

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10. 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ぬかどうかは、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看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

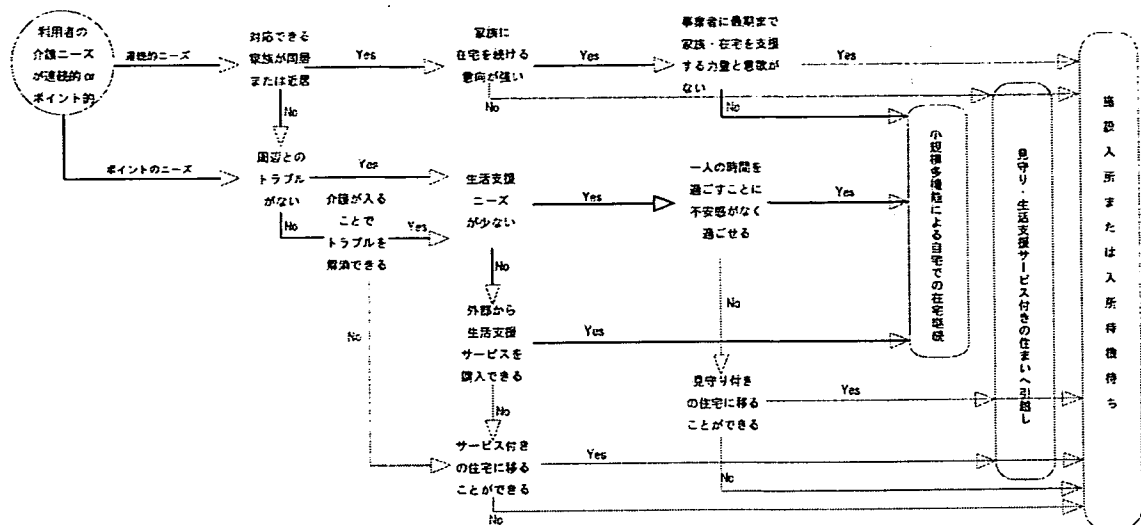


図1 小規模多機能で在宅継続を支える条件

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らる中で、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L S A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、L S A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。

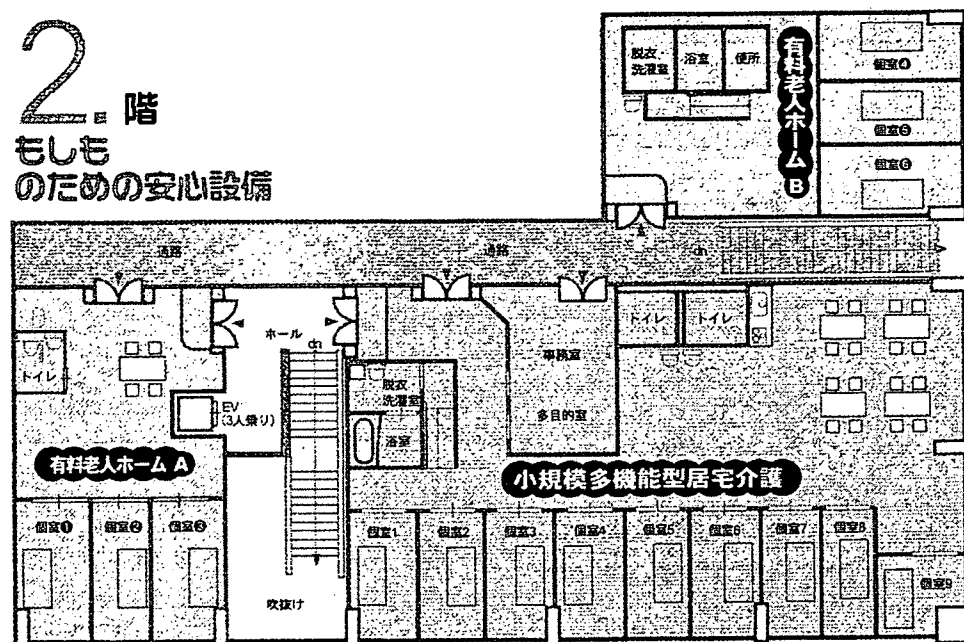


図2 3戸+3戸の小型有料老人ホームを併設した小規模多機能(ヘスティア華城)

