

平成 29 年度
老人保健事業推進費等補助金
(老人保健健康増進等事業分)

自立支援・重度化防止に向けた
訪問サービス提供に関する調査研究事業
報告書

平成 30 年 3 月

一般社団法人 日本作業療法士協会

はじめに

我々は、平成 28 年度老人保健健康増進等事業において「介護保険施設等における寝たきりゼロのためのリハビリテーションの在り方に関する調査研究事業」を実施し、日常生活自立度 B・C の高齢者の方々に対して、活動参加を生活目標に置いたリハビリテーションの離床手法について、「作業療法介入マニュアル」と「活動と参加につなげる離床ガイドブック」を作成した。その結果、長期臥床の高齢者においても ICF における活動・参加レベルが改善し、心身機能にも好影響を与えた事例を報告した。

地域包括ケアシステムの構築に向けて、訪問によるサービス提供により在宅生活の継続を支えていくことが求められる中で、自立支援や重度化防止といった介護保険の理念に沿ったサービス提供の実態を把握することは重要である。しかし、介護保険サービスの提供を受けながら、在宅生活や施設生活において自立支援に至らず、自立度の悪化や介助量の増大など重度化された高齢者が少なくない。本来、自立支援とは、本人の望む生活を専門職等が把握し、そのニーズに対して、生活機能や個人因子・環境因子をアセスメントすることで、具体的で達成可能な生活目標を立案し、その目標を本人や他の専門職等と共有することで、さらに生活機能の改善のためのサービスが提供されるべきである。しかし、現実には介護を中心としたサービスに偏り、リハビリテーションにおいても身体機能を維持するためのサービスが提供されていることが多く、また他職種との連携不足により自立支援に向けた適切なリハビリテーションが提供されていないと考えられる。今後、訪問および施設におけるリハビリテーションをはじめとするサービスは、心身機能のみならず活動や参加にバランスよく働きかけるアプローチが必須である。そして自立支援や重度化防止のために、ベッド上を中心とした生活から、離床を促し、座位や立位での主体的な作業活動の獲得に向けて働きかけ、活動的な生活を確保することが重要である。

今回、介護保険サービスを利用しながら在宅生活や施設生活を送る要介護認定を受けられた高齢者に対して、ICF 等に基づいたアセスメントを行い、利用者の生活課題と活動・参加の目標に対して、介護保険サービスにおけるリハビリテーションやケア（身体介護・生活援助）がどのように関わり変化するか、生活機能の改善を得るためのリハビリテーションのあり方とその効果を検証する。

目次

1. 調査の目的と全体構成	1
1.1 事業の背景と目的	1
1.2 調査計画	2
1.2.1 自立支援・重度化防止のための多職種連携の実態調査	2
1.2.2 自立支援および重度化防止のための活動参加に資する離床マニュアルリハビリ テーション介入研究	2
1.3 実施体制	3
2. 自立支援・重度化防止に向けた多職種連携の実態に関する調査	4
2.1 予備調査（ヒアリング調査）	4
(1) 目的	4
(2) 調査対象	4
(3) 実施時期	4
(4) 調査項目	5
(5) 調査結果	6
2.2 アンケート調査の概要	9
(1) 調査対象	9
(2) 調査方法および実施時期	9
(3) 調査項目	9
(4) 回収状況	9
2.3 アンケート調査結果	10
(1) 事業所の基本属性	10
(2) 多職種連携の状況	43
(3) 自立支援・重度化防止に向けた多職種連携についての意識	42
(4) 考察	55
3. 自立支援および重度化防止のための介入調査	56
3.1 調査概要	56
3.1.1 調査対象	56
3.1.2 データ収集方法および実施時期	56
3.1.3 主な調査項目	57
3.1.4 データ収集の状況	57
3.2 調査結果	58
3.2.1 MTDLP 実行度に基づく分析	58
(1) MTDLP 実行度の変化	58
(2) ICF の比較	58
(3) ICF の比較	58
(4) 主疾患の比較	69
(5) 要介護度等の比較	72

3.2.2 合意目標の種別でみた要介護度ごとの介入プログラム内容.....	74
(1) 分析の視点	74
(2) BADL に関する目標を設定している利用者の介入プログラムの実施状況	75
(3) AADL に関する目標を設定している利用者の介入プログラムの実施状況	76
3.2.3 福祉用具の活用と試用状況.....	78
(1) 回答事例数と介護度別の人数.....	78
(2) MTDLP の合意目標達成のために福祉用具が関与したか	78
(3) 福祉用具試用について.....	79
(4) まとめ	80
3.2.4 事例から見てきた生活行為向上に関する各職種の役割	81
3.3 考察	83
4. 訪問サービスにおける ICT 技術の有用性の検証.....	85
4.1 背景	85
4.2 調査詳細	85
4.2.1 目的	85
4.2.2 対象	85
4.2.3 調査内容と方法.....	85
4.3 結果	92
4.4 まとめ	99
5. 本調査の成果と今後の課題	100
5.1 本調査の成果	100
5.2 今後の課題	100
6. 参考資料.....	101

1. 調査の目的と全体構成

1.1 事業の背景と目的

地域包括ケアシステムの構築に向けて、訪問によるサービス提供により在宅生活の継続を支えていくことが求められる中で、自立支援や重度化防止といった介護保険の理念に沿ったサービス提供の実態を把握することは重要である。しかし、介護保険サービスの提供を受けながら、在宅生活や施設生活における自立支援に至らず、介護度の悪化や介護量の増大など重度化した高齢者が少なくない。本来、自立支援とは、本人の望む生活を専門職等が把握し、そのニーズに対して、生活機能や個人因子・環境因子をアセスメントすることで、具体的で達成可能な生活目標を立案し、その目標を本人と共有することで、さらに生活機能の改善に繋がるサービスが提供されるべきである。しかし、現実には介護を中心としたサービスに偏り、リハビリテーションにおいても関節可動域を維持するためのサービスが提供されているのみであり、適切なリハビリテーションが提供されていない。そのため、寝たきりの状態が恒常的になりがちであり、寝たきり→廃用症候群による関節の拘縮、呼吸機能・循環機能の低下、摂食嚥下機能の低下→肺炎の繰り返し→要介護の状態の悪化→QOL の低下、家族の介護疲れなど様々な問題が生じている。（一社）日本作業療法士協会は、平成 28 年度当研究事業において「介護保険施設等における寝たきりゼロのためのリハビリテーションの在り方に関する調査研究事業」を実施し、日常生活自立度 C2 の重度者に対して、活動参加を生活目標に置いたリハビリテーションの離床手法について、その介入マニュアルとガイドブックを作成した。その結果、重度高齢者においても ICF における活動参加レベルが改善し、心身機能に好影響を与えた事例を報告した。今後、訪問および施設におけるリハビリテーションをはじめとするサービスは、心身機能のみならず活動や参加にバランスよく働きかけるアプローチが重要である。自立支援や重度化防止のために、座位や立位などの離床した生活の確保に向けての働きかけ、離床生活での活動的な生活を確保することが大切である。今回、介護保険サービスを利用しながら在宅生活や施設生活を送る重度高齢者に対して、ICF 等に基づいたアセスメントを行い、利用者の生活課題と活動参加の目標に対して、介護保険サービスにおけるリハビリテーションやケア（身体介護・生活援助）がどのように関わり変化するか、多職種連携の在り方について調査研究をする。

1.2 調査計画

平成 28 年度当事業で開発したマニュアルや離床ガイドブック等を用いて、リハビリテーションやケア（身体介護・生活援助）がどのように関わり変化するか、多職種の連携の在り方について調査研究を実施した。

具体的には、以下の 2 つの調査を実施した。

1.2.1 自立支援・重度化防止のための多職種連携の実態調査

訪問サービスの提供を受ける重度高齢者に対して訪問サービスを提供する事業所（訪問リハビリテーション、訪問看護、訪問介護）を対象とし、自立支援・重度化防止に向けた多職種連携の実態について調査を行った。調査にあたっては調査アンケート用紙を作成し郵送にて行った。またアンケート調査の結果は、重度高齢者の現状を把握するとともに、当研究事業 2 の介入研究に関する比較分析資料として活用した。

1.2.2 自立支援および重度化防止のための活動参加に資する離床マニュアルリハビリテーション介入研究

在宅で生活する要介護度 1～5 の高齢者に対して、活動参加に資する目標を設定し、生活目標を達成するためのリハビリテーションに関する介入を行い、目標に設定した活動や参加の獲得ができるまでの期間や目標が達成できない場合の要因を検討した。対象者は、主に要介護度 4・5（寝たきり度 B・C、※要介護 1～3 程度の対象者も含む）の高齢者介入群 41 例とした。

対象者全員に心身機能や活動および環境等に関するアセスメントを行った。その後、車椅子等適切な環境と人的サービスを提供し、主体的な生活ができるように各関係者が関わりを実施した。その結果、対象の心身機能、日常生活活動、介護度、QOL 等がどのように変化したかを検証した。実施期間は、介入期間は 3 ヶ月とし、評価および介入手法は以下の通りとした。

- ・ 活動と参加につなげる離床ガイドブックや生活行為向上マネジメント（MTDLP）を活用したチームアプローチ
- ・ 身体機能（血圧、排泄機能、運動感覚麻痺の程度、姿勢調整機能など）
- ・ 精神心理機能（意識レベル、認知、コミュニケーションなど）
- ・ 日常生活自立度、寝たきり度、要介護度
- ・ 国際生活機能分類（ICF）
- ・ MTDLP アセスメント
- ・ ケアプラン
- ・ 介護内容、時間や負担感
- ・ 対象者の生活目標の変化

1.3 実施体制

関連団体を代表する有識者からなる研究推進委員会を設置した。

【研究推進委員会】※氏名あいうえお順

石本淳也：公益社団法人 日本介護福祉協会
宇田 薫：一般社団法人 日本訪問リハビリテーション協会
大庭潤平：神戸学院大学
小川 勝：公益社団法人 全国老人保健施設協会
小原秀和：一般社団法人 日本介護支援専門員協会
川村 慶：一般社団法人 日本車椅子シーティング協会
佐藤美穂子：公益社団法人 日本訪問看護財団
鈴木邦彦：公益社団法人 日本医師会
中村春基：一般社団法人 日本作業療法士協会
橋本康子：一般社団法人 日本慢性期医療協会
保田淳子：一般社団法人 日本ノーリフト協会

【研究担当者】

大庭潤平：神戸学院大学 総合リハビリテーション学部 作業療法士（工程管理・統括）

岩谷清一：永生クリニック 作業療法士（介入実践研究担当者）

山下剛正：ヒロシマ平松病院 作業療法士（データ収集・解析）

山根俊也：日本作業療法士協会（データ管理者）

内田正剛：株式会社くますま 作業療法士

糸田哲人：横浜市総合リハビリテーションセンター 作業療法士

土居道康：南松山病院 作業療法士

前田 哲：甲州ケア・ホーム 作業療法士

福井正樹：訪問看護ステーションひばり 作業療法士

2. 自立支援・重度化防止に向けた多職種連携の実態に関する調査

2.1 予備調査（ヒアリング調査）

(1) 目的

介護保険における訪問サービス（訪問リハビリテーション、訪問看護、訪問介護）の担当者間の連携について、工夫や課題点等を明らかにするとともに、本研究事業の調査票を作成する上での基礎情報収集を目的とした。

(2) 調査対象

調査は3事業所で実施し、訪問リハビリテーション事業所を中心として、日常的に連携している同地域内の訪問看護、訪問介護事業所もあわせてヒアリング対象とした。

	法人・事業所名	事業所種別
A	(株) くますま	訪問リハ
	指定居宅介護事業所 ヘルパーステーション成仁	訪問介護
B	甲州ケア・ホーム	訪問リハ
		訪問看護
C	訪問看護ステーションめだか・とんぼ・ひばり・いるか	訪問リハ
	訪問看護ステーションめだか・いるか	訪問看護
	(有) 十字会ケアステーション	訪問介護

(3) 実施時期

平成 29 年 8 月

(4) 調査項目

1. 貴事業所および地域の概況について

地域の概況	<ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢化率、介護サービスの充足状況 ・ 地域における医療・介護連携の状況 ・ 自立支援の促進に対する保険者の関わり 等
貴事業所の特徴について	<ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者、職員体制、提供するサービスの特徴 ・ 自立支援・重度化防止の取組 ・ 地域における役割、位置づけ 等

2. リハビリテーション専門職と訪問介護事業所との連携について

連携の状況について	<ul style="list-style-type: none"> ・ 主な連携先となる訪問介護事業所の特徴 ・ 連携のきっかけ、提案者、経緯 ・ 具体的な連携場面、連携の流れ ・ 計画書の共有の状況、サービス担当者会議の状況 ・ 連携先の加算取得状況、算定の課題、効果 等
同行訪問について	<ul style="list-style-type: none"> ・ 同行訪問の頻度、同行訪問する利用者の特徴 ・ 同行訪問時の実施内容、助言内容 等
連携の効果、課題と工夫など	<ul style="list-style-type: none"> ・ 連携による効果（事例） ・ 連携における問題点、障壁となる点 ・ 連携促進のための取り組み、工夫 等
望ましい連携のあり方	<ul style="list-style-type: none"> ・ 望ましい連携のイメージ ・ 実現に向けて解決すべき課題、要望

3. リハビリテーション専門職と訪問看護師との連携について

連携の状況について	<ul style="list-style-type: none"> ・ 主な連携先となる訪問看護師の特徴（法人関係） ・ 連携のきっかけ、経緯 ・ 具体的な連携場面、連携の流れ ・ 計画書の共有の状況
同行訪問について	<ul style="list-style-type: none"> ・ 同行訪問の頻度 ・ 同行訪問する利用者の特徴 ・ 同行訪問時の実施内容、連携の内容 等
連携の効果、課題、工夫など	<ul style="list-style-type: none"> ・ 連携による効果（事例） ・ 連携における問題点、障壁となる点 ・ 連携促進のための取り組み、工夫 等
望ましい連携のあり方	<ul style="list-style-type: none"> ・ 望ましい連携のイメージ ・ 実現に向けて解決すべき課題、要望

(5) 調査結果

調査結果の概要は以下のとおりであった。具体的な回答内容は参考資料として記載した。ヒアリング結果を参考として、アンケート調査項目を設計した。

1) 事業所の特徴、連携パターンについて

- ・ 調査対象 A と C の各事業所では、病院を母体とし、法人内の事業所間を中心に連携が進んでいた。
- ・ 調査対象 B の事業所では、地域の中で、積極的に他法人の事業所と連携を進めていた。

2) 訪問リハと訪問介護の連携

- ・ 両サービスを併用している利用者に対して、必要に応じて連携していた。
- ・ 退院前からの連携がなされていた（特に病院母体の場合）。
- ・ リハ職による主な助言の場面、内容は入浴、ポジショニング、シーティング、嚥下などであった。
- ・ 同行訪問は、必要に応じて実施しているが現状では数は少数であった（1事業所あたり年間数件程度）。加算の算定例も少なかった。（A事業所、法人内で3件のみ）
- ・ 写真を用いた資料作成や、連携ノートを用いるなどの工夫が行われていた。
- ・ 介護支援専門員を介して連携する。介護支援専門員の意識が重要である。
- ・ 連携の効果により、利用者の自立度が高まり参加が拡大した例も多かった。
- ・ リハ職からの助言内容や留意事項等を当該利用者に関わるすべてのヘルパーに伝達することが課題である。
- ・ リハマネ会議は関係構築やきめ細かい対応を可能とし、有効である。
- ・ 家族の意識、協力の得やすさに大きく影響されていた。

3) 訪問リハと訪問看護の連携

- ・ 併用している利用者に対して、必要に応じて連携していた。重度、難病の利用者が多かった。
- ・ 同一事業所であれば、日常的に申し送り、情報共有ができていた。（ミーティング、カンファレンス、日報、情報システム等）
- ・ 看護のみの利用者についても、リハ職に相談していた。逆のケースもあった。
- ・ 他法人の場合は、介護支援専門員を介して必要時に連携していた。
- ・ 同行は必要時に行っていた。頻度は月に1回～年に数回程度であった。
- ・ 難病の利用者は、医療保険と介護保険のそれぞれで算定できるため、同じ時間に入るこ

とができ、その場面で連携できていた。

- ・ リハ職からの助言内容は、褥瘡予防のポジショニング、入浴や排泄方法、福祉用具の導入に関するアセスメント、家具配置、動線、手すりの設置、STには嚥下機能の評価、食事時の姿勢についてなどであった。
- ・ 連携による効果事例が見られていた。（安全な入浴、飲み込み、床ずれの改善、ターミナル期の苦痛緩和、車椅子から歩行器への移行、自分でできることの拡大など）。
- ・ 主な課題は、連携の主導者や流れが不明確であること、他法人との連携が困難であること、時間が確保しにくいこと、視点が職種により異なること、担当者の力量に依存することなどであった。

4) 訪問介護と訪問看護の連携

- ・ 必要に応じて、連携していた。
- ・ 必要に応じて同行していた。頻度としては年間に10件以上であった。
- ・ 連携のツールとしては、連携ノートが有効であった。
- ・ 看護師が個人的にSNSのLINE等でヘルパーやサ責からの相談を受け、タイムリーに助言している例もあった。
- ・ 病状の共通理解の困難さや情報ツールの整備が課題となっていた。
- ・ 家族が関われないときに、ヘルパーが入り離床を促し、生活の幅が広がり、楽しく生活できるとよい。

5) リハ、介護、看護の三者の連携

- ・ 三者が連携している例は少なかった。
- ・ 事業所内であれば連携しやすいが、他事業所の場合介護支援専門員を介する必要があった。

6) 今後のあり方について

a. 制度、報酬関連

- ・ 同行訪問の場合、両方で算定できるようにしてほしい。
- ・ 伝達・説明のための同行には、サ責のみならず担当ヘルパーが出席し、報酬が算定できるとよい。
- ・ ヘルパーによる自立支援のための散歩や体操も保健サービス内に含まれるとよい。
- ・ ヘルパーの訪問時間のうちの一部を、自立支援のための介入として確保できるとよい。

- そのため、制度として、身体介護、生活援助とは別に自立支援の枠が設定されるとよい。
- ・ 通所介護との連携についても加算が算定できるとよい。
 - ・ リハマネジメント会議への出席に報酬が算定されるとよい。

b. リハ専門職のあり方

- ・ 連携を促進し他職種がリハの視点をもって関わってもらうために、リハ職が出来ることをしっかり発信していく必要がある。
- ・ 他事業所がどのようなかわり方（サービスを提供しているか）に関心を持つ必要がある。
- ・ リハには介助が楽にできるポイントをもっとアピールして欲しい。生活に活かせるようなポイントをやりとりしたい。
- ・ 認知症の利用者について、OT と連携できるとよい。身体障害だけではなく認知症への関わりについて期待している。

c. 他職種への期待、要望

<介護支援専門員>

- ・ 介護支援専門員の意識が向かないとヘルパーが動かない。介護支援専門員から発信してほしい。
- ・ 介護支援専門員が OT と PT の違いを認識していない。OT が認知症に対応できるということも知られていない。介護支援専門員がリハに関わる目標を立てられない。目標をクリアして終了となったとき、次のステップまでのプランが立てられず、そのために終わりが見えないのではないか。
- ・ OT が認知症に対してどのように関わられるのか介護支援専門員に啓蒙する必要がある。

<ヘルパー>

- ・ ヘルパーからのアクションがないと提案する糸口がつかめない。ヘルパーから介護支援専門員への SOS をあげてほしい。
- ・ ヘルパーのスタンスを変えないと、自立支援に繋がっていかない。

2.2 アンケート調査の概要

(1) 調査対象

日本作業療法士協会会員が所属する事業所情報に基づき、以下の事業所を抽出した。

訪問リハビリテーション	843 事業所
訪問看護	672 事業所
訪問介護	86 事業所

※重複あり

(2) 調査方法および実施時期

調査方法：郵送による配布、回収

実施時期：2017年12月～2018年1月

(3) 調査項目

主な調査項目は以下のとおりとした。

事業所概要	事業種別、開設主体、同一法人内併設サービス 事業所の人員、要介護度別利用者数 要介護度別加算算定件数 生活行為向上マネジメント(MTDLP)活用状況	
最後に訪問した利用者についての連携状況	利用者属性	年齢、性、要介護度、主疾患、既往歴 リハ介入対象となる障害種別 利用者の希望する活動・参加
	1ヶ月間の多職種連携状況	連携先（医師・医療機関、訪問看護、介護支援専門員、訪問介護員、福祉用具貸与事業者）別に きっかけ、方法、工夫、要した時間
多職種連携についての考え方	自立支援・重度化防止のための多職種連携についての意識と対応 自立支援・重度化防止のための多職種連携における現状の課題 自立支援・重度化防止のための多職種連携を実現するために必要なこと	

(4) 回収状況

回収状況は以下のとおりであった（2月27日現在）

	発送数	回収数	回収率
訪問リハビリテーション	843	390	46.2%
訪問看護	672	241	35.9%
訪問介護	86	23	26.7%

2.3 アンケート調査結果

(1) 事業所の基本属性

1) 事業種別

事業種別については、以下の通りであった。

	件数	訪問リハビリテーション	介護予防訪問リハビリテーション	訪問看護	無回答
合計	390	378 96.9%	244 62.6%	20 5.1%	6 1.5%

図 2-1 訪問リハビリテーション事業所

	件数	訪問看護事業所	訪問看護ステーション	無回答
合計	241	14 5.8%	221 91.7%	6 2.5%

図 2-2 訪問看護事業所

2) 開設主体

開設主体は、訪問リハビリテーションは医療法人が最も多く（66.2%）、次いで公的医療機関（7.9%）であった。

訪問看護事業所は、営利法人が最も多く（36.5%）、次いで医療法人（35.3%）であった。

訪問介護事業所は、医療法人が最も多く（65.2%）、次いで社会福祉法人（26.1%）、営利法人（4.3%）であった。

	件数	国	公的医療機関	社会保険関係	医療法人	社会福祉法人	営利法人	その他	無回答
訪問リハ事業所	390	2 0.5%	31 7.9%	2 0.5%	258 66.2%	25 6.4%	3 0.8%	60 15.4%	9 2.3%
訪問看護事業所・ステーション	241		4 1.7%		85 35.3%	11 4.6%	88 36.5%	46 19.1%	7 2.9%
訪問介護事業所	23				15 65.2%	6 26.1%	1 4.3%	1 4.3%	

図 2-3 開設主体

3) 同一法人内併設サービス

同一法人内で併設しているサービスは、訪問リハビリテーション事業所では、病院／診療所が最も多く（86.7%）、次いで居宅介護支援事業所（56.7%）が、次に通所リハビリテーション事業所（55.1%）であった。

訪問看護事業所・ステーションでは、居宅介護支援事業所が最も多く（53.1%）、次いで病院／診療所（46.9%）が、次に通所リハビリテーション事業所（26.6%）であった。

訪問介護事業所では居宅介護支援事業所が最も多く（87.0%）、次いで訪問看護ステーション（69.6%）が、次に通所リハビリテーション事業所（52.2%）であった。

	件数	病院／診療所	設介護老人保健施設	設介護老人福祉施設	業居所宅介護支援事業所	シ訪問看護ステーション	所テ訪問リハビリ事業	所テ通所リハビリ事業	訪問介護事業所	通所介護事業所	業福社用具貸与事業	その他	無回答
訪問リハ事業所	390	338 86.7%	148 37.9%	54 13.8%	221 56.7%	153 39.2%	133 34.1%	215 55.1%	60 15.4%	59 15.1%	13 3.3%	22 5.6%	7 1.8%
訪問看護事業所・ステーション	241	113 46.9%	56 23.2%	15 6.2%	128 53.1%	52 21.6%	36 14.9%	64 26.6%	53 22.0%	43 17.8%	9 3.7%	31 12.9%	42 17.4%
訪問介護事業所	23	11 47.8%	8 34.8%	4 17.4%	20 87.0%	16 69.6%	9 39.1%	12 52.2%	11 47.8%	8 34.8%	2 8.7%	3 13.0%	

図 2-4 同一法人内併設サービス

4) 事業所の人員

事業所の人員については以下のとおりであった。

事業所	職種	人数										平均	最大値	最小値	平均の母数	実数合計	標準偏差		
		0人	1人	2人	3人	4人	5人	6人	7人	8人	9人							10人以上	
訪問リハ事業所	作業療法士	14	129	92	46	39	11	3	3	5	3	10	35	252	33	0	378	952	3.416
		3.6%	33.1%	23.6%	11.8%	10.0%	2.8%	0.8%	0.8%	1.3%	0.8%	2.6%	9.0%						
	理学療法士	7	51	91	45	42	31	15	5	3	3	31	43	3.96	63	0	378	1495	6.13
		1.8%	19.0%	23.3%	11.5%	10.8%	7.9%	3.8%	1.3%	0.8%	0.8%	7.9%	11.0%						
	言語聴覚士	63	85	23	12	3	4	2	1	2	1	2	194	0.67	14	0	378	253	1.416
		16.2%	21.5%	5.9%	3.1%	0.8%	1.0%	0.3%	0.3%	0.3%	0.3%	0.3%	49.7%						
	看護職員	61	3	3	5	5	1	4	2	5	5	25	271	3.1	188	0	378	1173	14.419
		15.6%	0.8%	0.8%	1.3%	1.3%	0.3%	1.0%	0.5%	1.3%	1.3%	6.4%	69.5%						
	訪問介護員	87		2										298	75	0	378	106	3.97
		22.3%												76.4%					
うちカーナビ担当責任者	63	5	2										320	2	0	387	9	0.18	
	16.2%	1.3%	0.5%										82.1%						
事務職員	48	53	11	12	12	6	3	3	3	3	10	228	1.21	47	0	387	469	4	
	12.3%	13.6%	2.8%	3.1%	3.1%	1.5%	0.8%	0.8%	0.8%	0.8%	3.3%	58.5%							
その他	50	13	4	2	4	2	1	1	1	1	14	298	1.78	163	0	387	687	11.28	
	12.8%	3.3%	1.0%	0.5%	1.0%	0.5%	0.3%	0.3%	0.3%	0.3%	3.6%	76.4%							
訪問看護ステーション	作業療法士	2	71	65	36	22	6	7	3	3	10	25	286	43	0	239	684	4.08	
		0.8%	29.5%	22.8%	14.9%	9.1%	2.5%	2.9%	1.2%	1.2%	4.1%	10.4%							
	理学療法士	7	53	34	24	16	16	7	9	9	3	16	47	3.4	31	0	239	812	4.74
		2.9%	22.0%	14.1%	10.0%	6.6%	6.6%	2.9%	3.7%	3.7%	1.2%	6.6%	19.5%						
	言語聴覚士	50	99	21	6	1	3	1	1	1	1	119	0.57	10	0	239	136	1.22	
		20.7%	16.2%	8.7%	2.5%	0.4%	1.3%	0.4%	0.4%	0.4%	0.4%	49.4%							
	看護職員				28	35	38	29	18	21	16	48	8	7.08	43	0	239	1691	4.72
					11.6%	14.5%	15.8%	11.6%	7.3%	8.7%	6.6%	19.9%	3.8%						
	訪問介護員	59	3	1								3	173	0.34	29	0	239	81	2.41
		24.5%	1.2%									1.2%	71.8%						
うちカーナビ担当責任者	48	5	2	2									183	8	0	238	23	0.62	
	19.9%	2.1%	0.8%	0.8%									75.9%						
事務職員	17	90	42	15	5	2						70	1.04	5	0	239	249	1.05	
	7.1%	37.3%	17.4%	6.2%	2.1%	0.8%						29.0%							
その他	37	5	3	1	1	1	1	1	1	1	192	0.15	12	0	238	36	0.95		
	15.4%	2.4%	1.2%	0.4%	0.4%	0.4%	0.4%	0.4%	0.4%	0.4%	79.7%								
訪問介護事業所	作業療法士	2	1										20	0.04	1	0	23	1	0.2
		8.7%	4.3%										87.0%						
	理学療法士	1											21	0.13	3	0	23	3	0.61
		4.3%											91.3%						
	言語聴覚士	1											22	0	0	0	23	0	0
		4.3%											95.7%						
	看護職員	23	4.3%										21	0.22	5	0	23	5	1.02
		4.3%											91.3%						
	訪問介護員				2	3	2		4	1	2	9	12.57	39	3	23	289	10.91	
					8.7%	13.0%	8.7%	17.4%	4.3%	8.7%	39.1%								
うちカーナビ担当責任者	6	1	7	4	1	1	1	1	1	1	3	2.18	7	0	22	48	1.59		
	26.1%	30.4%	17.4%	4.3%	4.3%	4.3%	4.3%	4.3%	4.3%	4.3%	13.0%								
事務職員	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17	0.43	3	0	21	9	0.79		
	17.4%	4.3%	4.3%	4.3%	4.3%	4.3%	4.3%	4.3%	4.3%	4.3%	73.9%								
その他	1	4.3%										22	0.05	1	0	21	1	0.21	
	4.3%											95.7%							

図 2-5 事業所の人員

6) 加算の取得状況（訪問リハ）

a. リハビリテーションマネジメント加算

リハビリテーションマネジメント加算Ⅰにおいては、いずれの介護度においても1事業所辺り1～5人未満が最も多く（24.9%～37.9%）、次いで5～10人未満が多く（16.9%～21.8%）、次に10～15人未満が多かった。

	件数	0人	1～5人未満	5～10人未満	満10～15人未	満15～20人未	満20～25人未	満25～30人未	満30～35人未	満35～40人未	満40～45人未	満45～50人未	50人以上	無回答	平均	最大値	最小値	平均の分母	実数合計	標準偏差
要介護1	390	23 5.9%	129 33.1%	75 19.2%	39 10.0%	21 5.4%	12 3.1%	1 0.3%	3 0.8%	6 1.5%		2 0.5%	7 1.8%	72 18.5%	7.88	90	0	352	2773	11.71
要介護2	390	23 5.9%	97 24.9%	85 21.8%	47 12.1%	24 6.2%	22 5.6%	10 2.6%	4 1.0%	7 1.8%	2 0.5%		11 2.8%	58 14.9%	10.45	108	0	352	3679	13.73
要介護3	390	24 6.2%	125 32.1%	69 17.7%	43 11.0%	24 6.2%	12 3.1%	9 2.3%	4 1.0%	2 0.5%	1 0.3%		6 1.5%	71 18.2%	8.25	75	0	336	2772	10.7
要介護4	390	25 6.4%	128 32.8%	81 20.8%	32 8.2%	24 6.2%	10 2.6%	3 0.8%	4 1.0%	3 0.8%		2 0.5%	4 1.0%	74 19.0%	7.24	53	0	336	2434	9.17
要介護5	390	34 8.7%	148 37.9%	66 16.9%	33 8.5%	11 2.8%	5 1.3%	6 1.5%	2 0.5%	2 0.5%	2 0.5%	1 0.3%	1 0.3%	79 20.3%	5.75	52	0	332	1909	7.77

図 2-7 リハビリテーションマネジメント加算Ⅰ

リハビリテーションマネジメント加算Ⅱにおいては、いずれの介護度においても1事業所辺り0人が最も多く（38.5%～40.3%）、多くの事業所で当該加算は所得されていなかった。

	件数	0人	1～5人未満	5～10人未満	満10～15人未	満15～20人未	満20～25人未	満25～30人未	満30～35人未	満35～40人未	満40～45人未	満45～50人未	50人以上	無回答	平均	最大値	最小値	平均の分母	実数合計	標準偏差
要介護1	390	157 40.3%	28 7.2%	6 1.5%	1 0.3%	4 1.0%		1 0.3%						193 49.5%	0.89	27	0	211	188	3.19
要介護2	390	151 38.7%	32 8.2%	4 1.0%	6 1.5%	2 0.5%	1 0.3%	3 0.8%						191 49.0%	1.36	28	0	211	287	4.3
要介護3	390	150 38.5%	38 9.7%	3 0.8%	6 1.5%	1 0.3%	2 0.5%	1 0.3%						189 48.5%	0.91	27	0	285	258	3.25
要介護4	390	152 39.0%	33 8.5%	9 2.3%		3 0.8%		1 0.3%						192 49.2%	0.7	26	0	281	198	2.6
要介護5	390	156 40.0%	31 7.9%	3 0.8%	2 0.5%	1 0.3%	1 0.3%	1 0.3%						195 50.0%	0.56	25	0	281	156	2.49

図 2-8 リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ

b. 短期集中リハビリテーション実施加算

短期集中リハビリテーション実施加算においては、いずれの介護度においても 1 事業所
 辺り 0 人が最も多く (29.2%~37.4%)、次いで 1~5 人未満が多く (14.6%~21.3%)、次
 に 5~10 人未満が多かった (1.3%~3.1%)。

件数	0人	1~5人未満	5~10人未満	満10~15人未	満15~20人未	満20~25人未	満25~30人未	満30~35人未	満35~40人未	満40~45人未	満45~50人未	50人以上	無回答	平均	最大値	最小値	平均の分母	実数合計	標準偏差	
要介護1	122 31.3%	70 17.9%	9 2.3%	2 0.5%	3 0.8%	2 0.5%	2 0.5%	1 0.3%					179 45.9%	1.39	32	0	270	376	4.1	
要介護2	123 31.5%	81 20.8%	8 2.1%	2 0.5%	1 0.3%	6 1.5%	2 0.5%						1 0.3%	166	1.84	89	0	270	497	6.82
要介護3	114 29.2%	83 21.3%	12 3.1%	4 1.0%	4 1.0%	4 1.0%						1 0.3%	1 0.3%	167	2.1	50	0	252	529	5.73
要介護4	115 29.5%	77 19.7%	7 1.8%	3 0.8%	3 0.8%	5 1.3%	1 0.3%	2 0.5%	2 0.5%					175 44.9%	2.13	39	0	250	533	5.91
要介護5	146 37.4%	57 14.6%	5 1.3%	2 0.5%	1 0.3%	1 0.3%		1 0.3%	1 0.3%					176	1.01	36	0	249	252	3.79

図 2-9 短期集中リハビリテーション実施加算

c. 社会参加支援加算

社会参加支援加算においては、いずれの介護度においても 1 事業所辺り 0 人が最も多
 かった (21.0%~23.3%)。次いで、要介護 5 においては、1~5 人未満が多い (9.7%)
 が、要介護 1~4 では次に 5~10 人未満が多かった (6.9%~10.5%)。

件数	0人	1~5人未満	5~10人未満	満10~15人未	満15~20人未	満20~25人未	満25~30人未	満30~35人未	満35~40人未	満40~45人未	満45~50人未	50人以上	無回答	平均	最大値	最小値	平均の分母	実数合計	標準偏差
要介護1	85 21.8%	23 5.9%	34 8.7%	19 4.9%	16 4.1%	11 2.8%	3 0.8%	2 0.5%	4 1.0%	1 0.3%	2 0.5%	25 6.4%	165	17.39	291	0	229	3983	35.74
要介護2	85 21.8%	18 4.6%	27 6.9%	20 5.1%	11 2.8%	16 4.1%	6 1.5%	2 0.5%	4 1.0%	1 0.3%	2 0.5%	34 8.7%	164	25.59	570	0	229	5861	58.9
要介護3	82 21.0%	26 6.7%	27 6.9%	24 6.2%	15 3.8%	10 2.6%	2 0.5%	4 1.0%	4 1.0%	6 1.5%	2 0.5%	22 5.6%	166	13.15	434	0	343	4509	39.13
要介護4	83 21.3%	28 7.2%	41 10.5%	11 2.8%	18 4.6%	4 1.0%	3 0.8%	3 0.8%	5 1.3%	1 0.3%	4 1.0%	23 5.9%	166	12.16	286	0	343	4170	34.48
要介護5	91 23.3%	38 9.7%	30 7.7%	18 4.6%	9 2.3%	6 1.5%	4 1.0%	2 0.5%	4 1.0%	3 0.8%	3 0.8%	16 4.1%	166	10.15	470	0	343	3482	37.02

図 2-10 社会参加支援加算

d. サービス提供体制強化加算

サービス提供体制強化加算においては、いずれの介護度においても1事業所辺り1人～5人未満が最も多く(21.8%～28.5%)、次いで、5～10人未満が多かった(13.3%～18.5%)。次に要介護1～3においては10～15人未満が多く(要介護1:7.9%、要介護2:10.3%、要介護3:8.7%)、要介護4,5においては0人が多かった(要介護4:6.7% 要介護5:10.8%)。

	件数	0人	1～5人未満	5～10人未満	満10～15人未満	満15～20人未満	満20～25人未満	満25～30人未満	満30～35人未満	満35～40人未満	満40～45人未満	満45～50人未満	50人以上	無回答	平均	最大値	最小値	平均の分母	実数合計	標準偏差
要介護1	390	27 6.9%	107 27.4%	59 15.1%	31 7.9%	19 4.9%	11 2.8%	5 1.3%	3 0.8%	6 1.5%	2 0.5%	5 1.3%	39 10.0%	76 19.5%	24.98	581	0	340	8493	62.3
要介護2	390	24 6.2%	85 21.8%	69 17.7%	40 10.3%	25 6.4%	17 4.4%	8 2.1%	2 0.5%	6 1.5%	1 0.3%	3 0.8%	48 12.3%	62 15.9%	38.54	1168	0	340	13104	107.99
要介護3	390	29 7.4%	106 27.2%	52 13.3%	34 8.7%	16 4.1%	15 3.8%	6 1.5%	7 1.8%	6 1.5%	4 1.0%	33 8.5%	76 19.5%	37 9.5%	30.85	876	0	314	9686	86.18
要介護4	390	26 6.7%	106 27.2%	72 18.5%	22 5.6%	6 1.5%	5 1.3%	3 0.8%	6 1.5%	3 0.8%	4 1.0%	37 9.5%	77 19.7%	29.65	579	0	313	9279	77.05	
要介護5	390	42 10.8%	111 28.5%	57 14.6%	24 6.2%	15 3.8%	6 1.5%	5 1.3%	8 2.1%	5 1.3%	2 0.5%	29 7.4%	81 20.8%	21.92	683	0	309	6773	63.2	

図 2-11 サービス提供体制強化加算

e. 加算を算定していない連携の状況

加算未算定だが同一法人内の他事業所と連携した場合については、いずれの介護度においても1事業所辺り0人が最も多く(27.7%～32.6%)、次いで1～5人未満が多く(6.2%～11.0%)、次に5～10人未満が多かった(1.0%～3.1%)。

	件数	0人	1～5人未満	5～10人未満	満10～15人未満	満15～20人未満	満20～25人未満	満25～30人未満	満30～35人未満	満35～40人未満	満40～45人未満	満45～50人未満	50人以上	無回答	平均	最大値	最小値	平均の分母	実数合計	標準偏差
要介護1	390	108 27.7%	43 11.0%	7 1.8%	1 0.3%	4 1.0%								227 58.2%	1.3	22	0	172	223	3.59
要介護2	390	108 27.7%	38 9.7%	12 3.1%	2 0.5%	1 0.3%	1 0.3%	1 0.3%				1 0.3%		226 57.9%	1.57	45	0	172	270	4.84
要介護3	390	112 28.7%	35 9.0%	5 1.3%	2 0.5%	3 0.8%	1 0.3%	1 0.3%						231 59.2%	1.29	31	0	174	225	3.85
要介護4	390	110 28.2%	43 11.0%	4 1.0%	1 0.3%	4 1.0%	1 0.3%							227 58.2%	1.13	25	0	176	198	3.38
要介護5	390	127 32.6%	24 6.2%	5 1.3%	1 0.3%	1 0.3%	1 0.3%	1 0.3%						230 59.0%	0.84	25	0	173	146	3.12

図 2-12 加算未算定だが同一法人内の他事業所と連携した人数

加算未算定だが他法人の事業所と連携した場合については、いずれの介護度においても1事業所辺り0人が最も多く(24.1%～27.4%)、次いで1～5人未満が多かった(7.9%～9.2%)。次に要介護2以外は5～10人未満が多く(2.3%～4.6%)、要介護2においては10～15人未満が多かった(2.6%)。

	件数	0人	1～5人未満	5～10人未満	満10～15人未満	満15～20人未満	満20～25人未満	満25～30人未満	満30～35人未満	満35～40人未満	満40～45人未満	満45～50人未満	50人以上	無回答	平均	最大値	最小値	平均の分母	実数合計	標準偏差
要介護1	390	99 25.4%	36 9.2%	9 2.3%	9 2.3%	2 0.5%	1 0.3%	1 0.3%	1 0.3%	1 0.3%	1 0.3%	1 0.3%		229 58.7%	2.76	46	0	171	472	7.08
要介護2	390	94 24.1%	36 9.2%	7 1.8%	10 2.6%	5 1.3%	4 1.0%						3 0.8%	230 59.0%	3.83	85	0	171	655	10.45
要介護3	390	98 25.1%	31 7.9%	18 4.6%	3 0.8%	3 0.8%	1 0.3%						3 0.8%	232 59.5%	2.98	68	0	171	510	8.98
要介護4	390	96 24.6%	32 8.2%	15 3.8%	5 1.3%	4 1.0%			1 0.3%	2 0.5%	1 0.3%			234 60.0%	2.57	42	0	171	440	6.55
要介護5	390	107 27.4%	34 8.7%	11 2.8%	5 1.3%	1 0.3%	1 0.3%	1 0.3%	1 0.3%	2 0.5%				227 58.2%	2.11	38	0	171	361	5.91

図 2-13 加算未算定だが他法人の事業所と連携した人数

7) 加算の取得状況（訪問看護）

a. 退院時共同指導加算

退院時共同指導加算においては、いずれの介護度においても1事業所辺り0人が最も多く（38.2%～44.1%）、次いで1～5人未満が多かった（10.0%～14.1%）。

	件数	0人	1～5人未満	5～10人未満	満10～15人未満	満15～20人未満	満20～25人未満	満25～30人未満	満30～35人未満	満35～40人未満	満40～45人未満	満45～50人未満	50人以上	無回答	平均	最大値	最小値	平均の分母	実数合計	標準偏差
要介護1	241	99 41.1%	24 10.0%											118 49.0%	0.16	3	0	170	27	0.43
要介護2	241	99 41.1%	28 11.6%											114 47.3%	0.19	2	0	170	33	0.46
要介護3	241	98 40.7%	33 13.7%											110 45.6%	0.28	2	0	135	38	0.53
要介護4	241	94 39.0%	32 13.3%											115 47.7%	0.31	3	0	129	40	0.59
要介護5	241	92 38.2%	34 14.1%											115 47.7%	0.38	4	0	130	49	0.73

図 2-14 退院時共同指導加算

b. 看護・介護職員連携強化加算

看護・介護職員連携強化加算においては、いずれの介護度においても1事業所辺り0人が最も多く（同率43.6%）、多くの事業所で当該加算が取得されていなかった。

	件数	0人	1～5人未満	5～10人未満	満10～15人未満	満15～20人未満	満20～25人未満	満25～30人未満	満30～35人未満	満35～40人未満	満40～45人未満	満45～50人未満	50人以上	無回答	平均	最大値	最小値	平均の分母	実数合計	標準偏差
要介護1	241	105 43.6%												136 56.4%	0	0	0	107	0	0
要介護2	241	105 43.6%												136 56.4%	0	0	0	107	0	0
要介護3	241	105 43.6%												136 56.4%	0	0	0	114	0	0
要介護4	241	105 43.6%	1 0.4%											135 56.0%	0.01	1	0	115	1	0.09
要介護5	241	105 43.6%	1 0.4%											135 56.0%	0.01	1	0	114	1	0.09

図 2-15 看護・介護職員連携強化加算

c. 看護体制強化加算

看護体制強化加算においては、いずれの介護度においても1事業所辺り0人が最も多く（39.8%～40.2%）、多くの事業所で当該加算が取得されていなかった。

	件数	0人	1～5人未満	5～10人未満	満10～15人未満	満15～20人未満	満20～25人未満	満25～30人未満	満30～35人未満	満35～40人未満	満40～45人未満	満45～50人未満	50人以上	無回答	平均	最大値	最小値	平均の分母	実数合計	標準偏差
要介護1	241	96 39.8%	2 0.8%	6 2.5%	6 2.5%	2 0.8%		1 0.4%		1 0.4%				127 52.7%	1.92	35	0	114	219	5.46
要介護2	241	96 39.8%	2 0.8%	5 2.1%	5 2.1%		2 0.8%	1 0.4%	1 0.4%	2 0.8%				127 52.7%	2.43	38	0	114	277	7.11
要介護3	241	97 40.2%	2 0.8%	6 2.5%	3 1.2%	1 0.4%	1 0.4%	1 0.4%	3 1.2%					127 52.7%	2.02	32	0	114	230	6.02
要介護4	241	97 40.2%	2 0.8%	7 2.9%	1 0.4%	3 1.2%		1 0.4%	2 0.8%		1 0.4%			127 52.7%	2.17	42	0	114	247	6.86
要介護5	241	96 39.8%	3 1.2%	5 2.1%		3 1.2%	2 0.8%	3 1.2%		1 0.4%			1 0.4%	127 52.7%	2.68	53	0	114	306	8.14

