

[Original Paper]

**A report on the present condition of home-based cares
for old people in Miyama-cho, Kyoto**

Yukihiro Oshima*

* Department of Occupational Therapy, Shiga School of Medical Technology

Abstract

Since the care insurance system has recently been introduced, Miyama-cho in Kyoto aims at the establishment of a support system in order to enrich the life of the area inhabitants and of the life of the old people. The present situation on the support was investigated by the present author, as the first Occupational Therapist in the town, in order to learn what were practically needed for cares at home.

As a result, the present situation of mental and physical functions of old people, the family's conditions and service systems have been elucidated.

Key words : support of the at-home life, old people, community based rehabilitation

[原 著]

京都府美山町における要援護高齢者実態調査の報告

大 島 行 博*

【要 旨】 介護保険制度が導入され、地域リハビリテーションの重要性が唱えられている現在、「地域住民」の生活を充実させていく目的で、京都府美山町は支援体制の確立を目指している。筆者は町で初めての作業療法士として活動に参画することになり、在宅支援を行うにあたり具体的に何が必要なのかを模索する上で、現状の在宅援護高齢者の生活状況と支援状況を可能な限り把握するため、町在住の全ての援護高齢者を対象に実態調査を行った。結果、本人の精神的、身体的な機能状態や家族の状態など生活面、サービス体制と充足度の状態が把握できたのでここに報告する。

キーワード：在宅、援護高齢者、地域リハビリテーション

I. はじめに

京都府中部に位置する美山町は、約90%が森林で占められており、主たる産業は林業、農業で、農村型の町である。人口約5,700人、65歳以上の人口比率は30.1%であるため、産業は不活発で過疎化が著しい地域である。

町の中央にある美山町保健センター・健康福祉課を拠点にして、1997年4月より筆者は美山町で初の作業療法士として地域リハビリテーション活動に携わり、地域包括支援体制を確立する役割を担い、現在も活動を継続している。その間、作業療法士の視点を通し、どのような支援体制を作っていくべきかを考えてきた。「いきいきリハビリ教室」として、心身の機能が低下している高齢者で医療的機能訓練終了者を対象とし、生活状況そのものの改善や心身の機能の維持、回復を図るため必要な訓練を行い、日常生活を支援する教室を年間22回開いた。「リフレッシュリハビリ教室」として、高齢化率の上昇とともに老人性痴呆や閉じこも

りの高齢者が増加する中で、心身の機能をできるだけ維持しながら日常生活や社会生活が送れるように支援する教室を年間21回開いた。また、外来・入院リハビリテーション治療を基盤に、各戸に出向く訪問リハビリテーションを「出前リハビリ」と称し、月曜日から土曜日の午後まで行っていた。

その結果、美山町では「地域、つまりその人の家に出向くことこそ最大の支援効果である」という理念が訪問リハビリテーション活動から発生し、機能訓練だけでは不可能な「暮らしへの支援」が具体化されるようになった。

そこで支援に関わるスタッフに呼びかけ、介護保険制度導入に向け、さらに支援体制を確立するため、1999年から現状の援護老人高齢者の生活に関わる実態の調査を行うことになった。今回2年間をかけて調査した内容を整理し報告するとともに、地域支援活動に関し私見を述べたい。

* 滋賀医療技術専門学校 作業療法学科

II. 研究方法

1. 調査方法, 調査対象, 調査期間

今回の調査は介護保険制度に関わる要援護高齢者の在宅での生活支援状況に対してのニーズに焦点を当て、その実体を把握するために実施した。

【要援護老人の調査方法】

美山町における保健・医療・福祉関係機関である美山町保健センター、美山町の診療所、特別養護老人ホーム、社会福祉協議会の利用者リストを使用し、さらに保健・福祉ネットワーク会議の対象者台帳をもとに調査を行った。

【調査対象者】

1999年4月1日から2000年6月1日現在の時点において、保健・医療・福祉関係の在宅サービスの利用者166人。

【調査方法】

支援体制に関わるスタッフが実際に高齢者宅に向かい行き、本人・家族（介護者）に直接話を聞き、且つ、作業療法士の身体機能的、精神機能的評価を基盤にした視点で具体的に調査も行って、彼らのニーズを探索した。

2. 調査実施状況

1) 対象者について（表1）

美山町の65歳以上の高齢者1,694人中調査対象者166人で、全体の9.8%であった。

表1 地区別対象者

TI地区	H地区	M地区	TU地区	O地区	計
28	30	35	34	39	166

単位：人

表2 年齢別調査

	65～69歳	70～74歳	75～79歳	80～84歳	85歳以上
男性	9	19	21	14	37
女性	5	5	18	36	36

単位：人

このうち男性57人（34.3%）、女性109人（65.7%）であった。また、対象者のうち、調査期間中に入院、施設利用、死亡のため調査ができなかった者が11人、未回収は5人あり、実際の調査実施者は150人で90.4%の実施率であった。

2) 年齢別調査について（表2）

調査対象者の年齢は後期高齢者（75歳以上）が162人と97.6%を占めた。対象者数は男性は85歳以上から、女性は80歳以上から急増している。また、加齢とともに要援護高齢者が急増していた。

