

平成25年度老人保健健康増進等事業
医療から介護保険まで一貫した
生活行為の自立支援に向けた
リハビリテーションの効果と質に関する評価研究事業
報告書 I

第一章 研究概要と結果

第二章 HUI を用いた生活行為向上マネジメントの効果検証事業

第三章 老人保健施設入所時インタークにおける

生活行為向上マネジメントによる介入の効果検討事業

一般社団法人 日本作業療法士協会

はじめに

作業療法の治療手段である「作業」について、下記の通達が発出された（医政発 0430 第 1 号 平成 22 年 4 月 30 日）

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

「厚生労働省医政局長：医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」

医政発0430第1号 平成22年4月30日」

改めて作業療法の「作業」が、生活行為全般を対象としていることを確認しておきたい。

さて、「生活行為向上マネジメント」に関する取り組みは、厚生労働省健康増進等事業を活用し、平成 20 年から平成 25 年度まで継続され、その成果は都度介護報酬改定の中に活かされ、自立支援に向けた具体的な方法として広く認識されているところである。

協会では、平成 24 年度より「生活行為向上マネジメント推進プロジェクト」を設置し、研究事業の成果を国民に届けるために、マスターPLANを作成し、「作業療法士であれば誰もが行なえる」を目標に、研修等人材育成を組織的に行っていっているところである。平成 26 年度の「生活行為向上マネジメント」に関する事業費は、協会予算の約 5 % を占め、都道府県士会の取り組みと合わせると、全国的な取り組みと発展している。

そのような中で、平成 25 年度の本事業において、全国的な取り組みをより推進するための人材育成が行われ、25 名の熟練者を養成できたことは今後の大きな財産となろう。また、HUI による継続調査は、「生活行為向上マネジメント」の有効性を示す根拠を証明した。

加えて、長野県茅野市的一般高齢者に対する「生活行為向上支援モデル」の取り組みは、作業療法の対象を、「健康」の維持、地域づくりの具体例として、また、地域包括支援センターでの作業療法士の役割を示した。今後の作業療法の発展に大きく寄与するものと思う。

障害者や高齢者であっても、生き生きと生活している方々をみると、する作業（仕事）があり、役割があり、やる気がある。作業療法士はそのような生活を支援することが使命であり、「生活行為向上マネジメント」による作業療法の提供は、その具体的な手段となることを改めて確認できた。今後、さらなる取り組みを推進していきたい。

最後に研究事業にご協力いただいた利用者、事業所の方々、推進委員の方々、研究員の方々、皆様に感謝申し上げる。

平成 26 年 3 月

一般社団法人 日本作業療法士協会

会長 中村 春基

平成 25 年度老人保健健康増進事業

医療から介護保険まで一貫した生活行為の自立支援に向けたリハビリテーションの
効果と質に関する評価研究事業

目 次

はじめに（中村会長）

第一章 研究概要と結果 ······ P1

第二章 HUI を用いた生活行為向上マネジメントの効果検証事業 ······ P16

第三章 老人保健施設入所時インタークにおける

生活行為向上マネジメントによる介入の効果検討事業 ······ P39

第四章 生活行為向上マネジメントの質の

評価方法の開発と質の向上の在り方検討事業 ······ 報告書Ⅱ

第五章 生活行為支援モデル事業 ······ 報告書Ⅲ

第一章

研究概要と結果

第一章 研究概要と結果

I. 研究実施要領

1. 目的

平成20年度高齢者の生活行為の自立を目的に、医療から介護保険、在宅生活まで一貫した生活行為の継続支援す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は急性期、回復期、老人保健施設、通所リハビリテーションとすべての領域で活用できることがわかっている。また、生活行為向上マネジメントを活用した介入により、医療機関ではADLが、通所リハビリテーションや訪問介護との連携ではIADLに効果があることがわかった。また、マネジメントを活用し、介護支援専門員と連携することで、自立に向かたケアプランの立案に貢献できることもわかった。

平成23年度より生活行為向上マネジメントの効果を健康効用値で評価しているが、三年間の追跡調査の今年度は2年目になる。中間報告では、マネジメントを実践した事例は介護サービスの支出を抑えることができる傾向を認めた。今年度はさらなる追跡により、効用値の変化を明らかとする。

平成24年度の研究では、老人保健施設を退所できるものは、IADLやADLの自立が高いこともわかった。しかし一方では、生活行為向上マネジメントを実践する作業療法士が少ないことや在宅での生活を想定した訓練を実施していないということが問題となった。そこで、入所時に在宅での訪問を行い、インターク時にADLやIADLの課題と本人・家族の生活の希望のキャップを含め、生活行為向上マネジメントを実施することでのスムーズな退所に向けた効果を検証するものとした。

また、生活行為向上マネジメントは介入ツールとしてもまた連携ツールとしても有効であるとの結果を得ている。しかし、生活行為向上マネジメントを実践する作業療法士の質にはばらつきがあるとの指摘もあり、今年度はマネジメントの質を測定する評価方法を開発し、質の向上にむけた研修や連携スキルの在り方についても検討、実践する。

2. 実施内容

1) 推進検討委員会の開催

目的：研究事業の推進及び方向性、政策化に向けた検討を行う。

委員：外部の委員によって構成する。

2) HUIを用いた生活行為向上マネジメントの効果検証事業

平成23年度に介入調査を行い、平成24年度に追跡できた通所事業所事例102例と老人保健施設入所事例85事例について、平成25年9月と平成26年3月の2回、HUI(Health Utility Index)を用いた健康効用値を測定、経年的変化を測定することにより、対象者のQOLの変化から経済的効果の検証を行う。

3) 老人保健施設入所時インタークにおける生活行為向上マネジメントによる介入の効果検討事

24年度、老人保健施設において在宅復帰できた群とできなかつた群のADL、IADL、QOLなどを評価、退所に資する要因調査を行った。その結果、在宅復帰群はADLのみならずIADLも良好であることがわかった。

また、在宅で本人自身が自立してほしいADLやIADLの項目も家族と本人、作業療法士の三者で異なることがわかった。

そこで、入所の時点で、在宅生活において必要と思われる項目について家族・本人の希望を把握し、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明らかとする。昨年度までの従来の支援のデータと入所時の生活行為向上マネジメントを実施した事例のADL、IADL、QOLなどの変化及び本人・家族の満足度、退

所までの期間を測定し、介入の効果を検証する。

4) 生活行為向上マネジメントの質の評価方法の開発と質の向上の在り方検討事業

これまで急性期、回復期の医療機関、老人保健施設、通所リハビリテーション、訪問介護・通所介護・介護支援専門員との連携とさまざまな領域で高齢者の生活行為に焦点を当てた「生活行為向上マネジメント」を実践してきた。その結果、高齢者自身の支援による満足度をはじめ、ADL、IADL、QOLの自立が図られる介入効果を確認した。しかし、介入研究の際、介入する作業療法士にはらつきがあることで、データ上効果にはらつきがみられ明確に成果を示せないこともあります、介入する作業療法士のトレーニングが最も重要であることが分かった。作業療法士が「生活行為向上マネジメント」を活用することで、高齢者の自立支援が効果的に推進され、他職種や他機関、他事業所との効果的連携が推進されるよう質の高い人材の育成方法が必要である。

そこで、今年度は「生活行為向上マネジメント」の質に関する評価表を作成し、作業療法士の質に関する評価を行い、「生活行為向上マネジメント」の一定水準を確保できるための取り組みをモデル的に実施する。

(1) 事例評価指標作成ワーキンググループの開催

これまでに介入研究で集積されている事例を分析し、事例評価指標案を外部の有識者3名及び各領域（急性期、回復期、通所系、訪問系、入所系、認知症、その他）の作業療法士7名 計10名のワーキンググループで3回会議を開催し案を作成した。

(2) 事例調査

都道府県の作業療法士会から「生活行為向上マネジメント」を臨床すでに実践している作業療法士の推薦を2~3名受け、説明会開催後から、1~3ヶ月以上の介入を行ってもらい、その介入事例を2事例ずつ提出するよう依頼する。事例について前述の評価指標で評価を行い、その妥当性についてワーキンググループで検討を行い、評価指標の完成を行う。さらに、一定水準の生活行為向上マネジメントを実践できる熟練者（エキスパート）として認定する。

(3) プロフェショナルの養成の在り方検討と審査委員会の開催

また併せて、介護支援専門員との連携や市町村が実施する地域ケア会議などに適切に参加でき、指導的な役割を果たせるプロフェショナルの養成に必要なカリキュラムと審査方法をモデル的に検討する。

5) 生活行為支援モデル事業

昨年度、茅野市で60歳以上高齢者を対象に生活行為に関する支障の有無について「生活行為確認表」と「高齢者嗜好調査表」を用いて実態調査を行った。その結果、高齢者の約3割が生活の中で何らかの不自由を抱えていること、基本チェックリストによる特定高齢者と一致していないことなどがあきらかとなった。また、「高齢者嗜好調査」では、地域の高齢者がしたいと思っている生活行為のニーズを発掘できることもわかった。

そこで今回、さらに対象市町村を増やし、当協会で開発した「生活行為確認表」及び「高齢者嗜好調査票」を活用した生活行為ニーズ調査を実施するとともに、具体的支援の在り方を検討する。

(1) 生活行為確認表等による生活行為ニーズ調査の実施について

市町村が実施する生活圏域ニーズ調査に合わせ、「生活行為確認表」「高齢者嗜好調査」を実施する。

今年度は、市町村を増やし調査対象者数を増やし、高齢者の地域の作業活動ニーズの地区特性を違い把握する。

(2) 生活行為支援モデル事業の実施

前述の調査結果および昨年度実施したモデル地域での調査結果を基に、老人会などの高齢者組織と地域に必要な活動を検討し、具体的なボランティア活動や民生委員活動・自治会活動等の展開を試行する。その中から、他地域への展開も含め、一般化できそうな効果的活動の具体的モデル事例を作成する。

II. 推進検討会議の開催

- 1.目的 研究事業の推進及び方向性、政策化に向けた検討を行う。
2.委員 以下の外部の委員によって構成する。

	所属	職種
石黒秀喜	長寿社会開発センター	常務理事
折茂賢一郎	西吾妻福祉病院	病院管理者
川越雅弘	国立社会保障・人口問題研究所	室長
澤村誠志	兵庫県立総合リハビリテーションセンター	名誉院長
菅原弘子	福祉自治体ユニット	事務局長
鈴木邦彦	日本医師会	理事
東内京一	和光市役所	部長
葉山靖明	デイサービスセンター けやき通り	施設長
藤原茂	夢のみずうみ社	代表
依田利文	茅野市西部保健福祉サービスセンター	地域福祉推進係長

3.開催結果

1) 第1回推進検討会議の開催

(1)日時：平成 25 年 8 月 3 日 14:30～17:00

(2)主な討議内容：

①HUI を用いた生活行為向上マネジメントの効果検証事業

○対象者の要介護度がわかるとよい。

②老人保健施設入所時インタークにおける生活行為向上マネジメントによる介入の効果検討事業

○研究協力施設が R4 を導入していれば、OT のプランを反映することになっているため、導入しているかどうかをアンケートするとよい。

○OT が退所に向けてプランニングした群が介入群であれば、今年度の 3 月の段階で退所していない場合にどう評価するのかを考える必要がある。OT がインタークで介入して作ったケアプランが最終的には入所後 6 カ月で退所に至るところにどう関わられたのかが重要である。脳卒中の右麻痺であれば 6 カ月での退所は難しいとか、骨折系でリハ病院からの症例であれば 6 カ月で確実に退所できるとか、OT がチームケアのなかでどう関わられたかは、ケアプランの書き方や助言がどう反映され記載されたかを単純にチェックすれば良い。最後のアンケートについては、中間評価として退所に向かったプランに沿って OT がどの部分にどのように効果的に支援できたのか、そこを今年度のデータとしてまとめる必要がある。

○退所困難な事例に対して OT が積極的に介入することによって、退所に結び付いたという事例があると望ましい。従来のケアプランでは自宅退所が困難と思われていた人が生活行為向上マネジメントを使った支援により自宅退所できたという事例があればいい。

○現場視点で言うと、急性期病院の医師やリハビリ専門職は BI、ADL については予後予測ができる。介護保険のサービスは生活障害に対応しているのだから、IADL については介護保険分野の職員の方がプロだと考える。今回はその分野に生活行為向上マネジメントを導入する予定なので、最低限そこを生かす必要がある。ADL は急性期病院でも施設でもわかるが、IADL に介入するには在宅訪問をして、それからケアプランを作成する必要がある。それをチームで共有できるようになればよい。

○IADL には広義と狭義があるが、今の介護保険では IADL が生活機能訓練に入っている。デイサービスの現場では、生活機能回復訓練の中に、散歩と買い物は入るけど、手芸や金銭管理は入るのかと考えるとわからなくなる。OT 協会として IADL の範囲を整理がされるとよい。

③生活行為向上マネジメントの質の評価方法の開発と質の向上の在り方検討事業

○今回の研究を通して養成された生活行為向上マネジメント熟練者について、各都道府県から支援要請があった場合、都道府県の作業療法士会が支援することをアピールし、地域ケア会議の推進に貢献できることを働き掛けることが大切である。

○各熟練者は自らの事例のマネジメントの実践を通して、課題説明能力の向上と組織内の多職種協働、退院後の生活を視野に入れ、地域のケアマネージャーを交えたカンファレンスを実践していくことが、個別レベルでの具体的な作業になる。

④生活行為支援モデル事業

○生活行為確認表と併せて、対策をつくる方がいい、自身が望む活動をいつまでもできるのだと言った啓蒙を住民に示すことが大切である。住民向けパンフレットの作成することとした。

○生活行為確認表を活用したニーズ調査が市町村第6期介護保険事業計画に役立つデータとして活用できるものであることを示す。

○訪問による個別課題をとおして、生活行為の解決には訪問が必要だといったところの事例パターンを示すことが大切である。併せて、ヘルパーの活用のスキル及び対応方法を示してはどうか。

○モデル事業報告書では必ず参加住民のコメントや実施写真をつけるとよい。

2) 第2回推進検討会議の開催

(1)日 時: 平成 26 年 2 月 1 日 (土) 14:00~17:00

(2) 主な討議内容:

①HUI を用いた生活行為向上マネジメントの効果検証事業

○今回のマネジメントを使ったオーダーメイドの作業療法と従来の作業療法とは何が違うかを検証して考察する必要がある。マネジメントシートにより実際にどの部分に介入し、どの部分が改善したかを示すと、介入と結果が結びつくので、理解しやすい。事例ベースで「本人の希望をベースに介入したことが QOL の向上に貢献した」と明記することが大切である。

②老人保健施設入所時インタークにおける生活行為向上マネジメントによる介入の効果検証事業

○作業療法士は今まで入所時のインタークに関わっていなかったと思うが、インタークから関わるようになって、作業療法士自身の意識の変化を把握してはどうか。

○事例ベースで目標を立てて介入しているので、マネジメントの流れで整理した方がわかりやすい。退所を目標とした場合には、家に帰ってからの課題を整理することが重要であり、退所に向けての課題をいつまでにどの程度達成し、どの時期に退所するといった一連の流れを整理しないと、介入が良かったか悪かったかを判断できないと考える。今回、退所目的のマネジメントではなく、施設内で作業を行うことが目的となっていた印象がある。リハ職ではなくて、OT だからこそできる関わりを見せていく必要がある。他職種と目標は一緒でも、やり方やアプローチが違うということをイメージさせることが大切である。

○最初から特養待機と考えている事例があるが、退所を目的としたマネジメントをすることが大切である。

○インタークで、本人・家族の在宅生活が難しいと思われる理由を明らかにした上で、それを解消していくことを説明し、在宅に帰れると思わせることが大事である。そのことを合意できるようにすることでインタークに関わる意味がある。

○ケアマネだけがインタークに入るのではなくて、作業療法士もインタークに入って在宅の状況を評価することで、身体機能や生活環境をより把握できるため重要である。

③生活行為向上マネジメントの質の評価方法の開発と質の向上の在り方検討事業

○外部審査会に関しては、作業療法士としては非常に良いことと考える。実際に審査に参加したが発表者間の差が非常に大きかった。生活行為向上マネジメントの記載では、PT が書いたような身体機能に対する機能訓練的なものが多く、もっと OT らしくナラティブな表現をした方がよいと考える。良かった事例として、考察の部分で「数年ぶりに実施した料理を通して、家事動作の広がりを見た」との表現を見て、作業療法はこうあるべきだと思った。

○今事業の狙いは、OT としての個別援助計画をきちんと作れるか、自分たちのサービスマネジメントができるかという話である。加えて、他職種に対して、対象者の課題を明確にし、課題を解決する方法論をわ

かりやすく提示できること、地域ケア会議の個別会議で他職種にアドバイスできることが重要である。今回の事業の前提として、この 2 点ができる人を求めるものである。そこで一番重要なのは考察であるが、考察にやったことを中心に書いている人と、その作業で何を達成するかの狙いを持って、どの道具を使い、どの手順でするかを考えて、実行した結果まで書いている人とでは全然違う。思考過程を評価しないといけないため、問題点を的確に抽出し、マネジメントの手順をおさえることができているかを評価する必要がある。

- 養成校の教育カリキュラムが大事だと思う。
- 地域包括支援センターの地域ケア会議に熟練者を派遣できるとよい。

④生活行為支援モデル事業

- 認知症や初期のうつの方に関しても、興味関心チェックシートを用いると、必ずどこかにチェックがついで、興味がある作業を引き出すことができる。
- 「興味がある」にほとんどチェックがついてない方は、基本チェックリストに電車やバスの項目があるので、こういったケースに関しては、訪問で対応する等の別の取り組みが必要だと考える。
- 議論の中で、プラス面ばかりが出ているが、老人大学やサロンに行く人は元気な老人であって、そういうケースは問題ないと考える。作業療法が必要な人は、元気な人ではなくてこれから低下が予測される人なので、マイナス面にスポットを当てて調査・分析・解析・考察をしていくことが重用だと考える。
- サロンに参加している方を調査したことがあり、新しく地域に入ってきた方はサロンに入れないので、最初に集団があって、そこに後から入っていくのは難しいことなので、そこにどうすれば入りやすいのかを考える必要がある。
- 市町村は、地域包括ケア計画を作ると言われても、在宅医療や認知症支援策についてどうすればいいのかがわからないようである。そのため、具体策を持って一緒に調査して考える必要がある。
- 作業選択をできない人が病気になっているのだと考える。趣味があり、コミュニケーションが取れる方は、デイサービスに来ていない。反対に趣味がなくてコミュニケーションが取れなくて、地域のコミュニティに参加していない人がデイサービスに来る。
- 精神科に通院している方に FAI を取ったが、旅行、庭仕事、読書が低い傾向にあった。うつの方に LSAS-J を使って評価すると、対人関係と興味・好奇心、自己認識の 3 つの社会適応基準のうち興味・好奇心や自己認識の部分はうつが改善とともに回復していたが、対人関係は変わらなかった。コミュニケーションの困難さで、家族や社交性の部分がネックになっている方が多く、うつの症状が改善しても回復しない。そこに焦点を当ててアプローチする必要があるので、人海戦術も必要だと考える。
- 生活行為確認表では不自由さをみているが、基本チェックリストではしているかをみている。そのため、生活確認表は 2 次予防対象者の手前の生活に不自由を感じている対象者を抽出できる可能性がある。介入の必要があるケースやや少しの後押しかけでできるようになるケースに分かれることが想定される。そのためのスクリーニングになる可能性がある。

3) 第3回推進検討会議の開催

(1)日 時:平成 26 年 3 月 8 日 (土) 13:30~15:30

(2)主な討議内容:

①老人保健施設入所時インタークにおける生活行為向上マネジメントによる介入の効果検証事業

- 問題は退所してから後の生活のフォローだが大切である。退所後の継続したフォローのが重要であり、さらに、入所時も退所後も同じ人が評価していくことが必要である。
- 生活行為の目標にトイレ動作や歩行が設定されているが、課題の解決策が作業療法士のアプローチであり特徴だと考える。アプローチの仕方が作業療法士と他のリハ職とは違うということを見せないといけない。例えば、ある事例では、退所を目標とした場合、家族の受け入れ状況が課題になるのであれば、家族に対するアプローチをする必要がある。しかし、目標をみると「転倒しないで歩行能力を維持する」という施設内の目標になっている。個人の目標達成で退所に向けてとなると、これでは課題解決には繋がらない。他職種がそこを抑えてその部分には他職種が関わり、OT では別の部分に関わるようにすると、チーム目標の共有とチームアプローチとなる。
老健施設は多職種チームを作りやすいので、お互いの役割分担をしっかりしていく必要がある。
- 退所前カンファレンスをする際に、在宅の課題を解決する方法として、在宅のケアマネジャーと OT を呼

ぶのか、ヘルパーに具体的に動作の誘導方法を伝えるのかを検討する必要がある。和光市であれば、地域ケア会議に老健のOTに来てもらって意見を求めることが重要だ。退所後に事例をフォローするシステムがあるのか、そのシステムがないのかを明確にしてください。それを踏まえないと、澤村委員が言うように老健のOTが在宅までをどのように考えて介入したかが見えてこない。それを踏まえた調査を考えるといい。

その状態のままで在宅に帰ると問題が起こるケースが多い。老健施設を退所する前に、地域のケアマネジャーも含めた支援者を集めてカンファレンスをすることが大事である。OTにとって、対象者が自宅に帰ってから自宅に訪問することが非常に勉強になる。その経験が宝物だと思う。

- 老健の退所事例100例以上の調査で老健入所時・退所時、退所後1週、退所後1ヶ月をICFで調査していました。その結果、退所事例なので退所時には良くなっているのですが、退所1週後には入浴や排泄動作などで下がっていた。ここにケアマネジャーが関わるとADLが維持されるが、その際、リハ職が関わって在宅生活をフォローアップして欲しいと思う。最近、老健からの訪問リハが劇的に増えてきているため、OTが退所した人たちに関わっていただき、生活機能の低下を予防して欲しい。

②生活行為向上マネジメントの質の評価方法の開発と質の向上の在り方検討事業

- 現在の作業療法士の教育カリキュラムに地域リハや包括ケアの項目が少な過ぎる。教育に入れることと国家試験に入れることが重要。厚労省が昔作った資料をいつまでも使っていては、いい人材が育つはずがないと思う。

- 従来の作業療法とは異なり、生活行為向上マネジメントを実践して作業療法士さんたちはどこに変化を感じましたか。

「医学モデルから生活障害モデルに変わった。視点が変わった」「今まで作業療法として、どのような疾患の方にどういったプログラムを提供するかを考えていた。生活行為向上マネジメントを勉強してからは、対象者の今までの生活と今後の生活をイメージして、そのために現在の課題は何で、他職種とどのように繋がっていき、残った課題をどの職種に繋いでいくかを意識するようになった。そのように、対象者の24時間365日を意識するように変わった。」

- 熟練者はマネジメントの視点を持って介入できる作業療法士である。彼らが自ら講師となって生活行為向上マネジメントを普及する予定である。もう一点は、市町村で行われる地域ケア会議で推薦していきたいと考えている。そこでケアマネジャーに助言ができる人を想定している。市町村から相談があった場合にこの熟練者たちを紹介していきたい。

- 熟練者を地域ケア会議の助言者としての位置づけをとし、認定審査員のようにお金を払ってもらいます。例えば、依田さんの地域の老健に熟練者がいて、市から委託をして来もらうイメージである。地域包括支援センターとしての自治体の役割をどう描いていくのかだと考える。

- 各都道府県士会で1名は配置できるように育てていく予定である。今回、全都道府県から2名ずつ熟練者を推薦してもらっている。1回目の審査に通らなかった方も、5月には事例を再提出してもらい、順次熟練者を増やしていく予定である。

③生活行為支援モデル事業

- 茅野市では生活確認表で不自由があると答えた項目が多い方に対して訪問をした。訪問してみて、かなり困っている様子が見られ、生活行為確認表は質の点では活用できると思った。今回の調査から、転倒している人が多いことがわかり、この地域では運動教室をしているので、教室の参加者と確認表を照らし合わせて確認している。行政としても、地域でやるべきことが明らかになった。

- この取り組みで閉じこもり予防や暮らしの介護予防ができて、要介護に進むスピードが緩やかになればいいと考える。

- 6月くらいに生きがい健康作りの担当者会議があるので、このようなことを発表して啓発して欲しい。

- 老健事業の機能訓練事業を見直す必要があると考える。要支援1・2がなくなりますので、小学校区ではなくてもっと狭いコミュニティの中でOT・PTがどのように関わっていけるかをもっと積極的に配信して欲しいと思う。

