

厚生労働科学研究費補助金
長寿科学政策研究事業（H27-長寿-一般-001）

要介護高齢者の生活機能向上に資する
効果的な生活期リハビリテーション／リハビリテーション
マネジメントのあり方に関する総合的研究

平成 28 年度 総括・分担報告書

研究代表者 川越 雅弘

平成 29 (2017)年 3 月

目次

・総括研究報告	
要介護高齢者の生活機能向上に資する効果的な生活期リハビリテーション/ リハビリテーションマネジメントのあり方に関する総合的研究 (川越雅弘)	1
・分担研究報告	
第1部. リハ及びリハマネジメントに関する現状分析	
報告1：訪問リハビリテーション利用者及び通所リハビリテーション利用者の 利用実態 (辻 一郎、曾根稔雅、川越雅弘)	7
報告2：一般社団法人日本作業療法士協会生活行為向上マネジメント事例報告 登録制度提出事例の分析 (石川隆志、小林法一、川越雅弘、柴田八衣子、田村 大、大庭潤平、 高見美貴)	21
報告3：リハビリテーション利用者の受給状況の変化に関する実態把握 (菊池 潤)	29
報告4：多職種が参加する会議に必要なファシリテーションスキルに関する研究 (篠田道子、木村圭佑、宇佐美千鶴)	43
報告5：リハ提供内容/リハマネジメントに対するリハ医からみた評価 (村尾 浩、川越雅弘)	51
報告6：生活期リハビリテーションの効果に関する文献レビュー (野村健太、川越雅弘)	61
報告7：生活期リハビリテーションの現状とその効果を検証するための前向き 研究への取り組み (川越雅弘、能登真一、小林法一、山本克也)	127
第2部. 教育・研修方法に関する研究	
報告1：日本理学療法士協会の生活期リハビリテーション領域における生涯教育の 現状と課題 (植松光俊)	143
報告2：生活期のリハビリテーションにかかる大学教育カリキュラムの現状と課題 (備酒伸彦)	149
報告3：福井県における多職種事例検討の試み (小林裕和、紅野 勉、北川健吾、川越雅弘)	153
報告4：大分県における多職種事例検討の試み (日隈武治)	171
・研究成果の刊行に関する一覧表	179

厚生労働科学研究費補助金(長寿科学政策研究事業)
平成 28 年度総括研究報告書

「要介護高齢者の生活機能向上に資する効果的な生活期リハビリテーション /
リハビリテーションマネジメントのあり方に関する総合的研究」

研究代表者 川越 雅弘(国立社会保障・人口問題研究所 部長)

【研究要旨】

本研究は、活動・参加レベル向上に資するリハビリテーション(以下、リハ)の方法論の確立、これら技術を効果的に機能させるためのマネジメント手法の確立、これら方法論を定着させるための教育方法及びテキスト等の開発を通じて、生活期リハ/リハマネジメントの改善策を提案するとともに、平成 30 年の同時改定に向け、政策の検討に必要な基礎データや知見を提供することを目的とする。

本年度は、現在提供されているリハ、リハマネジメントの現状を分析するため、訪問リハ・通所リハ事業所における利用者の実態調査、生活行為向上マネジメント提出事例の分析、介護保険個票データを用いたサービス受給状況調査、多職種が参加する会議に必要なファシリテーションスキルの抽出、リハ提供内容およびリハマネジメントに対するリハ医からみた評価、先行研究分析、生活期リハの現状とその効果を検証するための多事業所前向き研究などを、また、教育・研修方法を検証するため、生活期リハ領域における生涯教育および大学教育カリキュラムの現状と課題分析、多職種による事例検討会の開催とその評価を実施した。その結果、

- 1) 通所リハと訪問リハのリハマネジメント上の差異では、通所リハ利用者より訪問リハ利用者は、ADL、IADL、介護負担に焦点をあて、個人の生活状況に合わせた目標設定や訓練が行われていることが示された。一方、通所リハ利用者は閉じこもり予防や社会参加支援を目的とした訓練が多く行われていることが示された。
- 2) 事例報告に見る生活期リハに関わる作業療法士の実践内容の特徴として、合格事例はケースマネジメントができていたが、不合格事例は専門職としての支援が報告書に根拠と具体性をもって表現されておらず、それに加えて対象者との合意形成や多職種連携、生活行為の引き継ぎというマネジメントが不十分であった。
- 3) 通所リハ利用者のうち在宅介護を中止した者では、生活機能の低下した者、認知症の者及び退院・退所者が多くなっていた。一方で、在宅介護を継続している者では個別リハを受給している者が多くなっていた。また、通所リハ利用者で継続して在宅サービスを利用している者のうち 1 割弱の者が通所リハの利用を中止しているが、これら的高齢者の中では通所リハから通所介護への切り替えが多く観察された。
- 4) 多職種が参加する会議に必要なファシリテーションスキルは 傾聴、確認、言い換え(要約)、議論を整理する、トラッキング(方向転換)、沈黙への対応、安心できる場づくり、の 7 つであった。
- 5) 事例検討の結果から、リハを実践する現場では、リハ科専門医との連携を促進する仕組み作りが課題と考えられた。
- 6) 参加に焦点を当てた評価方法の開発と普及、そしてそれらを用いて参加を促す目的と介入手段を掲げ、エビデンスの高い研究を行う必要性が示唆された。
- 7) ニーズ・緊急性の高い領域(生活期リハ/リハマネジメント)における細分化した研修ステップを設け、当該技術水準を着実に向上させる人材育成のためのキャリアラダー企画の推進が喫緊の課題と考えられた。
- 8) 事例検討会の内容から、多職種連携と課題解決のためのマネジメント能力がリハ職の課題であると考えられた。

などがわかった。

来年度は、多事業所前向き研究のデータ分析を通じて、改定後のリハ/リハマネジメントの現状と課題を整理するとともに、生活期リハ/リハマネジメント向上のための各種テキスト作成と研修の試行及び評価を行う。

A. 目的

本研究は、活動・参加レベル向上に資するリハビリテーション(以下、リハ)の方法論の確立、これら技術を効果的に機能させるためのマネジメント手法の確立、これら方法論を定着させるための教育方法及びテキスト等の開発を通じて、生活期リハ/リハマネジメントの改善策を提案するとともに、平成30年の同時改定に向け、政策の検討に必要な基礎データや知見を提供することを目的とする。

B. 方法

1. リハ/リハマネジメントに関する現状分析
 - 1) 訪問リハ・通所リハ利用者の利用実態
...訪問リハ及び通所リハ事業所における利用者の実態を、既存調査データをもとに整理した上で比較した。
 - 2) 一般社団法人日本作業療法士協会生活行為向上マネジメント事例報告登録制度提出事例の分析
...OT協会の学術データベースの事例報告データベースから、生活行為向上マネジメント事例を検索し、合格事例の特徴を抽出した。不合格事例については、OT協会生活行為向上マネジメント推進プロジェクト事例登録制度班による分析からその特徴を抽出した。
 - 3) リハ利用者の受給状況の変化に関する実態把握
...A市から貸与された介護保険個票データ(介護保険被保険者台帳データ、要介護認定調査データ、介護保険レセプトデータ)を使用し、2013年9月から2014年9月にかけての受給状況の変化の実態、および受給状況の変化に影響を与える要因について検討を行った。
 - 4) 多職種が参加する会議に必要なファシリテーションスキルに関する研究
...多職種が参加する授業(ケースメソッド)の様子を録画・録音し、その映像と音声を5名の分析者が3段階で分析した。
 - 5) リハ提供内容/リハマネジメントに対するリハ医からみた評価
...OTジャーナルに掲載されている事例のなかから5事例会を選出し、リハ医の視点で、PT等のリハ提供内容やマネジメント方法について評価を行った。

6) 生活期リハの効果に関する文献レビュー
...医中誌 Web とメディカルオンラインを使用し、過去10年間の文献をレビューし、ICFの活動と参加に焦点を当てた生活期リハの効果研究の課題を明らかにした。

7) 生活期リハの現状とその効果を検証するための前向き研究への取り組み
...研究協力の意向のある事業所の方を対象に、全国各地で研究説明会を開催しアセスメント票等のデータを継続的に収集し、生活期リハの現状とその効果を検証した。

2. 生活期リハ/リハマネジメント強化のための教育・研修方法について
 - 1) 日本理学療法士協会の生活期リハ領域における生涯教育の現状と課題
...PT協会の生涯学習システムにおける研修構成、専門領域分類と各領域における研修水準と修了者数、特に生活期リハにおける実態を調査し、研修システムの課題を明確にした。
 - 2) 生活期リハにかかる大学教育カリキュラムの現状と課題
...実際に提供されるサービスはその施策を支えるものに、換言すれば国民の期待に応えるものになっているか、に焦点を当てて生活期リハを担う職(理学療法士・作業療法士)の卒前教育について考察を加えた。
 - 3) 福井県における多職種事例検討の試み
...福井県において多職種による事例検討会を開催した。会の流れは、事例提供者からの事例紹介を踏まえ、専門職が各々でリハビリテーションマネジメントを進める上で必要な視点を付箋に記し、提出、これらをICFモデルに沿って分類した。
 - 4) 大分県における多職種事例検討の試み
...大分県において多職種による事例検討会を開催した。会の流れは、事例提供者からの事例紹介を踏まえ、専門職が各々でマネジメントを進める上で必要な視点を付箋に記し、これらをICFモデルに沿って分類した。

C. 結果

1. リハ/リハマネジメントに関する現状分析
 - 1) 訪問・通所リハ利用者の利用実態
訪問リハ及び通所リハ利用者特性の差異として、訪問リハ利用者は通所リハ利用者

よりも重度な要介護度が多く、起居動作、ADL、IADL 全般にわたって自立度の低い者が多いことが示された。

リハマネジメント上の差異では、通所リハ利用者より、訪問リハ利用者は、ADL、IADL、介護負担に焦点をあて、個人の生活状況に合わせた目標設定や訓練が行われていることが示された。一方、通所リハ利用者は閉じこもり予防や社会参加支援を目的とした訓練が多く行われており、通所という環境特性を踏まえた支援が行われていることが示された。

医師との連携状況の差異では、訪問リハ及び通所リハ利用者共に、指示医との連携は計画策定時と見直し時に多く行われており、訓練中の留意事項が指示事項として最も多いことが示された。

指示医から指示されたリハ内容は理学療法が7割以上と最も多く、症状と訓練内容は半数以上の対象者で随時指示医へ報告されていた。一方、通所リハ利用者に比べ、訪問リハ利用者は、指示されたリハ内容では作業療法との回答が少なく、随時報告している内容では症状及び訓練実施後の効果と副作用が多いことが示された。

2) 一般社団法人日本作業療法士協会生活行為向上マネジメント事例報告登録制度提出事例の分析

合格事例はケースマネジメントができており、その内容も報告書に表現されていた。

不合格事例は専門職としての支援が報告書に根拠と具体性をもって表現されておらず、それに加えて対象者との合意形成や多職種連携、生活行為の引き継ぎというマネジメントが不十分であった。

3) リハ利用者の受給状況の変化に関する実態把握

継続認定者に対する利用者の割合(表中「利用者割合」)は、訪問リハで96.4%、通所リハで94.7%となっており、いずれのサービスにおいても高い比率となっていた。在宅利用者に対する継続利用者の割合(表中「継続割合」)は、訪問リハで77.7%、通所リハで91.6%となっており、訪問リハでサービス利用を中止するケースが多くなっていた。

継続群・非継続群に多く観察される(相対度数5%以上)サービス利用の組合せは、継続群では通所リハ、訪問介護、福祉用具貸与の組合せが中心であるのに対して、非継続群では訪問介護、通所介護、福祉用具貸与の組合せが中心となっており、非継続群の一部では通所リハから通所介護へ移行していることが分かった。

通所リハ非継続群で利用率が高いサービスに着目すると、通所介護に関してはいずれのグループでも継続群に比べて利用率が高くなっているが、特に認知機能の低下したグループにおいて利用率が高くなっていることが分かった。その他サービスについては、寝たきり度が低下したグループにおいて利用率が高くなっていた。

4) 多職種が参加する会議に必要なファシリテーションスキルに関する研究

録画・録音時間は1時間13分であった。その映像と音声を5名の分析者が61の文節に整理し、次の7つのファシリテーションスキル(傾聴、確認、言い換え(要約)、議論を整理する、トラッキング(方向転換)、沈黙への対応、安心できる場づくり)が抽出された。

出現頻度が高かったスキルは、傾聴、確認、言い換え(要約)であった。これらのスキルは、単独で使われている場面と、組み合わせられている場面があった。いずれも発言者の発言をきちんと受け止め、安心して発言できる場づくりにも貢献していた。また、発言と次の発言を上手く重ね、議論を軌道に乗せる役割もあった。

今回の授業では、ファシリテーターが反論や対立に対応している場面は見受けられなかったが、議論を整理する中で、異なる発言を整理したり、トラッキング(方向転換)で、判断の是非を問う発問を投げかけることで、議論を深めていた。

5) リハ提供内容/リハマネジメントに対するリハ医からみた評価

ALSの事例については、経口摂取不能となることが予想されるため、かかりつけ医が経口摂取断念のタイミングを決め、本人や家族に説明するのが適切であると考えられた。

脳卒中の事例(失語なし)については、外出を促すことが重要。そのためであれば、訪問リハよりも通所リハの方が適切であると考えられた。

失語症を伴った脳卒中事例については、運動機能よりも社会性が失われることが多いため、本人のみならず周辺の人々(家族や友人、ケア提供者)にも失語症の特徴を良く理解させることがポイントであると考えられた。

パーソナリティ障害に伴う大腿骨頸部骨折の事例については、性格に合わせた目標設定や関わり方が重要であり、パーソナリティ障害の基本的な知識をサービス提供者側が修得しておくことが望ましいと考えられた。

パーキンソン病の事例については、薬効にばらつきを認めたり、副作用を伴ったりすることも多い。また、うつ状態や不安障害等の精神症状を合併することもしばしばである。疾病に伴う症状の特徴や予測される機能予後についての説明がリハを継続する上でのポイントであった。

- 6) 生活期リハの効果に関する文献レビュー
分析対象の文献は 54 件であった。
掲載誌の刊行年は 2009 年 8 件、2015 年に 10 件と多く、2011 年と 2012 年にそれぞれ 3 件ずつと少なかった。
用いられた研究デザインは systematic-review は 0 件(0%)、RCT3 件(6%)、非 RCT42 件(78%)であった。
研究の目的・介入手段・評価方法が活動に焦点が当たっている研究は 9 割以上みられたが、参加に焦点が当たっている研究は 4 割程度であった。
最も多く用いられた介入手段は身体機能訓練で、54 件中 18 件、33.3%の研究で用いられていた。次いで、介護予防教室 12 件 22.2%、パワーリハ 11 件 20.4%、交流 8 件 14.8%であった。
最も多く用いられた評価方法は握力、片脚立位であり、約半数の研究に用いられていた。健康関連 QOL を評価する SF-36 と SF-8、IADL を評価する老研式活動能力指標、生活の広がり評価する Life Space Assessment、要介護度以外の 9 つ

の手段は、すべて心身機能あるいは活動を評価する手段であった。

- 7) 生活期リハの現状とその効果を検証するための前向き研究への取り組み
...平成 28 年 8 月～平成 29 年 3 月にかけて合計 22 回の研究説明会を開催し、約 200 の事業所の協力が得られた。現在、調査体制の整った事業所から、順次、調査を開始している。
2. 生活期リハ/リハマネジメント強化のための教育・研修方法について
- 1) 日本理学療法士協会の生活期リハ領域における生涯教育の現状と課題
新人教育プログラムについて
2013～2015 年度の卒業直後の新規入会者に対する受講修了比率は 9 割前後と非常に高い値を示していた。
認定理学療法士制度について
2014 年度までは、毎年 300～400 名の取得者数であったが、2015 年度より約 1,000 名の取得者数と飛躍的に増加していた。
推進リーダー資格取得状況
推進リーダーの数は全会員の 12%に至っている。特定のモデル県(大分県など)では地域包括ケアシステムの推進に大いに貢献しているものの、全国レベルではまだまだ道半ばの感が強い状況にあった。
- 2) 生活期リハにかかる大学教育カリキュラムの現状と課題
...卒業に必要な単位数 124 単位のうち、生活期リハに必要な素養・能力に関連する科目の単位数は 6 単位であった。
- 3) 福井県における多職種事例検討の試み
...3 回、計 6 ケースに対する多職種検証会議を行った。
- 4) 大分県における多職種事例検討の試み
1 ケースを会議にて検証した。
各因子の傾向は「健康」に係る項目数は 23 項目(35.4%)となり最多となった。次いで「環境因子」に係る項目が多く 18 項目(27.7%)、「活動」と「参加」は各 4 項目であった。
職種別では医師と管理栄養士は「健康」項目が多く、医師 6 項目(26.1%)、管理栄養士 5(21.7%)となった。

「機能・構造」は歯科衛生士が 6 項目 (60%)、「環境」は言語聴覚士と福祉用具相談員が共に 4 項目 (22.2%)、「個人因子」は作業療法士が 4 項目 (57.1%)を占めた。

D. 考察および E. 結論

1) リハノリハマネジメントの現状と課題

通所リハ利用者 비해、訪問リハ利用者は、指示されたりハ内容では作業療法との回答が少なく、目標に応じて理学療法・作業療法などの指示がバランスよくなされる必要があると思われた。随時報告している内容では症状及び訓練実施後の効果と副作用が多いことが示された。

対象者の生活機能を支援する包括的な実践方法である生活行為向上マネジメントの、インテーク、アセスメント、解決すべき課題の抽出と設定、計画策定、実行、モニタリング、計画修正・生活行為の引継ぎというプロセスを確実に行うための作業療法士の能力を高めるための養成教育及び卒後教育の更なる充実が必要である。

在宅介護の継続率は訪問リハ利用者で 92.0%、通所リハ利用者で 86.5%となるが、通所リハ利用者のうち在宅介護を中止した者では、生活機能の低下した者や認知症者、退院・退所者が多くっており、これらの高齢者への対応は通所リハの課題といえた。一方で、在宅介護を継続している者では個別リハを受給している者が多くっており、在宅生活を継続していくためには高齢者の個別性を重視したりハの提供が重要となると考えられた。

通所リハ利用者で継続して在宅サービスを利用している者のうち 1 割弱の者が通所リハの利用を中止しているが、これらの高齢者の中では通所リハから通所介護への切り替えが多く観察された。通所介護への移行は高齢者の機能低下の状況に関わらず発生していることから、通所リハと通所介護の機能分化が不十分であることが推察された。

討論の中で展開されるコンフリクトは、知的活動をさらに深化させ、新しい知見を獲得するチャンスでもあるが、議論の整理の

仕方や発問内容を工夫することで、豊かな議論ができることが示唆された。

リハを実践する現場では、リハ科専門医との連携を促進する仕組み作りが課題と考えられた。

生活期リハの効果研究は、中等度のエビデンスは蓄積されているが、高いレベルのエビデンスが少なかった。また、参加に焦点が当てられた研究が少なく、活動と参加にバランスよく焦点が当てられて研究が行われているとはいいがたい。今後は参加に焦点を当てた評価方法の開発と普及、そしてそれらを用いて参加を促す目的と介入手段を掲げ、エビデンスの高い研究を行う必要があると考えた。

2) 生活期リハノリハマネジメント強化のための教育・研修方法について

ニーズ・緊急性の高い領域(生活期リハノリハマネジメント)における細分化した研修ステップを設け、当該技術水準を着実に向上させる人材育成のためのキャリアラダー企画の推進が喫緊の課題と考えた。

4年生大学におけるこれらの科目に目を向けると、科目内容、講義・演習・実習時間において、卒後、医療機関において一定の指導を得ながら理学療法・作業療法に当たるには足るものであると考えられる。一方、「人」の「生活場面」で有効なサービスを実現するためには、専門科目に加えて哲学的素養、マネジメント能力(情報収集力・情報分析力・情報伝達力)が必須であると考えた。

リハ計画の作成にあたっては、「健康状態」や「機能・構造」に着目し予後予測から見込めるリハ計画と、「個人因子」といった対象者の将来の生活像を目標に考えるリハ計画の両面性が大切であり、多職種で協働することによりこれが可能になると考えた。

各職種の専門性を理解したうえで、それぞれの強みを活かし、弱みをかばう連携が必要であるが、これを実行するためには、それぞれから出た意見を統合するコーディネーターの役割が重要であると考えられた。リハ職の課題としては、ア)他職種間で互いが求めている

ることに乖離があるため、自らの専門性と他職種の専門性の強みと弱みに関心を持ち、理解しあうこと、イ)対象者の個人因子や環境因子をもアセスメントし、課題を解決するためのプロセスを明らかにしたうえで多職種を巻き込みにながらそれぞれの強みを活かせるよう働きかけることの必要性が示唆された。端的に言えば、多職種連携と課題解決のためのマネジメント能力が課題であると考えた。

F. 健康危険情報
なし

G. 研究発表

1. 論文

【多職種を交えたりハビリ事例検討会】

- 1) 第 1 回「茶道教室の再開を長期目標とする方への在宅支援」, OT ジャーナル, 50(7), 682-687, 2016.
- 2) 第 2 回「誤嚥性肺炎を繰り返す方への在宅支援」, OT ジャーナル, 50(9), 1018-1023, 2016.
- 3) 第 3 回「経口摂取の継続に意欲的な、グループホームに入居中の ALS の方への支援」, OT ジャーナル, 50(10), 1124-1129, 2016.
- 4) 第 4 回「趣味活動に向けた外出支援へのアプローチ」, OT ジャーナル, 50(11), 1226-1231, 2016.
- 5) 第 5 回「外傷性脳損傷による高次脳機能障害を呈した事例」, OT ジャーナル, 50(12), 1316-1321, 2016.
- 6) 第 6 回「屋外歩行能力維持のため地域の社会資源の活用が必要な事例」, OT ジャーナル, 50(13), 1416-1421, 2016.
- 7) 第 7 回「日常生活行動にこだわりが強く、とじこもりがちな事例」, OT ジャーナル, 51(1), 56-62, 2017.
- 8) 第 8 回「身体症状の不安感より活動的に過ごせない方への在宅支援」, OT ジャーナル, 51(2), 152-157, 2017.
- 9) 第 9 回「生活行為向上マネジメントで本人・家族と目標を共有した事例」, OT ジャーナル, 51(3), 236-242, 2017.

【統合ケアマネジメント事例検討会】

- 1) 「躁うつ病でリストカットほめかす女性。ADL 低下するが家で暮らしたい。ケアマネージャーとしてどうすればよいか」, 月刊ケアマネジメント, 27(4), 52-57, 2016.
- 2) 「統合失調症と肺気腫の 65 歳男性。ストレスに弱く在宅酸素導入ができない。今後どう支援したらいいのか」, 月刊ケアマネジメント, 27(5), 54-59, 2016.
- 3) 「糖尿病で足を切断。妻はうつで入院。娘は仕事が忙しく、本人が日中独居。どうしたら状態を低下させずに支援できるか」, 月刊ケアマネジメント, 27(7), 44-49, 2016.
- 4) 「円背で歩行に自信がない女性。家族に「危ない」と家事を止められている。「自分で歩きたい」と強く希望。どんな支援が考えられるか?」, 月刊ケアマネジメント, 27(8), 44-49, 2016.
- 5) 「仕分ける作業に没頭し少ししか食べない 90 代前半の女性。グループホームで他の入居者から文句が。どう対応したらいいのか?」, 月刊ケアマネジメント, 27(9), 46-51, 2016.
- 6) 「90 代でがん末期の女性。最後は緩和ケア入院を希望。ケアマネージャーは在宅看取り可能性を模索」, 月刊ケアマネジメント, 27(11), 48-53, 2016.
- 7) 「認知症や身体機能の低下で要介護 4。80 代女性「自宅のお風呂に入りたい」。専門職は「訪問入浴サービスに」。迷うケアマネージャー」, 月刊ケアマネジメント, 28(1), 38-44, 2017.

2. 学会発表

なし

H. 知的所有権の出願・登録状況

なし

厚生労働科学研究費補助金(長寿科学政策研究事業)
「要介護高齢者の生活機能向上に資する効果的な生活期リハビリテーション/
リハビリテーションマネジメントのあり方に関する総合的研究」
平成 28 年度分担研究報告書

訪問リハビリテーション利用者及び通所リハビリテーション利用者の利用実態

研究分担者 辻 一郎(東北大学大学院医学系研究科 教授)
研究協力者 曾根 稔雅(東北福祉大学健康科学部 講師)
研究代表者 川越 雅弘(国立社会保障・人口問題研究所 部長)

【研究要旨】

本研究の目的は、訪問リハビリテーション(訪問リハ)及び通所リハビリテーション(通所リハ)事業所における利用者の実態を、既存調査データをもとに整理した上で比較することである。

訪問リハ利用者に関する調査データは厚生労働科学研究費補助金長寿科学総合研究事業(H27-長寿-一般-001)要介護高齢者の生活機能向上に資する効果的な生活期リハビリテーション/リハビリテーションマネジメントのあり方に関する総合的研究のデータを用いた。また、訪問リハ利用者と通所リハ利用者の利用実態を比較するため、通所リハ利用者の結果は、平成 27 年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成 27 年度調査)(3)リハビリテーションと機能訓練の機能分化とその在り方に関する調査研究事業の記載内容を用いた。

訪問リハ及び通所リハ利用者における特性の差異として、訪問リハ利用者は通所リハ利用者よりも要介護度の重度な者が多く、起居動作、ADL、IADL 全般にわたって自立度の低い者が多いことが示された。リハビリテーションマネジメント上の差異では、通所リハ利用者より、訪問リハ利用者は、ADL、IADL、介護負担に焦点をあて、個人の生活状況に合わせた目標設定や訓練が行われていることが示された。一方、通所リハ利用者は閉じこもり予防や社会参加支援を目的とした訓練が多く行われており、通所という環境特性を踏まえた支援が行われていることが示された。医師との連携状況の差異では、訪問リハ及び通所リハ利用者共に、指示医との連携は計画策定時と見直し時に多く行われており、訓練中の留意事項が指示事項として最も多いことが示された。また、指示医から指示されたりハ内容は理学療法が7割以上と最も多く、症状と訓練内容は半数以上の対象者で随時指示医へ報告されていた。一方、通所リハ利用者に比べ、訪問リハ利用者は、指示されたりハ内容では作業療法との回答が少なく、随時報告している内容では症状及び訓練実施後の効果と副作用が多いことが示された。

A. 研究目的

本研究の目的は、訪問リハビリテーション(訪問リハ)及び通所リハビリテーション(通所リハ)事業所における利用者の実態を、既存調査データをもとに整理した上で比較することである。

B. 方法

訪問リハ利用者に関する調査データは厚生労働科学研究費補助金長寿科学総合研究事業(H27-長寿-一般-001)要介護高齢者の生活機能向上に資する効果的な生活期リハビリテーション/リハビリテーションマネジメントのあり方に関する総合的研究のデータを用いた。また、訪問リハ利用者と通所リハ利用者の利用実態を比較するため、通所リハ利用者の結果は、平成27年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成27年度調査)(3)リハビリテーションと機能訓練の機能分化とその在り方に関する調査研究事業の記載内容を用いた。

なお、本研究課題は国立社会保障・人口問題研究所倫理審査委員会で承認されている(IPSS-TRN#15001-1)。

C. 結果

1. 訪問リハ及び通所リハ利用者における特性の差異(表1)

1) 年齢、性別

対象者数は訪問リハ利用者3,989名、通所リハ利用者1,983名であった。平均年齢は訪問リハ利用者で78.1歳、通所リハ利用者で80.1歳、男性の割合は訪問リハ利用者で42.1%、通所リハ利用者で38.7%であった。

2) 傷病名

傷病名において、訪問リハ利用者で最も多かったのは脳卒中(40.8%)であり、高血圧(30.2%)、骨折(26.6%)の順に続いた。訪問リハ利用者は、通所リハ利用者に比べ、高血圧の者(30.2%、42.7%)、関節症・骨粗鬆症の者が少なく(21.0%、30.0%)、廃用症候群の者が多かった(13.5%、4.9%)。

3) 要介護度、障害高齢者の日常生活自立度

要介護度は、通所リハ利用者に比べ、訪問リハ利用者は、要介護1の者が少なく(1:17.1%、28.1%)、要介護3・4・5の者が多かった(3:17.6%、11.3%、4:14.0%、7.2%、5:12.2%、2.4%)。障害高齢者の日常生活自立度は、自立・J1・J2・A1の者が通所リハ利用者で多く(自立:2.7%、5.1%、J1:5.9%、10.3%、J2:11.7%、21.3%、A1:28.6%、29.4%)、A2・B1・B2・C1・C2の者が訪問リハ利用者で多かった(A2:18.1%、15.6%、B1:11.5%、8.1%、B2:8.8%、4.5%、C1:2.8%、0.5%、C2:6.1%、0.9%)。

4) ADL、IADL、起居動作

訪問リハ利用者の現在の状況において、ADL の各項目のうち、自立している割合が最も高いのは食事(72.7%)であり、移乗(61.4%)、排泄(60.1%)の順に続いた。IADL は項目全般で自立している者が少なく、屋外移動が自立している者は13.7%、洗濯では12.9%、調理では12.5%が自立していた。起居動作が自立している者の割合は、座位保持80.2%、起き上がり74.3%、立ち上がり64.4%、立位保持61.1%の順であった。訪問リハ利用者と通所リハ利用者との比較では、訪問リハ利用者はADL、IADL、起居動作全ての項目で自立している者が少なかった。ADL で介助を要していた動作は、訪問リハと通所リハ利用者で共通して入浴が最も多く(69.3%、56.1%)、階段昇降(44.0%、32.9%)、更衣(45.6%、29.9%)の順であった。IADL は全ての項目で、訪問リハ利用者と通所リハ利用者共に6割前後の対象者が介助を必要としていた。起居動作における立ち上がり、立位保持では、訪問リハ利用者の約2割が介助を必要としていたのに対し、通所リハ利用者で介助が必要な者は1割以下であった。

将来の見通しにおいて、通所リハ利用者に比べ、訪問リハ利用者はADL、IADL、起居動作全ての項目で改善の見通しを設定している者が多かった。改善の見通しの割合が最も高かった項目は屋外移動であり、訪問リハ利用者では26.8%、通所リハでは15.9%であった。

5) 認知機能、認知症高齢者の日常生活自立度

HDS-R の平均値は訪問リハ利用者で21.3点、通所リハ利用者で21.5点であり、ほぼ同様の点数であった。MMSE の平均値も同様に、訪問リハ利用者で23.3点、通所リハ利用者で22.9点であった。認知症高齢者の日常生活自立度は、訪問リハ利用者と通所リハ利用者との間で、大きな差は認められなかった(自立:43.9%、43.4%)。

2. 訪問リハ及び通所リハ利用者におけるリハマネジメント上の差異(表2)

1) リハビリテーション計画書の主たる作成者

訪問リハ利用者と通所リハ利用者共に最も多い主たる作成者は、理学療法士だった(69.3%、61.8%)。

2) リハビリテーション計画書の目標

訪問リハ利用者において、最も多かつたリハビリテーション計画書の目標は心身機能の向上(58.9%)であり、続いて心身機能の維持(56.4%)、ADL向上(52.5%)、ADL維持(44.6%)の順であった。訪問リハ利用者は、通所リハ利用者より心身機能の向上(58.9%、51.6%)、ADL向上(52.5%、36.3%)、介護負担軽減(27.7%、22.1%)をリハビリテーション計画書の目標としている者が多かった。一方、健康管理(33.1%、51.2%)、心身機能の維持(56.4%、62.4%)、閉じこもり予防(15.4%、34.2%)、社会的参加支援(11.2%、18.7%)は通所リハ利用者で多かった。

3) 日常生活上の課題

訪問リハ利用者において、最も多かった日常生活上の課題は歩行・移動(77.6%)であり、続いて筋力向上(73.9%)、関節可動域(61.3%)の順であった。通所リハ利用者でも同様に、歩行・移動(84.2%)、筋力向上(74.2%)、関節可動域(51.2%)が日常生活上の課題として多く挙げられていた。訪問リハ利用者と通所リハ利用者との比較では、訪問リハ利用者は心肺の運動耐用能機能(35.6%、30.4%)、関節可動域(61.3%、51.2%)、筋緊張緩和(36.2%、28.1%)、姿勢の維持(37.8%、25.5%)、起居・移乗動作(40.9%、25.7%)、意欲の向上(30.8%、18.8%)、排泄(17.6%、9.5%)、買い物(10.3%、5.2%)、余暇活動(22.9%、17.4%)の課題を抱えている者が多かった。一方、歩行・移動において訪問リハ利用者は、通所リハ利用者より課題を抱えている者が少なかった(77.6%、84.2%)。

4) 最も優先順位が高い日常生活上の課題

優先順位が高い日常生活上の課題は、訪問リハ及び通所リハ利用者で共に歩行・移動が最も多く、訪問リハ利用者では41.3%、通所リハ利用者では49.5%であった。

5) 最も優先順位が高い課題に対する目的

訪問リハ利用者で改善と回答した者は62.6%であり、通所リハ利用者の47.0%より多かった。

6) 訓練の実施状況

訓練の実施状況で実施されている頻度の多い訓練は、訪問リハ及び通所リハ利用者それぞれで、関節可動域訓練(58.9%、50.9%)、筋力向上訓練(67.2%、71.9%)、歩行・移動訓練(68.2%、71.3%)であり、半数以上の対象者が実施していた。また、通所リハ利用者に比べ、訪問リハ利用者は体力向上訓練(23.7%、33.1%)、筋持久力向上訓練(28.9%、36.9%)、階段昇降訓練(14.7%、20.4%)の実施が少なく、関節可動域訓練(58.9%、50.9%)、筋緊張緩和訓練(30.1%、24.4%)、姿勢の保持訓練(29.3%、17.9%)、起居・移乗動作訓練(28.5%、15.8%)の実施が多かった。加えて、ADLに関する練習は、通所リハ利用者より、訪問リハ利用者で多く実施されていた(入浴:3.4%、2.7%、整容:1.0%、0.7%、排泄:5.1%、2.5%、更衣:2.7%、2.0%、食事:0.9%、0.9%)。

1週間あたりの訓練時間は、訪問リハ利用者では食事行為練習29.8分、言語機能訓練25.2分、買い物練習23.4分の順に長かったのに対し、通所リハ利用者では自己訓練練習49.5分、余暇活動練習44.1分、対人関係練習36.0分の順に長かった。

3 . 訪問リハ及び通所リハ利用者における医師との連携状況の差異

1) 指示医との連携の有無・時期

指示医との連携の有無・時期は、訪問リハ及び通所リハ利用者共に計画策定時が最も多く(74.1%、76.0%)、次いで見直し時が多かった(46.1%、43.3%)。訪問リハ利用者は通所リハ利用者に比べ、その他(18.6%、7.9%)の回答が多く、なし(1.9%、8.4%)の回答が少なかった。

2) 指示医から受けた指示や指摘事項

指示医から受けた指示や指摘事項は、訪問リハ及び通所リハ利用者共に訓練中の留意事項が最も多かった(71.4%、74.8%)。通所リハ利用者に比べ、訪問リハ利用者は開始前にチェックすべきことの指示が少なかった(24.7%、39.3%)。

3) リハの目標について指示医から指示を受けたか

リハの目標について指示医から指示を受けたかにおいて、はいと回答した者は訪問リハ利用者では55.7%、通所リハ利用者では56.1%で、ほぼ同様の割合であった。

4) 指示医から指示されたりハ内容

指示医から指示されたりハ内容は、理学療法との回答が訪問リハ及び通所リハ利用者共に最も多く73.8%、75.4%であった。作業療法のリハ内容は、通所リハ利用者より、訪問リハ利用者で少なかった(25.4%、37.6%)。

5) 指示医へのリハビリテーション計画の報告以外に随時報告している内容

指示医へのリハビリテーション計画の報告以外に随時報告している内容は、訪問リハ及び通所リハ利用者それぞれで、症状の報告(67.8%、57.0%)、訓練内容の報告(62.5%、63.2%)が半数以上の対象者で報告されていた。訪問リハ利用者と通所リハ利用者との比較では、症状の報告(67.8%、57.0%)及び訓練実施後の効果と副作用に対する報告(23.8%、17.0%)が、通所リハ利用者より訪問リハ利用者で多かった。

D. 考察

訪問リハ及び通所リハ利用者における特性の差異では、通所リハ利用者に比べ、訪問リハ利用者で廃用症候群の者、要介護度が重度の者、障害高齢者の日常生活自立度で自立度の低い者が多かった。現在の居宅での状況は、通所リハ利用者に比べ、訪問リハ利用者は一貫して ADL、IADL、起居動作全ての項目で自立している者が少なかった。将来の見通しでは、通所リハ利用者に比べ、訪問リハ利用者は全ての項目で見通しを改善と設定している者が多かった。

訪問リハ及び通所リハ利用者におけるリハビリテーションマネジメント上の差異では、リハビリテーション計画書の主たる作成者は、訪問リハ利用者と通所リハ利用者共に 6 割以上が理学療法士だった。リハビリテーション計画書の目標は、通所リハ利用者より、訪問リハ利用者で心身機能の向上、ADL 向上、介護負担軽減としている者が多く、実際の生活場面での ADL や介護負担に焦点をあてた支援が多く行われていることが示された。一方、訪問リハ利用者より、通所リハ利用者で健康管理、心身機能の維持、閉じこもり予防、社会参加支援を目標としている者が多く、通所での環境を利用し、他者との交流や社会参加を促す取り組みに加え、閉じこもりを予防する取り組みが行われていることが示された。日常生活上の課題では、通所リハ利用者に比べ、訪問リハ利用者は多くの項目で課題を抱えている者が多かった。また、優先順位が高い日常生活上の課題は、訪問リハ及び通所リハ利用者で共に歩行・移動が最も多かった。最も優先順位が高い課題に対する目的では、訪問リハ利用者で改善と回答した者は 6 割以上であったのに対し、通所リハ利用者では 5 割以下であり、より訪問リハで改善を目的としていることが示された。実施されている頻度の多い訓練は、訪問リハ及び通所リハ利用者共に関節可動域訓練、筋力向上訓練、歩行・移動訓練であり、半数以上の対象者が実施しており、身体機能や移動に焦点をあてた訓練が多く行われていることが示された。また、通所リハ利用者に比べ、訪問リハ利用者は起居・移乗動作や ADL 全般の訓練を行っている者が多く、生活場面に合わせた支援がより多く行われていることが示された。1 週間あたりの訓練時間は、通所リハ利用者では自己訓練練習、余暇活動練習、対人交流練習のように通所での環境を利用した訓練の時間が長いことが示された。一方、訪問リハ利用者では食事行為練習、買い物練習、公共交通機関利用練習など、対象者個人の生活に合わせた支援が長い時間行われていることが示された。

医師との連携状況の差異では、指示医との連携の有無・時期は、訪問リハ及び通所リハ利用者共に計画策定時、見直し時の順に多かった。指示や指摘事項は、訪問リハ及び通所リハ利用者共に訓練中の留意事項が最も多く 7 割以上の対象者が指示を受けていた。また、通所リハ利用者に比べ、訪問リハ利用者は開始前にチェックすべきことの指示が少なかった。リハの目標について指示医から指示を受けたかにおいて、はいと回答した者は訪問リハ利用者と通所リハ利用者共に 56% 程度でほぼ同様の割合であった。指示医から指示されたりハ内容は、理学療法との回答が訪問リハ及び通所リハ利用者共に 7 割以上と最も多く、作業療法との回答は、通所リハ利用者より、訪問リハ利用者で少なかった。訪問リハの目標設定や訓練が個人の生活状況に合わせて行われていることを考えると作業療法の一層の活用が望まれる。

指示医へのリハビリテーション計画の報告以外に随時報告している内容として、訪問リハ及び通所リハ利用者共に症状の報告、訓練内容の報告が半数以上の対象者で挙げられた。また、症状の報告及び訓練実施後の効果と副作用に対する報告は、通所リハ利用者より、訪問リハ利用者で多かった。

E．結論

訪問リハ及び通所リハ利用者における特性の差異として、訪問リハ利用者は、通所リハ利用者よりも要介護度の重度な者が多く、起居動作、ADL、IADL 全般にわたって自立度の低い者が多いことが示された。リハビリテーションマネジメント上の差異では、通所リハ利用者より、訪問リハ利用者は、ADL、IADL、介護負担に焦点をあて、個人の生活状況に合わせた目標設定や訓練が行われていることが示された。一方、通所リハ利用者は閉じこもり予防や社会参加支援を目的とした訓練が多く行われており、通所という環境特性を踏まえた支援が行われていることが示された。医師との連携状況の差異では、訪問リハ及び通所リハ利用者共に、指示医との連携は計画策定時と見直し時に多く行われており、訓練中の留意事項が指示事項として最も多いことが示された。また、指示医から指示されたりハ内容は理学療法が7割以上と最も多く、症状と訓練内容は半数以上の対象者で随時指示医へ報告されていた。一方、通所リハ利用者に比べ、訪問リハ利用者は、指示されたりハ内容では作業療法との回答が少なく、目標に応じて理学療法・作業療法などの指示がバランスよくなされる必要があると思われる。随時報告している内容では症状及び訓練実施後の効果と副作用が多いことが示された。

F．健康危険情報

なし

G．研究発表

なし

H．知的所有権の出願・登録状況

なし

表1. 訪問リハ及び通所リハ利用者における特性の差異

	訪問リハ利用者 (n=3,989)	通所リハ利用者 (n=1,983)
	Mean ± SD or %	Mean ± SD or %
1) 年齢、性別		
年齢	78.1 ± 10.7	80.1 ± 9.1
性別		
男性	42.1	38.7
女性	57.6	61.1
無回答	0.2	0.2
2) 傷病名 (複数回答)		
高血圧	30.2	42.7
脳卒中	40.8	43.4
心不全	11.1	12.4
糖尿病	14.1	17.0
呼吸不全	2.8	3.1
脊椎・脊髄障害	16.5	16.7
腎不全	4.7	3.4
関節リウマチ	3.3	2.7
関節症・骨粗鬆症	21.0	30.0
進行性の神経筋疾患	3.8	1.5
悪性新生物	4.3	6.5
うつ病	3.1	3.8
認知症	10.1	13.2
パーキンソン病	7.5	4.6
廃用症候群	13.5	4.9
肺炎	3.0	2.4
骨折 (圧迫骨折を含む)	26.6	26.3
その他	17.4	18.2
3) 要介護度、障害高齢者の日常生活自立度		
要介護度		
要支援 1	3.9	8.9
要支援 2	11.0	15.4
要介護 1	17.1	28.1
要介護 2	22.7	26.1
要介護 3	17.6	11.3
要介護 4	14.0	7.2
要介護 5	12.2	2.4
申請中	0.2	0.1
無回答	1.3	0.7
障害高齢者の日常生活自立度		
自立	2.7	5.1
J1	5.9	10.3
J2	11.7	21.3
A1	28.6	29.4
A2	18.1	15.6
B1	11.5	8.1
B2	8.8	4.5
C1	2.8	0.5
C2	6.1	0.9
不明	1.2	1.9
無回答	2.6	2.4
4) ADL、IADL、起居動作		
現在の状況	(自立/見守り/一部介助/全介助/把握せず/無回答)	(自立/見守り/一部介助/全介助/把握せず/無回答)
ADL		
食事	72.7/9.4/9.9/6.4/0.1/1.5	88.1/6.7/3.7/0.0/1.1/0.5
排泄	60.1/6.0/19.3/13.0/0.1/1.5	77.6/6.9/12.2/2.8/0.0/0.6

入浴	20.2/8.1/43.8/25.5/0.7/1.7	28.9/11.7/48.0/8.1/1.1/2.2
更衣	47.2/5.8/32.7/12.9/0.1/1.4	59.1/10.4/26.8/3.1/0.1/0.5
整容	56.4/7.8/23.1/11.2/0.2/1.4	69.7/9.0/17.8/2.7/0.1/0.7
移乗	61.4/13.3/13.9/9.3/0.5/1.6	72.0/14.3/11.1/1.8/0.2/0.7
屋内移動	56.6/14.7/12.4/14.2/0.5/1.7	67.4/17.3/10.2/4.5/0.0/0.5
階段昇降	17.5/18.1/23.2/20.8/17.2/3.2	28.2/27.6/23.9/9.0/9.1/2.2
IADL		
屋外移動	13.7/20.8/25.9/33.8/3.2/2.5	29.3/27.9/24.1/16.2/1.4/1.1
買い物	6.4/9.0/19.2/46.6/14.8/4.0	14.9/12.9/22.8/35.1/11.1/3.1
調理	12.5/2.5/12.2/48.2/20.2/4.4	17.9/4.1/14.7/42.9/16.1/4.2
洗濯	12.9/2.0/12.5/49.1/19.1/4.4	20.8/4.1/14.5/41.0/14.9/4.4
掃除	9.3/2.4/16.0/49.4/18.6/4.4	16.9/4.5/18.9/40.3/15.1/4.2
起居動作		
起き上がり	74.3/6.4/9.6/7.9/0.2/1.6	85.6/6.5/5.3/1.8/0.0/0.7
座位保持	80.2/7.9/5.7/4.5/0.1/1.5	91.6/4.8/2.3/0.7/0.0/0.7
立ち上がり	64.4/12.1/13.2/7.8/0.8/1.8	75.1/14.2/8.2/1.7/0.0/0.8
立位保持	61.1/15.3/12.8/8.0/1.0/1.8	75.3/14.8/7.3/1.6/0.1/0.9
将来の見通し	(改善/維持/減退・低下/無回答)	(改善/維持/減退・低下/無回答)
ADL		
食事	7.1/80.4/5.2/7.3	3.6/88.5/2.3/5.6
排泄	11.3/74.4/7.0/7.3	5.1/85.2/3.8/5.9
入浴	15.3/68.7/8.4/7.5	8.7/78.6/5.8/6.9
更衣	14.7/72.0/6.3/6.9	7.8/82.7/3.9/5.6
整容	10.5/76.8/5.4/7.2	5.9/85.2/3.2/5.7
移乗	14.3/70.3/7.6/7.8	8.5/80.3/5.5/5.7
屋内移動	21.0/62.4/9.2/7.3	14.0/73.2/6.9/5.8
階段昇降	18.1/56.6/13.1/12.2	13.5/67.0/10.6/8.9
IADL		
屋外移動	26.8/53.5/10.7/9.0	15.9/67.0/8.8/8.3
買い物	14.8/62.3/9.5/13.4	9.2/70.8/8.3/11.7
調理	8.7/66.2/9.9/15.3	7.2/71.7/7.5/13.7
洗濯	7.6/67.5/9.7/15.3	7.0/72.1/7.3/13.6
掃除	9.2/65.6/10.2/15.1	7.9/71.0/7.9/13.2
起居動作		
起き上がり	12.1/73.1/6.2/8.6	6.5/83.0/3.7/6.9
座位保持	9.7/75.7/5.8/8.7	5.2/85.4/2.5/6.9
立ち上がり	17.8/64.8/8.5/8.9	10.8/77.0/5.2/7.0
立位保持	18.6/63.7/8.8/8.9	10.1/77.6/5.2/7.1

5) 認知機能、認知症高齢者の日常生活自立度

認知機能		
HDS-R	21.3 ± 7.1 (n=1,004)	21.5 ± 6.6 (n=706)
MMSE	23.3 ± 6.0 (n=191)	22.9 ± 5.6 (n=143)
日常生活自立度		
自立	43.9	43.4
	20.2	24.3
a	8.9	11.5
b	10.0	10.5
a	4.5	3.9
b	1.6	0.8
	2.7	0.6
M	0.6	0.1
不明	3.0	1.2
無回答	4.6	3.8

表 2. 訪問リハ及び通所リハ利用者におけるリハビリテーションマネジメント上の差異

	訪問リハ利用者 (n=3,989)	通所リハ利用者 (n=1,983)
	Mean ± SD or %	Mean ± SD or %
1) リハビリテーション計画書の主たる作成者		
医師	0.9	1.0
理学療法士	69.3	61.8
作業療法士	22.2	24.8
言語聴覚士	4.0	1.3
その他	0.1	2.9
無回答	3.6	0.0
2) リハビリテーション計画書の目標		
健康管理	33.1	51.2
心身機能の維持	56.4	62.4
心身機能の向上	58.9	51.6
意欲の向上	16.4	15.4
療養上のケアの提供	3.6	8.2
ADL 維持	44.6	45.2
ADL 向上	52.5	36.3
IADL 維持	11.7	15.3
IADL 向上	19.2	13.9
閉じこもり予防	15.4	34.2
社会的参加支援	11.2	18.7
介護負担軽減	27.7	22.1
3) 日常生活上の課題 (複数回答)		
呼吸機能	9.0	3.2
心肺の運動耐用能機能	35.6	30.4
循環機能	7.2	4.0
関節可動域	61.3	51.2
筋力向上	73.9	74.2
筋緊張緩和	36.2	28.1
筋持久力向上	53.2	50.9
運動機能	52.3	49.6
痛みの緩和	50.6	50.7
姿勢の維持	37.8	25.5
起居・移乗動作	40.9	25.7
歩行・移動	77.6	84.2
階段昇降	25.2	26.0
公共交通機関利用	4.6	2.9
認知機能	13.7	14.5
意欲の向上	30.8	18.8
入浴	17.2	14.2
整容	5.1	4.3
排泄	17.6	9.5
更衣	12.7	9.2
食事	6.5	4.0
調理	8.1	6.0
洗濯	5.2	4.6
掃除・整理整頓	7.2	6.6
家の手入れ	6.5	5.3
買い物	10.3	5.2
対人関係	7.8	9.4
余暇活動	22.9	17.4
仕事	2.5	1.4
音声と発話の機能	5.8	3.1
聴覚機能	0.5	0.5

摂食嚥下機能	6.5	3.0
言語機能	5.2	3.7
コミュニケーション	15.9	12.2
その他	5.1	2.3
<hr/>		
4) 最も優先順位が高い日常生活上の課題		
呼吸機能	1.0	0.4
心肺の運動耐用能機能	3.0	3.4
循環機能	0.2	0.2
関節可動域	3.4	2.3
筋力向上	3.0	4.9
筋緊張緩和	1.9	1.8
筋持久力向上	1.4	2.6
運動機能	3.5	4.1
痛みの緩和	6.4	8.7
姿勢の維持	1.9	1.2
起居・移乗動作	9.9	5.8
歩行・移動	41.3	49.5
階段昇降	1.3	1.6
公共交通機関利用	0.4	0.5
認知機能	0.4	1.8
意欲の向上	2.2	0.8
入浴	1.3	0.8
整容	0.1	0.0
排泄	2.8	1.2
更衣	0.4	0.3
食事	0.5	0.1
調理	1.0	0.8
洗濯	0.2	0.2
掃除・整理整頓	0.3	0.2
家の手入れ	0.7	0.9
買い物	1.2	0.5
対人関係	0.2	0.3
余暇活動	2.2	1.7
仕事	0.5	0.2
音声と発話の機能	0.5	0.2
聴覚機能	0.0	0.0
摂食嚥下機能	1.8	0.4
言語機能	0.7	0.3
コミュニケーション	1.6	0.7
その他	1.5	0.9
無回答	1.2	1.1
<hr/>		
5) 最も優先順位が高い課題に対する目的		
改善	62.6	47.0
維持	29.1	45.4
低下防止	6.7	7.0
不明	1.7	0.6
<hr/>		
6) 訓練の実施状況		
訓練内容		
呼吸機能訓練	6.7	2.1
体力向上訓練	23.7	33.1
循環機能の改善訓練	3.1	2.3
関節可動域訓練	58.9	50.9
筋力向上訓練	67.2	71.9
筋緊張緩和訓練	30.1	24.4
筋持久力向上訓練	28.9	36.9
運動機能改善訓練	25.6	26.6
痛みの緩和訓練	34.0	37.8
姿勢の保持訓練	29.3	17.9

起居・移乗動作訓練	28.5	15.8
歩行・移動訓練	68.2	71.3
階段昇降訓練	14.7	20.4
公共交通機関利用訓練	0.7	0.4
認知機能訓練	4.7	6.5
意欲の向上訓練	6.0	3.6
一連の入浴行為練習	3.4	2.7
一連の整容行為練習	1.0	0.7
一連の排泄行為練習	5.1	2.5
一連の更衣行為練習	2.7	2.0
一連の食事行為練習	0.9	0.9
一連の調理行為練習	2.0	1.0
一連の洗濯行為練習	1.0	0.7
一連の掃除・整理整頓行為練習	1.4	0.9
家の手入れ	1.6	1.2
買い物練習	2.4	0.6
対人関係練習	1.0	1.5
余暇活動練習	4.7	5.1
仕事練習	0.7	0.4
構音機能訓練	2.5	1.4
聴覚機能訓練	0.1	0.0
摂食嚥下機能訓練	3.8	1.7
言語機能訓練	3.2	2.3
コミュニケーション練習	6.3	3.9
自己訓練練習	8.7	9.6
その他	4.5	2.2
1週間あたりの訓練時間		
呼吸機能訓練	12.5 ± 13.3 (n=255)	12.3 ± 9.0 (n=39)
体力向上訓練	15.4 ± 14.0 (n=907)	25.5 ± 34.0 (n=649)
循環機能の改善訓練	14.2 ± 19.0 (n=115)	19.3 ± 13.0 (n=45)
関節可動域訓練	13.8 ± 15.5 (n=2,314)	14.6 ± 13.1 (n=1,003)
筋力向上訓練	13.7 ± 11.1 (n=2,623)	20.2 ± 21.0 (n=1,412)
筋緊張緩和訓練	13.1 ± 10.3 (n=1,164)	15.2 ± 13.0 (n=481)
筋持久力向上訓練	13.1 ± 11.8 (n=1,095)	20.6 ± 20.5 (n=721)
運動機能改善訓練	13.8 ± 12.4 (n=994)	21.1 ± 26.8 (n=520)
痛みの緩和訓練	13.2 ± 11.8 (n=1,327)	19.9 ± 17.0 (n=739)
姿勢の保持訓練	11.9 ± 11.5 (n=1,141)	14.6 ± 25.3 (n=351)
起居・移乗動作訓練	12.6 ± 10.9 (n=1,121)	15.7 ± 21.7 (n=307)
歩行・移動訓練	18.7 ± 15.3 (n=2,654)	19.5 ± 17.8 (n=1,399)
階段昇降訓練	10.5 ± 9.2 (n=562)	11.3 ± 9.5 (n=400)
公共交通機関利用訓練	23.1 ± 19.3 (n=24)	21.6 ± 26.6 (n=8)
認知機能訓練	13.2 ± 16.7 (n=179)	28.5 ± 24.8 (n=126)
意欲の向上訓練	16.5 ± 18.0 (n=223)	26.2 ± 21.3 (n=70)
一連の入浴行為練習	14.8 ± 15.4 (n=126)	20.5 ± 20.5 (n=50)
一連の整容行為練習	15.4 ± 22.8 (n=36)	8.2 ± 5.4 (n=12)
一連の排泄行為練習	13.6 ± 15.3 (n=196)	13.4 ± 9.1 (n=48)
一連の更衣行為練習	14.5 ± 19.0 (n=103)	11.5 ± 11.3 (n=37)
一連の食事行為練習	29.8 ± 55.7 (n=32)	17.9 ± 11.1 (n=18)
一連の調理行為練習	19.1 ± 20.7 (n=72)	26.4 ± 25.3 (n=17)
一連の洗濯行為練習	9.6 ± 5.4 (n=33)	14.2 ± 8.9 (n=13)
一連の掃除・整理整頓行為練習	13.0 ± 9.1 (n=53)	12.1 ± 6.7 (n=16)
家の手入れ	16.6 ± 12.3 (n=58)	13.2 ± 8.5 (n=21)
買い物練習	23.4 ± 17.5 (n=83)	13.3 ± 8.1 (n=10)
対人関係練習	17.4 ± 20.0 (n=33)	36.0 ± 42.8 (n=29)
余暇活動練習	17.0 ± 20.7 (n=173)	44.1 ± 43.6 (n=99)
仕事練習	17.1 ± 11.6 (n=21)	12.5 ± 12.0 (n=8)
構音機能訓練	16.8 ± 14.0 (n=96)	13.3 ± 8.4 (n=26)
聴覚機能訓練	18.8 ± 8.5 (n=4)	- (n=0)
摂食嚥下機能訓練	20.3 ± 17.4 (n=144)	14.4 ± 10.4 (n=33)

言語機能訓練	25.2 ± 19.7 (n=125)	21.1 ± 18.2 (n=44)
コミュニケーション練習	19.1 ± 18.5 (n=235)	20.4 ± 18.7 (n=74)
自己訓練練習	17.4 ± 36.7 (n=319)	49.5 ± 101.7 (n=185)
その他	16.2 ± 25.3 (n=160)	29.1 ± 30.4 (n=42)

厚生労働科学研究費補助金(長寿科学政策研究事業)
「要介護高齢者の生活機能向上に資する効果的な生活期リハビリテーション/
リハビリテーションマネジメントのあり方に関する総合的研究」
平成 28 年度分担研究報告書

一般社団法人日本作業療法士協会生活行為向上マネジメント事例報告登録制度
提出事例の分析

研究分担者 石川 隆志(秋田大学大学院医学系研究科 教授)
小林 法一(首都大学東京人間健康科学研究科 教授)
研究代表者 川越 雅弘(国立社会保障・人口問題研究所 部長)
研究協力者 柴田八衣子(兵庫県立リハビリテーション中央病院 作業療法士)
田村 大(秋田労災病院 作業療法士)
大庭 潤平(神戸学院大学総合リハビリテーション学部 准教授)
高見 美貴(秋田県立リハビリテーション・精神医療センター 作業療法士)

【概要】

一般社団法人日本作業療法士協会の生活行為向上マネジメント事例登録に提出された事例報告の合格事例及び不合格事例の分析から、生活期リハビリテーションに関わる作業療法士の実践内容の特徴を検討した。

合格事例はケースマネジメントができておりその内容も報告書に表現されていたが、不合格事例は専門職としての支援が報告書に根拠と具体性をもって表現されておらず、それに加えて対象者との合意形成や多職種連携、生活行為の引き継ぎというマネジメントが不十分であった。

対象者の生活機能を支援する包括的な実践方法である生活行為向上マネジメントの、インターク、アセスメント、解決すべき課題の抽出と設定、プランニング、実行、モニタリング、計画修正・生活行為の引継ぎというプロセスを確実に行うための作業療法士の能力を高めるための、養成教育及び卒後教育の更なる充実が必要である。

A. 研究目的

一般社団法人日本作業療法士協会(以下、OT協会)の生活行為向上マネジメント(Management Tool for Daily Life Performance; 以下、MTDLP)事例登録に提出された事例報告の合格事例及び不合格事例の分析から、生活期リハビリテーションに関わる作業療法士に求められる課題を提起する。

B. 研究背景

「生活行為向上マネジメント(Management Tool for Daily Life Performance; 以下、MTDLP)」は、平成 20 年度以降、一般社団法人日本作業療法士協会(以下、OT協会)が取り組んできた厚生労働省老人保健健康増進等事業による研究事業で生み出された言葉であり、作業療法を国民に分かりやすく示す「作業療法の見える化」のツール 1)として開発された。

MTDLPは、対象者の生活における、様々な作業に焦点をあてることで、対象者と作業療法士だけではなく、関わるすべての人が支援目標を共有することを可能にし、対象者が自分の回復に

積極的に関与できるよう構成されている。さらに、MTDLPでは、1)対象者を、心身機能の側面から理解するのみでなく、「生活をする人」として、活動から参加までを見据える包括的視点、2)対象者の生活を、過去から現在、そして将来まで「連続している生活」として理解し、支援する包括的視点、3)対象者の「したい」と思う作業からはじまり、「できる」「する」作業へ、加えて地域の社会資源の活用まで幅広く捉える「作業の拡がり」という包括的視点を重視している。

この3つの視点は、対象者がしたい・する必要がある・することが期待されている生活行為（以下、生活行為）を実現するための対象者への直接的な支援にとどまらず、対象者が生活する地域や環境における課題の抽出や課題解決方法の提案といった地域のマネジメントを実践するうえでも重要である。

OT協会では、平成27年7月30日より、1)事例報告の作成によって、MTDLPを適切に活用できる人材を育成する、2)事例報告の分析によって、作業療法のエビデンス構築のためのデータ集積をする、3)事例報告の公開によって、作業療法の啓発と取り組みの集積と共有を図ることを目的に、「MTDLP事例報告登録」を開始した。

会員は「事例報告書作成の手引き（生活行為向上マネジメント）」2)に従った事例報告書作成を求められる。提出されたMTDLP事例報告は、事例審査表（表1）と事例審査基準（表2）に従って複数名の審査員により審査され、合格したMTDLP事例報告は、OT協会HPの学術データベースからOT協会会員であれば閲覧でき、臨床、教育、研究のために活用できる。

C. 方法

OT協会の学術データベースの事例報告データベースから、生活行為向上マネジメント事例を検索した。2017年2月9日現在でケースマネジメントが十分にできていると判断され合格し公開されているのは15事例であった。この15事例の本文から、前述した3つの包括的視点に関連する表現と生活行為の合意形成に関連する文章表現に注目し合格事例の特徴を抽出した。

不合格事例については、OT協会生活行為向上マネジメント推進プロジェクト事例登録制度班による分析3)からその特徴を抽出した。

D. 結果

合格事例からは、「本人、家族、多職種で本人の価値観を共有できている」、「初期の段階から情報提供を行っている」、「早期に対象者の生活行為の目標設定ができている」、「希望する生活行為目標を言語化、視覚化することができている」、「具体的な生活行為目標が提示できている」、「生活行為の的確な分析ができている」、「段階付けられた計画立案ができている」、「早期からの介入ができている」、「本人、家族、他職種を含む連携ができ、役割分担が明確である」、「生活行為の拡がりや波及効果がある」等の特徴があげられた。合格事例のうち、優れた報告と評価された2つの事例の概要図を図1と図2に示した。

不合格事例からは、「MTDLPをトップダウンのみで行うアプローチという誤った認識」、「作業療法士としての専門的なアセスメントの不備が多い」、「MTDLPの理解不足から合意形成が難しい対象者に対してMTDLPを使用している」、「合意形成が不十分なまま介入を行っている」、「目標と生活課題を対象者やキーパーソンと共有できていない」、「合意目標となった生活行為が対象者にとって、意味・価値を持ったものなのか読み取れない」、「心身機能の回復を促すプログラムに終始していて活動と参加を促進する実践ができていない」、「多職種連携が院内スタッフのみで、

在宅を見据えているのに院外との連携が不足している」、「支援者が作業療法士のみで、他職種の介入や支援内容が入っていない」、「作業療法実践は十分に行われているが、字数制限などもあり、優先順位が整理されずに、必要な内容が事例報告に記載されていない」等の特徴があげられた。

E. 考察および今後の課題

事例報告書の手引き（生活行為向上マネジメント）²⁾では、MTDLPの事例審査基準として、第0段階：個人情報保護・基本情報、第1段階：対象者・キーパーソンの目標の聞き取り、第2段階：アセスメント、第3段階：解決すべき課題の抽出と設定、第4段階：合意形成、第5段階：プランニング、第6段階：実行・モニタリング、第7段階：計画の修正・生活行為の引き継ぎが示され、それぞれ下位審査項目が設定されている（表1）。

これらの審査基準は専門職として必要な項目とマネジメントに必要な項目から構成されており、ケースマネジメントが十分にできているA判定、ケースマネジメントができていますが、軽微な修正が必要なB判定、ケースマネジメントができていますが、修正が必要なC判定、ケースマネジメントが不十分なD判定で評価されている。

不合格事例の多くがC判定とD判定であり、専門職としての支援が報告書に根拠と具体性をもって表現されておらず、それに加えて対象者との合意形成や多職種連携、生活行為の引き継ぎというマネジメントが不十分であった。

一方、合格事例はこれらの基準を満たしており、専門職としての支援内容やその根拠が具体的に表現されるとともに、ケースマネジメントも十分にできていたことから、モデル事例として作業療法士の養成教育や卒後教育の中で積極的に活用していくことが望まれる。

MTDLPは対象者の生活機能を支援する包括的な実践方法である。インテーク、アセスメント、解決すべき課題の抽出と設定、プランニング、実行、モニタリング、計画修正・生活行為の引継ぎという、生活行為向上マネジメントのプロセスを確実に行うことが求められる。

現在の養成教育では、マネジメントや多職種協働、多職種連携、対象者との合意形成に必要なコミュニケーションやインテークに関するカリキュラムは十分とはいえない。専門職としてのアセスメントやプランニング、それを実行できる能力にマネジメントの能力が備わることにより、作業療法の質を高め対象者にその成果を還元できることから、養成教育及び卒後教育において包括的な支援に必要な知識と技術を修得する機会を増やすべきと考える。また、実践内容を報告書としてまとめる技術を向上させることも重要である。

なお、MTDLPは高齢者を対象とした研究事業から生み出されたことから、対象者の疾患や症状、病期によっては、その活用に留意する必要がある。そのため事例報告書作成の手引き（生活行為向上マネジメント）には事例種別ごとの限界と留意点、最低限実施すべきこと（表3）が示されている。これらも考慮しつつMTDLPの活用を推進していくことが必要である。

文 献

- 1) 中村春基：「生活行為向上マネジメント」マニュアル発刊によせて．一般社団法人日本作業療法士協会：作業療法マニュアル 57 生活行為向上マネジメント，2014，p5．
- 2) 一般社団法人日本作業療法士協会：事例報告書作成の手引き（生活行為向上マネジメント）第 1.0 版，2015．
- 3) 一般社団法人日本作業療法士協会生活行為向上マネジメント推進プロジェクト委員会事例報告登録制度班 柴田八衣子，田村大：事例審査について．平成 28 年度指導者研修会（大阪），講義資料，2017．

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的所有権の出願・登録状況

なし

表1 事例審査の段階と審査項目 文献2)より一部引用

審査表	
段階	審査項目
第0段階 個人情報保護・基本情報	匿名性の確保 基本情報は漏れなく記載されているか
第一段階 対象者・キーパーソンの 目標の聞き取り	対象者の目標は個人因子が反映されているか 対象者が考える目標の達成レベルを把握しているか キーパーソンの意向を確認しているか
第二段階 アセスメント	対象者の目標を達成するために必要なアセスメント項目を選択しているか ア 健康状態（病名・症状・合併症・薬の内容） セ 心身機能（身体機能・精神機能・水分・血圧・栄養状態など） ス 活動（ADLとIADLなど、能力、実行状況） メ 参加（仕事・地域交流・社会活動など） ン 環境因子（用具・住居・周辺環境・家族の態度・サービス・制度など） ト 個人因子（生活歴・職歴・役割・趣味・ライフスタイル・価値観など） 上記のアセスメント項目を必要に応じて網羅しているか 24時間365日の生活行為の連続を意識しているか（関わっている時間以外含む） 予後予測はいつまでに、どこまで達成するかを記載しているか
第三段階 解決すべき課題の抽出と 設定	対象者の現状能力と予後予測のギャップから課題が適切に抽出されているか 課題重要性は、複数ある項目から目標に応じて優先順位付けされているか 課題個々の要因は心身機能・環境因子など包括的な視点で分析されているか
第四段階 合意形成	対象者・キーパーソンとの合意形成を経て目標が具体的に示されているか 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 主たるマネジメント担当者（医師・ケアマネなど）との合意形成に努めているか
第五段階 プランニング	在宅生活・生活の広がりを意識したプラントとなっているか 長期目標を達成するために、短期目標が具体的に設定されているか 生活行為工程分析とアセスメントにもとづいたプランが立案されているか 目標の達成のため、段階付けられたプログラムになっているか 本人・家族・支援者の役割分担は明確か 地域の社会資源の活用も検討されているか
第六段階 実行・モニタリング	各プログラム（基本的・応用的・社会適応）の実施状況が記載されているか 目標は達成されたか、未達成の場合はその理由が明確か 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・生活行為の 引継ぎ	結果の要因分析からプランの見直しを適切に行ったか 支援が途切れないように生活行為を引き継いだか 残る課題を解決するためのプランを考察しているか 対象者の課題から、組織や地域の課題が抽出されたか

表2 事例審査基準 文献2)より引用

判定	基準		審査者の対応
A	ケースマネジメントが十分にできている	<ul style="list-style-type: none"> ・審査表の各段階の判定がすべてA・B ・文章・シートとともに適切に記載 ・審査者が「特に素晴らしい」と判断した場合は、S事例としてください 例) ・社会適応プログラムに、地域の社会資源を巧みに利用した自立支援に資する多職種プランが記載され、役割分担も明確である ・考察に事例を通してみえた地域の課題が抽出できており、解決方法まで十分に記載されている 	<ul style="list-style-type: none"> ・合格 ・S事例の場合は、事例概要図の作成を依頼
B	ケースマネジメントができているが、軽微な修正が必要	<ul style="list-style-type: none"> ・審査表の段階0～四がA・Bで、段階五～七のいずれかにCがある。 ・文章・シートの記載内容に軽微な修正が必要 	<ul style="list-style-type: none"> ・不合格 ・修正コメントの作成 ・再登録の際の審査
C	ケースマネジメントができているが、修正が必要	<ul style="list-style-type: none"> ・審査表の段階0～四にCが1個以上で、五～七にCが2個以上、または、各段階の判定でCが3個以上 ・内容はいいが、シートに不備が多い 	<ul style="list-style-type: none"> ・不合格 ・修正コメントの作成 ・再登録の際の審査
D	ケースマネジメントが不十分	<ul style="list-style-type: none"> ・Dが1個以上 	<ul style="list-style-type: none"> ・不合格 ・修正コメントの作成 ・一般事例での登録は可能なことを説明

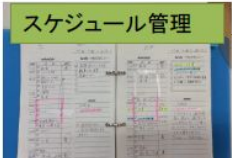
表3 事例種別ごとの限界と留意点 文献2)より引用

事例種別	限界	最低限実施すべきこと
医療：急性期	<ul style="list-style-type: none"> ・ 在院日数の制限 ・ 機能回復の可能性と対象者のニーズの偏り ・ 病病連携による生活行為や在宅生活への繋ぎの困難さ 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 生活行為の目標の把握 ・ 対象者と家族への合意形成 ・ 院内チームのマネジメント ・ 回復期 OT やケアマネジャー，地域包括支援センターへの目標・プランの申し送り
医療：回復期・維持期 精神・小児 介護：老健施設・特別養護老人ホーム	<ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅生活での活動と参加の実行状況の評価 ・ 環境因子の評価 ・ 訪問支援の回数制限 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 施設内と施設外のチームマネジメント ・ 家族やケアマネジャー等の支援者による環境因子の代理評価 ・ 在宅訪問または退院時カンファレンス ・ 在宅スタッフへの情報伝達
介護：通所リハ・通所介護・訪問リハ・地域包括支援センター 障害：総合支援法	<ul style="list-style-type: none"> ・ 検査や診断といった医療分野 ・ 心身機能のアセスメント 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 活動と参加，環境因子のアセスメント充実 ・ ケアマネジャーやコーディネーター・ホームヘルパーなどの専門職との役割分担 ・ 社会適応プログラムの充実

