

平成23年度老人保健健康増進等事業

生活行為向上マネジメントの
普及啓発と成果測定研究事業
報 告 書

社団法人 日本作業療法士協会

「生活行為向上マネジメントの普及啓発と成果測定研究事業」

目 次

はじめに

第一章	研究概要	1
第二章	研究のまとめ	7
1	推進検討委員からの意見	7
2	研究まとめ	12
第三章	脳卒中患者における早期医療での活用検討	34
第四章	生活行為向上マネジメントの成果測定（中間報告）	58
I.	通所事業における効果検証報告	58
II.	入所事業における効果検証報告	70
第五章	福祉職のための生活行為向上マネジメントツールの開発と試行	94
第六章	生活行為向上支援員の養成検討に関する取り組み	161
第七章	住民への生活行為維持普及啓発	175

はじめに

平成 23 年度老人保健健康増進等事業「生活行為向上マネジメントの普及と成果測定研究事業」の報告書を発刊するに当たり、澤村誠志先生をはじめ推進委員の皆様、また、研究にご協力頂いた利用者の方々、そして、全国 200 名以上におよぶ研究協力員の皆様により感謝も申し上げます。

平成 20 年度から取り組んで参りました「生活行為向上マネジメント」に関する一連の研究は、平成 24 年度介護保険改定の大きな柱である「自立支援」と「連携」の制度設計において貴重なデータを提供しました。

その一つは、通所リハビリテーション事業のリハビリテーションマネジメント加算の算定要件に、「新たに利用する利用者について、利用開始後 1 月までの間に利用者の居宅を訪問し、居宅における利用者の日常生活の状況や家屋の環境を確認した上で、居宅での日常生活能力の維持・向上に資するリハビリテーション提供計画を策定すること」が入りました。また、介護予防事業でも生活機能訓練という言葉ですが、より生活に密着した支援計画と利用者ニーズにそった計画と実践が求められることになりました。

二つ目に、訪問リハビリテーション時に介護サービス提供責任者と同行訪問し、利用者の心身状態と生活にそった介護計画の策定をした場合、連携加算が取れるようになりました。

以上二つの出来事は、介護保険の中で「生活行為向上」という「考え方」と「方法」を新たに制度化したものであり、人間の尊厳、サービスの選択の自由、利用者主体のサービスという視点で重要なことだと捉えています。

平成 20 年度から国庫支出金をうけて、手探りではありましたが、評価指標の確定や介入方法の標準化、急性期から維持期までの流れの中での実践と効果検証、普及啓発等事業は、着実にその成果を挙げてまいりました。それが、先の介護保険改定の中で活かされたことで、国民に少しはお返しできたと考えています。

今後の課題は、せっかく作っていただいた施策を有効に機能させ、成果を挙げることだと認識しています。多くの利用者が「人は作業をおこなうことで健康になる」という事を、「作業療法」を通じて体験し、「作業」に困ったら「作業療法士」という文化を、日本の中で定着させて行きたいと思えます。

最後に、本事業は国民への定着、作業療法士への教育、技術の見直し、作業療法の概念の見直しなど次への展開が待っています。今までのご支援に頂いた皆様には心からの感謝を申し上げるとともに、引き続きご支援ご協力を賜りたい。

平成 24 年 3 月

社団法人 日本作業療法士協会
会 長 中 村 春 基

第一章 研究概要

1. 目的

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

平成 20 年度～22 年度の当研究事業で、高齢者個々の望むセルフケアや家事などの手段的日常生活動作 (Instrumental Activities Daily of Living、以下、IADL) の他、余暇活動までの幅広い生活行為を把握し、高齢者の有する能力をアセスメントし、その自立を支援する生活行為向上マネジメントを開発した。また、生活行為向上プログラムが通所リハビリテーションや老人保健施設の入所者、健康関連 QOL の評価指標 (健康効用値) に効果があることが検証された。つまり、「高齢者は生活行為を継続しまたは作業をすることで、健康になれる」ことを確認した。さらに、介入 1 年後の追跡調査では、介入を受けた高齢者が地域の趣味活動やボランティアに参加するなど活動の広がりを認めた。訪問介護との連携では、生活行為向上支援方法をヘルパーに指導することで、家事動作などの手段的日常生活動作 (IADL=Instrumental Activity of Daily Living) に改善がみられ、ヘルパーから生活行為向上支援手法を学びたいとの意見をいただいた。

生活行為向上マネジメントを業療法士が活用できることは確認済みであるが今回は、介護保険の担い手である福祉職にも活用できるツールに改良し、同様の効果が得られるのかを検討する。

また、住民への普及ツールを開発し、介護保険利用者が地域の住民に生活行為の継続の必要性と自立の方法を普及するボランティアとして活動できる可能性を検討する。

さらに当研究事業が健康効用値をアウトカムとしてきたことから、これを費用効用分析へと発展させ、生活行為向上プログラムの費用対効果を検証することで、より効率的な介護保険施策となるよう厚生労働行政に寄与したい。

2. 実施内容

(1) 研究事業推進検討委員会の設置

保健医療福祉経済の専門家 10 名からなる委員会を開催し、地域の新たなサービスとなる作業に関する相談支援拠点の具体的実現とその機能の可能性について幅広く意見を聞く。

【計画】

①推進検討委員会の開催：年 3 回

保健・医療・福祉の専門家・当事者 10 名からなる委員で構成

②班会議の開催

③あり方検討会の開催 (年 3 回) 班員：10 名

④報告書の作成

⑤ダイジェストの作成

【推進検討委員】

委員名	所属	職種
澤村誠志	兵庫県立総合リハビリテーションセンター	名誉院長
上村隆元	杏林大学衛生学公衆衛生学教室	講師
折茂賢一郎	西吾妻福祉病院	病院管理者
木村隆次	一般社団法人日本介護支援専門員協会	会長
石黒秀喜	長寿社会開発センター	常務理事
依田利文	茅野市西部保健福祉サービスセンター	地域福祉推進係
菅原弘子	福祉自治体ユニット	事務局長
葉山靖明	デイサービスセンター けやき通り	施設長
藤原茂	株式会社夢のみずうみ社	代表
中村春基	社団法人日本作業療法士協会	会長

【研究班員名簿】

役割	氏名	所属
主任研究員	岩瀬義昭	鹿児島大学医学部保健学科
あり方班長	村井千賀	石川県立高松病院
通所班長	竹内さをり	甲南女子大学看護リハビリテーション学部
医療班	長谷川敬一	竹田総合病院
入所班	渡辺基子	介護老人保健施設ゆうゆう
福祉職班	宮永敬市	北九州市保健福祉局健康推進課
養成班	大庭潤平	神戸学院大学総合リハビリテーション学部
サポーター班	渡辺忠義	あさかホスピタル
事務局	庄司 志保	(社)日本作業療法士協会

【あり方検討委員】

設置目的：より効率的な介護保険施策となるための検討チーム

	氏名	所属
	中村春基	(社)日本作業療法士協会長
	土井勝幸	介護老人保健施設せんだんの丘
	香山明美	宮城県立精神医療センター
	太田睦美	竹田総合病院
	陣内大輔	熊本総合医療リハビリテーション学院
	小林正義	信州大学部保健学科
	石川隆志	秋田大学医学部保健学科
	山本伸一	山梨リハビリテーション病院
主任研究員	岩瀬義昭	鹿児島大学医学部保健学科
班長	村井千賀	石川県立高松病院

(2) 脳卒中患者における早期医療での活用検討事業

医療の進歩とともに急性期脳卒中では、急性期病院から直接在宅へ退院する患者が増加している。在院期間の短縮とともに退院後の生活を視野に入れた生活行為向上支援が重要になっている。そのため、急性期医療機関での活用の方法について検討し、効果的支援のあり方を検討する。

【実施計画】

- ① 会議開催回数 年4回 班員：6名
- ② 医療機関での生活行為向上マネジメント実践（30事例の分析）
- ③ 意見交換会の開催：脳卒中時期別アプローチのあり方を検討
- ④ 事例集作成
- ⑤ 生活行為向上マネジメント Q&A の作成

【研究班員】

	氏名	所属
班長	長谷川敬一	竹田総合病院
1	甲斐雅子	中国労災病院
2	村山幸照	相澤病院
3	五百川和明	東北福祉大学健康科学部
4	清野敏秀	朝日町立病院
5	石川隆志	秋田大学医学部保健学科

(3) 生活行為向上マネジメントの成果測定事業

健康効用値をアウトカムとした介入研究を実施する。平成 21 年度介入事例、通所リハビリテーション約 80 名、医療機関約 50 名、平成 22 年度老人保健施設 93 名、通所リハビリテーション 76 名、医療機関 268 名の対象者を追跡調査する。また、新たに、通所リハビリテーション、老人保健施設の対象数を各 200 名調査する。

これに費用分析を実施した上で費用効用分析を行う。

注) 健康効用値とは、医療技術の評価として費用面から効率を評価するために開発された選好に基づく効用値尺度。

【実施計画】

- ① 班会議開催回数 年 3 回 班員：11 名
- ② 通所リハビリテーションでの介入・継続調査（26 箇所）
- ③ 入所での介入・継続調査（19 箇所）
- ④ 調査協力説明会（1 回）
- ⑤ 臨床経済効果の検証

【研究班員】

	氏名	所属
班長	岩瀬義昭	鹿児島大学医学部保健学科
	能登真一	新潟医療福祉大学医療技術学部
通所班長	竹内さをり	甲南女子大学看護リハビリテーション学部
通所班	石井利幸	介護老人保健施設ひもろぎの園
	生駒 英長	いきいき稲富デイサービスセンター
	谷川良博	東郷外科はつらつデイケア
入所班長	渡辺基子	介護老人保健施設ゆうゆう
入所班	田尻進也	介護老人保健施設みがわ
	宮内順子	介護老人保健施設ぺあれんと
	鳴海奈央	介護老人保健施設せんだんの丘
	杉本浩康	立川介護老人保健施設わかば東京

(4) 福祉職のための生活行為向上マネジメントツールの開発と試行事業

通所介護、訪問介護で活用できる生活行為向上マネジメントツールを開発し実際にモデル施設に導入し、活用の可能性について検討する。

【実施計画】

- ①班会議開催回数（年 8 回） 班員：5 名
- ②地区委員会（年 3 回） 委員：5 名
- ③福祉職のためのツール作成ワーキング
- ④通所介護での試行（1 事業所で実施）
- ⑤福祉職用ツールの開発

【研究班員】

ツール作成ワーキング

	氏名	所属
班長	宮永敬市	北九州市保健福祉局健康推進課
1	長谷麻由	国際医療福祉大学福岡リハビリテーション学部
2	松永裕也	八幡記念病院
3	藤崎実知子	ひすい訪問看護ステーション
4	宮本香織	デイサービスせいかつCAN曾根
5	河野めぐみ	中間市地域包括支援センター

【地区委員】

氏名	所属
村井 千賀	石川県立高松病院
宮永 敬市	北九州市保健福祉局健康推進課
志井田 太一	(社)福岡県作業療法協会 会長
葉山 靖明	デイサービス けやき通り
坂本 幸美	日本ホームヘルパー協会 北九州支部 会長

(5) 生活行為向上支援員の養成検討に関する取り組み

在宅では生活行為に焦点をあてた生活行為向上支援が重要である。作業療法士がすべての介護関連施設にいるわけではなく、作業療法的支援の技術を般化し、介護職に対し、生活行為向上のための専門的知識や技術を学び、生活行為向上支援に従事する生活行為向上支援員を養成するためのテキスト及び育成カリキュラムについて検討する。

【実施計画】

- ① 班会議開催回数（年4回） 班員：5名
- ② 養成カリキュラム及びテキスト作成
- ③ 生活行為向上支援員養成講座の実施（1回、横浜市）
- ④ 生活行為向上支援員指導者養成講座の実施（1回、東京都）

【研究班員】

	氏名	所属
班長	大庭潤平	神戸学院大学総合リハビリテーション学部
1	村重素子	兵庫県立西播磨総合リハビリテーションセンター
2	長谷麻由	国際医療福祉大学福岡リハビリテーション学部
3	榎森智恵	通所リハビリテーション TRY
4	中勝彩香	兵庫県立総合リハビリテーションセンター
5	河野めぐみ	中間市地域包括支援センター
6	土井勝幸	介護老人保健施設せんだんの丘

(6) 住民への生活行為維持普及啓発

地域で作業をする環境があることが、高齢者の社会参加に重要である。しかし、車いすや心身に障害がある場合、地域の社会資源に参加することが難しい場合がある。住民への普及ツールを開発し、実際に研修を行い、地域の住民に生活行為の継続の必要性和自立の方法を普及するボランティアへの育成の可能性について、調査を行う。

【実施計画】

- ① 会議開催回数（年2回） 班員：5名
- ② 講座試行（3箇所）
- ③ 啓発普及パンフレットの作成

【研究班員】

	氏名	所属
班長	渡辺忠義	あさかホスピタル
1	佐藤和彦	恵庭市保健センター
2	池田正人	介護老人保健施設せんだんの丘
3	竹田徳則	星城大学リハビリテーション学部

第二章 研究のまとめ

1. 推進検討委員からの意見

(1) 公益社団法人地域医療振興協会 西吾妻福祉病院 管理者（医師） 折茂賢一郎 委員

今回の研究事業の中で特に注目したいのは、「医療班」が検討した「本人の希望と家族の希望の比較」の結果である。脳梗塞や脳出血、くも膜下出血等の急性期医療の現場で52名の対象者の中でご本人の意向と家族の希望が聞き取れた10例の検討結果について大変興味深い結果が出ている。本人と家族の意向がおおむね一致したのは10例中2例に過ぎなかった。一致しなかった8例の乖離の傾向が面白い。脳血管出血という命にかかわる重大な疾患を患った時の家族の気持ちは、「なんとかして身の回りのことくらいができるようになってほしい」というようなADLの向上に主体が置かれるのに対して、当の本人たちは、病前の本人の自己実現に向けた思いが強い。職場復帰や講演会での講演、絵を描きたいなどの具体的な生き甲斐レベルの希望を早期から望んでいることが明らかになった。

ICFの概念が一般化している昨今ではあるが、急性期医療の現場では相も変わらず「救命」に重きが置かれている。脳血管疾患などの命にかかわる疾患を患い、一過性にせよ意識消失を起こすような場合には、担当の医師は家族に対して「重大な障害が残る可能性」について言及して説明を行うのが通常。こうした説明を聞いた家族は、「せめて命だけでも救ってほしい、そして住み慣れた我が家で暮らすことさえできれば…」と消極的な思いに変わってしまうのかもしれない。一方、本人は、意識さえ戻ればたとえ半身まひが残ったとしても積極的にリハビリに取り組んで、病前に取り組んでいた活動を一刻も早く取り戻したいという自己実現の意欲が高いのであろう。「命」から「生活」そして「生き甲斐の実現」というICFの概念におけるX軸の右側へのシフトは、我々医療者が感じている以上に本人と家族に乖離があったことは、今後のケアマネジメントにおける『インテーク』に際して留意しなくてはならない重要な事項になることを示唆している。認知症の方々に対しても、単に家族の意向を聞くだけでなく、聴取は困難であろうとも本人の意向を探る作業と努力を忘れてはならないのである。

本研究事業は要介護者などの生活行為向上を目的としている。どのようなアセスメントをするにせよ、身体面のアセスメントは比較的容易にできるが、精神面のアセスメントは容易ではない。また言語障害や認知症を患っているような場合、アセスメントする側も本人よりも家族からの聴取に重きを置く傾向があることに対する警鐘ともいえる。本人の意欲を引き出して生活行為の向上につなげていくケアマネジメントの手法としての本調査研究事業の出発点は、本人の願い・意向を重視することである。より豊かな人間味あふれる生活の継続は様々な作業やレクリエーションなどを通して獲得されていくものであるが、ボタンの掛け違いを避け、「最初が肝心」という簡単なことを本研究は明らかにしてくれた。

①全体を通して

平成24年度の生活行為向上マネジメントに関する研究事業に私も委員として参加させていただきました。私のような専門知識の乏しい者が委員として指名されるということは、珍しいことであり、多々、皆様にご迷惑をお掛けしました。委員会では、私にできることとして私の障害経験、立場から、考え、率直な意見を述べさせていただきました。

今、23年度の研究事業を振り返って考えてみると、2つの思いが残ります。

一つは、「生活行為向上マネジメント」という「作業」に焦点を当てた、まさしく、「本筋」である研究が行えていることを高く評価します。

もう一つは、その効果を検証することの難しさを痛感しました。

②大きな意義

「作業」によって人が健康になるという、原理はシンプルですが、非常に伝わりにくいと感じます。若く元気な健常者にはその原理を理解することが難しいと思います（障害者になる前の私が、そうであったように）

つまり、それは高齢者、障害者のうち「意味のある作業」が発見できた方のみが感じる（解る）原理です。

よってその原理は、「高齢者・障害者」から発信し、声を大にして伝えるべきなのですが、「高齢者・障害者」には、大きな声で発信するという力が残っていないケースのほうが、多いでしょう。

だからこそ、作業療法士協会が、厚生労働省が研究し、検証し、国民に伝えることの意義が大きいと感じます。

③私の障害経験から

私事ですが、6年前に脳卒中を発症し、右片麻痺となりました。今でも右手でリングをつかむことができません。しかし、作業療法の治療、指導、そして「教育」によって、左手で何でもできるようになりました。

私は作業療法のおかげで失った機能に固執する期間を縮めることが可能となり、その後の人生を有意義に、以前の私よりずっと有意義に生活できています。

作業療法というものは、作業によって人生の再出発を構築し、数値に表すことが出来ないくらい大きな産物をもたらします。

④まとめ

この研究を厚生労働省の下で続けてゆくことは、非常に重要性が高く、私は今後も継続されることを強く望みます。

人の身体には、疾病や高齢によって機能的に回復しないことは多々あります。悲しいことですが事実です。しかし、身体の機能のみを捉えるのではなく、「生活行為」や「精神面」を考えた場合、この作業療法による「生活行為向上マネジメント」はその当事者の人生において大きな、掛けがえのないものを創り出すと言えるでしょう。

「生活行為ができるようになる」ということにより、もう一度、昔の自分を思い出し、人と繋がり、役割ができ、人と喜びを分かち合い、当人の存在をもう一度取り戻せ、そして、人としての尊厳を保つことができるのではないのでしょうか。

人は必ず「死」を迎えます。

だから、「生」の過程の中で精一杯に生き、「作業」がもう一度できることによって、生きる喜びを感じます。

法は人のためにあり、法がこの国において人の生き様を輝かせることができたならどんなに素晴らしいかと私は考える時があります。この国の法をよりよく整え、国民がより「この国に生まれてよかった」と感じるようになって

てほしいと思います。

特に、強さを見失った人々に。

それを実現するには多くの方法があるとは思いますが、私が確実に感じるのは、「生活行為向上マネジメント」であり、その母体である「作業療法」であると、改めて考えます。

—EBM (Evidence Based Medicine) に融通善用できるもの—

【研究知見の集積するところ】

「人は作業をすることで元気になれる」ことを立証したい。

研究事業の大きな目標はそこに収斂される。この要素には「元気」の定義および立証と、介入治療との因果関係を証明しなければならない。

EBM 的なアプローチで作業療法の効果を評価するために、研究グループは様々なワーキンググループで検証を重ねた。複数の RCT のメタアナリシスをエビデンスのグレードの最上位とする EBM 的なアプローチが、本研究の対象としている作業療法に最適な方法であるかどうかの議論は更に必要とされるが、これまでの年度の研究結果から介入治療の効果判定には、複数の視点から行われる事が望ましいことが立証された。QOL (Quality of Life) はそのうちの重要なものであることに疑いはない。

作業療法が対象とする疾患の多くは、疾病の自然歴として改善する。

問題は多次元的構成要素から成る健康度を、どこまでが作業療法に関連するものであるかという増加分の立証であり、これが成されたあとに、異なるアプローチとの比較において作業療法の優位性が示される。

定石で考えれば、アウトカムアセスメントや EBM における臨床指標の如く「機能」をできるだけ数値化することが求められる。しかし、本年度の研究で明らかになってきたことは EBM だけではなく NBM (Narrative based medicine) とでもいべきアプローチによって立証される作業療法による患者の「満足感」と「自己マネジメントをはじめとして作業に参加し、生活行為をする」ことそのものの充実感が実は継続的に「元気」を加速する重要な要素であることが判明した。

研究事業の、評価のためのインフラが整ってきた。今後も、作業療法の医療テクノロジーアセスメント(MTA)と分類することができるので「自立」および「元気」をアウトカムとした「包括マネジメントによる総合的サービス」をテクノロジーと考え、その効果を立証していくことが重要と考える。

【健康効用値の向上と健康度について】

本研究事業のアウトカム測定に健康効用値を用いることは研究開始後からのアイデアであった。経年的に健康効用値の推移が測定されたことによって QALYS (Quality Adjusted Life Years) を最終的な評価指標として取り入れることのできる可能性が強くなってきた。健康効用理論の概説は他に譲るとして、健康関連 QOL の寄与領域として 8 つ(視力・聴力・会話・手指の器用さ・移動・認識力・感情・疼痛)の多属性効用値が有意に向上したこと、およびその状態で一定年数の生存期間が得られたことは、作業療法を中心とした総合的サービスモデルが健康度の向上に寄与するエビデンスを得たと言える。

【本研究事業で確認された知見】

倫理的な面から、作業療法が疾病の自然歴を上回って機能回復に寄与することが理解されている以上、研究デザインの限界として、全く介入しない対照群を設定し得ないことは前年度と変わりはない。しかしながら、作業療法を行った群に、自然治癒力の影響や発症後の時期による差異を調節しても有意な改善がみられること、基礎疾患の病態別に解析しても、介入群に健康効用値の有意な回復曲線が観察されること、また経年的に更に効果が増強する可能性があること、多施設間共同研究であり、評価のプロトコールを同じくして可能な限りの対象者に専門的な統計解析を行ったことは大きな意味がある。この解釈として「ひとは作業することでより健康になれる」という仮説をより多くの対象集団で立証することが重要であろう。

【平成 24 年度以降の課題】

医療経済的な手法、おもに費用効用分析、費用効果分析を通じて、他の医療プログラムとの比較検討を行う。また更に経済的な分析と評価に耐えうる研究デザインを更に構築していく。これは、医療保険制度の改革とともに、費用効果、費用効用、費用便益分析の結果が重要視される現状では行政指針として有用な知見の一つになり得るからだ。

高齢人口の増加と医療費財源の枯渇化は、今後さらに不可避な問題であり、より有効な資源配分を行う為のエビデンスとして医療経済学的フォーマットに沿った解析デザインを発展させていくべきである。

本研究事業をこれで完結するのではなく、経年的なフォローアップが引き続き好ましいと思われる。

2. 研究まとめ

1) 生活行為が向上するための取り組み

(社)日本作業療法士協会では、平成20年度から22年度の厚生労働省老人保健健康増進事業の研究費助成を受け、がんのターミナル状態でも要介護5状態になっても、国民が健康だと思える「作業をすることで健康になれる」サービスのあり方を提案してきた。

平成22年度には、高齢者の活動的生活の維持を目的に、作業療法の手法を分析することで、高齢者が継続したいと思っている生活行為が再び行えるようにする支援手法として「生活行為向上マネジメント」を完成させた。

介護保険領域の通所リハビリテーションと介護老人保健施設のリハビリテーションにおいて「生活行為向上マネジメント」を活用した介入を行った結果、介入を受けた対象者の日常生活動作(Activities of Daily Living 以下ADLと表記)はもちろん、IADL、健康関連QOLや満足度の改善に効果が得られた。

また、通所リハビリテーションでは、通所で受けたADL、IADLの練習を在宅で生かせるように環境や道具の調整とフィッティング(適合)をすることが、在宅での生活行為の継続には重要であることが示唆された。さらに、在宅での生活行為の自立には訪問介護との連携がより有効であることも示唆された。そこで、訪問介護との連携による生活行為向上マネジメントによる介入の効果を検証した。具体的には、作業療法士が立案した生活行為向上マネジメントに基づき訪問介護の共同プランを立案し、訪問介護が3ヶ月間の介入を行った。その結果、利用者のIADLが改善するという効果が得られ、介護職との連携により、高齢者の生活行為の自立を促進させる有用性が示唆された。

さらに、通所リハビリテーションで介入を受けた利用者が地域の社会資源を活用し、社会参加が促されるなど、活動的な生活の営みが見られるようになった。通所リハビリテーションの施設では、施設に併設した介護予防事業に取り組む場や、地域のコンビニに併設した高齢者の継続的作業の場の開設など、高齢者が健康を維持するため、施設自体が高齢者の作業ができる環境づくりをするなど地域への展開がみられた。

介護老人保健施設での取り組みでは、施設の中での訓練時間が短時間にとどまらず、高齢者の生活行為に必要な時間が取られるようになり、施設の中で家事などのIADLについて様々な生活行為が継続できる場面が設定されるようになった。また、地域との交流や社会資源の活用など社会参加に対しても配慮される取組みがみられた。さらに、施設の介護職員も生活行為向上マネジメントに参加することで、高齢者自身が生き生きすることを実感したとの意見が聞かれた。

しかし、施設内における対象者に対する作業療法士の配置数が少ないため、対象者一人ひとりに十分な生活行為向上マネジメントの介入ができないなどの課題も見られた。また、施設のケアプランとの関係、チームとしての取り組み、施設長の考えなども影響することから、施設のサービス提供の在り方全体に働きかけていく必要があるという課題がみられた。

以上から、平成23年度、以下の取り組みを実施することとした。

(1) 生活行為向上マネジメントの介入が個々のケースの改善だけではなく、ケースを追跡することにより、経済的効果についても検証をし、さらに生活行為向上マネジメントの有用性を働きかけてい

くことが大切。

- (2) 介護領域でチームとして高齢者の生活行為を向上させることが高齢者の活動性を高め、自立支援になることを推進していくためには、介護に従事する福祉職の方々にも共通理解を図っていくことが重要。
- (3) 作業療法士がいない訪問介護や通所介護でも介護職の方々が生活行為向上に向けた支援ができるツールを開発し、支援方法の共有化を図ることが重要。
- (4) 医療機関の作業療法での活用の可能性を検討し、早期から生活行為向上マネジメントを行った場合の効果と介護との連携の効果を検討。
- (5) 一般高齢者に対しても、生活行為を維持することが健康の秘訣であるという啓発普及媒体の開発と普及の在り方の検討

2) 平成 23 年度老人保健健康増進等事業 「生活行為向上マネジメントの普及啓発と 成果測定研究事業」取り組みと効果

- (1) 「生活行為向上マネジメント」を脳卒中の急性期病院で実践、その活用の可能性、介護との連携の効果を検討。

- ・生活行為向上マネジメントは、脳卒中急性期の患者の 7～8 割に適応可能で、平均で発症 1 週間から介入可能だった。急性期から、在宅での生活行為をイメージして、患者とともにプランを立案することは家族も含め、訓練の意欲がでるなど、好評であった。
- ・また、急性期病院から直接在宅へ退院するケースが 5～7 割あることがわかった。
- ・本人はもちろん、家族にも作業聞き取りシートにより、できるようになってほしい作業を確認したところ、本人は仕事への復帰や生甲斐など余暇活動や社会参加に関する作業を挙げたが、家族はセルフケアに関する作業を挙げるなど双方に差がみられた。
- ・介護支援専門員に退院時「作業をすることで元気になれる申し送り表」で連携を行ったところ、ケアプランに反映されたものが 7 事例、されなかったものが 5 事例あった。介護支援専門員からは申し送りがケアプランを立案する上でとても参考になったと好評であった。

【今後】・作業聞き取りシートを別添 1 のとおり家族にも実施していく。

- ・生活行為向上マネジメントの介入を受けたケースの追跡を行い、自立度の変化や介護度、サービスの利用状況を追跡できるとよい。
- ・介護支援専門員との連携による自立支援の効果を検証していく必要がある。
- ・急性期のみならず、回復期での活用についても検討する。

- (2) 「生活行為向上マネジメント」を介護保険の担い手である福祉職にも活用できるツールに改良し、同様の効果が得られるのかを検討する。

- ・福祉職が活用できるツールとして、別添 2 のとおり「生活行為援助ツール」を完成させた。
- ・通所介護で活用が可能かどうか検証した結果、介護職員が十分に活用できると意見を頂いた。当初、介護職員からは書式が多く、負担ではないかとの意見も聞かれたが、実際に行った結果、利用者の生活歴や生活に対する考え方が理解でき、利用者自身がとても生き生きとし、とても楽しかったとの意見を頂いた。

- ・このツールを活用することで、利用者のコミュニケーション、健康状態、身だしなみなどの項目に改善がみられた。
- ・また、認知症の方に使えるツールである。

【今後】・他の通所介護でも活用が可能か検証していく。通所介護計画との連動も検討する。

- ・従来のアプローチを受けている群と今回開発したツールを活用した場合を比較検討する。合わせて、対象者のサービス利用期間も調査し、長期利用者の変化も調査する。

(3) 生活行為向上支援の考え方を福祉職の方と共有するためのテキストを作成し、連携の課題を検討する。

- ・訪問介護事業所のサービス責任者及び訪問介護職員に生活行為向上支援の考え方と「生活行為援助ツール」「生活行為向上プログラム」を紹介した。その結果、生活援助の中でその考え方を取り入れることは大切であるとの意見を多く頂いた。
- ・また訪問介護より、介護支援専門員に対し、生活行為向上支援の考え方を普及することが重要であり、介護支援専門員と作業療法士の連携を進めていくことが大切との意見を頂いた。
- ・作業療法士との連携を希望する意見も多く、相談体制を整えてほしいとの要望があった。一方、訪問リハビリテーションが地域の中で少なく、作業療法士と出会うことはほとんど無理である。また、病院の作業療法士は医療業務が忙しく、地域の中に出ることは難しいという問題がある。

【今後】・作業療法士への相談支援体制について、検討していく必要がある。

- ・連携の効果も検証する。

(4) また、地域の住民に対し、生活行為の継続の必要性と自立の方法を普及するための普及ツールを開発する。

- ・一般住民への「作業をすることで元気になれる」啓発普及パンフレットを別添3のとおり完成させた。
- ・推進検討委員からは、一次予防の健康教室などで取り組んでもらえるよう働きかけてはどうか。また、現在国の方で取り組んでいる災害支援の一環で仮説住宅の方への閉じこもりや孤独死を防ぐ対策として健康生活サポーターを養成するという取り組みが進められている。今回のこの手法は具体的であり、使えると考える。そこでこの生活行為向上マネジメントを取り組んで普及していったらどうかなどの意見をいただいている。

