

7. 入院元病床別にみた退院後リハ導入に対する本人／家族／介護支援専門員の意識 (n=757)

本人／家族／介護支援専門員の、退院後のケアプランへのリハ導入の必要性に対する意識（介護支援専門員からみた評価）を、3群間で比較した。

ここで、“必要ない～あまり必要ない”の割合をみると、本人では、「急性期病床」39.1%、「回復期リハ病床」21.5%、「療養病床」24.7%、家族では、「急性期病床」34.2%、「回復期リハ病床」15.7%、「療養病床」20.5%、介護支援専門員では、「急性期病床」28.7%、「回復期リハ病床」8.7%、「療養病床」12.3%と、全ての関係者とも、急性期病床退院者に対するリハ継続の必要性に対する意識が、他の病床からの退院者に比べ、最も低かった（表14）。

表 14. 本人／家族／介護支援専門員のリハ導入に対する意識

	合計 (人)	構成割合 (%)					
		必要 なし	あまり 必要なし	やや 必要	非常に 必要	不明・ 未確認	未回答
ア) 本人							
急性期病床	512	22.9	16.2	19.9	15.2	23.6	2.1
回復期リハ病床	172	7.0	14.5	27.9	35.5	14.0	1.2
療養病床	73	15.1	9.6	21.9	24.7	27.4	1.4
イ) 家族							
急性期病床	512	20.3	13.9	26.2	29.9	6.1	3.7
回復期リハ病床	172	4.7	11.0	25.6	56.4	0.6	1.7
療養病床	73	12.3	8.2	31.5	38.4	8.2	1.4
ウ) 介護支援専門員							
急性期病床	512	12.9	15.8	31.6	36.1	-	3.5
回復期リハ病床	172	1.7	7.0	31.4	58.7	-	1.2
療養病床	73	1.4	11.0	38.4	45.2	-	4.1

8. 入院元病床別にみた退院後リハ導入に関する事前相談の実施状況 (n=757)

退院後のケアプランへのリハ導入に対する事前相談の実施状況をみると、「実施」49.9%、「非実施」47.7%、「未回答」2.4%であった。

ここで、実施率を入院元病床別にみると、「急性期病床」43.4%、「回復期リハ病床」68.0%、「療養病床」53.4%と、急性期病床からの退院者に対する事前相談率が、他の病床からの退院者に比べ有意に低かった（表15）。

表 15. 退院後ケアプランへのリハ導入に関する事前相談の実施状況

	合計 (N=757)	急性期 (N=512)	回復期リハ (N=172)	療養 (N=73)	
相談実施	49.9%	43.4%	68.0%	53.4%	**
相談非実施	47.7%	53.9%	30.8%	43.8%	
未回答	2.4%	2.7%	1.2%	2.7%	

*:P<0.05, **:P<0.01

9. 入院元病床別にみた退院後ケアプランへのリハサービスの導入状況 (n=251)

退院後のケアプランへのリハ導入状況をみると、訪問系リハまたは通所リハがケアプランに導入されている率は40.7%で、これを入院元病床別にみると、「急性期病床」34.0%、「回復期リハ病床」56.4%、「療養病床」50.7%で、3群間に有意差がみられた。訪問リハは、「急性期病床」6.6%、「回復期リハ病床」18.0%、「療養病床」11.0%、通所リハは、「急性期病床」17.2%、「回復期リハ病床」35.5%、「療養病床」28.8%と、急性期病床がいずれも低かった。なお、訪問看護7には有意差はみられなかった（表16）。

表 16. 退院後ケアプランへのリハサービスの導入状況

	合計 (N=757)	急性期 (N=512)	回復期リハ (N=172)	療養 (N=73)	
訪問系リハ または通所リハ	40.7%	34.0%	56.4%	50.7%	**
訪問系リハ	23.0%	19.3%	32.0%	27.4%	**
—訪問リハ	9.6%	6.6%	18.0%	11.0%	**
—訪問看護7	15.5%	14.1%	17.4%	20.5%	
通所リハ	22.5%	17.2%	35.5%	28.8%	**

*:P<0.05, **:P<0.01

注1.訪問系リハ受給とは、医療機関からの訪問リハ、または、訪問看護ステーションからの訪問リハである訪問看護7のいずれかのリハサービスを受けている場合をいう。

注2.医療機関からの訪問リハおよび訪問看護7の両方を受けている利用者があるため、訪問リハと訪問看護7の単純合計と訪問系リハの合計は一致していない。

D. 考察およびE. 結論

本研究は、介護支援専門員を対象とした質問紙調査により、自宅に退院した要介護高齢者への退院支援プロセスへの病院および在宅リハ職の関与状況、介護支援専門員を含めた在宅ケア関係者との連携状況、退院後のケアプランへのリハ導入状況を調査し、これを急性期、回復期、維持期の入院リハを担う急性期病床、回復期リハ病床、療養病床別に比較し、病床毎の特徴を抽出したものである。その結果、

- ①自宅退院要介護者の入院元病床は急性期病床が65%を占める
- ②退院時のADLの重症度（寝たきり度）は、各病床区分ともほぼ同じである
- ③入院原因疾患の第1位は、急性期病床では「肺炎」、回復期リハ病床、療養病床は「脳梗塞」である（急性期病床では、廃用症候群の退院者が多い可能性がある）
- ④急性期病床では、退院前訪問指導、退院前合同CC、退院後のリハ継続に関する指導・助言の実施率が有意に低い
- ⑤全ての入院元病床において、退院前合同CCへの在宅のリハ職の参加率が低い
- ⑥急性期病床を退院した本人、家族、介護支援専門員は、他の病床に比べ、退院後のリハ継続の必要性に対する意識が低い
- ⑦退院後のケアプランへのリハ導入率をみると、急性期病床退院者への導入率が、他の病床に比べ有意に低い

などがわかった。以下、退院支援プロセスの項目別に、病床区分間の差異に関する結果の解釈、ならびに今後の課題について述べる。

まず、退院前訪問指導であるが、この行為に対する報酬として、退院前訪問指導料（410点）の算定が認められている。ただし、対象は、入院期間が1月を超えると見込まれる患者となっているため⁹⁾、急性期病床の場合、算定対象者が少ないことが予想される。また、急性期病床は、リハ職の配置人員が乏しいとの指摘や報告⁹⁻¹⁰⁾もあり、退院前訪問指導にリハ職のマンパワーを割く人間的な余裕がない可能性が高い。一方、回復期リハ病床の場合、ほとんどの病院でリハ3職種が配置され、かつ、MSWの病棟専従配置率も、他の病床に比べて高い¹⁰⁾。これら職種の配置状況の差異が、両者の退院前訪問指導の実施率（急性期病床16.0%、回復期リハ病床48.8%）の差異につながっていると推察した。

河井らは、退院前訪問のメリットとして、①自宅でのADL状況の確認、介護指導、住宅改修など、安全な在宅療養をサポートできる、②介護支援専門員を始め、住宅改修の業者などの関係者が一同に揃うことで、患者の問題点や留意点の情報を共有できる、③在宅生活に対する不安緩和に加え、本人・家族の主体的参加も期待できる点を挙げている¹¹⁾。

