス検査の関連性は否定できない。バランス能力は、視覚系・体性感覚系・前庭系を主な要素として、中枢神経系（脊髄から皮質）、痛み（部位や程度）、身体配列（変形や異常筋緊張など）、身体部の欠損、筋機能など種々の機能系が複雑に関与することが知られている⁷⁾。本研究では、個々の身体機能の改善は認められなかったが、要支援2の対象者において種々の身体機能を全体として発揮する能力が改善したと考えられる。その背景には、主観的健康観との関連が重要な要因であると考えられる。したがって、個々の身体機能の改善が認められなかったとしてもリハビリテーションサービスの継続を行うことの意義は大きいといえる。

高齢者の運動機能のなかでも、バランス機能は加齢とともに著しい低下を示すことが種々の調査で明らかにされている。バランス機能は日常生活活動を保証する重要な機能系であり、ADLの低下は要介護度の重度化に直結することから、高齢者の介護予防に向けた取り組みにバランス機能の改善が重要な課題となる。

本研究は、要支援1および要支援2の対象者への介入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。加齢に伴い、高齢者は身体能力の低下や抑うつ傾向を示すと報告されている。要支援2の対象者は、要支援1の対象者と比較して生活機能が低いと判定されるが、本研究では身体機能に有意な差は認められなかった。予防給付によるサービスを継続することで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。より効果的な介護予防を考えるにあたり、竹中⁸⁾は、老いを迎えて自立することが困難になったり、その不安に直面したりしている高齢者には、社会がサポートするシステムが必要であり、軽度とか虚弱といわれる人にこそそのサポートが必要であると述べている。加齢による生活機能の低下は避けられないが、介護を予防するケアシステムによって高齢者の持つ心身機能および生活能力が最大限に発揮されると考える。なかでも主観的健康観は、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、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り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。

参考文献

- 1 財団法人厚生統計協会：『国民衛生の動向』，54(9)，224-236，2007.
- 2 Mathias S, Nayak US, Isaacs B : Balance in elderly patients: the "get-up and go" test. Arch Phys Med Rehabil 1986 ; 67(6) : 387-9.
- 3 Duncan PW, Weiner DK, Chandler J et al : Functional reach: a new clinical measure of balance. J Gerontol 1990 ; 45(6) : 192-7.
- 4 日野原重明，山田秀雄 他：「老化度の評価に関する研究 1. 閉眼片足起立動作の加齢による変化」，日本老年医学会雑誌，3(4)，289-294，1966.
- 5 Rosenberg, M. Society and the Adolescent Self-Image. Princeton : Univ. Press. 1965.
- 6 川越雅弘：「高齢者の運動機能に関する横断的研究」，『厚生労働科学研究補助金（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あり方に関する実証研究」分担研究報告書』，20-41，2007.
- 7 奈良勲，内山靖：「姿勢調節障害の理学療法－総論」，『姿勢調節障害の理学療法』，医歯薬出版株式会社，6，2004.
- 8 竹中星郎：「高齢者の“意欲”とは何か」，『ケアマネジャー』，7(11)，20-25，2005.

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

3-7. 在宅継続のための小規模多機能サービス

－普及期に向けた課題整理－

研究協力者 三浦 研 大阪市立大学生活科学研究科准教授

制度化以降2年が経過した小規模多機能は、これから本格的な普及期に入る。50箇所近い小規模多機能への実地調査に基づき、小規模多機能により在宅継続が可能となる利用者像、建築計画の課題、訪問サービス実施状況について課題整理を行った。

まず、在宅継続可能となる高齢者像に関する要件整理では、「周辺・近所とのトラブルがない」「見守りがなされる」「一人の時間を過ごすことに利用者の不安感が少ない」「生活支援（食事提供・掃除）のニーズが少ない」ことが在宅で過ごすうえで不可避となること、また要件間の関連性の把握から、施設入所に至る段階を可能な限り、遅らせるためには、「見守り・生活支援サービス付きの住まいへの引越し」が重要になることを把握した。

次に、併設居住の事例に関する実地調査から「見守り・生活支援サービス付きの住まい」の主要な形態となる、1) グループホームの併設、2) 賃貸住宅の併設、3) 小規模有料老人ホームの併設、4) 一定規模以上の有料老人ホームの併設について、類型ごとの課題を整理したうえで、小規模多機能の併設居住機能において、見守り・生活支援の機能の確保が重要であり、LSAなどの人的配置の検討とそれを可能にする併設居住の規模の検討、地域に溶け込みやすい別敷地・別棟といった建築的配慮や見守りやすい平面計画など、今後の課題を整理した。