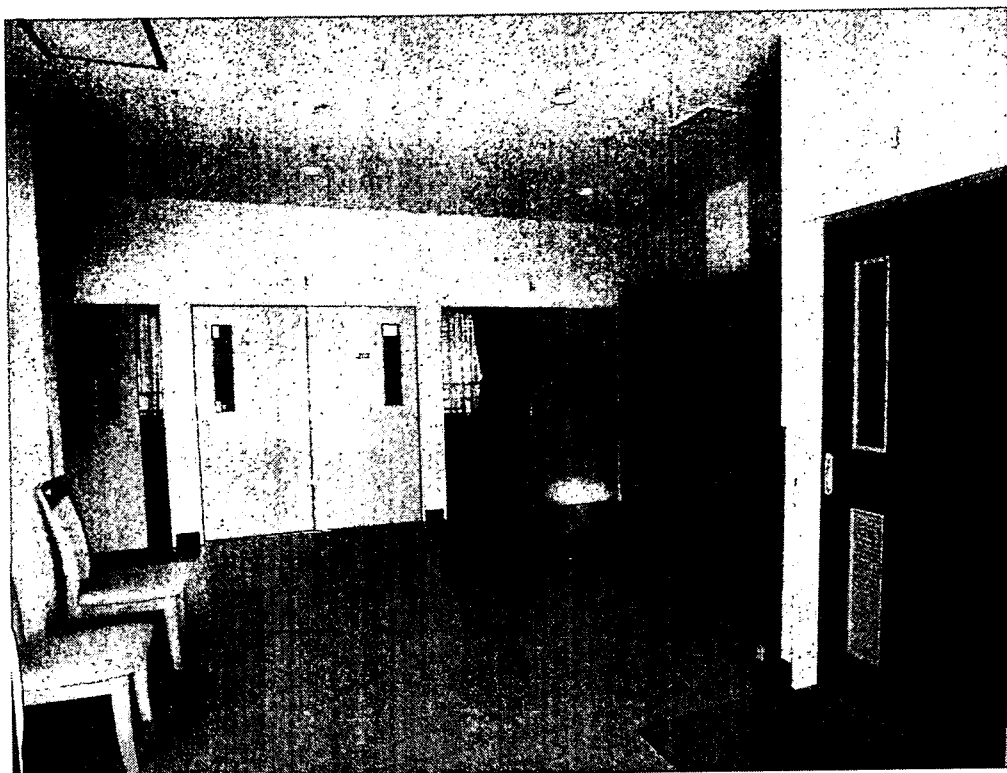


写真1 ヘスティア華城の有料老人ホームのリビング：

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あり、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)。



写真2 規模の大きな有料老人ホームを併設する小規模多機能：
利用者の多くが一般地域の高齢者であり、囲い込みは生じていない



写真3 別敷地の民家を有料老人ホームとして届出で、
小規模多機能（クローネ黒髪）と連携して運営する事例（坪井の家）

5) 併設居住機能のあり方

利用者像で検討したように併設居住機能の有無は、小規模多機能でカバーできるケースを広げる上で重要な選択肢といえる。現状では、グループホームの併設、賃貸住宅の併設、特定でない有料老人ホームの併設などの方法がみられるが、重要なのは、併設居住機能に人的な配置を確保する点であろう。このため、運営面では、賃貸住宅や有料老人ホームにLSAに相当する簡単な生活支援や見守りの出来る人員を確保する方策や規模の検討が求められる。また、建築計画においては、居住機能の併設により、規模が大きくなった建物を地域に溶け込みやすく、分棟化や人的配置の薄い併設居住を見守りやすく計画するなどの対応も一案であろう。また、一般民家を有料老人ホームとして小規模多機能と連携させた事例のように、小規模多機能の敷地外に併設居住を設けることも、対応のひとつといえる(表2)。

表2 併設居住におけるメリットと留意点

併設居住	メリット	留意点
グループホーム	泊まりで対応しきれない場合、入居という選択肢を取れる 夜勤職員1名をグループホーム1ユニットと兼務可能 小規模多機能の看護師の存在がGHも心強い 介護浴槽などをグループホームと共有できる	グループホームと小規模多機能の居間を完全に混合すると、滞在人数が多くなりすぎる 認知症でない高齢者は併設居住を利用できない
賃貸住宅の併設		高齢者を対象としてサービス提供する場合、有料老人ホームの届出が必要 賃貸住宅に見守りや生活支援を担当する職員を配置しなければ、運営が難しい側面もある
小規模な有料老人ホーム	泊まりで対応しきれない場合、入居という選択肢を取れる 在宅に不安のある高齢者が移り住める 移動距離が生じない分、訪問しやすくなる	有料老人ホームに見守りや生活支援を担当する職員を配置しなければ、運営が難しい側面もある
大規模な有料老人ホーム		囲い込みにならないよう留意 建物が大規模になり地域に溶け込まなくなる恐れ 【別敷地に分棟することも方法】