介護支援専門員を対象とした調査¹²⁾によると、ケアプランにリハを適切に導入できない理由として、“第1位：地域のリハ資源の不足”、“第2位：医師は必要と判断したが、本人・家族が断ったから”、“第3位：介護支援専門員自身のリハに関する知識が不十分であるから”となっている。この結果から、ケアプランにリハを適切に位置づけるためには、本人・家族との合意形成が非常に重要であることが伺える。また、退院後に提供される直接的なリハや本人・家族に対する療養指導・介護指導の効果を挙げる上でも、本人・家族の主体的な関与が重要となろう。河井らの調査結果からみても、退院前訪問指導は、これらを果たす上で、非常に有効な手段と言える。

退院前訪問指導の実施率を挙げるためには、①現行の診療報酬をあげる、②特に、急性期病床におけるリハ職の配置を手厚くするなどの制度見直し、報酬見直しを図っていく必要があると考える。

次に、退院前合同CCであるが、急性期病床では、カンファレンスそのものを開催していない割合（34.6%）が有意に高かった。また、病院スタッフの参加職種も、看護師とMSWが中心で、

リハ3職種の参加率は、「PT」27.4%、「OT」7.5%、「ST」3.9%と、他の病床に比べて有意に低く、在宅のリハ職の参加も、「PT」5.7%、「OT」1.1%、「ST」0.4%と低位であった。また、退院後のリハ継続の必要性に対する指導・助言の実施率も有意に低い。実施率の低下要因として、他の病床に比べ、退院患者のADLが軽度であるといった可能性も考えられたため、退院時の寝たきり度を他の病床と比較したが、寝たきり者の割合は、回復期リハ病床よりも12.7ポイントも高く（急性期病床44.7%、回復期リハ病床32.0%）、この可能性は低いと考えた。以上の結果から、急性期病床では、要介護高齢者の退院後のリハ継続の必要性に対する病院リハ専門職の評価と在宅リハ職への申し送り、ならびに本人・家族・介護支援専門員・在宅関係者への評価結果の説明と合意形成が十分には行えていないと考えた。

急性期病床との退院前合同CCを積極的に実施している尾道市医師会の片山らは、「退院前合同CCは、患者本位の医療を実現するために必要な転換手法であるとともに、患者さんや家族からの医療評価につながる重要プロセスでもある」と指摘するとともに、その効果の一つとして、連携病院である尾道市立市民病院の退院前合同CC数が増加するとともに、平均在院日数は短縮し、かつ、紹介率は著明に上昇していると報告している¹³⁾。

介護支援専門員を対象とした前述の調査¹²⁾によると、ケアプランにリハを適切に導入できた理由として、“第1位：本人・家族のリハ導入に対する意向が強かったから”、“第2位：退院・退時のケアカンファレンスがうまくいったから”、“第3位：外部のリハ担当者との連携がうまくとれているから”となっている。

退院前合同CCも、退院前訪問指導と同様、本人・家族を交えた病院・在宅関係者間の情報共有と合意形成の場と言える。急性期病床においては、退院前訪問指導の実施率は16.0%に過ぎなかったが、退院前合同CCの開催率は54.9%であった。自宅訪問による指導の実施は難しいが、在宅関係者を交えて院内で行う会議であれば開催しやすいことが、両者の数字の違いであると考えた。急性期病床の場合、自宅の療養環境などに関する情報を介護支援専門員などから収集し、退院後の生活を見据えた院内リハを実施するとともに、病院リハ職が退院前合同CCに必ず参加し、退院後のリハ継続の必要性について、関係者間での合意形成を図ることが、適切なリハ継続を図るための現実的な対策であると思われた。

重要なことは、退院後を支える在宅リハ職や介護支援専門員と、病院側がつながっていること（申し送り機能を有すること）である。退院に際する苦情やトラブルを防ぐ意味でも、入院中に病院関係者と在宅関係者が、利用者や家族の退院前後を共同で支える姿勢を見せることが重要である。その上で、退院後に在宅リハ職や介護支援専門員が退院後同行訪問を実施し、自宅環境下でのADL評価や機能予後評価、療養上の指導、ケアプラン内容の検討などを、リハ職と介護支援専門員が共同で行う体制が構築されれば、退院支援の機能強化が図られるであろう。これを支援するための方法として、「居宅療養管理指導」のリハ版の新設が考えられよう。

ここで、本研究の限界点（代表性）について言及する。

今回の調査対象者は、兵庫県介護支援専門員協会会員を中心とした1,612名であるが、これは兵庫県の介護支援専門員数3,709名（2010年調査）の約4割であり¹⁴⁾、回収率は50.2%あるものの、回答者属性に偏りがある可能性がある。そこで、回答者の基礎職種の分布状況を、全国ベース調査¹⁵⁾と比較した。同調査における介護支援専門員の基礎資格は、「介護福祉士」50.0%、「看護職」24.3%、「社会福祉士」7.0%などであった。本調査におけるこれら3職種の割合は、それぞれ52.0%、23.0%、9.3%であり、全国調査とほぼ同じであった。また、回復期リハ病床における退院前訪問指導の実施率は、先行研究⁵⁾で54%となっているが、本研究でも49%であり、ほぼ一致していた。以上の結果から、部分的な検証ではあるが、本研究結果には代表性があると考えた。

本研究では、急性期病床、回復期リハ病床、療養病床の、各々から自宅退院される要介護者の退院支援プロセスに対する、病院リハ職の関与状況の実態の把握を試みた。ただし、退院前訪問指導や退院前合同 CC といった退院支援プロセスは、円滑な在宅への移行と、適切なりハ継続の確保を通じて、退院後の生活機能予後の改善を図るための手段である。本研究では、退院支援プロセスの病床種類別にみた特徴と課題を整理したが、退院支援プロセスの改善が、退院後のリハ継続率やリハ継続のアウトカムに相当する退院後の生活機能予後に及ぼす影響については言及できていない。今後、多施設共同研究により、これら課題に対する検討をすすめる所存である。

【引用文献】

- 1) 厚生労働省統計情報部：平成 20 年度患者調査の概況、2009、pp.3-4.
- 2) 森山美知子、済生会山口総合病院看護部：ナーシング・ケースマネジメントー退院計画とクリティカルパスー、医学書院、東京、2005、pp2-18.
- 3) 斎藤博子：退院困難の要因に関する研究、病院管理、2007、44(4)、363-370.
- 4) 永田智子、村縞幸代：高齢患者が退院前・退院後に有する不安・困り事とその関連要因、病院管理、2007、44(4)、323-335.
- 5) 全国訪問リハビリテーション研究会：訪問リハビリテーション実践テキスト、青梅社、東京、2010、pp.74-75.
- 6) 浜村明德：医療から介護への移行と課題、PT ジャーナル、2008、42(8)、639-647.
- 7) 竹原卓真：SPSS のスズメ 1-2 要因の分散分析をすべてカバーー、北大路書房、京都、2007、pp.203-207.
- 8) 社会保険研究所：平成 22 年 4 月版医科診療報酬点数表、東京、2010、p.151.
- 9) 日本リハビリテーション病院・施設協会：高齢者リハビリテーション医療のグランドデザイン、青海社、東京、2008、pp.22-29.
- 10) 川越雅弘、小森昌彦、備酒伸彦：病床区分別にみた病床運営および退院先とのリハビリテーション連携状況の差異、理学療法兵庫、2009、15、35-42.
- 11) 河井美代子、大矢ルミ子、山崎里恵ほか：自宅退院へのチームアプローチー退院前訪問を実施して、大津市民病院雑誌、2007、8、44-50.
- 12) 有限会社中間法人日本介護支援専門員協会：介護支援専門員（ケアマネジャー）の医療的ケアの知識向上のための調査研究事業、平成 20 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）、2009、pp.51-53.
- 13) 片山 壽：父の背中の地域医療「尾道方式」の神髄ーカンファレンスがつくる地域包括ケアシステムー、社会保険研究所、東京、2009、pp.200-201.
- 14) 厚生労働省統計情報部：平成 20 年介護サービス施設・事業所調査、2010、p.368.
- 15) 株式会社三菱総合研究所：居宅介護支援事業所及び介護支援専門員業務の実態に関する調査報告書、2010、p.15.