III. 調査結果

1) 日常生活自立状況について（表3・表4）

何らかの病気や障害があって排泄、食事、着替えにおいて介助を要する人たちの日常生活自立度を厚生労働省が示した寝たきり度において見ると、要援護高齢者のうち、介護を必要とする人は48.0%で、2人に1人であった。そのうち、準寝たきり44人（Aランク）29.3%、寝たきり28人（Bランク12人・Cランク16人）18.6%であった。

日常生活動作の状況において自立している者を見ると、歩行66.0%、食事81.4%、排泄74.7%、入浴58.0%、着替え66.0%、身だしなみ73.3%、意志疎通68.7%であった。介助が必要な者は、歩行34.0%、食事18.6%、排泄25.3%、入浴42.0%、着替え34.0%、身だしなみ26.7%、意志疎通31.3%であった。

2) 痴呆と診断されている場合の日常生活自立度について（表5）

対象者166人のうち40人が痴呆性老人で全体の24.1%であった。痴呆性老人の日常生活自立度で見ると、何らかの痴呆を有するが、日常生活は家庭内および社会的にはほぼ自立している者が22.5%、家庭内で日常生活に支障をきたす症状、行動、意志疎通の困難さが見られるが、注意すれば自立できる者が25.0%、日常生活に支障をきたす症状、行動、意志疎通の困難さ

表3 日常生活自立度

(%)

		男性	女性	合計
自力で寝返りが困難	C-2	5 (3.3)	6 (4.0)	11 (7.3)
自力で寝返りができる	C-1	1 (0.7)	4 (2.6)	5 (3.3)
介助があれば車椅子に移ることができる	B-2	1 (0.7)	6 (4.0)	7 (4.7)
車椅子に移って食事、排泄はベッドから離れてできる	B-1	3 (2.0)	2 (1.3)	5 (3.3)
外出の回数が少なく、日中も寝たり起きたりの生活	A-2	5 (3.3)	12 (8.0)	17 (11.3)
介助があれば外出でき、日中はベッドから離れている	A-1	12 (8.0)	15 (10.0)	27 (18.0)
隣近所なら外出する	J-2	12 (8.0)	28 (18.7)	40 (26.7)
バス、電車などを利用して外出できる	J-1	12 (8.0)	26 (17.3)	38 (25.3)

表4 日常生活動作の状況 (%)

		男性	女性	合計
歩行	自立	33 (22.0)	66 (44.0)	99 (66.0)
	介助	18 (12.0)	33 (22.0)	51 (34.0)
食事	自立	37 (24.7)	85 (56.7)	122 (81.4)
	介助	14 (9.3)	14 (9.3)	28 (18.6)
排泄	自立	34 (22.7)	78 (51.7)	112 (74.7)
	介助	17 (11.3)	21 (14.0)	38 (25.3)
入浴	自立	27 (18.0)	60 (40.0)	87 (58.0)
	介助	24 (16.0)	39 (26.0)	63 (42.0)
着替え	自立	29 (19.3)	70 (46.7)	99 (66.0)
	介助	22 (14.7)	29 (19.3)	51 (34.0)
身だしなみ	自立	33 (22.0)	77 (51.3)	110 (73.3)
	介助	18 (12.0)	22 (14.7)	40 (26.7)
意志疎通	自立	32 (21.3)	71 (47.4)	103 (68.7)
	介助	19 (12.7)	29 (19.3)	47 (31.3)

表5 痴呆性老人の日常生活自立度 (%)

	ラ	ン	ク	男性	女性	合計
I	何らかの痴呆を有するが、日常生活は家庭内および社会的にほぼ自立			6 (15.0)	3 (7.5)	9 (22.5)
II	日常生活に支障をきたす症状、行動、意志疎通の困難さが見られるが注意すれば自立できる					
	a	家庭外で上記の症状が見られる		0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	b	家庭内で上記の症状が見られる		4 (10.0)	6 (15.0)	10 (25.0)
III	日常生活に支障をきたす症状、行動、意志疎通の困難さが見られ、時々介護を必要とする					
	a	日中を中心に上記の症状が見られる		0 (0.0)	12 (30.0)	12 (30.0)
	b	夜間を中心に上記の症状が見られる		0 (0.0)	3 (7.5)	3 (7.5)
IV	日常生活に支障をきたす症状、行動、意志疎通の困難さが見られ、常に介護を必要とする			1 (2.5)	3 (7.5)	4 (10.0)
V	著しい精神症状や問題行動、あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする			1 (2.5)	1 (2.5)	2 (5.0)

表6 医療等の利用状況 (%)

	男性	女性	合計
訪問診療	30 (21.9)	40 (29.2)	70 (51.1)
服薬指導	13 (9.5)	24 (17.5)	37 (27.0)
栄養指導	0 (0.0)	2 (1.5)	2 (1.5)
医療機器装着	4 (2.9)	12 (8.8)	16 (11.7)
医療処理	6 (4.4)	5 (3.6)	11 (8.0)
歯科指導	0 (0.0)	1 (0.7)	1 (0.7)