4. 訪問サービスの課題

従来、在宅継続が実現しにくい要因には、夜間のサービスが手薄なうえ、急なニーズの発生に上手く対応できないこと、フルにサービスを使うと容易に限度額を超え、負担が大きくなり、結局、施設入所を希望せざるを得ないという現実があった。小規模多機能サービスの登場により、24時間必要に応じて自宅まで出向いてケアを提供できるようになったが、訪問の実際について実地調査を重ねたところ、その実績や力量に事業者による差が大きく現れていた。

たとえば、西宮市で老々夫婦に夜間訪問しているケースでは、夜間、ご主人がトイレに行く際、リウマチで倒れると、奥さんが体を起こす介助を手伝っていたが、小規模多機能の利用により、夜間でも介助に来てもらえるようになり非常に助かっている、というケースがあった。また、世田谷のケースでは、夜間、徘徊傾向のある利用者宅を深夜訪問し、安否確認を実施する事例など、通常だと施設入所という状況を小規模多機能が支えていた。

このように、しっかりと訪問で在宅を支えている事業者がある反面、ニーズがないからとい

って、訪問していない、という事業者が多々見られた。しかし、定員設定上、毎日、小規模多機能へ通えない現実があるのだから、制度が意図する要介護3以上の高齢者の在宅を支えるには、訪問が不可欠なはずであり、そのニーズがないというのは、利用者にサービスが周知されていないか、制度の想定以上に利用者が軽度、という疑問が残る。

ただし、小規模多機能が制度化からの時間経過が少なく、1) 該当の市町村全域から利用者を受け入れるよう自治体から要請され、訪問できない圏域の利用者を受け入れた結果、生活圏域でサービスを提供できる本来の状態にまだ至っていない事例もみられたこと、また、2) ケアマネジャーを内包する小規模多機能では、既存のケアマネが利用者を紹介してくれず、登録の定員に達してない事業者が多く、利用者の多くが新しく要介護認定を受けたばかりの“新規顧客”が占め、要介護度は低く、訪問の必要性も現状では少ないことも想定され、判断が難しい。いずれにしても、訪問の提供実態とその効果については十分に検証すべき課題であろう。

なお、訪問を中心にサービスを組み立てようとする際の課題は、やはり移動距離や移動にかかる時間であろう。訪問を頻繁に実施するには移動距離・時間・手段の問題をクリアしなければならず、こうした問題解決のための居住機能の併設もありえるだろう。また、訪問が苦手な事業者が、併設住居を設けることで利用者を支える方法も否定できない。

5. まとめ

本稿では、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について、実地調査で得られたインタビューを元に、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ず、小規模多機能により自宅での在宅継続は難しい場合、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が示した。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、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。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など、小規模多機能により在宅継続を可能にする条件を整理・提示した。

第4章

地域包括ケアに向けた取り組み 事例と制度改革への示唆

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

4-1. 在宅高齢障害者の日常生活活動レベルの変化
～兵庫県北部地域での地域リハビリテーションを通して～

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助教授
研究協力者 竹内さをり 但馬長寿の郷地域ケア課 主任
柏木純子 但馬長寿の郷地域ケア課

本研究は高齢者の日常生活活動（以下、ADL）に関わる効果的な支援策を検討するために、兵庫県北部地域において、理学療法士・作業療法士による在宅リハビリテーションを提供している兵庫県但馬長寿の郷の活動に着目し、①但馬長寿の郷の活動概要を紹介すると共に、②但馬長寿の郷に集積されている、障害高齢者のADLに関するデータを後ろ向きに検証し、障害高齢者のADLが在宅でどのように変化しているかを研究するものである。

①但馬長寿の郷

但馬長寿の郷は、19市町に理学療法士、作業療法士を派遣し、市町の地域ケアサービスを支援する専門的人材派遣事業や、地域ケア関係者、一般住民に対する介護研修等といった直接的サービスを実施している。さらに、市町と協力して、生きがいに満ち、安心して暮らせる地域づくりに向けた様々な政策を研究・企画し、実践する機能を持っている。