図1 事例概要図（医療・維持期のリハ病院入院事例）

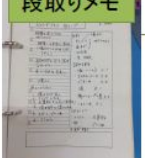
医療・維持期	高次脳機能障害のために家庭生活継続が困難となった主婦への家事負担軽減に向けた介入	
リハ病院入院事例	年齢:38歳 性別:女性 疾患名:脳挫傷	障害名:高次脳機能障害(遂行機能障害・記憶障害・注意障害)
	【介入までの経緯】高校生の息子と二人暮らしで、家事全般を担いながら、美容関連の仕事や早朝ウォーキング・夕方のジム通いなど活動的な毎日を送っていた。歩行中に自家用車にはねられ受傷、急性期病院での保存的治療後、自宅に退院し外来通院で加療していたが、在宅生活では家事の遂行やスケジュール管理などで困りごとが多く出現、入院時は心身ともに疲労した状態であり、受傷1年10か月後に当院にリハビリ目的の入院となった。 【本人・家族の生活目標】 本人:家事や息子の世話を上手くこなせるようになりたい。息子:生活上の色々な事が楽にできるようになって欲しい。	
	開始時(入院時)	終了時(退院時:1.5ヶ月後)
ADL・IADLの状態	○遂行機能障害、記憶障害のために炊事の効率が悪い、スケジュール管理が十分に出来ない。 ○外出時に人と会いたくないため、買い物時の身体的、精神的負担が大きい。	○食事の準備、片付け、スケジュール管理はノート(段取りメモ、予定表)を用いて段取りを確認しながら行うことができるようになった。 ○買い物はMSWと協議して宅配サービス利用の準備が整った。
生活行為の目標	○ノートを利用して炊事、スケジュール管理が楽にできる。 ○買い物の負担が軽減する。	【考察】 介入前に本人が日常生活での困りごとを経験していたため、課題や目標を具体的に設定できた。視覚的代償が有効だったため、ノートの利用を導入し、種々の課題に汎化できた。入院早期から宅配サービス事業者、生活支援相談員との連携を計画したこと短期間の入院で家事の負担軽減につながったと考えた。
介入内容	○ノートの作成、使用方法の指導 ○炊事、スケジュール管理の実践練習 ○ウォーキング、ストレッチの継続	

スケジュール管理



○いつ、どこに、何を記入するかを決定。いつも持ち参り必ずノートを見て確認。

段取りメモ



○段取りメモを事前に作成し工程を整理してから作業を実施。「調理」「食器や鍋の後片付け」など生活に必要な作業課題のメモを作成、実践練習。

結果: 目標としていた食事の用意・片付け、スケジュール管理についてはノートを利用することで混乱なく可能となり、買い物は精神的負担が軽減した。本人は「精神的に余裕ができた」と話し、実行度は開始時5/10から10/10、満足度1/10から6/10に改善した。

課題: 今後も在宅生活を送っていく上で新たな生活上の困難さが予測されるため、継続支援が不可欠である。本事例のような若年の高次脳機能障害者に対して、相談支援だけでなく生活行為向上や就労支援などのリハビリテーションを適切に提供できる体制が必要である。本事例では、「人に会いたくない」「頼りたくない」という心理的な問題があり、急性期病院からの丁寧な申し送りが重要と考えた。

図2 事例概要図（訪問リハの事例）

訪問リハビリテーション	本人と家族が望む「外出」に焦点を当てた訪問作業療法により地下鉄の利用まで可能となった事例		
事例紹介	年齢:60代 性別:男性 疾患名:脳梗塞	左片麻痺、腎障害、肥満、要介護度4	
	【介入までの経緯】 高卒業後、機械関連の企業に就職し、主に経理を担当していた。10年前に脳梗塞発症後、更生施設入所を経て、訪問マッサージや外来リハビリを利用しながら在宅生活を送っていた。肥満・腎障害などの影響で不活発な生活となり、セルフケアがほぼ全介助状態となったため訪問リハが開始となった。 家庭環境は妻と娘と3人暮らしで、家族との関係性は良好。 【本人・家族の生活目標】 本人:外食や買い物に行きたい 妻:トイレの介助量の軽減、一緒に外出をしたい		
	開始時	中間(1.5か月後)	目標達成時(3か月後)
ADL・IADLの状態	○食事以外は全介助 ○端坐位保持困難 ○IADLの機会はない	○移乗は見守りで可能 ○屋内の電動車いす操作は自立 ○屋外は電動車いす操作見守りで可能	○電動車いすを利用して妻と一緒にバスや地下鉄の利用が可能となる ○買い物をしたり外食が出来た ○昔の馴染みの店や友人と会うことができた
生活行為の目標	○起き上がり動作自立 ○立位保持の自立 ○移乗(ベッド・トイレ→車椅子)の自立	○車いす操作の獲得(電動車いす含む) ○土日に電動車いすにて、妻と一緒にバスと電車を利用して、最寄りのショッピングモールに出かける	【考察】 本症例は廃用による漠然とした生活パターンが心身機能を低下させ、寝たきり状態に至っていると推察された。そのため、「外出」という具体的な目標設定と適切なタイミングでの電動車いすの導入、本人・妻・ケアマネジャー・福祉用具業者との方針のすり合わせが、「外出」の成功に繋がり、その体験を繰り返すことで生活に変化をもたらしたと考える。
介入内容	○起き上がり練習 ○立位保持練習 ○移乗練習(ベッド・トイレ→車いす) ○車いす操作練習	○屋外での電動車いす操作練習 ○移乗練習(ベッド・トイレ→車いす) ○外出目的先の検討と交通手段の確認 ○妻との外出計画の立案	



結果: 合意目標であった「土日に電動車いすを利用して、妻と一緒にバスと電車を利用して、最寄りの駅近くのショッピングモールに出かけることができる」を達成し、実行度1→10、満足度1→8に向上した。その後、妻との外出は日課となり、生活範囲は拡大している。

今後の課題: 本事例は、様々な場所・店に興味があり、今後は「級友や親戚との交流も積極的に行いたい」と次の目標を口に出している。しかし、電動車いすですべて自由に移動するには、介助者が必要であったり、道路や公共交通機関の環境といった問題がある。車いすでも自由に観光や飲食店の出入りができるようにインフラ整備や、外出・買い物・旅行の付き添いなどを保障する制度・サービスの充実が必要である。

厚生労働科学研究費補助金(長寿科学政策研究事業)
「要介護高齢者の生活機能向上に資する効果的な生活期リハビリテーション/
リハビリテーションマネジメントのあり方に関する総合的研究」
平成 28 年度分担研究報告書

リハビリテーション利用者の受給状況の変化に関する実態把握

研究分担者 菊池 潤 (国立社会保障・人口問題研究所 室長)

概要

「団塊の世代」が 75 歳以上となる 2025 年度に向けて、要介護高齢者が住み慣れた地域での生活を継続できるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の構築が進められている。高齢者が在宅生活を継続するためには、それを支える体制整備とともに、高齢者自身の生活機能をいかに維持していくかが重要であり、介護保険制度下におけるリハビリテーションには重要な役割が求められている。

本研究では、調査協力自治体から貸与された介護保険個票データを用いて、リハビリテーション利用者の 1 年間(2013 年 9 月～2014 年 9 月)の受給状況の変化、およびその背後の要因について明らかにすることを目的としている。訪問リハビリテーション利用者 112 名、通所リハビリテーション利用者 2,800 名を追跡した結果、以下の 2 点を示唆する結果が得られた。

第 1 に、在宅介護の継続率は訪問リハ利用者で 92.0%、通所リハ利用者で 86.5%となるが、通所リハ利用者のうち在宅介護を中止した者では、1) 生活機能の低下した者、2) 認知症の者、および 3) 退院・退所者が多くなっており、これらの高齢者への対応は通所リハの課題といえる。一方で、在宅介護を継続している者では個別リハを受給している者が多くなっており、在宅生活を継続していくためには高齢者の個別性を重視したリハの提供が重要となる。

第 2 に、通所リハ利用者で継続して在宅サービスを利用している者のうち 1 割弱の者が通所リハの利用を中止しているが、これらの高齢者の中では通所リハから通所介護への切り替えが多く観察される。通所介護への移行は高齢者の機能低下の状況に関わらず発生していることから、通所リハと通所介護の機能分化が不十分であることが推察される。

【A. 研究目的】

「団塊の世代」が 75 歳以上となる 2025 年度に向けて、高齢者が重度の要介護状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを継続できるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の構築が進められている。高齢者が在宅生活を継続するためには、それを支える体制整備とともに、

高齢者自身の生活機能をいかに維持していくかが重要であり、介護保険制度下におけるリハビリテーションには重要な役割が求められている。

本研究では、調査協力自治体(以下、A 市)から貸与された介護保険個票データを用いて、訪問リハビリテーション(以下、訪問リハ)および通所リハビリテーション(以下、通所リハ)利用者の 1 年間の受給

状況の変化、およびその背後の要因について明らかにすることを目的としている。

【B. 方法】

本研究では A 市から貸与された介護保険個票データ(介護保険被保険者台帳データ、要介護認定調査データ、介護保険レセプトデータ)を使用する。これらの個票データを連結可能な匿名化された個人 ID を用いて接続することにより、分析用データセットを作成した。

分析対象は、A 市の第 1 号被保険者で 2013 年 9 月時点において「要支援」あるいは「要介護」と認定された者(以下、認定者)のうち、同月中に施設・居住系サービスの利用実績が無く、リハビリテーションの利用実績がある者であり、訪問リハ利用者が 154 名、通所リハ利用者が 3,072 名となる。このうち両方のサービスを利用した 24 名については分析から除外した。また、認定調査情報が欠損となる者、2013 年 9 月から 2014 年 9 月にかけて死亡以外の理由により被保険者資格を喪失した者を分析から除外した結果、最終的な分析対象は訪問リハ利用者が 128 名、通所リハ利用者が 3,033 名となっている。

以上のリハビリテーション利用者を対象として、2013 年 9 月から 2014 年 9 月にかけての受給状況の変化の実態、および受給状況の変化に影響を与える要因について検討を行った。この際、受給状況の変化を、

介護サービス利用の継続の有無、在宅介護の継続の有無、およびリハ利用の継続の有無、の 3 つのステージに分解し、各ステージにおいて 2 群間比較(二乗検定、平均値の差の検定)を行うことにより、サービス利用や ADL・IADL の状況と受給状

況の変化との関係について検討を行った。各ステージにおける各群の定義は以下の通りである。第 1 ステージにおいては、1 年後(2014 年 9 月)においても要介護認定を受けている者(以下、継続認定者)のうち、2014 年 9 月中に介護サービスの利用実績がある者(利用群)と無い者(非利用群)とに分類した。第 2 ステージにおいては、利用群を対象に、2014 年 9 月中に施設・居住系サービスの利用実績がある者(非在宅群)と無い者(在宅群)とに分類した。本研究では、認知症対応型共同生活介護、特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、介護福祉施設サービス、介護保健施設サービス、介護療養施設サービス、および地域密着型介護福祉施設入所者生活介護の 7 つのサービスを施設・居住系サービスと定義した。第 3 ステージにおいては、在宅群を対象に、2014 年 9 月中にリハビリテーションの利用実績がある者(継続群)とそれ以外の者(非継続群)とに分類した。ただし、訪問リハ利用者を対象とした分析で継続群とされるのは 2014 年 9 月中の訪問リハ利用者のみであり、通所リハ利用者は含まない(通所リハ利用者を対象とした分析でも同様)。

【C. 結果】

1) リハ利用者の状態変化

表 1 はリハビリテーション利用者の 2013 年 9 月から 2014 年 9 月にかけての状態変化を示した結果である。訪問リハ利用者の 1.6%、通所リハ利用者の 0.2%が 1 年後に非認定となる一方で、訪問リハ利用者の 10.9%、通所リハ利用者の 7.5%が 1 年後には死亡による資格喪失となっている。訪問

リハ利用者はサンプルが少ないこともあり明確な傾向は見られないが、通所リハ利用者については、要介護度が重度になるほど死亡者の比率が高くなる傾向が見られる。この結果、1年後の継続認定者は訪問リハ利用者で87.5%、通所リハ利用者で92.3%となり、以下の分析では、これらの継続認定者(訪問リハ112名、通所リハ2,800名)を分析対象とする。

2) リハ利用者の受給状況の変化

表2は継続認定者の2014年9月中のサービス利用状況を示した結果である。継続認定者に対する利用者の割合(表中「利用者割合」)は、訪問リハで96.4%、通所リハで94.7%となっており、いずれのサービスにおいても高い比率となっている。利用者に対する在宅利用者の割合(表中「在宅割合」)は訪問リハで95.4%、通所リハで91.3%となっており、通所リハでは施設・居住系サービスへ移行する者の割合がやや高い結果となっている。最後に、在宅利用者に対する継続利用者の割合(表中「継続割合」)は、訪問リハで77.7%、通所リハで91.6%となっており、訪問リハでサービス利用を中止するケースが多くなっている。

表3は在宅利用者を対象に、継続群と非継続群の2014年9月のサービス利用率を比較した結果である。訪問リハ利用者では通所リハの利用率で有意差(有意水準5%、以下同じ)が見られ、継続群の利用率が0%であるのに対し、非継続群の利用率は26.1%となっている。

通所リハ利用者では継続群と非継続群とサービスの利用構造が大きく異なっており、非継続群では訪問入浴、訪問看護、訪問リ

ハ、通所介護、福祉用具貸与、短期入所生活介護、居宅療養管理指導、および小規模多機能型居宅介護の利用率が継続群に比べて高くなっている。一方で、継続群では短期入所療養介護(老健)や居宅介護支援の利用率が高い構造となっている。なかでも通所介護の利用率は継続群の9.8%に対し、非継続群では37.4%となっており、両者の間に大きな差が発生していることが分かる。

表4は各群(継続群・非継続群)に多く観察される(相対度数5%以上)サービス利用の組合せを示しているが、継続群では通所リハ、訪問介護、福祉用具貸与の組合せが中心であるのに対して、非継続群では訪問介護、通所介護、福祉用具貸与の組合せが中心となっており、非継続群の一部では通所リハから通所介護への切り替えが行われていることが分かる。

3) 受給状況の変化とサービス利用の関係

表5-1は訪問リハ利用者の2013年9月時点のサービス利用状況を2群間で比較した結果である。有意差が見られるのは、非利用群の居宅療養管理指導利用率が利用群を上回る点と継続群の訪問リハの利用日数が非継続群を上回る点のみであり、いずれのステージにおいても2群間に大きな差は見られない。なお、非利用群において居宅療養管理指導の利用率が高いことより、非利用群では医療ニーズの高い高齢者が多いと考えられ、介護サービスの利用を中止した背景には医療機関への入院が行われている可能性を示唆する結果である。

表5-2は通所リハ利用者について同様の結果を示したものである。利用群と非利用群の比較では利用群で通所リハの利用日数

が多く、平均利用時間が長くなっているものの、それ以外の点では有意差は見られない。在宅群と非在宅群の比較では在宅群で個別リハ加算の比率が高くなる一方、非在宅群では平均利用時間や短期集中加算の比率が高く、通所介護や短期入所の利用率が高くなっている。継続群と非継続群の比較では、継続群で利用日数、平均利用時間、リハマネジメント加算の比率が高く、非継続群では病院・診療所比率、短期集中加算比率が高く、福祉用具、特定福祉用具販売、住宅改修の利用率が高くなっている。

4) 受給状況の変化と ADL・IADL の関係

表 6-1、表 6-2 はリハ利用者の 2013 年 9 月時点の個人属性や ADL・IADL の状況を 2 群間で比較した結果である。ADL・IADL の状況については認定調査結果に基づいた自立割合をもとに 2 群間比較を行っており、各質問項目で「1」となる場合を「自立」と定義している。同様に表 7-1、表 7-2 は 2013 年 9 月から 2014 年 9 月にかけての ADL・IADL の悪化割合を 2 群間で比較した結果であり、認定調査結果の質問項目ごとに状態が悪化した者の比率を比較している。

訪問リハ利用者についてみると、利用群と非利用群では、自立割合、悪化割合ともに 2 群間で大きな差は見られない。在宅群と非在宅群の比較では、自立割合では両群の間に大きな差は見られないが、障害高齢者自立度の悪化割合が非在宅群で有意に高くなっている。個別項目ごとに見た場合でも、第 2 群（生活機能）を中心とした幅広い項目において、非在宅群の悪化割合が高くなっている。継続群と非継続群の比較では、第 1 群（身体機能・起居動作）や

第 2 群（生活機能）の面で非継続群の自立割合が高いが、悪化割合に関しては大きな差は見られない。

通所リハ利用者についてみると、利用群と非利用群の比較では、利用群で第 2 群（生活機能）の自立割合が高く、非利用群では障害高齢者自立度、認知症自立度いずれも悪化割合が高くなっている。個別項目ごとに見た場合でも、第 1 群（身体機能・起居動作）、第 2 群（生活機能）および第 3 群（認知機能）を中心として、非利用群の悪化割合が高くなっている。在宅群と非在宅群の比較では、非在宅群で女性比率、年齢ともに高く、重度認定者や認知症高齢者の割合が高くなっており、悪化割合についてもほぼ全ての項目において非在宅群の悪化割合が高くなっている。継続群と非継続群の比較では、非継続群で高齢者のみの世帯が多いが、自立割合に関しては両者の間には大きな差は見られない。悪化割合については、非継続群で障害高齢者自立度、認知症自立度の悪化割合が高く、個別項目でも多くの項目で非継続群の悪化割合が有意に高い。

表 8 は通所リハ利用者の非継続群を障害高齢者自立度と認知症自立度の変化に応じて 4 グループに分類したうえで、各グループの 2014 年 9 月のサービス利用率を示した結果である。非継続群で利用率が高いサービスに着目すると、通所介護に関してはいずれのグループでも継続群に比べて利用率が高くなっているが、特に認知機能の低下したグループにおいて利用率が高くなっていることが分かる。その他のサービスについては、障害高齢者自立度が低下したグループにおいて利用率が高くなっている。

【D. 考察とE. 結論】

本研究の結果から示唆される介護保険制度下におけるリハビリテーションの課題として以下の2点が挙げられる。

1) 在宅生活の継続

リハビリ利用者の1年後のサービス利用状況を見てみると、介護サービスの利用を中止した者や施設・居住系サービスへ移行した者が一定割合存在する。仮に前者を医療施設への入院により介護サービスの利用を中止したと考えたとすると、在宅介護の継続率は訪問リハビリ利用者で92.0%、通所リハビリ利用者で86.5%となる。介護保険制度下におけるリハビリには、要介護高齢者の状態の維持・改善を通じ、住み慣れた地域での継続した生活を可能とすることが期待されており、在宅介護の限界点をあげ、在宅介護の継続率を改善していくことが課題と考えられる。

訪問リハビリについてはサンプルが少ないこともあり明確な傾向は見られないが、通所リハビリの利用者で在宅介護を中止した者には生活機能の低下した高齢者や認知症の高齢者が多くっており、これらの高齢者への対応は通所リハビリの課題といえる。

また、通所リハビリ利用者の中で施設・居住系サービスへ移行した者には短期集中リハビリを受けている者が多くなっている点も注目される。短期集中リハビリは「退院・退所直後または初めて要介護認定を受けた後に、早期に在宅における日常生活活動の自立性を向上させるために創設」(「高齢者の地域における新たなリハビリテーションの在り方検討会報告書」)されたものであるが、本研究の結果は退院・退所者の在宅継続が困難

となっていることを示している。

一方で、在宅介護を継続できている高齢者では個別リハビリを受給している者が多くなっており、画一的なサービス提供ではなく、それぞれの高齢者の個別性を重視したリハビリの提供が重要であることを示唆している。

2) 通所介護と通所リハビリの機能分化

通所リハビリの利用者で継続して在宅サービスを利用している者のうち1割弱の高齢者は通所リハビリの利用を中止している。通所リハビリの利用を中止する理由としては、状態が改善しリハビリが不要になった、あるいは身体機能が低下し通所が困難になったなど、高齢者の機能低下の状況が関係していると考えられ、機能低下の状況により新たに利用するサービスも異なると考えられる。実際、A市のケースでも、身体機能が低下したグループで訪問リハビリや訪問看護の利用が拡大している。一方で、機能低下の状況に関わらず利用率が拡大しているサービスが通所介護であり、このことは通所リハビリと通所介護の機能分化が不十分であり、両者が代替的なサービスとして使用されている可能性を示唆するものである。

【F. 健康危険情報】

特になし

【G. 研究発表】

未発表

【H. 知的財産権の取得・登録状況】

該当なし

表1：リハ利用者の状態変化（2013年9月～2014年9月）

1) 訪問リハ																	
2013年9月	2014年9月(度数)									死亡	計	2014年9月(度数)			2014年9月(相対度数)		
	非認定	要支援1	要支援2	要介護1	認定 要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	非認定			認定	死亡	非認定	認定	死亡	
要支援1	1	2	5	0	0	1	0	0	0	0	9	1	8	0	11.1%	88.9%	0.0%
要支援2	0	2	12	3	5	1	0	0	0	0	23	0	23	0	0.0%	100.0%	0.0%
要介護1	0	0	0	14	2	1	1	2	0	0	20	0	20	0	0.0%	100.0%	0.0%
要介護2	1	0	0	0	25	1	0	1	7	35	1	27	7	2.9%	77.1%	20.0%	
要介護3	0	0	0	4	3	6	3	0	3	19	0	16	3	0.0%	84.2%	15.8%	
要介護4	0	0	0	0	0	1	4	1	1	7	0	6	1	0.0%	85.7%	14.3%	
要介護5	0	0	0	0	0	0	1	11	3	15	0	12	3	0.0%	80.0%	20.0%	
計	2	4	17	21	35	11	9	15	14	128	2	112	14	1.6%	87.5%	10.9%	

2) 通所リハ																	
2013年9月	2014年9月(度数)									死亡	計	2014年9月(度数)			2014年9月(相対度数)		
	非認定	要支援1	要支援2	要介護1	認定 要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	非認定			認定	死亡	非認定	認定	死亡	
要支援1	1	145	69	29	8	1	3	2	7	265	1	257	7	0.4%	97.0%	2.6%	
要支援2	0	46	343	74	59	13	12	5	17	569	0	552	17	0.0%	97.0%	3.0%	
要介護1	0	5	13	452	142	39	26	11	51	739	0	688	51	0.0%	93.1%	6.9%	
要介護2	4	3	16	43	456	82	36	12	49	701	4	648	49	0.6%	92.4%	7.0%	
要介護3	1	1	6	13	35	222	40	28	41	387	1	345	41	0.3%	89.1%	10.6%	
要介護4	0	0	4	3	15	18	115	30	40	225	0	185	40	0.0%	82.2%	17.8%	
要介護5	0	0	1	0	3	5	10	106	22	147	0	125	22	0.0%	85.0%	15.0%	
計	6	200	452	614	718	380	242	194	227	3,033	6	2,800	227	0.2%	92.3%	7.5%	

表2：リハ利用者の受給状況の変化（2013年9月～2014年9月）

	非利用者		利用者		計	利用者 (再掲)	在宅利用者 (再掲)	利用者割合	在宅割合	継続割合
	継続	その他	在宅	非在宅						
	a				b	c	d	c/b	d/c	a/d
訪問リハ	4	80	23	5	112	108	103	96.4%	95.4%	77.7%
通所リハ	148	2,219	203	230	2,800	2,652	2,422	94.7%	91.3%	91.6%

表3：在宅利用者のサービス利用状況（2014年9月）

	訪問り八		通所り八	
	非継続 n=23	継続 n=80	非継続 n=203	継続 n=2,219
サービス利用率				
訪問介護	43.5%	52.5%	28.1%	25.6%
訪問入浴介護	4.3%	8.8%	3.4%	0.4% ***
訪問看護	17.4%	21.3%	16.3%	7.0% ***
訪問り八ピリテーション	0.0%	100.0%	2.5%	0.2% ***
通所介護	43.5%	28.8%	37.4%	9.8% ***
通所り八ピリテーション	26.1%	0.0% ***	0.0%	100.0%
福祉用具貸与	65.2%	81.3%	61.1%	52.9% *
短期入所生活介護	4.3%	1.3%	15.8%	10.4% *
短期入所療養介護(介護老人保健施設)	0.0%	0.0%	0.0%	2.8% *
短期入所療養介護(介護療養型医療施設等)	0.0%	0.0%	1.0%	0.5%
居宅療養管理指導	17.4%	16.3%	10.3%	3.7% ***
特定福祉用具販売	0.0%	0.0%	0.5%	0.8%
住宅改修	0.0%	0.0%	0.0%	0.4%
認知症対応型通所介護	0.0%	0.0%	1.0%	0.4%
小規模多機能型居宅介護	4.3%	2.5%	6.4%	0.0% ***
居宅介護支援	95.7%	97.5%	88.7%	99.9% ***

注1) *は0.5%水準、**は1%水準、***は0.1%水準で有意であることを示す。
注2) 利用実績のないサービスについては掲載していない。

表4：在宅利用者のサービス利用の組合せ（2014年9月）

	訪問介護	訪問入浴介護	訪問看護	訪問り八ピリテーション	通所介護	通所り八ピリテーション	福祉用具貸与	短期入所生活介護	短期入所療養介護(介護老人保健施設)	短期入所療養介護(介護療養型医療施設等)	特定施設入居者生活介護(短期利用型)	居宅療養管理指導	認知症対応型共同生活介護(短期利用型)	特定福祉用具販売	住宅改修	認知症対応型通所介護	小規模多機能型居宅介護	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護)	居宅介護支援	継続	度数	相対度数
非継続群 (n=203)	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	35	17.2%
	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	25	12.3%
	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	15	7.4%
	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	12	5.9%
継続群 (n=2,219)	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	721	32.5%
	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	501	22.6%
	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	238	10.7%
	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	118	5.3%

注1) 表中「1」は当該サービスの利用実績があることを、「0」は利用実績が無いことを示す。
注2) 相対度数が5%以上となる組合せのみ掲載。

表 5-1：訪問リハ利用者のサービス利用状況（2013年9月）

	非利用 n=4 (n=2)	利用 n=108 (n=79)	在宅 n=103 (n=74)	非在宅 n=5 (n=5)	非継続 n=23 (n=12)	継続 n=80 (n=62)
訪問リハ利用状況(2013年)						
利用日数	5.5	5.5	5.6	4.8	4.4	5.9
病院・診療所	50.0%	69.4%	68.0%	100.0%	73.9%	66.3%
短期集中リハ(注2)	0.0%	3.8%	2.7%	20.0%	0.0%	3.2%
サービス利用率(2013年)						
訪問介護	50.0%	49.1%	48.5%	60.0%	43.5%	50.0%
訪問入浴介護	0.0%	6.5%	6.8%	0.0%	4.3%	7.5%
訪問看護	0.0%	18.5%	18.4%	20.0%	13.0%	20.0%
訪問リハビリテーション	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
通所介護	0.0%	32.4%	32.0%	40.0%	47.8%	27.5%
福祉用具貸与	50.0%	73.1%	73.8%	60.0%	60.9%	77.5%
短期入所生活介護	0.0%	0.9%	1.0%	0.0%	0.0%	1.3%
居宅療養管理指導	50.0%	12.0%	12.6%	0.0%	4.3%	15.0%
住宅改修	0.0%	0.9%	1.0%	0.0%	4.3%	0.0%
小規模多機能型居宅介護	0.0%	2.8%	2.9%	0.0%	4.3%	2.5%
居宅介護支援	100.0%	97.2%	97.1%	100.0%	95.7%	97.5%

注1) 各群サンプル数の括弧内の値は要支援の者を除いたサンプル数を示す。

注2) 要支援の者は比較対象から除外。

注3) 利用実績のないサービスについては掲載していない。

注4) *は0.5%水準、**は1%水準、***は0.1%水準で有意であることを示す。

表 5-2：通所リハ利用者のサービス利用状況（2013年9月）

	非利用 n=148 (n=106)	利用 n=2,652 (n=1,885)	在宅 n=2,422 (n=1,678)	非在宅 n=230 (n=207)	非継続 n=203 (n=137)	継続 n=2,219 (n=1,541)
通所リハ利用状況(2013年)						
利用日数	7.9	8.9	8.9	9.4	7.2	9.0
病院・診療所	54.1%	52.7%	53.0%	49.6%	60.1%	52.4%
規模・通常規模(注2)	27.4%	34.0%	34.4%	30.4%	41.6%	33.8%
規模・大規模(注2)	19.8%	19.6%	19.7%	18.8%	19.0%	19.7%
規模・大規模(注2)	52.8%	46.6%	46.1%	50.7%	39.4%	46.7%
平均利用時間(注2)	5.9	6.3	6.2	6.4	5.8	6.3
リハマネジメント加算(注2)	91.5%	94.6%	94.7%	94.2%	89.1%	95.2%
短期集中加算(注2)	8.5%	6.0%	5.5%	10.1%	10.2%	5.1%
個別リハ加算(注2)	77.4%	76.3%	77.2%	69.6%	74.5%	77.4%
サービス利用率(2013年)						
訪問介護	25.0%	24.6%	24.3%	27.8%	25.6%	24.2%
訪問入浴介護	0.7%	0.2%	0.2%	0.0%	0.5%	0.2%
訪問看護	5.4%	6.4%	6.4%	6.5%	9.4%	6.1%
通所介護	12.8%	9.0%	8.5%	14.3%	9.9%	8.4%
通所リハビリテーション	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
福祉用具貸与	48.0%	49.0%	48.8%	50.9%	57.6%	48.0%
短期入所生活介護	10.1%	8.3%	7.2%	20.0%	6.9%	7.3%
短期入所療養介護(介護老人保健施設)	2.7%	2.1%	1.9%	5.2%	2.5%	1.8%
短期入所療養介護(介護療養型医療施設等)	0.7%	0.7%	0.6%	1.7%	1.0%	0.5%
居宅療養管理指導	4.7%	3.3%	3.3%	2.6%	3.4%	3.3%
特定福祉用具販売	0.7%	0.8%	0.9%	0.0%	2.5%	0.8%
住宅改修	1.4%	0.9%	0.9%	1.3%	3.4%	0.6%
認知症対応型通所介護	0.7%	0.4%	0.3%	0.9%	0.0%	0.4%
居宅介護支援	100.0%	99.7%	99.8%	99.1%	99.5%	99.8%

注1) 各群サンプル数の括弧内の値は要支援の者を除いたサンプル数を示す。

注2) 要支援の者は比較対象から除外。

注3) 利用実績のないサービスについては掲載していない。

注4) *は0.5%水準、**は1%水準、***は0.1%水準で有意であることを示す。

表 6-1：訪問リハ利用者の属性・ADL / IADL の状況（2013 年 9 月）

	非利用 n=4	利用 n=108	在宅 n=103	非在宅 n=5	非継続 n=23	継続 n=80
性別	1.75	1.71	1.71	1.80	1.65	1.73
年齢	82.3	81.7	81.4	88.4	81.0	81.5
世帯構造 (%)						
単身	50.0	32.4	31.1	60.0	30.4	31.3
高齢者のみ	0.0	29.6	31.1	0.0	30.4	31.3
その他	50.0	38.0	37.9	40.0	39.1	37.5
要介護度 (%)						
要支援1	25.0	6.5	6.8	0.0	13.0	5.0
要支援2	25.0	20.4	21.4	0.0	34.8	17.5
要介護1	25.0	17.6	16.5	40.0	17.4	16.3
要介護2	25.0	24.1	24.3	20.0	21.7	25.0
要介護3	0.0	14.8	13.6	40.0	8.7	15.0
要介護4	0.0	5.6	5.8	0.0	0.0	7.5
要介護5	0.0	11.1	11.7	0.0	4.4	13.8
認知症 (%)						
自立	25.0	35.2	35.9	20.0	30.4	37.5
認知症自立度I	75.0	32.4	32.0	40.0	39.1	30.0
認知症自立度 以上	0.0	32.4	32.0	40.0	30.4	32.5
自立割合						
1-1: 麻痺	0.0%	29.6%	27.2%	80.0%	34.8%	25.0%
1-2: 拘縮	50.0%	48.1%	46.6%	80.0%	60.9%	42.5%
1-3: 寝返り	25.0%	18.5%	17.5%	40.0%	17.4%	17.5%
1-4: 起上り	0.0%	0.9%	1.0%	0.0%	4.3%	0.0%
1-5: 座位保持	50.0%	13.9%	13.6%	20.0%	21.7%	11.3%
1-6: 両足での立位	25.0%	16.7%	16.5%	20.0%	34.8%	11.3%
1-7: 歩行	25.0%	3.7%	2.9%	20.0%	13.0%	0.0%
1-8: 立上り	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
1-9: 片足での立位	0.0%	0.9%	0.0%	20.0%	0.0%	0.0%
1-10: 洗身	25.0%	24.1%	24.3%	20.0%	43.5%	18.8%
1-11: 爪切り	25.0%	14.8%	14.6%	20.0%	17.4%	13.8%
1-12: 視力	75.0%	63.9%	63.1%	80.0%	73.9%	60.0%
1-13: 聴力	75.0%	51.9%	52.4%	40.0%	69.6%	47.5%
2-1: 移乗	75.0%	63.0%	62.1%	80.0%	78.3%	57.5%
2-2: 移動	75.0%	50.0%	49.5%	60.0%	69.6%	43.8%
2-3: 嚥下	50.0%	68.5%	68.0%	80.0%	78.3%	65.0%
2-4: 食事摂取	100.0%	82.4%	81.6%	100.0%	91.3%	78.8%
2-5: 排尿	75.0%	50.0%	50.5%	40.0%	69.6%	45.0%
2-6: 排便	75.0%	59.3%	59.2%	60.0%	78.3%	53.8%
2-7: 口腔清潔	100.0%	65.7%	67.0%	40.0%	87.0%	61.3%
2-8: 洗顔	75.0%	63.0%	64.1%	40.0%	78.3%	60.0%
2-9: 整髪	75.0%	75.9%	75.7%	80.0%	91.3%	71.3%
2-10: 上衣の着脱	75.0%	48.1%	47.6%	60.0%	73.9%	40.0%
2-11: スポン等の着脱	75.0%	46.3%	45.6%	60.0%	69.6%	38.8%
2-12: 外出頻度	0.0%	44.4%	44.7%	40.0%	60.9%	40.0%
3-1: 意思の伝達	100.0%	93.5%	93.2%	100.0%	95.7%	92.5%
3-2: 毎日の日課を理解	75.0%	88.0%	88.3%	80.0%	95.7%	86.3%
3-3: 生年月日をいう	100.0%	95.4%	95.1%	100.0%	100.0%	93.8%
3-4: 短期記憶	100.0%	81.5%	82.5%	60.0%	82.6%	82.5%
3-5: 自分の名前をいう	100.0%	97.2%	97.1%	100.0%	100.0%	96.3%
3-6: 今の季節を理解	100.0%	86.1%	86.4%	80.0%	91.3%	85.0%
3-7: 場所の理解	100.0%	94.4%	94.2%	100.0%	100.0%	92.5%
3-8: 徘徊	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
3-9: 外出して戻れない	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
4-1: 被害的	75.0%	96.3%	96.1%	100.0%	95.7%	96.3%
4-2: 作話	100.0%	94.4%	94.2%	100.0%	91.3%	95.0%
4-3: 感情が不安定	100.0%	82.4%	81.6%	100.0%	82.6%	81.3%
4-4: 昼夜逆転	100.0%	85.2%	85.4%	80.0%	82.6%	86.3%
4-5: 同じ話をする	75.0%	85.2%	86.4%	60.0%	73.9%	90.0%
4-6: 大声を出す	100.0%	97.2%	97.1%	100.0%	100.0%	96.3%
4-7: 介護に抵抗	100.0%	97.2%	97.1%	100.0%	100.0%	96.3%
4-8: 落ち着きなし	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
4-9: 一人で出たがる	100.0%	99.1%	100.0%	80.0%	100.0%	100.0%
4-10: 収集癖	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
4-11: 物や衣類を壊す	100.0%	99.1%	99.0%	100.0%	95.7%	100.0%
4-12: ひどい物忘れ	75.0%	68.5%	68.9%	60.0%	60.9%	71.3%
4-13: 独り言・独り笑い	100.0%	98.1%	98.1%	100.0%	100.0%	97.5%
4-14: 自分勝手に行動する	100.0%	97.2%	97.1%	100.0%	87.0%	100.0%
4-15: 話がまとまらない	100.0%	93.5%	93.2%	100.0%	91.3%	93.8%
5-1: 薬の内服	50.0%	28.7%	30.1%	0.0%	17.4%	33.8%
5-2: 金銭の管理	25.0%	37.0%	37.9%	20.0%	43.5%	36.3%
5-3: 日常の意思決定	50.0%	46.3%	47.6%	20.0%	52.2%	46.3%
5-4: 集団への不適応	75.0%	99.1%	99.0%	100.0%	100.0%	98.8%
5-5: 買い物	0.0%	5.6%	5.8%	0.0%	13.0%	3.8%
5-6: 簡単な調理	25.0%	17.6%	18.4%	0.0%	26.1%	16.3%

注) *は0.5%水準、**は1%水準、***は0.1%水準で有意であることを示す。

表 6-2：通所り八利用者の属性・ADL / IADL の状況（2013 年 9 月）

	非利用 n=148	利用 n=2,652	在宅 n=2,422	非在宅 n=230	非継続 n=203	継続 n=2,219
性別	1.61	1.66	1.65	1.72	1.65	1.65
年齢	82.5	82.7	82.4	85.9	82.0	82.4
世帯構造						
単身	29.1	32.7	32.1	39.6	37.4	31.6
高齢者のみ	39.2	31.3	31.5	28.3	35.0	31.2
その他	31.8	36.0	36.4	32.2	27.6	37.2
要介護度						
要支援1	7.4	9.3	10.0	1.7	7.9	10.2
要支援2	21.0	19.7	20.7	8.3	24.6	20.4
要介護1	16.2	25.0	24.3	33.0	19.7	24.7
要介護2	23.0	23.2	22.6	29.1	21.7	22.7
要介護3	16.2	12.1	11.9	13.9	15.3	11.6
要介護4	8.1	6.5	6.3	9.1	7.4	6.2
要介護5	8.1	4.3	4.2	4.8	3.5	4.3
認知症						
自立	25.7	22.7	23.9	10.4	27.6	23.5
認知症自立度I	20.3	25.6	26.5	16.1	24.1	26.7
認知症自立度 以上	54.1	51.7	49.6	73.5	48.3	49.8
自立割合						
1-1: 麻痺	39.2%	42.8%	42.2%	49.1%	38.9%	42.5%
1-2: 拘縮	61.5%	58.4%	58.4%	58.3%	54.7%	58.8%
1-3: 寝返り	20.3%	29.7%	29.6%	30.9%	24.1%	30.1%
1-4: 起上り	2.0%	3.3%	3.1%	5.7%	2.0%	3.2%
1-5: 座位保持	26.4%	28.7%	28.8%	27.4%	29.1%	28.8%
1-6: 両足での立位	33.1%	38.6%	38.7%	37.4%	34.5%	39.1%
1-7: 歩行	16.9%	21.3%	20.9%	26.1%	18.2%	21.1%
1-8: 立上り	2.0%	3.1%	2.9%	4.8%	2.5%	3.0%
1-9: 片足での立位	2.7%	4.7%	4.6%	5.7%	5.9%	4.5%
1-10: 洗身	29.7%	34.5%	35.3%	26.1%	39.9%	34.9%
1-11: 爪切り	25.7%	27.9%	28.0%	27.4%	27.6%	28.0%
1-12: 視力	60.8%	64.6%	65.0%	60.0%	70.9%	64.4%
1-13: 聴力	40.5%	42.5%	43.0%	37.4%	40.4%	43.3%
2-1: 移乗	64.9%	73.6%	74.0%	69.6%	70.0%	74.4%
2-2: 移動	47.3%	60.7%	60.9%	57.8%	60.1%	61.0%
2-3: 嚥下	70.9%	78.1%	78.1%	78.7%	83.3%	77.6%
2-4: 食事摂取	85.1%	88.4%	88.3%	89.6%	88.7%	88.2%
2-5: 排尿	55.4%	58.4%	59.6%	46.5%	55.2%	60.0%
2-6: 排便	56.8%	63.3%	64.2%	53.9%	61.6%	64.4%
2-7: 口腔清潔	62.2%	68.6%	69.6%	58.3%	67.0%	69.9%
2-8: 洗顔	64.2%	72.0%	72.6%	65.7%	70.4%	72.8%
2-9: 整髪	68.9%	76.4%	76.8%	72.2%	75.9%	76.8%
2-10: 上衣の着脱	44.6%	55.0%	56.0%	43.9%	52.2%	56.4%
2-11: スポン等の着脱	42.6%	55.6%	56.6%	44.8%	51.7%	57.1%
2-12: 外出頻度	76.4%	83.6%	83.8%	81.3%	76.4%	84.5%
3-1: 意思の伝達	87.8%	90.2%	90.5%	87.0%	90.6%	90.5%
3-2: 毎日の日課を理解	73.0%	81.0%	82.1%	69.1%	83.3%	82.0%
3-3: 生年月日をいう	89.9%	93.4%	93.9%	87.8%	95.1%	93.8%
3-4: 短期記憶	64.9%	67.7%	69.8%	46.1%	68.5%	69.9%
3-5: 自分の名前をいう	98.0%	98.6%	98.6%	98.3%	99.5%	98.5%
3-6: 今の季節を理解	79.1%	83.3%	84.6%	69.6%	85.7%	84.5%
3-7: 場所の理解	93.9%	95.6%	95.7%	93.9%	95.1%	95.8%
3-8: 徘徊	98.0%	98.0%	98.2%	95.2%	97.0%	98.3%
3-9: 外出して戻れない	98.0%	98.4%	98.8%	94.3%	98.0%	98.8%
4-1: 被害的	92.6%	92.4%	93.1%	84.3%	92.6%	93.2%
4-2: 作話	93.2%	92.0%	92.7%	84.3%	91.6%	92.8%
4-3: 感情が不安定	83.8%	83.0%	83.1%	82.2%	84.2%	83.0%
4-4: 昼夜逆転	90.5%	90.8%	91.0%	87.8%	89.2%	91.2%
4-5: 同じ話をする	78.4%	80.0%	80.6%	73.5%	83.3%	80.4%
4-6: 大声を出す	92.6%	92.8%	92.9%	91.3%	94.1%	92.8%
4-7: 介護に抵抗	95.3%	96.8%	96.9%	95.7%	96.6%	96.9%
4-8: 落ち着きなし	95.9%	98.5%	98.6%	97.4%	98.5%	98.6%
4-9: 一人で出たがる	98.0%	97.3%	97.6%	93.9%	97.5%	97.7%
4-10: 収集癖	98.0%	98.5%	98.7%	95.7%	99.0%	98.7%
4-11: 物や衣類を壊す	95.9%	98.8%	98.8%	98.7%	99.5%	98.8%
4-12: ひどい物忘れ	54.1%	54.1%	55.4%	40.9%	59.1%	55.1%
4-13: 独り言・独り笑い	93.2%	95.4%	95.7%	92.2%	97.0%	95.6%
4-14: 自分勝手に行動する	90.5%	92.4%	92.6%	90.0%	93.1%	92.6%
4-15: 話がまとまらない	89.9%	90.0%	90.7%	83.0%	93.6%	90.4%
5-1: 薬の内服	23.6%	27.8%	29.1%	14.3%	33.5%	28.7%
5-2: 金銭の管理	28.4%	28.0%	28.9%	18.7%	30.5%	28.8%
5-3: 日常の意思決定	33.8%	30.6%	32.0%	16.5%	36.5%	31.5%
5-4: 集団への不適応	99.3%	98.8%	98.8%	98.7%	100.0%	98.6%
5-5: 買い物	8.8%	9.9%	10.3%	5.7%	7.4%	10.6%
5-6: 簡単な調理	20.3%	20.6%	21.2%	13.9%	22.7%	21.1%

注) *は0.5%水準、**は1%水準、***は0.1%水準で有意であることを示す。

表 7-1：訪問り八利用者の状態悪化割合（2013年9月～2014年9月）

	非利用 n=4	利用 n=108	在宅 n=103	非在宅 n=5	非継続 n=23	継続 n=80
1-1: 麻痺	0.0%	5.6%	5.8%	0.0%	4.3%	6.3%
1-2: 拘縮	0.0%	5.6%	4.9%	20.0%	4.3%	5.0%
1-3: 寝返り	25.0%	13.9%	12.6%	40.0%	13.0%	12.5%
1-4: 起上り	25.0%	9.3%	6.8%	60.0% ***	8.7%	6.3%
1-5: 座位保持	25.0%	13.9%	13.6%	20.0%	17.4%	12.5%
1-6: 両足での立位	0.0%	13.0%	10.7%	60.0% **	17.4%	8.8%
1-7: 歩行	0.0%	6.5%	5.8%	20.0%	17.4%	2.5% **
1-8: 立上り	25.0%	6.5%	4.9%	40.0% **	4.3%	5.0%
1-9: 片足での立位	25.0%	13.0%	9.7%	80.0% ***	21.7%	6.3% *
1-10: 洗身	25.0%	17.6%	15.5%	60.0% *	17.4%	15.0%
1-11: 爪切り	0.0%	13.0%	11.7%	40.0%	17.4%	10.0%
1-12: 視力	0.0%	9.3%	8.7%	20.0%	13.0%	7.5%
1-13: 聴力	25.0%	5.6%	5.8%	0.0%	4.3%	6.3%
2-1: 移乗	0.0%	13.0%	10.7%	60.0% **	17.4%	8.8%
2-2: 移動	0.0%	20.4%	17.5%	80.0% ***	21.7%	16.3%
2-3: 嚙下	0.0%	11.1%	10.7%	20.0%	4.3%	12.5%
2-4: 食事摂取	25.0%	1.9% **	1.9%	0.0%	4.3%	1.3%
2-5: 排尿	25.0%	14.8%	11.7%	80.0% ***	21.7%	8.8%
2-6: 排便	25.0%	14.8%	11.7%	80.0% ***	17.4%	10.0%
2-7: 口腔清潔	25.0%	10.2%	7.8%	60.0% ***	13.0%	6.3%
2-8: 洗顔	0.0%	8.3%	6.8%	40.0% **	8.7%	6.3%
2-9: 整髪	25.0%	7.4%	4.9%	60.0% ***	4.3%	5.0%
2-10: 上衣の着脱	25.0%	13.0%	10.7%	60.0% **	17.4%	8.8%
2-11: スポン等の着脱	25.0%	14.8%	12.6%	60.0% **	21.7%	10.0%
2-12: 外出頻度	25.0%	10.2%	7.8%	60.0% ***	8.7%	7.5%
3-1: 意思の伝達	0.0%	4.6%	2.9%	40.0% ***	4.3%	2.5%
3-2: 毎日の日課を理解	0.0%	4.6%	1.9%	60.0% ***	4.3%	1.3%
3-3: 生年月日をいう	0.0%	1.9%	1.0%	20.0% **	4.3%	0.0%
3-4: 短期記憶	0.0%	8.3%	6.8%	40.0% **	13.0%	5.0%
3-5: 自分の名前をいう	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
3-6: 今の季節を理解	0.0%	0.9%	1.0%	0.0%	0.0%	1.3%
3-7: 場所の理解	0.0%	1.9%	1.9%	0.0%	4.3%	1.3%
3-8: 徘徊	0.0%	0.9%	0.0%	20.0% ***	0.0%	0.0%
3-9: 外出して戻れない	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
4-1: 被害的	0.0%	6.5%	6.8%	0.0%	8.7%	6.3%
4-2: 作話	0.0%	3.7%	3.9%	0.0%	4.3%	3.8%
4-3: 感情が不安定	25.0%	7.4%	6.8%	20.0%	4.3%	7.5%
4-4: 昼夜逆転	0.0%	6.5%	4.9%	40.0% **	4.3%	5.0%
4-5: 同じ話をする	0.0%	8.3%	8.7%	0.0%	21.7%	5.0% *
4-6: 大声を出す	0.0%	5.6%	3.9%	40.0% ***	4.3%	3.8%
4-7: 介護に抵抗	0.0%	2.8%	1.9%	20.0% *	4.3%	1.3%
4-8: 落ち着きなし	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
4-9: 一人で出たがる	0.0%	0.9%	1.0%	0.0%	4.3%	0.0%
4-10: 収集癖	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
4-11: 物や衣類を壊す	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
4-12: ひどい物忘れ	0.0%	11.1%	11.7%	0.0%	17.4%	10.0%
4-13: 独り言・独り笑い	0.0%	0.9%	1.0%	0.0%	0.0%	1.3%
4-14: 自分勝手に行動する	0.0%	5.6%	2.9%	60.0% ***	0.0%	3.8%
4-15: 話がまとまらない	0.0%	2.8%	2.9%	0.0%	4.3%	2.5%
5-1: 薬の内服	25.0%	14.8%	12.6%	60.0% **	13.0%	12.5%
5-2: 金銭の管理	0.0%	13.9%	12.6%	40.0%	17.4%	11.3%
5-3: 日常の意思決定	25.0%	16.7%	15.5%	40.0%	17.4%	15.0%
5-4: 集団への不適応	0.0%	0.9%	0.0%	20.0% ***	0.0%	0.0%
5-5: 買い物	0.0%	10.2%	10.7%	0.0%	13.0%	10.0%
5-6: 簡単な調理	0.0%	5.6%	5.8%	0.0%	8.7%	5.0%
6-1: 障害高齢者自立度	25.0%	12.0%	9.7%	60.0% ***	17.4%	7.5%
6-2: 認知症高齢者自立度	0.0%	25.0%	23.3%	60.0%	26.1%	22.5%

注) *は0.5%水準、**は1%水準、***は0.1%水準で有意であることを示す。

表 7-2：通所り八利用者の状態悪化割合（2013年9月～2014年9月）

	非利用 n=148	利用 n=2,652	在宅 n=2,422	非在宅 n=230	非継続 n=203	継続 n=2,219
1-1: 麻痺	4.7%	5.9%	6.0%	4.8%	7.4%	5.9%
1-2: 拘縮	5.4%	4.8%	4.9%	3.9%	7.4%	4.6%
1-3: 寝返り	21.6%	11.0% ***	9.9%	22.6% ***	9.9%	9.9%
1-4: 起上り	17.6%	6.7% ***	5.3%	22.2% ***	8.4%	5.0% *
1-5: 座位保持	23.0%	14.6% ***	13.6%	25.2% ***	17.2%	13.2%
1-6: 両足での立位	20.9%	10.9% ***	9.7%	23.5% ***	15.3%	9.2% **
1-7: 歩行	22.3%	12.2% ***	10.7%	27.8% ***	16.7%	10.1% **
1-8: 立上り	17.6%	6.4% ***	5.2%	19.1% ***	6.9%	5.0%
1-9: 片足での立位	21.6%	10.1% ***	8.8%	23.9% ***	12.3%	8.5%
1-10: 洗身	22.3%	14.8% *	12.8%	35.7% ***	22.7%	11.9% ***
1-11: 爪切り	19.6%	14.8%	13.5%	28.7% ***	17.7%	13.1%
1-12: 視力	16.9%	8.7% ***	8.2%	13.9% **	11.8%	7.9%
1-13: 聴力	10.1%	9.5%	9.0%	14.3% **	9.9%	8.9%
2-1: 移乗	23.0%	9.8% ***	7.6%	33.5% ***	14.8%	6.9% ***
2-2: 移動	20.9%	13.5% ***	10.9%	40.9% ***	17.2%	10.4% **
2-3: 嚙下	18.2%	8.9% ***	8.8%	10.9%	13.3%	8.3% *
2-4: 食事摂取	19.6%	7.2% ***	6.1%	18.7% ***	10.3%	5.7% **
2-5: 排尿	25.0%	12.8% ***	10.7%	35.2% ***	15.8%	10.2% *
2-6: 排便	18.9%	11.7% **	9.0%	40.0% ***	15.3%	8.4% **
2-7: 口腔清潔	23.6%	11.2% ***	8.8%	36.1% ***	11.8%	8.6%
2-8: 洗顔	18.9%	10.5% **	8.1%	36.5% ***	12.8%	7.6% **
2-9: 整髪	20.3%	10.0% ***	8.2%	29.1% ***	10.3%	8.0%
2-10: 上衣の着脱	27.0%	13.0% ***	11.0%	34.8% ***	17.7%	10.4% **
2-11: スポン等の着脱	24.3%	13.8% ***	11.5%	37.4% ***	17.2%	11.0% **
2-12: 外出頻度	25.0%	6.8% ***	3.8%	38.7% ***	14.3%	2.8% ***
3-1: 意思の伝達	21.6%	5.4% ***	4.5%	14.3% ***	7.9%	4.2% *
3-2: 毎日の日課を理解	14.9%	6.7% ***	5.2%	22.2% ***	8.4%	5.0% *
3-3: 生年月日をいう	13.5%	2.9% ***	2.4%	9.1% ***	4.9%	2.1% *
3-4: 短期記憶	12.2%	9.4%	8.8%	15.7% ***	10.3%	8.7%
3-5: 自分の名前をいう	7.4%	0.6% ***	0.5%	2.2% **	2.0%	0.4% **
3-6: 今の季節を理解	10.8%	7.0%	5.5%	22.6% ***	10.8%	5.0% ***
3-7: 場所の理解	15.5%	4.0% ***	2.4%	20.4% ***	4.9%	2.2% *
3-8: 徘徊	2.0%	1.5%	1.0%	6.5% ***	1.0%	1.0%
3-9: 外出して戻れない	1.4%	1.1%	0.7%	4.8% ***	0.5%	0.7%
4-1: 被害的	1.4%	3.4%	3.1%	7.0% **	6.9%	2.7% **
4-2: 作話	5.4%	5.7%	5.4%	8.3%	9.4%	5.0% **
4-3: 感情が不安定	2.7%	6.7%	6.1%	13.0% ***	8.9%	5.8%
4-4: 昼夜逆転	6.1%	5.1%	4.7%	9.1% **	7.9%	4.4% *
4-5: 同じ話をする	9.5%	8.4%	7.9%	13.9% **	6.4%	8.1%
4-6: 大声を出す	3.4%	4.0%	3.5%	9.6% ***	4.4%	3.4%
4-7: 介護に抵抗	2.7%	2.7%	2.1%	9.1% ***	3.4%	2.0%
4-8: 落ち着きなし	0.0%	1.8%	1.2%	8.7% ***	2.0%	1.1%
4-9: 一人で出たがる	1.4%	1.3%	1.0%	4.3% ***	1.0%	1.0%
4-10: 収集癖	1.4%	1.1%	0.9%	3.5% ***	3.4%	0.7% ***
4-11: 物や衣類を壊す	2.0%	0.8%	0.5%	3.0% ***	1.0%	0.5%
4-12: ひどい物忘れ	11.5%	11.4%	11.7%	8.3%	14.3%	11.4%
4-13: 独り言・独り笑い	3.4%	2.9%	2.6%	6.1% **	3.9%	2.5%
4-14: 自分勝手に行動する	5.4%	6.3%	5.2%	17.0% ***	8.4%	5.0% *
4-15: 話がまとまらない	4.1%	5.9%	5.1%	14.3% ***	6.9%	4.9%
5-1: 薬の内服	23.0%	11.4% ***	9.9%	27.0% ***	22.2%	8.8% ***
5-2: 金銭の管理	11.5%	12.6%	11.4%	25.7% ***	12.3%	11.3%
5-3: 日常の意思決定	23.6%	14.7% **	13.3%	29.1% ***	22.7%	12.5% ***
5-4: 集団への不適応	2.7%	1.1%	1.1%	1.7%	2.0%	1.0%
5-5: 買い物	6.1%	8.5%	8.1%	12.6% *	9.4%	8.0%
5-6: 簡単な調理	6.1%	4.8%	4.2%	10.4% ***	7.9%	3.9% **
6-1: 障害高齢者自立度	37.2%	20.8% ***	18.3%	47.0% ***	26.1%	17.6% **
6-2: 認知症高齢者自立度	37.2%	27.6% *	26.0%	44.8% ***	34.5%	25.2% **

注) *は0.5%水準、**は1%水準、***は0.1%水準で有意であることを示す。

表 8 : 通所リハ利用者（非継続群）の状態変化別・サービス利用率（2014年9月）

障害自立度の変化 認知症自立度の変化	非継続群				参考	
	維持改善 維持改善 n=114	悪化 維持改善 N=19	維持改善 悪化 n=36	悪化 悪化 m=34	継続群 n=2,219	非継続群 n=203
サービス利用率(2014年)						
訪問介護	28.9%	42.1%	27.8%	17.6%	25.6%	28.1%
訪問入浴介護	4.4%	0.0%	0.0%	5.9%	0.4%	3.4%
訪問看護	14.0%	26.3%	19.4%	14.7%	7.0%	16.3%
訪問リハビリテーション	0.9%	15.8%	0.0%	2.9%	0.2%	2.5%
通所介護	39.5%	26.3%	41.7%	32.4%	9.8%	37.4%
通所リハビリテーション	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
福祉用具貸与	64.9%	57.9%	61.1%	50.0%	52.9%	61.1%
短期入所生活介護	11.4%	5.3%	11.1%	41.2%	10.4%	15.8%
短期入所療養介護(介護老人保健施設)	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	2.8%	0.0%
短期入所療養介護(介護療養型医療施設等)	1.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.5%	1.0%
居宅療養管理指導	9.6%	26.3%	8.3%	5.9%	3.7%	10.3%
特定福祉用具販売	0.9%	0.0%	0.0%	0.0%	0.8%	0.5%
住宅改修	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.4%	0.0%
認知症対応型通所介護	0.9%	0.0%	2.8%	0.0%	0.4%	1.0%
小規模多機能型居宅介護	5.3%	15.8%	2.8%	8.8%	0.0%	6.4%
居宅介護支援	92.1%	84.2%	94.4%	73.5%	99.9%	88.7%

注) 利用実績のないサービスについては掲載していない。

厚生労働科学研究費補助金(長寿科学政策研究事業)
「要介護高齢者の生活機能向上に資する効果的な生活期リハビリテーション/
リハビリテーションマネジメントのあり方に関する総合的研究」
平成 28 年度分担研究報告書

多職種が参加する会議に必要なファシリテーションスキルに関する研究

研究分担者 篠田道子 (日本福祉大学社会福祉学部 教授)

研究協力者 木村圭佑 (日本福祉大学大学院 実務家教員)

研究協力者 宇佐美千鶴 (日本福祉大学大学院 実務家教員)

【概要】

本調査の目的は、多職種が参加する会議(サービス担当者会議やリハビリテーション会議等)に必要なファシリテーションスキルを抽出することである。方法として、多職種が参加する授業(ケースメソッド)の様子を録画・録音し、その映像と音声を5名の分析者が3段階で分析した。

結果は以下の通りである。

- ・録画・録音時間は1時間13分であった。その映像と音声を5名の分析者が61の文節に整理し、次の7つのファシリテーションスキルを抽出した。傾聴、確認、言い換え(要約)、議論を整理する、トラッキング(方向転換)、沈黙への対応、安心できる場づくり、であった。
- ・出現頻度が高かったスキルは、傾聴、確認、言い換え(要約)であった。これらのスキルは、単独で使われている場面と、組み合わせている場面があった。いずれも発言者の発言をきちんと受け止め、発言内容を確認してから、議論に組み入れるなど、丁寧なファシリテーションスキルであり、安心して発言できる場づくりにも貢献していた。また、発言と次の発言を上手く重ね、議論を軌道に乗せる役割もあった。
- ・今回の授業では、ファシリテーターが反論や対立(コンフリクト)に対応している場面は見受けられなかったが、議論を整理する中で、異なる発言を整理したり、トラッキング(方向転換)で、判断の是非を問う発問を投げかけることで、議論を深めていた。

討論の中で展開されるコンフリクトは、知的活動をさらに深化させ、新しい知見を獲得するチャンスでもあるが、議論の整理の仕方や発問内容を工夫することで、豊かな議論ができることが示唆された。

A.はじめに

本研究は、ケースメソッド教育におけるディスカッションリードのスキルを分析したものを、多職種が参加する会議(サービス担当者会議やリハビリテーション会議等)のファシリテーションスキルに応用したものである。本調査では、ディスカッションリードとフ

ファシリテーターは同義語として取り扱う。

ケースメソッド教育とは、高木・竹内(2010)によれば、「訓練主題の含まれるケース教材を用いてディスカッションを行う体系的な教育行動」と定義されている。ケースメソッドの授業は、実践事例をもとに教育課題を盛り込んで作成したケース教材を用い、多様な背景を持つ参加者が討論を通して学びを深める授業であり、外観上の特徴として4点ある。

ケース教材、ディスカッション、協働的な討論態度、ディスカッションリーダーである。

高木・竹内(2006)によれば、ディスカッションリーダーとは、参加者主体性を尊重しつつ、マネジメントの課題解決に向けた議論を舵取りし、創造的で生産的な知的創造型の討論となるようリードするスキルを展開する人としている。ファシリテーションとディスカッションリードは重なる部分が多いが、教育目的が異なっている。ディスカッションリードは「討論して学ばせる」という教育目的に基づく行為であるが、ファシリテーションにはそこまでの含意はない。

また、ケースメソッド教育はケースを用いた「協働学習の場」であり、実践力を高める教育方法でもある。最近では、ビジネス界だけでなく、公衆衛生、医学、福祉、養護教諭養成カリキュラムにもケースメソッド教育が導入されている。筆者ら勤務している大学院でも多職種連携教育の一つとして位置付けている。

ケースメソッド教育では、ディスカッションリーダーのファシリテーションスキルが、討論を左右するといっても過言ではない。ただし、これらスキルは暗黙知であり、言語化することは難しいとされてきた。暗黙知が埋もれていることは、チームや組織にとっては損失であり、言語化することで知識の共有や伝承を試みたいものである。

そこで、本調査では、多職種が参加する会議(サービス担当者会議やリハビリテーション会議等)に必要なファシリテーションスキルの抽出を試みた。方法として、熟達したファシリテーターと多職種が参加する授業(ケースメソッド)の様子を録画・録音し、その映像と音声を5名の分析者が3段階で分析した。

B.対象および方法

1.対象と方法

平成28年9月16日に、多職種連携・協働をテーマとしたケース教材「主任生活相談員 佐藤のゆらぎ『僕はどうすればいいんだ!』」(概要参照)を使って、ケースメソッドの授業の参加経験がある多職種13名による討論(グループ討論とクラス討論)を行った。ファシリテーター(ディスカッションリーダー)は、大学院で多職種連携教育を体系的に学び、かつ、ケースメソッド授業の運営経験がある者が担当した。

討論の様子は、参加者の承諾を得て録画・録音した。

後日、その映像と音声を再生し、ケースメソッド授業を多く経験している多職種5名が内容を分析した。内容分析は3回実施した。分析方法の詳細は後述する。

【ケース教材「主任相談員佐藤のゆらぎ『僕はどうすればいいんだ』』の概要】

デイサービスセンター福祉園は、NPO法人が運営する新設の小さな施設である。「利用者の想いを共に叶える寄り添う介護」という方針のもとに、徐々に利用者が増えてきて、介護現場は多忙を極めている。主任生活相談員の佐藤は、この施設の介護方針に共感し、半年前に転職した。ある日、Aさんという利用者の介護をめぐって、家族、担当ケアマネジャー、施設のベテラン介護リーダーとの意見の食い違いが起こった。対応を一任された佐藤は、関係者間の意見を調整することができずにいる。

佐藤は、関係者間の調整が優先されるサービスのあり方に疑問を持ち始めた。このままでは施設の介護方針が揺らいでしまうと判断し、勇気を持って発言した。しかし、「主任は理想ばかり言っている」「現場を理解していない」と介護職員から異論が相次いだ。現場の意見も十分理解できるものの、必ずしも利用者主体のサービスにはなっていない現状にゆらぎ、対応に苦慮している。

2. 分析方法

以下の3段階で分析した。

第1段階：授業の過程に沿って、再生した映像と音声をもとに、5名の分析者が「まとまりのある文節」に分ける作業を行った。

第2段階：篠田ら（2010）の先行研究を参考に、文節ごとにファシリテーションスキルを抽出した。同じ文節の中に、2つ以上の異なるスキルがある場合は、各々を別のスキルとして分類した。

第3段階：分類したファシリテーションスキルについて、5名の分析者が3回にわたって検討し、確認作業を繰り返し行った。

3. 倫理的配慮

協力者への依頼にあたって目的、方法について口頭で説明した。協力は自由な意思であること、参加を断っても不利益は一切生じないこと、結果は匿名性を確保した上で、研究目的で発表することがあることを説明し、承諾を得た。

C. 結果

1. ファシリテーションスキルは7つ

録画・録音時間は1時間13分で、61の文節に整理した。分析の結果、次の7のファシリテーションスキルを抽出した。傾聴、確認、言い換え（要約）、議論を整理する、トラッキング（方向づけ）、沈黙への対応、安心できる場づくり、であった。

以下、スキルの概要を説明する。

傾聴：発言者の発言を肯定的に受け止め、「受け止めた」というメッセージを出したり、うなずいたり、相づちをうったりすることである。

確認：傾聴と重なる部分もあるが、発言者の発言をそのまま受け入れて、復唱することである。このスキルは単純ではあるが、この作業を繰り返すことで、参加者はこのファ

シリテーターには発言しても大丈夫、という安心感を持ってもらえる。

言い換え（要約）：発言者のなまの声を活かしつつも、議論が活性化するように加工する（言い換えや要約する）作業である。キーワードとして板書することが多い。キーワードは分かりやすいだけでなく、発言の持つ意味や思いを表現する力が必要である。

議論を整理する：議論の交通整理である。発言の意味づけや根拠を考えながら、発言と発言の関係性を示したり（発言をつなげる）、異なる発言（対立軸）を明らかにするスキルである。交通整理をする際、キーワードがあると分かりやすくなる。

トラッキング（方向づけ）：議論を方向づけたり、新しい視点からの発言を促すスキルである。多くの場合は、ファシリテーターによる発問（発言の深掘りをしたり、視点を広げたい、議論を方向づけたい時に用いる）によって行われる。

沈黙への対応：議論の場ではしばしば沈黙が起こる。沈黙は3種類に分けられる。（ ）参加者が思考を整理している場合、（ ）参加者が発言に躊躇している場合（「こんなことを発言しても良いのか」など）、（ ）発言が出尽くしている場合である。（ ）の対応は、考える時間をつくって待つ、（ ）発言を促すような問いかけをする、（ ）待っていても状況は変化しないので、次の段階に移行する。

安心できる場づくり：どのような意見も受け入れる雰囲気醸し出すことであり、すべての発言を受け入れることである。ここでは、ケースメソッドの徳の一つである「寛容」を貫くことである。「寛容」とは、世の中にある多くの立場を受け入れる度量である。自分とは異なる意見や考え方を受け入れることは多職種と信頼関係を築く第一歩でもある。

2. 頻度の高いスキルは、「傾聴」「確認」「言い換え（要約）」の3つ

出現頻度が高かったスキルは、傾聴（4回）、確認（8回）、言い換え（要約）（15回）であった。特に「言い換え（要約）する」の頻度が高く、これは先行研究とも一致した。確認は、参加者の発言を無加工でそのまま取り扱うことで、言い換え（要約）は、発言の意図や意味を変えずに加工することである。

これらのスキルは、単独で使われている場面と、組み合わせている場面があった。いずれも、発言者の発言をきちんと受け止め、発言内容を確認してから、議論に組み入れていた。また、発言と次の発言を上手く重ね、議論を軌道に乗せる役割もある。

3. 議論を整理する、トラッキングは議論を深めるスキル

今回の授業ではファシリテーターが反論や対立（コンフリクト）に対応している場面は見受けられなかったが、議論を整理する中で、異なる発言を整理したり、トラッキング（方向転換）で、判断の是非を問う発問を投げかけることで、発言数が増えたり、意味深い発言が出てくるなど、発言の内容が変化した。

討論の中で展開されるコンフリクトは、知的活動をさらに深化させ、新しい知見を獲得するチャンスでもあるが、議論の整理の仕方や発問内容を工夫することで、豊かな議論ができることが示唆された。

D.考察

1. すべてを受け入れる温かい雰囲気や安心できる場づくりは多職種連携・協働の第一歩

出現頻度の高かったファシリテーションスキルは、傾聴（4回）、確認（8回）、言い換え（要約）（15回）であった。これらのスキルは「発言を否定しない」「どのような発言も丁寧に扱う」「まずはすべてを受け入れる」など、安心できる場づくりのスキルとも重なる。

参加者の発言を傾聴し、否定することなく、確認しながら、言い換えたり、要約しながら議論の中に組み入れ、まとまりのある知見に作り上げていく。これはファシリテーターにとって、最も苦勞する作業である。たとえ、上手く議論に組み入れられなかったとしても、ファシリテーターの苦勞している姿は、誠実な姿として参加者に伝わる。

多職種連携やその職種が持つ暗黙知を共有するのは時間がかかるものである。大串（2007）は、他人がもつ暗黙知を獲得（あるいは共有・伝達）するには、その暗黙知が獲得された状況と同じ状況を再現して、同じ体験を同様なコンテキスト（文脈）で共有する必要があると指摘している。

一人ひとりが暗黙知の隙間を埋め、職種としての境界をできるだけ少なくし、オーバーラップしながら進めていくことがポイントである。そのためには、職種のヒエラルキーをなくし、メンバーが率直に発言できる安心した場づくりが必要である。

一方で、温かい雰囲気や安心できる場づくりで、ファシリテーターが行ってはいけないことは、発言に優劣をつけたり、何らかの価値判断をすることである。これらは中立的な会議運営を妨げてしまう。特に医療の現場にはヒエラルキーや権威勾配が存在しているため、これらの壁を取り除いた運営が求められる。中立的な会議運営スキルは、多職種連携・協働の前提であり、ファシリテーターが最もエネルギーを費やすスキルでもある。

佐野（2005）は、ケースメソッド授業を参与観察した結果、最も多かったディスカッションリードのスキルは、学生の発話内容を確認するスキル（本調査では、傾聴、確認、言い換えに該当）であると報告している。さらに、教師がこのスキルを繰り返すことで、参加者が発言内容を自ら確認できること、ファシリテーターが苦勞しながら要約している姿を見て、参加者自らが、発言内容をブラッシュアップするような相乗効果もあると指摘している。

医療・福祉サービスは弱い立場の人を対象にしているサービスである。苦勞しながらも、発言を捨てることなく、確認や言い換えをしながら議論に組み入れようとする誠実な姿は、多職種だけでなく、本人・家族にも会議参加へのモチベーション向上が期待できる。

2. 議論を整理したり、方向づけることで豊かな話し合いを展開する

ケースメソッド教育では、「正しさ」を追究することよりも、「豊かな議論をする」ことに価値を置いている。これは、利用者の支援方法を考えることと重なる。何が利用者にとってベストな方法かを決定する権利は多職種にはない。正しさよりは、多職種の視点が入った豊かな選択肢を提示し、全力で自己決定を支えることが求められている。

豊かな話し合いで必要になるスキルは、議論を整理する、トラッキング(方向づけ)である。議論の交通整理とは、発言の意味づけを考えながら、発言と発言の関係性を示したり(発言をつなげる)、異なる発言(対立軸)を明らかにするスキルである。ファシリテーターが議論に参加してしまうと参加者と同列になってしまい、中立な運営ができにくくなってしまうので、注意が必要である。

トラッキング(方向づけ)とは、議論を方向づけたり、新しい視点からの発言を促すスキルである。多くの場合は、ファシリテーターによる発問によって行われる。発問は分かりにくいスキルであるが、発言の意味を深く掘り下げる、視点を広げる、議論を方向づけたい時に用いるものである。佐野(2005)は、豊かな発言は、質の高い発言を促すファシリテーターの発問によって誘導されていると指摘している。

3. 反論や対立を上手く扱うことで、多職種チームに活力を与える

討論の中で展開される反論や対立(コンフリクト)は、知的活動をさらに深化させ、新しい知見を獲得するチャンスでもある。ファシリテーションを行う過程では、コンフリクトは避けて通れない。参加者とともにコンフリクトに立ち向かい、論点を整理・分析しながら、新たな考えやアイディを創発することが期待されている。コンフリクトをマイナスと捉えるのではなく、チームづくりに必要なスキルとして位置づけ、プラスに転換するエネルギーが多職種連携力になる。

しかし、今回の授業では、ファシリテーターがコンフリクトに対応している場面は見受けられなかった。これは、参加者が顔見知りで、ケースメソッド授業に慣れていることなどが考えられる。

また、ケースメソッドでは、ケース教材という事実をそのまま切り取っているため、ケースによっては対立軸が弱いものもある。対立軸が浮き彫りにならなくても、議論を交通整理することで、発言と発言の関係性を整理したり、異なる発言(対立軸)を明らかにすることができる。

E. 結論

以上のことから、本調査から得られた結論は以下の通りである。

多職種が参加する会議に必要なファシリテーションスキルを7つ抽出した。

出現頻度の高かったスキルは、傾聴、確認、言い換え(要約)であった。いずれも、発言者の発言をきちんと受け止め、発言内容を確認してから、議論に組み入れるなど、丁寧なファシリテーションスキルであり、安心して発言できる場づくりにも貢献していた。また、発言と次の発言を上手く重ね、議論を軌道に乗せる役割もある。

議論を整理する中で、異なる発言を整理したり、トラッキング(方向転換)で、判断の是非を問う発問を投げかけることで、議論を深めていた。討論の中で展開されるコンフリクトは、知的活動をさらに深化させ、新しい知見を獲得するチャンスでもあるが、議論の整理の仕方や発問内容を工夫することで、豊かな議論ができることが示唆された。

【文献】

- ・大串正樹（2007）:「ナレッジマネジメント—創造的な看護管理のための 12 章」, 医学書院, 東京, P193.
- ・佐野享子（2005）:「ケース・メソッド授業における教師・学生間の相互作用に関する一考察 ビジネス・スクールにおける討論授業での発話に焦点を当てて」, 京都大学高等教育研究第 11 号, P1-11.
- ・篠田道子、宇佐美千鶴（2010）:「多職種連携を高めるカンファレンスの進め方」, 東京, 日本看護協会出版会 .
- ・高木晴夫・竹内伸一（2006）:「実践！日本型ケースメソッド教育」ダイヤモンド社, 東京, P32.
- ・高木晴夫監修・竹内伸一（2010）: ケースメソッド教授法入門 理論・技法・演習・ココロ, 東京, 慶応義塾大学出版会 .