- 今回は調査だけになってしまい、介入まではできていない。今後はこれらのデータをもとに、どのように本人のしたい生活行為を地域の活動に落とし込んでいくのかを進めたい。調査票でチェックがついて、問題がある人に対して訪問して介入して早期解決していく、介護保険に行かないようにする介入が必要だと

考る。地域特性や年代特性を生かして、介入するための一つのツールとして使えると考える。

今後は、モデル事業として実践したい。生活行為確認表の調査結果を生かして介護予防の事業ができると考える。若い方であっても生活の不自由を感じているので、早めに工夫できることを皆様に知っていただくことも大事である。運動機能低下のチェックがつくとできない生活行為が増えていくので、体操なども重要だ。**2** 番は興味関心チェックシートにチェックがついた作業を実態に合わせて、どのように地域でできるようにするのかを考えていく必要がある。今回の結果からは書道に興味がある人が多かったので、書道教室があればいい。**3** 番目は**2** 番目としては困っている方へのアドバイスをして具体的に解消していくことが大事だ。ボランティア育成に関しても、本人たちの様々な特技を生かしたニーズを実際とマッチングしていくけばいい。そのための啓発普及も重要だ。今後、このような事業を展開できればいい。

III. 研究成果とまとめ

1. 介護保険領域における生活行為向上マネジメントによる介入効果

【目的】

生活行為向上マネジメントは、個々人の「したい」「望む」生活行為の24時間、365日の連続から構成される生活に焦点をあて、病気や老化などの様々な要因によって障害されたその生活行為の連續を、再び取り戻すために生活機能の視点からマネジメントする手法として、本研究事業を通して開発したものである。

また、生活行為向上マネジメントはADLの評価指標であるBarthel Index、IADLの評価指標であるFrancy activity Index、生活関連QOLの評価指標であるHealth Utility Index(以下、HUI)との感度がよいことが本研究事業から、明らかとなっている。

そこで、医療経済効果を測定できるHUIを活用し、介護保険の通所系事業所及び老人保健施設にて生活行為向上マネジメントによる介入効果を3年間にわたり、その経過を半年ごとに測定している。今年度は3年間の追跡調査の2年目として、中間報告としてその効果をまとめた。

【対象】

通所系事業所事例は平成23年度時介入群102例、対照群112例だったが、平成25年には介入群78例、対照群78例に死亡や通所利用終了などにより減少した。老人保健施設事例は平成23年度介入群85例、対照群85例だったが、平成25年度には介入群31例、対照群37例へ減少した。

【結果】

通所事業利用者では、介入後図1に示すように対照群の健康関連QOLに変化がなかったのに対して、介入群の健康関連QOLは0.38から0.47へと向上した。介入群の健康関連QOLはその後も維持をし続けたが、対照群の健康関連QOLは徐々に低下した。2013年9月現在の健康関連QOLは、対照群0.26に対して介入群0.40となり、二元配置分散分析の結果、 $F=0.5801$ 、 $P=0.000$ となり介入の有無（グループ分け）と経過時間の交互作用を認めた。通所事業利用者について、生活行為向上マネジメントによる介入は効果が持続していることを確認した。

老人保健施設入所者では、介入後図2に示すように介入群の健康関連QOLが向上したが、その後は徐々に低下し、対照群との差を認めない程度になった。老健に入所し続けているという、対象者の特性が影響しているのかもしれない。その観点では、退所した対象者の特性にこそ、生活行為向上マネジメントの効果が表れている可能性もある。

【今後】

引き続き、3年間の効果を測定し、最終年度には事例の介入内容や転帰を併せ、効果について検証する予定である。

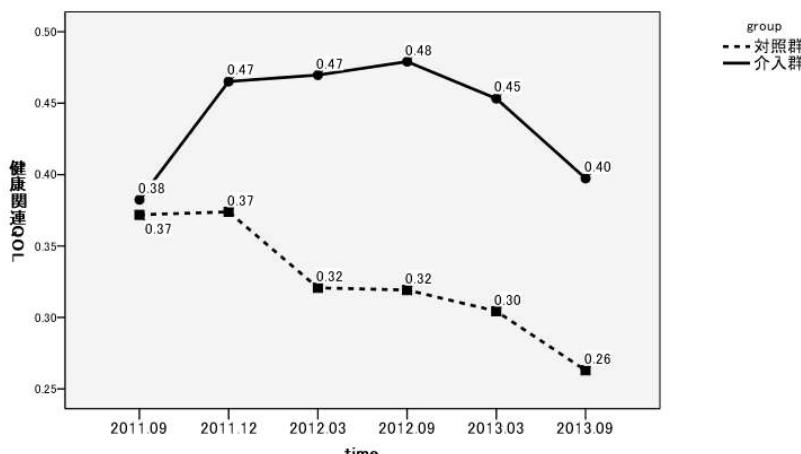


図1.通所事業利用者の健康関連QOLの変化 $F=0.5801$ 、 $p=0.000$

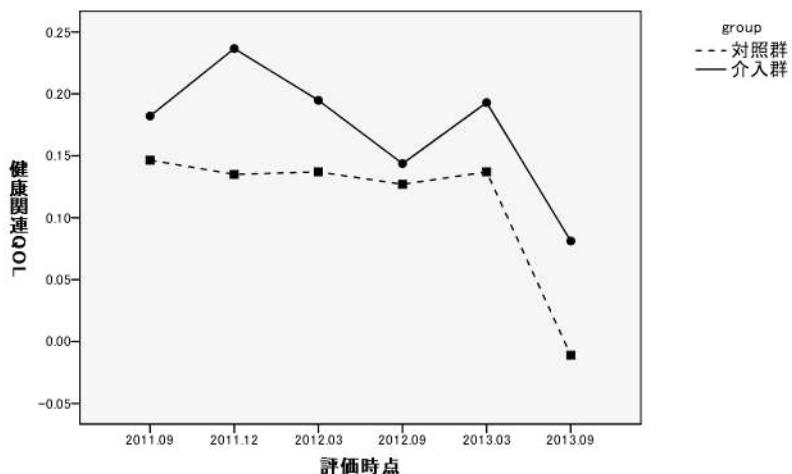


図2.老人保健施設入所者の健康関連 QOL の変化 $F=0.060$ 、 $p=0.807$

2. 老人保健施設入所時インテークにおける介入の効果検討事業

【目的】

入所の段階から生活行為向上マネジメント（以下、マネジメント）を用いて、退所に向けて改善する必要のある生活行為を明らかにした上でチームアプローチを展開し、それが退所支援として有効かどうかを検証する。

その上で老人保健施設における他職種が、作業療法士（以下、OT）の退所支援における有効性をどのように考えているかを明らかにする。

【対象及び方法】

1) 対象者

2013年9月～12月中旬までに全国15の研究協力施設に入所する者のうち、①ある程度の意思疎通能力がある、②明らかな特別養護老人ホーム等への入所待機ではない、の条件に当てはまり、研究への同意を得られた者とした。

2) 方法

OTは対象者の実態調査に同行し、入所判定会に参加し、その後各種評価およびマネジメントを用いた作業療法計画を立案して介入を行った。なお、対象者が退所するまでの経過を追うため、介入期間は2013年9月から2014年8月までとした。

本研究への協力の得られた15ヶ所の介護老人保健施設に勤務する、支援相談員、ケアマネジャー、介護士、看護師等に対して、アンケート調査を実施した。

【結果】

- 1) 対象者は、29名（男性8名、女性21名）で、平均年齢は 86.2 ± 7.7 歳であった。なお、対象者のうち最年少は64歳、最高齢は97歳であった。
- 2) 今回の29名の対象者のうち約8割で家族が今後自宅に退所することを希望していた。
- 3) OTが立案したマネジメントに基づいた計画は、約9割の対象者のケアプランに反映され、そのうちの多くの対象者では、他職種で連携して行う内容としてケアプランに盛り込まれていた。
- 4) 2月末日の段階では、全対象者のうちの4分の1が退所していた。
- 5) 他職種の約5割は、通常の計画書に基づくリハビリとマネジメントに基づいたリハビリの違い、およびマネジメントを用いて介入したことによる対象者の変化を感じていた。
- 6) 他職種は、退所支援におけるOTの入所前からの介入について、有効であると考えていることが分かった。

【今 後】

対象者への介入は、2014年8月まで継続して実施し、3ヶ月毎に各種調査を実施する。退所時には本人・家族に対して、提供された作業療法についての感想を聞き取る。また、他職種へのアンケート調査を行い、今回のOTの介入が有効であったと感じているかどうかを調査する予定である。

3. 生活行為向上マネジメントの質の評価方法の開発と質の向上の在り方検討事業

【目的】

これまで急性期、回復期の医療機関、老人保健施設、通所リハビリテーション、訪問介護・通所介護・介護支援専門員との連携とさまざまな領域で高齢者の生活行為に焦点を当てた「生活行為向上マネジメント」を実践してきた。しかし、介入研究の際、介入する作業療法士にはばらつきがあり、そのことでデータの効果がばらつき明確に成果を示せないことも多かった。介入に際しては従事する作業療法士のトレーニングが最も重要であった。

そこで、今年度は「生活行為向上マネジメント」の質に関する評価表を作成し、作業療法士の質に関する評価を行い、「生活行為向上マネジメント」の一定水準を確保できるための取り組みをモデル的に実施した。

【結果】

1) 生活行為向上マネジメントの質を評価するための課題分析モニタリング表（表1）を開発

課題分析モニタリング表は、①対象者の24時間365日の生活行為の把握と評価、②その改善の可能性についての予後予測、③支援課題の優先づけ、④課題の要因分析、⑤支援計画、⑥他職種を含めた総合支援方針とのすり合わせ、⑦支援結果による評価、⑧考察からなり、生活行為向上マネジメントのプロセスを評価できるように構成されている。

結果として、第3者による生活行為向上マネジメントの質を審査するための審査表（表2）と対をなし、マネジメントの思考のプロセスとチームとしての役割分担の意識、モニタリングにつながる考察から、その質を客観的に評価できるものであると考えられた。

今後は、生活行為向上マネジメント表及び課題分析モニタリング表を活用した作業療法の事例蓄積から、質のデータ分析及びチームにおける作業療法の特性や役割を明確にしていきたい。

2) 生活行為向上マネジメントを理解する上での研修の在り方を検討

従来の作業療法と異なり、生活行為向上マネジメントには作業療法の実践を通して対象者の在宅生活を視野に生活全般のマネジメントをする視点、またチームに対する積極的提案ができようになるなどチームマネジメント視点、地域の社会資源の活用を視野に本人のしたい生活行為が在宅で継続できるための地域の社会資源をマネジメントする視点が求められる。

このことから、研修で必要な知識は①マネジメントの知識、②地域の社会資源を含め制度の知識などが必要であることが言える。

今後は、外部の学識経験者から組織された「推進検討会議」からも指摘がされたが、生活行為向上マネジメントが作業療法養成教育への在り方を含め、作業療法士の基本的知識として位置づけられることが望ましい。

表1 課題分析モニタリング表

アセスメント項目		現状能力	予後予測 介入後	課題 重要性	課題個々の要因分析	評価	考察
基	起き上がり	未把握	未把握			未把握	
本	立位保持	未把握	未把握			未把握	
動	床からの立ち上がり	未把握	未把握			未把握	
作	床のものを拾う	未把握	未把握			未把握	
A	食事	未把握	未把握			未把握	
D	イスとベッド間の移乗	未把握	未把握			未把握	
L	整容	自立	自立			未把握	
B	トイレ動作	未把握	未把握			未把握	
I	入浴	未把握	未把握			未把握	
～	平地歩行(車椅子駆動)	できない	できない			未把握	
～	階段昇降	監視or介助	監視or介助			未把握	
～	更衣	未把握	未把握			未把握	
～	排便コントロール	時に失禁	時に失禁			未把握	
～	排尿コントロール	全介助	全介助			未把握	
I	食事の用意	週3回以上	週3回以上		課題解決目標		
A	食事の片付け	週3回以上	週3回以上				
D	洗濯	週1回以上	週1回以上				
L	掃除や整頓	週1回以上	週1回以上				
F	力仕事	週1回以上	週1回以上				
A	貢物	週1回以上	週1回以上				
L	外出	週1回以上	週1回以上				
～	屋外歩行	週1回以上	週1回以上				
～	趣味	週1回以上	週1回以上				
A	交通手段の利用	週1回以上	週1回以上				
I	旅行	週1回以上	週1回以上				
～	庭仕事	定期的	重作業可能		(チーム)の総合的援助方針		
～	家や車の手入れ	中等度作業	中等度作業				
～	読書	月2回以上	月2回以上				
～	仕事	週30時間以上	週30時間以上				
老	年金などの書類を	書けない	書けない				
研	新聞などを	読んでいる	読んでいない				
式	本や雑誌を	読んでいない	読んでいない				
拔	健康についての記事や番組に	関心ない	関心ない				
料	友達の家を訪ねること	ある	ある				
～	家族や友達の相談にのること	ない	ない				
～	病人を見舞うこと	できない	できない				
～	若い人に自分から話しかけること	ある	ある				
他	家族の介護負担感	未把握	未把握				
		未把握	未把握				

表2 生活行為向上マネジメント審査表

審査表		審査基準				memo
段階	審査項目	よい	まあまあ	少し修正	かなり	NA
第一段階 本人・家族の意向確認	本人のしたい生活行為をとらえているか 本人が(本当は)どのレベルまで達成したいのかを把握ないし推測しているか 家族の意向を確認しているか					
第二段階 アセスメント	本人の意向を達成するために何をアセスメントすべきかが認識できているか アのセ のセ 適性 切性 ト性 環境因子 個人因子(生活歴・職歴・性格) 上記の各領域をすべて網羅しているか 24時間365日(関わっている時間以外)の生活行為に焦点をあてているか 生活行為の予後予測は適切か					
第三段階 専門職としての課題の設定	本人の意向と現状を比較して、課題が適切に設定されているか 複数ある課題の優先順位づけは妥当か 課題の根本原因の分析が妥当か					
第四段階 合意形成	本人・家族との合意形成が適切におこなわれているか 他の職種との合意形成や役割分担が適切におこなわれているか マネジメント担当者の合意形成が適切におこなわれているか					
第五段階 個別援助計画の作成	居宅生活を意識した援助計画となっているか 長期目標を見据えた上で、短期目標が適切に設定されているか 作業工程分析が適切におこなわれているか 短期目標の解決に向け、各プログラムが段階づけられた実施内容になっているか 課題解決に向けた担当者間の役割分担が適切におこなわれているか 地域の社会資源の活用も検討されているか					
第六段階 モニタリング	計画した各プログラム(基本的・応用的・社会適応)が適切におこなわれたか 短期目標が達成できているか 介入が対象者及び家族の生活に好影響を与えているか					
第七段階 計画の修正・振り返り	マネジメント担当者が策定する全体計画の修正に関わったか 退院後の関係職種に適切な情報提供をおこなったか 未達成部分に関し原因の分析が適切におこなわれているか 原因分析に応じたかたちで個別援助計画の見直しが適切におこなわれたか					
その他	匿名性の確保(作成の手引きP8) 報告の目的が明確					
<コメント>						

4. 生活行為支援モデル事業

【目的】

高齢者は社会参加に次いで、IADL、ADLの順に生活機能が低下するとの報告がある。協会では、高齢者の生活行為ができなくなり、しなくなる前に、生活行為に不自由を感じている可能性があることに着目し、生活行為の不自由さを把握する「生活行為確認表」(表3)を開発した。また、高齢者の社会参加を促進するため、当協会が高齢者の生活ニーズを把握するために開発した「興味・関心チェック表」(表4)が高齢者の社会参加活動ニーズの把握に活用できると考えた。

そこで今回、高齢者の生活行為確認表及び興味・関心チェック表による調査を行い、その実態を把握するとともに具体的な支援の在り方を検討した。

【結果】

1) 生活行為確認表について

- (1) 生活行為の不自由さは、年齢とともに増加することと男性より女性の方が不自由を感じていることがわかった。男性より女性の方が家事などのIADLに関連した生活行為を高齢になっても担っていることが多く、そのことが不自由を感じている人の増加と関係していると考えられた。
- (2) 50歳代の就労年齢の方々も20項目のうちの一項目以上約4割の方が感じていることがわかった。
- (3) 生活行為確認表は、している生活行為の不自由さを特定高齢者になる前の早期の段階で把握できることがわかった。
- (4) 要支援ではほとんどの者が生活行為に不自由さを一項目以上感じていることがわかった。
- (5) 一方、要介護者では、していない生活行為が増えるため、1割の者が生活行為に不自由を感じていないと答えていた。
- (6) 不自由を感じる生活行為は年齢、性別ともに関係なく「重い物の運搬」や「階段昇降」「立ち座り」が挙げられ、ライフステージに併せた運搬方法や生活環境の工夫の情報提供・周知が必要であると考えられた。また、併せて起居動作や筋力を強くする運動や体操などのアプローチが求められる。

2) 高齢者嗜好調査表について

地域の特性や歴史によって、地域の住民が「してみたい・興味がある」項目が異なることがわかった。「高齢者嗜好調査表」は地域の高齢者の活動のニーズを把握する上で活用できるツールである。活動のニーズに合わせた社会資源の開発または場を提供していくことが求められる。

3) 市町村自治体が実施する生活圏域ニーズ調査に「生活行為確認表」や「高齢者嗜好調査表」を活用することで、地域の住民の生活行為のニーズにあった生活行為を容易にするための啓発活動や生活行為の工夫などの情報提供、介護予防事業で取り組むべき運動の内容を把握できる。さらに、高齢者の活動のニーズも把握でき、地域の社会資源の開発、再利用など地域づくりのツールにも活用できると考えられる(図3の提案)。

【今後】

今後は調査表に基づく、不自由な生活行為に焦点を当てた介護予防事業の在り方とその効果、住民への啓発普及の効果、生活行為に不自由を感じている方々への直接的な指導による効果など、実際の介入についてその方法と効果をしめしていきたい。

表3 生活行為確認表

■生活行為についてあてはまるものに○をつけてください。不自由がある場合「はい」に、感じない場合は「いいえ」に、その行為をしていない場合には「していない」に○をします。		
1	床から立ち上がるのに不自由を感じますか？	はい・いいえ・していない
2	立った状態で、床からベンを拾うのに不自由を感じますか？	はい・いいえ・していない
3	階段の昇降に不自由を感じますか？	はい・いいえ・していない
4	掃除（掃除機がけ）に不自由を感じますか？	はい・いいえ・していない
5	重い荷物を運ぶのに不自由を感じますか？	はい・いいえ・していない
6	洋服のボタンを留めるのに不自由を感じますか？	はい・いいえ・していない
7	足の爪を切るのに不自由を感じますか？	はい・いいえ・していない
8	料理をつくるのに不自由を感じますか？	はい・いいえ・していない
9	ペットボトルの蓋を開けるのに不自由を感じますか？	はい・いいえ・していない
10	ジャムなどの広口びんの蓋を開けるのに不自由を感じますか？	はい・いいえ・していない
11	電話や会話の聞き取りに不自由を感じますか？	はい・いいえ・していない
12	バスを乗り降りするのに不自由を感じますか？	はい・いいえ・していない
13	新聞や回覧板を読むのに不自由を感じますか？	はい・いいえ・していない
14	自動車やバイクの運転に不自由を感じますか？	はい・いいえ・していない
15	整理整頓をするのに不自由を感じますか？	はい・いいえ・していない
16	草むしり（草引き）をするのに不自由を感じますか？	はい・いいえ・していない
17	下着の脱着に不自由を感じますか？	はい・いいえ・していない
18	入浴で体や頭を洗うのに不自由を感じますか？	はい・いいえ・していない
19	箸の操作に不自由を感じますか？	はい・いいえ・していない
20	洗濯物を干すのに不自由を感じますか？	はい・いいえ・していない
■自分の健康状態についてどのようにお感じですか。一つにまるをつけてください。		
1.とても健康 2.まあまあ健康 3.ふつう 4.あまり良くない 5.悪い		

表4 高齢者嗜好調査表（興味・関心チェックシート）

以下の生活行為について3つの質問にお答えください。

①まず、「興味・関心がある」または「してみたい・やってみたい」もの全てに○をつけてください。

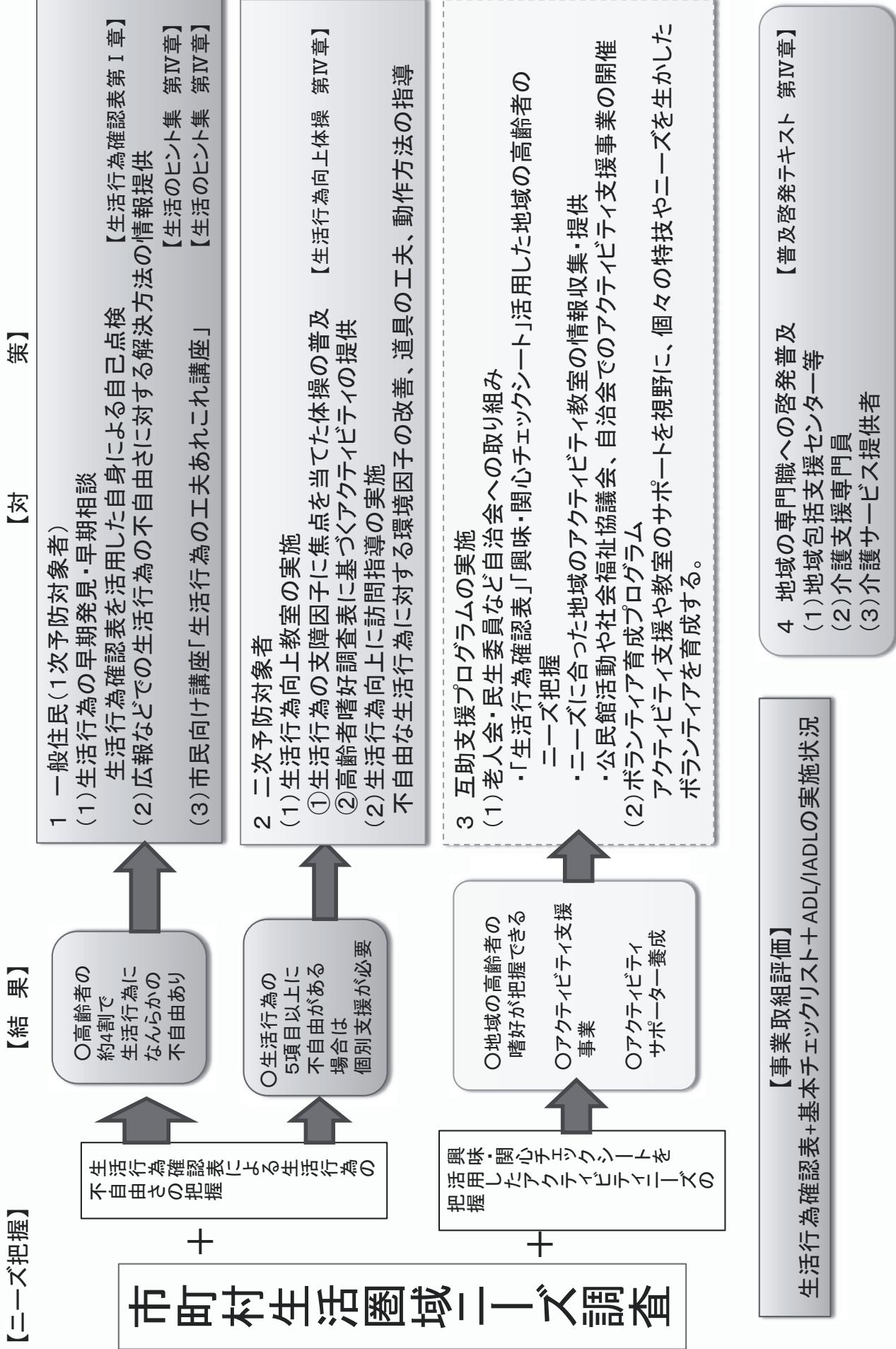
自分にはできないと思うものであっても、「できたらいいな」と思えば○です。

②最後に、「現在している」もの全てに○をつけてください。

生活行為	① 興味 が ある	② し て い る	生活行為	① 興味 が ある	② し て い る
【記入例】海外旅行	○	×	将棋・囲碁		
読書			体操・運動		
俳句			散歩		
書道・習字			ダンス・盆踊りなど		
絵を描く・絵手紙			ゴルフ・グランドゴルフ		
パソコン・ワープロ			などのスポーツ		
写真			野球・相撲観戦		
映画・観劇・演奏会に行く			花札などのゲーム		
お茶・お花			競馬・競輪・競艇・		
歌を歌う・カラオケ			パチンコ		
音楽を聴く・楽器演奏			孫・子供の世話		
編み物			動物の世話		
針仕事			友達とおしゃべり		
畠仕事			ボランティア		
家族・親戚との団らん			お参り・宗教活動		
デート・異性との交流			地域活動（町内会・		
居酒屋に行く			老人クラブ）		
賃金を伴う仕事			旅行・温泉		
生涯学習・歴史			その他（ ）		