図 2-16 看護体制強化加算

d. 加算を算定していない連携について

加算未算定だが同一法人内の他事業所と連携した場合においては、いずれの介護度においても1事業所辺り0人が最も多く（31.1%～33.6%）、次いで1～5人未満が多く（6.6%～11.2%）、次に要介護3以外は5～10人未満が多く（3.3%～5.0%）、要介護3においては10～15人未満が多かった（2.1%）。

	件数	0人	1～5人未満	5～10人未満	満10～15人未	満15～20人未	満20～25人未	満25～30人未	満30～35人未	満35～40人未	満40～45人未	満45～50人未	50人以上	無回答	平均	最大値	最小値	平均の分母	実数合計	標準偏差
要介護1	241	75 31.1%	19 7.9%	12 5.0%	2 0.8%	2 0.8%					1 0.4%			130 53.9%	1.91	40	0	116	222	5
要介護2	241	76 31.5%	20 8.3%	9 3.7%	5 2.1%	1 0.4%	1 0.4%	1 0.4%						128 53.1%	1.93	25	0	116	224	4.28
要介護3	241	75 31.1%	27 11.2%	3 1.2%	5 2.1%	1 0.4%								130 53.9%	1.18	17	0	125	147	2.88
要介護4	241	81 33.6%	16 6.6%	8 3.3%	2 0.8%	2 0.8%								132 54.8%	1.12	19	0	125	140	2.93
要介護5	241	80 33.2%	17 7.1%	9 3.7%	1 0.4%									134 55.6%	0.9	14	0	124	111	2.22

図 2-17 加算未算定だが同一法人内の他事業所と連携した人数

加算未算定だが他法人の事業所と連携した場合においては、いずれの介護度においても1事業所辺り0人が最も多く（27.0%～29.5%）、次いで1～5人未満が多く（13.3%～10.0%）、次に要介護2～3は5～10人未満が多く（要介護2:3.7%、要介護3:4.1%、要介護4:3.3%）、要介護1においては10～15人未満が多く（3.3%）、要介護4においては5～10人未満と10～15人未満が続いた（同率2.1%）。

	件数	0人	1～5人未満	5～10人未満	満10～15人未	満15～20人未	満20～25人未	満25～30人未	満30～35人未	満35～40人未	満40～45人未	満45～50人未	50人以上	無回答	平均	最大値	最小値	平均の分母	実数合計	標準偏差
要介護1	241	66 27.4%	27 11.2%	7 2.9%	8 3.3%		1 0.4%			1 0.4%				131 54.4%	2.19	38	0	121	265	4.94
要介護2	241	65 27.0%	29 12.0%	9 3.7%	6 2.5%	2 0.8%	2 0.8%							128 53.1%	2.37	24	0	121	287	4.56
要介護3	241	71 29.5%	24 10.0%	10 4.1%	3 1.2%		3 1.2%							130 53.9%	1.87	23	0	121	226	4.25
要介護4	241	70 29.0%	29 12.0%	8 3.3%	5 2.1%	2 0.8%		1 0.4%						126 52.3%	1.84	25	0	121	223	4.06
要介護5	241	67 27.8%	32 13.3%	5 2.1%	5 2.1%	2 0.8%	2 0.8%							128 53.1%	1.9	22	0	121	230	4.17

図 2-18 加算未算定だが他法人の事業所と連携した人数

8) 加算の取得状況（訪問介護）

a. 生活機能向上連携加算

生活機能向上連携加算においては、いずれの介護度においても1事業所辺り0人が最も多く（同率52.2%）、多くの事業所で当該加算が取得されていなかった。

	件数	0人	1～5人未満	5～10人未満	満10～15人未	満15～20人未	満20～25人未	満25～30人未	満30～35人未	満35～40人未	満40～45人未	満45～50人未	50人以上	無回答	平均	最大値	最小値	平均の分母	実数合計	標準偏差
要介護1	23	12 52.2%												11 47.8%	0	0	0	12	0	0
要介護2	23	12 52.2%												11 47.8%	0	0	0	12	0	0
要介護3	23	12 52.2%												11 47.8%	0	0	0	13	0	0
要介護4	23	12 52.2%												11 47.8%	0	0	0	13	0	0
要介護5	23	12 52.2%												11 47.8%	0	0	0	13	0	0

図 2-19 生活機能向上連携加算

加算を算定していない連携について加算未算定だが同一法人内の他事業所と連携した場合においては、いずれの介護度においても1事業所辺り0人が最も多く（39.1%～43.5%）、次いで、1～5人未満が多く（4.3%～13.0%）、要介護2においては同率で5～10人未満が続いた（1～5人未満、5～10人未満：同率4.3%）。

	件数	0人	1～5人未満	5～10人未満	満10～15人未	満15～20人未	満20～25人未	満25～30人未	満30～35人未	満35～40人未	満40～45人未	満45～50人未	50人以上	無回答	平均	最大値	最小値	平均の分母	実数合計	標準偏差
要介護1	23	9 39.1%	2 8.7%											12 52.2%	0.33	2	0	12	4	0.75
要介護2	23	9 39.1%	4 17.4%	1 4.3%										12 52.2%	0.67	6	0	12	8	1.7
要介護3	23	10 43.5%	2 8.7%											11 47.8%	0.23	2	0	13	3	0.58
要介護4	23	9 39.1%	3 13.0%											11 47.8%	0.31	2	0	13	4	0.61
要介護5	23	10 43.5%	1 4.3%											12 52.2%	0.08	1	0	13	1	0.27

図 2-20 加算未算定だが同一法人内の他事業所と連携した人数

加算未算定だが他法人の事業所と連携した場合には、いずれの介護度においても1事業所辺り0人が最も多く（43.5%～47.8%）、多くの事業所で当該連携はされていなかった。

	件数	0人	1～5人未満	5～10人未満	10～15人未満	15～20人未満	20～25人未満	25～30人未満	30～35人未満	35～40人未満	40～45人未満	45～50人未満	50人以上	無回答	平均	最大値	最小値	平均の分母	実数合計	標準偏差
要介護1	23	10 43.5%	1 4.3%	1 4.3%										11 47.8%	0.54	5	0	13	7	1.39
要介護2	23	10 43.5%	2 8.7%			1 4.3%								10 43.5%	1.46	17	0	13	19	4.5
要介護3	23	10 43.5%	1 4.3%	1 4.3%										11 47.8%	0.62	7	0	13	8	1.86
要介護4	23	10 43.5%	2 8.7%											11 47.8%	0.38	4	0	13	5	1.08
要介護5	23	11 47.8%	1 4.3%											11 47.8%	0.31	4	0	13	4	1.07

図 2-21 加算未算定だが他法人の事業所と連携した

9) 生活行為向上マネジメントについて（訪問リハ）

生活行為向上マネジメントについて（訪問リハ）は、導入していない事業所が最も多く（59.0%）、次いで内容の一部を導入している（22.1%）、今後導入予定である（7.9%）が続いた。

	件数	ですべてを導入し	内容の一部を導入	今後導入予定	導入していない	わからない	無回答
訪問リハ事業所	390	2 0.5%	86 22.1%	31 7.9%	230 59.0%	17 4.4%	24 6.2%

図 2-22 生活行為向上マネジメントの導入状況について（訪問リハ）

(2) 多職種連携の状況

2017年11月にサービス提供を行った利用者のうち、最後に訪問した利用者を調査対象として、11月1ヶ月間の連携状況について調査した結果を以下に示す。

1) 調査対象利用者の属性

a. 年齢

調査対象利用者の年齢は、訪問リハ事業所では80～85歳未満が最も多く（15.9%）、次いで75～80歳未満（15.6%）、次に70～75歳未満と85～90歳未満（同率14.9%）が並んだ。

訪問看護事業所・ステーションでは、80～85歳未満と85～90歳未満が最も多く（同率18.7%）、次に70～75歳未満（13.3%）、65歳未満（12.0%）と続いた。

訪問介護事業所では、90～95歳未満が最も多く（26.1%）、次いで75～80歳未満と80～85歳未満（同率13.0%）が、次に65歳未満・70～75歳未満・85～90歳未満（同率8.7%）が続いた。

	件数	65歳未満	65～70歳未満	70～75歳未満	75～80歳未満	80～85歳未満	85～90歳未満	90～95歳未満	95～100歳未満	100歳以上	無回答	平均	最大値	最小値	平均の分母	実数合計	標準偏差
訪問リハ事業所	390	10.3%	11.5%	14.9%	15.6%	15.9%	14.9%	10.8%	2.1%	0.3%	3.8%	77.32	102	9	375	28995	11.32
訪問看護事業所・ステーション	241	12.0%	6.2%	13.3%	9.5%	18.7%	18.7%	10.4%	4.1%	1.7%	5.4%	78.08	105	5	228	17802	15.14
訪問介護事業所	23	8.7%	4.3%	8.7%	13.0%	13.0%	8.7%	26.1%		4.3%	13.0%	82.25	103	55	20	1645	12.47

図 2-23 調査対象利用者の年齢

b. 性別

調査対象利用者の性別は、訪問リハと訪問看護事業所・ステーションでは女性の利用が多く、訪問介護事業所では男性の利用が多かった。

	数件	男性	女性	無回答
訪問リハ事業所	390	166 42.6%	214 54.9%	10 2.6%
訪問看護事業所・ステーション	241	96 39.8%	142 58.9%	3 1.2%
訪問介護事業所	23	11 47.8%	10 43.5%	2 8.7%

図 2-24 調査対象利用者の性別

c. 要介護度

調査対象利用者の要介護度は、訪問リハ事業所では要介護度 2 が最も多く（26.7%）、次に要介護度 3（20.5%）、要介護度 4 と 5（ともに 16.7%）が続いた。

訪問看護事業所・ステーションでは、要介護度 5 が最も多く（24.9%）次いで要介護度 4（18.3%）、要介護度 3（17.0%）と続いた。

訪問介護事業所では、要介護度 3 が最も多く（26.1%）、次に要介護度 2 と 5（ともに 21.7%）が、次いで要介護度 1（13.0%）が続いた。

	件数	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	無回答
訪問リハ事業所	390	58 14.9%	104 26.7%	80 20.5%	65 16.7%	65 16.7%	18 4.6%
訪問看護事業所・ステーション	241	25 10.4%	39 16.2%	41 17.0%	44 18.3%	60 24.9%	32 13.3%
訪問介護事業所	23	3 13.0%	5 21.7%	6 26.1%	2 8.7%	5 21.7%	2 8.7%

図 2-25 調査対象利用者の要介護度

d. リハ介入対象となる障害種別

リハ介入対象となる障害種別は、訪問リハ事業所と訪問看護事業所・ステーションで同じ結果となり、身体障害が最も多く（訪問リハ：89.2%、訪問看護：56.8%）、次に加齢に伴う機能低下（訪問リハ：55.9%、訪問看護：48.5%）、認知症（訪問リハ：24.4%、訪問看護：32.0%）と続いた。

訪問介護事業所では、加齢に伴う機能低下が最も多く（56.5%）、次に身体障害（43.5%）、認知症（39.1%）であった。

	件数	身体障害	低加齢に伴う機能低下	認知症	知的障害	精神障害	難病	高次脳機能障害	発達障害	な聴その他（内）部疾患・視覚患	無回答
訪問リハ事業所	390	348 89.2%	218 55.9%	95 24.4%	1 0.3%	19 4.9%	50 12.8%	68 17.4%	2 0.5%	30 7.7%	12 3.1%
訪問看護事業所・ステーション	241	137 56.8%	117 48.5%	77 32.0%	5 2.1%	17 7.1%	44 18.3%	18 7.5%	4 1.7%	40 16.6%	5 2.1%
訪問介護事業所	23	10 43.5%	13 56.5%	9 39.1%		4 17.4%	5 21.7%				2 8.7%

図 2-26 リハ介入対象となる障害種別

e. 利用者の希望する活動・参加

利用者の希望する活動・参加は、訪問リハ事業所ではADLの向上が最も多く（75.1%）、次にIADLの向上（33.1%）、趣味活動・社会参加（28.5%）であった。

訪問看護事業所・ステーションでは、ADLの向上が最も多く（57.3%）、褥瘡予防・摂食嚥下機能改善・コミュニケーションの改善などを考慮した離床促進（50.6%）、IADLの向上（19.9%）であった。

訪問介護事業所では、ADLの向上と褥瘡予防・摂食嚥下機能改善・コミュニケーションの改善などを考慮した離床促進、趣味活動・社会参加が最も多かった（同率39.1%）。

	件数	褥瘡予防の改善、摂食嚥下機能改善、コミュニケーション	ADLの向上	IADLの向上	趣味活動、社会参加	その他、孫のQOLを向上させるようなイベント	無回答
訪問リハ事業所	390	104 26.7%	293 75.1%	129 33.1%	111 28.5%	57 14.6%	11 2.8%
訪問看護事業所・ステーション	241	122 50.6%	138 57.3%	48 19.9%	47 19.5%	25 10.4%	17 7.1%
訪問介護事業所	23	9 39.1%	9 39.1%	4 17.4%	9 39.1%	5 21.7%	4 17.4%

図 2-27 利用者の希望する活動・参加

2) 連携の状況（訪問リハ）

a. 連携の有無

連携先別の連携有無については、医師・医療機関との連携が最も多く（87.4%）、次いで介護支援専門員（87.2%）、福祉用具貸与事業者（48.7%）であった。

n=390

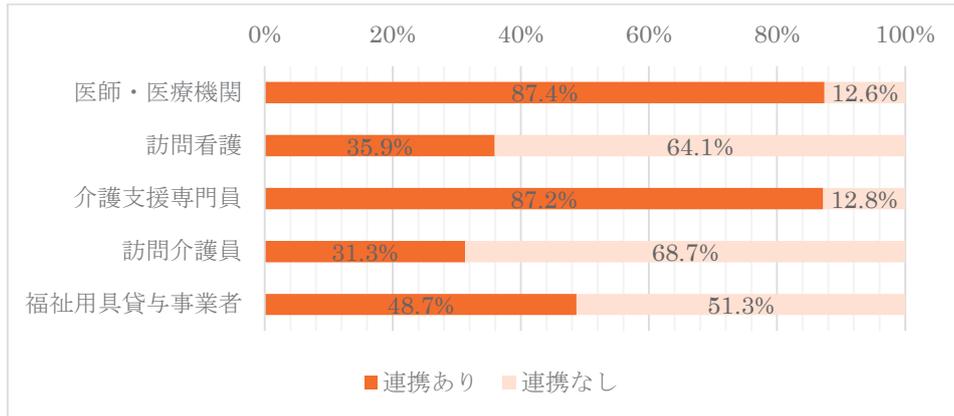


図 2-28 連携先別の連携有無（訪問リハ）

b. 連携先別の連携の状況

連携のきっかけ、目的については以下のとおりであった。

医師・医療機関においては、受診・訪問リハ時の情報提供が最も多く（64.2%）、次いでリハの指示（禁忌）が多く（52.8%）、次にサービス開始が多かった（45.2%）。

訪問看護においては、体調変化が最も多く（67.9%）、次いで受診・訪問リハ時の情報提供が多く（42.1%）、次に生活変化が多かった（41.4%）。

介護支援専門員においては、受診・訪問リハ時の情報提供が最も多く（57.9%）、次いで体調変化が多く（56.2%）、次に生活変化が多かった（52.1%）。

訪問介護員においては、生活変化が最も多く（53.3%）、次いで体調変化が多く（50.0%）、次にサービス開始が多かった（42.6%）。

福祉用具貸与事業者においては、サービス開始が最も多く（55.3%）、次いで生活変化が多く（49.5%）、次に多職種の方針やサービス手順の確認調整が多かった（27.9%）。

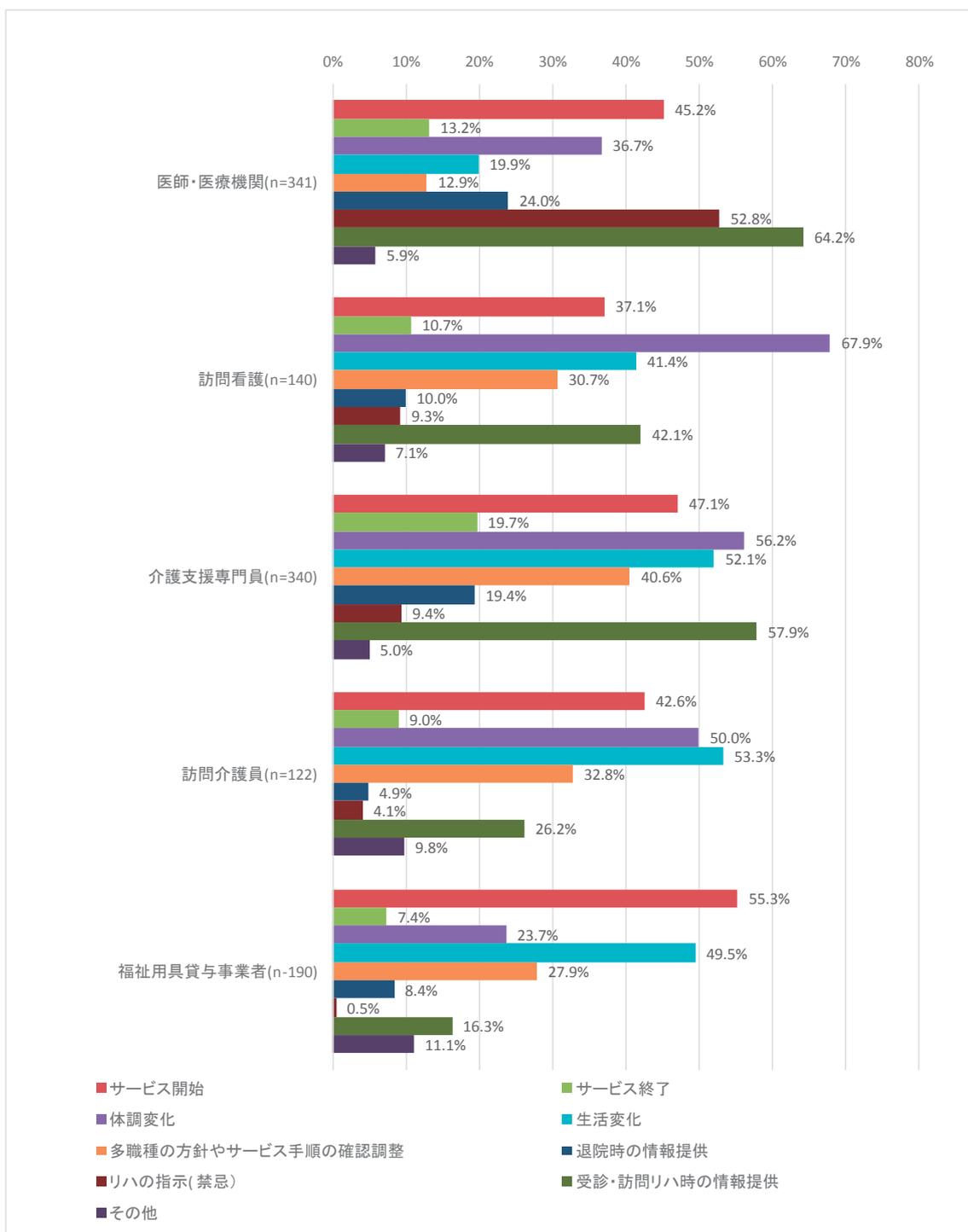


図 2-29 連携のきっかけ、目的（訪問リハ）

業務の遂行方法（連携目的別）については以下のとおりであった。

医師・医療機関においては、報告書が最も多く（76.2%）、次いで指示書が多く（66.6%）、事務所からの発信（顔を合わせない連携）が多かった（45.2%）。

訪問看護においては、利用者宅と口頭が最も多く（同率 55.7%）、次いで関係事業所が多く（44.9%）、次に電話・FAXが多かった（36.4%）。

介護支援専門員においては、電話・FAXが最も多く（61.5%）、次いで報告書が多く（60.3%）、次に口頭が多かった（60.0%）。

訪問介護員においては、利用者宅が最も多く（69.7%）、次いで口頭が多く（58.2%）、次に連絡ノートが多かった（36.1%）。

福祉用具貸与事業者においては、利用者宅が最も多く（70.0%）、次いで口頭が多く（56.3%）、次に電話・FAXの確認調整が多かった（42.6%）。

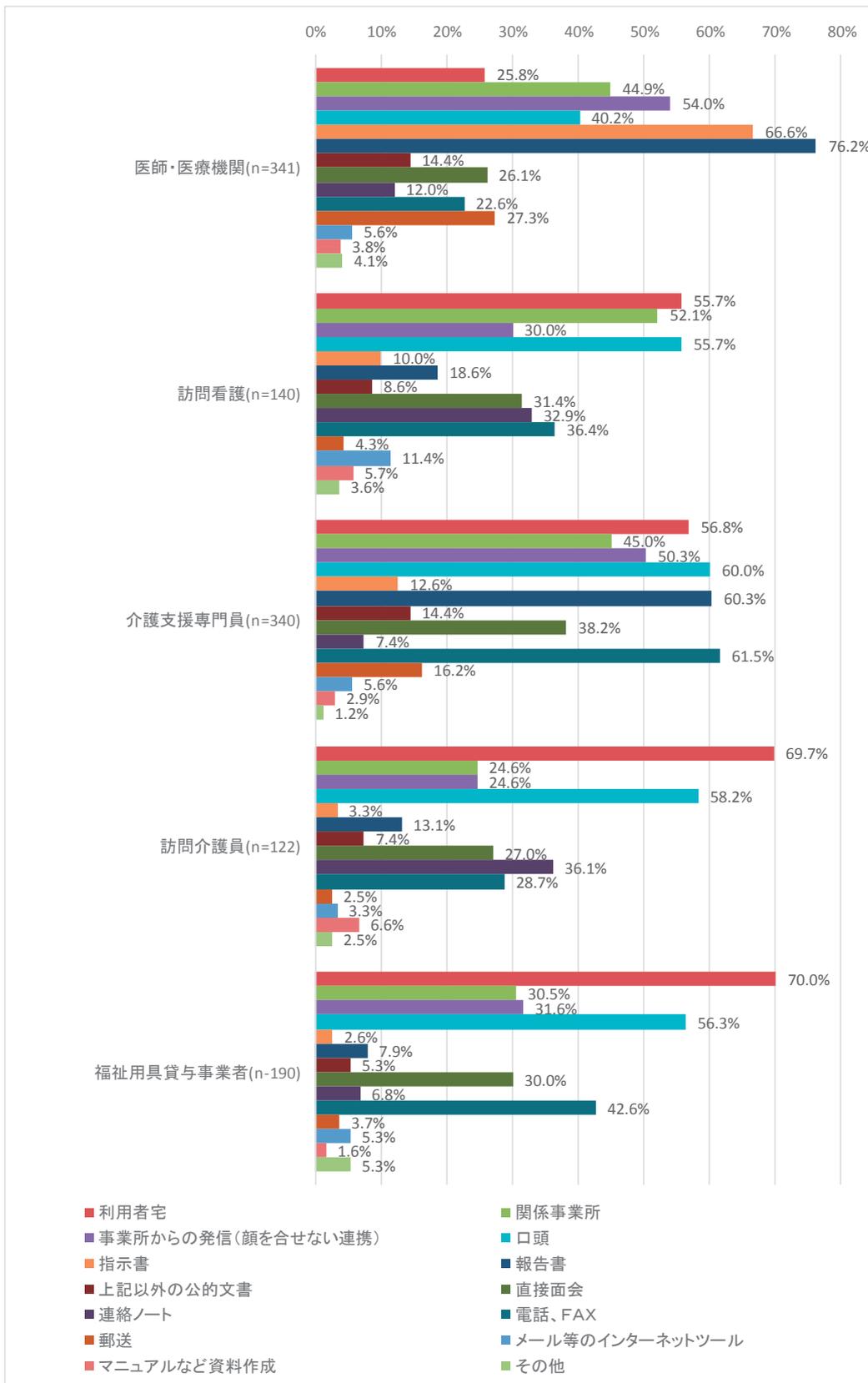


図 2-30 業務の遂行方法（連携目的別）（訪問リハ）

連携に要した時間については以下のとおりであった。

医師・医療機関においては、10～15分未満が最も多く（27.1%）、次いで15～30分未満が多く（20.1%）、5～10分未満が多かった（19.8%）。

訪問看護においては、10～15分未満が最も多く（同率28.3%）、次いで5～10分未満が多く（23.3%）、次に15～30分未満が多かった（21.7%）。

介護支援専門員においては、30～60分未満が最も多く（25.2%）、次いで15～30分未満が多く（23.5%）、次に5～10分未満が多かった（23.1%）。

訪問介護員においては、5～10分未満が最も多く（27.7%）、次いで15～30分未満が多く（22.8%）、次に10～15分未満が多かった（18.8%）。

福祉用具貸与事業者においては、10～15分未満が最も多く（28.3%）、次いで15～30分未満が多く（23.9%）、次に5～10分未満の確認調整が多かった（18.2%）。

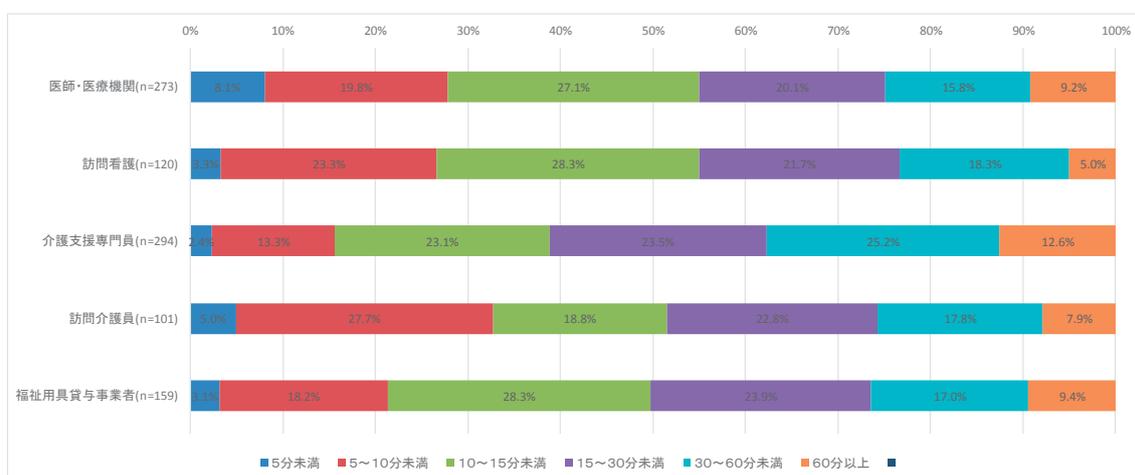


図 2-31 連携に要した時間（連携先別）（訪問リハ）

3) 連携の状況（訪問看護）

①連携の有無

連携先別の連携有無については、医師・医療機関との連携が最も多く（90.5%）、次いで介護支援専門員（86.3%）、リハビリ専門職（70.1%）であった。

n=241

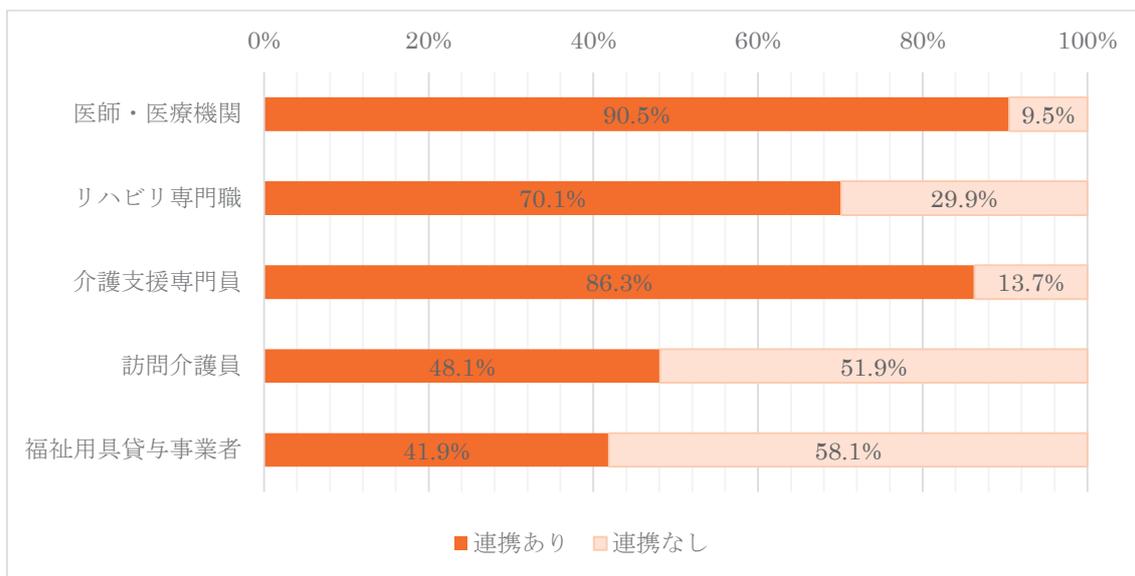


図 2-32 連携先別の連携有無（訪問看護）

②連携先別の連携の状況

連携のきっかけ、目的については以下のとおりであった。

医師・医療機関においては、体調変化が最も多く（72.5%）、次いでサービス開始が多く（51.8%）、次に受診・訪問リハ時の情報提供が多かった（48.2%）。

リハビリ専門職においては、体調変化が最も多く（63.3%）、次いでサービス開始が多く（60.4%）、次に生活変化が多かった（46.7%）。

介護支援専門員においては、体調変化が最も多く（69.2%）、次いでサービス開始が多く（56.7%）、次に生活変化が多かった（54.3%）。

訪問介護員においては、体調変化が最も多く（69.8%）、次いで生活変化が多く（55.2%）、次にサービス開始が多かった（50.9%）。

福祉用具貸与事業者においては、サービス開始が最も多く（62.4%）、次いで生活変化が多く（53.5%）、次に体調変化が多かった（36.6%）。

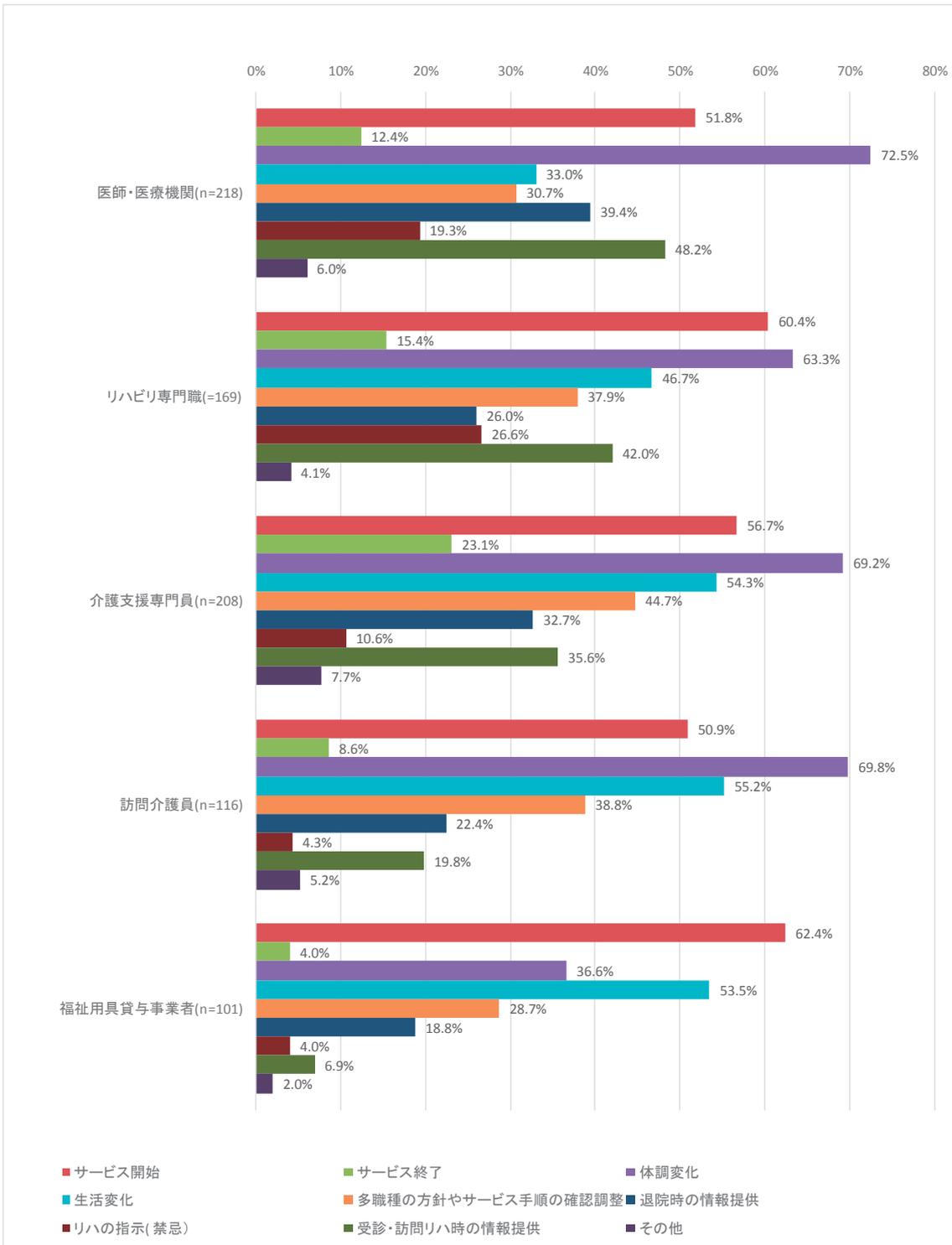


図 2-33 連携のきっかけ、目的（訪問看護）

業務の遂行方法（連携目的別）については以下のとおりであった。

医師・医療機関においては、報告書が最も多く（76.1%）、次いで指示書が多く（61.9%）、事務所からの発信（顔を合わせない連携）が多かった（56.9%）。

リハビリ専門職においては、利用者宅と口頭が最も多く（69.8%）、次いで関係事業所が多く（66.9%）、次に利用者宅が多かった（45.6%）。

介護支援専門員においては、電話・FAXが最も多く（61.1%）、次いで事務所からの発信（顔を合わせない連携）が多く（55.3%）、次に関係事業所が多かった（54.8%）。

訪問介護員においては、利用者宅が最も多く（57.8%）、次いで口頭が多く（54.3%）、次に関係事業所と連絡ノートが多かった（同率46.6%）。

福祉用具貸与事業者においては、利用者宅が最も多く（74.3%）、次いで口頭が多く（48.5%）、次に電話・FAXの確認調整が多かった（45.5%）。

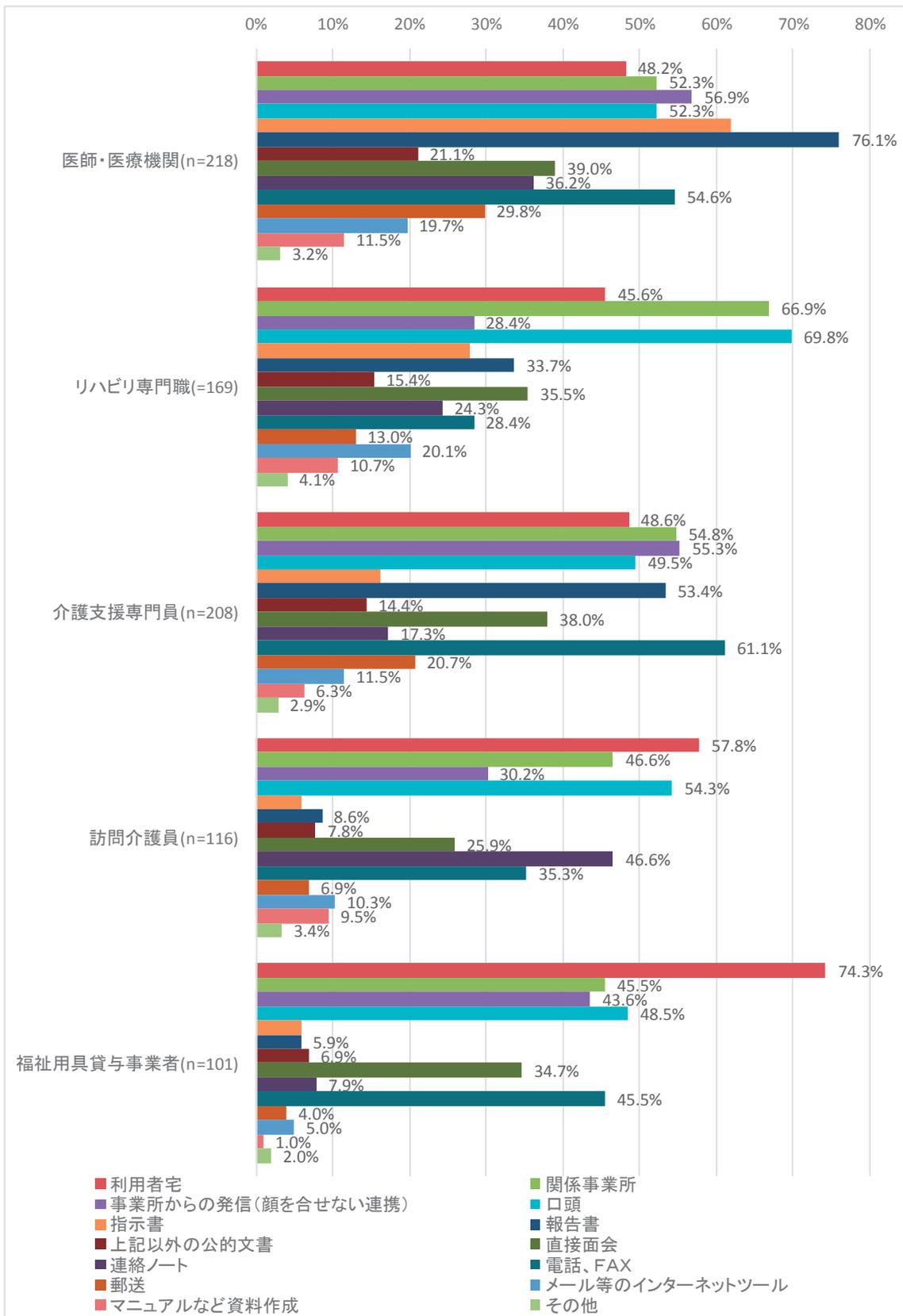


図 2-34 業務の遂行方法(連携目的別)(訪問看護)

連携に要した時間（連携先別）については以下のとおりであった。

医師・医療機関においては、10～15分未満が最も多く（24.7%）、次いで60分以上が多く（21.7%）、15～30分未満と30～60分未満が多かった（同率20.5%）。

リハビリ専門職においては、5～10分未満が最も多く（20.3%）、次いで30～60分未満と60分以上が多く（同率19.5%）、次に15～30分未満が多かった（18.8%）。

介護支援専門員においては、10～15分未満が最も多く（22.9%）、次いで15～30分未満が多く（19.7%）、次に60分以上が多かった（18.5%）。

訪問介護員においては、10～15分未満と15～30分未満が最も多く（23.8%）、次いで5～10分未満が多く（21.3%）、次に30～60分未満が多かった（15.0%）。

福祉用具貸与事業者においては、10～15分未満が最も多く（29.7%）、次いで15～30分未満が多く（24.3%）、次に5～10分未満の確認調整が多かった（20.3%）。

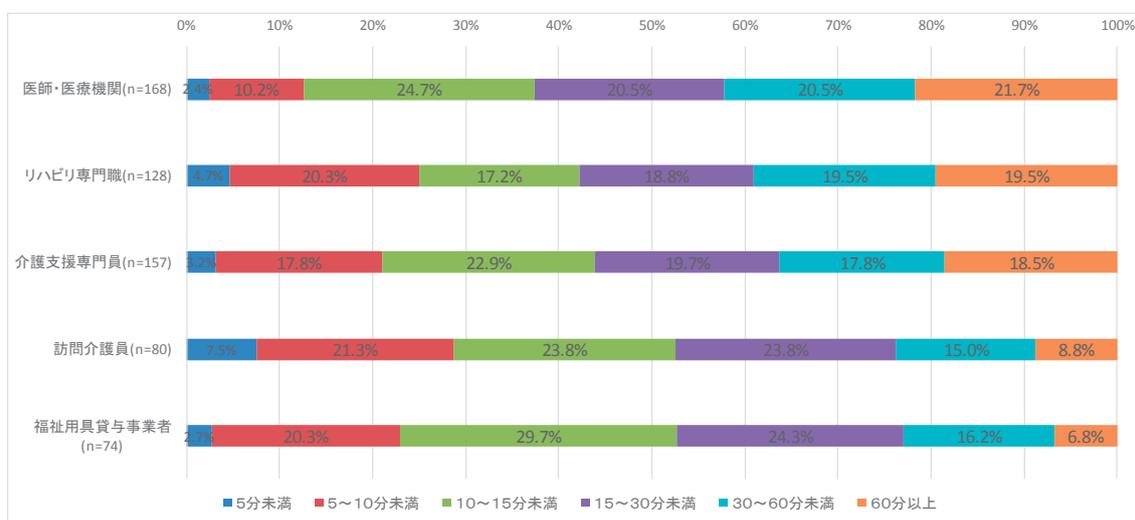


図 2-35 連携に要した時間（連携先別）（訪問看護）

4) 連携の状況（訪問介護） ※参考値（データ数が少ないため）

①連携の有無

連携先別の連携有無については、介護支援専門員との連携が最も多く（87.0%）、次いで訪問看護（52.2%）、福祉用具貸与事業者（34.8%）であった。

n=23

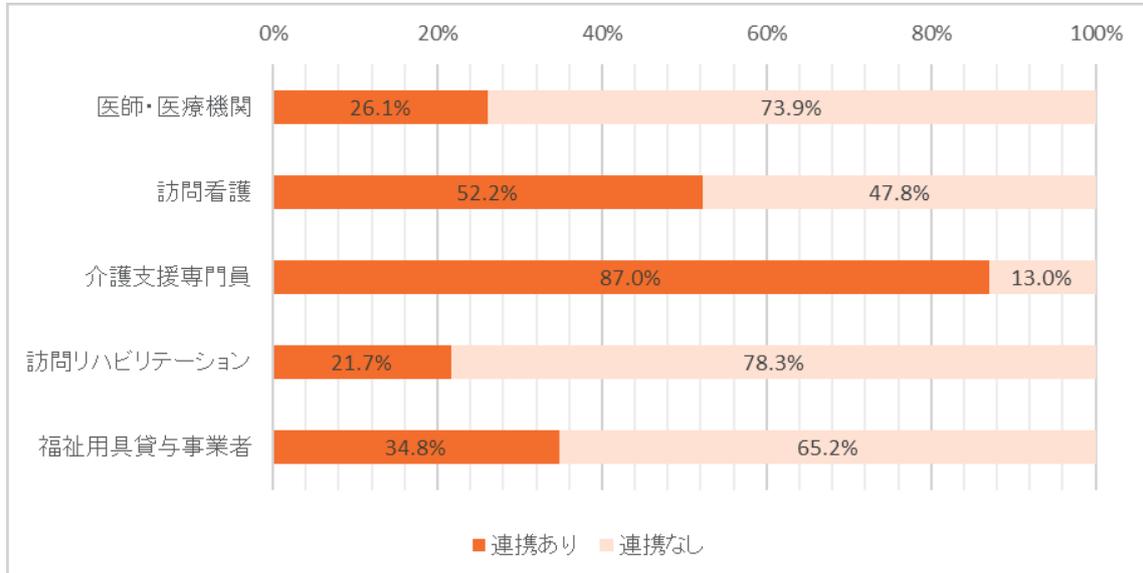


図 2-36 連携先別の連携有無（訪問介護）

②連携先別の連携の状況

連携のきっかけ、目的については以下のとおりであった。

医師・医療機関においては、サービス開始と体調変化と退院時の情報提供が最も多く（同率50.0%）、次いでサービス終了と生活変化が多く（同率 33.3%）、次に多職種の方針やサービス手順の確認調整と受診・訪問リハ時の情報提供が多かった（同率 16.7%）。

