

自立支援に向けた作業の捉え方とその評価・支援技術研修会資料  
2010.3.28(日) 東京都

# 医療における 包括マネジメントの活用

班 長:太田 睦美

# I.はじめに

## 1. 包括マネジメントにおける3つの軸

- 1) 時間の包括 → 作業の連続性
- 2) 機能の包括 → 統合化としての作業
- 3) 支援の包括 → 総合的支援作業

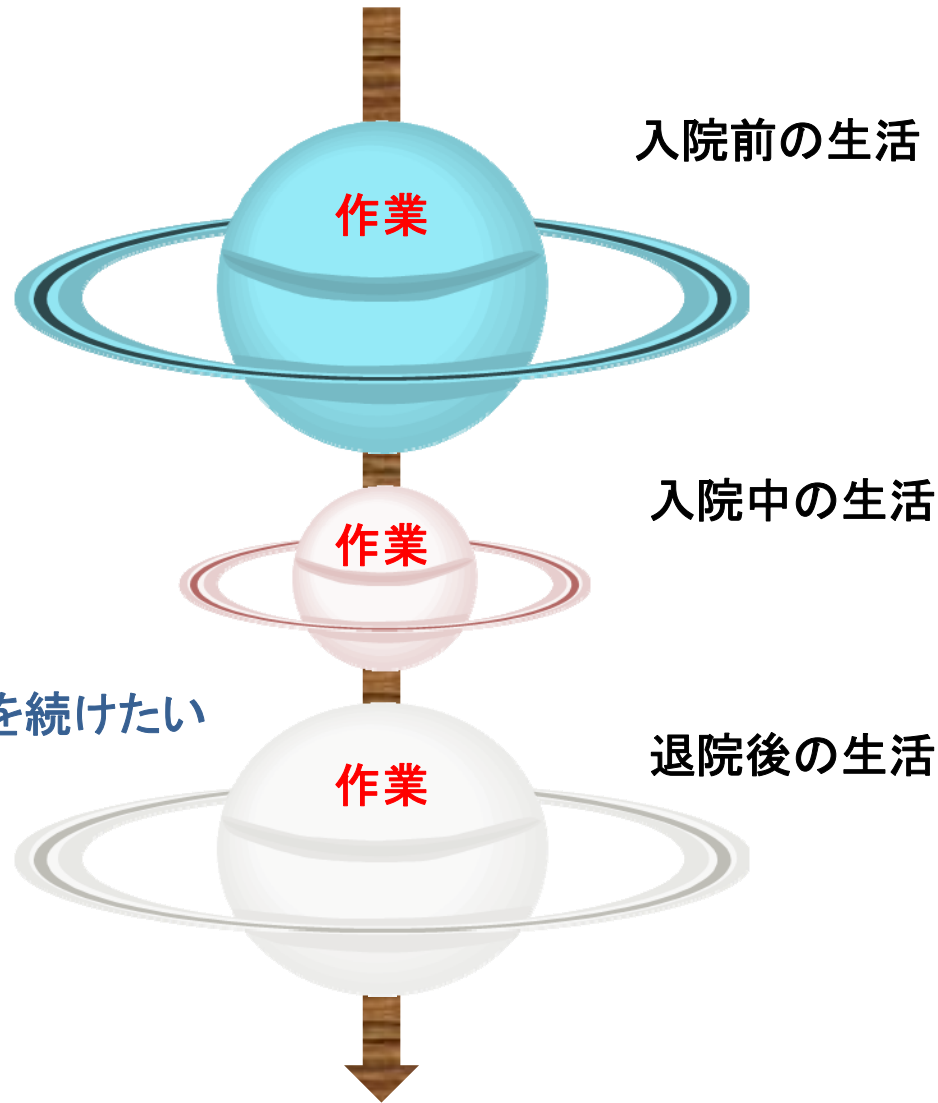
# 1) 時間の包括(作業の連続性)

たとえ

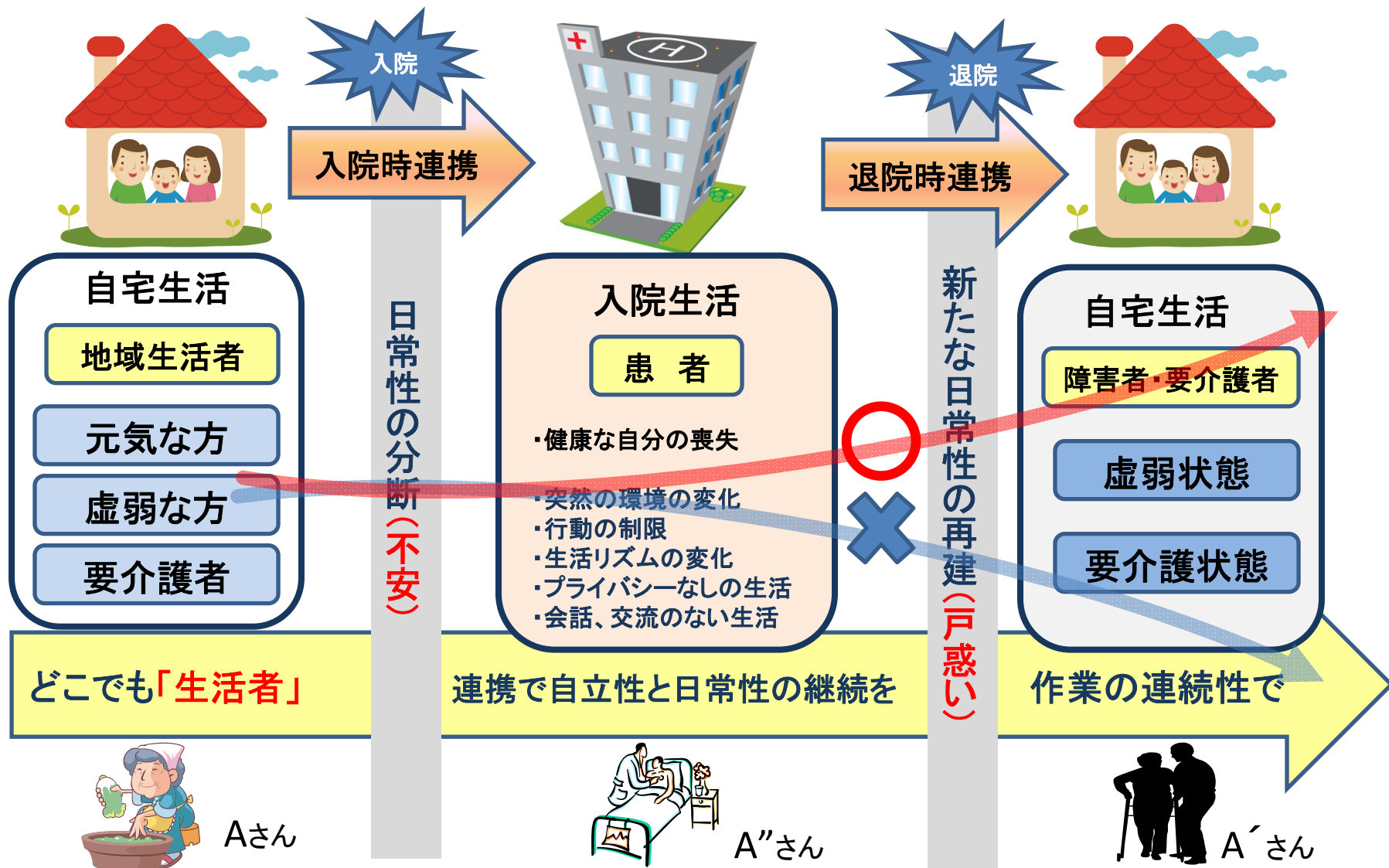
- ・住まいの場所は移っても
- ・自身の状態は変わっても

途切れることなく

- ・自分にとって意味ある作業を続けたい



# 入・退院しても自立性と日常性を連続させよう。 有効手段は主体的な作業の連続性。



# 連携の要点と現状



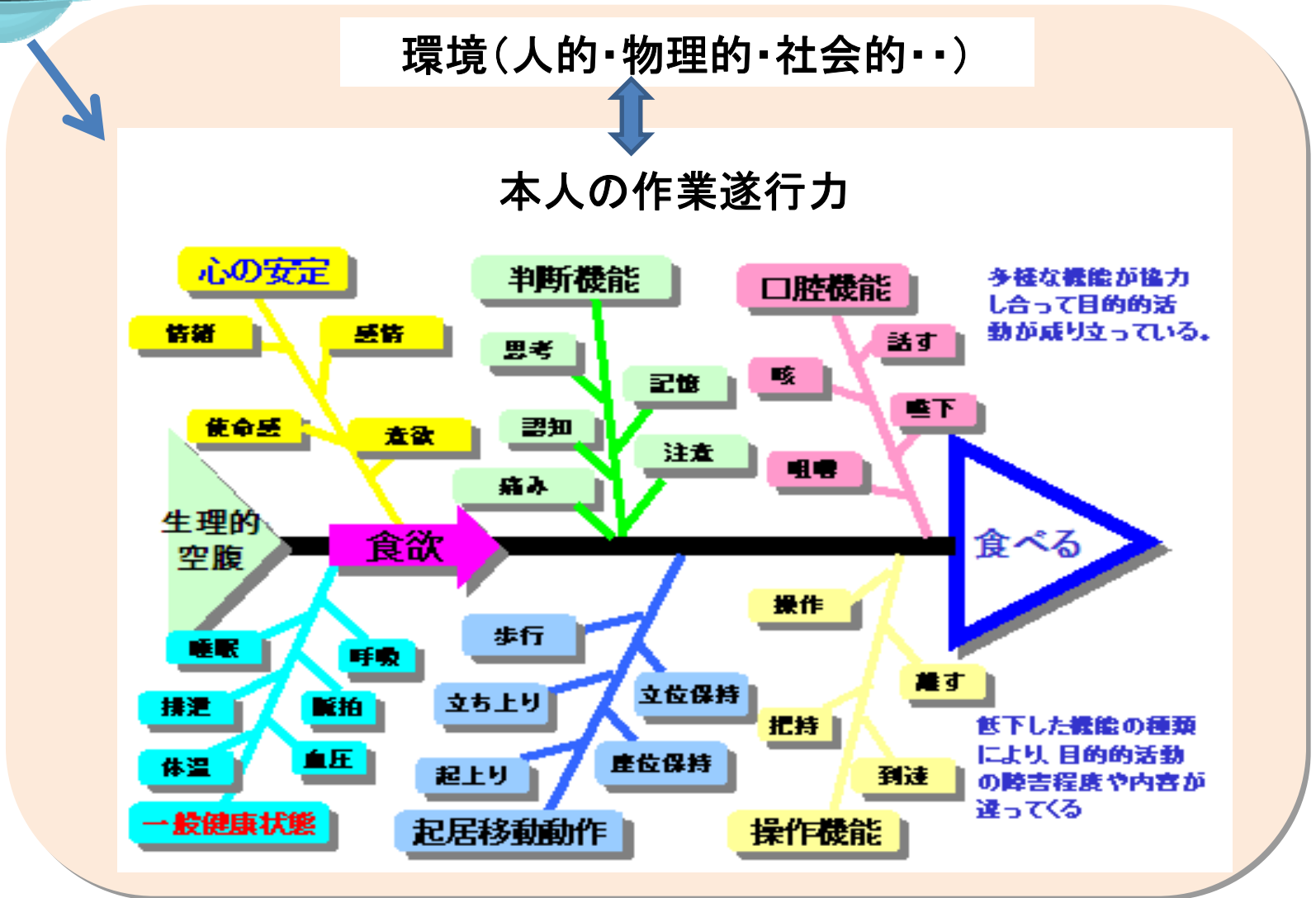
いつでもAさん、どこでもAさんであるために

	連携に必要な情報	情報名	主担当職種	現 状
④	社会性の支援に関すること	社会情報	SW・CM	△同一職種間連携に留まっている △情報が一元化していない △書式が統一していない △普及推進のための環境になっていない (義務化、加算など報酬での評価)
③	自立支援に関すること	リハ情報	OT・PT・ST	
②	介護支援に関すること	介護情報	CM・CW	
①	健康支援に関すること	医療情報	Dr・NS	

想いの実現のために、自立・日常性の継続のために、情報の一元化を！



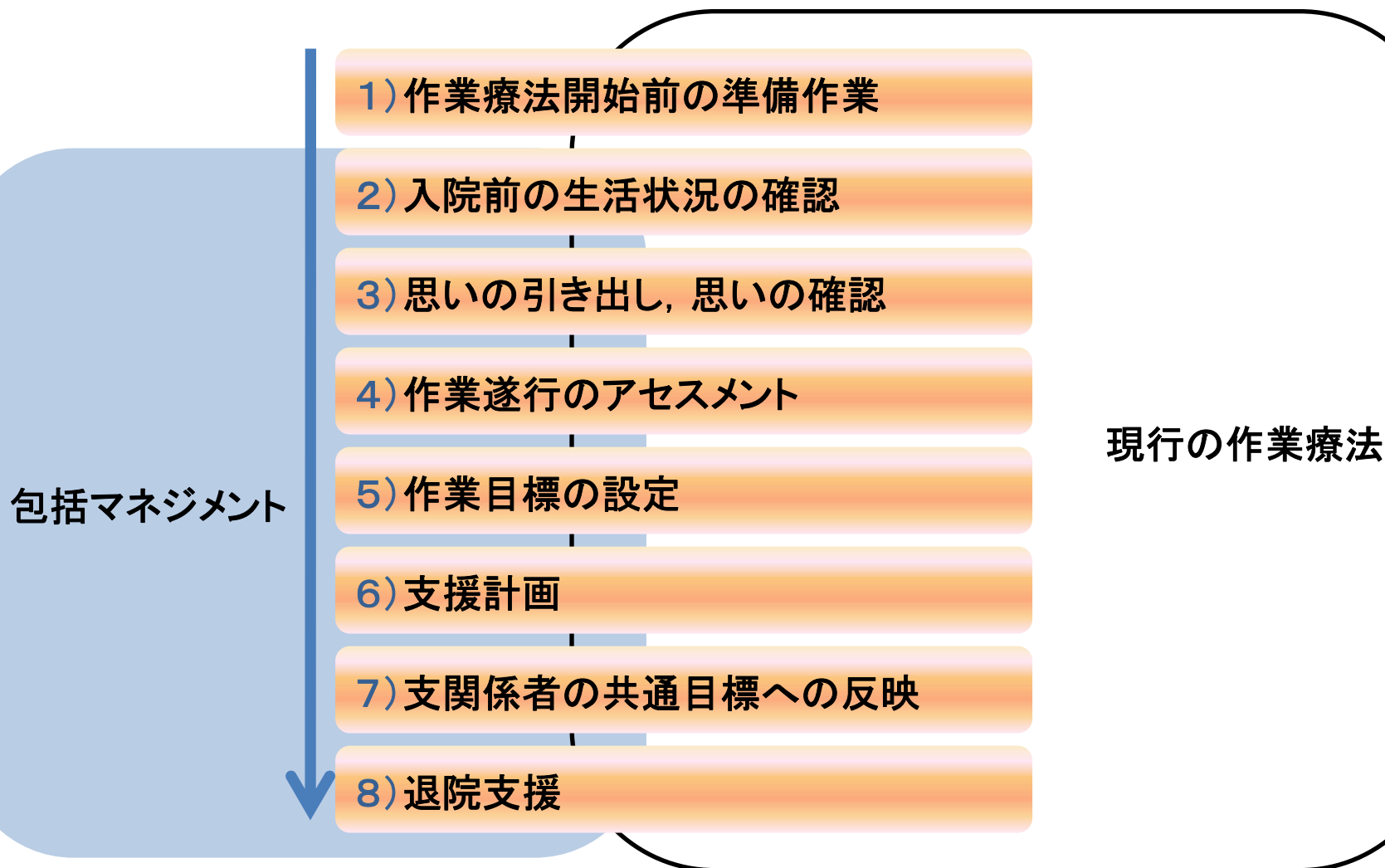
## 2) 機能の包括(統合化としての作業)



