

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 27～29 年度 総合・分担報告書

研究代表者 川越 雅弘

平成 30 (2018)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. 訪問・通所リハマネジメントの現状・課題と改善策

報告1: 訪問・通所リハビリテーション利用者の特性と課題に関する実態調査 (辻 一郎、曾根稔雅、川越雅弘) .....	13
報告2: リハビリテーション利用者の状態及びその変化に関する実態把握 (菊池 潤、山本克也) .....	23
報告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) .....	37
報告4: 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) .....	45
報告5: 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) .....	55
報告6: 生活期リハビリテーションマネジメントに求められる機能に関する考察 (川越雅弘、備酒伸彦、石川隆志、小林法一) .....	71

#### 第2部. リハマネジメントデータ収集の仕組みの構築とその活用に関する研究

報告1: リハビリテーションマネジメントの現状分析及び手法の開発に関する研究 (小林法一、植松光俊、川越雅弘、小林毅) .....	89
報告2: VISIT データの活用方法に関する検討 (川越雅弘、水間正澄、植松光俊、能登真一、山本克也、菊池 潤) ...	103

#### 第3部. 教育・研修方法及びツール開発に関する研究

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) .....	117
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) .....	123
報告3: ICFを活用したリハビリテーションカンファレンスの進め方 (篠田道子、木村圭祐、宇佐美千鶴) .....	127
報告4: 「統合アセスメントを考える会」研修会の実施状況とその評価(白倉京子、 田口孝行、柴山志穂美、水間正澄、村尾 浩、海老原直子、川越雅弘) ...	135

・ 研究成果の刊行に関する一覧表 .....	251
------------------------	-----

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学政策研究事業）  
平成 27～平成 29 年度総合研究報告書

「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（埼玉県立大学 教授）

【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ことを目的とする。

【方法】本研究は3つのサブテーマ（研究1：訪問・通所リハマネジメントの現状・課題と改善策の検討、研究2：リハマネジメントデータ収集の仕組みの構築とその活用に関する研究、研究3：教育・研修方法及びツール開発に関する研究）で構成される。各テーマに関し、以下の方法で研究を進めた。研究1に関しては、アンケート、リハ計画書等データ、認定・給付データをもとにした量的分析及び事例検討会を通じた質的分析を、研究2に関しては、「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(VISIT)」の展開支援のため、現在テキスト記入となっているリハ提供内容/利用者の生活課題領域のコード化、プロトタイプの開発及びデータ収集、VISIT データを用いたデータ分析方法、ならびにリハ事業者及び利用者へのフィードバック方法の検討などを、研究3に関しては、ヒアリングを通じたリハ教育内容の現状把握、リハマネジメント力強化のための研修カリキュラムの検討及びテキスト案の開発と多職種研修の試行、リハ会議展開支援のためのDVD作成などを実施した。

【結果】本研究を通じて、

- 1) 通所リハ利用者の課題をみると、「歩行・移動」「筋力向上」「関節可動域」が多く、リハ内容も「筋力向上」「歩行・移動練習」「関節可動域訓練」が多かった
- 2) 事例分析から、対象者の価値観、関心領域などを理解する力が弱い、を引き出す対話力が弱い、他の職種と協働する経験が少なく、理解も不十分、対象者の弱み(できないところ)をみる視点が強く、本人の強みや環境の強みを生かす視点が弱い、社会資源に対する知識やネットワークが弱いなどがわかった
- 3) 臨床において多職種のアセスメントの視点の認知度は十分ではないが、今回の多職種研修を通して、多職種がどのような理由でどんなアセスメントをしているのか、また何の情報に強く何の情報に弱いのか、その弱い部分についてはどの職種と連携するとよいのか等、具体的な連携のイメージにつながったと考えられた  
などがわかった。

【考察・結論】リハ職はケアを必要とする人の全体像を見渡すことできる教育背景をもつことから、多職種連携を中心的に推進すべき職種であるはずであるが、事例検討会や地域ケア会議の場面等でその機能が十分に発揮されていないことも否めない。また、利用者が抱える様々な生活課題のうち、歩行・移動を中心とした領域に限定的に関与しているリハ職がまだまだ多いといった状況にあることもわかった（部分的関与に留まっている）。

こうした課題を解決していくためには、リハ職への教育プログラムとして、多職種協働をベースとしたマネジメントの意義とその重要性を十分に伝え、リハ職がその任にあるという動機付け部分と、それを具体的に実践するためのマインドと技術を高める方法論の教育強化の2段階で考える必要があると考える。

## A. 目的

要介護高齢者の生活期リハでは、個人の状態や目標に合わせて、心身機能・活動・参加にバランスよくアプローチすることが、また、質の高いリハを提供するためには、多職種協働のもと、リハマネジメントを適切に展開することが求められるが、様々な問題点が指摘されており、リハ及びリハマネジメントの在り方の再構築が必要な状況にある。しかし、短期目標の設定状況など、部分的な実態把握は行われているものの、マネジメントプロセス全体の実態さえ明らかに出来ていない。

そこで、本研究は、活動・参加レベル向上に資する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ことを目的とする。

## B. 方法

本研究は3つのサブテーマ(研究1:訪問・通所リハマネジメントの現状・課題と改善策の検討、研究2:リハマネジメントデータ収集の仕組みの構築とその活用に関する研究、研究3:教育・研修方法及びツール開発に関する研究)で構成され、それぞれ以下の方法で研究を進めた。

### 1. 訪問・通所リハマネジメントの現状・課題と改善策の検討

- 1) 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
- 2) 訪問リハ利用者と通所リハ利用者を対象とした質問紙調査により、利用者の特性と課題について検討した
- 3) 厚生労働省の調査研究事業「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」のデータの一部(約2千例)を抽出・提供

頂き、対象者情報、マネジメント内容、リハ内容について、社団法人日本理学療法士協会から推薦された理学療法士20名と、一般社団法人日本作業療法士協会から推薦された作業療法士22名、計42名による分析を行った

- 4) 研究協力の意向のある事業所を対象に、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するための前向き調査を実施した
- 5) A市から貸与された介護保険認定・給付データを使用し、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
- 6) 既存調査データをもとに、通所リハ事業所における医師の配置状況、医師の関与と役割、リハ職との連携状況に関する現状を整理するとともに、通所リハにおける医師の果たすべき役割について検討した
- 7) 一般社団法人日本作業療法士協会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、合格事例及び不合格事例の特徴を抽出した
- 8) 有識者会議やヒアリングを通じて、リハマネジメントのあるべきプロセスの整理とそれを実現するために必要な機能及び機能強化策の検討を行った

### 2. リハマネジメントデータ収集の仕組みの構築とその活用に関する研究

- 1) 研究分担者、協力者での定期的な会議を通じて、ICFの概念を参考に、演繹的手法を用いて、リハ目標とリハ支援内容のコード化を実施した
- 2) 研究分担者の小林らが開発した、リハ目標及びリハ支援内容のコード体系をもとに、既存帳票類を定期的に収集するためのツールを開発した
- 3) 有識者会議を通じて、通所・訪問リハの質の評価データ収集システム(VISIT)データを用いたデータ分析の基本的視

点と分析結果の活用の目的、ならびに VISIT データの分析・活用方法の検討を行った

### 3. 教育・研修方法及びツール開発に関する研究

- 1) 日本理学療法士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を分析するとともに、生活期リハを担うリハ職の卒前教育について考察を加えた
- 3) リハ職を含む多職種 9 名にインタビュー調査を行い、リハカンファレンスに関する質的に分析した。その後、ICF とマネジメントを体系的に学んだ医療・福祉職 3 名で、事例の整理、多職種が参加するリハカンファレンスの運営方法の整理及び DVD 作成を行った
- 4) リハ職を中心に関係団体等を通じて参加者を募り、東京都内で合計 9 回の研修会を開催し、研修内容及び資料、運営方法に関するアンケートを実施した
- 5) 福井県、大分県等で、定期的な事例検討会を開催し、参加者アンケートから、その方法論に対する評価を行った。さらに、福井県及び大分県にて、多職種に参加いただき、リハマネジメントを進める上で必要な各専門職の視点を付箋に記し、これらを ICF モデルに沿って分類した

## C. 結果

### 1. 訪問・通所リハマネジメントの現状・課題と改善策の検討

#### 1) 生活期リハの効果に関する文献調査

...54 件の文献調査から

- (1) 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

(2) 介入手段は「身体機能訓練」が 18 件 (33.3%) と最も多く、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

(3) 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 を評価する Life Space Assessment、要介護度以外の 9 つの手段は全て心身機能あるいは活動を評価する手段であったなどがわかった。

#### 2) 訪問・通所リハ利用者の利用実態調査 ...アンケート調査から

(1) 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かった

(2) 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る一方で、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

(3) 通所リハ利用者の解決すべき課題は「心身機能の維持 (63.3%)」が最も多く、日常生活上の課題では「歩行・移動 (84.1%)」「筋力向上 (74.3%)」「関節可動域 (51.2%)」の順、提供されているリハ内容は「筋力向上 (72.8%)」「歩行・移動練習 (71.8%)」「関節可動域訓練 (52.4%)」の順であった

(4) 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、指示医師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

- (5) 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 비해、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
- などがわかった。

### 3) リハ事例のピアレビュー

...約2千例の事例検討を通じて

- (1) 職種の専門性がプランに反映されていない(作業療法士のプランでも心身機能・身体構造のアセスメントにとどまり、活動と参加についての関連がアセスメントできていない)
- (2) 職種によりアセスメント、課題抽出、目標設定、プラン内容に質的違いがある(理学療法士では、関節可動域や筋力、移動能力等の課題、目標設定、プランが多い)
- (3) 事業所により、アセスメントからプランの内容がパターン化されており、個別支援が読み取りにくいものが多い(漫然としたアセスメントや課題設定をしている事業所や計画作成者が多いが、明確なアウトカムの設定や活動と参加を視野においた個別支援計画も少数だがある)
- (4) アセスメントから課題抽出、課題抽出、目標設定、プラン内容に整合性がないものが多い(課題抽出で活動レベルがあがっても、目標とプランが心身機能になっているものが多い)
- (5) 生活(活動・参加)を視野においたプランがほとんどない(ADLやIADLで改善の見込みありとアセスメントしているにもかかわらず、心身機能の維持を目標とし、プランも心身機能になっているものが多い)

(6) サービスの終了とその後をイメージしたプランがほとんどない(終了イメージ欄はほとんどが継続となっている)

(7) 通所リハと通所介護の内容に違いが無く役割分担が必要(抽出された課題とプランに明らかな違いが認められない)

(8) 地域の各種資源の役割と理解が不十分であり、効果的な活用ができていない(終了後のイメージがもてていないこと、次の資源を設定できていないものがほとんどである)

などの課題が抽出された。

### 4) 前向き調査

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、約1000例の事例が収集できた。

### 5) 認定・給付データ分析

...A市の認定・給付データ分析から

(1) 認定調査で測定される要介護高齢者の状態について、リハ利用者と他の要介護認定者(施設・居住系サービス利用者を除く)との二群間比較を行った結果、要支援1から要支援2においては生活機能の低下が、要介護1から要介護3においては身体機能の低下が、リハ利用者の状態面での特徴となっていた

(2) 生活機能や身体機能の2年間の変化について二群間比較(順位和検定)を行った結果、リハ利用がこれらの機能の維持・改善につながっていることを示す結果は得られなかった

などがわかった。

### 6) 通所リハにおける医師関与分析

...先行研究結果の分析から

(1) 1事業所当たりの医師数は0.7人(常勤換算)で、その9割が兼務であった。

医師の専門分野は、整形外科 15.4%、リハ科 6.9%でその他が 49.7%であった

- (2) 医学的管理・評価の実施率は、「問診」77.5%、「身体診察」73.2%、「併存疾患の管理」44.8%、「行動体力の評価」22.1%、「認知機能検査」18.4%の順であった
- (3) リハ計画策定への関与状況をみると(事業所ベース)「計画作成・承認」80.1%、「リハ会議への参加」57.2%、「利用者への説明と同意」40.7%であった。また、計画策定への関与割合は 42.4%であった(利用者ベース)
- (4) リハ職が指示医と連携している時期は「計画策定時」76.0%、「見直し時」43.3%であった。連携時の医師の指摘事項は、「訓練中の留意事項」74.8%、「リハ開始前の確認事項」39.3%、「中止基準」23.0%であった。リハ目標に対する指示は有り 56.1%、なし 37.3%で、指示されたリハ内容は、理学療法 75.4%、作業療法 37.6%、各種訓練プログラム 34.7%であった
- (5) リハ職への指示内容は、リハ開始前の確認事項が 48.7%、運動中のリスクが 46.7%、運動の中止基準 26.2%、日常生活上の留意事項が 22.7%で、環境整備や社会参加の促進に関する指示については不明であった
- などがわかった。

## 7) OT 協会事例分析

...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から

- (1) 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
- (2) 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
- などがわかった

## 8) 生活期リハマネジメントに求められる機能の検討

...既存データ分析およびヒアリング調査から生活期リハマネジメントにも求められる機能を検討した結果、

- (1) 85歳以上高齢者は、医療と介護の両方にニーズや課題を有するため、医療職と介護職の連携強化、ならびに両者が「生活課題の解決及び QOL の向上」といった共通の目標に向かって協働することがリハ職には求められる
- (2) 介護保険では国際生活機能分類(ICF)の概念が導入され、6要素を総合的に捉えた上での多職種アプローチが求められてきたが、生活期リハマネジメントの現状をみる限り、対象者の価値観、関心領域などを理解する力が弱い、を引き出す対話力が弱い、他の職種と協働する経験が少なく、理解も不十分、対象者の弱み(できないところ)をみる視点が強く、本人の強みや環境の強みを生かす視点が弱い
- (3) リハマネジメントのあるべきプロセスを整理した上で、求められる機能を再整理した結果、ヒューマンケアマインド、本人の生活機能の全体像(人物像、状態像)を俯瞰する力、専門性を志向する態度と行動、専門性を柔軟に発揮する力、コミュニケーション能力、目標達成に向け、チーム及び自身の専門性を効果的に発揮できる力、自己とチームの機能及び方法を省察する力を高める教育が必要である
- などがわかった。

## 2. リハマネジメントデータ収集の仕組みの構築とその活用に関する研究

### 1) リハ目標及びリハ内容のコード化

リハ目標コード 23 項目、リハ支援コード 42 項目からなるリハサービスの標準コードを完成させた

### 2) VISIT データの分析について

...VISIT データの利活用に関する検討

を行った結果、

- (1) VISIT データ分析により、 制度改正に向けたエビデンス構築、 リハ事業所の質向上への活用、 利用者の適切なサービス選択、意識改革(主体的な関与など)への貢献、 計画策定に係る思考プロセスの見える化を通じたリハ職のマネジメント力強化への貢献、 ケアプランの質向上への貢献が期待できることがわかった
- (2) 全国ベースでの分析により、 リハ/リハマネジメントの実態の明確化、 リハ/リハマネジメントの効果の検証、 効果の高い介入方法の検証が可能となることがわかった
- (3) 利用者ベースでの分析により、 主体的なサービスへの関与の促進、 協働プロセスを通じた利用者を中心としたサービス提供の強化、 利用者との共有プロセスを通じたリハ職の思考力やプレゼン力の強化が可能となることがわかった
- (4) 事業所ベースでの分析により、 自事業所の利用者特性、 サービス提供内容等の特徴に対する認識、 自事業所のサービス効果の相対的なレベルに対する認識、 これらを通じて、自事業所のサービス改善策の検討、 検証の支援につながるということがわかった
- (5) VISIT 情報と介護保険総合データベースから得られる情報とを合わせることで等により、 リハマネジメントの評価手法の見直しや計画手法の標準化が図られることがわかった

### 3. 教育・研修方法及びツール開発に関する研究

#### 1) PT 協会の生涯学習システムについて

- (1) 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
- (2) 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

- (3) 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) 大学カリキュラムの検討

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) リハカンファレンスの実態調査及び教育ツール(DVD)の開発

- (1) リハカンファレンスに対する参与観察から、 リハカンファレンスは多職種連携の場と評価するも、 個別リハを優先するため、 担当リハ職が参加できない状況であった、 リハ職は経営的な視点から、 個別リハを優先する傾向が強く、 カンファレンスなどマネジメント業務への関心が弱いなどがわかった
- (2) リハ職のファシリテーションスキルを検証した結果、 録画・録音時間は 1 時間 13 分であった。その映像と音声をも 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たりすることで、議論を深めていた

- (3) ICF を活用したりハカンファレンスの適切な運用に必要な要素の検討を行った結果、している活動(実行状況)とできる活動(能力)に分けて分析すること、参加と活動との関係は「一対多」、つまり、ひとつの「参加」を実現するためには多数の「活動」が必要になるため、結果として生活機能の維持・向上が図れること、ICF は統合モデルであり、目標指向的な活動向上プログラムプログラムであることから、職種による「役割開放」を生み出していること、カンファレンスの中で、リハ職の相談・助言機能を高める役割が重要であることを確認できるなどを理解することがポイントである  
などがわかった。

#### 4) 多職種研修会(統合アセスメント研修会)の試行とその評価

- (1) 参加者総数は延べ 161 名で、その内訳は、理学療法士が約 40%、作業療法士が約 17%、言語聴覚士が 4%、看護師が約 16%、ケアマネジャーが 7%、その他の職種が約 16%であった
- (2) 研修第 1 部の専門職による講義については「疾患に関する知識を多職種の視点からいろいろと学べ、整理しやすかった」という肯定的な意見が多かった
- (3) 第 2 部の事例検討については「基礎的な部分を各職種部門で理解した上で、ホワイトボードに ICF で事例検討にて話し合う手法は大変思考の発展を行い易かった」「事例検討では各々専門職の視点を学ぶことができた」との肯定的な意見が大半であった

#### 5) 多職種事例検討会の試行とその評価

福井県、大分県、東京都、大阪府の 4ヶ所で、定期的な事例検討会を開催した。福井県では 1 年間で約 50 例の事例検討を実施した(1 回 5 事例)。また、福井県では、計 6 ケースに対する多職種検証会議を行った。

#### D. 考察および E. 結論

##### 1. 訪問・通所リハマネジメントの現状・課題と改善策の検討

- 1) 事例検討会では、マネジメント内容及びリハ内容が心身機能・身体構造に偏っていること、その内容も不十分であることが指摘され、対象者の生活ニーズに基づいた活動と参加を支援するという視点の必要性、課題解決に向けた明確かつ具体的な目標設定に基づくプラン立案の必要性が示唆された。なお、この傾向は、学生に対する意識調査でも同様であった。すなわち、主として身体機能の改善に焦点を当てた対応に留まり、生活者としての評価・対応に欠けるところが確認された。これらの課題に対して、理学療法科学学部教育において、全人的理解を進める教育、分析手法を獲得する教育、IPE (Inter Professional Education) などを実践していく必要性が確認出来た
- 2) 利用者の課題では、心身機能、とくに運動機能の割合が高く、日常生活上の課題としても「歩行・移動」が 8 割に認められた。最優先の課題としても約半数に「歩行・移動」が挙げられ、ADL の実情とはかい離した結果となっていた。利用者は多領域に生活課題を有するケースが多いが、リハ職はその中の「歩行・移動」系の課題に限定的に関わっている可能性が示唆された。全人的に利用者を見る癖をつけることを促すような教育を行う必要があると考えた
- 3) 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～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と考えた

4) 生活期リハマネジメントに求められる機能の検討から、

(1) 社会的なニーズにこたえられるリハ職を養成するためには、教育を受ける学生や社会人、教育を実際に行う教育者にとっても、目指す姿をイメージできるかどうかは重要な要素である。そのためには、マーケットニーズの変化や制度改正の同行などの背景を、教育を担うものが理解し、適切に伝えていき、「求められるリハ職像」を共有することが重要である

(2) リハ職の多くは医療機関からキャリアがスタートし、多くの場合入院患者の個人因子や環境因子といった個別性の高い領域、すなわち入院患者のこれまでの生活歴や強みを見る視点は弱い。在宅サービスに従事しない限り生活場面をほとんど意識しないまま、入院中の関わり方が継続されていく。このため、IPEを在学中(入職前)に取り入れることは医療職の意識を変えることが目的の1つであると意識すべきである

(3) 超高齢者が増加するなか、生活期に関わるリハ職には、他者(利用者、家族、他の専門職など)を理解する力、利用者の全体像をおさえた上で、リハ職として介入すべきポイントと内容を整理する力、適切な介入を行うことができる力が必要となる

と考えた。

## 2. リハマネジメントデータ収集の仕組みの構築とその活用に関する研究

VISITの本格的運用に向け、収集したデータの分析手法および事業所への分析結果のフィードバック方法を検討した結果、

全国・事業所・利用者ベースでの分析により、効果的なリハマネジメント手法の検証と標準化、自事業所の特徴やパフォーマンスの認識を通じた事業所の質向上、利用者とりハ職間の協働プロセスの機能強化、リハ職の考える力と説明する力の強化が図られると考えた。

## 3. 教育・研修方法及びツール開発に関する研究

1) ICFを活用したリハカンファレンスの検討から、

(1) ICFのような統合モデルを伝授するには、一職種だけでは限界がある。統合モデルや共通言語は、教え込むのではなく、多職種による意見交換を通して、一つひとつのSTEPを踏みながら、合意形成していくものである。統合モデルでは、目標を達成するためには、役割の重なりを認めることが必要である

(2) 「参加」と「活動」との関係は「一対多」であり、ひとつの参加を実現するためには多数の活動が必要になる。そのため、看護・介護職と協力し、フロアでの活動量を推進させる取り組みが効果的になる。リハ職と看護・介護職が同じフロアで活動することが望ましいが、現実的には難しい。そのため、ICFを活用したリハカンファレンスの中で、リハ職の相談・助言機能を高めていくことが望まれる

と考えた。

2) 多職種研修会から、

(1) 疾患を抱える生活障害者の全体像を把握するには、疾患ごとにアセスメントすべき事項を多職種で検討する必要がある。臨床において多職種のアセスメントの視点の認知度は十分ではないが、今回の研修を通して、多職種がどのような理由でどんなアセスメントをしているのか、また何の情報に強く何の情報に弱いのか、その弱い部分についてはどの職種と連携するとよいのか

等、具体的な連携のイメージにつながったと考えられる。

- (2) 生活障害者に質の高いケアを行うためには、各職種によるアセスメントすべき内容を統合化し、多職種で連携することが必要である。リハ職が総合的にマネジメントできるようにするためには、今回の研修会のような臨床家を対象とした多職種による講義と事例検討会等の卒後教育、及び、養成教育機関による多職種のアセスメント内容やそれらを統合的にとらえるマネジメント能力を養うカリキュラムなどの対策を検討していくことが必要であると考えた。

- 3) 生活期リハ/リハマネジメント強化のための教育・研修方法に関する検討から、

- (1) 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である

- (2) 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

- (3) 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

- (4) 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、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。

リハ職はケアを必要とする人の全体像を見渡すことのできる教育背景をもつことから、多職種連携を中心に推進すべき職種であるはずである。ところが地域ケア会議の場面等でその機能が十分に発揮されていないことも否めない。このような課題を解決するためには、リハ職への教育プログラムとして、ケアマネジメントの意義を十分に伝え、リハ職がその任にあるという動機付け部分と、それを具体的に実践できるマインドと技術論に対する教育の強化の2段階で考える必要があると考えた。

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

### 1. 論文

- 1) 曾根稔雅、中谷直樹、遠又靖丈、辻一郎、川越雅弘: 訪問・通所リハビリテーション利用者の特性と課題に関する実態調査、厚生指標、65(3)、1-8、2018。

- 2) 川越雅弘：地域包括ケアにおける作業療法士の役割、鳥取県作業療法学会誌、13(1)、6-22、2017.
- 3) 川越雅弘：マネジメントとは、OT ジャーナル、50(8)、732-736、2016.
- 4) 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.
- 5) 石川隆志：アセスメントの視点、OT ジャーナル、50(8)、760-765、2016.
- 6) 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.
- 7) 第 1 回多職種を交えたりハビリ事例検討会「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.
- 8) 第 2 回多職種を交えたりハビリ事例検討会「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.
- 9) 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(10)、1124-1129、2016.
- 10) 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(11)、1226-1231、2016.
- 11) 第 5 回多職種を交えたりハビリ事例検討会「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.
- 12) 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(13)、1416-1421、2016.
- 13) 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(1)、56-62、2017.
- 14) 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(2)、152-157、2017.
- 15) 第 9 回多職種を交えたりハビリ事例検討会「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.
- 16) 第 10 回多職種を交えたりハビリ事例検討会「複数の疾患を抱え転倒と入院を繰り返す事例」、OT ジャーナル、51(4)、330-336、2017.
- 17) 第 11 回多職種を交えたりハビリ事例検討会「ADL 動作の安定性・耐久性が低下した事例」、OT ジャーナル、51(5)、418-425、2017.
- 18) 第 12 回多職種を交えたりハビリ事例検討会「独居で転倒リスクがある事例」、OT ジャーナル、51(6)、502-508、2017.
- 19) 第 13 回多職種を交えたりハビリ事例検討会「できる ADL としている ADL の乖離がある事例」、OT ジャーナル、51(7)、594-601、2017.
- 20) 第 14 回多職種を交えたりハビリ事例検討会「訪問リハにより機能を改善し社会資源活用へつなげる事例」、OT ジャーナル、51(10)、1036-1042、2017.
- 21) 第 15 回多職種を交えたりハビリ事例検討会「若年性脊髄損傷者の復職に向けた在宅リハの事例」、OT ジャーナル、51(12)、1216-1223、2017.
- 22) 第 16 回多職種を交えたりハビリ事例検討会「装具の実用的使用に向けた支援をしている 9 歳男児の事例」、OT ジャーナル、52(1)、68-75、2018.
- 23) 第 17 回多職種を交えたりハビリ事例検討会「原因不明の重度精神発達遅滞で在宅生活継続を検討している事例」、OT ジャーナル、52(3)、258-265、2018.