訪問看護においては、体調変化が最も多く（83.3%）、次いでサービス開始が多く（58.3%）、次に生活変化と退院時の情報提供が多かった（同率 50.0%）。

介護支援専門員においては、体調変化が最も多く（75.0%）、次いでサービス開始が多く（65.0%）、次に生活変化が多かった（60.0%）。

訪問リハビリテーションにおいては、生活変化が最も多く（100.0%）、次いで体調変化が多く（60.0%）、次にサービス開始、職種の方針やサービス手順の確認調整、退院時の情報提供、リハの支持（禁忌）と受診・訪問リハ時の情報提供が多かった（同率 40.0%）。福祉用具貸与事業者においては、サービス開始が最も多く（75.0%）、次いで体調変化と生活変化が多く（37.5%）、次にサービス終了が多かった（25.0%）。

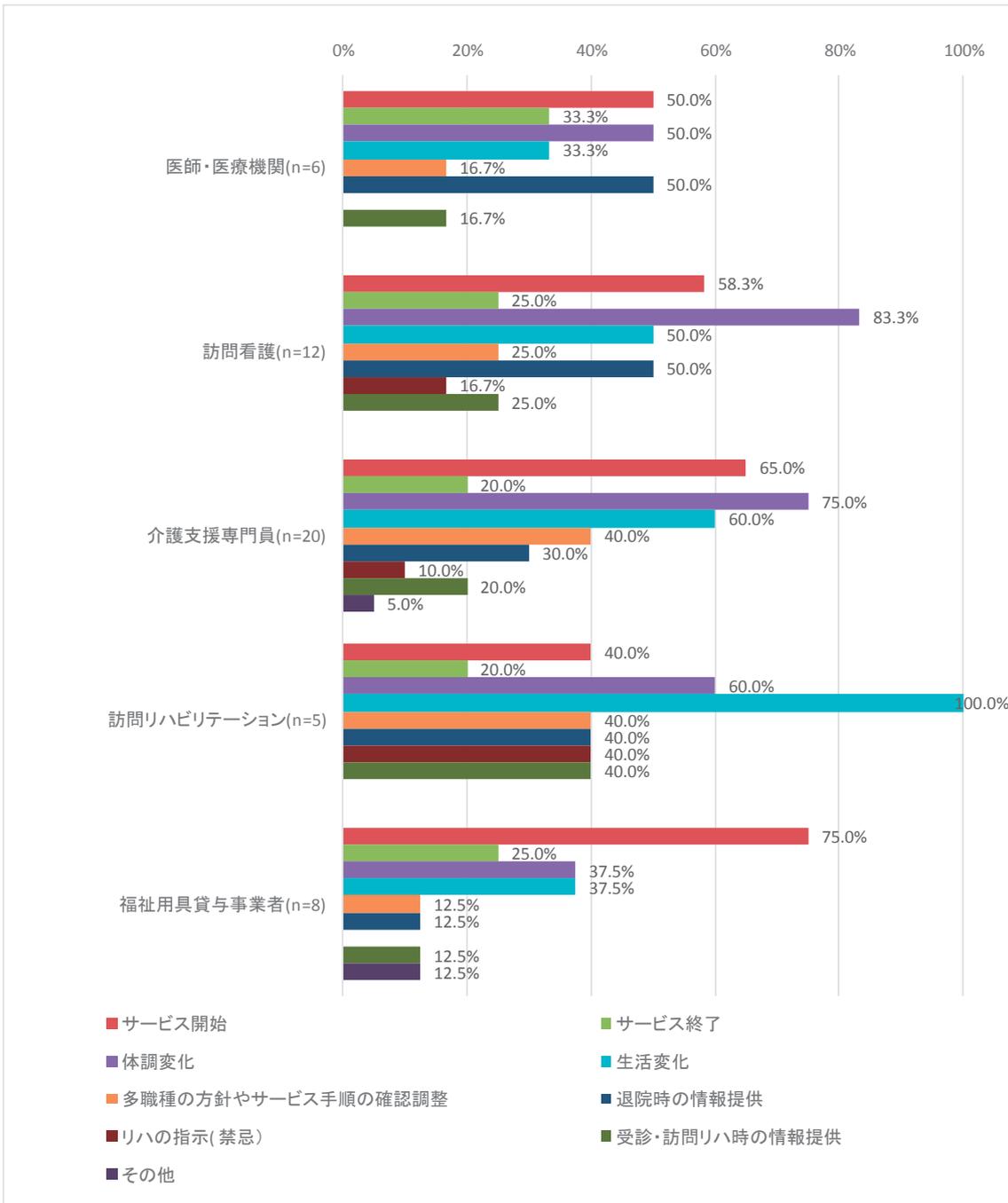


図 2-37 連携のきっかけ、目的（訪問介護）

業務の遂行方法（連携目的別）については以下のとおりであった。

医師・医療機関においては、関係事業所が最も多く（66.7%）、次いで事務所からの発信（顔を合わせない連携）と口頭が多く（同率 50.0%）、次に利用者宅と報告書と電話・FAXが多かった（同率 33.3%）。

訪問看護においては、口頭が最も多く（同率 75.0%）、次いで関係事業所が多く（66.7%）、次に利用者宅が多かった（58.3%）。

介護支援専門員においては、口頭が最も多く（75.0%）、次いで報告書が多く（65.0%）、次に口頭が多かった（55.5%）。

訪問リハビリテーションにおいては、関係事業所と口頭が最も多く（同率 80.0%）、次いで事務所からの発信（顔を合わせない連携）が多く（60.0%）、次に利用者宅が多かった（40.0%）。

福祉用具貸与事業者においては、利用者宅が最も多く（62.5%）、次いで関係事業所と口頭が多く（同率50.0%）、次に事務所からの発信（顔を合わせない連携）と直接面会が多かった（37.5%）。

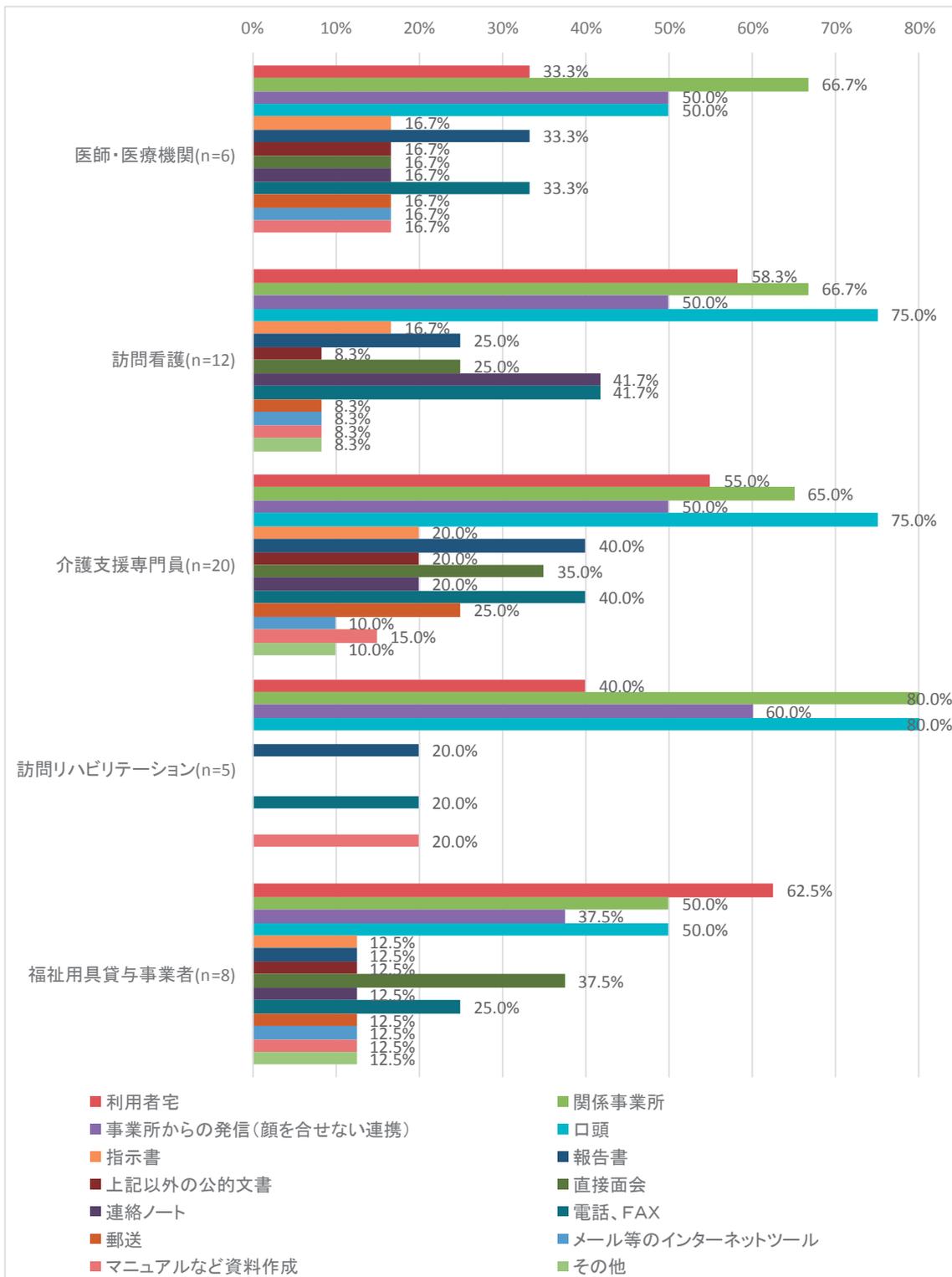


図 2-38 業務の遂行方法（連携目的別）（訪問介護）

連携に要した時間（連携目的別）については以下のとおりであった。

医師・医療機関においては、30分～60分未満（50.0%）と60分以上（50.0%）で2分された。

訪問看護においては、60分以上が最も多く（33.3%）、次いで5分未満、5～10分未満、10～15分未満と30～60分未満であった（同率16.7%）。

介護支援専門員においては、30～60分未満と60分以上が最も多く（同率30.8%）、次いで10～15分未満が多く（15.4%）、次に残りの5分未満と5～10分未満と15分から30分未満が多かった（7.7%）。

訪問リハビリテーションにおいては、10～15分未満が最も多く（50.0%）、次いで5分未満が多く（25.0%）、次に60分以上が多かった（25.0%）。

福祉用具貸与事業者においては、30～60分未満が最も多く（33.3%）、次いで5分未満、5～10分未満、10～15分未満と60分以上であった（同率16.7%）。

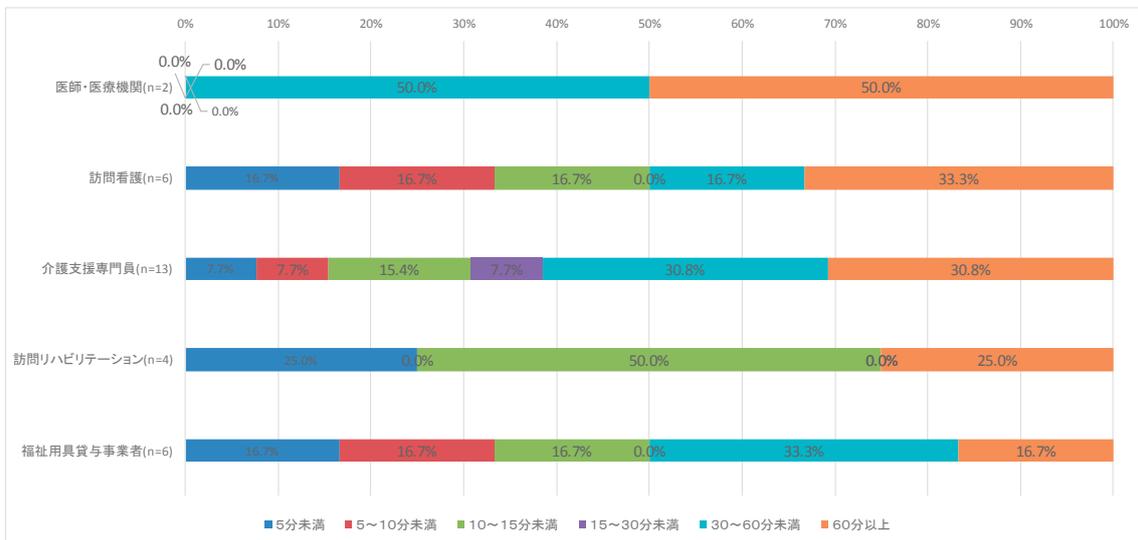


図 2-39 連携に要した時間（連携目的別）（訪問介護）

(3) 自立支援・重度化防止に向けた多職種連携についての意識

1) 多職種連携の考え方（サービス間の比較）

自立支援・重度化防止に対する意識と対応については以下のとおりであった。

訪問リハ、訪問看護、訪問介護いずれにおいても、「自立支援・重度化予防は重要であり、常に念頭に置いて利用者に関わっている」が最も多く（訪問リハ：76.4%、訪問看護：84.2%、訪問介護：82.6%）、次いで「自立支援・重度化予防は重要であり、常に念頭において計画を策定している。」が多く（訪問リハ：63.3%、訪問看護：65.6%、訪問介護：60.9%）、次に「自立支援・重度化予防は重要であるが、計画策定に結びつかない場合がある。」が多かった（訪問リハ：27.4%、訪問看護：23.7%、訪問介護：21.7%）。

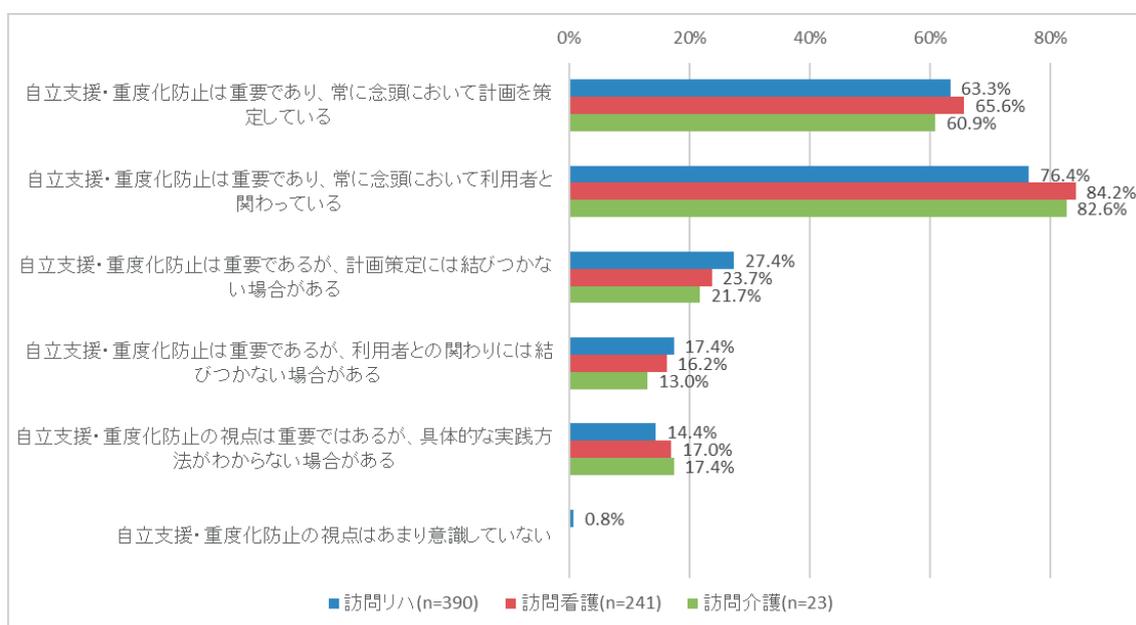


図 2-40 自立支援・重度化防止に対する意識と対応

多職種連携に対する意識と対応については以下のとおりであった。

訪問リハビリテーションにおいては、「自立支援、重度化予防の観点から、多職種に対する働きかけを行うこともある」が最も多く（40.0%）、次いで「自立支援、重度化予防の観点から、積極的に働きかけや助言をしている」が多く（29.0%）、次に「自立支援、重度化予防の観点から、多職種から助言を求められた場合に対応している」が多かった（9.0%）。

訪問看護においては「自立支援、重度化予防の観点から、積極的に働きかけや助言をしている」が最も多く（41.1%）、「自立支援、重度化予防の観点から、多職種に対する働きかけを行うこともある」が多く（29.0%）、「自立支援、重度化予防の観点から、多職種から助言を求められた場合に対応している」が多かった（4.6%）。

訪問介護においては、「自立支援、重度化予防の観点から、多職種に対する働きかけを行うこともある」が最も多く（43.5%）、次いで「自立支援、重度化予防の観点から、積極的に働きかけや助言をしている」が多く（21.7%）、「自立支援、重度化予防の観点から、多職種と連携する場面は少ない」が多かった（4.3%）。

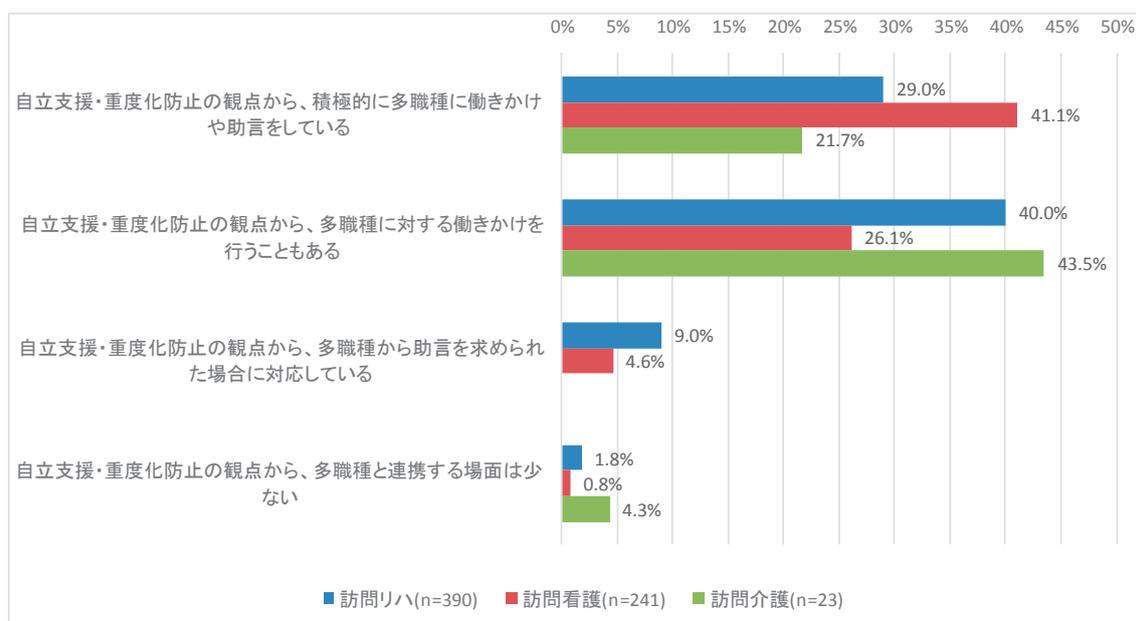


図 2-41 多職種連携に対する意識と対応

2) 自立支援・重度化防止のための多職種連携における現状の課題

訪問リハと訪問看護の連携における課題については以下のとおりであった。

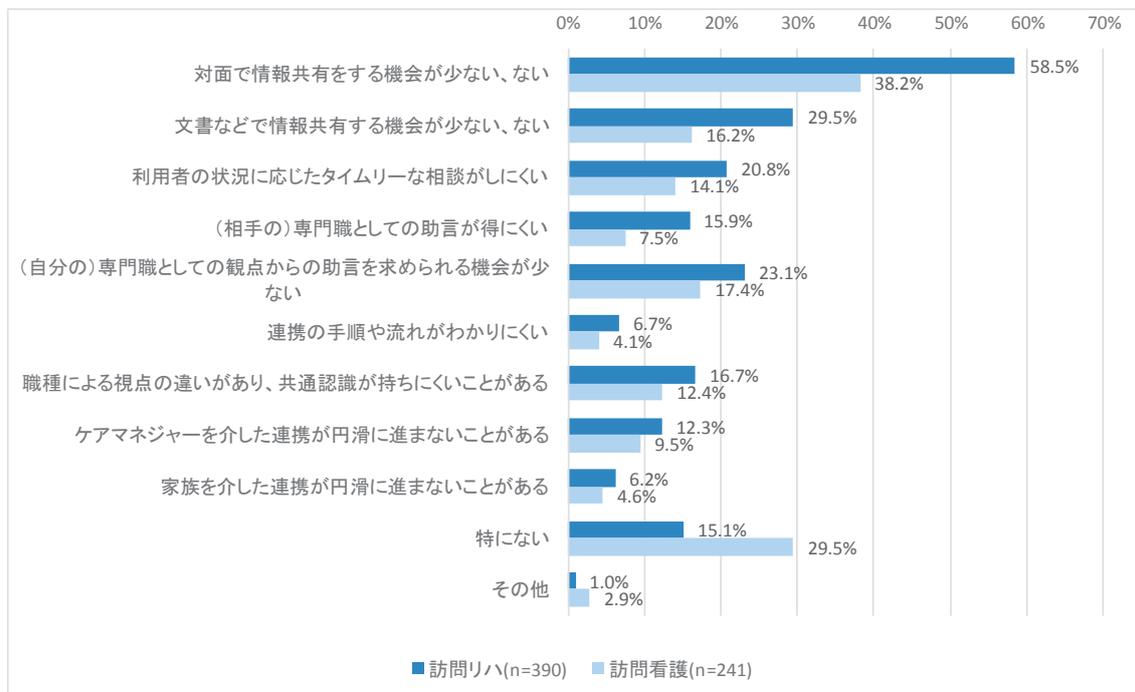


図 2-42 訪問リハと訪問看護の連携における課題

上記結果に対する理由は、訪問リハ・訪問看護ともに多忙であることが最も多い理由であった。

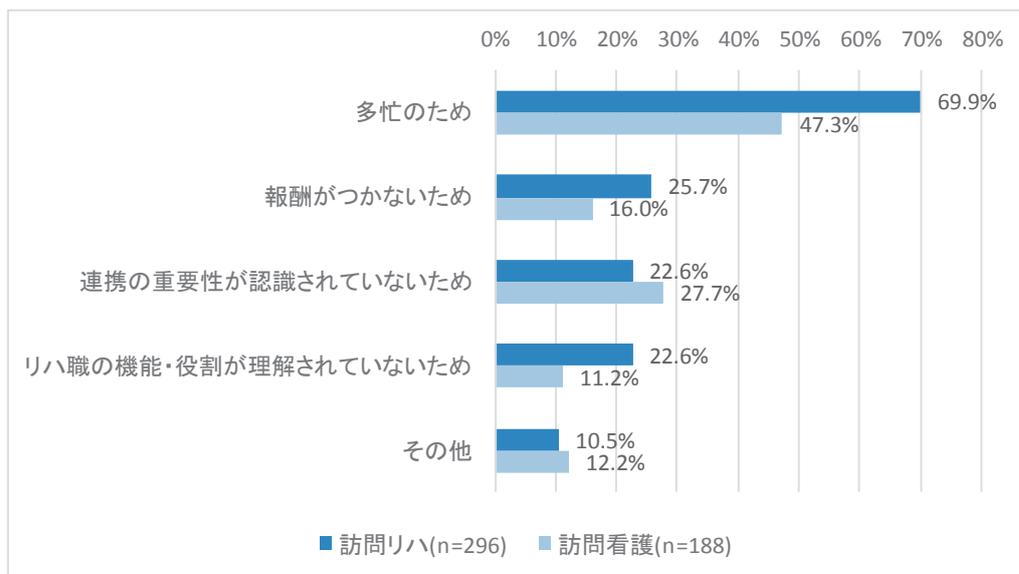


図 2-43 課題に対する理由

訪問リハと訪問介護事業所（ヘルパー）との連携における課題は、対面で情報共有をする機会が少ない、ないことが最も多く（66.7%）、利用者の状態や変化について、ヘルパー側からタイムリーな情報が得にくいことが続き（41.8%）、次に文書などで情報共有する機会が少ない、ない（33.6%）であった。