【得意なことを生かしてボランティアとしてみたいことがありましたら、下記にご記入ください。】
 (例：お花の免許を生かして、お花を教えるボランティアをしてみたい。)

図3 生活行為に焦点を当てた新たな地域支援事業の在り方を提案



第二章

HUI を用いた生活行為向上マネジメント の効果検証事業

第二章 HUI を用いた生活行為向上マネジメントの効果検証事業

I. 事業目的

平成 20 年度から実施している研究事業において、生活行為向上マネジメントが通所リハビリテーションや老人保健施設の入所者の健康関連 QOL の評価指標（健康効用値）に効果があることが検証された。

そこで平成 23 年度から 3 年間に渡り、通所事業所および老人保健施設における対象者の QOL の変化から経済的効果を測定し、生活行為向上マネジメントによる介入の費用対効果を検証する。

本報告書では、2 年目までの結果を検討し、中間報告として報告する。

II. 事業内容

1. 継続評価開始当初の対象者

1) 通所事業所事例

平成 23 年度研究事業に協力頂いた通所事業所 26 か所において

生活行為向上マネジメントを用いて介入した群（介入群）102 例

通常の支援を実施した群（対照群）112 例

2) 介護老人保健施設（以下、入所）事例

平成 23 年度研究事業に協力頂いた介護老人保健施設 19 か所において

生活行為向上マネジメントを用いて介入した群（介入群）85 例

通常の支援を実施した群（対照群）85 例

2. 平成 25 年度の対象者

1 のうち、平成 25 年 3 月現在に継続評価が可能であった事例を対象とする。

1) 通所事業所事例

通所事業所 24 か所 介入群：78 例 対照群：78 例

2) 入所事例

介護老人保健施設 19 か所 介入群：31 例 対照群：37 例

3. 評価方法

1) 評価時期

平成 24 年 3 月から 6 ヶ月ごとに評価を行う。

平成 25 年度は平成 25 年 9 月、平成 26 年 3 月現在の状況について調査する。

以後、平成 26 年 9 月まで継続する。



2) 評価内容

(1) 介護度

(2) 障害老人の日常生活自立度

(3) 認知症高齢者の日常生活自立度

(4) Health Utilities Index（以下、HUI）

(5) OT 介入状況、利用頻度

入所については、実施したプログラムの 1 週間あたりの介入回数と 1 回あたりの介入時間を把握。

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

表1：アプローチ内容の分類

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

(6)当初立てた（平成23年度）生活行為向上マネジメントの継続状況：介入群のみ

(7)中止または終了、退所した場合、その理由や転機先

III.事業班委員名簿

1.研究班員

(委員名 50音順 ○は班長)

所属名	氏名	備考
甲南女子大学	○竹内さをり	兵庫県
新潟医療福祉大学	能登 真一	新潟県
介護老人保健施設ゆうゆう	渡邊 基子	茨城県

2.研究協力施設

1) 通所事業所 以下の26施設

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

2)入所 以下の介護老人保健施設 19施設

	施設名	備考		施設名	備考
1	水光苑	福岡県	11	はくあい	山口県
2	カーピアンしろさと	茨城県	12	尚歯堂	山口県
3	恵泉	兵庫県	13	リハビリセンターあゆみ	滋賀県
4	なとり	宮城県	14	寿楽苑	福岡県
5	秋穂幸楽苑	山口県	15	わかば	東京都
6	ひもろぎの園	福島県	16	みがわ	茨城県

7	涼風苑	茨城県	17	せんだんの丘	宮城県
8	カノープス姫路	兵庫県	18	ペあれんと	山口県
9	ゆうゆうホーム	宮城県	19	ゆうゆう	茨城県
10	大宮アロマハイム	茨城県			

IV.結果

1.継続者・終了・退所者の動向

1)通所介護事業所

調査回ごとの回答数と、利用継続者数と中止・終了者数を表2に記す。

表2.通所班調査回ごとの介入群、対照群別回答数、継続、中止終了者数 (人)

	介入群			対照群		
	回答数	利用継続	中止終了	回答数	利用継続	中止終了
H23年9月	114			116		
H23年12月	102	102	12	112	112	4
H24年3月	89	89	25	99	99	17
H24年9月	94	85	29	96	85	31
H25年3月	80	71	43	80	68	48
H25年9月	78	67	47	78	62	54

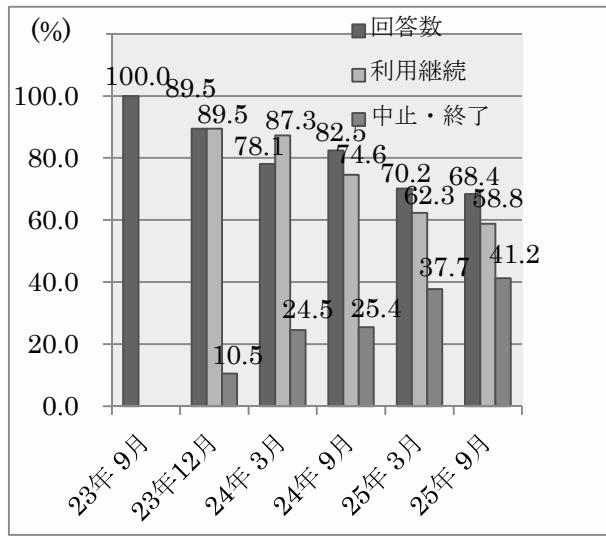


図1.介入群の調査回別回答・利用継続・中止、終了割合

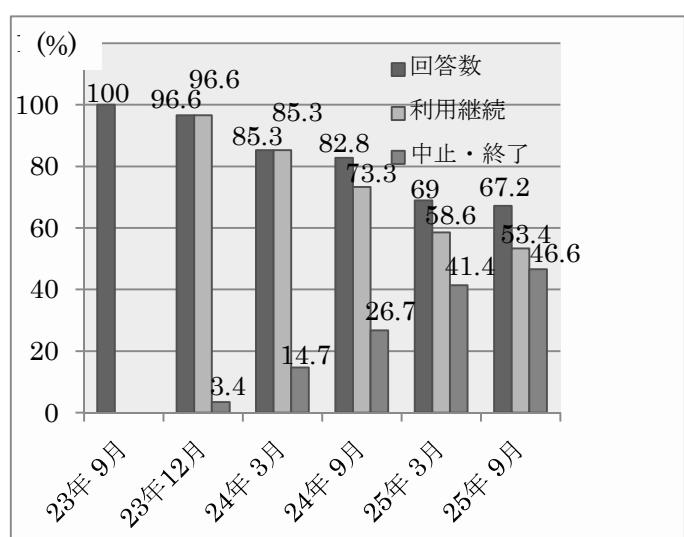


図2.対照群の調査回別回答・利用継続・中止、終了割合

平成24年9月以降は、利用終了者の追跡評価を可能な限り実施するように依頼した。そのため、平成24年3月より回答数が増えている。また、担当OTの退職に伴い、平成24年9月に1施設(2例)が、担当OTの育児休暇にて平成25年3月に1施設(3例)のOT不在となり継続評価困難となった。

表2より、介入群は平成24年(13名)と平成25年3月(14名)の終了者数が多い。また、対照群は平成24年3月から平成25年9月まで、各評価時に13名~17名が中止・終了になっている。

2)通所事業所の中止・終了理由

調査回ごとの新規中止・終了者の理由(記述のあったもののみ)と一旦中止となった方のその後について記す。

表3. 介入群の調査回ごとの新規中止・終了理由と中止者その後の状態 (人)

介入群	新規中止理由										OT 不在	中止した方のその後			
	期間 終了	自立 認定	要介 護に	状態 悪化	入 院	入 所	死 亡	他施設 利用	転 居	不 明		死 亡	再利 用	入 院	入 所
H24年3月	5		1	1	7	1		1	0		16			2	
H24年9月		2			3	3	1	1	0		10	1	1	3	
H25年3月					3	1	3	1		2	8	3		1	1
H25年9月					4	1	1				6		1		
計	5	2	1	1	17	6	5	3	0	2	40				

表4. 対照群の調査回ごとの新規中止・終了理由と中止者その後の状態 (人)

対照群	新規中止理由										OT 不在	中止した方のその後			
	期間 終了	自立 認定	要介 護に	状態 悪化	入 院	入 所	死 亡	他施 設利 用	転 居	家 族 希 望		再利 用	入 所	他機 関利 用	
H24年3月	5			1	3		1	2	1		13				
H24年9月		3		2	2	2		3	1		3	13	2	2	1
H25年3月		1			6	1	1			1	6	9	3		1
H25年9月					3	3	1	1				8			
計	5	4	0	3	14	6	3	6	2	1	9	43			

中止・終了理由は、介入群、対照群ともに入院が最も多く、次いで施設入所である。

2)入所

(1) 調査回ごとの回答数と、入所継続者数と終了（退所）者数を表5に記す。

表5. 入所班調査回ごとの介入群、対照群別回答数、継続、中止終了者数 (人)

	介入群			対照群		
	回答数	利用継続	終了	回答数	利用継続	終了
23年9月	85			85		
23年12月	85	85	0	85	85	0
24年3月	80	57	23	81	61	20
24年9月	59	44	38	62	45	37
25年3月	39	30	47	43	40	40
25年9月	31	26	52	37	23	54

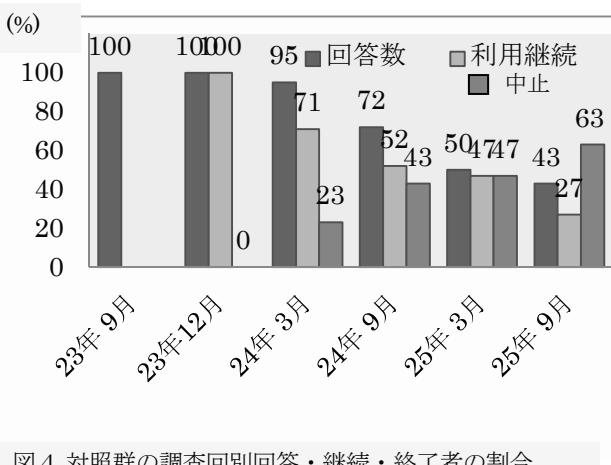
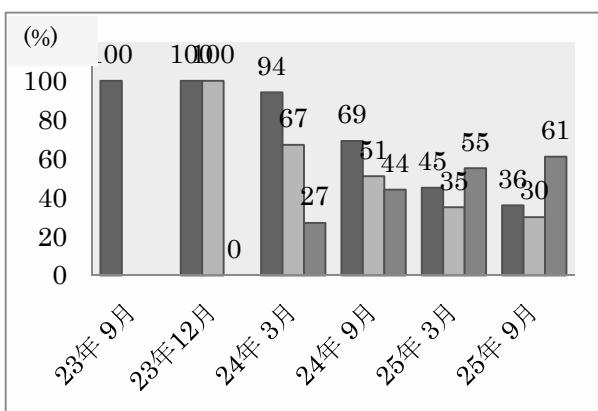


図3.介入群の調査回別回答・継続・終了者の割合

図4.対照群の調査回別回答・継続・終了者の割合

平成 25 年 9 月時点での終了者は介入群で 52 名 (61.1%)、対照群で 54 名 (63.5%) であり、対照介入群・対照群ともに同じような傾向にある。また平成 23 年 3 月（介入開始から 6 ヶ月後）時点がもっとも終了者（退所者）が多かった。このことから、介入開始から 6 ヶ月が入所においては、ひとつの目安になると考えられる。

(2) 退所者の退所先

退所者の退所先を表 6 に示す。

表 6. 退所者の退所先別内訳

(人)

	介入群	自宅	在宅	施設	病院	死亡	対照群	自宅	在宅	施設	病院	死亡
23 年 9 月		0	0	0	0	0		0	0	0	0	0
23 年 12 月		0	0	0	0	0		0	0	0	0	0
24 年 3 月		5	0	9	4	5		6	1	7	4	2
24 年 9 月		5	0	7	1	2		3	0	9	2	3
25 年 3 月		1	1	2	3	2		0	1	0	2	1
25 年 9 月		0	0	2	2	1		1	0	7	4	2
計		11	1	20	10	10		10	1	23	12	8

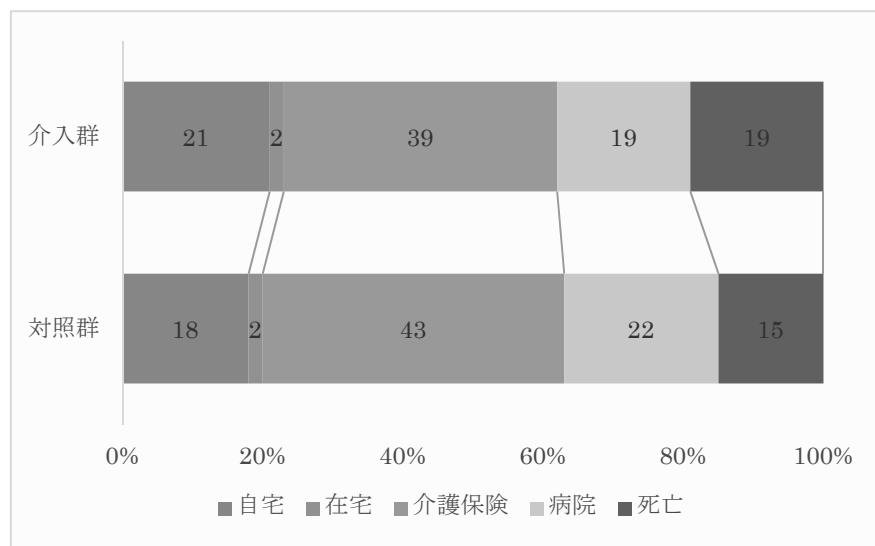


図 5. 群別の退所者の退所先割合

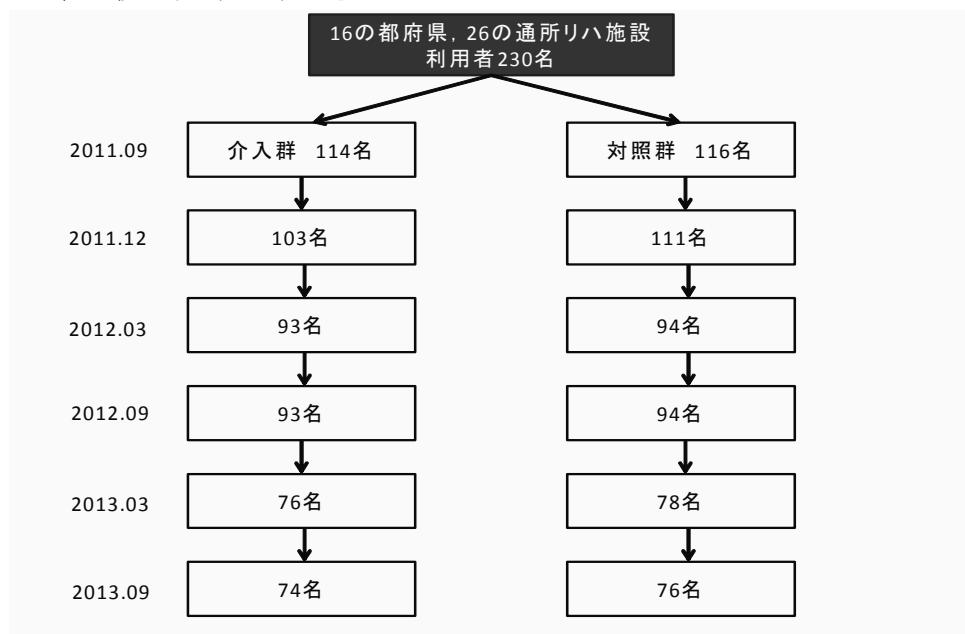
両群ともに介護保険系施設への退所がもっとも多い。在宅復帰（自宅・在宅施設）された方は、約 20% であった。介護老人保健施設は中間施設としての役割を有しており、本来は、病院と自宅への中間施設という意味合いであったが、今回の結果では、自宅へ退所される方は多くはなく、他介護保険施設へ退所される方が多かった。

介入群では、介護保険施設に次いで自宅への退所が多く、対照群では、介護保険施設に次いで病院への退所が多い。介入群の方が、若干ではあるが自宅へ退所された方が多かったことより、介入群の方が、自宅退所に結びつきやすい傾向にある。

2.HUI評価

1)通所事業所

(1) ランダム化比較試験 (RCT) の流れ



平成23(2011)年9月の介入当初は、介入群114名、対照群116名で研究をスタートさせた。その後、諸々の事由により対象者が脱落し、平成25(2013)年9月に再評価ができたのは介入群74名、対照群76名であった。これらの対象者に対して、統計学的な検討を実施した。

表7.介入前のグループごとの特性

	介入群 (n=74)	対照群 (n=76)	P 値
年齢 (歳)	76.3±9.4	77.4±8.9	0.446
性別 (男性/女性)	41/27	44/28	0.921
要介護度 (要支援1→要介護5)	6/16/16/17/7/5/1	9/20/19/13/9/2/0	0.642
健康関連QOL	0.38±0.27	0.37±0.27	0.806

介入前には両群において、年齢や性別、要介護度の分布など特性において差がなかった。Health Utilities Indexで測定した健康関連QOLについても両群間で差を認めなかった。

(2) アウトカムの変化

健康関連QOL (Health Utilities Index; HUI) を用いて半年ごとに評価を続け、各調査回における領域全体の変化を図6に示す。

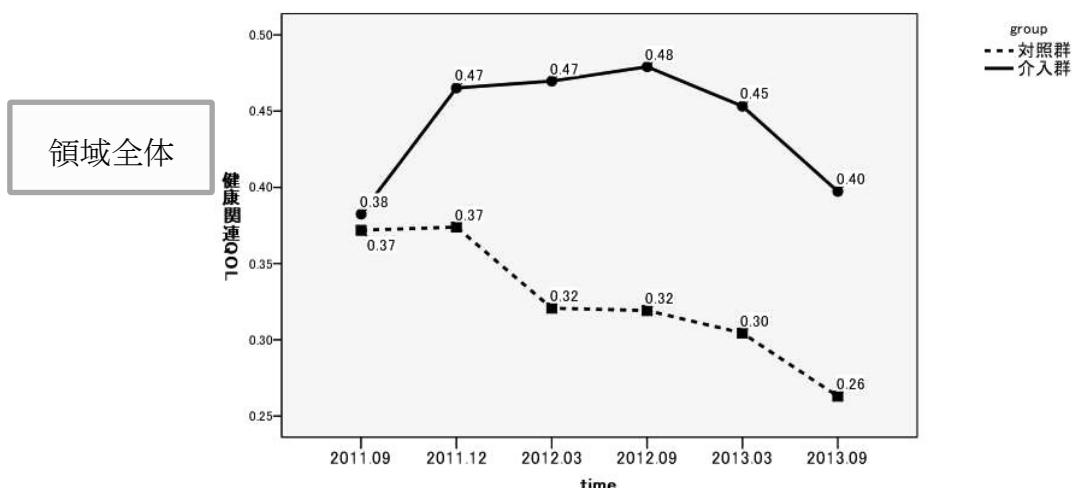


図6. グループごとの健康関連QOLの変化 $F=0.5801$ 、 $p=0.000$

平成 23(2011)年 12 月には、対照群の健康関連 QOL に変化がなかったのに対して、介入群の健康関連 QOL は 0.38 から 0.47 へと向上した。介入群の健康関連 QOL はその後も維持をし続けたが、対照群の健康関連 QOL は徐々に低下した。最終的に、平成 25(2013)年 9 月現在の健康関連 QOL は、対照群 0.26 に対して介入群 0.40 となり、二元配置分散分析の結果、 $F=0.5801$ 、 $P=0.000$ となり介入の有無（グループ分け）と経過時間の交互作用を認めた。

次いで、各領域のうち感情領域と痛み領域の健康関連 QOL の変化を図 7、8 に示す。

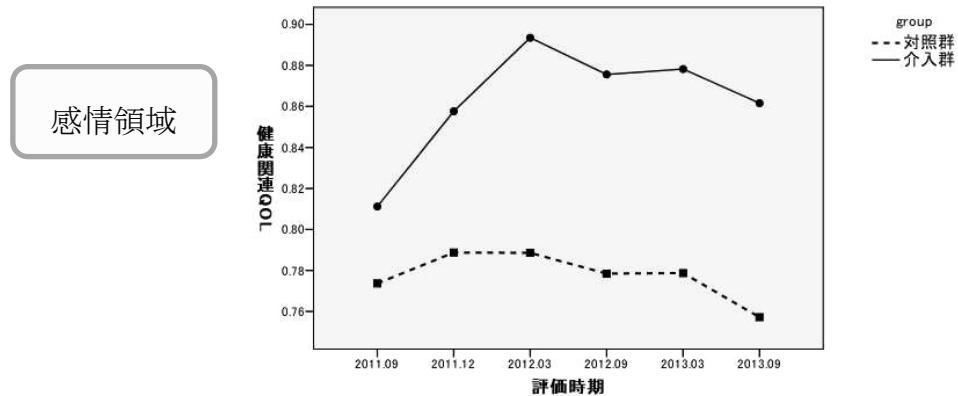


図7. グループごとの健康関連QOLの変化（「感情」領域） $F=1.407$ 、 $p=0.220$

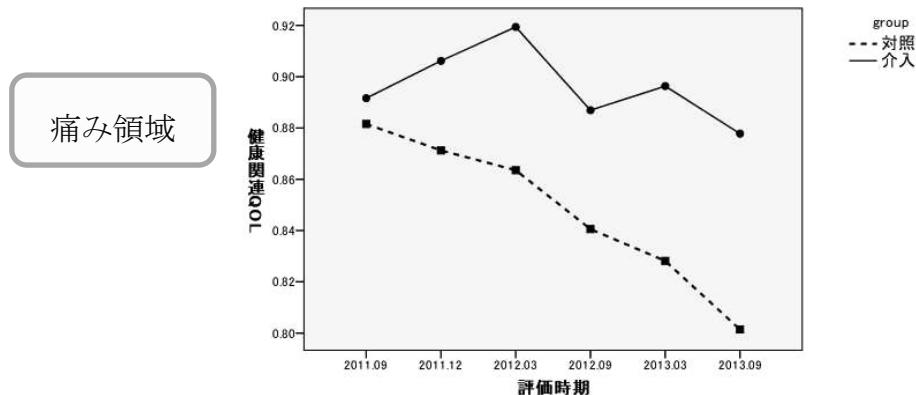


図8. グループごとの健康関連QOLの変化（「痛み」領域） $F=4.792$ 、 $p=0.030$

通所リハ利用者に対する「生活行為向上マネジメント」を利用したオーダーメイドの作業療法の提供は、2年以上にわたってその効果が持続され、健康関連 QOL を維持し続けることが確認された。健康領域の中では「痛み」領域のみが交互作用を認め、生活行為向上マネジメントを用いたオーダーメイドの作業療法の提供が主観的に感じる「痛み」を軽減し、全体の健康関連 QOL を押し上げる可能性のあることが示唆された。

2) 入所

(1) 対象者数

対象者は介入群、対照群それぞれ徐々に減少し、平成 25(2013)年 9 月の時点ですべての時点で評価が可能であった対象者数は 13 施設にまたがる介入群 26 名、対照群 20 名であった。

