平成２４年度老人保健健康増進等事業

生活行為向上の支援における介護支援専門員と作業療法士との連携効果の検証事業

報　告　書

２０１３年３月

一般社団法人　日本作業療法士協会

平成 24 年度老人保健健康増進等事業

生活行為向上の支援における介護支援専門員と作業療法士との連携効果の検証事業

目　　次

はじめに 1

第一章　研究概要 3

第二章　研究のまとめ 5

第三章　脳卒中モデルにおける介護支援専門員との連携とその効果 11

Ⅰ．目的 11
Ⅱ．事業概要 11
Ⅲ．実施方法 12
Ⅳ．結果 12
Ⅴ．考察 44
添付資料 47

第四章　廃用モデルにおける介護支援専門員との連携とその効果 49

Ⅰ．目的 49
Ⅱ．事業概要 49
Ⅲ．実施方法 49
Ⅳ．結果 50
Ⅴ．考察 63
添付資料 65

第五章　認知症モデルにおける介護支援専門員との連携とその効果 77

Ⅰ．目的 77
Ⅱ．事業概要 77
Ⅲ．実施方法 77
Ⅳ　結果 79
Ⅴ　考察 89
添付資料 95

はじめに

作業療法は、人が人らしく生きるための手段である「作業」を治療的に用いて、国民の健康に寄与してきた。作業療法が昭和 40 年産声をあげ、４７年間その考え方は一貫している。「人は作業を行うことで健康になれる」というキャッチコピーは作業療法の原点に帰るための一つのメッセージであり、また、日本の医療の在り方を問うメッセージでもある。

利用者主体、インフォームドコンセント、QOL に視点を当てた医療など、従来の医療の中で「臓器」から「人」に向けた医療へと国も各学会も舵を切っているが、ご存知の通り、その成果はなかなか上がらず、依然として臓器医療中心の医療界である。

一方、作業療法はリハビリテーションという概念の中で捉えられている。実際、リハ専門職といったら作業療法士、理学療法士、言語聴覚士の３職種をさしている。しかし本来、作業療法の対象は「生活行為の障害」である事を考えると、医療、介護以外にもその対象者は多く存在しており、それへのアプローチも必要と考える。具体的には、特別支援教育への支援、閉じこもり、受刑者の社会復帰など医療、福祉以外の領域でも実践がなされている。

つまり、「作業療法」の適応は、従来の医療、福祉を中心としながらも、教育、一般社会へと広がっておりそれらを包含する「作業療法」の再考が必要となっている。

さて、本年度の調査は、「生活行為向上の支援における介護支援専門員と作業療法士との連携効果の検証」である。介護支援専門員の課題については、アセスメントにおいては、「原因の解釈」、プランニングにおいては、「予後の予測」、「医療情報の活用」、「自立支援型支援計画」、モニタリングにおいては、「評価基準及び技術」等が挙がっている。

これらの現状を鑑み、本年度は、急性期病院、回復期病院から在宅支援における連携、廃用性症候群を基楚とした対象での連携、認知症早期介入における連携の３つをテーマに研究を行った。

内容は、「生活行為向上マネジメント」に基づく介入の連携であり、自立支援型計画、利用者主体のアセスメントと介入プログラム、目標の明確化、統一したアウトカム指標、連携の様式等の要素が含まれている。なお、生活行為向上アセスメントに基づく介入の効果については、平成２０年～平成 23 年度の研究事業において、明らかにされており、今年度は、その上での連携に主眼をおいた研究を行ったところである。

連携を進めるためには、「共通言語」「内容」「方法」「時期、頻度」等の要素が挙げられるが、本研究事業において、それらの項目において、一定の指針が示された。今後はこれらの成果が施策として取り上げられ、国民にその成果が届くように努力して行きたい。

障害者や高齢者になっても、生き生きと生活をしている方々をみると、する仕事（作業）があり、役割があり、やる気がある。作業療法はそのような生活になるように支援すること使命であり、「生活行為向上マネジメント」は、それを誰もが行えるようにしたものである。国民の健康を支える一手段として活用が進むよう、さらなる取り組みをして行きたい。

最後に、本研究事業にご協力を頂きました患者、利用者、事業所の方々に心より感謝を申し上げる。

平成 25 年 3 月

一般社団法人 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

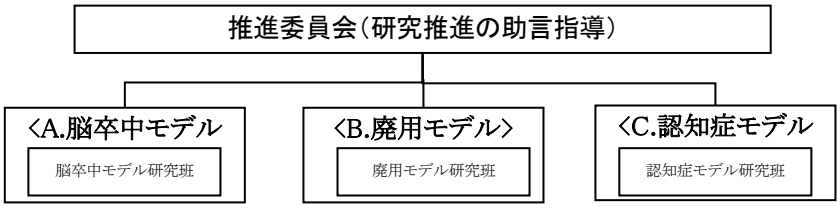
ケアマネジメントにおける利用者の生活行為向上の支援の推進を図るため、ケアプラン作成時点における介護支援専門員と作業療法士との効果的な連携のあり方を明らかにすることを目的とする。

上記の目的を達成するために、３つのモデルを対象とした連携モデル事業を実施し、連携の効果検証とケアプラン作成時点の留意点を明らかにする。

２．研究体制

本研究事業は、以下の体制にて実施を行った。

図表 1 研究体制



１）推進委員会

本調査研究全体の推進と各モデルの研究に対する助言指導を行う会議体として、推進委員会を組成した。推進委員会の委員は以下の通りである。

図表 2 推進委員会委員一覧

委員名	所属	職種
池田省三	龍谷大学	教授
石黒秀喜	長寿社会開発センター	常務理事
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
川越雅弘	国立社会保障・人口問題研究所	研究員
木村隆次	日本介護支援専門員協会	会長
齊木　大	日本総合研究所	研究員
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
菅原弘子	福祉自治体ユニット	事務局長
鈴木邦彦	日本医師会	常任理事
東内京一	和光市役所	次長兼課長
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	特定非営利活動法人　夢の湖舎	理事長
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
中村春基	日本作業療法士協会	会長

推進委員会は年度内に 3 回開催を行った。開催日程と主な議題は以下の通りである。

図表 3 推進委員会開催概要

回数	開催日時	主な議題
第 1 回	平成 24 年 8 月 4 日（土）14:30～17:00	・研究事業概要について ・各研究班の研究計画ついて
第 2 回	平成 25 年 1 月 26 日（土）14:30～17:00	・各研究班の研究進捗状況について
第 3 回	平成 25 年 3 月 9 日（土）14:30～17:00	・各研究班の研究のとりまとめについて

２）研究班

各モデルの研究の具体的な推進方法の検討と実施を担うのが研究班である。３つのモデルそれぞれに対応して「脳卒中モデル研究班」「廃用モデル研究班」「認知症モデル研究班」の３つを設置する。

各研究班は、研究フィールドの担当者を含む介護支援専門員及び作業療法士の実務者 5～6 名で構成し、各班とも、計 5 回程度開催を行った。

第二章　研究のまとめ

1　介護支援専門員と作業療法士との連携に関する効果

本研究では、3 つの連携モデルのそれぞれについて、ケアプラン作成時点における介護支援専門員と作業療法士との効果的な連携のあり方を明らかにすることを目的とした。

その結果、介護支援専門員と作業療法士との連携について、3 つのモデルに共通して以下のような効果が認められた。

- **（特に ADL/IADL の改善見通しや環境因子に関する）アセスメントの質の向上**
  作業療法士が作成・提供する「退院時リハビリテーション指導書」により、介護支援専門員が、利用者の ADL/IADL の改善見通しを掴み、それを実現するための具体的なケア内容を捉えやすくなる。また、そのことにより介護支援専門員が自立支援型のケアプランを作成しやすくなる。また、作業療法士が介護支援専門員と利用者宅を同行訪問することにより、環境因子に関わるアセスメントが具体的に実施されやすくなる。
- **利用者・家族の合意形成の促進**
  専門職である作業療法士が同行訪問等の機会に利用者・家族に対して生活行為向上のための具体的な作業を提案・説明することにより、介護支援専門員が単独で説明するよりも具体的・専門的な説明が可能となり、利用者・家族がその内容に納得しケアプランの合意形成が図りやすくなる。
- **個別サービスの質の向上**
  作業療法士がサービス担当者会議に出席したり、「退院時リハビリテーション指導書」を提供したりすることにより、通所介護や訪問介護の介護職が利用者に対するケアの意味を理解したり、支援内容を改善したりし、個別サービスの質が高まりやすくなる。

2　効果的な連携の実現に向けた提案

1）連携を阻害している要因

今回、脳卒中、廃用、認知症モデル事例における介護支援専門員との連携を試行した。連携方法は、同行訪問及びサービス担当者会議、申し送り書（退院時リハビリテーション指導書）などを活用した。結果として、介護支援専門員から概ね連携は有効であるとの意見をいただいた。

特に、作業療法士が把握した予後予測や生活行為の目標（生活全般の解決すべき課題）、具体的解決方法（サービス内容）がケアプランを立案する際、参考になったようである。また、作業療法士との同行訪問は、利用者に対し医学的側面や心身機能面から支援の必要性について説明でき、サービスの受け入れも良好であったとの評価が寄せられた。

連携方法は脳卒中・認知症モデルでは退院前に介護支援専門員を交えて退院後の支援方針と内容を明らかとする担当者会議が有意義であったという意見が多かった。これは、介護支援専門員がケアプランを立案する際の情報の入手を効果的にできる機会として、病院に出向いてのサービス担当者会議が最も有意義であると評価されていると考えられる。

一方、廃用モデルでは介護支援専門員から同行訪問での連携が有意義であったとの意見が多かった。廃用モデルでは、地域で生活している高齢者であるため、本人の生活状態を実際に自宅で作業療法士に見てもらい具体的に助言・指導があった方がよいとのことで同行訪問が挙げられていたと考えられる。

しかし、脳卒中や認知症モデルを実施する医療機関では、実際の臨床場面では多くの作業療法士は実施単位数の実績をあげることを病院経営者等から求められるなど、サービス担当者会議への参加が現実的には困難である。つまり、作業療法士一人ひとりの個人的な努力のみで、介護支援専門員との連携を促進させるのは難しい現状にある。

報酬上、「介護支援連携指導料（300 点)」なるものがあるが、これは看護師、社会福祉士、薬剤師等の多くの職種が関わることを想定している。したがって、各医療機関の現実的な問題として、実際のところは地域医療連携部門やソーシャルワーカー部門を経由しての介護支援専門員との連携になっている場合がほとんどであり、作業療法士が直接介護支援専門員と直接連携する形になりにくい。こうした実態の背景にも、前述と同様に、病院経営の観点から作業療法士を病棟でのリハビリテーション以外に出すインセンティブが小さいという構造がある。

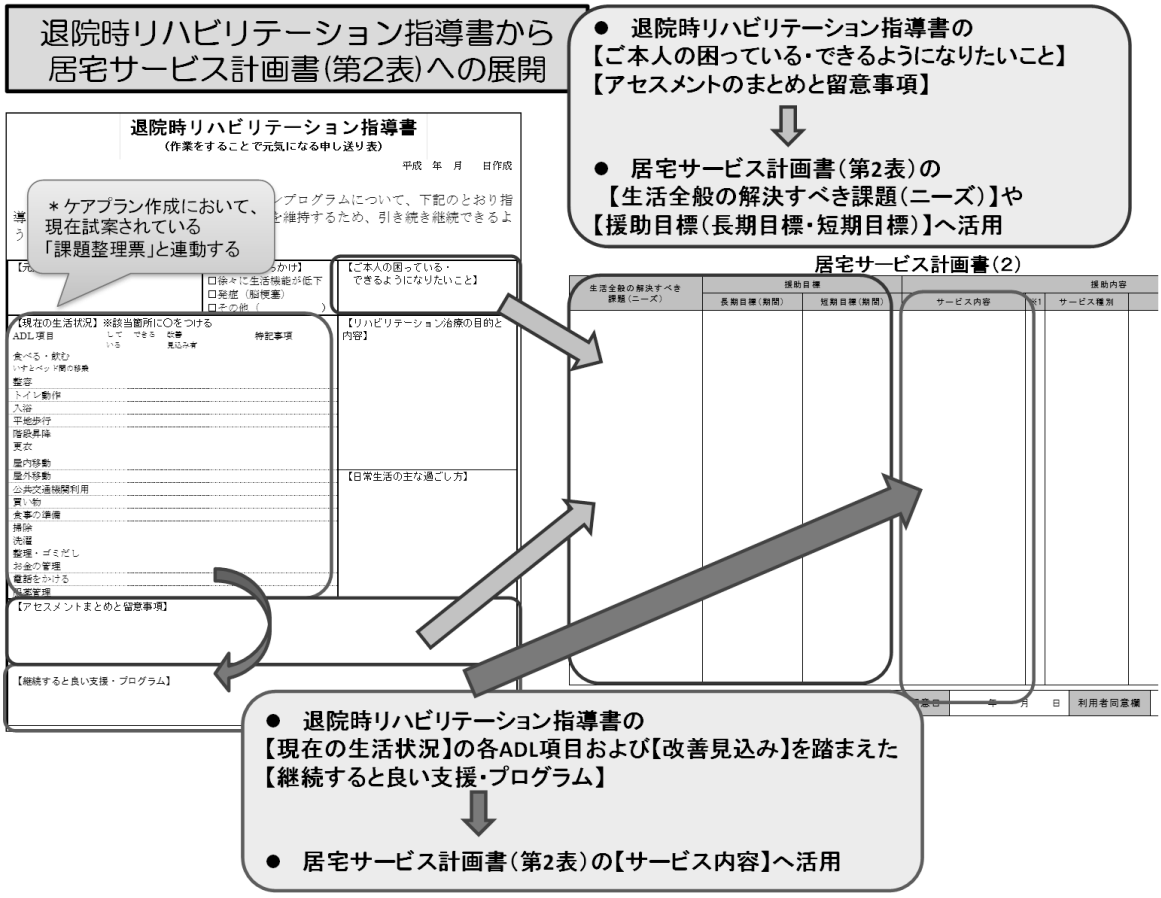
一方、廃用モデルでは、ケアプランの立案時に作業療法士と共同してプランを立案することが有効だということが確認されたものの、実際には制度上相談するためのしくみがないという問題点がある。

２）効果的な連携の実現に向けた提案

（１）介護支援専門員への情報提供のフロー

作業療法士が把握した予後予測や生活行為の目標(解決すべき生活課題)、具体的解決方法(サービス内容)がケアプランを立案する際、参考になったとの意見が多かった。作業療法士と介護支援専門員との効果的連携を推進するため、退院時リハビリテーション指導書を活用したケアプランへの反映方法を次図表のとおり提案する。

図表 4 自立支援型ケアプランの作成を実現するための情報提供フローの提案



（２）介護支援専門員と作業療法士が共通で持つべきアセスメント項目

介護支援専門員と作業療法士との連携に限らず、多職種連携においては、その職種間で共通の視点を持つことが重要である。前述の通り、介護支援専門員と作業療法士との連携の効果は、特にケアプランの作成時におけるアセスメントにおいて見られることから、両職種間で共通のアセスメントの視点を持つことが有効

である。

そこで、本研究で実施した 3 つの各モデルにおける介護支援専門員との連携を通して、対象者の自立した生活行為を維持するために介護支援専門員に支援をする上で押さえておいてほしい項目を整理した。3 つのモデルに共通する項目と、脳卒中、廃用、認知症の各モデルで異なる項目をそれぞれ整理すると次図表の通りである。

図表 5 介護支援専門員と作業療法士が連携するための共通アセスメント項目（案）

	モデル名	確認すべきアセスメント項目	視点と理由の例
心身機能	共通	□ここ一週間の転倒履歴	転倒後、移動に不安を感じ、行動範囲を制限する 転倒場所を把握することで、再転倒を予防する環境のリスクを把握できる
		□関節可動域制限の有無	関節の変形がみられた場合、痛みのリスクと起居や移動動作の困難が把握できる
		□筋力低下の有無	麻痺や筋肉のやせ、筋力の低下から生活行為の困難さの予測ができる
		□不整脈 □呼吸数 □むくみ	不整脈や呼吸数から、生活行為の耐久性を予測できる。認知症では抗利尿剤の服用の有無で夜間せん妄などのリスクを予測できる。むくみは心疾患などのリスクや転倒のリスクを予測できる
		□排尿回数と一回の量	夜間の排尿回数は不眠や摂水制限、尿閉などのリスクを予測できる
		□一週間の排便回数	一週間便秘は認知症の方の場合不穏や体調不良の原因となる。
		□下痢	下痢は脱水のリスクとなる
		□日時、場所の見当識障害 □記憶 □判断力の低下	記憶や見当識などの低下の有無から、生活の支障のリスクを把握する
	脳卒中と廃用	□むせ	むせの有無を把握し、肺炎などのリスクを予測する
		□構音障害	構音障害など会話のしずらさを把握する
		□褥瘡や皮膚の傷、痣	転倒や皮膚の感覚障害、虐待などのリスクを把握する
	認知症・廃用	□視力 □聴力	視力障害、難聴による生活の支障を把握する
		□食事の量や内容	低栄養のリスクを把握する
		□一日の水分摂取量	一日の水分摂取量から脱水のリスクを把握する
	脳卒中・認知症	□ぼっーとしている	ぼっーとしているまたはつじつまの合わないことを言うなど意識機能の低下は疾患や全身状態の悪化のリスクを把握できる
		□つじつまの合わないことをいう □道具の使い方がわからない □キツネの指模倣がうまくできない	失行の有無は生活行為の支障を理解することができる
		□言葉・書字の理解がうまくできない □言葉・書字の表出がうまくできない	言葉の受容、表出の支障は会話の理解やコミュニケーションの支障を予測できる
	認知症	□一日の睡眠量または睡眠時間	睡眠の低下は意識機能低下のよる不穏や家族の介護負担を予測できる
		□睡眠薬使用	睡眠薬の利用は、転倒のリスクを予測できる
		□気分が高い □気分が沈んでいるように見える	気分高揚による精神行動障害またはうつの有無から、受診のタイミングを予測できる
活動と参加	共通	□掃除・整理整頓・ゴミ出し □洗濯・洗濯物たたみ □買い物 □食事の用意・片づけ □通院など外出 □金銭管理 □電話・PC □畑仕事・草むしり・水やり・園芸 □屋内移動・運搬 □床からの立ち上がり □階段昇降・坂道昇降 □食事行為 □排泄行為 □更衣行為 □洗体・洗髪 □口腔・歯のケア □趣味や関心事への取り組み □生活の場以外での取り組み	実行状況や能力、実施の希望、必要性などを把握する。 そのことで、できる限り生活行為に積極的に参加を図り、活動的な生活を送ることは廃用症候群を防止し、高齢者自身が自己有効感を感じることができる。 要介護状態になることを防止するためにも役割や余暇活動などできること、したいことを少しでも行い、積極的生活を送ることが求められる。 人は生活行為を自分らしい方法でできることで元気だと思うことができる
	脳卒中・廃用	□公共交通機関の利用 □車の運転	
環境因子	共通	□家族との交流・関係	在宅生活を送る上で家族との交流や関係は重要である。関係によって家族の介護負担感も変わる。また、孤立状況の把握はうつや閉じこもり防止のリスクを予測できる
		□友人との交流・関係	
		□サービス利用	利用の有無または必要性の有無を把握する
		□専門職との関係	適切な支援をうけているのかなどを把握する
		□居宅・住宅の環境	転倒のリスクやさまざまな事故のリスクを予測する
		□福祉用具・補装具の必要性	生活行為の支障の有無から、用具の必要性などを予測する
		□地域の生活圏域の環境	外出先や利用できる社会資源を把握することで、参加に関する生活の支障を予測する
		□生活用具の活用	生活行為を容易にするための生活用具の工夫の必要性の有無を把握する
		□趣味・役割活動の環境	趣味や役割を継続できる地域の社会資源やアクセス、家庭環境を把握する
	脳卒中・廃用	□経済	就労の可能性と支援の必要性の有無を把握する

（3）作業療法士の地域ケア会議への積極的な参画

現在、地域包括ケアの核を担う機能として地域ケア会議の開催が取り上げられている。作業聞き取りシートは介護ニーズ以外の高齢者が大切にしているまたはしたいと思っている生活行為のニーズを把握することができる。各班報告にもあるように、余暇活動を含む幅広いニーズを把握できる。

生活行為向上マネジメントができる作業療法士が地域ケア会議に参画することは、介護支援専門員のアセスメントやプラン作成の支援にとって有効であるだけでなく、個別ケアを提供する通所介護や訪問介護等のサービス提供事業者の質の向上にとっても有効である。

しかし、作業療法士の全てが生活行為向上マネジメントに慣れているわけではない。したがって、今後、地域ケア会議に参加し、ケアプランを読み込み適切に助言指導できる人材の育成が急務である。日本作業療法士協会も､職域団体として､生活行為向上マネジメントのスペシャリストを養成できるシステムを整備し、各地域に地域包括ケアシステムの構築に貢献できる作業療法士を輩出していくことが重要である。

3　連携を推進するために解決すべき課題

前述したような連携のあり方の実現を通して介護支援専門員と作業療法士との連携の効果を得るために、今後取り組むべき課題を 3 つのモデルそれぞれにまとめると以下の通りである。

1）脳卒中モデル

（1）作業療法士自身の課題

今回の研究結果からは､介護支援専門員と作業療法士との連携が､退院 1 か月後の ADL/IADL の維持改善に対して効果があるとの結果を得た。一方、回復期リハ病棟では、退院前訪問指導や退院時の介護支援専門員との連携を含む形で診療報酬が設定されている。

したがって、まずはこうした現行の診療報酬の仕組みを十分に活用し、作業療法士が生活行為向上マネジメントの実践を通じて、積極的に退院に向けた支援に関わっていくことが重要である。

（2）組織や制度等に関する課題

急性期から退院するケースには、退院時点で ADL が自立しているものの、在宅復帰した後に ADL は自立のまま認知機能や IADL、社会参加レベルで悪化した事例があった。このことから、退院時点で ADL が自立していても、退院後の認知機能や IADL、社会参加レベルの維持・改善を図るためには、退院後の在宅環境への適応を図り生活行為を維持することを目的とした、モニタリング訪問が必要であると考えられる。しかし、退院後訪問を認めていても、特に急性期病棟において診療報酬の出るリハビリテーションに従事することを優先するために、作業療法士が病院を出て訪問に行くことを認めにくいという病院経営上の問題がある。

また､ADL が自立しているケースの多くは､要介護認定がなされず､介護保険を利用することができない。そのため訪問系サービスが導入されず、閉じこもりがちとなり、徐々に廃用性の生活機能低下を起こした事例もあった。特に急性期から退院するケースでは要介護認定外となる事例も多いことを踏まえ、介護保険以外の報酬に基づいて作業療法士が退院 1 ケ月以内にフォローアップし､ADL/IADL の変化を見極められるような仕組みが必要である。

２）廃用モデル

（１）作業療法士自身の課題

介護支援専門員のケアプランの中には、対象者の生活目標や目標達成水準が明確化されていないものもあり、またそのことを介護支援専門員自身も実感していた。したがって、介護支援専門員が自立支援型のケアプランを作成できるよう、作業療法士は、利用者の ADL/IADL の予後予測、生活行為の目標（解決すべき生活課題）、課題解決の具体的方法（サービス内容）について、専門的見地から積極的に助言すべきである。

特に「生活全般の解決すべき課題」については業務経験年数の短い介護支援専門員の中には、デマンドをそのままニーズとして捉えてしまう者もいたが、同行訪問の場で、情報の収集・分析を一緒に実施し、作業療法士がなぜ課題をそのように判断したのかを実地での解説を得ながら、本人･家族を交え説明することは、介護支援専門員の理解を深める上で有効であった。いわば“訪問型の地域ケア会議”が On job training の手段として有効であると言える。

作業療法士には、自身が持っている専門性を、このように他の職種の理解の助けとして積極的に活用することが求められる。また、地域の多職種間のネットワークに積極的に参加し、介護支援専門員に対して生活行為向上の必要性についての啓発普及をすることも大切である。実際、本研究の介入事例の中には、介護支援専門員からは理学療法士と作業療法士の違いがわかったとの意見もあり、作業療法士ができることを積極的アピールしていくことが求められると考えられる。

なお、今後、作業療法士が積極的に介護支援専門員と円滑な連携を図るためには、作業療法士も介護支援専門員の思考過程を理解することが必要である。したがって、作業療法士の養成課程の中にケアマネジメントの学習を組み込んでいくことも必要である。

（２）組織や制度等に関する課題

今回、介護支援専門員と同行訪問したケースについては、アセスメント・具体的指導・再調整など最大 3 回程度の訪問と指導で自立支援を図ることができる可能性があった。このように数回で一定の効果が得られる訪問を、訪問リハビリテーションとしてケアプランに組み込むことは、ケアプラン変更の事務的な手間と、利用者・家族への説明・合意形成の両面から実現性が低い。

したがって、アセスメントや環境調整等を通して、自立支援型のケアプランの作成を後押しするためには、作業療法士が介護支援専門員からの依頼に基づいて利用者に生活行為の自立支援ができるような仕組みが必要であると考えられた。

３）認知症モデル

（１）作業療法士自身の課題

認知症のケースでは、他の 2 つのモデル以上に、介護支援専門員も通所介護等の個別サービスの担当者も、具体的にどのようなケア（作業）を提供することがその人の生活行為の改善・維持と意欲を引き出すことに寄与するかということを捉えることが難しい。それゆえ、作業療法士が、在宅に戻った後の ADL/IADL の改善・維持の見通しや、それを実現するための具体的なケア内容（作業内容）を、退院時リハビリテーション指導書や同行訪問等で明確に示すことが非常に重要である。

こういった効果を得るためには、作業療法士が、在宅か病棟かを問わず、認知症に対する理解を深め、認知症患者に対する作業療法について、生活行為向上マネジメントを活用して実践できることが前提となる。特に、個人因子だけでなく環境因子を含め、BPSD を引き起こす様々な要因について理解し、生活の状況のアセスメントを通して、BPSD の要因を分析できることが必要である。

（2）組織や制度等に関する課題

現在、通所介護では、利用者の多様なニーズに応じて事業所によってプログラムの内容が大きく異なってきている。しかし、認知症の利用者への対応には難しさが伴う場合もあるために、認知症の利用者について言えば、必ずしもその利用者の状況にあったプログラムになっていないケースも多くみられた。

したがって、特に若年性認知症などの明確な症状が出にくい段階の利用者については、通所介護のプログラムの内容と認知症の症状の適合を図る仕組みが必要である。

具体的には、介護保険サービスの未利用者を対象に、認知症の理解を深めつつ、BPSD を早期に発見しやすいような仕組み、例えば認知症進行予防教室などの介護予防事業が考えられる。本研究では、認知症の利用者の ADL/IADL の維持や MMSE 等の維持・改善を図るためには、作業療法士による早期介入が有効であることが示された。したがって、BPSD を早期に発見し支援する仕組みについても、それが可能となる社会資源の創設に向けて、保険者への働きかけが必要である。

なお、BPSD を引き起こす可能性のある要因を押さえ、その状況を把握するためには、作業療法士等の専門職だけでなく家族やケアにかかわる作業療法士以外の専門職も一緒になって、BPSD を引き起こす可能性のある要因が何かを理解してもらい、利用者・家族からその要因に関する状況を提供してもらうことが大切である。

第三章　脳卒中モデルにおける介護支援専門員との連携とその効果

Ⅰ．目的

１．本事業の背景

脳卒中患者が急性期や回復期において医療や作業療法などのリハビリテーションサービスを受ける期間は、対象者個々の病態によって異なるとはいえ、短縮化している現状にある。脳卒中は何らかの後遺症を残すことから、対象者本人も作業療法士も機能障害改善に対する関心が強いが、生活を再構築していくためには、ADL の自立度向上が目的では不十分である。

生活行為向上マネジメントは、対象者にとって意味のある生活行為に焦点をあてた支援であり、医療から地域社会における生活へと切れ目のない支援を行うことにより、対象者が地域生活にソフトランディングすること、さらに主体的で生き生きとした生活を実現するうえで有効な手段ともいえ、急性期や回復期にあっても対象者の状態によってはその活用が推奨される。一方、生活行為向上マネジメントは対象者を中心とした多職種連携においても重要な役割を果たす。

２．事業の目的

昨年までの研究で、脳卒中入院患者のニーズが必ずしも機能障害改善だけではないことがわかった。聞き取ったニーズには ADL のみならず、IADL や具体的な生活行為、趣味・社会活動なども含まれていた。近年、病院から自宅へ直接退院する患者も多く、ADL 自立度の向上に加え、脳卒中者のニーズを把握したマネジメントの視点と次の場へつなぐ連携が重要である。

そこで、今年度は脳卒中者が退院後も継続した生活行為の自立支援が受けられるよう、地域の介護支援専門員等との連携を通した効果の検証を行う。併せて効果的な連携方法、および介護支援専門員に依頼するアセスメントのポイント、ケアプラン作成上の留意点等、脳卒中モデルにおける特徴についても明らにすることを目的とする。

Ⅱ．事業概要

１．事業実施協力機関

本事業における実施協力機関は以下の通りである。

図表 6 事業実施協力機関

急性期（7 病院：一般病院）		回復期（8 病院：回復期リハビリテーション病棟）	
函館脳神経外科病院	（北海道）	北村山公立病院	（山形県）
太田西ノ内病院	（福島県）	至誠堂総合病院	（山形県）
竹田綜合病院	（福島県）	鶴岡協立リハビリテーション病院	（山形県）
相澤病院	（長野県）	三友堂リハビリテーション病院	（山形県）
中国労災病院	（広島県）	竹田綜合病院	（福島県）
牛久愛和総合病院	（茨城県）	志村大宮病院	（茨城県）
佐世保中央病院	（長崎県）	NTT 東日本伊豆病院	（静岡県）
		飯山赤十字病院	（長野県）

２．事業実施期間

平成 24 年 9 月～平成 25 年 1 月

３．対象者

脳卒中発症により入院し治療を受けたが要介護状態となった、またはその恐れのある者で、今後自宅退院を予定している者を対象者とした。

Ⅲ．実施方法

１．研究の流れ

対象者には入院中の作業療法において、生活行為向上マネジメントに基づいた作業療法の介入を行った。対象者が自宅へ退院するにあたり、作業療法士は退院前に介護支援専門員に対して以下の具体的な連携方法を実施した。

① 退院時リハビリテーション指導書の作成と送付
② 退院前の利用者自宅への同行訪問
③ 担当者会議への出席

これらの連携方法を通して、作業療法士は対象者が退院後も継続して生活行為の維持および向上を目的とした支援が受けられるよう、介護支援専門員に関わることとした。但し、①から③の連携方法については、①は全対象者に対し実施するが、②および③については対象者の状況に応じて選択し実施することとした。

２．測定・調査項目

対象者の日常生活活動（以下、ADL）の能力指標として Barthel Index（BI）、手段的 ADL（以下、IADL）の能力指標として老研式活動指標及び Instrumental ADL、QOL の指標として主観的健康観、Health Utility Index（HUI）を退院時および退院 1 ヶ月後に測定した.

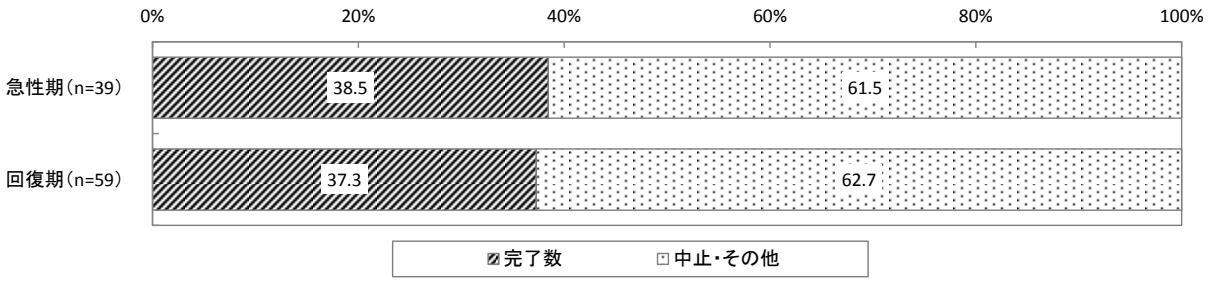
連携の効果検証の資料として、介護支援専門員に対し「ケアマネジメントに関する自己評価アンケート」を実施し、更に対象者のケアプラン（居宅サービス計画書）を収集した.

Ⅳ．結果

１．実施件数

急性期、回復期のそれぞれの実施件数は次の通りである。

図表 7 実施件数



1）急性期：

急性期の実施件数の内訳は、導入数 39 名、完了数 15 名、中止・その他 24 名であった。

39 名に導入できたものの、介護支援専門員と連携が取れて事業終了まで実施できた者は 15 名に留まり、途中で中止した例は 24 名にものぼった。急性期では介入当初、自宅退院の方向性であっても、本人・家族の都合、病院側の都合などで、急に回復期リハ病院へ転院になるケースや、同行訪問や担当者会議などの連携を予定していたものの、ケアマネ等とのスケジュール調整がうまくいかないなどの理由から途中で中止になったケースが多く見られた。

また、急性期では自立して退院される方も多く、介護保険を利用しての退院ではない方もあったために、うまく包括支援センターへ連携できなかったケースも何人か見られた。

2）回復期

回復期の実施件数の内訳は、導入数 59 名、完了数 22 名、中止・その他 37 名であった。

59 名に導入できたものの、介護支援専門員と連携が取れて事業終了まで実施できた者は 22 名で、途中で中止した例は 19 名であった。回復期では、急性期に比べ在院日数が長く、研究を導入したにもかかわらず、研究期間内で退院後の各データ収集できなかったケースが多かった。

2．対象事例の基本情報

1）年齢（性別）

対象事例の年齢、性別の基本情報は以下の通り。

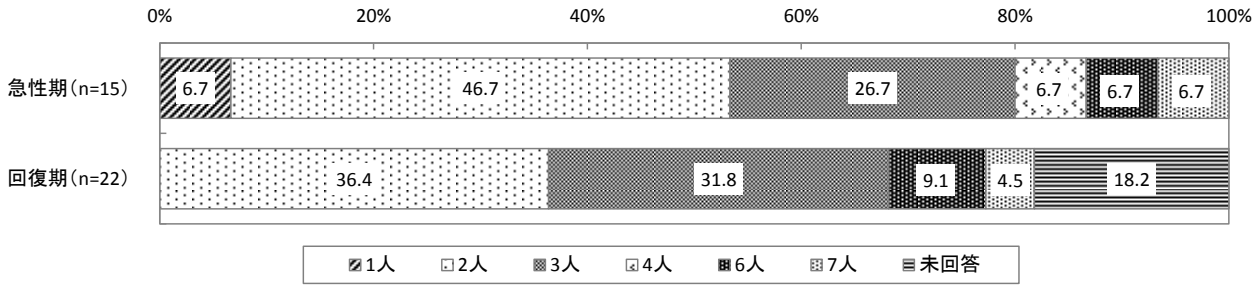
図表 8 年齢・性別

	急性期	回復期
年　齢	77.3±7.9 歳	71.7±9.6 歳
性　別	男性 7 名(46.7%)、女性 8 名(53.3%)	男性 10 名(38.5%)、女性 13 名(61.5%)

