平成２１年度老人保健健康増進等事業

自立支援に向けた包括マネジメントによる総合的なサービスモデル調査研究
報　告　書

社団法人　日本作業療法士協会

平成 21 年度老人保健健康増進等事業
「自立支援に向けた包括マネジメントによる総合的なサービスモデル調査研究」

目　　次

はじめに

第一章　研究概要　1

第二章　研究のまとめ　12
Ⅰ　研究事業推進検討委員からの意見

Ⅱ　研究まとめ　23

Ⅲ　提言　31

第三章　作業療法の成果指標の提案　42

第四章　通所リハビリテーション検証事業　49

第五章　介護と医療の連携事業　115

第六章　包括マネジメント事業　180

第七章　包括マネジメント研修テキスト作成事業　209

研究組織　216

はじめに

「人は作業をすることで健康になれる」という，単純で，明快な理論と実践の下，作業療法は国民の健康に寄与してきた．しかし，その考え方やサービスは専らリハビリテーション医療の領域でしか活かされてこなかった．

本研究の役割，価値は，「包括マネジメントによる総合的なサービスモデル」が，医療と介護の領域で，「利用者が生活の中で，望む作業（活動)」を行うことで，「元気」になれることを証明し，「総合的なサービスモデル」を提示したことである．つまり，利用者本位の医療，生活重視の医療，医学モデルから社会モデルへの変換など，さまざまな提案がなされてきた中で，それらを可能にするための具体的な評価，支援計画，支援方法を明らかにしたのである．今後，このシステムが医療，介護の中で活用されることを切に願っている．

さて，「包括マネジメントによる総合的なサービスモデル」の特徴は，利用者の望む生活の実現に向けて，利用者と共に計画を立案し，利用者，ボランティアやサポータが主体となって実践していく評価から実践までの一連の連携と関わり方である．今後，全国で普及を図るためには，評価方法の簡便化，支援ツールの標準化とマニュアル作成，効果検証のためシステム化，支援スタッフの養成などが多くの課題を抱えているが，来年度も引き続き，普及にむけた調査と普及のための研修などが実践されることを願っている．

本モデルのあと一つの特徴は，地域住民の活性化である．これの検証は，来年度の普及事業の中で明らかにされる予定であるが，上記のように，利用者の望む作業（活動）は，買い物であったり，地域住民とのコミュニケーションであったり，さまざまな内容が予測されるが，それらは，現行の施設や在宅サービスに含まれないことが多い．例えば，「買い物」の希望があった場合，さまざまなリスクや移動能力や作業遂行能力の評価が必要であり，これらは，作業療法士などの専門家が行うことになる．専門家と利用者間で一定の能力が獲得されたら，次の過程として，生活の場で継続させるための支援となる．それらは，専門のサポーターやボランティアなどを養成して，地域住人の手でその役割を担っていただくことを計画している．

このように，利用者も生活者の一員として消費者となり，地域の高齢者や社会的な役割を担えない方々にもサポーターやボランティアとして役割が与えられる機会を提供し，それらが有機的に機能することで，住民参加型の相互支援に基づく新しい地域包括ケアシステムとなる．

地域に「作業」を提供し，地域が「元気」「健康」になっていくものと考えている．

本研究は，以上のように，単に利用者の生活の健康という側面と，地域の活性化の側面をもっており，全国的に普及し，日本の国の「健康」に寄与することを祈念している．

平成２２年３月

（社）日本作業療法士協会
会長　　中村　春基

平成 21 年度老人保健健康増進事業
「自立支援に向けた包括マネジメントによる総合的なサービスモデル調査研究事業」

第一章　研究概要

１　研究の目的

高齢者が介護される人から，主体的で積極的な生活をする人になるためには，疾病や老化による心身機能の低下でできなくなった作業が方法や工夫によってできるということ知り，生活への意欲を高め，またその作業を再獲得するプログラムを受けることで，自己実現に向け積極的・活動的生活を営めるよう支援することが大切である．

平成20年度，作業療法の理念である「作業をすることで人は健康になれる」を基に当事業で高齢者が生活する上で重要で「意味のある作業」を見つけだす作業聞き取りシートを開発した．また高齢者の有する能力（＝作業遂行）を見つけ，人の心身機能と作業，環境の視点でアセスメントし，自立に向けた包括マネジメント方法を検討した．さらに高齢者が作業をする能力を発揮しやすい作業環境の調整や主体的作業体験の繰り返しによる習慣化ができるプログラムを検討した．その試行により，高齢者が主体的・積極的な活動を展開するようになるという効果を得た．

そこで今回，①高齢者の心身機能改善～社会参加まで作業に関する多様なニーズなどを包括的に把握，②病院入院前情報の把握から，治療，退院後フォローアップ，③個別のニーズの相談から地域参加まで支援する上で活用できる，人のしたい作業に焦点を当てた「包括マネジメント」のモデルを作成する．その活用による介入の効果を通所リハビリテーション実施施設，医療機関，地域包括支援センター等で検証する．また，効果を検証する上で有効な成果指標を選定，検討する（以下，成果指標班）．さらに介護の現場で活用できるようその支援方法の標準化を図り，介護の現場職員に対し教育，普及できる指導者となれる作業療法士を養成する．

これらの取り組みにより，高齢者等が重度の疾病や介護が必要であったとしても，生活行為や余暇や社会活動などの包括的な作業に積極的に参加し，健康だと感じかつ満足が得られる総合的で新たなサービスモデルを示す．

２　研究期間

平成２１年４月１日～平成２２年３月末日

３　研究方法

高齢者個々にとって意味のある作業を把握し，自立を支援する包括マネジメントを標準化し，その効果を図る成果指標を検討するため，保健医療福祉の専門家による研究事業推進検討委員会を設置した．また，研究事業を実践・検証するため，①成果指標班，②通所リハビリテーションにおける包括マネジメントによる介入の効果を検証し，プログラムの内容や効果的通所リハビリテーションのあり方を検討する通所リハビリテーション検証事業（以下，通所事業班），③医療か

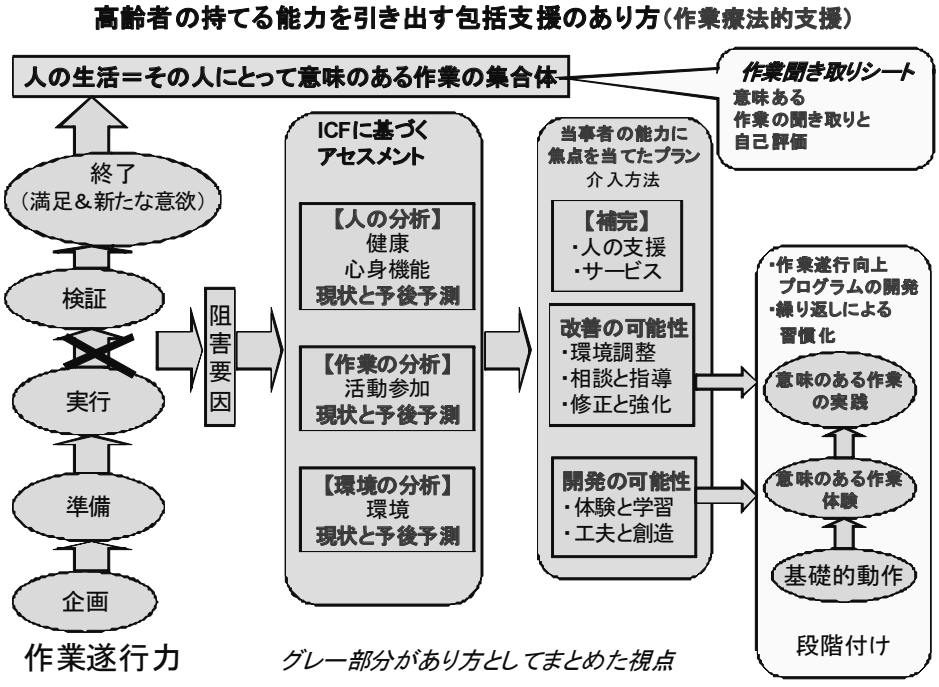
ら地域への連携をモデル的に実践し，効果的連携のあり方を検討する医療介護連携事業（以下，医療介護連携班），④総合相談窓口における包括マネジメントのあり方を検討する（以下，包括マネジメント班），⑤包括マネジメントを作業療法士が研修するためのカリキュラム及びテキストを作成する研修テキスト作成班(以下，テキスト班)の５つの作業班を設け，具体的に推進した.

１）介入に用いた包括マネジメントについて

平成２０年度老人保健健康増進等事業「高齢者の持てる能力を引き出す地域包括支援のあり方研究」で開発した当事者にとって意味を持つ活動のまとまりである「作業」（以下，意味のある作業）に焦点を当てたマネジメント支援方法を「包括マネジメント」とし，そのツールを開発した．ツールは資料 1-1「作業遂行力聞き取りシート」，資料 1-2「作業遂行アセスメント表」，資料 1-3「作業遂行力向上プラン表」からなる.

また，人にとって意味のある作業が再び遂行できるようになるためには，作業が完結するまでに求められる力である企画力，準備力，実行力，検証力，完了力の５段階を向上させる，下図のプログラムの考え方が示唆された.

今回は，これらのツールを用いた介入を試行し，その効果を含め完成させるほか，活用領域の展開の可能性を検討した.



２）研究事業推進委員会の開催

研究事業を効果的に推進し，高齢者の生活行為や余暇活動など包括的な作業の遂行力を高め，自立を支援する包括マネジメントなど総合的で新たなサービスモデルを示すため，保健・医療・福祉の学識経験者等で構成する研究事業推進検討委員会（以下「推進委員会」という.）

を開催した．委員及び開催状況は下記の通りである．

研究事業推進検討委員会委員名簿

所属	職名	氏名
兵庫県立総合ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝｾﾝﾀｰ	名誉院長	澤村誠志
国際医療福祉大学医療経営管理学科	経済学博士	河口洋行
杏林大学医学部公衆衛生学教室	教授	上村隆元
茅野市役所健康福祉部 西部保健福祉サービスセンター	地域福祉推進係長	依田利文
夢のみずうみ村	理事長	藤原　茂
(社)日本作業療法士協会	会長	中村春基

回数	日時	主な内容
1	平成 21 年 8 月 1 日 13:30～16：00	1　研究概要及び方法の検討 2　タイムスケジュールの確認
2	平成 22 年 1 月 30 日 13:30～15:30	1　各班取り組み中間報告 2　まとめの方向性について検討
3	平成 22 年 3 月 13 日 13:30～15:30	1　各班最終報告 2　まとめの検討

開催状況

2）成果指標班

包括マネジメントを用いた介入の成果を測定する成果指標の選定及び各班の実践による結果を集約分析し，介入の効果の検証を行った．本研究で活用した成果指標については下表のとおりである．

【成果指標一覧】

①通所事業班，②医療介護連携班，③包括マネジメント班

	名称	特徴	対象研究	出典
1	介護認定調査票		①②	厚労省
3	日常生活自立度		①②	厚労省
4	主観的健康感	健康状態について，3~5 段階でその良し悪しを問うもの	①②	※1
5	作業聞き取りシート	昨年度研究事業で作成したもの	①②③	－
6	老研式活動能力指標	手段的 ADL，知的能動性，社会的役割に関する 13 項目を Yes-No で回答	①②	都老研

7	作業遂行評価表	昨年度研究事業で作成したもの	①②③	－
8	プログラムチェック表		②	－
9	PASE：Physical Activity Scale for the Elderly	余暇活動，家庭内活動，仕事関連活動について，係数を乗じて総得点を算出する	①②	※2
10	身体活動量（kcal；アクティマーカー）	3 軸加速度計による多メモリ計測歩数計	①②	※3
12	Health Utilities Index	効用値を測定する	①②	※4
14	事業所アンケート		①②③	－
15	参加者アンケート		①②	－
16	家族アンケート		①②	－

※ 1. 神田 晃，他：自覚的健康感の健康指標としての有効性一「健康日本 21」に向けて一.厚生の指標 47：33-37，2000.

※ 2. Washburn RA, et al: The Physical Activity Scale for the Elderly (PASE): development and evaluation. J Clin Epidemiol 46: 153-62, 1993

※ 3. 松村吉浩, 他：3 軸加速度法による身体活動量計測. 松下電工技報 56：67-72, 2008.

※ 4. Feeny DH, et al: Multi-attribute health status classification systems: Health Utilities Index. Pharmacoeconomics 7:490-502, 1995

3）通所事業班

包括マネジメント及び作業遂行力向上プログラムによる介入の実践を行い，その３ヶ月間の介入の効果を検証した．要支援１，２，要介護１，２，３の者で，介入・非介入群を各100の対象者に協力を依頼した．推進にあたって，当事業の説明会を作業療法士に対し開催し，広く研究事業への参加希望施設を公募した．また研究事業の終了後にはその効果およびあり方について事業協力機関との意見交換を行った．

4）医療介護連携班

福島，石川，静岡，宮崎県の医療機関の協力を得，入院時に包括マネジメントを実践し，退院時地域包括支援センターへ申し送る連携を行い，包括マネジメントの継続が図られるモデルを提案し，その効果を測定した．また研究事業の終了後にはその効果を伝達する報告会を開催した．

5）包括マネジメント事業班

地域包括支援センターや市町村の障害者・児の相談窓口に配置されている作業療法士に協力を依頼し，その活動の実態や包括マネジメントの事例を収集，意見交換を行った．

6）テキスト作成班

介護の現場職員に包括マネジメントについて教育できる作業療法士を育成するためのカリキュラムの検討とそのテキストを作成した.

＜参考文献＞

1）社団法人　日本作業療法士協会：平成２０年度老人保健健康増進等事業「高齢者の持てる能力を引き出す地域包括支援のあり方研究」報告書　2009 年３月

2）吉川ひろみ訳：COPM（Canadian Occupational Performance Measure）［カナダ作業遂行測定］第４版
大学教育出版　2007

3）地域保健研究会：老人保健健康増進等事業「介護予防通所介護における（在宅版）介護予防プログラム開発及び介入・評価に関する研究報告書」　平成 19 年度

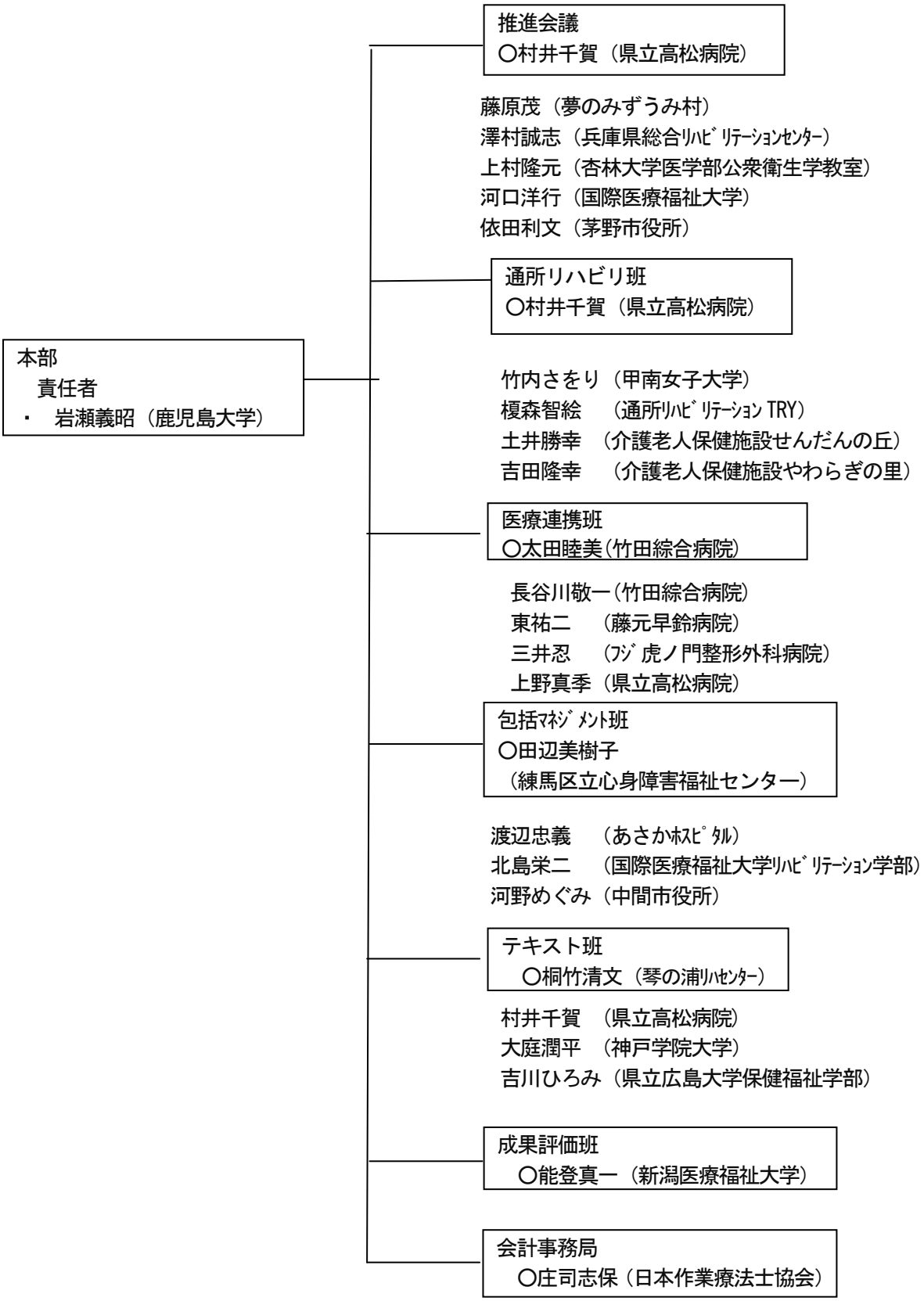
4）吉川ひろみ：作業って？　2000　医歯薬出版

5）山根　寛，二木俊子，加藤寿博：ひとと作業・作業活動　三輪書店　2004

6）山根　寛：精神障害と作業療法　三輪書店　2004

7）社団法人　日本作業療法士協会：作業療法ガイドライン実践指針（2008 年度版）

4　研究組織


本部
責任者
・　岩瀬義昭（鹿児島大学）
推進会議
〇村井千賀（県立高松病院）
藤原茂（夢のみずうみ村）
澤村誠志（兵庫県総合ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝｾﾝﾀｰ）
上村隆元（杏林大学医学部公衆衛生学教室）
河口洋行（国際医療福祉大学）
依田利文（茅野市役所）
通所リハビリ班
〇村井千賀（県立高松病院）
竹内さをり（甲南女子大学）
榎森智絵　（通所ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ TRY）
土井勝幸　（介護老人保健施設せんだんの丘）
吉田隆幸　（介護老人保健施設やわらぎの里）
医療連携班
〇太田睦美（竹田綜合病院）
長谷川敬一（竹田綜合病院）
東祐二　（藤元早鈴病院）
三井忍　（ﾌｼﾞ 虎ノ門整形外科病院）
上野真季（県立高松病院）
包括ﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ班
〇田辺美樹子
（練馬区立心身障害福祉センター）
渡辺忠義　（あさかﾎｽﾋﾟﾀﾙ）
北島栄二　（国際医療福祉大学ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学部）
河野めぐみ（中間市役所）
テキスト班
〇桐竹清文（琴の浦ﾘﾊｾﾝﾀｰ）
村井千賀　（県立高松病院）
大庭潤平　（神戸学院大学）
吉川ひろみ（県立広島大学保健福祉学部）
成果評価班
〇能登真一（新潟医療福祉大学）
会計事務局
〇庄司志保（日本作業療法士協会）

資料１－１

作業聞き取りシート

相談者		年齢	歳	性別	男　女

認知症や寝たきりを予防するためには，家事や社会活動などの作業を維持し，参加していることが重要です．

１　そこで，あなたが困っているまたは問題を感じている（もっとうまくできるようになりたい，あるいは，うまくできるようになる必要があると思う）事柄で，良くなりたい，改善してみたいと思う事柄がありましたら，３つほど教えてください．

２　次に，それぞれについて今の自分はどのくらいうまくやれているか（実行度）と，そのやり方にどのくらい満足しているか（満足度）を１～１０点の範囲で思う点数をお答えください．
とてもうまくできている場合実行度１０点，とても満足しる場合満足度１０点です．
まったくできない場合実行度１点，まったく不満である場合満足度１点です．

相談者氏名		年齢	歳	性別	男・女	
作業の目標					初回	最終
	□A（具体的に作業の目標が言える） 目標１			実行度	/10	/10
				満足度	/10	/10
				達成の可能性	□有 □無	
	□A（具体的に作業の目標が言える） 目標２			実行度	/10	/10
				満足度	/10	/10
				達成の可能性	□有 □無	
	□A（具体的に作業の目標が言える） 目標３			実行度	/10	/10
				満足度	/10	/10
				達成の可能性	□有 □無	
	□B（具体的にイメージができない）			**→興味・関心チェックリストへ**		

興味・関心チェックリスト

以下の作業療法について，現在しているものには「している」，過去にしていたがしてみたい・してみたいができないと思ってしていないものに「してみたい」，する・しないにかかわらず興味があるものに「興味がある」に，〇をつけてください．

作　業	している	してみたい	興味がある	作　業	している	してみたい	興味がある
掃除				ボーリング			
料理				水泳			
買い物				テニス			
家の手入れ				野球			
洗濯				ダンス・踊り			
車の運転				体操･運動			
畑				散歩			
友人との交流				音楽を聴く・演奏会			
洗濯物たたみ				楽器演奏			
園芸				お茶・お花			
ラジオを聴く				おしゃべり			
テレビを見る				生涯学習			
歌を歌う				旅行			
映画を見る				編み物			
パズルゲーム				針仕事			
手工芸				歴史			
読書				ボランティア			
将棋・囲碁				写真			
観劇				ゴルフ・グランドゴルフ			
絵を描く				温泉			
新聞を読む				子どもの世話			
俳句				動物の世話			
謡曲・詩吟				賃金を伴う仕事			
書道・習字				地域活動（町内会老人クラブ）			
つり				日曜大工			
パソコン・ワープロ				その他（　　）			
宗教活動				その他（　　）			

作業聞き取りシートへ

資料１－２

作業遂行アセスメント表

相談者：

作業目標	作業聞き取りシート

達成可能なニーズ	

アセスメント項目		心身機能の分析 （精神機能、痛み・感覚、神経筋骨格・運動）	活動と参加の分析 （運動・移動能力、セルフケア能力）	環境因子の分析 （用具、環境変化、支援と関係）
作業遂行の問題を生じさせている要因				
作業目標達成可能な理由と根拠	現状能力（強み）			
	予後予測			

資料１－３－①

作業遂行力向上プラン表（入院・施設用）

達成可能なニーズ	達成に必要な作業工程の分析と取り組むべき具体的課題		評価 前	評価 後	達成のための方法・プログラム（どのような作業をする）	実施方法（どのように、だれが行なうか）	達成
	企画力						
	準備力						
	実行力						
	検証力						
	完了力						

遂行能力；１=一人で可能、2=手かがりや見本があれば可能、3=助言があれば可能、4=介助が必要

資料１－３－②

作業遂行力向上プラン表　（退院調整・地域用）

達成可能なニーズ	達成に必要な作業工程の分析と取り組むべき具体的課題		評価 前	評価 後	達成のための方法・プログラム（どのような作業をする）	実施方法（どのように、だれが行なうか）	達成
	企画力					物理的 人的 サービス 指導・援助	
	準備力					物理的 人的 サービス 指導・援助	
	実行力					物理的 人的 サービス 指導・援助	
	検証力					物理的 人的 サービス 指導・援助	
	完了力					物理的 人的 サービス 指導・援助	

遂行能力；１=一人で可能、2=手かがりや見本があれば可能、3=助言があれば可能、4=介助が必要

第二章　研究のまとめ

Ⅰ.研究事業推進検討委員会委員からの意見

「自立支援に向けた包括マネージメントによる総合的なサービスモデル調査研究」
地域包括支援事業推進検討委員会報告への私見

日本リハビリテーション連携科学学会理事長
兵庫県立総合リハセンター名誉院長
澤　村　誠　志

今回の調査研究において出された報告について、前向きの共感を表したい。とくに、高齢者が希望する作業を実践することが健康に関するＱＯＬの指標に優れた影響を与え、また、当然とはいえ IADL や趣味、ボランテイア活動等の社会参加など幅の広いニーズへの作業が大きな成果を得ると評価したい。

今後国際的にノーマライゼーションからインクルージョンの理念が進む中で、入院・入所のリハ・ケア重視政策から、住宅政策を基盤として誰もが安心して、活き活きと住み慣れた地域に住み続けることのできる安心社会の創生に向かっての地域リハ施策への思い切った転換が望まれる。そのためには、まず、市町における保健・医療・福祉の連携による総合的な相談窓口（ワンストップステーション）の整備と、中学校区における地域住民の安心生活を守るためのサービス拠点として医療・看護・介護・リハの包括的な訪問（通所）センターの設置が必要である。この中で地域住民のより高いＱＯＬを目指すには、維持期リハのあらゆる分野における作業療法士の役割が極めて重要視される時代となっている。それにも拘らず、残念なことに我が国では地域リハ活動における作業療法士の役割が一般の方に理解されていない。とくに、介護保険における訪問リハサービスは現在訪問看護のステーションの陰に隠れ、大きなリハニーズがあるにもかかわらず作業療法士の活動が十分見えていない。今後、訪問看護ステーションから独立した訪問リハビリテーションセンター（通所・訪問）の設立と機能の充実を望みたい。作業療法士の活動範囲は広く、包括支援センター、障害者生活支援センターへの参加は勿論のこと、発達障害センターや特別支援学級（学校）など幅広い分野への参画・支援などが望まれている。

本研究は、老人保健健康増進事業の推進を目指す立場から、当然その研究内容は高齢者に特化したものとならざるを得ない。しかし、私達が住んでいる地域には身体、精神、知的の障害を抱えた人たちが住んでおり、最近とくに発達障害や高次脳機能障害のある人びとへの支援の必要性が顕著になっている。したがって、今後の地域リハビリテーションを推進するにあたっては、高齢者のみならず、障害のある人びとを含めて、誰もが安心して住み慣れた地域に、そこに住む人びとと共に、活き活きと尊厳をもって住み続けるユニバーサル社会の創設が必要となっている。そのためには縦割り行政下に分かれている地域の社会的資源を効率的にフルに生かしていかねばならない。また、我が国が海外先進国に比較して、インクルーシブ社会に向かっての理念、実践共にかなりの遅れをとっていることを、多くの国民が知らないし、知らされていないことが課題となっている。そこで、グローバルな視点を含めて、今回の高齢者地域包括支援事業の背景にある、我が国の高齢者・障害者を取り巻く医療・福祉・介護・教育・雇用・まちづくりなどを含めた総合リハ施策

の基本的な問題点に目を向け、今後のユニバーサル社会への提言を行ないたい。

1）福祉先進国の地域医療･福祉の現場に共通した課題と、その比較からみたわが国の医療･福祉を取り巻く現状

（1）OECD 福祉先進国の医療福祉の現場に共通している課題

OECD 諸外国の医療福祉の現場を歩いてみて、次のような問題点があると思われる。①医療費高騰に対する極端な入院期間の短縮と、医療に対する国・都道府県の役割の明確性、②退院時の受け皿となる 365 日 24 時間の安心システムの充実と市町村の福祉サービスに対する責務の明確性、③人間の尊厳を守るノーマライゼーション、インクルージョンの理念浸透による入院・施設入所ケア削減・廃止と、これに代わる個々のプライバシイを守る住宅対策を基本とした地域在宅ケア重視の方向への政策転換、④差別禁止法の発行とこれに伴う権利擁護の理念の実行、⑤年齢・障害の壁・性別・国籍を超えたユニバーサル社会の実現、⑥この安心社会を目指すための財源として 25%の消費税を容認する高い社会保障制度をとる成熟社会、⑦後期高齢者の 30%に発症する認知症対策などが重要施策としてあげられる。

（2）この国際的な視点と比較した場合、わが国は次のような多くの問題を抱えている。①長期に亘る輸出・外需（自動車・家電など）と、公共事業重視による経済優先政策をとり、経済成長政策が社会保障を支えるとの基本的な政策をとり続けてきたこと、②その結果、先進諸外国と比較して GDP 比においてきわめて低い社会保障枠が設定されてきた。その上、さらに、骨太の方針による社会保障の抑制政策をとり続けてきた結果、医療･介護システムの崩壊の進展と格差社会の顕在化、生活弱者の困窮が顕在化したこと、③年齢、障害の種別、医療・介護福祉・教育・職業・まちづくりなど総合的なリハサービスの必要性が常識化している中で、霞ヶ関の縦割り行政が弊害となって地域の医療・保健・福祉サービスの包括的な相談窓口の整備の障害となっている。とくに、各ライフステージ毎に分かれている行政施策が地域における連携を妨げており、経済的にも非効率なサービスが行なわれている。そして、最後に、④年金･医療･福祉など社会保障政策において国民の安心社会を保障する長期ビジョンが未だに明確に提示されていないことを挙げたい。

2）地域リハビリテーションのゴールであるユニバーサル社会の創生を目指して

2008 年に参議院本会議で、次のような議員立法による「ユニバーサル社会の形成に関する決議」がなされている。“障害の有無、年齢などにかかわりなく、国民一人ひとりが夫々対等な社会の構成員として自立し、相互にその人格を尊重しつつ支えあう社会、すべての人が安心して暮らすことのでき、その持てる能力を最大限に発揮できる社会、すなわち、「ユニバーサル社会の形成」を目指していかなければならない。”この決議を尊重し、政治・行政が、年齢・性別・障害の種別・国籍にこだわらず、誰もが安心して住み慣れた地域で心豊かに生き生きと住み続けることができるユニバーサル社会を目指すことを期待したい。

そこで、ユニバーサル安心社会を目指す地域リハ活動に関連する因子を図に示した。

（１）まず、経済優先政策から国民生活重視政策への転換の必要性を述べてみたい。まず、わが国のＧＤＰ比の社会保障費枠が、先進国の５０％に過ぎないことを誰もが認識することからスタートすべきである。これまでの公共事業中心、外需に頼る経済優先施策が社会保障を支えるとの考えから、社会保障、特に医療･介護･育児の充実による内需拡大による経済成長政策を選択する安心社会への政策変換をとる時代に来ている。社会保障の充実を基盤に、「地域リハ活動」が活発化することにより、医療･介護のかかる費用を減少させ、安心生活の保障に関係する医療･福祉･介護のマンパワー充実による新たな雇用の創設ができ、少子高齢化に歯止めを打つことが出来る。そして社会保障に充実によって、将来の安心を国民に約束することにより、1456 兆円のタンス預金が経済成長の 60%を占める国民消費に回り、経済成長を支える新たな内需主導型政策になる。このことはすでに多くの福祉先進国で実証済みである。国民生活の場に立った社会保障基盤(医療・福祉・年金) の整備について、政府が国民に将来の安心社会の実現を約束するために、更なる負担増を含めてわが国における社会保障の長期ビジョンを示すことが最重要課題である。ただその財源としては社会保障充実を目的とする消費税 up に頼らざるを得ない。しかし、この高負担に対する国民の合意を得るためには、その前提として、道路特定財源に代表される特別会計、随意契約などによる無駄づかい、政官財癒着を排除するための徹底した情報公開などが必要である。最後に、国民一人ひとりが主権在民の意識を新たにし、住民の地域の活動が、政治家を篩いにかけることによってこそ、はじめて真の民主主義国家が生まれることを強調しておきたい。この基盤に立って、

（２）命の安心を保障する抜本的な医療供給政策が何よりも必要である。現行の医師の数を増やしたり、小児・産科や救急医療などの診療報酬改正のような目先の医療政策では国民の命を守る安心医療の保障は出来ない。地域医療の崩壊を食い止めるには、まず（国と）都道府県の責任において、２次圏域における地域医療支援基幹病院を政策医療の中核として位置づけし、充実を図ることが不可欠である。具体的には、大学病院との連携、医師臨床研修制度の見直し、医師の待遇見直し、医師･看護師などのマンパワー倍増によるチームによる臓器医療の質の充実と、ドクターヘリなど災害医療･救急救命システムの拠点として整備することが医療の信頼回復に最も大切である。

（３）次の命の安心の保障としては、住み慣れた地域で安心して住み続けることができる条件作りである。現在の社会的入院の主たる場である療養病棟の削減、入院期間の短縮による医療費の削減などの政策は、国際的に 2.4 倍もある病床数から見れば当然である。しかし、問題は退院した人びとの地域の受け皿となる行き先の確保と、365 日、24 時間の安心の保障が前提条件となる。これには終末期在宅ケアまでを保障する医療と福祉のマンパワーの充実と、中学校区における医療と福祉サービスの連携を基本とした包括在宅ケア･リハステーションの設置が必要である。地域におけるこれからの 24 時間の安心社会を支えるには、かかりつけ医の役割が不可欠となる。厚生労働省は、安易に在宅支援診療所の設立や後期高齢者医療との関連で在宅主治医の役割を求めようとしている。ところがわが

国には医療先進国で数十年前から定着している家庭医の専門教育は皆無である。開業医のほとんどが臓器医療専門医出身者であり、病院の過激な勤務、かかりつけ医との給料の格差、そして訴訟社会から逃れて安易に開業に向かう医師が著しく増えつつある。この中には若くしてメスを捨てた優れた外科医が多く含まれ、わが国の地域臓器医療の治療レベルの維持向上を図る立場から見ると国民にとって大変な損失である。現在の我が国の医師教育にみられるように、殆ど全ての医師が臓器医療を目指す必要は無い。先進国の医学教育では常識化されているように、医師の約４5%が家庭医（ＧＰ）としての数年間の専門教育を受け、地域におけるグループ診療システムをつくり、夜間･休日を含めた 365 日 24 時間の安心医療の役割を果たすシステムを創るべきである。この家庭医の専門教育の導入については、過去の苦い歴史から、政治家、官僚が自由診療制度など既得権にこだわる日本医師会の反対・抵抗を恐れて、あえて火中の栗を拾おうとしなかった。そして自由診療制度、医師の技術をきわめて低く査定した出来高払い制度を保持し、保険証さえあれば自由にドクターショピングができる諸外国と全く異なる医療供給システムをつくってきた。したがって、この家庭医の専門教育に関する私見は、わが国の医療の自由診療制度の現状を無視した暴論と批判され、一蹴されるであろう。しかし、わが国の医療崩壊の流れをとめ、国民の医療に対する信頼を回復し、わが国の医療の未来に希望の灯りをつけるためには、ここで再度、海外のおける家庭医の専門医教育とグループ診療による 365 日ケアによる安心の確保の現状から学ぶ姿勢をもって欲しい。そして、厚生労働省と文部科学省との連携の中で、医師教育の基本にメスを入れ、地域のプライマリ医療を担当する家庭医の専門教育に本腰を入れるべきではないか。この家庭医がグループを組んで 365 日、24 時間に亘る地域住民の命を守るとともに、訪問看護、訪問介護、訪問リハ機能をパートナーとして、地域住民主体のＱＯＬ向上を目指したい。

（4）地域リハシステムの構築が重要であり、リハ医療における連携が鍵をにぎる。まず、リハの効果を最大に活かすには、いかに急性期、回復期、そして維持期リハの連携がシームレスに提供できるかにかかっている。また、地域リハマニュアルにあるように、都道府県リハ協議会、県リハ支援センター、広域リハ支援センターの整備が不可欠である。現在、脳卒中や大腿骨頚部骨折に対する急性期リハと回復期リハとの病病連携が進みつつあることは、医療費削減、廃用症候群、寝たきり老人の軽減のために喜ばしい。問題は、回復期リハの受け皿となる中学校区における地域住民を主体とする医療・看護・介護・リハなどによるプライマリケアチームの形成である。

（5）人間としての尊厳を保障する住む場所の確保が必要である。終の棲家を療養病床、特養、老健、療護施設などの施設で死を迎えることは人間としてさびしい。最後まで在宅で、家族や友人に囲まれて死を迎えることができれば最高の人生であろう。しかし、先進諸外国に比較して、在宅のままで家族や友人に囲まれて死を迎える権利は皆無に等しい。その原因は住宅やマンパワー不足により、在宅での最後を迎えることを容認できる環境が整っていないためである。現在では僅かの富裕層に対するケアサービスつき有料老人ホー

ムに限られ、一般住民にとっては、老後を託する住み慣れた場所にプライバシイを守り最後まで人間としての尊厳を保障する住む場所を保障しようとする安心社会は遠い存在である。1987 年にデンマークは高齢者・障害者住宅法を発行させ、人間としての尊厳を守るために施設の建設を禁じ、住宅ケア重視の方向に向いている。私は、諸外国が取り組んでいるように、今後、療養病床、特養施設、老健施設、障害者施設などを徐々に廃止し、集合個人住宅の整備に政策の重点を移すべきであろう。そしてこれに平行して 24 時間ケアサービスを保障した在宅包括リハケアセンターを整備することが大切である。さらに、単に住宅は高齢者とか障害者に限定したものでなく、健常者も含めて入居できるようにすることが真のユニバーサル社会であろう。

（6）人間生きている以上、何とか生きがいを見つけたい。できれば仕事がしたい。個々のＱＯＬの質を高めるためには、仲間との交流を深めるための場としてアクテイビテイセンター・元気センターが欲しい。人それぞれ生まれ育ち働いてきた環境が異なる。夢のみずうみ村のように数多くのアクテイビテイを満たすセンターと輸送手段が必要である。さらに、若年者の場合には就労・雇用による積極的な社会参加が必要である。

（7）ユニバーサル社会を目指し、利用者主体のサービスを目指すためには、住民にとって分かりやすい、信頼できる市町の窓口・拠点（ワンストップサービス）の整備が必要である。介護保険や障害者自立支援法の施行に伴い、多くの市町村は、その相談窓口として民間の包括支援センターや障害者生活支援センターに相談窓口機能を委託した。その結果、市町の窓口相談機能は劣化したために、盥回しがおこっており、住民の必要とするニーズから遠のきつつある。この窓口相談機能は、住民のニーズを肌で感じ、将来の市町の福祉・医療力の源となり、将来のビジョンを作成する上で極めて大切な機能といえる。そこで、役所住民窓口に基幹型（仮称）地域包括センターを設置することを提案したい。地域のリハニーズに対応するためには北九州市のようにリハ専門職の設置が必要である。とりわけ地域の医療と福祉サービスの要となる作業療法士が参加する必要性を提案したい。この基幹型包括支援センターが、地域型包括支援センター、障害者生活支援センター、発達障害支援センター、高次脳機能障害などに対する連携など、地域のネットワークの拠点となれば、住民からの厚い信頼感を得られることになると信じている。

（8）重度の障害のある人びとが地域に住み続けるためには、車いす、特殊寝台や環境制御システム、人口呼吸器、リフトなどの福祉用具や、住宅改修などの相談に応ずることのできるテクニカルエイドのシステムが必要である。これには 2 次圏域（人口 30－50 万）ごとにテクノエイドセンターを設置し、リハ専門職として作業療法士が参加し、同時に障害当事者がピアカウンセラーとして関わっていく必要がある。

（9）障害当事者のエンパワメントと政策への積極的な参加が欲しい。特に、基幹型の包括相談ケア障害別のピアカウンセリングを積極的に導入すること、重度障害者の積極的参加による政策提言に耳を傾け支援していく姿勢が大切である。

（10）地域住民の主体性、自立性による安心社会の創生が必要である。障害のある人びと

を温かく受け入れるインクルーシーブ社会に向けて、地域における多くの関係団体の参加によるケア協議会を通じての地域住民への啓蒙活動と参加が必要である。さらに、選挙を通じて政治家を篩いにかけることによる国民主権の確立を期待したい。

（11）最後に、地域における高齢者や障害のある人びとの目線に立つリハサービス連携の重要性の再認識と実践から、地域における連携を阻む霞ヶ関行政組織構造改革への挑戦の必要性を述べてみたい。リハの「全人間的復権」マインドを持ち、地域での障害のある住民の尊厳のある生活を守り、安心社会を創生するためには、医療、社会、教育、職業、リハ工学、まちづくりなど、リハ諸分野での連携が不可欠であることを改めて認識し、総合的なリハサービスの構築に挑戦していくことが大切である。この地域におけるリハ･ケア連携を妨げている一要因として、霞ヶ関の縦割り行政組織の流れを汲む地方行政組織が上げられる。長年に亘り、国からのきめの細かい規制が織り込まれた補助金制度に依存してきた都道府県･市町村の組長を初めとする地方自治体にも大きな責任がある。 諸外国に比較して大きな行政的・財政的権限を持つお上には逆らえない、地方分権の未成熟性によるものであろう。不幸なことに、これまでわが国の政治は、立法府である政治家組織が次回の選挙に関心を集中させ、企画・立案機能が劣る中で、省益、局益、場合によっては課益を優先する霞が関官僚主導型の行政府組織によって政治が左右されているといっても過言ではない。個々の官僚は素晴らしい能力を持ちながらも、２年毎の転勤人事の中では、国益に沿った真の長期ビジョンを作成する培地が育っていない。しかも、長年に亘り財務省主導による社会保障費抑制策のもと、厚生労働省ではグローバルな視点に欠けた小手先の抑制政策が次々と出され、医療･福祉関係者がその都度、自己権益、既得権を守るために右往左往しているのが現状といっても過言ではない。そこで、1989 年の英国における「グリフィス卿の報告」に注目してみたい。彼は保健医療と福祉との連携の中で高齢者、身体障害者、精神障害者などの在宅サービス、デイサービス、ショートステイについて財政問題も含めて貴重な提言を行なっている。　これが、1990 年に成立した英国のコミュテイ･ケア改革および保健医療改革を統合した「英国コミュ二テイ･ケア白書」に結実した。特に、地域生活者の立場に立って、年齢･障害の壁を越えた施策が示され発展した点を大きく評価するべきではないか。この点から厚生労働省の組織を見ると、余りにもユニバーサル社会の創生には距離がありすぎる。まず、障害のある人を年齢別でみると、高齢者の介護保険関係は老健局で、障害者関係は社会援護局に分かれ、障害の壁は身体･知的障害者福祉を担当する障害福祉課と精神障害者福祉を担当する精神保健福祉課に分かれている。　地域医療提供システムは、医政局総務課、救急医療は指導課、その後の地域リハシステムは老健局老人保健課、そして地域福祉計画は社会援護局地域福祉課が担当している。さらに、地域でのプライマリシステムの要となる家庭医専門医の教育は、文部科学省が主管しており、これに大学医学部、医師会が関連しており、霞が関の厚生官僚主導では改革は無理である。安心生活を目指した優れた在宅診療システムを作り上げるには、今こそ政治主導により先進国で数十年定着し、国民からの信頼感が高い家庭医ＧＰの専門教育に手をつけるべきで

ある。また、これからの年齢、障害の種別、性別、文化を越えたユニバーサル社会の創生には、ライフステージに沿った効率的で継ぎ目の無い地域リハサービスを進めることが大切である。このためには、まず国民の生活の視点に立った霞ヶ関の徹底した行政構造改革が不可欠であることを改めて提言したい。

自立支援に向けた包括マネジメントによる総合的なサービスモデルの調査研究事業への期待と今後の課題

国際医療福祉大学　河口洋行

日本の医療介護政策においては，「急性期医療における平均在院日数の短縮化と医療専門職の集中配置」及び「地域包括ケア体制の整備」が密接不可分な重要課題である．この２つの課題において，リハビリテーションの最新技術を制度に取り込み，利用者の QOL を高めることが期待されている．これまでにも，高齢の入院患者に対する積極的な栄養管理（ＮＳＴの活用）が在院日数を短縮したり，急性期リハの早期介入により原因疾患の障害からの早期回復と廃用症候群の防止に効果を挙げたりしている．

このような政策課題に対して，医療専門職はどのように対応するべきであろうか．これまで多くの専門職団体は，政府（特に厚生労働省）に多くの資源配分を要求することが重要な役割であった．このような行動は，これまでのように日本の経済成長が医療介護への資源配分を毎年順調に拡大している場合には，毎年の医療介護費の増分をどのように配分するかに権限を持っている監督官庁に実情を訴えることが有効であった．

しかし，現在では医療介護費用を毎年増加させることは政府財政の点から困難な状態にあり，医療介護分野である部分への配分を増加させるためには，他の部分の配分を削減することが必要になっている．このような環境変化の下で，従来と同じように自分の専門分野がいかに重要かや資源不足で困っているかを主張することは，他の専門分野が同じ行動を取っている以上あまり効果を期待できない．むしろ，このような財源を使って，新しい技術を用いた介入を行うことによって，資源の節約や患者の QOL が高まることを主張する方が効果的である．

このような背景から見ると，今回の研究事業は非常に意義が高いと考えられる．特に，入院患者に対してリハビリテーション専門職が早期介入を行う「医療介護連携班」には平均在院日数の短縮化という点で政策課題への貢献を期待している．デンマークにおいても，ゲントフテ病院が FHT という取り組みを行っている．ＦＨＴは高齢者（多くが 85 歳から 90 歳）専門の退院支援チームで，医師，看護師に必要に応じて OT，PT が加わり，帰宅後に想定される問題や事故への予防的対応を実施し，その結果退院患者の再入院率が 20％低下したことが，医療経済研究機構が 2008 年に実施した「訪問看護・介護需給計画策定に関する調査研究」で報告されている．

最後に本研究事業における今後の課題について３点をあげよう．第一に，より適切な研究デザインの再検討（特に非介入群に倫理的問題がおきないように，サンプルを施設毎に比較するなど），第二に介入時期の制御（特に入院日数との関係）及び介入効果の持続性の検証（パネルデータの検討），第三に，財源や具体的な制度設計を加えた政策案の作成である．来年度の研究には更に期待したい．

平成 21 年度老人保健健康増進等事業
自立支援に向けた包括マネジメントによる総合的なサービスモデルの調査研究事業

杏林大学医学部衛生学公衆衛生学教室　上村隆元

【この種の研究が目的とするところ】

治療効果の判定に QOL が視点に加わるようになり久しい．しかしその概念や測定方法は統一されているとは言えない.一元的に測定できないのが多次元的構成要素から成る健康度ともいえるのだが，いくつかの臨床指標の如く数値で表される「機能」と異なり解釈の方法によっては効果の判定に結び付けることが難しい．本研究事業は広い意味での作業療法の医療ﾃｸﾉﾛｼﾞｰｱｾｽﾒﾝﾄ(MTA)と分類することができる.「自立」をｱｳﾄｶﾑとした「包括マネジメントによる総合的サービス」をﾃｸﾉﾛｼﾞｰと考え，その効果を立証する．健康度の向上を多次元的に測定して介入前後での変化を測定し，対照群との差異を「効果」として立証する．

【健康効用値の向上と健康度について】

本研究においてｱｳﾄｶﾑ測定に健康効用値が用いられている．健康効用理論の概説は他に譲るとして，健康関連 QOL の寄与領域として 8 つ(視力・聴力・会話・手指の器用さ・移動・認識力・感情・疼痛)の多属性効用値が有意に向上したことは，作業療法を中心とした総合的サービスモデルが健康度の向上に寄与するエビデンスを得たと言ってよい．研究結果から「機能」に関わる数値の明確な結果は得られていないが，一見，介入サービスの目的と直結しない領域での改善が健康効用値の向上に寄与することは注目される結果と言える．

【本研究事業で新たに判明した知見】

本研究事業の限界として，まず①全く介入しない対照群を設定し得ない（効果が必ずある介入を意図して行わないのは倫理上の問題がある.②自然治癒力の影響が発症後の時期によって大きく異なる．③基礎疾患の病態により回復曲線が大きく異なるため，対象者集団をすべて同じに考えるには限界がある．などが挙げられた．しかしながら，多施設間共同研究であり，評価のプロトコールを同じくして可能な限りの n 数を対象に専門的な統計解析を行ったことは大きな意味があり，介入度の差異に比較的近い効果の差が得られたことは今後，作業療法の効果を立証する根拠となる．

【今後の課題】

医療保険制度の改革とともに，費用効果，費用効用，費用便益分析の結果が重要視される．医療費財源の枯渇化と，高齢化社会の問題は不可避な問題であり，より有効な資源配分を行う為のエビデンスとして医療経済学的フォーマットに沿った解析デザインを敷衍していくべきである．

【「人は作業することで健康になれる」のか？】

今回の研究事業ではまず得られた結果を設定した評価項目を総合的に解析し，「健康」の枠組み（定義）を明確にすることを取り掛かりとしたい．これを今後の研究発展に繋げる．

「自立支援に向けた包括マネジメントによる総合的なサービスモデル研究事業」に寄せて

茅野市役所健康福祉部
西部保健福祉サービスセンター　地域福祉推進係長　依田利文

平成２０年度の「高齢者の持てる能力を引き出す包括支援の在り方研究」において、意味ある作業を見つけ出すための聞き取りシートが開発され、高齢者が持つ作業遂行力を見つけ自立に向けた包括マネジメント方法を検討されました。

平成２１年度においては、それをどのように地域でシステム化し実践をしていくかが研究事業のテーマであったかと思います。

高齢者の施策は、「寝たきり老人」と言われる身体機能の低下した方に対する施策の時代から認知症高齢者への対応（施策）とその予防へと変わり、施策の視点も施設から地域へと変化しています。そして、心身機能の低下した方への対応（施策）から「心身機能の低下のおそれのある高齢者を把握し、機能低下に対する対応を早期に提供できるか」へと変わってきました。対処療法から原因療法へと言ったところでしょうか。

その仕組みの中核的機関として高齢者の住む地域へ「地域包括支援センター」の設置が求められ、驚異的なスピードで全国に設置されました。地域の社会資源とともに地域包括支援センターが持つ専門性で高齢者を丸ごと包み込み、機能低下のおそれのある者の発見や対応、また、軽度要介護認定者への対応をすることで、重度化への進行を可能な限り遅くするといった取り組みが求められています。

地域の高齢者の全てを包み込み、必要な時に必要な支援ができる環境づくりとその仕掛けを担う地域包括支援センターの機能強化は、人材も含め必要なことです。どのような機能を持つことが地域の高齢者に必要なのか、本研究事業において、できる作業のマネジメントと作業環境のコーディネートとして、地域包括支援センターへの作業療法士の配置が提案されました。社会福祉士、主任介護支援専門員、保健師に作業療法士。専門性を持つ者がチームワークを発揮し、高齢者を温かく包み込むことができれば初期の目的が達成されるものと思います。しかし、強化するための「財源」の裏付けがなくてはなかなか進むことができません。

本事業に限ったことではありませんが、人が自分らしく生き生きと生活できる場所は地域です。地域づくりをいかに進められるかは市町村の力量が試されるところです。知恵だけで地域づくりができるか疑問であり、財源も大きな要素と思います。地域の底上げや環境整備のために、国として財源を含め、全国へ発信を願いたいものです。

また、専門技能を持つ有資格者としての情報が、地域で整備されているとは言い難い状況です。作業療法士においても医療機関にそのほとんどが所属し、組織の一員となっているのが現状ではないでしょうか。そのような環境の中で、地域包括支援センターへの配置をどのように進めていくか検討が必要ではないでしょうか。

本事業において、全国の作業療法士会員相互の繋がりの強さとひとつの目的に向かう団結力を強く感じました。会員の所属する医療機関をモニターとした本研究事業において、作業を行うことで得られる効果が実証され、いかに早く作業へ結び付けるかが大きな成果

へと結びつくことも実証されたと思います。

本研究事業で得られた成果が、全国の地域で暮らす高齢者へその成果を届けられるよう一日も早い環境整備が進むことを願っています。

Ⅱ　研究まとめ

１　作業をすることで人は健康になれる

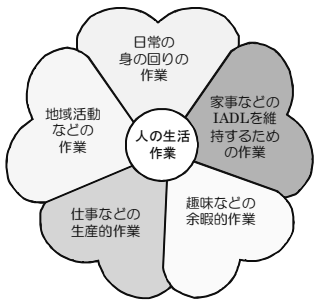
作業とは，当事者にとって意味を持つ活動のまとまりを指す．具体的には，日常の食事や排せつなどの身の回りの活動から，家事などの手段的日常生活活動(以下，IADL)，趣味などの余暇的活動，仕事などの生産的活動，地域活動などがある．

○私たちの生活はその人にとって「意味のある作業」の連続から成り立っている．
その人にとって「意味のある作業」を続け，その作業の結果から満足感や充実感を得て，健康であると実感する．

○高齢期は，老化や病気による心身機能の低下や廃用症候群により，これまでできていた家事や余暇活動の継続が困難となる，
また退職や家族構成の変化により自由時間が増えるなど，様々な生活を送る上での作業の作り直しが求められる時期でもある．

○そこで，生き生きとした活動的な生活を送るためには，高齢者が継続したいと思っている「意味のある作業」を再び行えるよう，また継続できるようにする新たな支援のあり方が求められている．

人は作業をすることで健康になれる



○私たちの生活はその人にとって「意味のある作業」の連続から成り立っている。
その人にとって「 意味のある作業」を続け、その作業の結果から満足感や充実感を得て、健康であると実感する。
○高齢期は、老化や病気による心身機能の低下によりこれまでできていた家事や余暇活動が困難になり、退職や家族構成の変化により自由時間が増えるなど、様々な生活を送る上での作業の作り 直しが求められる時期でもある。
○そこで、生き生きとした活動的な生活を送るためには、高齢者が継続したいと思っている「 意味のある作業」を再び行えるようにする支援のあり方が求められている。

２　高齢社会と健康感

○医学の進歩とともに，治癒できない疾患や心身機能障害が残存する疾患が増加している．疾患や心身に障害があっても，手段的日常生活活動(以下，IADL)や社会参加に関する作業を実行している者ほど満足感が高いと報告されている．これからは，高齢者が「自分は健康だ」と思えるサービス提供のあり方を構築することが必要である．

○また，高齢化に伴い，耳が聞こえない，目が見にくい，指先の感覚が低下するなど老化によりIADL がしづらくなり，軽度の家事援助が必要な高齢者が増加している．一方，IADL の低下者は６年後 ADL が低下するという報告がある．しづらくなってきたから介護を安易に受けるのではなく，道具や方法を工夫するなどの相談支援を受けることで，高齢者の持つ能力を生活の中で維持していくことが重要である．

○人は，趣味・興味，知的活動，身体活動，レクリエーション，社会活動等，さまざまな作業による多様な関係のもとに，互助をすすめるべきである．高齢者は自らが自分らしく生きるために，社会資源を選択しそれに参加することで，介護されつつも社会に貢献でき，健康で満足できる人生を送ることができる．

３　研究事業からの結果

１）結果のまとめ

○評価指標班

高齢者がしたいと思っている作業ができるよう支援する「包括マネジメント」を実践することで，健康に関する生活の質（以下，健康関連 QOL） の評価指標である Health Utilities Index（以下 HUI)や主観的健康感が実践しなかった群に比較して有意に改善することがわかった．作業は，健康関連 QOL に良い影響を与え，「人は作業をすることで健康になれる」を確認することができた．

○通所事業班

「作業聞き取りシート」から把握した高齢者の作業ニーズは，表に示すように日常生活活動に関することの他，IADL や趣味，ボランティア活動などの社会参加まで幅広い多様なニーズがあることがわかった．また，「作業聞き取りシート」は高齢者をはじめ，介護支援専門員，ヘルパーも活用でき，計画立案の際，当事者の意向を把握する上で効果的であった．

表　高齢者の作業ニーズ

基本的ADL(15 種類)	人数	性別		手段的ADL(30 種類)	人数	性別		趣味・社会活動(38 種類)	人数	性別	
		M	F			M	F			M	F
歩行	8	3	5	料理	17		17	散歩	17	9	7
排泄	6	2	4	買物	12	3	9	旅行	7	6	1
衣服の着脱	2		2	外出	12	3	8	書道	6	3	3
ﾎﾞﾀﾝ、ﾌｧｽﾅｰをとめる	1	1		犬の散歩	4	2	1	花の世話、植える	3		2
ズボンのﾌｧｽﾅｰをとめる	1	1		植木の手入れ	3	2	1	ボランティア	3		3
2階で生活する	1		1	洗濯・洗濯物干し	3		3	カメラ・望遠レンズ操作	2	2	
洗体	1	1		畑仕事	3	1	2	グランドゴルフ	2	1	1
階段昇降	1		1	ミシン	3		3	編み物	1		1
スムーズに話す	1	1		書字	2	1	1	アンダリア	1		1
顔を拭く	1		1	家事	2		2	囲碁・将棋	1	1	
爪きり	1	1		簡単な調理	2		2	折り紙	1		1
ADLのｽﾋﾟｰﾄﾞｱｯﾌﾟ	1			食事に行く	2		2	絵画	1	1	
入浴(浴槽の出入り)	1		1	庭・庭木の手入れ	2	2		カラオケに行く	1		1
朝スムーズに動ける	1		1	パソコン	2	2		キャッチボール	1	1	
現状の生活を保つ	1		1	カーテンを洗う	1		1	パッチワーク、手芸	1		1
その 他(5 種類)				家事の手伝い	1		1	コーラス	1	1	
元気になる	1		1	草むしり	1		1	ゴルフ・スキー	1	1	
趣味を作る	1		1	車の運転	1			山菜取り	1	1	
楽しみを増やす	1		1	新聞の荷造り	1	1		山野草の世話	1		1
左手を使う	1	1		デパートに行く	1		1	仕事(自分で稼ぐ)	1	1	
ない	1	1		電話しながらメモをとる	1	1		社交ダンス	1		1
				友達に会う	1		1	手工芸	1		1
				友達が欲しい	1		1	水彩画を描く	1		1
				メールを送る	1			種まき	1		1
				針仕事	1		1	土いじり	1	1	
				物品の選択	1		1	釣り	1	1	
				布団の上げ下ろし	1	1		同窓会に出席	1	1	
				フランス料理を作る	1		1	図書館で本を探す	1		1
				物の運搬	1	1		日曜大工	1	1	
				床から物を拾う	1		1	ネット手芸	1	1	
								パークゴルフ	1	1	
								紐結び(カメラ三脚の固定)	1	1	
								ペーパークロック	1		1
								麻雀	1		1
								孫に会いに行く	1		1
								孫の野球の試合観戦	1		
								モチーフを編む	1		1
								野菜づくり	1		1

「包括マネジメント」による介入の結果，介護認定調査票による評価では，身体・基本動作関連項目で改善のあった者が平均5.8名,非介入群では1.6名,ADL関連項目で介入群が3名，非介入群0.8名，IADL関連項目は介入群5.4名，非介入群1.9名と介入群の方が改善した者の人数が多かった．各項目では，基本動作関連項目の立位保持，移乗，IADL項目の意志決定，集団生活への適応の項目で介入群に統計的に有意な改善を認めた．また，老研式活動能力指標では，介入群に有意な改善を認めた．このことから，従来の通所リハで行われていた介入に比較して，包括マネジメントの介入は介護度の改善に影響を及ぼす可能性がある．

また，アクティマーカーを活用した身体活動量では非介入群に，PASEによる身体活動では介入群に若干の改善を認めたが有意な差は認められなかった．今回対象者が挙げた作業の目標には，手工芸などの余暇や掃除，調理などの3Mets以下の家事活動が多かった．当事者のしたい作業の達成には3ヶ月の介入での身体活動量で評価することは困難な可能性がある．したい作業ができたことによって，どのように生活全体が変容したのかを追跡調査することで活動性の効果を測定することが求められる．

一方，健康関連QOLである主観的健康感およびHUIで今回の包括マネジメントの介入は有効であることがわかった．作業することで人は健康になれることを検証することができた．

さらに．プログラム実施では，高齢者がしたい作業のアプローチを受けた者は63.7%，受けなかった者9.3%に比較して，本人の作業への実行度，満足度に改善があった．

○医療介護連携班

「入院前の生活確認用紙」を用いて調査・確認した結果，特に高齢者のほとんどが入院前から生活機能に低下をおこしていた．「生活確認用紙」を活用することで廃用症候群が発生する可能性を予測することができ，早期からの予防に利用できる．

退院前に退院後の在宅生活について「不安なことや心配なこと」を確認した結果，身辺処理動作（特に自宅内移動，入浴）やIADL（特に家事）について，不安や心配を抱いている方が多かった．

退院前に退院後の在宅生活で「やりたいこと・できるようになりたいこと」を確認した結果，通所事業班同様，家事や手芸や庭の手入れ，外出や買い物などIADLや趣味や社会的活動に関する項目を上げる方が多かった．

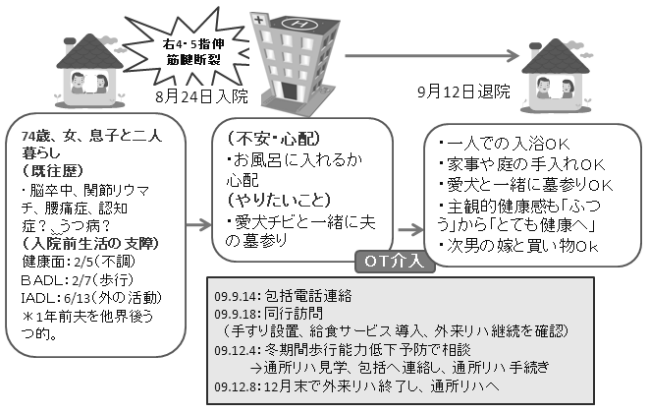
本人の思いを「作業遂行力アセスメント」を用いて本人と一緒に具体的な作業目標を設定，その実現に向けた支援をすることで生活機能の維持・向上やQOLの向上に寄与することが確認できた．

実施後の調査で，「安心でスムーズに移行できた」と答える方が介入群では61.0%，非介入群では50%と，若干介入群が多かった．このことから，入院中から包括マネジメントを実施することで，安心でスムーズに地域移行が図られた．

介護支援専門員との退院前・後の同行訪問や担当者会議を実施することで，より安心でスムーズな地域移行が図られた．

退院後3ヶ月後の生活状況を調査・確認した結果，作業に取り組み続け目標を達成した方が介入群で85%，非介入で65%であった．結果生活機能やその自立度も維持・向上している方が多かった．途中で止めてしまう方は3%とごく僅かであった．

○事例



２）各班の取り組みから，現状と課題

（１）評価指標班

本研究事業では，「作業をすることで人は健康になれる」という研究目標にある「健康度」を測定するために，機能面から ADL，IADL，健康関連 QOL に至るまでの様々なレベルの評価指標を用意した．仮説では，作業療法介入によって身体活動量や IADL の指標に改善がみられることを予想したが，介入群に統計的有意水準の改善が認められたものは健康関連 QOL の尺度のみであった．「健康度」，少なくとも高齢者の「健康感」は従来の一属性の指標では測定しきれない可能性があり，多属性の健康関連 QOL 尺度などの指標が適していると考えられる．一方で，作業療法の効果を国民に受け入れられるように示すためには，他の医療福祉技術の効果と比較可能な一般的かつ包括的な尺度である必要がある．この点で，健康関連 QOL の中の包括的尺度などは一つの有力な候補となりうる．

今後の課題は，従来の機能面や ADL の尺度と包括的な健康関連 QOL 尺度との関連を調べることと，高齢者に対する作業療法が「健康度」をどのように改善せしめているのかについて検討することである．

（２）通所リハビリテーション（以下，通所リハ）における現状と課題

【研究事業の取り組み事例からの分析】

事例 1

70 歳代．男性．「作業聞き取りシート」で作業を確認したが，当初は「なにもしたくない」と答えていた．しかし，３ヶ月後に再度確認したところ，自分の生活の希望を言えるようになった．最初は思いもつかなかったが，聞かれたことにより，自分が何をしたいのかなと考えるようになったとのこと．

○高齢者は「生活の希望は何か」と聞かれても「何もない」と答える方が多い．「作業聞き取りシート」は，高齢者の作業を把握するためのツールとして有効である．

事例 2

80 歳代．男性．作業を確認したところ，「灯油の運搬ができるようになりたい」と答えた．重いものの運搬の練習を通所リハで行い，自宅へ実際に出向き，台車の利用や安全な環境調整を行った結果，灯油の運搬ができるようになった．

事例 3

80 歳代．女性．「洗濯物を自分で干せるようになりたい」と答えた．円背もあり，高い所へ手を伸ばすとバランスを崩すため難しかった．そこで，訪問により物干しを低く設定し，本人の手の届く安全な高さに物干しを調整した．その結果，家でも洗濯物干しができるようになった．

○身体機能の改善が無理でも，環境の調整により洗濯や灯油の運搬などの自立が図られた事例がいた．実際の生活での環境調整により，IADL の自立を図ることができる．通所リハの効果を高めるためには，訪問も併せた包括的アプローチが求められていることがわかった．通所リハから容易に訪問が行える環境を整えることが大切である．

事例 4

70 歳代．女性．「掃除ができるようになりたい」と答えた．自宅での掃除ができるように考え，介護支援専門員に本人の作業の希望を伝え，支援を依頼した．その結果，ホームヘルパーが派遣され，自宅の掃除援助となり，自立支援にはならなかった．

この結果を受けて本人の自宅に訪問し，そこで介護支援専門員，ヘルパーとの担当者会議を開催し，支援の仕方を伝達．本人の自信がつくまで，掃除の見守りをしてもらった結果，掃除ができるようになった．

事例 5

80 歳代．女性．「調理ができるようになりたい」と答えた．通所リハでも調理の練習をしたが，自宅で実践する自信がなかった．そこで介護支援専門員と連携し，ホームヘルパーにどの部分の支援が必要かを伝達，自信が出るまでの支援を依頼した．その結果調理ができるようになった．

○高齢者が「掃除ができるようになりたい」と目標を挙げても，自立できるのかという本人の能力の見極めが難しいため，介護支援専門員のプランの段階でヘルパーによる掃除援助になってしまう．IADL の自立には，本人の能力を見極める作業療法士と介護支援専門員，ヘルパーの共同支援計画の立案が必要である．そのためには通所リハの作業療法士が介護支援専門員，ヘルパーと同行訪問する，またはサービス担当者会議に参加するなどの環境整備が求められる．

事例 6

80 歳代．男性．本人にとって意味のある作業（以下，作業）を確認したところ，「ボランティアをして人の役に立ちたい」と答えた．そこで施設の食事援助や犬の散歩，学生支援などのボランティアサークルを立ち上げ，積極的に活動するようになった．

研究事業終了後も近隣大学や施設からボランティアの依頼があり，メンバー募集を引き続き行っている．

事例 7

70 歳代．女性．「料理ができるようになりたい」と答えた．その女性のために料理訓練を実施した結果，他の男性利用者からも料理ができるようになりたいとの希望があった．そこで通所利用者で料理を希望する者を対象に料理教室を開催するようになった．

○本人が希望する作業を経験することで，受け身の生活から主体的生活に変容した．また，通所リハでは，選択できるメニューを増やすことができた．さらに，ボランティアサークルなどの社会資源をつくることができ，地域へと展開できた．包括マネジメントを通所リハに導入することにより，地域の社会資源を開発し，展開できる可能性が示唆された．

事例８　家族からの意見

これまでは家では何も動かず心配をしていたが，研究事業に参加してからは自ら家の回りを散歩するなど積極的な生活を送るようになった．

高齢なので頑張らなくてもよいのにと思うが，母が家の中で一生懸命，掃除をしていた．

○本人がしたい作業そのものを練習として取り組めた人ほど本人の満足感が高いことがわかった．また，利用者の家族や職員から，家でも取り組む姿勢がみられ元気になったという意見が聞かれた．作業に焦点を当てた取り組みは高齢者の生活を主体的にするうえで有効であると考えられた．

事例９

通所リハ終了後，地域のパソコン教室につないだが，若い人が多いので気後れがすると言われ，結局通所リハではできないのかと希望された．結果，利用料は取ってはいないが

通所リハで受け入れている．

○通所リハ終了後の受け皿が課題となっていた．終了後も地域で継続した支援が受けられるしくみが必要である．通所リハのとなりに，作業が継続でき必要に応じて通所リハのスタッフに相談できるアクティビティ支援センター（仮称）が整備されるとよい．

（３）医療と介護の連携における現状と課題

○入院作業療法の実施範囲が狭いこと，開始時期が遅いことなどによって，一次的障害に加え非活動的な入院生活による二次的障害を発生させている．

○リハビリテーション実施計画書における目標設定が，本人の要望をもとに設定されておらず，従事者本位の目標となっている．

○退院に向けた移行支援がなされておらず，医療と介護の連続性が確保されていない結果，不安と心配，そして退院後の生活に戸惑いと混乱をきたしている．

○虚弱やごく軽度の生活機能障害のために、入院作業療法が実施されなかった方は，当該の地域包括支援センターへも申し送りがされず，在宅での非活動的な生活によって要介護状態になり易い．

○精神科病院においては，リハビリテーションの視点の不足やリハビリテーション実施計画書等チームアプローチを実施するための課題を抱えている．

○地域包括支援センターへ申し送りがなされた場合でも，その従事者数と業務項目の多さにより，自立者への継続的な支援は提供され難い．

○地域包括支援センター等に作業の連続性を支援できるような機能が付加され，地域づくりの中に「人は作業することで健康になれる」を実践できるような体制になることが望まれる．

○介護支援専門員を含む介護サービス事業者において，自立支援や介護予防に対する理解と，効果的な実施に向けた知識と技術修得に課題を抱えている．

○在宅で徐々に生活機能の低下を生じた要介護者が，生活機能再構築を目的とした入院・所ができる体制にない．

○在宅で生活する要支援・介護者が入院した場合，当該の担当介護支援専門員等から入院医療機関への申し送りが充実していないため，入院中に廃用症候群の発生等で，さらなる生活機能障害を生じている．

（4）地域包括支援センターに働く作業療法士の現状と課題

○住環境調整に関しては専門職として対象者の能力を評価し，必要な住宅改修や福祉用具利用を支援する役割を担っていた．

○専門職として，住環境調整，IADL 獲得を支援し，本人の望む地域での生活を支援した事例があった．

事例 1

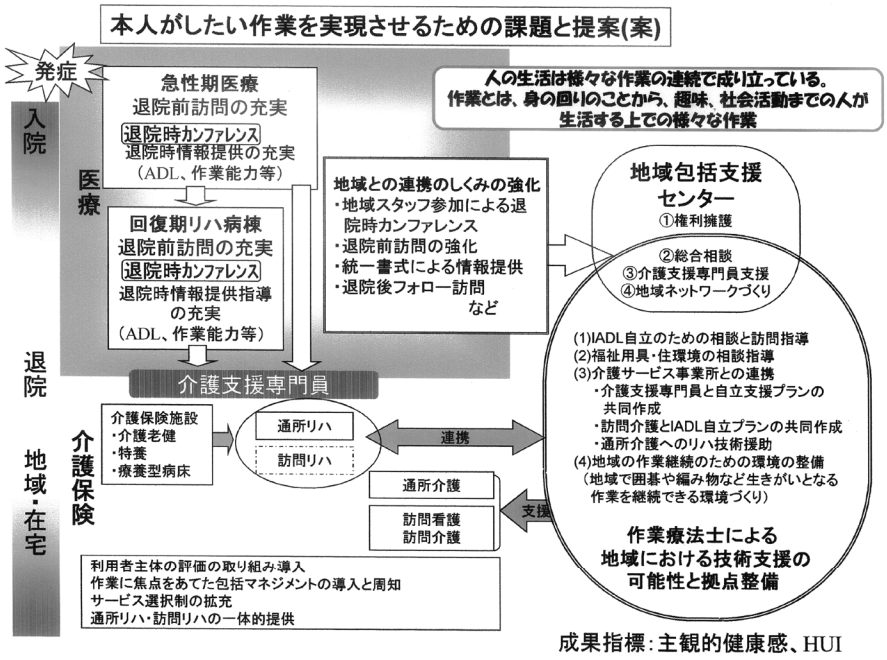
80 歳代．女性．趣味は編み物，カラオケで老人会やお寺等の役員活動を行っていたが，大腿骨骨頭壊死により人工関節置換の治療ために入院．要支援 2 の判定を受けたが，退院前に住環境評価及び支援内容の検討と調整を開始し，入院前と同じ社会参加・社会貢献の作業を獲得することを生活の目標に据え，住宅改修と福祉用具利用の調整，訪問介護，訪問リハ，通院リハ利用をコーディネートし，9 ヵ月後には IADL が自立し，町内会の役員活動を行えるまでになっていた．本人の望む生活を獲得するために，目標達成までのプロセスの中で自らが行うべきこと，支援してほしいことを適時整理し，本人が自己決定することを支援するかかわりを行っていた．

事例 2

70 歳代．女性．頻繁に胸椎圧迫骨折を起こしているが家族や近隣の人の助けを受け単身生活している．本人，家族の作業に対する力量を見極め，出入りのための勝手口の手すり設置，シャワーチェア，バスグリップの利用調整を支援した．地域生活の中で大切にしている人とのつきあいを維持することに鑑み，生活の安全性がその機軸になるとの考え方から家屋環境の調整が進められている．

○しかし役割分担が行われていない場合，窓口や電話での一次相談，家族やサービス提供事業者などへの対応に時間が取られ，対象者本人との直接面談や家庭訪問の機会が制限され，望む生活イメージの把握と作業遂行力の評価までは行えていない現状にある．

○この結果から，地域包括支援センターでの一次相談の後に，家庭訪問や通所サービスの中で，本人の望む生活イメージの把握と作業遂行力の評価を行い，作業獲得のための支援「包括マネジメント」が実施されるように支援のありかを見直すことが必要である．



Ⅲ　提言

（1）新たな健康感へ

従来，健康の評価指標は，平均寿命，病気の有無を示す有病率や障害の有無を示す傷病率などで示されてきた．しかし，高齢化社会の到来とともに無病息災が一病息災に変わり，寝たきりにならず生涯自立できる期間「健康寿命」が健康の尺度として用いられるようになった．

介護保険の施行に伴い，寝たきりになっても家族の介護負担を社会で保障することができるようになった．その結果，高齢者本人への自立支援の在り方がクローズアップされるようになった．

80 歳，90 歳になっても自立しなさいというのは酷であるとの意見をよく聞く．高齢者が重度の障害があっても，がんのターミナルでも要介護 5 でも，健康だと思える「健康感」を維持，高めることが求められると考える．たとえば，調理という作業は，ある人にとっては日常生活を維持するための作業でも，別の人には趣味活動としての作業でもある．さらに仕事としての作業でもある．その人にとっての作業の意味は，このように人によって異なり，日常生活でもあり，趣味活動でもあり，仕事にもなる．

これからは特に生活の支障のない高齢者においても，「自分に意味のある作業」を継続すること，たとえば生産的作業が仕事にもなり，仕事の作業が趣味へと変化しても死ぬまで何らかの作業ができることで「健康だ，元気だ．」と思えるに老後になる．そこで国民に対し，「意味のある作業」を継続することが有効であると普及啓発していくことが重要である．

これからは，健康関連 QOL を用いた新たな健康感を維持，高める支援の在り方を提案したい．

（2）作業に焦点をあてた包括マネジメントの必要性

高齢者個々にとって，「意味のある作業」に焦点をあてた「包括マネジメント」が求められている．介護が必要な高齢者の家族介護のニーズに焦点をあて，社会で介護を支え，家族の安心を保障するという役割を介護保険は達成した．これからは高齢者個々が望む安心・安全・健康な生活を高齢者自身ができるようになることが目標となる．ケアマネジメントでは，高齢者本人の望む生活の実現が支援の在り方として求められているが，高齢者自身の望みをなかなか引き出せない課題がある．また一方，対象となる高齢者が実際に掃除や調理がどの程度できるかが介護支援専門員や介護職ではわからないため，本人や家族の言われるままのサービス提供となってしまっている．

○本研究で開発した「包括マネジメント」を活用することで，以下の具体的な課題解決が得られる．

・「包括マネジメント」は，高齢者個々にとって「意味のある作業」を引き出し，高齢者自身による行動計画を作成しえる．同時に，高齢者自身の作業実行度や満足度を確認できる．作業分析を専門とする作業療法士の関与が「包括マネジメント」を効果的にする．

・開発した「作業聞き取りシート」は，高齢者が自分の取り組みを評価できることと，サー

ビスのモニタリングにも活用できることを確認した．このシートを介護支援専門員をはじめ，介護に従事する専門職が活用することによって高齢者の作業ニーズが確実に把握できる．

・他職種は介護に重点を置きがちだが，作業療法士と共同プランを立案することで高齢者が希望する作業をより効果的・効率的に支援することができる．

○作業療法士と共同でプランが立案できない場合は，以下の方策を提言する．

・医療機関から退院するケースは，医療機関の作業療法士から「作業をすることで元気になる申し送り」を情報提供依頼する．
・通所リハを利用しているケースは，作業療法士に作業するための残存能力の見極めと練習を依頼する．
・サービスを利用していない在宅のケースでは，地域包括支援センター等地域の相談機関に働く作業療法士に同行訪問を依頼し，共同プランの作成やサービス担当者会議への参画を依頼する．

○作業療法士は，本研究で効果を認めた高齢者のみならず，精神障害者や事故後の脳・脊髄損傷者などの身体障害者，発達障害児・者に対しても包括マネジメントを行うことができる．

包括マネジメントの活用は，要介護になっても，障害があっても，がんになっても，認知症になっても「私には私でいられる作業があり，社会とのつながりをもてる作業がある.」「作業をすることで健康だ．元気になれる」という安心のある社会を目指す新たなサービスが提供できる．

（3）医療，介護で包括的マネジメントを活用・展開していくための提言

今回の調査研究で包括マネジメントを活用することにより，高齢者が新たな健康感で生活ができることがわかった．また活用を促すためには，現行制度を以下のように改訂する必要がある．

○退院前訪問の完全実施の保障：退院前訪問は制度化されているが，訪問宅への距離・時間制限のため完全実施されていない実態がある．必要性を認める全ての患者に対して退院前訪問を保障できる制度改定が必要である．

○「作業をすることで元気になれる申し送り」の活用に対する報酬保障：在宅生活へ早期に移行させるために「作業をすることで元気になれる申し送り」の使用が効果的であった．介護支援専門員に高齢者の作業遂行の実現の可能性を提案し，自立支援に資する効率的な介護プランの立案とサービスの提供を支援するためには，「作業をすることで元気になれる申し送り」の使用に対して報酬の制度化が必要である．

○退院後のフォローアップ訪問の報酬保障：退院後一週間，一か月以内に1～2回の在宅へのフォローアップ訪問により，退院後の高齢者や家族の不安が軽減した．住宅改修や福祉用具

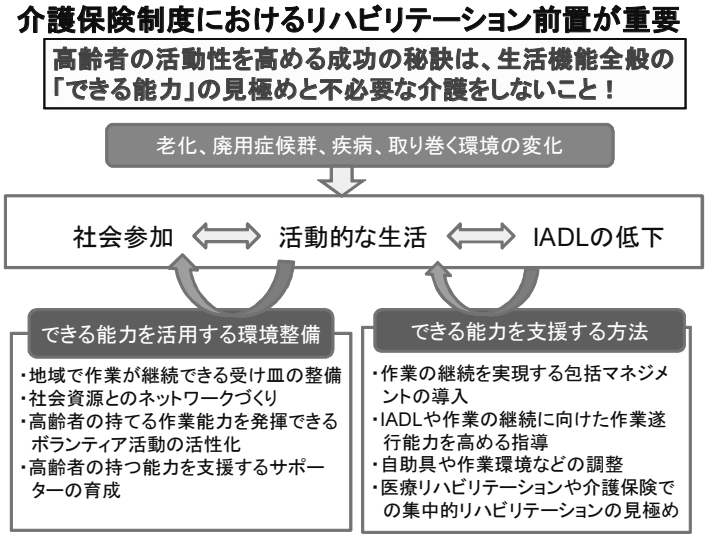
が適切に使われているか，作業が継続できているかを確認することにより，安易な介護状態への移行を予防し，機能訓練重視傾向からの脱却を図り，効果的な支援の継続を図ることができる

○通所リハへ作業療法士の必須配置推進：通所リハでは，機能訓練重視から脱却できない現状があった．包括マネジメントを活用することにより，利用者の視点を個々の生活の中の作業に向け，在宅や地域の公民館，スーパーなど地域資源の活用に転ずることができる．そのためには，通所リハに作業療法士を配置する必要がある．

○通所リハにおける訪問の必須化と報酬の拡大：通所リハで在宅や地域の公民館，スーパーへの訪問を，環境評価・作業遂行方法の指導，完了確認を目的に必須化することで，作業が継続できる社会資源利用や開発まで幅広い「共助のしくみ」を展開できる可能性がある．

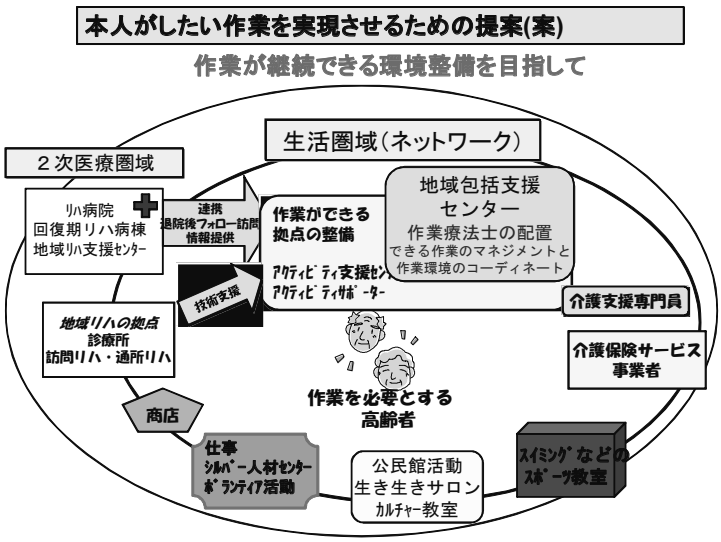
（4）リハビリテーション（自立支援）前置への提案

高齢期の特徴のひとつとして，老化による虚弱がある．たとえば，外出，階段昇降，家事，買い物で買ったものを運搬する，びんのふたの開閉がしづらくなってきたなど種々の生活上の問題が生じている．そこで，高齢者の心と身体の評価に基づき，自助具の導入や手すり一本の設置など福祉用具・住宅改修の相談・支援が得られる身近なリハビリテーション相談窓口の設置が望まれる．また，作業療法士が介護支援専門員やヘルパー，通所介護職員などと共同プランを立案する連携により，IADL の自立や社会参加が有効に図られる．作業療法士は発達障害児・者，精神障害者，身体障害者に対しても作業の遂行ができるようにする技術を持つことから，身近に相談場所があることは在宅生活をいつまでも自立して送る安心・安全の生活が保障されると考える．



