

平成24年度老人保健健康増進等事業

生活行為向上支援としての
居宅療養管理指導事業あり方検討事業
報 告 書

一般社団法人 日本作業療法士協会

目 次

はじめに

第一章 研究概要	2
----------	---

第二章 研究のまとめ

Ⅰ 推進検討委員からの意見	3
---------------	---

Ⅱ 研究のまとめ	4
----------	---

第三章 通所リハビリテーションの在り方研究	10
-----------------------	----

第四章 老人保健施設における退所困難要因調査	27
------------------------	----

第五章 通所介護と生活行為向上マネジメントの連携	58
--------------------------	----

第六章 訪問介護と生活行為向上マネジメントの連携	73
--------------------------	----

第七章 地域での生活行為実態調査と早期介入支援事業	86
---------------------------	----

はじめに

当協会は2008年（平成20年）に地域包括ケアシステム研究会が提言した地域包括ケアのあり方に先立ち、地域生活支援をスローガンに掲げた作業療法5ヵ年戦略の策定に2007年（平成19年）に着手した。これは、平成20年から平成24年までの5ヵ年に、身近な地域に作業療法士の5割を配置し「医療から地域生活に向かうすべてのステージで途切れることなく支援する作業療法の実践」に取り組む計画である。

そのひとつの具体的な取り組みとして、国民にわかりやすい作業療法の姿を示すべく、厚生労働省健康増進等事業の研究を平成20年度より5ヵ年にわたり継続して受託し「作業をすることで人は健康になれる」サービスのあり方を提案してきた。

平成20年度は、高齢者が生活する上で重要な意味のある作業を見つけ、有する能力をアセスメントし、自立を支援する、評価指標の作成と生活行為向上マネジメントの開発に着手した。生活行為向上マネジメントとは、病気や老化、環境の変化等によって遂行できなくなった作業遂行上の障害から回復、向上させるための支援方法である。また、「人の生活＝作業」ととらえ、生活行為は人が生きていくうえで営まれる生活全般の行為として定義し、その生活行為を向上させるための支援方法として「生活行為向上マネジメント」と呼ぶこととした。

平成21年度は、生活行為向上マネジメントを医療から地域包括支援センター等、通所リハビリテーションで実践し、その効果を検証した。これらの取組みから介護が必要な状況であっても、重度の疾病や障害があっても「健康だ」と思える新たなサービスモデルを提案した。

平成22年度は、評価指標を完成させ、「生活行為向上マネジメント」のモデルを構築し、医療から介護、地域生活活動の支援にまで展開を拡げ、その可能性と支援方法を検討した。さらに、具体的な医療介護連携の事例を整理し、「事例報告書」を作成している。

平成23年度は、生活行為向上マネジメントにより継続して支援しているケースを追跡調査し、経済効果に関する検証を行った。また、医療機関での支援が地域生活移行時に継続できるよう、介護支援専門員との連携モデル、また、介護に従事する福祉職が継続して生活行為を支援するための福祉職版ツールを開発し、その有効性を実践し、検証を行った。

そして平成24年度は、「生活行為向上支援としての居宅療養管理指導事業あり方検討事業」として、通所介護との連携モデル事業・訪問介護との連携事業、介護老人保健施設における入所者、通所リハビリテーション利用者の臨床経済効果の検証事業、地域における高齢者の生活行為実態調査と早期介入による支援事業にも着手した。

この「生活行為向上マネジメント」は、急性期医療機関から回復期リハビリテーション、介護保険領域である介護老人保健施設、通所リハビリテーション、通所介護での実践、介護支援専門員・福祉職との連携、家族・本人への直接・間接的に「その人が望む作業」の支援を具体的に行うマネジメントツールとして有効に活用できることが成果としてわかってきた。さらに、地域の一般高齢者への活用の可能性も含め、「作業をすることで人は健康になれる」という、人の作業に焦点を当てた支援への取り組みは、地域包括ケアの実現に向け、大きく寄与できるものであると考える。

平成25年3月

厚生労働省老人保健健康増進等事業

「生活行為向上支援としての居宅療養管理指導事業あり方検討事業」

主任研究員 土井勝幸 （一般社団法人日本作業療法士協会）

第一章 研究概要

I 目的

平成20～22年度老人保健健康増進等事業により、高齢者の生活行為に焦点を当てた自立支援のマネジメントである生活行為向上マネジメントを開発した。生活行為向上マネジメントを基に作業療法士による介入を通所リハビリテーション、老人保健施設で実施し、Barthel Index（以下、BI）によるADL評価、Franchy Activity Index（以下、FAI）によるIADL評価、Health Utility IndexによるQOL評価において対照群に比較し介入群に有意な介入効果が得られた。生活行為向上マネジメントは生活行為の自立に有効であった。

また、訪問介護や通所介護で、生活行為向上マネジメントによる共同プラン立案での支援を実施した結果、同様の結果が得られた。さらに、介護職が活用できる生活行為向上マネジメントの福祉職版生活援助シートを開発した。

さらに高齢者は、社会参加の次にIADLが低下し、次いでADLが低下、要介護状態になることが報告されている。そこで、身近な地域で社会参加やIADLなどの生活行為が低下してきた場合、早期に発見し、対応することで自立した生活を継続し、介護状態になることを予防することができるものと考えられる。また、高齢者自身が「家事などの生活行為や好きな作業を継続することで、元気が出ることや健康でいられる」ことを理解し、実践できる場を整備していくことも大切である。

そこで今回、福祉職とともに生活援助シートによる生活行為に焦点を当てた支援の考え方を共有の可能性を検討する。また、作業療法士による生活行為向上マネジメントを活用した通所介護、訪問介護において共同プランを立案し、それに基づく生活機能向上支援の効果を検証する。さらに、余暇活動や家事、社会参加などの生活行為を自己点検する生活行為チェックシートの開発とその支援方法と効果を明らかにする。そして、生活行為向上支援の方法としての居宅療養管理指導のあり方とその機能についても検討する。

II 事業内容

1 研究事業推進検討委員会の設置

氏名	所属先名
池田 省三	龍谷大学
石黒 秀喜	長寿社会開発センター
上村 隆元	杏林大学
折茂 賢一郎	西吾妻病院
川越 雅弘	国立社会保障・人口問題研究所
木村 隆次	日本介護支援専門員協会
澤村 誠志	兵庫県立総合リハビリテーションセンター
齊木 大	日本総合研究所
菅原 弘子	福祉自治体ユニット
鈴木 邦彦	日本医師会
東内 京一	和光市
葉山 靖明	デイサービスセンターけやき通り
藤原 茂	(株)夢のみずうみ社
依田 利文	茅野市西部保健福祉サービスセンター
中村 春基	日本作業療法士協会

- 2 通所リハビリテーションの在り方研究
- 3 老人保健施設における退所困難要因調査
- 4 通所介護との連携モデル事業
- 5 訪問介護との連携事業
- 6 地域での生活行為実態調査と早期介入支援事業

第二章 研究のまとめ

I 推進検討委員からの意見

1 医療法人博仁会 志村大宮病院 理事長・院長 鈴木 邦彦

今後わが国において必要な医療は2つある。一つは高度急性期医療であり、もう一つは地域に密着した医療である。

これまでわが国では前者に資源を集中してきたが、これからの人口減少、若年層の減少によりそのニーズは減少していく。それに対して地域に密着した医療は、超高齢化社会に伴ってニーズはさらに増大していく。

わが国の医療制度は、公的国民皆保険の下での民間中心の医療提供体制という形で、先進各国が医療費抑制のために目指している「公+民のミックス型」をいち早く実現しており、低コストで質が高く、患者にとっても自由でアクセスが良く、海外での評価は極めて高い。

しかしながら、自由過ぎるために風邪で大学病院を受診したり、高齢者の軽い肺炎でも救急救命センターに救急車で搬送されるなどの弊害も生じており、一定の機能分化は必要と考えられるようになってきた。

厳しい財政状況の中で、高齢化率が最高40%を超えるとされる超高齢化社会をできるだけコストをかけないで乗り切っていくためには、ニーズの減少した高度急性期病院のうち、税金の投入で何とか成り立っている公立・公的病院について都市部を中心に統廃合を進めることが必要である。一方、ニーズが増大していく地域に密着した医療についてはこれからも充実が必要であるが、コストを意識しつつより機能を高めるための取り組みが求められており、大きく分けて二つの課題がある。一つはかかりつけ医機能の充実であり、もう一つは既存資源を活用した日本型高齢者ケアシステムの確立である。

前者については、わが国には明治中期以降、病床を持って開業するスタイルが確立しており、それが今日中小病院や有床診療所が多い理由となっている。専門医が開業するわが国では、診療所の設備も充実しており、プライマリケアのレベルが高い。検査、診断、治療から時に投薬までワンストップサービスが可能なわが国の診療所は高齢社会にふさわしい形態として海外での評価は高い。我々はイギリス・北欧型のGP（家庭医）ではなく、医学部教育の見直しから始まって医師全員の一般臨床能力を強化し、専門医になってから開業したり病院で一般診療をする際には日本医師会の生涯教育制度を強化して対応する新かかりつけ医（日医版総合医）を提唱している。

後者については、わが国にはそうした歴史的・文化的経緯を踏まえて蓄積された中小病院、有床診療所、日本型診療所という既存資源がある。欧米と違ってわが国の入院・入所のコストは安いと、在宅で重医療・重介護の方を無理に看ようとするやと却って高くつく場合も多い。わが国の高齢化率は欧米とは比較にならないほど高くなるため、すべてを在宅で看ることは困難である。入院や入所も併用しながら施設も在宅も活用する日本型が必要である。

そうしたかかりつけ医機能の充実をベースにした、施設も在宅も活用する日本型高齢者ケアシステムの確立こそが望ましい地域包括ケアの姿であり、在宅でも多職種協働が必要となるが、医師には是非ともそのリーダーになってほしいと考えている。

生活行為をみるOTの役割は今後さらに重要となるが、まずは一人一人の能力の向上に努めてほしい。個人的には地域包括支援センターにOTの配置が望ましいと考えているが、一人でも多くのOTがケアマネになることはすぐにでもできる。訪問リハの独立開業を希望されているようだが、世の中の流れは効率性の観点からも単独サービスの寄せ集めではなく、総合的サービスの提供に向っていると思われる。これもまずは既存の枠組みの中での実績作りを丁寧に積み重ねてほしい。前人未到の超高齢化社会には必ず未開拓の分野が存在するはずである。日頃の真摯な取り組みが医師との連携の下で新たな領域での活躍をもたらすことを心から期待している。

Ⅱ 研究まとめ

1 各サービスの課題

今回の各研究班報告から、生活行為向上支援の視点で効果的に高齢者自身の自立を支援するための現行の各サービス課題を○はサービス上の課題、●は作業療法士の課題としてまとめた。

1) 通所リハビリテーション

- 居宅訪問指導加算により生活行為向上マネジメントに基づく在宅での社会適応練習が取り組めるようになった。しかし、通所リハで獲得した調理能力を作業療法士が在宅でもできるように評価や練習をしようとした場合、まずは介護支援専門員に連絡し、介護支援専門員が介護給付プランに盛り込んでから、実施することとなり、リアルタイムでの指導ができないという課題があきらかとなった。
- また実態として、介護支援専門員が給付管理表を変更しながらない傾向もあり、活用しづらい。適宜必要な時に必要な訪問ができるしくみが必要である。
- 通所リハでは、生活行為向上マネジメントは協業のツールとしても活用できることから、リハビリテーションマネジメントに組み込むことで効果的な通所リハ支援を行うことができると考えられる。
- 以上から、介護支援専門員が初回のケアプラン立案する時点で、作業療法士が生活行為向上マネジメントを基に連携することが有効であると考えられた。ケアプラン外で、介護支援専門員と同行訪問し、本人家族を含めた生活行為の指導ができるしくみが必要であると考えられた。

2) 老人保健施設

- 今回の研究で、入所時点で退所の見通しをすることが重要であると示唆された。また入所時のインテークで、自宅内での ADL、IADL などの生活上の課題を明らかにしておくことが重要であることもわかった。作業療法士が入所前の実態調査に同行訪問することで、生活上の課題を具体的に明らかにできるものと考えられる。生活行為向上マネジメントは退所に向けた目標と予後予測ができ、退院支援に有効である。
- 本人、家族、作業療法士で本人の ADL、IADL など生活に関する能力に認識の差がみられた。本人の能力について家族を含め共有を図る必要性がある。
- また、自宅退所の方々は IADL もできていた。昨年度研究結果でも、生活行為全般に対しアプローチすることで ADL や IADL の改善がみられていた。しかし、作業療法士は ADL には着目するが、IADL など生活行為全般に着目していない傾向がみられた。作業療法士自身が率先し、生活行為向上マネジメントを積極的に活用し、すべての入所者について自宅生活に必要な生活行為にアプローチしていくことが必要である。
- 今後は、入所時の実態調査に作業療法士がチームの一員として関与し、生活行為向上マネジメントを実践した場合の効果について、検討していきたい。

3) 訪問介護

- 今回の研究結果から、初回の利用者の介入のみ、ヘルパーとの同行訪問はアセスメントと助言に 1 回、具体的指導に 1 回と 1 ケ月以内に 2 回程度、同行訪問をする必要があると考えられた。
- 生活行為の自立について作業療法士が利用者に説明のための訪問を実施することも効果的であった。
- 生活機能向上加算は訪問リハビリテーションの利用者に対し、リハ職が訪問する時にヘルパーが同行訪問し、共同で計画を立案した場合算定できる形となっている。全国的に訪問リハビリテーションの活用が少ない中、ヘルパーからは生活機能向上加算の活用は難しいと聞かれる。また、ヘルパーがその必要性を感じたとしても、サービス責任者からケアマネージャーに給付管理表の変更をお願いしなければならない。その後利用者に介護

支援専門員が訪問リハビリテーションをサービスに組み込むことの必要性を説明することが求められる。訪問介護と生活行為の自立に関する連携は効果的であるが、実際は手続きが煩雑で活用が難しい。

- 地域での訪問リハビリテーションの実施が少ないことから、生活機能向上加算を推進するためには地域の社会資源として通所リハビリテーションの居宅訪問指導時に同行訪問した場合にも算定できることが望ましい。この場合もヘルパーが容易に居宅訪問指導にアクセスできるしくみも整える必要がある。
- 一方、通所リハの項でも述べたが、訪問介護と同行訪問し、IADL について本人や家族にも自立の方法を指導し、その実施の継続が廃用症候群を予防する上で有効であることの理解を促し、訪問介護の支援方法の範囲も明確にする上でも生活行為に関する居宅療養管理指導の作業療法士の参入は効果的であると考えられる。
- 回復期リハビリテーションにおける生活行為向上マネジメントを充実させることで作業療法士が IADL に着目し、退院後も引き続き自宅生活の中で生活行為が維持・向上されるために、訪問リハビリテーションの活用とヘルパーの連携を率先して提案し、生活行為の自立支援に資するよう支援が得られるよう介護支援専門員に情報を提供していくことが重要である。

4) 通所介護

- 今回、通所介護計画に対し、生活行為向上マネジメントの助言を行ったが、計画に盛り込まれることはなかった。通所介護と作業療法士の考える生活行為の認識には差がみられた。生活行為に対する自立支援の考え方を普及していくことが必要である。
- また、機能訓練加算Ⅰ、Ⅱの実施方法について、作業療法士は算定基準に沿った具体的提案ができることから、通所介護と訪問介護も含め、生活行為に焦点をあてた共通書式をつくることで、計画の共有化を図ることも今後の検討課題である。

5) 地域の高齢者に対する課題

- 現在、基本チェックリストが特定高齢者を選定する上で活用されている。今回、生活行為確認表により把握された生活行為に支障を感じている高齢者と特定高齢者はほぼ対象が重ならなかった。高齢者は社会参加がまず低下し、IADL から ADL、ADL から要介護と生活機能が低下することが明らかとなっている。生活行為確認表は、特定高齢者になる前のより早い段階で生活行為が低下するリスクの高い人を発見できる可能性があることがわかった。
- 興味・関心チェックリストは、地域の高齢者の作業活動ニーズを把握できることがわかった。作業活動ニーズは地域の成り立ちや歴史を反映する回答がみられ、地域特性があり、地域の活動の在り方を示唆できる。今後は、さまざまな地域で調査を実施し、その地域での取組みの在り方を検討提案し、地域包括ケアの在り方を検討していきたい。
- 一方、地域で生活する生活行為に不自由を感じている高齢者に対し、支援相談を推進し、介護状態になることを予防するためにも、地域包括支援センターでの作業療法士の配置または地域の依頼に応じ、医療機関など作業療法士が派遣しやすい環境整備が求められる。
- 作業療法士は、日ごろの臨床だけではなく、今後は地域高齢者の生活行為の不自由さが廃用症候群を引き起こし、介護状態となることなど生活行為に関する幅広い理解を深めることと適切な支援に向けての技術研鑽が重要である。

2 居宅療養管理指導事業のあり方

介護保険は ADL や IADL などの生活行為支障がある方々を介護する家族の支援としてはじまった。しかしサービス提供者側の漫然としたサービス提供から、高齢者自身の自立支援が一向に進まないという課題も明らかとなってきた。国は高齢者の生活機能を向上させる支援を各サービス提供事業所に位置付けると共に、リハビリテーシ

ョン専門職との連携により加算を進めている。一方、介護支援専門員からは本人の自立への意欲をどのように引き出すのか、この支援の在り方が重要であるとの声も聞かれる。

今回、日本作業療法士協会が開発した「生活行為向上マネジメント」はまさしく、高齢者自身がしたいと思っている生活行為を聞き出し、それを具体的支援プログラムに落とすものである。研究事業の実践からは、「高齢者自身が生活行為に積極的に取り組むようになった。」「生活行為に対する満足度があがった。」「健康関連 QOL の改善がみられた。」などの結果を得た。

【提案その①】

作業療法士の積極的活用により、作業療法士の配置が可能となっている「老人保健施設」「通所リハビリテーション」「訪問リハビリテーション」で作業療法士を採用している図1のサービス事業所から、生活行為に焦点を当てた支援が展開されていくものと考え。

今後は、事業所組織のどこに関われば効果的なのか、コメディカルとの連携をどうするのかなどの効果的導入の在り方を深めていくことが課題である。

また、作業療法士自身が受け身ではなく専門職として組織への提案型の活動が展開できることも重要であり、人材の育成が重要課題となってくる。現在、日本作業療法士協会は、「生活行為向上マネジメント推進プロジェクトチーム」を設置、協会員への教育・普及に努めている。現在、都道府県作業療法士協会のすべてで生活行為向上マネジメント研修会が開催され、約 3500 人が研修受講し、約 2000 人が事例を通した実践研修を受講している。さらに、5 県士会で自主的な事例検討会が開催されている。今後とも、作業療法士の質の担保ができるカリキュラムと育成の在り方をより一層強力に推進する必要がある。

図1 現状の「退院支援と地域生活支援に関する制度」と「生活行為向上マネジメント」の導入・検討に向けた全体図

		医療保険		地域支援事業	介護保険	
		算定項目	内容	既存事業	事業	算定項目
退 院 支 援	一般 医 科	退院時共同指導料1(直接) 退院時共同指導料2(文書)	・・在宅療養上必要な説明及び指導を・・・基本:入院中1回	介護予防 1.一般高齢者施策 ①普及啓発事業 ②予防活動支援事業 2. 特定高齢者施策 ①特定高齢者把握事業 ②通所型介護予防事業 ③訪問型介護予防事業	入 退 院	入院時医療連携加算(Ⅰ) 入院時医療連携加算(Ⅱ)
		介護支援連携指導料 <i>OTの積極的関与</i>	医療関係職種⇔介護支援専門員、介護サービス情報提供 入院中2回まで			退院・退所加算(Ⅰ) 退院・退所加算(Ⅱ) 緊急時カンファレンス加算
		退院時リハ指導料 <i>OTの積極的関与</i> <i>介護支援専門員への情報提供を出来高とし、強化。</i>	在宅での基本動作、応用動作、社会的適応の回復を図るため・・・指導 退院日に1回		在 宅	退院時共同指導加算
		退院前訪問指導 <i>OTの積極的関与</i>	入院期間が1か月を超えると・・・場合・・・患者を訪問し・・・基本:入院中1回			生活機能向上連携加算 訪問リハ⇔責任者 <i>生活行為向上マネジメントとの連携の推進</i>
	精 神			新設提案	訪 見	訪問看護7
		精神科退院指導料 <i>OTの積極的関与</i>	退院後・・・保健医療・福祉サービス等・・・計画を策定し・・・入院1月超え、入院中1回		訪 看	個別機能訓練加算(Ⅱ) 生活機能向上グループ活動加算 <i>生活行為向上マネジメントとの連携推進</i>
退 院 後	一般	精神科退院前訪問指導料 <i>OTの積極的関与</i>	退院後の療養上の指導や在宅療養に向けた調整・・・基本:入院中3回まで	生活行為向上支援を位置づける <i>生活行為に不自由がある者に対し、改善に向けた支援を実施する。</i> 1. 一般高齢者施策 ①普及啓発事業 <i>「作業することで元気になれる」普及啓発</i> ②予防活動支援事業 <i>アクティビティ活動支援</i> ③生活行為相談支援事業 2. 特定高齢者施策 ①特定高齢者把握事業 <i>生活行為確認表の追加</i> ②通所型介護予防事業 <i>生活行為向上支援</i> ③訪問型介護予防事業 <i>生活行為向上支援</i>	訪 見	訪問看護7
		在宅患者訪問リハ指導料 <i>OTの積極的関与</i>	退院日から3月以内 12単位まで(1単位20分)		通 り	個別リハ加算(予防はまるめ) 短期集中リハ加算(同上) リハマネ加算(同上) 訪問指導等加算(同上) <i>OTによる生活行為向上マネジメントによる実践</i>
	精 神	算定日数上限除外対象	月13単位まで			
		訪問看護(7) 40未満、40～64で16特定疾病、65以上で非要支援・介護者	看護及び社会復帰指導を・・・基本:週3回まで			

○居宅療養(生活行為)管理指導(新設)
要支援・介護者対象に、生活行為の改善に向けた指導・支援を行う。

○地域ケア会議に参加できる環境整備

【提案その②】

作業療法士の配置が法的にはない「通所介護」「訪問介護」「老人福祉施設」「居宅系サービス」などの福祉系サービスにおいても、利用者の生活行為を維持・改善するために医療領域である作業療法士と福祉領域との連携の課題がある。特に各サービスとその内容を決定する「介護支援専門員」との連携は重要である。

一方、訪問介護や通所介護での介入研究では、支援を受けている利用者は必ずしも介護を受けている内容についてそのままよいとは思ってなく、実は自立をしたいと思っていることも見えてきた。また生活行為向上マネジメントによる支援を受けることで、高齢者自身がどうしたらよいか理解し、自ら行動をした事例も見られた。

今回、訪問介護及び通所介護との連携では、介護支援専門員のプラン内容の変更が求められることがわかった。その結果、訪問介護や通所介護の途中でプランにおける内容の変更を依頼しても介護支援専門員がプラン変更に難色を示す、介護支援専門員の立場からは利用者に対しその必要性を説明しづらいなどの課題も見えてきた。作業療法士との連携はいずれも有効であるとの意見をいただいたが、実際の場面ではどこから、どのようなシステムを活用して作業療法士の支援を得ればよいのかが課題ともなった。介護支援専門員が初回のケアプランを立案する時に、作業療法士と同行訪問し、作業療法士が利用者および家族に直接、自立ができることやその方法を指導・助言する「自立のお試し」が最も有効であると考えられた。

以上から、サービスが来るのを待つ受け身の支援ではなく、ケアプランが立案されるときに積極的に支援内容について協働し、まず高齢者自身のしたい生活行為と能力を見極め、自立のお試しをする支援と介護支援専門員をはじめとする福祉系サービスとの連携が推進される在り方として図2の居宅療養（生活行為）管理指導ができる仕組みを提案したい。

また、訪問介護との生活機能向上連携加算に至っては、訪問介護が作業療法士との同行訪問を希望しても、訪問リハビリテーション事業所数の絶対的不足またサービス利用率も低いという課題、また新たに訪問リハビリテーションをプランに組み込む場合は、前述同様介護支援専門員の理解と利用者への説明の課題、訪問リハビリテーション利用における医師の指示などアクセスが難しいなど多々の課題があることがわかった。図3のように現行のサービスで作業療法士の訪問が実施できるサービスを強化することが必要である。

また、居宅療養（生活行為）管理指導が効果的に活用されるためには、地域におけるリハビリテーション提供事業所が少ないことから、地域の社会資源として作業療法士等が配置されている事業所または医療機関すべてで居宅療養（生活行為）管理指導が取り込まれるよう、進めていくことが重要である。

図2 居宅療養(生活行為)管理指導の提案

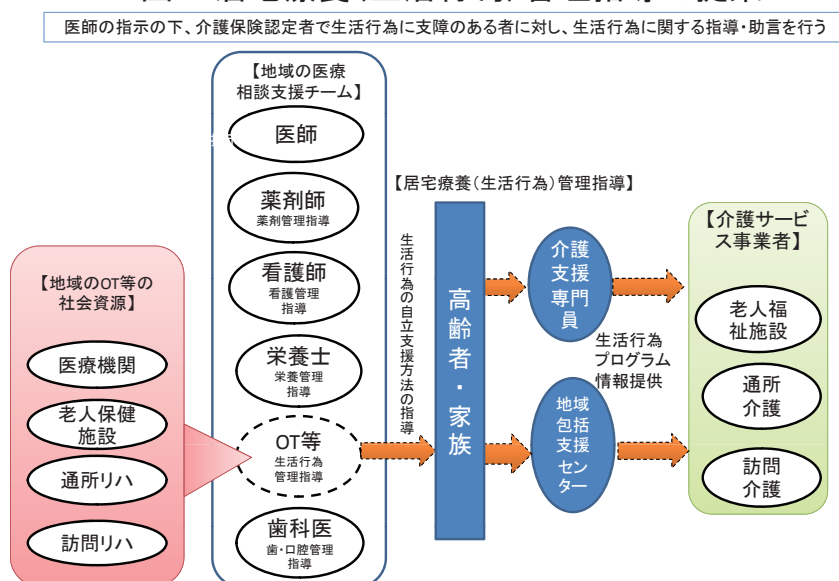
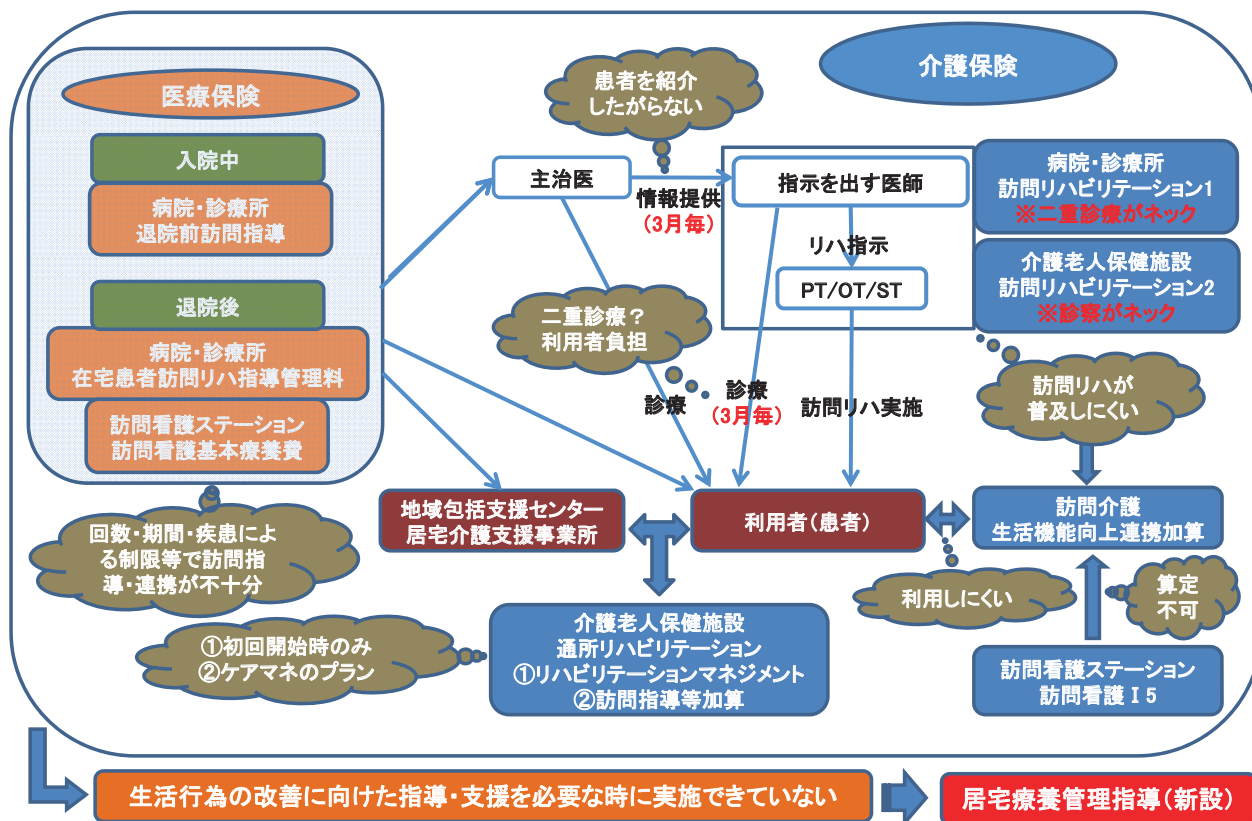


図3 訪問リハビリ等に関する現状の仕組みと課題～居宅療養管理指導の活用～

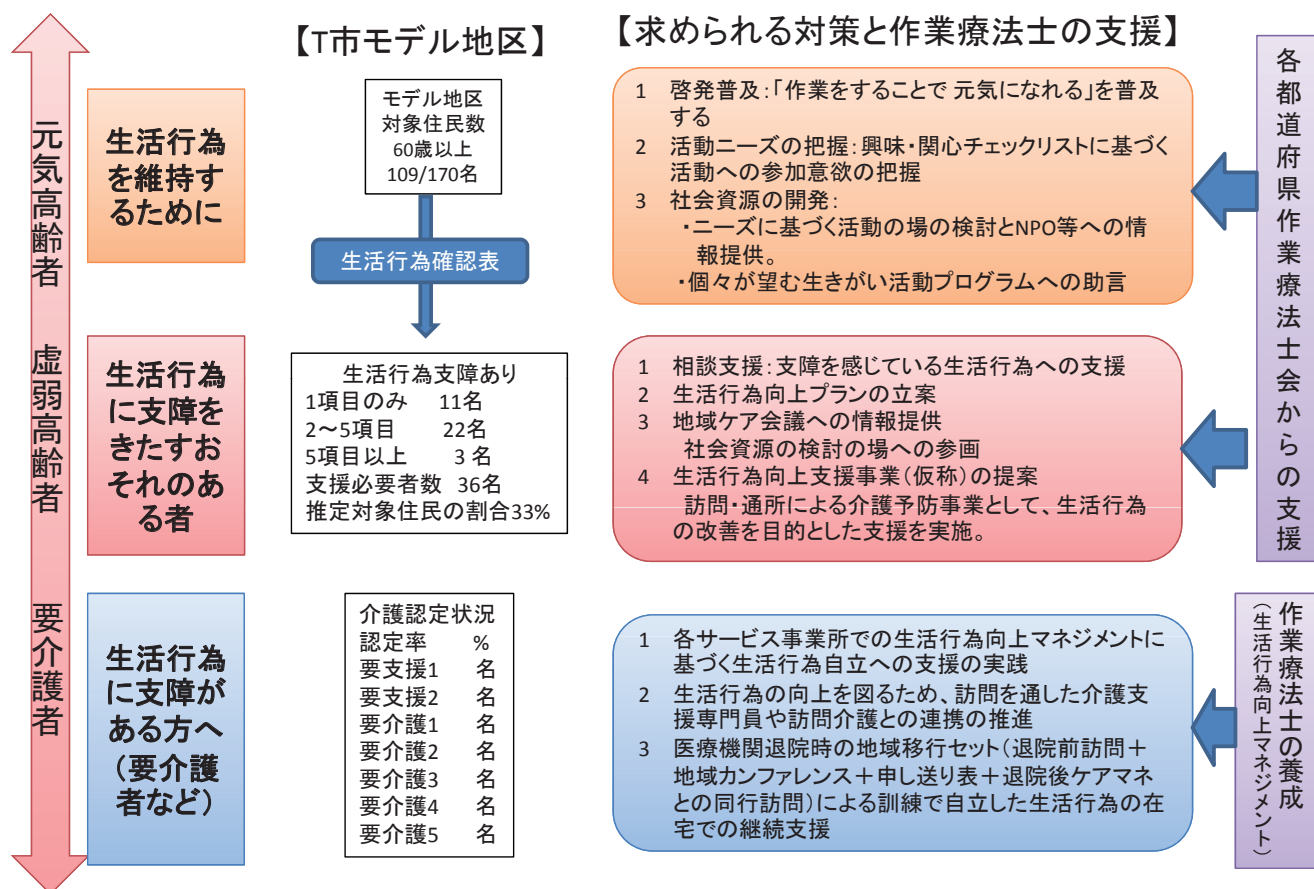


【提案その③】

高齢者は脳卒中モデルを除き、いきなり介護状態になるわけではない。廃用モデルに代表されるように老化などの心身機能の低下により、徐々に生活行為に支障をきたし、周知のとおり社会参加、IADLの低下、ADLの低下を引き起こす。今回の茅野市の調査でも3人に一人が日常生活の行為に何らかの不自由を感じていることがわかった。また、生活行為確認表が把握する生活行為の不自由さと要介護状態になるリスクの高い高齢者を把握する基本チェックシートの項目が同じではないこともわかった。高齢者が困っている具体的な生活行為の支障に対し、丁寧な相談支援を実施していくことが介護状態になることを遅らせることができると考える。そこで、現在活用されている基本チェックシートに生活行為確認表の項目を加え、具体的に支援をしていく取組みの必要性を提案する。

また、したいと思っている趣味活動にも不自由を感じていることがわかった。活動的な高齢期を送るためには、子育てや就労に当てた時間の代わりに増える余暇時間の再構築が重要であり、高齢者自身の余暇ニーズを把握し、参加できる環境の整備が必要であると考え。今回活用した興味・関心チェックシートは高齢者の多様な余暇ニーズ並びに地域の特性となる歴史に基づく余暇ニーズを把握できることがわかった。今後は、介護以外のサービスをも考慮し、整備していく地域包括ケアの在り方を提案できるツールとして活用できるものと考えられる。今回の調査地域の高齢者は、ボランティア活動に興味を持っていること者が多いことがわかった。その他に歴史などにも興味をもって、それらのニーズを繋ぎ、たとえば地域の歴史のPRボランティアや高齢者の困っていると挙げた「雪かき」「草むしり」などの支援活動など互助の活動の示唆になるものと考え。また、「したいと思っている活動」は地域の公民館活動などの参考になるものと考えられる。市町村の地域福祉計画などの策定の際に活用できるものと提案する。