2）家族構成

対象事例の家族構成は以下の通り。

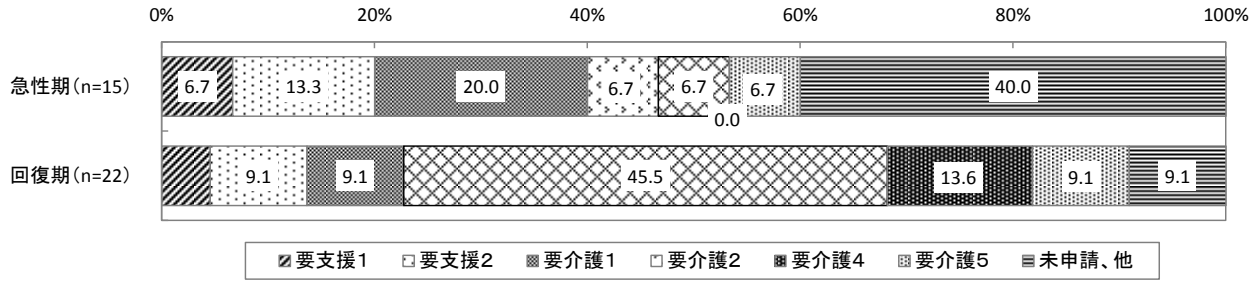
図表 9 年齢・性別



3）要介護度

対象事例の要介護度の分布は次の通り。

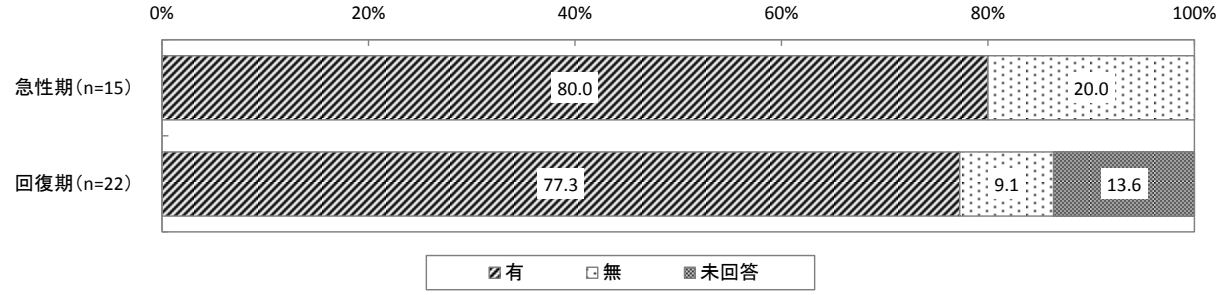
図表 10 要介護度の分布



4）配偶者の有無

対象事例の配偶者の有無は以下の通り。

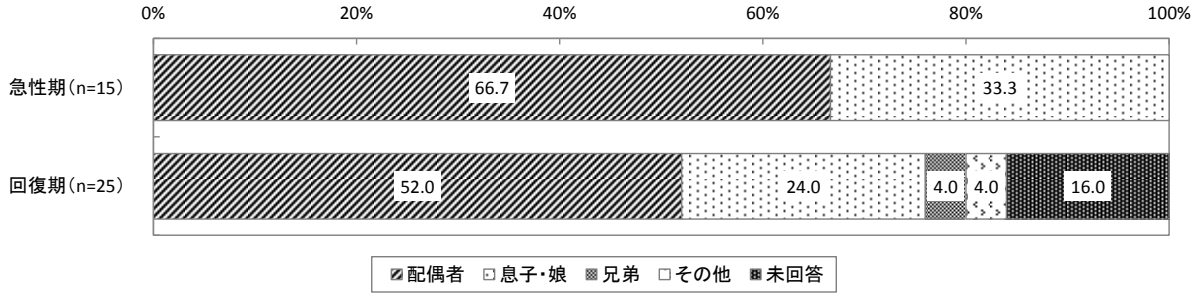
図表 11 配偶者の有無



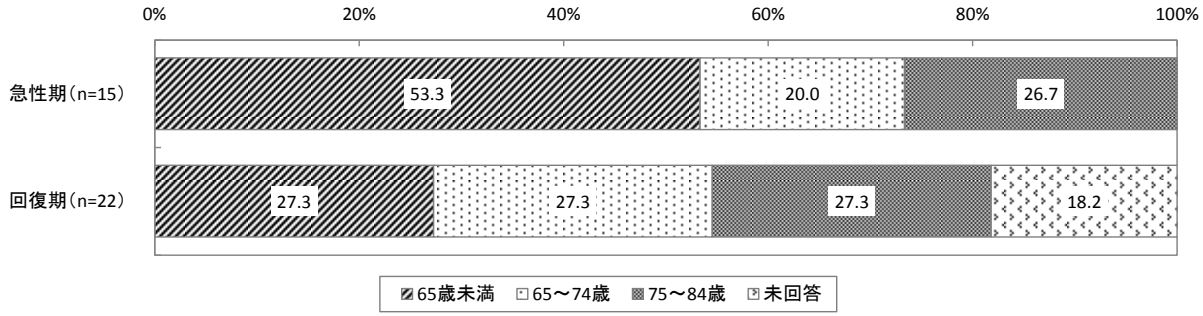
5）主な介護者（介助者）および年齢

対象事例の主な介護者（介助者）および年齢の状況は以下の通り。

図表 12 主な介護者（介助者）



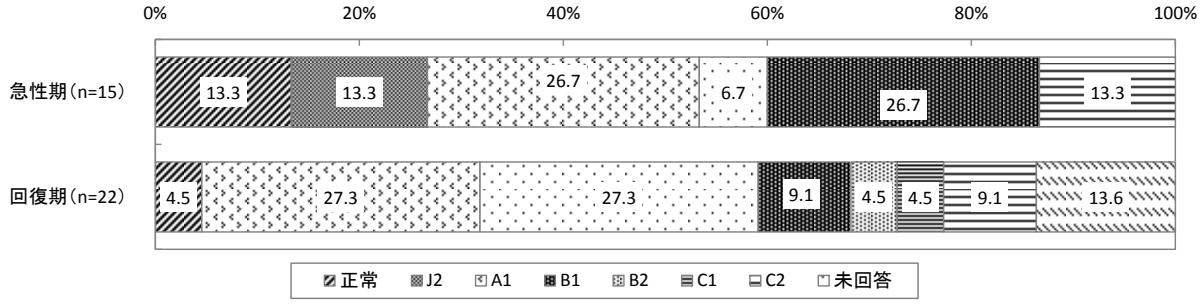
図表 13 主な介護者（介助者）の年齢



6）障害高齢者の日常生活自立度

対象事例の障害高齢者の日常生活自立度は以下の通り。

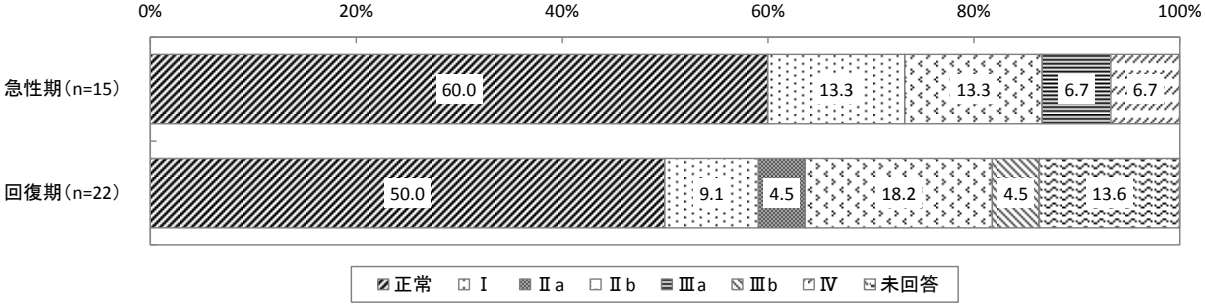
図表 14 障害高齢者の日常生活自立度



7）認知症高齢者の日常生活自立度

対象事例の認知症高齢者の日常生活自立度は以下の通り。

図表 15 認知症高齢者の日常生活自立度



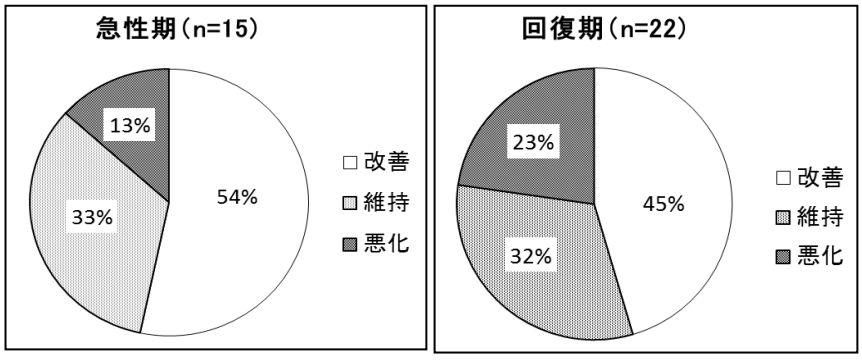
3．能力指標の変化（退院時と退院後 1 か月）

1）BI

退院時と退院後 1 か月で BI の変化を見ると以下の通り。急性期では退院後一カ月に改善した者が 54%であり、悪化は 13%に留まった。維持は 33%であり、この中に 100 点で帰られたいわゆる天井効果の方も存在したので、実際の改善という点ではもっと多くなったと考えられる。

一方、回復期では改善が 45%、維持 32%、悪化 23%であった。BI の平均では 3.2 点の改善であった。

図表 16 BI の変化



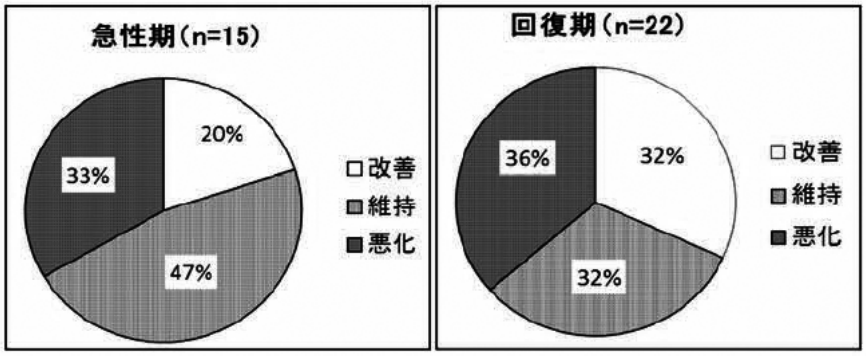
【平均点の変化（退院時 ➔ 1か月後)】
○急性期：69.3±30.1 ➔ 76.3±30.3
○回復期：71.6±26.3 ➔ 74.8±26.0
【改善項目】
○急性期：移乗、整容、入浴、平地歩行、他
○回復期：移乗、整容、入浴、トイレ、他
【悪化項目】
○急性期：階段昇降、更衣、トイレ、他
○回復期：更衣、平地歩行、他

2）老研式活動指標

退院時と退院後1か月でBIの変化を見ると以下の通り。急性期では改善は20%と最も少なく、33%の者が悪化した結果となった。維持は47%で約半数の人は変化がなかった。悪化した内容として友人宅訪問や話しかけがあがり、他者との関係で低下する傾向が見られた。他者とのつながりが期待できる場面がないような環境の場合はこの項目で低下してしまうことが伺えた。

回復期では、改善と維持が32%で、悪化が36%であった。悪化した内容としては、友人宅訪問、相談、話しかけ、買い物等で急性期と同様の傾向であった。

図表 1 老研式活動指標の変化



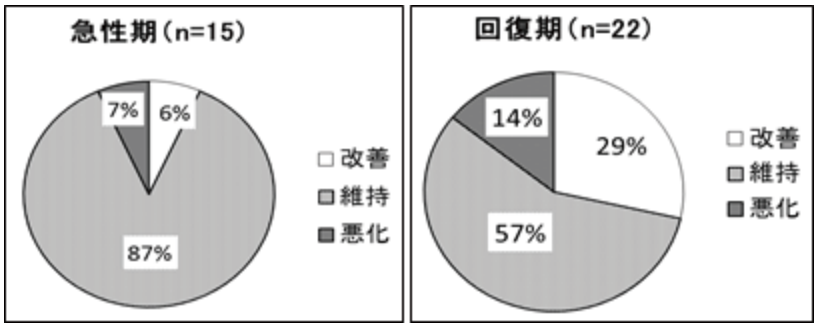
【平均点（退院時 ➔ 1か月後)】
○急性期：5.5±3.5 ➔ 5.5±3.7
○回復期：5.4±3.7 ➔ 5.0±3.9
【改善項目】
○急性期：友人宅訪問、相談、外出、他
○回復期：見舞い、新聞読み、預貯金、他
【悪化項目】
○急性期：友人宅訪問、新聞読み、話しかけ、請求書支払、他
○回復期：友人宅訪問、相談、話しかけ、買い物、他

3）IADL

退院時と退院後1か月でIADLの変化を見ると以下の通り。急性期では、前述の老研式活動指標に比べ、悪化が7%と少なく、改善・維持で約9割を超える結果となった。ほぼIADLの点で、ほとんどの者が維持されている結果となったことは興味深い。

回復期でも改善・維持で8割を超える結果であった。

図表 2　IADL の変化

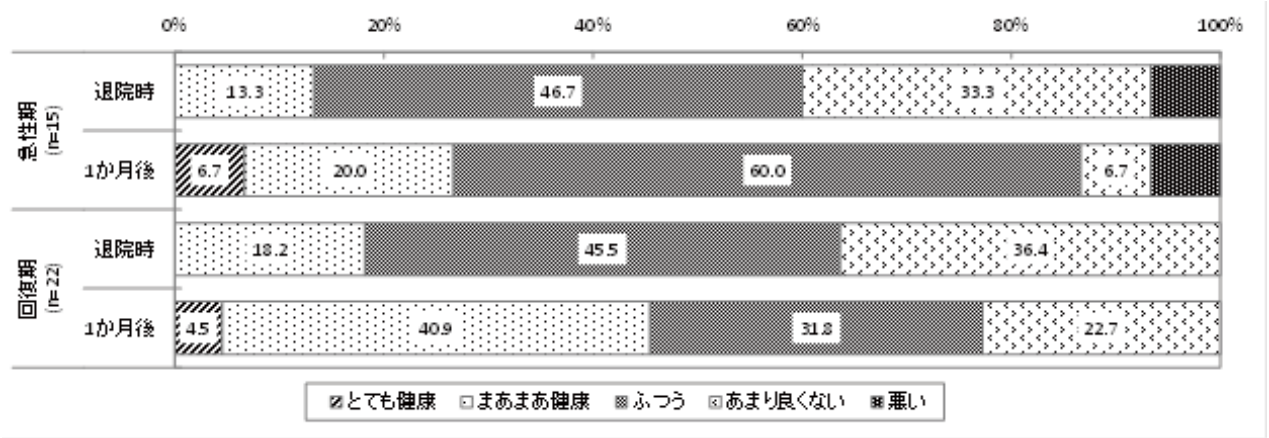


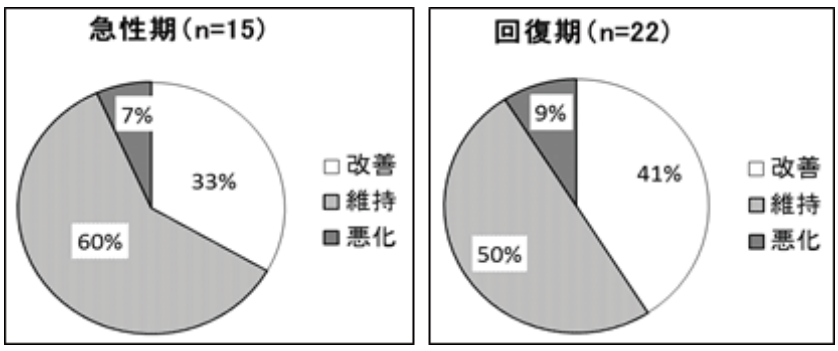
【平均点（退院時 ➔ 1 か月後）】
○急性期：3.3±2.7 ➔ 3.3±2.9
○回復期：2.3±1.8 ➔ 2.7±1.9
【改善項目】
○急性期：食事準備、服薬管理、買い物
○回復期：服薬管理、財産管理、移送形式
【悪化項目】
○急性期：食事準備、洗濯、服薬管理、家事
○回復期：家事

4）主観的健康観

退院時と退院後 1 か月で主観的健康観の変化を見ると以下の通り。急性期では改善 33%、維持 60%であった。回復期では改善 41%、維持 50%で、急性期および回復期共に対象者の 9 割以上が「改善」,「維持」されていた。

図表 3 主観的健康観の変化

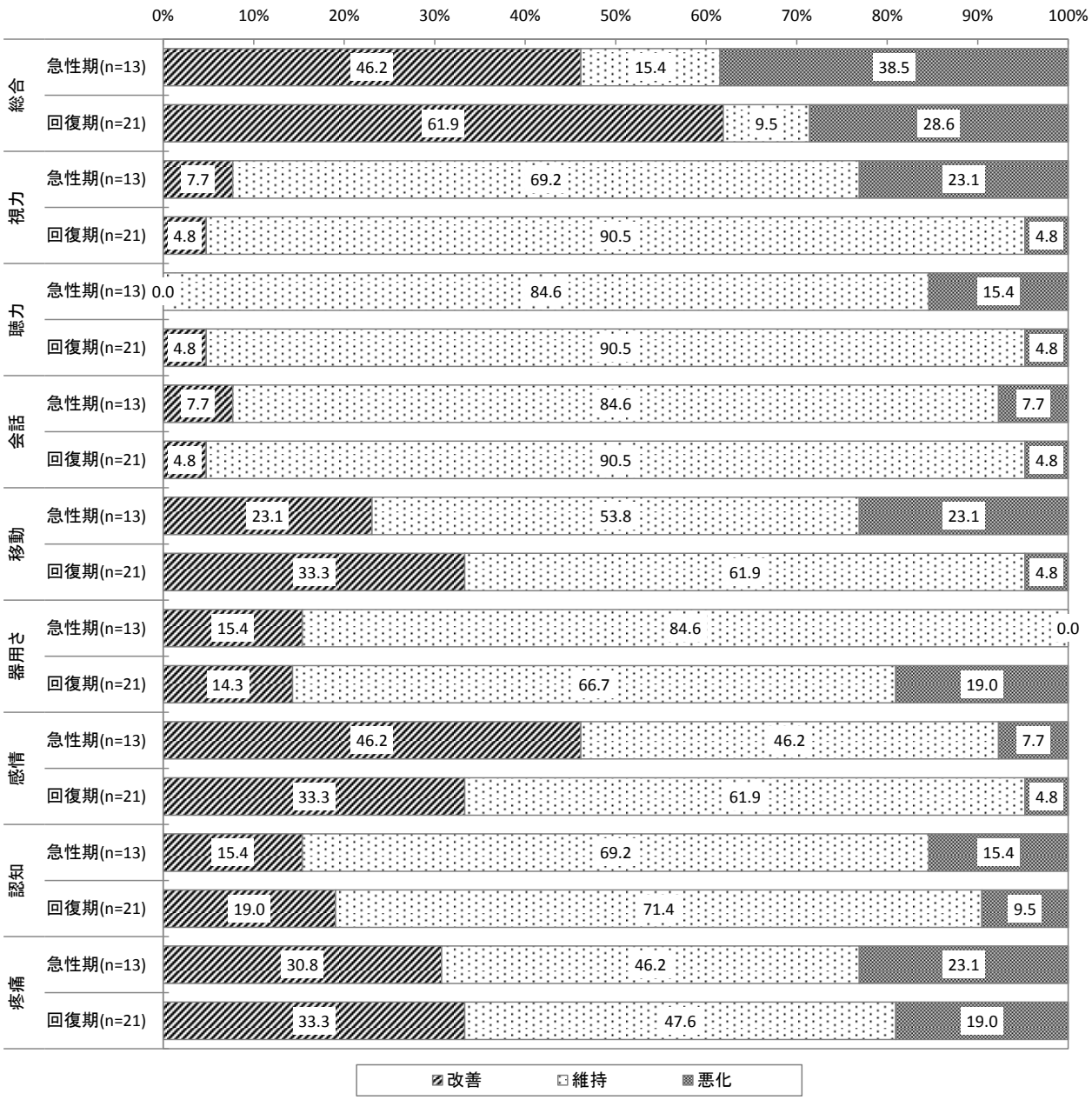




５）HUI

HUI の各分野指標について、退院時と１か月後の変化について見ると以下の通り。急性期、回復期共に、主観的健康感同様に維持されたケースがほとんどであり改善するものや悪化するものよりも多かった。

図表 20 HUI の変化



４．介護支援専門員との連携

１）各連携方法の実施状況

本事業では、介護支援専門員との連携方法として、「退院時リハビリテーション指導書の提供」、「利用者宅への介護支援専門員との同行訪問」、「サービス担当者会議への出席」の 3 つの方法を実施した。急性期事例、回復期事例のそれぞれにおいて、各連携方法の実施状況は次の通り。

図表 21 介護支援専門員との連携方法別の連携の実施数

	急性期	回復期
退院時リハ指導書提供	15 名（100%）	22 名（100%）
同行訪問	8 名（53.3%）	15 名（68.2%）
担当者会議出席	9 名（56.3%）	15 名（68.2%）

2）具体的伝達事項

退院時リハビリテーション指導書における、「改善見込み項目」や「今後継続すると良い支援・プログラム」等の伝達事項は、以下の内容であった。急性期、回復期共に ADL 項目から IADL 全般にわたる多くの項目に言及して申し送りを行っていたことが伺える。

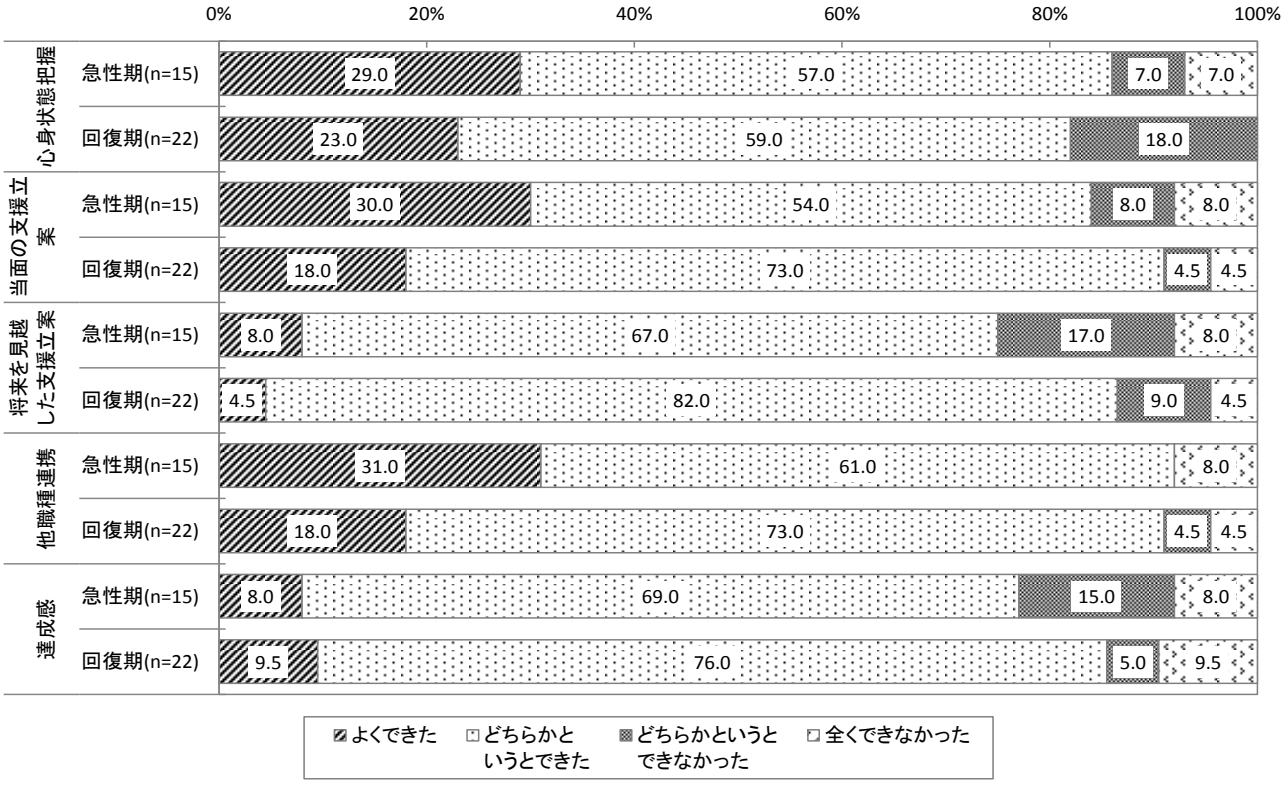
図表 22 連携における具体的伝達事項

急性期	回復期
トイレ、整容、更衣、入浴、移乗、平地歩行、屋内移動、屋外移動、食事準備、掃除、洗濯、整理、ゴミ出し、公共交通機関の利用、買い物	トイレ、整容、更衣、入浴、移乗、平地歩行、階段昇降、屋外移動、食事準備、掃除、洗濯、整理、ゴミ出し、公共交通機関の利用、買い物、金銭管理、電話、服薬管理

3）ケアマネジメント自己評価

連携した事例について、介護支援専門員による自身が実施したケアマネジメントに対する自己評価の結果は次の通りである。急性期・回復期ともに、ほぼ全ての項目で「よくできた」「どちらかというとよくできた」と答えた者が 80%前後であり、かなりの人がケアマネジメントを「よくできた」と答えており、今回の連携がケアマネジメント作成に良い影響を与えたことが伺えた。

図表 23 連携した事例での介護支援専門員によるケアマネジメントの自己評価



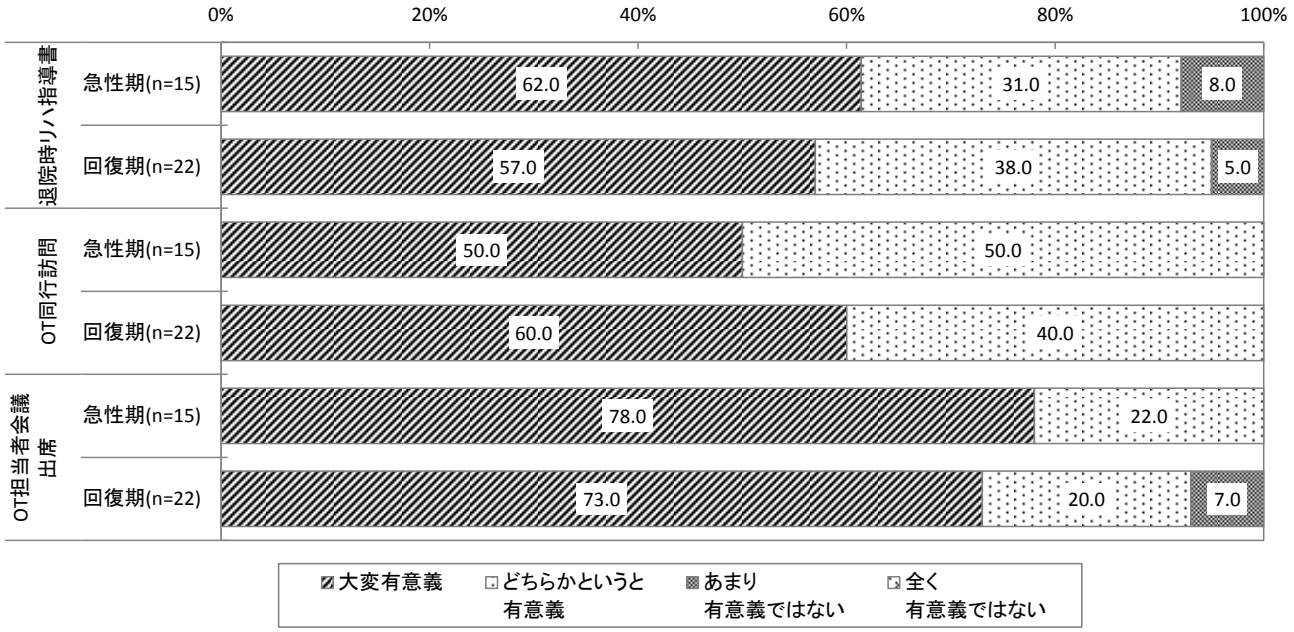
４）介護支援専門員から見た作業療法士との連携効果

連携事例における、介護支援専門員から見た作業療法士との連携効果の評価結果について見ると次の通りである。

急性期では、退院時リハ指導書は 1 名のケアマネを除いてすべてのケアマネが「大変有意義」「どちらかというと有意義」と答えており、有意義だったことが伺えた。OT の同行訪問や OT の担当者会議への出席はすべての者が「大変有意義」「どちらかというと有意義」のどちらかで答えていた。回復期においても急性期と同様の傾向で、各連携方法のほぼ全てにおいて、「有意義」か「大変有意義」と答えていた。

興味深いのは担当者会議への出席に関して同行訪問よりも多くの者が「大変有意義」と答えていることであり、担当者会議への出席の期待がいかに大きいものかが伺えた。

図表 24 介護支援専門員から見た作業療法士との連携効果



５） 介護支援専門員アンケート結果

連携事例における、介護支援専門員から見た作業療法士との連携効果の評価結果に関して、連携方法別に具体的な評価の内容について見ると次の通りである。

（１）急性期

①退院時リハビリテーション指導書

・具体的練習動作内容が参考になりました。（介護福祉士）
・ご本人様の全体像を把握することができ、大変満足しています。（看護師）
・内容がわかりやすくケアプランに反映できた。（介護福祉士）
・訓練室や病棟など広いスペースでの動作（車椅子の自走）などの要望は在宅生活で活かすことは難しい。（看護師）
・本人の意向や将来に向けての気持ちをしっかりアセスメントしており、今後の在宅へ戻ってからの通所リハビリや家族への指導がとても行き届いていた。（介護福祉士）
・大変わかりやすく身体機能面の状況が把握できる内容だと思います。（介護福祉士）
・病院と在宅の期間通しての連携、対象者支援において有効なものと思われます。（社会福祉士）

②作業療法士による同行訪問

・家屋調査をしていただき、本人の動線に合わせて手すり等設置することができました。(看護師)
・自宅に帰ってからの動線、本人の ADL 状況をしっかり確認できて必要な福祉用具やリハビリ訓練の内容の確認ができて大変良かった。(介護福祉士)

③作業療法士の担当者会議への出席

・OT・PT が担当者への出席可能な時間帯で日程調整をしています。(看護師)
・入院中のリハビリ内容を詳しく説明いただき参考になった。(介護福祉士)

④ケアマネジメントに関して感じていること

・町内には老健施設が 1 箇所のみで PT・OT の不足から新規の利用者については待機状態となっている。退院後のリハビリ訓練の隙間ができる可能性が高い。(看護師)
・ST の人材がなくトータルな訓練は難しい状況にあると思われる。(看護師)
・ご本人の潜在能力・可能性が事前に理解できるので良いと思います。(看護師)
・(今回のようなことは) 退院後、本人家族がどんな暮らしをしていきたいか、目標を持って前向きにその人らしく生きていけるように支援して行く上で重要と考えています。(介護福祉士)
・ADL が低下している方をどのような支援をすることで意欲を導くのかが難しく感じている。(看護師)
・退院時すぐにサービス利用が必要、または希望する方もいるため短期間のうちに情報収集を行いプラン作成しサービスにつなげていかなければいけないため事前に情報提供が受けられ場合によっては必要に応じて同行訪問や会議への出席など協力を得られれば､プラン作成する側にとっては助かります｡(社会福祉士)
・入院中や退院前の面接だけでは、介護者の性格、ご本人のもともとの生活習慣がつかみにくく細かい修正が必要になっている。(看護師)

⑤他職種との連携に感じていること。

・医療職との連携が難しい。(社会福祉士)
・退院時のカンファレンスに CM（コメディカル）も同席し、退院後の支援について担当医と共に連携を図ることは必須。(看護師)
・町内の病院ではカンファレンス出席は行っています。(看護師)
・病棟のNs やDr からの情報は医療的な面が中心になるので、リハビリ等、動き、感情等を理解してくれている人との連携は助かります。(看護師)
・急性期医療の在院日数短縮に伴い医療依存度の高い利用者が在宅療養を選択せざるを得ないケースが増えてきている。そのため退院時には本人および家族が不安を抱えて退院するようにならないように関係職種との連携を早期に実施できたらいいと思っております。(栄養士)
・専門的見地から意見を各職種の方からどんどんいただきたいと感じているが、中には遠慮からあまり意見をくださらない方もいるので、密な連携を図れないことがある。(看護師)
・職種によって視点や考え方等に相違があり連携が難しい時もありますが、よりよい支援をして行くためには、ケアに関する専門知識を持つ関係者が情報を共有しながら共通理解のもと連携を図っていくことは重要だと思われます。(社会福祉士)
・入院中の担当リハビリと退院後の通所リハビリの担当リハビリとしっかり連携することで、本人・家族の意向や現状をしかり把握でき、今後の目標を明確にしていくうえでも重要なことと感じています。また主治医、Ns と連携することで医療面の注意事項を確認することができ今後サービスを調整して行く上でもとても重要だと考えます。(介護福祉士)
・在宅生活を送られる利用者様に対して他職種連携は必要不可欠と思います。退院時の情報提供も重要ですが、退院後の情報交換等も継続できればより良いサービスにつながると思われます。(介護福祉士)
・対象者への支援（ケアプラン、予防プランの作成やケアマネジメント全般）において、対象者の方のニーズ、デマンド、情報の収集、アセスメントはとても重要です。病院を退院される対象者について、退院前の病院での担当者会議での場面や退院後に Ns サマリーと合わせ RH サマリーもいただく機会が増えてきました。主治医意見書や調査書と合わせ、対象者の方の状態を知ること、在宅サービスを利用する上でも貴重な情報となりその後の適切な支援へ繋がって行くと思います。(社会福祉士)

（2）回復期

①退院時リハビリテーション指導書

・入院中のリハビリ内容、対応方法が理解できた。(看護師)
・指導書は大変参考になりましたが、できれば退院前、又は作成された時に頂けるとケアプランに具体的に取り込めたと思います。指導書の確認をしなかったのが、私の知識不足だったと思います。(看護師)
・退院のカンファレンスの時とか、もっと早くもらえればありがたい。(看護師)
・家事を含む、細かい生活状況がわかり、支援するポイントが理解しやすく、とても参考になりました。また、専門的な着眼点であり、患者様の生活全体を支える。(准看護師)
・退院時に長期入院中のリハビリ内容や状況など詳しく説明いただき本人の身体状況など把握しやすくとても理解しやすいと思いました。また、自宅へ戻ってから無理なく体を動かすことができるように具体的に写真付で自主トレ内容を書面でいただいた事で、ある程度の目安を想像することができ、とても安心できました。(介護福祉士)
・在宅に戻ってからの通所リハ導入において本人の状況と今後のリハビリ計画が把握しやすく、スムーズな目標設定ができました。(介護福祉士)
・退院前の身体状況把握とリハビリ状況等の説明をしていただき実際に立ち上がり、歩行の様子を確認した事で現状把握ができ、今後自宅へ戻ってから筋力低下を防ぎ、今の状態を維持できるような体制づくりが考慮し易かった。(介護福祉士)
・調理の方は「時間の問題」と話し、現在夫と 2 人で作業しているのであまり問題ない。(介護福祉士)
・ケアプラン作成時に大変参考になりました。(介護福祉士)
・各事業所に情報提供することにより、情報の共有に役立った。(介護福祉士)
・具体的に記載されており大変参考になりました。リハビリを担当して頂いている看護師さんにも見て頂き、役立ててもらいました。(社会福祉士)
・どの程度までの動作が可能なのか、担当の方が評価していらっしゃるのかがわかる為、今後のプラン作成やモニタリングの際、確認しやすいと思った。(社会福祉士)

②作業療法士による同行訪問

・ベッドの位置の設定や自宅内での動線の確認ができた。(看護師)
・プラン作成の時は同行訪問していなかった。OT が訪問してリハビリを行っている時に訪問させてもらいどんなリハビリを行っているのか説明してもらい、身体状態がよく理解できた。(看護師)
・在宅生活を過ごす上で、住宅改修によるバリアフリー化に向け専門的な意見を聞きながら調整することができました。(介護福祉士)
・病院で料理や立位動作を頑張っていることを伝えていただき、プランに反映できた。(介護福祉士)
・退院時も同行して頂き、改修後の環境で動作確認できたことはご本人も安心されていました。(介護福祉士)
・その都度、能力や生活状況について確認出来て助かりました。(介護福祉士)
・住宅改修や福祉用具貸与に関して、退院後、在宅生活を送るに当たり、家屋調査や福祉用具の指導があったことはケアプランの参考になった。(介護福祉士)
・これまで包括で対応の経過がない対象者であり、事前に送って頂いた情報も含め、同行訪問して頂き、経過や現状、今後の予定など正確に伺えた。(介護福祉士)
・今後、住宅改修等を行う時に家屋調査をして頂いたので参考になったので、今後も改修対象者がありましたらお願いします。(ヘルパー)

③作業療法士の担当者会議への出席

・退院時のカンファレンスに出席して身体の状態を説明してもらったが、十分理解できていなかったと思う。「毎日ちょこっと運動」はわかりやすかった。自宅で毎日実行してもらえるようにケアプランに入れていきたいと思います。(看護師)
・リハビリの内容や介助の方法、言葉かけや対応の仕方などについて直接話を聞く事で対応の方法を理解で

きた（特に発作を起こし意識消失になりそうな時の対応等)。(看護師)
とても参考になった。(准看護師)
・ 実際に歩行動作等､動きを見ながら今後気を付けなければいけない点を細かに助言いただいたことで今後、自宅で日常生活動作に含めながら本人に無理のない範囲でリハビリを行う環境を作りスムーズに計画書を作成する。又、退院後も計画書を基にスムーズにサービスに移行でき継続してリハビリできる状況となり、 大きな下肢筋力低下もなく現状維持できています。(介護福祉士)
・現在の本人の状態像を詳しく説明していただいた事で家族、ケアマネ、各事業所が同一の情報を共有し、理解することができました。(介護福祉士)
・退院前訪問時、詳しく情報提供頂き、ありがとうございました。(介護福祉士)
・能力や注意事項等を説明して頂いて大変参考になりました。(介護福祉士)
・在宅の事業所側としては入院時の身体状況などの情報が直接得られ、在宅生活への注意点などの参考として出席して頂けるのは大変ありがたいと考えています。(介護福祉士)
・入院中の細かい様子（動作や精神面での状態を含め）がお聞きでき、また退院後の生活についてもアドバイスを頂けたのが良かったです。(社会福祉士)
・プラン自体を見てご意見頂けるので、不足している点などに気が付きやすい為助かります。(社会福祉士)

④ケアマネジメントに関して感じていること
・本人の意欲や気力の持ち方により、自宅生活でも工夫や練習をするので ADL がアップするが、今回の利用者はどちらかというと寝ていたい、という気持ちが強い。又、生活リズムを作れず、午前中は起きられない、食事もとれない、ということで介護者である母親もついつい手を出してしまいがちとなり、本人の自立を妨げる要因となっている。本人が意欲的な生活ができるように本人と話し合っていく予定である。できないことも認めながら少しずつ励ましていきたい。(看護師)
・個人的に医療知識が未熟であり、そのケース毎に医療職との連携を図り検討、リスクの予測をしてゆきたい。(看護師)
・初回インテークや何回か情報を得ていくうちに色々ご本人や周囲の事を把握してくるのですが、アセスメントが不十分、適切でないとケアプランも深みのない内容になってしまい、現実性、具体性もなくなってしまう為、良く観察し洞察し、プラン化したいと思っていますが、サービスが実施されるまでのマネジメントの流れにはいつも自分の知識などの限界を感じます。(看護師)
・訪問リハビリについては 3 ヶ月ごとに評価してケアプランに入れる事を心掛けたいと思います。(看護師)
・病院の先生方、主治医、作業療法士、理学療法士、看護師様にはいつも時間を作って下さり大変お忙しいところ、色々ご指導いただき本当にありがとうございます。大変感謝しております。退院前の情報提供により自宅へ戻ってからの生活リズムや動作訓練等も本当にスムーズに行う事ができ､プランも作成しやすかったと思います。利用者様が自宅へ帰られてからできるだけ自立した生活を送るために、医療との連携については今後特に大切な事、欠かせない事であると今回のケースを通じて改めて感じています。今後とも医療面でのご指導をいただきながら、ご相談などもよろしくお願い致します。(介護福祉士)
・介護福祉士ということもあり、医療面での介入やマネジメントに関して弱い部分があり、課題としている所です。(介護福祉士)
・今後、自宅へ退院後は現在の身体状態を維持するため、自分なりにリハビリを行いながらすごしたいという本人、家族の意向によりサービス利用は行わず様子を見守っていく事になりました。できれば週 1 回程度専門のリハビリ等を受けるのが望ましいと思いましたが、様々な諸事情によりうまくサービスに結び付けることができず、急激な筋力低下や身体状況の変化が心配となっております。(介護福祉士)
・入院中の本人の困っていることが、退院すると少しずれてきている面がでてきている。(介護福祉士)
・ご本人様から「仕事がしたい」とお聞きし、そのためにリハビリを頑張っているとありました。希望に添えるように支援したいと思います。(介護福祉士)
・ご相談を受けてから短期間でサービスが開始される場合もあり、対象者やご家族との信頼関係が築ける前に十分なアセスメントを行う事は難しいと感じています。(介護福祉士)
・その人の社会的背景、ニーズ、ADL 状態、家族の介護力等、様々な要素を考慮し、今後の生活をマネジメントする中で、様々な情報が必要となります。(介護福祉士)

・他職種の意見を取り入れ、様々な視点から見たアセスメントを心掛けていきたい。（介護福祉士）
・疾患の発症により後遺症として障害が残ったが、入院生活と在宅生活の環境の違いを利用者、患者様、家族様に理解していただくことが少々困難だった。発病後、6 ヶ月入院生活を送られ、いつでも介助者がいる環境から自宅での生活、日中独居環境との違いは、在宅生活を送ることにより、理解していただき、退院後 1 ヶ月、在宅生活も介護サービスを利用しながら、数回のプランの変更をして行えている。（介護福祉士）
・家族やご本人の考えるケアプラン内容と、ケアマネや専門職が理想とする内容にズレが生じた時に、自己決定と理想をどう近づけられるかが難しい。（介護福祉士）
・ケアプランを作成する時に本人の意向や長期、短期目標を設定するが、今後は OT より専門的なご意見を聞き、将来この人がどんな姿で生活していけるのか、どうしていきたいのかが思い浮かぶようなプランを作成していかなければと思っています。看護師からは症状のことだけではなく、今後も本人のできる事を重視してプランを立てていきたいと考えております。（介護福祉士）
・ご本人のニーズ確認からプラン作成に至る際、ご本人の能力評価で専門的なご意見を伺いながら作成できる・できないでは、その後の生活や評価に大きく違いが出てくると思いますので、皆さんのご意見を確認しながら進めていければと思います。（社会福祉士）
・本人、家族のニーズを他職種協働で取り組む体制が重要であると考察する。（社会福祉士）
・K 町は使えるサービスが限られているので、支援の幅も限られてしまいます。過疎地はいずれもそうかと思いますが、要介護高齢者や家族にとっては、大変です。健康で元気がないと居られません。（社会福祉士）
・訪問介護とデイサービスとショートステイを利用しているが、排泄と飲み込みが上手にしていない事がある。家族の経済的な理由から充分な介護が出来ていない。（ヘルパー）

⑤他職種との連携について感じていること
・訪問看護ステーション（リハビリ）は同法人での施設であったこと、利用者自身の意欲に問題がある為にサービス提供毎に情報共有ができたと思う。福祉用具の変更などもできたが、移動バーが低かった。デイケア通所の職員とも利用者の対応についてその都度、対応方法について共有し、言葉かけや対応方法についての意見交換ができた。本人も通所に慣れてきて拒否なく通所ができ、食事量も増えつつある。（看護師）
・医療機関との調整、特に訪問リハ利用の時、主治医指示書を交わす時の CM の動き方が不明で、自分から希薄にしている。（看護師）
・訪問看護を利用させてもらっている方は毎月カンファレンスを行ってもらっているので、情報をもらい把握できています。疑問に感じたり、知りたい事は積極的に担当者にアプローチしていきたいと思います。（看護師）
・様々なサービスをすればする程、事細かな情報を共有する事が大切であり、中立的立場であるケアマネとして常に他職種との連携の重要性を強く感じております。（介護福祉士）
・専門的な意見を聞く事は本人の生活やサービスの向上のみならず、各職種の職員がスキルアップを図る機会かと思います。（介護福祉士）
・11/5 訪問時、杖を利用しないで歩けるようになっていた。具体的な話はなかったが、リハビリしたいと言う。11/1 の受診を忘れていたようである。受診をして主治医にリハビリの事を聞いてみることを助言する。又、K 病院にも行ってみたい話もあり、現在の主治医に相談することを助言する。（介護福祉士）
・本人と一緒に家庭訪問をされ、環境の確認と住宅改修の必要な箇所、仕方など詳しくアドバイス頂き、大変役に立ちました。また、退院後もご本人様の希望するリハビリができるようにして頂きありがとうございました。（介護福祉士）
・専門職からのご意見を頂ける事はとても助かるので、なるべく連携していければと考えています。（介護福祉士）
・申し送り表という形で情報を文章化することは効率的に連携をする上で有意義だと思う。（介護福祉士）
・限られた時間で連携をとる中で申し送り表は有効な方法だと思う。（介護福祉士）
・リハビリ入院をしていた病院の訪問リハビリテーションを利用することにより、利用者の障害の状態・ADL 状況の情報交換が行えた。各事業所との連携もスムーズに行えた。（介護福祉士）
・近年、退院前に連携をとれるようになり在宅準備がしやすくてよいと思う。（介護福祉士）
・当事業所としては他職種との連携はできている方ではないかと思っているが、様々な意見を積極的に頂

きたいと思っている。（介護福祉士）
・訪問リハよりデイサービスで PT、OT がいなくてもできる体操や動作、運動など連携をとっていかれれば良いと思っております。（介護福祉士）
・ケアマネ側が主となって連携を図ることが望まれていますが、貴院のように退院のタイミングに合わせて同行や担当者会議の調整をして下さるのは、大変助かります。連携のスタートは CM とは限らないと思います。（介護福祉士）
・ご家族を交えてのカンファで PT・OT の方々から専門的なご意見、アドバイスを頂くことで、今後の課題や将来像も見え易くなるので、今後ともご協力頂きたい。（社会福祉士）
・入院されている顧客に対しては、比較的他職種との連携を取りやすい。他職種と連携を取ることで、多様な面からサービスの調整や支援を行う事ができる。（社会福祉士）
・連携する機会に恵まれた中での退院支援でしたので、とても助かっています。急性期病院等では複数の方の意見を伺う機会がなく、視点が偏りがちになるため、注意したいと思います。また、皆さんの忙しい中時間を作って頂いているため、短時間で効率よく進めていきたいと思います。（社会福祉士）
・今回のように病院さんから様々な情報を頂けると退院後もスムーズに在宅での支援ができるので良いかと思います。退院後を見越した支援をされているのはすばらしいと思いました。（社会福祉士）
・デイサービスは時間的に長い時間利用しており、連携が上手くいっているため、家族は助かっているとの事だった。今後もサービスを利用し、特養の長期入所を待っている状況。（ヘルパー）

５．事例紹介

１）急性期事例

（１）事例概要

80 代、男性. 脳梗塞.