当事者から，「元気な人の中に入り，パソコン教室にいく自信がない.」という訴えがあった．そこで，再び獲得した作業を実践できる場として中学校区単位で「アクティビティ支援センター（仮称)」の拠点の設置と作業のコーディネーターとして作業療法士を配置することを提案する．アクティビティ支援センター(仮称)は，障害者や高齢者が相談できる場でもあり，自分の生活の自由時間の中で作業を実践できる場でもあり，ピア活動の拠点でもある．そこに作業遂行方法の助言指導を行う作業療法士と地域の社会資源をコーディネートする社会福祉士を配置することで効果的運用が図られる.建物は老人福祉センターなど市町村にある既存の社会資源を有効活用するほか,作業療法士がいる通所リハ施設の相互活用も視野に検討する．

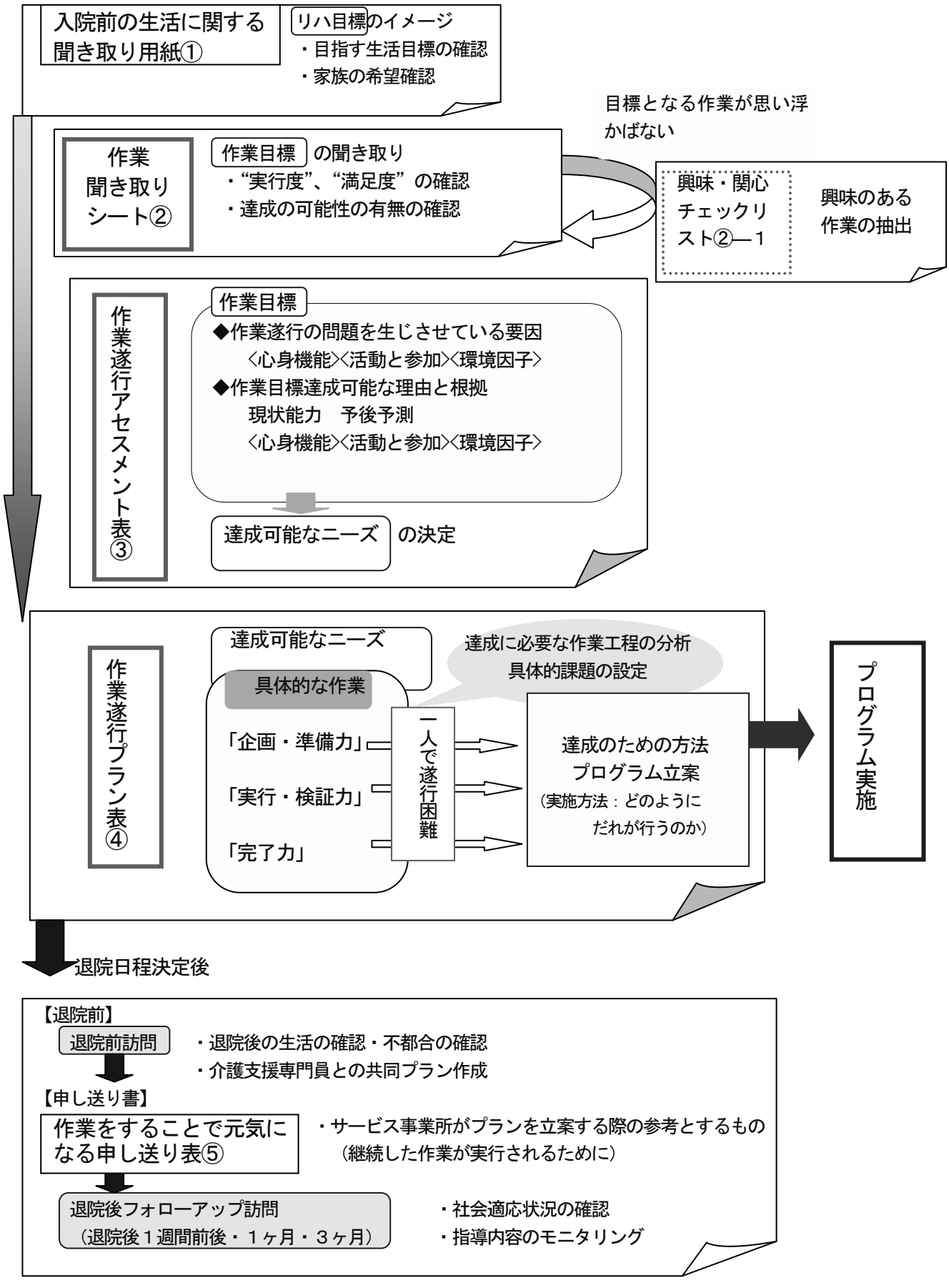
また，地域で様々な作業技術(囲碁，園芸，盆栽，琴，木細工，編み物，針仕事など)を持ち，社会貢献を希望する高齢者や当事者に，作業の効果，からだのしくみ，老年学，環境調整の方法などの教育を行い，作業の指導者としてボランティア養成し，作業の指導に積極的に参加できるしくみも併せて検討していく．ただし，地域によっては作業療法士，社会福祉士の雇用に格差も生じることから，当面は地域の通所リハや地域リハビリテーション支援センター，地域包括支援センターなどの職員を活用することが望ましい．さらに，必要な時に必要とされる相談支援が受けられるためには，その作業の指導者と作業療法士に連絡相談する体制も併せて検討する．



これらの体制を整備することで，要介護状態になっても障害があっても自分のしたい作業が継続できる，仕事がある，最期まで元気でいられる安心・安全な生活を確保できる．国民のすべてが「人は作業をすることで元気（健康）になれる」，このことの理解を広めることで，過剰な医療，安易な介護を防ぎ，健康だと感じられる社会の構築を図ることができる．

（５）　作業療法を効果的に実施するための包括マネジメントの流れ

＊①②③④⑤は包括マネジメントに用いる用紙



様式①

生活確認表

対象者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　**記入日：　　年　　月**

相談または入院、サービス利用前の生活状況についてお伺いします。

	No	質　問　項　目	回　答		（特記事項）
一般健康状態	1	痛いところや調子が悪いところはありましたか。	あった	なかった	
	2	深く心配なことはありましたか。	あった	なかった	
	3	食事は毎日美味しく食べていましたか	なかった	いた	
	4	夜は良く眠れていましたか。	なかった	いた	
	5	お通じは定期的にありましたか。	なかった	あった	
	（コメント）		/5	/5	
身辺処理	6	立ち・座り、階段の登り・降り、室内歩行に支障はありましたか。	なかった	あった	
	7	家の周囲（約1㎞）を歩くのに支障はありましたか。	なかった	あった	
	8	食事をするのに支障はありましたか。	なかった	あった	
	9	トイレ（排尿・排便）をするのに支障はありましたか。	なかった	あった	
	10	着替えや身だしなみをするのに支障はありましたか。	なかった	あった	
	11	お風呂に入るのに支障はありましたか。	なかった	あった	
	12	その他、特に不具合なこと、不都合なことはありましたか。」	なかった	あった	
	＜コメント＞		/7	/7	
IADL・趣味・社会参加	13	お金の支払や薬の管理は、ご自分でしていましたか。	いない	いた	
	14	服装や身だしなみには気を配っていましたか。	いない	いた	
	15	新聞や雑誌、本などを読んでいましたか。	いない	いた	
	16	日記や手紙など字を書かいていましたか。	いない	いた	
	17	近くの店に買い物に行っていましたか。	いない	いた	
	18	家のことを何かしていましたか。（例、掃除・調理・洗濯、留守番）	いない	いた	
	19	何か好きなことはありましたか。好きなことをしていましたか。	いない	いた	
	20	自家用車やタクシー、バスや電車などで 他の市町村まで出かけていましたか。	いない	いた	
	21	家族とお話しをしていましたか。	いない	いた	
	22	ご近所やお友達のところに訪問していましたか。	いない	いた	
	23	地域や世の中の動きについて関心がありましたか。	いない	いた	
	24	地域の集まりに参加していましたか。（例、お祭り、老人会など）	いない	いた	
	25	地域で何らかの役をしていましたか。（役員、ボランティアなど）	いない	いた	
	＜コメント＞		/13	/13	

不調・不具合項目	/25

機関名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

記入者名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（職種　　）

様式②

作業聞き取りシート

相談者		年齢	歳	性別	男　女

認知症や寝たきりを予防するためには、家事や社会活動などの作業を維持し、参加していることが重要です。

1　そこで、あなたが困っているまたは問題を感じている（もっとうまくできるようになりたい、あるいは、うまくできるようになる必要があると思う）事柄で、良くなりたい、改善してみたいと思う事柄がありましたら、３つほど教えてください。

2　次に、それぞれについて今の自分はどのくらいうまくやれているか（遂行度）と、そのやり方にどのくらい満足しているか（満足度）を１～１０点の範囲で思う点数をお答えください。
とてもうまくできている場合遂行度１０点、とても満足しる場合満足度１０点です。
まったくできない場合遂行度１点、まったく不満である場合満足度１点です。

作業の目標	□A（具体的に作業の目標が言える） 目標１ A1	自己評価	初回	最終
		実行度	/10	/10
		満足度	/10	/10
		達成の可能性	□有 □無	
	□A（具体的に作業の目標が言える） 目標２ A2	実行度	/10	/10
		満足度	/10	/10
		達成の可能性	□有 □無	
	□A（具体的に作業の目標が言える） 目標３ A3	実行度	/10	/10
		満足度	/10	/10
		達成の可能性	□有 □無	
	□B（具体的にイメージができない）	**→興味・関心チェックリストへ**		

様式②－１

興味・関心チェックリスト

以下の作業療法について、現在しているものには「している」、過去にしていたがしてみたい・してみたいができないと思ってしていないものに「してみたい」、する・しないにかかわらず興味があるものに「興味がある」に、〇をつけてください。

作　業	している	してみたい	興味がある	作　業	している	してみたい	興味がある
掃除				ボーリング			
料理				水泳			
買い物				テニス			
家の手入れ				野球			
洗濯				ダンス・踊り			
車の運転				体操･運動			
畑				散歩			
友人との交流				音楽を聴く・演奏会			
洗濯物たたみ				楽器演奏			
園芸				お茶・お花			
ラジオを聴く				おしゃべり			
テレビを見る				生涯学習			
歌を歌う				旅行			
映画を見る				編み物			
パズルゲーム				針仕事			
手工芸				歴史			
読書				ボランティア			
将棋・囲碁				写真			
観劇				ゴルフ・グランドゴルフ			
絵を描く				温泉			
新聞を読む				子どもの世話			
俳句				動物の世話			
謡曲・詩吟				賃金を伴う仕事			
書道・習字				地域活動（町内会老人クラブ）			
つり				日曜大工			
パソコン・ワープロ				その他（　　）			
宗教活動				その他（　　）			

作業聞き取りシートへ

様式③

作業遂行アセスメント表

相談者：

作業目標	作業聞き取りシート A1	達成可能なニーズ	A1

アセスメント項目		心身機能の分析 （精神機能、痛み・感覚、神経筋骨格・運動）	活動と参加の分析 （運動・移動能力、セルフケア能力）	環境因子の分析 （用具、環境変化、支援と関係）
作業遂行の問題を生じさせている要因				
作業目標達成可能な理由と根拠	現状能力（強み）			
	予後予測			

様式④

作業遂行向上プラン表

対象者名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　記入日：　　年　　月　　日

達成可能なニーズ	作業工程分析	評価		達成のための方法・プログラム（いつ、どのようにする、いつまでか）			達成
		前	後	本人	家族	支援者（誰か：　　）	
A1	企画・準備力（PLAN）	1. 一人で可能 2. 手がかりや見本があれば可能 3. 練習により可能 4. 手助けが必要	1 2 3 4				□達成 □変更達成 □未達成 □中止
	実行力（DO）	1. 一人で可能 2. 手がかりや見本があれば可能 3. 練習により可能 4. 手助けが必要	1 2 3 4				
	検証・完了力（SEE）	1. 一人で可能 2. 手がかりや見本があれば可能 3. 練習により可能 4. 手助けが必要	1 2 3 4				

様式⑤

作業をすることで元気になる申し送り表

記入日：　　年　　月　　日

対象者：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　**機関名：**＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　**担当者名：**＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【元気な時の生活状態】

【今回のアクシデント】
□徐々に生活機能が低下
□発症（脳梗塞）
□その他（　　）

【現在の生活状況】

【ご本人のしたい・できるようになりたいこと】

【不安・心配なこと】

【現在の状態をもたらしている基本原因】

【改善・活用できる項目】

【アセスメントまとめ】

第三章　作業療法の成果指標の提案

Ⅰ　成果指標とは

厚生労働行政などの行政評価は，どれだけのサービスを提供したかという「アウトプット」，そこからどれだけの成果がもたらせたかという「アウトカム」，さらにそこからどれだけの波及効果があったかという「インパクト」の 3 つのレベルに分けられる．

一方，医療の評価については，Donabedian[1)] が「An Introduction to Quality Assurance in Health Care（医療の質的保証)」の中で図 1 のようなスキームを示している．これによると，医療の質的評価はハード面や人材といった「構造」，診断・治療の技術やガイドラインなどからなる「プロセス」，さらに死亡率や検査値など様々な指標で示される「成果（アウトカム)」という 3 つの側面からなる．Donabedian は「アウトカム」について，医療の質を評価する際に最も成熟した段階で重視される側面であるとした上で，死亡率や寿命，身体機能の回復といった健康上の結果と患者および医療者の満足という 2 つのレベルに大別している．

本研究事業では，行政評価としての「アウトプット」，さらに医療の評価としての「アウトプット」という位置づけに注意を払いながら，種々の成果指標を選択した．そこでは，量的なデータが得られること，標準化された指標であること，一般化された尺度であることなどを条件に検討した．

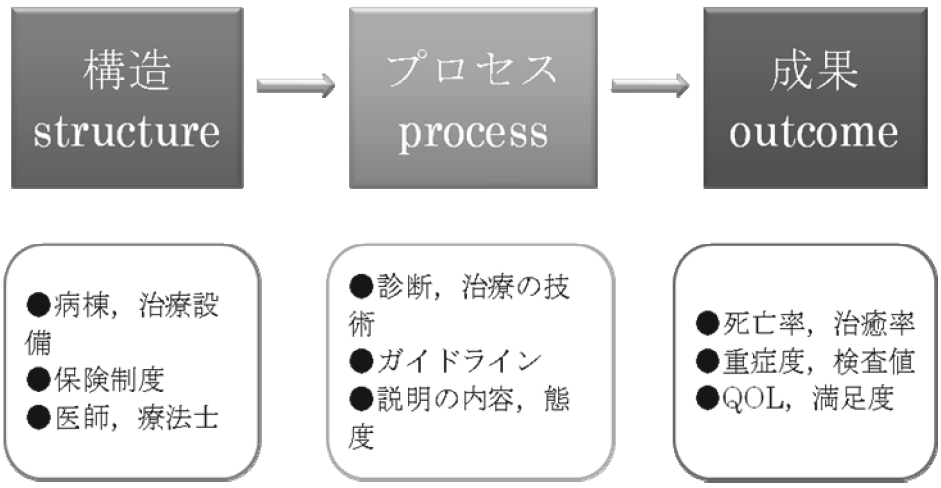


図 1. 医療の質の評価

Ⅱ 機能評価から健康関連 QOL 評価へ

作業療法をはじめとしたリハビリテーションでは，従来から機能レベル，能力レベル， QOL レベル，そして社会的レベルの成果指標が用いられてきた．機能レベルには筋力や関節可動域をはじめ身体活動量，認知レベルなどが含まれ広く用いられてきている．また能力レベルには ADL や IADL，さらに介護度などが含まれ，Barthel Index や FIM に代表されるようにリハビリテーションの成果指標の代名詞のように汎用されている．これらに加えて，QOL レベルや入院期間やコストといった社会レベルの成果指標も今後は重要な側面となり得ることは周知の事実である．

特に QOL に関しては近年注目されているが，我が国のような先進各国で平均寿命が格段に伸びてきたことが影響している．つまり，人々の健康への関心が単に長生きをするという量としての寿命から，どれだけ健康な状態で長生きするかという質の側面を加えた健康寿命へとその関心が移りつつあることが背景の一つとしてあげられている．

そもそも QOL とは Quality of Life のことであり，日本語では生活の質，人生の質などと訳されているが，医療の成果指標として用いる場合には健康に関連した QOL に限って用いられるように世界中でコンセンサスが得られてきた．つまり，健康に関連しない生きがいや経済状態，交友関係などを除いた健康に関連する QOL を健康関連 QOL（Health Related Quality of Life ; HRQL）と呼び，区別している（図 2）[2]．ここでいう健康とは，WHO の定義する身体的・精神的・社会的に健康な状態を指すことは言うまでもないが，そのような点から HRQL には様々な属性から成るという多属性（あるいは多要素性）という本質がある．さらに HRQL を測定するための測定用具としては，特定の疾患に用いられる疾病特異尺度と対象疾患や対象年齢などを問わず使用可能な包括的尺度に分けられている．このうち包括的尺度は一般的健康像と期待効用理論に基づいた健康効用値にさらに分けられている．

図 2. QOL の概念図

健康効用値は 1 を「完全に健康」，0 を「死」とする 1〜0 の間で示される間隔尺度である．健康効用値とはそもそも経済学の期待効用理論を理論的背景としており，これを医療保健領域に持ち込んだものである．医療も不確実性を伴っているため，この理論が適用できるとされている．このような理論的背景を持った尺度であるため，健康関連 QOL の指標でありながら，費用対効果を求める費用効果分析や費用効用分析のアウトカム指標としても用いることが可能である．

この健康効用値を測定する方法には，時間得失法や基準的賭け法などの直接法と標準化された測定ツールを用いる間接法とがある．測定ツールには EQ-5D や Health Utilities Index（HUI）などがあり，近年これらを用いたアウトカム研究や費用効用分析が増えている[3)]．リハビリテーションを含めた医療分野では EQ-5D や HUI を用いた研究が多数報告されるようになってきており，もはやアウトカム指標として健康効用値を用いることに対しての躊躇は必要なくなってきたと言える．

以上のような背景を持つ指標であるが，筆者が考える最大の利点は医療や保健介入の成果指標としたときに，疾患や国，民族を選ばず，尚且つ他のどのような医療技術ともその成果を比較することが可能になる点である．つまり，作業療法の効果を広く世に問うことが可能となる魅力的な指標と言えよう．

Ⅲ 本研究事業で用いた成果指標

本研究事業のスローガンは「人は作業をすることで健康になれる」である．この命題を達成すれば，活動性が向上したり，介護度が軽減したり，IADL の何らかの活動を獲得できたり，さらには QOL が向上すると考えた．それらを測定するために我々は以下のような成果指標を選んだ．

- 要介護度認定調査票
- 身体活動量（アクティマーカー）
- Physical Activity Scale for the Elderly（PASE）
- 老研式活動能力指標
- 主観的健康感
- Health Utilities Index（HUI）

1　要介護度認定調査票

要介護度認定に用いられている調査票を利用し， ADL や介護負担の観点から各動作を評価した．

2　身体活動量（アクティマーカー）

身体活動量について，従来の万歩計では測定ができなかった座位での活動や上下左右の活動をも測定可能な 3 軸加速度センサーを搭載しているアクティマーカー（パナソニック製）を用いた．この器具では厚生労働省が規定する EX 量をはじめ，0.1METs 単位の活動時間や消費カロリーなどが測定可能である．

3　Physical Activity Scale for the Elderly（PASE）[4)]

Washburn らによって開発された高齢者のための活動指標である．スポーツやレクリエーション，家事や雑用，さらには介護やボランティアなどの活動について，それぞれの活動の重みに頻度を乗じることによって 1 週間の活動量を測定する．

4　老研式活動能力指標[5)]

東京都老人総合研究所が開発した IADL の評価指標である．手段的自立，知的能動性，社会的役割からなる 13 項目について，「はい」か「いいえ」で回答するもので，満点は 13 点となる．

5　主観的健康感[6)]

自己評価で健康感を測定するものであり，HRQL に含まれる．Rating Scale で健康感を評価するが，本研究事業では図 3 のように 5 段階で尋ねた．単純な指標であるが，生命余後の予測妥当性を持っていたり，通院日数，身体の痛み，身体活動性などとの相関が報告されている[7)]．

6　Health Utilities Index（HUI）

McMaster 大学の Torrance ら[8)]によって開発された健康効用値を測定するための尺度である．先の EQ-5D が 245 通りの健康状態しか示すことができないのに対して，HUI は視力・聴力・会話・移動・器用さ・感情・認知・疼痛という 8 つの寄与領域から 972,000 通りの健康状態を表すことができる．

作業療法などリハビリテーションの成果指標は生存率や単なる寿命の伸び，あるいは All or Nothing の指標では表わしにくく，微妙な変化をも拾うことのできる，感度に優れた指標が必要とされる．特に高齢者に対しては，単に身体機能が維持，改善されることよりも，心理的な満足や全人間的な回復こそを評価できる指標が適していると考えられ，972,000 通りの健康状態を表すことができる HUI は魅力的である．

さらに HUI に関しては，本来，主観的評価であるべき健康関連 QOL を対象者の代理人が測定できるように代理人バージョンが用意されている点も利便性を高めていると強調しておきたい．なぜなら，認知症や失語症，あるいは小児など本人回答ができないか，回答ができてもその信頼性が低い対象者についても測定が可能となるからである[9)]．

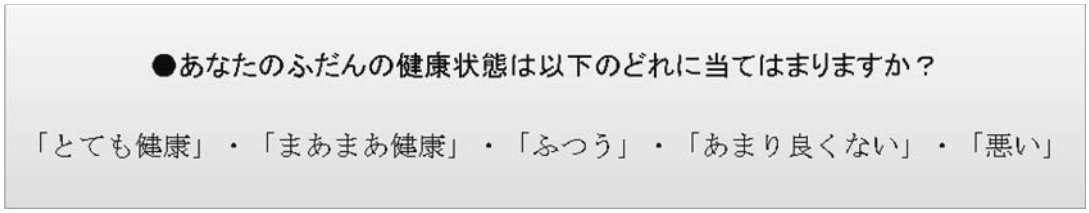


図 3. 主観的健康感

Ⅳ　本研究事業の結果

本研究事業の介入研究は通所リハビリテーションと医療介護連携の 2 部門により実施されたが，いずれも研究デザインや対象者の選定方法，さらには介入方法の強度の問題により必ずしも信頼できるデータが集まったとは言えない．この部分の詳細については他稿に委ねるが，今回用意した成果指標がどのような変化を示したかについて報告するとともに，成果指標ごとに問題点や限界について考察してみる．

１　要介護度認定調査票

調査票の下位項目ごとに変化を見てみるとほとんど項目で介入群，対照群ともに変化はなかった．「外出頻度」だけは両群とも有意に増加した．そもそもこの調査票は要介護度認定のためのものであり，本来は要介護度が変化するかどうかを問うものである．下位項目についても，3～5 段階評定で能力や介護度を問うものであり，感度が高い指標ではない．さらに下位項目を個別に取り上げてその変化を追っても一般的な尺度とはなり難いという面もある．

２　身体活動量（アクティマーカー）

アクティマーカーは厚生労働省が生活習慣病予防のための指標として示した EX（エクササイズ）量を測定するために，3METs 以上の活動を累積できるように開発された機器である．3METs に相当する活動としては，歩行をはじめ床掃除や庭仕事などがあげられるが，要介護状態の高齢者にとってこれらの活動は容易なものとは考えにくい．よって，これらの EX 量を増加させることができた対象者はわずかであるが，3METs 未満の身体活動量を介入前後で比較し，成果指標として活用できる可能性がある．後述のように，0.5METs ごとに区切った活動量では，明らかに介入後に増加した対象者が散見された．

ただし，この機器の取り扱いについては，対象者が装着するのを忘れたり，トイレに落下させたりという管理上の問題点が指摘された．さらに，このような評価機器を装着することによるプラセボ効果が予測されるため，どこまでの実用性があるかは今後の課題として残った．

３　Physical Activity Scale for the Elderly (PASE)

PASE は前述のとおりスポーツやレクリエーション，家事や雑用，さらには介護やボランティアなどの活動量を数値化する指標である．先のアクティマーカー同様に，これらの活動は 3METs 以上に相当し，要介護状態の高齢者に対する作業療法の成果指標としては成果の上がり難い指標であった可能性が高い．しかしながら，医療介護連携の部門では介入群，対照群ともに PASE 合計点の増加が認められており，成果指標として一定の価値があると考えられた．対象者を自立歩行が可能なレベルに絞ればより有効な成果指標になり得るであろう．

４　老研式活動能力指標

本指標は IADL の各動作について，「はい」か「いいえ」で回答するものであり，短期間の作業療法介入での成果を反映しにくい．特に本研究事業の治療戦略では短期間で複数の活動をターゲットにすることは難しかったと考えられ，有効と判断されるだけの成果は得られなかった．ただし，通所リハ部門で対照群の本指標が低下したのに対して，介入群で増加したことは注目に値する．

５　主観的健康感

後の章で通所リハ部門における主観的健康感の変化を示すが，介入群において有意な改善（数値は低下）を認めた．この介入では対象者の個々のニーズに即して作業療法を提供するため，主観的な満足は向上したのかもしれない．肝心なことは，作業療法介入が対象者の健康感にどのように作用したのかについて根拠を示すことができない，少なくとも関連性が明らかではない点である．このような観点からすると，主観的健康感はアウトカム研究の成果指標としては限界があるのかもしれない．

６　Health Utilities Index（HUI）

HUI も主観的健康感と同様に，通所リハ部門で介入群にのみ有意な改善を認めた．ただし，両群の初期評価の値に差があることもあり，介入の有無と時間の交互作用は認められなかった．

HUI では多属性の健康効用値である Global sore とともに，前述した 8 つの寄与領域ごとの Single score を求めることができる．Single score の変化を表 1 に示す．これによると，介入群の感情と疼痛の 2 領域で統計的に有意な健康効用値の改善を認めている．

ただ，Global score ともあわせて，HUI によって測定された健康効用値がどれだけ改善すれば作業療法の効果があったのかという，臨床的に意味のある差（Minimally Clinical Important Difference : MCID）がまだ明らかではない．また，同じ HRQL を測定している主観的健康感と HUI の相関が極めて低いことから，両者はそれぞれ別の HRQL を測定している可能性がある．先の感情と疼痛という改善のみられた 2 つの寄与領域になぜ改善がみられたのかというメカニズムも明らかではない．

Ⅴ　まとめ

今回，高齢者に対する作業療法の成果指標を検討し，機能面から ADL，QOL に至るまでの種々の指標を選定し用いた．研究デザインや対象者の選定方法など研究方法にはいくつかの問題点はあったが，少なくとも主観的健康感と HUI によって求められる健康効用値の 2 つの成果指標で作業療法の介入効果を認めることができた．これら 2 つに指標については，今後まだまだ検討すべき課題は残されているが，高齢者に対する作業療法が対象者の健康関連 QOL を改善し得るという知見を得たことは一定の成果と言えよう．特に HUI は海外でも高齢者に対する作業療法の成果指標に用いられており[10]，我が国の作業療法でも活用が期待される．これらの反面，高齢者に対する作業療法の成果指標に関しては，身体部位機能の改善や具体的な身体活動量と言った一属性の成果指標では測りきれない可能性があるということが言えるのかもしれない．

いずれにしても，我が国の作業療法現場に求められていることは，高齢者に対する作業療法

の介入研究で各種成果指標のデータの蓄積を進めることと，成果が認められた場合に作業療法の効果と成果指標との因果関係を明らかにしていくことである．

【文献】

1. Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. Oxford University Press. New York. 2003. pp46-57.
2. 福原俊一．いまなぜ QOL かー患者立脚型アウトカムとしての位置づけ．池上・他編，臨床のための QOL 評価ハンドブック，医学書院，東京，2001，pp2-7.
3. Brauer, C.A., et al. Trends in the measurement of health utilities in published cost-utility analyses. Value Health　9: 213-218, 2006.
4. Washburn. J, Smith KW, Jette AM, et al.: The physical activity scale for the elderly (PASE): development and evaluation. Clinical Epidemiology 46: 153-162, 1993.
5. 古谷野亘，柴田博，中里克治，芳賀博ほか：地域老人における活動能力の測定；老研式活動能力指標の開発．日本公衛雑誌 34：109－114，1987.
6. 芳賀博，七田恵子，永井晴美，他．健康度自己評価と社会・心理・身体的要因．社会老年学 20: 15-23，1984.
7. 藤田利治，野脩一．地域老人の健康度自己評価の関連要因とその後２年間の死亡．社会老年学 31: 43-51，1990.
8. Torrance GW, Furlong W, Feeny D. Multi-attribute preference functions. Health Utilities Index. Pharmacoeconomics7: 503-520, 1995.
9. 能登真一，上村隆元．HUI．赤居正美編，リハビリテーションのための評価法ハンドブック，医歯薬出版，東京，2009，pp278-282.
10. Hay J, LaBree L, Luo R, et al. Cost-effectiveness of preventive occupational therapy for independent-living older adults. J Am Geriatr Soc 50: 1381-1388, 2002.

第四章　通所リハビリテーション検証事業

Ⅰ　事業目的

昨年度事業で開発した作業に焦点をあてる包括マネジメント(作業聞き取りシートや作業遂行アセスメント，作業遂行向上プラン)に基づき，介入を実践する．３ヶ月間の介入の効果を検証し，効果的通所リハビリテーションの在り方を示す.

Ⅱ 対象者

対象者は通所リハビリテーションを利用する要支援１，要支援２，要介護１，２，３の者とした.

研究協力施設については，第 43 回日本作業療法学会で研究事業について周知公募し，応募のあった施設及び中堅の作業療法士が勤務している施設に協力を依頼した．次いで，研究協力施設の作業療法士を対象に研究事業説明会を開催し，理解を得た上で，施設長あて協力依頼文書（資料１）を送付，承諾を得た.

対象者については，各施設に当研究プログラムを実践する介入群１０名，従来のプログラムを継続する非介入群１０名の選定を依頼した．また，介入に際し利用者に不利が生じないよう，また非介入の影響を避けるため，介入群・非介入群は参加曜日の違い等で選定するなどの配慮をお願いした．さらに，対象者本人・家族に倫理上の配慮として，研究の目的，事例報告の方法，利用範囲，取りやめの自由，人権擁護と個人情報の保護などを記載した書面（資料２）で説明を行い，同意を得た者に対し，実施した.

Ⅲ 実施方法

１　介入研究方法

（１） 介入群には，介入一週間前と介入一週間後に下記の評価を行った.

- 作業聞き取りシートにおける実行度，満足度(聞き取り調査)
- 作業遂行アセスメント
- 老研式活動能力指標（聞き取り調査）
- 介護認定調査票（聞き取り調査）
- 身体活動量測定（一週間の万歩計装着と聞き取り調査）
- Health Unilities　Index（聞き取り調査）
- PASE
- 主観的健康感

（２）作業聞き取り調査及び作業遂行アセスメント表を基に個々の作業遂行向上プランを立案した.

（３）非介入群には，介入群と同時期に下記の評価を行った.

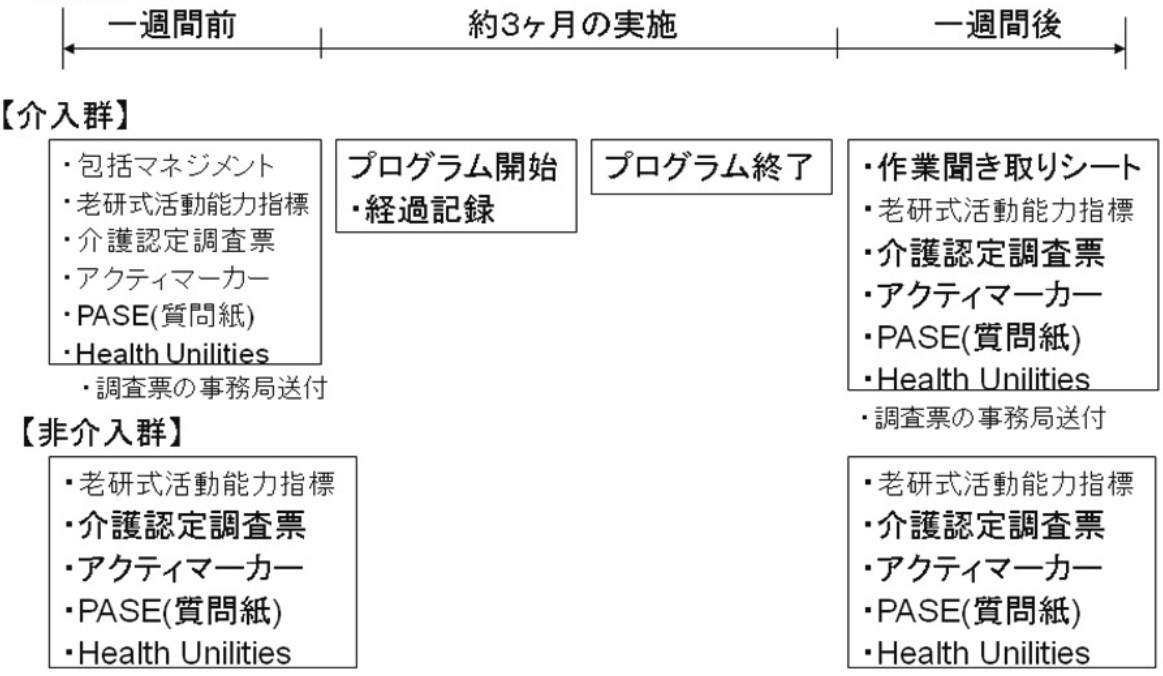
- 老研式活動能力指標（聞き取り調査）
- 介護認定調査票（聞き取り調査）
- 身体活動量測定（一週間の万歩計装着と聞き取り調査）
- Health Unilities（聞き取り調査）
- PASE
- 主観的健康感

（４）介入群には実際に立案した作業遂行向上プランを基にプログラムを３カ月実践した．非介入群はこれまでのプログラムを継続した.

（５）実施したプログラムを把握するため，資料３に示すプログラムチェック表にて，実施したプログラムを基礎，基本，応用練習に分類し，どのような指導内容を誰が何分実施したのかを記載した.

1　対象者への事業説明と同意

介入の流れ



2　意見交換会の実施

事業終了後，包括マネジメントプログラムの内容及び通所リハビリテーションにおける取り組みの工夫について各協力者にはＡ４，２枚程度の報告をお願いし，研究事業を実施した結果の取り組み上の課題等について意見交換を行った.

Ⅳ　事業実施期間:平成21年9月～平成22年1月末

Ⅴ　研究班委員

（委員名 50 音順　○は班長）

所属名	氏名	備考
通所リハビリテーション TRY	榎森智絵	福島県
甲南女子大学	竹内さをり	兵庫県
せんだんの丘	土井勝幸	宮城県
石川県立高松病院	○ 村井千賀	石川県
ふらて会やすらぎ	吉田隆幸	福岡県

Ⅵ　研究協力施設

協力事業者名	備　考
せんだんの丘	宮城県仙台市青葉区国見ケ丘 6-126-51 TEL 022-727-7727
ひもろぎ園	福島県白河市関辺字川前 88 TEL 0248-31-8888
通所リハビリテーション TRY	福島県会津若松市山鹿町 3-27 TEL 0242-29-0207
鴻池荘	奈良県御所町池ノ内 1054 TEL 0745-63-0601
醍醐の里	京都府伏見区醍醐内ケ井戸 19-1 TEL 075-571-5222
福久ケアセンター	石川県福久町ﾜ 1-1 TEL 076-257-7333
津名白寿苑	兵庫県淡路市大町畑 584-6 TEL 0799-62-7200
ぺあれんと	山口県宇部市浜町 2-1-3 TEL 0836-36-1170
しょうわ	埼玉県春日部市下柳 1088 TEL 048-718-2111
涼風苑	茨城県竜ケ崎市貝原塚町 3689 TEL　0297-63-0008
アゼリアホーム	栃木県八板市末広町 45-3 TEL　0287-44-3033
げんきのでる里	北海道札幌市清田区真栄 434-6 アンデルセン福祉村 TEL　011-885-5577

Ⅶ　対象者の概況

1　協力施設と対象者

全国 12 の通所リハビリテーション施設に協力を依頼し，「包括マネジメント」を実施する介入群 95 名，非介入群 95 名に巻末の研究事業の協力依頼を説明，同意を得た．

	施設名	n	介入群	非介入群
1	涼風苑	16	8	8
2	せんだんの丘	17	7	10
3	ひもろぎ園	14	7	7
4	TRY	20	10	10
5	鴻池荘	10	5	5
6	醍醐の里	17	8	9
7	福久ケアセンター	16	8	8
8	げんきのでる里	20	10	10
9	アゼリアホーム	15	8	7
10	津名白寿苑	6	3	3
11	ペアレント	16	8	8
12	しょうわ	23	13	10
	合計	190	95	95

2　対象者の基本情報

対象者は，男性 81 名(42.6%)，女性 108 名(56.8%)であった．要介護度認定状況は，要支援 2 が最も多く 54 名(28.2%)，次いで要介護 2 の 43 名(22.6%)，要介護 3 の 36 名(18.9%)であった．

	施設名	性別	要介護度						
		男／女	要支援		要介護				
			1	2	1	2	3	4	5
1	涼風苑	9／7	1	4	3	3	5	0	0
2	せんだんの丘	7／10	4	6	2	1	3	1	0
3	ひもろぎ園	8／6	2	8	0	3	1	0	0
4	TRY	12／8	6	8	1	2	2	0	0
5	鴻池荘	3／7	0	4	1	2	2	0	0
6	醍醐の里	6／11	0	1	2	3	8	2	1
7	福久ケアセンター	9／7	2	8	1	5	0	0	0
8	げんきのでる里	2／18	1	3	9	3	0	1	0
9	アゼリアホーム	7／8	0	2	0	7	6	0	0
10	津名白寿苑	2／4	0	4	0	1	1	0	0
11	ペアレント	6／10	3	5	2	6	0	0	0
12	しょうわ	10／12	1	1	5	7	8	0	1
	合計	81／108	20	54	26	43	36	4	2

*χ^2検定では性別に有意差なし（$p=0.128$），要介護度ではあり（$p<0.001$）
（醍醐の里は最終評価未着のため以下のデータ解析には含まず）

3　対象者の特性

介入群と非介入群の対象者は，有意な差はなく，ほぼ同じような特性であった.

		介入群（n=87）	非介入群（n=86）	p 値
年齢		74.1±10.0	78.0±10.1	0.012
性別（男性／女性）		39／48	36／49	0.761
配偶者（あり／なし）		50／35	41／40	0.350
家族構成		2.1±1.4	2.0±1.6	0.614
生活保護（あり／なし）		1／84	1／81	1.000
要介護度	要支援 1	7	13	
	要支援 2	21	32	
	要介護 1	11	13	
	要介護 2	24	16	0.235
	要介護 3	17	11	
	要介護 4	1	1	
	要介護 5	1	0	
寝たきり度	正常	1	5	
	J1	27	28	
	J2	21	14	
	A1	9	4	0.237
	A2	4	2	
	B1	9	14	
	B2	16	19	
痴呆自立度	正常	45	38	
	Ⅰ	24	30	
	Ⅱa	13	13	0.572
	Ⅱb	2	4	
	Ⅲa	3	1	
住宅	持ち家	83	73	
	賃貸住宅	3	7	0.161
	ケア付き住宅	1	2	
	その他	0	4	
居住空間	1 階	75	68	
	2 階以上階段	5	11	0.250
	2 階以上エレ	6	3	
	その他	1	4	
通所リハ回数		2.2±0.8	2.1±0.9	0.705
訪問リハ回数		0.1±0.2	0.1±0.5	0.332

*2 群の比較には対応の無い t 検定もしくは χ^2 検定を適用

4　対象者の既往歴

対象者の疾患では，介入群，非介入群ともに脳卒中が最も多く，次いで腰痛症，その他の骨折の順であった．2 群の間には疾患構成での差はなかった．

	介入群	非介入群	p 値
脳卒中	57	41	0.083
糖尿病	15	19	0.833
心疾患	9	7	0.785
呼吸器疾患	2	1	1.000
神経難病	2	4	0.676
関節リウマチ	3	4	1.000
大腿骨頸部骨折	10	7	0.591
その他骨折	12	12	1.000
腰痛症	23	20	1.000
骨粗鬆症	5	10	0.258
がん	2	3	1.000
AD・認知症	2	6	0.265
うつ病	8	9	1.000

*χ^2検定

Ⅷ　結果

1　介護認定調査表の各項目の変化

介護認定項目の変化では，変化のなかった項目を「維持」，悪化した項目を「悪化」，改善した項目を「改善」とし，それぞれの項目で変化した人数を確認した．認知機能に関する項目では，介入・非介入群の改善した者に差がなかったが，身体・基本動作関連項目では，平均で改善のあった者が 5.8 名，非介入群では 1.6 名で，ADL 関連項目では介入群が 3 名，非介入群 0.8 名，IADL 関連項目は介入群 5.4 名，非介入群 1.9 名と介入群の方が改善した者の人数が多かった．各項目では，基本動作関連項目の立位保持，移乗，IADL 項目の意志決定，集団生活への適応の項目で介入群に統計的に有意な改善を認めた．

（単位：人数）

基本動作項目	介入				非介入				
（12項目）	維持	改善	低下	不明	維持	改善	低下	不明	p 値
寝返り	73	2	0	20	74	3	2	16	0.691
起き上がり	65	9	2	19	74	3	1	17	0.059
座位保持	74	2	0	19	78	1	0	16	0.534
立位保持	68	7	1	19	75	0	3	17	0.001
歩行	69	6	1	19	76	1	2	16	0.124
立ち上がり	67	8	1	19	75	3	1	16	0.261
片足立位	62	11	1	20	72	3	3	17	0.075
移乗	67	7	0	21	75	1	1	18	0.032
移動	66	7	0	22	73	3	1	18	0.178
視力	68	7	0	20	75	1	1	18	0.17
聴力	69	3	3	20	76	0	0	19	0.222
嚥下	73	1	0	21	77	0	0	18	0.231
平均人数	68.4	5.8	0.8	19.9	75	1.6	1.25	17.2	

＊p 値は χ^2 検定，網掛けは有意差のあった項目

（単位：人数）

	介入				非介入				
ADL 項目（10項目）	維持	改善	低下	不明	維持	改善	低下	不明	p 値
洗身	70	6	0	19	76	1	2	16	0.08
つめ切り	61	9	4	21	73	3	0	19	0.09
食事摂取	73	1	0	21	76	0	1	18	0.249
排尿	74	1	0	20	76	1	0	18	0.985
排便	72	3	0	20	76	1	0	18	0.405
口腔清潔	73	1	0	21	79	0	0	16	0.227
洗顔	73	1	0	21	78	0	1	16	0.25
整髪	72	1	1	21	79	0	0	16	0.231
上着着脱	72	2	0	21	78	1	0	16	0.519
ズボン着脱	69	5	0	21	76	1	2	16	0.053
平均人数	70.9	3	0.5	20.6	76.7	0.8	0.6	16.9	

（単位：人数）

IADL 項目（7項目）	介入				非介入				p 値
	維持	改善	低下	不明	維持	改善	低下	不明	
外出	69	4	1	21	78	0	1	16	0.689
薬内服	68	1	5	21	73	2	3	17	0.632
金銭管理	64	5	6	20	71	2	3	19	0.129
意思決定	67	4	4	20	75	1	0	19	0.048
集団への適応	70	3	2	20	77	0	0	18	0.027
買い物	61	11	3	20	70	5	2	18	0.479
調理	61	10	3	21	69	3	2	21	0.194
平均人数	65.7	5.4	3.4	20.4	73.3	1.9	1.6	18.3	

＊p 値は χ^2 検定，網掛けは有意差のあった項目

（単位：人数）

認知機能（24項目）	介入				非介入				p 値
	維持	改善	低下	不明	維持	改善	低下	不明	
意思伝達	73	2	0	20	79	0	0	16	0.233
日課理解	74	1	0	20	79	0	0	16	0.229
生年月日	74	0	1	20	79	0	0	16	0.229
短期記憶	75	0	0	20	78	0	0	17	-
名前	75	0	0	20	77	0	0	18	-
季節	75	0	0	20	76	0	1	18	0.242
場所	75	0	0	20	76	1	0	18	0.242
徘徊	75	0	0	20	77	0	0	18	-
外出	75	0	0	20	77	0	0	18	-
被害	75	0	0	20	77	0	0	18	-
作話	74	1	0	20	77	0	0	18	0.233
感情	67	5	3	20	76	0	1	18	0.014
昼夜逆転	74	0	1	20	76	0	1	18	0.985
同じ話	74	1	0	20	77	0	0	18	-
大声	73	1	0	21	77	1	0	17	0.97
抵抗	74	0	0	21	78	0	0	17	-
家に帰る	73	1	0	21	77	1	0	17	0.97
出たがり	70	3	0	22	78	0	0	17	0.035
収集癖	73	0	0	22	78	0	0	17	-
物破損	74	0	0	21	78	0	0	17	-
物忘れ	71	0	2	22	76	1	1	17	0.421
独り言	74	0	0	21	78	0	0	17	-
自分勝手	71	1	1	22	76	0	2	17	0.421
支離滅裂	71	2	1	21	77	1	0	17	0.393
平均人数	73.3	0.8	0.4	20.6	77.3	0.2	0.3	17.3	

＊p 値は χ^2 検定，網掛けは有意差のあった項目

２　身体活動量の変化

アクティマーカーで測定した 1 週間の EX 量の変化を以下に示す．EX 量は 3METs 以上の活動時間を累計したものであるが，介入群ではそれが介入後に減少した．対照群では逆に増加した．

変化の分布をみると，介入群で 47 名中 10 名が増加したのに対し，減少したものが 29 名いた．一方，対照群については，53 名中 21 名が増加し，18 名が減少した．

アクティマーカーについては機器の準備の段階で電池の挿入が不十分であったり，対象者が装着を忘れたり機器をトイレに落下させるなど機器管理面の問題が多々指摘された．このことが介入群において EX 量の増加が見られなかった原因となっている可能性が高い．

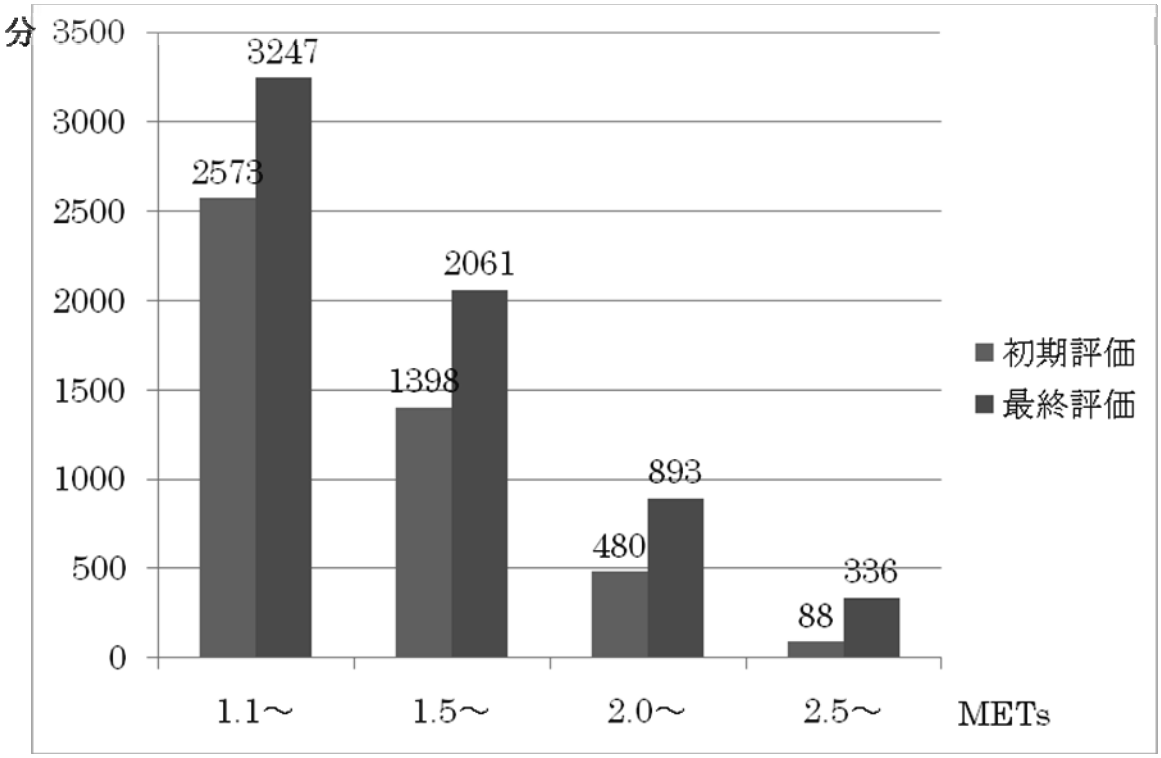
また EX 量にはカウントされない 3METs 未満の活動量の変化については，下のグラフに示した対象者の例にあるように介入後に増加することが確認できた．

いずれにしても，今回は正確なデータが得られたとは考えにいため，データの吟味については意味が薄い．今後の成果指標としての活用には，たとえ要介護度認定がされている高齢者に対しても，3METs 未満の活動量の変化を比較することなどで有用な指標となり得る可能性が残されている．

	介入群（n=47）	p 値	非介入群（n=53）	p 値
平均値	4.39±4.17 3.13±3.37	0.003	4.85±4.58 5.36±6.12	0.489

*数値は上段＝初回評価，下段＝最終評価

*介入群で有意に活動量が低下した（p＝0.003）by　対応のある t 検定



3　PASE の変化

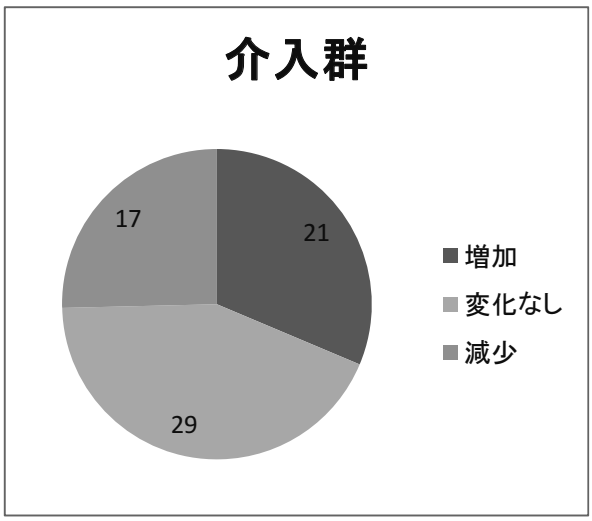
PASE については以下の表に示すとおり，介入群，非介入群ともに平均値については変化がなかった．内訳では，介入群において 77 名中 21 名が増加したのに対して，非介入群では 77 名中 16 名の増加にとどまった．

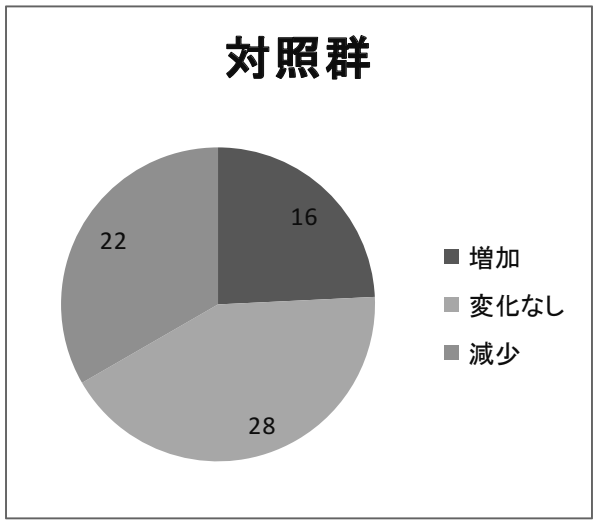
PASE の評価項目は歩行，運動，家事，介護など歩行が自立していないとできない項目がほとんどである．今回の対象者の半数は要介護度 2 と 3 であり，自立歩行が求められる成果指標は適していなかったものと考えられる．

今後は歩行が自立しているような高齢者，特に介護予防を目的とした介入研究などでは成果指標として活用できるかもしれない．

	介入群（n=77）	p 値	非介入群（n=77）	p 値
平均値	59.9±54.2 59.4±56.1	0.854	67.0±50.5 68.8±62.9	0.676

*数値は上段＝初回評価，下段＝最終評価，統計は対応のある t 検定





4　老研式活動能力指標の変化

老研式活動能力指標は 13 の項目について，「はい」か「いいえ」で回答を求める指標であり，個々の項目の変化を検討する意義もある．介入前後の合計点が 1 点でも点数の改善のあった者を「改善」，変化のなかった者を「維持」，低下した者を「低下」とし，介入群と非介入群を比較した結果，介入群に改善のみられた者が有意に多かった(p=0. 046)．

老研式活動能力指標の変化

（単位：人数）

	改善	維持	悪化	合計
介入	29	36	11	76
	38.2%	47.4%	14.5%	100%
非介入	18	35	23	76
	23.7%	46.1%	30.3%	100%

＊χ^2検定，P 値(p=0. 046)

また，各項目の変化を以下の表に示すが，個々の項目でも合計点でも統計的に有意と判断される集団の変化は認められなかった．しかしながら，介入群において「健康への関心」や「若い人との会話」の項目で「はい」と回答した対象者が 5 名増加した．

老研式活動能力指標の各項目の変化

（単位：人数）

		介入群（n=77）			非介入群（n=79）		
		はい	いいえ	p 値	はい	いいえ	p 値
1	外出	9 7	68 69	0.568	21 20	57 59	0.208
2	買い物	27 31	50 46	0.208	40 39	38 39	0.741
3	食事の用意	22 24	42 40	0.484	33 32	37 38	0.658
4	支払い	38 39	39 38	0.709	47 48	31 30	0.784
5	金銭管理	31 29	46 48	0.484	42 41	36 37	0.567
6	年金書類	39 41	38 36	0.321	42 45	36 33	0.159
7	新聞	64 63	13 14	0.568	68 65	10 13	0.159
8	雑誌	54 55	22 21	0.658	48 48	30 29	0.741
9	健康への関心	59 64	18 13	0.133	74 73	4 5	0.658
10	訪問	22 25	55 52	0.484	26 25	52 53	0.531
11	相談	31 34	33 30	0.471	44 44	26 27	0.765
12	見舞い	34 33	42 44	0.784	36 34	41 43	0.531
13	若い人との会話	51 56	26 21	0.251	59 63	19 15	0.531
	合計	6.3±3.3 6.6±3.3		0.108	7.5±3.0 7.3±3.2		0.260

*数値は上段＝初回評価，下段＝最終評価

５　主観的健康感の変化

主観的健康感はより良い健康状態が低値となる．5 段階評価であるため，統計処理はχ²検定と対応のある t 検定の両方を用いた．介入群では初期評価の際に「あまり良くない（数値では 4)」と判断した対象者が 36 名いたが，介入後には 22 名へと減少した．これに即して，「まあまあ健康」と回答した対象者は介入の前後で 18 名から 29 名へと増加した．これらの分布の変化は統計的に有意なものであった．平均点でも初期評価の 3.24 から最終評価では 2.87 へと有意に減少（健康感は向上）した．一方，介入群においては統計的に有意な改善は認められなかった．

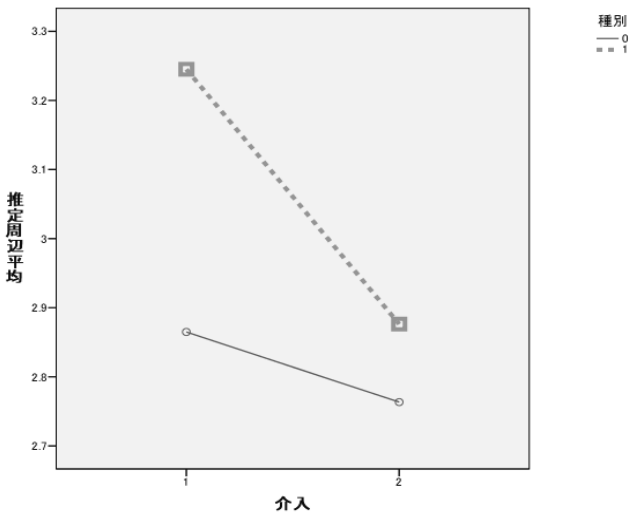
さらに，統計的な意義を確認するために，介入の有無と時間の変化での交互作用について，年齢を統制した上で二元配置の分散分析で検討した．介入前の値が介入群において低かったことが影響し，それらの交互作用は認めなかった（p＝0.083）．

	介入群（n=71）						非介入群（n=77）					
	1	2	3	4	5	p 値	1	2	3	4	5	p 値
度数	1 4	18 29	27 21	36 22	3 1	0.000	5 5	27 29	34 27	25 15	2 3	0.062
平均値	3.24±0.87 2.87±0.93					0.002	2.87±0.92 2.77±0.96					0.305

*数値は上段＝初回評価，下段＝最終評価，統計はχ²検定＆対応のある t 検定

被験者内対比の検定

ソース	介入	タイプ III 平方和	自由度	平均平方	F 値	有意確率
介入 x 年齢	線型	.014	1	.014	.034	.853
介入 x 種別	線型	1.278	1	1.278	3.048	.083



図．主観的健康感の交互作用（0＝非介入群，1＝介入群）

６　HUI の変化

HUI は多属性の健康効用値である Global score と 8 つの寄与領域（視覚・聴覚・会話・歩行・器用さ・感情・認知・疼痛）ごとの Single score を求めることができる．

まず，Global score について，介入群で介入前の 0.376 から介入後に 0.411 へと有意に増加（QOL は改善）した．一方，対照群には変化はなかった．

介入の有無と時間の交互作用を検討したが，初期評価時の健康効用値に差があったためそれらの交互作用は認められなかった（p＝0.100）．

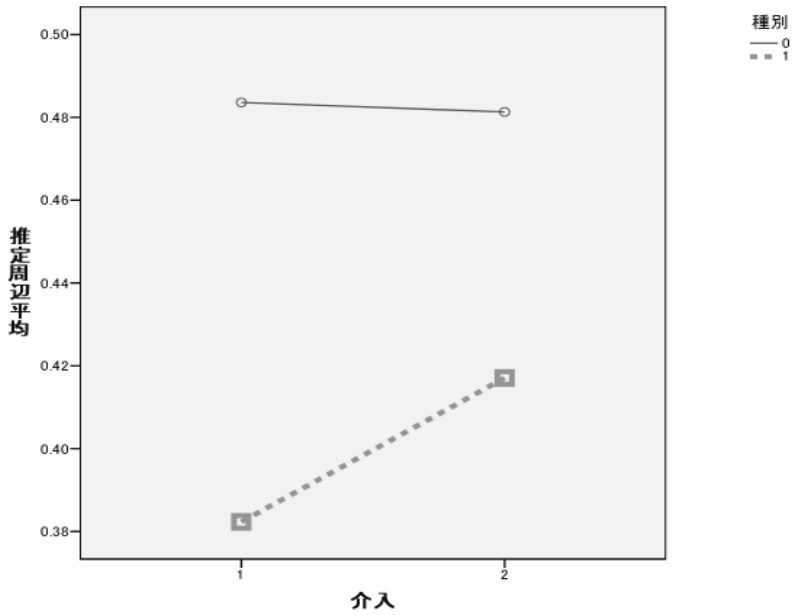
改善の有無の分布を見てみると，介入群において 77 名中 22 名（28.5%）の HUI が増加したのに対して，対照群では 79 名中 7 名（8.9%）の改善にとどまった．減少（QOL は低下）した割合は介入群で 14 名，対照群で 11 名となった．

	介入群（n=77）	p 値	非介入群（n=79）	p 値
Global score	0.376±0.281 0.411±0.237	0.045	0.490±0.220 0.487±0.223	0.829

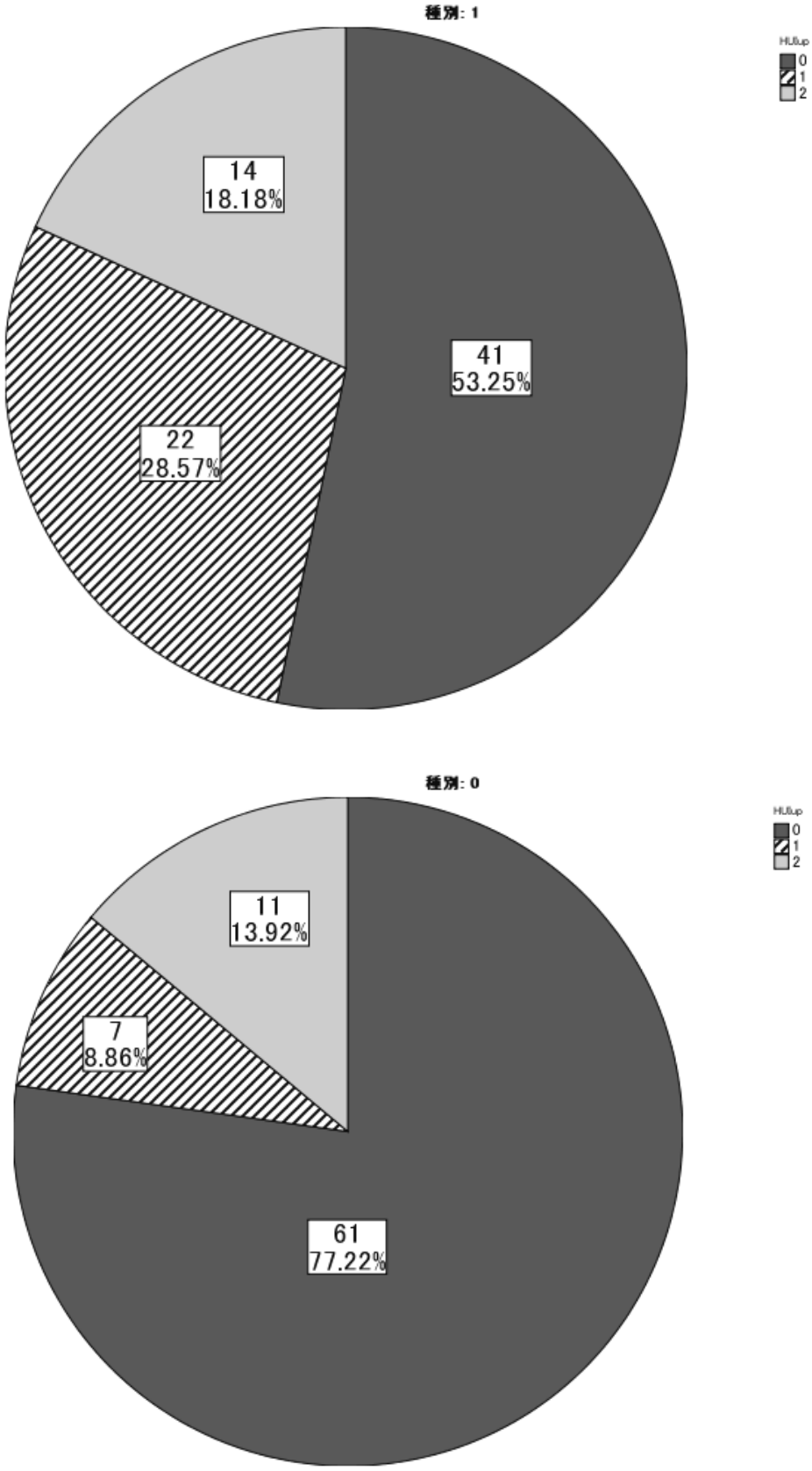
*数値は上段＝初回評価，下段＝最終評価，統計は対応のある t 検定

被験者内対比の検定

ソース	介入	タイプ III 平方和	自由度	平均平方	F 値	有意確率
介入 x 年齢	線型	.001	1	.001	.077	.782
介入 x 種別	線型	.026	1	.026	2.745	.100



図．HUI の交互作用（0＝非介入群，1＝介入群）



図．介入前後でのHUIの変化分布（上段が介入群，下段が非介入群）
（0＝変化なし，1＝改善，2＝悪化）

さらに，HUIの改善の有無を目的変数，介入の有無と年齢を説明変数にロジスティック回帰分析を実施したところ，介入の種別のオッズ比が3.907（95%CI＝1.538-9.923；p＝0.004）となり，介入の効果が認められた．

またHUIのSingle scoreに関しては，介入群の「感情」と「疼痛」の2項目に介入前後で有意な増加を認めた．一方，非介入群の「歩行」の項目では減少した．

ロジスティック回帰分析　方程式中の変数

	B	標準誤差	Wald	自由度	有意確率	Exp (B)	Exp(B)の95.0% 信頼区間	
							下限	上限
種別	1.363	.476	8.211	1	.004	3.907	1.538	9.923
年齢	-.014	.022	.423	1	.515	.986	.945	1.029

HUI の Single score の変化

Single score	介入群（n=77）	p 値	非介入群（n=79）	p 値
Vision	0.876±0.207 0.896±0.164	0.474	0.914±0.139 0.921±0.125	0.350
Hearing	0.962±0.131 0.975±0.104	0.157	0.973±0.080 0.965±0.132	0.705
Speech	0.971±0.090 0.975±0.072	0.317	0.972±0.083 0.978±0.073	0.257
Ambulation	0.619±0.267 0.611±0.270	0.621	0.670±0.266 0.643±0.262	0.012
Dexterity	0.793±0.228 0.808±0.217	0.233	0.901±0.153 0.901±0.154	0.705
Emotion	0.830±0.152 0.859±0.100	0.043	0.889±0.104 0.900±0.080	0.161
Cognition	0.868±0.167 0.857±0.161	0.220	0.840±0.208 0.846±0.209	0.715
Pain	0.763±0.217 0.802±0.165	0.039	0.861±0.135 0.854±0.140	0.497

*数値は上段＝初回評価，下段＝最終評価，統計は Wilcoxon の順位和検定

7　主観的健康感と HUI の偏相関

介入群で有意な改善が認められた主観的健康感と HUI の Global score について，年齢を統制した上で偏相関を求めた．介入群における介入前の主観的健康感と HUI の偏相関は－0.318，介入後は－0.125 であった．対照群ではそれぞれ－0.172，－0.291 となった．

偏相関はいずれも低いかほとんどないという結果になった．このことは，主観的健康感と HUI という 2 つの尺度が健康関連 QOL を測定する尺度でありながら，別々のものを測定しているということを示している．

介入群　相関係数[a]

		pre主観的健康	post主観的健康	HUI pre	HUI post
pre主観的健康	相関	1.000	.441	-.318	-.178
	有意確率	.	.000	.007	.139
post主観的健康	相関	.441	1.000	.010	-.125
	有意確率	.000	.	.936	.303
HUI pre	相関	-.318	.010	1.000	.837
	有意確率	.007	.936	.	.000
HUI post	相関	-.178	-.125	.837	1.000
	有意確率	.139	.303	.000	.

非介入群　相関係数[a]

		pre主観的健康	post主観的健康	HUI pre	HUI post
pre主観的健康	相関	1.000	.561	-.172	-.188
	有意確率	.	.000	.137	.105
post主観的健康	相関	.561	1.000	-.189	-.291
	有意確率	.000	.	.102	.011
HUI pre	相関	-.172	-.189	1.000	.850
	有意確率	.137	.102	.	.000
HUI post	相関	-.188	-.291	.850	1.000
	有意確率	.105	.011	.000	.

８　作業聞き取りシート，アセスメント表，プラン表を用いた介入結果

１）プラン作成数

本研究協力施設 12 施設において作業聞き取りシートによる目標とする作業の聞き取り，アセスメント，プランを立案した「プラン作成数」は 86 ケースであった．そのうち，介入後に最終結果を回収できた数は 77 ケースであり，途中中止は 6 ケースあった．

施設ごとの介入，プラン作成，最終結果回収数　（人）

		介入群	プラン作成数	最終結果回収数	中止者数
1	涼風苑	8	8	8	0
2	せんだんの丘	7	7	6	1
3	ひもろぎ園	7	6	6	0
4	TRY	10	10	8	2
5	鴻池荘	5	5	4	0
6	醍醐の里	8	0	0	*
7	福久ケアセンター	8	8	8	0
8	げんきのでる里	10	8	6	1
9	アゼリアホーム	8	8	8	0
10	津名白寿苑	3	3	3	0
11	ペアレント	8	11	9	2
12	しょうわ	13	13	11	0
	合計	95	86	77	6

２）目標活動の種類と内訳

作業聞き取りシートを用いて，各ケースから聞き取った目標とする作業活動を表に示す．

今回，作業聞き取りシートを用い対象者が目標とする作業の聞き取りを行ったが，対象者が挙げる作業活動は１人につき少ない場合は１個，多い場合は 3 個であった．目標としてあげられた活動を分類すると，趣味・社会活動が 38 種類，手段的ＡＤＬが 30 種類，基本的ＡＤＬが 15 種類あった．また，その内容は多岐にわたっており，高齢者が求める作業ニーズの幅広さがうかがえる．

本結果より作業聞き取りシートを用いることで，作業療法士は対象者が希望し，目標とする作業を聞き取れること，また，対象者が希望する個々様々で幅広い作業を聞き出すことができることが分かった．

表　目標活動の種類と内訳

基本的ADL（15 種類）	人数	性別		手段的ADL（30 種類）	人数	性別		趣味・社会活動（38 種類）	人数	性別	
		M	F			M	F			M	F
歩行	8	3	5	料理	17		17	散歩	17	9	7
排泄	6	2	4	買物	12	3	9	旅行	7	6	1
衣服の着脱	2		2	外出	12	3	8	書道	6	3	3
ﾎﾞﾀﾝ，ﾌｧｽﾅｰをとめる	1	1		犬の散歩	4	2	1	花の世話，植える	3		2
ズボンのﾌｧｽﾅｰをとめる	1	1		植木の手入れ	3	2	1	ボランティア	3		3
2 階で生活する	1		1	洗濯・洗濯物干し	3		3	カメラ・望遠レンズ操作	2	2	
洗体	1	1		畑仕事	3	1	2	グランドゴルフ	2	1	1
階段昇降	1		1	ミシン	3		3	編み物	1		1
スムーズに話す	1	1		書字	2	1	1	アンダリア	1		1
顔を拭く	1		1	家事	2		2	囲碁・将棋	1	1	
爪きり	1	1		簡単な調理	2		2	折り紙	1		1
ADLのｽﾋﾟｰﾄﾞｱｯﾌﾟ	1			食事に行く	2		2	絵画	1	1	
入浴（浴槽の出入り）	1		1	庭・庭木の手入れ	2	2		カラオケに行く	1		1
朝スムーズに動ける	1		1	パソコン	2	2		キャッチボール	1	1	
現状の生活を保つ	1		1	カーテンを洗う	1		1	パッチワーク，手芸	1		1
その他（5 種類）				家事の手伝い	1		1	コーラス	1	1	
元気になる	1		1	草むしり	1		1	ゴルフ・スキー	1	1	
趣味を作る	1		1	車の運転	1			山菜取り	1	1	
楽しみを増やす	1		1	新聞の荷造り	1	1		山野草の世話	1		1
左手を使う	1	1		デパートに行く	1		1	仕事（自分で稼ぐ）	1	1	
ない	1	1		電話しながらメモをとる	1	1		社交ダンス	1		1
				友達に会う	1		1	手工芸	1		1
				友達が欲しい	1		1	水彩画を描く	1		1
				メールを送る	1			種まき	1		1
				針仕事	1		1	土いじり	1	1	
				物品の選択	1		1	釣り	1	1	
				布団の上げ下ろし	1	1		同窓会に出席	1	1	
				フランス料理を作る	1		1	図書館で本を探す	1		1
				物の運搬	1	1		日曜大工	1	1	
				床から物を拾う	1		1	ネット手芸	1	1	
								パークゴルフ	1	1	
								紐結び（ｶﾒﾗ三脚の固定）	1	1	
								ペーパーブロック	1		1
								麻雀	1		1
								孫に会いに行く	1		1
								孫の野球の試合観戦	1		
								モチーフを編む	1		1
								野菜づくり	1		1

3）活動数とプログラムの立案，最終評価の有無

作業聞き取りシートによる目標活動数とプログラム立案数，最終評価数について示す．86 名の対象者があげた目標活動の総数は 190 であった．作業療法士は対象者が挙げた目標活動の全てにプログラムを立案している場合もあれば，そのうちの 1 つに立案している場合もあり，全目標活動数に対して，プログラムを立案していた活動数は 148，立案していない活動数は 42 であった．

また，初期評価で聞き取りを行った全目標活動数 190 のうち，最終評価を行った活動数は 159 であった．そのうちプログラムを立案，実行したのちに最終評価を行った目標活動は 127 であり，プログラムを立案しなかったが最終評価を行った目標活動が 32 あった．

目標活動数とプログラム立案数，最終評価の数（有無）

対象者数	86
目標活動数	190
プログラム立案あり	148
プログラム立案なし	42
最終評価あり	159
内プログラム立案あり	127
内プログラム立案なし	32
最終評価なし	22
途中中止	15

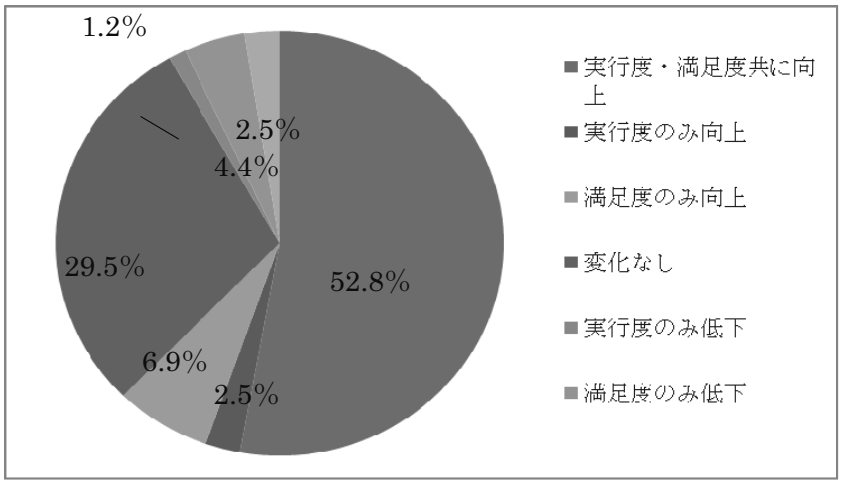
4）実行度，満足度の変化

初期評価時と最終評価時における作業聞き取りシートの実行度，満足度の変化を示している．最終評価時に実行度・満足度ともに向上した目標活動数は 84（52.8%），実行度のみ向上 4（2.5%），満足度のみ向上 11（6.9%），変化なし 47（29.5%），実行度のみ低下 2（1.2%），満足度のみ低下 7（4.4%），両方とも低下 4（2.5%）であった．実行度・満足度ともに向上している活動は，プランがあるものが多かった．

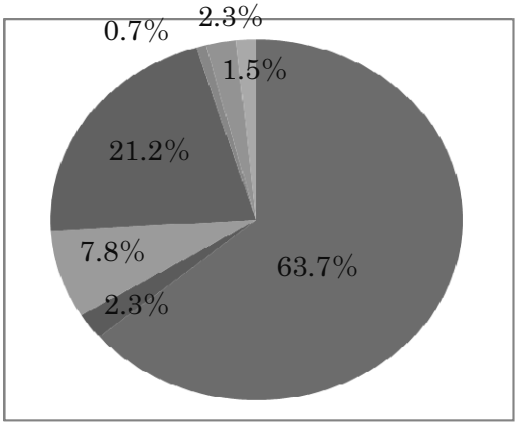
また，プラン実施時の経過記録を確認すると，向上したものはアプローチを行う段階において，目標とする活動そのものの活動を実施している．また，実際に家を訪問し環境を確認，活動を実施しているケースもあり，そのほとんどの終了時実行度，満足度は向上していた．

初期評価時と最終評価時における作業聞き取りシートの実行度，満足度の変化

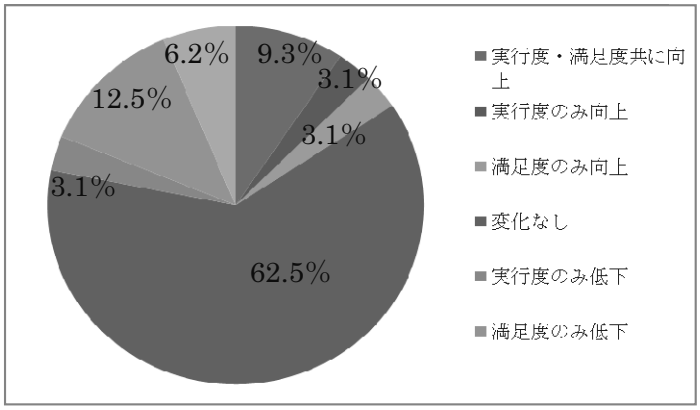
	目標活動数	アセスメント・プラン表		プログラムの実施			
		あり	なし	基本・基礎	応用	訪問指導	不明
実行度・満足度共に向上	84	81	3	17	58	9	6
実行度のみ向上	4	3	1	1	1	1	1
満足度のみ向上	11	10	1	2	6	0	2
変化なし	47	27	20	10	11	1	7
実行度のみ低下	2	1	1	0	1	0	0
満足度のみ低下	7	3	4	2	0	0	1
実行度・満足度共に低下	4	2	2	1	0	0	1
	159	127	32				



実行度・満足度の前後変化



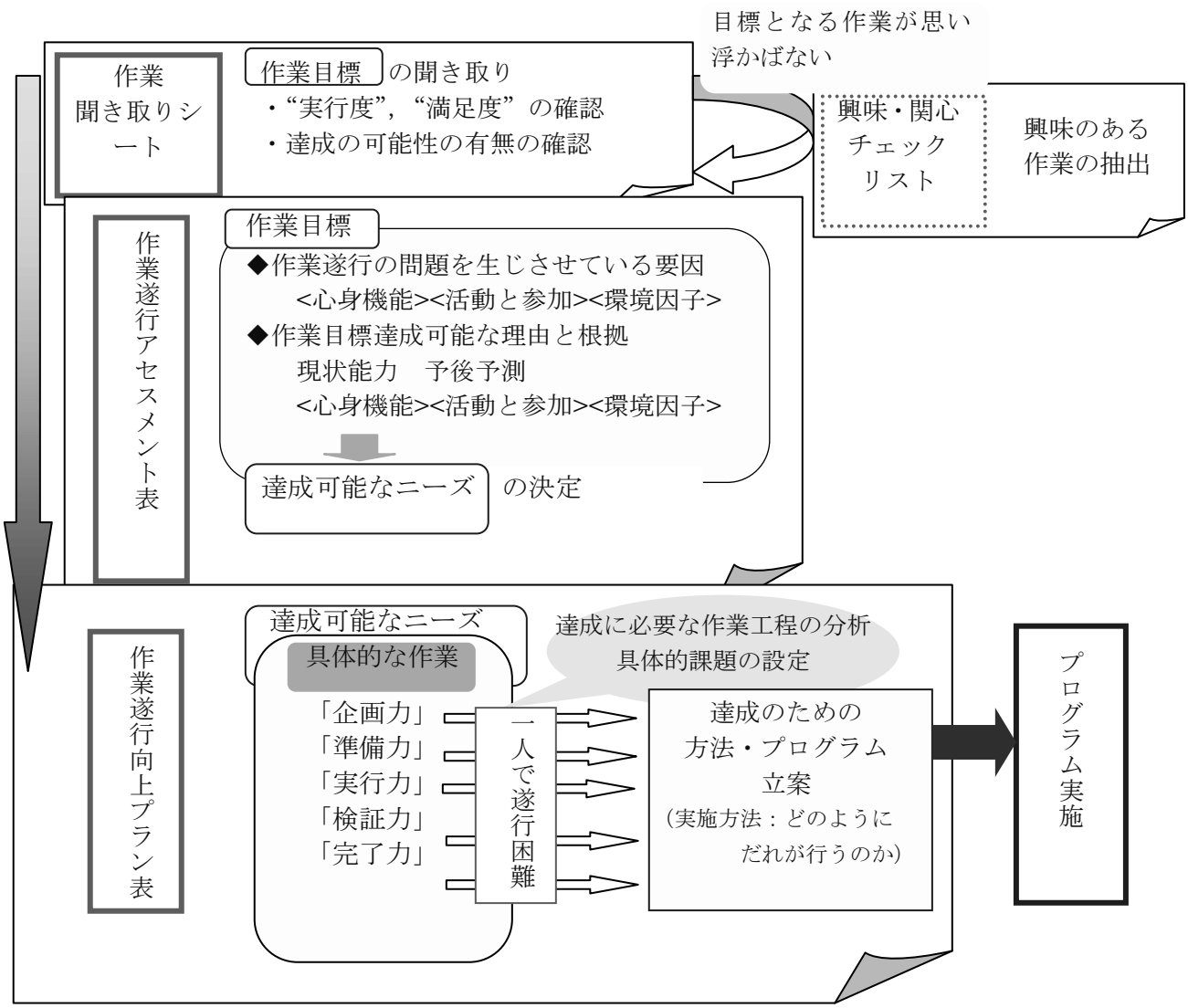
実行度・満足度の前後変化（プランあり）



実行度・満足度の前後変化（プランなし）

５）アセスメント，プランの立案，アプローチについて

（１）各シートを用いたアセスメントからアプローチの流れ



包括マネジメント用紙を用いた，アセスメントからアプローチの流れを図に示す．本研究において，作業療法士は各用紙を用いプランを立案し，実行していた．その過程を示す．

まず，作業聞き取りシートを用い，対象者の目標とする作業を聞き取り，実行度・満足度，達成可能性の有無を確認する．目標とする作業が思い浮かばない場合は，興味・関心チェックリストを用いて興味のある作業を抽出し，それを参考に作業目標を決定する．

次いで作業遂行アセスメント表を用い，目標とする作業に対して本人の状態を検討し，作業遂行の問題を生じさせている要因を分析，作業目標達成可能な理由と根拠を導きだす．これら検討を基に本人が挙げた目標を環境や実施状況の条件づけをするなどして，より具体的な達成可能なレベルである「達成可能なニーズ」に置き換え，設定していた．

「達成可能なニーズ」である作業について，作業遂行向上プラン表を用いて，作業の工程を「企画力」「準備力」「実行力」「検証力」「完了力」に分析し，本人が一人でできるか，助言，手助けが必要かを判断し，一人で遂行困難な場合に，達成可能となるための方法，プログラムを立案する．プログラム実施にあたっては，どこで，誰がどのように支援し行うのかを具体的に記述している．

（2）事例紹介

各用紙を活用し，包括マネジメントを実践した事例として，実行度・満足度ともに向上した事例と実行度・満足度ともに変化が無かった事例を示す.