図4 生活行為が継続できる地域システム



第三章 通所リハビリテーションの在り方研究

I. 研究目的

1. 通所リハビリテーション事業所（以下、通所リハビリ）における個別リハビリテーション（以下、個別リハ）および訪問業務に関する実態調査
2. 通所リハビリにおける生活行為向上マネジメント実施状況の調査

II. 方法

1. 対象者と実施方法

1) 個別リハビリと訪問業務について

通所リハビリにおける下記①～③の3項目の算定状況（平成24年10月度）について、要介護利用者を対象に作業療法士へアンケート調査を実施した。

①個別リハビリテーション加算（以下、個別リハ加算）、②リハビリテーションマネジメント加算（以下、リハマネ加算）、③居宅訪問指導実施等加算。※②③各加算についての説明は添付の資料1を参照。

2) 生活行為向上マネジメントの実施状況について

生活行為向上マネジメントを策定し、個別リハビリ実施者（平成24年10月度）に対するリハビリ内容について、要介護利用者を対象に作業療法士へアンケート調査を実施した。調査票は下記のとおりとする。

※通所リハビリにおける個別リハ加算実施状況調査票：通所リハ班資料1-①、

通所リハビリにおけるリハマネ加算および訪問指導等加算実施状況調査票：通所リハ班資料1-②

1) と2) についての協力施設は、表13 通所リハビリ協力施設一覧に示した。

3) 通所リハビリにおける訪問に関する事例集積

通所リハビリ施設から上記②、③の訪問実態について、6施設より平成24年12月に事例報告として集積した。協力施設は事例報告提出施設一覧（表17）に示した。

4) 実施期間

調査の実施時期等を表1に示す。

表1. 調査のスケジュール

9月下旬	研究協力施設にアンケート調査票を送付
10月	アンケート調査実施
～11月上旬	アンケート調査票回収
12月下旬	事例集積

III. 結果

1. アンケート調査について

- 1) 回答施設数 22施設（内訳：老人保健施設併設14、病院・診療所併設8）
- 2) 対象者数 2238名

2. 個別リハ加算実施状況について

個別リハ実施件数（1単位+2単位）は1763名であった。調査対象の要介護認定者数2238名に対して個別リハ実施率は約78.8%であった。参考データとして、介護報酬改定前（平成24年3月）と改定後（平成24年9月）の全国データを示す（表2）。

表 2. 個別リハ実施件数

	調査結果	全国データ※	
	件数 (%)	2012 年 9 月 (%)	2012 年 3 月 (%)
調査対象総数	2238	3494900	3147200
個別リハ実施者	1763 (78.8)	2534700 (72.5)	1928500 (61.3)
1 単位	1665	—	—
2 単位	98	—	—

※厚生労働省 介護給付費実態調査：結果の概要 <http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/45-1b.html>

3. リハマネ加算算定者数について

リハマネ加算算定者数は 2114 名であった。要介護者総数 2238 名に対して 94.5%に算定している。平成 24 年 4 月の介護保険改定により、リハマネ加算算定要件に訪問が必須になったため、増加傾向にある（表 3）。

表 3. リハマネ加算算定者数

	調査結果	全国データ※	
	2012 年 10 月	2012 年 9 月	2012 年 3 月
実数 (%)	2114 (94.5)	364200 (91.2)	271100 (71.0)

※厚生労働省 介護給付費実態調査：結果の概要 <http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/45-1b.html>

1) 前年度と比較した訪問機会・回数について

増加 14 件 (63.6%)、変わらない 8 件 (36.4%) であった。

2) リハマネ加算の訪問実施内容について

実施内容は複数回答であったため、上位 4 項目を表 4 に示す。主に、環境や動作の評価を実施している。4 項目の他にも、「家族の介護力評価・面談」、「趣味や生活歴の聴取」「認知症の状況と介助方法について説明」と、認知症に関する対応も回答された。

表 4. 訪問時の実施内容上位 4 項目

順位 (%)	1 (94.1%)	2 (92.8%)	3 (90.3%)	4 (89.2%)
項目	家屋環境の調査	家屋内の ADL 評価	身体状況評価	家族の介護力評価

3) 訪問を実施したことでの変化について

訪問をすることで、「通所リハビリ内と自宅での移動、その他 ADL についての実行状況が異なることがわかった」との意見が多くを占めた。通所リハビリと自宅での実行状況の差を埋めるために、訪問やケアマネとの情報交換を積極的に実施している（表 5）。その結果、家族やケアマネから介助方法や福祉用具の相談を受けるようになったとの回答も多かった。

表 5. 訪問実施によって得られた変化

順位 (%)	1 (92%)	2 (82.2%)	3 (81.1%)	4 (76.6%)
項目	通所リハと自宅での実行状況の差がわかった	生活場面（自宅）で活かせる助言がでるようになった	ケアマネジャーとの情報交換が円滑になった	利用者、家族から相談を受ける機会が増えた

4. 居宅訪問指導実施等加算

1) 居宅訪問指導実施等加算の実施数について

全国の実施数、本調査ともに実施件数は少ない（表 6）。

表 6. 居宅訪問指導実施等加算の実施状況

	調査結果	全国データ※	
	2012 年 10 月	2012 年 9 月	2012 年 3 月
件数 (%)	19 (0.8)	7700 (1.9)	600 (0.2)

※厚生労働省 介護給付費実態調査：結果の概要 <http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/45-1b.html>

2) 実施内容について

実施内容は複数回答のため、上位4項目を表7に示す。実施内容は、生活の場でADLの練習、福祉用具の使用練習、あるいは、その練習を家族やヘルパーに見てもらおう場に使っている。他職種との同行訪問を実施していることもわかった。

表 7. 居宅訪問指導等加算の実施内容

順位 (%)	1 (88.2%)	2 (83.2%)	3 (82.6%)	4 (80.6%)
項目	ADL 動作の評価・動作練習	IADL 動作の評価・動作練習	機能・能力の変化に伴う動作の再評価	福祉用具の検討・使用練習

3) 算定状況について

実施内容は複数回答のため、上位4項目を表8に示す。

表 8. 居宅訪問指導等加算の実施頻度

順位 (%)	1 (80.1%)	2 (78.3%)	3 (76%)	4 (72.2%)
項目	開始時のみ算定 (1 回のみ)	不定期で適宜算定	必要に応じて実施	ケアマネから依頼があった時

4) 居宅訪問指導等加算を算定していない・できない理由

理由については複数回答のため、上位4項目を表9に示す。居宅訪問指導等加算が周知されていない現状と、単位の高さ(550単位)も算定の障害となっていることが伺えた。作業療法士に訪問する時間的な余裕がない事情も伺えた。

表 9. 居宅訪問指導等加算算定の困難な理由

順位 (%)	1 (88%)	2 (84.4%)	3 (80.2%)	4 (76.4%)
項目	ケアマネジャーから依頼がない	OT に時間的な余裕がない	リハマネを算定しており両方算定は難しい	ケアマネジャー、家族に算定の理解を得ることが難しい

5. 個別リハと生活行為向上マネジメントについて

1) 実施人数について

生活行為向上アセスメントを策定し、個別リハを実施している利用者数は55名であった。この人数の理由として、今回の研究対象が要介護者であった点、新規導入(生活行為向上アセスメント)者が少ない現状も伺えた。

2) 応用練習の実施内容について

応用練習の内容は買い物、編み物、園芸、掃除などであった(表10)。掃除機かけやバス昇降の練習は実際の場所を仮定して、通所リハビリ内で実施している。

表 10. 応用練習の内容

旅行計画	園芸	入浴	パソコン操作
アンデルセン	編み物	屋外歩行	木工
買い物	洗濯	化粧	バス昇降
調理	洗濯物干し	掃除機かけ	掃除

6. 事例集積

1) 施設数 6施設

2) 事例数 30例

3) 通所リハビリからの訪問を整理

通所リハビリからの訪問について、アンケートでは分かりにくい具体的な内容を調査するために、協力施設から事例を収集した。その結果、リハマネ加算や居宅訪問指導実施等加算以外に、作業療法士が自主的に

サービス訪問（無報酬）を全ての事例（30 例）に実施していることがわかった。これらをもとに、通所リハビリからの訪問について整理した（表 11）。

通所リハビリからの訪問について、事例を表 14 に示した。

表 11. 通所リハビリからの訪問整理

※本調査での事例報告から抽出

	実施時期及び対象者状況	実施内容	平均実施回数及び時間	実施結果
リハマネ加算	・通所リハ利用直前 ・通所リハ利用 1 月以内	・自宅内外環境評価 ・自宅内の行為評価 ・身体機能評価 ・家族介護力・負担感	・月 1 回 ・リハマネ加算の訪問実施後は、居宅訪問指導実施等加算か、サービスの訪問につながる ・30 分程度	・通所リハビリ内でのメニュー具体化 ・他職種との連携に発展 ・その場での解決可能 ・生活行為向上マネジメント策定時の情報元
居宅訪問指導実施等加算	・状態変化（緩やかな悪化の場合） ・ニーズ変容した利用者 ・リハ効果確認	・実際場面での ADL・IADL 練習 ・住環境整備 ・福祉用具検討 ・家族、他職種へ介助方法指導（デモ含む）	・月 1 回、不定期 ・依頼された場合 ・40 分程度	・自宅生活の変容 ・ケアプラン変更 ・他職種との同行 ・他職種や家族への介助法伝達 ・継続が必要な場合が多
サービス訪問（無報酬）	・リハマネ加算の訪問後に確認のため ・居宅訪問指導実施等加算の訪問後の行為状況を確認 ・他職種との同伴 ・本人、介助者へ急な対応が必要な場合	・自宅内での行為確認 ・自宅内でのデモンストレーション（家族、ヘルパーなどの前で） ・介助方法指導	・送迎時の合間 ・勤務空き時間 ・平均 3 回程度 ・5 分～20 分程度	・連絡帳活用（継続できているか確認） ・他職種との連携強化 ・本人の持っている力を活かした介助を継続

4）他職種との同行訪問実態

4）他職種との同行訪問に関して

事例報告された 30 事例のうち、19 事例が多職種との同行訪問を実施していた。通所リハビリからの 3 つの訪問（リハマネ加算、居宅訪問指導実施等加算、サービス訪問）において、作業療法士は他職種と協業していることがわかった。同行訪問する主な職種は、ケアマネジャー、ヘルパー、福祉用具販売業者、自施設の介護職員であった（表 12）。同行訪問をした結果、同行した職種にどのような影響を及ぼしたのかを表 13 に示した。

表 12. 同行訪問した職種

職種	ケアマネジャー	ヘルパー	福祉用具業者	自施設介護職
実数	6	2	5	6

表 13. 同行訪問後の影響

職種	ケアマネジャー	ヘルパー	福祉用具販売業者	自施設の介護職員
同行訪問結果の内容	・ケアプラン内容や目標の変更 ・予後、予測について情報交換を行えるようになった。	・入浴介助が本人の力を行かした介助になる。 ・見守りのポイントを具体的に理解。 ・買い物時の歩行介助	・利用者の能力を勘案した福祉用具を導入できた。 ・本人が折り畳めるシルバーカーを一緒に検討したことで、収納の重要性を学んだ。	・自宅での ADL 状況や住環境を見せながら作業療法士が解説することで、通所リハ内で援助するポイントを理解。

5) 事例紹介（表 14）

A 氏 79 歳女性・介護度 1。脳梗塞後遺症、左半側空間無視あり。歩行は杖歩行だが不安定なため近接介助レベル。住環境は、マンションで独居。300m 先にスーパーがある。現在は、ヘルパーによる買い物や調理の支援を受けている。通所リハ利用開始時の希望は、「スーパーに買い物に行きたい」であった。図 1 のように、通所リハでの練習と訪問（リハマネ加算、サービス、同行）を組み合わせる支援を実施した。その結果、①自宅環境を調査（plan 訪問）→通所リハビリ場面で練習→②実際に赴いて問題点を抽出（do, check 訪問）→通所リハビリ場面で調整・練習→③対象者にフィットした方法で実際に実施（act 訪問）と、4 ヶ月間に 3 回の訪問によって、生活行為を高める支援が可能であった。

表 14. 通所リハビリからの訪問の一例

本人	「スーパーに食材の買い物に行きたい」 → 通所リハで体力向上練習（約一ヶ月） → 実際に、スーパーで試行（約三ヶ月） → 実際に、自宅からスーパー間を歩行 → ヘルパー付添いのもと、重量物はヘルパーがリュックで運ぶ。買い物が可能に				
作業療法士	リハマネ加算の訪問 ・ 自宅内の行為評価 ・ 自宅内外環境評価		サービス訪問 ・ 自宅外の行為評価 ・ 課題の検討		

IV. 考察

1. 個別リハビリの実施状況について

今回の調査では、個別リハビリを 78.8%の利用者に対して実施していた。全国データでの個別リハビリ実施率（表 2）を 2012 年 3 月と 9 月とで比較すると 11.2 ポイント増加しており、個別リハビリの要望は高いことが理解できる。通所リハビリでの課題として、利用者・家族をはじめケアマネジャーからの個別リハビリに対する要望は根強い。しかし、彼らはリハビリをマッサージと勘違いしていたり、自主訓練で状態を維持できる状態であっても個別リハビリに固執するなど、リハビリテーションを誤解している現状がある。通所利用者への個別リハビリ実施率の高さ（約 8 割）からわかるように、作業療法士は、個別リハビリの時間枠に絡めとられ、本来必要とされる応用練習や社会適応練習、自宅訪問の時間を設けにくい状況が伺えた。特に、訪問業務については、作業療法士が送迎時や個別リハの合間などサービス訪問の回数を増やし、時間を生み出して実施している実態が明確になった。

2. 通所リハビリからの訪問について

アンケート結果と事例報告（30 例）をもとに表 11 を作成した。事例報告からキーワードを抽出し、実態調査結果と合わせて、1) ～ 5) に分けて考察した。

1) 初回訪問の重要性が明確に

通所リハビリ開始前後に、作業療法士が初回訪問（リハマネ加算算定）を実施することにより、利用者の自宅内外での動作、環境、家族状況を評価していることがわかった。主に、訪問は評価の視点を目的に訪れており、利用者の生活背景、個人史などを会話の中からも情報を引き出している。これが、通所リハビリでのメニューならびに、生活行為向上マネジメント策定の材料となっている。

また、利用者や家族の生活のしにくさに関して、その場で介護指導や環境調整を実施することによって解決する場合が多いこともわかった。特に、この「その場で解決」は、環境や本人の活動量を勘案できる職種の作業療法士に特化している力ではないかと考えられた。

初回訪問で家族と直に顔を合わせることは、相談をしやすい関係づくりにつながっており、今回のリハマネ加算における算定要件改定の意義は大きかったといえる。

2) 訪問の連続性

初回訪問となるリハマネ加算での訪問で解決できなかった問題、継続課題は、居宅訪問指導実施等加算の訪問やサービス訪問につながっている。利用者や介護者の状況は刻々と変化しているため、速やかな対応が求められる場合にはサービス訪問を実施している。

一方、利用者の自宅での ADL 拡大、例えば自宅入浴開始や福祉用具活用など、ヘルパーやケアマネ等の他職種との同行訪問を実施する場合は居宅訪問指導実施等加算での訪問を実施している。しかし、居宅訪問指導実施等加算は表 6 のとおり、算定数は少ない。今後、本加算の認知度を高めるためには、通所リハビリ（作業療法士）側から、積極的にケアマネジャーおよび家族に説明を続ける必要性を感じる。

3) 細やかな内容の訪問（図 1）

サービス訪問では主に『利用者・家族の急な変化』、『ニーズ変容にともなう試行』で実施している。サービス訪問は、2つのキーワードに分けられる。1つは「モニタリング」。他方は「急・試行」であった。試行やモニタリングには3ヶ月内に数回（平均3回）訪れていることがわかった。つまり、利用者の生活は、3ヶ月ほどで落ち着く傾向にある。そのためには、作業療法士による訪問が適宜必要であるといえる（表 14）。

居宅訪問指導実施等加算のキーワードは、「悪化・変化」。現状は利用者や介護状況の変化（比較的緩やか）に対して、再度、家屋内整備や福祉用具導入に関わっている。他職種と一緒に訪問し、彼らに対してデモンストレーションや介助方法を指導している。居宅訪問指導実施等加算とリハマネ加算の訪問では、他職種との同行訪問がなされる場合が多い。特に、ケアマネジャーとの同行訪問の場合は、彼らの支援計画へのプラン追加、変更への提案につながる事例も多い。ヘルパーとの同行訪問では、実際に浴室での介助方法を見せる、実際のショッピングでの歩行介助など、『実際に見せて解説する』ことを実践している。

4) 同行訪問による効果

他職種に及ぼす影響（表 13 参照）として、ケアマネジャーではプラン検討、ヘルパーでは最小限の介助実践など目に見える効果があった。それ以上に、この訪問を契機に他職種は、具体的な自立支援方法や考え方に触れたことで、今後の事例にも役立てる質的な向上をしていると考える。一方、作業療法士も他職種との協業によって、施設内では得難い実践的な課題解決方法を学んでいると考えられる。通所リハビリ内で利用者の生活状態を日々観察・評価している作業療法士が訪問することは、自宅で利用者が生活しやすい、地域に出て行きやすい環境を整える目的として有効な手段であると考ええる。

5) 生活行為向上マネジメントと通所リハビリからの訪問、個別リハビリについて

①生活行為向上マネジメントは協業のツール

生活行為向上マネジメントを策定することで、「目標達成に向けた各職種の役割が明確になり、共通の目標としてとらえやすくなった」と回答が多く協業のきっかけとなることがわかる。訪問により、利用者の生活を肌で知ることができる。それにより、生活行為向上マネジメントを策定する際に、利用者の要望と実現可能な段階づけを具体的に考察できるようになると考えられる。

②利用者が能動的に変化

マネジメントからプログラム作成、実践といった一連のプロセスに本人も参加するため、利用者が生き生きとしてくる。身体機能に関する訓練が、生活にどのようにつながるのかを利用者が考えやすくなると考えられる。これにより、無期限の個別リハビリやマッサージを減少する一助になるのではないかと。

図1 細やかな内容の訪問の実態

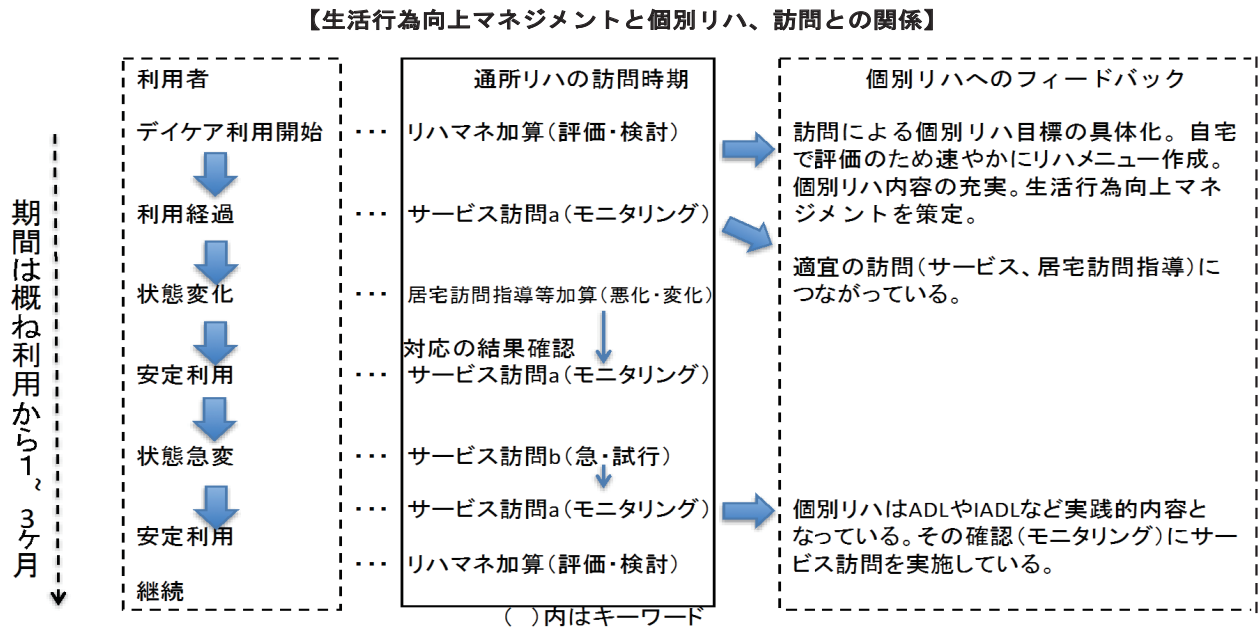
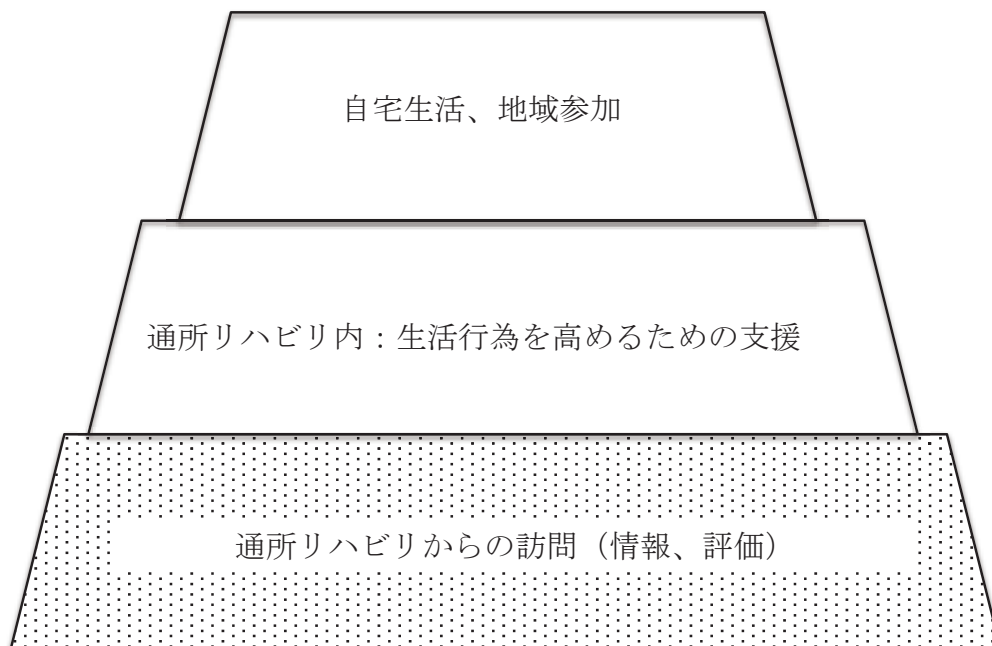


図2. 訪問によって得られる利用者のメリット



V. 今後の課題

1. 施設内リハビリから地域資源を活用するタイプへ（図2）

本調査は、作業療法士に対して実施しており、作業療法士の視点で回答されたものである。この点を考慮したとしても、通所リハビリ内で利用者の生活状態を日々観察・評価している作業療法士が訪問することは利用者が自宅で生活しやすい、地域に出て行きやすい環境を整える手段として有効である。

また、多職種と同行訪問をすることによって、彼らへの好影響、作業療法士自身の成長の一助になっている。これらのことから、訪問業務は利用者と作業療法士にとって、通所リハビリ内でのリハビリから社会参加へ視点の転換のきっかけになると考えられる。

2. 個別リハビリありきから生活行為を高めるための支援に

作業療法士のフットワークを軽くし、個別リハビリと訪問を適宜組み合わせることができれば、利用者、家族の生活行為を高める支援が可能になると考える。

3. 生活行為向上マネジメントを通所リハビリに活かす

①居宅訪問指導実施等加算により、生活行為向上マネジメントに基づく在宅での社会適応練習に取り組めるようになった。しかし、通所リハビリで獲得した能力を作業療法士が在宅でもできるように評価や練習をしようとした場合、まずはケアマネジャーに連絡し、ケアマネジャーが介護給付プランに盛り込んでから、実施することとなり、リアルタイムでの指導ができない。実態として、ケアマネジャーが給付管理表を変更したがない傾向もあり、活用しにくい。適宜必要な時に必要な訪問ができるしくみが必要である。

②通所リハビリでは、生活行為向上マネジメントは協業のツールとして活用できることから、リハビリテーションマネジメントに組み込むことで効果的な通所リハ支援を行うことができる。

VI. まとめ

1. 訪問機会の増加

通所リハビリ内で利用者の生活状態を日々観察・評価している作業療法士が訪問することは、利用者が自宅で生活しやすい、地域に出て行きやすい環境を整える手段として有効である。

また、同行訪問をすることによって、他職種への好影響、作業療法士本人の成長の一助になっている。

2. 訪問は個別リハビリありきから生活行為を高めるためのきっかけに

作業療法士のフットワークを軽くし、個別リハビリと訪問を適宜組み合わせることができれば、利用者、家族の生活行為を高める支援が可能になる。

VII. 班員および協力員

表 15 事業班委員名簿(委員名 50 音順 ○は班長)

所属名	氏名	県
さくら苑	有村正弘	宮崎県
ひもろぎの園	鈴木裕也	福島県
東郷外科はつらつデイケア	○谷川良博	福岡県
せんだんの丘	二木理恵	宮城県
うぐいすの丘	松尾みき	長崎県

表 16 通所リハビリ協力施設一覧

	協力事業者名	協力者名	県
1	通所リハ TRY	村山由美	福島県
2	介護老人保健施設せんだんの丘	二木理恵	宮城県
3	介護老人保健施設ひもろぎの園	鈴木裕也	福島県
4	尾形医院	久米真奈美	栃木県
5	花の舎デイケアセンターイルカゆかい	金子智美	栃木県
6	介護老人保健施設相愛苑	毛上裕司	宮崎県
7	宗像医院	賀来斉夫	大分県
8	介護老人保健施設希の里	瀬戸島毅	大分県
9	永生クリニック	多良淳二	東京都
10	介護老人保健施設さくら苑	有村正弘	宮崎県
11	介護老人保健施設港南あおぞら	中村元樹	神奈川県
12	介護老人保健施設うぐいすの丘	松尾みき	長崎県
13	リハビリセンターあゆみ	深津良太	滋賀県
14	介護老人保健施設 虹	米井浩太郎	岡山県
15	昭和病院 通所リハビリテーションセンター	矢頭真	山口県
16	介護老人保健施設サンビュー宮崎	金子茂稔	宮崎県
17	介護老人保健施設サンビュー二本松	川口智美	福島県
18	介護老人保健施設明生苑	安齊アサ子	福島県
19	介護老人保健施設 白楽園	正木智子	栃木県
20	介護老人保健施設センテナリアン	国政和子	大分県
21	介護老人保健施設あやめの里	都甲幹太	福岡県
22	東郷外科はつらつデイケア	谷川良博	福岡県

表 17 事例報告提出施設一覧

	施設名	担当者	県
1	介護老人保健施設うぐいすの丘	松尾みき	長崎県
2	介護老人保健施設せんだんの丘	二木理恵	宮城県
3	介護老人保健施設ひもろぎの園	鈴木裕也	福島県
4	介護老人保健施設さくら苑	有村正弘	宮崎県
5	介護老人保健施設あやめの里	都甲幹太	福岡県
6	介護老人保健施設センテナリアン	国政和子	大分県

Ⅷ. 添付資料

1. リハマネ加算および居宅訪問指導実施等加算について（資料 1）

1. リハビリテーションマネジメント加算（230 単位／月）

新規にリハビリテーション実施計画を作成した利用者に対して、医師又は医師の指示を受けた理学療法士等が、通所開始日から起算して 1 月以内に、当該利用者の居宅を訪問し、利用者の身体状況、家屋の状況、家屋内における ADL 等の評価を確認することを趣旨として診察、運動機能検査、作業能力検査等を実施すること。その際、必要に応じて居宅での日常生活動作能力の維持・向上に資するリハビリテーション計画を見直すこと。月に 4 回以上利用した利用者に対して加算をする。

2. 居宅訪問指導実施等加算（550 単位／月）

医師または、医師の指示を受けた理学療法士等が、利用者の居宅を訪問し、診察、運動機能検査、作業能力検査等を行い、通所リハ計画の作成および見直しを行った場合は、1 月に 1 回を限度として 550 単位を加算する。

参考資料 出典：平成 24 年 4 月版介護報酬改定

2. 通所リハビリからの訪問に関する事例集（3 事例）

- 1) 事例 1：リハマネ加算
- 2) 事例 2：居宅訪問指導実施等加算
- 3) 事例 3：サービス訪問

事例 1 【リハマネ加算を算定し、その後サービス訪問で対応した事例】

要約：ケアマネジャーと同行訪問。プラン変更につながった事例

《事例紹介》

A 氏 男性 63 歳 要介護 1

H23 年 10 月頃より尿失禁、ろれつが回らないなどの症状があった。多発性脳梗塞の診断を受け、回復期病院で治療を受けていた。退院先は住宅型有料老人ホームに入居が決まる。ホームでは 1 部屋 6 畳ほどの個室が自室となる。トイレは共用スペースにある。退院後すぐから、通所リハビリ利用となる。経済的理由から利用は週 1 回となった。

《訪問の時期》

回復期病院退院前よりカンファレンスに同席し本人の状態を把握した。特に、注意障害や失認等の高次脳機能障害を有していたので、指示方法についての情報を得た。退院日に合わせて住宅型有料老人ホームへ訪問した（サービス訪問 1 回目）。

《どのような状態》

回復期病院による退院前訪問を受け、室内の環境調整はすでにできていた。しかし、住環境の変化によって本人の混乱が予測された。

《内容》

デイケア初利用日の翌日に、訪問（リハマネ加算算定）して、環境・動作の確認（評価）を行った。家具の配置や実際の動線の確認を行った。環境に慣れることに時間がかかることや、変化に応じた臨機応変な行動変容が難しいことを、本人家族（実兄）や入居施設スタッフとも申し合わせて、動作方法のなど適応できないことがあれば相談に応じる旨を伝えた。

3 週間ほど経過して、入居施設スタッフ、ケアマネジャーから入居施設内での歩行器操作がうまくできず、歩行がうまくいかないことの相談がある。通所事業所内で使用している歩行器がスムーズに使用できている

ことから、実際に入居施設へその歩行器を持ち込み評価（サービスで実施した訪問 1 回目）した。うまくいったので、同型の物をレンタルしようと福祉用具業者への調整を行った。本人や入居施設スタッフは実際の場面で使用しうまくいく実感ができていた。

5 週間後、本人の状態にあった歩行器のレンタル（搬入前に事業所で練習、その後実際の生活場面での評価：サービスで実施した訪問計 2 回目、そして実際の使用）へと至った。

できるだけ近い形の物を選定する作業を福祉用具業者と共に行った。通所リハビリが週 1 回の利用では活動量の維持ができず、膝折れも出現していた。活動量の確保も必要というアドバイスの中で経済的に可能であれば通所リハビリの回数を週 2 回にすること。入居施設での運動として、施設の中での歩行練習をスタッフと日に 2 回行うことなどを提案し、導入につながり、現在は機能維持しつつ入居施設での生活にも慣れてきた。

《効果》

リハのスタッフが何ができるかを、本人、ケアマネジャー、入居施設のスタッフに理解してもらったことで、連携に非常に役立った事例であった。その後も何か変化があった時に福祉用具や動作方法などの相談があるようになった。

また、このような訪問の中で役に立つことができた場合に、信頼関係ができ、こちらからの提案（利用回数のことや自己練習など）が通りやすくなった印象を持っている。

ただし、本人に経済力がないことや、ヘルパーの利用などで介護保険の利用限度額一杯いっぱい生活をしている状況にあることや、今日、大変だという時の医師からの指示を受けた訪問が加算をとるにあたって影響し、サービスでの訪問実施となっている。

事例 2 【居宅訪問指導実施等加算を算定した事例】

要約：ヘルパーに対して利用者の入浴介助方法を実際に介助しながら説明し、本人の力を活かした介助を継続できるようになった事例。

《事例紹介》

F 氏 80 代男性 要介護 2 週 2 回利用 脊柱管狭窄症

一軒家に、介護が必要な妻と 2 人暮らし。介護は隣に住む長男夫婦が定期的に来ている。入浴はヘルパーの介助を受けている。

《訪問の時期》

デイケア利用から 1 ヶ月経過する頃、ケアマネジャーより、H 氏の入浴方法についてヘルパーが悩んでいるので、相談にのって欲しいと依頼があった。そこで、入浴サービス時に同行して実地指導を行った。

《どのような状態》

夏場に体調を崩し廃用性の筋力低下を呈していた。ケアマネジャーから「ヘルパーから入浴時の介助が困難になってきた」と通所リハビリに報告があった。通所リハビリでは、低い場所からの立ち上がり動作練習を導入し、この動作が安定してきたため、実際場面での実施のため訪問する。

《訪問内容》

自宅浴室の環境調整。立ち上がり動作の際に注意する項目をアドバイス。ヘルパーへの介助方法アドバイス。

《効果・結果》

ヘルパーによる介助で、立ち上がりができるようになった。介助方法について、ヘルパーに解説しながらのデモンストレーションができた。このことで、本人のできる動作を維持し、安全な入浴方法を継続できるようになった。

事例3【サービスで実施した訪問】

要約：自宅での転倒を減らすために歩行や福祉用具、住宅改修のため何度も訪問した事例

《事例紹介》

C氏 72歳 男性 要介護2

主介護者：60歳の妻（2人暮らし）

既往歴：平成11年脳梗塞、平成22年2月小脳梗塞

《評価》

身体面：運動失調、パーキンソニズム（両上下肢の痙固縮・動作緩慢・小刻み歩行）、日常生活自立度：A2-I
右片不全麻痺（BRS：V-V-IV）、構音障害あり。

認知面：HDS-R 24/30、注意・抑制障害あり。

ADL面：BarthelIndex 70/100。

《転倒の状況》

自宅・通所とも歩行器使用し自立していた。次第に、通所では歩行器使用するが、自宅では伝い歩きをするようになった。そのため、3回の転倒（廊下での手すりの掴み損ね2回、床上動作時1回）が続く状況だった。