(2) アウトカムの変化

健康関連 QOL (Health Utilities Index ; HUI) を用いて半年ごとに評価を続け、各調査回における領域全体の変化を図 9 に示す。

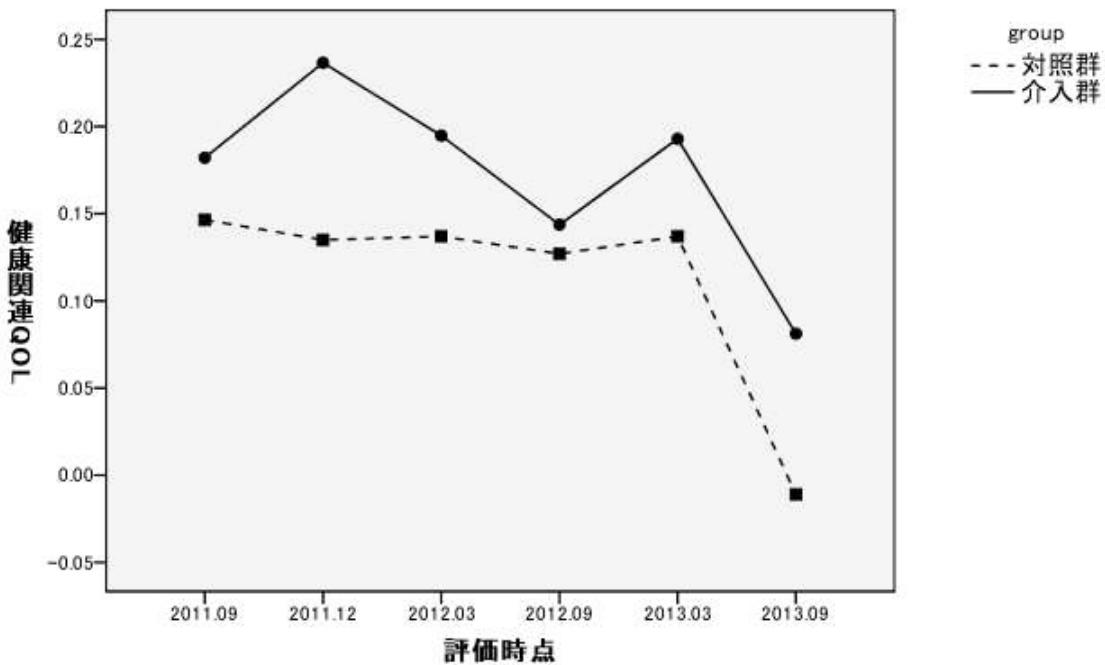


図 9. グループごとの健康関連 QOL の変化 $F=0.060$ 、 $p=0.807$

入所班では介入当初には、介入群の健康関連 QOL が向上したが、その後は徐々に低下し、対照群との差を認めない程度になった。老健に入所し続けているという、対象者の特性が影響しているのかもしれない。その観点では、退所した対象者の特性にこそ、生活行為向上マネジメントの効果が表れている可能性もある。

3. その他の継続評価結果

1) 通所介護事業

(1) 介護度の変化

① 平成 23 年 9 月と平成 24 年 9 月の変化

平成 23 年 9 月から 1 年後の介護度の変化を示す。

i) 介入群

表 8. 介入群における平成 23 年 9 月から 1 年後の介護度変化

(人)

		24 年 9 月													
		自立	支援 1	支援 2	介護 1	介護 2	介護 3	介護 4	介護 5	小計	中止	内死亡	内入院	内入所	横計
23 年 9 月	要支援 1	2	5	2						9	1		1		10
	要支援 2		4	14	3	1				22	4		3		26
	要介護 1		1	2	17	1	1			22	4	1	3	2	26
	要介護 2		1	5	5	15	1			27	3		3		30
	要介護 3				2	3	4			9			1		9
	要介護 4					1	1	4		6	1	1			7
	要介護 5					1				1	1				2
総計		2	11	23	27	22	7	4	0	96	14	2	11	2	110

ii) 対照群

表 9. 対照群における平成 23 年 9 月から 1 年後の介護度変化

(人)

		24 年 9 月													
		自立	支援 1	支援 2	介護 1	介護 2	介護 3	介護 4	介護 5	小計	中止	内死亡	内入院	内入所	横計
23 年 9 月	要支援 1		9	2	1					12	3				15
	要支援 2		3	18	3	5	2	1		32	1	1		1	33
	要介護 1		1	6	15	3	1	1		27	8		4	1	35
	要介護 2					10	3			13	4			1	17
	要介護 3				1	3	7			11	3			1	14
	要介護 4						1			1				1	1
	要介護 5									0				0	0
縦計		0	13	26	20	21	14	2	0	96	19	1	4	4	115

1 年後の介護度変化では介入群において対照群に比べ、介護度が改善している者が多く、対照群では悪化しているものが多い。

中止者数は介入群よりも対照群が多いが、そのうち入院したものの数は介入群が 11 名と多い。これは中止理由の記載があったものを掲載しており、対照群では理由が不明のものが多かつたためである。

② 平成 24 年 9 月と平成 25 年 9 月の変化

平成 24 年 9 月から 1 年後の介護度の変化を示す。

i) 介入群

表 10. 介入群における平成 24 年 9 月から 1 年後の介護度変化

(人)

		25 年 9 月													
		自立	支援 1	支援 2	介護 1	介護 2	介護 3	介護 4	介護 5	小計	中止	内死亡	内入院	内入所	横計
24 年 9 月	要支援 1		6	1	1					8	3				11
	要支援 2		1	11	4	4				20	2	2	1		22
	要介護 1				18	2	1			21	6	2	1	1	27
	要介護 2			2	2	15				19	3		1		22
	要介護 3					1	3	1		5	1	1		1	6
	要介護 4							2		2	1		1		3
	要介護 5									0					0
縦計		0	7	14	25	22	4	3	0	75	16	5	4	1	91

※区分変更中 要支援 2:1 名 再利用 2 名(要支援 2:1 名、要介護 3:1 名)

ii) 対照群

表 11. 対照群における平成 24 年 9 月から 1 年後の介護度変化

(人)

		25 年 9 月													
		自立	支援 1	支援 2	介護 1	介護 2	介護 3	介護 4	介護 5	小計	中止	内死亡	内入院	内入所	横計
24 年 9 月	要支援 1	1	7	2		2	1			13			2	1	13
	要支援 2			15	2	1		2		20	6	2	3	2	26
	要介護 1				13	3	1			17	3	1	1	1	20
	要介護 2				2	14	2			18	4		3	2	22
	要介護 3					2	6	2		10	3		2	1	13
	要介護 4							1		1	1			2	2
	要介護 5									0					0
縦計		1	7	17	17	22	10	5	0	79	17	3	11	7	96

1年目から2年目の1年間における介護度の変化では、介入群、対照群ともに改善した者は少ない。介入群では、維持した者が多い。対照群では維持が最も多いが、介入群に比べ、悪化した者の割合が多い。

③平成23年9月と平成25年9月の変化

平成23年9月の開始当初から2年後の介護度の変化を示す。

i)介入群

表12.介入群における平成23年9月から2年後の介護度変化(人)と構成割合(%)

		25年9月													
		自立	支援1	支援2	介護1	介護2	介護3	介護4	介護5	小計	中止	内死亡	内入院	内入所	横計
23 年 9 月		要支援1	2	5	1					8	2		1		10
		要支援2		1	11	4	3			19	9	2	4	1	28
		要介護1			17	1	2			20	5	3	5	2	25
		要介護2			2	3	11	1		17	9	3	3	1	26
		要介護3				2	6	1		9	1	1	1		10
		要介護4							4		4	1	1		6
		要介護5					1			1	1				2
		総計	2	6	14	26	22	4	4	0	78	29	7	15	4
構成割合(%)															
23 年 9 月		要支援1	20.0	50.0	10.0	0.0	0.0	0.0	0.0	80.0	20.0				
		要支援2	0.0	3.5	39.3	14.3	10.7	0.0	0.0	0.0	67.8	32.1			
		要介護1	0.0	0.0	0.0	68.0	4.0	8.0	0.0	0.0	80.0	20.0			
		要介護2	0.0	0.0	7.6	11.5	42.3	3.8	0.0	0.0	65.4	34.6			
		要介護3	0.0	0.0	0.0	20.0	60.0	10.0	0.0	0.0	90.0	10.0			
		要介護4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	66.7	0.0	66.7	33.3			
		要介護5	0.0	0.0	0.0	0.0	50.0	0.0	0.0	0.0	50.0	50.0			
		総計	1.8	5.6	13.1	24.3	20.6	3.7	3.7	0	72.9	27.1			

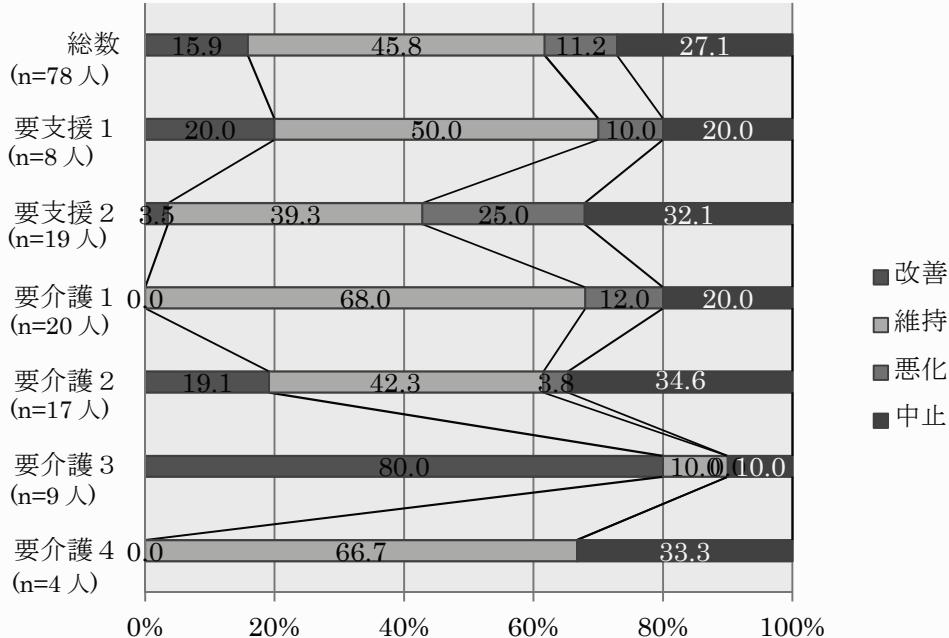


図10.介入群における平成23年9月から2年後の介護度変化の構成割合(%)

ii) 対照群

表 13. 対照群における平成 23 年 9 月から 2 年後の介護度変化 (人) と構成割合(%)

		25年9月													
		自立	支援 1	支援 2	介護 1	介護 2	介護 3	介護 4	介護 5	小計	中止	内 死亡	内 入院	内 入所	横計
23 年 9 月	要支援1	1	6	4			1			12	4		1	1	16
	要支援2		1	11	5	3	1	2		23	9	2	3	4	32
	要介護1			2	11	7	1	1		22	14	2	5	2	36
	要介護2				1	8	2	1		12	5		4	4	17
	要介護3					4	4	1		9	4		1	2	13
	要介護4						1			1			1		1
	要介護5									0					0
	総計	1	7	17	17	22	10	5	0	79	36	4	15	12	115
構成割合(%)															
23 年 9 月	要支援1	6.3	37.5	25.0	0.0	0.0	6.3	0.0	0.0	75.0	25.0				
	要支援2	0.0	3.1	34.4	15.6	9.4	3.1	6.5	0.0	71.9	28.1				
	要介護1	0.0	0.0	0.0	30.6	19.4	2.8	2.8	0.0	61.1	38.9				
	要介護2	0.0	0.0	0.0	5.9	47.1	11.8	5.9	0.0	70.5	29.4				
	要介護3	0.0	0.0	0.0	0.0	30.8	30.8	7.7	0.0	6.9	30.8				
	要介護4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0				
	要介護5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0				
	総計	0.8	6.1	14.8	14.8	19.1	8.6	4.3	0	68.7	31.3				

対象	改善	維持	悪化	中止
総数 (n=79人)	8.6	34.7	25.2	31.3
要支援1 (n=12人)	6.3	37.5	31.3	25.0
要支援2 (n=23人)	3.1	34.4	34.6	28.1
要介護1 (n=22人)	5.6	30.6	25.0	38.9
要介護2 (n=12人)	5.9	47.1	17.6	29.4
要介護3 (n=9人)	30.8	30.8	7.7	30.8
要介護4 (n=1人)	100.0			0.0

図 11. 対照群における平成 23 年 9 月から 2 年後の介護度変化の構成割合(%)

平成 23 年 9 月と 2 年後の平成 25 年 9 月の介護度の変化では、介入群の総数では 15.9% が改善、45.8% が維持している。対照群では、8.6% が改善、34.7% が維持している。これら結果から、介入群は対照群に比べ 2 年後の介護度が、維持、改善している。

(2)高齢者の日常生活自立度の変化

平成 23 年 9 月からの 1 年ごとの高齢者の日常生活自立度の変化を示す。

①平成 23 年 9 月と平成 24 年 9 月の変化

表 14. 平成 23 年 9 月から 1 年後の高齢者の日常生活自立度の変化

(人)

介入群	24 年 9 月										対照群	24 年 9 月											
	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2	中止	横計		正常	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2	中止	横計	
23 年 9 月	正常	1	1	1						2	3	正常	3	3	3	1	1					2	13
	J1	8	3		1					3	12	J1		6	2	1						3	6
	J2	5	8	3	2					2	18	J2		3	15	4	3	1				3	26
	A1	2	8	23	3	1				4	37	A1		2	2	15	1		2			6	26
	A2		1	8	7	1			1	3	21	A2		2	3	8	1					1	15
	B1		1	2		1				1	4	B1			1	3	6					2	12
	B2					2				1	2	B2			1			5				1	7
	C1										0	C1										0	
	C2					1					1	C2										0	
	総計	16	22	37	13	3	3	0	1	16	98	総計	3	14	24	26	16	8	7	0	0	18	105

高齢者の日常生活自立度の開始時から 1 年後の変化では介入群において対照群よりも改善した人数が多い。

②平成 24 年 9 月と平成 25 年 9 月の変化

表 15. 平成 24 年 9 月から 1 年後の高齢者の日常生活自立度の変化

(人)

介入群	25 年 9 月										対照群	25 年 9 月											
	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2	中止	横計		正常	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2	中止	横計	
24 年 9 月	J1	9	1							6	10	J1		5	1							8	9
	J2	1	14	5						5	20	J2			17					1		3	21
	A1	1	2	20	2					7	25	A1			2	14	7	1	1			4	29
	A2			8	1	1				3	13	A2			1		12					3	16
	B1			1		2					3	B1				1		5	1			0	7
	B2					3					3	B2				1			3			1	5
	C1										0	C1										0	0
	C2									1		C2										0	0
	総計	11	17	26	10	3	4	0	1	21	75	総計	0	5	21	15	20	6	6	0	0	19	87

1 年経過後から 2 年経過までの 1 年間においては介入群、対照群ともに大きな違いはない。

③平成 23 年 9 月と平成 25 年 9 月の変化

表 16. 平成 23 年 9 月から 2 年後の高齢者の日常生活自立度の変化

(人)

介入群	25 年 9 月										対照群	25 年 9 月										
	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2	中止	横計		J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2	中止	横計	
23 年 9 月	J1	6	3			1				9	10	J1	3	2		1					6	9
	J2	1	5	2	2					5	10	J2	2	13	1	3		2			8	27
	A1	4	5	19	2	2				9	32	A1		4	9	2	1	2			11	29
	A2		1	3	6	1			1	8	20	A2		2		11	1	1			2	17
	B1		1	3						1	4	B1			2	3	4				3	12
	B2					2				1	2	B2			2			2			1	5
	C1										0	C1										0
	C2					1					1	C2										0
	総計	11	15	27	10	3	4	0	1	33	79	総計	5	21	14	20	6	7	0	0	31	99

開始から 2 年後の高齢者の日常生活自立度の変化は、両群間で大きな違いは認めなかった。

(3)認知症自立度の変化

平成 23 年 9 月からの 1 年ごとの認知症老人の自立度変化を示す。

①平成 23 年 9 月と平成 24 年 9 月の変化

表 17. 平成 23 年 9 月から 1 年後の認知症老人の自立度の変化

(人)

介入群	24 年 9 月							対照群	24 年 9 月									
	正常	I	IIa	IIb	IIIa	中止	横計		正常	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	中止	横計		
23 年 9 月	正常	46	1		3	1	7	58	23 年 9 月	正常	44	6	2	1			7	16
	I	4	20		1	1	3	29		I	7	17	2	1			5	25
	IIa	3		5		1		9		IIa	3	2	2	2			1	9
	IIb	1		3	1			5		IIb	1			2			1	3
	IIIa	1		1		3	2	7		IIIa	3	1		1	1			3
	IIIb						1	1		IIIb								0
	総計	55	21	9	5	6	13	109		総計	58	26	6	7	3	0	14	56

②平成 24 年 9 月と平成 25 年 9 月の変化

表 18. 平成 24 年 9 月から 1 年後の認知症老人の自立度の変化

(人)

介入群	25 年 9 月							対照群	25 年 9 月									
	正常	I	IIa	IIb	IIIa	中止	横計		正常	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	中止	横計		
24 年 9 月	正常	46	1				8	55	24 年 9 月	正常	40	2					12	14
	I	3	12	1			5	21		I		17	8				3	28
	IIa			2	2		5	9		IIa	1	2	3	1			1	7
	IIb				3		2	5		IIb	1			1	2		3	6
	IIIa				1	4	1	6		IIIa					3			3
	IIIb							0		IIIb								0
	総計	49	13	3	6	4	21	96		総計	42	21	11	2	2	3	19	58

③平成 23 年 9 月と平成 25 年 9 月の変化

表 19. 平成 23 年 9 月から 2 年後の認知症老人の自立度の変化

(人)

介入群	25 年 9 月							対照群	25 年 9 月									
	正常	I	IIa	IIb	IIIa	中止	横計		正常	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	中止	横計		
23 年 9 月	正常	38	2		2		15	57	23 年 9 月	正常	33	6	1			1	18	59
	I	10	12		1		10	33		I	5	15	3	1			9	33
	IIa	2		3		2	2	9		IIa	2		2		2	2	3	11
	IIb	1			2			3		IIb	1			1			2	4
	IIIa	1			1	2	2	6		IIIa	3		1		1	1	6	
	IIIb						1	1		IIIb								0
	総計	52	14	3	6	4	30	109		総計	44	21	7	2	2	4	33	113

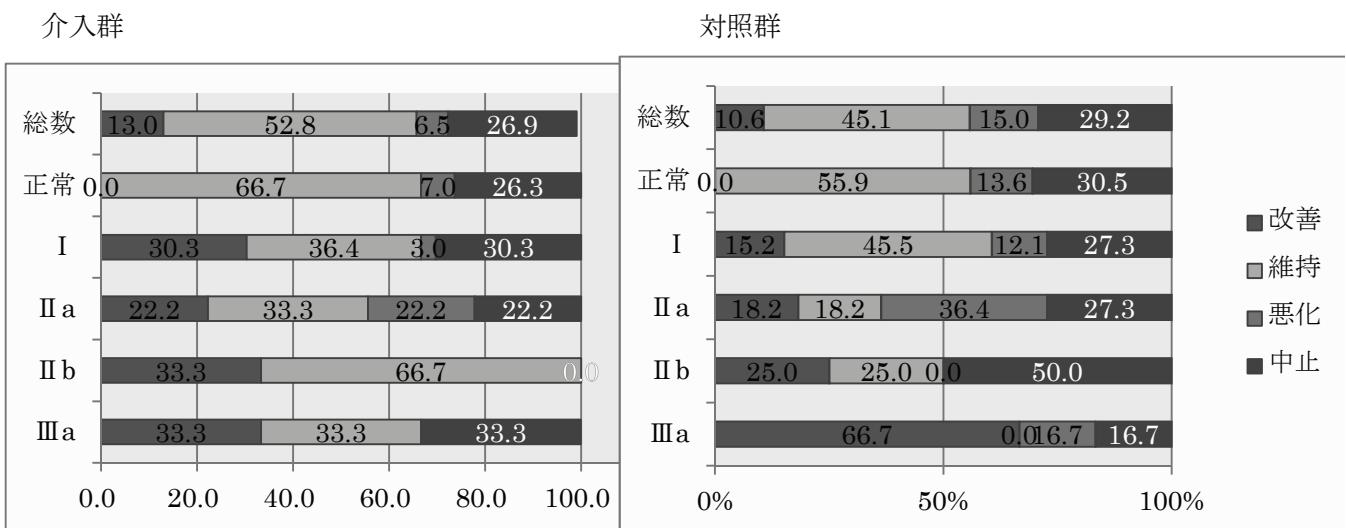


図 12. 平成 23 年 9 月から 2 年後の認知症自立度変化の構成割合(%)

認知症自立度については、介入群では重度な方の維持、改善率が対照群よりも高い。しかし、両群ともに改善、維持の総数は 4 名と少ない結果となった。

(4) OT の介入時間・利用回数

利用継続者に対する OT 介入時間や利用回数については 2 年間で変化がみられなかった。

(5) 生活行為向上マネジメントの取り組み

平成 24 年 9 月までの調査において下記の結果となった。

表 20. 目標への取り組み状況 (人)

	初回の目標を継続	新しい目標に取り組む	生活行為向上マネジメントによる介入終了
23 年 12 月	110		
24 年 3 月	49	29	33
24 年 9 月	47	23	42

1 年後に生活行為向上マネジメントの取り組みを終了した者が半数近くであった。

2)入所

(1) 基本属性（要介護度、日常生活自立度、認知症自立度）の調査回別変化

①要介護度

要介護度の調査時別変化を表 21 に、調査時ごとの介護度別割合を図 13 に示す。

表 21.要介護度の調査時別変化

(人)

	介入群								対照群						
	支1	支2	介1	介2	介3	介4	介5		支1	支2	介1	介2	介3	介4	介5
23年9月	0	1	13	18	26	23	3	23年9月	1	1	11	28	24	14	2
23年12月	0	1	13	18	26	23	3	23年12月	1	1	11	28	24	14	4
24年3月	1	0	10	14	15	12	5	24年3月	0	4	8	16	20	9	4
24年9月	0	3	9	11	11	7	3	24年9月	0	3	9	11	10	8	4
25年3月	0	0	3	7	12	5	3	25年3月	0	0	6	9	10	11	4
25年9月	0	0	4	4	9	8	2	25年9月	0	1	5	3	5	7	2

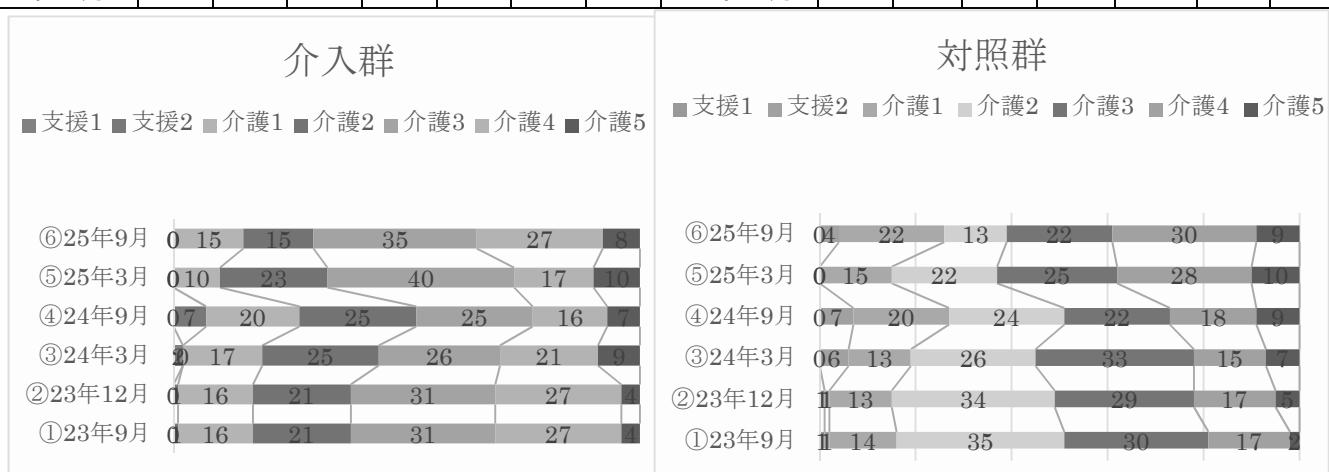


図 13.調査時ごとの介護度割合 (%)

対照群は、25年9月（2年後）の時点での初回と比較すると介護1と4の割合が増えている。介入群は、その割合に大きな変化はない。

② 高齢者の日常生活自立度

高齢者の日常生活自立度の調査時別変化を表 22 に、調査時ごとの介護度別割合を図 14 に示す。

表 22.日常生活自立度の調査時別変化

(人)

	介入群									対照群							
	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2		J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2
23年9月	1	1	20	18	28	14	1	2	23年9月	1	1	17	15	26	20	2	2
23年12月	0	1	20	18	28	14	1	2	23年12月	1	1	17	15	26	20	2	2
24年3月	0	0	16	9	17	17	0	2	24年3月	0	1	13	8	14	19	0	2
24年9月	0	1	8	6	11	18	0	1	24年9月	1	0	7	6	14	13	1	2
25年3月	0	1	6	6	8	17	1	1	25年3月	0	0	8	2	7	10	1	2
25年9月	0	0	3	2	7	10	0	1	25年9月	0	1	3	3	9	9	1	0