が見られ、時々介護を必要とする者が37.5%、常に介護を必要とする者が10.0%、著しい精神症状や問題行動、あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする者が5.0%であった。

3) 医療等に関わる援助について (表6)

在宅での医療等の利用状況を見ると、総利用数137人で全体の82.5%であった。利用状況は、訪問診療が51.1% (70人) ともっとも多く、2人に1人が利用していることになる。

次いで、服薬指導27.0% (37人)、医療器具装置

表7 保健福祉サービスの利用状況

	男性	女性	合計
訪問介護	11 (8.5)	10 (7.7)	21 (16.2)
ショートステイ	11 (8.5)	18 (12.5)	29 (21.0)
デイサービス	26 (18.5)	54 (38.6)	80 (57.1)
デイケア	5 (3.6)	3 (2.2)	8 (5.8)
訪問看護	15 (10.8)	7 (5.0)	22 (15.8)
福祉用具の利用	15 (11.4)	15 (11.4)	30 (22.7)
訪問リハビリテーション	16 (11.5)	22 (15.7)	38 (27.2)
居宅療養管理指導	13 (9.6)	14 (10.3)	27 (19.9)
有料老人ホーム	0 (0.0)	2 (1.6)	2 (1.6)
ケアハウス	1 (0.8)	0 (0.0)	1 (0.8)
高齢者世話付住宅	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
高齢者総合相談センター	1 (0.8)	0 (0.0)	1 (0.8)
在宅介護支援センター	13 (9.5)	13 (9.5)	26 (19.0)
機能訓練	6 (4.5)	7 (5.3)	13 (9.8)
配食サービス	8 (5.7)	24 (17.0)	32 (22.7)
訪問指導	18 (12.8)	14 (9.9)	32 (22.7)

11.7% (16人)、医療処置8.0% (11人)、栄養指導1.5% (2人)、歯科指導0.7% (1人) であった。

大島：京都府美山町における要援護高齢者実態調査の報告

表8 利用していないがサービスの存在を知っている者 (%)

	知っている	知らない
訪問介護	71.5	28.5
ショートステイ	63.0	37.0
有料老人ホーム	63.0	37.0
配食サービス	59.6	40.4
訪問看護	54.0	46.0
訪問指導	51.1	48.9
高齢者世話付住宅	18.5	81.5
高齢者総合相談センター	24.8	75.2
ケアハウス	36.9	63.1
デイケア	58.7	41.3
居宅療養管理指導	55.3	44.7

表9 保健福祉サービスの今後の利用意向 (%)

	利用したい	利用したくない
訪問介護	42 (30.4)	32 (23.2)
ショートステイ	55 (40.4)	31 (22.8)
デイサービス	89 (62.2)	32 (22.4)
デイケア	24 (17.4)	53 (38.4)
訪問看護	43 (30.7)	34 (24.3)
福祉用具の利用	31 (24.6)	29 (23.0)
訪問リハビリテーション	38 (28.4)	29 (21.6)
居宅療養管理指導	47 (34.6)	31 (22.8)
有料老人ホーム	4 (3.1)	65 (50.4)
ケアハウス	8 (5.9)	59 (43.7)
高齢者世話付住宅	5 (3.8)	57 (43.2)
高齢者総合相談センター	24 (17.3)	44 (31.7)
在宅介護支援センター	64 (47.8)	29 (21.6)
機能訓練	35 (26.3)	44 (33.1)
配食サービス	38 (28.1)	52 (38.5)
訪問指導	53 (39.8)	21 (15.8)

表10 家族の世帯状況 (%)

	男性	女性	合計
高齢者本人だけの単身世帯	2 (1.4)	21 (14.6)	23 (16.0)
高齢者本人と配偶者(65歳未満)のみの世帯	9 (6.2)	4 (2.8)	13 (9.0)
高齢者本人と配偶者(65歳以上)のみの世帯	16 (11.1)	11 (7.7)	27 (18.8)
高齢者本人とその他の高齢者のみの世帯	0 (0.0)	7 (4.9)	7 (4.9)
その他の世帯(同居世帯)	21 (14.6)	53 (36.8)	74 (51.4)

4) 保健福祉サービスの利用状況について(表7)

在宅の保健福祉サービス16項目について利用状況を見ると、デイサービスの利用が最も多く、57.1%であり、2人に1人が利用している。次いで訪問リハビリテーション27.2%、福祉用具の利用、配食サービス、訪問指導が22.7%、ショートステイ21.0%、居宅療養管理指導19.9%、在宅介護支援センター19.0%、訪問介護16.2%、訪問看護15.8%、デイケア5.8%、有料老人ホーム1.6%、ケアハウス、高齢者総合相談センターが0.8%、高齢者世話付住宅0%であった。

5) 利用していないがサービスの存在を知っている者について(表8)

利用はしていないがサービスの存在を知っているという人が訪問介護では71.5%と高く、3人に2人が知っていることになる。ショートステイ63.0%、有料老人ホーム63.0%、配食サービス59.6%、訪問看護54.0%、訪問指導51.1%で2人に1人は知っていることになる。しかし、知られていないサービスもあり、高齢者世話付住宅81.5%、高齢者総合相談センター75.2%、ケアハウス63.1%、デイケア41.3%、居宅療養管理指導44.7%であった。保健福祉医療サービスの利用に関して、各種サービスについての情報(知識・内容理解)量、家族の介護力によって差がある。

