

200801005A
200801005B

厚生労働科学研究費補助金
政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）

介護保険制度改正にともなう予防重視効果の検証
—介護予防ケアマネジメントシステムの構築を目指して—

平成 18 年度～20 年度 総合研究報告書
平成 20 年度 総括研究報告書

研究代表者：大川 弥生
(国立長寿医療センター 研究所 生活機能賦活研究部)
平成 21 (2009) 年 3 月

厚生労働科学研究費補助金
政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）

介護保険制度改正にともなう予防重視効果の検証
－介護予防ケアマネジメントシステムの構築を目指して－

平成 20 年度 総括研究報告書

研究代表者：大川 弥生
（国立長寿医療センター 研究所 生活機能賦活研究部）
平成 21（2009）年 3 月

目次

I. 総括研究報告書

- 介護保険制度改正にともなう予防重視効果の検証
—介護予防ケアマネジメントシステムの構築を目指して—……p 3

II. 分担研究報告書

1. 脳卒中モデルの生活機能低下に対する現在の課題………p15
—介護予防の観点から—
2. 介護予防における医療と介護の連携に関する検討………p39
—その根底の考え方—
3. 「よくする介護」のあり方
—その基本的な考え方と具体的なプログラム—………p57

I. 総括研究報告書

介護保険制度改正にともなう予防重視効果の検証 －介護予防ケアマネジメントシステムの構築を目指して－

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 本研究の目的は、1)平成17年の介護保険制度改正における予防重視への大転換の効果を、介護予防の要と位置づけられた「生活機能」及び「生活不活発病」への効果について複数自治体で検証し、それを通じて、2)生活機能向上にむけた介護予防ケアマネジメントシステム構築のあり方を検討することである。

その目的のために本年度の研究では、今後介護予防がより効果をあげ、高齢者の生活機能向上をはかるためのポイントとして、以下のような結論を得た。

1) 脳卒中モデルにおける介護の再構築

介護予防ではそのターゲットとして「廃用症候群モデル」が重視された。しかし、従来改善の対象とされてきた「脳卒中モデル」においても、特に脳卒中においては発症後の急激な低下とその後の向上期以降に廃用症候群モデルの時期があることを認識して働きかけることがシステム・プログラムともに必要である。

2) 介護予防における医療と介護の連携のあり方

(1)現在の「治す医療」と「補う介護」の分断・分業から「治し支える医療」と「よくし助ける介護」との連携・共働へと進むことの必要性、(2)その前提と基本的な考え方として、「医学モデル」からICF（国際生活機能分類）に立った、「統合モデル」へと脱皮・向上することの必要性を確認した。特に医療機関からの退院時や疾患発症・増悪時には、医療機関での生活不活発病予防と、介護での「よくする介護」としての連携が必要である。具体的には「活動」項目に留意し、生活不活発病改善にむけた「よくする介護」の観点からの介入が重要である。これが介護予防の「水際作戦」として重要な時期である。

3)介護予防として、システム及び専門職共に関心が不十分ともいえる「要介護状態進行」を予防・改善するために「よくする介護」実践が必要であり、そのあり方についてまとめた。

分担研究者

- ・木村隆次（日本介護支援専門員協会会長）
- ・楠 正（日本薬剤疫学会事務局長）

A. 研究目的

1. 脳卒中モデルの生活機能低下に対する現在の課題
－介護予防の観点から－

介護保険法改正時の介護予防の大きな方向性として、従来の「脳卒中モデル」（疾患の急激な発症に伴い生活機能が急激に低下し、その後徐々に回復するもの）だけでなく、生活機能が徐々に（しかし詳しくみれば階段状に）低下する「廃用症候群モデル」が介護予防の新たな対象として位置づけられた。しかし、脳卒中モデルにおいても廃用症候群モデルを呈する時期があることが明らかになっており、それにむけたプログラムの必要性が高い。

今回は、これまでの研究に加え、問題の理解を更に深めるために、様々な病院での集中的リハビリテーション期のリハビリテーションやその後の介護保険サービス等をうけた後に我々の対象者となり、しかも単なる調査・評価だけでなく、生活機能向上のための実践的な介入を行った症例を対象とし、脳卒中患者に対しての介護予防のあるべき姿について検討した。

2. 介護予防における医療と介護の連携に関する検討

介護予防のあり方についてこれまで主任研究者は、行政施策だけではなく、医療、自助・共助を加えた、大きな3つの柱があること、そして患者・利用者を中心としたそれらの間の連携の重要性について述べてきた。2006年の介護保険法改正後、介護予防の一番上の柱である国の行政施策は一応形をととのえたといえよう。しかし、現在のプログラムには「心身機能」のメニュー中心等の問題があり、今後は「活動」・「参加」レベルへの対応と生活不活発病への対応が大きな課題である。このように行政施