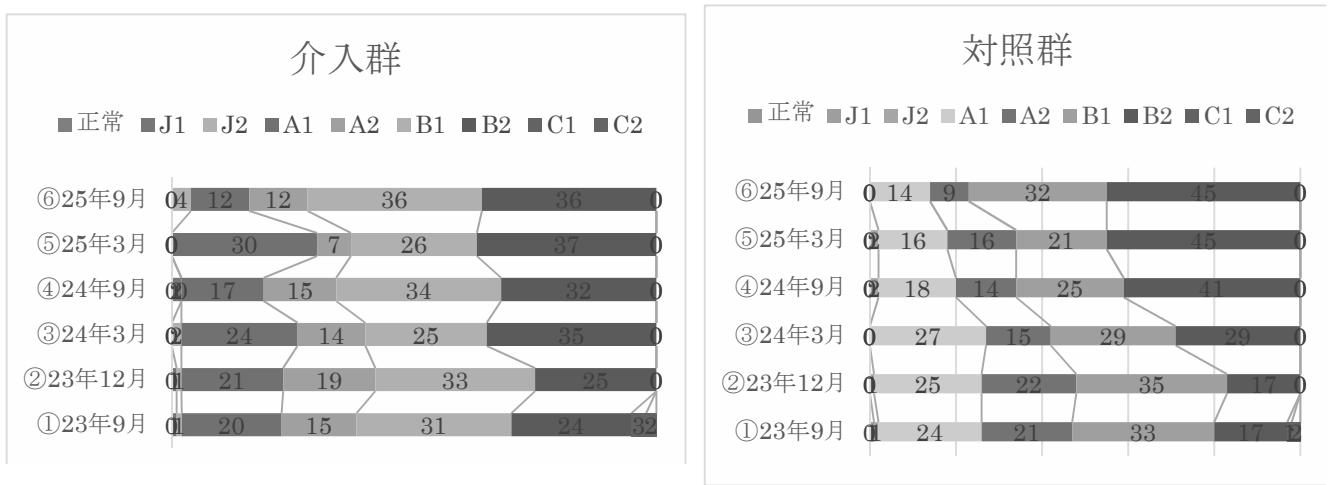


図 14. 調査時ごとの高齢者の日常生活自立度別割合 (%)

対照群は、平成 25 年 9 月（2 年後）の時点での初回と比較すると A1 と A2 の割合が減り、B2 の割合が増えている。介入群は、その割合に大きな変化はない。

③ 認知症高齢者の日常生活自立度

認知症高齢者の自立度の調査時別変化を表 23 に、調査時ごとの介護度別割合を図 15 に示す

表 23. 認知症高齢者の日常生活自立度の調査時別変化 (人)

	介入群								対照群								
	0	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV		0	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	V	
23年9月	13	10	10	22	25	2	2	1	23年9月	14	17	13	21	18	1	0	0
23年12月	13	10	10	22	25	2	2	0	23年12月	14	17	13	21	18	1	0	0
24年3月	10	8	12	17	13	1	0	0	24年3月	5	15	10	14	11	2	0	0
24年9月	3	7	10	16	8	1	0	1	24年9月	2	9	11	12	9	1	0	0
25年3月	0	1	4	7	16	11	0	0	25年3月	1	3	5	10	9	2	0	0
25年9月	1	0	2	10	10	0	0	0	25年9月	0	3	6	7	6	7	2	2

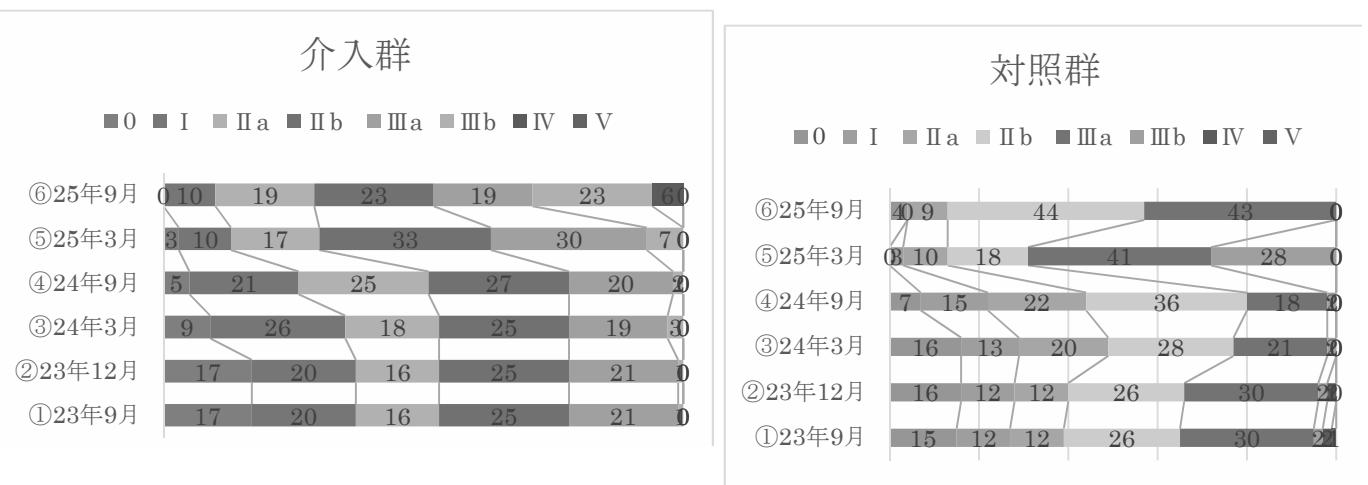


図 15. 調査時ごとの認知症高齢者の日常生活自立度の割合 (%)

対照群は、25 年 9 月（2 年後）の時点での初回と比較すると IIb と IIIa の割合が増えている。介入群は、IIIb が増え、正常の割合が減っている。

(2)2年経過時の変化

平成23年9月(初回)と平成25年9月(2年後)の各評価の変化(改善・維持・悪化)を以下に記す。

①介護度

表24.平成23年9月から2年後の要介護度の変化率(%)

割合 (%)	介入群	25年9月				対照群	25年9月			
		改善	維持	悪化	中止		改善	維持	悪化	中止
23年 9月	要支援1	0	0	0	0	23年 9月	要支援1	0	0	0
	要支援2	0	0	100	0		要支援2	0	0	100
	要介護1	0	7.6	15.2	7.6		要介護1	0	16.6	8.3
	要介護2	5.2	10.5	10.5	5.2		要介護2	10.6	0	17.7
	要介護3	8	16	16	12		要介護3	8.6	8.6	13
	要介護4	8.6	17.3	4.3	4.3		要介護4	7.1	14.2	0
	要介護5	0	0	0	66.6		要介護5	0	25	0
	総数	14	32	29.4	23.5		総数	18.7	21.8	31.2

②高齢者の日常生活自立度

表25.平成23年9月から2年後の日常生活自立度の変化率(%)

割合 (%)	介入群	25年9月				対照群	25年9月			
		改善	維持	悪化	中止		改善	維持	悪化	中止
23年 9月	正常	0	0	0	0	23年 9月	正常	0	0	0
	J1	0	0	0	0		J1	0	0	0
	J2	0	100	0	0		J2	0	0	0
	A1	0	15.7	15.7	5.2		A1	4.7	9.5	14.1
	A2	0	6.6	19.9	6.6		A2	0	5.5	27.7
	B1	0	11.5	7.6	1.3		B1	3.7	11.1	7.4
	B2	10.5	26.3	5.2	15.7		B2	0	35.7	7.1
	C1	0	0	0	0		C1	0	0	0
	C2	0	0	0	50		C2	0	0	0
	総数	5.8	38.2	26.4	29.4		総数	5.5	30.5	33.3

③認知症高齢者の日常生活自立度

表26.平成23年9月から2年後の認知症自立度の変化率(%)

割合 (%)	介入群	25年9月				対照群	25年9月			
		改善	維持	悪化	中止		改善	維持	悪化	中止
23年 9月	正常	0	0	21.3	28.5	23年 9月	正常	0	7.6	0
	I	0	11.7	11.6	5.8		I	0	0	20
	IIa	0	18.1	18	18.1		IIa	10	10	20
	IIb	9	9	9	9		IIb	0	40.9	13.6
	IIIa	0	21	5.2	5.2		IIIa	4	12	0
	IIIb	0	100	0	0		IIIb	0	0	0
	IV	0	0	0	0		IV	50	0	0
	V	0	0	0	0		V	0	0	0
	総数	6	33.3	30.3	30.3		総数	5.8	41.1	20.5

(3) 退所者分析

期間中に自宅退所された方の初回の基本情報を以下に記す。

① 要介護度

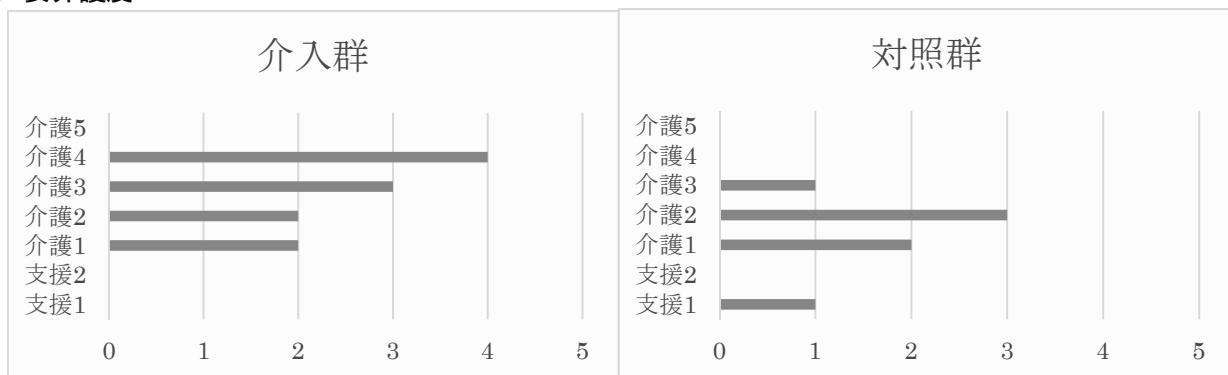


図 16.自宅退所した者の要介護度別数（人）

介入群は、要介護 4 が最も多く、対照群は、要介護 2 が最も多い。介入群の方が、入所時の要介護度が高い方が多い。

②高齢者の日常生活自立度

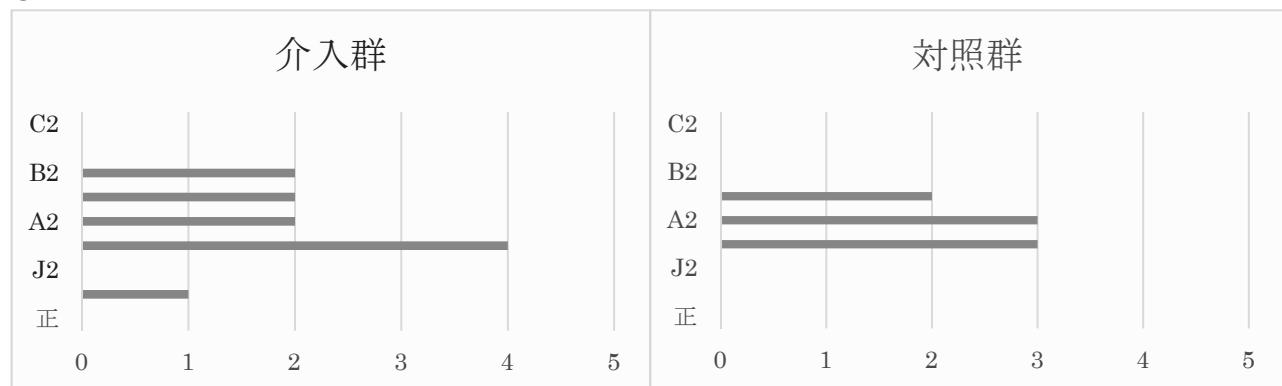


図 17.自宅退所した者の日常生活自立度別数（人）

対照群・介入群ともに入所時の日常生活自立度は A1 の方が多い。また、介入群の方が、JI から B2 までと幅が広い。

③認知症老人の自立度

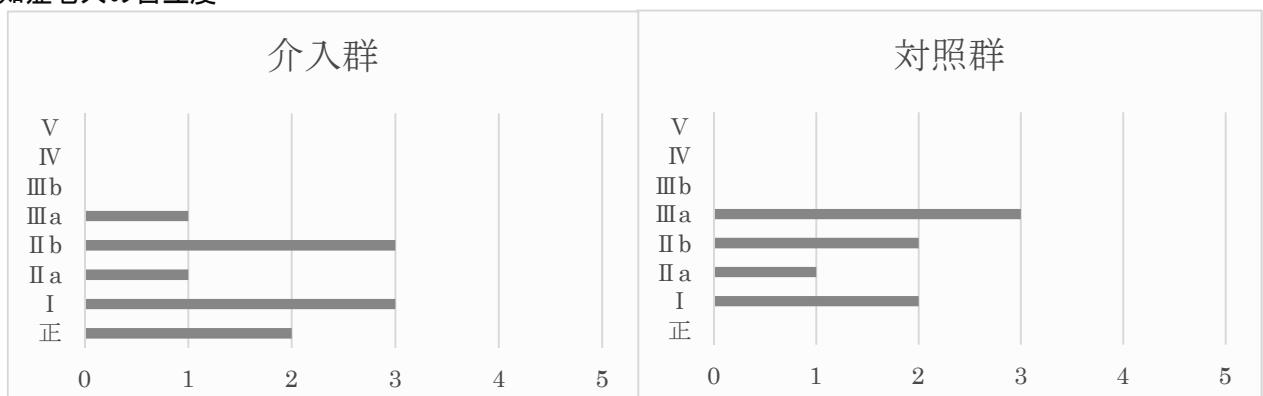


図 18.自宅退所した者の認知症自立度別数（人）

自宅退所者の入所時の認知症老人の自立度は、介入群は IIb と I が最も多く、対照群は IIIa が最も多い。

(4) 介入時間・回数の推移

アプローチごとの1週間の介入回数と1回の介入時間を以下に記す。なお、②23年12月のデータは、23年9月から12ヶ月の3ヶ月間の平均値である（平成23年度 報告書参照）。

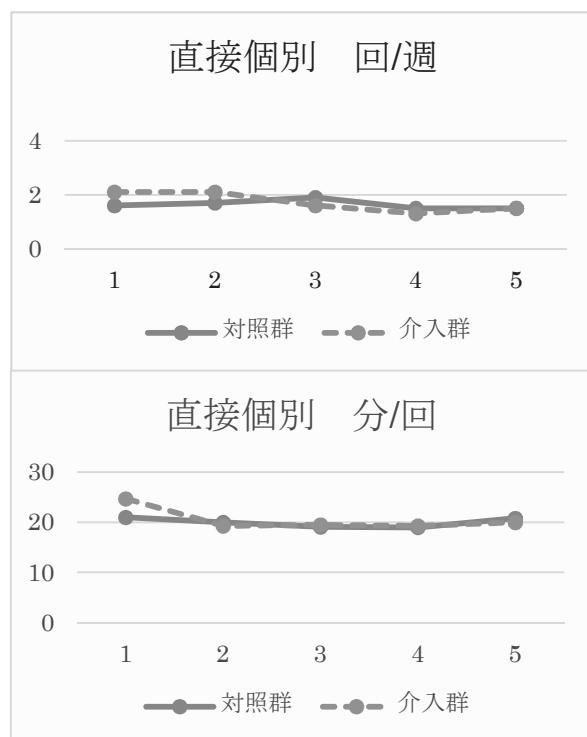
① 直接個別アプローチ

i) 1週間の介入回数（回/週）

	対照群	介入群
②23年12月	1.6	2.1
③24年3月	1.7	2.1
④24年9月	1.9	1.6
⑤25年3月	1.5	1.3
⑥25年9月	1.5	1.5

ii) 1回の介入時間（分/回）

	対照群	介入群
②23年12月	20.0	24.07
③24年3月	20.0	19.3
④24年9月	19.1	19.5
⑤25年3月	19.0	19.3
⑥25年9月	20.8	20.0



介入回数は、対照群ではほぼ1.5回で変化はない。介入群では、介入期間中とその後3ヶ月は2回だったが、その後は1.5回に減っている。

介入時間は、対照群ではほぼ20分で変化はない。介入群では、介入期間中のみ約25分と長く、その後は20分となっている。

また、介入期間中は介入群への関わりが増加していたが、介入期間終了後は対照群と同様になった。

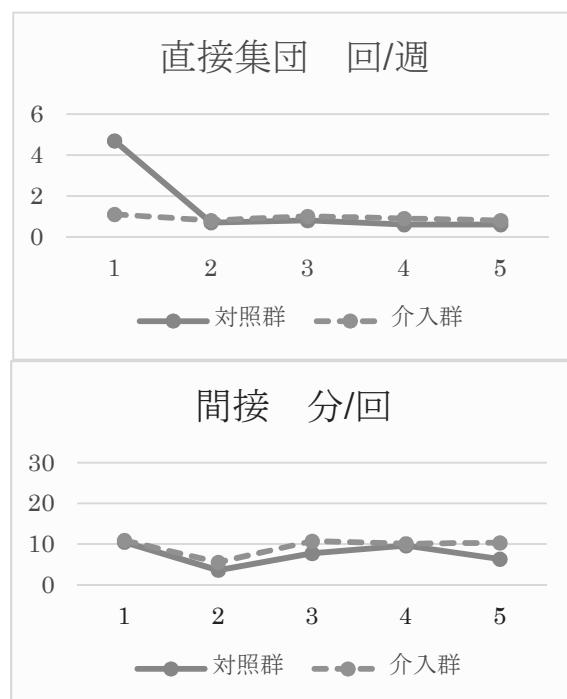
②直接集団アプローチ

i) 1週間の介入回数（回/週）

	対照群	介入群
②23年12月	4.7	1.1
③24年3月	0.7	0.8
④24年9月	0.8	1.0
⑤25年3月	0.6	0.9
⑥25年9月	0.6	0.8

ii) 1回の介入時間（分/回）

	対照群	介入群
②23年12月	8.5	12.8
③24年3月	17.5	17.8
④24年9月	18.4	20.2
⑤25年3月	18.7	25.3
⑥25年9月	20.2	22.3



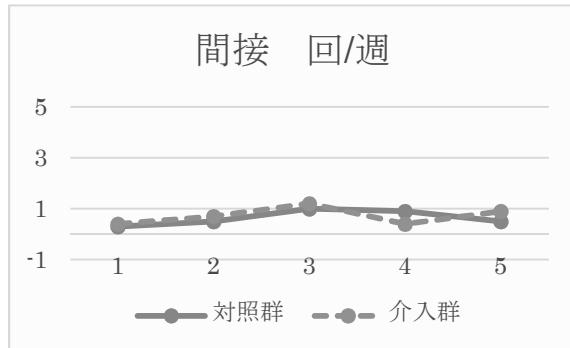
介入回数は、対照群では介入期間中は4.7回と多く、その後減っている。介入群ではほぼ変化はない。
介入時間は、両群ともに介入期間中は短かったものの、その後は増加したまま一定している。対照群よりも介入群の方が介入時間が長い。

対照群は、介入期間中、介入回数は多かったが1回の介入時間は短かった。介入群は、介入回数はほぼ一定であったが、介入期間中は介入時間が短かった。

③ 間接アプローチ

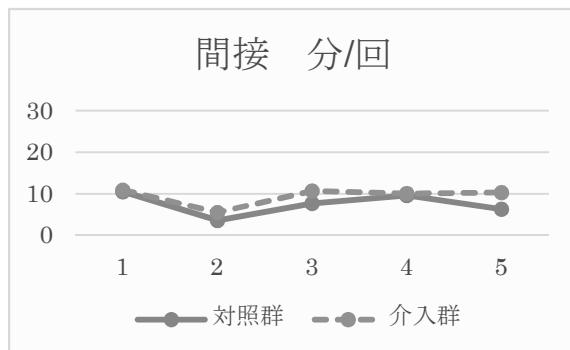
i) 1週間の介入回数 (回/週)

	対照群	介入群
②23年12月	0.3	0.4
③24年3月	0.5	0.7
④24年9月	1.0	1.2
⑤25年3月	0.9	0.4
⑥25年9月	0.5	0.9



ii) 1回の介入時間 (分/回)

	対照群	介入群
②23年12月	10.5	10.9
③24年3月	3.6	5.5
④24年9月	7.7	10.7
⑤25年3月	9.6	10.1
⑥25年9月	6.3	10.3



介入回数は、対照群・介入群ともに介入期間後の方が多い。

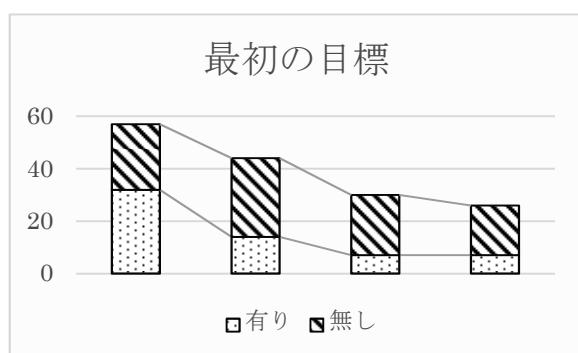
介入時間は、介入群は介入期間中とその後で大きな変化はない。対照群は、介入期間中の方が長かった。
介入期間中は、両群とも介入回数は少なく、介入時間は対照群では長かった。

(5) 取り組みの継続性

介入期間後の①最初の目標の実施、②新たな目標への取り組み、③生活行為向上マネジメント的取り組みの実施状況を以下に記す。

①最初の目標の実施

	有り	無し
③24年3月	32(56%)	25(44%)
④24年9月	14(32%)	30(68%)
⑤25年3月	7(23%)	23(77%)
⑥25年9月	7(27%)	19(73%)

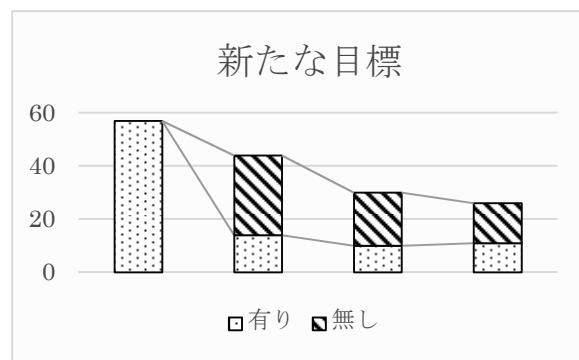


介入期間後3ヶ月は、最初の目標を実施している人の割合の方が多かったが、それ以降は実施していない人の割合の方が多い。

最初の目標の継続は、介入期間（3ヶ月）とその後3ヶ月の計6ヶ月が目安となる

② 新たな目標への取り組み(人数)

	有り	無し
③24年3月	57(100%)	0(0%)
④24年9月	14(32%)	30(68%)
⑤25年3月	10(33%)	20(67%)
⑥25年9月	11(42%)	15(58%)

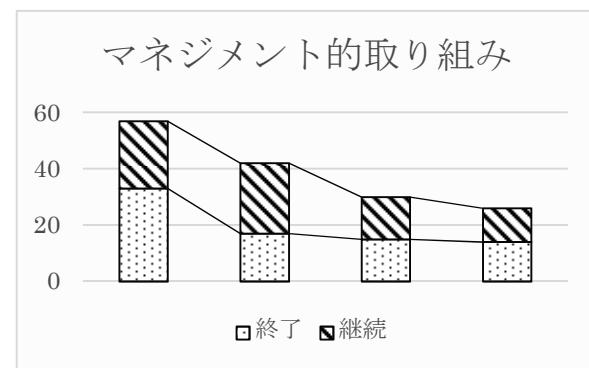


介入期間後3ヶ月では、全員が新たな目標への取り組みを実施していたが、その後は実施していない人の割合の方が多かった。

介入期間後3ヶ月は、最初の目標に加え新たな目標を見出し取り組みを実施している。

③ 生活行為向上マネジメント的取り組み
終了 繼続

	終了	継続
③24年3月	33(58%)	24(42%)
④24年9月	17(37%)	25(63%)
⑤25年3月	15(50%)	15(50%)
⑥25年9月	14(54%)	12(46%)



2年後の25年9月時点で、生活行為向上マネジメント的取り組みを継続している方の割合は14%であった。調査回ごとに、約半数が取り組みを終了している。

時間経過とともに、生活行為向上マネジメント的取り組みを終了する傾向にある。

V.まとめ

平成 23 年度に通所事業所および老人保健施設（入所）において生活行為向上マネジメントを用いてアプローチを行った介入群と通常のアプローチを行った対照群について 3 年間に渡り、QOL の変化を測定した。