【今後】・老人大学など地域の高齢者の啓発資源と連携し、普及啓発を実践、社会貢献への広がりを含め検討していく。

(5) 生活行為向上マネジメントによる3年間の継続介入による費用効用分析を行い、その効果を検証する。

- ・生活行為向上マネジメントを活用して、介護老人保健施設及び通所リハビリテーションで3カ月の介入を行った結果、介護老人保健施設では、IADLとQOLの評価指標に介入効果が得られ、通所リハビリテーションでは、ADLとQOLの評価指標に介入の効果が得られた。
- ・今後3年間、今回の介入したケース各100例を追跡し、費用効用分析を行っていく予定である。

【今後】・3年間の継続介入し、Health Utility Index の健康効用値を活用し、経済的効果を検証する。

・入所については、退所できない要因についてアセスメントできるツールの開発をするとともに、介入の在り方も検討する。

3) 生活機能が向上するための支援のあり方の提案

平成24年度介護報酬改定では、生活機能重視の改定となった。平成15年度介護支援専門員のアセスメントの在り方として、国際生活機能分類（以下 ICF）に基づくアセスメントが提唱され、高齢者を捉える際、心身機能・構造、活動・参加、環境因子、個人因子の側面から把握することが重要であるとされた。その際、ICFでは、生活機能は人の生きるために必要な機能とされている。また、生活機能を把握する際は、対象となる人の弱い側面だけではなく、強い側面も併せて把握することとなっている。今回の改正は、人の生きる機能を向上させることを各介護サービスの中に位置付けたことになる。

一方、人が生きていく上では、日々の生活の営みの継続が重要であり、生活の具体的な営みである個々の様々な生活行為にアプローチしていくことが重要である。つまり生活機能を具体的に向上させるために、介護保険領域では、うまく出来なくなった、支障が出てきたなどの理由で介護が必要になってきた日常生活を構成する個々の生活行為に対し、具体的に維持・改善を図るなどのアプローチが重要である。

4) 生活行為に対するアセスメントの視点と アプローチの具体的考え方

生活行為がうまく出きるためには、その生活行為をどのように行うのかという企画、何を揃えるのかという準備、実際に行う実行、うまくできたかを確認、修正する検証、完了という一連の流れの中で完結することを理解する必要がある。一部の動作だけでは完了することはできず、状況や環境に合わせ、スムーズに遂行する能力が求められる。そのため、心身機能を改善しても、実際の生活行為になかなか反映されず、うまく行えないということが多々ある。生活行為は生活の中で何度も繰り返し、うまくできないところはコツをつかみながら、できるようになっていく特徴がある。生活行為の維持にはその行為を毎日行うことが求められる。

生活行為のアセスメントの視点として、料理であればその一連の工程を分析し、生活行為を構成している各行為を把握することが求められる。主な生活行為の工程を下表に示す。

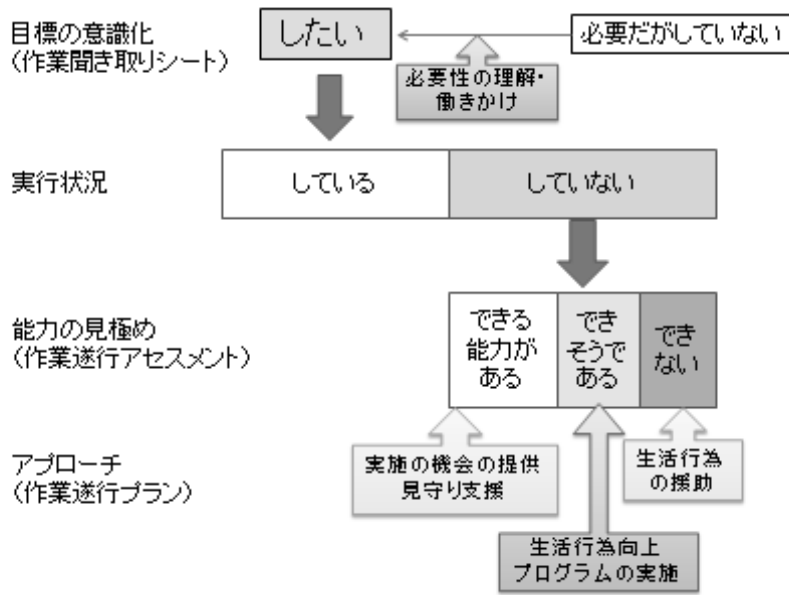
表 調理、掃除・整頓、洗濯、買い物行為の工程

生活行為	工程	生活行為	工程
調理	<input type="checkbox"/> メニューを考える <input type="checkbox"/> 必要な食材を揃える <input type="checkbox"/> 必要な調理道具を揃える <input type="checkbox"/> 料理の段取りを決定する <input type="checkbox"/> 皮を剥く <input type="checkbox"/> 食物を切る <input type="checkbox"/> 食べ物を混ぜる <input type="checkbox"/> 煮る・焼く・揚げる・茹でる <input type="checkbox"/> 火気の取り扱い <input type="checkbox"/> 食器に盛りつける	洗濯	<洗濯機を使用する> <input type="checkbox"/> 洗濯物を洗濯機に入れる <input type="checkbox"/> 洗剤を入れる <input type="checkbox"/> 洗濯機を操作する <input type="checkbox"/> 洗濯物を取り出す <干す> <input type="checkbox"/> 洗濯物を運ぶ <input type="checkbox"/> 物干しの選択 <input type="checkbox"/> 洗濯物を干す <input type="checkbox"/> 洗濯バサミで挟む <input type="checkbox"/> 洗濯物を取り込む <input type="checkbox"/> 洗濯物をたたむ <input type="checkbox"/> 洗濯物をかたづける
掃除や整頓	<input type="checkbox"/> 掃除場所の決定 <input type="checkbox"/> 目的に適した掃除方法の選択 <input type="checkbox"/> 整理・収納 <input type="checkbox"/> モップがけ <input type="checkbox"/> 箒ばき <input type="checkbox"/> 雑巾しぼり <input type="checkbox"/> 掃除機操作 <input type="checkbox"/> 掃除道具の後片付け	買い物	<input type="checkbox"/> 買い物のリストをつくる <input type="checkbox"/> お金と運搬用の道具を選択 <input type="checkbox"/> お店を選択、決定 <input type="checkbox"/> 移動方法を選択、決定 <input type="checkbox"/> お店まで移動する。 <input type="checkbox"/> お店の中の移動方法を選択、決定 <input type="checkbox"/> 必要な物品の買い物 <input type="checkbox"/> お金の支払い <input type="checkbox"/> 買ったものの運搬方法の選択、決定 <input type="checkbox"/> 買ったものを持ち帰る <input type="checkbox"/> 買ったものの片付け

生活行為をアセスメントする視点として、その行為の見極めとして①行為の実施の必要性またはしたいと思っているのか、②行為の実施の有無、③行為の遂行能力の3つの側面で把握することが必要である。まず、対象者にとって行為の実施の必要性をどの程度感じているのか、したいと思っているのかを確認することが大切である。次いで、行為を実際にどのようにしているのかを把握することが大切である。実施方法はその人の生活スタイルと関係し、リスクがない限りその方法を尊重することが大切である。最後に行為の遂行能力を把握することが大切である。最も問題となるのは、できがしていない、またはできそうだがしていない場合、その能力が廃用によりできなくなる可能性があるということであり、その結果、その行為が二度とできなくなってしまうハイリスクとなる。

生活行為へのアプローチとして、図に示すように、したいまたはする必要があることをまず対象者自身が理解し、意識することが大切である。次いで、できがしていない場合は、なぜしていないのかを話し合い、一緒に取り組みながら意欲を引き出す働きかけが求められる。していないができそうである場合、心身機能、環境を詳しくアセスメントし、できていない要因を明らかとし、実施できるよう能力を高めるアプローチが求められる。能力がない場合、その行為を具体的に援助し、維持できるように支えていくことが求められる。

図 生活行為のアセスメントの視点とアプローチの考え方



5) 生活行為の向上を支援するための取り組み課題

(1) 医療から介護への連携

今回、脳卒中を発症して間もない急性期から、退院後の生活をイメージし、本人が継続したい、家族が継続してほしい生活行為を目標に、生活行為向上マネジメントをすることにより、本人自身がリハビリテーションに積極的に取り組むなどの効果がみられた。また、急性期病院での脳卒中者の入院期間の短縮に伴い在宅へ直接退院するケースも多く、退院後も継続的な生活行為の自立支援が受けられる体制の整備が必要である。

○生活行為向上支援の視点にたったマネジメント機能の強化

退院者の中には介護認定非該当者がいることから、退院後の生活行為の向上支援のためのマネジメント機能を担う者は、介護支援専門員のみならず地域包括支援センターの職員も含め、連携を図っていくことが必要である。介護支援専門員等マネジメント機能を担当する者は、継続的な生活行為が維持・改善されるための支援の必要性を理解し、適切な自立支援サービスに結びつける力が求められる。医学的管理や疾病管理、栄養管理のみならず、ADL や IADL の生活行為管理を含めた、医療と介護の連携システムの構築が重要である。

○地域における生活行為向上機能としての通所リハビリテーションの強化

早期退院後、在宅での生活機能の維持が図られるためにも、作業療法士による継続的・積極的な生活行為向上マネジメントが提供されることが必要である。その役割として、通所リハビリテーションの機能は重要であり、平成 24 年度介護報酬改定では、通所リハビリテーション計画作成の際には訪問を実施して行い、社会適応のための在宅での評価ができるようになった。また、個別リハビリテーション機能が強化され、運用によっては 40 分の調理練習も可能となった。しかし、施設に調理訓練室がない、利用者が洗濯練習をするためには施設側の生活行為向上のための支援についてまだ

理解がない、作業療法士が配置されていない通所リハビリテーション施設がある、通所で訓練した内容を在宅で実施可能になるための社会適応指導ができる訪問機能がないなど課題は多い。通所リハビリテーションに生活行為向上マネジメント機能の強化が求められる。

(2) 通所介護や訪問介護などの介護職に対する生活行為向上支援の普及

今回、介護職が活用できる生活行為援助ツールを作成し、介護職からは活用できるとの意見を頂いた。また、具体的にプログラムを実践していく際の能力の見極めや、実施方法などについて、作業療法士との具体的連携の必要性も示唆された。

○訪問介護との効率的・効果的連携の推進のために

平成 24 年度介護報酬改定にともない、訪問介護と訪問リハビリテーションとの共同プランについて報酬化がなされ、生活行為の向上のための支援が実施できる体制が整えられた。今後は、訪問介護職の方々に対し、生活行為の向上のための支援の考え方を普及し、効果的連携を推進していくことが重要である。あわせて、連携の効果と課題についても検討していくことがよりよい効率的・効果的制度の構築のために必要である。

○通所介護における生活行為向上支援の推進のために

平成 24 年度介護報酬改定時でアクティビティ加算の見直しとともに、個別の生活行為の目標設定、利用者個々の選択による生活行為向上プログラムの検討がなされた。結果としては、グループによる生活機能向上グループ活動加算となり、個別的な生活行為向上プログラムは見送られることとなった。今年度作成した介護職が活用できる「生活行為援助ツール」の効果と具体的プログラムの活用方法を今後さらに検討し、そのアプローチの重要性を引き続き、国に提案していくことが重要である。

○介護支援専門員に対する普及の強化

今回、研究事業に参加した訪問介護及び通所介護から、自分たちが効果的にサービスを提供するためには介護支援専門員の理解が最も重要であるとの意見を多くいただいた。

ケアプランを立案するのは、介護支援専門員であり、プランに盛り込まれなければ関与が難しい。介護支援専門員に対する普及と介護支援専門員との連携の在り方について、今後は検討していくことが大切である。

○かかりつけ医との連携

作業療法士が地域で介護職の方々との連携を進めていくためには、かかりつけ医との連携は重要であり、生活行為を向上するための支援の必要性の理解とともに相談体制を検討していく必要がある。

(3) 国民への「作業をすることで元気になれる」普及啓発

障害の有無にかかわらず「人は作業をすることで元気になれる」ことを一般市民に伝えることは健康教育の一翼を担う。一般市民へは、「今大切にしている作業を継続することで健康を維持できる」ことに注目し、生活行為の振り返りを意識していただくことが重要である。

普及啓発は、老人クラブや婦人会、社会福祉協議会等が主催する健康サロン、保健行政や地域包括支援センターが運営する健康講座等、地域に存在する既成団体の活動に組み込み実践していくことができる。また、より積極的な普及啓発には、上述した既成団体等を支援するボランティアも養成する必要もある。

一般市民やボランティアへの効果的な普及啓発には、伝える者の力量も問われる。伝える者の健康に関する認識やコミュニケーション能力の差によって、啓発の結果は異なる。したがって、伝える者を養成するための研修会の開催や、伝え方の手引書等（マニュアルや教材）の作成が求められる。

また身近な場所に「人は作業することで元気になれる」拠点を設置することで、誰もが作業を通じ活動的な生活習慣を維持することができ、さらに地域住民の交流を育み、地域づくりや地域の活性化につなげることができる。

（４）高齢者の活動性を高めるための新たなサービスの提案

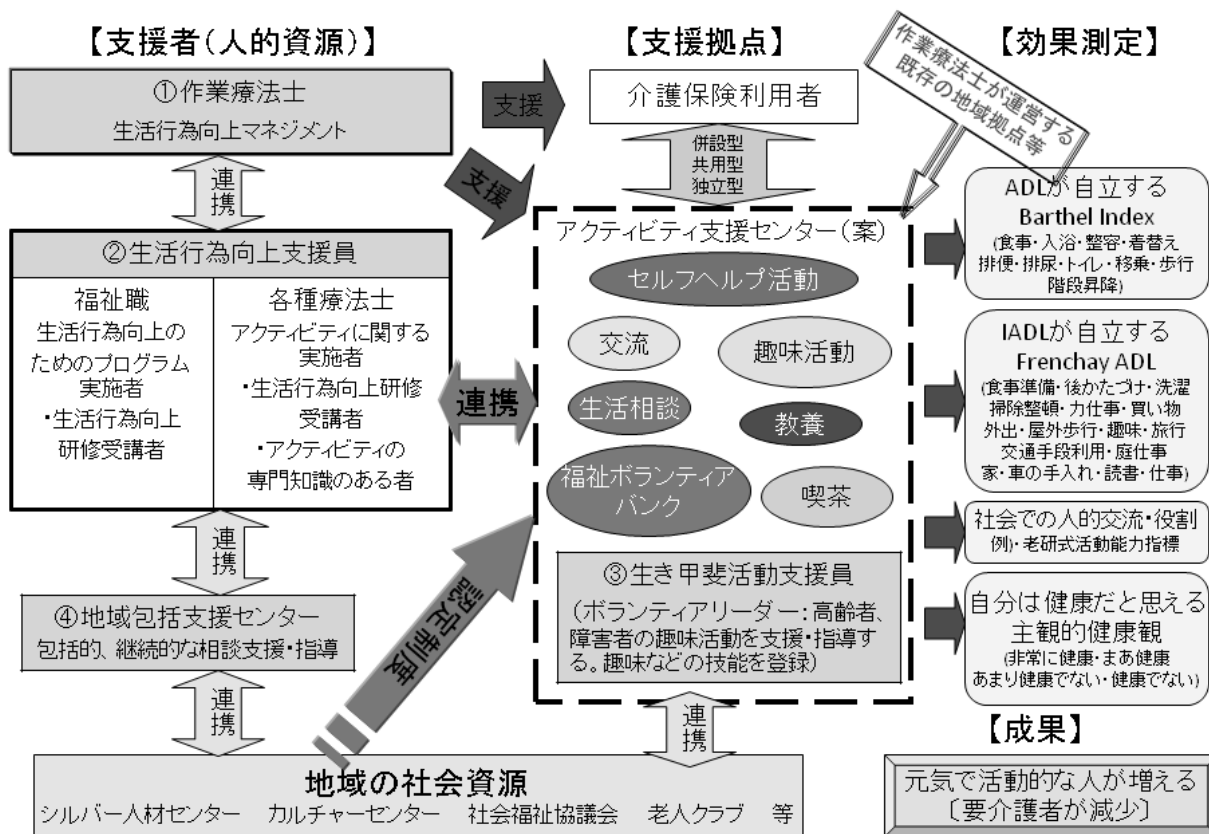
今回、高齢者が健康で活動的な生活を送るためには、日常の生活行為を継続することが重要であり、そのことを国民自身が知ることが重要であると示唆された。生活行為が疾病や老化、家族・社会構造の変化から、うまく継続出来なくなった場合の制度として、現在、心身機能の回復に力点を置くリハビリテーション医療と、介護が必要になった場合の家族の介護負担の軽減に力点を置く介護保険がある。

リハビリテーション医療は、医療の進歩に伴い、脳卒中ではほとんど麻痺の残らない軽度の後遺症者かあるいは、意識障害を伴う麻痺も重度な後遺症者となり、前者は急性期から直接在宅復帰、後者は介護保険との連携の中で適切な介護が求められるようになった。前者は在宅での生活行為に不自由を感じることもあり、また社会参加のための支援体制がないことにより、閉じこもりとなる可能性が示唆されている。骨折や循環器疾患、呼吸器疾患などにおいても同様、医療機関の在院日数の短縮に伴い、在宅生活で生活行為をどのようにしてよいかわからないなどの理由により、過度の安静や生活範囲縮小が課題となっている。また、日中何をすることもない、遊びに行く友達もいない、家族からの孤立などから、廃用症候群や役に立てないと思う自己否定など、うつによる認知症も増加している。そのため、リハビリテーション医療後の個々の在宅生活に密着した生活行為の維持・向上に力点の置かれる支援が求められている。

介護保険が施行され十数年を過ぎ、制度が周知されサービスも整備されることにより、介護の必要な高齢者を抱える家族の介護負担の軽減が図られるようになった。一方、介護保険の理念である高齢者の尊厳と自立が図られるサービス提供が求められるようになり、サービスの内容は量から質へと転換することが求められるようになった。通所リハビリテーション、介護老人保健施設、訪問介護との連携から、高齢者自身が生活行為を維持することが大切であると気付くこと、また、生活行為は行為の方法や道具の工夫、環境の調整で簡単に効率的・効果的に実行でき、いつまでも継続できることを知る支援が重要であると考えられた。

そこで、高齢者自身が生活行為の継続が重要であることを理解する啓発の場、高齢者自身が生活行為の不自由さを早めに相談できる場、介護保険による自立支援後の非該当者に対する高齢者が活動できる場、社会参加の機会のある場として、また、高齢者相互の互助、障害者の社会参加や次世代交流の場として、図のアクティビティ支援センター（案）の機能を提案したい。

アクティビティ支援センターのあり方(案)



6) 生活行為を向上させるための支援の具体的提案

- 医療でも早期から生活行為向上マネジメントが実施され、医療との介護との連携の中に、高齢者が退院後も引き続き、「継続を望む生活行為」と「できる生活行為能力」、「今後改善の見込みのある生活行為能力」、「具体的支援方法」の情報の受け渡しが的確かつスムーズに提供されることを提案する。

【具体的連携の提案】

- ・作業療法士による生活行為向上マネジメントの実践。
- ・リハビリテーション実施計画書に「継続を望む生活行為」と IADL 項目を追加。
ADL/IADL 項目毎にできる能力、改善すべき能力の項目の追加とチームアプローチ。
- ・退院時の地域連携診療計画退院時指導の書式の中に ADL/IADL 項目の生活行為に関する記載「継続を望む生活行為」と「できる生活行為能力」、「今後改善の見込みのある生活行為能力」、「具体的支援方法」を必須化していただくよう、提案する。
- ・リハビリテーション医療と介護の連携強化のために、現在ある退院時リハビリテーション指導について、退院時に本人・家族、その看護に当たる者に指導することとなっているが、介護に当たる者まで指導の対象を拡大すること、また、包括医療の場合でも算定できるよう強化し、リハビリテーション医療での「できる能力」「今後改善が見込まれる能力」「今後継続することが望まれる訓練プ

ログラム」などの記載の書式を定める。

下記に「作業をすることで元気になれる申し送り表」案1を示す。

- ・退院に際し開催される地域のスタッフとのケアカンファレンスまたはケア会議に作業療法士が積極的に参加できるよう、作業療法士自身が組織に働きかけていくことが大切である。参加できない場合は、「作業をすることで元気になれる申し送り表」案1を提出し、退院後の継続的生活行為の維持に働きかけることが重要である。
- ・また、退院後、介護保険非該当者には本人・家族からの希望により、訪問により在宅リハビリテーション管理指導料で助言・指導ができるしくみがあるが、介護認定者には退院後の社会適応に向けた医療からの継続的助言・指導をするしくみがない。本人・家族・介護支援専門員などからの希望により、在宅で訪問指導できる作業療法士による在宅療養管理指導が求められる。そういう意味では、かかりつけ医との連携は重要であり、今後生活行為の向上のための支援について、その重要性等の理解を求めていくとともに、具体的連携方法についても相談していくことが大切である。

退院時リハビリテーション指導書

(作業をすることで元気になる申し送り表)

平成 年 月 日作成

氏名_____様のリハビリテーションプログラムについて、下記のとおり指導いたしました。退院後も健康や生活行為を維持するため、引き続き継続できるよう日常生活の中で頑張ってみましょう。

○ ○ 病院 主治 医
作業療法士
理学療法士

【元気な時の生活状態】		【今回入院きっかけ】 <input type="checkbox"/> 徐々に生活機能が低下 <input type="checkbox"/> 発症 (脳梗塞) <input type="checkbox"/> その他 ()		【ご本人の困っている・ できるようになりたいこと】
【現在の生活状況】(本人の能力を記載する) a 自立 b 部分介助 c 介助				【リハビリテーション治療の目的と内容】
ADL 項目	している	できる	特記事項	
食事				【日常生活の主な過ごし方】
いすとベッド間の移乗				
整容				
トイレ動作				
入浴				
平地歩行				
階段昇降				
更衣				
屋内移動				
屋外移動				
公共交通機関利用				
買い物				
食事の準備				
掃除				
洗濯				
整理・ゴミだし				
お金の管理				
電話をかける				
服薬管理				
【アセスメントまとめと留意事項】				
【継続すると良い支援・プログラム】				

○介護保険では、

【介護支援専門員との連携】

- ・介護支援専門員との連携では、今回（社）日本作業療法士協会が開発した生活行為向上マネジメントを用いての連携が有効であり、また実務研修の中に生活行為の考え方を盛り込むことが求められる。
- ・介護支援専門員が医療機関からの情報提供などから生活行為を向上させるための情報が入手できるようにする。・介護支援専門員が、医療機関に介護支援連携指導の実施の促進を働きかけ、作業療法士はその場へ参画ができるよう、上司や医師の理解が得られるよう働きかけていくことが大切である。
- ・特にケア会議での検討事項では、24時間の生活行為の実施状況を重点的に検討することが重要である。リハビリテーション総合計画書を活用し、生活行為の能力の情報入手することが大切である。
- ・今後は生活行為を向上するための効果的な連携方法について、かかりつけ医との連携も含め、研究する。

【通所・訪問リハビリテーション・介護老健施設】

- ・通所・訪問リハビリテーション・介護老健施設での作業療法士による生活行為向上マネジメントの実践。
- ・生活行為向上マネジメントとリハビリテーションマネジメントとの連動を図る。
- ・今後は通所リハビリテーションと訪問の一体的提供の必要性を訪問の時期を含め検討し提案する。
- ・介護老健施設から退所に向けた効果的支援ツールの開発について研究する。
- ・24時間、365日の生活行為の向上のための支援の拠点としての通所リハビリテーション機能の強化を検討する。

【通所介護】

- ・通所介護では、自立支援として生活行為援助ツールの活用を推進する
- ・プログラムへの支援ができるように、生活行為向上マネジメントによるプログラムを入手するため、作業療法士による在宅療養管理指導など訪問指導のしくみが必要である。
- ・生活行為援助ツールの普及と効果検証について研究する。

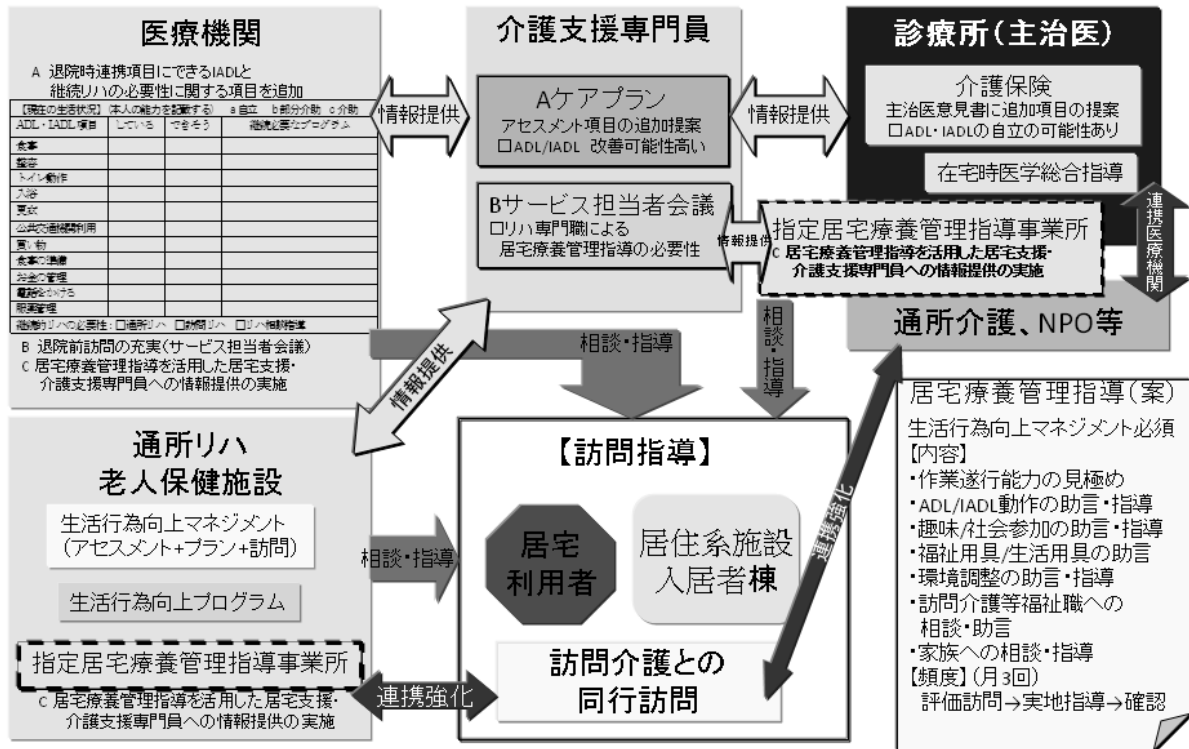
【訪問介護】

- ・訪問リハビリテーションからの作業療法士による生活行為向上マネジメントに基づく自立支援プランへの協力の推進を図る。
- ・連携課題の明確化と効果的連携方法の検討。

以下、システムを提案する。

生活行為向上相談支援体制の提案 ～居宅療養管理指導等(案)を中心に～

設置基準の追加が
できれば…



○新たなサービスの提案

地域の拠点を活用した下記に例示するアクティビティ支援センター機能を明確化する。

- ①介護保険利用後、自立となった高齢者が引き続き生活行為を維持することができる通いの機能
- ②家事などの生活行為に支障が出てきた段階で、生活用具などの相談支援が受けられる機能
- ③心身に障害のある高齢者のしたい作業（絵画・書道、手工芸などの趣味活動など）ができるよう支援する機能
- ④シルバー人材センターなどと連携し、高齢者のできる・持てる能力を見極め、就労を支援する機能

具体的には人員配置や規模、どのような機能を必須とするのか、財源などの開設基準づくりを行う。また、新たな産業の創造の可能性も視野に検討する。

【地域の拠点例】

- ①高齢者が複数で居住する建物に併設
 - ・サービス付き高齢者用住宅
 - ・介護付きまたは有料老人ホーム
 - ・公営住宅など
- ②地域包括支援センターに併設
- ③店舗に設置など

7) (社) 日本作業療法士協会の課題

老人保健健康増進等事業の取り組みから、有効な高齢者や障害のある方々が、「したいと思っている」または「継続したいと思っている」日常の生活行為ができるようになる、継続できていることが、もっとも有効な自立支援であることが明らかとなった。

作業療法の定義は、身分法である理学療法士及び作業療法士法（昭和40年6月29日 法律第137号）第2条第2項により、身体又は精神に障害のある者に対し、主としてその応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るため、手芸、工作その他の作業を行なわせることをいう。その後、平成22年4月30日に厚労省医政局長通知で「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」により、作業療法の範囲に関して以下の解説が加えられた。

【通知抜粋】

理学療法士及び作業療法士法第2条第2項の「作業療法」については、動向の「手芸、工作」という文言から、「医療現場において手工芸を行わせること」といった認識が広がっている。

以下に掲げる業務については、理学療法士及び作業療法士法第2条第2項の「作業療法」に含まれるものであることから、作業療法士を積極的に活用することが望まれる。

- ・移動、食事、排泄、入浴等の日常生活活動に関する ADL 訓練
- ・家事、外出等の IADL 訓練
- ・作業耐久性の向上、作業手順の習得、就労環境への適応等の職業関連活動の訓練
- ・福祉用具の使用等に関する訓練
- ・退院後の住環境への適応訓練
- ・発達障害や高次脳機能障害等に対するリハビリテーション

このように、作業療法は従来リハビリテーション医療では、ADL/IADL や職業関連活動、福祉用具・住環境などの訓練、いわゆる生活行為全般の訓練を担ってきた。

今回、本研究事業を通して、医療での作業療法の手法を、「生活行為向上マネジメント」として介護保険領域の医療福祉職関連職種をはじめ、国民にわかりやすく示す試みを行った。

その結果、急性期の医療の段階で、どの生活行為をもっとも訓練すべきなのかを患者・家族とともに「生活行為向上マネジメント」を実施することで、退院後の生活のイメージや患者本人・家族の治療に対するモチベーションを高めることができた。