策の充実が重要であるが、それだけでは十分ではなく、「3つの柱」の観点から2・3番目の柱の充実が必要である。このうち2番目の柱である医療について、前年度の高齢者生活機能実態把握で医療機関の受診中に生活機能低下が生じている人が多く、医療機関でも介護予防への積極的介入が必要であることを指摘した。

そこで今年度はこのような医療機関による介護予防への積極的介入を可能とするために、その大前提である介護予防における医療と介護の連携のあるべき姿を明らかにすることを目的として研究をおこなった。具体的には患者の生活機能調査や従事者の生活機能についてのとらえ方の調査を既に行っている医療機関での生活機能低下予防・向上にむけてのシステム作りの中での意見の分析、また地域在住高齢者で生活機能低下をきたした場合に積極的介入を行った例の分析から、医療と介護の連携のあり方を検討した。

3. 「よくする介護」のあり方

ーその基本的な考え方と具体的なプログラムー

本研究でこれまで行ってきた高齢者の生活機能の実態把握や介護支援専門員などの認識調査、また介護保険サービス及び医療の現場調査からみると、介護予防における重要なポイントでありながら、現在その実施だけでなく、認識すら不十分といえるいくつかの問題点に気づく。特に1) 要介護認定者を対象とした介護予防のあり方、そして2) その具体的プログラムとして、介護を単に不自由なことを補完するものとし

てではなく、介護によって「よくする」こととして実践するということである。そこでこれらが現在なぜ実践されないかという問題点をもふまえてそのあり方を検討した。

B. 研究方法

我々はこれまでICFにもとづき、多数の自治体で生活機能調査を実施、また現行の介護予防事業内容（含：ケアマネジメント）と、その他の生活機能向上への取り組み（含：医療機関、自助・共助）の効果の検証・比較等を行ってきた。今回は以下の方法で研究を行ったが、その結果の解釈・理論化等に当たっては、これまでの研究成果をあわせ検討した。

1. 脳卒中モデルの生活機能低下に対する現在の課題

— 介護予防の観点から —

対象者はM市に開設した「生活機能相談窓口」を開設日（平成16年7月1日）から平成20年9月30日までの4年2ヶ月に利用した467名（平均年齢は80.1±8.9歳、男性145名（78.9±9.3歳）、女性322名（80.6±8.6歳）のうち、脳卒中の既往のある111名（男63名、女48名）であった。

これら対象者の生活機能の実態を把握し、また生活機能に関する相談・介入を行ったことによる変化をみた。

1) 生活機能の実態把握

脳卒中発作前及び発作後の生活機能の経過については、ICF（国際生活機能分類）モデルにもとづき生活機能の3レベルの全てについて評価し、生活機能の変化に影響する因子として健康状態、環境因子及び個人因子について調べた。介入効果の評価のために、「活

動」及び「参加」の、利用開始時の状態、訪問指導終了時の状態、及び終了後6ヶ月以内の「最高の状態」（生活機能の）について比較した。

なお「活動」項目についての評価は、厚生労働省社会保障審議会統計分科会生活機能分類専門委員会のICFの評価点基準（暫定案）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立って行った。

「活動」についても「参加」についても評価点が1以上向上したものを向上とした。

これに加えて、介護上重要な観点として、「活動」の評価点の「2：部分介助」の中で更に、「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。

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、今回の効果判定の項目としては、「活動」については屋外歩行、屋内歩行、排泄、整容、入浴、家事のうちの3項目（調理、洗濯、掃除）、計8項目とした。

2) 介入の概要

「生活機能相談窓口」はM市が、2003年度から市全体として進めている「総合的生活機

能向上共同事業」の一環として設置されたものである。自治体在住の市民、また民生委員、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。。

生活機能相談窓口の具体的なすすめ方は、①活動向上に向けての支援（水際作戦）と「生活の活発化」の指導を行い、②それにより「生活機能低下の悪循環」からの脱却と「良循環」への移行をはかることである。

特に「水際作戦」においては、活動向上への支援が中心で、具体的には 1) 連絡を受ければ、ただちに相談者が自宅に訪問し、2) 実生活の場で評価し、3) 活動の「能力」を評価し、それと同時に 4) 活動向上の指導を行う。5) なお訪問前に、電話による十分な情報収集とそれにもとづいて準備する。

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、この「生活機能相談窓口」を開始した初期とその後必要に応じて前述した 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。