②在宅障害高齢者のADL変化

但馬長寿の郷に所属する理学療法士・作業療法士が、1999年1月から2001年8月までに2回以上在宅訪問を行った障害を有する高齢者343人（男性141人、女性202人、平均年齢76.5歳±13.3歳）の記録を検索対象として、初回訪問時と最終回訪問時のADL自立度の変化を調査した。ADL自立度の判定には、障害老人の日常生活自立度判定基準（厚生労働省）を用いた。

その結果、段階を越えてADL自立度が向上していた者が88人(25.7%)、低下していた者が40人(11.7%)と、ADL自立度が向上していた者の割合が低下していた者の割合を有意に上回った($p<0.01$)。両群間の年齢、男女構成、評価期間には有意な差を認めなかった。

先行研究では、障害高齢者のADL自立度は時間の経過と共に低下することが通説となっている。もちろん長期にわたれば加齢とともにADL自立度が低下することは自明のことであるが、本研究結果より、2年程度の範囲であれば、適切な対応によってADL自立度が向上するケースの割合が低下するケースの割合を上回っていることが明らかになった。

我が国では「技術性を持った介護」の歴史が浅く、生活支援の分野においても「医療」がその技術性を延伸して支えてきた。介護保険により社会的に提供される介護の量が格段に増加した今こそ、介護の技術に注目した取り組みが重要であると考えられる。

介護予防を進める上でも、ADLやIADL(日常生活周辺活動)に着目した取り組みは重要で、筋力や関節可動域といった運動の要素に対する対応もさることながら、今後、ADLやIADLを直接的に維持・向上することに焦点を当てた介護技術論の開発とその実践が極めて重要であると考えられる。

A. 研究目的

本研究は高齢者の日常生活活動（以下、ADL）に関わる効果的な支援策を検討することを目的に、理学療法士・作業療法士がADL機能の維持・向上に焦点を当てた在宅リハビリテーションを提供している「但馬長寿の郷」の活動に着目し、但馬長寿の郷に集積されている障害高齢者のADLに関するデータを後ろ向きに検証するものである。

B. 研究方法

但馬長寿の郷に所属する理学療法士・作業療法士が、1999年1月から2001年8月までに2回以上在宅訪問を行った障害を有する高齢者343人（男性141人、女性202人、平均年齢76.5歳±13.3歳）の記録を検索対象として、初回訪問時と最終回訪問時の日常生活自立度の変化を調査した。日常生活自立度の判定には、障害老人の日常生活自立度判定基準（厚生労働省）を用いた。

C. 研究結果

段階を越えて自立度が向上していた者が88人(25.7%)、低下していた者が40人(11.7%)と、自立度が向上していた者の割合が低下していた者の割合を有意に上回った($p<0.01$)。両群間の年齢、男女構成、評価期間には有意な差を認めなかった。

	自立度向上群	自立度低下群
例数(人)	93(20.0%)	66(14.1%)
年齢(歳)	76.2±12.5	77.6±12.4
訪問回数(回)	3.1±1.3	3.1±1.4
期間(日)	175.1±140.1	229.9±167.9

D. 考察およびE. 結論

先行研究を見ると、障害を有する高齢者のADL自立度は時間の経過と共に低下することが通説となっている。もちろん長期にわたれば加齢とともにADL自立度が低下することは自明のことであるが、本研究結果より、2年程度の範囲であれば、ADLに焦点を当てた対応がなされれば、それによって自立度が向上するケースの割合が低下するケースの割合を上回っていることが明らかになった。

我が国では「技術性を持った介護」の歴史が浅く、生活支援の分野においても「医療」がその技術性を延伸して支えてきた。介護保険により社会的に提供される介護の量が格段に増加した今こそ、介護の技術に注目した取り組みが重要であると考えられる。介護予防を進める上でも、ADLやIADL(日常生活周辺活動)に着目した取り組みは重要で、筋力や関節可動域といった運動の要素に対する対応もさることながら、今後、ADLやIADLを直接的に維持・向上することに焦点を当てた介護技術論の開発とその実践が極めて重要であると考えられる。