今回は 2 年目の測定を終了し、中間報告としてその変化について検証を行った結果として、通所事業所と入所別に次のことが言える。

1.通所事業所

- 1) 2 年経過後の利用者数は介入群（58.8%）、対照群（53.4%）に大きく違いは無かった。
- 2) 利用中止の理由については、両群ともに入院が最も多く、次いで施設への入所であった。
- 3) 健康関連 QOL 評価では、介入群は 2 年後も維持し続けたが、対照群は徐々に低下した。通所事業所利用者に対する生活行為向上マネジメント（以下、マネジメント）を利用したオーダーメイドの作業療法の実施は、2 年以上にわたってその効果が持続され、健康関連 QOL を維持し続けることが確認された。
- 4) 健康領域の中では「痛み」領域のみに交互作用を認めた。これはマネジメントを用いたオーダーメイドの作業療法の提供が主観的に感じる「痛み」を軽減し、全体の健康関連 QOL を押し上げる可能性のあることが示唆される。

平成 23 年度の報告においても、介入後に「痛み」「感情」に有意な変化（改善）が認められた。この時の報告では、対象者自らが出した目標に対して、目標に必要な対応策が実行レベルで提示できる点、効果が目に見える点が対象者に良い印象を与えるためであると考察した。マネジメントを用いた効果は、2 年を経た後にも持続されていることが今回の結果から示唆される。

- 5) 介護度の変化では、2 年後には介入群は 15.9% が改善、45.8% が維持しており、対照群では 8.6% が改善、34.7% が維持している。マネジメントによる介入は介護度の改善、維持にも効果があると言える。

2.入所

- 1) 2 年経過後の退所者数は介入群 52 名（61%）、対照群 54 名（63%）で両群間の数に大きな違いは無かった。
- 2) 初回介入時期から 6 か月後の退所者が最も多かった。
- 3) 2 年経過後の介護度の変化では、介入群では 46% が維持・改善し対照群では 40.5% が維持・改善していた。日常生活自立度の変化では、介入群では 44% が維持・改善し対照群では 36% が維持・改善していた。認知症自立度の変化では、介入群では 39.3% が維持・改善し対照群では 46.9% が維持・改善していた。介護度ならびに日常生活動作自立度は、介入群の方が維持・改善している割合が多く、マネジメントによる介入の効果であると考えられる。
- 4) 退所者の退所先は介入群 20 名（39%）、対照群 23 名（43%）と介護保険系施設が最も多かった。
- 5) 在宅復帰（自宅または在宅施設）された方は、両群ともに約 20% であった。老人保健施設は中間施設としての位置付けであるが、在宅復帰される方の割合は多くはないことが分かった。
- 6) 健康関連 QOL 変化では、介入当初に介入群は向上、対照群は維持という結果であったが、介入群においてもその後徐々に低下し、2 年経過後には対照群との差を認めない程度になった。本調査においては退所した方の追跡調査は困難なため、入所し続けているという対象者の特性が影響しているのかもしれない。
- 7) アプローチの経過では、直接個別アプローチの介入回数・介入時間は、介入期間中のみ対照群よりも多く、介入終了後は対照群と同様になっていた。
- 8) 取り組みの継続では、介入後 3 ヶ月までは最初の目標を実施している割合が多かった。最初の目標の継続については、介入期間とその後の 3 ヶ月が目安になると考えられる。
- 9) 介入終了後 3 ヶ月間は、最初の目標に加え新たな目標を見出し取り組みを実施している人が多かった。
- 10) 調査回数を追うごとに、マネジメントによる取り組みを終了する人の割合が多かった。

VI.今後の課題

次年度 9 月を最終評価として、3 年間に渡る通所事業所および老人保健施設における対象者の QOL 変化から生活行為向上マネジメントの活用による経済的効果を示す予定である。

最終評価に加えて、以下の事柄を再確認する必要がある。

1. 介護度が改善した対象者や退所に至った入所者の状態像について、再度確認を行いその特性を示す。
2. 健康関連 QOL といった量的な効果に加えて、調査協力者である作業療法士に対して、3 年経過後に
おけるマネジメントの実施状況と対象者への効果についてアンケートを行い質的な検証も行う。

第三章

老人保健施設入所時インテークにおける 生活行為向上マネジメントによる介入の 効果検討事業

第三章 老人保健施設入所時インテークにおける生活行為向上マネジメントによる介入の効果検討事業

I. 事業目的

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)における入所者の退所困難要因を調査・分析した。その結果、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できやすいことが分かり、入所時点での退所の見通しをつけることの重要性が示唆された。また、自宅復帰に必要な日常生活活動(Activities of Daily Living ; ADL)、手段的日常生活活動(Instrumental Activities of Daily Living ; IADL)をより広く想定する必要性や、入所者本人・家族・作業療法士(以下、OT)の間には退所に向けて何が必要かという認識に差があり、これを解消することが必要であることなどが考えられた。さらに、生活行為向上マネジメント(以下、マネジメント)を用いたこれまでの介入では、退所を目的として行ったものよりも、施設内での活動性向上を期待していたもののが多かった。

そこで今年度の事業の目的は、入所の段階からマネジメントを用いて、退所に向けて改善する必要のある生活行為を明らかにした上でチームアプローチを展開していくことが、退所支援として有効であるかどうかを検証することとした。また、併せて、他職種が、OTの退所支援における有効性をどのように考えているかについても明らかにすることとした。

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)

氏名	所属	備考
三浦 晃	介護老人保健施設せんだんの丘	宮城県
石井 利幸 ○	介護老人保健施設ひもろぎの園	福島県
渡邊 基子	介護老人保健施設 ゆうゆう	茨城県
猪股 英輔	多摩たんぽぽ介護サービスセンター	東京都
小林 幸治	目白大学	東京都
宮内 順子	介護老人保健施設 ぺあれんと	山口県

3. 研究協力施設

研究協力施設は、本研究への協力について同意が得られた以下の15箇所の老健である。担当OTは以下の通りである。

	施設名	OT 氏名	備考
1	介護老人保健施設 やまゆり	今宮 瞳美	岩手県
2	介護老人保健施設せんだんの丘	鳴海 奈央	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	中之条町介護老人保健施設「六合つつじ荘」	熊川 亜紀子	群馬県
5	介護老人保健施設 うららく	佐藤 由子	群馬県
6	介護老人保健施設 はくちょう	田邊 由希江	東京都

7	介護老人保健施設 ヒルトップロマン	三沢 理恵	東京都
8	介護老人保健施設 小金井あんず苑	渡辺 葉子	東京都
9	介護老人保健施設 港南あおぞら	中村 元樹	神奈川県
10	介護老人保健施設 ゆうゆう	寺門 真美	茨城県
11	介護老人保健施設 鴻池荘	山本 江吏子	奈良県
12	介護老人保健施設 秋穂幸楽苑	岡田 翔子	山口県
13	介護老人保健施設 べあれんと	宮内 順子	山口県
14	介護老人保健施設 すだちの園	四宮 正貴	徳島県
15	介護老人保健施設 あやめの里	都甲 幹太	福岡県

4.対象者

1)アンケート調査

上記の研究協力施設に勤務する、支援相談員、ケアマネジャー、介護士、看護師等の、実態調査や入所判定会に関わる専門職を対象とした。

2)マネジメントを用いた介入

2013年9月～12月中旬までに研究協力施設に入所する者のうち、以下の条件に当てはまり、研究への同意を得られた者を対象とした。

- (1) ある程度意思疎通の能力があり、マネジメントによる聞き取りが可能な者
- (2) 老健への入所目的が、明らかに特別養護老人ホームや認知症対応型共同生活介護への入所待機ではない者

5.実施方法

1)アンケート調査

(1) 調査内容

①研究協力施設の在宅復帰等の状況に関する調査

研究協力施設の在宅復帰に関する加算算定状況および在宅復帰率、新全老健版ケアマネジメント方式R4システム導入の有無について調査した（補足資料1）。

②退所支援におけるOTの介入の有効性に関する意識調査

マネジメントを用いた介入を開始する前と後、さらに介入終了後（以下、1回目アンケート、2回目アンケート、3回目アンケート）の時点で、他職種が、退所支援におけるOTの介入の有効性をどのように感じているかを調査した（補足資料2、3）。

(2) 調査方法

①調査実施時期

上記②の1回目アンケートは、OTが最初の対象者の実態調査に出かける前の段階で実施してもらった。2回目アンケートは、全対象者のエントリーが終了して1ヶ月が経過した2014年1月中旬に実施した。3回目アンケートは、対象者の退所による介入終了後に実施することとした。

②回収方法

上記②に関しては、協力施設の担当OTから他職種に質問紙を渡し、記入後は担当OTの目に触れることがないように、返信用封筒で直接退所支援班長宛に返送してもらった。これは、調査内容が自施設のOTの介入に関するものであるため、担当OTに内容を見られることによるバイアスを軽減するためである。

2)マネジメントを用いた介入

担当 OT には、以下の流れで介入を行うように依頼した。しかし、入所までの流れは施設によって差があるため、以下を基本としつつ状況に応じて変更しながら実施してもらった。

(1) 対象者の選定方法

研究協力施設の担当 OT には、入所希望者からの申込み状況を把握し、支援相談員等と協議して対象者を選定し、研究内容等を説明し同意を得るよう依頼した。また、可能であれば、支援相談員のインターク面接にも同席してもらった。

(2) 家族の意向調査

実態調査に行く前の段階で、現段階で在宅生活がどのくらい難しいと感じているかを、「1：難しくない」～「10：絶対に難しい」の10段階で回答してもらった。同時に、家族が今後の退所先をどう考えているかについても調査した。なお、この調査は支援相談員に依頼し、入所後も3ヶ月ごとに家族に聞き取りを行うこととした（補足資料4）。

(3) 実態調査への同行

支援相談員等が自宅・病院等に実態調査に行く際に同行し、本人や家族から退所に向けて改善する必要がある生活行為について、生活行為聞き取り演習シートを用いて調査した。この際には、退所するために改善することが必須な ADL 等の生活行為に加えて、本人の退所後の生活を豊かにするために必要な IADL や余暇活動などの生活行為についても聞き取るように依頼した。さらに、心身機能・家屋状況等に関する大まかなスクリーニングも行うこととした。

(4) 入所判定会への参加

実態調査時の調査内容をもとに、退所に向けて改善する必要のある生活行為についての現状と予後予測などを話し合い、入所が決定した場合には施設ケアマネジャー等と支援の方向性を協議してもらった。この際には、可能な限り6ヶ月程度で退所できるような支援を模索することとした。

(5) 各種評価の実施およびマネジメントによるプラン立案

入所者に対して以下の調査を実施した。

- ①基本属性：年齢、性別、要介護度、診断名、障害高齢者の日常生活自立度、家族構成等
- ②Barthel Index (BI) : ADL の指標
- ③Frenchay Activity Index (FAI) : IADL の指標
- ④老健式活動能力指標：活動能力の指標
- ⑤Health Utilities Index (HUI) : 健康関連 QOL の指標
- ⑥生活行為聞き取り演習シートにおける遂行度、満足度（聞き取り調査）
- ⑦生活行為向上マネジメントシートによるプラン立案

※①～⑥は入所後も3ヶ月ごとに調査することとした。

(6) 介入の開始

上記⑦に基づいて対象者への介入を実施した。なお、対象者が退所するまでの経過を追うために、介入期間は2013年9月～2014年8月までとした。

また、作業療法を進める中で、本人から目標の生活行為や退所に関連した何らかの発言があった場合や、OT から直接家族へ働きかけた場合、他職種への申し送りや依頼等を行った場合などで、特記すべき事項があれば、経過記録表（補足資料5）にその内容を記録してもらった。

(7) ケアプランへの反映状況の確認

マネジメントに基づいて作成されたプランが、ケアプランに反映されたか否かを調査した（補足資料6）。

(8) 退所時アンケートの実施

対象者が退所する際には、本人・家族に対して、提供された作業療法が、施設を退所するため役立ったと感じているかどうかを調査した（補足資料7、8）。

6.事業の流れ

← エントリー期間 2013年9月～12月	～2014年1月 介入前期	～2014年8月 介入後期→
<input type="checkbox"/> 対象者の選定・同意取得 <input type="checkbox"/> 実態調査への同行および生活行為聞き取りシートを用いた面接 <input type="checkbox"/> 入所判定会への参加 <input type="checkbox"/> マネジメントによるプラン作成 <input type="checkbox"/> 各種評価の実施 <input type="checkbox"/> マネジメントに基づいた介入の開始	<input type="checkbox"/> 介入の継続 <input type="checkbox"/> アンケート調査	<input type="checkbox"/> 介入の継続 <input type="checkbox"/> 各種評価の実施 <input type="checkbox"/> 退所状況の調査 <input type="checkbox"/> アンケート調査

※今回の介入が実際に退所に寄与したかどうかは、次年度に継続的に検証していくこととする。

III.結果

1. アンケート調査

1) 研究協力施設の在宅復帰等に関する状況

研究協力施設の在宅復帰に関する加算算定状況および在宅復帰率、新全老健版ケアマネジメント方式R4システム導入の有無について、14施設から回答を得た。結果を表1、表2に示す。

表1 研究協力施設の在宅復帰率および加算の算定状況

在宅復帰率	2013年3月～8月の6ヶ月平均	32.8±19.1%
	2013年8月	36.7±24.3%
加算算定	在宅強化型	3
	在宅復帰・在宅療養支援機能加算	5
	算定していない	6

n=14(2014.2.28時点での集計)

表2 研究協力施設におけるR4の導入状況

導入している	4	全面的に導入	1
		一部分導入	3
導入していない	10	検討している	4
		検討していない	5
		無回答	1

n=14(2014.2.28時点での集計)

2) 退所支援におけるOTの介入の有効性に関する意識調査

1回目アンケートは、67名からの回答を得た。回答者の属性を表3に示す。

表3 回答者の属性(複数回答)

	支援相談員	介護職	看護職	介護支援専門員	管理栄養士	医師	無回答
1回目アンケート(n=67)	19	17	16	13	2	1	1
2回目アンケート(n=50)	13	15	9	10	4	0	0

退所支援における入所前からのOTの関わりが、利用者にとって有効と思うかとの問いには、「とても有効」「有効」と回答した者の割合は97.1%であった。さらに、具体的にどのような点で有効だと思うかについては、67件の自由回答があり、これらを内容の類似性によって分類し、その特徴により名称をつけた。その結果、11のカテゴリーが得られ、「課題や目標設定・プランニングに役立つ」「効果的な作業療法の提供に役立つ」「施設での生活の仕方を考える上で役立つ」などのカテゴリーが上位に挙がった。

他職種連携にとって有効と思うかとの問いでは、「とても有効」「有効」と回答した者の割合は97%であり、具体的にどのような点で有効だと思うかについては、63件の自由回答があり、8つのカテゴリーが得られた。上位に挙がったカテゴリーは、「他職種が行う生活リハ・退所支援に役立つ」「効果的なケアプラン策定に役立つ」「目標共有のために役立つ」などであった（表4、表5、表6）。

	表4 退所支援における入所前からのOTの関わりを有効と思うか			
	利用者にとって		他職種連携にとって	
	1回目 アンケート	2回目 アンケート	1回目 アンケート	2回目 アンケート
とても有効	45 (67.2)	32 (64.0)	37 (55.2)	35 (70.0)
有効	20 (29.9)	15 (30.0)	28 (41.8)	14 (28.0)
あまり有効でない	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
有効でない	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
無回答	2 (3.0)	3 (6.0)	2 (3.0)	1 (2.0)

()内は% 1回目:n=67、2回目:n=50

表5 「退所支援における入所前からのOTの関わりが利用者にとってどのような点で有効だと思うか」に関する回答の分類

1.課題や目標設定・プランニングに役立つ	25
2.効果的な作業療法の提供に役立つ	14
3.施設での生活の仕方を考える上で役立つ	12
4.不安軽減・信頼関係づくりに役立つ	6
5.モチベーションを高めるのに役立つ	3
6.退所時の効果的な提案に役立つ	3
7.今後の見通しを立てるうえで役立つ	3
8.本人・家族が退所後の生活をイメージするのに役立つ	3
9.現在の状況を把握するために役立つ	2
10.早期から退所に向けたアプローチを行うために役立つ	2
11.その他	4

回答は67件、内容により複数カテゴリーに重複して分類

表6 「退所支援における入所前からのOTの関わりが他職種連携にとってどのような点で有効だと思うか」に関する回答の分類

1.他職種が行う生活リハ・退所支援に役立つ	18
2.効果的なケアプラン策定に役立つ	13
3.目標共有のために役立つ	10
4.施設生活における適切な介助・対応ができる	7
5.課題・目標が明確になることで情報交換が活発になる	5
6.OTの視点からの情報を得るために役立つ	5
7.家族との関わりが増える	1
8.その他	16

回答は63件、内容により複数カテゴリーに重複して分類

2.マネジメントを用いた介入

1) 対象者の状況

対象者は29名（男性8名、女性21名）で、平均年齢は 86.2 ± 7.7 歳であった。なお、対象者のうち最年少は64歳、最高齢は97歳であった。対象者の属性、疾患名を表7、表8に示す。

Barthel Index (BI)、Frenchay Activity Index (FAI)、老健式活動能力指標の評価結果を表9に示す。

表7 対象者の属性

表8 疾患名（複数回答）

表9 各種評価の結果

表 3. 白斑評量結果	
Barthel Index (BI)	61.7 ± 24.5
Frenchay Activity Index (FAI)	4.93 ± 8.06
老健式活動能力指標	3.3 ± 2.7

2)在宅生活困難感および今後の退所先に関する家族の意向

在宅生活困難感では、困難度5と回答した割合が37%と最も高く、それ以降は困難度3が18.5%、困難度6と8が11.1%と高くなっていた。平均は困難度5であった（表10）。

今後の退所先に関する家族の意向では、「できれば自宅」「必ず自宅」と回答した割合が高かった(表11)。

表10 家族が在宅生活をどの程度困難と感じているか（実態調査前時点）

困難度	難しくない → 難しい									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
回答件数 (%)	2 (7.4)	2 (7.4)	5 (18.5)	1 (3.7)	10 (37.0)	3 (11.1)	0 (0)	3 (11.1)	0 (0)	1 (3.7)

表11 今後の退所先に関する家族の意向
(実態調査前時点)

(実態調査前時点)		
退所先	回答件数 (%)	
必ず自宅	11	(40.7)
できれば自宅	12	(44.4)
今は分からぬ	3	(11.1)
施設	1	(3.7)

n=27 (2014.2.28時点での集計)

3) 実態調査および入所判定会への参加状況

実態調査への同行および入所判定会への参加状況を表12に示す。回答があった26名の対象者のうち、実態調査に同行していた割合は61.5%で、入所判定会に参加していた割合は73.1%であった。

表12 実態調査および入所判定会への参加 (%)			
実態調査への同行	入所判定会への参加		
した	していない	した	していない
16 (61.5)	10 (38.4)	19 (73.1)	7 (26.9)
n=26			

4) マネジメントを用いて設定された生活行為の目標

本人・家族から聞き取った当初の生活行為の目標およびOTと合意した目標、対象者が入所することになった理由等について、補足資料9に示す。

5) ケアプランへの反映状況

マネジメントを用いて立案した計画が、ケアプランに反映されたか否かについて表13に示す。対象者の88.4%でケアプランに反映されていた。また、他職種も関わる内容としてケアプランに反映された割合は76.9%であった。

表13 マネジメントの計画がケアプランに反映されたか否か				
ケアプランへの反映		回答件数(%)	反映された時期	回答件数(%)
反映された	OTが行う内容として	3 (11.5)	暫定プランから	7 (30.4)
	他職種も関わる内容として	20 (76.9)	本プランから	12 (52.2)
反映されなかった		3 (11.5)	見直し時から	4 (17.4)
n=26 (2014.2.28時点での集計)				

6)2回目アンケートの結果

2回目アンケートは50名からの回答を得た(表3)。退所支援における入所前からのOTの関わりが、利用者にとって有効と思うかとの問には、「とても有効」「有効」と回答した者の割合は94%で、他職種連携にとって有効と思うかとの問では、「とても有効」「有効」と回答した者の割合は98%であった(表4)。

また、通常のリハ実施計画書に基づくリハビリとマネジメントに基づくリハビリとの違いを感じたかとの問において、「とても感じた」「感じた」、また「あまり感じない」「感じない」と回答した理由を質問した。内容ごとに分類した結果を表15に示す。OTがマネジメントを実践したことによる対象者の変化を感じたかとの問においても、同様に回答した理由を質問し、内容ごとに分類した。結果を表16に示す。

表14 マネジメントを用いた介入から他職種が受けた印象					
	とても 感じた	感じた	あまり 感じない	感じない	無回答
通常の計画書に基づくリハと、マネジメントに基づくリハに違いを感じたか	3 (6.0)	23 (46.0)	16 (32.0)	1 (2.0)	7 (14.0)
OTがマネジメントを用いて介入したことによる対象者の変化を感じたか	7 (14.0)	22 (44.0)	13 (26.0)	2 (4.0)	6 (12.0)
()は% n=50					

表15 「通常のリハ実施計画書に基づくリハビリと、マネジメントに基づくリハビリとの違いを感じたか」に関する回答の分類

変化を感じた 具体的な内容 (回答は22件)	内容が分かりやすい	5
	個別性が感じられる	4
	在宅復帰を意識した内容である	4
	目標設定が明確	2
	本人の想いを重視している	2
	自分たちがすべきことが分かりやすい	2
	予後予測を踏まえて目標設定されている	1
	抽象的で分かりにくい	1
	その他	5
変化を感じ なかった理由 (回答は12件)	以前から同様の関わりができていたから	5
	リハ内容の変化が感じられない	3
	今までのことが分からぬから	1
	実際のOT場面を見ていないから	1
	対象者が拒否的だったため	1
	その他	1
内容により複数カテゴリーに重複して分類		

表16 「OTがマネジメントを実践したことによる対象者の変化を感じたか」に関する回答の分類

変化を感じた 具体的な内容 (回答は27件)	対象者の表情や意欲が変化した	18
	対象者の普段の過ごし方や活動性が変化した	7
	ADLが向上した	1
	その他	5
変化を感じ なかった理由 (回答は12件)	マネジメントの情報共有が不十分なため	3
	目に見えるほどの変化がないため	3
	マネジメントによる変化かどうか判断できない	2
	現在までの介入期間が短いため	2
	対象者の心身の状況が良くなかったため	2
	以前から同様の関わりができているため	1
	対象者が拒否的だったため	1
内容により複数カテゴリーに重複して分類		

7)現時点での退所者

29名の対象者のうち、2014年2月28日時点での退所している者は8名であった。このうち入院・死亡による退所者2名を除く6名の入所日数は30日～157日で、平均入所日数は86.4±50.3日であった。全対象者の2月28日時点での入所日数等を補足資料9に示す。

8名の退所者のうち、補足資料9に示した、事例5および事例10についての報告書を補足資料10に示す。

IV. 考察とまとめ

本研究事業では、昨年度の研究結果を踏まえ、マネジメントを用いてOTがインタークの段階から関わることが、老健の本来の使命である在宅復帰を促進すると仮定した。また、マネジメントに基づく対象者のアセスメント、プラン立案の考え方は、OTだけではなく多職種からなるチーム全体にとっても有益であると考えた。

本事業で検証すべき最も重要な事項は、マネジメントを用いたインタークの段階からの介入によって、対象者が実際に退所できるかどうかである。昨年度の研究結果からは、上記の事業目的にも述べた通り、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できやすいことが分かった。今回の対象者のエントリー期間は2013年12月中旬までとしたため、そこから6ヶ月間程度の経過を調査するために、対象者への介入期間は次年度の8月までに設定した。そのため、現時点での考察は限られており、詳細な結果および考察は次年度に報告する予定である。現時点でのまとめを以下に示す。

- 他職種のほとんどは、退所支援におけるOTの入所前からの介入について、有効であると考えており、退所支援における作業療法についての期待が高いことが分かった。
- 今回の29名の対象者のうち85.1%で、家族が今後自宅に退所することを希望していた。一方、エントリー一期での在宅生活困難感の平均は5であり、この段階では在宅生活が中程度困難であると感じていたことが分かった。
- 今回OTが立案したマネジメントに基づいた計画は、約9割の対象者のケアプランに反映され、その多くの対象者では、他職種と連携して行う内容としてケアプランに盛り込まれていた。このことから、作業療法場面だけの介入ではなく、チーム全体でのアプローチに繋がっている状況がうかがわれた。
- 他職種の半数以上で、通常のリハ実施計画書に基づくリハビリとマネジメントに基づいたリハビリの違い、およびマネジメントを用いて介入したことによる対象者の変化を感じており、マネジメントを用いた介入を概ね肯定的に捉えていると思われた。
- 2月末日の段階では、全対象者のうちの4分の1が、平均して入所から3ヶ月以内に退所していた。