- 24) 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.
- 25) 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.
- 26) 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に支援できるか」, 月刊ケアマネジメント、27(7)、44-49、2016.
- 27) 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.
- 28) 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か?」, 月刊ケアマネジメント、27(9)、46-51、2016.
- 29) 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.
- 30) 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.
- 31) 統合ケアマネジメント事例検討会「脳梗塞の後遺症のある 70 代の男性 リハビリに強い拒否 足が弱りトイレまで間に合わない 妻が困っている」, 月刊ケアマネジメント、28(2)、44-50、2017.
- 32) 統合ケアマネジメント事例検討会「糖尿病、脳梗塞、心筋梗塞のある一人暮らしの 80 歳代女性 家の中が片づかず転倒の危険大」, 月刊ケアマネジメント、28(3)、48-54、2017.
- 33) 統合ケアマネジメント事例検討会「高齢者住宅に住む 80 代女性 元看護師自分で薬を管理 老年期精神病で幻聴がある」, 月刊ケアマネジメント、29(1)、42-48、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 29 年度分担研究報告書

## 訪問・通所リハビリテーション利用者の特性と課題に関する実態調査

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（埼玉県立大学大学院 教授）

### 【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）利用者と通所リハビリテーション（通所リハ）利用者における特性や課題の違いを明らかにすることに加え、それぞれの利用者が抱えている課題を要介護度別に分析することである。

本研究の対象者として、各事業所に勤務するリハビリテーション（リハ）担当者 1 名あたり 1 名の利用者の抽出を依頼し、訪問リハは 2016 年 1 月 1 日時点、通所リハは 2015 年 10 月 1 日時点での調査を実施した。調査項目は、利用者の特性、ケアマネジャーが考える解決すべき課題、リハ計画書の作成者が設定した日常生活上の課題であった。利用者の特性と課題について、訪問リハ利用者と通所リハ利用者との差を検討するため、対応のない t 検定および<sup>2</sup>検定を実施した。また、要介護度別の傾向性を検討するため Cochran-Armitage 検定を実施した。

訪問リハでは 1,266 事業所の利用者 3,989 名、通所リハでは 467 事業所の利用者 1,840 名から回答を得た。利用者の特性として、訪問リハ利用者は、通所リハ利用者より要介護度が重度の者、日常生活自立度の低い者が多かった。課題として、訪問リハ利用者は、ADL における身辺動作、介護負担軽減、買い物、余暇活動の課題が多く、通所リハ利用者は、歩行・移動、閉じこもり予防、社会参加支援の課題が多かった。要介護度別に検討した結果、訪問リハ利用者と通所リハ利用者共通の課題として、要介護度が重度になるほど、ADL や介護負担軽減の課題が多く、IADL 維持・向上、社会的参加支援の課題が少ないことが示された。また、筋力向上、筋持久力向上、歩行・移動、階段昇降および閉じこもり予防の課題は、訪問リハ利用者で要介護度が重度になるほど少なくなるのに対し、通所リハ利用者では要介護度における違いは示されなかった。さらに、身体機能に関する課題は、活動や社会参加に関する課題より多いことが示された。

訪問リハは利用者の生活環境で実施されること、通所リハは機器が整備され、他の利用者との関わりを通じた支援ができる環境にあることから、それぞれの特性が活かされた形で課題が挙げられていた。また、身体機能に関する課題は依然として多いことが示され、高齢者個々人の QOL の向上を目指すためには、さらに活動や社会参加に関する課題に目を向けていく必要があると考える。

## 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)利用者と通所リハビリテーション(通所リハ)利用者における特性や課題の違いを明らかにすることに加え、それぞれの利用者が抱えている課題を要介護度別に分析することである。本研究結果により、居宅サービスにおける訪問リハ・通所リハの利用実態を明らかにすることができる。これらを基にして、高齢者個々の QOL 向上を目指すために、訪問リハ・通所リハにおける利用者の特性や要介護度を踏まえた支援の在り方を検討することにより、居宅サービスの均てん化のための基礎資料を示すことができる。

## B. 方法

訪問リハおよび通所リハに関する実態を把握するため、訪問リハに関しては全事業所を対象としたアンケート調査を、通所リハに関しては厚生労働省から提供を受けた調査データの分析を実施した。各事業所における利用者の実態について調査するため、訪問リハは 2016 年 1 月 1 日時点、通所リハは 2015 年 10 月 1 日時点での調査を依頼した。調査対象者として各事業所に勤務するリハビリテーション(リハ)担当者 1 名あたり 1 名の利用者の抽出を依頼した。

調査票は、各利用者を担当するリハ計画書の作成者が記入した。調査項目は、利用者の特性(年齢、性別、傷病名、要介護度、障害高齢者の日常生活自立度、認知症高齢者の日常生活自立度)、ケアマネジャーが考える解決すべき課題、利用者の通院状況、サービスの利用状況、リハに関する指示を出している医師との連携状況、リハ会議について、リハのマネジメントについて(リハ計画書の作成者が設定した日常生活上の課題)、その他実施している内容についてであった。

利用者の特性、日常生活上の課題とケアマネジャーが考える解決すべき課題について、訪問リハ利用者と通所リハ利用者との差を検討するため、年齢は対応のない t 検定、それ以外は<sup>2</sup>検定を実施した。また、日常生活上の課題とケアマネジャーが考える解決すべき課題における要介護度別の傾向性を検討するため Cochran-Armitage 検定を実施した。その際に、訪問リハ利用者と通所リハ利用者別に層別化して検討した。統計解析は SAS version 9.4 statistical software package (Cary, NC, USA) を使用した。すべての解析は両側検定で行い、 $P < 0.05$  を統計学的に有意差ありとした。

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・通所リハ利用者における特性の差異(表 1)

調査に参加した事業所は、訪問リハでは全 3,600 事業所のうち 1,288 事業所であった。そのうち 22 事業所には調査時点での有効回答者がいなかったことから、1,266 事業所(35.2%)の利用者 3,989 名から回答を得た。一方、通所リハでは全 7,047 事業所のうち 1,000 事業所を任意抽出し、483 事業所から回答が得られた。そのうち、有



効回答の得られた 467 事業所（6.6%）の利用者 1,840 名から回答を得た。記入者の職種は，理学療法士（70.5%），作業療法士（24.2%），言語聴覚士（3.3%），医師（1.0%），その他（1.0%）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 80.0 歳であった。男性の割合は訪問リハ利用者で 42.2%，通所リハ利用者で 38.4%であり，訪問リハ利用者で多かった。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，骨折（26.6%），関節症・骨粗鬆症（21.0%）の順に続いた。通所リハ利用者では，脳卒中（44.1%），関節症・骨粗鬆症（30.9%），骨折（26.5%）の順であった。訪問リハ利用者は，通所リハ利用者に比べ，脳卒中，認知症，関節症・骨粗鬆症の者が少なく，廃用症候群，パーキンソン病の者が多かった。要介護度において，訪問リハ利用者は，通所リハ利用者に比べ，要支援 1・2，要介護 1・2 の者が少なく，要介護 3・4・5 の者が多かった。障害高齢者の日常生活自立度では，自立，J1・J2 が通所リハ利用者で多く，B1・B2，C1・C2 の者が訪問リハ利用者で多かった。

## 2 .訪問リハ・通所リハ利用者における日常生活上の課題とケアマネジャーが考える解決すべき課題（表 2）

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（84.5%），筋力向上（74.3%），関節可動域（51.5%）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，訪問リハ利用者では関節可動域，筋緊張緩和，食事，更衣，排泄，入浴，コミュニケーション，調理，家の手入れ，買い物，公共交通機関利用，余暇活動の課題が通所リハ利用者より多く挙げられていた。一方，通所リハ利用者では訪問リハ利用者より歩行・移動が課題として多く挙げられていた。

訪問リハ利用者において，最も多かったケアマネジャーが考える解決すべき課題は心身機能の向上（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。一方，通所リハ利用者では，心身機能の維持（64.1%），健康管理（52.1%），心身機能の向上（52.0%），ADL 維持（46.0%）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，ADL 向上，IADL 向上，介護負担軽減の課題が多かった。一方，健康管理，心身機能の維持，IADL 維持，閉じこもり予防，社会的参加支援の課題は通所リハ利用者で多いことが示された。

## 3 .要介護度別の日常生活上の課題とケアマネジャーが考える解決すべき課題（表 3）

要介護度別に日常生活上の課題とケアマネジャーが考える解決すべき課題を検討した。日常生活上の課題は訪問リハ・通所リハ利用者共に，要介護度が重度になるほど，ADL の課題（食事，整容，更衣，排泄）は多く，IADL の課題（調理，洗濯，掃除・整理整頓，家の手入れ）は少なかった。一方，筋力向上，筋持久力向上，歩行・移動，階段昇降の課題は，訪問リハ利用者で要介護度が重度になるほど少なくなるのに対し，通所リハ利用者では要介護度における違いは示されなかった。身体機能に関する筋力向

上，歩行・移動の課題は特に多く，要介護度にかかわらず訪問リハ，通所リハで共に6割以上の利用者が挙げられていたが，IADL や余暇活動，社会参加支援などの活動や社会参加に関する課題は，3割以下の利用者でしか挙げられていなかった。ケアマネジャーが考える解決すべき課題において，訪問リハ・通所リハ利用者で共に同様の傾向が認められた課題は，要介護度が重度なほど介護負担軽減が多く，要介護度が軽度なほど IADL 維持，IADL 向上，社会的参加支援が多かった。訪問リハ利用者で要介護度が重度なほど多く挙げられていた課題は心身機能の維持であり，軽度なほど多く挙げられていた課題は心身機能の向上，閉じこもり予防であった。一方，通所リハ利用者で要介護度が重度なほど多く挙げられていた課題は健康管理，ADL 向上であった。

#### D. 考察

本研究は，訪問リハおよび通所リハに関する実態調査の参加者を対象に，訪問リハ利用者と通所リハ利用者における特性と課題の違いについて示すことができた。また，利用者個々の課題について要介護度別に示すことができた。この結果を基にして，高齢者個々の QOL 向上を目指すために，訪問リハ・通所リハにおける利用者の特性および要介護度を踏まえた支援の在り方について以下に考察する。

##### (1) 訪問リハ・通所リハ利用者における特性の差異

利用者の特性として，訪問リハ利用者は，通所リハ利用者より要介護度の重度な者，日常生活自立度の低い者が多かった。これは，訪問リハの利用者は，障害があり通院や通所リハが困難な者との特徴が挙げられているとおり，外出に多くの介助を要する利用者が，より訪問リハを利用していることを示唆する結果であった。

##### (2) 訪問リハ・通所リハ利用者における日常生活上の課題とケアマネジャーが考える解決すべき課題

訪問リハ利用者は ADL における身辺動作，介護負担軽減に課題を有している者が多く，生活関連動作においては買い物や余暇活動に課題を多く抱えていることが示された。訪問リハでは，生活場面に即した形での訓練や環境調整が行えること，利用者の特性として障害が重度な者が多かったことから，ADL，介護負担の軽減の支援が有効であると考えられる。また，利用者宅へ訪問し，個々の生活場面に合わせたリハを実施できることから，買い物や余暇活動の課題に対する支援も有効であることが示唆された。

通所リハ利用者は，ADL における歩行・移動に加え，閉じこもり予防や社会参加支援に課題のある者が多かった。通所リハは介護老人保健施設・病院・診療所で行われ，リハ関連の機器が整備され安全性が保たれた環境での支援が可能である。さらに，個別の支援だけでなく，他の利用者との関わりを通じた支援も行いやすい環境とされ，本結果はこの報告を支持するものであり，通所リハはこれらの課題に対する支援が有効であると考えられる。

### (3) 要介護度別の日常生活上の課題とケアマネジャーが考える解決すべき課題

対象者の課題を要介護度別に分析した結果、訪問リハ・通所リハ利用者共通の課題として、要介護度が重度になるほど、ADL では入浴を除く食事、整容、更衣、排泄、介護負担軽減が多く、IADL 維持・向上、社会的参加支援が少ないことが示された。要介護度が重度な対象者は ADL における身辺動作で介助がより必要とされている。また、そのような状態の対象者は必然的に IADL や社会的参加支援を主要な課題としていないことが考えられる。加えて、通所リハ利用者において要介護度が軽度な者では、ADL 向上を課題とした者が少ないのに対し、訪問リハ利用者は要介護度にかかわらず ADL 向上を課題としていた者が多かった。これは、前述したとおり訪問リハは生活場面に即した形での訓練を行いやすい環境にあることから、ADL 向上が課題としてより多く挙げられていた理由として考えられる。

一方、筋力向上、筋持久力向上、歩行・移動、階段昇降の課題は、訪問リハ利用者で要介護度が重度になるほど少なくなるのに対し、通所リハ利用者では要介護度における違いは示されなかった。通所リハはリハ関連の機器が整備された安全性が保たれた環境での支援が可能なことや、他者との交流の機会を提供できる環境にあることから、要介護度が重度の利用者においても筋力や移動に関する支援が有効であることが示唆された。

身体機能に関する筋力向上、歩行・移動の課題は特に多く、要介護度にかかわらず訪問リハ、通所リハで共に 6 割以上の利用者で挙げられていた。関節可動域の課題は重度者でより多く、筋力向上、歩行・移動の課題は、訪問リハ利用者では軽度者で多いのに対し、通所リハ利用者では要介護度による差は認められなかった。一方、ADL 以外の活動や社会参加に関する課題は、要介護度にかかわらず 3 割以下の利用者でしか挙げられておらず、現状では依然として身体機能に関する課題が多く挙げられていることが示された。高齢者個々人の生きがいや役割を支援して、QOL の向上を目指すためには、リハ関連職種やケアマネジャーに対する教育の機会を設けるなどにより、さらに活動や社会参加に関する課題を重要視していく取り組みが必要であると考えられる。

## E. 結論

訪問リハおよび通所リハに関する実態調査の参加者を対象に、訪問リハ利用者と通所リハ利用者における特性および課題の違いについて検討した。利用者の特性として、訪問リハ利用者は、通所リハ利用者より要介護度が重度の者、日常生活自立度が低い者が多かった。課題では、訪問リハは利用者の生活環境で実施されること、通所リハはリハ関連の機器が整備された環境、他の利用者との関わりを通じた支援が実施できる環境であることから、それぞれの特性が活かされた形で課題が挙げられていた。要介護度別の課題として、訪問リハ・通所リハ利用者に共通して、要介護度が重度になるほど、ADL や介護負担軽減が多く、IADL 維持・向上、社会的参加支援が少ないことが示された。一方、筋力向上、筋持久力向上、歩行・移動、階段昇降の課題は、訪問リハ利用者で要介護度が重度になるほど少なくなるのに対し、通所リハ利用者では要介護度における違いは示されなかった。また、身体機能に関する課題は依然として多いこと

が示され、高齢者個々人の QOL の向上を目指すためには、活動や社会参加に関する課題に目を向けていく必要があると考える。これら課題の特徴を踏まえることは、利用者の居宅サービスにおけるリハの均てん化に向けた重要な視点になるものと思われる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

曾根稔雅、中谷直樹、遠又靖丈、辻一郎、川越雅弘. 訪問・通所リハビリテーション利用者の特性と課題に関する実態調査. 厚生学の指標、第 65 巻第 3 号 pp.1-8, 2018

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=3,954)	通所リハ利用者 (n=1,831)	P 値 <sup>1)</sup>
年齢 ( 平均値 ± 標準偏差 )( 歳 )	78.1 ± 10.7	80.0 ± 9.1	< 0.01
性別 ( % )			
男性	42.2	38.4	< 0.01
女性	57.8	61.6	
	( n=3,980 )	( n=1,836 )	
傷病名 ( 複数回答 )( % )			
脳卒中	40.8	44.1	0.02
認知症	10.1	13.3	< 0.01
廃用症候群	13.5	4.8	< 0.01
関節症・骨粗鬆症	21.0	30.9	< 0.01
骨折 ( 圧迫骨折を含む )	26.6	26.5	0.91
パーキンソン病	7.5	4.5	< 0.01
	( n=3,928 )	( n=1,827 )	
要介護度 ( % )			
要支援 1	4.0	8.7	< 0.01
要支援 2	11.2	15.4	
要介護 1	17.4	28.5	
要介護 2	23.1	26.6	
要介護 3	17.9	11.2	
要介護 4	14.2	7.3	
要介護 5	12.4	2.3	
	( n=3,835 )	( n=1,759 )	
障害高齢者の日常生活自立度 ( % )			
自立	2.8	4.9	< 0.01
J1・J2	18.3	33.3	
A1・A2	48.6	47.5	
B1・B2	21.1	12.8	
C1・C2	9.2	1.4	

注 1) 対応のない t 検定及び<sup>2)</sup>検定

表2．訪問リハ及び通所リハ利用者における日常生活上の課題及び  
ケアマネジャーが考える解決すべき課題

	訪問リハ利用者 (n=3,989)	通所リハ利用者 (n=1,834)	P 値 <sup>1)</sup>
日常生活上の課題 (%)			
関節可動域	61.3	51.5	< 0.01
筋力向上	73.9	74.3	0.72
筋緊張緩和	36.2	28.2	< 0.01
筋持久力向上	53.2	51.0	0.12
姿勢の維持	37.8	25.5	< 0.01
起居・移乗動作	40.9	25.4	< 0.01
歩行・移動	77.6	84.5	< 0.01
階段昇降	25.2	26.4	0.34
認知機能	13.7	14.9	0.23
食事	6.5	3.8	< 0.01
整容	5.1	4.2	0.15
更衣	12.7	9.1	< 0.01
排泄	17.6	9.5	< 0.01
入浴	17.2	14.6	0.01
コミュニケーション	15.9	12.3	< 0.01
調理	8.1	6.2	0.01
洗濯	5.2	4.7	0.42
掃除・整理整頓	7.2	6.6	0.37
家の手入れ	6.5	5.2	0.048
買い物	10.3	5.2	< 0.01
公共交通機関利用	4.6	3.0	< 0.01
余暇活動	22.9	17.2	< 0.01
	(n=3,989)	(n=1,820)	
ケアマネジャーが考える解決すべき課題 (%)			
健康管理	33.1	52.1	< 0.01
心身機能の維持	56.4	64.1	< 0.01
心身機能の向上	58.9	52.0	< 0.01
ADL 維持	44.6	46.0	0.33
ADL 向上	52.5	36.6	< 0.01
IADL 維持	11.7	15.5	< 0.01
IADL 向上	19.2	14.2	< 0.01
閉じこもり予防	15.4	34.9	< 0.01
社会的参加支援	11.2	19.0	< 0.01
介護負担軽減	27.7	22.1	< 0.01