《訪問の時期》

自宅での転倒がみられるようになったため、担当ケアマネジャーに自宅での直接的な練習や指導を説いた。しかし、ケアマネジャーは通所リハビリ以外にも介護者の負担軽減の為に短期入所を利用し、支給限度額を超過している状況であった。ケアマネジャーへ居宅訪問指導加算算定の相談をするが、限度額超過を理由に計画困難であった。そのため、サービスでの訪問指導を実施した。

【目標】

自宅内での安全な床上・移動動作を再獲得する。

【OTアプローチ】

1. 自宅訪問による動作の評価と本人・家族指導
2. 通所リハでの歩行器歩行・床上動作の継続
3. 送迎時の妻への確認
4. 訪問による再評価と介護支援専門員への報告
5. 環境調整と家族指導、住宅改修

《効果》

初回訪問（サービス訪問1回目）では、自宅環境の評価を行った。自宅での歩行器使用の声かけを妻へ依頼、通所リハビリ時も同型を使用した。自宅が必要と思われる床上動作練習も実施した。また、送迎や訪問により妻への確認と本人への指導をした。しかし、自宅では歩行器使用や床上動作も徹底できず、転倒がみられた。当初は能力面の向上を考え、通所リハビリでは歩行器の使用や床上動作練習を中心に行い、その獲得の為に指導を訪問や送迎時に行った。

一ヶ月後、ケアマネジャーと同行訪問（サービス訪問2回目）再評価を行った。自宅での歩行器の使用は困難であると判断した。代わりに、手すりの新たな設置や椅子を使用した床上動作、本人のやり方に合わせた介護指導を行った。通所リハビリでの練習では可能となったが、自宅生活では反映されず転倒は続いた。その最も大きな要因は、本人の性格と注意・抑制障害等の認知面の問題と考えた。これまでの対応では改善は難しいと判断した。関連職種と相談の上、二ヶ月後、自宅での状況を再評価するため訪問（サービス訪問3回目）し、それにあった床上動作の介護指導と住宅改修を実施した。その後の転倒は聞かれていないが、認知面から妻への依存度が強くなり、介助量が増えている。そのため、現在も送迎時に状況の確認を行い、必要に応じて訪問指導を行っている。

通所リハビリにおける個別リハ加算実施状況調査票

施設名							
回答者氏名							
質問1							
10月末日現在の貴通所リハビリの登録者数をお答えください。							
要介護		名	介護予防		名		
質問2							
質問1でお答えいただいた要介護の方のうち、個別リハビリテーション加算を算定している利用者数についてお答えください。							
(1) リハ加算の単位ごとの利用者数について							
① 2単位(40分)の個別リハ加算算定者数		名					
② 1単位(20分)の個別リハ加算算定者数		名					
(2) (1)-①②(40分・20分)の個別リハ内容の違いについて該当するものをお答えください。							
(機能訓練について)							
① 2単位(40分)の個別リハ加算算定者の方が機能訓練が多い傾向にある							
② 2単位(40分)の個別リハ加算算定者の方が機能訓練が少ない傾向にある							
③ どちらも変わらない							
④ その他()							
(ADL訓練について)							
① 2単位(40分)の個別リハ加算算定者の方がADL訓練が多い傾向にある							
② 2単位(40分)の個別リハ加算算定者の方がADL訓練が少ない傾向にある							
③ どちらも変わらない							
④ その他()							
(IADL訓練について)							
① 2単位(40分)の個別リハ加算算定者の方がIADL訓練が多い傾向にある							
② 2単位(40分)の個別リハ加算算定者の方がIADL訓練が少ない傾向にある							
③ どちらも変わらない							
④ その他()							

通所リハビリにおけるリハマネ加算および訪問指導等加算実施状況調査票

施設名	
回答者氏名	

(質問1～4)リハビリテーションマネジメント(以下、リハマネ)加算について貴通所リハでの対応についてお答えください。

(参考：指定通所リハビリ事業所におけるリハビリテーションマネジメント加算)
 新規にリハビリテーション実施計画を作成した利用者に対して、医師又は医師の指示を受けた理学療法士等が、通所開始日から起算して一か月以内に、当該利用者の居宅を訪問し、利用者の身体状況、家屋の状況、家屋内におけるADL等の評価を確認することを趣旨として診察、運動機能検査、作業能力検査等を実施すること。その際、必要に応じて居宅での日常生活動作能力の維持・向上に資するリハビリテーション計画を見直すこと。(230単位)

質問1

平成24年10月1日～10月31日の期間にリハマネ加算を算定した利用者の実人数をお答えください。

	名
--	---

質問2

質問1でお答えいただいた、リハマネ加算を算定している利用者のうち、10月1日～10月31日の期間に居宅を訪問した利用者の実人数をお答えください。

	名
--	---

質問3 リハマネ加算の要件として実施している「居宅訪問」についてお尋ねします

(1)今年度より、新規利用者のリハマネ加算の算定要件として、居宅訪問が加わりました。これにより前年度と比較し、利用者の居宅を訪問する回数は増えましたか。あてはまるものに○をつけてください。

- ① 変わらない(以前より新規利用者宅の訪問をしていた)
- ② 増えた(新たにリハマネ加算を算定するため、訪問を開始した)
- ③ その他()

(2)居宅の訪問はどの時期に実施しているかあてはまるものに○をつけてください。

- ① 原則として、利用開始日より前の期間(契約時 ・ 担当者会議時)
- ② 原則として、利用開始後1か月以内の期間
- ③ 利用開始前に実施したり、開始後に実施したりケースにより違う
- ④ その他()

(3)居宅訪問に要する時間(利用者宅にいる時間)で最も多いものに○をつけてください。

- ① 30分未満が多い
- ② 30分～60分未満多い
- ③ 60分以上が多い
- ④ その他()

(4) 居宅訪問の時間帯で最も多いものに○をつけてください。

- ① 15時以降が多い
- ② 16時以降が多い
- ③ 17時以降が多い
- ④ その他()

(5) 居宅訪問の際の実施内容についてあてはまるものに○をつけてください(複数回答可)。

- ① 利用者の身体状況の評価
- ② 家屋環境の評価
- ③ 家屋内におけるADL等の評価
- ④ その他()

(6) 居宅訪問を行うことで何か変化はありましたか？あてはまるものに○を付けてください(複数回答可)

- ① 通所リハの内容が生活場面に活かせる訓練内容となった
- ② 利用者や家族との信頼関係につながり、生活上の相談などを受ける機会が増えた
- ③ 介護支援専門員等とのコミュニケーションが取りやすくなり、利用者の相談を受ける機会が増えた
- ④ 通所リハで発揮している能力を生活場面で活かせるアドバイスができるようになった
- ⑤ その他()

(質問4～7)今年度より老健以外の通所リハでも算定が可能となった「訪問指導等加算(仮称)」について貴通所リハでの対応についてお答えください。

| (参考：指定通所リハビリ事業所における訪問指導等加算) |
| 医師または、医師の指示を受けた理学療法士等が、利用者の居宅を訪問し、診察、運動機能検 |
| 査、作業能力検査等を行い、通所リハ計画の作成および見直しを行った場合は、1月に1回を限度 |
として550単位を加算する。

質問4

平成24年10月1日～10月31日の期間に訪問したなかで、訪問指導等加算(550単位を計上)を算定した利用者がいらっしゃいますか。いらっしゃればその数をお答えください。

・いる 名 → 質問5へ
・いない → 質問7へ

質問5

訪問指導等加算算定の経緯(きっかけ)についてあてはまるものに○をつけてください(複数回答可)。

- ① 介護支援専門員から直接依頼
- ② 医師の指示
- ③ 本人または家族から依頼
- ④ その他()

質問6

訪問指導等加算を算定している利用者宅では、実際にどのようなことをされていますか。あてはまるものに○をつけてください(複数回答可)。

- ① 機能・能力の変化に伴う再評価のため
- ② 自宅でのADL動作の評価及び動作練習
- ③ 自宅でのIADL動作の評価及び動作練習
- ④ 自宅の福祉用具を検討・使用練習
- ⑤ 家屋改修のための評価・アドバイス
- ⑥ その他()

質問7

訪問指導等加算を算定している頻度は一人の利用者に対してどれくらいですか。あてはまるものに○をつけてください

- ① 利用開始時のみ加算している
- ② 毎月加算している
- ③ 3ヵ月毎に加算している
- ④ 不定期だが、訪問した都度加算している
- ⑤ その他()

質問8

(質問4)で訪問指導等加算を算定していないを選択された方への質問です。その理由についてあてはまるものに○をつけてください(複数回答可)。

- ① 施設として算定の意向がない
- ② 対象者がいない(介護支援専門員からの依頼がない)
- ③ 対象者はいるがOTの方に時間的な余裕がない
- ④ 介護支援専門員へ打診するが必要性を理解されない
- ⑤ 利用者・家族に必要性をわかってもらえない
- ⑥ その他

(質問9～11)生活行為向上マネジメント策定者についてお尋ねします。

質問9

訪問指導等加算算定者のなかで、生活行為向上マネジメント策定者の利用者数をお答えください。

名

質問10

質問9の方のなかで、社会適応練習を実施している利用者数をお答えください。※社会適応練習…作業遂行向上プラン表を参照ください。

- ① 実施 名 → 質問11へ
- ② 未実施 → 質問は終了です

質問11

社会適応練習では、具体的にどのような練習を実施していますか。その内容について、何でもお書き下さい。

質問12

生活行為向上マネジメント策定が通所リハ計画作成見直しや、他職種との連携に役立った例があれば、お書きください。

第四章 老人保健施設における退所困難要因調査

I. 研究目的

本研究事業の昨年度の取り組みでは、介護老人保健施設（以下、老健）入所者に対して、生活行為向上マネジメント（以下、マネジメント）を用いて作業療法を実施した場合にどのような効果があるのかを検証した。その結果、通常通りの作業療法を実施した場合よりも、手段的日常生活活動（Instrumental Activities of Daily Living；IADL）の指標である Frenchay Activity Index（FAI）と健康関連 QOL の指標である Health Utilities Index（HUI）に有意な改善が認められ、マネジメントの有効性が示された。その一方で、マネジメントを用いた介入が必ずしも在宅復帰につながらない状況があったため、在宅復帰を目指すために有効な関わりを検討する必要性が考えられた。

そこで今年度の事業の目的は、昨年度から３年間の継続調査を計画していたマネジメントを用いた介入の費用対効果を検証することに加え、老健からの退所を困難にしている要因を分析することとした。

II. 方法

1. 実施主体

一般社団法人 日本作業療法士協会

2. 研究班員（○は班長）

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

3. 研究協力施設

昨年度の本研究事業において、勤務する作業療法士（以下、OT）からの協力が得られた以下の介護老人保健施設 19 施設に対して、引き続き協力を依頼した。

	施設名	氏名	備考
1	水光苑	飯田 三奈子	福岡県
2	カーサビアンしろさと	青山 俊克	茨城県
3	恵泉	上田 章弘	兵庫県
4	なとり	大内 義隆	宮城県
5	秋穂幸楽苑	岡田 翔子	山口県
6	ひもろぎの園	小木 健司	福島県
7	涼風苑	柏川 晴美	茨城県
8	カノープス姫路	小林 照子	兵庫県

9	ゆうゆうホーム	佐藤 義則	宮城県
10	大宮フロイデハイム	柴田 梓	茨城県
11	はくあい	中村 博子	山口県
12	尚齒堂	西尾 優子	山口県
13	リハビリセンターあゆみ	深津 良太	滋賀県
14	寿楽苑	村永 典子	福岡県
15	わかば	杉本 浩康	東京都
16	みがわ	田尻 進也	茨城県
17	せんだんの丘	鳴海 奈央	宮城県
18	ぺあれんと	宮内 順子	山口県
19	ゆうゆう	渡邊 基子	茨城県

4. 対象者

1) 費用対効果検証のための HUI 測定

昨年度の本研究事業の対象者（協力施設 19 箇所：介入群 85 名、対照群 85 名）のうち、2012 年 9 月および 2013 年 3 月の調査時点で退所していない者および既に退所した者で、退所先でも HUI の追跡調査への協力が得られた者を対象とした。

2) 退所困難要因分析のためのアンケート調査

(1) 施設を退所していない者に対する調査

昨年度の本研究事業の対象者のうち、2012 年 9 月の調査時点で退所していない者（以下、本人）およびその家族、担当した OT を対象とした。

(2) 施設を退所した者に対する調査

昨年度の本研究事業の対象者のうち、調査時点で退所している者（以下、本人）およびその家族、担当した OT を対象とした。

5. 実施方法

1) 費用対効果検証のための HUI 測定

(1) 調査内容

調査内容は、HUI、要介護度、障害高齢者の日常生活自立度、認知症高齢者の日常生活自立度、当初立てた目標の継続状況について、とした。

(2) 調査方法

研究協力施設に調査票を送付し、対象者を担当した OT に測定を依頼した。測定時期は昨年度に計画した通り、6 か月ごとに 3 年間にわたって測定することとした。なお、昨年度の介入終了後の HUI 測定時期は、平成 24 年 3 月・9 月、平成 25 年 3 月・9 月、平成 26 年 3 月・9 月である（下線は今年度の実施時期）。

2) 退所困難要因分析のためのアンケート調査

(1) 調査内容

①調査 1

本人の診断名、入所の経緯と当初の退所見通し、昨年度本研究への協力を依頼した理由などについて調査する質問紙を作成した。なお回答者は OT とした。

※補足資料 1-1、1-2、1-3

②調査 2

退所を困難にしている要因を、介護力、病気の症状や心身の状態、日常生活活動 (Activities of Daily Living ; ADL) や IADL などの活動能力、認知症の行動心理症状 (Behavioral and Psychological Symptom of Dementia ; BPSD)、住環境などの物理的な環境、の 5 つのカテゴリーに集約できると仮定して質問紙を作成した。なお回答者は、本人・家族・OT の 3 者とし、3 者に合わせて表現を変えて、ほぼ同様の内容の質問紙を作成した。

※補足資料 2-1-1、2-1-2、2-1-3 : 介入群の退所者、本人・家族・OT 用
2-2-1、2-2-2、2-2-3 : 対照群の退所者、本人・家族・OT 用
2-3-1、2-3-2、2-3-3 : 未退所者の本人・家族・OT 用

(2) 調査方法

研究協力施設に調査票を送付し、本人、担当作業療法士に対する質問紙は、研究協力施設の OT を通じて回収した。家族への調査については、回答結果は本研究事業にのみ利用される旨を説明し、質問紙の回収は利用施設職員 (担当 OT も含め) の目に触れることがないように、直接入所班長宛に返送してもらった。これは、調査内容が退所に関する内容であるため、家族が「答えた内容を施設職員に知られると、その情報を基に退所を迫られるのではないか」などと不安に感じる恐れが考えられたためである。

6. 実施期間

各調査の実施時期等を表 1 に示す。

平成 25 年 4 月以降の HUI 測定については、次年度事業における実施とし、協力施設には改めて連絡する。

表 1 調査のスケジュール

平成 24 年 8 月中旬	研究協力施設に各種調査票を送付
9 月上旬	HUI 測定 アンケート調査実施
～10 月中旬	各種調査票回収
平成 25 年 3 月上旬	HUI 測定
～3 月末	HUI 結果回収

Ⅲ. 結果

1. 費用対効果検証のための HUI 測定

昨年度の本研究事業の対象者のうち、介入群 56 名、対照群 54 名の HUI を測定した。分析結果は第三章に示した通りである。

表 2 HUI 測定協力者数

	入所者	退所者	計
介入群	50 名	6 名	56 名
対照群	50 名	4 名	54 名

2. 退所困難要因分析のためのアンケート調査

1) 回収状況

回収できたアンケート数は、施設を退所した者では、本人 6 名、家族 8 名、OT27 名（延べ人数）であった。未退所者では、本人 74 名、家族 66 名、OT88 名（延べ人数）であった。

表 3 アンケートの回収状況

	本人	家族	OT
退所者	6	8	27
未退所者	74	66	88

2) 対象者の属性

調査時点での対象者（本人）の年齢、要介護度、日常生活自立度を表 4 に示す。また、疾患名について表 5 に示す。

表 4 対象者（本人）の年齢、要介護度、日常生活自立度

	平均年齢	要介護度								障害高齢者の 日常生活自立度								認知症高齢者の 日常生活自立度					
		平均	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	不明	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2	不明	正常	I	Ⅱ a	Ⅱ b	Ⅲ a	不明
退所者(n=27)	81.6±8.7	—		2	4				21		2	1	2	1			21	2	2	1	1		21
未退所者(n=88)	87.0±6.7	2.4	7	19	22	18	14	7	1	2	15	15	23	28	1	3	1	6	19	18	26	18	1

表 5 疾患名（複数回答）

（%）

	認知症		脳血管障害・神経疾患		整形外科疾患		循環器疾患		呼吸器疾患		内分泌・代謝疾患		精神疾患		その他		回答件数
退所者	11	(26.8)	11	(26.8)	8	(19.5)	4	(9.8)	1	(2.4)	1	(2.4)	1	(2.4)	4	(9.8)	41
未退所者	25	(11.2)	46	(20.6)	75	(33.6)	19	(8.5)	7	(3.1)	8	(3.6)	4	(1.8)	39	(17.5)	223

3) 本研究事業の対象者として協力を依頼した理由

昨年度の本研究事業において、どのような理由で対象者に協力を依頼したかについて OT に質問したところ、「施設内の活動性向上に役立つと思った」からという回答が最も多かった（表 6）。

表 6 本研究事業への協力を依頼した理由（複数回答） (%)

	退所者(n=27)		未退所者(n=88)	
退所に役立つと思った	5	(16.7)	10	(10.0)
施設内の活動性向上に役立つと思った	14	(46.7)	59	(59.0)
3年間のHUI追跡調査があるので、当面退所する予定がない人を選んだ	4	(13.3)	14	(14.0)
その他	7	(23.3)	17	(17.0)

4) 退所者と未退所者の比較（表 7）

統計処理は、同居家族人数はマンホイットニー検定で退所群と未退所群を比較した。それ以外は、退所者・未退所者とのカイ 2 乗検定を実施した。統計ソフトには SPSS ver18 を用いた。

○退所者と未退所者で、介入の有無、独居か同居か、同居家族の人数、自宅からの入所か、病院からの入所か、ADL 目的の入所かどうか、当初の退所予定先が自宅だったか、に差はなかった。

○当初の退所見通しが 6 ヶ月以内であった場合、有意に退所できやすかった ($p=0.06$ 、オッズ比 3.51)。

○認知症がある場合、有意に退所できにくかった ($p=0.013$ 、オッズ比 0.33)。

5) 退所者内での比較

統計処理は、順序尺度もしくはカテゴリーにダミー変数を割り当て、マンホイットニー検定とカイ 2 乗検定を実施した。統計ソフトには SPSS ver18 を用いた。

○退所者を介入群と対照群に分けて比較した結果、有意差がみられた項目はなかった。

○退所者を、自宅退所群とそれ以外の場所に退所した群に分けて比較すると、

①自宅退所群では、自宅からの入所 (オッズ比 26.25)、当初の退所予定先が自宅 (オッズ比 6.25)、当初の退所見通しが 6 ヶ月以内 (オッズ比 12.0)、住宅改修をした割合、が有意に高かった (表 8)。

②自宅退所群では、ADL・IADL において、一人で家にいられる、家の中の移動、更衣、整髪などの身だしなみ、歯磨き・義歯の手入れ、食事、炊事、掃除、洗濯、屋外での歩行、服薬、の項目で有意に改善していた (表 10)。

表 7 退所者と未退所者における入所時の状況と実際の退所先

		同居家族の有無と人数						入所前の居場所			入所目的		当初の退所予定先		退所見通し		認知症		実際の退所先	
		独居	同居	1人	2人	3人	4人以上	自宅	病院	それ以外	A D L改善	それ以外	自宅	それ以外	6ヶ月以内	6ヶ月以上	有	無	自宅	それ以外
退所者 (n=27)	介入群(n=13)	5	7	1	3	1	2	7	4	2	7	6	3	10	7	6	8	5	5	8
	対照群(n=14)	5	8	4	2		1	4	7	3	9	5	6	8	7	7	6	8	3	11
	合計	10	15	5	5	1	3	11	11	5	16	11	9	18	14	13	14	13	8	19
未退所者 (n=88)	介入群(n=45)	12	28	12	8	4	2	19	18	9	26	18	21	23	12	29	37	7	—	—
	対照群(n=43)	14	27	9	7	6	2	15	26	1	25	17	14	28	7	33	29	13	—	—
	合計	26	55	21	15	10	4	34	44	10	51	35	35	51	19	62	66	20	—	—

表 8 自宅退所群とそれ以外の場所に退所した群における入所時の状況と住宅改修の有無

	同居家族の有無と人数						入所前の居場所			入所目的		当初の退所予定先		退所見通し		認知症		住宅改修	
	独居	同居	1人	2人	3人	4人以上	自宅	病院	それ以外	A D L改善	それ以外	自宅	それ以外	6ヶ月以内	6ヶ月以上	有	無	した	していない
自宅退所群 (n=8)	2	6	1	2	1	1	7	1		6	2	5	3	7	1	3	5	3	
それ以外の群 (n=19)	8	9	4	3		2	4	10	5	10	9	4	15	7	12	11	8		24

6) 未退所者アンケートの結果

未退所者については、本人・家族・OTの3者のデータが対応している56名を分析の対象とした。

○家族の約9割は、本人が退所して自宅で生活する場合、介護や見守りを「少ししかできない」「できない」と回答し、その理由は、家族が働いているから、本人が一人暮らしだから、などが多かった。

○介護者は、娘、配偶者、嫁（配偶者と同数）が多く、自宅で介護する場合には約9割の家族が介護負担を「かなり感じる」「非常に感じる」と回答していた。

○退所するために改善する必要があると考えている症状・心身の状態では、3者とも筋力低下が多く、次いで、痛みやしびれ、疲れやすさ、などが多かった（表9）。

表 9 退所するために改善する必要があると考えている症状・心身の状態（複数回答）（n=56）（%）

	1位	2位	3位	4位
本人	筋力低下(57.1)	痛みやしびれ(37.5)	疲れやすさ(28.6)	気分の落ち込み(16.1)
家族	筋力低下(60.7)	痛みやしびれ(41.1)	気分の落ち込み(26.8)	栄養状態(21.4)
OT	筋力低下(80.4)	疲れやすさ(50.0)	痛みやしびれ(35.7)	気分の落ち込み(30.4)

○退所するために改善する必要があると考えている ADL・IADL については、フリードマン検定で 3 者に違いのある項目を抽出し、多重比較結果グラフ目視からパターンごとに項目を分析した。その結果、3 者に共通して、一人で家にいられる、家の中の移動、排泄、食事、が高かった。

家族はさらに、入浴、更衣、整髪などの身だしなみ、歯磨き・義歯の手入れ、睡眠、について改善の必要性を感じており、OT では、趣味に関しての改善の必要性を感じていた（表 10、表 11）。

表 10 ADL・IADLにおける本人・家族・OTの回答結果

	回答	本人	家族	OT		回答	本人	家族	OT
一人で 家にい られる	1	5 (8.9)	3 (5.4)	4 (7.1)	掃除	1	17 (30.4)	18 (32.1)	26 (46.4)
	2	6 (10.7)	5 (8.9)	6 (10.7)		2	10 (17.9)	17 (30.4)	19 (33.9)
	3	10 (17.9)	8 (14.3)	7 (12.5)		3	6 (10.7)	3 (5.4)	2 (3.6)
	4	10 (17.9)	12 (21.4)	17 (30.4)		4	8 (14.3)	5 (8.9)	3 (5.4)
	5	12 (21.4)	25 (44.6)	20 (35.7)		5	3 (5.4)	8 (14.3)	3 (5.4)
家の中 の移動	1	3 (5.4)	4 (7.1)	2 (3.6)	洗濯	1	14 (25.0)	19 (33.9)	26 (46.4)
	2	4 (7.1)	2 (3.6)	6 (10.7)		2	17 (30.4)	17 (30.4)	18 (32.1)
	3	10 (17.9)	5 (8.9)	7 (12.5)		3	7 (12.5)	2 (3.6)	3 (5.4)
	4	9 (16.1)	15 (26.8)	15 (26.8)		4	3 (5.4)	4 (7.1)	3 (5.4)
	5	19 (33.9)	27 (48.2)	23 (41.1)		5	3 (5.4)	9 (16.1)	4 (7.1)
排泄	1	4 (7.1)	3 (5.4)	1 (1.8)	金銭管 理	1	12 (21.4)	16 (28.6)	25 (44.6)
	2	4 (7.1)	0	3 (5.4)		2	14 (25.0)	11 (19.6)	11 (19.6)
	3	8 (14.3)	8 (14.3)	5 (8.9)		3	9 (16.1)	8 (14.3)	7 (12.5)
	4	6 (10.7)	10 (17.9)	17 (30.4)		4	3 (5.4)	6 (10.7)	6 (10.7)
	5	23 (41.1)	32 (57.1)	27 (48.2)		5	6 (10.7)	10 (17.9)	5 (8.9)
入浴	1	4 (7.1)	9 (16.1)	3 (5.4)	屋外で の歩行	1	12 (21.4)	12 (21.4)	17 (30.4)
	2	11 (19.6)	7 (12.5)	26 (46.4)		2	9 (16.1)	10 (17.9)	12 (21.4)
	3	14 (25.0)	7 (12.5)	8 (14.3)		3	7 (12.5)	8 (14.3)	10 (17.9)
	4	10 (17.9)	8 (14.3)	11 (19.6)		4	11 (19.6)	7 (12.5)	10 (17.9)
	5	6 (10.7)	22 (39.3)	5 (8.9)		5	5 (8.9)	14 (25.0)	5 (8.9)
更衣	1	6 (10.7)	4 (7.1)	2 (3.6)	公共交 通機関 の利用	1	22 (39.3)	25 (44.6)	31 (55.4)
	2	7 (12.5)	2 (3.6)	11 (19.6)		2	12 (21.4)	13 (23.2)	14 (25.0)
	3	14 (25.0)	14 (25.0)	19 (33.9)		3	1 (1.8)	0	6 (10.7)
	4	7 (12.5)	14 (25.0)	13 (23.2)		4	4 (7.1)	3 (5.4)	2 (3.6)
	5	10 (17.9)	19 (33.9)	7 (12.5)		5	4 (7.1)	10 (17.9)	1 (1.8)
整髪な どの身 だしな み	1	7 (12.5)	5 (8.9)	3 (5.4)	自動車 などの 運転	1	33 (58.9)	40 (71.4)	40 (71.4)
	2	11 (19.6)	2 (3.6)	19 (33.9)		2	5 (8.9)	2 (3.6)	10 (17.9)
	3	14 (25.0)	13 (23.2)	16 (28.6)		3	1 (1.8)	0	3 (5.4)
	4	7 (12.5)	20 (35.7)	9 (16.1)		4	2 (3.6)	0	0
	5	5 (8.9)	13 (23.2)	6 (10.7)		5	4 (7.1)	9 (16.1)	1 (1.8)
歯磨 き・義 歯の手 入れ	1	7 (12.5)	5 (8.9)	2 (3.6)	買い物	1	15 (26.8)	26 (46.4)	22 (39.3)
	2	8 (14.3)	3 (5.4)	16 (28.6)		2	12 (21.4)	11 (19.6)	16 (28.6)
	3	11 (19.6)	13 (23.2)	19 (33.9)		3	7 (12.5)	2 (3.6)	8 (14.3)
	4	9 (16.1)	18 (32.1)	10 (17.9)		4	6 (10.7)	3 (5.4)	5 (8.9)
	5	9 (16.1)	13 (23.2)	6 (10.7)		5	4 (7.1)	9 (16.1)	2 (3.6)
食事	1	9 (16.1)	7 (12.5)	3 (5.4)	服薬	1	15 (26.8)	9 (16.1)	8 (14.3)
	2	4 (7.1)	4 (7.1)	19 (33.9)		2	6 (10.7)	8 (14.3)	7 (12.5)
	3	10 (17.9)	6 (10.7)	7 (12.5)		3	8 (14.3)	11 (19.6)	13 (23.2)
	4	7 (12.5)	19 (33.9)	11 (19.6)		4	7 (12.5)	11 (19.6)	10 (17.9)
	5	14 (25.0)	17 (30.4)	13 (23.2)		5	7 (12.5)	13 (23.2)	16 (28.6)
睡眠	1	11 (19.6)	6 (10.7)	8 (14.3)	趣味	1	11 (19.6)	12 (21.4)	4 (7.1)
	2	6 (10.7)	4 (7.1)	15 (26.8)		2	9 (16.1)	13 (23.2)	1 (1.8)
	3	11 (19.6)	6 (10.7)	10 (17.9)		3	7 (12.5)	12 (21.4)	25 (44.6)
	4	8 (14.3)	16 (28.6)	10 (17.9)		4	10 (17.9)	7 (12.5)	15 (26.8)
	5	8 (14.3)	20 (35.7)	10 (17.9)		5	7 (12.5)	8 (14.3)	9 (16.1)
炊事	1	17 (30.4)	15 (26.8)	28 (50.0)	畑仕 事・庭 の手入 れ	1	19 (33.9)	30 (53.6)	27 (48.2)
	2	7 (12.5)	18 (32.1)	14 (25.0)		2	8 (14.3)	9 (16.1)	11 (19.6)
	3	9 (16.1)	4 (7.1)	4 (7.1)		3	7 (12.5)	3 (5.4)	10 (17.9)
	4	7 (12.5)	6 (10.7)	3 (5.4)		4	4 (7.1)	2 (3.6)	3 (5.4)
	5	4 (7.1)	8 (14.3)	4 (7.1)		5	6 (10.7)	7 (12.5)	3 (5.4)

回答：1 全く必要ない、2 あまり必要ない、3 まあ必要、4 ある程度必要、5 とても必要

表 11 ADL・IADL において自宅退所者で有意に改善していた項目および
未退所者で退所するために改善する必要があると考えている項目

		い一人 られる る家 に	動家 の中 の移	排 泄	入 浴	更 衣	身整 だ髪 しな など みの	歯磨 の手 入・ 義	食 事	睡 眠	炊 事	掃 除	洗 濯	金 銭 管 理	行 屋 外 で の 歩	関 の 利 用 機	公 交 通 機	の 運 転 車 等	買 い 物	服 薬	趣 味	の 手 仕 入 れ ・ 庭
自宅退所者		+	+			+	+	+	+		+	+	+		+					+		
未退 所者	本人	○	○	○					○			×	×	×	×	×	×	×	×	×		×
	家族	○	○	○	○*	○*	○*	○*	○	○*		×	×	×	×	×	×	×				×
	OT	○	○	○					○		×	×	×	×	×	×	×	×		○*		×
自宅退所者: +: 自宅以外の場所に退所した群と比較して有意に改善																						
未退所者: ○: 3者に共通して高い, ×: 3者に共通して低い, ○*: 他2者より有意に高い, ×*: 他2者より有意に低い																						

○退所するために改善する必要があると考えている BPSD の項目では、事実でないことを言う、夜間の不眠、意欲や活動性の低下、無為、以外の項目で、OT よりも家族の方が改善の必要性を感じていた (表 12)。

表 12 退所するために改善する必要があると考えている BPSD の項目 (n=32)

	徘徊	異食	抗介・ 護拒への 抵抗	弄便	放尿・ 放便	易怒性	大声を出す	暴力	こと と実 をで 言 ない	幻覚	妄想	夜間の 不眠	ボ 鍋 ヤを を焦 がす す	子外 に出 な して 迷	ら お 風 い 呂 に 入	性 の 欲 低 や 下 活 動	無 為
家族の平均	2.4375	2.2188	2.4375	2.3125	2.3125	2.3750	2.0938	2.1250	2.5625	2.3125	2.4063	2.6563	2.4688	2.4375	2.5000	3.3438	3.0938
OTの平均	1.3750	1.1875	1.4063	1.1875	1.0938	1.3125	1.2188	1.3125	2.0938	1.2813	1.5000	1.9375	1.4063	1.5000	1.3438	3.5313	2.4688
p値	0.007	0.005	0.002	0.002	0.001	0.003	0.009	0.028	0.122	0.005	0.014	0.065	0.004	0.009	0.002	0.663	0.076
回答は1点(全く必要ない)～5点(とても必要)までの5件法、Wilcoxonの符号付き順位検定																	

IV. 考察とまとめ

本研究の目的は退所困難要因を明らかにすることであるが、これは同時に退所のために何が必要かを明らかにすることであるともいえる。以下に退所のために必要であると考えられたことを述べる。

1. 入所時点で退所の見通しをつける重要性について

今回の結果からは、入所当初の退所見通しが 6 ヶ月以内であった場合に退所しやすいことが分かり、入所時点で退所の見通しをつけることの重要性が示唆された。今後の見通しが立たないまま入所した場合、支援の方向性があいまいとなり、効果的な支援ができない可能性が考えられる。したがって、インテークの段階で、現在の生活上の課題を明らかにすることが重要であり、入所判定会では、老健への入所によってその課題を 6 ヶ月以内にどの程度まで改善できるのかを予測することが必要となる。そのためには、対象者の心身機能や活動能力などを適切に評価し、予後を予測する能力が求められるため、OT が入所前の実態調査に同行することや、入所判定会に参加することが有用であると考えられる。

また、入所の前提として、本人・家族に対して、老健が自立した在宅生活を続けられるように支援するための施設であることを理解していただく努力も必要であると思われる。

2. 自宅復帰に必要な ADL・IADL を明らかにすることについて

自宅復帰できた対象者では、一人で家にいられることや、自宅内の ADL と IADL および屋外での歩行において改善がみられており、未退所者で必要と考えられているよりも多くの項目で改善がみられていた。このことから、実際に自宅に退所するためには、入所中の段階で必要だと考えていることだけでは不十分な可能性が考えられた。自宅生活に必要な能力は状況により異なるが、入所時点では改善すべき最低限の生活上の課題と、さらに生活の広がり考えた課題を設定することが必要であると考えられる。

3. 本人・家族・OT の認識の差を解消することについて

未退所者のアンケート結果からは、3 者の認識について差があることが明らかになり、特に家族は OT が考えるよりも本人に高い能力を望んでいることが分かった。この理由として、家族が利用可能な在宅サービスをイメージできていない、あるいは OT が必要性を低く見積もっている、という 2 つの可能性が考えられた。どちらの場合でも、家族の不安を含めた生活上の課題を正確に把握し、3 者の認識の差を解消していくことが必要であると考えられた。

V. 今後の課題

1. 退所後も作業を継続するための支援の検討

今回の調査では、退所するために何が必要かを明らかにすることを試みた。そのため、退所後の「その人らしい」生活の実現のために何が必要であるかということよりも、退所のために最低限何が必要なのかという視点が中心になっている感は否めない。退所後の生活において、対象者が何らかの作業を通して健康であると感じられることが必要であり、そのために必要な支援方法についても今後検討していくことが必要である。