また、作業をすることで元気になる申し送りを通して、介護支援専門員が本人のできる能力を適切に把握でき、効果的な自立支援プランが立案できることも示唆された。

さらに、介護保険サービスでは、生活行為に焦点を当てた具体的練習の場や支援が最もとめられ、「生活行為向上マネジメント」により利用者が活動的生活を構築できることがわかった。

その人がしたいと思っている生活行為や作業を必要とする人に適切な時期に実施・提供できるためには、あらゆる領域で「生活行為マネジメント」が的確かつ効率的・効果的に活用され、普及することが重要な課題となる。そういう意味では作業療法士の役割は重要であり、(社) 日本作業療法士協会や各都道府県作業療法士会が情報を共有し、効果や課題について共通認識を持つことが急務である。

また、作業療法士自身が生活行為向上マネジメントを実践し、率先して取り組みを継続し、対象者

はもちろん他職種に周知することが必要である。そして、この生活行為向上マネジメントの実績を積み重ねる更なる追究がもとめられる。さらに他職種や国民が、この生活行為向上マネジメントを知り、生活行為援助シートを使用できるようになることが今後の課題と言える。

○作業療法士に対する生活行為向上マネジメントの普及啓発

作業療法士が実践し事例を増やすことが、この生活行為向上マネジメントの発展と普及につながるであろう。作業療法士が実践できるためには、学習する機会と学習方法と過程が重要である。

まず、(社)日本作業療法士協会は対象者に作業療法を提供する際の指針について、「作業療法ガイドライン」(2006)と「作業療法ガイドライン実践指針」(2008)により公開し、作業療法のあり方をしめしている。作業療法ガイドラインに医療以外の領域での「生活行為向上マネジメント」の活用に関する記載を追加し、改訂が望まれる。

また、最初の学習機会は作業療法士の養成教育(卒前教育)と考える。養成教育課程では、この生活行為向上マネジメントについて各養成校のカリキュラムの中に構成されることが必要である。そして、作業療法を学ぶ過程で生活行為向上マネジメントの概念や理論を知り演習を通じて臨床実習や卒後の臨床で実践できるようになることである。

その後は生涯教育(卒後教育)の経験を踏まえて更なる研鑽が必要である。そのためには、協会が行う生涯教育システムに構成されることが学習の機会を得ることができ質の保障が担保される。

さらには、生活行為向上マネジメント研修の講師育成や他職種向け研修などの講師育成が行われるべきである。そのためにも協会と各都道府県作業療法士会の連携が欠かせない。各都道府県作業療法士会では、地域の特性にあった公開講座や勉強会が適時に行われる必要があり、(社)日本作業療法士協会が支援することがより効果的に普及されることになると考える。

○国民への普及啓発に貢献できる作業療法士の育成

今後、日本作業療法士協会は本件に関する人づくりの取り組みとともに、「人は作業することで元気になれる」拠点づくりを意識した活動を推進していく必要がある。拠点の枠組みが明確になれば、拠点条件を満たす地域のあらゆる社会資源が「人は作業することで元気になれる」拠点となり、元気で活発な人が増えるはずである。

この取り組みを全国的に広げるためには、(社)日本作業療法士協会と各都道府県作業療法士会との協力体制が必要である。両者は取り組みに関する役割分担やスケジュールなどについて、その認識をしっかりと共有しておくことが重要である。さらに、普及啓発は地域自治体との適切な信頼関係の中で展開されることが肝要である。(社)日本作業療法士協会と各都道府県作業療法士会には、日頃から地域社会との接点を意識した活動や社会貢献の取り組みが求められている。

○地域の作業療法士に関する相談体制の整備

作業療法士が生活行為向上マネジメントを実践するためには、様々な事例に対して対応できることが必要となる。しかし、それを実践するためには最新の情報を得る機会や関連する課題について相談できる体制が必要であろう。

そのためには、(社)日本作業療法士協会が作業療法士の相談に対応できる窓口やシステムを設けることが必須である。また、そこで相談される内容については、その情報を蓄積・分析することが重要である。

当面、各種団体、市町村等からの研修会や資料提供、講師派遣などの支援は(社)日本作業療法士協会本部で対応し、順次、各都道府県作業療法士会との連携の上できめ細かな支援体制を整えていきたいと考える。

また、作業療法士が一般市民や他職種へこの生活行為向上マネジメントや援助シートを説明するときには、効果的に普及啓発されるように支援することを忘れてはいけない。

別添 1

作業聞き取りシート

相談者		年齢	歳	性別	男 女
-----	--	----	---	----	-----

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

- 1 そこで、あなたが、生活の中で良くなりた、うまくなりた、改善してみたい、やりたいもしくはやってみたいと思う事柄がありましたら、3つほど教えてください。
- 3 もし、やりたい生活行為・作業の目標がうまく思い浮かばない場合は、興味・関心チェックリストを参考に確認してみてください。
- 2 生活行為・作業の目標が決まりましたら、次にそれぞれについて1～10点の範囲で思う点数をお答えください。
 - ① 実行度・・・左の目標に対して、どの程度実行できている（頻度）と思うか。
十分実行できている場合は実行度10点、まったくできない場合は実行度1点です。
 - ② 満足度・・・左の目標に対して、どのくらい満足にできている（内容・充実感）と思うか。
とても満足している場合は満足度10点、まったく不満である場合は満足度1点です。
まったくできない場合実行度1点、まったく不満である場合満足度1点です。

生活行為・作業の目標	自己評価	初回	最終
□A(具体的に作業の目標が言える) 目標 1	実行度	/10	/10
	満足度	/10	/10
	達成の可能性	□有 □無	
□A(具体的に作業の目標が言える) 目標 2	実行度	/10	/10
	満足度	/10	/10
	達成の可能性	□有 □無	
□A(具体的に作業の目標が言える) 目標 3	実行度	/10	/10
	満足度	/10	/10
	達成の可能性	□有 □無	

ご家族の方へ

利用者のことについて、もっとうまくできるようになってほしい。あるいは、うまくできるようになる必要があると思う事柄がありましたら、教えてください。

生活行為・作業の目標	自己評価	初回	最終
	実行度	/10	/10
	満足度	/10	/10
	達成の可能性	□有 □無	

別添 2

生活行為援助シート①（事前シート）

利用者： _____ 年齢： _____ 歳 担当者： _____ 性別：男 ・ 女

疾患名： _____ 要介護度： _____ 寝たきり度： _____ 認知症自立度： _____

項 目	聞き取った内容
<p>【生活歴】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・生まれたところ ・育った地域の思い出 <p style="text-align: right;">など</p>	
<p>【仕事歴】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・仕事の内容 ・苦労したこと、頑張ったこと、やり遂げたこと <p style="text-align: right;">など</p>	
<p>【趣味・活動歴】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・取り組んだこと ・やってみたいこと <p style="text-align: right;">など</p>	
<p>【現在のこと】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・楽しいこと、困っていること、心配なこと、迷っていること <p style="text-align: right;">など</p>	
<p>【その他】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・家族の思い ・家族構成 <p style="text-align: right;">など</p>	

生活行為援助シート②（作業聞き取りシート）

利用者： _____ 年齢： _____ 歳 担当者： _____ 性別：男 ・ 女

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

- 1 あなたが、生活の中で良くなりたい、うまくなりたい、改善してみたい、やりたいもしくはやってみたいと思う事柄がありましたら、3つほど教えてください。
- 2 もし、やりたい生活行為・作業の目標がうまく思い浮かばない場合は、次ページの補助シート「やりたいことチェックリスト」を参考に確認してみてください。
- 3 生活行為・作業の目標が決まりましたら、次にそれぞれについて1～10点の範囲で思う点数をお答えください。

*実行度・・・左の目標に対して、どの程度実行できている（頻度）と思うか。

十分実行できている場合は実行度10点、まったくできない場合は実行度1点です。

満足度・・・左の目標に対して、どのくらい満足にできている（内容・充実感）と思うか。

とても満足している場合は満足度10点、まったく不満である場合は満足度1点です。

まったくできない場合実行度1点、まったく不満である場合満足度1点です。

私のしたいこと		それをしたい理由	家族の思い
達成の可能性： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
評価	初回(/)	最終(/)	
実行度	/10	/10	
満足度	/10	/10	

生活行為援助シート③（経過シート）

作業種目：

No. _____

氏名： _____ 担当者： _____

日時	作業内容	結果 (表情、発言など)	展開 (家での様子など)	備考

生活行為援助シート④（生活状況場面での評価）

利用者： _____ 記入日： 年 月 日 記入者：本人・担当者（ _____ ）

	No	質問項目	初回(/)	最終(/)	変化点（本人の言葉等）
一般健康状態	1	痛いところや調子が悪いところがありますか	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5	
	2	心配なことがありますか	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5	
	3	食事は毎日美味しく食べていますか	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5	
	4	夜はよく眠れていますか	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5	
	5	お通じは定期的にありますか	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5	
	6	笑顔で過ごせていますか	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5	
	7	今の健康状態はどうですか	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5	
身辺処理	8	立ち・座り、階段の登り降りはできますか	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5	
	9	家の周囲（約1km）を歩けますか	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5	
	10	自分で食事を食べていますか	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5	
	11	排泄（尿・便）はできますか	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5	
	12	着替えはできますか	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5	
	13	お風呂に入れますか	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5	
	14	特に不具合なこと、不都合なことはありますか	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5	
IADL・趣味・社会参加	15	お金の支払いや薬の管理はご自分でしていますか	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5	
	16	服装や身だしなみには気を配っていますか	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5	
	17	新聞や雑誌、本などを読んでいますか	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5	
	18	日記や手紙など字を書いていますか	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5	
	19	近くの店に買い物に行っていますか	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5	
	20	家のことを何かしていますか （例：掃除・調理・洗濯・留守番）	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5	
	21	何か好きなことはありますか。 また、好きなことをしていますか	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5	
	22	自家用車やタクシー、バスや電車などを利用して出かけていますか	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5	
	23	家族や友達と話しをしていますか	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5	
	24	近所や友達のところに訪問していますか	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5	
	25	地域や世の中の動きについて関心がありますか	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5	
	26	地域の集まりに参加していますか （例：お祭り、老人会など）	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5	
	27	地域で何らかの役をしていますか （役員、ボランティアなど）	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5	
(コメント)					

<評価基準> 5.全く支障はない(非常に良い・よくできている) 4.支障はない(良い・できている) 3.している(まあまあ良い・まあまあできる) 2.やや支障がある(あまりよくない・あまりできていない) 1.非常に支障がある(非常によくない・できていない)

第三章 脳卒中患者における早期医療での活用検討

I. はじめに

生活行為向上マネジメントは、その人にとって意味のある作業を導きその実現に向けてアプローチを行うために通所リハビリ等の在宅支援の時期の対象者に対し開発されその有効性も示されてきた。このため、疾患治療が主たる急性期病院などの医療機関における導入は難しいと捉えられやすい。

しかし、最近の医療の進歩や在院日数短縮の傾向などから急性期病院から直接在宅へ退院する患者が増加している傾向があり、早期からその人にとって意味のある作業を共有しその実現のための支援が必要になってきており、早期からの生活行為向上プログラム実施の必要性は高まっていると考える。

本事業では、脳卒中患者に対し早期から生活行為向上マネジメントツールを用いた作業療法を提供し、脳卒中早期における活用について検討したので報告する。

II. 目的

1. 全国急性期7病院を協力病院での生活行為向上マネジメント（以下、本マネジメント）の実践
2. 事例検討会の開催及び医療機関での本マネジメント使用に対する課題などの検討
3. 医療機関（特に急性期病院）での本マネジメント実践を目的としたQ&A集・事例報告集の作成

III. 事業内容

1. 班員

	氏名（所属）	所在地
1	石川 隆志（秋田大学）	秋田県
2	五百川和明（東北福祉大学）	宮城県
3	甲斐 雅子（中国労災病院）	広島県
4	清野 敏秀（朝日町立病院）	山形県
5	長谷川敬一（竹田総合病院）	福島県
6	村山 幸照（相澤病院）	長野県

2. 事業協力病院

	病院名	所在地	担当者名
1	函館脳神経外科病院	北海道	三上 直剛
2	太田西ノ内病院	福島県	宗像 暁美
3	竹田総合病院	福島県	金田麻利子
4	牛久愛和総合病院	茨城県	笥 智裕
5	横浜市東部病院	神奈川県	木下 剛
6	中国労災病院	広島県	徳本 雅子
7	佐世保中央病院	長崎県	小出 将志

3. 対象

- ・協力病院において平成23年8月15日～10月15日に発症入院となった脳卒中患者で、作業療法が処方された者で下記の条件を満たした者
 - 1) 40歳以上の者
 - 2) 発症後1週間後の状態でJCS1桁の者
 - 3) 全失語等の重度コミュニケーション障害を除いた者
 - 4) 認知症自立度Mを除いた者

4. 事業内容

- 1) 各協力病院において対象の条件を満たしたものを選定し同意を得た。
- 2) 基本調査表を作成した。
- 3) 初期評価を実施した。評価指標として下記の6評価項目を評価した。
 - ①主観的健康感
 - ②老研式活動指標、
 - ③改訂長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R)
 - ④Br. stage
 - ⑤Barthel Index (BI)
 - ⑥JSS-DE
- 4) 評価終了後、対象者に対し生活行為向上マネジメントツールの中の下記に示した3シートを作成し、本マネジメントを導入した。必要に応じ興味関心チェックリスト表を利用した。
 - ①作業聞き取りシート (本人及び家族)
 - ②作業遂行アセスメント表
 - ③作業遂行向上プラン表
- 5) シート作成後退院まで、本マネジメントに基づいて作業療法を実施した。
- 6) 退院時期が決定した時点で「作業をすることで元気になれる申し送り表 (総合アセスメント表)」を作製し、退院時リハビリテーション指導に順じ、家族・本人への指導を行った。
- 7) 6) で作成された「作業をすることで元気になれる申し送り表」は介護保険を利用し自宅復帰する場合は担当の介護支援専門員に申し送りを行った。介護保険を利用せずに自宅復帰する場合は地域包括支援センターに申し送りを行った。申し送る際にアンケートすることを説明、同意を得る。
- 8) 退院時評価 (初期評価項目と同一) を実施した。
- 9) 自宅へ退院後1カ月評価 (初期評価項目と同一) を実施した。
- 10) 生活行為向上マネジメントを実施した対象者本人及び担当作業療法士及び申し送り書を受け取った介護支援専門員へアンケートを実施した。

5. 事業の流れ

対象候補決定	同意を得る	同意書の説明・署名（本人・家族）
--------	-------	------------------

介入開始	基本情報表の作成
------	----------

7~10 病日

初期評価	評価項目 ①主観的健康感 ②老健式活動指標 ③HDS-R ④Br.stage ⑤BI ⑥JSS-DE
------	--

初期評価後	生活行為向上 マネジメント 記入	① 作業聞き取りシート（本人・家族） ② 作業遂行アセスメント表 ③ 生活行為向上プラン表
-------	------------------------	---

退院まで	生活行為向上マネジメントに 基づいた作業療法を実施	○プログラム実施時間記入表 ○経過記録
------	------------------------------	------------------------

退院決定	○作業することで元気になれる申し送り表を作成 ○介護支援専門員又は地域包括支援センターへ申し送る
------	---



退院時評価	評価項目 ①主観的健康感 ②老健式活動指標 ③HDS-R ④Br.stage ⑤BI ⑥JSS-DE
-------	--

退院



退院後 1 月後 評価	評価項目 ①主観的健康感 ②老健式活動指標 ③HDS-R ④Br.stage ⑤BI ⑥JSS-DE
-------------------	--



アンケート実施	①担当作業療法士アンケート ②対象者本人アンケート ③介護支援専門員アンケート
---------	---

IV. 事業経過

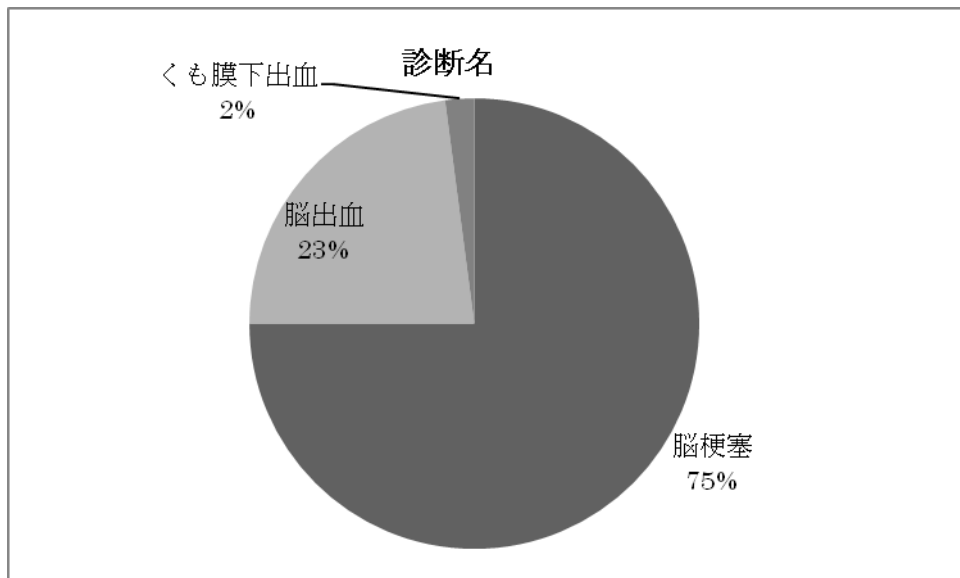
- 平成 23 年 8 月 6 日：事業説明会。（班員と協力病院へ事業目的及び事業の流れ等の説明を実施）
- 平成 23 年 8 月 7 日：第 1 回班会議。（事業遂行上の注意点及び成果物の確認作業を実施）
- 平成 23 年 8 月 15 日：協力病院における早期からの生活行為向上マネジメント実践開始。
- 平成 23 年 10 月 31 日：協力病院における早期からの生活行為向上マネジメント実践終了。
- 平成 23 年 11 月 12 日：事例発表検討会。（各協力病院から 1 題ずつ発表し意見交換を実施）
- 平成 23 年 11 月 13 日：第 2 回班会議。（Q&A 集及び事例集作成のための意見交換を実施）
- 平成 23 年 12 月 2 日：東北地区事例発表検討会（郡山市）
（協力病院 2 施設及び班員 3 名での報告及び意見交換を実施）
- 平成 23 年 12 月 10 日：第 3 回班会議。Q&A 集及び事例集作成のための意見交換を実施。
- 平成 24 年 3 月 31 日：事例集及び Q&A 集作成。

V. 結果

1. 事例基本情報

- ・同意が得て生活行為向上マネジメントを行うことができた 52 例のうち途中で中止になった 4 名を除く 48 例について下記示す。

1) 診断名：脳梗塞 36 名、脳出血 11 名、くも膜下出血 1 名



2) 平均年齢：71.0±11.1 歳（47～89 歳）

3) 性別：男性；28 名
女性；20 名

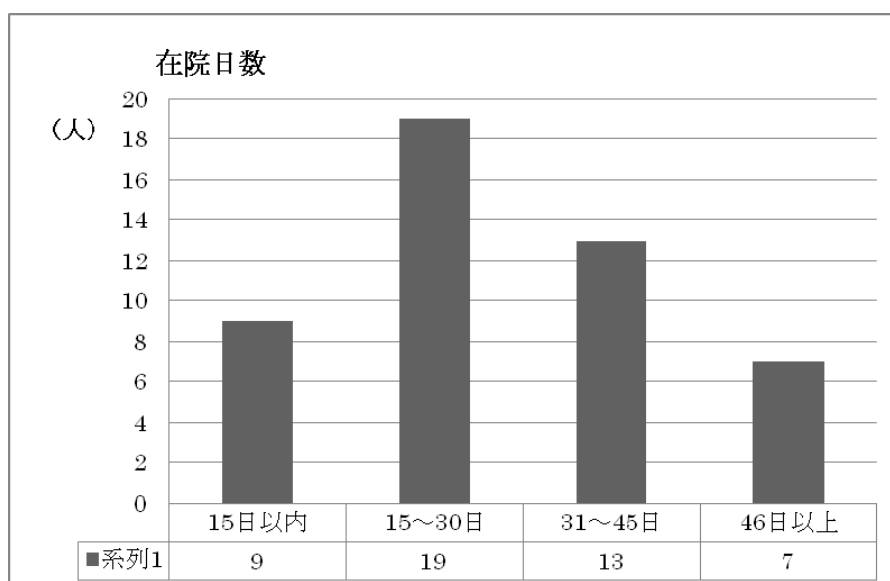
4) 配偶者の有無：有；29名
無；19名

5) 家族人数： 1人；8名
2人；20名
3人；9名
4人；6名
5人；1名
6人；3名
9人；1名

6) 発症前介護度：無；37名
要支援1；1名
要支援2；2名
要介護1；4名
要介護2；2名
要介護3；1名
要介護4；1名
要介護5；0名

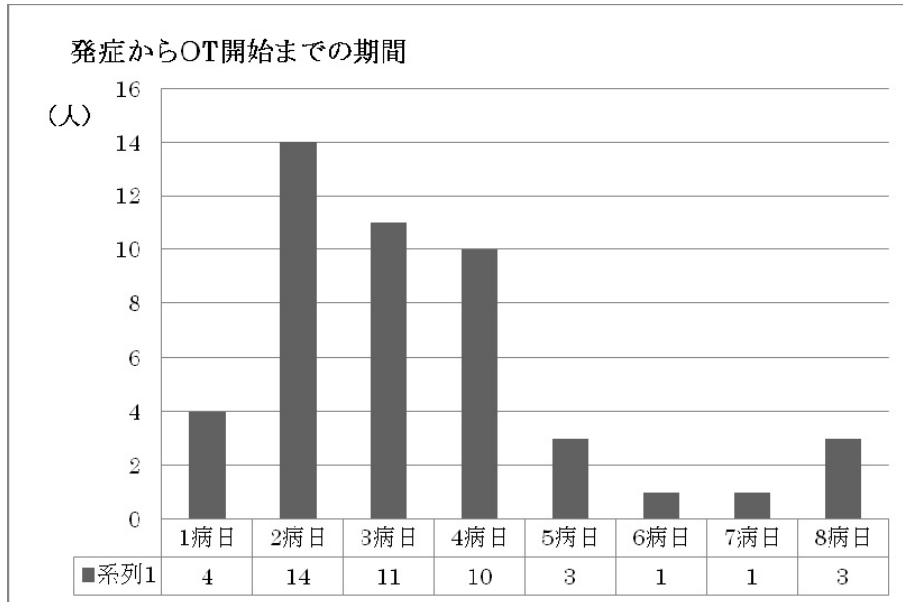
7) 認知症自立度：正常；27名
I；12名
IIa；3名
IIb；4名
IIIa；2名

8) 在院日数



9) 発症～本マネジメント導入期間：9.7日±3.1日（4～17日）

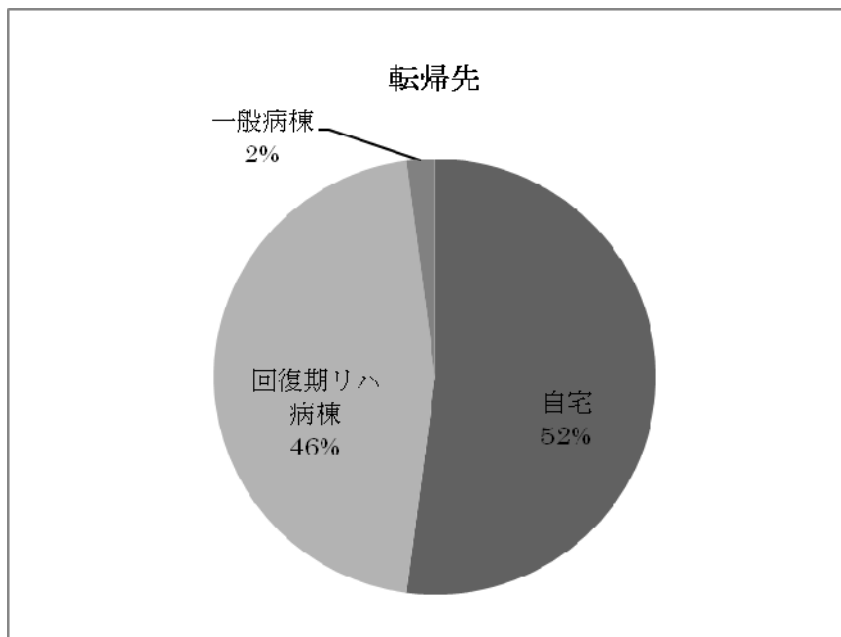
10) 発症～OT開始期間：3.3±1.8日（自宅退院者；2.9±1.5日、転院者；3.7±2.1日）



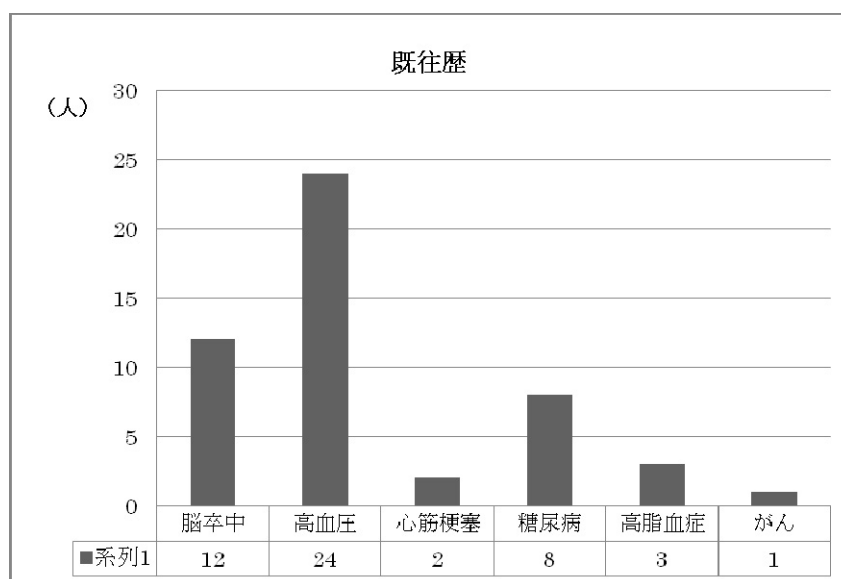
11) OT実施日数：29.4日±18.9日（9～103日）

12) 生活行為向上マネジメント実施日数：平均17.9日±14.3日

13) 転帰先：自宅25名（52.1%）、回復期リハ病棟22名（45.8%）、一般病棟1名（2.1%）



14) 既往歴：高血圧が24名と最も多く、次いで脳卒中12名、糖尿病8名という結果だった。



2. 評価指標

- ・初回時、退院時、退院後1ヶ月後に行った評価項目の結果を下記の表に示す。
- ・主観的健康感以外のすべての項目で、初回時、退院時、退院1ヶ月後の順に状態が改善した。
- ・退院時に比べ退院1ヶ月後に老研式活動指標では1.1、Barthel Indexでは9.8上昇しており、退院後の生活の中で日常生活の活動度、動作能力が改善している結果となった。また、HDS-RやJSS-DEが改善しており認知面、情動面等でも退院後の生活の中で改善している結果となった。
- ・全評価項目の中で唯一主観的健康感退院後1ヶ月後に退院時に比べ0.4低下していた。退院後1ヶ月後は入院中と違い在宅生活に戻っているために比較対象が発症前の健康な状態と比較しやすいためと考えられる。

評価項目	(平均値±標準偏差)		
	初回時	退院時	退院1ヵ月後
主観的健康感	1.0±3.7	3.1±1.0	2.7±1.0
老研式活動指標	3.6±0.5	6.3±3.9	7.4±4.4
HDS-R	22.8±6.7	23.3±7.2	25.0±4.2
Br. stage 上肢	4.2±1.7	4.7±1.6	4.8±1.5
Br. stage 下肢	4.3±1.5	4.7±1.4	4.9±1.4
Br. stage 手指	4.0±1.9	4.6±1.7	4.7±1.6
Barthel Index	46.4±27.2	69.5±28.5	79.3±25.3
JSS - DE (うつ)	3.2±1.6	2.8±1.7	2.5±1.2
JSS - DE (情動)	1.4±1.7	0.7±1.8	0.5±1.7

3. 自宅退院群と転院群の比較

- ・転帰先において自宅に退院した 25 名「自宅群」と回復期リハ病棟へ転院した 22 名「転院群」とに分け比較（t 検定及び Mann-Whitney 検定）を行った。
- ・年齢、家族人数、入院前要介護度、入院前認知症自立度、在院日数、初回時及び退院時 HDS-R に差は認められなかった。
- ・初回時及び退院時 Br. stage の上肢・下肢・手指のすべてと初回時及び退院時 Barthel Index で有意な差（ $p < 0.001 \sim 0.002$ ）が認められた。

	自宅退院群	転院群	
年齢	71.6±11.9	70.6±10.4	
家族人数	2.6± 1.1	2.9± 2.0	
入院前要介護度*	1.0± 0.4	1.0± 0.2	*値は中央値±SE
入院時認知症自立度*	1.0± 0.2	1.0± 0.3	*値は中央値±SE
在院日数	28.0±24.8	28.0±13.0	
初回時 HDS-R	23.8± 5.9	21.6± 7.4	
退院時 HDS-R	24.4± 6.6	22.0± 7.6	
初回時 Br. stage			
上肢	5.8±1.0	3.1±1.8	P<0.001
下肢	5.0±0.9	3.5±1.6	P<0.001
手指	4.9±1.2	3.0±2.0	P<0.002
退院時 Br. stage			
上肢	5.6±0.8	3.8±1.8	P<0.001
下肢	5.4±0.7	4.0±1.6	P<0.002
手指	5.4±0.8	3.7±1.9	P<0.001
初回時 BI	60.8±24.6	30.0±20.2	P<0.001
退院時 BI	86.4±17.5	50.2±26.4	P<0.001

4. 本人のニーズと家族のニーズの比較

家族からのニーズを聞き出せた 10 名の結果を本人のニーズと対比させて下の表に示した。

本人のニーズが「料理ができる」3 名、「洗濯ができる」1 名と家事が行えることを希望した者が 4 名と一番多く、次いで「婦人会で講演する」1 名、「絵を描く」1 名、「職場復帰」1 名など、役割や楽しみをもつことへのニーズが計 3 名と多い結果となった。対して「身辺自立」「階段が上れる」1 名、階段が登れる 1 名と ADL 自立レベルの希望は少なかった。