6) 保健福祉サービスの今後の利用意向について(表9)

今後利用したいサービスとしてもっとも多かったのがデイサービスの62.2%であった。次いで、在宅介護支援センター47.8%、ショートステイ40.4%、訪問指導39.8%、居宅療養管理指導34.6%、訪問看護30.7%、訪問介護30.4%、訪問リハビリテーション28.4%、配食サービス28.1%、機能訓練26.3%、福祉用具の利用24.6%、デイケア17.4%、高齢者総合相談センター17.3%、ケアハウス5.9%、高齢者世話付住宅3.8%、有料老人ホーム3.1%であった。

反対に利用したくないサービスは、有料老人ホーム50.4%、ケアハウス43.7%、高齢者世話付住宅43.2%、配食サービス38.5%、デイケア38.4%、機能訓練33.1%、高齢者総合相談センター31.7%、訪問看護24.3%、訪問介護23.2%、福祉用具の利用23.0%、ショートステイ、居宅療養管理指導が22.8%、デイサービス22.4%、訪問リハビリテーション、在宅介護支援センターが21.6%であった。美山町には、有料老人ホーム、ケアハウスのサービスがなく、住民意識として理解し難いサービスであることが考えられる。

7) 家族の世帯状況について(表10)

世帯状況を見ると、子どもとの同居世帯が51.4%

であった。次いで、高齢者本人と65歳以上の配偶者のみの世帯が18.8%、高齢者本人だけの単身世帯が16.0%、高齢者本人と65歳未満のみの世帯9.0%、高齢者本人とその他の高齢者のみの世帯4.9%であった。その他の高齢者とは、配偶者でない本人の兄弟を指す。つまり、要援護者の家族の状況は、一人暮らし16.0%、高齢者だけの世帯が32.7%であった。

8) 介護期間について(表11)

要介護の状態になってからの介護期間を見ると、1年以上が87.1%を占めていた。また、3年以上が38.5%、1年から2年未満が26.6%、2年から3年未満が22.0%、6ヶ月から1年未満が7.3%、6ヶ月未満が5.5%であり、介護の長期化が認められる。

9) 主たる介護者の年齢について(表12)

介護者の年齢では、50歳から64歳が46.4%と約半数を占め、65歳から74歳が19.6%、75歳以上が18.8%、30歳から49歳が13.4%、30歳未満が1.8%であった。

10) 介護時間について(表13)

1日のうち介護に要する時間は、1時間未満と3時間から6時間が25.8%、1時間から3時間が24.7%、6時間から9時間と12時間以上が10.8%、9時間から12時間が2.2%であった。

11) 介護者の性別について(表14)

介護者の性別において、男性は合計25人であった。要介護者年齢からは、80歳から84歳が5.3%、75歳から79歳が4.0%、85歳以上が3.3%、70歳から74歳が2.7%、65歳から69歳が1.3%であった。女性は合計125人であり、男性の5倍であった。要介護者年齢から、85歳以上が27.3%と多く、75歳から79歳が20.7%、80歳から84歳が19.3%、70歳から74歳が10.7%、65歳から69歳が5.3%であった。

12) 介護者の職業について(表15)

介護者の職業を調べると、勤めを持っている割合は20.0%であり、自営(農業含む)23.3%、無職56.7%であった。

13) 介護で困っていることについて(表16)

介護に伴う困難について、心身の負担が大きいのが31.3%、もっと介護サービスを利用させたいが15.3%、家族や近隣の理解不足が4.7%、介護方法がわからないが2%、その他10%、特になしが36.7%であった。介護困難の理由として、

- ・交通の便が悪い。
- ・歩行困難なため、家の中にいることが多い。
- ・介護者の調子が悪くなったとき、透析のための

表11 介護期間 (%)

	男性	女性	合計
6ヶ月未満	1 (0.9)	5 (4.6)	6 (5.5)
6ヶ月から1年未満	2 (1.8)	6 (5.5)	8 (7.3)
1年から2年未満	12 (11.0)	17 (15.6)	29 (26.6)
2年から3年未満	11 (10.1)	13 (11.9)	24 (22.0)
3年以上	18 (16.5)	24 (22.0)	42 (38.5)

表12 主たる介護者の年齢 (%)

	男性	女性	合計
30歳未満	2 (1.8)	0 (0.0)	2 (1.8)
30歳～49歳	5 (4.5)	10 (8.9)	15 (13.4)
50歳～64歳	12 (10.7)	40 (35.7)	52 (46.4)
65歳～74歳	16 (14.3)	6 (5.3)	22 (19.6)
75歳以上	9 (8.1)	12 (10.7)	21 (18.8)

表13 介護時間 (%)