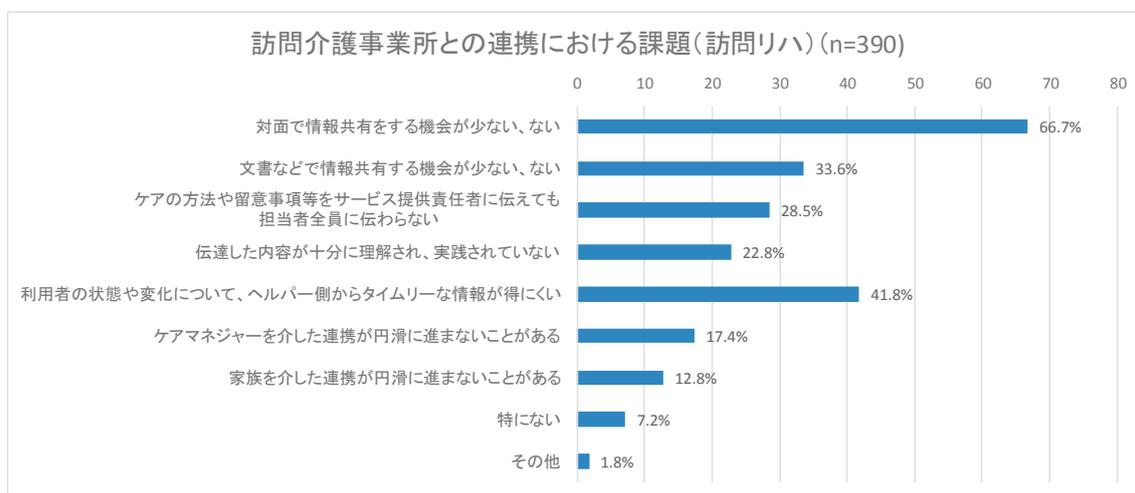


図 2-44 訪問リハと訪問介護事業所（ヘルパー）との連携における課題

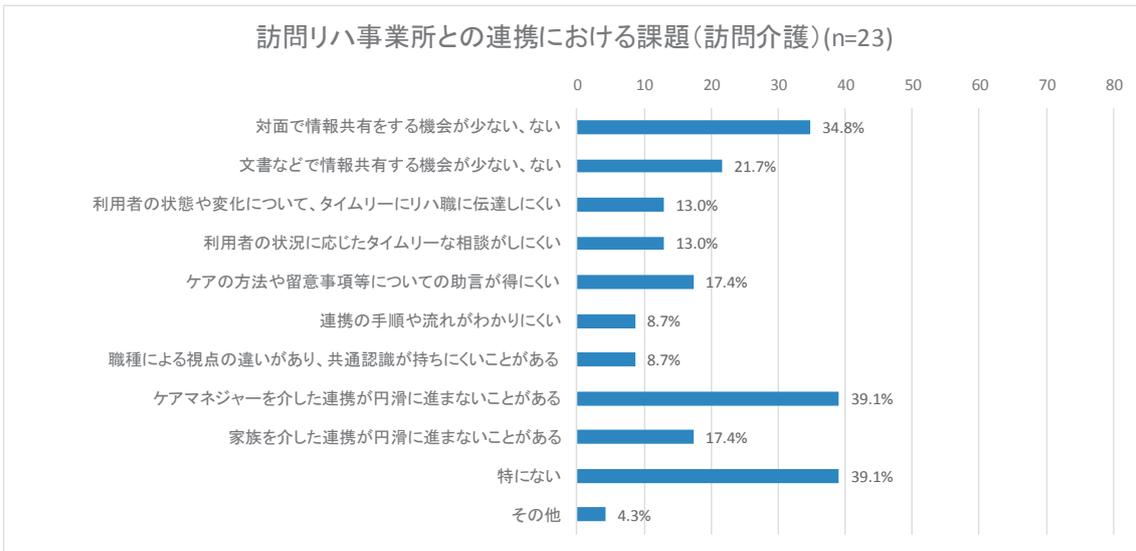


図 2-45 訪問リハ事業所との連携における課題（訪問介護）

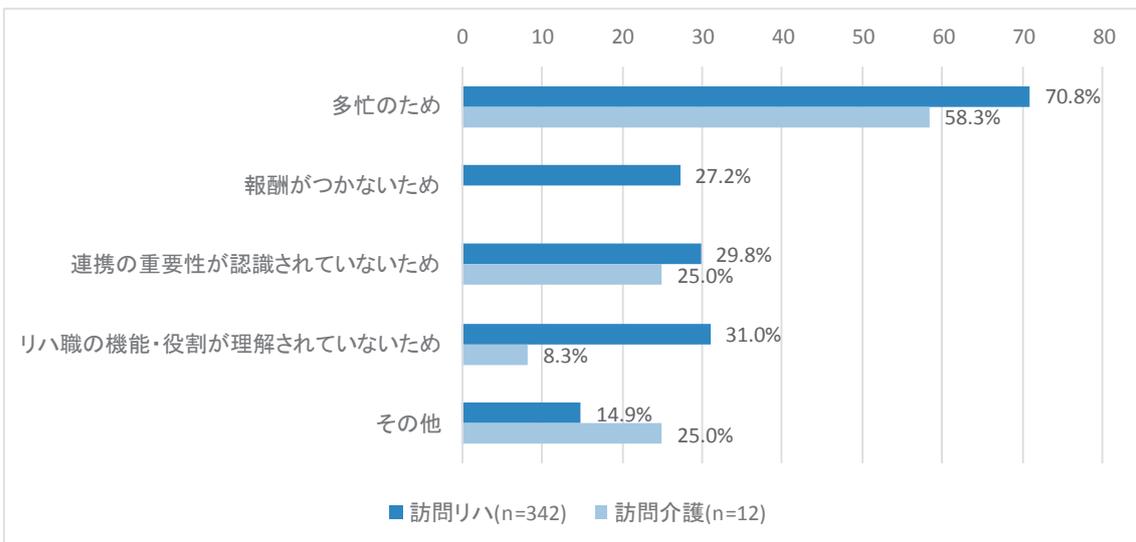


図 2-46 連携の課題の理由

3) 自立支援・重度化防止のための多職種連携を実現するために必要なこと

①リハビリテーション専門職として取り組むべきこと（取り組んでいること）として挙げられた項目は以下のとおりであった。

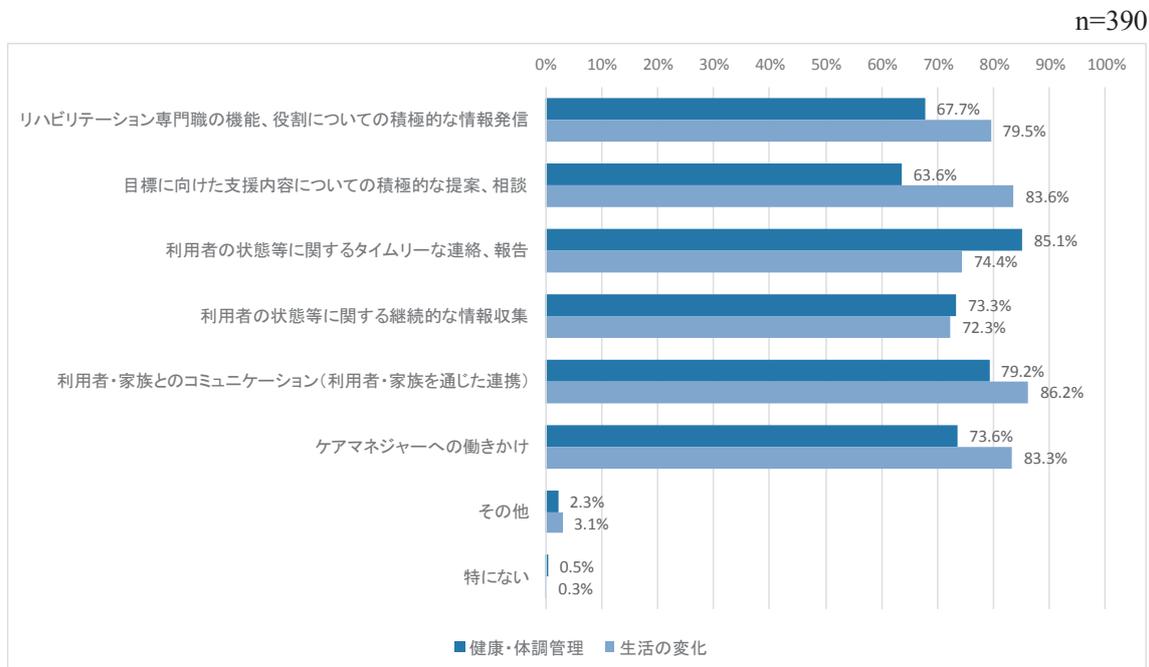


図 2-47 リハビリテーション専門職として取り組むべきこと

看護職からリハビリテーション専門職へ期待することは下記のとおりであった。

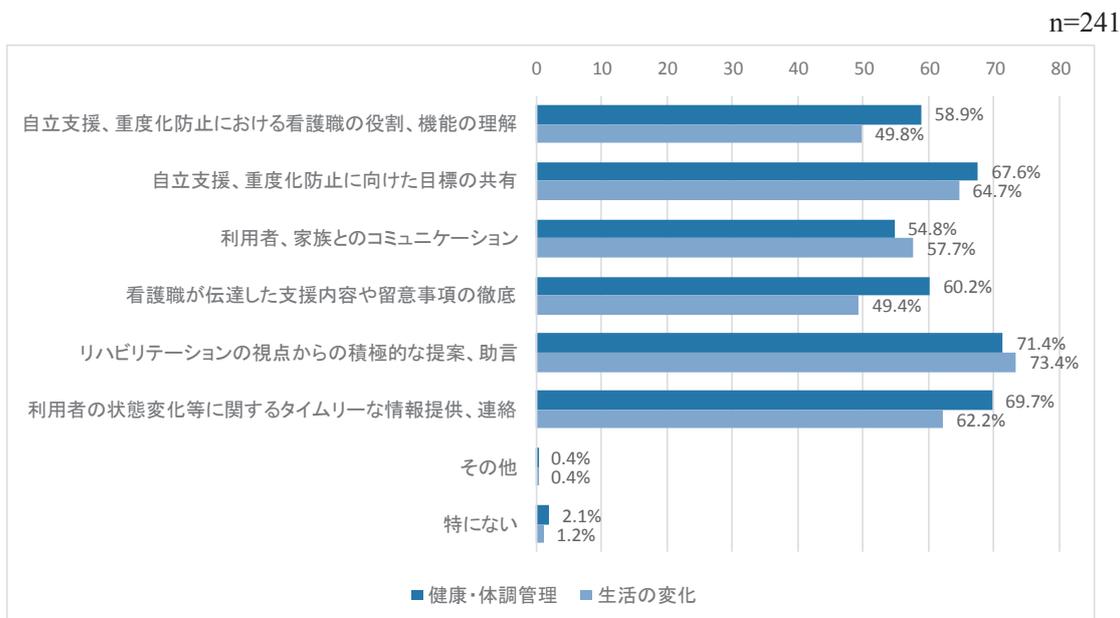


図 2-48 看護職からリハビリテーション専門職への期待

訪問介護員からリハビリテーション専門職へ期待することは下記のとおりであった。

n=23

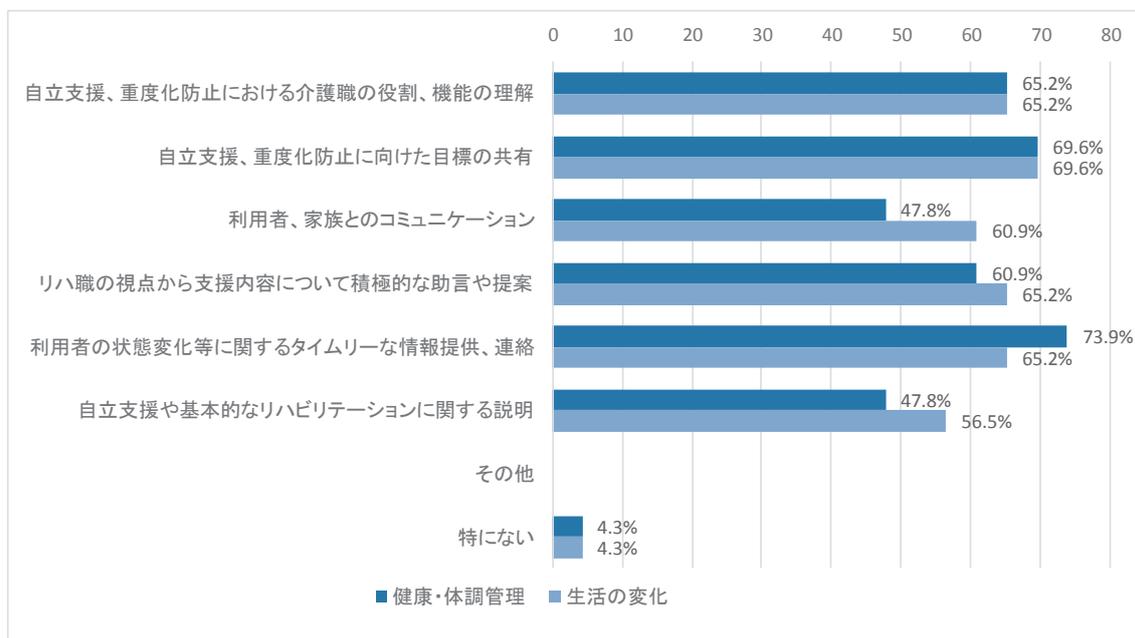


図 2-49 訪問介護員からリハビリテーション専門職への期待

②ケアマネジャーに期待すること

訪問リハ事業所からケアマネジャーへ期待することは下記のとおりであった。

n=390

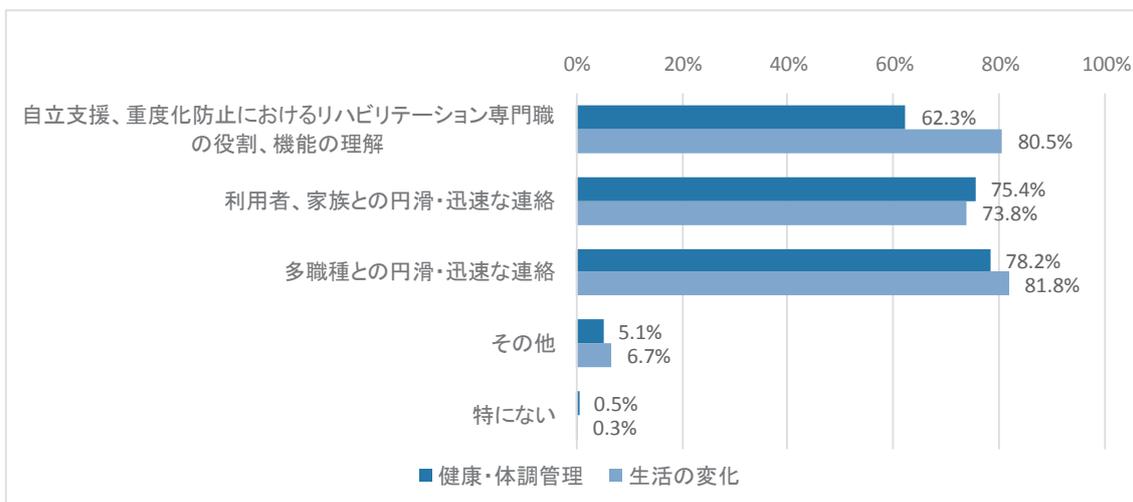


図 2-50 訪問リハ事業所からケアマネジャーへの期待

訪問看護事業所からケアマネジャーへ期待することは下記のとおりであった。

n=241

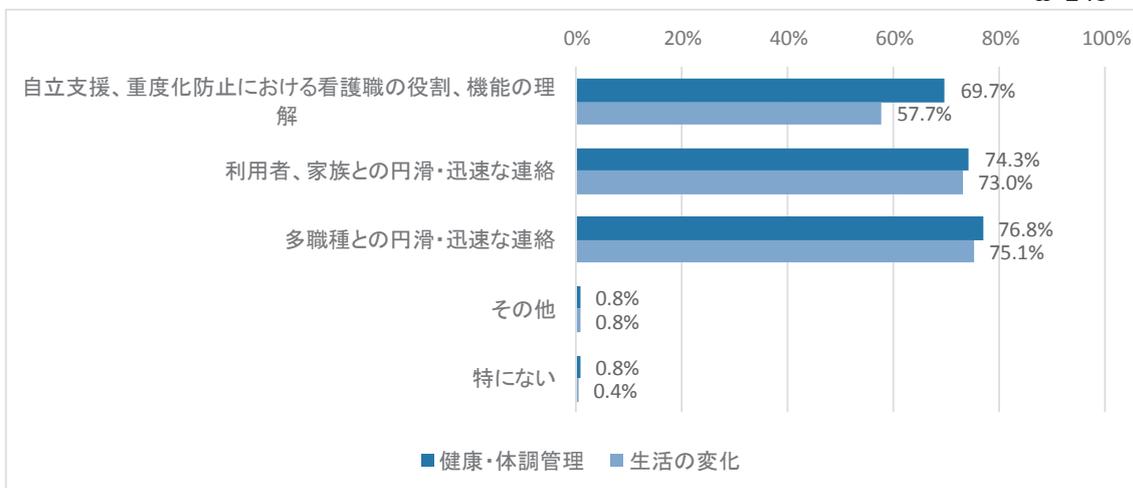


図 2-51 訪問介護事業所からケアマネジャーへの期待

訪問介護事業所からケアマネジャーへ期待することは下記のとおりであった。

n=23

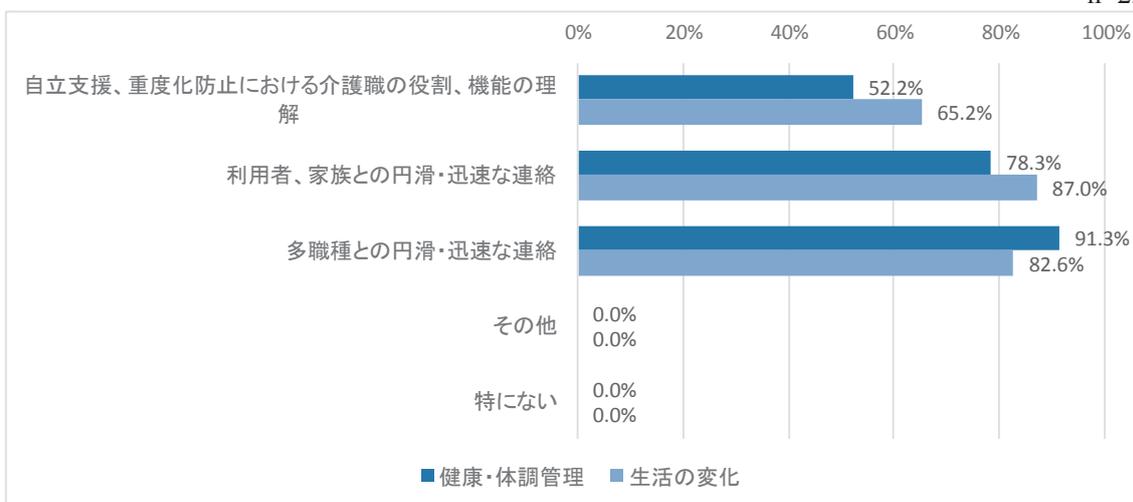


図 2-52 訪問介護事業所からケアマネジャーへの期待

③訪問介護事業所（ヘルパー）に期待すること

訪問リハ事業所から訪問介護事業所（ヘルパー）へ期待することは下記のとおりであった。

n=390

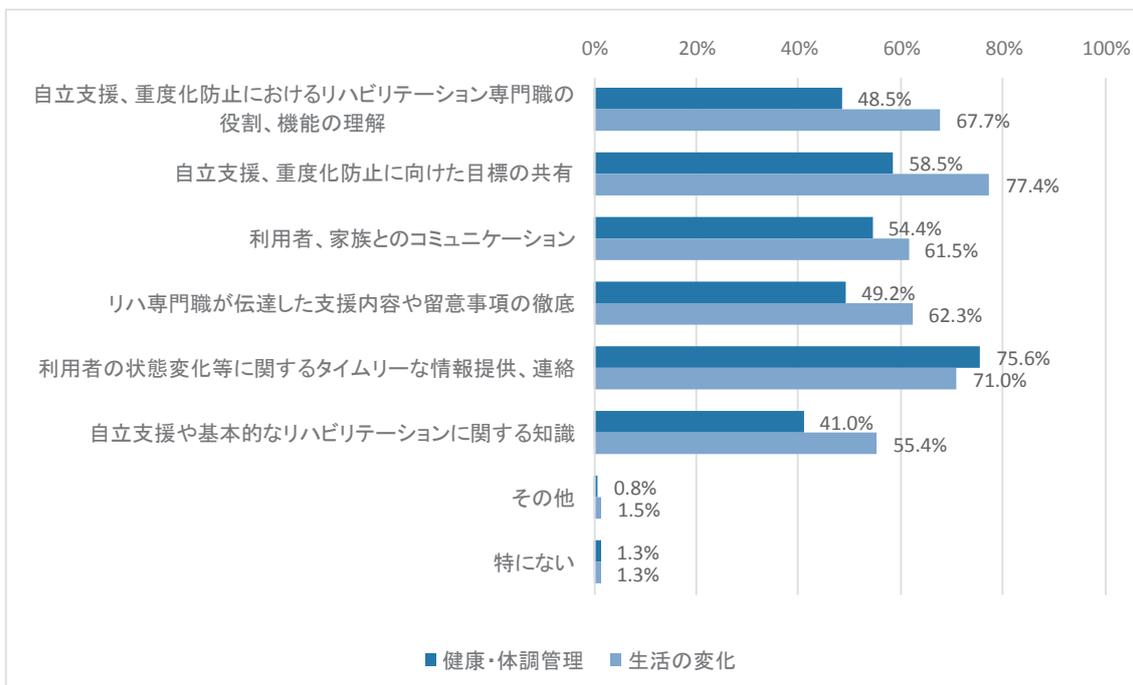


図 2-53 訪問リハ事業所から訪問介護事業所（ヘルパー）への期待

訪問看護事業所から訪問介護事業所(ヘルパー)へ期待することは下記のとおりであった。

n=241

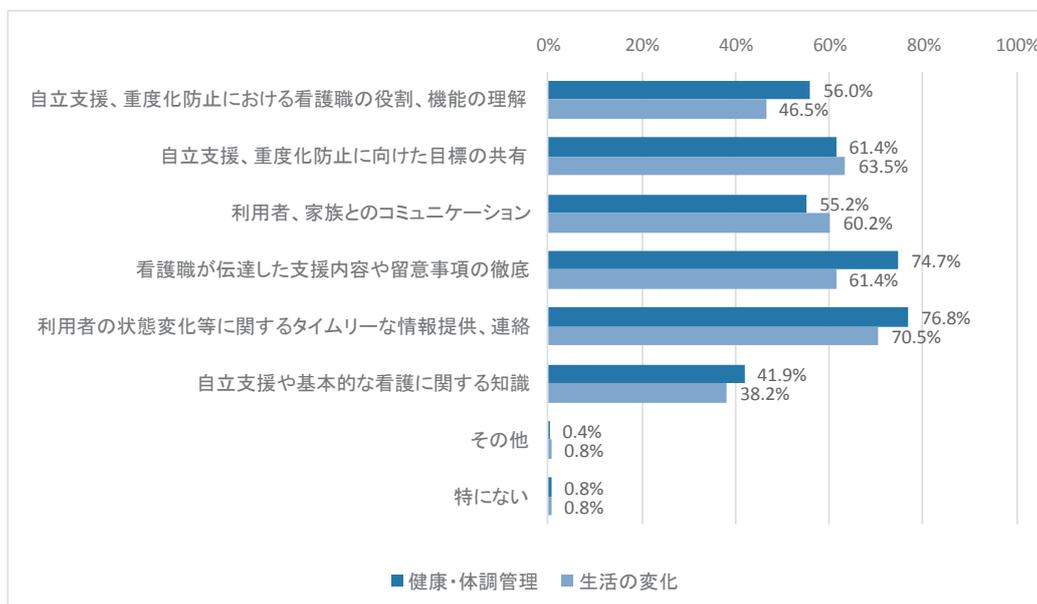


図 2-54 訪問看護事業所から訪問介護事業所への期待

④訪問看護事業所（訪問看護師）に期待すること

訪問リハ事業所から訪問看護事業所（訪問看護師）へ期待することは下記のとおりであった。

n=390

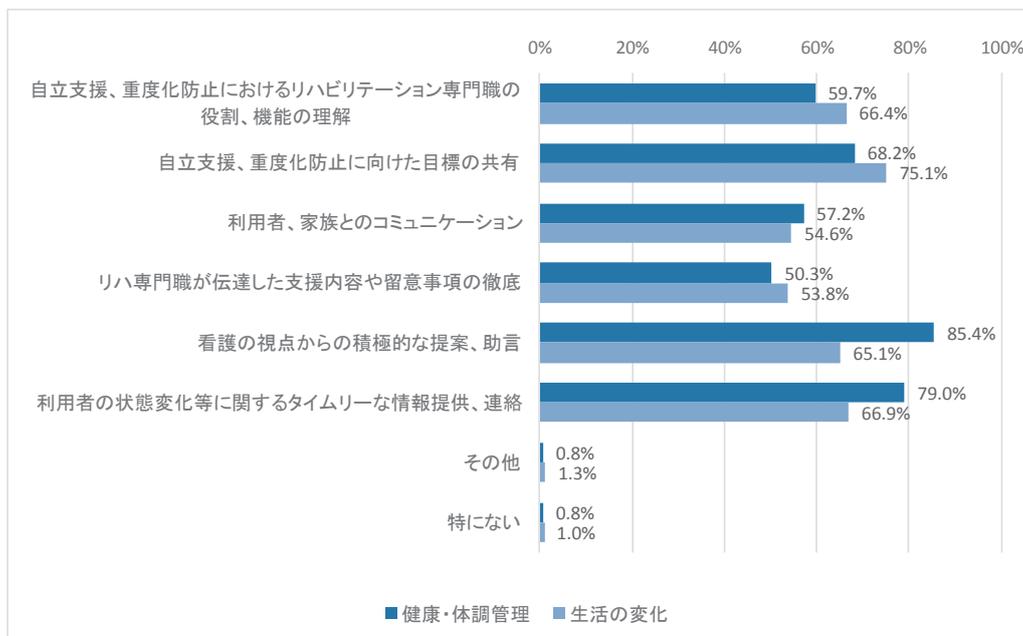


図 2-55 訪問リハ事業所から訪問看護事業所（訪問看護師）への期待

訪問介護事業所から訪問看護事業所（訪問看護師）へ期待することは下記のとおりであった。

n=23

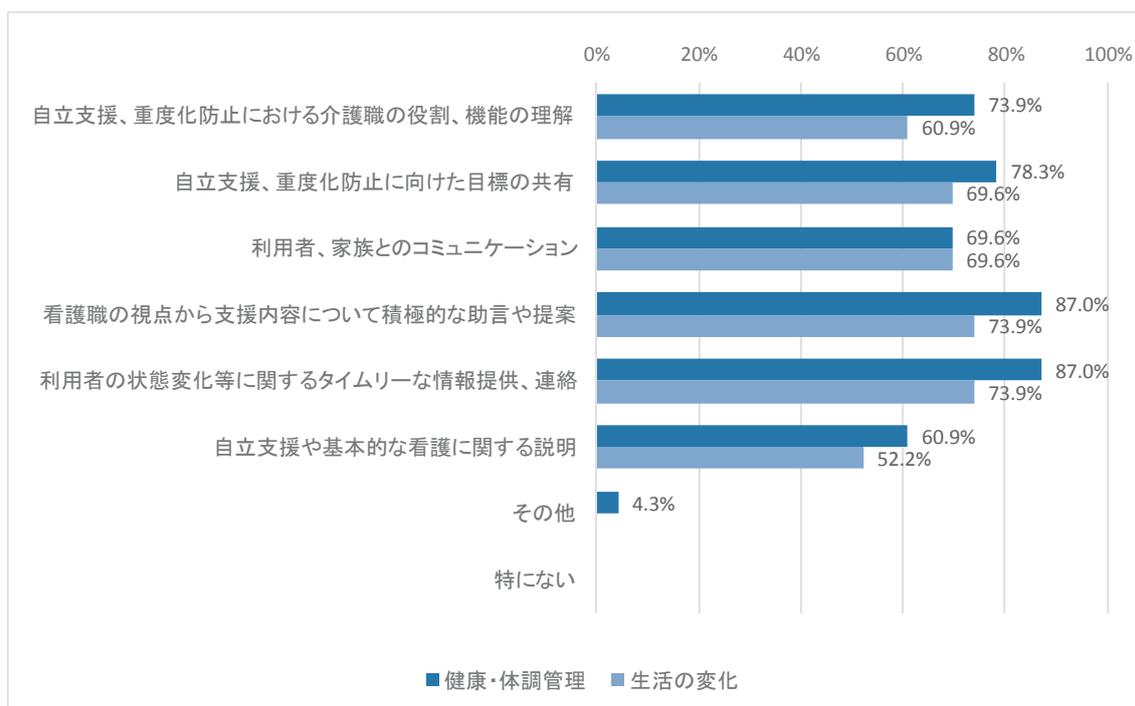


図 2-56 訪問介護事業所から訪問看護事業所（訪問看護師）への期待

⑤自立支援に向けた効果的な連携のために必要な取り組み

自立支援に向けた効果的な連携のために必要な取り組みとして挙げられた項目は下記のとおりであった。

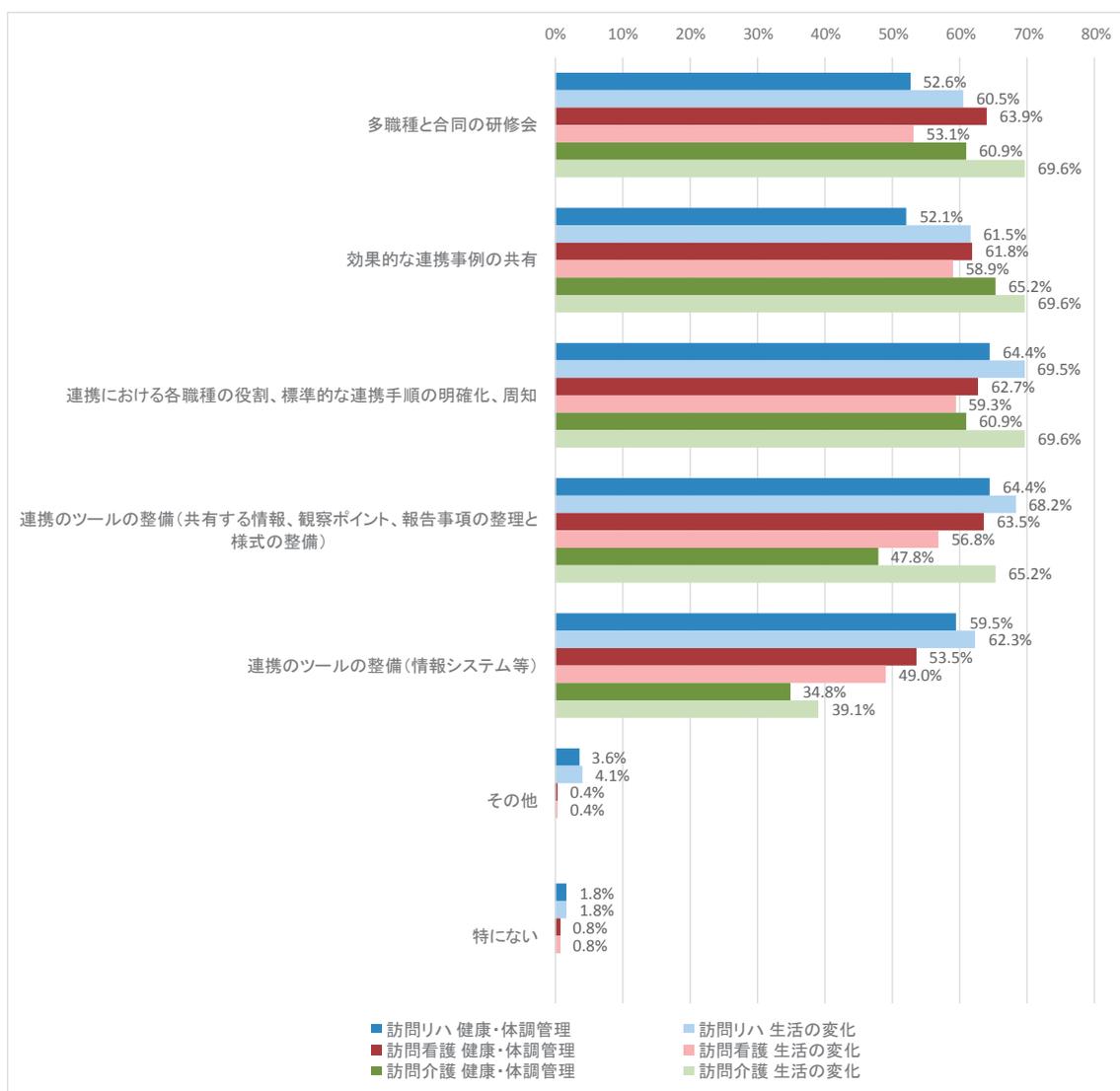


図 2-57 自立支援に向けた効果的な連携のために必要な取り組み

(4) 考察

本調査では、訪問リハ、訪問看護、訪問介護の各事業所を対象として、自立支援・重度化防止に対する意識や取り組みについて調査を行った。

訪問リハ事業所への調査結果では、自立支援・重度化防止の重要性が認識され、「利用者との関わり時に意識している」という回答は76.4%であったが、「常に念頭において計画を策定している」という回答は63.3%であった。図2-40の上位2項項目で僅かながら看護師が多職種と比べて多いことや図2-41の1項目では最も看護師が多職種に働きかけていることから、現状では、看護職が自立支援・重症度防止におけるリーダーシップを発揮している場面が多い。

ただし、調査票において「自立支援・重度化防止」の言葉について定義していないため、例えば、看護職は健康・体調管理の側面から病状の悪化を防ぎ維持することを、リハ職と介護職は生活状況や介護状況の側面でイメージしたと推察される。

看護職は健康や生命維持の役割を自他ともに認識しているため、率先して医師・医療機関をはじめ多職種とも連携を図っていると考えられる。

一方、リハ職は利用者の生活行為を高めるような役割を発揮すべく多職種と対面して連携を図りたいと考えているが、多忙のため時間を確保できない実態が推察される。

利用者の生活状況管理の面で、健康・体調管理面における看護職のリーダーシップと同等以上に、リハ職がリーダーシップを発揮するためには、生活行為向上マネジメント(MTDLP)等のツールが必要であると考えられる。そこで、MTDLPを活用した生活行為のマネジメントの状況について、介入調査(3章)により検証を行うこととする。

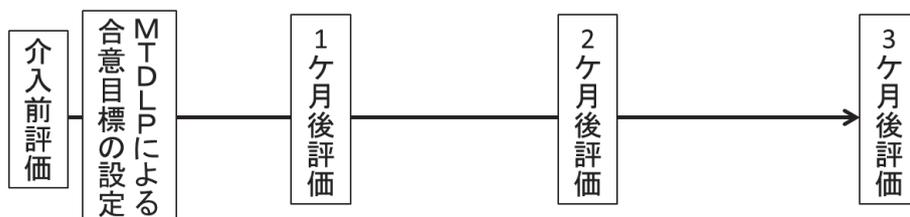
各種連携方法を見ると、医師・医療機関、介護支援専門員については面着以外、リハビリ専門職、訪問看護、訪問介護員、福祉用具貸与事業者とは面着による連携が為されているケースが多い。連携に要している時間を見ると、介護支援専門員が30～60分未満が最も多いのに対し、他職種は5～10分未満、10～15分未満等の短時間の連携が多く、短時間の連携で必要最小限の情報交換を行っていると考えられる。どのような利用者に対して、どのような連携のパターンが効果的であるのか、さらにはICTの活用などを含めた効率的な連携方法についても、今後、更なる実態の調査や分析が必要である。

リハビリテーションマネジメント加算、短期集中リハビリテーション実施加算、社会参加支援加算、サービス提供体制強化加算、退院時共同指導加算、看護・介護職員連携強化加算、看護体制強化加算、生活機能向上連携加算等の各種加算(特に、会議等の連携を要件とする加算)を活用できていない事業所が多いことの背景として、多忙で時間がとれないことが推察される。また、加算についての各職種の認知不足や、加算の条件を満たしていても加算を取得しないなど、制度と実態の不整合の問題などが考えられる。

3. 自立支援および重度化防止のための介入調査

3.1 調査概要

在宅で暮らす要介護認定を受けた者（要介護1～5）とし、目標を活動・参加として、「生活行為向上マネジメント」を用いて環境面（車椅子適合・調整等）等へのアプローチを行った。予め定めた対象者基準を満たす対象者から研究同意を得た後、評価指標を用いた事前評価を作業療法士が実施した。生活行為向上マネジメントに基づき、多職種協働の元、活動・参加の目標達成に適した車椅子適合等を含む3ヶ月間の作業療法介入を行った。調査は介入前、1ヶ月後、2ヶ月後、3ヶ月後に評価を実施した。本研究に介入する作業療法士は、本事業の事前講習会への参加もしくは講習を受けた作業療法士から伝達を受けた者とした。



3.1.1 調査対象

日本作業療法士協会会員が所属する事業所情報に基づき、以下の事業所を抽出した。それら事業所に所属する作業療法士が担当する利用者を対象とした。

対象利用者は前述の事業所から任意に選出されたが、各事業所において参加する作業療法士は5人を上限とし、対象となる利用者は作業療法士1人につき10人を上限とした。

訪問リハビリテーション	26事業所
-------------	-------

3.1.2 データ収集方法および実施時期

データ収集方法 : WEB 調査による直接入力（事業所の作業療法士が回答）
実施時期 : 2017年10月30日～2018年1月31日

3.1.3 主な調査項目

主な調査項目は以下のとおりとした。

利用者個別調査票（定点）	<ul style="list-style-type: none"> ・基本情報：年齢、性別、主疾患名、既往歴、介入開始日等 ・利用者票（介入直前から介入後3ヶ月まで、1ヶ月ごとに記載）：基本情報（要介護度、自立度、身長・体重）、座位保持機能、N式老年者用精神状態尺度、活動範囲（LSA）等 ・総合（介入直前から介入後3ヶ月まで、1ヶ月ごとに記載）：MTDLP（合意した目標、実行度、満足度）、MTDLPの目標に対する介入状況、ICFコード（生活行為を妨げている要因、現状能力）、訪問リハの加入状況等 	
利用者個別調査票（連携の記録）	<ul style="list-style-type: none"> ・医師・医療機関 ・訪問看護師 ・介護支援専門員 ・訪問介護職員 ・福祉用具貸与事業者 	<p>下記について、連携毎に記録</p> <ul style="list-style-type: none"> ・連携日 ・連携のきっかけ/目的 ・伝達場所、伝達ツール（電話、郵送等） ・連携の具体的な内容について、工夫した点 ・連携に要した時間

3.1.4 データ収集の状況

41名分のデータを収集した。

3.2 調査結果

3.2.1 MTDLP 実行度に基づく分析

(1) MTDLP 実行度の変化

MTDLP の実行度について、介入前の時点から最終時点（利用者により異なる）までの変化の状況は以下のとおりであった。

向上	: 35 件
変化なし	: 4 件
低下	: 2 件

(2) ICF の分析

全 41 例の生活を妨げる要因となる ICF、強みとなる ICF を分析した結果を以下に示す。

生活を妨げる要因では、以下の項目が主に影響していた。心身機能／構造レベルでは、b110 意識レベル、b130 活力と欲動の機能、b144 記憶機能、b152 情動機能、b280 痛みの機能、b455 運動耐容能、b710 関節の可動性、b730 筋力の機能、b735 筋緊張の機能、b740 筋の持久性機能、b760 随意運動の制御であった。活動／参加レベルでは、d410 基本的な姿勢の変換、d415 姿勢の保持、d420 移乗、d450 歩行、d455 移動、d460 さまざまな場所での移動、d465 用具を用いての移動、d510 自分の体を洗うこと、d530 排泄、d540 更衣であった。環境レベルでは、e115 日常生活における個人用の生産品と用具、e120 個人的な国内外の移動と交通のための生産品と用具、e155 私用の建物の設計・建設用の生産品と用具、e310 家族、e340 対人サービス提供者、e410 家族の態度であった。

現状能力で強みとなる生活機能では、以下の項目が挙げられた。心身機能／構造レベルでは、b110 意識レベル、b117 知的機能、b126 気質と人格の機能、b130 活力と欲動の機能、b144 記憶機能、b210 視覚機能、b710 関節の可動性、b730 筋力の機能であった。活動／参加レベルでは、d110 注意して視ること、d115 技能の習得、d160 注意を集中すること、d177 意思決定、d310 話し言葉の理解、d350 会話、d415 姿勢の保持、d445 手と腕の使用、d450 歩行、d455 移動、d460 さまざまな場所での移動、d465 用具を用いての移動、d530 排泄、d540 更衣、d550 食べること、d660 他者への援助、d710 基本的な対人関係、d740 公的な関係、d760 家族関係、であった。環境レベルでは、e115 日常生活における個人用の生産品と用具、e120 個人的な国内外の移動と交通のための生産品と用具、e155 私用の建物の設計・建設用の生産品と用具、e310 家族、e320 友人、e340 対人サービス提供者、e410 家族の態度、e580 保険サービス・制度・政策であった。

図 3-1 生活を妨げる要因となる ICF の比較

生活を妨げる 要因	実行度向上(36件)				実行度維持・低下(6件)			
	コード		件数	改善件数	コード		件数	改善件数
心身機能／構造	b110	意識機能	4	4	b110	意識機能	1	0
	b114	見当識機能	1	0				
	b117	知的機能	1	1				
	b126	気質と人格の機能	3	1				
	b130	活力と欲動の機能	6	4	b130	活力と欲動の機能	3	0
	b140	注意機能	2	2				
	b144	記憶機能	5	2	b144	記憶機能	2	1
	b152	情動機能	5	3				
	b164	高次認知機能	3	1	b156	知覚機能	1	0
	b167	言語に関する精神機能	2	1	b164	高次認知機能	1	0
	b176	複雑な運動を順序立てて行う精神機能	2	1				
	b180	自己と時間の経験の機能	1	0				
	b235	前庭機能	1	1	b235	前庭機能	1	0
	b265	触覚	2	1				
	b280	痛みの機能	5	1	b280	痛みの機能	2	1
	b289	詳細不明の、感覚機能と痛み	1	1				
	b310	音声機能	1	0				
	b330	発話の流暢性とリズムの機能	1	0				
	b420	血圧の機能	1	0	b420	血圧の機能	1	0
	b440	呼吸機能	2	2				
	b445	運動耐容能	1	0				
	b455	運動耐容能	6	3	b455	運動耐容能	1	0
	b525	排便機能	1	0			0	0
	b620	排尿機能	2	2				
	b710	関節の可動性	16	11	b710	関節の可動性	2	0
	b715	関節の安定性	2	1				
	b720	骨の可動性の機能	2	1				
	b730	筋力の機能	15	8	b730	筋力の機能	3	1
	b735	筋緊張の機能	13	8			1	0
	b740	筋の持久性機能	5	4	b740	筋の持久性機能	2	2
	b755	不随意運動反応機能	3	2				
	b760	随意運動の制御	9	6				
	b765	不随意運動の機能	2	0				
	b770	歩行パターン機能	3	0				
	b820	皮膚の修復機能	1	0				
	d152		1	1				
d415	姿勢の保持	1	0					
d730	よく知らない人との関係	1	0					
d735		1	0					
d750	非公式な社会的関係	1	0					
d4104		1	1	d760	家族関係	1	0	
s110	脳の構造	1	0	s110	脳の構造	1	0	
s120	脊髄と関連部位の構造	1	1					
				s720	肩部の構造	1	0	
				s740	骨盤部の構造	1	0	
s750	下肢の構造	1	1	s750	下肢の構造	1	0	
s760	体幹の構造	2	2					

生活を妨げる 要因	実行度向上(36件)			実行度維持・低下(6件)				
	コード	件数	改善件数	コード	件数	改善件数		
活動/参加				b230	聴覚機能	1	1	
				d110	注意して視ること	1	0	
	d140	読むことの学習	1	0				
	d155	技能の習得	1	1				
	d160	注意を集中すること	1	1				
	d175	問題解決	2	0				
	d330	話すこと	3	1				
	d350	会話	2	1				
	d360	コミュニケーション用具および技法の利用	1	1				
	d410	基本的な姿勢の変換	17	14	d410	基本的な姿勢の変換	4	1
	d415	姿勢の保持	10	7	d415	姿勢の保持	1	0
	d420	移乗	17	13	d420	移乗	2	0
	d430	持ち上げることと運ぶこと	2	1				
	d440	細かな手の使用	1	1				
	d445	手と腕の使用	3	2				
	d450	歩行	6	6	d450	歩行	1	0
	d455	移動	6	4				
	d460	さまざまな場所での移動	9	9	d460	さまざまな場所での移動	2	1
	d465	用具を用いての移動	7	5				
	d470	交通機関や手段の利用	2	1	d470	交通機関や手段の利用	1	0
	d475	運転や操作	1	0				
	d5	(セルフケア)	3	1				
	d510	自分の体を洗うこと	6	2	d510	自分の体を洗うこと	1	1
	d520	身体各部の手入れ	1	1				
	d530	排泄	7	4				
	d540	更衣	8	5				
	d550	食べること						
d570	健康に注意すること	1	0	d570	健康に注意すること	1	0	
d720	複雑な対人関係	1	1	d720	複雑な対人関係	1	0	
				d740	公的な関係	1	1	
d760	家族関係	2	2					
d920	レクリエーションとレジャー	2	2					
環境	d6504		1	0				
	d6601		1	0				
	e115	日常生活における個人用の生産品と用具 個人的な屋内外の移動と交通のための生産 品と用具	9	6	e115	日常生活における個人用	2	0
	e120		8	3	e120	個人的な屋内外の移動と	1	0
	e1201		1	0				
	e130	教育用の生産品と用具	1	1				
	e150	公共の建物の設計・建設用の生産品と用具	5	1				
	e155	私用の建物の設計・建設用の生産品と用具	16	8	e155	私用の建物の設計・建設	4	0
	e160	土地開発関連の生産品と用具	1	1				
	e165	資産	3	0				
	e210	自然地理	2	0				
	e215	人口・住民	1	0				
	e310	家族	14	4	e310	家族	3	0
	e320	友人	2	0				
	e340	対人サービス提供者	2	2	e325	対人サービス提供者	1	0
	e410	家族の態度	3	0			1	1
	e455	その他の専門職者の態度	1	1				
	e525	住宅供給サービス・制度・政策	1	0				
	e540	交通サービス・制度・政策	2	0				
	e570	社会保障サービス・制度・政策	1	0				
	e580	保健サービス・制度・政策	2	2				
	e720		1	0				

図 3-2 強みとなる ICF の比較

現状能力(強み)	実行度向上(36件)			実行度維持・低下(6件)				
	コード	件数	改善件数	コード	件数	改善件数		
心身機能/構造	b110	意識機能	3	2	b110	意識機能	1	0
	b114	見当識機能	2	1				
	b117	知的機能	7	0	b117	知的機能	2	0
	b126	気質と人格の機能	8	0				
	b130	活力と欲動の機能	15	4				
	b134	睡眠機能	1	1				
	b140	注意機能	2	0	b140	注意機能	1	0
	b144	記憶機能	7	2				
	b156	知覚機能	4	0				
	b160	思考機能	1	1	b160	思考機能	1	0
	b167	言語に関する精神機能	4	2				
	b176	複雑な運動を順序立てて行う精神機能	1	0				
	b180	自己と時間の経験の機能	2	1				
	b210	視覚機能	3	0	b210	視覚機能	1	0
	b230	聴覚機能	3	0				
	b265	触覚	1	0				
					b280	痛みの感覚	2	0
	b330	発話の流暢性とリズムの機能	2	0				
	b455	運動耐容能	1	1				
	b475	呼吸機能	1	1				
	b445	運動耐容能	2	0				
	b525	排便機能	1	1				
	b620	排尿機能	2	0				
	b710	関節の可動性	3	0	b710	関節の可動性	3	0
	b730	筋力の機能	8	4	b730	筋力の機能	1	0
	b740	筋の持久性機能	1	1				
	b750	運動反射機能	1	0				
	b760	随意運動の制御	2	0				
	b770	歩行パターン機能	3	1				
					b780	筋と運動機能に関連した感覚	1	0
	b810	皮膚の保護機能	1	0				
	d350	会話	1	0				
	d740	公的な関係	1	0				
d760	家族関係	1	0					
d4153		1	0					
e130	教育用の生産品と用具	1	0					
s730	上肢の構造	1	0					

現状能力(強み)	実行度向上(36件)			実行度維持・低下(6件)				
	コード	件数	改善件数	コード	件数	改善件数		
活動/参加	d110	注意して視ること	3	2				
	d130	模倣	2	1				
	d144		1	0				
	d155	技能の習得	3	2				
	d160	注意を集中すること	2	1	d160	注意を集中すること	1	0
	d163	思考	1	0				
	d175	問題解決	2	1				
	d177	意思決定	5	1				
	d210	単一課題の遂行	1	0	d210	単一課題の遂行	1	0
	d230	日課の遂行	2	0				
	d300		1	0				
	d310	話し言葉の理解	1	0	d310	話し言葉の理解	2	0
					d315	非言語的メッセージの理解	1	0
	d330	話すこと	1	0	d330	話すこと	1	0
	d335	非言語的メッセージの表出	0	0				
	d350	会話	6	0	d350	会話		
	d410	基本的な姿勢の変換	3	1				
	d415	姿勢の保持	7	2	d415	姿勢の保持	2	0
	d445	手と腕の使用	3	2	d445	手と腕の使用	1	0
	d450	歩行	1	0	d450	歩行	2	0
	d455	移動	2	0				
	d460	さまざまな場所での移動	3	0				
	d465	用具を用いての移動	5	1				
	d470	交通機関や手段の利用	1	0				
	d510	自分の体を洗うこと	1	0				
	d530	排泄	5	2	d530	排泄	1	0
	d540	更衣	2	1	d540	更衣	1	0
	d550	食べること	4	1				
	d570	健康に注意すること	0	0				
	d620	物品とサービスの入手	1	0				
	d640	理以外の家事	1	1	d640	理以外の家事	1	0
	d660	他者への援助	4	3				
	d710	基本的な対人関係	4	0				
	d720	複雑な対人関係	2	0				
	d740	公的な関係	1	1	d740	公的な関係	1	0
	d750	非公式な社会的関係	2	1				
	d760	家族関係	4	1	d760	家族関係	2	0
	d770	親密な関係	1	1				
	d840	見習研修(職業準備)	1	0				
	d870	経済的自給	1	0				
	d920	レクリエーションとレジャー	1	1	d920	レクリエーションとレジャー	1	0
					e320	友人	1	0
	環境	d660	他者への援助	1	0			
		d850	報酬を伴う仕事	1	0			
		e115	日常生活における個人用の生産品と用具	5	1			
		e120	個人的な屋内外の移動と交通のための生産品と用具	4	2			
		e150	公共の建物の設計・建設用の生産品と用具	2	0			
e155		私用の建物の設計・建設用の生産品と用具	10	1	e155	私用の建物の設計・建設用の生産品と用具	1	0
e165		資産	5	0	e165	資産	1	0
e310		家族	20	3	e310	家族	5	1
					e315	親族	1	0
e320		友人	4	2	e320	友人	1	0
e325		知人・仲間・同僚・隣人・コミュニティの成	1	0	e325	知人・仲間・同僚・隣人・コミュニティの成	1	0
e340		対人サービス提供者	9	2	e340	対人サービス提供者	2	0
e355		保健の専門職	2	1				
e410		家族の態度	12	1	e410	家族の態度	1	1
e415		親族の態度知人・仲間・同僚・隣人・コミュニティの成員の態度	2	1				
e425		知人・仲間・同僚・隣人・コミュニティの成員の態度	1	0				
e445		よく知らない人の態度	2	0				
e450		保健の専門職者の態度	1	0				
e455		その他の専門職者の態度	1	1				
e510		消費財生産のためのサービス・制度・政策	0	0	e510	消費財生産のためのサービス・制度・政策	1	0
e545		市民保護サービス・制度・政策	2	0				
e570		社会保障サービス・制度・政策	4	0				
e570		社会保障サービス・制度・政策	2	0				
e580		保健サービス・制度・政策	15	3	e580	保健サービス・制度・政策	1	0

(3) 主疾患の比較

実行度が向上した群と維持・低下した群で、主疾患を比較した結果を以下に示す。実行度の変化に主疾患の影響はみられなかった。

図 3-3 主疾患の比較

		実行度向上 (n=36)	実行度維持・低下 (n=6)
脳神経外科系	脳血管障害	脳幹部梗塞 左被殻出血 脳梗塞・外傷性硬膜下出血 右破裂椎骨動脈解離によるクモ膜下出血 左視床出血 右急性硬膜下血腫 脳梗塞、多発性筋炎 脳出血 脳梗塞 左被殻出血 脳出血（左片麻痺） 心原性脳塞栓症 脳梗塞 心原性脳梗塞 脳性麻痺、てんかん 脳腫瘍 脳挫傷後遺症、症候性てんかん	脳梗塞
	進行性疾患 ・難病疾患	筋萎縮性側索硬化症 パーキンソン病 ALS 進行性核上性麻痺 筋ジストロフィー	パーキンソン病Yahr4
	骨関節系 (整形外科疾患)	胸椎圧迫骨折術後 人工膝関節置換術後 第1腰椎圧迫骨折 右足関節脱臼骨折(骨接合術後) 頸椎症性脊髄症 術後 第三腰椎圧迫骨折 腰椎圧迫骨折(L2,4)、骨粗しょう症	右大腿骨頸部骨折
	その他	レビー小体型認知症 正常圧水頭症、右内頸動脈未破裂動脈瘤 術後、甲状腺機能低下症 反回神経麻痺 動脈解離 廃用症候群 急性腎盂腎炎、敗血症 高血圧症、高脂血症、高尿酸血症、症候 性てんかん 遅発性パラフレニア 腎不全	レビー小体型認知症 間質性肺炎 急性脳症 急性脳症

(4) 要介護度等の比較

実行度が向上した群と維持・低下した群で、介入開始時点での要介護度、障害高齢者の日常生活自立度、認知症構成者の日常生活自立度を比較した結果を以下に示す。要介護度と障害高齢者の日常生活自立度は両群とも大差なかったが、認知症高齢者の日常生活自立度は、実行度維持・低下群では自立～Ⅰの事例がなかった。

図 3-4 要介護度等の比較

	実行度向上 (n= 35)	実行度維持・低下 (n= 6)
要介護 1	9	2
要介護 2	5	1
要介護 3	4	1
要介護 4	10	1
要介護 5	7	1
障害高齢者の日常生活自立度		
自立	0	0
J1,J2	4	1
A1,A2	7	1
Ba,B2	11	1
C1,C2	8	1
認知症高齢者の日常生活自立度		
自立	11	0
Ⅰ	8	0
Ⅱa,Ⅱb	6	2
Ⅲa,Ⅲb	1	1
Ⅳ	2	2
M	0	0

3.2.2 合意目標の種別でみた要介護度ごとの介入プログラム内容

(1) 分析の視点

合意された目標の種別と利用者の状態像によって、介入プログラムの内容に特徴があると考えられる。そこで、介入プログラムの内容について、合意された目標の種別と要介護の観点から分類して、比較を行った。

合意された目標については、以下の3つに区分した。

BADL	起居動作、移動動作、食事動作、排泄動作、整容、入浴動作、コミュニケーション等の基本動作に関するもの
IADL	買い物、調理、洗濯、電話、薬の管理、財産管理、乗り物の乗り方等の日常生活上の複雑な動作に関するもの
AADL	生活の充足度、満足度、時間の使い方や過ごし方、知人との交流、趣味に関するもの

要介護度については、要介護1・2を軽度、要介護4・5を重度とした。要介護3の事例は事例の心身機能に関する状況から1例を軽度、その他を重度に分けた。

以下では、合意された目標と要介護度の区分により、利用者を区分して、介入プログラムの4時点（介入前、1ヶ月後、2ヶ月後、3ヶ月後）の実施状況について比較を行った。

- ・ BADLに関する目標を設定している軽度の利用者
- ・ BADLに関する目標を設定している重度の利用者
- ・ AADLに関する目標を設定している軽度の利用者
- ・ AADLに関する目標を設定している重度の利用者

※IADLを目標としている利用者数は少数であったため、上記の分析からは除外した。

(2) BADL に関する目標を設定している利用者の介入プログラムの実施状況

BADL を目標とした事例では、BADL を実施する前段階としての基礎的な身体機能向上プログラム、必要となる福祉用具の適合への関与が多くみられた。また、主介護者への介助方法の指導伝達も多かった。

目標：BADL 軽度	介入前	1ヵ月後	2ヶ月後	3ヵ月後
	実行度向上 (n=8)	実行度向上 (n=9)	実行度向上 (n=9)	実行度向上 (n=6)
関節可動域訓練 (ROM)	4 (50.0%)	4 (44.4%)	3 (33.3%)	1 (16.7%)
筋力増強訓練	6 (75.0%)	6 (66.7%)	6 (66.7%)	1 (16.7%)
ストレッチ等筋緊張緩和	2 (25.0%)	2 (22.2%)	3 (33.3%)	1 (16.7%)
持久力増強訓練	1 (12.5%)	1 (11.1%)	1 (11.1%)	0 (0.0%)
治療体操 (体操)	3 (37.5%)	3 (33.3%)	3 (33.3%)	1 (16.7%)
座位バランス訓練	2 (25.0%)	2 (22.2%)	2 (22.2%)	0 (0.0%)
立位バランス訓練	3 (37.5%)	3 (33.3%)	3 (33.3%)	1 (16.7%)
起居/立位動作訓練	4 (50.0%)	4 (44.4%)	2 (22.2%)	1 (16.7%)
座位訓練	2 (25.0%)	2 (22.2%)	2 (22.2%)	0 (0.0%)
移乗動作訓練	4 (50.0%)	4 (44.4%)	4 (44.4%)	2 (33.3%)
歩行訓練	4 (50.0%)	4 (44.4%)	4 (44.4%)	2 (33.3%)
トイレ訓練	2 (25.0%)	2 (22.2%)	1 (11.1%)	1 (16.7%)
入浴訓練	3 (37.5%)	3 (33.3%)	3 (33.3%)	1 (16.7%)
その他ADL訓練	1 (12.5%)	1 (11.1%)	1 (11.1%)	1 (16.7%)
ADL訓練	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
言語訓練	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
摂食・嚥下訓練	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
車椅子関連適合	1 (12.5%)	1 (11.1%)	2 (22.2%)	2 (33.3%)
移乗関連用具適合	2 (25.0%)	2 (22.2%)	3 (33.3%)	2 (33.3%)
その他福祉用具適合	4 (50.0%)	4 (44.4%)	4 (44.4%)	3 (50.0%)
記憶機能訓練	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
認知機能訓練	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
住宅改修	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
趣味活動	1 (12.5%)	1 (11.1%)	1 (11.1%)	1 (16.7%)
介助方法の指導	4 (50.0%)	4 (44.4%)	5 (55.6%)	2 (33.3%)
その他	3 (37.5%)	3 (33.3%)	3 (33.3%)	3 (50.0%)

目標：BADL 重度	介入前	1ヵ月後	2ヶ月後	3ヵ月後
	実行度向上 (n=9)	実行度向上 (n=10)	実行度向上 (n=8)	実行度向上 (n=6)
関節可動域訓練 (ROM)	7 (77.8%)	9 (90.0%)	6 (75.0%)	3 (50.0%)
筋力増強訓練	6 (66.7%)	6 (60.0%)	5 (62.5%)	3 (50.0%)
ストレッチ等筋緊張緩和	7 (77.8%)	8 (80.0%)	6 (75.0%)	4 (66.7%)
持久力増強訓練	4 (44.4%)	4 (40.0%)	5 (62.5%)	4 (66.7%)
治療体操 (体操)	2 (22.2%)	2 (20.0%)	4 (50.0%)	3 (50.0%)
座位バランス訓練	7 (77.8%)	7 (70.0%)	5 (62.5%)	4 (66.7%)
立位バランス訓練	6 (66.7%)	7 (70.0%)	5 (62.5%)	5 (83.3%)
起居/立位動作訓練	6 (66.7%)	8 (80.0%)	7 (87.5%)	5 (83.3%)
座位訓練	6 (66.7%)	5 (50.0%)	5 (62.5%)	4 (66.7%)
移乗動作訓練	5 (55.6%)	8 (80.0%)	6 (75.0%)	4 (66.7%)
歩行訓練	3 (33.3%)	4 (40.0%)	3 (37.5%)	3 (50.0%)
トイレ訓練	3 (33.3%)	7 (70.0%)	3 (37.5%)	4 (66.7%)
入浴訓練	2 (22.2%)	3 (30.0%)	3 (37.5%)	3 (50.0%)
その他ADL訓練	2 (22.2%)	3 (30.0%)	2 (25.0%)	2 (33.3%)
ADL訓練	0 (0.0%)	1 (10.0%)	1 (12.5%)	1 (16.7%)
言語訓練	1 (11.1%)	1 (10.0%)	2 (25.0%)	2 (33.3%)
摂食・嚥下訓練	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
車椅子関連適合	3 (33.3%)	1 (10.0%)	2 (25.0%)	0 (0.0%)
移乗関連用具適合	3 (33.3%)	4 (40.0%)	3 (37.5%)	2 (33.3%)
その他福祉用具適合	5 (55.6%)	4 (40.0%)	1 (12.5%)	3 (50.0%)
記憶機能訓練	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
認知機能訓練	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
住宅改修	3 (33.3%)	2 (20.0%)	1 (12.5%)	0 (0.0%)
趣味活動	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (25.0%)	2 (33.3%)
介助方法の指導	6 (66.7%)	9 (90.0%)	7 (87.5%)	5 (83.3%)
その他	1 (11.1%)	1 (10.0%)	1 (12.5%)	0 (0.0%)

(3) AADL に関する目標を設定している利用者の介入プログラムの実施状況

AADL を目標とした事例では、AADL を実施する前段階としての基礎的な身体機能向上プログラムに加え、姿勢保持方法や移動方法を確立させながら趣味活動など個々の目標につながるプログラムを提供していた。

AADL 軽度	介入前	1ヵ月後	2ヶ月後	3ヵ月後
	実行度向上 (n=6)	実行度向上 (n=6)	実行度向上 (n=5)	実行度向上 (n=4)
関節可動域訓練 (ROM)	4 (66.7%)	3 (50.0%)	1 (20.0%)	1 (25.0%)
筋力増強訓練	5 (83.3%)	5 (83.3%)	2 (40.0%)	2 (50.0%)
ストレッチ等筋緊張緩和	3 (50.0%)	3 (50.0%)	2 (40.0%)	1 (25.0%)
持久力増強訓練	1 (16.7%)	1 (16.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
治療体操 (体操)	3 (50.0%)	4 (66.7%)	3 (60.0%)	1 (25.0%)
座位バランス訓練	1 (16.7%)	1 (16.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
立位バランス訓練	3 (50.0%)	3 (50.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
起居/立位動作訓練	2 (33.3%)	2 (33.3%)	1 (20.0%)	0 (0.0%)
座位訓練	1 (16.7%)	1 (16.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
移乗動作訓練	2 (33.3%)	2 (33.3%)	1 (20.0%)	1 (25.0%)
歩行訓練	5 (83.3%)	5 (83.3%)	3 (60.0%)	2 (50.0%)
トイレ訓練	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
入浴訓練	4 (66.7%)	2 (33.3%)	0 (0.0%)	1 (25.0%)
その他ADL訓練	1 (16.7%)	1 (16.7%)	1 (20.0%)	1 (25.0%)
ADL訓練	2 (33.3%)	2 (33.3%)	1 (20.0%)	1 (25.0%)
言語訓練	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
摂食・嚥下訓練	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
車椅子関連適合	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
移乗関連用具適合	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
その他福祉用具適合	1 (16.7%)	1 (16.7%)	1 (20.0%)	1 (25.0%)
記憶機能訓練	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
認知機能訓練	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
住宅改修	1 (16.7%)	1 (16.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
趣味活動	3 (50.0%)	4 (66.7%)	4 (80.0%)	3 (75.0%)
介助方法の指導	1 (16.7%)	2 (33.3%)	1 (20.0%)	1 (25.0%)
その他	1 (16.7%)	3 (50.0%)	3 (60.0%)	2 (50.0%)