これに対し家族のニーズでは「身辺自立」4 名が一番多く、「安全に一人で過ごせる」1 名、「着替えができる」1 名、「留守番ができる 1 名」と ADL の自立レベルを求める内容が一番多く聞かれた。

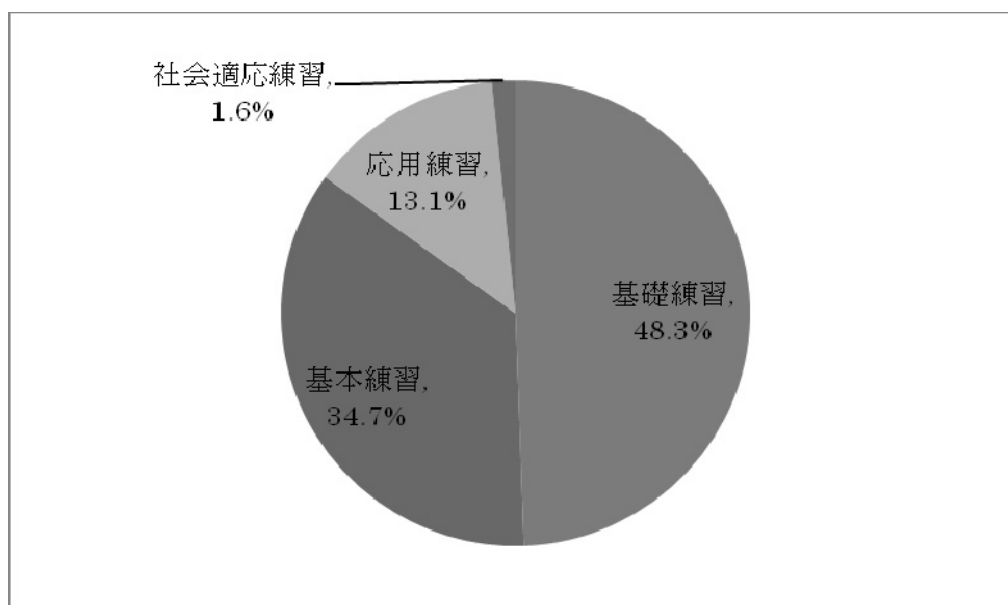
発症から間もなく介護や支援が医療機関入院中の状況では、家族は「とりあえず身の回りのことは自分でできるようになればそれでいい」という考えになりやすく、本人の役割や楽しみを希望す

る傾向とは少し違いが生じるので、家族からの希望を聞く場合はこれらの傾向を良く理解した上で、目標設定やアセスメントを行っていく必要性があると考えさせられる結果となった。

コード	本人	本人				家族	家族			
		実行 初期	実行 最終	満足 初期	満足 最終		実行 初期	実行 最終	満足 初期	満足 最終
医 2-05	婦人会などで講演する	1	5	1	5	階段昇降、身辺自立	1	10	1	10
医 2-12	料理ができる	1	8	1	9	身辺自立	1	8	1	8
医 3-01	職場復帰（調理の仕事）	3	3	5	5	職場復帰（調理の仕事）	2	4	2	4
医 3-02	洗濯ができる	7	3	5	3	安全に一人で過ごせる	2	2	1	2
医 3-11	料理ができる	4	8	5	9	身辺自立	3	7	5	8
医 3-14	散歩し写真をとる	7	9	9	10	留守番ができる	5	5	5	5
医 6-01	絵を描きたい	1	5	1	5	着替えが自分でできる	1	1	1	1
医 7-02	料理ができる	1	7	1	7	家事ができるように	1	7	3	7
医 7-03	自宅の階段がのぼれる	1	1	1	1	外庭を一緒に散歩する	1	1	1	1
医 7-04	一人で生活できる	3	5	4	5	身辺自立	5	8	3	7

5. プログラム実施状況

- 作業療法実施時間を10分毎に調査したところ基礎練習が48.3%と最も多く、次いで基本練習が34.7%、応用練習が13.1%であり、社会適応練習は1.6%と最も少ない結果となった。発症間もない急性期では機能回復やADL改善への期待が大きいことから基礎練習や基本練習の割合が多い結果となった。

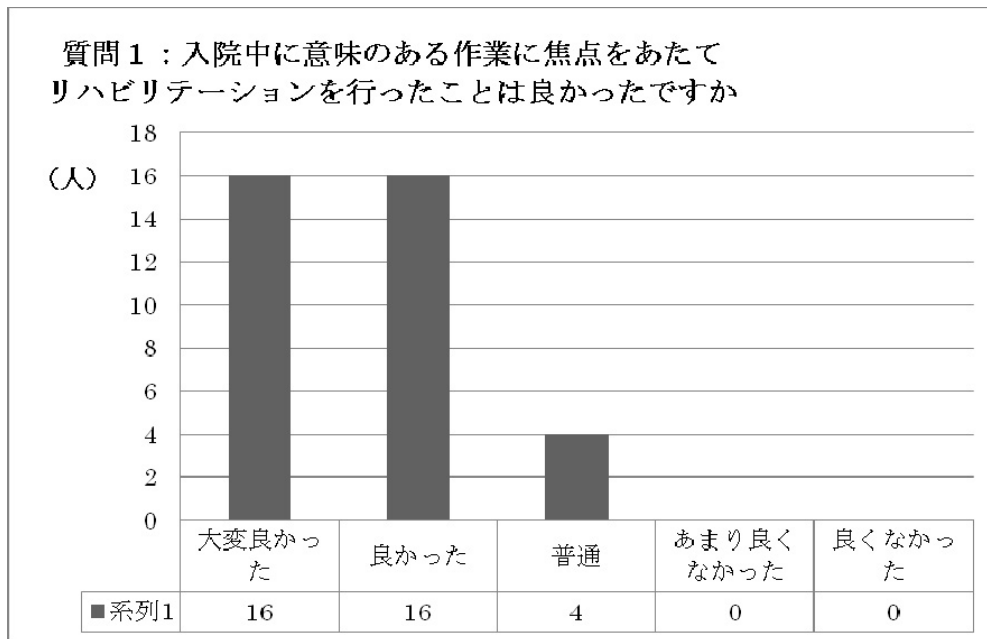


6. アンケート結果

1) 対象者本人

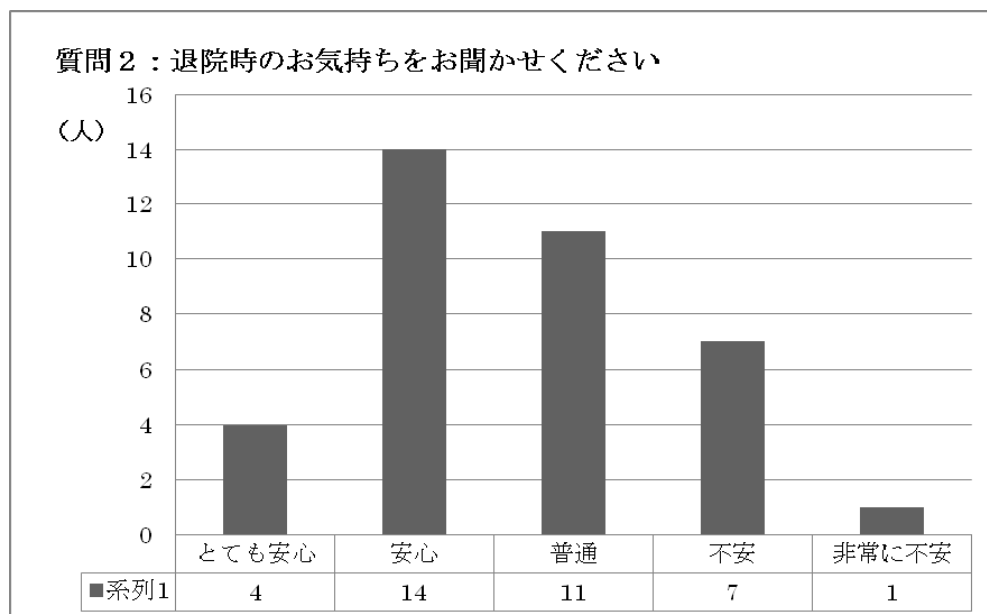
質問1：入院中にあなたにとって「やりたい作業」や「意味のある作業」に焦点をあててリハビリテーションを行ったことはよかったですか。

「大変良かった」「良かった」合わせて 32 名とほとんどの対象者本人は良かったと答えており、「あまり良くなかった」「良くなかった」と答えたものはまったくいなかった。発症後間もない時期からの介入であったが、ほとんどの対象者にとっては良かったものと受け止められた結果となった。



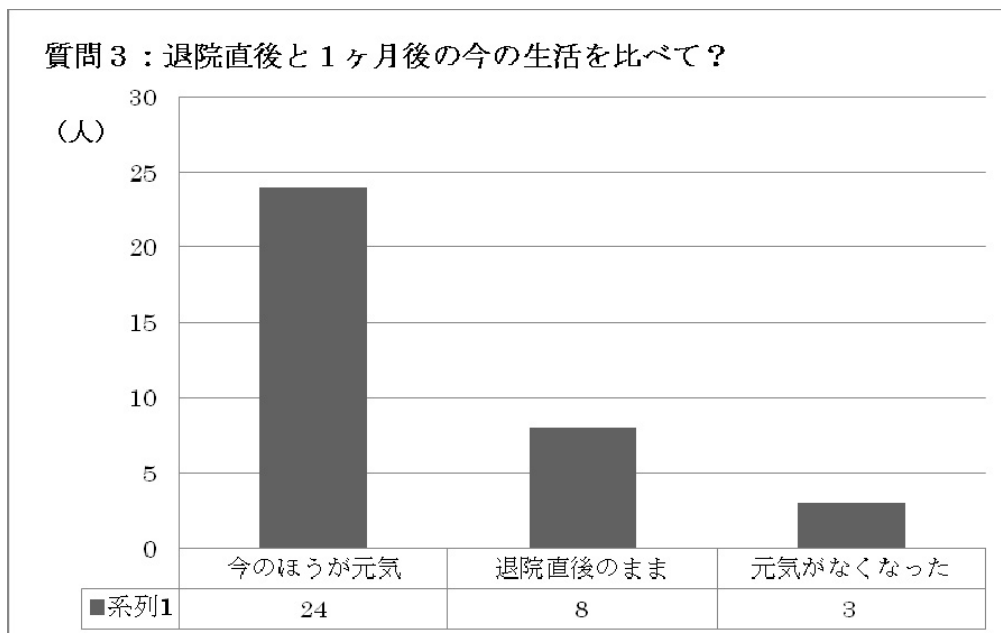
質問2：入院生活から在宅生活へ退院時のお気持ちをお聞かせください。

退院に際しての心理面は「安心」と答えたものが 14 名と最も多い結果となった。逆に「不安」とこたえたものは 7 名であり「安心」と答えた数の約半数の結果だった。



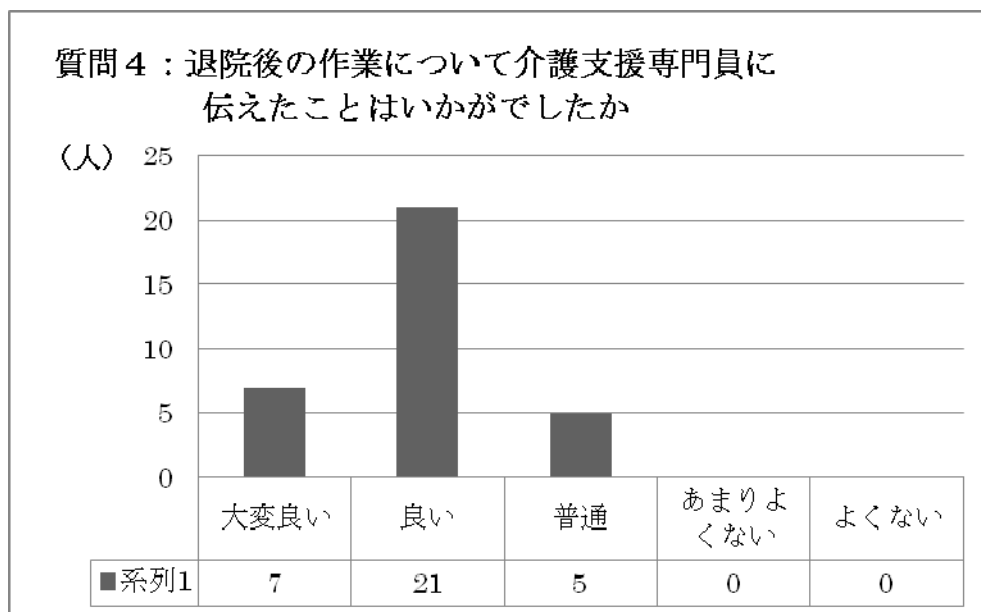
質問3：退院直後生活と1カ月過ぎた今の生活を比べると、いかがですか。

退院後1ヶ月を経過した現在の生活と退院直後では、24名の方が元気であると答えていた。本マネジメントを実施したほとんどの方が、退院後の在宅生活を行っていく中で退院後の状態よりも良くなっている状況が伺える結果となった。



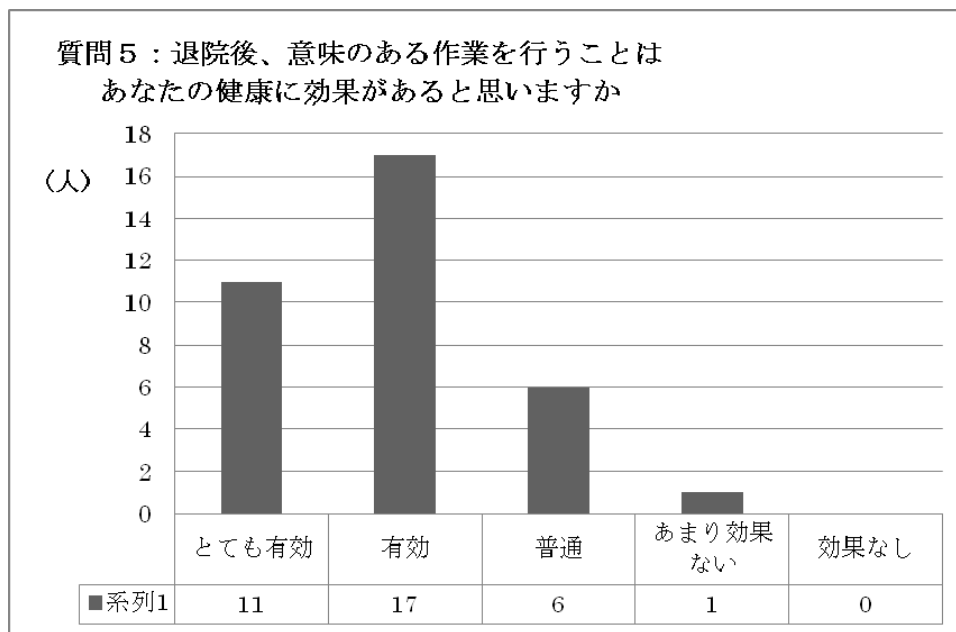
質問4：退院後も毎日の生活の中で継続すると良い作業を介護支援専門員等にお伝えしましたが、いかがでしたか。

「かなり良い」「良い」を合わせ良かったと答えたものが28名であった。一方で「あまり良くない」「良くない」と答えたものは合わせてもだれもない結果となった。



質問5：退院後、あなたにとって「やりたい作業」「意味のある作業」を行うことはあなたの健康にとって効果があると思いますか。

「とても有効」「有効」を合わせた「有効だった」と答えた者が28名であり、「あまり効果がない」「効果なし」を合わせた「効果がなかった」と答えたもの1名を大きく上回った。本マネジメントを受けたほとんどの者が「自分のやりたいこと」「自分にとって意味のある作業」を行うことが、退院後生活において健康に良かったと実感している結果をなした。



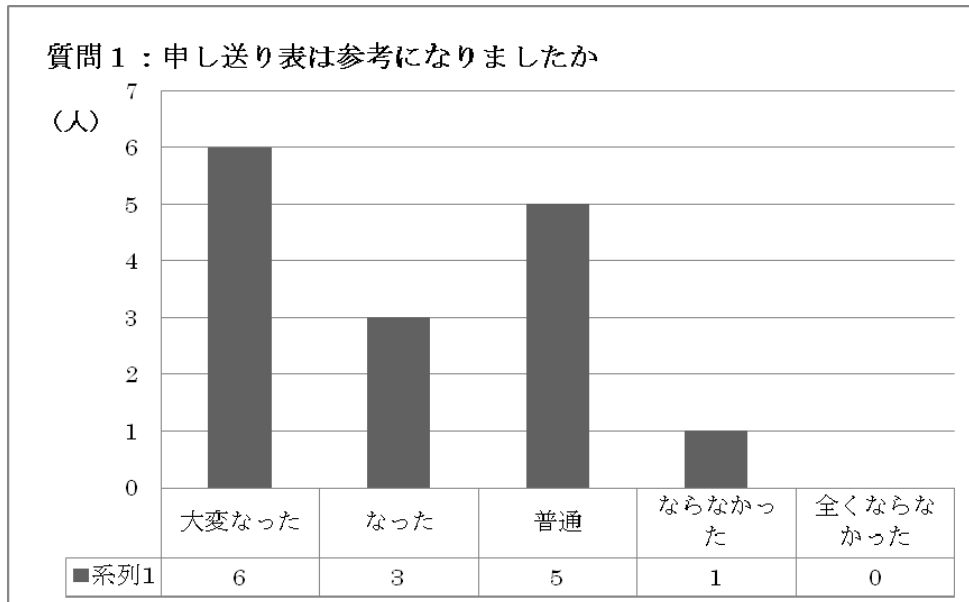
質問6：対象者本人からの自由意見（一部抜粋）

- どうか治りました。これから冬だから本格的に前と同じ畑仕事はできねえけど、あたたかくなったらなあ。元のように自分のやりたい事（畑仕事）ができることが一番だ。
- （いろいろな作業を行うことで）前向きになれて良かった。
- いろいろなことをやってこれたのがよかった。
- 自宅に帰る前に家事を経験できて、どのぐらい自分ができるのかを知る良い機会になって良かった。
- 「ここまで面倒みていただいて、ありがとうございました」の一言につきる。
- 入院中に屋外まで歩きに行き、花を見るなどストレス発散になった。
- 何回も体を動かす（関節訓練や筋トレ）ことも良いけど、やりたい事をやるのはもっと良い。家に帰ってからもやりたい。
- 仕事柄、脳梗塞の患者を見ることが多いので、片麻痺のイメージが先行して入院した時は動揺した。家事・仕事に復帰できるのかもものすごく不安に思っていました。リハビリをしながらできることが増えていきこのぐらい手が動けばどうか家事・仕事とできそうだと自信を持つことができました。実際にリハビリの部屋で調理訓練を行えたことは大変良かったです。今でも少し指先に違和感はありますが、リハビリで教えていただいた練習を自宅でも行っています。
- 今、自宅で生活してみてもリハビリの効果ができていると強く感じます。箸で食事ができるようになり、家の中では一人で移動して生活しています。結婚式は体力が落ちていてかなり疲れましたが、立ってスピーチを無事こなすことができました。退院する時は不安な点もありましたが、今は安心してあります。結婚式に出てからはさらに元気になったように感じています。ありがとうございました。
- 手のリハビリはとても良いリハビリの作業だった。書道は精神統一のためリハビリにはあまり結び付かなかった。教えてもらった運動は継続し、今後も機能回復をはかりたい。
- 土をこねたいが汚れるので粘土でもいい。準備ができないので嫁に手伝ってもらっている。（本人談）準備すれば座って行いますが、それ以外は寝ていることが多い。寝る時間を少なくするために進んでいる。自発性に変化ないです。（嫁談）
- 退院してからも外に散歩に行けるようになったり、結果的に目標達成できたので良かった。
- 車の運転に関しては転院先の入院中に手続きできができたので良かった。目標を明確にするという面で生活がスムーズになった、大変よいことだと思った。
- （意味のある作業をやったことは）よかった。おかげで元気になれた。
- 家に帰ってすぐにやりたいことができ良かった。安心して退院できた。
- 初めは半信半疑だったけど、退院して家で生活してみて、やってよかったと思った。家で生活する中で、色々行っていたこと（マネジメントを使用したリハビリ）を思い出し、これか～と感じた。
- （「やりたい作業」「意味のある作業」に焦点をあてたリハビリというものは）大変意味があると思う。

2) 介護支援専門員

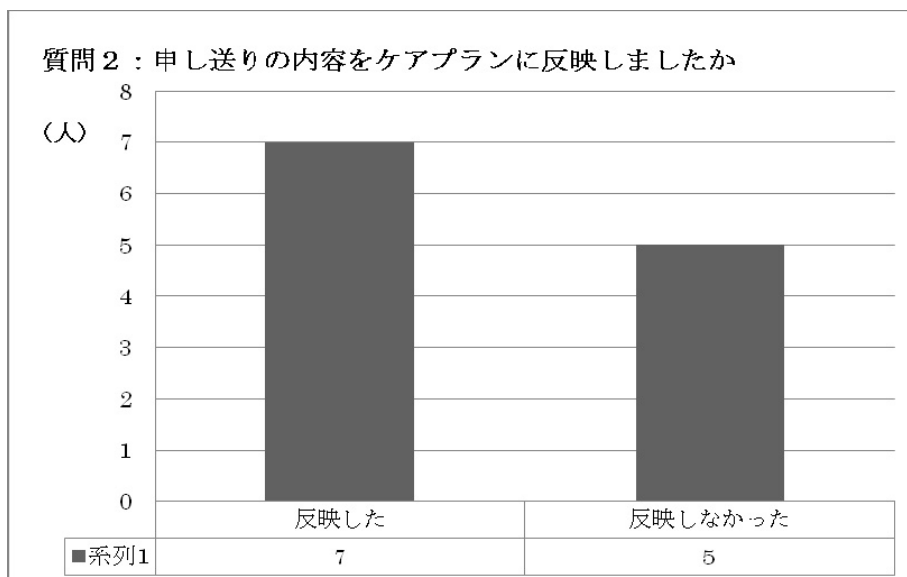
質問1：申し送り表はその後の対応において参考になりましたか。

「大変なつた」が6名で一番多く、次いで「普通」が5名、「なつた」が3名と続く結果だつた。「まったくならなかつた」「ならなかつた」と答えたものは1名に留まつた。



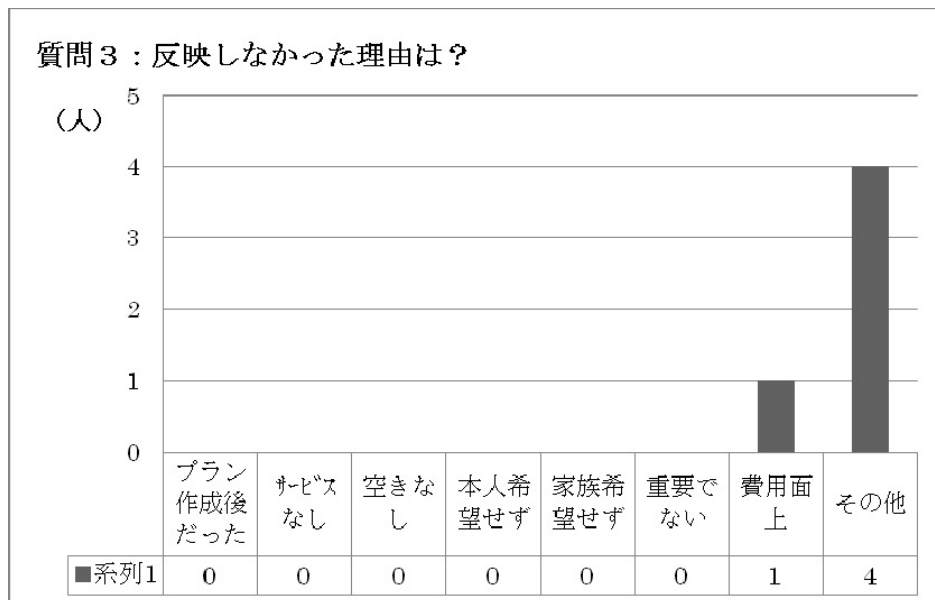
質問2：申し送りの内容は何らかの形でケアプランに反映しましたか。

申し送りの内容をその後のケアプランに「反映した」と答えたものが7名で、「反映しなかつた」と答えたものが5名を上回つた。半数以上の介護支援専門員が申し送り表を参考にケアプランにその内容を反映していた。



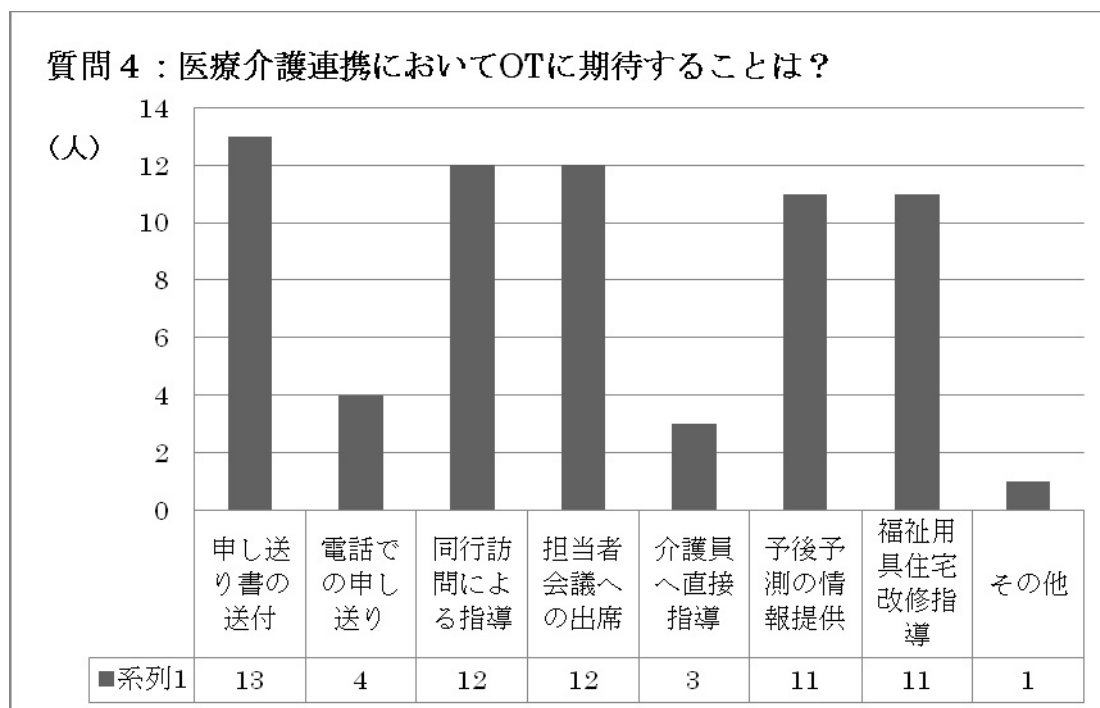
質問3（質問2で反映しなかったと回答）：反映しなかった理由は何ですか

反映しなかった理由を聞いたところ、費用面での都合が1名で、その他が4名であった。4名の内訳はすべてが、退院後の状態が良くケアプランを作成する必要性が無かったためであった。



質問4：医療から介護への連携について、OTに期待する役割をお選び下さい（重複回答可）

「申し送り書」「同行訪問」「担当者会議への出席」「予後予測」「福祉用具住宅改修」などに対する期待が大きいことがわかった。逆に「電話による申し送り」「介護員への直接指導」などへの期待は少ない結果となった。



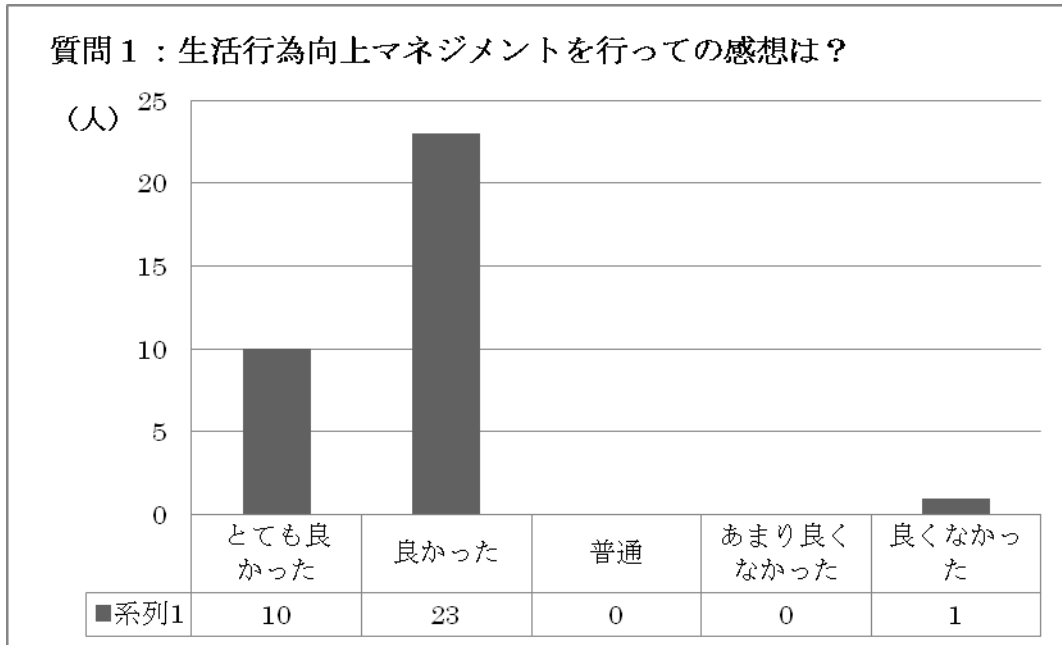
質問5：介護支援専門員からの自由意見（一部抜粋）

- 退院後に患者様が生活する場所に関係スタッフが集まり生活上の留意点や助言等を病院リハスタッフから直接話を伺えると今後の在宅ケアに大いに役立てると思います。
- 実際に行われている訓練をみさせていただき退院後の介護サービスを介護支援専門員としてとらえることができ助かりました。創作活動内容についてはデイケアを新たに利用することとなりリハビリスタッフに申し送りました。認知症のある利用者さんにとって通所リハビリでの活動内容が増えて良かったと思いました。
- 在宅生活へ移行するにあたり、現在の ADL 状況及び現在のリハビリ内容や今後の生活についての助言が得られ本人家族にとっても、サービス提供を行うものにとっても有意義であると思いました。
- アセスメント表だけだと対象者がどんな人かわからない。イメージが付き難い。おそらく若い方だと思うが、若い方だと病院から相談機関について説明していただければありがたい。高齢者だと自分から相談できない方もいるので退院後に生活に困りそうであれば退院前に連絡していただき顔繋ぎをしてもらいたい。
- 入院患者が退院する場合、病院からの情報についてリハビリテーション情報として PT・OT からの視点の一本化が、受け取る側としてはわかりやすく活用しやすいと思います。
- 本人の希望する生活目標の設定とそれに対するリハビリ、そしてリハビリの効果を具体的な形で体制化することは大切ですね。そして本人を支援する関係部署との連携も充実していくと思います。申し送り書の内容は退院後通所リハビリ訪問看護を利用する際にとっても役立っている。ありがとうございます。
- （今回の事業は）とても良い取り組みだと思います。今回のように以前行っていたことを取り戻すことや新たにその方のできることを見つけ出すなど、病院から在宅へ生活していく上での楽しみ、自信を持って意欲の向上につながると思います。PT・ST も含め全体的にその方を支えていくことができれば、もっと医療・介護の連携が図れると思います。
- ケアプランに入れさせて頂きました。今後も引き続きモニタリングしていきたいと思います。
- 一人暮らしの方に対して在宅介護支援センターの見守り訪問を導入することができます。今回のような申し送りに本人の住所・生年月日・連絡先を、同意を得て情報提供していただけたら対応できます。病院との連携は必要だと思っております。