	男性	女性	合計
1時間未満	6 (5.4)	18 (19.4)	24 (25.8)
1～3時間	5 (5.3)	18 (19.4)	23 (24.7)
3～6時間	12 (12.9)	12 (12.9)	24 (25.8)
6～9時間	6 (5.4)	4 (4.3)	10 (10.8)
9～12時間	1 (1.1)	1 (1.1)	2 (2.2)
12時間以上	4 (4.3)	6 (6.4)	10 (10.8)

表14 介護者の性別 (%)

要介護年齢	男性	女性	合計
65～69歳	2 (1.3)	8 (5.3)	10 (6.6)
70～74歳	4 (2.7)	16 (10.7)	20 (13.4)
75～79歳	6 (4.0)	31 (20.7)	37 (24.7)
80～84歳	8 (5.3)	29 (19.3)	37 (24.6)
85歳以上	5 (3.3)	41 (27.3)	46 (30.6)

表15 介護者の職業 (%)

勤めている	30 (20.0)
自営	35 (23.3)
無職	85 (56.7)

表16 介護で困っていること (%)

心身の負担が大きい	47 (31.3)
もっと介護サービスを利用したい	23 (15.3)
家族や近隣の理解が不足	7 (4.7)
介護方法がわからない	3 (2.0)
その他	15 (10.0)
特になし	55 (36.7)

通院介助を代わってもらう人がほしい。

- ・本人にリハビリをやる気がないので困る。
- ・本人が頑固であり、家族のいうことをきかない。
- ・精神的に疲れる。心身の負担が大きい。
- ・介護者が家庭外に仕事を持っている場合、在宅介護が困難である。

- ・何もかも困っている（特に、通院が不能になった時）
- ・入浴時（とくに冬場）浴槽へ入れるとき。

などが認められている。

14) 介護者の健康状態について（表 17）

介護者の健康状態を見ると、健康であるが 26.7%、まあまあ健康である 56.0%、健康ではない 17.3% であった。

15) 介護者の自覚症状について（表 18）

介護者の自覚症状では、腰痛が 27.3% ともっとも多く、肩こり 21.3%、不眠 15.3%、ストレス 14.0%、神経痛 11.3%、頻尿 4.1%、その他 6.7% であった。つまり約 3 人に 1 人が腰痛を訴え、約 4 人に 1 人が肩こりの自覚症状を訴えている。5 人に 1 人が介護に対するストレスを感じている。不眠が 15.3%、神経痛 11.3% など、介護が肉体的にも精神的にも負担が大きいことがわかる。

16) 主たる介護者が不在時に介護を担当する者の有無について

代わって介護できる人がある場合は 56.8% であり、2 人に 1 人は代わってもらえる介護者がいないという深刻な状況である。代って介護する者は、配偶者 37.3%、兄弟（姉妹） 23.3%、嫁 19.3%、子ども 17.3%、父 2.7% であった。また、1 人で介護している者は、自分が介護できないとき誰に代わってもらえることができるのかが大きな不安材料であった。

17) 介護にあたり現行制度によるサービスで有効だと感じられること

介護にあたって、現行制度によるサービスで有効だと感じられる人は 84.0% であった。特に有効だと意識している制度として、デイサービスが 39.7% ともっとも高い。次いで、ショートステイが 25.0% となっている。ホームヘルプサービスは 9.8% と低い数値にとどまっている。

18) 現在の住まい（住宅）について（表 19）

現時点で特に問題がないと感じている人が 57.6% と半数を超えている。しかし、42.4% は何らかの困難を抱えていると感じている結果が示された。すなわち、玄関周りの段差においては 11.4% が問題と認識しており、トイレの手すりがないかたり、便器が洋式でなく和式であることによる問題については、8.2% と約 10 人に 1 人が困難を感じていることが示された。浴室や浴槽が使いにくくなってしまったのが 7.0%、屋内の階段昇降においては 5.1% が困難を感じている。段差に関する困難は、24.1% が問題を抱えている結果

表 17 介護者の健康状態 (%)

健康である	40 (26.7)
まあまあ健康である	84 (56.0)
健康ではない	26 (17.3)

表 18 介護者の自覚症状 (%)

腰痛	41 (27.3)
肩こり	32 (21.3)
神経痛	17 (11.3)
ストレス	21 (14.0)
不眠	23 (15.3)
頻尿	6 (4.1)
その他	10 (6.7)

表 19 現在の住まい（住宅）の問題 (%)

	男性	女性	合計
玄関周りの段差	7 (4.4)	11 (7.0)	18 (11.4)
廊下・居室の段差	4 (2.5)	8 (5.1)	12 (7.6)
屋内の階段昇降	1 (0.6)	7 (4.5)	8 (5.1)
浴室・浴槽	4 (2.5)	7 (4.5)	11 (7.0)
トイレの手すり	3 (1.8)	10 (6.4)	13 (8.2)
その他	3 (1.8)	2 (1.2)	5 (3.2)
特になし	31 (19.6)	60 (38.0)	91 (57.6)

表 20 介護研修受講の希望 (%)

受講したい	96 (64.0)
受講したくない	54 (36.0)