2. 介護予防における医療と介護の連携に関する検討

—その根底の考え方—

1) 生活機能向上にむけた医療と介護の連携のあり方についての意見分析

2つの医療機関で、同時期に同じ問題点・課題を意識しつつ生活機能向上にむけた具体的プログラムの具体化に取り組んだ家庭で頻回にもたれた話し合いの記録内容及び研究者が直接出席した話し合いの内容

を分析し、特に医療と介護の連携の具体的なあり方についての示唆を求めた。

この2つの医療機関は、病院機能的には回復期リハビリテーション病棟、関連機関として介護保険サービス部門を有しているという点で共通している。

また、これまで生活機能実態把握を行っている一自治体において介護保険サービスと医療機関の連携のあり方についての意見聴取を2回（内1回は、介護保険サービス関係者、医師、その他医療職を各々別に実施し、同様の分析を行った。

2) 高齢者における入院の生活機能への影響の分析

自治体で行っている生活機能相談窓口の利用者で、今回生活機能が低下し、その低下の様式が廃用症候群モデルに属する65歳以上の高齢者249名を対象とした。

生活機能の経過の評価は、大略の1)、2)で述べたものと同様であった。

3. 「よくする介護」のあり方

—その基本的な考え方と具体的なプログラム—

本研究班での研究及びこれまで行ってきた生活機能調査結果や介護現場の実地調査などにもとづき、特に1)単に不自由さを手伝う（補う介護）ではなく、介護予防の観点、2)介護マネジメント全体の中での機能発揮、3)利用者の尊厳重視、自己決定権重視、に問題意識をもって、現在の介護の課題の解決やあるべき姿に関して、主任研究者がまとめた。初稿は文部科学省介護福祉等に係る講習会テキストに掲載し、それへの意見等をもとに再度内容を検討した。

なお、この場合の介護は介護予防マネジメント全般である。

(倫理面への配慮)

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. 研究結果及び考察

1. 脳卒中モデルの生活機能低下に対する現在の課題

—介護予防の観点から—

いずれの群においても、「生活機能相談窓口」における「水際作戦」により活動・参加のなんらかの向上が9割以上の多数でみられた。これは逆に脳卒中患者における廃用症候群モデルの存在についての現状の認識の不十分、そのための生活機能低下予防の実践の乏しさを示すものである。

脳卒中における介護予防の取り組みのポイントは、①発症後の急激な低下とその後の向上期以降に、「廃用症候群モデル」の時期が続くことを認識する、②低下出現時には生活機能低下の早期発見・早期対応である「水際作戦」を行う、③脳卒中の既往のある患者や利用者では、「脳卒中のために低下するのは仕方ない」、また「よくするにはマヒを治すしかない」と思われがちである。しかし、「よくできる」という意識をもたせることが重要である。④介護保険サービスでも、脳卒中患者においても活動低下時には向上の可能性がないかを検討することが

必要、⑤リハビリテーションにおいても自宅生活とその後の廃用症候群モデル予防や低下時の対応を考慮した働きかけを集中リハビリテーション期の入院時から行う必要がある、等である。

2. 介護予防における医療と介護の連携に関する検討

—その根底の考え方—

れまでの生活機能調査の結果の分析も加え、医療と介護の連携のあり方について検討し、

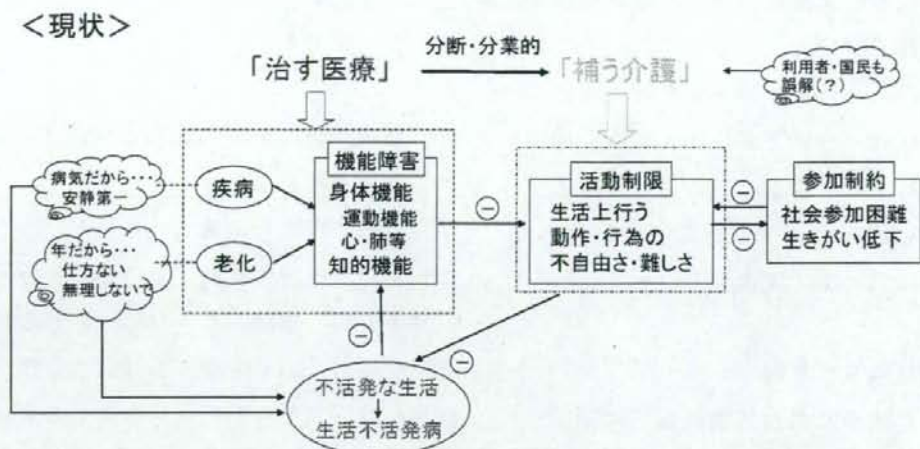
1) 現在の「治す医療」と「補う介護」の分断・分業(図1)から「治し支える医療」と「よくし助ける介護」との連携・共働(図2)へと進むことの必要性、2) その前提と基本的な考え方として、「医学モデル」からICF(国際生活機能分類)に立った、「統合モデル」へと脱皮・向上することの必要性を確認した(図3)。特に医療機関からの退院時や疾患発症・増悪時には、医療機関での生活不活発病予防と、介護での「よくする介護」としての連携(図4)が必要である。具体的には「活動」項目に留意し、生活不活発病改善にむけた「よくする介護」の観点からの介入が重要である。これが介護予防の「水際作戦」である。