3) 担当作業療法士

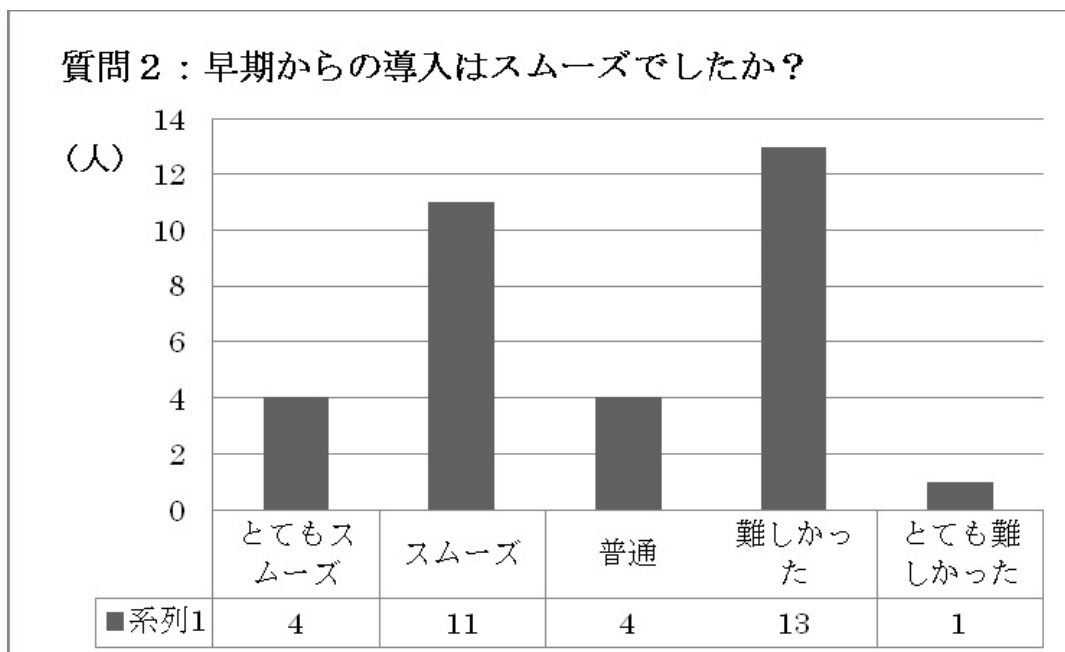
質問1：早期から「生活行為向上マネジメント」を行ってみたいの感想はどうでしたか。

- ・「良くなかった」と答えたものは1名以外はすべて良かった以上の評価だった。



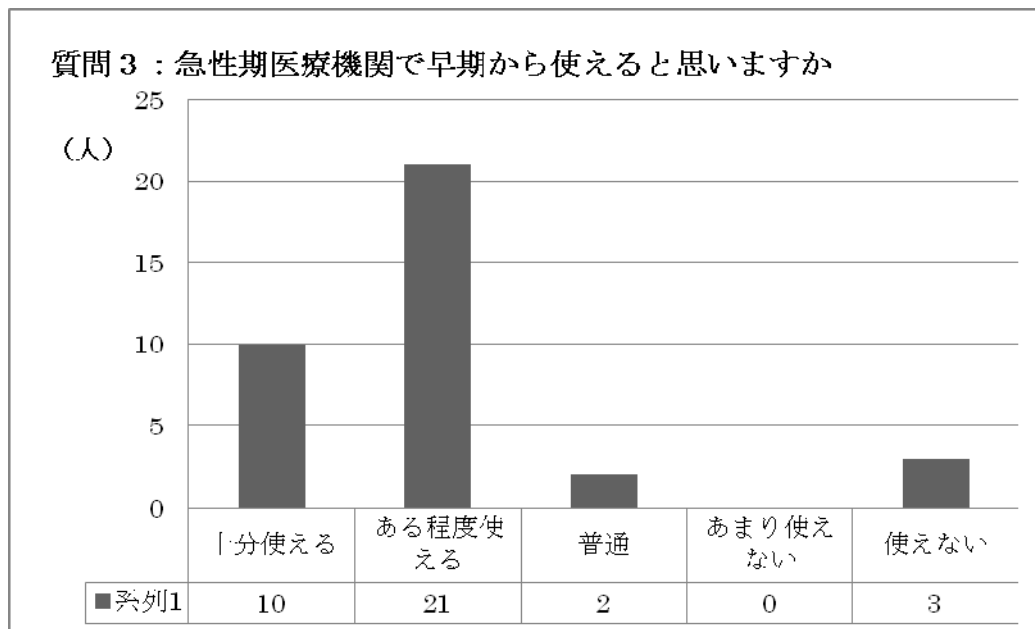
質問2：早期から「生活行為向上マネジメント」の導入はスムーズでしたか

「難しかった」と答えたものが13名と一番多く、次いで「スムーズ」が11名の順で多く、感想が分かれる結果となった。



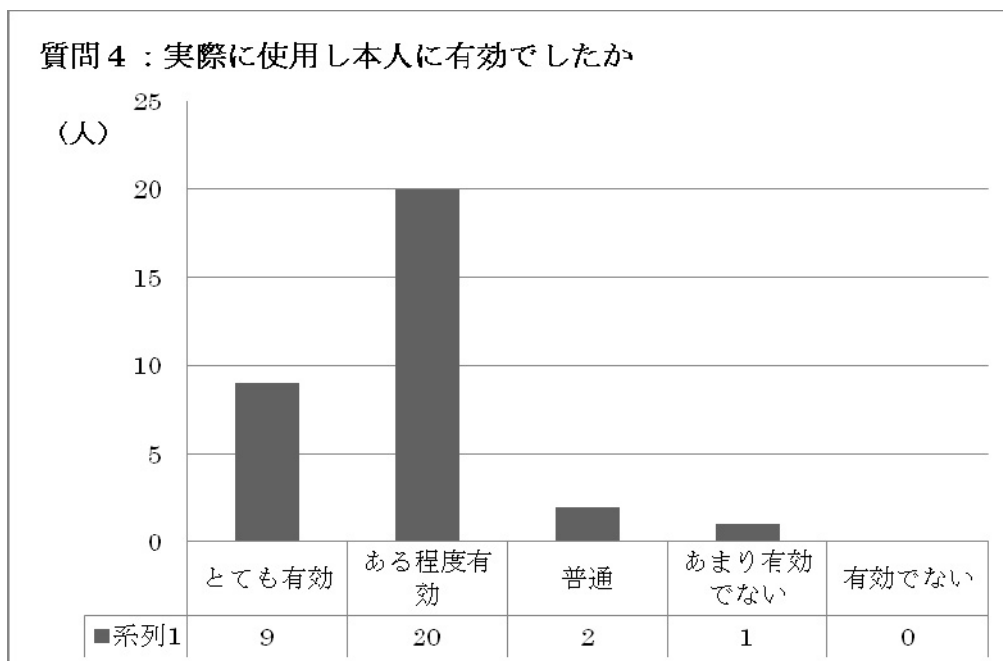
質問3：「生活行為向上マネジメント」は急性期医療機関において早期から使用できると思いますか

「十分使える」「ある程度使える」合わせると31名が「早期からの使える」と答えており、「あまり使えない」「使えない」合わせた3名よりも多い結果となった。多くの作業療法士が早期から本マネジメントは活用できる結果となった。



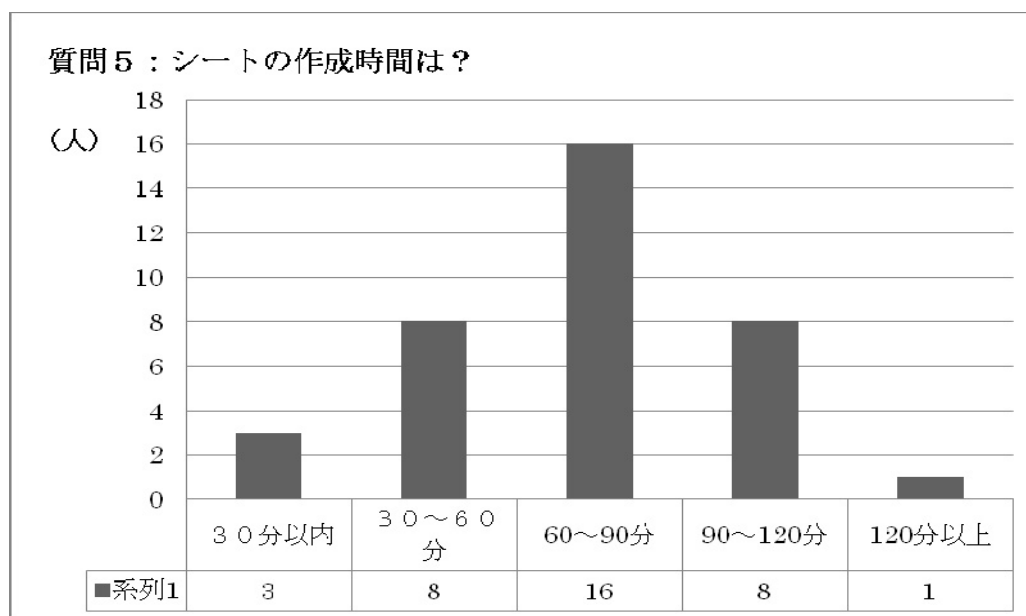
質問4：「生活行為向上マネジメント」は実際に使用しご本人に対して有効でしたか。

「とても有効」「ある程度有効」合わせて、有効だったと答えたものは29名であり、「あまり有効でない」「有効でない」を合わせた1名よりも著しく多い結果となった。多くの作業療法士が本マネジメントが有効なツールだと答える結果となった。



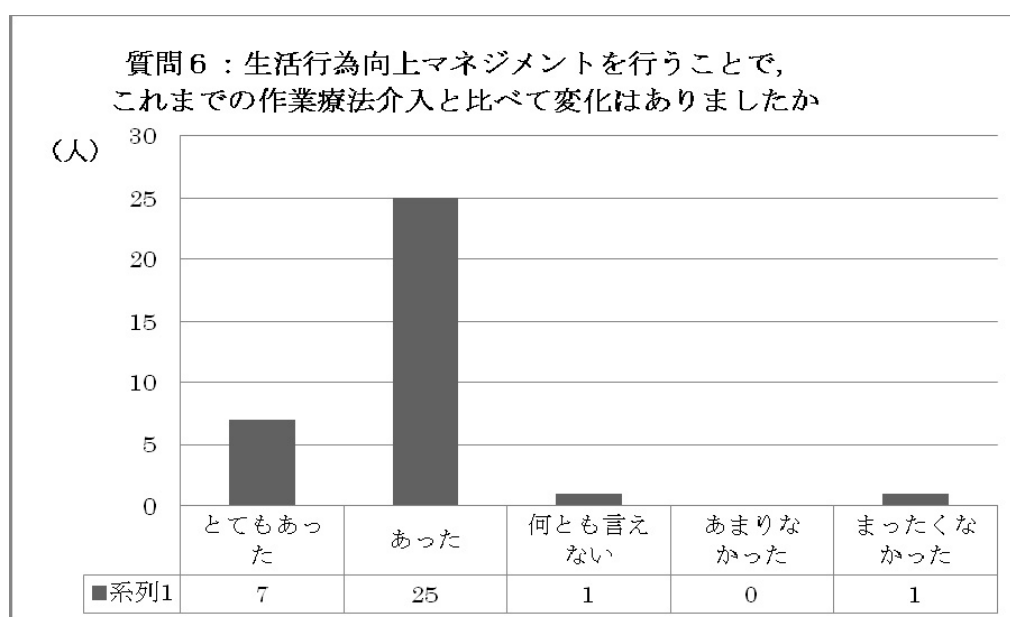
質問5：「生活行為向上マネジメント」（シートすべて記入）を行うのにどのぐらいの時間がかかりましたか。おおよそで良いのでお答えください。

シート作成時間では「60～90分」が16名と最も多く、次いで「30～60分」と「90～120分」が8名と多かった。本マネジメントシート作成には60分以上の時間が必要であることがわかった。



質問6：今回の「生活行為向上マネジメント」の導入によって、皆さんのこれまでの作業療法介入などに比べて変化はありましたか。

「とてもあった」「あった」合わせて32名とほとんどの作業療法士が、これまでの作業療法介入に比べ変化はあったと答えた。急性期病院において早期からの活用においても、作業療法を行う上でなんらかの影響があったものと考えられる結果だった。



質問7：担当作業療法士からの良かった点の自由意見（一部抜粋）

- 実際リハビリを提供する際は患者と目標を共有しながら行うことが大切ですが、急性期病院では難しいことも多々あると思います。しかし今回早期から本人と目標を決めて行ったことで本人自身の意欲も高くなっていたことが感じられたので良かったと思います。
- 早期から目標が明確になり、患者さんと共に話し合っ決めて決めるので患者さん自身もわかりやすかったのではないかと。
- （急性期において）今までOTとして何が出来るか？今後何をしていけばよいのか？何を目標に？OTの専門性とは？等、日々悩みながら働いていました。日本作業療法士協会として指標を出せたのはOTにとってプラスであると思いました。
- 急性期では送りだすばかりでフィードバックされることが少ないので今後も活用していけたらと思います。「作業することで元気になれる」ということを、実際に電話（退院後の状態を電話で聞いた）をして確認できたことはOTとして成長できたと思います。
- 「クライアント中心」のアプローチがなかなかできないことが多い気がしますが、急性期においても、十分行なえると思います。
- 自宅退院後の姿を考えながら早期より介入できた。
- 早期から目標やアプローチ内容を明確にし、患者さんとOTとで共有することができた。プログラム立案についても患者さん家族と一緒に考えることで受け入れが良く、不安が少ないように感じた。またご家族の協力も得られやすかった。外泊時や退院後の生活にもスムーズにつながられたと思う。
- コミュニケーションが取れば、急性期からでも十分に使えると思います。また、早期からご家族ともこのような視点での話し合いができたことで、介護指導もスムーズに行うことができた。
- 急性期ではなかなか退院後の生活をイメージできないことが多いが、今後やりたいこと、できるようになりたいことを一緒に想像して明確にしてそれに向かって進むという流れがわかりやすかった。
- 今まで予後予測をした上でのセラピスト側の意見優先目標設定になりがちだったが、今回のマネジメントでは患者様の作業目標を細かく聴取した上で目標を検討することで、セラピストと患者様の目指すものが近づきやすい印象を受けた。
- 今まで目標や希望を聞き出す際もあいまいでただ単に「手が動くようになる」や「歩けるようになる」などの抽象的な希望で留まっていたが、生活状況から細かく聞き出すことを意識するようになった。
- 急性発症の患者様が多く、今、何が出来るか把握しきれていないことが多い。家族ともども強い不安を抱え混乱している中で具体的な目標の明記ができ、その根拠を伝える手段としてアセスメント表が使えることに利点を感じた。
- 急性期から在宅へ戻る方も多く、地域連携の必要性を再認識した。
- 早期から作業に焦点をあてた介入ができ、それにより対象者・セラピスト共退院後の生活をイメージしやすかった。
- 対象者の興味のあること・趣味を取り入れることで早期から目標にあげたことの初期段階として基本動作等に対するモチベーションをあげることができ、リハビリに積極的に参加することができた。
- 急性期においては、その方の最終的なアウトカムまで予後予測しながら行うのは難しい場合があるが、このツールを使用することでその辺りまで意識が高まり、本来、その人のやりたいことに向かってアプローチが行える。

質問8：担当作業療法士からの問題点や課題の自由意見（一部抜粋）

- 急性期の病院では評価項目を正確に判断することが難しくセラピストによっては大きく違い出てしまうのではないかと感じた。自分自身、数名の方に表を行ってみました但悩む点が多かった。
- 作業遂行アセスメント表についても急性期の症状が不安定な方に対して行い難い印象を受けました。
- 急性期病院のせいかなのか、地域との関わりが少ないと感じた。
- 地域連携が重要だと思う。日頃からネットワークを拡大させるなど。
- 急性期の患者に対して導入できる症例を選ばなくてはならない、探さなくてはならないという時点でこのマネジメントは急性期には不適合だったと思います。
- 発症間もない急性期では目標設定として目先のこと、例えば手が動くようになってほしい、家に帰りたい等のニーズが高く、より具体的な生活を考えることが難しいことがあった。また今まで臨床で行ってきた評価、目標設定との違いが今一つわからなかった。
- 急性期のOTとして働いているが、全患者に活用はできない。呼吸等管理が第一で生命あつての作業療法である。
- 状態悪化等による目標変更等を検討するタイミングが難しい。
- シート作成に時間がかかる。患者さん・OT共に疲れる。もっと簡便なものになればよいのではないか。
- 地域包括支援センターに申し送る際の協力が得られないことがある。
- シート記入に時間がかかると聞いていたが、私はアセスメントの予後予測に時間がかかった。表の記入自体は見本があつて慣れてくれば可能だが、麻痺が重い人等の見通しが立てにくい方の場合、経験年数によって予後予測が変わりそれによって患者への対応が異なってくるためマネジメントの効果にも影響してくると思う。
- アセスメント表やプラン表などは、はじめて記入する際には見本があつた方が書きやすい。自分は直接研修に参加しておらず導入時にわからないことが多くとても苦労した。転院先のOTから指摘があつたように急性期では院内の生活をベースに作業目標を設定することが望ましいが患者様は発症前の生活への復帰をイメージする傾向があり、ギャップが生じてしまう。在宅とは違い今後生活環境が大きく変化する可能性がある場合、適応は難しいのではと感じた。
- 急性期であると在宅生活へのイメージがつきにくく、初期の目標を立てる時に時間を要した。
- 申し送り表でうちではこれを目標にリハやってここまでできたというプロセスを表現するのが難しい。
- 急性期には機能改善を望む（ADLも含め）声大きい。
- ある程度認知機能が保たれていないとプログラムの理解が難しく、一貫した対応ができないため導入困難であつた。
- 回復段階にある対象者は作業よりも機能訓練を行う方が良い場合がある。
- 急性期であり障害受容ができていない人に対して用いることは難しい。
- 急性期の場合、発症後1週間程度で対象者の有無を判断するのは難しい。
- 聞き取りシートに関して独居で症例の生活がわからないと急性期の場合、目標設定が難しい印象。
- 身体機能と目標とのギャップがあり過ぎると目標設定が難しくなる。
- 急性期では応用や社会適応練習まで到達することが困難なケースが多いかも。
- 急性期では意識障害や高次脳機能障害の影響、また精神的にも不安定な時期に作業目標が設定できるケースは限られる。

7. 事例報告集と Q&A 集の作成 (別冊)

- ・事例 12 例分の事例報告集と医療機関で利用するための助言を中心とした全 23 の質問の Q&A 集を作製した。
- ・内容は「早期における目標聞き取りポイント」(P1)、「医療と介護のよりよい連携のために」(P2)、「マネジメントシート使用方法・記入内容」(P3-P8)、「事例集 12 例」(P9-P71)、「Q&A 集」(P72-P78) であり、これに「目次」と「はじめ」を追加し全 80 頁。

VI. まとめと考察

1. 早期からの生活行為向上マネジメントの活用

全国 7 つの急性期病院において生活行為向上マネジメントツールの導入を試みたが、意識障害やコミュニケーション障害が軽度であれば発症後 4～17 日の間の早期から活用が可能であり 52 例の事例に導入することができた。

アンケート結果から、対象者は「早期から自分のやりたい作業を行えたことが在宅に帰ってから役だった」「やりたい作業が実際に行えて安心して退院できた」など多くの者が良かったと答えており、早期から生活行為向上マネジメントを活用する必要性は高いと思われた。在宅で連携した介護支援専門員からは、「本マネジメントのような取り組みはよかった」と答える者が半数を超え、実際に申し送りでケアプラン等へのその申し送りが反映されたかどうかについては、「反映した」が「反映しなかった」を上回った。本マネジメントを通じて医療・介護連携にも影響を与えたということで十分意味深いと思われる。また担当作業療法士のアンケート結果では「症例を選べば早期からの活用は可能であった」「早期に在宅に帰る対象者も多く本マネジメントを行う必要がある」などの意見が多く聞かれた。

導入は難しく時間はかかるなどの課題はあるものの、急性期病院において早期から生活行為向上マネジメントの実践・活用は十分可能だという結果となった。

2. 早期における対象者の条件

今回の事業では、「脳卒中発症後 7 日目の状態が JCS 1 桁」「重度のコミュニケーション障害がないこと」「重度の認知症がないこと」などの条件で対象者を選定したが、多くの入院患者が対象者となり生活行為向上マネジメントを早期から実践することができた。今回の結果から急性期では生活行為向上マネジメントの導入は難しいと一方的に考えるのではなく、「意識障害」「コミュニケーション障害」「認知障害」の著しい障害以外であれば生活行為向上マネジメントの適応と考え、早期から積極的に導入を試みるとよいと思われる。また「意識障害」「コミュニケーション障害」「認知障害」の著しい障害があっても、経過とともに改善する期待が高いために、症状の変化に合わせて導入を検討する必要もある。

3. 急性期病院から退院支援の重要性

最近では救急救命体制や急性期治療の進歩により軽症例が増えており、急性期病院から回復期リ

ハビリ病院などを經由せずに直接在宅に帰る患者の数が多くなっている。早期リハビリテーションに積極的に取り組んでいる急性期病院では在宅復帰率が50%を超えるところも多くなって来ている。本事業でも在宅復帰率が50%を超え、回復期リハ病院への転院者数を上回る結果となった。

以上のことから急性期病院においても早期から退院支援を行う重要性は高まっていると考えられる。急性期病院等で働く作業療法士が退院支援の役割を把握し、生活行為向上マネジメントを早期から実践することはもちろんのこと、在宅支援部門との連携を積極的に図る意義は大きいと思われる。

4. 対象者本人のニーズと家族のニーズの比較

今回、対象者本人のニーズ調査に加え家族のニーズ調査も同時に行った。10名の家族から協力を得られ本人のニーズと比較してみたが、おおよそではあるが本人と家族のニーズが一致したものが2ケース(20%)で、他はすべて本人と家族のニーズは違っていた。本人は「役割のある仕事・家事」や「生きがいや楽しみなどの活動・作業」を希望するのに対して、家族は「身辺自立」を希望される傾向が強く、大きく違った結果となった。急性期において自分の意志が上手に言えない場合、家族の希望を聞き生活行為向上マネジメントを行っていくとよいのではないかと考えていたが、これらのことを考慮して対応する必要がある。また、事例によっては本マネジメントを実践するなかで本人と家族の希望のずれをお互いに共有し合い理解し合えたケースもあり、本マネジメントのよりよい活用に利用できたことは興味深い。今後の普及・啓発の際に参考としていきたい。

VII. 今後の課題

1. 医療機関作業療法士への普及・啓発作業

医療機関での早期からの本マネジメント活用は、対象者の条件を明確にすることで可能であることがわかった。しかし、医療機関の作業療法士達の多くは生活行為向上マネジメントの使用に不慣れであり、今後広く普及・啓発する必要があると思われる。

今回、課題として「シートの作成に時間がかかる」という意見が多かった。この理由の一つとして医療機関の作業療法士達が機能回復訓練、ADL訓練に費やす時間が多く生活行為向上マネジメントで重要視されるIADLやQOLなどへの視点が少なく、本マネジメントのアセスメントやプランニングに不慣れなことが考えられた。実際に本マネジメントシート利用して実践を重ね経験を積んだ作業療法士のシート作成時間は短縮傾向にあり、1事例30分程度でのシート作成が可能と考えられる。具体的な解決策の一つとしては普及研修会に加え、事例報告会等を実施することでより実際的に急性期や回復期の臨床現場で活用を試みる機会が増えると考えられる。

今回の事業結果などをもとにより積極的に医療機関の作業療法士にこの生活行為向上マネジメントを普及・啓発を行っていくことが重要であると考えられる。

2. 医療機関作業療法士の医療・介護連携参加及び仕組み作り

今回の事業では、地域の介護支援専門員は医療機関の作業療法士に対し生活行為向上のための情報提供を期待しているが、医療機関側の作業療法士はなかなか在宅支援部門側へ申し送り書以外にうまく連携で来ていないことが伺えた。今後、医療機関作業療法士は介護支援専門員等と連携（同行訪問、担当者会議への出席）を行う重要性を強く認識する必要性があり医療機関側への啓発を行うことが求められる。医療・介護連携はすぐに行えるものではなく地域に根差しネットワークを形成し時間をかけて常日頃からの関係作りがなにより重要である。医療機関の作業療法士が常日頃より地域に目を向け日々の業務に努力することを期待してやまない。

しかし、一方で努力論だけでなく、無理なく医療・介護連携が行えるような仕組み作りも同時に行っていくことが重要である。先に述べたようにアンケート結果から介護支援専門員は医療機関の作業療法士に「同行訪問」や「担当者会議への参加」などを望んでいるため、これからの事項について加算などの制度的な後押しがあることで医療機関の作業療法士が動きやすくなると考える。

3. 対照群を設けた検証作業の必要性

生活行為向上マネジメントが急性期病院において早期からの活用が可能なことは今回の事業でわかったものの、その有効性に関する検証はまだ不十分である。普及・啓発の一方で協力病院を募り検証していきたい。

第四章 生活行為向上マネジメントの成果測定（中間報告）

I. 通所事業における効果検証報告

1. 事業目的

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

平成20年度～22年度の当研究事業で、高齢者個々の望むセルフケアや家事などの IADL の他、余暇活動までの幅広い生活行為を把握し、高齢者の有する能力をアセスメントし、その自立を支援する生活行為向上マネジメントを開発した。また、生活行為向上プログラムが通所リハビリテーションや老人保健施設の入所者の健康関連 QOL の評価指標（健康効用値）に効果があることが検証された。

そこで本年度は、生活行為向上プログラムの通所事業所における費用対効果にも影響が及んでいるかを検証する。

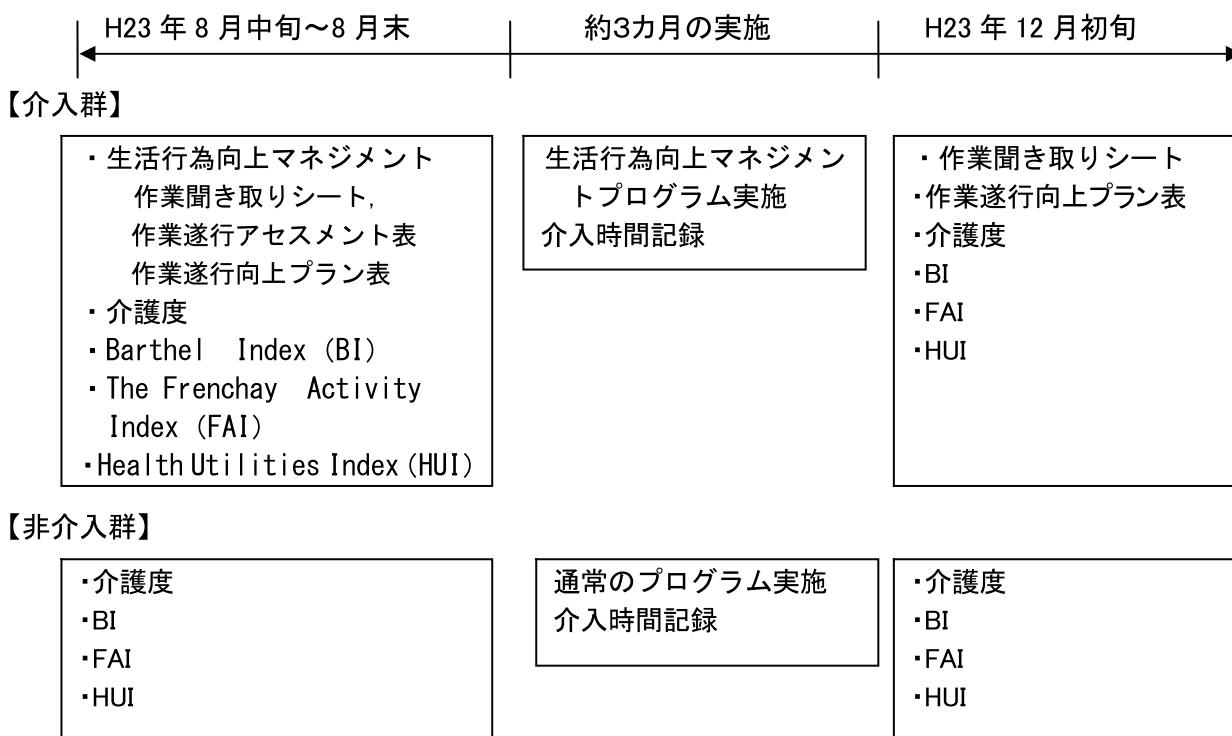
2. 事業内容

- 1) 新たな協力者を加え、生活行為向上マネジメントを用いた介入、対照群の研究協力を依頼する。

協力施設である通所事業所1施設における介入群および対照群各5事例程度とし、それぞれ約100名とした。

対象者は要支援1～2、要介護1～5の者とする。

対象者本人・家族に対する倫理的配慮として、事例報告の方法、利用範囲、取りやめの自由、人権擁護と個人情報の保護などを記載した書面で説明を行い、同意を得た者に実施した。