また、在宅を支える鍵となる訪問サービスの実態について調べた結果、事業所により訪問の実態が大きく異なり、力量のない事業者が訪問を十分に実施できていないこと、訪問が難しいケースでは訪問を補完するために、併設機能の検討が課題となることなど、小規模多機能により在宅継続を可能にする要件を整理・提示した。

A. 研究目的

制度化以降 2 年が経過し、これから本格的な普及期に入る小規模多機能について、在宅継続が可能となる利用者像、建築計画の課題、訪問サービス実施状況について課題整理することを目的とする。

B. 研究方法

全国 50 箇所の小規模多機能事業者に実地調査を行い、図面収集および建物の使用状況を含めたインタビューに基づく聞き取りを実施し、居住継続に関する課題整理を実施した。

(倫理面への配慮)

利用者に関する個人情報については一切収集しておらず、倫理面の問題はない。また建物の使用状況に関する写真の撮影に際して、利用者の顔が映らないよう配慮し、事業者に許可を得られた場合のみ撮影した。

C. 研究結果

1) 在宅継続が可能となる利用者像の検討から、見守りや家事支援など同居家族の協力を得られない場合、小規模多機能による自宅での在宅継続は難しく、併設居住機能の設置が対応可能な利用者の幅を広げることを示した。また、2) 併設居住機能については、見守り・生活支援の機能確保が重要であり、LSA などの人的配置の検討とそれを可能にする併設居住の規模の検討、別敷地・別棟など地域に溶け込みやすい建

築的配慮や見守りやすい平面計画など、今後の課題を整理した。3) 訪問サービスの実態については、事業所により訪問の実態が大きく異なり、力量のない事業者が訪問を十分に実施できていないこと、訪問が難しいケースでは訪問を補完するために、併設機能の位置づけの検討が課題であることが明らかになった。

D. 考察および E. 結論

制度化以降 2 年足らずで全国に 892 箇所(2008 年 2 月現在)設置された小規模多機能であるが、実地調査から、利用者像、訪問の実態を調べた結果、家族介護が期待できない場合、居住機能との連携が不可避なことが明らかになった。現状では小規模多機能の利用者登録が定員に達してない事業所が多く、要介護度は低い状況にあるが、今後、重度化が進むなかで、訪問の必要性が増加すると、現状以上に併設居住をめぐる議論が大きくなると考えられる。現状では、利用者の囲い込みとなるため、大規模な有料老人ホームの併設はふさわしくないと指導されているが、逆に小規模な有料老人ホームでは、24 時間の見守りや生活支援の人員を確保しにくい。建築形態や LSA の派遣も含めた、適正な併設居住の成立要件の検証と構築が求められる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1.論文発表

三浦研(2007)「小規模多機能居宅介護の運営と空間」, 小規模多機能ホーム研究会編『小規模多機能型居宅介護を成功させる方法』, 50-65

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7. 在宅継続のための小規模多機能サービス —普及期に向けた課題整理—

三浦 研 (大阪市立大学)

1. はじめに

制度化以降2年が経過し、小規模多機能はこれから本格的な普及期に入る。これまで50箇所近い小規模多機能にインタビューを実施したなかから、利用者像や建築計画など、在宅継続を可能とするために、いくつか整理すべき課題がみられた。本稿では、実地調査から明らかになった利用者像、サービス、居住機能について、在宅継続を可能にするための課題整理を試みる。

2. 利用者像の整理

小規模多機能が制度として成立する過程において、宅老所をモデルとした側面と、在宅介護に包括報酬を設けた側面があり、ふさわしい利用者像については、制度化当初より議論があった。ここでは実地調査をふまえ、家族同居・近居、認知症、利用者の不安感、という側面から、利用者像の整理を試みる。

1) 家族同居・近居のケース

どのようなお年寄りを小規模で支えられるのか、というと、まず、家族が近くにいるお年寄り、かつ、家族がそのお年寄りを在宅で支えようとする意思を持っているケースを挙げられる。認知症であろうとなかろうと、24時間の訪問サービスの隙間を埋める、家族介護の存在があれば、小規模多機能の利用により、在宅で過ごす時間を可能な限り長くできるからだ。