3. 「よくする介護」のあり方

—その基本的な考え方と具体的なプログラム—

「よくする介護」のあり方をまとめたよくする介護とは「不自由なことを手伝う、補完する」のではなく、生活機能の向上をはかる介護であり、個別的目標設定をもとにプログラムをすすめていくものである。

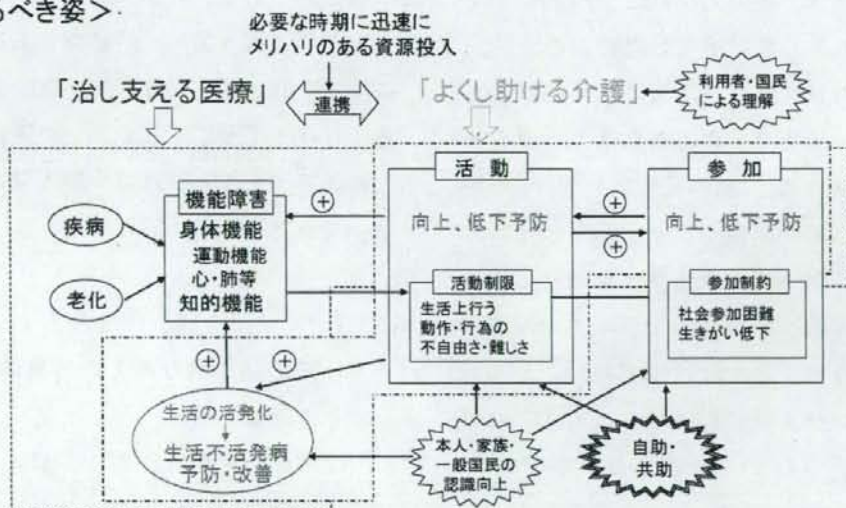
図 1. 医療と介護：分断から共働へ（1）



※活動制限：人が家庭・社会で生活している中で行っている目的をもった一つひとつの動作・行為（活動）の困難。
 ※参加制約：人や社会との関係や役割を持ったり、楽しみや権利を実現すること（参加）の困難。
 ＊生活機能：人が「生きる」ことの全体像。「心身機能・構造」「活動」「参加」の3つのレベルを統合したもの。

図 2. 医療と介護：分断から共働へ（2）

<あるべき姿>

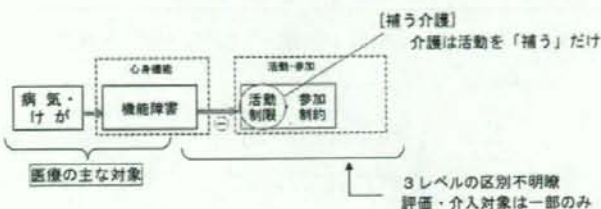


※活動：人が家庭・社会で生活している中で行っている目的をもった一つひとつの動作・行為。すなわち、「参加」を実現するためのあらゆる動作・行為。
 ※参加：人や社会との関係や役割を持ったり、楽しみや権利を実現すること。

図3. 医学モデルから統合モデルへ

<医学モデル>

- ・原因：病気が全てを決定する一方モデル
マイナスモデル
(矢印はマイナス面発生の因果関係)
- ・解決：問題発生の因果関係を過大視
機能障害が改善しないと活動・参加
の向上はない(活動・参加への対応
は補充のみ)



<統合モデル>

生活機能モデル

分析にもとづいた統合に立つ総合的アプローチ

- ・原因：病気だけでなく、背景因子も重視。
生活機能の3レベル間でも影響し
あう
- ・解決：・生活機能の各レベルは相対的な
独立性をもつ。そのため機能障
害が改善しなくても活動自体を
改善させることができる。
・様々な矢印は互いに影響しあう