### 3) 支援の包括 (総合的支援作業)



## Ⅱ. 医療機関における包括マネジメントを活用した作業療法の流れとその方法



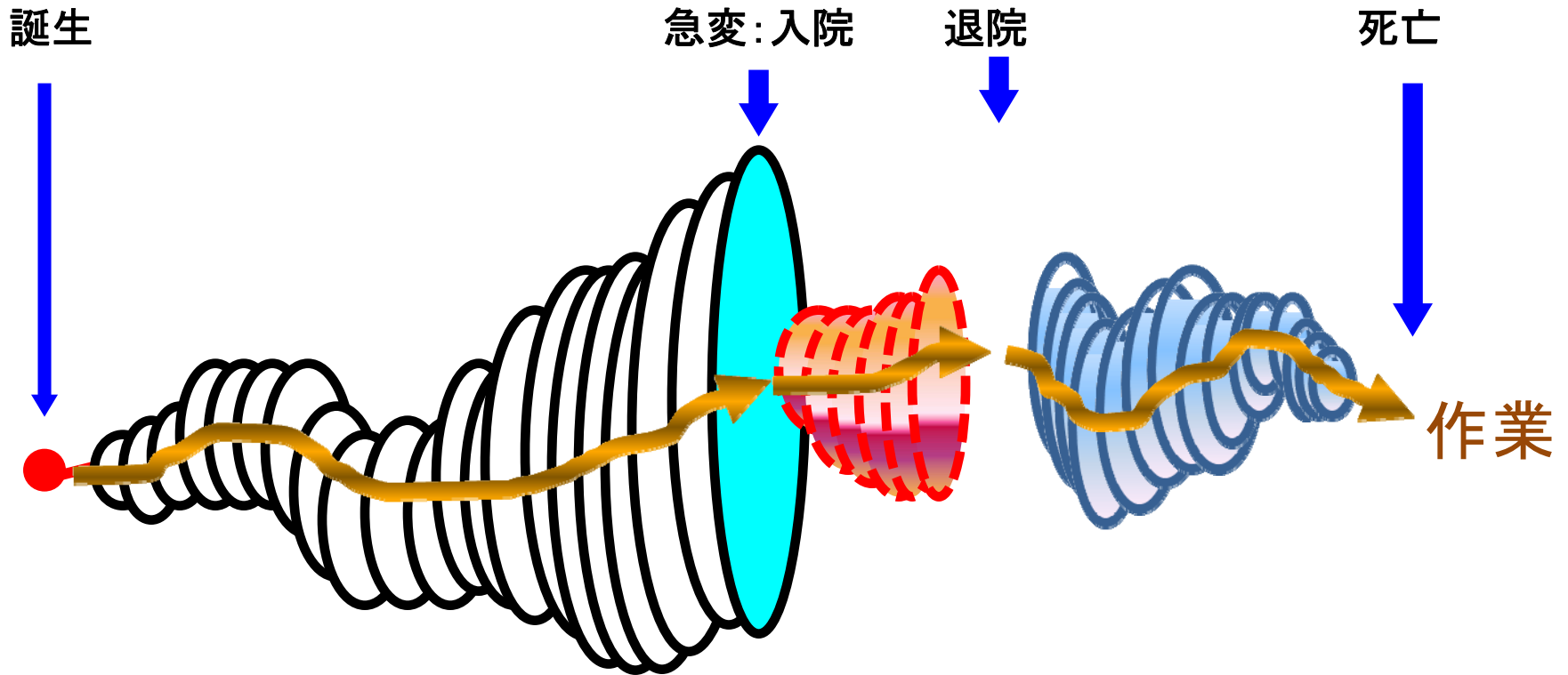


## 2) 入院前の生活状況の確認(①生活状況確認表)

健康状態	1	痛いところや調子が悪いところがありましたか。	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

確認する時の姿勢: 教えていただく、響き合う、尊敬と賞賛

# Q:なぜ確認する必要があるのか？

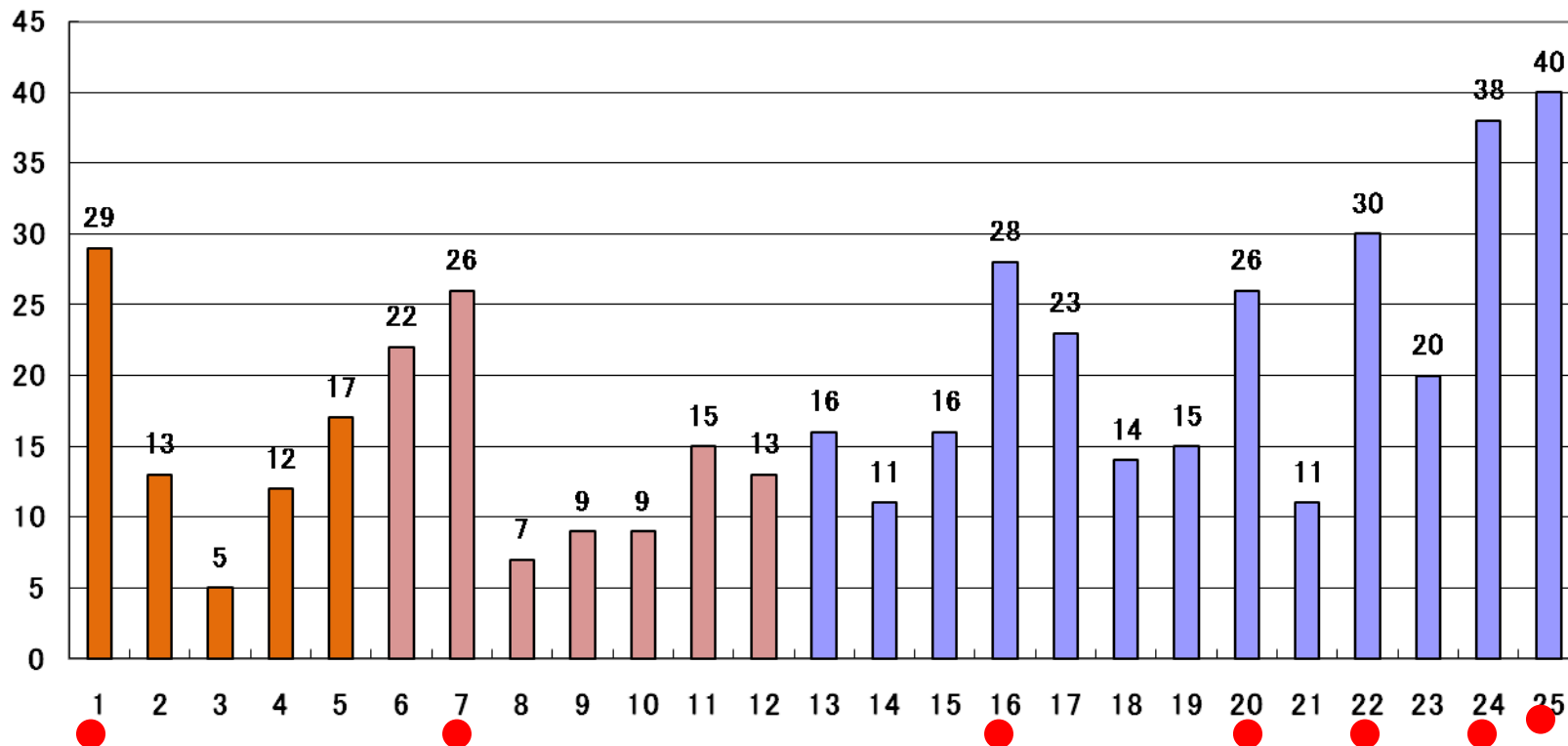


- A①. その方にとっての基本的な100点満点の姿は、  
入院前の生活状態にあるから
- A②. 特に高齢者は、入院前の生活状態に“  
不調”や“不具合”を抱えていて、一人ひとり違うため

# 今回の研究事業による調査結果

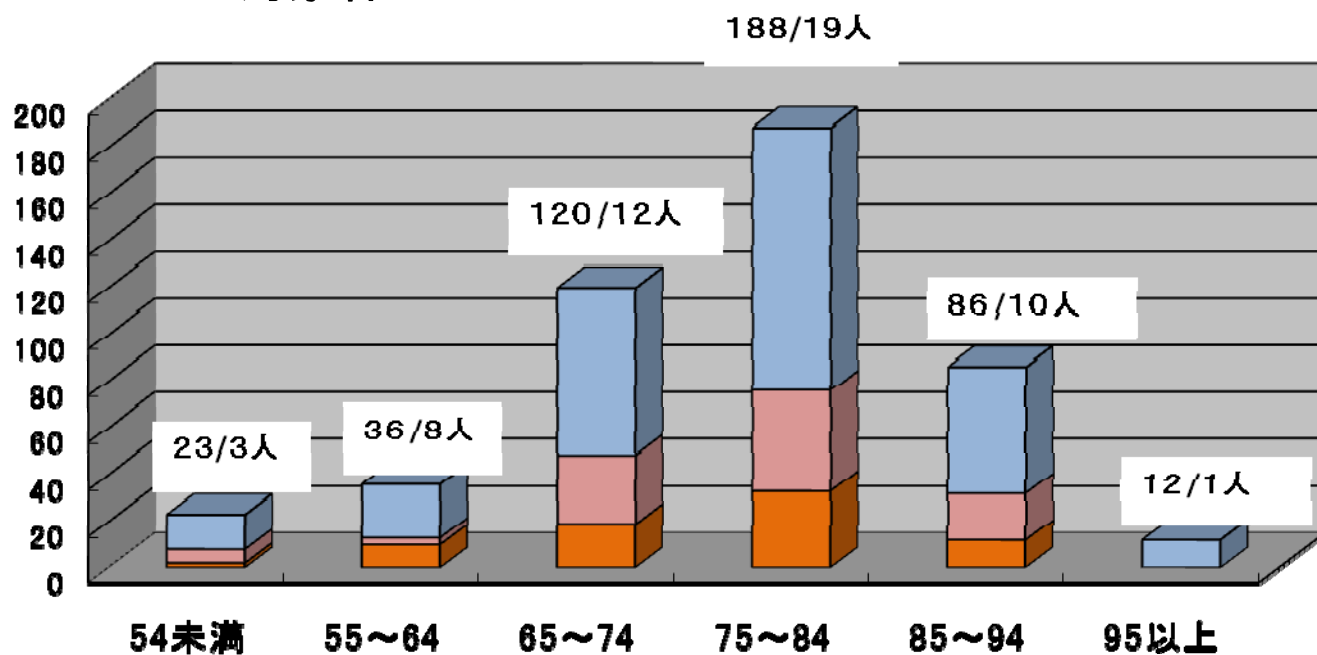
## A: 項目別

対象者: 53人



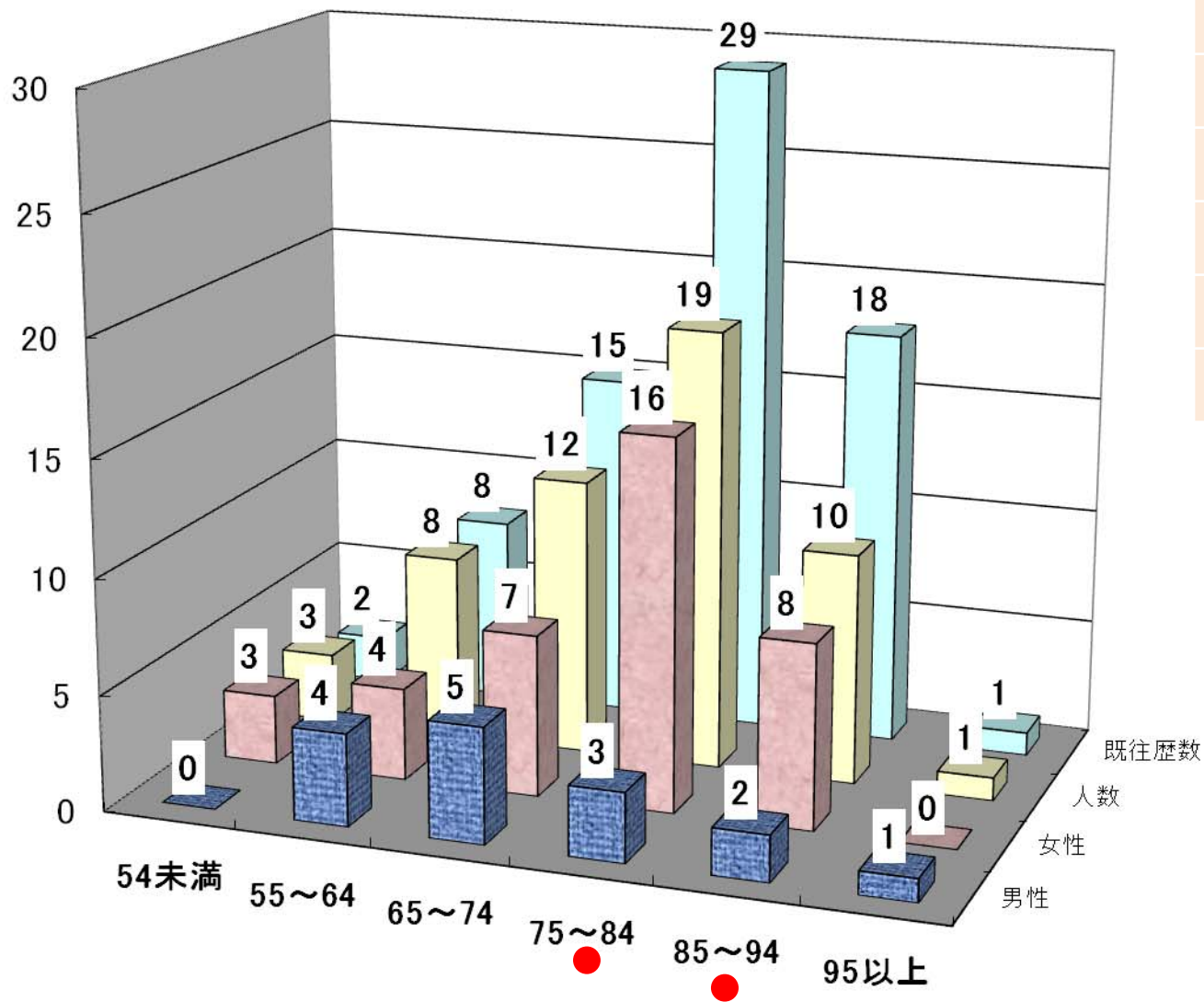
## B: 年代別発生数・率

対象者: 53人



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

# 参考：年代別既往歴



年代	割合
54歳未満	67%
55~64歳	100%
65~74歳	125%
75~84歳	153%
85~94歳	180%
95歳以上	100%

対象者：53人

### 3) 思いの引き出し, 思いの確認

#### ②退院直前での在宅生活確認用紙

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、旅行にいけるのかなど)  
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	