となった。問題となっている 42.4% のうち、56.8% と半数を超える人が在宅生活を送る上で、段差解消が重要な課題であることが示唆されている。

19) 介護研修受講の希望について（表 20）

介護レベルを維持、向上させるために支援計画の 1 つとして、介護に関する研修を考え、介護者に受講の希望を調査した。その結果 64.0% の人が受講を希望していた。すなわち介護者の 3 人に 2 人が受講を希望していた。

IV. 考 察

美山町は、京都府の中央に位置し、町面積 340.47 km² のうち森林が約 90% を占めている。2001 年 7 月 1 日現在、人口 5,466 人、人口密度 16 人/km² である。0 歳から 14 歳 15.4%、15 歳から 24 歳 7.4%、25 歳から 64 歳 48.8%、65 歳以上 28.3% であり、人口増加率 -0.6% の過疎化を認めている町である。第 1 次産業 15.9%、第 2 次産業 36.8%、第 3 次産業 47.3% で、林業が中心の町であり、大企業の進出が全く認められず、年少老後運動力の転出傾向が著しいために、

今後とも過疎化が急速に進むと予測されている。

今回、同町の高齢者実態調査を行ったが、65歳以上の高齢者は1,694人であり、表1から、このうちの9.8%つまり10人に1人が自宅で生活している要援護老人であることがわかった。厚生省統計情報部の人口動態統計概数によれば、老年人口の割合は1995年の14.6%から増加し、2015年の25.2%まで急激に増加するとしているが、美山町はこの数値にすでに到達している。また75歳以上の後期高齢者がこのうち84.6%を占めている。加齢とともに要援護高齢者が急増しており、3人に1人が要援護高齢者という実態を見れば、産業の乏しさから生じる若年層の転出傾向の増大や少子化傾向の影響により、美山町はかなり深刻な状況下に置かれていると考えられる。

要援護高齢者の日常生活能力は表3より一人で外出できる者52.0%、介助があれば外出できる者18.0%であった。外出することにより対人交流の機会を生活場面で維持することが可能である。しかし、ベッド上で過ごさなければならない者10.6%、車椅子に乗ることができる外出困難の者19.3%を合わせた29.9%への対人交流をいかに提供していくことができるのかが課題である。日本リハビリテーション病院施設協会による地域リハビリテーションの定義は「治療とは、障害を持つ人々や老人が住み慣れたところでそこに住む人々と共に一生安全にいきいきとした生活が送れるよう、医療や保健・福祉及び生活に関わるあらゆる人々がリハビリテーションの立場から行う活動のすべてを言う。」としており、筆者は外出し、行事へ参加する機会や近隣の人々と会話する機会を日常的に得ることが重要であると考えている。

表4から介助が必要なのは歩行34.0%、食事18.6%、排泄25.3%、入浴42.0%、着替え34.0%、身だしなみ26.7%、意志疎通31.3%であった。自宅で生活するためには、食事動作が自立していること、排泄動作が自立していることが重要であると浜村は述べているが、今回の調査でも同様の傾向が認められた。しかし、入浴動作や歩行動作は介護を必要とする傾向が高く、京都府の2000年度の調査でも訪問入浴介護の利用が約40%占めている状況とも一致する。つまり家族の介護負担を軽減するためには入浴に対する支援と移動能力拡大の支援が望ましいのである。高齢者が自宅で生活するためには多少の身体的日常生活能力が低下していても、食事能力が確保されていれば何とか生活することができるのではないかと考えられる。

身体的な日常生活能力に加えて、在宅生活では痴呆

の有無も重要な因子であるので、この点を調査したところ、対象者の2.3%が痴呆状態を呈していた。表5から、日常生活に支障を認めるⅢ以上が52.5%であった。つまり、要援護高齢者の47.5%は現在のところ痴呆は認められず、身体的機能のみが問題であるが、痴呆状態の者は行動や意志疎通も困難を感じる状態で常に介護が必要であることがわかる。約半数が介護を必要とするという結果から、痴呆老人が在宅で生活することがいかに困難で、施設型のサービスを利用しなければ自宅での生活を維持することが困難であるかを証明していることにもなっていると考えられる。痴呆老人を自宅で介護するには、介護の質量ともかなりの充足度が要求されるため、家族が中心となって介護を支える傾向の高い美山町においては、介護者の高齢化によって、介護が不可能に近い状況であると考えられる。

このような状況で今後何を我々はサービスとして提供すれば良いのかという視点から在宅での医療等の利用状況を調査した。表6から、訪問診療51.1%、服薬指導27.0%などの疾患に対するケアに関するニーズはかなり高い。しかし、前述のように在宅生活を可能にさせるためには少なくとも食事能力が確保されていることが必要であるという見解から見れば、口腔ケア的側面が重要視されなければならないが、実際の歯科指導は0.7%といった極めて低い数値しか認められていない。食事能力を改善するために口腔ケアは極めて重要であるにもかかわらず、運動機能面のみ重点を置いている現状を早急に変えていかなければならない。現在確保されている食事能力をいかに有効に維持していくのが今後の課題なのではないかと考えられる。