現病歴：X 年 Y 月 Z 日入浴後に右麻痺出現し、様子を見ていたが治らず救急受診。診察時 BAS（＋/－)、手指分離不十分。下肢は片足ずつ挙上可能。深部感覚軽度鈍麻あり。左前頭葉梗塞にて入院となる。

開始時評価：Brunnstrom stage 上肢Ⅴ・手指Ⅳ・下肢Ⅴ、HDS-R 20/30 点、BI5 点

（２）事例の作業歴

若い頃は自衛官として働いており、50 歳で退職。退職後も 10 年位は仕事をしていた。腰部脊柱管狭窄症や糖尿病、前立腺癌の既往があるが、今回発症前 ADL は概ね自立。タクシーを利用して買い物も行えていた。

家族は妻・息子との 3 人暮らし。息子は朝から晩まで仕事で不在のため日中は妻と 2 人となる。妻は元看護師、足が悪く力を要す作業は困難。

（３）関連職種からの情報

医師より自宅退院に向けてリハビリの指示あり、入院翌日より介入。便コントロールがつかず、緩下剤で調整。脱水に注意。

（４）セットツール活用の実際

①作業聞き取りシート

左上肢にてスプーンを使用し食事摂取していたため、再度右手で箸を使ってごはんを食べたいと希望があった。また、毎年多くの方に年賀状を書いていたため、右手で字を書いて年賀状を出したいという希望があった。初回の実行度、満足度はともに 0 であった。家族からは掴まりながらでも歩いてほしいとの希望が聞かれた。

②作業アセスメント表

身体機能としては、軽度の右麻痺と耐久性の低下があり、動作は一部介助であった。右手を使用した作業の希望があり、達成可能なニーズを「家族の協力を得て年賀状を出す」に設定し、右上肢へのアプローチを行うことで、併せて右手での食事動作に繋げていくこととした。

③作業遂行向上プラン表

年賀状を書くために右上肢機能訓練や実際の書字訓練をプログラムに組み、必要に応じて自助具を検討した。また、退院時には家族や介護支援専門員に状態を伝えるようにプランを立てた。年賀状を出すためのハガキやペンや筆の準備はご家族に依頼した。

④退院時リハビリテーション指導書

症例は見守りや一部介助にて ADL が可能であったが、体調に不安があると意欲や自信に繋がらず後向きになることが多かった。そのため症例との関わり方や今後心配されることなどの留意点に加え、退院後も右手の積極的な使用を継続して欲しい旨などを申し送った。

また、歩行やトイレ動作、入浴動作など基本的な動作に関わる項目においても、改善の見込みが考えられたので 、回復の可能性などについても申し送った。

（5）実施した作業療法プログラムと経過

介入当初は血圧が安定せず、バイタルに注意しながら介入を開始した。状態に合わせて離床を進めたが排便コントロールがつかず体調不良を訴え､動作に自信が持てないでいた｡生活行為向上プログラムを導入し、自宅退院に向けた歩行訓練など動作面へのアプローチと、年賀状や食事に向けた上肢機能訓練へのアプローチを並行して介入を進めた。

介入中は体調不良を訴える際は昔話を傾聴し、できた動作を一緒に認め、誉める関わりを持った。上肢機能訓練では自助具を用いた鉛筆にて書字や筆圧の練習を行い、応用的に塗り絵なども行った。発症約 1 ヶ月後に行われた医師からのムンテラ時にあわせて担当の介護支援専門員に来院していただき、本人の実際の動作を見て頂くと同時に退院時リハビリテーション指導書を手渡し、指導を行った。

その際家庭訪問を提案し、翌週家庭訪問を実施し、屋内の導線の確認を行った。その後実際のハガキへ毛筆で書く練習を行い、実際の年賀状を書いたものの出来栄えに満足いかず実際に投函はしなかった。食事動作は右上肢を使用しての動作を指導し、はじめは数口毎に摂取することを勧め、徐々に一品に拡大し、退院時には右上肢でスプーンを使用し摂取できるようになった。

発症から約 2 ヶ月後、移動に関してはプッシュアップ式歩行器と杖を使用して、入浴は通所リハビリのサービス利用と自宅では入浴用福祉用具を使用する形での自宅退院となった。

（6）結果と考察

退院時と退院 1 ヶ月後の評価を比べると、BI は 40 点→70 点・老研式活動能力指標では 2 点→5 点・主観的健康感は 4（あまり良くない）→3（ふつう）へ向上していた。HUI では 0.17→0.48 と、ADL、IADL、QOL のすべてにおいて大幅な改善を認める結果となった。

BI では、特に移動や階段昇降の面で大きく向上しており、入院中はトイレなどの移動に車椅子を用いて介助で移動していたのに対し、自宅では杖や壁伝いに自分で移動していることが多く、退院時の指導及び申し送り等がかなり反映されていたと考える。

また、入院中は体調に自信が持てずに積極的になれずに過ごされていたが、自宅に帰り少しずつできることが実感でき精神面で落ち着いたことも影響しているのではないかと考えられる。

HUI では「感情」「認知」「疼痛」などの項目で改善がみられ、移動や巧緻性などの運動機能面だけでなく精神・心理面で向上したことが伺える。

退院後 1 ヶ月後の評価時に担当の介護支援専門員からは、本人の意向や将来に向けた気持ちを評価してもらったことで通所リハビリにスムーズに繋ぐことができたとのことであった。症例への関わり方や継続して欲しい支援などを申し送ったことで連携が図れたことが、退院後 1 ヶ月後の ADL、IADL、QOL のすべての面での向上・改善につながったケースと考えられる。

（7）まとめ

今回の生活行為向上マネジメントの利用により、右上肢を使用した作業活動を主に実施したが、作業内容に併せて入院中の様子や症例との関わり方、継続して欲しい内容などを含め総合的に申し送りを担当介護支援専門員に行うことができ、スムーズな在宅復帰に繋がったと考えられる。

また、自宅へスムーズに退院することができたことで、心理面でも落ち着くことができ、ADL や IADL の拡大に繋がり、それがまた自信に繋がり QOL など心理面に反映するといった相乗的な効果に繋がり、大幅な改善・向上に繋がった。

作業聞き取りシート

利用者名	M.K.様	年齢	81 歳	性別	男
コード番号	脳急―3―007	記入日	2012 年 11 月 14 日		

記入者名：　●●　●●　（職種　OT　）

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

1　そこで,あなたが困っているまたは問題を感じている（もっとうまくできるようになりたい,あるいは,うまくできるようになる必要があると思う）事柄で,良くなりたい,改善してみたいと思う事柄がありましたら,3つほど教えてください．
2　もし、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。
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。
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 右手で箸を使ってごはんを食べたい	実行度	0/10	0/10
	満足度	0/10	5/10
	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 右手で字をかけるようになりたい(年賀状)	実行度	0/10	3/10
	満足度	0/10	3/10
	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．．

・立てるよう
・つかまりながらでも歩いてほしい

Copyright 2011.(社)日本作業療法士協会.All Rights Reserved.

作業遂行アセスメント表

利用者名：　MK様　　**コード番号：　脳急-3-007**　　**記入日：　2012　年　11月　21日**

作業目標	**年賀状を出したい**	**達成可能なニーズ**	**家族の協力を得て年賀状を出す**

アセスメント項目		心身機能の分析 （精神機能，痛み・感覚，神経筋骨格・運動）	活動と参加の分析 （運動・移動能力，セルフケア能力）	環境因子の分析 （用具，環境変化，支援と関係）
作業遂行の問題を生じさせている要因		・右片麻痺 ・Br. stage　上肢Ⅴ手指Ⅳ下肢Ⅴ ・体幹の筋力低下 ・耐久性の低下 ・手指の分離不十分	・食事や書字などのとき左手を使っている ・起居動作が見守り～一部介助必要 ・歩行に介助が必要 ・血圧安定しておらず離床が進まない	・妻，長男との３人暮らし ・81歳
作業目標達成可能な理由と根拠	現状能力（強み）	・認知面良好 ・拙劣ではあるが右手での書字可能 ・座位バランス良好 ・麻痺は軽度で，手指の随意性向上している	・手すり歩行は見守りで可能 ・リハビリに対する意欲はある	・家族関係良好 ・年賀ハガキはすでに買ってある
	予後予測	・右手指の随意性向上，分離運動の向上	・右手で年賀状を書くことができる	・書いた年賀状は家族に郵便局まで出してきてもらう

Copyright 2011.(社)日本作業療法士協会.All Rights Reserved.

作業遂行向上プラン表

利用者名： MK様　　**コード番号：** 脳急-3-007　　**記入日：** 2012年 11月 21日

達成可能なニーズ	作業工程分析		評価 前	評価 後	達成のためのプログラム		基礎練習	基本練習	応用練習	社会適応練習
年賀状を出すことができる	企画準備力 PLAN	・送り先，必要な物品，文面の検討と確認	1 2 3 4 ⑤	1 2 3 ④ 5	いつ・どこで・誰が支援して行うか	本人	・関節可動域訓練 ・リラクゼーション ・随意性向上訓練 ・協調性，巧緻動作訓練	・座位での鉛筆操作	・書字動作訓練 （実際に年賀状を書く）	・年賀状以外のものも書けるように検討
	実行力 DO	・年賀ハガキを買う ・文字を書く ・ポストに入れる	1 2 3 4 ⑤	1 2 3 ④ 5		本人	・OTと訓練を一緒に行う	・OT と一緒に行い徐々に病棟で自主トレを行う	・OT と実施し，徐々に病棟でも自主トレを行う	・書字や塗り絵など上肢を使う運動を継続する
	検証完了力 SEE	・相手からの返信を待つ	1 2 3 4 ⑤	1 2 3 ④ 5		家族			・年賀状をもってきてもらう	
						支援者	・正しい運動の獲得に向けた支援	・必要に応じて自助具の提供		・OT は退院時にケアマネに状態を伝え，他のものに繋げてもらう
	達　成						☑未達成（理由：　年賀状は書いたが出来に納得いかず送付しなかった　）			

評価：　1.一人で可能　2. 手掛かりや見本があれば可能　3.練習により可能　4.一部手助けが必要　5.ほとんど手助けが必要

Copyright 2011.(社)日本作業療法士協会.All Rights Reserved.

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）

平成〇年〇月〇日作成

氏名　K　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。

【元気な時の生活状態】
発症前の ADL は概ね自立されていたようですが，活動性は低く，臥床がちだったようです.

【今回入院きっかけ】
□徐々に生活機能が低下
■発症（脳梗塞）
□その他（　　）

【ご本人の困っている・できるようになりたいこと】
・家族の協力を得て年賀状を出す
・右手で食事を摂取する

【現在の生活状況】※該当箇所に〇をつける

ADL　項目	している	できる	改善見込み有	特記事項
食べる・飲む	〇			食欲にムラあり　便通がないと食思低下あり
いすとベッド間の移乗	〇		〇	見守り
整容		〇		促しにて実施
トイレ動作		〇	〇	オムツ使用　自宅環境ではトイレでの排泄を目指す
入浴	〇		〇	状態に合わせ機械・一般浴福祉用具家庭訪問にて検討
平地歩行		〇	〇	手すりにて見守り動作安定すれば自立へ
階段昇降				
更衣	〇			一部介助
屋内移動	〇			車椅子移動は全介助
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				

【リハビリテーション治療の目的と内容】

・在宅移動手段獲得のための歩行訓練
・耐久性向上に向けた離床
・本人の希望である書字動作訓練

【日常生活の主な過ごし方】

・リハビリ以外は臥床して過ごされています.
・移動は車椅子使用で，移乗動作は見守りにて可能です.
・トイレに行ける能力はありますが，本人の意欲がのらずオムツを使用しています.

【アセスメントまとめと留意事項】

身体機能，動作能力としては ADL 一部介助レベルですが，本人の意欲や自信に繋がりにくく，不安もみられたため，声掛けしながらの関わりでした．食欲や排泄面などで心配があると，離床に拒否的になりがちなので，できることを伝え，誉めることで気持ちの向上が見られ離床に繋がっていました．仕事は自衛隊で，その頃の話をすると意欲が湧くこともあります．元々活動性は低かったとのことで，退院後も臥床がちになってしまう心配があります．デイケア・デイサービスなどの利用で適宜離床を図って頂ければと思います.

また，ご本人より年賀状を出したい，右手で食事を摂りたいとの希望があり，書字訓練を実施してきました．読める字ではありますが，まだご本人の満足いくものではないため，退院まで練習を継続していきたいと思います．食事では主に左手を使用して摂取していますが，数口でもよいので右手で摂取してみることを勧めています.

【継続すると良い支援・プログラム】

リハビリでは歩行訓練，書字動作訓練を中心に実施してきました．方向転換時や歩行中，たまにふらつくことがあるため，転倒に注意しながら移動して頂ければと思います（歩行手段は手すり歩行か PUW 使用，家庭訪問にて検討予定です）．書字訓練では筆圧が薄かったため，鉛筆に付ける補助具を使用して練習していました．自宅ではペンなどの使用が良いかと思います．ご本人はセンスがないと話されていましたが，筆圧の練習として塗り絵を取り入れて行っていました．絵や文字を薄めにコピーして塗り絵や書字の練習を行っても良いかと思います．右手の機能向上に向けて在宅でも右手での食事摂取と，書字の練習を継続して頂ければと思います.

第 1 表

居宅サービス計画書（1）

作成年月日 H24 年 12 月 29 日

(初回)・紹介・継続　(認定済)・申請中

利用者名：[redacted]　様 生年月日：[redacted]　住所：[redacted]

居宅サービス計画作成者氏名：[redacted]

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地：[redacted]

居宅サービス計画作成（変更）日：平成24年12月29日　初回居宅サービス計画作成日：平成24年12月29日

認定日：平成24年12月14日　認定の有効期間：平成24年11月15日 ～ 平成25年05月31日

要介護状態区分	要介護１ ・ 要介護２ ・ 要介護３ ・ (要介護４) ・ 要介護５
利用者及び家族の生活に対する意向	＜本人＞家族と住み慣れた家で暮らしていきたい。リハビリを継続して、なるべく妻に面倒をかけないで安全に日常生活を過ごしたい。後遺症で右手に麻痺が残ってしまった、右手で上手く食事をしたり手紙を書けるようになりたい。 ＜妻＞通所リハビリでの機能訓練で安全な日常生活動作を手に入れて、転倒しないで過ごしてほしい。私も持病があるので福祉用具を利用しながら無理なく介護を続けていきたい。
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	
総合的な援助の方針	本人や家族の気持ちを大切にしながら、主治医・提供事業所との連絡連携を密にして在宅生活が安心して続けられるようにしえんしてまいります。 ①通所リハビリでの歩行訓練や日常動作訓練で転倒しないで安全に過ごしましょう。 ②安全な日常生活が送れるように、福祉用具貸与・福祉用具購入で環境を整えましょう。 ③定期的な外出や他者との交流・趣味活動で生活にはりを持って過ごしましょう。 ④定期的な受診で安定して状態を保ちましょう。 [redacted]
生活援助中心型の算定理由	1. 一人暮らし　2. 家族等が障害、疾病等　3. その他（　　）

私は、居宅サービス計画について説明を受け、内容に同意しました。	説明・同意日　　年　月　日	利用者印	管理者印

第　2　表

居宅サービス計画書（2）

作成年月日 H24 年 12 月 29 日

利用者名 [redacted]　様

生活全般の解決すべき課題（ニーズ）	目標				援助内容					
	長期目標	（期間）	短期目標	（期間）	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間
<本人>なるべく自分	自分のことは自分	H25.	日常生活動作が身体	3ヵ月	専門家による個別リハビ	○	デイケア	介護老人保	週２回（	H25.
のことは自分で行い、	で行い、転倒なく	01. 08	に負担なく安全に容		リテーション			健施設 [redacted]	月・木曜	01. 08
安全に日常生活を過ご	過ごすことができ	～	易に行える		①可動域訓練、バランス			[redacted]	日）	～
したい	る	H25.			・歩行訓練					H25.
		05. 31			②日常生活動作訓練（自					05. 31
					宅を想定しての排泄・入					
					浴動作訓練）					
					③筋力・体力アップし日					
					常生活動作の安定を図る					
					④家族への身体に負担の					
					ない介助等のアドバイス					
					①セーフティーアームを	○	福祉用具貸与	株式会社 [redacted]		H25.
					利用してバランスよく歩			[redacted]		01. 08
					行ができる			[redacted]		～
					②電動昇降座椅子を使用			[redacted]		H25.
					して身体に負担なく立ち					05. 31
					座りができる					
					シャワーチェアー・浴槽		福祉用具購入	株式会社 [redacted]		H25.
					台を使用して身体に負担			[redacted]		01. 08
					なく安全に入浴できる			[redacted]		～
								[redacted]		H25.
										05. 31
					日常生活動作の見守り・		家族介護		日常	H25.
					声かけと軽介助					01. 08

私は、居宅サービス計画について説明を受け、内容に同意しました。	説明・同意日　　年　月　日	利用者印	管理者印

※１　「保険給付対象かどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。

※２　「当該サービス提供を行う事業者」について記入する。

第　2　表

居宅サービス計画書（2）

作成年月日 H24 年 12 月 29 日

利用者名 [redacted]　様

生活全般の解決すべき課題（ニーズ）	目標				援助内容					
	長期目標	（期間）	短期目標	（期間）	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間
										～
										H25.
										05. 31
<本人>右手の動きを	右手で自分の身の	H25.	右手で上手く食事を	3ヵ月	右手の機能向上訓練	○	デイケア	介護老人保	週2回（	H25.
取り戻したい	回りのことができ	01. 08	摂ったり手紙を書く					健施設 [redacted]	月・木曜	01. 08
	る	～	ことができる					[redacted]	日）	～
		H25.								H25.
		05. 31								05. 31
					自宅でも右手での食事摂		家族介護		日常	H25.
					取や書字訓練を促してい					01. 08
					く					～
										H25.
										05. 31

※1　「保険給付対象かどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。

※2　「当該サービス提供を行う事業者」について記入する。

第　2　表

居宅サービス計画書（2）

作成年月日 H24 年 12 月 29 日

利用者名[redacted]　様

生活全般の解決すべき課題（ニーズ）	目標				援助内容					
	長期目標	（期間）	短期目標	（期間）	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間
<本人>定期的な外出・他者との交流、入浴等生活に楽しみを持って過ごしたい	外出・他者との交流や入浴を楽しみに過ごす	H25.01.08～H25.05.31	外出・レクリエーションに参加して精神的に活気がでる	3ヵ月	①安全な介助の元外出する	○	デイケア	介護老人保健施設[redacted]	週2回（月・木曜日）	H25.01.08～H25.05.31
					②他者との会話や趣味活動・レクリエーションを楽しむ					
					③会話・表情・身体の動きの観察					
					④妻は休養を図る					
			施設の入浴で安心して気分転換・清潔保持を図る	3ヵ月	①安全な介助の元入浴する	○	デイケア	介護老人保健施設[redacted]	週2回（月・木曜日）	H25.01.08～H25.05.31
					②入浴動作・洗身・着替えの見守りと介助					
					③全身観察と清潔保持					

※1　「保険給付対象かどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。

※2　「当該サービス提供を行う事業者」について記入する。

第　2　表

居宅サービス計画書（2）

作成年月日 H24 年 12 月 29 日

利用者名 [redacted] 様

生活全般の解決すべき課題（ニーズ）	目標				援助内容					
	長期目標	（期間）	短期目標	（期間）	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間
＜本人＞病気が再発・悪化しないで元気に過ごしていきたい	病状が悪化しないで元気に過ごすことができる	H25. 01. 08 ～ H25. 05. 31	決められた内服と食事管理で体調良く過ごす	3ヵ月	定期的受診での病状の確認とアドバイス		かかりつけ医	[redacted] ・糖尿科・眼科	定期的に	H25. 01. 08 ～ H25. 05. 31
					①受診同行し病状を確認する ②服薬管理と食事管理（1400～1600kcal・塩分控えめ） ③食欲・会話・表情・身体の動きの観察		家族介護		日常	H25. 01. 08 ～ H25. 05. 31
					①健康チェック ②食事管理（1400～1600kcal・塩分控えめ）	○	デイケア	介護老人保健施設 [redacted]	週２回（月・木曜日）	H25. 01. 08 ～ H25. 05. 31
					①訪問して在宅での生活を確認する ②本人・家族の意向を傾聴しサービスを調整する		ケアマネージャ	[redacted] 介護支援事業所	電話・訪問時	H25. 01. 08 ～ H25. 05. 31

※１　「保険給付対象かどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。

※２　「当該サービス提供を行う事業者」について記入する。

第　3　表

週間サービス計画表

作成年月日 H24 年 12 月 29 日

利用者名[redacted]　様

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00								
	5:00								
早朝	6:00								
	7:00								
午前	8:00								
	9:00								
	10:00	【通所リハ】[redacted]			【通所リハ】[redacted]				
	11:00	ー入浴介助 ー集中リハ			ー入浴介助 ー集中リハ				
午後	12:00								
	13:00								
	14:00								
	15:00								
	16:00								
	17:00								
夜間	18:00								
	19:00								
	20:00								
	21:00								
深夜	22:00								
	23:00								
	0:00								
	1:00								
	2:00								
	3:00								

週単位以外のサービス	福祉用具購入（シャワーチェアー・浴槽台）福祉用具貸与（セーフティーアームウォーカー・移動用リフト）

私は、居宅サービス計画について説明を受け、内容に同意しました。	説明・同意日　　年　　月　　日	利用者印	管理者印

２）回復期事例

（１）事例紹介

80 代前半の女性 S さん。現病歴：X 年 10 月小脳梗塞にて入院。2 病日理学療法、作業療法を開始した。16 病日に回復期病棟に転棟。25 病日より生活行為向上マネジメントを導入し、55 病日に家庭訪問実施、64 病日に自宅退院した。

退院時評価は上肢・手指・下肢の Br.stageⅥであったが体幹失調により右への傾きあり。HDS－R:12 点、握力は右 12kg 左 10kg、BI:60 点（移動・整容・入浴・更衣・排尿コントロールが部分介助、歩行器歩行が見守りで可能)、主観的健康感（健康感）:3（ふつう)、老研式活動能力指標（老研式）:5 点、IADL 尺度:1 点。

（２）作業歴

屋内は独歩、屋外はシルバーカー使用し、ADL は自立していた。洗濯・料理・炊事等の家事をこなし、家の裏にある小さな畑で野菜作りを行っていた。入院前、介護保険の申請歴なし。

（３）関連職種からの情報

MSW より「娘夫婦、孫 3 人の 6 人暮らしで家族は自宅退院を希望している。」との情報があった。

（４）セットツールの活用の実際

①作業聞き取りシート

25 病日目に生活行為向上マネジメントを導入した。本人に目標を聞くが、「出来るようになりたいことなんて何にもない。」との発言が多く、目標を設定できなかった。そこで興味・関心チェックリストを使用すると洗濯などの家事動作を行いたいという強い希望があることが分かった。

娘の希望としては「安全に移動できるようになって欲しい。」とのことであったが、「椅子座位で洗濯物をたためるようになる。」を達成可能なニーズとし、S さんと共有した。本人評価は実行度・満足度共に 1 で「洗濯物くらいたたんでおいたら家族は助かるだろうな。」との発言が聞かれた。

②作業遂行アセスメント表

マネジメント開始当初上肢・手指・下肢の Br.stage はⅥであったが体幹の失調により手すりを使用しないと端坐位も保持できなかった。そのため「椅子座位で洗濯物をたためるようになる。」というニーズは達成可能と考えた。

③作業遂行プラン表

洗濯ものをたたんで、重ねて置いていく動作が行えるように基礎・基本練習を中心に段階づけて行った。また、S さんが自宅で行えるように家族に洗濯ものを取り込んでもらう所までの協力をお願いした。

④実施した作業療法プログラムと経過

手すりなどの支持物がないと端坐位保持が不可能であったため、まず坐位バランスの向上に向け OT を進めた。坐位バランスは向上し、手放しでの坐位保持も可能となった。坐位での洗濯ものたたみを想定し、椅子座位で洗濯ものをたたみ、それをテーブルに並べて順々に重ねていく動作を行った。徐々に体幹のふらつきも軽減し、移動手段も車椅子から歩行器歩行となった。練習時には「これなら出来そうだ。」と笑顔も見られ、「この位出来れば家族も助かるだろうな。」との発言が聞かれるようになった。

55 病日に家庭訪問を実施し、必要なサービスを提案した。その際に退院時リハビリテーション指導書を渡し、ケアマネジャー、家族にマネジメントの内容を伝えた。家族へ協力を依頼すると「家族の役に立ちたいだなんて、そんな風に思っていたんだ」と驚かれると同時にＳさんの思いを知り喜ばれていた。

指導書には、シルバーカー又は歩行器使用での屋外移動、座位での食事の準備・洗濯・整理の欄に改善見

込みを付けた。64 病日に担当者会議実施、その後自宅退院となる。退院時の本人評価は実際に行っていないとのことから、実行度・満足度共に１で著変なかった。

（５）結果と考察

退院 1 ヶ月後の BI は 85 点（移動・整容・更衣・排尿コントロールが自立）に向上していた。健康感:2（まあまあ健康)、老研式:9 点、IADL 尺度:3 点（家事の自立度は向上、洗濯・財産取扱い能力で加点）に改善。週 3 回のデイサービスを利用し、家族の協力もあり退院直後より洗濯ものたたみを S さんの役割として継続して行っている。また、実際のケアプランにも「洗濯ものをたたむ」という内容が含まれている。ケアマネジャーから､「ケアプランの予後予測をしながら作成することに不安を感じる事があるが､今回作業療法士の参加により専門的な意見をもらい、ケアプランを立てる事に役立った｡」との意見を頂いた。

生活行為向上マネジメントを導入し、患者さんが安全に行える達成可能なニーズを作業療法士という立場から考えることは、退院後の患者さんの QOL を向上させることに繋がり有効であると考える。

（６）まとめ

S さんは元々家事動作を役割として行っていた。しかし今回の発症により今までのように体が動かなくなり、今後の在宅生活での希望も持てずにいた。家族の希望は ADL に対するものであったが、Ｓさんの本心には「家族の役に立ちたい」という強い希望があった。S さんにマネジメントシートを使用し、退院後の生活における役割の再獲得に繋がり大変役立ったと感じた。

作業聞き取りシート

利用者名	S様	年齢	歳	性別	男　女
コード番号		記入日	年　月　日		

記入者名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（職種　　）

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

1　そこで,あなたが困っているまたは問題を感じている（もっとうまくできるようになりたい,あるいは,うまくできるようになる必要があると思う）事柄で,良くなりたい,改善してみたいと思う事柄がありましたら,3つほど教えてください.
2　もし、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。
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。
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 洗濯物がたためるようになる	実行度	1/10	1/10
	満足度	1/10	1/10
	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	

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. .

安全に移動できるようになってほしい

Copyright 2011.(社)日本作業療法士協会.All Rights Reserved.

作業遂行アセスメント表

利用者名：S 様　　**コード番号：**　　**記入日：　○年　○月　○日**

作業目標	**洗濯物たたみが行える**

達成可能なニーズ	**椅子座位で洗濯物がたためる**

アセスメント項目		心身機能の分析 （精神機能，痛み・感覚，神経筋骨格・運動）	活動と参加の分析 （運動・移動能力，セルフケア能力）	環境因子の分析 （用具，環境変化，支援と関係）
作業遂行の問題を生じさせている要因		・体幹失調あり ・手放しでの座位保持が保てない	・ベッド柵がないと起き上がっても右に傾く ・リハビリ・10 時のお茶飲み以外はベッドで臥床して過ごしている	・転倒・転落予防に抑制使用 ・洗濯物をたたむ機会がない
作業目標達成可能な理由と根拠	現状能力（強み）	・麻痺軽度 ・認知面の低下はあるがコミュニケーション良好 ・リハビリや離床の拒否はない	・家事動作を行いたいという意欲はある ・入院前も洗濯物たたみを行っていた ・座位バランス訓練後は数十秒は傾かずに座っていられる	・今後家事は娘が行う予定
	予後予測	・耐久性も向上し活動性が上がる ・座位バランスは向上する	・座位での洗濯物たたみは行える	・取り込んでもらった洗濯物を椅子の近くに置いてもらえば行える

Copyright 2011.(社)日本作業療法士協会.All Rights Reserved.

作業遂行向上プラン表

利用者名：S様　　**コード番号：**　　**記入日：　O年　　O月　　O日**

評価：　1.一人で可能　2.　手掛かりや見本があれば可能　　3.練習により可能　　4.一部手助けが必要　　5.ほとんど手助けが必要

達成可能なニーズ	作業工程分析		評価 前	評価 後	達成のためのプログラム		基礎練習	基本練習	応用練習	社会適応練習
椅子座位で洗濯物をたためるようになる	企画準備力 PLAN	①洗濯ものたたみの手順を考えられる	[1] 2 3 4 5	[1] 2 3 4 5			①座位バランス練習 ②筋力増強練習 ③協調性・巧緻動作練習	①座位での上肢機能練習	①座位で洗濯物をたたむ ②たたんだ洗濯物を重ねていく	①家族に注意点を話し、家でも行ってもらう ②環境整備
	実行力 DO	①洗濯ものがためる ②たたんだ洗濯物を崩さないように重ねて置いていく	1 2 3 4 [5]	1 2 [3] 4 5	いつ・どこで・誰が支援して行うか	本人	①～③をＯＴと行う	ＯＴと行う	①～②をＯＴと行う	①～②を家族・ＯＴと行う
	検証完了力 SEE	①取り込まれた洗濯物が全てたためている ②たたんだ洗濯物がテーブルに置いてある	1 2 3 4 [5]	1 2 [3] 4 5		家族				家族ができる範囲で継続的に実施する
						支援者	リハビリで行う	リハビリで行う	リハビリで行う	ＯＴが家族に、本人の希望とできる能力と難しい動作を伝える
	達　成						■達成　□変更達成　□未達成（理由：　　）　□中止			

Copyright 2011.(社)日本作業療法士協会.All Rights Reserved.