# 新しい聞き取りシート

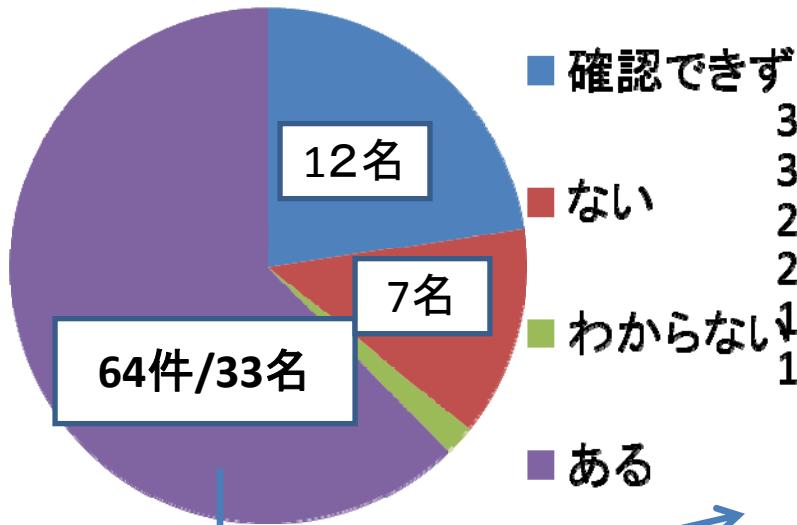
## 作業聞き取りシート

- 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っているか(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、とても満足する場合満足度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	<input type="checkbox"/> A(具体的に作業の目標が言える) 目標1  <div style="text-align: center; font-size: 2em; color: gray;">A1</div>	自己評価	初回	最終
		実行度	/10	/10
		満足度	/10	/10
		達成の可能性	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	<input type="checkbox"/> 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		

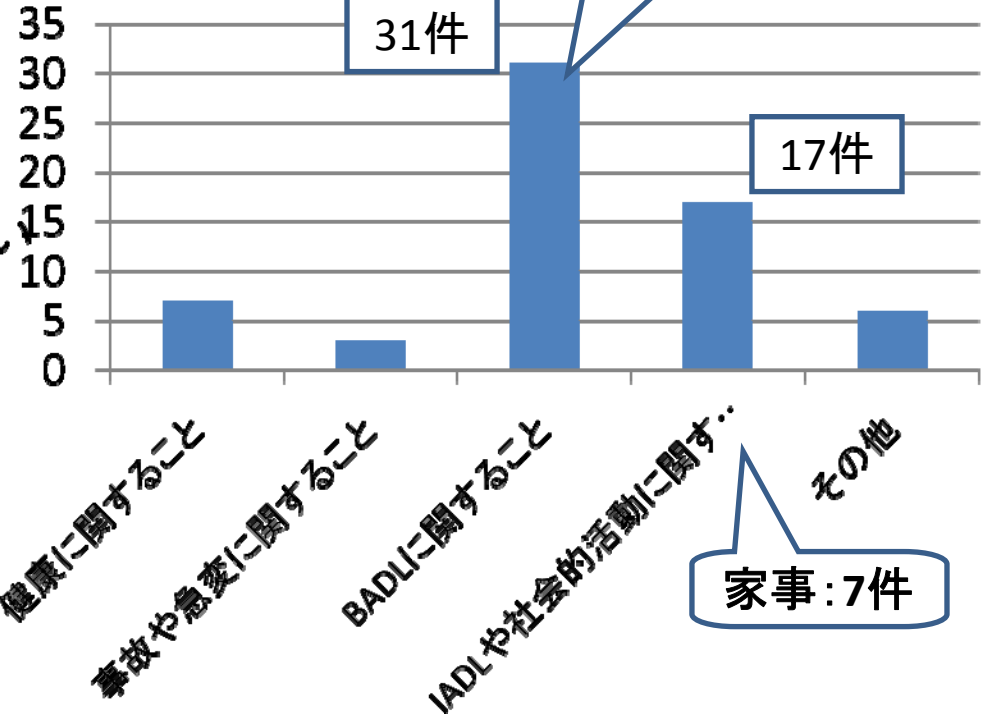
# 今回の研究事業による調査結果

## A:不安なこと、心配なこと



平均: 2件/1名

### 「ある」の内容

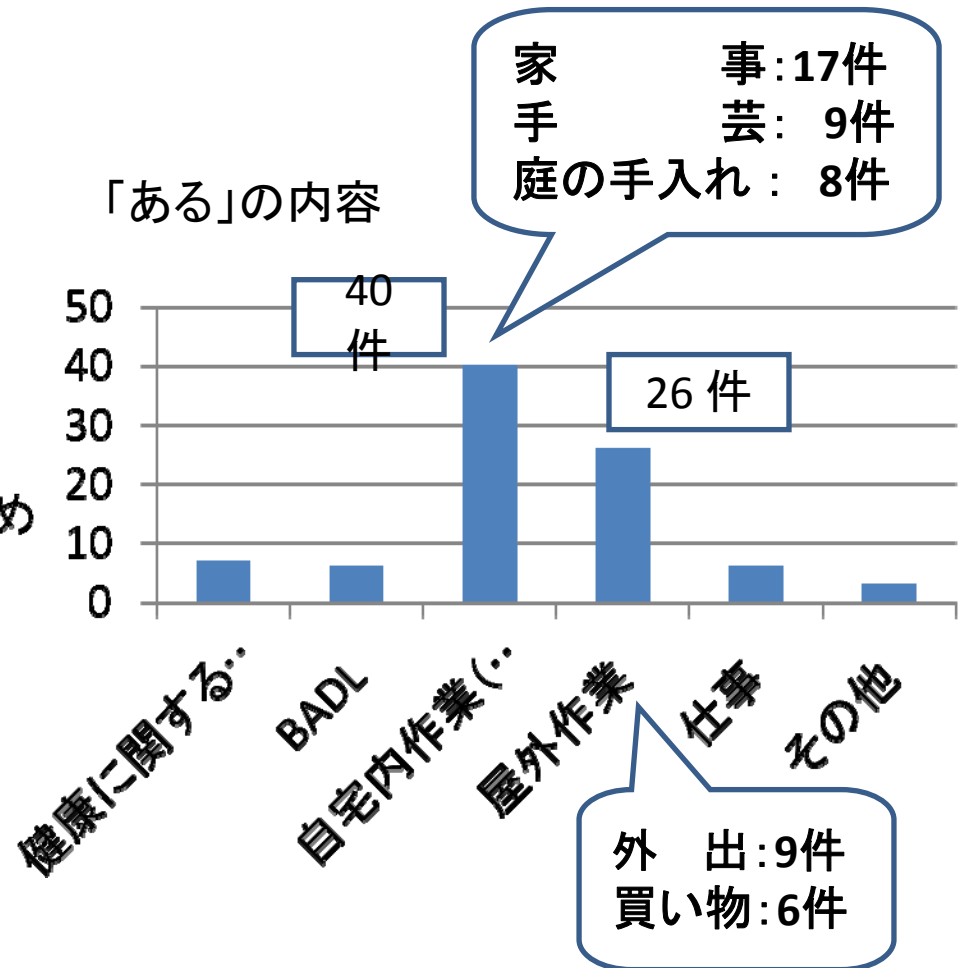
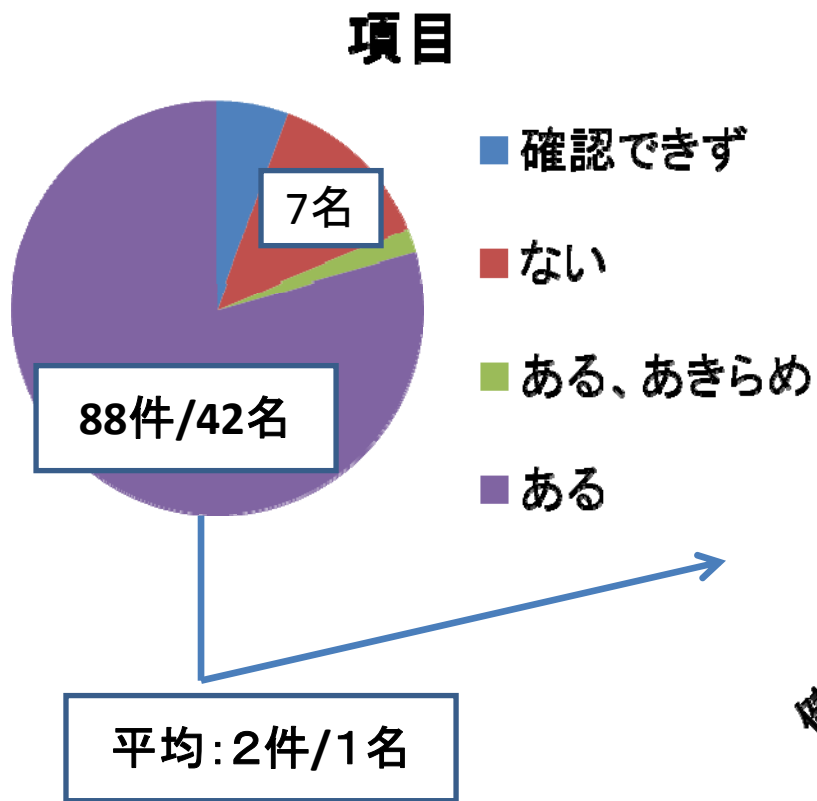


起居移動動作: 17件  
入浴動作: 8件

家事: 7件



## B:やりたいこと・できるようになりたいこと



Q: ・できること・できそうなことは評価すればわかるわ！  
・患者さんは皆元に戻ることが望みよ！  
・以前から聞いているわ。いまさら何を言ってるの！

A: いろいろなご意見はおありでしょうが  
・まず聞きましょう、キチンと聞きましょう  
・定期的に聞きましょう  
・抑えている思いを引き出しましょう

A: 3つの問いかけをしてみましょう  
・不快感の軽減・解消」に関すること  
“痛みや苦しさ, つらさ・切なさや不安”など  
・日常性や恒常性の維持・継続」に関すること  
“毎日欠かさずにしてきたこと”など  
・成長・向上・発展」に関すること  
“したいこと, やってみたいこと, できるようになりたいこと”

A: 患者さんの思いの実現が作業療法の基本です

Q1:ご本人の思いと疾病名や症状などから総合的に判断した結果に大きな差があった場合, どのように対応すればよいか.

- ・そのまま全てを受け入れること.
- ・実現に向けて一緒に取り組んでいくことを伝えること
- ・作業遂行アセスメント・遂行向上プランの段階で徐々に現実化していく

Q2. 中・重度の認知症があつて意思疎通ができない. それでも聞き取る必要があるのか. 家族からの聞き取りでいいのではないか.

- ・まずキッチンと聞いて下さい. 真摯で誠実な態度が大切です.
- ・日常の何気ない会話の中で表出されることが多いです.
- ・家族への聞き取りは本人の代弁ではなく家族自身が行う作業として

Q3. 「不快感の軽減・解消」に関することだけをたくさんあげるが, その他には「元の体に戻ればいい」としか言わない人がいる. どうすればいいか.

- ・本人の言うように元に戻ればいいのです.
- ・「元」とは具体的にどういう状態でしょう, 何を, どのようにしていた状態を「元」というのでしょうか. 本人から教えていただきましょう.

## 4) 作業遂行のアセスメント      5) 作業目標の設定

### 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、受病前の生活がたい)	達成可能なニーズ A1	3カ月経まで、娘や嫁などの見守りのもとバスを利用し、受診することが出来る
----------------------	---	----------------	--------------------------------------

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い、 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)	・現在、病院内階段、手すり自主。	・発症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	・手すり等のつかまる場所があれば階段昇降可能となると思われる ・段差の高さは、病院内階段が高いが、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?