- 2) 3 か月間のプログラム実施期間終了後、今回の取り組みについての感想、対象者および施設スタッフ、作業療法士の変化、生活行為向上マネジメントの活用継続の意識について、協力者からアンケートにて報告、意見を聴取する。
- 3) 生活行為向上プログラムの通所事業所における費用対効果の影響に関する検証のため、最終評価に加えて、初回から6ヶ月ごとに3年間継続的にHUIの調査を行う。但し、利用終了をもって中止する。

3. 実施期間

平成23年8月～平成24年3月末

平成24年4月以降の1年後の経過評価、6ヶ月ごとのHUI評価の実施については、次年度事業における実施とし、協力施設には改めて依頼する。

4. 結果

1) 調査協力施設および対象者数

表1：調査協力施設とその所在地

	施設名	所在地
1	通所リハ TRY	福島県
2	介護老人保健施設せんだんの丘	宮城県
3	せんだんの丘ぷらす	宮城県
4	介護老人保健施設ひもろぎの園	福島県
5	尾形医院	栃木県
6	花の舎デイケアセンターイルカゆかい	栃木県
7	介護老人保健施設みがわ	茨城県
8	あしのさと	福井県
9	三原デイケアクリニック	福岡県
10	希の里	大分県
11	永生クリニック	東京都
12	(株)メディケア・リハビリ	大阪府
13	いきいき稲富デイサービスセンター	福岡県
14	デイサービス自由ヶ丘	宮崎県
15	さくら苑新館	宮崎県
16	介護老人保健施設港南あおぞら	神奈川県
17	介護老人保健施設うぐいすの丘	長崎県
18	リハビリセンターあゆみ	滋賀県
19	老人保健施設 虹	岡山県
20	デイサービス ファイン	福岡県
21	昭和病院 通所リハビリテーションセンター	山口県
22	デイサービスセンター まいん	福岡県
23	介護老人保健施設 やまゆり	岩手県
24	介護老人保健施設サンビュー二本松	福島県
25	介護老人保健施設明生苑	福島県
26	老人保健施設 白楽園	栃木県

調査協力施設は、平成22年度までに生活行為向上マネジメントを活用した取り組みを実施した12施設に加え、新規施設14施設、計26施設であった。

初回、介入群114名、対照群116名であったが、3か月の実施途中に、体調不良等で中止者が出たため、

最終評価では、介入群 102 名、対照群 112 名となった。

2) 結果

(1) 対象者の特性

介入群と対照群の特性を表 2 に示す。2 群の比較には対応のない t 検定もしくは χ^2 検定を適用した。

表 2 : 対象者の特性

		介入群 (n=114)	対照群 (n=116)	p 値
年齢		76.5±10.0	78.1±9.0	0.187
性別 (男性/女性)		41/73	39/77	0.709
配偶者 (あり/なし)		63/51	58/58	0.424
家族構成		2.3±2.0	2.1±1.7	0.364
要介護度	要支援 1	12	15	0.150
	要支援 2	28	31	
	要介護 1	27	35	
	要介護 2	29	19	
	要介護 3	9	14	
	要介護 4	7	2	
	要介護 5	2	0	
寝たきり度	正常	5	11	0.095
	J1	16	12	
	J2	19	29	
	A1	43	31	
	A2	22	16	
	B1	5	12	
	B2	3	5	
	C1	0	0	
	C2	1	0	
認知症自立度	正常	59	62	0.613
	I	38	32	
	II a	6	12	
	II b	4	4	
	III a	6	5	
	III b	1	0	
	IV	0	0	
	M	0	0	

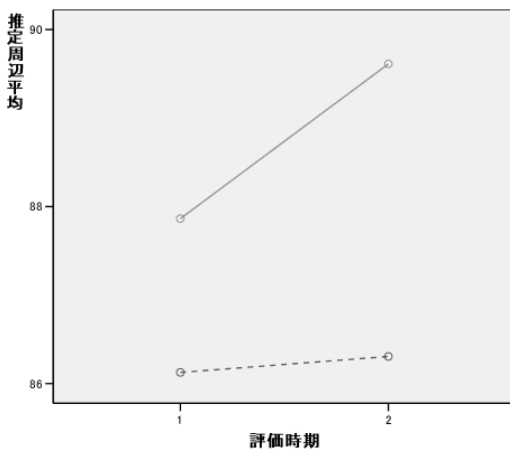
(2) アウトカム指標の変化

介入群と対照群のアウトカム指標の変化を表 3 に示す。データは上段が初期評価、下段が最終評価であり、() 内は最小値 - 最大値である。統計は、介入時期と群分けによる効果判定のため、反復測定分散分析を行った (図 1)。介入群にのみ Health Utilities Index (以下、HUI) に有意な変化 (改善) が認められた。Barthel Index についても対照群では変化がないが、介入群には改善がみられている。さらに、HUI の寄与領域では、“移動” “器用さ” “感情” “痛み” という 4 領域に有意な改善が認められた。

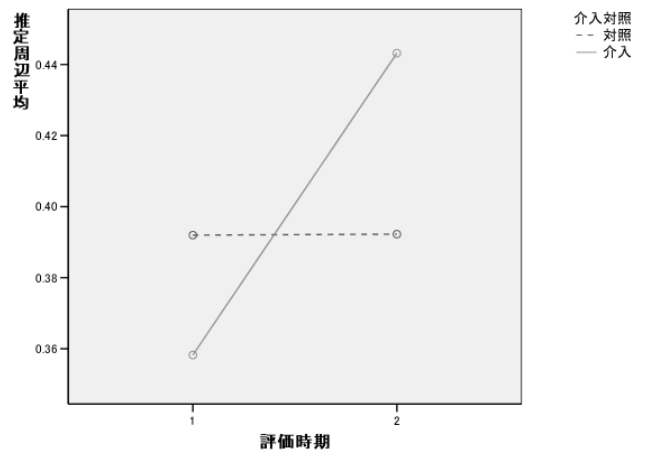
表3：アウトカム指標の変化

		介入群(n=114)	対照群(n=116)	p 値
Barthel Index		87.8±14.3 (20-100)	86.3±14.0 (45-100)	0.050
		89.6±14.1 (25-100)	86.3±14.0 (45-100)	
Frenchay Activities Index		11.4±7.8 (0-32)	12.6±8.9 (0-33)	0.081
		12.7±8.2 (0-31)	13.3±9.1 (0-32)	
Health Utilities Index		0.35±0.25 (-0.15-1.00)	0.39±0.26 (-0.23-0.97)	<0.001
		0.44±0.28 (-0.23-1.00)	0.39±0.28 (-0.24-0.97)	
HUI	視覚	0.93±0.11 0.92±0.12	0.92±0.17 0.90±0.19	0.361
	聴覚	0.88±0.28 0.92±0.23	0.90±0.25 0.90±0.25	0.941
	会話	0.94±0.12 0.95±0.11	0.95±0.12 0.94±0.14	0.418
	移動	0.58±0.27 0.64±0.27	0.61±0.26 0.62±0.26	0.043
	器用さ	0.82±0.24 0.85±0.21	0.89±0.18 0.89±0.17	0.030
	感情	0.87±0.14 0.90±0.12	0.88±0.10 0.86±0.15	0.012
	認知	0.79±0.22 0.81±0.23	0.80±0.24 0.80±0.23	0.206
	痛み	0.80±0.18 0.85±0.18	0.79±0.20 0.79±0.24	0.043

Barthel Indexの変化



Health Utilities Indexの変化



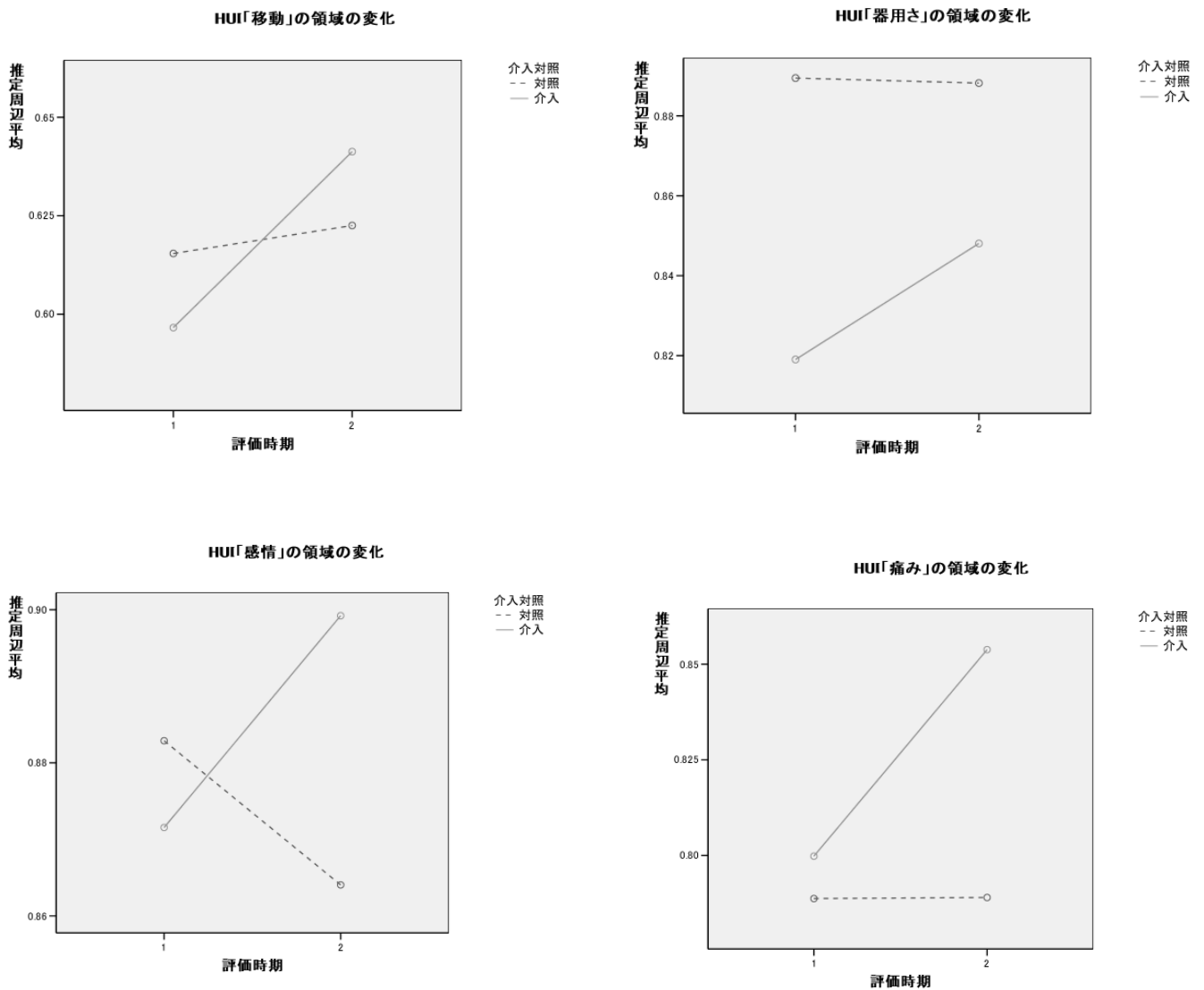


図1：アウトカム指標の交互作用

(3)生活行為向上マネジメントによる結果

①生活行為向上マネジメントによる介入による実行度と満足度の変化

生活行為向上マネジメントを活用してプランを立案、アプローチを実施した結果、3ヵ月後に最終評価が行えたのは102例であった。また、複数聞き取った目標のうち、プランを立案せず、介入も実施していないが、実行度・満足度について初回と3ヵ月後に聞き取りを行っている活動は41あった。プラン立案や介入の有無に限らず、実行度が向上した活動は、96(67.1%)、変化なし42(29.3%)、低下5(3.4%)であった。その内、プランを立案、介入した活動は、していない活動に比べて実行度が向上している場合が多かった。(表4)

プラン立案や介入の有無に限らず、満足度が向上した活動は、108(75.5%)、変化なし29(20.2%)、低下6(4.1%)で、実行度よりも満足度のほうが、向上した活動数が多かった。また、プランを実施した場合の満足度の向上は、実行度よりも高い結果となった。

②生活行為向上マネジメントによる介入による目標の達成度

対象者が希望した目標102の3ヵ月実施後の達成度を表5に示す。

目標とした活動を3ヵ月後に達成できたのは65(63.7%)、変更して達成9(8.8%)、達成できなかった28(27.4%)であった。プラン実施後、達成した活動の実行度・満足度は、変更達成や未達成に比べ、向上している。

表4：実行度・満足度の介入後の変化とプラン実施の有無

	向上	変化なし	低下	計
実行度	96(67.1%)	42(29.3%)	5(3.4%)	143
内プランあり	80(78.4%)	19(18.6%)	3(2.9%)	102
プランなし	16(39.0%)	23(56.0%)	2(4.8%)	41
満足度	108(75.5%)	29(20.2%)	6(4.1%)	143
内プランあり	89(87.2%)	10(9.8%)	3(2.9%)	102
プランなし	19(46.3)	19(46.3%)	3(7.3%)	41

表5：介入による目標の達成度と実行度・満足度の変化

		実行度			満足度		
		向上	変化なし	低下	向上	変化なし	低下
達成	65(63.7%)	59	5	1	64	0	1
変更達成	9(8.8%)	8	1	0	7	1	1
未達成	28(27.4%)	13	13	2	18	9	1

また、未達成の理由については、実施期間不足、本人に不安があるため、本人の体調不良、家族状況や実施場所などの環境が整わないため、冬期で外へ出る機会がないといった内容があげられた。

(4) 作業療法士の関与時間記録

介入群、対照群に実施したアプローチについて、作業療法士（以下、OT）が関与した時間の記録を表6に示す。

OTが本人に直接介入して、実施したアプローチ（＝直接アプローチ）に関しては、現行制度上、個別リハビリテーション加算（80単位）は20分/人/回であるが、介入群では1.25倍、対照群でも約1.2倍の介入増となっている。また、介入群の直接個別介入回数は介入群・対照群共に1.5回/週の介入となっており、通所リハにおける個別の介入においては、提供するプログラムの違いだけであり、介入コストには差異がないことが示唆される。OTが介護職等他職種に依頼して実施したアプローチ（＝間接アプローチ）に関しては、対象群の方が介入群に比べて、他職種にプログラムを遂行してもらう比率が高い傾向にある。また、入所に比べると他職種による間接アプローチの比率が高い傾向にあった。しかし、他職種との連携に課題がある点は同じと言える。

マネジメントのプランを立案するために要した時間を表7に示す。平均は79.5分であり、利用日の介入に換算すると1回4.3分を要していることになる。

表6：作業療法士の関与時間記録

	介入群 (n=102)	対照群 (n=109)
直接個別アプローチ	12週間の平均介入回数（回）	18.4
	12週間の平均介入時間（分）	461.1
	1回の介入時間（分）	25.1
	1週間の介入時間（分）	38.3
	1週間の介入回数（回）	1.5
間接アプローチ	12週間の平均介入回数（回）	4.9
	12週間の平均介入時間（分）	69.3
	1回の介入時間（分）	14.1
	1週間の介入時間（分）	5.8
	1週間の介入回数（回）	0.4

以上より、通所リハにおいてマネジメントを実践するためには、個別では現行制度と比較して介入に約1.25倍(25.1分/1回/1人)、立案には4.3分/回/人の時間を要しており、合計必要時間は、29.4分/1回/1人となる。すなわち、通所定員20名に対して現行では、個別リハビリテーション加算20分/回にOT1.1名が必要であるが、マネジメントの実践には、時間29.4分/回、OT1.6名が必要であると言える。また、これら結果から通所リハにおいてマネジメントを実践するうえでの人件費を換算すると1単位(20名定員)にかかる人件費投資差額590.5万円が必要になると言える(図2参照)。

表7：プランの立案に要した時間 (n=102)

	立案総時間	平均立案時間	平均/回
通所リハ	8109分	79.5分	4.3分/1回

通所リハビリテーションの基準等の現状

配置基準 20(1単位):0.2(PT,OT,STのいずれか) = 8時間/週(サービス提供時間内)
 個別リハビリテーション加算 1人/1回×20分(80単位)
 20名×20分×5日/週=2000分(33.3時間)
 ⇒ ∴ 6-8時間で20名の個別リハビリ実施の場合 最低1.1名の配置が必要

生活行為向上マネジメント・プログラムの実践(研究結果より)

個別では 約1.25倍(25.1分/1回/1人)、立案時間は 4.3分/1回/1人 要しており、
 合計必要時間は 29.4分/1回/1人 となる。
 通所定員20名に対して 個別リハビリテーション加算 20分/回 ⇒ OT1.1名
 生活行為向上マネジメント 29.4分/回 ⇒ OT1.6名が必要



通所リハ定員(1単位20名)で実践するための配置基準の提案

現行配置基準 20:0.2(PT,OT,ST) ⇒ OT 1.6 以上の配置が必要

理学療法士・作業療法士の給与(厚労省：平成23年度賃金構造基本統計調査)
 従業員数 10人～99人の場合

年齢	勤続年数	所定内実労働時間数	超過実労働時間数	きまって支給する現金給与額	年間賞与	
					所定内給与額	その他特別給与額
歳	年	時間	時間	千円	千円	千円
33.5	4.9	169	6	305.0	293.5	557.9

上記より算定する作業療法士の平均年収
 30.5万円×12ヶ月+55.79万円=421.79万円

通所リハにおける人件費コスト

平均年収 421.79万円 × 1.6名(必要人員) = 674.9万円
 1単位(20名定員)にかかる人件費投資差額 590.5万円

※実施に伴う、モニタリング、事務作業等にかかる時間・経費等は未計上

図2：生活行為向上マネジメント・プログラム実施のためのコスト

(5) 通所事業所終了後アンケート結果

3か月間の介入終了後に各施設に行ったアンケートの結果を示す。

回収数は30名（18施設）、2年目以降の施設には任意としたため、全施設分ではない。

①生活行為向上マネジメントを実施した感想

プランの立案においては、目標の聴取に苦勞し、記録に時間を要したといった意見も一部にみられたが、以下のような点で実施して良かったという意見が多く得られている。また、苦勞した点については、慣れれば問題なくできるようになるといった意見もあり、2年目の協力施設では、前回よりスムーズに実施できたといった意見がみられた。

- ・対象者の目標が明確化できる。
- ・本人・家族へのアプローチの説明や他職種の連携がスムーズになる。フィードバックもしやすい。
- ・記録が残ることで、思考過程の整理ができ、課題が明確化しやすい。
- ・マネジメントを活用することで、対象者の状態やニーズ等の理解が深まった。
- ・OTとしての視点を再確認できた。
- ・機能訓練重視の支援から、作業を用いた支援に重きを変えることにつながった。

プランの実施については、普段よりも多くの時間を割く必要性があり、現状業務ではよりよい介入を実施するうえでの困難さが伺われた。

②実施効果について

i) 対象者への効果

- ・アプローチの実施について、対象者自らが出した希望である点や、目標に向って必要な内容が実行レベルで提示できる点、効果が目に見える点から、対象者が理解しやすいといった意見がみられた。また、家族についても同様の反応がみられた。
- ・アプローチの実施により、意欲や自主性、活動性の向上、対象者同志の会話や他の対象者への関心が増すなどの変化があったとの感想が多くみられた。また、アプローチ終了後も、対象者が新たな活動を見出し、活動の場が広がったといった効果もみられている。
- ・良くない点としては、自宅まで効果を波及できなかった点や、記憶障害のある方が目標を忘れてしまい介入が十分できなかったといった意見があった。

ii) 施設および他職種への効果

施設や他職種への効果としては、a) 目標設定の共有化や、対象者への介入の統一化が図れた、b) 他職種の対象者への理解が深まり、対象者を見る視点や対象者への支援方法に変化がみられた、c) OTに対して、助言や聞き取りが多くなった、関心が深まったといった感想がみられた。また、施設内に限らず、他機関のケアマネジャから、他の対象者に対して生活行為向上マネジメントの利用依頼があったとする施設もみられた。

一方で、今回の研究事業内では、他職種への説明ができなかったとする施設もあったが、今後は必要性を感じており実施したいとのことであった。

iii) OTへの効果

OTへの効果としては、次の点があげられる。

- ・マネジメントを活用することで、対象者への理解、評価内容に深みが増す。
- ・PT、STとの情報交換や、協力体制が深まるなどの変化が見られた。また、対象者に深くかかわる必要性や、作業への関わり、生活への関わりの必要性に気づく機会になった。

③マネジメントの導入にあたり工夫した点

新規にマネジメントを導入して実施する際、各施設において対象者や家族、他スタッフに対して次の工夫を行っていた。

i) 対象者に対して

- ・十分な説明を行うこと
- ・自主性を導くよう支援すること
- ・期間中に意欲が低下しないように継続して、声掛けや目標を提示しながら支援すること
- ・目標の実現に対して、容易な活動を実現できるよう段階づけて支援すること
- ・訪問を行い、実生活レベルでも実現すること

ii) 家族に対して

- ・実施状況の伝え方
本人や他スタッフから意識して伝えるようにする、促す。
写真や作品を示して伝える
連絡ノートや電話、手紙などで伝える

iii) 施設等他スタッフに対して

- ・実施にあたって説明会を行う
- ・情報共有のための働きかけや、アピール
- ・サービス担当者会議での提示などを行う
- ・サービス担当者会議の際に、実際の実施場面を見てもらう機会を作る

④今後のマネジメントの活用

今後のマネジメントの活用については、回答のあった30名のうち、活用する16名、一部の対象者に活用する5名、マネジメントの一部を活用する5名、活用しない1名、未記入3名であった。

活用すると回答したものの理由は、i) これまでよりも具体的な目標設定ができる、ii) 対象者の取り組む意識や意欲が向上する、iii) OT自身の視野が広まるといった意見が聞かれた。

一部の対象者に活用すると回答したものの理由は、時間的な課題や、認知症の方の理解の問題などがあげられた。

また、マネジメントの一部を活用するとしたものの理由も、考え方は利用したいが、記述時間がかかることが課題としてみられた。活用しないとした者の理由も記述や介入に要する時間の問題があげられていた。

⑤マネジメントの改良点

マネジメントの改良点としては、i) リハ計画書の変わりになる書式にすることで、取り入れが容易になる、ii) 簡易な書式への変更、iii) 聞き取りシートの実行度・満足度のより具体的な例の提示、iv) 興味関心チェックリストを「関心あり」のみにする、v) 作業遂行プラン表の記述方法の変更について、意見が述べられた。

⑥その他

最後に記述された感想では、今回の研究事業でマネジメントを活用したことが現状の仕事の良い刺激になった、参加して良かったとする意見が多かった。また、現状のシステムでの導入例を教えて欲しいといった研修に対する意見や養成校でのカリキュラム導入の必要性についての意見もあった。

5. まとめ

通所事業所における生活行為向上マネジメントによる介入の結果から、次のことが言える。

- 1) 生活行為向上マネジメントを用いた介入による効果として、HUIにおいて初期評価から最終評価までに有意な変化(改善)がみられた。また、HUIの寄与領域の“感情”“痛み”に有意な変化(改善)がみられたという結果は、平成21~22年度の調査でも同様に認められている。このことから、マネジメントによる介入は、健康関連QOLの改善に効果があると言える。

また、満足度、実行度の変化にも良い結果がみられたことから、通所事業においてマネジメントを導入し、活用することは、通所事業対象者にとって有効であると言える。

- 2) これまでの調査では、マネジメントの実施に要する時間や介入回数について、OTの負担感が強いことが課題として挙げられていた。

今回の調査から、マネジメントを活用した介入では、現行制度の1.25倍の時間を要するが、通常のプログラムを実施した対照群の介入においても、現行制度20分の1.2倍の時間を要していることが分かった。すなわち、マネジメントの実施には、通常プログラムの実施と比べ時間的に大きな違いは認められないと言える。

また、2年目の実施協力者からは、前年度よりもスムーズにできたといった回答が得られた。

これら結果から、マネジメントの実施における負担感は、新しいことに取り組むことへの負担感が理由として考えられ、繰り返しの実施により慣れることで、その負担は軽減できると言える。

- 3) また、マネジメントを活用した費用に関する検討結果から、マネジメントを活用した効果的な介入を

行うには、OTの介入時間を、支援に当たる時間にプラン立案に要する時間を加えた29.4分/回が必要になることが分かった。また、その実施には、OT1.6名を要することが分かった。

今回の効果指標やアンケート結果から、これまで同様マネジメントを用いた介入は、対象者および施設スタッフにも良い影響を与えることも示された。

以上の結果から、スムーズなマネジメントの導入には、現行制度を見直し、通所リハにおいてかかる時間に見合った時間設定や人員配置を行うことが必要であると考ええる。

- 4) 介入時間結果およびアンケート結果から、他職種との連携に不十分な点があることが分かった。

一方で、マネジメントを活用することで、他職種がOTの役割へ理解を深め、コミュニケーションの機会が増えるなど、相互に連携がしやすくなったとの意見もあった。

マネジメントの活用を機に、他職種との連携に取り組む機会となることから、マネジメント導入時に連携を促す働きかけや、連携方法の例示することで、より効果的な連携の推進につながると考える。

- 5) アンケート結果からマネジメントの活用は、他職種、OTにとって対象者への理解を深めるという面にも効果があることが分かった。このことからマネジメントの活用は、支援者の資質の向上にも活用できるツールであると考ええる。

6. 今後の課題

- 1) 通所事業における、より効果的なマネジメントの運用には、介入時間の延長（現行20分から30分へ）が必要であり、さらに人員配置の増加（現行制度20分/回、1.1名を30分/回、1.6名へ）が必要である。

- 2) 今回の結果は、研究期間12週間という限られた期間の効果であるが、今後も介入群、対照群の経時的变化を追い、マネジメント導入の効果検証を行い、長期にわたる効果を示す必要がある。

- 3) OTが負担なくマネジメントを活用するためには、マネジメントが特別なものではなく、OTの介入手法として当たり前のものであることを認識することが必要である。そのためには、さらなる啓発が必要であると言える。

また、これまでに得られた各施設におけるマネジメント実践時の工夫点をまとめ（資料参照）、導入時に例示を行うことが、スムーズな導入を進めるうえで有効であると考ええる。作成した資料を活用し、今後も研修および啓発を実施し、通所事業に関わるOTに対するマネジメントのスムーズな導入を図りたい。

- 4) 今回の調査では、他職種との連携が不十分な点が明らかになった。マネジメントの活用を機に、OT自身が連携を図ることを意識し、実行できる働きかけを行う必要がある。3)の普及研修と合わせて具体的な事例を示し、意識啓発していきたいと考える。

生活行為向上マネジメントを通所事業所で活用するためのポイント

1. はじめに

老人保健健康増進等事業では、平成 21 年から複数の通所事業所の協力を得て、生活行為向上マネジメント（以下、マネジメント）を用いた介入を実施し、その効果を検証してきた。本研究事業を進める中で、研究協力施設からはシートの記入方法の質問をはじめ、マネジメントを活用する上で配慮が必要な点などについての意見をいただいた。これらは今後マネジメントを普及していく上で参考になる貴重な意見であるので、寄せられた内容の中からいくつかを取り上げて、以下に考え方を示す。

2. マネジメントを活用するためのポイント

マネジメントには、「作業聞き取りシート」「作業遂行アセスメント表」「作業遂行向上プラン表」などのシートがあり、この順番にシートを作成していく。この流れに沿って、Q&A 形式で特に配慮が必要な点について述べる。また、介入を進めていく上でのポイントや、マネジメントの意義についても考え方を整理する。

(1) プログラム立案まで

① 「作業聞き取りシート」を用いた目標設定について

Q1：利用者の中には、機能訓練を目的に通所事業所を利用している方がいる。IADL や趣味などへのアプローチだけでは満足度が下がってしまうのではないかと？

A1：本人の希望が「歩けるようになりたい」「もっと手が動くようになりたい」であっても、その背後にはやりたいこと（する必要があること）が出来ないといった思いが隠れています。「どうして歩けるようになりたいのか」「手が動くようになったら何がしたいのか」といったように、本人の意識を機能から作業に向けていくことができれば、満足度を上げることができると思います。

Q2：本人が IADL や趣味などを行えるようになりたいと希望しても、家族が在宅生活の継続のためには ADL の改善が重要だと考えている場合にはどうしたらよいか？

A2：在宅生活を継続していくためには ADL の改善は大変重要です。ADL の改善と本人が望む作業の 2 つに対してアプローチすることが望ましいですが、時間の制約などで難しい場合には、ADL の一定の改善後に次の目標としてアプローチする、あるいは家族や他職種の協力を得るなどの連携が必要です。

② 「作業遂行アセスメント表」の作成について

Q3：自宅の環境などが十分に把握できておらず、「環境因子の分析」欄への記入が難しい場合がある。なかなか自宅を訪問することも困難なため、どのように評価をしたらよいか？

A3：利用前の実態調査の段階からご本人に作業目標を聞き取り、家屋環境なども評価してしまう、あるいは自宅でのサービス担当者会議にできるだけ出席することが望ましいと思います。それが難しい場合には、サービス担当者会議に出席する他スタッフに、事前にチェック項目を伝えた上で確認してきてもらう、送迎時に評価する、あるいはケアマネジャーやご家族からの情報収集などを行うといったことから評価をしてください。

③「作業遂行向上プラン表」の作成について

Q4：社会適応練習は自宅や実際に作業を行う環境で行うプログラムなので、立案の時点から家族やケアマネジャーとの調整が必要か？

A4：社会適応練習は実際に自宅などで実施するプログラムですので、OT が自宅に訪問して行うか、それが難しい場合には、訪問介護員や家族に協力して実施してもらうことになります。また、場合によっては作業を行いやすくするための環境調整なども必要になります。このように、通所事業所内だけで行うのではなく、実際に生活の場に影響を与える内容ですので、ケアマネジャーや家族との連絡調整は不可欠です。