① 実行度・満足度が向上した事例（78 歳　女性）

作業聞き取りシート

目標：料理をしてみたい

実行度：1/10　満足度 1/10
達成の可能性：有

作業遂行アセスメント表

目標：料理をしてみたい

◆作業遂行の問題を生じさせている要因

<心身機能>　左片麻痺

<活動と参加>　左手の固定に不十分さあり

<環境因子>　家族に危ないと止められている

◆作業目標達成可能な理由と根拠

	現状能力	予後予測
<心身機能>	中度左片麻痺	右手でできる簡単なことは十分できる
<活動と参加>	座位であれば安定して調理器具などの使用が可能	短時間でできる調理なら可能
<環境因子>	自宅での調理環境は整っている	短時間でできる工程が安易な調理を練習し，やり方をマスターできればできる

達成可能なニーズ：短時間で簡単に調理できるものを作る

作業遂行プラン表

達成可能なニーズ：短時間で簡単に調理できるものを作る

「企画力」 ・短時間で簡単に調理できるものを作る ・自分で作った野菜を用いて何が調理できるのか検討	助言があれば可能	ある野菜で何が作れるかを OT に伝える OT ができるもの，作りたいものを確認する
「準備力」 ・調理工程を考える ・必要な物，場所，時間，日時を考える	手掛りや見本があれば可能	必要な食材や調理器具を選ぶ 調理工程を用紙に記入する OT が不足点を助言する
「実行力」 ・調理を予定の工程どおりに実施する	手掛りや見本があれば可能	工程どおりに食材，調理器具を使い調理する 安全に行えることを確認 本人が主体となり実行し，OT は必要に応じて助言する

「検証力」
・短時間の調理でも自分で準備し，器具を使って調理できたことを認識できる

助言があれば可能 ⇒ 工程に無理はなかったか，うまくできたかを検討

助言があれば可能 ⇒ 本人ができたこと，できなかったことを言葉で伝える

「完了力」
・自宅でも自分でできる調理はないか検討し，家族に話しをしていく

助言があれば可能 ⇒ 本人が家族に伝える

助言があれば可能 ⇒ OT またはスタッフが連絡帳にも記入

実施したプログラム
・座位での片手動作練習
・調理動作（自宅へ訪問）

◇最終結果

実行度：1/10→10/10　　満足度：10/10　→　9/10

②実行度・満足度の変化がない事例（76 歳　女性）

作業聞き取りシート
目標：料理を自分で作りたい

実行度：1/10　満足度 1/10
達成の可能性：有

作業遂行アセスメント表
目標：料理を自分で作りたい
◆作業遂行の問題を生じさせている要因
<心身機能>　中度右麻痺
<活動と参加>　自宅で転倒している
<環境因子>　家族に止められている

◆作業目標達成可能な理由と根拠

	現状能力	予後予測
<心身機能>	中度右片麻痺	左手にて簡単な調理なら可能
<活動と参加>	脳卒中発症後も簡単な調理を行っていた	台所までの動線を整えることで可能
<環境因子>	調理できる環境がある	使用する器具を整えることで可能

達成可能なニーズ：自分で料理を作る

作業遂行プラン表

達成可能なニーズ：自分で料理を作る

「企画力」 ・何を作るか献立をたてる ・台所で料理を行いたいと家族に相談する	手掛りや見本があれば可能	通所利用時に計画する 家族には連絡帳を通じて伝える OT が本人に促す
「準備力」 ・献立に必要な材料，道具を考える	助言があれば可能	通所利用時に計画する OT が本人と検討する
「実行力」 ・台所で料理を作る	手掛りや見本があれば可能	① 下肢筋力増強練習 ② バランス練習 OT が実施 自主トレーニング
「検証力」 ・安全に実施できるか自信があるか確認する	助言があれば可能	本人に確認する OT が実施
「完了力」 ・台所で料理をする許可を家族に得る	助言があれば可能	連絡帳を通じて行う 本人，OT が実施

実施したプログラム
・基礎・基本練習

◇最終結果

実行度：1/10 →1/10　　満足度 1/10 → 1/10

事例①，②ともに料理を目標としており，初期評価時の実行度，満足度，アセスメント表における分析も類似しているケースである．担当の作業療法士はともにプラン表を用い，各工程の力に応じたプランを細分化したうえで立案している．これらのことから作業療法士は包括マネジメント用紙を用いることで対象者の目標となる作業を聞き取り，アセスメント，プランを立案できることが分かる．

一方で両事例の異なる点として，実行力のプランにおいて事例①は目標活動の応用動作となる調理を立案し，実際のプログラムでも実施しているが，事例②は目標活動の料理の基本，基礎動作をプログラムとして立案し，実際のプログラムで実施している．本人の望む活動を具体的にプランに挙げ，プログラムとして実践する．また，訪問などを活用し，自宅といった実践の場で実現したことが，最終結果の実行度，満足度に影響を与えているのではないかと考える．

９　通所リハにおけるプログラムの現状

1）通所リハビリテーションにおける実施プログラム

通所リハビリテーションにおける実施プログラムを，基礎的な運動プログラムを基礎練習，具体的な動作の反復練習を基本練習，作業の練習を応用練習として，今回の研究事業で実施した毎回のプログラム内容を経過記録に記載した．分類された主なプログラムは以下のとおりである．

基礎練習：筋力向上トレーニング，ROM 訓練，巧緻性訓練，協調性訓練，ストレッチなど
基本練習：立ち上がりなどの基本動作訓練，歩行訓練，更衣練習，トイレ動作練習など
応用練習：散歩，料理，書道，畑，家でのトイレ練習など

応用練習には，通所リハビリテーションで練習した調理などの他，利用者の自宅に訪問し，調理練習を行ったものも含まれていた．施設外で指導を行ったものについては，自宅に訪問して行った料理が１２件，実際に店に行って買い物をしたものが５件，畑に出向いて練習したもの４件，家でのトイレ練習，階段昇降，洗濯練習３件であった．環境に影響をうける作業については，自宅や店舗などに出向いて適応できるよう工夫していることがわかった．一方，一つのプログラム実施時間はプログラムによって１５分～１２０分とばらつきが大きかった．

指導した応用練習	料理	買い物に行く	畑練習	トイレ動作	家での階段昇降	洗濯練習	入浴動作	掃除	店舗内歩行	花を買ってくる	ふとんの管理	ポリタンクの管理	妻と外出	公共交通機関
件数	12	5	4	3	3	3	2	1	1	1	1	1	1	1

2）実施プログラムの内容

上記を基に分類した各プログラムの実施割合では，基礎練習が最も多く 92.3%を占め，平均実施時間は 25.3 分であった．機能訓練的要素の練習がほとんどの利用者に実施されていた．次いで歩行などの基本練習が 79.5%で平均実施時間は 12.6 分であった．通所リハビリテーションのプログラムが作業を直接練習する応用練習の前に基礎練習や基本練習を実施していた．基礎と基本練習の平均実施時間を合計すると，37.9 分となり，通所リハ短期集中リハ加算１は 40 分（２の場合 20 分），個別リハビリ加算は 20 分となっていることから，施設によっては基礎や基本練習にほとんどが費やされている可能性がある．しかし，今回は参加者の参加期間を調査しなかったため解析しなかったが，経過記録からは３ヶ月間で最初は基礎，基本練習から開始し，応用練習へと段階づけてプログラムが実施されているケースがみられた．基礎，基本練習は作業ができるようになるための心身機能向上のための練習として取り組まれている可能性がある．

N=78

実施プログラム	人数	（	%	）	平均実施時間(分)
基礎練習	72	（	92.3	）	25.3
基本練習	62	（	79.5	）	12.6
応用練習	55	（	70.5	）	14.9

3）施設別実施プログラムの内容

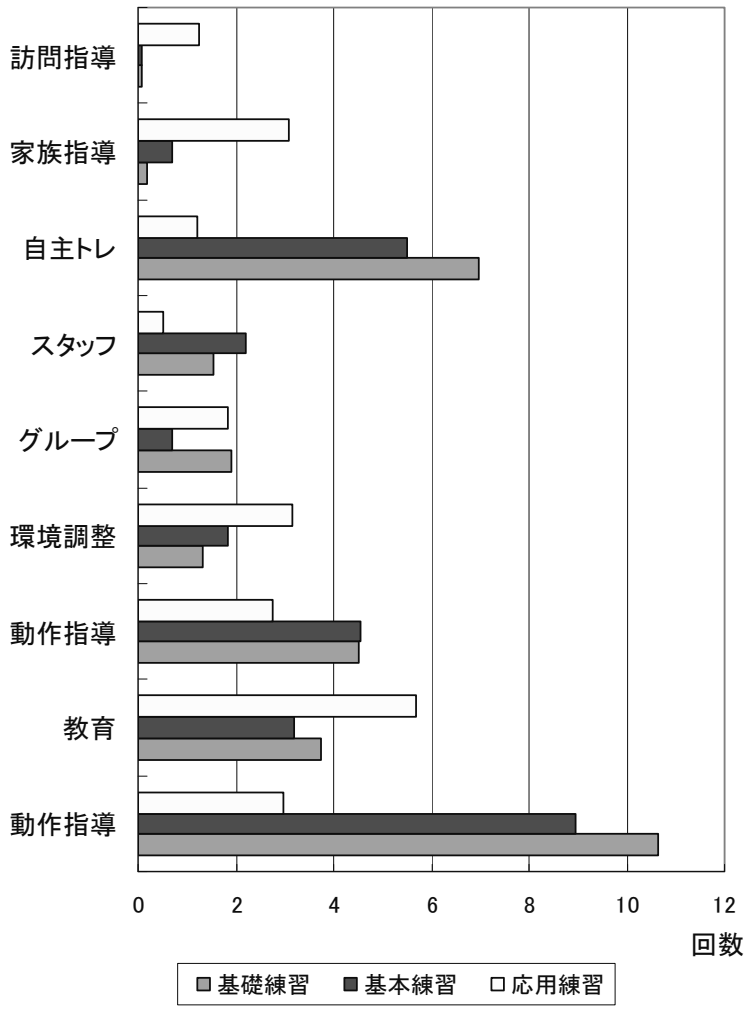
また，施設別の実施プログラムの内容では，すべての介入者にすべてのプログラムを実施している施設もあれば，２～３割の介入者にしか応用練習をできなかった施設もあった．前述のようにリハに関する加算がプログラムを実施する際の影響している可能性がある．

また，前述の適応練習については，実施していた施設としていない施設があり，訪問ができる環境の有無も応用練習の実施の有無に影響していると考えられた．

施設名	参加者数（人）	平均参加回数			基礎練習			基本練習			応用練習		
		平均回数	最小値	最大値	平均メニュー数	参加者数（人）	平均実施時間(分)	平均メニュー数	参加者数（人）	平均実施時間(分)	平均メニュー数	参加者数（人）	平均実施時間(分)
A	8	19.8	3	37	4.6	8（100%）	19.7	4.8	8（100%）	21.9	4.8	8（100%）	20.9
B	7	20.4	3	53	1.7	7（100%）	21.1	1.4	7（100%）	30.8	1.7	7（100%）	17.7
C	6	15.7	11	20	2.1	6（100%）	10.1	2.8	6（100%）	3.6	2.0	5（83.3%）	29.0
D	9	16.8	5	28	3.7	9（100%）	47.6	1.3	5（55.6%）	6.8	3.0	9（100%）	17.2
E	4	12.0	12	12	2.7	4（100%）	35.8	1.6	4（100%）	10.8	2.0	4（100%）	21.7
F	5	6.2	3	9	1.7	3（60.0%）	4.0	1.0	3（60.0%）	12.4	2.3	4（80.0%）	28.0
G	9	12.7	9	24	2.8	8（88.9%）	16.4	1.3	7（77.8%）	12.9	1.0	3（33.3%）	15.8
H	8	15.9	5	28	3.1	8（100%）	49.7	1.8	7（87.5%）	20.1	2.0	2（25.0%）	17.6
I	3	17.0	11	28	2.3	3（100%）	13.7	1.0	3（100%）	4.4	1.0	3（100%）	9.4
J	10	19.9	14	30	2.7	10（100%）	9.4	2.3	9（90.0%）	5.9	2.8	8（80.0%）	24.1
K	9	17.3	1	40	2.2	9（100%）	34.2	2.1	3（33.3%）	14.3	1.7	2（22.2%）	41.1

4）プログラムを実施する際，主な指導手段

主な指導手段として，基礎練習は直接的動作指導，自主トレが多く，基本練習では，スタッフへの指導，応用練習では，直接的教育指導，環境調整，家族指導，訪問指導に特徴がみられた．



１０　協力施設との意見交換会の開催結果

１）目的及び方法

今回の事業実施における各施設での取り組みの工夫や効果，包括マネジメントについての改善点等について，実際に実施した施設の担当者より，情報収集するため，下記日程にて意見交換会を開催した.

・日　時　　２月２０日（土）１３時３０分～１６時
・場　所　　社）日本作業療法士協会（東京都台東区寿 1-5-9　盛光伸光ビル７階）

２）結果：各研究協力施設取り組みの結果報告

（１）涼風苑　　資料４

・ホットパックをしないと治療を受けているという実感がもてない事例がいたが，本人のしたい作業を導入することで機能訓練から，自身の生活に意識を向ける事ができた.
・今回取り組んでみて，基礎や基本練習などの機能訓練が多く，応用練習が少なかったと反省した．機能訓練を簡略化することが課題である.
・施設の中でできる作業として，ご飯を炊いておにぎりを作る，茶碗を洗う，タオルを絞るなどに取り組んだ.
また，記念の写真でコラージュする，茶話会などを催すなど，スタッフ間でも作業について考えるようになった.
・今回，訪問加算による訪問を実施し，効果が得られたので，次年度も訪問できる人数を要求し，訪問できる環境を整えていきたいと思う.

（２）せんだんの丘　　資料５

・家族との連絡に連絡帳や手紙を利用し，本人がしたいと希望する作業への理解を促した．家族の意識がプログラム実施に影響してくる.
・ニーズを聞き取る中でボランティアサークルを立ち上げ，応用練習の一環として実施した．ボランティア活動（机拭き）を継続している人は握力などが向上した．主体的ボランティア活動が身体機能の改善に効果的であった.
・何かボランティアができる場をいただき，これからも元気になれる機会を持ちたいとの声があがった.

（３）ひもろぎ園　　資料６

・作業のニーズについて特にないと発言されない人がいたが，今回の取り組みにより，ニーズを聞き取ることができた.
・普段から日常生活に般化できるように考えていても，利用者の機能回復への想いから脱却できにくい状況があった．作業聞き取りシートなどを使用することで，具体的な生活の中の作業に目標を設定しやすくなると感じた.
・身体機能の改善が無理でも，環境の調整により洗濯や灯油の運搬などの自立が図られた事例がいた．実際の生活での環境調整により，IADL の自立を図ることができることがわかった．通所リハの効果を高めるためには，実践の場面である生活や地域の社会資源の利用まで，訪問も併せた包括的アプローチが求められていることがわかった.

（4）通所リハTRY　　資料７

・利用者との会話で，どんな目標か，その目標にむかってどのように行動していくかなどを意識的に聞くようになった．またそうすることで利用者の「思い」が聞かれることがあった．取り組み状況について職員や本人からの報告が多くなった．
・介護職員と協力し，手芸などの作業活動の道具の準備を一緒に考えながら行なってもらった．介護職員も全てを手伝わず，見守り，評価しながら関わることがうまくなった．
・事業前はＡＤＬや体力，在宅生活などの身体機能へのアプローチにウエイトを置きがちで，目標の設定も「本人の思い」より「スタッフ側の思い（今後の生活に必要と思われる評価）」が先にたつ内容になりがちであった．「利用者が，現状で目標達成するためには，どんなことや活動が必要か段階的に考える」ことを利用者とＯＴがともに行なったことで，利用者自身が目標を意識化し主体的に行動するという結果を生み出すことが出来たと思う．
・通所リハ終了後の受け皿として，地域のパソコン教室への参加を促したが若い人ばかりで気後れがすると言ってつながらなかった．地域でも気軽に参加できる受け皿の整備が必要である．

（5）鴻池荘　　資料８

・目標を意識して取り組んで行く事で，主体的にご自身の行動を選択されていき，とても若々しくなられた．
・掃除を目的とした方がいたが，お嫁さんがしてくれていた．掃除をしてもらう機会がお嫁さんとの交流になるので自分でできなくてもよいと言われる決定の機会になった．結果として，実行度は挙がらないが，満足度は挙がった事例がいた．
・介護職に手段だけを伝えるのではなく，目的も伝えて実践しないと失敗することもある．
・包括マネジメントを通して，ケアマネジャーと目的を共有し，アプローチができた．

（6）醍醐の里　　資料９

・介護職にとっては利用者への関わり（手を出しすぎる傾向あり）のヒントになった．
・目的が達成されたら通所を卒業しないといけないのではないかという不安を述べられた．卒業後に行き場がない．通所が終わると機能が落ちるのではないかと本人は危惧されている．この現状の中，通所のあり方自体にも検討が必要ではないか．

（7）げんきのでる里　　資料１０

・通所リハで料理教室を夫婦で行えるようになった事例もあった．新しいプログラムの開発にもつながった．

（8）アゼリアホーム　　資料１１

・シート作成を他職種にも実施してもらい，多職種より利用者のニーズが聞けたことが刺激になったとの声があった．
・IADL の支援にあたっては，訪問介護や訪問リハのスタッフと意見交換をして家族からの情報を得たため，関係機関とのコミュニケーションが増えた．

（9）ぺあれんと　　資料１２

・みなが元気になったと感じた．実行度が上がっていない方でも元気になったと感じる．
・本人が元気になっていくことで回りの人にも見ていただいてエンパワーメントを高めるようになれればと感じた．全員に OT が関われない．
・実際のニーズを行う自宅に行ければよいが，要支援１，２では訪問加算もつかない．通所リハの訪問加算のあり方を見直して欲しい．

（１０）しょうわ　　資料１３

・すでに通所リハ内でいろいろな活動をされており，その作業との兼ね合いでプランを実施することができなかった．実際のプログラムに応じて実施できなかった．
・事業自体の考え方は大変良かった．１年目のスタッフにも理解できたのでよかった．

３）包括マネジメントについて意見のまとめ

・聞き取りシートになぜ，それをしたいのか，それが難しいのはなぜかを加えて，A4 一枚にするとよい．興味チェックリストはよい．
・プランは準備・企画，実行・検証，完了の三段階の支援のほうがわかりやすい．
・ICF モデルでは予後予測しやすかった．現病歴，既往歴をいれるとよい．
・Ａ４一枚くらいで聞き取りシートからアセスメントまで記入できるものがあるとよい．
・アセスメントは思考過程が明確で分かりやすい．
・目標について見立てを立てることができる．
・経験の浅い作業療法士のトレーニングシートとしての活用効果がある．
・プログラムの構成の考え方として，基礎，基本，応用の分類がよかった．
・リハマネジメントへのアクセスを検討する必要がある．
・社会福祉士会が作成した「包括的自立支援プラン」と名称が混乱する．

４）今後この取り組みを通所リハで行う上での環境整備等課題

・他職種との連携が重要である．
・自宅でのアプローチに家族の協力は重要であることを再確認した．家族への働きかけが重要である．
・通所リハに求められている点について事務方も機能向上を求めている．その点がどう変えられるか．
・施設で提供する食事は委託業者により調理しており，本人が作ったものを施設内で出すことを業が管理上認めない．おにぎりを本人につくってもらい，学生の夜食にするなど工夫したが，通所リハで実践することの限界を感じる．
・同事業所内に訪問リハがあると進めやすいが，他の訪問リハ事業所だと機能訓練重視になっており，家事指導などを提案したが時間的な問題などがあって実践できないと言われてしまった．
・ケアマネのプランとの連携の問題がある．
・訪問リハで実施できるようになったら，訪問介護で一緒に実行してもらうなどの工夫が必要である．
・通所リハの終了後はこれまでは自宅がターゲットになっていたが，身近な場所の公民館など，行く場所を展開していくことが重要である．しかし，元気な人のところや若い人のいるところには気後れがするとの理由でなかなかつながらないケースが多い．結局通所リハで受け皿の整備が求められてしまう．
・通所リハが身近なリハセンターとしての活用ができる機関になれる．地域に活用される機関として認められるようになるとよい．
・通所リハと訪問リハが一体的に提供できるよう，訪問加算の要支援者も含む対象者の拡大，訪問リハが行きやすいよう報酬の強化，マンパワーの充実が必要である．

Ⅸ　結果まとめ

1　本人の望む作業(以下，作業)に焦点をあてた包括マネジメントを実施した結果，

1）介護認定調査では，身体・基本動作関連項目で，改善のあった者が平均5.8名，非介入群では1.6名，ADL関連項目で介入群が3名，非介入群0.8名，IADL関連項目は介入群5.4名，非介入群1.9名と介入群の方が改善した者の人数が多かった．各項目では，基本動作関連項目の立位保持，移乗，IADL項目の意志決定，集団生活への適応の項目で介入群に統計的に有意な改善を認めた．今回の介入は従来の通所リハビリテーションの介入に比較して，介護度の改善に影響を及ぼす可能性があると考える．

2）老研式活動能力指標では，介入群の38.2%が改善，非介入群の23.7%に比較して改善した者が有意に多かった．1）と同様，高齢者の介護状態の改善・予防に影響を及ぼす可能性があると考える．

3）アクティマーカーによる身体活動量の変化では，介入群で47名中10名の増加したのに対し，減少したものが29名いた．一方，非介入群については，53名中21名が増加し，18名が減少した．アクティマーカーについては，機器の準備の段階で電池の挿入が不十分であったり，対象者が装着を忘れたり機器をトイレに落下させるなど機器管理面の問題があり，正確なデータが入手できたとはいえなかった．また，非介入群でもアクティマーカーをつけたことで，散歩や歩行に対する動機付けとなり，家族からよく歩くようになったとの報告があった．今回は，介入以外の要素が多く影響したと考える．アクティマーカーは3Mets以上の運動強度の身体活動を測定することから，3Mets以下の編み物や手芸などの余暇活動，洗濯や調理，掃除などのIADLなどの身体活動を測定しないため，今回の介入による作業の広がりについて測定できなかったためと考える．
PASEは，介入群，非介入群ともに平均値については変化がなかった．介入群において77名中21名が増加したのに対して，非介入群では77名中16名の増加と介入群の方が増加した．このことから，今回の介入は高齢者の身体活動の量の増加にあまり影響しなかったことが考えられる．

4）主観的健康感は，介入群では初期評価の際に「あまり良くない（数値では4）」と判断した対象者が36名いたが，介入後には22名へと減少した．「まあまあ健康」と回答した対象者は介入の前後で18名から29名へと増加した．介入に参加することにより，介入群は健康感が有意に改善していた．
HUIでは，介入群で介入前の0.376から介入後に0.411へと有意に増加（QOLは改善）した．一方，非介入群には変化はなかった．介入による改善がみられた．またHUIのSingle scoreに関しては，介入群の「感情」と「疼痛」の2項目で介入前後で有意な増加を認めた．一方，非介入群の「歩行」の項目では減少した．このことから，今回の介入は，健康関連QOLの改善に効果があると考えられた．

5）また，利用者がしたいと思った作業を実際のプログラムとして実践した場合，利用者の実行度，満足度の改善がみられた．通所リハビリテーションで利用者の主体性や意欲を高めるためには，作業に焦点を当てたアプローチが有効であることが明らかとなった．

2　本人の望む作業(以下，作業)は，手段的 ADL や趣味・社会参加までさまざまなニーズがあることがわかった．介護のニーズだけではなく，本人の自助を促し，主体の生活に焦点を当てるためには作業に焦点を当てたアプローチが重要であると考える．

3　作業を達成するために，本人の能力の見極めを含め具体的に達成できるための計画を，基礎練習から基本練習，さらに作業を実際に行う応用練習と段階的に立案していた．応用練習には施設で行うものと生活の実際の場に訪問して，生活の環境で実践する適応練習が含まれていた．プログラムの実施には，作業を達成するために関係する心身機能の改善を目的とする基礎・基本練習，次いで実際の作業を施設の中でシュミレーションする応用練習，実際の生活の場で実践する適応練習を組み合わせてアプローチすることで，利用者の社会参加やIADLの自立を達成することができるものと考える．そのためには，通所リハビリテーションにおいて訪問が容易にできる環境整備が重要であると考えられる．

4　プログラムは，基礎練習の割合が多く，応用練習が実施できていないところがあった．その理由として，通所リハ短期集中リハ加算１の 40 分（２の場合 20 分），個別リハビリ加算の 20 分で，すべてが費やされている可能性があった．また，通所リハでは退院間もない方も多くいるため，機能訓練に対するニーズが高く，応用訓練を実施できないとの意見がきかれた．しかし一方，作業に焦点を当てたアプローチにより，機能訓練重視から生活に利用者の視点を変えることができたとの意見も聞かれた．

5　また，本人の望む作業を実際に通所で練習していくためには，通所リハのスタッフ間で作業に焦点を当てたアプローチが利用者の自助を高め，主体的な生活を獲得できることを共通理解することが大切であると考えられた．また，通所リハだけではなく，介護支援専門員や訪問介護職員について理解を図ることが，通所リハで獲得した作業が継続されるためには重要であることも示唆された．このことから，プランの共有（チームでの立案）や地域に出向いて実践の練習ができる訪問ツール（ただし，訪問先は店や公共交通機関，公民館も可能とする．）との併用は必須であると考えられる．また，通所リハスタッフだけで抱えるのではなく，獲得した作業が地域で継続されるためには，介護支援専門員はもちろん訪問介護職員との連携は重要であり，IADL などの家事の自立に向け，作業療法士との共同プランの立案や同行訪問による技術伝達による効果も得られると考えられ，今後明らかにしていく必要がある．

6　作業に焦点を当てたアプローチの結果，地域のボランティア活動への展開，料理教室の開催など，介護を受ける人から社会に貢献する人へと利用者が変化していった．この変化を追跡するとともに，包括マネジメントの介入により，通所リハが地域包括ケアの拠点として，地域へ展開できる可能性を今後も引き続き研究していくことが大切である．

X　今後の課題

1　作業に焦点を当てたマネジメントツールについて，通所リハビリテーションに従事するスタッフへの普及啓発を行い，利用者の望む作業に取り組める環境を整備する必要がある．

2　包括マネジメントを実施するためには，通所リハにおけるメニュー選択性，また基礎・基本能力を改善する理学療法士，日常のケアを提供する看護・介護職員，基本・応用能力を改善する作業療法士がチームで戦略的プランを共有し，かかわっていくことが必要である．

3　通所リハを終了後，地域で作業を継続する社会資源がなく，終了後が困難になっている．また，地域のパソコン教室などを紹介しても，元気な方たちの中に入るには気遅れがする，若年層は高齢者の教室を嫌がり，利用につながらないなど，社会適応するまでの支援方法を構築することが必要である．

4　当事者が望む作業に焦点を当てたアプローチについて，マネジメントのセットツールが，昨年度同様参加者自身の意欲や主体性，満足，主観的健康観に影響を与えていることがわかったが，今後の活動の広がりについて追跡していく必要がある．

5　通所リハで獲得した作業が地域で継続されるためには，介護支援専門員はもちろん訪問介護職員との連携は重要であり，IADL などの家事の自立に向け，作業療法士との共同プランの立案や同行訪問による技術伝達が効果的と考えられ，今後明らかにしていく必要がある．

6　作業療法士のすべてが，マネジメントツールを活用し，作業の実現に向けた支援ができるよう教育システムを構築する必要がある．

資料１

日作協発　第　　号
平成２１年　年　　日

○　○　病　院
病　院　長　　殿

（社）日本作業療法士協会
会　　長　　中　　村　　春　　基

平成 21 年度老人保健健康増進等事業
「自立支援に向けた包括マネジメントによる総合的なサービスモデル調査研究事業」

研究協力のお願い

拝啓　貴施設におかれましては益々ご盛栄のこととお慶び申し上げます.

また，平素より当協会の活動につきましては，格段のご配慮を賜り厚く御礼申し上げます.

さて，昨年度（社）日本作業療法士協会では，高齢者の生活の活動性を高めるため，作業遂行力向上プログラムを開発しました．そこで今年度，その開発プログラムを検証し，さらに効果的運用のあり方を検討する「自立支援に向けた包括マネジメントによる総合的なサービスモデル調査研究事業」に取り組むこととなりました.

本研究では，「作業をしている人は元気で健康である」ことを客観的に実証するために，通所リハビリテーションにおいて，別添実施要項に基づき，下記の実践を行います.

①高齢者の活動性を測定する評価の実施
②作業遂行力向上プログラムの立案と実践，利用者及びその家族へのアンケート
③効果的運用に向けたアンケート調査
④年２回の研究班会議の開催（８月，２月の休日開催を予定）

研究期間は年度内（平成 22 年 3 月末まで）であり，プログラム実施は平成 21 年 9 月ー平成 21 年 12 月までの３ヶ月間を予定しています.

つきましては，急なお願いで誠に恐縮ですが，研究の趣旨をご理解いただき，貴施の協力のご承諾を賜りますようお願い申し上げます.

ご承諾いただける場合は，お手数ですが「承諾書」にご署名をお願いいたします．ご面倒をお掛けしますが，何卒宜しくお願い申し上げます.

なお，第一回の研究班会議を下記のとおり，予定しておりますので，職員の派遣につきましてもご配意いただけますようよろしくお願いいたします.

記

１　日　時　　８月３０日（日）１３時３０分～１６時
２　場　所　　社）日本作業療法士協会
（東京都台東区寿 1-5-9　盛光伸光ビル７階）

［問い合わせ・連絡先］
〒111-0042　東京都台東区寿 1-5-9　盛光伸光ビル７階
（社）日本作業療法士協会事務局
「自立支援に向けた包括マネジメントによる総合的なサービスモデル調査研究事業」
担当：庄司，村井
TEL：03-5826-7871　　FAX：03-5826-7872
E-mail：nyukai@jaot.or.jp

(社)日本作業療法士協会
会 長　中　村　春　基　様

承 諾 書

貴協会より依頼のありました，「自立支援に向けた包括マネジメントによる総合的なサービスモデル調査研究事業」への協力を承諾致します.

なお，事例報告と同意書については，臨床研究の倫理指針，個人情報保護規程等に基づき厳正に取り扱いいただきますようお願い致します.

年　　月　　日

施 設 名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

施設長名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

資料２

同意説明文書

（社）日本作業療法士協会
会　長　　中　村　春　基

この同意説明文書は，社団法人日本作業療法士協会（以下，協会とする）が行う「高齢者の持てる能力を引き出す地域包括支援のあり方研究事業」において，研究協力病院の担当者（キーワーカー）が，事例報告を提供することについて，対象者の理解と同意をいただくことを目的に作成されたものです.

キーワーカーは，以下の事項について対象者に十分な説明を行い，事例報告についての同意を得てください.

１．研究の目的
２．事例報告の方法
３．事例報告の利用範囲
４．取りやめの自由について
５．人権擁護と個人情報の保護について
６．キーワーカーの氏名と連絡先

事例報告の提出に同意するかどうかは対象者または代諾者[注1]のご判断によって決めていただきます．対象者が未成年者の場合[注2]，対象者からインフォームド・コンセントを受けることが困難な場合には，施設長の許可を得たうえで代諾者より同意を得てください.

＊尚，研究協力病院が本研究用に対象者から同意を得る様式を作成し，同意を得ることで本同意書に代えることができることとします.

注**-1**：代諾者になっていただく方々は以下の通りです.

1） 対象者が未成年の場合
親権者（複数の場合はそのどちらか）または未成年者後見人（対象者に親権者がいない場合）.

2） 対象者が成年であって，認知症や意識障害等によって有効なインフォームド・コンセントを得ることができないと客観的に判断される場合には，以下の順序で代諾者になっていただく.
任意後見人（但し任意後見監督人選任後であること），後見人，保佐人等が定まっている場合はその順序．これらが定まっていない場合は，対象者の配偶者，成人の子，または父母，およびそれらに準ずると考えられる人の中から自薦にて就任していただく.

注**-2**：対象者が **15** 歳以上の場合には，代諾者とともに対象者本人からの同意も必要になります.

１．研究の目的

この研究は「自立支援に向けた包括マネジメントによる総合的なサービスモデル調査研究事業」といいます．この研究では，高齢者の心身の健康保持のために日常生活の能力や趣味，日々の役割などから，どうすればその人らしい生活が活動的で積極的に送っていただく事ができるかを検討するために，次の３点を実施します．

①高齢者の方々の活動性を高めるための評価の実施
②評価表に基づき，本人の目指すべき生活に寄り添うための作業遂行力向上プログラムの実践
③プログラムの効果の検証

具体的には，施設の協力をいただき，通所リハビリテーションに通っている方々を対象に，協会が提案するアセスメントと標準的な「作業遂行力向上プログラム」を行っていただきます．そして，あなたの生活を支援する担当者（キーワーカーと呼びます）に，その結果を「事例報告書」としてまとめていただきます．協会では，提出いただいた事例報告書をもとに，「作業遂行力向上プログラム」の効果と改善すべき点について検討します．

研究期間は年度内（平成 22 年 3 月末まで）ですが，プログラムの実施期間は 3 ヶ月間，調査期間は平成 21 年 9 月ー平成 21 年 12 月の間を予定しています．

２．事例報告の方法

あなたのキーワーカーとなった職員が，作業遂行支援プログラムを始める時期や，ケア会議の開催を調整します．地域の保健師さんなどと連絡をとる際も，キーワーカーが連絡役になります．そして，このキーワーカーが，あなたが行ったプログラムの実施状況，日々の生活状況などについての記録をまとめ，事例報告書を作成します．

協会では，キーワーカーより提出された事例報告書を集め，他の事例報告書とともに，書かれている内容を整理し，作業遂行のために行ったプログラムの効果や問題点などをまとめます．

３．事例報告の利用範囲

提出された事例報告は，協会が作業遂行プログラムを改善し，今後のあり方について提言していくための基礎資料として利用します．その他の目的では使用しません．

４．取りやめの自由について

事例報告をすることに同意するかどうかは，あなたの判断によって決めていただきます．同意しないことであなたが不利益を受けることは何もありません．また，一旦同意した後も，これを取りやめることができます．その場合には担当のキーワーカーに申し出てください．

５．人権擁護と個人情報の保護について

協会では，あなたの人権を尊重し，個人情報の保護について最善の注意を払います．事例報告書には，個人が特定されるような氏名や住所などの記載はしません．

また，提出された事例報告と同意書は，（社）日本作業療法士協会個人情報保護規程（第８条）の定める統括個人情報管理者が責任をもって管理し，情報の改ざん，漏洩，紛失等の防止を徹底いたします．

社団法人日本作業療法士協会 統括個人情報管理者
荻原 喜茂
（社団法人日本作業療法士協会事務局長）
事務局：〒**111-0042**　東京都台東区寿 **1-5-9** 盛光伸光ビル **7** 階
社団法人日本作業療法士協会事務局
TEL：**03-5826-7871**　　**FAX**：**03-5826-7872**

なお，事例報告書の扱いと研究の実施にあたっては，次の法律，ガイドライン，倫理指針等に準拠し，あなたの人権擁護と個人情報の保護を保障します.

1) 個人情報保護法（平成 17 年 4 月）
2) 医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱のためのガイドライン（平成 16 年 12 月 24 日厚生労働省）
3) 作業療法ガイドライン・作業療法士業務指針・倫理綱領（平成 15 年 8 月 31 日(社)日本作業療法士協会）
4) 臨床研究に関する倫理指針（平成 15 年 7 月 30 日厚生労働省告示第 225 号）
5) 疫学研究に関する倫理指針（平成 14 年 6 月 17 日文部科学省・厚生労働省告示第 2 号）
6) 遺伝子治療臨床研究に関する指針（平成 14 年 3 月 27 日文部科学省・厚生労働省告示第 1 号）
7) ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針（平成 13 年 3 月 29 日文部科学省・厚生労働省・経済産業省告示第 1 号）
8) 遺伝医学と遺伝サービスにおける倫理的諸問題に関して提案された国際的ガイドライン（Report of a WHO Meeting on Ethical Issues in Medical Genetics. Geneva, 15-16 December 1997）

（社）日本作業療法士協会
会長　中　村　春　基　様

私は，（社）日本作業療法士協会が「自立支援に向けた包括マネジメントによる総合的なサービスモデル調査研究事業」行うについて，対象者または代諾者に同意説明文書に基づく説明を行い，事例報告を提供することの是非を判断するための十分な時間を設けました.

【説明した項目】
1．研究の目的
2．事例報告の方法
3．登録された事例報告の利用範囲
4．取りやめの自由について
5．人権擁護と個人情報の保護について
6．担当者の氏名と連絡先

担当者　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

同 意 書

私は，（社）日本作業療法士協会が行う「自立支援に向けた包括マネジメントによる総合的なサービスモデル調査研究事業」について，担当者より同意説明文書に基づく説明を受け，その内容を十分理解しました.
上記の担当者が事例報告を提供することに同意します.

同意日　：＿＿＿＿＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日

署　名　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代諾者　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿続柄（＿＿＿＿＿）

（＊本書は１部を㈳日本作業療法士協会事務局に送付し，１部を担当者が保管してください.）

経過記録

氏名　　様

計画したプログラム一覧

基礎練習	①		基本練習	①		応用練習	①	
	②			②			②	
	③			③			③	
	④			④			④	
	⑤			⑤			⑤	

上記プログラム番号を下記の実施したプログラムの欄に記入願います。例）基礎練習 ■ ①③

月日	変化	介入内容および実施方法																															その他
		基礎練習	直接的指導等		間接的指導				自主トレ	家族指導	訪問実地指導	主な支援者	ケアマネ連絡	実施時間	基本練習	直接的指導等		間接的指導				自主トレ	家族指導	訪問実地指導	主な支援者	ケアマネ連絡	実施時間	応用練習	直接的指導等		間接的指導				自主トレ	家族指導	訪問実地指導	主な支援者	ケアマネ連絡	実施時間	
			動作	教育	動作練習方法の助言	環境調整	グループ指導	スタッフ指導								動作	教育	動作練習方法の助言	環境調整	グループ指導	スタッフ指導							動作	教育	動作練習方法の助言	環境調整	グループ指導	スタッフ指導						
例 9／10	今回の関わりにおいてみられた本人の発言や身体機能、生活面での様子、変化を記入	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□OT □スタッフ □家族 □その他（ ）	□		□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□OT □スタッフ □家族 □その他（ ）	□		□	□	□	□	□	□	□	□	□	□OT □スタッフ □家族 □その他（ ）	□	
1		□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□OT □スタッフ □家族 □その他（ ）	□		□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□OT □スタッフ □家族 □その他（ ）	□		□	□	□	□	□	□	□	□	□	□OT □スタッフ □家族 □その他（ ）	□	
2		□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□OT □スタッフ □家族 □その他（ ）	□		□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□OT □スタッフ □家族 □その他（ ）	□		□	□	□	□	□	□	□	□	□	□OT □スタッフ □家族 □その他（ ）	□	
3		□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□OT □スタッフ □家族 □その他（ ）	□		□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□OT □スタッフ □家族 □その他（ ）	□		□	□	□	□	□	□	□	□	□	□OT □スタッフ □家族 □その他（ ）	□	
4		□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□OT □スタッフ □家族 □その他（ ）	□		□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□OT □スタッフ □家族 □その他（ ）	□		□	□	□	□	□	□	□	□	□	□OT □スタッフ □家族 □その他（ ）	□	
5		□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□OT □スタッフ □家族 □その他（ ）	□		□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□OT □スタッフ □家族 □その他（ ）	□		□	□	□	□	□	□	□	□	□	□OT □スタッフ □家族 □その他（ ）	□	

資料４

介護老人保健施設　涼風苑

１施設の地域概況
元々古い城下町周辺は農村地域であったが、常磐線沿線首都圏へ１時間の通勤圏内として２０年程前にニュータウン開発約５００戸の一戸建て。当時の新住民が団塊の世代として高齢期を迎えつつあり。農村地域においての高齢者独居・高齢夫婦世帯も多く　高齢化率２１%～２４%の４市町村を主な事業提供地域としている。他県からの呼び寄せ高齢者（老齢の両親）が利用されることも多い。
２施設の概要
・設置母体　医療法人　社団八峰会　精神科の池田病院と同法人として隣接設置されている。 **・組織**　介護老人保健施設　入所９０　ショート１０　通所一日３０名定員 龍ヶ崎市地域包括支援センター　サテライト　受託 **・職員**　医師１　・　看護師１４　・　ＯＴ５　・　ＰＴ１（非常勤）　・　介護　２８ 事務４　・　相談員２　・　介護支援専門員４・歯科衛生士３（非常勤） **・通所リハビリテーションの概要**　定員３０　一日平均２４名程度が利用。登録者約７１名。 営業日は平日・土曜日。日祭日休み。 ４時間以上６時間未満５名。他は６時間以上８時間未満のご利用。 平均して週２．３日利用。短期集中リハ・認知症短期集中リハ　提供。 リハビリマネジメント　全利用者に策定し、加算を頂いている。
３利用者の状況及び今回の研究事業対象者
登録者数（介護度別）**介護予防通所リハ**　８名。**要介護１**　１２名・**要介護２**　13 名・要介護３　18 名 **要介護４**　15 名。要介護５　4 名 脳血管疾患　26 名。骨折　19 名。脊椎疾患　11 名。変形性関節症 8 名。パーキンソン 6 名。 認知症（診断者）24 名。内臓疾患・内科疾患 24 名。精神疾患 8 名。重複あり。 **・一日の利用者数**　平均 24.2 名 **・今回の研究事業対象者の選定方法**　本人・家族・担当ケアマネジャーと連携が取れやすく 手間のかかる本研究に協力の得られる方に声をかけた。 **・対象者の一般情報**　介入群８名　非介入群８名
４研究事業実施にあたって調整、配慮及び苦労、特別に取り組んだ点
書式の記入方法の理解に苦慮した。本人ケアマネ・家族との連携に手間取った。アクティマーカーが大変で解りにくかった。
５事業の取り組み感想
・職員の反応　デイスタッフは面白そうねとか入ってくれたが書式は理解されにくかった **・担当者の感想**　現実的には業務量的に実践困難という意見が多かった　等
６包括マネジメント（聞き取りシート、アセスメント、作業遂行力向上プラン）の意見
・聞き取りシート　作業聞き取りシートに興味関心チェックリストをあわせたような例示のある 作業目標検討シートに本人の認識『何故それをしたいか』『それが今難しいのはどうしてか』がセットになればその後のアセスメントシートももう少し簡素化し、**基本的**にどんな心身機能をアップし、個本的に獲得すべき心身機能は？と　**基礎作業**として（原則自己トレプログラムとして）どんな作業・練習に取り組むか応用（実践）作業としていつ頃までにどんなちチャレンジへ取り組みへ進めるかと記入しやすい。

・**アセスメント**　具体的可動域・麻痺状況・バランス・も記入し、一般的リハアセスメントとして　他職種にもわかりやすくなおかつ簡素に記入したい。

・**作業遂行力向上プラン**　企画力・準備力・実行力・検証力・完了力　が　解りにくかった。準備・企画、実行・試錯誤・判断　　振り返りと次につながる検討とかの３段階のほうが　記入・説明しやすいのではないか

・**これまでのプランとの違い、気づき、メリット・デメリット等**

メリット　作業療法が実践的なリハビリサービスで、心身機能向上～環境調整～模擬練習
～生活の中で本人が主体的に実践できるまでのステップが解りやすく示せる。
ＯＴ自身　が　作業療法に立ち返るきっかけになる。

デメリット　業務や説明手続きが煩雑になる。小規模で１０～１５名　対応であれば展開しやすいが　２０名以上に対しＯＴ１名であったり　ＰＴ・ＯＴが一緒にかかわっていたりすると共通認識で取り組むことがむつかしいかもしれない。

７プログラムの実施について意見

プログラムに実践については　基礎作業は　挙がった 3 つの目標に共通していることもあった。実践的な生活の課題として　旅行・散歩・料理・家族と買い物・同窓会参加・等が挙がった。
実施には 30 分から 1 時間を要する。個別に時間を割いてその人のためにだけ実施する問うことは 1 日 25 名程度の通所利用者を抱える中では現実的ではない。訪問リハ・通所リハ訪問指導加算を活用するか同じような目標を共有する人と一緒にプログラムに取り組むとか工夫を要する。

この試みを通してご飯を炊いておにぎりを作る　とか　野菜を育て漬物にするとかのプログラムアイデアが挙がった。が　通常業務との兼ね合いの中で実践には根回しや工夫を要する。

８評価方法について意見

評価は簡素で心身機能と遂行状況・心理面と上手くいかなかった点の分析
があればよいと思う

９事業終了後の参加者の変化、家族の意見

参加者は　通常のデイケアリハプログラムより　時間・手間的に多くのサービスを受けられて満足の様子でした。自分でも努力の方向が解り、作業を自分で活用できる支援につなげたい。
家族は　やや面倒な様子も見られた。本人のチャレンジに戸惑いや抵抗もあったが本人の意欲的な発言や様子には好意的であった。家族のバックアップ状況や都合によっては　又、本人の現状認識力　によっては　現実的でなかったり、家族には受け入れ兼ねる目標が挙がることがあると思う。そういう際の対応が現場で戸惑うところかと思う。

１０今後の課題または提案、感想

『包括的自立支援プログラム』という名称が硬くイメージが伝わりにくいように感じた。例えば『望む暮らしと活動の再獲得へ向けたチャレンジシステム』とか『暮らしと活動　再獲得ステップ』とかのほうが引き付けるかと感じた。

もっとシンプルで一覧見渡せるチャートで簡素化された提案表があるとよいと思いました利用者に伝わりやすい作業療法設計見積もり表のような。

作業療法を　『基礎的作業』『基本作業』『応用（もしくは　実践）作業』に段階付けて暮らしの中で生きるリハビリ支援として体系化する試みはとても良いと感じた。

資料５

施設名：医療法人社団　東北福祉会　介護老人保健施設せんだんの丘

１施設の地域概況

仙台市は人口約 1,030,000 人を有し、高齢化率は約 17%となっている。市内から少し離れた住宅街に位置する当施設の周辺３中学校区については高齢化率約 20%となっている。通所系事業所は、過当競争地域であり車で５分圏内に８事業所が密集し、サービスの差別化・多様化が事業の成否を握っている。施設周囲は、仙台市内を一望できる高台で、昭和 40～50 年ごろに造成された住宅地にある。

２施設の概要

・設置母体：医療法人社団　東北福祉会

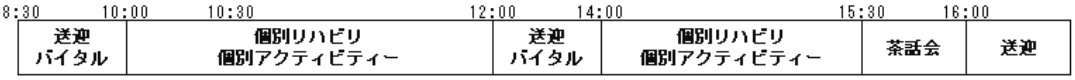
・組織：当通所リハビリテーションは、介護老人保健施設の在宅サービスの一角として運営をしている。東北福祉大学の関連法人である医療法人社団東北福祉会は介護老人保健施設、短期入所療養介護、通所リハビリテーション、居宅介護支援事業所、福祉用具貸与・販売事業、訪問看護ステーション、ホームヘルパーステーション 24、介護予防通所介護を擁しており、在宅介護支援、地域に根ざしたサービスを提供している。

・職員：作業療法士（常勤）3 名（非常勤）2 名、介護福祉士 4 名、介護職 4 名、
支援相談員 1 名、運転職員 2 名、歯科衛生士・管理栄養士・看護師それぞれ 1 名ずつ
（入所施設兼務）　合計 19 名

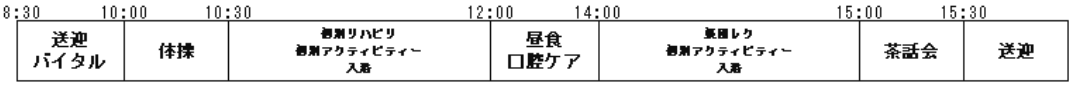
・通所リハビリテーションの概要：

営業日：土日以外（祝日も営業）

時間　：リハビリテーションコース（1～2 時間、2～3 時間、3～4 時間）



リラクゼーションコース（4～6 時間、6～8 時間、8～9 時間）



特徴　：個人が在宅生活の中で抱える課題・目標に柔軟に対応できるようにオーダーメイドできるリハビリの提供として、利用の時間帯やリハビリ・活動の内容にバリエーションを持たせている。リハビリテーションコースは短時間の利用を基本とし、機能訓練を中心とした集中的なプログラムを実施している。リラクゼーションコースは 1 日の利用を基本とし、食事や排泄などの日常生活動作訓練、アクティビティー、口腔ケアなどを実施している。

３利用者の状況及び今回の研究事業対象者

・登録者数：145 名
（支援 1：7%、支援 2：10%、介護 1：27%、介護 2：21%、介護 3：18%、介護 4：11%、
介護 5：6%）

・一日の利用者数：定員 50 名、１日の平均利用者数 33.8 名

・今回の研究事業対象者の選定方法：

①検証事業の主旨が概ね理解でき、リハビリプログラムの追加や変更に抵抗がない方。

②送迎の際などにご家族が在宅しており、ご家族との情報交換が比較的行いやすい方。

③通所の利用状況が安定している方。(体調を崩しやすい方やショートステイを定期的に利用されている方は避ける。)

・対象者の一般情報：介入群人数：6 名（男性 2 名、女性 4 名）、
非介入群：10 名（男性 5 名、女性 5 名）
介入群平均年齢　：79.7 歳（67～90 歳）、介入群平均介護度：2
非介入群平均年齢：73 歳（52～91 歳）、非介入群平均介護度：2.6

４研究事業実施にあたって調整、配慮及び苦労、特別に取り組んだ点

①評価・プログラムがスムーズに進むように「担当者一覧」、「評価進行予定表」、「アクティマーカー管理表」などの用紙を作成し、検証事業の準備作業を行った。

②送迎の際にご家族が不在の場合は連絡帳、手紙などの連絡手段を使って研究の趣旨の説明やそれに伴って

のリハビリの目標をご家族に説明した。
③研究対象者のニーズにより「ボランティアサークル」を立ち上げた。入所ユニット・近隣大学よりボランティア活動の依頼があったため、内容の調整などを行った。（現在も進行中）

５事業の取り組み感想

・職員、担当者の感想：
説明会から、研究開始までの時間がわずかだったため、準備・確認が不十分であった。もう少し準備期間（業務の調整、資料の読み込みなどの時間）がほしかった。また、普段の業務で余裕がなく、評価用紙を送付する際の最終確認が疎かになってしまった。（記入方法のミス、未記入欄など）
検証事業を通じて職員ひとりひとりのモチベーションが向上し、利用者の隠れた能力の再発見に繋がった。また、プログラムを進めていく中で改めて多職種での連携の大切さを再確認した。

６包括マネジメント（聞き取りシート、アセスメント、作業遂行力向上プラン）の意見

・聞き取りシート：
具体的な作業の目標が挙がらない方、挙げられない方もいたので「興味関心チェックリスト」を利用したり、普段の評価の中からその方のレベルにあった目標設定について手助けする作業が必要であった。
・アセスメント：
現在の状態から将来的にも達成が難しい目標を挙げられる方もいるため、ICF モデルで介入者の全体像を整理し、目標に修正を加える作業が必要であった。ICF を用いる事で予後予測が行いやすく、介入者より挙がってきた目標の実現性を検証しやすかった。
現病歴や既往歴を記入する欄があればより情報を整理しやすく、全体像をとらえやすくなるのではないか。
・作業遂行力向上プラン：
作業工程を５つに分類することで順序だててプログラムを立てる事が出来る。また、評価の際にどの工程で躓いているため目標の達成が困難なのかがわかりやすかった。
・これまでのプランとの違い、気づき、メリット・デメリット等：
評価用紙を何種類か用いる事で介入者の生活や障害像など細かく分析できて良いとは思う。ただ、質問の多さなどが介入者の負担になることもあるため、アセスメントシートなどは、もう少し簡易的なものの方が介入者への負担は少ないし、こちらとしても使いやすいと感じた。

７プログラムの実施について意見

アセスメントシートにより挙がってきた新たな目標の達成に向けて、プログラムに変更や追加を行ったがプログラムの実施方法自体には通所でこれまで行ってきた取り組みと大きく変わった点はなかった。ただ、３カ月という限られた期間で介入者に変化をもたらすには通所場面だけでなく、自宅でのアプローチ（ご家族の協力）も重要になることを再確認した。（特に「応用練習」の実施について）

８評価方法について意見

聞き取りについてはその質問の多さに負担を感じる方もいた。アクティマーカーの装着についても抵抗を示す方がいた。（取り付けや取り外し、機器を体につけていることに抵抗を感じる様子）こちらとしても機器の管理（電池切れ、返送作業など）が難しかった。
「興味関心チェックリスト」については、研究終了後も新規利用者の初回利用の聞き取りなどの際に利用させてもらっている。

９事業終了後の参加者の変化、家族の意見

研究終了後も主体的にボランティア活動を続けられている方がおり、その方にとって主体的なボランティア活動が結果的に効果的なリハビリ（身体機能の向上が確認された）にもなっている。ご本人も「誰かのために行うことが自分のためにもなる。」と自主的に活動を続けられている。その方以外にも検証事業を通じて、主体的に物事に取り組まれる方が多くなった。その反面、「無理をして頑張っているのではないか。」「もし事故でも起きたら。」と消極的な反応を持たれるご家族も少数ながらいた。

１０今後の課題または提案、感想

ご自宅でのプログラム実施のためにも家族との連携をさらに強化していくことが課題として残る。（自宅でのプログラム実施の様子・経過など）ただ、主体的な生活を送る事を目標として挙げ、ご自宅でもプログラムを実施していただく事になると項目９に挙げたようにご家族の考え方がご自宅でのプログラム実施について大きく影響してくると考えられる。そうなるとご本人のニーズを優先すべきか、ご家族のニーズを優先すべきか迷うところがある。
また、包括的な支援ということを意識すると介入者の周囲を取り巻くサービスとの連携も重要となるため、これまで以上に相談員やケアマネジャーとのやり取りを強化しなくてはならないと感じた。

ボランティアサークルについて

私達はまだまだ人の役に立てるんだ

せんだんの丘　通所リハビリテーションでは
皆さんからの

「人の役に立ちたい」
「ボランティアがしたい」

といった声を受け
ボランティアサークルを立ち上げます
内容はまだ未定ですが、手始めに

☆ せんだんの丘で犬の散歩をサポート
☆ せんだんの丘で食事の準備をサポート
☆ 学生さんの育成をサポート

などを考えていますが
その他にも一緒に考えていきましょう

☆ 何が出来るか一緒に考えて頂ける方
☆ 何かしたい事がある方
☆ 新しい事にチャレンジしたい方

以上のような方々を募集しています
少しでも興味を持った方は
今すぐ　職員まで

サークル名も募集中！！

せんだんの丘　通所リハビリテーション

資料６

介護老人保健施設ひもろぎの園

１施設の地域概況

当施設がある白河市は、福島県中通りの最南端に位置し、栃木県に隣接している。人口は約6万5千人で、高齢化率は 21.55%である。基幹産業は農業であるが、近年企業立地が進み、第 2 次、第 3 次産業の割合が大きくなってきている。

２施設の概要

〇設置母体：医療法人社団慈泉会　〇開設：平成 12 年 5 月
〇定員：入所 100 名(短期療養介護含む)、通所リハビリテーション 50 名
−通所リハビリテーションの概要−
〇営業日：平日のみ(土日以外で、祝日も営業)。
〇時間：4～6 時間、6～8 時間、1～2 時間、介護予防。
〇一日の流れ：バイタル確認→リハビリ・入浴→嚥下体操→昼食→リハビリ・レクリエーション→おやつ。
〇特徴：利用者の在宅生活への支援のために、家族や他居宅サービス事業者との連携を図っている。
　　個別リハ以外でも、入浴や着脱、移乗などの生活リハを重要視し対応している。
　　より良く、その人らしく在宅生活を送っていただくために自宅への訪問指導も行なう。
　　笑顔を絶やさず、楽しく過ごして頂けるように他職種協働で目標設定をしている。

３利用者の状況及び今回の研究事業対象者

・登録者数　 165 名(のべ人数)
・一日の利用者数　 約 30 名
・今回の研究事業対象者の選定方法　 特になし。 介入群は自立度が高い方が多かった。

４研究事業実施にあたって調整、配慮及び苦労、特別に取り組んだ点

【苦労した点】
- 日程の余裕のなさに加え機器の不調が続いたため、活動量の調査に苦労した。
- 利用回数が少ない対象者では、体調不良等で休んでしまうと、評価やプログラム実施が進まず、十分な介入ができなかった。

【特別に取り組んだ点】
- 介入のポイントを明確にするため全対象者の自宅へ訪問し、環境や実行状況等を評価し、介入中も積極的に自宅に訪問した。

５事業の取り組み感想

- 普段から日常生活に般化できるように考えていても、利用者の機能回復への想いから脱却できにくい状況があった。作業聞き取りシートなどを使用することで、具体的な生活の中の作業に目標を設定しやすくなると感じた。
- 利用者の考えや感じていることに向き合うことができ、ニーズとデマンドをどうやって調整していくかを改めて考える機会となった。
- 研究対象者以外にも今回のような視点を持って関わったことにより、より現実的な課題を発見することができた。
- この取り組みに参加したことにより、生活の状況や本人の考えなどの情報を以前よりも意識的に収集できるようになったので、今後も作業聞き取りシートなどを活用していきたい。
- 入所者に対してもこのシートを活用して目標設定を考えていきたい。

６包括マネジメント(聞き取りシート、アセスメント、作業遂行力向上プラン)の意見

- 「作業聞き取りシート」と「作業遂行アセスメント表」は、アセスメントの思考過程が明快で使いやすい。
- 「作業遂行アセスメント表」では、「作業聞き取りシート」で挙がった目標を ICF 項目に沿って分析し、達成可能なニーズに修正するところなど、非常によく構成されている。
- 「作業遂行アセスメント表」の説明文が分かりにくい。１点目は、「遂行度」と「実行度」という用語が混在していること、２点目は、遂行度(実行度？)と満足度のつけ方の説明が、『それぞれについて今の自分はどの

くらいうまくやれているか（遂行度）と、そのやり方にどのくらい満足しているか（満足度）を1～10点の範囲で思う点数をお答えください。』となっており、遂行度の説明が満足度の説明と似ているため、差別化しにくいことである。どのくらい行っているかという量的なものを聞こうとするのであれば説明を変えたほうがよい。

- 「作業遂行力向上プラン表」では、企画力、準備力、実行力、検証力、完了力の5項目で分析することになっているが、それぞれの説明を読んでも抽象的で非常に分かりにくい。実行力については迷うことはあまりなかったが、それ以外ではどのように考えてよいか行き詰ったため、当施設では高次脳機能の実行機能（遂行機能）の要素を参考にした。このような視点で作業遂行上の障害を捉えようという意図は十分わかるが、実際の問題をここに挙げて分析するのは実際的ではないのではないか。このアセスメントの仕方を他職種にも広めようと考えているなら、この5つの項目は大幅に見直す必要があるのではないか。項目を統合するとか、もしこの5項目で進めるのであれば、もっと具体的な説明文を付けて、アセスメント時に迷わないようにするための配慮が必要である。個人的意見としては、もっとざっくりと捉えるようにしないと、記入することに時間を取られるばかりで面倒になってしまい、普及しないのではないかと思う。
- 経過記録の用紙には、基礎・基本・応用の3段階でプログラムを記入することになっており、非常によい。この3つの段階を「作業遂行力向上プラン表」の中で、もっと前面に押し出してプランを作成するようにしてはどうか。
- 失語の方や認知症が重度で質問の理解ができない方には、作業聞き取りシートの使用が難しいのではないか。となると、このシートを適用出来にくいケースも想定して解説をしておいた方が、現場での混乱は少ないのではないか。

7プログラムの実施について意見

- 今回の介入について言えば、短い期間の中で自宅訪問などを多く設けたので、担当者の負担が増えてしまうことになってしまった。今後これが導入されれば、このようなことは減ると思われるので、特に問題はない。
- 具体的な生活の中に目標を置いたので、プログラムにはかなりの応用力が求められる。このようなことはセラピストとしては当然のことで、改めて書くまでもないことではあるが、アイディアをひねり出すことに大変苦労した。

8評価方法について意見

- 「作業聞き取りシート」の中で、前後の点数を10点満点で評価することはとてもよい。これは本人の主観的な評価なので、家族からの評価や可能であればセラピストあるいは自宅での状況をよく把握している他職種などの視点からも評価できるようになるとよいのではないか。
- 「作業遂行力向上プラン表」の前後での評価は、上記のように5項目がよく理解できないため書きにくい。
- 最初の段階で現実的な目標を設定できれば、介入後の効果があったということになるが、過大な目標設定をしてしまうと実際には変化があったとしても、効果が見かけ上小さく表れてしまうので難しいと感じた。

9事業終了後の参加者の変化、家族の意見

- 今回の対象者の中には、介入期間に目標を達成出来た方がおり、家族も本人も非常に満足した方もいた。
- 介入前後での作業遂行上の変化がない人でも、心理面での肯定的な変化は多くの人にみられた。
- 主観的には生活の中で困っていることはないと思っていた人でも、繰り返し話し合っていった結果、もう少しできることがあるのではないかと考えるようになった方もいた。

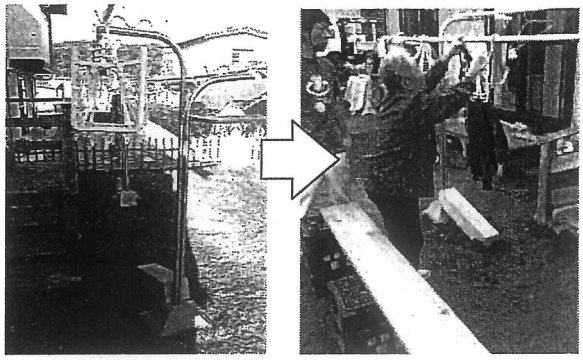
10今後の課題または提案、感想

今後の課題等については、上記の項目で述べたとおりである。

介護老人保健施設ひもろぎの園における取り組みの報告

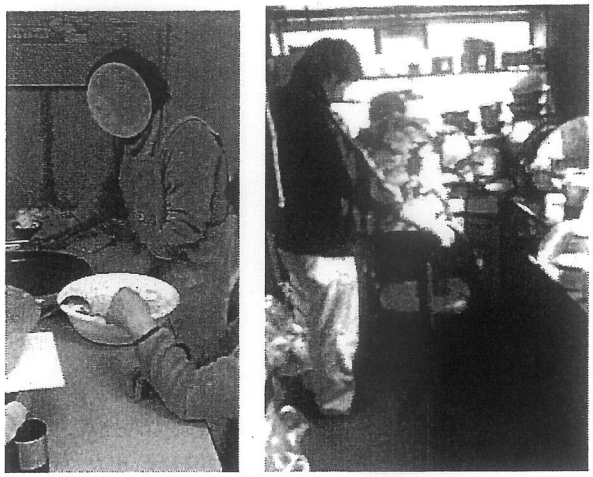
1. 通03-1-01（女性、85歳、息子と2人暮らし、要支援2）

【主たる診断名】頸肩腕症候群、変形性膝関節症
【サービス利用状況】週1回の通所リハ
【作業目標】もう少し楽に洗濯物を干せるようになりたい
【アセスメントの概要】膝の疼痛、下肢筋力低下、立位バランス低下、何かに掴まるか寄りかからないと洗濯物を干せない　等
【達成可能なニーズ】もう少し楽に洗濯物を干せるようになる。
【アプローチ】物干し竿に沿って簡易式のベンチを設置。邪魔にならないように地面に固定はしなかった。



2. 通03-1-07（女性、81歳、息子夫婦・孫と同居、日中は一人、要支援2）

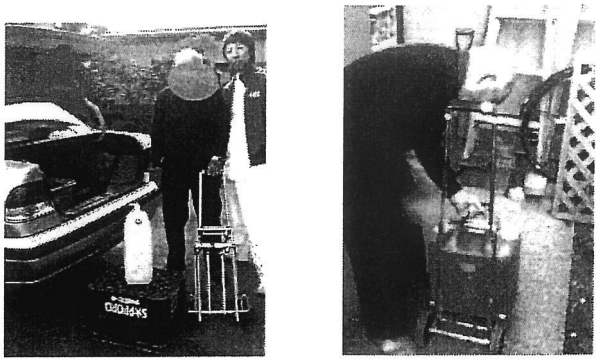
【主たる診断名】脳幹出血（左片麻痺）、脊柱管狭窄症
【サービス利用状況】週1回の通所リハ
【作業目標】料理を毎日したい。
【アセスメントの概要】麻痺側上下肢の感覚鈍麻、上肢の失調、筋力低下、立位バランス低下、支持なしでの立位保持1分程度、失調のため左手を補助手として使用しにくい、1年前に嫁が来てから自分で食事を作らなくてもよくなった　等
【達成可能なニーズ】一食全部の用意はできなくても、毎日一品はおかずを作る。
【アプローチ】①テーブル拭き→少量の食器洗い→簡単な調理動作などの作業を通して左手を補助的に使用しつつ立位保持時間を延長。②自宅での環境調整（椅子の設置等）と実際の調理。



※現在はまだ調理が生活に定着しておらず、
家族との調整も含めてアプローチを継続中。

3. 通03-1-06（男性、76歳、妻と二人暮らし、要支援1）

【主たる診断名】椎間板ヘルニア
【サービス利用状況】週1回の通所リハ
【作業目標】姿勢よく、楽に、物の持ち運びができるようになりたい（鉢植えの水遣りや家の中で何かを運ぶとき等）
【アセスメントの概要】脊柱の変形、体幹の筋力低下、疲労による疼痛、灯油を保管する倉庫から風呂釜の灯油タンクまで、屋外の段差のあるところを運ばないといけない、ガソリンスタンドで灯油購入後、トランクからタンク2つを倉庫にしまう必要がある。
【達成可能なニーズ】灯油のポリ容器(18ℓ)を30m程度運べるようになりたい。
【アプローチ】身体機能は現状維持とし、台の設置や台車購入によって負担軽減を図った。



資料７

施設名：通所リハビリテーション　TRY

１施設の地域概況

ー通所リハビリテーションＴＲＹー　　福島県会津若松市

人口：１２万人　総合病院：３ヶ所　　通所リハビリ事業所：6ヶ所

２施設の概要

・*設置母体*：病院併設型

・*組織*：図１参照

・*職員*：医師１名、理学療法士１名、作業療法士２名、
介護職員３（うち介護福祉士２）名、看護師２名（交代）、
介護アシスタント１名（障害者雇用）

・*通所リハビリテーションの概要*：

営業日：日曜日・年末年始（12/30～1/3）を除く毎日

利用時間：９：３０～１５：３０（６～８時間）

利用定員：２０名/１日　　入浴：なし

送迎区域：会津若松市内　ワゴン車３台にて送迎

対象者：①退院・退所直後
②生活機能の改善や再構築が必要となった
要支援者・要介護者

１日の流れ：図２参照

特徴：利用期間６ヶ月に限定、目標設定型の通所リハビリ

●期間を限定することにより、利用目的を明確にする

●集中したリハビリが必要な時期に、短期間行う

●利用修了後も、再利用やインターバル利用がある

●利用者主体の関わりをしている

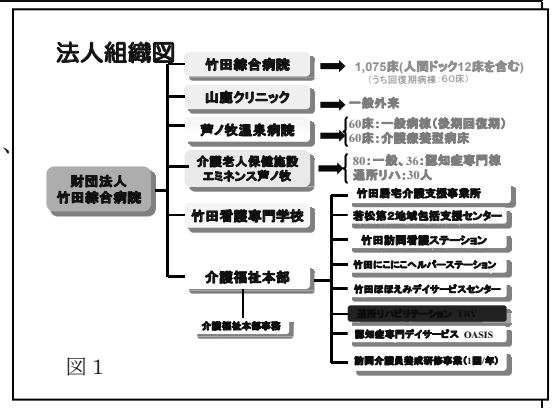


図１

９：30　朝の会、健康チェック、今日のスケジュールを立てる

９：40　午前の部開始　　※個別リハビリ 9：40～11：20

10：00　グループ体操

10：30　自由時間（自主トレーニング、個人活動など）

11：15　後片付け、手洗いうがい

11：30　音読の会（嚥下体操、音読など）

12：00　昼食、昼休憩

図２

３利用者の状況及び今回の研究事業対象者

・*登録者数*：６５名　（介入群 10 名、非介入群 10 名）

介護度別　要支援１：１０名（2,3）、要支援２：１６名（2,4）、要介護１：１３名(2,1)、
要介護２：７名(1,1)
要介護３：１２名(2,1)、要介護４：７名（1,0）、要介護５：０名

疾患別　　脳血管障害（6,3）、整形外科疾患（3,6）、パーキンソン等(1,1)、認知症、廃用症候群など

・*一日の利用者数*：平均１５名

・*今回の研究事業対象者の選定方法*：
当事業所は６ヶ月で利用終了するため、向う３ヶ月間利用する予定のある要支援１～要介護３の方で、ＯＴ担当１０名（介入群）、ＰＴ担当１０名（非介入群）を選出。

４研究事業実施にあたって調整、配慮及び苦労、特別に取り組んだ点

・職員へ事業の目的、同意書、アクティマーカーの使い方、評価方法、包括マネジメントの仕方の説明をした。

・最初に１例実施し、それを見本にした。

・対象者の名簿、アクティマーカー使用表を作り、効率的に使用できるように工夫した。

・担当者が休みの場合は、別のＯＴが評価、介入を実施するよう配慮した。
・アクティマーカーの結果を知りたいという方へ、ＥＸ量を介入前後で比較し、コメントを入れ説明した。

５事業の取り組み感想

・職員の反応：
・利用者との会話で、どんな目標か、その目標にむかってどのように行動していくかなどを意識的に聞くようになった。またそうすることで利用者の「思い」が聞かれることがあった。取り組み状況について職員や本人からの報告が多くなった。
・介護職員と協力し、手芸などの作業活動の道具の準備を一緒に考えながら行なってもらった。介護職員としても全てを手伝わず、見守り、評価しながら関わることがうまくなった。

・担当者の感想：
・事業前はＡＤＬや体力､在宅生活などの身体機能へのアプローチにウエイトを置きがちで､目標の設定も｢本人の思い｣より「スタッフ側の思い（今後の生活に必要と思われる評価)」が先にたつ内容になりがちであった。｢利用者が、現状で目標達成するためには、どんなことや活動が必要か段階的に考える｣ことを利用者とＯＴがともに行なったことで、利用者自身が目標を意識化し主体的に行動するという結果を生み出すことが出来たと思う。
・利用者の思いを引き出し、その目標を具体化して達成に向けて段階づけて支援していくこと（導いていくこと、共に歩むこと）がＯＴの役割と感じた。
・目標が家族の協力を必要とする内容であったので、家族と話をする機会が多くもてた。ＯＴは、家族の利用者に対する関わり方を評価し、本人への対応についてのアドバイスができたと思う。

６包括マネジメント（聞き取りシート、アセスメント、作業遂行力向上プラン）の意見

・聞き取りシート：
・当事業所では具体的な目標設定を意識して聞き出すようにしているため、対象者も慣れており、興味関心チェックリストを使用せずに、具体的な目標がたてられた。
・目標３つはなかなか出てこない。３ヵ月で達成を考えると、１、２個でもいいと思う。

・アセスメント：
・経験年数が多いＯＴは普段から、頭の中でこのようなアセスメントをしているが、表に書き込むことで、経験年数が少ないＯＴでも、その表を埋めるために各項目について考えるため、経験年数に関係なく、標準的なアセスメントができるのではないかと考える。

・作業遂行力向上プラン：
・作業工程の分析を行うことで、具体的な課題がどこにあるのかが明確となり、その役割がはっきりしてきたため関わりやすかった。

・これまでのプランとの違い、気づき、メリット・デメリット等：
・漠然と目標を持つよりも｢いつまでに何を実行し、どのように準備や対応をしていくか｣とＯＴと本人が計画を立てることは、実行力を高めるのに効果があった。
・非常に時間がかかる。しかし、どの工程が阻害部分なのかがわかりやすくなった。

７プログラムの実施について意見

・途中で目標にどの程度近づいたか確認することで、本人もＯＴも高い意欲で取り組むことができた。
・マンパワーの問題で、実際の作業（応用動作）が十分にできないことがあった。逆に１回でもその作業を経験した利用者は、一気に自信がついて遂行力が向上していくのがわかった。

８評価方法について意見

・生活活動範囲の評価表があればと思う（たとえば自室、自宅、隣家、町内、など）
・ＰＡＣＥは該当項目が少ないし、変化が難しいと感じた。

９事業終了後の参加者の変化、家族の意見

参加者：目標達成しても、さらに質の良い達成の仕方を望むようになった。１回の実際の作業の介入（応用動作）で、自信につながり、その後は継続してできるようになった。

家族：協力的かそうでないかにもよるが、利用者が作業するにあたって準備等の協力が必要な場合、少し負担になった。しかし、そういう方は利用者の気持ちや生活の変化をよく感じていた。

１０今後の課題または提案、感想

・評価時期が９月の運動しやすい時期と１２月の冬ごもり？という季節的特徴のある時期で、最終評価に活動量の低下がみられる利用者が多かった。

・個別リハビリを 20 分実施しているが、その中では転倒の恐れがあるなどの一人で出来ない機能訓練が中心となってしまい、実際的な活動は実施できにくい状況である。そのため、本人の自信つけや家族の理解と協力が必要となる。逆にいえば、本人が自信を持ち、また、家族が利用者に協力してくれるかどうかで目標達成が変わってくる。

・３ヶ月という短い期間で大きな体の変化はなくても、目標を達成している方が多い。目標となった作業ができない機能レベルの方もいたが、やることに対する機会がなかったり、自信がなかったりする方が多かった印象を受ける。作業のきっかけを与えること、経験により自信を持たせることが大事であると感じた。

・ 達成感を味わうことの大切さはＯＴとして十分勉強してきているのに、片麻痺やパーキンソン症状などの目に見える障害にＯＴも本人も家族もケアマネも気が向きがちで、機能訓練を目標にすることがある。今回の事業では、やりたい作業を目標にし、短期間に達成感を味わえるように段階付けていくことで、利用者の意欲を高め、身も心も元気になる姿を見ることができた。

・ 聞き取りシートをベースにし、毎月目標への自己評価をしているが、目標の確認や達成状態の経過がわかり、モチベーションへもつながるため、今後も使用していきたいと感じている

通所リハビリテーション TRY 事例報告

通０４－１－０１（女性　61 歳　要支援１　週１回利用　夫、息子と３人暮らし）

【診断名】腰椎破裂骨折

【作業目標】ミシンで袋を縫って、友人たちにプレゼントする

【アセスメント概要】動作の制限（術後のため重いものを持ってはいけない、コルセットにより前傾姿勢が取れないなど)、入院以来何も出来ないという気持ち

【達成可能なニーズ】夫にミシンの出し入れを協力してもらい、袋を作り、友人へプレゼントする

【アプローチ】まずは通所でミシンを使用し作品を作る→作品ができ、自信がついたら自宅で行なうために夫へミシン出し入れの協力を依頼する→材料購入は夫に送迎してもらう

【自己評価】実行度１点→5 点　満足度１点→5 点

作品を作ることが出来たが、友人へはもっと立派なものをプレゼントしたいから 5 点にした。

【現在】ミシンかけだけでなく、編み物（帽子、バッグなど）など趣味活動を広げて、友人、家族などへプレゼントしている。毎日やることがあって、楽しいとのこと。作品をプレゼントするために歩いて友人宅へ行ったり、手芸店へ出かけたりと活動的に過ごしている。生活面へも広がりを見せ、調理、風呂掃除、布団敷きなどできることが増えてきた。

通０４－１－０２（男性　７２歳　要介護２　週１回利用　妻と２人暮らし）

【診断名】パーキンソン病、Ｃ型肝炎

【作業目標】妻と旅行へ行きたい（泊まりで）　そのために身体機能を維持したい

【アセスメント概要】パーキンソン病、インターフェロンによる体調の変動、外出への不安、車椅子を使用することで楽な移動方法に慣れれば、外出への不安も解消されるだろう

【達成可能なニーズ】長距離は車椅子を使用し、妻と旅行へ行く

【アプローチ】体力の維持向上と安全な移動手段としての車椅子の利便性の紹介。目標について妻へ知らせる。旅行の計画は妻と話し合ってもらう

【自己評価】実行度１点→5 点　満足度１点→5 点

夫婦２人での旅行、友人たち４人での旅行と２回行ってきた。しかし、車椅子を使うことにはまだ抵抗があることと、もっと楽に旅館の中を移動したかったという点で５点にした。

【現在】身体機能は維持された状態で過ごされている。まだ、車椅子への抵抗はあるものの、旅行先では乗ってみてもいいという気持ちになっている。春になったらまた、旅行へ行く計画を立てているとのこと。（2 月で利用修了）

通０４－１－０９（男性　７３歳　要支援２　週２回利用　妻・息子と３人暮らし）

【診断名】脳梗塞（左片麻痺）

【作業目標】指数えができるくらいに左手が良くなって、望遠レンズを作動したい

【アセスメント概要】左手の巧緻性向上や握力強化、カメラ操作の工夫、カメラと三脚を持ち運べる歩行能力の向上により、カメラ撮影を再開できるだろう

【達成可能なニーズ】趣味の花の撮影を再開したい

【アプローチ】日常で補助的に使う経験を増やすことで左手の能力を把握し、能力に加えカメラ操作の工夫により撮影が可能となる体験をする。

【自己評価】実行度５点→10 点　満足度３点→10 点

カメラ操作の練習を通じて再開する意欲が高まり、写真撮影を再開することができた。紅葉の季節に、家族と紅葉撮影に出かけ、写真をプリントアウトして鑑賞してもらうことができ嬉しかった。

【現在】左手の巧緻性や握力が高まり、カメラ撮影のほかにも趣味的活動の幅が広がった。リハビリとして行なっていた牛乳パックの椅子作りやくす玉作りを自宅でも楽しみむようになり、より巧緻性が高まり作品の完成度も増している。自宅周囲の散歩が増えて体力が向上し、小旅行にも行っている。カメラの三脚の持ち運びも可能となり、写真撮影を楽しめている。

通所リハビリTRY　　利用開始日　平成　　年　　月　　日　**氏名**　　**様**

大目標：6ヶ月後に自分はどうなりたいか

小目標 3ヵ月後にどうなりたいか	月 1ヶ月目		月 2ヶ月目		月 3ヶ月目		月 4ヶ月目		月 5ヶ月目		月 6ヶ月目	
	実行度	満足度	実行度	満足度	実行度	満足度	実行度	満足度	実行度	満足度	実行度	満足度
年　月　日設定	/10	/10	/10	/10	/10	/10	/10	/10	/10	/10	/10	/10
年　月　日設定	/10	/10	/10	/10	/10	/10	/10	/10	/10	/10	/10	/10
年　月　日設定	/10	/10	/10	/10	/10	/10	/10	/10	/10	/10	/10	/10

ポイント	TRYの環境になれ、できることは自分で行うことの大切さを知る		生活の中での体の動かし方や自主トレーニングの仕方を知る		自主トレーニングを覚え、できるようになる 生活動作が安定する	自信を持って生活し、自主トレなどによる自己コントロールができるようになる
担当者会議など	ｻｰﾋﾞｽ担当者会議 利用開始 オリエンテーション			満足度調査	サービス担当者会議	利用修了 移行先への引継ぎ 自宅生活中の目標 総括
リハ計画(説明・同意・交付)	原案(　　/　　) 初回(　　/　　)	要介護の方 2ヶ月目(　　/　　)		4ヶ月目(　　/　　)		延長時のみ 6ヶ月目(　　/　　)
体重測定	kg(　　/　　)	kg(　　/　　)	kg(　　/　　)	kg(　　/　　)	kg(　　/　　)	kg(　　/　　)
測定・評価	体力測定（　　/　　） 生活の広がり（　　/　　） 老研式活動能力指標 （　　/　　）			体力測定（　　/　　） 生活の広がり（　　/　　） 老研式活動能力指標 （　　/　　） 在宅でのADL評価表 （　　/　　）		体力測定（　　/　　） 生活の広がり（　　/　　） 老研式活動能力指標 （　　/　　） 在宅でのADL評価表 （　　/　　）

修了後の方向性	修了・自宅生活	自信を持って自宅生活を継続することができる。能力が低下してきた兆候がみられたら、ｹｱﾏﾈｰｼﾞｬｰへ連絡
	インターバル利用	例：3ヶ月ごとに自宅生活とTRY利用を定期的に繰り返し、生活機能を維持向上させる
	他の事業所への移行	他の通所系ｻｰﾋﾞｽを利用して、生活機能を維持していくことができる

資料８

医療法人鴻池会　鴻池荘

１施設の地域概況

医療法人鴻池会は、大和文化発祥の地で文化財、遺跡の多い自然に囲まれた静かな環境の中で、医療・福祉・保健の統合された組織をめざし「利用者の立場に立って、医療・福祉・保健の総合サービスを提供し、地域住民の自立を支援する。」を合言葉に、単に施設でのサービスだけでなく地域に出向く多様なコミュニティサポートサービスを展開しています。

２施設の概要

①　設置母体

秋津鴻池病院 544 床

内科/精神科/リハビリテーション科/整形外科/皮膚科

職員　老健リハビリテーション部　17 名

３利用者の状況及び今回の研究事業対象者

①　登録者数

・　***介護度別***

登録者数	一日平均利用者	支援1	支援2	介護1	介護2	介護3	介護4	介護5
259	74	16	61	41	70	39	25	7

・　***疾患別***　認知症高齢者が割合が他の施設より多いです。他は混合。

②　1 日の利用者数　約 70 名

③　今回の研究事業対象者の選定方法

リハ目標が具体的に定まっていない利用者かつアクティマーカーの装着にご理解を頂ける利用者

４研究事業実施にあたって調整、配慮及び苦労、特別に取り組んだ点

アセスメントや記入方法について OT 間で共通認識をもつこと

記入時間が長く、時間を要した

特別に取り組んだことは特になかった

５事業の取り組み感想

日ごろから行なっている効果がアセスメントを通じて視覚的に確認できたことはOT 自信のモチベーションにもつながった。また次の目標立案も利用者に強制することなくスムーズに行なえた。

６包括マネジメント（聞き取りシート、アセスメント、作業遂行力向上プラン）の意見

今回の研究ではアセスメントから目標立案・実施までの流れを OT 中心に考えすぎて、介護職や CM と情報共有する意識に欠けていた。

７プログラムの実施について意見

個別の時間が限られている中なので、十分に行なえない。介護職との連携を保つことで、能力の維持、目標達成を行なっているのが実情の為、本来の連携をもっと活かすべきであったと反省しています。

８評価方法について意見

もっと苦労するのではないかと予測していた。アセスメントの結果に加え、その内容の詳細を記録して行く事で、質的変化を追っていきたいと思えた。

９事業終了後の参加者の変化、家族の意見

目標を意識して取り組んで行く事で、主体的にご自身の行動を選択されていき、とても若々しくなられた。

１０今後の課題または提案、感想

日ごろから行なっている効果がアセスメントを通じて視覚的に確認できたことはOT 自信のモチベーションにもつながった。また次の目標立案も利用者に強制することなくスムーズに行なえた。