V. 今後の計画

上述のように、本事業は次年度も継続する予定である。今後の計画は以下の通りである。

- 対象者への介入は、2014年8月まで継続して実施し、3ヶ月ごとに各種調査を実施する。退所時には本人・家族に対して、提供された作業療法についての感想を聞き取る。
- 介入終了後に他職種への3回目アンケート調査を行い、今回のOTの介入が有効であったと感じているかどうかを調査する。
- 各種評価指標の変化および、経過記録表の内容を分析し、OTがどのような関わりを行っていたのかを明らかにする。

在宅復帰状況およびR4導入状況に関するアンケート

施設名：_____ 記入日： 年 月 日

<アンケート票への記入方法>

各設問につきまして、該当する回答のいずれか1つに○を付けてください。
また、その理由などを具体的にご記入ください。

◆設問1. 貴施設では在宅復帰に関する加算を算定していますか？

1. 在宅強化型老健 2. 在宅復帰・在宅療養支援機能加算 3. 算定していない

◆設問2. 平成25年8月末日時点における前6ヶ月間の平均在宅復帰率をご記入ください。

(※前6ヶ月間：平成25年3月～8月)

%

◆設問3. 平成25年8月の在宅復帰率（1ヶ月間の在宅復帰率）をご記入ください。

%

◆設問4. 貴施設ではR4を導入していますか？

1. はい（→設問5へ） 2. いいえ（→設問7へ）

◆設問5. どの段階を導入していますか？

1. 全段階（R1～R4）の導入（→設問8へ） 2. 一部の導入（→設問6へ）

◆設問6. 導入している部分を具体的にご記入ください（例：R1のA-1とA-2のみ）。

また、なぜ一部の導入なのか、理由をご記入ください。

→設問8へ

◆設問7. 今後、R4の導入を検討していますか？また、その理由をご記入ください。

1. はい 2. いいえ

→設問8へ

◆設問8. 実際にR4を導入してみて、効果やメリットはありましたか？また、その理由をご記入ください。

1. あった 2. なかった 3. どちらともいえない

→設問8へ

ご協力ありがとうございました

生活行為向上マネジメント アンケート調査票

他職種・エントリー期

職種〔

] 記入日：

年 月 日

《アンケート票への記入方法》

各設問につきまして、該当する回答のいずれか一つに○を付けてください。
また、その理由などを具体的にご記入ください。

設問1.退所支援において、作業療法士が入所前の段階から関わることは、利用者様にとって有効と思われますか？

- 1.とても有効 2.有効 3.あまり有効でない 4.有効でない

「1.とても有効」「2.有効」と回答された場合はどのような点で有効か、「3.あまり有効でない」「4.有効でない」と回答された場合はその理由を具体的にご記入ください。

設問2.退所支援において、作業療法士が入所前の段階から関わることは、他職種間の連携にとって有効と思われますか？

- 1.とても有効 2.有効 3.あまり有効でない 4.有効でない

「1.とても有効」「2.有効」と回答された場合はどのような点で有効か、「3.あまり有効でない」「4.有効でない」と回答された場合はその理由を具体的にご記入ください。

設問3.退所支援における作業療法士の役割には、どのようなことがあると思われますか？
具体的にご記入ください。

ご協力ありがとうございました。

生活行為向上マネジメント アンケート調査票

他職種・介入前期

職種〔

] 記入日：

年 月 日

《アンケート票への記入方法》

各設問につきまして、該当する回答のいずれか一つに○を付けてください。
また、その理由などを具体的にご記入ください。

設問1.退所支援において、作業療法士が入所前の段階から関わることは、利用者様にとって有効と思われますか？

- 1.とても有効 2.有効 3.あまり有効でない 4.有効でない

「1.とても有効」「2.有効」と回答された場合はどのような点で有効か、「3.あまり有効でない」「4.有効でない」と回答された場合はその理由を具体的にご記入ください。

設問2.退所支援において、作業療法士が入所前の段階から関わることは、他職種間の連携にとって有効と思われますか？

- 1.とても有効 2.有効 3.あまり有効でない 4.有効でない

「1.とても有効」「2.有効」と回答された場合はどのような点で有効か、「3.あまり有効でない」「4.有効でない」と回答された場合はその理由を具体的にご記入ください。

設問3.退所支援における作業療法士の役割には、どのようなことがあると思われますか？
具体的にご記入ください。

設問4.作業療法士が生活行為向上マネジメント（以下、マネジメント）を用いて立案した目標・プランは、調査対象者の施設サービス計画（ケアプラン）に反映されたと思いますか？

- 1.とても思う 2.思う 3.あまり思わない 4.思わない

「1.とても思う」「2.思う」と回答された場合はどのような点で反映されたと思うか、「3.あまり思わない」「4.思わない」の場合はその理由をご記入ください。

設問5.通常の「リハビリテーション実施計画書」に基づくリハビリテーションと、マネジメントに基づくリハビリテーションとに違いを感じましたか？

- 1.とても感じた 2.感じた 3.あまり感じない 4.感じない

「1.とても感じた」「2.感じた」と回答された場合はどのような点で違いを感じたか、「3.あまり感じない」「4.感じない」と回答された場合はその理由を具体的にご記入ください。

設問6.作業療法士がマネジメントを実践したことによる調査対象者の変化を感じましたか？

- 1.とても感じた 2.感じた 3.あまり感じない 4.感じない

「1.とても感じた」「2.感じた」と回答された場合はどのような点で変化を感じたか、「3.あまり感じない」「4.感じない」と回答された場合はその理由を具体的にご記入ください。

設問7.その他、作業療法（士）やマネジメントにつきまして、感想やご意見がございましたら、自由にご記入ください。

ご協力ありがとうございました。

対象者番号： —

調査日 月 日

ご家族の意向調査票

今後の方向性

1：必ず自宅 2：できれば自宅 3：今はわからない 4：施設

自宅復帰の可能性

現段階でご自宅で生活されることはどのくらい難しいですか？

10：絶対に難しい ~ 1：難しくない

() 10~1の数字で回答

※支援相談員の方にこの用紙をお渡し下さい。結果は担当 OT が「アセスメント一覧表」に転記してください。なお、この用紙は提出不要です。

-----切り取り-----

対象者番号： —

調査日 月 日

ご家族の意向調査票

今後の方向性

1：必ず自宅 2：できれば自宅 3：今はわからない 4：施設

自宅復帰の可能性

現段階でご自宅で生活されることはどのくらい難しいですか？

10：絶対に難しい ~ 1：難しくない

() 10~1の数字で回答

※支援相談員の方にこの用紙をお渡し下さい。結果は担当 OT が「アセスメント一覧表」に転記してください。なお、この用紙は提出不要です。

経過記録表

※インターク面接、実態調査、自宅訪問、入所時、ケアカンファレンス、家族カンファレンスなどにOTが関わった場合には必ず記載してください。それ以外では、特記すべき事柄があった場合に記載してください。データで入力しても、手書きでも結構です。記入しにくい場合はA3に印刷してください。

対象者番号	—		
日付	特記すべき関わり・情報伝達などの場面と内容 具体的な内容(検討・伝達したことなど)	その場面に関わった人 (〇を付けてください)	この場面での、特記すべき本人・家族・他職種の発言や反応など 本人 家族 他職種
例 9/15	リハ実施計画書の説明(入所時) 評価内容・プランを説明。3ヶ月後の状態をイメージしてもらい、本人・家族の意向を確認。その後、介護職に入所中に獲得すべき生活行為と自宅環境等について説明した。	本人・家族(妻・息子・嫁)・PT・ST・SW・CM・CW・NS・Dr・栄養・歯科・その他()	「妻の外出時に、自分でトイレに行くようになれば帰れるかな？」少し不安がある様子。経過を見ながら在宅復帰について考えしていくことを提案あります。
/		本人・家族(ST・SW・CM・NS・CW・Dr・栄養・歯科・その他()	
/		本人・家族(ST・SW・CM・NS・CW・Dr・栄養・歯科・その他()	
/		本人・家族(ST・SW・CM・NS・CW・Dr・栄養・歯科・その他()	
/		本人・家族(ST・SW・CM・NS・CW・Dr・栄養・歯科・その他()	
/		本人・家族(ST・SW・CM・NS・CW・Dr・栄養・歯科・その他()	
/		本人・家族(ST・SW・CM・NS・CW・Dr・栄養・歯科・その他()	
/		本人・家族(ST・SW・CM・NS・CW・Dr・栄養・歯科・その他()	
/		本人・家族(ST・SW・CM・NS・CW・Dr・栄養・歯科・その他()	
/		本人・家族(ST・SW・CM・NS・CW・Dr・栄養・歯科・その他()	
/		本人・家族(ST・SW・CM・NS・CW・Dr・栄養・歯科・その他()	
/		本人・家族(ST・SW・CM・NS・CW・Dr・栄養・歯科・その他()	
/		本人・家族(ST・SW・CM・NS・CW・Dr・栄養・歯科・その他()	

対象者番号	—
記入日	年 月 日

**生活行為向上マネジメントで立案した計画が
ケアプランに反映されたか否かに関するアンケート (OT用)**

【問1】

この対象者に対して OT が立案した計画は、ケアプランに反映されましたか？
以下の①～③のうち、当てはまるものに○をつけてください。

①OTだけが行う内容として、ケアプランに盛り込まれた

②OTだけではなく、他職種も関わる内容として、ケアプランに盛り込まれた

(備考 :)

③盛り込まれなかつた

(理由 :)

【問2】

問1で、①または②を選んだ方のみお答えください。

その内容がケアプランに盛り込まれた時期はいつですか？以下の①～③のうち、当てはまるものに○をつけてください。

①暫定ケアプランから盛り込まれた

②本プランから盛り込まれた

③ケアプランの見直し時に盛り込まれた

(盛り込まれた時期：入所から 何ヶ月目)

ご協力ありがとうございました。

対象者番号	—
記入日	年 月 日

生活行為向上マネジメント 退所時アンケート調査票 (ご本人用)

【問1】

今回施設に入所して受けた作業療法（リハビリ）は、施設を退所するために、どのくらい役に立ったと思いますか？次の①～④の中から、一つ選んでください。

- ①とても役に立った ②役に立った ③どちらともいえない ④役に立たなかった

【問2】

問1で、「①とても役に立った」または「②役に立った」を選んだ方のみお答えください。
施設を退所するために役に立ったと思うことはどんなことですか？次の①～⑦のうち、当てはまるもの全てに ○ をつけてください。

- ①入所する前の段階から、退所するために何が必要かを考えてもらったこと
- ②退所後の生活で「したいこと」や「できるようになる必要があること」を聞いてもらったこと
- ③入所した時点での自分の体の状態や、今後の回復の見込みを説明してくれたこと
- ④作業療法（リハビリ）をどのように進めていくかを、分かりやすく教えてくれたこと
- ⑤ただ単に筋力をつける練習や歩く練習をするだけではなく、家に帰ってからの生活に役立つ実践的なリハビリの内容だったこと
- ⑥自宅に訪問して、実際に生活する環境を見た上で、作業療法（リハビリ）をしてもらったこと
- ⑦その他（具体的に教えてください）



【問3】

その他、今回受けた作業療法（リハビリ）に関して、良かったと思うことや、感想があれば教えてください。



ご協力ありがとうございました。

対象者番号	—
記入日	年 月 日

生活行為向上マネジメント 退所時アンケート調査票（ご家族用）

ご本人との続柄：

【問1】

今回施設に入所して受けた作業療法（リハビリ）は、ご本人が施設を退所するために、どのくらい役に立ったと思いますか？次の①～④の中から、一つ選んでください。

- ①とても役に立った ②役に立った ③どちらともいえない ④役に立たなかった

【問2】

問1で、「①とても役に立った」または「②役に立った」を選んだ方のみお答えください。
施設を退所するために役に立ったと思うことはどんなことですか？次の①～⑦のうち、当てはまるもの全てに○をつけてください。

- ①入所する前の段階から、退所するために何が必要かを考えてもらったこと
- ②退所後の生活で「したいこと」や「できるようになる必要があること」を聞いてもらったこと
- ③入所した時点でのご本人の体の状態や、今後の回復の見込みを説明してくれたこと
- ④作業療法（リハビリ）をどのように進めていくかを、分かりやすく教えてくれたこと
- ⑤ただ単に筋力をつける練習や歩く練習をするだけではなく、家に帰ってからの生活に役立つ実践的なリハビリの内容だったこと
- ⑥自宅に訪問して、実際に生活する環境を見た上で、作業療法（リハビリ）をしてもらったこと
- ⑦その他（具体的に教えてください）



【問3】

その他、今回受けた作業療法（リハビリ）に関して、良かったと思うことや、感想があれば教えてください。



ご協力ありがとうございました。

補足資料9 対象者の状況とマネジメントを用いて合意した生活行為の目標（2014.2.28現在）

年 齢 性 別	同居 家族 要 介 護 度	診断名	入所することになった事柄		生活行為の当初の目標		在 入所期 間(日) 退所先
			在宅での生活を難しくしていた事柄	退所するためになつた理由	本人	キーパーソン	
1 80歳 代 妻 娘 男 性	2 右化膿性股 関節炎	※病院からのお入所 ①本人・家族も家に帰ることを望んでいるが入院にはほぼ原則 ②刺激に乏しい生活習慣 ③反応・発話にてくくなっている ④生活場面での歩行機会がなく、トイレも見守り～後始末の介助が必要	①体力・筋力を維持し自宅内の移動能力を維持向上する ②在宅で活動的に生活するため意欲的かつ習慣的に見える活動を見つける	①手紙を書きたい、 ②外に出歩きたい、 ③外にいるうになりたい	①知人に手紙を書いて、出す ことが出来る	できれば自宅	6 114
2 80歳 代 女性	4 狭心症(ステント留置)、うつ病、高脂血症	※病院からのお入所 ①自立して歩きができるようになる ②トイレでパット交換、水を流すことが一人で行えるようになる	①一人で伝い歩きができるようになる ②トイレでパット交換、水を流すことが一人で行えるようになる	①自宅内の移動、トイレ動作が 自立して行えれるよう うになつてほしい	①感情や自発的な発話を引き出で、職員との信頼関係を築く ②トイレ行為(移動、下衣操作)、バスト交換、後始末が 自分で行えることができる	必ず自宅	5 135
3 80歳 代 男性	1 心不全、膀胱がん術後	※自宅からの入所 ・独居面・参加面の低下を懸念するよう ①ADLの自立 ②買い物、受診のため500m連続歩行が出来るようになる	①ADLの機能面・活動面・ADL・IADLの維持目的で3回入所	①読書や勉強、書道などの時間を作 り、樂しみたい、 ②買い物や愛護が軽く、運ぶ力を作りたい、	①読書や書道を日課として組み込み、 ②500m程度の連続歩行、30cm程度の段差昇降ができる、 ③バスに乗ることが継続られる	必ず自宅	2 89
4 80歳 代 男性	4 虚血性胃腸炎、認知症	※病院からの生活は、一人暮らしとなる。「しかし」、 現時点でのADLやIADLは、介助が必要な状態である。家族は、遠方に住んでおり、介護力は期待できない。近所の人は多くいるが、1日介護を依頼するのは難しい。 ②排泄動作は、介助が必要。便座や便意があるまでも自動で着脱動作も介助。 ③移乗動作や車椅子移動動作において介助が必要。移動は、車椅子レベル。自己歩行は不可。 ④環境面では、段差があることや車椅子での移動スベースが狭い、 ⑤内服薬の管理が難しい	①移乗動作は、つかまりにて自力で行える必要がある。車椅子～椅子。車椅子～ベッド。 ②移動は、車椅子駆動を自力で行える必要がある。狭いスペースの移動や方向転換の動作の獲得が必須。茶の間や寝室の移動においては、数mのついた歩きが必要 ③排泄動作は、トイレで自力で行える必要がある。便意や尿意の評価。 ④家族が同居することは、難しい。そのため、サービス付高齢者住宅などの検討が必要か、 ⑤訪問看護など、サービス利用の検討が必要か、 ⑥住宅改修や福祉用具の導入など、環境調整が必要	①一人で移動動作や移乗動作 ②一人でボーダブルトイレを使用し排泄動作ができるようになる	今は分からぬ	8 75	
5 90歳 代 女性	1 右大腿骨転子部骨折、脊椎圧迫骨折、骨粗鬆症	①骨折後家庭状況に対応した動作(畳からの移動)が困難となつたこと ②歩行不安定、耐久性低下により、食物を運んだり、トイレ通いを繰り返す事が困難であったこと ③日々、趣味活動(裁縫、編み物)を行ひ続けたが、身体的制限により今までと同じ姿勢、方法では困難となる。それにより生活全般への漠然とした不安があつたこと ④ご家族との情報共有(ご本人に関する共通認識を持つこと) ⑤出来るADLが維持され、ADL精度向上、不安全感	①畳上動作の獲得(畠間のこたつや低い台に支持しながらの着座、起立) ②狭い場所(トイレ、洗面所)での安定歩行(歩行器→1点杖、伝い歩き) ③日課として継続できる趣味活動の獲得(場所、作業姿勢、道具類を運ぶ動作に繋げることも目標) ④ご家族との情報共有(ご本人に関する共通認識を持つこと) ⑤出来ること	①在宅に戻れる身体状況となり在宅生活を送ってほしい ②正坐をし、趣味の裁縫を楽しむことが出来る(正坐は自宅での活動を想定)	できれば自宅	6 79 退所 (自 宅)	

年齢	性別	要介護度	同居家族	診断名	入所することになった理由		生活行為の当初の目標	
					在宅での生活を難しくしていた事柄	退所するようになる必要があること	本人	キーパーソン
6	90歳代男性	3	息子夫婦、孫男姓	総胆管結石、胆管炎、脊椎カリエス	①病院からの退院後、オペル歩行自立となつていたが体調不良もあり、足の出が悪くなつた ②それにより活動量も低下しベッド中心の生活となつた ③股関節の関節制限が著明なため、椅子座位・ベッド座位でも食事を取ることが困難であるため ④介護状況は息子夫婦が仕事もあり多くは望めない	①食事時の台所やそれに変わる場所への歩行及び移乗動作の介助量削減 ②福祉用具等による環境設定 ③短期退所中のヘルパーの時間の調整	①歩行が安定し、体力をつけてコンクールに出したい	①まずは歩行の安定性向上を目指す ②活動としては短歌・カメラ活動など出来るようになる
7	90歳代女性	1	息子夫婦、孫夫婦、ひ孫	左大腿部頸部打撲、脊柱管狭窄症	①屋内移動は、転倒の危険性がある。トイレや茶の間、寝室などの移動が、歩行では不安定。段差の昇降や長い距離の移動が困難である状況。 ②床からの立ち上がりや床に座る動作が困難 ③入浴動作や浴槽への出入り動作や浴槽での入浴が必要 ④環境面では、段差がある ⑤隠居での生活になると、一人で過ごすことが多い。現在、IADLは介助が必要な状況	①屋内移動は、つかまりにて自力で行える必要がある。歩行器使用やつたい歩きなど、移動手段の検討や獲得が必要。段差昇降や芯用歩行など、立位でのバランス能力の向上も必要か ②床からの立ち上がり、床に座る動作を自力で行える必要がある。椅子の間で家族と一緒に食事ができる ③サービス利用の評価が必要。それに伴つて、サードパーティの介護力の評価が必要か ④環境面は、住宅改修や福祉用具の導入など、環境調整が必要か。本人が過ごす部屋の確認	①一人でうまく歩きたい。転ばないようになりたい ②車椅子も必要	①自宅の茶の間で家族と一緒に食事ができる ②起き上がりの練習
8	90歳代女性	3	次女・三女・孫夫婦	慢性心不全、慢性腎不全	慢性腎不全慢性心不全の憎悪から一時は危篤状態であったところから回復したが、歩行排泄未だ立派の状態では在宅復帰困難。知的障害をもつており次女は本人の在宅受け入れを考えられない状態で他院からの入所となつた	屋内歩行と排泄はすでに自立したので、動作上の問題は解決している。しかし、知的障害をもつ三女との自立を促して苦労してきた次女は本人が帰るとなつて三女が混乱するのではないかと考え在宅復帰を受け入れられない状態である	①しつかり歩ける ②車椅子もしたい ③編み物もしたい	①歩きながら歩ける ②樂しんで取り組める活動ができる
9	90歳代女性	2	次男	アルツハイマー型認知症	※入所前は小規模多機能の長期宿泊中 ①次男と仮設生宅で二人暮らし ②日中独居帯状態(近所への物乞い・被害妄想・心配事があるとすぐに警察や救急車を呼ぶなど)が増悪する ③近所からは奇異な存在に ④避難行動的に小規模多機能の長期宿泊となり、認知症症状はほぼ消失も、専用性の機能低下で歩行困難・起居動作の介助・介助者への依存性が強まる	①日中、一人でトイレにて排泄できるようになる ②起き上がりの練習	①自力で伝い歩きが安全にできる ②トイレ動作時に下衣の上げ下げが自立する ③施設の大に会いに、車椅子自分で操作ができる	①歩きながら歩ける ②車椅子もしたい ③施設で操作ができる
10	90歳代女性	3	独居	腰椎圧迫骨折、不安神経症、肺動脈栓症	①主介護者である長女が、家庭の事情により3か月ほど、本人宅に介護に来られなくなる ②本人の腰痛の悪化により、時間帯によつて起き上がりや歩行が困難となり、介助量が増加した	①起き上がりによる腰の痛みをなくしたい ②起き上がり時腰の痛みをなくしたい	①起き上がり時腰の痛みを緩和し、4点杖と介助で歩いてトイレまで移動できる ②起き上がりの練習	必ず自宅
11	90歳代男性	2	次女夫婦	塵肺症、認知症、てんかん	歩行困難となつた本人を他県から呼び寄せ、通所リハと短期入所を利用して介護していたが、現状を維持しているれば、暖かくなればまた在宅へ受け入れられる。できれば、もっと歩行が安定してほしいとかんがえていた。しかし、呼吸器疾患をもつ本人を冬の間介護することになりたいとの希望を聞きたい	①日中、安全に行けているトイレでいはし、呼吸器疾患を冬の間介護することになりたい	できれば自宅	26退所(死亡)

年齢・性別	同居家族	要介護度	診断名	入所することになった事柄		生活行為の当初の目標		
				在宅での生活を難しくしていた事柄	退所するようになる必要があること	本人	キーパーソン	合意した目標
12歳代女性	長男夫婦、二孫人	3	ペークインソノ病、慢性胃潰瘍、骨粗鬆症、逆立流性食道炎	①自宅の建て替えに伴い、住宅環境の整つていい仮住まいへ引っ越しすること ②建て替え前の自宅内で、歩行の不安定さが目立つてきました	①居室から台所、トイレまでを杖と手すりを使用して安全に歩けること ②新居の環境整備	①料理を作りたい、 ②歩けるようにする	①居室から台所へ行って料理を作る	在宅困難感、意図的行動の意向 在所期間(日)退所先
13歳代女性	独居	2	第1腰椎圧迫骨折後、右下腿前面打撲、糖尿病	※病院からの入所 ①腰部の痛みが緩和し退院対象となるも、入院中はほぼ臥床の習慣 ②生活場面での歩行機会なく、排泄もベッド上で行えるようになる ③一人で電子レンジの操作（お湯を温める事）ができるようになります	①トイレでの下衣操作、パット交換時の立位が安定する ②夜間のトイレ（下位操作、伝い歩き）を一人で行えるようになる ③一人で電子レンジの操作（お湯を温める事）ができるようになります	①まだ歩けるようになること、そして失禁が軽減されれば何より	①自宅でトイレ行為を自力で行うことができる ②自宅内を伝い歩き自立で移動できる	必ず自宅
14歳代女性	同敷地内に長男夫婦	4	左大腿骨転子部骨折（術後）		①排泄動作の自立（日中歩行器使用、夜間ポータブルトイレ使用）	①施設に慣れ、今後デイ等を利用で	①昼間は歩行器使用し移動、排泄動作自立、ブルトトイレを使用し自立するようになる ②デイを楽しく利用できるようになる	必ず自宅
15歳代男性	妻	1	アルコール依存症、アルツハイマー型認知症		①親戚付き合いができるようになる	①年末年始の外泊では飲酒と控え、帰郷した家族・親戚と楽しく会話し過ごす	できれば自宅	
16歳代男性	独居	区変中	肝臓癌	①独居で糖尿病などの服薬、自身の健康管理が難しい、 ②水の始末を忘れてしまうなど日常生活での危機管理が困難になってしまっている ③Pトイレの処理がうまくできず、部屋が不衛生な状態になってしまいう事が多々ある ④手術による体力低下のため、日常生活に介助と医療的なフォローが必要であり、即時の在宅復帰が困難な状態のため	①糖尿病の血糖と服薬管理を自身で行えること ②トイレの使用が困難なほど同居、困難であればサービスにて健康管理や家屋の環境のフォローサをしてもらえるよう調整する	①必要な時に立ち座り、歩行ができる ②水洗トイレを使用できるようになつてしまつてほしい	①家の部屋からトイレまでの10mを安定して歩行する ②通院や奥様の面会などの外出が以前のようにできなくなる ③生活活動を活用した認知機能の維持（特にトイレ、入浴動作）	できれば自宅
17歳代男性	妻	4	腰椎圧迫骨折、高血圧症	※病院からの入所（入院前は自宅だがほぼ独居、妻は末期癌にて長期的なショートステイ中） ①一人でトイレ、更衣・起居動作ができるようになる ②日中一人で生活できる ③伝い歩きや杖歩行が50m程度可能となる	①息子とゴルフがしたい。できればコースを回りたい、歩きをしつかり、したい	①父の希望を尊重するが、まずは体調安定・認知レベルの維持・歩行の向上をお願いしたい	必ず自宅	必ず自宅
18歳代女性	姪の夫、姪の子	1	脱水、認知症	主介護者（姪）の娘が入院となり、自宅での介助が出来ず脱水状態となってしまい入院となつた。食事や飲水などの促し、歩行時の見守りなどが出来なかつたため	①日中、何をしていいか分からぬといふ事は自分でして、一人で過ごしてほしい、という不安がある	①施設内での生活リズムを整え、不安なく過ごす	必ず自宅	必ず自宅