注 1) <sup>2</sup>検定

表3 . 訪問リハ及び通所リハ利用者における要介護度別の日常生活上の課題及び  
ケアマネジャーが考える解決すべき課題

		要支援 1・2	要介護 1・2	要介護 3～5	P 値 <sup>1)</sup>
		( n=593 )	( n=1,589 )	( n=1,746 )	
		( n=436 )	( n=1,004 )	( n=381 )	
日常生活上の課題 ( % )					
関節可動域					
	訪問リハ	58.5	54.0	68.9	< 0.01
	通所リハ	43.8	51.2	60.9	< 0.01
筋力向上					
	訪問リハ	83.3	76.5	68.1	< 0.01
	通所リハ	73.4	75.5	72.7	0.87
筋緊張緩和					
	訪問リハ	33.1	33.5	39.9	< 0.01
	通所リハ	23.9	28.2	33.3	< 0.01
筋持久力向上					
	訪問リハ	58.9	58.7	46.4	< 0.01
	通所リハ	51.8	50.9	50.4	0.68
歩行・移動					
	訪問リハ	87.9	86.9	65.9	< 0.01
	通所リハ	80.5	88.6	78.2	0.53
階段昇降					
	訪問リハ	32.0	31.2	17.5	< 0.01
	通所リハ	22.0	28.1	26.5	0.12
認知機能					
	訪問リハ	5.7	12.8	17.3	< 0.01
	通所リハ	5.7	18.6	15.0	< 0.01
食事					
	訪問リハ	3.5	4.0	9.8	< 0.01
	通所リハ	2.5	2.9	7.6	< 0.01
整容					
	訪問リハ	3.0	5.0	5.9	< 0.01
	通所リハ	2.1	4.4	5.8	< 0.01
更衣					
	訪問リハ	7.8	11.6	15.5	< 0.01
	通所リハ	3.7	9.8	13.7	< 0.01
排泄					
	訪問リハ	6.2	12.8	25.8	< 0.01
	通所リハ	3.2	7.4	22.6	< 0.01
入浴					
	訪問リハ	18.7	21.2	13.1	< 0.01
	通所リハ	8.7	16.2	17.1	< 0.01
コミュニケーション					
	訪問リハ	7.1	14.3	20.6	< 0.01
	通所リハ	10.1	12.8	13.4	0.14
調理					
	訪問リハ	13.2	10.1	4.5	< 0.01
	通所リハ	6.9	6.9	2.6	0.01
洗濯					
	訪問リハ	8.9	7.0	2.3	< 0.01
	通所リハ	6.4	4.7	2.6	0.01
掃除・整理整頓					
	訪問リハ	13.0	8.4	4.3	< 0.01
	通所リハ	8.5	7.3	2.4	< 0.01

家の手入れ	訪問リハ	13.2	8.1	3.0	< 0.01
	通所リハ	7.8	5.2	2.4	< 0.01
買い物	訪問リハ	21.2	12.8	4.3	< 0.01
	通所リハ	6.9	5.0	3.9	0.06
公共交通機関利用	訪問リハ	10.3	5.4	2.1	< 0.01
	通所リハ	3.2	3.3	1.8	0.27
余暇活動	訪問リハ	27.5	26.4	18.2	< 0.01
	通所リハ	19.0	17.1	16.0	0.25
	訪問リハ	( n=593 )	( n=1,589 )	( n=1,746 )	
	通所リハ	( n=436 )	( n=1,004 )	( n=381 )	
ケアマネジャーが考える解決すべき課題 ( % )					
健康管理	訪問リハ	34.4	33.2	32.8	0.51
	通所リハ	45.6	53.7	55.9	< 0.01
心身機能の維持	訪問リハ	48.7	53.9	61.3	< 0.01
	通所リハ	63.9	63.9	65.4	0.66
心身機能の向上	訪問リハ	64.8	62.9	53.8	< 0.01
	通所リハ	54.6	49.8	54.6	0.92
ADL 維持	訪問リハ	38.8	46.5	45.1	0.06
	通所リハ	42.8	47.3	46.2	0.31
ADL 向上	訪問リハ	51.9	55.9	50.3	0.08
	通所リハ	28.2	37.4	43.5	< 0.01
IADL 維持	訪問リハ	19.4	13.7	7.1	< 0.01
	通所リハ	25.5	13.9	8.2	< 0.01
IADL 向上	訪問リハ	30.7	24.9	10.1	< 0.01
	通所リハ	15.5	15.3	10.0	0.03
閉じこもり予防	訪問リハ	25.0	17.8	10.2	< 0.01
	通所リハ	34.0	38.2	27.7	0.08
社会的参加支援	訪問リハ	16.9	12.8	7.8	< 0.01
	通所リハ	23.4	18.8	14.8	< 0.01
介護負担軽減	訪問リハ	6.2	17.1	44.8	< 0.01
	通所リハ	5.8	20.1	46.4	< 0.01

注 1) Cochran-Armitage 検定



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 27 年度分担研究報告書

リハビリテーション利用者の状態及びそ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）

研究分担者 山本克也（国立社会保障・人口問題研究所）

【概要】

「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、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、1) リハビリテーション利用者の状態、および 2) リハビリテーションが状態変化に与える影響、の二つの視点から、介護保険制度下におけるリハビリテーションの利用実態について検討した。

本研究から得られた結果は以下の二点である。第 1 に、認定調査で測定される要介護高齢者の状態について、リハビリテーション利用者と他の要介護認定者（施設・居住系サービス利用者を除く）との二群間比較（平均値の差の検定）を行った結果、要支援 1 から要支援 2 においては生活機能の低下が、要介護 1 から要介護 3 においては身体機能の低下が、リハビリテーション利用者の状態面での特徴となっていることが明らかになった。介護保険制度下におけるリハビリテーション利用の背景には、これらの機能の維持・改善に対する期待があるものと推察される。第 2 に、以上の生活機能や身体機能の 2 年間の変化について二群間比較（順位和検定）を行った結果、リハビリテーションの利用がこれらの機能の維持・改善につながっていることを示す結果は得られなかった。要介護高齢者の状態の維持・改善に資するリハビリテーション提供のあり方について、検討が求められる。

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、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、1) リハビリテーション利用者の状態、および 2) リハビリテーションが状態変化に与える影響、の二つの視点から、介護保険制度下におけるリハビリテーションの利用実態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、調査協力自治体から貸与された介護保険個票データを使用する。具体的には、介護保険被保険者台帳データ、要介護認定調査データ、および介護給付データの3つの個票データを、連結可能な匿名化された個人IDを用いて接続したデータセットを使用する。対象時点は2013年9月、2014年9月、および2015年9月の3時点である。

分析対象は、2013年9月時点の要介護認定者（施設・居住系サービス利用者を除く）である。このうち、リハビリテーション利用者（訪問リハ・通所リハ）を利用群、それ以外の者を「非利用群」としたうえで、基本属性（2013年9月）、認定調査結果（2013年9月）、および認定調査結果の変化（2013年9月～2015年9月）について、二群間比較（二乗検定、順位和検定、平均値の差の検定）を行った。

## C．結果

### 1) リハビリテーションの利用実態

表1は、各時点における要介護認定者数を要介護度別、療養場所別に示した結果である。2013年9月1日現在における要介護認定者数は23,058人となり、このうち施設・居住系サービス利用者が5,034人となっている。具体的には介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、地域密着型介護老人福祉施設、認知症対応型共同生活介護、特定施設入居者生活介護、および地域密着型特定施設入居者生活介護の利用者が含まれている。以上の施設・居住系サービス利用者を除く要介護認定者（以下、在宅認定者と呼ぶ）が18,024人となり、以下ではこれらの在宅認定者を対象とする。

表1：認定者数（要介護度別・療養場所別）

要介護度	2013年9月	2014年9月	2015年9月	計
要支援1	3,311	3,249	3,203	9,763
要支援2	4,218	4,522	4,692	13,432
要介護1	4,182	4,161	4,386	12,729
要介護2	3,953	4,379	4,637	12,969
要介護3	2,703	2,841	3,146	8,690
要介護4	2,547	2,615	2,710	7,872
要介護5	2,144	2,171	2,117	6,432
計	23,058	23,938	24,891	71,887

療養場所	2013年9月	2014年9月	2015年9月	計
在宅	18,024	18,744	19,583	56,351
施設・居住系	5,034	5,194	5,308	15,536
計	23,058	23,938	24,891	71,887

表2は在宅認定者のリハビリテーションの利用状況を要介護度別にまとめた結果である。在宅認定者のうち2013年9月中に訪問リハまたは通所リハを利用した者（以下、利用群）は3,170人となり、リハビリテーションを利用していない在宅認定者（以下、非利用群）が14,854人となる。なお、利用群のうち訪問リハを利用している者が152人、通所リハを利用している者が3,042人となり、利用群の96%は通所となっている。在宅認定者に対する利用群の割合は、要介護度の重度化とともに上昇し、要介護3をピークとして、その後低下に転じることになる。なお、訪問リハの利用者の割合は重度認定者に相対的に多くなっている。

表 2：在宅認定者のリハビリテーション利用状況（2013年9月）

要介護度	計	非利用群		利用群		リハ利用率		
		計	訪問リハ	通所リハ	計	訪問リハ	通所リハ	
要支援1	3,262	2,994	268	9	259	8.2%	0.3%	7.9%
要支援2	4,142	3,554	588	23	565	14.2%	0.6%	13.6%
要介護1	3,622	2,863	759	20	740	21.0%	0.6%	20.4%
要介護2	3,142	2,401	741	43	705	23.6%	1.4%	22.4%
要介護3	1,693	1,279	414	29	395	24.5%	1.7%	23.3%
要介護4	1,210	973	237	12	230	19.6%	1.0%	19.0%
要介護5	953	790	163	16	148	17.1%	1.7%	15.5%
計	18,024	14,854	3,170	152	3,042	17.6%	0.8%	16.9%

表 3：サービス利用構造

要介護度	非利用群		利用群	
	利用サービス	相対度数	利用サービス	相対度数
要支援1	未利用	46.3%	通所リハ	70.5%
	通所介護	22.7%	通所リハ・福祉用具貸与	14.2%
	訪問介護	11.4%	通所リハ・訪問介護	7.5%
	福祉用具貸与	6.4%	通所リハ・訪問介護・福祉用具貸与	2.2%
	通所介護・福祉用具貸与	2.9%	訪問リハ	1.1%
要支援2	未利用	37.2%	通所リハ	54.6%
	通所介護	18.6%	通所リハ・福祉用具貸与	19.9%
	福祉用具貸与	10.4%	通所リハ・訪問介護	8.3%
	訪問介護	9.9%	通所リハ・訪問介護・福祉用具貸与	7.8%
	通所介護・福祉用具貸与	6.2%	訪問リハ	1.0%
要介護1	未利用	25.4%	通所リハ	42.2%
	通所介護	24.6%	通所リハ・福祉用具貸与	15.0%
	訪問介護	6.8%	通所リハ・訪問介護	8.7%
	通所介護・福祉用具貸与	6.4%	通所リハ・訪問介護・福祉用具貸与	8.7%
	訪問介護・通所介護	6.4%	通所リハ・通所介護	4.9%
要介護2	未利用	18.8%	通所リハ	23.3%
	通所介護	14.2%	通所リハ・福祉用具貸与	21.6%
	通所介護・福祉用具貸与	10.6%	通所リハ・訪問介護・福祉用具貸与	13.6%
	福祉用具貸与	6.2%	通所リハ・訪問介護	5.4%
	訪問介護・通所介護・福祉用具貸与	5.7%	通所リハ・通所介護・福祉用具貸与	3.9%
要介護3	未利用	21.5%	通所リハ・福祉用具貸与	26.3%
	通所介護・福祉用具貸与	10.1%	通所リハ・訪問介護・福祉用具貸与	10.9%
	通所介護	6.7%	通所リハ	9.9%
	福祉用具貸与	4.9%	通所リハ・通所介護・福祉用具貸与	5.3%
	訪問介護・通所介護・福祉用具貸与	4.5%	通所リハ・福祉用具貸与・短期入所	5.1%
要介護4	未利用	36.3%	通所リハ・福祉用具貸与	25.3%
	通所介護・福祉用具貸与	6.9%	通所リハ・訪問介護・福祉用具貸与	9.3%
	訪問介護・通所介護・福祉用具貸与	4.7%	通所リハ・訪問介護・福祉用具貸与・訪問看護	5.9%
	通所介護・福祉用具貸与・短期入所	4.2%	通所リハ・通所介護・福祉用具貸与	5.5%
	訪問介護・福祉用具貸与	3.6%	通所リハ・福祉用具貸与・短期入所	5.5%
要介護5	未利用	50.6%	通所リハ・福祉用具貸与	17.2%
	通所介護・福祉用具貸与	3.7%	通所リハ・訪問介護・福祉用具貸与	9.8%
	福祉用具貸与	3.4%	通所リハ・訪問介護・福祉用具貸与・訪問看護	5.5%
	通所介護・福祉用具貸与・短期入所	3.4%	通所リハ・訪問介護・福祉用具貸与・短期入所	5.5%
	訪問介護・通所介護・福祉用具貸与	3.0%	通所リハ・福祉用具貸与・短期入所	4.9%

表 3 は、利用群と非利用群のサービス利用構造をまとめた結果であり、各群の中で多く観察されるサービス利用の組合せ（上位 5 つ）およびそれぞれの相対度数を、要介護度別に示している。非利用群のサービス利用構造についてみると、いずれの要介護度においても「未利用」が最も多い結果となっている。未利用者の割合は、要支援 1 から要介護 2 にかけて低下するが、要介護 2 から要介護 5 にかけて再び上昇し、要介護 5 では未利用者の割合が 50.6% となり、最も高い値となっている。要介護度の悪化に伴う未利用者の拡大の背景には、医療機関入院の影響があると考えられ、重度の非利用群には相当数の入院患者が含まれていると考えられる。

サービスを利用している者では、通所介護、福祉用具貸与、訪問介護の 3 つが中心的なサービスとなっており、要介護度の重度化とともに単品利用からこれらのサービスを組み合わせて利用するケースが拡大し、要介護 4 以上では短期入所の利用が拡大する。

利用群のサービス利用構造についてみると、通所リハを中心として、訪問介護や福祉用具貸与を組み合わせるケースが多く観察される。要介護度が重度化すると、通所介護、訪問看護、短期入所などのサービス利用が拡大する。

表4は、利用群と非利用群の基本属性（性・年齢・世帯構造）について、2群間で比較を行った結果である。性別については、いずれの要介護度においても、両群の間に有意差は観察されないが（二乗検定、有意水準5%）、年齢については、要支援1から要介護1において、利用群の年齢が相対的に高い結果となっている（順位和検定、有意水準5%）、また、世帯構造については、非利用群では単身世帯比率が相対的に高い結果となっている。

表4：基本属性

	要支援1		要支援2		要介護1		要介護2		要介護3		要介護4		要介護5	
	非利用	利用	非利用	利用	非利用	利用	非利用	利用	非利用	利用	非利用	利用	非利用	利用
性														
男	25.8	26.5	26.9	29.3	30.9	31.6	37.8	37.1	38.9	43.5	37.8	43.9	39.6	47.9
女	74.2	73.5	73.1	70.8	69.1	68.4	62.2	62.9	61.1	56.5	62.2	56.1	60.4	52.2
計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
P-value	0.8000		0.2300		0.6940		0.7290		0.0950		0.0860		0.0520	
年齢階級														
65-69歳	5.5	3.0	6.1	3.7	4.8	3.2	6.3	6.3	5.6	8.2	7.3	8.9	8.1	7.4
70-74歳	11.5	8.2	11.6	8.5	9.7	6.9	10.9	9.9	10.7	8.0	10.0	8.9	10.4	12.9
75-79歳	22.5	19.0	20.6	15.0	17.2	13.4	17.3	17.3	16.3	19.3	14.7	17.7	15.4	20.9
80-84歳	32.6	32.8	29.9	29.1	27.2	29.1	22.8	22.8	21.7	21.7	21.4	22.4	21.7	25.2
85-89歳	20.0	25.0	22.3	28.6	24.8	27.4	23.7	23.5	23.4	20.1	23.0	19.8	20.6	20.3
90-94歳	6.9	10.8	8.1	13.3	13.5	16.9	14.2	14.6	15.7	17.4	16.7	14.4	14.8	10.4
95歳以上	1.0	1.1	1.4	1.9	2.9	3.2	4.9	5.7	6.7	5.3	7.0	8.0	9.0	3.1
計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
P-value	0.0210		0.0000		0.0020		0.9690		0.1050		0.6970		0.0660	
世帯構造														
高齢単身	41.4	39.9	38.8	38.3	40.5	34.0	35.3	32.3	37.1	23.0	38.6	23.6	34.2	19.6
高齢複数	32.0	25.4	33.0	27.9	29.2	29.3	32.7	32.9	33.6	37.4	31.1	41.4	33.4	39.3
その他	26.6	34.7	28.2	33.8	30.4	36.8	32.1	34.8	29.2	39.6	30.2	35.0	32.4	41.1
計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
P-value	0.0090		0.0080		0.0010		0.2440		0.0000		0.0000		0.0010	

## 2) リハビリテーション利用者の特性

ここでは、リハビリテーション利用者の状態面から見た特性を明らかにすることを目的として、認定調査項目ごとに両群の差について検討する。具体的には、認定調査項目ごとに自立を「0」、非自立を「1」とするダミー変数（非自立ダミー）を作成し、各群の非自立割合について平均値の差の検定を行った（有意水準5%）。非自立ダミーの具体的な定義は別表の通りである。

表5-1は、第1群（身体機能・起居動作）の調査項目について、二群間比較を行った結果である。要介護1から要介護3にかけて、多くの項目で有意差が観察され、有意差が観察される全ての項目（要介護5の視力を除く）で、利用群の自立割合が低い結果となっている。利用群では「麻痺」や「拘縮」があり、「寝返り」、「両足での立位」、「歩行」等の起居動作が困難となっている者が多く、「洗身」、「爪切り」などの行為で介助を必要としている者が多くなっている。

表5-2は、第2群（生活機能）の調査項目について、二群間比較を行った結果である。有意差が観察される項目では、利用群の自立割合が低いケースが多く観察されるが、有意水準は低い結果となっている。「外出頻度」に関しては、全ての要介護度において利用群の外出頻度が高い結果となっているが、利用群の多くは通所リハ利用者であり、このことが影響していると考えられる。

表5-3は、第3群（認知機能）の調査項目について、二群間比較を行った結果である。要支援1から要介護2までは、認知機能の低下は比較的低い水準にとどまっており、ここでも有意差は観察されていない。一方で、要介護3、4においては、多くの項目で有意差が観察されており、いずれの項目でも非利用群の自立割合が低い結果となっている。要介護5では「場所の理解」を除

いて有意差が観察されないが、この背景には施設入所の影響があるものと考えられる。すなわち、非利用群には認知症患者が相対的に多いと考えられるが、これらの認知症患者が要介護度の重度化とともに施設に入所することにより、在宅認定者を対象とした場合には、両群間の差が観察されなくなったと考えられる。

表 5-4 は、第 4 群（精神・行動障害）の調査項目について、二群間比較を行った結果である。要介護 3 において多くの項目で有意差が観察されており、第 3 群の結果と同様、いずれのケースでも非利用群の自立割合が低い結果となっている。要介護 4、5 においては有意差が観察されないが、ここでも施設入所が影響しているものと考えられる。認知症の有無は施設入所に大きな影響を与えるとされているが、単なる認知機能の低下ではなく、精神障害・行動障害の発生が家族介護者の負担拡大へとつながり、施設入所により大きな影響を与えられとされる。したがって、第 4 群では第 3 群以上に施設入所の影響を受けていると考えられる。

表 5-5 は、第 5 群（社会生活への適応）の調査項目について、二群間比較を行った結果である。軽度の要介護度を中心に有意差が観察されているが、要支援 1、2 では「集団への不適応」を除くすべての項目で、利用群の自立割合が低い結果となっている。

表 5-1：リハ利用者の状態（第 1 群：身体機能・起居動作）

	要支援1		要支援2		要介護1		要介護2		要介護3		要介護4		要介護5	
	利用群	非利用群	利用群	非利用群	利用群	非利用群	利用群	非利用群	利用群	非利用群	利用群	非利用群	利用群	非利用群
1-1: 麻痺	0.257	0.263	0.604	0.593	0.411	0.389	0.641	0.622	0.734	0.662 **	0.840	0.776 *	0.914	0.901
1-2: 拘縮	0.269	0.243	0.367	0.361	0.290	0.259	0.455	0.410 *	0.529	0.446 **	0.582	0.568	0.785	0.734
1-3: 寝返り	0.354	0.342	0.750	0.733	0.552	0.486 **	0.785	0.746 *	0.857	0.795 **	0.928	0.916	0.988	0.980
1-4: 起上り	0.951	0.944	0.985	0.990	0.924	0.918	0.989	0.973 *	0.983	0.978	0.996	0.987	1.000	0.999
1-5: 座位保持	0.388	0.406	0.764	0.750	0.549	0.557	0.796	0.788	0.874	0.808 **	0.920	0.938	0.994	0.980
1-6: 両足での立位	0.127	0.130	0.580	0.577	0.433	0.393 *	0.762	0.721 *	0.867	0.792 ***	0.966	0.949	0.988	0.987
1-7: 歩行	0.470	0.414	0.823	0.803	0.660	0.585 ***	0.885	0.838 **	0.930	0.878 **	0.983	0.966	0.994	0.990
1-8: 立上り	0.955	0.945	0.991	0.993	0.925	0.915	0.989	0.979	0.986	0.980	0.996	0.995	1.000	0.999
1-9: 片足での立位	0.903	0.870	0.978	0.973	0.908	0.879 *	0.977	0.974	0.983	0.978	0.996	0.997	1.000	0.999
1-10: 洗身	0.142	0.093 **	0.389	0.353	0.543	0.488 **	0.884	0.853 *	0.988	0.984	1.000	0.999	1.000	1.000
1-11: 爪切り	0.246	0.207	0.590	0.529 **	0.601	0.513 ***	0.896	0.856 **	0.983	0.969	0.996	0.991	0.994	0.996
1-12: 視力	0.179	0.173	0.308	0.297	0.319	0.301	0.413	0.429	0.428	0.439	0.477	0.538	0.540	0.635 *
1-13: 聴力	0.496	0.446	0.553	0.526	0.614	0.560 **	0.594	0.606	0.556	0.579	0.586	0.609	0.515	0.585