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　　S　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。

【元気な時の生活状態】
ＡＤＬ自立、家事動作も行っていた

【今回入院きっかけ】
□徐々に生活機能が低下
■発症（脳梗塞）
□その他（　　）

【ご本人の困っている・できるようになりたいこと】
洗濯物をたためるようになりたい

【現在の生活状況】※該当箇所に○をつける

ADL 項目	している	できる	改善見込み有	特記事項
食べる・飲む	○			
いすとベッド間の移乗	○			
整容	○			
トイレ動作	○			
入浴		○		見守り・軽介助必要
平地歩行	○			
階段昇降				
更衣	○			
屋内移動	○			
屋外移動			○	平地であれば可能（シルバーカー・歩行器使用にて）
公共交通機関利用				
買い物				
食事の準備			○	座位でテーブルに物を並べる等は可能
掃除				
洗濯			○	座位で洗濯物をたたむことは可能
整理・ゴミだし			○	座位での動作は可能
お金の管理				
電話をかける				
服薬管理				

【リハビリテーション治療の目的と内容】
今回の発症により体幹失調が出現し、立位・座位保持も不安定さがあった。リハビリでは座位バランスを向上させ「座位で洗濯物をたたむ」という目標に向けリハビリを進めた。

【日常生活の主な過ごし方】
入院生活では日中リハビリ・レクリエーション以外は臥床している事が多い。
座位バランスは向上してきて、病棟内は歩行器見守りで移動している。

【アセスメントまとめと留意事項】
元々ADL は自立し家事動作も行っていた。今回の発症により体幹失調が出現した。ご家族からは安全に移動してほしいとの要望があったが、本人からは家事動作を行いたいとの強い希望が聞かれた。現在は座位バランスも向上し座って洗濯物をたたむことは可能となった。本人もこれなら出来そうと笑顔もみられるようになった。退院してから本人の役割として家族の協力が得られれば続けていただきたい。

【継続すると良い支援・プログラム】
日中はデイサービス等を利用。
家事動作をして家族の役に立ちたいという希望があるので、座って行える家事を行って頂きたい。

Ⅴ．考察

１）作業療法士と介護支援専門員との連携効果

生活行為向上マネジメントを入院時から実施し、退院後も一貫した継続的な生活行為の向上と自立支援を行うことで、対象者の多くは退院 1 か月後の ADL や IADL、主観的健康観において「改善」または「維持」されていた。先行研究（芳野 2008）では、退院 1 か月後の ADL はむしろ低下するという報告があり、入院時から退院後へと本マネジメントを継続して活用することの有効性が示唆された。一方、退院 1 か月後で悪化するケースもおり、入院時の生活行為アセスメントでは退院後の生活を十分に考慮して実施すること、更に対象者の生活行為の向上と自立支援に向けた具体的な支援方法やプログラムを介護支援専門員へ具体的に伝えていくことが重要である。

急性期でも回復期でも ADL は改善するものが最も多いのに対して、IADL、QOL に関する評価では維持が多い結果となっている。これは、退院後 1 カ月程度の時期は、まずは毎日の身の回りの生活を安定させる時期であり、他者との交わりや買い物など外出を伴うような活発な生活よりも、家の中での日常生活に主に取り組む時期と考えられ、多くのケースが積極的に IADL 等に取り組まなかったからではないかと考えられる。

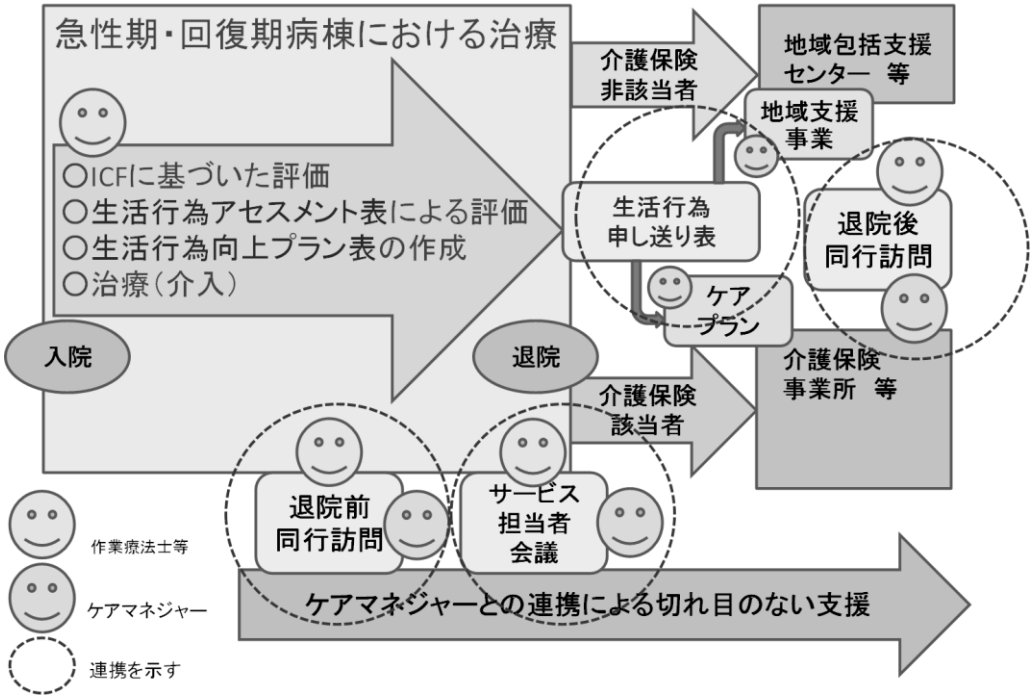
介護支援専門員は作業療法士（以下、OT）との連携について、そのほとんどが有意義と評価しており、「大変有意義」と評価している者に、ケアマネジメントの自己評価も「よくできた」と評価していることが多かった。アンケートからは、対象者の心身状態や今後の生活支援について OT から具体的に伝達されたことが、対象者のケアプラン立案に効果的に働いていることが伺えた。

また、OT と介護支援専門員との効果的な連携方法としては、退院時リハビリテーション指導書、同行訪問、担当者会議のほぼ全てにおいて有意義という結果であった。特に担当者会議は「大変有意義」が多く、ケアプラン作成に向けての退院前の担当者会議の位置づけが、効果的な連携として特に重要と思われた。そのため OT は「退院時リハビリテーション指導書（生活行為申し送り票）」を退院の目途が立ち次第できるだけ早く作成し、担当者会議で脳卒中者の情報を共有できるようにすることが望ましいと考える。

申し送り書の内容をさることながら、そのスピード、時期なども重要な因子と言える。今後、この点について医療機関側の OT 達は大いに留意する点であると思われる。

以上の観点を踏まえ、入院時から退院に向けての効果的な連携モデルを図表 23 に示す。

図表 25 入院時から退院に向けての効果的な連携モデル



ここに示したモデルは、医療分野で実践されているものではあるが、その全てに OT と介護支援専門員との連携が図られていない現状もある。特に急性期では介護保険非該当で退院するケースがあり、退院後の生活状況の把握が困難となる。その場合は地域包括支援センターと連携し、その後の生活行為の確認等を行うことが重要である。

既に医療保険には「退院前訪問指導（555 点）」や「退院時リハビリテーション指導料（300 点）」などが存在するが、これは患者本人又は家族等への直接的な評価や指導で算定できるために、必ずしも介護支援専門員や退院後の介護保険等のサービス提供者への情報提供、指導などは含まれない。このために、医療機関側の OT から介護支援専門員への連携にはなかなかスムーズにはつながりにくい。

したがって、現状の制度下では作業療法士の積極的な働きかけに期待するしかない状況であるわけだが、実際の臨床場面では多くの作業療法士は実施単位数の実績をあげることを病院経営者等から求められるなど現実的な課題も現場では多く、なかなか OT 1 人 1 人の個人的な努力のみで解決できない状況にあるのもまた事実である。

また「介護支援連携指導料（300 点）」なるものがあるが、これは看護師、社会福祉士、薬剤師等の多くの職種が関わるがゆえに、各医療機関の現実的な問題として、実際のところは地域医療連携部門やソーシャルワーカー部門を経由しての介護支援専門員との連携になっている場合がほとんどで、OT が直接介護支援専門員と接しての連携へのつながりには至っていない状況がある。

以上のことから、「退院前訪問指導」や「退院時リハビリテーション指導料」「介護支援連携指導料」などにオプショナルとして、OT が直接、介護支援専門員への申し送りや指導等を行うことを義務付けるような仕組みづくりが求められる。

2）生活行為向上マネジメントによるアセスメントおよびケアプラン作成に関する留意点

OT と介護支援専門員との連携において、対象者に関する様々な情報を共有することが重要である。特に対象者の生活行為のアセスメントは、ケアプランの作成や退院後の生活行為の確認において非常に重要である。脳卒中者は退院後の生活において、特に退院後 1 か月間においては、環境の変化や介護者への依存等から徐々に能力が低下することが多い。

また、外出や友人との交流などの機会が乏しくなると、身体的な問題に心理的な影響も重なり、生活行為の悪化が懸念される。廃用症候群→社会との関わりの低下→廃用症候群の悪化という負の循環を防ぐためには、退院後の生活においても、対象者の能力を生かしながら対象者がいきいきと地域社会で生活することができるように、適時対象者の生活行為のアセスメントを実施し、きめ細かくケアプランへ反映させることが重要である。生活行為に視点をおいたアセスメントのポイントを図表 24 に示す。

なお、介護支援専門員にとって「心身機能」と「活動と参加」がどのように関連するかを理解することは、医学的な知識を必要とすることから難しいことも考えられ、退院時リハビリテーション指導書の「アセスメントまとめと留意事項」を具体的、かつわかりやすく記載することが必要である。また、OT と介護支援専門員との連携において活用した退院時リハビリテーション指導書には、ケアプランに活用できる情報が記載されている。

今回の取り組みでも、退院時リハビリテーション指導書で申し送られた具体的な支援方法やプログラムが、対象者のケアプランに反映され、退院 1 か月後の能力指標が改善するという例があった。退院時リハビリテーション指導書のケアプランへの活用例を図表 25 で提案する。

ケアプランにおいて生活行為の向上と自立支援に向けた具体的な計画が盛り込まれることが重要であり、その際に退院時リハビリテーション指導書が介護支援専門員にとって十分に活用できるものと考える。

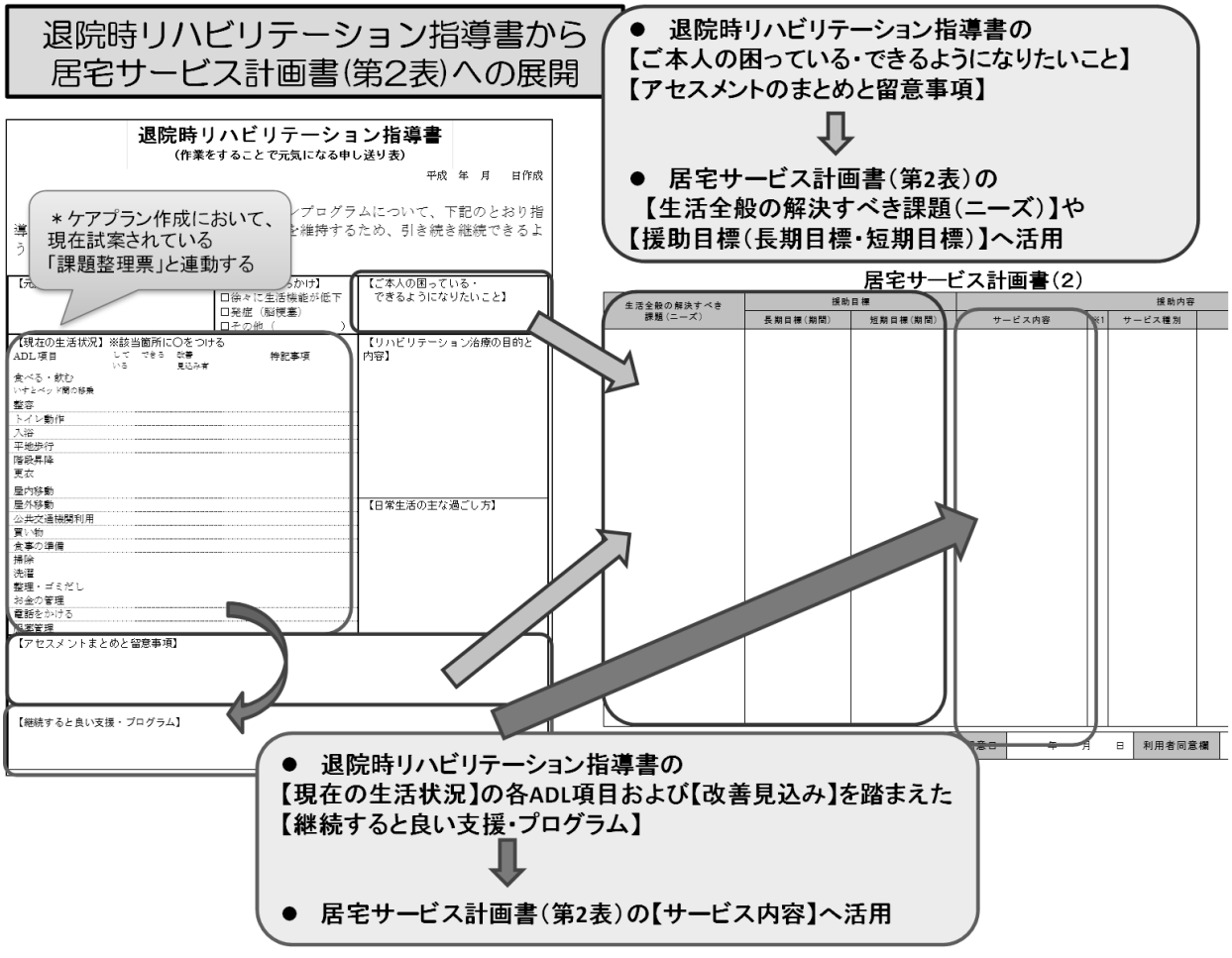
図表 26 生活行為に視点をおいたアセスメントのポイント

疾患(既往等)	心身機能	活動と参加	環境
□ 高血圧	□ 中枢麻痺	□ 掃除・整理整頓・ゴミ出し	□ 家族との交流・関係
□ 脳血管疾患	□ 関節拘縮	□ 洗濯	□ 友人との交流・関係
□ 心疾患	□ 感覚・知覚障害	□ 洗濯物のたたみ・後始末	□ サービス利用
□ 糖尿病	□ 知的機能低下	□ 買い物	□ 専門職との関係
□ ここ一週間の転倒履歴	□ 筋力低下	□ 食事の用意	□ 居宅の環境
□ その他 ( )	□ 協調運動障害	□ 食事の片付け	□ 家屋改修の必要性
	□ 音声表出・理解障害	□ 通院・外出	□ 福祉用具・補装具の必要性
	□ 失行・失認	□ 交通機関の利用	
	□ 疼痛	□ 車の運転	
	□ じょくそう	□ 金銭管理	□ 地域の生活圏域の環境
	□ 呼吸・循環障害	□ 電話・ＰＣ	□ 生活用具の活用
	□ 摂食・嚥下障害	□ 畑仕事・草むしり・水やり	□ 趣味・役割活動の環境
	□ 排せつ障害	□ 屋内移動	□ 社会資源
	□ コミュニケーション能力	□ 屋外移動	□ 経済
	□ うつ	□ 食事	□ 公共交通機関利用
		□ 書字	
薬の内容	基本動作能力＊	□ 排泄	
□ 服薬方法と支援	□ 座位保持能力	□ 更衣	個人因子
	□ 立位保持能力	□ 入浴	□ 職歴
	□ 歩行能力	□ 移乗	□ 学歴
		□ 口腔・歯のケア	□ 生活史
		□ 階段昇降	□ 趣味
		□ 床からの立ち上がり	□ 家族構成
		□ 趣味や関心事への取り組み	
		□ 生活の場以外での取り組み	

※すべての職種が情報収集　※網掛けはOTがアセスメント　※OTはできる能力をアセスメント 介護職はしているをアセスメント　※すべての職種が情報収集

共通

図表 27 退院時リハビリテーション指導書のケアプランへの活用例



添付資料

（介護支援専門員向けアンケート調査票）

ケアマネジメントに関する自己評価アンケート

対象者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　対象者コード番号：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

記入日：　　年　　月　　日

1）あなたが担当した対象者へのケアマネジメントについてうかがいます．以下の項目について，選択肢の該当する部分に○をつけてください．

	まったくできなかった	どちらかというとできなかった	どちらかというとできた	よくできた
① 対象者の体や心の状態の把握	（　）	（　）	（　）	（　）
② 当面必要な支援の立案	（　）	（　）	（　）	（　）
③ 将来を見越した支援の立案	（　）	（　）	（　）	（　）
④ 他職種との連携	（　）	（　）	（　）	（　）
⑤ ケアプラン立案の達成（充実）感	（　）	（　）	（　）	（　）

2）今回作業療法士との連携を行った方にうかがいます．退院時リハビリテーション指導書や同行訪問，作業療法士の担当者会議への出席について，該当する①から③に○印をつけ，連携の意義について選択肢の該当する部分に○をつけてください．また，それぞれについてご意見がありましたら自由にお書きください．

	全然有意義でなかった	あまり有意義でなかった	どちらかというと有意義だった	大変有意義だった
① 退院時リハビリテーション指導書	（　）	（　）	（　）	（　）

ご意見：

② 作業療法士による同行訪問	（　）	（　）	（　）	（　）

ご意見：

③　作業療法士の担当者会議への出席　（　　）　　（　　）　　（　　）　　（　　）

ご意見：

3）ケアマネジメントに関して感じていることやご意見がありましたら自由にお書き下さい.

4）他職種との連携に関して感じていることやご意見がありましたら自由にお書き下さい.

5）介護支援専門員としての経験年数をご記入下さい.　　＿＿＿＿＿＿年

6）介護支援専門員としての基礎資格をご記入下さい（例，看護師，介護福祉士，作業療法士等）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

質問は以上です．ご協力いただきありがとうございました.

なお，本アンケートと本アンケート対象者のケアプランの写し（第１表から第３表）を，依頼された作業療法士へご郵送していただきますようお願いいたします．お送り頂いた資料の対象者名等の個人情報は，データ化や消去により、個人が特定されないよう厳重に管理し、本研究以外には使用しません。

第四章　廃用モデルにおける介護支援専門員との連携とその効果

介護支援専門員はケアマネジメントの要であるのに対し、作業療法士は生活行為向上の視点をもつ専門職である。両者が連携すれば、生活機能向上に資するケアプランの立案に繋がると予想される。

本事業では廃用またはその進行が予想される要介護高齢者を対象に、介護支援専門員と作業療法士が同行訪問を含む連携を行い、その成果を検討した。作業療法士によるアセスメントや情報提供の内容、介護支援専門員が有用と感じた情報や介護支援専門員の意識変化を調査分析した結果、両者の連携によって期待できる効果や連携を進める上での課題が示された。

Ⅰ．目的

介護支援専門員と作業療法士との連携の効果と生活行為向上に向けたケアプランの立案上の留意点などをまとめ、連携のあり方を明確化する。具体的には下記について取り組む。

①廃用モデルにおけるケアプラン作成の留意点
②作業療法士と介護支援専門員の連携によって期待できる効果
③連携のあり方の課題の明確化

Ⅱ．事業概要

１．事業実施協力機関

㈱やさしい手
一般社団法人東京都作業療法士会
㈱日本総合研究所

２．事業実施期間

H24 年８月～H25 年１月

３．対象者

条　件：廃用症候群が原因疾患として要介護状態となり、介護支援専門員がプラン作成を行っている事例に該当する者とする。できるだけ見直しを考えている事例、あるいは困っている事例が望ましい。
目標数：同行訪問を実施する事例 30 例、　参考事例（非同行訪問）30 例

Ⅲ．実施方法

以下の手順で実施した。

１．事業説明会の開催と事例収集の依頼

協力事業所毎に事業説明会を開催し、事業概要の説明と対象事例の紹介を依頼した。また、事例情報の収集方法について説明した。

２．介護支援専門員から事例情報の収集

事例を担当する介護支援専門員に対し、基本情報・生活確認票（様式 1）、現在のケアプラン、課題整理表（様式 2）の提出を依頼した。

３．作業療法士の同行訪問（９月下旬～10 月下旬）

担当介護支援専門員と簡単な打ち合わせ後、同伴訪問を実施した。同行訪問後、作業療法士が生活行為向上マネジメントの視点に基づくアセスメント結果を申し送り表（資料 1）にまとめ、介護支援専門員に情報提供を行った。併せて口頭によるアドバイスを行った。

４．模擬ケア会議と介護支援専門員へのヒアリング（11 月上旬）

同行訪問事例の中から 19 例（5 事業所）について「ケアプランの見直し検討を含めた意見交換」及び「作業療法士による生活行為向上マネジメントについての意見、感想」を聴取した。

５．介護支援専門員アンケートおよびケアプランの回収

介護支援専門員に「ケアマネと作業療法士の連携に関するアンケート」（資料 2）を依頼し回収した。またケアプラン（12 月現在のもの）の提供を依頼した。

Ⅳ．結果

１．実施状況

同行訪問　：39 例（6 事業所）に実施した。
データ回収：全事例回収した。記載漏れや誤りの多い事例を除いた有効事例数は次の通りである。

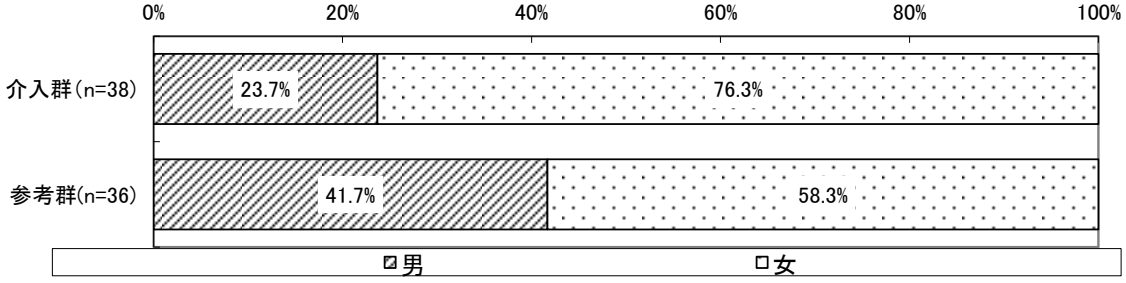
●同行訪問（介入）群 38 事例
●参考事例群が 36 例
合計 74 事例

２．対象事例の基本情報

同行訪問を実施した介入群および、参考事例とした参考群の基本属性を以下に示す。

１）性別

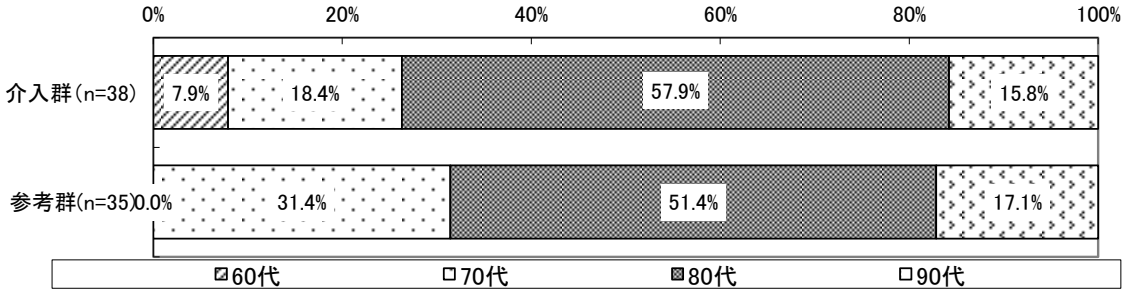
図表 28 性別



2）年齢

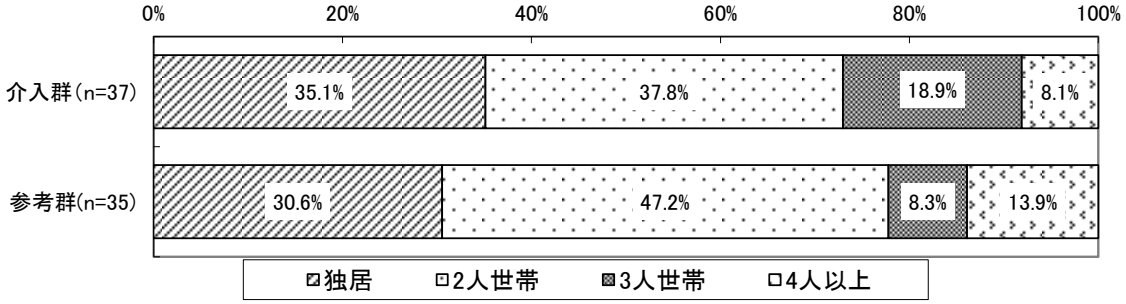
平均　全体：81.5±11.90　［介入群：82.8±7.94　　参考群：80.1±15.01］

図表 29 年齢



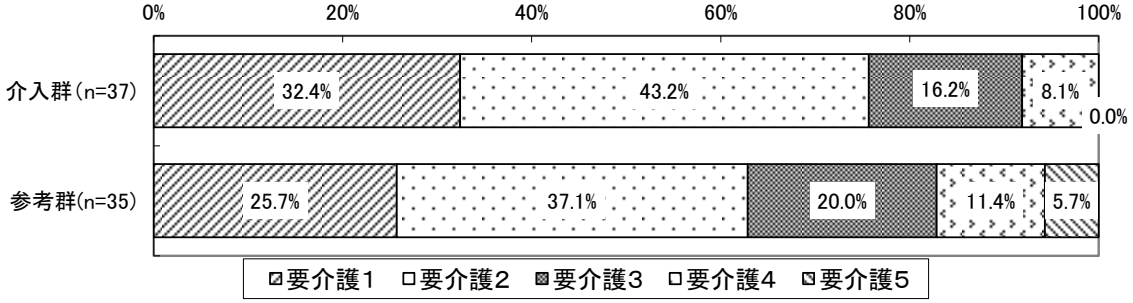
3）家族構成

図表 30 家族構成



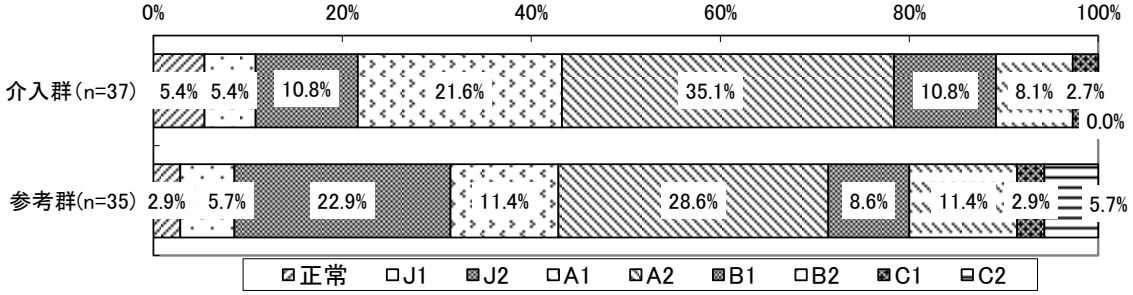
4）要介護度

図表 31 要介護度



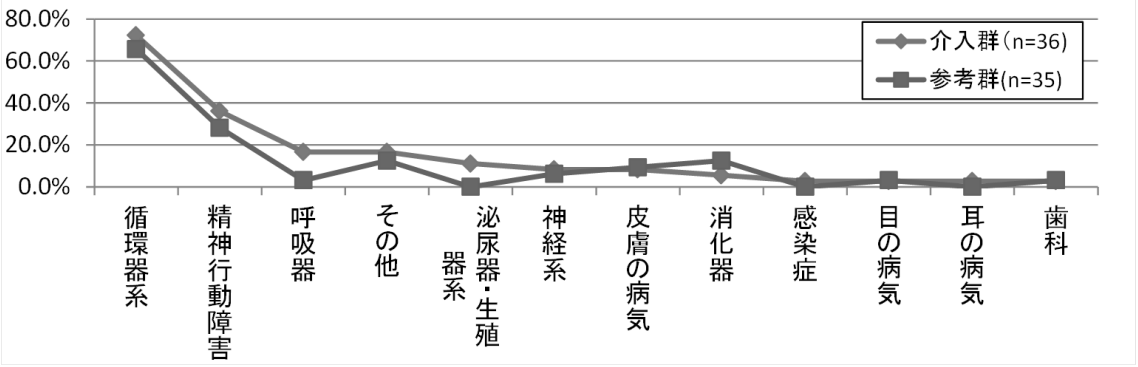
5）日常生活自立度

図表 32 日常生活自立度



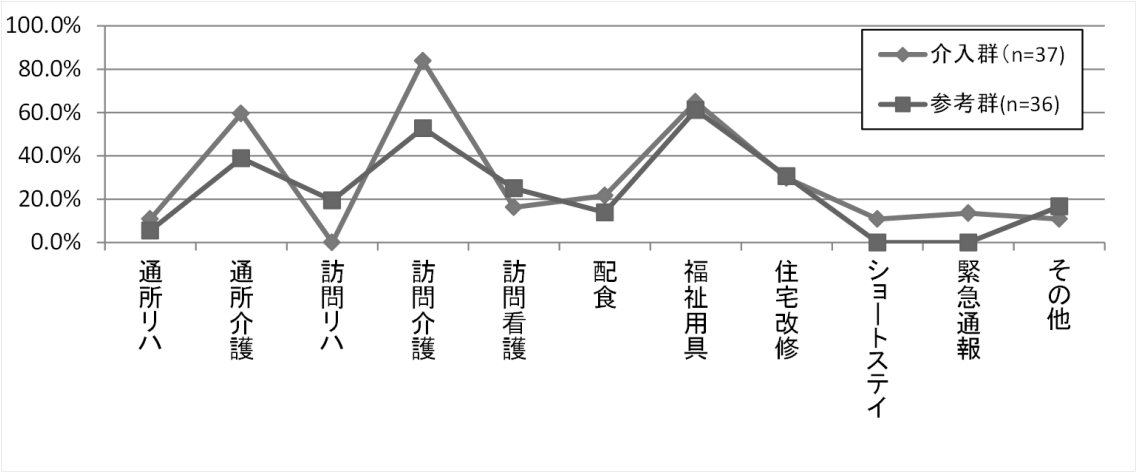
６）既往歴

図表 33 既往歴



７）サービス利用状況

図表 34 サービス利用状況



３．介護支援専門員アンケート

介護支援専門員を対象に、「現在のケアプランに対する自己評価」や「作業療法士との同行訪問についての意義・成果」を問うアンケートを実施した。基本的に本事業に情報提供した事例について問う形で行った。結果を以下に示す。

１）回収率および回答者の基本属性

（１）回収率

記入漏れや記入ミスの多いものを除いた有効回答率は次の通りである。

・同行訪問事例（介入群）の介護支援専門　89.7%
・参考事例（参考群）の介護支援専門員　66.7%

（２）保有資格と経験年数

介護福祉士が最も多く、7 割程度であった。経験年数については、 2 年未満、2～4 年未満の介護支援専門員が半数以上を占めている。全体に経験が浅く、参考群では特に 2 年未満が半数以上を占めている。

図表 35 介護支援専門員の保有資格と経験年数

資格名	介入群	参考群
介護福祉士	25	21
ヘルパー１級	2	1
あん摩マッサージ指圧師	2	0
社会福祉士	1	0
ヘルパー２級	1	0
歯科衛生士	1	0
福祉用具専門相談員、ヘルパー２級	1	0
無回答	2	0
合計	35	24

経験年数カテゴリ	介入群	参考群
2年未満	8	13
2～4年未満	12	5
4～6年未満	7	1
6～8年未満	3	4
8～10年未満	2	0
10年以上	3	1
合計	35	24

２）ケアマネジメントに関する自己評価

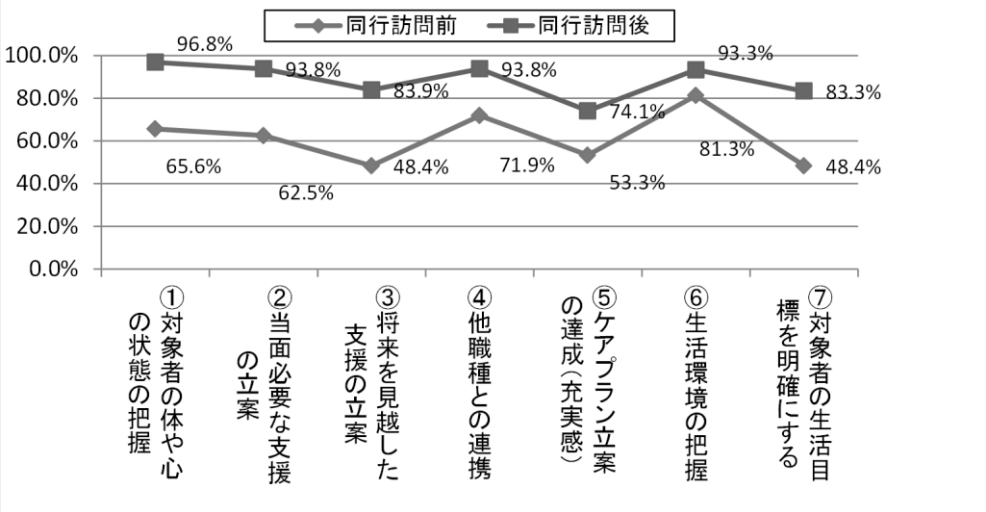
対象とした事例に関するケアマネジメントの自己評価については、①対象者の体や心の状態の把握や、②当面必要な支援の立案、⑥生活環境の把握の項目については、介護支援専門員の自己評価が高い傾向があった。一方で、③将来を見越した支援の立案、⑤ケアプラン立案の達成（充実感）、⑦対象者の生活目標を明確にする、の項目については介護支援専門員の自己評価が低い傾向があった。

同行訪問前と同行訪問後の自己評価結果と比較すると、すべての項目について同行訪問前後で自己評価結果が改善している。

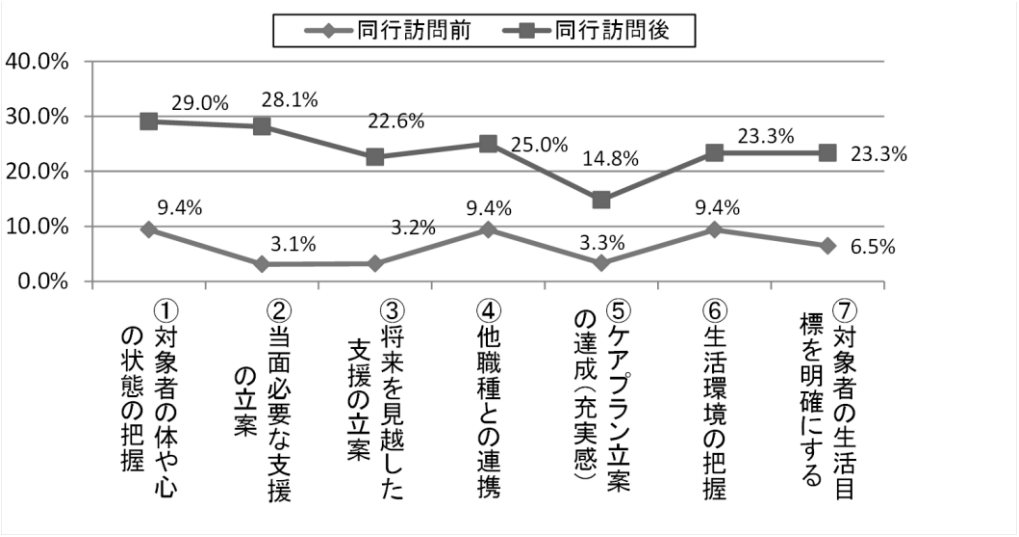
図表 36 全体：対象事例に対する介護支援専門員の自己評価

設問	訪問前・訪問後・参考群	まったくできなかった	どちらかというとできなかった	どちらかというとよくできた	よくできた	合計
①対象者の体や心の状態の把握	訪問前(n=32)	0.0%	34.4%	56.3%	9.4%	100.0%
	訪問後(n=31)	0.0%	3.2%	67.7%	29.0%	100.0%
	参考群(n=24)	0.0%	4.3%	73.9%	21.7%	100.0%
②当面必要な支援の立案	訪問前(n=32)	0.0%	37.5%	59.4%	3.1%	100.0%
	訪問後(n=32)	0.0%	6.3%	65.6%	28.1%	100.0%
	参考群(n=24)	4.3%	0.0%	73.9%	21.7%	100.0%
③将来を見越した支援の立案	訪問前(n=31)	0.0%	51.6%	45.2%	3.2%	100.0%
	訪問後(n=31)	0.0%	16.1%	61.3%	22.6%	100.0%
	参考群(n=24)	0.0%	22.7%	63.6%	13.6%	100.0%
④他職種との連携	訪問前(n=32)	0.0%	28.1%	62.5%	9.4%	100.0%
	訪問後(n=32)	0.0%	6.3%	68.8%	25.0%	100.0%
	参考群(n=24)	4.3%	13.0%	56.5%	26.1%	100.0%
⑤ケアプラン立案の達成（充実感）	訪問前(n=30)	0.0%	46.7%	50.0%	3.3%	100.0%
	訪問後(n=27)	0.0%	25.9%	59.3%	14.8%	100.0%
	参考群(n=24)	4.3%	39.1%	39.1%	17.4%	100.0%
⑥生活環境の把握	訪問前(n=32)	0.0%	18.8%	71.9%	9.4%	100.0%
	訪問後(n=30)	3.3%	3.3%	70.0%	23.3%	100.0%
	参考群(n=24)	0.0%	13.0%	56.5%	30.4%	100.0%
⑦対象者の生活目標を明確にする	訪問前(n=31)	0.0%	51.6%	41.9%	6.5%	100.0%
	訪問後(n=30)	0.0%	16.7%	60.0%	23.3%	100.0%
	参考群(n=24)	0.0%	34.8%	52.2%	13.0%	100.0%

図表 37 訪問前後比較：「どちらかというとできた」・「よくできた」と回答した者の割合



図表 38 訪問前後比較：「よくできた」と回答した者の割合



3）作業療法士との連携に対する意見

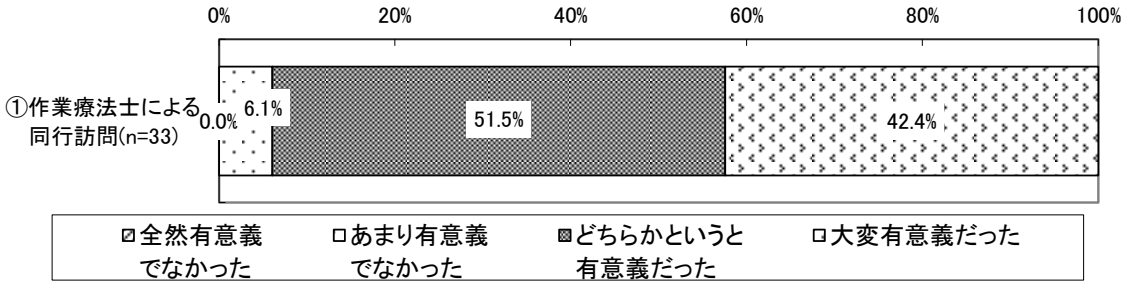
介入群の介護支援専門員から、①同行訪問、②申し送り表、③同行訪問時の作業療法士との意見交換、④同行訪問後のケア会議のそれぞれについて 4 段尺度で評価を行って頂いた。また各項目について自由回答にて詳細を把握した。

（1）作業療法士による同行訪問について

作業療法士による同行訪問について、「大変有意義だった」という回答が 42.4%、「どちらかというと有意義だった」という回答が 51.5%であった。

自由回答を見ると、まず同行訪問を通じて、手すり・福祉用具の新規導入に至ったこと、訪問リハビリの導入を行ったという回答、ヘルパーの行うサービス内容に関する変更を行ったという回答が得られた。また心身の状況の把握、生活環境の把握に役立ったことに加えて、利用者・家族の意欲向上、合意形成においても作業療法士の介入が有効であることを示唆する回答が得られた。一方で日常的なかかわりのある OT でなければ、利用者の生活実態を十分に把握することが難しいのではないかという指摘もあった。

図表 39 作業療法士による同行訪問に関する意見



【ケアプラン・サービスの変更等について】

- 週間プランの変更には至らなかったが、手すりを設置（住改は利用済だったので自費）した。玄関の出入りが楽になったと大変喜んでいる。
- 専門家からのアドバイスで本人・家族も現在の生活を見直す機会になった。また、危険な動作や箇所が理解でき、福祉用具（平行棒）をレンタルするようになった。
- ベッド周りのリハビリの提案を頂き、訪問リハビリを導入することが出来、１２月より実施。実際に座位、手すりにつかまっての立位保持、ポータブルトイレへの移乗ができるようになった（筋トレ、上下肢の関節運動中心）
- 私がずっと気になっていたのが体調不良の訴えはどこからくるのかということでした。その点をクリアにできれば生活面が改善できるのではと思っていました。栄養面は週に１～２回来られる長女にまかせているところがありましたが OT の指摘によりヘルパーのサービス内容に食事の促しや準備を増やしました。

【体や心の状態の把握について】

- できないことに目が行きがちだが、意外とできている。できることが有ることに着目できた。
- 関節症や筋力低下ということは分かっていても、具体的にどういった筋力が低下しているのか？それはどういった行為に支障が生じるのか？治療やリハビリ等によって改善の見込みはあるのか？といった細かな見立ては、セラピストさんと同行するからこそできることだと思う。
- アルツハイマー病の特徴を理解した上で、ご本人の過去の経験や、蓄積されている知識を生かしながら支援してゆくことの大切さを改めて感じた。
- 直接、OT に本人をみてもらうことで、本人の協力やアップできそうな能力、低下しそうな能力を知ることができ、より詳しい本人の将来像をつかむことができ、とても良かった。
- 下肢の浮腫に対して具体的な運動の提案。体重の増加も原因だと気づくことができた。
- 新しい問題点が出てくる事を期待していたが、何も無く把握出来ている内容だけだったので、期待はずれでした。

【生活環境の把握】

- イスに座る姿勢や簡単な体操を教えて頂き大変参考になった。シルバーカーが体に合っていないことが分かりました。
- ベッドの配置、生活導線、イスの高さ等利用者様の身体の動きについても細かく指導して下さいました。
- 特別な事を始めるのではなく、個別に合わせた日常生活に溶け込んだ内容を提案する視点を持てたのが良かった。
- 本人の習慣でクシを使ったブラッシングを頻回、行っていることが判明した。左腕でブラッシングをするため、上げる、伸ばす、後ろにそらす等の運動機能能力があることがわかった。

【利用者からの反応について】

- 利用者自身や家族や作業療法士が訪問して話をしてくれたことを喜んでいた。
- 本人が外出意欲がなく、思い込みがあったがそれが解消された。
- 日常動作のリハビリの必要性を本人も家族も感じた。

【利用者・家族との合意形成について】

- ご本人に対し、有効と思われるサービスを様々提案していましたが、ご本人の了解が得られず、先生にご一緒していただき、ご本人にアプローチすることにより、ご納得を一旦いただくことができ、サービス調整もでき、よかったと思っています。ですが、ご本人の都合により実施には至らず、とても残念でした。
- 毎月のモニタリングや不隠があった時等、月に２～３回訪問することがありました。その都度、デイサービス利用の提案等お話をしてきました。でもなかなか利用者に理解してもらえず四苦八苦しておりました。今回、同行していただいて別の方の意見を利用者が聞いたことによりご本人も大変参考になられたと思います。
- 利用者や家族に身体状況や改善の為の方法を説明する際に、専門職の意見として受け入れてもらえた為、納得・理解を