資料9

醍醐の里　通所リハビリテーション

1. 施設の地域概況

京都市の東部に位置し、昭和40年後半～50年前半に建てられた分譲住宅と市営・府営団地，公団で構成されている地域である。子供達は独立し、他に住まいを構えている高齢夫婦の世帯、もしくは、独居世帯

2. 施設の概要

・設置母体　：　社会福祉法人　伏見福祉会
・組織
・職員　：　医師2名（非常勤含む），リハ職3名（OT常勤）+α（PT非常勤），管理栄養士1名，看護師10名+α，介護職26名+α，ケアマネージャー（相談員兼務）3名　他

・通所リハビリテーションの概要

営業日：月～土（日・年末年始休業）　　時間：9時30分～16時，
特徴：通所者の6割が男性、また、通所者全体の4割近くの障害が片麻痺である。年齢層は全体的に若く、特に、男性利用者の7割近くが60代～70代前半という利用者構成である。そのためか、機能訓練要素を求める利用者が多い。

3. 利用者の状況および今回の研究事業対象者

・登録者数　：　80名（支　2名，　介1　11名，　介2　29名，　介3　23名，　介4　14名，　介5　1名）
・一日の利用者数　：　27名
・今回の研究事業対象者の選定方法　：　ADLが自立しており、自分の意思表示がはっきりと出来る方
・対象者の一般情報　：　夫婦2人でお住まいの方が多く、自宅内は自立しておられるが、外出などの頻度が少ない方

4. 研究事業実施にあたって調整、配慮および苦労、特別に取り組んだ点

1人ずつでは参加継続意欲に欠けてしまうのではないかと考え、利用日が2人以上重なるように配慮して、グループで活動を行うようにした。利用曜日・利用回数が異なるので、活動曜日の設定に苦労した。他の利用者の目もあり、デイケアルームではない場所で行うようにした。

5. 事業の取り組み感想

・職員の反応　：「利用者への関わりのヒントになった。」という感想が多かった。利用者別の活動の関わりが出来るようになった。
・担当者の感想　：　今まで関わりの少なかった自立の利用者を中心としたので、関わりが増え、必要な情報収集ができた。

6. 包括マネジメントの意見

・聞き取りシート　：　今回は具体的に目標が言える方であったので、スムーズに行うことができた。
・アセスメント　：　環境因子についての評価が実際に訪問できないために十分に把握出来ない面があっ
・作業遂行力向上プラン　：
・これまでのプランとの違い、気づき、メリット・デメリット等　：　機能訓練的な要素が多いプログラムがリハの関わりであることが多かったが、OTらしさを出すことができた。詳細なプランで関わることが出来たが、記述することが多くなり、デスクワークが増えてしまった。

7. プログラムの実施についての意見

個別のプログラムであったので、どんな目的で行っているかが把握しやすく、本人のモチベーションはあがったのではないだろうか。

8. 評価方法について意見

基本的にレベルの高い評価であったので、利用者の活動レベルにあった評価ではなかった。

9. 事業終了後の参加者の変化、家族の意見

本人のモチベーションが上がったが、他の活動にも積極的になったというような波及はみられなかった。自宅でも、宿題として与えると出来る方、自分から家でもやってみたいと思われる方と両極端であった。

10. 今後の課題または提案、感想

本来のOT・通所リハの役割・・・としてはとても良い取り組みで、継続できれば・・・と考える。しかし、現在の通所リハという環境で、リハ職は個別リハビリ加算に縛られており、今回のような関わりを持つためにはこの部分の改善が必要であると思う。また、通所者の多くは機能訓練を求めておられ、機能訓練+作業活動であれば受け入れることが出来るが、「どちらか・・・」となると機能訓練を優先される傾向がある。現在の通所リハの状況では、OTと介護職が上手く連携し、活動がOTが専従で関わらなくとも実施できるような方法を考えて行かないと今回のような関わりは難しいと考える。

介護老人保健施設 醍醐の里　通所リハビリ（デイケア）のご案内

心身の障害を持つお年寄りの方が、家庭から通所して１日を過ごしバランスのとれた生活が行うことができるサービスです。病気・ケガは治ったけれども、家庭では自立して生活することが難しい方のために、日常生活が円滑に行うことができるようにリハビリテーションを行い心身の機能回復・維持を促します。
その他、入浴サービス・食事サービスなども行っています。

ご利用可能な方
介護保険の要介護（支援）認定にて、要支援又は要介護１～５の認定を受け、在宅で生活されている方

申込みに必要な書類
- 申込書（通所リハビリ用）
- 情報提供書（通所リハビリ用）
- 健康診断書（６か月以内のもの）

京都市の方・・・・京都市介護保険専用主治医意見書
大津市の方・・・・診療情報提供書・健康診断書（介護保険サービス用）
※但し、皮膚・肝・呼吸器疾患の方で感染症の疑いのある方、もしくは、ＭＲＳＡについて不明な方で６ヶ月内にご入院歴のある方に関しては、当施設専用の病状意見書にて提出をお願いすることがあります。

利用日および利用時間
月曜日～土曜日　午前９時３０分～午後４時（施設内）

送迎サービスについて
- ご家族様による送迎が困難な場合、当施設専用車にて送迎致します。
- 送迎地域は、京都市伏見区（主に醍醐支所管内）・山科区・宇治市六地蔵・大津市（横木・稲葉台・大谷・藤尾・茶戸・追分）です。その他、近隣地区についてはご相談下さい。

内容（スケジュール）
８：30頃～　送迎
９：30頃　到着
- 問診・健康チェックなど
- ラジオ体操
- ストレッチ体操
- 入浴
- 嚥下体操

12：00　昼食
13：00
- 個別リハビリテーション
- レクリエーション（集団体操・ゲーム・カラオケ等）

15：00～　おやつ・音楽体操
15：30～16：00　出発～送迎

１日体験をご利用の方は
入浴・個別リハビリテーションはございません。
又、体験当日は、昼食・おやつ代の実費分として700円が必要となります。

※ 郊外レクリエーションや各種行事、クッキングなども行っております。

利用料
介護保険料の１割負担＋８５０円／日（実費分）

※ご質問やご不明な点がございましたら、通所リハビリテーション担当のスタッフまでお気軽にお尋ね下さい。

社会福祉法人　伏見福祉会
介護老人保健施設　醍醐の里
京都市伏見区醍醐内ケ井戸１９番地１
ＴＥＬ　０７５－５７１－５２２２／ＦＡＸ　０７５－５７３－７６６６

資料１０

げんきのでる里

１施設の地域概況

当施設は札幌(190 万人)市清田区にあり、同区は人口約 115,000 人と札幌市で一番人口が少ない区であるが、高齢化率も一番低い(18.3%)。周囲の環境は三方が山に囲まれた市街地から離れた地区にあるが、10km 圏内にはリハビリ科を持つ医療機関が５施設、老人保健施設が３施設あり、その他特養やデイサービスなどの福祉施設が数カ所集まっている地域でもある。

２施設の概要

1)設置母体

社会福祉法人ノテ福祉会

2)組織、

3)職員（○数字は人数）

施設長(Dr.)①、副施設長①、入所(看護⑩・介護㉛)、通所(看護②・介護 ㉑)、
リハビリ(OT④・PT④・ST①)、事務(事務③・支援相談室③)　で組織する。

4)通所リハビリテーション概要

○営業日　　12 月 31 日～1 月 3 日が休日　他は営業日

○時　間　　8：30～16：00（６－８で運営）

○一日の流れ（サービス内容）

8：30～10:00	送　迎
10:00～	バイタルチェック・入　浴（自立・介助） ・個別リハビリ訓練・運動器機能向上訓練・アクティビティ　など
12:00～13:00	昼食・休息
13:00～15:30	入　浴・集団体操・個別リハビリ訓練・運動器機能向上訓練 ・カラオケ、映画・創作活動(陶芸、書道、社交ダンスなど) ・アクティビティ・レクリエーション　など
15:30～16:00	おやつタイム
16:00～	送　迎

＊リハビリスタッフは、9:00～10:00 と 3:00～17:00 の間は、入所者のリハビリ訓練を行っている。その他、兼業で訪問リハビリや訪問指導も行っている。

○特徴など　・お風呂は天然温泉！と広いスペース

・個別リハビリと運動機器機能向上訓練以外のプログラムは、各々自ら選択して参加してもらう。

３利用者の状況及び今回の研究事業対象者

1)　登録者数　約 420 名　　2)　1 日の利用者数　約 100 名

3)　今回の研究事業対象者の選定方法

・現行のプログラムや在宅生活内に変化を求めていた(変化を与えたい)利用者を中心に選定。

4)　対象者の一般情報

・別紙、提出書類参照

４研究事業実施にあたって調整、配慮及び苦労、特別に取り組んだ点

・介入する時間がゆっくり取れず、ケースにとってベストなタイミングで介入することが難しかった。(日常業務の都合)

・家族の協力依頼に時間が掛かってしまうことがあった。

・アクティマーカーの取り付けを自分で行うのが困難な方もいた。(巧緻性が必要)

５事業の取り組み感想

1)職員の反応

・全スタッフに協力を貰ったが、常に意識して取り組んでくれるスタッフもいた。
・デイケアスタッフ(ケアワーカー)にも、もっと周知すべきであった。
・ＯＴの考え方、介入方法など、他職種にも興味を持ってもらえた。

2)担当者の感想
・当デイケアでは、100 種目以上の活動プログラムを用意して行っているが、これらは
ケアワーカーが中心に行っていたので、本事業をとおしてリハビリ室の訓練と融合さ
せる切掛け作りができた。
・日常のリハビリ訓練に追加プログラムとなった利用者の場合には、担当者だけの介入では
難しいため、多くの職員の強力が必要となり、事前での説明が不十分なため当初は混乱も
みられた。

６包括マネジメント（聞き取りシート、アセスメント、作業遂行力向上プラン）の意見

1)聞き取りシート　2)アセスメント　3)作業遂行力向上プラン　4)これまでのプラント
の違い、気づき、メリット・デメリットなど
・聞き取りシートを使わず目標提示ができた利用者は、現行のプログラムと大きく変わらず
スムーズに介入できた。
・ご本人が自主的にプログラムを考えていなく、受け身的な利用者もいたので誘導して行って
もらった。

７プログラムの実施について意見

・現行プログラムに追加プログラムという形で行った方は、時間及び目標設定など実際の介入
も難しいことがあった。
・利用者の気持ちとしてはまだ受け身で参加される方が多いように思えるので、本事業導入が
利用者本位の介入につながっていくように思える。

８評価方法について意見

・もっと、利用者の主観的な意志が反映されれば良かった。

９事業終了後の参加者の変化、家族の意見

・アクティマーカーの装着で運動量が具体的に分かり、意欲的に活動したいと、意識の変化が
みられた利用者もいた。

１０今後の課題または提案、感想

・これまでは、個別リハビリが機能訓練に偏りがちであったが、日常生活で継続し実施できる
目標を具体化させることにより、活動、能力、機能の向上につながるプログラムに移行して
いくことができた。
・本人の意志や目標を十分に確認し合い、わかりやすく具体的に表示し、今後も活動、参加に
おけるプログラムに繋げていけるようにしたい。

資料１１

アゼリアホーム

１施設の地域概況

栃木県矢板市に設置、JR 矢板駅より徒歩 5 分の場所にある。
入所：100 床　　通所：30 名

２施設の概要

・設置母体：医療法人社団　為王会
・職員：看護師　12 名　　介護職　36 名　リハ職（OT3 人、PT1 名、ST1 名）
・通所リハビリテーションの概要
　営業日：日曜日、年末年始、お盆以外は実施　6 時間以上 8 時間未満
　サービス内容：リハビリ、入浴、レクリエーション、介護相談、家屋改修相談

３利用者の状況及び今回の研究事業対象者

登録者数：52 名（CVA：40%、認知症：36%、その他：24%）
要支援２：3 名、介護１：11 名、介護 2：11 名、介護 3：13 名、介護４：9 名、介護 5：5 名
・一日の利用者数：20～25 名
・今回の研究事業対象者の選定方法
　OT 側の判断で選定、その後利用者の了解を得て実施。
・対象者の一般情報
　CVA 疾患が主で認知症がなく、活動意欲が維持されている方

４研究事業実施にあたって調整、配慮及び苦労、特別に取り組んだ点

・　研究事業への協力要請で家族への説明に苦労。資料で渡された物は表現が難しい内容であったので、文言を変えて説明を行った。
・　アクティーマーカーの装着依頼が難しかった。服に挟み込むだけではあったが高齢者には難しい部分もあり、装着に苦労している話が多かった。
・　通常のプログラムを変更、追加で行っていたので関連部署との情報共有に苦労した。

５事業の取り組み感想

・利用者に聞き取りを行い、その結果を基にプログラムに反映させる部分に関しては、プログラムの根拠が容易に理解できるとのコメントがあった。本来であれば全ての利用者に対応していきたいが、現所の環境では困難な部分がある。
・担当者の感想
　今回の研究事業を行い利用者の生活に即した内容、今後の生活の中で新たな目標を抱く事が出来た事から行動意欲を掻き立てる部分では効果的と思われる。協力してくれた利用者も自分があきらめていた思いや無理だと思い込んでいた思いを言える場が出来、更に、その思いを実現するためのリハビリ実施で通常より反応が良好であった。考え方が前向きの考えに変化した感じを受けた。

６包括マネジメント（聞き取りシート、アセスメント、作業遂行力向上プラン）の意見

・能力向上に伴い、その後の目標を明確に出来る部分では漫然とした中での生活に変化を与える事ができ良かった。聞き取りシート・アセスメントの部分では特に問題はなかった。

７プログラムの実施について意見

・関連職種を巻き込む形での対応、家族とのコミュニケーションの場の増大という点で良かった。

８評価方法について意見

・方法には問題ないと思うが、期間が短い為に効果的であったか客観的な要素を求められると難しい部分があった。時期的にも寒くなるために活動量が低下する事が多かった。期間と時期を考慮する事は必要と感じた。

９事業終了後の参加者の変化、家族の意見

・具体的な変化が少ない状況であった為に特に意見はなかった。参加者も同様であった。

１０今後の課題または提案、感想

・　期間の延長とアクティーマーカーの結果のフィードバックを行って欲しい。装着したがその後の情報が得られないために協力者に説明する事が困難であった。
・　漫然とした環境の中で業務を行っている状況下であれば、今回の事業は一石を投じる事が出来ると思う。個々人を見る点で大きな材料になり得ると感じた。

資料１２

ぺあれんと

１施設の地域概況

店舗・学校・病院など比較的賑やかな市街地に位置しており、近隣住民や学校との交流にも力を入れている。

２施設の概要

・*設置母体：*医療法人　博愛会
・　*組織：*地域コミュニティスペース「ふぁみらんど」という複合施設内の１施設であり、
・　　他に「グループホーム」「ケアハウス」「生活支援ハウス」がある。
・*職員：*
・*通所リハビリテーションの概要*
（営業日、時間、一日の流れ、サービス内容、特徴等）　　等
【営業日】365 日　【時間】8：30～17：30
【一日の流れ】
・要介護者
① 8：30 送迎開始　②バイタルチェック　③入浴・リハ・個別レク　④昼食
⑤ 入浴・リハ・集団レク・個別レク　⑥16：00～自宅へ
・要支援者
① 8：30　送迎開始　②バイタルチェック・入浴適時
② 10：30～予防プログラム１（パワーリハ）④昼食
⑤13：00～予防プログラム１（パワーリハ）　13：30～予防プログラム２（体操）
随時予防プログラム３（探検隊）　を実施　⑥16：00～自宅へ

３利用者の状況及び今回の研究事業対象者

・　*登録者数（介護度別、疾患別）*
要支援１：20 名　支援 2：22 名　介護 1：35 名　2：48 名　3：31 名　4：21 名　5：2 名
・*一日の利用者数：*平均 53.7 名
・　*今回の研究事業対象者の選定方法*
① リハビリに対して協力的・意欲的ということ、息子夫婦と同居していることから選定
② ご自分ニーズがはっきりしている事、リハビリに積極的に取り組まれる事、ケアマネとの連携がとりやすい事から選定
③ 認知面の低下がない方
④ アクティマーカー装着への拒否や混乱がない方
⑤ 事業を理解することができ、一緒に目標を考えることが出来る方
⑥ 予防の方で、集団対応よりも個別で具体的作業活動を行うほうがより効果的であると考えられる方
・　*対象者の一般情報*
① 80 代女性。両変形性膝関節症、腰痛症、高血圧症。ADL は自立。（松）
② 80 代女性。認知症なし。夫・長男夫婦と同居。左大腿骨頚部骨折(H17 年)、イレウス(H17 年)、脳梗塞(H16 年)
パーキンソン症候群。イレウスにて入退院を繰り返す。
③ 80 代女性。右大腿骨転子部骨折(H19 年)、第一腰椎圧迫骨折(H19 年)、逆流性食堂炎、高血圧症。独居。ヘルパーにて食事の支度・買物・掃除支援あり。認知症なし。
③ 80 代女性。イレウス(H19 年)狭心症、腰椎疲労骨折(H18 年)、三叉神経痛(H9 年)
ケアハウス入居中。簡単な家事は可能。家族の援助あり。認知症なし。
④ 70 代男性。脳梗塞後遺症(H18 年)。認知症なし。左片麻痺軽度。趣味は庭いじり。
⑤ 60 代男性。脳出血(H7 年、H13 年)。認知症なし。言語障害あり。趣味はカメラ・パソコン。
⑥ 70 代女性。関節リウマチ(H3 年～)にて左膝人工関節、左足関節固定、左大腿骨頚部骨

折(H18 年)。独居。認知症あり。趣味は小物作り、裁縫
⑦ 60 代男性。脳出血(H18 年)。妻、娘との３人暮らし。自分なりの生活スタイルを持っている。若干、麻痺回復への執着傾向あり。園芸活動や家族との旅行など少しずつ活動範囲が拡大。
⑧ 50 代女性。くも膜下出血(H18 年)。左片麻痺。左半側無視、注意障害あり。自宅でも家事や買い物ができるようになりたいというニーズあり。

４研究事業実施にあたって調整、配慮及び苦労、特別に取り組んだ点

① 万歩計の装着方法が難しく、特に女性の取りつけが困難であった。
② はいているズボンに装着困難なため、脱いだ状態で装着し、更衣する。
③ 本人と家族（嫁）との関係性調整に苦慮した。
④ 予防の方で、集団での運動器機能向上プログラムを実施していたが、研究事業中は個別リハビリに変更した。
⑤ 予防の方が多く、個別リハビリに変更するための時間調整に苦慮した。
⑥ ニーズは上がってくるが、達成困難なニースも多く、対象者との意識共有に時間を要した。
⑦ 目標設定にあたって自宅訪問、家族や本人との話し合い、通所ｽﾀｯﾌとの話し合いのもと通所での園芸作業を開始したが、本人の取り組み意欲が低く実現せず。「自分が動くと迷惑かける。麻痺が治ったらきっとできる」と言われ、本人とセラピストの作業活動イメージが一致しなかった。
⑧ 計画したプログラムでは 20 分を超えてしまうため、自主トレ時間を作るなどの調整が必要であった。

５事業の取り組み感想

・ *職員の反応*

① 担当通所職員より、意欲的な方なので新しく物事にチャレンジすることは大変良いと思う。と前向きな反応であった。
② 通所時間に調理や歩行練習を取り入れてもらおうと計画したが、他職員より、「その人だけ特別に行うと、みんながやりたいと言われたら対応できないのではないか」と意見され、担当者自信は意欲的ではあったが、スムーズには実施できなかったという現状あり。

・ *担当者の感想*

① 実際の１日の業務の中で、いかにその方の作業についてしっかりと評価をし、関わっていくことが大切であるかを痛感した。しかし、今回数例が対象者であり、一人の対象者に時間をかけて対応したが、一人 20 分という縛りの中で、どのように本人への目的とした作業活動の遂行・職員・家族・ケアマネ関係の調整を行っていけば良いのか自分の中での課題である。
② 興味ある作業活動や以前行っていた活動などの新たな発見が多かった。
③ 家族を含めてゆっくり話ができたことで、しらなかった感情の一面を知ることができた。
④ 自宅での実際の活動の状況が把握でき、新たなニーズを発見できた。

６包括マネジメント（聞き取りシート、アセスメント、作業遂行力向上プラン）の意見

・ *聞き取りシート*

① 自身で問題点をあげていくことが困難であったため、日常生活の話をしていただき、一緒に考えていく必要があった。
② 「できたらいい」と思うことはいっぱいあるけど、「どうせできないからね」と発言される方が多い。
③ ご自分では具体的に目標を言える方は少ない。
④ 対象者と一緒に具体的な目標を考えることや、その実行度や満足度から対象者の思いを聞き出すことが出来る点がいい。

・ *アセスメント*

① ICF を使用してあったので理解しやすく記載しやすかった。
② 自宅での生活・活動量を詳しく知ることができた。
③ 自分の頭の中を整理していく過程があるため、自分の中での課題に対しての捉え方がスムーズにできる。
④ ニーズから問題点や強み、予後予測などを分類することは難しいように思う。

・ *作業遂行力向上プラン*

① 計画力・準備力などどのように記載するのかわかりにくかった。
② 目標達成のために、細かくプランを考えることができた。
③ 企画力～完了力を記載する際、実行力と検証力がわかりづらく、説明や例があればと感じた。
④ 臨床の中で、企画力や準備力などの分類を行ったことがなく、どのように分類すべきか悩んだ。

・*これまでのプランとの違い、気づき、メリット・デメリット等*

① 自宅での課題を再確認でき、より自宅での生活に役立つプランが作成できた。
② 今まで気づかなかった対象者の興味ある作業が理解でき、ニーズ→プランを立てるまでの過程がわかりやすかった。
③ 時間がかかった。特に、在宅サービスや通所職員、家族にもご協力をいただく場合、調整に手間取りプラン表作成までにかなり時間がかかった。
④ 遂行能力を評価するにあたり、いかに対象者が過保護的に守られているということを痛切に感じた。

7プログラムの実施について意見

① 問題点は短期間のうちに変化することがあり。状況に応じてのプログラム変更　が必要であった。
② その方が望む生活を獲得するためのアプローチは通所時のリハビリという短い時間の中だけで完結するのは到底困難であり、通所職員、ケアマネ、他事業所など他職種が協働していくことが不可欠である。そのためには、ケアマネのケアマネジメントの段階で、作業遂行という視点でマネジメントしていただくことも必要ではないかと考える。
③ アクティマーカーに対する拒否や7日間のストレスが高い方が多かった。
④最初は自分のやりたいこと（目標）をあげることに助言が必要であったが、プログラムが進む中で、自宅で「こんな事ができるようになりたい」と自発的に話すことができるようになった。今回の取り組みは、本人にとって良い刺激になったと思われる。

8評価方法について意見

①数値として残すことが必要であることを改めて感じた。
②活動量の大きい質問が多いと感じた。
③ プランを実行しても遂行能力が変化しないことが多かった。
④ 多くの評価があり、かなりの時間を要したが、項目があることで対象者の新たな面を見ることができた。
⑤ 対象者と長く関わっていると、一つの目標が達成できるとそれ以上を求めなくなっている自分自身に気づいた。新たなニーズを発見し、生活改善や活動の広がりを持たせていく為にも、このような評価が必要だと感じた。しかし、実際の業務の中で、時間を捻出できるのかが課題であると思う。

9事業終了後の参加者の変化、家族の意見

① 趣味のグランドゴルフが楽しめたと話される。
② 対象者がリハビリに対してより意欲的になった。
③ 終了後も計画した自主トレをずっと継続されており、朝の起床が楽になったと喜ばれる。
④ 万歩計を装着すると、目に見えて家でよく動くようになるというご意見もあり。
⑤ 担当者と個別対応のリハビリをするにあたり、悩みや不安などを話せたことを喜ばれる意見があった。
⑥ 園芸活動の為のしゃがみ動作訓練は、園芸活動には生かされなかったが、床のものが拾えるようになったことで、通所に持参するカバンの荷物を自分で整理できるようになったという別の面での効果が見られた。
⑦ 自宅での自発性は低かったが、今回家族を含めて目標を決めたことで、対象者自身も自発的に動くという意識が芽生えたようである。
⑧ 目標は十分に達成できていないが、取り組みをしたことで、対象者が元気になり、意欲的になった。
⑨ 床からの立ち上がり練習を行ったことで自宅での活動がスムーズに行えるようになったと満足度が向上。
⑩ 更なる活動の広がりを求める意見もあった。

１０今後の課題または提案、感想
① 高齢の方であり、ご自宅での問題点は日々変化していくことを再認識した。今後も定期的にご家族との情報交換、自宅での作業遂行状況を定期的に確認していこうと思う。 ② アセスメントに時間を要したり、利用者の体調不良で実施回数が少なかったこともあり、評価前後の変化が見られなかった。 ③ 今後の作業療法に生かしていきたい。（興味ある活動、ニーズをしっかり聞き、目標を立て、達成可能かどうかを話し合い、関わっていく） ④ 通所利用者に関わる場合、確かに今回のような視点で関わることの大切さは痛切に感じるところであるが、全員に対し時間をかけて対応することは現実には行えないと感じている。全員に対してではなく、対象者を絞って関わっていき、その人が変わることを、他の方にも実感していただき、利用者自身のエンパワメントにつなげていけることを期待したい。 ⑤ 時間的制約もあり、ニーズがあっても行えないことも多くある。屋外活動が必要な方も多い（買い物や図書館、映画館へ行くなど）が実際には行えていない。 今回の事業を通じて対象者のニーズを引き出し、一緒にプログラムを考え実施していくことの大切さを改めて感じることができ、自分自身の作業療法士としてのあり方を見直す良い機会となった。もっと柔軟な発想を持って関わっていきたい。

資料 13

しょうわ

1施設の地域概況
・春日部市には老健3施設、特養10施設
・春日部市の人口は240,650人
・しょうわは庄和町という春日部市の隣にある町に建てられましたが、平成17年10月1日の春日部市 と庄和町の合併によって庄和という地名はなくなったため、利用者の居住地域も拡がりました。
・送迎範囲も片道30～40kmにまで及んでいます。
・元々土地の人が多く、農家の2世帯住居の割合が多いですが、春日部市との合併などで核家族やサラリーマン一家も多くなっています。

2. 施設の概要
・設置母体:精神科クリニック併設の単独老健
・組織:医療法人
・職員:常勤・非常勤合わせて350名(常勤150名、非常勤200名)
・通所リハビリの概要:日曜日は平均20名規模、それ以外は平均130名規模での運営
早朝(朝7:00のお迎え)延長(夜8:00のお届け)サービスを行っている。
基本的に多い時間は6～8時間の利用。1～2時間デイも実施。
1日の流れは個別的であり、常に入浴、一芸活動、リハビリが実施されている。規模(通所の定員200名)や一芸をリハビリ助手として46人雇用、リハビリも20人規模での展開といった部分でかなり特徴的といわれ見学者が絶えない。医療を前面に実施し、看取り間で行う。
在宅復帰率は98%であり、往復型として退所後のデイケアの利用者が多い。

3利用者の状況及び今回の研究事業対象者
・登録者数530名、平均要介護度3.4
・一日の利用者数:通所・入所合わせて平均250名での稼働
・今回の研究事業対象者の選定方法
MMSEで認知症(ー)の方
・対象者の一般情報
性別等の一般情報は評価(一般情報)に記載済み

4.研究事業実施にあたっての調整、配慮、及び苦労
特別に取り組んだ点

・この事業にご協力頂くことを対象者全員のご家族に電話をし、了承を得た。
・事業目的や内容を伝える文章を作成し、対象者家族に配布。
・アクテイマーカーを装着する期間を伝える文章を作成し、対象者家族に配布。

5.事業の取り組みの感想
・利用者の思いや本当の希望についてゆっくりと話す時間が増えた。
・聞き取り評価では色々な話が聞けて良かったと思ったが、思うようにプログラムを実施する事が できなかった。
・期間中、目標に対するモチベーションを保つことが難しかった。
・負担に感じることもあったが、OTとしての仕事を見直すきっかけとなった。

6.包括マネージメン
①聞き取りシート
・聞き出すきっかけになった。

②アセスメント
・ICFに基づいた考察と分析でOT自身も整理する事ができた。
・状態把握の見直しができて良かった。
・紙面に表現することで考え方を明確にする事ができた。

③作業遂行向上プラン
・項目の「企画力」「実行力」など理解しにくかった。その為記入しづらかった。

④これまでのプランとの違い、気付き、メリット、デメリット等
・一人一人の利用者にしっかりと関わる事ができた。
・利用者主体となったプログラムが実施できた。
・自分の仕事を見直すきっかけとなった。

7. プログラムの実施についての意見
・この時期でのプログラム実施では大きな改善はみられなかったが、精神面での変化が見られた。

8. 評価方法についての意見
・日々の仕事の中で改まって評価することが曖昧となっていた為、勉強になった。
・評価項目が多い。

9. 事業終了後の参加者の変化、家族の意見
・あまり自分を表現することのなかった方が自分のことについて話して下さるようになった。
・変化無し
・目標の継続は難しかったが、新たな目標を持つ姿が見られた。
・事業終了後もプログラムを継続する事で目的のあるプログラムを提供し続けられており、良かった。
・初回時は「希望なし」と言った方が、終了時は自分の希望を話して下さった。

10. 今後の課題、提案、感想
・アクティマーカーを装着している事が気になってしまい、何度も機械が動いているか確認してくださる方もいた。
・装着する事が負担と感じる利用者もいた。
・落ちたアクティマーカーを拾おうとし、ご自宅トイレで転倒される事故も起こった。この方はこのままこの事業に協力しなくてはならないなら、ﾃﾞｲｹｱには通いたくないと話される。途中にて中止とする。
・初回は協力して下さった方もアクティマーカーを1週間つけることを負担と感じ、最終は行わない方もいた。
・アクティマーカーの操作が分からず、ご家族様から「おばあちゃんには無理。こんなの受けてきちゃって」
と叱られ、落ち込まれる方もいた。
↓
対象者の選択が難しかった。

・要介護度が高く、高齢の方が多い施設ではアクティマーカーでの評価には限界を感じた。
・その方の思いを知り、それを生かしたプログラム立案、プログラムを共有する事は大切である。これにより精神面の向上が認められ、結果的に活動の幅が広がった。
この考えはとても良いと思うが、アクティマーカーや評価は対象者を選定しないと利用者の負担が増大すると感じた。

資料１４

津名白寿苑

１、施設の地域概況
津名白寿苑のある兵庫県淡路市は総面積１８４．２３平方キロメートルを有し、淡路島の北部から中部に位置しています。平成22年2月1日現在で総人口４８，９４９人で高齢化率は２６，８％という超高齢化地域であります。老健施設は当施設を含め2施設あり、淡路島内では6施設あります。
２、施設の概要
・設置母体 特定医療法人社団　順心会 ・組織 事務長のもと、事務、相談員、管理栄養士、リハビリなどで構成される「事務・協助部」と、看護師長のもと、看護、介護で構成される「看護・介護部」の2つがあります。トップの施設長はDrです。 ・職員 89人〔内、事務協助部24人、看護12人、介護53人〕（2月1日現在） ・通所リハビリテーション概要 日曜日以外の週6回営業しています。12月31日～1月3日までは休み。 9時30分～15時30分までの営業で６～８時間のサービス提供を基本としています。 午前と午後で入浴とリハビリを男女で交代して行います。
３、利用者の状況及び今回の研究事業対象者
・登録者数　　112人（2月1日現在） ・一日の利用者数　　平均３２人（2月1日現在） ・今回の研究事業対象者の選定方法 今回の選定基準として家族が比較的協力的であることと少なくとも週 2 回以上利用しているという点を重視しました。
４、研究事業実施にあたって調整、配慮及び苦労、特別に取り組んだ点
現在当施設には常勤セラピストが4人（内OT２人）であり、通所利用者へのリハビリと入所利用者への短期集中加算の関係で、業務がかなり負担になっている状態です。取り組みも昼休みをできるだけ活用して行いました。
５、事業の取り組み感想
今回の取り組みで改めて感じたのは、聞き取りシートを用いて対象利用者の方のニーズをしっかりと聞くことで今まで気づかなかった思いを持っていることに気付いた点です。普段からよく聞くように注意していますが、やはり忙しい業務の中での聞き取りでは利用者様もなかなか本心を打ち明けられないのがあるのだと思います。
６、包括マネジメントの意見
上記のとおり、聞き取りシートに関しては普段もできるだけ利用者様のニーズを探るようにコミュニケーションをしっかりとるようにしているが、今回のように改まってしっかりと話をすることで見えなかったニーズが見えてくることに気付きました。 作業遂行力向上プランに関しては「企画力」など項目の理解が難しかったです。
７、プログラムの実施についての意見
利用者様と目標達成のためのプログラムを考えるのですが、やはりOTを含め専門職だけですべてを行うのには限界があり、家族や地域の協力が必要な場面がありました。本当は普段の業務からそういう視点が必要なのだという視点が出来たように思います。
８、評価方法について
困難だったのはアクティマーカーとPASEです。アクティマーカーに関してはまず対象者２人で１つを使うという点です。必然的に評価終了するのに日数がかかってしまいます。また途中で落としたりして初期化されてしまうと本部にいったん送って・・・というのが厳しかったですかね。PASEに関しては対象者の細かなスケジュールの確認が難しく、少し不確定な部分が出来てしまったように思います。
９、事業終了後の参加者の変化、家族の意見
対象者に関しては普段のリハビリからも意欲の向上が見られたのではないでしょうか。

資料１５

福久ケアセンター

1 施設の地域概況

金沢市中心部より北、国道8号線近く。北陸の地域がら雨が多く、雪もよく降る。
施設周辺は田畑が広がっており、近くには大型スーパーやファミリーレストラン、コンビニがある。

2 施設の概要

・設置母体:介護老人保健施設
・リハビリ職員:PT3 名、OT6 名
・通所リハビリテーションの概要:定員 80 名
営業日　月～土曜日　午前 9 時～午後 4 時
休み　　日曜日　お盆 8/15、16　年末年始 12/30～1/3
１０:００ 福久ケアセンター到着　健康チェック（検温、血圧測定）
お風呂またはリハビリテーション
１２:００ 昼食
１３:１５ お風呂またはリハビリテーション、教室活動、催し物
１５:００ おやつ
１６:００ 送迎車で帰宅
詳しくは（ http://www.fukuhisakai.net/tusyorihabiri.html ）
特徴　地域交流が盛んで、多くのボランティアの方が来られ教室活動や行事のお手伝いをしてくださっています。
お風呂は弱アルカリ性低張性温泉です。

3 利用者の状況及び今回の研究事業対象者

・登録者数:介護度 1　29 名、介護度 2　56 名、介護度 3　36 名　介護度 4　23 名　　介護度 5　6 名
支援1　8 名、支援 2　30 名
疾患　　脳卒中、糖尿病、整形疾患、認知症　など
・一日の利用者数:平均60名
・今回の研究事業対象者の選定方法
研究事業実施に対して本人または家族に理解が得られる方。
リハビリとして積極的な係わりが十分に取れていなかった方。
自宅訓練が自主的に行える方。
この研究により変化が予測できた方。
・対象者の一般情報
要支援 1　2 名、要支援 2　8 名、介護 1　1 名、　介護 2　5 名
男性:6 名　女性 10 名
主疾患　脳卒中、糖尿病、心疾患、腰痛症、心疾患

4 研究事業実施にあたっての調整、配慮及び苦労、特別に取り組んだ点

・アクティマーカーの取り付けの調整に苦労した。
・週一回利用者に対しての訓練や測定の調整がうまくいかなかった。
・自宅での実施することとなっている訓練内容が家族に理解得られず説得するのに苦労した。
・今まで実施していた訓練を十分と考えている利用者に対してプラスして研究の訓練を行うことの負担が大きく、最後まで研究に否定的で終了したケースがあった。
・現状満足の対象者に対しての導入が困難だった。そういう対象者に対して新しい活動を提供する必要があったのか疑問に感じた。

5 研究事業の取り組み

・職員の反応
介護・看護スタッフにも研究の進行や利用者の変化を随時報告することで、今までとは違った利用者の側面を知る機会を得られた様子。
今後のレクレーションや係わり方の参考となっていた。
時間的な余裕が無いこともあった。
・担当者の感想
目標が利用者のやりたいことと明確であったために意欲的で積極性がよく見えたと同時に訓練遂行がスムーズであった。
通常訓練では実施できなかった訓練がこの機会で行え、今後の訓練の幅が広がった。
OT と対象者両方の納得したプログラムが行えた。

6 包括マネジメント(聞き取りシート、アセスメント、作業遂行向上プラン)の意見

・作業分析項目が明確であったため訓練実施までの予測が立てやすかった。
・作業遂行向上プラン表の各項目が不明確でどう分けていいのかわかりにくかった。
・聞き取りシートの満足度（自己評価）があいまいでその時の感情によって変わってくるので評価が曖昧になった。
・今まで聞き取れなかった在宅の様子が見れた。

7 プログラムの実施について意見

・自宅で行うプログラムが実際行われているのかの確認が取れなった。
・通常訓練と研究訓練の同時進行は利用者にとって負担が大きかった感じを受けた。

8 評価方法について意見

・アクティマーカーデータの信頼性に疑問がある。（座位での活動では数値が残りづらいため）
・なかなかやりたいことを聞き出すことに時間がかかった。

9 事業終了後の参加者の変化、家族の意見

・参加者の変化
片麻痺の対象者の方は発症してから着ていなったボタンのシャツやベルトのズボンを毎日着用するようになり、洋服の幅が広がった。
自宅でも家事する機会を持つようになった。料理の話を良くする様になった。
集団活動中の積極性が強くなった。
会話量が増えた。
座位での活動時間が増えた。
自宅でも訓練することで家族が喜んでいたと、対象者が喜んでいた。
・家族の意見
こんなことがまだ出来ると再認識できた。
続けてプログラムをやってほしい。

10 今後の課題または提案、感想

・評価項目が細かく書類が多いため実際の臨床でこのまま評価表を使用するのは困難。
・対象者が現在 OT が係わっている方だったので、まったく係わっていない方を対象としたら、より変化が現れたのではなか。
・OT 以外の職種でも評価できる内容もあったので利用者と係わる際の参考にして行ければと感じた。

第五章　介護と医療の連携事業

Ⅰ．はじめに

この度，平成 21 年度老人保健健康増進等事業の国庫補助を受け「自立支援に向けた包括マネジメントによる総合的なサービスモデル調査研究事業ののうちの「医療から地域への連携モデル事業」を，社団法人日本作業療法士協会の会員が所属する病院の協力を得,在宅復帰する入院中の患者を対象に退院時の地域包括支援センター及び居宅介護支援事業所等の関係機関へ申し送る連携を行い，また必要に応じて担当の介護支援専門員（以下，CM）と協同介入をして包括マネジメント継続が図られるモデルを提案し，その効果を測定したので報告する．

Ⅱ．研究事業の概要

１．取り組み項目

今回の取り組み項目は，①「包括マネジメントによる入院医療機関から在宅への移行支援 」と②「実施と結果検証 」であった．

２．基本内容

まず研究対象者を「入院患者で入院中に作業療法を実施しかつ在宅復帰する方 」とした．その対象者・家族に対し，担当の作業療法士が今回の研究事業の趣旨や内容等を文書と口頭で説明し研究事業への協力依頼を行った．

結果承諾された方を「同意者」，承諾されなかった方を「不同意者」とした．なお，「不同意者」はこの時点で対象外とした．同意者に対しては「同意書」をもって確認した．また本研究事業を進めるにあたっては，個人情報の保護や倫理的配慮を遵守する旨を紙面で説明した．

次に「同意者」に対し，担当作業療法士が１）在宅生活移行に向けた①「包括マネジメントの実施」と②「退院 1 週間後の家庭訪問（担当介護支援専門員と同行訪問）による生活状況の確認や相談・指導などの介入」，③「退院 3 ヶ月後の調査目的の家庭訪問」するケースと，２）在宅生活移行に向けた①「包括マネジメントの実施」と③「退院 3 ヶ月後の調査目的の家庭訪問」をするケースを説明し，同意者本人の選択と自己決定のもと１）のケースを「介入群」，２）のケースを「非介入群」として調査研究を行った．

○「介 入 群 」：本人の了解のもと，退院前後に在宅訪問など作業療法士が直接介入した方
○「非介入群 」：本人の了解が得られず，介護支援専門員へ情報提供など間接介入した方
　なお，両群とも入院中に在宅生活に向けた包括マネジメントを実施し，その情報を担当する介護支援専門員へ申し送った．

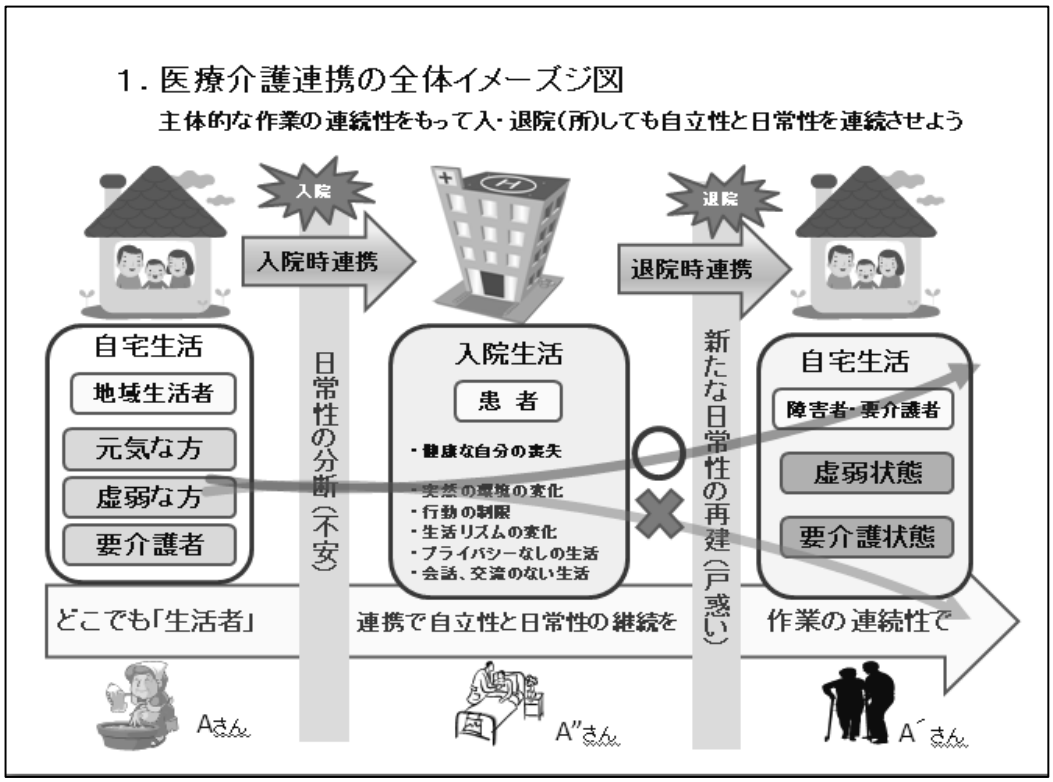
３．手段

今回の一連の包括マネジメントをもって在宅生活移行支援を行うにあたり手段としたことは，
１）本人の「持てる力の活用（思いの引出し，思いの確認，思いの実現）」
２）作業の連続性（したい作業，できる作業をし続けるよう支援する）
の２つであった．（スライド（以下，S）1：医療介護連携の全体イメーズジ図）

４．実施機関

地域性による影響をできるだけ少なくするため，北海道・東北，東海，北陸，九州から１医療機関，計４医療機関に協力を求め実施した．その後で２医療機関追加となり６医療機関で行った．

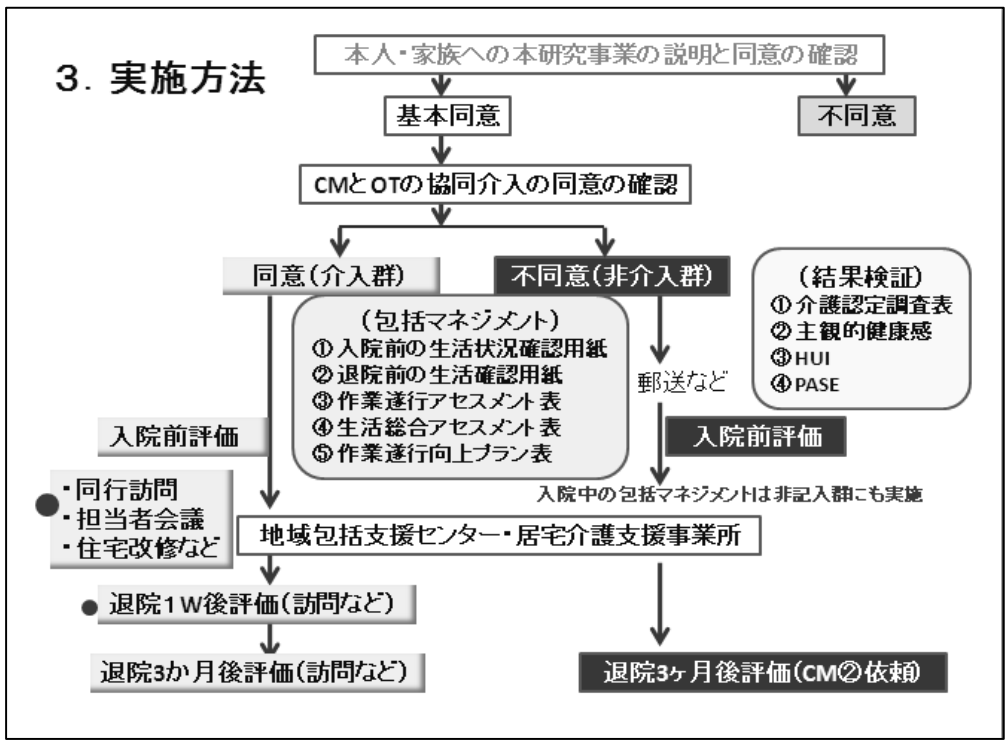
【Ｓ1：「医療介護連携の全体イメーズジ図」】



５．実施期間と実施方法

平成 21 年 9 月から 22 年 2 月までの間に，入院中の包括マネジメントから退院 3 ヶ月後の訪問まで実施したケースを対象者とした．なお，一連の作業工程を「Ｓ２：実施方法」に示す．

【Ｓ２：「実施方法」】



Ⅲ．実施結果

１．協力医療機関と対象者

「Ｓ３：協力医療機関と対象者」に示すように，４都道府県６医療機関で１０９名の方に説明を行い協力を依頼した．結果１８名が「不同意」，９１名から「同意」が得られた．

しかし経過中に１４名が中止，２４名が退院日の延長などで退院３ヶ月後の調査が期日まで行えず，今回の集計期日まで最終データが得られたのは５３名であった．

また「不同意者」１８名の理由は「自宅を訪問されることへの拒否」が最も多かった（Ｓ４）．

「中止者」１４名の理由は主に入院であった（Ｓ５）．その割合は同意者９１名の１５％と高い数値を示した．また入院者１０名は同意者９１名の１１％にあたり、在宅に生活する要介護高齢者は再発や一般健康状態に急変を生じ易いことがわかった．

【Ｓ３：協力医療機関と対象者】

医療機関名	地区	総数	不同意	同意者(91名)			
				中止	提出期限超	介入群	非介入群
藤元早鈴病院	宮崎県	109	(18)	(14)	(24)	34人	19人
フジ虎ノ門整形外科病院	静岡県						
静岡リハビリテーション病院	静岡県						
石川県立高松病院	石川県						
竹田綜合病院	福島県						
芦ノ牧温泉病院	福島県						
計		109	18	14	24	53人	

【Ｓ４：「不同意」の理由】

理由	人数
自宅訪問されるのが嫌	８人
本人の気持ち(拒否)	３人
軽度のため「不要」	３人
用紙をみて「大変そう」	２人
家族が協力的でなく拒否	１人
不明	１人
計	18人

【Ｓ５：「中止」の理由】

理由	数	内訳	数	備考
入　院	10	脳梗塞	3	
		心疾患	2	
		その他	5	肺炎、認知症、体調不良など
担当OTの都合	2			
長期不在	1			
家族訪問拒否	1			
計	14			

２．対象者の内訳

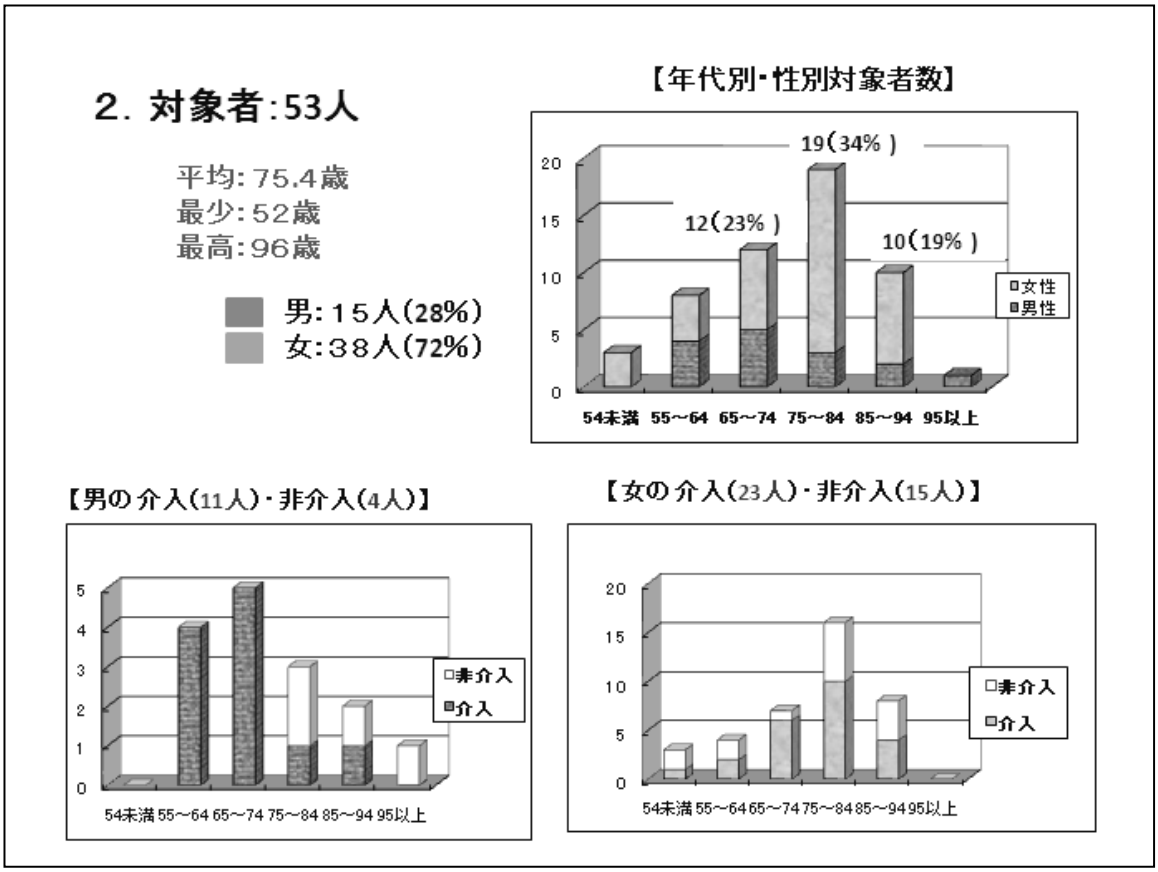
対象者５３名の内訳は，平均年齢７５．４歳，最少５２歳，最高９６歳であった．

男女別では，男１５名（２８％），女３８名（７２％）と，男：女≒１：３の割合であった．

年代別では，７５～８４歳未満が１９名（３４％）と最も多く，次いで６５～７４歳未満が１２名（２３％），８５～９４歳未満が１０名（１９％）であった．

なお男女の別と介入・非介入別の内訳については，Ｓ６を参照．

【Ｓ６：対象者の内訳】



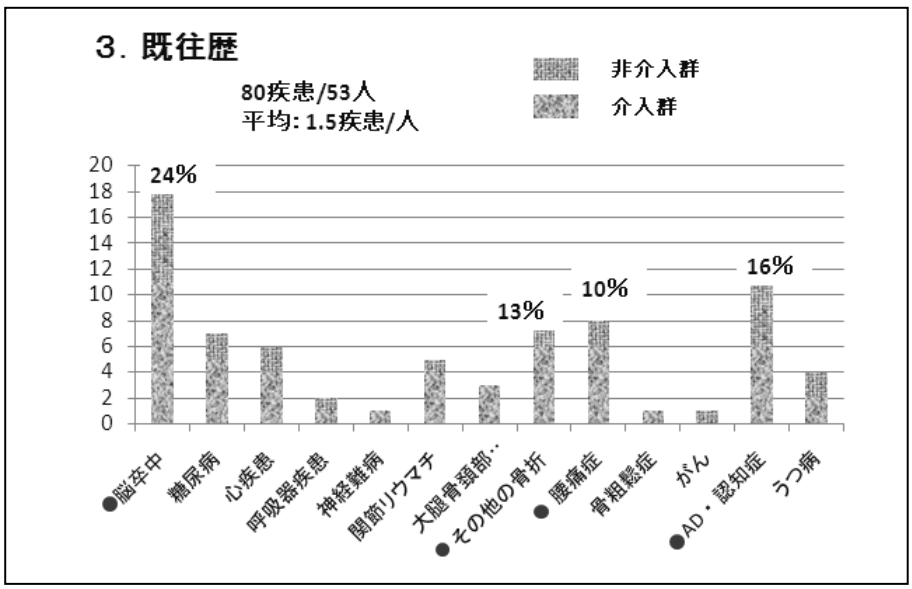
３．既往歴

対象者５３名で８０疾患，１人平均 1.5 疾患 の既往歴で，脳卒中，認知症，その他の骨折，腰痛症の順で多かった（Ｓ７）．

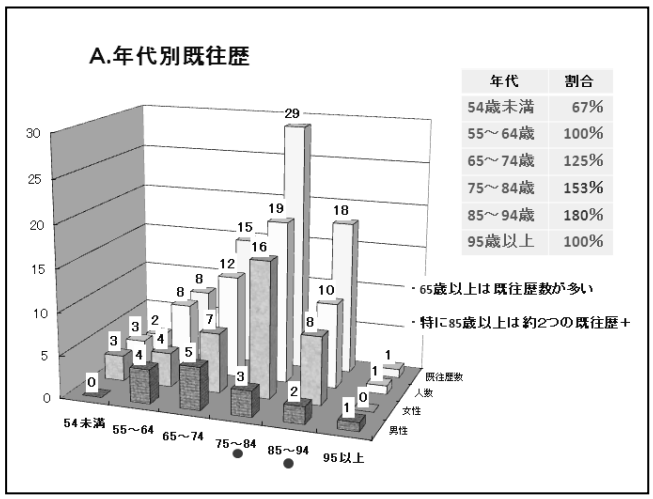
年代別では，65 歳以上になると既往歴数が多くなり，特に 85 歳以上は約２つの既往歴を抱えていた（Ｓ７Ａ）．

男女別では，両群に共通して多い疾患は「脳卒中」，「認知症」，「その他の骨折」であった．また介入群では「関節リウマチ」「大腿骨頚部骨折」「腰痛症」が多かった（Ｓ７Ｂ）．

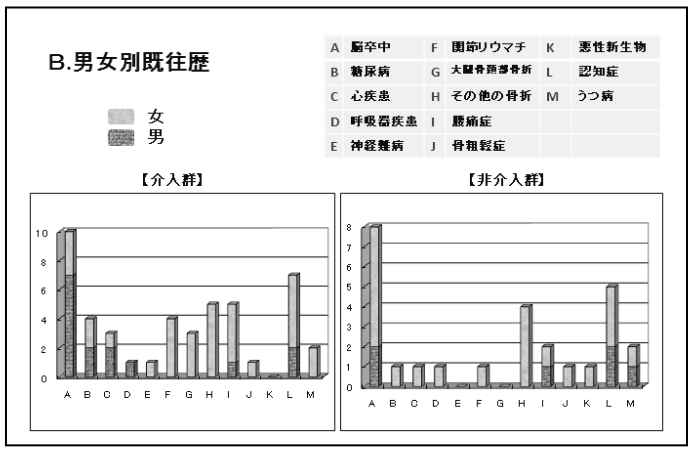
【Ｓ７：既往歴】



【Ｓ７Ａ：年代別既往歴】



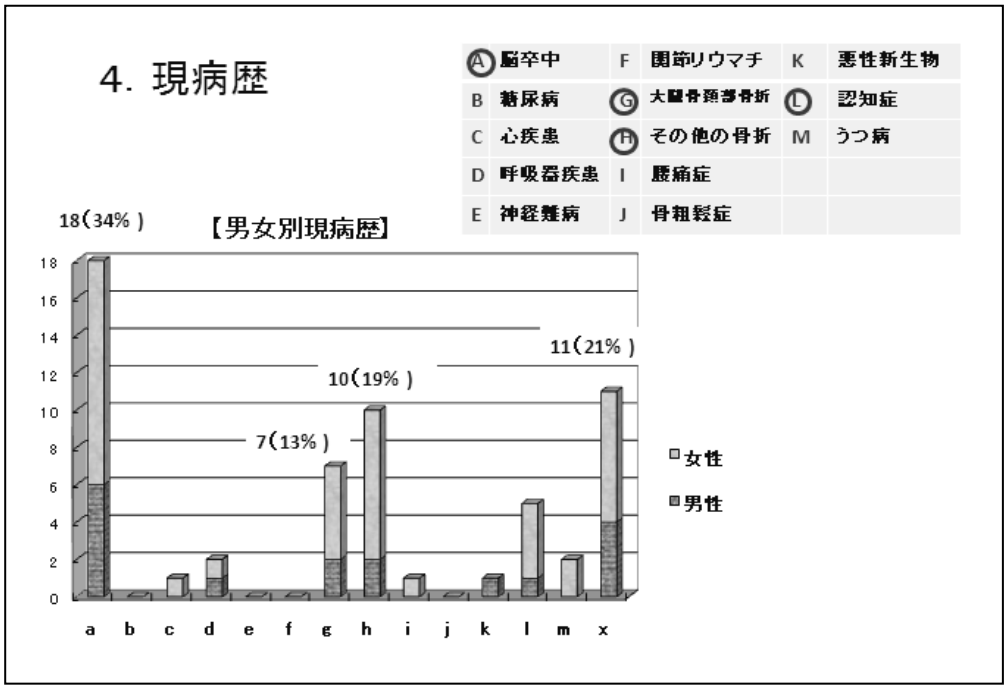
【Ｓ７Ｂ：男女別既往歴】



４．現病歴

対象者５３名の現病歴は，「脳卒中」「認知症」「その他の骨折」「大腿骨頚部骨折」の順に多かった．特に脳卒中が１８名（３４％）と多かった．（Ｓ８）．

【Ｓ８：現病歴】



５．入院前の生活状況

「入院前の生活状況確認用紙」を用いて入院する前の生活についてチェックをした．

この「入院前の生活状況確認用紙」はＳ９に示すように，「一般健康状態」に関する項目５，「基本的日常生活動作（以下，ＢＡＤＬ）」に関する項目が７，「手段的ＡＤＬ（以下，ＩＡＤＬ）や趣味や社会的活動」が１３項目，計２５項目からなる質問票である．

調査の結果，

１）５３名２５項目で総計４５６個，一人８．６項目（３４％）に不調・不具合を抱えていた（Ｓ９Ａ）．

２）項目別では，「地域での役割」「地域の集まり」「遠くまでの外出」「服装への気配り」「ご近所への訪問」

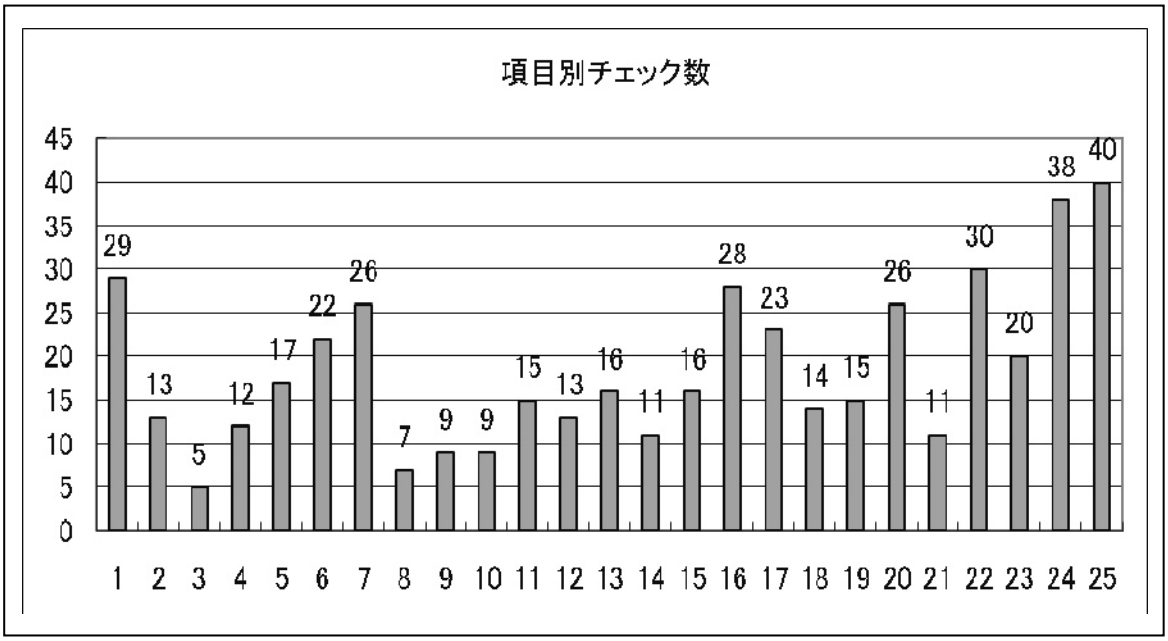
など「ＩＡＤＬや趣味や社会的活動」,「一般健康状態」での「痛みや不調」，ＢＡＤＬでは「食事をすること」に不調や不具合を抱えていた（Ｓ９Ａ）.

3）年代別では，７５～８４歳未満が１９名で１８８項目，発生率４０％と最も高く（９５歳以上は４８％と高かったが対象者１名のため取り上げず），年齢が上がるにつれ不調・不具合を抱えて生活していることがわかった（Ｓ９Ｂ）.

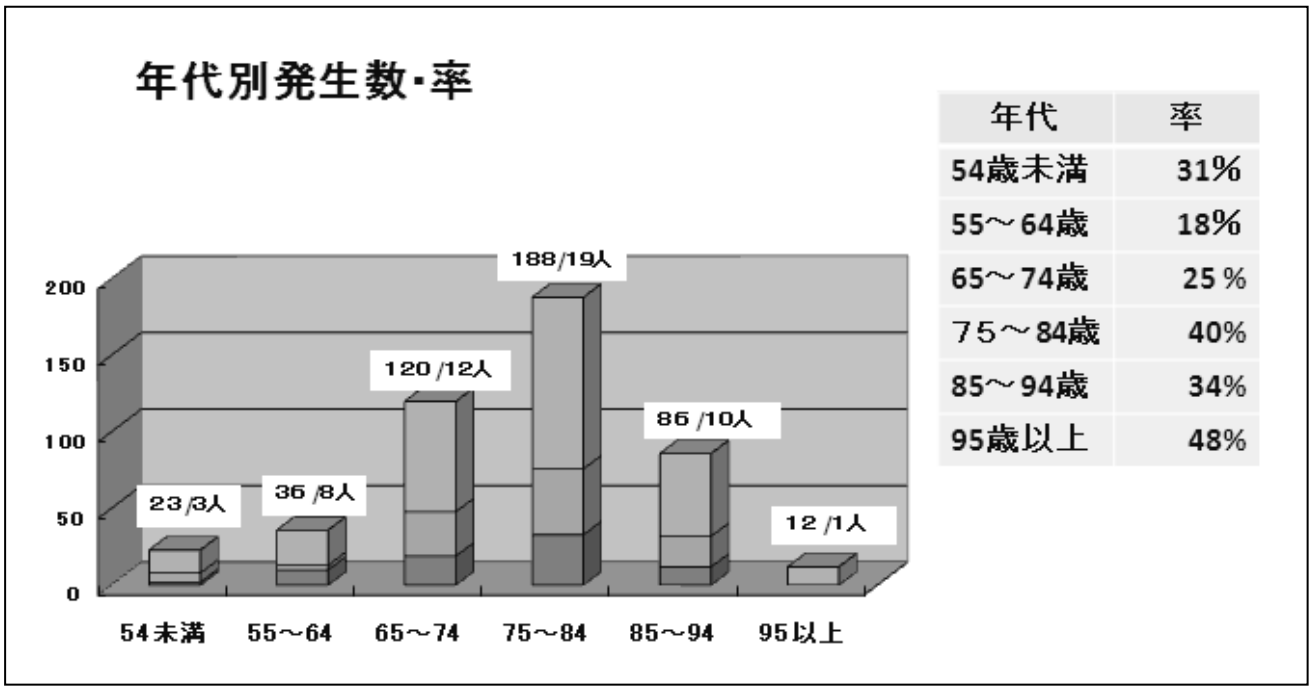
【Ｓ９：入院前生活状況確認用紙】

		質問項目	回答	
健康状態	1	痛いところや調子が悪いところはありましたか。	あった	なかった
	2	深く心配なことはありましたか。	あった	なかった
	3	食事は毎日美味しく食べていましたか。	なかった	いた
	4	夜は良く眠れていましたか。	なかった	いた
	5	お通じは定期的にありましたか。	なかった	あった
BADL	6	立ち・座り、階段の登り降り、室内歩行に支障はありましたか。	あった	なかった
	7	食事をするのに支障はありましたか。	あった	なかった
	8	トイレ(排尿・排便)をするのに支障はありましたか。	あった	なかった
	9	お風呂に入るのに支障はありましたか。	あった	なかった
	10	着替えや身だしなみをするのに支障はありましたか。	あった	なかった
	11	家の周囲(約1km)を歩くのに支障はありましたか。	あった	なかった
	12	その他、特に不具合なこと、不都合なことはありましたか。	あった	なかった
IADL・趣味・社会参加	13	お金の支払や薬の管理は、ご自分でしていましたか。	いない	いた
	14	家のことを何かしていましたか。(例、掃除・調理・洗濯、留守番)	いない	いた
	15	何か好きなとはありましたか。好きなことをしていましたか。	いない	いた
	16	服装や身だしなみには気を配っていましたか。	いない	いた
	17	新聞や雑誌、本などを読んでいましたか。	いない	いた
	18	日記や手紙など字を書かいていましたか。	いない	いた
	19	家族とお話しをしていましたか。	いない	いた
	20	ご近所やお友達のところに訪問していましたか。	いない	いた
	21	近くの店に買い物に行っていましたか。	いない	いた
	22	自家用車やタクシー、バスや電車などで他の市町村まで出かけていましたか。	いない	いた
	23	地域や世の中の動きについて関心がありましたか。	いない	いた
	24	地域の集まりに参加していましたか。(例、お祭り、老人会など)	いない	いた
	25	地域で何らかの役をしていましたか。(役員、ボランティアなど)	いない	いた

【Ｓ９Ａ：項目別チェック数】



【Ｓ９Ｂ：年代別チェック数・率】



年代	率
54歳未満	31%
55～64歳	18%
65～74歳	25％
75～84歳	40%
85～94歳	34%
95歳以上	48%

６．退院後の生活に関する聞き取り結果

退院後の生活に安心して移れることを目的に，「退院後（在宅・施設）の生活に関する聞き取り用紙」を用いて「不安なことや心配なこと」や「やりたいこと･できるようになりたいこと」について聞き取りをした．結果，

１）「不安なこと・心配なこと」では，一人平均 2 件で，主に歩行を中心とする起居移動動作と入浴動作などＢＡＤＬに関することが中心であった．ＩＡＤＬにおいては特に調理など家事に関することが多かった（S10A）．

2）「やりたいこと･できるようになりたいこと」では，一人平均２件で，家事や手芸や庭の手入れなど自宅内でのＩＡＤＬに関することと，外出や買い物など屋外活動に関することが多かった．また，「やりたいこと･できるようになりたいこと」では「不安なこと・心配なこと」と違い，個人によって希望することが種類も幅も多岐にわたっていた．

【退院後（在宅・施設）の生活に関する聞き取り用紙】

様式②A

コード番号：医ー（　　）ー（　　）ー（　　）

②退院直前での在宅生活確認用紙

（作業聞き取りシートを兼ねる）

あと少しで在宅での生活となります。
安心な在宅生活へと移行できるよう、事前に準備や調整が必要なことを確認していきたいと思います。

1）退院後の在宅生活を考えた場合は、不安なことや心配なことはありますか。
（例、お風呂は入れるのだろうか、外は歩けるだろうか、旅行にいけるだろうかなど）
□ある　・　□ない

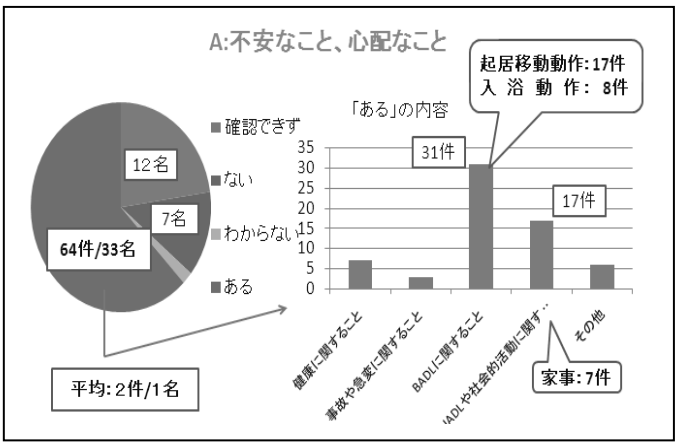
	不安・心配なこと	何か対応策はお持ちですか
①	病前みたいに一人暮らしになるが、階段が昇れない、転びそう。	手すりを付けてもらう予定
②	うまくしゃべれない。病前のように他人と話しができるだろうか。うまくしゃべれるだろうか。	どうしたらよいか、わからない

2）退院後の生活で大切なことは、作業（身の回りのこと、趣味、遊び、勉強、仕事など）をすることです。ですから、退院する前にやりたいことを確認しておきましょう。
（例、料理をしたい、旅行へ行きたい、趣味を続けたいなど）
□ある　・　□ない

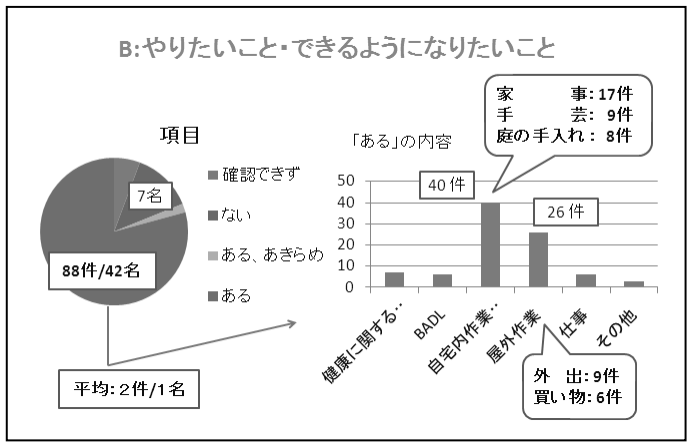
	やりたいこと･できたいこと	何か対応策はお持ちですか
①	回答なし	

記入日：　　年　月　日
記入者：医療機関名（　　）
職種（　　）、氏名（　　）

【Ｓ10Ａ：不安なこと・心配なこと】



【Ｓ10Ｂ：やりたいこと・できるようになりたいこと】



7．作業遂行アセスメント

退院後の生活に関する聞き取りで確認された本人の思いを退院後３ヶ月後にしている・できるようになっている作業目標を「作業遂行力アセスメント表」「生活総合アセスメント表」を用いて，確認・設定した．

【作業遂行力アセスメント表】

様式③

コード番号：医ー（　）ー（　）ー（　）

③作業遂行アセスメント表

作業目標 作業聞き取りシートA1	一人でバスを利用し、外出することが出来る（買い物、受診等、発病前の生活がしたい）	達成可能なニーズ A1	3ヵ月後まで、娘や嫁などの見守りのもとバスを利用し、受診することができる

アセスメント項目		心身機能の分析 （精神機能、痛み・感覚、神経筋骨格・運動）	活動と参加の分析 （運動・移動能力、セルフケア能力）	個人因子 （職業歴・特技・性格）	環境因子の分析 （用具、環境変化、支援と関係）
作業遂行の問題を生じさせている要因		・脳梗塞発症後はバスを利用していなく、自信がない	・軽い右片麻痺と両膝OAがあり、階段昇降が困難		・家族が万が一とCS配し止めている
作業目標達成可能な理由と根拠	現状能力（強み）	・注意力は十分あり、	・現在、病院内階段、手すりで自立。	・発病までは一人でバスを利用していた。	・市内のバスは手すりが処ずついている。
	予後予測	・受診時、娘や嫁と一緒にバスを利用してみる（本人も自信がつくだろう） ・OKであれば一人で受診へ	・手すり等のつかまるところがあれば階段昇降可能となると思われる ・段差の高さは、病院内階段より高いが、訓練にてクリアできると思われる		・家族のCS配があるため、本人の動作状態を見せれば納得するのでは？

【生活総合アセスメント表】

様式④

コード番号：医ー（　）ー（　）ー（　）

④生活総合アセスメント表

【発病前の生活状況】
以前から両膝の変形性関節症はあったが、今回の発病前は、一人でバスを利用し、受診や買い物をしていた。また習字を趣味にしていた。
一人で暮らしていた。

【今回のアクシデント】
□徐々に生活機能が低下
☑発症（脳梗塞）
□その他（　　）

【現在の生活状況】
自宅での身の回りの動作や、家事動作は自立しているが、歩くときや段差でのふらつきがある。その時に膝の痛みも出る。
よって、階段の昇り降りやバスの利用はしていない。

【ご本人の想い・願い】
1、バスを利用して外出したい
2、習字をやってみたい

【現在の状態をもたらしている基本原因】
脳梗塞による軽い右肩麻痺と両膝に変形性関節症のため、歩行や段差でのふらつきや膝痛がある。そのために、自宅階段の昇り降りはせず、バスでの外出はしていない。

【改善・活用できる項目】
①脳梗塞や両膝変形性関節症は、症状安定している
②手すりがあれば段差昇降もOK
③意欲的であり、注意力も十分にある
④家族が協力的である
⑤通所リハを利用開始する

【影響している環境要因】
一人での外出は家族がCS配し、止めている。
発病後バスに乗っていないため不安である。

【アセスメントまとめ】
① 軽度の右片麻痺と廃用症候群による筋力低下によって、ふらつきや段差昇降の際の膝痛が生じていると考える。よって、通所リハの個別リハにおける筋力強化や歩行・階段昇降等の練習を繰り返すことで改善できると考える。
② 身体機能の改善に伴い、バス利用での外出（受診や買い物）に必要な動作を通所リハの中で模擬練習をすれば自信につけになるであろう。
③ 本人の動作機能と自信の確認により、家族へ適切な説明をし、段階的な自立化に向けたお手伝いを、相談しながら行なうことが重要。

８．作業目標支援計画

「作業遂行力向上プラン表」を用いて，作業目標を達成するための支援計画を立てた．

【作業遂行力向上プラン表】

達成可能なニーズ（目標）	達成に必要な作業工程の分析と取り組むべき具体的課題		評価 前	達成のための方法（どのような方法で）	実施方法（だれが、どのように行なうか）		評価 後
A1 公共交通バスを利用して買い物や受診をしたい	① 企画力	・以前も行なっており。説明もできる ・自信がないためか、遠慮しているためか家族へ提案ができない	1 2 (3) 4	・助言・指導により、通院にバスを利用することを家族に提案する	物理的		(1)
					人的		2
					サービス		3
					指導・援助	CM&OT →相談・助言	4
	② 準備力	・受診日のバス時刻表を調べる ・時刻に間に合うよう家族へ待ち合わせの連絡をする。	(1) 2 3 4		物理的		(1)
					人的		2
					サービス		3
					指導・援助	CM&OT →相談・助言	4
	③ 実行力	・家族と一緒にバスで通院する ・安全にバスの段差昇降ができる	1 2 3 (4)	・下肢の筋力強化 ・手すり使用での30cm段差昇降の練習 ・12月受診時試行	物理的		(1)
					人的	家族(娘・嫁)の協力	2
					サービス	通所リハ →移動動作の練習	3
					指導・援助	CM&OT →家族へ説明と提案	4
結果	④ 検証力	・バスの利用が安全にできたか，自信はあるか，家族は心配ないか確認する．	(1) 2 3 4		物理的		(1)
					人的		2
					サービス		3
					指導・援助	CM&OT →確認	4
☑達成 □未達成	⑤ 完了力	・一人での通院の自信と家族の許可を得る ・次回の時刻の確認	1 2 (3) 4	・家族の許可と協力を得る ・次回受信日確認(本人)	物理的		(1)
					人的		2
					サービス		3
					指導・援助	CM&OT →確認	4

評価基準；1=一人で可能、2=手かがりや見本があれば可能、3=助言があれば可能、4=介助が必要
①企画力：作業内容や大まかな作業工程の作成，　**②準備力**：具体的な作業工程の作成，必要物品・材料・経費等の選定と準備，
③実行力：実践（注意・集中，確認，修正など含む）　**④検証力**：終了の判断，最終確認，振り返り，　**⑤完了力**：意欲，やり抜く力，新たな作業への意欲

９．申し送り

退院する前に，ケースを担当する居宅介護支援事業所や管轄の地域包括支援センターのＣＭに，「連携依頼用紙」に「入院前生活状況確認用紙」「退院後（在宅・施設）の生活に関する聞き取り用紙」「作業遂行力アセスメント表」「生活総合アセスメント表」「作業遂行力向上プラン表」を添付し，持参あるいは郵送で申し送った．

なお実際のケースを申し送る前に各協力医療機関から該当する居宅介護支援事業所や管轄の地域包括支援センターの長に対し，本研究の説明と協力依頼を文書と口頭で行い，事前に書類で承諾を得た．またその際に，個人情報の保護等に関する確認もした．

10．介入の内容

介入群に対し作業療法士が退院前後に介入した内容を「相談」「訪問」「調整」に区分し，その回数と所要時間，内容について集計した．なお，退院後３か月の訪問はチェックを基本としたため含めなかった．

結果，介入群３４名に述べ８８回（一人平均２.６回），総時間５０時間５５分（一人平均１時間３０分）であった（S11A）．

【Ｓ11Ａ：介入別回数・所要時間】

	相談		訪問		調整	
	回数	時間(分)	回数	時間(分)	回数	時間(分)
介　入	28	345	37	2495	23	215
一人当たり	0.8回	10分	1.1回	73分	0.7回	6分

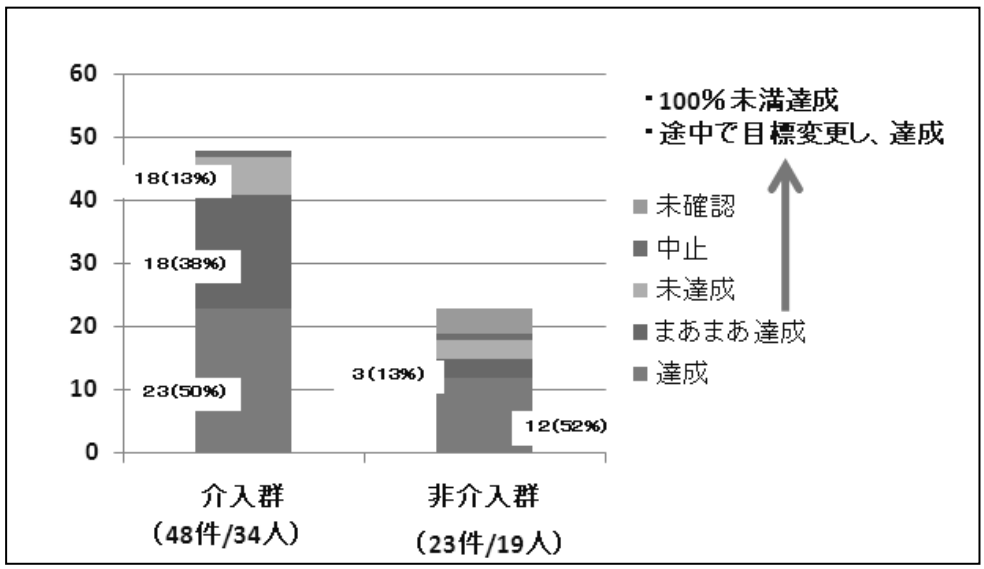
88回(2.6回/人)で3055分(50時間55分/34人
一人当たり2.6回、90分(1時間30分)

11. 作業目標とその達成度

退院後３ヶ月後に退院前に設定した作業目標が達成したかどうか確認をした結果，両群とも一人当たり平均目標数が１.４項目であった.

達成度は，介入群で「達成」「まあまあ達成」の合計が 85% ，非介入群で「達成」「まあまあ達成」の合計が 65% ，中止が両群各１件，計２件の（３%） であった（Ｓ11Ｂ）.

【Ｓ11Ｂ：介入別回数・所要時間】



12. 実施結果のまとめ

①同意者 91 人中 14 人（15.4%）が中止となった．その主な原因は入院であった.

②対象者 53 名人中 75～84 歳未満が 19 人（35%）と，後期高齢者の入院が多かった.

③男女比は約３：７と女性の入院が多かった.

⑤対象者 53 人で 80 疾患（1 人当たり平均１.４疾患）の既往歴を認めた.

⑥特に 75 歳以上の方は，その割合が 150%～180%と高かった.

⑦脳卒中が最も多く，次に認知症、その他の骨折の順であった.

⑧入院前の生活においても， 不調や不具合を抱えたまま生活していた.

⑨特に 75 歳以上の方は２５のチェック項目中，約 40%の項目に不調や不具合を抱えていた.

⑨退院直前に在宅生活を想定した場合の“不安なこと・心配なこと”では，１人当たり平均２件，主に起居移動動作や入浴などＢＡＤＬに関する項目が多くあがった.