上記の「自宅復帰に必要な ADL・IADL を明らかにすることについて」とも関連して、入所時点では退所のために改善すべき最低限の課題の評価に加え、作業聞き取りシートや興味・関心チェックリストなどを活用して、退所後の生活でどのような作業を行えるようになりたいかも評価していくことが必要である。

2. マネジメントの活用が退所に有効かどうかについての検討

今回の調査から、昨年度の対象者の選定に当っては、本研究への参加が退所のために役立つというよりも、施設内での活動性向上を期待していた割合が高かったことが分かった。今後は、退所支援のためにマネジメントが有効であるかどうかを検証していく必要があると考える。

退所した方へのアンケート調査票(介入群:OT 用①)

1. 本対象者の基本情報についてお聞きます

1) 診断名について

(1)この方の主たる診断名は何でしたか？()

(2)他に、入退所に影響を与えるような疾患はありましたか？()

2)この方に同居者はいましたか？どちらかに○を付けてください

①独居、②同居(同居者の続柄・人数など：()

2. 本対象者の入所の経緯についてお聞きます

1)この方は貴施設に入所する前はどこにいらっしゃいましたか？当てはまるものに○を付けてください

また、自宅の場合は、どんなサービスを使っていたかも分かる範囲でお答えください。

①自宅 → ア. 何もサービスを使っていなかった、イ. 通所サービスを利用していた、ウ. ショートステイを利用していた、エ. その他サービスを利用していた()、オ. 不明

②病院、③他の介護老人保健施設、④特別養護老人ホーム、⑤療養型医療施設、⑥その他()

2)この方の入所目的は何でしたか？当てはまるものすべてに○を付けてください

①ADL の改善：ア. 食事、イ. 移乗、ウ. 整容、エ. 排泄、オ. 入浴、カ. 歩行、キ. 階段昇降、ク. 更衣

②IADL の改善：ア. 食事の準備、イ. 掃除、ウ. 洗濯、エ. 金銭管理、オ. 買い物
カ. その他()③身体機能の向上、④独居生活が困難になった、⑤介護者のレスパイト、
⑥病状の安定、⑦退院・退所後の行き先がなかった、⑧その他()

3)入所時点では、どこに退所する予定でしたか？当てはまるものに○を付けてください

①自宅、②特別養護老人ホーム、③グループホーム、④ケアハウス、
⑤サービス付き高齢者向け住宅(旧 高専賃)、⑥未定、⑦その他()

→ 実際にはどこに退所しましたか？()

4)入所時点では、どのくらいの期間で退所できると考えていましたか？当てはまるものに○を付けてください

①3か月以内、②6か月以内、③6か月以上(具体的に：()

④まったく見通しが立たない状態だった、⑤その他()

3. 昨年度、本対象者に研究の協力をお願いした理由は何ですか？当てはまるものすべてに○を付けてください

①退所に役立つと思ったから、②施設内の活動性向上に役立つと思ったから、③3年間の HUI の追跡調査があるので当面退所する予定がない人を選んだ、④その他()

4. 昨年度、本対象者に立てた目標は何に役立つと考えていましたか？当てはまるものすべてに○を付けてください

①退所に役立つと思ったから、②施設内の活動性向上に役立つと思ったから、
③その他()

ご協力ありがとうございました。

退所した方へのアンケート調査票(対照群:OT 用①)

1. 本対象者の基本情報についてお聞きます

1) 診断名について

(1)この方の主たる診断名は何でしたか？ ()

(2)他に、入退所に影響を与えるような疾患はありましたか？ ()

2)この方に同居者はいましたか？どちらかに○を付けてください

①独居、②同居(同居者の続柄・人数など:)

2. 本対象者の入所の経緯についてお聞きます

1)この方は貴施設に入所する前はどこにいらっしゃいましたか？当てはまるものに○を付けてください

また、自宅の場合は、どんなサービスを使っていたかも分かる範囲でお答えください。

①自宅 → ア. 何もサービスを使っていなかった、イ. 通所サービスを利用していた、ウ. ショートステイを利用していた、エ. その他サービスを利用していた()、オ. 不明

②病院、③他の介護老人保健施設、④特別養護老人ホーム、⑤療養型医療施設、⑥その他()

2)この方の入所目的は何でしたか？当てはまるものすべてに○を付けてください

①ADL の改善: ア. 食事、イ. 移乗、ウ. 整容、エ. 排泄、オ. 入浴、カ. 歩行、キ. 階段昇降、ク. 更衣

②IADL の改善: ア. 食事の準備、イ. 掃除、ウ. 洗濯、エ. 金銭管理、オ. 買い物
カ. その他()③身体機能の向上、④独居生活が困難になった、⑤介護者のレスパイト、
⑥病状の安定、⑦退院・退所後の行き先がなかった、⑧その他()

3)入所時点では、どこに退所する予定でしたか？当てはまるものに○を付けてください

①自宅、②特別養護老人ホーム、③グループホーム、④ケアハウス、
⑤サービス付き高齢者向け住宅(旧 高専賃)、⑥未定、⑦その他()

→ 実際にはどこに退所しましたか？ ()

4)入所時点では、どのくらいの期間で退所できると考えていましたか？当てはまるものに○を付けてください

①3か月以内、②6か月以内、③6か月以上(具体的に:)

④まったく見通しが立たない状態だった、⑤その他()

3. 昨年度、本対象者に研究の協力をお願いした理由は何ですか？当てはまるものすべてに○を付けてください

①退所に役立つと思ったから、②施設内の活動性向上に役立つと思ったから、③3年間の HUI の追跡調査があるので当面退所する予定がない人を選んだ、④その他()

4. 昨年度、本対象者に立てた目標は何に役立つと考えていましたか？当てはまるものすべてに○を付けてください

①退所に役立つと思ったから、②施設内の活動性向上に役立つと思ったから、
③その他()

ご協力ありがとうございました。

アンケート調査票(OT 用①)

1. 本対象者の基本情報についてお聞きます

1) 診断名について

(1)この方の主たる診断名は何ですか？()

(2)他に、入退所に影響を与えている疾患はありますか？()

2)この方に同居者はいますか？どちらかに○を付けてください

①独居、②同居(同居者の続柄・人数など：)

2. 本対象者の入所の経緯についてお聞きます

1)この方は貴施設に入所する前はどこにいらっしゃいましたか？当てはまるものに○を付けてください

また、自宅の場合は、どんなサービスを使っていたかも分かる範囲でお答えください。

①自宅 →

ア. 何もサービスを使っていなかった、イ. 通所サービスを利用していた、ウ. ショートステイを利用していた、エ. その他サービスを利用していた()、オ. 不明
--

②病院、③他の介護老人保健施設、④特別養護老人ホーム、⑤療養型医療施設、⑥その他()

2)この方の入所目的は何でしたか？当てはまるものすべてに○を付けてください

①ADL の改善：ア. 食事、イ. 移乗、ウ. 整容、エ. 排泄、オ. 入浴、カ. 歩行、キ. 階段昇降、ク. 更衣

②IADL の改善：ア. 食事の準備、イ. 掃除、ウ. 洗濯、エ. 金銭管理、オ. 買い物
カ. その他()

③身体機能の向上、④介護者の負担軽減のため、⑤独居生活が困難になった、

⑥退院・退所後の行き先がなかった、⑦病状の安定、⑧その他()

3)入所時点では、どこに退所する予定でしたか？当てはまるものに○を付けてください

①自宅、②特別養護老人ホーム、③グループホーム、④ケアハウス、
⑤サービス付き高齢者向け住宅(旧 高専賃)、⑥未定、⑦その他()

4)入所時点では、どのくらいの期間で退所できると考えていましたか？当てはまるものに○を付けてください

①3か月以内、②6か月以内、③6か月以上(具体的に：)

④まったく見通しが立たない状態だった、⑤その他()

3. 昨年度、本対象者に研究の協力をお願いした理由は何ですか？当てはまるものすべてに○を付けてください

①退所に役に立つと思ったから、②施設内の活動性向上に役立つと思ったから、③3年間の HUI の追跡調査があるので当面退所する予定がない人を選んだ、④その他()

4. 昨年度、本対象者に立てた目標は何に役立つと考えていましたか？当てはまるものすべてに○を付けてください

①退所に役に立つと思ったから、②施設内の活動性向上に役立つと思ったから、
③その他()

ご協力ありがとうございました。

退所した方へのアンケート調査票(介入群:ご本人用)

1. 介護力に関する質問 (ご自宅に退所した方のみお答えください)

現在、ご家族や親類の方などから、介護や見守りをどのくらい受けていますか? 「受けていない」から「受けている」までの5段階で、当てはまる数字に○を付けてください。

受けていない	→	ある程度受けている	→	受けている
1	2	3	4	5

→ **全ての方** 介護保険のサービスを使っていますか? ①または②に○を付けてください。

①介護保険などのサービスを使っている(以下のア～クから当てはまるものすべてに○を付けてください)

ア. 訪問介護、イ. 訪問看護、ウ. 訪問リハビリ、エ. 訪問入浴、オ. 通所介護(デイサービス)
カ. 通所リハビリ(デイケア)、キ. ショートステイ、ク. その他()

②使っていない

→ **1以外に○を付けた方** 介護してくれる方は誰ですか? 当てはまる方すべてに○を付けてください。

①配偶者、②親、③息子、④娘、⑤嫁、⑥婿、⑦孫、⑧その他()

2. 介護老人保健施設で改善がみられたことに関する質問

以前、介護老人保健施設に入所している間に受けたリハビリや介護、看護などによって、状態が改善したり、うまくできるようになったことがあると思います。このことについて、いくつか質問をさせていただきます。

(1) 活動能力などで改善したことに関して

退所するために役立ったと思うことはありますか? 当てはまるものがあれば、すべて○を付けてください。

各項目についてどの程度役立ったと思うか、以下の基準を参考にして、1～5の数字を()に記入してください。

全く関係ない・該当しない＝1 あまり関係ない＝2 まあ役立った＝3 ある程度役立った＝4
とても役立った＝5

①一人で家で過ごせる ()	⑫洗濯 ()
②家の中の移動 ()	⑬金銭管理 ()
③トイレに関すること ()	⑭屋外での歩行 ()
④入浴に関すること ()	⑮公共交通機関の利用に関すること ()
⑤着替えに関すること ()	⑯自動車などの運転に関すること ()
⑥洗顔・整髪などの身だしなみを整えること ()	⑰買い物 ()
⑦歯磨きや入れ歯の手入れ ()	⑱服薬に関すること ()
⑧食事に関すること ()	⑲趣味に関すること ()
⑨睡眠に関すること ()	⑳畑仕事や庭の手入れなどに関すること ()
⑩炊事 ()	その他() ()
⑪掃除 ()	

(2) 病気の症状や心身の状態で改善したことに関して

退所するために役立ったことはありましたか？（ あった、なかった ）

➡ **あったと答えた方** どんな症状などでしたか？当てはまるもの全てに○を付けてください。

- ①痛みやしびれ、 ②筋力低下、 ③血圧、 ④血糖値、 ⑤めまい、
 ⑥床ずれ、 ⑦ムセ、 ⑧動悸や息切れ、 ⑨疲れやすさ、
 ⑩食事や水分などの栄養状態、 ⑪頻尿、 ⑫睡眠不足、 ⑬気分の落ち込み、
 ⑭その他（ ）

3. 住環境に関する質問

自宅で生活するために改修や整備などを行った場所がありましたか？あった、なかった、のどちらかに○を付けてください。

改修や整備を行った場所が （ あった、なかった ）

➡ **あったと答えた方** どこをどのように改修・整備しましたか？

（ ）

4. 研究事業に参加したことに関する質問

昨年 9 月～12 月にかけて、作業療法士協会の研究事業に協力していただきましたが、この時に作業療法士と一緒に目標を立てて実施したことが、役立ったかどうかを教えてください。

(1) そのとき入所していた施設を退所するために役立ちましたか？

（ ①役立った、 ②どちらともいえない、 ③役立たなかった ）

➡ **役立ったと答えた方** どんなことが役立ちましたか？

（ ）

(2) 退所には役立たなかったとしても、あなたの生活には役立ちましたか？

（ ①役立った、 ②どちらともいえない、 ③役立たなかった ）

➡ **役立ったと答えた方** どんなことが役立ちましたか？

（ ）

ご協力ありがとうございました。

退所した方へのアンケート調査票(介入群:ご家族用)

1. 介護力に関する質問 (ご自宅に退所した方のみお答えください)

現在、ご家族はご本人に対して、介護や見守りをどのくらいしていますか? 「していない」から「している」までの5段階で、当てはまる数字に○を付けてください。

していない	→	ある程度している	→	している
1	2	3	4	5

→ **全ての方** 介護保険のサービスを使っていますか? ①または②に○を付けてください。

①介護保険などのサービスを使っている(以下のア～クから当てはまるものすべてに○を付けてください)

ア. 訪問介護、イ. 訪問看護、ウ. 訪問リハビリ、エ. 訪問入浴、オ. 通所介護(デイサービス)
カ. 通所リハビリ(デイケア)、キ. ショートステイ、ク. その他()

②使っていない

→ **1以外に○を付けた方** 介護している方は誰ですか? 当てはまる方すべてに○を付けてください。

①配偶者、②親、③息子、④娘、⑤嫁、⑥婿、⑦孫、⑧その他()

2. 介護老人保健施設で改善がみられたことに関する質問

以前、介護老人保健施設に入所している間に受けたリハビリや介護、看護などによって、状態が改善したり、うまくできるようになったことがあると思います。このことについて、いくつか質問をさせていただきます。

(1) 活動能力などで改善したことに関して

退所するために役立ったと思うことはありますか? 当てはまるものがあれば、すべて○を付けてください。

各項目について、どの程度役立ったと思うか、以下の基準を参考に、1～5の数字を()に記入してください。

全く関係ない・該当しない=1 あまり関係ない=2 まあ役立った=3 ある程度役立った=4 とても役立った=5				
①一人で家で過ごせる	()	⑫洗濯	()	
②家の中の移動	()	⑬金銭管理	()	
③トイレに関すること	()	⑭屋外での歩行	()	
④入浴に関すること	()	⑮公共交通機関の利用に関すること	()	
⑤着替えに関すること	()	⑯自動車などの運転に関すること	()	
⑥洗顔・整髪などの身だしなみを整えること	()	⑰買い物	()	
⑦歯磨きや入れ歯の手入れ	()	⑱服薬に関すること	()	
⑧食事に関すること	()	⑲趣味に関すること	()	
⑨睡眠に関すること	()	⑳畑仕事や庭の手入れなどに関すること	()	
⑩炊事	()	その他()	()	
⑪掃除	()			

(2) 認知症の症状や言動などで改善したことに関して (ご本人に認知症の症状があった方のみお答えください)

退所するために役立ったと思うことはありますか？ 当てはまるものがあれば、すべて○を付けてください。各項目について、どの程度役立ったと思うか、以下の基準を参考にして、1～5の数字を()に記入してください。

全く関係ない・該当しない＝1 あまり関係ない＝2 まあ役立った＝3 ある程度役立った＝4 とても役立った＝5			
①徘徊	()	⑩幻覚	()
②異食(食べ物ではないものを食べる)	()	⑪妄想	()
③介護への抵抗・拒否	()	⑫夜眠らない	()
④便いじり	()	⑬鍋を焦がしたり、ボヤを出す	()
⑤トイレではない場所で用をたしてしまう	()	⑭外出して迷子になる	()
⑥怒りっぽい	()	⑮お風呂に入らない	()
⑦大声を出す	()	⑯意欲や活動性が低下している	()
⑧暴力	()	⑰日中何もしようとしない	()
⑨事実ではないことを言う	()	⑱その他()	()

(3) 病気の症状や心身の状態で改善したことに関して

退所するために役立ったことはありましたか？ (あった、なかった)

➡ **あったと答えた方** どんな症状などでしたか？ 当てはまるもの全てに○を付けてください。

- ①痛みやしびれ、 ②筋力低下、 ③血圧、 ④血糖値、 ⑤めまい、 ⑥床ずれ、 ⑦ムセ、
⑧動悸や息切れ、 ⑨疲れやすさ、 ⑩食事や水分などの栄養状態、 ⑪頻尿、 ⑫睡眠不足、
⑬気分の落ち込み、 ⑭その他()

3. 住環境に関する質問

自宅で生活するために改修や整備などを行った場所はありましたか？ どちらかに○を付けてください。

改修や整備を行った場所が (あった、なかった)

➡ **あったと答えた方** どこをどのように改修・整備しましたか？ ()

4. 研究事業に参加したことに関する質問

昨年 9 月～12 月にかけて、作業療法士協会の研究事業に協力していただきましたが、この時に作業療法士と一緒に目標を立てて実施したことが、役立ったかどうかを教えてください。

(1) そのとき入所していた施設を退所するために役立ちましたか？ 当てはまるものに○を付けてください。

(①役立った、 ②どちらともいえない、 ③役立たなかった)

➡ **役立ったと答えた方** それはどんなことですか？

()

(2) 退所に役立たなかった場合でも、あなたの生活には役立ちましたか？ 当てはまるものに○を付けてください。

(①役立った、 ②どちらともいえない、 ③役立たなかった)

➡ **役立ったと答えた方** それはどんなことですか？

()

退所した方へのアンケート調査票(介入群:OT 用②)

1. 介護力に関する質問 (ご自宅に退所した方のみ、把握している範囲でお答えください)

現在、ご家族はご本人に対して、介護や見守りをどのくらいしていますか？「していない」から「している」までの5段階で、当てはまる数字に○を付けてください。不明な場合には不明欄に○を付けてください。

していない	→	ある程度している	→	している	不明
1	2	3	4	5	

→ **全ての方** 介護保険のサービスを使っていますか？①～③のどれかに○を付けてください。

①介護保険などのサービスを使っている(以下のア～クから当てはまるものすべてに○を付けてください)

ア. 訪問介護、イ. 訪問看護、ウ. 訪問リハビリ、エ. 訪問入浴、オ. 通所介護(デイサービス)
カ. 通所リハビリ(デイケア)、キ. ショートステイ、ク. その他()

②使っていない、 ③不明

→ **1以外に○を付けた方** 介護している方は誰ですか？当てはまる方すべてに○を付けてください。

①配偶者、②親、③息子、④娘、⑤嫁、⑥婿、⑦孫、⑧不明、⑨その他()

2. 介護老人保健施設で改善がみられたことに関する質問

介護老人保健施設に入所している間に提供した作業療法や介護、看護サービスなどによって、状態が改善したり、うまくできるようになったことがあると思います。このことについて、いくつか質問をさせていただきます。

(1)活動能力などで改善したことに関して

退所するために役立ったと思うことはありますか？当てはまるものがあれば、すべて○を付けてください。

各項目についてどの程度役立ったと思うか、以下の基準を参考に、1～5の数字を()に記入してください。

全く関係ない・該当しない＝1 あまり関係ない＝2 まあ役立った＝3 ある程度役立った＝4 とても役立った＝5				
①一人で家で過ごせる	()	⑫洗濯	()	
②家の中の移動	()	⑬金銭管理	()	
③トイレに関すること	()	⑭屋外での歩行	()	
④入浴に関すること	()	⑮公共交通機関の利用に関すること	()	
⑤着替えに関すること	()	⑯自動車などの運転に関すること	()	
⑥洗顔・整髪などの身だしなみを整えること	()	⑰買い物	()	
⑦歯磨きや入れ歯の手入れ	()	⑱服薬に関すること	()	
⑧食事に関すること	()	⑲趣味に関すること	()	
⑨睡眠に関すること	()	⑳畑仕事や庭の手入れなどに関すること	()	
⑩炊事	()	その他()	()	
⑪掃除	()			

(2) 認知症の症状や言動などで改善したことに関して (ご本人に認知症の症状があった方のみお答えください)

退所するために役立ったと思うことはありますか？ 当てはまるものがあれば、すべて○を付けてください。各項目について、どの程度役立ったと思うか、以下の基準を参考にして、1～5の数字を()に記入してください。

全く関係ない・該当しない＝1 あまり関係ない＝2 まあ役立った＝3 ある程度役立った＝4 とても役立った＝5			
①徘徊	()	⑩幻覚	()
②異食(食べ物ではないものを食べる)	()	⑪妄想	()
③介護への抵抗・拒否	()	⑫夜眠らない	()
④便いじり	()	⑬鍋を焦がしたり、ボヤを出す	()
⑤トイレではない場所で用をたしてしまう	()	⑭外出して迷子になる	()
⑥怒りっぽい	()	⑮お風呂に入らない	()
⑦大声を出す	()	⑯意欲や活動性が低下している	()
⑧暴力	()	⑰日中何もしようとしない	()
⑨事実ではないことを言う	()	⑱その他()	()

(3) 病気の症状や心身の状態で改善したことに関して

退所するために役立ったことはありましたか？ (あった、なかった)

➡ **あったと答えた方** どんな症状などでしたか？ 当てはまるもの全てに○を付けてください。

- ①痛みやしびれ、 ②筋力低下、 ③血圧、 ④血糖値、 ⑤めまい、 ⑥床ずれ、 ⑦ムセ、
⑧動悸や息切れ、 ⑨疲れやすさ、 ⑩食事や水分などの栄養状態、 ⑪頻尿、 ⑫睡眠不足、
⑬気分の落ち込み、 ⑭その他()

3. 住環境に関する質問

自宅で生活するために改修や整備などを行った場所はありましたか？ どちらかに○を付けてください。

改修や整備を行った場所が (あった、なかった)

➡ **あったと答えた方** どこをどのように改修・整備しましたか？ ()

4. 研究事業に参加したことに関する質問

昨年 9 月～12 月にかけて、ご本人に作業療法士協会の研究事業に協力していただきました。この時に生活行為向上マネジメントを用いた介入を実施したことが、役立ったかどうか教えてください。

(1) 貴施設を退所するために役立ちましたか？ 当てはまるものに○を付けてください。

(①役立った、 ②どちらともいえない、 ③役立たなかった)

➡ **役立ったと答えた方** それはどんなことですか？
()

(2) 退所に役立たなかった場合でも、ご本人の生活に役立ちましたか？ 当てはまるものに○を付けてください。

(①役立った、 ②どちらともいえない、 ③役立たなかった)

➡ **役立ったと答えた方** それはどんなことですか？
()

退所した方へのアンケート調査票(対照群:ご本人用)

1. 介護力に関する質問 (ご自宅に退所した方のみお答えください)

現在、ご家族や親類の方などから、介護や見守りをどのくらい受けていますか? 「受けていない」から「受けている」までの5段階で、当てはまる数字に○を付けてください。

受けていない	→	ある程度受けている	→	受けている
1	2	3	4	5

→ **全ての方** 介護保険のサービスを使っていますか? ①または②に○を付けてください。

①介護保険などのサービスを使っている(以下のア～クから当てはまるものすべてに○を付けてください)

ア. 訪問介護、イ. 訪問看護、ウ. 訪問リハビリ、エ. 訪問入浴、オ. 通所介護(デイサービス)
カ. 通所リハビリ(デイケア)、キ. ショートステイ、ク. その他()

②使っていない

→ **1以外に○を付けた方** 介護してくれる方は誰ですか? 当てはまる方すべてに○を付けてください。

①配偶者、②親、③息子、④娘、⑤嫁、⑥婿、⑦孫、⑧その他()

2. 介護老人保健施設で改善がみられたことに関する質問

以前、介護老人保健施設に入所している間に受けたリハビリや介護、看護などによって、状態が改善したり、うまくできるようになったことがあると思います。このことについて、いくつか質問をさせていただきます。

(1) 活動能力などで改善したことに関して

退所するために役立ったと思うことはありますか? 当てはまるものがあれば、すべて○を付けてください。

各項目についてどの程度役立ったと思うか、以下の基準を参考にして、1～5の数字を()に記入してください。

全く関係ない・該当しない=1 あまり関係ない=2 まあ役立った=3 ある程度役立った=4

とても役立った=5

①一人で家で過ごせる ()	⑫洗濯 ()
②家の中の移動 ()	⑬金銭管理 ()
③トイレに関すること ()	⑭屋外での歩行 ()
④入浴に関すること ()	⑮公共交通機関の利用に関すること ()
⑤着替えに関すること ()	⑯自動車などの運転に関すること ()
⑥洗顔・整髪などの身だしなみを整えること ()	⑰買い物 ()
⑦歯磨きや入れ歯の手入れ ()	⑱服薬に関すること ()
⑧食事に関すること ()	⑲趣味に関すること ()
⑨睡眠に関すること ()	⑳畑仕事や庭の手入れなどに関すること ()
⑩炊事 ()	その他() ()
⑪掃除 ()	

退所した方へのアンケート調査票(対照群:ご家族用)

1. 介護力に関する質問 (ご自宅に退所した方のみお答えください)

現在、ご家族はご本人に対して、介護や見守りをどのくらいしていますか？「していない」から「している」までの5段階で、当てはまる数字に○を付けてください。

していない	→	ある程度している	→	している
1	2	3	4	5

→ **全ての方** 介護保険のサービスを使っていますか？①または②に○を付けてください。

①介護保険などのサービスを使っている(以下のア～クから当てはまるものすべてに○を付けてください)

ア. 訪問介護、イ. 訪問看護、ウ. 訪問リハビリ、エ. 訪問入浴、オ. 通所介護(デイサービス)
カ. 通所リハビリ(デイケア)、キ. ショートステイ、ク. その他()

②使っていない

→ **1以外に○を付けた方** 介護している方は誰ですか？当てはまる方すべてに○を付けてください。

①配偶者、②親、③息子、④娘、⑤嫁、⑥婿、⑦孫、⑧その他()

2. 介護老人保健施設で改善がみられたことに関する質問

以前、介護老人保健施設に入所している間に受けたリハビリや介護、看護などによって、状態が改善したり、うまくできるようになったことがあると思います。このことについて、いくつか質問をさせていただきます。

(1)活動能力などで改善したことに関して

退所するために役立ったと思うことはありますか？当てはまるものがあれば、すべて○を付けてください。

各項目について、どの程度役立ったと思うか、以下の基準を参考に、1～5の数字を()に記入してください。

全く関係ない・該当しない=1 あまり関係ない=2 まあ役立った=3 ある程度役立った=4 とても役立った=5				
①一人で家で過ごせる	()	⑫洗濯	()	
②家の中の移動	()	⑬金銭管理	()	
③トイレに関すること	()	⑭屋外での歩行	()	
④入浴に関すること	()	⑮公共交通機関の利用に関すること	()	
⑤着替えに関すること	()	⑯自動車などの運転に関すること	()	
⑥洗顔・整髪などの身だしなみを整えること	()	⑰買い物	()	
⑦歯磨きや入れ歯の手入れ	()	⑱服薬に関すること	()	
⑧食事に関すること	()	⑲趣味に関すること	()	
⑨睡眠に関すること	()	⑳畑仕事や庭の手入れなどに関すること	()	
⑩炊事	()	その他()	()	
⑪掃除	()			

(2) 認知症の症状や言動などで改善したことに関して (ご本人に認知症の症状があった方のみお答えください)

退所するために役立ったと思うことはありますか？ 当てはまるものがあれば、すべて○を付けてください。各項目について、どの程度役立ったと思うか、以下の基準を参考にして、1～5の数字を()に記入してください。

全く関係ない・該当しない=1 あまり関係ない=2 まあ役立った=3 ある程度役立った=4 とても役立った=5	
①徘徊 ()	⑩幻覚 ()
②異食(食べ物ではないものを食べる) ()	⑪妄想 ()
③介護への抵抗・拒否 ()	⑫夜眠らない ()
④便いじり ()	⑬鍋を焦がしたり、ボヤを出す ()
⑤トイレではない場所で用をたしてしまう ()	⑭外出して迷子になる ()
⑥怒りっぽい ()	⑮お風呂に入らない ()
⑦大声を出す ()	⑯意欲や活動性が低下している ()
⑧暴力 ()	⑰日中何もしようとしない ()
⑨事実ではないことを言う ()	⑱その他() ()

(3) 病気の症状や心身の状態で改善したことに関して

退所するために役立ったことはありましたか？ (あった、なかった)

➡ **あったと答えた方** どんな症状などでしたか？ 当てはまるもの全てに○を付けてください。

- ①痛みやしびれ、 ②筋力低下、 ③血圧、 ④血糖値、 ⑤めまい、 ⑥床ずれ、 ⑦ムセ、
 ⑧動悸や息切れ、 ⑨疲れやすさ、 ⑩食事や水分などの栄養状態、 ⑪頻尿、 ⑫睡眠不足、
 ⑬気分の落ち込み、 ⑭その他()

3. 住環境に関する質問

自宅で生活するために改修や整備などを行った場所はありましたか？ どちらかに○を付けてください。

改修や整備を行った場所が (あった、なかった)

➡ **あったと答えた方** どこをどのように改修・整備しましたか？

()

ご協力ありがとうございました。

退所した方へのアンケート調査票(対照群:OT 用②)

1. 介護力に関する質問 (ご自宅に退所した方のみ、把握している範囲でお答えください)

現在、ご家族はご本人に対して、介護や見守りをどのくらいしていますか？「していない」から「している」までの5段階で、当てはまる数字に○を付けてください。不明な場合には不明欄に○を付けてください。

していない	→	ある程度している	→	している	不明
1	2	3	4	5	

→ **全ての方** 介護保険のサービスを使っていますか？①～③のどれかに○を付けてください。

①介護保険などのサービスを使っている(以下のア～クから当てはまるものすべてに○を付けてください)

ア. 訪問介護、イ. 訪問看護、ウ. 訪問リハビリ、エ. 訪問入浴、オ. 通所介護(デイサービス)
カ. 通所リハビリ(デイケア)、キ. ショートステイ、ク. その他()

②使っていない、 ③不明

→ **1以外に○を付けた方** 介護している方は誰ですか？当てはまる方すべてに○を付けてください。

①配偶者、②親、③息子、④娘、⑤嫁、⑥婿、⑦孫、⑧不明、⑨その他()

2. 介護老人保健施設で改善がみられたことに関する質問

介護老人保健施設に入所している間に提供した作業療法や介護、看護サービスなどによって、状態が改善したり、うまくできるようになったことがあると思います。このことについて、いくつか質問をさせていただきます。

(1)活動能力などで改善したことに関して

退所するために役立ったと思うことはありますか？当てはまるものがあれば、すべて○を付けてください。

各項目についてどの程度役立ったと思うか、以下の基準を参考に、1～5の数字を()に記入してください。

全く関係ない・該当しない＝1 あまり関係ない＝2 まあ役立った＝3 ある程度役立った＝4 とても役立った＝5				
①一人で家で過ごせる	()	⑫洗濯	()	
②家の中の移動	()	⑬金銭管理	()	
③トイレに関すること	()	⑭屋外での歩行	()	
④入浴に関すること	()	⑮公共交通機関の利用に関すること	()	
⑤着替えに関すること	()	⑯自動車などの運転に関すること	()	
⑥洗顔・整髪などの身だしなみを整えること	()	⑰買い物	()	
⑦歯磨きや入れ歯の手入れ	()	⑱服薬に関すること	()	
⑧食事に関すること	()	⑲趣味に関すること	()	
⑨睡眠に関すること	()	⑳畑仕事や庭の手入れなどに関すること	()	
⑩炊事	()	その他()	()	
⑪掃除	()			

(2) 認知症の症状や言動などで改善したことに関して (ご本人に認知症の症状があった方のみお答えください)

退所するために役立ったと思うことはありますか？ 当てはまるものがあれば、すべて○を付けてください。各項目について、どの程度役立ったと思うか、以下の基準を参考にして、1～5の数字を()に記入してください。

全く関係ない・該当しない＝1 あまり関係ない＝2 まあ役立った＝3 ある程度役立った＝4 とても役立った＝5	
①徘徊 ()	⑩幻覚 ()
②異食(食べ物ではないものを食べる) ()	⑪妄想 ()
③介護への抵抗・拒否 ()	⑫夜眠らない ()
④便いじり ()	⑬鍋を焦がしたり、ボヤを出す ()
⑤トイレではない場所で用をたしてしまう ()	⑭外出して迷子になる ()
⑥怒りっぽい ()	⑮お風呂に入らない ()
⑦大声を出す ()	⑯意欲や活動性が低下している ()
⑧暴力 ()	⑰日中何もしようとしない ()
⑨事実ではないことを言う ()	⑱その他() ()

(3) 病気の症状や心身の状態で改善したことに関して

退所するために役立ったことはありましたか？ (あった、なかった)

➡ **あったと答えた方** どんな症状などでしたか？ 当てはまるもの全てに○を付けてください。

- ①痛みやしびれ、 ②筋力低下、 ③血圧、 ④血糖値、 ⑤めまい、 ⑥床ずれ、 ⑦ムセ、
 ⑧動悸や息切れ、 ⑨疲れやすさ、 ⑩食事や水分などの栄養状態、 ⑪頻尿、 ⑫睡眠不足、
 ⑬気分の落ち込み、 ⑭その他()

3. 住環境に関する質問

自宅で生活するために改修や整備などを行った場所がありましたか？ どちらかに○を付けてください。

改修や整備を行った場所が (あった、なかった)

➡ **あったと答えた方** どこをどのように改修・整備しましたか？

()

ご協力ありがとうございました。

アンケート調査票(ご本人用)

1. 介護力に関する質問

ご自宅で生活する場合、ご家族や親類の方などから、介護や見守りをどのくらいしてもらえると思いますか？
当てはまる数字に○を付けてください。

してもらえない	少ししかしてもらえない	ある程度はしてもらえる	だいたいはしてもらえる	してもらえる
1	2	3	4	5

- ➡ **1または2に○を付けた方** その理由で当てはまるものすべてに○を付けてください。
 ①ご自分が一人暮らしだから、 ②家族が高齢だから、 ③家族が働いているから、
 ④家族が遠方に住んでいるから、 ⑤他にも介護が必要な家族がいるから、 ⑥子育てがあるから、
 ⑦その他()
- ➡ **1以外に○を付けた方** 介護してくれる方は誰ですか？当てはまる方すべてに○を付けてください。
 ①配偶者、 ②親、 ③息子、 ④娘、 ⑤嫁、 ⑥婿、 ⑦孫、 ⑧未定、 ⑨その他()

2. 活動能力に関する質問

あなたの「現在の活動能力」と、今後施設を退所して自宅で生活するために、「今よりもうまくなできるようになる必要がある」ということを教えてください。

(1)現在の活動能力:

下の表の **現在** と書いてある欄に、各項目について、できる場合は「○」、どちらともいえない場合は「△」、できない場合は「×」、する必要がない・わからない場合は「？」と記入してください。