表 5-2：リハ利用者の状態（第 2 群：生活機能）

	要支援1		要支援2		要介護1		要介護2		要介護3		要介護4		要介護5	
	利用群	非利用群	利用群	非利用群	利用群	非利用群	利用群	非利用群	利用群	非利用群	利用群	非利用群	利用群	非利用群
2-1: 移乗	0.000	0.002	0.029	0.020	0.042	0.035	0.256	0.248	0.715	0.593 ***	0.937	0.930	1.000	0.994
2-2: 移動	0.019	0.016	0.104	0.118	0.162	0.155	0.540	0.536	0.865	0.798 **	0.975	0.982	1.000	0.996
2-3: 嚥下	0.071	0.084	0.126	0.148	0.133	0.156	0.308	0.275	0.271	0.296	0.397	0.434	0.650	0.714
2-4: 食事摂取	0.011	0.003	0.012	0.008	0.017	0.022	0.085	0.096	0.191	0.227	0.376	0.490 **	0.896	0.922
2-5: 排尿	0.037	0.012 ***	0.056	0.040	0.181	0.148 *	0.579	0.533 *	0.954	0.925 *	0.992	0.982	0.988	0.999 *
2-6: 排便	0.007	0.002	0.032	0.032	0.103	0.086	0.503	0.460 *	0.918	0.902	0.983	0.991	1.000	0.999
2-7: 口腔清潔	0.007	0.006	0.022	0.021	0.096	0.103	0.367	0.347	0.785	0.796	0.945	0.966	0.994	0.989
2-8: 洗顔	0.004	0.007	0.020	0.025	0.071	0.079	0.279	0.293	0.763	0.745	0.937	0.962	0.994	0.991
2-9: 整髪	0.000	0.001	0.020	0.016	0.059	0.068	0.240	0.242	0.558	0.629 *	0.848	0.863	0.951	0.985 **
2-10: 上衣の着脱	0.007	0.008	0.112	0.098	0.212	0.202	0.668	0.623 *	0.947	0.927	0.987	0.990	1.000	1.000
2-11: スポン等の着脱	0.007	0.006	0.088	0.084	0.198	0.190	0.676	0.628 *	0.973	0.949 *	0.996	0.993	1.000	1.000
2-12: 外出頻度	0.134	0.224 ***	0.146	0.313 ***	0.136	0.308 ***	0.184	0.380 ***	0.263	0.461 ***	0.312	0.659 ***	0.331	0.768 ***

表 5-3：リハ利用者の状態（第 3 群：認知機能）

	要支援1		要支援2		要介護1		要介護2		要介護3		要介護4		要介護5	
	利用群	非利用群	利用群	非利用群	利用群	非利用群	利用群	非利用群	利用群	非利用群	利用群	非利用群	利用群	非利用群
3-1: 意思の伝達	0.011	0.006	0.009	0.008	0.041	0.034	0.078	0.079	0.157	0.181	0.304	0.388 *	0.607	0.647
3-2: 毎日の日課を理解	0.004	0.005	0.003	0.003	0.130	0.132	0.235	0.233	0.350	0.462 ***	0.502	0.615 ***	0.699	0.770
3-3: 生年月日をいう	0.004	0.002	0.002	0.000	0.028	0.033	0.057	0.051	0.089	0.142 **	0.219	0.330 ***	0.442	0.524
3-4: 短期記憶	0.019	0.017	0.032	0.034	0.393	0.389	0.397	0.413	0.447	0.539 **	0.578	0.666 *	0.712	0.773
3-5: 自分の名前をいう	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.001	0.000	0.004	0.019	0.016	0.046	0.137 ***	0.209	0.282
3-6: 今の季節を理解	0.004	0.012	0.010	0.007	0.137	0.155	0.182	0.194	0.280	0.346 *	0.430	0.545 **	0.644	0.673
3-7: 場所の理解	0.000	0.001	0.000	0.000	0.005	0.010	0.024	0.024	0.094	0.129	0.177	0.350 ***	0.344	0.495 ***
3-8: 徘徊	0.000	0.001	0.000	0.000	0.020	0.016	0.022	0.035	0.043	0.089 **	0.068	0.079	0.006	0.032
3-9: 外出して戻れない	0.000	0.001	0.000	0.001	0.016	0.016	0.019	0.024	0.043	0.066	0.025	0.039	0.006	0.008

表 5-4：リハ利用者の状態（第 4 群：精神・行動障害）

	要支援1		要支援2		要介護1		要介護2		要介護3		要介護4		要介護5	
	利用群	非利用群	利用群	非利用群	利用群	非利用群	利用群	非利用群	利用群	非利用群	利用群	非利用群	利用群	非利用群
4-1:被害的	0.011	0.006	0.024	0.022	0.096	0.148 ***	0.121	0.137	0.082	0.162 ***	0.076	0.082	0.018	0.058 *
4-2:作話	0.000	0.005	0.015	0.014	0.111	0.139 *	0.099	0.156 ***	0.111	0.184 ***	0.110	0.119	0.061	0.081
4-3:感情が不安定	0.011	0.013	0.063	0.073	0.183	0.205	0.235	0.259	0.239	0.291 *	0.215	0.245	0.178	0.194
4-4:昼夜逆転	0.004	0.009	0.037	0.041	0.087	0.078	0.127	0.139	0.118	0.188 **	0.203	0.184	0.178	0.172
4-5:同じ話をする	0.011	0.017	0.056	0.077	0.298	0.332	0.274	0.310	0.249	0.296	0.190	0.171	0.098	0.124
4-6:大声を出す	0.004	0.002	0.017	0.015	0.059	0.077	0.085	0.107	0.126	0.172 *	0.152	0.188	0.129	0.187
4-7:介護に抵抗	0.000	0.001	0.003	0.002	0.016	0.023	0.028	0.044	0.077	0.125 **	0.097	0.153 *	0.104	0.180 *
4-8:落ち着きなし	0.000	0.000	0.000	0.000	0.011	0.013	0.020	0.021	0.041	0.088 **	0.072	0.063	0.012	0.044
4-9:一人で出たがる	0.000	0.000	0.002	0.000	0.016	0.014	0.036	0.037	0.063	0.102 *	0.046	0.061	0.018	0.018
4-10:収集癖	0.000	0.001	0.002	0.001	0.017	0.020	0.020	0.039 *	0.027	0.065 **	0.021	0.034	0.000	0.011
4-11:物や衣類を壊す	0.000	0.000	0.002	0.001	0.005	0.010	0.020	0.019	0.024	0.041	0.034	0.039	0.006	0.027
4-12:ひどい物忘れ	0.246	0.202	0.247	0.249	0.719	0.703	0.560	0.559	0.413	0.494 **	0.262	0.301	0.184	0.163
4-13:独り言・独り笑い	0.000	0.002	0.002	0.005	0.050	0.051	0.054	0.072	0.070	0.116 **	0.101	0.126	0.074	0.146 *
4-14:自分勝手に行動する	0.019	0.008	0.031	0.023	0.082	0.098	0.109	0.107	0.106	0.145 *	0.093	0.113	0.031	0.068
4-15:話がまとまらない	0.004	0.008	0.017	0.020	0.105	0.131	0.123	0.146	0.169	0.224 *	0.186	0.206	0.092	0.139

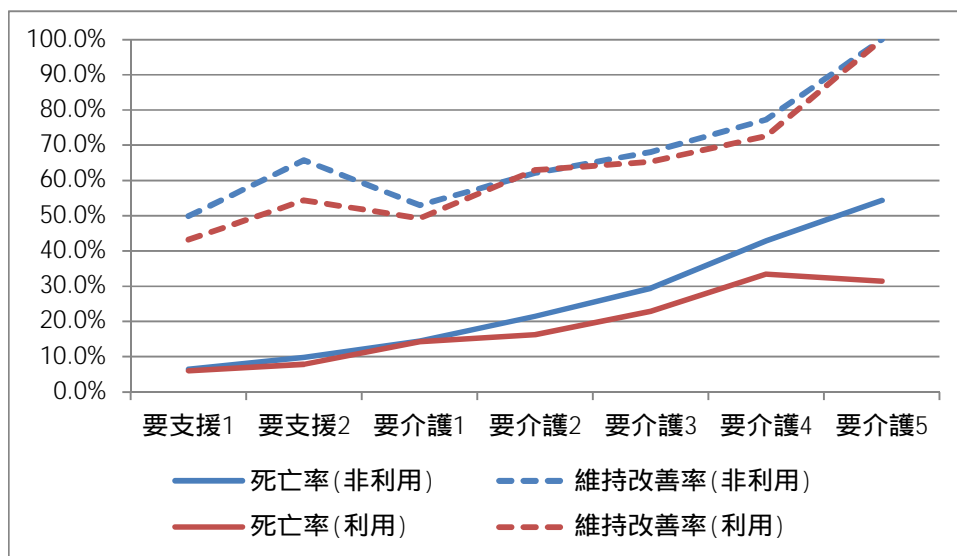
表 5-5：リハ利用者の状態（第 5 群：社会生活への適応）

	要支援1		要支援2		要介護1		要介護2		要介護3		要介護4		要介護5	
	利用群	非利用群	利用群	非利用群	利用群	非利用群	利用群	非利用群	利用群	非利用群	利用群	非利用群	利用群	非利用群
5-1:薬の内服	0.265	0.202 *	0.323	0.266 **	0.835	0.833	0.876	0.868	0.981	0.960 *	0.996	0.990	1.000	0.999
5-2:金銭の管理	0.325	0.225 ***	0.350	0.296 **	0.804	0.784	0.868	0.815 **	0.935	0.915	0.954	0.947	0.988	0.986
5-3:日常の意思決定	0.287	0.217 **	0.299	0.260 *	0.879	0.842 *	0.789	0.757	0.829	0.832	0.873	0.882	0.933	0.942
5-4:集団への不適応	0.004	0.002	0.002	0.004	0.013	0.018	0.015	0.021	0.014	0.048 **	0.017	0.041	0.018	0.033
5-5:買い物	0.657	0.541 ***	0.781	0.729 **	0.926	0.893 **	0.984	0.978	0.998	0.998	1.000	0.999	1.000	1.000
5-6:簡単な調理	0.474	0.364 ***	0.577	0.501 ***	0.796	0.738 **	0.930	0.893 **	0.995	0.988	0.983	0.896 ***	0.877	0.796 *

### 3) リハビリテーション利用者の状態変化

ここではリハビリテーション利用者の2年間(2013年9月から2015年9月)の状態変化について検討する。ここまで分析対象としてきた2013年9月時点の在宅認定者18,024人のうち、分析期間内における転出者が176人となっている。これら転出者を除く在宅認定者17,848人を対象として、死亡率と要介護度の維持改善率(以下、維持改善率)を示した結果が図1である。なお、維持改善率は2年間の生存者の中で、要介護度が維持・改善したもの(非認定を含む)の比率を示している。また、各群の定義はこれまでと同様、2013年9月時点のリハビリテーション利用者を利用群、その他の在宅認定者を非利用群としている。

図1: 2年間の死亡率・維持改善率(2013年9月~2015年9月)



死亡率についてみると、要支援1から要介護1までは両群で大きな差は見られないが、要介護2以上では利用群の死亡率が非利用群を下回っている。表4でみたとおり、両群の年齢構成は要介護2以上では有意差がみられず、ここでの死亡率の差は年齢以外の要因によるものと考えられる。先に述べたとおり、重度の非利用群ではサービス未利用者が多く含まれているが、これらの未利用者には入院患者が多く含まれていると考えられ、このことが両者の死亡率の差に影響を与えていると思われる。

次に維持改善率についてみると、要介護1以上では両群では大きな差は見られないが、要支援1・2では利用群の維持改善率が非利用群を下回っている。これらの要介護度では、非利用群において年齢の高いものが相対的に多くなっており、このことが利用群の維持改善率を低くしていると考えられる。

最後に、個別の認定調査項目ごとに、2年間の状態変化について検討する。各認定調査項目の変化を把握するためには、2時点の調査結果が必要となるため、2015年9月時点において要介護認定を受けていない個人980人については分析から除外する。また、ここでの目的はリハビリテーションの効果を把握することであるため、表5-1から表5-5に示した利用群で状態が悪い項目に限定して分析を行う。具体的には、要支援1・2については第5群の調査項目を、要介護1から要介護3については第1群の調査項目を対象に、それぞれ二群間比較(順位和検定)を行うこととする。この際、2013年9月時点における要介護度、および当該調査項目の結果が等しいものを対象に、比較を行った。



表6：2年間の状態変化（要支援1・2）

	要支援1			要支援2		
	非利用群	利用群	p-value	非利用群	利用群	p-value
<b>5-1: 薬の内服</b>						
2013年 一部介助	462	65	0.3822	748	172	0.9794
2015年 介助されていない	22.3	24.6		21.1	22.1	
一部介助	74.0	75.4		75.5	73.3	
全介助	3.7	0.0		3.3	4.7	
計	100.0	100.0		100.0	100.0	
<b>5-2: 金銭の管理</b>						
2013年 一部介助	388	63	0.2039	625	138	0.3207
2015年 介助されていない	15.0	15.9		16.2	10.9	
一部介助	59.8	68.3		55.4	59.4	
全介助	25.3	15.9		28.5	29.7	
計	100.0	100.0		100.0	100.0	
2013年 全介助	116	16	0.1219	192	51	0.0212
2015年 介助されていない	6.0	6.3		8.9	15.7	
一部介助	23.3	43.8		17.7	27.5	
全介助	70.7	50.0		73.4	56.9	
計	100.0	100.0		100.0	100.0	
<b>5-3: 日常の意思決定</b>						
2013年 特別な場合を除いてできる	499	70	0.4703	726	155	0.1235
2015年 できる	12.6	15.7		12.7	10.3	
特別な場合を除いてできる	77.6	75.7		81.8	80.7	
日常的に困難	9.6	8.6		5.2	8.4	
できない	0.2	0.0		0.3	0.7	
計	100.0	100.0		100.0	100.0	
<b>5-5: 買い物</b>						
2013年 一部介助	460	68	0.8411	819	137	0.0061
2015年 介助されていない	20.2	20.8		18.3	11.0	
見守り等	0.2	0.0		0.4	0.0	
一部介助	44.6	45.8		45.2	42.3	
全介助	35.0	33.3		36.1	46.7	
計	100.0	100.0		100.0	100.0	
2013年 全介助	792	113	0.7321	1217	277	0.1569
2015年 介助されていない	6.9	5.3		5.5	4.3	
見守り等	0.4	0.0		0.1	0.0	
一部介助	6.1	7.1		8.9	6.9	
全介助	86.6	87.6		85.5	88.8	
計	100.0	100.0		100.0	100.0	
<b>5-6: 簡単な調理</b>						
2013年 全介助	797	116	0.0127	1324	301	0.0106
2015年 介助されていない	16.2	7.8		15.5	9.6	
見守り等	0.1	0.0		0.1	0.0	
一部介助	0.5	0.0		0.5	0.7	
全介助	83.2	92.2		83.9	89.7	
計	100.0	100.0		100.0	100.0	

表6には要支援1、2についての結果がまとめてある。同表左には要支援1の、同表右には要支援2の結果がまとめてあり、それぞれ調査項目、2013年時点の当該調査項目の状態ごとに、結果がまとめてある。また、各ケースの一番上（網掛けされた行）には該当サンプル数が記載されており、その下には2015年時点における当該調査項目の相対度数分布が示してある。例えば、要支援1のうち2013年時点で「薬の内服」が「一部介助」であったものは、非利用群で462名、利用群で65名存在する。このうち非利用群の2015年時点の同調査項目の結果は、「介助されていない」が22.3%、「一部介助」が74.0%、「全介助」が3.7%となっており、2割程度の者で状態が改善したことになる。利用群でも同様に、「介助されていない」が24.6%、「一部介助」が75.4%、「全介助」が0.0%となっており、改善した者が2割程度存在したことを示している。

ここでの関心はこれらの状態変化（遷移確率）が利用群と非利用群で異なるかどうかだが、ほとんどの項目で有意差は観察されない結果となった（有意水準5%）。有意差が観察されたのは、要支援1では「簡単な調理」（全介助）の1ケースのみ、要支援2では「金銭の管理」（全介助）、「買い物」（一部介助）、「簡単な調理」（全介助）の3ケースのみとなっている。このうち、利用群の方が2015年時点の状態が良くなっているケースは、要支援2の「金銭の管理」（全介助）のみとなっている。

表6と同様に、要介護1から要介護3についての結果をまとめたものが表7である。要介護2、3については有意差が観察されるケースは存在せず、有意差が観察されるのは要介護1の「起上り」(つかまれば可)、「立上がり」(つかまれば可)の2ケースのみとなっている。また、2015年時点の状態はいずれのケースでも非利用群の方が良い状態となっており、第1群の調査項目に関してもリハビリテーション利用による状態改善は確認できない結果となっている。

表7：2年間の状態変化(要介護1～要介護3)

	要介護1			要介護2			要介護3			
	非利用	利用	p-value	非利用	利用	p-value	非利用	利用	p-value	
1-1:麻痺(左上肢)										
2013年	ある	171	43	0.7571	327	140	0.1893	157	84	0.1924
2015年	ない	46.2	48.8		30.3	24.3		34.4	26.2	
	ある	53.8	51.2		69.7	75.7		65.6	73.8	
	計	100.0	100.0		100.0	100.0		100.0	100.0	
1-1:麻痺(右上肢)										
2013年	ある	182	65	0.2521	350	146	0.2571	177	73	0.4506
2015年	ない	46.7	38.5		34.0	28.8		29.4	24.7	
	ある	53.3	61.5		66.0	71.2		70.6	75.3	
	計	100.0	100.0		100.0	100.0		100.0	100.0	
1-1:麻痺(左下肢)										
2013年	ある	658	175	0.9946	879	294	0.1946	449	176	0.8387
2015年	ない	23.4	23.4		20.5	17.0		15.8	16.5	
	ある	76.6	76.6		79.5	83.0		84.2	83.5	
	計	100.0	100.0		100.0	100.0		100.0	100.0	
1-1:麻痺(右下肢)										
2013年	ある	652	181	0.6807	870	281	0.3450	457	180	0.6742
2015年	ない	26.4	24.9		20.0	17.4		17.5	16.1	
	ある	73.6	75.1		80.0	82.6		82.5	83.9	
	計	100.0	100.0		100.0	100.0		100.0	100.0	
1-2:拘縮(肩関節)										
2013年	ある	147	57	0.3400	333	142	0.2465	168	81	0.3262
2015年	ない	38.8	31.6		30.6	25.4		33.3	27.2	
	ある	61.2	68.4		69.4	74.7		66.7	72.8	
	計	100.0	100.0		100.0	100.0		100.0	100.0	
1-2:拘縮(ひざ関節)										
2013年	ある	356	116	0.1424	424	161	0.9359	238	118	0.5043
2015年	ない	33.2	25.9		26.4	26.1		24.4	21.2	
	ある	66.9	74.1		73.6	73.9		75.6	78.8	
	計	100.0	100.0		100.0	100.0		100.0	100.0	
1-2:拘縮(その他)										
2013年	ある	261	72	0.3061	380	136	0.2712	174	77	0.7538
2015年	ない	23.8	18.1		20.5	16.2		17.8	19.5	
	ある	76.3	81.9		79.5	83.8		82.2	80.5	
	計	100.0	100.0		100.0	100.0		100.0	100.0	
1-3:寝返り										
2013年	つかまれば可	1085	352	0.2705	1267	457	0.7218	615	249	0.4720
2015年	できる	13.4	12.2		10.3	9.2		6.5	6.0	
	つかまれば可	80.6	79.8		80.4	83.6		78.2	76.7	
	できない	6.1	8.0		9.2	7.2		15.3	17.3	
	計	100.0	100.0		100.0	100.0		100.0	100.0	
1-4:起上り										
2013年	つかまれば可	2092	582	0.0344	1625	578	0.9972	690	241	0.1089
2015年	できる	2.3	1.9		1.4	0.7		0.4	0.0	
	つかまれば可	90.6	88.5		85.6	86.9		76.2	71.8	
	できない	7.0	9.6		13.1	12.5		23.3	28.2	
	計	100.0	100.0		100.0	100.0		100.0	100.0	
1-5:座位保持										
2013年	自分で支えれば可	914	263	0.4142	783	285	0.3127	341	133	0.9446
2015年	できる	10.7	11.0		7.5	8.8		7.3	9.8	
	自分で支えれば可	67.2	69.6		64.0	65.3		55.7	51.1	
	支えが必要	20.9	18.6		27.3	25.6		34.6	36.8	
	できない	1.2	0.8		1.2	0.4		2.4	2.3	
	計	100.0	100.0		100.0	100.0		100.0	100.0	
2013年	支えが必要	350	86	0.2677	603	202	0.4613	331	140	0.9159
2015年	できる	8.3	2.3		6.5	7.9		4.2	6.4	
	自分で支えれば可	27.1	29.1		24.2	24.3		21.8	20.7	
	支えが必要	63.4	66.3		67.3	67.3		71.3	68.6	
	できない	1.1	2.3		2.0	0.5		2.7	4.3	
計	100.0	100.0		100.0	100.0		100.0	100.0		

表7：2年間の状態変化（要介護1～要介護3）（続き）

	要介護1			要介護2			要介護3		
	非利用	利用	p-value	非利用	利用	p-value	非利用	利用	p-value
<b>1-6:両足での立位</b>									
2013年	880	275	0.4692	1221	444	0.5783	537	209	0.4224
2015年	13.0	12.7		10.4	9.7		8.4	4.8	
	78.0	76.0		76.4	79.3		67.6	70.8	
	9.1	11.3		13.2	11.0		24.0	24.4	
	100.0	100.0		100.0	100.0		100.0	100.0	
<b>1-7:歩行</b>									
2013年	1221	392	0.2754	1131	411	0.6023	399	129	0.3757
2015年	6.9	7.4		4.6	3.4		5.0	2.3	
	73.5	75.5		69.7	73.2		57.6	57.4	
	19.7	17.1		25.7	23.4		37.3	40.3	
	100.0	100.0		100.0	100.0		100.0	100.0	
2013年	123	31	0.4618	358	129	0.5371	338	162	0.1219
2015年	1.6	6.5		1.4	1.6		1.5	1.2	
	36.6	22.6		26.0	28.7		24.0	17.9	
	61.8	71.0		72.6	69.8		74.6	80.9	
	100.0	100.0		100.0	100.0		100.0	100.0	
<b>1-8:立上り</b>									
2013年	2116	590	0.0496	1686	586	0.3283	658	223	0.3739
2015年	2.4	0.9		1.1	1.0		0.9	0.5	
	88.8	88.8		84.8	86.7		74.0	71.8	
	8.8	10.3		14.1	12.3		25.1	27.8	
	100.0	100.0		100.0	100.0		100.0	100.0	
2013年	10	2	0.8020	73	16	0.5496	171	87	0.7094
2015年	0.0	0.0		0.0	0.0		0.0	0.0	
	40.0	50.0		48.0	56.3		31.0	28.7	
	60.0	50.0		52.1	43.8		69.0	71.3	
	100.0	100.0		100.0	100.0		100.0	100.0	
<b>1-9:片足での立位</b>									
2013年	1840	521	0.4287	1147	370	0.2868	360	101	0.2030
2015年	2.9	2.3		1.5	0.5		0.6	0.0	
	75.7	75.1		68.4	67.0		55.8	49.5	
	21.4	22.7		30.1	32.4		43.6	50.5	
	100.0	100.0		100.0	100.0		100.0	100.0	
2013年	197	60	0.5940	603	223	0.1320	465	209	0.3084
2015年	0.0	0.0		0.8	0.0		0.0	0.0	
	32.0	28.3		24.2	20.2		17.0	13.9	
	68.0	71.7		75.0	79.8		83.0	86.1	
	100.0	100.0		100.0	100.0		100.0	100.0	
<b>1-10:洗身</b>									
2013年	969	321	0.3036	1150	425	0.9426	412	167	0.8036
2015年	9.2	4.7		4.3	2.4		2.2	1.2	
	71.3	76.6		67.8	71.3		57.0	56.9	
	17.8	16.5		25.4	24.2		37.1	39.5	
	1.8	2.2		2.5	2.1		3.6	2.4	
	100.0	100.0		100.0	100.0		100.0	100.0	
2013年	72	19	0.3184	276	97	0.4302	362	125	0.5219
2015年	1.4	5.3		2.5	3.1		0.6	0.8	
	43.1	21.1		30.4	32.0		20.7	18.4	
	51.4	73.7		62.3	63.9		77.4	78.4	
	4.2	0.0		4.7	1.0		1.4	2.4	
	100.0	100.0		100.0	100.0		100.0	100.0	
2013年	65	7	0.6389	103	18	0.5569	58	19	0.6006
2015年	16.9	0.0		17.5	5.6		13.8	5.3	
	52.3	71.4		35.9	55.6		32.8	42.1	
	15.4	14.3		25.2	38.9		32.8	52.6	
	15.4	14.3		21.4	0.0		20.7	0.0	
	100.0	100.0		100.0	100.0		100.0	100.0	
<b>1-11:爪切り</b>									
2013年	553	164	0.0627	415	124	0.1664	100	23	0.3584
2015年	11.0	8.5		7.2	5.7		9.0	4.4	
	46.5	40.9		46.5	41.1		31.0	26.1	
	42.5	50.6		46.3	53.2		60.0	69.6	
	100.0	100.0		100.0	100.0		100.0	100.0	
2013年	634	221	0.8528	1133	425	0.2818	728	285	0.8212
2015年	4.7	5.0		3.3	3.1		1.5	1.1	
	8.4	8.6		7.3	5.7		4.4	5.3	
	86.9	86.4		89.4	91.3		94.1	93.7	
	100.0	100.0		100.0	100.0		100.0	100.0	