小規模多機能のモデルとなった宅老所第二よりあいの村瀬孝生氏によると、家族がお年寄りを在宅で支えきれかどうかは、想定外のケースにどう事業者（よりあい）が対応できるか、が重要と指摘する。これまでの経験で、家族が在宅介護の断念に追い込まれるのは、通常の介護で音を上げるよりも、想定外のケースが多く、言い換えるなら、介護者は予定された介護には対応できるが、介護者の入院や急な法事など、どうしても自宅を離れなければならない想定外状況が生じた際、よりあいが支えきれなければ、在宅生活の継続が難しくなる。こうした状況で在宅介護を継続するには、最後までぎりぎりの状況で、事業所が支えてくれる、という信頼感が不可欠だと指摘する。最後、音を上げたら、救いの手が差し伸べられる、という信頼があればこそ、最後まで家族はお年寄りを自宅で看ようとする事が出来るという。

この指摘は、介護の世界だけではなく、仕事や役職の引き受けなどにも共通する話であろう。自分ひとりが重責を背負わされ逃げきれなくなる、と思うと、人は仕事や役職を引き受けたがらない。いざとなったら最後、周りが助けてくれる、と思えるか否かが重要なのである。小規模多機能も同様であろう。サービスが形式的に24時間であるだけでは、家族が最後まで自宅での在宅を継続する十分条件とはいえない。事業者が最後まで家族を含めて支える意思を強く持つことが、在宅を可能にする。

では、家族がお年寄りを自宅で見る意思が弱いケースはどうであろうか。仮に小規模多機能による 24 時間の訪問サービスがあったとしても家族は最終的にお年寄りを手放し楽になりたいのだから、自宅での在宅継続は難しいであろう。実際に多くの小規模多機能で、特養の待機待ちとして小規模多機能の利用が多く確認された。

2) 認知症のケース

通いも泊まりも同じ場所・同じスタッフによる介護を受けられるため、小規模多機能は認知症ケアに有効だと期待されてきたが、実際はどうであろうか。認知症という視点から小規模多機能の利用者を考えてみたい。

実は、小規模多機能の事例調査を続ける中で、独居の認知症対応については、事業者の意見が分かれた。まず、独居の認知症のお年寄りを支えるのは、小規模多機能のポイント、ポイントで押さえる訪問では難しい、という指摘である。昼 10 人の在宅を介護職員 1 名で支え、夜間、20 名程度の在宅を介護職員 1 名で支えなければならないため、訪問が短時間にならざるを得ない小規模多機能では、在宅における認知症高齢者の見守りが難しく、家族介護を期待できない単身独居の認知症のお年寄りは難しい、という意見である。実際に調査した事業者のなかには、「基本的に家族介護を期待できる人に来てもらう」「単身独居の認知症高齢者を引き受ける場合は、慎重に事前訪問し、可能かどうか判断する」、「当初から家族に小規模多機能の限界をお伝えしておく」というコメントが得られたように、独居の認知症の場合、難しい一面があると考えられる。

一方、効果的に認知症を支えるケースも数多く調査から明らかになった。例えば、大阪府松原市のケースの認知症のお年寄りは、単身独居であり、なんとか一人暮らしを継続できていたものの、次第に難しくなり、小規模多機能を利用するようになったケースであるが、必要以上に買い物をしてしまうクセがあり、事前に小規模多機能がお店に事情を説明し、買い込みすぎると、商店から小規模多機能の事業所まで電話を入れてもらい、お年寄りと電話で話したり、商店まで駆けつけ対応し、実際に買い込みすぎた場合、その食料品を、事業所が実際の値段で買い取るなどして、商店とネットワークを組むことで在宅生活を継続ができていた。認知症の症状にもよると考えられるが、独居の場合、同居家族への迷惑がかからないため、周囲の反対がなければ、だましだましの不完全なカタチでありながら症状に応じた在宅生活を継続できる、という側面を指摘できる。