してもらいやすい。

- 利用者に説明する時に、病院でリハビリをしてくれる人が話をしに来てくれると言っただけで、得した気分になってくれた。

【作業療法士との連携に対するご意見】

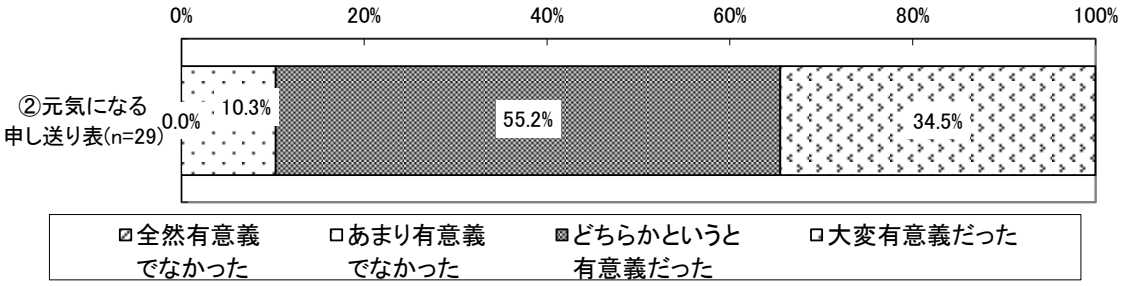
- 限られた時間内での訪問・連携だったので、充分とは言えなかった。やはり、日常的な関わりがないと OT さんも利用者の実態把握は難しいのではないか。

（2）作業をすることで元気になる申し送り表

作業をすることで元気になる申し送り表について、「大変有意義だった」が 34.5%、「どちらかというと有意義だった」が 55.2%であった。

自由回答としては、わかりやすく作成されている回答や、一度の訪問で的確に状態を捉えることが出来ているというプラスの評価がほとんどであった。

図表 40 作業をすることで元気になる申し送り表に関する意見



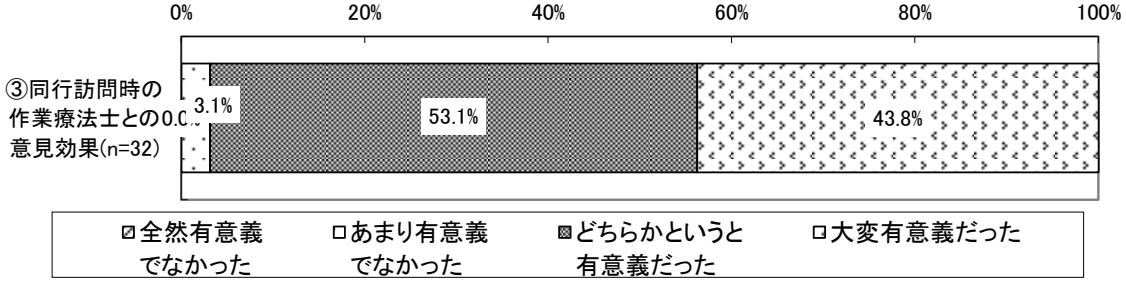
- とてもわかりやすく作成されており、支援に活用することができると思う。
- 一回の訪問で本人の状態を的確にとらえていることに感心した。
- はっきりとして目標を持つことができた
- よくわからない
- 申し送り表の各項目の内容についての表記が、具体的に記すようになっており、わかりやすい。
- 生活状況の見直しができた。
- 専門的な見地からのご意見であり、用語の使い方など大変参考になりました。
- 短時間の一回だけの訪問で利用者増を的確に捉えておられることに感心した。利用者本人のためのみならず、介護者の夫のためにも本人がデイへ通うことが必要であることにあらためて気付かされた。本人が趣味を生かせる場や機会をもてることを念頭においていきたいと思う。
- 短時間の聞きとりでは状況把握は難しいと思った。
- 本人の生活全般を捉えたうえでの支援プログラム留意点が援助指針として大変役に立った事
- 申し送り表はケアプラン作成にとても役立ちました。
- 毎月の訪問で状態は理解できていたが細かく分析することで細かい部分の問題点が見えてくる。
- 利用者が以前仕事としていたピアノを今度はご自身の為にひくという活用方法で無理なく腕や腹部の筋力アップと、本人の生活自体を活性化できる、トータルで元気になれる事が良い。

（3）同行訪問時の作業療法士との意見交換内容について

同行訪問時の作業療法士との意見交換内容については、「大変有意義だった」という回答が 43.8%、「どちらかというと有意義だった」という回答が 53.1%であった。

自由回答では、意見交換内容についてプラスの評価が目立ち、定期的な OT による評価を望む意見もあったが、1 度の訪問ではプラン変更に結び付けにくいという回答もあった。

図表 41 同行訪問時の作業療法士との意見交換内容に関する意見



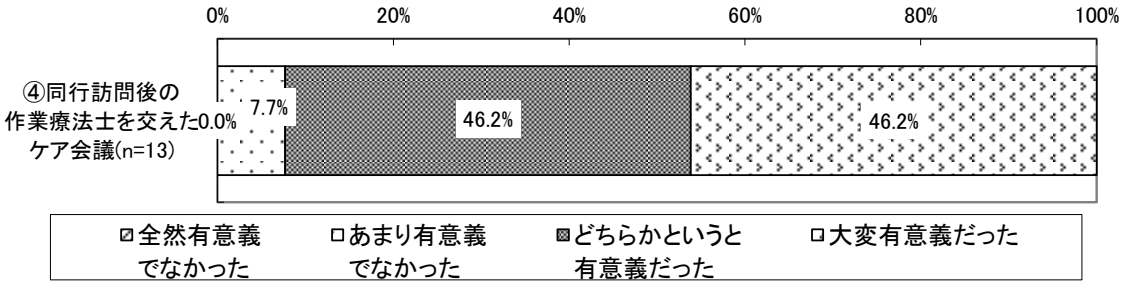
- １つ１つの大変と思われる動作、困っていることなど時間をかけて対応してくれた。
- OT との同行で、生活面での質問内容の参考になりました。
- イスに座る姿勢やイスに座ったままできる簡単な体操を教えて頂き大変参考になった。シルバーカーが身体に合っていないことも分かりました。
- ご本人に対してもアプローチ・指導を行ってくださり、ご本人もいろいろ参考になったとおっしゃっていました。
- ご本人のできそうなことの提案が具体的だったので、とても参考になしました。
- ご本人への意識づけに非常に有意義だった。
- もっといろいろなケースに参加してもらい、意見を聞きたい。
- リハビリの方向性ができた。
- 一度では、利用者との信頼関係を作るまでも行かずせっかくの提案を受け入れることがむずかしい。
- 私が一番問題視していることをすぐに察知してくれ、共感してくれたことで、自分の見方が間違っていなかったことを確信できた。
- 杖についてアドバイスを頂けて、本人も活用できたので良かった。
- 専門的な意見からの見通しは、本人にもケアマネにも説得力がある。
- 日常生活における留意点など参考になった。
- 脳梗塞後遺症の人の目標のたて方について話した。障害をいかに受けとめるかというところにかかってくると思った。
- 服薬に対してのまちがった認識を正してもらい薬局の活用方法の提案をしてもらった。
- 訪問時、ご本人に体の一部が不随意に動くことが観られた。以前より奥様から時々痙攣があるとの報告を受けていたが、OT より不随意な動きと痙攣を見分ける対応が必要との助言を受け、今後のモニタリングでの参考となった。
- 本人ができる機能が発見できた。本人や家族に踏み込んだ質問をし、結果、本心を聞くことができた
- 本人のやる気をほり起こす事が出来た
- 毎月ではなくとも定期的に OT からの評価を受けられたらと思った。
- １回のみの同行訪問では、その後のプランにつなげるには難しかった。
- その場では利用者も運動を教えてもらってやる気があったが、１度の訪問では実施が難しい。少し期間をあけて「効果をみにいきます」と言っていただけると利用者も頑張るかも。（ガンコな利用者のため）

（4）同行訪問後の作業療法士を交えたケア会議について

同行訪問後の作業療法士を交えたケア会議について、「大変有意義だった」という回答が 46.2%、「どちらかというと有意義だった」という回答が 46.2%であった。

自由回答では、介護支援専門員と OT だけでなく、他の他職種も交えることが需要といった意見があった。

図表 42 同行訪問後の作業療法士を交えたケア会議に関する意見



- OT さんと二人でふりかえり。担当者会議の出席が望ましいと感じた。ほかのサービス担当者と一緒にとりくむことが大切。
- OT と CM 二人で実施。他職種を交えた方が良いと感じた。CM だけでは提案・継続むずかしく、他職種の協力必要。
- デイサービスを増回した上で時間延長をしたら、本人より強い拒否反応を示され、失敗した。OT より、ご本人にはまだ自分で色々な事が出来るという意識が強いため時間延長はかえってマイナスになる、とのアドバイスを受け、今後の対応の参考にしたいと思う。
- 再確認と、本人と家族の前では確認しにくいことが聞くことができた。
- 私の中で考えもしなかったサービス提供の提案があり、今後利用者に勧める必要があると思った。
- 事業所内のいくつかのケースについて共有できた。新しい気づきにより、環境や本人の意識が改善されたことは大きな効果があったと思います。
- 本人の理解度が高められた。（腰痛メカニズムなど）
- 目標の立て方や次の目標に対してのアプローチなどにアドバイスを頂き大変参考になりました。

4）ケアマネジメントに関する自由意見欄

【本人・家族との関係について】

- ケアマネジャーとして導入したいサービスがあっても本人の同意が得られないことがある。本人と家族の意向が反する場合、立ち位置のとり方が難しい。
- ご本人の希望とこちら側から見た必要なサービスをすり合わせる際に大変手間のかかる時があり、時間をかけてのアプローチができる場合はじっくり待つことができるが、明らかに今すぐ支援が必要な場合にひとりではアプローチが難しいと思う時があります。
- 家族がネックになることが多い。（提案の受け入れむずかしいなど協力が得られない）
- 必要だと感じている（CM 側）サービスへの同意が得られないまま時々提案はしているが、諦めの気持が強くなってしまっている。今回のように他からの風が入る事で導入の可能性が高まる。
- 必要を感じ、リハビリや日々の生活の活性を提案しているが、本人の意欲がなく拒否されることがある。意向を尊重しながらも、改善する方法を常に考えていくためには知識や他職種との情報交換や共有が必要だと感じる。

【他職種との連携について】

- ケアマネジャーは、自分のケアマネジメントに疑問や不安を抱えながら仕事をしていることが多いと思います。専門職の立場で共に考えてもらうことができたら心強いです。
- アセスメントが不十分であったり、必要性の高いサービスを上手く導入できずに悩んだりということはよくあります。自分の考えに行きづまる場合は他職種に意見を求めています。
- 今回の利用者に対しては色々と問題点がありケースワーカーや高齢者相談センター、訪問介護など何度も話をすること

がありました。意見交換することで問題点が明確になってきました。ケアマネは一人で困難利用者、家族をかかえることが多く、1人で悩んでしまう傾向があります。今回の件では、一人で悩まず利用しているサービス事業者などにも相談してもいいのだと感じました。

【OTとの連携について】

- ケースを担当するにあたり、PT・OTのかかわりのないケースもあり、専門的なアドバイスをもらえず、対応にいくことも多くある。ケースの導入部分でよいので、リハビリ専門職のアドバイスをもらえる機会があればと思う。
- 自分の持つプランにOTの方が関わっているケースがなく、今後はプランに取り入れていきたいと思いました。
- 医療系サービス（訪問看護、リハビリ関係）の不足

【その他】

- 基礎資格が介護系なので、やはり医療の部分が弱い。医療系の支援がやはり弱くなってしまう。
- どうしても介護保険を使ったサービスの導入で問題を解決しようとしてしまう。
- 本人ができないことや困っていることには着目するが、本人の残存能力を生かすことや将来を見すえて意欲向上や生きがいにつなげていくような支援、働きかけができていない。

5）他職種との連携に関する自由意見

【OTへの期待】

- OTは、病院内で指導し、失われた機能を回復する仕事だとイメージしていたが、持っている機能やできる能力を発見し、その部分を伸ばす指導を行っていると感じた。
- サービス時間帯にこちらが訪問することで、利用者の今まで知らなかった一面を見ることができる場合がある。
- 何か道具を使ってのリハビリをするイメージがありましたが姿勢や体操についてのアドバイスを受けて、色々な関わり方があると勉強になりました。
- 今までは家屋調査時の住宅改修助言などの係わり方をしていたが、具体的な援助内容を話し合う機会が少なかったと思う。
- 大変参考になりますし、心強いです。事業所でOTを配置している所がまだまだ少ないように感じます。短期間でも導入させ、利用者様の生活改善に役立てられればと思います。
- 病院からの担任ケースなどでリハビリについて情報を得るが、PTに関するものでOTからの話が少ないように思う。また、デイサービスなどでもPTがメインのところが多くある。今回OTのアドバイスをもらい、OTの必要性を感じることができた。現場からOTからの意見やアドバイスがもっとあればよいと思った。

【OTとの連携に関する課題について】

- OTを計画に入れていく事が難しくまた、OTも数が少なく利用出来ない。
- OTさんなど、サービス担当者会議に忙しすぎて、顔を出してもらいにくい
- PTとOTの違いが自分の中でも明確ではないため、リハビリの提案などをするときPTを依頼することが多くなってしまっている。
- サービスを開始するに当り、PT・OTともに参加してもらうが、OTとの繋がりが、初回で終了する事がほとんどで、意見を聞きPTのみがサービスに終わっています。

【その他職種との連携について】

- 事業所を選択する時の基準として、細かい報告を書面で報告してくれ、きちんと評価してくれる所を選んでいる。
- 医療職と介護職の意見をかわすことで、お互い気づかないことがわかる。医療職の意見を活かしたサービスを決める必要有り。
- 時間の制限により医療職、特にDrとは連携するのに工夫がいる。調整が大変です。
- 上記回答に関連しますが、様々な方向からアプローチすることで本当に必要な支援を入れられると思うので、早い段階から連携を行うと有効と思いますが、報酬につながるかどうかわからない段階から連携を求めるのには少し抵抗があります。
- 他の職種の人とは、お互いのスタンスの違いをよく理解し合う事の大切さを感じる。
- 特に高次脳機能障害がある方に、作業療法は必要だと最近のケースで感じています。
- 訪看、訪リハは数が足りない。
- 訪問リハが入っている人には、なるべく訪問リハの時間に訪問するようにしている。紙ベースのみでは伝わりにくい事

が把握できる。

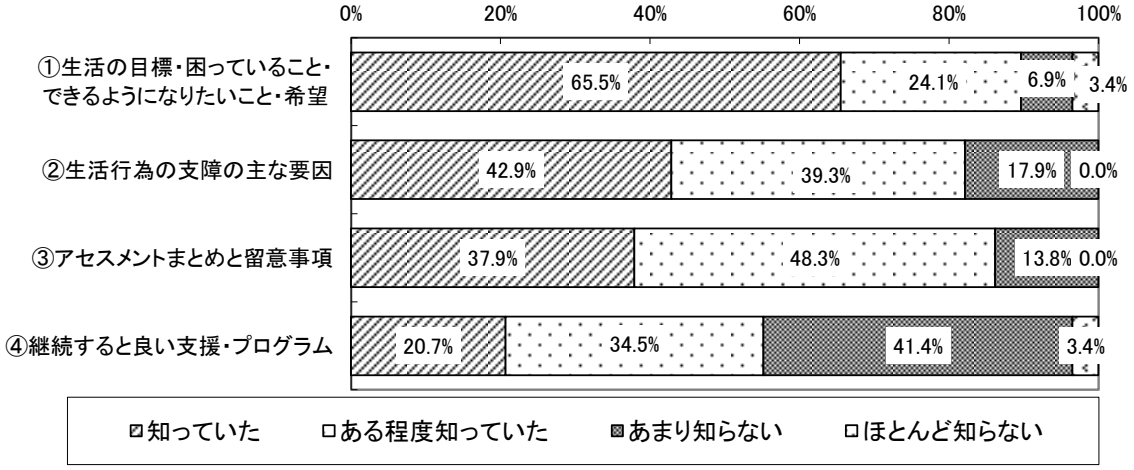
- 目標や問題の共有が大切。医療食の積極的な関わりはありがたい。もっと、OT・PT・NS との関係を身近なものにしたい。

6）「作業をすることで元気になる申し送り表」の記載内容は役立つ情報であったか

（1）申し送り表の記載内容の認知度

申し送り表の以下の①～④の欄に記載された内容について、既に介護支援専門員が知っていたかを尋ねた。①から④の順番にかけて認知度が低くなる傾向があり、継続すると良い支援・プログラムの記載内容は、「あまり知らない」と「ほとんど知らない」で 44.7%であった。

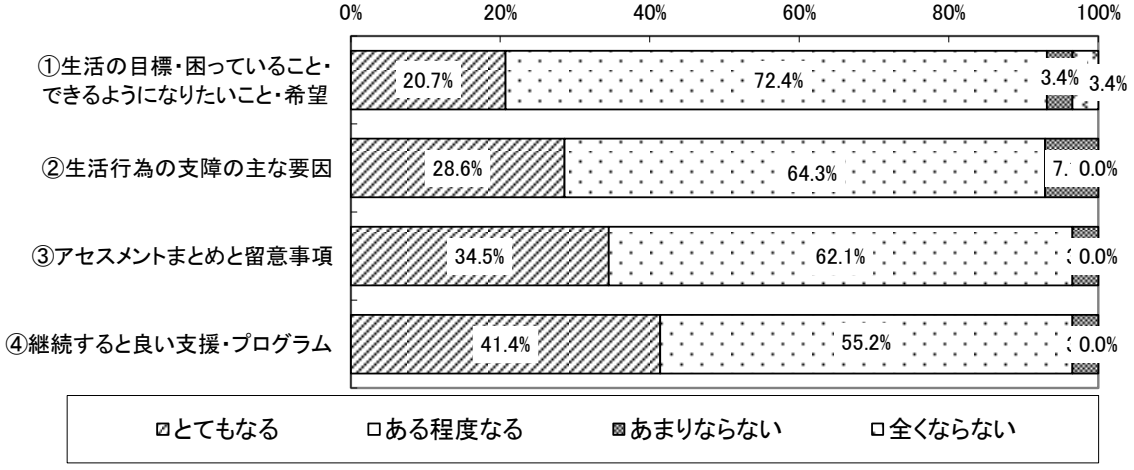
図表 43 申し送り表の記載内容の認知度



（2）記載内容がケアプラン立案の参考となったか

申し送り表の以下の①～④に記載された内容について、ケアプラン立案の参考になったかを尋ねた．4 つの項目について総じて評価結果は高く、①から④の順に評価が高かった。

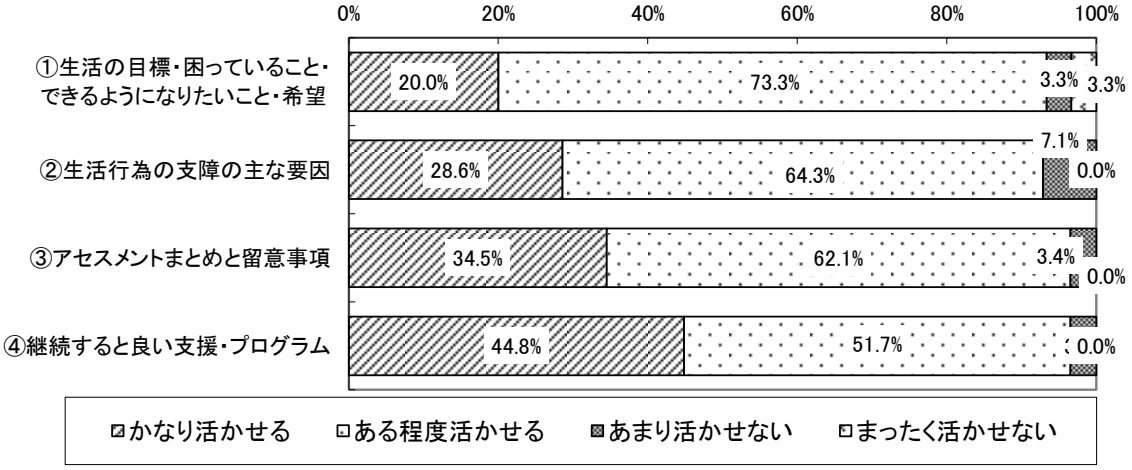
図表 44 申し送り表の記載内容のケアプラン立案時の参考状況



（3）記載内容が今後のケアプランに活かせそうか

申し送り表の以下の①～④に記載された内容について、今後のケアプランでの活用の可能性を尋ねた。4つの項目について総じて評価結果は高く、①から④の順に評価が高かった。

図表 45 申し送り表の記載内容の今後のケアプランでの活用可能性



（4）各記載内容に関する自由記述

【生活行為の支障の主な要因】の記載欄について

- イスに座る姿勢で筋力低下が進むのを初めて知りました。
- 具体的な筋力のことがわかるので、とてもありがたいと思う。
- 腰部の痛みは残るが、筋力低下は改善していける。
- 体重増加には気づかなかった
- 訪問介護のサービス内容の見直しに役立ちました。

【アセスメントまとめと留意事項】の記載欄について

- 筋力、動作について詳しく書いてもらえているので、とてもわかりやすく本人や家族等にも説明しやすいと思う。
- 専門家からの指導で本人や家族が必要性を理解し、提案を受け入れてくれた
- 体に合った歩行器のレンタルを開始し、歩行がとても楽になったとご本人様よりお話がありました。
- 日常生活を利用して ADL の向上が出来る点が良いと思う。

【継続すると良い支援・プログラム】の記載欄について

- 「現状の取り組みに追加する提案なし」とのコメント。現状で本人はできることにはすでに取り組んでいる。そのことをよく理解した上でのコメントだと思いました。
- ご本人にも直接伝えて下さっており、プランに落とし込むことでご本人に再度認識・ご理解いただけると思います。
- ベッド横にのみ設置していた手すりを必要な箇所に設置を増やすことができた。
- 筋力アップのための体操の提案はとても具体的でわかりやすいと思う。（筋力の状態や評価をしてもらえた上なので、安心に勧められる）
- 具体的でとても良かった。今後のケアプランに活かそうと思います。
- 現在短期記憶の維持が難しくなっており、脳を活性化する面でも活かせていけると思う。
- 実際に NS による健康管理を依頼した。
- 先生のアドバイスによりご本人様もやる気が出たみたいです。イスに座る姿勢に気をつけたり、簡単な体操をすることにより背中の筋肉が柔らかくなったとマッサージの先生に言われたそうです。
- 本人の受け入れ（継続）はむずかしく、運動はむずかしい。自由な時間を増やし、友人と楽しく外出することは受け入れられそう。サービスを入れることだけでなく、減らすことでみえてきたものがあった。

４．作業療法士による評価と助言、提案の内容

作業療法士は訪問事例ひとりひとりの評価を行い、ケアプランのための助言や提案を明確にしていた（資料 3)、その内のいくつかが口頭や申し送り表で介護支援専門員に報告され、さらにいくつかが実際のケアプランに反映されていた。「（１）助言、提案」と「（２）実際に報告された助言、提案」に分けて報告する。

１）助言、提案内容

ケアプラン策定の各段階（以下の(1)～(4)）において、作業療法士をどのように活用できるかという観点から本事業の調査結果を整理した。

（１）介護支援専門員のアセスメントに必要な情報提供

例：

- 住環境の評価（動線確認、手すり、イス、福祉用具など）
- 住宅内で転倒リスクの高い場所
- 住宅内で転倒リスクの高い動作
- 廃用をもたらす個別の生活習慣と環境要因
- 廃用予防・改善につながる生活習慣と環境要因
- 対象者にとって価値のある活動・作業
- 不足している活動・作業（楽しみ、没頭できる、達成感、挑戦的、義務的）
- できる能力があると思われる動作・活動
- 障害の評価・予後予測
- パーキンソン病の特性に合わせた動作方法
- 各種の廃用症状とその要因
- 能力に合わせた動作方法（入浴、歩行、洗濯、料理など）
- 医療的管理・栄養管理の確認の必要性の指摘

（２）ケアプランの目標の明確化

対象者や家族の思いの聴取を通してニーズを創出し、現実的でエンドポイントを設定する支援が行われていた。

例：

- シルバーカーを利用して目的地（コンビニ、駅、公園など）まで安全に行ける
- 家事への参加（洗濯物干しができる、米を研ぐ、味噌汁を作る）
- 玄関の出入りの自立
- 夫婦で散歩に出かける
- 居室の掃除
- 住宅内の転倒リスクの解消
- 食事中の座位姿勢を保つ
- 体操の習慣を身に付ける
- 活動量の確保
- 他者との交流の機会の確保

（３）ケアプランの見直し、サービス内容の変更についての情報提供

目標達成に向けて有効と思われるケアプランを具体的に助言していた。

例：

- デイケア、デイサービス、訪問リハ、訪問看護、訪問介護、福祉用具等のサービス導入

- デイケア、デイサービス、訪問リハ、訪問看護、訪問介護、福祉用具等のサービス導入への依頼内容の見直し案の助言
- ケアマネが即時対応可能な支援の助言（家具の適正配置、家族への介護指導）

（4）本人の意欲の引き出し・合意形成

ケアプランの目標とサービス内容について、対象者（本人・家族）の興味や価値観に配慮して意向を整理し、方針の決定を促す。

例：

- 玄関の出入りを安全に行う方法や必要な練習を本人・家族に提案し、合意に至った.
- 介護支援専門員が提案していたサービス内容について、作業療法士の助言により、利用者と合意形成しやすくなる事例があった。

２）実際に報告された助言、提案内容

作業療法士が行った情報提供や提案などの介入内容について、申し送り表記載内容、ケアプラン内容、介護支援専門員へのアンケート調査結果を踏まえて整理すると以下の通りとなる。

図表 46 実際に報告された助言、提案内容

	事例数
作業療法士が介入した全事例	39
日常生活動作に関する助言を行った事例	32
住環境に関する助言を行った事例	12
新規サービス導入/サービス種類変更提案 ※	**10**
新規サービス導入に至った事例	**6**
福祉用具（手すり、歩行器）	3
訪問リハビリテーション	3
新規サービス導入・プラン変更に至らなかった事例（本人都合）	**2**
本人の了承が得られずサービス導入に至らなかった事例	1
本人都合によりサービス利用が終了した事例	1
新規サービス導入・プラン変更に至らなかった事例（理由不明）	**2**
訪問リハビリテーション	2
サービス内容の変更提案を行った事例	**2**
サービス内容の変更に至った事例	**2**
訪問介護での調理	1
訪問看護での健康管理	1

※1　申し送り表に、具体的なサービス名称の記載があったもの

Ⅴ．考察

１．廃用モデルにおけるケアプラン作成の留意点

作業療法士から見て、目標達成の水準が分かりにくく、エンドポイントとなる生活目標が明確化されていないと感じる事例が多かった。アンケートにおいても、「対象者の将来を見越した支援計画」や「生活目標の明確化」は、介護支援専門員自身の自己評価が低かった。廃用は不適切な生活習慣によって発生し助長されるため、「なぜ起きたのか」そして「今後どうなるか」を生活習慣や疾病と結び付けて評価する必要がある。ケアプランの作成に当たっては、単に出来なくなった動作や ADL、家事などを介助したり代行するサービスだけでなく、健康的な生活習慣づくりへの働きかけを鮮明に打ち出すことが求められる。

対象者の生活行為を過去から未来の連続として、時間軸で捉える作業療法士の評価が、ケアプラン作成に役立つと思われる。

２．作業療法士と介護支援専門員の連携による効果

同行訪問前後において、介護支援専門員のケアマネジメントに対する自己評価が高まった（結果２（２）参照）ことは、作業療法士による情報提供が有効であったことを示唆しており、必要とされる情報が提供できていたと考えられる。作業療法士が提供した情報の特徴の一つは、生活行為向上に向けたニーズや支援であった（結果３ 、２）①～④参照）ことから、こうした領域での連携効果が期待できると思われる。

３．連携のあり方と課題の明確化

１）連携の形態

- 作業療法士の申し送り表は総じて好評であったことから、申し送り表の利用が連携促進に繋がる可能性がある。
- 作業療法士による１回の訪問で解決できる課題が複数件あった。数回の訪問が可能な仕組みがあれば、さらに解決できる課題があると思われる。
- 同行訪問した介護支援専門員より、「そのような視点から利用者を捉えたことがなかった」「そのように評価すれば良いのですね」「会話の進め方が参考になる」といった意見が多く聞かれた。介護支援専門員は同行訪問を通じて生活習慣や生活機能の向上に取り組む作業療法の視点を経験でき、さらにその経験を他の事例に汎化できる可能性がある。
- 一度の同行訪問だけでは捕らえきれない部分が多分にある。生活行為向上マネジメントにあたっては、事前に介護支援専門員と対象者についての情報交換を行っておくこと、できればマネジメントツールを一緒に作成することで合理的に情報交換するとよい。

２）作業療法士側の課題

- 作業療法士が新規サービスの導入に関する提案を行った事例 10 件のうち、6 件において実際に導入に至ったことは大きな成果である。一方で、全事例に対しより細やかな提案を書面や口頭で行っているが、ケアプランの記載内容が見直されるに至った例はほとんどなかった。提案だけでなくケアプランに落とし込み、実行するまでの見通しを分かり易く伝える努力が求められる。
- 多くのケアマネが「今回の同行訪問を通してはじめて OT と PT の違いが分かった」と話している。作業療法士を活用していただくためには積極的なアピールおよびマンパワーの強化が必要である。

３）介護支援専門員への期待

- 利用者の「出来ないこと・困っていること」という観点に加え「出来そうなこと」にもさらに目を向けて欲しい。その祭には作業療法士の積極的な活用をご検討頂きたい。担当作業療法士には本事業でも用いた申し送り表の提出を依頼すれば、協業体勢が構築しやすいと予想される。
- デイサービスや訪問介護、訪問リハなど、自ら計画したサービスに対しては、これらのサービスの提供者に任せきりとならないよう、情報交換とモニタリングを適切に行える日頃の関係づくりが大切である。

以上

添付資料

様式1　基本情報・生活確認票

Barthel Index　　※「している ADL」で評価を行ってください。当てはまる評価点を記入する。			
1	食事	10 自立　　5 部分介助	
2	いすとベッド間の移乗	15 自立　10 最小限の介助　5 部分介助	
3	整容	5　自立	
4	トイレ動作	10 自立　　5 部分介助	
5	入浴	5　自立	
6	平地歩行	15 自立　10 部分介助　　5 車椅子使用	
7	階段昇降	15 自立　10 部分介助	
8	更衣	10 自立　　5 部分介助	
9	排便コントロール	10 自立　　5 部分介助	
10	排尿コントロール	10 自立　　5 部分介助	
		合　計	

IADL 評価（FAI）		
1	食事の用意(買い物は含まず)	0 していない　1 まれにしている　2 時々(週に 1～2 回)　3 週に 3 回以上
2	食事の片づけ	0 していない　1 まれにしている　2 時々(週に 1～2 回)　3 週に 3 回以上
3	洗濯	0 していない　1 まれにしている　2 時々(週に 1～2 回)　3 週に 3 回以上
4	掃除や整頓	0 していない　1 まれにしている　2 時々(週に 1～2 回)　3 週に 3 回以上
5	力仕事(布団の上下ろし、家具の移動や荷物の運搬、雑巾で床を拭く)	0 していない　1 まれにしている　2 時々(週に 1～2 回)　3 週に 3 回以上
6	買物(自分で選んだり購入する)	0 していない　1 まれにしている　2 時々(週に 1～2 回)　3 週に 3 回以上
7	外出(会合、映画、食事に行く)	0 していない　1 まれにしている　2 時々(週に 1～2 回)　3 週に 3 回以上
8	屋外歩行 (少なくとも 15 分以上は歩く)	0 していない　1 まれにしている　2 時々(週に 1～2 回)　3 週に 3 回以上
9	趣味(テレビは含めない)	0 していない　1 まれにしている　2 時々(週に 1～2 回)　3 週に 3 回以上
10	交通手段の利用	0 していない　1 まれにしている　2 時々(週に 1～2 回)　3 週に 3 回以上
11	旅行	0 していない　1 まれにしている　2 時々(週に 1～2 回)　3 週に 3 回以上
12	庭仕事(草曳き、水撒き、庭掃除)	0 していない　1 時々　2 定期的に　3 定期的に・掘り起こし植え替えもしている
13	家や車の手入れ	0 していない　1 電球の取替・ねじ止めなど　2 ペンキ塗り・模様替え・洗車 3 前述の他、家の修理や車の整備もしている
14	読書(新聞・週刊誌・パンフレット類は含めない)	0 読んでいない　1 まれに　2 月に一回程度　3 月に 2 回以上
15	仕事(収入のあるもの、ボランティアは含まない)	0 していない　1 週に 1～9 時間　2 週に 10～29 時間　3 週に 30 時間以上
	合計	

老研式活動能力指標		
1	バスや電車など一人で外出できますか	1.はい　0.いいえ
2	日用品の買い物ができますか	1.はい　0.いいえ
3	自分の食事が用意できますか	1.はい　0.いいえ
4	請求書の支払いができますか	1.はい　0.いいえ
5	お金の管理（預貯金の出し入れ)ができますか	1.はい　0.いいえ

6	年金などの書類が書けますか	1.はい　0.いいえ
7	新聞を読んでいますか。	1.はい　0.いいえ
8	雑誌や本を読んでいますか。	1.はい　0.いいえ
9	健康についての記事や番組に関心がありますか	1.はい　0.いいえ
10	友達の家を訪ねることがありますか	1.はい　0.いいえ
11	家族や友人の相談にのることがありますか	1.はい　0.いいえ
12	病人を見舞うことができますか	1.はい　0.いいえ
13	若い人に自分から話しかけることがありますか	1.はい　0.いいえ
合　計		
主観的健康感		
あなたの普段の健康状態はいかのどれにあてはまりますか		
1.とても健康　2.まあまあ健康　3.ふつう　4.あまり良くない　5.悪い		

様式２

作成日	／　／
利用者名	

課題整理表（仮称）

状況の事実		現在※1	見通し※2	判断した根拠	予後予測	生活全般の解決すべき課題（ニーズ）※3	※4
健康状態	主症状	◎問題なし ○支障なし △支障あり ×生活困難	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
	痛み	◎問題なし ○支障なし △支障あり ×生活困難	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
ADL	室内移動	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
	屋外移動	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
	公共交通の利用	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
	食事	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
	排泄	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
	更衣	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
	整容、口腔ケア	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
	入浴	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
	姿勢保持	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
	移乗	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
IADL	掃除	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
	洗濯	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
	買物	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
	調理	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
	整理・物品の管理	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
	ごみ出し	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
	通院	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
	服薬	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
	金銭管理	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
	電話・PC	◎自立 ○見守り △一部介助 ×全部介助	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
認　知		◎問題なし ○支障なし △支障あり ×生活困難	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
コミュニケーション能力	視力・聴力	◎問題なし ○支障なし △支障あり ×生活困難	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
	意思伝達	◎問題なし ○支障なし △支障あり ×生活困難	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
社会との関わり	社会活動	◎問題なし ○支障なし △支障あり ×生活困難	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
	喪失感・孤独感	◎問題なし ○支障なし △支障あり ×生活困難	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
排尿・排便		◎問題なし ○支障なし △支障あり ×生活困難	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
褥瘡・皮膚の問題		◎問題なし ○支障なし △支障あり ×生活困難	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
口腔衛生		◎問題なし ○支障なし △支障あり ×生活困難	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
食事摂取		◎問題なし ○支障なし △支障あり ×生活困難	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
問題行動		◎問題なし ○支障なし △支障あり ×生活困難	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
介護力		◎問題なし ○支障なし △支障あり ×生活困難	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
居住環境		◎問題なし ○支障なし △支障あり ×生活困難	1.改善可能 2.維持可能 3.改善・維持可能性小				
特別な状況							

※1　介護支援専門員が判断した結果、あるいはサービス担当者会議で共有した客観的事実を記載する。以下の記号を記入。
　○ADL、IADL：　◎：自らしている、○：見守りがあればしている、△：一部介助があればしている、×：全面的な介助があればしている、あるいは実施していない
　○上記以外の項目：　◎：全く問題ない、○：問題はあるが生活全般に支障が出るほどではない、△：問題があり生活全般に支障が出ている、×：問題があり生活が困難な状況である
※2　現在の認定有効期間における状況の改善可能性の見通しについて、次の数字を付す(1：改善できる可能性が大きい、2：改善は難しいが維持できる可能性が大きい、3.改善あるいは維持できる可能性が小さい)
※3　介護支援専門員の考えとして、利用者や家族とすり合わせる前の、「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」の案を記入。
※4　本計画における優先順位を数字で記入。ただし、本計画では解決が困難だが把握しておくべき課題には×印を記入。

資料１　申し送り表の記入例

生活行為申し送り表

平成 24 年 10 月 22 日作成

氏名　●●●●　様について、下記のとおり申し送りいたします。ケアプラン作成時にご配意いただけますようよろしくお願いいたします。

作業療法士　■■　■■

【元気な時の生活状態】
遠距離ドライブや買い物を楽しみとして生活していた

【認定のきっかけ】
✔徐々に生活機能が低下
□発症（脳梗塞）
□その他（　　）

【日常生活の主な過ごし方】
ヘルパーの支援を受けながら家事を行ったり、音楽鑑賞やクロスワードパズル等を楽しまれている

【現在の生活状況】※該当箇所に○をつける

ADL 項目	している	できる	改善見込み有	特記事項
食べる・飲む	○	○		
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	○	○		車いす
屋外移動	○	○		車いす
公共交通機関利用	○	○		
買い物				
食事の準備				
掃除	○	○	○	
洗濯	○	○	○	物干しの安全性
整理・ゴミだし				
お金の管理	○	○		
電話をかける	○	○		
服薬管理	○	○		

【ご本人の生活の目標・困っていること・できるようになりたいこと】
転倒することなく、安全に洗濯物を干したり、部屋を整理することができる

【ご家族の生活の目標・困っていること・生活の希望】

【生活行為の支障の主な要因】
・脳卒中による左片麻痺（ブルンストロームステージにて上下肢ともにⅢレベル）
・左上肢は筋緊張が高く、拘縮が認められる。
・バランス機能の低下
・不必要な家具を処分することができない

【アセスメントまとめと留意事項】
現在の運動を自発的におこなっているものの、負荷量が十分でないので、適切な運動処方によって現在の機能レベルを維持できると思われます。環境面の調整はより重要性と改善可能性が高く、まず、車いすが適合しておらず、大きめである為、モジュラー型の車いすを使用し、併せてクッションを使用すると操作性と快適性が高まると思われます。また、夫の部屋を整理し、肩より少し低い高さの物干し台を導入すると、転倒の危険なく、自立して洗濯物が干せると思います。これら評価のためにも、期間を決めて訪問リハビリテーションを導入しても良いかと思います。

【継続すると良い支援・プログラム】
現在の家事活動への部分的な関わりは、安全に行われており、活動量維持の観点からも継続が望ましいと思います．もう少し難易度や関わりの量を増やしても良いと思います．たとえば、食器洗いや味噌汁程度の短時間で可能な作業が考えられます．これらは本人の興味とも一致しています．

資料２

ケアマネと作業療法士の連携に関するアンケート（介入群）

事業所：　三鷹・石神井・下高井戸・新宿・荻窪・中野	対象者番号：

1）あなたが担当した対象者へのケアマネジメントについてうかがいます．作業療法士との同行訪問前・後の状況について、該当する部分に○をつけてください.