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

- 1) 川越雅弘：医療・介護連携が求められる背景とは、作業療法ジャーナル、Vol.45、No.2、pp.102-107、2011.
- 2) 内田美穂、中野穰、大瀧俊夫、芝本宏美、川越雅弘：退院支援プロセスへの介護支援専門員の関与とケアプランへのリハビリテーション・訪問看護サービス導入の現状ー兵庫県介護支援専門員協会会員へのアンケート調査からー、第 10 回近畿介護支援専門員研究大会兵庫大会、神戸ポートピアホテル、神戸、2011 年 2 月 27 日.

H. 知的所有権の出願・登録状況
なし

(別紙1) アンケート調査に関する依頼文書

ケアマネジャーの皆様へ

「退院患者に対するケアプランへのリハ・訪問看護導入プロセスの実態に関する アンケート調査」へのご協力をお願い

兵庫県介護支援専門員協会 会長 森上 淑美
国立社会保障・人口問題研究所 室長 川越 雅弘

拝啓 皆様には日頃から当会の運営にご協力頂き、誠に有難うございます。

さて、2年後の2012年4月には、診療報酬と介護報酬の同時改定が行われますが、その際の最重要課題が、「医療と介護の役割分担と連携強化」であります。これに関連して、介護支援専門員には、①医療職との連携強化（ケアプランへの適切な看護・リハビリテーション（以下、リハ）サービスの導入を含む）、②退院前後における医療機関との連携強化などが求められることとなりますが、これら課題に対しては、現場レベルから課題解決策を提言していく（現場に即した提言を行う）ことが必要と考えております。

このような状況に対応するため、兵庫県介護支援専門員協会では、「政策提言研究会」を立ち上げ、現在、課題解決に向けた各種調査研究を企画・検討しております。具体的なテーマとしては、

課題1：訪問看護の適切なケアプランへの導入方法に関する研究（ターミナル期、退院前後等）

課題2：リハの適切なケアプランへの導入方法に関する研究（退院前後等）

課題3：認知症高齢者に対する医療と介護の連携のあり方に関する研究

などが挙がっています。

そこで、今回、課題1と2に関連して「退院患者に対するケアプランへのリハ・訪問看護導入の実態に関するアンケート」を実施させて頂きたいと存じます（県内の複数地域で実施予定です）。課題1・2を具体化する上で、現状を認識するためのものです。なお、本研究は、厚生労働省科学研究費の補助を受けた「要介護高齢者の生活機能向上に資する医療・介護連携システムの構築に関する研究（研究代表者：川越雅弘）」の共同研究者として実施するものであります。

結果につきましては、兵庫県介護支援専門員協会の政策提言研究会の報告書や各種論文、平成23年2月開催予定の「近畿介護支援専門員研究大会」での発表、厚生科研の研究代表者である川越雅弘氏や分担研究者の各種論文・報告書に活用させて頂く予定です。なお、分析の際は、まとめて統計処理いたしますので、公表に際しても、個々のデータが公開されることは絶対にありません。研究にご参加頂けない場合でも何ら不利益を被ることはありませんが、研究の趣旨を是非ご理解の上、ご協力いただけますよう、宜しくお願い申し上げます。

敬具

※アンケートの返信につきましては、お手数をおかけ致しますが、**5月14日（金）**までに
国立社会保障・人口問題研究所川越雅弘氏（FAX：03-3591-4912）宛でご返信ください。

【本件に関するお問い合わせ先】

〒100-0011 東京都千代田区内幸町2-2-3 日比谷国際ビル6階
国立社会保障・人口問題研究所 企画部 川越雅弘 TEL:03-3595-2984、FAX:03-3591-4912

(別紙2) アンケート調査票

退院患者に対するケアプランへのリハ・訪問看護導入の実態に関するアンケート調査
—〇〇市調査—

以下の質問について、名称や数字を記入、または該当する数字に○をお付け下さい。

I 貴事業所およびリハ・訪問看護関連事業の実施状況について

1	所属事業所の設立法人は？(例:医療法人,株式会社)	()
2	貴事業所の介護支援専門員は、常勤非常勤併せて何名ですか？	()名
3	貴事業所には看護職の介護支援専門員がいますか？	1.はい 2.いいえ
4	同一又は系列法人で、以下の事業を行っていますか？(該当するもの全てに○)	
	1.病院 2.訪問リハ 3.訪問看護ステーション(リハ職配置あり) 4.訪問看護ステーション(リハ職配置なし) 5.通所リハ 6.通所介護(リハ職の配置があり、機能訓練を実施している場合のみ○)	
5	リハに関して相談できるリハ職がいますか？ (※同一法人内でも別の法人でも構いません)	1.はい 2.いいえ
6	訪問看護に関して相談できる訪問看護師の方がいますか？ (※同一法人内でも別の法人でも構いません)	1.はい 2.いいえ

II ケアプランへのリハ・訪問看護導入の現状について

1	現時点で、ケアプランを作成している要介護者は何名ですか？	()名
2	問1の利用者のうち以下のサービスを受けている人数は何名ですか？(いない場合"0")	
	①訪問リハ()名 ②訪問看護ステーションからのリハ()名 ③訪問看護ステーションからの訪問看護()名 ④医療機関からの訪問看護()名 ⑤通所リハ()名 ⑥通所介護での機能訓練()名	
3	現在の利用者で、ターミナルの方はいますか？	1.いる 2.いない
4	現在の利用者で、 <u>リハサービス</u> をプランに入れたかったが、入れられなかった方はいますか？	1.いる 2.いない
	→「いる」と回答された方に伺います。該当する理由すべてに○をお付け下さい。 1.本人が希望せず 2.家族が希望せず 3.主治医が不要といったから 4.単価が高いから 5.介護保険の支給限度額の関係で 6.事業所が近くにない 7.他のサービスが優先されたため 8.その他(具体的に:)	
5	現在の利用者で、 <u>訪問看護</u> をプランに入れたかったが、入れられなかった方はいますか？	1.いる 2.いない
	→「いる」と回答された方に伺います。該当する理由すべてに○をお付け下さい。 1.本人が希望せず 2.家族が希望せず 3.主治医が不要といったから 4.単価が高いから 5.介護保険の支給限度額の関係で 6.事業所が近くにない 7.他のサービスが優先されたため 8.その他(具体的に:)	