以上二つの議論から、同居家族の有無は、メリットでもあり、デメリットにもなる諸刃の剣といえる。同居家族がいる場合のメリットとしては、認知症のお年寄りを見守り、多少の問題や不都合を同居家族がカバーしてくれる、という側面である。しかし、問題が大きくなると、認知症のお年寄りの起こすさまざまな不都合に、同居家族が精神的に耐えられなくなる場合も起こりうる。仮に松原市のケースで同居者がいれば、頻繁に発生する買い込みや浪費を傍で見ておくことに精神的に耐えられなくなり、家族介護が疲弊し、施設介護を希望する事態も十分に想定できる。松原市のケースでは、同居家族がいないことが該当のお年寄りの在宅継続を可能にしているとも理解できるだろう。

3) 周囲・近所との関係性

一方、単身の認知症高齢者を、小規模多機能が周囲の協力を得て支えていたケースもあった。

塩釜市の小規模多機能では、単身で徘徊の傾向があるが、近所の方が異変に気付くと小規模多機能に連絡を入れ、対応できるように体制を構築していた。近所の人々の理解と協力を得て、こうした状況を築いたわけだが、周囲の人が失火や問題行動を不安視し、民生委員などに施設入所を相談すると、こうしたケースでの在宅は難しい。

人のつながりの希薄な地域では、周囲（家族・周辺）のひとと軋轢を起こしていなければ、在宅継続は比較的長期間にわたり可能といえる。一方、地縁や血縁の強い地域であれば、まだ十分に一人暮らしを継続できるケースでも、認知症の独居を放置していることに、親戚や周囲の批判的な目があり、同居や施設入所へ移行するケースもあるだろう。

さまざまな事業所でインタビューを行った結果、同じ認知症の単身高齢者でも、同居・近居の家族が近くにいるケースと、長年、単身生活を継続し、天蓋孤独タイプのお年寄りのケースでは、随分違いがあり、家族や近所の人々の存在が、在宅継続にブレーキをかける場合とサポートする場合に分かれるケースが把握された。

4) 利用者の不安感

また、不安感の強さも、小規模多機能の利用を考慮するうえで重要な要素であろう。認知症であろうと、身体介護であろうと、そのお年寄りが常に誰かにそばにいてもらわないと不安感が強い場合は、家族がいなければ在宅継続は難しい。介護や病気の状態が悪化して不安感が強まる場合もあり、単身高齢者が小規模多機能を使う場合、小規模多機能サービス拠点が住宅等を併設し、見守りや頻繁な訪問を実現しやすくする工夫も必要だろう。

5) 小規模多機能で支えられる利用者像

以上を整理すると、小規模多機能で在宅継続を可能とするには、少なくとも、以下のような論点があり、それらの関係性をまとめると、(表1・図1)のようにまとめられる。

表1 在宅継続を左右する利用者属性

- ・ 利用者の介護ニーズが連続的 or ポイントか
- ・ 対応できる家族が同居または近居か
- ・ 家族に在宅を続ける意向が強いのか
- ・ 事業所に家族・在宅を支援する力量と意思があるか
- ・ 周辺・近所とのトラブルがないか、また介護により解消できるか
- ・ 生活支援ニーズが少ないか
- ・ 一人の時間を過ごすことに不安感が少ないか
- ・ 外部から生活支援サービスを購入できるか
- ・ サービス付き住宅に移ることができるか
- ・ 見守り付き住宅に移ることができるか