		まったくできなかった	どちらかというとできなかった	どちらかというとできた	よくできた
①　対象者の体や心の状態の把握	同行訪問前	（　）	（　）	（　）	（　）
	〃　後	（　）	（　）	（　）	（　）
②　当面必要な支援の立案	同行訪問前	（　）	（　）	（　）	（　）
	〃　後	（　）	（　）	（　）	（　）
③　将来を見越した支援の立案	同行訪問前	（　）	（　）	（　）	（　）
	〃　後	（　）	（　）	（　）	（　）
④　他職種との連携	同行訪問前	（　）	（　）	（　）	（　）
	〃　後	（　）	（　）	（　）	（　）
⑤　ケアプラン立案の達成（充実）感	同行訪問前	（　）	（　）	（　）	（　）
	〃　後	（　）	（　）	（　）	（　）
⑥　生活環境の把握（手すりや家具の配置などを含む）	同行訪問前	（　）	（　）	（　）	（　）
	〃　後	（　）	（　）	（　）	（　）
⑦　対象者の生活目標を明確にする	同行訪問前	（　）	（　）	（　）	（　）
	〃　後	（　）	（　）	（　）	（　）

2）今回作業療法士との連携を行った方にうかがいます.同行訪問や作業療法士との意見交換などを通して感じた連携の意義について、選択肢の該当する部分に○をつけてください．また、それぞれについてご意見がありましたら自由にお書きください.

	全然有意義でなかった	あまり有意義でなかった	どちらかというと有意義だった	大変有意義だった
①　作業療法士による同行訪問	（　）	（　）	（　）	（　）

ご意見（お役に立てた点や要望など）：

②作業をすることで元気になる　（　）　（　）　（　）　（　）

申し送り表

ご意見：

	全然有意義でなかった	あまり有意義でなかった	どちらかというと有意義だった	大変有意義だった
③　同行訪問時の作業療法士との意見交換	（　）	（　）	（　）	（　）

ご意見・要望（例：○○○について参考になった、もっと時間をかけて欲しい、など）：

④　同行訪問後の　　（　）　　（　）　　（　）　　（　）
　　作業療法士を交えたケア会議（実施した場合のみ）
ご意見：

3）ケアマネジメントに関して感じていることやご意見がありましたら自由にお書き下さい.

4）他職種との連携に関して感じていることやご意見がありましたら自由にお書き下さい.
　（たとえば、OT との連携を通しての OT のイメージの変化や OT に求めることなど）

5）介護支援専門員としての経験年数をご記入下さい.　　年

6）介護支援専門員としての基礎資格をご記入下さい（例、看護師、介護福祉士、作業療法士等）

7）ここからは、同行訪問した作業療法士からの申し送り書「**作業をすることで元気になる申し送り表**」の内容についてお尋ね致します.

（1）表中の【ご本人/ご家族の生活の目標・困っていること・できるようになりたいこと・希望】に書かれた内容について

質問①　この内容はすでにご存知でしたか？

知っていた　ある程度知っていた　あまり知らない　ほとんど知らない

質問②　ケアプラン立案の参考になりますか？

とてもなる　ある程度なる　あまりならない　全くならない

質問③　今後のケアプランに活かせそうですか？

かなり活かせる　ある程度活かせる　あまり活かせない　全く活かせない

（2）表中の【生活行為の支障の主な要因】に書かれた内容について

質問①　この内容はすでにご存知でしたか？

知っていた　ある程度知っていた　あまり知らない　ほとんど知らない

質問②　ケアプラン立案の参考になりますか？

とてもなる　ある程度なる　あまりならない　全くならない

質問②　今後のケアプランに活かせそうですか？

かなり活かせる　ある程度活かせる　あまり活かせない　全く活かせない

ご意見：

（3）表中の【アセスメントまとめと留意事項】に書かれた内容について

質問①　この内容はすでにご存知でしたか？

知っていた　ある程度知っていた　あまり知らない　ほとんど知らない

質問②　ケアプラン立案の参考になりますか？

とてもなる　ある程度なる　あまりならない　全くならない

質問②　今後のケアプランに活かせそうですか？

かなり活かせる　ある程度活かせる　あまり活かせない　全く活かせない

ご意見：

（4）表中の【継続すると良い支援・プログラム】に書かれた内容について

質問①　この内容はすでにご存知でしたか？

知っていた　ある程度知っていた　あまり知らない　ほとんど知らない

質問②　ケアプラン立案の参考になりますか？

とてもなる　ある程度なる　あまりならない　全くならない

質問②　今後のケアプランに活かせそうですか？

かなり活かせる　ある程度活かせる　あまり活かせない　全く活かせない

ご意見：

ありがとうございました.

ケアマネと作業療法士の連携に関するアンケート（対照群）

店舗名：　　店	対象者番号：

1）あなたが担当した対象者へのケアマネジメントについてうかがいます．以下の項目について、選択肢の該当する部分に○をつけてください．

	まったくできなかった	どちらかというとできなかった	どちらかというとできた	よくできた
① 対象者の体や心の状態の把握	（　）	（　）	（　）	（　）
② 当面必要な支援の立案	（　）	（　）	（　）	（　）
③ 将来を見越した支援の立案	（　）	（　）	（　）	（　）
④ 他職種との連携	（　）	（　）	（　）	（　）
⑤ ケアプラン立案の達成（充実）感	（　）	（　）	（　）	（　）
⑥ 生活環境の把握（手すりや家具の配置などを含む）	（　）	（　）	（　）	（　）
⑦ 対象者の生活目標を明確にする	（　）	（　）	（　）	（　）

2)省略

3）ケアマネジメントに関して感じていることやご意見がありましたら自由にお書き下さい．

4）他職種との連携に関して感じていることやご意見がありましたら自由にお書き下さい．

5）介護支援専門員としての経験年数をご記入下さい．　　＿＿＿＿＿＿年

6）介護支援専門員としての基礎資格をご記入下さい（例、看護師、介護福祉士、作業療法士等）

ありがとうございました．

資料３

No.	性別	要介護度	寝たきり度	認知症程度	既往歴（現状の起因）	10月時点 サービス利用状況	OTの提案	12月時点 サービス利用状況	サービス変化	作業療法士の助言，提案の概要			
										①介護支援専門員のアセスメントに必要な情報の提供	②ケアプランの目標の明確化	③ケアプランの見直し、サービス内容の変更についての情報提供	④本人の意欲の引き出し・合意形成
1	女	要介護1	A1	Ⅰ	内分泌・栄養・代謝障害（高脂血症）、呼吸器系、筋骨格系、目の病気	訪問介護（3/w）		訪問介護（3/w）		健康維持に関する医療の視点からの配慮を確認　（白内障手術後の経過，下肢のむくみ、体重増加と歩行機能の関係）。日常の過ごし方、している事、出来る事、やりたいことの確認	（支援が必要となった視力の回復経過を見越した支援プランの作成ではなく、出来なくなった生活行為を支援するプラン作成になっている）	生活スケジュールとしてサービス利用の頻度、時間帯をどのように組み合わせるか	足のむくみ軽減のための運動。　生活の中で出来るからだの使い方、椅子座位の姿勢。歩行機能改善のための工夫（段階的に距離を伸ばす）
2	女	要介護1	B1	Ⅱb	循環器系、精神・行動障害、皮膚の病気	訪問介護（7/w）	**栄養管理を実施**	訪問介護（7/w）	**内容変更（ヘルパーの支援内容）**	健康と栄養状態に関する状況確認。　日常の過ごし方、している事、出来る事、やりたいことの確認	通所介護を導入し、生活の変容を図ろうとしたプランに変更しようとしている　（家の中だけの生活では、生活が不活発であると認識しプラン変更を計画した？）	健康、栄養状態維持のための支援の必要性の有無確認：支援提供している関係者との情報共有 新規導入のデイサービスを利用した生活の定着：関係者と連携して支援を実施	
3	女	要介護1	A2	正常	循環器系（高血圧）、内分泌・栄養・代謝障害（糖尿病）、不眠症	訪問介護（1/w）、訪問看護（1/w）、住宅改修、福祉用具（手すり）	**手すりの設置**	訪問介護（1/w）、訪問看護（1/w）、住宅改修、福祉用具（手すり、平行棒）	**新規導入（福祉用具　平行棒）**	生活リズムと必要な介助内容と頻度の確認。ベットから食卓、トイレへの移動での動きを観察。椅子座位姿勢としている作業の有無、内容の確認。	導入しているサービスの役割を活かした計画の実施になっていない　（必要と思われるサービスの選択はしている？）	導入している訪問看護・リハの役割の確認（環境調整のために必要な本人の運動機能、移動能力について、導入したリハ職から情報や助言を得る。介助方法についての助言や指導を依頼する等）	している生活行為（髪を梳かす、椅子に座ってすごす）の確認
4	女	要介護3	B1	Ⅱb	精神・行動障害、歯科	通所介護（1/w）、訪問介護（13/w）、訪問看護（1/w）、福祉用具（）、緊急通報		通所介護（1/w）、訪問介護（13/w）、訪問看護（1/w）、福祉用具（）、緊急通報		日中の過ごし方。臥床理由確認。室内移動時の動作確認 している生活行為、出来る生活行為の確認	（出来るようになった生活行為を継続するプランの視点が不足？）	導入している医療職との連携 （訪問看護から痛みへの支援の助言をもらう） 移動能力の維持、福祉機器の使用方法の確認 （リハ職の活用：確認のポイントをヘルパーにも伝える）	リハ専門職からの支援を望んでいることを確認。
5	女	要介護2	A1	Ⅰ	循環器系（高血圧、心臓病）、内分泌・栄養・代謝障害（高脂血症）、精神・行動障害	通所介護（3/w）、配食（）、福祉用具（3）、住宅改修、ショートステイ（）、マッサージ（1/w）		通所介護（3/w）、配食（）、福祉用具（3）、住宅改修、ショートステイ（）、マッサージ（1/w）		出来る生活行為の確認（体調が良い時の様子が推測された）　体調不良時の様子を聴取	体調が悪いときのプランとして作成　　体調が変化する事を前提に、良いときに配慮する事もプランに入れる	体調が良いときに配慮する事、支援内容を作成	継続して行える生活行為を確認　（トイレでの着脱行為・立ちシャガミ）
6	女	要介護3	A2	Ⅱb	精神・行動障害	通所リハ（2/w）、福祉用具（2）、ショートステイ（4～5/月）		通所リハ（2/w）、福祉用具（2）、ショートステイ（4～5/月）		夫から普段の様子、妻への期待などを聴取 本人の動き方、受け答えの様子から心身機能を推測 出来る生活行為の確認	通所サービス利用での機能維持を目標　（介護者の介護軽減に視点を置いたプラン？） 家ではベット臥床ですごしており、機能低下がみられる。	自宅での生活が活性化するプラン、できる生活行為を行える環境調整（夫の協力）	出来そうな生活行為（テーブル拭き、タオルたたみ）の確認
7	女	要介護2	正常	正常	筋骨格系	訪問介護（1/w）、住宅改修	**運動機能に応じた入浴方法を検討する職種の支援**	訪問介護（1/w）、住宅改修	**本人都合によりサービス終了**	治療の経過と術後のリハ経過の確認。 室内での動き方、家屋環境を確認。 入浴に関する本人意向の再確認（夫の意向は？）	本人と夫の考えのすり合わせは？　　現状の家屋環境での入浴方法の変更？　　環境調整（住宅改修）が必要なときはどうする？	事故リスクに配慮した入浴支援には、本人の運動機能、能力の見極めが必要（専門職の活用）	本人への情報提供　　（入浴には、自分の身体機能にあった環境と入浴方法の視点で考える必要があることを説明）
8	男	要介護2	A2	Ⅱb	循環器系（高血圧、脳卒中）、内分泌・栄養・代謝障害（高脂血症、抗尿酸血症）、泌尿器系、感染症（C型肝炎）	通所リハ（2/w）、通所介護（2/w）、訪問介護（1/w）、泊りデイ（1/w）		通所リハ（2/w）、通所介護（2/w）、訪問介護（1/w）、泊りデイ（1/w）		室内での動きを観察（出来る生活行為の確認）。 やりたいことの聴取。	（介護者である妻の意向が目標になっている？） 妻の介護がないと生活できない現状（本人の生活目標は？）	本人がやりたいことを実現するためのプランの見直し（利用しているサービス提供事業所の支援内容確認、サービス選定の視点）	やりたいこと、実現可能性についての考えを聴取
9	女	要介護2	A1	Ⅰ	同下肢浮腫出現（循環器系：脳梗塞？）	通所介護（1/w）、訪問介護（7/w）、配食（7/w）、福祉用具（2）		通所介護（1/w）、訪問介護（7/w）、配食（7/w）、福祉用具（2）		家屋環境、室内での動き、応答の様子を確認。　している生活行為の確認　　不都合な事、解決したいと思っていることを聴取	一人暮らしの継続支援	ひとりで安全に生活する条件整備、体と歩行機能に合わせた環境調整が必要（ベットの配置、手摺り、テーブルと椅子など）	家具の配置、室内での動き方での不都合、通所サービスに求める事を確認
10	女	要介護2	正常	正常	循環器系（脳卒中）、内分泌・栄養・代謝障害（糖尿病）	訪問介護（2/w）、福祉用具（7）	**T杖では不安定のため、機種再検討**	訪問介護（2/w）、福祉用具（7） ※機種変更（歩行器）	**新規導入（歩行器）**	家屋環境、日常の過ごし方、室内での動き方を観察。 困っている事の聴取 している生活行為、出来る生活行為の観察	（介護者が出来ない、困る家事を支援 夫の見守りと介護を受けた生活の維持を支援するプラン？）　（本人が出来る事、機能維持を目指したプランにはなっていない）	体に合った機器の利用（椅子、歩行器、杖）　介助方法	出来る生活行為（椅子の座り方、立ちしゃがみの行為）の確認。　運動機能維持手段の確認（普段の生活の中での行為、姿勢や動き方、使い方）
11	女	要介護1	A1	Ⅰ	循環器系（高血圧）、呼吸器系（肺結核）	訪問介護（3/w）、福祉用具（3）		訪問介護（3/w）、福祉用具（3）		家屋環境、起居、歩行の動きを確認（下肢筋力低下が推測） 困る事の聴取 出来る生活行為の観察	安全な一人暮らしの継続 （歩行能力の低下し、室内にこもりがちになった？室内でも臥く。　　外に出なくなった原因、要因が不明確なまま支援が継続している）	ヘルパーとの買い物外出での介助で配慮する事の確認	している生活行為（靴下の着脱、床からの立ちシャガミ、洗濯等）の確認　　できる体の動かし方の確認
12	女	要介護2	A2	Ⅱa	循環器系（高血圧、脳卒中）、精神・行動障害	訪問介護（14/w）、福祉用具（）		-	-	片麻痺の状態、している生活行為、困っている、不都合な事を聴取　　出来る手足、体の動きと生活行為を観察、	（心身機能低下の現状になった要因を明らかにせず、現状での困る事を支援するプラン？） 後遺症の二次障害軽減を図り、出来る生活行為を増やす支援目標になっていない	後遺症の二次障害予防（手足の麻痺に関する医療管理）、	自分でできる麻痺側のケアと起居動作、生活行為の確認

13	女	要介護3	A1	Ⅰ、Ⅱa	呼吸器系、筋骨格系	通所介護(4/w)、訪問介護(2/w)、		通所介護(4/w)、訪問介護(2/w)、		家屋環境、日常の生活の様子姿勢、動き方、困っている事を聴取 している生活行為、出来る生活行為を観察	一人暮らしの継続　（出来ない事を支援するプランでは、運動機能の維持が難しいと認識している？）	支援者間で必要な情報を共有する　（腰痛予防を意識した日常生活での動き方、体の使い方、運動方法など）	安全に配慮した起居動作の確認　出来る生活行為の確認　腰痛軽減のための動き方、生活行為で注意することを確認
14	女	要介護1	J2	Ⅰ	循環器系(高血圧)、筋骨格系	通所介護(3/w)、訪問介護(1/w)、		通所介護(3/w)、訪問介護(1/w)、				有（持久力や立位バランスを維持する為には、現在の生活の中に運動を意識的に取り込む必要性を提示）	
15	女	要介護3	A1	Ⅲa	循環器系(心臓病)、心筋梗塞(平成17)	通所介護(2/w)、訪問介護(7/w)、配食(2/w)、福祉用具		通所介護(2/w)、訪問介護(7/w)、配食(2/w)、福祉用具		有（環境要因による転倒可能性）		有（環境設定中心）	
16	女	要介護2	B1	Ⅰ	循環器系(高血圧)、精神系	訪問介護(1/w)、訪問看護(1/w)、福祉用具(手すり)	**能力強化の機会を増やす（能力維持・増強の作業）**	訪問介護(6/w)、訪問看護(1/w)、福祉用具()、ショートステイ(1/m)、訪問リハ	**新規導入（訪問リハ）**	骨折後の手の動き、起居動作、座位姿勢の確認。 困る事の聴取。	娘への依存が強い現状を、通所介護利用での生活変化を期待したプランに変更予定している （OT同行訪問は、動機付け？）	（11月の経過確認打ち合わせ：　同行訪問後、2階目室で転倒、階段昇降できなくなった　⇒訪問看護・リハ導入での機能改善支援をアドバイス。	できる生活行為を続けられるためには、体を使うことが必要である事を確認。　娘が介護疲れにならないために通所介護を利用することの確認
17	女	要介護2	B2	Ⅰ	循環器系(高血圧、脳卒中)、内分泌・栄養・代謝障害(糖尿病)、筋骨格系	訪問介護(3/w)、福祉用具(1/w)	訪問リハ.車いすの変更、クッション使用	訪問介護(3/w)、福祉用具(1/w)	**変更無し（本人の了承得られず）**	有（身体機能、環境評価）		有（車椅子の使用、部屋の整理等により転倒危険性が減ずる見込みを伝えた）	
18	女	要介護1	A1	正常	循環器系(高血圧)、内分泌・栄養・代謝障害(高脂血症、膠原病、類洞統的多発血管炎)、骨粗しょう症	通所介護(1/w)、訪問介護(1/w)、福祉用具(1)、緊急通報	訪問リハ	通所介護(1/w)、訪問介護(1/w)、福祉用具(1)、緊急通報、配食(2/w)、	**変更無し（理由不明）**			有（訪問リハビリテーションを導入し、手すりの位置や歩行補助具の選定適合、自宅環境での動作・運動等のアドバイス）	
19	男	要介護1	A2	正常	精神系	通所介護(1/w)、訪問看護(1/w)、福祉用具(2)、ショートステイ(1/月)	訪問リハ	通所介護(1/w)、訪問看護(1/w)、福祉用具(2)、訪問リハ(1/w)	**新規導入（訪問リハ）**	有（PDの評価）		有（訪問リハの導入）	
20	男	要介護2	J2	Ⅲa	精神・行動障害(認知症)、脊柱管狭窄症、？ペースメーカー？	通所介護(1/w)	訪問リハ	通所介護(1/w)	**変更無し（理由不明）**				有（毎日散歩を行っているが、歩きすぎて疲れてしまったりと、コントロールできていない状況とその改善策に一応の納得は得た）
21	女	要介護4		Ⅰ	循環器系(高血圧)、内分泌・栄養・代謝障害(高脂血症)、外傷・中毒系(骨折)	通所リハ(2/w)、通所介護(1/w)、訪問介護(12/w)、福祉用具(2)、住宅改修		通所リハ(2/w)、通所介護(1/w)、訪問介護(12/w)、福祉用具(2)、住宅改修		入院前の生活、退院後に行っている生活行為、出来ると思っていること、やりたい・出来たらよいと思っていることを聴取。　家屋環境、訪問時の対応と室内での動き方を確認。	介護度を基に、ヘルパーが生活行為を支援するプラン　（本人の退院時の心身機能、予後予測を判断してのプラン作成になっていない）	出来る生活行為をヘルパーの見守り支援で本人が出来るようになる支援内容にする	骨折入院による現状での不安、出来ない事、出来る生活行為、入院前の生活とできればしたいと思っている事を確認し、予後予測とリスクを説明
22	女	要介護2	A2	Ⅱb	循環器系、内分泌・栄養・代謝障害(高脂血症)、精神・行動障害(認知症)、廃用症候群	通所介護(2/w)、訪問介護(6/w)、配食(2/w)、福祉用具()、住宅改修	**訪問リハ**	通所介護(2/w)、配食(2/w)、福祉用具(1)、住宅改修、訪問リハ(1/w)、緊急通報、訪問診療、訪問歯科	**新規導入（訪問リハ）**			有（訪問リハの導入）	
23	女	要介護2	J1	Ⅰ	循環器系(高血圧)、呼吸器系、消化器系、泌尿器系　？	通所介護(1/w)、訪問介護(3/w)、福祉用具、住宅改修		通所介護(3/w)、訪問介護(3/w)、福祉用具、住宅改修		日常の過ごし方（している生活行為）、困る事、やりたいことを聴取。　出来る生活行為、室内での動き方、受け答えの様子観察	生活活性のためのプラン（通所リハの導入）	適切な服薬のための薬剤師の支援導入。	体を動かしたい、外に出かけて仲間と一緒に行う方法を希望している事を確認
24	男	要介護4	A2	Ⅱa	循環器系、泌尿器系、筋骨格系、精神・行動障害、耳の病気	通所リハ(2/w)、通所介護(3/w)、訪問介護(4/w)、福祉用具(4)、住宅改修、ショートステイ		通所リハ(2/w)、通所介護(3/w)、訪問介護(2/w)、福祉用具(4)、住宅改修		退院後の生活の様子、入院前の生活の様子、興味持っていたことなどを本人と娘から聴取。 室内での動き、日中の過ごし方を確認	飲食業の家族が介護負担とならない同居の支援プラン（私費でのサービス含む）	本人が安心してサービスを利用できるための確認方法の共有（スケジュールボードなど視覚で確認できる手段の活用）	本人は、退院後の生活（様々なサービスを利用して生活しているがスケジュールが分からなくなる）での不安が語られた。
25	女	要介護3	A2	Ⅱb	筋骨格系、皮膚の病気その他(熱中症)	通所介護(1/w)、訪問介護(2/w)、福祉用具(6)		通所介護(1/w)、訪問介護(2/w)、福祉用具(6)		生活状況、日中の過ごし方、姿勢や動き、気にしている事を確認。	閉じこもり予防としての通初介護を利用したプラン		介護サービスを利用することで生活が変わり、今まで知らなかった楽しみが出来たことを確認
26	女	要介護2	A2	正常	両変形性膝関節症、腰部脊柱管狭窄症（右膝人工関節）	通所介護(2/w)、訪問介護(1/w)、福祉用具、住宅改修	**手すりの設置**	通所介護(2/w)、訪問介護(1/w)、福祉用具、住宅改修、手すり設置（私費）	**新規導入（手すり）**		有（玄関、隙りの際の立て手すりの設置によって安全に玄関昇降でき、柄の長い靴べらを使うことで、かがまずに靴が着脱出来る）	有（左欄参照。具体的な環境設定）	

27	女	要介護2	A1	Ⅱb	循環器系、内分泌・栄養・代謝障害	訪問介護（5/w）、訪問看護（1/w）、福祉用具（）、緊急通報		訪問介護（5/w）、訪問看護（1/w）、福祉用具（）、緊急通報		有（宗教的な役割意識が強いので、精神的な満足はもちろん、活動性を維持するためにも参加継続は有効である旨を提示）			
28	男	要介護1	J2	Ⅱa	循環器系（高血圧）、精神・行動障害（認知症）	通所介護（1/w）		通所介護（1/w）		家族から経過と日ごろの過ごし方、心配なこと、困っている事等や本人の好きな事、仕事等過去の経験を聴取。 訪問時の本人とのやり取りでの応答と動きを観察	介護者の介護軽減を意図した通所介護利用のプラン　（支援が必要となった"アルツハイマー"の診断を認識したプランになっているか？　対象者の経験や興味への配慮は？）	サービスを提供する前に、診断から予測される配慮すべきとこ、本人の能力を維持する場としての通所介護の利用	囲碁が好き、英文タイプライターを使った仕事をしていた事を確認。　近隣を散歩（運動としての散歩？）
29	男	要介護3	B2	Ⅲb	循環器系（脳卒中、心臓病）、精神・行動障害（認知症）、左半身カ入りにくい	訪問介護（8/w）、訪問看護（2/w）、配食（1/w）、福祉用具（）、住宅改修、緊急通報	健康管理の支援を上手に利用する	訪問介護（8/w）、訪問看護（2/w）、配食（1/w）、福祉用具（）、住宅改修、緊急通報	内容変更（訪問看護の支援内容）	家屋環境、既往歴、運動機能、工夫している事等日常の生活の様子を本人、娘から聴取 している生活行為、出来る生活行為を観察。	安定した一人暮らし支援 （一人暮らしの不安を解消するケアプラン: ケアマネは、サービス内容、頻度、時間帯等、役割分担と共有すべき情報等について認識している）	サービスの種類、特長を活かした役割分担と情報共有による支援の実施　（健康管理のための訪問看護の活用）	出来る生活行為を確認し、二次障害を予防する情報を伝達　生活行為での工夫と環境調整での安全面での配慮を確認。
30	女	要介護1	B2	Ⅱb	循環器系（高血圧）、その他（夏ばて？）	通所介護（1/w）、訪問介護（6/w）、配食（7/w）、福祉用具（5）		通所介護（2/w）、訪問介護（7/w）、配食（7/w）、福祉用具（5）		家屋環境、室内の温度管理の状態、起居動作、している生活行為について本人と娘から聴取。 起居動作、している生活行為、出来る生活行為、訪問時の応答の様子を観察。	介護者（夫）の介護負担を軽減するプラン　（入浴、排泄、洗濯掃除の支援をヘルパー、通所介護で本人の機能改善を支援？）	ヘルパーの支援は、本人のできる生活行為を活かす方法を取り入れる　（ポータブルトイレへの移乗、ベットからの立ち上がりと食卓への移動、食事の際にテーブルを拭くなど）	出来る生活行為の確認
31	女	要介護3	B1	Ⅰ	循環器系（脳卒中）、右片麻痺（H15．12月）	訪問介護（34/w）、住宅改修、保険センターの訪問リハ（1/3か月）		訪問介護（34/w）、住宅改修、保険センターの訪問リハ（1/3か月）		家屋環境、車椅子での動き方、車椅子からの立ち上がり、トイレ等への移乗等、している生活行為と役割の確認。 できる生活行為、麻痺側の手足の使い方、応答の様子を観察。	出来ない事をサービス導入で支援するプラン （本人ができる事を生活の中で活用するプランではなかったが、夫が動けなくなったことで本人がやるようになったニできる生活行為がある。もっとある？）		夫が出来なくなったので行うようになった生活行為の確認。　麻痺側を活用したできる生活行為を確認
32	女	要介護1	A2	Ⅰ	循環器系（高血圧、心臓病）、呼吸器系、精神・行動障害（認知症）、精神系	通所介護（1/w）、訪問介護（1/w）、住宅改修、緊急通報		通所介護（1/w）、訪問介護（1/w）、住宅改修、緊急通報		夫から日ごろの様子聴取。　家屋環境、酸素利用しながらの室内での動き方、応答の様子を観察。困っている事を確認	夫との二人暮らし継続　（夫の介護負担が増えないように心身機能の維持？）	物忘れには、見守り支援が必要。 各サービス提供者・事業所での対応で配慮をする必要あり。	本人の困る事を確認　（夫のために外出先・通所介護が必要）
33	男	要介護1	J1	正常	循環器系	通所介護（2/w）、訪問介護（1/w）、福祉用具（3）		通所介護（2/w）、訪問介護（1/w）、福祉用具（3）		生活環境、日課、動き方、応答の様子を観察 妻と役割分担しているIADLの内容を確認。	夫婦協力での生活維持		住環境が整い、夫婦がそれぞれのできる事を認識し、必要な役割を分担して生活できていることを確認。　現状の生活で満足（通所介護において、他の利用者から期待される役割も在り、担っている満足感を持てている）
34	男	要介護1	A2	Ⅱa	循環器系（心臓病）	通所介護（1/w）		通所介護（1/w）		家屋環境、起居動作、訪問時の対応、動きを心疾患の影響の視点で観察	妻の介護負担に対応した支援プラン。　（配慮すべき健康リスク・医療管理、心疾患に対する認識が薄い。なぜできなくなっているかを考えられない）	健康リスクにたいしては、医療職の支援を活用する方法がある。	
35	女	要介護3	－	－	精神・行動障害（認知症）	通所介護（3/w）、ショートステイ（）、福祉用具貸与、マッサージ（私費）		－	－	家屋、住宅周辺の環境確認。　息子から介護体制と支援に期待する事を聴取。　面談時の応答、動き方を観察。　（認知症理解のための資料提供）	地域の関係機関と連携した中での支援体制が必要。ケアマネは、そのコーディネート役を期待されているが抱え込んだままで対応できていない…	日中の見守り支援には、地域包括支援センターと連携した支援体制が必要。　ケアマネは、抱え込まず地域包括に相談すること。	過去の経験を活かした会話（会話の題材として写真を利用）が成立する事を確認。 「外には出ない」との応答には、迷子を意識している事がうかがえることを確認
35	女	要介護4	C1	Ⅲa	泌尿器系、筋骨格系、精神・行動障害	訪問介護（14/w）、訪問看護（2/w）、配食（）、福祉用具（）、住宅改修		訪問介護（14/w）、訪問看護（2/w）、配食（）、福祉用具（）、住宅改修		ベット上での動ける、姿勢を変える動きがあることを確認	ケアマネは、介護される生活から脱却する支援プランを提供しようとしている	床ずれ予防には、現状の起き上がりやベット端座位の姿勢での生活行為の継続が有効	寝たきりだと動けない状態に見えるが、寝返りや起き上がりの動作、支えてもらってのベット端座位もできる事を確認。
36	女	要介護2	A2	Ⅰ	循環器系、	通所介護（5/w）、訪問介護（1/w）、配食（7/w）、福祉用具（ベッド）		通所介護（5/w）、訪問介護（1/w）、配食（7/w）、福祉用具（ベッド）		家屋環境、片麻痺の状態、日常の過ごし方、している事、希望・やりたいことを確認。 出来る動作、できると思われる生活行為の確認。	ケアマネの目標 "きることは自分でする生活を支援するプラン"　ケースの意識（介護を受けた生活）を変えたいと思っている	見守りや励ましにより、できる生活行為を継続実施する支援が重要	麻痺側を活用したできる生活行為の確認 できる事を活用した生活行為を続ける事での変化予測を説明（情報提供）　やりたいこと（自転車に乗れる）の確認
37	男	要介護2	A2	正常	呼吸器系、消化器系、筋骨格系、皮膚の病気	通所介護（2/w）、訪問介護（1/w）、		通所介護（2/w）、訪問介護（1/w）、					？（当日は納得得たようだったが、翌日CMになかったコトにと連絡あった様子）
38	女	要介護2	J2	Ⅱa	循環器系（高血圧）、筋骨格系、精神・行動障害（アルツハイマー型認知症）、貧血、膝関節症	通所介護（2/w）、訪問介護（7/w）、ふれあい収集（ゴミ）		通所介護（2/w）、訪問介護（7/w）、ふれあい収集（ゴミ）		家屋環境、している事、日中の過ごし方など普段の様子を家族から聴取し、家族や訪問者との会話、応答の様子、動きを確認 （認知症理解のための資料提供）	夫と二人での生活継続　会話内容（気になることは繰り返し話す。本人なりの理由付けでの表現・・・）に振り回されない対応が必要（認知症を理解した支援）	見守り支援でできる事を増やす（調理をヘルパーとともに行う）。	訪問者との会話は活発。記憶に障害はあるが、その場での対応、会話は多いことを確認（夫とは会話がない様子・・・）　ヘルパーと会話しながらの調理はできる性格行為であることを確認。

第五章　認知症モデルにおける介護支援専門員との連携とその効果

Ⅰ．目的

早期認知症の生活行為の支障の実態把握と作業療法士による生活行為向上マネジメントと介護支援専門員による生活行為向上に向けたケアプランの立案上の留意点などをまとめる。早期認知症における必要な支援と連携のあり方を明確化する。

1）認知症高齢者の状態像ごとのケアの特徴
2）ケアマネとの連携の有無とその方法（退院時リハ指導の有無を含む）
3）退院時リハ指導とケアプランの分析
4）介護支援専門員等との連携の効果
5）通所介護プランの分析

Ⅱ．事業概要

１．事業実施協力機関

・石川県立高松病院（精神科単科）
・兵庫県立西播磨リハビリテーション病院（総合病院精神科）
・(社)日本介護支援専門員協会
・国立社会保障
・人口問題研究所
・㈱日本総合研究所

２．事業実施期間

平成 24 年 9 月 15 日～平成 25 年 2 月 28 日

３．対象者

平成 24 年 9 月 15 日～平成 25 年 1 月 15 日の間に入院となり在宅へ退院した患者（以下、「入院事例」と呼ぶ）もしくは初めて外来受診した認知症患者（以下、「外来事例」と呼ぶ）

Ⅲ．実施方法

１．調査項目

以下の項目を入院事例では入院時と退院１か月後を測定した。また、外来事例は初回受診時と 3 ケ月後を測定した。

1）基本情報：性別、年齢、家族構成、要介護認定、診断名、既往歴（合併症)、利用しているサービス（別添 1)
2）服薬内容
3）生活のアセスメント（別添 2)
4）MMSE(Mini-mental Scale Examination)
5）HUI(Health Utility Index)
6）通所介護における機能訓練内容調査
7）ケアプラン
8）介護支援専門員アンケート

２．介入方法

すべての事例について、生活行為向上マネジメントを実施、そのマネジメントに基づき、介入を実践した。入院事例、外来事例のそれぞれについて、介入方法の詳細は以下の通りである。

１）入院事例

入院時に生活行為向上マネジメントを実践、そのプランに基づき介入を実践した。また、退院に向けて、必要に応じて退院前訪問や介護支援専門員・サービス提供者を交えた地域ケア会議を実施した。退院時には本人・家族及び介護支援専門員に対して、退院時リハビリテーション指導書にて、ケア上の留意点や継続するとよいプログラムを申し送った。併せて、家族に対し、研究事業に説明、同意を得た。同意が得られた事例のみ、退院後の１ケ月以降の受診日に事後の評価を行った。

２）外来事例

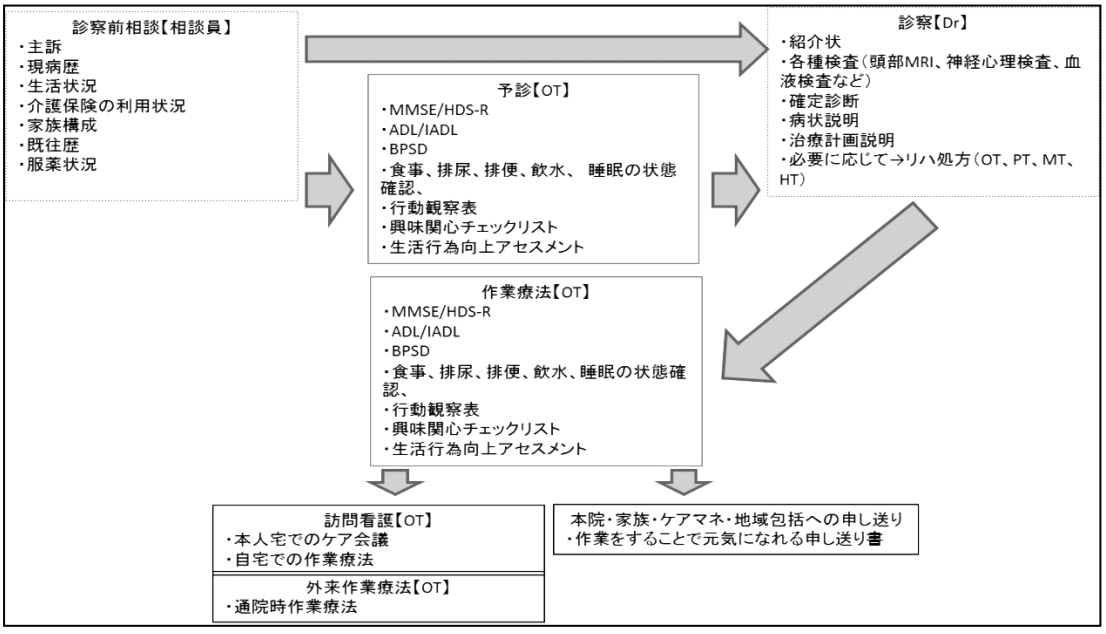
受診時、家族に研究事業に関する説明と同意を行った上で評価を実施した。介護認定を受けている者については、介護支援専門員に連絡をとり、今回の受診の状況と本人の状態や継続するとよい支援について申し送ることの了解を得た。生活行為向上マネジメントを実施した上で、介護支援専門員との連絡をとり、申し送り表にて情報提供した。必要に応じて同行訪問を実施し、場合によっては通所介護にも訪問を行い、直接プログラムの実施方法についても指導した。初回受診３ケ月以降の受診日に合わせて、事後の評価を実施した。

３）調査フィールドと具体的実施方法

（１）兵庫県立リハビリテーション西播磨病院

兵庫県立リハビリテーション西播磨病院は病床数 100 のリハビリテーション専門病院である。平成 21 年に、西播磨圏域（たつの市・相生市・赤穂市・宍粟市・佐用町・上郡町・太子町）に認知症疾患医療センターを開設、月別外来件数は 400 件程度である。当認知症疾患医療センターでは、平成 24 年 4 月から、作業療法士が個別に訪問して評価や指導を行っている。

図表 47 西播磨リハビリテーション病院での研究の流れ



また、必要な場合は、ケア会議や介護専門員との同時訪問を実施している。さらに、平成 24 年 10 月より一部初診患者について、外来での医師診察の予診を作業療法士が担当、生活障害を評価し、ご家族へ情報提供することも開始した。