Ⅲ 退院時における病院との連携状況とプラン作成プロセスについて

「現在在宅にいる利用者のうち、最も直近の退院者（但し、検査目的での入院者は除きます）」の入院先との連携やケアプラン作成プロセスについて伺います。該当する数字に○をお付け下さい。

1	入院されていた病院の病床の種類は何ですか？	
	1.急性期(一般)病床 2.回復期リハ 3.療養病床(医療または介護) 4.その他 5.不明	
2	その病院は貴事業所と同一法人(又は系列法人)ですか？	1.はい 2.いいえ
3	入院する前の、利用者の要介護度および寝たきり度は？	
	1.認定なし 2.認定あり(具体的に:要支援()または要介護())	
4	1.自立 2.J1(交通機関で外出) 3.J2(隣近所での外出) 4.A1 5.A2 6.B 7.C 8.不明	
	今回の入院の主たる原因疾患は何ですか？(該当する番号に○)。	
5	1.脳出血 2.脳梗塞 3.大腿骨骨折 4.他の骨折 5.肺炎 6.心疾患 7.高血圧症 8.糖尿病 9.脂質異常症 10.関節症 11.呼吸器疾患 12.脊椎障害 13.廃用症候群 14.悪性腫瘍 15.その他(具体的に)	
	その方は、入院前、以下のサービスを利用されていましたか？(該当するもの全てに○)	
6	1.訪問リハ 2.訪問看護 3.訪問看護7(訪問看護ステーションからのリハ) 4.通所リハ 5.通所介護(機能訓練実施) 6.1~5の利用なし	
	病院スタッフによる自宅での退院前訪問指導はありましたか？	
7	1.あり 2.なし 3.不明	
	質問6で退院前訪問指導「あり」と回答された方に伺います。 退院前訪問指導に立ち会った方はどなたですか？(該当する職種全てに○)。	
8	(病院側) 1.医師 2.看護師 3.PT 4.OT 5.ST 6.MSW 7.その他 (在宅側) 1.本人 2.家族 3.PT 4.OT 5.ST 6.ケアマネ 7.包括センター職員 8.その他	
	退院前に、病院にて、在宅関係者を交えた会議(以下、退院前合同カンファ)は開催されましたか？ また、あなたはその会議に参加されましたか？	
9	1.参加した 2.開催されたが参加できず 3.開催されず 4.開催されたか不明 5.退院後から利用者にかかわったため、入院中の退院前合同カンファには不参加	
	問8で、退院前合同カンファに「参加した」と回答された方に伺います。 あなた以外で退院前合同カンファに参加された職種全てに○をお付け下さい。	
10	(病院側) 1.医師 2.看護師 3.MSW 4.PT 5.OT 6.ST 7.薬剤師 8.栄養士 9.その他(具体的に:) (在宅側) 1.本人 2.家族 3.在宅医 4.訪問看護師 5.PT 6.OT 7.ST 8.薬剤師 9.栄養士 10.介護職 11.包括センター職員 12.その他()	
	病院スタッフから“退院後の日常生活を支援するために、リハや訪問看護の継続が必要”といった指導助言はありましたか？	
11	(リハ) 1.あり 2.なし (訪問看護) 1.あり 2.なし	
	退院後のリハサービス導入の必要性について、病院の医師、リハ職(P.T、O.T、S.T)はどのように感じておられましたか？(※最も近い番号に○)	
12	(病院医師) 1.必要なし 2.あまり必要ない 3.やや必要 4.非常に必要 5.不明・未確認 (病院リハ職) 1.必要なし 2.あまり必要ない 3.やや必要 4.非常に必要 5.不明・未確認	
	退院後の訪問看護導入の必要性について、病院の医師、看護職はどのように感じておられましたか？(※最も近い番号に○)	
12	(病院医師) 1.必要なし 2.あまり必要ない 3.やや必要 4.非常に必要 5.不明・未確認 (病院看護職) 1.必要なし 2.あまり必要ない 3.やや必要 4.非常に必要 5.不明・未確認	

(問 13 以降は、在宅退院後の状況についての質問です)

13	その方が退院されたのはいつですか？	平成 () 年 () 月
14	その方の要介護度は？(※右欄の () 内に、要支援者の場合 1-2、要介護者の場合 1-5 の数字を記入下さい)	要支援() 要介護()
15	在宅退院直後(約1週間後)の、利用者の寝たきり度及び認知症自立度は？	
	1.自立 2.J1(交通機関で外出) 3.J2(隣近所の外出) 4.A1 5.A2 6.B 7.C 8.不明 1.自立 2.I 3.IIa 4.IIb 5.IIIa 6.IIIb 7.IV 8.M 9.不明	
16	その方は以下の処置のいずれかが必要でしたか？	1.必要 2.不要
	(処置内容) ※必要と回答された方は、該当する処置内容全てに○をお付け下さい。 1.点滴 2.中心静脈栄養 3.透析 4.ストーマ処置 5.酸素療法 6.人工呼吸器 7.気管切開 8.痛みのコントロール 9.経管栄養 10.褥瘡の処置 11.酸素飽和度測定 12.カテーテル管理 13.吸引 14.血糖の管理(インスリン注射) 15.その他(具体的に)	
17	退院後のリハ導入の必要性について、本人、家族、在宅主治医、在宅のリハ職(PT、OT、ST)、あなた自身はどのように感じておられましたか？(最も近いものに○)	
	(ご本人) 1.必要なし 2.あまり必要ない 3.やや必要 4.非常に必要 5.不明・未確認	
	(ご家族) 1.必要なし 2.あまり必要ない 3.やや必要 4.非常に必要 5.不明・未確認	
	(主治医) 1.必要なし 2.あまり必要ない 3.やや必要 4.非常に必要 5.不明・未確認	
	(リハ職) 1.必要なし 2.あまり必要ない 3.やや必要 4.非常に必要 5.不明・未確認	
18	退院後の訪問看護導入の必要性について、本人、家族、在宅主治医、在宅の看護職、あなた自身はどのように感じておられましたか？(最も近いものに○)	
	(ご本人) 1.必要なし 2.あまり必要ない 3.やや必要 4.非常に必要 5.不明・未確認	
	(ご家族) 1.必要なし 2.あまり必要ない 3.やや必要 4.非常に必要 5.不明・未確認	
	(主治医) 1.必要なし 2.あまり必要ない 3.やや必要 4.非常に必要 5.不明・未確認	
	(看護職) 1.必要なし 2.あまり必要ない 3.やや必要 4.非常に必要 5.不明・未確認	
19	サービス担当者会議を開催する前に、プランにリハサービスを導入した方が良いか、医師やリハ職に相談されましたか？	1.相談した 2.相談していない
20	問 19 で、「相談した」と回答された方に伺います。医師やリハ職は導入の必要性について、どのように判断されましたか？最も近い番号に○をお付け下さい。 1.必要ない 2.出来れば導入した方がよい 3.導入すべき 4.判断なし・不明	
21	サービス担当者会議を開催する前に、プランに訪問看護を導入した方が良いか、医師や看護職に相談されましたか？	1.相談した 2.相談していない
22	問 21 で、「相談した」と回答された方に伺います。医師や看護職は導入の必要性について、どのように判断されましたか？最も近い番号に○をお付け下さい。 1.必要ない 2.出来れば導入した方がよい 3.導入すべき 4.判断なし・不明	
23	サービス担当者会議を開催しましたか？	1.はい 2.いいえ
24	問 23 で「開催した」と回答された方に伺います。参加職種全てに○をお付け下さい。 1.本人 2.家族 3.在宅医 4.訪問看護師 5.PT 6.OT 7.ST 8.薬剤師 9.栄養士 10.訪問介護員 11.介護職員 12.福祉用具関係者 13.住宅改修関係者 14.その他(具体的に)	
25	退院後のプランに、以下のサービスを導入しましたか？(該当するもの全てに○) 1.訪問リハ 2.訪問看護 3.訪問看護7(訪問看護ステーションからのリハ) 4.通所リハ 5.通所介護(機能訓練実施) 6.1~5のサービスは導入していない	