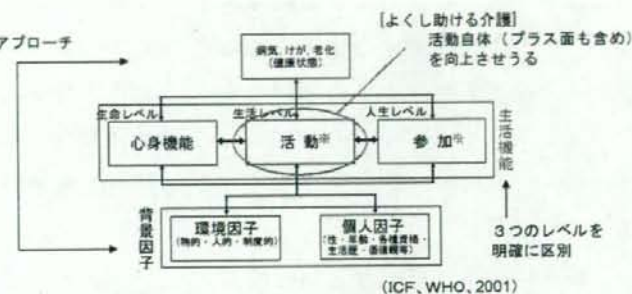
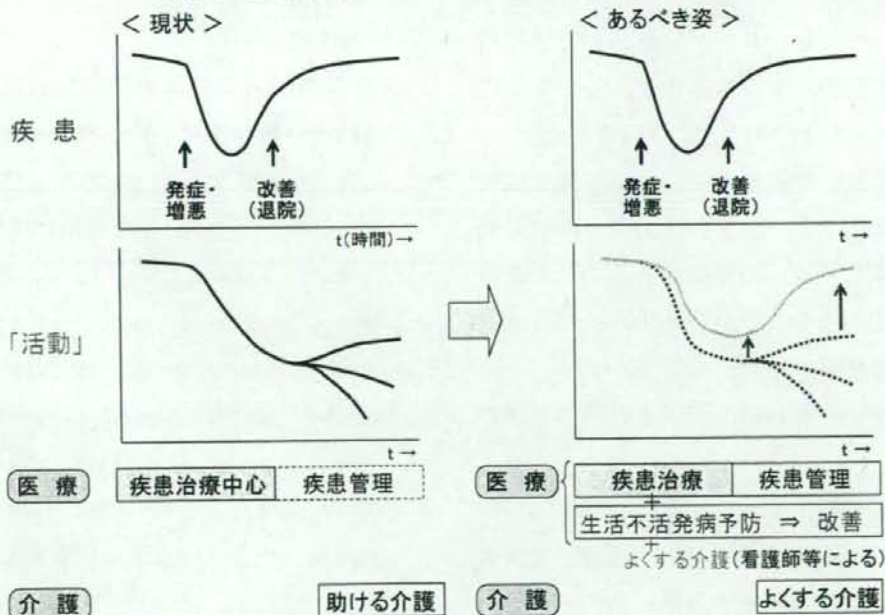


図4. 病気の発症・増悪の時の医療と介護の連携
—生活不活発病予防・改善と「活動」低下への早急な対応—



なお、介護福祉士の教育カリキュラムの大幅な変更でICFが重視され、個々の活動毎にもICFのケアマネジメントが求められている。これは介護予防がICFの生活機能予防・改善にもとづいていることにも一致している。しかし、例えば教育カリキュラム変更後再編された教科書ではICFの重要性は随所に記載されていても、具体的にその活用の仕方についての記載はほとんどない。そこで「よくする介護」におけるICFとの関係も明らかにしながらまとめた。

E. 結論

現在の介護予防事業はほとんどが行政主体のサービスによるものである。今後介護予防がより効果をあげ、高齢者の生活機能向上をはかるためのポイントとして、以下のような結論を得た。

1) 脳卒中モデルにおける介護の再構築

介護予防ではそのターゲットとして「廃用症候群モデル」が重視された。しかし、従来改善の対象とされてきた「脳卒中モデル」においても、特に脳卒中においては発症後の急激な低下とその後の向上期以降に「廃用症候群モデル」の時期があることを認識して働きかけることがシステム・プログラムともに必要である。

2) 介護予防における医療と介護の連携のあり方

(1) 現在の「治す医療」と「補う介護」の分断・分業から「治し支える医療」と「よくし助ける介護」との連携・共働へと進むことの必要性、(2) その前提と基本的な考え方として、「医学モデル」からICF(国

際生活機能分類)に立った、「統合モデル」へと脱皮・向上することの必要性を確認した。特に医療機関からの退院時や疾患発症・増悪時には、医療機関での生活不活発病予防と、介護での「よくする介護」としての連携が必要である。具体的には「活動」項目に留意し、生活不活発病改善にむけた「よくする介護」の観点からの介入が重要である。これが介護予防の「水際作戦」として重要な時期である。

3) 介護予防として、システム及び専門職共に関心が不十分ともいえる「要介護状態進行」を予防・改善するために「よくする介護」実践が必要であり、そのあり方についてまとめた。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

- ・大川弥生(生活機能賦活研究部):国際生活機能分類(ICF)の現況と問題点:総合リハビリテーションにおける活用. 総合リハ 37(3):197-204, 2009
- ・Okawa Y, Ueda S, Shuto K, Mizoguchi T: Development of criteria for the quailfiers of activity and participation in the 'International Classification of Functioning, Disability and Health' based on the accumulated data of population surveys. Int J Rehabil Res 31(1):97-100, 2008
- ・大川弥生:ICFの基礎的理解、平成20年度介護福祉等に係る講習会テキスト。