F. 健康危機情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的所有権の出願・登録状況

なし

リハ提供内容 / リハマネジメントに対するリハ医からみた評価

研究分担者 村尾 浩(神戸学院大学教授)

研究代表者 川越 雅弘(国立社会保障・人口問題研究所 部長)

【目的】

本研究の目的は、研究代表者である川越らが中心となって実施してきたリハビリテーション(以下、リハ)事例検討会の報告事例をもとに、リハ医の視点で、理学療法士(PT)等のリハ提供内容やマネジメント方法について評価を行うことにある。

【方法】

OT ジャーナルに掲載されている事例のなかから 5 事例会选择し、リハ医の視点で、PT 等のリハ提供内容やマネジメント方法について評価を行った。

【結果・考察】

5 事例の検証を行った。主なポイントを以下に示す。

- 1) ALS の事例については、経口摂取不能となることが予想されるため、かかりつけ医が経口摂取断念のタイミングを決め、本人や家族に説明するのが適切である
- 2) 脳卒中の事例(失語なし)については、外出を促すことが重要。そのためであれば、訪問リハよりも通所リハの方が適切である
- 3) 失語症を伴った脳卒中事例については、運動機能よりも社会性が失われることが多いため、本人のみならず周辺の人々(家族や友人、ケア提供者)にも失語症の特徴を良く理解させることがポイントである
- 4) パーソナリティ障害に伴う大腿骨頸部骨折の事例については、性格に合わせた目標設定や関わり方が重要であり、パーソナリティ障害の基本的な知識をサービス提供者側が修得しておくことが望ましい
- 5) パーキンソン病の事例については、薬効にばらつきを認めたり、副作用を伴ったりすることも多い。また、うつ状態や不安障害等の精神症状を合併することもしばしばである。疾病に伴う症状の特徴や予測される機能予後についての説明がリハを継続する上でのポイントである

【結論】

障害を軽減させる目的の治療に加えて、医学・医療の分野に限らず、保健や社会福祉の分野をも含みながら、社会復帰、社会参加、充実した生活の提供を支援するリハは現代社会においては必要不可欠である。

リハを実践する現場では、リハ科専門医との連携を促進する仕組み作りが課題と考えられる。最後に今後、リハ科専門医を養成する医育機関が増えることを期待したい。

A. 研究目的

本研究の目的は、研究代表者である川越らが中心となって実施してきたリハ事例検討会の報告事例をもとに、リハ医の視点で、理学療法士(PT)等のリハ提供内容やマネジメント方法について評価を行うことにある。

B. 方法

OT ジャーナルに掲載されている事例のなかから 5 事例会选择し、リハ医の視点で、PT 等のリハ提供内容やマネジメント方法について評価を行った。

C. 結果および D. 考察

1) 事例 1 について

筋萎縮性側索硬化症(ALS)、60 歳代、男性。

ALS は進行性の神経変性疾患であり、いずれは経口摂取不能となることが予想されるので、どのタイミングで経口摂取を断念するかがポイントと考えられる。

この事例については、かかりつけ医が経口摂取断念のタイミングを決め本人や家族に説明するのが適切と考えた。

2) 事例 2 について

17年前発症の脳出血、60 歳代、女性。

脳卒中維持期のリハであり、社会参加の促進を図るのが適切である。外出を促す意味でケアプランにある訪問リハより通所リハの方が望ましいと考えられる。

歩行補助具については、具体的には本人の希望に合わせた選定が適切である。また、性格に合わせた目標設定も临床上重要であり評価項目の1つに加えておくべきと考えた。

3) 事例 3 について

3 年前発症の脳出血、50 歳代、男性。

脳卒中維持期のリハであり、社会参加の促進を図るのが適切である。事例2と異なるのは失語症を合併している点である。臨床上しばしば遭遇するのは左被殻出血による右片麻痺および失語症事例で、運動機能は良好でも失語症を伴うと社会性が失われる。本人のみならず周辺の人々(家族や友人、ケア提供者)にも失語症の特徴を良く理解させることがポイントと考えた。

4) 事例 4 について

大腿骨頸部骨折術後、パーソナリティ障害、70 歳代、女性。

大腿骨頸部骨折術後の事例では、受傷前の歩行能力や ADL 能力に比較して、少し歩行能力や ADL 能力を低下した状態を目標に設定することが多い。本事例では、パーソナリティ障害に伴う生活のしづらさを自覚しているのが特徴である。事例2の記述にもあるように、性格に合わせた目標設定や関わり方も重要で、パーソナリティ障害の基本的な知識をサービス提供者側が修得しておくことが望ましいと考えた。

5) 事例 5 について

パーキンソン病、60 歳代、男性。

パーキンソン病は進行性の神経変性疾患であり、Hoehn-Yahr の病期分類に合わせた目標設定が重要である。

パーキンソン病の場合薬剤が良く使用されるが、薬効にばらつきを認めたり、副作用を伴ったりすることも多い。また、うつ状態や不安障害等の精神症状を合併することもしばしばである。疾病に伴う症状の特徴や予測される機能予後についての説明がリハを継続する上でのポイントと考えた。

E. 結論

リハとは、障害にもかかわらずもう一度その人らしい生活を再構築する課程であり、機能訓練はその一部である。すべての障害が可逆的であり、医療によって短期間で完治するのであれば、障害が残存した後の生活像を考慮する必要もない。しかし、現実には医学・医療のめざましい発展の影で障害を抱えての人生を送らざるを得ない事例が少なからず存在する。障害を軽減させる目的の治療に加えて、医学・医療の分野に限らず、保健や社会福祉の分野をも含みながら、社会復帰、社会参加、充実した生活の提供を支援するリハビリテーションは現代社会においては必要不可欠である。

リハの対象となる障害は、機能障害(impairment)、能力低下(disability)、社会的不利(handicaps)の3つのレベルに分類される。この3つの分類は、永続する機能障害が存在しても能力低下や社会的不利は克服しうることを分かりやすく説明する際に有用である。

障害という言葉はよく用いられているが、疾病や外傷に伴う障害像を適切に把握するためには、脳血管疾患、運動器疾患、神経・筋疾患、代謝性疾患、精神疾患等からくる障害像に加えて、パーソナリティ障害、発達障害(アスペルガー症候群を含む)に伴う生活のしづらさまで理解する必要があり広範かつ実用的知識が求められる。この広範かつ実用的な知識を医師が身につける為には、医師免許を取得した後も複数年にわたり日本リハビリテーション医学会が認定した指導医のもとでの実務経験が必要であるのも事実である。障害像を的確に把握し、適切な目標設定ができる医師はリハ科専門医であると考えられるが、本邦では少数である。

リハを実践する現場では、リハ科専門医との連携を促進する仕組み作りが課題と考えられる。最後に今後、リハ科専門医を養成する医育機関が増えることを期待したい。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文

- 1) 第3回多職種を交えたりハビリ事例検討会「経口摂取の継続に意欲的な、グループホームに入居中のALSの方への支援」, OTジャーナル, 50巻10号, pp.1124-1129(2016年9月号)
- 2) 第4回多職種を交えたりハビリ事例検討会「趣味活動に向けた外出支援へのアプローチ」, OTジャーナル, 50巻11号, pp.1226-1231(2016年10月号)
- 3) 第6回多職種を交えたりハビリ事例検討会「屋外歩行能力維持のため地域の社会資源の活用が必要な事例」, OTジャーナル, 50巻13号, pp.1416-1421(2016年11月号)
- 4) 第7回多職種を交えたりハビリ事例検討会「日常生活行動にこだわりが強く、とじこもりがちな事例」, OTジャーナル, 51巻1号, pp.56-62(2017年1月号)
- 5) 第8回多職種を交えたりハビリ事例検討会「身体症状の不安感より活動的に過ごせない方への在宅支援」, OTジャーナル, 51巻2号, pp.152-157(2017年2月号)

H. 知的所有権の出願・登録状況

なし

図表 1. 事例 1 の概要 / アセスメント情報 / 目標と援助方針

事例提示	
<p>A さん, 60 代後半, 男性, 要介護 5, 寝たきり度: C2, 認知症なし, 身長 170 cm, 体重 65 kg, BMI: 22.49 (普通).</p>	
<p>病歴・入院歴: 2009 年に ALS を発症し, 2011 年に歩行困難となり, また胃ろうを造設された. 2012 年秋より人工呼吸器を装着している. 2013 年春に重度身体障害者グループホームに転居した. 2014 年秋, 誤嚥性肺炎にて入院. 喉頭摘出術後, 永久気管孔の造設となった (咽頭気管分離術施行).</p>	
<p>家族: 妻と娘が近隣に在住し, 頻繁に来訪している. 受診等のため A さんが外出する際に同行している.</p>	
<p>介護: 介護ヘルパー (以下, ヘルパー) が 24 時間対応中である. ADL 全介助のため, 生活動作のほとんどをヘルパーの介助により行っている. 9 名で交代制をとっており, 介助スキルや食事の進み具合の違いで, 介助方法に不安を感じている方もいるとのことである.</p>	
<p>生活歴・職歴, 他: 自営していたが, ALS 発症後に廃業した.</p>	
<p>処方薬, 他: ①ランソプラゾール, ②クロチアゼパム, ③テブレノン, カルボシステイン (混合), ④酸化マグネシウム, ⑤ゾピクロン, フルニトラゼパム (混合), ⑥大建中湯, ⑦エネーボ (製), ⑧炭酸水素ナトリウム, ⑨ヘパリン類似物質+ベタメタゾンリン酸エステルナトリウム (混合), ⑩ヒアルロン酸ナトリウム, ⑪レボフロキサシン水和物, ⑫ヘパリン類似物質クリーム, ⑬ポステリザン (製).</p>	
<p>アセスメント, 目標, 予後予測については表 1~3 を参照.</p>	

表 1 アセスメント情報 (2016 年 3 月現在)

項目	内容
心身機能	<ul style="list-style-type: none"> ・四肢筋力低下著明 (MMT: 1 レベル), 頭部回旋, 前腕回内/回外: 2 ・本人が自力で可能な動作: ①食事の際の咀嚼・嚥下, ②「伝の心」使用の際のタッチセンサーを押す動作, ③「いいえ」, 「NO」サインの際にわずかな首振り ・球麻痺症状: ①顔面表情筋筋力低下, ②嚥下機能低下 ・呼吸状態: 人工呼吸器管理 ・食事の経口摂取: 自菌にて咀嚼, 嚥下も残渣物が出るが多くなりつつある. 1 回量はカレースプーン普通盛り. 開口約 2.5 cm に入る量. 食事摂取に要する時間は, 座位姿勢, 食事メニュー, 介助方法によって約 30~60 分と変動する. 1 回量が少量になると食塊形成がしにくく, 飲み込みづらさがあり, また咀嚼筋の筋疲労も出現し, 休憩することもある. 毎日の晩酌は欠かさない. 飲酒量 250~300 cc ・水分 in out バランス: 良好. 便は日によって性状変動がある (水様便~普通便)
コミュニケーション	<ul style="list-style-type: none"> ・現在発声困難のため, 以下の方法で対応中. 術前はスピーチカニューレを 24 時間装着. ①口唇読み取り: 単語, 短文や返事, ②コミュニケーションボード (透明文字盤): ベッド上臥位の場合に多用, ③電気式人工喉頭 (ニューボイス): 長文, 本人の細かい意思確認や意向を聞く際には有効, ④伝の心: メール, インターネット, 文章の入力等を使用
基本動作	自力では基本動作困難: 全介助
IADL	<ul style="list-style-type: none"> ・IADL スケール 2/5 満点 ・実施している IADL: ①買い物, ②外出, ③交通手段の利用, ④旅行, ⑤読書 (時々実施). すべてヘルパーや家族の介助が必要
ADL	Barthel Index: 15/100 点 (排便コントロール 5 点, 排尿コントロール 10 点)
社会との交流	時々 ALS 協会や難病に関連した講演会を行っている

表 2 目標と援助方針

項目	内容
本人の意向/思い	・おいしいものを食べ続けたい ・外出をし、他の ALS 患者への講演を続けたい ・車いすで今の生活をできるだけ維持したい
家族の意向/思い	本人の意思を尊重し支えていきたい
ケアマネジャーの援助方針と解決すべき課題	援助方針：進行性の疾患であることに留意し、安心で安全な生活の場の提供をする 解決すべき課題：安全、安心な生活を送れるようなケアの周知徹底、介護、医療、福祉の専門職との連携
利用している介護サービス等とそこでの様子	・ヘルパー（介護保険サービス・障害福祉サービス併用） ・重度障害福祉サービス（月 700 時間） ・訪問入浴サービス（週 3 回） ・訪問看護（看護師訪問 週 2 回、PT 訪問 週 2 回） ・訪問マッサージ（週 2 回） ・訪問診療（月 2 回） ・訪問歯科（月 1 回） ・要望もしっかりと伝えることができ、サービスに満足している様子 ・ヘルパー側の緊張感、不安が本人に伝わり本人もストレスや緊張感を感じることもあり
リハ職が設定した課題とその原因（予測）	PT：「伝の心」の使用能力の維持・低下予防、現状の食事状況を維持、コミュニケーション手段の選択ができるようサポートする ST：摂食、嚥下に関する能力の維持・低下予防、介助方法や食事内容の提案、状況に応じたコミュニケーションの選択ができる 上記課題の原因：徐々に進行している筋力低下、摂食嚥下能力の低下、交代制であるヘルパーによる介助方法の統一、連携が図れず、円滑に食事介助できないこともある
リハ職の援助方針	PT：食事姿勢や移乗動作を含めた調整と、ヘルパーへの伝達、コミュニケーション（伝の心、ニューボイス）に必要な筋の収縮練習（顔面表情筋、前腕回内・外筋） ST：コミュニケーション練習（ニューボイス）、食事内容、介助方法のチェック
長期・短期目標	3 カ月後：食事姿勢や介助方法を確立する、コミュニケーション手段の確立 6 カ月後：安定した食事を続けられる、講演会等の場への外出、講演・発表が続けられる、精神的支えの確立

出所) OT ジャーナル、50 巻 10 号、pp.1124-1129 (2016 年 9 月号)

図表 2. 事例 2 の概要 / アセスメント情報 / 目標と援助方針

事例提示
<p>A さん、60 代、女性。要介護 2。同居家族は、民生委員を務める夫とほぼ寝たきりの母。</p> <p>病歴：脳出血（17 年前）、アキレス腱延長術（2 年前）。</p> <p>処方薬：アムロジピン 2.5 mg（血圧コントロール）。</p> <p>住環境、他：マンションに暮らし、生活圏内は平地、地下鉄の駅が近い。性格は、いわゆる“大阪のおばちゃん”タイプ。チャレンジ精神と行動力がある。面倒見がいい。無理をしがち。せっかちで、細かいことは気にしない。</p> <p>生活歴：数年前に大阪から関東に転居し、翌年実家の母を呼び寄せた。母の介護、主婦業のかたわら、民生委員である夫のサポートや、町内会の会計係、小学校での読み聞かせボランティアを始める。一昨年に孫が誕生し、長女宅まで育児サポートに出かけることがある。趣味は料理、買い物、社交ダンス（現在休止中）、夫との外出や友人との外食等、多趣味。現在は筆ペンで葉書にアレンジした書体で文字を書く習いごと（伝筆）が楽しみ。</p> <p>アセスメント、目標等については表 1～3 を参照。</p>

表 1 アセスメント情報（評価日：2016 年 5 月）

項目	内容
心身機能	・中等度の左片麻痺（Br-stage III-III-IV）：麻痺側上肢は随意運動が乏しい。麻痺側下肢は若干足部分離運動あり、支持性良好 ・筋緊張異常（中枢部低下、末梢部亢進） ・麻痺側足関節、肩関節の可動域制限あり ・両側外反母趾（右側>左側）
ADL	・掃除：風呂、キッチン掃除は訪問介護、トイレ、床掃除は夫と協力し実施 ・洗濯：洗濯物干しは訪問介護と夫の協力で実施 ・買い物：週に 1 度訪問介護を利用し、商店街でまとめ買い。買い物が少ないときは近隣スーパーに 1 人で出かける（自転車にキャリーバッグを積む） ・料理：おおむね可能 ・金銭管理：自立 ・母の介護（起き上がり、ポータブルトイレ排泄、移乗、着替え、整容、食事）を行っている

表 2 目標と援助方針

項目	内容
本人の意向/思い	・今は母の介護が正直しんどいが、できないことや時間がかかることは手伝ってもらい、自分の趣味時間や夫との時間を大切にしたい ・筋肉の突っ張りがひどくならないようにして、ずっと自転車に乗って外出し、きれいに歩いていたい
家族の意向/思い	母の介護で無理をしないで、本人のやりたいようにしてほしい
ケアマネジャーが立てた解決すべき課題	主婦としての生活・外出能力の維持、母の介護援助
ケアマネジャーの援助方針	主婦活動や外出の援助をし、同居母の介護援助も行う。ボランティア活動の実施
利用している介護サービス等	Aさん：訪問介護：3回/週（掃除、洗濯干し、買い物）、訪問リハ1回/週（今年4月までは2回/週） 同居母：訪問介護 毎日、訪問リハ2回/週、通所介護 2回/週、短期入所 月1回（1週間前後）
リハ職が設定した課題	・キャリアバッグを持ってエスカレーターに乗降する ・麻痺側上下肢の筋緊張を調整し、自転車駆動や、エスカレーターの乗降安定につなげる ・生きがいづくりの時間を増やし、母の介護に対する精神的負担を軽減する
リハ職が設定した課題の原因予測	身体機能：エスカレーターでキャリアバッグを持ちながら足を踏み出すタイミングがとれていない、麻痺側下肢支持性も問題、恐怖心と緊張による筋肉筋緊張異常が認められる 個人・環境面：エレベーターが近くにない、練習できる時間が少ない 介護負担面：母の能力低下、特別養護老人ホームへの入所待機長期化、母の介護への責任感
リハ職の援助方針	・自転車や公共交通機関を使用し買い物や趣味活動に出かけられる。その際に、荷物や買ったものを楽に持ち運べる ・趣味活動や生きがいへのかわりを持ちながら、母介護負担の精神的負担軽減
長期・短期目標	3カ月後：自転車で地下鉄駅まで向かい、リハ職や夫もしくは他サービスの見守りのもとキャリアバッグを持ちながらエスカレーターに乗れる 6カ月後：自転車で地下鉄駅まで向かう。1人でキャリアバッグを持ちながらエスカレーターに乗り、買い物や買い物に出かけられる

出所)OTジャーナル、50巻11号、pp.1226-1231(2016年10月号)

図表 3. 事例 3 の概要 / アセスメント情報 / 目標と援助方針

事例提示

Aさん、50代、男性。身長185cm、体重88kg。要介護2。妻、次男、長女との四人暮らしで、主介護者は妻と次男。

生活歴、職歴：病前は運送業（長距離トラック運転手で地方へ荷物を運んでいた）に従事しており、自宅へ帰ることが少なく、家族とのかかわりは少なかった。

趣味：フィギュア収集、鉄道、釣り

病歴・経過：2013年秋に脳出血を発症し、入院。その後、在宅復帰し、2014年11月まで機能・活動中心の訪問リハを受けていた。しかし室内での転倒をきっかけに屋外歩行に対する恐怖感が強くなり、デイケア以外の外出機会はなくなった。訪問リハスタッフの退職に伴い、屋外活動の獲得を目的に当事業所へ移行となった（2015年4月）。

介入を継続することで恐怖感が軽減したので、訪問リハ（週1回）での外出訓練を導入。ケアマネジャーと協働し、ヘルパー（週1回）と情報共有をしつつ、身体介護（外出介助）に移行した。また、自発的な外出に向け、自立支援センター（自力で週1回外出）とも協働し、喚語困難に対してSTによる介入を開始した。

処方薬（朝-昼-夜-就寝前）：ニフェジピン 20mg（降圧剤）2-0-2-0、イミダプリル塩酸塩 5mg（降圧剤）2-0-2-0、ファモチジン 10mg（胃薬）2-0-2-0、ロキソプロフェン Na 錠 60mg（消炎鎮痛剤）3-3-3-0

表 1 アセスメント情報 (2015年4月1日現在)

項目	内容
心身機能	・右片麻痺：Br-stage：Ⅳ/Ⅲ/Ⅳ，表在・深部感覚正常 ・筋緊張亢進による疼痛：右大胸筋，右内転筋 ・高次脳機能：注意機能障害，遂行機能障害
コミュニケーション	健忘失語による喚語困難
基本動作	寝返り，起き上がり，立ち上がり：自立
歩行	・10m歩行テスト：55.2秒 ・屋内：伝い歩き-自立 ・屋外（平地・階段）：ロフトランドクラッチ，短下肢装具使用 ・3動作揃え型歩行：自立
ADL	・入浴：全介助（ダイケア） ・食事：自立（準備は介助） ・更衣，トイレ，整容：自立

表 2 目標と援助方針

項目	内容
本人の意向/思い	1人で外出や買物に行けるようになりたいが，恐い。自分が動くことで家族の足手まといになるのではと思うと何もできなくなる
家族の意向/思い	お風呂や調理等，自分のことは自分でしてほしい
リハ職が設定した課題と原因（予測）	【課題】近所のスーパー等までの安定した歩行ができない。金銭管理・時間の把握に不安がある。言葉の想起に時間がかかり，意思疎通ができない 【原因（予測）】身体機能低下，高次脳機能障害，失語症
リハ職の援助方針	平地・不整地歩行が安定し，目的地までの公共機関を使用したプランニングができ，意欲的に外出ができる
長期・短期目標	【期間・目標・週間プログラム】 1カ月：最寄り駅までの安定した歩行（週1回60分，訪問時約300mの歩行） 3カ月：既存外出プランの遂行（週2回60分ずつ，月2回隔週120分枠での外出訓練） 5カ月：自身での外出プラン立案（週1回60分，月1回120分枠での外出訓練） 6カ月：自身での外出プラン立案と遂行（週1回60分，訪問介護の外出支援へ移行） 【具体的目標】 3カ月：近くのスーパー（約500m）まで見守りで行くことができる 6カ月：見守りにて公共機関を利用し，外出することができる

出所) OT ジャーナル、50 巻 13 号、pp.1416-1421 (2016 年 12 月号)

図表 4. 事例 4 の概要 / アセスメント情報 / 目標と援助方針

事例提示

A さん，70 代前半，女性。要介護 1，寝たきり度 B2，認知症自立度Ⅲb。
病歴・入院歴：左大腿骨頸部骨折，腎結核，腰椎すべり症（円背）。現在は強迫性パーソナリティ障害，廃用症候群，右下腿潰瘍を有する。
家族：夫は自宅の 1 階で紙製品製造業を自営。日中は仕事，夜は町内会等で多忙だが時折，A さんのいる居住スペースにも顔を出す。娘は実家の家業を手伝っているが，結婚して家を出ている。小学生の孫は学校帰りに母と合流するためほぼ毎日顔を出している。なお，主介護者は家政婦だが，A さんとの接し方がわからず次々と替わっている。
生活歴・職歴：幼少期は身体が弱く，健康学園へ通う。24 歳で結婚し，家業の事務を担ってきた。30 代で不眠症と診断され，定期的に a 病院に通っていたが，薬が合わず通院中止。30 代後半から服用を続けている漢方薬であると思われる散剤を，寝る前に服薬している。本人曰く「鬱にいい」，「睡眠薬として飲んでい」とのこと。現在は外出機会もなく，とじこもりがちの生活である。過去，通所介護を利用したが送迎時間までに支度が間に合わず，数回で終了となった。
処方薬（朝-昼-夕-就寝前）：トコフェロールニコチン酸エステル製剤（微小循環系賦活剤）100 mg・2cp（1-0-1-0），ラクトミン製剤〔整腸剤（乳酸菌製剤）〕2T（1-0-1-0），プレガバリン〔疼痛治療剤（神経障害性疼痛・線維筋疼痛症）〕25 mg・4cp（1-0-1-0）

表 1 アセスメント情報 (2015年9月現在)

項目	内容
心身機能	身体面：下肢の感覚障害（冷感が著明で夏でも湯たんぽ、毛布を利用）、胸腰椎移行部の右側弯変形 精神面：昼夜逆転しており、時間を守ることが難しい。生理的欲求が最優先となり約束を守ることができない。細かなこだわりがあり、訂正できない
IADL	衣服、日用品を買いに行きたいという意欲はあるが、行動に結びつかない。洗濯・掃除は家政婦が実施。服薬は自己管理が可能
ADL	食事：1日2食、家政婦が用意したものを食べる。配膳下膳は原則Aさんの役割 排泄：毎回残尿感があり、1回1～2時間程度トイレにこもることがある。 整容：洗顔、化粧等の動作は自立。時間を守れないため、美容室へ行くことができず、最後に美容室へ行ったのは2年前である 入浴：週1回訪問入浴がくるが、実際入浴ができるのは月1回程度
社会との交流	日常生活や足の処置に追われ、テレビ、ラジオの利用なく、社会との交流は介護サービスのみ

表 2 目標と援助方針

項目	内容
本人の意向/思い	腰を伸ばして歩き、外へ出たい
家族の意向/思い	生活リズムが乱れているので、規則正しい生活をしてほしい。自宅内の転倒を予防したい
ケアマネジャーが設定した解決すべき課題	足のしびれや冷えがあり、夜に時間をかけて足の処置をするので昼夜逆転している。身体を動かさず、筋力が低下しており、転倒の危険がある
ケアマネジャーの援助方針	健康状態を悪化させないように、ご家族、訪問診療医・訪問看護と協力して支援する。筋力低下予防のためにリハを行う。楽に移動できるよう、用具の利用は継続する。自宅で楽に安全に入浴できるよう、訪問介護を導入する
利用している介護サービス等	往診医（精神科）、訪問介護、訪問マッサージ、福祉用具貸与（据置型手すり）
利用しているサービスでの様子	往診医（精神科）：本人の中にも現状を変えたい気持ちもあるが、変えてしまうと今の生活が崩れてしまうという不安感がある。本人の「変えたい気持ち」が強くなるのを待つしかない 訪問介護：食事、足の処置等で入浴できないことのほうが多い 訪問マッサージ：未聴取
リハ職が設定した課題と原因予測	【課題】昼夜逆転していることが本人の中で認知されていない。時間を守ることができず、ADL、IADL、社会との交流に影響が出ている。上記課題に伴い、活動性が低下し廃用が進んでいる 【原因予測】強迫性パーソナリティ障害に伴うこだわり
リハ職の援助方針	1日の生活リズムを詳細に把握し、変更できそうなところを具体的に提案し、昼夜逆転が改善できるよう支援する。タイミングをみて車いすでの外出を試みる
短期・長期目標	6カ月後：昼夜逆転の生活リズムの原因を把握する 12カ月後：活動意欲を高め、主体的に行える役割を創造する。時間を守れるようにする 24カ月後：定期的に外出できるようにする

出所) OTジャーナル、51巻1号、pp.56-62 (2017年1月号)

図表 5. 事例 5 の概要 / アセスメント情報 / 目標と援助方針

事例提示

A さん, 60 代男性. 身長 165 cm, 体重 52 kg. 要支援 2. 妻と二人暮らし. 3 人の娘は結婚し家を出ている.

生活歴・職歴: 40 代半ば~50 代半ばまで, 人材紹介会社に勤務していた. その後, 人材派遣会社を経営していたが, 病気をきっかけに約 2 年前に廃業した.

趣味: 病前は写真撮影. 現在は数カ月に 1 度の写真展観覧.

病歴: 3 年前に強い肩こりが生じ, 4 つの医療機関を転々とした. 現在の主治医にパーキンソン病と診断される (Hoehn-Yahr の重症度分類Ⅲ). 主介護者は妻で, 主に薬の補充と整理を率先して行うが, 主婦業とパートの掛け持ちのため, 日中はほとんど外出されている.

処方薬 (朝-昼-夕-就寝前. ただし, パーキンソン病治療薬は 1 日 5 回)

2016 年 2 月時点: ケトプロフェン貼付剤 (経皮鎮痛消炎剤) L 40 mg, ロキソプロフェンナトリウム (鎮痛・抗炎症・解熱剤) 60 mg 頓服, ドネペジル塩酸塩 (アルツハイマー型認知症治療剤) 5 mg 1-0-0-0, ゴキサピド (抗てんかん剤. パーキンソン病治療薬の作用増強薬として) 25 mg 2-0-0-0, プレガバリン [疼痛治療剤 (神経障害性疼痛・線維筋痛症)] 25 mg 2-2-2-0, センノシド (緩下剤) 12 mg 0-0-0-1, レボドパ・カルビドパ水和物 (抗パーキンソン剤) 100 mg 1.5-1-1.5-1-1, エンタカポン (末梢 COMT 阻害剤. パーキンソン病治療薬の作用増強薬として) 100 mg 1-1-1-1-1

同年 8 月~: センノシド 12 mg 0-0-0-2 へ変更, レボドパ・カルビドパ水和物・エンタカポン配合剤 (抗パーキンソン剤) 100 mg 1-1-1-1-1 追加, レボドパ・カルビドパ水和物 100 mg 0.5-0.5 へ変更 (身体症状が強いときに頓服), エンタカポン 100 mg 中止. その他は 2 月時点と同様

表 1 アセスメント情報 (2016年10月現在)

項目	内容
心身機能	<ul style="list-style-type: none"> ・生活を制限する関節可動域制限や筋力低下はない ・平衡反応(静止時):ステッピング反応(+),端座位での保護伸展反応(反応不十分で転倒リスク有) ・身体症状:荷重の際に足底の痛がゆさ(感覚障害)と両膝関節の不随意運動あり(座位や立位時に静止することが難しい).午後を過ぎた辺りから症状が減弱してくる.臥床時,自転車駆動時は症状は減弱する.集中し没頭しているとき(友人に会う,買い物をする)は身体症状を忘れる傾向がある ・抗パーキンソン薬を飲みだしてから便秘がちとなり(4~5日に1度排便),食事量を減らすようになった.乳製品を毎日摂取し,服薬もしているが改善しない ・心理面:家庭では疎外感を感じている(本人自身も家庭への興味がなくなってきており,自分のことで精いっぱいとのこと).服薬忘れ等で妻や娘に叱られることが増え,ストレスとなっている.ストレスに伴い身体症状が増幅される傾向が認められる ・認知機能面:HDS-R 20/30(失点項目:言葉の遅延再生,物品再生,言葉の流暢性)
コミュニケーション	おおむね問題はないが,まれに話そうとしても言葉が出ないときがある
IADL	<ul style="list-style-type: none"> ・自転車:乗車時は身体症状が減弱するので,移動手段として多く利用している.操作に問題はないが,信号等で無理に進行しようとすることがある ・公共交通機関:バスを多く利用されている.地下鉄も利用するが,乗り換えミスがある(もともと地理を把握するのは不得手) ・服薬管理:妻が服薬用のケース(視覚で確認できる仕様)に薬を仕分け,服薬は自身で行う.友人に会う,買い物をする等,用がある際に忘れ,ふとした瞬間に身体症状が増幅していることに気がつき,あわてて服薬することがある
ADL	<ul style="list-style-type: none"> ・Barthel Index:100/100(ADL自立) ・歩行:手の振りの欠如.障害物との距離感の把握は不十分.加速歩行傾向で急停止が難しいため衝突する恐れがある.バランスを崩してもステッピング反応が起り,転倒は回避できている.自宅内では踊るような歩行状態であっても,屋外へ出ると歩容が安定する場面が多くみられる
社会との交流	<ul style="list-style-type: none"> ・日中は臥床し,テレビを観て過ごすことが多い. ・〇〇区パーキンソン病友の会(週1回14:00~16:00) Aさんの感想:参加者の中では病気が軽度なので優越感を感じる.ただ一番年下だから気を使っている.重度な方々を見て僕もいずれこうなるのかと思うとドキッとする ・〇〇区のスポーツセンター(週2回ほど2時間程度) Aさんの感想:一番年長なので居心地がいい

表 2 目標と援助方針

項目	内容
本人の意向/思い	<ul style="list-style-type: none"> ・外出して友人と交流を続けたい.人材派遣会社時代にお世話になった方々へ挨拶もしたい ・身体症状をどうにかしたい.このままじゃ何もできないし,人に見られたくない
家族の意向/思い	効果的なリハをお願いしたい(訪問の際外出されていることが多く,聞き取り不十分)
ケアマネジャーの援助方針と解決すべき課題	<p>援助方針:意見が合わず介護サービスを利用していないためケアプランなし.3~4カ月に1度モニタリングを実施しており,7月ごろに妻を交えてショートステイについての説明をしたところ,本人は拒否的であったが,妻は肯定的であった</p> <p>解決すべき課題:本人の意向に沿いながらADLを維持していく.症状改善の意欲が強いため,障害受容が課題</p>
利用している介護サービス等	医療保険にて訪問リハを利用.他のサービスは利用していない
リハ職が設定した課題と原因	<p>【課題】身体症状への執着による日中(特に午前中)臥床傾向.歩行動作不安定による転倒リスク.趣味活動(写真)の中断.家庭内での疎外感</p> <p>【原因】身体症状への執着に伴う活動意欲の低下.夫婦間のコミュニケーション不足</p>
リハ職の援助方針	<ul style="list-style-type: none"> ・外出できる状態を維持し友人との交流を継続し,とじこもりを予防する.歩行状態の変化に注意し,転倒予防訓練(バランス,障害物との距離感,方向転換や急停止,応用歩行)と自主トレーニングの指導をする ・趣味活動(写真撮影)の再開を促し,余暇の充実を図る ・家庭内でのストレスのケア(①傾聴,②アドバイス,③病態説明やリハの様子,本人の心境等をノートに記載し情報を共有)
長期・短期目標	<p>3カ月後:人材派遣会社時代にお世話になった方々へ挨拶に行く.OTの訪問時に趣味活動を行う.妻の気持ちを理解する</p> <p>6カ月後:主体的に趣味活動(写真撮影)を行う.外出できる状態を維持し,友人との交流が継続できる.夫婦間のコミュニケーションが増える</p>

出所)OTジャーナル,51巻2号,pp.152-157(2017年2月号)

厚生労働科学研究費補助金(長寿科学政策研究事業)
「要介護高齢者の生活機能向上に資する効果的な生活期リハビリテーション/
リハビリテーションマネジメントのあり方に関する総合的研究」
平成 28 年度分担研究報告書

生活期リハビリテーションの効果に関する文献レビュー

研究協力者 野村 健太(目白大学保健医療学部 専任講師)

研究代表者 川越 雅弘(国立社会保障・人口問題研究所 部長)

【目的】

本研究の目的は、過去 10 年間の文献をレビューし、ICF の活動と参加に焦点を当てた生活期リハビリテーションの効果研究の課題を明らかにすることである。

【方法】

検索エンジンは医中誌 Web とメディカルオンラインを使用し、原著論文に限定して検索した。検索語は「要介護, 高齢者, リハ, 効果」「生活期(または維持期, 慢性期), 要介護, リハ」「介護, 予防, 高齢者, リハ, 効果」で行った。

【結果】

- 1) 分析対象の文献は 54 件となった。
- 2) 掲載誌の刊行年は 2009 年 8 件、2015 年に 10 件と多く、2011 年と 2012 年にそれぞれ 3 件ずつと少なかった。
- 3) 用いられた研究デザインは systematic-review は 0 件(0%)、RCT 3 件(6%)、非 RCT が 42 件(78%)であった。
- 4) 研究の目的・介入手段・評価方法が活動に焦点が当たっている研究は 9 割以上みられたが、参加に焦点が当たっている研究は 4 割程度だった。
- 5) 最も多く用いられた介入手段は身体機能訓練で、54 件中 18 件、33.3%の研究で用いられていた。次いで、介護予防教室 12 件 22.2%、パワーリハ 11 件 20.4%、交流 8 件 14.8% だった。
- 6) 最も多く用いられた評価方法は握力、片脚立位であり、約半数の研究に用いられていた。健康関連 QOL を評価する SF-36 と SF-8、IADL を評価する老研式活動能力指標、生活の広がり进行评估する Life Space Assessment、要介護度以外の 9 つの手段は、すべて心身機能あるいは活動を評価する手段であった。

【考察・結論】

生活期リハビリテーションの効果研究は、中等度のエビデンスは蓄積されているが、高いレベルのエビデンスが少ないと言える。また、参加に焦点が当てられた研究が少なく、活動と参加にバランスよく焦点が当てられて研究が行われているとは言いがたい。今後は参加に焦点を当てた評価方法の開発と普及、そしてそれらを用いて参加を促す目的と介入手段を掲げ、エビデンスの高い研究を行う必要性が示唆された。

A. 研究目的

リハビリテーション（以下、リハ）は「身体的、精神的、かつまた社会的に最も適した機能水準の達成を可能とすることによって、各個人が自らの人生を変革していくための手段を提供していくことを目指し、かつ、時間を限定したプロセスである」¹⁾と定義されている。3次予防におけるリハは疾病の発症あるいは受傷からの時間的経過により、急性期、回復期、生活期または維持期、慢性期に分類されている。生活期においては身体機能の向上はプラトーに達すると言われており、身体機能の維持が目的となる。しかし、生活期は期限が設けられない事もあり、漫然と身体機能向上に介入するリハが問題視されている。現に、通所リハ、訪問リハでは心身機能に偏ったリハが行われている²⁾という報告もある。そこで、地域包括ケアの理念のもと、住み慣れた地域で暮らし続けるために、国際生活機能分類（International Classification of Functioning, Disability and Health；以下 ICF）の「心身機能」は向上しなくても、「活動」と「参加」に焦点を当てた効果的なリハが期待されている。本研究の目的は、過去 10 年間の文献をレビューし、活動と参加に焦点を当てた生活期リハの効果研究の課題を明らかにすることである。

B. 方法

1) 対象論文の決定方法

検索エンジンは医中誌 Web とメディカルオンラインを使用し、2006 年～2015 年の 10 年間に発表された原著論文を検索した。検索語は「要介護, 高齢者, リハ, 効果」「生活期(または維持期, 慢性期), 要介護, リハ」「介護, 予防, 高齢者, リハ, 効果」で行った。検索された文献のうち、以下の ~ の条件に当てはまる研究は除外した。

会議録や一症例の症例報告

対象者が生活期に属しているとは言えない研究

ICF の活動あるいは参加と関連が薄い研究

研究目的や結果・考察で介入の効果に言及していない研究

2) 対象論文の分析方法

表題、筆者、刊行年、研究デザイン、エビデンスレベル、掲載誌、対象者、介入手段、介入手段のキーワード、効果判定方法によるアブストラクトテーブルを作成した。さらに、研究の目的・介入手段・評価方法において活動・参加のいずれかに焦点が当たっているか検討した。また、アブストラクトテーブルに加えて、より詳細な内容が分かるよう、1 研究につき 1 ページの抄録集を作成した。

研究のデザインは、Minds 診療ガイドライン作成の手引き 2007³⁾に準拠し、systematic-review、RCT、非 RCT（ランダム化なしのグループの治療前後の比較）、cohort（シングルシステムデザインおよび前向き研究）、case-control（後ろ向き研究）、case-study（症例報告）、experts' comments に分類した。

次に研究デザインを基に以下の分類でエビデンスのレベルの分類を行った。 がシステマティックレビュー、メタアナリシス、 が 1 つ以上のランダム化比較試験、 が非ランダム化比較試験、 が分析疫学的研究（コホート研究や症例対照研究）、 が記述研究（症例報告やケース・シリーズ）、 が患者データに基づかない、専門委員会や専門家個人の意見とした。

介入手段は具体的な内容を抜粋し、各研究の主な介入手段をキーワードに変換した。効果判定方法は効果を客観的に測定できる尺度、あるいは項目を抜粋した。

C. 結果

1) 文献検索の結果

2006年～2015年の10年間に於いて、「生活期」という語の同義語として慢性期、維持期という3つの語が混在していた。生活期リハの効果に関する研究を概観するために、まず妥当な検索語を模索する必要があり、検索語をいくつも組み合わせて検索を行う必要があった。予備的な検索を繰り返し、生活期リハの効果に関する研究を検索するのに適当な検索語の組み合わせを模索した。その結果、「要介護，高齢者，リハ，効果」216件、「生活期（または維持期，慢性期），要介護，リハ」34件、「介護，予防，高齢者，リハ，効果」280件、重複を含み合計530件が検索された。平成28年4月12日～5月23日に検索を行った。その中から前述の基準に従って除外した結果、分析対象の文献は54件となった。

2) 掲載誌の刊行年(図1)

掲載誌の刊行年は2009年と2015年に多く、2011年と2012年に少なかった。パワーリハビリテーション(以下、パワーリハ)に関する研究が2006年に2件、2007年3件、2008年2件、2009～2012年まで各1件で2013年以降には見られなかった。2014年以降は体操や転倒予防、手段の日常生活活動(Instrumental Activities of Daily Living; IADL)など、介護予防に関する研究が散見された。

3) 研究デザイン(図2)

systematic-reviewは0件(0%)、RCT3件(5%)、非RCTが43件(78%)、cohortが4件(7%)、case-controlが4件(7%)、case-studyが1件(2%)だった。非RCTの論文が大半を占めていた。

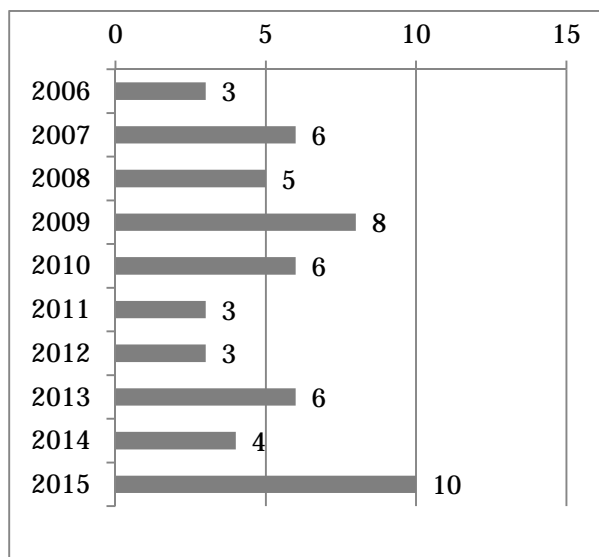


図1 生活期リハの効果研究掲載誌の刊行年

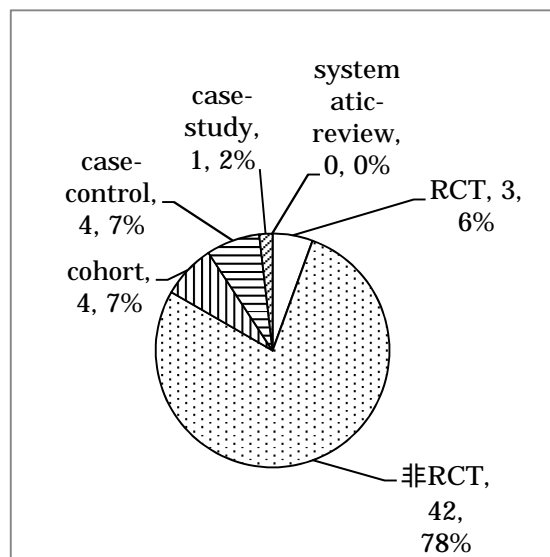


図2 研究デザイン

4) エビデンスレベル (図3)

が0件(0%)、が3件(5%)、が43件(78%)、が8件(15%)、が1件(2%)だった。エビデンスレベルが高い研究が少なく、エビデンスレベルが中等度の研究が大半を占めた。

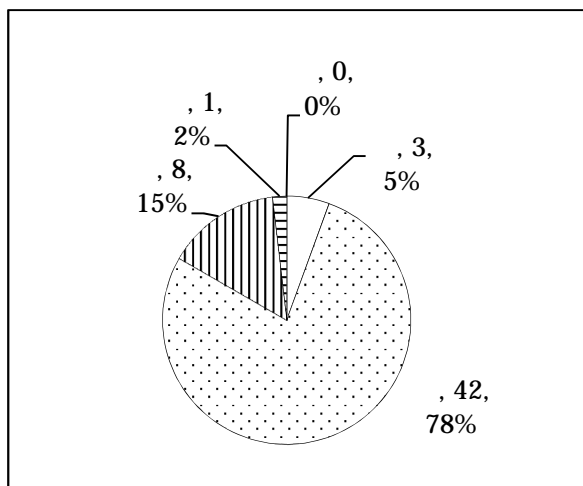


図3 エビデンスレベル

5) 研究の目的・介入手段・評価方法における活動・参加の焦点 (図4)

研究の目的・介入手段・評価が活動に焦点が当たっている研究は9割以上みられたが、参加に焦点が当たっている研究は4割程度だった。目的・介入手段・評価のすべてが活動および参加に焦点が当たっている研究は13件であり、介入手段は対象者に合わせた包括的な内容となっていた。

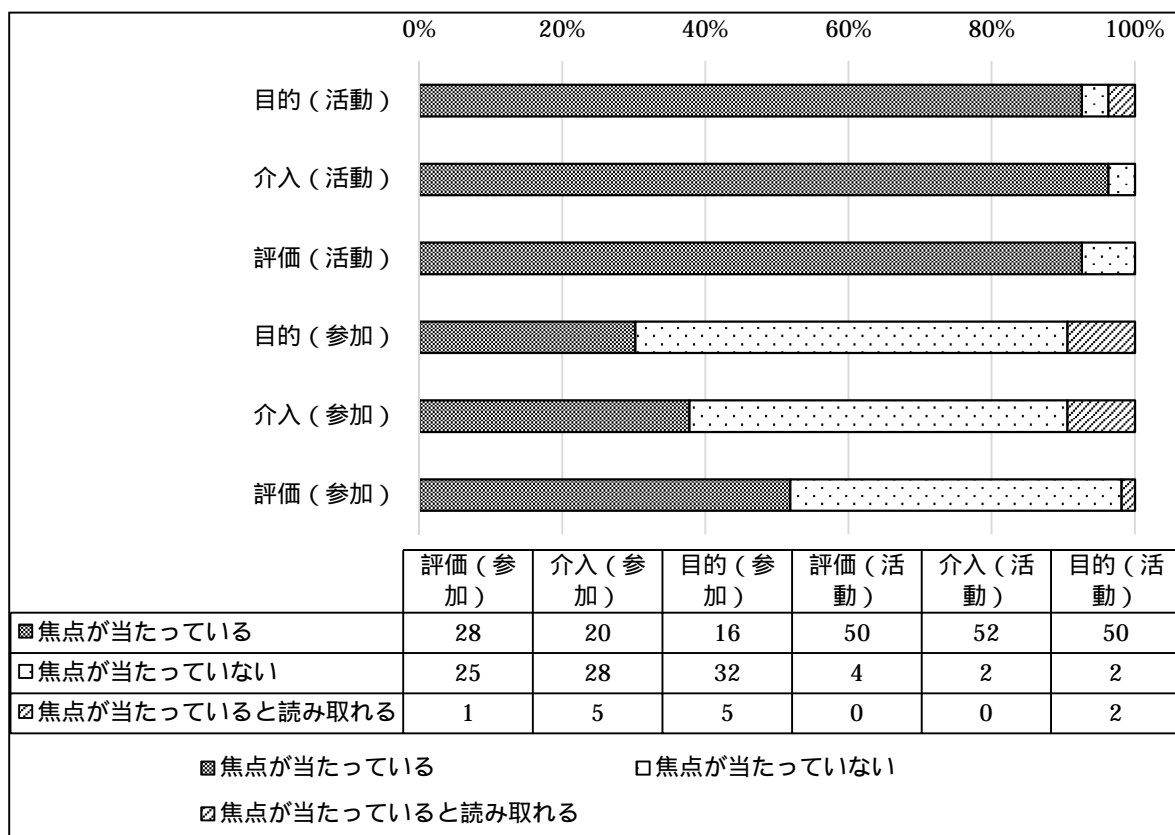


図4 研究の目的・介入手段・評価方法における活動・参加の焦点

6) 介入手段とキーワード (表1)

表1に各研究で多く用いられた介入手段の上位9位、重複を含めて合計17の介入手段を示した。最も多く用いられた介入手段は身体機能訓練で、54件中18件、33.3%の研究で用いられていた。次いで、介護予防教室12件、22.2%、パワーリハ11件、20.4%、交流8件14.8%だった。

7) 効果判定方法 (表2)

表2に各研究で多く用いられた効果判定手段の上位10位、重複を含めて合計14の項目を示した。最も多く用いられた握力、片脚立位は約半数の研究に用いられていた。健康関連QOLを評価するSF-36とSF-8、IADLを評価する老研式活動能力指標、生活の広がり評価するLife Space Assessment、要介護度以外の9つの手段は、すべて心身機能あるいは活動を評価する手段であった。

表1 ICF別の介入手段の内容

No	介入方法	件数	割合 (%)
1	身体機能訓練	18	33.3
2	介護予防教室	12	22.2
3	パワーリハ	11	20.4
4	交流	8	14.8
5	集団リハ	6	11.1
5	活動の自己管理	6	11.1
6	体操	5	9.3
6	自主トレーニング	5	9.3
7	ADL 訓練	4	7.4
7	IADL 訓練	4	7.4
7	講義	4	7.4
7	訪問リハ	4	7.4
8	認知機能訓練	3	5.6
8	目標設定	3	5.6
8	多職種連携	3	5.6
9	通所リハ	2	3.7
9	ウォーキング	2	3.7

表2 効果判定方法

No	評価方法	件数	割合 (%)
1	握力	26	48.1
2	片脚立位	25	46.3
3	Timed Up & Go test	22	40.7
4	Functional Reach Test	17	31.5
5	体前屈	14	25.9
6	5m歩行時間	13	24.1
7	要介護度	12	22.2
8	SF-36	9	16.7
8	老研式活動能力指標	9	16.7
9	筋力	7	13.0
10	SF-8	5	9.3
10	Life Space Assessment	5	9.3
10	Barthel Index	5	9.3
10	10m 歩行時間	5	9.3

D. 考察およびE. 結論

2006年から2015年における生活期リハの効果に関する研究の特徴は、パワーリハに関する研究が2011年及び2012年を境に見られなくなり、パワーリハに代わって介護予防に関する研究が増加していた。これは、2010年に厚生労働省老健局介護保険計画課によって第5期介護保険事業（支援）計画が策定⁴⁾され、地域包括ケアの推進を念頭に置き、利用者のニーズに基づいたうえで介護予防の促進や見守り、買い物などの多様な生活支援サービスの確保が謳われた時期と流れが重なると言える。つまり、過去10年間の生活期リハの効果に関する研究は地域包括ケアの歴史とともに変化してきたことが考えられる。

生活期リハの効果研究の研究デザインは、メタアナリシスが0件、RCTを用いた研究が6%であり、非RCTを用いた研究が78%を占めた。研究デザインに伴い、エビデンスレベルも中等度のエビデンスレベルが78%となった。各研究は生活期リハの効果があることを示しているが、今後はエビデンスレベルの高いメタアナリシスやRCTを用いた研究を行う必要性が示唆された。

研究の目的・介入手段・評価方法において活動・参加のいずれかに焦点が当たっているか検討したところ、活動に焦点が当たっている研究は9割以上みられたが、参加に焦点が当たっている研究は4割程度だった。高齢者の地域におけるリハビリテーションの新たな在り方検討会によると、生活期リハの具体的な見直しの方向性について、『「個別性を重視した適時・適切なリハビリテーションの実施」「活動」や「参加」などの生活機能全般を向上させるためのバランスのとれたリハビリテーションの実施（「身体機能」に偏ったリハビリテーションの見直し）」「居宅サービスの効果的・効率的な連携」「高齢者の気概や意欲を引き出す取組」が重要⁵⁾と述べている。本研究では心身機能のみに焦点を当てた研究は除外しており、活動・参加に焦点が当たっている研究を分析対象としている。しかし、活動と参加にバランスよく焦点が当てられて研究がされているとは言いがたい。今後は、研究目的・介入手段・評価を参加に焦点を当てて行う必要があると考えられる。

表1に示した身体機能訓練、介護予防教室、パワーリハ、交流、集団リハ等の介入手段のうち、参加に介入しうる手段は介護予防教室、交流、集団リハ、IADL訓練、講義、訪問リハ、目標設定、多職種連携、通所リハであると考えられる。表2に示した握力、片脚立位、Timed Up & Go test、Functional Reach Test等の効果判定方法のうち、参加を評価できるのはSF-36、老研式活動能力指標、SF-8、Life Space Assessmentのみだと考えられる。このことから、介入手段は比較的参加に介入しうる手段が多いが、評価方法は心身機能に焦点を当てたものが多く、参加に焦点を当てた評価方法は少ないと言える。参加を評価する方法が少ない理由は、参加を科学的に評価することの難しさがあると思われる。研究目的や介入手段に合わせた評価方法の選択肢が少なく、参加を評価できる評価尺度の開発の必要性が示唆された。

今後は参加に焦点を当てた評価方法の開発と普及、そしてそれらを用いて参加を促す目的と介入手段を掲げ、エビデンスの高い研究を行う必要性が示唆された。

【文献】

- 1) 国際連合：障害者に関する世界行動計画（World Programme of Action concerning Disabled Persons）. 1982, オンライン（平成 29 年 2 月 27 日参照）URL < <http://www.independentliving.org/files/WPACDP.pdf#search=%27World+Programme+of+Action+concerning+Disabled+Persons%27> >
- 2) みずほ情報総研株式会社：平成 24 年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査（平成 25 年度調査）「生活期リハビリテーションに関する実態調査」報告書 . 2014, オンライン（平成 29 年 2 月 25 日参照）, URL < http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000051903.pdf >
- 3) Minds 診療ガイドライン選定部会：Minds 診療ガイドライン作成の手引き 2007 .
- 4) 厚生労働省老健局介護保険計画課：第 5 期介護保険事業（支援）計画準備及び地域支援事業の見直しに係る会議資料《介護保険事業（支援）計画関係》. 2010, オンライン（平成 29 年 2 月 26 日参照）, URL < <http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/dl/tp101027-01b.pdf> >
- 5) 高齢者の地域におけるリハビリテーションの新たな在り方検討会：高齢者の地域における新たなリハビリテーションの在り方検討会報告書 . 2016, オンライン（平成 29 年 2 月 26 日参照）, URL < http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000081253.pdf >

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的所有権の出願・登録状況

なし

アブストラクトテーブル

：焦点が当たっている。焦点が当たっていないと読み取れる。x：焦点が当たっていない

No	表題	著者	年	研究デザイン	エビデンスレベル	掲載誌	対象者	介入手段	介入手段のキーワード	効果判定方法	目的 (活動)	介入 (活動)	評価 (活動)	目的 (活動)	介入 (活動)	評価 (活動)		
1	ADL改善を目的としたパワーリハビリテーションの取り組みについて	畑中 慎太郎, 他	2006	非RCT		パワーリハビリテーション 5巻 ; 141-143	平成16年9月～平成17年8月までの利用者36名	介入群: パワーリハ, 実用的な目標設定の実施, 個別メニューの作成	パワーリハ	パワーリハ	パワーリハ	パワーリハ	パワーリハ	パワーリハ	パワーリハ	パワーリハ	パワーリハ	
2	パワーリハビリテーションの手法による低負荷運動プログラムの要介護高齢者の改善効果	榎本 雪絵, 他	2006	非RCT		理学療法 23巻 ; 1657-1663	要支援～介護度2の要介護高齢者125名 回復期心臓リハビリテーション(心リハ)に参加した冠動脈疾患(CAD)患者のうち、維持期心臓リハビリプログラムで5年以上運動療法を継続した19例(リハ群)と、医対照群(外来フォロー(診察, 投薬)に参加しなかった患者で10年間経過を追跡し得た28例(対照群))	パワーリハ	パワーリハ	パワーリハ	パワーリハ	パワーリハ	パワーリハ	パワーリハ	パワーリハ	パワーリハ	パワーリハ	パワーリハ
3	維持期心臓リハビリテーションの長期効果	村岡 卓哉, 他	2006	case-control		心臓リハビリテーション 11巻 ; 287-290		リハ群: 外来フォロー(診察, 投薬), 栄養指導, 集団スポーツ運動療法 対照群: 外来フォロー(診察, 投薬)	外来, 栄養指導, 集団リハ, 心臓リハ									
4	パワーリハビリテーションによる活動性向上の取り組み, 行動評価表を用いて	若丸 博志, 他	2007	非RCT		パワーリハビリテーション 6巻 ; 146-147	通所リハ利用者21名	パワーリハ	パワーリハ	パワーリハ	パワーリハ	パワーリハ	パワーリハ	パワーリハ	パワーリハ	パワーリハ	パワーリハ	パワーリハ
5	神経疾患, 進行性神経疾患に対するパワーリハビリテーションの効果	後藤 雅一, 他	2007	case-study		パワーリハビリテーション 6巻 ; 49-51	パーキンソン病を中心とした進行性神経疾患患者5名	パワーリハ	パワーリハ	パワーリハ	パワーリハ	パワーリハ	パワーリハ	パワーリハ	パワーリハ	パワーリハ	パワーリハ	パワーリハ
6	品川区委託介護予防事業「理学療法士による「身近でリハビリ」の介護予防効果	奥 壽郎, 他	2007	非RCT		理学療法科学 22巻 ; 439-443	要支援～要介護高齢者66名	個別自主運動(一人で自宅でできる運動), 理学療法士と参加者が話し合いニーズに沿ったプログラム	リハ, 自主トレーニング, ニーズ									
7	かかりつけ医診療所における介護予防活動の試み	本田 哲三, 他	2007	非RCT		東京医師会雑誌 60巻 ; 1977-1984	診療所14施設に通院中の要支援～要介護認定患者46名	介護予防を目的とした冊子「暮らしの中の元気づくり」を用いて生活指導, 患者同士の情報, 自己管理表	介護予防教室, 交流, 活動の自己管理									
8	通所サービス, パワーリハビリテーション実施継続100例の3年後	中原 和宏, 他	2007	cohort		パワーリハビリテーション 6巻 ; 81-83	通所リハ利用者100名	パワーリハ	パワーリハ	パワーリハ	パワーリハ	パワーリハ	パワーリハ	パワーリハ	パワーリハ	パワーリハ	パワーリハ	パワーリハ
9	十和村介護保険制度下における各種居宅サービスの効果の検討	栗山 裕司, 他	2007	cohort		高知リハビリテーション学院紀要 8巻 ; 19-26	十和村在住の在宅要介護認定者113例中, 高齢者生活支援ハウス入所者を除く101例	介護保険サービス	介護保険サービス	介護保険サービス	介護保険サービス	介護保険サービス	介護保険サービス	介護保険サービス	介護保険サービス	介護保険サービス	介護保険サービス	介護保険サービス
10	要介護高齢者に対する運動介入において, 集団運動と個別運動がもたらす効果の特徴	中川 和昌, 他	2008	非RCT		理学療法群馬 19巻 ; 6-12	要支援, 要介護高齢者17例	集団運動, 個別運動(自主トレーニング)	集団リハ, 身体機能訓練, 自主トレーニング									
11	要支援, 軽度要介護高齢者に対する個別運動介入による集団運動がもたらす効果	中川 和昌, 他	2008	非RCT		理学療法科学 23巻 ; 501-507	要支援または軽度要介護高齢者計141名	予防給付事業の運動器機能向上加算サービスにてパワーリハと個別体操メニューのプログラムを提供されている当法人施設利用者117名	集団リハ, 身体機能訓練, 自主トレーニング, 運動チェックシート									
12	予防給付事業におけるパワーリハビリテーションの効果, 運動器機能と要介護度の視点から	坂口 郁美, 他	2008	非RCT		パワーリハビリテーション 7巻 ; 168-170		パワーリハと個別体操メニュー	パワーリハ, 体操									
13	パワーリハビリテーションを用いた, ローアクトにおいて当センターにおける取り組み	藤吉 剛弘, 他	2008	非RCT		パワーリハビリテーション 7巻 ; 43-44	平成20年3月までに介護予防教室を終了した特定高齢者19名	介護予防教室(パワーリハ), 独自のプログラム, 地域活動(公民館活動など)の提供と当センターへの入会案内	介護予防教室, パワーリハ, 自主トレーニング									

No	表題	筆者	年	研究デザイン	掲載誌	対象者	介入手段	介入手段のキーワード	効果判定方法	目的 (活動)	介入 (活動)	評価 (活動)	目的 (活動)	介入 (活動)	評価 (活動)	
14	地域高齢者における介護予防事業の効果	中園貴志, 他	2008	非RCT	柳川リハビリテーション学 院・福岡国際 医療福祉学院 紀要 4号 ; 31-34	運動機能維持向上事業に参加した地域高齢者11名	健康講座(転倒予防, 生活習慣病と衛生生活, 血圧のコントロールや服薬指導, 心の健康作り), 運動療法(チェア体操, ダンベル体操, 股関節体操), ステップ運動を行った, チェア体操は運動の屈曲, 外転および肘の屈曲, スタッフとの交流や利用者が同士の交流の時間, 運動方法を記載した「ここにこーと」	介護予防教室, 講義, 身体機能訓練, 交流, 自主トレーニング, 活動の自己管理	簡易歩行, 開眼片脚立位, 6分間歩行, 握力, 上体起こし, 長坐位体前屈, SF-36							
15	退院した虚弱高齢者の機能に及ぼす継続的訪問リハビリテーションの効果(Effect of Continuous Home-Visit Rehabilitation on Functioning of Discharged Frail Elderly)	Kawagoe Masahiro, et al	2009	非RCT	Journal of Physical Therapy Science 21巻 4号 ; 343-348	急性期病棟を退院した67~97歳の虚弱高齢者31名	週1~2回の機能訓練に加え, 居室など生活スペースでの書, 本動作・ADL動作練習や, 入居時の居室選択のアドバイスや居室レイアウトの変更, 福祉用具の選択, 他職員への助法指導	訪問リハ	身体機能(20項目), 活動(24項目), 加行動(2項目), 健康状態(2項目)							
16	特別養護老人ホームでの常勤理学療法士によるリハビリテーションの効果 QOLへの影響について	細井俊希, 他	2009	非RCT	理学療法科学 24巻2号 ; 173-178	特別養護老人ホーム入居者20名		理学療法, ADL訓練, 福祉用具, 多職種連携	SF-36, VAS, PGC, およびFIM							
17	訪問リハビリテーションが要介護高齢者の機能改善に及ぼす効果 研究デザインとベースライン調査結果を鳥, 他を中心とした経過報告	牧迫飛雄, 他	2009	RCT	理学療法科学 36巻2号 ; 74-75	要介護高齢者33名(訪問リハ8名), および訪問看護または訪問介護を利用しており, 訪問リハを利用していない介護高齢者13名(非訪問リハ8名)	訪問リハ	訪問リハ	自宅での習慣的な運動プログラム(サービスマン)による訪問サービス(含めない)や活動, 意欲, 運動機能および生活機能に関する項目から構成される調査票							
18	特定高齢者介護予防教室におけるパワーリハビリテーションの効果	無藤麻衣, 他	2009	非RCT	パワーリハビリテーション 8号 ; 67-68	特定高齢者介護予防教室へ参加した全9例	特定高齢者介護予防教室(パワーリハ)	介護予防教室, パワーリハ	握力, 開眼片脚立ち, フランジシヨナルリーチ, 体前屈, Timed Up and Go, 10m普通歩行速度, 10m最大歩行速度, 8項目の自己評価アンケート(体力の自信, 体調, 外出頻度, 歩行距離, 運動頻度, 他者との交流, 意欲, 気持ちの変化)							
19	介護予防の推進ボランティア活動が健康関連QOLに及ぼす影響 地域社会への貢献意識に着目して	今井忠則, 他	2009	cohort	プライマリケア 32巻4号 ; 200-208	茨城県の住民参加型介護予防事業の推進ボランティア活動(シルバリーハビリ体操指導士)1149名	住民参加型介護予防事業の推進ボランティア活動(シルバリーハビリ体操指導士)	介護予防教室, ボランティア活動	SF-36v2, 活動を通して地域社会への貢献意識を持てたかの有無							
20	地域在住高齢者の身体・認知・心理機能に及ぼすウォーキング介入の効果判定 無作為割付け比較試験	村田伸, 他	2009	RCT	理学療法科学 24巻4号 ; 509-515	重度の認知症が認められ, 165歳以上の一般高齢者と特定高齢者69名	介入群:ウォーキングによる運動介入	身体機能訓練, ウォーキング	MMSE, 握力, 下肢筋力, 柔軟性, 片足立ち保持時間, 歩行能力, 活動能力(老研式活動能力指標), 視覚アナログ尺度(Visual Analogue Scale, VAS)による主観的健康感, 生活満足度, 生きがい感, 人間関係に対する満足度							
21	作業療法士による介護予防事業の効果判定 長与町認知症予防教室の取り組み	山崎結城, 他	2009	非RCT	作業療法 43巻6号 ; 602-606	介護保険の認定を受けていない165歳以上の一般高齢者と特定高齢者21名	認知症予防に関する生活習慣のミニ講話や認知症初期に低下する前頭前野の機能に焦点を当てた認知機能訓練	介護予防教室, 認知機能訓練, 交流	ファイブ・コグ検査(高齢者用集団認知機能検査)							
22	特定高齢者通所型介護予防事業の効果	青木慶司, 他	2009	非RCT	東京都医師会雑誌 62巻4号 ; 409-414	特定高齢者31人	機能改善プログラム(ストレッチ, 下肢筋力訓練, パランス訓練, 風船バレー), 栄養改善(集団栄養指導, X-ニュー改善), 口腔機能(顔しゃんげん, 舌の体操, 発生訓練, アイウエオ体操, 嚥下訓練など)	身体機能訓練, 講義	基本チェックリスト, 握力, 開眼片脚立ち, 閉眼片脚立ち, 長座体前屈, フランジシヨナルリーチ(FR), Timed up and Go(TUG), 最大歩行速度(MWS), 体重, BMI, 腹囲, 食品の品目数, 反復嚥液嚥下テスト(RSST), オートリディアドコネシス, 頬のふくらまし, 口腔衛生状況							
23	当院通所リハビリの現状と今後の方向性について	林美穂, 他	2010	cohort	理学療法研究・長野 38号 ; 84-86	通所リハ利用者102名	通所リハ	通所リハ	FIM, 要介護度, 障害老人の日常生活自立度, 短期集中リハ, 他サービス利用, 介護者の有無, 通所リハ利用形態							