別表：非自立タミーの定義

認定調査項目	0:自立	1:非自立	非自立タミー
1-1: 麻痺(左上肢)	1:ない	2:ある	
1-1: 麻痺(右上肢)	1:ない	2:ある	
1-1: 麻痺(左下肢)	1:ない	2:ある	
1-1: 麻痺(右下肢)	1:ない	2:ある	
1-1: 麻痺(その他)	1:ない	2:ある	
1-2: 拘縮(肩関節)	1:ない	2:ある	
1-2: 拘縮(股関節)	1:ない	2:ある	
1-2: 拘縮(ひざ関節)	1:ない	2:ある	
1-2: 拘縮(その他)	1:ない	2:ある	
1-3: 寝返り	1:できる	2:つかまれば可, 3:できない	
1-4: 起上り	1:できる	2:つかまれば可, 3:できない	
1-5: 座位保持	1:できる	2:自分で支えれば可, 3:支えが必要, 4:できない	
1-6: 両足での立位	1:できる	2:支えが必要, 3:できない	
1-7: 歩行	1:できる	2:つかまれば可, 3:できない	
1-8: 立上り	1:できる	2:つかまれば可, 3:できない	
1-9: 片足での立位	1:できる	2:支えが必要, 3:できない	
1-10: 洗身	1:介助されていない	2:一部介助, 3:全介助, 4:行っていない	
1-11: 爪切り	1:介助されていない	2:一部介助, 3:全介助, 4:行っていない	
1-12: 視力	1:普通	2:1m先が見える, 3:目の前が見える, 4:ほとんど見えず, 5:判断不能	
1-13: 聴力	1:普通	2:やっと聞こえる, 3:大声が聞こえる, 4:ほとんど聞こえず, 5:判断不能	
2-1: 移乗	1:介助されていない	2:見守り等, 3:一部介助, 4:全介助	
2-2: 移動	1:介助されていない	2:見守り等, 3:一部介助, 4:全介助	
2-3: 嚥下	1:できる	2:見守り等, 3:できない	
2-4: 食事摂取	1:介助されていない	2:見守り等, 3:一部介助, 4:全介助	
2-5: 排尿	1:介助されていない	2:見守り等, 3:一部介助, 4:全介助	
2-6: 排便	1:介助されていない	2:見守り等, 3:一部介助, 4:全介助	
2-7: 口腔清潔	1:介助されていない	2:一部介助, 3:全介助	
2-8: 洗顔	1:介助されていない	2:一部介助, 3:全介助	
2-9: 整髪	1:介助されていない	2:一部介助, 3:全介助	
2-10: 上衣の着脱	1:介助されていない	2:見守り等, 3:一部介助, 4:全介助	
2-11: ズボン等の着脱	1:介助されていない	2:見守り等, 3:一部介助, 4:全介助	
2-12: 外出頻度	1:週1回以上	2:月1回以上, 3:月1回未満	
3-1: 意思の伝達	1:できる	2:ときどきできる, 3:ほとんど不可, 4:できない	
3-2: 毎日の日課を理解	1:できる	2:できない	
3-3: 生年月日をいう	1:できる	2:できない	
3-4: 短期記憶	1:できる	2:できない	
3-5: 自分の名前をいう	1:できる	2:できない	
3-6: 今の季節を理解	1:できる	2:できない	
3-7: 場所の理解	1:できる	2:できない	
3-8: 徘徊	1:ない	2:ときどきある, 3:ある	
3-9: 外出して戻れない	1:ない	2:ときどきある, 3:ある	
4-1: 被害的	1:ない	2:ときどきある, 3:ある	
4-2: 作話	1:ない	2:ときどきある, 3:ある	
4-3: 感情が不安定	1:ない	2:ときどきある, 3:ある	
4-4: 昼夜逆転	1:ない	2:ときどきある, 3:ある	
4-5: 同じ話をする	1:ない	2:ときどきある, 3:ある	
4-6: 大声を出す	1:ない	2:ときどきある, 3:ある	
4-7: 介護に抵抗	1:ない	2:ときどきある, 3:ある	
4-8: 落ち着きなし	1:ない	2:ときどきある, 3:ある	
4-9: 一人で出たがる	1:ない	2:ときどきある, 3:ある	
4-10: 収集癖	1:ない	2:ときどきある, 3:ある	
4-11: 物や衣類を壊す	1:ない	2:ときどきある, 3:ある	
4-12: ひどい物忘れ	1:ない	2:ときどきある, 3:ある	
4-13: 独り言・独り笑い	1:ない	2:ときどきある, 3:ある	
4-14: 自分勝手に行動する	1:ない	2:ときどきある, 3:ある	
4-15: 話がまとまらない	1:ない	2:ときどきある, 3:ある	
5-1: 薬の内服	1:介助されていない	2:一部介助, 3:全介助	
5-2: 金銭の管理	1:介助されていない	2:一部介助, 3:全介助	
5-3: 日常の意思決定	1:できる	2:特別な場合を除いてできる, 3:日常的に困難, 4:できない	
5-4: 集団への不適合	1:ない	2:ときどきある, 3:ある	
5-5: 買い物	1:介助されていない	2:見守り等, 3:一部介助, 4:全介助	
5-6: 簡単な調理	1:介助されていない	2:見守り等, 3:一部介助, 4:全介助	

#### D．考察およびE．結論

認定調査で測定される要介護高齢者の状態について、リハビリテーション利用者と他の要介護認定者（施設・居住系サービス利用者を除く）との二群間比較を行った結果、要支援1から要支援2においては生活機能の低下が、要介護1から要介護3においては身体機能の低下が、リハビリ利用者の状態面での特徴となっていることが明らかになった。介護保険制度下におけるリハビリテーション利用の背景には、これらの機能の維持・改善に対する期待があるものと推察される。一方で、以上の生活機能や身体機能の2年間の変化について二群間比較を行った結果、リハビリテーションの利用がこれらの機能の維持・改善につながっていることを示す結果は得られなかった。要介護高齢者の状態の維持・改善に資するリハビリテーション提供のあり方について、検討が求められる。

このように本研究からは、リハビリテーションの状態改善効果を支持する結果は得られていないが、本研究には課題も残されており、以下の点は特に重要である。第1の課題は、入院患者の扱いである。本研究で分析対象とした在宅認定者の中には介護サービスを使っていない者が多く存在するが、これら未利用者の中には入院患者が含まれていると考えられる。このため比較対象となる非利用群の中には、在宅で生活する要介護認定者と入院患者が混在していると考えられ、特に重度の要介護度における比較を困難にしている。

第2に、リハビリテーション利用者の状態変化に関しては、2013年時点における状態（要介護度、当該調査項目）を等しくしたうえで、二群間比較を行ったが、当然のことながら、制御されていない他の変数の影響によって、観察されるべき効果が観察されていない可能性もある。より頑健な結果を得るためには、これらの点についても考慮したさらなる検討が必要である。

#### 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）<sup>2)</sup>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、第一段階：対象者・キーパーソンの目標の聞き取り、第二段階：アセスメント、第三段階：解決すべき課題の抽出と設定、第四段階：合意形成、第五段階：プランニング、第六段階：実行・モニタリング、第七段階：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"> <li>・審査表の各段階の判定がすべてA・B</li> <li>・文章・シートとともに適切に記載</li> <li>・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)</li> <li>・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</li> <li>・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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・合格</li> <li>・S事例の場合は、事例概要図の作成を依頼</li> </ul>
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"> <li>・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。</li> <li>・文章・シートの記載内容に軽微な修正が必要</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・不合格</li> <li>・修正コメントの作成</li> <li>・再登録の際の審査</li> </ul>
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"> <li>・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</li> <li>・内容はいいが、シートに不備が多い</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・不合格</li> <li>・修正コメントの作成</li> <li>・再登録の際の審査</li> </ul>
D	ケースマネジメントが不十分	<ul style="list-style-type: none"> <li>・Dが1個以上</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・不合格</li> <li>・修正コメントの作成</li> <li>・一般事例での登録は可能なことを説明</li> </ul>

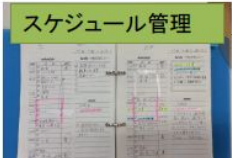
**表3 事例種別ごとの限界と留意点 文献2)より引用**

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"> <li>・ 在院日数の制限</li> <li>・ 機能回復の可能性と対象者のニーズの偏り</li> <li>・ 病病連携による生活行為や在宅生活への繋ぎの困難さ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 生活行為の目標の把握</li> <li>・ 対象者と家族への合意形成</li> <li>・ 院内チームのマネジメント</li> <li>・ 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</li> </ul>
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"> <li>・ 在宅生活での活動と参加の実行状況の評価</li> <li>・ 環境因子の評価</li> <li>・ 訪問支援の回数制限</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 施設内と施設外のチームマネジメント</li> <li>・ 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</li> <li>・ 在宅訪問または退院時カンファレンス</li> <li>・ 在宅スタッフへの情報伝達</li> </ul>
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"> <li>・ 検査や診断といった医療分野</li> <li>・ 心身機能のアセスメント</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 活動と参加，環境因子のアセスメント充実</li> <li>・ 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</li> <li>・ 社会適応プログラムの充実</li> </ul>

図1 事例概要図（医療・維持期のリハ病院入院事例）

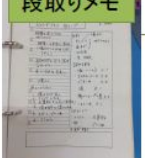
医療・維持期	高次脳機能障害のために家庭生活継続が困難となった主婦への家事負担軽減に向けた介入	
リハ病院入院事例	年齢:38歳 性別:女性 疾患名:脳挫傷	障害名:高次脳機能障害(遂行機能障害・記憶障害・注意障害)
	【介入までの経緯】高校生の息子と二人暮らしで、家事全般を担いながら、美容関連の仕事や早朝ウォーキング・夕方のジム通いなど活動的な毎日を送っていた。歩行中に自家用車にはねられ受傷、急性期病院での保存的治療後、自宅に退院し外来通院で加療していたが、在宅生活では家事の遂行やスケジュール管理などで困りごとが多く出現、入院時は心身ともに疲労した状態であり、受傷1年10か月後に当院にリハビ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漫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。

## 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ためには、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回多職種を交えたリハビリ事例検討会「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回多職種を交えたリハビリ事例検討会「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回多職種を交えたリハビリ事例検討会「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回多職種を交えたリハビリ事例検討会「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回多職種を交えたリハビリ事例検討会「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><b>病歴・入院歴:</b> 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><b>家族:</b> 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><b>介護:</b> 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><b>生活歴・職歴, 他:</b> 自営していたが, ALS 発症後に廃業した.</p>	
<p><b>処方薬, 他:</b> 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"> <li>・四肢筋力低下著明 (MMT: 1 レベル), 頭部回旋, 前腕回内/回外: 2</li> <li>・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</li> <li>・球麻痺症状: ①顔面表情筋筋力低下, ②嚥下機能低下</li> <li>・呼吸状態: 人工呼吸器管理</li> <li>・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</li> <li>・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)</li> </ul>
コミュニケーション	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> </ul>
基本動作	自力では基本動作困難: 全介助
IADL	<ul style="list-style-type: none"> <li>・IADL スケール 2/5 満点</li> <li>・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</li> </ul>
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><b>病歴：</b>脳出血（17 年前）、アキレス腱延長術（2 年前）。</p> <p><b>処方薬：</b>アムロジピン 2.5 mg（血圧コントロール）。</p> <p><b>住環境、他：</b>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><b>生活歴：</b>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
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、イミダブリン塩酸塩 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, ゾニサミド (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"> <li>・生活を制限する関節可動域制限や筋力低下はない</li> <li>・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)</li> <li>・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</li> <li>・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</li> <li>・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</li> <li>・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)</li> </ul>
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"> <li>・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</li> <li>・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)</li> <li>・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</li> </ul>
ADL	<ul style="list-style-type: none"> <li>・Barthel Index:100/100(ADL自立)</li> <li>・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</li> </ul>
社会との交流	<ul style="list-style-type: none"> <li>・日中は臥床し,テレビを観て過ごすことが多い.</li> <li>・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</li> <li>・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</li> </ul>

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"> <li>・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</li> <li>・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</li> </ul>
家族の意向/思い	効果的なりハをお願いしたい(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"> <li>・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</li> <li>・趣味活動(写真撮影)の再開を促し,余暇の充実を図る</li> <li>・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)</li> </ul>
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](mailto: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：  あり  なし  
 ■廃用症候群  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	高次脳機能障害	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
感覚機能障害	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	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"/> なし
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"/> なし
			采覧障害	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし

■高齢(※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					※ 把握していない
立ち保	3	-	-		※ 時間を記載
歩行能力(TUG等)	3	-	-		3: 自立 2: 見守り 1: 一部介助 0: 全介助
排泄管理	3	-	-		※ 点数を記載
ADL-R	-	-	-		
食事	10	-	-		10: 自立 5: 部分介助 0: 全介助
着脱(衣類)	15	-	-		15: 自立 10: 着脱時の介助 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				

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	-		
食事の片付け	0	無	-		
洗濯	3	-	-		※ADL評価点 0: していない 1: まれに 2: 時々 3: 週3回
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: 月に 2: 月に1回 3: 月2回程度
仕事	1	者	1		0: していない 1: 週1-2回 2: 週10-20時間 3: 週30時間以上
IADL合計	36				

関連因子(※評価ありの場合)	評価	備考
家族・介護者	<input type="checkbox"/>	
福祉用具等	<input type="checkbox"/>	
住環境	<input type="checkbox"/>	
自宅周辺	<input type="checkbox"/>	
地域の社会資源	<input type="checkbox"/>	
交通機関	<input type="checkbox"/>	
サービス	<input type="checkbox"/>	
その他	<input type="checkbox"/>	

※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( )  
 ■社会参加支援計画  
 訪問日 ( 年 月 日 )  居室サービス計画(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 <small>(何を目的に(～のために)～をする)</small>	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( )	・下肢・体幹筋力をつけ、転倒なく歩行できるようにする。 ・自分で安全に配慮して歩けるように、屋外の環境に合わせた歩行器・杖を使い分けて歩けるようにする。	週2回 耐久力up ex. 筋力up ex. 立位体適 歩行練習	いつ頃実現する
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( )	・腰や下肢の痛みに合わせて動作を自己選択し、無理なくADLを行えるよう練習やアドバイスする。	週2回 下肢ストレッチ 必要に応じてADL練習	いつ頃実現する
			<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( )			いつ頃実現する
			<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( )			いつ頃実現する
			<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( )			いつ頃実現する

**■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□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**

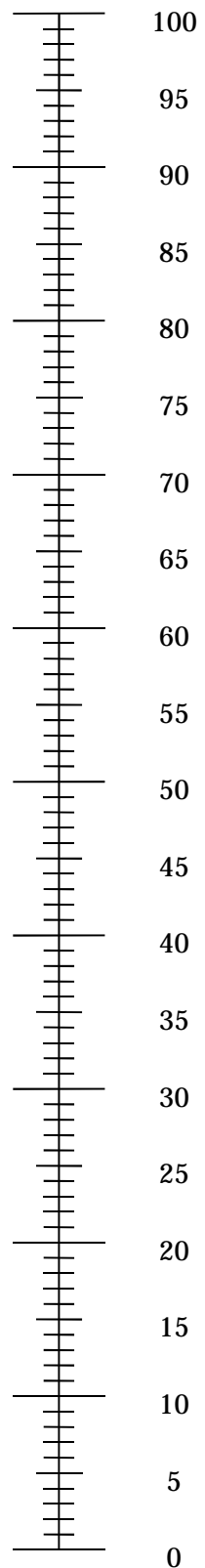
- 不安でもふさぎ込んでもない
- 少し不安あるいはふさぎ込んでいる
- 中程度に不安あるいはふさぎ込んでいる
- かなり不安あるいはふさぎ込んでいる
- 極度に不安あるいはふさぎ込んでいる

- 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までの目盛がふつてあります。
- 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 29 年度分担研究報告書

## 生活期リハビリテーションマネジメントに求められる機能に関する考察

研究代表者 川越雅弘（埼玉県立大学大学院 教授）  
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）  
研究分担者 石川隆志（秋田大学大学院医学系研究科 教授）  
研究分担者 小林法一（首都大学東京人間健康科学研究科 教授）

【目的】本研究では、適切なリハビリテーション（以下、リハ）マネジメントを展開するために必要な機能と、機能強化策の検討を行うことを目的とする。

【方法】リハマネジメント機能強化策を検討するにあたっては、「今後どのようなリハ職が求められるのか」を整理しておく必要がある。そこで、まず、既存データ等をもとに、リハ職に対する社会的ニーズの整理を行った。次に、リハマネジメントのあるべきプロセスの整理とそれを実現するために必要な機能の検討を行った。さらに、リハ職対象の多職種事例検討会から見てきたリハマネジメント展開上の課題の整理、多職種連携教育（IPE）実践者へのヒアリング等をもとに、多職種協働をベースとした生活期リハマネジメント力の機能強化策に関する検討を行った。

【結果】1) 2040 年にかけて、年少人口、生産年齢人口が減少する一方で 85 歳以上は急増し、総人口の約 1 割に達すると見込まれている。85 歳以上高齢者は、医療と介護の両方にニーズや課題を有するため、医療職と介護職の連携強化、ならびに両者が「生活課題の解決及び QOL の向上」といった共通の目標に向かって協働することがリハ職には求められることになること、2) 介護保険では国際生活機能分類（ICF）の概念が導入され、6 要素を総合的に捉えた上での多職種アプローチが求められてきたが、生活期リハマネジメントの現状をみる限り、対象者の価値観、関心領域などを理解する力が弱い、 を引き出す対話力が弱い、 他の職種と協働する経験が少なく、理解も不十分、 対象者の弱み（できないところ）をみる視点が強く、本人の強みや環境の強みを生かす視点が弱いこと、3) リハマネジメントのあるべきプロセスを整理した上で、求められる機能を再整理した結果、 ヒューマンケアマインド、 本人の生活機能の全体像（人物像、状態像）を俯瞰する力、 専門性を志向する態度と行動、 専門性を柔軟に発揮する力、 コミュニケーション能力、 目標達成に向け、チーム及び自身の専門性を効果的に発揮できる力、 自己とチームの機能及び方法を省察する力を高める教育が必要であると考えた。

【考察・結論】超高齢者が増加するなか、生活期に関わるリハ職には、 他者（利用者、家族、他の専門職など）を理解する力、 利用者の全体像をおさえた上で、リハ職として介入すべきポイントと内容を整理する力、 適切な介入を行うことができる力が必要となる。

リハ職を育成する教育カリキュラムをみると、 解剖学、生理学といった生命活動に直接かわる分野、 運動学、運動療法学、作業療法学などといった身体運動にかかわる分野、 日常生活活動学といった生活行為にかかわる分野が必修とされ、それに加えて心理学やコミュニケーション、ターミナルケアといった人に向き合う科目群も準備されているのが一般的である。即ち、リハ職はケアを必要とする人の全体像を見渡すことできる教育背景をもつことから、多職種連携を中心的に推進すべき職種であるはずである。ところが地域ケア会議の場面等でその機能が十分に発揮されていないことも否めない。

このような課題を解決するためには、リハ職への教育プログラムとして、 ケアマネジメントの意義を十分に伝え、リハ職がその任にあるという動機付け部分と、 それを具体的に実践できる技術論の 2 段階で考える必要があると考える。

## A. 研究目的

2000年4月に施行された介護保険制度では、多職種協働をベースとしたケアマネジメントの手法が導入された。

同手法は、居宅介護支援事業所の介護支援専門員が策定するケアプラン（全体計画）と、ケアプランに位置付けられた事業所（訪問・通所リハ事業所等）の専門職が策定する個別援助計画に基づく介入が連動することによって、利用者や家族が抱える諸課題を解決することを目指すものであるが、これが適切に機能するためには、計画策定（全体及び個別）に関わるすべての専門職のマネジメント力（課題解決力）が重要となる。2015年及び2018年の介護報酬改定の中で、リハマネジメントの機能強化が打ち出されているが、これはこうした背景を受けたものと理解しておく必要がある。

さて、制度改正や報酬改定は「仕組み」の構築の話であり、これだけでは機能しない。求められる機能が現場レベルで実際に展開されるようにするためには、在学中及び卒後の教育・研修が重要となる。ただし、現時点では、リハ職に求められる機能と、その機能を高めるための教育の在り方を検討した資料は少ない。

そこで、本研究では、適切なリハマネジメントを展開するために必要な機能と、その機能を強化するための方策の検討を行うこととする。

## B. 研究方法

1. 既存データ等をもとに、リハ職を含む保健医療福祉職に対する社会的ニーズ（＝多職種協働ケアマネジメントの推進の必要性）の整理を行う。
2. 次に、リハマネジメントのあるべきプロセスの整理、それを実現するために必要な機能の検討を行う。
3. 最後に、リハ職を対象とした多職種事例検討会から見てきたリハマネジメント展開上の課題の整理、IPE実践者へのヒアリング等をもとに、多職種協働をベースとしたリハマネジメント力の強化策の検討を行う。