# 作業目標の事例(研究事業より)

## 【3か月先の作業目標】

- ・掃除, 洗濯, 料理の下準備, お茶入れ準備や片づけが定期的にできる.
- ・3ヶ月後家族と一緒に近所に外出できる.
- ・安全に一人で入浴できる.
- ・姉, 甥, ヘルパーの援助を受けながら, 必要である服薬管理を行い, 一人暮らしを継続する.
- ・楽しみの1つとして庭の手入れができるようになる.
- ・アルコールを飲まないため, 家では気を紛らわす手工芸や老人福祉センター・施設でお話をするボランティアをしてみたい

# 作業目標を設定する時の留意点

1. 区分:作業目標には2つある.
  - ①作業する・していること自体が目標
  - ②具体的な達成度・状態や達成時期を設定する
2. 作業目標は具体的な生活目標とすべきである
3. 設定期間は、1ヶ月、3か月にすべき。  
6カ月や1年先の目標設定の場合は、2段階とすべき。
4. 本人の自己選択・決定が基本
5. あくまでも本人が望む、本人にとって意味のある目標にすべき

## 6) 支援計画(④作業遂行向上プラン表)

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	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	
		前		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	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へ提案する	物理的	CM&OT → 相談・助言	①	
				人的		2	
			サービス	3			
			指導・援助	4			
	② 準備力	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	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月受診時実行	物理的	CM&OT → 相談・助言	①	
				人的		家族(母・姉)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
	④ 検証力	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	
	⑤ 完了力	1 2 ③ 4	・家族の許可と協力を得る ・次回受診日確認(本人)	物理的	CM&OT → 確認	①	
				人的		2	
			サービス	3			
			指導・援助	4			

評価基準；1＝一人で可能、2＝手かか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

( ) か月後の作業目標

達成度

達成 変更達成  
未達成 中止

### ④作業遂行力アセスメント

評価結果

初回 最終

### ⑤作業目標達成支援計画

取り組み項目

具体的取り組み内容

				評価結果	
				初回	最終
Plan (P)	意欲 計画	やる気、やり抜く力はあるか 自分の状態や周囲の状況を総合的に理解・判断し、作業工程を組み立てる力ほどの程度か	1. 一人で可能 2. 手助けがほぼ可能 3. 助言があれば可能 4. 手助けが必要	1 2 3 4	1 2 3 4
	準備	必要な材料や道具（購入の場合は必要経費など）を選べることはできるか 他人に聞くことも含め、必要な情報を自分で集めることはできるか	1. 一人で可能 2. 手助けがほぼ可能 3. 助言があれば可能 4. 手助けが必要	1 2 3 4	1 2 3 4
Check (C)	実行	安全に注意しながら作業に集中し、終わりまで遂行する力ほどの程度あるか 都度進行具合を確認し、修正や変更をしつつ実行し続ける力ほどの程度あるか	1. 一人で可能 2. 手助けがほぼ可能 3. 助言があれば可能 4. 手助けが必要	1 2 3 4	1 2 3 4
Do (D)	チェック	作業終了（中止も含む）の有無を判断、止めることはできるか	1. 一人で可能 2. 手助けがほぼ可能 3. 助言があれば可能 4. 手助けが必要	1 2 3 4	1 2 3 4
Action (A)	結果検証	自分の行った作業の仕上がりや作業の経過を振り返る力ほどの程度か 新たな作業に取り組もうとしているか	1. 一人で可能 2. 手助けがほぼ可能 3. 助言があれば可能 4. 手助けが必要	1 2 3 4	1 2 3 4

本人の作業遂行力向上プラン

取り組む

しない

物理的環境調整

調整する

しない

人的環境調整

（関わり方や場所など）

調整する

しない

家族や友達の援助

活用する

しない

介護サービス利用

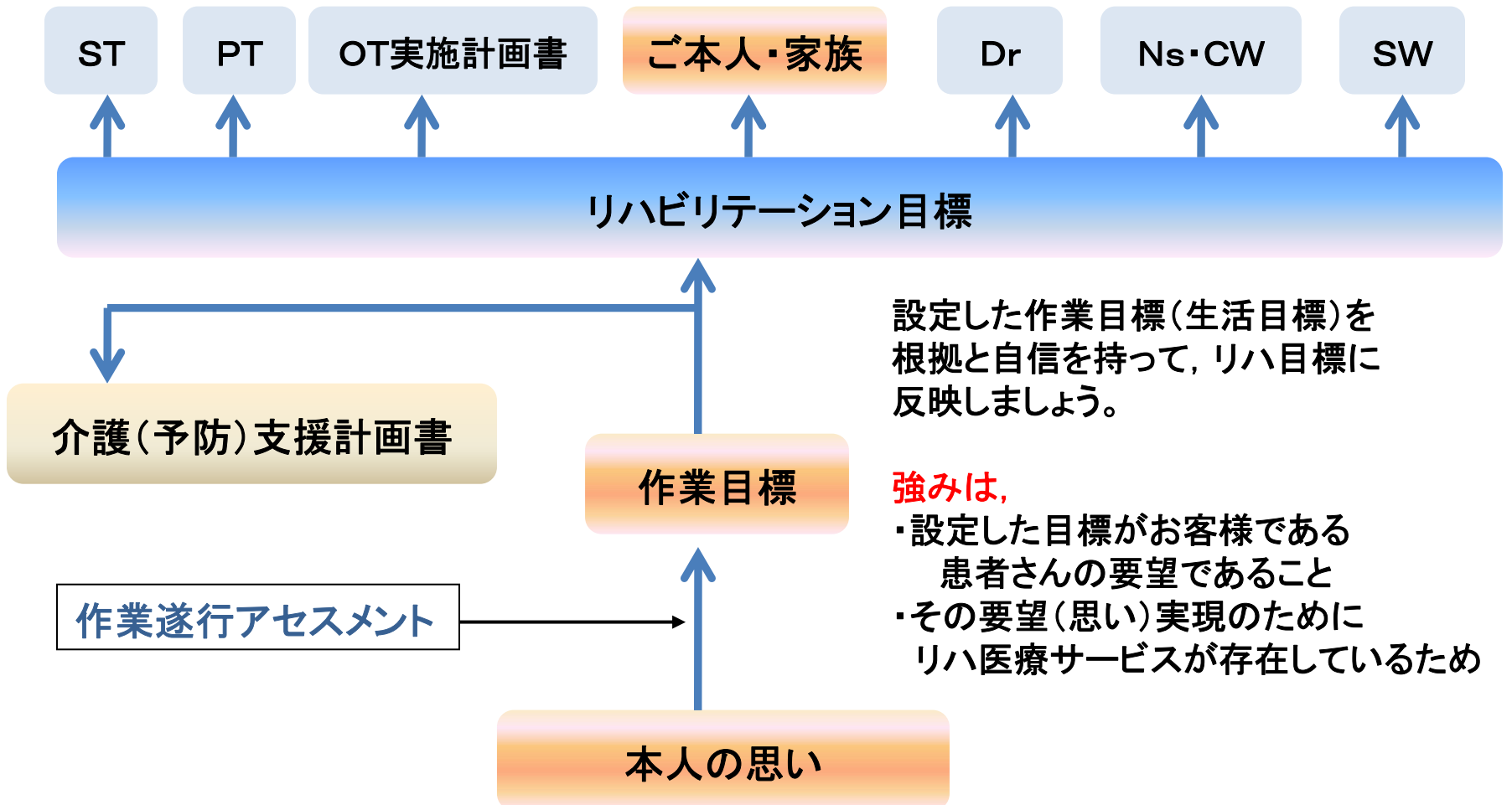
利用する

しない

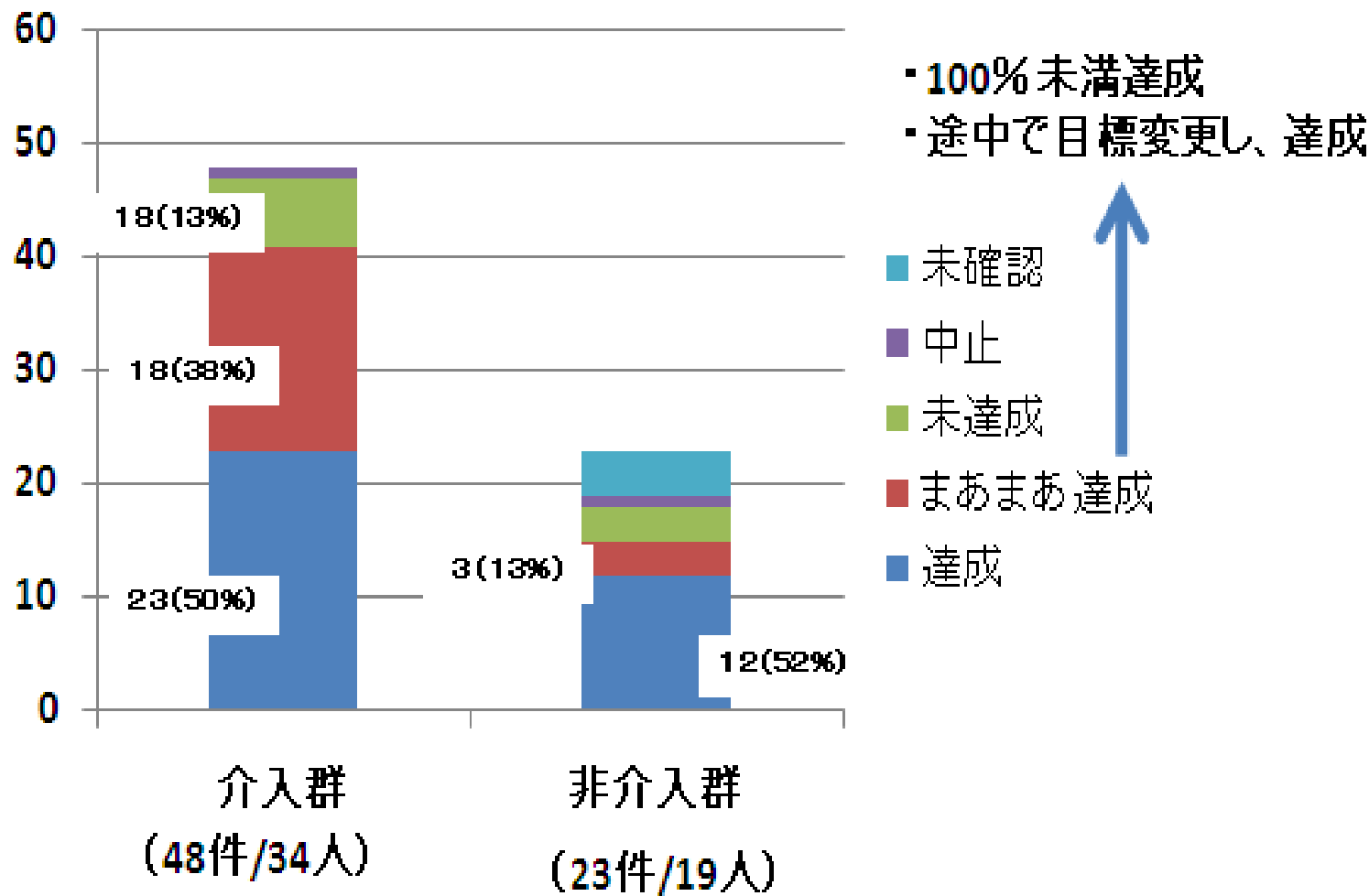
支援



# 7) 支関係者の共通目標への反映 (病院の場合)



# 目標達成度(結果)



## 8) 退院支援 (病院と地域・施設との連携)

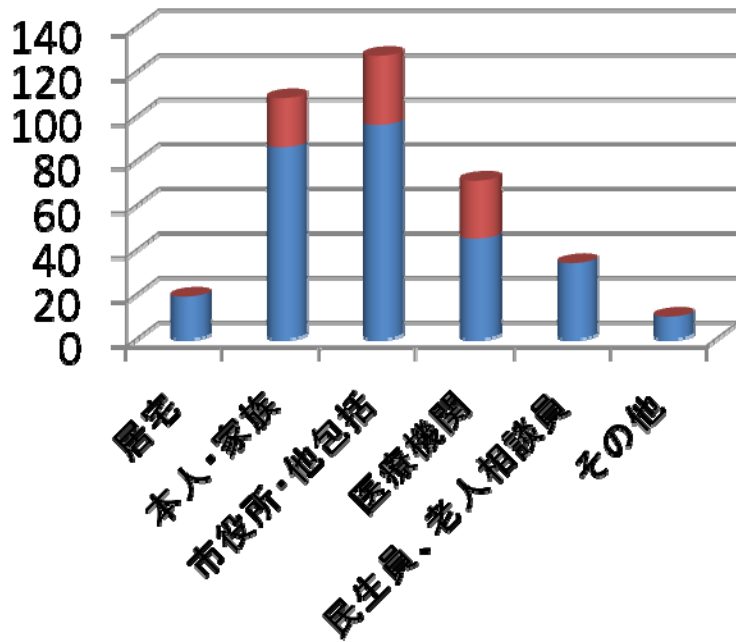
必要に応じ、以下の項目を組み合わせる

1. 退院前訪問(退院先、CMとの同行訪問)
2. 退院後3ヶ月後の作業目標の設定(作業の連続)
3. 担当者会議(退院前)
4. CMへの情報伝達(申し送り)
5. 退院後訪問(退院先、CMとの同行訪問)
6. 退院後フォロー(外来, 電話相談, 来院相談など)

# Q;なぜ退院時医療介護連携が必要が

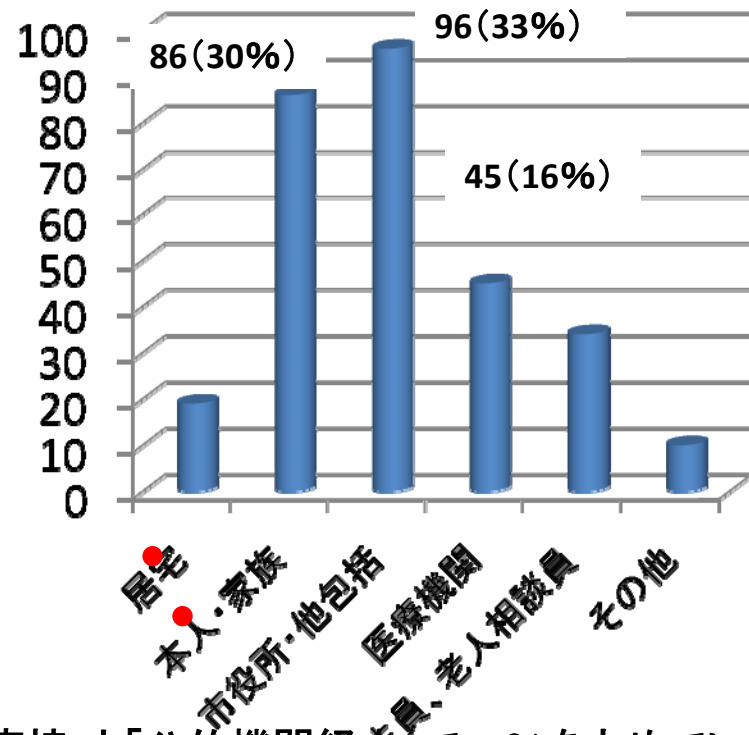
新規相談・利用者アクセス経路(平成21年1月～12月)