⑩退院後に“やりたいこと・できるようになりたいこと”では，家事や手芸、庭の手入れなの屋内作業や外出

や買い物などの屋外作業を筆頭に，ＩＡＤＬから趣味や仕事まで多岐にわたっていた．

⑫介入回数・時間は，家庭訪問を中心に一人当たり 2.6 回で約 90 分であった．

⑬退院後 3 か月の作業目標は，一人当たり 1.2～1.4 件であった．

⑭目標の達成度は，「介入群」: 85%、「非介入群」で 65%と高い達成度を示した．

⑮「中止」は各群に 1 件ずつで，全体の 3%と低かった．

Ⅲ．検証結果

結果検証を以下の４つの成果指標を用いて測定し，退院前と退院後 3 か月の結果を比較検討し，併せて介入群と非介入群に分けて検証した．

１．成果指標

１）介護認定調査項目

２）主観的健康感

３）HUI（Health　Utilities　Index）

４）PASE（Physical　Activity　Scale　for　the　Elderly）

２．結果

１）介護認定調査項目

（１）項目１－１）～１３）（S12A）

両群とも“変化なし”が大半で，“向上”＞“低下”であった．「洗身」「つめ切」で特に向上していた（S12A）．

（２）項目２－１）～１２）

両群とも「外出頻度」で向上．これは通所介護・リハ利用によるところ大きい．両群とも“向上”＞“低下であった”．非介入群で、「移乗」「移動」で一部低下を認めた．（S12B）．

（３）項目３－１）～９）

両群とも「変化なし」が大半であった（S12C）．

（４）項目４－１）～１５）

介入群の方が一部向上した件数が多かった ．介入群の方が“向上”＞“低下”であった（S12D）．

（５）項目５－１）～６）と７

両群とも「障害者ＡＤＬ自立度」「簡単な調理」で向上 していた．介入群において「障害高齢者の ＡＤＬ自立度」が大きく向上した（S12E） ．

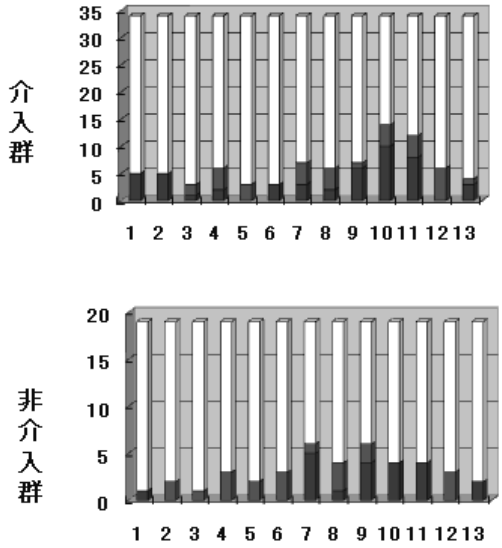
（６）全体集計結果

変化なし（維持）、向上（改善）で 93%。低下は 7%のみであった （S12F）．

【Ｓ１２Ａ：項目１－１）～１３)】

1．介護認定調査（退院前と退院後3か月での変化）

1）項目1－1）～13）

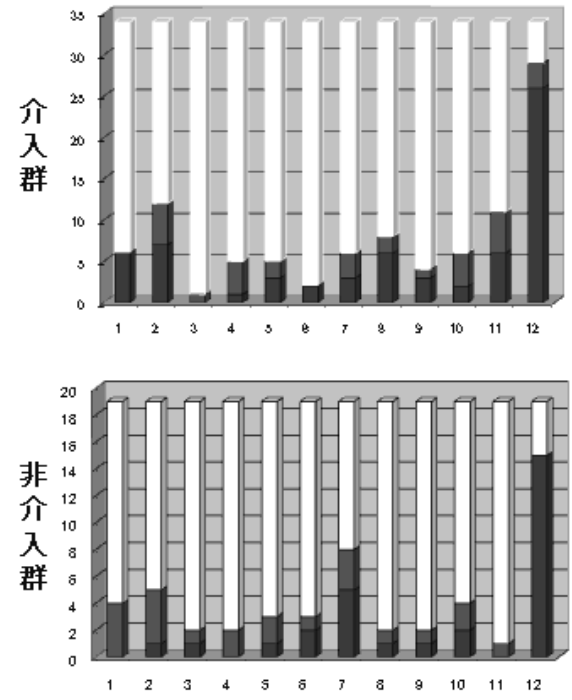


1-1	麻痺の有無
1-2	拘縮
1-3	寝返り
1-4	起き上がり
1-5	座位保持
1-6	両側での立位
1-7	歩行
1-8	立ち上がり
1-9	片足立ち
1-10	洗身
1-11	つめ切
1-12	視力
1-13	聴力

・両群とも“変化なし”が大半
・両群とも“向上”＞“低下”
・両群とも「洗身」「つめ切」で向上

【Ｓ１２Ｂ：項目２－１）～１２)】

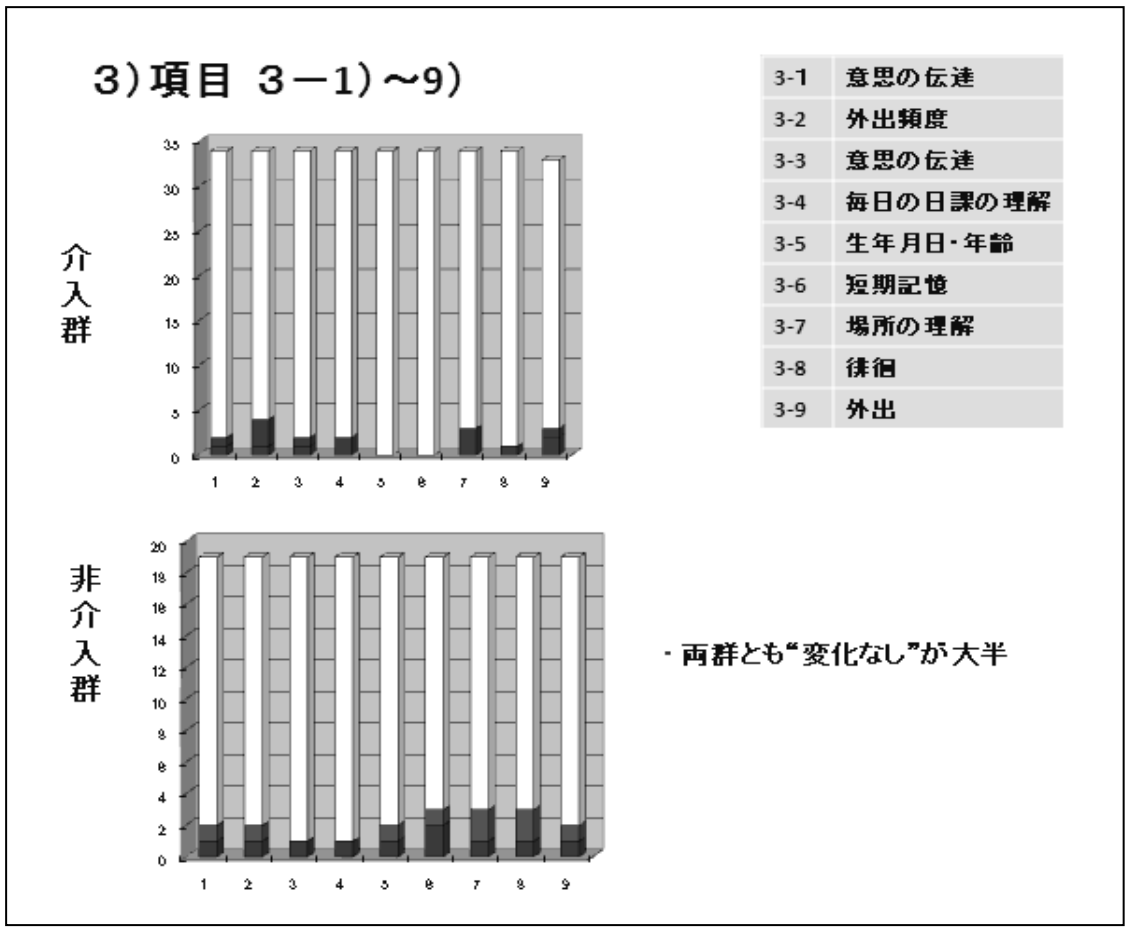
2）項目 2－1）～12）



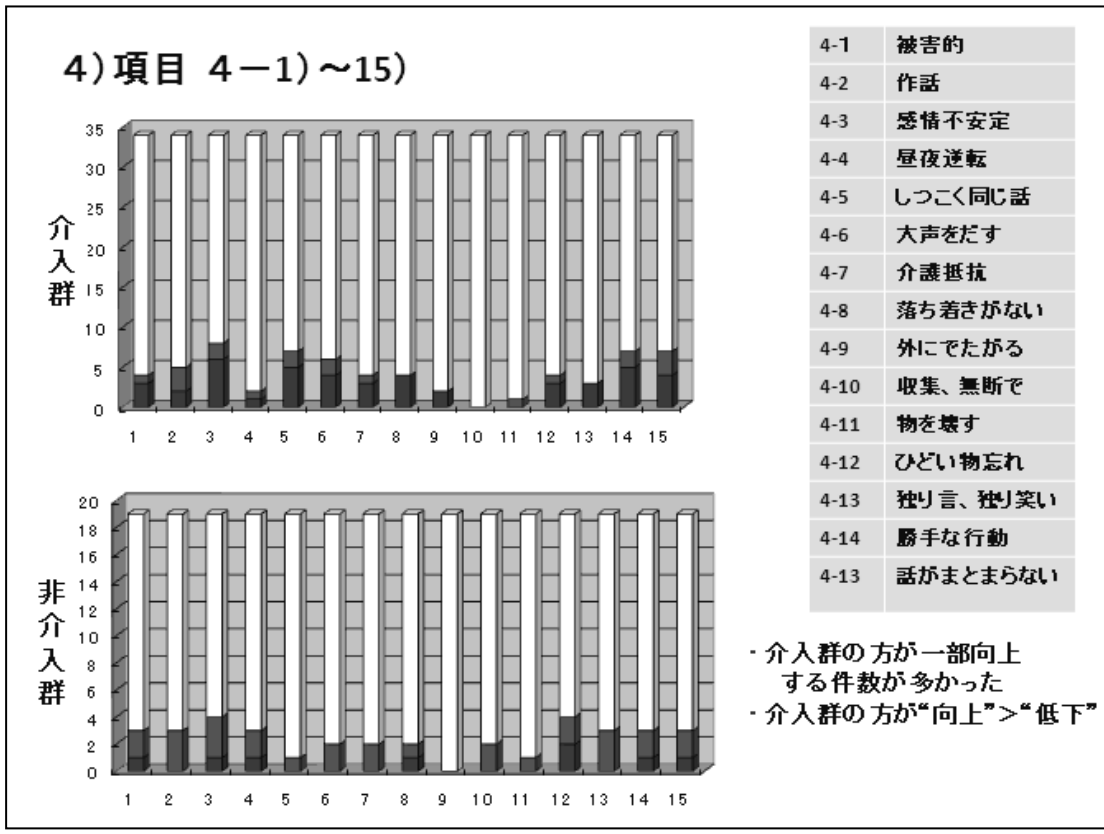
2-1	移乗
2-2	移動
2-3	嚥下
2-4	食事摂取
2-5	排尿
2-6	排便
2-7	口腔清潔
2-8	洗顔
2-9	整髪
2-10	上着の着脱
2-11	ズボンの着脱
2-12	外出頻度

・両群とも「外出頻度」向上。
　通所介護・リハ利用によるところ大きい
・非介入群で、「移乗」「移動」で一部低下
・両群とも“向上”＞“低下”

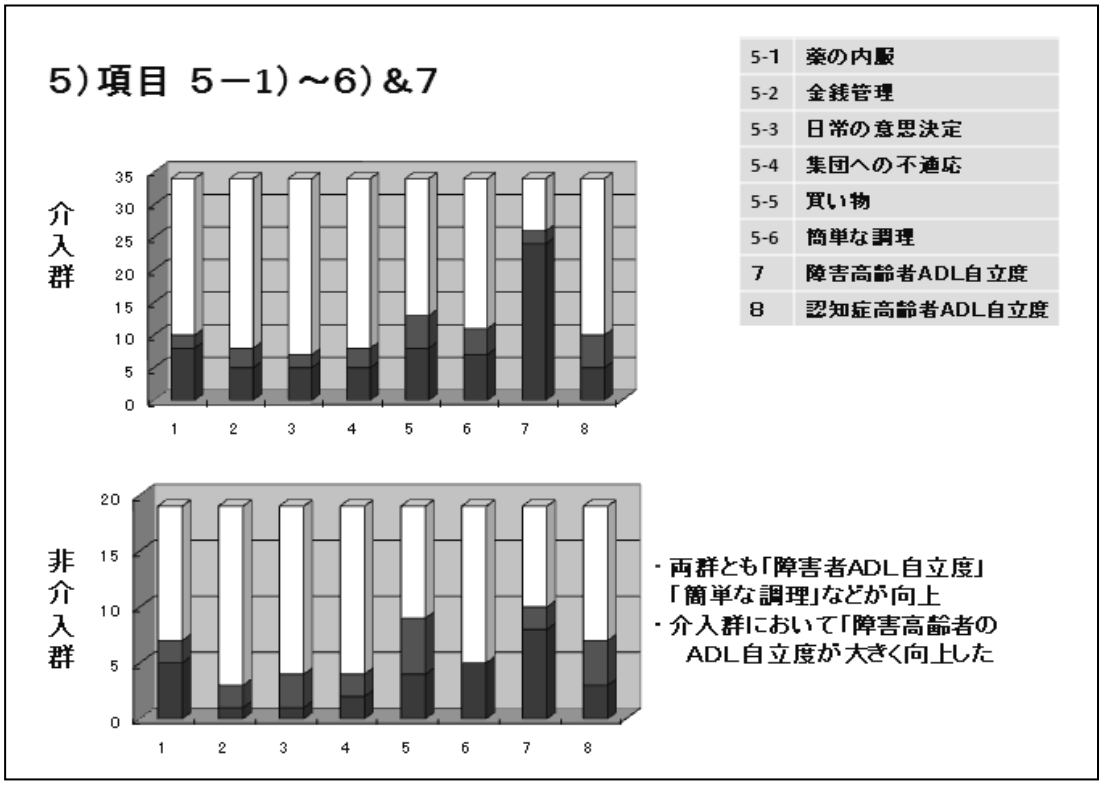
【Ｓ１２Ｃ：項目３－１）～9)】



【Ｓ１２Ｄ：項目４－１）～１５)】



【Ｓ１２Ｅ：項目５－１）～６）と７】



【Ｓ１２Ｆ：全体集計結果】

	1(13)		2(12)		3(9)		4(15)		5(6)、7(2)		計
	介	非	介	非	介	非	介	非	介	非	
向上	48	21	65	29	11	10	45	8	67	29	333(11%)
低下	33	20	30	22	6	9	19	28	26	20	213(7%)
変化なし	361	206	313	177	288	152	446	249	179	103	2,474 (82%)
計	442	247	408	228	305	171	510	285	272	152	3,021

２）主観的健康感

評価基準が「とても健康」「まあまあ健康」「ふつう」「あまり良くない」「悪い」の５段階で，自己評価する成果指標である．

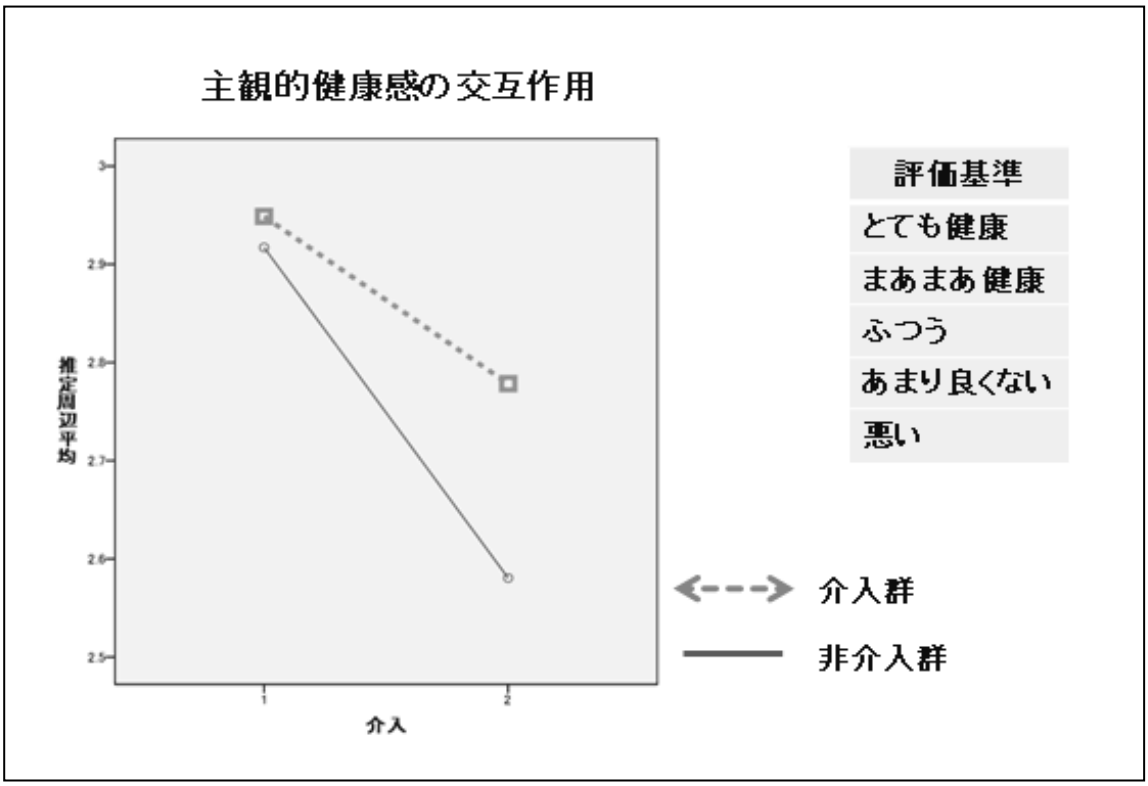
（１）統計処理の結果

両群とも健康感は改善（変化なし，向上）したが，介入の有無による効果および交互作用は認められなかった（S12A）．

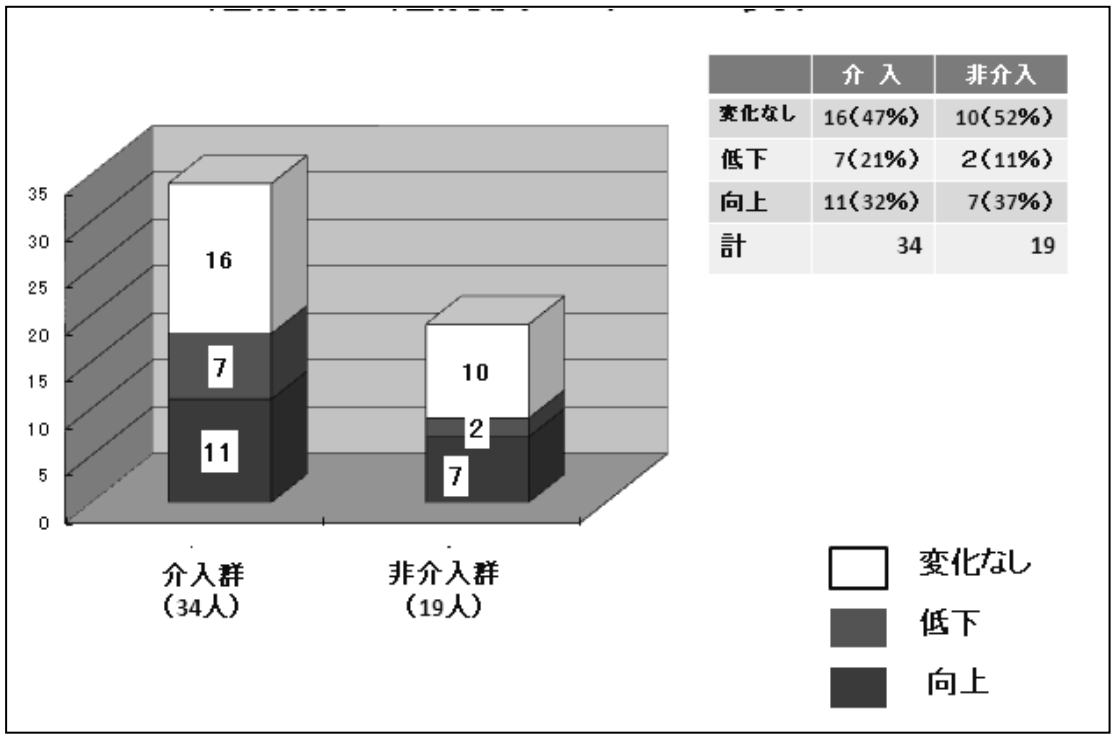
（２）集計結果

介入群で「変化なし」「向上」の合計が 79%，非介入群で 89%と非介入群が方が，10%上回った（S13B）．

【Ｓ１３Ａ：主観的健康感の統計処理結果】



【Ｓ１３Ｂ：集計結果】



	介 入	非介入
変化なし	16(47%)	10(52%)
低下	7(21%)	2(11%)
向上	11(32%)	7(37%)
計	34	19

3）HUI（Health　Utilities　Index）

ＨＵＩは 15 の質問項目からなっている.

（1）統計処理の結果

・両群とも改善した ．両群とも統計的な優位さは認められなかった（S14A）.

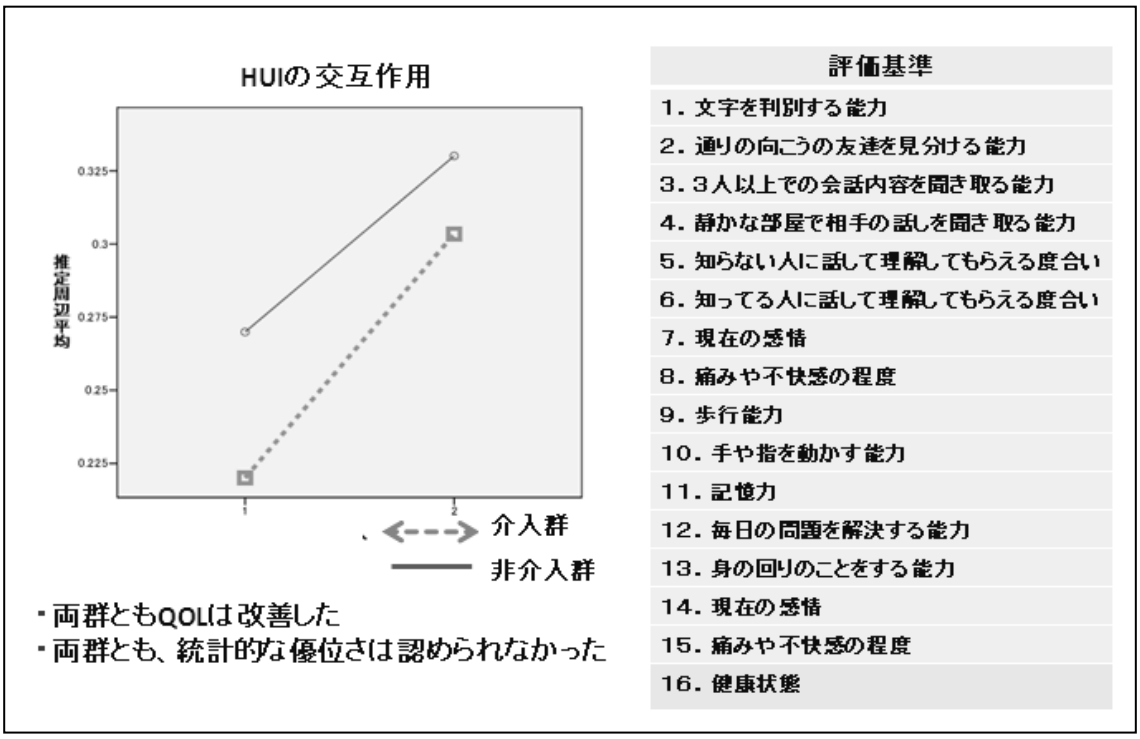
・両群とも維持・改善が約 90%と、効果を認めた ．介入群の方が若干であるが、改善割合が高く，低下割合が少なかった（S14B）.

（2）集計結果

・両群に大きな違いは認められなかった．両群とも「低下」より「向上」した人が多かった.

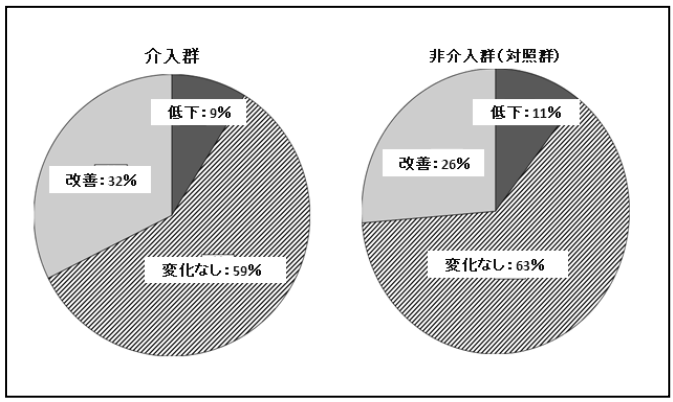
・歩行や身辺処理は「向上」する人が多く，「感情」や「痛み」は変化が大きかった（S14C）.

【Ｓ１４Ａ：ＨＵＩ】

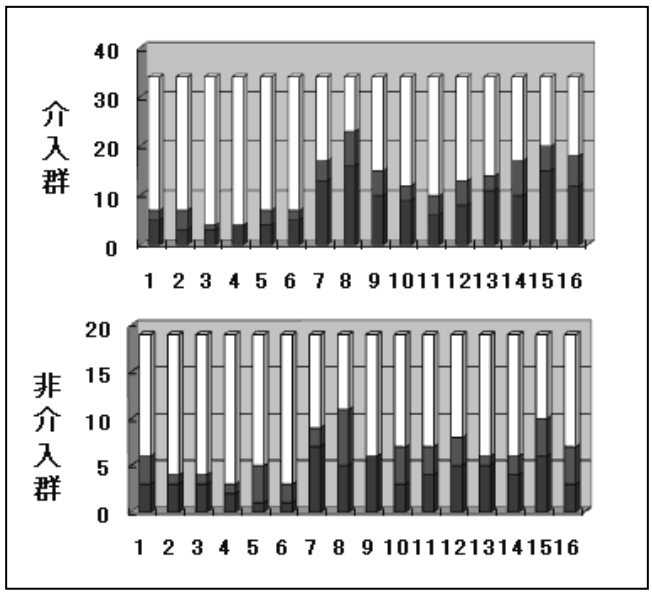


評価基準
1．文字を判別する能力
2．通りの向こうの友達を見分ける能力
3．3人以上での会話内容を聞き取る能力
4．静かな部屋で相手の話しを聞き取る能力
5．知らない人に話して理解してもらえる度合い
6．知ってる人に話して理解してもらえる度合い
7．現在の感情
8．痛みや不快感の程度
9．歩行能力
10．手や指を動かす能力
11．記憶力
12．毎日の問題を解決する能力
13．身の回りのことをする能力
14．現在の感情
15．痛みや不快感の程度
16．健康状態

【Ｓ１４Ｂ：変化分布】



【Ｓ１４Ｃ：集計結果】



4）PASE（Physical Activity Scale for the Elderly）

この成果指標は，この７日間に行った運動や活動について質問をし，回答するものである．

（1）統計処理の結果

・両群とも活動量が増加した ．統計的に有意に増加したのは非介入群であった（S15A）．

・両群とも“変化なし”・“向上”を合わせると約 90%と，効果を認めた．介入群の方が若干であるが改善割合が高く，低下の割合が少なかった（S15B） ．

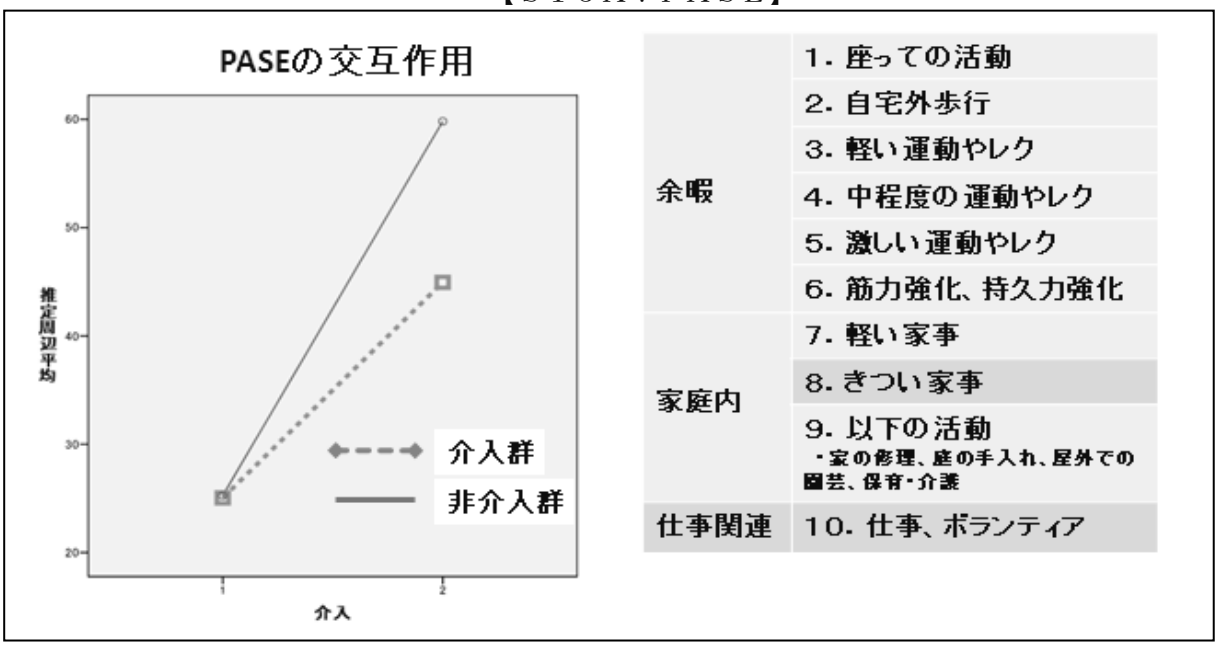
（2）集計結果

・両群とも全体に維持・向上した．

・両群とも「軽い運動やレク」「筋力強化」など非日常的でより意図的な活動が低下し，その分「座って活動の時間」、「自宅外歩行」「軽い家事」など日常的で習慣化された活動で向上していた（S15C）．

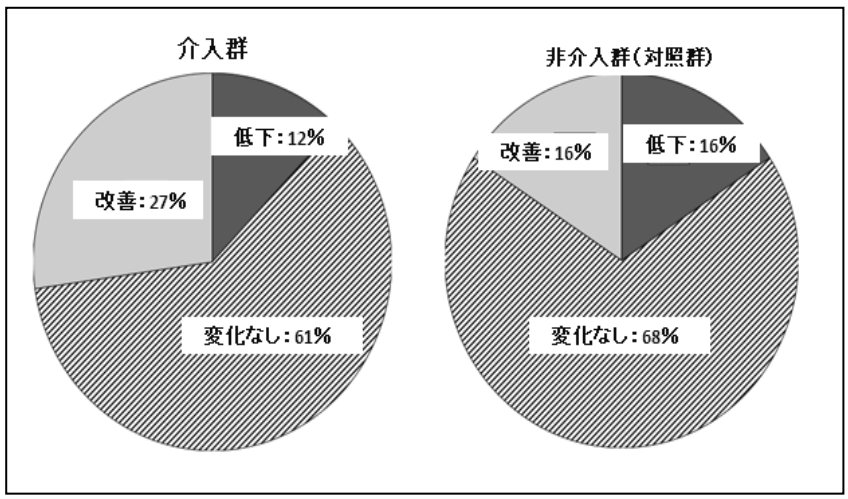
・このことより在宅生活で生活機能を維持・向上するには，毎日の生活の中で本人にとって意味のある作業を習慣的に繰り返し行うことが効果的であるということがわかった．

【Ｓ１５Ａ：ＰＡＳＥ】

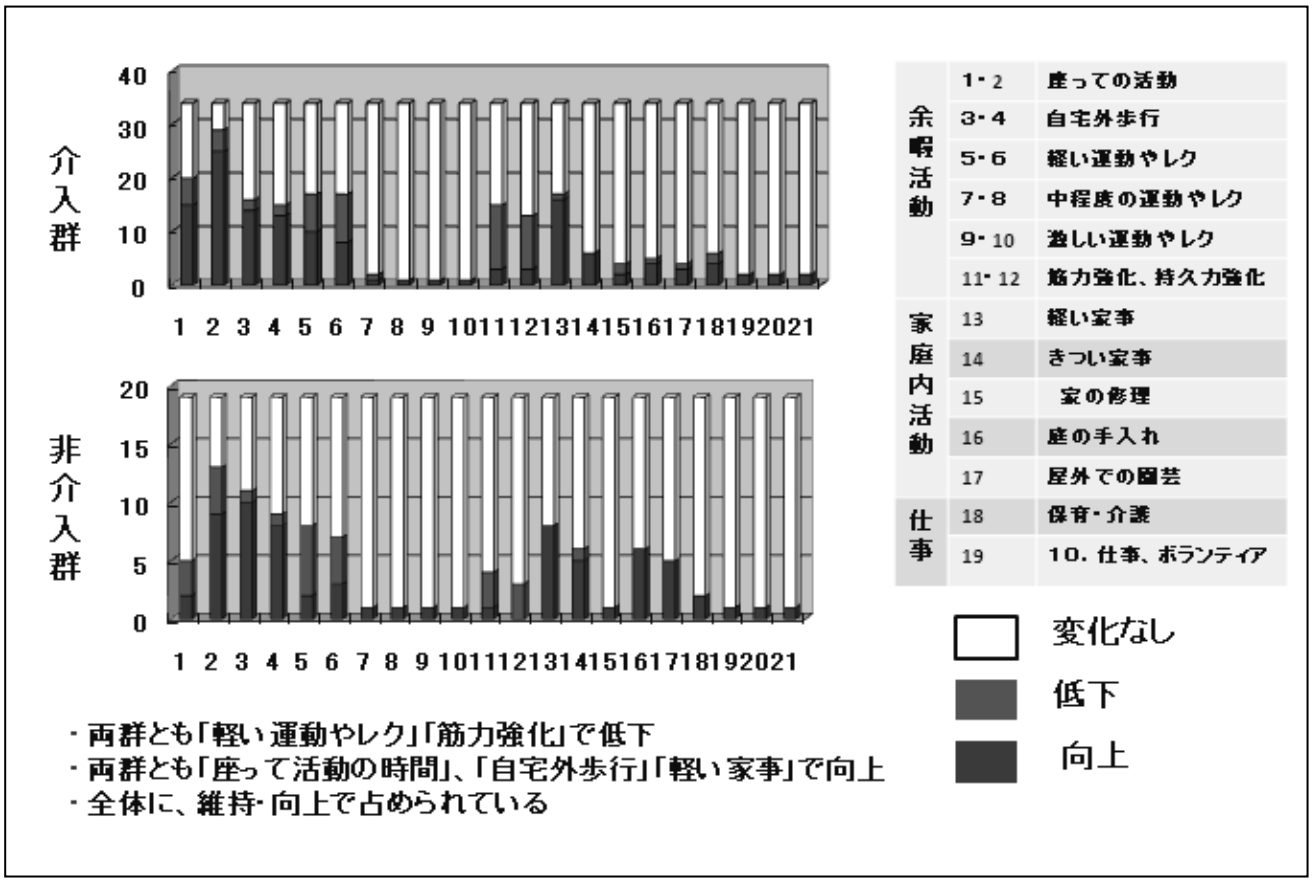


余暇	1. 座っての活動
	2. 自宅外歩行
	3. 軽い運動やレク
	4. 中程度の運動やレク
	5. 激しい運動やレク
	6. 筋力強化、持久力強化
家庭内	7. 軽い家事
	8. きつい家事
	9. 以下の活動 ・家の修理、庭の手入れ、屋外での園芸、保育・介護
仕事関連	10. 仕事、ボランティア

【Ｓ１５Ｂ：変化分布】



【Ｓ１５Ｃ：集計結果】



３．集計結果のまとめ

①両群とも入院中に包括マネジメントを実施したため，４つの指標いずれにおいても有意差は認められなかった．

②介護認定調査項目で両群とも「外出の頻度」が大幅に向上した．内容としては通所介護・リハ，買い物などであった．

③介入群で，介護認定調査項目の「障害高齢者の日常生活動作」において大幅に向上した．住宅改修や動作の指導，家族への介護指導などが影響していた．

④PASE で，両群とも「軽い運動やレク」「筋力強化」など非日常的でより意図的な活動が低下し，その分「座って活動の時間」、「自宅外歩行」「軽い家事」など日常的で本人とって意味のある活動が増加していた．

⑤そのことも影響してか両群とも４指標のいずれにおいても，“変化なし（維持）”“向上（改善）”が 90%以上に達し，包括マネジメントをすることで退院後３ヶ月後までは生活機能の低下を予防することができた．

⑥本研究結果では「介入群」と「非介入群」に明確な効果度の違いは認められず，PASE の成果指標においては「非介入群」が有意性を認めた．この原因は「介入群」と「非介入群」の違いが退院前後にＯＴとＣＭとが訪問等協同して介入するのみの違いだけであったことと，臨床で本研究を行う場合，在宅移行やその後の在宅生活を送る上で心配が少ないと思われる方に「非介入群」を選択するような説明をする傾向が働いたことによると思われる．なお，両群の違いを発症・入院からの機関や疾患名の違い，年齢の違い等で比較したが，「介入群」の入院期間が「非介入群」より１５日程度短かったこと以外に，その他の要因は確認できなかった．

Ⅳ．事業終了後のアンケート

本事業の終了後，介護支援専門，作業療法士，対象者の３者に対しアンケート調査を行った．

１．実施結果

アンケートの回収数は，介護支援専門員（ＣＭ）３２名（居宅介護支援事業所２５名，地域包括支援センター１７名），作業療法士（ＯＴ）４４名，対象者４４名（介入３４，非介入１６名）であった．

２．集計結果

１）介護支援専門員と作業療法士

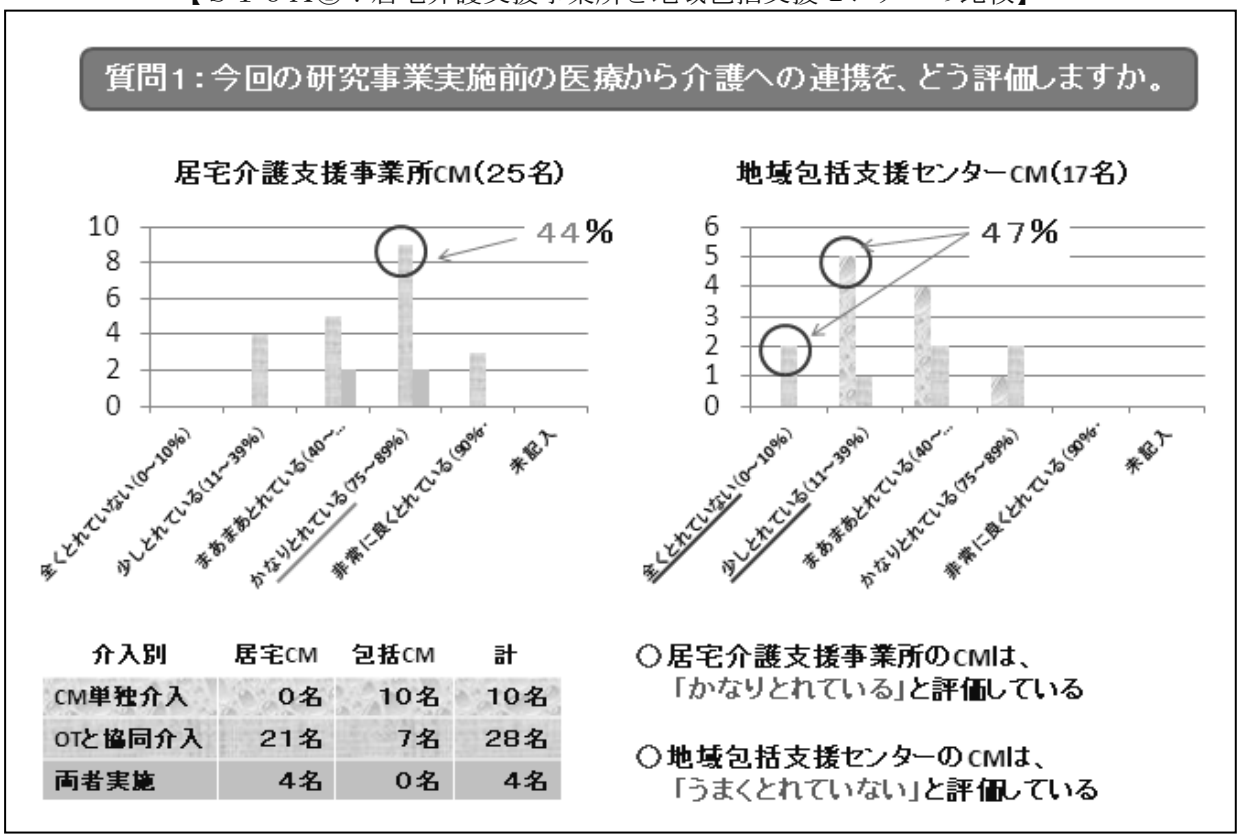
①質問 1．今回の研究事業を実施する前の「医療から介護への連携」をどう評価しますか．

・居宅介護支援事業所のＣＭは「かなりとれている」と評価，地域包括支援センターのＣＭは「うまくとれていない」と評価していた（Ｓ16Ａ①）．

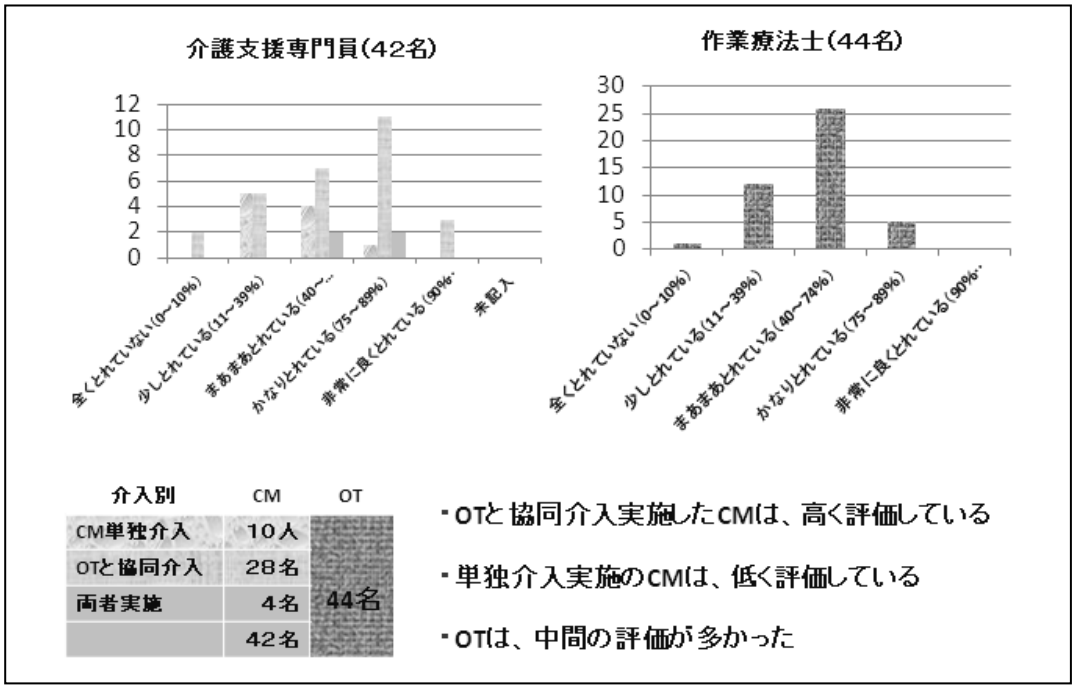
・ＯＴと協同介入実施したＣＭは高く評価していた．単独介入実施の CM は低く評価していた（Ｓ16Ａ②）．

・ＯＴは中間の評価が多かった（Ｓ16Ａ②）．

【Ｓ１６Ａ①：居宅介護支援事業所と地域包括支援センターの比較】



【Ｓ１６Ａ②：介護支援専門員と作業療法士の比較】



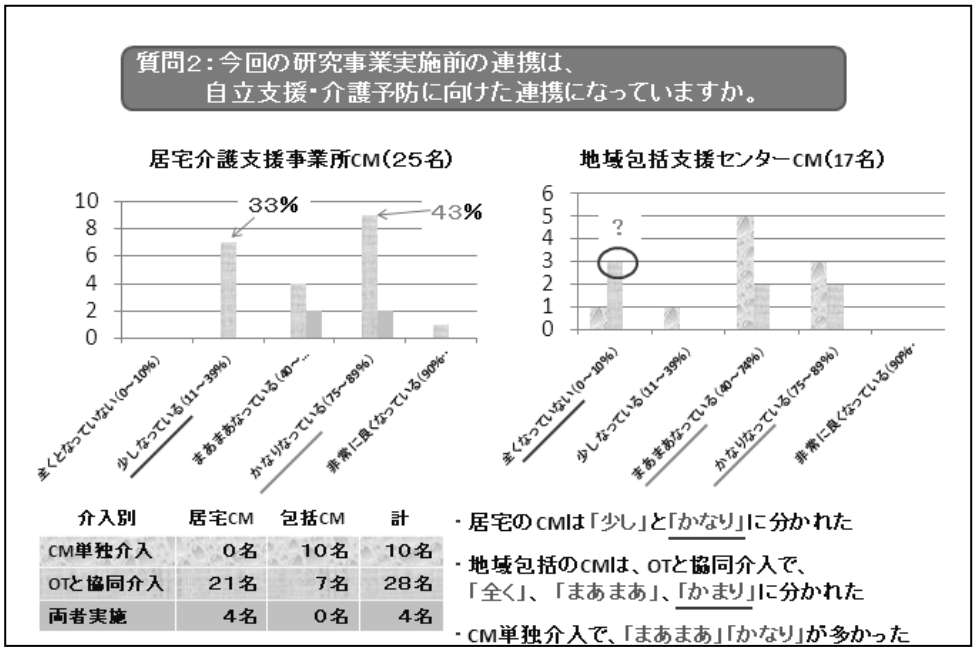
②質問 2. 今回の研究事業を実施する前の連携は，自立支援・介護予防に向けた連携になっていますか.

・居宅介護支援事業所のＣＭは「少し」と「かなり」に分かれた（S16B①).

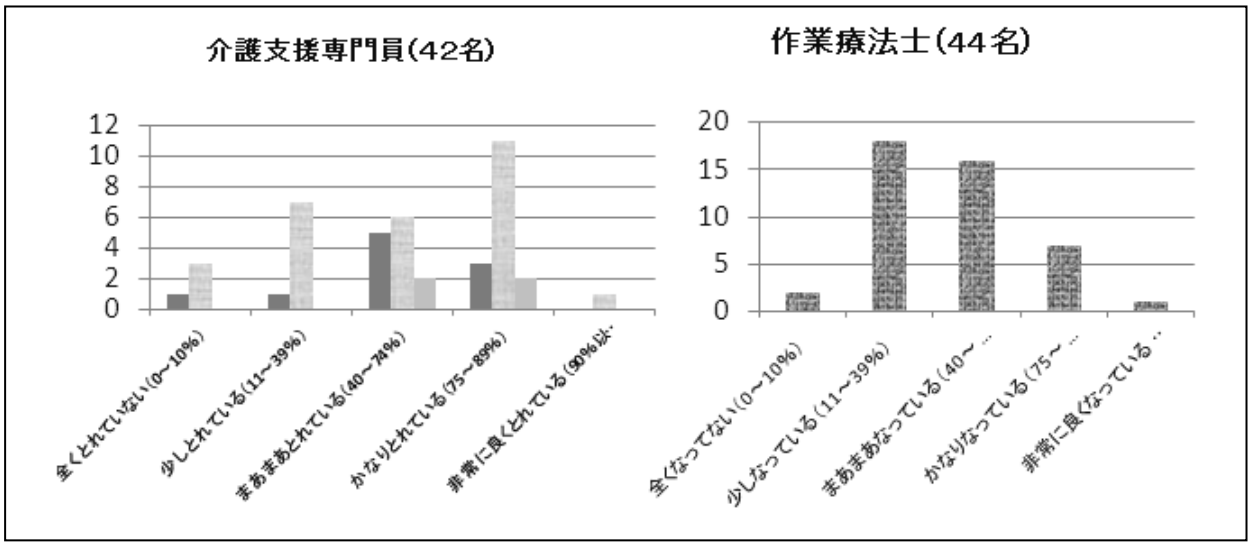
・地域包括支援センターのＣＭはＯＴと協同介入で「全く」「まあまあ」「かまり」に分かれ，ＣＭ単独介入では「まあまあ」「かなり」が多かった（S16B①).

・居宅介護支援事業所のＣＭも地域包括支援センターのＣＭもＯＴも，「全くなっていない」～「かなりなっている」まで分かれた（S16B②). 特にＯＴと協同介入をした地域包括支援センターのＣＭが大きく分かれたことは，目に見える形での自立支援や介護予防に対する期待度が高いことと，担当したＯＴの関わり方の違いによるものであろう.

【Ｓ１６Ｂ①：居宅介護支援事業所と地域包括支援センターの比較】



【Ｓ１６Ｂ②：介護支援専門員と作業療法士の比較】

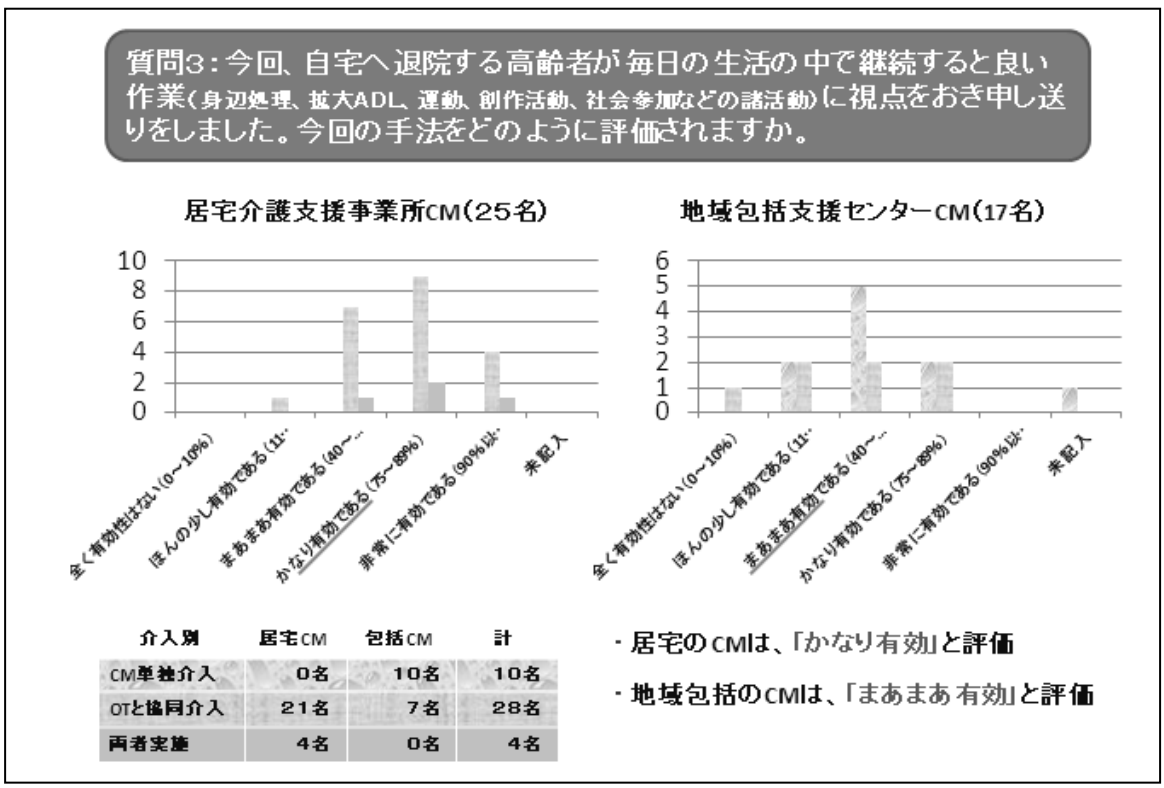


③質問 3．今回，自宅へ退院する高齢者が毎日の生活の中で継続すると良い作業（身辺処理，拡大ＡＤＬ，運動，創作活動，社会参加などの諸活動）に視点をおき申し送りをしました．今回の手法をどのように評価されますか．

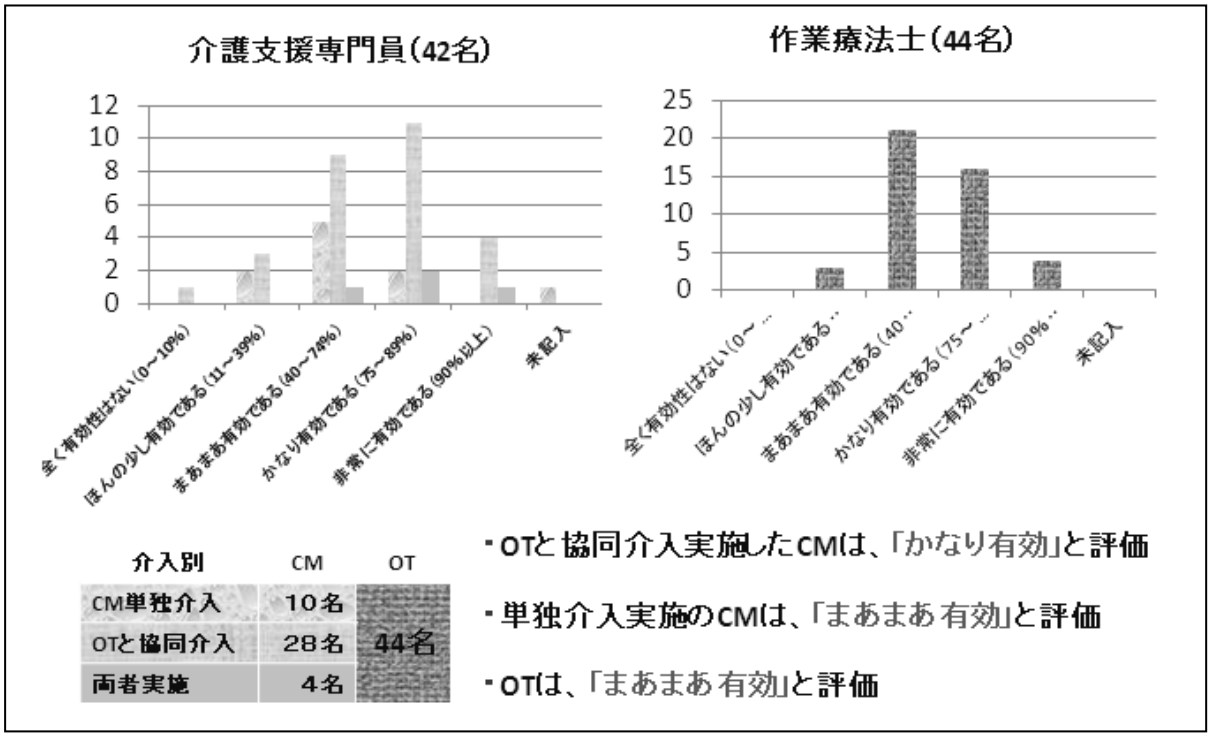
・居宅介護支援事業所のＣＭは「かなり有効」と評価 ．地域包括支援センターのＣＭは,「まあまあ有効」と評価していた（Ｓ16Ｃ①）.

・ＯＴと協同介入実施しＣＭは「かなり有効」と評価 ．単独介入実施のＣＭは「まあまあ有効」と評価 ．ＯＴは「まあまあ有効」と評価 していた（Ｓ16Ｃ②）.

【Ｓ１６Ｃ①：居宅介護支援事業所と地域包括支援センターの比較】



【Ｓ１６Ｃ②：介護支援専門員と作業療法士の比較】

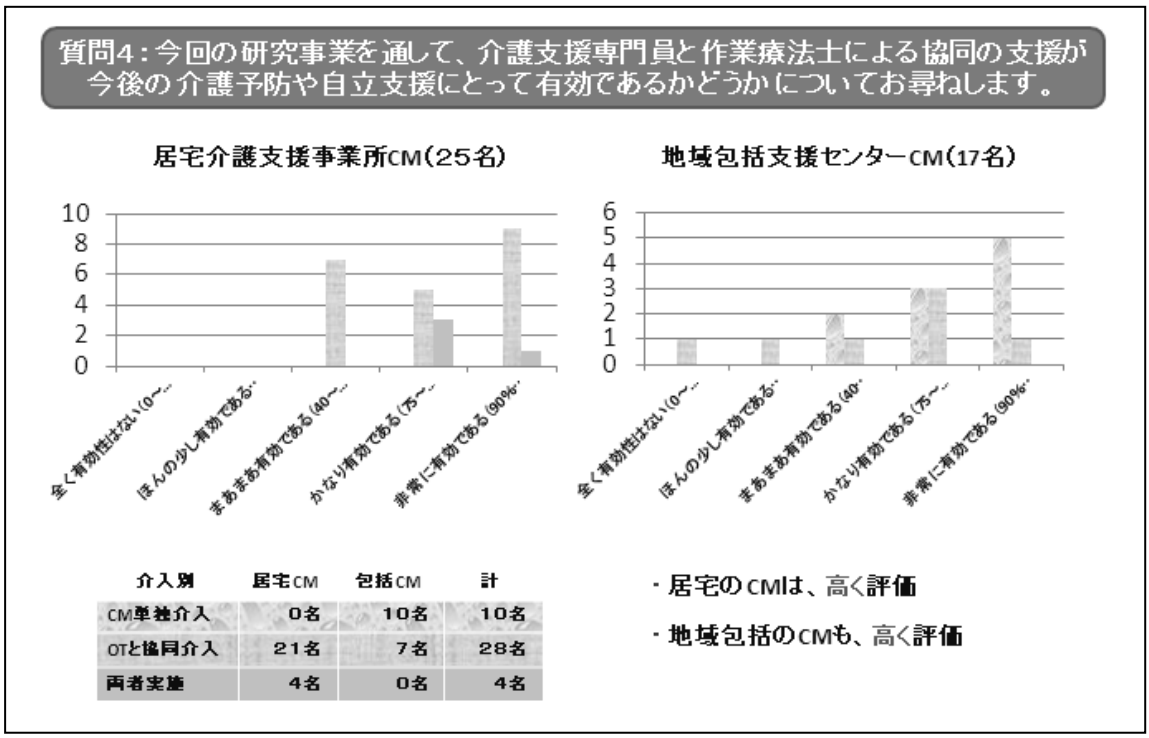


④質問 4．今回の研究事業を通して，介護支援専門員と作業療法士による協同の支援が今後の介護予防や自立支援にとって有効であるかどうかについてお尋ねします．

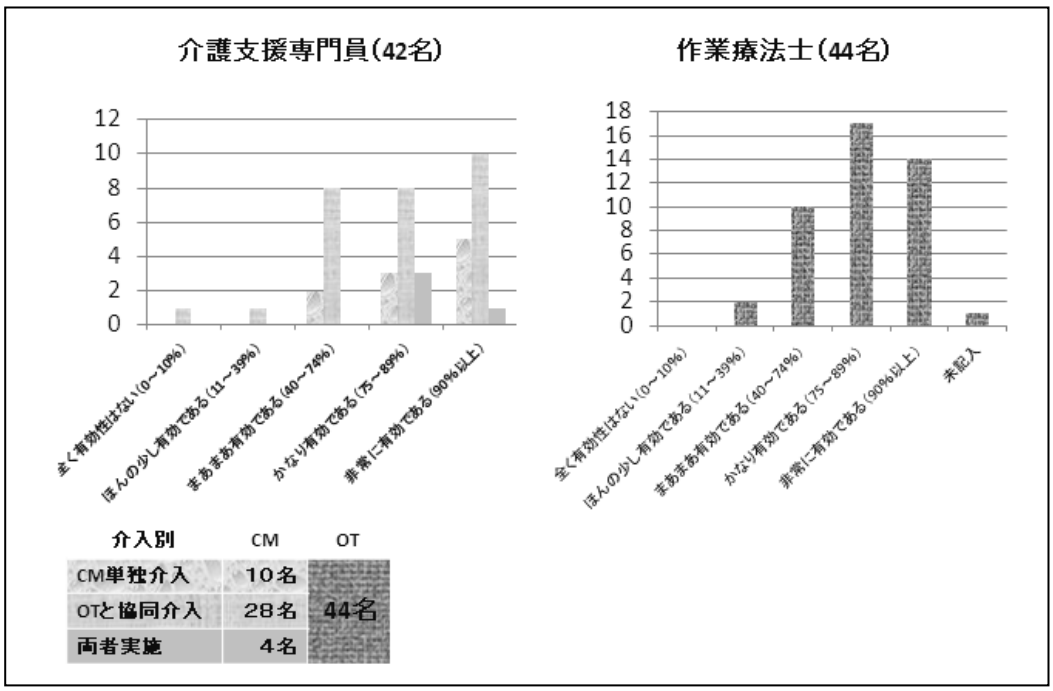
・居宅介護支援事業所のＣＭも地域包括支援センターのＣＭも高く評価していた（Ｓ16Ｄ①）．

・ＯＴと協同介入したＣＭは単独介入したＣＭよりも高く評価．ＯＴも高く評価していた（Ｓ16Ｄ②）．

【Ｓ１６Ｄ①：居宅介護支援事業所と地域包括支援センターの比較】



【Ｓ１６Ｄ②：介護支援専門員と作業療法士の比較】

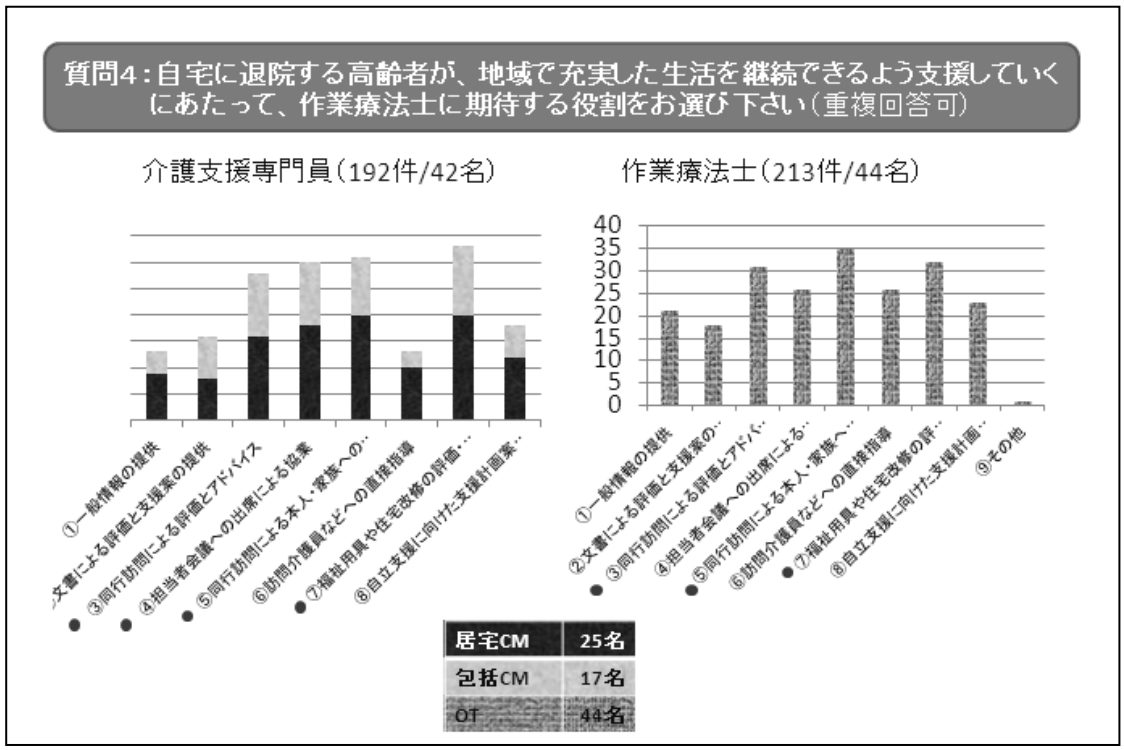


⑤質問 5. 自宅に退院する高齢者が，地域で充実した生活を継続できるよう支援していくにあたって，作業療法士に期待する役割をお選び下さい（重複回答可）

・ＣＭとＯＴ両者に共通した項目として，「福祉用具や住宅改修の評価・選定・指導」「同行訪問による本人・家族への直接指導」「同行訪問による評価とアドバイス」「担当者会議への出席による協業」であった（S16D②）.

・ＯＴは「訪問介護員などへの直接指導」「一般情報の提供」を上げたのに対し，ＣＭは高く期待はしていないという点で違いがあった（S16D②）.

【Ｓ１６Ｄ②：介護支援専門員と作業療法士の比較】



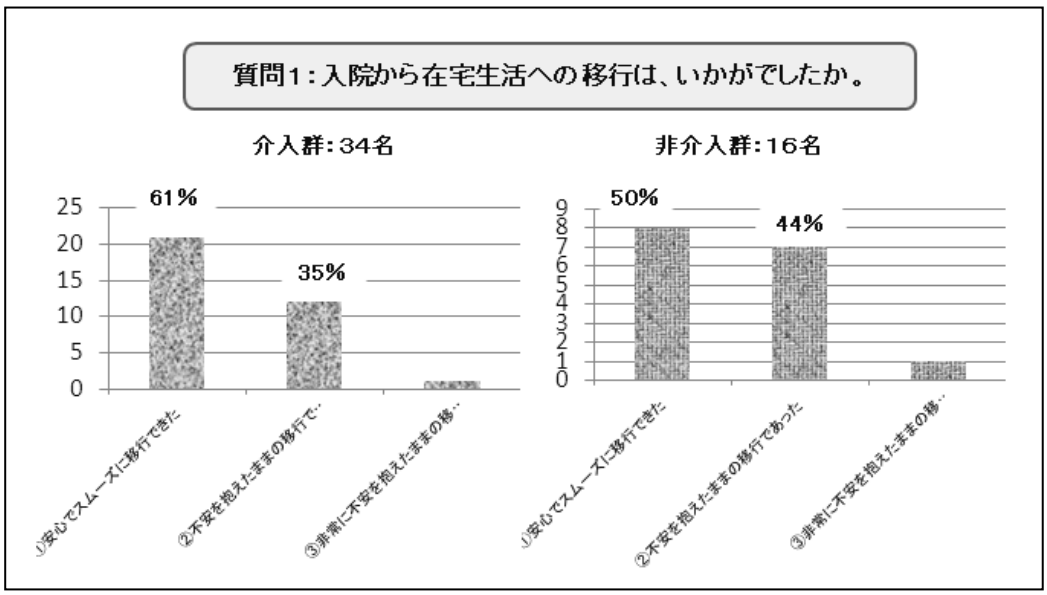
2）対象者

①質問 1. 入院から在宅生活への移行は，いかがでしたか.

・介入群、非介入群とも半数以上が「安心でスムーズな移行」であったと評価した（S17A）.

・非介入群で約半数が「不安を抱えたままの移行であった」と回答した（S17A）.

【S１７A：質問①】

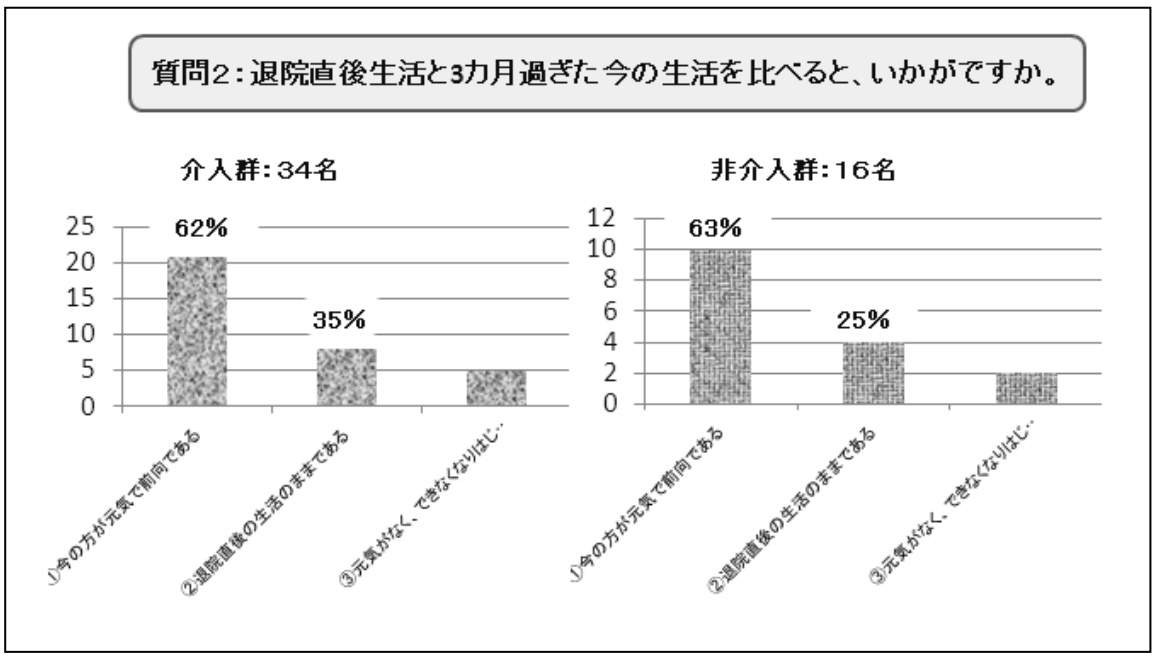


②質問 2. 退院直後生活と 3 カ月過ぎた今の生活を比べると，いかがですか.

・介入群，非介入群とも 60%以上が「退院後の方が元気である」と評価した.

・両群とも約 90%以上が「退院前現状維持」「さらに元気」であった.

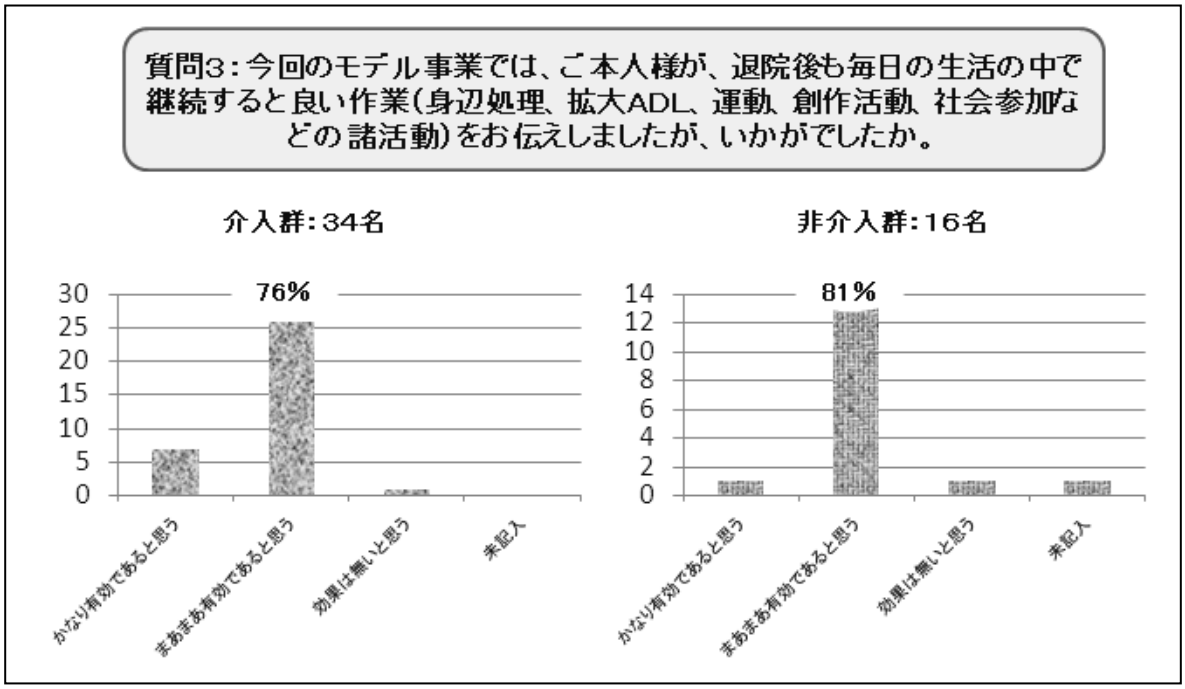
【S１７B：質問②】



③質問 3. 今回のモデル事業では，ご本人様が，退院後も毎日の生活の中で継続すると良い作業（身辺処理，拡大ＡＤＬ，運動，創作活動，社会参加などの諸活動）をお伝えしましたが，いかがでしたか.

・両群とも約 80%が「まあまあ有効である」と評価した（S17C）.

【Ｓ１７Ｃ：質問③】



④質問 4. 作業療法士（リハビリテーション専門職）が，退院前または退院後にご自宅を伺ってご本人様の状況を確認し，ご家族様や担当のケアマネジャーに連絡してきましたが，このような関わりは有効であったと思いますか.

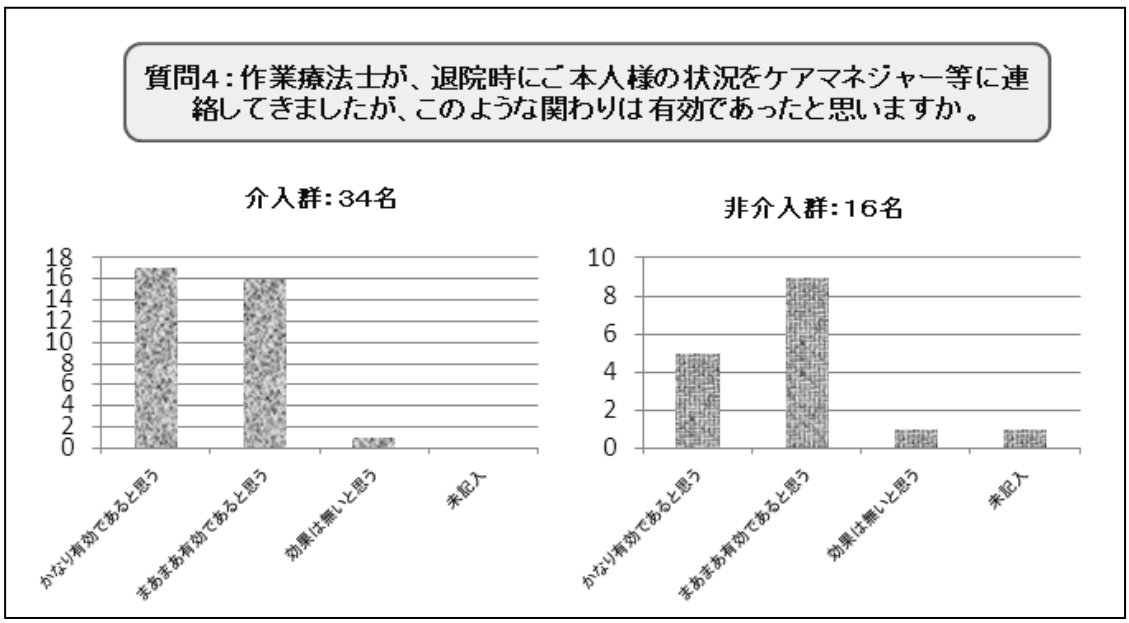
・両群とも約 90%が「かなり有効」「まあまあ有効」と評価した（S17D）.

・介入群では「かなり有効」が最も多かった.

・非介入群では「まあまあ有効」と評価した（S17D）.

・非介入群では経験していないため，推測の判断であると考える.