AADL 軽度	介入前	1ヵ月後	2ヶ月後	3ヵ月後
	実行度向上 (n=7)	実行度向上 (n=7)	実行度向上 (n=7)	実行度向上 (n=5)
関節可動域訓練 (ROM)	5 (71.4%)	4 (57.1%)	4 (57.1%)	2 (40.0%)
筋力増強訓練	1 (14.3%)	2 (28.6%)	2 (28.6%)	0 (0.0%)
ストレッチ等筋緊張緩和	6 (85.7%)	6 (85.7%)	5 (71.4%)	3 (60.0%)
持久力増強訓練	2 (28.6%)	2 (28.6%)	2 (28.6%)	1 (20.0%)
治療体操 (体操)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
座位バランス訓練	2 (28.6%)	2 (28.6%)	2 (28.6%)	2 (40.0%)
立位バランス訓練	1 (14.3%)	1 (14.3%)	1 (14.3%)	1 (20.0%)
起居/立位動作訓練	4 (57.1%)	4 (57.1%)	5 (71.4%)	5 (100.0%)
座位訓練	4 (57.1%)	4 (57.1%)	4 (57.1%)	2 (40.0%)
移乗動作訓練	4 (57.1%)	4 (57.1%)	5 (71.4%)	3 (60.0%)
歩行訓練	2 (28.6%)	2 (28.6%)	2 (28.6%)	2 (40.0%)
トイレ訓練	1 (14.3%)	1 (14.3%)	1 (14.3%)	1 (20.0%)
入浴訓練	1 (14.3%)	1 (14.3%)	1 (14.3%)	1 (20.0%)
その他ADL訓練	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (28.6%)	1 (20.0%)
ADL訓練	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
言語訓練	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
摂食・嚥下訓練	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
車椅子関連適合	5 (71.4%)	5 (71.4%)	3 (42.9%)	2 (40.0%)
移乗関連用具適合	3 (42.9%)	4 (57.1%)	2 (28.6%)	1 (20.0%)
その他福祉用具適合	2 (28.6%)	2 (28.6%)	2 (28.6%)	1 (20.0%)
記憶機能訓練	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
認知機能訓練	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
住宅改修	1 (14.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
趣味活動	1 (14.3%)	1 (14.3%)	2 (28.6%)	1 (20.0%)
介助方法の指導	6 (85.7%)	6 (85.7%)	6 (85.7%)	5 (100.0%)
その他	1 (14.3%)	1 (14.3%)	1 (14.3%)	0 (0.0%)

3.2.3 福祉用具の活用と試用状況

合意目標達成のための福祉用具の関与や試用（デモ品の活用）状況についてアンケート調査を実施した。

(1) 回答事例数と介護度別の人数

回答事例数：41 事例中 29 例

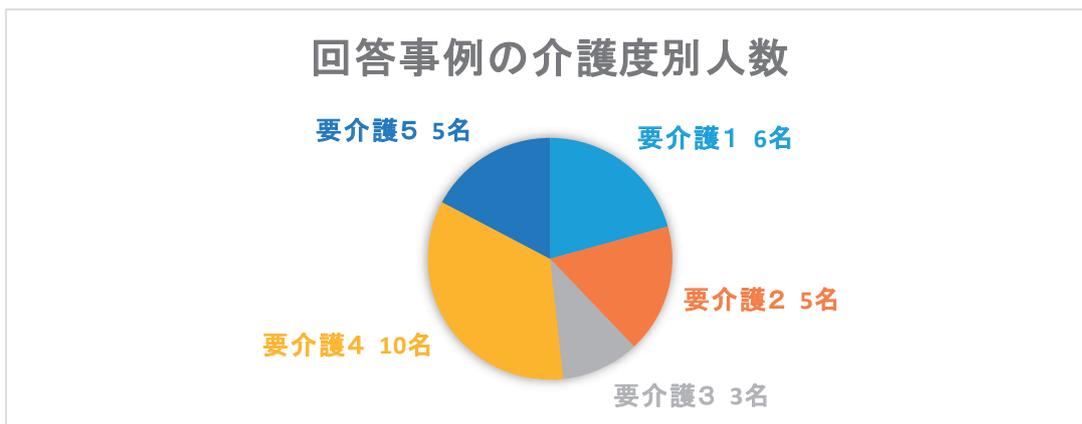


図 3-5 回答事例の介護度別人数

(2) MTDLP の合意目標達成のために福祉用具が関与したか

- ・合意目標達成のために約 8 割のケースで福祉用具が関与した。
- ・関与しなかったケースは要介護 1 が 4 名、要介護 2 が 1 名と介護度が軽く、目標が歩行レベルの参加を目的とした事例であった。

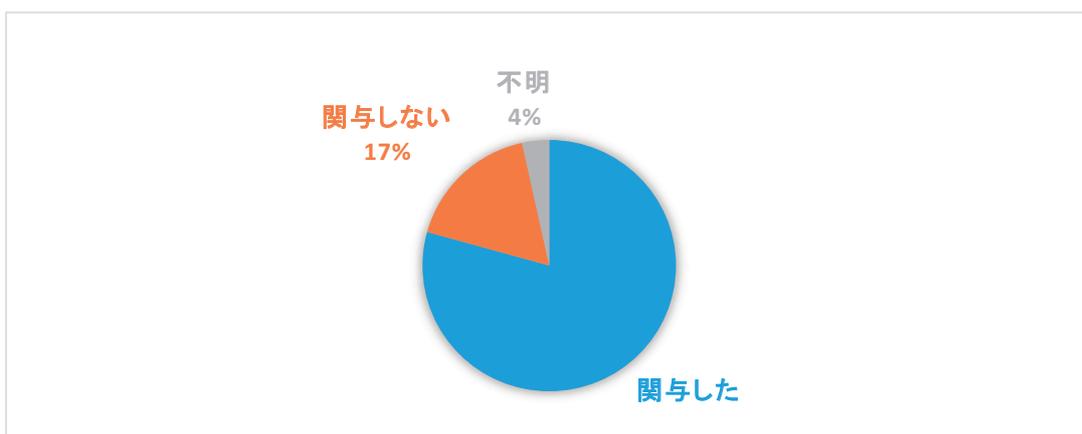


図 3-6 MTDLP の合意目標達成への福祉用具の関与

(3) 福祉用具試用について

福祉用具の導入にあたっては、70%がデモ品を試用し、その内の85%は1～2週間の試用期間を得て導入に至っていた。ただし、今回の調査は、適正な試用期間を求めた調査ではない。

a. 福祉用具の試用の有無



図 3-7 福祉用具の試用の有無

b. 福祉用具の試用期間

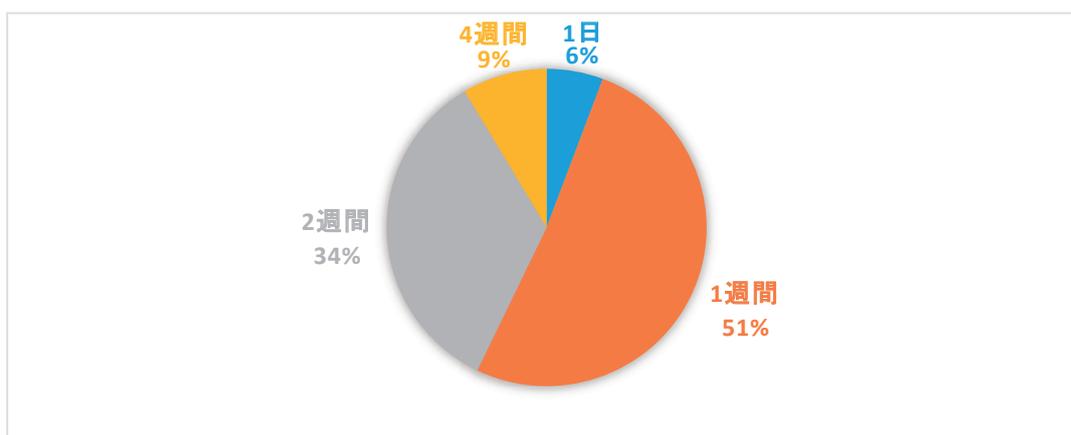


図 3-8 福祉用具の試用期間

c. 試用の目的

①本人が使用感を確認し、操作性を習得するため、②本人が福祉用具と住環境との適合を確認するための目的が多く、⑦本人の好みや希望、⑧ケアマネジャーや福祉用具専門相談員の提案は①②に付随して発生することがあった。

・使用目的が⑧のみが1例あったが、利用につながっていなかった。

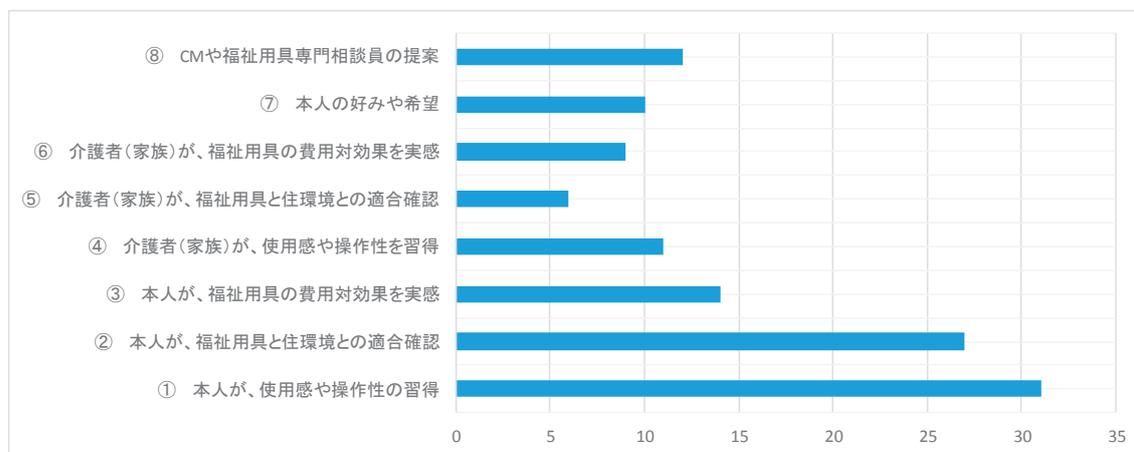


図 3-9 福祉用具の試用の目的

(4) まとめ

生活期の目標達成には、福祉用具の活用場面が多く、導入の際には試用期間を設けて、利用者・環境との適合・調整を行うことが必要である。

・試用は、多くの福祉用具で行われており、適切なアセスメントのもと効果が認められ、試用の重要性が分かった。

3.2.4 事例から見えてきた生活行為向上に関する各職種の役割

本調査で収集した41事例に関する各職種の関わりを集計した結果より、生活行為向上に向けて各職種が果たすべき役割は、以下のように整理できた。

職種	生活行為向上に関する役割
作業療法士	<ul style="list-style-type: none"> ・ MTDLP を用いた合意目標の立案と目標を共有するための働きかけ ⇒情報や介助方法等を共有する場を持つことを介護支援専門員へ依頼 ⇒情報共有ツールを用いた連携（連絡ノート・ICT） ・ 動機づくり ・ 合意目標の動作（ADL・IADL・趣味・余暇活動）を達成するための機能評価・訓練 ・ 福祉用具の選定・調整 ・ 住宅改修の検討・提案 ・ 介助方法の検討・伝達 ・ 自主トレーニングの提案と確認 ・ 情報提供
理学療法士	<ul style="list-style-type: none"> ・ 合意目標の共有と目標達成に向けた介入 ・ 基本動作の評価・訓練 ・ 歩行訓練 ・ 痛みへの対応 ・ 筋力増強の練習 ・ 呼吸機能の評価と介助方法伝達 ・ 自主トレーニングの提案と確認
言語聴覚士	<ul style="list-style-type: none"> ・ 合意目標の共有と目標達成に向けた介入 ・ 摂食・嚥下の評価・練習 ・ 食事の摂取方法の検討・伝達
リハ職 (病院)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 退院後に関わる職種に向けての情報提供 ・ 目標の申し送り
医師	<ul style="list-style-type: none"> ・ リスク管理（離床、トイレ動作等の可否） ・ 明確なリハゴール ・ ICT ツールの活用 ・ 病状の確認 ・ リハ内容、注意点の指示 ・ 服薬調整

職種	生活行為向上に関する役割
看護師	<ul style="list-style-type: none"> ・ 合意目標の共有 ・ 生活上の変化の把握と情報提供・交換 ・ 生活上のリスク管理（離床、ADLの活動時等） ・ 緊急時の対応 ・ トイレ誘導 ・ 皮膚、褥瘡の確認と対応 ・ 服薬管理
介護支援 専門員	<ul style="list-style-type: none"> ・ 合意目標の共有、福祉用具の選定、介助方法の伝達等を行うための情報交換の場や参加職種の調整 ⇒本人や家族、介入する多職種に向けて ・ 合意目標達成に向けたプラン作成（経済的負担を配慮して）
介護職	<ul style="list-style-type: none"> ・ 合意目標の達成に向けた介助方法の習得と実施 ・ 自立（活動と参加）を促す支援と活動のリスク回避 ・ 専門的な助言が必要な時、生活上の変化が認められたときの連絡
家族	<ul style="list-style-type: none"> ・ OTとの合意目標の立案 ・ 合意目標達成に向けた、本人への声かけ、体調確認、動作確認、介助方法の習得 ・ 介護保険制度等のサービスの理解（行政上の手続き、各職種への相談）
本人	<ul style="list-style-type: none"> ・ OTとの合意目標の立案 ・ 目標達成に向けた意欲的な活動の実施 ・ 自主トレーニングの実施
福祉用具 貸与事業所	<ul style="list-style-type: none"> ・ 合意目標の達成に向けた福祉用具活用と住宅改修の提案・貸与・情報提供 ・ 試用品（デモ品）の提供 ・ 福祉用具の定期的な点検・メンテナンス

3.3 考察

本調査では在宅で訪問リハビリテーションを利用する要介護 1～5 の利用者に対して、「生活行為向上マネジメント」を行った 41 事例を収集し、①MTDLP の実行度の変化と生活機能（ICF）の状況を整理し、②要介護度と合意目標の違いによるリハ職の介入プログラムの違いを確認し、③生活行為を向上させるために各職種がどのような役割を果たすべきであるか、の観点から比較、分析を行った。

41 件中、35 件で MTDLP の実行度が向上しており、生活行為向上マネジメントが有効であることが確認された。利用者の生活機能アセスメントにおいて、生活を妨げる要因と現状能力が強みとなる機能は、心身機能／構造レベル、活動／参加レベル、環境レベルではほぼ同様の項目が挙げられた。両者に共通していた項目は、心身機能／構造レベルでは、b110 意識レベル、b130 活力と欲動の機能、b144 記憶機能、b710 関節の可動性、b730 筋力の機能であった。活動／参加レベルでは、d415 姿勢の保持、d450 歩行、d455 移動、d460 さまざまな場所での移動、d465 用具を用いての移動、d530 排泄、d540 更衣であった。環境レベルでは、e115 日常生活における個人用の生産品と用具、e120 個人的な国内外の移動と交通のための生産品と用具、e155 私用の建物の設計・建設用の生産品と用具、e310 家族、e340 対人サービス提供者、e410 家族の態度であった。これらの項目は、生活機能を向上させる上で問題点にも強みにもなるため、重点的にアセスメントすべきであることが示唆された。

次に、合意した生活行為の目標を 3 つに類型化し、利用者の状態像の 2 区分で、各種介入プログラムの実施割合を確認した。合意目標を基本的な ADL に設定した場合であっても趣味や対人交流など社会参加に設定した場合であっても、目標の前段階として基礎的な身体機能向上プログラムを提供しながらも、各目標に従ったプログラムが提供されていた。また、要介護度が高い方（重度）では特に、物理的環境の調整や家族へのサポートなども多く行われていた。従って、利用者の生活行為自体を向上させるためには、利用者本人との合意目標を明確に設定することが重要であり、目標を達成するためのプログラムは幅広く提供される必要があると考えられた。

利用者が納得して合意できる生活目標を立案し、すべての職種がこれを共有した上でそれぞれの役割を發揮すれば、実行度や満足度は向上する。そのためには、MTDLP のような手法を用いて生活行為の目標立案と、目標の達成に向けて各専門職の役割調整が必要となる。各専門職の役割と連携のポイントを整理した。作業療法士は、特に、MTDLP を用いた合意目標の立案と目標を共有するための働きかけとして、介護支援専門員に対して、情報や介助方法等を共有する場を持つことを依頼し、連携ノートや ICT 等を活用した情報共有ツールを用いた連携を促すことが重要であることが把握された。

これらの結果から、訪問サービスにおいて利用者の生活行為を向上させるためには、MTDLP や ICF を活用して利用者をしっかりアセスメントすること、利用者との合意が得られた目標を本人、家族、多職種すべてが共有しつつ、適切な生活環境を整備した上で活動、参加を促す必要があり、リハ職（特に OT）が多職種に対して積極的な働きかけを行うことが重要である。

4. 訪問サービスにおける ICT 技術の有用性の検証

4.1 背景

平成 30 年度の介護報酬改訂では、動画通信をはじめとした ICT 技術の有効活用が推進されている。また、近年では各種センサーを活用して対象者の状態を示す様々な客観的データに基づいた対応により効果が確認されている。例えば、マット型の圧センサーにより臥床時や座位時の接触圧とその分布を測定し、福祉用具の選定や適合を検証する取り組みや、加速度センサーにより長時間の身体活動を測定し活動量や活動時間のパターンから具体的な数値目標を示したり、活動の指導につなげたりする取り組みなどが挙げられる。

我々は、「自立支援・重度化防止に向けた訪問サービス」という大きなテーマに対して、「訪問サービスに関わる多職種の役割や連携の在り方」を軸に調査を行った。訪問サービスにおいて多職種の連携でやり取りされる情報は主に「医療・健康維持関連情報（血圧、脈拍などのバイタルサイン、血液検査データ、服薬状況、など）」と「生活状態（ADL、IADL など生活行為の実行状況や介護状況など）」であるが、前者は数値を中心とした定量的かつ客観的で信頼性が高い情報である一方、後者は定性的なチェックリストで対象者の微細な変化を捉えることが難しく、さらに細かな変化は文章や口頭で表現されるので担当者の主観的情報も含まれ、複数職種間での情報共有が困難となる。生活状態についても、複数の職種が連携を図る上で、客観的で信頼度が高く誰もがわかりやすいデータを共通言語とすれば、対象者の目標も具体的な数値で示され、その数値を達成することを共通指針とすることで各職種の具体的な役割発揮を促進できると考えられる。

そこで、本研究事業の協力施設で ICT 技術を試用し、その有用性についてアンケート調査を実施した。

4.2 調査詳細

4.2.1 目的

自立支援・重度化防止のための訪問サービスに関わる職種が有用である ICT 技術を検討する。

4.2.2 対象

本調査研究事業の協力事業所のうち、追加調査の協力を同意がえられた 2 事業所で調査を実施した。調査期間中にサービスを提供している利用者で本人の同意が得られた者とその担当リハ職を対象とした。

4.2.3 調査内容と方法

まず、同意の得られた利用者に入浴時以外は常に活動量計（アクチグラフ社製、GT3X-BT）

を専用ベルトで腰部に装着し、可能な限り1週間の測定を依頼した。同時に、担当リハ職を通じて装着期間中の行動に関する出来事（例：10時～15時デイケア利用、など）を基本情報シートに記載してもらった。測定が終了した時点で、分析担当者が基本情報シートと活動量計を回収し、活動量計のデータ分析とレポート作成を実施した。データ分析とレポート作成にあたり、専門的な知見については広島大学大学院医歯薬保健学研究院応用生命科学部門 上肢機能解析制御科学教室に助言を得た。作成したレポートは各担当者へ送付し、担当リハ職が利用者へ生活状況と活動量分析結果についてフィードバックし、今後の活動目標の立案に活用した。以上の工程を踏まえて、利用者および担当リハ職に活動量計の有有用性についてアンケート調査に回答してもらった。これらの調査は平成30年1月29日～2月28日を実施した。

【基本情報シート】

平成29年度老人保健健康増進等事業「自立支援・重度化防止に向けた訪問によるサービス提供に関する調査研究事業」
活動量計の試用に関する基本情報シート

※このシートに必要事項を記入し活動量計と一緒にご返送ください。

1. 活動量計を装着された利用者の性別と年齢、要介護度を教えてください。		回答欄
性別	男性・女性	
年齢	60才代・70才代・80才代・90才代	
体重	() kg	身長 () cm
要介護度	要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5	

2. 活動量計を装着された期間の利用者の大まかなスケジュール(内容と時間)をご記入ください。 用事が何もない日は「なし」としてください。			
	通所サービス	訪問サービス	外出(通院など)
例 2月 1日	デイサービス(10時～15時)	生活介護(9時～10時)	内科受診(16時～17時)
月 日			
月 日			
月 日			
月 日			
月 日			
月 日			
月 日			
月 日			

3. 使用された機械のシリアル番号をご記入ください
シリアル番号()

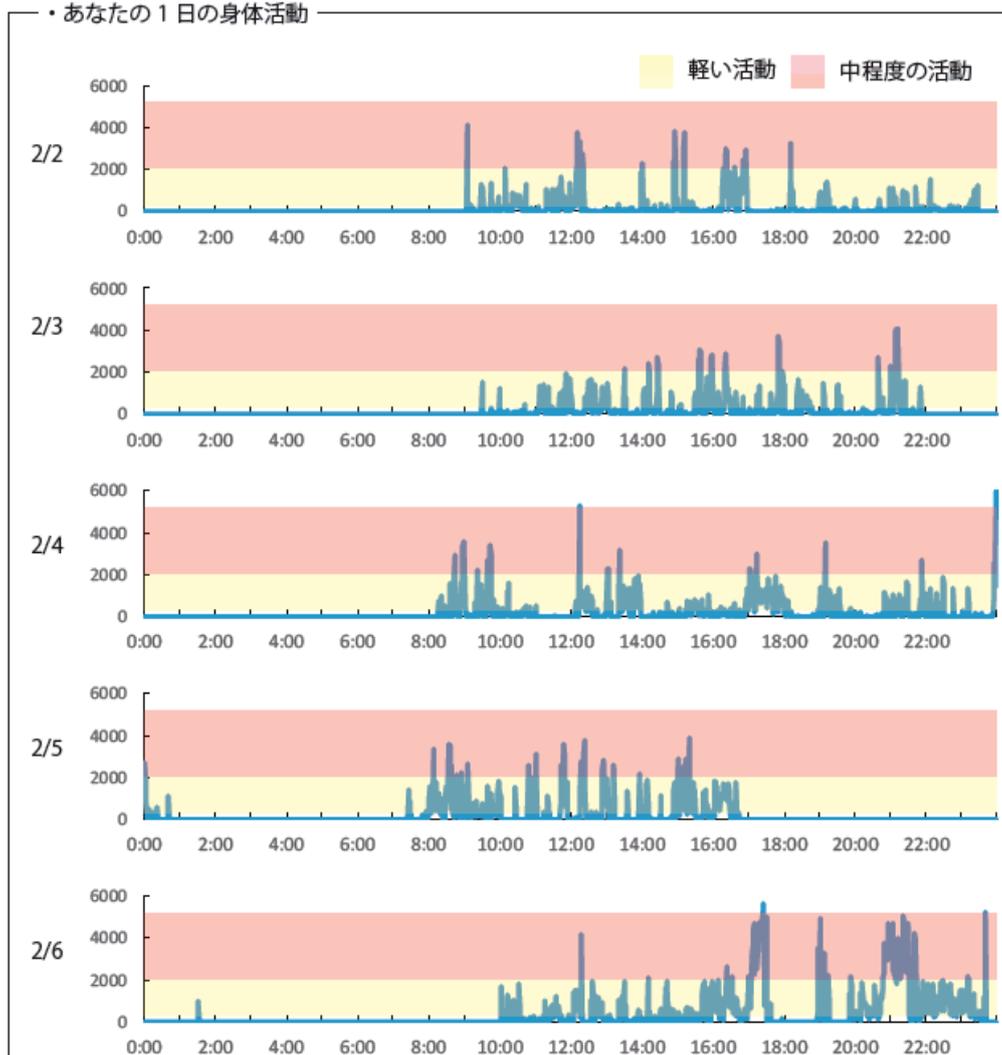
分析担当者記載欄

【レポートサンプル】

様の日常生活の活動レポート

・調査期間：2018/02/01～2018/02/07

・あなたの1日の身体活動



身体活動の多くが、臥位・座位、もしくは軽い活動です。

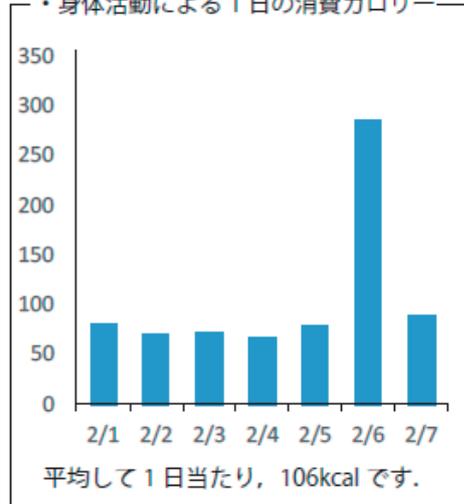
15：00-18：00 に身体活動が多い傾向にあります。

10：00～14：00 の身体活動が少ない傾向があります。

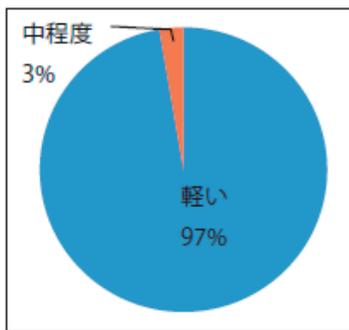
・あなたの1日の歩数



・身体活動による1日の消費カロリー

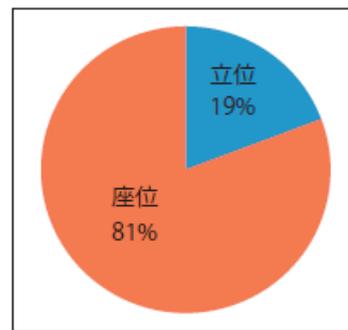


・あなたの身体活動の強さ



身体活動のうち、安静と軽い強度の活動が多くを占めています

・あなたの座位と立位の割合



立位より座位で過ごす時間が多い傾向にあります

・あなたの身体活動をよりよくするための目標

Blank area for setting goals to improve physical activity.

【利用者向けアンケート】

平成29年度老人保健健康増進等事業「自立支援・重度化防止に向けた訪問によるサービス提供に関する調査研究事業」

ICT技術活用に関するアンケート(利用者向け)

※この調査票への回答は、活動量計を試用された利用者(聞き取り困難な場合は家族等)へ担当者が聴取してご回答ください。

使用した機械のシリアル番号:

聞き取り担当者氏名:

1. あなたの性別と年齢、要介護度を教えてください。	回答欄
性別 男性・女性	
年齢 60才代・70才代・80才代・90才代	
要介護度 要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5	

2. 機械を利用した感想をお伺いします。	回答欄
① 機械を身につけておくことは邪魔になりましたか？	
(ア)全く邪魔にならなかった・(イ)あまり気にならなかった・(ウ)多少邪魔に感じた・(エ)とても邪魔だった	
② ご自身の活動量がわかることは役に立ちますか？	回答欄
(ア)多に役に立つ・(イ)それなりに役に立つ・(ウ)あまり役に立たない・(エ)全く役に立たない	
③ ご自身に役に立ったと感じる情報をすべてお答えください。	回答欄
(ア)時間ごとの活動量・(イ)1日の歩数・(ウ)消費カロリー・(エ)コメント・(オ)機械の情報を元にした専門職の助言・(カ)その他()	
④ この機械を使うとリハビリ(運動や活動)の意欲が湧きますか？	回答欄
(ア)とても湧く・(イ)少し湧く・(ウ)あまり湧かない・(エ)全く湧かない	
⑤ 今後も続けてこのような機械を使ってみたいですか？	回答欄
(ア)ぜひ使いたい・(イ)使っても良い・(ウ)あまり使いたくない・(エ)使わない	
⑥ 結果の知らせ方についてのご要望のうち、あてはまるものを教えてください。	回答欄
(ア)健康な人との比較をして欲しい (イ)その場ですぐに結果を知りたい (ウ)グラフを多くして欲しい (エ)特にない (オ)その他()	
⑦ 活動量計を活用して気づいた点、ご意見、ご要望等、自由にご記入ください。	

調査は以上です。ご協力ありがとうございました。

【専門職向けアンケート】

平成29年度老人保健健康増進等事業「自立支援・重度化防止に向けた訪問によるサービス提供に関する調査研究事業」

ICT技術活用に関するアンケート(専門職向け)

※この調査票への回答は、活動量計の情報を共有された専門職の方がご回答ください。

1. あなたのお名前、性別、年齢、職種、職種の経験年数を教えてください。	回答欄
お名前	
性別 男性・女性	
年齢 20才代・30才代・40才代・50才代・60才代・70才代以上	
職種 OT・PT・その他	
経験年数 3年未満・4～10年・11年～20年・20年以上	

2. 活動量計を利用した感想をお伺いします。	回答欄
① 利用者に機械を導入することは難しかったですか？	
(ア)とても簡単だった・(イ)難しくなかった・(ウ)少し難しかった・(エ)とても難しかった	
② 利用者の活動量がわかることは役に立ちますか？	回答欄
(ア)多めに役に立つ・(イ)少し役に立つ・(ウ)あまり役に立たない・(エ)全く役に立たない	
③ 役に立つと感じる情報をすべてお答えください。(複数選択可)	回答欄
(ア)時間ごとの活動量・(イ)1日の歩数・(ウ)消費カロリー・(エ)レポートのコメント・(オ)機械の情報を元にした専門職の助言・(カ)その他()	
④ この機械を使うと利用者にとどのようなメリットがあると思いますか？(複数選択可)	回答欄
(ア)リハビリ(運動・活動)への動機付けが高まる (イ)リハビリ(運動・活動)の時間帯や量の調節がしやすくなる (ウ)リハビリの目標を共有しやすくなる (エ)健康管理がしやすくなる (オ)生活管理がしやすくなる (カ)その他()	
⑤ この機械を使うとリハ職と介護職の連携にとどのようなメリットがありますか？(複数選択可)	回答欄
(ア)今回は連携効果の確認ができなかった (イ)特にメリットはない (ウ)利用者の運動や活動に関する状況把握が容易になる (エ)利用者の運動や活動に関する目標が明確になる (オ)リハ担当者としての役割が発揮しやすくなる (カ)その他()	
⑥ この機械を使うとリハ職と医師の連携にとどのようなメリットがありますか？(複数選択可)	回答欄
(ア)今回は連携効果の確認ができなかった (イ)特にメリットはない (ウ)利用者の運動や活動に関する状況把握が容易になる (エ)利用者の運動や活動に関する目標が明確になる (オ)リハ担当者としての役割が発揮しやすくなる (カ)その他()	

<p>⑦ この機械を使うとリハ職とケアマネージャーの連携にどのようなメリットがありますか？(複数選択可)</p> <p>(ア)今回は連携効果の確認ができなかった (イ)特にメリットはない (ウ)利用者の運動や活動に関する状況把握が容易になる (エ)利用者の運動や活動に関する目標が明確になる (オ)リハ担当者としての役割が発揮しやすくなる (カ)その他()</p>	<p>回答欄</p>
<p>⑧ 今後も続けてこのような機械を使ってみたいですか？</p> <p>(ア)ぜひ使いたい・(イ)使っても良い・(ウ)あまり使いたくない・(エ)使わない</p>	<p>回答欄</p>
<p>⑨ ⑧で(ウ)または(エ)と回答された場合、理由を教えてください。</p>	
<p>⑩ 結果の知らせ方についてのご要望のうち、あてはまるものを教えてください。(複数選択可)</p> <p>(ア)健康な人との比較をして欲しい (イ)その場ですぐに結果を知りたい (ウ)グラフを多くして欲しい (エ)特にない (オ)その他()</p>	<p>回答欄</p>
<p>⑪ 活動量計を活用して気づいた点、ご意見、ご要望等、自由にご記入ください。</p>	
<p>調査は以上です。ご協力ありがとうございました。</p>	

4.3 結果

9名の利用者から協力が得られた。利用者の年齢と性別は、60才代女性1名、70才代男性2名、70才代女性1名、80才代男性1名、80才代女性2名、90才代女性1名であった。要介護度は要支援2が3名、要介護1が2名、要介護2が3名、要介護3が1名であった。

活動量計を利用した感想を聞いたアンケートでは、機器の装着感は9名中8名で「全く邪魔にならなかった」「あまり気にならなかった」と答えた。活動量計が役に立つかの問いでは、9名中8名が「多いに役に立つ」「それなりに役に立つ」と答えた。役に立った情報内容は、「時間ごとの活動量」「1日の歩数」「消費カロリー」「機械の情報を元にした専門職の助言」が多かった。今後も活動量計を使ってみてみたいかの問いでは、9名中7名が「ぜひ使いたい」「使ってもよい」と答えた。結果の知らせ方の要望では、「健康な人との比較をして欲しい」の意見が多かった。最後に自由記載項目では「座位で自主トレをしていたが、活動量が低いことが分かった。活動量計があると、動こうという気持ちになる。1日の身体活動の表を見て、身体活動の大小の程度が分かり、同じ歩くにしてもゆっくり歩けばいいわけではなく、小走りの方が活動量が大きいことが分かった。かかりつけ医にも、散歩の時には、速めに歩きなさいと言われていて、その意味が理解できた。活動レポートと日記を照らし合わせて見ることで、どの程度活動するといいいのかを検討できる。」と活動量計の特徴を最大限に活用できる意見も聞かれた。

設問と回答選択肢	集計結果										
①機械を身につけておくことは邪魔になりましたか？ (ア) 全く邪魔にならなかった (イ) あまり気にならなかった (ウ) 多少邪魔に感じた (エ) とても邪魔だった	<table border="1"> <tr><th>回答</th><th>集計結果</th></tr> <tr><td>ア</td><td>3</td></tr> <tr><td>イ</td><td>5</td></tr> <tr><td>ウ</td><td>1</td></tr> <tr><td>エ</td><td>0</td></tr> </table>	回答	集計結果	ア	3	イ	5	ウ	1	エ	0
回答	集計結果										
ア	3										
イ	5										
ウ	1										
エ	0										
②ご自身の活動量がわかることは役に立ちますか？ (ア) 多いに役に立つ (イ) それなりに役に立つ (ウ) あまり役に立たない (エ) 全く役に立たない	<table border="1"> <tr><th>回答</th><th>集計結果</th></tr> <tr><td>ア</td><td>4</td></tr> <tr><td>イ</td><td>4</td></tr> <tr><td>ウ</td><td>0</td></tr> <tr><td>エ</td><td>1</td></tr> </table>	回答	集計結果	ア	4	イ	4	ウ	0	エ	1
回答	集計結果										
ア	4										
イ	4										
ウ	0										
エ	1										

設問と回答選択肢	集計結果														
<p>③ご自身に役に立ったと感じる情報をすべてお答えください。（複数選択可）</p> <p>(ア) 時間ごとの活動量 (イ) 1日の歩数 (ウ) 消費カロリー (エ) コメント (オ) 機械の情報を元にした専門職の助言 (カ) その他</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>回答</th> <th>回数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ア</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>イ</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>ウ</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>エ</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>オ</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>カ</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	回答	回数	ア	6	イ	6	ウ	5	エ	2	オ	5	カ	0
回答	回数														
ア	6														
イ	6														
ウ	5														
エ	2														
オ	5														
カ	0														
<p>④この機械を使うとリハビリ（運動や活動）の意欲が湧きますか？</p> <p>(ア) とても湧く (イ) 少し湧く (ウ) あまり湧かない (エ) 全く湧かない</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>回答</th> <th>回数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ア</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>イ</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>ウ</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>エ</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>	回答	回数	ア	4	イ	4	ウ	0	エ	1				
回答	回数														
ア	4														
イ	4														
ウ	0														
エ	1														
<p>⑤今後も続けてこのような機械を使ってみたいですか？</p> <p>(ア) ぜひ使いたい (イ) 使っても良い (ウ) あまり使いたくない (エ) 使わない</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>回答</th> <th>回数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ア</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>イ</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>ウ</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>エ</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>	回答	回数	ア	4	イ	3	ウ	0	エ	2				
回答	回数														
ア	4														
イ	3														
ウ	0														
エ	2														
<p>⑥結果の知らせ方についてのご要望のうち、あてはまるものを教えてください。（複数選択可）</p> <p>(ア) 健康な人との比較をして欲しい (イ) その場ですぐに結果を知りたい (ウ) グラフを多くして欲しい (エ) 特にない (オ) その他</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>回答</th> <th>回数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ア</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>イ</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>ウ</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>エ</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>オ</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	回答	回数	ア	5	イ	2	ウ	3	エ	1	オ	0		
回答	回数														
ア	5														
イ	2														
ウ	3														
エ	1														
オ	0														

自由意見

(80 才代、女性、要支援2)思ったほど邪魔にならなかった。日中どれくらい自分が活動しているか、グラフにして見せてもらえると分かりやすかった。

(80 才代、女性、要支援2)違和感なく、使うことが出来ました。

(90 才代、女性、要支援2)時々自分の健康状態を知りたいと思った。活動状態を知っておくことはいいことだと思った。

(70 才代、男性、要介護3)座位で自主トレをしていたが、活動量が低いことが分かった。活動量計があると、動こうという気持ちになる。1日の身体活動の表を見て、身体活動の大小の程度が分かり、同じ歩くにしてもゆっくり歩けばいいわけではなく、小走りの方が活動量が大きいことが分かった。かかりつけ医にも、散歩の時には、速めに歩きなさいと言われていて、その意味が理解できた。活動レポートと日記を照らし合わせて見ることで、どの程度活動するといいいのかを検討できる。

(70 才代、男性、要介護2)今回は体調不良で寝ている時間が長かったんで、再度チャレンジしてみたい

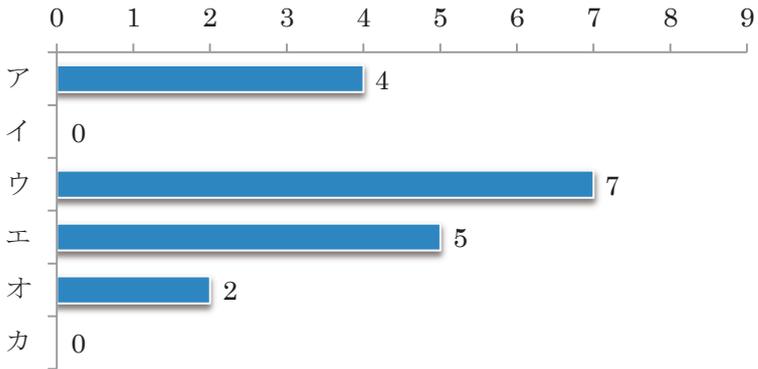
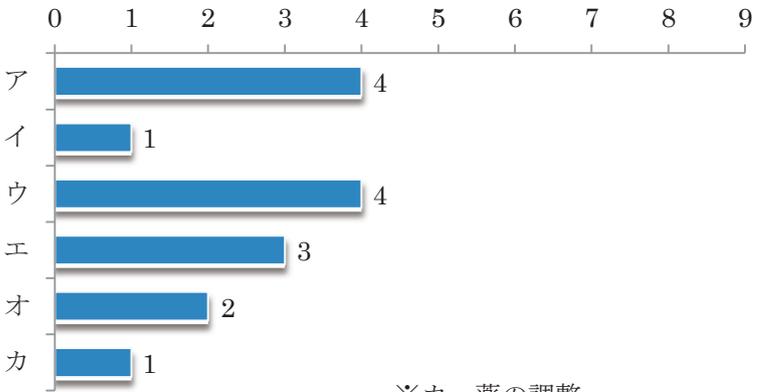
(70 才代、女性、要介護1)リアルタイムに結果がわかるとやる気が続くと思う。反応を出してほしい。(活動の強さがわかるようにしてほしいということのようです。例えば、立位での活動は青、座位での活動は緑などに光ったりする機能)

(80 才代、男性、要介護1)つけにくかった

上記利用者を担当したりハ職の年齢と性別は、20才代男性3名、20才代女性2名、30才代男性3名、40才代男性1名であった。職種は作業療法士が5名、理学療法士が4名であった。経験年数は3年未満が5名、4～10年が1名、11～20年が3名であった。

活動量計を利用した感想を聞いたアンケートでは、活動量計を導入することの難しさは全員が「とても簡単だった」「難しくなかった」と答えた。利用者の活動量がわかることが役に立つかの問いでは、全員が「多いに役に立つ」「少し役に立つ」と答えた。役に立つ情報内容は、「時間ごとの活動量」「1日の歩数」が多かった。活動量計を使うことによる利用者のメリットは、「リハビリ(運動・活動)への動機付けが高まる」「リハビリの目標を共有しやすくなる」「健康管理がしやすくなる」「生活管理がしやすくなる」の意見が多かった。活動量計の情報を介護職や医師との連携に活用することのメリットを聞いた問いでは、3～4件が今回は連携効果の確認ができなかったが、介護職とは「利用者の運動や活動に関する状況把握が容易になる」「利用者の運動や活動に関する目標が明確になる」、医師とは「利用者の運動や活動に関する状況把握が容易になる」の意見が多かった。さらに、医師との連携において「薬の調整に役立つ」との意見も聞かれた。介護支援専門員とは、「利用者の運動や活動に関する状況把握が容易になる」「利用者の運動や活動に関する目標が明確になる」の意見が多かった。今後も活動量計を使ってみたいかの問いでは「ぜひ使いたい」の意見が多かった。結果の知らせ方の要望では、「健康な人との比較をして欲しい」「その場ですぐに結果をしりたい」の意見が多かった。

設問と回答選択肢	集計結果												
①利用者に機械を導入することは難しかったですか？ (ア) とても簡単だった (イ) 難しくなかった (ウ) 少し難しかった (エ) とても難しかった	<table border="1"> <tr><td>ア</td><td>4</td></tr> <tr><td>イ</td><td>5</td></tr> <tr><td>ウ</td><td>0</td></tr> <tr><td>エ</td><td>0</td></tr> <tr><td>オ</td><td>0</td></tr> </table>	ア	4	イ	5	ウ	0	エ	0	オ	0		
ア	4												
イ	5												
ウ	0												
エ	0												
オ	0												
②利用者の活動量がわかることは役に立ちますか？ (ア) 多いに役に立つ (イ) それなりに役に立つ (ウ) あまり役に立たない (エ) 全く役に立たない	<table border="1"> <tr><td>ア</td><td>7</td></tr> <tr><td>イ</td><td>2</td></tr> <tr><td>ウ</td><td>0</td></tr> <tr><td>エ</td><td>0</td></tr> <tr><td>オ</td><td>0</td></tr> </table>	ア	7	イ	2	ウ	0	エ	0	オ	0		
ア	7												
イ	2												
ウ	0												
エ	0												
オ	0												
③役に立つと感じる情報をすべてお答えください。(複数選択可) (ア) 時間ごとの活動量 (イ) 1日の歩数 (ウ) 消費カロリー (エ) レポートのコメント (オ) 機械の情報を元にした専門職の助言 (カ) その他	<table border="1"> <tr><td>ア</td><td>9</td></tr> <tr><td>イ</td><td>8</td></tr> <tr><td>ウ</td><td>5</td></tr> <tr><td>エ</td><td>3</td></tr> <tr><td>オ</td><td>4</td></tr> <tr><td>カ</td><td>0</td></tr> </table>	ア	9	イ	8	ウ	5	エ	3	オ	4	カ	0
ア	9												
イ	8												
ウ	5												
エ	3												
オ	4												
カ	0												
④この機械を使うと利用者にどのようなメリットがあると思いますか？(複数選択可) (ア) リハビリ(運動・活動)への動機付けが高まる (イ) リハビリ(運動・活動)の時間帯や量の調節がしやすくなる (ウ) リハビリの目標を共有しやすくなる (エ) 健康管理がしやすくなる (オ) 生活管理がしやすくなる (カ) その他	<table border="1"> <tr><td>ア</td><td>8</td></tr> <tr><td>イ</td><td>3</td></tr> <tr><td>ウ</td><td>7</td></tr> <tr><td>エ</td><td>6</td></tr> <tr><td>オ</td><td>7</td></tr> <tr><td>カ</td><td>0</td></tr> </table>	ア	8	イ	3	ウ	7	エ	6	オ	7	カ	0
ア	8												
イ	3												
ウ	7												
エ	6												
オ	7												
カ	0												

設問と回答選択肢	集計結果														
<p>⑤この機械を使うとリハ職と介護職の連携にどのようなメリットがありますか？（複数選択可）</p> <p>(ア) 今回は連携効果の確認ができなかった</p> <p>(イ) 特にメリットはない</p> <p>(ウ) 利用者の運動や活動に関する状況把握が容易になる</p> <p>(エ) 利用者の運動や活動に関する目標が明確になる</p> <p>(オ) リハ担当者としての役割が発揮しやすくなる</p> <p>(カ) その他</p>	 <table border="1"> <thead> <tr> <th>回答選択肢</th> <th>集計結果</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ア</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>イ</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>ウ</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>エ</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>オ</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>カ</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	回答選択肢	集計結果	ア	4	イ	0	ウ	7	エ	5	オ	2	カ	0
回答選択肢	集計結果														
ア	4														
イ	0														
ウ	7														
エ	5														
オ	2														
カ	0														
<p>⑥この機械を使うとリハ職と医師の連携にどのようなメリットがありますか？（複数選択可）</p> <p>(ア) 今回は連携効果の確認ができなかった</p> <p>(イ) 特にメリットはない</p> <p>(ウ) 利用者の運動や活動に関する状況把握が容易になる</p> <p>(エ) 利用者の運動や活動に関する目標が明確になる</p> <p>(オ) リハ担当者としての役割が発揮しやすくなる</p> <p>(カ) その他</p>	 <table border="1"> <thead> <tr> <th>回答選択肢</th> <th>集計結果</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ア</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>イ</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>ウ</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>エ</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>オ</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>カ</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> <p>※カ：薬の調整</p>	回答選択肢	集計結果	ア	4	イ	1	ウ	4	エ	3	オ	2	カ	1
回答選択肢	集計結果														
ア	4														
イ	1														
ウ	4														
エ	3														
オ	2														
カ	1														