また、保健福祉サービスの利用を調査したが、それは自宅で生活するための必要な活動は何なのかを明らかにする目的で行った。

わが国は在宅福祉サービスの充実の手段として新ゴールドプランに基づいた整備を行っている。在宅サービスとして、訪問介護員（ホームヘルパー）17万人、短期入所生活介護（ショートステイ）6万人分、日帰り介護（デイサービス）と日帰りリハビリテーション（デイケア）17,000ヶ所、在宅介護支援センター1万ヶ所、老人訪問看護事業所5,000ヶ所を目標値とし、現在は訪問介護員約3万人を上乗せしている。

国全体として、厚生労働省におけるサービス利用調査によれば、訪問介護や訪問入浴介護が約50%利用され、デイサービスでは約70%、訪問看護約35%、訪問リハビリテーション約20%が利用されている。

表7から美山町では、デイサービスが57.1%と、不可欠なサービスであることがわかったが全国と比較して利用が低い。さらに、訪問リハビリテーションが27.2%であり、これは美山町の特長ではないかと考えられる。単なる機能訓練の自主トレーニングメニューを提供する訪問リハビリテーション活動ではなく、在宅でどのように生活動線を拡大することが出来るのかを目的としている。また、在宅生活支援に重要な訪問介護を利用している者は、16.2%の比較的低い数値をしめしており、家族介護が美山町では中心であることが考えられる。デイケアがデイサービスに比べ、利用の希望が51.3%も低いのは、調査時点においてデイケアが初めて美山町に開設されて間もなく、周知されていない。また既存のデイサービスを現に利用している人におけるデイケアとの内容の区別が不十分であること、医療におけるケアという概念の住民への広報や教育の不充分さも数値の差に表れているものも考えられる。

在宅での住宅評価や日常生活動作能力の評価を基本にした生活活動の具体的指導と1室にとどまることなく家族と触れ合う場を増大させるための住環境整備を図る。また、在宅環境という点から地域住民とのネットワーク拡大などの活動を訪問リハビリテーションで行っているため、地域全体で普通の生活を要援護高齢者に送ってもらうための包括的支援を行うことこそ作業療法の在宅での役割と筆者は考えている。その結果、美山町では訪問リハビリテーションが機能訓練でないということが浸透してきた傾向が認められ、本来の生活支援のリハビリテーション活動として、訪問リハビリテーションが高齢者に理解されたことによる利用率の向上と判断される。

在宅生活における不備を補填するための訪問介護は、16.2%という低い数値しか示していない。高齢者が高齢者を介護する深刻な状況が反影されていると考えられ、現状の介護基盤となっている家族が、今後長期にわたりその機能を果たし得るとは考えられない。しかし、それにもかかわらず、ほとんど利用されていないのである。

同様の根拠から、配食サービスも22.7%という極めて低い利用率となっている。食事が生活の基本であることを考えれば、サービス利用の重要性を今後いかに在宅要援護高齢者または家族に対し、理解と啓蒙を推進していくのかが大きな課題であろう。これらに関し、美山町における「美山のリハビリテーション出前講座」と称して地域にスタッフが出向き、話に行くこ

とを中心として活動を展開しており、徐々にではあるが、在宅生活とサービスの融合が進んできている。表20より、64.2%の人が介護研修受講を希望しており、3人に2人が出張講座の役割を認識し、積極的に利用しようと考えている結果が出ている。

表8からサービスを利用していないが存在を知っている者については、訪問介護71.5%、ショートステイと有料老人ホーム63.0%、配食サービス59.6%、デイケア58.7%と町全体に浸透してきたサービスについては知られているが、高齢者世話付住宅18.5%や高齢者総合相談センター24.8%のように、どこに行けば利用できるのかなど把握されていないサービスもあることがわかった。美山町のサービス全体が有効活用されたためには、今後の広報活動が重要であると考えられる。

保健福祉サービスの利用の意向に関して、表9からデイサービスが62.2%と圧倒的に高い数値を示している。在宅生活を可能にする為には対象者が家から外へ出る機会が重要なことを示しており、このことは主たる介護者の身体的・精神的負担の軽減と支持に繋がっていることを意味するのではないかと考えられる。また、高齢者が高齢者を介護する現実が存在するものの、高齢者と家族の意識では、最後まで家で介護を継続したいという意志表示が、50.4%もの老人ホームを利用したくないという高い数値に反映されているのではないかと考えられる。痴呆のある場合で、高齢者世話付住宅のサービス内容を知らないことを考慮しても、43.2%が利用を拒んでいる。そこには対象者の家族の構成員としての今までの生き方が大いなる価値として存在し、高齢者が痴呆症状を呈したからといって家庭における介護をなおざりにしたくないという家族の意向が窺えるのである。

ただし、美山町の家族状況は、表10より高齢者本人だけの単身世帯16.0%、高齢者本人と配偶者のみの世帯27.8%、高齢者本人とその他の高齢者のみの世帯4.9%であり、高齢者だけの世帯が48.7%である。美山町での在宅支援状況は半数が極めて深刻な介護状況にあることが認められる。そして、介護は人にはまかせたくない家族が多いというのがこの町の現実である。