認知症患者に対する外来リハビリテーションは、個別の作業療法、理学療法、園芸療法、音楽療法を組み合わせ、実施している。

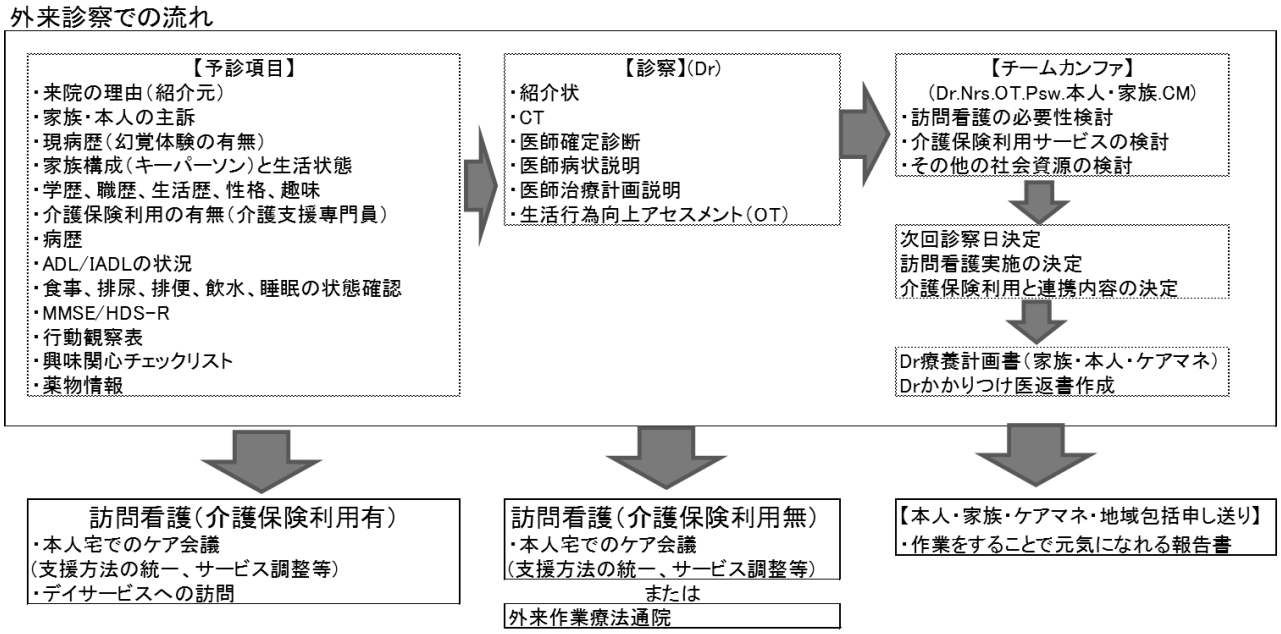
（2）石川県立高松病院（精神科単科）

石川県立高松病院は、病床数 400 の単科精神科病院。150 床を高齢者専用とし、このうち平成 21 年度より 50 床を急性期治療病棟、50 床を認知症病棟として運用している。

作業療法科では、平成 21 年度より 1 つの認知症病棟を急性期病棟とし、早期自宅退院に向け、退院前訪問の実施、必要に応じて訪問看護などを取り組んでいる。平成 24 年度老人保健健康増進等事業のモデル事業を取り組むにあたり、早期認知症者への訪問看護のみならず、外来での医師診察の予診に参加、外来の場でのケア会議、認知症高齢者の外来作業療法などにも取り組んでいる。また、デイサービスへの訪問も実践している。

また、その他の取り組みとして、平成 21 年度から石川県介護支援専門員協会かほく支部からの依頼により、郡市医師会や市町地域包括支援センター等と 2 ケ月に 1 回事例検討会を中心とした勉強会を開催している。

図表 48 石川県立高松病院での研究の流れ



Ⅳ　結果

1.実施件数

平成 24 年 9 月 15 日から 12 月 15 日で、各病院の初診の外来事例は 28 事例であった。平成 25 年 2 月末までにデータ収集が終了した者は 16 事例、死亡 1 事例、施設入所 1 名、入院となった者 1 名、データ未回収事例 11 事例であった。データ未回収事例は、3 ケ月が経過していない者 6 事例、継続的な外来受診がなかった者 5 事例であった。

また、平成 24 年 9 月 15 日から平成 25 年 2 月 15 日で、入院となり自宅に退院となった者は 10 事例で、1 ケ月後の追跡ができた者が 7 事例であった。

２.対象事例の基本情報

１）性別、年齢、疾患、合併症

外来事例では、男性５名 (31.25%)、女性 11 名(68.75%)、平均年齢 77.5±7.9 才であった。疾患では、アルツハイマー型認知症が最も多く 12 名(75%)、次いで前頭側頭型認知症の２名(12.5%)であった。合併症については複数回答で、心疾患などの循環器疾患が最も多く７名(43.75%)、次いで高血圧の５名(31.25%)であった。

入院事例では、男性２名 (28.6%)、女性５名(71.4%)、平均年齢 77.1±9.2 才であった。疾患では、アルツハイマー型認知症が最も多く４名(57.14%)、次いでレビー小体型認知症の３名(42.86%)であった。合併症については複数回答で、心疾患などの循環器疾患が２名(28.57%)、脳卒中の２名(28.57%)であった。

図表 49 対象事例の基本情報

基本情報		外来	入院
介護認定	未申請	5（ 31.3%）	1（ 14.2%）
	要支援1	0（ －）	1（ 14.2%）
	要支援2	1（ 6.1%）	1（ 14.2%）
	要介護1	7（ 43.8%）	2（ 28.7%）
	要介護2	0（ －）	0（ －）
	要介護3	3（ 18.8%）	2（ 28.7%）
寝たきり高齢者の日常生活自立度	J1	2（ 12.4%）	3（ 42.9%）
	J2	9（ 56.3%）	0（ －）
	A1	4（ 25.0%）	3（ 42.9%）
	A2	0（ －）	1（ 14.2%）
	B1	1（ 6.3%）	0（ －）

基本情報		外来	入院
合計		16	7
	男	5（ 31.25%）	2（ 28.6%）
	女	11（ 68.75%）	5（ 71.4%）
年齢		77.5±7.9	77.1±9.2
疾患別	アルツハイマー	12（ 75.00%）	4（ 57.14%）
	前頭側頭	2（ 12.50%）	0（ －）
	レビー小体	1（ 6.25%）	3（ 42.86%）
	血管性	1（ 6.25%）	0（ －）
合併症	なし	4（ 25.00%）	3（ 42.86%）
	循環器	7（ 43.75%）	2（ 28.57%）
	高血圧	5（ 31.25%）	0（ －）
	脳卒中	3（ 18.75%）	2（ 28.57%）
	糖尿病	2（ 12.50%）	0（ －）
	骨折	2（ 12.50%）	0（ －）
	精神障害	1（ 6.25%）	1（ 14.29%）

２）介護認定状況

外来事例では、要介護１が７名(43.75%)で最も多く、次いで未申請の５名(31.25%)であった。入院事例では、要介護１、３が２名(28.57%)であった。未申請は１名(14.2%)であった。外来は未申請者の割合が入院の 14.2%と比較して 31.3%と多い特徴が見られたが、これは入院事例よりも認知症状が総じて軽度な事例が多いためと考えられる。

３）寝たきり高齢者の日常生活自立度

外来事例では、歩いて近所に行ける J2 が最も多く９名(56.3%)、次いで ADL は自立しているものの屋内生活レベル ４名(25.0%)であった。入院事例では、公共の交通機関を利用して出かけることができる J1 と A1 がそれぞれ３名(42.9%)であった。外来・入院とも ADL は自立している者が対象であった。

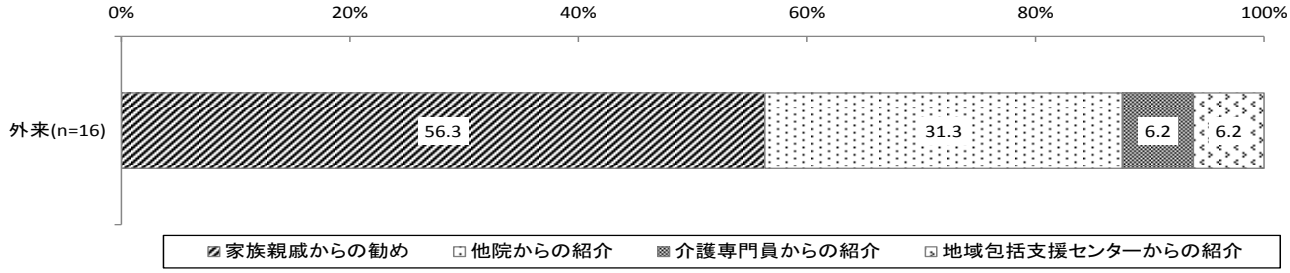
３.外来事例の主な来院経路

外来事例の 16 名の主な来院経路は、家族・親戚から受診を勧められたが最も多く９名(56.3%)、次いで他院からの紹介５名(31.3%)、介護支援専門員からの紹介１名(6.2%)、地域包括支援センターからの紹介１名(6.2%)であった。

特に他院からの紹介では、5 例中 4 例が西播磨リハビリテーション病院の事例で、西播磨リハビリテーション病院が総合病院の中の精神科として、地域の認知症の鑑別診断機能を持つ中核的認知症医療疾患センターの役割機能を担っていることがわかる。一方、高松病院は精神科単科の病院であることから、かかりつけ

医からの紹介状を持参し家族・本人が外来を受診しているが、BPSD に関する治療相談を主とする身近型の認知症医療疾患センターの役割機能を担っているという特徴が見られた。

図表 50 外来事例の来院経路



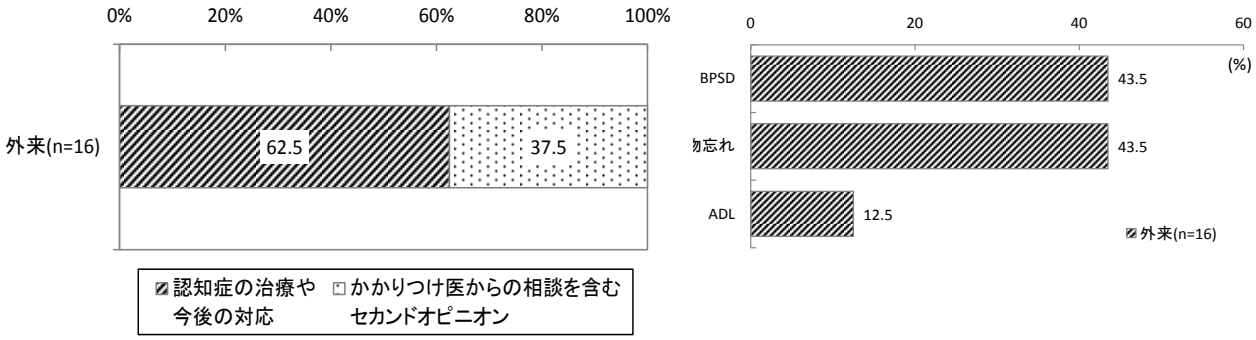
4.外来事例の主な相談内容

認知症の治療や今後の対応方法に関する相談が 10 件(62.5%)、かかりつけ医からの相談を含むセカンドオピニオンとしての相談が 6 件(37.5%)であった。主に困っている症状としては、暴言やとられ妄想、帰宅要求などBPSDが7件(43.5%)、もの忘れが7件(43.5%)、トイレの仕方がわからないなどのADLの問題が2件(12.5%)であった。

セカンドオピニオンとしての相談のほとんどはかかりつけ医からの相談だったが、家族が直接、かかりつけ医の了解を得、服薬内容について他の医師に診てほしいとのことで受診した者もいた。

また、来院者の中にはBPSDの症状がみられてから受診まで3ケ月から6ケ月を経過している者もいて、BPSDに対する早期の受診のタイミングを周知していく必要性も感じられた。この点の調査も今後の課題であると考えられる。

図表 51 外来事例の主な相談内容



5.介護支援専門員等との連携とその方法

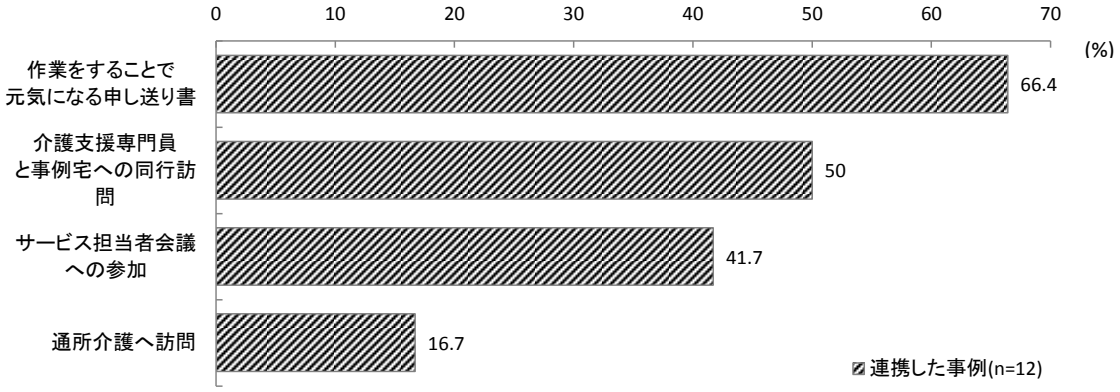
入院事例では、すべての事例で介護支援専門員を交えた「退院時カンファレンス」と「退院時リハビリテーション指導」を実施していた。「退院前訪問」を実施した事例は 3 事例(42.9%)であった。退院前訪問では、本人の台所での調理自立を目的にメニューを掲示するホワイトボードの設置や実際の料理練習と収納方法の指導、ベッドとトイレの位置関係や玄関の上り框での手すりの設置などの環境調整、掃除用具の選定と収納方法についての環境設定・調整を行っていた。

外来事例では、連携した事例は 12 事例(75%)で連携方法は「作業をすることで元気になる申し送り書」(別添資料 1) を送付した事例が 8 事例(66.7%)、「介護支援専門員と事例宅への同行訪問」が 6 事例(50%)、「サービス担当者会議への参加」が 5 事例(41.7%)、「通所介護へ訪問」が 2 事例(16.7%)であった。

一方、連携がなかった事例は 4 事例(25%)であった。その理由として、通所介護等サービス拒否の者により外来作業療法および訪問看護で病院がフォローすることとなった事例が 2 事例あった。また、介護保険未申

請者が 1 事例、介護支援専門員に同行訪問等連絡をしたが担当介護支援専門員が研修で不在とのことで連携できず、そのままとなった者であった。

図表 52 連携した事例における介護支援専門員等との連携方法



6.作業療法士による主な指導内容

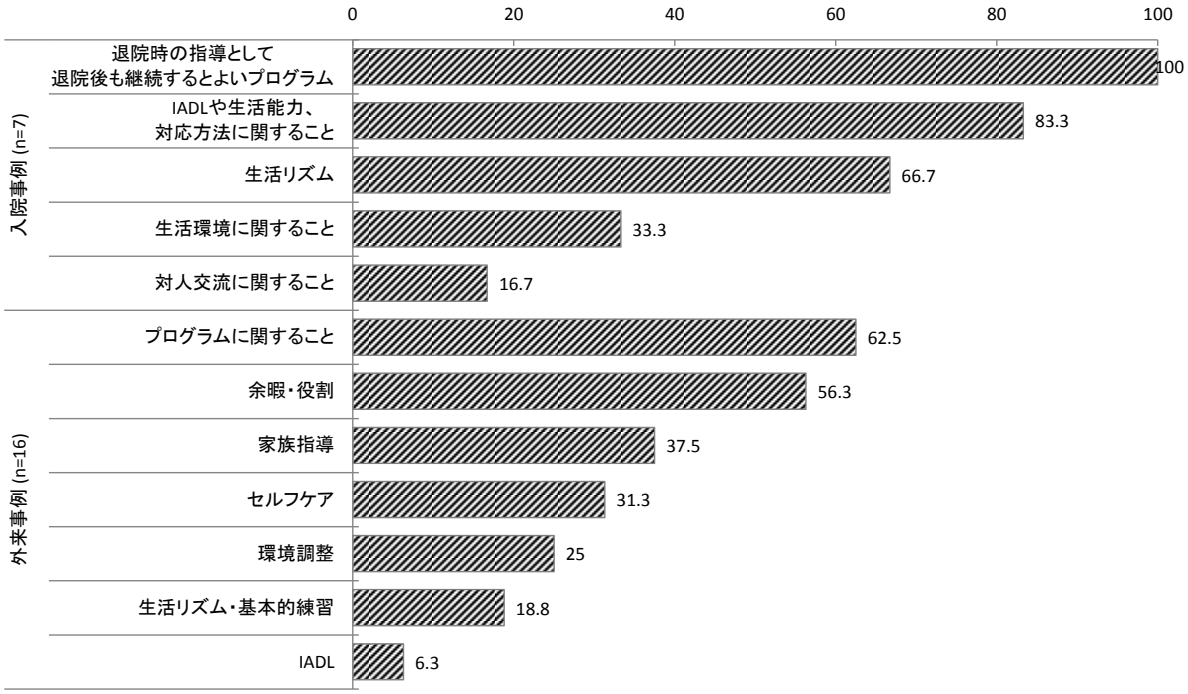
入院事例では、退院時の指導として退院後も継続するとよいプログラムが 100%、IADL や生活能力、対応方法に関することが 5 件(83.3%)、次いで生活リズムが 4 件(66.7%)、生活環境に関することが 2 件(33.3%)、対人交流に関すること 1 件(16.7%)であった

外来事例では、プログラムに関することが最も多く 10 件(62.5%)、次いで余暇・役割 9 件(56.3%)、家族指導 6 件 (37.5%)、セルフケア 5 件(31.3%)、環境調整 4 件(25%)、生活リズム・基本的練習 3 件(18.8%)、IADL2 件(6.3%)であった。

外来では IADL への指導が 6.3%であったが入院では 83.3%と特徴が見られた。外来の事例は比較的 IADL を実施している事例が多く、入院事例では退院に向けて家庭内の役割の獲得を作業療法士が重視している結果と考えられた。

また、通所介護を利用することになった者については、入院・外来事例ともに通所介護でも実施するとよいプログラムについて指導をしていた。

図表 53 連携した事例における介護支援専門員等との連携方法



７．生活行為向上マネジメント

以下、外来事例の高松病院の 12 事例について、生活行為向上マネジメントの結果を記載する。

１）作業聞き取りシートおよび興味関心チェックシート

外来事例で明確に把握できた者は 8 事例であった。しかし、興味関心チェックシートについては自分で書けることが出来た者、聞き取りで把握できた者など、ほとんどの者のしたいことを確認することができた。したいと思っている生活行為は重複回答だが下記のとおりである。

また、聞き取りだけではなく、問診時、事前に職歴や生活歴、家族歴などを把握することもスムーズな聞き取りのために重要な情報であった。

一方、なかなか作業が聞き取れない者もいて、その場合は後述する ICF に基づく残存された機能と本人の職歴から作業の傾向を予測し、プログラムでの導入を図った者もいた。

図表 54 作業聞き取りシート及び興味関心チェックシートによる聞き取り結果

（複数回答）

聞き取りシートで答えたニーズ	件数	興味関心チェックシートで把握できた興味	件数
お友達とおしゃべりしたい	2	書道・書字をしてみたい	3
健康教室に行きたい	2	刺し子などの縫物をしてみたい	2
旅行に行きたい	2	野球をみたい	1
運動・散歩ができるようになりたい	2	塗り絵などの絵を書きたい	1
ミシンかけをしたい	1		
草むしり・畑をしたい	1		
民謡を続けたい	1		

２）生活行為向上マネジメントと支援結果

生活行為向上マネジメントと生活のアセスメント項目の変化及び支援結果については、別表 1、2 のとおりである。

別表 1 のとおり、ICF にもとづく生活行為のアセスメントでは、精神機能で見当識、記憶機能の低下に加え、事例によって意識や言語、注意、高次認知、複雑な運動、知覚が主に障害されていた。その他では水分や食事などの消化障害や高血圧などの循環器障害などの健康面、筋・関節機能などの運動の障害も把握していた。また、強みとしては人格と気質の機能を挙げていることが多く、その人なりの人物が家族の対応のしやすさに影響を及ぼすととらえていることが伺えた。それらの機能の障害程度と強みから、作業療法士は残存機能を把握し、予後予測や対応方法などを推測していた。

また、別表 2 のとおり、外来事例での認知症の方々に対するプログラムの特徴では、基本・応用・社会適応練習と段階づけて「したい生活行為」ができるようになるためのプログラムを組み立てる他、心身機能へのアプローチとしての基本練習、参加と活動に対する応用練習、環境に対する社会適応練習というように支援方法を組み立てていることがわかった。

外来事例の場合は作業療法士が直接練習を実施するわけではないため、介護サービスや家族に対する指導内容を生活行為向上プログラムとして書くという特徴がわかった。さらに、指導したプログラム内容が実際に生活の中に取り込まれ、生活のアセスメントの項目に変化を与えていた。通所介護の中にもプログラムとして位置づけられていることがわかった。

望む支援の中には、本人のしたい手工芸や自宅での碁の支援、老人福祉センターバスに乗るための支援、民謡教室継続参加の支援、温泉旅行の相談など介護以外のサービスもニーズとして見られた。また、個別のオーダーメイドの生活行為の継続支援が求められていることがわかった。

（別表１）

事例NO	NPI												ICFの心身機能特定		アセスメントまとめ
	妄想	幻覚	興奮・攻撃性	うつ・不快	不安	多幸	無気力・無関心	脱抑制	易刺激性・気分易変性	異常行動	睡眠	食欲・食行動異常	障害されている機能	強みの機能	
在001		1	1		1				1		1	1	記憶機能 見当識 睡眠機能 活力と欲動機能 循環機能	人格と気質機能 言語機能 高次認知機能	今後、認知機能の低下とともに、新しい場所の混乱などが生じる可能性があるため、さまざまな場所でなじみの関係を作っておくことが大切である。また、血圧のコントロールのための受診が必要である。本人の気晴らしができ、日中できる作業に導入する。
在002							1						記憶機能 見当識 睡眠機能 複雑な運動機能 精神運動統制機能 知覚機能	人格と気質機能 言語機能	認知症の程度としては重度。失行症状もみられ、道具の操作が困難になりつつある。本人なりに、手続き記憶を活用しかなり努力をし、ADL能力をかろうじて維持している様子。しなくなることにより、すべてが一機に介助状態になる可能性がある。見当識障害も視空間知覚障害があることから、今後、場所がわからないなどの支障が出てくる可能性がある。徐徐に動きが少なくなり、歩行も困難になっていく可能性が高いことから、できる限り廃用症候群の防止に努めることが大切である。字の読解ができることから、文字ヒントによる介入がまだ有効かもしれない。
在003							1						記憶機能 見当識 言語機能の表出障害 複雑な運動機能 精神運動統制機能 高次認知機能 情動機能	言語機能の入力のみ可能 人格と気質機能	・行動を促すためには口頭指示が常に必要な状態。また、文字理解ができることから単語レベルであれば、正しい生活行為を 促すことができる可能性がある。これ以上進行しないよう、できる生活行為を維持することが大切である。
在004											1		意識機能 記憶機能 見当識 痛みの機能 筋・関節機能	人格と気質機能	・見当識障害から、家にいても家に帰るといって出て行こうとする行為が見られる。しかし、ここが家だよと話すとそのことで混乱することはない。今後は物忘れが多くなることが考えられるが、新たに身体症状が悪くならない限りはこのまま物忘れはあるものの、BPSDを引き起こすことなく、生活できる可能性がある。 ・下肢筋力の低下もあり、長距離の独歩は困難。歩行車を活用して、移動することが望ましい。
在005							1		1	1	1		活力と欲動機能 記憶機能 見当識 言語機能の表出 睡眠機能 摂食機能（水分）	知的機能 人格と気質機能	・薬での活力と欲動機能の改善とともに、体を動かす空間づくりや生活づくりを行い、廃用症候群を防止することが大切である。全身の筋力低下や発話機会の低下から、嚥下摂食機能の低下をさらにひき起こす可能性がある。
在006								1		1	1		活力と欲動機能 記憶機能 見当識 言語機能の文字入力 高次認知機能 複雑な運動機能	人格と気質機能	・妻の対応がよく、失行症状があってもどうにか、生活行為ができている状態。言葉の表出や受容についてもかなりの障害があるが問題になってはいない。ただし、今後は本人自身どうしてよいかわからないことや何かをしようとして失敗することが増えてくるものと考えられる
在007													意識機能 記憶機能 情動機能 摂食機能（水分） 飲酒	人格と気質機能	水分をあまりとらない、その上に毎日日中から飲酒するなどの循環器の障害を認め、脱水症状に近い状態での変動する軽度意識機能の低下をみとめる。食事摂取について確認・支援する必要がある。
在008		1					1		1		1		活力と欲動機能 記憶機能（短期のみ） 見当識 注意機能 知覚機能 摂食機能（水分）	言語機能 高次認知機能	・高次認知機能や記憶機能が良好なことから、自分の病気に対し、理解しある程度の対応をすることで不安の軽減を図ることができるものと考えられる
在011							1			1	1		意識機能 見当識 記憶機能 注意機能 睡眠機能 循環機能	感覚機能 高次認知機能 人格と気質機能	・意識機能の低下の原因として、高血圧からも循環器の問題が考えられる。そのことで軽度せん妄から認知機能が一気に低下したことが考えられる。まず受診。・今後、日時のみならず、場所の見当識の低下により、迷子、日時の誤りが生じると考えられる。ただし、町内での歩行により移動範囲であるため、町内の理解見守りで対応できる可能性がある。わからないことがあったらヘルプを言える練習をしていくことが大切である。 ・服薬管理が必要
在012								1		1	1	1	活力と欲動機能 記憶機能（短期のみ） 注意機能 言語機能 知覚機能 人格と気質機能 時間と経験の機能		・行動を変更することが難しいことから、本人の行動を観察し、嗜好の把握をすることと、生活のパターンを把握し、その生活を時計のように実施するよう共通理解をとることが大切である。デイサービスといった異なるパターンの生活にはなじみにくいことから、プログラムをいれるのであれば毎日同じ時間で組むことが望ましい。 パターン化することで、安定した生活を目指す。
在014			1						1				記憶機能 見当識 言語機能 注意機能 知覚機能 情動機能 複雑な運動機能 摂食機能（水分）		・言葉の入力の低下から、長い単語の文章の理解が苦手になっていく可能性がある。もともとプライドもあるため、本人が入力しやすいよう、周囲の配慮が必要か。ジェスチャーを交えての入力が求められる。 ・また、失行様症状が今後、はじまることが推測され、本人の混乱が増える可能性がある。
在020				1			1		1				活力と欲動機能 記憶機能 見当識 言語機能 注意機能 高次認知機能 複雑な運動機能	人格と気質機能 情動機能 知覚機能	・特にBPSDがあるわけでもなく、本人もニコニコして問題がない。ただ年齢も若く、夫も進行することに不安がある。何もしなくなってきていると夫は思っているが、できなくなっていることが理解できていない。しかし一方では、何もしないことによる廃用症候群の心配もある。言葉の入力、出力ともに低下していることも夫は理解できないため、やつぎばやに話しかける、指示するなどの対応があるため、本人は言えないこともあるため、かっとなり言い合いになっている様子。夫が本人の状態を受け入れることが大切。複雑な運動機能の低下があることから、今できるADL/IADLを継続させることが求められる。

（別表２）

作業聞き取りシート 興味・関心チェックシート	生活行為向上マネジメント			生活のアセスメント項目の変化		支援結果
	基本練習	応用練習	社会適応練習	アセスメント項目（ADL/IADL）	アセスメント項目（社会参加）	
友達と交流したい。 刺し子をしてみたい。	なし	家で刺し子を実施する 家事を手伝う	・デイサービスを週3回から4回へ増加する。 ・外来OT	【ADL./IADL】 ○買物：していない→誰かと	【社会参加】 ○趣味興味：なし→ほぼ毎日 ○生活以外：週数回→週6回程度	・高血圧の病態の悪化とともにEPSD（怒りっぽくなる）が出現。本人は頭重感を訴える ・週4回デイサービスと2回外来作業療法を実施。 ・場にも慣れ、デイでは手伝いを外来作業療法では刺し子の他、本人の好む手工芸に積極的に取り組んでいる。 ・家でも刺し子を実施
書字を書くことが好き	廃用症候群を予防するため、外出や広い場所での歩行、体操などに導入する。	・書字に導入する。 ・できる限り、今できているADL行為を継続できるよう支援する。	・文字による生活動作の誘導を試みる。環境調整を行う。 ・デイサービスに通い、家以外でのなじみの空間づくりを行う。 ・介護認定の申請	変化なし	変化なし	・無為、意欲の低下が薬物療法によって、改善する。よく話すようになる。しかし、デイサービスについては行く目的が理解できず、このままの生活を希望する。家族もそのままを希望。 ・家で新聞や文芸春秋を読んだり、日記のようなノートを書く
書くことが好き 縫物が好き	・排便のリズムを把握する。 ・困ったとき困ったといえるようになる。または、困ったのサインをスタッフが見つける。	・刺し子と書字をデイサービスで実施する。また、 ・ゴミ箱に捨てることを紙で示しながら何度も行為を促す。	・夫の負担軽減のため、デイサービスの利用を週3回から実施する。慣れも必要なため、タイムスケジュールの時間を決め、紙に書いて提示する。	【ADL】 ○洗濯物たたみ：していない→誰かと ○買物、通院・外出：していない→誰かと ○屋外移動：していない→誰かと ×更衣：自立→介助 ○口腔・歯のケア：見守り→自立 ×階段昇降：自立→見守り	【社会参加】 ○趣味興味、生活以外：なし→週数回 ○他者の手伝い：なし→ほぼ毎日	・デイサービス職員を交えカンファレンスをする。デイサービスで字を書いたり、いろいろな活動に参加するなど、表情がよくなる。
おしゃべりする友達がほしい	・歩行能力の維持 機会があれば屋外歩行練習	・歩行車の導入による移動、運搬能力の改善 ・料理、俳句を見る、俳句、習字、お花の機会を提供する。	・家族は屋内での歩行車の導入より、歩けない場合は四つ這いを希望しているが、導入の可能性がないか家屋評価をする。 ・老人クラブの情報提供を行い、参加を検討する。 ・介護認定の申請	【ADL/IADL】 ×洗濯物たたみ：ほとんど一人→していない ×食事の片づけ：ほとんど一人→していない ○通院・外出：していない→誰かと ×草むしり：ほとんど一人→していない ○屋外移動：見守り→自立 ×階段昇降：自立→していない	【社会参加】 ○友人との交流無：なし→週に数回 ○アクティビティ：なし→週に数回	・ケアマネとの連携はなし。 ・デイサービスや家ですることがないということで、写経を指導する。
運動や散歩ができるようになりたい。 **再び、温泉にいけるようになりたい**	・椅子からの立ち上がり、移乗をするようにする。 ・歩行能力の評価と短距離の移動の練習する。平行棒での歩行練習。 ・体重コントロール	・ディサービスでは、体操や運動プログラムに積極的に参加する。 ・パソコンまたは他の利用者との碁ならべなどに導入する。 デイサービス内は歩行車で歩く練習をする。 ・洗体は輪付き タオルを活用し、入浴の自立を勧める。	歩行車で屋内の移動を検討する。 ・家のパソコンの活用を勧める。	【ADL/IADL】 ○屋内移動：介助→自立 ○食事：見守り→自立 ○更衣：介助→自立 ○移動：介助→自立 ○口腔・歯のケア：介助→見守り ○階段昇降：していない→見守り ○床からの立ち上がり：していない→介助 ○屋外移動：していない→誰かと ×更衣：自立→介助 ○口腔・歯のケア：見守り→自立 ×階段昇降：自立→見守り	【社会参加】 ○アクティビティ：なし→週数回	・歩行状態は変わらず ・フェルガードを飲んでから、よく話すようになったようになったと家族が話す。 ・碁に興味を示し、碁の番組をみたり、妻と碁をするなど良好。 ・春になったらパソコンを買って、碁をする予定。 ・家に碁を教えてくれる先生に来てほしい。月5000円を払ってもよい。
旅行に行きたい 塗り絵など絵を書いてみたい	・体操・運動プログラムへの参加を促す。 ・ディサービスなどの広い空間での歩行を促す。 機会があれば散歩の機会を提供する。	・本人がしてみたいと答えた塗り絵など鉛筆を持つ作業への導入を図る。	・運動のできる通所系サービスへの導入を図る。本人にあった作業が見つかるまでは作業療法士がいる通所リハが好ましい。 ディサービスへの訪問を実施	【ADL./IADL】 ○野外移動：見守り→自立 ×口腔・歯のケア：自立→見守り		・フィットネスのディサービスを嫌がらず利用している。本人も家でどのような内容をしているか話すことができる。 ・近く家族で温泉に一泊してくる予定。 ・大便をしても隠れる細胞がある。
民謡を続けたい	・飲水量を増やす。 ・アルコール摂取をやめる	・散歩をする。 ・現在の生活を維持する。	・友人の力を借りて、民謡に参加する。 ・地域包括支援センターと連携	【ADL./IADL】 ○買い物：ほとんど一人→誰かと ×畑仕事：ほとんど一人→していない ×野外移動：自立→見守り ×階段昇降：自立→介助	【社会参加】 ○生活以外：ほぼ毎日→無	・1月骨折して、歩きづらい。 ・町の転倒骨折予防教室を夫婦で利用することとなった。 ・民謡は継続
健康教室に行きたい	・疾患の理解を得るための本人及び家族への指導・助言	・ディサービスでの運動、歌、針仕事または書字などの作業の実施	・週3回ディサービス利用を進める。ディサービスに慣れる。 ・家族の協力があれば健康教室に参加する。 ・ディサービスへ訪問を実施	【ADL./IADL】 ×買い物：誰かと→していない ○食事の片付け：していない→ほとんど一人で ○通院・外出：していない→誰かと ○屋外移動：自立→見守り	【社会参加】 ○趣味、興味：無→週に数回 ×自分の意思での取り組み：ほぼ毎日→無 ○生活以外：無→週に数回	・ディサービスに訪問。刺し子を指導する。 刺し子をするようになってから、ディサービスを仕事の場所ととらえ、楽しみに参加。 ・他の利用者に対して、刺し子を指導するようになる。
健康教室に参加したい。 **ミシンかけをしたい**	・物わすれをサポートするメモノートを作成する。 支援者全体で記録していくようにする。 ・重要な出来事はカレンダーを活用して、確認する行動パターンを構築する。	・本人のできるADL/IADLは継続 ・近所に住む妹が朝、薬の管理と今日の行事について本人に教える。買い物と冷蔵庫の管理は娘が担当する。 ・通帳は娘、週3000円のお小遣いだけを本人が管理する。 ・ミシンかけをする。	・老人福祉センターへの参加がいつまでもできるよう支援する。 ・健康教室への参加する。 ・魚屋さんの相談を妹にお願いする。 ・老人福祉センターなど本人を取り巻く方々に認知症サポーター養成講座を開催する ・介護認定の申請	○ゴミだし ○金銭管理（こづかい程度）	○生活以外でのアクティビティ	・血圧の治療をしてからは、とてもすっきりした。 ・老人福祉センターに週二回、健康クラブ週一回、介護予防ディサービスに週一回通っている。 ・家でのミシンも実施している。
畑や草むしり	本人の生活パターンを理解し、生活リズムをつくる。	・本人の好きな、集中できる作業を捜す。ひもによるぞうりづくりまたは草むしり、好きな歌を聴くなど、別の作業で安定したを生活を捜す。 ・風呂は本人のパターンのシャワーとする。制止しない。 ・買い物は、現状の対応を維持。	・精神科訪問看護の実施		【社会参加】 ○友人交流：週数回→ほぼ毎日 ○家族交流：週数回→ほぼ毎日 ○生活以外：週数回→ほぼ毎日	・ビタミンD12を投与してから、とてもスッキリし、周囲との会話など合わせることができるようになった。 ・近所の中学校の野球部の練習を見に行くことを楽しみにしている。 ・相変わらず、近所の店に行ってあめを買ってきているが、以前のように大量に買うことはない。
野球観戦がしたい	運動プログラムの充実による脳底循環の改善	・DVDによる野球観戦	・ディサービス職員への対応方法の指導 ・作業療法士が訪問を実施	【ADL/IADL】 ○掃除・整理・ゴミだし：していない→ほとんど一人で	【社会参加】 ○趣味・興味：無→週に数回 ○友人交流：週2回程度→週に数回 ？自ら手伝い：不明→ほぼ毎日 ○生活以外：無→週に数回	・入院となる。 ・ディサービスの利用者や家族にも暴言・暴力が出るようになり、入院となる ・妻は定年後の離婚を考えていたとの話があり、家での関係が悪い状態が続いていた様子。
書字を書くことが好き		・しているADL/IADLの継続 ・本人自体、書字を書くことが好きなことから、自己効力感を維持する、認知機能を維持するためにも、模写字などの活動に参加する	・通所介護と連携し、本人のできる作業への導入を依頼する。 ・夫の介護負担の軽減を目的に、ショートステイも検討する。 ・認定更新申請をする。	【ADL/IADL】 ×買物：誰かと→していない ○入浴、口腔ケア：介助→自立	【社会参加】 ○趣味興味：なし→ほぼ毎日 ○家族交流：ほぼ毎日→なし ○生活以外：週数回→ほぼ毎日	・デイサービスで書字をしたりしている。 ・とても落ち着いている。 ・夫が対応方法を理解できてよかったと話す。

以上の支援結果から、認知症の治療の他、血圧の変動やビタミン欠乏、服薬ができていないなどの健康状態の悪化から、BPSD を引き起こしている者がいた。また、家族関係の悪さから暴言を呈していた者、なぜ通所介護へ通わなければならないのかわからず帰宅要求や落ち着かない者など環境要因から BPSD が悪化していた者もいた。BPSD には全身状態の悪化や家族関係やサービスなどの環境因子が影響を及ぼしていることが考えられた。

8.アセスメントの各項目の変化

アセスメント項目について、次図表のとおり介入前後で変化のなかった項目を(―)、改善がみられた項目を（○)、悪化した項目を（×）と評価した。

図表 55 アセスメントの各項目の変化

項目				健康アセスメント	ADL/IADL,参加のアセスメント
入院	―	外来	―	食事の頻度、便失禁の有無、睡眠薬の利用、痛みの部位、転倒の有無	なし
入院	○	外来	○	食事量、一回当たりの飲水量、痛みによる生活の支障、むせ、介護負担感	趣味や興味のある事への取組み、友人との交流、家族との交流、自分の意思で他者を手伝う、生活の場以外でのアクティビティ
入院	○	外来	―	睡眠時間	なし
入院	―	外来	○	飲水頻度	なし
入院	×	外来	―	なし	更衣、入浴
入院	―	外来	×	なし	金銭管理、草むしり
入院	×	外来	○	なし	屋外移動
入院	○	外来	―	なし	洗濯物たたみ

☆介入前後で変化のなかった項目（－)、改善した項目（○)、悪化した項目（×）で表記

入院・外来事例ともにアセスメント項目で変化のなかった項目は、食事の頻度、便失禁の有無、睡眠薬の利用、痛みの部位、転倒の有無であった。一方、入院・外来事例ともに改善した項目は食事の量、一回当たりの飲水量、痛みによる生活の支障、むせ、介護負担感であった。

食事の頻度では 3 回とほとんどの者が答えていて、頻度より変化の見られた量をアセスメントすることが大切であると考えられた。また、外来事例や自宅へ退院する者は便失禁のある者がほとんどいなかった。痛みは部位について変形性関節症による痛みが多く、部位がほとんど変わることがなった。生活の支障の有無については、痛みによる歩行困難者が歩行車を利用することにより改善するなど、痛みの部位より生活の支障が支援の把握する上で大切であると考えられた。

入院事例のみで改善が見られたのは、健康状態のアセスメント項目の睡眠時間であった。入院時には睡眠機能の障害から、中途覚醒や入眠困難などの事例が多く、服薬調整の効果と考えられる。また、ADL/IADL の項目では洗濯物たたみであった。これは退院時に役割の獲得として本人がとりあえず従事またはできる IADL 項目として作業療法士が指導しているためと考えられる。外来事例では、比較的 IADL に従事している者が多く、現状維持が求められることから変化なしとなったものと考えられる。

一方、外来事例のみで改善がみられた項目は、飲水頻度であった。外来事例ではトイレを心配して水分の摂取量が少ない事例が多く、水分摂取の必要性の指導を行った結果改善が認められたと考えられる。一方、入院事例では入院時の問診時、本人から問診が困難であり、家族も把握できていない事例が多いことから、把握困難が多かったため変化なしとなった可能性がある。