(2)施設を退所するために、「今よりもうまくなできるようになる必要がある」ということは何ですか？

下の表の **今後** と書いてある欄に、各項目についてどの程度必要だと思うか、以下の基準を参考にして、1～5の数字を記入してください。

全く必要ない＝1 あまり必要ない＝2 まあ必要＝3 ある程度必要＝4 とても必要＝5

	現在	今後		現在	今後
①一人で家にいることができる			⑫洗濯		
②家の中の移動			⑬金銭管理		
③トイレに関すること			⑭屋外での歩行		
④入浴に関すること			⑮公共交通機関の利用に関すること		
⑤着替えに関すること			⑯自動車などの運転に関すること		
⑥整髪などの身だしなみを整えること			⑰買い物		
⑦歯磨きや入れ歯の手入れ			⑱服薬に関すること		
⑧食事に関すること			⑲趣味に関すること		
⑨睡眠が十分とれる			⑳畑仕事や庭の手入れなど		
⑩炊事			その他()		
⑪掃除					

3. 病気の症状や心身の状態に関する質問

施設を退所して自宅で生活するために、良くなる必要があると思う症状または心身の状態などがありますか？
ある、ない、のどちらかに○を付けてください。さらに、具体的どんなことかも教えてください。

良くなる必要があると思う症状などが (ある、 ない)

➡ **あると答えた方** 具体的にどんなことですか？当てはまるものすべてに○を付けてください。

- ①痛みやしびれ、 ②筋力低下、 ③麻痺、 ④血圧、 ⑤血糖値、 ⑥めまい、
⑦床ずれ、 ⑧ムセ、 ⑨動悸や息切れ、 ⑩疲れやすさ、
⑪食事や水分などの栄養状態、 ⑫頻尿、 ⑬睡眠不足、 ⑭気分の落ち込み、
⑮その他()

4. 住環境に関する質問

家の中や周囲の環境で、ご自宅で生活するために改修や整備が必要だと思ふ場所がありますか？
ある、ない、のどちらかに○を付けてください。

改修や整備が必要な場所が (ある、 ない)

➡ **あると答えた方** どこをどのように改修・整備する必要がありますか？
()

ご協力ありがとうございました。

アンケート調査票(ご家族用)

※回答者とご本人との続柄()

1. 介護力に関する質問

(1)ご本人が施設を退所して自宅で生活する場合、ご家族はどのくらい介護や見守りを行えると思いますか？
当てはまる数字に○を付けてください。

できない	少ししかできない	ある程度はできる	だいたいできる	できる
1	2	3	4	5

➡ **1または2に○を付けた方** その理由で当てはまるものすべてに○を付けてください。

- ①ご本人が一人暮らしだから、 ②ご家族が高齢だから、 ③ご家族が働いているから、
④ご本人が遠方に住んでいるから、 ⑤他にも介護が必要な家族がいるから、
⑥子育てがあるから、 ⑦その他()

➡ **1以外に○を付けた方** 介護をするのはどなたですか？

当てはまる方すべてに○を付けてください。

- ①配偶者、②親、③息子、④娘、⑤嫁、⑥婿、⑦孫、⑧未定、⑨その他()

(2)ご本人を自宅で介護するとしたら、どのくらい負担に感じますか？当てはまる数字に○を付けてください。

全く感じない	少し感じる	ある程度は感じる	かなり感じる	非常に感じる
1	2	3	4	5

2. 活動能力に関する質問

ご本人が今利用している施設に「入所する前の活動能力」と、今後施設を退所して自宅で生活するために、「うまくできるようになってもらう必要がある」ということを教えてください。

(1)入所する前の活動能力:

下の表の **以前** と書いてある欄に、各項目について、できる(できていた)場合は「○」、どちらともいえない場合は「△」、できない(できなかった)場合は「×」、する必要がない・わからない場合は「？」と記入してください。

(2)施設を退所するために、「うまくできるようになってもらう必要がある」ということは何ですか？

下の表の **今後** と書いてある欄に、各項目についてどの程度必要だと思うか、以下の基準を参考にして、1～5の数字を記入してください。

全く必要ない＝1 あまり必要ない＝2 まあ必要＝3 ある程度必要＝4 とても必要＝5

	以前	今後		以前	今後
①一人で家にいることができる			⑫洗濯		
②家の中の移動			⑬金銭管理		
③トイレに関すること			⑭屋外での歩行		
④入浴に関すること			⑮公共交通機関の利用に関すること		
⑤着替えに関すること			⑯自動車などの運転に関すること		
⑥整髪などの身だしなみを整えること			⑰買い物		
⑦歯磨きや入れ歯の手入れ			⑱服薬に関すること		
⑧食事に関すること			⑲趣味に関すること		
⑨睡眠が十分とれる			⑳畑仕事や庭の手入れなど		
⑩炊事			その他()		
⑪掃除					

3. 認知症の症状や言動に関する質問（ご本人に認知症の症状がある方のみお答えください）

入所前には、どんな認知症による症状や言動がありましたか？また、退所するために落ち着いてもらわなくては困っていることを教えてください。

(1) 入所前にあった症状や言動:

下の表の **以前** と書いてある欄に、各項目について、入所前に頻繁にあったものは「○」、時々あったものは「△」、なかったものは「×」と記入してください。

(2) 施設を退所するために、「今よりもうまくなできるようになってもらう必要がある」と思うことは何ですか？

下の表の **今後** と書いてある欄に、各項目についてどの程度落ちついてもらう必要があると思うか、以下の基準を参考にして、1～5の数字を記入してください。

全く必要ない＝1 あまり必要ない＝2 まあ必要＝3 ある程度必要＝4 とても必要＝5

	以前	今後		以前	今後
①徘徊			⑩幻覚		
②異食(食べ物ではないものを食べる)			⑪妄想		
③介護への抵抗・拒否			⑫夜眠らない		
④便いじり			⑬鍋を焦がしたり、ボヤを出す		
⑤トイレではない場所で用をたしてしまう			⑭外出して迷子になる		
⑥怒りっぽい			⑮お風呂に入らない		
⑦大声を出す			⑯意欲や活動性が低下している		
⑧暴力			⑰日中何もしようとしない		
⑨事実ではないことを言う			⑱その他()		

4. 病気の症状や心身の状態に関する質問

施設を退所して自宅で生活するために、良くなる必要があると思う症状または心身の状態などがありますか？ある、ない、のどちらかに○を付けてください。さらに、具体的にどんなことかも教えてください。

良くなる必要があると思う症状などが (ある、ない)

→ **あると答えた方** 具体的にどんなことですか？当てはまるものすべてに○を付けてください。

- ①痛みやしびれ、 ②筋力低下、 ③麻痺、 ④血圧、 ⑤血糖値、 ⑥めまい、
 ⑦床ずれ、 ⑧ムセ、 ⑨動悸や息切れ、 ⑩疲れやすさ、
 ⑪食事や水分などの栄養状態、 ⑫頻尿、 ⑬睡眠不足、 ⑭気分の落ち込み、
 ⑮その他()

5. 住環境に関する質問

家の中や周囲の環境で、ご本人が自宅で生活するために改修や整備が必要だと思う場所がありますか？ある、ない、のどちらかに○を付けてください。

改修や整備が必要な場所が (ある、ない)

→ **あると答えた方** どこをどのように改修・整備する必要がありますか？

()

ご協力ありがとうございました。

アンケート調査票(OT 用②)

1. 介護力に関する質問

(1)ご本人が施設を退所して自宅で生活する場合、ご家族はどのくらい介護や見守りを行えると思いますか？
当てはまる数字に○を付けてください。

できない	少ししかできない	ある程度はできる	だいたいできる	できる	わからない
1	2	3	4	5	

1または2に○を付けた方 その理由で当てはまるものすべてに○を付けてください。

- ➡ ①ご本人が一人暮らしだから、 ②ご家族が高齢だから、 ③ご家族が働いているから、
④ご本人が遠方に住んでいるから、 ⑤他にも介護が必要な家族がいるから、
⑥子育てがあるから、 ⑦その他()

➡ **1以外に○を付けた方** 介護をするのはどなたですか？

当てはまる方すべてに○を付けてください。

- ①配偶者、 ②親、 ③息子、 ④娘、 ⑤嫁、 ⑥婿、 ⑦孫、 ⑧未定、 ⑧その他()

(2)ご本人を自宅で介護するとしたら、ご家族はどのくらい負担に感じると思いますか？

当てはまる数字に○を付けてください。

全く感ない	少し感じる	ある程度は感じる	かなり感じる	非常に感じる	わからない
1	2	3	4	5	

2. 活動能力に関する質問

ご本人の以前と現在の活動能力、今後施設を退所して自宅で生活するために、今よりうまくできるようになる必要があると思うことを教えてください。

(1)以前の活動能力

下の表の **以前** の欄に、各項目について、貴施設入所前にできていた場合は「○」、どちらともいえない場合は「△」、できなかった場合は「×」、する必要がなかった・わからない場合は「？」と記入してください。

(2)現在の活動能力:

下の表の **現在** の欄に、各項目について、できる場合は「○」、どちらともいえない場合は「△」、できない場合は「×」、する必要がない場合・わからない場合は「？」と記入してください。

(3)施設を退所するために、「今よりうまくできるようになってもらう必要がある」と思うことは何ですか？

下の表の **今後** の欄に、各項目についてどの程度必要だと思うか、以下の基準を参考にして、1～5の数字を記入してください。

全く必要ない＝1 あまり必要ない＝2 まあ必要＝3 ある程度必要＝4 とても必要＝5

	以前	現在	今後		以前	現在	今後
①一人で家にいることができる				⑫洗濯			
②家の中の移動				⑬金銭管理			
③トイレに関すること				⑭屋外での歩行			
④入浴に関すること				⑮公共交通機関の利用に関すること			
⑤着替えに関すること				⑯自動車などの運転に関すること			
⑥洗顔・整髪など				⑰買い物			
⑦歯磨きや入れ歯の手入れ				⑱服薬に関すること			
⑧食事に関すること				⑲趣味に関すること			
⑨睡眠が十分とれる				⑳畑仕事や庭の手入れなど			
⑩炊事				その他()			
⑪掃除							

3. BPSD(認知症の行動心理症状)に関する質問 (対象者が認知症である場合のみお答えください)

徘徊や異食などの BPSD のうち、入所前にあったもの、現在あるもの、退所するために改善する必要があると思うことについて教えてください。

(1)入所前にあった症状や言動:

下の表の **以前** と書いてある欄に、各項目について、入所前に頻繁にあったものは「○」、時々あったものは「△」、なかったものは「×」、分からないものは「？」と記入してください。

(2)現在みられる症状や言動:

下の表の **現在** と書いてある欄に、各項目について、現在頻繁にあるものは「○」、時々あるものは「△」、ないものは「×」と記入してください。

(3)施設を退所するために、改善する必要があると思うことは何ですか？

下の表の **今後** と書いてある欄に、各項目についてどの程度改善する必要があると思うか、以下の基準を参考にして、1～5の数字を記入してください。

全く必要ない=1 あまり必要ない=2 まあ必要=3 ある程度必要=4 とても必要=5

	以前	現在	今後		以前	現在	今後
①徘徊				⑩幻覚			
②異食				⑪妄想			
③介護への抵抗・拒否				⑫夜間の不眠			
④弄便				⑬鍋を焦がしたり、ボヤを出す			
⑤放尿・放便				⑭外出して迷子になる			
⑥易怒性				⑮お風呂に入らない			
⑦大声を出す				⑯意欲や活動性の低下			
⑧暴力				⑰無為			
⑨事実ではないことを言う				⑱その他()			

4. 病気の症状や心身の状態に関する質問

施設を退所して自宅で生活するために、良くなる必要があると思う症状または心身の状態などがありますか？ある、ない、のどちらかに○を付けてください。さらに、具体的どんなことかも教えてください。

良くなる必要があると思う症状などが (ある、ない)

➡ **あると答えた方** 具体的にどんなことですか？当てはまるものすべてに○を付けてください。

- ①痛みやしびれ、 ②筋力低下、 ③麻痺、 ④血圧、 ⑤血糖値、 ⑥めまい、
 ⑦床ずれ、 ⑧ムセ、 ⑨動悸や息切れ、 ⑩疲れやすさ、
 ⑪食事や水分などの栄養状態、 ⑫頻尿、 ⑬睡眠不足、 ⑭気分の落ち込み、
 ⑮その他()

5. 住環境に関する質問

家の中や周囲の環境で、ご本人が自宅で生活するために改修や整備が必要だと思う場所がありますか？ある、ない、のどちらかに○を付けてください。

改修や整備が必要な場所が (ある、ない)

➡ **あると答えた方** どこをどのように改修・整備する必要がありますか？

()

ご協力ありがとうございました。

第五章 通所介護と生活行為向上マネジメントの連携

I. 研究目的

介護保険領域における生活行為向上マネジメント（以下、マネジメント）による介入は、対象者の自立支援に有効であることが分かっている。また、平成 23 年度には、マネジメントを通じた作業療法士（以下、OT）と介護職の共同プラン立案においても同様の生活行為の改善がみられることが確認でき、介護職が活用できるマネジメントの福祉職版生活行為援助シートを開発した。

そこで今回は、通所介護事業所においてさらに多くの対象者に対して、OT が行ったマネジメントを用いて福祉職がプランを実施した効果と、相互の連携に必要な要素について検証する。

II. 研究内容

1. 研究班員

（委員名 50 音順 ○は班長）

所 属 名	氏 名	備 考
いきいき稲富デイサービス	生駒 英長	福岡県
デイサービスたんぽぽ	猪俣 英輔	東京都
目白大学	小林 幸治	東京都
やさしい手ゆめふる	下田 哲也	東京都
甲南女子大学	○竹内 さをり	兵庫県
東京 YMCA 医療福祉専門学校	長井 陽海	東京都

2. 協力機関

1) 協力施設

株式会社やさしい手デイサービスゆめふる

協力店舗：東京都内 3 店

やさしい手デイサービスゆめふる小平店

すぎなみ天沼デイサービスセンター

ゆめふる調布店

2) 協力機関

東京都作業療法士会会員、一般社団法人神奈川県作業療法士会会員

3. 対象

通所介護事業所において、OT がマネジメントを用いてプランを立案、福祉職が介入する群（介入群）30 名、通常の支援を実施する群（対照群）30 名を設定。対象者は要支援 1～要介護 5 とする。

各群は協力施設の事業所ごとに設定する。

4. 倫理的配慮

対象者本人に対して、事例報告の方法、利用範囲、取りやめの自由、人権擁護と個人情報の保護などを記載した書面で説明を行い、同意を得た者に実施する。

5. 実施方法

1) 協力通所介護事業所に事業内容を説明。

- 2) 協力機関を交えた事業説明会を開催する。
 - (1) 東京都作業療法士会会員、神奈川県作業療法士会会員
 - (2) 通所介護事業所「やさしい手」の協力店舗職員
- 3) 事業説明会后、各事業所において対象者を決定する。
- 4) 対象者に対して、事業の説明と参加の同意を得る。
- 5) 対象者には、介入前に下記の評価を行う。

介入群には(1)～(4)、対照群には(2)～(3)を実施。

 - (1) 作業聞き取りシートにおける実行度、満足度
 - (2) 基本情報（介護度を含む）
 - (3) 生活確認表（Barthel Index (BI)、老研式活動能力指標、主観的健康感）
 - (4) Health Utilities Index (HUI)
- 6) 介入群には、OT がマネジメントを活用したプランを立案し、介入方法を福祉職に伝達する。
対照群には、通常のメニューのアプローチを実施する。
- 7) 5)、6) の調査表は、調査が終了した段階で一般社団法人日本作業療法士協会あてに結果を一部コピーし送付する。
- 8) 6) で立てたプランを介入群に対して3カ月実践する。この間、毎回の記録を事業所にて利用している書式に記録する。
- 9) 介入終了後、5) の調査を再度実施し、調査が終了した段階で一般社団法人日本作業療法士協会あて、結果を一部コピーし送付する。
- 10) 介入事業終了後、マネジメントによる介入担当職員（福祉職）に対してアンケートを行う。

6. 事業実施期間

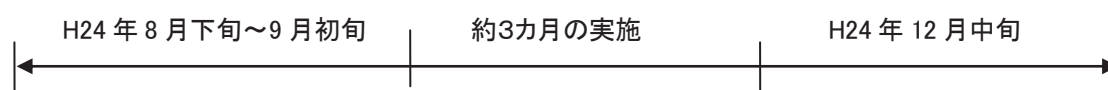
平成24年7月～平成25年3月末

7. 事業の流れ

平成24年8月中旬：事業説明研修会の開催

対象；やさしい手デイサービスゆめふる福祉職員

；東京都作業療法士会協力者10名、神奈川県作業療法士会協力者1名



【介入群】

作業療法士	・生活行為向上マネジメント - 作業聞き取りシート、 - 作業遂行アセスメント表 - 作業遂行向上プラン表 ・生活確認表(BI、老研式、健康感)		作業聞き取りシート ・生活確認表(BI、老研式、健康感)
福祉職	・基本情報(介護度) ・HUI	生活行為向上マネジメントプログラム実施 ・経過記録記入	・基本情報(介護度) ・HUI

【対照群】

福祉職	・基本情報(介護度) ・生活確認表(BI、老研式、健康感) ・HUI	通常のプログラム実施	・基本情報(介護度) ・生活確認表(BI、老研式、健康感)
-----	--	------------	----------------------------------

Ⅲ. 結果

1. 対象者数

対象者数は、介入群が初回 34 名、最終 33 名、中止 1 名であり、対照群は初回 34 名、最終 29 名、中止 5 名であった（表 1）。中止の理由は、入院および施設への入所である。

表 1. 対象者数 (人)

	初回	最終	中止者
介入群	34	33	1
対照群	34	29	5

2. 対象者の特性

介入群と対照群の基本属性を示す（表 2）。

表 2. 対象者の特性

	介入群 (N=33)	対照群 (N=29)
年齢	83.85±6.4	83.31±8.4
性別 (M/F)	10/23	10/19
要介護度		
要支援 1	4	5
要支援 2	12	6
要介護 1	10	8
要介護 2	3	5
要介護 3	3	4
要介護 4	1	1
要介護 5	0	0

3. アウトカム指標の変化

介入群、対照群の Barthel Index、老研式活動能力指標、主観的健康感の変化を表 3～5 に示す。初回、最終結果について介入群、対照群に変化はなく、また両群間に有意差は認められなかった。

表 3 Barthel Index 評価の検定

種類	有意確率
初回 BI の分布〈介入群-対照群〉	0.484
最終 BI の分布〈介入群-対照群〉	0.277
BI: 初回と最終の変化量〈全体〉	0.425

表 4 老研式活動指標評価の検定

種類	有意確率
初回 老研式の分布〈介入群-対照群〉	0.547
最終 老研式の分布〈介入群-対照群〉	0.195
老研式: 初回と最終の変化量〈全体〉	0.307

有意水準は.05

表5 主観的健康感評価の検定

種類	有意確率
初回 健康感の分布<介入群-対照群>	0.91
最終 健康感の分布<介入群-対照群>	0.833
健康感: 初回と最終の変化量<全体>	0.573

有意水準は.05

また、HUI で測定した健康関連 QOL は介入群、対照群ともに介入前に比べて低下した ($p=0.100$) (表6)。その低下した要因は個々の領域の変化から確認すると、「移動」領域と「認知」領域、「痛み」領域によるところが大きいと考えられた (いずれも有意差はなし)。なお、「感情」領域の変化では対照群にのみ健康関連 QOL の向上の傾向が認められた ($p=0.277$) (表7～10)。

表6 HUI の介入前後の変化

	介入前	介入後
介入群	0.55 ± 0.30	0.50 ± 0.30
対照群	0.56 ± 0.30	0.46 ± 0.31

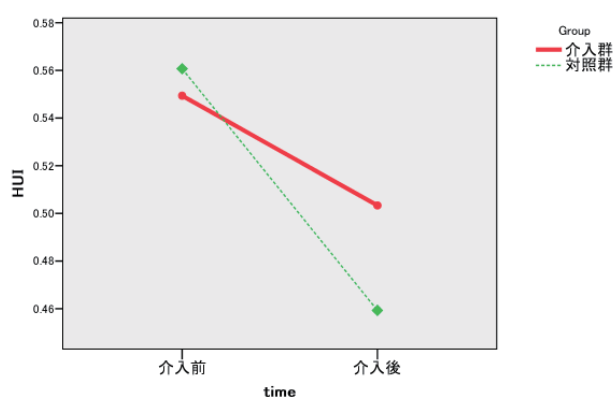


表7 移動領域の変化 (HUI)

	介入前	介入後
介入群	0.78 ± 0.26	0.75 ± 0.28
対照群	0.77 ± 0.27	0.76 ± 0.23

表8 感情領域の変化 (HUI)

	介入前	介入後
介入群	0.89 ± 0.18	0.89 ± 0.18
対照群	0.88 ± 0.19	0.93 ± 0.08

表9 認知領域の変化 (HUI)

	介入前	介入後
介入群	0.82 ± 0.22	0.76 ± 0.26
対照群	0.82 ± 0.23	0.75 ± 0.24

表10 痛み領域の変化 (HUI)

	介入前	介入後
介入群	0.88 ± 0.16	0.86 ± 0.18
対照群	0.87 ± 0.16	0.82 ± 0.17

4. マネジメントによる結果

1) 通所介護利用者があげた作業目標の種類について

通所介護の利用者があげた作業目標を表11に示す。入浴や歩行といった日常生活活動（以下、ADL）が3項目、買い物、家事、掃除といった日常生活関連活動（以下、IADL）が6項目、手芸や旅行、友人を訪ねるなどの趣味・社会活動が28項目、その他3項目であった。

2) マネジメント介入による実行度と満足度の変化

マネジメントを活用してプランを立案、アプローチを実施した結果、3カ月後に実行度が向上した者は17人（51.5%）、維持13人（39.3%）、低下3人（9.0%）であった（図1）。満足度が向上した者は16人（48.5%）、維持12人（36.4%）、低下5人（15.2%）であった（図2）。

表 11. 通所介護利用者があげた作業目標の種類

(人)

ADL		M	F	趣味・社会活動		M	F	趣味・社会活動		M	F
入浴	2		2	手芸	6		6	キャッチボール	1	1	
歩行	2	1	1	旅行	4	2	2	歌を歌う	1		1
階段昇降	2		2	外出(ハトバス)	3	2	1	卓球	1		1
その他		M	F	友人を訪ねる	3		3	陶芸	1	1	
健康維持	4	3	1	登山	2		2	書道	1		1
ほどほどに生きる	1	1		庭いじり	2	1	1	俳句	1		1
ボケ防止	1	1		編み物を他者に教える	2		2	俳画	1		1
IADL		M	F	縫い物	2		2	水彩画	1	1	
買い物	6	2	4	編み物	2		2	花の水やり	1		1
家事	2	1	1	生花	2		2	花を育てる	1		1
掃除	2		2	囲碁	1		1	友人を作る	1	1	
ゴミだし	1		1	塗り絵	1		1	バザーに作品を出す	1		1
料理	1	1		温泉	1		1	のど自慢に出る	1		1
草むしり	1	1		演歌を歌う	1		1	読書	1		1

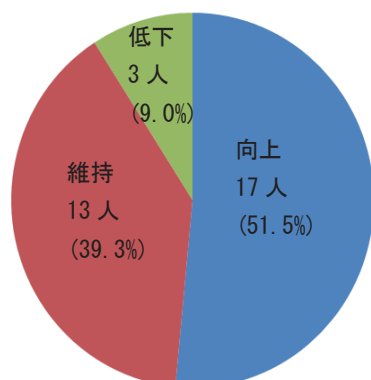


図 1. 実行度の変化

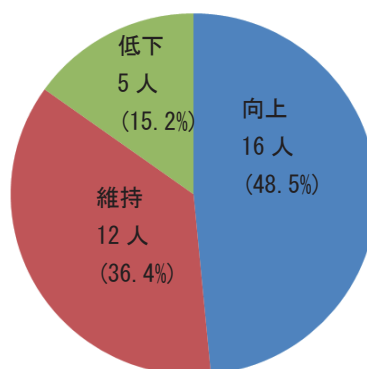


図 2. 満足度の変化

5. OT プランと事業所プランの比較

各対象者に対して、マネジメントを活用して OT が立てたプランの内容（生活行為向上プラン表のプログラムから内容を抜粋）とマネジメント導入前に事業所で立てられた通所介護事業所プランを表 13 に示す。

事業所プランでは、体力の維持や転倒予防、生活リズムをつける、他者との交流、外出機会など通所事業所に通い活動等を実施することにより得られる事項を目標としている。

OT の立てたプランは本人が望む作業を基に、通所事業所内で実施するプランに加え、自宅での実施につながるプランや環境整備を行うなどのプランを立案している。また、通所介護事業所で行うプランでは、通所介護事業所を活動の場として活用し、実生活での生活機能の維持、向上へつなぐプランを立案している。

表 13-1. OT の立てたプランと通所介護事業所プラン

作業目標	OT の立てたプラン	通所介護事業所で立てたプランの短期目標
買い物	基本動作の練習→買い物サークルにて買い物	手芸、仲間との会話を楽しむためにデイに通う
花の世話	運搬歩行練習→デイで植木鉢に花を植える→家族と苗を買いに行き、自宅でも育てる	足腰の筋力低下、関節硬化予防のためデイに通う
手芸	手芸準備→デイで手芸→自宅でも手芸をする	デイサービス利用を継続し生活にメリハリをつける
ゴミだし	体力づくり→軽いものの運搬練習→自宅で家族とゴミだし	体操により ADL 低下予防、身体機能維持 他者との交流による楽しみ
編み物の材料購入	全身持久力向上→階段昇降練習→外出行事に参加→編み物の材料を購入	デイ利用になれる。閉じこもり予防

表 13-2. OT の立てたプランと通所介護事業所プラン

作業目標	OT の立てたプラン	通所介護事業所で立てたプランの短期目標
好きな曲をカラオケ	歌のレクに参加→自宅からデイに道具を持参して歌う	生活を活発にするためデイに通い、他者とも交流を図る
家事	疾患に応じた体操の提示→体に負担のない家事環境の整備	プログラム参加で定期的に身体を動かし転倒予防
キャッチボール	基礎体力、動作練習→屋内→屋外でのキャッチボール実施	デイに通うことで生活リズムを整える、カラオケ外出に参加する
縫い物	腰痛に合わせた環境調整→小物手芸実施→大物実施→自宅環境調整し自宅でも実施	無理の無い範囲で身体を使った運動を続ける。活動に参加する。
散歩	基礎体力、動作練習→散歩に必要な準備→散歩経路決定→実施	通所に慣れ、定期的な外出、他者との交流が持てる。
水彩画	デイにて道具の準備→描くものを決定→水彩画の実施→完成品を妻に見せる	外出機会を増やすことで心身の気分転換、生活の活性化
陶芸	近隣で教室の情報収集→費用、交通等検討→申し込み、参加	外出の機会を増やし、閉じこもりを予防
卓球	体力、バランスづくり→素振り練習→デイで他者とラリーをする	外出、レク活動を通して他者との交流を図る
作品展示	作品づくり→展示する作品決定→出展し展示→家族と見に行く	デイ利用になれる、生活にメリハリをつける
カラオケ	発声練習→歌の練習をする→デイのカラオケで歌の披露	デイに定期的に通える、他者との交流、楽しく過ごせる
友人とお茶	階段昇降練習→身近な場所での散歩→友人宅への訪問→話題づくりの物の準備、提供	好きなプログラムに参加し、一日楽しく過ごす
買い物、料理	体力づくり→基本動作練習→デイでの配膳の手伝い→自宅での買い物、調理	体操、趣味活動などを通じ多くの人と関わりをもつ
買い物、散歩	痛みの自己管理→買い物動作練習→散歩→友人と買い物に行く	デイへの定期的通所ができる
外出	全身持久力向上→外出企画立案→デイでの外出→自宅周辺への外出機会につなげる	栄養管理された食事を摂る 筋力をつけ拘縮を予防する
外出	外出のための基本動作練習→仲間に提案→外出の実施	来所中活動の参加、他者との交流、楽しく過ごす
手芸	材料等準備→手芸の実施→他者と一緒に実施	デイ来所を増やす
俳画	デイで絵を描く→俳句をつくる→俳画を作成→短冊に書く→自宅に飾る	週2回定期的に通所できる
掃除	体力づくり→歩行練習→デイで掃除練習→自宅で実施場所決定し実施	デイ利用を継続。個別訓練を通して歩行機会を確保
家事	生活リズムをつける→デイで家事など手伝い→自宅でもできることを一部手伝える	生活リズムをつくりデイに通い、楽しみを継続する。洗いもの、食器ふきなどをし、生活機能を維持する。
俳句	俳句に必要な道具の準備→俳句を作る→仲間と鑑賞する	デイを継続して楽しく参加できる
囲碁	スタッフと囲碁→他利用者と囲碁→囲碁クラブ開催	活動や体操などの機会をもって体を動かし、転ばないようにする
塗り絵	通所で塗り絵→家でも塗り絵→展示会へ展示	定期的に外出の機会が持て、他者との交流ができる
入浴	通所で個浴→自宅で HH と入浴→用具導入し自宅で入浴	
小旅行	体力づくり→杖歩行練習→近隣への外出計画→実施→次の計画を立てる	定期的にデイに通い、楽しむ
書道	デイで書道の準備～実施→展示会に出展	介助を受けて入浴できる。外出し交流の機会をつくる
買い物	体力づくり→デイにて外出企画の立案→実施→近隣への外出を実施	安心して歩行できる 外出活動も参加していく
掃除	体力づくり→デイにてほうきを使った掃除の経験→家での掃除	パルコやデパートに通う体力を維持する
高尾山へ登山	通所で体力づくり→登山計画立案→家族と近場～高尾山へ	継続して予防体操に参加し、筋力維持、向上を図る
充実した時間を作る	麻雀、囲碁など好きなことをデイで実施し、イキイキとした生活についてスタッフと話す	自発的な関わりが持てるようになる

6. マネジメントによる介入事例とその結果について

マネジメントによるプランを実施した介入事例の目標と介入経過および結果を示す。

- 1) 目標：買い物サークルで買い物に行く
結果：買い物サークルのメンバーとしてスーパーへ食品を買いに行く。円背で重たい物が持てないので、なにか工夫を見つけないかと自ら発言されるようになる。
- 2) 目標：プランターで花を世話する
結果：通所事業所内で切り花を花瓶に生ける。スタッフと一緒に鑑賞用植物を手入れするようになった。初期は受け身的だったが、徐々に役割の自覚が出てきた。
- 3) 目標：手芸時間を増やしていく
結果：手芸の活動時間が増えている。これまでに、クリスマスリース、アンデルセン編みのかご作りを実行できた。活動そのものと対人交流により、ストレス発散にも好影響を与えている。
- 4) 目標：ゴミ出しができるようになる
結果：ゴミ出しに関連する動作の改善のため、運動機能訓練に参加。振戦、ふらつきはあるものの、本人は活動意欲があり、維持できている。自宅では、「まだ危なくて行けない」。家族もまだ本人のゴミ出しを認めていない。
- 5) 目標：編み物の材料を買いに行く
結果：自発的に 100 円ショップで材料を購入し、通所事業所に持ち込みで編み物を始めた。作品はレース編み、他の利用者にも指導している。編み物が通所事業所内で流行りつつある。
- 6) 目標：好きな曲を準備してカラオケをする
結果：今回、カラオケ好きということが分かり、興味を発見できた。自分からカラオケで歌うことはないが、ボランティアのピアノ伴奏では積極的に歌っている。
- 7) 目標：キャッチボールをする
結果：認知症状が進行している。立位、歩行バランス不安定のため、目標のキャッチボールを進めているが、転倒しそうで危険。自主トレは困難であり、スタッフとマンツーマン対応が必要。
- 8) 目標：時間を管理して縫物をする
結果：集中し過ぎて疲れてしまう。スタッフが適時、声掛けして休憩をとる。自分で意識して休憩をとることができるようになってきている。
- 9) 目標：近所を散歩する
結果：10 月下旬から散歩グループに参加。市役所や公民館の催し物を見学、休憩をとりながら歩行時間 30 分程度できている。実行状況には満足している。この参加がきっかけになって、「親戚のいる三鷹まで行ってみたい」と言われるようになった。
- 10) 目標：水彩画を描く
結果：軽度認知症あり。目標に従い、スタッフから絵画を勧めたが「絵は卒業したから」と言われ、実行できていない。
- 11) 目標：陶芸をする
結果：認知症あり、一人暮らし。通所介護の利用目的が「陶芸をしたい」であった。今回、陶芸はできず諦め、目標を書道に変更した。書道は継続できている。
- 12) 目標：卓球のラリーをする
結果：他利用者の申し出で、卓球用具を提供してもらい、それを使用して実行できている。
- 13) 目標：作品を展示し家族と見る
結果：「編み物作品をバザーなどに出席して、家族と鑑賞したい」と目標を立てたが、できていない。昔ほどできない、自信がないなどの理由で、通所介護ではやらないのかもしれない。
- 14) 目標：デイでカラオケをする
結果：欠席が多く、出席は月 1 回程度。理由は体調不良、潔癖症の傾向あり、カラオケ用マイクも「汚い」と言って持てない。
- 15) 目標：人の手を借りずに生活する
結果：毎回デイ入口の花壇にお水をあげることを自発的にやり、他人の分も配膳下膳を手伝うなど活動的になれた。
- 16) 目標：友人宅へ出かけお茶を飲みながら話をする