## C. 研究結果

### 1. 多職種協働ケアマネジメントが求められる背景：社会的ニーズの整理

ここでは、多職種協働をベースとしたマネジメントが求められる背景を、超高齢者の医療・介護ニーズ、サービスモデルの変化の視点から整理する。

#### 1) 超高齢者の医療・介護ニーズの視点から

年齢階級別人口を2015年と2040年で比較すると、0～14歳人口は1,595 1,194万人（減少率25%）、15～64歳人口は7,728 5,978万人（減少率22%）、65～74歳人口は1,755 1,681万人（減少率4%）、75～84歳人口は1,138 1,216万人（増加率7%）、85歳以上人口は494 1,024万人（増加率107%）となる。年少人口や生産年齢人口が年々減少する一方で、85歳以上人口は年々増加し、2040年には総人口の9.2%、2065年には13.1%を85歳以上が占めるといった超高齢社会が到来することになる。

さて、85歳以上は、他の年齢階級に比べ、入院受療率、介護受給率、通院者率が高い。医療と介護に対するサービスニーズが高い85歳以上が急増するため、医療職と介護職の連携強化、ならびに両者が共通の目標（＝生活課題の解決及び生活の質（QOL）の向上）に向かって協働することを促すためのマネジメントの実践が求められることとなる。

表1．年齢階級別人口及び構成割合の推移

	2015		2040		2065	
	(千人)	(%)	(千人)	(%)	(千人)	(%)
総数	127,095	100.0	110,919	100.0	88,077	100.0
0～14歳	15,945	12.5	11,936	10.8	8,975	10.2
15～64歳	77,282	60.8	59,777	53.9	45,291	51.4
65～74歳	17,546	13.8	16,814	15.2	11,330	12.9
75～84歳	11,380	9.0	12,155	11.0	10,965	12.4
85歳以上	4,943	3.9	10,237	9.2	11,514	13.1

出所) 国立社会保障・人口問題研究所：日本の将来推計人口(平成29年推計)

## 2) サービスモデルの変化の視点から

世界保健機関(WHO)は、WHO憲章の中で、「健康とは、完全な肉体的、精神的及び社会的福祉の状態であり、単に疾病または病弱の存在しないことではない(昭和26年官報掲載の翻訳)」と定義している。したがって、高齢者の医療・介護においては、単に、病気や症状がないだけでなく、「生活機能」が高い水準にあることが重要となる。

ここで、高齢者の障害の分類法の変遷を整理する。

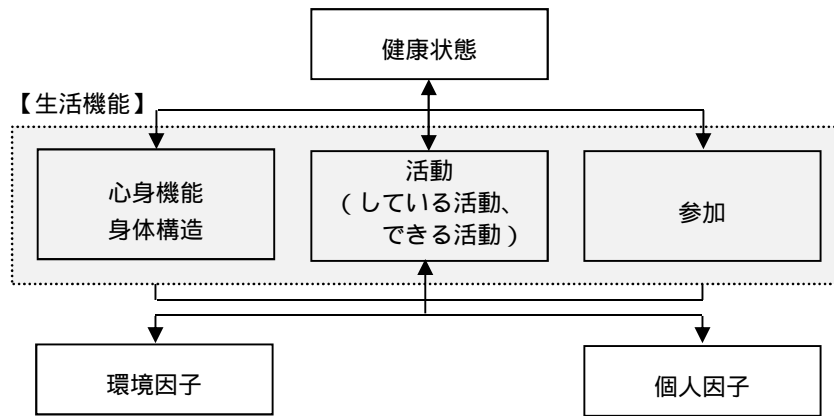
高齢者の障害に関する分類法に関しては、1970年代よりWHOにて検討が開始され、1980年、機能障害(impairment)、能力障害(disability)、社会的不利(handicap)の3レベルに分けて障害を総合的に捉えるという基本的視点に立ったWHO国際障害分類(International Classification of Impairment, Disability, and Handicaps: ICIDH)が発表された。この分類法は、当時、障害分野の問題への正しい理解を普及する上で大きな役割を果たしたが、生活・人生の問題点を疾病(病気)の結果としてしか捉えていない、「障害」というマイナス面だけに注目した分類となっている、機能障害 能力障害 社会的不利という一方向的関係で捉えている、障害に影響を及ぼす背景因子が考慮されていないなどの批判が高まり、1993年から改訂作業が正式に開始され、これら改訂作業を経て、2001年5月のWHO総会にて採択された新しい分類法が、国際生活機能分類(International Classification of Functioning, Disability and Health: 以下、ICF)である。

この分類の中心概念が、「心身機能・身体構造」「活動」「参加」の3つのレベルをすべて含んだ包括概念である「生活機能」である。ただし、「生活機能」には、「健康状態」「環境因子」「個人因子」が大きく関係するため、高齢者が抱えている生活障害を正しく理解し、適切に介入するためには、これら6要素を包括的に捉えておく必要がある(図1)。

ただし、各専門職の関心領域や得意とする分野は異なっている。現在、月数回、多職種事例検討会を開催しているが、その中で、看護師は主に健康状態や環境因子である家族に、理学療法士は心身機能・身体構造に、作業療法士は活動や参加に、ケア職は個人因子や参加に、介護支援専門員は環境因子である家族に対する意識や関心が強いと感じている。逆に言えば、これら以外の要素に対する知識や意識は弱いのである。

したがって、多領域に課題を有する超高齢者に適切に対応するためには、それぞれの専門職の得意分野、見立ての能力を関係者間で共有・総合化し、ICFの6要素を俯瞰して捉えた上で、ケアマネジメントやリハ提供を展開する必要がある。

図1 . ICF の生活機能モデル



(出所) WHO:国際生活機能分類-国際障害分類改訂版-, 中央法規 (2003) p.17

## 2. ケアマネジメントプロセスとは

ケアマネジメントは、おおむね、本人の意向の確認（インテーク）、アセスメント（課題抽出）、ケアプランの作成、サービス担当者会議における目的、目標、役割分担の共有、個別援助計画に沿ったサービスの提供（事業所の専門職が実施）、モニタリング、評価・計画の見直しといったプロセスから成り立つ（図2）。以下、主な手順について解説を加える。

### 1) 本人の意向の確認（インテーク）

ケアマネジメントでは、「利用者が自分らしい生活を営むこと」を出来る限り支援することを目指す。そのため、本人がどのような生活を望んでいるのか、どのような生活をしたいたいのかの意向の確認が非常に重要となる（これが出発点）。

### 2) アセスメント（課題抽出）

課題を正しく認識するための手段として実施するのが、アセスメントである。ケアマネジメントでは、生活機能の維持・向上を目指すため、ICFの6要素に対するアセスメントが、介護支援専門員には求められる（図2）。

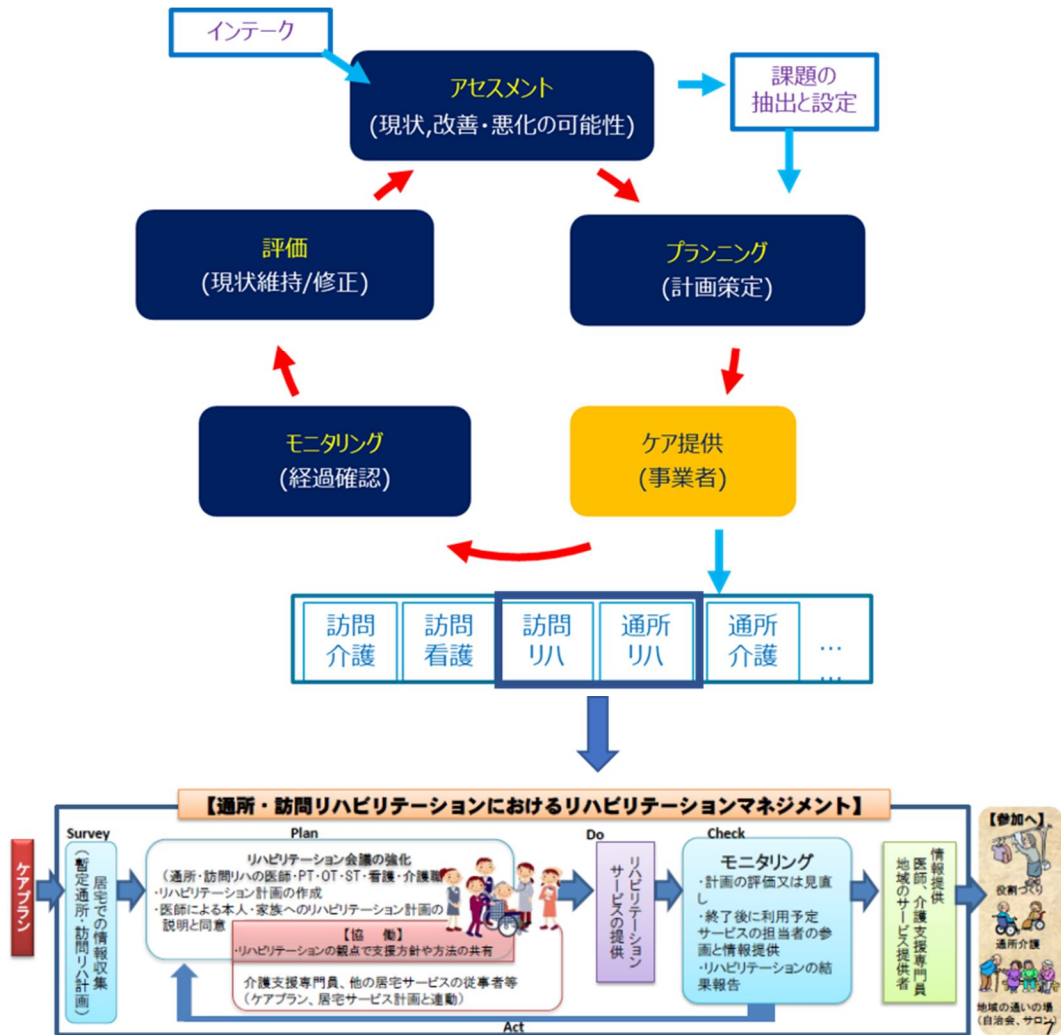
さて、課題とは、「現在の状態」と「あるべき姿（本人が望む姿）」のギャップのことである。介護支援専門員は、まず、アセスメント領域毎に課題を抽出した上で、本人の意向、課題解決の緊急性、改善・悪化の可能性などを考慮して、「解決すべき課題」の設定を行う。その上で、解決すべき課題が生じている根本原因の分析を行う（課題分析）。

### 3) ケアプランの作成

アセスメントを通じて設定した「解決すべき課題」に対し、いつまでにどこまでのレベルを目指すのか（長期・短期目標）を、患者・家族と設定するとともに、それら課題の解決に向け、誰が何を行うのかの役割分担を具体的に決めた計画（ケアプラン）を策定する。その後、各サービス担当者は、介護支援専門員が立てたケア方針に沿って、個別援助計画を策定する。介護支援専門員が策定した全体ケア計画と各サービスの個別援助計画が連動していなければ、課題解決にはつながらない。両計画の連動性が非常に重要となる。

両計画の整合性を図る（チームの目的と目標の共有、役割分担の共有など）ために設けられたのが、介護支援専門員が主催する「サービス担当者会議」である。介護支援専門員には、多職種を集めた会議の適切な運営力も求められることになる。

図2. ケアマネジメントプロセスとは



### 3. 生活期リハマネジメントに求められる機能とあるべき姿

#### (1) 生活期リハマネジメントに期待される機能とは

厚生労働省は、2014年9月に「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」を立ち上げ、同検討会の中で、現在の生活期リハの問題点として、

高齢者の状態像やニーズの多様性に応じたりハが提供されていない、  
身体機能に偏ったりハが実施され、「活動」や「参加」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が提供されていない

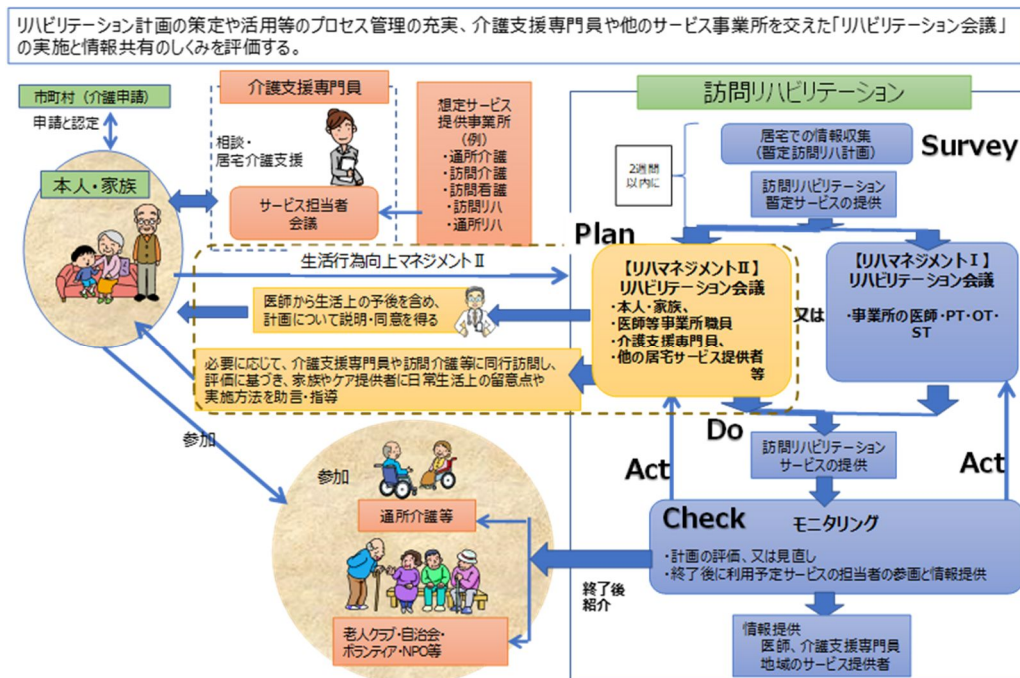
訪問リハや通所リハなどの居宅サービスが一体的・総合的に提供されていない

高齢者の主体性を引き出し、これを適切に支える取り組みができていない

などを挙げた。

その上で、2015年の介護報酬改定において、「利用者主体の日常生活に着目した目標を設定し、多職種の連携・協働の下でその目標を共有し、利用者本人や家族の意欲を引き出しながら、適切なサービスを一体的・総合的に組み合わせて計画的に提供していく」といったリハマネジメント力強化を図った(図3)。

図3. 活動と参加に焦点を当てたリハマネジメントの機能強化



出所) 平成 27 年度介護報酬改定の概要 (案) (平成 27 年 3 月 3 日 全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議)

(2) リハマネジメントプロセスとあるべき姿

リハマネジメントの主な手順は

- ・手順 1: 本人・家族の意向の確認 (〇〇がしたい / 〇〇ができるようになりたい)
- ・手順 2: 情報収集・アセスメント
- ・手順 3: 課題設定・要因分析
- ・手順 4: 合意形成・目標の共有 ( **利用者**と**目標**を共有するプロセスが重要)
- ・手順 5: 計画作成
- ・手順 6: モニタリング (介入効果の確認と利用者との共有)
- ・手順 7: 計画の修正・振り返り

となる。基本的に、介護支援専門員が行うマネジメントプロセスと同じであるが、介護支援専門員は、利用者が抱える全ての課題に対する対策を検討するのに対し、リハ職は自身が関係する一部の課題のみを対象とすること、介護支援専門員は直接介入を行わないのに対し、リハ職は機能面や ADL 等への直接介入を行うことなどが異なる点である。

さて、上記手順 4 における目標とは、専門職が設定する機能目標 (例: 下肢筋力を〇〇までにする) ではなく、利用者の生活目標であり、達成するのも利用者自身となる。したがって、目標を利用者とリハ職が共有する作業 (目指す地点を明確にすること) は非常に重要となる。また、現在の自分の状態はどの程度なのかを知ること、一定期間ごとに到達点を相互に確認しながら今までの取り組みを振り返るとともに今後の取り組みを一緒に考えることも、利用者が主体的にリハに取り組むうえで重要となる。

表 2 に、生活期リハマネジメントのあるべきプロセスとその評価の私案を示す。

表2 . 生活期リハマネジメントのあるべきプロセスとその評価（案）

段階	プロセス評価項目
第一段階 本人・家族の意向確認	本人のしたい生活行為をとらえているか
	本人が（本当は）どのレベルまで達成したいのかを把握ないし推測しているか
	家族の意向を確認しているか
第二段階 アセスメント	本人の意向を達成するために何をアセスメントすべきかが認識できているか
	領域別にアセスメントが適切におこなわれているか
	健康状態（病名・症状・合併症・薬の内容）
	心身機能（身体機能・精神機能・健康状態（水分・血圧・栄養状態））
	活動（ADLとIADL、実行状況と能力）
	参加（仕事・社会交流・地域活動など）
	環境因子
	個人因子（生活歴・職歴・性格）
	上記の各領域をすべて網羅しているか
	24時間365日（関わっている時間以外）の生活行為に焦点をあてているか
生活行為の予後予測は適切か	
第三段階 専門職としての課題の設定	本人の意向と現状を比較して、課題が適切に設定されているか
	複数ある課題の優先順位づけは妥当か
	課題の根本原因の分析が妥当か
第四段階 合意形成	本人・家族との合意形成が適切におこなわれているか
	他の職種との合意形成や役割分担が適切におこなわれているか
	マネジメント担当者との合意形成が適切におこなわれているか
第五段階 個別援助計画の作成	居宅生活を意識した援助計画となっているか
	長期目標を見据えた上で、短期目標が適切に設定されているか
	作業工程分析が適切におこなわれているか
	短期目標の解決に向けた実施内容になっているか
	課題解決に向けた担当者間の役割分担が適切におこなわれているか
	地域の社会資源の活用も検討されているか
第六段階 モニタリング	計画した各プログラム（基本的・応用的・社会適応）が適切におこなわれたか
	短期目標が達成できているか
	介入が対象者及び家族の生活に好影響を与えているか
第七段階 計画の修正・振り返り	マネジメント担当者が策定する全体計画の修正に関わったか
	退院後の関係職種に適切な情報提供をおこなったか
	未達成部分に関し原因の分析が適切におこなわれているか
	原因分析に応じたかたちで個別援助計画の見直しが適切におこなわれたか

出所）公立大学法人埼玉県立大学：訪問・通所リハビリテーションのデータ収集システムの活用に関する調査研究事業報告書、平成29年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）、p.26、平成30年3月。

(3) リハマネジメントに求められる機能とは

前表のリハマネジメントのあるべきプロセス項目を、機能面から再整理すると次のようになる。

利用者の人物像や気持ちを理解する力(知識、マインド、スキル)

利用者の状態像(生活機能(心身機能・身体構造/活動/参加)、健康状態)を客観的に評価する力(知識、スキル)

家族や地域資源を含めた環境因子とその機能を把握・理解する力(知識、スキル)

マネジメントに必要な情報を、他の職種や家族等から入手する力(知識、マインド、スキル)

ICFの6要素(機能/活動/参加/健康状態/個人因子/環境因子)の相互の関連性を分析する力(知識、スキル)

生活機能の現状と予後、生活障害の原因、対策などを利用者や家族、他の職種にわかりやすく説明する力(知識、マインド、スキル)

生活目標を利用者や家族と合意する力(知識、マインド、スキル)

自身の強みと弱み、他の職種の強みと弱み、ならびにその相対関係を理解・把握する力(知識、スキル)

目標達成に向けた効果的な介入方法と役割分担を考える力(知識、マインド、スキル)

目標達成に向けた効果的なリハ内容を選択、実践できる力(知識、スキル)

目標達成状況を確認しながら、計画内容、連携方法などを振り返る力(マインド、スキル)

マネジメントの基礎的事項、進め方を理解し実践する力(知識、マインド、スキル)

このうち、 はリハ職固有の項目であるが、それ以外は、他の職種にも共通して当てはまる機能であると考えられる。

ここで、上記 ~ を、IPEの先行事例<sup>1</sup>におけるコンピテンシーも参考にカテゴリー分類すると次のようになる。

ヒューマンケアマインド

本人の生活機能の全体像(人物像、状態像)を俯瞰する力

専門性を志向する態度と行動

専門性を柔軟に発揮する力

コミュニケーション能力

目標達成に向け、チーム及び自身の専門性を効果的に発揮できる力

自己とチームの機能及び方法を省察する力

<sup>1</sup> 埼玉県内の4大学(埼玉県立大学、埼玉医科大学、城西大学、日本工業大学)による多職種連携教育プロジェクト(彩の国連携力育成プロジェクト)では、5つのコンピテンシー(ヒューマンケアマインド、専門性を志向し柔軟に発揮する力、自己とチームをリフレクションする、チームを形成し行動する力、コミュニケーション力)を設定している。



#### 4. リハマネジメント力の強化策に関する検討

##### 1) 多職種研修会の試行とその評価から見てきた課題と対策のポイント

###### (1) 研修会の目的

「疾患を有する生活障害者」に対する多職種のアセスメント力を統合し、利用者の全体像(ICFの6要素)を俯瞰する力を高めるための研修の在り方を検討することを目的とした。