No	表題	筆者	年	研究デザイン	エビデンスレベル	掲載誌	対象者	介入手段	介入手段のキーワード	効果判定方法	目的(活動)	介入(活動)	評価(活動)	目的(活動)	介入(活動)	評価(活動)		
24	川崎市における地域支援事業(運動器機能向上事業)の経過報告(健康関連QOLと生活行動を中心に)	玉井直子, 他	2010	非RCT		パワーハビリティセンター9号; 76-79	特定高齢者167例	パワーハビリティセンター6(各種の運動)	パワーハビリティセンター	SF-36, パワーハビリティセンター研究会による生活行動を用いた役割の有無, 外出頻度等17項目								
25	特定高齢者に対する介護予防教室実施報告(参加者のアンケート調査)	山本幸則	2010	非RCT		理学療法部 29号; 19-23	特定高齢者28名	介護予防教室(筋力アップいきいき教室; 機能向上プログラム)	介護予防教室, 身体機能訓練	自己効力感(self-efficacy)を向上させる4つの情報源(遂行行動の達成, 代理的体験, 言語的説得, 生理的・情緒的状態)に反応しながら「運動」の機能向上マニュアル(改訂版)に基づき運動プログラムを実施, 目標達成を参加者全員でチェック, 記録用紙を配布								
26	地域在住虚弱高齢者の身体活動セルフ・エフィカシー向上のための取り組み	石毛里美, 他	2010	非RCT		理学療法 37巻6号; 417-423	虚弱高齢者9名			目標設定, 交流, 身体機能訓練, 活動の自己管理, 称賛								
27	地域における認知症発症・進行予防プログラムとしての脳活性化ハビリティセッションの有効性	山上徹也, 他	2010	非RCT		老年精神医学雑誌 21巻5号; 893-898	在宅生活継続中で軽度認知症が疑われる高齢者12人			ADL訓練, 回想法, 認知機能訓練, 交流								
28	当院での運動器機能向上プログラム教室の取り組み E-SASを使用した効果判定	辻昌伸, 他	2010	非RCT		静岡理理学療法士会学術誌; 静向理理学療法ジャーナル 20号; 112-116	当院での運動器機能向上プログラム教室に参加した特定高齢者8名	運動器機能向上トレーニング教室(柔軟体操, 筋力トレーニング, バランストレーニング), 運動日誌		体重, 体脂肪率, 運動機能項目として握力, 5m歩行時間, 10秒テスト, 片脚立位保持時間, Functional reach test, 長座位前屈, TUG, CS30, E-SAS, 老研式活動能力指標								
29	VE導入による経口維持への取り組み(その効果及び歩行速度減少による経済的効果)	大久保陽子, 他	2011	case-control		日本摂食嚥下リハビリテーション学会雑誌 15巻3号; 253-263	平成18年4月から平成23年3月まで当介護老人福祉施設に在籍していた全利用者(入所定員78名)	訪問診療によるVideoendoscopy, 多職種連携, 職種の連携をもとに経口維持計画の実施		施設利用者の全入院日数と入院理由, 誤嚥性肺炎等での入院日数, 施設での介護サービス費の減収額を算出, 経口維持加算の算定額の推移								
30	パワーハビリティセッション事業におけるグループの活用について(その効果及び歩行速度減少による経済的効果)	望月秀樹, 他	2011	非RCT		自立支援介護学 4巻2号; 114-123	パワーハビリティセッション事業の参加者43名, アンケートは24名	教室形式で運営されたパワーハビリティセンター	パワーハビリティセンター, 交流	介護度, 握力(kg), 開眼片足立(秒), フォンクシヨナリ(チ)cm, 以下FR), 椅子座位前屈(±cm, 以下前屈), Timed Up and Go(秒), 以下TUG), 6分間歩行, パワーハビリティ日常生活行動評価票, 集団への参加状況及び集団内個人評価表								
31	介護予防事業の介入による特定高齢者の身体活動量への効果	青木慶司, 他	2011	非RCT		東京都医師会雑誌 64巻4号; 437-442	特定高齢者43名	介護予防事業(運動トレーニング, ロコモ体操と個別アドバイス)	介護予防教室, 身体機能訓練	平均歩数および外出目的								
32	生活につながる介護予防プログラム(特定高齢者の通所型介護予防事業)の取り組みを通して(運動器機能向上プログラム実施後の要支援高齢者における心理的変化の分析)	藤井有里, 他	2012	非RCT		総合福祉科学研究3号; 187-196	特定高齢者通所型介護予防事業の登録者30名	運動器の機能向上を目的としたプログラム, 楽しみや余暇活動, 他者との交流を促せる活動	介護予防教室, 身体機能訓練, 余暇活動, 交流	基本チェックリスト, 体力測定4項目(握力, 開眼片足立ち時間, Time Up & Go Test, 5m最大歩行時間), 長谷川式簡易知能評価スケール								
33	運動器機能向上プログラムの実施後の要支援高齢者における心理的変化の分析(マズローの基本的欲求を基盤とした調査より)	望月秀樹, 他	2012	非RCT		老年精神医学雑誌 23巻3号; 334-345	通所介護施設にて、介護予防として運動器の機能向上プログラムを実施した要支援高齢者103人	パワーハビリティ	パワーハビリティ	開眼片足立ち, フォンクシヨナリ(チ), 椅子座位前屈, Timed up & go test, 6分間歩行(m), 5m歩行速度(秒), パワーハビリティ日常生活行動評価票, マズローの基本的欲求								
34	地域在住高齢者に対する作業活動による介護予防介入の試み	西澤哲, 他	2012	非RCT		東北文化学園大学医療福祉学部ハビリティセッション学紀要 8巻1号; 43-57	在宅高齢者12名	作業活動(革細工, 芋煮, 七宝焼, かき作り, はりね, 餅り血作)と高齢者向け転倒予防(軽運動で構成される介護予防かき作り, 芋煮, 七宝焼, 餅り血作り)自己記録表	介護予防教室, 交流, 作業活動, 体操, 活動の自己管理	一般性セルフ・エフィカシー尺度(GSES)標準化得点, 作業活動への積極的参加の指標としてのアンケート調査, 握力, 5m通常歩行時間, 5m最大歩行時間, EuroQoL								
35	在宅介護終末期(難病患者および介護者)に対する訪問リハビリテーション効果の検討	井上順一, 他	2013	非RCT		ホスピスケア在宅ケア21巻1号; 2-8	在宅介護終末期患者, 難病患者24名およびその主介護者24名	訪問リハビリテーション	訪問リハビリテーション, 環境調整, 身体機能訓練, 認知機能訓練	年齢, 性別, 原疾患名, 要介護度, 訪問看護および訪問リハビリ以外の利用医療・介護サービス利用状況, Barthel Index(BI), Bedside Mobility Scale(BMS), SF-36), Self-Rating Depression Scale, PGCモラル・スケール, PSQI, Zarit介護負担尺度短縮版, ADL, 副介護者の有無								

No	表題	筆者	年	研究デザイン	エビデンスレベル	掲載誌	対象者	介入手段	介入手段のキーワード	効果判定方法	目的(活動)	介入(活動)	評価(参加)	介入(参加)	評価(参加)
36	生活機能に対応した訪問リハの効果 上岡裕美子,他	上岡裕美子,他	2013	非RCT	2	理学療法学40巻2号:138-139	22事業所の利用者107名	訪問リハ	訪問リハ	FIM, Frenchay Activities Index, Life-Space Assessment(LSA), SF-8, Zarit介護負担感尺度, Bedside Mobility Scale(BMS), Mental Component Summary, SF-8 MCS					
37	ICFの概念に基づいた地域リハビリテーションの実践報告 SF-36とFIMからの検証	池田登頭,他	2013	非RCT	2	理学療法ジャーナル47巻6号:553-559	通所リハを利用した21名	通所リハ	通所リハ	FIMおよびSF-36					
38	大腸骨地域連携バスのデーターベース構築 データーベースの運用結果と課題	池田界,他	2013	case-control	2	運動リハビリテーション24巻4号:415-420	骨粗鬆症の治療とリハビリ指導 実施の継続した非連携群163例	骨粗鬆症の治療とリハビリ指導	ADL評価の推移および介護度						
39	当院における介護予防教室の効果と今後の課題	川上真吾,他	2013	非RCT	2	東北理学療法字(09)15-21(80)25号:72-77	介護予防対象者24名	介護予防教室	介護予防教室, 身体機能訓練, 講義	握力, 閉眼片脚立位, Timed Up and Go test, 歩行能力検査としての5m歩行速度, Functional Balance Scale, Functional Reach Test, Elderly-Status Assessment Set(以下, E-SAS)					
40	作業療法士が関与する高崎市認知機能低下予防事業の効果検証と事業委託	山口智晴,他	2013	非RCT	2	総合リハビリテーション31巻9号:849-855	地域在住高齢者(前半解折対象34名後半70名)	作業療法士が関与した認知機能低下予防事業	介護予防教室, ウォーキング, マニュアル作成, 委託事業者連携	山口符号テスト, ウェクスラー符号問題, 言語流暢性課題, Timed Up and Go Test, 片脚立位, 握力, 5m歩行速度, 老研式活動能力指標, 主観的日常生活満足度(satisfaction in daily life, SDL)					
41	軽度の要介護高齢者に対する定期的な運動指導の効果	近藤裕子,他	2014	非RCT	2	神戸看護大学紀要7号:27-40	要介護から要介護2に該当する69歳~91歳の高齢者5名	運動指導	身体機能訓練, ADL訓練	対象者の年齢, 性別, 要介護度, 現在治療中の疾患と既往歴の有無, 介護保険サービスの利用状況, 家族構成, 身長, 体重, BMI, 左右の大腿四頭筋厚, 握力, 椅子座り立ち時間, 閉眼片足立ち時間, ファンクショナルリリー, 足関節柔軟性, 日常生活活動の動作の質と心理面的変化, 1日の過ごし方, 歩数の調査					
42	地域在住の要介護高齢者に対する「生活行為向上マネジメント」を用いた作業療法の効果 多施設共同ランダム化比較試験	能登真一,他	2014	RCT	2	作業療法33巻3号:259-269	全国16の都府県の通所リハビリテーション施設を利用する要介護・要介護高齢者230名	生活行為向上マネジメントによる作業療法	生活行為向上マネジメント, 作業療法	Bathel Index, Frenchay Activities Index, Health Utilities Index					
43	通所リハビリテーションの利用頻度と運動効果について	久合田浩幸,他	2014	非RCT	2	理学療法:技術と研究42号:47-52	屋内歩行が自立している要介護者及び要支援者30名	筋力訓練(パワーリハ), バランストレーニング, 持久力訓練, 個別機能訓練	筋力訓練, 個別機能訓練	両上肢および両下肢の粗大筋力, 握力, 閉眼片足立ち時間(OLS), Functional Reach Test, Timed up and Go Test					
44	転倒予防教室が及ぼす身体機能・健康関連QOL・運動器損傷への効果	大田尾浩,他	2014	非RCT	2	ヘルスプロモーション理学療法研究4巻1号:25-30	65歳以上の介護認定を受けた地域在住高齢者22名	介護予防マニュアルに準じた運動プログラム(ストレッチング, レーニング, 体操)	握力, 大腿四頭筋筋力, 足指筋力, 片足立ち時間, Timed Up and Go test, 歩行速度, (SF-8), 運動習慣						
45	地域リハビリテーションに求められていること Life-Space Assessmentおよび要介護認定を用いた検証	池田登頭,他	2015	非RCT	2	日本医療マネジメント学雑誌16巻3号:158-162	介護保険サービスによる通所リハビリテーション施設での個別・集団リハビリテーションと社会リハビリテーション	介護保険サービスによる通所リハビリテーション施設での個別・集団リハビリテーションと社会リハビリテーション	Life Space Assessment, 年齢, 性別, 要介護度, 同居家族人数, 通所回数						
46	要介護高齢女性に対する化粧による介入効果の検討 身体認知・精神機能の視点から	大杉純徳,他	2015	非RCT	2	日本早期認知症学雑誌8巻2号:71-77	介入群:要介護高齢女性20名 非介入群(特別な介入を行わない):介護高齢女性13名	化粧	IADL訓練	化粧の実施精度, 主観的な認知症状の有無, 握力, ベンチ力, Barthel Index(BI), Mini-Mental State Examination(MMSE), Trail Making Test Part A(TMT-A), Geriatric Depression Scale(GDS-5), 健康関連QOL(SF-8), 主観的な精神機能(生きがい感, 満足感, 人間関係を聴取)					
47	目標指向型デイサービスが与える高齢者の生きがいと役割への影響	下倉準,他	2015	非RCT	2	相模病院医学雑誌13巻:11-15	デイサービス利用者45名	目標指向型デイサービス	身体機能訓練 IADL訓練	握力, 片脚立位, Functional Reach Test, Timed Up and Go test, 5m歩行速度, 改訂版 Frenchay Activity Index 自己評価表, 高齢者向け生きがい感スケール, 心境の変化を必要に応じて聴取					

No	表題	著者	年	研究デザイン	エビデンスレベル	掲載誌	対象者	介入手段	介入手段のキーワード	効果判定方法	目的 (活動)	介入 (活動)	評価 (活動)	目的 (参加)	介入 (参加)	評価 (参加)
48	要支援・軽度要介護高齢者における活動量計を活用した歩行支援プログラムの有用性の検討	宮永真澄,他	2015	非RCT		体力科学 64(2):233-242	介護施設高齢者26名	介入群:活動量計を装着し、歩行習慣に介入する歩行支援プログラムを実施。活動量計装着によるモニタリング、目標設定、フィードバック	歩行、目標設定	歩行パラメーター測定(5m歩行路の中央に敷かれた幅60cm、長さ240cmのシート式下肢加重計を用いた通常歩行)、老研式活動能力指標、SF-8	x	x	x	x	x	x
49	在宅要介護者における医療や介護サービス利用の効果の検討	レシャード・カレット	2015	case-control		保団連 1188号:41-44	在宅要介護者42例	訪問介護、居宅管理サービス、訪問看護	訪問介護、訪問看護、居宅管理サービス	サービス利用状況、要介護度、日常生活活動改善度	x	x	x	x	x	x
50	介護老人保健施設入所者の転倒予防介入効果検証。準ランダム化比較試験	今岡真和,他	2015	非RCT		日本転倒予防学会誌 1巻3号:29-36	単一介護老人保健施設に入所する要介護高齢者68名	運動介入群:施設ケアに加えて抵抗運動とバランストレーニング	身体機能訓練	四肢骨格筋量と握力、血液中のビタミンD濃度、FIM、年齢、身長、体重、BMI、要介護度、長谷川式簡易知能評価スケール	x	x	x	x	x	x
51	当施設による二次予防教室の効果と課題	三重野陽一,他	2015	非RCT		大分県理学療法 8巻:14-19	基本チェックリストにおいて、要介護状態になる可能性が高いと認められた65歳以上の高齢者22名	めじろん元氣アップ体操、有酸素運動主体の運動プログラム、各種健康講話	体操、講義、ADL訓練	5m快速・最大歩行時間、開眼片脚立位時間、Timed Up and Go Test(TUG)、Functional Reach Test(FRT)、日本語版WHO-5精神健康状態表(WHO-5-J)	x	x	x	x	x	x
52	模擬的買い物訓練が要介護高齢者の認知機能に与える影響	小枝周平,他	2015	非RCT		作業療法 ジャーナル 49巻4号:361-367	介護老人保健施設に入所中で認知機能低下が認められる要介護高齢者14名	介護、通常のケアと作業療法訓練として模擬的買い物訓練	IADL訓練	(MMSE、NMスケール、Frontal Assessment Battery(FAB)、N式老年者用日常生活動作能力評価尺度(N-ADL)、年齢、主病名、合併症)	x	x	x	x	x	x
53	通院透析患者のADL維持を目的とした体操とロコモーショントレーニングの効果	小出薫	2015	非RCT		日本腎不全看護学会誌 17巻2号:82-89	A施設の外来維持透析患者27名(ADL自立群18名、要介助群9名)	体操とロコモーショントレーニング	体操、ロコモーショントレーニング	Short Physical Performance Battery(SPPB)、Timed Up & Go Test(TUG)、Life-Space Assessment(LSA)、転倒に対する自己効力感尺度、転倒回数	x	x	x	x	x	x
54	体操が高齢者の身体・心理社会面にもたらす効果	今井あい子,他	2015	非RCT		作業療法 34巻4号:393-402	ラジオ体操群20名、対照群17名	ラジオ体操	ラジオ体操	年齢、性別、身長、体重、継続割合、運動習慣、移動手段、所要時間、機能的体力テスト、下肢柔軟性、上肢柔軟性、アップアンドゴー(UG)、労研式活動能力指標、高齢者抑うつ尺度短縮版(GDS-15)、生活リズム、気分、体調の主観的变化、身体活動量(歩数)	x	x	x	x	x	x

生活期リハビリテーションの効果に関する文献レビュー 抄録集

1	ADL改善を目的としたパワーリハビリテーションの取り組みについて						
筆者	畑中 慎太郎, 津留 史絵, 藤吉 剛弘, 吉丸博志, 矢野 知子, 丸山 謠子, 高辻 直人						
掲載誌	パワーリハビリテーション 5号 ; 141-143, 2006						
目的	パワーリハ(PR)の成果を在宅生活での実用的な効果へつなげるために、「Barthel Index によるADL評価(しているADL)」に着目し、しているADLの改善を目的とした取り組みについて報告する						
対象	平成16年9月～平成17年8月までの利用者36名(男性20名、女性16名、平均年齢77.1歳、平均要介護度1.4、主病名罹患期5.7年、主病名は脳卒中16名、廃用性下肢筋力低下5名、パーキンソン病4名、その他11名)						
方法	1) 介入方法: 1クール3カ月、週2回、1回90分とした。実施スタッフはPT, OT, Ns, CW, トレーナーの計7名とした。						
		対象	人数	平均年齢	平均介護度	主病名罹患期間平均	介入内容
	A群	平成16年9月～平成17年4月までの利用者	25名(男16, 女9)	77.5	1.7	6.9年	
B群	平成17年5月から8月	11名(男4, 女7)	76.3	0.9	3.0年	実用的な目標設定の実施、個別メニューの作成	
	2) 評価項目: パワーリハマニュアルに即した8項目とBarthel Index(BI)を開始時・中間時・終了時に実施						
結果	1) A群では身体機能面の改善は見られたものの、BIにおいて改善率は20%であり、有意差はみられなかった。B群は身体機能の改善に加え、Barthel Indexにおいて54.5%の改善率に向上し、有意な改善がみられた。						
考察	各利用者毎のより実用的な目標設定を明確にすること、目標に対する達成状況を利用者とともに随時確認すること、パワーリハを単なるマシン運動のみで終わらせないこと、マシンの効果を利用した中で課題を達成していくことが重要である。						

表左上の番号はアブストラクトテーブルの「No」列の番号と同一である

2	パワーリハビリテーションの手法による低負荷運動プログラムの要介護高齢者への改善効果
筆者	榎本 雪絵、木村 義徳、井上 直子、望月 秀樹、竹内 孝仁
掲載誌	理学療法 23 巻 12 号 Page1657-1663 ,2006
目的	パワーリハビリテーション（以下、PR）における要介護高齢者の体力諸要素と介護度への改善効果、および要介護高齢者の介護度の改善に結びつく体力要素を明らかにすることを目的とした。
対象	2001～2004 年度に K 市で実施された PR の参加登録者 138 名の中で、PR 介入開始時および介入後の評価に参加した 125 名（平均年齢±標準偏差：71.02±6.26 歳）、男性 73 名（70.2±7.4 歳）、女性（72.17±6.26 歳）を対象とした。なお、入浴や階段昇降などの日常生活上の制限がある者、主治医の診断により運動介入が許可されなかった者、認知症を有する者は研究対象から除外した。
方法	1) 介入方法：PR を 1 回約 90 分、週 2 回の頻度で 12 週間実施した。使用したトレーニング機器は下肢系 3 種類と、上肢系 2 種類、体幹系 1 種類の 6 種類（Proxomed 社製）であった。トレーニングの実施において、介入後の 3 週間は準備期とし、ポジション（適切な姿勢）とフォーム（適切な姿勢を保持して四肢を動かすこと）および 4 秒の往復動作の習得と呼吸を止めずに行うことを指導した。大正における初期負荷量は、下肢系マシンで 5～10kg、上肢系マシンで 2.5kg、体幹系マシンで 5kg に設定される者が多く、準備期では増量せず、試行回数は各マシンで 10 回とした。介入後 4～12 週で、RPE11 の負荷設定を厳守し、適切なフォーム、協調的な反復運動の習得ができてきていること、痛みや不快感がないことを確認し、負荷量を増加させた。試行回数は 4 週毎に 10 回から 30 回まで増加させた。 2) 評価項目：介入前後の体力測定(Timed up & go test(TUG)、ファンクショナルリーチ(FR)、握力、椅子座位体前屈、落下棒反応、6 分間歩行、開眼片足立ち)と介入後介護度の一次判定を施行した。
結果	1) PR 介入により、対象全体ではすべての体力測定結果が性別、年代に関係なく有意に改善し、介護度も有意に改善した。 2) 介護度が非該当になるか否かを予測する体力測定項目として、椅子座位体前屈、FR, TUG が抽出され、柔軟性、バランス能力、移動能力が、主に要支援～介護度 2 の要介護高齢者の自立生活の獲得に重要な身体機能要素であることが示唆された。
考察	1) PR における遠心性収縮と求心性収縮のゆっくりとした低負荷の自動反復運動を実践することにより、柔軟性やバランス能力、移動能力を改善し、これらが介護度の改善に寄与したと考えられた。 2) PR は、主に要支援～介護度 2 の要介護高齢者の身体機能や介護度の改善に効果的であり、参加継続性も高いため、介護予防・自立支援事業として有効な運動プログラムであることが示唆された。

3	維持期心臓リハビリテーションの長期効果																			
筆者	村岡 卓哉, 中嶋 麻希, 鉢呂 享平, 秋田 孝郎, 阿部 史, 永谷 牧子, 根木 亨, 大堀 克己, 川初 清典																			
掲載誌	心臓リハビリテーション 11 巻 2 号 Page287-290, 2006																			
目的	維持期プログラム開始から 14 年を経過したため, 長期効果として, 維持期集団スポーツ運動療法参加者の, 10 年予後, 再発回避率, および参加者の高齢化に伴う要介護認定率を調査した.																			
対象	回復期心臓リハビリテーション(心リハ)に参加した冠動脈疾患(CAD)患者のうち, 維持期心リハプログラムで 5 年以上運動療法を継続した 19 例をリハ群(平均年齢 62.9±4.8 歳), 医学的な禁忌以外の理由で参加しなかった患者で 10 年間の経過を追跡し得た 28 例を対照群(平均年齢 61.7±5.2 歳)とした.																			
方法	<p>1) 介入方法:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>群</th> <th>対象</th> <th>人数</th> <th>平均年齢(歳)</th> <th>介入内容</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>リハ群</td> <td>維持期心リハプログラムで 5 年以上運動療法を継続した者</td> <td>19 例</td> <td>62.9 ± 4.8</td> <td>通常の外來フォロー(月 1 回の診察と投薬, 必要に応じて栄養指導)と集団スポーツ運動療法. 運動強度は 50~60%心拍予備または AT 心拍数, 運動時間は 1 セッション 2 時間(主運動 15 分×3 種目), 頻度は週 2~3 回, 運動種目は自転車エルゴメータ, 卓球, 室内テニスの 3 種目とした. 運動療法開始から 1 年までは 3 ヶ月ごとに運動負荷試験を行い運動処方を変更した. 2 年目以降は 6 ヶ月ごとに運動負荷試験を行った.</td> </tr> <tr> <td>対照群</td> <td>医学的な禁忌以外の理由で参加しなかった患者で 10 年間の経過を追跡し得た者</td> <td>28 例</td> <td>61.7 ± 5.2</td> <td>通常の外來フォロー</td> </tr> </tbody> </table> <p>2) 評価項目: 観察期間は, 回復期リハ終了後 10 年間とし, 観察項目は生存率, 死亡者については心臓死率, 再発回避率(再狭窄あるいは新たな狭窄による PCI, CABG 等のインターペンション回避率), 要介護認定率とし, 10 年経過した時点での各観察項目を両群で比較した.</p>					群	対象	人数	平均年齢(歳)	介入内容	リハ群	維持期心リハプログラムで 5 年以上運動療法を継続した者	19 例	62.9 ± 4.8	通常の外來フォロー(月 1 回の診察と投薬, 必要に応じて栄養指導)と集団スポーツ運動療法. 運動強度は 50~60%心拍予備または AT 心拍数, 運動時間は 1 セッション 2 時間(主運動 15 分×3 種目), 頻度は週 2~3 回, 運動種目は自転車エルゴメータ, 卓球, 室内テニスの 3 種目とした. 運動療法開始から 1 年までは 3 ヶ月ごとに運動負荷試験を行い運動処方を変更した. 2 年目以降は 6 ヶ月ごとに運動負荷試験を行った.	対照群	医学的な禁忌以外の理由で参加しなかった患者で 10 年間の経過を追跡し得た者	28 例	61.7 ± 5.2	通常の外來フォロー
群	対象	人数	平均年齢(歳)	介入内容																
リハ群	維持期心リハプログラムで 5 年以上運動療法を継続した者	19 例	62.9 ± 4.8	通常の外來フォロー(月 1 回の診察と投薬, 必要に応じて栄養指導)と集団スポーツ運動療法. 運動強度は 50~60%心拍予備または AT 心拍数, 運動時間は 1 セッション 2 時間(主運動 15 分×3 種目), 頻度は週 2~3 回, 運動種目は自転車エルゴメータ, 卓球, 室内テニスの 3 種目とした. 運動療法開始から 1 年までは 3 ヶ月ごとに運動負荷試験を行い運動処方を変更した. 2 年目以降は 6 ヶ月ごとに運動負荷試験を行った.																
対照群	医学的な禁忌以外の理由で参加しなかった患者で 10 年間の経過を追跡し得た者	28 例	61.7 ± 5.2	通常の外來フォロー																
結果	<p>1) 基礎疾患, 年齢, 安静時心機能, 合併する冠危険因子, インターペンションの種類において, 両者に差は認められなかった</p> <p>2) 心リハを継続した群で, 心臓死率, 再発率, 要介護認定率が有意に低下した.</p>																			
考察	維持期運動療法は健康保険でカバーされていないが, CAD 患者の予後改善による医療費抑制に効果を有するのみならず, 介護費用の軽減にも有効である可能性が示唆された																			

4	パワーリハビリテーションによる活動性向上の取り組み 行動評価表を用いて
筆者	吉丸 博志, 山崎 美佳, 石川 和幸, 神近 成美
掲載誌	パワーリハビリテーション 6号 Page146-147, 2007
目的	在宅生活の活動性変化を客観的に評価するため、独自に考案した行動評価法を用いてパワーリハビリテーション(パワーリハ)の効果を検討した。
対象	平成 18 年 7 月～12 月に主治医よりパワーリハ実施許可の得られた当院通所リハビリテーション利用者 21 名(平均年齢 76.2 歳、平均要介護度 1.5、主病名平均罹患期間 2.9 年)を対象とした。
方法	調査方法：行動評価表を用いて、スタッフが本人に聞き取りを行った。その後、パワーリハ開始前と修了後の活動性を行動評価票の総合得点で比較した。それを総合点数の差で改善、不変、悪化の 3 群に分類した。また、総合得点と TUG、10m 歩行速度との関連について調査し、各結果に関してチーム内で検討した。行動評価票では、行動範囲を室内、庭、近所の散歩、家族・親戚の家、店、施設の 6 項目に分類し、各項目の月当たりの頻度、福祉用具の使用状態、付き添いの有無を点数化し、パワーリハ開始前と終了時の活動性を比較した
結果	パワーリハ開始前・修了後での総合得点の比較では、改善 10 名、不変 6 名、悪化 5 名であった。総合点数の変化と TUG、10m 歩行速度との間に相関は認められず、行動評価法の総合点数の低下が全般的な活動性低下を反映したものではなかった。
考察	1) 改善例では、パワーリハでの身体及び精神機能の向上により、移動動作能力の向上がみられ、本人の活動範囲拡大・外出頻度が増えた結果、行動評価表の点数増加に至ったと考えられる。 2) 不変例では集う量の増加に至らなかった理由として、家族の協力や住環境の問題等があげられる。 3) 悪化例では、10 月から 12 月の利用者のみみられ、天候や気温の影響で外出頻度の減少が見られたためだと考えられる。 4) 行動評価表に関しては各項目の点数配分を再検討する必要がある、在宅生活での活動性を向上させるためには家族やサービスの力が必要不可欠と考えられた。

5	神経疾患 進行性神経疾患に対するパワーリハビリテーションの効果					
筆者	後藤 雅一, 馬野 隆信, 永野 龍二					
掲載誌	パワーリハビリテーション 6号 Page49-51, 2007					
目的	パーキンソン病を中心とした進行性神経疾患に対するパワーリハビリテーション(パワリハ)の効果を検討した。					
対象	コンパストレーニングマシン 6機種によるパワリハを週2回6ヵ月以上継続し、かつ病状や投薬状況に変化のなかった患者 5名(57~86歳)であった	名前	介護度	性別	年齢	疾患
		I.T	要介護1	女	70	パーキンソン病
		H,A	要介護1	女	86	脳血管性パーキンソン症候群
		I,E	要介護2	女	73	パーキンソン病
		T,S	要介護2	男	72	脳血管性パーキンソン症候群
		N.H	要介護5	女	57	線条体黒質変性症
方法	評価項目：柔軟性・バランス能力は体前屈とファンクショナルリーチで評価した。歩行・移動能力は2分間足踏みとTimed Up & Go、日常生活動作はFIMとBarthel Index(BI)について経時的に評価した					
結果	<p>1)体前屈は平均-8.4cmから-5.7cm、ファンクショナルリーチは平均17.0cmから20.2cmといずれも3ヵ月で著大な改善を示し、6ヵ月でも初回時よりも改善維持されていた。</p> <p>2)2分間足踏みは平均148回から3ヵ月後は179回、6ヵ月後では203回と増加した。TUGはパワリハ開始前平均30.0秒から3ヵ月後16.7秒と著明に改善し、6ヵ月後も21.1秒と開始前よりも改善傾向を示した。</p> <p>3)FIMは開始前平均109.8から6ヵ月後113.6と改善し、BIも開始前84点から92点と改善を示した。</p> <p>4)BI評価の結果の数値をパワリハ前2測定した全利用者の介護度別BIに当てはめると、開始前の84点は要介護2~3に相当しているが、6ヵ月後の92点は要介護1とほぼ同様のレベルとなり、日常生活動作機能・能力ともに要介護度が改善していることが示唆された。</p> <p>5)UPDRS(パーキンソン病の統一スケール)の評価でも開始前平均50.8であったものが6ヵ月後では41.6へと統計学的にも有意な低下を認めた。</p>					
考察	パワリハは進行性神経疾患に対しても進行予防やリハビリ治療効果が期待できることが示唆された。					

6	品川区委託介護予防事業 理学療法士による「身近でリハビリ」の介護予防効果										
筆者	奥 壽郎, 与那嶺 司, 榎本 康子, 小川 憲治, 小幡かつ子, 吉田 瞳, 内野 滋雄										
掲載誌	理学療法科学 22(4): 439 - 443, 2007										
目的	東京都品川区介護予防事業「身近でリハビリ」の介護予防効果を明らかにすること										
対象	2004年2月より, 品川区立戸越台在宅サービスセンター(以下, センター)にて開始された「身近でリハビリ」1~3期に, 1クールである6ヵ月間参加できた71名のうち屋内歩行自立レベルの虚弱高齢者66名(男性24名・女性42名, 平均年齢77.4±6.7歳)を対象とした。66人中, 要支援が38名, 要介護1が20名, 要介護2が8名であった。										
方法	1) 介入方法: 1クールを6ヵ月としており, 1週間に1~2日, 1回につき10名を定員とし, 90分の集団運動および個別自主運動プログラムをセンターで実施する。さらに自宅で実践し運動習慣を獲得して, 体力・活動能力の維持・向上により介護予防を図る。スタッフは, 介護福祉士1名・看護師1名・理学療法士(以下, PT)1名の計3名である。										
		<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>運動の内容</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>集団運動</td> <td>パイプ椅子を利用して座位および立位での, 全身のストレッチ運動・リラクゼーション運動と筋力強化運動</td> <td>30分間</td> </tr> <tr> <td>個別自主運動</td> <td>特別かつ高価な運動機器を用いず, 一人で自宅でできる運動を行う。各参加者のニーズに沿って専門のスタッフである理学療法士と参加者が話し合い作成する。運動の難易度の変更, 身体症状, ニーズの変化などを考慮して個別自主運動プログラムは追加・変更される。</td> <td>20分から30分</td> </tr> </tbody> </table>		運動の内容		集団運動	パイプ椅子を利用して座位および立位での, 全身のストレッチ運動・リラクゼーション運動と筋力強化運動	30分間	個別自主運動	特別かつ高価な運動機器を用いず, 一人で自宅でできる運動を行う。各参加者のニーズに沿って専門のスタッフである理学療法士と参加者が話し合い作成する。運動の難易度の変更, 身体症状, ニーズの変化などを考慮して個別自主運動プログラムは追加・変更される。	20分から30分
		運動の内容									
集団運動	パイプ椅子を利用して座位および立位での, 全身のストレッチ運動・リラクゼーション運動と筋力強化運動	30分間									
個別自主運動	特別かつ高価な運動機器を用いず, 一人で自宅でできる運動を行う。各参加者のニーズに沿って専門のスタッフである理学療法士と参加者が話し合い作成する。運動の難易度の変更, 身体症状, ニーズの変化などを考慮して個別自主運動プログラムは追加・変更される。	20分から30分									
2) 評価項目: 握力, 開眼片足立ち時間, ファンクショナルリーチ, 長座位体前屈, 0m歩行時間, 研式活動能力指標											
結果	握力(kg)は18.1から20.9, 開眼片足立ち時間(秒)は9.7から16.0, ファンクショナルリーチ(crn)は19.6から25.4, 長座位体前屈は(cm)20.3から24.8, 10m歩行時間(秒)は16.2から13.6, 老研式活動能力指標(点)は8.6から9.7ですべての項目で有意に向上がみられた。										
考察	<p>1) 一的な集団運動に加え, 参加者のニーズに合わせた個別運動を取り入れており, 体力全般に効果を及ぼしたものと考えられる。</p> <p>2) 先行研究と「身近でリハビリ」とにおける, 測定項目の向上率を比較すると, 向上率における「身近でリハビリ」の特徴は, 全項目において比較的大きな向上率を示している。この要因として, 施行期間が6ヵ月間であり, 他の介護予防事業より比較的長期間であったこと, さらにこの事業が個別自主運動プログラムを取り入れている点にあると考えられる</p> <p>3) 「身近でリハビリ」のコンセプトとして, 自宅での運動実践, および運動習慣の獲得を目指すことにより, 特別な運動機器を用いない運動が大きな柱になっている。この点は介護予防事業としては非常に経済的であり, 地方公共団体が主体になる介護予防事業としては大きなメリットであると考えられる。</p>										

7	かかりつけ医診療所における介護予防活動の試み								
筆者	本田哲三, 鈴木順子, 堀田富士子, 玉木一弘, 佐藤秀紀, 高瀬茂, 安倍智, 清水恵一郎, 山崎隆夫, 窪田茂比古, 羽木裕雄, 桑名斉, 若林研司, 日野研一郎, 橋岡孝之介, 新田國夫, 高橋玖美子, 山田拓実, 田村孝司								
掲載誌	東京都医師会雑誌 60 巻 10 号 Page1977-1984, 2007								
目的	地域診療所のかかりつけ医と看護師による介護予防活動の有効性を検討することを								
対象	東京都医師会地域福祉委員会委員 (平成 18 年度) 14 名の診療所に通院中の要支援・要介護 1 認定患者 46 名 (男性 13 名、女性 33 名。65~85 歳、平均年齢 75.9±7.1 歳)								
方法	<p>1) 介入方法: 無作為に介入群、プラセボ群、非介入群の 3 群に分けた。介入期間は 6 か月とした。</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>群</th> <th>内容</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>介入群</td> <td>主治医または看護師が外来受診時に介護予防を目的とした冊子「暮らしの中の元気づくり」を用いて生活指導を行った。冊子「暮らしの中の元気づくり」は運動機能の向上 口腔機能の向上 栄養改善 社会参加 物忘れ対策 生きがい作りの 6 項目 33 頁からなる。2 週間に 1 回約 10 分間、2 人以上の集団で患者同士が情報を交換し裨意識を培うように配慮しながら自己管理表 (マイカレンダー) にそってプログラムの実行状況をチェックした。</td> </tr> <tr> <td>プラセボ群</td> <td>2 週間に 1 回、看護師が一般的な健康管理について対象者 2 人以上の集団に対しパンフレットを用いて説明を行った。指導時間は約 5 分間で、自己管理表は用いない。</td> </tr> <tr> <td>非介入群</td> <td>2 週に 1 回外来で医師・看護師が通常の診察を行う。生活指導は一切行わない。</td> </tr> </tbody> </table> <p>2) 評価方法: 評価項目は基本データ (年齢、身長、体重) 基本運動能力 (握力、片足立ち、3m 速歩時間・歩数) および QOL 評価として SF-36 である。介入開始前 (初期) 3 か月目 (中間) および 6 か月後 (最終) に介入に関与していない第三者 (おもにリハビリ学院の学生) が 2 人組で各診療所を訪問して実施した。QOL は女性のみ符号検定を行った。</p>	群	内容	介入群	主治医または看護師が外来受診時に介護予防を目的とした冊子「暮らしの中の元気づくり」を用いて生活指導を行った。冊子「暮らしの中の元気づくり」は運動機能の向上 口腔機能の向上 栄養改善 社会参加 物忘れ対策 生きがい作りの 6 項目 33 頁からなる。2 週間に 1 回約 10 分間、2 人以上の集団で患者同士が情報を交換し裨意識を培うように配慮しながら自己管理表 (マイカレンダー) にそってプログラムの実行状況をチェックした。	プラセボ群	2 週間に 1 回、看護師が一般的な健康管理について対象者 2 人以上の集団に対しパンフレットを用いて説明を行った。指導時間は約 5 分間で、自己管理表は用いない。	非介入群	2 週に 1 回外来で医師・看護師が通常の診察を行う。生活指導は一切行わない。
群	内容								
介入群	主治医または看護師が外来受診時に介護予防を目的とした冊子「暮らしの中の元気づくり」を用いて生活指導を行った。冊子「暮らしの中の元気づくり」は運動機能の向上 口腔機能の向上 栄養改善 社会参加 物忘れ対策 生きがい作りの 6 項目 33 頁からなる。2 週間に 1 回約 10 分間、2 人以上の集団で患者同士が情報を交換し裨意識を培うように配慮しながら自己管理表 (マイカレンダー) にそってプログラムの実行状況をチェックした。								
プラセボ群	2 週間に 1 回、看護師が一般的な健康管理について対象者 2 人以上の集団に対しパンフレットを用いて説明を行った。指導時間は約 5 分間で、自己管理表は用いない。								
非介入群	2 週に 1 回外来で医師・看護師が通常の診察を行う。生活指導は一切行わない。								
結果	<p>1) 男女とも 3 群とも基本データおよび基本運動能力に差はなかった。さらに最終の経過によっても各群に変化はなかった。男女とも 3 群の初期・中間・最終において SF-36 のいずれのサブスケールとも変化は有意ではなかった。</p> <p>2) 女性の介入群では活力 (VT) の改善傾向 ($p=0.06$) が認められた。また平均値の比較では社会生活機能 (SF) の改善が大きかった。</p> <p>3) プラセボ群では日常役割機能 (RP) 体の痛み (BP) 活力 (VT) の改善傾向 ($p=0.06$) が認められた。平均値の比較ではそれらに加えて社会生活機能 (SF) の改善が大きかった。</p> <p>4) 非介入群では明らかな変化の傾向は認められないものの、最終評価では初期に比較して身体機能 (PF) および日常役割機能 (RE) で平均値が減少していた。</p> <p>5) 中間と最終の比較では介入群の各サブスケール (PF, Rp, BP, VT) では中間値の方が高く、プラセボ群 (SF を除くすべてのスケール) では最終値が高い傾向が認められた</p>								
考察	<p>1) 診療所における介護予防活動では全般的な生活指導のみでも長期間 (6 か月間) 持続すれば有効である可能性を示唆すると考えられる</p> <p>2) 診療所での虚弱高齢者の集団教育が社会生活活動の活性化につながり介護予防に役立つ可能性が示唆された。高齢者においてはマニュアルの導入や厳密な健康管理といった積極的介入は、長期にわたるよりもむしろ 3 ヶ月程度の短期の方が効果的であることが示唆された。</p>								

8	通所サービス パワーリハビリテーション実施連続 100 例の 3 年後																								
筆者	中原 和宏, 秋葉 浩樹, 菊池 慎介, 下條 洋子, 武原 光志																								
掲載誌	パワーリハビリテーション 6 号 Page81-83, 2007																								
目的	3 年後の要介護認定の変化を調査した。																								
対象	平成 15 年 4 月 1 日から 11 月 21 日までに通所リハビリセンターのパワーリハビリテーション(パワーリハ)を実施した連続 100 例(男 39 例、女 61 例、平均年齢 79.1 歳) <table border="1" data-bbox="272 504 1131 781"> <thead> <tr> <th colspan="2">要介護度</th> <th colspan="2">疾患分類</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>要支援</td> <td>27 名</td> <td>脳血管障害</td> <td>41%</td> </tr> <tr> <td>要介護</td> <td>39 名</td> <td>整形疾患</td> <td>37.0%</td> </tr> <tr> <td>要介護</td> <td>19 名</td> <td>パーキンソン症候群</td> <td>11.0%</td> </tr> <tr> <td>要介護</td> <td>10 名</td> <td>認知症</td> <td>2%</td> </tr> <tr> <td>要介護</td> <td>5 名</td> <td>その他</td> <td>9%</td> </tr> </tbody> </table>	要介護度		疾患分類		要支援	27 名	脳血管障害	41%	要介護	39 名	整形疾患	37.0%	要介護	19 名	パーキンソン症候群	11.0%	要介護	10 名	認知症	2%	要介護	5 名	その他	9%
要介護度		疾患分類																							
要支援	27 名	脳血管障害	41%																						
要介護	39 名	整形疾患	37.0%																						
要介護	19 名	パーキンソン症候群	11.0%																						
要介護	10 名	認知症	2%																						
要介護	5 名	その他	9%																						
方法	調査方法：施設利用開始から 3 年経過した時点の実際の要介護認定を調査した。																								
結果	<p>1) 3 年後の利用状況は継続 55 例、中止 45 例で、継続 55 例のうち要介護認定の改善が得られたのは 11 例(改善率 20.0%)、維持 31 例、低下 13 例だった。</p> <p>2) 開始時要支援で 1 年経過時も要支援だった 17 名について 1 次判定ソフトを用い趣味レーション判定を行った結果、8 割以上が「自立」と判定された</p> <p>3) 1 年経過時点では転倒・骨折が多くみられたが、声かけ、ADL 訓練、ADL 指導などの転倒予防対策によって 2 年経過時点以降、介護度低下や死亡の引き金となる転倒・骨折は発生していなかった。</p>																								
考察	介護度低下例や通所リハ中止例の多くは病状変化が原因と考えられた。介護予防に関してパワーリハを用いたトレーニングだけでなく、健康管理や転倒予防対策を併施することがより効果的と考えられた。																								

9	十和村介護保険制度下における各種居宅サービスの効果の検討
筆者	栗山 裕司, 真明 将, 林 敬裕
掲載誌	高知リハビリテーション学院紀要 8巻 Page19-26, 2007
目的	四万十町西部(旧、十和村)における介護保険制度下の各種居宅サービスの利用状況を中心に実態調査を実施し、要介護度の変化と各種居宅サービスの関連性とその効果について検討した。
対象	十和村在住の在宅要介護認定者 113 例中、高齢者生活支援ハウス入所者を除く 101 例を対象とした。年齢は、 81.6 ± 9.6 歳である。疾患別内訳は、脳血管疾患 33 名 (32.7%), 認知症 (痴呆症) 23 名 (22.8%), 骨関節疾患 19 名 (18.8%), 廃用症候群 18 名 (17.8%), 脊髄疾患 4 名 (4.0%), その他 4 名 (4.0%) であった。
方法	調査方法：調査は、2003年12月(以下、初期時とする)と2004年12月(以下、最終時とする)とし、要介護度、介護保険制度下の各種居宅サービスの1ヶ月間の利用回数等を十和村居宅介護支援事業所(現、居宅介護支援事業所十和)所有のケースファイルや介護保険費用計算書からの調査および訪問調査にて実施した。
結果	<p>1) 1年間の要介護度の変化は、改善 14 名(13.9%)、維持 68 名(67.3%)、低下 19 名(18.8%)であった。</p> <p>2) 関連性を認めた対象者の要介護度の範囲に違いはあるが、訪問リハビリに限って、要介護度の改善に対する有効性が示唆された。しかし、訪問看護、通所介護、短期入所の各居宅サービス提供は、要介護度の改善に繋がっていないとの結果であった。</p> <p>3) 要介護度の変化と居宅サービス利用回数との関連性の分析においても、訪問リハビリは正の相関を認め、要介護度の改善に対する有効性が示唆された。しかし、訪問看護、通所介護、短期入所については、負の相関を認め、これらの居宅サービス提供は、要介護度の改善に繋がっていないとの結果であった。</p>
考察	十和村は、個々の居宅サービス提供者の専門性を高めること、居宅サービスの更なる基盤整備、効果的な介護予防サービス提供体制の整備の促進等が必要であることが示唆された。

10	要介護高齢者に対する運動介入において、集団運動と個別運動がもたらす効果の特徴																
筆者	中川 和昌, 猪股 伸晃, 今野 敬貴, 中澤 理恵, 坂本 雅昭																
掲載誌	理学療法群馬 19号 Page6-12.2008																
目的	要介護高齢者に対してより効果的な運動介入を展開していく上での、個別運動と集団運動の特徴について検討すること																
対象	群馬県 M 町の老人保健施設 A の通所リハビリテーションを利用している要支援、軽度要介護高齢者 17 例 (男性 8 名, 女性 9 名, 平均年齢 82.2 ± 6.5 歳, 要支援が 8 名, 要介護 1 が 8 名, 要介護 2 が 1 名) を対象とした。対象者の条件は, 歩行が可能である (独歩が困難な人は歩行補助具の使用を認める), 理解困難な認知症を有さない, 重度な疾患を有さない, 日常生活で介助を有さない (要介護度は要支援または要介護度 1, 2), 4 回の体力測定を全て実施した, の 5 条件とした																
方法	<p>1) 調査方法: 平成 18 年 1, 4, 7, 10 月の計 4 回, 通所リハビリテーションサービスの一環として, 3 ヶ月ごとに体力測定を実施した。評価項目は体重, 体脂肪, 握力, 膝伸展筋力, 長坐位体前屈, 開眼開脚立位時間, Functional Reach Test (FRT), Timed "Up and Go" Test (TUG), 10m 歩行時間, 老研式活動指標, Short-Form 36-Item Health Survey (SF-36), Life-Space Assessment (LSA) であった。測定は筆者以外に協力して頂いた理学療法士, 計 2~3 名で実施した</p> <table border="1" data-bbox="300 880 1437 1200"> <thead> <tr> <th colspan="2">期間</th> <th colspan="2">介入内容</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 期</td> <td>1 月 ~ 4 月</td> <td colspan="2">非介入</td> </tr> <tr> <td>2 期</td> <td>4 月 ~ 7 月</td> <td>集団運動 (毎日 20 分程度実施)</td> <td>筋力トレーニング, 正しい姿勢や重心移動の練習, ストレッチや整理体操</td> </tr> <tr> <td>3 期</td> <td>7 月 ~ 10 月</td> <td>集団運動 (毎日) + 個別運動 (自主トレーニング)</td> <td>上記に加え、自主トレーニングとして筋力トレーニングを目的とした運動 8 項目, ストレッチ 5 項目</td> </tr> </tbody> </table> <p>2) 介入方法: 集団運動はトレーニングの必要性や正しいやり方を講義・説明しながら実施した。対象者の基礎・体力レベル, 可能な体位等, その時の状況により多少変更した。自主トレーニングとして実施する個別運動として, 体力測定の結果や, 疼痛の状態等を総合的に判断し, 理学療法士が各参加者に 3~5 個の運動を選択し, ストレッチも含めて自主トレーニングとして指導した。運動実施状況は, 各個人に運動チェックシートを配布し, 運動を実施した日をチェックするように指導し, さらに来所時に, 看護師または介護士が毎回チェックした。なおトレーニング強度は自覚的運動強度 (RPE; Ratings of Perceived Exertion) で 12, 13 (ややきつい) 程度, 回数は 8~10 回を 1~3 セットで実施するように指導した。</p>	期間		介入内容		1 期	1 月 ~ 4 月	非介入		2 期	4 月 ~ 7 月	集団運動 (毎日 20 分程度実施)	筋力トレーニング, 正しい姿勢や重心移動の練習, ストレッチや整理体操	3 期	7 月 ~ 10 月	集団運動 (毎日) + 個別運動 (自主トレーニング)	上記に加え、自主トレーニングとして筋力トレーニングを目的とした運動 8 項目, ストレッチ 5 項目
期間		介入内容															
1 期	1 月 ~ 4 月	非介入															
2 期	4 月 ~ 7 月	集団運動 (毎日 20 分程度実施)	筋力トレーニング, 正しい姿勢や重心移動の練習, ストレッチや整理体操														
3 期	7 月 ~ 10 月	集団運動 (毎日) + 個別運動 (自主トレーニング)	上記に加え、自主トレーニングとして筋力トレーニングを目的とした運動 8 項目, ストレッチ 5 項目														
結果	<p>1) 対象者の集団運動参加頻度の平均は第 2 期で平均 0.9 ± 0.3 day/week, 第 3 期で 1.1 ± 0.5 day/week, 第 3 期での個別運動の実施頻度は 4.9 ± 1.7 day / week であった。</p> <p>2) 第 2 回の測定において TUG の有意な増加, 第 3 回の測定において膝伸展筋力の有意な増加, SF-36 の VT の項目で有意な改善が認められた。第 4 回の体力測定においては, 体脂肪の有意な減少, 膝伸展筋力の有意な増加, FRT の有意な増加, さらに SF-36 においては BP, GH, VT の項目において有意な改善, LSA の有意な増加が認められた。</p>																
考察	運動に対する活気や、下肢の筋出力の向上に集団運動は効果があり、バランスを中心とした機能面の改善には個別運動が必要である事が示唆された。また、両方の組み合わせにより QOL や活動性の向上を認めた。																

11	要支援・軽度要介護高齢者に対する個別運動介入に集団運動がもたらす効果																	
筆者	中川 和昌, 猪股 伸晃, 今野 敬貴, 中澤 理恵, 坂本 雅昭																	
掲載誌	理学療法科学 23巻4号 Page501-507 . 2008																	
目的	集団運動を実施した上で個別運動を実施した群と、個別運動のみを実施した群の介入前後の変化を比較することで、要介護高齢者や虚弱高齢者に対する運動効果の中で、集団運動がどのような影響をもたらすのかについて検討すること																	
対象	老人保健施設2施設の通所リハビリテーション（以下、通所リハ）を利用している、要支援または軽度要介護高齢者計41名とした。																	
方法	<p>1) 調査方法：集団運動と個別運動を指導した群(A群)と、個別運動のみを指導した群(B群)に分けて比較検討した。評価内容は身長・体重・体脂肪、握力、膝伸展筋力、長坐位体前屈、開眼片足立ち時間、Functional Reach Test (FRT), Timed "Up and Go" Test (TUG), 10m 歩行時間、老研式活動指標、Short-Form 36-Item Health Survey (SF-36), Life-Space Assessment (LSA) であった</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>群</th> <th>人数</th> <th>平均年齢</th> <th>評価</th> <th>介入内容</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A群 (施設A)</td> <td>20</td> <td>81.6 ±6.2 歳</td> <td>平成18年 第1回：4月 第2回：7月 第3回；11月</td> <td>4月～7月：集団運動(毎日20分程度実施) 7月～11月：集団運動(毎日)+個別運動(自主トレーニング)</td> <td>筋力トレーニング, 正しい姿勢や重心移動の練習, ストレッチや整理体操</td> </tr> <tr> <td>B群 (施設B)</td> <td>21</td> <td>79.8 ±6.1 歳</td> <td>平成18年 第1回：7月 第2回：11月</td> <td>個別運動(自主トレーニング)</td> <td>筋力トレーニングを目的とした運動8項目, ストレッチ5項目</td> </tr> </tbody> </table> <p>2) 介入方法：集団運動はトレーニングの必要性や正しいやり方を講義・説明しながら実施した。個別運動は、理学療法士が各参加者に3～5個の運動を選択し、ストレッチも含めて指導した。運動実施状況は、各個人に運動チェックシートを配布し、運動を実施した日をチェックするように指導し、さらに来所時に、看護師または介護士が毎回チェックした。</p>	群	人数	平均年齢	評価	介入内容	A群 (施設A)	20	81.6 ±6.2 歳	平成18年 第1回：4月 第2回：7月 第3回；11月	4月～7月：集団運動(毎日20分程度実施) 7月～11月：集団運動(毎日)+個別運動(自主トレーニング)	筋力トレーニング, 正しい姿勢や重心移動の練習, ストレッチや整理体操	B群 (施設B)	21	79.8 ±6.1 歳	平成18年 第1回：7月 第2回：11月	個別運動(自主トレーニング)	筋力トレーニングを目的とした運動8項目, ストレッチ5項目
群	人数	平均年齢	評価	介入内容														
A群 (施設A)	20	81.6 ±6.2 歳	平成18年 第1回：4月 第2回：7月 第3回；11月	4月～7月：集団運動(毎日20分程度実施) 7月～11月：集団運動(毎日)+個別運動(自主トレーニング)	筋力トレーニング, 正しい姿勢や重心移動の練習, ストレッチや整理体操													
B群 (施設B)	21	79.8 ±6.1 歳	平成18年 第1回：7月 第2回：11月	個別運動(自主トレーニング)	筋力トレーニングを目的とした運動8項目, ストレッチ5項目													
結果	<p>1) A群における集団運動の実施頻度は、集団運動期間で1.0±0.3日/週、個別運動期間で1.1±0.5日/週であった。</p> <p>2) A群は集団運動実施前後において膝伸展筋力においてのみ有意な増加を認めた。その他の項目においては、有意な変化を認めなかった。</p> <p>3) A群において、体脂肪率の有意な減少、膝伸展筋力の有意な増加、ならびに長坐位体前屈、片足立ち、FRTの項目において有意な増加が認められた。B群においては体重、長坐位体前屈、片足立ち、FRTの項目において有意な増加が認められた。変化率は膝伸展筋力においてのみ、A、B群間に有意な差が認められた。</p> <p>4) A群において、集団運動期間の前後でVT(活力)の有意な向上が認められ、個別運動期間の前後においては、RP, BP, GH, VT, REの項目において有意な改善、LSAの有意な増加が認められた。B群においては全ての項目において、有意差は認められなかった。</p>																	
考察	<p>1) 要介護高齢者の下肢筋力を向上する上で、個別運動の前に集団運動を始めに実施していく事は効果的であった、と考えられる。</p> <p>2) バランスにおいては、両群ともに個別運動実施後に片足立ち、FRTの優位な改善が認められた</p>																	

	ことから、バランス等、機能面の更なる向上のためには個別のアプローチが必要と考えられる。
12	予防給付事業におけるパワーリハビリテーションの効果 運動器機能と要介護度の視点から
筆者	坂口 郁美、村井 洋子、佐藤 由季、林田 千津子、小出 将志、碓 神奈、杉浦 哲平、石橋 経久
掲載誌	パワーリハビリテーション 7号 Page168-170, 2008
目的	予防給付事業の運動器機能向上加算サービスにてパワーリハと個別体操メニューのプログラムを実施し、利用者の運動器機能と要介護度の変化および主観的健康感・ADLの変化について検討した。
対象	平成 19 年 4 月～平成 20 年 3 月の期間に要支援 1・2 と判定され当法人にて運動器機能向上サービスを受けた利用者 117 名
方法	1) 調査方法：佐世保市のサービス提供マニュアルに基づき、3 か月を 1 クールとしパワーリハと個別体操メニューを実施した。パワーリハマシンは 3 機種を評価によって選定し、体操メニューも各々に合わせて個別に選定した。 2) 評価項目：立ち上がり動作 (5 回実施速度)、Timed Up and Go Test (TUG)、開眼片足立ち、歩行速度、要介護度、主観的健康観、日常生活動作 (問診)
結果	1) 運動器機能の変化は[立ち上がり動作]が改善した人の割合が 64%、[TUG]が改善した人 62%、[開眼片足立ち]が改善 62%、[歩行速度]が改善 70%、要介護度の変化は改善 3%、維持 97%であった 2) 主観的健康感の変化は「体の調子がよくなった」と答えた人が 25%、「変わらない」50% 3) ADL の変化(問診)は「歩行などの動作に自信がついた」と答えた人が 35%、「基本動作が楽に行えるようになった」27%、「変化は感じない」27%などであった。
考察	1) 運動器機能評価では全体的に改善している人が多いが、特に立ち上がり動作と通常歩行速度の項目にて改善の傾向が見られた。 2) 立ち上がり動作のスムーズな重心移動が可能となり、日常生活の動作においても反映できていることがわかった

13	パワーリハビリテーションを用いた、地域支援事業の成果とその後のフォローアップについて 当センターにおける取り組み
筆者	藤吉 剛弘, 畑中 慎太郎, 津留 文絵, 古賀 美里
掲載誌	パワーリハビリテーション 7号 Page43-44, 2008
目的	香椎原病院体力向上支援センターは平成 17 年 1 月から、パワーリハビリ手法を用いた会員制シニア・シルバーフィットネスとして多くの地域住民に利用していただいている。また平成 18 年 8 月から、地域支援事業として特定高齢者を対象とした介護予防教室(パワーリハ)を開始したため、その結果を報告する
対象	地域包括支援センターにより説明・実施された「厚生労働省指定の基本チェックリスト」での抽出により、区長より許可・依頼のあった特定高齢者で、平成 18 年 8 月～平成 20 年 3 月までの間、3 か月間介護予防教室を終了された 19 名(男性 5 名、女性 14 名、平均年齢 75.6 歳)
方法	1) 介入方法: グループをせずに参加希望者を随時受け入れ、1クール3ヵ月として週2回パワーリハを実施した。使用機器は酒井医療社製 Compass6 機種とバイオステップ、自転車エルゴメーターを中心に使用した。さらに継続指導として、独自のホームプログラム、地域活動情報(公民館活動など)の提供と当センターへの入会案内を行った 2) 評価項目: 開始時・終了時に身体機能面と ADL 面の評価を行った。身体機能面介護予防教室実施規定の評価項目 5 種目(握力, 開眼片足立ち, Timed Up & Go(TUG), 5m 最大歩行, 5m 普通歩行)を評価した。ADL は FIM にて評価した。
結果	1) 身体機能面では TUG と 5m 最大歩行において有意な改善が認められた 2) FIM は有意差は認められなかったが、約 7 割の参加者に改善が認められた。また、「外出が増え趣味活動を再開」「洗濯物が楽に干せた」「一人でバスに乗れた」という意見が聞かれた 3) 継続指導については約 5 割が当センターに入会した。理由は「終了すると元の状態(生活)に戻る」が多かった。非継続者の理由は「遠くて行くことが困難」が多く、「自分で取り組める(自信がついた)」「趣味活動が増え時間がない」などが聞かれた。 4) 入会しなかった人を事後調査した結果、「体調(体力)も維持でき、自宅運動を継続」が約 30%、「体調不良、体力低下のため、運動継続できず」が約 70%であった。
考察	1) 特定高齢者におけるパワーリハの実施は身体機能面の改善に有効であった。 2) 終了後「運動継続・行動変容による生活活動が改善した人」と「元の生活に戻った人」では、成果に差が出たと言える。

14	地域高齢者における介護予防事業の効果
筆者	中園 貴志), 諫武 稔, 諸隈 泉絵, 秋満 加奈子, 中原 雅美, 渡利 一生, 森田 正治
掲載誌	柳川リハビリテーション学院・福岡国際医療福祉学院紀要 4巻 Page31-34, 2008
目的	平成19年度にK町の運動機能維持向上事業に参加した地域高齢者11名を対象に, 身体機能面とともに, 「閉じこもり予防・支援」「認知症予防・支援」「うつ予防・支援」の3事業に影響すると考えられているQOLに着目して介護予防事業を実施したので報告する。
対象	K町の運動機能維持向上事業に参加した地域高齢者11名(男性2名、女性9名、平均年齢77.9±4.7歳)
方法	<p>1) 介入方法: 平成19年7~9月の3ヶ月間, 自宅での運動習慣獲得を目指して, 健康講座と運動療法を週1回の頻度で計12回実施した, また, 同様の運動をホームプログラムとして自宅毎日実施するよう促した。</p> <p>健康講座として, 医師, 看護師, 理学療法士, 作業療法士, 管理栄養士が対象者に健康指導を行なった。講座は転倒予防, 生活習慣病と食生活, 血圧のコントロールや服薬指導, 心の健康作りなどをテーマ別に, 各職種が専門性を生かして, 対象者に説明および改善方法の指導を行なった。運動療法は, チューブ体操, ダンベル体操, 腰痛体操, ステップ運動を行なった。チューブ体操は肩の屈曲・外転および肘の屈曲をそれぞれ15回×3セットとした。ホームプログラムとしては, 運動方法を記載した「にこにこノート」を配布し, 日々行った運動内容を利用者自身に記入してもらい, 自宅での運動状況を把握出来るように工夫した。さらに, 対象者が介護予防事業に参加することで精神機能の維持向上が図れるように, 20分程度のスタッフとの交流や利用者同士の交流の時間を設けた</p> <p>2) 評価項目: 身体機能評価は, 文部科学省の「体力・運動能力調査」の調査項目を参考に, 障害物歩行, 開眼片脚立位, 6分間歩行, 握力, 上体起こし, 長坐位体前屈の6項目を評価した。QOL評価には, MOS Short-Form36-Item Health Survey (以下, SF-36) を使用した。</p>
結果	1) 介護予防事業への参加前後の比較において, 身体機能面では障害物歩行, QOL評価ではSF-36の身体機能(PF)と活力(VT)が有意に向上した。しかし, 身体機能評価とQOL評価の相関はなかった。
考察	対象者が介護予防事業に参加する中で, 運動を行っている, 身体を鍛えているという認識が日常生活における自信につながり, 身体機能(PF)と活力(VT)を向上させていると考えられた。また, 活力(VT)の有意な向上は, 運動による達成感や対象者同士の交流などを通して, 活動意欲を高めたのではないかと考える。今後, 更に効果的な事業を展開するためには, 個別プログラムの作成や介護予防事業終了後も同窓会の設立などによって身体機能とQOLにアプローチする必要があると考えられた

15	退院した虚弱高齢者の機能に及ぼす継続的訪問リハビリテーションの効果(Effect of Continuous Home-Visit Rehabilitation on Functioning of Discharged Frail Elderly)
筆者	Kawagoe Masahiro, Kajiya Shingo, Mizushima Kentaro, Yamasaka Hiroki, Izuhara Toshihiko, Bishu Nobuhiko, Moriyama Michiko
掲載誌	Journal of Physical Therapy Science 21 巻 4 号 Page343-348 , 2009
目的	継続的な訪問リハビリテーションが急性期病床から退院した虚弱高齢者の機能に及ぼす効果を検証した
対象	対象は、2007年6月と2008年4月の間に兵庫県で急性期患者のために199ベッドで病院から退院する虚弱高齢者とした。
方法	1) 介入方法：退院直後から訪問リハビリテーションを実施した。 2) 評価項目：訪問リハビリテーション開始時(ベースライン)とその3ヵ月後に、身体機能(20項目)、活動(24項目)、参加行動(2項目)、健康状態(2項目)を理学療法士(PT)が評価した。
結果	1) 対象は急性期病床を退院した67～97歳の虚弱高齢者31名(男性4名、女性27名、平均年齢79.2±7.5歳)、要支援1～2が14名(45.2%)、要介護1～2が11名(35.5%)、要介護3～5が6名(19.4%)であった。 2) ベースライン時の機能と比較して、3ヵ月後には、自宅内外周辺での起立、歩行、移動、階段昇降の自立レベル、日中の活動状態と外出頻度、精神的機能と抑うつ傾向、転倒の不安が有意に改善された。
考察	1) 退院した高齢者への継続的な訪問リハビリテーションが日常生活動作(ADL)と活動量の改善だけでなく、精神的機能と抑うつ傾向に対しても優れた効果をもたらすことが明らかになった。

16	特別養護老人ホームでの常勤理学療法士によるリハビリテーションの効果-QOL への影響について-
筆者	細井 俊希, 丸山 仁司
掲載誌	理学療法科学 24 巻 2 号 Page173-178, 2009
目的	理学療法士が特別養護老人ホームの機能訓練指導員として介入することが、対象高齢者の QOL 向上につながるかを検討した。また、主観的健康感を示す VAS と、既存の QOL 評価法である SF-36 との相関を求め、VAS が QOL 評価として使用できる可能性について検討した。
対象	平成 18 年 8 月から平成 19 年 11 月までの研究期間の中で特別養護老人ホームに入居していた 95 名のうち、本研究への同意が得られ、質問紙への回答が可能であった 20 名を対象とした。質問への回答が困難なもの（重度の難聴、失語症、重度の高次脳機能障害を有するものなど）は除外した。
方法	1) 介入方法：研究期間の前半 6 ヶ月を「常勤あり」、後半 6 ヶ月を「常勤なし」期間とし、比較した。「常勤あり」期間は、常勤理学療法士により、週 1~2 回の機能訓練に加え、居室など生活スペースでの基本動作・ADL 動作練習や、入居時の居室選択のアドバイスや居室レイアウトの変更、福祉用具の選択、他職員への介助法指導などが行われた。「常勤なし」期間は、あんまマッサージ指圧師および非常勤理学療法士により、週 1~2 回の機能訓練を中心に実施された。 2) 測定方法：3 ヶ月ごとに 6 回、計 15 ヶ月にわたり Medical Outcome Survey short-form 36 item health survey(以下, SF-36)、Visual analog scale(以下, VAS)、Philadelphia Geriatric Center モラルスケール(以下, PGC)、および Functional Independence Measure(以下, FIM)を実施した。SF-36 は 8 つの下位尺度である身体機能(以下, PF)、日常役割機能(以下, RP)、身体の痛み(以下, BP)、全体的健康感(以下, GH)、活力(以下, VT)、日常役割機能(以下, RE)、社会生活機能(以下, SF)、心の健康(以下, MH)で構成され、身体的健康をあらわすサマリースコア (physical component summary; 以下, PCS) と精神的健康をあらわすサマリースコア (mental component summary; 以下, MCS) の 2 つの因子得点にまとめることができる。本研究では PCS および MCS, ならびに下位項目を時期ごとに算出した。
結果	1) 本研究期間中に 2 名が退所となったため、各評価項目の変化については研究期間を通じてデータが取得できた 18 名のものを解析した。 2) 本研究対象者は、PCS, MCS, および下位項目すべてにおいて国民標準値を下回っていた。 3) SF-36 下位項目の PF は開始時と比較し 15 ヶ月後に有意な低下が認められた。 4) SF-36 下位項目のうち、開始時と比較し 3 ヶ月後以降有意に得点が上昇したのは、RP, BP, VT, SF であった。RE は 6 ヶ月後のみ有意な上昇が認められた。PCS は 6 ヶ月後に、MCS は 3 ヶ月後と 12 ヶ月後に有意な上昇が認められた。 5) FIM は、FIM-M および FIM-T で 6 ヶ月後に有意な改善が認められた。SF-36 下位項目および FIM では有意差は認められなかった。 6) 常勤"あり"は"なし"に比べ VAS と PGC で有意に高値を示した。 7) VAS および FIM との間にはそれぞれ有意な相関が認められた。PCS と FIM-T との間には正の相関($r=0.629$)が認められたが、MCS と FIM-T との間には負の相関($r=-0.208$)が認められた。PCS, MCS, BP, VAS はほぼ全評価項目との有意な相関が認められた。PGC は、PF を除く全ての SF-36 下位項目との間に有意な相関が認められた
考察	常勤理学療法士の介入は施設入所者の健康関連 QOL、主観的健康感や幸福感の向上に影響を及ぼすと考えられる。VAS は SF-36 や PGC と有意な相関を示したことから、簡便な QOL 評価法になりうる可能性が示唆された。