【Ｓ１７Ｄ：質問④】



⑤質問 5. 質問 4 で「①かなり有効」「②まあまあ有効」と答えられた方にお伺いします。どのようなことが有効でしたか。自由に記載してください。

・介入群

・みなさんと連絡が取り合えるということ
・入院中のことや身体のことを CM に直接話をしてもらえてよかった
・在宅でのサービス等について CM より説明を受けられてよかった
・気持が軽くなった
・退院後に困ったことを相談できてよかった（3）
・訪問リハビリが有効であった
・専門家としての信頼感があり、相談しやすかった
・入院前の状態を知り，入院後の生活フォローをしてくれて、相談しやすかった
・リハビリの提案があるのはよい（2）
・実際に訪問してもらえること
・何かの時に助けてもらえるという感じ
・OT が在宅のチェックをすることで、安心して退院できた
・「不安なことはどんな小さなことでも話して下さい」とのが，一番安心
・日々の生活に対して，本人又家族がケガをしないような生活態度がとれるようになった
・医療職の人にちょこちょこ相談できるのでよい
・今回このような関わりがなかったら「写真の手入れがしたい」なんて言えなかった
・機能低下防止につながり，一次的な低下があっても回復できた
・三者の情報の共有化ができる．よって生活の中で行う作業に限って（限定）支援ができる

・非介入群

・私なりの運動を取り入れてリハビリしているつもり
・電話があるだけで、入院中のみの関わりでなかったように感じられて嬉しい
・体を動かす機会をつくってもらった
・自宅に帰ってからの活動場面を考えて関わってもらえてよかった
・退院後の生活に不安だったが少し安心した
・退院後の生活にでてきた問題について相談できる

３．集計結果のまとめ

１）介護支援専門員と作業療法士

（１）現状の医療介護連携に対する評価

①居宅介護支援事業所のＣＭは「かなりとれている」，地域包括支援センターのＣＭは「うまくとれていない」，ＯＴは「まあまあとれている」と三者三様の評価となった．

要介護１～５状態にある場合（居宅介護支援事業所のＣＭが担当）は，医療介護連携がある程度定着しつつあるが，要支援や自立で虚弱の場合（地域包括支援センターのＣＭが担当）は，医療介護連携がうまく機能していないようである．

ある地域包括支援センターの平成 21 年 1 月～12 月までの 12 ヶ月間の新規相談・利用者のアクセス経

路を集計した結果，医療機関からのアクセスは16%と非常に低い（S18）．このことからもわかるように，要支援や自立で虚弱の入院患者が退院する場合，地域での支援につながりにくく，徐々に生活機能が低下し，困った状態になってから家族や地域での支援者（民生員や老人相談員など）を介して地域包括支援センターにつながるケースが多いことが推測できる．

さらに要支援や自立で虚弱の入院患者の場合作業療法や理学療法などリハビリテーション医療サービスを受けていないことが推測され，不安や心配を抱えながらの退院であったり，在宅復帰後に入院前との違いに戸惑い感を抱いたり，非活動的な生活を送る可能性が高いことが推測される．早急な対策が必要であろう．

②居宅介護支援事業所と地域包括支援センター全体のＣＭの評価では，ＯＴと協同介入実施したＣＭは高く評価していたが，単独介入実施の CM は低く評価していた．このことからも，退院時の医療介護連携において，ＯＴとＣＭとの連携が普及・充実することで，安心でスムーズな在宅移行支援が提供できる．

（２）包括マネジメントを用いての医療介護連携が自立支援や介護予防に対することに関して

①ＯＴの中間的な評価を除くと，居宅介護支援事業所のＣＭも地域包括支援センターのＣＭも「全くなっていない」～「かなりなっている」まで分かれた．自立支援や介護予防の捉え方の違いや実際に経験したケースの結果によって判断・回答しているためと考える．

（３）退院後も毎日の生活の中で継続すると良い作業のお伝えについては，

①居宅介護支援事業所のＣＭは「かなり有効」，地域包括支援センターのＣＭは「まあまあ有効」と，両者とも効果を認めた．特にＯＴと協同介入実施しＣMM は「かなり有効」，単独介入実施のＣＭは「まあまあ有効」と評価に違いを認めた．このことは，作業の継続を行うためには，必要な時に必要な程度のＯＴとの協同介入を望んでいることがわかる．

②ＯＴが「まあまあ有効」と評価 したことは，意味のある作業の継続（連続性）の重要性や効果が実感・認識できていないためと思われる．

（４）ＣＭとＯＴの協同支援が自立支援や介護予防に対する効果について

①ＣＭもＯＴも高く評価していた．今回実施した包括マネジメントにより，本人が持つ力の引き出しと意味のある作業の連続性を基軸とした，ＯＴとＣＭの協同支援が医療介護の連携だけでなく在宅支援においても有用であると言える．

（５）医療介護連携や地域支援におけるＯＴへの期待に関して

①「福祉用具や住宅改修の評価・選定・指導」「同行訪問による本人・家族への直接指導」「同行訪問による評価とアドバイス」「担当者会議への出席による協業」に関しては，ＣＭとＯＴに共通して期待度が高かったが，ＯＴが高い期待度を示した「訪問介護員などへの直接指導」「一般情報の提供」については，ＣＭは高い期待度を示さなかった．

このことは未経験によるものが大きいことも推測されるが，いずれにせよＯＴとＣＭの連携・協業が推進する中で変わっていくものと思われる．

２）対象者本人

①入院中の患者が在宅復帰する際に多くの不安や心配を抱えていたが，入院中から包括マネジメントで在宅移行支援を行うことで軽減化された．特に退院前後の訪問も含めたＯＴとＣＭによる協同介入によって，非介入群が非介入群より 10%程度多く、安心でスムーズに移行できたと答えていた．

②退院前と退院後 3 か月の生活状況の比較では，両群とも 60%以上が「今の方が元気である」と答えていた．

③退院後も毎日生活の中で継続すると良い作業のお伝えについても，両群とも 80%以上「まあまあ有効である」と答えていた．

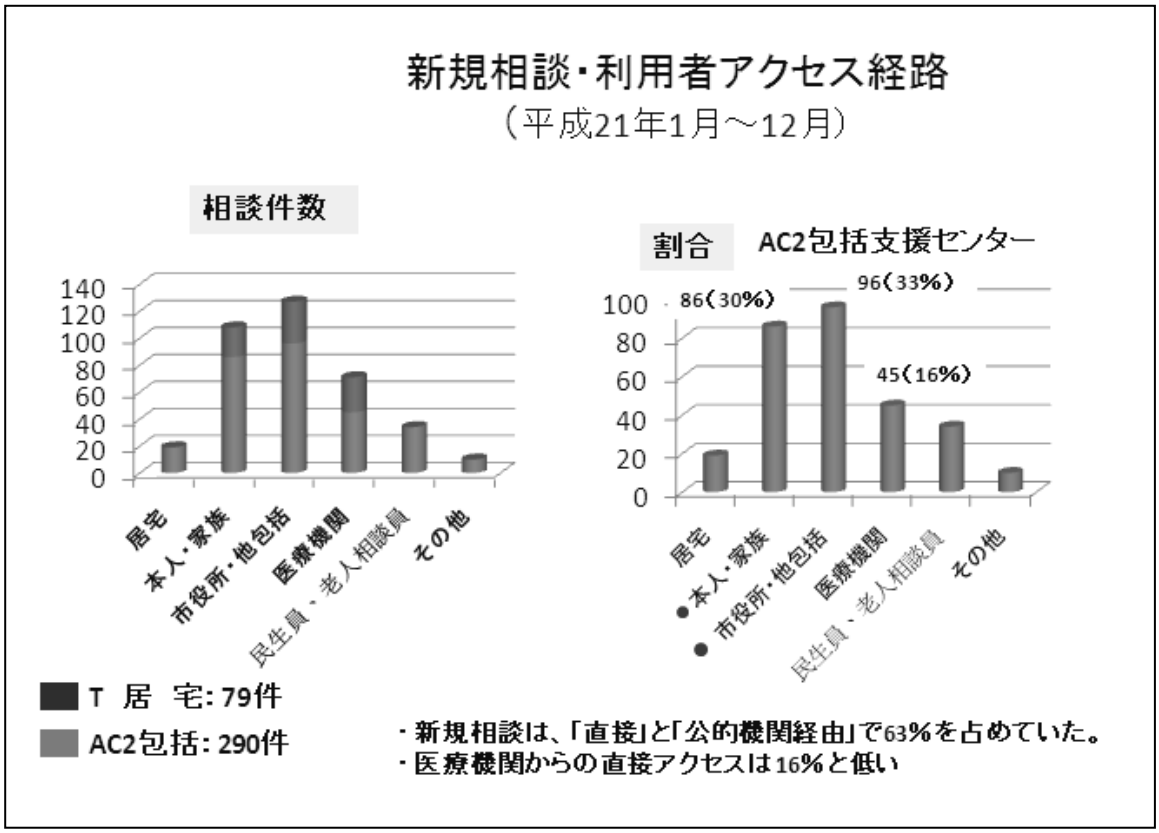
④②③の結果から，退院前に作業目標を設定し，継続して取り組むことは，退院後の在宅生活での主体的な活動を保障し，生活機能やＱＯＬにおいても効果があることがわかった．

⑤今後は入院当初から在宅移行支援，在宅支援と，対象者が住まいを移動しても一貫した包括マネジメントをもって本人が望む作業，本人にとって意味のある作業が連続して行えるような支援体制を整備する必要があろう．

⑥ＯＴがＣＭと協同して退院前後の家庭訪問や連携については，実際に体験した介入群で約 50%が「かなり有効」，50%弱が「まあまあ有効」と答え，実体験のなかった非介入群は 50%以上が「まあまあ有効」，25%が「かなり有効」と評価が低くなった．やはり必要に応じた方法や頻度でのＯＴ・ＣＭ協同支援が必要であると言える．

⑦対象者のコメントにもあるように，入院中に退院後の生活を想定した準備，思いの聞き取り，何でも相談できる体制，つながりなどに関する支援が提供できる体制を整備する必要性を示唆された．

【Ｓ１８：ある地域包括支援センターの新規相談・利用者のアクセス経路】



Ⅴ．研究事業に取り組んでみて　～各協力医療機関の実施報告～

以下に，本研究事業の協力・実施医療機関に勤務する作業療法士による実施報告と事例紹介，その中から気い出された課題と提言について報告する．

協力医療機関１：社団法人　八日会　藤元早鈴病院（宮崎県）

1. はじめに

当院は，総合的で大規模（320 床）かつ急性期を中心とする医療機関（7 対 1 看護）である．対象疾患は，脳卒中が大半を占めており，次いで整形疾患，神経難病，小児疾患，循環器疾患などである．その中にあって，回復期リハビリテーション病棟を中心として，医学的リハビリテーションを展開している．リハビリテーション関連スタッフは，理学療法士 16 名，作業療法士 11 名，言語聴覚士 6 名が配置されている．当院での，居宅生活支援における医療介護連携システムは，関連施設である通所リハビリテーション事業所（3 ヶ所），訪問リハビリテーション事業所（1 ヶ所），通所介護事業所（3 ヶ所）などの居宅生活支援施設との連携を中心に，各所に作業療法士（以下，OT）を配置して，「作業」の連続性を図っている．しかしながら，これらの施設の守備範囲外のエリアの患者については，十分な連携がとれているとは言いがたい．特に，医学的軽症例においては，早期退院の対象であることは必然であり，その後の生活状況などのフォローが難しいケースもあった．そこで，今回，たとえ軽症例であっても，退院後の「作業」の連続や獲得を意識した，医療介護連携システムをモデル的に構築し十分な連携を図ることで，生活不活発化を防止し健康な生活を送ることの支援が可能であることが分かった．

今回，「人は作業することで健康になれる」をもとに開発された包括マネジメント手法を活用し，病院を退院され在宅生活に移行されても本人にとって意味のある「作業」が連続して行えるように支援するシステムを構築して，医療と介護間の連携を図ることにより，効果が得られた事例を報告する．

2.「作業」を継続するためのシステム構築

病院から退院し，在宅へ移行する症例が円滑に「作業」を継続・獲得及び「健康な生活の実現」ができるように作業療法部内カンファレンスを開催し，退院後の同行訪問や介護支援専門員（以下，CM）との連携，訪問後に再度カンファレンスを開催し，症例の退院後の生活を支援するシステムを構築した（図 1）．

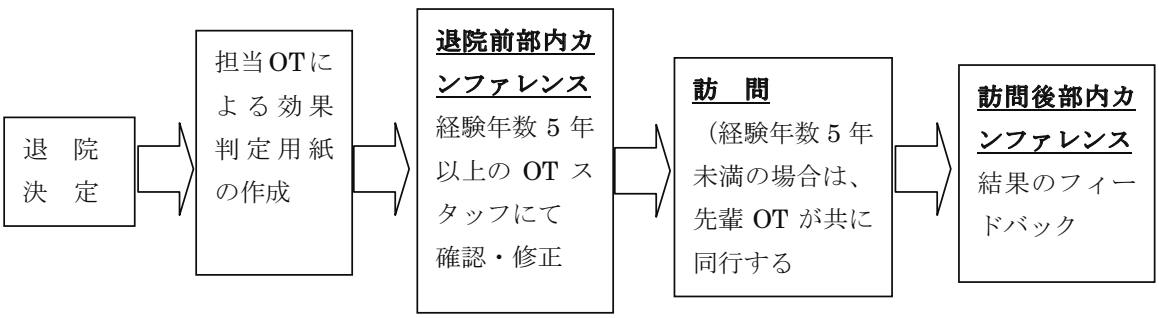


図 1　当院における「作業」を継続するためのシステムの流れ

1）退院前作業療法部内カンファレンス

カンファレンスでは，作成した調査用紙の「退院前生活総合アセスメント」と「退院時医療介護連携計画書」の計画内容について複数の OT で検討を行った．また，計画内容の点検および過不足分の修正お

よび助言を行う為に，カンファレンスには5年以上の経験を持つOTが必ず1名以上参加した．このようにシステム化することにより，担当者が症例から聴取した思いについて，経験のあるOTが関与することにより，現状分析，過去の生活状況に基づいて真の「思い」を推察し，計画に活かす指導的役割を担うこととした．

2）退院後訪問

退院後の訪問は，担当OT・CMで同行し，症例・家族の生活状況を聴取し，介助や動作遂行方法などの直接的アプローチや住宅改修や福祉用具や介護保険サービス利用に関する助言などの間接的アプローチを行った．また，3年未満の経験の浅いOTの訪問については，5年以上の臨床経験を持つOTが同行することとした．尚，訪問する際には，あらかじめ医師の了解と指示を得て行ったが，今回は退院前訪問指導料による診療報酬の算定は行わなかった．

3）訪問後作業療法部内カンファレンス

退院後の訪問終了後に，再度作業療法部内カンファレンスを開催した．内容は，訪問後の症例の変化点や生活状況および退院前に作成した計画の見直しを行った．このことにより，担当OTには，担当した症例の退院後の在宅生活場面を実際に経験することにより，OT としての質の向上と介護保険分野の他職種との連携の重要性がフィードバックされる利点があると考えられる．

4）システムの有用性

退院直後の症例が，介護保険サービスを利用する上では，ほとんどの場合が初対面の方(CM・OT・ヘルパーなど)となり，まずは信頼関係の構築から始まる．そのため，症例が思いを伝えるには時間を要する場合が多い．しかし，入院中に関わりをもったOTが退院後に訪問する場合は，症例も馴染みがあるため，「思い」を伝えやすい．そのため，その情報をより早く他職種に提供でき，生活支援に役立てる事ができる．

また，これまで，急性期・回復期の作業療法に特化した業務に携われていた比較的経験の浅いOTに対しては，担当症例の在宅生活を訪問しその後の生活が円滑にいくように意識することで，入院前・入院中・退院時・退院後の症例の生活の流れを知る重要性を意識付けする事ができた．

2．事例紹介

1）年齢　：71歳
　性別　：女性
　診断名：くも膜下出血　　発症からの期間：5ヵ月
　障害名：左片麻痺，注意障害
　既往歴：右大腿骨頸部骨折（人工骨頭挿入）
　合併症：糖尿病
　社会資源：要介護2

2）OT評価（調査用紙記入時）

(1)　心身機能：
　精神面　　意識･･･清明
　　注意･･･持続性低下，転導性亢進
　　知的･･･HDS-R29点，コース立方体組み合わせテスト3点　IQ39
　　高次脳機能障害･･･遂行機能障害，運動維持困難
　身体機能面　Br.stage　左上肢Ⅵ，手指Ⅵ，下肢Ⅴ

感覚･･･問題無し

筋力･･･両上肢 4，下肢 3～4

歩行･･･T 字杖使用にて，平地歩行自立，応用歩行監視

(2) 活動・参加：現在は T 字杖使用にて入浴以外の病棟 ADL は自立し，訓練時の階段昇降やスロープ，調理動作や洗濯動作などの APDL 動作も監視にて可能である．週末には夫と外泊し，入院前 1 ヶ月ほどは転倒もなく過ごせているとのことである．

(3) 環境因子：木造平屋建ての家に夫と二人暮らしをしていた．本人・夫の希望により，退院後に玄関・廊下・トイレ・浴室・ぬれ縁に手すりや踏み台を設置予定である．

夫は無職で，面会へはよく来られ，週に 1～2 回入院中の母の見舞いへも行っている．また，登山やバイクなど趣味も多彩であるため，それらが出来なくなることも懸念している．本人が退院するにあたって，糖尿病が悪化しないだろうか，一人で行動して転倒でもしないだろうか，勝手に行動する為ずっと付いておかなくてはならないのだろうかなど，不安が強い状態である．

介護認定審査では要介護 2 の判定が出ており，退院後は週 2 回通所介護サービスを利用予定である

(4) 個人因子：職業は木工関係の仕事をしていた．1 年程前に右大腿骨頸部骨折を受傷し，人工骨頭置換術を施行．以後，T 字杖を使用し，誰かの付き添いがある時のみ外出や，買い物へ出かけていた．ADL はすべて自立し，炊事・洗濯などの APDL もすべて行っていた．義母が隣市の病院へ入院しており，夫と一緒に見舞いなどにも行っていた．病前より何事もあきらめない性格で，できることは自分でしなければならないという思いが強い．

(5) 経過予測：注意障害がありながらも，病棟 ADL は入浴以外 T 字杖使用にて自立しているため，身体的な介護は必要ないと思われる．しかし，突発的な行動が多く，屋内・外での転倒リスクは高い．そのため住宅改修を行い，退院直後は誰かの付き添いのもと活動することにより，リスクを最小限に抑えた生活が送れるのではないかと考える．

3）OT 実施計画（表 1）

表 1　OT 実施計画と視点

時　　期	アセスメントの視点
1 週間後どのようなことを目的に介入したか	1)日常生活（睡眠，食事，服薬等）状況の把握 2)日中の過ごし方の聴取． 3)入院時の状況が，在宅生活へ移行できていたかの確認． 4)目標達成のために必要なことと，その条件等を共有する．
3 ヵ月後どのようなことを目的に介入したか	1)日常生活の遂行状況と定着状態を確認． 2)1 週間後に確認した内容が，継続実施されていたかの確認． 3)実行状況から，本人の思いを探り，問題点を引き出す．同時に，家族の状況を把握し，必要な支援を検討する．
対象者が円滑な在宅生活を送るために CM や他職種とどのように連携を行なったか	入院中に知り得た，疾病障害構造とともに作業に対する「思い」を聴取して，退院後の生活に必要な条件をアセスメントし担当 CM に情報提供を行った．対象者の自宅には同行訪問し，現場と課題を共有するようにした．

4）経過

①第 1 期（退院時調査時）：

退院時に，自宅での生活に対する不安や心配事を聴取したところ，転倒せずに過ごせるか，家事ができるようになるかといった発言があり，具体的な作業目標は，「料理と洗濯が行えるようになりたい」であった．しかし，注意障害や高次脳機能障害の影響があり，動作遂行には難易度が高く，3ヶ月では達成困難と考えられた．そこで，当面 3 ヶ月の達成目標を「入院中できていた活動（身の回り動作）が自宅で行えること」「歩行能力が安定すること」として，その時点で有する能力が自宅でも行えることとした．そして，それらが達成された後に「簡単な家事が行えるようになる」ことを次の達成目標として，本人と共有した．以上の目標を達成するためには①睡眠，食事，服薬等による健康生活の基盤づくり．②身の回り動作の自立に向けた，住環境の整備.③夫による，家事の実施と生活全般における見守り介護.④デイサービス等のコミュニティを使って動機を刺激し，外出，歩行の機会を増やすことによる歩行の安定化.などが挙げられた.特に，デイサービス等のコミュニティの利用は，本人のパーソナリティを考慮すると動機を刺激し意欲が増すことが期待された．しかし，本人はサービスの利用には消極的であり，不慣れな環境への不安が見受けられた．このことは，担当 CM にも伝達し，当面は，家庭環境に適応することを主な支援目標としつつ，希望があればサービス利用を提案するスタンスをとることとなった．

また，住環境面への具体的アプローチとしては，居室，トイレ，居間，浴室の導線の確保と整備を CM とともに行った．

②第 2 期（退院後 1 週間後訪問時）

退院 1 週間後の訪問時には，既にデイサービスの利用が開始されていた．本人に聴くと，「実際に利用してみると楽しい」と話され，目標達成に向けた前向きな姿勢が見受けられた．その時点での自宅での生活状況は，退院後 1 週間の歩行は夫の監視下で行われていた．身辺動作は入浴以外は実施できていたが．睡眠，服薬，摂食については入院中と変化なく良好であった．その他の作業実施状況は，買物や母親の見舞いに夫とともに複数回外出をしていた．家事は全て夫が実施していたが，食事，睡眠，身辺動作，デイサービス利用によるコミュニティとの関わり，外出など，生活の基盤づくりは順調に整備されつつあった．

③第 3 期（3 ヵ月後訪問時）

2 期目と同様に退院 1 週間後～3 ヶ月間の生活状況を聴取した．デイサービスは継続して利用されていた．睡眠，服薬，摂食状況にも変化なく，血液検査データからも全身状態が良好であることが確認された．身辺動作は入浴が自立し，自宅内の歩行も自立していた．その他の作業では，買物などの夫との外出も継続して行われていた．家事については，毎日ではないが，洗濯物を干すこと，夫と一緒に味噌汁を作ったりするようになっていた．自宅庭の花の水やりも 1 人で出て行えるようになっていた．

この時点で，当初立案した目標，すなわち，①「入院中できていた活動（身の回り動作）が自宅で行えること」②「歩行能力が安定すること」③「簡単な家事が行えるようになる」が達成された．

5）成果

①入院中に比べて，摂食や服薬，睡眠状況に変化はなく，安定して良好な全身状態を維持して退院後の生活基盤が形成されていた．

②デイサービスの利用は，本人にとっての楽しみの時間と空間であるという位置づけとなり，積極的にコミュニティとの関わりを持つようになっていた．

③同時にデイサービスでの散歩や買物の機会によって，歩行耐久性の向上を認め，自宅とその周辺の歩行も自立可能となった．

④歩行能力が安定したことで，退院後の外出や洗濯物を干す，夫と一緒に味噌汁を作ったりする「作業」を達成していた．

6）考察

退院時の本人の作業目標は，「料理と洗濯が行えるようになりたい」であったが，作業療法士によるアセスメントの結果，当初は，歩行が不安定であることに加えて高次脳機能障害が残存していたため，3ヶ月間での目標達成は困難であると考えられた．そこで達成可能な目標を「「入院中できていた活動（身の回り動作）が自宅で行えること」「歩行能力が安定すること」として，それらが達成された後に「簡単な家事が行えるようになる」ことを目標として設定した．そのために必要な条件として，①睡眠，食事，服薬等による健康生活の基盤づくり，②身の回り動作の自立に向けた，住環境の整備.③夫による，家事の実施と生活全般における見守り介護.④デイサービス等のコミュニティを使って動機を刺激し，外出，歩行の機会を増やすことによる歩行の安定化，などが挙げられた．これらのことを，本人の【思い（料理と洗濯が行えるようになりたい)】と併せて担当 CM に情報提供を行った．その結果，健康を維持し，歩行は安定し，身辺動作は自立した．同時に，ひとりでの外出や庭の手入れ，洗濯物を干すこと，味噌汁をつくることなど,「簡単な家事」が行えるようになった．今回得られた成果の背景には，①本人の「思い」すなわち作業目標が具体的で現実的であったこと．②「思い」の達成のために，必要な条件を OT がアセスメントして抽出したこと.③アセスメントの内容が担当 CM に明確に伝わったこと.があげられる．同時に目標を達成できた直接的要因としては，①夫が退院直後から見守り介護をして転倒のリスクを回避したこと．②住環境の整備が自立促進に結びついたこと．③デイサービスの利用によるコミュニティの拡大が動機を高めたこと．があげられる．

本症例は退院後に直接的に作業療法介入の機会はなかった．しかし，退院時に現実的な「作業」達成の目標設定を行い，担当 CM に「本人の思い」を含めた入念な情報伝達をすることで，目標は受け継がれ，本人にとって意味のある「作業」が達成される結果となった．以上のことから，医療から介護への連携においては,「できること（可能)」,「したいこと（有意義)」など，本人の生活（人生）において「重要かつ意味のある作業」を具体的に引き出し，その条件をアセスメントし伝えることが重要であると考えられた．

3. 課題と対応

今回の「作業」を継続するためのシステムを構築することにより，対象者に対して連続した「作業」を継続して行う事ができた．しかし，このシステムを今後の日常業務で行う為には，以下のような課題が残された．（表 2）

表 2　残された課題と対応策

残された課題	対応策
1）日常の業務内で，対象者および家族から「思い」を聴取していく時間が必要である．また，聴取内容によっては場面を新たに設けるなど考慮する必要がある．	対象者の情報は，入院中から早期に情報を入手しやすい．一般情報のほか，日常の業務の中で対象者および家族から直接聴取することや定期的なカンファレンスを利用していくことで効率化をはかることができる．
2）退院前のカンファレンスについては，「退院前生活機能総合アセスメント表」と「退院時医療介護連携計画書」の計画内容を複数の作業療法士で検討した．しかし，それぞれの診療時間の調整や計画内容の把握などに時間を要した．	今回は新たにカンファレンス時間を設ける必要があったが，診療時間に配慮してランチミーティング的に運用した．これらは，継続していく事でカンファレンス時間そのものも時間短縮につながった．

3）担当 OT の報告書作成後，チーム内でカンファレンスを実施し情報を共有した．しかし，OT から CM への作業目標および“思い”を充分に伝達することは容易でない.	わかりやすい言葉（共通言語）を用いることを心がける必要がある．また，CM と OT が対話する機会を増やすこと，対象者の状況を眼で見て確認すること，事前にサマリー等で情報提供し，検討内容を絞っておくことが必要と考えられた.
4）3 年未満の経験の浅い OT の訪問については，5 年以上の臨床経験を持つ作業療法士が同行した．また，CM も同行したが，それぞれの日程調整や連絡調整に時間を要した.	CM の同行訪問は，目標を共有する上では重要な時間である．日程調整には，退院時に予め訪問日を設定するなどのシステム化を図ることが考えられる.

4. 今後の展望

①今回のモデル事業をシステム化することで予測できること

1）医療介護の連携システムは，入院中の担当 OT が在宅生活を想定した入院時アプローチを具体的に実施できる．退院後の対象者に対して継続的に関わることも可能であり，「作業」の継続に関わることができる.

2）医療機関で知り得た，利用者の生活，作業特性をもとに，退院後の生活に必要な条件を CM 介に情報提供し，複数の職種で共有することによって，生活不活発化を防止し健康な生活を構築することが可能である.

②普及にむけて

医療機関においては，病んでいる面，障害，できないことに視点が向きやすいが，医療から介護への連携においては，「できること（可能)」,「したいこと（有意義)」など，本人の生活（人生）において「重要かつ意味のある作業」を具体的に引き出してアセスメントすることが重要であると考えられた.今後は，この作業療法の中核的視点を，関係職種と共有し普及化を図っていくことがさらに重要であると考えられた.

協力医療機関２：医療法人社団　青虎会　　フジ虎ノ門整形外科病院（静岡県）

１．はじめに

当院は，静岡県御殿場市（人口約 9 万人）に位置し，地域の中核施設として救急対応～療養まで幅広い役割を担っている．病床数 211，介護老人保健施設・特別養護老人ホーム・ショートステイ・グループホーム等を併設し，山梨県に関連施設をもつ．周辺にリハビリテーション施設が少なく，他県や 2 次保険医療圏域外からの利用も多い．地域の居宅介護支援事業所等からのリハビリテーションニーズや，相談にも積極的に対応している．以下に示す２事例から，「ご本人の思い」を大切にした作業療法士（以下 OT）の関わりについて報告し，その役割と問題点，今後の課題について考察する．

事例１

パーキンソン病・認知機能低下を呈しながら，夫の献身的な介護に支えられ生活していたが，転倒し鎖骨骨折を受傷した．入院後，身体機能・環境の変化により精神機能面に混乱がみられた為，「家に帰りたい」というご本人の気持ちを大切に，早期の退院を選択した．自宅に帰ったことで精神状態が安定し，介助量軽減が図れた．退院に向け，介護支援専門員と連携し取り組んだ経過について紹介する．

60 歳代後半　女性　要介護４　　疾患名：左鎖骨骨折　既往歴：パーキンソン病　夫と２人暮らし．
入院前ＡＤＬ：認知機能面低下あり．屋内手つなぎ歩行，屋外車椅子．１～２ヶ月前より介助量増加（軽～中等度介助）．デイサービス週 1 回利用．（外出に対し，拒否の訴えあり）

【入院時】

身体機能：左鎖骨骨折による疼痛と可動域制限
パーキンソン病に起因する下肢可動域制限，固縮・無動・活動に日内変動あり
無表情で視線は一点を見つめている
ADL：全介助．基本動作時，介助量大．

ご本人の変化
＊拒否や独語以外では「家に帰りたい」が唯一の発言
ご家族の思い
＊以前は手つなぎで，トイレにも行けたのに….
＊良くなるまでゆっくりリハビリをしよう．

OT の思い・考え
＊拒否の訴え以外では，「家に帰りたい」が唯一の発言であること，夫だけに表情が緩むことがあること，入院前も外出に対し拒否があったことから，入院し環境が変化したことが不安を増大させているのではないか．「在宅復帰」へ向け OT が安心した存在になること，環境へ慣れることから始めよう！

OT アプローチ　①信頼関係づくり　②基本動作訓練　③関節可動域改善訓練

【入院中期】

身体機能：上肢可動域制限と疼痛，やや改善．
下肢可動域制限，固縮・無動・日内変動あり
ADL：全介助．基本動作時，依然介助量大．

ご本人の変化＊恐怖感・不安の減少
ご家族の思い＊拒否は減ったけど，介助が大変そう．
＊本当に家に帰れるかな….

OT の思い・考え
＊表情が穏やかになり痛みの訴え減少．トイレ動作訓練開始したいが依然介助量大きい．ご本人が好む活動で自発的な反応を引き出したい．恐怖感を軽減するために，２人で立ち上がり訓練を実施しよう．

OT アプローチ　①風船バレー　②２人介助による基本動作訓練　③関節可動域改善訓練

【退院前】

OT の思い・考え

＊入院当初に比べ，介助量は軽減したが，パーキンソン病や認知機能低下があり，改善には時間がかかる．慣れ親しんだ家での生活は，精神面の安定が得られ，改善する可能性もある．介護保険サービスの説明やオムツ指導を行うことで在宅生活も可能ではないか．ご家族へ退院について話をしてみよう．

ご家族の思い

＊たしかに慣れ親しんだ家に帰った方が動きが良くなるかもしれない．でも，家に帰って 2 人で生活していけるだろうか…．大丈夫かな…．

OT アプローチ

①家屋調査

・介護支援専門員・福祉用具業者と連携し家屋調査を実施．退院後の介護保険サービスのプランニングやトランスファーボード等のレンタルについて検討し，退院に向けた準備をすすめた．

②家族へのアプローチ

・介護支援専門員と共にご家族の不安を傾聴．

・入院中にオムツ交換の指導を家族に実施してもらうよう介護職員に依頼．

③訪問リハ（OT）との連携

・　入院時の経過，退院に至った経緯，ご本人・ご家族の思いを伝え，退院後の関わりについて検討した．

ご本人の変化

＊訪問時，笑顔で会話が増加．夫の世話をやくこともあった．「あなた，だらしないわねぇ．」等

ご家族の思い

＊実際に家で移乗動作をやってみて自信がもてた．これなら家で生活していけそうだ．

OT の思い・考え＊自宅に帰ることでこんなに様子が変わるとは・・・．やはり早期退院へ向かおう！

＊＊＊退 院＊＊＊

【退院３ヶ月後】

退院後の経過

＊笑顔が見られ，精神面の安定が図れた．

＊訪問リハビリ場面では拒否無く，協力的で，立ち上がり，移乗動作の向上が図られた．

ご家族の思い

＊　家に帰ってから，表情が穏やかになった．

＊　介護は大変だけれど，これからも 2 人で生活していけそうだ！

夫との自宅での生活が安定＝「思い」の実現！

ご本人の拒否を環境への不適応と捉え，その思いは「家に帰ること」にあると考えた．家に帰ることが精神的安定につながり，身体機能の改善を得られると思い，早期に自宅に帰ることを提案し，介護支援専門員や在宅サービスに関わる事業所に働きかけた．その結果，ご本人の精神的安定が得られ，介助量は軽減した．夫からは「今後も 2 人で生活していきたい」という希望が聞かれている．

事例２

腰部脊柱管狭窄症・関節リウマチを呈しながら，自宅内 ADL 努力性自立にて生活していたが，転倒により大腿骨頚部骨折を呈した．在宅復帰に向けて「思い・家事動作・連携」に着目して作業療法を実施した結果，役割を再獲得することができた．その関わりについて紹介する．

80 歳代前半　女性　疾患名：大腿骨頚部骨折(人工骨頭置換術施行)　現病歴：夜間トイレ移動時に転倒．
受傷前介護度：要介護 2　　夫・子と 4 人暮らし　　趣味：水墨画・料理
入院前 ADL：努力性自立．結婚後，専業主婦として調理・掃除・洗濯等の家事を役割として担ってきた．

【入院時】

身体機能：両下肢筋力低下，疼痛，しびれによる立位バランス不良
ADL：ウォーカー歩行，（介助）入浴
（見守り）夜間トイレ・立ち上がり

ご本人の思い
＊以前と同じような生活を送りたい!!
＊まずは，身の回りの事を自分で出来るようになりたい!!
＊でも「転んでしまうかも…」という不安があるんです．

OT の思い・考え
＊　「ご本人の思い」以前と同じ生活＝「主婦としての役割」の獲得を目指したい．
＊　そのためにまずは，身辺動作自立・ＡＤＬ自立を目指そう．

OT アプローチ　①下肢筋力強化訓練　②立位動作訓練　③バランス訓練　④入浴動作訓練

【入院中期】

身体機能：下肢筋力向上し，ふらつき軽減．疼痛・しびれ残存．
ADL：T 字杖見守り，病棟内 ADL 自立
面会に来た家族が，移動に介助する場面あり．
自発的にスケッチブックに絵を描き始める。

ご本人の思い
＊下肢のしびれは残っているが，立って動作をする時に転ぶ不安は減ってきた．歩く時にまだ不安が…
＊身の回りの事は行えるようになったけど，家に帰った時に家事が出来るか不安…

OT の思い・考え
＊歩行に対する不安を解消したい．家庭から離れ，役割に対し漠然とした不安を感じているのでは？

OT アプローチ

①家事動作訓練＊洗濯や掃除・調理・片付け等訓練の中で，動作の工夫や長時間立位保持等を共に検討．
＊家事に伴う移動方法を検討

②住宅内の環境調整＊介護支援専門員・PT と訪問し，廊下と浴室に手すり設置．シャワーチェアの導入．

③家族への指導＊訪問時，実際の動作で出来る動作について伝え，見守りを依頼．＊試験外泊を提案．

ご本人の思い
＊家事動作に対する不安軽減．家事動作に対する意欲的な発言が増加．
＊1 人で移動出来た!風呂にも介助なしで出来た！　自信がついたから，これなら帰れそうな気がする！

＊＊＊退 院＊＊＊

【退院 8 日後】

身体機能面：下肢しびれ感残存.
ADL：在宅内 ADL 自立.
IADL 洗濯と昼間の調理以外は家族が実施.

ご本人の思い
＊家事は時間がかかるから家族がほとんどやってしまう…．以前に比べて役割が減ってしまった….
＊私ももっと家事をやりたい！！！

退院後の OT の思い・考え
＊ 家事動作に時間がかかるため，ご家族が行ってしまい受傷前と比べると役割が減少している.
＊ ご家族の理解があれば，もっと出来ることがある！

OT アプローチ 介護支援専門員と連携し，ご家族へご本人の出来ること・思いを再度説明！！

【退院 3 ヶ月後】

ADL：在宅内 ADL 自立.
IADL：ゆっくりだが家事全般を行っている.
外出する頻度が増え，夫との散歩が日課に.

ご本人の思い
＊家事が出来て楽しい！水墨画も始めようと思っている。
＊外に出て歩く機会や人と関わる機会が増えて良かった！

「役割」の再獲得＝「思い」の実現！

＊ **「ご本人の思い」＝「入院したことで一度離れた活動＝役割(家事動作)の再獲得」に対し,段階付けてアプローチした．ご本人と活動の距離を徐々に縮めることができ，「在宅生活に向けての思い」を諦めることなく持ち続け，取り組むことができた.**
＊ **退院後も介護支援専門員とともにご本人の思いに沿えるように連携を取ることで,退院後に見えた在宅生活での問題点にも対応することができ，「思い」を達成できた.**

【まとめ】

入院は，非日常の生活であり，「ご本人の思い」，「役割」，「自発的な作業活動」から急激に遠ざかってしまう出来事である．日常生活を身近に感じ，できる作業を継続していくことが，退院後の「役割」の獲得につながると考える． また，入院から退院への経過の中で,「ご本人の思い」を実現させる為には，病院内スタッフだけの関わりで完結することは難しいと考える．特に介護保険を利用する方においては，ご家族・介護支援専門員・在宅サービスに関わるスタッフと連携することが不可欠である．さらに今回の事例を通し，入院中だけでなく，退院後の関わりの重要性を示すことができたと考える.

OT が，作業活動の提供を重要視し，作業活動を進める上で他職種との連携に取り組むことが，円滑な在宅生活の再開に繋がると考える．しかし，施設・病院に勤務する OT の活動の場は施設内に留まる傾向を感じる.「地域で働く OT」に誰もがなる環境にあり，ならなければいけないということを OT 一人ひとりが自覚を高める必要を感じる.

その一方で，OT が地域に活動の場を展開し難い現状にあることも事実である．訪問指導は疾患別リハビリテーションと比較し，その評価は低い．特に，広域を対象地区としている場合や山間部等では訪問距離・時間に見合う評価とは言い難い．所属施設にとって診療報酬による評価は事業展開と連動しており，連携を取りにくい状況にあるとご理解いただきたい．また，現在,「退院前訪問調査」は 2 回実施が可能であるが，内 1 回は入院 2 週間以内との制限がある．入院中の訪問回数を充実させることで退院後の生活を具体化させることができるのではないかと考える．さらに，退院後の生活で問題が発生することがある現状をふまえ，退院後の関わりについても，是非ご検討いただきたい.

協力医療機関３：静岡リハビリテーション病院（静岡県）

回復期病棟からの退院援助について

１．回復期リハ病棟とは

静岡リハビリテーション病院は 90 床の回復期病棟と 60 床の療養病棟を持つ病院である．入院患者の主な疾患は脳血管疾患４割，大腿骨頸部骨折３割，その他リウマチや頸髄損傷等の疾患が３割であり、重度の障害が残る方や意識レベルが低く状態の安定しない方も多く入院する．リハのスタッフはＰＴ26 名,ＯＴ22 名,ＳＴ3 名,ＳW3 名の体制をとっている．発症から 2 か月以内に入院し，入院期間は約３～４カ月である．ひと月に約 40 名が入／退院で入れ替わる．

回復期病棟への入院患者は，急性期病院での治療が済み急性に障害が生じたが回復が期待され，発症から早い段階でのリハビリテーションが必要な方々を対象にしている．求められる役割は，そのような方たちに①日常生活の自立を目指す②廃用を防ぐ③自宅復帰を目指すことを目標に短期間で集中して密度の濃いリハビリテーションを進めていくことにある．

２．回復病棟からの退院援助の特徴

回復期では患者はまだ機能や能力が回復の段階にあるが，暫くすると変化回復の限界も見えてくる．一方で，入院当初から全身状態が安定せず重篤な障害を呈している方もいる．患者は短い期間で現実に目を向けることとなり，回復への希望と不自由な体で新たに始まる人生についての不安を抱えている．そして混乱の時期にありながらその後始まる障害のある人生のスタートに立つこととなる．その為に，障害を負った後も本人の主体的な生活が送れるよう病前の暮らしぶりと今後予測される生活状況をどうすり合わせ再構築させていくかが大切である．それには総合的／包括的にアセスメントし，短い入院期間の間に如何にその方の今後の生活をデザインしそれを今後の状況がイメージできていない本人に的確に伝えられるかが重要となる．具体的には，早い段階から退院後の生活を意識した関わりを持ち，まずセラピストがしっかりと今後の在宅生活のイメージをする．そして集中して機能向上を行うことと並行して生活場面での能力のシュミレーションを行う．しかし，これには限界もあり入院中の機能/能力評価が在宅では通用しない事も多くある．本来の生活の場では本人の思いこだわり等が働き，また介護者の事情で介護方法や環境が変更される事もある．その為，入院中に細かくプランを立て過ぎず，最低限の条件で生活を始め在宅ケアをしていく過程で見直していく方が現実的で、その際は検討したプランの評価や計画の修正には退院後のフォローが必要となる．これらをふまえ地域へ連携し自宅生活を再開させるには，まず OT が残存能力/心身状況/家屋環境/患者の思い/実際の生活/サービス利用との調整を行いそれを少ない頻度で的確に伝えていく．このように回復期の作業療法では，いったん途切れた今までの生活全体を新たにコーディネートし途切れた人生の橋渡しの役割を担うこととなる．

３．事例を通して

①症例紹介： 71 歳．女性．2 人暮らし．

②病前の生活：既往に両膝 OA あるが一人でバスに乗って出かけたり，家事仕事もしていた．“生活状況確認表”にて病前の生活を確認したところ，健康感については痛いところや調子が悪いところはあったが心配事は特になく，食事も食べられ睡眠も十分とれていた（1/5）．基本的な動作については身辺動作はほぼ自立していた（0/7）．応用的な生活面は家事動作や買い物程度の外出やご近所との付き合いはあったが新聞や雑誌などは読んでおらず，地域の集まりや役割は持っていなかった（3/13）という状況が分

かった.

③入院：平成 21 年 3 月 15 日．左被殻出血発症．平成 21 年 5 月 13 日当院入院.

④入院中のリハ：中程度の右麻痺は認めており，特に右麻痺に対する機能訓練を中心に行い，そこから応用的な動作に繋げていった．日常生活動作については特に病棟でのトイレ動作に直接関わってきた．同時に書字練習や箸練習を行い，少しずつ利き手の交換をすすめてきた.

⑤退院前の生活確認：右半身に軽~中等度の麻痺が残るが院内は車椅子移動にて入浴以外の身辺動作は自立となった．移動能力は 4 点杖で屋内移動自立であったが歩くことに自信が持てず不安が強かった為，退院まで車いすを使用した．家事動作に関しては，病気の後未実施で不自由な体での経験がない為に消極的であった.

⑥今後の在宅生活についての確認：やりたいことは特にない，実際に生活してみないと分からないなどと不安や自信のなさ感じられる.

⑦連携の為のＯＴの介入：退院前訪問指導（60 分）を実施した．本人,娘,ケアマネ,建築業者,福祉ショップ業者,PT,SW とともに訪問した．指導内容を以下に示す．①屋外/屋内の移動能力を一緒に見てもらい室内 4 点杖歩行可能で，屋外は見守れば可能であることを確認・アドバイスした．（4 点杖は入院中に自費で購入．車いすレンタルも提案）あわせて歩行中の介助方法を実際に家族,ケアマネの前で指導実施した．②玄関の昇降が大変なため椅子を置いて靴の着脱ができることと段差昇降の方法をその場で実際に見てもらい，見守りでできることを確認した．③トイレは動作不安定となる為，手すりの設置とドアを開閉するやり方をその場でアドバイスし，あわせてベッドからトイレまでの導線も確認した．④今までできていた床上動作は困難となった為，ベッドを置き椅子座位姿勢の生活を提案した．⑤入浴はその場で出入りの動作確認したが本人の不安が強かった為シャワー浴が行えるようシャワー椅子を購入してもらうこととし，同時に今後浴槽へ入るようであればバスボードが必要になることを伝えた．当面はデイサービスでの入浴を了承してもらう．⑥夕方 1～2 時間は一人で留守番となるが，大きな問題ないことを皆で一緒に確認した.

⑧退院直前の今後の生活についての確認：日中は週 5 回のデイサービスの利用する.（入浴はデイで行う）トイレは自立出来ており，夕方娘が帰るまでの 2 時間くらいは一人で留守番になる．夜は娘も付いており特に問題はない.

⑨退院：平成 22 年 10 月 15 日

⑩退院後３ヶ月の目標として：退院前訪問指導がきっかけとなり，娘に迷惑をかけないよう出来ることは手伝いたいとの意欲が見られるようになり，「娘さんの見守りと軽介助で食器の後片付けや洗濯物を畳む等の簡単な家事ができるようになる」という目標がたてられた.

⑪総合アセスメント：既往に膝の OA あるも一人で外出や家事仕事も出来ていた．今回の左脳出血の発症により中程度の右麻痺を呈した車椅子の生活となってしまったが, 訓練により麻痺も改善し入院中に 4 点杖歩行が出来るようになった．退院前の本人の思いとしては，麻痺が残っており立位動作や歩行が不安定で，片手での動作が主となる生活に心理的に非常に不安が強い．その為積極的な実際の自宅生活の場面を想定した訓練が出来ず 4 点歩行が出来るもリハに消極的であった．このような状況の中 “生活してみないと分からない”という思いから本人は今後の在宅生活に対し“やりたい事やしたい事は無い”と不安交じりに言っていた．しかし家屋訪問指導で実際の場を経験をした後は，今まで本人の役割であった家事仕事に目が向き始め，こちらの促しもあって“少しでも娘の負担にならないように簡単な家事仕事はやっていきたい…”という思いを引き出せた．在宅生活を再開させるのに影響している因子は玄関･浴室･トイレであり，娘のいない夕方の 1 時間程度が心配となる．これに対しては実際の在宅の場を

見て改修箇所や自宅内の動作確認を行うことで安心してもらい，ケアマネに直接本人の状況を伝えた．家事仕事については負担にならない程度の簡単なことからはじめることとした．これには非常に協力的で理解のある娘さんの関わり（良い意味で本人の能力に合わせた関わりができる）が良い影響となっていた．総合的考えると，まずは一人で留守番できる程度の能力を持ちながら不安や自信のなさなどから自宅生活を再開することを心配をしている本人に安心してもらうことが重要であった．そこで週５回のデイサービスを促して日中の安全面を確保し，娘の協力のもと本人の役割（家事仕事）をとりも戻せるよう上手く関わってもう事からはじめることとなった．

⑪作業遂行アセスメント：＊発症から半年を過ぎ，原因の右麻痺は残存し大きな改善はみられないことが予測される．しかし右手の補助的な使用は可能であり左手では書字や箸の使用ができることから，左手への利き手交換と右手の補助手としての使用は出来るものと思われる．＊現段階では右麻痺の影響がある．しかし入院リハにて歩行練習まで行った為，今後の生活で慣れる事と自身をつけることの相乗効果で，能力･体力ともにアップするものと考える．＊性格的に不安/恐怖心/心配が強い方である．成功体験を持ちできるだけ賞賛や励まし等の声かけを多くし，プラスの介入をすることで前向きに取り組めるようになると考える．また家族が「本人の今までの役割を出来るだけ継続してもらいたい…」という姿勢を見せることと、ＯＴが「無理のない範囲で少しずつやりましょう」とプレッシャーにならないような援助･声掛けをすることで本人の自信やモチベーションを保てるものと考える．以上のことから簡単な家事動作は可能と判断した．

⑫作業遂行プラン：＊簡単な洗い物→はじめは本人の食器をプラスチック食器に変え落としても割れないものを使うことで安心して洗い物ができるようにした．家族には見守り程度でできることを確認してもらった．＊洗濯ものをたたむ→ＯＴが「タオルなどの簡単なものであればたたむことが出来る」ということをケアマネに伝え、その申し送りをもとにデイサービスでタオルたたみを実施してもらう．

⑬１Ｗ目の様子：週５回のデイサービスには参加しているも，その他の外出（買い物・散歩）には消極的であった．しかしながら，退院後の慣れない環境に戸惑いはあるも「やるしかない」という前向きな姿勢が見られるようになっていた．

⑭3ヶ月後の結果：洗い物については，娘がいない間に自分で食べたものは洗っておけるようになった．洗濯物もたためるようになり，その他の家事動作の手伝いもできるようになっていた．

４．研究を通して感じたこと

①新たに始まる現実を目の前に不安の強い本人からの思いを引き出すのは大変である．意欲が高く思いを引き出しやすい人は良いが，思いを引き出しにくい人や活動意欲の低い人には“興味／関心チェックリスト”は有効であった．

②入/退院のペースが速く，退院に向けての調整やコーディネートのための時間にゆとりはない．その為，入院時から戦略的・戦術的に進めていく必要があり，今回の研究調査に関してはこのようなプログラムを立てた進め方をするにあたり非常に有効であると考える．

③地域で働くＯＴやケアマネの業務と我々医療の体制の中での仕事を，時間／場／業務内容を含めて調整していくのが課題である．

④ICF の考え方はケアマネには受け入れやすく，“総合アセスメント”の理解はスムーズにいったようである．ケアマネと OT との共通したツールが必要であり，今回の研究での各シートを使っての進め方がそれになりえる．ICF の捉え方をさらに共通の認識にできるとよい．

⑤今回は退院の直前に介入する形となったが，スムーズな退院に結びつけるには入院当初から在宅を

意識した関わりをすることが大切である．入院直後からシートを使ってアセスメントをしていくことで，入院中のリハの内容にも反映できると考える．

⑥「連携」にはいろいろな方法がある(電話･会議･面接･書面等)が，今後生活をする在宅の場を皆で共有できる時間となる“家屋訪問指導”は重要である．目の前で本人の様子や動作を見てもらい直接申し送りをし今後の話し合いができることは，短時間でも有効な繋がりとなる．患者自身も目の前でケアマネ，OT,家族が話し合うということは安心に繋がる．

⑦実際の生活の場を見た後に課題が見えてくることが多い．訪問後は治療者としての OT はもちろんのこと，患者／家族やケアマネともが今後の生活をイメージすることができ，残された入院生活の間に仕上げなければならないことや準備しなければならないことを明確にでき，より具体的な取り組みが可能となる．

⑧家族を上手く巻き込むことも大切である．面会やムンテラ等の場を上手く使う必要がある．

⑨臨床の場だけでなく，会議や話し合いの場は連携のためには非常に重要である．

５．ＯＴの有効性

①住宅改修や福祉用具の必要性／適合ができる

②本人，家族，ケアマネ，NR，と共通した言語で話せる

③本人に自信をつける為の具体的な戦略を練る技術を持っている

④身体機能や能力を環境に合わせてアセスメントする能力がある

⑤ケアマネの視点と同じ目線で ICF に基づく考え方ができる

⑥様々な活動や作業の細かい分析と，本人の身体能力とを科学的に分析できる

⑦作業活動と身体能力とを精神心理面も含めて総合的に見ることができる

６．課題・提言

①医療，介護保険制度などにおける課題と提言

・現状では短期間で集中してリハを行うことになるが，この短い期間で患者の障害の需要を促すのは難しい．（患者家族に，「回復期が今後もリハや在宅生活を続けていくための“通過点”である」という意識が少なく実際の思いとのギャップを感じる．）

・医療現場のリハの体制は 24 単位という時間枠の中での業務である（経営的な側面もある）為に，診療時間中に特定の患者の為に絞って“調整”や“連携”の時間にあてるのは難しい．

・連携した際の業務に対する報酬が認められていないのが問題である．（認められているが報酬が見合っていない．）

②作業療法士にとっての課題と提言

・面接技術，アセスメント技術が足りない．「生活を見る」という視点がまだ足りない．若手が多くキャリアを積まないまま現場を見ることになり，それをフォローする体制も十分でない．学校教育の中でも原点の“人間の生活、特に地域生活”について重視して取り上げる必要がある．

・介護保険制度の把握が不十分である．その地区の地域の情報把握が不十分である．また，地域のケアマネやサービス事業所との連携が不十分である．“サービスに当てはめる”のでなく、本人の思いを達成させるためのサービスであることが大前提であり，その為の介護保険の知識や地域の情報をもっと持ち合わせている必要があると考える．

・より専門性を高める事（地域を支える職種の中の一員としての専門性）と，職域を広げること（地域

生活を支える為の仕事をもっと広い視点で担う）の２本柱を考えるべきである．

・作業療法士の仕事や役割をもっと明確にしていかなければならない．「何をしてくれる人なのか？どのような結果を出してくれる人なのか？」がさらにはっきりできると，もっとスムーズに関われるのではないか？

③改善点，問題点など

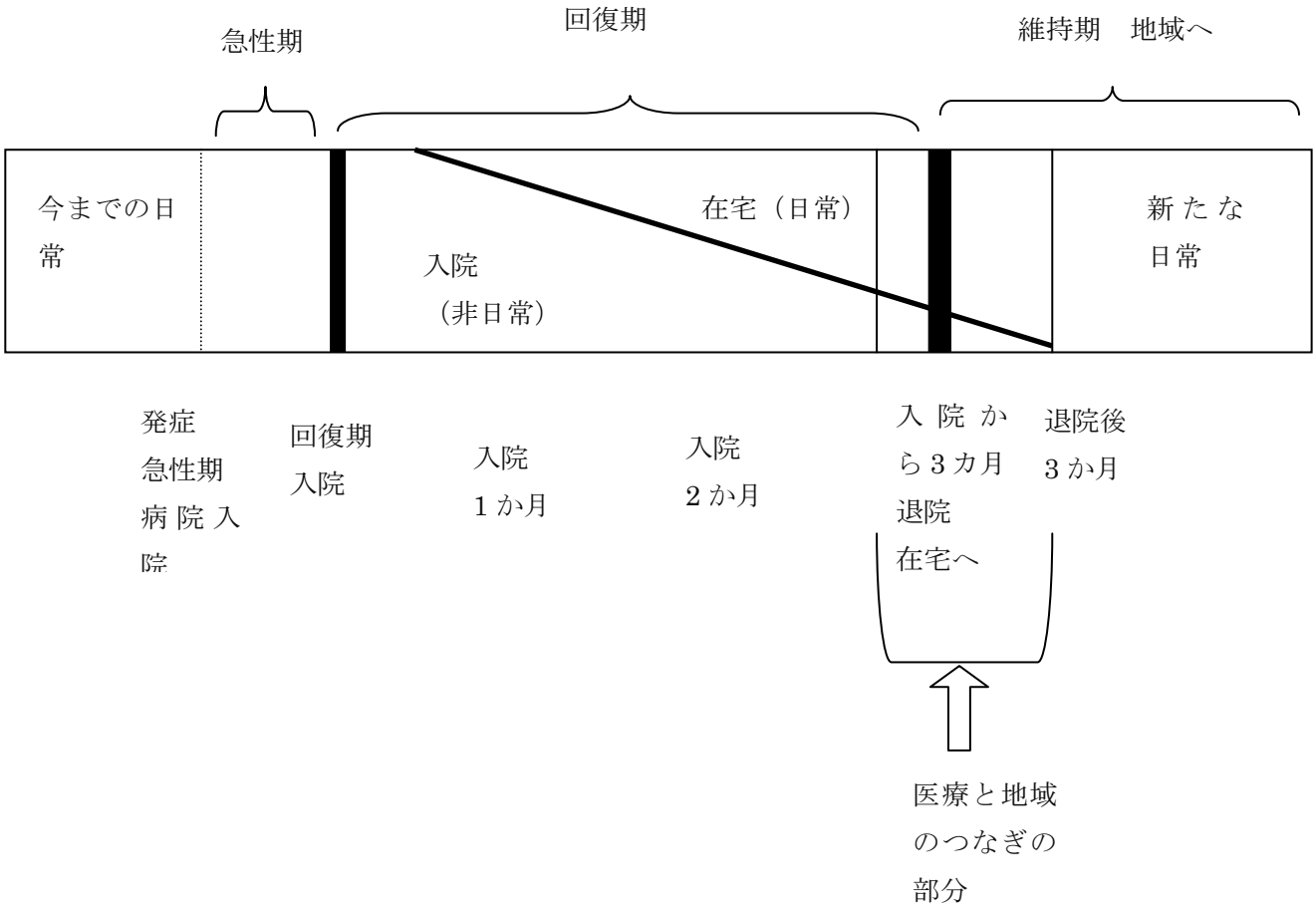
・“生活を連続させる”というキーワードから考えると，回復期医療の場としては，入院中のリハの効果や退院後の地域での在宅生活の様子を把握確認できる体制がほしい．現体制では難しいが，フィードバックを受けることにより入院中の治療内容や治療技術にも反映されより高い能力が身に付き，さらに OT の技術や専門性が求められるようになるのではないか？

・入院中に立てたプランが上手くいっているのかが確認できる体制と、それの修正などを行うための介入を誰がするべきかはっきりさせたい．現時点では地域にいる訪問のＯＴか？

・本人の作業を連続させる為には「退院する日」が「新たな生活のスタート日」にならないようにしなければならないと考える．“継ぎ目のないスムーズな連携”の為にはやはり“医療”と“地域”との「つなぎ」が重要である．この部分に対しての診療報酬がはっきりするとよい．

・入院中に行う「外泊」なども大切である．患者家族は今後の在宅のことを感じることができ、ＯＴにも情報が得られ具体的な取り組みに結び付けることができるきっかけ／手がかりとなる．

・現在は退院が決まるまでは福祉用具の適合がしにくい状況である為，帰ったその日から生活を始めるには不安を残す．福祉用具は入院中も貸し出しができるような体制が整備されるとよい．



協力医療機関３：竹田綜合病院（福島県）

１．はじめに

当院は綜合病院であるため，対象者疾患は多岐にわたり，急性期病棟から直接在宅へ帰られる方，回復期リハビリ病棟を経過されて在宅に帰られる方などいろいろな方がおられた．

また途中で研究中止の方は５名で，内訳は「再入院」４名，「家族が訪問を拒否」１名であった．

２．包括支援センター、居宅介護支援事業所との連携について

研究開始時に，対象者の担当の各事業所に事前に電話で研究協力依頼を実施し，その後文書での協力要請を行った．すべての事業所から本研究に対して許諾の返答を得た．反応はすべて協力的で，「OT との同行訪問ついては願ってもないこと」「日頃から連携は良く，詳細な情報を送ってもらっているが，実際に一緒の訪問となると心強い」「研究抜きで OT との同行訪問ができるようにしてほしい」などの言葉をほとんどの事業所からいただいたことは，大変な驚きであった．現場のケアマネージャーが多くの不安をかかえながら利用者を受け入れ対応していること理解できると共に，病院で担当だった OT の評価や情報に信頼をおいてもらっていることがわかった．また同時に，同行訪問によるこれからの実際場面においての生活指導に期待していることが強く感じられた．

３．対象者の同意について

研究説明をしたが，同意を得られなかった方は１６名おられ，内訳は「自宅を訪問されるのは嫌だ」８名，「大変そうだから」２名、「障害が軽度のため不要」３名，「その他の理由」３名であった．

研究目的のために，自宅を訪問されることに抵抗がある方も多くおられることがわかった．会津という少し閉鎖的な地域性も影響しているのかしれない．比較的軽度の障害の方や，退院後の在宅生活に見通しがたっている方なども訪問までの関わりを望まないようであった．

同意を得られたケースは，訓練だけでなく在宅への橋渡しを担当者である OT が行ってくれるということで，「ケアマネージャーへ申し送りをしっかり行ってもらえるのはありがたい」「家まで同行訪問してもらえると安心できる」などの OT の積極的な介入を喜んで受け入れている意見が多く聞かれた．退院後に不安を感じている方にとって担当者 OT の訪問は不安を少しでも少なくしてもらえるという期待につながったと思われる．

４．包括マネジメントについて

日常業務において，退院後の生活や本人の希望などはしっかりと引き出しているつもりであったが，「興味・関心チェックリスト」や「作業聞き取りシート」などを利用することにより，より標準的で漏れのないアプローチが可能であった．作業聞き取りシートは，実行度、満足度などを対象者に答えていただくために，その希望が具体性のあるものなのか，またはそうでないのかが，対象者に間接的に問われているようで，対象者が現実性があるものかどうかを自ら問いただしているような効果もあったと思われる．

また ICF に基づいた「包括マネジメントアセスメント表」は，本人の希望と本人の能力、本人を取り巻く環境など複雑に入り組んでいる事象をわかりやすく整理することができ，問題点のポイントと今後の解き組むべき課題が明確に導いてくれるので非常に使いやすく，非常に有効なツールと思われた．特に病院の入院生活におけるリハビリテーションの場合，やはり運動障害の回復，ADL 向上などどうして

も機能回復・能力向上面に目が行きがちになるところを，家族との関係、家屋状況，生活の地域の環境・文化などの面からの視点を促してくれるようなつくりであったこと感じた.

５．同行訪問を行ってみて

日頃，入院中のリハビリテーションに専念している OT にとって，対象者の在宅環境を実際に見る場合は「退院前訪問指導」などで，退院前に訪問し環境調整を行う機会がわずかにあるものの，ほとんどは本人や家族からの口頭による情報によるものが大きく, OT の想像・予想によって行われる場合が多い. 今回の研究で、事前の必要性のある・なしに関わらず「介入群」に属した対象者の退院時 1 週間以内の訪問指導とケアマネージャーとの連携作業を経験したことは，病院に勤務する OT にとって，予想しなかった患者の状態や家での環境を把握する機会になり大変参考になった.

今回は，研究という名目で，病院側の理解により採算性を度外視して「同行訪問」を行うことができたが，実際の臨床場面ではこのように病院外へ全ケース訪問できることは事実上難しいと思われた．今後，ケアマネージャー等と OT が同行訪問できる環境やシステムが構築されれば，よりよい連携につながるものと強く感じた.

６．非介入から介入群へ

研究を進めている中で，導入時は非介入群で「事業所のケアマネージャーとの同行訪問はなく，申し送りのみ」の対応だったが，退院後の生活の中で機能低下が予想されるので「訪問指導」の要請があり，倫理上の理由から OT が自宅訪問し介入し，その後生活状況がアップしたケースが 1 件あった.

７．３ヶ月後の状況

介入群，非介入群を問わず，３カ月の状態をヒアリングした結果として，ほとんどの方々退院時の状態を維持し，目標も「達成」「まあまあ達成」がほとんどであった.

しかし，非介入群の中には，退院後の経過をヒアリングしている中で退院後１ヶ月後ぐらいで機能低下などの問題が起こり始めたが，その後本人と家族の努力でなんとか持ち直し３ヶ月後には退院時と同じぐらいのレベルへ復活したケースが３例ほどあった．もしも「同行訪問」がなされており，より連携のとれた形で在宅生活に入ることができていたらならば，このようなケースは回避できたかもしれない.

８．本研究を振り返って

病院にいる OT にとって, 退院後の患者の生活をより具体的に考えることができる良い機会となった. しかし，現状の臨床現場のシステム，診療報酬体系ではこのような具体的な「同行訪問」などの介入が難しい状況である．必要とはわかっていても，病院の OT は入院・外来の患者の治療・訓練に追われており，在宅へつなぐ仕事をやりたくてもできない環境にあるので，OT が在宅支援を展開できるような具体的なシステムというか制度の構築を今後是非望みたい.

コード：3A－1－10

被検者概要

入院日	平成21年7月 3日		
退院日	平成21年10月 2日(3か月)		
年齢	73歳	性別	男
配偶者	有	家族	1人
生保	無	介度	2
寝度	A2	痴呆度	自立
既往歴	糖尿病、その他骨折、うつ病		
入院前の生活状況	健康	①. 2. 3. 4. ⑤	
	BADL	6. 7. ⑧. 9. 10. 11. 12	
	IADL	13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. ㉕	
診断名	＃1. 転落による骨折		
退前生活確認	不安・心配	痛みがなくなるかどうか 体調管理がしっかりできるかどうか	
	やりたいこと	庭いじり 車に乗りたい 買い物に行きたい	

作業目標		結果					
屋外を一人で安全に歩行できる。外出できる屋内ADLは独歩で自立し安全に生活できる		企	準	実	検	完	結果
	前	3	1	4	1	3	未達成
	後	3	1	3	3		

介入記録

2009.10. 21 CM, PT,OT,通所リハスタッフ、本人、妻で退院前担当者会議開催 (60分)
→動作確認等
2010. 1.7 CM/OT 訪問
生活状況確認、アドバイス

	回数	時間
相談		
訪問	2	60
調整		
合計	2	60

	前	1W	3M		備考
5－1 薬の内服	1	1	1	—	
5－2 金銭管理	1	1	1	—	
5－3 意思決定	1	1	1	—	
5－4 集団不適応	1	1	1	—	
5－5 買い物	4	4	4	—	
5－6 簡単な調理	4	4	4	—	
6.14 日間医療					
7 障害者自立度	A2	A2	ⒶⓁ	↑	
7認知症自立度	自立	自立	自立	—	

結果（効果判定）

介護認定度調査

	前	1W	3M		備考
1－1 麻痺	1	1	1	—	
1－2 拘縮	3	3	①	↑	
1－3 寝返り	1	②	①	—	
1－4 起き上がり	2	2	①	↑	
1－5 座位保持	1	1	1	—	
1－6 両足立位保持	1	1	1	—	
1－7 歩行	1	1	1	—	
1－8 立ち上がり	1	②	①	—	
1－9 片足立位保持	2	2	①	↑	
1－10 洗身	2	2	2	—	
1－11 爪切	3	3	②	↑	
1－12 視力	1	1	1	—	
1－13 聴力	2	2	2	—	
2－1 移乗	2	2	①	↑	
2－2 移動	2	2	①	↑	
2－3 嚥下	1	1	1	—	
2－4 食事摂取	1	1	1	—	
2－5 排尿	2	①	1	↑	
2－6 排便	3	3	①	↑	
2－7 口腔清潔	1	1	1	—	
2－8 洗顔	1	1	1	—	
2－9 整髪	1	1	1	—	
2－10 上着着脱	3	3	①	↑	
2－11 ズボン着脱	3	3	①	↑	
2－12 外出頻度	3	②	①	↑	
3－1 意思の伝達	1	1	1	—	
3－2 日課の理解	1	1	1	—	
3－3 生年月日・年齢	1	1	1	—	
3－4 短期記憶	1	1	1	—	
3－5 名前を言う	1	1	1	—	
3－6 季節の理解	1	1	1	—	
3－7 場所の理解	1	1	1	—	
3－8 徘徊	1	1	1	—	
3－9 外出後戻れない	1	1	1	—	
4－1 被害的	1	1	1	—	
4－2 作話	1	1	1	—	
4－3 感情不安定	1	1	1	—	
4－4 昼夜逆転	1	1	1	—	
4－5 しつこく同じ話	1	1	1	—	
4－6 大声	1	1	1	—	
4－7 介護抵抗	1	1	1	—	
4－8 落ち着かない	1	1	1	—	
4－9 外に出たがる	1	1	1	—	
4－10 収集癖	1	1	1	—	
4－11 破損	1	1	1	—	
4－12 重度な物忘れ	1	1	1	—	
4－13 独語	1	1	1	—	
4－14 勝手な行動	1	②	①	—	
4－15話がまとまらない	1	1	1	—	

主観的健康感

前	1W	3M
4	4	②

1：とても健康
2：まあまあ健康
3：ふつう
4：あまり良くない
5：悪い

↑

HUI

	前	1W	3M	
1 近視力	b	b	b	—
2 遠視力	a	a	ⓑ	↓
3 会話聴力	d	d	d	—
4 屋内聴力	a	a	a	—
5 他会理解	a	a	a	—
6 知会理解	a	a	a	—
7 感情	b	b	b	—
8 痛・不快	c	c	c	—
9 歩行	b	b	b	—
10 手機能	b	ⓒ	b	—
11 記憶力	a	a	a	—
12 問題解決	c	c	ⓐ	↑
13 身辺動作	d	d	ⓒ	↑
14 感情	b	b	b	—
15 痛・不快	c	c	c	—
16 健康状態	c	c	c	—

PASE

		前	1W	3M		
余暇活動	1 座位活動	2	③	3	↑	
	1b(時間)	1H	2H	2H	↑	
	2 自宅外歩行	2	①	①	↑	
	2b(時間)	1H	1H	1H	—	
	3 軽い運動・レク	0	0	①	↑	
	3b(時間)			1H	↑	
	4 中度運動・レク	0	0	0	—	
	4b(時間)				—	
	5 激しい運動・レク	0	0	0	—	
	5b(時間)				—	
	6 筋トレ	2	⓪	0	↓	
	6b(時間)	2H	✓		↓	
家庭内活	7 軽い家事	2	2	2	—	
	8 きつい家事	2	2	2	—	
	9a 家の修理	2	2	2	—	
	9b 庭の手入れ	2	2	2	—	
	9c 屋外園芸	2	2	2	—	
	9d 保育・介護	2	2	2	—	
仕事	10 仕事・ボラン	2	2	2	—	
	10a(時間)				—	
	10b				—	

1. 入院前の生活状況
73 歳の男性。妻と二人暮らし。糖尿病、その他の骨折、うつ病の既往歴有り。身辺動作全て自立し、車を運転し一人で買い物にも行っていた。健康面:2/5 や BADL:0 /7、IADL:2 /13 (計 4 /25)と活動的であった。
2. 入院
21.7.3 転落による骨折
3. 退院前の生活状況
受傷、長期臥床による耐久力低下、下肢痛のため動作制限あり、身辺動作も見守りから自立、歩行時に痛みとふらつきあり。応用動作は難しい。
4. 退院直前での在宅生活確認
1)不安・心配なこと:→痛みがなくなるかどうか、体調管理がしっかりできるかどうか
2)やりたいこと・できるようになりたいこと:→庭いじり、車に乗りたい、買い物に行きたい
5. 退院後 3 か月の作業目標
①屋外を一人で安全に歩行できる。外出できる、②屋内ADLは独歩で自立して行うことができる
6. 作業遂行向上プラン
①サービス利用 →通所リハ利用による活動量のアップ、②物理的環境調整 →通所リハ利用による歩行能力のアップ
③家族協力 →妻の協力
7. OT介入
09.9. 10 担当者会議(通所リハの利用(週 1 回)、動作などの申し送り)、09.9. 23 通所リハ訪問(本人に目標の促し、現状確認、動作確認)、その後 毎月 1 回CMと連絡をとり現状を報告。
8. 結果
1)退院後1w後
障害者日常生活自立度:A2→A2. 認知症高齢者日常生活自立度:自立→自立と変化なし。介護認定調査項目:6 項目アップ、3 項目低下、HUI:1項目低下、PASE:座位活動のアップ。
2)退院 3ヶ月後
障害者日常生活自立度:A2→A1. 認知症高齢者日常生活自立度:自立→自立と変化、介護認定調査項目:13項目アップ、低下0、HUI:2項目アップ、1項目低下、PASE:座位活動、自宅外歩行のアップ。

コード：3A－1－6

被検者概要

入院日	平成21年8月24日		
退院日	平成21年9月16日(3週間)		
年齢	74歳	性別	女
配偶者	無	家族	1人
生保	無	介度	要支援1
寝度	A2	痴呆度	I
既往歴	脳卒中、関節リウマチ、腰痛症、認知症？、うつ病？		
入院前の生活状況	健康	(1). 2. 3. 4. (5)	
	BADL	6. (7) 8. 9. (10). 11. (12)	
	IADL	13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. (20). (21). (22). (23). (24). (25)	
診断名	＃1. 右4.5指伸筋腱断裂		
退前生活確認	不安・心配	お風呂に入れるか心配	
	やりたいこと	愛犬チビとの夫の墓参り	

作業目標	結果	企	準	実	検	完	結果
外来リハビリへの定期的な通院（着替え準備、長距離歩行）	前	3	3	4	3	3	達成
	後	3	1	1	3	3	

介入記録

09.9.14 包括へ電話連絡（10分）
→自宅入浴困難、食事摂れていないので調整依頼
09.9.18 自宅へ包括職員と同行訪問（90分）
→浴槽への手すり設置、給食サービス導入、外来リハ継続を本人・家族と確認。
09.12.4 本人家族と冬期間の歩行能力予防について相談（60分）
→通所リハ見学、包括へ連絡し通所リハ利用の手続き依頼。
09.12.8 通所リハの開始(外来リハ12月末で終了)

介入時間

	回数	時間
相談	2	10
訪問	2	150
調整	1	
合計	5	160

	前	1W	3M		備考
5−1 薬の内服	2	2	(1)	↑	誤薬
5−2 金銭管理	1	1	1	—	
5−3 意思決定	2	2	2	—	
5−4 集団不適応	1	1	1	—	
5−5 買い物	4	(3)	(1)	↑	買い物自体はOK
5−6 簡単な調理	4	(1)	(1)	↑	
6.14日間医療					
7障害者自立度	A2	A2	(J2)	↑	
7認知症自立度	I	I	I	—	

結果（効果判定）

介護認定度調査

	前	1W	3M		備考
1−1 麻痺	1	1	1	—	
1−2 拘縮	5	5	(1)	↑	
1−3 寝返り	1	1	1	—	
1−4 起き上がり	2	2	(1)	↑	
1−5 座位保持	1	1	1	—	
1−6 両足立位保持	1	1	1	—	
1−7 歩行	2	2	2	—	T杖使用
1−8 立ち上がり	2	(1)	1	↑	
1−9 片足立位保持	2	2	2	—	
1−10 洗身	3	3	(1)	↑	
1−11 爪切	3	(2)	(1)	↑	
1−12 視力	1	1	1	—	
1−13 聴力	1	1	1	—	
2−1 移乗	2	(1)	1	↑	
2−2 移動	1	1	1	—	
2−3 嚥下	1	1	1	—	
2−4 食事摂取	1	1	1	—	
2−5 排尿	1	1	1	—	
2−6 排便	1	1	1	—	
2−7 口腔清潔	1	1	1	—	
2−8 洗顔	2	(1)	1	↑	
2−9 整髪	1	1	1	—	
2−10 上着着脱	1	1	1	—	
2−11 ズボン着脱	1	1	1	—	
2−12 外出頻度	2	(1)	1	↑	
3−1 意思の伝達	1	1	1	—	
3−2 日課の理解	1	1	1	—	
3−3 生年月日・年齢	1	1	1	—	
3−4 短期記憶	1	1		—	
3−5 名前を言う	1	1	1	—	
3−6 季節の理解	1	1	1	—	
3−7 場所の理解	1	1	1	—	
3−8 徘徊	1	1	1	—	
3−9 外出後戻れない	1	1	1	—	
4−1 被害的	1	1	1	—	
4−2 作話	1	1	1	—	
4−3 感情不安定	1	1	1	—	
4−4 昼夜逆転	1	1	1	—	
4−5 しつこく同じ話	1	1	1	—	
4−6 大声	1	1	1	—	
4−7 介護抵抗	1	1	1	—	
4−8 落ち着かない	1	1	1	—	
4−9 外に出たがる	1	1	1	—	
4−10 収集癖	1	1	1	—	
4−11 破損	1	1	1	—	
4−12 重度な物忘れ	1	1	1	—	
4−13 独語	1	1	1	—	
4−14 勝手な行動	1	1	1	—	
4−15話がまとまらない	1	1	1	—	

主観的健康感

前	1W	3M
3	3	(1)

1：とても健康
2：まあまあ健康
3：ふつう
4：あまり良くない
5：悪い

（↑）

HUI

	前	1W	3M	
1 近視力	a	a	a	—
2 遠視力	a	a	a	—
3 会話聴力	a	a	a	—
4 屋内聴力	a	a	a	—
5 他会理解	a	a	a	—
6 知会理解	a	a	a	—
7 感情	b	b	(a)	↑
8 痛・不快	(d)	c	(a)	↑
9 歩行	c	c	c	—
10 手機能	(d)	c	(b)	↑
11 記憶力	b	b	b	—
12 問題解決	(c)	b	(a)	↑
13 身辺動作	d	d	(c)	↑
14 感情	(a)	b	b	↓
15 痛・不快	b	b	b	—
16 健康状態	c	c	(b)	↑

PASE

		前	1W	3M		
余暇活動	1 座位活動	3	3	3	—	
	1b(時間)	2H	( )	4H	↑	
	2 自宅外歩行	(0)	3	3	↑	
	2b(時間)	( )	(1H)	2H	↑	
	3 軽い運動・レク	0	0	0	—	
	3b(時間)				—	
	4 中度運動・レク	0	0	0	—	
	4b(時間)				—	
	5 激しい運動・レク	0	0	0	—	
	5b(時間)				—	
	6 筋トレ	0	0	0	—	
	6b(時間)				—	
家庭内活動	7 軽い家事	2	(2)	1	↑	
	8 きつい家事	2	(2)	1	↑	
	9a 家の修理	2	2	2	—	
	9b 庭の手入れ	2	(2)	1	↑	
	9c 屋外園芸	2	2	2	—	
	9d 保育・介護	2	2	2	—	

1. 入院前の生活状況
74歳の女性。脳卒中と関節リウマチ、腰痛症有り。他に1年前夫の他界により自宅に閉じこもりがちで、食事も作らないようになり孤独感が強かった(軽度のうつや認知症あり)
健康面：2/5、BADL：2 /7、IADL：6 /13、計 10 /25。
2. 入院
21.8 .24　右 4.5 指伸筋腱断裂
3. 退院前の生活状況
4. 退院直前での在宅生活確認
1）不安・心配なこと：→お風呂に入れるか心配
2）やりたいこと・できるようになりたいこと：→愛犬チビとの夫の墓参り
5. 退院後3か月の作業目標
①通院リハ→通所リハへ、②手すり設置し、声かけながらの自宅入浴
6. 作業遂行向上プラン
①サービス利用 →外来リハ(手の機能アップ)→通所リハ(歩行能力の低下予防)給食サービス
②物理的環境調整 →トイレの手すり、風呂の手すり、補高便座
③家族協力 →
7. OT介入
09.9.18 自宅へ包括職員と同行訪問 →浴槽への手すり設置、給食サービス導入、外来リハ継続を本人・家族と確認
09.12.4 本人家族と冬期間の歩行能力予防について相談 →通所リハ見学、包括へ連絡し通所リハ利用の手続き依頼。8. 8. 結果
1）退院後1w後
障害者日常生活自立度：A2→A2. 認知症高齢者日常生活自立度：Ⅰ→Ⅰと変化なし。介護認定調査項目：5 項目、HUI：3 項目、PASE：1 項目でアップ。
2）退院3ヶ月後
障害者日常生活自立度：A2→J2 にアップ、認知症高齢者日常生活自立度：Ⅰ→Ⅰと変化なし。
介護認定調査項目：7 項目、HUI：3 項目、PASE：4 項目でアップ。

協力医療機関５：（財）竹田綜合病院附属芦ノ牧温泉病院（福島県）

医療保険対応療養病床の現状と在宅復帰に向けた取り組みから見えたもの

１．はじめに

当院は 120 床の医療保険対応療養病床を有し，脳血管疾患Ⅰ及び運動器疾患Ⅰを算定するリハビーション施設である．当法人は急性期及び回復期を担う 1,035 床の竹田綜合病院を中核に，介護老健施設，訪問リハビリ，通所リハビリといった介護保険に於けるリハビリサービスも提供しており，院から在宅まで一貫した連携機能を持つという特徴がある．当院の役割は，その中で主に後期回復び維持期の対象者に対するリハビリサービスの提供である．当院の入院患者の入院もとは 9 割以上列病院である．そのため，急性期及び回復期に在宅方向を検討したが自宅退院は困難というケース害が重度で老人保健施設や他の療養病床にスムーズに転院できないケースを多く受け入れている．

また，当法人の所在地である福島県会津地域は広大な土地面積に対して人口密度が薄く，市街地対象者宅までの距離が離れているケースが多い．加えて，過疎化や高齢化も進んでおり，障害者の復帰に対する阻害因子が多い地域でもある．

このような背景のため，近年当院から在宅復帰されるケースはかなり減少しており，施設待機目入院されてきた対象者やご家族の考えを，いかに在宅生活に向けられるかが大きな課題となっている

２．事例報告

今回の研究に際して，当院ではＯＴ介入群 3 例，ＯＴ非介入群１例の協力が得られた．以下に各の結果を振り返る．

１）事例Ａ：介入群　70 代男性　脳梗塞（左片麻痺）　独居（市営住宅１階）　近隣に親族はなく，ンフォーマルなサービスは期待できない．

（１）退院時の状態：発症後１ヶ月で当院転院．当院退院時は主症状であった左半身の軽度の運動は軽快し，左手は実用補助手，畳上の立ち座りも含めて症状動作まで自立となった．歩行は，ンパックを持ちながらＴ杖にて安定して可能となった．既往に尿道奇形を持っており，今回の により尿閉となったために尿カテーテルを挿入したままでの自宅退院となった．しかし，入院ハルンパックの処理も自立し，退院後のフォローを泌尿器科の外来へとつなげる事とした．

（２）在宅生活に向けてご本人と設定した目標：公共の乗り物を利用して買い物等の外出ができるになること

（３）目標実現に向けた計画立案と実施：（１）自主訓練メニューの作成及び指導（２）日中の過ごのプランの検討（ハルンパックの処理も含めて）（３）ケアマネージャーへの情報提供（担当者に於いて）

（４）退院後１週間の状態：（１）屋外歩行で，ハルンパックを袋に入れて持ち歩きながら徒歩で外きていた．（２）ＡＤＬ及び簡単な炊事は自立（３）掃除と買物はヘルパー利用（１回／週）（自主訓練メニューの一部非実施

（５）介入内容：（１）非実施の自主訓練メニューの見直し（２）ハルンパックの形状や持ち運び方討

（６）３ヶ月後の状態：（１）秋までは定期的な外出ができていたが，住宅周囲の急な長い坂道と冬の雪による外出頻度が極端に低下していた．（２）周囲とのコミュニケーションをあまり図れてい．（３）前述２点による体力低下傾向と気分の抑うつ傾向．

２）事例Ｂ：介入群　80 代女性　廃用症候群　７人家族

（１）退院時の状態：発症 2 ヶ月後当院入院．起居動作は起き上がりまで柵を用いて自立．移乗動作は一部介助．移動は車椅子で短距離見守りにて可能だが非実用的．排泄はオムツ．その他ＡＤＬは一部介助．しかし認知症があり，入院中にベッドからの転落歴が数回あった．

（２）在宅生活に向けてご本人と設定した目標：認知症により，ご本人の言葉通りの思いの聞き取りが困難であったが①日中の車椅子離床②介助量及び認知機能維持の２点を設定した．

（３）退院後１週間の状態：退院後 2 日目にベッド柵が外れて動いてしまい，転倒していた．その後は腰の痛みのために食事もベッドで行い，ほぼ寝たきりの状態．デイサービスに行っても落ち着かずに，ほとんど利用できず．家族に依存的となってしまい，ほとんど全介助となっていた．

（４）介入内容：（１）腰痛に対して早急な整形外科受診および処置を勧めた（２）寝たきり状態に対して訪問リハビリの利用の検討（３）ベッド柵の検討及び動いた時のために近くに車椅子を設置する等の対策

（５）３ヶ月後の状態：（１）腰椎圧迫骨折の診断だが保存的に治療（２）腰痛は軽快して起居動作は自立・移乗動作は見守りで可能（３）デイサービスを４日／週利用して楽しみにしている（５）自室の変更や床のフローリング・庭の舗装がされた（６）自宅内での車椅子離床が図れていた

３）事例Ｃ：介入群　70 代女性　脳出血　4 人家族　同居の息子との仲はあまりよくなかった．また，孫は不登校の状態で家族背景にやや問題があった．

（１）退院時の状態：発症４ヶ月後当院入院．起居動作はベッド柵を用いて一部介助．端座位及びつかまり立ちは見守り．移乗動作は一部介助．排泄，更衣，入浴，整容も一部介助から全介助．

（２）在宅生活に向けてご本人と設定した目標：①現在の能力維持②簡単な家事手伝い

（３）退院後１週間の状態：デイサービスを 5 日／週利用し，在宅でも嫁の介護で車椅子離床が図れていた．排泄は退院時の想定したポータブルトイレではなく，車いす介助でのトイレ誘導で行っていた．ご本人は元気で家事手伝い等に意欲を見せていた．

（４）介入内容：（１）デイサービスに於いて調理活動や洗濯物たたみ等の家事的プログラム導入（２）在宅でも家族の可能な時間帯及び内容での家事手伝い参加指導（３）現在の離床頻度の維持

（５）３ヶ月後の状態：（１）主介護者が長男になっており，長男が介護中に暴力をふるってしまう．（嫁の介護は長男が断る）（２）ご本人はぼんやりすることが多くなり，落ち着きなく動き出してしまうこともあり，見守りが大変になってきている．（３）デイサービスは楽しく参加し，家事的プログラムも実行されている．（長男の虐待に関しては，訪問時にご家族とＯＴ及びケアマネージャーで話し合いを持ったがその場での解決は困難．当面は嫁との介護分担を行いつつ，施設入所の方向で動くことになった．）

４）事例Ｄ：非介入群　90 代女性　脳出血　4 人家族　孫は役場の福祉課勤務．長男夫婦は農家で介護には非常に協力的．

（１）退院時の状態：発症１ヶ月後当院入院．起居動作は起き上がりまで柵を用いて一部介助．移乗動作は一部介助．移動は車椅子で院内自立．排泄は日中トイレ誘導，夜間はオムツ．食事及び整容はセッティング自立．更衣は一部介助．入浴は全介助．認知機能は問題なかった．

（２）在宅生活に向けてご本人と設定した目標：ポータブルトイレで介助にて排泄ができる

（３）３ヶ月後の状態：（１）ポータブルトイレでの排泄は介助がうまくできず，オムツのままになっていた．デイサービスではトイレ誘導実施．（２）日中はほとんど臥床することなく，病前からの趣味であった書字活動やカラオケなどを車椅子にて行えていた．（３）家族の呼び出しベルや照明スイッチの工夫等，ご本人が心配なく快適に過ごせるようにご家族による独自の工夫もなされていた．

３．結果を振り返って

維持期の対象者は，急性期や回復期に比べると機能的な変化は乏しい．しかし，施設から在宅という環境変化や病院職員から家族という介護者の変化，日中の生活リズムや内容の変化，それらによる気持ちの変化といった様々な変化は対象者に非常に大きな影響を及ぼす．

まず今回の研究で見られたマイナス面の想定外事象を以下に示す．（１）独居で屋外歩行も考える場合，住宅周囲の環境も十分調査する必要がある．（２）高齢者の場合，院内で社交的な印象を受ける場合でも，刺激の少ない環境に置かれると抑うつ的になる危険性がある．（３）退院に際して説明はしたものの，転倒の危険性の高さの認識をご家族に十分認識してもらえていなかった．（４）入院中の転倒歴もあったため，もしも転倒してしまった時の対応も指導する必要があった．（５）主介護者と想定していなかった長男が主介護者となり，対象者に対する虐待が起こっていた．

次に，プラス面での想定外の事象を以下に示す．（１）ご家族が対象者の充実した生活を考えてくれる場合，予想以上に離床や環境整備，日中の過ごし方を工夫して実践できる．（２）ご家族が対象者の最大能力を把握し，過剰介助にならなかったケースが多く離床やトイレ動作がそのまま生活リハビリとして機能維持に役立っていた．

４．今後の課題

今回の研究に於いては，ケアマネージャーとの同行訪問が実現できたことがまず非常に効果的であった．在宅生活に向けて，入院中に様々な予測を立てて模擬的な訓練や環境整備，家族指導等を行う．しかし，周辺環境を含めた住環境にしても，家族間の人間関係にしても，その時々の条件によって大きく変化していく．現状では，想定外の問題が生じた場合にＯＴやＰＴに気軽に相談できる環境にあるケアマネージャーは少ない．従って，それらの問題解決にはケアマネージャーだけで当らねばならないケースが多くなってしまっている．実際に今回同行して頂いたケアマネージャーからも，そうした現実が多いことをＯＴに分かってもらえたことも良かった点だったという声が聞かれている．今後に臨むこととしては，医療保険分野で在宅に帰した担当ＯＴが，在宅生活復帰後にスムーズな移行が図れるような訪問体制を診療報酬上で認めてもらえることが最も望ましい．または，必要時にケアマネージャーと常に同行訪問ができるＯＴを包括支援センター等の事業所に常駐させ，医療保険分野のＯＴと連携を十分取った上で問題解決にあたれる環境を整備すべきと考える．

一方，現状に於いて我々ＯＴが注意しなくてはならない点も多々ある．転倒防止対策に関しては，まずご家族の十分な理解が得られるように様々な具体例を示した上で説明をすることが必要だろう．今回は，一般的な説明に止まってしまったために，ご家族が認知機能の低下がある対象者の希望にあわせてしまった結果，転倒してしまったケースがあった．加えて，転倒後の対応についても事前に相談しておけばよりスムーズな対応ができたはずである．ご家族とご本人の関係についても，事前情報から虐待が起こる可能性にまで配慮すべきだったかもしれない．また，障害が軽度で性格が社交的であっても，高齢者の独居という点で，閉じこもりを招く危険性があることを配慮すべきであった．