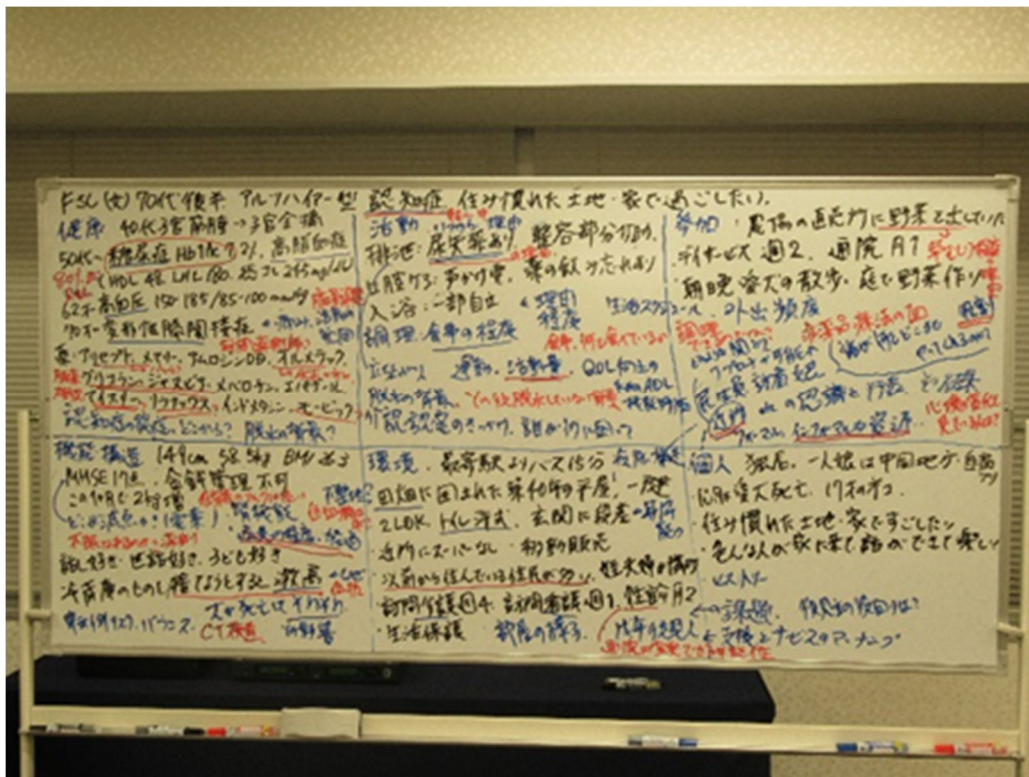
###### (2) 方法及び内容

2017年8月27日～平成30年2月末までに9回の研修会(1回当たりの時間は約2時間半)を実施した。各会で取り上げた疾患は、パーキンソン病、脳血管疾患、心不全、骨折、慢性閉塞性肺疾患(COPD)、認知症、悪性腫瘍、筋委縮性側索硬化症(ALS)、精神疾患である。

研修会は2部構成とし、第1部は、各疾患を有する生活障害者の全体像を把握することを目的に、毎回医師、薬剤師、看護師、栄養士、リハビリ職(理学療法士・作業療法士等)など4～6名の専門職による講義を実施した。

第2部は、第1部の講義内容をふまえて、疾患を有する生活障害者の模擬事例(各疾患について、毎回1事例)に対して、その方の全体像を専門職としてどのように捉えていくべきかに関する検討を実施した。検討に当たっては、事例概要に関する情報をホワイトボードにICFの6分類別に事前に記載した上で、参加者自身がこのような対象者を受け持った場合にどのような情報を必要とするか、また、なぜその情報が必要かに対する意見を追記し、全体像を把握するために必要なアセスメント項目の共有を図った(図4)。

図4. 多職種から挙げられたアセスメントすべき項目



### (3) 研修会に対する主な評価

研修会参加者に対する事後アンケートの中から、教育方法や内容に参考となる主な意見を以下に示す。

- ◇ リハ職は、他職種の役割に対する理解や連携に対する意識が薄く、自分だけで解決しようとする人が多い。今回の研修会では、パーキンソン病の病態や各職種の専門領域を明確にして頂けたが、こうしたことは連携を取ろうとする意識を高めることに有効であると思う。
- ◇ 当事者(パーキンソン病)の視点、実際に思っていること、何に苦労しているか、専門職への要望などが聞けてとても良かった。
- ◇ 薬との付き合い方、オンオフを分かって生活を組み立てること、心の葛藤、発症したことへの受容について、当事者なりの病気との付き合い方や工夫を知ることができてとても良かった。疾患を抱えながらも、自分の人生に懸命、かつしなやかに取り組んでいる姿に、自分の支援の視点を改めて振り返った。
- ◇ これまでも ICF で統合的に考えるように心がけていたが、視点が機能面に偏重しており、より統合的な視点が必要であると感じた。
- ◇ 多職種からの一般整理の講義により、知っているつもりで知らなかった事に気付かされた。
- ◇ 各専門職から基礎的な知識の説明を受けた上で、ホワイトボードを使って ICF 領域別に、アセスメントすべき項目を多職種で検討する手法は、全体像をとらえる上で有効であった。
- ◇ 異なる職種のアセスメントの視点を出し合い、その情報がホワイトボードに一覧化されることで、利用者を多面的に見ることができた。普段は、自分の判断だけに頼ってしまうことが多く、参考になった。
- ◇ 他の専門職は何の情報を探しているのかを具体的に教えて頂けると連携ももっと取りやすくなるのではないかと感じた。
- ◇ 合併症のない骨折の利用者の場合、他職種と関わる機会がないため、他職種の視点を知ることができて良かった。
- ◇ 薬や栄養、医師の話など、普段聞けない職種の話の話を聞いたのがとても参考になり、COPD を別の視点からみられてよかった。
- ◇ COPD の方のリハを行うにあたって栄養士との連携が重要であることは理解したが、実際どのように連携を取ればよいのか分からないのでその辺も教えて頂けると有難い。

### 2) 彩の国連携力育成プロジェクト(SAIFE)関係者へのヒアリングから見てきた課題と対策のポイント

SAIFE 関係者へのヒアリングから、IPE を効果的に展開するためのポイントとして挙げられたのが以下の2点であった。

#### (1) ヒューマンケア論を中心に位置づけたこと

医療職の場合、病名や機能といったフィルターを通して対象者をみる癖が強い。まずは利用者自身を捉えてから、有する病名や機能を見るところを癖をつける必要がある。

#### (2) 医療職以外の視点を持った学生がグループワークに入っていること

医師、看護師、リハ職の場合、思考が似通っていて異なる視点がでにくい。SAIFE では日本工業大学の学生も入っているため、全く異なる視点に気づかされることがあり、勉強になる。

また、IPE / IPW を受けた学生や関係者の感想としては、

- ( 1 ) 薬剤師は薬を通して患者さんを見ますが、例えば看護師であればケアの部分から、理学療法士や作業療法士であれば患者さんの動きから、そして歯科衛生士であれば患者さんの食べ方から、と職種によって患者さんの見方はそれぞれ違います。その違いが分かるだけでも、学生にとってはとても良い経験になります。
- ( 2 ) まだ現場に出していない大学生が多職種連携について学ぶのは、実は難しいことなのかもしれません。むしろ学ぶというよりは、専門性も考え方も違う人間同士が、適切なファシリテートを受けることによって「お互いの違いを理解できるようになる」ことを体験して、多職種連携に対してポジティブなイメージを抱くことができればそれで十分意味があると思う。

などが上がっていた。

## D. 考察

### 1. 「求められるリハ職像」の構築及び共有の重要性

社会的なニーズにこたえられるリハ職を養成するためには、「どのようなリハ職が社会的に求められているのか」「教育を通じてどのようなリハ職を育成しようと考えているのか」という問いに対する回答を用意しておく必要がある。教育を受ける学生や社会人、教育を実際に行う教育者にとっても、目指す姿をイメージできるかどうかは重要な要素となる。

そのためには、マーケットならびにマーケットニーズの変化、制度改正の動向などをおさえておく必要がある。本稿では、人口構造の変化(=マーケットの変化)の特徴として85歳以上高齢者の人口増加を挙げ、85歳以上高齢者の多様なニーズや課題に対応するため、医療と生活に関わる職種が、対象者の生活課題の解決及びQOL向上に貢献するといった共通目標のもと、連携・協働を図っていくことが求められると整理した。

こうした背景を、教育を担う者が理解し、適切に伝えていき、「求められるリハ職像」を共有することがまずは重要である。

### 2. リハ職の意識改革の必要性

リハ職の多くは医療機関からキャリアがスタートする。入院医療の場合、医師が病名を診断すると、リハ職は病名に応じて機能評価、症状や状態の観察・評価、介入を行っていくといった流れになる。その際、入院患者の個人因子や環境因子といった個別性の高い領域はアセスメントも十分されないままとなる(優先順位が低いため)。また、医療職は、入院患者のできない部分に着目し、その改善や維持を目指すため、入院患者のこれまでの生活歴や強みを見に行くといった視点は弱い。入院医療は、ICFの「健康状態」「心身機能」の領域の改善・維持を中心としたチームアプローチと考えられるが、退院後の生活レベルではこの手法は適用できない。そのための仕組みとして、介護保険では、意見書記載医師(主治医)と介護支援専門員の連携を核としたチームアプローチの手法が採られているのであるが、十分に機能しているとは言えない状況にある。

医療機関に入職すれば、こうした流れに巻き込まれ、在宅サービスに従事しない限り、生活場面をほとんど意識しない(知らない)まま、入院中の関わり方が継続されていく。そのため、埼玉県立大学を核としたIPEを在学中に体感しておくことは非常に重要と考える。こうした授業を在学中(入職前)に取り入れることは、医療職の意識を変えることが目的の1つであると意識すべきである。

### 3. 生涯教育の観点からみた卒前・卒後教育の在り方の検討の必要性

教育項目はその目的によって、到達目標レベルと実施時期は異なるものとなる。

ここで、「他の職種の理解」という項目に対し、その手段として多職種によるケアプラン作成実習を考えるとする。例えば、目的が「対象者の意向を確認した上で、多職種によるケアプラン作成プロセスを体感することを通じて、同一職種とは異なる様々な考え方があることに触れる」であれば、ケアプランの質自体というよりも、異なる価値観に参加者が触れること自体を重視した実習という位置づけとなり、レベルとしては在学中が適していることになる。一方、目的が「各専門職が得意とする領域のアセスメント情報を集約・整理することで、医療的な支援を必要とする生活障害者の、医療情報と生活情報を融合した適切な課題抽出と要因分析、社会資源の活用や環境因子への介入を含めた多様な介入方法の検討につなげていく」であれば、質の高いケアプランの実践と多職種の英知の集約に伴う技術の標準化に力点が置かれるため、在学中というよりも一定程度のスキルをもった社会人を対象としたものとなる。

今後、生涯教育の観点から、教育すべき項目ごとに、目標レベルと実施時期（在学中ないし卒後）の整理が必要になってくると考える。

### 4. 卒後教育の重要性

滋賀県では、「リハ職は教育課程において「障害や疾病」に関する専門性はもっているが、地域包括ケアシステムなどの地域リハの推進に必要な「地域資源などの地域現状の理解」や「地域のネットワーク構築」、そして地域でその専門性を生かす「コーディネート」に関する教育を受けているとは言い難い」という課題認識のもと、継続的な研修（滋賀県地域リハビリテーション人材育成研修）を実施している。別紙に、同研修の実施要領、シラバス、日程・スケジュールを示すが、事後アンケートからは

地域リハに関わっていきたいという思いが強くなった

考え方の幅や視野を広げることができた

他事業所の見学は大変貴重な機会であった

地域資源に対する理解や地域住民の活動を知る必要があると感じた

リハ職だけでは地域リハは成立しないと感じた

公的病院として「地域」を意識していかなければならないという思いが強くなった

医療保険、介護保険以外につないでいかないと地域共生社会は実現できないと感じた

リハ職のできることがたくさんあると感じた

地域包括ケアはリハ職だけでなんとかなるものではなく、リハの活動は地域包括ケアの一部であることを痛感した。

分析する力、考える力、伝える力が重要であると感じた

課題を抽出する方法、分析する方法、人の考え方を共有する方法を理解することで、自分たちの職場での問題に対しても解決していく手段を見いだせると感じた

などの感想が挙がっている。こうした継続的かつ包括的な研修が、各都道府県単位で展開されることが、地域リハに関わるリハ職のマネジメント力向上に有効であると感じた。

## E. 結論

リハ職を育成する教育カリキュラムをみると、解剖学、生理学といった生命活動に直接かわる分野、運動学、運動療法学、作業療法学などといった身体運動にかかわる分野、日常生活活動学といった生活行為にかかわる分野が必修とされ、それに加えて心理学やコミュニケーション、ターミナルケアといった人に向き合う科目群も準備されているのが一般的である。

即ち、リハ職はケアを必要とする人の全体像を見渡すことできる教育背景をもつことから、多職種連携を中心的に推進すべき職種であるはずである。ところがケア会議の場面等でその機能が十分に発揮されていないことも否めない。

このような課題を解決するためには、リハ職への教育プログラムとして、ケアマネジメントの意義を十分に伝え、リハ職がその任にあるという動機付け部分と、それを具体的に実践できる技術論の2段階で考える必要があると考える。

### (参考文献)

1. 埼玉県立大学・埼玉医科大学・城西大学・日本工業大学・埼玉県：文部科学省平成24年度大学間連携共同教育推進事業選定取組「彩の国大学連携による住民の暮らしを支える連携力の高い専門職育成<彩の国連携力育成プロジェクト>最終報告書(2017)」、平成29年3月。
2. Geriatrics Interdisciplinary Advisory Group : Interdisciplinary Care for Adults with Complex Needs : American Geriatrics Society Position Statement. Journal of the American Geriatrics Society 54(5) : 849-852, 2006.
3. 滋賀県立リハビリテーションセンター 事業推進係：平成29年度滋賀県地域リハビリテーション人材育成研修報告書、平成30年3月。

(別紙)

## 地域リハビリテーション人材育成研修 実施要領

### 1. 趣旨(目的)

近年、高齢者、障害者、児童等への総合的な支援体制の構築や地域包括ケアシステムの構築に向けてリハビリテーション専門職(以下、リハ専門職)の専門性が強く求められている。一方、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士などのリハ専門職は教育課程において、「障害や疾病」に関する専門性を持っているが、地域包括ケアシステムなどの地域リハビリテーション(以下、地域リハ)の推進に必要な「地域資源などの地域現状の理解」や「地域とのネットワーク構築」、そして地域でその専門性を活かす「コーディネート」に関する教育を受けているとはいえない。

そこで、地域リハを推進するために、リハ専門職が自らの“地域”を理解し、業務を行う上で必要となる基礎的な知識や技術を習得することにより、地域住民がどのライフステージにおいても住みなれた場所で暮らし続けることができる地域づくりに寄与できるリハ専門職の人材の養成を目的に事業を実施する。

### 2. 実施主体：滋賀県立リハビリテーションセンター

### 3. 共催(予定)：滋賀県理学療法士会、滋賀県作業療法士会、滋賀県言語聴覚士会

### 4. 対象者

下記(1)～(3)のすべてを満たすもの

(1) 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士として3年以上の経験を有し、県内で勤務している者

(2) 地域リハビリテーションの推進に寄与する意欲がある者

(3) 所属機関から推薦および承諾を受けた者

(\*(1)～(3)を満たさないもので受講を希望される場合は要相談。)

### 5. 研修期間：平成29年9月～平成30年3月

### 6. 内容：別添カリキュラム参照

### 7. 受講定員：15名程度

### 8. 受講の申し込みと受講者の決定

#### (1)申し込み

所定の申込用紙(様式1)および推薦書(様式2)を郵送で送付

\*現在所属・勤務先がない方については推薦書(様式2)の提出は不要です。

(2)申し込み期間

平成 29 年 7 月 27 日（木）～平成 29 年 8 月 10 日（木）17：00 必着（締め切り厳守）

(3)申し込み先

〒524-8524 滋賀県守山市守山 5 丁目 4 - 30

滋賀県立リハビリテーションセンター事業推進係 宛て

(4)受講者の決定

受講者の決定は、県立リハビリテーションセンター所長が行い、すべての申込者に対し、文書で受講の可否について通知を行う。

9. 受講料

研修費および教材費は無料

\*研修開催地までの交通費は自己負担です。

\*万が一、研修中に盗難およびその他物的事故等が発生いたしましても、当センターは責任を負いかねますのでご了承お願い致します。

10. 修了について

(1)修了要件

原則すべての講義・演習・見学実習に出席すること

\*ただし、DVD 補講が実施される研修については、補講およびレポート提出にて出席とみなすことができる。

\*受講者が欠席等で年度内にプログラムを修了することができなかった場合は、欠席した講座内容に対応する次年度の講座を受講することで、修了に必要な要件を満たすことができる。

(この場合修了証書の授与は、要件を満たした年度末とする。)

(2)修了した者には、修了証書を授与する。

(3)修了者のうち修了者名簿の掲載について同意の得られたものに関しては、研修修了者として名簿を作成し、広く公開する。

【お問い合わせ先】

滋賀県立リハビリテーションセンター

〒524-8524 滋賀県守山市守山 5 丁目 4-30

Tel:077-582-8157 FAX:077-582-5726 E-mail:eg3001@pref.shiga.lg.jp

(シラバス)

**科目名** . 地域共生社会に求められるリハ職 (600分)

受講生の到達目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域 / 地域共生社会とは何か考えを述べるができる。</li> <li>・ 様々なライフサイクルの中で自助・共助・公助が絡み合うことの大切さを説明することができる。</li> <li>・ 地域共生社会の実現に求められているリハ職像を述べるができる。</li> <li>・ 様々な制度や社会情勢の中で、リハ専門職が活躍していることを知っている。</li> </ul>
----------	---

内容	地域共生社会の実現に向けた動きと方向性 (60分)	【講義】
	政策研究大学院大学 教授 小野太一 氏	
	地域リハビリテーションの基本理念と地域共生社会に向けて地域で求められるリハ職 (90分)	【講義】
	神戸学院大学 教授 備酒伸彦 氏	
	地域共生社会の実現に向けて、先進的な取り組みを行うリハ職の実践 リハ職の視点を活かすー (90分×5コマ)	【講義】
	1. 白鳳短期大学 高畑脩平氏 OT (こども 行政・大学・企業・NPO との連携)	
	2. 岡山県津山市 安本勝博氏 OT (街づくり・地域づくり)	
	3. 医療法人清風会 就労支援センターonwArk 金川善衛氏 OT (就労支援)	
	4. 首都大学東京 信太奈美氏 PT (障害者スポーツ)	
	5. 東京大学医学部付属病院 22 世紀医療センター 川又華代氏 PT (産業保健)	

備考	<p>* 当日受講が困難な場合は DVD での補講およびレポート提出にて出席とみなすことができる科目もあります。</p> <p>* 【講義】 行政関係者も受講することができる。</p>
----	--

**科目名** . 地域リハビリテーションを推進する地域資源とその現状 (280分)

受講生の到達目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 滋賀県の障害福祉の仕組み (理念・法律・サービス・地域での動き) について概要を知っている</li> <li>・ 地域共生社会の実現に向けて活動する障害福祉の取り組みについて知っている</li> </ul>
----------	--

内容	障害福祉を取り巻く法制度の概要の基礎～共生社会に向けて～ (60分)	【講義】
	滋賀県自立支援協議会 事務局長 中島秀夫 氏	
	滋賀県の障害福祉における政策とリハ職への期待 (40分)	【講義】
	滋賀県健康医療福祉部障害福祉課 課長 丸山英明 氏	
	滋賀県内の地域共生社会の実現に向けた先進的な取り組み (45分×4箇所)	【講義】
	1. 米原市地域包括医療福祉センター ふくしあ	
	2. やまなみ工房 【生活介護・就労継続 B 型】	
	3. カルビー・イートーク株式会社 【特例子会社】	
	4. 特定非営利法人 YASU ほほえみクラブ【総合型地域スポーツクラブ】	

備考	<p>* 当日受講が困難な場合は DVD での補講およびレポート提出にて出席とみなすことができる科目もあります。</p> <p>* 【講義】 行政関係者も受講することができる。</p> <p>* 受講前に資源一覧表 (予定) を熟読し、講義に臨むことが求められる</p>
----	---



**科目名** . 地域リハビリテーションの推進に求められる能力 (360分)

受講生の到達目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域リハビリテーションを支える支援者の専門性や価値観を説明できる</li> <li>・ リハ専門職の専門性を他の支援者に理解できるように説明することができる</li> <li>・ 自らが勤める地域にどのような地域資源があるか調べ、述べるができる</li> <li>・ 地域診断に必要な能力を述べるができる</li> </ul>
----------	--

内容	リハ専門職に求められる多職種連携に必要な能力 (180分) 吉備国際大学保健医療福祉学部 作業療法学科 京極 真 氏 リハ専門職に求められる地域評価・診断の基礎 (180分) (予定)神戸学院大学 教授 備酒 伸彦 氏	【講義 & GW】  【講義 & GW】
----	--	----------------------------

備考	* については、滋賀県立成人病センター教育研修センターが実施した「医療専門職等育成研修」を修了したものは出席したものとみなすことができる。
----	---

**科目名** . 地域リハビリテーションの推進に向けた実践 (1060分)

受講生の到達目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 包括的に“人”や“地域”を見る視点を再確認することができる</li> <li>・ リハ職が自らの視点を他職種に理解してもらえよう説明が行える</li> <li>・ 地域での課題を解決するための方策を立案できる</li> <li>・ これから地域でリハ専門職に求められる能力を述べ、自らのこれからの行動立案が行える</li> </ul>
----------	--

内容	地域リハビリテーションマネジメント基礎演習 (180分) 神戸学院大学 教授 備酒伸彦 氏 現場見学 (260分×2) (5コースのうち2つを選択 *必須)リハセンター職員 地域リハビリテーションマネジメント実践演習 (360分) 神戸学院大学 教授 備酒伸彦 氏	【オリエン・課題】  【見学実習】  【プレゼン】
----	---	---------------------------------------

備考	* については関係者の聴講を可能とする *研修修了後に修了式を実施する
----	--

【カリキュラム総時間 2300分】

(スケジュール表)

平成29年 地域リハビリテーション人材育成研修会スケジュール

第1回	9月3日(日)	12:55 挨拶 13:00 講義 講師：高畑 脩平 氏 14:35 受講者オリエンテーション 15:00 研修終了	滋賀県立リハビリテーションセンター研修室
第2回	9月10日(日)	9:55 挨拶 10:00 講義 講師：安本 勝博 氏 11:30 休憩 12:30 講義 講師：備酒 信彦 氏 14:00 研修終了	滋賀県立リハビリテーションセンター研修室
第3回	10月21日(土)	12:55 挨拶 13:00 講義 講師：小野 太一 氏 14:00 休憩 14:15 講義 講師：金川 善衛 氏 15:45 休憩 15:55 講義 講師：信太 奈美 氏 17:25 研修終了	滋賀県立リハビリテーションセンター研修室
第4回	10月22日(日)	12:55 挨拶 13:00 講義 講師：丸山 英明 氏 13:45 講義 講師：中村 泰之 氏 14:35 講義 講師：外田 順一 氏 15:25 研修終了	滋賀県立リハビリテーションセンター研修室
第5回	10月28日(土)	10:55 挨拶 11:00 講義 講師：中島 秀夫 氏 12:00 休憩 13:00 講義 講師：山下 完和 氏 13:45 休憩 14:00 講義 講師：北村 克家 氏 14:45 休憩 15:00 講義 講師：川又 華代 氏 16:30 研修終了	滋賀県立リハビリテーションセンター研修室
第6回	12月17日(日)	12:55 挨拶 13:00 講義&GW 講師：京極 真 氏 16:00 研修終了	滋賀県立リハビリテーションセンター研修室
	未定(調整中)	リハ専門職に求められる地域評価診断の基礎 地域リハビリテーションマネジメント基礎演習 地域リハビリテーションマネジメント応用演習 現場見学実習 (各施設)	滋賀県立リハビリテーションセンター研修室 など