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4章 地域包括ケアに向けた取組み事例と制度改正への示唆

研究報告1. 在宅高齢障害者の日常生活活動レベルの変化

～兵庫県北部地域での地域リハビリテーションを通して～

備酒伸彦 (神戸学院大学 総合リハビリテーション学部)

竹内さをり (但馬長寿の郷地域ケア課)

柏木純子 (但馬長寿の郷地域ケア課)

1. 研究の目的

本研究は高齢者の日常生活活動（以下、ADL）に関わる効果的な支援策を検討するために、理学療法士・作業療法士がADL機能の維持・向上に焦点をあてた在宅リハビリテーションを提供している兵庫県但馬長寿の郷の活動に着目し、①但馬長寿の郷の活動概要を紹介すると共に、②但馬長寿の郷に集積されている、障害高齢者のADLに関するデータを後ろ向きに検証し、障害高齢者のADLが在宅でどのように変化しているかを研究するものである。

2. 但馬地域と但馬長寿の郷の概要

1) 但馬地域の現状

但馬地域の現状と但馬長寿の郷の活動概要については、在宅障害高齢者のADL変化についてのデータを検証した2000年当時の状況とする。

① 但馬の保健医療福祉をとりまく状況

兵庫県は、1994年に理想的な高齢社会を構築する拠点施設として但馬長寿の郷を兵庫県北部地域（以下、但馬地域）に設置した（表1）。

当時の但馬地域には次のような特徴・課題があった。

a 高齢化率が県下でも突出して高い。

b 人口・財政規模の小さな19市町によって構成される地域である。

c 地勢的に日本海に海岸線をもつ山間地で、自家用車以外での交通手段が限られている。

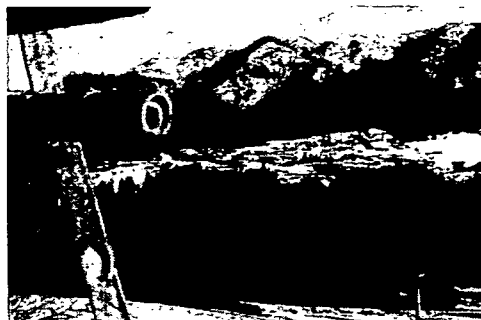
結果的に、但馬地域では保健医療福祉サービスの提供に非効率な面が多く、サービスの質を高めることが困難であった。一方で、小さな自治体のメリットとして、住民間の共助意識は高く、また、サービス利用者の把握などで細やかな対応ができるという面も合わせ持っている。

表1 但馬地域の人口など(2000年10月1日時点)

	全国	兵庫県	但馬地域
人口(人)	126,925,843	5,550,574	200,802
面積(K m ²)	377,873.06	8,392.03	402.98
人口密度(人/K m ²)	340.4	661.4	498.3
高齢者人口(人)	21,958,170	943,597	50,401
高齢化率(%)	17.3	17.0	25.1

② 但馬の保健医療福祉の特徴

但馬地域は、山間地の特性として谷筋を越えた交通が不便で、利用者が保健医療福祉サービス機関へアクセスするのに時間とコストがかかる。また、日常の生活圏においても急峻な傾斜地が多いことから、降雪地域であるということも相まって、移動弱者にとって閉じこもりに陥りやすい状況にある。



ア) 保健

一人の保健師が受け持つ住民人口が全県では 6,765 人であるのに対して、但馬地域では 2,277 人と約 3 倍の保健師密度があり、住民の健康状態の把握などで他の地域に比較して恵まれた環境にある。

イ) 医療

但馬地域は北部と南西部にそれぞれ 400 床規模の中核病院を擁し、加えて 19 市町中 7 町が 50 床～150 床の中小病院を設置し運営している。ただし、過疎地の例にもれず専門医や診療所医師の不足のみならず、各中小病院勤務医師の確保に難渋しており、へき地医療支援機構のもとに医師確保に努めているが過去から現在にいたりその見通しは厳しい。

別の特徴として、但馬地域の医療は、公立病院、公設診療所に依存するところが大きく、保健医療福祉の積極的な連携が行いやすいということもある。

ウ) 福祉

男性では 4 町、女性では 6 町が県内長寿自治体上位 10 位以内に入っており、県内では長寿を達成している地域と言える。また介護認定を受けて在宅介護を受けている者の割合が 61%と県内の県域では最も高水準である。