設問と回答選択肢	集計結果														
<p>⑦この機械を使うとリハ職とケアマネジャーの連携にどのようなメリットがありますか？（複数選択可）</p> <p>(ア) 今回は連携効果の確認ができなかった</p> <p>(イ) 特にメリットはない</p> <p>(ウ) 利用者の運動や活動に関する状況把握が容易になる</p> <p>(エ) 利用者の運動や活動に関する目標が明確になる</p> <p>(オ) リハ担当者としての役割が発揮しやすくなる</p> <p>(カ) その他</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>回答</th> <th>集計結果</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ア</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>イ</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>ウ</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>エ</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>オ</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>カ</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	回答	集計結果	ア	3	イ	0	ウ	6	エ	6	オ	2	カ	0
回答	集計結果														
ア	3														
イ	0														
ウ	6														
エ	6														
オ	2														
カ	0														
<p>⑧今後も続けてこのような機械を使ってみたいですか？</p> <p>(ア) ぜひ使いたい</p> <p>(イ) 使っても良い</p> <p>(ウ) あまり使いたくない</p> <p>(エ) 使わない</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>回答</th> <th>集計結果</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ア</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>イ</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>ウ</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>エ</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	回答	集計結果	ア	6	イ	2	ウ	0	エ	0				
回答	集計結果														
ア	6														
イ	2														
ウ	0														
エ	0														
<p>⑩結果の知らせ方についてのご要望のうち、あてはまるものを教えてください。（複数選択可）</p> <p>(ア) 健康な人との比較をして欲しい</p> <p>(イ) その場ですぐに結果を知りたい</p> <p>(ウ) グラフを多くして欲しい</p> <p>(エ) 特にない</p> <p>(オ) その他</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>回答</th> <th>集計結果</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ア</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>イ</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>ウ</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>エ</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>オ</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	回答	集計結果	ア	7	イ	8	ウ	2	エ	0	オ	0		
回答	集計結果														
ア	7														
イ	8														
ウ	2														
エ	0														
オ	0														

自由意見

(20 才代、女性、OT、3 年未満)

自宅での生活の様子は本人から聞くことが主な評価法となっている為、実際の生活での活動量をデータとしてみる事が出来るのがいい。また、結果から目標を設定しやすくなる。

(20 才代、女性、PT、3 年未満)

万歩計や消費カロリーなどのデータがその場で出るとよい

(20 才代、男性、PT、3 年未満)

活動している方であったが、数値が思ったより数値が出ていない印象です。

(30 才代、男性、OT、11-20 年)

- ・パーキンソン病の ON-OFF の把握がわかってくると薬の調整のアドバイスを医師から受けやすいと感じた
- ・何かしらのデータがその場で確認できるとモチベーションがわく
- ・データを正しく拾うために、つけ方の説明用紙があるとよい(冬の厚い服の上から装着しデータが拾えていたかが不安)
- ・個別のキャリブレーションが必要(開始時にその人の立位での活動を基準にデータが拾えるようにするとか)
- ・活動レポートに ID を掲示してほしい

(30 才代、男性、OT、4-10 年)

通所以外の時間の活動量がわかるのは、普段の生活のアドバイスがしやすい。特にこの方は、運動量が少ないため、体重の管理と合わせてアドバイスがしやすい。

4.4 まとめ

本調査では、生活状態の情報について、複数職種間で客観的な共通言語および共通指針となるデータとして活動量計の有用性を検証した。

小型で装着が簡単な活動量計を1週間程度装着しておくことは、利用者の生活の妨げにはならなかった。利用者とリハ職ともに、時間ごとの活動量の変化や1日の歩数、消費カロリーといった客観的な情報が役に立ち、運動や活動への意欲が高まると感じていた。さらに、リハ職は利用者とリハ目標が共有しやすくなる、健康及び生活管理にも有益であると感じていた。一方、リハ職と介護職、医師、居宅介護支援専門員との連携では、十分な確認ができていないが利用者の運動や活動に関する状況把握が容易になり目標が明確になるという点で有益であると感じていた。

今回は9事例での試行的調査であったが、活動量計を使った生活状態の把握は、複数の職種間連携だけでなく、利用者自身の運動や活動への意欲向上にも貢献する可能性があると考えられた。

5. 本調査の成果と今後の課題

5.1 本調査の成果

本調査では、自立支援・重度化防止のための多職種連携の実態を把握するためのアンケート調査、訪問リハビリテーションを利用している事例に対する生活行為向上マネジメントの介入調査、ICT技術の利用の有用性の検証調査を実施した。

アンケート調査結果から、訪問リハ、訪問看護、訪問介護のいずれの事業所においても、自立支援・重度化防止の重要性は概ね理解されており、自立支援・重度化防止に向けた取り組みの必要性が認識されていることが把握された。

介入調査の結果から、「生活行為向上マネジメント」を行った41事例のうち、35件でMTDLPの実行度が向上しており、生活行為向上マネジメントが有効であることが確認された。また、実行度が向上した群、と維持、低下した群について、生活を妨げる要因となるICF、強みとなるICFについても比較を行った。合意した生活行為の目標を3つに類型化し、利用者の状態像の2区分で、介入プログラムの内容や変遷について、比較を行った。さらに、個々の事例について、合意した生活行為の目標の達成に向けて、関与した各専門職の役割と連携のポイントを整理した。

上記の調査および検討の結果より、以下のことが把握された。

① 合意目標の立案と多職種における共有について

- ICFの健康状態、個人因子（特に生育歴、役割、価値観）、環境から本人・家族の動機付けや意欲につながる目標を立案することが重要である。
- 合意目標は、多職種の間で共有され、多職種が一丸となって達成を目指すような内容になっていることも重要である。

介入調査の分析結果から、合意目標の立案においては利用者本人や家族の希望だけでなく、利用者本人の生育歴や役割、価値観等を考慮し、利用者本人や家族の動機付けに配慮することが重要であると考えられた。さらに、作業療法士が専門職として、ICFの健康状態や利用者の環境を分析し、真のニーズを把握して、合意目標を提案することが重要である。

さらに、合意目標の達成のためには、多職種の間で合意目標を共有すること、その目標の達成に向けて各職種が連携を図りつつ、それぞれの専門的立場から積極的に関与することが重要である。介入調査では、多くの事例で医師、看護師、介護職、介護支援専門員、福祉用具貸与事業者等の各職種が、合意目標の達成に向けて、それぞれの役割を担い、連携して関わっていた。また、「3.2.3 福祉用具の活用と試用状況」に示したように、合意目標達成のために福祉用具が関与した場合が約8割であった。合意目標の達成においては、適切な福祉用具の提案は、リハ専門職の重要な役割となり、介護支援専門員や福祉用具貸与事業者と合

意目標の共有や連携が不可欠であると考えられた。

② 合意目標の達成に向けた OT 評価の実施および OT プログラム立案とその実施

- 利用者の残存機能を活用し、利用者本人・家族の真のリハニーズを導けるよう、生活機能にバランス良く働きかける包括的な OT 評価と OT プログラムの立案が重要である。
- OT プログラムの実施においては、合意目標を達成するための環境調整とその役割分担、移乗・移動の支援の調整を現場で行うことが有効である。

介入調査事例においては、作業療法士から介護支援専門員に働きかけを行い、各専門職が利用者宅で家族に介助方法を伝達できるよう調整を行うことで、利用者の周辺の環境や支援の調整を行い、合意目標の達成に至っていた。このように利用者の生活環境を整えることで、移乗動作や立位保持等の残存機能を活用した OT プログラムの立案、実行が可能となると考えられた。

③ 合意目標の達成に向けた各専門職の役割分担と連携

- 各専門職が自らの専門性を明確にし、役割分担することが重要である。
- 介護支援専門員は、ケアプランに各専門職の役割を反映することが重要である。

介入調査で収集した 41 事例における各職種の間わりを集計した結果より、各専門職が担う生活行為向上に関する役割があり、これらが複合的に提供されることで、個々人に合わせたきめ細やかな、合意目標達成に向けたサポートが可能となることが把握された。各職種の役割は、P70 のとおりであった。例えば P131 の事例では、作業療法士がアセスメント内容やリハ計画書を踏まえて、リハ会議を開催し、本人の能力や合意目標を共有した上で、リハ目標達成に向けて、各職種の役割を具体的に検討・実施していた。同様に、P128 の事例でも、退院後、介護支援専門員がリハ場面を数回見学し、他事業所との連携の必要性を確認した上で、リハ会議を実施し、合意目標に対して各事業所で関われる内容の具体的検討、及び、訪問リハと介護職が提供時間を連続して行うことにより訪問リハと介護職の連携がしやすくなったという結果を得られた。

④ 合意目標を達成するための環境調整

- 残存能力の活用には、環境調整が必要である。
- 福祉用具の利用に際しては、試用期間を設け、作業療法士は、本人・家族、介助者が日常生活の中で有効に使える福祉用具であるか否かを、福祉用具貸与事業者、介護支援専門員らと連携し、評価する必要がある。

プレヒアリングでは、「入退院前に訪問リハや看護担当者が呼ばれば在宅の状況を伝え、回復した心身機能（残存機能）を在宅生活にどう応用するか話し合い、効果的な環境整備を進めることができる」「環境調整により家ででの生活が継続できている」という意見

が挙げられた。

環境調整（福祉用具の導入等）に当たっては、「3.2.3 福祉用具の活用と試用状況」で示されたように、70%がデモ品を試用し、そのうち85%では試用期間は1～2週間であった。試用の目的は「本人が使用感を確認し、操作性を習得するため」「本人が福祉用具と住環境との適合を確認する為」が多く、介護支援専門員・福祉用具専門相談員の提案はこれらに付随して行われていた。福祉用具の導入に際しては、試用期間を設けることが有効であり、作業療法士は、介護支援専門員・福祉用具専門相談員と連携し、日常生活で本人・家族・介助者にとって有効に活用しうるかを評価することが重要である。

⑤ 目標以外の活動・参加や心身機能の変化、希望（デマンド）の変化への対応

- 合意目標への介入を進める中で、波及効果として、他の活動や参加、身体機能に有効な改善が見られる場合がある。
- 合意目標の追加やプログラム修正を行いつつ、本人・家族が主体的に介護サービスを利用できるように促すことが重要である。

複数の介入調査事例において、合意目標の達成に向けた介入を進める中で、波及効果として他の活動や参加など、更なる目標の追加が見られた。例えば、P125の事例では、目標を達成する過程において、自らの活動に対して自信を持てるようになり、「野球を見に行きたい」「釣りをしたい」「自動車運転にチャレンジしたい」など活動への意欲や新たな目標の創出が見られている。またP119の事例では、自己管理のため通所介護に通うなど新たな介護サービスへの利用も見受けられた。

このように、合意目標の達成に向けた介入の中で波及効果として、他の活動や参加、身体機能に改善が見られた場合、リハ専門職としてその変化を適切に把握し、合意目標の追加やプログラムの修正を行うことが重要である。また、活動や参加、心身機能、希望等の変化に応じて、利用者本人・家族が主体的に介護サービスを利用できるよう、働きかけを行うことが重要である。

5.2 今後の課題

自立支援・重度化防止に向けて、多職種による専門性を発揮した連携の促進が求められる。今後はさらに各専門職の役割の明確化と相互理解の促進、連携ツールの開発などが望まれる。

また、事例に見られるように、リハ職、特に作業療法士は、生活行為の目標の達成に向けて、各専門職が専門性を発揮すべく適切に働きかけ、マネジメントする役割が重要である。こうした機能、役割を担える作業療法士の育成も重要と考えられる。

6. 参考資料

1. プレヒアリング結果のまとめ
2. アンケート調査票(連携調査)
3. 介入調査 調査票
4. 介入調査 事例

参考資料 1 : プレヒアリング結果のまとめ

事業所の特徴、地域における役割など	訪問リハビリテーション	訪問介護	訪問看護
<p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 病院からの訪問リハで医療保険・介護保険・総合支援事業訪問 Cも実施。 ● 目標を明確化し修了を前提に受け入れ。グループの福祉用具貸与事業所活用し、積極的に福祉用具や機器を導入し社会参加を目指す。 <p>B:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● リハ主導で地域の病院 100 カ所以上と連携し指し書もらう。 ● 介護保険主治医以外に利用者が通院している病院に報告書提供する ● 各事業所と連携をとり自立支援に取り組む。 ● 看護師もリハ的な視点をもつ。 ● 自立支援を意図して、月 1 回地域住民向けに健康サロンの開催している。 <p>C:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 病院を母体とする。八王子市を中心に多摩市、町田市の一部を訪問。 	<p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 病院からの訪問リハで医療保険・介護保険・総合支援事業訪問 Cも実施。 ● 目標を明確化し修了を前提に受け入れ。グループの福祉用具貸与事業所活用し、積極的に福祉用具や機器を導入し社会参加を目指す。 <p>B:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● リハ主導で地域の病院 100 カ所以上と連携し指し書もらう。 ● 介護保険主治医以外に利用者が通院している病院に報告書提供する ● 各事業所と連携をとり自立支援に取り組む。 ● 看護師もリハ的な視点をもつ。 ● 自立支援を意図して、月 1 回地域住民向けに健康サロンの開催している。 <p>C:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 病院を母体とする。八王子市を中心に多摩市、町田市の一部を訪問。 	<p>B:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 身体介護の強化を目指す。 <p>C:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 身体介護、生活援助の割合はケースバイケース。 ● 利用者の希望があれば、移乗支援など重度化防止の取り組みをしている。 	<p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 利用者は重度障害者が多い。 ● リハ専門職がいるので福祉用具等を積極的に導入している。 ● サテライト事業所を 2 事業所展開し、県内の退院患者をサポートしている。 <p>C:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 病院を母体とする。八王子市全域、町田、多摩市の一部をカバーしている。
<p>リハ台訪問介護の連携</p> <p>連携内容</p> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 県内大手のほか小規模の事業所とも連携。 ● リハ側から訪問介護に働きかけることが多い。連携が進むとリハ会議で他事業所からの投げかけも増える。 ● 計画書は、リハマネ I は介護支援専門員経由、リハマネ II は直接各事業所へ提供。 ● サービス担当者会議にはほぼ出席。 ● 24 年度に連携加算創設以降、同一法人の連携先で 3 例取得。 <p>B:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 障害者のヘルパーは長年関わり、本人、家族寄りの価値観が強く、本人や家族も依存度が高いケースが多い。ヘルパーをこちらのプランにどう取り込むかがポイント。 ● サ担会議でサ責へ連携をお願いしても現場のヘルパーに伝わらず、ヘルパーに個別に連絡を取って連携を図ることもある。 	<p>B:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 連携は 1 件。訪問サービスのみの利用者の入浴介助の方法を、リハ職に教わっている。 ● 過去には嚥下機能が低下した利用者の水分補給時にとろみ調整について言語聴覚士と連携した。 ● 訪問時の困り事は同一法人内の介護支援専門員、リハ職、看護師へ相談することが多い。 ● 生活介護が多く、連携加算を算定する状況ではない。 <p>C:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 入院中に連携し、退院前に情報を得る。退院時の家屋評価の際に、お風呂の場所を確認するなど、必要なことを教えてもらう。 ● 退院時や初回訪問でサービス提供者が集まるときにリハ専門職に質問する。 ● 介護支援専門員からリハ専門職に声をかけてもらい、歩行能力などの情報を得ている。 ● リハ専門職がついているときははうまうま歩けても、自 	<p>B:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 身体介護の強化を目指す。 <p>C:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 身体介護、生活援助の割合はケースバイケース。 ● 利用者の希望があれば、移乗支援など重度化防止の取り組みをしている。 	<p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 利用者は重度障害者が多い。 ● リハ専門職がいるので福祉用具等を積極的に導入している。 ● サテライト事業所を 2 事業所展開し、県内の退院患者をサポートしている。 <p>C:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 病院を母体とする。八王子市全域、町田、多摩市の一部をカバーしている。

	訪問リハビリテーション	訪問介護	訪問看護
同行	<p>C:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ポジショニング、クッション、シーティングなど、痛みがでないように写真を提示している。 ● 介護度が軽い方(要介護2程度)の例では、生活援助サービスの提供でヘルパーは手一杯。その中で活動を広げる提案は難しい。 ● 難病の利用者の例では、家族が移乗の方法等を決めており、リハ専門職からヘルパーに提案していない。 ● 他の職員もヘルパーとのやりとりはほとんどなく、ヘルパーから相談を受けるパターンもない。 ● 連携ノートは有益。記録とは異なり、連携ノートは、意見や投げかけるようなニュアンスでやりとりすることができる。 ● 日中独居となる利用者の家族とのやりとりのために提案したが、ヘルパーとも共有できるとよい。 <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 必要時に実施。新規利用者の利用開始後のケースでの同行が多い。 ● 移乗・入浴・歩行についての同行が多い。 <p>B:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 必要に応じて実施 <p>C:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 同行訪問は1年に数件程度 ● 嚥下、吸引において ST の同行を必要とする場面が多い。 	<p>宅に帰ると足がでない場合がある。介護支援専門員に連絡し、リハ専門職に依頼して2,3回見てもらうことがある。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 利用者の身体機能が落ちてきた場合などは、介護支援専門員を通じて連絡する。 ● 体位交換等について写真で説明してもらえるところがある。 ● 寝たぎりの利用者の場合などは、連携ノートを活用して他サービスと情報共有している。 <p>B:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ほとんどない。 <p>C:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 時間があいていなければ行けないため、同行は年間数回程度。 ● 加算は取得していない。書類が煩雑である上、リハ専門職と同行する場面は少ない。 	
効果があった事例など	<p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 福祉用具の選定と入浴方法を訪問介護と連携して行い、自宅での入浴が可能となった。 ● 屋外歩行の注意点や高次脳機能障害の対応方法を介護と共有に、買い物も獲得できた。 ● 毎年訪問介護事業所向け研修会の開催 ● リハ会議では、介護のコツや困っていることが相談しやすいと意見あり。一度連携をとると気軽に相談しやすい環境となる。 <p>B:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● リフトの使い方について、複数のヘルパーさんに使い方を伝えるために何度も足を運んで全員に使い方を覚えてもらった。 	<p>B:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 以前は、リハ職は身体機能維持向上であったが、現在は自立支援のためのアセスメントができる職種であるという認識。生活介護であってもリハ職のアセスメントが必要ではないかと感じる利用者がいる。 ● リハ職の言葉なら聞き入れてくれる利用者も多い。 <p>C:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 入浴が自分でできるようになり、サービス不要となるなど、効果があつたケースも多い。 	

	訪問リハビリテーション	訪問介護	訪問看護
	<p>C:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● デイサービスに行くため、屋外の階段をヘルパー2名が車いすごと抱えて上り下りしていた。訪問リハビリで練習し本人が階段の上り下りができるようになり、介護支援専門員を通して、リハビリの時間にヘルパーが同行。結果的に家族介助となった。 ● ヘルパーがノートに記載した内容を見て、利用者の動きがわかり、ポータブルトイレで排泄が自立した。 	<p>B:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 日々の業務が多忙かつ職員数が少ないため自立支援をテーマに掘り下げて他職種と話し合う機会や時間がない。介護職でアセスメントはできない。専門職によるアセスメントから具体的方法が示されれば対応できる。 ● 介護支援専門員にリハビリ職のアセスメント介入を依頼しても対応されない場合がある。 <p>C:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● できれば同行したいが、介護報酬上は一方しか算定できない。 ● 家族の理解と、自分でやろうという気持ちがないとやりきれない。家族が時間に追われている。 ● 家族が望まない場合もあるため、家族を通じた連携が難しいケースもある。 	
<p>課題</p>	<p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 介護支援専門員や訪問介護向けの連携加算取得の研修会で具体的な取り方の研修会を開催して周知するも、相手方が加算の取得を拒否。 <p>C:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 利用者の理解や家族の協力がいない場合、本人のやり方になってしまう。 ● 本人の動作や家族が支援している場面は訪問時に見ることができているが、ヘルパーが介助している場面を見ることができない。 	<p>B:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 毎週でなくともリハビリ職にアセスメントしてもらって具体的な介護方法を提示してもらった方がよい。 ● 生活支援の利用者であってもリハビリ職のアセスメントでお世話型のサービスから脱却できるのではないか。 <p>C:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 現状では、リハビリ専門職からサービス提供責任者に伝え、サービス提供責任者各ヘルパーに1回ずつ同行して伝達している。ヘルパーが直接参加でき、さらに、その部分に報酬が算定できるとよい。ヘルパーにとっても、勉強する機会があればスキルアップのモチベーションにつながる。 	
<p>要望・意見</p>	<p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● タイムリーなやり取りが重要。 ● プランに基づく連携に加算がつけば、通常のサービス時間以外で時間調整しやすい。 <p>C:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ヘルパーに余力がなく、自立支援、生活の向上や拡大までの視点はなく現状維持がめいっばい。ヘルパーの訪問時間のうち、自立支援に向けた介入時間として20分程度の枠が確保されるとよい。制度として、身体介護、生活援助とは別に自立支援の枠が設定されるとよい。家族にも説明しやすい。 		

リハ台訪問看護の連携	訪問リハビリテーション	訪問介護	訪問看護
<p>連携内容</p> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 法人の訪問看護 ST (難病や重度な方が多い)と連携。 ● 法人内では、褥瘡の相談、原因を解明し対応を検討し、その結果を介護支援専門員に介している。 ● 他事業所であれば介護支援専門員を通して連携。 <p>B:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 法人内で看護とリハが訪問するのは35件、両者の連携は事業所内で直接やりとりする。 ● 日報(メール)やミーティングで情報共有。 ● 週に複数回の訪問を行う場合、できる限り複数の職員で対応し利用者を見る目を増やす。 ● 他法人は直接電話または介護支援専門員を介して連携する。 ● 看護では医療処置の手法や手順、リハではトラススアア、ポジショニング、環境制御装置(伝心の)の使い方などの確認が必要な場合、サービスを担当している事業所だけで集まって連携会議を開催することもある。 ● 情報共有のタイミングや方法も状況に応じて考慮。上記内容についてマニュアルを作成して方法を図示する、観察ポイントを示すなど。 <p>C:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 床ずれができてきている場合など、ポジショニングやシーティングについて相談を受けることは、1年に1回程度。 ● ポジショニングは、他職種というより家族との連携の占める割合が大きい。離床時間、除圧などで対応し、看護が経過を見る。同事業所であれば、同行しなくても事務所内で情報共有できる。 ● 別法人の訪問看護と組むケースは少ない。 			<p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 事業所内 21名 法人内 11名 他法人 3名、難病が多い(パーキンソン多い、ALS、筋ジス) ● 転倒の繰り返し、嚥下機能の低下(STにスポットで介入してもらう。) ● リハや看護からの投げかけがきつかけとなる。法人内サイボウズで情報共有 ● 外部からの依頼はほとんどない。 ● 朝のカンファレンスで連携。看護とリハが中心。 ● 計画書のフォローアップがある。看護が入力しその後リハが記入 → 報告書作成のための入力。 <p>C:</p> <p><事業所内の連携について></p> <ul style="list-style-type: none"> ● 難病の利用者の場合、看護、PT・ST・OT が曜日や時間を分けて訪問して介入し、問題があれば情報共有している。 ● 訪問看護のみの利用者の場合、移乗や入浴についてリハ職に相談することがある。リハ職の介入が必要であれば、主治医や介護支援専門員に連絡し、必要な時期だけリハを利用する。 ● 逆に、リハのみの利用者に対して、必要に応じて看護が入ることもある。 ● 朝の申し送りで情報共有している。変わったことがあればリハ訪問後に報告を受ける。 <p><他事業所との連携について></p> <ul style="list-style-type: none"> ● 他の事業所のリハが先に入っていて、看護が必要になった場合などに連携。 ● 連携手段は主にノートと電話。 ● 直接顔を合わせる際は、ケアプラン見直しの際のサービ担当者と会議の場面に限られている。 ● 他法人の訪問リハ事業所から連絡がくることはほとんどない。何か問題が生じたときのみ。リハビリテーションの目標などはつかみきれてない。
同行	<p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 月に1回程度 ● 重度の利用者に対して、看護からの吸引指導、褥瘡の検討、ポジショニングの検討など。 		<p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 初回とイベントがあったときに同行。環境設定をリハに見てもらおう。頻度は月1回程度。同事業所だからやりやすい。 ● 同行するのは、ADL が低い利用者)、状態が変

	訪問リハビリテーション	訪問介護	訪問看護
工夫、効果事例など	<p>B:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 必要があれば積極的に同行訪問。加算はない。 ● 看護からリハへの依頼は褥瘡予防のポジショニング、入浴や排泄方法、福祉用具の導入に関するアセスメントなど。 ● リハから看護への依頼は病状や服薬管理の相談、医学的なリスク管理の相談が多い。 ● 医師との連携は特徴(電話、FAX、サイボウズなどの手段や頻度)をふまえて個別対応。サービス開始当初は報告書を持って挨拶。 <p>C:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 必要性があれば同行する体制はあるが、現実的には時間を合わせることが難しい。 ● 難病の利用者の場合は、医療保険と介護保険のそれぞれで算定できるため、同じ時間に入ることができ、その場面で連携できる。 <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 利用者の臀部に発赤発見⇒リハに報告⇒原因を検討(移乗動作で臀部の肉を横に広げて座らせていた)⇒介助方法(座り直し)⇒クッションを体圧測定で評価⇒発赤消失 <p>B:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● (事例) ターミナルの方に看護師が訪問し医療処置に追われていたが、リハにケアの仕方や身体への扱い方についてアセスメントを依頼し、利用者の苦痛が除去された。 ● (工夫) 利用者の観察ポイントを示しておくことで情報が集まりやすい。マニュアルを作成すると他のサービス提供者、家族などにも伝わりやすい。 <p>C:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● リハマネ会議を通じて、デイまでの送り迎え方法として車いすを歩行器に変更する際、丁寧に段階的にアプスすることができた。 ● 八王子独自の「まごころネット」を活用して、医師、訪問看護、介護支援専門員、薬剤師、訪問入浴が情報共有している。 ● 医療依存度が高い方、難病の方など、状態が変わりやすい利用者にとっては有用。 ● 医師に相談したい場合、FAXより早い。訪問看護 		<p>わったとき。独居。食事が取れない、水分がとれない、トイレに行けないなど問題が多い利用者。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 布団で寝ており這ってトイレを使っていた利用者ができなくなると、環境設定をリハに依頼。 ● 家具配置、動線、手すりの設置、STには嚥下機能の評価、食事時の姿勢について助言を得た。 <p>C:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 1年に数回程度。 ● 必要があれば同行することもあるが、通常は申し送りや情報共有し、リハが訪問した際に確認することによって対応できる。 <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 転倒が減る。 ● 食べさせ方の工夫で食形態が改善。 ● ALS の対象者への環境設定、用具の設定を実施→ひとり生活するための方法をリハから教えてもらって何とか生活を継続。 <p>C:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 訪問介護と訪問看護を利用している利用者について、車いすからベッドへの移乗においてリハ専門職の助言を得た。認知症があり、移乗時の姿勢が崩れていたが、リハ専門職の視点から、身体的な問題ではなく心理的な要素が大きいのことがわかり、介助の方法を適切にすることで解決することができた。 ● 安全な入浴の方法について、リハ専門職によりポイントを示し、道筋をつけてもらっている。 ● 飲みこみについては、ST が介入することで助かっている。さらに、OT がシーティングによって、飲み込みができる姿勢を支援できるとよい。

	訪問リハビリテーション	訪問介護	訪問看護
課題	<p>● 護も入っていれば、その日の状況も伝えられる。</p> <p>B:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 同一法人では「当然やっているだろう」と思い込んでいるが実際は抜け落ちていることがある。 ● 他法人では利用者の課題は共有できているがプロセスが異なることがある。改めて事業所に連絡し立て直さなければならない。利用者の目標設定や手続などまで共有できていないければ連携がうまくいかないことが多い。 		<p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 時間が無い。サイボウズを用いてリハに連絡を取るが、リハから返事がない。 ● 担当看護師の力量に差がある。情報の活用、リハ介入のタイミングの調整 ● 様々な情報ツールを併用している。(メディアカルステーション、サイボウズライブ、ノートなど) ● 視点が職種によって違う。
連携のあり方 要望・意見	<p>B:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 連携のテーマは大きく分けて「リスク管理」と「活動・参加」。リスク管理は医師、看護師を中心に連携の意識が高く、アセスメントも数値化されてわかりやすい。活動参加は誰が主導してどのよう連携をとってどこに報告、連絡、相談するか不明確。生活が変わるタイミングでリハがアセスメントしヘルパーと連携を図る必要がある。 ● 入退院前に訪問リハや看護担当者が呼ばれれば在宅の状況を伝え、回復した心身機能を在宅生活にどう応用するか話し合ったり、効果的な環境調整を進めることができる。 ● 訪問看護ステーションには同行訪問に加算をつけて多職種連携を進めるべきである。 <p>C:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● リハマネ会議は加算がつかないが、メリットはある。頻度が高いためタイムリーに検討できる。 ● 介護支援専門員が、訪問リハの加算がつくので訪問看護のリハを使いたがるケースがある。 ● 看護でも同様に連携加算が算定されれば、積極的に連携を呼びかけることができるのでは。 		<p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● タイムリーに利用者に必要な提案をするためには情報ツールの整備が必要。 ● 連携を取ることについての力量、マネジメント能力の差が課題。 <p>C:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 必要が生じて同行訪問した場合には、双方が算定できるとよい(たとえば、利用者が転倒して訪問看護が対応したときに、訪問リハの訪問と重なった場合など、両方で算定できると訪問しやすくなる)
訪問介護⇔訪問看護の連携			
連携内容		<p>B:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 現在2件で連携。 ● 入浴介助で看護師がバイタルチェックを行っている間にヘルパーが入浴準備を行い、ヘルパーが入浴介助を行っているときに看護師が皮膚の処置を行う。役割分担が明確になっている。 ● 利用者宅に連携ノートを設置し、サービス時の様子や介護手順などを書いてもらう。 	<p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 連携する利用者は24名程度。身体介護と生活援助を利用。 ● 事業所数は13箇所程度。障害(自立支援)の関連で入っている場合もある。たんの吸引のできるヘルパーも多い。 <p>C:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 必要性があれば、ヘルパーと同行。1年間に10

	訪問リハビリテーション	訪問介護	訪問看護
		<p>C:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 訪問介護は他サービスよりも利用者と接する機会が多いので、状態確認が重要。前日と今日の違いがあればノートに記入し、連絡、介護支援専門員への報告などを心がけている。 	<p>件以上。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 個人的にラインでサービス提供責任者と連携。ヘルパーが困ったときにサービス提供責任者を通じてラインで連絡が入り助言することもある。 ● 電話だとかけにくい、ラインだとタイムリーに連絡がとりやすい。ただし、個人の連絡先であると負担が大きい。
課題			<p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 情報ツールの整備 ● 病状等の共通理解が難しい。 ● 介護の医療行為の制限を緩和してほしい。 ● 定期巡回随時対応型訪問看護介護ステーションは、介護量多い方が利用しており赤字。 ● 介護職に医学的知識の教育が必要。
連携のあり方 要望・意見		<p>B:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● (介護支援専門員への要望)各専門職とヘルパーの連携を考慮してほしい。アセスメントが必要 ● (サ責の役割) 初回のサービスの優先順位を考える。求められる種々の介護の優先順位を考える。本人・家族と相談して介護内容を決定するなどの調整を行う。 	<p>C:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 老介護の場合などは早期に介入して離床を継続することができない。 ● ヘルパーに伝えれば離床が継続する場合は、家族に伝え、訪問介護が入っていない場合には、家族に伝えても継続できない。 ● 家族が関われないとき、ヘルパーが入り離床を促し、生活の幅が広がり、楽しく生活できるとよい。
三者の連携			<p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ALSの利用者。家族関わりがない。トイレで立ち上がれない、食事、嚥下できなくなった場合に水ゼリーを作ってもらおう。ミニカンファアを実施。家族を巻き込みながら介入。 ● 3者が同じ事業所だとやりやすいが、他事業所になると連携しにくい。介護支援専門員を介して連携。 ● 環境調整により家で生活が継続できている。 ● ALSの利用者が、PTが工作したリモコンを自分で使えるようになり家族も満足している。看護師は機械に弱い場合がある。 ● 連携の中心は看護。看護師の力量が問われる。マネジメント能力。
その他	<p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 連携を促進し他職種がリハの視点をもって関わ 	<p>B:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 行政は自立度を上げるような介護を求める。しか 	<p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● リハには介助が楽にできるポイントをもっとアピ

	訪問リハビリテーション	訪問介護	訪問看護
	<p>つてもらうために、リハ職が出来ることをしっかりと発信していく必要がある。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 他事業所がどのようなかわり方(サービスを提供しているか)に関心を持つ必要がある。 ● 通所介護との連携について加算があるとよい。通所介護と連携したことで2人介助でトイレ誘導⇒1人介助でトイレ可能⇒家族の介助でトイレ誘導可能⇒外出の機会に繋がったケースあり <p>B:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 訪問看護ステーションからのリハスタッフが訪問介護と連携をとっても報酬がつかない。 <p>C:</p> <p><ヘルパー、訪問介護について></p> <ul style="list-style-type: none"> ● ヘルパーからのアクションがないと提案する糸口がつかめない。ヘルパーから介護支援専門員へのSOSをあげてほしい。 ● ヘルパーのスタンスを変えないと、自立支援にかわっていかない。 ● ヘルパーが対応できる部分が広がるとよい。速く買い物に行けない場合に一緒に近所を歩くことは、保険対象外。リハだけでは時間が短いため、機能維持のための体操や散歩をヘルパーが実施できれば、重度化予防につながる。さらに、維持ができれば、リハの終了にもなる。 <p><介護支援専門員の関わりについて></p> <ul style="list-style-type: none"> ● 介護支援専門員がキーである。介護支援専門員の意識が向かないとヘルパーが動かない。介護支援専門員から発信してほしい。 ● 介護支援専門員がOTとPTの違いを認識していない。OTが認知症に対応できるということも知られていない。介護支援専門員がリハに関わる目標を立てられない。目標をクリアして終了となったとき、次のステップまでのプランが立てられず、そのために終わりが見えないのではないかと。 	<p>し実際は自立度を上げるためにどうすればよいかアセスメントや判断ができず困る。</p> <p>C:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● リハ会議に参加できていない。今後はなるべく出席したい。 ● 出席しても報酬がつかない、開催頻度が高すぎるのも検討要因。 	<p>ールして欲しい。訪問看護も意識して関われる。生活に活かせるようなポイントをやりとりしたい。</p> <p>同行訪問、情報共有した際に加算をつけて欲しい。</p> <p>C:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 認知症の利用者について、OTと連携できるとよい。身体障害だけではなく認知症への関わりについて期待している。自分たちも学びたい。 ● OTが認知症に対してどのように関わられるのか介護支援専門員に啓蒙する必要がある。OT側のマンパワーもないため、形を整える必要がある。

平成 29 年度老人保健健康増進等事業「自立支援・重度化防止に向けた訪問によるサービス提供に関する調査研究事業」

事業所間の多職種連携および役割に関する調査(A 票)

※この調査票 1 ページ目への回答は貴事業所で管理的立場にある方、2 ページ目以降はリハ職の方にご担当いただくようお願いいたします。

事業所の概要(平成 29 年 11 月 1 日現在)				
事業所名			事業種別	1 訪問リハビリテーション 2 介護予防訪問リハビリテーション 3 訪問看護
開設主体	1 国 2 公的医療機関 3 社会保険関係団体 4 医療法人	5 社会福祉法人 6 営利法人 7 その他 ()	同一法人内 併設サービス ※複数回答可	1 病院／診療所 2 介護老人保健施設 3 介護老人福祉施設 4 居宅介護支援事業所 5 訪問看護ステーション 6 訪問リハビリテーション事業所 7 通所リハビリテーション事業所 8 訪問介護事業所 9 通所介護事業所 10 福祉用具貸与事業所 11 その他 ()
事業所の人員	1 作業療法士 2 理学療法士 3 言語聴覚士 4 看護職員 5 訪問介護員 うちサービス担当責任者 6 事務職員 7 その他()	人 人 人 人 人 人 人		

事業所の利用者実績と連携に関する加算算定状況(平成 29 年 11 月分)						
1. 要介護度ごとに利用者数をお答えください。						
	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
	人	人	人	人	人	人
2. 要介護度ごとに加算算定状況をお答えください。						
	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
リハビリテーションマネジメント加算Ⅰ	件	件	件	件	件	件
リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ	件	件	件	件	件	件
短期集中リハビリテーション実施加算	件	件	件	件	件	件
社会参加支援加算	件	件	件	件	件	件
サービス提供体制強化加算	件	件	件	件	件	件
加算未算定だが 同一法人内の他事業所と連携した	件	件	件	件	件	件
加算未算定だが 他法人の事業所と連携した	件	件	件	件	件	件
3. 生活行為向上マネジメント(MTDLP)について、貴事業所の活用状況ではまる項目に○をつけてください。						
1.すべてを導入している	2.内容の一部を導入している	3.今後導入予定である				
4.導入していない	5.わからない					

※これ以降の設問への回答は、リハ職の方にご担当いただくようお願いいたします。

以下の問いは、平成 29 年 11 月中の訪問のうち、最後に訪問した利用者 1 名についてお答えください。

1. 調査対象となる利用者についてお答えください					
年齢	歳	性別	男 女	要介護度	要介護 1・2・3・4・5
主疾患名			既往歴		
リハ介入対象となる障害種別(あてはまるものすべてに○をつけてください)	1.身体障害		2.加齢に伴う機能低下	3.認知症	
	4.知的障害		5.精神障害	6.難病	
	7.高次脳機能障害		8.発達障害	9.その他(視覚・聴覚・内部疾患など)	
利用者の希望する活動・参加	1. 褥瘡予防、摂食嚥下機能改善、コミュニケーションの改善などを考慮した離床促進 2. ADL の向上 3. IADL の向上 4. 趣味活動、社会参加 5. その他、QOL を向上させるようなイベント(例:孫の結婚式など)への参加				
2. 平成 29 年 11 月(1ヶ月間)の多職種との連携の状況についてお答えください。					
(1) 医師・医療機関 ※連携していない場合は、連携なしにチェックを入れて(2)に進んでください。 □連携なし					
1) 連携のきっかけ/目的	1. サービス開始 2. サービス終了 3. 体調変化 4. 生活変化 5. 多職種の方針やサービス手順の確認調整 6. 退院時の情報提供 7. リハの指示(禁忌) 8. 受診・訪問リハ時の情報提供 9. その他具体的に()				
2) 上記業務の遂行方法 ※実施した方法についてすべてにチェックを入れてください。 ※遂行方法の情報のやり取りについて、数字を選択してください。 1. 情報発信のみ 2. 情報取得のみ 3. 双方向のやりとり (議論や意見交換、コンセンサスの形成) 4. 公的文書のやり取りのみ	<伝達場所> <input type="checkbox"/> 利用者宅 【 1 2 3 4 】 <input type="checkbox"/> 関係事業所 【 1 2 3 4 】 <input type="checkbox"/> 事業所からの発信(顔を合せない連携) 【 1 2 3 4 】 <伝達ツール> <input type="checkbox"/> 口頭 【 1 2 3 4 】 <input type="checkbox"/> 指示書 【 1 2 3 4 】 <input type="checkbox"/> 報告書 【 1 2 3 4 】 <input type="checkbox"/> 上記以外の公的文書 【 1 2 3 4 】 <input type="checkbox"/> 直接面会 【 1 2 3 4 】 <input type="checkbox"/> 連絡ノート 【 1 2 3 4 】 <input type="checkbox"/> 電話、FAX 【 1 2 3 4 】 <input type="checkbox"/> 郵送 【 1 2 3 4 】 <input type="checkbox"/> メール等のインターネットツール 【 1 2 3 4 】 <input type="checkbox"/> マニュアルなど資料作成 【 1 2 3 4 】 <input type="checkbox"/> その他 【 1 2 3 4 】				
3) 連携の具体的な内容について、工夫した点 (例えば、連携時における時間調整の方法や使用した ICT 機器など)をお書きください。					
4) 連携に要した時間	分				

(2) 訪問看護		<input type="checkbox"/> 同事業所	<input type="checkbox"/> 同法人の他事業所	<input type="checkbox"/> 他法人の事業所
※連携していない場合は、連携なしにチェックを入れて(3)に進んでください。 <input type="checkbox"/> 連携なし				
1) 連携のきっかけ／目的	1. サービス開始 2. サービス終了 3. 体調変化 4. 生活変化 5. 多職種の方針やサービス手順の確認調整 6. 退院時の情報提供 7. リハの指示(禁忌) 8. 受診・訪問リハ時の情報提供 9. その他具体的に()			
2) 上記業務の遂行方法 ※実施した方法についてすべてにチェックを入れてください。 ※遂行方法の情報のやり取りについて、数字を選択してください。 1. 情報発信のみ 2. 情報取得のみ 3. 双方向のやりとり (議論や意見交換、コンセンサスの形成) 4. 公的文書のやり取りのみ	<伝達場所> <input type="checkbox"/> 利用者宅 【 1 2 3 4 】 <input type="checkbox"/> 関係事業所 【 1 2 3 4 】 <input type="checkbox"/> 事業所からの発信(顔を合せない連携) 【 1 2 3 4 】 <伝達ツール> <input type="checkbox"/> 口頭 【 1 2 3 4 】 <input type="checkbox"/> 報告書 【 1 2 3 4 】 <input type="checkbox"/> 上記以外の公的文書 【 1 2 3 4 】 <input type="checkbox"/> 直接面会 【 1 2 3 4 】 <input type="checkbox"/> 連絡ノート 【 1 2 3 4 】 <input type="checkbox"/> 電話、FAX 【 1 2 3 4 】 <input type="checkbox"/> 郵送 【 1 2 3 4 】 <input type="checkbox"/> メール等のインターネットツール 【 1 2 3 4 】 <input type="checkbox"/> マニュアルなど資料作成 【 1 2 3 4 】 <input type="checkbox"/> その他 【 1 2 3 4 】			
3) 連携の具体的な内容について、工夫した点 (例えば、連携時における時間調整の方法や使用した ICT 機器など)をお書きください。				
4) 連携に要した時間	分			

(3) 介護支援専門員		※連携していない場合は、連携なしにチェックを入れて(4)に進んでください。 <input type="checkbox"/> 連携なし		
1) 連携のきっかけ／目的	1. サービス開始 2. サービス終了 3. 体調変化 4. 生活変化 5. 多職種の方針やサービス手順の確認調整 6. 退院時の情報提供 7. リハの指示(禁忌) 8. 受診・訪問リハ時の情報提供 9. その他具体的に()			
2) 上記業務の遂行方法 ※実施した方法についてすべてにチェックを入れてください。	<伝達場所> <input type="checkbox"/> 利用者宅 【 1 2 3 4 】 <input type="checkbox"/> 関係事業所 【 1 2 3 4 】 <input type="checkbox"/> 事業所からの発信(顔を合せない連携) 【 1 2 3 4 】			

<p>※遂行方法の情報のやり取りについて、数字を選択してください。</p> <p>1. 情報発信のみ 2. 情報取得のみ 3. 双方向のやりとり (議論や意見交換、コンセンサスの形成) 4. 公的文書のやり取りのみ</p>	<p><伝達ツール></p> <p><input type="checkbox"/> 口頭 【 1 2 3 4 】</p> <p><input type="checkbox"/> 報告書 【 1 2 3 4 】</p> <p><input type="checkbox"/> 上記以外の公的文書 【 1 2 3 4 】</p> <p><input type="checkbox"/> 直接面会 【 1 2 3 4 】</p> <p><input type="checkbox"/> 連絡ノート 【 1 2 3 4 】</p> <p><input type="checkbox"/> 電話、FAX 【 1 2 3 4 】</p> <p><input type="checkbox"/> 郵送 【 1 2 3 4 】</p> <p><input type="checkbox"/> メール等のインターネットツール 【 1 2 3 4 】</p> <p><input type="checkbox"/> マニュアルなど資料作成 【 1 2 3 4 】</p> <p><input type="checkbox"/> その他 【 1 2 3 4 】</p>
<p>3)連携の具体的な内容について、工夫した点 (例えば、連携時における時間調整の方法 や使用したICT機器など)をお書きください。</p>	
<p>4)連携に要した時間</p>	<p>分</p>