今回の結果を踏まえ，退院前の担当者会議に於いて十分な情報提供はもちろんだが，退院後の問題発生時の連絡先として，入院時のＯＴとの連絡窓口を確立しておくことは非常に重要であると感じた．その問題解決に対して，直接同行訪問を行う等の対策は現状の診療報酬では不可能であるが，それは今後に期待したい．しかし，アドバイスをしたり，情報提供をしたりといったサポートは現状でも可能であり，必要なことである．当面はそうした，担当者会議を利用しての連携強化が重要になると考える．

５．おわりに

今回「人は作業をすることで健康になれる」を基に研究に参加させて頂いたが，この中で　①在宅生

活に於ける具体的な作業目標を対象者やご家族とともに立案したこと．②退院後１週間で訪問し，新たに生じた問題に対しても現場で指導できたこと．③ケアマネージャーも同行できたこと．　という３点がその後の在宅生活継続と対象者の健康感や生活に対する満足度を高める大きな要因であったと感じる．また，人間の生活そのものを作業の連続と捉え，それを評価して介入していけるのはＯＴの独自性であると考える．

協力医療機関６：石川県立高松病院（石川県）

認知症高齢者における退院に向けた連携のあり方について

1. はじめに

石川県立高松病院（以下，当院）は，病床数 400 の単科精神科病院である．150 床を高齢者専用とし，このうち 50 床を高齢者の急性期治療病棟(以下，高齢者急性期病棟)，50 床を認知症病棟として運用している．高齢者急性期病棟では，BPSD(behavioral and psychological symptoms of dementia)を短期間で治療することや廃用症候群を予防し，退院に向け在宅生活を視野に入れながら，効果的な治療を行っていくことが求められている．当該病棟の 2009 年 4 月から 2010 年 2 月末までの実績は，入院 243 名のうち新規患者が 199 名(82%)で，新規患者のうち 2010 年 2 月末現在までの退院数は 157 名(79%)であり，平均入院期間は 66 日で，85%が 3 ケ月以内に退院している．退院先は，自宅が 41%，グループホームが 11%，施設が 11%，転院が 10%などである．

以下に，当院でのモデル事業から見えた認知症高齢者に対する退院に向けた連携までの現状と課題について述べる．

2. 認知症高齢者に対するアセスメントとプランの特徴

認知症高齢者の場合，①BPSD 症状に対する薬物調整期間における寝たきりや基本動作の低下予防，②不安の軽減，③注意，実行機能などの認知機能の改善，④生活リズムの獲得などが支援の目標となる．ほとんどのケースが「何故入院することになったのか」が理解できず，病院にいることも分からない状態である．精神，身体機能評価を通して，本人に自分の精神・身体の状態を説明することから，認知機能の低下や入院のきっかけについて自覚を促し，治療につなげることが重要になる．そのため，本人の弱いところ，強いところを丁寧に分かりやすく説明する技術が求められた．また，認知症高齢者が在宅生活を再開し継続していくためには，家族支援という視点も重要であった．家族の希望を確認し，それを治療目標とすることが退院における一つの目安となる．

アセスメントでは，最初に精神機能を中心に身体合併症によるせん妄の可能性を視野に入れ，「なぜ，BPSD が表出しているのか」を紐とくことが大切である．次に，訓練プログラムを選定するにあたり，本人の作業の希望を確認した上で，手続き記憶を引き出せる本人特有の経験や生活歴，職歴，家族歴，性格の傾向，興味などから，本人にとって意味のある作業の選定をする．最後にアセスメントにより分かった認知機能のレベルと作業の設定及び環境の適合が求められる．選定と適合がうまくいかないとプログラムへの導入が難しくなる．意味のある作業は本人にとってなじみの作業でもあり，意欲を引き出すこともできる．そこから，残存機能を強化，代償し，作業自体の持つ特性である実行機能に働きかけることができる．また，作業ができたことで，自分はまだ大丈夫という安心と，自己有効感を持たせることができる．認知症高齢者にとって作業の導入は重要である．

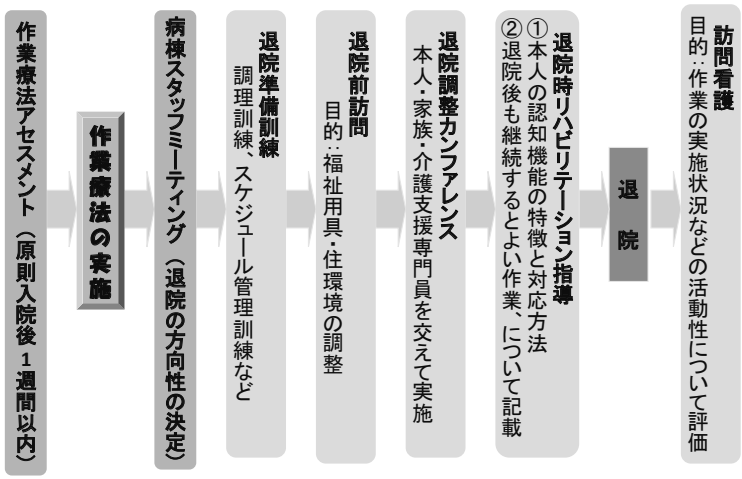
3. 退院に向けて～作業の継続を目指して～（図 1）

認知症高齢者の場合，退院後に生活の中ですることが何もないことによる廃用症候群を予防するためにも，本人にとって意味のある作業の継続が重要である．

認知症高齢者では，入院のきっかけの多くが暴言，暴力などの BPSD であり，これらの症状の軽減または消失により，退院が検討される．作業療法では，作業の準備や遂行，修正の状況，落ち着いて参加

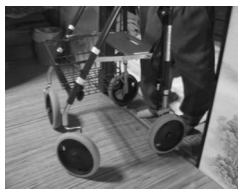
できるか，他者との良好な関係を保てるか，といったことを総合的に評価し，退院先として自宅，グループホーム，施設のいずれが妥当かを判断した．そして，これらの経過を病棟カンファレンスで報告し，退院の方向性を検討した．自宅退院が決定した者については，退院後の 24 時間の生活を視野に，在宅生活の条件と本人の能力を再アセスメントした上で，家族を交えたカンファレンスを開催した．福祉用具・住環境調整が必要なケースについては退院前訪問を実施し，介護支援専門員と相談をしながら，スムーズな退院に配慮した．また，必要に応じて退院準備訓練として，調理訓練やスケジュールの管理訓練などを行った．退院時には，家族，介護支援専門員に退院時リハビリテーション指導書を用いて，本人の認知機能の特徴と対応方法，退院後も継続するとよい作業について申し送った．更に，退院後 1 カ月以内に訪問看護を実施し，ADL や IADL，作業の実施状況など活動性が維持されているか評価した．指導内容がうまく行われていない場合は，再度介護支援専門員と連絡を取り，プランの実行に関する修正を行った．

図 1．当院高齢者急性期病棟における作業療法の流れ



4．連携の実際

【事例 1】　70 歳代，女性，双極性障害

入院前の状況	一人暮らし．家事全般を行い生活していたが，身体的訴えが多くなり，何度も救急車を呼ぶ，薬を乱用し自宅で倒れ，入院．
アセスメント及び OT アプローチ	息子の死をきっかけにうつとなり，それにより身体的訴えが増加，死にたいと薬を乱用していた．自己有効感や精神的安定の獲得を目的に，本人の好きな作業（スティック手織り）に導入．
カンファレンス	［入院 91 日目］身体的訴えがなくなり，落ち着いて生活することができるようになったため，自宅退院の方針となる．
退院前訪問	［入院 99 日目］歩行車を利用していたため，本人，家族，介護支援専門員と住環境及び福祉用具の評価・選定を行う． 

退院調整カンファレンス	［入院 120 日目］退院後は編み物教室への参加を希望．デイサービスを週 2 回利用することとなる．
退院時リハ指導	［入院 126 日目］本人の精神機能の特徴と対応方法や退院後も継続するとよい作業について申し送る．
訪問看護	［退院 17 日目］歩行車を利用して近所の接骨院や歯医者に行っている．しかし，編み物をしたいがデイサービスではできないと話している．
	［退院 3 ヶ月］デイサービスでは編み物ができず，本人が通所を拒否，家に閉じこもりがちとなり，希死念慮により再入院となる．

○この事例では，本人にとって意味のある作業は編み物であった．しかし，サービスの利用に重点が置かれてしまったことで，本人の望む生活ができず，結果として活動性が低下し，在宅生活の継続も困難となってしまった．サービスありきにならない様，本人を主体としたプランが求められる．

【事例 2】　70 歳代，女性，双極性障害

入院前の状況	一人暮らし．家事全般を行い生活していたが，身体的訴えが多くなり，親戚等に何度も電話するようになったため入院．
アセスメント及び OT アプローチ	思考の内容・統制する機能の低下により，ちょっとした身体の不調から，不安が強くなり，訴えを繰り返している．不安の軽減を目的に，本人の好きな作業（玉のれん）に導入．
カンファレンス	［入院 62 日目］身体的訴えが軽減し，試験外泊も問題なく，自宅退院の方針となる．
退院準備訓練	［入院 69 日目］退院後も一人暮らしになるため，調理訓練を実施．
退院前訪問	［入院 75 日目］本人，介護支援専門員と住環境の評価及び人的支援環境の調整を行う．
退院調整カンファレンス	［入院 80 日目］退院後は基本的に一人で過ごすため，デイサービス等の利用を検討．本人は「手芸の継続は希望するが，デイサービスは行きたくない」「庭の手入れをしたい」と利用を拒否し，当院訪問看護のみでのフォローアップとなる．
退院時リハ指導	［入院 90 日目］日中の過ごし方や，身体の調子が悪いと感じた場合，問題が起こった場合の対処法について指導を行う．
訪問看護	［退院 6 日目］ADL，IADL の評価と確認を行う．その後，冬になり庭の手入れができなくなるため，入院中に行っていた作業の継続を本人が希望．一人でできるよう指導．日中の作業として行い，現在も一人暮らしをしている．

【事例 3】　70 歳代，女性，アルツハイマー型認知症

入院前の状況	夫との二人暮らしをしていたが，介護困難のためグループホームに入所．しかし，感情の起伏が激しく，職員への攻撃も認めるようになり入院．
アセスメント	意識機能の変動，衝動の抑制，情動の制御の低下，注意の転導性の亢進，記憶の混

及びOTアプローチ	乱を認め，他者の言動が気になり，非難・攻撃する．情動の安定を図ること，集団生活へ適応することを目的に，本人の好きな作業（スティック手織り）に導入．
カンファレンス	［入院39日目］易怒性や他患への干渉が軽減し，試験外泊も問題なく，自宅退院の方針となる．
退院前訪問・退院調整カンファレンス	［入院55日目］退院後は本人は「歩きたい」，夫は「本人のできること（茶碗洗い）を援助し，好きなテニスや買い物に一緒に行きたい」と希望．デイサービスを週2回利用することとなる．
退院時リハ指導	［入院56日目］本人の精神機能の特徴と対応方法や本人のできることとその継続支援の必要性，本人と一緒に行動することについて申し送る．
訪問看護	［退院21日目］運動を目的にデイサービスの導入を図るが本人は拒否．介護支援専門員の介入も拒否．結果，病院からの訪問看護で本人と一緒に本人の好きな映画の話をしつつ，本人の認知機能の評価と夫に対する対応方法の助言等の教育的支援により，在宅生活を継続している．

○これらの事例では，サービス利用につながらなかったが，本人にとって意味のある作業を継続できたことで，在宅生活を継続することができている．認知症高齢者の場合，環境の変化に対する適応が難しいためサービス利用だけではなく，その人にとって意味のある作業の継続できるよう支援することが安定した生活や認知機能の維持回復に有効であるといえる．

5. 認知症高齢者による介護と医療の連携のあり方

上述のように，認知症高齢者の場合，廃用症候群を予防するためにも，本人にとって意味のある作業の継続が重要である．そのためには，入院中に獲得した作業を退院後も継続できるよう申し送りすることが求められる．しかし，現状では介護支援専門員との共通言語が確立されていないことで，サービスの利用に重点が置かれてしまい，本人の望む作業が継続できず，結果として活動性が低下し，在宅生活の継続が困難となるケースも多い．退院後も本人にとって意味のある作業が継続できるよう，介護支援専門員との共通言語による申し送りや，立案したプランが実際にどのように実施されているかについて確認し，必要に応じて調整をするためのフォローアップ訪問を行うことができる体制が必要であると思われる．

Ⅵ．課題と提言

１．対作業療法士

１）一貫した包括マネジメントの普及

疾患や障害の種別や年齢・性別，生活機能障害の程度や住まいの別に関わらず，本人の思いを確認し，その思いの実現に向けた支援を，関係者と協同して行うための考え方とその知識と技術の普及に努める必要がある．

２）知識と技術の向上

包括マネジメント手法による一貫した作業療法の提供を効果的に行うためには，本人の思いを引き出す面接技術と，その人の全体，その人の生活全体を総合的に理解・把握するための知識と技術の向上が必要である．

３）連携・協業に関する技能の向上

関係者と連携・協業を行うためには，チームマネジメント力が必要である．そのために必要な態度や接遇などに関する技能を向上する必要がある．

４）日常業務化・普遍化

全国どこにおいてもこの包括マネジメントが実施されるためには，日常業務化する必要がある．また，どこのだれが聞いても見ても同じ書式とシステムで作業療法が提供されなければいけない．作業療法を見える形に，だれが見ても基本は同じという作業療法を提供する体制をつくる必要がある．

２．対社会的環境

１）入院患者の約５割が６５歳以上の高齢者というデータがあるが，高齢者特に７５歳以上の場合疾患による一次的障害に加え，非活動的な生活によって生じる二次的障害が発生し易く，生活機能障害の程度をより重度化する可能性が高い．よってより幅広い入院患者への作業療法が早期に提供できる体制の整備が望まれる．

２）作業療法等リハビリテーション医療の対象とならない軽度生活機能症の高齢入院患者も，入院前の状態よりは低下した状態で退院する可能性が高い．よって病棟勤務の看護師等が当該の地域包括支援センターへ情報提供し，地域におけるフォローを依頼する仕組みを整備する必要があろう．

３）現在医療介護連携の重要性が叫ばれていて，種々の団体や機関で取り組みが行われているが，医療介護連携のために必要な情報として，「医療に関する情報」と「生活に関する情報」が一体となることが重要であると考える．また「生活に関する情報」には「介護情報」と「社会的情報」，そして自立支援・介護予防のための「リハビリテーション情報」が含まれていることが基本であると考える．

４）退院時の医療介護連携の普及と併せ入院時の医療介護連携の普及が重要である．

５）入・退院時の医療介護連携の普及に加え，地域において生活機能やＱＯＬの維持・向上のためには，本人がしたい・できるようになりたい作業をし続けられるような支援体制が身近なところにある必要があろう．

Ⅶ．資料

1．今回試用した包括マネジメント（プロセス）用紙

２．アンケート調査用紙

３．統計処理結果に関する資料

1．今回試用した包括マネジメント（プロセス）用紙（記入例）

様式①

コード番号：医ー（　　）ー（　　）ー（　　）

①入院前の生活状況確認用紙

今回の発症（病気やケガなど）で入院する前の生活状況についてお伺いします。

No	質　問　項　目	回　答		(特記事項)
1	痛いところや調子が悪いところはありましたか。	あった	なかった	**両膝**
2	深く心配なことはありましたか。	あった	なかった	
3	食事は毎日美味しく食べていましたか	なかった	いた	
4	夜は良く眠れていましたか。	なかった	いた	
5	お通じは定期的にありましたか。	なかった	あった	
6	立ち・座り、階段の登り・降り、室内歩行に支障はありましたか。	あった	なかった	**膝痛のためイスの生活**
7	家の周囲（約 1km）を歩くのに支障はありましたか。	あった	なかった	**膝痛のため**
8	食事をするのに支障はありましたか。	あった	なかった	
9	トイレ（排尿・排便）をするのに支障はありましたか。	あった	なかった	
10	着替えや身だしなみをするのに支障はありましたか。	あった	なかった	
11	お風呂に入るのに支障はありましたか。	あった	なかった	
12	その他、特に不具合なこと、不都合なことはありましたか。」	あった	なかった	
＜コメント＞				
13	お金の支払や薬の管理は、ご自分でしていましたか。	いない	いた	
14	服装や身だしなみには気を配っていましたか。	いない	いた	
15	新聞や雑誌、本などを読んでいましたか。	いない	いた	
16	日記や手紙など字を書かいていましたか。	いない	いた	
17	近くの店に買い物に行っていましたか。	いない	いた	
18	家のことを何かしていましたか。（例、掃除・調理・洗濯、留守番）	いない	いた	
19	何か好きなとはありましたか。好きなことをしていましたか。	いない	いた	
20	自家用車やタクシー、バスや電車などで 他の市町村まで出かけていましたか。	いない	いた	
21	家族とお話しをしていましたか。	いない	いた	
22	ご近所やお友達のところに訪問していましたか。	いない	いた	
23	地域や世の中の動きについて感心がありましたか。	いない	いた	
24	地域の集まりに参加していましたか。（例、お祭り、老人会など）	いない	いた	
25	地域で何らかの役をしていましたか。（役員、ボランティアなど）	いない	いた	
＜コメント＞				

記入日：　　年　　月　　日

記入者：医療機関名（　　）

職種（　　）、氏名（　　）

年　　月　　日、（　　）で発症し入院

在宅生活準備

様式②A

コード番号：医ー（　　）ー（　　）ー（　　）

②退院直前での在宅生活確認用紙

（作業聞き取りシートを兼ねる）

あと少しで在宅での生活となります。
安心な在宅生活へと移行できるよう、事前に準備や調整が必要なことを確認していきたいと思います。

1）退院後の在宅生活を考えた場合は、不安なことや心配なことはありますか。
（例、お風呂は入れるのだろうか、外は歩けるだろうか、旅行にいけるだろうかなど）
□ある　・　□ない

	不安・心配なこと	何か対応策はお持ちですか
①	病前みたいに一人暮らしになるが、階段が昇れない、転びそう。	手すりを付けてもらう予定
②	うまくしゃべれない。病前のように他人と話しができるだろうか。うまくしゃべれるだろうか。	どうしたらよいか、わからない
③		
④		
⑤		

2）**退院後の生活で大切なことは、作業（身の回りのこと、趣味、遊び、勉強、仕事など）をすることです。ですから、退院する前にやりたいことを確認しておきましょう。**
（例、料理をしたい、旅行へ行きたい、趣味を続けたいなど）
□ある　・　□ない

	やりたいこと･できたいこと	何か対応策はお持ちですか
①	回答なし	
②		
③		
④		
⑤		

記入日：　　年　　月　　日
記入者：医療機関名（　　）
職種（　　）、氏名（　　）

③作業遂行アセスメント表

作業目標 作業聞き取りシートA1	一人でバスを利用し、外出することが出来る（買い物、受診等、発病前の生活がしたい）

達成可能なニーズ A1	3ヵ月後まで、娘や嫁などの見守りのもとバスを利用し、受診することができる

アセスメント項目		心身機能の分析 （精神機能、痛み・感覚、神経筋骨格・運動）	活動と参加の分析 （運動・移動能力、セルフケア能力）	個人因子 （職業歴・特技・性格）	環境因子の分析 （用具、環境変化、支援と関係）
作業遂行の問題を生じさせている要因		・脳梗塞発症後まだバスを利用していなく、自信がない	・軽い右片麻痺と両膝OAがあり、階段昇降が困難		・家族が万が一と心配し止めている
作業目標達成可能な理由と根拠	現状能力（強み）	・注意力は十分あり、	・現在、病院内階段、手すりで自立。	・発病までは一人でバスを利用していた。	・市内のバスは手すりが必ずついている。
	予後予測	・受診時、娘や嫁と一緒にバスを利用してみる（本人も自信がつくだろう） ・OKであれば一人で受診へ	・手すり等のつかまるところがあれば階段昇降可能となると思われる ・段差の高さは、病院内階段より高いが、訓練にてクリアできると思われる		・家族の心配があるため、本人の動作状態を見せれば納得するのでは？

作業目標 作業聞き取りシートA2	

達成可能なニーズ A2	

アセスメント項目		心身機能の分析 （精神機能、痛み・感覚、神経筋骨格・運動）	活動と参加の分析 （運動・移動能力、セルフケア能力）	個人因子 （職業歴・特技・性格）	環境因子の分析 （用具、環境変化、支援と関係）
作業遂行の問題を生じさせている要因					
作業目標達成可能な理由と根拠	現状能力（強み）				
	予後予測				

④生活総合アセスメント表

【発病前の生活状況】
以前から両膝の変形性関節症はあったが、今回の発病前は、一人でバスを利用し、受診や買い物をしていた。また習字を趣味にしていた。
一人で暮らしていた。

【今回のアクシデント】
□徐々に生活機能が低下
☑発症（脳梗塞）
□その他（　　）

【現在の生活状況】
自宅での身の回りの動作や、家事動作は自立しているが、歩くときや段差でのふらつきがある。その時に膝の痛みも出る。
よって、階段の昇り降りやバスの利用はしていない。

【ご本人の想い・願い】
1、バスを利用して外出したい
2、習字をやってみたい

【現在の状態をもたらしている基本原因】
脳梗塞による軽い右片麻痺と両膝に変形性関節症のため、歩行や段差でのふらつきや膝痛がある。そのために、自宅階段の昇り降りはせず、バスでの外出はしていない。

【改善・活用できる項目】
①脳梗塞や両膝変形性関節症は、症状安定している
②手すりがあれば段差昇降もOK
③意欲的であり、注意力も十分にある
④家族が協力的である
⑤通所リハを利用開始する

【影響している環境要因】
一人での外出は家族が心配し、止めている。
発病後バスに乗っていないため不安である。

【アセスメントまとめ】
① 軽度の右片麻痺と廃用症候群による筋力低下によって、ふらつきや段差昇降の際の膝痛が生じていると考える。よって、通所リハの個別リハにおける筋力強化や歩行・階段昇降等の練習を繰り返すことで改善できると考える。
② 身体機能の改善に伴い、バス利用での外出（受診や買い物）に必要な動作を通所リハの中で模擬練習をすれば自信につけになるであろう。
③ 本人の動作機能と自信の確認により、家族へ適切な説明をし、段階的な自立化に向けたお手伝いを、相談しながら行なうことが重要。

様式⑤

コード番号：医ー（　　）ー（　　）ー（　　）

⑤作業遂行力向上プラン表　(医療介護連携班用)

達成可能なニーズ（目標）	達成に必要な作業工程の分析と取り組むべき具体的課題		評価 前	達成のための方法（どのような方法で）	実施方法（だれが、どのように行なうか）		評価 後
A1 公共交通バスを利用して買い物や受診をしたい	① 企画力	・以前も行なっており。説明もできる ・自信がないためか、遠慮しているためか家族へ提案ができない	1 2 (3) 4	・助言・指導により、通院にバスを利用することを家族に提案する	物理的 人的 サービス 指導・援助	 CM&OT →相談・助言	(1) 2 3 4
	② 準備力	・受診日のバス時刻表を調べる ・時刻に間に合うよう家族へ待ち合わせの連絡をする。	(1) 2 3 4		物理的 人的 サービス 指導・援助	 CM&OT →相談・助言	(1) 2 3 4
	③ 実行力	・家族と一緒にバスで通院する ・安全にバスの段差昇降ができる	1 2 3 (4)	・下肢の筋力強化 ・手すり使用での30cm段差昇降の練習 ・12月受診時試行	物理的 人的 サービス 指導・援助	 家族(娘・嫁)の協力 通所リハ →移動動作の練習 CM&OT →家族へ説明と提案	(1) 2 3 4
結果	④ 検証力	・バスの利用が安全にできたか，自信はあるか，家族は心配ないか確認する．	(1) 2 3 4		物理的 人的 サービス 指導・援助	 CM&OT →確認	(1) 2 3 4
☑達成 □未達成	⑤ 完了力	・一人での通院の自信と家族の許可を得る ・次回の時刻の確認	1 2 (3) 4	・家族の許可と協力を得る ・次回受信日確認(本人)	物理的 人的 サービス 指導・援助	 CM&OT →確認	(1) 2 3 4

評価基準；１=一人で可能、2=手かがりや見本があれば可能、3=助言があれば可能、4=介助が必要

①企画力：作業内容や大まかな作業工程の作成，　②準備力：具体的な作業工程の作成，必要物品・材料・経費等の選定と準備，

③実行力：実践（注意・集中，確認，修正など含む）　④検証力：終了の判断，最終確認，振り返り，　⑤完了力：意欲，やり抜く力，新たな作業への意欲

事業終了後アンケート調査（介護支援専門員様）

この度は、「自立支援に向けた包括マネジメントによる総合的なサービスモデル調査研究事業（医療介護連携推進)」にご協力をいただきましてありがとうございました。

お手数でも、事業への取り組み結果について、以下の質問にお答えください。

なお、この「事業終了後アンケート調査」は、ご本人様、介護支援専門員様、担当作業療法士の三者に対して行い、今回の研究事業の評価の 1 項目として、そして今後の医療連携のあり方について検証する際の重要な資料として活用させていただきます。

所　属	□　地域包括支援センター　□　居宅介護支援事業所
本事業で担当した対象者（複数回答可）	□　非該当・自立者　□　要支援者　□　要介護者
本事業で担当した介入の有無（複数回答可）	□　OT と協同して介入　□　CM 単独で介入

質問 1. 今回の研究事業を実施する前の「医療から介護への連携」をどう評価しますか。

□①全くとれていない（0～10%）　□②少しとれている（11～39%）
□③まあまあとれている（40～74%）　□④かなりとれている（75～89%）
□⑤非常に良くとれている（90%以上）

質問 2. 今回の研究事業を実施する前の連携は、自立支援・介護予防に向けた連携になっていますか。

□①全くなっていない（0～10%）　□②少しなっている（11～39%）
□③まあまあなっている（40～74%）　□④かなりなっている（75～89%）
□⑤非常に良くなっている（90%以上）

質問 3. 今回、自宅へ退院する高齢者が毎日の生活の中で継続すると良い作業（身辺処理、拡大ＡＤＬ、運動、創作活動、社会参加などの諸活動）に視点をおき申し送りをしました。今回の手法をどのように評価されますか。

□①全く有効性はない（0～10%）　□②ほんの少し有効である（11～39%）
□③まあまあ有効である（40～74%）　□④かなり有効である（75～89%）
□⑤非常に有効である（90%以上）

質問 4. 今回の研究事業を通して、介護支援専門員と作業療法士による協同の支援が今後の介護予防や自立支援にとって有効であるかどうかについてお尋ねします。

□①全く有効性はない（0～10%）　□②ほんの少し有効である（11～39%）
□③まあまあ有効である（40～74%）　□④かなり有効である（75～89%）
□⑤非常に有効である（90%以上）

質問 5. 自宅に退院する高齢者が、地域で充実した生活を継続できるよう支援していくにあたって、作業療法士に期待する役割をお選び下さい（重複回答可）

□①一般情報の提供　□②文書による評価と支援案の提供
□③同行訪問による評価とアドバイス　□④担当者会議への出席による協業
□⑤同行訪問による本人・家族への直接指導　□⑥訪問介護員などへの直接指導
□⑦福祉用具や住宅改修の評価・選定・指導　□⑧自立支援に向けた支援計画案の提示
□⑧その他（　　）

ご協力ありがとうございました。

事業終了後アンケート調査（担当作業療法士様）

この度は、「自立支援に向けた包括マネジメントによる総合的なサービスモデル調査研究事業（医療介護連携推進）」にご協力をいただきましてありがとうございました。

お手数でも、事業への取り組み結果について、以下の質問にお答えください。

なお、この「事業終了後アンケート調査」は、ご本人様、介護支援専門員様、担当作業療法士の三者に対して行い、今回の研究事業の評価の 1 項目として、そして今後の医療連携のあり方について検証する際の重要な資料として活用させていただきます。

所　属	□　地域包括支援センター　□　居宅介護支援事業所
本事業で担当した対象者（複数回答可）	□　非該当・自立者　□　要支援者　□　要介護者
本事業で担当した介入の有無（複数回答可）	□　OT と協同して介入　□　CM 単独で介入

質問 1. 今回の研究事業を実施する前の「医療から介護への連携」をどう評価しますか。

□①全くとれていない（0～10%）　□②少しとれている（11～39%）
□③まあまあとれている（40～74%）　□④かなりとれている（75～89%）
□⑤非常に良くとれている（90%以上）

質問 2. 今回の研究事業を実施する前の連携は、自立支援・介護予防に向けた連携になっていますか。

□①全くなっていない（0～10%）　□②少しなっている（11～39%）
□③まあまあなっている（40～74%）　□④かなりなっている（75～89%）
□⑤非常に良くなっている（90%以上）

質問 3. 今回、自宅へ退院する高齢者が毎日の生活の中で継続すると良い作業（身辺処理、拡大ＡＤＬ、運動、創作活動、社会参加などの諸活動）に視点をおき申し送りをしました。今回の手法をどのように評価されますか。

□①全く有効性はない（0～10%）　□②ほんの少し有効である（11～39%）
□③まあまあ有効である（40～74%）　□④かなり有効である（75～89%）
□⑤非常に有効である（90%以上）

質問 4. 今回の研究事業を通して、介護支援専門員と作業療法士による協同の支援が今後の介護予防や自立支援にとって有効であるかどうかについてお尋ねします。

□①全く有効性はない（0～10%）　□②ほんの少し有効である（11～39%）
□③まあまあ有効である（40～74%）　□④かなり有効である（75～89%）
□⑤非常に有効である（90%以上）

質問 5. 自宅に退院する高齢者が、地域で充実した生活を継続できるよう支援していくにあたって、作業療法士に期待する役割をお選び下さい（重複回答可）

□①一般情報の提供　□②文書による評価と支援案の提供
□③同行訪問による評価とアドバイス　□④担当者会議への出席による協業
□⑤同行訪問による本人・家族への直接指導　□⑥訪問介護員などへの直接指導
□⑦福祉用具や住宅改修の評価・選定・指導　□⑧自立支援に向けた支援計画案の提示
□⑧その他（　　）

ご協力ありがとうございました。

事業終了後アンケート調査（ご本人様）

介入群用

この度は、「自立支援に向けた包括マネジメントによる総合的なサービスモデル調査研究事業（医療介護連携推進）」にご協力をいただきましてありがとうございました。

お手数でも、以下の質問にお答えください。

なお、この「事業終了後アンケート調査」は、ご本人様、介護支援専門員様、担当作業療法士の三者に対して行い、今回の研究事業の評価の 1 項目として、そして今後の医療連携のあり方について検証する際の重要な資料として活用させていただきます。

質問 1. 入院から在宅生活への移行は、いかがでしたか。

□①安心でスムーズに移行できた。

□②不安を抱えたままの移行であった。

□③非常に不安を抱えたままの移行であった。

質問 2. 退院直後生活と 3 カ月過ぎた今の生活を比べると、いかがですか。

□①退院直後の生活より、今の方が元気で前向である。

□②退院直後の生活のままである。

□①退院直後の生活より、元気がなく、できなくなりはじめている・なっている

質問 3. 今回のモデル事業では、ご本人様が、退院後も毎日の生活の中で継続すると良い作業（身辺処理、拡大ＡＤＬ、運動、創作活動、社会参加などの諸活動）をお伝えしましたが、いかがでしたか。

□①かなり有効であると思う。

□②まあまあ有効であると思う。

□③効果は無いと思う。

質問 4. 作業療法士（リハビリテーション専門職）が、退院前または退院後にご自宅を伺ってご本人様の状況を確認し、ご家族様や担当のケアマネジャーに連絡してきましたが、このような関わりは有効であったと思いますか。

□①かなり有効であると思う。

□②まあまあ有効であると思う。

□③効果は無いと思う。

質問 5. 質問 4 で「①かなり有効」「②まあまあ有効」と答えられた方にお伺いします。どのようなことが有効でしたか。自由に記載してください。

①

②

③

④

第六章　包括マネジメント事業

Ⅰ．はじめに

昨年度、本事業において地域包括支援センターに従事する作業療法士は、「住宅改修・福祉用具」や「介護予防事業」に関する相談業務に従事していることを確認した。

今年度は作業療法士がその専門性を活かし、「包括マネジメント」を利用することで、より効果的・効率的な支援ができることを目指し研究事業を行った。研究事業では地域包括支援センター等に従事する作業療法士の雇用形態や所属部署、業務実態等の調査により、現状を分析した。また地域包括支援センターに従事する作業療法士からの聞き取りや介入事例からもそのあり方に関する課題を抽出し、今後の方向性を整理した。

Ⅱ．研究内容と調査結果

地域包括支援センター等の作業療法士が現在実施している相談・支援業務は、本研究事業で提案する「包括マネジメント」の要素をどの程度取り入れているのか、またこの手法を実施するための条件や課題はどのようなものなのかを明確にするため、以下の作業を行った。

１．「包括マネジメント」に関する業務実態調査

作業療法士がその専門性を活かした「包括マネジメント」を利用した効果的・効率的な支援やその条件を分析するために、地域包括支援センター等で相談・支援業務に従事している日本作業療法士協会員を抽出し、雇用形態や所属部署、業務実態などについて郵送によるアンケート調査を行った。

①対　象　者：地域包括支援センター、市町村、訪問看護ステーションに勤務する作業療法士

②調査内容：所属、勤務形態・雇用形態、年齢、男女別、相談支援の対象と担当業務、対象者の情報収集と対応方法、対象者の生活課題や主訴の分析・評価及びアセスメント書式等の状況

③調査期間：平成 21 年 9 月 10 日～9 月 30 日

２．地域包括支援センター等に従事する作業療法士との意見交換および事例収集

市町村における相談・支援業務の実態を聞き取ること、また本事業で提案する「包括マネジメント」の手法について、地域包括支援センター等に従事する 4 名の作業療法士と意見交換を行った。

また作業療法士が関与した事例について、その支援経過や支援の展開方法、専門職としての視点などについて詳細を聴取し、「包括マネジメント」の実践事例を整理した。

３．「包括マネジメント」に関する業務実態調査結果（地域包括支援センターを中心に）

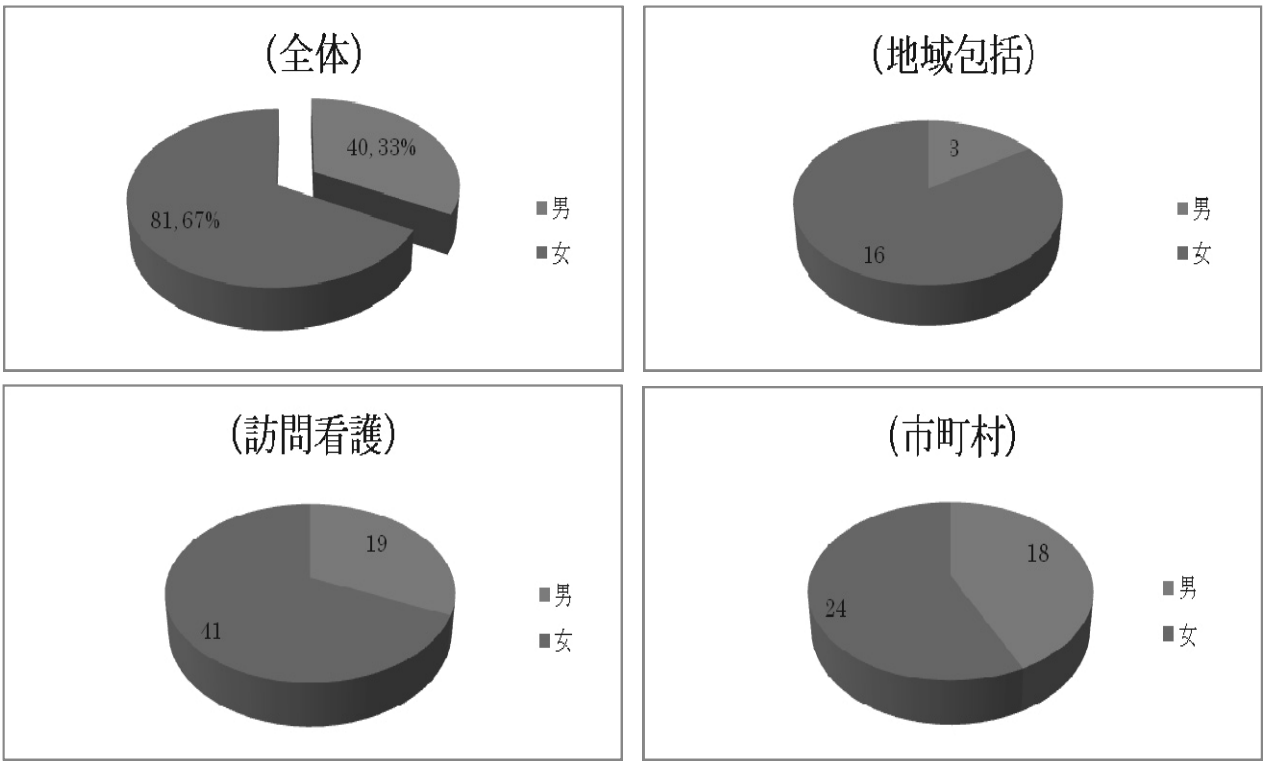
＜調査結果＞

相談・支援業務の実態調査は、地域包括支援センター19 件（対象 26 件、回収率 73%）、市町村 42 件（対象 123 件、回収率 34%）、訪問看護ステーション 60 件（対象 246 件、回収率 24%）から回答を得た。地域包括支援センターデータの内、7 件は昨年度も本事業への協力機関であった。

地域包括支援センター、市町村、訪問看護ステーションに所属する作業療法士の業務実態は、以下のとおりである。

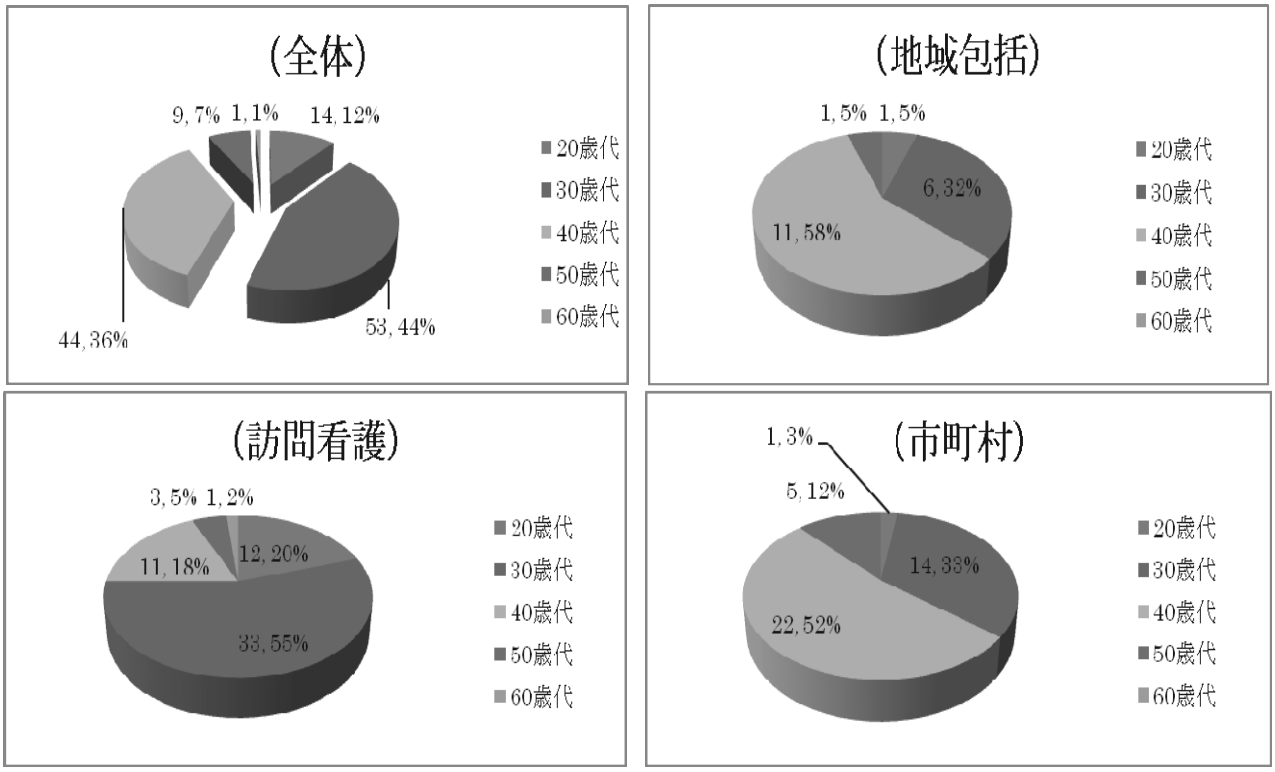
①回答者男女比

男女比では、どの所属においても女性が多く、地域包括支援センターでは約 9 割を占めていた。



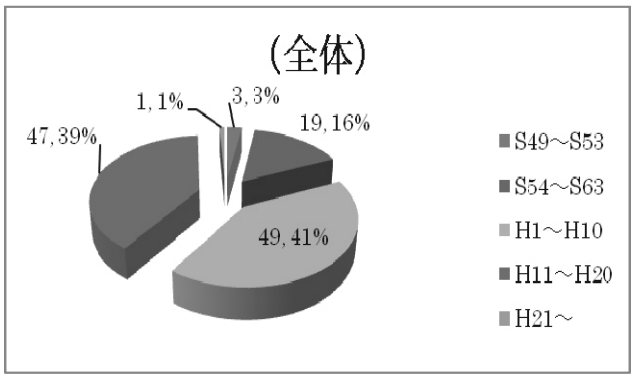
②年齢構成

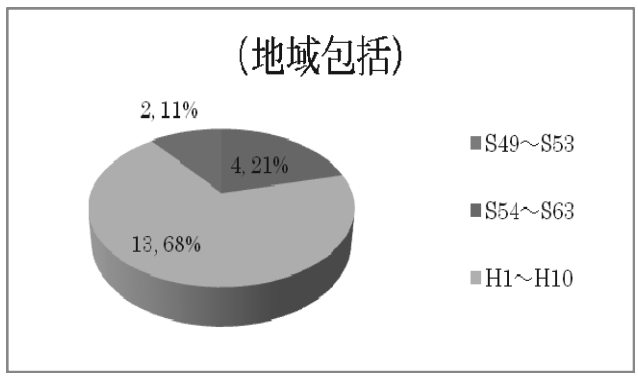
市町村、地域包括支援センターでは 40 歳以上が半数を占めていたが、訪問看護ステーションでは 30 歳未満が半数以上を占めていた。

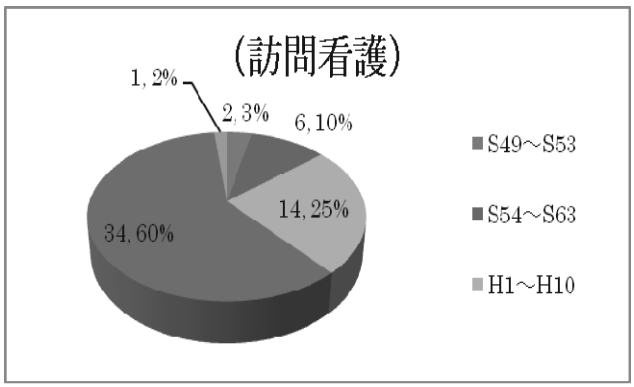


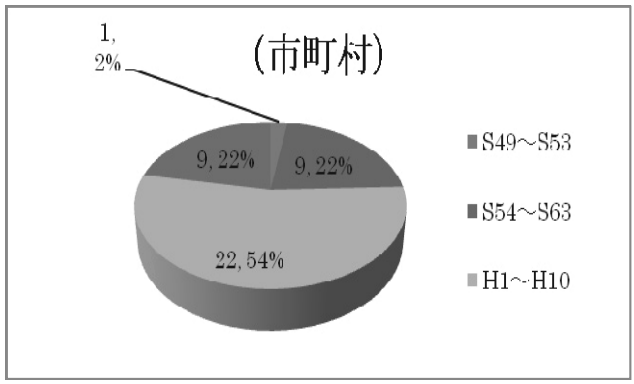
③資格取得年代(経験年数)

市町村、地域包括支援センター所属者は、資格取得後 10 年以上のものが 7 割を占めるが、訪問看護ステーションでは 10 年未満が約 6 割を占めていた。





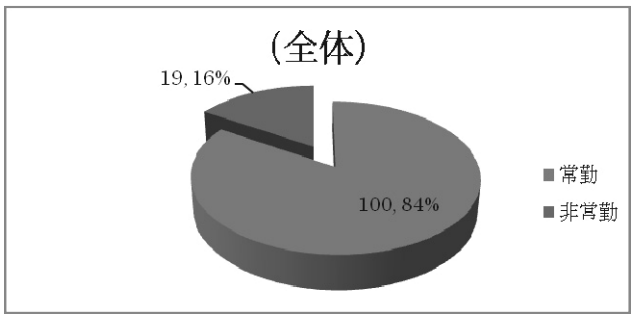


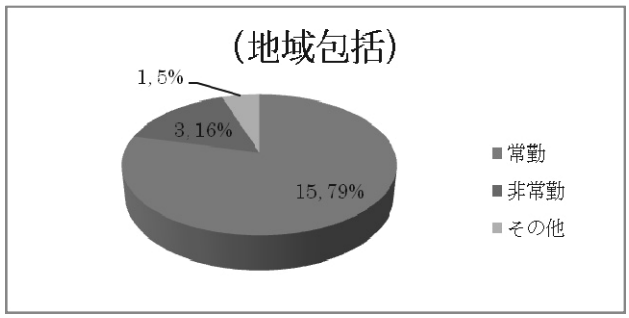


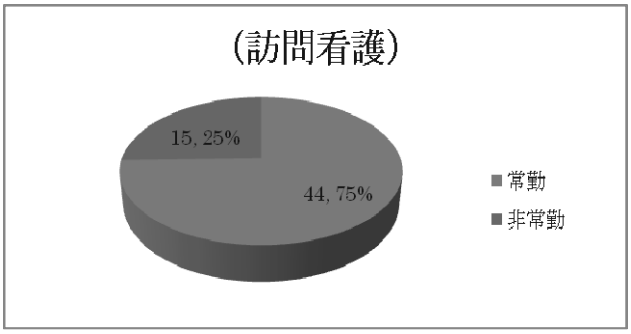
④雇用形態及び勤務形態

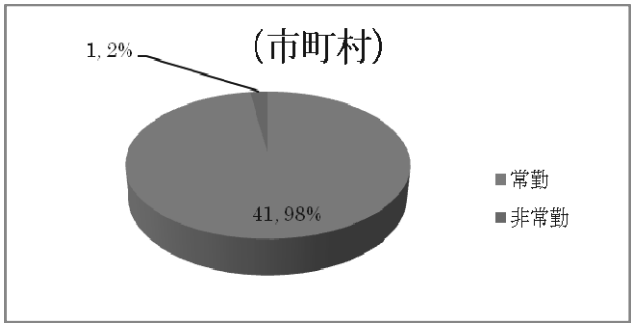
常勤、正規職員が 7 割を占めるが、地域包括支援センターでは、雇用形態も勤務形態も異なる配置があった。

(勤務形態)

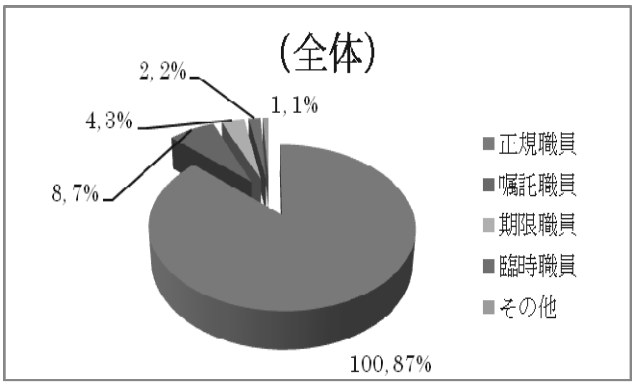


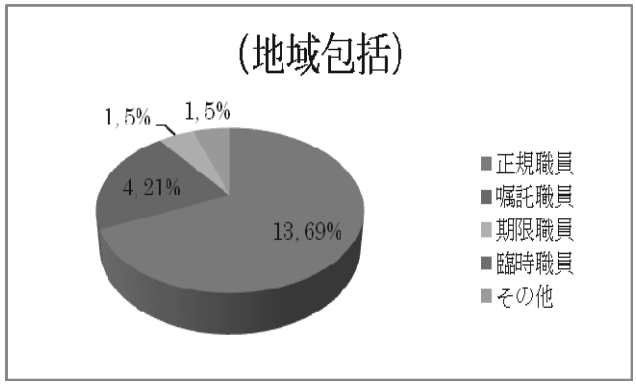


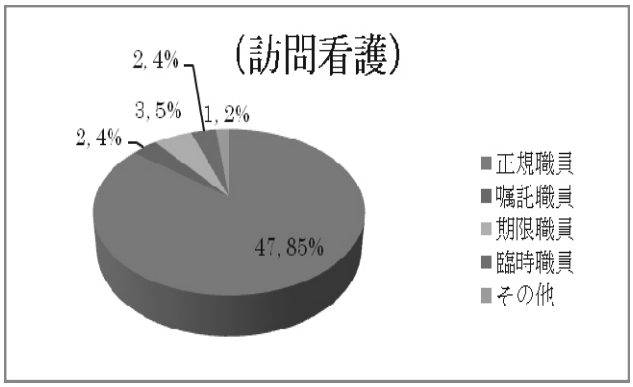


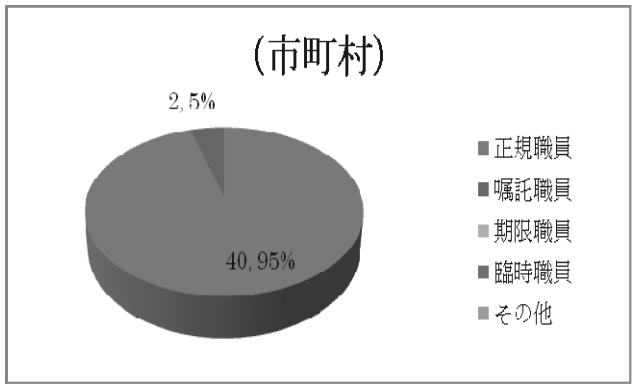


（雇用形態）





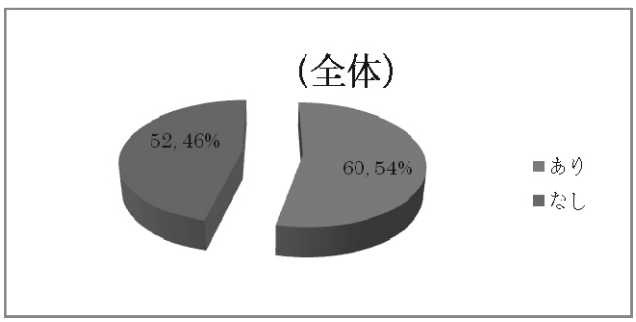


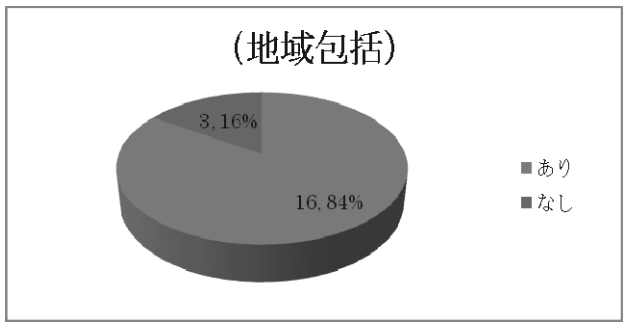


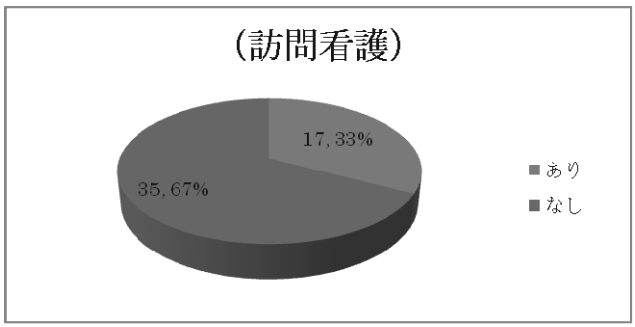
⑤総合相談支援事業状況

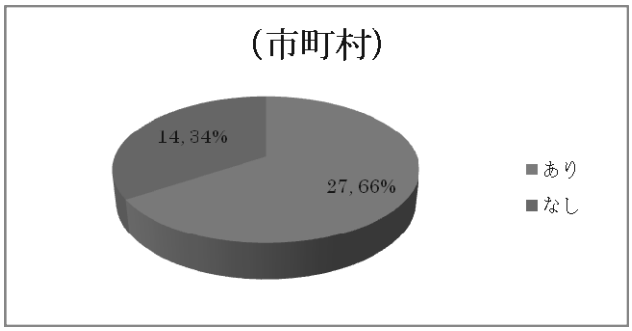
地域包括支援センターに所属する作業療法士は、84%が「総合相談支援業務」に関与しており、その機能も 94%に機能していると回答している。また、市町村に所属する作業療法士も本業務については、「それなりに機能している」との評価をしていたが、訪問看護ステーションに所属する作業療法士は、「よくわからない」と回答する者が多かった。

（総合相談支援事業への関与）

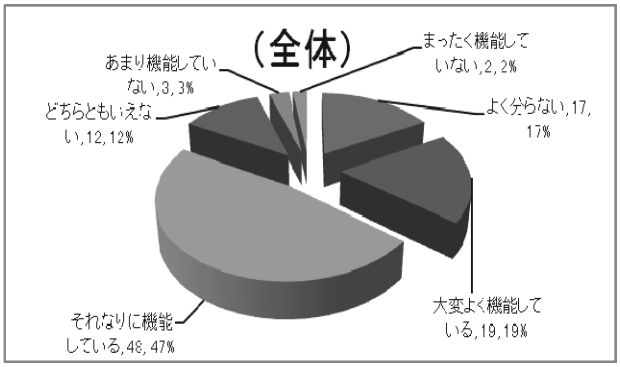


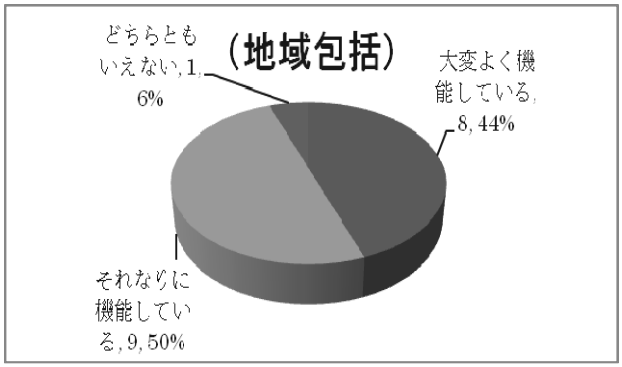


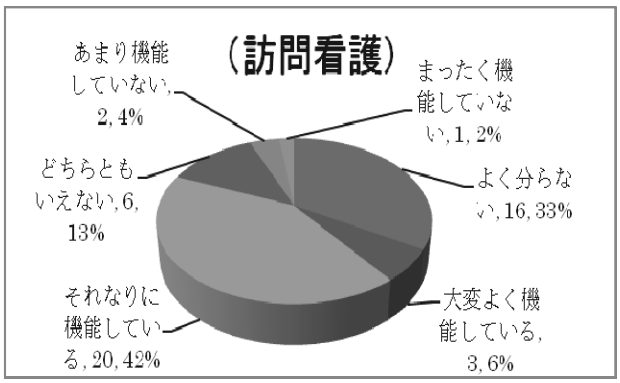


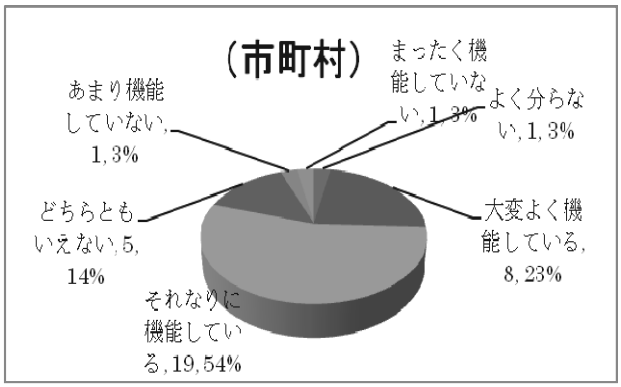


（総合相談支援状況）





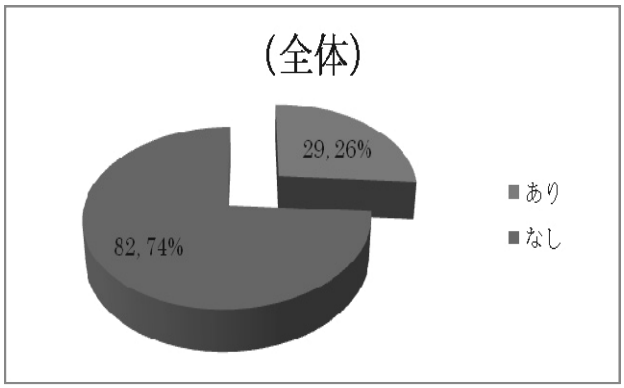


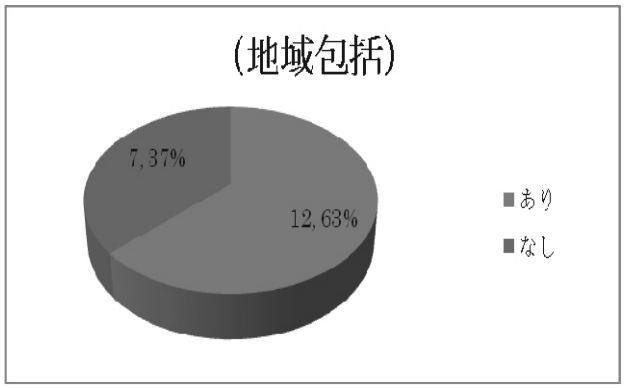


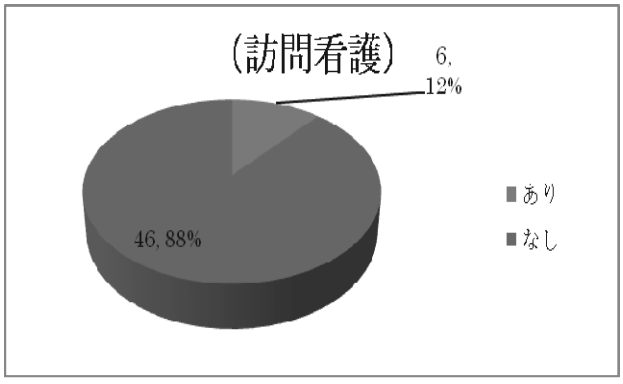
⑥権利擁護事業状況

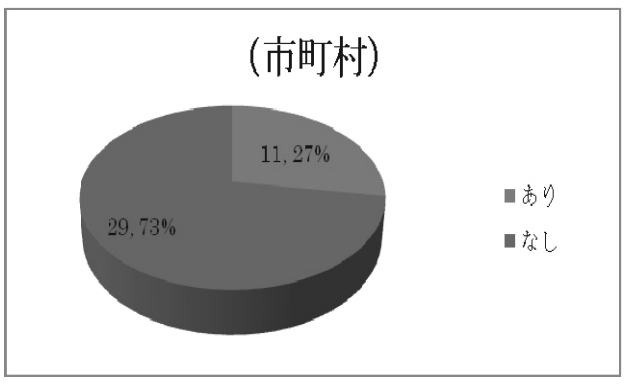
地域包括支援センターの作業療法士は 63%が関与しているとの回答であった。訪問看護ステーションの作業療法士は「よくわからない」との回答が約半数にあった。

（権利擁護事業への関与）

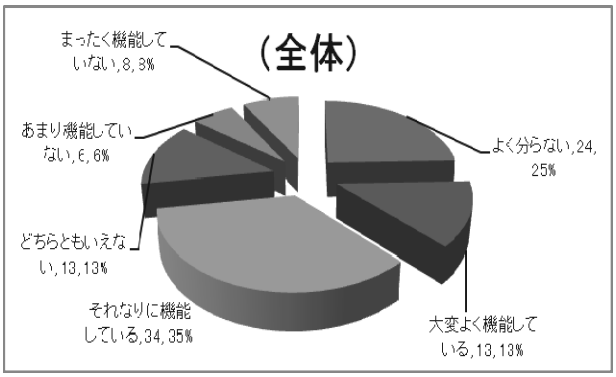


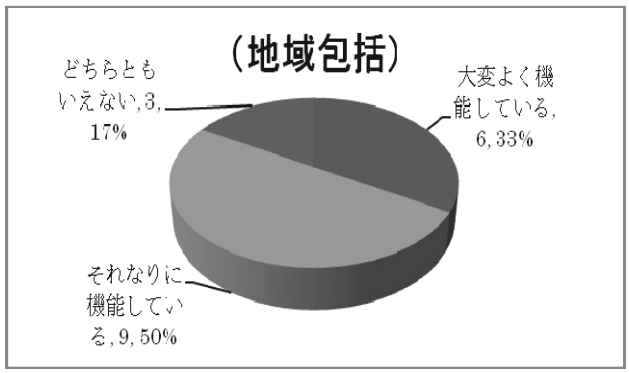


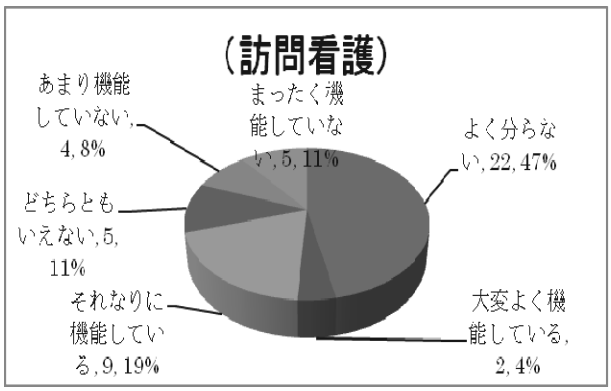


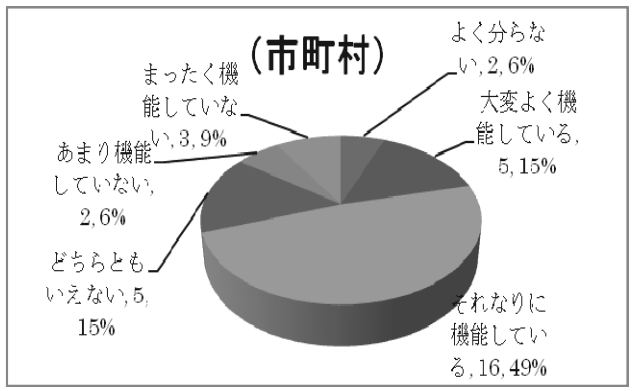


（権利擁護事業状況）





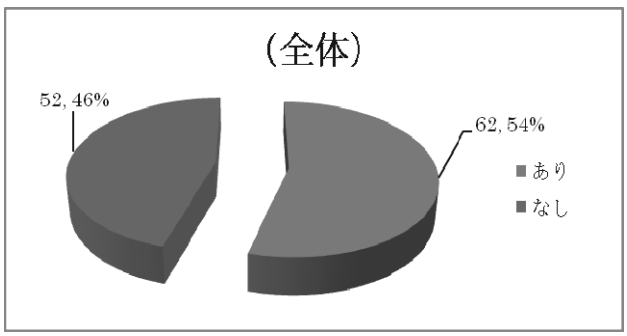


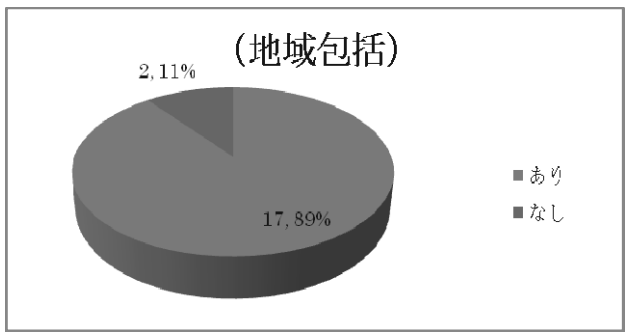


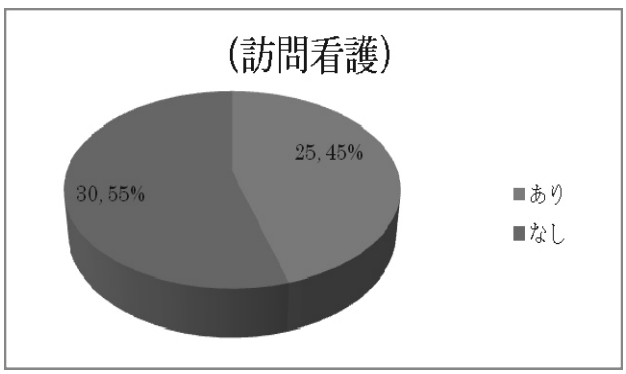
⑦包括的継続的ケアマネジメント状況

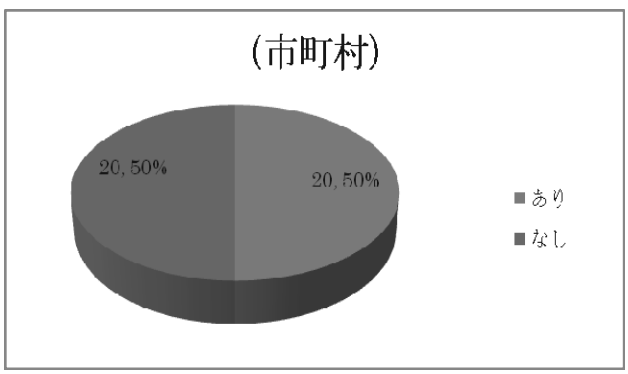
地域包括支援センターでは約 90%に包括的継続的ケアマネジメント業務への関与があった。

（包括的継続的ケアマネジメントへの関与）

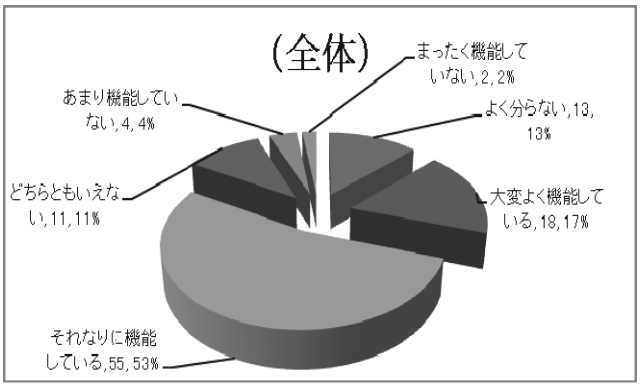


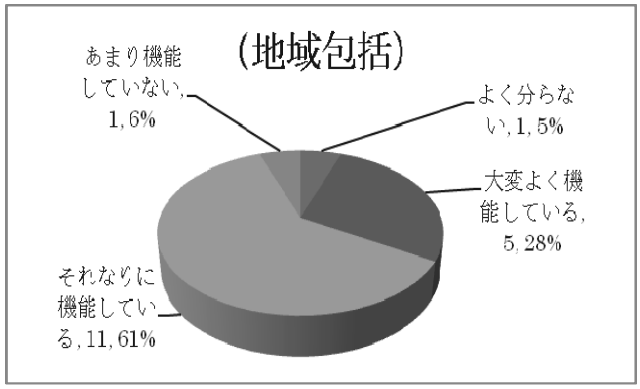


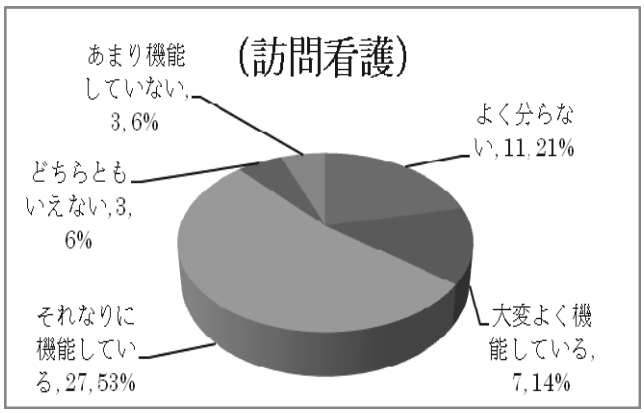


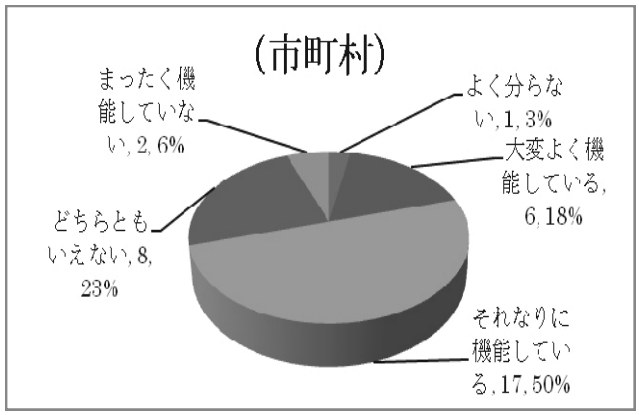


（包括的継続的ケアマネジメント状況）





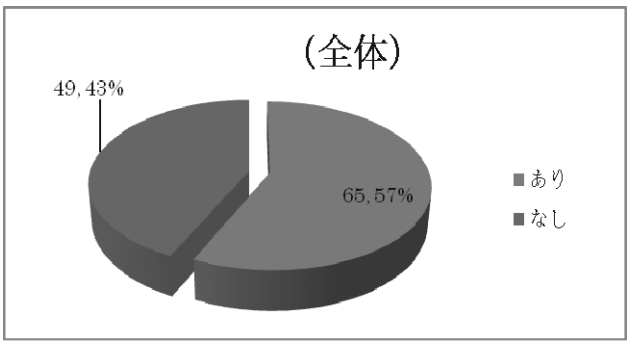


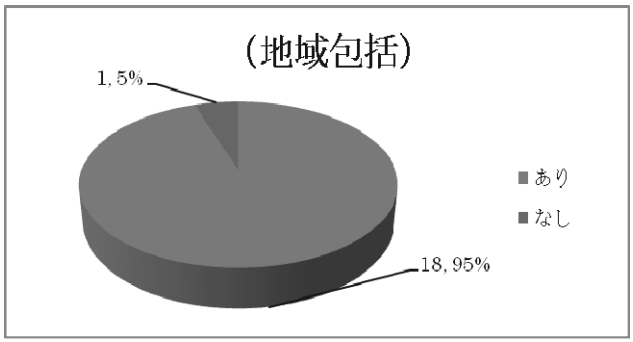


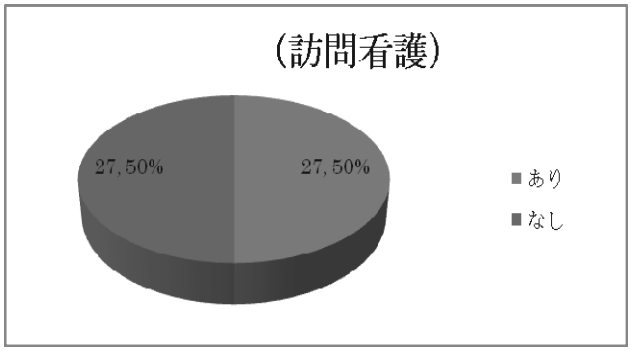
⑧介護予防マネジメント状況

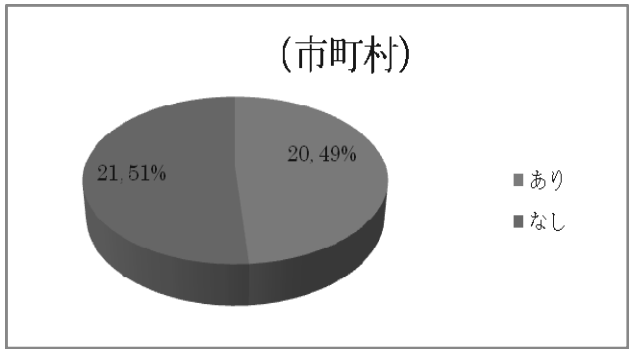
地域包括支援センターの作業療法士では 95%が関与しており、また本事業はほぼ機能しているとしていつとの回答であった。

（介護予防マネジメントへの関与）

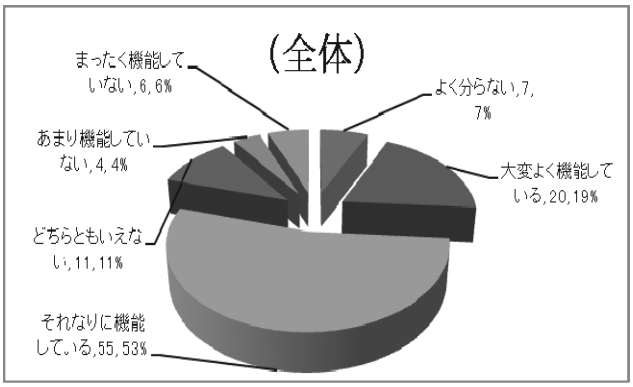


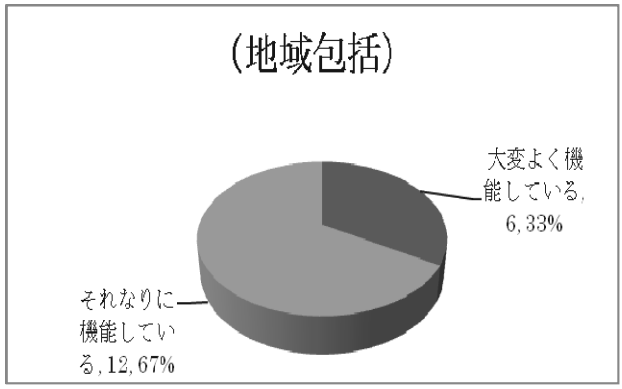


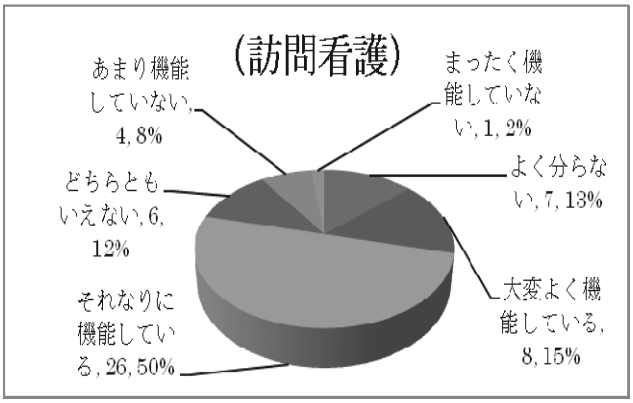


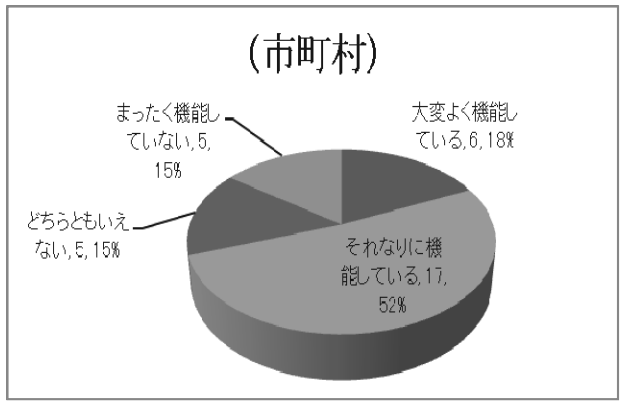


（介護予防マネジメント状況）



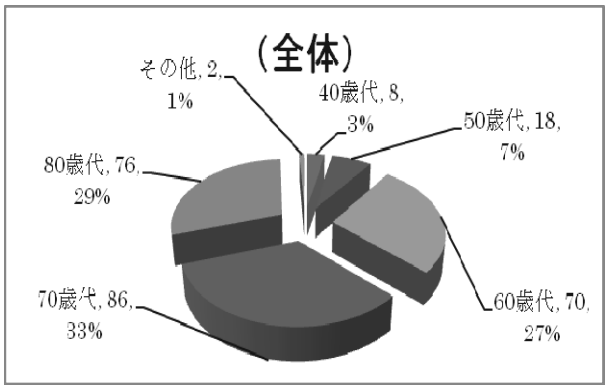


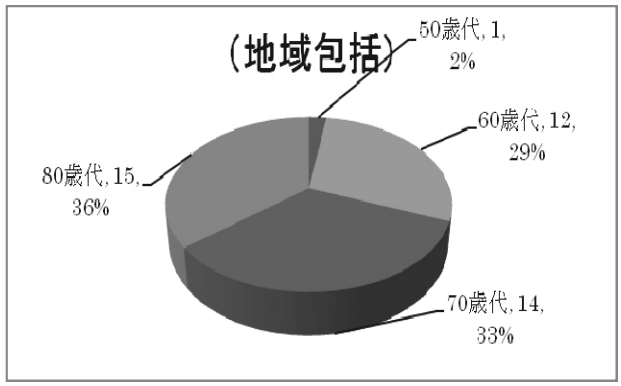


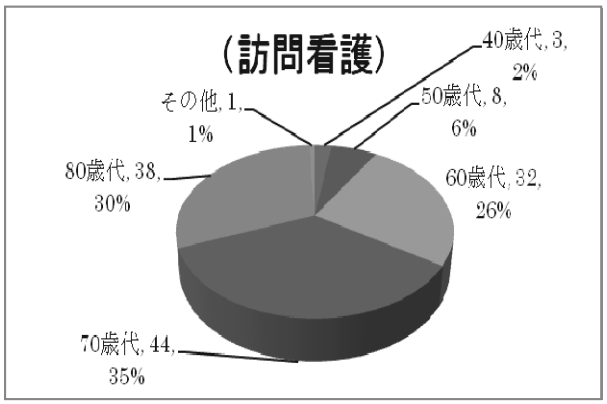


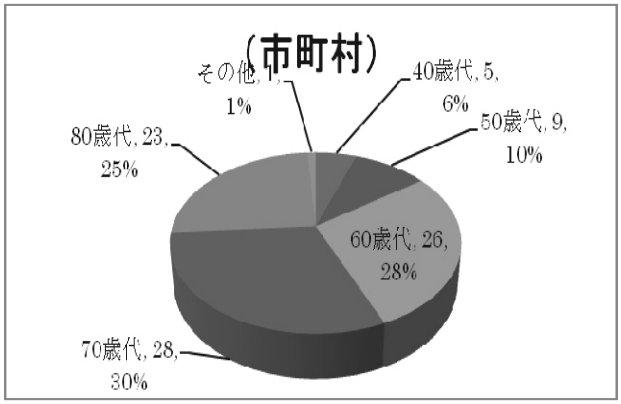
⑨相談支援の対象年代

地域包括支援センターでは、60 歳代以上が多くを占めるが、市町村や訪問看護ステーションでは 40 歳代の対象者への支援も行っていた。



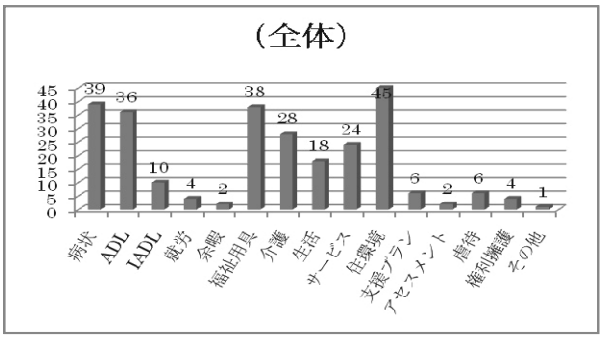


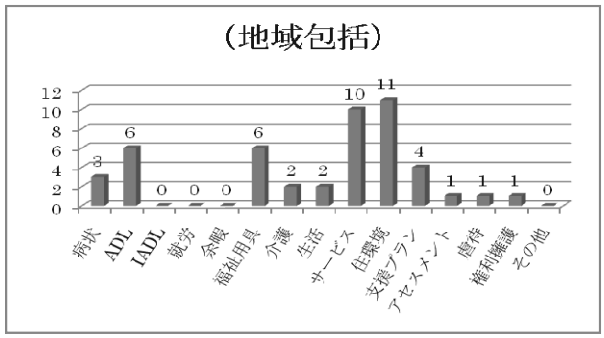


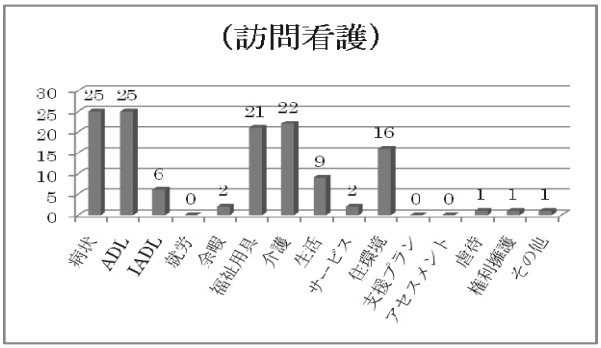


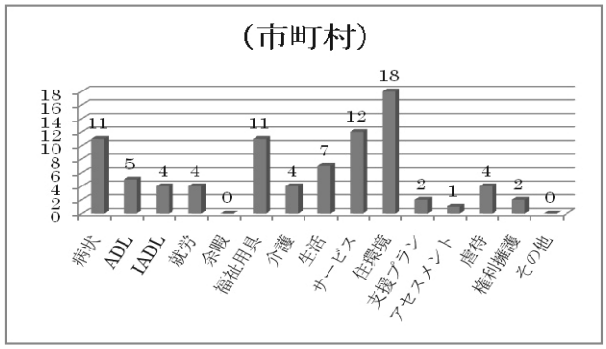
⑩相談内容

地域包括支援センターで上位を占める相談は「介護及び福祉サービス利用」「住環境調整」「福祉用具」「ADL」であった。市町村では「病状や医療」、訪問看護ステーションでは「病状及び医療」、「介護や介助方法」も上位の相談となっていた。一般的な相談から始まる一次相談に加え、作業療法士として本来の役割を期待された専門相談（二次相談）まで担っていた。