2) 但馬長寿の郷における地域リハビリテーション関連事業

但馬長寿の郷では、但馬地域の 19 市町に理学療法士、作業療法士を派遣し、市町の地域ケアサービスを支援する専門的人材派遣事業や、地域ケア関係者、一般住民に対する介護研修等といった直接的サービスを実施している。さらに、市町と協力して、生きがいに満ち、安心して暮らせる地域づくりに向けた様々な政策を研究・企画し、実践する機能を持っている。前述の直接サービスにより蓄積された知見を政策の立案に反映できることも特徴といえる。

但馬長寿の郷では、1994 年より施設建設の準備とともに地域ケアに関連するソフト事業を展開してきた。その主なものについて、専門的人材派遣事業、住宅改修・福祉用具の利用促進事業、その他の事業に分けて紹介する。

① 専門的人材派遣事業

この事業は市町単独では確保しにくい専門的人材を県が雇用し、市町との委託契約（有償）に基づいて派遣するというものである

この事業には理学療法士 8 名、作業療法士 4 名が当たっており、市町が実施する地域ケアサービスを支援する他、特別養護老人ホームやデイサービスセンター等での指導にも携わっている。

この事業では、住民に対して理学療法



や作業療法といったリハビリテーションサービスを提供できるという直接的効果の他に、市町の枠を超えて広域的に地域ケアサービスに関わることにより、例えば、地域ケアに関する理念や考え方、制度の策定や運用等の手法面で新たなアイデアを生み出し、それを市町にフィードバックできるという効果もある。

1994年度に専門的人材派遣事業を開始した当初は、2名の理学療法士により市町が実施する老人保健事業のうち、機能訓練事業・在宅訪問指導・健康教育の支援に絞った事業展開を行っていた。

その後、地域ケアにおける理学療法士・作業療法士の役割が市町の職員に理解されたことと、住民の健康に対する意識が高まったことが相まって、派遣ニーズが高まり、12名の理学療法士・作業療法士が本事業を担当するに至っている。

また、市町派遣の中での用務も、介護予防や地域づくり、地域ケアスタッフの資質向上に関わるものにも発展し、これらが後述する様々な事業を構築する原動力になったとも言える。(表2)。

表2 但馬長寿の郷事業の概要 (PT・OTの派遣日数など)

訪問日数	860日
訪問件数	2,019件
健康教育	229回 (参加者数 3,435人)
機能訓練事業	972回 (延参加者数 17,862人)
A型	618回 (延参加者数 9,981人)
B型	354回 (延参加者数 7,881人)

(2000年度)

(参考)

兵庫県下で老人保健事業にPT・OT関わった数(2000年度実績)

	兵庫県	但馬長寿の郷
訪問指導	2,614日 (神戸市除く)	860日 (32%)
機能訓練事業 A型	3,234回	618回 (19%)
B型	1,247回	354回 (28%)

②住宅改修・福祉用具の利用促進事業

但馬長寿の郷では「誰もが住みやすい住まいづくり」を提案するモデルルーム、約800点の福祉用具を備える展示コーナー、視覚体験や車椅子体験のできる体験コーナー、最新の福祉用具情報の検索が行えるライブラリーを備えた展示場を整備し、理学療法士・作業療法士がその運営に当たっている。

以下、住宅改修・福祉用具の利用促進に関わる事業について紹介する。

ア) 環境整備やケアサービスについての相談の対応

但馬長寿の郷の展示場は、環境整備や地域ケアサービスの相談窓口としての役割を担っている。展示場には理学療法士・作業療法士が常駐して相談に応じるとともに、相談者が市町の地域ケアサービスにつながる窓口としての機能も有している。

イ) 福祉用具の利用・住宅改修の普及

見学、研修を目的とした展示場への来場者に対して「福祉用具や住宅改修が誰にとっても便利で快適なものである」という考えを普及するための意識啓発を行っている。

ウ) 地域ケアスタッフに対する技術提供や知識を深めるための研修の開催

エ) 福祉用具のメーカーやディーラーへの提案

福祉用具メーカーやディーラーと協力し、福祉用具の使用者や使用環境にとって有効な福祉用具の開発や改良を検討し、提案を行っている。

オ) 建築士と協力した住宅改修相談会の開催

環境整備に関わる職種として建築士との連携は重要であるが、建築士とケアサービス提供者との連携頻度は少ない。また、具体的に相談できる場所がないといった地域の状況を把握し、当郷の理学療法士・作業療法士が但馬地域の建築士会と連携し、住民や地域ケアスタッフからの相談に応じる相談会の運営を行っている。