<p>(4)訪問介護員 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> サービス提供責任者</p>	
<p>※連携していない場合は、連携なしにチェックを入れて(5)に進んでください。 <input type="checkbox"/>連携なし</p>	
<p>1)連携のきっかけ/目的</p>	<p>1. サービス開始 2. サービス終了 3. 体調変化 4. 生活変化 5. 多職種の方針やサービス手順の確認調整 6. 退院時の情報提供 7. リハの指示(禁忌) 8. 受診・訪問リハ時の情報提供 9. その他具体的に()</p>
<p>2)上記業務の遂行方法 ※実施した方法についてすべてにチェックを入れてください。</p> <p>※遂行方法の情報のやり取りについて、数字を選択してください。</p> <p>1. 情報発信のみ 2. 情報取得のみ 3. 双方向のやりとり (議論や意見交換、コンセンサスの形成) 4. 公的文書のやり取りのみ</p>	<p><伝達場所></p> <p><input type="checkbox"/> 利用者宅 【 1 2 3 4 】</p> <p><input type="checkbox"/> 関係事業所 【 1 2 3 4 】</p> <p><input type="checkbox"/> 事業所からの発信(顔を合せない連携) 【 1 2 3 4 】</p> <p><伝達ツール></p> <p><input type="checkbox"/> 口頭 【 1 2 3 4 】</p> <p><input type="checkbox"/> 報告書 【 1 2 3 4 】</p> <p><input type="checkbox"/> 上記以外の公的文書 【 1 2 3 4 】</p> <p><input type="checkbox"/> 直接面会 【 1 2 3 4 】</p> <p><input type="checkbox"/> 連絡ノート 【 1 2 3 4 】</p> <p><input type="checkbox"/> 電話、FAX 【 1 2 3 4 】</p> <p><input type="checkbox"/> 郵送 【 1 2 3 4 】</p> <p><input type="checkbox"/> メール等のインターネットツール 【 1 2 3 4 】</p> <p><input type="checkbox"/> マニュアルなど資料作成 【 1 2 3 4 】</p> <p><input type="checkbox"/> その他 【 1 2 3 4 】</p>

3. 多職種との連携についての考え方についてお答えください

(1) 自立支援・重度化防止のための多職種連携についての意識と対応

<p>1) 自立支援・重度化防止に対する意識と対応 (複数回答可)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 自立支援・重度化防止は重要であり、常に念頭において計画を策定している 2. 自立支援・重度化防止は重要であり、常に念頭において利用者と関わっている 3. 自立支援・重度化防止は重要であるが、計画策定には結びつかない場合がある 4. 自立支援・重度化防止は重要であるが、利用者との関わりには結びつかない場合がある 5. 自立支援・重度化防止の視点は重要ではあるが、具体的な実践方法がわからない場合がある 6. 自立支援・重度化防止の視点はあまり意識していない
<p>2) 多職種連携に対する意識と対応</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 自立支援・重度化防止の観点から、積極的に多職種に働きかけや助言をしている 2. 自立支援・重度化防止の観点から、多職種に対する働きかけを行うこともある 3. 自立支援・重度化防止の観点から、多職種から助言を求められた場合に対応している 4. 自立支援・重度化防止の観点から、多職種と連携する場面は少ない

(2) 自立支援・重度化防止のための多職種連携における現状の課題

<p>1) 訪問介護事業所(ヘルパー)との連携における課題 (複数回答可)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 対面で情報共有をする機会が少ない、ない 2. 文書などで情報共有する機会が少ない、ない 3. ケアの方法や留意事項等をサービス提供責任者に伝えても担当者全員に伝達されにくい 4. 伝達した内容が十分に理解され、実践されていない 5. 利用者の状態や変化について、ヘルパー側からタイムリーな情報が得にくい 6. ケアマネジャーを介した連携が円滑に進まないことがある 7. 家族を介した連携が円滑に進まないことがある 8. 特にない 9. その他 	<p>→選択した課題について、具体的な内容をご記入ください</p> <p>その理由として考えられるもの:(複数回答可)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 多忙のため 2. 報酬がつかないため 3. 連携の重要性が認識されていないため 4. リハ職の機能・役割が理解されていないため 5. その他()
<p>2) 他の事業所の訪問看護師との連携における課題 (複数回答可)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 対面で情報共有をする機会が少ない、ない 2. 文書などで情報共有する機会が少ない、ない 3. 利用者の状況に応じたタイムリーな相談がしにくい 4. 看護師からの助言が得にくい 5. リハの観点からの助言を求められる機会が少ない 6. 連携の手順や流れがわかりにくい 7. 職種による視点の違いがあり、共通認識が持ちにくい 	<p>→選択した課題について、具体的な内容をご記入ください</p> <p>その理由として考えられるもの:(複数回答可)</p>

	<p>ことがある</p> <p>8. ケアマネジャーを介した連携が円滑に進まないことがある</p> <p>9. 家族を介した連携が円滑に進まないことがある</p> <p>10. 特にな</p> <p>11. その他</p>	<p>1. 多忙のため</p> <p>2. 報酬がつかないため</p> <p>3. 連携の重要性が認識されていないため</p> <p>4. リハ職の機能・役割が理解されていないため</p> <p>5. その他()</p>
--	---	---

(3) 自立支援・重度化防止のための多職種連携を実現するために必要なこと		健康・体調管理	生活の変化
健康・体調管理の側面と、生活の変化に関する側面について、それぞれ該当するものに○をつけてください。			
1) リハビリテーション専門職として取り組むべきこと(取り組んでいること)(複数回答可)	1.リハビリテーション専門職の機能、役割についての積極的な情報発信		
	2.目標に向けた支援内容についての積極的な提案、相談		
	3.利用者の状態等に関するタイムリーな連絡、報告		
	4.利用者の状態等に関する継続的な情報収集		
	5.利用者・家族とのコミュニケーション(利用者・家族を通じた連携)		
	6.ケアマネジャーへの働きかけ		
	7.その他()		
	8.特にな		
2) ケアマネジャーに期待すること(複数回答可)	1.自立支援、重度化防止におけるリハビリテーション専門職の役割、機能の理解		
	2.利用者、家族との円滑・迅速な連絡		
	3.多職種との円滑・迅速な連絡		
	4.その他()		
	5.特にな		
3) 訪問介護事業所(ヘルパー)に期待すること(複数回答可)	1.自立支援、重度化防止におけるリハビリテーション専門職の役割、機能の理解		
	2.自立支援、重度化防止に向けた目標の共有		
	3.利用者、家族とのコミュニケーション		
	4.リハ専門職が伝達した支援内容や留意事項の徹底		
	5.利用者の状態変化等に関するタイムリーな情報提供、連絡		
	6.自立支援や基本的なリハビリテーションに関する知識		
	7.その他()		
	8.特にな		
4) 訪問看護事業所(訪問看護師)に期待すること(複数回答可)	1.自立支援、重度化防止におけるリハビリテーション専門職の役割、機能の理解		
	2.自立支援、重度化防止に向けた目標の共有		
	3.利用者、家族とのコミュニケーション		
	4.リハ専門職が伝達した支援内容や留意事項の徹底		
	5.看護の視点からの積極的な提案、助言		
	6.利用者の状態変化等に関するタイムリーな情報提供、連絡		
	7.その他()		
	8.特にな		
5) 医師に期待する	1.自立支援、重度化防止におけるリハビリテーション専門職の役割、機能の理解		

(3) 自立支援・重度化防止のための多職種連携を実現するために必要なこと		健康・ 体調管理	生活の 変化
健康・体調管理の側面と、生活の変化に関する側面について、それぞれ該当するものに○をつけてください。			
こと (複数回答可)	2.自立支援、重度化防止に向けた目標の共有		
	3.利用者、家族とのコミュニケーション		
	4.医師の視点からの積極的な提案、助言		
	5.利用者の状態変化等に関するタイムリーな情報提供、連絡		
	6.その他()		
	7.特にない		
	6) 自立支援に向けた効果的な連携のために必要な取り組み (複数回答可)	1.多職種と合同の研修会	
2.効果的な連携事例の共有			
3.連携における各職種の役割、標準的な連携手順の明確化、周知			
4.連携のツールの整備(共有する情報、観察ポイント、報告事項の整理と様式の整備)			
5.連携のツールの整備(情報システム等)			
6.その他()			
7.特にない			

調査は以上です。ご協力ありがとうございました。

参考資料3：介入調査 調査票

基本情報／健康状態	年齢・性別 歳 男 女		主疾患名		診断日 年 月 日	
	リハ介入対象となる障害種別(あてはまるものすべてに○をつけてください)		既往歴			
			1.身体障害 2.加齢に伴う機能低下 3.認知症 4.知的障害 5.精神障害 6.難病 7.高次脳機能障害 8.発達障害 9.その他(視覚・聴覚・内部疾患など)			
評価日		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
心身機能・構造	測定項目		介入開始直前	1カ月後	2カ月後	3カ月後
	基本項目	要介護度				
		障害高齢者の日常生活自立度				
		認知症高齢者の日常生活自立度				
		身長(cm)	cm	cm	cm	cm
		体重(kg)	kg	kg	kg	kg
	座位保持機能	Hofferの座位能力分類				
	身体機能 ※要介護Ⅰ～Ⅱのみ記載	握力(kg)	kg	kg	kg	kg
		開眼片足立ち(秒)	秒	秒	秒	秒
	地域高齢者のための摂食・嚥下リスク評価尺度改訂版	合計点	点	点	点	点
	褥瘡の有無	無・有 部位 DESIGN-R	有 / 無	有 / 無	有 / 無	有 / 無
			部位:	部位:	部位:	部位:
			DESIGN-R:	DESIGN-R:	DESIGN-R:	DESIGN-R:
	食事 ※摂取量(%)は、介入を始める前の食事内容や食事量を100%として、その後の変化を記入してください。	栄養経路(○をつける)	経管・経口	経管・経口	経管・経口	経管・経口
		摂取量(%)	100 %	%	%	%
		食事摂取場所				
		一食あたりの食事時間(分)	分	分	分	分
	N式老年者用精神状態尺度	家事・身辺整理	点	点	点	点
		関心・意欲・交流	点	点	点	点
会話		点	点	点	点	
記名・記憶		点	点	点	点	
見当識		点	点	点	点	
合計点		点	点	点	点	
一日における離床時間(分)と頻度(回) ※リハビリ時間以外。ベッドから離れて何らかの活動をしている状態を指します。	離床時間:	分	分	分	分	
	離床回数:	回	回	回	回	
離床時に行っている主な活動を枠内に記入してください。						
活動範囲(LSA)	総得点	点	点	点	点	

測定項目		備考	介入開始直前	1カ月後	2カ月後	3カ月後(終了時)			
総合	MTDLP	合意した生活目標							
		実行度 (1~10)	／10	／10	／10	／10			
		満足度 (1~10)	／10	／10	／10	／10			
	ICF	生活行為を妨げている要因	心身機能・構造	()	改善・不変・悪化	改善・不変・悪化	改善・不変・悪化		
				()	改善・不変・悪化	改善・不変・悪化	改善・不変・悪化		
				()	改善・不変・悪化	改善・不変・悪化	改善・不変・悪化		
				()	改善・不変・悪化	改善・不変・悪化	改善・不変・悪化		
				()	改善・不変・悪化	改善・不変・悪化	改善・不変・悪化		
			活動・参加	()	改善・不変・悪化	改善・不変・悪化	改善・不変・悪化	改善・不変・悪化	
				()	改善・不変・悪化	改善・不変・悪化	改善・不変・悪化	改善・不変・悪化	
				()	改善・不変・悪化	改善・不変・悪化	改善・不変・悪化	改善・不変・悪化	
				()	改善・不変・悪化	改善・不変・悪化	改善・不変・悪化	改善・不変・悪化	
				()	改善・不変・悪化	改善・不変・悪化	改善・不変・悪化	改善・不変・悪化	
		環境因子	()	改善・不変・悪化	改善・不変・悪化	改善・不変・悪化	改善・不変・悪化		
			()	改善・不変・悪化	改善・不変・悪化	改善・不変・悪化	改善・不変・悪化		
			()	改善・不変・悪化	改善・不変・悪化	改善・不変・悪化	改善・不変・悪化		
			()	改善・不変・悪化	改善・不変・悪化	改善・不変・悪化	改善・不変・悪化		
			()	改善・不変・悪化	改善・不変・悪化	改善・不変・悪化	改善・不変・悪化		
			現状能力(強み)	心身機能・構造	()	改善・不変・悪化	改善・不変・悪化	改善・不変・悪化	改善・不変・悪化
					()	改善・不変・悪化	改善・不変・悪化	改善・不変・悪化	改善・不変・悪化
					()	改善・不変・悪化	改善・不変・悪化	改善・不変・悪化	改善・不変・悪化
					()	改善・不変・悪化	改善・不変・悪化	改善・不変・悪化	改善・不変・悪化
		()			改善・不変・悪化	改善・不変・悪化	改善・不変・悪化	改善・不変・悪化	
		活動・参加	()	改善・不変・悪化	改善・不変・悪化	改善・不変・悪化	改善・不変・悪化		
			()	改善・不変・悪化	改善・不変・悪化	改善・不変・悪化	改善・不変・悪化		
			()	改善・不変・悪化	改善・不変・悪化	改善・不変・悪化	改善・不変・悪化		
			()	改善・不変・悪化	改善・不変・悪化	改善・不変・悪化	改善・不変・悪化		
	()		改善・不変・悪化	改善・不変・悪化	改善・不変・悪化	改善・不変・悪化			
	環境因子		()	改善・不変・悪化	改善・不変・悪化	改善・不変・悪化	改善・不変・悪化		
			()	改善・不変・悪化	改善・不変・悪化	改善・不変・悪化	改善・不変・悪化		
			()	改善・不変・悪化	改善・不変・悪化	改善・不変・悪化	改善・不変・悪化		
			()	改善・不変・悪化	改善・不変・悪化	改善・不変・悪化	改善・不変・悪化		
	予後予測 初回のみ記入	心身機能・構造	予測内容を文章で記入するのでこれだけのスペースが必要						
			例 ICFコード b730 2M: 介助で立位保持可能な下肢・体幹筋力獲得						
活動・参加									
環境因子									

測定項目		備考	介入開始直前	1カ月後	2カ月後	3カ月後(終了時)
デマンドの変化	本人	介入開始直前は内容を記載し、その後は変化の有無に○をつけて、その内容を記載してください		有 / 無	有 / 無	有 / 無
	家族	介入開始直前は内容を記載し、その後は変化の有無に○をつけて、その内容を記載してください		有 / 無	有 / 無	有 / 無
医師からの指示内容	指示の相手と内容:	介入開始直前は内容を記載し、その後は変化の有無に○をつけて、有の場合は、指示内容と変化した理由について記載してください	1.リハビリテーションの有無の指示のみ 2.訓練開始前の留意事項 3.運動負荷量 4.訓練中の留意事項 5.中止基準 6.リハビリテーションの目的 7.その他()	有 / 無	有 / 無	有 / 無
MTDLPの目標に対する介入状況	介護支援専門員	介入開始直前は内容を記載し、その後は変化の有無に○をつけて、有の場合は、変更内容を記載してください	例) 車椅子導入のための担当者会議	有 / 無	有 / 無 例) PT-イレ導入のための担当者会議開催	有 / 無
	訪問看護	介入開始直前は内容を記載し、その後は変化の有無に○をつけて、有の場合は、変更内容を記載してください	例) ベッド上でロケア	有 / 無 例) 車椅子上でロケア	有 / 無	有 / 無
	訪問介護	介入開始直前は内容を記載し、その後は変化の有無に○をつけて、有の場合は、変更内容を記載してください	例) 介入なし	有 / 無 例) 尿器で排泄介助	有 / 無	有 / 無 例) PT-イレで排泄介助
	本人	介入開始直前は内容を記載し、その後は変化の有無に○をつけて、有の場合は、変更内容を記載してください		有 / 無	有 / 無	有 / 無
	家族	介入開始直前は内容を記載し、その後は変化の有無に○をつけて、有の場合は、変更内容を記載してください		有 / 無	有 / 無	有 / 無
	訪問リハ	介入開始直前は内容を記載し、その後は変化の有無に○をつけて、有の場合は、変更内容を記載してください		有 / 無 車椅子乗車の介助指導	有 / 無 PT-イレの介助指導	有 / 無
訪問リハの介入状況	リハ介入頻度	回数/月と時間/回	回 分	回 分	回 分	回 分
	プログラム内容	利用者に実施した訓練の全てにチェックを入れてください。	<input type="checkbox"/> 関節可動域訓練 <input type="checkbox"/> 筋力増強訓練 <input type="checkbox"/> ストレッチ等筋緊張緩和 <input type="checkbox"/> 持久力訓練 <input type="checkbox"/> 座位バランス訓練 <input type="checkbox"/> 立位バランス訓練 <input type="checkbox"/> 座位訓練 <input type="checkbox"/> 起居/立位動作訓練 <input type="checkbox"/> 移乗動作訓練 <input type="checkbox"/> 歩行訓練 <input type="checkbox"/> 体操 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下訓練 <input type="checkbox"/> 言語訓練 <input type="checkbox"/> トイレ訓練 <input type="checkbox"/> 入浴訓練 <input type="checkbox"/> その他ADL 訓練 <input type="checkbox"/> IADL 訓練 <input type="checkbox"/> 車椅子関連用具適応 <input type="checkbox"/> 移乗関連用具適応 <input type="checkbox"/> その他福祉用具適応 <input type="checkbox"/> 家屋改修 <input type="checkbox"/> 記憶機能訓練 <input type="checkbox"/> 認知機能訓練 <input type="checkbox"/> 趣味活動 <input type="checkbox"/> 介助方法の指導 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 関節可動域訓練 <input type="checkbox"/> 筋力増強訓練 <input type="checkbox"/> ストレッチ等筋緊張緩和 <input type="checkbox"/> 持久力訓練 <input type="checkbox"/> 座位バランス訓練 <input type="checkbox"/> 立位バランス訓練 <input type="checkbox"/> 座位訓練 <input type="checkbox"/> 起居/立位動作訓練 <input type="checkbox"/> 移乗動作訓練 <input type="checkbox"/> 歩行訓練 <input type="checkbox"/> 体操 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下訓練 <input type="checkbox"/> 言語訓練 <input type="checkbox"/> トイレ訓練 <input type="checkbox"/> 入浴訓練 <input type="checkbox"/> その他ADL 訓練 <input type="checkbox"/> IADL 訓練 <input type="checkbox"/> 車椅子関連用具適応 <input type="checkbox"/> 移乗関連用具適応 <input type="checkbox"/> その他福祉用具適応 <input type="checkbox"/> 家屋改修 <input type="checkbox"/> 記憶機能訓練 <input type="checkbox"/> 認知機能訓練 <input type="checkbox"/> 趣味活動 <input type="checkbox"/> 介助方法の指導 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 関節可動域訓練 <input type="checkbox"/> 筋力増強訓練 <input type="checkbox"/> ストレッチ等筋緊張緩和 <input type="checkbox"/> 持久力訓練 <input type="checkbox"/> 座位バランス訓練 <input type="checkbox"/> 立位バランス訓練 <input type="checkbox"/> 座位訓練 <input type="checkbox"/> 起居/立位動作訓練 <input type="checkbox"/> 移乗動作訓練 <input type="checkbox"/> 歩行訓練 <input type="checkbox"/> 体操 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下訓練 <input type="checkbox"/> 言語訓練 <input type="checkbox"/> トイレ訓練 <input type="checkbox"/> 入浴訓練 <input type="checkbox"/> その他ADL 訓練 <input type="checkbox"/> IADL 訓練 <input type="checkbox"/> 車椅子関連用具適応 <input type="checkbox"/> 移乗関連用具適応 <input type="checkbox"/> その他福祉用具適応 <input type="checkbox"/> 家屋改修 <input type="checkbox"/> 記憶機能訓練 <input type="checkbox"/> 認知機能訓練 <input type="checkbox"/> 趣味活動 <input type="checkbox"/> 介助方法の指導 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 関節可動域訓練 <input type="checkbox"/> 筋力増強訓練 <input type="checkbox"/> ストレッチ等筋緊張緩和 <input type="checkbox"/> 持久力訓練 <input type="checkbox"/> 座位バランス訓練 <input type="checkbox"/> 立位バランス訓練 <input type="checkbox"/> 座位訓練 <input type="checkbox"/> 起居/立位動作訓練 <input type="checkbox"/> 移乗動作訓練 <input type="checkbox"/> 歩行訓練 <input type="checkbox"/> 体操 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下訓練 <input type="checkbox"/> 言語訓練 <input type="checkbox"/> トイレ訓練 <input type="checkbox"/> 入浴訓練 <input type="checkbox"/> その他ADL 訓練 <input type="checkbox"/> IADL 訓練 <input type="checkbox"/> 車椅子関連用具適応 <input type="checkbox"/> 移乗関連用具適応 <input type="checkbox"/> その他福祉用具適応 <input type="checkbox"/> 家屋改修 <input type="checkbox"/> 記憶機能訓練 <input type="checkbox"/> 認知機能訓練 <input type="checkbox"/> 趣味活動 <input type="checkbox"/> 介助方法の指導 <input type="checkbox"/> その他()
加算算定状況および会議実施状況	加算	<input type="checkbox"/> リハビリテーションマネジメント加算1 <input type="checkbox"/> リハビリテーションマネジメント加算2 <input type="checkbox"/> 退院時共同指導加算	<input type="checkbox"/> リハビリテーションマネジメント加算1 <input type="checkbox"/> リハビリテーションマネジメント加算2 <input type="checkbox"/> 退院時共同指導加算	<input type="checkbox"/> リハビリテーションマネジメント加算1 <input type="checkbox"/> リハビリテーションマネジメント加算2 <input type="checkbox"/> 退院時共同指導加算	<input type="checkbox"/> リハビリテーションマネジメント加算1 <input type="checkbox"/> リハビリテーションマネジメント加算2 <input type="checkbox"/> 退院時共同指導加算	<input type="checkbox"/> リハビリテーションマネジメント加算1 <input type="checkbox"/> リハビリテーションマネジメント加算2 <input type="checkbox"/> 退院時共同指導加算
	会議	<input type="checkbox"/> リハビリテーション会議 <input type="checkbox"/> 退院/退所時カンファレンス <input type="checkbox"/> サービス担当者会議	<input type="checkbox"/> リハビリテーション会議 <input type="checkbox"/> 退院/退所時カンファレンス <input type="checkbox"/> サービス担当者会議	<input type="checkbox"/> リハビリテーション会議 <input type="checkbox"/> 退院/退所時カンファレンス <input type="checkbox"/> サービス担当者会議	<input type="checkbox"/> リハビリテーション会議 <input type="checkbox"/> 退院/退所時カンファレンス <input type="checkbox"/> サービス担当者会議	<input type="checkbox"/> リハビリテーション会議 <input type="checkbox"/> 退院/退所時カンファレンス <input type="checkbox"/> サービス担当者会議

医師・医療機関との連携	連携日	平成 年 月 日			
	連携のきっかけ／目的	<input type="checkbox"/> サービス開始 <input type="checkbox"/> サービス終了 <input type="checkbox"/> 体調変化 <input type="checkbox"/> 生活変化 <input type="checkbox"/> 多職種の方針やサービス手順の確認調整 <input type="checkbox"/> 退院時の情報提供 <input type="checkbox"/> リハの指示(禁忌) <input type="checkbox"/> 受診・訪問リハ時の情報提供 <input type="checkbox"/> その他具体的に()			
	上記業務の遂行方法 ※実施した方法についてすべてにチェックを入れてください。 ※遂行方法の情報のやり取りについて、数字を選択してください。 1. 情報発信のみ 2. 情報取得のみ 3. 双方向のやりとり (議論や意見交換、コンセンサスの形成) 4. 公的文書のやり取りのみ	<伝達場所> <input type="checkbox"/> 利用者宅 1・2・3・4 <input type="checkbox"/> 関係事業所 1・2・3・4 <input type="checkbox"/> 事業所からの発信(顔を合せない連携) 1・2・3・4 <伝達ツール> <input type="checkbox"/> 口頭 1・2・3・4 <input type="checkbox"/> 指示書 1・2・3・4 <input type="checkbox"/> 報告書 1・2・3・4 <input type="checkbox"/> 上記以外の公的文書 1・2・3・4 <input type="checkbox"/> 直接面会 1・2・3・4 <input type="checkbox"/> 連絡ノート 1・2・3・4 <input type="checkbox"/> 電話、FAX 1・2・3・4 <input type="checkbox"/> 郵送 1・2・3・4 <input type="checkbox"/> メール等のインターネットツール 1・2・3・4 <input type="checkbox"/> マニュアルなど資料作成 1・2・3・4 <input type="checkbox"/> その他 1・2・3・4			
	連携の具体的な内容について、工夫した点(例えば、連携時における時間調整の方法や使用したICT機器など)をお書きください。				
	連携に要した時間	分			

訪問看護師との連携	連携日	平成 年 月 日			
<input type="checkbox"/> 同事業所 <input type="checkbox"/> 同法人の他事業所 <input type="checkbox"/> 他法人の事業所	連携のきっかけ／目的	<input type="checkbox"/> サービス開始 <input type="checkbox"/> サービス終了 <input type="checkbox"/> 体調変化 <input type="checkbox"/> 生活変化 <input type="checkbox"/> 多職種の方針やサービス手順の確認調整 <input type="checkbox"/> 退院時の情報提供 <input type="checkbox"/> リハの指示(禁忌) <input type="checkbox"/> 受診・訪問リハ時の情報提供 <input type="checkbox"/> その他具体的に()			
	上記業務の遂行方法 ※実施した方法についてすべてにチェックを入れてください。 ※遂行方法の情報のやり取りについて、数字を選択してください。 1. 情報発信のみ 2. 情報取得のみ 3. 双方向のやりとり (議論や意見交換、コンセンサスの形成) 4. 公的文書のやり取りのみ	<伝達場所> <input type="checkbox"/> 利用者宅 1・2・3・4 <input type="checkbox"/> 関係事業所 1・2・3・4 <input type="checkbox"/> 事業所からの発信(顔を合せない連携) 1・2・3・4 <伝達ツール> <input type="checkbox"/> 口頭 1・2・3・4 <input type="checkbox"/> 報告書 1・2・3・4 <input type="checkbox"/> 上記以外の公的文書 1・2・3・4 <input type="checkbox"/> 直接面会 1・2・3・4 <input type="checkbox"/> 連絡ノート 1・2・3・4 <input type="checkbox"/> 電話、FAX 1・2・3・4 <input type="checkbox"/> 郵送 1・2・3・4 <input type="checkbox"/> メール等のインターネットツール 1・2・3・4 <input type="checkbox"/> マニュアルなど資料作成 1・2・3・4 <input type="checkbox"/> その他 1・2・3・4			
	連携の具体的な内容について、工夫した点(例えば、連携時における時間調整の方法や使用したICT機器など)をお書きください。				
	連携に要した時間	分			

介護支援専門員との連携	連携日	平成	年	月	日	
	連携のきっかけ／目的	<input type="checkbox"/> サービス開始 <input type="checkbox"/> サービス終了 <input type="checkbox"/> 体調変化 <input type="checkbox"/> 生活変化 <input type="checkbox"/> 多職種の方針やサービス手順の確認調整 <input type="checkbox"/> 退院時の情報提供 <input type="checkbox"/> リハの指示(禁忌) <input type="checkbox"/> 受診・訪問リハ時の情報提供 <input type="checkbox"/> その他具体的に()				
	上記業務の遂行方法 ※実施した方法についてすべてにチェックを入れてください。 ※遂行方法の情報のやり取りについて、数字を選択してください。 1. 情報発信のみ 2. 情報取得のみ 3. 双方向のやりとり (議論や意見交換、コンセンサスの形成) 4. 公的文書のやり取りのみ	<伝達場所> <input type="checkbox"/> 利用者宅 1・2・3・4 <input type="checkbox"/> 関係事業所 1・2・3・4 <input type="checkbox"/> 事業所からの発信(顔を合せない連携) 1・2・3・4 <伝達ツール> <input type="checkbox"/> 口頭 1・2・3・4 <input type="checkbox"/> 報告書 1・2・3・4 <input type="checkbox"/> 上記以外の公的文書 1・2・3・4 <input type="checkbox"/> 直接面会 1・2・3・4 <input type="checkbox"/> 連絡ノート 1・2・3・4 <input type="checkbox"/> 電話、FAX 1・2・3・4 <input type="checkbox"/> 郵送 1・2・3・4 <input type="checkbox"/> メール等のインターネットツール 1・2・3・4 <input type="checkbox"/> マニュアルなど資料作成 1・2・3・4 <input type="checkbox"/> その他 1・2・3・4				
	連携の具体的な内容について、工夫した点(例えば、連携時における時間調整の方法や使用したICT機器など)をお書きください。					
連携に要した時間	分／介入開始時					

訪問介護職員との連携	連携日	平成 年 月 日		
<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> サービス提供責任者	連携のきっかけ／目的	<input type="checkbox"/> サービス開始 <input type="checkbox"/> サービス終了 <input type="checkbox"/> 体調変化 <input type="checkbox"/> 生活変化 <input type="checkbox"/> 多職種の方針やサービス手順の確認調整 <input type="checkbox"/> 退院時の情報提供 <input type="checkbox"/> リハの指示(禁忌) <input type="checkbox"/> 受診・訪問リハ時の情報提供 <input type="checkbox"/> その他具体的に()		
	上記業務の遂行方法 ※実施した方法についてすべてにチェックを入れてください。 ※遂行方法の情報のやり取りについて、数字を選択してください。 1. 情報発信のみ 2. 情報取得のみ 3. 双方向のやりとり (議論や意見交換、コンセンサスの形成) 4. 公的文書のやり取りのみ	<伝達場所> <input type="checkbox"/> 利用者宅 1・2・3・4 <input type="checkbox"/> 関係事業所 1・2・3・4 <input type="checkbox"/> 事業所からの発信(顔を合せない連携) 1・2・3・4 <伝達ツール> <input type="checkbox"/> 口頭 1・2・3・4 <input type="checkbox"/> 報告書 1・2・3・4 <input type="checkbox"/> 上記以外の公的文書 1・2・3・4 <input type="checkbox"/> 直接面会 1・2・3・4 <input type="checkbox"/> 連絡ノート 1・2・3・4 <input type="checkbox"/> 電話、FAX 1・2・3・4 <input type="checkbox"/> 郵送 1・2・3・4 <input type="checkbox"/> メール等のインターネットツール 1・2・3・4 <input type="checkbox"/> マニュアルなど資料作成 1・2・3・4 <input type="checkbox"/> その他 1・2・3・4		
	連携の具体的な内容について、工夫した点(例えば、連携時における時間調整の方法や使用したICT機器など)をお書きください。			
	連携に要した時間	分		

福祉用具貸与事業者との連携	連携日	平成	年	月	日
	連携のきっかけ／目的	<input type="checkbox"/> サービス開始 <input type="checkbox"/> サービス終了 <input type="checkbox"/> 体調変化 <input type="checkbox"/> 生活変化 <input type="checkbox"/> 多職種の方針やサービス手順の確認調整 <input type="checkbox"/> 退院時の情報提供 <input type="checkbox"/> リハの指示(禁忌) <input type="checkbox"/> 受診・訪問リハ時の情報提供 <input type="checkbox"/> その他具体的に()			
上記業務の遂行方法 ※実施した方法についてすべてにチェックを入れてください。 ※遂行方法の情報のやり取りについて、数字を選択してください。 1. 情報発信のみ 2. 情報取得のみ 3. 双方向のやりとり(議論や意見交換、コンセンサスの形成) 4. 公的文書のやり取りのみ	<伝達場所> <input type="checkbox"/> 利用者宅 1・2・3・4 <input type="checkbox"/> 関係事業所 1・2・3・4 <input type="checkbox"/> 事業所からの発信(顔を合せない連携) 1・2・3・4 <伝達ツール> <input type="checkbox"/> 口頭 1・2・3・4 <input type="checkbox"/> 報告書 1・2・3・4 <input type="checkbox"/> 上記以外の公的文書 1・2・3・4 <input type="checkbox"/> 直接面会 1・2・3・4 <input type="checkbox"/> 連絡ノート 1・2・3・4 <input type="checkbox"/> 電話、FAX 1・2・3・4 <input type="checkbox"/> 郵送 1・2・3・4 <input type="checkbox"/> メール等のインターネットツール 1・2・3・4 <input type="checkbox"/> マニュアルなど資料作成 1・2・3・4 <input type="checkbox"/> その他 1・2・3・4				
連携の具体的な内容について、工夫した点(例えば、連携時における時間調整の方法や使用したICT機器など)をお書きください。					
連携に要した時間	分				

「トイレ動作を楽に行えるようにしたい」～本人が主体的に環境調整に関わるように促し、目標が達成された事例～

基本情報 66歳・女性。主病名：筋ジストロフィー。日常生活自立度：J1。家族構成：独居。住環境：3階建て、バリアフリー、エレベーターあり。現病歴：幼少時、先天性股関節脱臼（両足）→X-82年に両足関節を手術した。進行性筋ジストロフィーと診断された。X-12年、左大腿骨を骨折し歩行が困難となり、車椅子生活となった。糖尿病からの腎臓病、白内障、眼底病と診断。X-11年前、階下に住んでいた姉が自宅に転居し、独居生活となった。半年位前より、トイレ動作などのADL能力の低下が著明となり、作業療法士による訪問看護が開始となった。社会参加：週に2回程度、電動車椅子に乗って公共交通機関を利用し、1人で外出されていた（受診や当事者会など）。また、1年前から週1回、近所の方に自宅を開放し、サロンを開く、洋裁で生計を立てており、友人にも自宅を教えていた。

要介護度 要介護1

合意目標 自宅のトイレ動作（特にズボンの上げ下ろし）を楽に行えるようにして、上下肢の痛みを軽減させ、人に頼らない方法で続けていけるようにする。

結果（2.5ヶ月後） 実行度 1/10→10/10 満足度 1/10→8/10
 「外出用のズボンをはいて、トイレに行けるようになりたいから8！」

	開始時	中間（2ヶ月後）	目標達成時（2.5ヶ月後）
心身機能	トイレ動作に不安があり、易疲労性あり。立ち上がり、立位保持動作が負担で、上下肢に痛みあり。	トイレ動作の不安が減った。上下肢の痛みが減った。	トイレ動作への不安が減って、気持ちが悪くなった。上肢の痛みはなくなり、下肢の痛みはより減った。
活動・参加	トイレ動作に時間がかかる。10～15分程度（排泄時間除く）。ズボンを十分に上げきれず、ベッド上でズボンを上げ直す必要がある。（3回中2回）	車椅子から便座へ座位移乗ができるようになってきた。自動昇降便座を使用し、立ち上がりやすくなった。天井固定型手すりに寄りかかり、ズボンがあげやすくなった。	【評価項目（特に変化が認められた項目など）】 ・トイレ動作にかかると時間が減った。10～15分程度→8分程度 ・車椅子から便座への座位移乗の動きが慣れてきた。 ・車椅子とベッド間にも座位移乗を取り入れ始めた。 ・身体機能の顕著な変化はないが、本人の能力にあった環境調整によりトイレ動作が楽にできるようになった。
介入内容	動作方法の評価と検討。福祉用具の使用を提案。自動昇降便座の試用機会の検討。介護支援専門員・福祉用具貸事業所・メーカーへの相談。	自動昇降便座の設置。車椅子機種の変更（アームサポートのはね上げ機能などを利用）。天井固定型手すりの設置位置の検討。動作方法の提案と練習、福祉用具貸与事業所への相談	



連携のポイント

- ・本人に電話やSNSを使って介護支援専門員や福祉用具貸与事業所に能動的に連絡を行ってもらおうよう作業療法士が促すことで、主体的な環境調整になった。
- ・サービス担当者会議の他に、作業療法士から介護支援専門員に依頼し、介護支援専門員が関係者に声をかけて、リハ時間に自宅へ集まり打ち合わせを行った。



自動昇降便座設置前 | 各職種と相談(自宅) | 天井固定型手すり | トイレリフト | 便座への座位移乗 | 自動昇降便座設置後 | ズボンの上げ下ろし動作 | 車椅子のアームサポートはね上げ | 立位保持

生活歴や作業歴(学歴・職歴・趣味を含む)・1日のスケジュール・性格やプロフィールなど

障害があることを心配した親の勤めでX-48年前に洋裁学校に入り、現在も自宅で洋裁の仕事をして生計を立てている。時折、友人にも自宅でも洋裁を教えており、交友関係が広い。週に2回程度、電動車椅子を自走して公共交通機関を利用して、受診や当事者の会などに参加している。また、1年前から週1回、近所の方に自宅を開放し、サロンを開いている。X-5年前に同居していた母親が亡くなり、X-1年前に階下に住んでいた姉が娘宅に転居し、独居生活となったことがきっかけで、ADLやIADL動作が億劫になることが増え、翌日に疲れが残り、1日寝て過ごすことが多くなってきている。特に日に3回(朝・昼・就寝前)のトイレ動作がつかなくなってきていた。

合意目標に至った経緯

X-12年前より週1回外来リハ(理学療法・作業療法)に通っている。X-3年前に作業療法士による訪問看護を3か月利用し、公共交通機関を電動車椅子で利用することが自立となり終了となった。半年前より、自宅でのトイレ動作が徐々に難しくなってきたため、外来リハの作業療法士に相談したところ、作業療法士による訪問看護を利用することを提案された。その後、介護支援専門員に相談し、主治医に指示書を書いてもらい、作業療法士による訪問看護を再度利用することとなった。初回作業療法士介入時から、トイレと入浴動作を楽にしたいと本人から希望があり、始めの1ヶ月は入浴動作の介力量軽減を目的に開わり解決したため、次にトイレ動作を楽にしたいという合意目標に至った。

OTプログラム内容

開始時	中間(2ヶ月後)	目標達成時
動作方法の評価と検討	自動昇降便座を使用している動作練習	手すりの位置の再検討
福祉用具使用の提案	他の福祉用具との適合	動作方法の再評価との練習
自動昇降便座の提案と試用機会の検討	福祉用具貸与事業所との連携	トイレ動作以外の場面での座位移乗の検討
介護支援専門員・福祉用具貸与事業所への相談		外来リハ(理学療法・作業療法)への引継ぎ
現状で行える環境設定(手すりにすべりどめをつける等)		

介入終了までに合意目標以外に波及した生活の内容(活動や参加)およびデマンドの変化

- ・ ベッドと車椅子間の移乗にも座位移乗を取り入れられ、楽に行えるようになった。
- ・ 自宅内用の車椅子と外出用の電動車椅子の移乗にも座位移乗を取り入れ、楽に行えるようになった。
- ・ 下痢を伴う体調不良時にも、トイレ動作が楽になってきたため、失禁することなくトイレ回数を増やすことができた。
- ・ 自動昇降便座を利用し動作が楽になったことから、ウエスト部分がゴムのズボンだけでなく、外出用のフックタイプのズボンもはけるようになりたいたいというデマンドが増えた。
- ・ 自宅内だけでなく、外出時のトイレ動作もできるようになりたいたいのデマンドが変化し、外出先となっている外来リハの作業療法でトイレ動作を検討してもらった。

生活行為向上マネジメントシート

生活行為の目標	本人	継続:		生活行為の目標 (環境・用具・態度・支援と関係・サービス)
	腕や足の痛みがあっても辛い、人の手を借りずにトイレは1人でいきたい。トイレ動作が楽に行えるようになるようにしたい。	姉	姉	
生活行為の目標	本人	継続:		生活行為の目標 (環境・用具・態度・支援と関係・サービス)
アセスメント項目	心身機能・構造の分析 (精神・感覚・神経・筋・骨格・運動)	活動と参加の分析 (移動・運搬、ADL、IADL、社会参加)		環境因子の分析 (環境・用具・態度・支援と関係・サービス)
生活行為を妨げている要因	ICF 詳細	ICF 詳細	ICF 詳細	ICF 詳細
	b280 上下肢に痛みがある	d415 立位バランス不良	e115 便座が低くて立ち上がれない	
	b455 疲れやすい	d530 トイレ動作に時間がかかる	e155 手すりが有効に使えていない	
	b130 トイレに行くことが苦痛となっている	d540 ズボンの上げ下ろしが行いづらく、ベッド上でやり直す必要がある	e580 適する福祉用具がわからない	
現状能力 (強み)	b740 上下肢の筋力低下	d410 立ち上がりを何度もやり直す		
	b130 認知面の問題はなく、工夫ができる	d465 電動車椅子を利用できている	e155 独居で持ち家のため、改修可能	
	b180 自立心が強い	d470 交通機関を使った外出が行える	e115 トイレのドアがはずせる	
		d530 不安はあるが、トイレ動作を1人でえている	e580 介護保険制度を利用できる	
予後予測 (期間・改善レベルを記入)		d870 経済的に困っていない	e325 社交的で近所の方や当番の方との交流がある	
	1ヶ月後: 手すりの工夫や車椅子の機種変更などの環境調整により、移乗動作や立位保持を行いやすくし、上下肢の痛みを軽減させる。環境調整と動作練習などから、福祉用具の必要性を感じてもらおう。		d850 洋裁の仕事を自宅で行っている	
	2ヶ月後: 自動昇降便座などの福祉用具の導入により、立ち上がりや立位動作が楽に行えるようになり、上下肢の痛みが軽減する。ズボンの上げ下ろしが行いやすくなる。			
合意した生活目標 (いつ・誰と・どこで・どのレベルで実施するか)	3ヶ月後: 環境調整後、動作を繰り返し行い慣れさせる。トイレ動作が楽になることにより、上下肢の痛みがなくなる。			
	自宅のトイレ動作(特にズボンの上げ下ろし)を楽に行えるようにして、3ヶ月後頃までに上下肢の痛みを軽減させ、人に頼らない方法で続けていけるようにする。			
自己評価	初期	満足度 1 / 10	1ヶ月後 実行度 1 / 10	満足度 1 / 10
	2ヶ月後	満足度 10 / 10	2.5ヶ月後 実行度 10 / 10	満足度 8 / 10

生活行為アセスメント

「一人でお風呂に入りたい、そしてバラ作りも再開したい」～ADLの自立と余暇活動が実現した事例～

基本情報

87歳・男性。主病名：胸椎骨折。既往歴：心不全、脳梗塞（後遺症なし）、肺炎腫、白内障。家族構成は妻と2人暮らし（長男・次男は県外在住）。趣味は読書や木工細工、家庭菜園やバラの栽培を楽しみに生活していた。X年に急性期病院から自宅復帰するが、廃用による筋力や持久性の低下などが認められた。歩行は見守りを要し、ADLでは入浴動作に介助を要していた。入浴は、訪問看護を利用していた。

要介護度

要介護2

合意目標

一人が入浴が行える。
妻の協力や園芸用の椅子等を利用して、自分の体調に合わせてバラ作りが再開できる。

結果（3ヶ月後）

実行度 1/10 → 8/10 満足度 1/10 → 7/10

	開始時	中間（2ヶ月後）	目標達成時（3ヶ月後）
心身機能	<ul style="list-style-type: none"> 体幹、両下肢に中程度の可動域制限あり 体幹、両下肢はMMT2～3レベル 動作時に息切れや頻脈が認められた 	<ul style="list-style-type: none"> 体幹、両下肢に軽度の可動域制限あり 体幹、両下肢はMMT3～4レベル 動作時の息切れが軽減した 	<ul style="list-style-type: none"> 体幹、両下肢はMMT4レベルに向上した。
活動・参加	<ul style="list-style-type: none"> 床上動作や段差昇降、屋外歩行が不安定 入浴に一部介助を必要とした 受傷後、バラ作りは行っていない 	<ul style="list-style-type: none"> 床上動作は机や椅子につかまって行うことで自立した 階段昇降は手すりを使用し自立した 入浴動作は福祉用具を利用して自立した 	<p>【評価項目（特に変化が認められた項目など）】</p> <ul style="list-style-type: none"> 床上動作や段差昇降は何も使用しないで自立となった。 入浴は自立となった。 妻の協力や園芸用の椅子等を利用して、庭でバラ作りができるようになった。
介入内容	<ul style="list-style-type: none"> 関節可動域訓練、自主トレの提案（主に体操・呼吸管理） 歩行訓練、段差昇降訓練、床上訓練 入浴動作訓練 	<ul style="list-style-type: none"> 自主トレの提案（主にADLに関すること） 屋外歩行訓練、応用動作訓練 バラ作りの実動作訓練 	