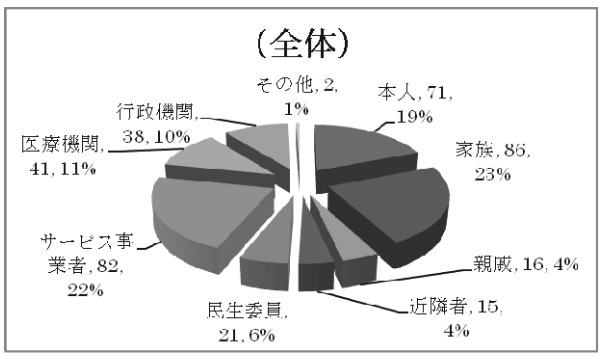


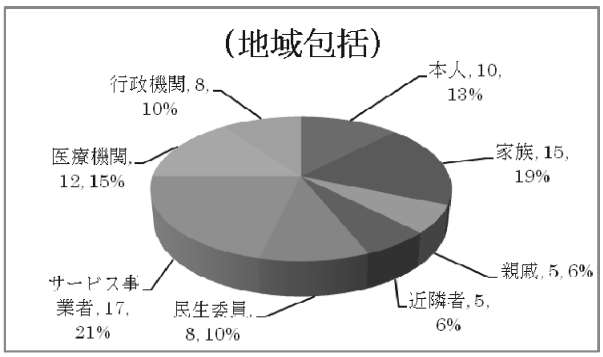


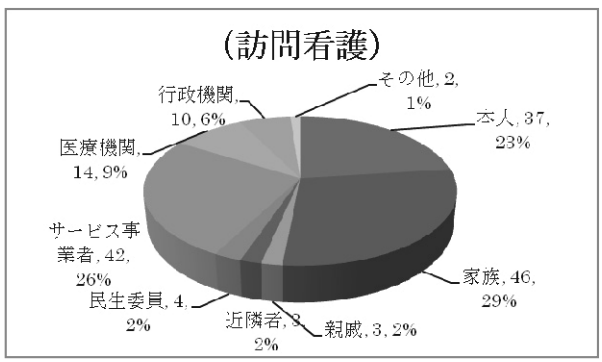


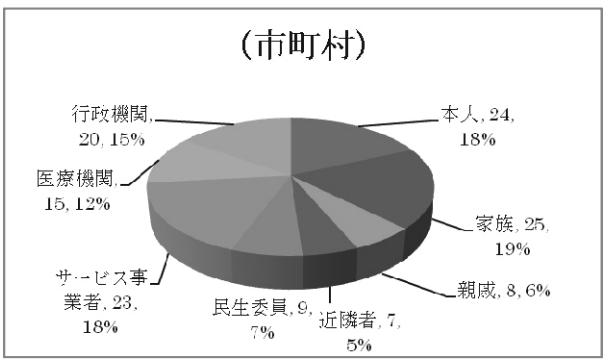
⑪相談支援対象者

地域包括支援センターの対象者は、本人や家族、サービス提供事業者、その他関係機関や近隣の人など多種多様であった。



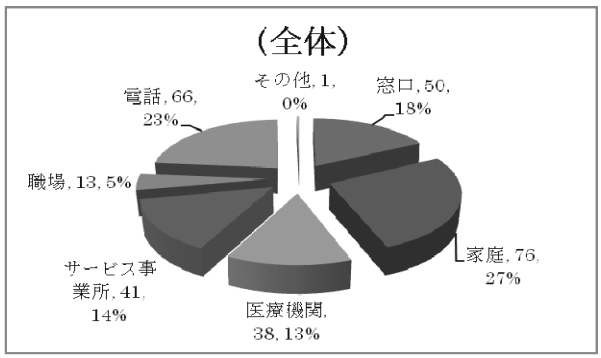


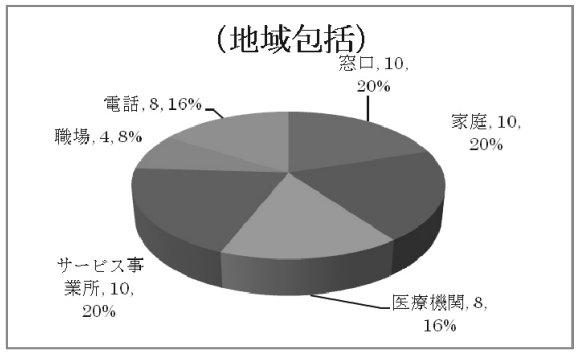


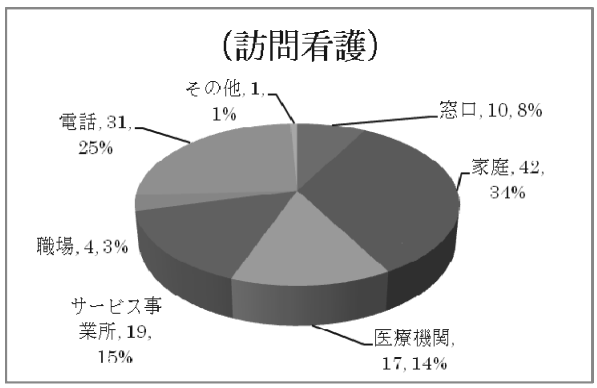


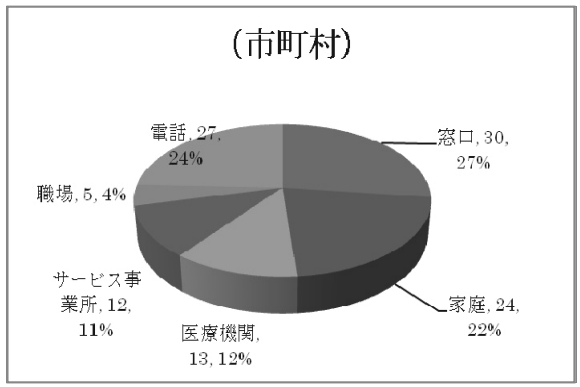
⑫相談支援場面

支援場面も窓口や電話、家庭訪問、関係機関訪問等、多様に対応している。また一次相談に相当する基本情報収集や情報提供など、窓口や電話での対応が 4 割を占めていた。



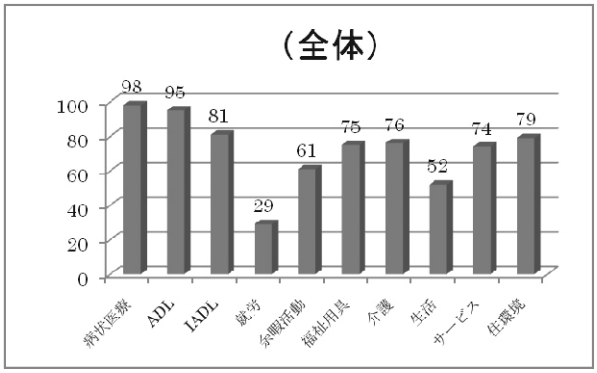


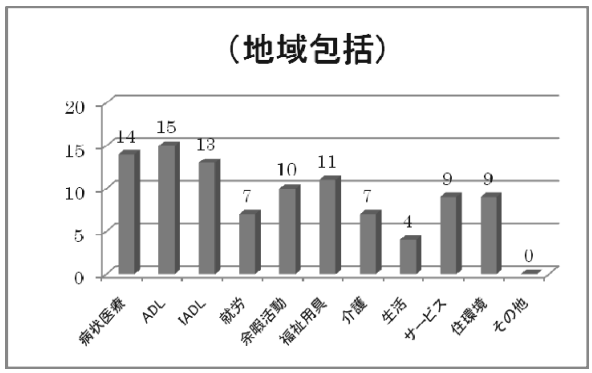


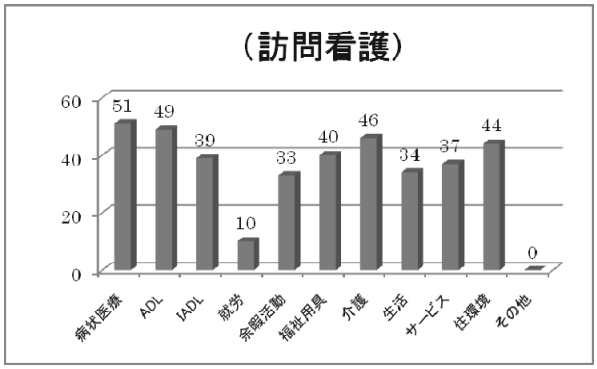


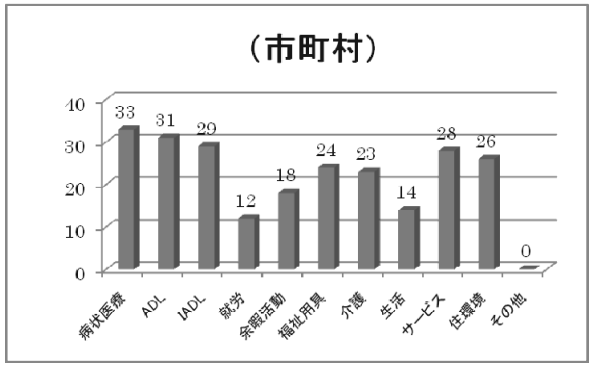
⑬相談聞き取り内容

聞き取り情報は、病状や医療の情報から ADL や IADL、住環境や福祉用具、介護に関すること等、幅広く収集していた。



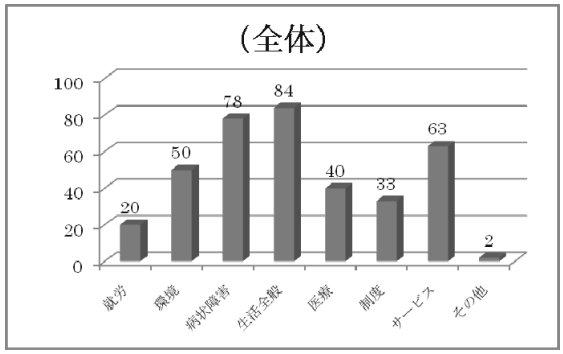


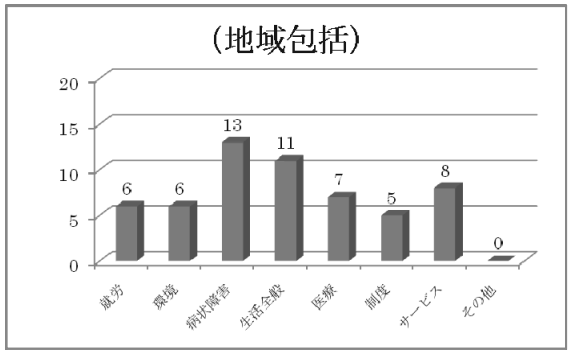


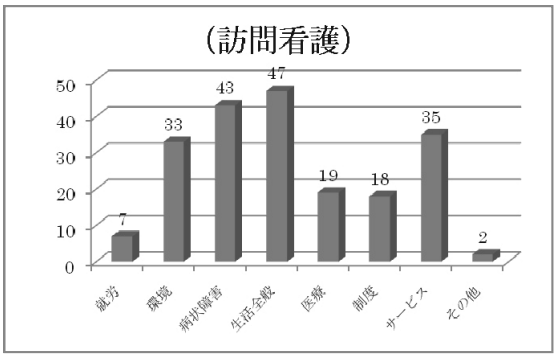


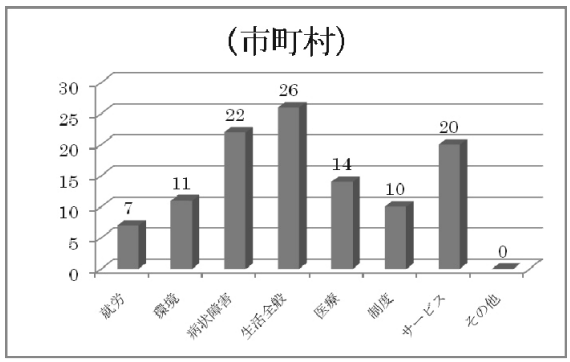
⑭相談者以外からの情報収集内容

相談者以外からも「病状や障害」「生活全般」「介護及び福祉サービス」などの情報を収集していた。





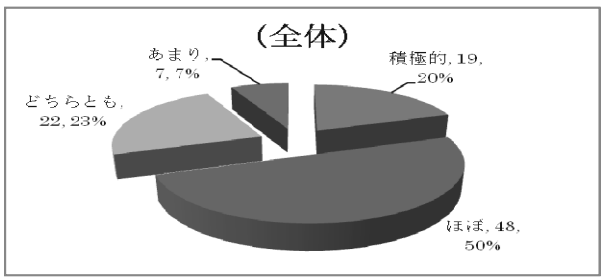


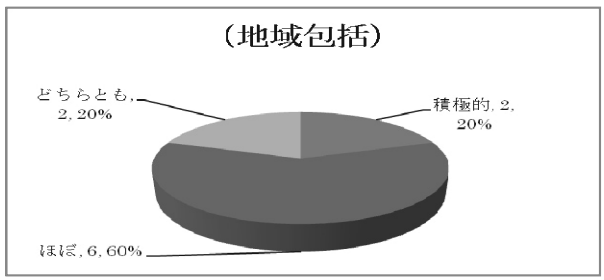


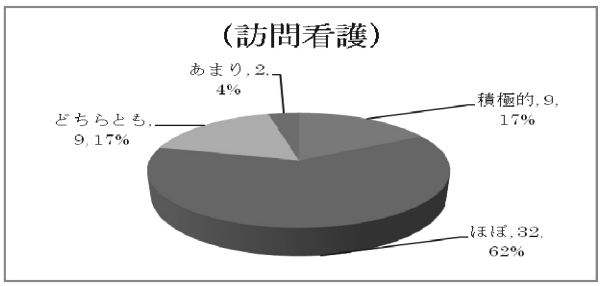
⑮課題分析と評価ツール

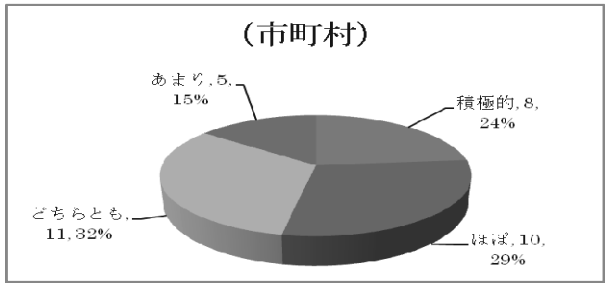
対象者の生活課題（主訴）に対する評価・分析については、地域包括支援センターでは 6 割がほぼ出来ていると回答し、「介護保険アセスメント票」や「ケマネジメント支援受付票」、「家屋環境調査票」などを用いている。市町村では 5 割強がほぼ出来ていると回答し、「家屋環境調査票」、「介護保険アセスメント票」「観察評価票」などを用いている。訪問看護ステーションでは、約 8 割がほぼ出来ていると回答し、「家屋環境調査票」「介護保険アセスメント票」「観察評価票」「作業能力評価票」などを用いている。

（課題分析状況）

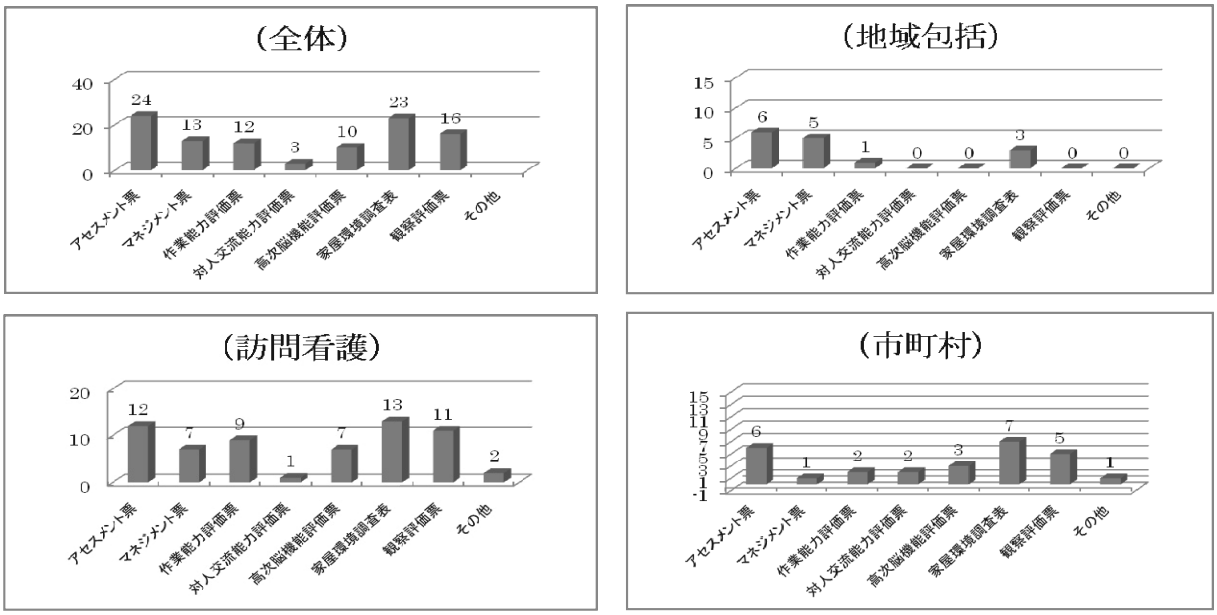






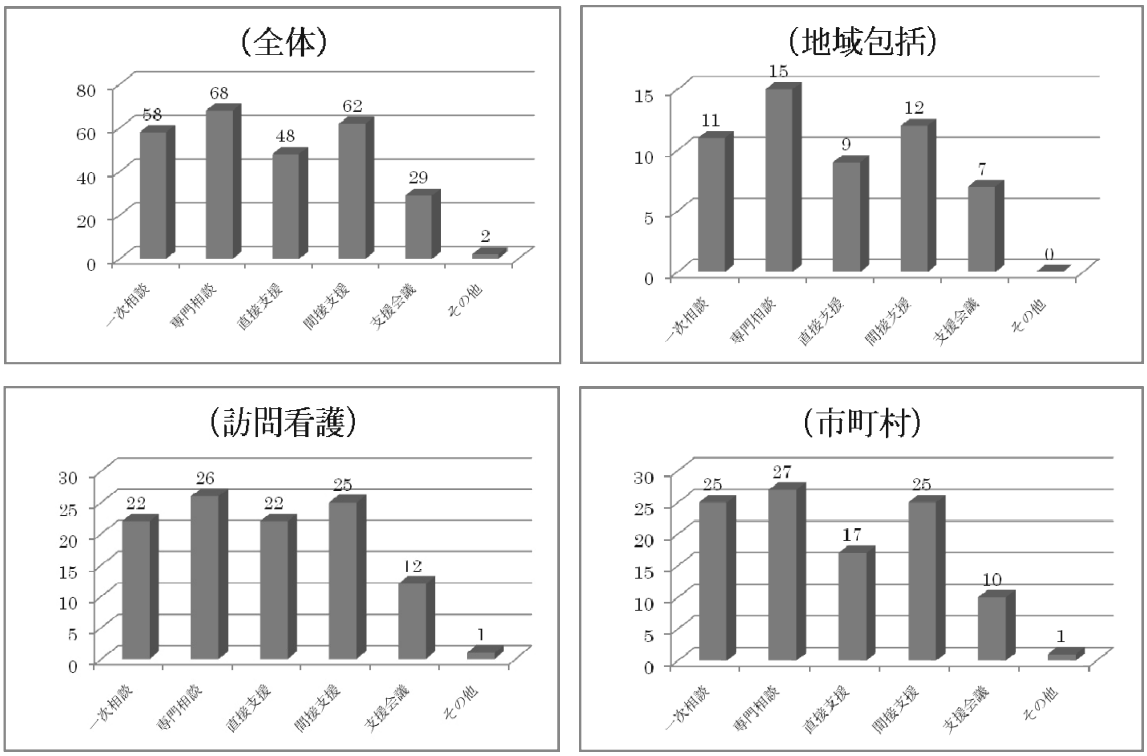


（評価票）



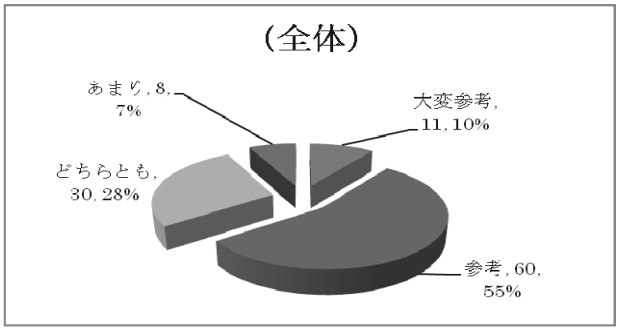
⑯相談支援業務関与状況

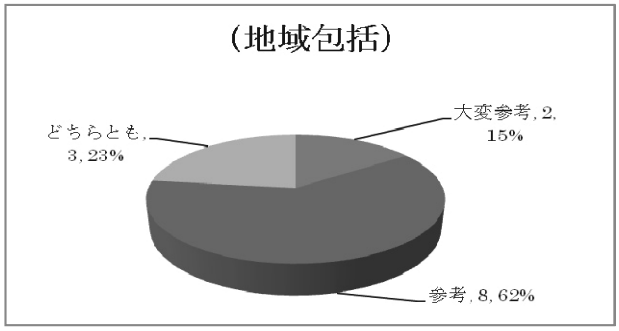
地域包括支援センターでは多い順に「一次相談」「専門相談」、「間接相談」、「直接相談」、「支援会議」であり、市町村では「専門相談」、「一次相談」「間接支援」、「直接支援」、「支援会議」の順であり、訪問看護ステーションでは「専門相談」、「間接支援」、「一次相談」「直接支援」、「支援会議」の順であった。

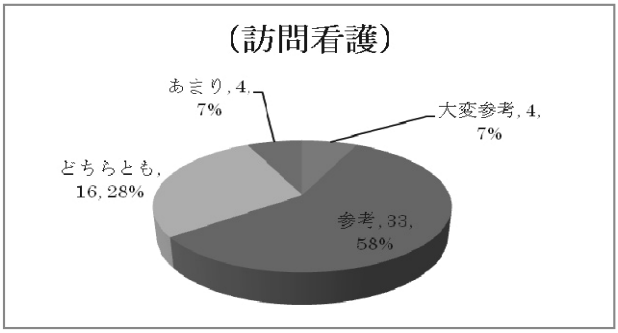


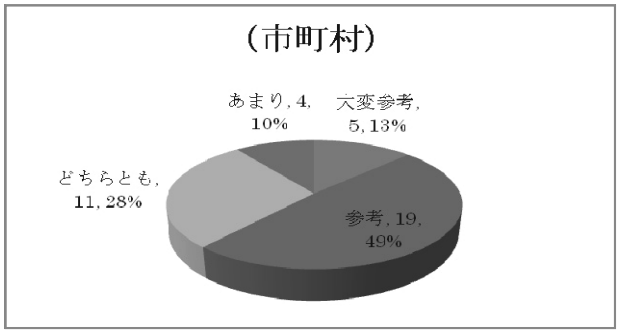
⑰包括マネジメント資料の参考度

平成 20 年度の本事業において作成した資料（「人は作業をすることで元気になれる」パンフレット）は、全体で 65%の作業療法士が業務の参考になったとしている。



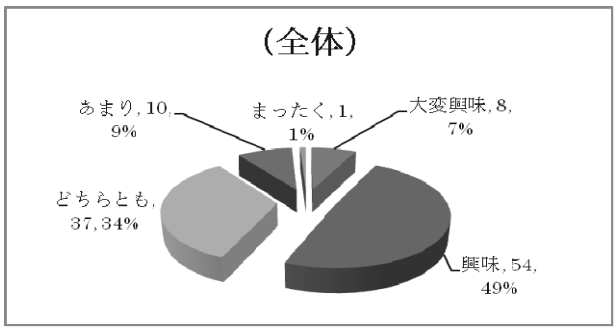


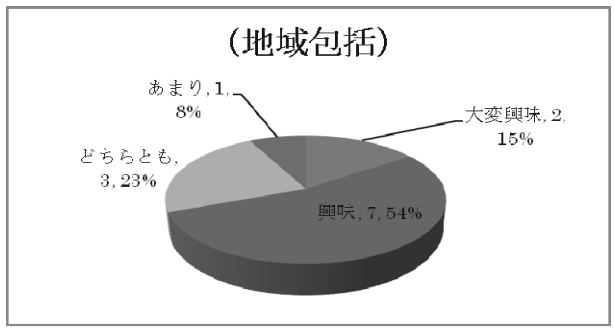


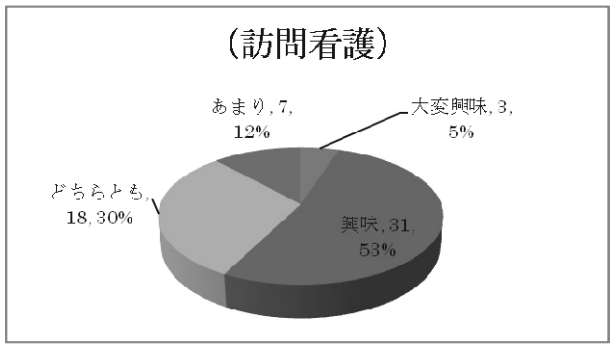


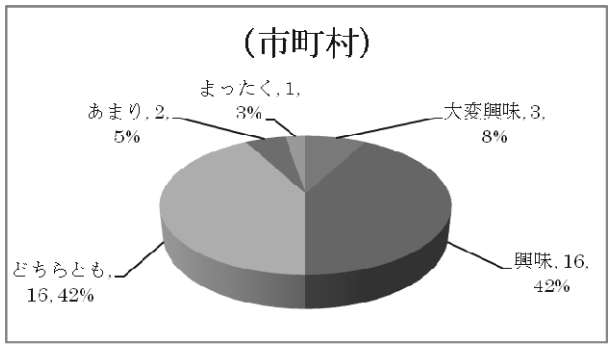
⑮包括マネジメント研究事業への興味関心

本研究事業への興味は地域包括支援センターにおいて約 80%と高かった。

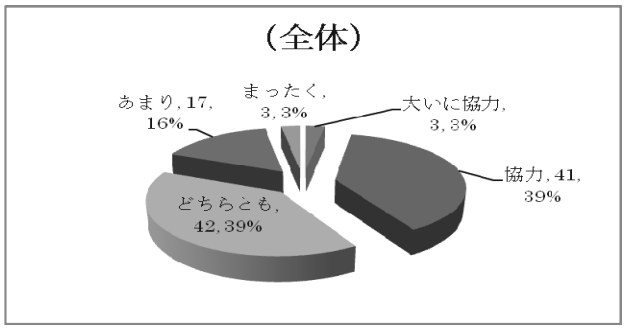


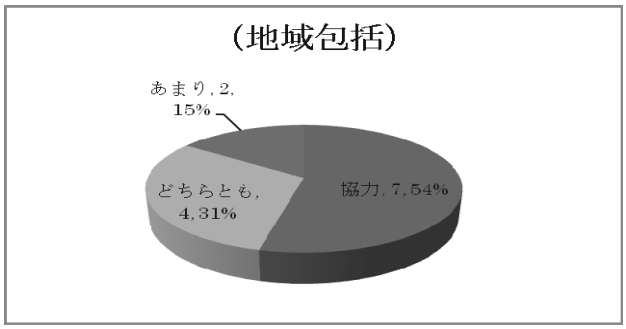


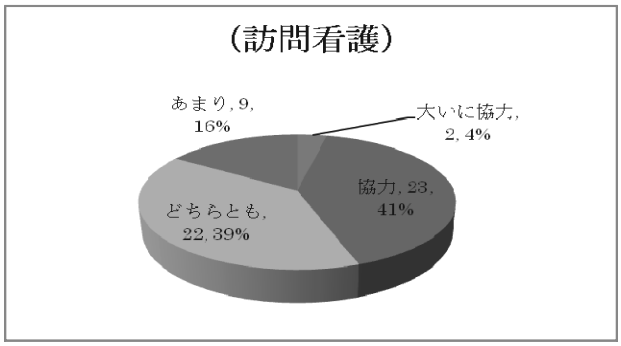


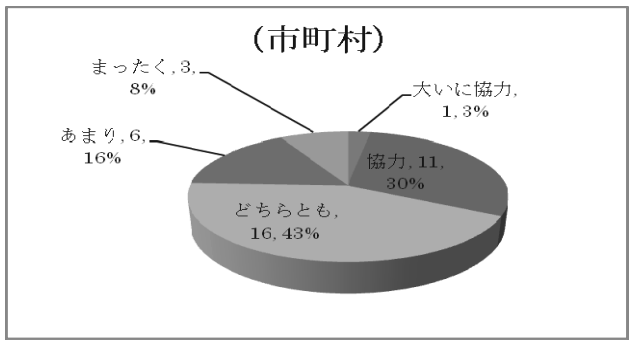


⑯包括マネジメント研究事業への協力意思









⑰自由記載からの抜粋

○地域での支援は、介護保険だけにとらわれず他のいろいろな機関や団体との関わりを持ち、多様なネットワークを利用することが課題と感じている。

○住宅改修や福祉用具の活用については、専門職である作業療法士がその関与を期待されている。

○住環境調整や福祉用具利用、身体機能面や ADL、IADL の支援方法などでは、ケアマネジャや保健師への助言、同行訪問によるアドバイス等を求められている。

○作業療法士は、認知症や精神疾患のある方、知的障害のある方も評価し、課題解決を図ることができる。高齢者によらない地域での支援者として位置づけられるべき。

○地域包括支援センターにおいて作業療法士が 3 職種（社会福祉士、主任ケアマネジャ、保健師）外として配置されることで、取り組みの幅が広がる。ただし誰でも良いわけではなく、卒後教育として地域で活動する知識を習得した作業療法士であることが望まれる。

○地域包括支援センターにおける作業療法士は、3 職種としての雇用条件であることが多い。したがって日々の業務も主任ケアマネジャとして予防プランづくり等に追われている。

○職種上は社会福祉士として働いており、住環境整備や介護予防事業に関われない現状にある。

＜調査結果のまとめ＞

◎地域包括支援センターに所属する 19 人の作業療法士から回答が得られた。その 90%は資格取得後 10 年以上の中堅作業療法士であり、69%が常勤配置での勤務形態であった。

◎地域包括支援センターの基本業務への関与では、介護予防マネジメント 95%、包括的・継続的ケアマネジメント 89%、総合相談支援 84%、権利擁護事業 63%であった。

◎相談や支援対象者年齢は、多い順に 80 歳代、70 歳代、60 歳代であった。

◎相談内容は、病状や ADL、福祉用具、住環境に関することが多く、対象者は本人に限らず、家族や本人

の関係者、多くの関係機関まで広く対応している。

◎相談は、電話相談から窓口相談、さらに自宅や関係機関への訪問まで多くの場面を利用していた。

◎また専門相談の機会は多いが、相談者への直接支援以上に関係機関等との調整など間接的支援に多くの時間を割いていた。

◎課題分析では、アセスメント票やケアマネジメント票、家屋環境調査票などを利用していた。

4．地域包括支援センター等に従事する作業療法士の聞き取りから

◎作業療法士は一般情報の収集と当面の課題整理等から始まる一次相談に加え、住環境調整や福祉用具利用支援など専門性を必要とする専門相談（二次相談）まで担っている。

◎専門相談は対象者の能力評価や支援の優先順位等を踏まえ、家庭訪問等による直接支援が多い。

◎住環境調整や福祉用具利用支援については、対象者の能力を評価し、調整環境や福祉用具との適合性を十分に検討し、本人の能力を活用した日常生活動作の獲得や生活づくり、そして調整環境と福祉用具の安全な利用方法の指導を行っている。さらに福祉用具利用による介護方法等については、本人・家族や他の介護支援者との情報共有を図り、有効な介護のあり方を広めている。

◎しかし作業療法士としての明確な役割や機能が十分に生かされていない地域包括支援センターでは、窓口や電話での一次相談、家族やサービス提供事業者などへの対応に時間が割かれ、対象者本人との直接面談や家庭訪問の機会が制限されており、本人の望む生活イメージの把握と作業遂行力の評価までは行えていない現状にもある。

◎また本人の生活づくりにとって大きな要素となる IADL については、評価までは実施されておりその支援の必要性は認識しているものの、課題分析から具体的支援まで十分になされているとはいえない現状にある。したがって自立に向けた「包括マネジメント」に基づく支援の展開は行われていない。

◎地域包括支援センターの作業療法士は、一次相談の後にさらに家庭訪問などを通じ、本人の望む生活イメージの把握と作業遂行力の評価を行い、作業獲得のための支援「包括マネジメント」が実施されるように、業務のあり方を見直すことが必要と考えられた。

【聞き取り調査協力者】

・北海道恵庭市保健センター　　佐藤和彦氏
・岡山県総社市地域包括支援センター　　河原いづみ氏
・石川県野々市町地域包括支援センター　　寺尾朋美氏
・広島県三次市地域包括支援センター　　畠真樹子氏

Ⅲ．地域包括支援センターに従事する作業療法士による支援事例

今回、地域包括支援センターに従事する作業療法士が、本研究事業で作成した地域生活支援のための作業ツールを利用することにより、対象者の生活環境および生活状況に変化、改善をもたらしていた。

そこで作業療法士が関与した 2 事例の支援経過の紹介と、地域生活支援における本ツールの利用意義と作業療法士の課題分析や具体的支援の有効性について報告する。

1. 事例 1 紹介

＜事例 1＞

「IADL に自信が持てるようになり、再び町内会の役員活動へ参加ができるようになった事例」

○事例の基本情報:80 歳代、女性。専業主婦で、子供育てや家事中心の生活を過ごしてきた。20 年前に夫が他界し一人暮らし。趣味は編み物やカラオケで、長年、老人会やお寺等の役員活動を行っている。

○関与までの経過:X 年 7 月、右肘変形性関節症にて手術。要支援状態で、その後、訪問介護を利用(居宅支援事業所ケアマネジャが支援)。

X+1 年 9 月、更新申請で非該当となり、訪問介護終了。

○相談の契機:X+3 年 8 月中旬、右大腿骨骨頭壊死にて、右股関節人工骨頭置換術施行。その後、入院先の理学療法士より、近日中に退院予定とのことで、在宅生活の調整をしてほしい旨、地域包括支援センターに電話相談があった。翌日、病院訪問し本人と面接。退院後の在宅生活に向けての調整、サービス内容、サービス事業者等を本人と相談し決定した。3 日後、本人の自宅外出訓練に際し、理学療法士も同行し住宅改修等に関する検討を予定とのことで、地域包括支援センターの作業療法士の同席要請を受ける。

○支援の経過

【入院生活から在宅生活へ】

いつ	どこで	支援内容	所要時間等
X+3 年 9 月初旬 (要請電話の翌日)	入院先の病院 (訪問)	○退院に向けて、本人の意思確認。必要なサービス内容、サービス事業者を本人と相談しながら選択。	○退院後の在宅生活に向けての調整 (対応時間：約 1 時間)
3 日後	自宅 (訪問)	○病院 PT、住宅改修事業者、ヘルパー同席し支援内容を検討。①住宅改修調整（玄関、トイレ、浴室、脱衣室、洗濯物干し場への出入り部分)、福祉用具（シャワーチェア）購入、②訪問介護（掃除、買い物中心）は週 2 回利用、③訪問リハは週 1 回を 1 ヶ月間、送迎付きの通院リハを週 3 回利用。	○支援検討会議 （対応時間：約 1 時間 30 分）

【在宅生活安定に向けて】

いつ	どこで	支援内容	
X+3 年 9 月中旬 (退院 1 週間後)	自宅 (訪問)	○認定結果（要支援 2）と住宅改修状況、生活状況を確認（退院当日にあわせて住宅改修が完了しているように着工を調整)。	○モニタリングと訪問リハ終了の見極め (対応時間：約 1 時間)
10 月中旬	自宅 (訪問)	○生活状況確認。家の中は杖使用せず歩行可能。近隣友人の支援もあり、地域のカラオケへの参加を始める。予定どおり訪問リハ終了。	○サービス利用調整 （対応時間：約 40 分）

11～12 月中旬	自宅 （訪問）	○生活状況確認。屋外歩行は、近隣有人の支援もあり、買い物や地域のカラオケへの継続的参加を確認。予定通り通院リハ終了を確認	○サービス利用調整 （対応時間：約 40 分）
12 月中旬	電話	○生活状況確認。	○サービス利用調整

【地域社会参加】

いつ	どこで	支援内容	
X+4 年 1 月	電話	○本人申し出により、町内役員に状況説明し、町内会活動再開に際し本人への配慮を依頼する（町内会役員活動に久しぶりに参加）。	○社会参加に向けた地域住民との支援調整
2 月	自宅 （訪問）	○認定結果は要支援 1。本人申し出により訪問介護(掃除中心)を週 1 回に変更。 ○歩行訓練の必要性とその意識を強く持っており、通院に際しては独歩であることを確認。	○更新申請を受けてのサービス担当者会議 (対応時間：約 40 分)
3 月	通 院 先 病院	○近況の確認（週 3 回程度、物理療法目的に片道約 20 分の距離を杖なし自立歩行で通院)。 ※偶然の出会い	○活動性拡大の見守り支援と自信の強化
4 月	通 院 先 病院	○近況を確認（本人より「そろそろヘルパーさんに来てもらうのを終わりにしようかと思っている」との発言あり。※偶然の出会い	
5 月	自宅 （訪問）	○訪問介護事業所のサービス提供責任者と調整。 ○本人の状態と生活状況を把握後、掃除用具の工夫等を提案し、1 ヵ月後に本人確認の上、サービス利用終了に向けた調整を行う。	○サービス利用調整 (対応時間：約 40 分)
6 月 (9 ヵ月後)	電話	○予定通りサービス終了となる。	○サービス利用調整
X+5 年 1 月	電話	○認定更新の連絡 ○介護保険制度利用の更新申請はしないとの意思確認。 ○町内会の役員活動も継続中。近隣友達の相談を受け、介護保険申請の方法をアドバイスする等、社会参加･社会貢献の状況もみられる。	○モニタリング

２．事例１から地域を眺める

①業務把握シートの利用について

平成 13 年度に地域保健総合推進事業において作成した業務把握シートは、地域の保健福祉に関する地域

分析を行うものであり、地域分析に基づくケース支援や地域づくりには有効と考えられる。

そこで本シートを利用し事例の居住地域の特性を見出し、事例支援とのすり合わせによって改めて地域包括支援センターの機能や作業療法士の実践すべき役割を検討した。

業務把握シートはⅰ）地域情報、ⅱ）担当業務、ⅲ）実施事業を確認する内容で構成され、以下のような情報整理項目となっている。

業務把握シート

1．地域情報の確認

地域特性に合わせた事業実施のための基礎情報を確認しておく。

※実施業務に関連する所属市町村の地域情報　（例）

人口規模		高齢化率	
介護保険認定者		独居高齢者	

2．事業実施背景の確認

担当事業について施策上の位置づけ、目的、実施計画を確認する。

事業名	
事業の位置づけ	事業実施要綱等から、施策における事業の位置づけや事業実施の根拠となっている法制度等を確認する。
目的	事業を実施する目的を確認する。事業のねらい、事業実施により期待できる変化、得られる効果の予測。
事業構成要素	事業の対象者、対象者の選定、実施場所や頻度、事業実施に関係する機関・組織との連携および事業運営方法など、事業実施に必要な要件を確認する（関わる人・職員体制と役割など）、事業実施に必要な人（対象者と運営に関わる人）、物（実施場所）、金（予算・費用）に関すること等

3．事業実施手順の確認（事業のフローチャート）

事業対象の個人評価だけではなく、地域課題解決手段としての事業結果を整理、確認する。

対象者把握方法		事業の参加対象者、選定方法など
評価		事業目標の達成度を参加対象者の変化で確認するための手段（評価内容）、事業評価のための手段
支援計画		事業実施計画・実施の手順
実施		実施した内容
再評価	個別再評価	参加者の事業終了後の変化
	事業評価	事業効果
次年度の事業計画		実施結果を踏まえた次年度計画

②事例１の地域生活支援に係る基礎情報（業務把握シートに基づく情報の整理）

業務把握シート

1．地域情報の確認

地域特性に合わせた事業実施のための基礎情報を確認しておく。

※実施業務に関連する所属市町村の地域情報（例）

人口	約 46,000 人	高齢者数	約 13,000 人	高齢化率	約 28%
独居高齢者数	約 3,300 人	行政区割数	小学校区 6 中学校区 4	町内会数	63
老人会数	46	要介護認定者	約 2,500 人	要支援 1	約 700 人
要支援 2	約 1,000 人	ボランティア活動団体数	20	介護サービス事業所数	59
住宅設備機器・改修業者数	21	福祉用具貸与販売業者数	1	その他の資源数	

2．事業実施背景の確認

担当事業について施策上の位置づけ、目的、実施計画を確認する。

事業名	介護予防給付事業（住環境調整支援）
事業の位置づけ	介護保険法の介護予防給付事業の一環として実施。
目的	介護予防ケアマネジメントすることにより、要支援の認定を受けた方々の心身の状態悪化を予防し、生活機能の維持向上を図り、高齢者本人の自己実現達成を支援すること。
事業構成要素	①事業の対象者：要支援１及び２ ②対象者の選定：在宅生活への移行に伴う相談や支援が必要な方 ③支援実施場所や頻度： ⅰ）地域生活移行前に集中訪問：医療機関、自宅 ⅱ）地域生活移行前後に集中調整及び見守り期適時：サービス事業所 ⅲ）地域生活移行前後に電話及び訪問調整：居住地域町内 ⅳ）地域生活移行後に電話及び訪問：自宅、サービス事業所 ④事業実施に関係する機関・組織との連携および事業運営方法など： 介護予防アセスメント及び支援計画書（ケアプラン）に基づく支援 ⑤事業実施に必要な要件（関わる人・職員体制と役割など）： ⅰ）支援マネジメントに必要な最新のサービス事業所情報収集 ⅱ）地区情報等を入手 ⅲ）本人の社会参加情報を整理

事業構成要素	⑥事業実施に必要な人（対象者と運営に関わる人）、物（実施場所）、金（予算・費用）に関すること等：		
	人	物	金
	・本人、家族、親族 ・医療機関 ・住宅改修、福祉用具取り扱い事業者 ・介護サービス事業者 ・近隣者 ・町内会役員 ・社会福祉協議会	・医療機関 ・自宅 ・サービス事業所 ・居住地域町内会	・後期高齢者医療 ・介護予防給付費

3. 事業実施手順の確認（事業のフローチャート）

事業対象の個人評価だけではなく、地域課題解決手段としての事業結果を整理、確認する。

対象者把握方法		（事業の参加対象者、選定方法など） ①事業の対象者：要支援１及び２ ②対象者の選定：在宅生活への移行に伴う相談や支援が必要な方
評価		（対象者の評価内容、事業評価のための手段など） ・介護保険認定結果、HUI（Health Utilities Index）、PASE（Physical Activity Scale for the Elderly）、老研式活動能力指標、作業聞き取りシート、作業遂行アセスメント票、作業遂行力向上プラン票など。
支援計画		（事業実施計画・実施の手順） ・介護予防アセスメント及び支援計画書（ケアプラン）に基づく支援。
実施		（実施した内容） ・サービス実施に関する相談、調整。
再評価	個別再評価	（参加者の事業終了後の変化） ・本人が生活全般に対して自信を得て、納得・同意により介護サービスの給付を終了できた。 ・町内会の役員活動への参加など社会参加を果たした。
	事業評価	（事業効果） ・事業参加者の個別支援結果は確認したが、「介護予防給付事業（住環境調整支援）」としての事業効果検討は未実施。 ・安全で良好な住環境調整と適正な介護サービスの提供につながった。 ・介護保険サービスを利用せず在宅で安心した生活を過ごすことができた。 ・介護保険適正化事業への貢献が示唆された。
次年度の事業計画		（実施結果を踏まえた次年度計画） ・支援に際し、関与した時間や調整機関との作業量についてデータ化し、本事業に係る総業務量の見込みと業務計画を設定する必要がある。

３．事例 2 紹介

＜事例 2＞

「住環境の調整により移動動作に安心感が得られ、外出にも自信が持てるようになった事例」

○事例情報：70 歳代、女性。一人暮らしで隣接市に兄弟、子息在住。息子が職場の昼休みを利用し訪問。娘は日曜ごとに訪問。配食サービス利用中。緊急通報装置設置。

仕事歴は、結婚後 22 歳から 20 年間飲食店経営、46 歳から保険会社外交、65 歳からシルバー人材センター登録し調理作業等に従事。寿大学を経験し、ちぎり絵を趣味としている。

○経　　過：X 年：骨粗しょう症の診断。右手首骨折。

X+3 年：胸椎圧迫骨折。

X+5 年：腰椎圧迫骨折。

X+6 年：胸椎圧迫骨折。

○相談の契機：X+6 年胸椎圧迫骨折し入院し、治療終了となり介護保険制度の利用も含め地域包括支援センターに家族から相談を受ける。

○支援の経過:

いつ	どこで	支援内容	支援の視点（配慮事項）
X+6 年 6 月	地域包括支援センター	○胸椎圧迫骨折の治療が終了となり介護保険制度の利用も含め家族から相談を受ける。 ○家族の思いを受け止め、傾聴による相談対応。 （相談内容） ①退院直後で単身生活そのものに不安がある。 ②リハビリ通院にも不安がある。 ③重い物を持てない（ストーブへの灯油注入など重い物を持てない生活に不安がある。買い物は娘や近隣友人の協力を得ている)。 ④頻繁な骨折により掃除機も持てず、掃除を手伝ってもらいたい。 ⑤立ち仕事が困難で食事の用意が大変である（配食サービスを継続利用したい)。 ⑥長く座っているとひどい腰痛で苦しい。 ⑦家族は仕事を持っているので日中生活の手伝いはできない（ヘルパーを依頼したい)。 ⑧頻繁に出入りする勝手口の段差が高く行き来が困難（手すりがあると安心できる)。また自宅内にも手すりがなく屋内移動に不安がある。 ⑨浴槽が深く、出入りが心配。	○傾聴
8 月	自宅 （訪問）	○本人・家族から生活状況の詳細情報を収集。 ○住環境評価。 ○本人に屋内各所の移動、トイレや風呂の利用動作を実際に行ってもらい、その動作を評価。 ○今“していること”を確認。 （していること） 「自動車を運転し軽めの日用品等の買い物をしている」、「コルセット等を自ら装着し痛みの軽減を図っている」、「時間がかかっても身の回りの所作は行っている」、 「時に庭に出て、園芸や簡単な作物を作っている」 ○目標の設定。 評価を通じ、近隣者との付き合いや家族との活動場面の共有を継続していく希望が確認でき、その望まれる場面は屋外まで広がりがあり、それを保つ必要があった。そこで屋内外の移動、日常生活の中でより効率的にそして安全に生活できる環境調整がニードとして設定された。	○“していること”に着目 ○“していること”活かすための工夫 ○本人の自己実現や自分が求める生き方を主体的に追求するプロセス

【具体的で適正な支援方法の提示】

いつ	どこで	支援内容	
9 月	自宅 （訪問）	○勝手口段差に手すり設置および入浴用福祉用具（現在の能力に応じたシャワーチェア、バスグリップのタイプの選定等）など、具体的な給付内容について確認。 ○手すり設置については、手すりの形状、設置位置、使用方法等具体的設置方法についてアドバイス。 ○本人家族が所定の手続をスムーズに遂行できるよう必要な書類を配布し説明（自立支援型日常生活用給付制度の利用）。 ○手続き担当部署となる地域相談センター（地域包括支援センターのサテライト機能を有する部署）に情報提供し給付に関する対応を依頼。	○本人、家族の作業力量の見極め
9 月下旬	電話	○本人、家族が地域相談センターに出向き、担当者と書類の確認。給付決定を確認。	
10 月	自宅 （訪問）	○手すり設置。入浴用福祉用具給付。利用状況を確認するため相談センター担当者と訪問。福祉用具の適正給付及び有効利用を確認。	

【フォローアップ】

いつ	どこで	支援内容	
10 月	電話	○相談センター担当者にモニタリングを依頼。 ○支援終結。	
12 月	電話	○相談センター担当者より、屋内外において転倒等もなく、自家用車を運転し近隣者や娘との買い物を楽しんでいるとの連絡あり。	

４．事例 2 から地域を眺める

本事例については、N 町の単費事業である「自立支援型日常生活用具助成事業」を利用したものである。以下に本事業の概要と事業に関与する作業療法士の役割について述べる。

＜制度の概要＞

N 町に在住する高齢者の要介護状態への進行を防止し、地域において自立した生活ができるよう支援するため、日常生活用具の購入に対して助成している（上限 3 万円）。

対象者は概ね 65 歳以上の者で、要支援認定または要介護認定を受けていない者であり、かつ地域包括支

援センターが行う地域ケア会議で、用具が必要であると認められた者である。

福祉用具については、介護保険制度における購入または貸与に該当する物（ベッドを除く）及び手すり（設置費用は除く）としている。

＜これまでの実績＞

年度	助成事業利用者実績（人数）	利用者中1年以内に介護保険を申請した人数
H16	28	1
H17	24	2
H19	9	1
H20	23	4

※H18は予算化せず実績なし。H19は年度途中から事業再開。

＜介護保険申請し、歩行支援用具を1年間貸与継続した場合の行政負担額（給付等支出額）例＞

①四点杖の場合

◎自立支援型日常生活用具助成事業での対応：四点杖購入経費約6,500円

◎介護保険使用による対応：新規申請経費約18,000円＋更新申請経費約15,000円＋福祉用具貸与経費900円×12カ月＝約44,000円

②歩行器の場合

◎自立支援型日常生活用具助成事業での対応：歩行器購入経費上限30,000円（定価約50,000円）

◎介護保険使用による対応：新規申請経費約18,000円＋更新申請経費約15,000円＋福祉用具貸与経費2,700円×12カ月＝約65,000円

＜実績と費用対効果、そして作業療法士の役割＞

介護保険を申請せず福祉用具購入助成による生活支援の本事業は、介護保険給付費の支出抑制に効果があり、福祉用具を購入することで自立した生活を送ることができる対象者に介護保険の適正利用を促す水際作戦であるともいえる。

本事業において作業療法士は、アセスメントシートから得られる対象者の状態像をもとに、希望している福祉用具の妥当性、必要性、安全性、有効な利用方法、実用的な動作指導を行っている。またアセスメントシートのみでは対応できない対象者については、デモンストレーション用の福祉用具を準備し、対象者の自宅に赴き相談、指導、調整を図っている。

５．事例を通じた地域包括支援センターの作業療法士による生活支援

地域包括支援センターは、高齢者や家族がいつまでも健やかに住み慣れた地域で生活していけるよう、医療、保健、介護及び福祉などさまざまな方面から総合的に支援する機能を有する。その具体的機能は、介護予防ケアマネジメント（自立生活支援）、権利擁護（成年後見制度や地域福祉権利擁護事業、虐待防止）、総合相談支援業務（一次相談）、包括的・継続的ケアマネジメント支援業務（指定居宅介護支援事業所等の支援）となっている。これらの業務の中で地域包括支援センターに従事する作業療法士は、今回の調査からも介護予防ケアマネジメントや総合相

談支援、包括的・継続的ケアマネジメント支援への関与を積極的に行っていることが分かった。

特に本稿で紹介した事例の姿は、本研究事業の支援ツールを利用した作業療法士による介護予防マネジメントの成果であるといえる。

事例 1 では、社会参加・社会貢献を生活の目標に据え、目標達成までのプロセスの中で自ら行うべきこと、支援してほしいことを適時整理し、本人が自己決定していく姿がみられた。

当初の相談依頼では自宅への外出訓練時の同席のみを求められていたが、依頼電話の翌日に入院先を訪問することで支援のタイミングを図っていた。事前に本人と面談し退院後の生活イメージ、状態に関する情報や退院予定日などを確認していた。家庭訪問時には住宅改修業者や訪問介護の担当者が同席した検討会議の場づくりを意識的に設定し、医療から在宅への生活が円滑に移行されるようにコーディネートしていた。

また日常業務の中で、本人が通院する病院に別用件で訪問するような場合でも、本人の存在を意識しながら偶然の出会いも利用し、本人の生活状況を聞き取るなど対象者の地域生活での行動を把握した支援が実施されていた。

事例 2 では、地域生活の中で大切にしている人とのつきあいを維持することに鑑み、生活の安全性がその機軸になるとの考え方から家屋環境の調整に力点があった。

作業療法士の支援の視点や姿勢として、本人の日常生活の中で“していること”に着目し、“していること“を継続するための所作、“していること”活かすための工夫を本人とともに考え、本人の生活意識（意欲）向上の醸成を図ったことや、今、“すること”と、これから（も）“していること”の相乗効果を狙いながら、本人の自己実現や求める生き方を主体的に追求するプロセスを重要視していた。加えて支援の優先順位を整理することにより、その支援が生活全般への波及効果も含め、本人のあるべき生活をイメージできる作業療法を展開していた。まさに作業療法の支援は、介護予防マネジメントの本来の姿であった。

両事例ともに当初は要支援の状況にはあったが、現在のところ介護予防サービスを利用しない生活が維持されている。“できないから何らかのサービスを提供する”と安易な判断で施しの支援を行えば、今回示した事例も“その人らしい生活”の獲得は図れていなかったと考えられる。

地域包括支援センターの重要な機能である「自立支援」を達成するためにも、本研究事業で作成した支援ツール等による課題の整理・分析作業に基づき、支援の段階付けや本人、家族のエンパワメントを引き出す関わり方のできる作業療法が有効であると考えられる。本人の望む生活を獲得するために、目標達成までのプロセスの中で自らが行うべきこと、支援してほしいことを適時整理し、本人が自己決定することを作業療法は支援できる。

Ⅳ．地域包括支援センターにおける作業療法士の今後の方向性

地域包括支援センターの活動には、対象者に必要なサービス、地域資源に関する情報の収集・提供だけではなく、その地域に不足している資源を明らかにし、その資源を開発する役割、高齢者が住み慣れた自宅や地域でできる限り自立した生活を継続するための仕組み作りを構築する役割も課せられおり、対象者本人への支援に留まるだけでなく、事例を通じての地域づくりが期待されている。しかし、地域包括支援センターに所属する作業療法士にとって、対象者の個別性に合わせたサービス利用の調整支援は容易であっても、個別の支援から地域の課題を発見し、その解決、調整を図っていくことについては、十分に意識されていないことが推測された。

そこで今回、平成 13 年度の地域保健総合推進事業の研究において作成していた「業務把握シート」を利用

し、支援業務を整理・分析し、業務評価を行い、地域課題を見つける作業も加えた。

このシートを利用し、報告事例の住環境調整支援を地域包括支援センターにおける「住環境調整支援」という事業として位置付け、まとめ・分析することで住環境支援の実施結果から、効果的で効率的な住宅改修の根拠の裏づけが得られると考えられた。また本シートの利用は、地域資源としての住宅改修事業者リストや各事業者の特徴を把握するためのきっかけになる。

個別の支援は担当職員一人の業務であるが、地域包括支援センターの事業総体として結果をまとめることで地域における事業実施結果が検討でき、ここから地域の課題を整理できると考えられた。

高齢者の在宅生活には、対象者の能力が活かせる住環境が整備され、対象者の持てる能力が発揮された「包括マネジメント」の実施により、日常生活での作業が確保され、活動性も高まるといえる。そのためには、一人ひとりにとっての意味のある作業をどのように聞き取り、その実現のための支援をどのように行うかが課題である。

地域包括支援センターで、公助、共助、互助、自助を含めた地域の様々なサービス資源の情報を把握し、その情報を提供するとともに活用することでの地域づくりが求められている。

地域包括支援センターの業務に従事する作業療法士には、個別の支援から地域の課題を見つけ、地域づくりに関与できることを認識した活躍を期待する。

平成 21 年度老人保健健康増進等事業

「自立支援に向けた包括マネジメントによる総合的なサービスモデル調査研究事業」

資料 1

包括マネジメント実態調査票

1．目的：40 歳以上の地域住民に対し相談、支援を行っている作業療法士の業務状況を把握し、その業務手法として「包括マネジメント」に沿った展開が図られているかを確認するとともに、相談及び支援システムのあり方や課題を整理する。

2．研究方法

①調査対象：市町村、地域包括支援センター、訪問看護ステーションに従事している作業療法士

②調査期間：平成 21 年 9 月 10 日～9 月 25 日

③調査方法：アンケート調査（郵送）

3．調査内容

A.基本情報

◎回答者の属性についてお答えください。

（以下の設問につきましては回答者の今の状況についてお答えください）

男　女　別	□男　・　□女
年　齢	□20 歳代・□30 歳代・□40 歳代・□50 歳代・□60 歳代～
作業療法士資格取得年度	□昭和（　　）年　・　□平成（　　）年
市　町　村　名	（　　）□市・□区・□町・□村
所 属 機 関 名	
所 属 部 署 名	
勤　務　形　態	□常勤・□非常勤・□その他（　　）
雇　用　形　態	□正規職員・□嘱託職員・□期限職員・□臨時職員・□その他（　　）
現業務勤務年数	（　　）年（　　）か月

B.業務状況

◎地域包括支援センターの主な業務に関し、その関与状況等についてお答えください。また地域包括支援センター以外の方も、センターからの協力要請等に対する関与状況及び体制等を踏まえ、該当する項目にチェックをお願いいたします。

業務分類	業務参画の有無	業務の状況（参画の有無に関係なくチェックしてください）					
総合相談支援業務（注1）	□あり・□なし	よく分からない	大変よく機能している	それなりに機能している	どちらともいえない	あまり機能していない	まったく機能していない
権利擁護業務（注2）	□あり・□なし	よく分からない	大変よく機能している	それなりに機能している	どちらともいえない	あまり機能していない	まったく機能していない

包括的継続的 ケアマネジメント（注3）	□あり・□なし	よく分からない	大変よく機能している	それなりに機能している	どちらともいえない	あまり機能していない	まったく機能していない
介護予防 マネジメント（注4）	□あり・□なし	よく分からない	大変よく機能している	それなりに機能している	どちらともいえない	あまり機能していない	まったく機能していない

※注１：総合相談支援業務）地域の高齢者が住み慣れた地域で安心して生活を継続できるように、介護保険サービスに留まらず、適切なサービス、機関、制度の利用につなげるための支援を行う業務。

※注２：権利擁護業務）高齢者が地域生活に困難を抱えた場合、自らの権利を理解、行使できるよう支援する業務。成年後見制度の活用、虐待、困難事例、悪質業者の詐欺行為など消費者被害への対応。

※注３：包括的継続的ケアマネジメント）積極的に地域の関係機関に出向き、主治医や他のケアマネジャなどとの地域の他職種協働体制を構築、活用していく業務。またケアマネジャからの個別事例の相談の対応や事例検討会、カンファレンスを開催し、関係性を強める。

※注４：介護予防マネジメント）介護予防支援に関する受付、契約、アセスメント、サービス計画原案の作成、担当者会議の開催、計画書の交付、サービス事業者調整、モニタリング、評価、給付管理業務など。委託事業者がある場合は、事業者との連携、調整も行う。

◎40 歳以上の方に対する支援業務状況についてお答えください

（平成 21 年 8 月の 1 ヶ月間における業務実績に基づきお答えください）

設問			選択項目及び記述解答欄
①	比較的多いと感じる相談対象者の年代（上位 3 つ）		□40 歳代・□50 歳代・□60 歳代・□70 歳代・□80 歳代・ □その他（　　）
②	比較的多い相談内容（上位 3 つ）		□病状及び医療について・□ADL について・□IADL について・ □就労について・□余暇活動について・□福祉用具について・ □介護、介助方法について・□生活指導について・ □介護及び福祉サービス利用について・□住環境調整について・ □支援プラン作成方法について・□アセスメントについて・ □虐待について・□権利擁護について・ □その他（　　）
③	『個別的な相談支援』について	相談対象者として多い順に番号を付してください。 ※多い順に 1、2、3・・・	（　）本人・（　）家族・（　）親戚・（　）近隣者・ （　）民生委員・（　）介護及び福祉サービス事業者・ （　）医療機関・（　）行政機関〈※内部、外部は問わない〉 （　）その他（　　）
		相談はどのように行うことが多いですか。多い順に番号を付してください。 ※多い順に 1、2、3・・・。	（　）窓口相談及び面接・（　）家庭訪問・（　）医療機関訪問・ （　）介護及び福祉サービス事業所訪問・（　）職場訪問・ （　）電話対応・ （　）その他（　　）

<table>
<tr><td></td><td></td><td>相談に際しどのような内容を聞き取っていますか。
※収集している情報項目全てにチェックしてください。</td><td colspan="5">□病状及び医療について・□ADL について・□IADL について・
□就労について・□余暇活動について・□福祉用具について・
□介護や介助方法について・□生活指導について・
□介護及び福祉サービス利用について・□住環境調整について・
□その他（　　）</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>相談に際し、相談者以外からどのような情報を収集していますか
※多い順に 1､2､3･･･。</td><td colspan="5">（　　）就労に関すること・（　　）環境面に関すること・
（　　）病状及び障害に関すること・（　　）生活全般に関すること・
（　　）医療に関すること・（　　）制度に関すること・
（　　）介護及び福祉サービスに関すること・
（　　）その他（　　）</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>対象者の生活課題（主訴）について評価、分析を充分に行っていますか。</td><td>□積極的に行っている</td><td>□ほぼ行っている</td><td>□どちらともいえない</td><td>□あまり行っていない</td><td>□まったく行っていない</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>相談の際に利用している評価等について教えてください。
※利用しているものすべてにチェック。</td><td colspan="5">□介護保険アセスメント票・□ケアマネジメント支援受付票・
□作業能力評価票・□対人交流能力評価票・□高次脳機能障害評価表・
□家屋環境調査票・□観察評価票・
□その他のアセスメント用紙（具体的にご記入ください）
（　　）</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>相談支援に関する関与の状況を多い順に番号を付してください。
※多い順に 1､2､3･･･。</td><td colspan="5">（　　）一次相談（注5）・（　　）専門相談（注6）・
（　　）直接支援サービスの実施（介護保険サービス以外で実施している継続的な訪問や定期的な生活状況確認等）・
（　　）間接支援サービスの実施（支援事業所、関係機関との連絡調整、支援事業所、関係機関への支援に関するアドバイス等）・
（　　）支援会議の設定・
（　　）その他（　　）</td></tr>
<tr><td>④</td><td>自由記載欄</td><td colspan="6">現在の業務に関し、作業療法士として感じていることや課題について自由にお書きください。</td></tr>
</table>

※注５：一次相談）原則随時対応し、相談内容の聞き取りや必要とされる基本情報の収集、初期の良好な関係づくりを行う。電話または窓口等で行われることが多い。

※注６：専門相談）一次相談に基づく課題分析等により、専門的な視点で課題を掘り下げ、相談者それぞれの状況に応じ各専門職が課題解決に向けた相談や支援を行うこと。特定の日時、場面設定により行われることが多い。

C.関連事項

◎本調査に関連する次の質問にお答えください。

①同封させていただきました「高齢者の持てる能力を引き出す地域包括支援のあり方研究報告」ダイジェスト版は、あなたの業務遂行上参考になりましたか。

□大変参考になった	□参考になった	□どちらともいえない	□あまり参考にならない	□まったく参考にならない

②平成 21 年度老人保健健康増進等事業「自立支援に向けた包括マネジメントによる総合的なサービスモデル調査研究事業」に興味、関心がありますか。

□大変興味がある	□興味がある	□どちらともいえない	□あまり興味がない	□まったく興味がない

③本研究事業では、さらに具体的支援事例の集積や支援課題に関する情報収集を予定しています。あなたは本研究事業に今後も協力は可能ですか。

□大いに協力できる	□協力できる	□どちらともいえない	□あまり協力できない	□まったく協力できない

ご協力ありがとうございました

＜本研究事業に関するお問い合わせ先＞

（社）日本作業療法士協会　事務局　庄司宛　FAX　０３－５８２６－７８７２

（お問い合わせは FAX のみとさせていただきます）

第七章　包括マネジメント研修テキスト作成事業

Ⅰ　目　的

本研究で開発した包括マネジメントの考え方が，介護の現場でも共通理解として活用できるよう，介護の現場職員に対し教育，普及できる作業療法士を養成するためのカリキュラムの検討とそのテキストを作成する.

Ⅱ　対象

社団法人日本作業療法士協会に登録する作業療法士を対象とした.

Ⅲ　方法

１　研修カリキュラムの作成

研修カリキュラムは,①作業療法士の治療手段である当事者にとって意味のある活動のまとまりである「意味のある作業」について，国民向けにわかりやすく説明できる必要性を理解することを中心に，②社会の動向を知り作業療法士として社会貢献できることを知ること，③包括マネジメントの構成と④多職種との連携方法に重点を置いて研修を構成した.

第1日目＜3月27日(土) 13:00～18:15＞		
12:15～13:00		受付
13:00～13:30	30分	はじめに(概要)
13:30～14:30	60分	高齢者を取り巻く社会情勢
14:45～15:45	60分	全ての人に作業を
16:00～17:00	60分	作業療法の成果指標の提案
17:15～18:15	60分	包括マネジメント①　―人と作業と環境の考え方―

第2日目＜3月28日(日) 09:00～15:55＞		
09:00～11:00	120分	包括マネジメント②　―人と作業と環境の考え方―
11:15～11:55	40分	高齢者等に係る居住の安定の推進・支援
昼休憩		
12:55～13:55	60分	医療における包括マネジメントの活用
14:10～15:10	60分	地域における包括マネジメントの活用
15:25～15:55	30分	今後の普及啓発について、まとめ

２　周知方法

社団法人作業療法士協会の協力を得て,作業療法士協会ニュース及び作業療法士都道府県連絡協議会を通して，研修会を周知した.

３　テキストの作成

各研究班に本研究から見えたことを中心にテキストの作成を依頼した.

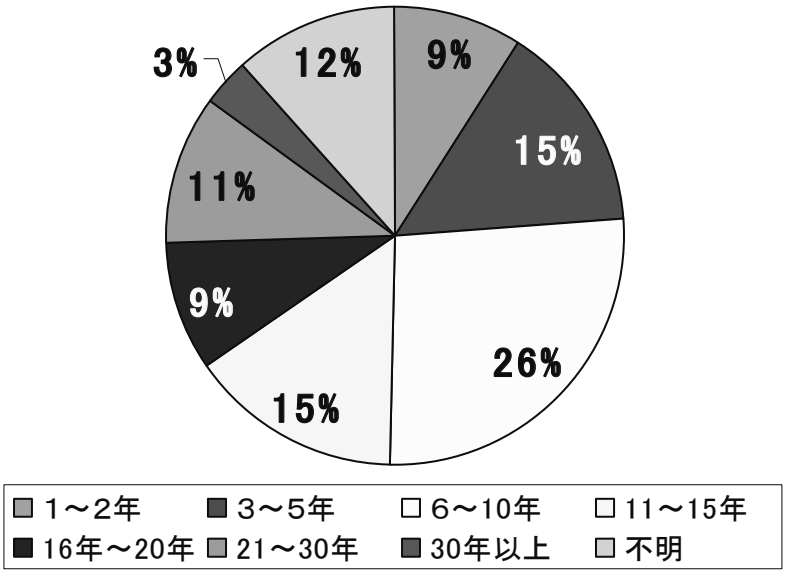
４　アンケートの実施

カリキュラムおよびテキストの妥当性を検討するため，資料１に示すアンケートを実施し，その結果から，カリキュラム及びテキストの内容を確定した．

Ⅳ　結果

１　参加状況

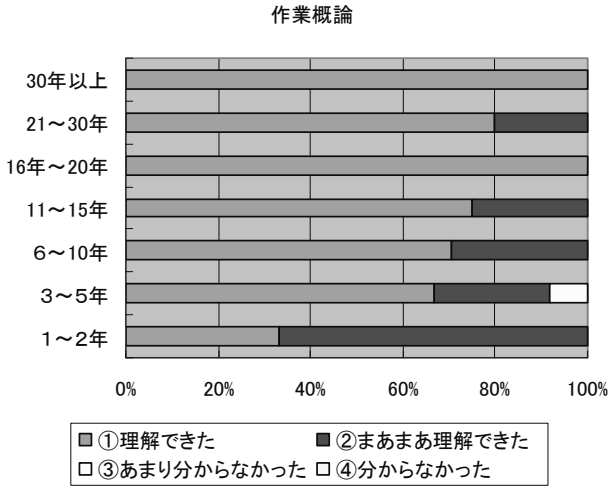
日本作業療法士協会（以下：当協会）の都道府県士会代表者が 41 名，一般会員が 80 名の合計 121 名であった．参加者は経験年数５年以上，２０年未満の中堅が５割を占めた．



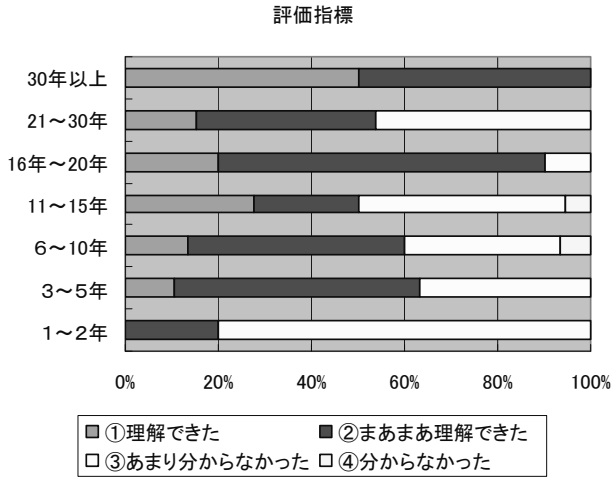
２　アンケートの結果

作業概論，包括マネジメント総論ともに，経験年数が高い者ほど理解ができていることがわかった．作業の捉え方はある程度人生経験が豊富な者ほど理解しやすい可能性がある．また，包括マネジメント演習，医療における包括マネジメントの活用は経験の浅い者～中堅ほど理解ができていることがわかる．身近でわかりやすいことが考えられ，経験の浅い者には演習を中心とした研修及び身近な医療の流れで話をした方がよいことが推察される．成果指標については成果や指標などについて初めて学ぶ者も多く，全体に難しく，理解しづらい様子であった．

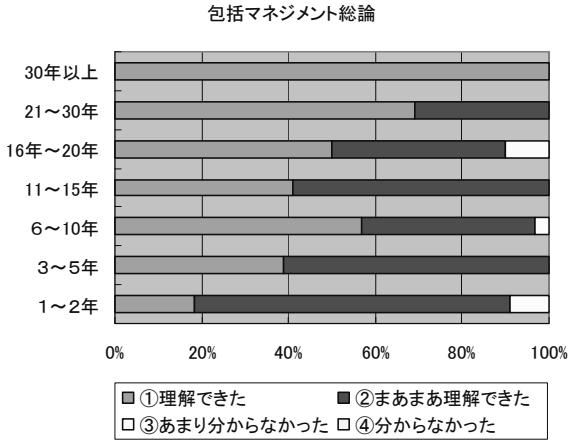
１）作業概論



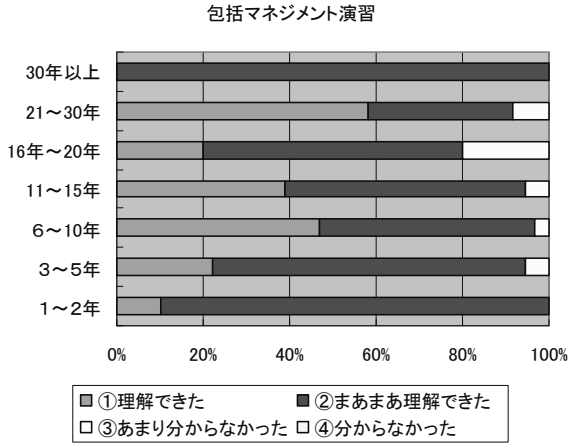
２）成果指標



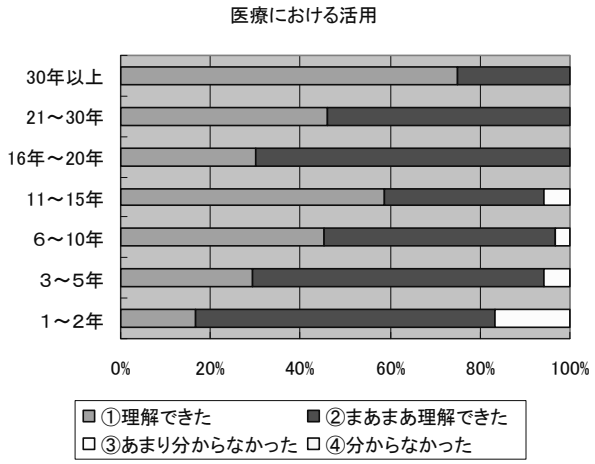
3）包括マネジメント総論



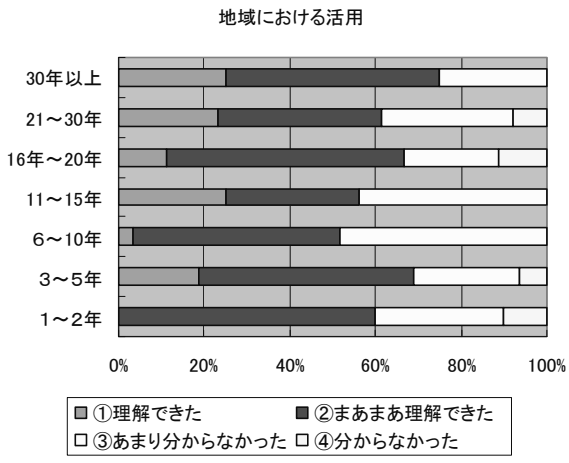
4）包括マネジメント演習



5）医療での包括マネジメントの活用



6）地域での包括マネジメントの活用



3　自由記載から

＜主なカリキュラムに関する自由記載内容＞

・包括マネジメント総論，演習，成果指標，医療での活用とも時間が少なかった．

・包括マネジメントの実際事例を通して，説明があるとわかりやすい．

・作業聞き取りシートは新人ほど聞き取ることが難しい可能性がある．面接技術を含め，演習があるとよい．

・包括マネジメント総論では，作業環境の作り方や，具体的な支援方法や練習方法についても説明があるとよい．特に達成のためのプログラムであがった点を上記の支援，練習とどう関連づけるのかイメージができるとよい．

・成果指標では，成果指標の考え方から，身体機能面への評価との関係についてもう少し説明が欲しかった．

・演習時間が少ない．特にプログラム，介入を考えるところにもっと時間がほしい．

・演習事例が多いほどいい．子どもや障害者，就労支援に活用できることから，そのような事例もあってもいいのではないか．

・具体事例の説明があって，次に演習になればよいと思った．
・グループワークは説明と実施を交互に勧めていったほうがもう少しゆとりを持てる．
・医療とのギャップを感じた．医療における包括マネジメントを実際を知りたい．急性期の病院 OT がどのように関わるのか，（これまでの仕事との兼ね合いも含め）その話こそ聞きたかった．
・地域包括支援センターとの具体的連携の仕方がイメージできにくい．
・地域の社会資源について勉強する必要がある．

上記の自由記載から，包括マネジメント総論，成果指標，医療での活用については，もう少し講義時間を増やし，60 分から 90 分に増やす．また，講義は事例を入れながら解説するように進める．医療については，医療の流れにそって，特に急性期の作業の捉え方を丁寧に説明する．演習については，作業聞き取りシートを活用し，面接技法の演習から，マネジメントの演習へと１日をかける．また，事例は様々な事例があるとよいとの意見から，研修生が持ち込んだ事例で演習する方法も検討する．

そこで下記のカリキュラムを提案する．

＜提案するカリキュラム＞

研修内容	時間	主な内容
社会情勢と作業療法士の活動展開	60 分	・社会情勢や制度の動向 ・地域の社会資源について ・作業療法士の地域など新たな領域での活動の実態
作業概論	60 分	・当事者にとって意味のある活動のまとまりである作業の捉え方の理解 ・人と作業と環境の考え方の理解 （特に環境について具体的に説明を加える）
包括マネジメント総論	90 分	・具体的事例を通しながら，包括マネジメントの流れについて説明を加える． ・各シートについて詳しく説明する． ・作業環境の作り方や，具体的な支援方法や練習方法についても説明する．特に達成すべきプログラムを支援，練習とどう関連づけるのかイメージができるよう解説する．
包括マネジメント演習	360 分	・「作業聞き取りシート」の説明と演習，面接技術の演習をする．60 分 ・以後，各シートの説明と演習を丁寧に説明する． ・まず，演習用の事例演習を行う．120 分 ・各自の持参した事例で演習できると望ましい．180 分

成果指標の考え方	90 分	・成果，効果，評価の考え方について理解する．
包括マネジメントの医療での活用	90 分	・急性期から維持期までの流れを具体的事例を通して解説する．

４　テキストの作成

アンケートから，別冊のようにテキスト（案）を例示として作成した．

別冊「**人は“作業”することで健康になれる」 ー人と環境と作業からー**

５　その他

アンケートには，包括マネジメントは作業療法の基本ツールであるとの意見が多く寄せられ，学校教育のカリキュラムの中に組み込むまたは協会が実施している生涯教育の必須プログラムに取り込んで欲しいとの多数の意見があった．

今後は，本研究で開発した包括マネジメントツールを作業療法士協会でも活用していただけるよう働きかけていきたい．また，４月中には作業療法士協会のホームページで開発した書式及び研修会で活用したパワーポイント等を公開し，協会員が手軽に活用できるようサポートする予定である．

資料１

アンケート用紙

今後の研修実施の参考にいたしますのでアンケートにご協力ください.

あなたの　作業療法士経験年数：　　年目　　性別：　男　　女

１.　　資料および講義内容について

もっと解説が必要な点や加えてほしい内容があればお教えください.

１日目 講義１「はじめに（概要)」

①　理解できた　②　まあまあ理解できた　③　あまり分からなかった　④　分からなかった

（具体的に）

１日目 講義２「地域包括ケアと本研究事業の紹介」

①　理解できた　②　まあまあ理解できた　③　あまり分からなかった　④　分からなかった

（具体的に）

１日目 講義３「全ての人に作業を」

①　理解できた　②　まあまあ理解できた　③　あまり分からなかった　④　分からなかった

（具体的に）

１日目 講義４「作業療法の成果指標の提案」

①　理解できた　②　まあまあ理解できた　③　あまり分からなかった　④　分からなかった

（具体的に）

１日目 講義５「包括マネジメント①-人と作業と環境の考え方-」

①　理解できた　②　まあまあ理解できた　③　あまり分からなかった　④　分からなかった

（具体的に）

２日目 講義１「包括マネジメント②-人と作業と環境の考え方-」

① 理解できた ② まあまあ理解できた ③ あまり分からなかった ④ 分からなかった
（具体的に）

2日目 講義２「医療における包括マネジメントの活用」
① 理解できた ② まあまあ理解できた ③ あまり分からなかった ④ 分からなかった
（具体的に）

2日目 講義３「地域における包括マネジメントの活用」
① 理解できた ② まあまあ理解できた ③ あまり分からなかった ④ 分からなかった
（具体的に）

2日目 講義４「地域包括ケアと居住空間」
① 理解できた ② まあまあ理解できた ③ あまり分からなかった ④ 分からなかった
（具体的に）

２． 今回の研修を受けて包括マネジメントプランを立案できますか.
① できる ② もう少し研修がすればできる ③ 難しい ④かなり難しい

３．（２で②～④と回答された方のみ記入）さらにどのような研修が必要ですか.
① 概念の説明（具体的に ）
② 演習（色々な疾患，環境事例） ③ 実践事例紹介
④ その他（具体的に ）

４．本研修を受講後，包括マネジメントプランを実践してみようと思いますか.
① とても思う ② 思う ③ あまり思わない ④ 思わない
（理由）

５．その他，ご意見，ご感想があればご記入ください.

ありがとうございました.

研究組織

［本部］

岩瀬義昭	鹿児島大学医学部保健学科
村井千賀	石川県立高松病院
太田睦美	竹田綜合病院
田邉美樹子	練馬区立心身障害福祉センター
桐竹清文	琴の浦リハビリテーションセンター
能登真一	新潟医療福祉大学
庄司志保	社団法人日本作業療法士協会事務局

［研究事業推進検討委員会］

澤村誠志	兵庫県立総合リハビリテーションセンター名誉院長
河口洋行	国際医療福祉大学医療経営管理学科経済学博士
上村隆元	杏林大学医学部衛生学公衆衛生学教室教授
依田利文	茅野市役所健康福祉部西部保健福祉サービスセンター地域福祉推進係長
藤原茂	夢のみずうみ社理事長
中村春基	社団法人日本作業療法士協会会長

［通所リハビリ班］

村井千賀	石川県立高松病院
竹内さをり	甲南女子大学
榎森智絵	通所リハビリテーション TRY
土井勝幸	介護老人保健施設せんだんの丘
吉田隆幸	介護老人保健施設やわらぎの里

［医療連携班］

太田睦美	竹田綜合病院
長谷川敬一	竹田綜合病院
東祐二	藤元早鈴病院
三井忍	フジ虎ノ門整形外科病院
上野真季	石川県立高松病院

［包括マネジメント班］

田邊美樹子	練馬区立心身障害福祉センター
渡辺忠義	あさかホスピタル
北島栄二	国際医療福祉大学リハビリテーション学部
河野めぐみ	中間市役所

［テキスト班］

桐竹清文	琴の浦リハビリテーションセンター
大庭潤平	神戸学院大学
吉川ひろみ	県立広島大学
村井千賀	石川県立高松病院

［評価班］

能登真一	新潟医療福祉大学

研究協力者

［通所リハビリ班］

浅野有子	介護老人保健施設涼風苑
佐々木幸司	介護老人保健施設せんだんの丘
石井利幸	介護老人保健施設ひもろぎの園
榎森智絵	通所リハビリテーション TRY
金澤江吏子	介護老人保健施設鴻池荘
島真理子	介護老人保健施設醍醐の里
東元尚子	介護老人保健施設福久ケアセンター
曳地範晃	介護老人保健施設げんきのでる里
本田一弘	介護老人保健施設アゼリアホーム
前谷一旗	介護老人保健施設津名白寿苑
宮内順子	介護老人保健施設ぺあれんと
末永紀代美	介護老人保健施設しょうわ

［医療連携班］

老川大輔	藤元早鈴病院
三井忍	フジ虎ノ門整形外科病院
岡田眞紀子	静岡リハビリテーション病院
長谷川敬一	竹田綜合病院
金田麻利子	竹田綜合病院
南場良春	芦ノ牧温泉病院
上野真季	石川県立高松病院

［包括マネジメント班］

寺尾朋美	野々市町役場健康福祉部地域包括支援センター
佐藤和彦	恵庭市保健センター
畠真樹子	三次市福祉保健部三次市地域包括支援センター
河原いづみ	総社市役所介護保険課地域包括支援センター

平成２１年度老人保健健康増進等事業

自立支援に向けた包括マネジメントによる
総合的なサービスモデル調査研究

2010 年３月

発行：社団法人　日本作業療法士協会
〒111-0042 東京都台東区寿１－５－９　盛光伸光ビル７階
電話（03）5826-7871
FAX （03）5826-7872