カ) シルバー人材センターと協働する福祉用具の製作・供給事業

シルバー人材センターに登録する高齢技術者に対して、福祉用具を作製するための研修を実施し、供給ルートを含めた整備を行うといった事業を実施している。

④その他の事業

ア) 失語症キャンプの開催

本事業は、脳血管障害等によるコミュニケーション障害者とその家族を対象とした泊り込み研修事業である。コミュニケーション障害により閉じこもりになりがちな当事者とその家族を対象とした実体験型の研修プログラムである。

イ) 児童・生徒の共生意識醸成のための新たな実践手法開発事業

学校教育の中に総合的学習の時間が取り入れられ、理学療法士・作業療法士が児童への福祉教育に関わる機会が増えている。但馬長寿の郷では平成7年度より「共生」をテーマに児童に対する教室を開催している。

(参考)

2005年度には10年に渡る実践結果をもとに、教育現場の教諭と理学療法士・作業療法士が一体となり児童に対する共生意識醸成を目指した実践手法の開発に取り組み、その成果物は冊子とDVDにまとめ、県下の教育委員会に配布した。

ウ) 地域ケアセミナーの開催

地域ケアに関する理念や考え方を、現職の地域ケアスタッフ（医師・理学療法士・作業療法士・看護師・建築士など）やこれから従事する学生に対して伝えることを目的としたセミナーである。参加人数は1名～数十名の団体、期間も1日から2ヶ月間と様々なプログラムで対応している。である。

エ) 地域ケア研究大会の開催

但馬内で地域ケアサービスに従事しているスタッフを対象に行っている研究大会である。内容は、地域ケアに関するグループディスカッションや各機関の取り組みを報告するポスター発表で、これらを通じて参加者が今後の地域ケアについての知見を深めるとともに、各機関の発表を介してそれをヒントに実際のサービスを高めていけることを目的としている。

3. 在宅障害高齢者の ADL 変化

1) 対象と方法

但馬長寿の郷地域ケア課に所属する理学療法士・作業療法士が、1999年1月から2001年8月までに2回以上在宅訪問を行った障害を有する高齢者343人(男性141人、女性202人、平均年齢76.5歳±13.3歳)の記録を検索対象として、初回訪問時と最終回訪問時の日常生活自立度の変化を調査した。

日常生活自立度の判定には、障害老人の日常生活自立度判定基準(厚生労働省)を用いた。この基準は、行動範囲とそれに伴う介助の有無で生活の自立度を判定するもので、J1・J2、A1・A2、B1・B2、C1・C2の4ランク8段階に分類される(表3)。

表3 障害老人の日常生活自立度判定基準

J ランク	何らかの障害を有するが、日常生活はほぼ自立しており、独力で外出する 1 交通機関などを利用して外出する 2 隣近所へなら外出する
A ランク	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない 1 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2 外出の頻度が少なく、日中も寝たきりの生活をしている
B ランク	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが座位を保つ 1 車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2 介助により車椅子に移乗する
C ランク	一日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する 1 自力で寝返りをうつ 2 自力で寝返りも出来ない

今回の調査では理学療法士・作業療法士の初回評価時に A1 から C1 の段階にあった者を対象として、向上・低下・不変群に分類し検討した。

結果の分析にあたって、年齢、訪問回数、評価期間については対応の無い平均値の t 検定を、向上群、低下群、不変群の発現率については対応の無い比率の差の t 検定を用いて処理した。

(倫理的配慮)

記録の検索に当たっては、個人データを縦断的に検討する必要性と、個人名が明らかにならないことへの配慮から、個人名を記号化し今回研究対象とする ADL レベルのみを抽出することとした。

2) 結果

対象と方法の項で述べたように、理学療法士・作業療法士の初回訪問時の ADL 自立度がランク A1・A2、ランク B1・B2、ランク C1 までの者を対象として、最終回訪問時の自立度の段階が初回訪問時の自立度段階を越えて上がった者を向上群、下がった者を低下群として分類した。

その結果、向上群 88 人(25.7%)、低下群 40 人(11.7%)となり、両者間に有意な差を認めた($p < 0.01$)。両群間の年齢、男女構成、評価期間には有意な差を認めなかった(表4)。