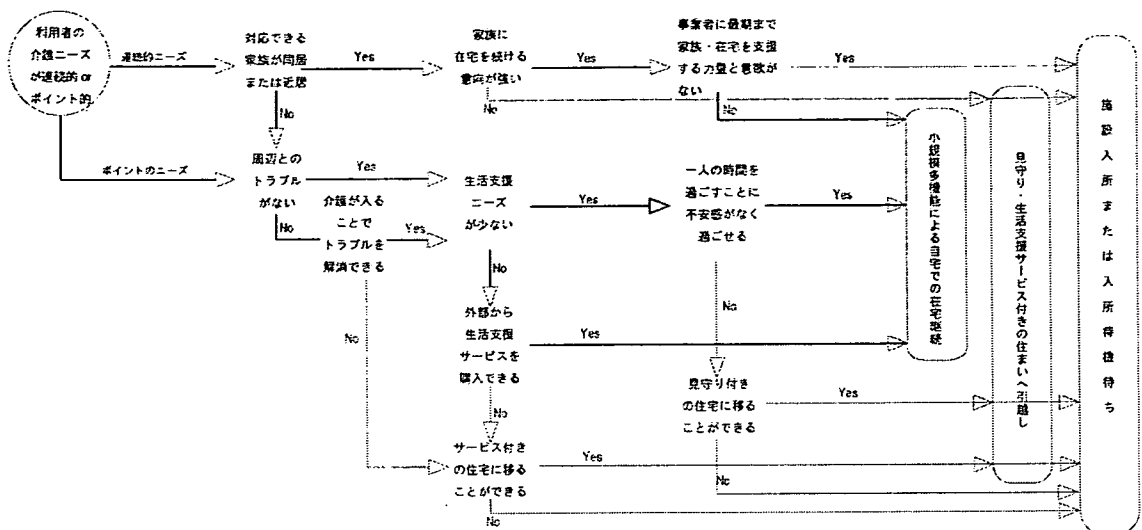


図1 小規模多機能で在宅継続を支える条件

このように図に示すと、小規模多機能で“自宅における在宅継続”が可能となるのは、(図1)の太線のルートであり、いくつかの条件を満たさなければならないことが確認できる。特に、「周辺・近所とのトラブルがない」「見守りがなされる」「一人の時間を過ごすことに利用者の不安感が少ない」「生活支援(食事提供・掃除)のニーズが少ない」など、在宅で過ごすうえで不可避となる、介護サービスの以外の要因が複数あり、それらをクリアできなければ、仮に小規模多機能が24時間介護を提供しても、在宅継続は難しく、(図1)の右側に位置付けられる「施設入所または入所待機」の状態となる。

そこで「施設入所または入所待機」と「小規模多機能による自宅での在宅継続」の中間に位置付けられるのが、「見守り・生活支援サービス付きの住まいへの引越し」である。(図1)に「見守り・生活支援サービス付きの住まいへの引越し」という段階が設けられ、周囲とのトラブルを回避し、見守りが得られ、不安感を取り除け、生活支援サービスを受けることが出来れば、小規模多機能の利用により、施設入所に至る段階を可能な限り、遅らせることができる。利用者像の整理から見えてくるのは、小規模多機能は同居家族が在宅を支える意思を持つ場合に効果的であるが、家族による見守りや生活支援が期待できない場合で従来の施設への入所を可能な限り回避するには、その機能を補う機能として、見守り、生活支援のための住まいが必要になる点である。

3. 居住機能併設の課題

小規模多機能の定義には、併設居住機能は含まれておらず、従来、厚生労働省は、Q&Aにおいて利用者の囲い込みにつながりかねない大型の併設居住機能について認めない方針を打ち出してきた。しかし、定員70名の有料老人ホームに小規模多機能が合築される(浦安市)など、2006年度よりも2007年度の小規模多機能に徐々に居住機能を併設するケースが顕著になった。こうした背景には、(図1)のように小規模多機能で在宅を支えるなかで、介護以外の見守りや生活支援が不可欠になることが認識されるようになった結果であり、今後、小規模多機能が普及期に入る中で、居住機能の併設は大きな論点となるであろう。

そこで、これまで実地調査を重ねたなかで、併設居住機能について示唆の得られた事例を取り上げ、そこで明らかになった課題を整理したい。

1) グループホームの併設

グループホーム1ユニットを併設する場合、夜勤職員の兼務が認められるため、グループホーム1ユニットを併設するケースは数多い。これは1名の夜勤職員で、グループホームの9名+小規模多機能の泊まり(最大5-9名)の双方をみることは難しいが、事業者の意見では、グループホームに夜勤1名を配置したうえで、基準外として小規模多機能に宿直を1名配置する体制を組むと、職員には複数体制という安心感が得られるうえ、小規模多機能単体でシフトを組むよりも、職員のシフトを組みやすく運営が安定しやすいためである。また、認知症の利用者に限定されるものの、グループホームという居住機能の併設により、利用者の介護や見守りのニーズが連続的になり、自宅での在宅継続が難しくなった場合に対応可能な選択肢を確保できることになる。小規模多機能の採算が難しい点も指摘されており、グループホームの併設も対応策のひとつと考えられる。

2) 賃貸住宅の併設

賃貸住宅となるスペースを併設する事例は、数多くみられた。この場合の課題は、この賃貸住宅が高齢者を対象として、なんらかのサービス提供を伴う時点で、有料老人ホームとしての届出が必要になる点である。