各専門職の役割

医師

リハ内容や注意点の指示

家族

体調確認（体重や脈拍、SpO₂のチェックなど）

作業療法士（訪問リハ）

関節可動域訓練や自宅での自主トレの提案と確認、歩行訓練、階段昇降訓練、床上動作訓練、入浴動作訓練（看護師へ介助方法の伝達）、バラ作りの実動作訓練（妻への介助方法の伝達）

本人

介護支援専門員

本人や家族への説明、生活状況の確認、看護師やリハスタッフとの情報共有（ミニカンファアの開催含む）

体調や生活状況の確認、呼吸体操の実施、訪問入浴の実施

連携のポイント

- 定期的ミニカンファアランスを月1～2回程開催し、介護支援専門員や訪問看護、訪問リハスタッフ間で進行状況や課題などの情報共有を行った。
- リハ実施時に家族や看護師に同席を依頼し、実動作を通して介助方法の伝達を行った。



介入開始時
自主訓練の様子



介入1～2ヶ月目
床上動作や入浴動作場面



介入3ヶ月目
庭でバラ作りの様子



生活歴や作業歴(学歴・職歴・趣味を含む)・1日のスケジュール・性格やプロフィールなど

本人・妻との2人暮らし。若い頃は炭鉱で防水の仕事をし、その後東京で会社を設立した。次男の結婚式の準備で山梨を訪れた際、桃の花に魅了され、70歳で山梨に転居した。75歳で会社を廃業し、その後は読書や木工細工・家庭菜園やバラの栽培を楽しみに生活していた。X年に心不全・肺気腫を発症後、胸椎圧迫骨折を併発し、急性期病院を経て、X年+3ヶ月に自宅復帰し、訪問作業療法が開始となる。自宅での生活状況は、テレビ鑑賞や新聞、本の読書を行い、屋内で過ごすことが多かった。

合意目標に至った経緯

X年+3ヶ月後に、自宅復帰するが、廃用による筋力や耐久性の低下などにより、歩行に見守りを要し、ADLでは入浴動作に介助を要していた。入浴は、訪問看護を利用し介助のもと入浴することとなった。本人から、「せめて風呂ぐらいは人の手を借りず入りたい」「趣味であったバラ作りをまたやって知人にバラを配りたい」という希望が聞かれ、訪問リハの依頼へとつながった。その後、サービステキニエ担当者会議にて本人の希望でもある入浴動作の自立と・バラ作りの再開を合意目標とし、週2回の訪問リハが開始となった。

OTプログラム内容

開始時	中間(2ヶ月)	目標達成時
関節可動域訓練、自主トレの提案(主に柔軟体操や呼吸管理)	自主トレの提案	床上動作や段差昇降が支持物なしで自立
歩行訓練、段差昇降訓練、床上訓練	屋外歩行訓練、応用動作訓練	入浴が自立
入浴動作訓練(訪問看護師への介助方法の伝達を含む)	バラ作りの実動作訓練(妻への介助方法の伝達を含む)	妻の協力や園芸用の椅子を利用し、庭でバラ作りが行えるようになった
介護支援専門員や訪問看護とのミニカンファ(情報共有・意見交換)	介護支援専門員や訪問看護とのミニカンファ(情報共有・意見交換)	

介入終了までに合意目標以外に波及した生活の内容(活動や参加)およびデマンドの変化

- ・呼吸機能も改善し、体力もつき歩行も安定したことで、妻と買い物など受診以外での外出する機会が増えた。
- ・訪問リハ介入3ヶ月後、訪問リハの回数が週2回から週1回へ減り、自己管理として週1回通所介護へ行くようになった。
- ・妻と一緒に作ったバラを知人に配ったり、お花見会を開かれ他者と交流する機会が増えた。
- ・今後友人と2泊3日のクルージング旅行へ行く予定を立てている。

生活行為向上マネジメントシート

生活行為の目標	本人		妻		家で入浴がしたい。バラ作りを行いたい	
	キーパーソン	続柄	妻	妻	活動と参加の分析 (移動・運搬、ADL、IADL、社会参加)	環境因子の分析 (環境・用具・態度・支援と関係・サービス)
アセスメント項目	心身機能・構造の分析 (精神・感覚・神経・筋・骨格・運動)		活動と参加の分析 (移動・運搬、ADL、IADL、社会参加)		環境因子の分析 (環境・用具・態度・支援と関係・サービス)	
生活行為を妨げている要因	ICF 詳細	ICF 詳細	ICF 詳細	ICF 詳細	ICF	ICF 詳細
	b440	呼吸機能の低下	d410	しゃがみ込みや床上動作が不安定	e310	妻が介助に自信がない
	b710	体幹、下肢可動域制限	d430	段差や階段昇降時にふらつきあり	e155	バラ園が不整地である
	b730	体幹、下肢の筋力低下	d455	屋外歩行に見守りが必要		
	b740	下肢筋力の耐久性低下	d510	入浴に一部介助が必要		
現状能力 (強み)	b455	動作時に息切れや頻脈あり	d920	バラ作りを受傷後に行っていない		
	b730	上肢筋力がMMT5	d410	基本動作は自立	e310	妻と2人暮らし
	b710	上肢に著明な可動域制限なし	d430	屋内歩行は自立	e155	浴室や浴槽内に手すりがある
	b117	知的機能概ね問題なし	d540	更衣は自立	e155	バラ園が自宅の庭である
	b130	訪問リハビリに対する意欲が高い	d530	排泄は自立	e580	訪問看護を週2回利用している
予後予測 (期間・改善レベルを記入)	1ヶ月後：訪問看護利用のもと自宅に入浴が行える 2ヶ月後：バラ作り再開に向け屋外歩行や応用歩行、応用動作(しゃがみ込みなど)が物的介助のもと行える 3ヶ月後：1人で入浴が行える、自宅庭にて妻や物的介助のもと、バラ作りが行える ・1人で入浴が行える ・妻の協力や物的介助を利用し、自分の体調に合わせてバラ作りが再開できる					
合意した生活目標 (いつ・誰と・どこで・どのレベルで実施するか)						
自己評価	初期 実行度	1 / 10	満足度	1 / 10	1ヶ月後 実行度	4 / 10
	2ヶ月後 実行度	6 / 10	満足度	6 / 10	3ヶ月後 実行度	8 / 10
					満足度	4 / 10
					満足度	7 / 10

生活行為アセスメント

「人と話をするのが好きなんだ」～生育歴や価値観をもとに合意目標を立て、軽介助での離床が可能となった事例～

基本情報

70歳・男性。主病名：脳挫傷後遺症、症候性てんかん、誤嚥性肺炎後の廃用。日常生活自立度：C1・妻と2人暮らし（暮らしぶり・好きなこと・人と話すこと。職業：元すし職人。現病歴：X-50年バイク事故を起こし、頸部の手術を実施。X-35年前にてんかん発作で倒れ、頭部を打撲。左半身麻痺が残った。X年5月誤嚥性肺炎でA大学病院へ入院し、6月リハビリ目的でB病院に転院。8月胃瘻を造設し、病状が安定したため10月自宅に退院し、作業療法士による訪問看護が開始となった。

要介護度

要介護4

合意目標

人と交流するため、車椅子に乗れるようになり、通所介護に通う。

結果（1.5ヶ月）

実行度 1/10→7/10 満足度 1/10→7/10
本人のコメント「次は週2回通いたいから、7だな」

	開始時	中間（1ヶ月後）	目標達成時（1.5ヶ月後）
心身機能	離床意欲が低下、左片麻痺、筋緊張亢進、関節可動域制限、高次脳機能障害、嚥下障害。	離床意欲が向上。下肢の筋緊張の緩和。通所介護に行くことに意欲的な発言が認められるようになった。	人との交流を目的に通所意欲が向上し、興味・関心の幅が広がった。下肢の筋緊張が緩和した。
活動・参加	入院中リハビリ経験あり。退院後離床機会なし。適する車椅子や移乗方法がわからない。	テイル・リクライニング機能付き車椅子（以下車椅子）を利用し、乗車が可能。妻の移乗介助が可能。車椅子で玄関より外出が可能。車椅子の適合により座位姿勢が崩れにくくなる。	【評価項目（特に変化が認められた項目など）】 車椅子に乗って通所介護に通え、社会参加につながった。 妻と介護職（通所介護）介助で車椅子に乗車でき、移乗介助は特に問題なく継続できた。送迎時の姿勢崩れなし。離床時間40分×3回（通所日）。本人の発言「週2回くらい行きたいよ。4人のスタッフと知り合いになったよ。歌の会に参加して楽しかったよ。」
介入内容	車椅子乗車の動機づくり。車椅子乗車に向けた評価、練習、環境設定、福祉用具の選定、多職種連携。	車椅子乗車と移乗の練習。玄関からの外出方法の検討。移乗介助と車椅子使用方法の伝達（離床ガイドブックの利用、実場面、説明書）、妻の不安の軽減への介入。多職種連携。	

各専門職の役割



連携のポイント

- ・サービス担当者会議の他に、作業療法士から介護支援専門員に依頼して関係者に声かけをもらい、妻がいる時間に自宅へ集まり打ち合わせや介助方法の伝達を行った。
- ・作業療法士が介助方法の説明書を作成し、自宅と通所介護に提供した。



初回 座位姿勢評価



車椅子の調整と移乗方法の検討
妻へ介助方法の伝達



玄関からの外出方法の検討



移乗の介助方法の説明書



車椅子使用方法の伝達

生活歴や作業歴(学歴・職歴・趣味を含む)・1日のスケジュール・性格やプロフィールなど

元すし職人で、現在暮らしている自宅ですし屋を営んでいた。X-35年前に倒れ、頭部を打撲し、左半身麻痺が残ったが、リハは受けなまま過ごしてきた。半年前、介護保険を利用することとなり、他事業所の作業療法士による訪問看護(関節可動域訓練中心)を利用していたが、誤嚥性肺炎で入院となった。入院中に受けたリハでは車椅子に1時間半程度離床が行えるようになり、スタッフとも関係が良かった。本人は「リハは楽しかった」と話していた。妻が平日14時~19時の5時間稼働していて、一人で過ごされる時間が長かった。本人は「すし職人はすしを食べてもらっただけでなく、会話で楽しめるのも仕事よ」と熱く語っていた。自宅では1日3回の経管栄養時(40分)にベッドを背上げるのみで、離床機会は全くなく、短期入所生活介護利用のためストレッチャーに乗って外出した経験が1度だけあった。

合意目標に至った経緯

半年前、誤嚥性肺炎で入院となった。退院後も、誤嚥に対する意識がなく、餅やジュースなど常食を食べたいと言っては妻を困らせ、妻も本人が聞かないからと自己判断で経口摂取をさせていた。本人の言動が妻の負担となっていたため、レスパイト目的で通所介護などサービス利用を検討することとなり、看護師による訪問看護に加えて、作業療法士と言語聴覚士による訪問看護が開始となった。当初本人は通所意欲が低かったが、会話の中で人と話をしたいという動機が見つかり、車いす乗車にも意欲的となったため通所介護利用の合意目標に至った。

OTプログラム内容

開始時	中間(1ヶ月後)	目標達成時
車椅子乗車に向けての動機づくり	車椅子乗車・乗車練習	通所介護への移乗方法の伝達
車椅子乗車のための評価、練習、環境設定	通所介護への伝達方法の検討	通所時の問題点や良かった点の把握
福祉用具の選定	多職種との連携	車椅子座位姿勢の調整方法の再検討
多職種との連携、家族との連携調整	妻の不安を軽減する関わり	
安全な食事摂取方法の検討		
関節可動域訓練		
ポジョニング		

介入終了までに合意目標以外に波及した生活の内容(活動や参加)およびデマンドの変化

- ・通所介護が気に入り、週に2回以上通いたいとデマンドが変化した。
- ・「スタッフ4人と知り合えた」などと、人との交流を楽しまれるようになり、もっと人と話がしたいと意欲的になった。
- ・通所介護でもっと歌を歌えるようになりたいと参加意欲が高まった。
- ・入浴方法が週1回の訪問入浴に加えて、通所介護でも入浴できるようになった。
- ・本人の嚥下能力に合わせた食形態の食事を用意してもらい、安全に食べる機会を得ることができた。

生活行為向上マネジメントシート

生活行為の目標	本人		人と話すことが好きなので、もっと話したい。車に乗れるならば、車椅子に乗ってもよい。	
	キーパーソン	続柄	妻	
アセスメント項目	心身機能・構造の分析 (精神・感覚・神経・筋・骨格・運動)		活動と参加の分析 (移動・運搬、ADL、IADL、社会参加)	
	環境因子の分析 (環境・用具・態度・支援と関係・サービス)			
生活行為を妨げている要因	ICF 詳細	ICF 詳細	ICF 詳細	ICF 詳細
	b130 離床意欲が低い s110 片麻痺 b735 筋緊張の亢進(特に左) b710 関節可動域制限あり(特に股関節) b164 高次脳機能障害 b510 嚥下障害	d410 退院後、車椅子に乗車していない d420 適する車椅子や移乗方法がわからない。 d415 座位姿勢が崩れやすい	e310 妻と2人暮らし e310 妻は心疾患の既往あり e310 妻は稼働中のため、平日午後2～7時まで独居になる e410 妻は在宅生活に漠然とした不安がある e120 車椅子がない e165 経済的にあまり余裕がない	
現状能力 (強み)	b126 外交的で話好き	d415 入院中に1時間半程度車いす乗車練習をしていた。 d415 毎回の経管栄養摂取時にベッドを40分ギヤッチアップしている d845 仕事に誇りがある 元すし職人	e580 要介護4 e410 妻が協力的 e340 入院中のリハビリに対して好印象を持っている	
予後予測 (期間・改善レベルを記入)	1ヶ月後：車椅子の機種やトランスファー方法が決まって、通所介護利用に向けた具体的な話ができるようになる。 2ヶ月後：妻や介護職(通所介護)が車椅子の取り扱いや介助が行えるようになり、通所介護利用を開始できる。			
(いつ・誰と・どこで・どのレベルで実施するか)	人と交流するため、車椅子に乗れるようになって、通所介護に通う			
自己評価*	初期	実行度 1 / 10	満足度 1 / 10	1ヶ月後 実行度 1 / 10 満足度 1 / 10
	目標達成時 1.5ヶ月後	実行度 7 / 10	満足度 7 / 10	

生活行為アセスメント

「家のお風呂に浸かりたい」～動画等を使った情報共有と環境調整を行うことで軽介助で入浴が可能となった事例～

基本情報

60歳、男性。主病名：心原性脳塞栓症。日常生活自立度：A1。妻と長女の3人暮らし(妻、長女ともに就労中)。好きなこと：野球観賞、釣り。
元職業：建設業。現病歴：X-8ヶ月頃発症。左片麻痺と感覚障害、高次脳機能障害を認めた。入院加療、リハビリを経て、X-1.5ヶ月、杖歩行が見守りとなり、自宅退院となる。退院直後より、訪問リハ3回/週、デイケア3回/週の利用が開始となる。

要介護度

要介護4

合意目標

福祉用具を利用して、妻と長女の支援のもと、毎日自宅で入浴を行うことができる。

結果(3ヶ月)

実行度 2/10 → 10/10 満足度 1/10 → 8/10
本人のコメント「今度は野球観戦や釣りにチャレンジしたい」

	開始時	中間(1ヶ月後)	目標達成時(3ヶ月後)
心身機能	活動への意欲の低下、高次脳機能障害、運動麻痺、筋緊張亢進、重度の感覚障害あり。	リハ実施算定時間40分 × 12回(週3回)	リハ実施算定時間40分 × 8回(週2回)
活動・参加	入浴動作と更衣動作には一部介助を要す。自ら動くことは少なく、外出は病院受診と通所リハの利用時(週3回)のみ。	活動の意欲が向上。下肢の筋緊張の緩和。下肢の随意性向上。右半身の筋力向上。「入浴への不安が減った」上の発言が聞かれる。	右半身の筋力向上と左下肢の随意性向上により、動作が安定し活動への意欲が向上した。下肢の筋緊張が緩和した。
介入内容	入浴への意識づけ、入浴に向けた身体機能や入浴動作の評価、本人・家族への入浴動作の伝達、福祉用具の選定、住宅改修の提案、多職種連携	天井固定型手すりを利用することで、立位で浴室や浴槽への移動が可能。週1回、浴槽に浸かり、週6回はシャワー浴(長女の介助必要)。 浴室や浴槽への移動の練習、洗体動作の練習。福祉用具を導入し、使用方法を説明。妻と長女の介助負担軽減への介入、多職種連携。	【評価項目(特に変化が認められた項目など)】 福祉用具導入と住宅改修により、入浴動作が安全に行えるようになり、軽介助で浴槽に浸かることができるようになった。介助量が軽減したことで、妻と長女の介助負担が軽減し、毎日自宅の浴槽に浸かることが可能となった。

各専門職の役割



連携のポイント

- ・リハ会議を実施し、合意目標の共有と具体的な各職種の役割分担を行った。また、自宅に多職種が集まって動作確認を行い、現状の能力と介助方法を作業療法士が伝達した。
- ・作業療法士が介護支援専門員に依頼し、自宅で福祉用具や住宅改修の打ち合わせを行った。



住宅改修前

住宅改修後

入浴動作練習

体力増進に向けた屋外歩行練習

動画を活用した情報共有

生活歴や作業歴（学歴・職歴・趣味を含む）・1日のスケジュール・性格やプロフィールなど

高校卒業後、建設業に就く。結婚後、3人の子をもち5人で暮らしていた。その後、自宅で建設業を営み発症前まで働いていた。子供は自立し、現在は妻、長女と3人暮らしである。性格は温厚で、時に冗談を話すような方であった。趣味はスポーツ観戦であり、娘と一緒に野球の応援をしていた。

合意目標に至った経緯

自宅退院後、在宅で過ごされていたが、依存心が強く、自宅内の生活に介助を要す状況であった。また、自ら動くことが少なく、不活発な状態であり、入院時と比べ、介助量が増えてきた。活動への意欲が低下していたが、聞き取りの中で本人は冬場に向けて、自宅で浴槽に浸かりたい思いがあることが見つかり、家族に同意を得た上で合意目標に至った。

OTプログラム内容

開始時	中間(1ヶ月後)	目標達成時(3ヶ月後)
随意性向上に向けた練習	随意性向上に向けた練習	随意性向上に向けた練習
浴室、脱衣所の移動練習	浴室、脱衣所の移動の練習	本人、家族へ入浴状況の聞き取り、修正
浴室、浴槽の立位でのまたぎ練習	浴室、浴槽の立位でのまたぎ動作の練習	福祉用具や住宅改修の使用状況の確認
入浴、更衣動作練習	入浴、更衣動作の練習	多職種連携
家族への入浴動作の伝達	家族へ福祉用具の使用方法的の伝達	
福祉用具の選定	福祉用具の導入	
住宅改修の提案	住宅改修の提案	
多職種連携	多職種連携	

介入終了までに合意目標以外に波及した生活の内容(活動や参加)およびデマンドの変化

- ・活動に自信が持て、自発的に家の中で活動するようになった。
- ・自宅で留守番をするようになり、自身の食事の後片付けや、来客の対応等に取り組むようになった。
- ・「野球を観に行きたい」「釣りをしたい」「自動車運転にチャレンジしたい」等、活動、参加への意欲が向上した。

生活行為向上マネジメントシート

生活行為の目標	本人		自宅のお風呂に浸かりたい。	
	キーパーソン	続柄:	妻	
生活行為の目標	自宅のお風呂に浸かりたい。			
アセスメント項目	心身機能・構造の分析 (精神・感覚・神経・筋・骨格・運動)		活動と参加の分析 (移動・運搬、ADL、IADL、社会参加)	
生活行為を妨げている要因	ICF 詳細	ICF 詳細	ICF 詳細	ICF 詳細
	b130 意欲の低下あり		d460 い	e115 安全に入浴するための福祉用具が整っていない
	b760 左片麻痺		d510	e155 脱衣所、浴室内に手すりがなく、移乗、移動動作に支障がある
	b740 右上下肢の筋持久力低下		d540	
	b144 注意機能低下		d420	
	b176 運動の企画力低下			
	現状能力 (強み)	b167 言語理解良好 b117 知的機能は保持 b730 右上下肢の筋力4+	d415 座位保持や、立位保持は可能 d445 右手を使うことで届く範囲の体を洗い拭くことが可能	e310 妻、長女が協力的である e570 要介護4 e155 持ち家。住宅改修が可能。
予後予測 (期間・改善レベルを記入)	1ヶ月後：右半身の筋力向上と左下肢の随意性向上により、立位で浴室の段と浴槽の跨ぎができる。 2ヶ月後：福祉用具を使用し、週1回、自宅の浴槽に浸かる。 3ヶ月後：住宅改修が終え、長女や妻の声かけや軽介助により、毎日、浴槽に浸かることができる。			
合意した生活目標 (いつ・誰と・どこで・どのレベルで実施するか)	福祉用具を利用して、妻と長女の支援のもと、毎日自宅で入浴を行うことができる。			
自己評価	初期	実行度 2 / 10	満足度 1 / 10	1ヶ月後 実行度 6 / 10 満足度 4 / 10
	2ヶ月後	実行度 8 / 10	満足度 7 / 10	3ヶ月後 実行度 10 / 10 満足度 8 / 10

生活行為アセスメント

「死ぬ前にもう一度自慢の庭を眺めながら一服したい」～多職種で離床を促し、合意目標を達成した事例～

基本情報 94歳・男性、主病名：反回神経麻痺、動脈解離、廃用症候群。既往歴：多発血管炎、膠原病。日常生活自立度：B2。家族構成：妻と二人暮らし。職業：勤職人をした後、不動産業を営み、退職後は趣味の庭づくりに力を入れていた。
要介護度 要介護4

合意目標 死ぬ前に車椅子に座って庭を眺めながら一服したい。トイレに行けるようになりたい。
結果 (2.5ヶ月) 実行度 1/10 → 7/10 満足度 1/10 → 8/10

	開始時	中間(1.5ヶ月後)	目標達成時(2.5ヶ月後)
心身機能	廃用による関節可動域制限、体力低下を認めた。立位時は腰の痛みあり。	リハ実施算定時間40分 × 4回(週1回) 多職種の間わりで、ベッドからの離床時間や機会が増えた。筋力・持久力が向上し、腰痛も軽減した。	リハ実施算定時間40分 × 2回(週1回)
活動・参加	入院中のリハ時間以外はベッド上の生活だった。車椅子の準備がないまま退院となった。退院直後はベッド上で排泄、食事を行っていた。	訪問リハ現場でポータブルトイレでの排泄を行った。訪問リハと訪問看護場で車椅子乗車が可能となった。	他事業所の介護職の訪問時にも、車椅子に乗車して、庭を眺めながら一服できるようになった。 【評価項目(特に変化が認められた項目など)】 排泄が、オムツから1日1～2回トイレで実施できるようになった。食事がベッド上から車椅子上で1日2回行えるようになった。
介入内容	心身機能の評価、起居動作、座位訓練、ベッド周囲の環境調整。	起居・移乗動作練習、ポータブルトイレを検討。リハ会議で他事業所での離床について検討。訪問介護・訪問看護へトイレの介助方法を伝達。	



連携のポイント

- 退院後、介護支援専門員がリハ現場を数回見学し、他事業所との連携の必要性を確認した。
- リハ会議を実施し、合意目標に対して、各事業所で関われる内容を具体的に検討した。
- 訪問リハと介護職の提供時間を連続して行うことで、連携をしやすいとした。

退院直後は、ベッド上のみの生活。

病前は外で一服していた

目標達成後、動脈解離が再発し亡くなった。妻より、「亡くなる前に本の希望がなくなってよかった」との言葉あり。

自分が作り上げた庭を眺めながらコーヒーとハイブで一服

リハ会議で、本人のできることと介助方法を伝達、各事業所で臥床時間を設けられないか検討

介助バーとポータブルトイレを導入、移乗・トイレ動作の介助方法を助言

生活歴や作業歴（学歴・職歴・趣味を含む）・1日のスケジュール・性格やプロフィールなど

Y県生まれ。仕事はH県で靴職人をしていた。その後、K県に移住し不動産業を営んでいた。退職後、再び故郷のY県に家を建て、暮らしていた。手先が器用で、庭いじりや日曜大工などが趣味であった。妻も夫と庭造りを楽しんでいた。また、社会的で近所の住民との交流が多くあった。

合意目標に至った経緯

ここ数年で病気を併発するようになった。ほぼ寝たきりの状態での退院となり、94歳と高齢でもあったため、本人は、リハには意欲的であったが、リハ以外の時間で離床することは意欲的でなかった。妻からの聴取で、病前の日課として「庭を見ながら、一服していた」ことが分かり、離床をして自慢の庭を眺めながら一服することを、目標にすることを、目標にすることはどうかと本人に提案した。また、排泄に関する妻の負担を減らしたいという希望もあり、それらを合意目標とした。

OTプログラム内容

開始時	中間	目標達成時
心身機能・ADLの評価 関節可動域訓練 起居・移乗練習	起居・移乗・トイレ動作練習 車椅子乗車での体操 自主訓練の伝達	起居・移乗・トイレ動作練習 車椅子乗車での体操 自主訓練の伝達
訪問介護へ動作の助言	訪問看護・介護職へトイレの介助方法の助言 リハ会議を開催し、現状の能力の確認、目標に対して、今後の課題、各事業所での関わり方（離床時間の確保）を助言	皮膚トラブルの再発予防の 対策を訪問看護と検討
環境調整（ベッド・マット・介助バー）	ポータブルトイレを用いた動作の評価と高さ調整、車椅子の選定と調整	

介入終了までに合意目標以外に波及した生活の内容（活動や参加）およびデマンドの変化

・体力が向上し、食事をベッド上から車椅子で食べられるようになった。また、むせ込みが減り、食事時間が短縮した。

生活行為向上マネジメントシート

生活行為の目標	本人		妻							
	キーパーソン	続柄:	妻	妻						
生活行為の目標	車椅子に座って庭を見ながら一服する。トイレで排泄する。									
アセスメント項目	心身機能・構造の分析 (精神・感覚・神経・筋・骨格・運動)		活動と参加の分析 (移動・運搬、ADL、IADL、社会参加)							
生活行為を妨げている要因	ICF	詳細	ICF	詳細						
	b235	バランス反応の低下	d410	寝返りが困難						
	b710	体幹・下肢の可動域制限	d415	座位保持が困難						
	b730	体幹下肢筋力低下	d420	移乗動作が困難						
	b740	持久力の低下	d530	排泄はオムツを使用						
	b280	腰の痛み								
	b140	注意機能は保たれている	d350	会話が好き						
	b144	記憶保たれている	d570	食事が好き						
	b510	口からしっかり食べられる								
	b525	排便機能は保たれている								
b620	排尿機能は保たれている									
予後予測 (期間・改善レベルを記入)	1ヶ月後:リハの時に車椅子を使って離床ができる 2ヶ月後:リハ時・看護師の訪問時にポータブルトイレで排泄できる 3ヶ月後:他職種介入時に車椅子乗車の機会が増え、一服できる									
合意した生活目標 (いつ・誰と・どこで・どのレベルで実施するか)	死ぬ前に車椅子に座って外を眺めながら一服する。日中トイレに行けるようになる。									
自己評価	初期	実行度	1 / 10	満足度	1 / 10	1ヶ月後	実行度	5 / 10	満足度	4 / 10
	2ヶ月後	実行度	7 / 10	満足度	8 / 10	3ヶ月後	実行度	7 / 10	満足度	8 / 10

生活行為アセスメント

「トイレで排泄したい。自宅のお風呂に入りたい!」～他事業所と合意目標を共有し、目標を達成した事例～

基本情報

79歳・男性。主病名：人工膝関節置換術後の廃用症候群、既往歴：多発性骨髄腫のため手術を行い、背骨金具固定により運動の制限あり。パーキンソン病の診断あり。人工膝関節置換の術前は、短い距離であれば杖歩行が何とか可能であったが、変形性膝関節症が悪化により痛みが増悪したため、手術を実施することになり、退院後から当事業所の利用となった。退院時は、医師から歩行は難しいだろうとの予後予測を受けていた。退院時の移動は車椅子を使用していたが、屋外への出入りの手段が定まらないまま退院になった。外出には、2～3人の介助を要した。

要介護度

要介護5

合意目標

1～2ヶ月でトイレで排泄ができ、3ヶ月で自宅で介助を要すが入浴ができるようになる。

結果(3ヶ月)

実行度 1/10 → 10/10 満足度 1/10 → 10/10

	開始時	中間(1.5ヶ月後)	目標達成時(3ヶ月後)
心身機能	入院中にリハ経験があるが、ほぼベッド上での生活。関節可動域制限、筋力低下、バランス反応の低下が認められた。	リハ実施算定時間 40分 週2回 脊柱・膝関節の可動性は、変化なし。上下肢の筋力の向上が認められた。	リハ実施算定時間 40分 週2回 自宅で訪問介護を利用し、入浴が可能となった。湯船にゆつくりつかって、歌を歌うことも可能となった。歩行能力が向上し、次は、歩いて外へ行きたいという目標が本人から出てきた。
活動・参加	座位保持は不可。起居・移乗動作は全介助。排泄は尿器、オムツを併用。入浴は自宅では清拭。通所介護で入浴サービスを利用。	手すりを持った座位保持が可能。起居動作は、自力で可能。訪問介護、妻の介助でトイレでの排泄が可能となった。ベッド上で移動は、スライディングシートを使用し介助で可能となった。	【評価項目(特に変化が認められた項目など)】 ベッド上でほぼ寝たがりの状態から、トイレ動作が見守り可能となった。日中は車椅子上でテレビ鑑賞や、新聞を読むなど、離床時間が増加した。入浴も自宅で行うことが可能となった。
介入内容	住宅改修の助言、福祉用具の選定と調整、訪問介護、通所介護の介護職への介助方法の伝達、起居やトイレ動作の練習、廃用による機能低下に対する練習。	リハ会議で合意目標の共有、各事業所で関わり方の助言、起居・移乗・トイレ動作の練習。妻へのトイレ動作・ベッド上での移動介助の伝達、浴室の環境調整と動作練習。	

各専門職の役割

家族 リハと訪問介護が関わる際に、一緒に介助方法を学ぶ
サードスペース以外に本人が活動できるように声掛けをする

医師 病状管理、リスク管理、リハの留意点の指示

本人

福祉用具貸与事業所 福祉用具貸与、試用品の提供、住宅改修の検討

作業療法士(訪問) 身体機能の評価・住環境・福祉用具の適合・調整
リハ会議で他職種に関わり方を助言
トイレ・入浴動作の方法の伝達

介護職(訪問介護 通所介護) トイレ動作獲得のための立位訓練・トイレ動作の関わり
入浴動作でリハと連携し、自立を促す支援

在宅生活のマネジメント、目標達成のためにリハと他事業所の連携をプランに位置付けた連携促進

連携のポイント

- ・介護支援専門員が、ケアプランの中に訪問リハと他事業所の連携を位置づけ、連携をとりやすくした。
- ・作業療法士がアセスメント内容やリハ計画書を踏まえて、リハ会議の開催を提案し、本人の能力や合意目標を共有した上で、リハ目標達成に向けて、各職種の役割を具体的に検討し、実施した。



訪問介護・通所介護の介護職へ
トイレや介助方法の伝達

リハの評価を踏まえてリハ会議を開催、目標・現状の能力・各事業所で関わり方について検討

妻へトイレやベッド上での移動
動作の伝達

入浴の環境調整と訪問介護への介助伝達
で自宅での入浴が可能になった

歩行で外出する準備をリハで
開始

生活歴や作業歴(学歴・職歴・趣味を含む)・1日のスケジュール・性格やプロフィールなど

妻と2人暮らし。職業は元神主で、数年前にパーキンソン病と診断され長男へ引き継ぎ、時々手伝う程度。今回の発症前は、妻と2人で、ブドウの栽培をしていた。性格は温厚で、人望があり知人が多く自宅に遊びに来ていた。

合意目標に至った経緯

自宅の風呂にゆっくり浸かりながら歌を口ずさむのが好きで、入院前に風呂を修理したばかりであった。入院中は機械浴だったため、自宅での入浴を強く希望されていた。また、入院中の廃用によりトイレ動作ができなくなってきたため、トイレで排泄したいという希望があり、合意目標となった。

OTプログラム内容

開始時	中間	目標達成時
心身機能の評価、関節可動域訓練、ストレッチ 起居・移乗動作の練習 トイレ動作の練習	起居、移乗動作、トイレ動作の練習 トイレ・入浴動作の練習 自主トイレの提案	入浴動作 歩行訓練
訪問介護へトイレ動作の伝達	リハ会議を開催し、合意目標に対する現状確認と今後の課題を共有 各事業所での関り方の助言 妻へのトイレ介助とベッド上の移動介助方法の伝達 通所介護職員への介助方法の伝達	訪問介護へ入浴動作の伝達
環境評価と助言(ベッド周囲、トイレ手すり、昇降機の設置等)	入浴の福祉用具の選定	歩行器の検討

介入終了までに合意目標以外に波及した生活の内容(活動や参加)およびデマンドの変化

- ・ 日中の自宅での自主トイレとして、座って祝詞を読む練習を提案した。声量が少しずつ上がり、自信が付き、通所介護や家族にも披露したいという希望が出てきた。
- ・ 身体機能の向上に伴い、歩行が可能になってきた。歩いて外出したいとの新たな希望が聞かれるようになった。

生活行為向上マネジメントシート

生活行為の目標	本人		自宅の風呂に入りたい トイレで排泄したい	
	キーパーソン	続柄	妻	少しでもベッドから離れて生活できることが増えてもらえればよい
アセスメント項目	心身機能・構造の分析 (精神・感覚・神経・筋・骨格・運動)		活動と参加の分析 (移動・運搬、ADL、IADL、社会参加)	
生活行為を妨げている要因	ICF 詳細	ICF 詳細	環境因子の分析 (環境・用具・態度・支援と関係・サービス)	
	b710 両下肢の可動域制限	d410 寝返りができない	e115 トイレ・浴室に手すりが無い	ICF 詳細
	b720 骨盤の可動性の低下	d415 座位保持ができない	e120 屋外への出入りが妻の介助ではできない	
	b740 廃用による筋持久力の低下	d420 移乗動作の介助量が多い	e160 段差が多く、車椅子での出入りが困難	
	b755 パーキンソン病に伴うバランスの低下	d510 入浴動作ができない		
	b760 多発性骨髄腫による胸腰椎の制限	d530 排泄動作ができない		
b140 注意機能が良好	d130 助言したことがしっかりできる	e310 家族関係が良好		
現状能力 (強み)	b144 記憶機能が良好	d155 福祉用具の使用が上手にできる	e340 サービス提供者が協力的	
	b265 感覚機能は良好	d160 集中して作業に取り組める		
	b730 上肢の筋力は問題ない	d720 社会的で関連事業所職員や知人との関係が良好		
		d760 家族関係が良好		
予後予測 (期間・改善レベルを記入)	<p>1ヶ月後：脊椎の可動性は改善しないが、骨盤の可動性・下肢の可動域は改善し、移乗動作が軽介助で可能となる。 訪問リハビリ介入時にはトイレ動作ができるようになる。</p> <p>2ヶ月後：サービス事業所・家族の介助でトイレ動作ができるようになる。</p> <p>3ヶ月後：福祉用具を導入し、自宅で入浴できる。</p>			
合意した生活目標 (いつ・誰と・どこで・どのレベルで実施するか)	1～2ヶ月でトイレで排泄ができ、3ヶ月で自宅で介助を要すが入浴ができるようになる。			
自己評価	初期 実行度	1/10	満足度	1/10
	2ヶ月後 実行度	6/10	満足度	6/10
	1ヶ月後 実行度	1/10	満足度	1/10
	3ヶ月後 実行度	4/10	満足度	4/10
	3ヶ月後 実行度	10/10	満足度	10/10
	2ヶ月後 実行度	2/10	満足度	2/10
	10/10	満足度	10/10	満足度

生活行為アセスメント

「大相撲の巡業を観たい！」～重度障害者の外出支援をICT等を用いて検討し、実現に至った事例～

基本情報

70歳・男性、主病名：筋萎縮性側索硬化症、日常生活自立度：C2、家族構成：妻と2人暮らし、好きなこと：スポーツ観戦（特に、相撲と野球）。職業：無職。デパート勤務をしていた。現病歴：X-12年頃より歩行障害にて発症後、X-8年前に筋萎縮性側索硬化症と診断される。X-6年より訪問看護によるリハが開始になった。当時は起立や短距離の付き添いで歩行が可能であった。徐々に病状は進行し、X-3年気管切開と胃瘻増設し、現在に至る。

要介護度

要介護5

合意目標

体に合わせて車椅子に乗車し、呼吸器管理のもと、妻・訪問看護師と大相撲の巡業を観にい。

結果（2ヶ月）

実行度 1/10→9/10 満足度 1/10→8/10
本人・妻のコメント「次は野球観戦に行きたい！」

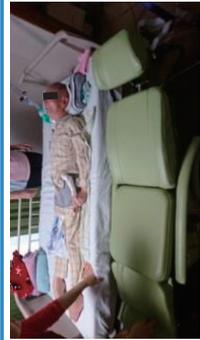
	開始時	中間（1か月後）	目標達成時（2ヶ月後）
心身機能	活動に対する意欲あり。医学的管理が必要な状態。重度の運動麻痺、関節可動域の制限がある。	リハ実施算定時間60分×8回（週2回）	リハ実施算定時間60分×8回（週2回）
活動・参加	月に1度、車椅子に30分程度、乗車。外出の機会が病院受診のみ。パジャマで過ごす生活で、以前の洋服に袖を通す機会はない。	身体機能は維持できている。相撲の巡業の観戦を楽しむような希望が聞かれる。 車椅子乗車が60分可能。妻と看護師による移乗介助が可能。ボジジョニングにより姿勢の崩れなし。車椅子乗車時には趣味である相撲や野球の観戦が可能。	身体機能は維持され、活動・参加への意欲が向上した。 【評価項目（特に変化が認められた項目など）】 車椅子に乗って大相撲の巡業へ参加することができた。外出先に合わせて衣服を着替えることができ、更衣の幅が広がった。妻と看護師による車椅子乗車が可能となった。長時間の外出時の対策ができ、「次は野球の観戦に行きたい」と、新たな目標を立てることができた。
介入内容	参加に向けた動機作り。観戦場所までの移動や感染対策のため環境確認を行う。身体機能低下の予防。移乗方法や車椅子上のボジジョニングの検討。車椅子乗車の回数や時間の増加に向けた取り組み。	車椅子乗車と移乗の練習や除圧方法の検討。更衣動作の指導。妻の介護不安の軽減に向けた介入。多職種連携の促進。	

各専門職の役割



連携のポイント

- 各職種が合意目標を共有して介入ができるように、ICTツールを活用し、本人と妻の意思を情報共有した。
- 外出時のリスク管理と家族の不安の軽減を行うため、OTが介護支援専門員へ依頼し、医療機器業者へ依頼し、医療機器の取り扱いについて説明を受けた。



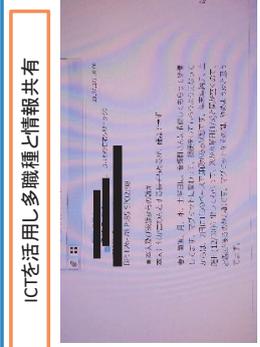
移乗方法の指導の様子



医療機器業者と、外出時の必要な機器や車椅子への設置方法を確認



大相撲巡業を観戦



ICTを活用し多職種と情報共有

生活歴や作業歴(学歴・職歴・趣味を含む)・1日のスケジュール・性格やプロフィールなど

元デパート勤務で、1人で過ごされていた。性格は真面目で、時に冗談も話すような方であった。当時は趣味である相撲や野球の観戦、また社会人野球チームに所属され日々過ごされていた。X-12年頃より歩行障害にて発症後、仕事を続けていたが、X-8年前に筋萎縮性側索硬化症を診断された後、仕事を退職された。X-6年より訪問看護によるリハビリが開始になった当時は起床や短距離の付き添い歩行は可能であった。徐々に病状は進行していたが、かねてよりおつきあいでいた女性と入籍し、2人暮らしとなる。X-3年気管切開と胃瘻増設をした後は、ベッド臥床の生活となり、外出する機会はなくなった。手術直後はベッド上での生活であり、車椅子へ乗る機会もなかった。その間、リハは継続し、関節拘縮の予防やコミュニケーション手段の確立に努めてきた。日中は趣味である相撲や野球等のスポーツ番組や映画の観賞をして過ごしていた。

合意目標に至った経緯

気管切開や胃瘻増設後、外出の機会が減り、外出の機会は胃瘻交換のための入退院時のみであった。元々、相撲や野球の観戦、旅行とアクティブに行動されていたが、病状の発症後、思うように取り組めなくなった。また今後、病状の進行や急変の可能性もあり、外出の機会が持てるかどうか不明であった。本人、妻の「元氣なうちに相撲や野球を観たい」という動機が見つかり、現在の体調は良好であったため、今回、大相撲の巡業に合わせて外出する合意目標を立てた。

OTプログラム内容

開始時	中間(1ヶ月後)	目標達成時(2ヶ月後)
外出に向けての動機づくり	車椅子乗車練習	関節可動域訓練
車椅子乗車の評価、練習	外出時の衣類の検討	呼吸介助
妻、看護師への移乗方法の説明	更衣の介助方法の伝達	状態に応じ移乗方法の再検討
安楽な車椅子座位の検討	安楽な車椅子座位の検討	車椅子座位の調整、再検討
関節可動域訓練	関節可動域訓練	
呼吸介助	呼吸介助	
多職種連携	多職種連携	

介入終了までに合意目標以外に波及した生活の内容(活動や参加)およびデマンドの変化

- ・大相撲をテレビで観賞する際には、妻とカ士の部屋や出身地を振り返りながら観る等、更に楽しみながら鑑賞するようになった。
- ・外出時期に合わせた、衣類の検討をするようになった。
- ・「次は野球観戦に行きたい」と、次の外出目標ができた。

生活行為向上マネジメントシート

生活行為の目標	本人		妻			
	キーパーソン	続柄	妻	妻		
生活行為の目標	大好きな相撲を見たい。 大相撲の巡業を観に行きたい。					
アセスメント項目	心身機能・構造の分析 (精神・感覚・神経・筋・骨格・運動)		活動と参加の分析 (移動・運搬、ADL、IADL、社会参加)			
生活行為を妨げている要因	ICF 詳細	ICF 詳細	ICF 詳細	ICF 詳細		
	b445 人工呼吸器装着	d420 車椅子への移乗が困難	e120 屋内外の移動の際に、呼吸器や吸引器、パルーンの管理が必要。	e150 自宅の玄関や駐車場までの通路に段差がある		
	b525 浣腸による排便管理	d415 座位保持が困難				
	b620 バルーン留置	d455 車椅子の操作が困難				
	b760 重度の運動麻痺	d920 趣味活動のための外出が行えない				
	b710 関節可動域の制限	d540 日中はパジャマのみで、TPOに合わせた更衣が行えない				
	b130 参加への意欲あり	d110 継続的にテレビで相撲の観戦は行えている	e310 妻や義妹が協力的である			
現状能力 (強み)	b144 記憶は良好。相撲の話題を覚えていて	d177 観たい番組の選択や、活動の選択ができる	e570 要介護5・身体障害者手帳あり			
	b167 聴覚による認識が可能	d760 妻や、義母、義妹との関係が継続できている				
予後予測 (期間・改善レベルを記入)		d335 文字盤での意思表出が可能				
		d310 会話の理解が可能				
予後予測 (期間・改善レベルを記入)	1ヶ月後：月に2回、60分程車椅子へ乗車し、相撲の応援ができる。 2ヶ月後：移動時の医療機器の管理方法や車椅子上の除圧方法を学び、外出することができる。					
合意した生活目標 (いつ・誰とどこでどのレベルで実施するか)	体に合わせた車椅子に乗車し、呼吸器管理のもと妻・訪問看護師と大相撲の巡業を観に行く。					
自己評価	初期	実行数 1 / 10	満足度 1 / 10	1ヶ月後	実行数 5 / 10	満足度 4 / 10
	2ヶ月後	実行数 9 / 10	満足度 8 / 10			

生活行為アセスメント

自立支援・重度化防止に向けた
訪問サービス提供に関する調査研究事業
報告書

平成30年3月発行

発行者一般社団法人日本作業療法士協会
〒111-0042 東京都台東区寿一丁目5番9号
TEL 03-5826-7871
FAX 03-5826-7872

本事業は、平成29年度老人保健事業推進費等補助金の助成を受け、行ったものです。