17	訪問リハビリテーションが要介護高齢者の機能改善に及ぼす効果 研究デザインとベースライン調査結果を中心とした経過報告																				
筆者	牧迫 飛雄馬, 阿部 勉, 大沼 剛, 島田 裕之																				
掲載誌	理学療法学 36 巻 2 号 Page74-75, 2009																				
目的	施設ごとに無作為化した cluster randomization trial デザインにより、訪問リハビリテーション(以下、訪問リハ)の効果を検証すること。本報告書では、研究デザインとベースライン調査の結果を中心に報告する。																				
対象	介護保険下で理学療法士または作業療法士による訪問リハを利用する要介護高齢者 33 名(訪問リハ群)、および訪問リハを利用していない要介護高齢者 13 名(非訪問リハ群)																				
方法	<p>1) 調査方法：研究デザインは施設ごとで無作為化した cluster randomization trial とした。8 施設の協力を日本理学療法士協会へ依頼し、最終的に協力の得られた 5 施設を無作為に訪問リハ群と非訪問リハ群に割付けた。</p> <p>2) 調査項目：要介護者の評価は、基本情報のほか、自宅での習慣的な運動プログラム(サービス提供者による訪問サービスは含めない)や活動・意欲、運動機能および生活機能に関する項目から構成される調査票を用いて実施した。主介護者からは、基本情報のほか、介護負担に関する質問紙調査の回答を得た。質問紙調査は、留め置き法にて行った。</p> <table border="1" data-bbox="300 922 1449 1290"> <thead> <tr> <th rowspan="2">群名</th> <th rowspan="2">群の内容</th> <th rowspan="2">人数 (男/女)</th> <th rowspan="2">平均 年齢(歳)</th> <th colspan="2">家族介護者</th> </tr> <tr> <th>人数(男/ 女)</th> <th>平均年齢(歳)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>訪問リハ群</td> <td>訪問リハ利用</td> <td>33(23/10)</td> <td>78.8± 6.2</td> <td>31(3/28)</td> <td>69.5±12.1</td> </tr> <tr> <td>非訪問リハ群</td> <td>訪問看護または訪問介護を利用しており訪問リハを利用していない</td> <td>13(3/10)</td> <td>82.9± 7.5</td> <td>12(7/5)</td> <td>65.3±11.2</td> </tr> </tbody> </table> <p>2) 分析方法：ベースライン調査における各変数の群間比較を行った。介入後の解析は、性別、年齢およびベースライン調査の機能状態で調整した分散分析を予定している。</p>	群名	群の内容	人数 (男/女)	平均 年齢(歳)	家族介護者		人数(男/ 女)	平均年齢(歳)	訪問リハ群	訪問リハ利用	33(23/10)	78.8± 6.2	31(3/28)	69.5±12.1	非訪問リハ群	訪問看護または訪問介護を利用しており訪問リハを利用していない	13(3/10)	82.9± 7.5	12(7/5)	65.3±11.2
群名	群の内容					人数 (男/女)	平均 年齢(歳)	家族介護者													
		人数(男/ 女)	平均年齢(歳)																		
訪問リハ群	訪問リハ利用	33(23/10)	78.8± 6.2	31(3/28)	69.5±12.1																
非訪問リハ群	訪問看護または訪問介護を利用しており訪問リハを利用していない	13(3/10)	82.9± 7.5	12(7/5)	65.3±11.2																
結果	<p>1) ベースライン調査における訪問リハ群と非訪問リハ群の比較では、訪問サービス利用者の年齢に有意差は認めなかったが、性別では有意差を認めた(年齢; p=0.065, 性別; p=0.007)。</p> <p>2) 家族介護者の年齢には群間で差を認めなかったが、性別は非訪問リハ群の介護者で男性が多く(58.3%), 群間で有意差を認めた(年齢; p=0.293, 性別; p=0.007)。要介護者との続柄では、訪問リハ群では妻が 22 名(71.0%)で最も多く、非訪問リハ群では息子が 6 名(50.0%), 妻が 3 名(25.0%)であった。</p> <p>3) 自宅での習慣的な運動プログラムがあると回答した者は、訪問リハ群での 78/8%に対して、非訪問リハ群では 38.5%であり、群間で有意差を認めた(p=0.014)。訪問リハ群での習慣的な運動メニューは、歩行練習(45.5%)と筋力強化運動(45.5%)が多く、非訪問リハ群では、ストレッチ・関節可動域運動(15.4%)が多かった。</p>																				
考察	1) 要介護者の運動機能、生活機能、介護者の負担感には群間での有意差は認めず、事後調査により訪問リハビリテーションの効果に関する検証が可能であると考えられた。																				

18	特定高齢者介護予防教室におけるパワーリハビリテーションの効果
筆者	無藤 麻衣, 山本 春彦, 松本 睦, 高橋 侑子, 坂本 佳子, 上條 裕朗
掲載誌	パワーリハビリテーション 8号 Page67-68, 2009
目的	長野県松本市からの業務委託を受け、特定高齢者介護予防教室を行った。そのうち、運動機能向上プログラムの1つとしてパワーリハビリテーション(パワーリハ)を実施し、歩行及び活動意欲の改善が認められたため報告する。
対象	特定高齢者介護予防教室へ参加した全9例(男性3名、女性6名、平均年齢76.7±4.1歳)を対象とした。運動量が低下した状態の対象者も多数認めた。
方法	1) 介入方法: 平成20年10月から12月までの3か月間、特定高齢者介護予防教室を行った。そのうち、運動器機能向上プログラムの1つとしてパワーリハビリテーションを実施した。教室は週2回、全24回開催、そのうち運動器機能向上プログラムは20回実施した。 2) 評価項目: 介護予防教室の開始時と終了時に身体機能評価として7項目(握力、開眼片脚立ち、ファンクショナルリーチ、体前屈、Timed Up and Go(TUG)、10m普通歩行速度、10m最大歩行速度)を測定した。また、終了時に8項目の自己評価アンケート(体力の自信、体調、外出頻度、歩行距離、運動頻度、他者との交流、意欲、気持ちの変化)も併せて行った。
結果	1) 10m普通歩行速度では改善は7例、維持1例、低下1例であった。 2) TUGにおいては改善2例、維持3例、低下4例であった。 3) アンケート調査では、多くの参加者が体力への自信の回復、日頃の体調や歩行状態が改善したことを実感し、さらに意欲の向上、自宅での運動頻度が増加したと回答した。
考察	1) 10m普通歩行速度で改善が認められたのは、多数の参加者が運動量の低下した状態にあり、低負荷運動であるパワーリハに取り組んだことで金が活性化し、円滑な歩行につながったと考える。低下した例については、参加当初より他参加者と比較し身体機能及び体力低下が著名であった。 2) TUGについては多くの参加者が維持・低下にとどまったのは、TUGの動作内容が歩行に加え、起立や着座、方向転換を含む要素で構成されており、複合的・応用的な動作であるためと考えられる。 3) アンケート調査から、地震や体力などの自己評価の向上が認められた。定期的な運動と運動による爽快感や達成感が活動意欲を高め、自宅での運動頻度向上に結び付いたと推測される。また、運動が習慣化し、運動の必要性を見直す機会となったと考える。

19	介護予防の推進ボランティア活動が健康関連 QOL に及ぼす影響 地域社会への貢献意識に着目して
筆者	今井 忠則, 奥野 純子, 戸村 成男, 山川 百合子, 鈴木 恵子, 柳 久子
掲載誌	プライマリ・ケア 32 巻 4 号 Page200-208, 2009
目的	介護予防の推進ボランティア活動が健康関連 QOL に及ぼす影響を、地域貢献意識を分析に組み込んで明らかにすること。
対象	茨城県の住民参加型介護予防事業の推進ボランティア(シルバーリハビリ体操指導士)の平成 19 年度初級講座 471 名を対象とした。
方法	<p>1) 調査方法: ベースライン調査は 2007 年 6 月~2008 年 2 月の講習会時に集合配布・自宅記入・後日集合回収の方法で、追跡調査は 6 ヶ月後の 2007 年 12 月~2008 年 8 月に郵送法で実施した。6 ヶ月間の活動への従事と、活動を通して地域社会への貢献意識を持てたかの有無により、従事(意識あり)群、従事(意識なし)群、非従事群の 3 群を設定した。</p> <p>2) 評価項目: 主要アウトカムを SF-36v2 の 6 ヶ月間の変化量を一要因分散分析で検定した。他にも、体操指導士としての活動頻度、既存の地域社会に貢献できる役割の有無、基本属性(性別、年齢、教育歴、経済状況、通院治療の有無、高次生活機能、外出頻度、交友関係、有償の仕事への従事、他のボランティア活動の有無、健康増進活動への参加、本講習会への参加動機(余暇因子、社会的貢献因子、自己実現因子)、性格(外向性)、活動の主観的な重要度、新しい役割として生活習慣化されたか、を調査した。</p>
結果	<p>1) 従事(意識あり)群 68 名、従事(意識なし)群 54 名、非従事群 27 名が選定され、計 149 名(男性 24 名、女性 125 名、平均年齢 62.3±5.3 歳)が対象となった</p> <p>2) ベースラインにさかのぼった対象者の特性と健康関連 QOL は 3 群間でほぼ同質であった。</p> <p>3) 6 ヶ月後の健康関連 QOL は、BP; 身体の痛み、VT; 活力、SF; 社会生活機能に有意な差が認められた。従事(意識あり)群は、他の 2 群と比較して改善したが、従事(意識なし)群は非従事群との差は認められなかった。</p> <p>4) ベースラインから追跡調査までの 6 ヶ月間に実際に体操指導士として活動した回数は、従事(意識あり)群は平均 10.0±10.1 回、従事(意識なし)群は平均 7.5±7.0 回であったが、2 群間で有意さは認められなかった。重要度、生活習慣化は従事(意識あり)群が有意に高かった。</p>
考察	<p>1) 推進ボランティア活動への従事は自身の健康関連 QOL を改善する。さらに、地域社会への貢献意識はその効果に重要な影響を与えることが示唆された。</p> <p>2) 同程度の活動回数を行っているにもかかわらず、あきらかに従事(意識あり)群が従事(意識なし)群よりも改善効果が高いのは、本人の主観的認識が大きく影響しているためと考えられる。本人の活動のとらえ方や価値観・習慣といった主観的認識が、活動の効果に強く影響することが示唆された。</p>

20	地域在住高齢者の身体・認知・心理機能に及ぼすウォーキング介入の効果判定 無作為割付け比較試験
筆者	村田 伸, 村田 潤, 大田尾 浩, 松永 秀俊, 大山 美智江, 豊田 謙二
掲載誌	理学療法科学 (1341-1667)24 巻 4 号 Page509-515, 2009
目的	高齢者を対象にウォーキングによる運動介入を行い、その介入が身体・認知・心理機能に及ぼす効果について、無作為割付け比較試験によって検討した。
対象	F 町の隣保館高齢者交流事業に参加登録している 65 歳以上の高齢者 634 名(同地域の高齢者人口 2040 名,登録量 31.1%)のうち,2006 年 8E に実施された体力測定会(認知・心理機能評価を含む)に参加し,重度の認知症が認められない(MMSE で 20 点以上)地域在住高齢者 69 名(男性 24 名,女性 45 名,平均年齢 72.0±4.4 歳)である。それら対象者を性別と年齢による層別化無作為割付け法 18)を用いて,介入群(35 名)と統制群(34 名)に分けた
方法	1)介入方法:ウォーキングの介入は,2007 年 5 月中旬から 8 月初旬にかけて 12 週間行った。1 日 30 分程度のウォーキングを週 3 日の頻度で実施したが,ウォーキングの速度(強度)は自分で快適だと思える速度(強度),いわゆる快適自己ペース(低強度~中強度)で行った。 2)評価項目:ベースライン調査として,ウォーキング介入開始前の 2006 年 8 月に,身体・認知・心理機能に関する調査を実施した。身体機能評価として,MMSE,握力,下肢筋力,柔軟性,片足立ち保持時間,歩行能力,活動能力(老研式活動能力指標)を実施した。また,認知機能評価として,視覚アナログ尺度(Visual Analogue Scale;VAS)による主観的健康感,生活満足度,生きがい感,人間関係に対する満足度を評価した。
結果	1)介入群 35 名のうち,1 回につき 30 分程度のウォーキングを週 3 日,12 週間継続できたのは 25 名(男性 10 名,女性 15 名,平均年齢 72.1±4.7 歳),脱落したのは 10 名(男性 2 名,女性 8 名,平均年齢 72±4.7 歳)であった。ウォーキングを実施できた 25 名と脱落した 10 名の性別(χ^2 値:0.46, $p=0.43$)と年齢($p=0.42$)には有意差は認められなかった。 2)統制群 34 名のうち 2 回の調査が行えたのは 29 名(男性 11 名,女性 18 名,平均年齢 71.9±4.1 歳)であり,5 名(男性 1 名,女性 4 名,平均年齢 70.3±4.2 歳)が脱落した。 3)分析対象とした介入群 25 名と統制群 29 名における性別(χ^2 値:0.02, $p=0.88$)と年齢($p=0.65$)には有意差は認められなかった。また,介入前に測定した体重,身体機能,認知機能,心理機能の項目すべてにおいて,介入群と統制群の 2 群間に統計学的有意差は認められなかった。 4)身体機能評価は,介入後 6 分間歩行距離が延長したが,その他の心理機能評価では,上下肢筋力や立位バランスなどの身体機能,および認知機能には有意差は認められなかった。主観的健康感($p<0.05$),生活満足度($p<0.01$),生きがい感($p<0.05$)の 3 項目に有意差が認められ,介入後有意に高い得点を示した。人間関係に対する満足度には有意差は認められなかった。 5)統制群について介入前後の測定値を比較すると,身体・認知・心理機能のすべての測定値に有意差は認められなかった。
考察	1)週 3 日,1 回 30 分程度のウォーキングを 12 週間行った結果,6 分間歩行距離が延長し,主観的健康感,生活満足度,生きがい感といった心理面の向上が認められた。 2)ウォーキングによる運動介入は,地域在住高齢者の介護予防や健康増進に有用である可能性が示唆された。ただし,身体機能や認知機能を向上させるためには,本研究における介入の期間や頻度,および運動強度などの検討がさらに必要であることが明らかとなった。

21	作業療法士による介護予防事業の効果 長与町認知症予防教室の取り組み																						
筆者	山崎 結城, 磯野 百合子, 福田 健一郎, 林田 博典, 小川 奈津代, 小佐々 司																						
掲載誌	作業療法ジャーナル (0915-1354)43 巻 6 号 Page602-606, 2009																						
目的	作業療法士による介護予防事業の効果を、筆者らが長崎県長与町の委託を受けて 2007 年に実施した「認知症予防教室」(教室)の検討を通して報告した。																						
対象	一般高齢者と特定高齢者を対象とした。参加はホームページおよび広報誌にて公募し、参加条件を長与町在住で 65 歳以上とした。教室に 3 分の 2 以上出席し、介護保険の認定を受けていない人を分析の対象とした。																						
方法	<p>1) 介入方法：教室では認知症予防に関する生活習慣のミニ講話や認知症初期に低下する前頭前野の機能に焦点を当てた認知機能訓練を実施し、週 1 回 1 時間、約 9 ヶ月にわたり計 34 回行った。会場は参加しやすいように長与町の南部と北部 2 つの会場で行った。スタッフは OT および認知症ケア専門士の 2 名で行った。</p> <table border="1" data-bbox="300 786 1449 1440"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>内容</th> <th>例</th> <th>時間</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>ミニ講話</td> <td>認知症予備軍について、認知症予防と運動、認知症予防と栄養、認知症予防と睡眠、等</td> <td>10 分</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>ウォーミングアップ</td> <td>指体操(左右違う動きでの注意機能訓練) コミュニケーション(自発的に行動しての自己紹介)</td> <td>10 分</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">3</td> <td rowspan="2">個人用プリント問題</td> <td>注意機能訓練(かな拾い、など) 記憶機能訓練(イラスト数種を数分後に思い出す等) 視空間認知機能訓練(図形模写、等) 言語機能訓練(テーマごとの言語想起、等) 思考機能訓練(条件に合った散歩コースを考える等)</td> <td>30 分</td> </tr> <tr> <td>グループ用プログラム プリント問題(俳句作り、等)、卓上ゲーム(パランスゲーム、手探りで積み木をあてる、等)</td> <td>10 分</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>茶話会</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>2) 評価項目：認知機能の評価はファイブ・コグ検査(高齢者用集団認知機能検査)を用いた。</p>	No	内容	例	時間	1	ミニ講話	認知症予備軍について、認知症予防と運動、認知症予防と栄養、認知症予防と睡眠、等	10 分	2	ウォーミングアップ	指体操(左右違う動きでの注意機能訓練) コミュニケーション(自発的に行動しての自己紹介)	10 分	3	個人用プリント問題	注意機能訓練(かな拾い、など) 記憶機能訓練(イラスト数種を数分後に思い出す等) 視空間認知機能訓練(図形模写、等) 言語機能訓練(テーマごとの言語想起、等) 思考機能訓練(条件に合った散歩コースを考える等)	30 分	グループ用プログラム プリント問題(俳句作り、等)、卓上ゲーム(パランスゲーム、手探りで積み木をあてる、等)	10 分	4	茶話会		
No	内容	例	時間																				
1	ミニ講話	認知症予備軍について、認知症予防と運動、認知症予防と栄養、認知症予防と睡眠、等	10 分																				
2	ウォーミングアップ	指体操(左右違う動きでの注意機能訓練) コミュニケーション(自発的に行動しての自己紹介)	10 分																				
3	個人用プリント問題	注意機能訓練(かな拾い、など) 記憶機能訓練(イラスト数種を数分後に思い出す等) 視空間認知機能訓練(図形模写、等) 言語機能訓練(テーマごとの言語想起、等) 思考機能訓練(条件に合った散歩コースを考える等)	30 分																				
		グループ用プログラム プリント問題(俳句作り、等)、卓上ゲーム(パランスゲーム、手探りで積み木をあてる、等)	10 分																				
4	茶話会																						
結果	<p>1) 36 名が参加したが、分析対象は 21 名(男性 6 名、女性 15 名、平均年齢 71.9±5.8 歳)となった。</p> <p>2) 認知機能は初回時は「問題なし」15 名、「AACD の可能性」6 名であった。終了時は「問題なし」18 名、「AACD の可能性」3 名となった。</p> <p>3) 機能別では、注意機能、記憶機能、思考機能にそれぞれ有意な改善が認められた。</p>																						
考察	<p>1) 認知機能評価を実施し、結果をフィードバックできたことで教室参加への具体的な目標ができ、動機づけになったと思われる。</p> <p>2) 医療従事者である OT より、どのような認知機能を訓練するのかセル名を受けた後、知的な問題を解くことで、認知症予防に取り組んでいるという充実感が生じ、教室への参加動機につながったと思われる。</p> <p>3) 認知機能の変化では、認知症予防に取り組んだ先駆的な研究と同様の認知機能で優位さが見られたため、本プログラムも認知症予防に役立つ可能性が期待できると思われる。</p>																						

22	特定高齢者通所型介護予防事業の効果																								
筆者	青木 慶司、山口 奈津、鈴木 順子、藤原 恵子、西村 一弘、細江 学、小林 栄二、韓 賢一、塩田 薫、清水 仁、古川 潤子、酒井 雅司																								
掲載誌	東京都医師会雑誌 (0040-8956)62 巻 4 号 Page409-414, 2009																								
目的	通所型介護予防事業介入前後の運動器機能評価と基本チェックリストを比較・検討し、当該事業を介入したことによる効果判定を行い、現状の通所型介護予防事業の問題提起とその問題に対して当法人の対策について報告する。																								
対象	平成 18 年度、19 年度、市の健康診査を受診し、特定高齢者に認定され、通所型介護予防事業に参加し、3 ヶ月間、運動器の機能向上プログラムを継続した 31 人(男 8 人・女 23 人、平均 75.3±5.60 歳)																								
方法	<p>1) 介入方法：実施期間は 3 か月間、週 2 回 2 時間の実施とした。プログラムは運動器の機能向上プログラム、栄養改善プログラム、口腔機能改善プログラムの 3 つから構成された。</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>運動器の機能向上プログラム</th> <th>栄養改善プログラム</th> <th>口腔機能改善プログラム</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>スタッフ</td> <td>医師、理学療法士、健康運動指導士</td> <td>管理栄養士</td> <td>歯科医師、歯科衛生士</td> </tr> <tr> <td>実施回数</td> <td>週 2 回、1 時間 30 分/回</td> <td>月 1 回、30 分/回</td> <td>月 1 回、30 分/分</td> </tr> <tr> <td>評価内容</td> <td colspan="3">基本チェックリスト</td> </tr> <tr> <td></td> <td>握力、開眼片足立ち、閉眼片足立ち、長座体前屈、ファンクショナルリーチ(FR)、Timed up and Go(TUG)、最大歩行速度(MWS)</td> <td>体重、BMI、腹囲、食品の品目数</td> <td>反復唾液嚥下テスト(RSST)、オーラルディアドコキネシス、頬のふくらまし、口腔衛生状況</td> </tr> <tr> <td>内容</td> <td>すべて集団訓練とした。 ストレッチ 下肢筋力訓練 バランス訓練 風船バレー</td> <td>スライド等を使用し栄養管理への自己意識改革を行う 集団栄養指導 メニュー改善</td> <td>健口体操 顔じゃんけん 舌の体操 発生訓練 アイウエオ体操 嚥下訓練など</td> </tr> </tbody> </table>		運動器の機能向上プログラム	栄養改善プログラム	口腔機能改善プログラム	スタッフ	医師、理学療法士、健康運動指導士	管理栄養士	歯科医師、歯科衛生士	実施回数	週 2 回、1 時間 30 分/回	月 1 回、30 分/回	月 1 回、30 分/分	評価内容	基本チェックリスト				握力、開眼片足立ち、閉眼片足立ち、長座体前屈、ファンクショナルリーチ(FR)、Timed up and Go(TUG)、最大歩行速度(MWS)	体重、BMI、腹囲、食品の品目数	反復唾液嚥下テスト(RSST)、オーラルディアドコキネシス、頬のふくらまし、口腔衛生状況	内容	すべて集団訓練とした。 ストレッチ 下肢筋力訓練 バランス訓練 風船バレー	スライド等を使用し栄養管理への自己意識改革を行う 集団栄養指導 メニュー改善	健口体操 顔じゃんけん 舌の体操 発生訓練 アイウエオ体操 嚥下訓練など
	運動器の機能向上プログラム	栄養改善プログラム	口腔機能改善プログラム																						
スタッフ	医師、理学療法士、健康運動指導士	管理栄養士	歯科医師、歯科衛生士																						
実施回数	週 2 回、1 時間 30 分/回	月 1 回、30 分/回	月 1 回、30 分/分																						
評価内容	基本チェックリスト																								
	握力、開眼片足立ち、閉眼片足立ち、長座体前屈、ファンクショナルリーチ(FR)、Timed up and Go(TUG)、最大歩行速度(MWS)	体重、BMI、腹囲、食品の品目数	反復唾液嚥下テスト(RSST)、オーラルディアドコキネシス、頬のふくらまし、口腔衛生状況																						
内容	すべて集団訓練とした。 ストレッチ 下肢筋力訓練 バランス訓練 風船バレー	スライド等を使用し栄養管理への自己意識改革を行う 集団栄養指導 メニュー改善	健口体操 顔じゃんけん 舌の体操 発生訓練 アイウエオ体操 嚥下訓練など																						
結果	<p>1) 基本チェックリストは介入前の合計点平均 24 点中 8.6 点、介入後 7.3 点で有意に改善が認められた。</p> <p>2) 各項目は生活機能面変化なし、栄養改善改善率-200%、閉じこもり予防・支援 23.5%、認知症予防・改善-23%、うつ予防・支援 24.5%であった。</p> <p>3) 男性の運動機能評価の結果では維持が可能であった。女性は、握力、閉眼片足立ち、FR、MWS で有意な改善がみられ、その他の項目で維持が可能であった。</p> <p>4) 同世代健常者の全国平均に対する合計の割合をみると男性は全国平均の 100%に対し、介入前は 63.6%、介入後は 64.4%だった。また、女性の介入前は 82.9%、介入後は 88.6%で女性の方が改善率は高かった。</p>																								
考察	1) 閉じこもり予防・支援、うつ予防・支援が改善傾向であったのはモチベーション向上と事業以外でも参加者同士の交流が増え閉じこもりに対し効果があったと考えられた。																								

23	当院通所リハビリの現状と今後の方向性について										
筆者	林 美穂, 三浦 瑠美, 今井 えりか, 原 由美子, 加藤 謙司										
掲載誌	理学療法研究・長野 (1347-2976)38号 Page84-86 . 2010										
目的	ADL 能力変化の動向を調査し、通所リハにおける療法士の役割について検討した。										
対象	平成 19 年 8 月から平成 20 年 7 月までに維持期リハビリテーション(リハ)である通所リハを利用した 102 名(平均年齢 83.3 歳)										
方法	<p>1) 調査方法：調査期間中の開始時と終了時の FIM 得点を比較し、要介護度、障害老人の日常生活自立度(以下、日常生活自立度)、短期集中リハ・他サービス利用・介護者の有無、利用形態との関連性を検討した。</p> <p>2) 利用形態の区別</p> <table border="1" data-bbox="300 651 1054 887"> <tr> <td>継続</td> <td>年間継続利用者</td> </tr> <tr> <td>新規</td> <td>途中から利用を開始した者</td> </tr> <tr> <td>途中利用</td> <td>途中から利用を開始し期間内に終了した者</td> </tr> <tr> <td>途中終了</td> <td>途中で利用中止した者</td> </tr> <tr> <td>部分利用</td> <td>期間中に入退院・入退所の経過があった者</td> </tr> </table>	継続	年間継続利用者	新規	途中から利用を開始した者	途中利用	途中から利用を開始し期間内に終了した者	途中終了	途中で利用中止した者	部分利用	期間中に入退院・入退所の経過があった者
継続	年間継続利用者										
新規	途中から利用を開始した者										
途中利用	途中から利用を開始し期間内に終了した者										
途中終了	途中で利用中止した者										
部分利用	期間中に入退院・入退所の経過があった者										
結果	<p>1) 全対象者の内、脳血管疾患を主疾患とする者が約半数を占めた。要支援が 2 割、要介護 1~3 が 7 割であり、利用頻度は平均週 1.4 回であった。調査開始時の FIM 得点の分布では、100 点以上 120 点未満が約 5 割を占めていた</p> <p>2) 開始時と終了時の FIM 得点に変化を認めたのは 22 名であり、このうち改善 10 名(以下、改善群)、低下 12 名(以下、低下群)であった。</p> <p>3) 改善群は全て要介護 2・3 であり、利用形態では新規・途中利用が多く、7 名が短期集中リハを行っていた。低下群の要介護度のほとんどが 1~3 であり、日常生活自立度はランク A が 9 名と多くを占めていた</p> <p>4) 入退院の経過があった者の内、通所リハの利用再開時に FIM 得点が維持されていた者は 4 名、低下していた者は 10 名であった。特に、移乗動作(ベッド・浴槽)、トイレ動作など立位を伴う動作項目の点数に低下を認めた。</p>										
考察	<p>1) 新規・途中利用者は、退院直後や在宅で一時的に身体機能が低下している状態であった。このため、通所リハ利用時に短期集中リハなど療法士が関わることで、疼痛の軽減や筋力増強など身体機能の向上が認められ、介助量が軽減し、FIM 得点が改善したと考えられる。身体のアプローチとともに、適切な介助方法の指導や環境設定を行うことでより効果的に能力の向上を図ることができたと考える。この時期に短期集中リハなど療法士が適切に介入したことで、FIM 得点を改善することができたと考える。</p> <p>2) 入院により一時的に FIM 得点が低下しても身体・認知機能に明らかな変化がなければ改善が可能であると考えた。これら廃用に陥りやすい利用者に対して、療法士が必要な時期に適切な介入を行うことで FIM 得点の低下を防ぐことができると考える。</p>										

24	川崎市における地域支援事業(運動器機能向上事業)の経過報告 健康関連 QOL と生活行動を中心に
筆者	玉井 直子, 宮田 光明, 望月 秀樹, 竹内 孝仁, 田中 芳江, 久保 サキ子, 渡辺 周子
掲載誌	パワーリハビリテーション 9号 Page76-79, 2010
目的	特定高齢者の疾患・生活行動、健康関連 QOL の現状・特性を調査し、それらの項目がパワーリハビリテーション事業参加前後でどのように変化するか、その効果について検討すること。
対象	平成 18 年から 20 年度までに川崎市の 2 ヶ所で行われた運動器の機能向上事業に参加した特定高齢者 167 名 (男性 59 名、女性 108 名、平均年齢 76.3±5.8 歳) を対象とした。
方法	1) 介入方法: 事業はパワーリハビリテーション研究会のプログラムに沿って実施した。6 種類の運動を実施し、重りは参加者が「楽である」と感じる重さを目安として決定した。セット数は 10 回を 1 セットとして、開始から 3 週目までは 1 セット、4 週目から 7 週目までは 2 セット、8 週目から 12 週目までは 3 セットとした。 2) 評価項目: 事業の前後に運動体力測定を行い、健康関連 QOL 尺度 (SF-36)、パワーリハビリテーション研究会による生活行動票を用いて役割の有無、外出頻度等 17 項目を聴取した。
結果	1) 疾患の内訳は脳血管疾患 10 名、骨関節疾患 101 名、神経疾患 6 名、内科的疾患 71 名、廃用症候群・他 16 名、不明 4 名であった (複数回答あり)。 2) 83%がなんらかの役割を持ち、86%が何らかの趣味を持っていた。また、社会活動への参加は 73%の人が参加していないと答えた。外出頻度は 79%の人が 2~3 日に 1 回以上は外出していると回答した。 3) 生活行動の 17 項目のうち 8 項目においてパワーリハ実施後に有意に改善した (外出意欲、健康観、1 年前健康観、体力測定自己評価、1 年前体力、1 年前仕事、生活満足度、役立ち感)。SF-36 のパワーリハ前後での結果で、最も点数の低かったものは身体機能、最も点数の高かったものは心の健康であった。パワーリハ参加前後の比較結果ではすべての項目において有意な改善がみられた。
考察	1) 特定高齢者に対するパワーリハの運動効果が QOL の向上にも影響した結果、改善が認められたと推測される。 2) 生活行動の評価 8 項目、特に健康観や役立ち感等の心理・精神面に関係する項目が有意に改善したことは、介護予防事業の課題であるうつ・閉じこもり予防という視点からも重要であると考えられた。 3) 今後の課題としては 参加者の多くが膝、腰等の痛みを抱えているため、痛みに対する評価及び対応が必要である。グループ活動への参加、趣味の再開等への具体的働きかけ方法や運動を継続していくためのシステム作りが必要である。

25	特定高齢者に対する介護予防教室実施報告 参加者へのアンケート調査
筆者	山本 幸則
掲載誌	理学療法湖都 (1347-3158)29号 Page19-23,2010
目的	湖南省の委託を受け特定高齢者に対する介護予防教室「筋力アップいきいき教室」を開催し、機能向上プログラムを実施することで参加者の機能改善と参加者の意識の変化を調査すること
対象	対象は生活機能評価で、要支援及び要介護状態になる恐れがあると認定された特定高齢者で、平成18年9月～21年3月に実施期間1～5期に「筋力アップいきいき教室」に参加した28名(男性15名、女性13名、71～93歳、平均77.9±6.0歳)
方法	1) 介入方法:「筋力アップいきいき教室」の内容は、1教室6ヶ月間で行い、1週に1回90分間の機能向上プログラムを行う。教室初回に医師診察、理学療法士評価にて問題点を抽出、アセスメントを行い6ヶ月間の長期目標2ヶ月間の短期目標を設定する。運動は教室で行う理学療法士監視型プログラムと自宅で行なう指導型プログラムを併用した形のものである。教室参加者は概ね6人、対応する理学療法士は通常3人(参加者2人に理学療法士1人)、評価日は6人(参加者1人に理学療法士1人)にて実施する。 2) 評価項目:運動機能の問題点と関係する要因を、握力、長座位前屈テスト、10m歩行にて変化を調べた。バランス機能の測定は、静的バランス機能の評価として開眼片脚立位、動的バランス機能の評価としてFunctional Reach test(以下FR)とTimed Up and Go test(以下TUG)を実施した。
結果	1) 開始時と終了時での変化は、開眼片足立ちで平均13.0±12.7秒が22.0±26.0秒と約9秒の改善が得られた。FRでは平均22.6±5.9cmが27.3±5.8cmに約4.7cmの延長が見られた。10m歩行は平均9.7±4.9秒から8.5±3.7秒へと約1.2秒早くなっており、TUGでは平均12.3±5.4秒が10.4±4.4秒へ約1.9秒の短縮していた。 2) アンケート調査結果は、日常生活場面での活動、身の回り動作についての質問に、「最高に良い」「とても良い」「良い」と答えた者が初期・最終共に77%であった。日常生活場面での仕事、家事労働等でも同様に初期時73%、最終では74%の者が良いと答え、教室終了時には「最高に良い」と感じている者が増加していた。教室に参加し運動プログラムを続けることで「介護時期は遅らせることが出来るか?」また、「通院回数は減るか?」の質問には「かなり出来る」「ある程度で出来る」を合わせ、81%の人が介護時期は遅らせる事が出来ると答えていた。
考察	理学療法士の持つ専門性を生かし個別性を考えたプログラムを教室で実施し、自宅での自主訓練を習慣化、定着化させることで、多くの教室参加者が効果を実感出来たと考えられる。

26	地域在住虚弱高齢者の身体活動セルフ・エフィカシー向上のための取り組み
筆者	石毛 里美、柴 喜崇、上出 直人、大塚 美保、隅田 祥子
掲載誌	理学療法学 (0289-3770)37 巻 6 号 Page417-423,2010
目的	介護予防事業において、自己効力感(self-efficacy:以下、SE)を向上させる 4 つの情報源に対応した取り組みを行い参加者の SE の変化を観察すること。
対象	2009 年 9 月～11 月に開催にされた某市主催の介護予防事業の運動教室に参加した虚弱高齢者 9 名(男 1 名、女 8 名、平均年齢 72.6±64 歳)である。主な疾患は脳血管障害 2 名、気管支喘息 1 名、うつ病 1 名、統合失調症 1 名、変形性関節症が 2 名、特に疾患のない者が 2 名であった。
方法	<p>1) 介入方法: 4 つの情報源である遂行行動の達成、代理的体験、言語的説得、生理的・情緒の状態に着目した取り組みを行い、1 回 90 分、週 1 回、3 ヶ月間実施した。</p> <p>遂行行動の達成: 初回を除く毎回、「今日の目標」を前もって 2 項目ずつ設定した。目標は参加者全員同じ運動目標とし、全員が 2 つのうち 1 つは達成できるよう低く設定した。代理的体験: 毎回、運動を輪になって行い他者の運動の様子が観察できるようにした。また目標達成を参加者全員でチェックすることにより、他の参加者が称賛される様子を観察させた。言語的説得: スタッフが運動中に参加者個人に対して「がんばりましたね」などと声掛けをし、正しい方法で回数をこなせた際に称賛した。1 人当たりの称賛の頻度は、少なくとも 2 回の教室に 1 度以上とした。生理的・情動の状態: 毎回、体調・血圧を参加者自身に記録させ、自身の心身の状態を把握させた。また、各参加者に記録用紙を配布し、ホームエクササイズでの実施項目と回数を記録させた。</p> <p>運動教室の内容は、厚生労働省による「運動器の機能向上マニュアル(改訂版)」に基づくものであり、初回と最終回は身体機能測定、第 2 回～第 11 回までは運動プログラムを行った。</p> <p>2) 評価項目: 虚弱高齢者の身体活動 SE、老研式活動能力指標(以下 TMIG-IC)、WHO-5 精神的健康状態表(以下 WHO-5)、身体機能評価として長座位体前屈握力、膝伸展筋力、5m 快速歩行時間、5m 最大歩行時間、開眼片脚立位時間、Timed Up and Go Test(以下、TUG)、Chair Stand Test(以下、CST)、高次生活機能を聴取、測定した</p>
結果	<p>1) 本教室への参加状況として、計 12 回の教室のうち、平均参加率は 97.2%であった。なお脱落者はいなかった。</p> <p>2) 虚弱高齢者の身体活動 SE 合計点は有意に向上し、下位項目の歩行 SE において大きな効果量が得られた($p < 0.05$, $r \geq 0.50$)。</p> <p>3) TMIG-IC、WHO-5、8 項目中 6 項目の身体機能に有意な改善、大きな効果量が得られた。また身体活動 SE と歩行時間に有意な相関がみられた。</p>
考察	<p>1) 介護予防事業における SE に着目した取り組みを紹介した。SE を向上させるためにはこれら 4 つの情報源を統合させた介入方法を考慮することが重要である。本研究の取り組みは、介護予防事業において SE を向上させるために有効な手段になり得る可能性があると考えられた。</p> <p>2) 今後は統制群を設定するなどさらに検証が必要である</p>

27	地域における認知症発症・進行予防プログラムとしての脳活性化リハビリテーションの有効性																																																
筆者	山上 徹也, 藤田 久美, 小岩井 あさみ, 関口 尚美, 鍋木 早苗, 梅澤 亜紀, 米田 真一, 山口 晴保																																																
掲載誌	老年精神医学雑誌, 21 巻 8 号 Page893-898, 2010																																																
目的	軽度認知障害(MCI)から軽度認知症が疑われる高齢者を対象に介護予防サポーターと一緒に快刺激や役割を演じるプログラムである脳活性化リハビリテーションが認知症の発症・進行予防に有効であるか検討した。																																																
対象	在宅生活中でA市のもの忘れ健診の陽性者(1次健診の問診が陽性で, 2次健診でMMSEが24点以下), もしくは地域包括支援センター・職員や協力機関の職員が家庭訪問中にもの忘れが疑われたり, 自分自身でもの忘れを自覚している高齢者のうち, 介入に同意が得られ, 介入前後で評価ができた12人(男性5人, 女性7人)で平均年齢81.4±5.4歳を対象とした																																																
方法	<p>1) 介入方法: 介護予防サポーター(地域のボランティアスタッフ)と協力し, 回想と作業を合わせた作業回想法と特技の披露を組み合わせて脳活性化リハビリテーションを実施した。介入は平成19年, 20年に各1グループ, 月2回, 6か月間, 全11回脳活性化リハを実施した。1回の脳活性化リハは約90分で対象者7人と介護予防サポーター7人, 理学療法士, 作業療法士, 地域包括支援センターの保健師各1人の計17人で実施した。脳活性化リハの内容は高齢者が体験してきた家事手仕事, 遊びなどをテーマにし, 従来の回想法とテーマにまつわる小道具を使う作業を組み合わせた作業回想法と対象者の特技を披露する場面を織り交ぜて実施した。</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>テーマ</th> <th>使用道具</th> <th>具体的な内容(特技披露)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>第1回</td> <td>初期評価</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>第2回</td> <td>お国自慢</td> <td>日本地図</td> <td>地域自慢職業等の話</td> </tr> <tr> <td>第3回</td> <td>祭り</td> <td>半被, 楽器</td> <td>地域の祭りの踊りの教授</td> </tr> <tr> <td>第4回</td> <td>お手伝い</td> <td>手ぬぐい, ハタキ, 雑巾</td> <td>掃除のコツを教授</td> </tr> <tr> <td>第5回</td> <td>冬の仕度</td> <td>だるまストーブ, あんか</td> <td>炭火の管理方法を教授</td> </tr> <tr> <td>第6回</td> <td>お正月</td> <td>しめ縄</td> <td>正月のしきたりを教授</td> </tr> <tr> <td>第7回</td> <td>娯楽</td> <td>プロマイド</td> <td>生活の楽しみの話と歌の披露</td> </tr> <tr> <td>第8回</td> <td>学校の思い出</td> <td>教科書教育勅語</td> <td>得意科目, 教育勅語の暗記披露</td> </tr> <tr> <td>第9回</td> <td>お出かけ</td> <td>回想法</td> <td>地域の歴史民俗資料館へさまざまな道具の使用方法を教授</td> </tr> <tr> <td>第10回</td> <td>子どものころの遊び</td> <td>お手玉, 剣玉, おはじき</td> <td>得意な遊びの披露</td> </tr> <tr> <td>第11回</td> <td>最終評価</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>2) 評価項目: 認知機能(MMSE)、生活能力(老研式活動能力指標)、アパシー(やる気スコア)、自尊心(ローゼンバーグ自尊心尺度)、介護負担感(Zarit 介護負担尺度), 生活アンケート(対象者の服の選択・コーディネート, 身だしなみへの配慮 会話, 楽しそうな印象 張り切り具合, 新しいことへの関心, 外出についてそれぞれ頻度を3段階で評価)から総合的に評価した。また終了時に満足度や生活変化の有無についてアンケートを実施した。</p>		テーマ	使用道具	具体的な内容(特技披露)	第1回	初期評価			第2回	お国自慢	日本地図	地域自慢職業等の話	第3回	祭り	半被, 楽器	地域の祭りの踊りの教授	第4回	お手伝い	手ぬぐい, ハタキ, 雑巾	掃除のコツを教授	第5回	冬の仕度	だるまストーブ, あんか	炭火の管理方法を教授	第6回	お正月	しめ縄	正月のしきたりを教授	第7回	娯楽	プロマイド	生活の楽しみの話と歌の披露	第8回	学校の思い出	教科書教育勅語	得意科目, 教育勅語の暗記披露	第9回	お出かけ	回想法	地域の歴史民俗資料館へさまざまな道具の使用方法を教授	第10回	子どものころの遊び	お手玉, 剣玉, おはじき	得意な遊びの披露	第11回	最終評価		
	テーマ	使用道具	具体的な内容(特技披露)																																														
第1回	初期評価																																																
第2回	お国自慢	日本地図	地域自慢職業等の話																																														
第3回	祭り	半被, 楽器	地域の祭りの踊りの教授																																														
第4回	お手伝い	手ぬぐい, ハタキ, 雑巾	掃除のコツを教授																																														
第5回	冬の仕度	だるまストーブ, あんか	炭火の管理方法を教授																																														
第6回	お正月	しめ縄	正月のしきたりを教授																																														
第7回	娯楽	プロマイド	生活の楽しみの話と歌の披露																																														
第8回	学校の思い出	教科書教育勅語	得意科目, 教育勅語の暗記披露																																														
第9回	お出かけ	回想法	地域の歴史民俗資料館へさまざまな道具の使用方法を教授																																														
第10回	子どものころの遊び	お手玉, 剣玉, おはじき	得意な遊びの披露																																														
第11回	最終評価																																																
結果	<p>1) 統計学的には介入前後の比較でやる気スコア($p<0.01$)と老研式活動能力指標($p<0.05$)が有意に改善した。また生活アンケートから、会話や笑顔の増加、「新しいことへの関心」に改善がみられた。</p> <p>2) 対象者の平均参加回数は9.8回(全11回中)であった。脳活性化リハの満足度は「とてもよかった」10人, 「よかった」1人, 「普通」1人, 「つまらない」0人であった。介護予防サポーターの平均参加回数は4.5回(全11回中)であった。参加満足度は74.4%(Visual Analog Scale 使用)であった。</p>																																																
考察	1) 脳活性化リハビリテーションにより認知症発症前後のアパシーや生活障害の改善がみられ, 認知症の発症・進行予防に有効である可能性が示された。しかし本研究では, 認知機能低下が疑われる対象に対して, 自記式の質問票を用いており, 回答の信頼性に関して検討が必要と思われる。																																																

28	当院での運動器機能向上トレーニング教室の取り組み E-SAS を使用した効果判定						
筆者	辻 昌伸, 森下 一幸, 宮崎 哲哉, 中村 敦子, 鷓野 怜子, 竹山 由里子						
掲載誌	静岡県理学療法士会学術誌: 静岡理学療法ジャーナル 20号 Page12-16, 2010						
目的	評価指標として E-SAS と老研式活動能力指標を活用し、生活範囲、活動能力の視点から効果判定を行い、若干の知見を得たので報告する。						
対象	当院での運動器機能向上トレーニング教室(以下運動教室)に参加した特定高齢者8名(男性3名, 女性5名, 平均年齢: 76±4.5歳)						
方法	<p>1) 介入方法: 当院の運動教室は、地域支援事業における特定高齢者施策として、浜松市より委託を受け開催している。対象者は浜松市中区に在住の高齢者で、特定検診の際、基本チェックリストと医師の判断により運動器機能向上トレーニングが必要と判断された者(要支援・要介護状態に陥る恐れのある者)であり、「特定高齢者」と位置づけされる。教室は週1回、3か月間、計12回開催している。介入形態は集団アプローチで、運動内容は1か月毎に柔軟体操を主とする「コンディショニング期」、自重やチューブトレーニング、コアトレーニングを含めた「筋力増強期」、リズム体操やサーキットトレーニングなど複合的な運動を行う「バランストレーニング期」と段階的に進めている</p> <p style="text-align: center;">表1 各回のプログラム</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>健康チェック(血圧、脈拍、問診)</td></tr> <tr><td>準備体操、レクリエーション(10分)</td></tr> <tr><td>ミニレクチャー(10分)</td></tr> <tr><td>メインの運動プログラム(60分)(筋力トレーニング、バランストレーニング)</td></tr> <tr><td>リラクゼーション(ストレッチボール運動)(10分)</td></tr> <tr><td>運動日誌チェック、運動指導(10分)</td></tr> </table> <div style="text-align: center;"> <p>図1 事業の流れ</p> </div> <p>2) 評価項目: 効果判定指標は、形態機能として体重、体脂肪率、運動機能項目として握力、5m歩行時間(通常・最大)、10秒テスト、三脚立位保持時間、Functional reach test(以下FRT)、長座位前屈、TUG、CS30を計測した。またアンケートにて E-SAS、老研式活動能力指標を調査した。すべての評価項目において、教室の初回と最終時の結果を比較検討した。</p>	健康チェック(血圧、脈拍、問診)	準備体操、レクリエーション(10分)	ミニレクチャー(10分)	メインの運動プログラム(60分)(筋力トレーニング、バランストレーニング)	リラクゼーション(ストレッチボール運動)(10分)	運動日誌チェック、運動指導(10分)
健康チェック(血圧、脈拍、問診)							
準備体操、レクリエーション(10分)							
ミニレクチャー(10分)							
メインの運動プログラム(60分)(筋力トレーニング、バランストレーニング)							
リラクゼーション(ストレッチボール運動)(10分)							
運動日誌チェック、運動指導(10分)							
結果	介入前後で、身体機能項目では体脂肪率、5m通常歩行時間、CS30、長座位前屈(以上 p<0.01)、5rn 最大歩行時間、10秒テスト、FRT(以上 p<0.05)において有意な改善を認め、E-SAS、老研式活動能力指標の項目では、いずれも有意差を認めなかった。						
考察	今回の介入では、身体機能の向上効果を認めたが、生活範囲、活動能力の十分な拡大には至らず、長期的な介護予防効果という視点では課題を残した。長期的な介護予防効果を得るために、身体機能に加え、生活範囲、活動能力の視点から評価・介入を行う必要がある。						

29	VE導入による経口維持への取り組みの成果 誤嚥性肺炎等減少と入院日数減少による経済的効果																														
筆者	大久保陽子, 中根 綾子, 柴野 莊一, 棚木 紫緒																														
掲載誌	日本摂食・嚥下リハビリテーション学会雑誌 15巻3号 Page253-263, 2011																														
目的	訪問診療による Videoendoscopy(以下, 訪問 VE)を導入し、多職種連携による経口維持計画の実施により、誤嚥性肺炎等による入院数の減少と施設の経済的効果を実証すること																														
対象	平成 18 年 4 月から平成 23 年 3 月まで当介護老人福祉施設に在籍していた全利用者(入所定員 78 名)を調査対象とした。平成 18 年度を Ⅰ 期, 19 年度を Ⅱ 期, 20 年度を Ⅲ 期, 21 年度を Ⅳ 期とした。																														
方法	1) 調査方法: 施設利用者の全入院日数と入院理由、そのうち誤嚥性肺炎等での入院日数を調査し、施設の介護サービス費の減収額を算出した。さらに、経口維持加算の算定額の推移についても調査した 2) 訪問 VE の介入方法: 毎月 1 回の往診にて、VE にて嚥下機能評価を行い、咽頭残留や誤嚥のない、またはそれを防ぐための適切な食事形態や摂取方法、姿勢、食事介助方法、食事中止のタイミング、液体へのとろみ濃度等の指示を訪問歯科医師より施設職員へ行った。その指示に基づき管理栄養士が経口維持計画を作成すると、歯科医師、看護師、介護職員、介護支援専門員、相談員などの多職種連携のもと、経口維持計画の実施が行われた。																														
結果	1) Ⅰ 期～ Ⅳ 期における対象者の年齢と要介護度について、統計学的に有意な差はみられなかった <table border="1" data-bbox="300 925 1437 1207"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>平均年齢</td> <td>83.3±8.7 歳</td> <td>83.3±9.0 歳</td> <td>83.9±8.5 歳</td> <td>83.3±8.0 歳</td> </tr> <tr> <td>平均要介護度</td> <td>3.67</td> <td>3.69</td> <td>3.79</td> <td>3.75</td> </tr> <tr> <td>1 位(件数)</td> <td>誤嚥性肺炎(43)</td> <td>誤嚥性肺炎(21)</td> <td>誤嚥性肺炎(18)</td> <td>誤嚥性肺炎(16)</td> </tr> <tr> <td>2 位(件数)</td> <td>食思低下(6)</td> <td>尿路感染(10)</td> <td>尿路感染(5)</td> <td>心疾患(5)</td> </tr> <tr> <td>3 位(件数)</td> <td>骨折(3)</td> <td>がん(6)</td> <td>がな(2)</td> <td>脳梗塞(2)</td> </tr> </table> 2) すべての期において誤嚥性肺炎等は入院理由の 1 位を占めており、Ⅰ 期には誤嚥性肺炎等での入院日数は延べ 933 日であった。Ⅱ 期には 406 日、Ⅲ 期には 487 日、Ⅳ 期には 190 日と誤嚥性肺炎等での入院日数が減少したのに伴い全入院日数も減少し、Ⅰ 期と比べ Ⅳ 期約 920 万円の増収となった。経口維持加算収入でも、Ⅰ 期約 27 万円から Ⅳ 期約 110 万円と増収がみられたため、合計すると、Ⅰ 期と比べ Ⅳ 期には約 1,000 万円の増収となった。						平均年齢	83.3±8.7 歳	83.3±9.0 歳	83.9±8.5 歳	83.3±8.0 歳	平均要介護度	3.67	3.69	3.79	3.75	1 位(件数)	誤嚥性肺炎(43)	誤嚥性肺炎(21)	誤嚥性肺炎(18)	誤嚥性肺炎(16)	2 位(件数)	食思低下(6)	尿路感染(10)	尿路感染(5)	心疾患(5)	3 位(件数)	骨折(3)	がん(6)	がな(2)	脳梗塞(2)
平均年齢	83.3±8.7 歳	83.3±9.0 歳	83.9±8.5 歳	83.3±8.0 歳																											
平均要介護度	3.67	3.69	3.79	3.75																											
1 位(件数)	誤嚥性肺炎(43)	誤嚥性肺炎(21)	誤嚥性肺炎(18)	誤嚥性肺炎(16)																											
2 位(件数)	食思低下(6)	尿路感染(10)	尿路感染(5)	心疾患(5)																											
3 位(件数)	骨折(3)	がん(6)	がな(2)	脳梗塞(2)																											
考察	VE の結果から、実際の嚥下機能にあった形態や水分の形状、介助方法等の指示を受けることで、安全な食事環境の設定が可能となった。これらを経口維持計画に盛り込むことで、誤嚥性肺炎等をはじめとした入院日数の減少につながった。これらは、利用者の QOL の確保はもちろんのこと、増大する医療費の抑制、施設収入の確保が可能になると考えられ、今後も経口維持に対する取り組みが広がることが切望される。																														

30	パワーリハビリテーション事業における集団の活用について その効果及び行動変容との関連についての検討
筆者	望月 秀樹, 大嶋 伸雄
掲載誌	自立支援介護学 4巻2号 Page114-123, 2011
目的	パワーリハビリテーション(パワーリハ)事業を行う際に集団を用いることの有効性を検討すること
対象	2006年1月~9月の間にK市・T市・S区で行ったパワーリハビリテーション事業の参加者43名(男性23名、女性20名。平均年齢74.1±1.4歳。参加者のうち9名が特定高齢者であり、残り34名が要介護者であった。診断名は脳血管障害、変形性関節症、パーキンソン病・パーキンソン症候群などであった。なお、日常生活状況に関するアンケート調査は協力の得られた24名(平均年齢74.3±7.7歳) 男性10名(平均年齢74.43.2歳) 女性14名(平均年齢74.1±1.6)に対して行った。
方法	1) 介入方法: 教室形式で運営されたパワーリハ 2) 評価項目: 介護度、握力(kg)、開眼片足立(秒)、ファンクショナルリーチ(cm、以下FR)、椅子座位前屈(±cm、以下体前屈)、Timed Up and Go(秒、以下TUG)、6分間歩行(m)を測定した。また、パワーリハ実施前後にパワーリハ日常生活行動評価票(NPO法人パワーリハビリテーション研究会作成、以下日常生活行動票)を行った。日常生活行動票は「役割・趣味・社会活動」「外出」「健康・体力」「生活満足度など」に関する17項目で構成されている。また、パワーリハ初回参加時および最終参加時に集団への参加状況及び集団内個人評価表の評価を行った。集団内個人評価表は「参加状況」と「集団内行動特性」の上位2項目で構成されている。
結果	1) 介護度に関してパワーリハ実施3カ月間の前後比較を行った結果、有意な改善を認めた。 2) 運動機能に関してパワーリハ実施3カ月間の前後比較を行った結果、体前屈、TUG、6分間歩行に有意な改善を認めた。 3) 日常生活行動評価票の回答結果に関してパワーリハ実施3カ月間の前後比較を行った結果、「あなたの健康状態は」「1年前と比べて健康状態は」「1年前とくらべて体力は」の項目に有意な改善を認めた。 4) 集団内個人評価表の評価結果に関してパワーリハ実施3カ月の前後比較を行った結果、「参加率」以外の項目全てに有意な改善を認めた。 5) 運動機能評価結果におけるパワーリハ実施後の非該当群と認定群との比較では、体前屈、TUG、6分間歩行に有意な改善を認めた。 6) 生活行動評価票の回答結果におけるパワーリハ実施後の非該当群と認定群では「あなたは家庭で何らかの役割をもっていますか」「普段の近所付き合いはどうですか」の2項目に有意な改善を認めた。 7) 集団内個人評価表の評価結果におけるパワーリハ次子語の非該当群と認定群との比較では、10項目に有意な改善を認めた。
考察	1) 介護度の有意な改善が得られたことから対象としたパワーリハ事業は有効であったと考えられる 2) 参加者の介護度及び柔軟性、歩行能力、持久力の改善がえら、「健康・体力」に関する意識が向上し、集団への参加状況が改善、向上したと考えられる。 3) 介護予防・自立支援を目的とした事業において介護度・運動機能・生活機能を改善させるためには、集団の活用が重要となり得ることが示唆された。

31	介護予防事業の介入による特定高齢者の身体活動量への効果
筆者	青木 慶司, 山口 奈津, 鈴木 順子, 西村 一弘, 藤原 恵子, 小林 栄二, 酒井 雅司
掲載誌	東京都医師会雑誌 64 巻 4 号 Page437-442, 2011
目的	特定高齢者の身体活動量を調査し、介護予防事業の介入による身体活動量の変化を事業介入前後で比較し、介護予防事業介入による身体活動量への効果について検討すること
対象	平成 21 年 4 月～平成 22 年 6 月までの間に当院の特定高齢者通所型介護予防事業に参加し、介護予防事業を最後まで終了した 43 名(男 12 名、女 31 名、平均年齢 75.8±5.03 歳)とした。
方法	1) 介入方法：介護予防事業として 1 回 90 分の運動トレーニング週 2 回と個別アドバイス月 1 回を 3 ヶ月間実施し、事業開始直後の 1 週間と 10 週間後における 1 週間の平均歩数および外出目的を比較した。運動トレーニングプログラムは棒体操を 15 分、ストレッチや筋力トレーニングなどのマット運動を 30 分、バランストレーニングやロコモ体操などの立位運動を 15 分行った。 2) 評価項目：身体活動量を計測するために、3 軸加速度センサー付きの歩数計を使用し、その歩数計を起床時から就寝時まで着用、就寝時に歩数と外出目的(運動・生活上・その他・屋内のみの 4 項目からチェック)を記載した。
結果	1) 平均歩数は 5051.2 歩から 6075.6 歩へ有意な改善を認めた ($p<0.01$) 2) 介護予防事業修了後、「体が軽くなった」「動くのが楽になった」「よく眠れるようになった」などの声が聞かれた。 3) 1 週間に運動を 1 回も行わない者は 9 名から 4 名と減少した。 4) 外出しない日は第 1 週目と変化はほとんどなかった
考察	1) 運動プログラムのストレッチにより体の柔軟性が向上し、筋力トレーニングにより動作時の負荷が少なくなったため、「体が軽くなった」「動くのが楽になった」と感じられたと考えられる。 2) 運動を生活に取り入れるアドバイスや工夫を個別に行うことにより、個々人の生活スタイルにあった運動を提案でき、1 週間のうち運動を行う日が増加したのも、歩数が増加した理由の 1 つと考えられる 3) 介護予防事業の介入により高齢者の不活動による廃用症候群を予防できる可能性があると考えられた。

3 2	生活につながる介護予防プログラムに向けて 特定高齢者の通所型介護予防事業の取り組みを通して
筆者	藤井 有里, 出田 めぐみ, 由利 祿巳, 辻 陽子, 西井 正樹
掲載誌	総合福祉科学研究 .3号 p.187-196. 2012
目的	2007(平成19)年度から2010(平成22)年度の4年間の取り組みの結果を考察し、特定高齢者に対するより有効な取り組みについて検討すること
対象	2007(平成19)年度から2010(平成22)年度の4年間での特定高齢者通所型介護予防事業の登録者49名のうち、19年度4月以前に3ヶ月以上実施していた者7名と途中終了等により参加回数が10回以下である者12名の合計19名を除き、30名(男性7名、女性23名、開始時の年齢は平均80.3歳、66歳から90歳)を調査対象とした。
方法	1) 介入方法: 教室は、週1回、午前中2時間で、5ヶ月間(20回程度)を1クールとし、1年間で2クール実施した。主に運動器の機能向上を目的としたプログラムを行なった。プログラムはOTが立案し指導した。さらに、教室という社会参加を継続するための取り組みとして、楽しみや余暇活動、他者との交流を促せる活動を取り入れた。評価指標として、1クールの開始時と終了時に生活機能評価である基本チェックリスト、体力測定4項目(握力、開眼片足立ち時間、Time Up & Go Test(以下TUG)、5m最大歩行時間)を行った。開始時には長谷川式簡易知能評価スケールも実施した。 2) 分析方法: 基本チェックリストについて、対象者それぞれの利用開始時と最終評価時における得点の推移(改善・維持・悪化)を確認し、検討した。対象者の状況の変化は、介護保険制度の適正な運営・周知に寄与する調査研究事業の「介護予防事業等の効果に関する総合的評価・分析に関する研究」で報告されているデータ(以下「介護予防プログラム効果に関するデータ」と)との比較を行った
結果	1) 基本チェックリスト総得点の平均は、開始時9.70、最終9.27、効果の平均0.43であった。改善12名(40%)、維持6名(20%)、悪化12名(40%)であり、概観すると、「介護予防プログラム効果に関するデータ」に比べ改善・悪化率が高く、維持率が低くなっていた。 2) プログラム参加前後の基本チェックリストの得点をWilcoxonの符号付き順位検定を用いて比較した結果、「運動器」項目のみ有意差が見られた(表4)。(P<0.05)「運動器」項目で、悪化が見られた者4名のうち3名が男性であった。「運動器」項目の改善と利用回数に相関はみられなかった。 3) 「主観的健康度」は、「介護予防プログラム効果に関するデータ」に比べ改善率は変わらないが、維持率が低く、悪化率が高くなっていた。 4) 基本チェックリストと主観的健康度、体力測定の変化について、特定高齢者非該当(改善)者と維持・悪化者との比較についてMann-WhitneyのU検定を用いておこなった結果、「運動器」、「20項目」、主観的健康度において有意差がみられた。(P<0.05)他のチェックリスト項目、体力測定の変化には有意差は見られなかった。
考察	1) 運動機能の向上に効果があり、運動機能向上は介護予防の重要な要素となっているといえる。しかし要介護状態となることを予防し、高齢者の生活行為の向上を図るには、運動機能向上だけでは不十分であるとわかった。 2) 「運動器」項目の改善と「IADL」・「外出」項目の改善には有意差はみられず、運動機能の向上が、生活行為や役割活動など活動・参加レベルの変化に結びついたかは明らかにならなかった。

33	運動器の機能向上プログラム実施後の要支援高齢者における心理的变化の分析 マズローの基本的欲求を基盤とした調査より
筆者	望月 秀樹, 大嶋 伸雄, 繁田 雅弘
掲載誌	老年精神医学雑誌 23 巻 3 号 Page334-345, 2012
目的	要支援高齢者の運動器の機能向上プログラム実施後の心理的变化を分析することで, 現在のわが国の高齢者の特性を明らかにすること
対象	2011 年 4~7 月までの 3 か月間, 山形県 (S 市, T 市) および北海道 (H 市) の 3 つの通所介護施設にて, 介護予防として運動器の機能向上プログラムを実施した要支援高齢者 103 人 (男性 44 人, 女性 59 人, 平均年齢 79.41 ± 6.56 歳)
方法	1) 介入方法: 運動器の機能向上プログラムとして 3 か月間パワーリハビリテーション (以下, パワーリハ) を実施し, 身体的要因として運動機能を, 社会・環境要因として日常生活の状況を, 心理的要因としてマズローの基本的欲求を, それぞれパワーリハ開始時および 3 か月後に調査した. 運動機能として, 握力, 開眼片足立ち, ファンクショナルリーチ (以下, FR), 椅子段位体前屈 (以下, 体前屈), Timed up & go test (以下, TUG), 6 分間歩行 (m), 5m 歩行速度 (秒) を測定した. また, 日常生活状況の調査としてアンケート調査 (パワーリハ生活行動評価), マズローの基本的欲求を基盤とした心理調査を行った. パワーリハは, 作業療法士, 理学療法士, 看護師らの管理のもと, 各施設の研修を受けた機能訓練指導員が行った. パワーリハは 3 か月間, 週 2 回の頻度で実施した. 2) 分析方法: (1) 運動機能と生活行動評価票の改善項目をみるために, 開始時と 3 か月後の各項目の平均値の前後比較を行った. (2) 開始時および 3 か月後の基本的欲求の回答結果に対し因子分析を行い, それぞれの欲求の傾向およびその変化をみた. (3) 運動機能 (身体的要因) と日常生活状況 (社会・環境要因) と基本的欲求 (心理的要因) との関係性をみるために, 開始時および 3 か月後の各要因に対し共分散構造分析を行った.
結果	1) 開始時に比べて 3 か月後には FR, TUG, 6 分間歩行, 5m 歩行速度に有意な改善を認めた ($p < .05$). 2) 開始時に比べて 3 か月後には生活行動評価票の「役割」と「外出頻度」に有意な改善を認めた ($p < .05$). 3) 歩行を中心とした運動機能と役割や外出頻度の増加などの活動性が改善・向上し, それに伴い, 欲求の階層構造が変化した.
考察	1) 開始時の対象者は, 第 1 因子として「所属と愛の欲求」のみが抽出されたことから, 介護予防サービス導入時には, 所属感や対人交流もしくは社会交流などに動機づけられて参加したと考えられる. また 3 か月後は, その欲求が減少し, 部分的に第 4 因子へ移行した. これは「所属と愛の欲求」が満たされたためと考えられる. さらに, 開始時には第 4 因子を構成していた「生理的欲求」が 3 か月後には第 1 因子に移行したことから, 当初は顕在化していなかった健康や運動に対する欲求が表出されてきたと考えられる. これは, 今回運動機能と活動性の向上が介護予防効果として得られたことにより, さらなる改善への意欲が高まったものと考えられる. 2) 介護予防プログラムを進めるうえで, 導入時は所属感や対人交流に考慮し, 効果的な運動プログラムを提供し, 得られた効果によりさらなる運動に対する意欲を引き出すような取り組みが必要であると結論づけられた. また歩行能力の改善, 自己実現の欲求を維持続けること, 外出頻度の向上が介護予防における関連要因として示された.