### 居宅と包括の相談件数



■ T 居宅:79件  
■ AC2包括:290件

### AC2包括のアクセス経路



- ・新規相談は、「直接」と「公的機関経由」で63%を占めていた。
- ・医療機関からの直接アクセスは16%と低い

## Ⅲ. 取り組み結果の紹介

平成21年度老人保健健康増進等事業

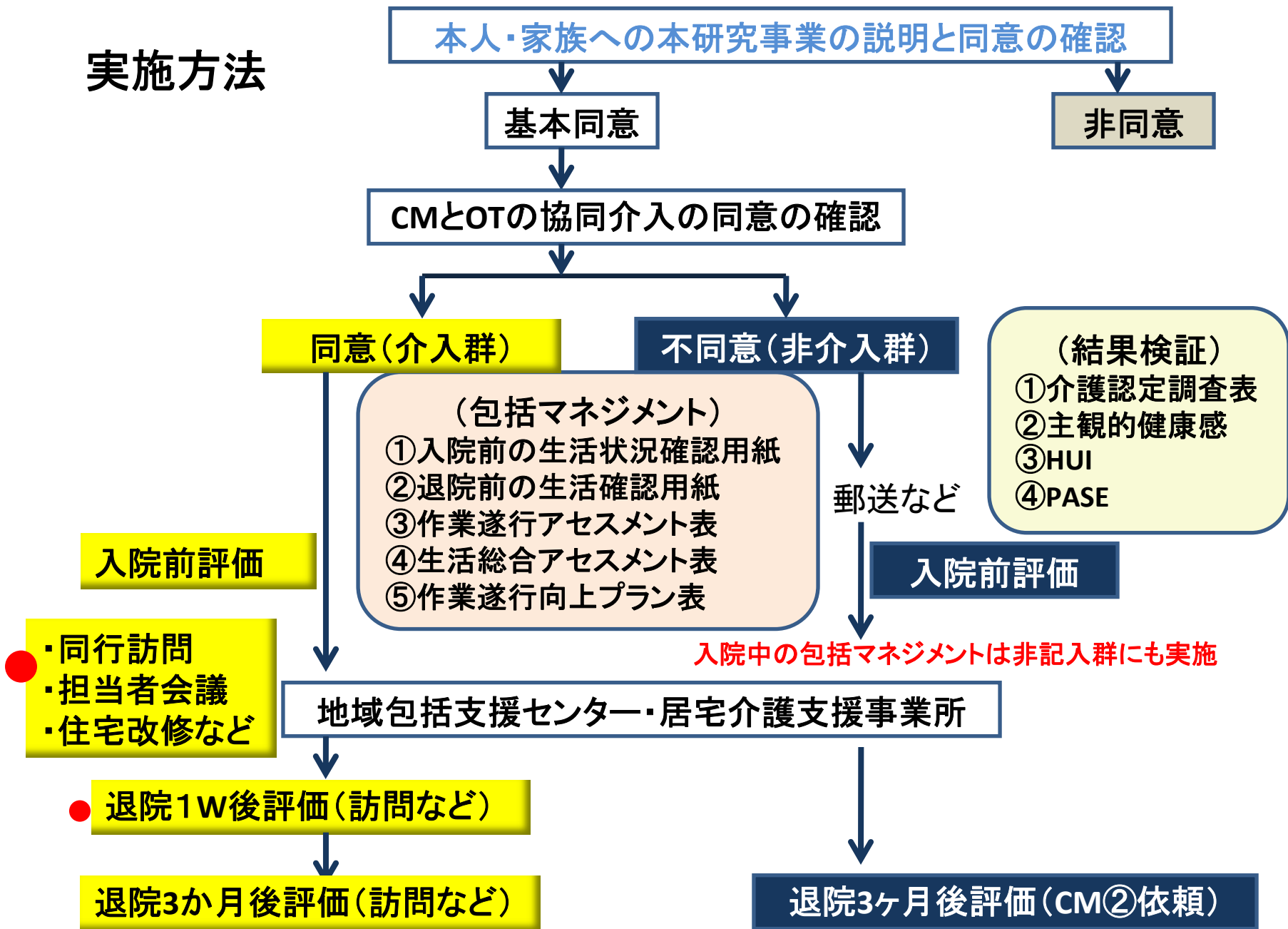
自立支援に向けた包括マネジメントによる総合的なサービスモデル調査研究事業

### ④医療から地域への連携モデル事業

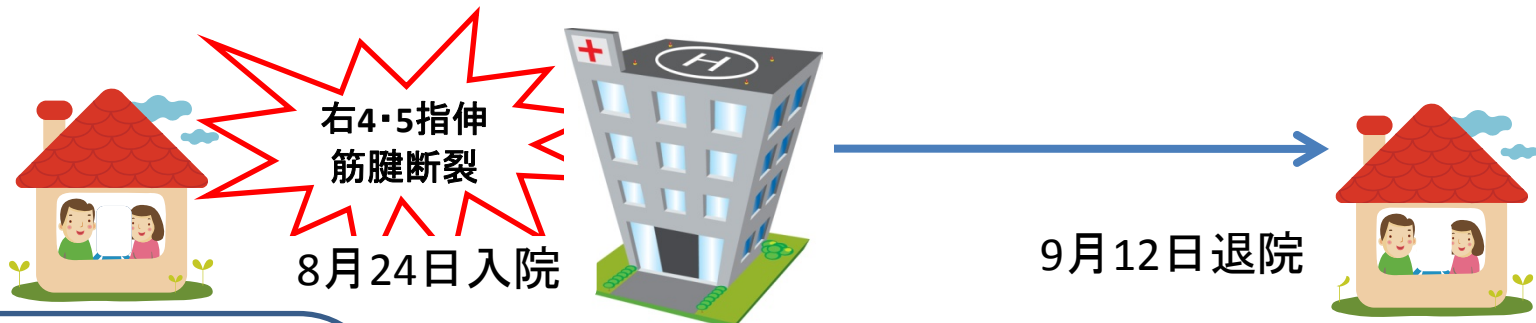
包括マネジメント手法を用いた

退院時医療介護連携のモデル事業の結果より

# 実施方法



## 包括マネジメントによる医療介護連携の事例介(介入群)



74歳、女、息子と二人暮らし  
(既往歴)  
・脳卒中、関節リウマチ、腰痛症、認知症?、うつ病?  
(入院前生活の支障)  
健康面: 2/5 (不調)  
BADL: 2/7 (歩行)  
IADL: 6/13 (外の活動)  
\* 1年前夫を他界後うつ病的。

(不安・心配)  
・お風呂に入れるか心配  
(やりたいこと)  
・愛犬チビと一緒に夫の墓参り

OT介入

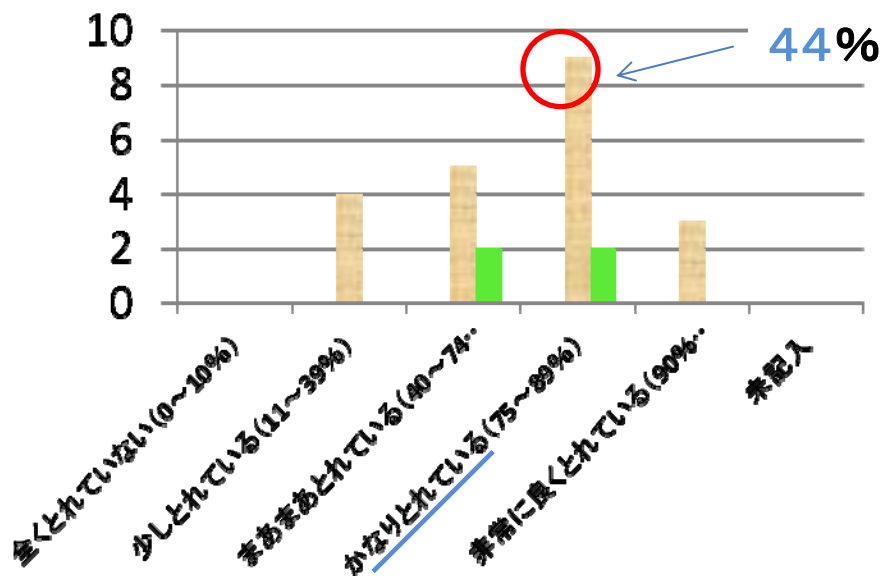
・一人での入浴OK  
・家事や庭の手入れOK  
・愛犬と一緒に墓参りOK  
・主観的健康感も「ふつう」から「とても健康へ」  
・次男の嫁と買い物OK

09.9.14: 包括電話連絡  
09.9.18: 同行訪問  
(手すり設置、給食サービス導入、外来リハ継続を確認)  
09.12.4: 冬期間歩行能力低下予防で相談  
→ 通所リハ見学、包括へ連絡し、通所リハ手続き  
09.12.8: 12月末で外来リハ終了し、通所リハへ

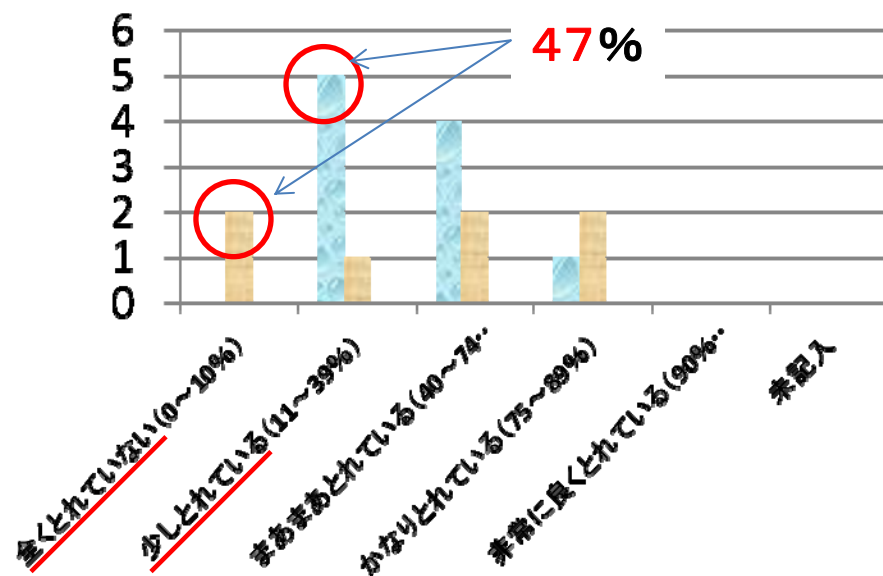
# V. 事業終了後アンケート調査(対CM,OT) 結果1

質問1: 今回の研究事業実施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CM(25名)



地域包括支援センターCM(17名)



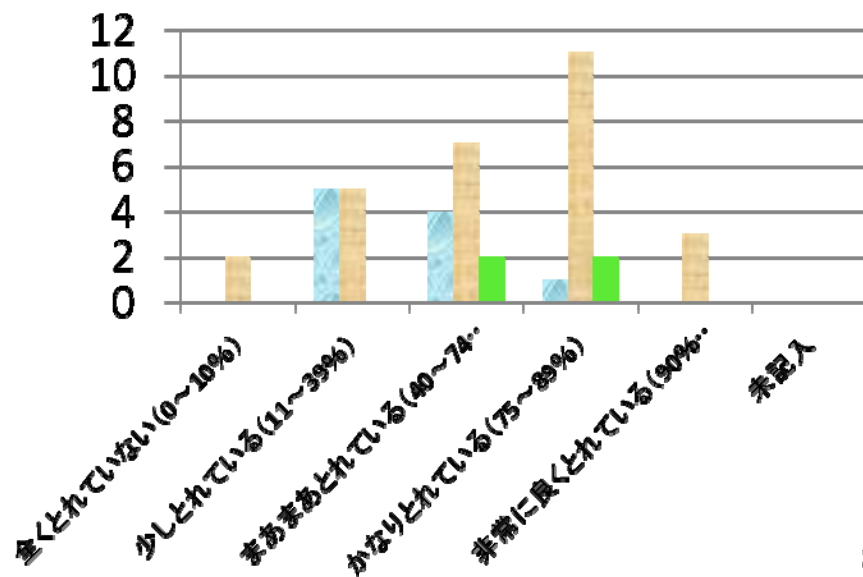
介入別	居宅CM	包括CM	計
CM単独介入	0名	10名	10名
OTと協同介入	21名	7名	28名
両者実施	4名	0名	4名

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

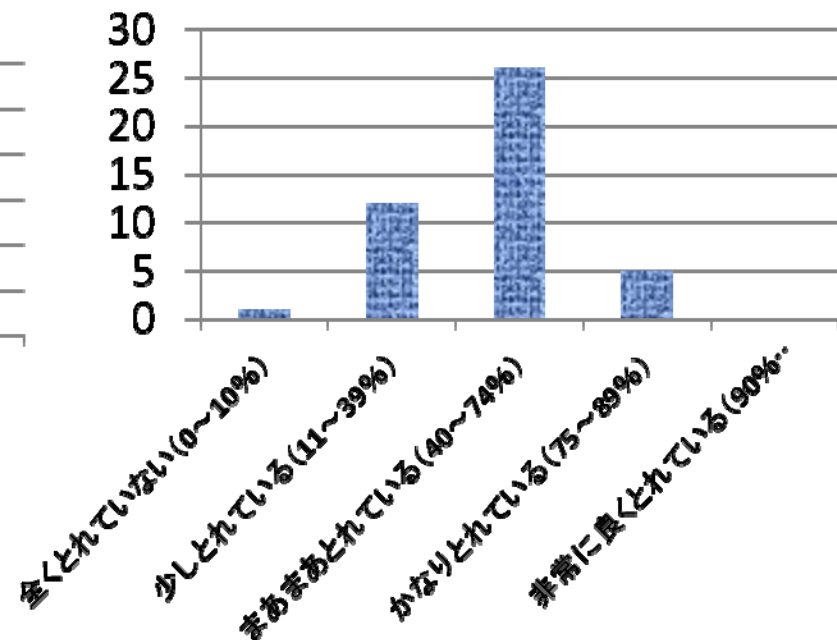


## 8. 事業終了後アンケート調査(対CM,OT) 質問1

介護支援専門員(42名)