年齢	性別	要介護度	同居家族	診断名	入所することになった理由		生活行為の当初の目標		在宅困難感の意向	意家退所先(日)
					在宅での生活を難しくしていた事柄		合意した目標	キーパーソン		
19	夫	4	4	※病院からの入所 ①易疲労性・動作時の腰背部痛が残存 ②生活場面での歩行機会なし ③排泄動作に介助必要 ④入院前から度々便失禁あり（排便コントロールに課題）	①自宅内を歩行できるようになること ②トイレでの更衣動作が一人でできるようになること ③排便コントロールの管理ができるようになる	①歩けるように食べたい ②お寿司を食べに行きたい ③トイレ動作が自立してほしい	①安定した歩行器歩行ができる ②定時でトイレに行くことの習慣化をつけ、便失禁を改善する ③手すりを使用し、立位バランスを保ちながら下衣操作が自立する	必ず自宅	30退所（自宅）	
20	女性	5	5	腰痛症、気管支喘息、骨粗鬆症	視力障害・頸椎症による四肢麻痺あり、ADLはペッド上で全介助。長期的な在宅生活の継続による家族様の疲労の懸念のため	①近所の人の事が気になるので、話を聞かせてほしい ①食事など、出来ることで、家に帰ってきてきて	①在宅生活を継続し、ご近所の情報を得る ①在宅生活を聞くことで地域への所属感を得る	できれば自宅	60退所（入院死亡）	
21	女性	1	1	90歳代女性	左大腿骨・左骨骨折後	①在宅での生活を再開するため、娘のいない時間帯に一人で過ごせるようトイレに必要な下衣の更衣動作、手すりを使用した居室内外移動を安全に行えるよう調整が必要である ②また、娘の精神的負担を減らしご本人も他者との交流が図れるよう、今まで通っていたデイサービスや老人会への参加や、ショートステイの利用を検討する必要がある	①被り物の上着やズボンの着脱の時に遅くなるようにならない ①トイレが自分で安全にできてほしい	できれば自宅	107	
22	女性	1	1	80歳代女性	左大腿骨・頸部骨折	在宅生活をしている時に、キーパーソンの娘さんの身体介護の負担は大きくなかったが、日常生活の中でご本人が娘の家事の仕方により、介護の精神的負担が強くなつたため、入所の相談があり入所の方向となつた	①息子たちに世話をかけられない。頼まれた事はなんでもしたい	①施設内での生活リズムを整える為、役割としてタオルたたみ、色塗り活動ができる	できれば自宅	35退所（自宅）
23	女性	2	2	90歳代女性	レバー小体型認知症、脛のう炎、胆胱憩室	①病院からの入所。自殺企図が見られるなど精神不安定であった ②入院中はペッド臥床中心で、移動能力・Pトイレ動作の不安定さあり、身体面での家族の不安があった	①メンタルの安定を図る ②生活内での活動性を向上させ、ADLの安定と、生活リズムを整える	①施設内での生活リズムを整える為、役割としてタオルたたみ、色塗り活動ができる	できれば自宅	145
24	女性	2	2	90歳代女性	心房細動、逆流性食道炎、食道裂孔ヘルニア	①今まで全く通所サービスなど使われていないので、そのようなサービスを有効に使ってもらえないことでも生活が可能ではないかと思つた ②そのためには、歩行の安定性を図り、以前行つていた陶芸を再開できることにより、自身の有能感を取り戻し、在宅生活への復帰への自信付けを行うことが必要	①陶芸を再開したい ②しゃんと背筋を伸ばして歩きたい	①好きな陶芸を再開し、週1回は窯元の先生の所に通う	施設	10退所（自宅）
					90歳代長男夫婦	①高齢であり、わからぬうちに倒れてしまつたが、心配するところがある ②施設のうつ病、食道裂孔ヘルニア	①ぜひまた陶芸をやらせたい。母の生きがいだから ②しゃんと背筋を伸ばして歩きたい	①好きな陶芸を再開し、週1回は窯元の先生の所に通う	できれば自宅	157退所
					右大腿骨・左大腿骨・頸部骨折	A県の自宅でだんだん歩けなくなり、知人や近所の酒屋などインフォーマルのサークルにて通つて生活しているが、いよいよ動けなくなり、病院受診し右大腿骨・頸部骨折の診断で入院加療開始。退院時歩行できるまでになると共に自分の能力を過信しないようADLのイメージづく	①A県の自宅に戻りたい、	①安全に歩けるようになつて家に戻りたい、	できれば自宅	5退所

年齢・性別	同居家族	要介護度	診断名	入所することになった理由		生活行為の当初の目標	合意した目標	家庭の意向	在宅生活感覚	入所期間(日) 退所先	
				在宅での生活を難しくしていた事柄	退所するために解決しなければならないこと、						
90歳代女性	独居	1	脳梗塞、心筋梗塞	①自宅で何度も転倒しておらず基本動作やADL、IADLに見守りや介助が必要であった ②自分のペースを乱されるのが嫌だとということを理由に他人との関わりに対して抵抗がある。デイサービスやヘルパー等の社会資源の利用は拒否が本音(養女:76歳)が毎日調理や掃除、入浴の介助等を行っていた。 ③趣味の読書をが難しくなつて朝起きられない等、生活リズムが乱れていた	①歩行の安定。移動手段の検討を行い転倒リスクの軽減を図る ②排泄動作の自立 ③同年代の方や職員との関わりに慣れ、サービスを利用することにより娘の心身的な介護負担軽減を図る	本人	キーパーソン	①誰にプレゼントするかを自分で考へ、折り紙で陽枝袋や箸袋を作る ②活動の種類が増え、行う活動を自分で選択出来るようになる	①誰にプレゼントするかを自分で考へ、折り紙で陽枝袋や箸袋を作った人にプレゼントしたい	91退所	
60歳代女性	夫	4	左視床出血	①移乗、下衣の上げ下げ動作が自力で行えず、介助を要す身体機能。また、キーパーソンである夫がトイレ介助に対し拒否的であり、動作を自力で行えないことが困難な状況 ②自家のトイレは手すりがなく、移乗することが困難	①移乗動作、下衣の自力で行えるよう施設内で向上。また、夫の協力を得られるよう施設内での排泄を見学していく機会を設け、排泄介助に対する抵抗感を和らげる ②トイレ内に手すりを設置するなど、環境設備が必要となる	①体を動かせる様になつて、一人で自由に動けるようになりたい、 ②料理を作つて家族にふるまうことを計画し、家庭にふるまうことができる	①毎日運動を行い身体機能が維持、向上し1人で車椅子やトイレでの移乗できる ②他の協力を得ながら排泄動作が行える ③料理を計画し、家庭にふるまうことができる	必ず自宅	2	115	
90歳代女性	息子、嫁	2	糖尿病、高血压	体調を崩してから約1ヶ月歩いておらず、家族は「歩行困難」に対してどのように対応したら改善するか分からず、在宅生活の継続が難しいと思われていた	家族見守りのものと、手すりを使用して5m程度でも歩けるようになれば、ご家族も歩行改善に向け取組むことができますが、歩行可能となる分がれば自宅でも歩く機会を作り練習ができる	今まで歩けるようになれば、歩くことができたままである	①自室は手すりをを使って、屋外はシルバーカーを借りて歩くことができる ②温泉旅行にまたがって連れて行つてあげたい	できれば自宅	5	124	
70歳代女性	夫	3	アルツハイマー型認知症、腰椎圧迫骨折		②近隣へ歩いて散歩できるようになる	①屋内の歩行、近隣への散歩が手引き介助で行えるようになる					
80歳代女性	夫	4	第11胸椎圧迫骨折、第1-2腰椎左横突起骨折、左9-11肋骨骨折	①以前行えていた、家事動作や夫の世話がスムーズに行えるよう、身体機能面(立位動作能力、歩行動作能力)の向上に努める ②在宅生活における漠然とした不安(病院生活ではベッド上中心の生活である為、以前生活していた自分とのギャップが強く、自宅で生活を確立する予想ができない)	①歩行の不安定さに伴う不安感(病院生活ではベッド上中心の生活である為、以前生活していた自分とのギャップが強く、自宅で生活を確立して続けていくことで、実際の在宅生活を想定した生活を送つてもらいたい)	③夫の簡単な世話を行えるようになる	①簡単な洗濯干しだたみや、茶碗洗いが行える			169	

事例報告書（補足資料9に示した事例5）

1) 基本情報

90代女性、ヘルパーを利用し独居。自宅でポータブルトイレのバケツを片付けようとし転倒。右大腿骨転子部骨折に対し病院でのリハ終了後、ピックアップウォーカー使用し歩行可能となったが独居困難で入所に至る。既往歴は骨粗鬆症、脊椎圧迫骨折。

2) 入所申込までの経緯

退院許可が出た際、自宅独居困難にて病院退院支援室に相談。施設入所を勧められ身元引受人である家族（義娘）が当施設申込の為来所。

3) 実態調査の状況 / 入所判定会議での検討事項

【実態調査】 支援相談員と実施。骨折術後であり、自宅環境に合わせた生活動作の獲得が必要な状況。本人は嫁ぎ先（神社）に合わせ狩衣などの特殊装束も作る程、和裁に精通しており「裁縫を続けていきたい」との希望あり。具体的には①畳上動作の獲得（居間のこたつに支持しながらの着座、起立）②狭い場所（トイレ、洗面所）での安定歩行③日課として継続出来る趣味活動の獲得（道具の持ち運びや、作業姿勢の維持を生活動作に繋げることも目標）などが改善すべき項目として挙げられた。また申込に来た家族（義娘）は、本人に対し良い印象を持っておらず、身体状況や認知機能面を含み、独居に向けて共通認識を持ち支援を行っていく事が重要だと判断。その為にも本人、家族それぞれの想いに理解を示し、共に課題の解決に向け対応していく事を伝え関係作りに重点を置く事とした。OTとして、課題となる生活動作の獲得は可能、退所に関しては家族の協力次第で可能と判断した。

【入所判定会議】 入所判定会議では本人の機能改善、生活動作改善の可能性を伝え、入所時より課題の解決に向けた具体的な介入（特に歩行や趣味活動の設定など）が必要であることを伝えた。

4) 生活行為向上マネジメントを用いたアセスメントと作業療法計画立案

転倒骨折後実施していない畳上動作を含め、生活動作全般に不安感を持たれていた為、出来る動作について実際の動作と口頭で確認を行った。目標は、本人が不安なく主体的に活動に取り組めるもの、またその活動が在宅に戻った際に自身で継続できること（作業環境、作業姿勢の獲得含めて）に重点を置いて検討。作業環境は自宅を想定し、この趣味活動の獲得が畳上動作の獲得、安定に繋がる様設定した。

5) 経過と結果

骨折側の機能改善と並行し具体的な作業活動の検討を行った。椅子より低い台への移動は未実施であった為、段階づけて床上動作へ移行した。正坐での活動も数分のボタン止めから雑巾縫いに拡大、徐々に時間を延長していくが、介護スタッフから物品管理の面でリスクの少ない活動をと希望あり、会話の展開から編み物へ変更となる。それに伴いリビングに作業環境が変更となり、正坐獲得についてはOTとの訓練場面で実施することに変更。必要物品を持ちながらの歩行もピックアップウォーカー、1点杖どちらでも可能な環境を設定。編み物も慣れ親しんだ活動であり作品や編み方の検討など介護スタッフとも相談され、ひざ掛けの作成を決定。自信を持ち活動に取り組んだ。安全に実施出来る環境をOTが設定し、作品についての調整を介護スタッフに任せることで効果的な役割分担が出来たと思われる。

入所から2ヵ月経過後、畳上動作や趣味活動としての編み物が安定して行える様になり、衣類調整や動作確認の為、本人と自宅訪問を行う。家族には普段から本人の状態（課題を含め）を伝えており、同席した家族も自宅での自立度の高さを確認。居宅ケアマネジャーに対し、安全に行える動作や今後の課題について相談員と担当OTで伝え、自宅環境に合わせた介助やサービス導入について検討。入所から2ヵ月半、ヘルパー利用し在宅復帰（独居）の運びとなった。

6) まとめ

転倒による骨折で独居困難になった対象者であったが、機能改善、環境設定に加え自身の生活を彩る趣味活動が行えるようになった事で、在宅復帰を果たすことが出来た。入所時から本人の希望を「生活全体を方向づける重要な生活行為」として捉えた事、その活動に対しスタッフ全員で共通認識を持ち対応出来た事、また本人、家族それぞれの想いに理解を示し、在宅という同じ方向を向いて進めるよう橋渡しを行えた事が今回の結果に繋がったと考えられる。

（介護老人保健施設 やまゆり）

事例報告書（補足資料9に示した事例10）

1) 基本情報

- ・性別：女性 ・年齢：90歳代 ・非同居家族：3名（長男、次男、長女） ・要介護度：要介護3
- ・診断名：腰椎圧迫骨折、不安神経症、肺動脈血栓症
- ・生活歴：次男と階違いの同じマンションに独居で暮らしている。週3回のデイサービスと家族が一日に数回様子を見に行き泊まり込むなどして独居生活を支えてきた。自宅ではほぼ何もせずリビングの椅子に座って過ごすことが多い。読書や新聞、音楽を聴くことは好きだが、最近はほとんどしていない。
- ・既往歴：肺炎、不安神経症、肺動脈血栓塞栓症、腰椎圧迫骨折

2) 入所申込みまでの経緯

主介護者である長女の娘が出産のため、3か月程介護困難となることもあり、機能維持のためリハビリ目的の入所となる。

3) 実態調査の状況 / 入所判定会議での検討事項

家族情報により、施設入所が決まった頃から身体機能低下が見られてきたとのこと。家族は3か月後には現在のマンションに退所する方向で考えており、退所に向けては現在の歩行能力や介助量の維持は必須。入所への不安が身体機能の低下に繋がっている可能性が高く、施設に慣れて不安が軽減されれば歩行能力や介助量の軽減も見込めると考えた。

4) 生活行為向上マネジメントを用いたアセスメントと作業療法計画立案

入所前訪問では、ご本人の不安感が強く「今後出来るようになりたいことなんて無い」と話されていた。入所後は「腰の痛みをなんとかしてほしい。もう少ししっかり歩けるようになりたい」と希望聞かれる。家族からは「介助が大変なので自分で起きられるようになってほしい。もう少し動きがよくなつてほしい」との希望が聞かれる。趣味的な活動に関しては、「目が悪いから何もしたくない」と話される。起き上がりでの痛みが強いとのことで、腰痛の軽減・リハビリによる筋力や体力向上により、起き上がりでの介助量軽減だけでなく、基本動作や歩行の安定も期待でき、目標を「起き上がり時の腰痛を緩和し、4点杖と介助でトイレまで歩行できる」とした。3か月で自宅へ退所される予定であり、訓練以外のADL場面でも歩行でトイレに行くようになれば、自宅への退所がよりスムーズになるとを考えた。

5) 経過と結果

入所時、腰痛の改善のため、朝の起き上がり時にベッドギャッジアップしてから介助するように、CWと話し合い、部屋に張り紙を貼って介助方法の統一を図った。

入所後、徐々に不穏が強まり被害妄想や訓練拒否が多くなったため、立案した訓練内容通りに実施することが困難となった。また、精神的な不安定さから身体機能低下を招き、介助量の増加を認めた。そのため、立案したプログラムを一時中断し、精神的な安定を図ることを主な目標とし、他の利用者との関わりを促したり、可能な範囲で機能維持のための筋力訓練を進めることができた。退所1か月前頃より、徐々に精神状態が安定し、通常通りの訓練が可能となり立案したプログラムを再開。精神機能に伴い身体機能も徐々に向上を認め、訓練時にOTとともにトイレまで歩行することも可能となつたが日や時間によって差がある状態であった。また、腰痛は活動の妨げにならない程度まで軽減したが、時間帯によっての動きの悪さもあり、朝の起き上がりには介助が必要な状態での退所となつた。退所に向けて、これまでのように一人の時間がある場合転倒のリスクが高いと感じ、常に誰かの目は必要な状態であると判断。「退所後は家族介助やヘルパーサービスの頻度を増やし、一人の時間を作らぬこと」「夜間トイレの対応としてポータブルトイレの導入」などサービスや環境の調整を家族やケアマネジャーとを行い、退所に向けてポータブルトイレの練習などを実施した。また、家族とケアマネジャーに今後自宅に帰つてから継続して頂きたい介助方法の指導や、気を付ける点などを説明し、退所となつた。

結果として、起き上がりでの腰痛の軽減は出来たが、目標であった生活場面でトイレまでの介助歩行が可能となるまでには至らず、退所後の家族の負担が大きくなる結果となつた。

(介護老人保健施設 はくちょう)

<研究員および班員>

研究員

主任研究員 全体管理・	中村 春基	一般社団法人日本作業療法士協会
生活行為支援班長	村井 千賀	石川県立高松病院
推進検討委員会	土井 勝幸	介護老人保健施設せんだんの丘
効果検証班長	竹内 さわり	甲南女子大学
退所支援班長	石井 利幸	介護老人保健施設ひもろぎの園
質の評価班長	小林 隆司	吉備国際大学
事務局	庄司 志保	一般社団法人日本作業療法士協会
	渡邊 亮	一般社団法人日本作業療法士協会

推進検討委員

石黒 秀喜	長寿社会開発センター
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
澤村 誠志	兵庫県立総合リハビリテーションセンター
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	和光市役所
葉山 靖明	デイサービスセンターけやき通り
藤原 茂	夢のみずうみ社
依田 利文	茅野市東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

HUI を用いた生活行為向上マネジメントの効果検証事業

班長 竹内 さわり	甲南女子大学
能登 真一	新潟医療福祉大学
渡邊 基子	介護老人保健施設ゆうゆう

研究協力者

通所班	
古川 恵	通所リハビリテーション TRY
二木 理恵	介護老人保健施設せんだんの丘
池田 正人	せんだんの丘ぷらす
鈴木 裕也	介護老人保健施設ひもろぎの園
金子 智美	介護老人保健施設ひまわり荘
谷川 真澄	通所介護あしのさと
甲斐 優希	三原デイケアクリニック
瀬戸島 育	介護老人保健施設 希の里

生駒	英長	いきいき稻富デイサービスセンター
平野	彩	永生クリニック
野崎	志津	(株) メディケア・リハビリ
濱田	正貴	デイサービス自由が丘
杉田	真由美	介護老人保健施設さくら苑新館
福村	納	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	老人保健施設 虹
松藤	宗一郎	デイサービスファイン
矢頭	真	昭和病院通所リハビリテーションセンター
吉原	直貴	みずほデイサービスセンター
今宮	睦美	介護老人保健施設 やまゆり
川口	友恵	介護老人保健施設サンビューニ本松
安齋	アサ子	介護老人保健施設明生苑
久米	真菜美	尾形医院

入所班

杉本	浩康	介護老人保健施設 わかば
市村	彩	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 べあれんと
寺門	真美	介護老人保健施設 ゆうゆう
飯田	三奈子	介護老人保健施設 水光苑
田尻	進也	介護老人保健施設 桜の郷 敬愛の杜
上田	章弘	介護老人保健施設 恵泉
大内	義隆	介護老人保健施設 なとり
岡田	翔子	介護老人保健施設 秋穂幸楽苑
石井	利幸	介護老人保健施設 ひもろぎの園
柏川	晴香	介護老人保健施設 涼風苑
藤井	孝枝	介護老人保健施設 カノープス姫路
佐藤	義則	介護老人保健施設 ゆうゆうホーム
佐藤	成美	介護老人保健施設 大宮フロイデハイム
中村	博子	介護老人保健施設 はくあい
西尾	優子	介護老人保健施設 尚歯堂
深津	良太	リハビリセンターあゆみ
村永	典子	介護老人保健施設 寿楽苑

老人保健施設入所時インタークにおける生活行為向上マネジメントによる介入の効果検討事業

班長	石井 利幸	介護老人保健施設ひもろぎの園
	三浦 晃	介護老人保健施設せんだんの丘
	渡邊 基子	介護老人保健施設ゆうゆう
	猪股 英輔	多摩たんぽぽ介護サービスセンター
	小林 幸治	目白大学
	宮内 順子	介護老人保健施設ペあれんと

施設協力者

今宮 瞳美	介護老人保健施設 やまゆり
鳴海 奈央	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
熊川 亜紀子	中之条町介護老人保健施設「六合つつじ荘」
佐藤 由子	介護老人保健施設 うららく
田邊 由希江	介護老人保健施設 はくちょう
三沢 理恵	介護老人保健施設 ヒルトッププロマン
渡辺 葉子	介護老人保健施設 小金井あんず苑
中村 元樹	介護老人保健施設 港南あおぞら
寺門 真美	介護老人保健施設 ゆうゆう
山本 江吏子	介護老人保健施設 鴻池荘
岡田 翔子	介護老人保健施設 秋穂幸楽苑
宮内 順子	介護老人保健施設 ペあれんと
四宮 正貴	介護老人保健施設 すだちの園
都甲 幹太	介護老人保健施設 あやめの里

生活行為向上マネジメントの質の評価方法の開発と質の向上のあり方検討事業

班長	小林 隆司	吉備国際大学
	東 登志夫	長崎大学大学院
	石川 隆志	秋田大学
	長谷川 敬一	竹田総合病院
	尾崎 勝彦	市立御前崎総合病院
	箕 智裕	牛久愛和総合病院
	三上 直剛	函館脳神経外科病院
	清野 敏秀	朝日町立病院
	徳本 雅子	中国労災病院
	椎野 良隆	竹田総合病院
	大場 秀樹	東京都リハビリテーション病院

小出 将志	佐世保中央病院
柴田 八衣子	兵庫県立リハビリテーション中央病院
榎森 智絵	自宅
生駒 英長	いきいきリハビリケアいきいき稻福デイサービスセンター
有村 正弘	介護老人保健施設さくら苑
茂木 有希子	幸せの羽訪問看護ステーション
谷川 真澄	なるざ
木村 修介	新緑訪問看護ステーション長津田
石井 利幸	介護老人保健施設ひもろぎの園
三浦 晃	介護老人保健施設せんだんの丘
渡邊 基子	介護老人保健施設ゆうゆう
猪股 英輔	多摩たんぽぽ介護サービスセンター
小林 幸治	目白大学
宮内 順子	介護老人保健施設ペあれんと
塩田 繁人	石川県立高松病院
村井 千賀	石川県立高松病院
渡邊 忠義	あさかホスピタル
田辺 美樹子	自宅

事例協力者

磯野 秀樹	日立製作所 日立総合病院
高橋 啓吾	リハビリテーション天草病院
斎喜 真代	特別養護老人ホーム ベルライア
宮本 香織	(株) 光となごみ アクティブ 応援館かめ sun
都甲 幹太	介護老人保健施設 あやめの里
小山 智彦	サンクス米山
北別府 慎介	西大和リハビリテーション病院
丹生谷 哲哉	放射線第一病院
熊谷 隆史	医療福祉専門学校 緑生館
森田 まゆみ	長与病院

事例審査委員

川越 雅弘	国立社会保障・人口問題研究所
鷲見 よしみ	一般社団法人日本介護支援員協会
東内 京一	和光市役所
葉山 靖明	デイサービスセンターけやき通り
中村 春基	一般社団法人日本作業療法士協会

平成 25 年度老人保健健康増進事業
医療から介護保険まで一貫した
生活行為の自立支援に向けた
リハビリテーションの効果と質に関する評価研究

2014 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