34	地域在宅高齢者に対する作業活動による介護予防介入の試み
筆者	西澤 哲(東北文化学園大学 医療福祉学部リハビリテーション学科作業療法学専攻), 高橋 千賀子, 勅使河原 麻衣, 大黒 一司, 王 治文, 高木 大輔, 田上 義之, 渡部 未来, 太田 千尋, 及川 澄子
掲載誌	東北文化学園大学医療福祉学部リハビリテーション学科紀要 8巻1号 Page43-57, 2012
目的	高齢者の社会参加への意欲向上の可能性を探るために、作業活動を中心とした介護予防事業(フォローアップ事業)を行い、在宅高齢者が作業活動を用いた介護予防事業に積極的に参加するか否か、作業活動による介入が在宅高齢者に効果を与えるか、の2点を明らかにする事である。
対象	対象者は宮城県X町在住の在宅高齢者で、2009年に二次予防認定を受けた高齢者9名(男性3名, 女性6名)および2010年度に二次予防認定を受けた高齢者4名(男性1名女性3名)の13名であった。なお、X町は宮城県南部の盆地に位置する面積80km ² の町である。人口12,000人で高齢者の割合は約26%である。産業は農工業が中心である。
方法	<p>1) 介入方法: 2011年10月1日から11月5日まで、土曜日の午前中週1回2時間程度の介入を連続する6週にわたって行った。実施場所はX町中心地域にある「ふれあいセンター」とした。介入の内容は2時間のうち20~30分の軽運動と1時間30分の作業活動を行った。介入は東北文化学園大学医療福祉学部リハビリテーション学科作業療法学専攻に所属する教員で、作業療法士が7名、高齢者に対する運動指導経験を有する者1名が行った。また、学生スタッフとして専攻に所属する1年次生が各週8~9名参加した。</p> <p>軽運動は東京都老人総合研究所の転倒予防教室にて開発された虚弱高齢者向け転倒予防軽運動を行った。これは、主に椅子座位で行われる上半身のストレッチ7種類と下肢筋力の増強運動11種類を組み合わせた運動である。第1週と第6週は事業評価のため軽運動介入を行わなかった。対象者の運動習慣を維持するために次週までにできるだけ毎日運動を行うこと、次週までに行った運動項目と運動時間を自己記録表に記入することを目的に、自己記録表をつけてもらった。</p> <p>作業活動は6種類の作業活動(革細工によるコースター作り、芋煮会、七宝焼によるキーホルダーまたはブローチ作り、エコクラフトによるかご作り、はり絵、和紙による飾り皿作り)による介入を1週毎に順に行った。それぞれの介入に専攻在籍の1年次学生7名~9名が補助員として参加した。</p> <p>2) 評価項目: 介入前後における対象者の一般性セルフ・エフィカシー尺度(GSES)標準化得点を、作業活動への積極的参加の指標として介入直後のアンケート調査をもちいて解析した。また、握力、5m通常歩行時間、5m最大歩行時間、EuroQOL、を行った。</p>
結果	<p>1) 1名の男性が欠席したため、解析の対象は12名(年齢82.0±5.8歳、男性3名女性9名)となった。</p> <p>2) すべての事前事後計測項目において有意な変化が認められなかった。</p> <p>3) アンケート調査からは、(1)対象者が興味を示した作業活動にパターンがある、(2)30%の回答が作業活動に興味を示し50%の回答が事業の継続を望んでいる、の2点が明らかになった。</p> <p>4) 軽運動介入は第2週から開始されたため、解析対象日は10月9日から11月4日までであり、24日間であった。24日×10名=240日ののべ日数に対して、運動が行われたのべ日数は205日、85.4%にのぼった。</p>
考察	アンケート結果より作業活動を用いた介護予防事業にはおおむね好意的であり、作業活動を中心とした介護予防活動は成立可能である事が示唆された。また対象者の興味を示す作業活動にはパターンがあることが示唆され、介入に用いた作業活動の種類がGSES標準化得点に変化が認められない点に影響している可能性も考えられた。今後の事業においてさまざまな作業活動から選択可能な形態で提供する工夫が必要であることが考えられる。

35	在宅要介護終末期・難病患者および主介護者に対する訪問リハビリテーション効果の検討																					
筆者	井上 順一, 石川 朗宏, 市橋 正子, 柏 美由紀, 牧浦 大祐, 小野 玲																					
掲載誌	ホスピスケアと在宅ケア 21(1):2-8, 2013																					
目的	在宅要介護終末期・難病患者および主介護者に対して、訪問リハビリテーション(以下、訪問リハ)を実施することが実施しないことと比較して、主介護者のQuality of Life(以下、QOL)、精神機能、睡眠状況、主観的介護負担度に影響するかを検討することである。																					
対象	兵庫県神戸市須磨区に所在する「医療法人思葉会在宅緩和ケアセンターほすぴす」において、訪問看護、訪問リハを利用している在宅要介護終末期患者・難病患者24名(男性10名、女性14名、平均年齢68.8±25.1歳)およびその主介護者24名(男性4名、女性20名、平均年齢63.7±12.4歳)																					
方法	<p>1) 調査方法: 調査期間は平成22年5月より12月末日までであった。要介護者に対する評価項目については、属性として年齢、性別、原疾患名、要介護度、訪問看護および訪問リハ以外の利用医療・介護サービスを、ADLの指標としてBarthel Index(BI)およびBedside Mobility Scale(BMS)を評価した。対象者を2群に分け、主介護者の健康関連QOLをMedical Outcome Study Short Form-36 Health Survey ver. 2(以下、SF-36)、抑うつ度をSelf-Rating Depression Scale(以下、SDS)、主観的幸福感を改訂版Philadelphia Geriatric Center(以下、PGC)モラル・スケール、睡眠状況をPittsburg Sleep Quality Index(以下、PSQI)、主観的介護負担度をZarit介護負担尺度短縮版、要介護者の日常生活動作(以下、ADL)、副介護者の有無を評価し比較した。</p> <table border="1" data-bbox="327 981 1394 1193"> <thead> <tr> <th colspan="2">群</th> <th>人数(人)</th> <th>平均年齢(歳)</th> <th>主介護者(人)</th> <th>主介護者平均年齢(歳)</th> <th>副介護者あり(人)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>訪問リハ群</td> <td>訪問看護+訪問リハもしくは訪問リハのみ</td> <td>男8 女6</td> <td>65.6±25.5</td> <td>男1/女13</td> <td>63.1±9.1</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>訪問看護群</td> <td>訪問看護のみで訪問リハを実施していない</td> <td>男2 女8</td> <td>73.3±25.1</td> <td>男3/女7</td> <td>64.6±16.5</td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table> <p>2) 介入方法: 訪問リハは週1~2回実施した。要介護者に対するADL練習の際に主介護者に対して、身体に負担の少ない介助方法の指導やベッド周囲・住環境などの環境整備についての介護指導・教育を1回の訪問につき5分程度実施した。また、主介護者のストレス解消や腰痛予防のためのストレッチ・呼吸法などリラクゼーション方法を指導した。</p>	群		人数(人)	平均年齢(歳)	主介護者(人)	主介護者平均年齢(歳)	副介護者あり(人)	訪問リハ群	訪問看護+訪問リハもしくは訪問リハのみ	男8 女6	65.6±25.5	男1/女13	63.1±9.1	7	訪問看護群	訪問看護のみで訪問リハを実施していない	男2 女8	73.3±25.1	男3/女7	64.6±16.5	9
群		人数(人)	平均年齢(歳)	主介護者(人)	主介護者平均年齢(歳)	副介護者あり(人)																
訪問リハ群	訪問看護+訪問リハもしくは訪問リハのみ	男8 女6	65.6±25.5	男1/女13	63.1±9.1	7																
訪問看護群	訪問看護のみで訪問リハを実施していない	男2 女8	73.3±25.1	男3/女7	64.6±16.5	9																
結果	<p>1) 要介護者における評価指標については、年齢、性別、要介護度、BI、BMSに2群間で有意差は認められなかった。</p> <p>2) 主介護者における評価指標については、年齢、性別、続柄、SDS、PGCモラル・スケール、SF-36、PSQIに2群間に有意差は認められなかった。</p> <p>3) 副介護者の有無は、訪問リハ群7名(50%)、訪問看護群9名(90%)と訪問看護群において有意に多く副介護者が存在した(p=0.04)。一方、主介護者の主観的介護負担度の指標であるZarit介護負担尺度については、訪問リハ群9.2±4.4点、訪問看護群14.1±6.3点と、訪問リハ群において有意に主観的介護負担度の値が低かった(p=0.04)。</p> <p>4) 2群間における交絡因子(要介護者の性別、副介護者の有無)で調整した多変量解析の結果、標準化偏回帰係数0.49(p=0.04)と訪問リハ群で有意に主観的介護負担度が低下していた。</p>																					
考察	1) 訪問リハを実施することにより在宅要介護終末期患者・難病患者の主介護者の主観的介護負担度が軽減できることが示唆された。要介護者のみに焦点をあてるのではなく、主介護者へも焦点をあてた、リハスタッフの専門性が終末期患者・難病患者への対応に重要であることが示唆された。																					

36	生活機能に対応した訪問リハの効果検証に向けた多施設共同研究
筆者	上岡裕美子, 斉藤秀之, 飯島弥生, 細田忠博, 松田智行, 三浦祐司, 伊佐地隆, 有田元英, 小関迪
掲載誌	理学療法学 . 40(2), p.138-139, 2013
目的	訪問リハビリテーション利用者の生活機能の変化と訪問リハ提供内容の実態をあきらかにすること。
対象	茨城県の 22 事業所の利用者 107 名を対象とした。疾患は, 脳血管疾患, 脊椎・脊髄損傷老化・骨折・転倒等による運動疾患とした。
方法	<p>1) 調査方法: 調査項目は, 動作・移動能力評価を Bedside Mobility Scale (BMS), ADL を Functional Independence Measure (FIM), IADL を日本語版 Frenchay Activities Index (FAI), 生活空間の範囲を Life-Space Assessment (LSA), MOS 8-item Short-Form Health Survey の身体的側面の QOL サマリースコア (Physical Component Summary; SF-8 PCS) と精神的側面の QOL サマリースコア (Mental Component Summary; SF-8 MCS) とした。主介護者の調査項目は, Zarit 介護負担感尺度日本語版の短縮版 (J-ZBI-8), SF-8 とした。調査時点は, 調査開始時, 3 ヶ月後, 6 ヶ月後の 3 回とした。</p> <p>2) 介入方法訪問リハ提供内容は, 訪問職種, 訪問回数 (回/月), 1 回の平均実施時間 (分), 目標 (自由記載), 実施内容とした。実施内容は 評価・プログラム作成・説明, 治療的練習, 基本動作練習, 日常生活活動・家事動作練習, 生活の活性化・社会交流, 住宅・福祉用具, 介護負担軽減・連携, 間接的な対応, の 8 領域について, 1 ヶ月間の実施時間を 5 分単位で記入した。</p> <p>3) 分析方法: 生活機能の変化は, 6 ヶ月後調査までを完遂した 80 名を分析対象とした。発症もしくは受傷から 1 年未満, 1 年以上~3 年未満, 3 年以上の 3 群に層別化し, それぞれの調査開始時と 6 ヶ月後を比較した。訪問リハ提供内容は調査開始時の 107 名を分析対象とし, 自由記載のリハ目標は, 研究者 2 名により対象者 1 名につき 1~3 個の目標を特定し, 実施内容の 8 領域に分類した。実施内容は, 各項目の実施時間を領域ごとに合計して平均値を算出し, 間接的な対応の領域を除いた 7 領域の合計を 100% として, 7 領域それぞれの割合 (%) を算出した。</p>
結果	<p>1) 1 年未満群は FIM 合計が調査開始時平均 82.4 点から 6 ヶ月後に 87.3 点へ ($p=0.016$), また LSA が調査開始時平均 9.9 点から 6 ヶ月後に 12.3 点へと有意に向上した ($p=0.005$)。FAI と主介護者の SF-8 MCS は増加の傾向にあったが, 有意差はなかった。</p> <p>2) 1 年以上~3 年未満群はどの指標も差がなかった。3 年以上群は SF-8 PCS がやや増加の傾向, 他の指標はやや低下の傾向にあったが, 有意差はなかった。</p> <p>3) 訪問リハ提供内容は, 全職種を合わせたひとりの対象者への訪問回数平均は 5.3 ± 2.5 回/月, 1 回の実施時間平均は 48.4 ± 11.5 分/回だった。</p> <p>4) リハ目標は, PT と OT とともに「治療的練習」「基本動作練習」「日常生活活動・家事動作練習」「生活の活性化・社会交流」の 4 領域においてそれぞれ 15~30% を占めた。一方, 各領域への 1 ヶ月の実施時間の割合は, PT と OT とともに「治療的練習」「基本動作練習」は 25~40% を占めたが, 「日常生活活動・家事動作練習」「生活の活性化・社会交流」は 2~10% と非常に少なかった</p>
考察	<p>1) 発症もしくは受傷から 1 年未満の者は日常生活活動と生活空間のひろがりが増え, それ以外の者は生活機能の変化はないことがあきらかになった。生活空間への影響はこれまでの検討は乏しく, 今回新たに得られた知見である。</p> <p>2) 日常生活および社会参加のさらなる向上のためには, それらへの直接的関与を増やすとともに, 有効な支援方法を検討する必要がある。</p>

37	ICF の概念に基づいた地域リハビリテーションの実践報告 SF-36 と FIM からの検証
筆者	池田 登顕, 菊地 邦夫, 小泉 勇樹
掲載誌	理学療法ジャーナル 47 巻 6 号 Page553-559, 2013
目的	通所リハビリテーションにおいて、ICF の概念に基づき、「心身機能や身体構造」や「活動」、「参加」に対するアプローチを行うとともに、各種行事などを組み入れ、利用者の QOL を高めるための取り組みの効果を検証する
対象	対象は 2010 年 12 月から 2011 年 12 月までの 1 年間通所リハビリテーションを利用した 21 名(男性 11 名, 女性 10 名, 平均年齢 73.2±10.3 歳)である。介護度は要支援 1~2 が 6 名、要介護 1~2 が 10 名、要介護 3~4 が 9 名である。通所回数は 2.0±0.5 回/週であった。なお、認知症や高次脳機能障害を有する利用者は研究対象から除外した。
方法	<p>1) 通所リハビリテーションアプローチの実践について</p> <p>心身機能や身体構造に対する個別のアプローチ</p> <p>痙性麻痺に対して神経筋促通方法や、弛緩性麻痺に対してミラーセラピーを行った。姿勢及び動的バランスに対して受診の近くを視覚および体性感覚によって代償させるアプローチを行った。ADL に対して知覚 - 運動の相互作用を重視したアプローチや住環境整備を行った。</p> <p>活動や参加に対する集団アプローチ</p> <p>平坦な舗装された往復 150m の私道で屋外歩行練習を介護職員の管理下で行う歩行トレーニング補助プログラム(マーチングプログラム)を行った。歩行した距離や時間、疲労度を記録し、その結果を「歩ける屋」通信」として定期発行することで、利用者本人や家族へフィードバックした。また、自宅で家族と一緒にできる自主トレーニングをセラピストが毎月作成し、指導を行った。さらに、利用者が能動的にトレーニングを行うことができるように運動実施管理表である「運動チェックシート」を配布した。</p> <p>他にも、夏祭り、文化祭を行い、利用者および家族との交流を促す催しを開いた。夏祭は事前に利用者が「チャリティ手ぬぐい」を制作し、展示販売した。その売上金は東日本大震災の支援として送金した。また、浴衣の着付け・記念撮影会、室内盆踊りも行った。文化祭は利用者が制作した作品を展示した。</p> <p>2) 調査方法: FIM および SF-36 の測定を、2010 年 12 月から 2011 年 12 月までの 1 年間、継続して評価した。</p>
結果	<p>1) 介護認定の更新がなされた対象者 3 名のうち 2 名の介護度が要支援 2 から要支援 1 へ改善し、他 1 名は要介護 2 で維持された。</p> <p>2) リハビリテーション前の FIM が 109.6±6.0 点、1 年後の FIM が 110.3±5.8 点となり、有意差を認めなかった(p=0.35)</p> <p>3) SF-36 においては日常役割機能以外の全項目において向上がみられ有意な差を認めた(p<0.05)</p>
考察	<p>1) FIM に有意差が認められなかったことにより、心身機能や身体構造に対する個別のアプローチによって、利用者の「心身機能や身体構造」は維持されたと考えられる。</p> <p>2) マーチングプログラムや体操、夏祭り、文化祭によって利用者が施設において自発的かつ能動的に活動できるようになったため QOL の向上につながったのではないかと考えられる。</p> <p>3) 今後の課題としては、自宅内において、利用者がいかに自発的かつ能動的に活動できるように促すかであると考えている。</p>

38	大腿骨地域連携パスのデータベース構築 データベースの運用結果と課題																																							
筆者	池田 昇, 森 諭史, 田中 健太郎, 二宮 太志, 藤野 圭司																																							
掲載誌	運動器リハビリテーション 24巻4号 Page415-420, 2013																																							
目的	静岡県西部広域において、大腿骨地域連携パスのデータベースの作成を試み、回復期病院退院後に、骨粗鬆症の治療とリハビリ指導・実施の継続が、運動機能の低下防止、再発予防に有効であるのか検証すること。																																							
対象	2010年7月から2011年6月までの期間に当院に転倒により大腿骨頸部骨折で入院治療した骨折患者の家、交通外傷や転落などによる骨折を除く242名を対象とした。																																							
方法	1) 調査方法：大腿骨地域連携パスのデータベースを作成し、急性期の紹介状、受賞前から回復期退院時までのADL評価、連携診療所の経過情報を登録した。維持期に診療所との連携を行い、骨粗鬆症の治療とリハビリを継続した診療所連携群と治療を継続しなかった非連携群でADL評価の推移および介護度の推移について比較検討を行った。																																							
結果	<p>1) アンケートの返信は205例(85%)であり、診療所連携群42例(男性7名、女性35名、平均年齢81.4歳)、非連携群163例(男性18名、女性145名、平均年齢83.1歳)であった。</p> <p>2) 回復期退院後から調査時では診療所連携群は0.26点減少、非連携群では0.83点の減少であった。</p> <p>3) ADLが自立者のみを対象とした比較では、回復期退院後から調査時では診療所連携群は0.22点減少、非連携群では1.07点の減少であった。</p> <table border="1" data-bbox="464 1061 1257 1485"> <thead> <tr> <th></th> <th>介護度</th> <th>調査時</th> <th>変化</th> <th>申請時</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4">群 診療所連携</td> <td>介護なし</td> <td>17.5%</td> <td></td> <td>29.3%</td> </tr> <tr> <td>要支援2</td> <td>5.0</td> <td></td> <td>9.8</td> </tr> <tr> <td>要介護1</td> <td>32.5</td> <td></td> <td>19.5</td> </tr> <tr> <td>要介護3</td> <td>10.0</td> <td></td> <td>4.9</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">非連携群</td> <td>介護なし</td> <td>26.5</td> <td></td> <td>21.5</td> </tr> <tr> <td>要介護1</td> <td>21.2</td> <td></td> <td>16.5</td> </tr> <tr> <td>要介護3</td> <td>11.4</td> <td></td> <td>15.2</td> </tr> <tr> <td>要介護5</td> <td>2.3</td> <td></td> <td>5.7</td> </tr> </tbody> </table>		介護度	調査時	変化	申請時	群 診療所連携	介護なし	17.5%		29.3%	要支援2	5.0		9.8	要介護1	32.5		19.5	要介護3	10.0		4.9	非連携群	介護なし	26.5		21.5	要介護1	21.2		16.5	要介護3	11.4		15.2	要介護5	2.3		5.7
	介護度	調査時	変化	申請時																																				
群 診療所連携	介護なし	17.5%		29.3%																																				
	要支援2	5.0		9.8																																				
	要介護1	32.5		19.5																																				
	要介護3	10.0		4.9																																				
非連携群	介護なし	26.5		21.5																																				
	要介護1	21.2		16.5																																				
	要介護3	11.4		15.2																																				
	要介護5	2.3		5.7																																				
考察	1) 診療所連携群では回復期病院退院後のADLが維持され、再骨折の発生も認められず、介護度の高い割合が減少し、介護なしの自立者の増加がみられた。一方、非連携群ではADLが低下し、再骨折の発生を認め、介護度の高い割合が増加し、介護なしの自立者の減少がみられ、両群間で有意差が認められた。																																							

39	当院における介護予防教室の効果と今後の課題
筆者	川上 真吾, 吉田 望, 小野 朋華, 今野 良紀, 和久井 志保, 榊 望
掲載誌	東北理学療法学 25号 Page72-77,2013
目的	当院が実施した介護予防教室前後での運動機能と地域生活の営みの変化および関連性について明らかにすること
対象	対象は宮城県富谷町在住の高齢者のうち、二次予防事業対象者と判断された32人のうち、24名(年齢76.2±5.7歳, 男性6名, 女性18名)を対象とした。
方法	<p>1) 調査方法: 介護予防教室の内容は、バイタル測定、ストレッチ、筋力増強運動、バランス練習、講話とし90分間を週1回(計15回)、3ヶ月間行った。なお、運動機能と地域生活の営みに関する評価は初回と最終回に実施した。</p> <p>2) 運動プログラムの内容: 厚生労働省が作成した介護予防マニュアルを参考とし、3期に分けたプログラムを組み立てた。第1期をコンディショニング期とし、運動開始するために身体を整える時期とした。内容としては、ストレッチや、自重負荷での筋力強化とし、その際の呼吸法等の指導も実施した。第2期を筋力向上期とし、個々の負荷量で筋力強化する時期とした。負荷量については、セラバンドでの調整、座位や立位といった姿勢変化での調整等を実施した。第3期は機能的運動期とし、向上した運動機能を生活に反映させ、安定した動作を確立する時期とした。内容としては、支持基底面を移動させる運動や多重課題での運動を実施した。</p> <p>2) 評価項目: 粗大筋力検査としての握力、平衡性検査としての開眼片脚立位、協調性検査としてのTimed Up and Go test (以下, TUG), 歩行能力検査としての5m歩行速度(普通, 最大)であった。それらに加え、バランス能力が低下した動作の特徴や共通項を把握することを目的としてFunctional Balance Scale (以下, FBS), Functional Reach Test (以下, FRT)を追加した。なお、地域生活の営みの評価にはElderly-Status Assessment Set (以下, E-SAS)を用いた。</p>
結果	1) 介護予防教室前後で、握力、開眼片脚立位、FBS(いずれも $p < 0.01$)、FRT、5m歩行速度(最大) < 0.05)、「生活のひろがり」、「ころばない自信」において改善を示した。また、FBSでは片脚立位保持時間のみ改善($p < 0.05$)を示した。さらに、「生活のひろがり」ではFBS($r = 0.44$, $p < 0.05$)と5m歩行速度(最大)($r = 0.52$, $p < 0.05$)で関係を認めた。
考察	1) 地域生活の営みには、運動機能の向上だけでなく、行動範囲の拡大が重要であることが示唆された。

40	作業療法士が関与する高崎市認知機能低下予防事業の効果検証と事業委託																											
筆者	山口 智晴, 村井 達彦, 牧 陽子, 都丸 知子, 松本 博美, 佐藤 歩, 桜井 三容子, 山口 晴保																											
掲載誌	総合リハビリテーション 41巻9号 Page849-855, 2013																											
目的	地域リハビリテーションとして歩行習慣化を目指した認知機能低下予防教室で成果を示し,パッケージ化して市町村の事業として全国に普及することを最終目標として,2011年度前半に委託事業化のためのモデル事業と2011年度後半に実際に委託事業として事業者が実施した事業についてその効果を検証した。																											
対象	2011年度前半に市内2地区でモデル事業として実施された「高崎ひらめきウォーキング教室」に参加した35名から医師により軽度認知症と判断された1名を除く34名を前半対象者とした。2011年度後半は5地区で市からの委託事業として介護保険事業者によって実施された教室に参加した70名を後半対象者とした。																											
方法	<p>1) 介入方法:「高崎ひらめきウォーキング教室」は2011年度前半は市職員が中心にモデル事業として,後半は事業者への委託事業として,地域の高齢者を対象に週1回90分で12回実施した。作業療法士が脳活性化リハビリテーションの考えを取り入れて歩行習慣化のための教室運営マニュアルを作成し,委託事業者への研修を行った。</p> <p>表1 高崎ひらめきウォーキング教室プログラムの1例</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>進行</th> <th>項目</th> <th>時間(分)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>みんなで高崎ひらめき市歌体操をしよう!</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>ウォーキングの記録、自主トレーニング課題を報告してほめ合おう</td> <td>20</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>目標歩数を決めよう!</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>次週の自主トレーニング課題を決めよう!</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>第9回の教室で行われるウォーキング(第2回)のコースを考えてみよう!</td> <td>30</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>今日の教室の振り返りノートをつけて、次回の役割分担表を決めよう!</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>おつかれさま体操</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>計90分</td> </tr> </tbody> </table> <p>2) 評価項目:全12回の教室前後で認知機能(山口符号テスト,ウェクスラー符号問題,言語流暢性課題),運動機能(Timed Up and Go Test,片却立位,握力,5m通常歩行速度),老研式活動能力指標,主観的日常生活満足度(satisfaction in daily life; SDL)などの評価を行うとともに,前半教室終了後6ヵ月での歩行習慣などを調査した。また,後半事業終了後に事業者や行政担当者との改善点・簡素化の意見交換を行った</p>	進行	項目	時間(分)	1	みんなで高崎ひらめき市歌体操をしよう!	5	2	ウォーキングの記録、自主トレーニング課題を報告してほめ合おう	20	3	目標歩数を決めよう!	10	4	次週の自主トレーニング課題を決めよう!	10	5	第9回の教室で行われるウォーキング(第2回)のコースを考えてみよう!	30	6	今日の教室の振り返りノートをつけて、次回の役割分担表を決めよう!	10	7	おつかれさま体操	5			計90分
進行	項目	時間(分)																										
1	みんなで高崎ひらめき市歌体操をしよう!	5																										
2	ウォーキングの記録、自主トレーニング課題を報告してほめ合おう	20																										
3	目標歩数を決めよう!	10																										
4	次週の自主トレーニング課題を決めよう!	10																										
5	第9回の教室で行われるウォーキング(第2回)のコースを考えてみよう!	30																										
6	今日の教室の振り返りノートをつけて、次回の役割分担表を決めよう!	10																										
7	おつかれさま体操	5																										
		計90分																										
結果	<p>1) 2011年度前半のモデル事業34名の平均参加率は92.4%で,山口符号テスト($p < 0.001$)と老研式活動能力指標($p = 0.014$)にのみ教室前後で有意な改善を認めた。</p> <p>2) 2011年土後半70名の委託事業の平均参加率は84.1%で,認知機能ではRBANS($p = 0.004$)と山口符号テスト($p < 0.001$)と言語流暢性($p = 0.008$),運動機能では片脚立位($p < 0.001$),TUG($p < 0.001$),アンケート($n = 68$)では老研式活動能力指標($p = 0.041$)とSDL($p = 0.007$)にて教室前後で有意な改善を認めた。</p>																											
考察	参加者の多くが歩行を継続し,自身の身体的・心理的な改善や運動の習慣化を報告した。研究レベルの介入から,委託事業として運営可能なレベルへ移行した本プログラムでも,一定の介入効果を保持できることが示された。改善版運営マニュアルと評価法のパッケージを完成させ,全国の市町村で活用できる介護予防事業を示すことができた																											

4 1	軽度の要介護高齢者に対する定期的な運動指導の効果
筆者	近藤 裕子, 沢井 史穂, 鈴木 みずえ
掲載誌	神戸常盤大学紀要 7号 Page27-40,2014
目的	軽度の要介護高齢者に対して、虚弱高齢者向け運動プログラムを定期的に指導することによって、身体的(運動機能)、社会的(日常生活活動量)、心理的(運動意欲)な効果について検討すること
対象	M 県内の通所介護・居宅介護支援施設 A を利用している要支援から要介護 2 に該当する 69 歳～91 歳の高齢者 5 名(男性 1 名、女性 4 名)
方法	介入方法：下肢筋力トレーニングおよびバランス能力トレーニングを中心とした虚弱高齢者向け運動プログラムを作成し、12 週間、全 12 回、週 1 回の頻度で運動指導を行った。運動プログラムの内容は全身のストレッチを中心としたウォーミングアップ、立ち上がり練習、腸腰筋や大腿四頭筋、中臀筋の筋力・バランストレーニング、クールダウンである。 評価方法：基本属性として対象者の年齢、性別、要介護度、現在治療中の疾患と既往歴の有無、介護保険サービスの利用状況、家族構成を収集した。形態測定として身長、体重、BMI、左右の大腿四頭筋厚、運動機能測定として握力、椅子座り立ち時間、開眼片足立ち時間、ファンクショナルリーチ、足関節柔軟性を測定した。また、日常生活活動として動作の質や心理面の変化、1 日の過ごし方について聞き取り、歩数の調査を行った。
結果	1) 運動指導期間中、脱落した者はいなかった。平均年齢(年齢±標準偏差)は 78.0±8.9 歳、平均要介護度(要介護度±標準偏差)は、1.0±0.71 である。既往歴を含めた主な疾患(重複あり)は、高血圧症 2 名、脳梗塞後遺症 2 名、糖尿病 1 名、サルコイドーシス 1 名であった。 2) 対象者の形態及び運動機能測定値に有意な変化は認められず、廃用性の筋萎縮や運動機能低下を防げることが確認された。 3) 日常生活活動は 5 名中 4 名が「楽になった」と回答した。また、運動に対する意欲が向上し、運動に積極的に取り組むようになった。 4) 1 日の平均歩数は 786 歩であった。
考察	1) 運動指導の頻度と期間をさらに増やせば、日常での身体活動量が少ない軽度の要介護高齢者の運動機能維持だけでなく、機能向上も期待できる可能性が示唆された。 2) 身体活動量が少なく、運動に不慣れな軽度の要介護高齢者に対して、定期的な運動指導をおこなう際には、自立した高齢者以上に運動に対する意欲を維持・向上させるための支援が必要であることが示唆された。

4 2	地域在住の要介護高齢者に対する「生活行為向上マネジメント」を用いた作業療法の効果 多施設共同ランダム化比較試験																								
筆者	能登 真一, 村井 千賀, 竹内 さをり, 岩瀬 義昭, 中村 春基																								
掲載誌	作業療法 33: 259-269, 2014																								
目的	通所リハビリ利用者に対し, 作業療法士が「生活行為向上マネジメント」(以下, MTDLP)を通して提供するオーダーメイドの作業療法プログラムの効果の検証を目的とした.																								
対象	全国 16 の都府県(岩手, 宮城, 福島, 栃木, 茨城, 東京, 神奈川, 福井, 滋賀, 大阪, 岡山, 山口, 福岡, 長崎, 大分, 宮崎)の通所リハビリテーション施設を利用する要支援・要介護高齢者 213 名																								
方法	<p>1) 介入方法: 介入の頻度は両群ともに週当たり平均 1.5 回であった. 介入期間は平成 23 年 9 月から 12 月までの 3 ヶ月とした. 作業療法士が MTDLP を実施し対象者自らが望む生活行為に焦点を当て、基礎練習, 基本練習, 応用練習, 社会適応練習という 4 つのレベルごとに具体的治療計画を立てた.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>群</th> <th>介入方法</th> <th>人数 (人)</th> <th>性別(人) (男/女)</th> <th>平均年齢(歳)</th> <th>要支援 1-2(人)</th> <th>要介護 1-2(人)</th> <th>要介護 3-5(人)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>MTDLP 群</td> <td>MTDLP + ニーズに 合わせた作業療法</td> <td>103</td> <td>39/64</td> <td>75.8±9.9</td> <td>36</td> <td>50</td> <td>17</td> </tr> <tr> <td>通常群</td> <td>機能訓練+レク</td> <td>111</td> <td>38/73</td> <td>77.9±8.9</td> <td>46</td> <td>50</td> <td>15</td> </tr> </tbody> </table> <p>2) 評価方法: 通所リハの担当作業療法士が介入の前後で次の 3 つの測定を実施した. ADL を測定する Bathel Index (以下, BI), IADL を測定する Frenchay Activities Index (以下, FAI), 健康関連 QOL を測定する Health Utilities Index (以下, HUI)</p>	群	介入方法	人数 (人)	性別(人) (男/女)	平均年齢(歳)	要支援 1-2(人)	要介護 1-2(人)	要介護 3-5(人)	MTDLP 群	MTDLP + ニーズに 合わせた作業療法	103	39/64	75.8±9.9	36	50	17	通常群	機能訓練+レク	111	38/73	77.9±8.9	46	50	15
群	介入方法	人数 (人)	性別(人) (男/女)	平均年齢(歳)	要支援 1-2(人)	要介護 1-2(人)	要介護 3-5(人)																		
MTDLP 群	MTDLP + ニーズに 合わせた作業療法	103	39/64	75.8±9.9	36	50	17																		
通常群	機能訓練+レク	111	38/73	77.9±8.9	46	50	15																		
結果	<p>1) 平均年齢や男女比, 配偶者の有無, 家族構成, 要介護度は両群に差はなかった.</p> <p>2) BI では, MTDLP 群において介入前の 87.9±14.7 から介入後には 89.6±14.5 と改善したが, 通常群では 86.1±14.2 から 86.3±14.0 とほとんど変化を認めなかった. 介入の主効果を認めず (F 値=0.662, p=0.417), 介入と群分けによる交互作用も認めなかった (F 値=2.643, p=0.106).</p> <p>3) FAI では MTDLP 群において 11.1±7.6 から 12.7±8.2 へと改善し, 通常群でも 12.6±8.8 から 13.3±9.1 へと改善し, 介入による主効果を認めたが (F 値=5.132, p=0.025), 交互作用は認めなかった (F 値=3.333, p=0.069).</p> <p>4) HUI では MTDLP 群が 0.36±0.26 から 0.44±0.28 と改善したのに対して, 通常群では 0.39±0.27 から 0.39±0.28 と変化がなかった. この結果, 介入による主効果は認めなかったが (F 値=1.129, p=0.289), 介入と群分けによる交互作用を認めた (F 値=13.982, p<0.001).</p> <p>5) HUI の属性についてはいずれの属性においても介入の主効果は認めなかったが, 移動, 器用さ, 感情, 痛みの 4 属性では介入および群分けによる交互作用が確認された.</p>																								
考察	<p>1) 要支援や要介護状態にある高齢者に対して実施される作業療法が, 心身機能や ADL などの活動レベルに顕著な変化は得られずとも, 健康関連 QOL を改善することができる可能性を示した</p> <p>2) ADL や IADL の指標に有意な変化は認められなかったことについては, 要支援や要介護状態にある高齢者について新たな動作の獲得の余地が限られていることを示しており, 心身機能や動作の維持こそが重要であることと, その中でも目標を持ちながら健康関連 QOL の維持, 向上を図っていくことの重要性が示唆された.</p> <p>3) HUI の属性の変化については, 移動, 器用さ, 感情, 痛みという 4 つで改善が得られた. 対象者にとってニーズの高い生活行為を獲得するための作業療法の提供は, プログラムに直結する健康の領域の他に, 痛みや感情といった副次的な領域の向上が図られる可能性を示している.</p>																								

43	通所リハビリテーションの利用頻度と運動効果について																		
筆者	久合田 浩幸, 池田 崇, 相良 美保子, 石田 邦子																		
掲載誌	理学療法: 技術と研究 42 号 Page47-52, 2014																		
目的	デイケア利用者は利用頻度によって効果に差が見られるかについて検討すること																		
対象	平成 23 年 4 月から 3 時間以上 4 時間未満のデイケアに連続して 6 ヶ月間の利用があった屋内歩行が自立している要介護者及び要支援者 30 名 (男性 17 名、女性 13 名) を対象とした。ただし歩行に介助や監視が必要な利用者は除外した。介護度は要支援 1~2 が 14 名、要介護 1~2 が 11 名、要介護 3~4 が 5 名だった。介護認定を受けるに当たっての疾患区分は運動器疾患が 16 名、脳血管疾患が 10 名、内部障害が 4 名であった。																		
方法	<p>1) 調査方法: 利用回数を週に 1 回の利用者(単数回群)と 2 回以上(複数回群)の 2 群に分け、デイケア利用 1 ヶ月目から 6 ヶ月目の各月に、粗大筋力、動のおよび静的バランス、握力の評価を行い両群間で比較した。</p> <table border="1" data-bbox="300 741 1449 994"> <thead> <tr> <th>評価項目</th> <th>方法・機器</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>両上肢および両下肢の粗大筋力 (体重比筋力: kgf/kg)</td> <td>ミナト医科学社製 Weltonic L seriee を使用し Leg press(LP), Hip abduction(HA), Knee extension(KE), Rowing(RW)を測定</td> </tr> <tr> <td>全身筋力および体力</td> <td>握力</td> </tr> <tr> <td>静的バランス</td> <td>開眼片足立ち時間 (OLS), Functional Reach Test(FR)</td> </tr> <tr> <td>動的バランスおよび歩行能力</td> <td>Timed up and Go Test(TUG)</td> </tr> </tbody> </table> <p>2) 運動の提供方法: 運動はインターバルトレーニングを導入し、筋力訓練・バランス訓練・持久力訓練・個別機能訓練を提供した。筋力訓練は主にパワーリハビリテーション機器を使用し、運動負荷は最大筋力の 20~30%の強度とした。バランス訓練はバランスボールやクッション等の用具を用いて静的訓練と動的訓練を状況に応じて実施した。持久力訓練では、利用者の体力や疾患特性によって負荷と使用する機器を調整し実施した。個別機能訓練では基礎疾患に応じて利用者の特徴に合わせて必要な運動療法を選定し実施した。</p>	評価項目	方法・機器	両上肢および両下肢の粗大筋力 (体重比筋力: kgf/kg)	ミナト医科学社製 Weltonic L seriee を使用し Leg press(LP), Hip abduction(HA), Knee extension(KE), Rowing(RW)を測定	全身筋力および体力	握力	静的バランス	開眼片足立ち時間 (OLS), Functional Reach Test(FR)	動的バランスおよび歩行能力	Timed up and Go Test(TUG)								
評価項目	方法・機器																		
両上肢および両下肢の粗大筋力 (体重比筋力: kgf/kg)	ミナト医科学社製 Weltonic L seriee を使用し Leg press(LP), Hip abduction(HA), Knee extension(KE), Rowing(RW)を測定																		
全身筋力および体力	握力																		
静的バランス	開眼片足立ち時間 (OLS), Functional Reach Test(FR)																		
動的バランスおよび歩行能力	Timed up and Go Test(TUG)																		
結果	<p>1) 両群の人数、性別、年齢、介護度、疾患区分に有意差はなかった。</p> <table border="1" data-bbox="927 1301 1449 1498"> <thead> <tr> <th></th> <th>単数回群</th> <th>複数回群</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>人数</td> <td>11</td> <td>19</td> </tr> <tr> <td>性別 (男・女)</td> <td>6 : 5</td> <td>11 : 8</td> </tr> <tr> <td>平均年齢 (歳)</td> <td>79 ± 8.4</td> <td>80 ± 5.3</td> </tr> <tr> <td>介護度</td> <td>7 : 3 : 1</td> <td>7 : 8 : 4</td> </tr> <tr> <td>疾患区分</td> <td>8 : 2 : 1</td> <td>8 : 8 : 3</td> </tr> </tbody> </table> <p>2) 各月毎の結果は、複数回群で HA、RW、握力の 3 項目で有意な改善を認めた。他の項目は単数回群と複数回群の間に有意な差はなかった。</p> <p>3) 1 カ月と 6 カ月を比較した結果、単数回群は TUG、FR に有意差を認め、複数回群は RW、FR、TUG に有意差を認めた。</p>		単数回群	複数回群	人数	11	19	性別 (男・女)	6 : 5	11 : 8	平均年齢 (歳)	79 ± 8.4	80 ± 5.3	介護度	7 : 3 : 1	7 : 8 : 4	疾患区分	8 : 2 : 1	8 : 8 : 3
	単数回群	複数回群																	
人数	11	19																	
性別 (男・女)	6 : 5	11 : 8																	
平均年齢 (歳)	79 ± 8.4	80 ± 5.3																	
介護度	7 : 3 : 1	7 : 8 : 4																	
疾患区分	8 : 2 : 1	8 : 8 : 3																	
考察	<p>1) 筋力訓練とバランス訓練を複合的にプログラムを提供したことにより、複数回群では筋力面およびパフォーマンス面の両方に改善を認め、単数回群ではパフォーマンス面に改善を認めた。</p> <p>2) 本研究における運動強度は対象が障害を有する高齢者であるため最大筋力の 20~30%と低強度に設定し一度に行う回数は 20 回を 3 セットと頻度を多く行ったことで運動効果を得ることができた。</p> <p>3) 単数回群において、週 1 回でも改善が得られた理由は、本研究の対象者は比較的介護度が低く、小集団により切磋琢磨する環境がモチベーションを高め、エンパワメントに繋がったからであると考えられる。</p> <p>4) 単数回の利用であっても運動効果得る事が出来たことは、複数回のデイケア利用が困難な状況下であっても、運動療法を行う上で有用な結果と思われる。</p>																		

4 4	転倒予防教室が及ぼす身体機能・健康関連 QOL・運動習慣への効果
筆者	大田尾 浩, 田中 聡, 積山 和加子, 長谷川 正哉, 島谷 康司, 梅井 凡子, 金井 秀作, 藤原 和彦, 八谷 瑞紀, 溝田 勝彦
掲載誌	ヘルスプロモーション理学療法研究 4 巻 1 号 Page25-30,2014
目的	地域在住高齢者を対象に 2 週毎に 2 回の運動介入を行い,身体機能,健康関連 QOL(SF-8)および運動習慣へ及ぼす効果を検討した
対象	65 歳以上の介護認定を受けてない地域在住高齢者 22 名
方法	<p>1) 介入方法: ベースライン評価を行った後に 2 週間隔で 2 回の運動プログラムを実施した。運動プログラムの内容は,介護予防マニュアルに準じて実施した。対象者に,地域のコミュニティーセンターに集合してもらい,椅子座位にて実施可能なストレッチングや筋力トレーニング,バランストレーニング,体操を 50 分ほど実施した。2 回の運動プログラム介入を実施した後に最終評価を実施した。</p> <p>2) 評価項目: 握力, 大腿四頭筋筋力, 足指筋力, 片足立ち時間, Timed Up and Go test (TUG), 歩行速度, 健康関連 QOL(SF-8), 運動習慣とし, 計測には 7 名の理学療法士と 2 名の保健師が携わった。</p>
結果	<p>1) 研究の同意を得た後にベースライン評価を実施した対象者は 27 名であった。事後評価までに脱落した者は 5 名であり,最終的に介護予防教室介入後の事後評価に参加できた 22 名を解析対象者とした。平均年齢は 76.1 歳、性別は男性 6 名、女性 16 名だった。</p> <p>2) 身体機能では片足立ち時間が有意に延長していた。健康関連 QOL は身体的健康(PCS)が,下位尺度では活力(VT)と日常役割-身体(RP)が有意に改善していた。</p> <p>3) 定期的に行う運動の頻度が有意に増加しており,運動習慣の改善が確認できた($p=0.019$)。運動頻度が増加した者は 14 名(64%)であり,「週に 2~3 回」の割合は 4 名(18%)から 7 名(32%)へ,「毎日」の割合は 0 名(0%)から 9 名(41%)へと増加していた。運動習慣が維持できた参加者は 5 名(23%)であった。</p> <p>4) 筋力や歩行能力に変化は認められなかった。</p>
考察	<p>1) 数回の運動介入であってもバランス能力や健康関連 QOL,運動習慣に有益な効果が得られることが確認された。</p> <p>2) 筋力や歩行能力の向上には,本研究における運動強度や頻度,期間などを検討する必要があることが明らかとなった。</p> <p>3) 本研究はコントロール群を設けていないことから介護予防教室のみの効果であるとは言い切れないこと,対象者の男女の分布に偏りがあり性別に比較することができなかった。</p>

45	地域リハビリテーションに求められていること - Life-Space Assessment および要介護度認定を用いた検証 -								
筆者	池田 登顕, 井上 俊之								
掲載誌	日本医療マネジメント学会雑誌, 16 (3):158-162, 2015								
目的	地域での活動参加を促す社会リハビリテーションを1年間実施した効果を検証すること								
対象	地域での活動参加を促す社会リハビリテーション(以下、リハ)プログラム参加を希望した通所リハビリテーション施設利用者20名(社会リハ群)と、同施設利用者20名(通常リハ群)である。								
方法	群	介入方法	性別 (人) (男/女)	平均 年齢 (歳)	平均同居 家族人数 (人)	平均通 所回数 (回/週)	要支援 1-2(人)	要介護 1-2(人)	要介護 3-4(人)
	社会 リハ群	個別・集団リハ + 社会リハ	10/10	81.6± 9.3	2.6±1.7	2.0± 0.5	4	10	6
	通常 リハ群	個別・集団リハ	10/10	81.1± 7.4	2.7±1.8	2.0± 0.6	6	9	5
社会リハビリテーション: LSA の生活レベル 4 (町内) での外出を促すために、地域での活動に積極的に参加することを目的としたプログラムであり、週1回の農業体験活動、月1回の料理教室、年2回の地域への発信活動を実施した。									
結果	<p>1) 基本属性は、社会リハ群および通常リハ群間での年齢、性別、要介護度、同居家族人数、通所回数において、有意差は認められなかった。</p> <p>2) 群内比較では、社会リハ群は終了時の LSA スコアに有意に向上が認められたが (P<0.0001)、通常リハ群に有意差は認められなかった。</p> <p>3) LSA スコアの変動比率では、社会リハ群と通常リハ群の群間比較の結果、社会リハ群において有意に向上が認められた (P=0.02)。</p> <p>4) 群間比較では、社会リハ群の方が町外への外出機会の増加が有意に認められた (P<0.0001)、生活レベル 5 (町外) のスコア変化は、社会リハ群では6名が変化なしもしくは低下、14名が向上した。一方、通常リハ群では、19名が変化なしもしくは低下、1名が向上した。</p> <p>5) 介入群および非介入群のうち、該当期間内に要介護度の更新がなされたのは、介入群が5名(変化なし: 2名、要介護度改善: 3名)、非介入群が3名(変化なし: 2名、要介護度改善: 1名)で、要介護度は、両群間において有意差は認められなかった。</p>								
考察	<p>1) 社会リハ群は通常リハ群と比較して LSA スコアが有意に改善したことから、地域活動の参加を促すための社会リハプログラムが外出機会の創造において有効なアプローチであったことが考えられる。</p> <p>2) 社会リハを実施していない通常リハ群では、開始時と比較して、終了時の LSA スコアに有意差が認められなかったことから、「介護保険サービスでの通所リハ施設で提供する外出支援プログラムでは、利用者の外出に対する施設への依存を増加させてしまい、利用者自身の自主的な外出意欲を低下させやすい」という先行研究を支持する結果となった。</p> <p>3) 生活レベル 5 (町外) での外出習慣において、社会リハ群の方が有意に向上したことから、今回実施した社会リハプログラムは、生活レベル 4 (町内) の活動が主であるため、社会リハプログラムの間接的な効果が反映されたものと考えられた。</p>								

46	要介護高齢女性に対する化粧による介入効果の検討 身体・認知・精神機能の視点から
筆者	大杉 紘徳, 村田 伸, 村田 潤, 古後 晴基, 曾我部 恵子, 大山 美智江, 谷 都美子
掲載誌	日本早期認知症学会誌 8巻2号 Page71-77, 2015
目的	要介護高齢女性に対する3ヵ月間の化粧による介入効果を、身体・認知・精神機能の視点から明らかにすること
対象	A 県内のデイケアセンター利用中の要介護高齢女性のうち、研究概要を説明し、参加を希望された32名を対象とした。対象の取り込み基準は、65歳以上の女性であること、本人もしくは家族から本研究参加について同意が得られた者とした。
方法	<p>1) 介入方法: 対象者を、通常の介護サービスに加えて、化粧による介入を3ヶ月間介入する群(介入群: n=20、平均年齢 84.0±6.6歳)と特別な介入を行わない群(非介入群: n=13、平均年齢 85.5±5.2歳)に分類した。化粧による介入は、日本介護美容セラピスト協会により認定されたビューティータッチセラピストが、協会で定められた方法に則って、対象者一人ひとりに対して週1回30分程度、基礎化粧からメーキャップまでを施すこととした。自宅でも化粧水や乳液の塗布などの基礎化粧を行うよう依頼した。非介入群に対しては、特別な指示を与えなかった。</p> <p>2) 調査方法: 介入群、非介入群ともに、ベースライン調査から3ヶ月経過後に、ベースライン調査と同内容のアンケートと身体機能、認知機能、精神機能評価を行った。アンケート調査により、化粧の実施頻度、主観的な認知症症状の有無、握力、ピンチ力、Barthel Index (BI)、Mini-Mental State Examination (MMSE)、Trail Making Test Part A (TMT-A)、(Geriatric Depression Scale (GDS-5)、健康関連 QOL (SF-8)、主観的な精神機能として、生きがい感、満足感、人間関係について聴取した。</p>
結果	<p>1) 対象者の大半は要支援～要介護2であった。介入群と非介入群との間で、要介護度に大きな偏りはみられなかった。介護に至る原因疾患は、脳血管疾患、転倒による骨折、加齢による衰弱、認知症など多岐に渡っていた。介入群と非介入群の MMSE はそれぞれ 23.0±5.4 点、23.0±5.4 点だった。</p> <p>2) 介入群では TMT-A が有意に短縮、GDS-5 が有意に低下、化粧の実施頻度が有意に増加(すべて、$P < 0.05$)し、非介入群では、ピンチ力、日常生活動作能力が有意に低下した(すべて、$P < 0.05$)</p> <p>3) 両群ともに握力は有意な低下を認めた ($P < 0.05$)、</p> <p>4) 介入群において、生きがい感 ($P=0.063$) と人間関係の満足感 ($P=0.052$) が、3ヶ月後に高値になる傾向を示した。</p>
考察	<p>1) 化粧による介入を3ヶ月間実施することにより、認知・精神機能が改善し、身体機能の低下が抑制される可能性が示唆された</p> <p>2) 化粧による介入で変化した前頭部のニューロン活動や、快刺激によって生じる脳活動が前頭前野機能を改善させたと考えられる。</p> <p>3) 化粧を実施するためには、洗顔や整容動作が求められる。さらに、化粧用品のキャップの開閉動作などはピンチ力が求められる。これらの動作の反復により、身体機能の低下が抑制された可能性が考えられる。</p> <p>4) 化粧という快刺激を伴うセラピスト(他者)との関わりによりストレスが低減し、満足感や人間関係などの因子と複合して抑うつ度の改善につながったと推察される。</p>

47	目標指向型デイサービスが与える高齢者の生きがいと役割への影響
筆者	下倉 準, 村山 幸照
掲載誌	相澤病院医学雑誌 . 13 : 11-15 , 2015
目的	利用者の生きがいや在宅における役割に注目した目標指向型デイサービスの取り組みの効果検証
対象	平成 26 年 5 月 12 日 ~ 9 月 9 日まで当施設を利用した 79 名のうち、転居や入院、死亡等で 3 ヶ月評価が行えなかった 34 名を除外した 45 名 (男性 13 名, 女性 32 名, 平均年齢 83.2 ± 9.9 歳)
方法	<p>1) 調査方法: 握力、片脚立位、Functional Reach Test (以下、FRT)、Timed Up & Go test (以下、TUG)、5m歩行時間(通常、最大) 改訂版 Frenchay Activity Index 自己評価表(以下、改訂版 SR-FAI)、高齢者向け生きがい感スケール(K-式)(以下、生きがい感スケール) 心境の変化を必要に応じて聴取</p> <p>改訂版 SR-FAI の評価項目: 食事の用意、食事の後片付け、洗濯、掃除や整頓、力仕事、買物、外出、屋外歩行、趣味、交通手段の利用、旅行、庭仕事、家や車の手入れ、読書、勤労</p> <p>生きがい感スケールの評価項目: 自己実現と意欲、生活充実感、生きる意欲、存在感の 4 因子、16 項目</p> <p>2) 介入方法: 各々の評価は初回介入時と介入 3 ヶ月後に実施した。理学療法士・作業療法士によるデイサービス利用者への個別の関わりは 1 人あたり 15 分程度、プログラムは利用者各々の目標にあわせ、ボトムアップを目的とした機能訓練とトップダウンを目的とした直接的活動を複合したものとした。</p>
結果	<p>1) 主な罹患疾患は運動器疾患が全体の 40.0% (18 名) と最も多く、次いで脳血管疾患 26.7% (12 名)、心大血管疾患 11.1% (5 名)、呼吸器疾患 4.4% (2 名) であった。介入頻度は平均 1.8 ± 1.0 回/週、デイサービス初回利用時から 8 介入までの期間は平均 1390.9 ± 1725.3 日 (最短 0 日、最長 6860 日) であった。</p> <p>2) 右手握力、FRT、TUG、5m最大歩行時間で有意な改善を認めた (P < 0.05)。</p> <p>3) 改訂版 SR-FAI では、「掃除や整頓」で有意な改善を認め (P < 0.01)、「食事の片付け」では改善の傾向がうかがえた。</p> <p>4) 生きがい感スケールでは、「私は世の中や家族のためになることをしていると思う」、「今日は何をして過ごそうかと困ることがある」で有意な改善を認め (P < 0.01)、「私にはまだやりたいことがある」では改善の傾向がうかがえた。</p> <p>5) 主観的な利用者の変化としては、利用者が生活の目標を語るようになり、在宅での主体的な生活行為の遂行状況を語るようになった。</p>
考察	<p>1) 目標指向型のデイサービスの関わりは低頻度・短時間であっても身体機能の維持向上、在宅での役割や生きがい、生活の目的が再獲得されることが示唆された。</p> <p>2) 介入時に在宅における役割や目標を意識した動機づけを常に確認しながら、トップダウンを目的とした直接的活動の実施だけでなく、必要に応じて複数の機能訓練も並行して実施したことが有益だったと考える。</p> <p>3) デイサービスの利用が可能な高齢者でも、IADL や生きがい感の低い方が多く存在している可能性が示唆された。</p>

48	要支援・軽度要介護高齢者における活動量計を活用した歩行支援プログラムの有用性の検討
筆者	宮永 真澄，藤井 将彦，酒井 宏和 [他]，森本 恵子，須藤 元喜，仁木 佳文，時光 一郎
掲載誌	体力科学 64(2)，233-242,2015
目的	歩行習慣に介入する歩行支援プログラムが要支援・軽度要介護高齢者の歩行パラメーター、ADL および QOL に与える影響を非ランダム化対照試験により明らかにすること
対象	奈良市の介護老人保健施設の通所リハビリテーションに通う 50 歳以上 90 歳未満の者 61 名のうち、独歩が可能である、要介護度が 2 以下、理解力に問題のある認知症などの疾患を有さない、急速に進行中の進行性疾患や末期の疾患等、重度な疾患を有さない、の 4 つを満たす 28 名（男性 10 名、女性 18 名、平均年齢 77.9±7.5 歳、身長 154.4±9.0 cm）を対象とした。
方法	1) 介入方法：16 名を介入群とし、22 名を対照群とした。介入群においては、活動量計装着によるモニタリング、目標設定、フィードバックを個別に行い、対照群に介入内容が伝わらないように実施した。活動量計は起床時から就寝時までの間、常に腰部に装着するよう指導した。対照群はリハビリテーションのみとした。また、いずれの群においても、歩行パラメーターの測定結果を示し、現状の歩行状態をフィードバックした。 2) 測定方法：4 週間の介入期間前後で全参加者に歩行パラメーター測定と老研式活動能力指標、SF-8 を実施し、介入群には日常生活において活動量計を装着するよう指導した。歩行測定には、5 m 歩行路の中央に敷かれた、幅 60 cm、長さ 240cm のシート式下肢加重計を用いて通常歩行を計測した。
結果	1) ベースラインにおける対照群と介入群との比較では、性別、年齢、身長、体重、BMI、介護度の分布および要介護状態となった主な原因疾患の分布において有意な群間差は認められなかった。 2) 活動量計の結果では、介入群における日常生活の歩数は有意性が認められた ($p = 0.005, F = 7.378$)。歩行速度に関しては変化なく有意性は認められなかった。 3) 介入前後における両群の歩行パラメーターの変化については、介入前の初期値においては、いずれの項目においても群間に有意な差は認められなかった。群内比較においては、介入群では、歩幅に有意な増加が認められた。群間比較においては、立脚期割合および両脚支持期割合において介入前後で群間に交互作用が認められた 4) 介入前後における ADL および QOL 項目の変化については、初期値においては、いずれの項目においても有意な群間差は認められなかった。群内比較では対照群の精神的健康度において有意な低下が認められた。群間比較では精神的健康度において介入前後で交互作用が認められた 5) 歩数変化率と歩行パラメーター変化率との関連性については、歩数変化率と歩行速度変化率 ($r = 0.601$)、ケイデンス変化率 ($r = 0.691$) および両脚支持期割合変化率 ($r = -0.593$) との間に有意な相関が認められた
考察	1) 活動量計を用い歩行習慣に介入する歩行支援プログラムは、歩行パラメーター（歩幅、歩行角度、立脚期割合、両脚支持期割合）および QOL に良好な効果を示したことから、リハビリテーションとの併用により要支援・軽度要介護高齢者の重度化予防に有用であると考えられた。 2) 現状に適した目標を個々に明確に設定し、更に結果をフィードバックすることが動機付けとなり歩数の向上に寄与した可能性が推察された。

49	在宅要介護者における医療や介護サービス利用の効果の検討																																																		
筆者	レシャード・カレット																																																		
掲載誌	保団連 1188号 Page41-44, 2015																																																		
目的	訪問診療サービス利用状況を分析し、その効果と多職種連携の役割について検討すること																																																		
対象	2006年から2013年で在宅医療を行った288例(男性128例、女性160例)																																																		
方法	2013年の在宅医療を行った患者42例について中心に報告した。																																																		
結果	<p>1) 2006年から2013年の間、訪問介護サービスは68.6%、居宅管理サービスは65.9%、訪問看護は35.9%の患者が利用していた。</p> <p>2) 2013年度に多種のサービスを受けた患者は28例、平均年齢83.4歳、男性18例、女性12例であった。介護度別ではI度5例、II度7例、III度3例、IV度6例、V度7例で、重症度による利用の有意差はなかった。これらの症例における介護サービス利用の有効率は50%であった。</p> <p>3) 多種のサービスによって日常生活活動に改善が見られた症例は8例(28.6%)で、機能が維持できて生活の質の低下がみられた症例は6例(21.4%)であった。これらの症例における介護サービス利用の有効率は50%であった。</p> <p>4) 介護度などでは変化は見られなかったが日常生活で衰えが見られた状態の患者は6例(21.4%)で、悪化している患者は4例(14.3%)であった。介護度別で検討した結果、改善度と介護の間には有意差は見られなかった。</p> <table border="1" style="margin-left: 40px;"> <thead> <tr> <th colspan="7">介護度</th> <th rowspan="2">合計 (人)(%)</th> </tr> <tr> <th>改善度</th> <th>I度</th> <th>II度</th> <th>III度</th> <th>IV度</th> <th>V度</th> <th>合計</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>改善</td> <td></td> <td>2</td> <td>1</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>8(28.6)</td> </tr> <tr> <td>維持</td> <td></td> <td>2</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>8(21.4)</td> </tr> <tr> <td>不変</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>6(21.4)</td> </tr> <tr> <td>悪化</td> <td>3</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>1</td> <td>4(14.3)</td> </tr> <tr> <td>死亡</td> <td>1</td> <td>2</td> <td></td> <td></td> <td>1</td> <td>4(14.3)</td> </tr> </tbody> </table>	介護度							合計 (人)(%)	改善度	I度	II度	III度	IV度	V度	合計	改善		2	1	3	2	8(28.6)	維持		2	1	2	1	8(21.4)	不変	1	1	1	1	2	6(21.4)	悪化	3				1	4(14.3)	死亡	1	2			1	4(14.3)
介護度							合計 (人)(%)																																												
改善度	I度	II度	III度	IV度	V度	合計																																													
改善		2	1	3	2	8(28.6)																																													
維持		2	1	2	1	8(21.4)																																													
不変	1	1	1	1	2	6(21.4)																																													
悪化	3				1	4(14.3)																																													
死亡	1	2			1	4(14.3)																																													
考察	静岡県島田市において病院内死亡率は2006年度に70.9%であったものが、2010年には61.4%にまで低下した。しかし、地域医師や訪問看護などのスタッフ不足が在宅医療を行っている患者に対して種々のサービスを利用することの妨げになっていることから包括的なサービス利用計画の検討が必要である																																																		

50	介護老人保健施設入所者の転倒予防介入効果検証 準ランダム化比較試験
筆者	今岡 真和, 樋口 由美, 藤堂 恵美子, 北川 智美, 上田 哲也, 増栄 あゆみ, 寺島 由美子, 甲斐 沼 成, 黒崎 恭兵, 池内 まり
掲載誌	日本転倒予防学会誌 1 巻 3 号 Page29-36, 2015
目的	大都市近郊 A 介護老人保健施設の入所者を対象に, 運動とビタミン D の栄養による介入を 3 か月間行い, その後の観察期間の転倒減少効果を検証すること
対象	単一介護老人保健施設に入所する要介護高齢者 68 名(男 19 名、女 49 名、平均年齢 84.3 歳)
方法	<p>1) 研究デザイン: コントロール群 (n=22 名), 運動介入群 (n=23 名), 栄養介入群 (n=23 名) ヘランダムに割り付けた。介入期間は, 老健施設で集中的なりハビリテーションを実施する期間に準じて 3 か月間 (2013 年 10 月 1 日から同年 12 月 31 日までの 92 日間) とした。転倒の追跡期間は介入終了後から 4 か月間 (2014 年 1 月 1 日から同年 4 月 30 日までの 120 日間) とした。</p> <p>2) 介入方法: コントロール群には通常の施設ケアを提供し, スタッフ向けの転倒予防教育, 個別リハビリテーション, 転倒リスク軽減を目的とした居室環境の調整, 転倒事故発生時の多職種カンファレンスと再発防止策の検討を実施した。また, これらの取り組みすべては, 3 群ともに通常の施設ケアとして行った。運動介入群では通常の施設ケアに加え, 週 1 回 30 分の抵抗運動とバランストレーニングを実施し, 栄養介入群ではビタミン D を 1 日 900IU 摂取させた。</p> <p>3) 評価方法: 運動介入の効果を測定するために, 四肢骨格筋量と握力を測定した。栄養介入の効果を測定するために, 血液中のビタミン D 濃度を反映する 25 ヒドロキシビタミン D (以下: 25 (OH) D) および FIM を測定した。その他, ベースライン時の情報として, 年齢, 身長, 体重, BMI, 要介護度, 長谷川式簡易知能評価スケールのデータをカルテから収集した。</p>
結果	<p>1) 介入開始前のベースライン評価では 3 群間において, 基本属性および今回の調査項目に統計学的有意差はなかった</p> <p>2) 栄養介入群の 25 ヒドロキシビタミン D のみが有意な交互作用を認めた。</p> <p>3) 各群の転倒発生率は, コントロール群 22.7%、運動介入群 47.1%、栄養介入群 10.0%であった。</p> <p>4) 転倒の発生状況は, カプランマイヤー法を用いて分析し, コントロール群と運動介入群, コントロール群と栄養介入群には有意差を認めなかったが, 栄養介入群には運動介入群に比べて有意な転倒予防効果を認めた</p>
考察	<p>1) 老健施設入所者のビタミン D 摂取は, 介入期間が終了してからも, 4 か月において転倒予防効果があると示唆された。</p> <p>2) ビタミン D 不足状態では, 転倒が起こりそうになった時の瞬発的な筋力の低下や姿勢保持の安定性低下が起こると考えられている。そのため, ビタミン D の栄養補助がこれら神経筋機構に有効な働きをした可能性があると考えられる。</p> <p>3) すでに虚弱な集団では, 運動介入の回数が多くなると活動性が向上し, 転倒に至る行動を促進させてしまう可能性が懸念される。そのため, 運動を用いたプログラムの場合には, 介入方法や頻度, 回数などを再検討しなければならないと考えられる。</p>

5 1	当施設による二次予防教室の効果と課題														
筆者	三重野 陽一, 大場 瞬一, 松井 真祈, 竹村 仁														
掲載誌	大分県理学療法学会 8 巻 Page14-19, 2015														
目的	平成 25 年度の当施設で実施した二次予防教室参加者の体力面および心理面の変化を検討し、今後の課題を明らかにする事														
対象	基本チェックリストにおいて、運動 5 項目において 3 項目移乗該当する要介護状態になる可能性が高いと認められた臼杵市在住の 65 歳以上の高齢者 22 名 (平均年齢 80.3±3.5 歳、男性 9 名、女性 13 名、1クール 8 名、2クール 8 名、3クール 6 名)														
方法	<p>1) 介入方法：参加者は週 1 回 2 時間、1 クール合計 13 回の二次予防教室を 3 クール実施した。</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>回</th> <th>内容</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>開催前</td> <td>地域包括支援センターの担当職員、市役所職員、管理栄養士、介護スタッフ、理学療法士によるカンファレンスを実施し、利用者の病歴や生活歴と生活課題を整理する</td> </tr> <tr> <td>初回</td> <td>体力評価、痛みの状態や QOL、精神健康状態の評価を実施し、運動の種類と強度を決定する</td> </tr> <tr> <td>2 回目以降</td> <td>運動、栄養、口腔に関する講話とめじろん元気アップ体操、有酸素運動、応用歩行練習を実施</td> </tr> <tr> <td>6 回目</td> <td>中間評価実施。その後運動実施状況や運動強度の変更について開催前に集まったメンバーで検討</td> </tr> <tr> <td>12 回目</td> <td>最終評価実施。その後運動実施状況や運動強度の変更について開催前に集まったメンバーで検討</td> </tr> <tr> <td>13 回目</td> <td>修了式</td> </tr> </tbody> </table> <p>2) 評価項目：5m 快適・最大歩行時間、開眼片脚立位時間、Timed Up and Go Test (TUG)、Functional Reach Test (FRT)、日本語版 WHO-5 精神健康状態表 (WHO-5-J)</p>	回	内容	開催前	地域包括支援センターの担当職員、市役所職員、管理栄養士、介護スタッフ、理学療法士によるカンファレンスを実施し、利用者の病歴や生活歴と生活課題を整理する	初回	体力評価、痛みの状態や QOL、精神健康状態の評価を実施し、運動の種類と強度を決定する	2 回目以降	運動、栄養、口腔に関する講話とめじろん元気アップ体操、有酸素運動、応用歩行練習を実施	6 回目	中間評価実施。その後運動実施状況や運動強度の変更について開催前に集まったメンバーで検討	12 回目	最終評価実施。その後運動実施状況や運動強度の変更について開催前に集まったメンバーで検討	13 回目	修了式
回	内容														
開催前	地域包括支援センターの担当職員、市役所職員、管理栄養士、介護スタッフ、理学療法士によるカンファレンスを実施し、利用者の病歴や生活歴と生活課題を整理する														
初回	体力評価、痛みの状態や QOL、精神健康状態の評価を実施し、運動の種類と強度を決定する														
2 回目以降	運動、栄養、口腔に関する講話とめじろん元気アップ体操、有酸素運動、応用歩行練習を実施														
6 回目	中間評価実施。その後運動実施状況や運動強度の変更について開催前に集まったメンバーで検討														
12 回目	最終評価実施。その後運動実施状況や運動強度の変更について開催前に集まったメンバーで検討														
13 回目	修了式														
結果	<p>1) 5m 快適・最大歩行時間、開眼片脚立位時間、TUG、WHO-5-J において有意に改善した ($p < 0.05$)。握力、FRT においては有意差を認められなかった。</p> <p>2) 生活面でも「友人宅に将棋、将棋大会への参加」「毎朝神社まで散歩」「洗濯や掃除を再開した」などの変化が認められた。</p>														
考察	<p>1) 運動プログラムに加え、有酸素運動として平地歩行や坂道歩行を行い、さらに「運動継続のコツ」など知識面の情報提供が自宅での運動行動を促し、体力指標の改善につながったと考える</p> <p>2) 運動を自宅で行うことに依る余暇時間の身体活動量増加が精神面での改善をもたらしたと考える</p> <p>3) 二次予防教室は地域高齢者の体力指標および精神的健康状態の改善に有用であったが、教室終了数ヶ月語に入院や要介護認定を受けるケースもあったことから、教室終了後を見据えた取り組みが必要であると考えた。</p>														

5 2	模擬的買い物訓練が要介護高齢者の認知機能に与える影響
筆者	小枝 周平, 澄川 幸志, 小池 祐土, 大屋 めい, 工藤 洋子
掲載誌	作業療法ジャーナル 49 巻 4 号 Page361-367, 2015
目的	少人数の集団での回想や学習を媒介とした作業療法の効果を検証すること
対象	介護老人保健施設に入所中で認知機能低下が認められる要介護高齢女性 19 名のうち、研究終了まで訓練が実施可能であった 14 名とした。訓練時における意思疎通が困難な者、体調不良や通院、訓練拒否灯によって訓練参加頻度が低い者、訓練実施時間の目安である 30 分以上の車いす座位が困難な者は除外した。
方法	1) 研究デザイン：非ランダム化試験とした。介入群と非介入群に交互法により分け、介入群には非介入群に対する通常のケアに加えて、作業療法訓練として模擬的買い物訓練を 3 ヶ月間実施した。 2) 介入方法：買い物訓練は回想や学習の要素を組み込むために、思い出のメニューを再現するための食材選びとした。メニュー決定に伴う季節感とエピソードトーク、食材購入のための計算も行った。 3) 評価方法：Mini-Mental State Examination(MMSE)、N 式老年者用精神状態尺度(NM スケール)、Frontal Assessment Battery(FAB)、N 式老年者用日常生活動作能力評価尺度(N-ADL)を用い、介入前、1 カ月目、2 カ月目、3 カ月目に評価した。また、年齢、主病名、合併症を調査した。
結果	1) 介入前評価時は介入群と非介入群で有意差は認められなかった。 2) 介入群は 1 ヶ月目以降に前頭葉機能が、2 ヶ月目以降に認知機能および ADL 能力が非介入群に比べて有意に高値を示していた。 3) MMSE は両群ともに介入前評価と比較し 1 カ月、2 カ月、3 カ月評価で有意差は認められなかった。NM スケールは非介入群で介入前評価と 3 カ月目評価との間で有意に低下が認められたが、介入群では有意な差は認められなかった。 4) FAB および N-ADL は両群ともに介入前評価と比較し、1 カ月、2 カ月、3 カ月評価で有意差は認められなかった。
考察	1) 非介入群は寛恕な認知機能の低下を示し、介入群より認知機能や ADL 能力が低くなった者と推察された。 2) 作業療法場面で回想や学習を媒介とした模擬的買い物訓練を行うことは、前頭葉機能の活性を促し、認知機能および ADL 能力の維持につながると推察された。

53	通院透析患者のADL維持を目指した体操とロコモーショントレーニングの効果
筆者	小出 薫
掲載誌	日本腎不全看護学会誌 17 巻 2 号 Page82-89、2015
目的	外来維持透析患者に対するADL維持の一手段として、体操とロコモーショントレーニング(ロコトレ)の有効性を検討すること
対象	A施設の外来維持透析患者で、普段運動習慣がなく本研究の参加に同意が得られた患者を対象とし、2013年4月から継続して3カ月以上体操とロコトレに参加した27名(68.7±10.5歳、平均透析歴14.2±11.1年、男性14名、女性13名、ADL自立群18名、要介助群9名)
方法	1) 介入方法：週3回透析前または透析後に体操とロコトレを実施した。体操は5分間の「NHKみんなの体操」で、ロコトレ前のウォーミングアップとして実施した。ロコトレは開眼片脚立ちを左右の足1分間ずつ実施し、スクワットは深呼吸に合わせてゆっくり6回を1セットとして実施した。2013年4月～7月末までの3カ月間は看護師の指導の下で体操とロコトレを実施し、2013年8月以降は患者が主体となり、透析開始前の朝の体操として体操とロコトレを継続した。 2) 評価項目：ADLの指標としてShort Physical Performance Battery(SPPB)、Timed Up & Go Test(TUG)、Life-Space Assessment(LSA)、転倒に対する自己効力感尺度、転倒回数を、運動開始前、3カ月後、6カ月後、1年後に測定し評価した。また、身体能力テストの結果を対象者にフィードバックし、対象者から寄せられた感想も有効性を検討する判断材料に含めた。
結果	1) 運動開始3カ月後のSPPBとTUGの結果、要介助群は有意な改善は認めなかったが、ADL自立群のスコアは有意に改善した(SPPB:p<0.01、TUG:p<0.01)。 2) 6カ月以上運動を継続した対象者(n=17)のLSAのスコアが有意に上昇(p<0.05)した。 3) 1年以上の継続者(n=14)の転倒に対する自己効力感が有意に上昇し(p<0.05)、転倒回数も有意に減少した(p<0.05)。 4) 参加者の感想としては、「ふらつきが少なくなった」「つまづかなくなった」「足が上がるようになった」などが聞かれた。
考察	1) 体操とロコトレ実施後にSPPBとTUGのスコアが有意に改善した要因には、開眼片脚立ちとスクワットによる下肢筋力への運動効果が関与していたと考えられた。 2) 体操とロコトレを1年継続した対象者の転倒に対する自己効力感が有意に上昇し、転倒回数が有意に減少したことから、体操とロコトレは転倒予防として有用と考えられた。 3) 6カ月以上体操とロコトレを継続した対象者のLSAが有意に上昇した点を考慮すると、体操とロコトレは長く継続するほどADL維持につながると考えられた。 4) 体操とロコトレは介護が必要になる前から始めることで、介護予防としての効果が期待できる。

54	体操が高齢者の身体・心理社会面にもたらす効果												
筆者	今井 あい子, 加藤 芳司, 竹田 徳則, 大浦 智子, 北林 由紀子, 山本 和恵, 真田 樹義												
掲載誌	作業療法 34 巻 4 号 Page393-402, 2015												
目的	地域在住高齢者を対象に週 5 回 3 ヶ月間の地域ラジオ体操の介入を行い対照群との比較から身体・心理社会面への効果を検討した												
対象	地域ラジオ体操の参加者(以下、ラジオ体操群)は愛知県 A 市 B 小学校区に在住する 65 歳以上の高齢者に対し「地域で行う体操の参加者募集」として、自治会の回覧板・掲示板、公民館へのポスター掲示により募集した。対照群は B 小学校区に隣接する C 小学校区に在住する 65 歳以上の高齢者を対象に「体力測定会の参加者募集」として、ラジオ体操群と同様の方法で募集した。募集期間は 2012 年 3~4 月の 1 カ月間とした。												
方法	1) 介入方法: 地域ラジオ体操は週 5 日(月~金)の頻度で 2012 年 5 月 14 日~8 月 15 日の 3 カ月間実施した。実施場所は B 小学校区内の公園と s、午前 6 時 30 分より開始した。雨天時は中止とした。 2) 評価項目: 両群の在住地域の公民館で行い、介入期間の前後 2 週間以内に完了した。全ての調査測定は測定に精通した OT と理学療法士、保健師の各 1 名が中心となり実施した。調査項目は、年齢、性別、身長、体重、継続割合、運動習慣、移動手段と所要時間、機能的体力テスト(上肢筋力にアームカール(AC)とチェアスタンド(CS)、下肢柔軟性にシットアンドリーチ(SR)、上肢柔軟性にバックスクラッチ(BS)、動的バランスにアップアンドゴー(UG))、労研式活動能力指標(労研式)、高齢者抑うつ尺度短縮版(GDS-15)生活リズム・気分・体調の主観的变化、身体活動量(歩数)												
結果	<p>1) 基本属性に有意な差はなかった</p> <p>2) 3 カ月継続して地域ラジオ体操に参加できた者の割合は 90.9%であった。</p> <p>3) 各群のベースラインは CS のみ有意な差が見られ、その他には有意な差は見られなかった。</p> <p>4) 身体機能は、CS はラジオ体操群にのみ有意な差が見られ、交互作用も有意だった。群間における単純主効果もラジオ体操群にのみ有意だった。UG はラジオ体操群にのみ有意な差が見られ、交互作用と単純主効果も有意だった。</p> <p>5) 労研式、GDS-15 では、介入前後における有意な変化は認められなかった。</p> <p>6) 生活リズム・気分・体調において肯定的な変化を感じていた者は、生活リズム 17 名(85.0%)、気分 18 名(85.0%)、体調 15 名(75.0%)であった。</p> <p>7) 歩数はラジオ体操群のみ有意な変化が認められたが、交互作用は有意でなかった。</p> <table border="1" data-bbox="901 1048 1449 1305"> <thead> <tr> <th></th> <th>人数 (男/女)</th> <th>平均年 齢(歳)</th> <th>運動習 慣なし</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ラ ジ オ 体 操 群</td> <td>20 名 (4/16)</td> <td>71 ± 3</td> <td>12 名 (60%)</td> </tr> <tr> <td>対 照 群</td> <td>17 名 (5/12)</td> <td>73 ± 4</td> <td>16 名 (80%)</td> </tr> </tbody> </table>		人数 (男/女)	平均年 齢(歳)	運動習 慣なし	ラ ジ オ 体 操 群	20 名 (4/16)	71 ± 3	12 名 (60%)	対 照 群	17 名 (5/12)	73 ± 4	16 名 (80%)
	人数 (男/女)	平均年 齢(歳)	運動習 慣なし										
ラ ジ オ 体 操 群	20 名 (4/16)	71 ± 3	12 名 (60%)										
対 照 群	17 名 (5/12)	73 ± 4	16 名 (80%)										
考察	<p>1) 体操の際に指導者が見本を示しながら適宜運動方法のアドバイスを行ったことから、毎回の体操において十分な活動強度が確保できており、特に自重による負荷が大きい下肢筋群において筋力が向上したと考えられた。</p> <p>2) ラジオ体操に含まれるジャンプ動作や立位での上肢・体幹野ダイナミックな動きが動的バランスの向上に影響を与えたと推察された。</p> <p>3) ラジオ体操群の 7 割以上が生活リズムや気分、体調に良好な主観的变化を認知していた</p> <p>4) 地域ラジオ体操の継続割合は 90.9%であり、先行研究と比較して良好であったのは、ラジオ体操群の 8 割以上が会場から徒歩 15 分以内に在住しており、会場アクセスが容易であったと推察される。</p>												