作業療法士(44名)



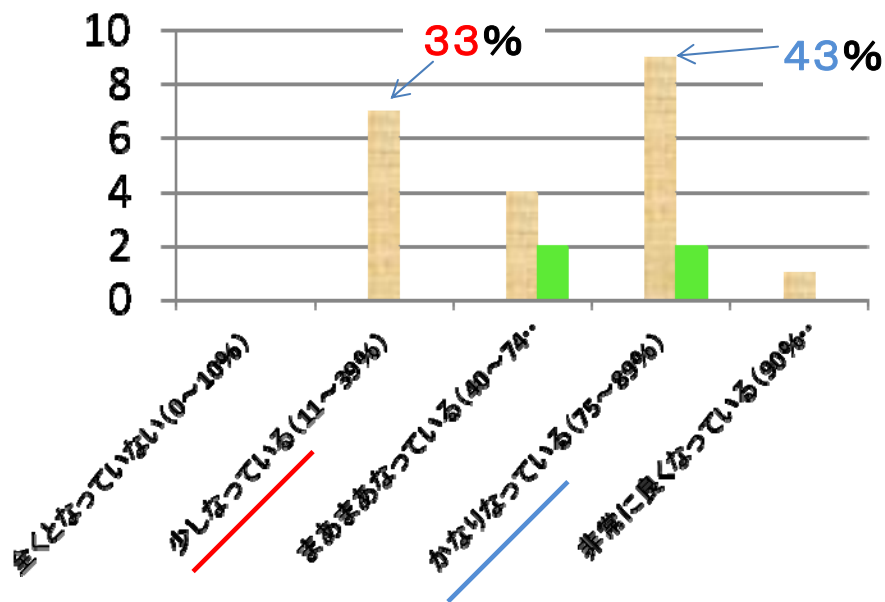
介入別	CM	OT
CM単独介入	10人	44名
OTと協同介入	28名	
両者実施	4名	
	42名	

- ・OTと協同介入実施したCMは、高く評価している
- ・単独介入実施のCMは、低く評価している
- ・OTは、中間の評価が多かった

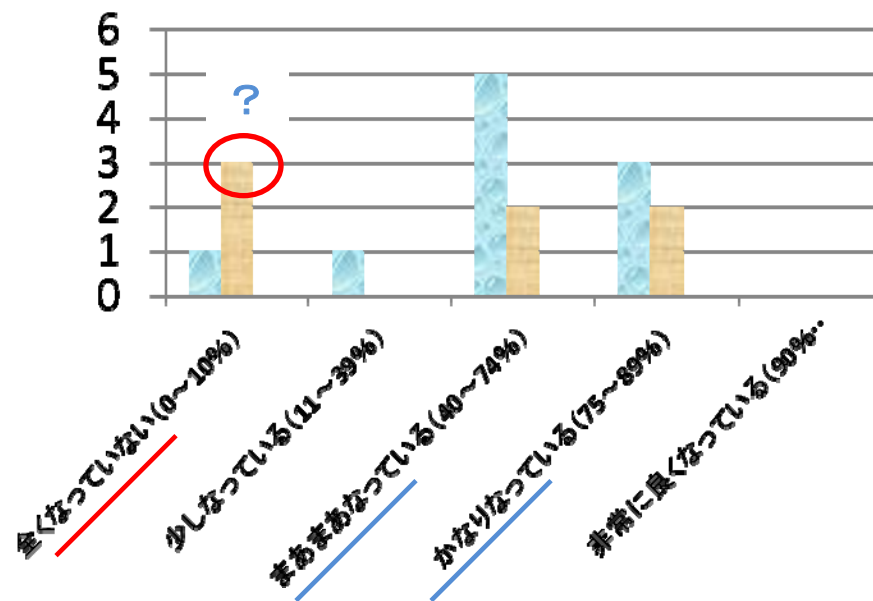
# 事業終了後アンケート調査(対CM,OT) 結果2

質問2: 今回の研究事業実施前の連携は、  
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CM(25名)



地域包括支援センターCM(17名)

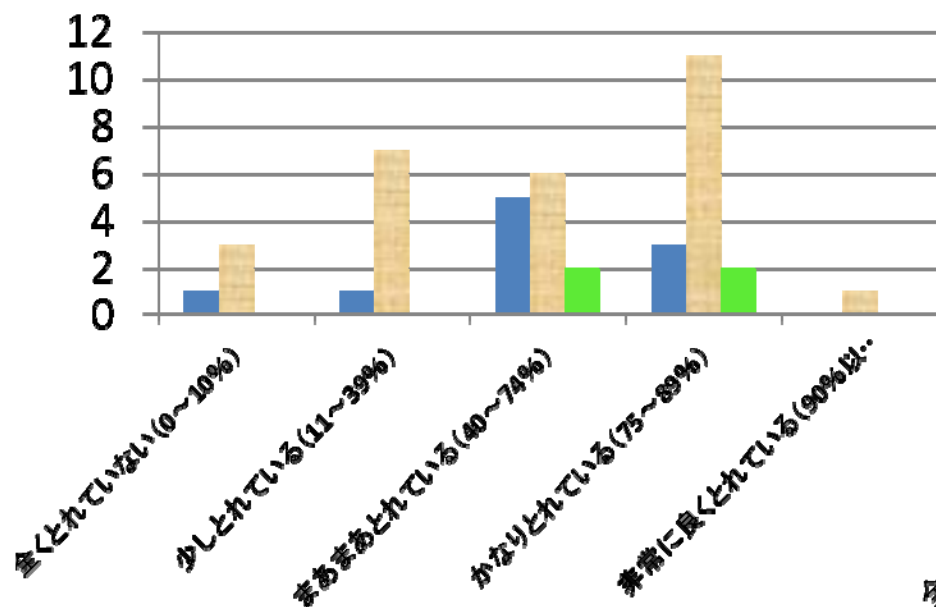


介入別	居宅CM	包括CM	計
CM単独介入	0名	10名	10名
OTと協同介入	21名	7名	28名
両者実施	4名	0名	4名

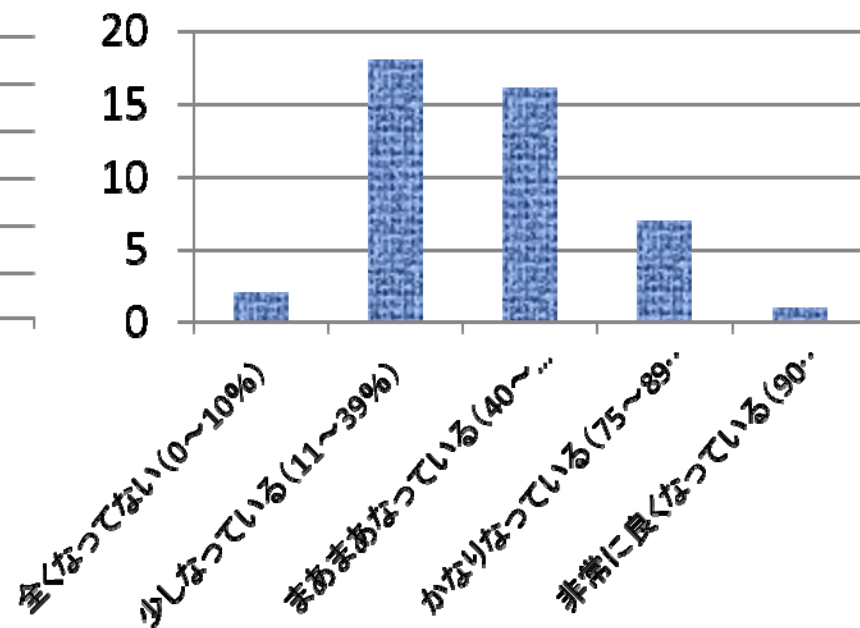
- 居宅のCMは「少し」と「かなり」に分かれた
- 地域包括のCMは、OTと協同介入で、「全く」、「まあまあ」、「かなり」に分かれた
- CM単独介入で、「まあまあ」「かなり」が多かった

## 事業終了後アンケート調査(対CM,OT) 質問2

介護支援専門員(42名)



作業療法士(44名)



○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。

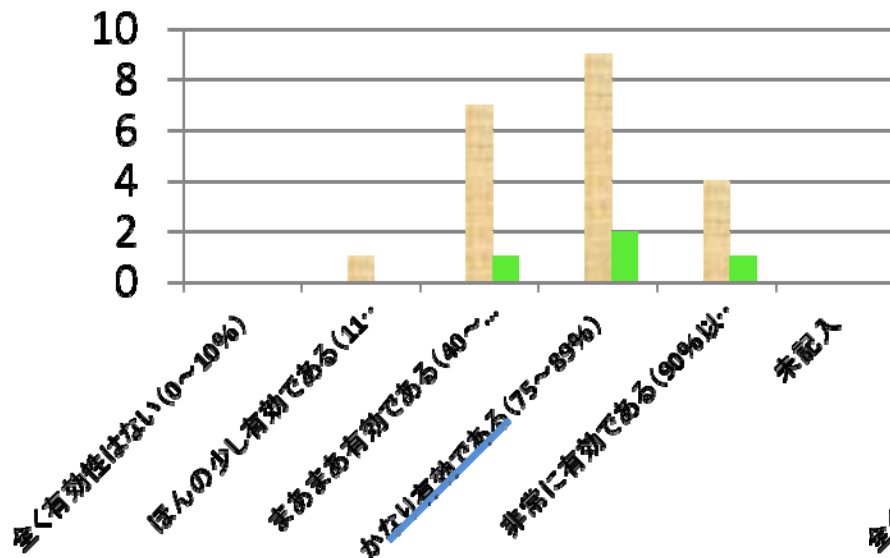
○特に作業療法士の協同介入をした地域包括支援センターのCMが大きく分かれたことは、目に見える形での自立支援や介護予防を期待していてその期待度が高いことと、担当したOTの関わり方の違いによるものであろうか。

# 事業終了後アンケート調査(対CM,OT)

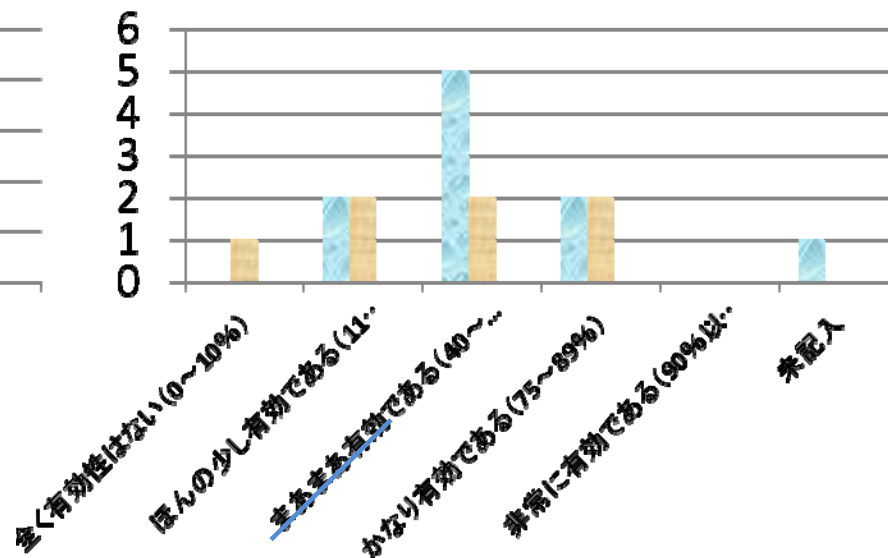
# 結果3

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CM(25名)



地域包括支援センターCM(17名)

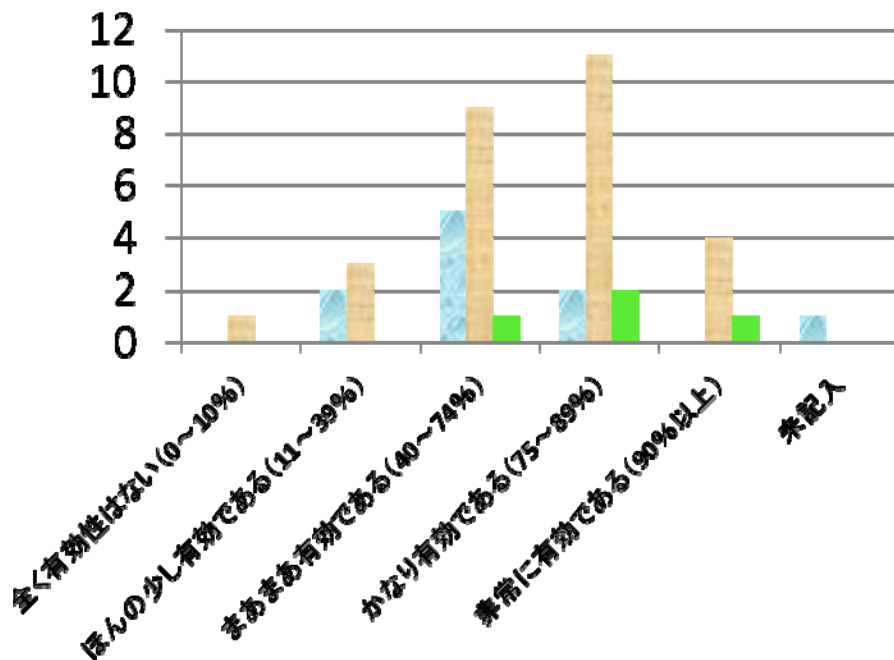


介入別	居宅CM	包括CM	計
CM単独介入	0名	10名	10名
OTと協同介入	21名	7名	28名
両者実施	4名	0名	4名

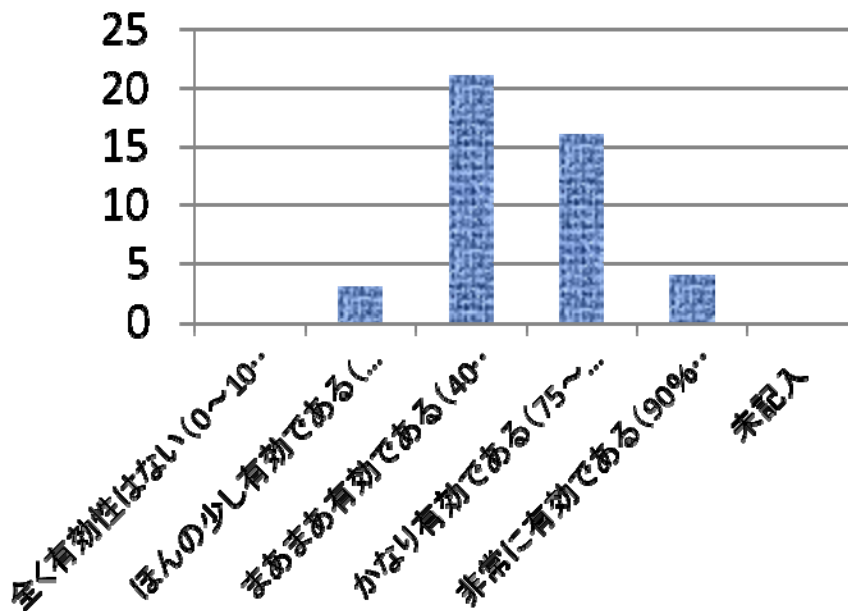
- ・居宅のCMは、「かなり有効」と評価
- ・地域包括のCMは、「まあまあ有効」と評価