IV 退院患者へのリハサービスの継続性を確保するための方法について

1	退院患者の退院後ケアプランに、リハサービスを適切に導入できていると思いますか？				
	1.出来ている 2.ほぼ出来ている 3.あまり出来ていない 4.ほとんど出来ていない				
2	退院者のケアプランに、リハをより適切に導入するための方法について伺います。 以下の項目の重要性について、お考えに最も近い番号に○をお付け下さい。				
		非常に重要	まあまあ重要	あまり重要でない	重要でない
	①自分自身のリハに関する知識を向上させること	1	2	3	4
	②病院の退院前訪問指導を充実させること	1	2	3	4
	③地域の在宅リハ資源を充実させること	1	2	3	4
	④病院との退院前合同加ワを充実させること	1	2	3	4
	⑤病院の医師やリハ職、MSW との連携を強化すること	1	2	3	4
	⑥地域において、気軽に相談できるリハ職を持つこと	1	2	3	4
⑦ケアプラン原案に対するリハ職からの指導・助言	1	2	3	4	

V 退院患者への看護サービスの継続性を確保するための方法について

1	退院患者の退院後ケアプランに、訪問看護を適切に導入できていると思いますか？				
	1.出来ている 2.ほぼ出来ている 3.あまり出来ていない 4.ほとんど出来ていない				
2	退院者のケアプランに、訪問看護をより適切に導入するための方法について伺います。 以下の項目の重要性について、お考えに最も近い番号に○をお付け下さい。				
		非常に重要	まあまあ重要	あまり重要でない	重要でない
	①自分自身の訪問看護に関する知識を向上させること	1	2	3	4
	②病院の退院前訪問指導を充実させること	1	2	3	4
	③地域の訪問看護資源を充実させること	1	2	3	4
	④病院との退院前合同加ワを充実させること	1	2	3	4
	⑤病院の医師や看護職、MSW との連携を強化すること	1	2	3	4
	⑥地域において、気軽に相談できる看護職を持つこと	1	2	3	4
⑦ケアプラン原案に対する看護職からの指導・助言	1	2	3	4	

VI 最後に基礎資格(ケアマネ以外の資格)と実働開始年等をお教え下さい(資格は該当する数字に○)。

資格：1.看護職 2.リハ職 3.社会福祉士 4.介護福祉士 5.その他 ()	
実働開始年 (いずれかの居宅介護支援事業所で勤務を開始した年)	平成 () 年
事業所所在地の地域包括支援センター名	() 地域包括支援センター

アンケートは以上です。ご協力、有難うございました。

厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）
「要介護高齢者の生活機能向上に資する医療・介護連携システムの構築に関する研究」
平成 22 年度分担研究報告書

自宅退院要介護高齢者に対するケアマネジメントプロセスへの
リハビリテーション職の関与効果～第 1 報～

研究代表者 川越雅弘（国立社会保障・人口問題研究所 室長）
研究分担者 備酒伸彦（神戸学院大学 准教授）
研究協力者 小森昌彦（兵庫県但馬県民局但馬長寿の郷 理学療法士）
研究協力者 三浦 禎（宮城県リハビリテーション支援センター 作業療法士）

【研究要旨】

本研究は、自宅退院要介護高齢者の、退院後の生活機能の維持・向上を図るために、介護支援専門員とリハビリテーション職（以下、リハ職）の具体的連携方法を検討するとともに、生活機能予後からみた連携効果を評価することを目的とする。

さて、本年度に実施した兵庫県内の介護支援専門員が有する退院事例調査から、

- 1)自宅退院要介護者の入院元病床は急性期病床が 65%を占める
- 2)入院原因疾患の第 1 位は、急性期病床では「肺炎」であり、廃用症候群の退院者が多い可能性がある
- 3)急性期病床では、退院前訪問指導、退院前合同ケアカンファレンス（退院前合同 CC）、退院後のリハ継続に関する指導・助言の実施率が有意に低い
- 4)全ての入院元病床において、退院前合同 CC への在宅のリハ職の参加率が低い（病院リハ職と在宅リハ職間の申し送り機能がほとんど機能していない）
- 5)急性期病床を退院した本人、家族、介護支援専門員は、他の病床に比べ、退院後のリハ継続の必要性に対する意識が低い

などがわかり、その改善策を検討するため、介護支援専門員やリハ職へのインタビューを実施した。その結果、退院後の生活機能の維持・向上を図るためのリハ継続性確保の実現に向けては、介護支援専門員と在宅リハ職の協働作業、具体的には、

- 1)退院後訪問指導の実施（本人、家族、介護支援専門員、リハ職が同席した形で）
- 2)本人が目標とする生活スタイルの確認、および関係者間での共有化
- 3)日常生活に対する本人と家族の希望・要望の確認、および関係者間での共有化
- 4)自宅における日常生活動作（ADL）の能力評価と生活機能予後評価の実施
- 5)療養上の指導・助言の実施（リハ職から本人・家族へ）
- 6)リハの視点からみたケアプランへのリハ導入の必要性の判断および助言
- 7)退院後の生活機能の途中経過（退院 1 ヶ月後）の関係者間での確認と再指導の実施

が必要であるという結論に至った。

そこで、今回、上記 1)～7)を実現するためのモデル研究の流れ図を検討するとともに、研究支援のための帳票類（①退院後の ADL 機能予後とリハ導入の必要性に関する評価票、②生活機能モニタリング票）案の作成を行い、一部地域（兵庫県 A 地区、宮城県 B 町ほか）でモデル検証を開始した。

現在、介護支援専門員及びリハ職を交えた事例検討を進めているが、そこから

- 1)生活機能の能力評価、予後評価はリハ職にしか行えず、これら評価があることで、介護支援専門員は安心してプラン作成や利用者・本人との関わりを持つことが出来るというメリットがある（ケアマネジメントの補完機能として有用）。
- 2)利用者・家族には入院前からの生活スタイルがあり、退院後もそれを維持したいという意向が強い。これら意向を十分考慮した上での指導・助言が必要である。