- ・大川弥生：ICFから高齢者医療・介護を考える－生活機能学の立場から。日本老年看護学会誌, in print
- ・大川弥生：介護予防における生活不活発病の意義。THE BONE 22 (4) : 69 (517) - 74 (522), 2008
- ・大川弥生、工藤美奈子、中村茂美：廃用症候群（生活不活発病）の予防・改善；生活機能向上の観点から。臨床スポーツ医学, 25 (9) : 997-1006, 2008

2. 学会発表

- ・Okawa Y, Kudo M, Ueda S, Shuto K, Kurachi M, Arita M: Changes of Activities over a Year in Older Outpatients of seven General Hospitals: Another Evidence in Support of Japanese Provisional Criteria for Activities. WHO-FIC Network Meeting, 30 October, 2008, Delhi, India
- ・大川弥生：ICFから高齢者医療・介護を考える；生活機能学の立場から。日本老年看護学会第13回学術集会 金沢市 2008年11月9日

3. 報道等

- ・大川弥生：日本農業新聞 2008年9月8日 生活不活発病ってなに？
- ・大川弥生：中日新聞 2008年8月1日 朝刊 生活不活発病：活動量や質の低下に注意
- ・大川弥生：北日本新聞 2008年7月6日 利用者本位の介護討論
- ・大川弥生：シルバー新報 2008年4月4日 “メニュー中心” から脱却を；IC

Ⅱ. 分担研究報告書

脳卒中モデルの生活機能低下に対する現在の課題 —介護予防の観点から—

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 介護予防の対象として、従来の「脳卒中モデル」だけでなく、「廃用症候群モデル」が重視されている。しかし、同時に脳卒中モデルにおいても廃用症候群モデルを呈する時期があることが明らかになり、それが適切に対応するプログラムの必要性が高い。

我々は一自治体が設置した「生活機能相談窓口」を利用し、相談・指導等の介入を受けた脳卒中の既往を有する利用者 111 名の生活機能低下の経過の分析及び介入結果の分析を 3 群に分けて行った。その結果いずれの群においても、「生活機能相談窓口」における「水際作戦」により活動・参加のなんらかの向上が 9 割以上の多数でみられた。これは逆に脳卒中患者における廃用症候群モデルの存在についての現状の認識の不十分、そのための生活機能低下予防の実践の乏しさを示すものである。

脳卒中における介護予防の取り組みのポイントは、①発症後の急激な低下とその後の向上期以降に、「廃用症候群モデル」の時期が続くことを認識する、②低下出現時には生活機能低下の早期発見・早期対応である「水際作戦」を行う、③脳卒中の既往のある患者や利用者では、脳卒中のために低下するのは仕方ない、またよくするにはマヒを治すしかないと思われがちである。しかし、「よくできる」という意識をもたせることが重要、④介護保険サービスでも、脳卒中患者においても活動低下時には向上の可能性がないかを検討することが必要、⑤リハビリテーションにおいても自宅生活とその後の廃用症候群モデル予防や低下時の対応を考慮した働きかけを集中リハビリテーション期の入院時から行う必要がある、等である。

A. 研究目的

介護保険法改正時の介護予防の大きな方向性として、従来の「脳卒中モデル」（疾患の急激な発症に伴い生活機能が急激に低下し、その後徐々に回復するもの）だけでな

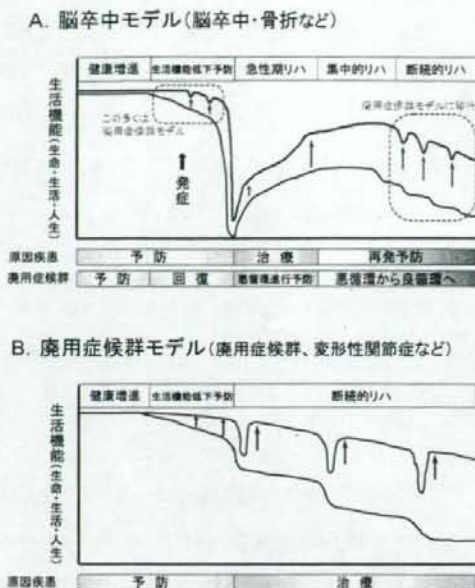
く、生活機能が徐々に（しかし詳しくみれば階段状に）低下する「廃用症候群モデル」が介護予防の新たな対象として位置づけられた。しかし、脳卒中モデルにおいても従来の対応の仕方では十分というのではなく、

我々のこれまでの検討で図1に示すように、脳卒中モデルにも廃用症候群モデルを呈する時期があることが明らかになっており、図1で上方向への矢印で示すように、更なる向上にむけたプログラムの必要性が指摘されていた。