そこで要介護状態からの介護期間を見ると、表11から、1年以上が87.1%も占めているのである。さらに介護期間が3年寝たきり以上は38.5%、2年から3年未満が22.0%もあり、非常に長期間高齢者が高齢者を介護しているのである。介護することが生きがいなのであろうか。表12から、主たる介護者は65歳

以上が38.4%、50歳以上が84.8%という現実である。さらに表13から、介護者が1日に介護する時間は6時間以上が23.8%、12時間以上が10.8%となっている。そして、表15から介護のために勤めることが出来ない無職が56.7%である。介護で困っていることでは、表16から、介護方法という技術面で困っているのが2.0%と極めて低い数値であった。介護者の31.3%は心身の負担が大きいことを挙げ、介護サービスを利用したい者が15.3%であったことから、家族による介護を継続しなければならないが、心身の負担が大きいといった現状が伺える。

介護者の自覚症状についてみると、表18から27.3%つまり約3人に1人が腰痛を、21.3%つまり約4人に1人が肩こりを訴えている。精神的なストレスは14.0%、約5人に1人、不眠15.3%、神経痛11.3%という状況で介護を日々継続しているのである。たとえ介護を続ける意欲があっても代わってもらえなければ介護者自身が倒れるのではないかと考え、代理人の有無を調査した。代わって介護できる人がいる者は56.8%しかなかった。この事実は、対象者そして介護者双方が深刻な状態におかれていることを示している。

自宅での介護を可能にするためには対象者と介護者の双方に在宅生活に耐えうることでできる体力があることが前提条件である。そして心身の機能を評価し、日常生活動作能力を維持・改善することが必要なのではないか。小川らは高齢者の支援とは老化などによって生じる生きがいや役割の喪失、引きこもりなどの心理的・社会的な問題に対しても、個々の老人の置かれた環境の中で、より主体的な生活ができるように指導、援助を行うことであるとしている。これこそ作業療法士の役割であると認識する。加えて、生活動線を有効かつ拡大せしめるための環境改善、住宅評価を行い、これらの総合的な関連の中で、対象者・介護者・そしてスタッフも共有した理想に向かう意欲を持ち続けていくことこそが今後重要な展開なのではないかと考えられる。

簡単に在宅生活が無理であると判断することは容易なことであるが、対象者本人、家族がどうしても家で最後まで暮らしたいという夢を現実に変えていくことが我々スタッフ活動の大いなる存在の目的であり活動なのではないかと考え、今後もこの理念を基盤にして継続していく予定である。

V. おわりに (おでんの原理)

筆者は地域リハビリテーション活動の原理をおでんにたとえ、「おでんの原理」として提唱してきている。

地域での支援とは、一人一人の生活形態を尊重し、本人の希望をできる限り活かせるようにサービス提供していくことであろう。高齢者が今まで過ごしてきた場で、今まで通りの家族関係、友人関係を保ち、当たり前前の生活をしてこそ、「地域リハビリテーション」なのである。つまり、我々が目指すのは「暮らしの支援」である。ごく当たり前前の暮らしのためには何が必要であろうか。

我々がやっているサービスが本人にとって自然であり、かつ、家族や地域、また地域に住む人々に何の違和感もなく、自然に溶け込むことであろう。そのためには、我々のサービスが共通の目標を持ち、一貫したチームケアによるサービスであることが重要である。

専門職は自分たちの領域での視点や発見、技術提供を行える点で尊重されるが、逆に自分以外の専門職の活動や考え方に対しては議論さえ成立しなくなることも多い。地域の支援は、チームケアである。おでんのように、一度みんな同じ鍋に入り、専門職という具を煮詰めてみてはどうだろうか。自分だけでは出ない魅力のある味にスタッフ皆がなるのではないだろうか。そして、じっくり煮込んだとも味わいのある具を食べる人たちは困っておられる人たちである。身体や心の少し動きにくくなった人たちを主人公とした素晴らしい町の物語を創り出す。これこそ、地域リハビリテーション活動である。

謝 辞

最後に、調査にご協力頂きました美山町の皆様、ならびに調査に従事して頂きました美山町健康福祉課、美山町社会福祉協議会の皆様に深謝申し上げます。

引用文献

- 小川恵子、宮下八重子、森倉三男編著：理学療法士、作業療法士のための地域リハビリテーション入門、協同医書、1995
- 鎌田ケイ子、千田徳子編著：高齢者ケアプラン策定の実際——立て方と事例、慶昌堂、1999
- 財団法人 厚生統計協会：国民の福祉の動向、2000、第47巻第12号
- 財団法人 日本公衆衛生協会：寝たきり予防総合戦略に関する研究事業——地域リハビリテーション懇談会

大島：京都府美山町における要援護高齢者実態調査の報告

報告書. 1999
社会福祉法人 兵庫県社会福祉協議会：公的介護保険制度
に向けて——社協の当面の改善課題. トライス,
1997
ジョン N モリス, 池上直己編著：在宅ケアアセスメン

トマニュアル. 三報社, 1996
辻道夫編著：生涯健康教育の課題. 八千代出版, 1998
東京市町村自治調査会, 第2次高齢者介護制度研究会編
著：介護保険と市町村の役割, 1998. 中央法規,
1998