しかし、実地調査のなかでは、高齢者のみでない賃貸住宅として有料老人ホームの届出を必要としない、という自治体の見解も聞かれ、必ずしも有料老人ホームとしての届出を行っていない小規模多機能もいくつか確認された。有料老人ホームとしての規制を受けたくない、という意識や、規制を受けることで運営に制約がかかることを懸念した結果だと考えられるが、いずれにしても、今後の課題となるだろう。

また、大規模な居住機能の併設は、福山市で規制されているように、利用者の囲い込みにつながる恐れがあるとして規制すべきか否か、議論が分かれる点であろう。また、併設した居住機能にどのように、見守りや生活支援を提供するのか、という点も、今後の課題であろう。

なお、制度の詳細が明らかになる前に計画された一部の小規模多機能では、小規模多機能のフロアの一部が、定員外の居住機能として計画されている事例も確認された。レスパイト利用に有効だとしても、定員を超えたサービス提供となる危惧もある。

3) 小型の有料老人ホームを併設した事例

(図2)は、商店街の空き店舗を改修し、学童保育と6戸の有料老人ホームを併設した小規模多機能の平面図(ヘスティア華城・山口市)である。最初に平面図をみた際、学童保育の併設もさることながら、有料老人ホームが2ユニット(3戸+3戸)計6戸の小規模なグループリビングとして小規模多機能に併設されている点に、従来の大規模な有料老人ホームにない可能性を感じて訪問した。その結果、3戸+3戸の有料老人ホームの規模だと、昼間や夜間に有料老人ホーム専属の職員を配置することが困難なため、昼間、有料老人ホームの利用者の多くが、小規模多機能のリビングで過ごしている状況が把握された(写真1)。実地調査時点では、登録定員に到達しておらず、空間的な余裕があったため、有料老人ホームの利用者が昼間や夜

間、小規模多機能のスペースで過ごしたとしても問題ないが、登録利用者が定員に達した場合は、難しい状況になるだろう。言い換えるなら、併設の居住機能を有する場合、併設居住機能に職員を配属できるか、どうか、大きな違いになると考えられる。たとえば、この6戸にLSAなどが配置され、生活支援や安否確認を実施できると、効果は大きいといえるが、6戸という規模で、LSAなどの人的配置をどう実施するのかは、大きな課題といえる。逆に、6戸程度の規模であれば、(図2)のように、小規模多機能から有料老人ホームの空間を遮断せず、視線などによる見守りが可能な設計としておくことも一案であろう。

要するに、今後、議論になる併設居住機能であるが、人的配置を考慮したものでなければ、有効に機能することが期待しにくいこと、人的配置が実施できない場合は、空間的な見守りなどの対応を考慮することが重要だといえる。