# 事業終了後アンケート調査(対CM,OT) 質問3

## 介護支援専門員(42名)



## 作業療法士(44名)



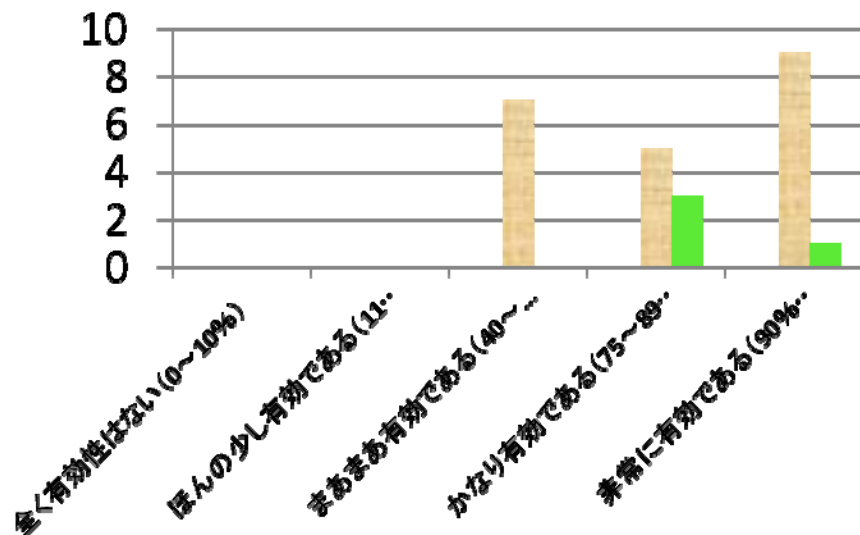
介入別	CM	OT
CM単独介入	10名	44名
OTと協同介入	28名	
両者実施	4名	

- OTと協同介入実施した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

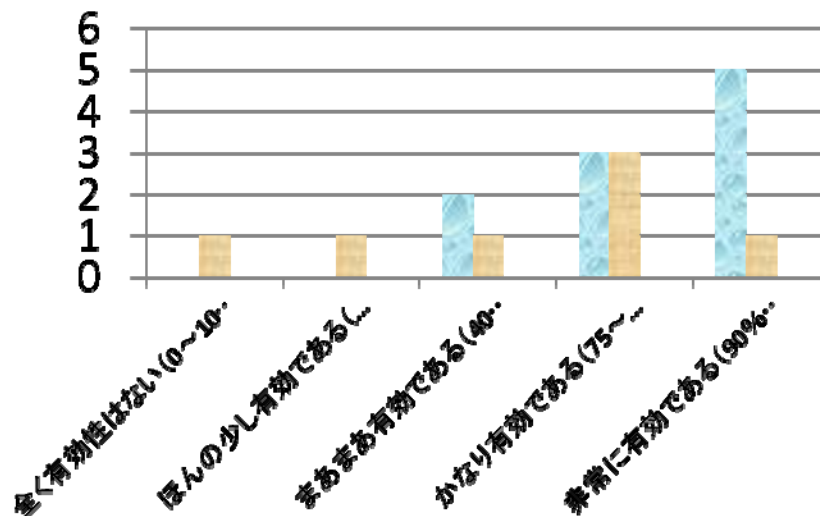
# 事業終了後アンケート調査(対CM,OT) 結果4

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CM(42名)



地域包括支援センターCM(17名)

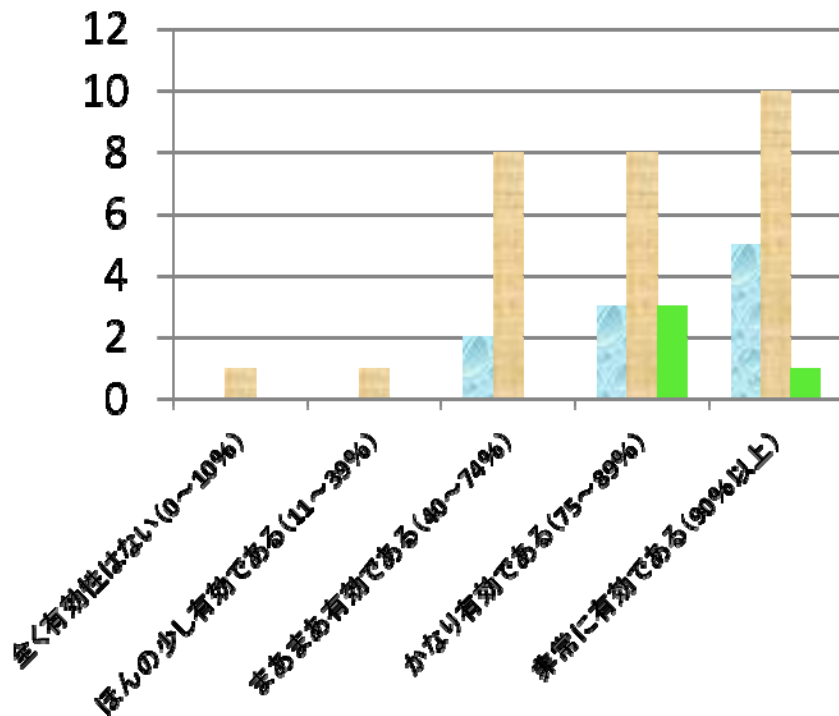


介入別	居宅CM	包括CM	計
CM単独介入	0名	10名	10名
OTと協同介入	21名	7名	28名
両者実施	4名	0名	4名

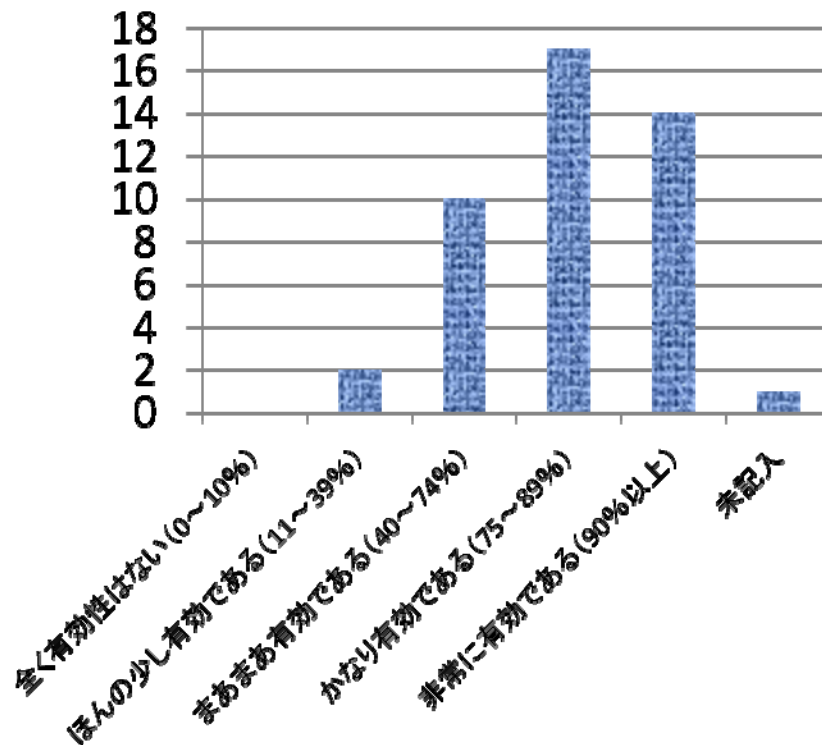
- ・居宅のCMは、高く評価
- ・地域包括のCMも、高く評価

# 事業終了後アンケート調査(対CM,OT) 質問4

## 介護支援専門員(42名)



## 作業療法士(44名)



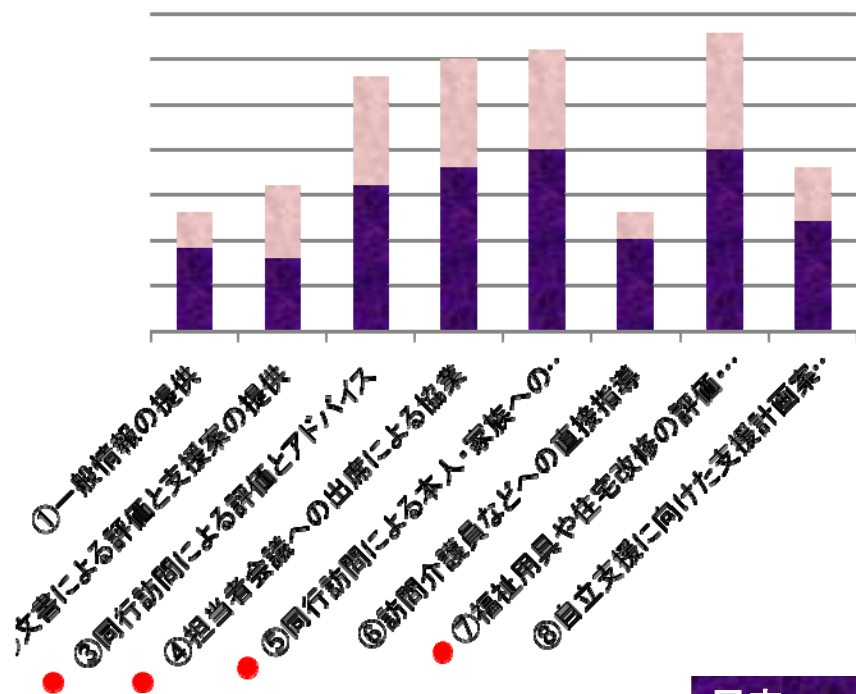
介入別	CM	OT
CM単独介入	10名	
OTと協同介入	28名	44名
両者実施	4名	



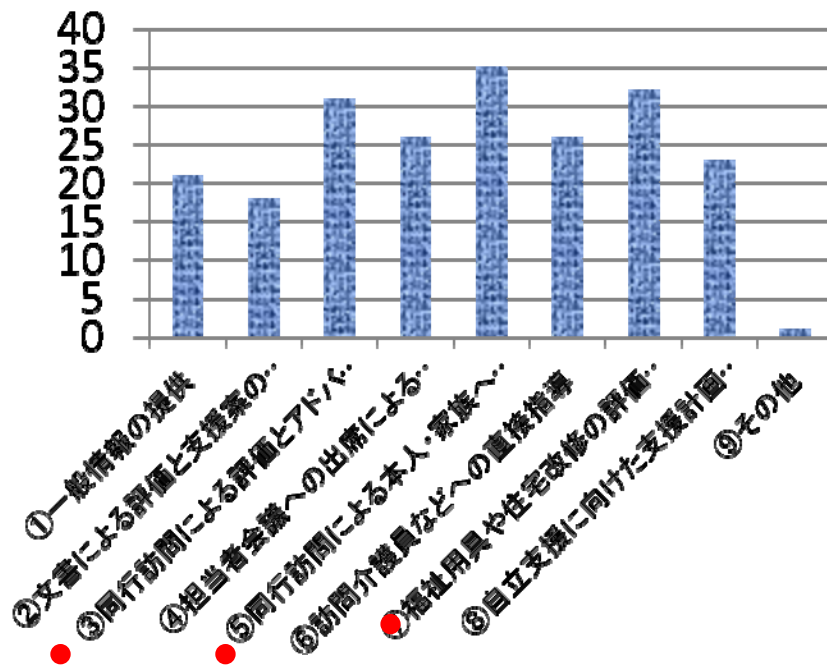
# 事業終了後アンケート調査(対CM,OT) 結果5

質問4: 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)

介護支援専門員(192件/42名)



作業療法士(213件/44名)