Q5：社会適応練習のプログラムを行うためにはかなりの時間が必要だが、多くの対象者がいる中で一人に多くの時間をかけることは難しいのではないか？

A5：社会適応練習はマネジメントの中でも重要な位置づけであり、基礎練習・基本練習に偏ったプログラムの実施だけでは、作業の目標を達成することは難しいと考えられます。しかし、調理などを行おうとした場合、準備や後片付けも含めると、場合によっては1時間程度かかってしまうことも考えられます。OT 場面で毎回実施できないのであれば、他職種にも協力を依頼し、チームでアプローチすることが必要です。そのためには、他職種にも作業の重要性を理解してもらうように働きかけることが重要です。

(2) 介入を進めていく中での困難について

Q6：応用練習や社会適応練習では、利用者ごとに個別性が高いため、これまでの通所事業所内のプログラムでは応用がきかず限界があると感じている。

A6：社会適応練習については、上記 A5 で触れましたが、応用練習までは積極的に通所事業所内で展開することが必要です。IADL や趣味などの作業の目標に対応するためには、個別に課題を用意する必要がありますので、基礎練習・基本練習を中心に行っている通所事業所では用意できるプログラムのヴァリエーションが少ないことがあるようです。

マネジメントの研修会では、シートに記入するのが難しく、時間がかかって大変だという感想が多いのですが、実際に介入してみると、応用練習や社会適応練習をどうするかが最も重要であり、また難しいと思います。一度にプログラムを増やすことは難しくても、少しずつヴァリエーションを増やしていく努力を重ねてください。

(3) マネジメントの意義について

Q7：このマネジメントの考え方は、作業療法の思考そのものである。わざわざこのシートを使う必要はないのではないか？

A7：確かにこのマネジメントの考え方はこれまでの作業療法の考え方と同じです。しかし、機能訓練に偏ってしまう臨床現場も少なくないようで、研究協力者からも、マネジメントを使ったことによって「作業に目を向けられていなかったことに気が付いた」といった感想が多数寄せられました。

このシートを用いることで、見ている（評価している）つもりで見えていなかったことに気づき、作業に焦点を当てるといった大事な視点が抜け落ちてしまうことを防ぐことができます。

Ⅱ. 入所事業における効果検証報告

1. 事業目的

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

平成 20 年度～22 年度の当研究事業で、高齢者個々の望むセルフケアや家事などの手段的日常生活動作 (Instrumental Activities Daily of Living, 以下, IADL) の他、余暇活動までの幅広い生活行為を把握し、高齢者の有する能力をアセスメントし、その自立を支援する生活行為向上マネジメントを開発した。また、生活行為向上プログラムが通所リハビリテーションや老人保健施設の入所者の健康関連 QOL の評価指標 (健康効用値) に効果があることが検証された。

そこで本年度は、生活行為向上プログラムの老健入所者における費用対効果にも影響が及んでいるかを検証する。加えて、本マネジメントを老健の臨床現場で広く活用するための課題とそれに対する工夫点等を提案する。

2. 実施方法

1) 実施主体

(社) 日本作業療法士協会

2) 研究班員 (○は班長)

施設名	氏名	備考
せんだんの丘	鳴海 奈央	宮城県
ぺあれんと	宮内 順子	山口県
みがわ	田尻 進也	茨城県
ゆうゆう	渡邊 基子 ○	茨城県
わかば	杉本 浩康	東京都

分析担当員： 能登真一 (新潟医療福祉大学)、土井勝幸 (せんだんの丘)

3) 研究協力施設

以下の介護老人保健施設 19 施設。勤務する作業療法士からの協力が得られた施設である。施設宛てに協力依頼文書を送付し承諾を得ると共に、研究協力者に対しては、研究事業説明会 (平成 23 年 8 月 6 日 (土) ～7 日 (日)) にて具体的な研究方法について説明した。

	施設名	氏名	備考
1	水光苑	飯田三奈子	福岡県
2	カーサビアンしろさと	岩渕いずみ	茨城県
3	恵泉	上田章弘	兵庫県
4	なとり	大内義隆	宮城県
5	秋穂幸楽苑	岡田翔子	山口県
6	ひもろぎの園	小木健司	福島県
7	涼風苑	柏川晴美	茨城県
8	カープス姫路	小林照子	兵庫県
9	ゆうゆうホーム	佐藤義則	宮城県
10	大宮フイデハム	柴田梓	茨城県

11	はくあい	中村博子	山口県
12	尚齒堂	西尾優子	山口県
13	リハビリセンターあゆみ	深津良太	滋賀県
14	寿楽苑	村永典子	福岡県
15	わかば	杉本浩康	東京都
16	みがわ	田尻進也	茨城県
17	せんだんの丘	鳴海奈央	宮城県
18	ぺあれんと	宮内順子	山口県
19	ゆうゆう	渡邊基子	茨城県

4) 対象者

対象者は、19の研究協力施設に入所する者である。各施設には、当プログラムを実践する介入群と従来のプログラムを継続実施する対照群の選定を依頼した（計 介入群 90名 対照群 90名）。介入群・対照群の選定に際しては、2群の母集団にバラつきが生じないように要介護度・年齢・性別などの基本属性に配慮するよう依頼した。対象者はご本人の同意の得られた者とし、その後ご家族に文書にて説明を行い同意を得た。

5) 実施方法

(1) 評価

① 基本属性

年齢、性別、要介護度、障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）、認知症老人の日常生活自立度からなる。

② 介入群・対照群に対する介入前後の評価（効果判定）

i) Barthel Index (BI) : ADL の指標

ii) Frenchay Activity Index (FAI) : IADL の指標

iii) Health Utilities Index (HUI) : 健康関連 QOL の指標

※HUIのみ最終評価に加えて、初回から6ヶ月ごとに以後、3年間継続的に調査を行う。

但し、利用終了および退所、死亡をもって中止する。

③ 介入群に対する生活行為向上マネジメントを用いた評価：介入前・介入後1週間

i) 作業聞き取りシートにおける実行度・満足度

ii) 作業遂行アセスメントにおける達成度

(2) 介入：期間は概ね12週とした。

① 介入群

本マネジメントツールを用いて立案したプランを実施。

② 対照群

従来通りのプログラムを継続実施。

実施したプログラムの介入回数と時間を把握するために、介入群・対照群ともに OT 関与時間記録表を作成。また、介入群では、本マネジメントの評価・立案に要した時間（以下立案時間）を記入した。

アプローチ内容を直接個別アプローチ、直接集団アプローチ、間接アプローチの3つ（表1）とし、期間中にそれぞれのアプローチを行った回数と時間を記入した。

表1：アプローチ内容の分類

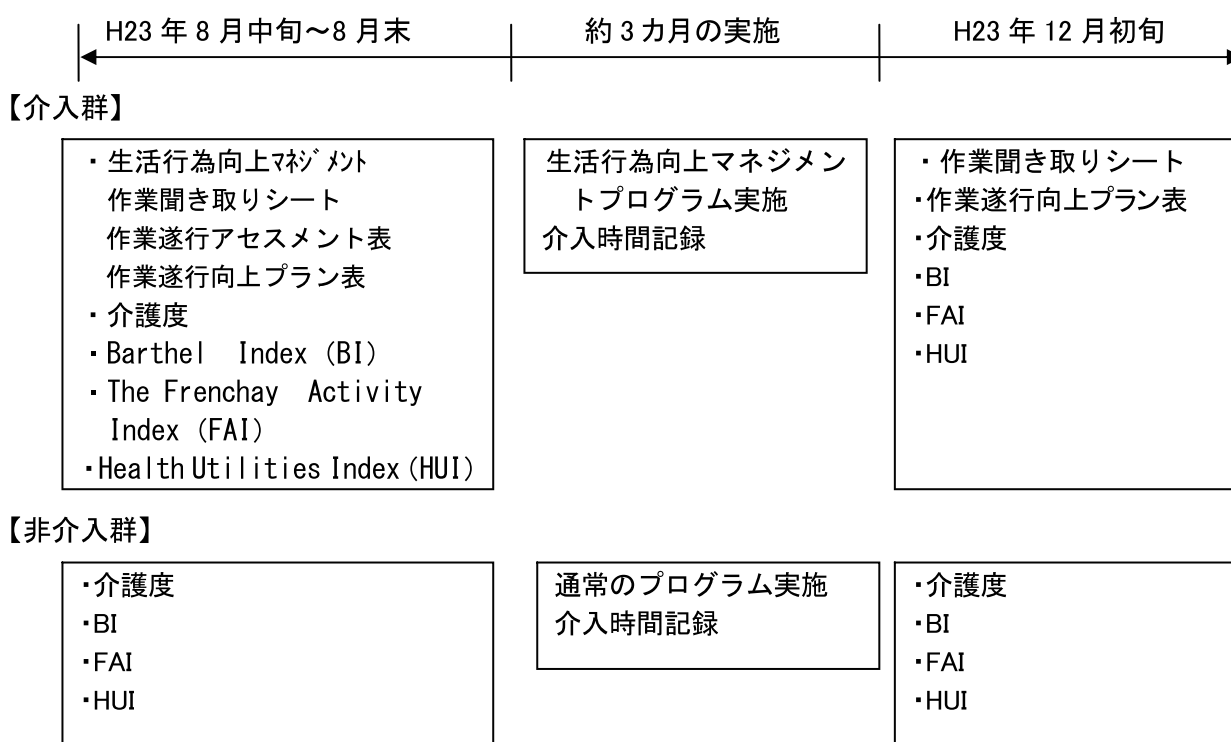
分類	内容
直接個別アプローチ	OT が対象者に直接個別に関わる
直接集団アプローチ	OT が直接関与する集団活動・グループ指導
間接アプローチ	OT が間接的に関わる (他職種への申し送り、アプローチのための準備、 家族への指導など)

(3) アンケート調査の実施：介入終了後、研究協力者（作業療法士）に対してアンケートを実施。

6) 実施期間

平成 23 年 8 月末～平成 23 年 12 月。

平成 24 年 4 月以降の 1 年後の経過評価、6 ヶ月ごとの HUI 評価の実施については、次年度事業における実施とし、協力施設には改めて連絡する。



3. 結果

1) 対象者の特性

介入群と対照群の基本属性を示す（表 2、図 1・2・3）。なお、再評価を完了した介入群 85 名と対照群 85 名を分析対象とした。2 群の比較には対応の無い t 検定もしくは χ^2 検定を適用した。

表 2：対象者の特性

		介入群 (n=85)	対照群 (n=85)	p 値
年齢		84.6±7.3	84.7±8.1	0.968
性別(男性/女性)		16/69	19/66	0.569
配偶者(あり/なし)		30/55	23/62	0.246
家族構成		1.8±1.7	1.6±1.5	0.338
要介護度	要支援 1	2	1	0.576
	要支援 2	1	1	
	要介護 1	13	1	
	要介護 2	18	11	
	要介護 3	26	28	
	要介護 4	23	25	
	要介護 5	3	4	
寝たきり度	正常	0	0	0.888
	J1	1	0	
	J2	1	1	
	A1	17	20	
	A2	16	19	
	B1	26	28	
	B2	20	14	
	C1	2	1	
C2	2	2		
認知症自立度	正常	14	13	0.380
	I	17	10	
	II a	13	10	
	II b	21	22	
	III a	18	25	
	III b	2	3	
	IV	0	2	
	M	0	0	

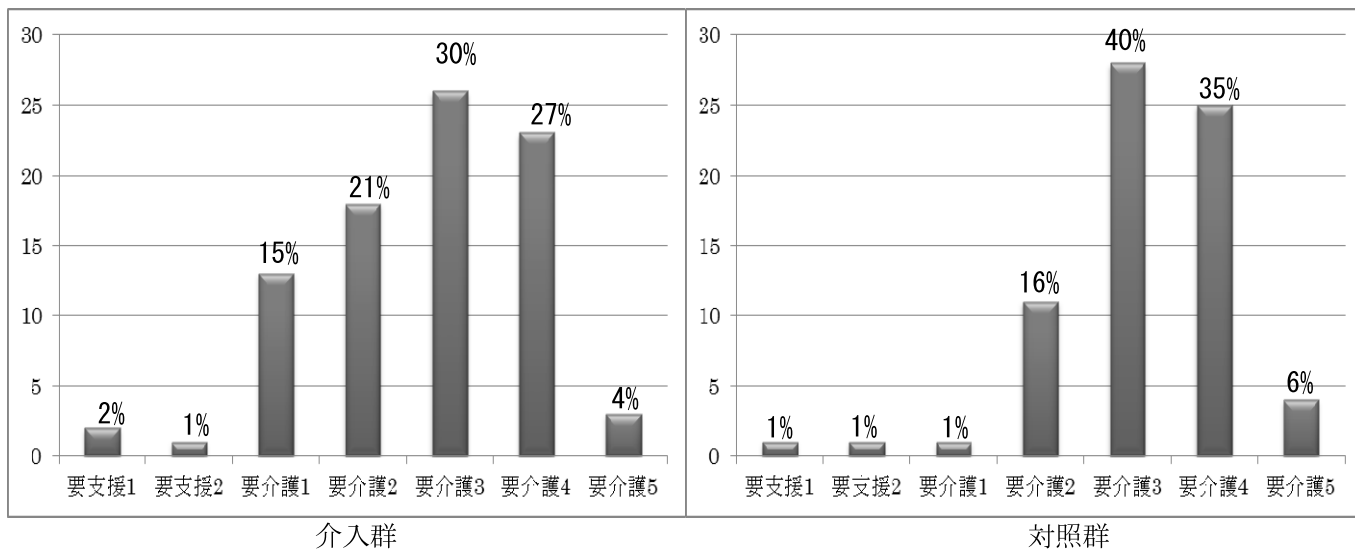


図1：要介護度の割合

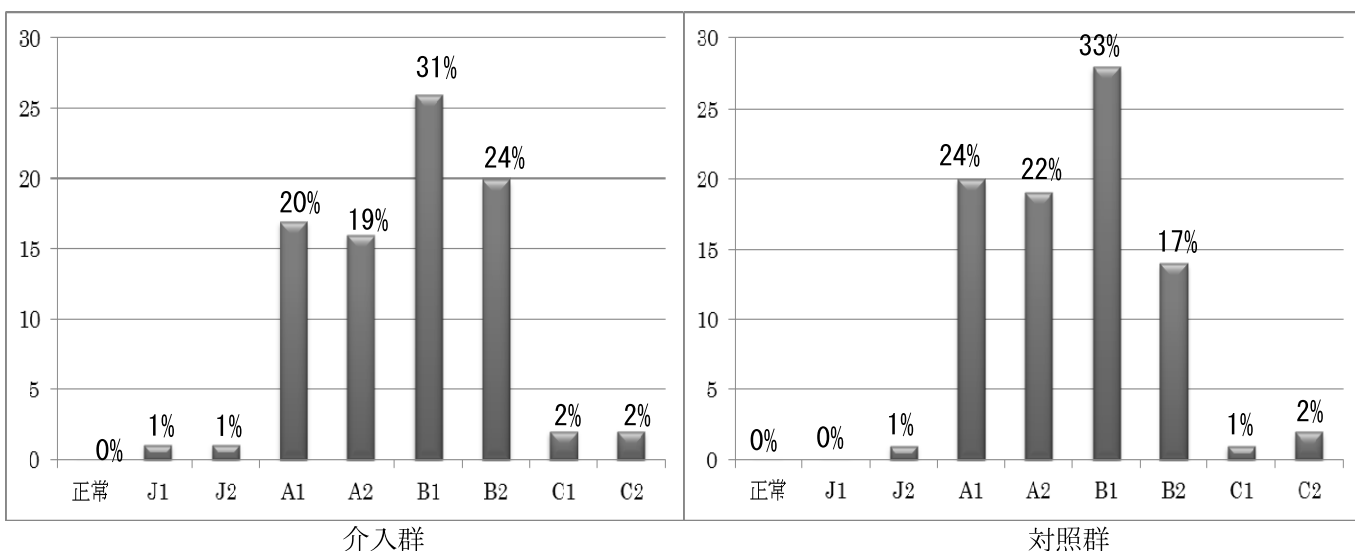


図2：寝たきり度の割合

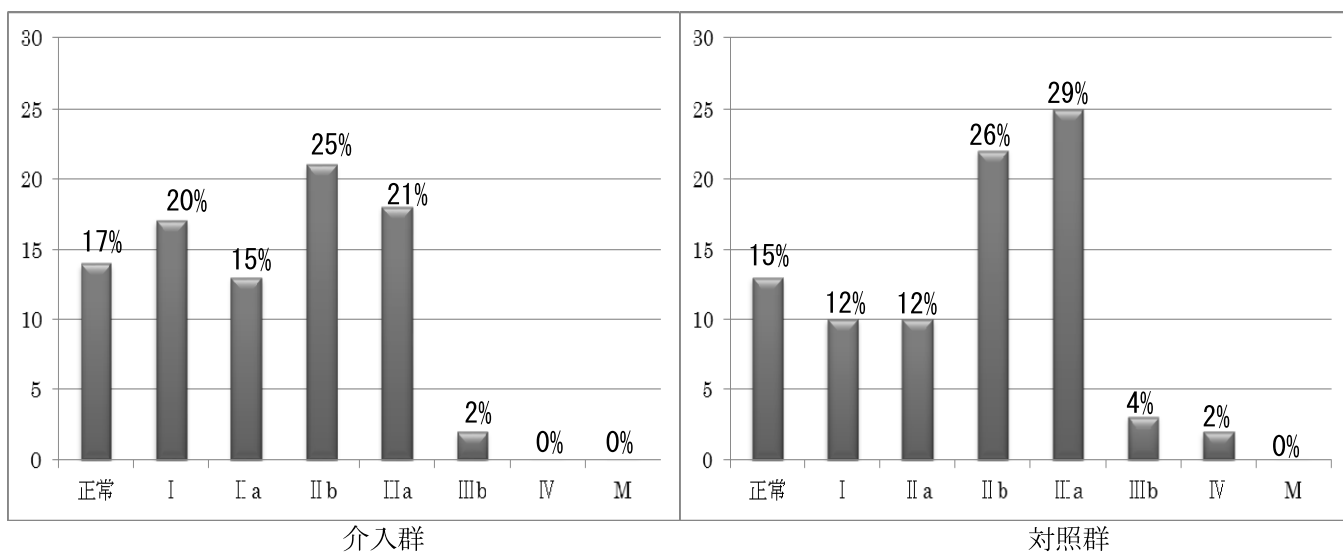


図3：認知症自立度の割合

2) アウトカム指標の変化

介入群と対照群のアウトカム指標の変化を表3に示す。データは上段が初期評価、下段が最終評価であり、()内は最小値 - 最大値である。統計は、介入時期と群分けによる効果判定のため、反復測定分散分析を行った(図4)。介入群にのみFAIとHUIに有意な変化(改善)が認められた。さらに、HUIの寄与領域では、“移動”“認知”“痛み”という3つの領域に有意な改善が認められた。

表3: アウトカム指標の変化

		介入群(n=85)	対照群(n=85)	p 値
Barthel Index		59.1±21.9 (10-95)	57.8±24.1 (0-95)	0.375
		60.9±23.4 (0-95)	57.9±23.7 (0-95)	
Frenchay Activities Index		2.0±2.8 (0-12)	2.0±3.1 (0-16)	0.001
		3.1±3.3 (0-12)	2.2±3.7 (0-18)	
Health Utilities Index		0.12±0.25 (-0.27-0.91)	0.09±0.24 (-0.36-0.71)	0.022
		0.17±0.24 (-0.32-0.97)	0.10±0.24 (-0.25-0.80)	
HUI	視覚	0.80±0.29	0.80±0.29	0.713
		0.79±0.30	0.78±0.30	
	聴覚	0.90±0.19	0.78±0.33	0.901
		0.90±0.21	0.79±0.32	
	会話	0.92±0.13	0.84±0.16	0.180
		0.91±0.14	0.85±0.16	
	移動	0.32±0.30	0.32±0.30	0.028
		0.35±0.31	0.32±0.28	
	器用さ	0.81±0.25	0.83±0.25	0.319
		0.80±0.27	0.85±0.22	
感情	0.79±0.21	0.77±0.26	0.302	
	0.85±0.17	0.83±0.18		
認知	0.61±0.27	0.56±0.27	0.027	
	0.65±0.26	0.54±0.27		
痛み	0.75±0.23	0.81±0.18	0.024	
	0.82±0.18	0.83±0.17		

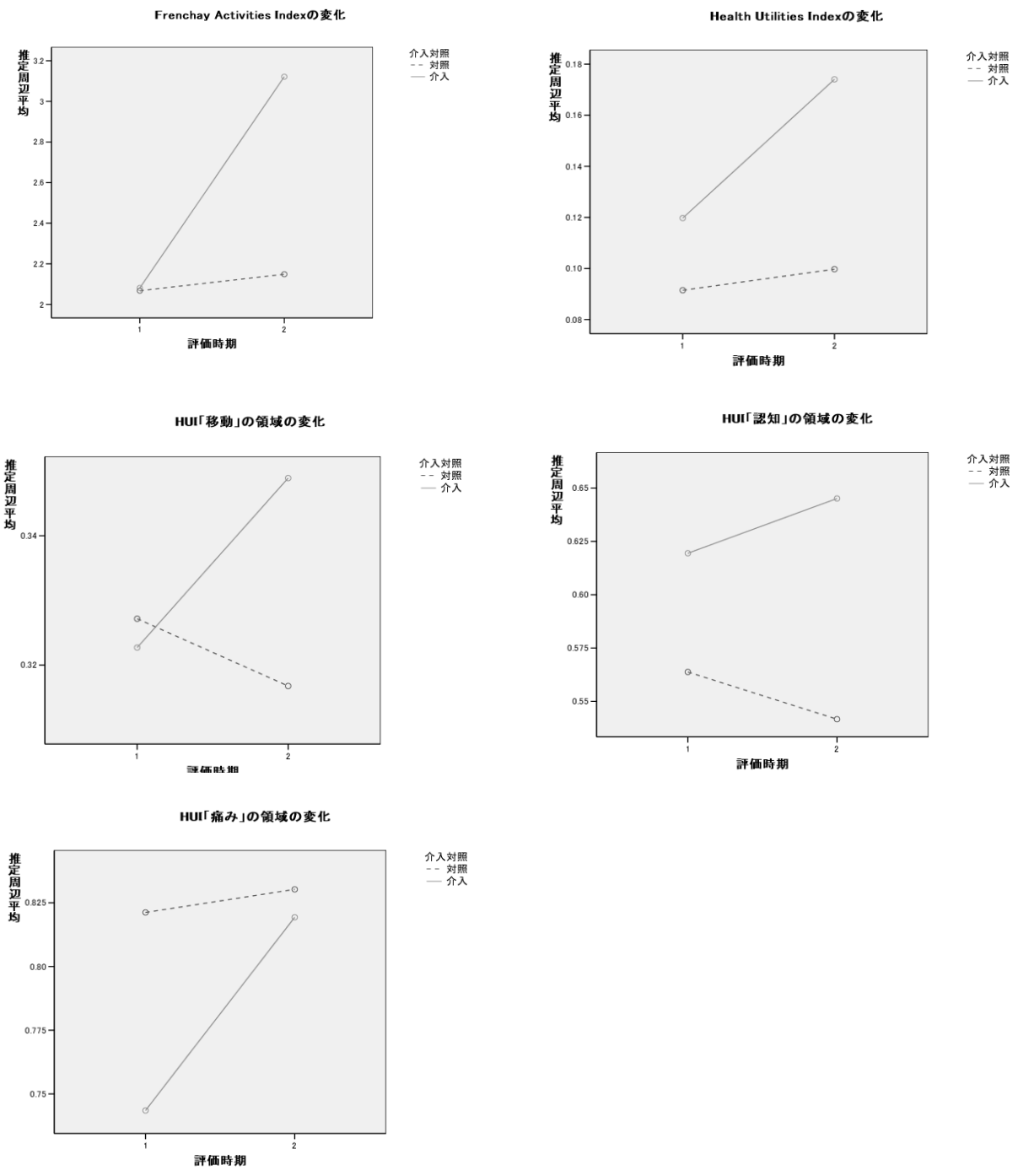


図4：アウトカム指標の交互作用

3) 作業聞き取りシート、アセスメント表、プラン表を用いた介入結果

(1) 目標活動の種類とその内訳

作業聞き取りシートを用いて、対象者から聞き取った目標とする作業活動を表4に示す。対象者は1～3つの作業活動を挙げた。その作業活動を、基本的ADL、IADL、趣味・社会活動、その他に分類した。

表4：目標とする作業活動

基本的ADL (6項目)	人数	IADL (9項目)	人数	趣味・社会活動 (29項目)	人数
歩行	3	料理	10	編み物	5
整容 (整髪・洗顔)	2	畑仕事	8	屋外散歩・外出	5
更衣 (靴・服)	2	庭の手入れ	4	家族とのふれあい	4
トイレ動作	2	洗濯	4	手工芸	4
起居・移乗動作	2	針仕事	3	他者へのプレゼント作成	4
食事動作	2	仏壇の管理	1	他者 (孫・スタッフ) に編んであげる	3
		掃除	1	花の手入れ	3
		買い物	1	友達との会話	3
		衣類の管理	1	大正琴	2
				刺繍	2
				歌を歌う	2
				孫・友人に会いに行く	2
				スケジュール管理	1
				書道	1
				音楽鑑賞	1
				テレビ鑑賞	1
				歴史の勉強	1
				年賀状作成	1
				ゲートボール	1
				ピアノ	1
				読書	1
				絵画	1
				陶芸	1
				絵本の読み聞かせ	1
				夫の話し相手	1
				人に喜ばれる事をする	1
				家族の役に立ちたい	1
				皆と一緒に太極拳	1
				スタッフの髪を切る	1
その他 (5項目)	人数				
家に帰る	4				
自宅外泊	1				
気持ちの向上	1				
物忘れを防ぐ	2				
手が動く	1				

このうち、OT が介入した作業目標は、79 個であった。

挙げられた作業目標の延べ人数は、基本的 ADL13 人、IADL33 人、趣味・社会活動 56 人、その他 9 人であった (図 5)。

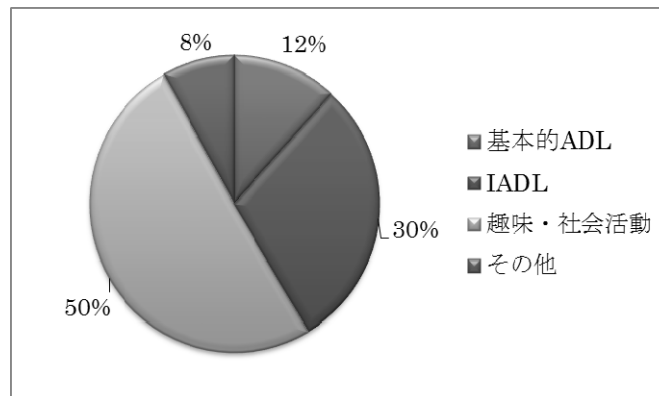


図 5 : 作業目標の割合

趣味・社会活動のうち、目標達成のために他者の存在が必要な目標 (以下他者) と対象者が一人で実施すれば達成できる目標 (以下その他) に分類した。その結果、他者の延べ人数は 22 人、その他の延べ人数は 34 人であった (図 6)。表 3 の黒塗りの枠は、他者を示す。

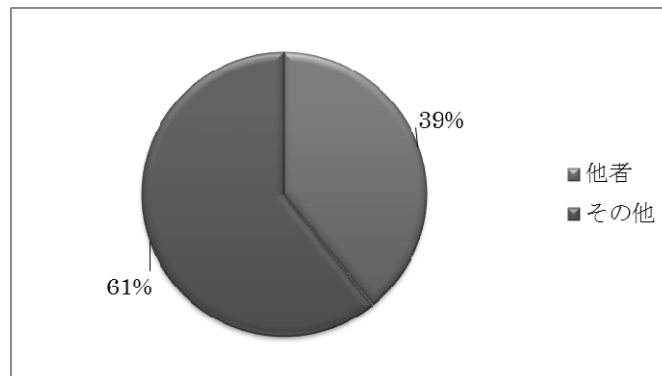


図 6 : 趣味・社会活動の割合

(2) 作業の実行度・満足度の変化

初期評価時と最終評価時の作業聞き取りシートの作業ごとの実行度と満足度の変化を示す。分析の対象とした作業は、プランを立案し実行した作業についてのみとする。作業の実行度と満足度の変化は、低下・維持・向上の 3 群に分類する。実行度の変化は (図 7)、低下 4 人、維持 15 人、向上 60 人であった。満足度の変化は (図 8)、低下 5 人、維持 19 人、向上 55 人であった。