しかし、それについてのとりくみは十分ではなかったと思われる。これには個々の患者の将来の生活を想定した個別的な目標を重視するリハビリテーション・プログラムが、質的にも高く、十分になされたかを問う必要がある。またその後も生活機能の低下を防ぎ、更に向上させるためにどのようにリハビリテーション・サービスを活用するかの指導も不十分ではなかったかと反省する必要がある。また自己訓練の仕方や日常生活を楽しむことで、自然に体を動かしていることで十分に生活機能が維持できるような指導が十分ではないことも考えられる。

このような脳卒中モデルの中での廃用症候群モデルの時期についてのこれまでの我々の研究は、介入を行わないままの実態把握と、集中的リハビリテーション実施病院と同一機関でのフォローによる検討であったため、有意義な結果を得た反面、対象・場による制約もあった。今回はその欠を補い、問題の理解を更に深めるために、様々な病院での集中的リハビリテーション期のリハビリテーションやその後の介護保険サービス等をうけた後に我々の対象者となり、しかも単なる調査・評価だけでなく、生活機能向上のための実践的な介入を行った症例を対象とし、脳卒中患者に対しての介護予防のあるべき姿について検討した。

図1. 生活機能低下の2つのモデル



B. 研究方法

1. 対象

対象者はM市に開設した「生活機能相談窓口」を開設日(平成16年7月1日)から平成20年9月30日までの4年2ヶ月に利用した467名(平均年齢は80.1±8.9歳、男性145名(78.9±9.3歳)、女性322名(80.6±8.6歳))のうち、脳卒中の既往のある111名(男63名、女48名)であった。

2. 方法

これら対象者の生活機能の実態を把握し、また生活機能に関する相談・介入を行ったことによる変化をみた。

1) 生活機能の実態把握

脳卒中発作前及び発作後の生活機能の経過については、ICF(国際生活機能分類)モデルにもとづき生活機能の3レベルの全てに

ついて評価し、特に活動・参加は大項目全項目を調べ、そのうちの低下項目については該当する中・小項目まで評価した。そして生活機能の変化に影響する因子として健康状態、環境因子（大項目全て及び該当するものについては中・小項目まで評価）及び個人因子も含めて調べた。そして本研究では「活動」及び「参加」の、利用開始時の状態、訪問指導終了時の状態、及び終了後6ヶ月以内の「最高の状態」（生活機能の）について比較した。「最高の状態」については、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。

なお「活動」項目についての評価は、厚生労働省社会保障審議会統計分科会生活機能分類専門委員会のICFの評価点基準（暫定案）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立って行った。

「活動」についても「参加」についても評価点が1以上向上したものを向上とした。

これに加えて、介護上重要な観点として、「活動」の評価点の「2：部分介助」の中で更に、「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（評価点1、2）の中での向上を「質的向上」とした。

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、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「近くなら一人で行っている」、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。

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。

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、今回の本研究での効果判定の項目としては、「活動」については屋外歩行、屋内歩行、排泄、整容、入浴、家事のうちの3項目（調理、洗濯、掃除）、計8項目とした。

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

こととしていたため、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からである。

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の付随的効果と考えられたため、今回の分析対象からは除外し、8項目に限定した。

「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効果

次に生活機能相談窓口を利用した後の変化をみた。

(1) 変化の判定基準

結果の分析にあたっては、生活機能のうち「活動」の基本的項目である a4600 自宅内移動、a4602 屋外移動のいずれかの項目について前記の評価点基準での1段階以上変化を生活機能の変化としてとらえた。また「活動」については前記の通り、同一評価点内での「質的向上」をもみた。

(2) モデルによるグループ分けと細分化

調査結果を分析して、生活機能低下の2つのモデルにもとづき、生活機能低下のタイプを「脳卒中モデル」と「廃用症候群モデル」とに分類した。

その際、「廃用症候群モデル」に属する群については、廃用症候群の原因となる「生活の不活発化」を生じる契機として、「活動」の「量的低下」と「質的低下」及び「参加低下」の3類型で廃用症候群となった経過を分析した。

ここで活動の「量的低下」とは活動それ

自体が困難になった（質的低下）ことはないにも拘らず、活動の量（例：歩行であれば回数・距離・時間など）が減少したことをいう。

また活動の「質的低下」とは、なんらかの原因（痛み、筋力低下、ふらつき、など）によって活動自体が困難になった場合をいう。この場合は質の低下に伴って活動の量も低下することが多いが、原因が質の低下であればこれに含めた。