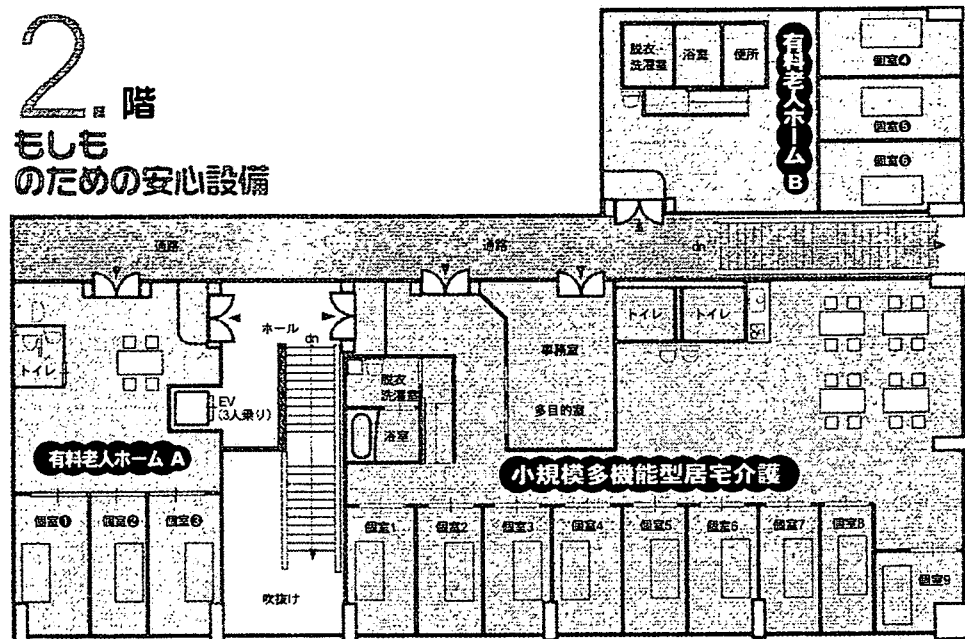


図2 3戸+3戸の小型有料老人ホームを併設した小規模多機能（ヘスティア華城）

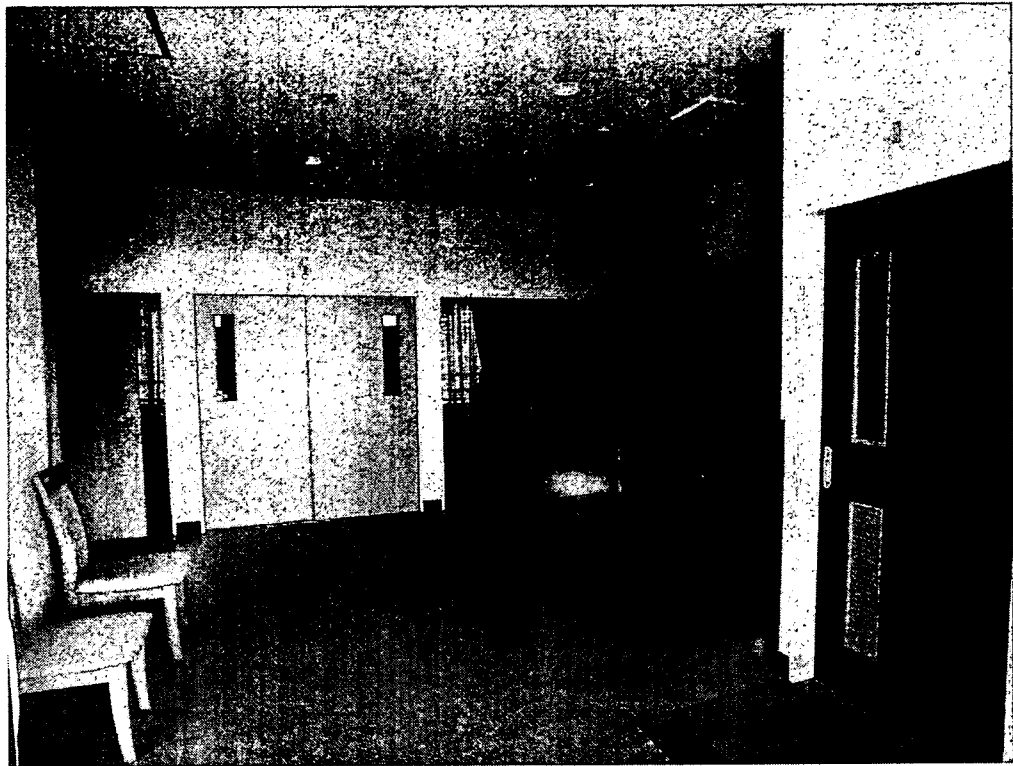


写真1 ヘスティア華城の有料老人ホームのリビング：

職員を配置しにくいとため、小規模多機能のリビングを主に利用している様子

4) 一定規模以上の有料老人ホームの併設

定員 50 名以上の大規模な有料老人ホームは、利用者の囲い込みになる恐れがあり、併設すべきでないと言われてきたが、実際に大規模な有料老人ホームを併設した小規模多機能を訪問したところ、利用者の多くが有料老人ホーム以外の住宅からの利用であった(写真 2)。小規模多機能の設置が生活圏域に一箇所とされている以上、特定の建物に住むことが利用の条件になるのはふさわしくないが、一定規模以上の有料老人ホームであれば、見守りや生活支援の機能が、小規模多機能のサービスが合わさることで、入所型の施設に入らずにそれと同等のケアが期待できる。現在、小規模な有料を併設したとしても、スタッフを配置しにくく、見守りや生活支援を組み立てにくい点を考慮すると、一定の職員を配置できる中規模程度の有料老人ホームを併設することも排除できない選択肢のひとつであろう。ただし、生活圏域の利用者を公平に扱うこと、また、建物が大規模になると施設然とした構えとなり、地域に溶け込みにくくなる。このため、別棟に計画する、別敷地に計画するなど、建築的対応が望ましいといえる(写真 3)。