などがわかった。

A. はじめに

2012年の診療報酬・介護報酬の同時改定における論点テーマとして、「リハビリテーション（以下、リハ）」と「退院調整」が挙げられている¹⁻²⁾。

リハに関しては、急性期・回復期は医療保険、維持期は介護保険でサービス給付を行うという基本的な方向性のもと、これまで報酬改定が行われてきた。具体的には、2006年度の診療報酬改定で、①早期の集中的なりハの評価の引き上げ、②疾患別のリハ日数制限と集団療法の廃止などが行われてきたのである。しかしながら、医療から介護への連続するシステムが十分には機能していないとの指摘が示され、2007年には疾患別リハ日数制限が余儀なくされた。こうしたこれまでの経緯を踏まえ、「医療と介護が連携しつつ、医療保険と介護保険の機能の一層の明確化を図るために、医療保険においてどのような対応が考えられるか」という論点が、2011年2月2日に開催された中医協総会に提示されたところである。

退院調整についても、同日の総会にて、「現在の入院診療計画は形骸化している傾向にあり、退院支援計画とも重複項目が多く、必ずしも患者あるいは医療機関の入院医療の質の向上に資するものになっていない」との指摘を受けて、2012年の同時改定において、退院後の療養生活支援も含めた詳細な入院診療計画の説明を丁寧に行うことや入院早期に退院後の生活を見越して退院支援計画を作成することを診療報酬で評価してはどうかといった論点が示された。

さて、ADL障害を伴う要介護高齢者が退院する場合、これら両方のテーマが関係することとなる。すなわち、リハの観点からみた、病院関係者と、介護支援専門員を中心とした在宅関係者の連携強化であるが、これら連携の実態に関する先行研究は少ない。

そこで、われわれは、兵庫県下の介護支援専門員1,612名に無記名自記式質問紙を送付し、各人が有する直近の退院事例の入院元病床、退院支援プロセス、退院後ケアプランへのリハ導入状況をアンケート調査した。その結果、

- 1) 自宅退院要介護者の入院元病床は急性期病床が65%を占める
- 2) 入院原因疾患の第1位は、急性期病床では「肺炎」であり、廃用症候群の退院者が多い可能性がある
- 3) 急性期病床では、退院前訪問指導、退院前合同ケアカンファレンス（退院前合同CC）、退院後のリハ継続に関する指導・助言の実施率が有意に低い
- 4) 全ての入院元病床において、退院前合同CCへの在宅のリハ職の参加率が低い（病院リハ職と在宅リハ職間の申し送り機能がほとんど機能していない）
- 5) 急性期病床を退院した本人、家族、介護支援専門員は、他の病床に比べ、退院後のリハ継続の必要性に対する意識が低い

などがわかり、その改善策を検討するため、介護支援専門員やリハ職へのインタビューを実施した。その結果、退院後の生活機能¹⁾の維持・向上を図るためのリハ継続性確保の実現に向けては、介護支援専門員と在宅リハ職の協働作業が必要であるという結論に至った。

そこで、今回、介護支援専門員と在宅リハ職の協働作業の実現に向け、モデル研究の実施方法を検討するとともに、研究支援のための帳票類（①退院後のADL機能予後とリハ導入の必要性に関する評価票、②生活機能モニタリング票（専門職による客観的評価票、および本人の主観的評価票の2種類））案の作成を行い、一部地域（兵庫県養父市、宮城県柴田町ほか）でモデル検証を開始した。

本稿では、モデル研究の概要を紹介するとともに、現在進めている、介護支援専門員及びリハ職を交えた事例検討から2事例を紹介する。その上で、事例検討から見てきた連携のあり方に関する私見を述べる。

¹ 生活機能とは、①心身機能・身体構造、②活動、③参加を含む包括用語のこと。2001年に世界保健機構が国際生活機能分類（ICF）として提唱したものであり、これに、影響を及ぼす環境因子、健康状態、個人因子を含め、包括的に障害を捉える視点の重要性を説いている³⁾。

B. 研究方法

1. 研究実施方法の検討

先行研究で見えてきた退院支援プロセスの課題を改善するための対策を検討するため、まず、介護支援専門員やリハ職へのインタビューを実施した。その結果、退院後の生活機能の維持・向上を図るためのリハ継続性確保の実現に向けては、介護支援専門員と在宅リハ職の協働作業、具体的には、

- 1)退院後訪問指導の実施（本人、家族、介護支援専門員、リハ職が同席した形で）
- 2)本人が目標とする生活スタイルの確認、および関係者間での共有化
- 3)日常生活に対する本人と家族の希望・要望の確認、および関係者間での共有化
- 4)自宅における日常生活動作（ADL）の能力評価と生活機能予後評価の実施
- 5)療養上の指導・助言の実施（リハ職から本人・家族へ）
- 6)リハの視点からみたケアプランへのリハ導入の必要性の判断および助言
- 7)退院後の生活機能の途中経過（退院1ヶ月後）の関係者間での確認と再指導の実施

が必要であるという結論に至った。

そこで、まず、上記 1)~7)を実現するためのモデル研究の流れ図を検討した。その結果を図 1 に示す。なお、対象者であるが、先行研究⁴⁾や介護支援専門員からのヒアリングを参考に、重度の寝たきり者（寝たきり度がランク C）、または重度の認知症高齢者（認知症自立度がランク IV ないしランク M）は除外した。

2. 帳票類の検討

研究支援のため、

【帳票 1】退院後の ADL 機能予後とリハ導入の必要性に関する評価票

【帳票 2】生活機能モニタリング票（専門職による客観的評価票、および本人の主観的評価票）の 2 領域の帳票を検討した。

まず、帳票 1 であるが、これは、本人が目標とする生活スタイル、日常生活に対する本人と家族の希望・要望を踏まえた上で、自宅における ADL 能力と予後を評価し、その上で、リハの視点からみたケアプランへのリハ導入の必要性の判断（リハを導入しなかった場合のリスク、及び導入した場合のメリットの評価を含む）、および療養上の指導・助言を行うための帳票である。今回作成した帳票案を表 1 に示す。

次に、帳票 2 であるが、これは、介護支援専門員が、退院後の生活機能予後を、退院約 1 週間後、1ヶ月後（中間段階）、3ヶ月後（最終段階）の 3 時点で評価するための「生活機能モニタリング票（表 2 参照）」と、本人の主観を評価するための「毎日の生活に関する質問票（退院 1 週間後と 3ヶ月後の 2 時点評価、表 3 参照）」の 2 種類を作成した。

なお、介護支援専門員による評価項目であるが、退院後から訪問リハが継続導入された場合の生活機能予後に関する先行研究⁵⁾をもとに、①心身機能（認知機能²⁾、②活動（手段的 ADL⁸⁾ および ADL⁹⁾）、③参加（周囲への相談の実施／相談対応など）を、また、利用者本人の主観を評価する項目として、主観的健康観、QOL 指標¹⁰⁾、うつ（意欲）¹¹⁾を設定した。

3. 倫理面への配慮

本研究では、研究内容を担当の介護支援専門員から利用者へ説明し、同意を取得した上で実施している。今回掲載する事例に関しても同意取得済みであり、また、掲載に当たっては、匿名性、秘密保持を厳守している。

² 認知機能としては、介護現場で広く使用されている認知症高齢者の日常生活自立度、およびインターライが開発した MDS (Minimum Data Set) の項目から算出される CPS⁶⁻⁷⁾(Cognitive Performance Scale)を指標とした。