- 結果：友人のデイ利用が増えたり、体調が悪くなり、友人宅に行けなくなっているという環境の変化あり。
- 17) 目標：買い物を兼ねて散歩
結果：本人の毎日買物に行っていると言う発言がどの程度信憑性があるか分からない。体力測定し数値で示すことにモチベーション高く、そこを利用して関わっていきたい。促しても立って体操することはない。
- 18) 目標：外出行事に参加し外出に自信をつける
結果：施設外への散歩を行う準備が整っていないため、整い次第、散歩や買物といったプログラムを入れていく。ケアマネジャーへ働きかけてプランに入れることができれば実行できる。
- 19) 目標：手芸活動に参加する
結果：手芸（ロールペーパークラフト）に熱中している。他の種目も提供したいが、準備が整っていない。
- 20) 目標：掃除を安全に続ける
結果：機能訓練指導員による個別プログラムを実施している（今回の介入群で唯一）。内容はトイレ前のスロープで手すり歩行。不安が強く、それ以上の歩行導入はできていない。
- 21) 目標：自分のできることを継続（家事・炊事など）
結果：今後、家族の都合により高齢者専用賃貸住宅への入居方向。現在週 5 回利用だが、通所介護の利用は継続方向。回数等は変わる可能性。
- 22) 目標：俳句を楽しむ
結果：自宅では寝ていることが多い。週 2 回利用が週 1 回利用に変更になった。以前は自発的に取り組む行動は特になかった。秋に施設内で作品展を実施し、その中で本人にこの展覧会に俳句を作って出さないかと促したところ、2 週に 1 回くらい作って持ってくるようになった。利用者による展示作品の投票を行ったところ、ご本人の俳句が最優秀賞となった。現在、自宅のよく見えるところに俳句と賞状が飾ってある。店長にいつもお礼を言われる。最近、自叙伝を書きたいと自らスタッフに言ってきた。まだ取り組んでいるかどうかは分からないが、促していききたい。
- 23) 目標：囲碁をしたい
結果：大きな変化なし。ショートステイを利用するようになったが、感想を聞いてもそのことは覚えていない。配膳下膳をしてくれる。新しい利用者で囲碁をする人があり、一緒に囲碁をするようになった。シルバーカーでの散歩も促している。
- 24) 目標：塗り絵
結果：自宅用に色鉛筆を購入し、自宅でも塗り絵をしているとのこと。本当に塗り絵が好きで、ずっとやっている。デイでも色鉛筆の色を増やしたところ喜ばれた。
- 25) 目標：小旅行、買い物
結果：外出プログラムを企画して誘っても、面倒くさそうにしていることが多く行かない。今はスタッフとのオセロに燃えている。
- 26) 目標：書道
結果：誘っているが何もしない。お話ししたりして過ごしている。
- 27) 目標：買い物
結果：歯医者に行こうとし、数週間前に屋外で転倒、頭部を切る怪我。歩くことに自信がなくなっただけと言う。下肢筋力強化の自主トレを自宅でやりましょうと話しかけているところ。今までも屋内で軽く転ぶことはあったが、こんな大けがは初めて。他の利用者から、麻雀が弱くなったというコメントがあるが、今のところ認知症が進んだと言う様子はない。しかし元気がない。
- 28) 目標：ほうきを使った掃除の習慣化
結果：帰る前の夕方、デイのフロアをスタッフと一緒にほうきではくようになった。風邪で休み気味。配膳もしてくれるようになり、本人から「やりましょうか」と言ってきてくれる。昼食のご飯も他の利用者分もよそってくれる。

29) 目標：高尾山に登る

結果：高尾山には行けていないが、どのくらい歩けるのか評価する意味も込めて、深大寺植物園に外出プログラムで行ったが、1 時間半ほどしっかり歩いた。迎えにいくと、自宅庭の手入れをしている様子も見ている。外出等も積極的。

30) 目標：充実した時間を作る

結果：他の利用者から頼まれて、麻雀が強くなるコツの資料を自宅で執筆して持参し、渡していた。2w くらい前に妻が入院（パニック障害があり、本人が少し面倒を見ていた）。

7. 事業終了後の福祉職へのアンケート結果

3 か月間の介入終了後に各事業所スタッフに行ったアンケートの結果を示す。回収数は12名であった。

1) 生活行為向上マネジメントを実施した感想。

- ・ 普段、一つ一つの動作に関しての聞き取りは行えていないので、主観の意見が聞けた点が良かった。
- ・ いつもと違う聞き取りの仕方をしたことで、違う反応が返ってくることに気付くことができた。
- ・ 利用者が普段表に出さない希望や願いを持っていることが分かり、新たな気付きのきっかけになった。
- ・ 改めて、行動を阻害していることを把握できる機会となった。
- ・ サービスの進捗を把握しやすく利点も多かった。
- ・ 事業所のコンセプトにかなり通じていると実感でき、大変参考になった。
- ・ 当事業所で行っている「ゆめふるプログラム」と似ていると思う部分があった。
- ・ 企画は素晴らしいものであったが、職員に周知することができずに 100%の結果がでなかった。
- ・ 短期間だったため、あまり変化が無かった気がする。
- ・ 普段の活動より少し目標に対する意識をし、活動を実施しただけだったので、あまり普段と変化がなかった。
- ・ もう少し時間が欲しかった。
- ・ 設定した目標が高い方もいたため、向上できたのか良く分からなかった。
- ・ 正直大変だった。現場に OT がいるわけではないので、正しく取り組んでいるのかが良く分からないまま取り組んでしまった反省がある。

2) 利用者への効果

- ・ 目標設定ができ、利用者の意欲向上につながる働きかけができた。
- ・ 具体的な目標ができ、利用者にとっても良かったと思う。
- ・ 利用者のニーズを聞くことができた。
- ・ 利用者の希望を明確にすることで目標ができ、体操時の指導が聞いて頂きやすくなった。
- ・ 利用者がやりたいこと、取り組みたいことが聞けたので発見につながった。
- ・ 利用者の能力など発見があった。例：卓球は難しいと思っていたができた。
- ・ 歩行や立ち座りにおいても、その動作のみならず。行き先や〇〇をした後に△△をする、など行動目標の幅が広がったと感じる。
- ・ 家族の説明した際に、「それは助かる」ととてもよい反応だった。デイサービスでの活動目標ではなく、日常生活にしっかり根付いている目標のため、家族の理解を得やすかった。
- ・ たまたま芸術祭をデイサービスで行ったので、それに目指して作品づくりを熱心に取り組まれた方があった。
- ・ 状況変化を知るための時間がもう少し欲しい。
- ・ あまり効果は感じなかった。

3) 利用者に対するデメリット

- ・ 特になし 6
- ・ 利用者の希望を叶えることができない、又は難しい目標は利用者にストレスを感じさせてしまった。
- ・ 目標に生活行為向上とは関連ないと思われるものがあった。

4) 事業所やスタッフにとっての効果や変化、良くなかった点

- ・ 職員が実施内容を把握でき、行動できたため、活動の促しがスムーズに行えた。
- ・ 今後、利用者の声からプログラムにつなげていく際の指標の一つになったと思う。
- ・ 利用者のニーズが分かりとても良かった。

- ・利用者の希望や目標を目指すための日々の注意事項、リハビリ内容等の組み立て方、取り組み方の意識が新たにできた。
 - ・目標が明確化されていたため、職員も意識してできると思った。
 - ・関わったスタッフにとっては、個別機能訓練への意識づけになったと思う。
 - ・実際に以前から行っていた活動とリンクして、発言や表情など次のステップにつながるアセスメントの実施ができた。
 - ・利用者のことを深く知ることはできたが、効果や変化は特になかった。
 - ・以前から行っていたことの理由を明確にすることができ、健康のためだけではなく、目標に近づくための声掛けがみられた。
 - ・以前から利用者のしたい事や希望を聞き、取り入れていたので、特に効果や変化を強く感じてはいない。
 - ・事業所側の反省点として、もう少し周囲を巻き込んで実施したかった。
 - ・利用者に介入群と対照群で利用者を分けた点の不満がみられた。
- 5) スタッフへの導入、事業所での実施にあたり工夫した点や大変だった点、苦労した点
- ・特別な工夫はしていない。
 - ・体調に合わせて無理強いをしないように進めた。
 - ・目標にしていることを利用者に勧めてもなかなか実施に至らない方もいた。
 - ・家族にも関わってもらわないと効果が出たとは言えないケースが多い。デイサービス来所時のみの対応では、一部になると感じる。
 - ・他のスタッフに目的などが周知できず、一部のスタッフが取り組むかたちになった。
 - ・OT との打ち合わせなどを一人の担当者が行ったため、負担が大きくなった所があった。
 - ・目標やそのための活動を周知することが難しかった。
 - ・個人目標を一覧にして分かるように工夫した。
 - ・継続して利用者のニーズと一緒に答えていってもらいたい。
 - ・なかなか意識して行動することができなかった。
 - ・試験的な導入のため、家族やケアマネなどと連携ができる包括的な支援につながらなかったため、事業所内のみで行うしかなかった点。
 - ・以前から行っていた活動の実施スタンスが強く、なかなか生活行為向上につながらなかった。
 - ・難しい内容ではないと思うが、聞き取りに時間がかかるので利用者人数が多いデイサービスだとなかなかゆっくりと話しができない。業務に追われている。
 - ・特に苦労はなかった。
- 6) 利用者への導入にあたり、工夫した点や大変だった点、苦労した点
- ・利用者の方がアセスメント時に話した内容を覚えていないことがあったため、継続に苦戦した。
 - ・利用者に目標を明確に持ち続けて頂くため、忘れないようにと言いすぎてしまうことで目標を壊さないようにすること。
 - ・利用者の発言と行動には差があるため、サービスという観点より日常生活の中から自然な形で導入できるよう声かけを行った。
 - ・拒否された方には他のことを提案した。
 - ・利用者への導入も一人の担当者が行ったため、負担が大きくなった所があった。
 - ・利用者のやる気を引き出すことがなかなかうまくできなかった。
 - ・もう少し長期的に考えてもらいたかった。
 - ・職員への意識づけ、機能訓練指導員が目標一覧を分かりやすく工夫していた。
 - ・利用者数が多いので、なかなか行きとどいたアプローチができなかった。
- 7) OT が立てたプランから得られた内容
- ・コンセプトの実施において具体性のある活動が重要であると改めて実感できた。
 - ・細かいところの情報を知ることができた。
 - ・今後、利用者の声からプログラムにつなげていく際の指標の一つになる。
 - ・目標設定やアセスメントは参考にしたい。
 - ・アセスメントシートは参考にしたい。
 - ・専門的な目線で参考になった。

- ・目標に対してどのように支援するのか、専門職としての意見が見られたので良かった。
- ・段階を追って目標に近づくにはどうすればよいのか、という細かい所まで設定されたプランはとても勉強になった。
- ・スタッフも知らない情報を得ることができ、サービスの幅や着眼点について勉強になった。
- ・日常生活動作一つでもしっかりと計画を立て、細かく説明することで利用者が納得していただけることに気づけた。
- ・一つの目標に向かって日常生活の積み重ねの中からも有効な部分がたくさんあり、それを書き出し、組み立てることで、向上支援につながるという認識が持てた。

8) 今後の活用について

- ・活用できる。この度介入した利用者以外にも導入できる可能性が高いと感じる。
- ・コンセプト実施に向け、利用者のアセスメントをしっかり行い、具体的な内容を設定して、実施に向けた声掛けを行っていききたい。
- ・参考にしていきたい。
- ・今回、利用者個々で立てた目標を何らかのかたち（介護計画書やゆめふるプログラム等）で活かしていければ良いと思う。
- ・職員に目的をしっかり周知し、同じ目線でサービスを提供できるようにすることが大切だと感じた。そのためにはマネジメントをすることが必要だと感じた。
- ・専門家の視点のマネジメントを見習いつつ活用できたらいいと思う。
- ・ニーズは今後の活動に活かそうだった。
- ・目標設定やアセスメントをしっかり立てられれば良いが、実際には難しいと感じている。
- ・OT が常勤でデイサービスに居ればマネジメントとして活用できると思う。
- ・今よりも密に連携を取ってケアプランを立て、随時変更していけるようにすれば活用していけると思う。
- ・訪問介護につなぐことで、一利用者の家での生活にも活用すればトータルに見て行けると思うため、導入できれば良いと感じる。

9) その他、感想等

- ・資料や聞き取りの内容など大変参考になった。
- ・取り組み頂きありがとうございました。今後も利用者に提案していけるような環境や話しやすい雰囲気作りをしたいと思う。
- ・事業所で取り組んでいる「ゆめふるプログラム（利用者の夢ややりたいことを叶える）」を行っているので、近いものがあると感じた。

IV まとめ

通所介護事業所利用者に対して、OT がマネジメントを行い立てたプランを福祉職が実施するといった今回の取り組みについて、実施経過や結果を基に次のことが言える。

1. OT は通所介護事業所の利用者に対する 1 回(約 40 分)の関わりにおいて、目標の聞き取り、プランの立案が可能であること

OT は、基本情報、日常生活活動(以下 ADL) や日常生活関連活動(以下 IADL) 情報などを本人から聞き取ることで、対象者の生活をイメージできる。また、本人や周辺環境を考慮し、段階づけたプランや本人の望む作業を実際の生活につなげるプランを立案できることが分かった。

2. OT の立てたプランに基づき福祉職が生活行為に対する支援を実践できること

福祉職に対し、①対象者への評価の視点、②プランの導入方法、実施頻度などの具体例、③段階づけた支援方法、④家族、ケアマネへの提案方法などを助言することで、生活行為の支援の方策が具体的にイメージできたと考える。

3. マネジメントの実施により ADL や IADL、QOL に変化がみられなかった要因として、次のことが考えられる。

- 1) 研究事業実施にあたり事前打ち合わせ等実施したが、事業所職員全員には周知できず、十分に介入できない事例があった。
- 2) 福祉職が介入に行き詰った際、OT による対応が必要であったが、今回の事業においては十分な相談対

応ができなかった。

- 3) 社会適応練習を含むプランを立案していたが、介入期間の短さやマンパワー、ケアマネジャーや家族との調整が困難であったため、実生活における介入が困難であった。
- 4) 導入から実施までの準備期間が短く、また一度に複数の対象者への介入を行なったため、十分な取り組みができなかった。

V. 今後の課題

通所介護事業所において OT と福祉職が連携し、対象者にとってより効果的な介入を実施していくうえで、次の課題が明らかになった。

1. より良い支援のための事前情報の収集

マネジメントの実施において、認知症や精神疾患のため、対象者から適切な情報を得ることができない例もみられた。

効果的なマネジメントを実践するための事前情報として、次の内容が必要である。

- 1) 基本情報：年齢、性別、家族構成、介護度、病歴、認知症の状態、サービス利用状況、生活環境
- 2) ADL 情報：移動状況
- 3) ケアマネからのサービス導入の目的や依頼内容
- 4) スタッフの捉える本人の状態

以上の情報があることで、OT による適切なアセスメント、プランの立案が行えると考ええる。

2. マネジメントプランを通所介護計画書へ盛り込むための共通書式の作成

今回の介入では、OT がマネジメントによるプランを立案し、担当事業所スタッフとの検討会議を開催した。検討会議では、事業所で実行できるプランへの変更や、具体的方法の提示を行った。しかし、実際の通所介護計画書にプラン内容が盛り込まれることはなかった。その理由として、今回の取り組みが研究事業としてのものであり、事業所における長期的な実践のための手法として捉え、意識できるための導入ができなかった点があげられる。

今後、より効果的に本マネジメントを実践していくうえでは、事業所スタッフが生活行為向上支援への意識を高め、共に取り組む意識を高めるための導入方法の工夫や、通所介護計画書に盛り込むための共通書式の作成が必要であると言える。

3. ケースに応じた対応と連携

今回の介入では、記憶力低下により自らが述べた目標を忘れる例やプラン実施が困難な例もみられた。プランの遂行に関わる福祉職がプランの意味を対象者に繰り返し伝えること、また評価後にも OT が適宜訪問し、現状に適した対応を福祉職と共に考えることで、対象者の状態に応じたプログラムの実施が可能となると考える（図 3）。

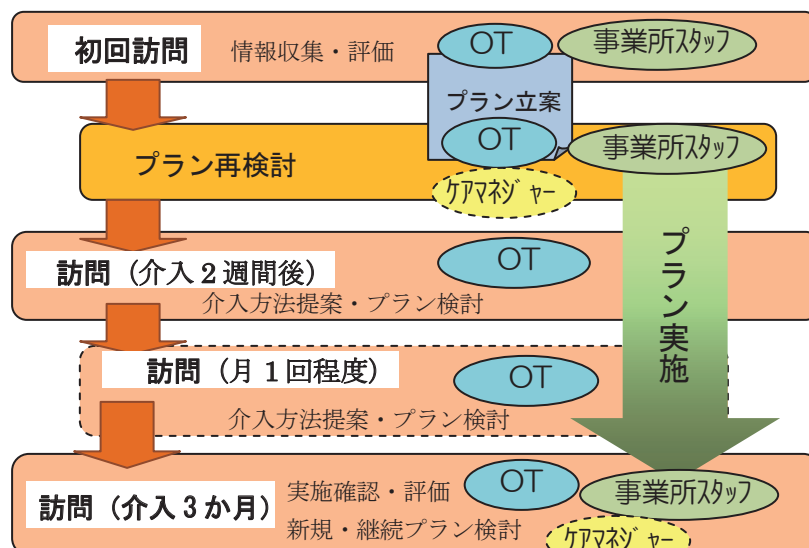


図 3. 通所介護事業所への OT 介入の流れ

生活行為向上マネジメントを通所介護事業所で実施するためのポイント

通所介護事業所において、作業療法士による生活行為向上マネジメント（以下、マネジメント）によるプランを、事業所の福祉職員が実施するためのポイントを Q&A 形式で示します。通所介護事業所で新たに取り組む際の参考にしてください。

Q. 通所介護事業所におけるマネジメントを行うことで、どのような効果があるのですか？

A. マネジメントは作業療法士が、対象者の望む作業を聞き取り、その作業を本人が実現できるようアセスメントし、対象者の周囲にある様々な生活資源、社会資源を活用し、多職種が協働できるプランを立案するといった一つのツールです。

これまでのマネジメントの実践において、対象者が望む作業の実現に向けて、サービス提供機関や提供者が共に取り組むことで、対象者本人の生活意欲を向上し、生活行為の維持、向上につながることを示されています。

通所介護事業所は、対象者の生活の場に身近なサービス提供機関であり、生活に直結できる支援の場でもあること、介護の専門スタッフが本人の望む作業を共に繰り返し練習、試行、実践できる場でもあると言えます。

対象者の心身機能、活動と参加、環境の現状を評価し、予後予測を行い、具体的なプランを立てることを専門とする作業療法士と通所介護事業所の福祉職の共同により、マネジメントによるプランを立案、実施することでより効果的な支援が実現できるのです。

Q. マネジメントの実施過程において、作業療法士と福祉職はどのように役割分担をして進めていくのですか？

A. 通所介護事業所の福祉職が事業所や自宅における対象者の状態を把握し、その情報を作業療法士に情報提供します。加えて、ケアマネジャーからの情報や対象者の状態をもとに、作業療法士は、マネジメントを活用して本人の望む作業を聞き取り、アセスメント、プランを立案します。作業療法士が立てたプランは、事業所の担当福祉職やケアマネジャーと共に検討会議の場において、より効果的な実践ができるよう再度検討を行ない実際に行うアプローチを決定します。

マネジメントを実施する際、対象者や家族への事前説明は、事業所の担当者やケアマネジャーが行います。作業療法士も評価を行う際に、対象者にマネジメントについての説明を再度行います。

プラン検討会議で実際に取り組むプランが決定した後に、取り組む内容を事業所の福祉職から本人に説明し、本人に確認後、アプローチを行います。途中で、分からないことや困ったことがあれば、随時、福祉職、ケアマネジャー、作業療法士間で相談するなどして、情報交換を行い解決していきます。

Q. 事業所で新しくマネジメントに取り組む際に、事業所内で準備しておくことはありますか？

A. 事業所のスタッフが、マネジメントとはどういった内容でどのように実施していくものなのかを理解するための研修会や勉強会を事前に行なったうえで取り組むと良いでしょう。何のためのものなのか、どういった効果が得られるのかを理解せずに、いきなりプランを実施すると、実施する際に戸惑い、また、実施している途中で方向性を見失うことになります。

また、いきなり利用者全員に対して実施するよりも、少人数から取り組み、徐々に人数を増やしていくことで、戸惑った時や、困った時の対応が容易になります。

Q. 作業療法士がマネジメントによるプランを立てる際、通所介護事業所の福祉職が事前に準備することはありますか？

A. 事業所に常勤ではない作業療法士がプランを立てる際には、対象者の情報を教えてください。
具体的には、次の内容があるとマネジメントがスムーズに行えます。

- 1) 基本情報：年齢、性別、家族構成、介護度、病歴、認知症の状態、サービス利用状況や生活環境
- 2) 日常生活（ADL）情報：移動状況、食事、排泄、入浴、整容など
- 3) 日常生活関連活動（IADL）情報：家事の実施の有無や状況、外出の有無や頻度など
- 4) ケアマネジャーからのサービス導入の目的や依頼内容
- 5) 事業所スタッフが捉える本人の状態やこれまでの取り組み状況

Q. 作業療法士がマネジメントの評価を行っている時、福祉職の協力が必要ですか？

A. 対象者本人の評価を行う前に、上記の情報を事前に教えて頂き、また、本人に作業療法士を紹介してください。

評価時にずっとそばについて居なくても大丈夫ですが、本人の状態について不足している情報がある場合には、評価中や評価終了後に確認、相談をお願いすることがあります。

Q. 作業療法士がプランを立てた内容は、そのまま実施するのですか？

A. 作業療法士がアセスメントの結果をもとに一定のプランを立てた後、事業所の担当者やケアマネジャーと一緒に、事業所内や自宅で実際に実現できるプランになるよう再度、内容を検討します（プラン検討会議）。

プラン検討会議では、必要なアプローチを事業所のどの環境を活用して、どこでどのように実施するのか、誰が支援するのか、自宅でのアプローチが必要な内容は、誰が行うのか、他のサービスの導入も含めて考え、実際にできるプランを立てます。

Q. 対象者にプランを実施する際、その説明はどのようにするのですか？

A. マネジメントのシートは、本人の望む作業を聞き取る「作業聞き取りシート」、本人の状態をアセスメントし、3ヶ月程度で実現できる作業目標を検討する「生活行為向上アセスメント表」、アセスメント表で検討した作業目標を実現するためのプランを示す「生活行為向上プラン表」の3つから構成されます。事業所の担当者が、作業療法士が各シートに記載した内容を基に、本人が望んだ作業を示し、アセスメント表から現状がどのような状態で、どのようなことが可能になると考えられるのかを伝えます。そのうえで、3ヶ月後に目標とする作業目標を本人と確認します。さらに、プラン表を用いて、事業所内で取り組む内容や自宅で行う内容を確認し、いつ、どこで、誰と実施するのかを確かめます。

高齢の方や認知症などにより記憶障害がある場合、対象者本人が述べた望む作業を忘れている場合があります。その場合は、再度、望む作業を確認して、説明を行います。また、プランを実施している間にも説明したプラン内容を忘れてしまう場合もあると思います。その度に、何度も説明し、本人が何に取り組んでいるのかを思い出せるよう支援してください。

Q. プランの内容は毎日行うのですか？

A. 基本的には事業所を利用された際に毎回実施することは、何を目標に取り組んでいるのかを忘れず実践するために効果的です。支援できるスタッフの人数が少ない時や、特別イベントのある時などは、その時々に合わせて可能な範囲で実施してください。また、個別対応が必要な内容（応用練習や社会適応練習）など、毎回取り組めない内容は、実施する日を設定して、取り組んでください。

全ての内容が毎回必要でない場合もあります。プランを検討する際に、どの位の頻度での実施が必要かも考え、また、どのように工夫すれば必要な支援が実現できるかも含めて検討しておくとい良いでしょう。

Q. 一度立てたプランはいつまで続けるのですか？

A. マネジメントのプランはアセスメント表で立てた作業目標を達成できると考えた期間を目安としています。3ヶ月程度と見立てて立てたプランは、3ヶ月で一度見直します。また、途中で実施困難になった場合や、予定よりも早く目標に到達できた場合は、再度、目標とする作業内容やプランを見直します。適宜、必要な時に作業療法士と相談しながら進めてください。

Q. 基礎、基本練習を事業所で行う際の工夫を教えてください。

A. 対象者が自分自身で過負荷の程度を管理できない、転倒の危険が伴うなど、危険のある場合は個別での対応が必要となります。しかし、多くの場合、集団での体操などに、基礎、基本練習に必要な要素を組みこむなど、工夫により実施できることがほとんどです。また、方法を示せば自分で取り組める方の場合には、最初の説明をスタッフが付き添って行い、その後一人で実施できているかを確認し、自主練習で実施してもらうなど、段階づけて個人で取り組めるように支援する方法もあります。対象者の状態と実施する内容に応じて、工夫してみてください。

一度、一人の対象者に工夫すれば、その後同じような取り組みを行う対象者がいた場合に先に実施した工夫が使えることがあります。また、工夫の仕方が分からない場合は、作業療法士に相談してください。

Q. 応用練習を事業所で行う際の工夫を教えてください。

A. 応用練習は、実際の作業を模擬的な環境で行うものです。例えば、料理や外出、買い物などです。今回の研究事業での取り組みでも、これらに加えて卓球やカラオケ、キャッチボールなどを望む作業として挙げられる方がおられました。

料理は、部分的な要素では、昼ご飯時の盛りつけや、配膳を手伝ってもらう、おやつを切り分ける際などに一緒に行うことで実施できます。また、一つの物を作るには、おやつを一から一緒に作ることや汁物をスタッフと一緒に作るなどで実施できます。外出や買い物は事業所の外出や買い物イベントを企画し参加することや、遠方まで行かなくても事業所周辺の散策に出かける、近所のコンビニに行くなどでも実現できます。卓球は道具が必要ですが、ラケットとボールがあれば、卓上でラリーを楽しむことができます。

既に事業所にある物や環境を活用して、実施できることも多いものです。また、対象者の希望を機に、新たな取り組みの機会を検討することも、事業所のメニューを増やし、魅力を増やすうえでも効果的です。

Q. 社会適応練習を行う際の工夫を教えてください。

A. 社会適応練習は実際の場所で、本人の望む作業を実施するものです。家やデパート、旅先など、事業所以外の環境で行うものが殆どです。通所介護事業所のスタッフが支援できる環境は、事業所内、事業所利用時間内に限られ、実際の実施環境での支援は難しいのが現状です。しかし、関わるサービスとの連携により、通所事業所の中での応用練習で実施できたことを、他に関わるサービスと連携し、社会適応練習につないでいくことは可能です。訪問介護や訪問リハビリテーション、看護など、利用している他のサービスがあれば、通所事業所で行なっている内容を適宜伝え、共に支援し実現できるよう考えてみましょう。

また、これまでの取り組みにおいても、ケアマネジャーや連絡ノートなどを通じて、同居している家族に伝えることで、実生活での実現につながった事例もあります。

通所事業所だけで解決するのではなく、他のサービスや支援者、環境を活かして実現することを視野に入れて、支援の方法を工夫してみてください。

Q. マネジメントの効果はどのようにして測るのですか？

A. 今回活用した、効果指標を参考に、経過を追うことで一定の効果を測ることが可能です。また、作業聞き取りシートの実行度、満足度は簡便に評価できる指標として活用できます。さらに、関わった一人一人のケースについて、経過を追ってまとめ示すことが、具体的な効果を示す指標となると考えます。

第六章 訪問介護と生活行為向上マネジメントの連携

I. 研究経緯

平成 20 年度を起点としたこれまでの本研究事業において、介護保険領域における生活行為向上マネジメントを活用した対象者への介入は、対象者の自立支援に有効であることが分っている。

平成 23 年度の研究事業では、介護職と共同で対象者へ生活行為向上マネジメントを利用した介入プランを立案し、生活行為の改善を確認した。また介護職が生活行為向上マネジメントを容易に活用できることを目的に、福祉職版「生活行為援助シート」も開発した。

そこで今回、訪問介護職との連携による家事自立支援を目指した生活行為向上マネジメント活用の可能性を検証し、作業療法士と共同で立案した介入プランの効果について調査・検討を行った。

また生活行為向上マネジメントの普及、啓発を図るための研修会を実施し、参加者の生活行為向上マネジメントに対する意識調査を行った。さらに一連の作業を通じ、生活行為向上マネジメントによる支援が、居宅療養管理指導との関連性の中でどのように位置づけられ、利用されるべきかを検討した。

これらの研究内容について以下に報告する。

II. 研究目的

1. 訪問介護職との連携による家事自立支援を目指した生活行為向上マネジメントの活用可能性を検証すること。
2. 生活行為向上マネジメントの普及、啓発すること。
3. 生活行為向上に視点をおいた居宅療養管理指導のあり方について検討すること。

III. 研究内容

1. 研究班員

氏名	所属先名
○渡邊 忠義	あさかホスピタル
小林 毅	千葉県立保健医療大学
木村 修介	新緑訪問看護ステーション長津田

2. 協力機関

- 1) 社会福祉法人横浜市福祉サービス協会
- 2) 一般社団法人神奈川県作業療法士会会員

3. 生活行為向上マネジメントの活用可能性の検証

- 1) 研究概要：介入対象者の心身機能、日常生活能力、社会機能等の情報を事前に確認。事前情報から読み取れる生活行為向上のポイントを想定し、訪問介護職（サービス提供責任者）と対象者宅へ同行訪問した。訪問による面接や生活行為確認により対象者像を明確にし、自立に向けた生活行為プランを策定した。訪問介護職の見守りや支援の下、対象者は生活行為プランを約4週間実施した。4週間後、対象者の生活や心身状況の変化について再評価した。
- 2) 介入対象者：研究協力の委託先である横浜市福祉サービス協会介護事業所（〒221-0055 横浜市神奈川大野町 1-25 横浜ポートサイドプレイス 4F）の訪問介護サービスを利用する24名の高齢者等とした。
- 3) 対象者事前調査：基本情報表、興味関心チェックリスト、Barthel Index (BI)、老健式活動能力指標、Frenchay Activity Index (FAI)、主観的健康感、HUI 等により、対象者の心身機能、日常生活能力、社会機能等を確認した。
- 4) 介入（訪問及び生活行為プランの作成）：作業療法士と訪問介護職（サービス提供責任者）が対象者宅を訪問し、対象者等からの聞き取りおよび行為確認により、「生活行為聞き取りシート」、「生活行為アセスメント表」、「生活行為向上プラン表」、「生活行為申し送り表」を記入。「生活行為向上プラン」について、その内容を対象者および訪問介護職に説明し、対象者に作業遂行を促した。
- 5) 「生活行為向上プラン」の遂行：対象者は約4週間、「生活行為向上プラン」を遂行。その間、訪問介護職は対象者の作業状況を見守り、その状況を「生活行為援助経過シート」に記録。
- 6) 介入効果の検証：「生活行為援助経過シート」等の分析を行い、介入の有効性について検討。
- 7) 対象者意見の収集：研究事業に関する意見や感想を対象者から聴取。

4. 普及啓発

- 1) 介護事業所職員への生活行為向上マネジメント研修会開催。
 - (1) 日時：平成25年2月22日～23日
 - (2) 場所：かながわ労働プラザ（Lプラザ）および横浜市福祉サービス協会介護事業所本部
 - (3) 参加者：介護事業所職員272名
 - (4) 内容：
テーマ）人は作業をすることで元気になれる研修会
～お客様のできることってなあに～
研修内容）生活行為向上マネジメント総論及び介入事例の「生活行為向上プラン」について
- 2) 参加者意識調査実施。

5. 居宅療養管理指導のあり方検討。

○研究事業全体会で療養管理指導としての位置付けを検討した。

IV. 結果

1. 生活行為向上マネジメントの活用可能性の検証（対象者24名中「生活行為向上プラン」回収は18名）
 - 1) 対象者の平均年齢は79.6歳（男性80.6歳、女性78.9歳）であった。

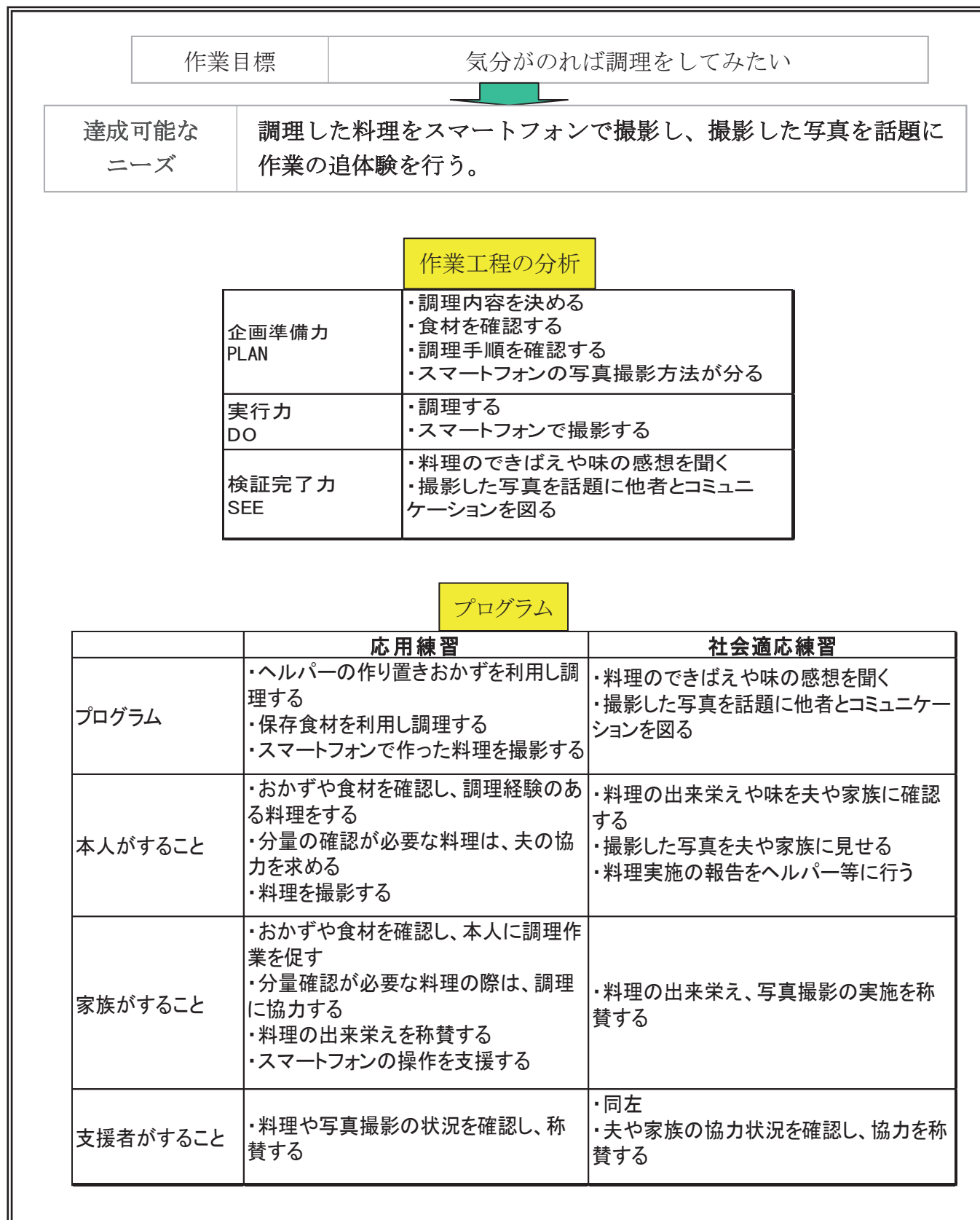
- 2) 対象者の主たる疾患は骨関節疾患 31%、脳結果案疾患 31%、廃用症候群 17%、神経難病 7%、その他 14%であった。
- 3) 「生活行為聞き取りシート」により対象者の作業目標を引き出し、「生活行為アセスメント表」を活用し、表 1 のように達成可能なニーズへの落とし込みをした。