厚生労働科学研究費補助金(長寿科学政策研究事業)
「要介護高齢者の生活機能向上に資する効果的な生活期リハビリテーション/
リハビリテーションマネジメントのあり方に関する総合的研究」
平成 28 年度分担研究報告書

生活期リハビリテーションの現状とその効果を検証するための
前向き研究への取り組み

研究代表者 川越 雅弘(国立社会保障・人口問題研究所 部長)
研究協力者 能登 真一(新潟医療福祉大学 教授)
小林 法一(首都大学東京人間健康科学研究科 教授)
山本 克也(国立社会保障・人口問題研究所 室長)

【概要】

平成 27 年度介護報酬改定では、より効果の高いリハビリテーション(以下、リハ)を実現するため、計画書やアセスメント票等の様式の整備を行うなど、リハの質を管理するリハマネジメントの仕組みが導入された。次の段階として、国は、今般導入したリハマネジメントの SPDCA のサイクルに基づき各事業所で実施されたリハについて、情報を収集、蓄積、分析し、その結果を各事業所が活用することによりリハの質を改善することを目的に、「通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集等事業」を展開することとしている。ただし、同事業によるデータ収集の開始は平成 29 年度からであり、同年秋頃から本格化する、平成 30 年度の同時改定の議論にはデータが活用できない可能性がある。

そこで、我々が、昨年度、老健局と共同で開発した「リハビリテーションデータベース構築ツール(スタンドアローン版)」をもとに、興味関心チェックシートや計画書、アセスメント票等のデータを継続的に収集し、生活期リハの現状とその効果を検証するための多施設前向き研究を実施中である。今後、秋からの制度改正の議論までに必要なデータ分析を行う予定である。

A. 研究目的

我々が、昨年度、老健局と共同で開発した「リハビリテーションデータベース構築ツール(スタンドアローン版)」をもとに、興味関心チェックシートや計画書、アセスメント票等のデータを継続的に収集し、生活期リハの現状とその効果を検証すること。

B. 方法

まずは、理学療法士等のリハ団体の協力を得て、研究の告知を行った。その上で、研究協力の意向のある事業所の方を対象に、全国各地で研究説明会を開催した。

研究説明会では、調査背景とその目的、対象、調査方法(利用者への説明と同意を含む)、データ提供方法、問い合わせ方法などについて説明を実施した(p.129 以降に、研究計画書、説明文書及び同意書、今回収集した帳票類を示す)。

C. 結果

平成 28 年 8 月～平成 29 年 3 月にかけて合計 22 回の研究説明会を開催し、約 200 の事業所の協力が得られることとなった(表 1)。現在、調査体制の整った事業所から、順次、調査を開始している。

表1：リハ前向き研究に関する説明会の開催状況

回	日付	開催地	回	日付	開催地	回	日付	開催地
1	2016/8/5	東京都千代田区	9	2016/9/11	京都府京都市	16	2016/10/17	新潟県上越市
2	2016/8/8	東京都千代田区	10	2016/9/12	大阪府大阪市	17	2016/10/25	福井県越前市
3	2016/8/10	東京都千代田区	11	2016/9/29	新潟県新潟市	18	2016/10/30	長野県松本市
4	2016/8/15	大阪府大阪市	12	2016/9/30	兵庫県神戸市	19	2016/11/12	静岡県磐田市
5	2016/8/23	奈良県桜井市	13	2016/10/6	福井県小浜市	20	2016/11/21	大分県大分市
6	2016/8/24	愛知県名古屋市	14	2016/10/8	奈良県桜井市	21	2017/2/2	福井県福井市
7	2016/8/25	茨城県つくば市	15	2016/10/13	北海道札幌市	22	2017/3/11	東京都中央区
8	2016/9/1	福島県郡山市						

D. 考察及び E. 結論

秋から本格化する制度改正の議論までに必要なデータ分析を行う予定である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的所有権の出願・登録状況

なし

(資料1) 研究計画書

厚労科研「要介護高齢者の生活機能向上に資する効果的な生活期リハビリテーション/リハビリテーションマネジメントのあり方に関する総合的研究 (H27-29、研究代表者 川越雅弘)

「介護保険で提供されるリハビリテーションサービス/マネジメントの実態と その効果に関する実証的研究」 研究計画書

2016年7月26日 第1版

(研究代表者 川越 雅弘)

連絡先：国立社会保障・人口問題研究所 社会保障基礎理論研究部

TEL：03 - 3595 - 2984

E-mail：kawagoe-masahiro@ipss.go.jp

1. 研究の概略

本研究は、介護保険制度の通所リハビリテーション（以下、リハ）訪問リハで実施されているリハ/マネジメントについて、その提供実態と効果を検証するものである。全国の多施設のサービス利用者を対象に前向きな調査を実施し、現在提供されているリハ/リハマネジメントの実態と効果を調べる。アウトカムは、日常生活活動(activities of daily living: ADL)、手段的ADL(instrumental ADL: IADL)、生活の質(quality of life: QOL)の各指標とし、サービス提供開始時と3ヶ月後、6か月後の状態を比較する。

2. 研究の背景

厚生労働省は介護保険制度で実施されているリハについて、リハマネジメント加算を設定し、調査(Survey)、計画(Plan)、実行(Do)、評価(Check)、改善(Action)のサイクル(SPDCA)の構築を通じて、心身機能、活動及び参加について、バランス良くアプローチするリハが提供できているかを継続的に管理することによって、質の高いリハの提供を求めている。しかしながら、そのリハおよびリハマネジメントについては、制度改正後の提供内容も、また、その効果も把握できていない。

3. 研究目的

通所リハ、訪問リハ(医療機関)、訪問リハ(訪問看護ステーション)の効果を検証するために、リハマネジメント加算を算定するタイミングに合わせて、それぞれ3か月ごと(最長6ヶ月まで)のアウトカムの変化を調べる。

4. 研究デザイン

4.1 研究デザイン

リハサービスごとに多施設共同の縦断的研究(観察研究)を実施する。

4.2 対象施設

日本理学療法士協会、日本作業療法士協会、日本訪問リハビリテーション協会に依頼して参加施設を募集する。通所リハについては、事業所をその規模に応じた区分(通常規模、大規模、大規模)によって募集し、できるだけひとつの区分に集中しないように配慮する。

4.3 対象者

それぞれのサービス利用開始から1年以内の利用者を対象とし、平成28年7月以降にリハマネジメント加算を新たに算定した者のうち、本研究に同意された方を順次エントリーしていく。なお、訪問看護ステーションからの訪問リハに関しては、加算そのものが存在しないため、同意が得られた方を順次エントリーしていく。

目標の対象者数は通所リハ、訪問リハそれぞれ500名とする。なお、通所リハについて、基本サービスの利用時間による区分や週あたりの利用回数などサービスの利用にさまざまなパターンごとに対象者を選定することはせず、これらは統計処理の段階で説明変数として加えることとする。

目標対象者数については、標準化効果量 (E/S) = 0.10/0.30 = 0.33、 値 = 0.05、 値 = 0.2 として計算したところ、各群 176 名となった。対象者が高齢者であり、脱落例が 3 割程度発生することを考慮し、各群約 250 名、通所リハ、訪問リハそれぞれ 500 名を目標とすることが妥当と考えた。

5. 調査方法

5.1 リハデータベース構築ツールを活用したデータ収集

平成 27 年度厚生労働科学研究(川越班)で開発したリハデータベース構築ツール(以下、リハベースツール)を利用する。リハベースツールでは、厚生労働省が指定した様式(アセスメント票、リハ計画書、興味・関心チェックシートなど)に記載される要介護度や日常生活自立度のほか、居宅での ADL の詳細な情報、日常生活上の課題、1 週間あたりの訓練時間などが記録できるようになっている。

5.2 アウトカム指標

ADL、IADL、健康関連 QOL を主要なアウトカム指標とする。ADL と IADL はそれぞれリハベースツールに組み込まれている Barthel Index、Frenchay Activity Index(FAI) とする。健康関連 QOL は EuroQol-5Dimension-5Level (EQ-5D-5L) を利用する。

5.3 データ収集方法

リハベースツールの入力は、サービス開始時、3 ヶ月後、6 ヶ月後の 3 時点で行う。そのため、種々の情報については、事前に収集しておく必要がある。EQ-5D-5L については、別途、対象者に直接回答してもらう。視覚障害や手指の障害により、本人の直接回答が困難な場合は、セラピスト等が回答の記入を補助してもよいこととする。

6. 研究期間

平成 28 年 8 月～平成 30 年 3 月までとする。また、対象者のエントリーは平成 29 年 9 月までとする。

7. 倫理的配慮とインフォームド・コンセント

7.1 倫理的配慮の方法

本研究はヘルシンキ宣言に基づいて実施する。また本研究は臨床疫学研究であるため、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準じて倫理的配慮を行う。特に、人権や公正を厳守するよう配慮する。

具体的には、まず、国立人口問題研究所倫理委員会の審査を受ける。一方、研究協力施設では個々に倫理委員会で審査の上、許可を得る。当該施設において倫理委員会がない場合は、施設長の許可を得ることとする。

7.2 インフォームド・コンセント

対象者には、その福利と権利を守り、本研究の目的と方法を口頭及び書面にて説明するなどし、十分にインフォームド・コンセントを得た上で、自由意思による同意を文書で得る。仮に、調査の途中で協力を辞退する旨の申し出があった場合には、速や

かにそれに従うこととする。

また、対象者の選択や情報収集で得られた情報は十分に管理し、研究組織の代表者および解析者以外の人間がデータにアクセスできないようにする。データ解析においても、患者が特定されないように ID ナンバーによる匿名化されたデータとして処理する。以上のような細心の注意を払った配慮によって、個人情報が決して漏洩しないこととする。

8．予想される利益と不利益

本研究は通常の介護保険サービスに則った調査である。よって研究協力者が本研究に協力することによって特別な不利益を被ることはない。唯一、EQ-5D-5L の質問紙への記入の際には負担が発生するが、約 5 分程度で完了するため、大きな負担にはならないと考えている。一方、ADL や IADL、QOL など多様な尺度を用いて自身の 3 か月後、6 ヶ月後の健康状態の変化を知ることが出来る利点がある。

9．研究にかかる費用

本研究は平成 28 年度厚生労働省長寿科学政策研究事業「要介護高齢者の生活機能向上に資する効果的な生活期リハビリテーション／リハビリテーションマネジメントのあり方に関する総合的研究」によるものである。かかる費用は上記研究費から支出する。

以上

(資料2) 説明文書及び同意書

利用者の方へ

**「介護保険で提供されるリハビリテーションサービス／マネジメントの実態と
その効果に関する実証的研究」
説明書**

この説明書は、研究協力担当者による説明を補い、表記の研究への参加をお願いするものです。
うものです。本文書をお読みいただき、十分に考慮されたうえで研究へご参加されるかどうかをご自身の意思でお決
めください。

ご参加いただける場合には、「同意書」にご署名ください。

なお、ご不明な点や疑問に思われる点がありましたら、以下の連絡先までお問い合わせください。

【問い合わせ先】

研究代表者：

川越 雅弘（国立社会保障・人口問題研究所 社会保障基礎理論研究部）

TEL：03-3595-2984，E-mail：kawagoe-masahiro@ipss.go.jp

施設担当者：

（ ）

TEL： ， E-mail：

1．研究への参加のお願い

今回、あなたが受けられているリハビリテーション（以下、リハと略します）の状況が以下に説明する研究の参加基準に合っているため、あなたへ本研究への参加をお願いするものです。

あなたがこの研究に参加するかどうかについては、あなたの自由意思で決めていただくことが重要です。そのため、本研究の内容をよくご理解のうえ、参加の有無をお決めください。この説明書では不十分な場合は、施設の担当者にも何度でも聞いてください。

2．研究の目的

本研究は、通所リハ、訪問リハの提供状況を把握するとともに、その効果を検証することを目的に実施します。

3．研究の方法

（1）研究の対象者

通所リハ、訪問リハを、平成28年9月1日から平成29年9月30日の間に新たに利用された方を対象とします。

（2）調査項目

調査項目は、要介護度、日常生活自立度、日常生活活動（ADL）、手段的日常生活活動（IADL）、日常生活上の課題、1週間あたりのリハ内容及び時間、クオリティオブライフ（QOL）、興味・関心領域などを調査します。これら項目を初回、3ヶ月後、6ヶ月後の3時点で評価します。

（3）回答方法

調査項目のうち、クオリティオブライフ（QOL）および興味・関心領域に関しては、ご自身で回答いただきます。もし、記入に際し、補助が必要な場合は担当のリハ職に申し出てください。また、記入した調査票は、記入後担当のリハ職に手渡してください。

4．研究の期間

この研究の期間は平成28年9月1日から平成30年3月31日です。

5．研究参加による利益と不利益について

今回の研究に参加することによって、ADL（日常生活活動）やQOL（クオリティオブライフ：生活の質）、興味・関心領域などの詳細な評価を受けることができます。これらはいずれも活動場面の観察や質問票へ回答してもらうものであり、身体に直接負荷を加えるものではありません。回答にかかる時間は数分ですので、身体への負荷は非常に低いと考えられます。

その一方で、QOLの計算結果を皆様へお返しすることはできません。したがって、本研究に参加いただいた皆様に直接の利益はありませんが、皆様からご提供いただいたデータは貴重なデータとして間接的に多くの研究や制度づくりに役立てられます。

6．研究協力の任意性と撤回の自由について

本研究への参加は皆様の自由意思にもとづきます。また一旦、研究参加に同意いただいた後でも、結果の解析や発表の前に限り、いつでも同意を取り消すことができます。その場合は、当該施設のリハ職へご連絡ください。

同意撤回の申し出があった時点より後の解析および発表にはデータを使用いたしません。同意を撤回しても不利益を受けることは絶対にありません。

7. 個人情報の保護

研究者は個人を特定できない形で情報を得た上で、調査結果を国立社会保障・人口問題研究所にて厳重に保管します。また、このデータは研究目的以外には使用いたしません。

8. 研究結果の公表

本研究の成果は集団全体のデータとして学会発表や学術雑誌などで公表します。個人のデータをそのまま使用することはありませんのでプライバシーは保護されます。

9. 研究終了後の資料などの取り扱いについて

皆様からいただいた評価票は、溶解処理し廃棄します。収集されたデータは研究指針に則り、厳重に保管します。

10. 費用負担

本研究は厚生労働省の科学研究費補助金によって実施しています。研究にかかる費用負担を皆様に求めることはありません。また、本研究への協力に対して皆様への報酬は支払われません。

11. 施設の担当者の氏名および連絡先

この研究の担当者

所 属： _____

氏 名： _____

連絡先： _____

12. 参加者の権利に関して情報がほしい場合に相談できる窓口

研究責任者

所 属： 国立社会保障・人口問題研究所 社会保障基礎理論研究部

氏 名： 川越 雅弘（かわごえ まさひろ）

連絡先： 03-3595-2984

以上

同意書

「介護保険で提供されるリハビリテーションサービス／マネジメントの実態とその効果に関する実証的研究」

私は、上記の研究内容と方法について、担当者から添付の説明書に基づき十分な説明を受けました。
また、私は今後もこの研究に関してどのような質問も尋ねる機会があることを承知し、いつでもこの研究の参加を取りやめることを理解しています。
私はこの研究を理解した上で、私の自由意思でこの研究に参加することに同意します。

同意日 年 月 日

(本人)署名

* 代諾者が必要な場合は以下にご記入ください

同意日 年 月 日

(代諾者)署名 (続柄)

説明を行った日	年 月 日
文書同意を行った日	年 月 日
同意・説明文書の写しをお渡しした日	年 月 日

(説明担当者)署名

(資料3) 収集の対象となった帳票類

興味・関心チェックシート

表の生活行為について、現在しているものには「している」の列に、現在していないがしてみたいものには「してみたい」の列に、興味があるものには「興味がある」の列に○を付けてください。リスト以外の生活行為に思いあたるものがあれば、空欄を利用して記載してください。

生活行為	している	してみたい	興味がある	生活行為	している	してみたい	興味がある
自分でトイレへ行く				生涯学習・歴史			
一人でお風呂に入る				読書			
自分で服を着る				俳句			
自分で食べる				書道・習字			
歯磨きをする				絵を描く・絵手紙			
身だしなみを整える				パソコン・ワープロ			
好きなときに眠る				写真			
掃除・整理整頓				映画・観劇・演奏会			
料理を作る				お茶・お花			
買い物				歌を歌う・カラオケ			
家や庭の手入れ・世話				音楽を聴く・楽器演奏			
洗濯・洗濯物たたみ				将棋・囲碁・麻雀・ゲーム等			
自転車・車の運転				体操・運動			
電車・バスでの外出				散歩			
孫・子供の世話				ゴルフ・グラウンドゴルフ・水泳・テニスなどのスポーツ			
動物の世話				ダンス・踊り			
友達とおしゃべり・遊ぶ				野球・相撲等観戦			
家族・親戚との団らん				競馬・競輪・競艇・パチンコ			
デート・異性との交流				編み物			
居酒屋に行く				針仕事			
ボランティア				畑仕事			
地域活動 (町内会・老人クラブ)				賃金を伴う仕事			
お参り・宗教活動				旅行・温泉			
その他 ()				その他 ()			
その他 ()				その他 ()			

通所・訪問リハビリテーション計画書（アセスメント）

□ 訪問 □ 通所 作成日： 2015 年 4 月 1 日

氏名： 介護四朗 様 性別： 男 生年月日： 1930 年 1 月 1 日 年齢 85 歳 介護度： 要介護1

■居室サービス計画の総合的援助の方針 ※居室サービス計画から転記すること
 ■居室サービス計画の解決すべき具体的な課題 ※居室サービス計画から転記すること

■利用者の希望 ※ニーズ把握票にて興味があると答えた内容に関して記載する
 ■ご家族の希望 ※家族が利用者に対して特に自立してほしいと思っている内容を記載する
 ■医師の指示

■健康状態(介護・支援を要する原因となる疾患) 原疾患名・発症日 病名： 大腿骨頭節骨折(2014.1.1) 直近の入院日： 2014 年 1 月 2 日 直近の退院日： 2014 年 4 月 1 日
 ■合併症・コントロール状況(高血圧,心疾患,呼吸器疾患,糖尿病等)
 経過： ■費用控検算 □ あり □ なし

■リハビリテーションを実施する際の医学的管理(医師等によるリスク管理・処置・対応の必要性を含む)

■参加(過去実施していたものと現状について記載する) 家庭内の役割の内容
 余暇活動(内容および頻度)
 社会・地域活動(内容および頻度)
 通所リハビリテーション終了後にやりたい社会参加等の取組

■心身機能

	状況	活動への影響	状況	活動への影響
運動機能障害	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	高次機能障害	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
感覚機能障害(聴覚,視覚等)	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	失語症	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
関節拘縮	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	構音障害	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
疼痛	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	精神行動障害(BPSD)	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
口腔機能障害	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	見当識障害	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
摂食嚥下障害	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	記憶障害	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
			栄養障害	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし

■高知(※評価基準性は、「現状」に改善の可能性から取り上げる課題の優先順位をつける。)

アセスメント項目	現状	改善の可能性	評価基準性	モニタリング	【評価の内容の記載方法】
起き上がり	3	-	-		3: 自立 2: 見守り 1: 一部介助 0: 全介助
基本動作	3	-	-		※ 把握していない
床からの立ち上がり	3	-	-		※ 時間を記載
移動能力(TUG等)	3	-	-		※ 点数を記載
居宅管理	3	-	-		3: 自立 2: 見守り 1: 一部介助 0: 全介助
ADL-R	-	-	-		
食事	10	-	-		10: 自立 5: 部分介助 0: 全介助
着せかえの準備	15	-	-		15: 自立 10: 着せかえの介助 5: 部分介助 0: 全介助
整容	5	-	-		5: 自立 0: 部分-全介助
トイレ動作	10	-	-		10: 自立 5: 部分介助 0: 全介助
入浴	5	-	-		5: 自立 0: 全介助
平地歩行	10	者	1		10: 自立 10: 補助具 5: 車椅子 0: 全介助
階段昇降	5	者	2		10: 自立 5: 部分介助 0: 全介助
更衣	10	-	-		10: 自立 5: 部分介助 0: 全介助
排便コントロール	10	-	-		10: 自立 5: 部分介助 0: 全介助
排尿コントロール	10	-	-		10: 自立 5: 部分介助 0: 全介助
ADL合計	90				

■評価の内容の記載方法

アセスメント項目	現状	改善の可能性	評価基準性	モニタリング	【評価の内容の記載方法】
食事の用意	0	無	-		※ADL評価点 0: していない 1: まれに 2: 時々 3: 週3回
食事の片付け	0	無	-		
洗濯	3	-	-		
掃除や整頓	3	-	-		
力仕事	3	-	-		
重い物	3	-	-		
外出	3	-	-		
屋外歩行	3	-	-		
趣味	3	-	-		
交通手段の利用	3	-	-		
旅行	2	者	2		
雇仕事	3	-	-		0: していない 1: 時々 2: 定期的 3: 毎週等
家や車の手入れ	3	-	-		0: していない 1: 家元に 2: ベンチ等 3: 修理-整備
読書	3	-	-		0: していない 1: 家元に 2: 月1回程度 3: 月2回程度
仕事	1	者	1		0: していない 1: 週1-2回程度 2: 週10-20時間 3: 週30時間以上
IADL合計	36				

■連携因子(※評価ありの場合)

評価	備考
家族・介護者	□
福祉用具等	□
住環境	□
自宅周辺	□
地域の社会資源	□
交通機関	□
サービス	□
その他	□

※ADLは「している」状況について記載する。IADLも同様。
 ■特記事項
 ■活動と参加に影響を及ぼす課題の要因分析
 ■他の利用サービス □ 通所介護(週 回) □ 訪問介護(週 回) □ 訪問看護(週 回) □ 訪問介護・通所リハ(週 回) □ その他 ()
 ■社会参加支援詳細 □ 訪問日 (年 月 日) □ 居宅サービス計画(訪問しない理由:)
 □ サービス等利用あり □ 通所介護(週 回) □ 通所リハ(週 回) □ 市町村事業(週 回)
 □ 地域活動への参加 () □ 家庭で役割あり
 ■ 現在の生活状況

通所・訪問リハビリテーション計画書 (No. _____)

利用者氏名 _____ 殿 作成年月日 年 月 日 ~ 実施予定時期 月 頃

NO	目標(解決すべき課題)	期間	具体的支援内容 (何を目的に(～のために)～をする)	頻度・時間	効果の可能性
1	一人で歩行車を使用し通院・買い物ができる。	6カ月	<input checked="" type="checkbox"/> 理学療法 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 言語聴覚療法 <input type="checkbox"/> 個別認知集中リハ <input type="checkbox"/> 生活行為リハ <input type="checkbox"/> 認知症認知集中リハ <input type="checkbox"/> その他()	週2回 耐久力up ex. 筋力up ex. 立位体適 歩行練習	いつ頃・何を
2	腰痛・下肢の痛みを緩和し、楽に生活を送ることができる。	1ヶ月	<input checked="" type="checkbox"/> 理学療法 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 言語聴覚療法 <input type="checkbox"/> 個別認知集中リハ <input checked="" type="checkbox"/> 生活行為リハ <input type="checkbox"/> 認知症認知集中リハ <input type="checkbox"/> その他()	週2回 下肢ストレッチ 必要に応じてADL練習	いつ頃・何を
			<input type="checkbox"/> 理学療法 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 言語聴覚療法 <input type="checkbox"/> 個別認知集中リハ <input type="checkbox"/> 生活行為リハ <input type="checkbox"/> 認知症認知集中リハ <input type="checkbox"/> その他()		いつ頃・何を
			<input type="checkbox"/> 理学療法 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 言語聴覚療法 <input type="checkbox"/> 個別認知集中リハ <input type="checkbox"/> 生活行為リハ <input type="checkbox"/> 認知症認知集中リハ <input type="checkbox"/> その他()		いつ頃・何を
			<input type="checkbox"/> 理学療法 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 言語聴覚療法 <input type="checkbox"/> 個別認知集中リハ <input type="checkbox"/> 生活行為リハ <input type="checkbox"/> 認知症認知集中リハ <input type="checkbox"/> その他()		いつ頃・何を

■利用中への具体的対応

	開始～1時間	～2時間	～3時間	～4時間	～5時間	～6時間	～7時間	～8時間	～()
利用者	バイタル測定		昼食		歌の会	お茶の時間	帰宅		
看護職									
介護職	体調確認		食事量確認		歌の会へ誘導				
PT・OT・ST		個別リハ		トレーニング補助					
その他()									

訪問介護との協働内容
 訪問看護との協働内容
 その他の協働内容()

備考

※下記の協の支援機関にこの計画書を共有し、チームで支援をしていきます。
 【情報提供先】 介護支援専門員 医師 通所介護 () ()

ご本人・ご家族への説明と同意: 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日
 ご本人サイン: _____ ご家族サイン: _____ 医師サイン: _____

健康状態に関するアンケート

このアンケートは、厚生労働科学研究費補助金を受けて実施するものです
(研究代表者：川越雅弘(国立社会保障・人口問題研究所 部長))

別紙の「介護保険のリハビリテーションサービスのマネジメントの効果検証に関する実証的研究」説明書と書かれた文書をお読みいただき、研究に参加いただける場合には、質問にお答えくださいますようお願いいたします。

*原則として、アンケートはご自身でご記入いただく内容になっています。
ご自身でご記入するのが難しい方は、回答いただかなくても結構です。

リハ担当者記入欄	
記入日	平成____年____月____日
利用者任意ID	

ご記入日されている日のことで結構です

各項目において、あなたの今日の健康状態を最もよく表している四角(□)1つに✓印をつけてください

ご記入されるものはボールペン、サインペンなど消えないものをご使用ください

また、誤って記入された場合は、□に×を書き訂正してください

移動の程度

- 歩き回るのに問題はない
- 歩き回るのに少し問題がある
- 歩き回るのに中程度の問題がある
- 歩き回るのにかなり問題がある
- 歩き回ることができない

身の回りの管理

- 自分で身体を洗ったり着替えをするのに問題はない
- 自分で身体を洗ったり着替えをするのに少し問題がある
- 自分で身体を洗ったり着替えをするのに中程度の問題がある
- 自分で身体を洗ったり着替えをするのにかなり問題がある
- 自分で身体を洗ったり着替えをすることができない

ふだんの活動 (例：仕事、勉強、家事、家族・余暇活動)

- ふだんの活動を行うのに問題はない
- ふだんの活動を行うのに少し問題がある
- ふだんの活動を行うのに中程度の問題がある
- ふだんの活動を行うのにかなり問題がある
- ふだんの活動を行うことができない

痛み/不快感

- 痛みや不快感はない
- 少し痛みや不快感がある
- 中程度の痛みや不快感がある
- かなりの痛みや不快感がある
- 極度の痛みや不快感がある

不安/ふさぎ込み

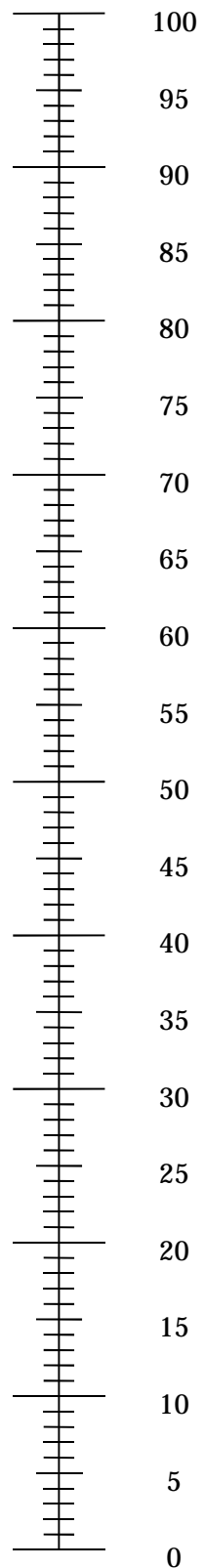
- 不安でもふさぎ込んでもない
- 少し不安あるいはふさぎ込んでいる
- 中程度に不安あるいはふさぎ込んでいる
- かなり不安あるいはふさぎ込んでいる
- 極度に不安あるいはふさぎ込んでいる

- あなたの今日の健康状態がどのくらい良いか悪いかを教えてください。
- このものさしには0から100までの目盛がふってあります。
- 100はあなたの想像できる最も良い健康状態を、0はあなたの想像できる最も悪い健康状態を表しています。
- 今日の健康状態がどのくらい良いか悪いかを、このものさし上に×印をつけて表してください。
- ものさし上に×印をつけたところの目盛（の数字）を下の四角に記入してください。

あなたの今日の健康状態 =

想像できる最も良い

健康状態



想像できる最も悪い

健康状態

厚生労働科学研究費補助金(長寿科学政策研究事業)
「要介護高齢者の生活機能向上に資する効果的な生活期リハビリテーション/
リハビリテーションマネジメントのあり方に関する総合的研究」
平成 28 年度分担研究報告書

日本理学療法士協会の生活期リハビリテーション領域における生涯教育の現状と課題

分担研究者 植松 光俊(星城大学 名誉教授、日本理学療法士協会 常務理事)

【概要】

今回、「要介護高齢者の生活機能向上に資する効果的な生活期リハビリテーション/リハビリテーションマネジメント」を提供することを期待されているリハビリテーション専門職の一つである理学療法士の当該サービス提供技術水準がいかん担保されているかが重要な要件である。本報告では、当該技術水準の担保を目的とした生涯教育研修において公益社団法人 日本理学療法士協会がどのような取り組みをし、どのような成果を上げているかについての調査し、その現状と課題を明らかにした。

その結果にもとづき、今後、生活期リハビリテーションにおいて有用な技術水準を有する人材を可及的早期に養成できる教育研修システムの構築のための要因について明確死にいていく予定である。

A. 研究目的

日本理学療法士協会(以下、PT協会)の生活期リハビリテーション(以下、リハ)/リハマネジメントにおける生涯教育研修システムの現状と課題の分析を行った。

B. 方法

PT協会の生涯学習システムにおける研修構成と専門領域分類と各領域における研修水準と修了者数、特に生活期リハにおける実態調査し、研修システムの課題を明確にした。

C. 結果

1) PT協会の生涯教育の基本理念と目標

基本理念:

第1に、新卒の理学療法士に対する、あるべき基本姿勢への理解や資質の向上がある。

第2には、理学療法の専門分野における職能的水準の引き上げである。

第3には、前述した二つの理念の基盤となる大切な趣旨として、自発的な学習の継続である。

行動目標:

- ・ 理学療法士の技術の高揚を目途にし、徹底した理学療技術のスキルアップを図る
- ・ 時代の要請に従った理学療法スキルチェンジを推進
- ・ より多くの認定理学療法士の育成誕生

2) 研修機能と構成

この役割を担っているのが「生涯学習機構」であり、その研修機能は大きく4つに分類され、キャリアラダーである生涯研修システムを構成する研修制度(図1)はそのうちの3つ(下線)である。

- | | | |
|-------------------------|---|----------------|
| (1) 日本理学療法学会研修大会 | } | キャリアラダーである研修制度 |
| (2) <u>新人教育プログラム</u> | | |
| (3) <u>認定・専門理学療法士制度</u> | | |
| (4) <u>推進リーダー制度</u> | | |

それぞれの研修機能と実態を提示する。

(1) 日本理学療法学会研修大会(現在のところ、卒業後1～5年の若い会員を対象にしている)

例として、第51回全国学術研修大会(沖縄)を挙げて、例年の傾向と対比しながら分析した。

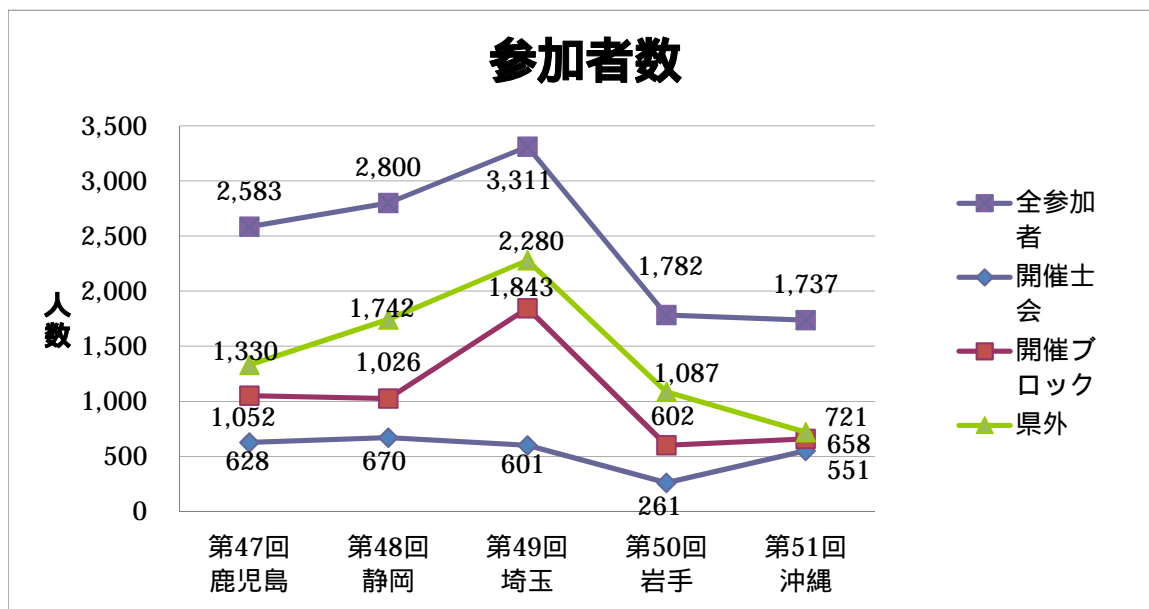
テーマ：未来へ発信！新たな理学療法戦略を探る

開催地：沖縄コンベンションセンター 開催日：平成28年10月7日(金)・8日(土)

企画：40題のセミナー

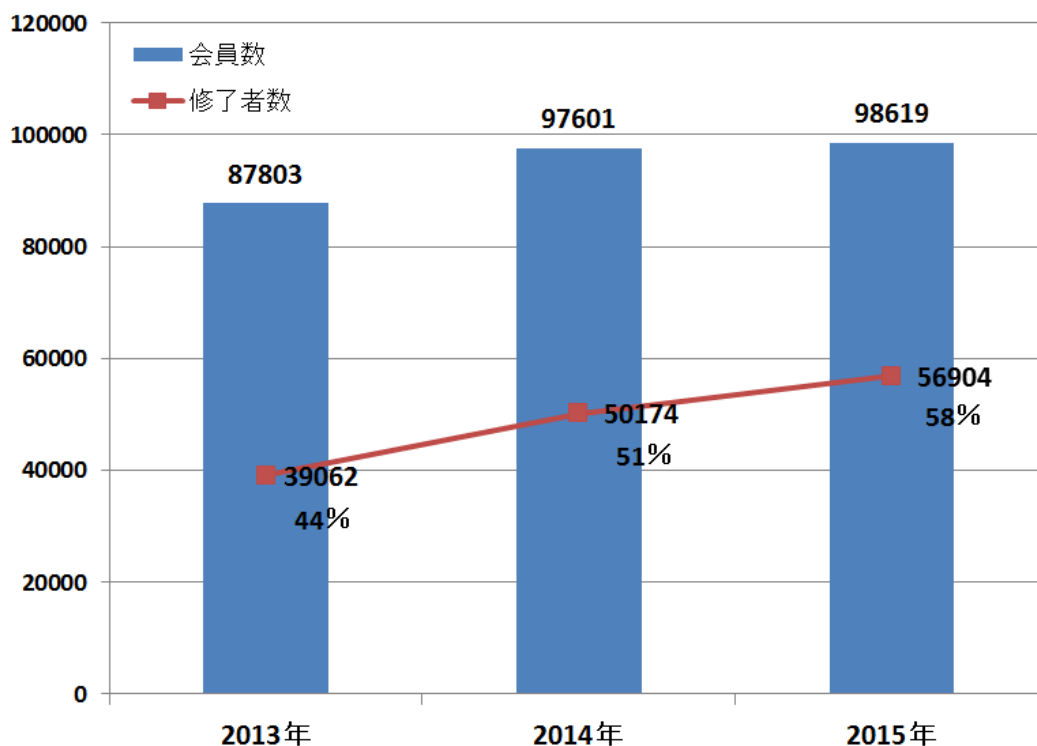
基調講演	1題	トピックス	8題
特別講演	2題	テクニカルセミナー	2題
シンポジウム	1題	協会企画セミナー	2題
セミナー	23題	市民公開シンポジウム	1題

今大会は、「未来へ発信！新たな理学療法戦略を探る」をテーマとし、「予防」「治療」「支える」「緩和」のライフステージ(病態時期)における講演、セミナーが企画されていたが総花的な研修テーマ・内容の傾向にあった。参加者分類の比率として、過去の大会では、開催都道府県士会員の参加が2割程度にとどまり、県外参加者は5～6割であり、全国研修会としての役割を果たしていたのに対し、沖縄大会では、参加者数のうち約3割が沖縄県士会員の参加であり、県外参加者は4割にとどまっていた。各プログラムの聴講者数をみると、運動器系や神経系のプログラムに人が集まっており、地域(生活期含む)リハはこれに次ぐ傾向にあり、理学療法士の関心の高さが窺える。



(2) 新人教育プログラム修了率 (2013 年度 ~ 2015 年度)

ここに示された修了者数・比率は全会員数に対するものであり、卒業直後の新規入会者に対する受講修了比率は9割前後と非常に高い値を示している。



(3)認定・専門理学療法士制度 認定資格取得状況

認定理学療法士については、2014年度までは、毎年300名～400名の取得者数であったが、2015年度より約1,000名の取得者数と飛躍的に増加している傾向にある。特に専門領域別にみると、上位3位は脳卒中、運動器、呼吸の順であるが、生活期リハに関連する地域理学療法は4位に位置している。

認定理学療法士取得者数および構成比(%) (2011年度～2015年度)													
領域名	2010年度		2011年度		2012年度		2013年度		2014年度		2015年度		総数
	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	
ひとを対象とした基礎領域	4	1%	9	3%	3	1%	4	1%	12	1%	8	1%	40
動物・培養細胞を対象とした基礎領域	1	0%	3	1%	4	2%	1	0%	4	0%	1	0%	14
1 脳卒中	31	11%	60	17%	59	29%	107	25%	257	26%	303	27%	817
神経筋障害	4	1%	7	2%	4	2%	8	2%	16	2%	13	1%	52
脊髄障害	1	0%	5	1%	4	2%	13	3%	11	1%	9	1%	43
発達障害	8	3%	7	2%	7	3%	13	3%	20	2%	16	1%	71
2 運動器	51	18%	43	12%	25	12%	51	12%	218	22%	164	14%	552
切断	0	0%	2	1%	1	0%	1	0%	1	0%	2	0%	7
スポーツ理学療法	24	8%	21	6%	4	2%	14	3%	44	4%	42	4%	149
徒手理学療法	10	3%	11	3%	2	1%	11	3%	25	2%	21	2%	80
循環	19	7%	32	9%	13	6%	41	10%	94	9%	70	6%	269
3 呼吸	31	11%	58	17%	13	6%	62	14%	104	10%	101	9%	369
代謝	13	4%	19	5%	6	3%	13	3%	35	3%	27	2%	113
地域理学療法	22	8%	16	5%	12	6%	39	9%	82	8%	99	9%	270
健康増進・参加	7	2%	3	1%	1	0%	6	1%	3	0%	5	0%	25
介護予防	38	13%	18	5%	3	1%	19	4%	35	3%	46	4%	159
補装具	2	1%	4	1%	4	2%	4	1%	9	1%	5	0%	28
物理療法	2	1%	3	1%	7	3%	4	1%	2	0%	164	14%	182
褥瘡・創傷ケア	1	0%	1	0%	2	1%	0	0%	0	0%	0	0%	4
疼痛管理	0	0%	2	1%	2	1%	0	0%	1	0%	1	0%	6
臨床教育	6	2%	7	2%	9	4%	9	2%	10	1%	13	1%	54
管理・運営	8	3%	8	2%	11	5%	7	2%	11	1%	17	1%	62
学校教育	6	2%	7	2%	11	5%	1	0%	11	1%	16	1%	52
合計	289	100%	346	100%	207	100%	428	100%	1,005	100%	1,143	100%	3,418
取得者数/会員数	0.41%		0.45%		0.25%		0.47%		1.05%		1.11%		3.33%

専門理学療法士については、2011年度までの暫定の取得者は多いが、以降の取得者は毎年10名程度となっている。主にアカデミー・リサーチベースの専門資質の高さをみるこの分野においては生活期リハを専門理学療法士として認定されているものはいない状況にある。

専門理学療法士認定者数(2010年度～2015年度)													
分野	2010年度		2011年度		2012年度		2013年度		2014年度		2015年度		総数
	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	
基礎	237	13%	5	6%	5	14%	5	50%	1	8%	1	7%	254
2 神経	346	20%	19	25%	8	22%	1	10%	4	33%	4	29%	382
1 運動器	461	26%	22	29%	13	35%	0	0%	2	17%	2	14%	500
内部障害	272	15%	12	16%	5	14%	2	20%	4	33%	4	29%	299
3 生活環境支援	289	16%	11	14%	4	11%	1	10%	1	8%	2	14%	308
物理	36	2%	5	6%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	41
教育・管理	128	7%	3	4%	2	5%	1	10%	0	0%	1	7%	135
合計	1,769	100%	77	100%	37	100%	10	100%	12	100%	14	100%	1,919
取得者数/会員数	2.31%		0.09%		0.04%		0.01%		0.01%		0.01%		1.76%

4) 推進リーダー制度 推進リーダー資格取得状況

国が2025年を目指し構築を急いでいる地域包括ケアシステムにおいてリハ専門職の活用が推奨されているが、PT協会はその期待に応えるべく3年前からその推進リーダーを養成してきた。その結果、現時点では、その数は全会員の12%に至っており、特定のモデル県（大分県など）においては地域包括ケアシステムの推進に大いに貢献している。しかし、全国レベルで見ると、まだまだ道半ばの感が強い状況にある。生活期リハ/リハマネジメントの研修にあたるものとしては地域包括ケア推進リーダーが最も近いものではあるが、その研修項目・内容をみる限りにおいては生活期リハやリハマネジメントの的確な実践のために必要な評価・サービス提供スキル向上に効果的な研修項目や現場研修施設での研修の要素が極めて少ないものとなっている。

推進リーダー 取得状況(2014年度～2016年度)				
	2014年度	2015年度	2016年度	総数
地域包括ケア推進リーダー	3,347	2,455	1,265	7,067
介護予防推進リーダー	2,950	2,204	1,218	6,372
合計	6,297	4,659	2,483	13,439
取得者数/会員数	6.58%	4.53%	2.28%	12.3%

D. 考察およびE. 結論

日本理学療法学会研修大会は総花的な傾向にあるが、若い会員の高い生活期リハへのそれなりの関心の高さがあるにも関わらず、時代のニーズに応える領域の技術研修の要素はほとんどないと言って良いと判断できる。生活期リハの世の中のニーズからみた場合、同研修大会の対象者世代層を上げた、下線部の要素を加味したストラクチャー、プロセスの改革を通じた研修成果を上げることができる同研修大会改革が待たれる。

PT協会の他の研修機能、(2)新人教育プログラム、(3)認定・専門理学療法士制度、(4)推進リーダー制度においても、PT協会会員の地域(生活期リハを含む)リハに対する関心の高さに関わらず、当該専門領域、特に生活期リハ/リハマネジメント領域の認定研修リーダーがほぼない状態にある。これらの現制度の課題である第三者評価に耐えることができる認定理学療法士制度の再構築が目論まれているが、その完成には多くの時間が必要であり、そこまで時代は待ってくれない状況にある。しかし、唯一、推進リーダー制度における地域包括ケア推進リーダー研修が生活期リハ/リハマネジメントの研修に最も近いものといえるが、その研修項目・内容をみる限りにおいては生活期リハやリハマネジメントの的確な実践のために必要な評価・サービス提供スキル向上に効果的な研修項目や現場研修施設での研修の要素が極めて少ないものとなっている。

以上のことから、ニーズ・緊急性の高い領域(生活期リハ/リハマネジメント)における細分化した研修ステップを設け、当該技術水準を着実に向上させる人材育成のためのキャリアラダー企画の推進が喫緊の課題といえる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的所有権の出願・登録状況

なし

厚生労働科学研究費補助金(長寿科学政策研究事業)
「要介護高齢者の生活機能向上に資する効果的な生活期リハビリテーション /
リハビリテーションマネジメントのあり方に関する総合的研究」
平成 28 年度分担研究報告書

生活期のリハビリテーションにかかる大学教育カリキュラムの現状と課題

研究分担者 備酒 伸彦(神戸学院大学総合リハビリテーション学部 教授)

【概要】

我が国では、人口動態の急激な変化に呼応して高齢者施策の形が様々に変化してきた。これは、持続可能な福祉の実現に向けて財政的な側面をもちながら、なにより国民の要請による発展と捉えることができる。

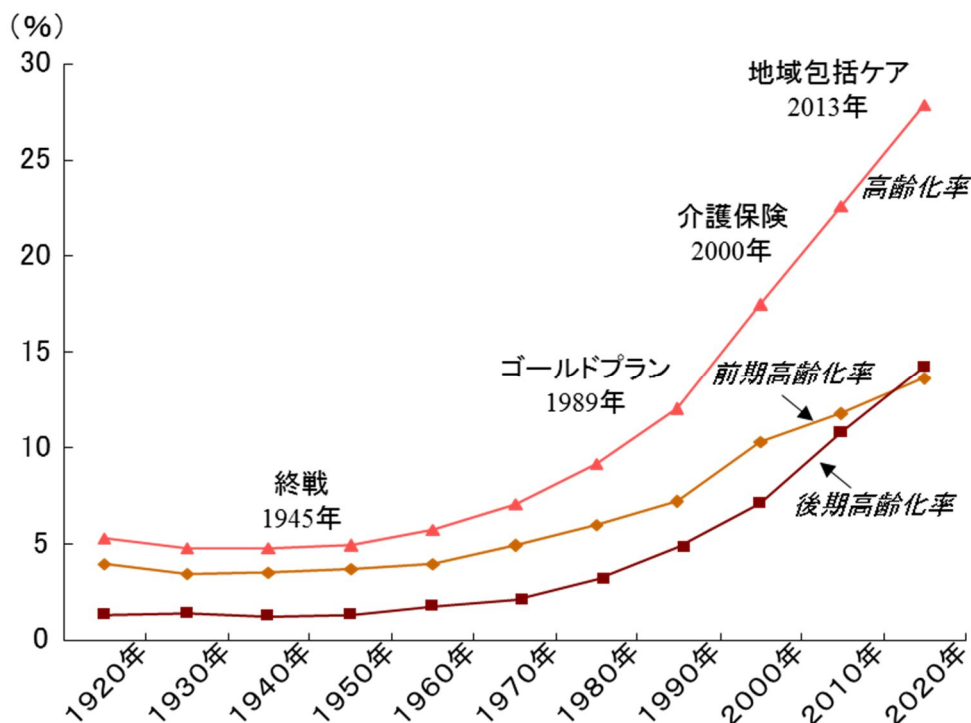
このような変遷の中で、実際に提供されるサービスはその施策を支えるものに、換言すれば国民の期待に応えるものになっているだろうか。この小論は、その点に焦点を当てて生活期のリハビリテーションを担う職(理学療法士・作業療法士)の卒前教育について考察を加えたものである。

A. 目的及びB. 方法

図は我が国の高齢化率の推移と高齢者ケア制度の変遷を示したものである。これに理学療法士国家試験の合格者数を当てはめると、ゴールドプラン開始年度 980 人、介護保険開始年度 3048 人、地域包括ケアシステム開始年度 9272 人と、高齢者ケア制度の進展にともなってリハビリテーションにかかる理学療法士の数も大きな幅で増加していることが分かる。

また、理学療法士が実施するサービスの質に目を向けると、介護保険開始時までは医療の範疇での理学療法、即ち身体機能の改善・維持に主眼が置かれていたことに対し、介護保険以降は身体機能への直接的な関りのみではなく、生活を支援することに広がっていることが、理学療法士の勤務する事業所の変化からも明らかである。

このような変化に大学での教育カリキュラムは対応できているか。この小論では、生活期のリハビリテーションにおいて理学療法士・作業療法士に求められる力を列挙した上で考察を加えたい。



C. 結果及びD. 考察

1) 生活期のリハビリテーションにかかる理学療法士・作業療法士に求められる力

生活期のリハビリテーションであっても、理学療法士・作業療法士である以上、解剖学、生理学、運動学に代表される専門基礎科目や、理学療法・作業療法学の専門科目が必須で重要であることは自明である。4年生大学におけるこれらの科目に目を向けると、科目内容、講義・演習・実習時間において、卒後、医療機関において一定の指導を得ながら理学療法・作業療法に当たるには足るものであると考えられる。

一方、「人」の「生活場面」で有効なサービスを実現するためには、専門科目に加えて次のような素養・能力が必須であろうと考えられる。

(1) 哲学的素養

「人」に関わるに当たって、当事者・家族の心情理解はもちろん、人によってそれぞれである価値観、死生観に関心を持ち、できることならそれらに寄り添いながら理学療法士・作業療法士としての専門性を発揮することが求められる。これらのことから生活期のリハビリテーションにおいては、基礎的な哲学的素養が求められる。

(2) マネジメント能力(情報収集力・情報分析力・情報伝達力)

「人」の「生活場面」で有効なリハビリテーションを実施するためには、当事者・家族といった人的環境や、家屋構造などの物的環境など多方面にわたり大量の情報が必要である。そのためには、当事者をはじめ様々な人や物から情報を得る情報収集力が求められる。

また、集めた情報を適切に分析する力、さらにはその結果を他のサービス提供者と共有し確かめる情報伝達力も求められる。

2) 生活期のリハビリテーション大学教育カリキュラムの現状と課題

前項で述べたような素養・能力を醸成するカリキュラムがどの程度用意されているかを、本学のカリキュラムから検証してみる。()内に示す数字はそれぞれの科目に配当されている単位数で、卒業に必要な単位数は124単位である。

(1) 哲学的素養を醸成する科目

- 理学療法学入門演習(必修1)
理学療法士の仕事を概観するもので、その中で、人に関わることの大切さを教授している。
- コミュニケーション論(必修1)
コミュニケーションの意義・方法を教授すると共に演習を行う科目で、人・コミュニケーションといったキーワードを含む。
- ターミナルケア論(選択1)
死生観に及ぶ講義内容で人に関する理解を深める。
- 地域リハビリテーション論(必修1) 地域リハビリテーション論演習(必修1)
実践的な地域リハビリテーションの内容・方法を教授する中で、人への理解、マネジメント能力の醸成を図っている。

(2) マネジメント能力(情報収集力・情報分析力・情報伝達力)を醸成する科目

- 医療福祉連携論(必修1) I P E (Inter Profession Education)
本学では栄養学部、薬学部、総合リハビリテーション学部の学生が専門性の枠を超えて協働するための演習を行っている。
- 地域リハビリテーション論(必修1) 地域リハビリテーション論演習(必修1)
実践的な地域リハビリテーションの内容・方法を教授する中で、人への理解、マネジメント能力の醸成を図っている(再掲)。

このように整理すると、生活期のリハビリテーションに必要な素養・能力に関連する科目の単位数が6単位であることが分かる。この単位数の多寡を軽々に論じることはできないが、科目内容、授業時間数からして十分とは言えないことは明らかで、卒後教育に期待されるところが大きい。

E. 結論

最後に、昨今の学生と教育手法に関する雑感を述べたい。

「一坪は何m²」という問いにほとんどの学生が答えられない。この現状を嘆いても仕方がない。知らなければ教える。また、学生世代には無用であっても「常識」として身に付けておかないとならないことが多々あること、そしてそれを自ら獲得することの重要性を繰り返し教え、必要があればその方法の具体例を示すことも必要だろう。

また、最近、アクティブラーニングの重要性が言われているが、教員が何も提供せず、単に学生に「考えろ」「話し合え」というのは教育の放棄だろう。教員は様々な課題を解決する自ら方法や思考過程を明確に言語化し例示する必要がある。その上で、学生にまずは模倣させ、段階を踏んで学生自身による思考、その言語化、そして討論へと導く必要がある。

先述したように、生活に関わるリハビリテーションに資する力を醸成するだけの講義時間が用意されているとは言い難い。それだけにそれに関わる教員の資質も問われるところである。

F．健康危険情報

なし

G．研究発表

なし

H．知的所有権の出願・登録状況

なし

厚生労働科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業)
「要介護高齢者の生活機能向上に資する効果的な生活期リハビリテーション/
リハビリテーションマネジメントのあり方に関する総合的研究」
平成 28 年度分担研究報告書

福井県における多職種事例検討の試み

研究協力者 小林 裕和(ふらむはあとリハビリねっと 理学療法士)
研究協力者 紅野 勉(池端病院 作業療法士)
研究協力者 北川 健吾(嶋田病院 言語聴覚士)
研究代表者 川越 雅弘(国立社会保障・人口問題研究所 部長)

【目的】

本研究の目的は、生活期におけるリハビリテーション(以下、リハ)を実施した事例を他職種で検討する福井県多職種検証会議を開き、生活期におけるリハ職の活動と参加を中心とした広い視点で議論するとともに、会議の内容からリハ職の課題を明らかにすることである。

【方法】

福井県において多職種による事例検討会を開催した。会の流れは、事例提供者からの事例紹介を踏まえ、専門職が各々でリハビリテーションマネジメントを進める上で必要な視点を付箋に記し、提出、これらを ICF モデルに沿って分類した。

【結果】

3 回、計 6 ケースの検証会議を行った。

【考察・結論】

各職種の専門性を理解したうえで、それぞれの強みを活かし、弱みをかばう連携が必要であるが、これを実行するためには、それぞれから出た意見を統合するコーディネーターの役割が重要であると考えられる。リハ職の課題としては、他職種間で互いが求めていることに乖離があるため、自らの専門性と他職種の専門性の強みと弱みに関心を持ち、理解しあうこと、対象者の個人因子や環境因子をもアセスメントし、課題を解決するためのプロセスを明らかにしたうえで多職種を巻き込みにながらそれぞれの強みを活かせるよう働きかけることの必要性が示唆された。端的に言えば、多職種連携と課題解決のためのマネジメント能力が課題であると言える。

A. 研究目的

本研究の目的は、生活期におけるリハビリテーション(以下、リハ)を実施した事例を他職種で検討する福井県多職種検証会議を開き、生活期におけるリハ職の活動と参加を中心とした広い視点で議論するとともに、会議の内容からリハ職の課題を明らかにすることである。

B. 方法

福井県において多職種による事例検討会を開催した。会の流れは、事例提供者からの事例紹介を踏まえ、専門職が各々でリハビリテーションマネジメントを進める上で必要な視点を付箋に記し、提出、これらを ICF モデルに沿って分類した。

C. 結果

- 第1回：平成28年10月25日

1 ケース目

- 1) 事例紹介：自動車運転の再開を希望する高齢者への対応 本人が望めば目標とすべきか？

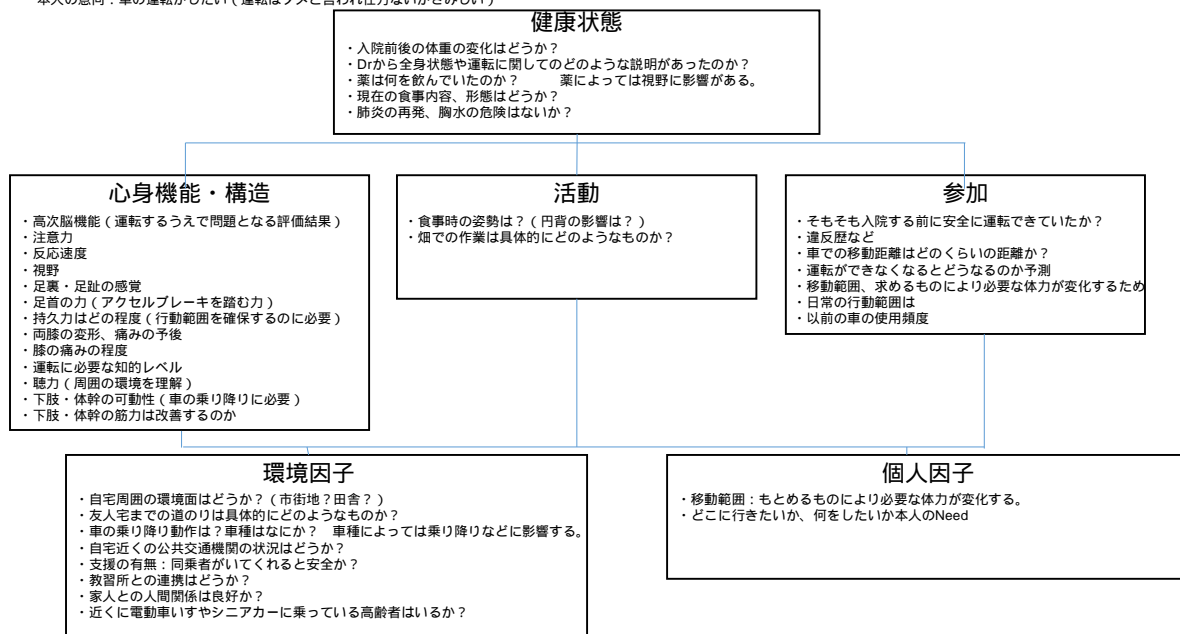
	項目	内容
1	基本情報	女性、90代前半、長男夫婦と3人家族(主介護者:長男の嫁)
2	生活歴 楽しみ	若いころは土木の仕事に従事、大型の重機の運転もしていた。入院前まで自動車を運転していた。買い物に行ったり、友人とでかけたり、畑に行くのが楽しみだった。家事は自分でしていた。
3	病歴	①誤嚥性肺炎②偽痛風③深部静脈血栓症④両変形性膝関節症⑤逆流性食道炎 ①～③で9/19～11/22入院
4	本人の思い	食事のことが一番心配。自動車の運転はダメと言われ仕方がないがさみしい。友達の家に行きたい、畑に行きたい。
	家族の思い	本人と相談しながら、本人が納得してもらえるようにすすめてほしい。自動車の運転はやめてほしい。
5	援助方針	家で、楽しみをもって充実した生活が安全に送ることができよう に支援する。他者との交流をもち、刺激を受けながら楽しい時間を 過ごす。下肢筋力を維持し、自力歩行が維持できるようにする。 自動車の運転については可能性が不明なので触れない。
6	長期目標 短期目標	(6ヶ月)押し車または杖の使用で屋外歩行自立。友人宅の訪問 (3ヶ月)押し車使用で連続500mの歩行。カートを使用して買物
7	課題の原因	身体機能低下(MMT:下肢3上肢4。キャスター付き4点歩行器 使用で連続10m程度の歩行距離)。注意力・反応速度の低下。

2) 観察すべきと考えた項目や質問内容及びその確認の意図

領域	意見	理由	職種
健康	入院前の運転状況は？	目標設定とその到達度の判定に必要な情報	OT
機能	認知機能	運転に必要な認知機能を備えているか	OT
機能	アクセルブレーキのふみ間違い（過去に）	運転に必要な認知機能を備えているか	OT
健康	食事姿勢（円背の状況）	健康状態の維持の可能性の判断	栄養士
健康	体重の変化	栄養状態、摂取状況の判断のため	栄養士
機能	膝の痛みや感覚が運転に及ぼす影響	運転に必要な身体機能を備えているか	Ns
機能	注意力、判断力の程度	運転に必要な認知機能や判断力を備えているか	社会福祉士
			OT
			CM
活動・参加	友人宅までの距離、どこまで行きたいか	運転に代わる代替手段の検討のため何をしたいか本人のNeed	社会福祉士
健康	内服状況	判断力等、運転への影響を及ぼす薬剤の服薬状況の確認	薬剤師
健康	視覚障害の副作用（逆流性食道炎の内服）	視力等、運転への影響を及ぼす薬剤の服薬状況の確認	薬剤師
健康	恐怖感（不安感）等の本人の訴え	運転に対する意識を確認するため	Dr
機能	視力	運転に必要な身体機能を備えているか	Dr、ST
活動・参加・環境・個人	運転することの目的どこに行きたいか	運転に代わる代替手段の検討のため、運転環境の把握のため	PT
環境	運転する車の種類	乗降や運転操作の確認のため	PT
健康	本人の感じる身体的な不都合	健康や生活を阻害する因子の確認ため	Dr
機能	高次脳機能（運転するうえで問題となる評価結果）	運転に必要な認知機能を備えているか	Dr
機能	注意力	運転に必要な認知機能を備えているか	Dr
機能	反応速度	運転に必要な認知機能を備えているか	Dr
機能	視野	運転に必要な身体機能を備えているか	Dr
機能	足裏・足趾の感覚	運転に必要な身体機能を備えているか	PT
機能	足首の力（アクセルブレーキを踏む力）	運転に必要な身体機能を備えているか	PT
機能	歩行持久力はどの程度（行動範囲を確保するのに必要）	予後予測と代替手段の検討	
機能	両膝の変形、痛みの予後	予後予測と代替手段の検討	
機能	膝の痛みの程度	運転に必要な身体機能を備えているか	
機能	下肢・体幹の可動性（車の乗り降りが必要）	運転に必要な身体機能を備えているか	PT
機能	運転に必要な知的レベル	運転に必要な認知機能を備えているか	
機能	聴力（周囲の環境を理解）	運転に必要な認知機能を備えているか	
機能	下肢・体幹の筋力は改善するのか	予後予測	
活動・参加	畑での作業は具体的にどのようなものか？	目標設定とその到達度の判定に必要な情報	OT
参加	そもそも入院する前に安全に運転できていたか？ 違反歴など	目標設定とその到達度の判定に必要な情報	
環境・活動・参加	車での移動距離はどのくらいの距離か？	目標設定とその到達度の判定に必要な情報	
健康・活動・参加	運転ができなくなるとどうなるのか予測	予後予測	
個人	移動範囲	目標設定（求めるものにより必要な体力が変化するため）	Dr
活動・参加	日常の行動範囲は	目標設定（求めるものにより必要な体力が変化するため）	
活動・参加・環境	以前の車の使用頻度	目標設定	
健康	Drから全身状態や運転に関してのどのような説明があったのか？	目標設定と予後予測を共有できているか	Ns
健康	肺炎の再発、脱水の危険はないか？	リスク管理	OT
環境	自宅近くの公共交通機関の状況はどうか？	運転に代わる代替手段の検討のため	
環境・機能	支援の有無：同乗者がいてくれると安全か？	運転に必要な認知機能を備えているか	
環境・機能	教習所との連携はどうか？	専門家のアセスメント	
個人・環境	家人との人間関係は良好か？	目標設定と予後予測を共有できているか	
環境	近くに電動車いすやシニアカーに乗っている高齢者はいるか？	運転に代わる代替手段の検討のため	OT

3) 観察項目を整理した ICF の図

自動車運転の再開を希望する高齢者への対応 本人が望めば目標とするべきか？
本人の意向：車の運転がしたい（運転はダメと言われ仕方ないがさみしい）



2 ケース目

1) 事例紹介：多職種で定年まで働きたい思いを支えている 1 症例～ALS の進行が早いケース～

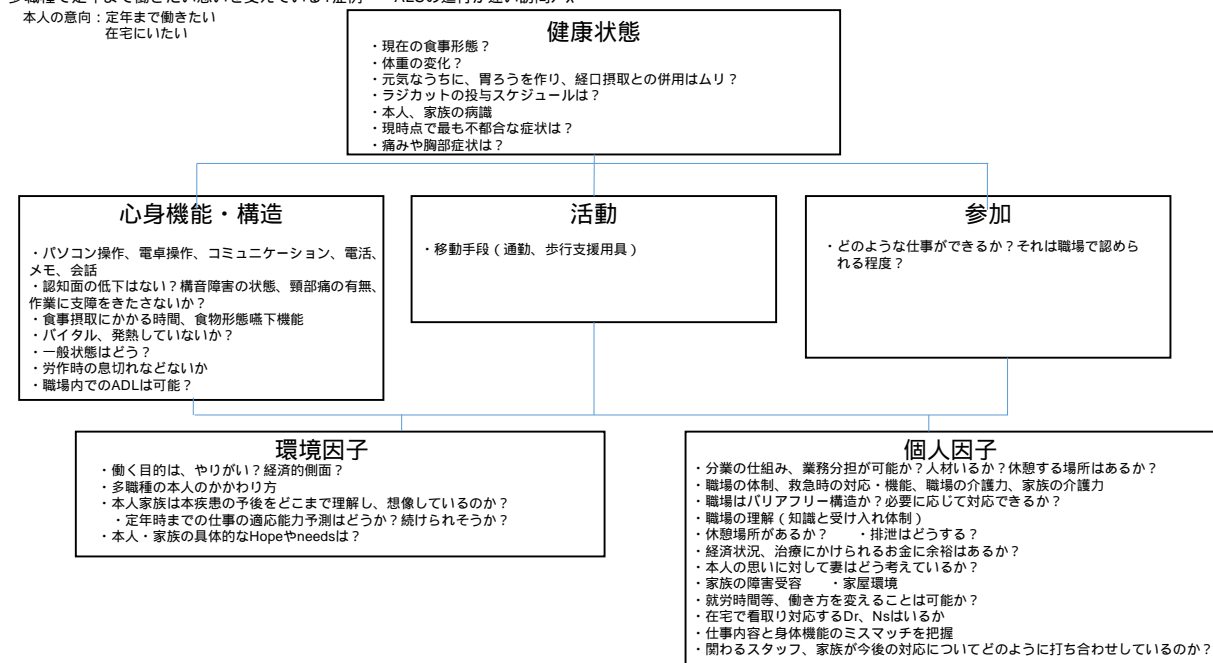
項目	内容
1 基本情報	男性、60歳、2人家族（主介護者：妻）
2 生活歴 楽しみ	県庁の公務員。施設の事務長を務める。 楽しみはドライブ、買い物、機械いじり、庭いじり、兔の世話。
3 病歴	H25.8: るれつが回りにくい為N病院受診。ALSの疑い診断。 H25.9～H26.6: K病院に転院。H26.7～H27.3 H病院転院し、F病院検査入院し、ALSと確定診断。H27.4: N病院へ転院。H27.6 N病院退院され、訪問看護での介護。
4 本人の思い 家族の思い	定年まで働きたい(平成28年3月末まで)。延命治療は受けない。 治して欲しい。危なくないように家で生活して欲しい。
5 援助方針	徐々に低下していく身体能力の評価を図りながら、生活負担、様々なリスクに対する負担軽減を図る。 特に移動手段の確保、食事摂取のリスク減。
6 長期目標 短期目標	(6カ月)事務長職の維持(人事管理や経費支払い事務業) (3カ月)歩行支援用具での歩行(職場でのトイレ動作の維持)
7 課題の原因	進行性難病による身体的機能低下、転倒リスク、呼吸機能低下、誤嚥性肺炎や窒息等のリスク

2) 観察すべきと考えた項目や質問内容及びその確認の意図

領域	意見	理由	職種
環境・活動・参加	受け入れ態勢、職場側の環境、配置変換	目標設定とその到達度の判定に必要な情報	PT, OT, ST
環境・活動・参加	通勤等職場復帰に向けた具体的な内容	目標設定とその到達度の判定に必要な情報	OT
環境・活動・参加	職場の支援がどのくらい得られるのか	目標設定とその到達度の判定に必要な情報	PT, OT
活動・参加・個人	本人がどのように働くのかをイメージできているか	目標設定とその到達度の判定に必要な情報	OT
機能・健康	嚥下障害の進行と胃漏との併用	栄養状態、摂取状況の判断のため	栄養士
環境・活動・参加・個人・機能	本人の思い、実際の能力、職場や同僚の受け入れ態勢	目標設定とその到達度の判定に必要な情報	社会福祉士, OT, ST
健康	ラジカット内服と仕事のスケジュールの兼ね合い	副作用の把握（胃腸障害、食欲の低下）と復職に及ぼす影響	薬剤師
環境	未認可治療に対応できる経済状態があるかどうか	機能維持、進行の遅延	薬剤師
環境・個人	本人の思いと家族の思い、意向のずれがある	目標設定と予後予測を共有できているか	CM
健康・機能	嚥下状態の予後	予後予測	CM
環境	関わる多職種の思い	目標設定と予後予測を共有できているか	CM
環境・個人	本人・家族の予後（病状経過）の理解度と、最終的な状況をどの程度イメージできているのか	目標設定と予後予測を共有できているか	Dr
環境	関係スタッフが最後にどの程度イメージできているのか、共有できているのか	目標設定と予後予測を共有できているか 状況に合わせたプランの変更ができていますか	Dr
健康・機能・個人	認知機能の低下の有無	判断力・認知機能を備えているか	ST
健康・機能	嚥下機能	復職に必要な身体機能を備えているか リスク管理	ST
個人	いつまで在宅にいたいのか	目標設定と予後予測を共有できているか 本人の思いと本人、家族、多職種の覚悟	ST
環境	多職種の役割分担	目標設定と予後予測を共有できているか 多職種の覚悟、意識、備え、準備	Dr
健康・機能・個人	どのように、どれくらいの期間で機能低下していくのか	目標設定と予後予測を共有できているか	Dr, ST
機能・活動・参加	パソコン操作、電卓操作、コミュニケーション、電活、メモ、会話	復職に必要な身体機能を備えているか コミュニケーション手段の確保	
機能・活動・参加	構音障害の状態、頸部痛の有無、作業に支障をきたさないか？	復職に必要な身体機能を備えているか	
健康・機能	食事摂取にかかる時間、食物形態嚥下機能	栄養状態、摂取状況の判断のため	
健康・機能	バイタル、発熱していないか？	誤嚥性肺炎の有無、リスク管理	
健康・機能	一般状態はどう？	進行状況の確認、リスク管理	
健康・機能	労作時の息切れなどないか	呼吸機能、進行状況の確認、リスク管理	
機能・活動・環境	職場内でのADLは可能？	復職に必要な身体機能を備えているか	OT
機能・活動・環境	移動手段(通勤、歩行支援用具)	復職に必要な身体機能を備えているか 代替手段があるかどうか	
活動・参加・環境	どのような仕事ができるか？それは職場で認められる程度？	目標設定とその到達度の判定に必要な情報	
健康	体重の変化？	栄養状態、進行状況、リスク管理	
機能・健康・個人	元気なうちに、胃ろうを作り、経口摂取との併用はムリ？	栄養状態、進行状況、リスク管理、目標設定	
健康・機能・個人	現時点で最も不都合な症状は？	栄養状態、進行状況、リスク管理、目標設定、適切なアセスメントができていますか	
健康・機能・個人	痛みや胸部症状は？	栄養状態、進行状況、リスク管理、目標設定、適切なアセスメントができていますか	
個人・環境	働く目的は、やりがい？経済的側面？	目標設定とその到達度の判定に必要な情報 本人の思い	
環境・個人・機能	定年時までの仕事の適応能力予測はどうか？続けられそうか？	予後予測	
個人・環境	本人・家族の具体的なHopeやneedsは？	目標設定とその到達度の判定に必要な情報 本人の思い	
環境・活動・参加・機能	分業の仕組み、業務分担が可能か？人材いるか？休憩する場所はあるか？	目標設定とその到達度の判定に必要な情報 受け入れ態勢の確認	
環境・活動・参加・機能	職場の体制、救急時の対応・機能、職場の介護力	目標設定とその到達度の判定に必要な情報 受け入れ態勢の確認	
環境	家族の介護力	家族の覚悟、おmoi	
環境・活動・参加・機能	職場はバリアフリー構造か？必要に応じて対応できるか？知識はあるか？	目標設定とその到達度の判定に必要な情報 受け入れ態勢の確認	
環境・活動・参加	就労時間等、働き方を変えることは可能か？	目標設定とその到達度の判定に必要な情報 受け入れ態勢の確認	
環境	在宅で看取り対応するDr, Nsはいるか	地域のサービス体制の有無、多職種の覚悟	
環境・機能	仕事内容と身体機能のミスマッチを把握	目標設定とその到達度の判定に必要な情報	
環境	家屋環境	目標設定とその到達度の判定に必要な情報	
個人	関わるスタッフ、家族が今後の対応についてどのように打ち合わせしているのか？	目標設定とその到達度の判定に必要な情報 受け入れ態勢の確認	