図1. 研究の流れ図（兵庫県 A 地区の場合）

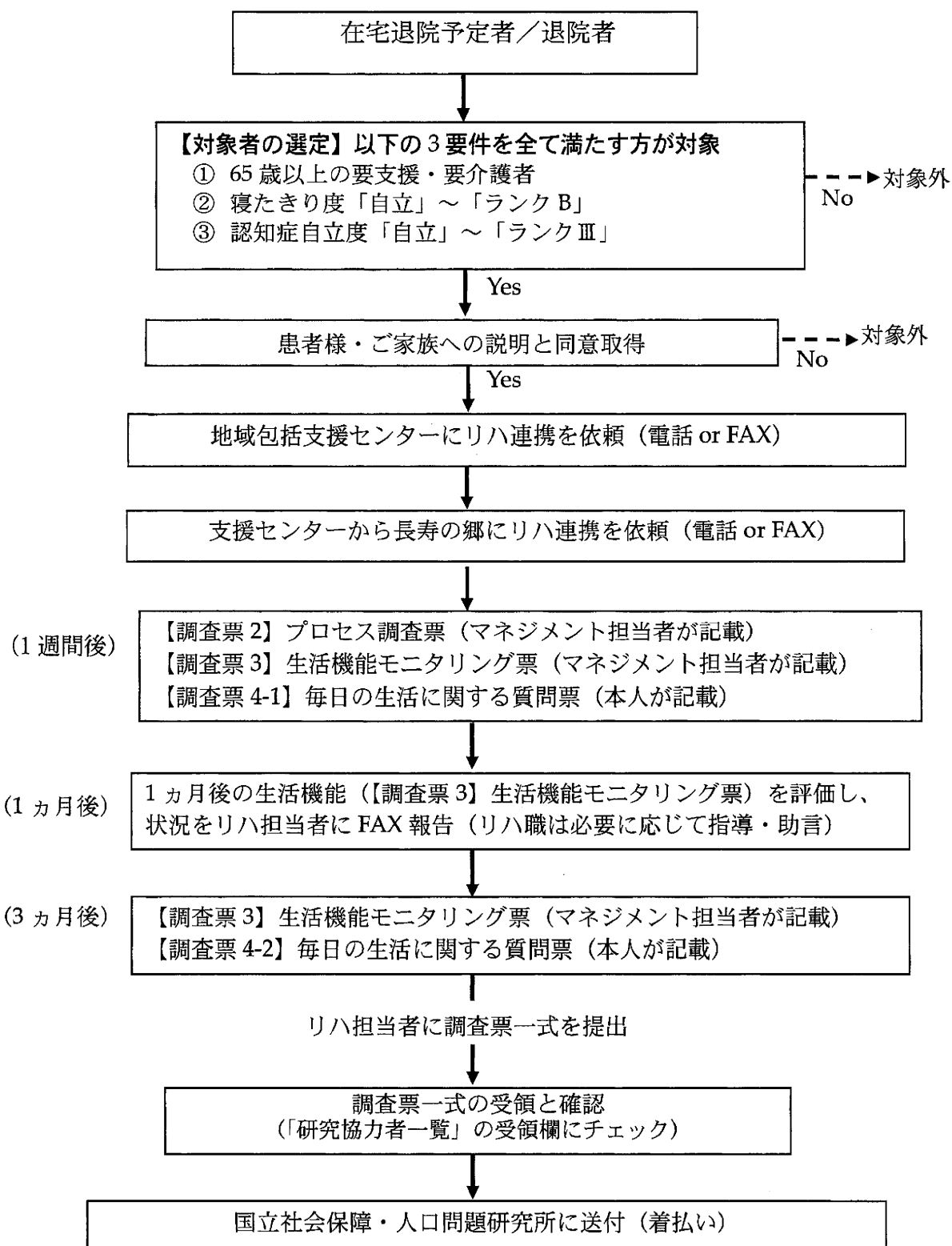


表 1. 退院後の ADL 機能予後とリハ導入の必要性に関する評価票

介護支援専門員、ご本人、ご家族の皆様へ ← 在宅リハ職

【退院後の ADL 機能予後とリハ導入の必要性に関する評価票】

評価日：__年__月__日、 評価者：〇〇（職種：PT、OT、ST）

任意番号		性別		年齢		要介護度	
------	--	----	--	----	--	------	--

退院後に目標とする生活－活動面－	退院後に目標とする生活－社会参加面－

日常生活に対する希望・要望（ご本人）	日常生活に対する希望・要望（ご家族）

(能力評価区分) 1:自立 2:見守り 3:一部介助 4:全介助	入院前、退院直後の 能力レベル評価		今後の 機能予後予測		リハ導入による 改善/維持可能性 (◎:大きく改善、 ○:改善、 -:維持)
	入院前	退院直後	最終到達 自立度	到達時期 (ヵ月)	
評価日	/	/	-	-	-
1.歩行					
2.屋内移動					
3.屋外移動					
4.階段昇降					
5.移乗					
6.入浴					
7.トイレ動作					
8.整容					
9.更衣					
10.排尿					
11.排便					
12.食事摂取					
13.失禁(1:なし,2:尿のみ,3:便のみ,4:両方)					

【リハ導入で期待される主な効果/導入しなかった場合のリスク（デメリット）】

--

【療養上の留意点/家族介護を実施する上での留意点－ご本人・ご家族の方へ－】

--

表 2. 生活機能モニタリング票（介護支援専門員が評価）

任意番号		1	性別	1.男 2.女	年齢	〇〇歳	介護度		要介護〇	
項目名		評価区分 (該当する数字を、右の項目評価欄に記入)					ケアマネジャー評価			
							退院 1 週後 (/)	退院 1 月後 (/)	退院 3 月後 (/)	
IADL	1	買い物	1.自立して「している」 2.見守りを受けながら「している」 3.一部介助を受けながら「している」 4.全介助を受けながら「している」 5.これらの行為を行っていない（していない）							
	2	食事の支度								
	3	家事								
	4	金銭の管理								
	5	遠方外出								
ADL 等	1	歩行 (45m 以上)	1.自立して、45m 以上歩行している。 (杖や歩行器、装具を使用してもよい) 2.見守り 3.一部介助 4.全介助 5.行っていない 6.車椅子で45m 以上自走している							
	2	屋内移動	1.自立(介助や見守りなしに移動をしている。 車椅子や杖などの移動手段は問わない)							
	3	屋外移動	2.見守り 3.一部介助 4.全介助 5.行っていない							
	4	階段昇降 (1 段分)	1.自立(介助や見守りなしに1 段の階段昇降をしている) 2.見守り 3.一部介助 4.全介助 5.行っていない							
	5	車椅子と ベッド間の 移乗	1.自立(ベッド上の起き上がり動作から車椅子への移乗ま での一連の動作を見守りや介助なしにしている) 2.見守り 3.一部介助 4.全介助 5.行っていない (※一連動作で、見守りと一部介助が混在する場合はよ り重度の方(この場合は一部介助)で評価下さい)							
	6	入浴	1.自立(入浴の一連動作を見守りや介助なしにしている) 2.見守り 3.一部介助 4.全介助 5.行っていない							
	7	トイレ動作	1.自立(トイレ使用に関する一連の動作(トイレへの出入り、便座 に座る、衣服の上げ下げ、トイレペーパーの使用等)を 見守りや介助なしにしている。手すり使用は可) 2.見守り 3.一部介助 4.全介助 5.行っていない (※見守りと一部介助が混在する場合、一部介助で評価)							
	8	整容 (洗面、整髪、 歯磨き、髭剃 り)	1.自立(使用物品を用意し、整容の行為をしている) 2.見守り 3.一部介助 4.全介助 5.行っていない (※整髪は見守りだが、洗面は一部介助の場合、より重 度の方(一部介助)で評価)							
	9	更衣	1.自立(更衣に関する一連の動作(服を着る、ボタンをとめ る等)を見守りや介助なしにしている) 2.見守り 3.一部介助 4.全介助 5.行っていない (※見守りと一部介助が混在する場合、一部介助で評価)							
	10	排便コントロール	1.失禁なし。必要な座薬の使用や浣腸もできる。 2.座薬や浣腸の使用に介助を要したり、時に失禁する。 3.1-2 以外							
	11	排尿コントロール	1.失禁なし。昼夜ともコントロール可能。尿集器使用もできる。 2.時に間に合わず失敗する。尿集器使用に介助を要す。 3.1-2 以外							
	12	食事摂取	1.自立(届く範囲に食物をセットすれば、適度な時間内に 食事をしている。調味料をかけるなども含む) 2.見守り 3.一部介助 4.全介助 5.行っていない							
	13	寝たきり度	1.自立 2.J1 3.J2 4.A1 5.A2 6.B1 7.B2 8.C1 9.C2							