(表1) <「生活行為アセスメント表」活用による達成可能なニーズへの落とし込み>

No.	年齢	性別	作業目標	達成可能なニーズ
1	82	男	①家の掃除と整理整頓をしたい。②自分の目で見て、買い物がしたい。	①一度に家の中の掃除をすると疲れてしまうので、1部屋ずつ午前午後に分けて活動量を分散して、日中を過ごす。②現状の廃用状態からの改善に合わせて、買い物という一連の活動の実施を図る。
2	71	男	沸騰したやかんや電子レンジで温めた物をテーブル(食卓)まで安全に運ぶ	沸騰したやかんや電子レンジで温めた物をテーブル(食卓)までキャスター付きワゴンを使って運ぶ。
3	62	女	気分がのれば調理をしてみたい	調理した料理をスマートフォンで撮影し、撮影した写真を話題に作業の追体験を行う。
4	81	女	料理ができるようになったら良い	卵かけごはんのアレンジメニューをヘルパーと作り、普段の食事のレパートリーを増やす。
5	76	女	昔、習字をしていた。習字が出来たら	習字をする前段階として書字をする。 毎日の痛みや出来事などをノートに書き、書くことを通して痛み以外の出来事に目を向ける。
6	84	女	買物に1人で行けるようになる事	訪問支援者とともに自宅から比較的距离が近い薬局/コンビニまで行き、買い物をする。
7	88	女	膝が痛くなく散歩をしたい	膝の痛みを維持し、散歩回数を増やす。
8	79	女	孫と挨拶を交わしたい。自宅周囲の掃き掃除をしたい	屋内の掃除をヘルパーと一緒にを行う。
9	83	女	ヘルパー付添いで近所のコンビニに行き買い物をする	ヘルパーの歩行介助を受けコンビニに行き、屋外歩行機会を増やし歩行能力向上と外出不安軽減を図る。
10	67	女	①毎日の洗濯・食器洗いが自分で出来る②病院までバスと徒歩で移動出来る	①洗濯・食器洗いを可能な限り自分で行う。②雨の日以外は介護タクシーを使用せず病院へ行く。
11	80	男	年賀状を書きたい	ある程度印刷された年賀状に、一言添えたり、自分の住所を書くことができるようになる。
12	64	男	携帯電話のメールを使えるようにになりたい	携帯電話のメール(ショートメール)で、訪問介護事業所の職員さんとやり取りができるようになる。
13	89	男	住み慣れたアパートでの独居生活の継続	家事動作の一部(掃除、洗濯、整理)にかかわる割合を増やす。
14	90	男	たまった写真を整理できたら	現在に近い写真から整理し、二人(本人・妻)の一番素敵な写真を見つけていく。
15	88	男	膝が痛くなく外出機会を増やしたい	近隣のかかりつけ医やバス停へ安心して1人で行くことができる。
16	87	女	寝室と居間の間を自由に行き来したい	居室環境の変更および福祉用具を活用した移動移乗により、安心安全な生活行為を行う。
17	72	女	調理に少しでも関わることができれば	ヘルパーの調理作業の一部を担当
18	89	女	蕎麦やパスタを茹でて食べたい	蕎麦やパスタを茹でて食べる。献立の種類を増やす。

4)「生活行為向上プラン」の1事例を以下に示す(図1)。

(図1)「生活行為向上プラン」



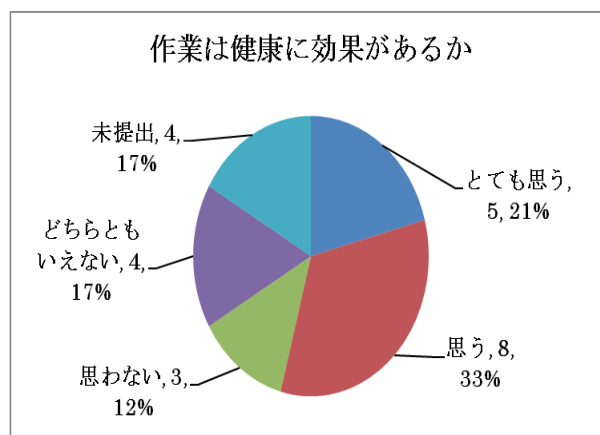
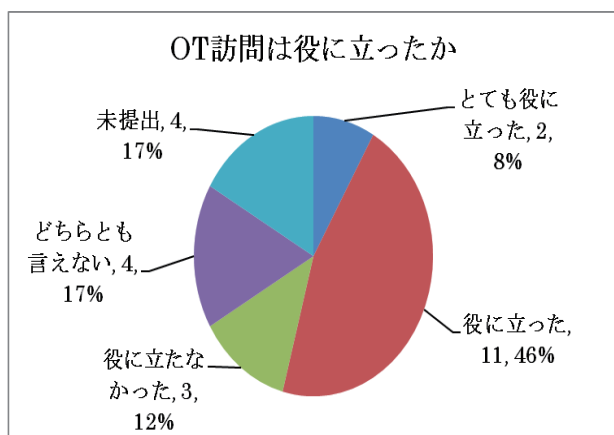
5) 図 1 事例の経過（「生活行為経過援助シート」）を以下に示す（表 2）。

(表 2) 生活行為援助シート				
作業種目： 調理した料理をスマートフォンで撮影し、撮影した写真を話題に作業の迫体験を行う。				
対象者：		担当者：		
日付	作業内容 (取り組んでいる生活行為の状況)	生活行為を通じての結果 (表情・発言など)	備考 (関わり方など)	
12/13	自分で調理したものを写メにする。	明るい表情でプチ自慢的な発言。	できたことを聴き、褒めて次回へつなげるような声かけを行う。	
12/19	カレーライス・リンゴ煮・パン焼き・キヤベツのスープ煮を作ることができた。	意欲的に調理の範囲が増えてきている。リンゴ煮に関しては、最初レンジで作ったものはおおいくないと、改めて煮直したらおいしくできたと、挑戦する意欲も出ている。	失敗しても改めて挑戦する意欲があることをほめ、また新たなものに挑戦できるような気持ちになるよう声かけをする。	
1/5	お雑煮を作った。	おもちを食べ過ぎてしまい、太ってきた。	お正月も過ぎたので、おもちの量を減らした方が良いと助言した。	
1/10	磯辺巻き、きな粉餅を作った。	調理の他に家事全般を行う意欲が出てきた。積極的に掃除や洗濯を行うという気持ちになってきた。	家事を行う楽しみを見出してもらえるよう声かけをした。	

6) 対象者アンケートの結果（対象者 24 名中、回答 20 名）

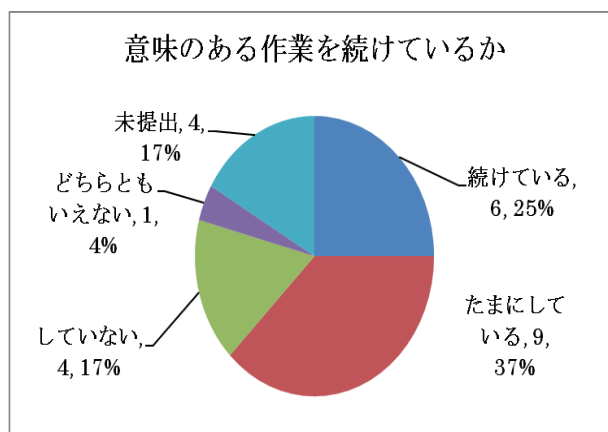
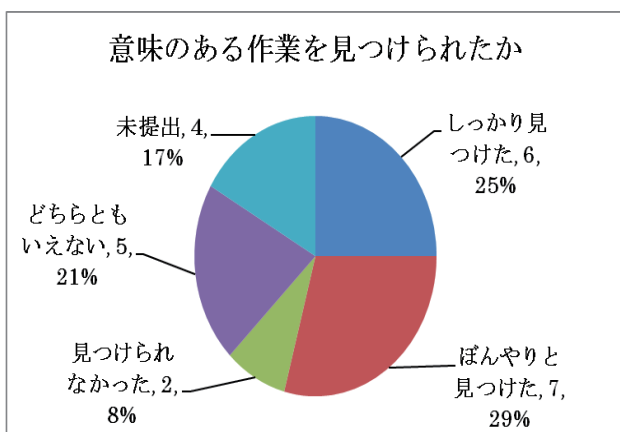
○作業療法士の訪問が役に立ったとの回答は 54%であった。一方、役に立たなかったという回答は 12%であった。

○作業を行うことは健康に効果があるとの回答は 54%であった。一方、思わないとの回答は 12%であった。

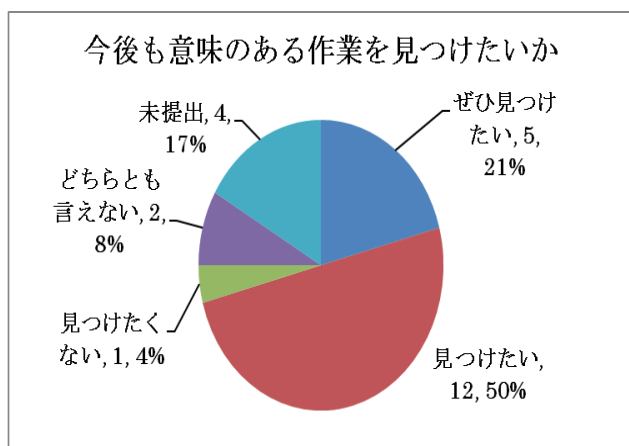


○作業療法士の訪問により意味のある作業が見つけれられたとの回答は 54%であった。一方、見つけれなかったという回答は 8%であった。

○意味のある作業を続けているとの回答は、62%であった。一方、していないとの回答は 17%であった。



○今後も意味のある作業を見て行って行きたいとの回答は 61%であった。一方、見つけたくないという回答は 4%であった。



○自由意見（抜粋）

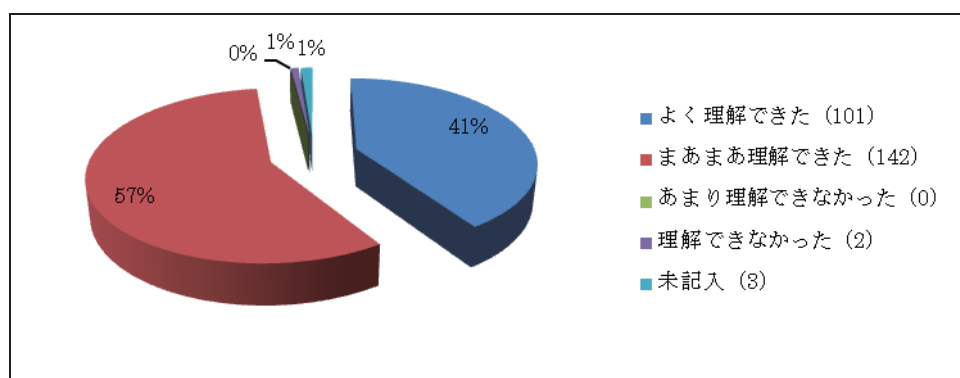
- ◆外に出てリハビリを受けるのは苦手だが、在宅でのリハビリや指導はありがたい。アドバイスも良かった。
- ◆ためになった。
- ◆生活向上するためには（作業は）必要だと思う。目的を持って（いれば）何かはできる。
- ◆とても良かった。手先を自分で合わせて両手を洗えるようになった。この先も機会があればやってみたい（研究に協力したい）。
- ◆やりたい活動を見つけないが、自分が今どうしたら良いかさっぱり分からない。
- ◆1回の訪問では深く理解できなかった。

2. 普及啓発（研修会後のアンケート結果から/抜粋）

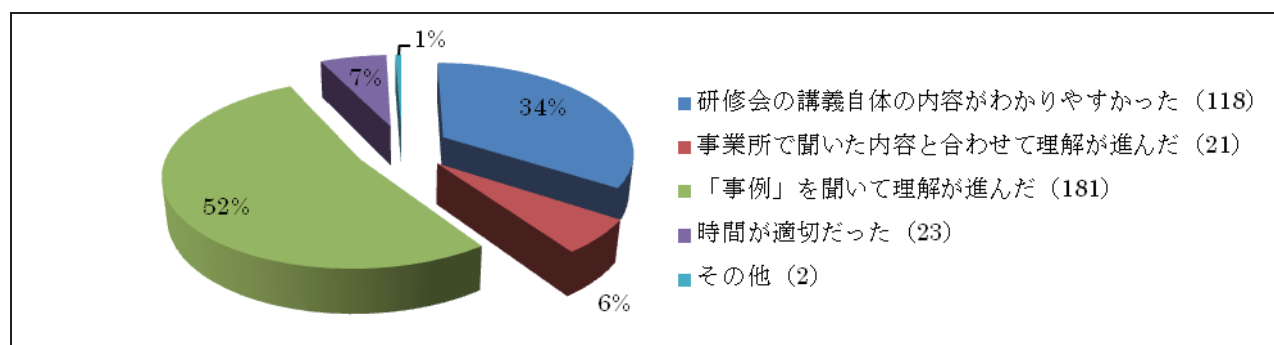
1) 資格については、「介護福祉士」が最も多く、「社会福祉士」を取得している者も 15 名（5.5%）いた。272 名のうち 53 名（19.5%）が介護支援専門員を取得していた。

2) 介護職としての経験年数は、おおむね 10 年以上で、5 年以下は 15 名（5.5%）と少なかった。

3) 講義内容は、理解できた者の合計が 243 名（98.0%）と大勢を占めた。



4) 「よく理解ができた」「まあまあ理解ができた」のは、なぜだと思いますかの問に、特に「事例」を提示することで理解が図られたことが示唆されている（複数回答可）。



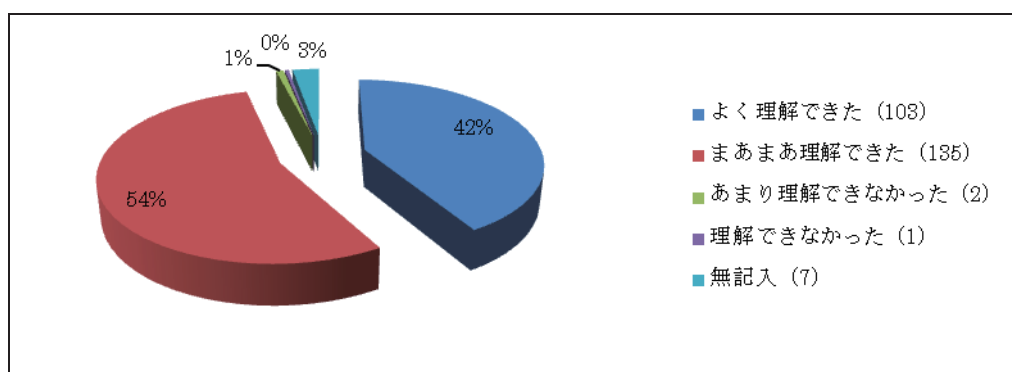
5) 研修全体の感想では 118 名からの意見の記載があり、おおむね研修内容が理解できたという内容であった。特に、「事例による説明がわかりやすかった」「アセスメントの重要性の理解が進んだ」「前

向きな（プラス）思考を学んだ」といった記述が多かった。一方、時間的な制約もあり、「早口だった」などの意見もあった。

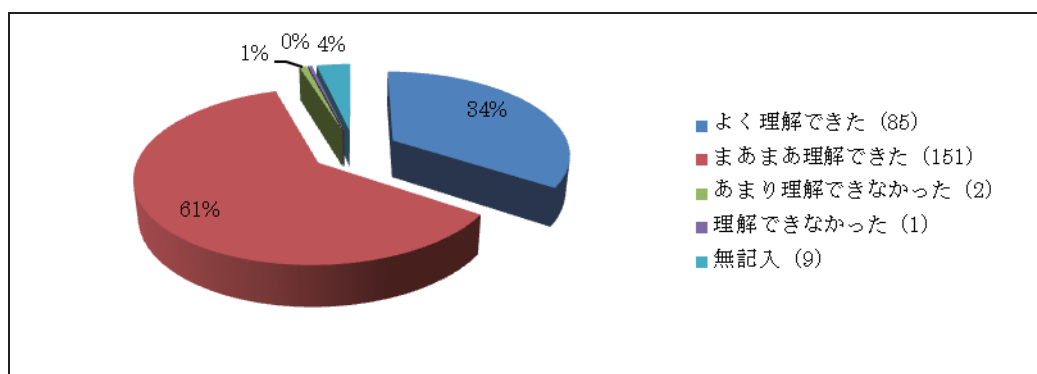
6) 意味のある生活行為に関する各項目理解について

○下図のとおり意味のある生活行為に関する i) から vi) までの事項について、ほぼ 90% 以上の受講者の理解が図られた。

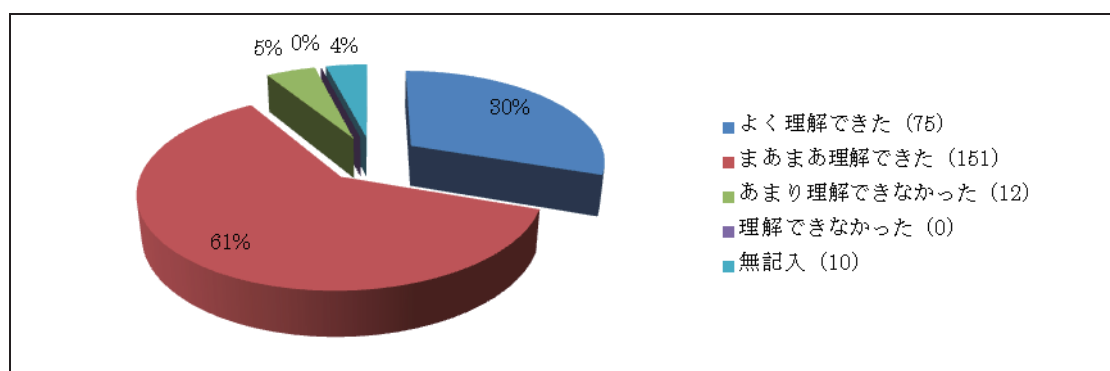
(1) 「その人にとって『意味のある生活行為を見つけよう！』」の理解



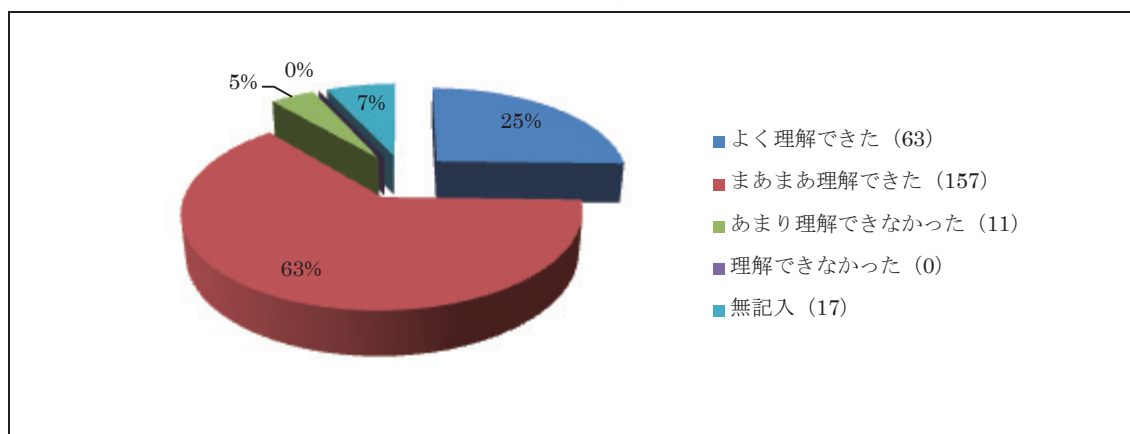
(2) 「生活行為をうまく取り組めるためには人、作業、環境を組み合わせよう！」の理解



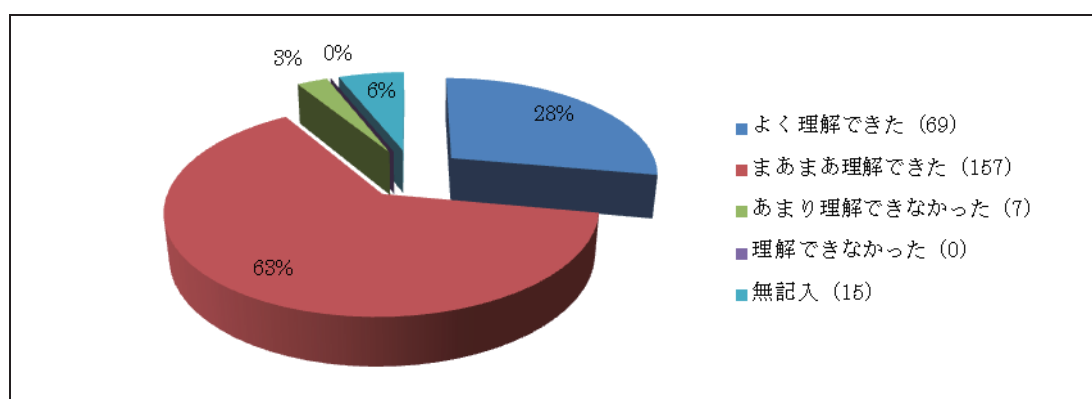
(3) 「生活行為を高めるプログラムが必要！」の理解



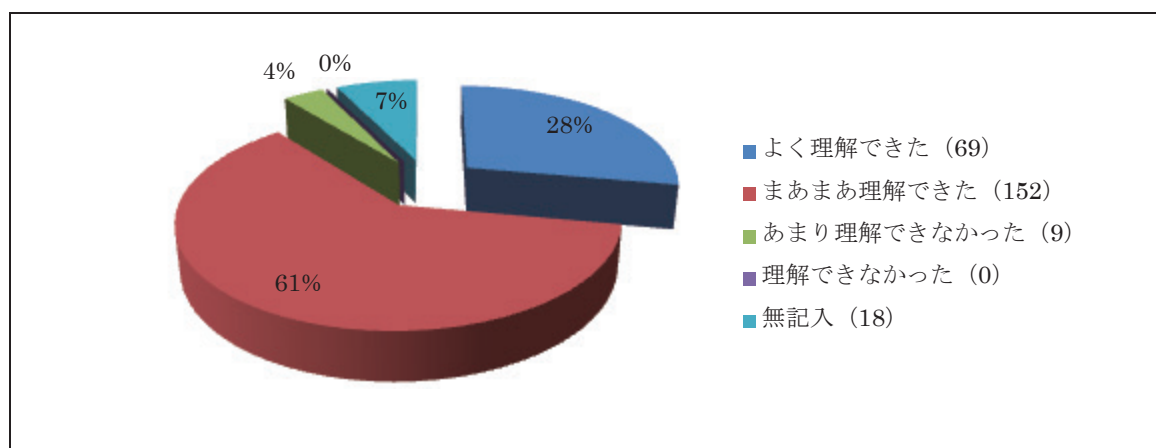
(4) 「生活行為がどこでも継続できるために」の理解



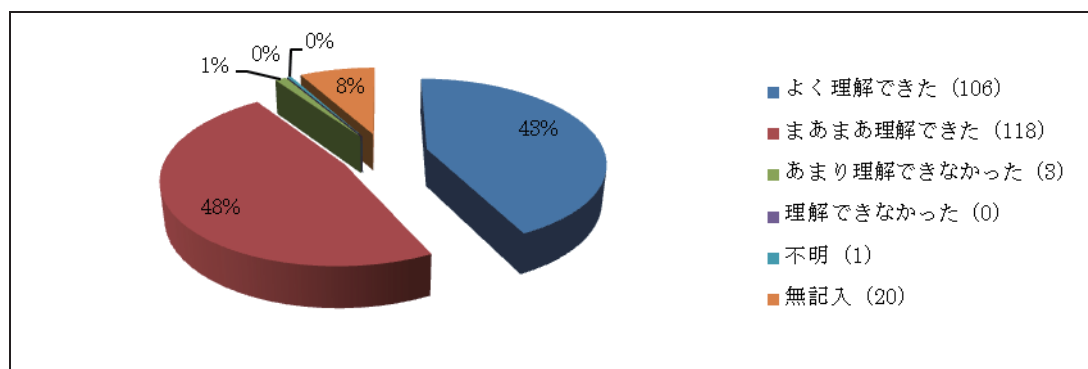
(5) 「健康感の持てる生活行為の提供」の理解



(6) 「地域で高齢者がしたい生活行為が継続できること」の理解



7) 作業療法士との連携・協力については、24 名（90.3%）が「理解できた」「まあまあ理解できた」と回答した。一方、「あまり理解できなかった」「理解できなかった」という否定的な回答は少なかったが、「不明」「無記入」が合わせて 21 名（8.5%）であった。



8) 自由意見は 31 件あり、「作業療法士との連携・協働の必要性が理解できた」など肯定的意見が多い一方、「どのように連携を取っていけば良いのかがわからない」といった意見もあった。

V. 考察

1. 生活行為向上マネジメントの活用可能性について

- 「生活行為聞き取りシート」に記載された目標を、より具体的で達成可能なニーズとして「生活行為アセスメント表」に落とし込み、「生活行為向上プラン表」を作成する作業は、いつ、どこで、だれが、どのように行うのかをできるだけ明確にすることで、対象者の自立支援の姿が介護職に認識され易くなる。
- また「生活行為向上プラン表」は、対象者のできること、できないことが明確になり、介護職の IADL 支援の一環である見守りや声かけの重要性が再認識される。
- 約 1 時間の訪問で対象者の能力分析や生活行為向上マネジメントツールに支援内容の落とし込むためには、対象者に関する事前情報の収集が必須である。
- 対象者と日常的な関わりから得た介護職の口頭情報は、具体的な家族の介護協力の程度や生活環境の特徴がみえる重要な情報であり、生活行為向上プラン作成に有用である。つまり生活行為向上マネジメントを実施する際の介護職の同行は重要である。
- 対象者の生活行為向上プラン作成は、一回の訪問では困難な場合もあり、追加（複数回）訪問の機会も必要である。
- 本研究で設定した 4 週間という短期間の中で生活行為向上があっても、要介護度に変化を及ぼす程度の改善であるかは検証できなかった。しかし対象者の中には、少しずつではあるが IADL への参画が積極的になったり、屋内行動範囲の拡大につながった方もいた。
- 生活行為向上プランに基づく介護職の関わりによって、対象者からの発言の機会が増加し、生活の中での不安をはじめて洩らし始めたり、興味関心事の話題を表出するなど、対象者と介護職の信頼関係

や距離の接近が伺えた。

- 訪問の際、作業療法士が聞き取りをしながらその場で環境調整や動作方法等の工夫を指導し、直接支援に結びついた事例もある。作業療法士の訪問では、間接的支援である生活行為向上マネジメントに加え直接的支援も併せて可能となる。
- アンケートでは、「作業療法士の訪問が対象者にとって有効である」及び「生活行為の遂行は健康に効果がある」がそれぞれ約 50%の肯定的回答にとどまった。しかし「今後も意味のある作業を見つきたい」との回答は 71%であり、対象者の意欲や意思を如何に健康感に結びつけるかが課題である。

2. 普及啓発について

- 研修内容について 224 名（90.3%）が理解したとの回答しており、特に作業療法士と対象者宅に同行訪問した方は、より理解が進んだとの感想もあり、連携・協働の意義が伺われる。
- 一方で、「内容は理解できたが、それをどうやって具体的に介護職が行うのか」との意見もあり、生活行為向上マネジメントの熟知度を判定したり、初級、中級、上級等の到達段階の設定や順序立てた研修会の設定が必要と考えられる。
- また「研修時間が短かった」との意見も挙がっており、「講義内容の水準」「事例の提示内容の量」を検討する必要がある。
- 自由意見では、「事例による説明がわかりやすかった」「アセスメントの重要性の理解が進んだ」「前向きな（プラス）思考を学んだ」といった記述が多かった。一方、「早口だった」等時間的制約による影響もあった。しかし今回のような研修形式での伝達や広報、啓発の機会是有効であり、特に、事例のプレゼンテーションは、参加者と知識を共有する有効な手段であった。

3. 居宅療養管理指導について

- 生活行為向上マネジメントを居宅療養管理指導として導入する場合は、介護職等の直接支援者との同行訪問が望ましい。
- 一回のみの訪問（約 1 時間）でも生活行為向上マネジメントの必要性を認識していただけた方もあり、介入初期は複数回（生活行為向上アセスメントおよび生活行為向上プランの整合性を確認することや作業遂行の動機づけ等に要する支援には、月 2 回程度の訪問が必要と考えられる）支援することで、さらにその有効性の認識は拡大すると考えられる。
- 生活行為向上マネジメントの導入後、介護職や対象者の方々から初回訪問だけではなく再度同行訪問を求められた。定期的なモニタリング訪問は必要であり、導入後 3 ヶ月程度、月 1 回のフォローは必要と考えられる。
- 介護職との連携・協働には、事例を共有するなどの具体的な介入方法を示しながら、生活行為向上マネジメントの概要を伝えることが望ましい。生活行為向上マネジメントが居宅療養管理指導として有効性を期すためには定期的な合同学習の機会やシステム構築が求められる。

- 生活行為向上マネジメントによる居宅療養管理指導では多職種連携・協働が必須となり、カンファレンスなど情報共有の機会が必要であり、その機会を保障する制度的な枠組みも必要である。
- 今後、生活行為向上マネジメントの活用が対象者にとって有益で、多職種にも簡便なツールとして使用できるよう、自立支援システムとしての構築を目指す必要がある。

第七章 地域での生活行為実態調査と早期介入支援事業

I はじめに

高齢期は脳卒中等の疾患のほかに、老化による腰痛・膝痛等の筋骨格系の機能障害、指先の感覚低下や難聴等の感覚器系の機能障害、記憶力等の認知機能の低下により、生活に様々な支障が生じる時期でもある。一般に、高齢者の約4割が特別な病気がなくても生活に支障を来すとされ、参加の機会が減り、IADLに次いでADLが低下し、要支援・要介護状態に陥りやすい。健常高齢者の場合には、身近な地域で社会参加やIADL等の生活行為の低下を早期に発見し対処することで、要支援・要介護状態となることを予防し、自立した生活を維持できると考えられる。

我々は研究事業の一環として高齢者の生活行為の状態を捉える生活行為確認表（Ver1.0）を開発し、地域で暮らす健常高齢者を対象に不自由を感じる生活行為を調査した。また、興味・関心チェックリストを用いて地域で暮らす高齢者の活動ニーズを捉え、地域における生活行為支援について検討した。

II 目的

1. 高齢者の生活行為の支障の発見ができる生活行為確認表の開発
2. 生活行為確認表 Ver1.0 による高齢者の生活行為実態調査
3. 高齢者の活動ニーズの実態調査

III 研究内容

1. 班員

	氏人（所属）	所在地
1	大庭潤平（神戸学院大学）	兵庫県
2	小林正義（信州大学）	長野県
3	小林隆司（吉備国際大学）	岡山県
4	村井千賀（石川県高松病院）	石川県

2. 事業協力

	機関	所在地	氏名
1	茅野市西部保健福祉サービスセンター	長野県	依田利文
2	日本総研	東京都	齊木 大
3	諏訪中央病院	長野県	上條 一晃

3. 対象

- 1) 生活行為確認表の開発
長野県茅野市東向ヶ丘地区 65歳以上の住民 40人
- 2) 生活行為確認表 Ver1.0 による生活実態調査
長野県茅野市東向ヶ丘地区 60歳以上の住民 170人
- 3) 調査地域

調査は長野県茅野市の協力を得て実施した。茅野市は人口55,956人（2013年2月）、長野県南信地方に位置し、八ヶ岳、白樺湖、蓼科高原等の観光資源を多く抱える諏訪地方有数の市である。精密業を基盤とする工業都市であるが、高原野菜の産地としても名高く、伝統産業として冬の寒さと乾燥した気候を利用した角寒天があり、その殆どが茅野市で生産されている。標高が高く市役所は日本の市では最も高い801m

に位置する。対象は茅野市西部の地区、約 250 世帯である。

4. 方法

1) 生活行為確認表 Ver1.0 の開発

過去の研究事業の成果¹⁾を基に、25 項目の ADL・IADL に関する支障の有無を問う生活行為確認表を作製し、長野県茅野市東向ヶ丘地区の 65 歳以上の住民 40 人に訪問による面接調査を実施した。実施期間は平成 24 年 9 月 3 日～平成 24 年 9 月 14 日の 12 日間であった。

対象者個々に作業療法士と保健福祉サービスセンターの地域スタッフ（保健師等）がそれぞれ 1 回ずつ計 2 回訪問した。訪問者の順番は作業療法士と現地スタッフでランダムに入れ替えた。作業療法士による聞き取り調査と、保健福祉サービスセンターのスタッフによる聞き取り調査とで、生活行為確認表への回答結果を確認した。その後デルファイ法を実施し、地域特性を考慮し評価項目を再検討した。

2) 生活行為確認表（Ver1.0）による高齢者の生活行為実態調査

平成 24 年 12 月 2 日～平成 24 年 12 月 10 日に同地区の 60 歳以上の全高齢者 170 人を対象に調査を実施した。地域自治会の協力を得て、結果 1. に示す生活行為確認表（Ver. 1）と興味・関心チェックリストを訪問配布し、本人による自己記入を求め回収した。

3) 高齢者の活動ニーズの実態調査

興味・関心チェックリストを用いて高齢者の活動ニーズを調査した。対象者には現在している作業は「している」に、経験の有無にかかわらずしてみたいと思う作業は「してみたい」に、する・しないにかかわらず興味がある作業は「興味がある」に、それぞれ○を記入するよう依頼した。

Ⅳ 事業経過

平成 24 年 7 月 23 日	事業説明（茅野市役所および茅野市西部保健福祉サービスセンター）
平成 24 年 8 月 23 日	事業説明（長野県茅野市東向ヶ丘地区役員など）
平成 24 年 9 月 3 日～平成 24 年 9 月 14 日	生活行為確認表の開発のための訪問調査実施
平成 24 年 11 月 12 日	事業結果説明と打ち合わせ（長野県茅野市東向ヶ丘地区役員など）
平成 24 年 12 月 2 日～平成 24 年 12 月 10 日	生活行為確認表 Ver1.0 と興味・関心チェックリストの配布と回収
平成 24 年 2 月 23 日	事業結果の報告と検討（班長会議）
平成 24 年 3 月 9 日	事業結果の報告と検討（推進委員会）
平成 24 年 3 月 14 日	事業結果の報告（長野県茅野市東向ヶ丘地区役員など）
平成 24 年 3 月 26 日	事業結果の報告（茅野市役所）