また「参加低下」とは、参加の状況が質、量ともに低下した状況である。

3) 介入の概要

「生活機能相談窓口」はM市が、2003年度から市全体として進めている「総合的生活機能向上共同事業」の一環として設置されたものである。自治体在住の市民、また民生委員、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、周知徹底している。

生活機能相談窓口の具体的なすすめ方のポイントは、①活動向上に向けての支援（水際作戦）と「生活の活発化」の指導を行い、②それにより「生活機能低下の悪循環」からの脱却と「良循環」への移行をはかることである。特に中長期的効果には後者が大きく影響する。

特に「水際作戦」においては、活動向上への支援が大きく、具体的には1) 連絡を受ければ、ただちに相談者が実際に生活している自宅に訪問し、2) 実生活の場で評価し、3) 活動の「能力」を評価し、それと同時に4)

活動向上の指導を行う。5) なお訪問前に、電話による十分な情報収集とそれにもとづいて準備する、ことである。

4) 評価・介入の実施者

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、この「生活機能相談窓口」を開始した初期は研究を目的とした介入でもあるためと評価・介入技術の向上のために、少なくとも第1回訪問時は前述した 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・看護師と話し合った。現在は訪問前の情報収集によって専門的活動向上訓練が必要と予測される場合は理学療法士 (PT) や作業療法士 (OT) が訪問することもある。

(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うけ、研究の承認をうけた。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. 生活機能の実態把握

脳卒中病歴のある人 111 名についての生活機能調査の結果、生活機能低下の経過、特に脳卒中発症後現在に到るまでに生活機能低下のエピソードがあったか否か、あった場合には何回かによって、次の 3 群に分けることができた。

1) 今回 CVA 群

これは、直近の脳卒中 (CVA) の後に生活機能低下 (2 活動のうち 1 つ以上の 1 段階以上の低下) がなかったものをいう。直近または今回とは必ずしも最近ということではなく、期間の長さには関係なく、脳卒中後現在までに生活機能低下がなかったことのみを意味している。

このグループに属する者は 35 名であった。

2) 前回 CVA 群

脳卒中による生活機能低下とリハビリテーション等による一定の回復・安定化の後、明らかな生活機能低下のエピソードがこれまでに 1 回行ったもの。61 名がこれに属していた。

3) 前々回 CVA

脳卒中による生活機能低下・回復・安定化の後にこれまで生活機能低下のエピソードが 2 回あった者、15 名 (うち 1 名は今回の機能低下は脳卒中による)。

前回及び前々回 CVA 群について脳卒中後の直近の (前々回 CVA 群については今回く 2 回のうち後の方) の生活機能低下の原因を示したものが表 1 である。脳卒中モデルが 2 群の合計で 6 名、廃用症候群モデルが計 64 名で、発生契機別には活動の量的低下が 26 名、質的低下が 14 名、「参加」低下が 24 名であった。この他に 6 名の認知症による生活機能低下者がいた。

表 1. 脳卒中発症後の再度の生活機能低下の原因（今回CVAを除く）

		直近の低下の原因	前回CVA		前々回CVA	
脳卒中モデル	脳卒中				1	6.7%
	骨折		3	4.9%		
	その他の脳卒中モデル		2	3.3%		
廃用症候群モデル	活動の量的低下	転倒	4	6.6%	3	20.0%
		転倒をおそれて自制	1	1.6%		
		入院	3	4.9%	3	20.0%
		手術	1	1.6%		
		呼吸器疾患	2	3.3%		
		心疾患	3	4.9%		
		透析開始	1	1.6%		
		癌	2	3.3%		
		かぜ	1	1.6%		
		視力低下	2	3.3%		
		計	20	34.4%	6	40.0%
	活動の質的低下	神経疾患	3	4.9%		
		捻挫・打撲	3	4.9%	1	6.7%
		膝痛	3	4.9%		
		腰痛	2	3.3%		
		マヒ側の痛み	1	1.6%	1	6.7%
		計	12	19.7%	2	13.3%
	参加の低下	家族の死亡	1	1.6%		
		友人の死亡	1	1.6%	1	6.7%
		過介護	1	1.6%		
		娘家族と同居	1	1.6%	1	6.7%
		通所サービス利用開始	4	6.6%	1	6.7%
		ヘルパー利用開始	1	1.6%		
		ショートステイ利用	1	1.6%		
		入所	2	3.3%	1	6.7%
		家事の機会減少	2	3.3%		
		家族が参加や活動を制限	1	1.6%		
		介護者なし	1	1.6%		
		社会と接触したくない	3	4.9%		
		外出手段なし	1	1.6%		
		計	20	32.8%	4	26.7%
	認知症		4	6.6%	2	13.3%
	総計		61	100.0%	15	100.0%