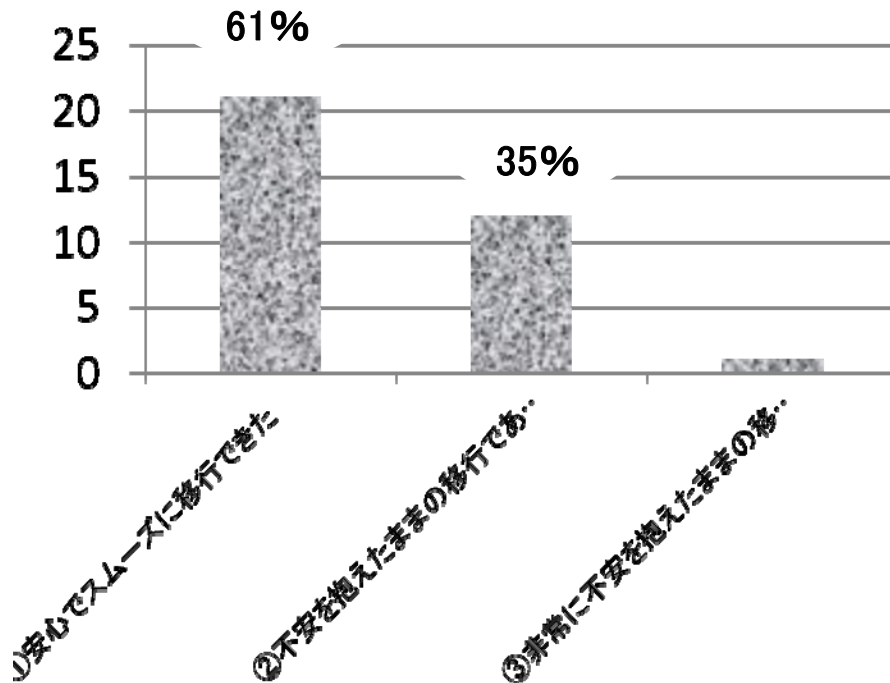
居宅CM	25名
包括CM	17名
OT	44名



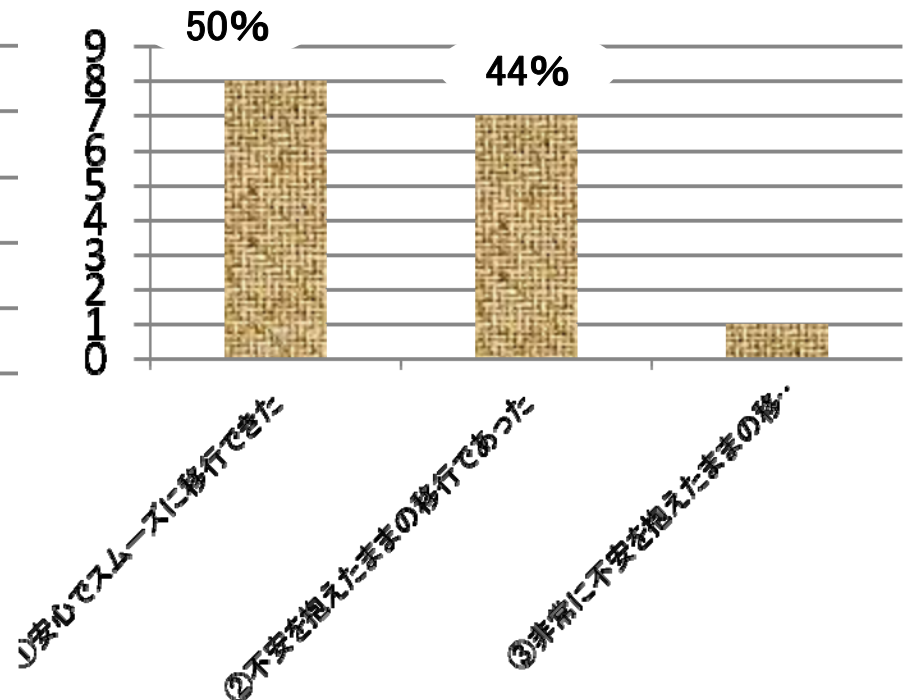
# 事業終了後アンケート調査(対本人) 結果1

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:34名



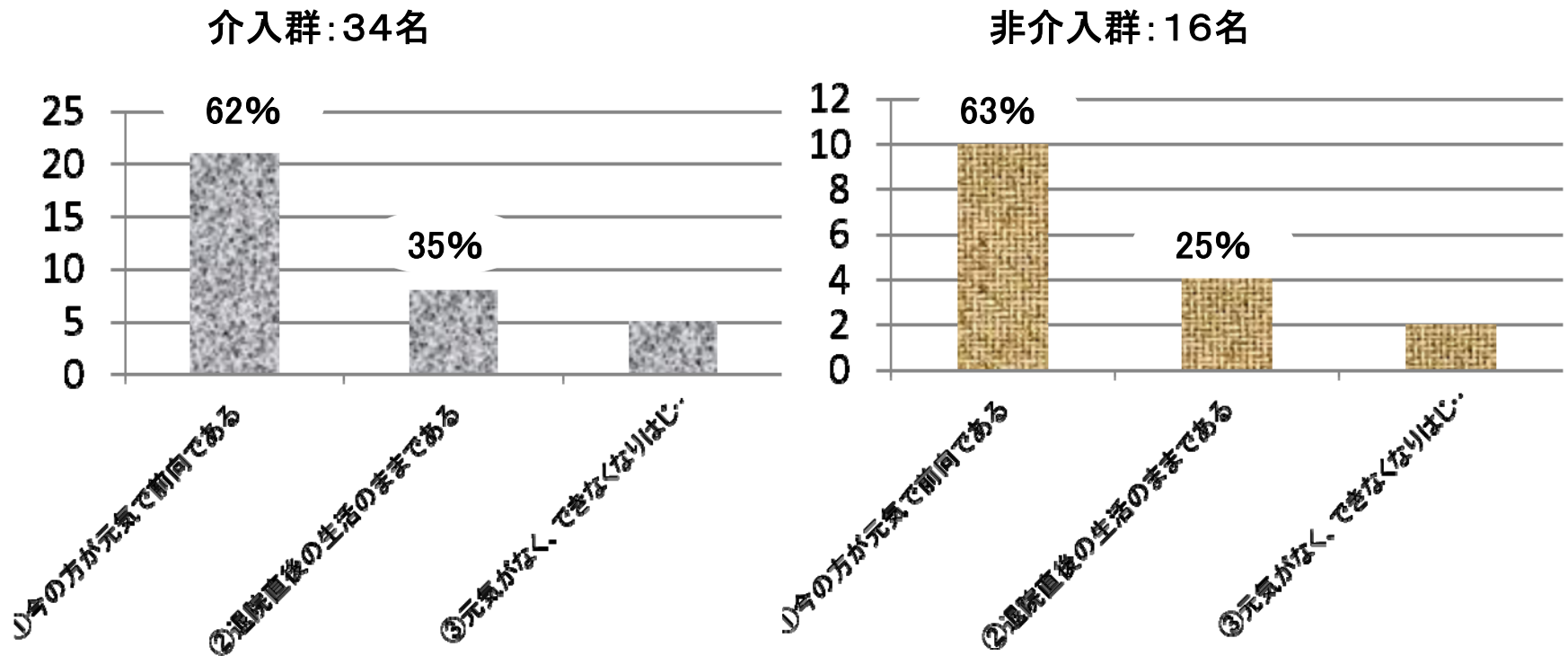
非介入群:16名



- ・介入群、非介入群とも半数以上の方が、「安心でスムーズな移行」であったと評価
- ・非介入群で約半数の方が、「不安を抱えたままの移行で」あった

## 事業終了後アンケート調査(対本人) 結果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。

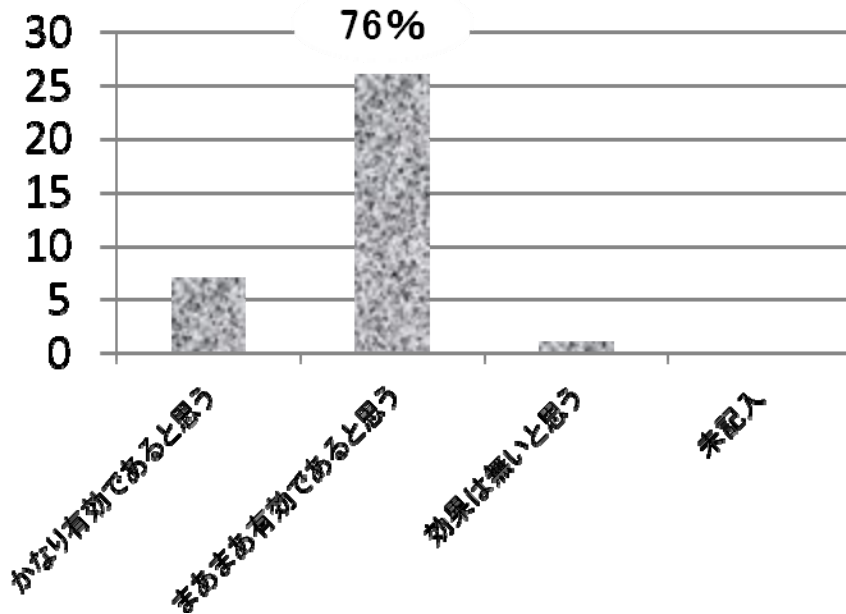


- 介入群、非介入群とも60%以上の方が、「退院後の方が元気である」と評価
- 両群とも、約90%以上の方が、「退院前現状維持」、「さらに元気」であった

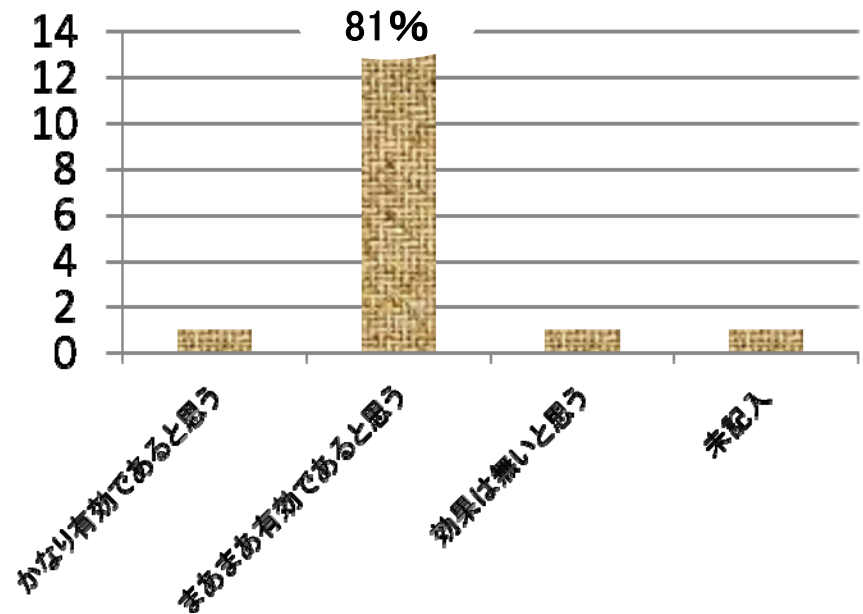
## 事業終了後アンケート調査(対本人) 結果3

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。

介入群: 34名



非介入群: 16名

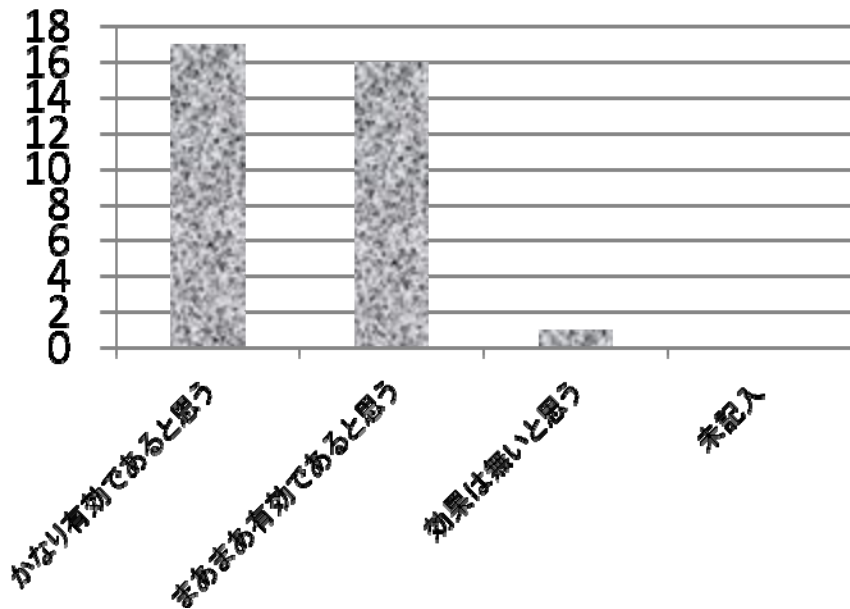


- 両群とも約80%の方が「まあまあ有効である」と評価

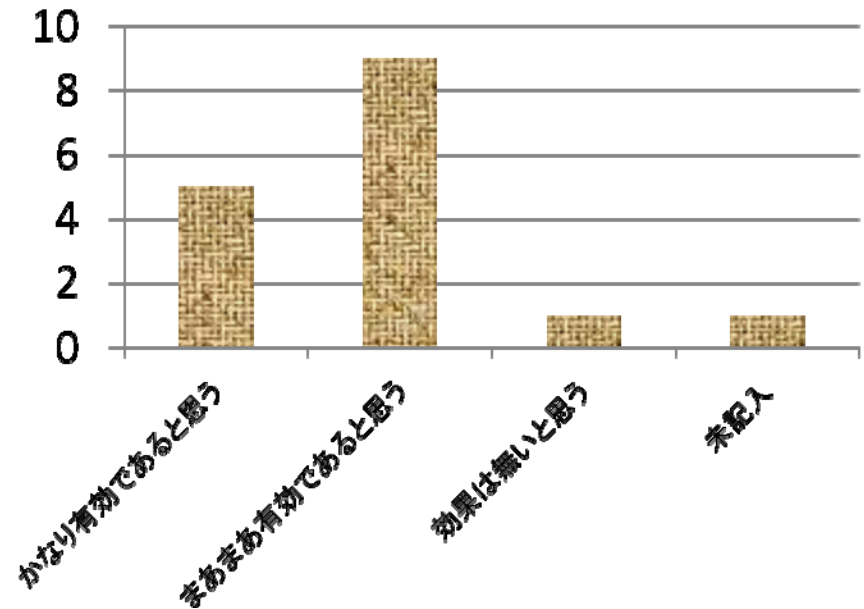
## 事業終了後アンケート調査(対本人) 結果4

質問4: 作業療法士が、退院時にご本人様の状況をケアマネジャー等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。

介入群: 34名



非介入群: 16名



・両群とも約90%の方が、「かなり有効」「まあまあ有効」と評価

## 事業終了後アンケート調査(対本人) 結果5

質問5:「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

## 事業終了後アンケート調査(対本人) 結果5

質問5:「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。

### 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

## IV. まとめ

1. 「本人の持てる力の活用(思いの引き出し、思いの確認、思いの実現)」と「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)」を柱とする包括マネジメント手法は、退院時医療介護連携において有用であった。
2. 包括マネジメントは、作業療法の中心として位置づけられることを実感した。
3. 作業療法士は作業療法の中心である“作業”をもっとアピールしよう。
4. 包括マネジメントを実施するためには、“面接技術”と“総合的アセスメント力”、そして“連携・協業力”の向上の努めよう。
5. 包括マネジメント、退院(所)時医療介護連携を日常業務化しよう。
6. 支援チームをマネジメントしよう

## V. 課題

1. 入院作業療法実施範囲の狭さ
2. 入院作業療法対象外で虚弱・軽度生活機能障害者への退院時医療介護連携をどうするか
3. 退院(所)前後のCM等支援関係者連携や退院先の訪問を普及、日常化に向けた経済的課題
4. 退院時医療介護連携の受け取り側、特に地域包括支援センター機能の課題
5. 地域における継続的(間欠的で集中的)フォロー体制の課題
6. 作業療法の基本部分の標準化・統一化の不備