項目名		評価区分 (該当する数字を、右の項目評価欄に記入下さい)	1週間後 (/)	1月後 (/)	3月後 (/)
外出頻度等	1 買い物	(評価日を含めた1週間の状況) 1.週4日以上 2.週2-3日 3.週1日 4.週に1日もなし			
	2 散歩				
	3 友人と会う				
	4 日中活動性		1.よく動いている 2.座っている事が多い 3.横になっていることが多い		
移動手段	1 屋内移動	1.独歩 2.手すり・伝え歩き 3.床上移動 4.T字杖 5.多脚杖 6.歩行器 7.リフト 8.装具 9.車椅子自走 10.車椅子介助 11.その他			
	2 屋外移動				
認知機能	1 短期記憶	1.できる(思い出せる) 2.できない			
	2 日常の意思決定	1.できる 2.特別な場合以外は可 3.日常的に困難 4.できない			
	3 意思の伝達	1.できる 2.時々できる 3.ほとんどできない 4.できない			
	4 認知症自立度	1.自立 2.I 3.IIa 4.IIb 5.IIIa 6.IIIb 7.IV 8.M			

問2 「退院1週間後」と「3ヵ月後」の医療・介護サービス受給状況評価

項目名	評価区分 (該当する数字を、右の項目評価欄に記入下さい)	1週間後 (/)	3ヵ月後 (/)
1.外来でのリハ	1.あり 2.なし 3.不明		
2.訪問介護	1.あり 2.なし		
3.訪問看護7 (PT,OT,STによる)	1.あり 2.なし →「1.あり」の場合、1週間あたりの回数	()回	()回
4.訪問リハ	1.あり 2.なし →「1.あり」の場合、1週間あたりの回数	()回	()回
5.通所介護(リハ職 配置あり)	1.あり 2.なし →「1.あり」の場合、1週間あたりの回数	()回	()回
6.通所介護(上記以外)	1.あり 2.なし		
7.通所リハ	1.あり 2.なし →「1.あり」の場合、1週間あたりの回数	()回	()回
【リハ内容】※リハで行っている内容全ての番号を右欄に記入。 1.筋力増強運動 2.可動域訓練 3.バランス練習 4.起居・立位動作練習 5.移動動作練習 7.ADL練習 8.IADL練習 9.福祉用具アドバイス 10.住宅改修アドバイス 11.家族への介護助言・指導 12.その他			

問3 家族の方の介護の状況についてご回答下さい(独居の場合記入不要)。

項目名	評価区分 (該当する数字を、右の項目評価欄に記入下さい)	1週間後 (/)	3ヵ月後 (/)
主たる介護者の 介護負担感	1.非常に強い 2.まあまあ強い 3.どちらとも言えない 4.あまりない 5.ほとんどない		
家族介護日数	※毎日の場合「7」と右欄に記入下さい		
家族介護時間 (実施日について)	1.ほとんど終日 2.半日程度 3.2-3時間程度 4.必要時に手をかす程度		

3ヵ月後評価 不可理由	1.入院 ()月()日	2.介護保険施設・居住系施設に入所 ()月()日
	3.死亡 ()月()日、理由：()	
	4.担当事業所変更	
	5.その他(理由：())	

表 3. 毎日の生活に関する質問票（ご本人が記入）

ご記入日： 年 月 日

問 1：あなた自身の今日の健康状態を最も良く示しているものを 1つ選んで ○を付けて下さい

(1) 移動の程度 について

1. 私は歩き回るのに問題はない
2. 私は歩き回るのにいくらか問題がある
3. 私はベッド（床）に寝たきりである

(2) 身の回りの管理 について

1. 私は身の回りの管理に問題はない
2. 私は洗面や着替えを自分でするのにいくらか問題がある
3. 私は洗面や着替えを自分でできない

(3) 普段の活動（例：仕事、勉強、家族・余暇活動） について

1. 私はふだんの活動を行うのに問題はない
2. 私はふだんの活動を行うのにいくらか問題がある
3. 私はふだんの活動を行うことができない

(4) 痛み／不快感 について

1. 私は痛みや不快感はない
2. 私は中程度の痛みや不快感がある
3. 私はひどい痛みや不快感がある

(5) 不安／ふさぎ込み について

1. 私は不安でもふさぎ込んでもいない
2. 私は中程度に不安あるいはふさぎ込んでいる
3. 私はひどく不安あるいはふさぎ込んでいる

問2：健康状態などに関する次の質問について、一番よく当てはまるもの1つに○を付けて下さい

(1)あなたの健康状態 について

- 1.とても健康 2.まあまあ健康 3.あまり健康でない 4.健康でない

(2)転倒に対する不安 について

- 1.不安がある 2.不安はない

問3：気持ちややる気（意欲）に関する次の5つの質問について、 はい・いいえ のいずれかに○を付けて下さい

(1)毎日の生活に満足していますか 1.はい 2.いいえ

(2)毎日が退屈だと思ふことが多いですか 1.はい 2.いいえ

(3)外出したり何か新しい事をするより家にいたいと思ふますか 1.はい 2.いいえ

(4)自分が無力だと思ふことが多いですか 1.はい 2.いいえ

(5)生きていても仕方ないと思ふ気持ちになることがありますか 1.はい 2.いいえ

問4：ご家族や友人・地域住民とのコミュニケーションに関する質問について、あてはまる方に○を付けて下さい

(1)あなたの心配ごとや悩みを相談していますか

- ・家族や親戚に相談を 1.している 2.していない
・友人や地域住民の方に相談を 1.している 2.していない

(2)他の人から心配ごとや悩みを聞いたり相談にのっていますか

- ・家族や親戚からの相談に 1.のっている 2.のっていない
・友人や地域住民の方からの相談に 1.のっている 2.のっていない

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。 ケアプラン作成担当の方にお渡し下さい。

(プラン作成者記入欄)	プラン作成者氏名		対象者任意番号	
-------------	----------	--	---------	--