Ⅴ 結果

1. 生活行為確認表（Ver. 1）の開発

生活行為確認表（Ver. 1）の開発にむけた予備的訪問調査では地域高齢者 40 人より回答が得られた（回収率 100%）。対象者の属性（生活状況）を表 8.1 に示した。年齢は 75 歳～80 歳が多く、最小は 65 歳、最大は 90 歳であった。独居は 12 人（30%）、夫婦 2 人暮らしは 8 人（20%）であった。主観的な健康観は「まあまあ健康」が 20 人（50%）、「ふつう」が 10 人（25%）であった。

表 8.1 対象者の属性（生活状況）（n=40）

1) 年齢		2) 家族構成		3) 主観的健康観(OT 調査)	
65 歳以上 70 歳未満	9	独居	12	とても健康	3
70 歳以上 75 歳未満	7	夫婦2人暮らし	8	まあまあ健康	20
75 歳以上 80 歳未満	11	同居	19	ふつう	10
80 歳以上 85 歳未満	6	(配偶者あり)	(13)	あまり良くない	5
85 歳以上	7	(配偶者なし)	(5)	悪い	0

25 項目の生活行為確認表による作業療法士と地域生活支援係(保健師等)による調査結果を表 8.2 に比較した。生活行為に「支障を感じる」と答えたひとの数は、対作業療法士、対地域スタッフともに「1. 床からの立ち上がり」「12. 階段の昇降」「18. 新聞や本、テレビを見る」「24. 物忘れが増えた」で多い傾向がみられた。

しかし、全ての質問項目において、作業療法士と地域スタッフに対する「はい」「いいえ」の回答が一致しない対象者が複数いることが確認された。また、調査後の事業結果説明会、および訪問にかかわった作業療法士・スタッフの検討会においては、訪問時に質問項目に含まれていない「雪かき(除雪)」やストーブに「灯油を入れる」など、冬期の生活行為に支障を感じている高齢者も複数いることが報告された。

表 8.2 生活行為に「支障を感じる」と回答した人数（n=40）

	生活行為	作業療法士	%	地域スタッフ	%	不一致数
総合	日常生活で不自由を感じることはありますか	13	33%	12	30%	7
1	床からの立ち上がりに支障を感じますか	<u>21</u>	<u>53%</u>	<u>20</u>	<u>50%</u>	6
2	床の上のペンを拾うのに支障を感じますか	6	15%	8	20%	4
3	15 分ほど歩くのに支障を感じますか	16	40%	12	30%	6
4	2kg位の買い物袋を持ち帰るのに支障を感じますか	15	38%	11	28%	8
5	浴槽の出入りに支障を感じますか	3	8%	7	18%	6
6	箸の操作に支障を感じますか	1	3%	2	5%	1
7	包丁の操作に支障を感じますか	2	5%	3	8%	5
8	ペットボトルのふたを開けるのに支障を感じますか	8	20%	10	25%	2
9	広口びん(ジャムなど)の蓋をあけるのに支障を感じますか	14	35%	12	30%	4
10	洗濯物を干すのに支障を感じますか	9	23%	11	28%	5
11	掃除をするのに支障を感じますか(掃除機・ほうき・他)	7	18%	7	18%	7
12	階段の昇降に支障を感じますか	<u>28</u>	<u>70%</u>	<u>22</u>	<u>55%</u>	6
13	薬の管理に支障を感じますか(飲み忘れ・他)	1	3%	2	5%	6
14	服装や身だしなみを整えるのに支障を感じますか	6	15%	3	8%	6
15	洋服のボタンを留めるのに支障を感じますか	5	13%	3	8%	4
16	洋服のファスナーを上下するのに支障を感じますか	3	8%	2	5%	1
17	足の爪を切るのに支障を感じますか	10	25%	8	20%	4
18	新聞や本、テレビを見るのに支障を感じますか	<u>31</u>	<u>78%</u>	<u>34</u>	<u>85%</u>	9
19	電話や会話の聞取りに支障を感じますか	6	15%	8	20%	4
20	料理の献立を考えるのに支障を感じますか	5	13%	6	15%	19
21	買い物で小銭の支払に支障を感じますか	7	18%	6	15%	6
22	外出が億劫(おっくう)になったと感じますか	10	25%	11	28%	5
23	うつつまい気分になることが増えたと感じますか	7	18%	11	28%	11
24	物忘れが増えたと感じますか	<u>23</u>	<u>58%</u>	<u>28</u>	<u>70%</u>	7
25	趣味の活動をしなくなったと感じますか	11	28%	14	35%	13

※は主観的な不自由の有無

そこで、対象地域の寒冷・降雪地という特性を考慮し、評価項目に「雪かき(除雪)」、「ストーブに灯油を入れる」等の項目を追加し、計 30 項目の「生活行為確認表 (Ver1.0)」(資料-1)を作成した。また、「支障を感じますか?」という問に対する「はい」「いいえ」の選択の困難さが表 2 の「不一致数」に表れたものと考え、各項目について生活行為の「不自由さ」を 4 段階リカートスケール(とても感じる、少し感じる、あまり感じない、感じない)により評価することとした。また、それぞれの生活行為について、既に対処・工夫している内容を記載する欄と、総合的な主観的健康感を判断する項目を設けた。調査時には対象者より項目に対する質問もいくつかみられたため、調査時に高齢者が自己記入しやすいよう、各項目の質問内容をより具体的に記した「生活行為確

認表説明書」(資料-2)を補助資料として作製した。

2. 生活行為確認表 Ver1.0 による高齢者の生活行為実態調査

生活行為確認表による生活実態調査は、高齢者 170 人のうち 109 人から回答が得られた (回収率 64.1%)。109 人の内訳は 60 歳代が 60 人 (男性 30, 女性 28, 不明 3), 70 歳代が 35 人 (男性 18, 女性 17), 80 歳代が 13 人 (男性 4, 女性 8, 不明 1) で、平均年齢は 69.76 ± 7.82 歳であった。

1) 生活行為の不自由について

生活行為確認表の回答から、生活行為の不自由を「とても感じる」または「少し感じる」と答えた対象者の割合を示した (図 8.1)。最も回答の多かった項目は「雪かき (除雪)」で、対象者の 40%以上が不自由を「とても感じる」または「少し感じる」としていた。次いで多かった項目は、「もの忘れが増えた」、「階段の昇降」、「新聞や回覧板を読む」、「草むしり (除草)」、「床から立ち上がる」等であった。また、全ての項目で「少し感じる」の割合が「とても感じる」を上回っていた。

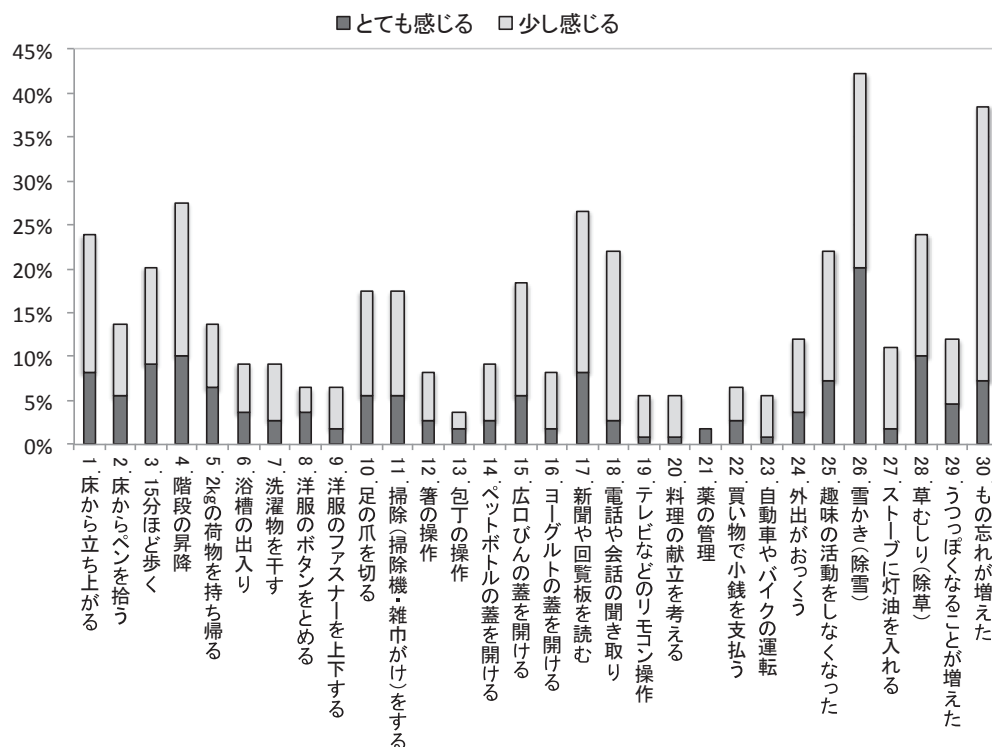


図 8.1 生活行為の不自由感 (n=109)

「とても感じる」を 3 点, 「少し感じる」を 2 点, 「あまり感じない」を 1 点, 「感じない」または非該当を 0 点として生活行為の不自由感を評価した。全例の平均は 15.31 点, 最大値は 66 点, 中央値は 10 点, 最小値は 0 点であった (表 8.3)。

30 項目の生活行為のうち, 不自由を「とても感じる」と答えた数は平均 1.5 項目であった。項目数は対象者による偏りが大きく, 74 人 (68%) が 0 項目であったが, 14 項目以上に「とても感じる」答えた者が 4 人みられ, うち 1 人は 20 項目で「とても感じる」と答えていた (図 8.2)。

表 8.3 生活行為確認表の合計得点 (n=109)

	得点
平均値	15.31
最大値	66
75 パーセンタイル	26
中央値	10
25 パーセンタイル	2
最小値	0

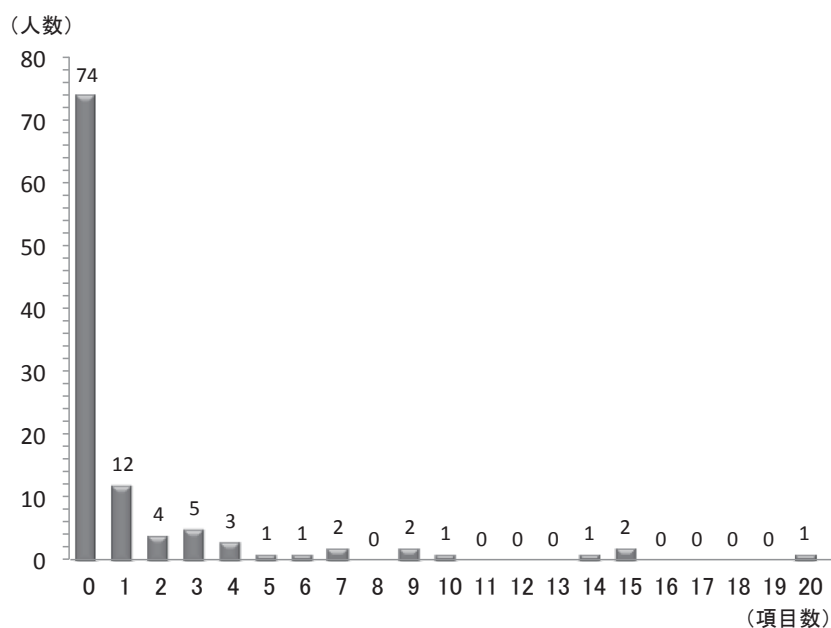


図 8.2 不自由を「とても感じる」項目数 (n=109, 重複選択あり)

2) 主観的健康感について

対象者の主観的な健康観は全体でみると「とても健康」が 28 人 (25.7%), 「少し健康」が 45 人 (41.3%), 「あまり健康でない」が 13 人 (11.9%), 「健康ではない」が 6 人 (5.5%), 無回答が 17 人 (15.6%) であった。「あまり健康ではない」と「健康ではない」では, 17.4%の対象者が自身を健康と感じていないことがわかった。

表 8.4 対象者の主観的健康感 (n=109)

		とても健康	すこし健康	あまり健康でない	健康ではない	無回答	合計
全体	回答数	28	45	13	6	17	109
	割合(%)	25.7%	41.3%	11.9%	5.5%	15.6%	100.0%
男性	回答数	18	19	7	2	6	52
	割合(%)	34.6%	36.5%	13.5%	3.8%	11.5%	100.0%
女性	回答数	10	24	5	3	11	53
	割合(%)	18.9%	45.3%	9.4%	5.7%	20.8%	100.0%
60 歳代以下	回答数	18	22	10	2	8	60
	割合(%)	30.0%	36.7%	16.7%	3.3%	13.3%	100.0%
70 歳代	回答数	9	17	3	1	5	35
	割合(%)	25.7%	48.6%	8.6%	2.9%	14.3%	100.0%
80 歳代以上	回答数	1	6	0	2	4	13
	割合(%)	7.7%	46.2%	0.0%	15.4%	30.8%	100.0%

3) 生活行為確認表 (Ver. 1.0) の因子構造

109名の調査結果を基に、生活行為確認表の因子構造を分析した(表8.5)。因子分析では、生活行為そのものではない認知機能、気分障害に関連する次の項目を分析から除外した。(問20.料理の献立を考えるのに支障を感ずるか? 問24.外出がおっくうになったと感ずるか? 問25.趣味活動をしなくなったと感ずるか? 問29.うつっぽくなるが増えたと感ずるか? 問30.物忘れが増えたと感ずるか?)

最尤法を用いて因子抽出した。Kaiserの正規化を伴うプロマックス法を実施し、10回の反復で回転が収束し5つの因子が抽出された。第1因子には、階段の昇降、掃除、15分ほど歩くなどの13項目が含まれ、「基本動作」とした。第2因子には、蓋を開ける、ファスナーを上下するなどの5項目が含まれ「手指の力」とした。第3因子は新聞や回覧板を読む、電話や会話の聞き取り、薬の管理の3項目からなり「感覚・記憶」とした。第4因子は箸の操作、包丁の操作の2項目からなり「道具の操作」とした。第5因子は小銭の支払い、洋服のボタンを留める、の2項目からなり「手指の巧緻性」とした。クロンバッハの α 係数は、第1因子0.93、第2因子0.90、第3因子0.72、第4因子0.73、第5因子0.82が得られ、生活行為確認表の内的整合性が確認された。

表8.5 生活行為確認表 (Ver. 1.0) の因子構造

パターン行列 (α 係数)	第1因子 1(0.925)	第2因子 2(0.903)	第3因子 3(0.716)	第4因子 4(0.728)	第5因子 5(0.818)	
問4.階段の昇降に	0.936	-0.044	0.087	-0.012	-0.146	
問11.掃除をするのに	0.856	-0.066	-0.004	0.142	-0.129	
問3.15分ほど歩くのに	0.836	-0.192	0.178	0.048	-0.022	
問7.洗濯物を干すのに	0.813	0.027	-0.115	0.131	-0.014	
問27.ストーブに灯油を入れるのに	0.738	-0.041	-0.18	0.009	0.239	
問1.床から立ち会がるのに	0.735	0.059	0.126	-0.032	0.082	
問6.浴槽の出入りに	0.685	0.189	-0.171	-0.012	-0.071	基本動作
問2.床からペンを拾うのに	0.64	0.173	-0.02	0.136	-0.102	
問28.草むしりをするのに	0.632	-0.081	-0.003	0.037	0.326	
問10.足の爪を切るのに	0.586	-0.094	0.172	0.343	-0.113	
問26.雪かきをするのに	0.584	-0.022	0.187	-0.225	0.16	
問5.2kgの荷物を持ち帰るのに	0.555	0.49	-0.196	-0.307	-0.036	
問23.自動車やバイクの運転に	0.422	-0.243	0.032	0.346	0.293	
問16.ヨーグルトやヤクルトの蓋をあけるのに	-0.156	0.887	0.025	0.372	-0.034	
問9.洋服のファスナーを上下するのに	-0.165	0.782	0.025	0.319	0.109	
問14.ペットボトルの蓋を開けるのに	0.019	0.74	0.011	-0.13	0.283	手指の力
問15.ジャムなどの広口瓶の蓋をあけるのに	0.239	0.627	0.304	-0.162	-0.119	
問19.テレビなどのリモコン操作に	0.243	0.418	0.143	0.125	-0.131	
問17.新聞や回覧板を読むのに	-0.024	0.105	0.92	-0.061	0.007	
問18.電話や会話の聞き取りに	-0.018	0.082	0.51	-0.004	0.173	感覚・記憶
問21.薬の管理に	0.12	0.059	0.241	0.173	0.18	
問12.箸の操作に	-0.011	0.274	-0.001	0.715	0.158	道具の操作
問13.包丁の操作に	0.461	0.188	-0.232	0.505	-0.011	
問22.買い物で小銭の支払いに	-0.136	0.144	0.101	0.155	0.878	手指の巧緻性
問8.洋服のボタンを留めるのに	0.067	0.359	0.048	0.14	0.496	

因子抽出法：最尤法，回転法：Kaiserの正規化を伴うプロマックス法 (n=109)

3. 高齢者の活動ニーズの実態調査

興味・関心チェックリスト(資料-3)による生活実態調査では、高齢者170人のうち108人から回答が得られた(回収率63.5%)。集計結果から「している作業」、「してみたい作業」、「興味がある作業」の上位20項目

を示した(表 8.6)．している作業は「テレビを見る」が 102 人 (94.4%) で最も多く、「新聞を読む」90 人 (83.3%)，「買い物」88 人 (81.5%) とともに対象者の 8 割以上がしている作業と答えていた．してみたい作業は「ボーリング」が 24 人 (22.2%) で最も多く，次いで「旅行」22 人 (20.2%)，「書道・習字」と「体操・運動」が 20 人 (18.5%) であった．興味がある作業は「歴史」25 人 (23.1%)，「ボランティア」18 (16.7%)，「観劇」と「水泳」が 17 人 (15.7%) で上位を占めていた．

対象者の平均回答数は，「している作業」が 16.91，「してみたい作業」が 4.29，「興味のある作業」が 4.58 であった．「している作業」数はほぼ均等に分散したが，「してみたい作業」と「興味のある作業」は 0 (なし) 数項目に偏る傾向を示した (表 8.7) ．

「している作業」と「してみたい作業」の関係を図 8.3 に示した．してみたい作業 (縦軸) の回答率はいずれも 25%未満と低いものの，ボーリング，書道・習字，観劇，楽器演奏，絵を描く，ダンス・踊り，つりなど，多くの作業が，「していないがしてみたい作業」として抽出された．

表 8.6 している・してみたい・興味がある作業

順位	している作業	人数	%	順位	してみたい作業	人数	%	順位	興味がある作業	人数	%
1	テレビを見る	102	94.4%	1	ボーリング	24	22.2%	1	歴史	25	23.1%
2	新聞を読む	90	83.3%	2	旅行	22	20.4%	2	ボランティア	18	16.7%
3	買い物	88	81.5%	3	書道・習字	20	18.5%	3	観劇	17	15.7%
4	友人との交流	84	77.8%	4	体操・運動	20	18.5%	4	水泳	17	15.7%
5	掃除	82	75.9%	5	手工芸	15	13.9%	5	絵を描く	16	14.8%
6	家の手入れ	81	75.0%	6	観劇	15	13.9%	6	俳句	15	13.9%
7	車の運転	79	73.1%	7	散歩	15	13.9%	7	ボーリング	15	13.9%
8	料理	73	67.6%	8	音楽を聴く・演奏会	15	13.9%	8	将棋・囲碁	14	13.0%
9	洗濯物たたみ	73	67.6%	9	映画を見る	13	12.0%	9	音楽を聴く・演奏会	14	13.0%
10	洗濯	71	65.7%	10	パズルゲーム	13	12.0%	10	生涯学習	14	13.0%
11	散歩	62	57.4%	11	絵を描く	13	12.0%	11	畑	13	12.0%
12	ラジオを聴く	60	55.6%	12	楽器演奏	13	12.0%	12	書道・習字	13	12.0%
13	温泉	57	52.8%	13	畑	12	11.1%	13	テニス	13	12.0%
14	園芸	56	51.9%	14	お茶・お花	12	11.1%	14	野球	13	12.0%
15	旅行	56	51.9%	15	つり	11	10.2%	15	お茶・お花	13	12.0%
16	読書	54	50.0%	16	パソコン・ワープロ	11	10.2%	16	歌を歌う	12	11.1%
17	おしゃべり	54	50.0%	17	ダンス・踊り	11	10.2%	17	パソコン・ワープロ	12	11.1%
18	映画を見る	50	46.3%	18	写真	11	10.2%	18	楽器演奏	12	11.1%
19	歌を歌う	43	39.8%	19	読書	10	9.3%	19	編み物	12	11.1%
20	パソコン・ワープロ	39	36.1%	20	水泳	10	9.3%	20	日曜大工	12	11.1%

表 3 興味・関心チェックリストの回答数

	している作業	してみたい作業	興味のある作業
平均値	16.91	4.29	4.58
最大値	36	31	28
75 パーセンタイル	22	7	7
中央値	17	2	2
25 パーセンタイル	11	0	0
最小値	0	0	0

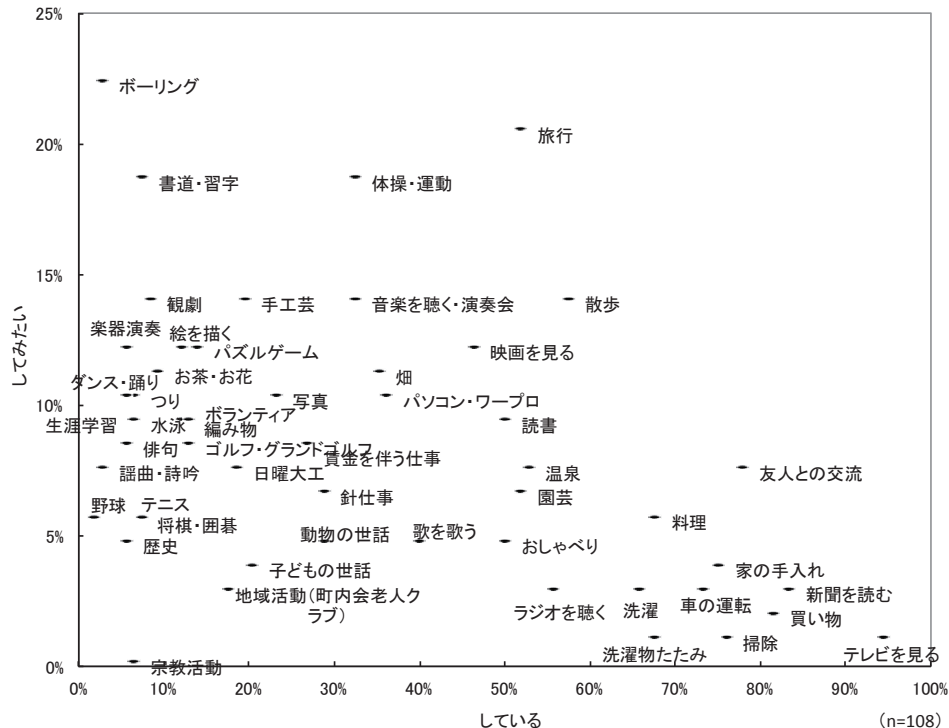


図 8.3 「している作業」と「してみたい作業」の関係

VI 考 察

1. 高齢者に対する生活行為の支援について

本調査によって地域高齢者の 20～40%が雪かき（除雪）、階段昇降、新聞や回覧板の閲覧、草むしり（除草）、立ち上がり等の生活行為に不自由を感じ、もの忘れが増えたと答えていた。これらの結果は、介護保険の対象でない健常高齢者であっても、いくつかの生活行為について不自由さを感じやすいことを示している。不自由を感じやすい生活行為は基本動作や視力低下に関連したものが多く、いずれも加齢による心身機能の低下が影響していると思われる。不自由さの感じ方は、「とても感じる」より「少し感じる」の割合が高く、生活行為確認表を用いることで、地域高齢者の生活支援ニーズをより早期から捉えることができる可能性がある。

74 人（68%）の対象者は生活行為に不自由を感じていなかったが、一方では、20 人以上が複数の生活行為に不自由を感じると答えていた。多数の生活行為に不自由を「とても感じる」と回答した高齢者に対しては、生活行為を向上させる介入が必要と思われる。

作業療法は心身機能への対応のみならず、動作や生活行為の工夫、道具や用具の使用、環境の調整等を支援技術にもつ専門職であり、基礎疾患や障害の有無にかかわらず、こうした生活行為に不自由を感じている健常高齢者に対しても効果的な支援が可能と考える。また、今回、高頻度に不自由感がみられた雪かき（除雪）については、「雪かき隊」²⁾ ボランティアの導入など、地域資源の育成と連携を視野に入れた取り組みが必要と思われる。

本調査によって生活行為確認表に含まれる生活行為が、5 つの因子に要約できることが確認された。生活行為は身体の基本動作のみならず、手の力、感覚・記憶、道具の操作、手指の巧緻動作などから構成されることが示された。これらの生活行為に必要な心身機能の評価や、生活行為の不自由さに対する具体的な支援方法を提示していく必要がある。

2. 高齢者の作業活動ニーズ

多くの対象者がテレビや新聞から情報を入手し、買い物や友人との交流、ADL・IADL、余暇活動などを高頻

度で実施していることが分かった。しかし、「してみたい作業」と「興味のある作業」は回答（選択）した人数の割合（％），作業数ともにそれほど多くはなく，対象者が自律的な生活を維持できていること，ほとんどが余暇的作業で好みが分かれやすいことが影響していると思われる。

「してみたい作業」の上位にはボーリング，旅行，書字・習字，体操・運動などが，「興味がある作業」では歴史，ボランティア，観劇，水泳などが挙げられた。ボーリングに関しては，茅野市では数年前にボーリング場が閉鎖され，若い頃に楽しんだボーリングを 60 歳代の対象者が懐かしく思い出し，してみたい作業活動に選んだ可能性がある。興味・関心チェックリストによる「してみたい作業」と「興味のある作業」の調査結果は，自治体の行う介護予防事業や地域のサークル活動などを検討する際の基礎資料として役立つと思われる。

VII まとめと今後の課題

当調査によって生活行為確認表が地域高齢者の生活支援ニーズの把握に，また，興味・関心チェックリストが対象者の作業活動のニーズ把握に役立つことが確認された。一般高齢者においても生活行為に何らかの不自由を感じていることが明らかとなり，生活行為確認表を用いることで，特定高齢者となる前のより早い段階で生活行為の障害を発見できる可能性が示された。また，興味・関心チェックリストの実施によって，高齢者が「している作業」と「してみたい作業」の関係と，「興味がある作業」を把握することができた。こうした調査結果は，地域住民の生きがい支援，行政サービス，地域資源の開発などを提案するための根拠資料となると考えられる。

高齢者の生活行為の不自由さには，加齢による影響に加えて環境による影響が大きいと思われる。対象者の年齢や性別による影響，同居家族の有無等による影響性については，今回は十分な検討ができていない。今後はモデル地域における継続的な調査と，生活行為を維持・向上させる予防的介入を行い，その効果を検証する必要がある。

VIII おわりに

作業療法の基本的な目標は対象となる人達の健康を維持・促進することである。対象者が自らの日常生活や社会的活動に参加できるようになることは，作業療法が最も重視する成果である。作業療法士はその目標を達成するために，対象者の参加能力を促進させ，参加を効率的かつ効果的にサポートするよう環境を整備することができる。今後も高齢者が地域でいきいきと暮らすことができるよう支援方法について更に追究していきたい。

文献

- 1) 岩瀬義昭, 他 (編): “作業” の捉え方と評価・支援技術-生活行為の自律に向けたマネジメント. 医歯薬出版, 2012, pp28-44
- 2) 北海道工業大学: 雪かき隊. (オンライン), 入手先<<http://www.hokuhoku.ne.jp/rmec/22pdf/26-27.pdf>>, (参照 2013-03-08)

研究員および協力者

研究班員

主任研究員	土井 勝幸	介護老人保健施設せんだんの丘
あり方班長	村井 千賀	石川県立高松病院
検証班長	小林 隆司	吉備国際大学
通所班長	谷川 良博	東郷外科クリニック
入所班長	石井 利幸	介護老人保険施設ひもろぎの園
通所介護班長	竹内 さをり	甲南女子大学看護リハビリテーション学部
訪問介護班長	渡邊 忠義	あさかホスピタル
地域班長	大庭 潤平	神戸学院大学
事務局	庄司 志保	一般社団法人日本作業療法士協会

推進検討委員

池田 省三	龍谷大学
石黒 秀喜	長寿社会開発センター
上村 隆元	杏林大学
折茂 賢一郎	西吾妻病院
川越 雅弘	国立社会保障・人口問題研究所
木村 隆次	日本介護支援専門員協会
澤村 誠志	兵庫県立総合リハビリテーションセンター
齊木 大	株式会社日本総合研究所
菅原 弘子	福祉自治体ユニット
鈴木 邦彦	日本医師会
東内 京一	和光市
葉山 靖明	デイサービスセンターけやき通り
藤原 茂	(株) 夢のみずうみ社
依田 利文	茅野市西部保健福祉サービスセンター
中村 春基	一般社団法人日本作業療法士協会

あり方検討委員

中村 春基	一般社団法人日本作業療法士協会
土井 勝幸	介護老人保健施設せんだんの丘
村井 千賀	石川県立高松病院
岩瀬 義昭	鹿児島大学
太田 睦美	竹田総合病院
香山 明美	宮城県精神医療センター
小林 正義	信州大学
石川 隆志	秋田大学医学部
長谷川 敬一	竹田総合病院
五百川 和明	東北福祉大学
小林 法一	首都大学
小林 隆司	吉備国際大学
谷川 良博	東郷外科クリニック
石井 利幸	介護老人保健施設ひもろぎの園
竹内 さをり	甲南女子大学看護リハビリテーション学部
渡邊 忠義	あさかホスピタル
大庭 潤平	神戸学院大学

検証班

小林 隆司	吉備国際大学
能登 真一	新潟医療福祉大学

通所班

谷川	良博	東郷外科はつらつデイケア
有村	正弘	さくら苑新館
鈴木	裕也	ひもろぎの園
二木	理恵	せんだんの丘
松尾	みき	うぐいすの丘

通所班協力者

村山	由美	適所リハ TRY
二木	理恵	介護老人保健施設せんだんの丘
鈴木	裕也	介護老人保健施設ひもろぎの園
久米	真奈美	尾形医院
金子	智美	花の舎デイケアセンターイルカゆかい
毛上	裕司	介護老人保健施設相愛苑
賀来	斉夫	宗像医院
瀬戸島	毅	介護老人保健施設希の里
多良	淳二	永生クリニック
有村	正弘	介護老人保健施設さくら苑新館
中村	元樹	介護老人保健施設港南あおぞら
松尾	みき	介護老人保健施設うぐいすの丘
深津	良太	リハビリセンターあゆみ
米井	浩太郎	介護老人保健施設 虹
矢頭	真	昭和病院 通所リハビリテーションセンター
金子	茂稔	介護老人保健施設サンビュー宮崎
川口	智美	介護老人保健施設サンビュー二本松
安齋	アサ子	介護老人保健施設明生苑
正木	智子	介護老人保健施設 白楽園
国政	和子	介護老人保健施設センテナリアン
都甲	幹太	介護老人保健施設あやめの里
谷川	良博	東郷外科はつらつデイケア

入所班

石井	利幸	介護老人保健施設ひもろぎの園
杉本	浩康	立川介護老人保健施設わかば東京
田尻	進也	介護老人保健施設みがわ
鳴海	奈央	介護老人保健施設せんだんの丘
宮内	順子	介護老人保健施設ぺあれんと
渡邊	基子	介護老人保健施設ゆうゆう

入所班協力者

飯田	三奈子	水光苑
青山	俊克	カーサビアンしろさと
上田	章弘	恵泉
大内	義隆	なとり
岡田	翔子	秋穂幸楽苑
小木	健司	ひもろぎの園
相川	晴美	涼風苑
小林	照子	カノープス姫路
佐藤	義則	ゆうゆうホーム
柴田	梓	大宮フロイデハイム
中村	博子	はくあい
西尾	優子	尚齒堂

深津	良太	リハビリセンターあゆみ
村永	典子	寿楽苑
杉本	浩康	わかば
田尻	進也	みがわ
鳴海	奈央	せんだんの丘
宮内	順子	ぺあれんと
渡邊	基子	ゆうゆう

通所介護班

竹内	さをり	甲南女子大学
生駒	英長	いきいき稲富デイサービス
猪俣	英輔	デイサービスたんぽぽ
小林	幸治	目白大学
下田	哲也	やさしい手ゆめふる
長井	陽海	東京 YMCA 医療福祉専門学校

通所介護班協力者

大西	湖子	株式会社やさしい手
喜多	翔平	株式会社やさしい手
小林	哲也	株式会社やさしい手
久保田	学	フロリール調布
石代	敏拓	初台リハビリテーション病院
中本	久之	永生病院
掬川	晃一	小金井リハビリテーション病院
鈴木	洋介	柳原リハビリテーション病院
谷村	厚子	首都大学東京
田邊	由紀江	福寿会リハビリセンター
田辺	美樹子	東京都作業療法士会
中村	元樹	港南あおぞら

訪問介護班

渡邊	忠義	あさかホスピタル
小林	毅	千葉県立保健医療大学
木村	修介	新緑訪問看護ステーション長津田

訪問介護班協力者

社会福祉法人横浜市福祉サービス協会		
名古屋	和茂	横浜 YMCA 学院専門学校
金山	桂	横浜 YMCA 学院専門学校
久保田	悠介	
今村	美和子	介護老人保健施設アクアピア新百合
藤本	浩一郎	介護老人保健施設アクアピア新百合
遠藤	陵晃	クローバークリニック
村仲	隼一郎	ふれあい平塚ホスピタル
元田	泉	プラチナ・ヴィラ青葉台

地域班

大庭	潤平	神戸学院大学
小林	正義	信州大学
小林	隆司	吉備国際大学
村井	千賀	石川県立高松病院

地域班協力者

依田	利文	茅野市西部保健福祉サービスセンター
齊木	大	株式会社日本総合研究所
上條	一晃	諏訪中央病院

平成 24 年度老人保健健康増進等事業
生活行為向上支援としての居宅療養管理指導事業あり方検討事業
2013 年 3 月

発行：一般社団法人 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