3) 観察項目を整理した ICF の図

多職種で定年まで働きたい思いを支えている1症例 ~ALSの進行が速い訪問ケース~



● 第2回：平成29年1月23日

1 ケース目

1) 事例紹介：家族と外に出かけたいが、家族の介助で車に乗るのが困難であった方への訪問事例

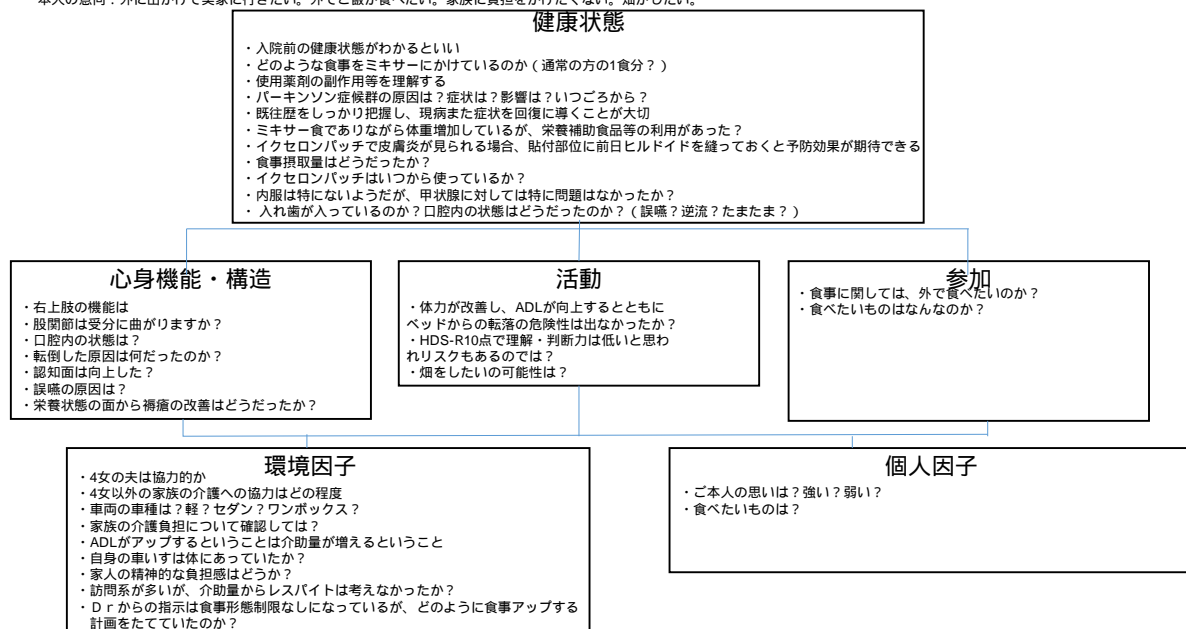
事例検討会 【基本情報】		
項目	内容	
1	基本情報	女性、80代前半、4人家族(主介護者:四女、四女夫妻、孫1人)
2	生活歴 楽しみ	週末は毎週のように、四女夫妻と温泉施設や県内外の観光地に車で出かけていた。 毎日のように畑を行っていた。
3	病歴	①右上腕骨頸部骨折②糖尿病③甲状腺機能低下症④パーキンソン症候群
4	本人の思い	外に出かけて実家に行きたい。外でご飯が食べたい。家族に負担をかけたくない。畑がしたい。
	家族の思い	外に連れて行ってあげたい。腕に負担のかかることはできない。
5	援助方針	ご家族の介助で車の乗り降りや車椅子を操作でき、車に乗って外出できるように支援する。
6	長期目標	(6ヶ月) 家族の介助で車に乗って出かけることができる
	短期目標	(3ヶ月) 家族の介助で車椅子への乗り移りができる
7	課題の原因	下肢筋力低下、体幹筋力低下、嚥下能力低下

2) 観察すべきと考えた項目や質問内容及びその確認の意図

領域	意見	理由	職種
健康	入院前の健康状態がわかるか		
健康	どのような食事をミキサーにかけているのか(通常の方の1食分?)	ミキサーがけすると、水分を補充するため分量が増えるため	管理栄養士
健康	使用薬剤の副作用等を理解する	原因究明し対応促進するため	看護師
健康	パーキンソン症候群の原因は? 症状は?	今回骨折した原因かもしれない。今後のリスク管理のためにも情報があると良い。予後予測も	OT
健康	既往歴をしっかりと把握し、現病また症状を回復に導くことが大切	的確な対応、実践のため	看護師
健康	ミキサー食でありながら体重増加しているが、栄養補助食品等の利用があったか?	普通にミキサー食で体重増加させるのは難しいため	管理栄養士
健康	イクセロンパッチで皮膚炎が見られる場合、貼付部位に前日ヒルドイドを縫っておくと予防効果が期待できる	アドバイス	薬剤師
機能	右上肢の機能は	外出するにあたり整容等自分でできると良い	PT
機能	股関節は十分に曲がりますか?	しっかりと座れるかのジャッジ	PT
機能	口腔内の状態は?	アプローチを考える 歯科との連携	ST
機能	誤嚥の原因は?	予後を考える、アプローチを考える	ST
機能	転倒した原因は何だったのか?	再発防止	看護師
機能	認知度は向上した?	動けるだけだと家族は大変	ST
活動	体力が改善し、ADLが向上するとともにベッドからの転落の危険性は出なかったか?	リスク把握のため	社会福祉士
活動	HDS-R10点で理解・判断力は低いと思われリスクもあるのでは?	リスク把握のため	社会福祉士
活動	畑をしたいの可能性は?	食べられないときの方向性の検討	ST
環境	4女の夫は協力的か	4女でなくともドライブでき、成功体験が早期に	PT
環境	4女以外の家族の介護への協力はどの程度	4女の介護負担軽減必要と思われるため	社会福祉士
環境	車両の車種は? 軽? セダン? ワンボックス?	移乗のやりやすさが変わるため	PT
環境	家族の介護負担について確認しては?	家族の思いにギャップがある。外に連れて行ってあげたいけど負担のかかることはできない。4女の言葉の奥にあるものを見ては	OM
環境	ADLがアップするということは介助量が増えるということ	家族の思いにギャップがある。外に連れて行ってあげたいけど負担のかかることはできない。5女の言葉の奥にあるものを見ては	OM
環境	自身の車いすは体にあっていたか?	あわないと車いすは逆に疲れる	PT
個人	ご本人の思いは? 強い? 弱い?	認知機能低下でどこまでモチベーとできるか	PT
個人	食べたいものは?	目標の立て方	ST
機能	認知機能面は?	単なる廃用であれば機能はアップすると思うが、精神面がどれくらい影響しているか確認したかった。	PT
機能	パーキンソンの影響はどうか?	今回骨折での廃用であるが、パーキンソン症候群の影響もなにかしらあるのではないかと思った。	OT
機能、健康	栄養状態の面から褥瘡の改善はどうだったか?	栄養状態の把握と褥瘡の関連を知るため	管理栄養士
健康	食事摂取量はどうだったか?	栄養状態の把握と褥瘡の関連を知るため	管理栄養士
健康	イクセロンパッチはいつから使っているか?	薬の影響でパーキンソン症候群が出現している可能性があるため。	Ns
健康	パーキンソン症候群もいつごろから? ?	いつからパーキンソン症候群が把握することで副作用の疑いも考えられる	Ns
環境	家人の精神的な負担感はどうか? 訪問系が多いが、介助量からレスパイトは考えなかったか?	寝るだけの生活の為、活動量がなく手がかからなかった。実際、介助は食事とおむつ交換。耐久性がないため、最少は通いのサービスは控えていた。その後、ショートステイなどを利用したが、振り返れば退院後すぐに小規模多機能やショートステイなどを入れておけばよかった。	社会福祉士
健康	Drからの指示は食事形態制限なしになっているが、どのように食事アップする計画をたてていたのか?		CM
健康	内服は特にないようだが、甲状腺に対しては特に問題はなかったか?	特になければいいが、既往歴や副作用の意識は必要かと思った。	薬剤師
個人、活動、参加	食事に関しては、外で食べたいのか? 食べたいものはなんなのか?	目標設定のために必要	ST
健康	・入れ歯が入っているのか? 口腔内の状態はどうだったのか? (誤嚥? 逆流? たまたま?)	口腔内が不良であったため、誤嚥性肺炎や食思が上がっていかなかったのでは? なんて誤嚥性肺炎になったのかを把握しておく必要はある。	ST

3) 観察項目を整理した ICF の図

家族と外に出かけたいが、家族の介助で車に乗るのが困難であった方への訪問事例
 本人の意向：外に出かけて実家に行きたい。外でご飯を食べたい。家族に負担をかけたくない、畑がしたい。



2 ケース目

1) 事例紹介：他職種と連携を図り、問題解決を目指した症例

事例検討会 【基本情報】

項目	内容
1 基本情報	男性、80代前半、7人家族(主介護者:妻、長男夫妻、孫3人)
2 生活歴 楽しみ	通所介護;月~土利用。訪問マッサージ:週2回(医療保険) 将棋や相撲、野球番組、カラオケが好き。
3 病歴	①脳梗塞(H10,入院あり)(H13,入院不明)(H17,3ヶ月程入院) ②パーキンソン症候群(H18) ③高血圧、虚血性心疾患 ④ペースメーカー埋め込み術(H23) ⑤心不全増悪(H27.5~6,入院) → 在宅看取りにて、訪看週6回・往診(適宜)
4 本人の思い	元気になって、以前通っていたデイサービスに行きたい。
4 家族の思い	食事の意欲が出てきたので、嚥下訓練をして欲しい。 デイサービスにも通ってほしい。
5 援助方針	嚥下訓練や家人指導を行い、安全に経口摂取が出来るよう支援する。またデイサービスに通えるよう、体力の向上を図る為、車椅子に離床して過ごす時間を増やす。
6 長期目標 短期目標	(3ヶ月)デイサービスに通うことができる。 食事が開始できる。 (1ヶ月)楽しみ程度に安全に経口摂取ができる。 家族と一緒に起きて過ごす時間がもてる。
7 課題の原因	嚥下障害、長期臥床による筋力・体力の低下

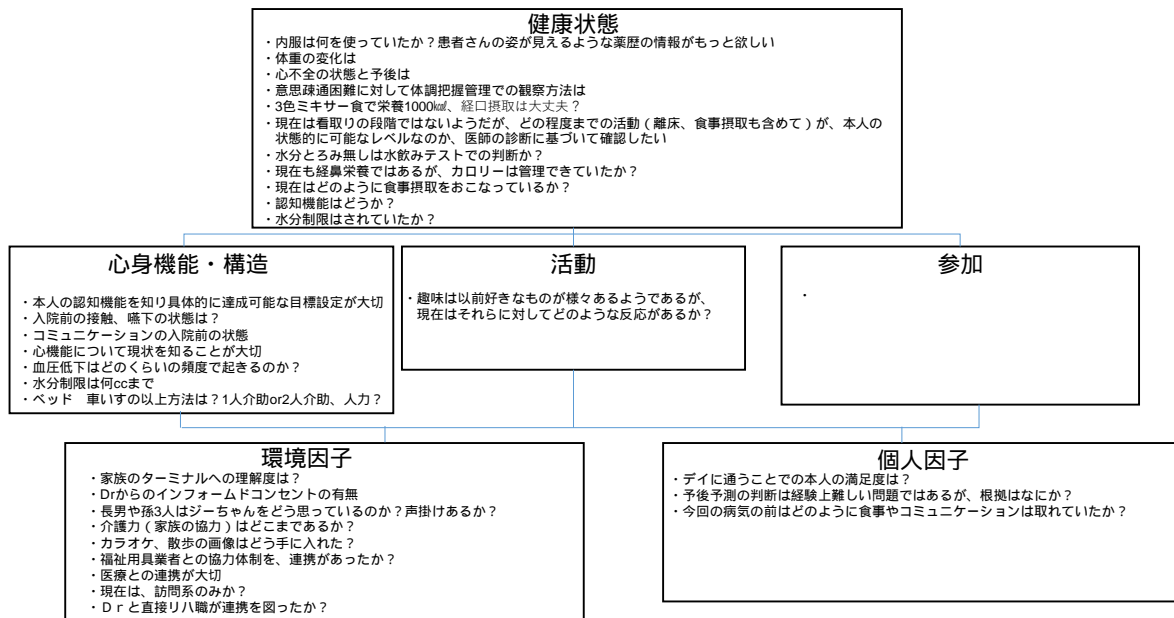
2) 観察すべきと考えた項目や質問内容及びその確認の意図

領域	意見	理由	職種
健康	患者さんの姿が見えるような菜歴の情報がもつと欲しい	薬剤情報で、患者像が明確に見えることもあるため	薬剤師
健康	体重の変化は	心不全にて体重管理重要であるため	管理栄養士
健康	心不全の状態と予後は	心不全が悪くならなければ、廃用でのアプローチで考えるが心不全の状態が悪くなるならリスク管理が重要になる、	ST
健康	意思疎通困難に対して体調把握管理での観察方法は		看護師
健康	3食ミキサー食で栄養1000kcal、経口摂取は大丈夫？	リスク管理の観点でチームへ管理栄養士入れた方が良いのでは	管理栄養士
健康	現在は着取りの段階ではないようだが、どの程度までの活動（離床、食事摂取も含めて）が、本人の状态的に可能なレベルなのか、医師の診断に基づいて確認したい	現状の把握	社会福祉士
機能	本人の認知機能を知り具体的に達成可能な目標設定が大切		ケアマネジャー
機能	入院前の摂食、嚥下の状態は？	予後を考える	ST
機能	コミュニケーションの入院前の状態	何が低下したのかを考え、予後やアプローチを考える	ST
環境	医療との連携が大切	直接活動、運動増は心負担につながる。訪問との連携のみでは不安なのでは	ケアマネジャー
機能	心機能について現状を知ることが大切	直接活動、運動増は心負担につながる。訪問との連携のみでは不安なのでは	ケアマネジャー
機能	血圧低下はどのくらいの頻度で起きるのか？	体調管理のため	社会福祉士
機能	水分制限は何ccまで	体調管理のため	管理栄養士
機能	ベッド⇄車いすの以上方法は？1人介助or2人介助、人力？	状態に合わせてリフト利用も望ましい。介護負担軽減のためにも	PT
環境	家族のターミナルへの理解度は？	家族の思いを踏まえた目標設定	OT
環境	Drからのインフォームドコンセントの有無	家族の思いを踏まえた目標設定	OT
環境	長男や孫3人はジーちゃんをどう思っているのか？声掛けあるか？	所属の欲求を満たす、大切な要素	PT
環境	介護力（家族の協力）はどこまであるか？	エアマット＝何もしなくていいとなると拘縮悪化につながる	PT
環境	カラオケ、散歩の画像はどう手に入れた？	関わる前の画像入手は志高いと。なかなかできない、素晴らしい	PT
環境	福祉用具業者との協力体制を	重症化に伴う介護負担を用具の活用で補う	PT
個人因子	デイに通うことでの本人の満足度は？	以前と同じように楽しみが持っているか、以前とは健康状態が異なる	OT
環境	福祉用具業者との連携はあったか	いかによい座位や姿勢で食事するためには、ポジショニングが大切と感じた。座位だけでなく	PT
環境	現在は、訪問系のみか？		OT
健康	水分とろみ無しは水飲みテストでの判断か？	健康状態の把握、リスクの把握	管理栄養士
健康	現在も経鼻栄養ではあるが、カロリーは管理できていたか？	健康状態の把握、リスクの把握	管理栄養士
健康	体重の増減はあったか？	健康状態の把握、リスクの把握	管理栄養士
健康	現在どのように食事摂取をおこなっているか？	健康状態の把握、リスクの把握	管理栄養士
機能	認知機能はどうか？		
環境	家族の協力は		
活動、参加	趣味は以前好きなものが様々あるようであるが、現在はそれらに対してどのような反応があるか？	目標設定	社会福祉士
環境	Drと直接リハ職が連携を図ったか？	一度着取りの判断がある中で、状態が変わるかもしれないのでリスク管理が必要と考えられ、食事摂取に関するもの同様のことが言えるため連携は必要かと思う。	CM
個人因子、機能	予後予測の判断は経験上難しい問題ではあるが、根拠はなにか？		Ns
健康	内服は何を使っていたか？		薬剤師
健康	水分制限はされていたか？		
健康、個人因子、活動	今回の病気の前はどのように食事やコミュニケーションは取れていたか？	水飲みテストではムセがないと判断しているが、以前はしっかりムセがあるためサイレントアスピレーション（ムセのない誤嚥）を疑うことも必要ではなかったか？心臓が悪く着取りにまでなったため、病状を考えると目標を以前のようにとするのは難しいのではないかと感じた。	ST

3) 観察項目を整理した ICF の図

他職種と連携を図り、問題解決を目指した症例

本人の意向：元気になって、以前通っていたデイサービスに行きたい。



● 第3回：平成29年2月3日

1 ケース目

1) 事例紹介：進行性核上性麻痺に罹患された利用者様に対するコミュニケーション活動増大に向けた取り組み

【基本情報】		
項目	内容	
1	基本情報	男性60代、独身・独居（遠方に姉がいるが疎遠）、生活保護受給
2	生活歴 楽しみ	病前より他者からの支援を拒んで生活していた。寒さの厳しい時期に体調不良で倒れても助けを呼べずにいることもあった。元タクシー運転手「有名人を乗せた!」。昔は釣りが好きだった。
3	病歴 入院歴 自立度	①進行性核上性麻痺②細菌性肺炎(H26.12)③高血圧(H19) ①(H26.12)A病院入院②リハビリ目的でB病院転院(H27.1~5) ・日常生活自立度:A2 ・認知症自立度:Ⅱa ・MMSE:27/30
4	本人の思い	ごはんが食べにくい。喋りにくい。海へ行ってポーっとしたい。
5	援助方針	まずは本人の想いをよく傾聴する。適切なコミュニケーション方法を提案し、他者との交流に前向きになれるよう支援する。経口摂取の限界点を可能な限り延長し食事の楽しみを維持する。
6	長期目標 短期目標	(6ヶ月)可能な限り自ら望む食事をとり続ける。 他者とのコミュニケーションが楽しめるようになる。 (3ヶ月)喋り方の工夫を会得し、喋りやすくなる。 口を動かす習慣をつけ、口が動かしやすくなる。
7	課題の原因	・心理的問題 ・発話、嚥下ともに能力が十分発揮できていない

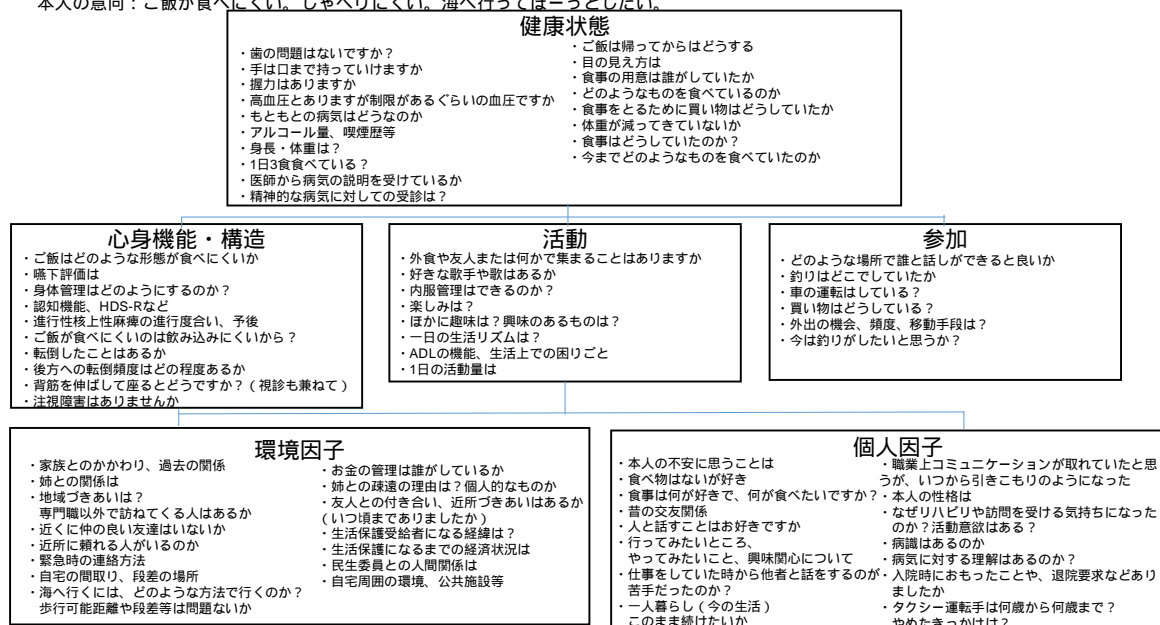
2) 観察すべきと考えた項目や質問内容及びその確認の意図

領域	意見	理由	職種
健康	歯の問題はないですか？	栄養摂取上重要であるから	管理栄養士
健康	手は口まで持っていけますか	食事能力を知るため	管理栄養士
健康	握力がありますか	食事能力を知るため	管理栄養士
健康	高血圧とありますが制限があるぐらいの血圧ですか	血圧が高くふらついたりしないか	管理栄養士
健康	もともとの病気はどうか		
健康	もともとの病気はどうか	健康状態の把握のため	医師
健康	アルコール量、喫煙歴等	健康状態の把握のため	医師
健康	身長・体重は？	栄養状態の把握のため	保健師
健康	1日3食食べている？	栄養状態の把握のため	保健師
健康	医師から病気の説明を受けているか	予後予測と本人の気持ちを知るため	OT
健康	精神的な病気に対する受診は？	治療は必要かの把握	社会福祉士
健康	ご飯は帰ってからはどうする	普通のご飯では窒息する	看護師
健康	目の見え方は	疾患の進行具合の把握	ST
健康	食事の用意は誰がしていたか	今までの栄養状態が知りたい（足りていたか）	ST
健康	どのようなものを食べているのか	満身に食べないのに形態があつてないのでは	管理栄養士
健康	食事をとるために買い物はどうしていたか	栄養状態の把握のため	医師
健康	体重が減ってきていないか	栄養状態の把握のため	医師
健康	食事はどうしていたのか？	栄養状態の把握のため	PT
健康	今までどのようなものを食べていたのか	栄養状態と嗜好を知るため	社会福祉士
環境	家族とのかかわり、過去の関係	今後相談等できるのか	社会福祉士
環境	姉との関係は	緊急時の対応、これからの生活相談、キーパーソンが必要	看護師
環境	地域づきあいは？専門職以外で訪ねてくる人はあるか	地域とのつながり、民生委員の関係	保健師
環境	近くに仲の良い友達はいないか	話相手を見つける、周囲との溶け込み	ST, PT
環境	近所に頼れる人がいるのか	支援する人がいるのかどうか	社会福祉士
環境	緊急時の連絡方法	電話はあるのか、支援する人はいるのか	看護師
環境	家のつくり、自宅の間取り、段差の場所、トイレ	転倒予防に必要	ST、看護師
環境	海へ行くには、どのような方法で行くのか？歩行可能距離や段差等は問題ないか	目標を明確化・具体化させるため	OT
環境	お金の管理は誰がしているか	経済状況を知るため	保健師
環境	姉との疎遠の理由は？個人的なものか	支援者や家族の状況を知る	医師
環境	友人との付き合い、近所づきあいはあるか（いつ頃までありましたか）	支援する人がいるのかどうか	PT
環境	生活保護受給者になる経緯は？	仕事をしていたので、何らかの社会的なかかわりはなかったのか？	医師
環境	生活保護になるまでの経済状況は	経済的な考え方を知る	社会福祉士

環境	民生委員との人間関係は	今後も支援者としてつながってもらえるか	社会福祉士
環境	自宅周囲の環境、公共施設等	外出等のきっかけづくりに必要	OT
心身機能	ご飯が食べにくいとあるが、どのような形態が食べにくいのか	嚥下状態の確認、どのような形態なら食べやすいか	OT
心身機能	嚥下評価は？	食事形態を明確に、誤嚥の危険	看護師
心身機能	身体管理はどのようにするのか？	リスクマネジメント	看護師
心身機能	認知機能、HDS-Rなど	今後のプランを考えるにあたり支援体制を考えるうえで必要	OT
心身機能	進行性核上性麻痺の進行度合い、予後	進行のスピードによっては社会参加、交流を行えるタイムリミットがあるため	OT
心身機能	ご飯が食べにくいのは飲み込みにくいから？	食事困難の要因として、姿勢が関連しているか	PT
心身機能	転倒したことはあるか	移動手段の検討	ST
心身機能	後方への転倒頻度はどの程度あるか	リスクマネジメント	PT
心身機能	背筋を伸ばして座るとどうですか？(視診も兼ねて)	座位のバランス、腰痛の原因となるか	PT
心身機能	注視障害はありませんか	魚釣り等の目標達成度合いを把握し調整するため	PT
活動	外食や友人または何かで集まることはありますか	お弁当があっても1人で食べるご飯に意欲が出ない、食べたいものわからない	管理栄養士
活動	好きな歌手や歌はあるか	発声練習に活用するため	ST
活動	内服管理はできるのか？	治療の継続ができるのか、服用できるか	看護師
活動	楽しみは？	こころを動かされることはあるか、何をしたいか、出来るようになりたいか、望む暮らしは、目標設定のため	保健師
活動	ほかに趣味は？興味のあるものは？	楽しめることに対して、目標を設定したいから	社会福祉士
活動	一日の生活リズムは？	一人暮らしでしっかりした生活リズム(食事)をとれているのか	OT
活動	一日の生活パターンは？	運動習慣の有無、趣味活動を知るため	PT
活動	ADLの機能、生活上での困りごと	課題の原因が生活面にもあるかもしれない	OT
活動	生活に困っているところは	不安や悩みを解消することで生活意欲が出る	社会福祉士
活動	1日の活動量は	移動(海など)できる体力はあるのか？	OT
参加	どのような場所で誰と話ができると良いか	目標設定のため	OT
参加	釣りはどこでしていたか	楽しみを発見し誘い出すため 目標達成のために	ST
参加	車の運転はしている？	海へ自分で行く手段あり？ 目標達成のため	PT
参加	買い物はどうしている？	移動手段、周囲の協力、生活状況、環境を知るため	PT
参加	外出の機会、頻度、移動手段は？	生活範囲を知るため	保健師
参加	今は釣りがしたいと思うか？	昔の趣味である釣りを利用し、他者とのコミュニケーションを図る	OT
個人因子	本人の不安に思うことは	本当は不安があり、一人暮らしが良いと思っているのか	看護師
個人因子	食べ物はなにが好き	食事＝目標の動機付け	PT
個人因子	食事は何が好きで、何が食べたいですか？	食べたい気持ちを大切に食べることで楽しみを増やしたい	薬剤師
個人因子	昔の交友関係	社会参加へのきっかけになる	OT
個人因子	人と話すことは好きですか	社会参加での思いを知るため	PT
個人因子	行ってみたいところ、やってみたいこと、興味関心について	外出や社会交流のきっかけにならないか	OT
個人因子	仕事をしていた時から他者と話すのが苦手だったのか？	病気による人格変化の影響はなかったか？	PT
個人因子	一人暮らし(今の生活)このまま続けたいか	本人の思いの確認、目標設定のため	OT
個人因子	タクシー運転手は何歳から何歳までしていたか？やめたきっかけは？	他者を拒む理由を知るため	保健師
個人因子	職業上コミュニケーションが取れていたと思うが、いつから引きこもりのようになったのか？	問題の原因を知るため	医師
個人因子	本人の性格は	本人へアプローチする際に気を付けるため	社会福祉士
個人因子	なぜリハビリや訪問を受ける気持ちになったのか？活動意欲はあるか？	やりたくないし、面倒なのにさせられた気になっていないか	管理栄養士
個人因子	病識はあるのか	今後の生活を続けられるか	看護師
個人因子	病期に対する理解はあるのか？	リハビリ意欲の度合いが知りたい	社会福祉士
個人因子	入院時におもったことや、退院要求などありましたか	今後の入院治療が必要になったときの支援方法	社会福祉士

3) 観察項目を整理した ICF の図

進行性核上性麻痺に罹患された利用者様に対するコミュニケーション活動増大に向けた取り組み
本人の意向：ご飯が食べにくい。しゃべりにくい。海へ行ってぼーっとしたい。



2 ケース目

1) 事例紹介：筋萎縮性側索硬化症を呈した利用者の外出支援の取り組み

事例検討会 【基本情報】

項目	内容
1 基本情報	男性、70代、妻と二人家族
2 生活歴 楽しみ	病前から家族や先祖を大切にする方で、元気な時には毎日仏壇に手を合わせたり、墓参りをしたりすることが日課であり楽しみの一つとなっていた。
3 病歴	①筋萎縮性側索硬化症②心不全③気管支炎
4 本人の思い	家で過ごしながらか、ときどき外へ散歩に行きたい。（文字盤利用）
4 家族の思い	本人の希望通り家で生活させてあげたいが、介護の面で不安が大きい。
5 援助方針	他職種と連携し坐位耐久性を向上させ、外出を想定した支援を行う。
6 長期目標 短期目標	(6ヶ月)他職種と連携し外出することができる (3ヶ月)家の中で車椅子で過ごす時間を作る
7 課題の原因	坐位耐久性の低下、一人介助では移乗困難、他職種との協働不足

2) 観察すべきと考えた項目や質問内容及びその確認の意図

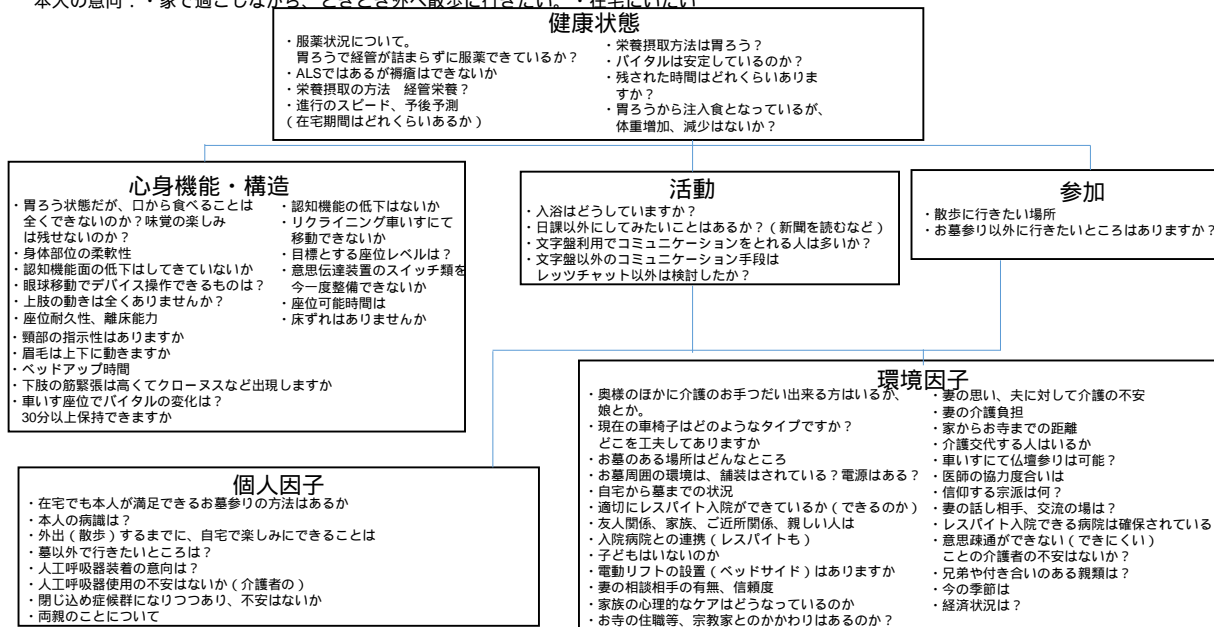
領域	意見	理由	職種
健康	服薬状況について。胃ろうで経管が詰まらずに服薬できているか？	薬の粉碎など薬剤師で手伝えることがあれば介護負担軽減につながるため	薬剤師
健康	ALSではあるが褥瘡はできないか		医師
健康	栄養摂取の方法 経管栄養？	誰が準備しているのか	管理栄養士
健康	進行のスピード、予後予測（在宅期間はどれくらいあるか）	終わりが見えると妻の負担軽減するかも	保健師
健康	栄養摂取方法は胃ろう？	栄養状態を知りたい	ST
健康	バイタルは安定しているのか？	活動につながられるのか	PT
健康	残された時間はどれくらいありますか？	在宅生活する際の心づもり	薬剤師
健康	胃ろうから注入食となっているが、体重増加、減少はないか？	栄養状態の確認	医師
個人因子	在宅でも本人が満足できるお墓参りの方法はあ るか	居室で仏壇や仏具を置いた環境でお経を唱 えることでも満足できるか？墓参りでなく ても満足できる方法はないか？	OT
個人因子	本人の病識は？	本人とのかかわりかかわりに関して情報を	主任CM
個人因子	外出（散歩）するまでに、自宅で楽しみに できることは	ご自分一人では生活が難しくストレスたま らないか？	管理栄養士
個人因子	墓以外で行きたいところは？	目標設定	PT
個人因子	人工呼吸器装着の意向は？	人生設計のため	ST
個人因子	人工呼吸器使用の不安はないか（介護者の）	家族の思い、介護負担度を知るため	医師
個人因子	閉じ込め症候群になりつつあり、不安はないか	本人の思い	医師
個人因子	両親のこことについて	両親の思いで、目標設定に	主任CM
活動	入浴はどうしていますか？	ADLの確認	PT
活動	日課以外にしてみたいことはあるか？（新聞を 読むなど）	細かいことでも楽しみとなることが達成で きると、長期ゴールにもつながりやすいか	OT
活動	文字盤利用でコミュニケーションをとれる 人は多いか？	コミュニケーションをとる人が多く必要。 介護負担軽減、文字盤利用は難しいので。	看護師
活動	文字盤以外のコミュニケーション手段はレッツ チャット以外は検討したか？	コミュニケーション手段の確立	ST
参加	散歩に行きたい場所	目標確認のため	PT
参加	お墓参り以外に行きたいところはありますか？	本人の希望をお聞きしてコミュニケーションをとる。 本人の生きる力を強めたい	薬剤師
心身機能	胃ろう状態だが、口から食べることは全くできない のか？	味覚の楽しみは残せないのか？	ST
心身機能	身体部位の柔軟性	過ごしやすい生活姿勢	PT
心身機能	認知機能面の低下はしてきていないか	運動の要因以外で、反応が遅くなっていな いか	ST
心身機能	眼球移動でデバイス操作コミュニケーションできる ものは？	生活のしやすさを高める方法の検討	PT
心身機能	上肢の動きは全くありませんか？	身体機能の把握	PT
心身機能	座位耐久性、離床能力	どの程度まで可能ならお墓に行けますか。リス クの把握、プランの模索のために	PT、OT
心身機能	床ずれはありませんか	身体機能の把握	PT
心身機能	頸部の指示性はありますか	身体機能の把握	PT

心身機能	眉毛は上下に動きますか	身体機能の把握	PT
心身機能	ベッドアップ時間	座位能力の確認	PT
心身機能	下肢の筋緊張は高くてクローヌスなど出現しますか	身体機能の把握	PT
心身機能	車いす座位でバイタルの変化は？30分以上保持できますか	身体機能の把握、座位能力の確認	PT
心身機能	認知機能の低下はないか	判断力の有無、程度を知るため	医師
心身機能	リクライニング車いすにて移動できないか	外出機会の確保	ST
心身機能	目標とする座位レベルは？	車いす座位が可能か	PT
心身機能	意思伝達装置のスイッチ類を今一度整備できないか	コミュニケーションの確保	ST
心身機能	福祉用具の活用はどうなっているか	移乗時の負担軽減（リフトの導入）	看護師
環境因子	奥様のほかに介護のお手つだい出来る方はいるか、娘とか。	奥様の介護不安を減らすため	薬剤師、管理栄養士
環境因子	現在の車椅子はどのようなタイプですか？どこを工夫してありますか	身体機能に合致しているか？	PT
環境因子	お墓のある場所はどこなところ、周囲の環境は、舗装はされている？電源はある？	移動可能か、段差の問題、移動手段、車いすで行ける？どのようなタイプの車いすで行ける？実現可能か？	医師、看護師、PT、薬剤師
環境因子	自宅から墓までの状況	今使っている車いすで移動可能かの判定、どのような手段でできそうか、代替手段の有無、介護タクシーの利用など	OT
環境因子	適切にレスパイト入院ができていないか（できるのか）	介護負担の軽減、今後の見通し	医師
環境因子	友人関係、家族、ご近所関係、親しい人は	外出に協力してくれる方は何人いるか。家族のみではマンパワーが足りない場合の対応。特に男性事例のため。支援者の確保	PT,OT、社会福祉士
環境因子	入院病院との連携（レスパイトも）	本人の体調管理と妻の負担軽減	社会福祉士、主任CM
環境因子	子どもはいないのか	心の支えとなる人を見つける	ST
環境因子	電動リフトの設置（ベッドサイド）はありますか	介護負担の軽減	PT
環境因子	妻の相談相手の有無、信頼度	介護者への支援	社会福祉士
環境因子	経済状況は？	本人の希望通りの方法の実現が現実的か	PT、社会福祉士
環境因子	家族の心理的なケアはどうなっているのか	介護者への支援	ST
環境因子	お寺の住職等、宗教家とのかかわりはあるのか？	本人・介護者への支援	ST
環境因子	妻の思い、夫に対する介護の不安	負担減の表出はできているか、介護疲れはないか	看護師、主任CM
環境因子	妻の介護負担	キーパーソンとなるため	OT
環境因子	家からお寺までの距離	目標の明確化	主任CM
環境因子	介護交代する人はいるか	手介護者の妻の負担が大きいため	看護師
環境因子	車いすにて仏壇参りは可能？	お墓参りの代替手段の確認	PT
環境因子	・医師の協力度合いは	2時間体制か？	主任CM
環境因子	信仰する宗派は何？	代替手段の有無の確認	ST
環境因子	妻の話し相手、交流の場は？	専門職以外で楽しく笑いあえる人はいるのか、介護家族交流事業等の紹介	保健師
環境因子	レスパイト入院できる病院は確保されているか	妻の緊急時の対応、介護負担の軽減	看護師
環境因子	意思疎通ができない（できにくい）ことの介護者の不安はないか？	介護者の不安の解消、思いを知る	医師、ST
環境因子	兄弟や付き合いのある親類は？	生きる意欲、心の準備	保健師
環境因子	今の季節は	外出するのに季節的に難しい時期もあるため。タイミング	OT

3) 観察項目を整理した ICF の図

筋萎縮性側索硬化症を呈した利用者の外出支援の取り組み

本人の意向：・家で過ごしながら、ときどき外へ散歩に行きたい。・在宅にいたい



D. 考察および E. 結論

まずケース検証する際に、疾患によって一般的に共通して想定できる特徴的な部分(共通性)と、各ケースの個別性(ケースの独自性)を整理する必要があると考える。そのうえで共通性において各職種の専門性により視点が異なること、個別性においてはその視点の違いが専門職によって多岐にわたるため、各職種間で一定水準以上の共通性の視点(基本情報から見える最低限抑えるべき部分)の共有を行うことが重要であると感じた。そのうえで、各専門職による個別性の視点からの意見抽出・整理を行う必要があると考えられる。また同じ疾患であっても、病状の変化を指標に改善モデル、悪化モデル、固定化モデル等の特徴的なモデルに分類でき、それについても各職種間での一定水準以上の共通性を共有することが必要であると考え。さらに、他職種の専門性や興味のある部分、強み、弱みと、自身の職種の専門性や興味のある部分、強み、弱みを把握した上で、お互いの強みを活かした連携を推進することが必要であると感じた。

自立支援に資するリハを進める上では、ICFの要素をバランスよくアセスメントする必要があるが、リハ専門職は疾病や障害などの医療的側面や身体機能や精神機能、ADLなどの心身機能に興味・関心が高いことが再確認できた。一方で、医学的観点からの健康管理や薬剤情報、本人・家族の思い、社会資源の活用、栄養状態、経済面、地域特性等の部分への興味・関心が低いと考える。また、目標設定に際しては、リハ職のアセスメントの結果から設定した到達目標の妥当性を踏まえて、本人や家族、ケアチーム間の合意形成を図ることの重要性を再度認識した。さらに、それぞれが置かれている環境(医療機関、在宅、通所施設等)によって同職種でも視点が異なることを学んだ。加えて、多職種が参加する会議においては、各自から出た意見を実際の支援プランにどう反映していくのか、目標に沿って優先順位をつけて整理し、実行に移すための具体的な方策を導き出す、コーディネーターの役割を担う存在が重要であった。

以上のことより、各職種の専門性を理解したうえで、それぞれの強みを活かし、弱みをかばう連携が必要であるが、これを実行するためには、それぞれから出た意見を統合するコーディネーターの役割が重要であると考えられる。

以下に当会議を経験し感じたリハ専門職の課題を挙げる。

我々リハ専門職がしたいと思っていることや出来ることと、対象者(ケアマネや事業所、他職種)が望んでいることに乖離があるのではないかと。また、それを理解することが不十分であり、理解したうえでどのように対処してかが課題と考えられる。

サービス担当者会議やリハ報告書(情報提供)などにおいて、リハ職が伝えたいことと、相手が聞きたいこと(欲しい情報)の間で乖離がある。

リハ専門職として最低限押さえておく必要があるアセスメント項目や疾患に対する基本的な知識、考え方やアプローチが意外と押さえられていないことがある。

リハビリテーションのPDCAサイクルの各フェーズにおける思考過程の整理、強化、発信それぞれに課題があり、これを解消するために、まず「課題」を把握すること、その後、改善するためのトレーニングを行う必要がある。

他職種の職能特性や地域資源等を理解したうえでの連携する姿勢、スキルなどが不足しているのではないかと。

社会保障制度の変遷と今後の動向予測、またそれらが意味するところに対する理解が不十分である。(職人氣質、社会性の欠如)

各職種の専門性と分業すること、リハ専門職として、協働してフォローしなくてはならない領域のバランスが難しい。

独りよがりにならず、多職種を巻き込んでアプローチしていくことの難しさを感じた。

地域包括ケアに関する意識改革、行動変容が求められ、たとえ急性期、回復期等の医療機関でも地域生活移行支援に対する研修・研鑽の機会が必要ではないか。

対象者の個人因子のアセスメント、対象者の思いや本人の関心領域の捉え方、聴き取り技術などリハ開始時のインテークやリハサービスを提供しながら、並行して環境因子や個人因子の情報収集力も必要ではないか。

PT・OT・ST とともに、得意分野は当然であるが、苦手としている分野に課題が潜在している場合の対処方法として、どのようにしたら解決へ導くことができるか？例えば見えていないこと（苦手分野）に気づくための仕掛けが必要。

地域系などいままで必要とされていると思われた分野のみではなく病院事例でも多職種連携の必要性や重要性がクローズアップされた。

医学的情報、看護との連携について、疾患の特性を十分に理解することの重要性（疾病の予後、予測など）の認識が不足しており、カンファレンスや主治医とのコンタクトが出来ていない印象をもった。特にリスク管理という面では、常に医療との連携が求められる。

薬剤情報について、内服に関する情報収集が足りないだけでなく、その重要性に対する認識も低い。対象者に処方されている薬剤情報だけでなく、その効果、副作用などの特性を理解してリハに従事する必要がある。また心身機能と健康状態、活動に薬剤がどのように影響しているか、関心を持つ必要がある。

栄養について健康状態と心身機能、活動に直接かかわる基礎的な領域であるが、職場内に管理栄養士等が配置されていない職場環境であると、連携体制が築きにくいと感じている。

環境因子に対して、職場復帰の事例では、リハ職やケアチームが働きかける対象として、「職場」や「家族」との連携が欠かせないが、誰が、どのようにマネジメントするのかを明確にする必要がある。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的所有権の出願・登録状況

なし

厚生労働科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業)
「要介護高齢者の生活機能向上に資する効果的な生活期リハビリテーション/
リハビリテーションマネジメントのあり方に関する総合的研究」
平成 28 年度分担研究報告書

大分県における多職種事例検討の試み

研究協力者 日隈武治(大分県理学療法士協会・作業療法協会・言語聴覚士協会
合同研究会、作業療法士)

【目的】

本研究の目的は、生活期におけるリハビリテーション(以下、リハ)を実施した事例を他職種で検討する事例検討会を開き、生活期におけるリハ職の活動と参加を中心とした広い視点で議論するとともに、各職種の特徴を ICF 別に明らかにすることである。

【方法】

大分県において多職種による事例検討会を開催した。会の流れは、事例提供者からの事例紹介を踏まえ、専門職が各々でマネジメントを進める上で必要な視点を付箋に記し、これらを ICF モデルに沿って分類した。

【結果】

- 1) 1 ケースを会議にて検証した
- 2) 各因子の傾向は「健康」に係る項目数は 23 項目(35.4%)となり最多となった。次いで「環境因子」に係る項目が多く 18 項目(27.7%)、「活動」と「参加」は各 4 項目であった。
- 3) 職種別では医師と管理栄養士は「健康」項目が多く、医師 6 項目(26.1%)、管理栄養士 5(21.7%)となった。
- 4) 「機能・構造」は歯科衛生士が 6 項目(60%)、「環境」は言語聴覚士と福祉用具相談員が共に 4 項目(22.2%)、「個人因子」は作業療法士が 4 項目(57.1%)をしめた。

【考察・結論】

リハ計画の作成にあたっては、「健康状態」や「機能・構造」に着目し予後予測から見定めるリハ計画と、「個人因子」といった対象者の将来の生活像を目標に考えるリハ計画の両面性が大切であり、多職種で協働することによりこれが可能になると考える。

A. 研究目的

本研究の目的は、生活期におけるリハビリテーション（以下、リハ）を実施した事例を他職種で検討する事例検討会を開き、生活期におけるリハ職の活動と参加を中心とした広い視点で議論するとともに、各職種の特徴を ICF 別に明らかにすることである。

B. 方法

大分県において多職種による事例検討会を開催した。会の流れは、事例提供者からの事例紹介を踏まえ、専門職が各々でマネジメントを進める上で必要な視点を付箋に記し、これらを ICF モデルに沿って分類した。

C. 結果

- 1) 日時：平成 28 年 11 月 16 日（水）19：00～21：00
- 2) 参加職種：理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、医師、歯科医師、看護師、栄養士、介護支援専門員、福祉用具相談員
- 3) 事例：1 事例「HOT 中止により活動範囲が拡大した事例」

項目	内容
基本情報	男性、78 歳、二人家族（主介護者：妻）
（性格等）	認知症はあるが自分の意見はしっかり持っている。 冗談を言うのが好きで、話をはぐらかすのが上手い
生活歴 楽しみ	ADL はすべて自立。1 年前までは家事を手伝っていたが、最近では手伝わず 1 日の大半を居間のソファに座って過ごす。
病歴	H13 年に COPD の診断を受け H18 年に HOT 導入となった。 HOT は就寝時のみ使用
本人の思い	「酸素は使いたくない」「他人に具合が悪いと思われるのが嫌」 「動かなければきつくない」
家族の思い	以前のように家事を手伝ってほしい
援助方針	ゴミ捨て、買い物の手伝いを行う
長期目標	1 日：活動時の低酸素状態を理解し HOT を利用して生活できる
短期目標	1 年：ゴミ捨てや風呂掃除などが行える
課題の原因	COPD による息切れ、低酸素状態 低活動による廃用 息切れの助長 HOT の操作困難、実際には殆ど使用していない

4) 観察すべきと考えた項目や質問内容及びその確認の意図

職種	領域	項目	意図
医師	健康	栄養摂取の状態	BMI18.4と低値であり栄養障害が疑われる。COPDの予後改善活動量の確保にも適切な栄養管理が必要であるため。
医師	健康	認知症の程度	ADと診断されているが、その進行状態がケアプランの作成に重要であるため。
医師	健康	精神状態	うつ状態やBPSDの有無がADLに関連するため。
医師	健康	ドクターのHOT中止指示の真意、再開の時期	簡単に中止できるのであればHOTを開始すること自体がおかしい(必要のない医療では?)何か別の要因(例えばこれ以上薬の効果が期待できない等)があるのか?
医師	健康	合併症の程度(特に心不全、脳血管疾患等)	低酸素状態は呼吸苦だけの問題ではない。当然、認知症は悪化するし、心不全、脳血管障害のリスクが高まる可能性があるため。
医師	健康	禁煙の状態	禁煙が行われているか否かで目標と問題点は大きく異なるため。
医師	機能	疾患に対する理解の程度	HOTを中止することで上記の合併症の出現を含めたリスクを本当に理解できているのかが大切であるため。
医師	環境	他に介入できる家人は	妻の言うことは聞かなくとも子どもの言うことなら傾聴する可能性もあるため。
医師	環境	近所との人間関係	ADが進行すれば近所との人間関係がますます重要となってくる。現状は希薄と考えられるため、早めの構築が必要。
栄養	健康	毎日の食事をおいしいと感じているか	家庭内での環境、癒やされる時間となっているか
栄養	健康	ドクターによる食事での注意事項が出ているか	薬や治療など、細かく言われて何をしたら良いのかわからない場合がある
栄養	健康	食事摂取量	提供している食事(水分も含む)が実際どのくらい摂取できているか 主治医から注意事項があり、それを気にしすぎて摂取量が減ることもある
栄養	健康	普段の食事内容	どのような食事の形態か、必要なエネルギー等が摂れている内容か
栄養	健康	体重変化	疾病もあるが、現在食べている食事に過不足があるかは体重の変化に出てくる。
栄養	機能	食事中の姿勢	姿勢の保持ができていのかどうか 前傾姿勢になると嚥下しにくい、食べにくいがある テーブルの高さが食事内容が見えるようになっているか
栄養	機能	食事摂取中の息切れ等	食べにくさがあるかどうか
歯科	健康	栄養の状態	歯の欠損や嚥下障害があればとうまく嚥下できないや飲み込みが悪いなどで、栄養の摂取量に影響する。そのため栄養状態を聞いてみて歯や嚥下に関与があるかを聞く。
歯科	健康	歯科受診	肺炎リスクの軽減ができていのかどうか 定期的な歯科受診があれば、口腔衛生状態が整っているか否かの判断がつき、肺炎に罹患するリスクが高いかどうかの判断が出来る。
歯科	機能	嚥下状況	嚥下状況を把握したい 嚥下能力が高ければ、スタミナがあると判断出来るしまた、肺炎のリスクが判断できるから
歯科	機能	口腔乾燥があるかどうか	多分あるはず 高齢者はドライマウスになりやすいし、服薬の副作用でドライマウスになることが多い。そのため、嚥下障害、栄養障害を招きやすいので、聞くようにしている
歯科	機能	口腔機能(歯の確認)	歯の欠損や嚥下障害があればとうまく嚥下できないや飲み込みが悪いなどで、栄養の摂取量に影響する。そのため栄養状態を聞いてみて歯や嚥下に関与があるかを聞く。

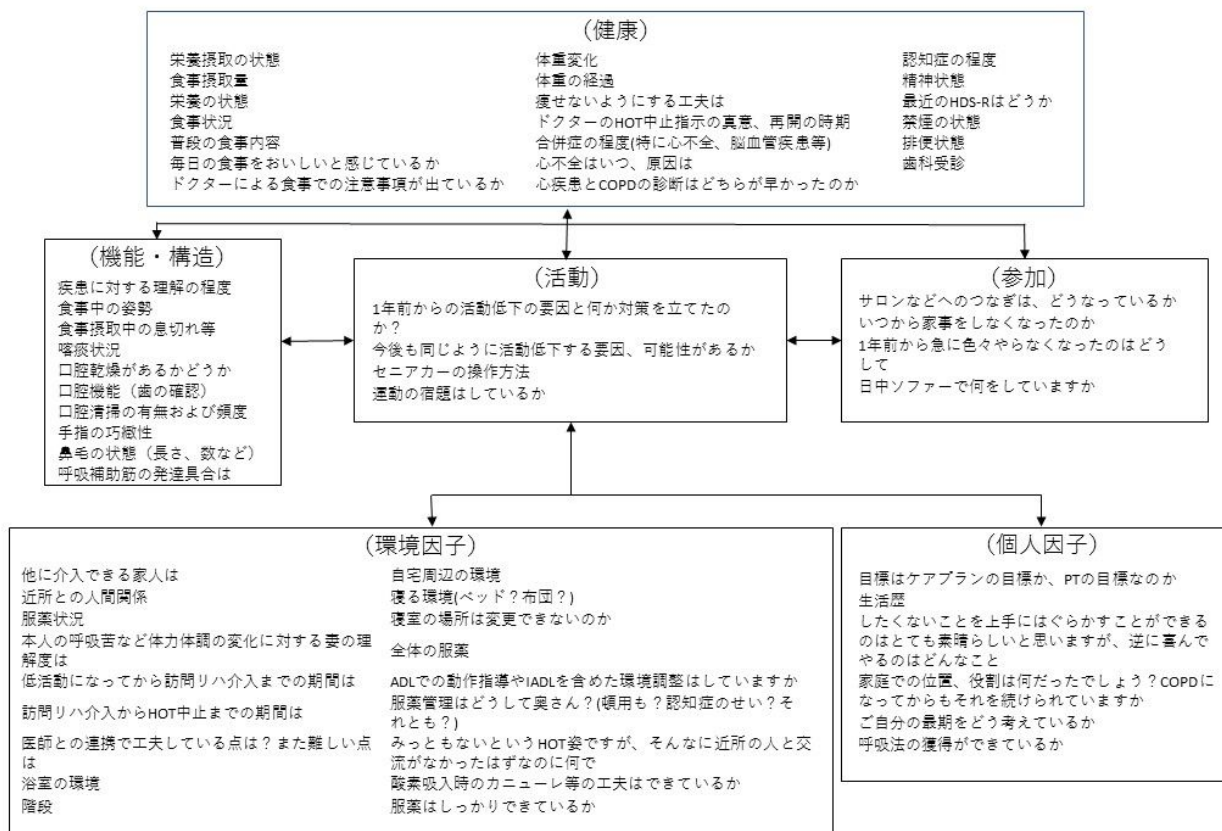
歯科	機能	口腔清掃の有無および頻度	生活習慣を聞いていくとその方の健康感が理解できる。また、今後、指導介入する際に行動変容に繋げるかどうか。
歯科	機能	手指の巧緻性	手指の巧緻性が低下する疾患では、歯磨きをする際磨き残しが多くなりブラークコントロールが出来なくなる。そのため、口腔内の不衛生が呼吸器疾患等の悪化を助長させたり、気道感染の原因にもなり、免疫も落とすやすくなるため
歯科	機能	鼻毛の状態（長さ、数など）	呼吸の安楽さを確認したい。鼻呼吸か口呼吸か呼吸のタイミングが狂いやすくなり誤嚥もしやすくなる。口腔ケアは鼻のケアも実施することが多い
歯科	環境	服薬状況	ドライマウスを助長させているかどうか
言語	健康	食事状況	呼吸器疾患の方は、水分でのムセなどがあり、嚥出力の低下から誤嚥性肺炎（時には、ムセなし）をきたすことがあるので評価として。
言語	健康	体重の経過	呼吸器疾患の方は、水分でのムセなどがあり、嚥出力の低下や疲労などからの摂取量の低下をきたすことがあるので評価として。
言語	健康	認知症の程度	利用者の認知機能の確認から今後についての予測
言語	活動	1年前からの活動低下の要因と何か対策を立てたのか？今後も同じように活動低下する要因、可能性があるか	課題のポイントがそこにありそうだったから。
言語	環境	本人の呼吸苦など体力体調の変化に対する妻の理解度は	家族の理解度や協力度により影響の確認。今gの予後予測の指標となる要因として。
言語	環境	低活動になってから訪問リハ介入までの期間は	リハビリサービスなど適切なサービスがすぐに対応できないのであればその要因が何かを知ることで今後の対策を立てられると思ったから。
言語	環境	訪問リハ介入からHOT中止までの期間は	比較的早期に中止になっているので、中止にできた要因として訪問リハが最大の要因なのか。他の要因もあったのであれば、今後のかかわりのポイントや悪化時の対応・予防方法の検討になるので。
言語	環境	医師との連携で工夫している点は？また難しい点は	医師との連携は課題として挙げられることが多く、今回の成功事例でのポイントを他の事例に広げられるとよいと思ったから。
福祉用具	活動	セニアカーの操作方法	アルツハイマーの診断があるが、操作方法の確認が必要なのは
福祉用具	環境	浴室の環境	動作を行うための道具等はあるのか。少しでも負荷を減らすために導入できたのでは
福祉用具	環境	階段	昇降後の休憩場所はどこで休憩をしているか
福祉用具	環境	自宅周辺の環境	ゴミ捨て場までの動線や車道、歩道によってリスク管理が必要になる
福祉用具	環境	寝る環境(ベッド？布団？)	起居動作時の負荷が変わるのでは
福祉用具	環境	寝る場所は変更できないのか	2階に寝室があるため1日に何度も階段昇降が必要になってしまう
理学	健康	寝せないようにする工夫は	呼吸器疾患は寝せやすいし太りにくい
理学	健康	心不全はいつ、原因は	呼吸器ひばられた心不全なのか心房細動の心不全
理学	健康	認知機能（MMSE）はどの程度か	シムビコートの利用が認知症のため限度を超えるようなことがないように工夫しているか？
理学	活動	運動の宿題はしているか	チェック表の有無、使用程度
理学	参加	サロンなどへのつなぎは、どうなっているか	訪問をやめる→自立
理学	環境	全体の服薬	心不全、COPDの程度
ケアマネ	参加	いつから家事をしなくなったのか	いつから家事をしなくなったのか
ケアマネ	個人	目標はケアプランの目標か、PTの目標なのか	目標はケアプランの目標か、PTの目標なのか
ケアマネ	個人	生活歴	生活歴

作業	健康	心疾患とCOPDの診断はどちらが早かったのか	「何もしない。したくない」が、HOT中止でいろいろやるようになってから考えると、この方の1年前からの活動低下は不健康感の増加による抑うつ反応か？であれば対応法が違う。
作業	健康	認知症はどの程度か	ご自身の状態や動作時の息切れをどう考えているのかが知りたいからです。それを考える能力は残っていますか？また、この方のことを奥さんがどう認識しているかは認知症の程度に左右されるからです。
作業	健康	もっとやりたいことが出てきますが、最近のHDS-Rはどうか	病感減少が活動性を上げているからです。また、刺激や活動が増えたことで、精神的賦活が図られているかを知りたいです。
作業	参加	1年前から急に色々やらなくなったのはどうして	急に行動が変わるといのは何かがあったと言うことです。特に気になります。
作業	参加	日中ソファーで何をしていますか	この方と同じ生活を私がするとしたらかなり苦痛です。よほど無気力だったら病感が強いなら別ですが
作業	環境	ADLでの動作指導やIADLを含めた環境調整はしていますか	活動中の息切れを少なくしてできる感アップとリスク管理をしたいからです
作業	環境	服薬管理はどうして奥さん？(頓用も？認知症のせい？それとも？)	とりあえず買い物について行くというのが気になります。いわゆるかまってほしいご主人なのかな？だとしたら対応法が違うからです。
作業	環境	みっともないというHOT姿ですが、そんなに近所の人と交流がなかったはずなのに何で	この方の価値観なのか、実は奥さんの影響なのか、どうしてそこを理由にするのか
作業	個人	生活歴、職歴は	新たにやりたいことを見つけるきっかけ作りのためです。また価値観と死生観を知るためです。
作業	個人	したくないことを上手にはぐらかすことができるのはとても素晴らしいと思いますが、逆に喜んでやるのはどんなこと	生活や人生を生きる上で何を大切に思っているかを知ること、病気との向き合い方がわかります。
作業	個人	家庭での位置、役割は何だったでしょう？COPDになってからもそれを続けられていますか	生きる意味や生きがいを持っているかどうかは健康管理の指導で重要だからです
作業	個人	ご自分の最期をどう考えているか	かなり苦しい疾患を経験するとそれなりの覚悟を持つことが多いです。ならば、HOTの拒否や自分なりの考えを場合によっては尊重する必要があると思うからです。
看護	健康	排便状態はどうなっていますか	便秘傾向であると思うが、便秘にならないようなコントロールが必要（便秘→抑うつ→活動低下）
看護	個人	呼吸法の獲得ができていますか	労作時の深呼吸でSpO2上昇見られると思うので
看護	機能	呼吸補助筋の発達具合は	肺呼吸がどの程度？肺活量
看護	環境	酸素吸入時のカニューレ等の工夫はできているか	酸素チューブをかくすことで酸素吸入ができるのでは
看護	環境	服薬はしっかりできているか	薬剤コントロールで何とかかなりそうな部分もあるかも

5) ICF に沿った観察項目の分類結果

全因子の項目数は 65 項目、1 職種あたり平均 7.3 項目(最大 12 項目、最少 4 項目)となった。また、各因子の傾向は「健康」に係る項目数は 23 項目(35.4%)となり最多となった。次いで「環境因子」に係る項目が多く 18 項目(27.7%)、「活動」と「参加」は各 4 項目であった。

職種別では医師と管理栄養士は「健康」項目が多く、医師 6 項目(26.1%)、管理栄養士 5(21.7%)となった。「機能・構造」は歯科衛生士が 6 項目(60%)、「環境」は言語聴覚士と福祉用具相談員が共に 4 項目(22.2%)、「個人因子」は作業療法士が 4 項目(57.1%)をしめた。



観察項目を整理した ICF 図

D. 考察および E. 結論

今回の大分県多職種検証会議は、医療職・医療技術職が多く参加した。本事例は健康面が生活機能に与える影響が強く、栄養状態や口腔機能、排泄状態、心肺機能、認知機能に関する情報が欠かせず、「健康」への視点が必要であったと考える。

次に、「環境因子」は多くの参加者が着目していた。その中で福祉用具相談員は家屋構造に着目していたが、その他の専門職は介護力やサービスに視点を置いていた。環境が生活機能に強く影響するが、中でも日常の人との関わりが生活に与える影響は強く、主介護者や頻繁に接する者の“関わり方”の情報は不可欠であると考ええる。

「個人因子」は作業療法士が特に関心が高く、“そのひとらしさ”や参加・活動の具体性は個人因子が強く影響を与えることから、そこへの着目は重要であると考ええる。介護支援専門員が着目した項目数は少なかったが、生活の変化に着目しその理由を求めていた。生活の過程の中で生じる変化に視点を置き、その原因を把握することは大切である。

「活動」や「参加」に関する項目は少なかった。今後の変化は「健康」や「環境」「個人因子」が与えることで「活動」「参加」が変化することから納得ができる結果であった。

最後に、リハ計画の作成にあたっては、「健康状態」や「機能・構造」に着目し予後予測から見込めるリハ計画と、「個人因子」といった対象者の将来の生活像を目標に考えるリハ計画の両面性が大切であり、多職種で協働することによりこれが可能になると考える。基底還元論的な視点と目標指向的な視点を統合してマネジメントすることが大切であると考ええる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的所有権の出願・登録状況

なし

研究成果の刊行に関する一覧表レイアウト

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
川越雅弘	生活期リハビリテーションの見直しの方向性とその意味	先見創意の会	医療百論2016	東京法規出版	東京	2016	35-44
川越雅弘	要介護高齢者の動向とケア提供上の諸課題～退院支援に焦点を当てて～	光山正雄	高齢者感染症・超高齢社会の課題と特徴	医療ジャーナル	東京	2016	19-27

雑誌

発表者	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
川越雅弘	マネジメントとは	作業療法ジャーナル	50(8)	760-765	2016
川越雅弘	これからの病院と高齢者ケア	Nursing BUSINESS	10(6)	62-63	2016
川越雅弘	地域包括ケア時代の病院の役割とは	Nursing BUSINESS 夏季増刊	134	6-9	2016
川越雅弘	ケア提供論 多職種連携に焦点を当てて	社会保障研究	1(1)	114-128	2016
川越雅弘	地域包括ケアシステム構築に向けた医師/医師会の役割 超高齢社会の到来を見据えて	日本臨床内科医学会誌	31(2)	267-272	2016
菊池 潤 川越雅弘	人口構造の変化と介護サービス・介護従事者に対する需要変化	社会保障研究	1(3)	523-538	2016
石川隆志	アセスメントの視点	作業療法ジャーナル	50(8)	760-765	2016
石川隆志	生活行為向上マネジメント総論	新潟県作業療法士会学術誌	10	12-27	2016
高橋 徹 川越雅弘	多職種を交えたりハビリ事例検討会 第1回「茶道教室の再開を長期目標とする方への在宅支援」	作業療法ジャーナル	50(7)	682-687	2016
鈴木拓海 川越雅弘	多職種を交えたりハビリ事例検討会 第2回「誤嚥性肺炎を繰り返す方への在宅支援」	作業療法ジャーナル	50(9)	1018-1023	2016
澁谷寛陽 川越雅弘	多職種を交えたりハビリ事例検討会 第3回「経口摂取の継続に意欲的な、グループホームに入居中のALSの方への支援」	作業療法ジャーナル	50(10)	1124-1129	2016
清水陽平 川越雅弘	多職種を交えたりハビリ事例検討会 第4回「趣味活動拡大に向けた外出支援へのアプローチ」	作業療法ジャーナル	50(11)	1226-1231	2016
嶋田訓章 川越雅弘	多職種を交えたりハビリ事例検討会 第5回「外傷性脳損傷による高次脳機能障害を呈した事例」	作業療法ジャーナル	50(12)	1316-1321	2016
林野翔太 川越雅弘	多職種を交えたりハビリ事例検討会 第6回「屋外歩行能力維持のため地域の社会資源の活用が必要な事例」	作業療法ジャーナル	50(13)	1416-1421	2016

扇浩 幸 川越雅弘	多職種を交えたりハビリ事例検討会 第7回「日常生活行動にこだわりが強く、とじこもりがちな事例」	作業療法 ジャーナル	51(1)	56-62	2017
椎名祐輔 川越雅弘	多職種を交えたりハビリ事例検討会 第8回「身体症状の不安感より活動的に過ごせない方への在宅支援」	作業療法 ジャーナル	51(2)	152-157	2017
佐々木智也 川越雅弘	多職種を交えたりハビリ事例検討会 第9回「生活行為向上マネジメントで本人・家族と目標を共有した事例」	作業療法 ジャーナル	51(3)	236-242	2017
川越雅弘	統合ケアマネジメント事例検討会 「躁うつ病でリストカットほのめかす女性。ADL低下するが家で暮らしたい。ケアマネージャーとしてどうすればよいか」	月刊ケア マネジメント	27(4)	52-57	2016
川越雅弘	統合ケアマネジメント事例検討会 「統合失調症と肺気腫の65歳男性。ストレスに弱く在宅酸素導入ができない。今後どう支援したらいいのか」	月刊ケア マネジメント	27(5)	54-59	2016
川越雅弘	統合ケアマネジメント事例検討会 「糖尿病で足を切断。妻はうつで入院。娘は仕事が忙しく、本人が日中独居。どうしたら状態を低下させず	月刊ケア マネジメント	27(7)	44-49	2016
川越雅弘	統合ケアマネジメント事例検討会 「円背で歩行に自信がない女性。家族に「危ない」と家事を止められている。「自分で歩きたい」と強く希望。どんな支援が考えられるか？」	月刊ケア マネジメント	27(8)	44-49	2016
川越雅弘	統合ケアマネジメント事例検討会 「仕分ける作業に没頭し少ししか食べない90代前半の女性。グループホームで他の入居者から文句が。どう対応したらいいのか？」	月刊ケア マネジメント	27(9)	46-51	2016
川越雅弘	統合ケアマネジメント事例検討会 「90代でがん末期の女性。最後は緩和ケア入院を希望。ケアマネージャーは在宅看取り可能性を模索」	月刊ケア マネジメント	27(11)	48-53	2016
川越雅弘	統合ケアマネジメント事例検討会 「認知症や身体機能の低下で要介護4。80代女性「自宅のお風呂に入りたい」。専門職は「訪問入浴サービスに」。迷うケアマネージャー」	月刊ケア マネジメント	28(1)	38-44	2017