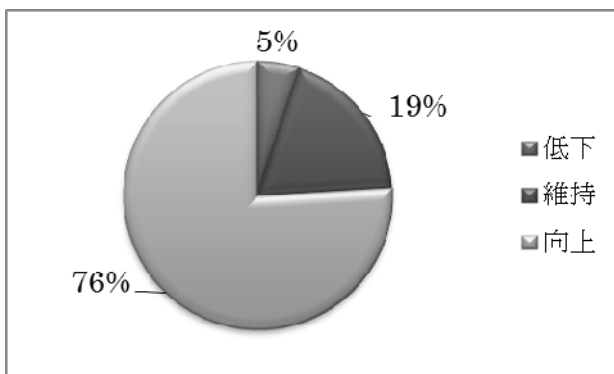


図 7 : 実行度の変化

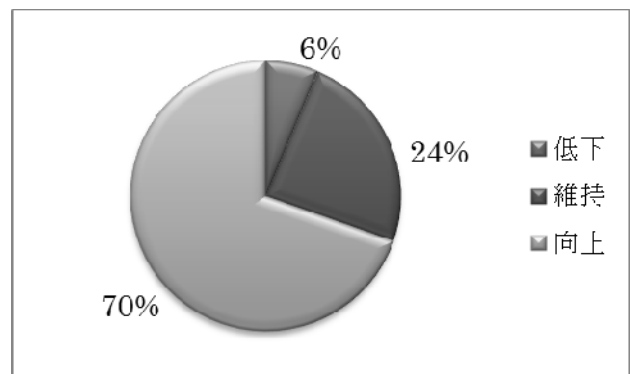


図 8 : 満足度の変化

また、向上群初期評価から最終評価時の実行度と満足度の変化値 (最終評価値 - 初期評価値) を示す (図 9・10)。

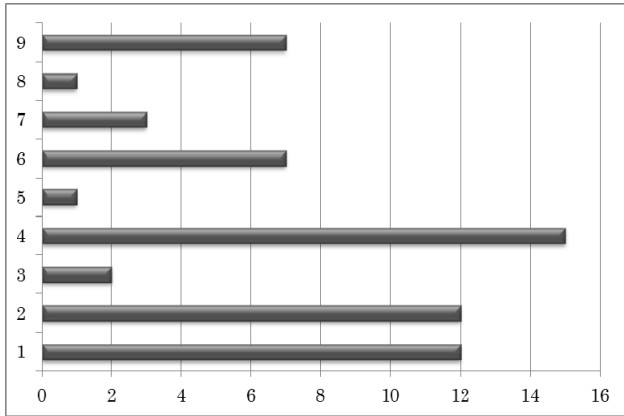


図9：向上群実行度の変化値

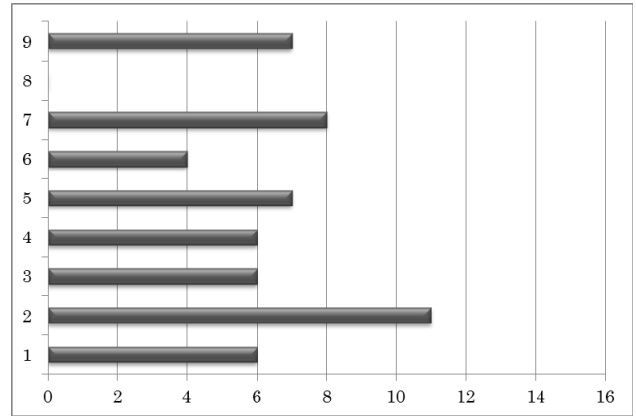


図10：向上群満足度の変化値

(3) 作業目標の達成度

介入後に目標の達成度を、未達成・変更達成・達成で評価した。研究途中で終了となったものについては、中止とした。なお、達成度を評価した目標は、プログラムを立案・実施したもののみとした。その結果、未達成が23名、変更達成が11名、達成が45人であった。その割合を図11に示す。

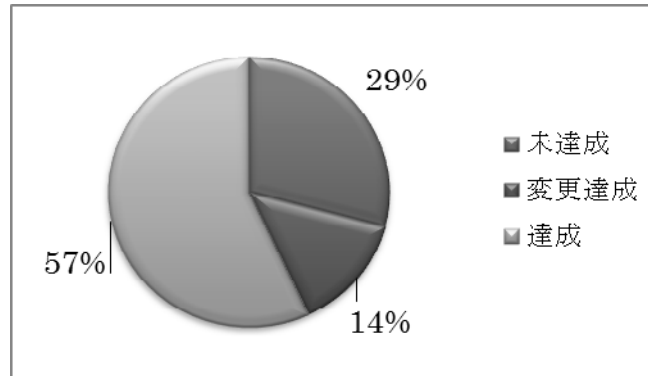


図11：達成度の割合

(4) 作業の実行度・満足度と達成度との関係

達成度（未達成・変更達成・達成）ごとに、介入前後の実行度・満足度の変化（低下・維持・向上）との関係を以下に示す（表5・6、図12・13）。

表5：達成度別実行度

	低下	維持	向上
未達成	3	7	13
変更達成	1	2	8
達成	0	6	39

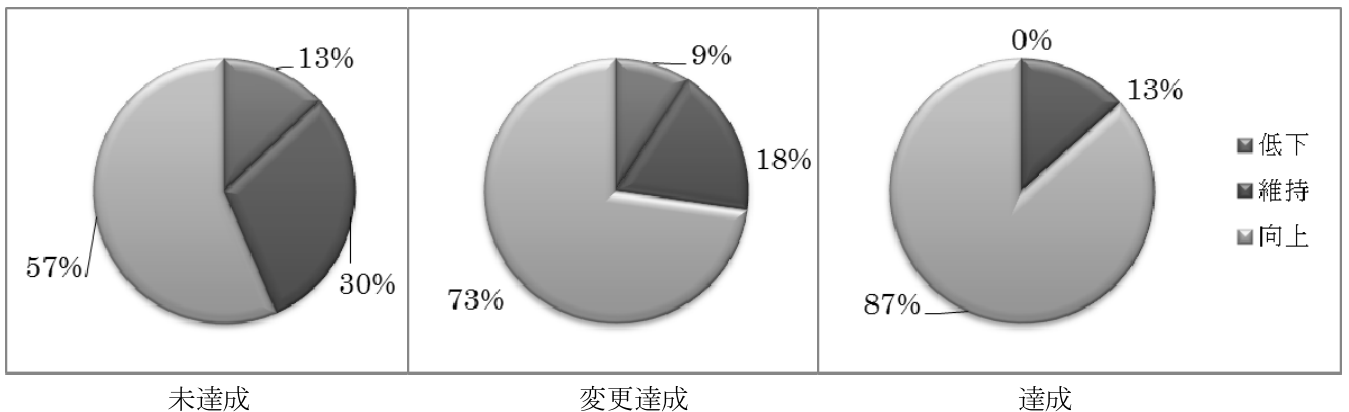


図12：達成度別実行度

表 6：達成度別満足度

	低下	維持	向上
未達成	3	9	11
変更達成	2	2	8
達成	1	8	36

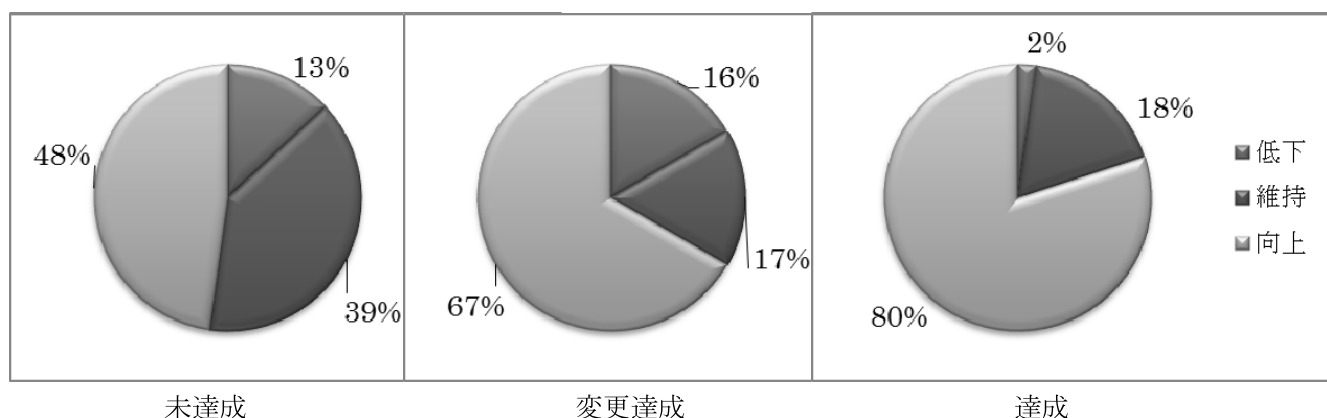


図 13：達成度別満足度

4) OT 関与時間記録表

(1) プログラム実施時間 (介入群・対照群)

約 12 週間の介入期間中に記入した OT 関与経過表において、アプローチごとに回数と時間を集計・分析した (表 7)。介入期間の 12 週間の平均回数・時間を算出し、そこから 1 回の介入時間と 1 週間の介入時間・時間を算出した。また、介入群にのみ、本マネジメントの立案時間を集計・分析した。立案に要した時間は平均 98 分 (最大 360 分、最小 30 分)、平均 8.2 分/週であった。

表 7：関与時間記録

	介入群	対照群	
直接個別アプローチ	12 週間の平均介入回数 (回)	25.1	18.8
	12 週間の平均介入時間 (分)	620.8	395.2
	1 回の介入時間 (分)	24.7	21
	1 週間の介入時間 (分)	51.9	32.8
	1 週間の介入回数 (回)	2.1	1.6
直接集団アプローチ	12 週間の平均介入回数 (回)	12.8	56
	12 週間の平均介入時間 (分)	453.4	479.9
	1 回の介入時間 (分)	12.8	8.5
	1 週間の介入時間 (分)	37.5	40
	1 週間の介入回数 (回)	1.1	4.7
間接アプローチ	12 週間の平均介入回数 (回)	5.3	3.3
	12 週間の平均介入時間 (分)	58	34.6
	1 回の介入時間 (分)	10.9	10.5
	1 週間の介入時間 (分)	4.8	1.1
	1 週間の介入回数 (回)	0.4	0.3

今回の介入			
本人の思いから目標・プログラムを設定	8	本人が積極的に取り組む	1
詳細で具体的な目標設定	5	生活歴を活かすプログラムの実施	1
対象者との目標共有	4	趣味活動や興味を持った活動の実施	1
対象者が主体的	4	介入回数の増加	1
応用的・実際場面での介入	4	その人らしさを引き出す関わり	1
目標に対してのプログラムが明確	4	個別的な関わりの増加	1
潜在的なニーズの把握	3	生活への介入	1
多職種との連携強化	2	プログラムの導入がスムーズ	1
作業を用いた介入	2	直接的なアプローチ	1
		精神的にゆとりある介入	1

⑥今回実施されてみて施設業務における負担はありましたか？

1：はい 35名 (73%) 2：いいえ 13名 (27%)

1：はい と回答された方 (35名) に、どのような点が負担でしたか？ (自由記載)

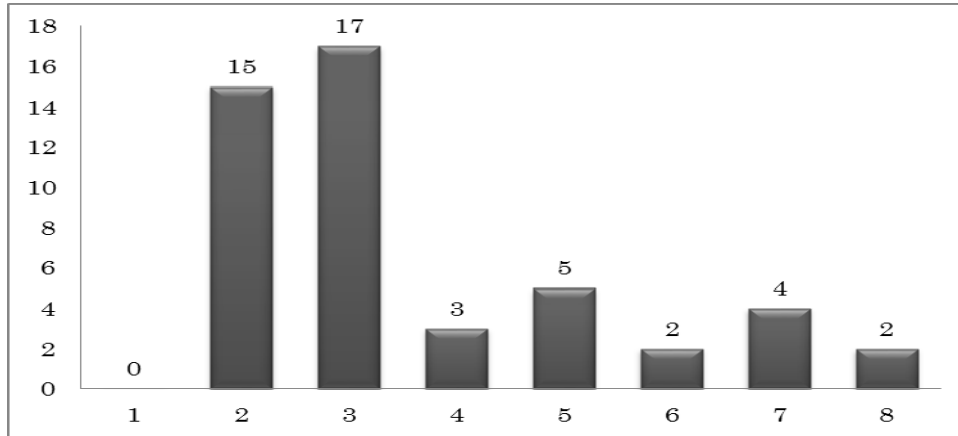
はい	
書類 (アセスメント・プラン表・経過記録) の作成	23
事前準備に時間がかかる	10
介入に時間がかかる	4
効果指標評価の実施	4
他職種とのやりとり	3
介入頻度の増加	1

2：いいえ と回答された方 (13名) に、その理由は？ (自由記載)

いいえ	
経過記録が時間のみの記入	3
1単位でできるよう段階付けた	2
通常の間わりと大差がない	1
OTと対象者との間わりでのプログラム	1
事前に業務調整をした	1
通常の間わりの中での目標	1
評価が前回よりも簡易的	1
実施するのが2回目である	1

⑦実施上の一番の課題は？（1項目選択）

- 1：評価にかかる時間
 2：プログラム実施（準備も含む）にかかる時間
 3：記録（アセスメントやシート記入も含む）にかかる時間
 4：家族の協力
 5：他職種の協力
 6：施設の方針
 7：セラピストの資質
 8：その他



⑧上記課題を解決するための工夫点は？（自由記載）

2	
多職種の協力を得る	4
現在のリハ計画書・ケアプランにも盛り込む	3
1日にリハを行う人数を調整する	2
業務時間外に準備をする	1
小集団での個別的な関わり	1
準備にかかる時間の効率化	1
介入に必要な経費の捻出	1
セラピスト人員の余裕	1
普段から対象者主体の関わり	1
現在のプログラム見直し	1
現在の業務の見直し（時間の使い方）	1
OT個人のスキル	1
マネジメントに加算が付く	1
3	
記録表の簡略化	7
記録表の工夫（チェック式）	4
現在のリハ計画書との融合	2
パソコンソフト・フォーマットの作成	2
記入例の記載	3
事例集の作成	2
4	
対象者・家族の意向の把握	2
普段からの関係作り（面会時に話をする）	2
5	
会議以外の場でも他職種と話をする	2
他職種と一緒にできるような体制作り	2
目標の共有	2
各専門職の役割の明確化	1
6	
時間に見合った加算	1
施設で課せられる役割との調整	1
7	
普段から対象者・家族の思いを把握する	1
柔軟で多様なアプローチの検討	1
対象者と協働する姿勢	1
作業の適応に重点を置く	1
8	
目標設定を上手に行える	1
作業提供のやり方を工夫する	1

⑨今後のこのマネジメントを実践の中で使用するか？

1：はい 29名 (60%) 2：いいえ 1名 (2%) 3：わからない 18名 (38%)

上記のように回答された理由は？（自由記載）

1		2	
対象者の希望を叶えていきたい	4	考え方は参考になるが、実践では使用できない	1
生き生きとした活動の実施	4		
潜在的ニーズを引き出せる	4	3	
対象者が主体的になる	3	時間がかかる	11
対象者の表情が良くなる	3	対象者の状況に応じて使用する	5
この考え方を関わりの基本としていく	2	考え方は取り入れていく	5
対象者の意欲の向上が得られる	2	効果が分かりにくい評価指標である	2
具体的に目標設定できる	2	制度化されれば取り入れる	1
PTとは違うアプローチとして専門性の発揮	2		
作業に焦点を当てることができる	2		
対象者との目標共有	2		
効果を実感した	2		
関わる時間の増加	1		
対象者の反応が良い	1		
興味関心チェックリストを活用	1		

⑩このマネジメントを有効活用できる対象者の適応条件は？（自由記載）

ある程度の認知機能を有する （目標が聞き取れる、HDS-Rを指標、重度認知症は除外）	19
意思疎通・意思表示が可能	17
自分の希望が明確	6
家族の協力が得られる	3
目標の理解が可能	3
リハ・活動意欲が低い	3
重度失語症は除外	3
考え方は全てに適用できる	2
変化を認識できる	2
パーソンセンタードケアとの併用	1
機能訓練を優先すべき利用者は難しい	1
強いうつ・そう状態ではない	1
要支援～要介護3まで	1
在宅ベースのケアを目指す	1
意欲がある	1
IADLを目標にできる	1
目標があいまい	1
認知症のアクティビティとして	1
長期入所者の意欲向上のため	1

⑩意見・感想（そのまま記載）

自分の作業療法・業務などを見直す機会になりました。日常の業務の中で、行っていくとすれば、シートの簡略化が望ましい。
今回のアセスメントなど日々いつも頭のなかでしていることを記録を通して、整理できたり、いつも当たり前にしていたことや、きづけなかったことを振り返ることができたのでよかった。
12年の経験のなかで、多くの利用者さまや、ご家族、スタッフと関わってきた。昨年度より引き続きのプロジェクト参加より、OTの考え方は、対象者が誰であろうとかわらず、全ての自分の関わるひとへの関わり方に通じてくると感じている。後輩や学生さんが、いまなにをどうしたいと考えているのか、それをうまくできるように、根回しをしたり、アドバイスするとしたら・・・と普段何気に行っていることが、まさにそれである。狭い価値観ではなく、多種多様の考え方を受け入れ、適切な評価とプランニングを行い、後輩の育成にもつなげていくこと、まさにコーチングにもなると感じている今日この頃です。
対象者のためと思いやった事が、かえって自分の勉強になり作業の大切さを実感した。今後もさらに対象者の生活の中に作業を積極的に入れて行きたいと思う。
対象者は目標と身体機能に大きな差がある方で、なかなか短期目標までの達成では納得がいけない方であり、目標設定が難しかった。妥協する事が難しく、結果として満足いかないとの解答を得た。予後予測を踏まえた説明をしても、納得が行かないところに難しさを感じた。
頭の中に思い描いているものを、具体的な言葉にすることの難しさを感じた。実施し続けていけば、慣れていくものなのか？個人差は出やすいかと思う。
利用者からの目標を聞きだす所と、それを踏まえて評価し、実現可能なプログラムを立案していくための書き方のシートが使いづらい印象を受けた。
利用者からの新たな反応、できることが、この実践の中で発見できた。聞き取り、アセスメントの重要性を再確認できた。
今回OT介入時間を記載してみても実際に関わっている時間がどのくらいあるのか分かり、参考になった。
関わる機会をいただきましてありがとうございました。
時間を持て余しておられる方もおられる為、導入することで役割・できる事が増えていけるように関わっていきたいと思います。
退所後が在宅であれ、他の施設であれ、利用者様の今後の生活のことを考えながら活用していければと思います。
入所・通所・在宅関係なく、利用者様の残りの時間が充実できるよう、活用していければと思います。
生活行為向上マネジメントが当たり前のように行えていくことが大切なのではないかと感じた。
今回のスケールの使用により、利用者様の小さな目標が明確にでき活力に繋がったと思う。セラピストとしても、思考過程を記述することで新たなアプローチの発見に繋がった。
作業に焦点を当てることは作業療法士として、職業の基盤となる重要な考え方だと思います。それを明確な書式に具現化した今回の事業は、とても画期的なものであると体感しました。
ニードの変更達成や経過、訓練内容などが変わった際にどのように記載すべきか分かりにくかった。

4. 考察

1) 対象者の特性について

厚生労働省による平成22年介護サービス施設・事業所調査結果によると、老健入所者の年齢階級別在所者数の構成割合は80歳以上の超後期高齢者が77.6%であり、要介護度は要介護4が最も多かった。本研究の対象者は、介入群・対照群ともに平均年齢は84歳であり、超後期高齢者の区分であった。また、要介護度は、要介護度3が最も多く、次いで要介護度4が多かった。対象者の年齢ならびに要介護度は、全国平均的であり、平均的な老健の入所者の属性であると考えられる。

寝たきり度では、J1ランクからC2ランクまでが含まれていた。その中でもBランクが約50%を占めており、車椅子レベルの生活で介助を要する利用者が多いことが分かる。また、認知症自立度では、正常からⅢbランクまでが含まれていた。上述した厚生労働省の調査結果では、Ⅲランクが37.8%と最も多かった。今後さらに、認知症を有する入所者の割合が増加すると予測されている。作業療法士として、認知症入所者にい

かに関わっていくべきかの検討が急務であると考えられる。本研究の対象者にはⅢb ランクも方も含まれており、本研究の結果は認知症入所者に対するアプローチの検討において、一示唆を与えるものになると思われる。

2) アウトカム指標の変化について

約12週間の介入後、介入群にのみ IADL の指標である FAI と健康関連 QOL の指標である HUI に有意な改善が認められた。さらに HUI の寄与領域では、移動・認知・痛みの3領域において有意な改善が認められた。ADL の指標である BI は、介入群・対照群ともに維持レベルであった。

FAI に有意な改善が認められた要因について考察する。FAI は IADL の指標であり、IADL は手段的日常生活動作と訳され、ADL より複雑で高次な動作を意味している。買い物や洗濯、掃除等の家事全般、金銭管理や服薬管理、外出した乗り物に乗る事等であり、趣味のための活動も含むと考えられている。対象者が挙げた作業目標の分類では、BI に相当する基本的 ADL は12%であり、IADL に相当する IADL と趣味・社会活動を合わせると80%であった。つまり、介入の目標とした作業が IADL に相当するものが多かったことから、FAI に有意差が認められたと考えられる。老健におけるリハビリテーションは、自立支援の観点から ADL の自立に主眼が置かれることが多い。そのため ADL に対する介入は従来から行われているものの、IADL と趣味・社会活動に対する介入は ADL と比較すると少ないのではないかと考えられる。それゆえ、本研究において介入を行ったことで、有意な改善が認められたと考察される。

次に、HUI の有意な改善と、移動・認知・痛みという3つの寄与領域における有意な改善の要因について考察する。HUI は健康関連 QOL の指標として用いられていることから、介入の結果、介入群の方が健康関連 QOL が有意に向上していたと換言できる。QOL の維持・向上は我々作業療法士にとって、重要な目標である。これに対する効果的な介入は様々報告されているが、本研究もその一つとなりうるのではないかと考えられる。3つの寄与領域における有意な改善について考察する。移動については、介入によって通常よりも活動量が増加したのではないかと考えられる。自らの掲げた作業を目標とし取り組むことは、通常の介入時と比較すると、対象者がより積極的にそして主体的に活動に参加することができていたのではないかと推察される。認知については、対象者が与えられた活動を受動的に行うのではなく、上述したように主体的に活動に取り組んだ結果、精神機能面の変化が生じたと考えられる。また、介入を通して、作業療法士のみならず介護・看護職も含めたスタッフとのコミュニケーションに変化が見られた事も、影響を及ぼしていると推察される。痛みについては、痛みに対する身体機能的な直接介入の結果というよりも、むしろ痛みの心的側面への介入結果であると考えられる。痛みには、器質的な問題のみならず、心因的要因が大きく関与している。作業聞き取りシートに基づいて聴取した対象者の望む作業目標から介入目標を立案し、対象者とともに介入を実施したことが心的側面へもプラスの影響を及ぼしたと考えられる。この結果は、痛みを訴える対象者に対する介入を検討する際の一助となりうる。HUI については、今後3年間に渡り6か月ごとにデータ収集を行い、費用効用分析を行っていく予定である。

3) 作業聞き取りシート、アセスメント表、プラン表を用いた介入効果について

作業聞き取りシートにて対象者から聞き取った目標とする作業は、趣味・社会活動が最も多かった。老健では自立支援の観点から、リハビリ介入も ADL の自立に主眼が置かれることが多い。昨年同様、今年度の結果からも分かるように、もちろん ADL の自立も重要な目標ではあるが、対象者の望む作業は ADL にとどまらず趣味・社会活動まで多岐に渡る事が明らかとなった。これは、我々が介入の目標を決定するプロセスにおいて、意識的に対象者の真のニーズを把握しようと心掛けることの必要性を示唆している。つまり、ややもすると対象者にとっては押しつけの目標となっている危険性も考えられるからである。また、趣味・社会活動のうち、39%がその目標達成のために他者の存在が必要な目標（例 孫にマフラーを編んであげたい、友達に会いに行きたい、人に喜ばれることをしたい等）であった。これは、ICF で言う社会参加レベルの目標であると言える。施設という限られた環境であっても、対象者は様々なレベルではあるが社会参加を望んでおり、その中で自己効力感を感じ自己の存在価値を見出そうとしているのではないかと推察される。これは、作業療法を展開していく上で重要な知見であり、関わりの中で忘れてはいけない視点であると考えられる。作業の聞き取りに際して、興味・関心チェックリストを用いた人もいた。昨年度そして今年度の対象者が挙げた作業目標は、現行の興味・関心チェックリストの項目には該当しないものもあった。今後、興味・関心チェックリストの項目を見直すことで対象者の興味ある活動を明らかにしやすくなるのではないかと考える。

介入前後の作業の実行度と満足度の変化はともに約95%が維持・向上しており、低下は5%のみであった。これは対象者の主観的評価であるが、介入前後で最大9(1から10へ)変化した方もいた。達成度は、変更達成と達成を合わせると約70%の方が何らかの形で達成に至っていた。一方で約30%の方は未達成であった。これは、作業療法士による客観的評価であり、目標が具体的で明確であることから達成度の評価を明確に行うことができたためであると考えられる。達成度ごとの実行度と満足度の変化は、達成であれば、実行度が低下した方はいなかった。しかし、未達成であっても、57%は向上しており、低下は13%のみであった。同様に満足度についても、48%は向上しており、低下は13%のみであった。つまり、未達成であっても実行度・満足度は、低下よりも維持・向上している方が多かった。客観的評価である達成度には関わらず、主観的評価である実行度と満足度は維持・向上する傾向にあると言える。これは、自らの掲げた目標に対して主体的に取り組むことができたというプロセスが、たとえ未達成であったとしても実行度・満足度の維持・向上につながったと推察される。結果ももちろん重視しなければならないが、対象者にとってはそこに至るプロセスが重要である事が示唆された。

4) OT 関与時間記録について

関与時間記録の集計・分析から得られた結果について、アプローチごとに考察していく。

直接個別アプローチについては、現行制度上のリハビリテーションマネジメント(20分/2回/週)による介入では、個別と集団リハを各々週1回20分(20分/1回/週)とした場合、本研究の介入期間である12週間では、240分(20分×12週)が個別アプローチの上限となる。しかし結果より、介入群では12週間の介入時間が620.8分で2.6倍、対照群でも395.2分で約1.6倍といずれも介入時間が増大していた。また、介入回数については、介入群では2.1回/週、対照群でも1.6回/週であり週1回以上の個別アプローチが実施されていた。介入群・対照群ともに個別アプローチの時間と回数は、現行制度の上限よりも増大しており、さらに対照群と比較すると介入群の方がより多くの時間と回数を介入に要することが分かった。本マネジメントを臨床現場で広く活用するためには、これらが実践できる時間と回数など、現行制度の見直しが求められる。

直接集団アプローチについては、同様に現行制度では240分が上限であるのに対し、介入群では453.3分で1.9倍、対照群では479.9分で約2.0倍と介入時間が増大していた。また、介入回数については、介入群は1.1回/週に対し、対照群では4.7回/週となり対照群では個別よりも集団アプローチが多用されている傾向が伺える。介入群・対照群ともに現行制度の上限よりも増大していたが、対照群の方が介入時間・回数ともに多かった。これは、介入群では集団よりも個別アプローチが必要であると換言できる。対象者それぞれのニーズに沿ったオーダーメイドの介入を実施するためには、集団よりも個別的な関わりが重視されるためであると考えられる。

間接アプローチについては、対照群に比べ介入群の方が若干回数・時間とも多いものの、直接アプローチと比較すると極端に少ない結果であった。多職種連携なくしては老健のリハは成り立たないと言われている。しかし、今回の結果より多職種連携が十分に機能しているとは言い難く、今後、多職種連携による効果検証ならびに多職種連携のあり方の検討が必要である。

上記の結果を基に、現行制度を基準とし、本マネジメントを実施する際に必要となる人員配置(図14)ならびに費用(図15)を算出した。入所定員100床の老健では、現行制度では1.7人の配置が必要であるのに対し、本マネジメントを実践するためには4.2人の配置が必要であることが分かった。また、人件費を算出すると、現在よりも約1000万円の人件費投資が必要となることが明らかとなった。

本マネジメントを臨床場面で活用するために必要な介入時間と回数を確保するためには、現行制度の人員配置基準の約2.5倍である4.2人が必要であり、これには約1000万円の人件費が必要となる。施設運営において、これは大きな課題である。今後のHUIの追跡調査により介入効果を継続調査し、費用効用分析を行ないながら、費用に見合った効果が得られるかどうかを明らかにしていくことが、施策への提言においても重要な課題である。

A. 介護老人保健施設の基準等の現状

配置基準 100 : 1 (PT, OT, STのいずれか) = 週40時間勤務 (8時間×週5日)
 サービス提供の義務 リハビリテーションマネジメント 1人×20分×2回/週
 ⇒ 入所定員100×20分×2回/週=66.6時間必要
 配置基準 40時間/週 (1.0) < サービス提供の義務 66.6時間/週 (1.7)
 上記より、最低配置基準として 100 : 1.7 が必要である。

B. 生活行為向上マネジメント・プログラムの実践 (研究結果より)

現行の基準に対し 個別では 約2.6倍 (51.9分/週)、集団では 1.9倍 (37.5分/週)
 立案時間は 8.2分/週/1人 要しており、合計必要時間は 97.6分/週/1人 となる。
 100床の場合 リハビリテーションマネジメント 40分/週 ⇒ OT1.7名
 生活行為向上マネジメント 97.6/週 ⇒ OT4.2名が必要



A. 入所定員 老健 (100床) で実践するための配置基準の提案

現行配置基準 100 : 1 (PT, OT, ST) ⇒ OT 4.2 以上の配置が必要

図 14 : 求められる人員配置

理学療法士・作業療法士の給与 (厚労省：平成23年度賃金構造基本統計調査)
 従業員数 10人～99人の場合

年齢	勤続年数	所定内実労働 時間数	超過実労働 時間数	決まって支給 する現金給与額	年間賞与その他	
					所定内給与額	特別給与額
歳	年	時間	時間	千円	千円	千円
33.5	4.9	169	6	305.0	293.5	557.9

上記より算定する作業療法士の平均年収 30.5万円×12ヶ月+55.79万円=421.79万円

入所における人件費コスト	
平均年収 421.79万円	×4.2名 (必要人員) = 1771.51万円
100床の老健にかかる人件費投資差額 (1771.51-421.79×1.7)	= 1054.47万円

※実施に伴う、モニタリング、事務作業等にかかる時間・経費等は未計上

図 15 : かかる費用

5) アンケート調査の結果について

(1) 作業療法士

経験年数は平均 5.9 年で、1 年目から 21 年目までであった。老健での経験年数は、平均 4.7 年目で、1 年目から 18 年目までであった。昨年度同様、老健で勤務する作業療法士の経験年数は様々であり、比較的、新人から中堅者が多いと言える。

生活行為向上マネジメントの使用経験については、54%が初めて使用される方であった。昨年度から本研究事業に携わり使用経験のある 46%のうち、昨年度と業務の負担の変化を尋ねたところ、77%が負担は減ったと回答されていた。昨年度の課題を踏まえ、マネジメントシートの簡略化などを行った結果であると考えられる。

今回の介入を実施して対象者に変化が見られたと回答したのは 90%であった。変化が見られた点の自由記載の結果から、介入によって、意欲や自発性の向上、笑顔の増加などの精神心理面の変化と、自信がついたなどの自己効力感の獲得などの変化が得られると考えられる。高齢者においては、精神心理的側面は身体機能面ならびに ADL 面にも大きな影響を及ぼす。また、喪失体験を積み重ねている高齢者にとっては、自己効