入院事例のみで低下したアセスメント項目は、更衣、入浴であり、特徴として入院や更衣は病院側のスケジュールの都合から介助となることが多く、また退院時も入浴はデイサービス利用を進めることも低下した原因と考えられる。

入院・外来事例ともに改善がみられた項目は、「興味や関心事への取組み」「友人との交流」「家族との交流」「自分の意思で他者を手伝う」「生活の場以外でのアクティビティの実施」であった。退院時及び外来での作業療法士による指導では、IADL などの役割やプログラム支援が最も多かったことからも、指導した項目に改善が見られたと考える。同様、デイサービスでのプログラムの指導が含まれたことから、生活の場以外でのアクティビティの項目に改善が見られたと考える。

アセスメント項目の変化では興味や関心事、家族・友人との交流などの社会参加に関する項目が大きく改善した。作業療法による生活行為への参加などの指導が取り組まれた結果だと考えられる。

9. MMSE と NPI の変化

外来患者は平均で介入前 14.3 点介入後 17.3 点と 3.0 点の改善、入院患者は介入前 15.6 点介入後 15.1 点と-0.5 点の悪化が見られた。

MMSE 低下者３名のうち１名が介入中に転倒し骨折治療中であった。他の２名はアセスメント項目で買い物に行っていたが行かなくなったという項目に共通して低下が見られたが、他に特徴は見られなかった。

図表 56 MMSE の変化

（単位：点）

	介入前	介入後	差	維持･改善	悪化
外来	14.3 ± 7.5	17.3 ± 7.1	3.0	12 名	4 名
入院	15.6 ± 6.3	15.1 ± 8.4	−0.5	3 名	4 名

精神行動症状（以下、BPSD）の状態を測定する NPI 評価では、外来事例が平均では、介入前で 21.4 点、介入後 5.8 点、入院事例で介入前 31.6 点、介入後 2.6 点といずれも改善がみられた。入院と外来では入院の方が介入前は平均点で 10.2 点高かった。

なお、外来事例で MMSE が悪化した者の NPI の変化についてみると、いずれも NPI は改善していた。

図表 57 NPI の変化

（単位：点）

	介入前	介入後	差	最大値	最小値
外来	21.4 ± 23.2	5.8 ± 9.8	15.6	81	0
入院	31.6 ± 24.5	2.6 ± 4.1	29	72	0

10. 主な通所介護の内容と連携の変化

外来事例では、新規導入者が３名(18.8%)、内容変更者４名(25%)、通所利用なしが４名(25%)、連携なしなどその他が５名(31.3%)であった。

入院事例では、新規導入者が２名(28.6%)、内容変更者が５名(71.4%)(うち１例はデイ→通リハへの見直し)であった。

通所介護で連携のあった者はほとんど通所介護の内容に作業療法士の指導内容を取り入れていた。

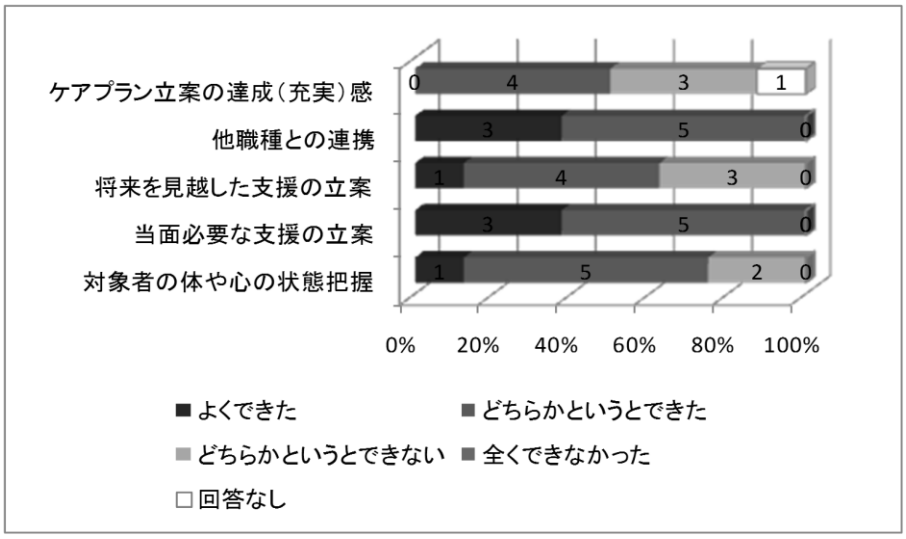
11. 介護支援専門員による連携に対する評価

1）連携に対する評価

外来事例は6名（37.5%）で、入院事例はすべての7名で介護支援専門員と連携があった。そのうち8名の介護支援専門員から回答を得た。

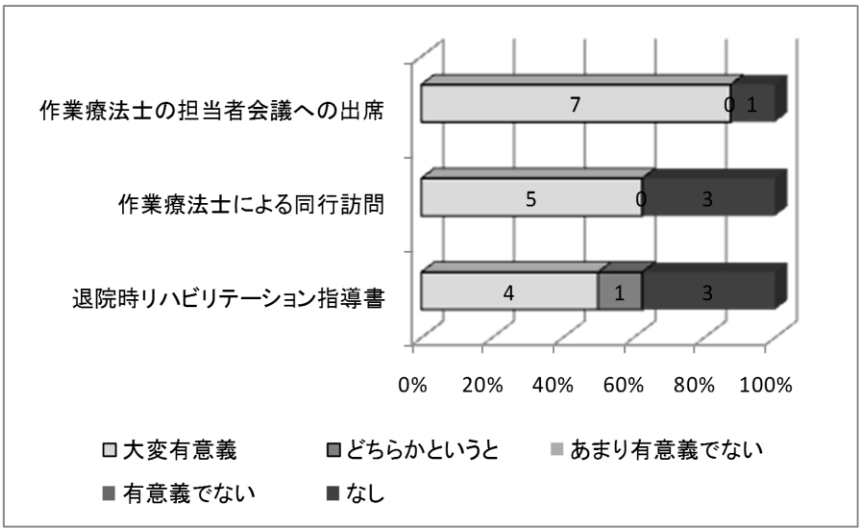
まず、作業療法と連携した事例における、自身のケアマネジメントに対する評価についてみると、うまくできたと思うことでは、「他職種との連携」と「当面必要な支援の立案」が最も多くほとんどの者ができたと感じていた。

図表 58 作業療法と連携して実施したケアマネジメントに対する自己評価



次に、連携で効果的な方法について尋ねたところ、作業療法士の担当者会議への参加が最も多く、次いで同行訪問であった。

図表 59 作業療法との連携方法に対する評価



２） 介護支援専門員アンケート結果

連携事例における、介護支援専門員から見た作業療法士との連携効果の評価結果に関して、具体的な評価の内容について見ると次の通りである。

①ケアプラン立案に関すること

・専門職の意見が聞け、違う見方、アセスメントにつながった
・医療的面からの情報や知識をいただき、どのような点に注意して見ていけばいいかがよくわかった
・自分だけでアセスメントすると不安が残るが、それが解消される。
・認知症に対する一貫した支援方針を持ちやすい
・申し送りは退院後のケアプラン作成時に大いに役立った（２件）
・どのような支援をしていけばいいか、専門職からのアドバイスがわかりやすかった

②プログラムに関すること

・本人への声のかけ方やリハビリ方法、進め方も実体験をもとに具体的に説明があり、分かりやすかった
・現在行っているリハビリの内容や、本人の興味の有無、反応など具体的に知ることができた。
・サービス事業所（通所）の不安解消と個別プログラムの作成が進んだ。
・病院でできることを在宅で継続する難しさ、工夫を知ることができる。
・退院時カンファレンスでアドバイスを頂き、入院中での作業状況が詳しくわかった。

③その他

・作業療法士による提案に家族の納得感や理解が進んだ（３件）
・申し送り書はとてもわかりやすく記入されていた
・作業療法士の訪問のねらいを介護支援専門員がもっと理解して臨めばより良い連携になった

Ⅴ 考察

本研究で介入した事例では、認知症外来患者に対し、認知症の精神行動障害（以下 BPSD）を防止するためのアセスメント項目を予測、それに基づき生活行為向上マネジメントによる介入を行った。前述した研究結果と併せて考察すると以下の通りである。

１．BPSD を改善・予防するための生活のアセスメント項目

認知症外来には、軽い物忘れの相談から、暴言、暴力、徘徊、無気力などの華々しい BPSD による受診まで幅広い状態像の患者が受診していた。入院と判断された者は、BPSD の状態を評価する NPI の点数が 31.6 点と外来 21.4 点に比べ高かった。特に夜間の徘徊で眠れない、暴言・暴力が怖くておびえているなど心身ともに家族が疲れ切ってしまった場合、退院支援の際、家族が在宅での介護を拒否する原因ともなる。BPSD の早期の段階で受診することは在宅生活の継続には重要であると考えられる。今回、入院し退院後 1 ケ月後と外来受診し 3 ケ月後の MMSE を評価した結果、いずれも介入時には差はあまりなかったが、NPI はいずれも改善していたにもかかわらず、事後では入院事例は 0.5 点悪化、外来事例は 3.0 点の改善が見られた。このことからも認知機能の維持・改善には認知症の BPSD の早期発見・早期治療が重要であると考えられる。

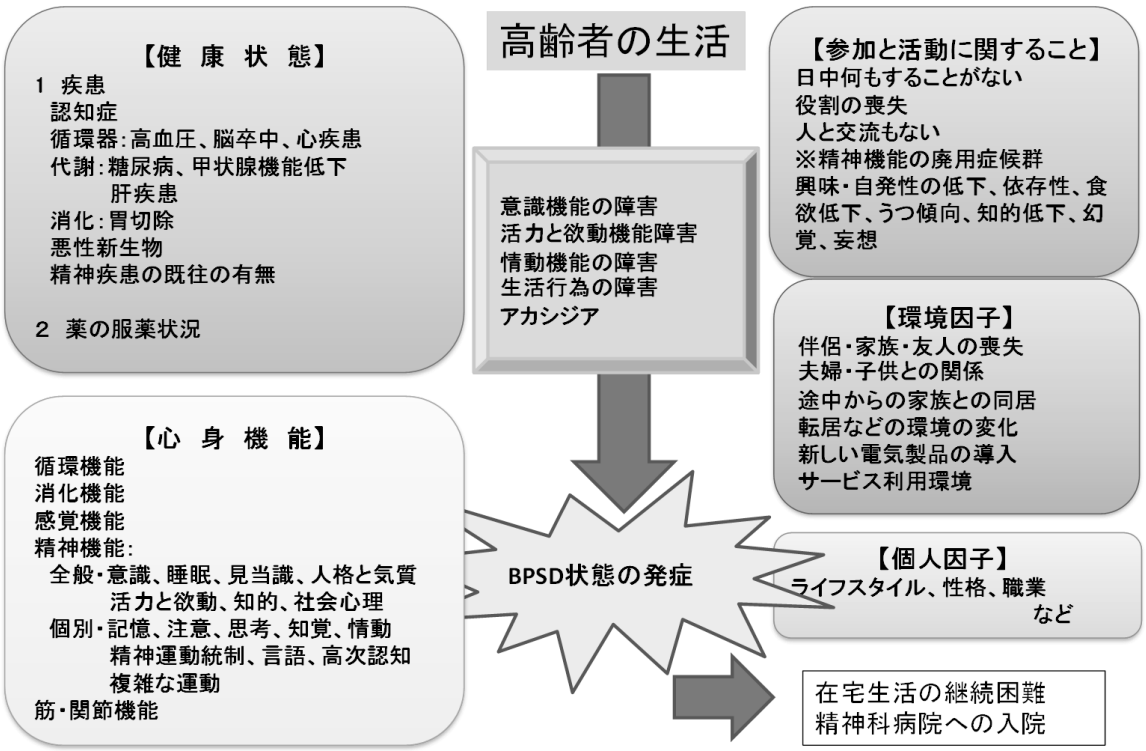
今回作成した生活のアセスメント表の項目の変化から水分や栄養の障害､睡眠障害から BPSD を引き起こしている可能性のある者を把握できた。また、日中何もすることがない、おしゃべりする友達がいないなどの活動と参加が低下し、うつ状態や廃用性の意欲の低下などで BPSD を引き起こしている者もいた。さらに家族関係からも BPSD を引き起こしている者もいた。

さらに、作業療法士は ICF に基づき、障害されている機能と残存している機能を把握し、事例に対する予後予測をアセスメントし、対応方法を決めていた。

このことから、BPSD の原因は、図表 58 のように様々な要因があることが推測された。BPSD を引き起こす要因をケアチームが共通にアセスメントし、受診の時期、予防を図ることが重要である。

以上の、本研究を通じた取り組みを踏まえ、ケアチームが押さえるべき生活のアセスメント項目を図表 59 のとおり提案する。

図表 60 認知機能の低下した高齢者の精神行動障害（BPSD）の要因例



図表 61 認知症におけるアセスメント項目

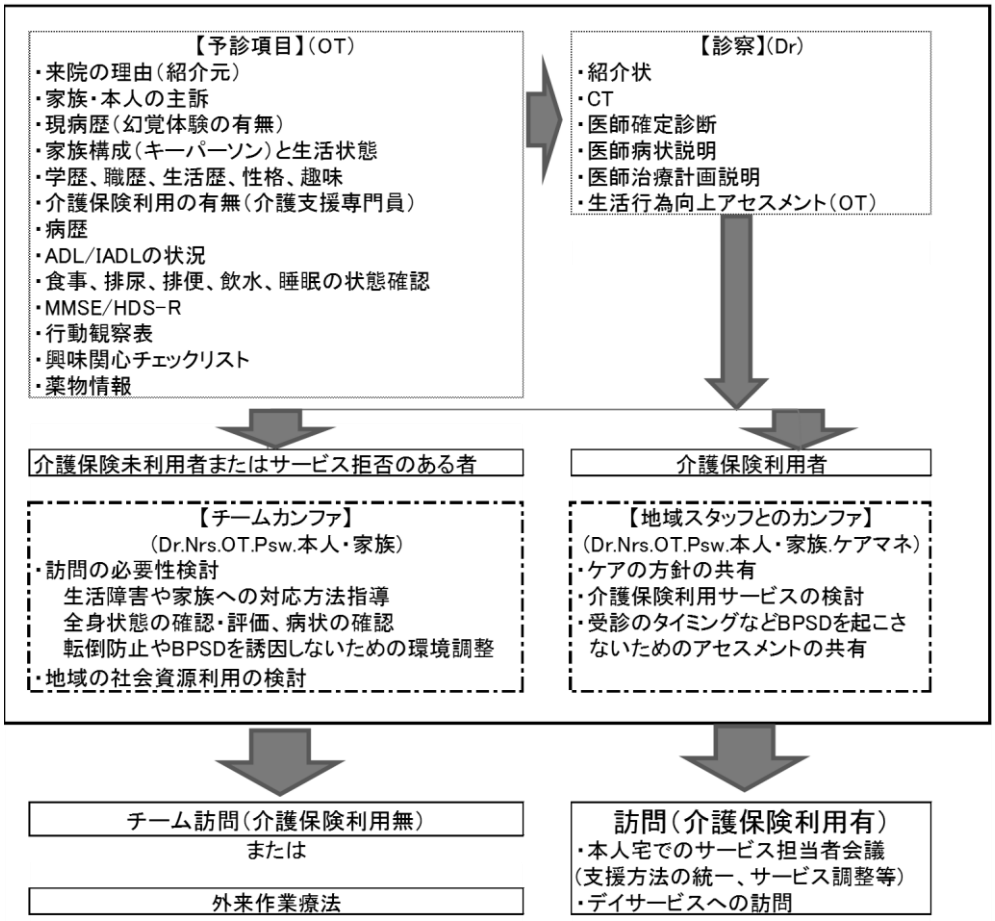
疾患	心身機能	活動と参加
☐ 高血圧	☐ 食事摂取量と内容	☐ 掃除・整理整頓・ゴミ出し
☐ 脳血管疾患既往	☐ 水分摂取量と内容	☐ 洗濯
☐ 心疾患既往	☐ 排せつの頻度	☐ 洗濯物のたたみ・後始末
☐ 糖尿病既往	☐ 排便頻度	☐ 買い物
☐ 肝疾患既往	☐ 睡眠時間	☐ 食事の用意
☐ 甲状腺疾患既往	☐	☐ 食事の片付け
☐ 低栄養関連疾患	☐ 意識機能の状態	☐ 通院・外出
☐ 悪性新生物既往	☐ 活力と欲動機能の状態	☐ 金銭管理
☐ 胃切除既往	☐ 人格と気質の機能	☐ 電話・PC
☐ アルコール	☐ もともとの知的機能	☐ 畑仕事・草むしり・水やり
☐ 薬の内容(　　)	☐ 見当識機能の状態	☐ 屋内移動
環境	☐ 記憶機能の状態	☐ 屋外移動
☐ 家族との交流・関係	☐ 注意機能の状態	☐ 食事
☐ 友人との交流・関係	☐ 思考機能の状態	☐ 排泄
☐ サービス利用の有無	☐ 言語機能の状態	☐ 更衣
☐ 居宅の環境	☐ 精神運動統制(アカシジア)	☐ 入浴
個人因子	☐ 感覚障害の有無	☐ 移乗
☐ 職歴	☐ 筋力低下	☐ 口腔・歯のケア
☐ 学歴	☐ 痛みによる生活の支障	☐ 階段昇降
☐ 生活史		☐ 他者を手伝う
☐ 趣味		☐ 趣味や関心事への取り組み
☐ 家族構成		☐ 生活の場以外での取り組み
※すべての職種が情報収集	※網掛けはOTがアセスメント	※OTはできる能力をアセスメント 介護職はしているをアセスメント

２．介護支援専門員との効果的な連携方法

今回外来で、医師、看護師、作業療法士がチームで関わることで、受診による疾患の治療のみならず、生活障害に対する問題の把握ができ、その場で医師と支援方針を明確化することができた。介護保険利用者については、介護支援専門員を交え、タイムリーにBPSDを引き起こす環境の調整や生活障害に対する工夫指導などケアの方針や内容を検討できた。今回の連携の結果、外来事例では25%、入院事例では71.4%のデイサービスでのプログラム内容の変更がみられた。

医療と介護の連携が最も効果的に実施できるためには次図表に示すような、外来でのチームアプローチが有効であると考える。今回は、研究事業としてモデル的に外来でのアプローチ及び訪問を実施したが、業務として継続的な関与をするためには、作業療法士が外来で生活行為向上マネジメントによる支援プランの立案及びそれに基づく介護支援専門員等への申し送り書の作成、必要に応じた訪問指導ができる診療報酬の体制整備も必要である。

図表 62 介護支援専門員と作業療法士との効果的な連携方法



３．早期認知症支援によるBPSD予防への効果

今回の取り組みでは、入院・外来ともに介入前のMMSEには差がなかったにもかかわらず、外来者においてMMSEの改善が見られた。このことからBPSDを引き起こす前での関わりが重要であることがわかった。一方、作業療法士が指導した項目でアセスメント項目に改善が見られたことから、作業療法士による介入は重要であると考えられた。

今後早期の介入により、入院しなければならないほどのBPSDが予防できるのかは今後の追跡と場合によっては、介入しなかった場合の対照群を設定しての研究取り組みが必要であると考えられる。

４．認知症者の BPSD 状態像毎のアプローチの特徴

今回の事例支援から、BPSD の状態像に対応した ICF による課題分析と対応方法をまとめると、図表 61 の通りとなる。このように ICF による症状分析から対応方法を導き出すことは可能であり、今後は事例を蓄積し、より明確に方法論を確立していくことが重要であると考えられる。

図表 63　ICF に基づく精神機能から見た BPSD の要因特定と具体的対応方法（例）

BPSD 症状	要因となる精神機能障害		精神機能からみた症状と対応のヒント	対応方法
	全般的精神機能	個別精神機能		
幻覚	意識機能障害		せん妄による幻覚	※1原疾患の治療。水分など全身状態改善。身体活動を高める
	意識機能障害	知覚機能障害	視知覚障害による幻視・異形視	薬物治療。 感覚障害を理解し、言葉での代償を図る。環境調整を図る 作業に導入（情動の安定効果）
			味知覚障害による味が変化	
	活力と欲動機能障害	感覚機能障害	感覚過敏による幻覚	
妄想	意識機能障害		とりとめのない話	※1同様。
	活力と欲動機能障害	思考機能障害	話が大きくなる。ありえないこともあったと話す。事実が都合のよいように結合しゆがむ。	※2気分障害に対する薬物治療 薬物効果後、事実を整理する
徘徊		精神運動統制障害	アカシジア：足がそわそわする。または同じ姿勢を取っていられない。	薬物調整。
		見当識・高次認知機能障害	どこかわからない。状況理解ができず、不安のため歩き回る。	文字・図などの手かがりの表示 安心できる作業の導入
	活力と欲動機能障害		気分が高く、座っていられない場合がある	※2と活動的な身体活動に導入
介護拒否		知覚機能障害	介護者の顔に対する不安。味知覚障害による食事拒否、触知覚障害による更衣拒否、視空間知覚障害による移動などの不安	突然介護をするのではなく、言葉などの代償を通して、介護目的を伝える。
	意識機能障害		状況理解ができないため、不用意な介護に抵抗	数回名前を呼びかけ、介護提供
	人格と気質機能	高次認知機能障害	認知の柔軟性がなく、周囲の理解もできないため自分の方法に固執。	本人の好む生活行為方法を評価。本人のパターンで支援する。
		言語機能障害	言葉が理解できないところに言葉で説明され、拒否	言葉かけは単語で、ジェスチャーを入れて働きかける。
暴言暴力	意識機能障害		言えば言うほど混乱し、怒り出したら止まらない	過度に関与せず、一人にする
	活力と欲動機能障害		気分が高く、衝動的に怒り出す。	薬物治療と活動的身体活動に導入
	人格と気質機能		もともと短気、気にくわないと怒る傾向あり	自己有効感のある作業に導入

５．認知症における生活行為向上マネジメントの在り方

１）作業聞き取りシートについて

今回、認知症事例に生活行為向上マネジメントを通した介入を行った。結果として、興味関心チェックリストを活用し、ほぼすべての事例の作業を聞き取ることができた。また、聞き取れない者は ICF での残存機能から継続できる生活行為や過去実施していた生活行為を生活の目標として挙げていた。

認知症の場合、作業聞き取りシートの前に生活歴や職歴、家族歴をヒアリングするとスムーズな導き出しや生活行為を予測することができると考える。

２）生活行為アセスメント表とプラン表について

生活行為向上マネジメントから、作業療法士による支援の構成をまとめると図表 62 の通りとなる。作業療法士は ICF に基づく生活機能を評価でき、残存機能などから予後予測を行い、その上で支援方法を明らかにできる。生活行為向上マネジメントにはそのしくみが組み込まれており、作業療法士による生活機能にもとづく評価の推進が図られることが望ましいと考える。今回の認知症の支援から、認知症モデルにおける生活行為向上マネジメント(簡略版)を別添 3 のとおり提案する。

図表 64　ICF の精神機能別に見た生活障害に対する作業療法士による指導（例）

	代償	練習	例示
記憶機能障害	・ノートでメモするなど書字で代償 ・短期記憶をエピソード記憶で代償 ・大切な物入れを赤など目立つ色とするなど視覚の代償 ・手続き記憶は最後まで残存するため、本人の生活歴、興味・関心リストから、好きでよくしていた作業を把握する。	・記憶障害のあることを理解し、左記の習慣づけを早期から実践する。 ・本人の好きでできる作業は早期から取組み、進行しても継続できるよう、生活習慣の中に組み込む。	・料理のメニューを書き出す。台所に白板を用意し、料理のメニューと食材を書き出す ・針仕事が好きな方には、縫い物を早期の段階からボケ防止と提案し、実践するよう勧める。重度になっても針を持つことで安心するようになる。
見当識	・時間は、目覚まし時計等聴覚で代償 ・場所は目印とエピソード記憶で代償	・カレンダー、時計などで確認する習慣づけをする	・散歩などはコース設定を早期から行い、家族が確認をしておく。場合によっては地域の支援組織に理解を求める
注意機能障害	・大切な物入れを赤など目立つ色とするなど視覚の代償 ・好きな作業をすると注意の維持が改善する	・生活の中で本人の好きな作業を把握、継続を進める	・食材が大きめに切られることがあるが、障害を家族が理解する ・好きな塗り絵は60分黙々と作業する
精神運動統制障害	・できる生活行為を継続することが重要。しなくなることで徐々に下手になり、できなくなる。	・生活行為を繰りかえし実践	・家族・支援者が本人の障害を理解し、多少完成度が低くても継続を支援する
複雑な運動障害	・失行症状により、行為自体がうまくできない。できる一つの行為を継続し、行うことが大切 ・道具はシンプルなものとする。使い方を書き貼るなど視覚で代償。 ・行為もできる限り、シンプルとする	・使い方の練習をする。 ・メモを読みながら使用できるよう練習する。	・エアコンのボタンに暖房のところに寒いという字やマークを張る ・トイレに「パンツをおろし、座る」と書いて貼る、ペーパーはあらかじめ20cmほどペーパーを下げる。また、切ったペーパーを足元に置く。
情動機能障害	・人格と気質機能の自己有効感を高める作業を選択、実践を促す。 ・怒った顔や言い方をしない。	・周囲が本人に情動機能障害があることを理解し、接し方を工夫する。	・話しかけるときは、にこやかに明るく静かに話しかける。 ・本人にとって仕事の意味に近い書字を導入し、自己有効感を高める

6．連携による自立支援型ケアプランへの寄与

今回、対象者の能力を把握しその状態にあわせた生活障害に対する解決方法を持つ作業療法士と実際のケアをマネジメントする介護支援専門員との連携は効果的であった。アンケート結果からも、能力の受け渡し及び課題解決に向けた方法の提案は有効であったとの意見が多かった。介護支援専門員への自立支援プランに向け、作業療法士はチームの一員として貢献できると考えられる。

7．連携による通所介護計画への寄与

認知症者はなぜデイサービスへ行かなければならないのか理由がわからず､初期ほど拒否することが多い。介護者の介護軽減のためには将来を踏まえ、慣れるといった意味でも通所事業の利用は重要である。通所事業は現在多様化され、従来の受身な預かり機能から、スポーツジムや趣味活動を多彩に取り入れるものまである。認知症者は個々の特性や個人のしたい生活行為に焦点を当てた支援が重要であり、通所事業が健康づくり、カルチャー教室、仕事などの「意味を持たせること」で通所が可能になることが多い。

個々のニーズを明確とし、通所事業との適合を図ることが求められる。また今回、本人のできる能力を申し送っても実際にどうしてよいのかわからないといった事業所もみられた。結果、通所介護まで出向き、そこで本人のケアに関わるスタッフに対し､認知機能の状態や特性､ケアの方法を助言することも要求された。ケアマネジャーを通して伝えるだけではなく、作業療法士を交えた実際の場面でも指導できる体制が必要であると考えられた。

８．認知症早期 BPSD 予防支援に従事する作業療法士への研修の提案

石川県では、19 市町村中 9 市町村の地域包括支援センター等に作業療法士を採用している。そこで、今回明らかとなった生活のアセスメントや生活行為向上マネジメントを活用し、下記のプログラムで活用方法や考え方の講義や実習を行った。4 市町から 5 名の参加があり、最終日には外来診察に付き、生活行為向上マネジメントを立案した。概ねスムーズに立案することができた。

研修内容、カリキュラムは参加者からは好評であり、作業療法士として地域にいる認知症高齢者への支援の仕方がわかったとの意見を頂いた。今後は、当院の新患外来で研修受講生のいる市町の患者が新患受付予約となった場合、病院作業療法士から該当市町に連絡、研修を受けた作業療法士が新患時来院し、問診から入り生活行為向上マネジメントを立案することでフォローアップ研修をするとともに、引き続き地域での支援を継続するという連携を実践していくこととなった。

今後は連携事例の実践の集積と地域包括ケアへの広がりについても認知症医療疾患センターの作業療法士と地域包括支援センターの作業療法士間連携を強化し、認知症早期支援のシステムに貢献していきたい。

図表 65　本事業の中で実施した作業療法士向け研修の概要

認知症早期支援チーム対応作業療法士養成研修会

研修時期：平成24年3月11日～15日

研修場所：石川県立高松病院　老人デイケア・図書室

費用　　：無料

主催　　：石川県認知症医療疾患センター

カリキュラム（地域包括のOTコース）

	午前		午後		
	9:00～	10:30～	13:30～	15:00～16:00	16:00～
月			オリエンテーション・院内見学 認知症の作業療法 作業療法士　稲口葉子	退院支援 精神保健福祉士　山川　透 作業療法士　　稲口葉子	疾患の理解 医　師　　北村　立 作業療法士　稲口葉子
火	認知症の治療薬 薬剤師　　清水明子 作業療法士　塩田繁人	評価と見方① 作業療法士　塩田繁人	評価と見方② 作業療法士　村井千賀	認知症の方の在宅支援 訪問看護師　金丸三和子 作業療法士　稲口葉子	
水	生活行為向上マネジメントの考え方～概論～ 作業療法士　村井千賀	作業療法の見学 作業療法士　塩田繁人	運動プログラムの見学 作業療法士　塩田繁人	生活行為向上マネジメント～演習～ 作業療法士　村井千賀	
木	実際の 事例面接の見学 作業療法士　村井千賀	生活行為向上 マネジメントの実践 作業療法士　村井千賀	生活行為向上 マネジメントの実践 作業療法士　村井千賀	生活行為向上 マネジメントのフィードバック 作業療法士　村井千賀	
金	診察見学 医師　北村　立 作業療法士　村井千賀		生活行為向上マネジメントの実践 ～午前の診察事例をプランを立案～ 作業療法士　村井千賀		

添付資料

（別添１）基本情報シート

生活行為向上におけるケアマネとの連携事業（認知症モデル）

地区：西播磨・高松	認定有・認定無	番号：

対象者の基本情報			
性別	男性 ・ 女性	年齢	才
配偶者	あり ・ なし	家族構成	人
要介護度	未申請 ・ 要支援 １ ・ ２ ・ 要介護 １ ・ ２ ・ ３ ・ ４ ・ ５		
主な介護･介助の有無	１配偶者，２息子･娘 ３，息子･娘の配偶者 ４，孫 ５，兄弟･姉妹 ６，その他		
主な介護･介助者の年齢	１，65 歳未満 ２，65～74 歳 ３，75～84 歳 ４，85 歳以上		
日常生活自立度（寝たきり度）	正常 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2		
痴呆性老人の日常生活自立度	正常 ・ Ⅰ ・ Ⅱａ ・ Ⅱｂ ・ Ⅲａ ・ Ⅲｂ ・ Ⅳ ・ Ｍ		
診断名	アルツハイマー型 ・ レビー小体型 ・ 血管性 ・ 前頭側頭型 ・ その他		
既往歴（合併症）	1循環器系:高血圧，脳卒中，心臓病，その他 2内分泌･栄養･代謝障害:糖尿病，高脂血症，その他 3呼吸器系 4 消化器系 5泌尿器･生殖器系 6 外傷 7 がん， 8 精神障害 9 神経系:神経難病等， 10 その他( ) 11 なし		
住宅	1.持ち家 2.賃貸住宅・借家 3.ケア付き住宅 4.その他( )		
主な居住空間	1．１階 2．２階以上で階段 3．２階以上でエレベーター有 4.その他（ ）		
年金の種類	1.国民年金 2.厚生年金 3.共済年金 4.老齢福祉年金のみ 5.生活保護 6.収入無		
担当介護支援専門員	氏名 背景職種 居宅名 連絡先		
サービス利用状況	1.通所リハ(回・週) 2.通所介護(回・週) 3.訪問リハ(回・週) 4.訪問介護(回・週) 5.訪問看護(回・週) 6.配食サービス(回・週) 7.福祉用具貸与(回・週) 8.住宅改修有 9.ショーステイ(回・週) 10.緊急通報システム等有 11.その他( )(回・週)		
担当作業療法士	氏名 経験年数： 医療機関名 連絡メール		

（別添２）生活アセスメントシート

地区：西播磨・高松	認定有・認定無	番号：

生活アセスメントシート　（介入前　・　介入後）

1 ご本人の健康状態／家族の介護負担感

評価日	
①-1 食事頻度	□三食　□二食　□一食　□間食有　□不明
①-2 食事量	□完食　□一部残す　□ほとんど残す　□食べていない　□不明
①-3 飲水頻度	□食事時＋4回以上　□食事時＋4回以下　□食事時のみ　□それ以下　□不明
①-4 一回の飲水量	□概ねコップ一杯　□コップ半分　□それ以下　□不明
②-1 排尿回数(ここ1週間の平均回数)	□4回未満　□5-8回　□9-12回　□12回以上　□不明
②-2 尿失禁の有無	□常時あり　□ときどき有　□稀に有　□なし　□不明
③-1 排便回数(ここ1週間の平均回数)	□毎日　□2-3回に一回　□一週間に1回　□なし　□不明
③-2 下剤の使用頻度	□毎日　□2-3回に一回　□一週間に1回　□なし　□不明
③-3 便失禁の有無	□常時あり　□ときどき有　□稀に有　□なし　□不明
④-1 睡眠時間	□4H未満　□4-6H未　□6-8H未　□8H以上　□不明
④-2 入眠困難の有無	□ほぼ毎日　□週3-5日　□週1-2日　□月数回　□なし　□不明
④-3 途中覚醒の有無	□ほぼ毎日　□週3-5日　□週1-2日　□月数回　□なし　□不明
④-4 睡眠剤の使用頻度	□ほぼ毎日　□週3-5日　□週1-2日　□月数回　□なし　□不明
⑤服薬	□自分で可能　□声かけ必要　□常時薬の準備が必要　□介助で服薬　□処方なし　□不明
⑥-1 痛みによる生活支障の有無	□大いに支障　□少し　□ほとんどなし　□痛みなし　□不明
⑥-2 痛みの部位	□頭　□肩　□胸　□腰　□膝　□その他(　　)
⑦転倒	□ほぼ毎日　□1W以内　□1W～1M以内　□1M以上　□なし□不明
⑧むくみ	□あり　□なし　□不明
⑨むせ	□しばしば有　□ときどき有　□なし　□不明
⑩家族の介護負担感	□非常にあり　□やや　□あまり　□全くなし　□不明

2 BPSDの状況/NPI

評価日	頻度×重症度
妄想	
幻覚	
興奮/攻撃性	
うつ/不快	
不安	
多幸	
無気力/無関心	
脱抑制	
易刺激性/気分易変性	
異常行動	
睡眠	
食欲および食行動の障害	
合計	

3 日常生活(IADL、ADL)の実行状況

評価日	
掃除・整理整頓・ゴミ出し	□ほとんど一人で　□誰かと　□していない　□不明
洗濯	□ほとんど一人で　□誰かと　□していない　□不明
洗濯物のたたみ・後始末	□ほとんど一人で　□誰かと　□していない　□不明
買い物	□ほとんど一人で　□誰かと　□していない　□不明
食事の用意	□ほとんど一人で　□誰かと　□していない　□不明
食事の片付け	□ほとんど一人で　□誰かと　□していない　□不明
通院・外出	□ほとんど一人で　□誰かと　□していない　□不明
金銭管理	□ほとんど一人で　□誰かと　□していない　□不明
電話・PC	□ほとんど一人で　□誰かと　□していない　□不明
畑仕事・草むしり・水やり	□ほとんど一人で　□誰かと　□していない　□不明
屋内移動	□自立　□見守り　□介助　□していない　□不明
屋外移動	□自立　□見守り　□介助　□していない　□不明
食事	□自立　□見守り　□介助　□していない　□不明
排泄	□自立　□見守り　□介助　□していない　□不明
更衣	□自立　□見守り　□介助　□していない　□不明
入浴	□自立　□見守り　□介助　□していない　□不明
移乗	□自立　□見守り　□介助　□していない　□不明
口腔・歯のケア	□自立　□見守り　□介助　□していない　□不明
階段昇降	□自立　□見守り　□介助　□していない　□不明
床からの立ち上がり	□自立　□見守り　□介助　□していない　□不明

4 社会との交流状況

評価日	
趣味や興味のある事への取組み	□ほぼ毎日　□週に数回　□週1回程度　□月に数回　□なし　□不明
友人との交流	□ほぼ毎日　□週に数回　□週2回程度　□月に数回　□なし　□不明
自分の意思で他者を手伝う	□ほぼ毎日　□週に数回　□週3回程度　□月に数回　□なし　□不明
家族との交流	□ほぼ毎日　□週に数回　□週4回程度　□月に数回　□なし　□不明
生活の場以外でのアクティビティ	□ほぼ毎日　□週に数回　□週5回程度　□月に数回　□なし　□不明

（別添３）アセスメントシート

生活行為向上マネジメント（認知症モデル）

氏名		年齢	
診断名		合併症	
生活歴 職歴		家族歴	

本人・家族の希望			
アセスメント項目	**心身機能の分析** ☐ 意識機能 ☐ 見当識機能 ☐ 知的機能 ☐ 全般的な心理社会的機能 ☐ 気質と人格の機能 ☐ 活力と欲動の機能 ☐ 睡眠機能 ☐ 注意機能 ☐ 記憶機能 ☐ 精神運動機能 ☐ 情動機能 ☐ 知覚機能 ☐ 思考機能 ☐ 高次認知機能 ☐ 言語に関する機能 ☐ 計算機能 ☐ 複雑な運動を順序立てて行う精神機能 ☐ 自己と時間の経験の機能 ☐ 感覚機能 ☐ 痛み ☐ 摂食機能 ☐ 骨・関節機能 ☐ 筋の機能 ☐ 運動機能 ☐ （　　）	**活動と参加の分析** ☐ 学習と知識の応用 ☐ 課題の遂行 ☐ 日課の遂行 ☐ ストレスとその他の心理的要求への対処 ☐ コミュニケーション ☐ 姿勢の変換・保持 ☐ 乗り移り ☐ 運搬・移動・操作 ☐ 屋内歩行 ☐ 屋外歩行 ☐ 交通手段の利用 ☐ 整容・洗体 ☐ 排泄 ☐ 更衣 ☐ 食事 ☐ 健康管理 ☐ 買い物 ☐ 調理 ☐ その他の家事 ☐ 対人関係 ☐ 教育 ☐ 仕事 ☐ コミュニティライフ ☐ レジャー ☐ （　　）	**環境因子の分析** ☐ 日常生活の福祉用具 ☐ 移動の福祉用具 ☐ 住環境 ☐ 支援と関係 ☐ 家族の態度 ☐ サービス・制度 **生活機能の強み** **精神機能** MMSE　/30点 HDS-R　/30点 NPI　/　点
アセスメントのまとめ			

作業療法プログラム		**基本練習・基本行為への支援**	**応用練習・応用行為への支援**	**社会適応練習・社会適応行為への支援**
	本人			
	家族			
	支援者			

平成 24 年度老人保健健康増進等事業

生活行為向上の支援における介護支援専門員と

作業療法士との連携効果の検証事業

2013 年３月

発行：社団法人　日本作業療法士協会

〒111-0042 東京都台東区寿１－５－９　盛光伸光ビル７階

電話（03）5826-7871　　FAX （03）5826-7872