\*調整中の研修および見学実習は、決定次第受講者に連絡いたします。

「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 27 年度分担研究報告書

リハビリテーションマネジメントの現状分析及び手法の開発に関する研究

研究分担者 小林 法一（首都大学東京人間健康科学研究科 教授）  
植松 光俊（星城大学リハビリテーション学部 教授）  
川越 雅弘（国立社会保障・人口問題研究所 部長）  
研究協力者 小林 毅（千葉県立保健医療大学健康科学部 准教授）

【概要】

要介護高齢者の生活期におけるリハビリテーション（以下、リハ）では、多職種協働を前提としたリハマネジメントの効果的な実施が重要であるが、その手法は十分に確立されているとはいえない。効果的な手法の開発に向けて、まずは現在のリハマネジメントの実態を把握し、課題を明確にした上でマニュアル化を図る必要がある。

ところで、リハマネジメントの内容はリハ計画書に記録されるが、その記載内容は文章による定性的データが含まれており、また用語（述語）の使用においても職種間・個人間・施設間でバラツキが見られる。データ収集と分析の精度を高めるためには、用語の統一や整理が必須である。

そこで、リハマネジメントの実態調査のための枠組みづくりの一環として、リハ目標とリハ支援内容のコーディング（コード化）に取り組んだ。

その結果、リハ目標コード 23 項目、リハ支援コード 42 項目からなるリハビリテーションサービスの標準コードを完成させた。これらのコードは、臨床家の文書記録のうちリハ目標とリハ支援内容に関する内容に焦点を当て、ICF の概念を参考に演繹的にコード化したものである。

今後、臨床家にはコードを用いた記録を求め、これをデータとすることで、効率的なデータ収集と分析が可能になる。実践内容の透明性も高まり、リハビリテーションサービスの質の向上にも繋がると予想される。

## A. 研究目的

要介護高齢者の生活期におけるリハビリテーション（以下、リハ）では、個人の状態や目標に合わせて、種々の生活機能（心身機能・活動・参加）にバランスよくアプローチすることが求められている。このためには、多職種協働を前提としたリハマネジメントの効果的な実施が重要であるが、その手法は十分に確立されているとはいえない。効果的な手法の開発に向けて、まずは現在のリハマネジメントの実態を把握し、課題を明確にした上でマニュアル化を図る必要がある。

ところで、リハマネジメントの内容はリハビリテーション計画書に記録されるが、その記載内容は文章による定性的データが含まれており、また用語（述語）の使用においても職種間・個人間・施設間でバラツキが見られる。図1は収集するrawデータ（リハビリテーションサービス）のサンプルである。文章による質的な情報が多く、また情報量（詳細さ）にもバラツキがみられる。分析の精度を高めるには、前処理として「情報量の均一化」および「質的情報の圧縮（コード化）」が必要なことがわかる。

そこで、本研究ではリハマネジメントの実態調査のための枠組みづくりの一環として、リハ目標とリハ支援内容のコーディング（コード化）に取り組んだ。

通所・訪問リハビリテーション計画書				<input checked="" type="checkbox"/>	訪問	<input checked="" type="checkbox"/>	通所	(No. )	
氏名:	様	作成年月日	H27年5月28日	~	見直し予定時期	9	月頃		
リハビリテーションマネジメント		リハビリテーションマネジメント	<input checked="" type="checkbox"/>	訪問・通所頻度	( 訪1回 通2回 )	利用時間	( )	送迎なし	
リハビリテーションサービス									
No.	目標(解決すべき課題)		期間	具体的支援内容(何を目的に(～ために)～をする)			頻度	時間	訪問の必要性
1	食事用意	簡単な食事の用意 自宅での家事動作(炊事、洗濯)に継続して参加できるようにする。	6か月	<input type="checkbox"/> 短期集中(個別)リハ <input type="checkbox"/> 生活行為向上リハ <input type="checkbox"/> 認知症短期集中リハ <input checked="" type="checkbox"/> 理学療法 <input checked="" type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 言語聴覚療法 その他( )	・家事動作に必要な上肢機能の訓練 ・杖を使用する歩行練習(屋内、屋外) ・歩行・移動練習 ・安全に出入りを行えるよう階段昇降練習 ・屋外での洗濯物干しができるように環境整備をする ・環境整備 ・起居動作練習 ・草むしりが出来るよう、低い台からの立ち上がり練習	通所 1回/週  訪問	40分	いつ頃	
2		自宅での家事動作が出来るよう、全身の体力を強化する。	6か月	<input type="checkbox"/> 短期集中(個別)リハ <input type="checkbox"/> 生活行為向上リハ <input type="checkbox"/> 認知症短期集中リハ <input checked="" type="checkbox"/> 理学療法 <input checked="" type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 言語聴覚療法 その他( )	・全身持久力訓練 ・筋力訓練 ・作業耐久性の向上のための体力向上トレーニング(杖を使用する歩行練習) ・平行棒を使用する応用歩行練習(ふらつき、転倒予防) ・両下肢の筋力強化練習 ・立位バランス練習	通所 2回/週  訪問	20分	いつ頃	
3	食事の後片付け	食事の後片付け 上肢機能の維持	6か月	<input type="checkbox"/> 短期集中(個別)リハ <input type="checkbox"/> 生活行為向上リハ <input type="checkbox"/> 認知症短期集中リハ <input type="checkbox"/> 理学療法 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 言語聴覚療法 <input checked="" type="checkbox"/> その他(デイケア利用時)	・デイケア ・上肢機能を維持するため、手作業等への参加を促す。 ・調理行為練習 ・食事の後片付け練習 ・作業耐久性の強化のため、お茶の準備、片付けを介護士と一緒に行う。	通所 2回/週  訪問	10分	いつ頃	
4		体力向上 上肢機能の維持	6か月	<input type="checkbox"/> 短期集中(個別)リハ <input type="checkbox"/> 生活行為向上リハ <input type="checkbox"/> 認知症短期集中リハ <input type="checkbox"/> 理学療法 <input type="checkbox"/> 作業療法 <input type="checkbox"/> 言語聴覚療法 <input checked="" type="checkbox"/> その他(自主リハ)	・自主リハビリ(夫の協力) ・体力向上のため、自宅廊下の歩行練習を指導する。 ・歩行・移動練習 ・洗濯行為練習 ・上肢機能を維持するため、洗濯物たたみ等の家事動作を夫の声かけ、手伝いをしてもらいながら行う。	通所  訪問 歩行練習 週2回 家事動作 週3回		いつ頃	

図1 - 1 リハビリテーションサービスの記載例(その1)

通所・訪問リハビリテーション計画書				<input checked="" type="checkbox"/> 訪問	<input checked="" type="checkbox"/> 通所	(No. )
氏名:	様	作成年月日	H27年5月28日	~	見直し予定時期	9月頃
リハビリテーションマネジメント	リハビリテーションマネジメント	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問・通所頻度	( 通3回 )	利用時間	( )	送迎なし
リハビリテーションサービス						
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	訪問の必要性
1	家族の介助でベッドから車椅子への移乗ができる	1か月	<input type="checkbox"/> 理学療法 <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 checked="" type="checkbox"/> その他(ヘルパー)	起居動作練習 移乗動作練習 介護指導	通所 3回/週 訪問	20分 いつ頃
2	歩行の獲得(家族の介助で外出や外食ができる)	6か月	<input type="checkbox"/> 理学療法 <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"/> その他(フィットネス)	姿勢保持練習 筋持久力訓練	通所 2回/週 訪問	20分 いつ頃
3	嚥下能力の状態変化に合わせて食事形態を提案する	6か月	<input type="checkbox"/> 理学療法 <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"/> その他( )	嚥下訓練 介護指導	通所 1回/週 訪問	10分 いつ頃
4			<input type="checkbox"/> 理学療法 <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"/> その他( )		通所 訪問	いつ頃

図1 - 2 リハビリテーションサービスの記載例(その2)

## B. 方法

本研究課題すなわち「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の検討」を鑑みて、以下の方針を進めた。

ICF(国際生活機能分類)の項目概念を可能な限り活用し、コードの定義に利用する〔演繹的コーディング〕。

ICFの定義でカバーできない概念については、オリジナルの概念を合議(全会一致を原則とする)して定義する〔帰納的コーディング〕。

リハビリテーションサービス表(図1)の中の「目標(解決すべき課題)」項目(以下、目標項目)および「具体的支援内容(何を目的に(～のために)～をする)」項目(以下、支援項目)の内容をコード化する。

目標項目の内容は“生活行為”を原則とし、さらにその生活行為に“含まれる行為”を下位項目として設定する。

## C．結果

### 1) 目標項目と含まれる行為(コード)

目標項目はこれまでの事例を参考に、比較的出現頻度の高い23項目を設けた。さらにそれぞれに“含まれる行為”を下位項目として設定した。この“含まれる行為”をリハビリテーションサービスにおける目標のコードとした。

なお、どの項目にも当てはまらない目標については「その他」として、具体的内容を記述できる様式とした。

#### 1. 日課の遂行

- ・読書や洗濯などある単一の課題を行う
- ・複数の課題を同時または順次行う
- ・ストレスをコントロールしながら行う
- ・その他( )

#### 2. 選択と実行

- ・複数の物や事象、課題から選択し実行する
- ・その他( )

#### 3. 問題解決

- ・問題や状況を同定し、解決方法を見出し、結果を予測し、実行する。
- ・その他( )

#### 4. コミュニケーション

- ・理解(音声, 非言語, 手話, 書き言葉)
- ・表出(音声, 非言語, 手話, 書き言葉)
- ・会話
- ・用具の使用(電話, メール, PCなど)
- ・その他( )

#### 5. 姿勢保持

- ・座位保持
- ・立位保持
- ・その他( )

#### 6. 姿勢の変換

- ・姿勢を変える
- ・その他( )

#### 7. 移乗

- ・座位

- ・臥位
- ・その他( )

#### 8. 歩行や移動

- ・屋内(短距離)歩行(階段昇降などを含む)
  - ・屋外短距離歩行
  - ・長距離歩行
  - ・道具(杖、車いす、歩行器、下肢装具)を用いての移動
- ・その他( )

#### 9. 交通手段の利用

- ・交通機関や手段の利用
- ・運転や操作(自動車・バイク)
- ・運転や操作(自転車)
- ・その他( )

#### 10. 入浴

- ・洗体(自分の身体を洗って乾かす)
  - ・道具の操作(シャンプーや石けん, カランなど)
  - ・移乗(浴槽の出入りを含む)
- ・その他( )

#### 11. 整容

- ・身体の一部(顔や手足など)を洗う
- ・身体各部(化粧、歯、髪、爪など)の手入れ
- ・道具の操作(石けん, カラン、ピンの蓋など)
- ・その他( )

#### 12. 排泄動作

- ・排泄(排泄・生理)を計画し遂行し, 清潔にする
- ・道具の操作(ペーパー, コック, スイッチなど)
- ・移乗
- ・その他( )

#### 13. 更衣

- ・衣類を選ぶ
- ・着る
- ・脱ぐ
- ・履き物を履く(靴, 靴下など)
- ・履き物を脱ぐ

- ・その他 ( )
- 14. 食事 ( 食べること、飲むこと )
  - ・口まで運ぶ
  - ・かむこと、飲み込むこと
  - ・その他 ( )
- 15. 健康管理
  - ・服薬管理
  - ・水分補給
  - ・栄養管理
  - ・寒暖調節
  - ・運動/体操
  - ・その他 ( )
- 16. 買物
  - ・買い物
  - ・運搬
  - ・その他 ( )
- 17. 食事の用意
  - ・準備 ( 食材, 食器, 道具を選択し揃える )
  - ・手の込んだ調理
  - ・簡単な調理
  - ・温め直しのみ
  - ・その他 ( )
- 18. 食事の片付け
  - ・洗浄と片付け/収納 ( 食材, 食器, 道具 )
  - ・その他 ( )
- 19. 洗濯
  - ・洗濯機/アイロンなどの使用
  - ・洗う ( 手洗い )
  - ・干す
  - ・畳む・しまう・片づける
  - ・運搬
  - ・その他 ( )



20. 掃除や整頓（住居や敷地）
- ・掃除機の使用
  - ・掃除（ほうき、モップがけ、拭き、草むしり）
  - ・整頓
  - ・ゴミ出し
  - ・運搬
- ・その他（ ）

21. 家や車の手入れ 家電の保守・管理
- ・植物の世話，庭・畑仕事
  - ・ペットの世話
  - ・車・自転車や福祉用具の手入れ
- ・その他（ ）

22. 対人関係
- ・対人交流
  - ・近い人との交流（ ）
  - ・初対面の人との交流
  - ・専門家やサービス提供者との交流
  - ・家族や親戚との交流
  - ・パートナーとの交流
  - ・その他（ ）

23. 趣味や社会活動
- ・趣味活動，旅行，社交
  - ・サークル，学会，式典などの団体活動
  - ・その他（ ）

24. その他
- ・（ ）

## 2) 支援項目のコード

目標達成のために行われる具体的支援内容についても、これまでの事例を参考に、比較的出現頻度の高い42項目を設定した。

- 1 呼吸機能訓練
- 2 全身持久力訓練
- 3 関節可動域訓練
- 4 筋力維持・増強訓練
- 5 筋緊張緩和訓練
- 6 筋持久力訓練
- 7 運動機能訓練
- 8 疼痛緩和
- 9 構音機能訓練
- 10 聴覚機能訓練
- 11 摂食嚥下機能訓練
- 12 認知機能訓練
  - 12- 失行訓練
  - 12- 視空間知覚機能訓練
  - 12- 言語機能訓練
- 13 学習と課題の遂行練習
  - 13- 基礎的学習練習（模倣、反復、思考、注意集中）
  - 13- 読むことの学習練習
  - 13- 書くことの学習練習
  - 13- 計算練習
  - 13- 問題解決練習
  - 13- 意思決定練習
  - 13- 日課の遂行練習
  - 13- ストレスの対処練習
- 14 自己効力感練習
- 15 自己認識練習
- 16 コミュニケーション練習
- 17 姿勢変換保持練習
- 18 起居・移乗動作練習
- 19 歩行・移動練習
- 20 運搬練習
- 21 交通機関利用練習
- 22 一連の入浴行為練習
- 23 一連の整容行為練習
- 24 一連の排泄行為練習
- 25 一連の更衣行為練習
- 26 一連の食事行為練習
- 27 自己管理練習
- 28 買い物練習
- 29 一連の調理行為練習
- 30 食後の後片付け練習
- 31 一連の洗濯行為練習
- 32 一連の掃除・整理整頓行為練習
- 33 その他の家事（ゴミ捨て、家庭用器具の使用、持ち上げて運ぶこと）
- 34 家庭用品の手入れ練習（衣類、自動車、家電器具、福祉用具等）
- 35 家の手入れ練習
  - 35- 住居と家具の手入れ
  - 35- 屋内外の植物の手入れ
- 36 動物の世話練習
- 37 対人関係練習
- 38 余暇活動練習
- 39 仕事練習
- 40 環境調整
- 41 情報提供
- 42 介護指導

### 3) 目標項目コードおよび支援項目コードの定義

目標と含まれる行為、それに対応するICFコード、および本研究事業におけるコードの説明を以下に示す。カナを付記したコード(イ465など)は対応するICFコードがないか、あるいはICFと定義が異なるものである。

目標 (解決すべき課題)	含まれる行為	ICFコードとの対応 ICF(国際生活機能分類)	コードの説明
日課の遂行	読書や洗濯などある単一の課題を行う	d210	単一課題の遂行
	複数の課題を同時または順次行う	d220	複数課題の遂行
	ストレスをコントロールしながら行う	d240	ストレスとその他の心理的 要求への対処
選択と実行	複数の物や事象、課題から選択し実行する	d177	意思の決定
問題解決	問題や状況を同定し、解決方法を見出し、結果を予測し、実行する。	d175	問題解決
コミュニケーション	理解(音声、非言語、手話、書き言葉)	d310-329	
	表出(音声、非言語、手話、書き言葉)	d330-349	
	会話	d350	会話
	用具の使用(電話、メール、PCなど)	d360	コミュニケーション用具および技法の利用
姿勢保持	座位	d4153	座位の保持
	立位	d4154	立位の保持
姿勢の変換	姿勢を変えること	d410	基本的な姿勢の変換
移乗	座位	d4200	座位での乗り移り
	臥位	d4201	臥位での乗り移り
歩行や移動	屋内(短距離)歩行(階段昇降などを含む)	d4500 d4600	短距離歩行 自宅内の移動
	屋外短距離歩行	d4601 d4602	自宅以外の屋内移動？ 屋外の移動
	長距離歩行	d4501 d4602	長距離歩行 屋外の移動
	道具(杖、車いす、歩行器、下肢装具)を用いての移動	Id465	用具を用いての移動
交通手段の利用	交通機関や手段の利用	d470	交通機関や手段の利用
	運転や操作(自動車・バイク)	d4751	動力付きの交通手段の 運転
	運転や操作(自転車)	d4750	人力による交通手段の 操作

入浴	洗体(自分の身体を洗って乾かす)	d510	自分の身体を洗うこと	洗浄や乾燥のための適切な用具や手段を用い、水を使って、全身や身体の一部を洗って拭き乾かすこと。例えば、入浴すること、シャワーを浴びること、手や足、顔、髪を洗うこと、タオルで拭き乾かすこと。
	道具の操作(シャンプーや石けん、カランなど)	d440 d445	細かな手の使用 手と腕の使用	石鹸を取ったり、シャンプーその他のポンプから必要な量を出すのに必要な動きのように、手と手指を用いて、物を扱ったり、つまみあげたり、操作したり、放したりといった行為とカランやシャワーのの把手を回したり、シャワーヘッドを操作する時のように、手と腕を使って、物を動かしたり操作するのに必要な協調性のある行為を遂行すること。
	移乗(浴槽の出入りを含む)	d410 d420	基本的な姿勢の変換 乗り移り(移乗)	ある姿勢になること。ある姿勢をやめること。ある位置から他の位置への移動。例えば、椅子から立ち上がってベッドに横になる、また姿勢を変えずにベンチの上で横に移動する時や、ベッドから椅子へ移動する時のように、ある面から他の面へ移動すること。ある位置から他の位置への移動という点で、シャワーチェアから浴槽を跨ぎこす、浴槽内でしゃがむ、立ち上がる、またある面から他の面への移動という点で車椅子からシャワーチェアへの移動を含む。
整容	身体の一部(顔や手足など)を洗う	d5100	身体の一部を洗うこと	清潔にする目的で、手や顔、足、髪、爪などの身体の一部に対して、水や石鹸、その他のものを用いること。
	身体各部(化粧、歯、髪、爪など)の手入れ	d520	身体各部の手入れ	肌や顔、歯、頭皮、爪、陰部などの身体部位に対して、洗って乾かすこと以上の手入れをすること。例えば、肌に化粧をすることや顔を洗うこと、歯磨きや義歯を洗うこと、櫛で髪をとかすこと、爪切りや耳かきなどをやる行為のこと。
	道具の操作(石けん、カラン、ピンの蓋など)	d440 445	細かな手の使用 手と腕の使用	肌や顔の手入れのために化粧の際のコンパクトやパフの操作、歯ブラシや髪をとかすための櫛の操作、カミソリや爪切り、耳かき棒の操作に必要な動きのように、手と手指を用いて、物を扱ったり、つまみあげたり、操作したり、放したり、または手と腕を使って、物を動かしたり操作するのに必要な協調性のある行為を遂行すること。
排泄動作	排泄(排泄・生理)を計画し遂行し、清潔にする	d530	排泄	排泄(生理、排尿、排便)を計画し、遂行するとともに、その後清潔にすること。
	道具の操作(ペーパー、コック、スイッチなど)	d440 d445	細かな手の使用 手と腕の使用	トイレペーパーを取ったり、水栓のコックや把手、その他のスイッチを回すのに必要な動きのように、手と手指を用いて、物を扱ったり、つまみあげたり、操作したり、放したり、また手と腕を使って、物を動かしたり操作するのに必要な協調性のある行為を遂行すること。
	移乗	d410 d420	基本的な姿勢の変換 乗り移り(移乗)	ある姿勢になること。ある姿勢をやめること。ある位置から他の位置への移動。例えば、椅子から立ち上がってベッドに横になる、また姿勢を変えずにベンチの上で横に移動する時や、ベッドから椅子へ移動する時のように、ある面から他の面へ移動すること。ある位置から他の位置への移動という点で、いざり動作からの便器への移動、便器上でしゃがむ、立ち上がる、またある面から他の面への移動という点で車椅子から便器への移動を含む。
更衣	衣類を選ぶ	d5404	適切な衣類の選択	明示されたあるいは暗黙の衣服についての慣例(ドレスコード)や、社会的あるいは文化的習慣に従うこと、気候条件やTPO(Time, Place, Occasion)に合わせて衣服を選ぶこと。
	着る	d5400	衣類を着ること	手際よく、身体のださまな部位に衣服を着ること。例えば、頭、腕、肩、上半身、下半身に衣服を着ること。手袋や帽子を身につけること。
	脱ぐ	d5401	衣類を脱ぐこと	手際よく、身体のださまな部位に衣服を脱ぐこと。例えば、頭、腕、肩、上半身、下半身に衣服を着ること。手袋や帽子を脱ぐこと。
	履き物を履く(靴、靴下など)	d5402	履き物を履くこと	手際よく、靴下、ストッキングなど、履き物(靴など)を履くこと。
	履き物を脱ぐ	d5403	履き物を脱ぐこと	手際よく、靴下、ストッキングなど、履き物(靴など)を脱ぐこと。
食事 (食べること、飲むこと)	口まで運ぶ	d550 d560 + d430 d440 d445	食べること 飲むこと (+物の運搬・移動・操作:d430-d449) 持ち上げること 細かな手の使用 手と腕の使用	提供された食べ物を手際よく口の運び、文化的に許容される方法で食べること。例えば、食べ物を細かく切る、砕く、瓶や缶を開ける、はしやフォークなどを使う、食事をとる、会食をする、正餐をとること。また、文化的に許容される方法で、飲み物を容器に取り、口に運び、飲むこと。飲み物を混ぜる、かきまぜる、注ぐ、瓶や缶を開ける、ストローを使って飲む、蛇口や泉などの流水から飲む、母乳を飲むこと。食べ物や飲み物を口に運ぶために必要な適切な運搬方法の選択と協調性のある行為を遂行することを含む。
	口の中でかむこと、飲み込むこと	b510	摂食機能	固形物(食べ物)や液体(飲み物)を口から身体に取り入れ、処理する機能のうち咀嚼する機能。例えば、食べ物や飲み物を認知して口に運んだ後、口の中に吸い込み、咀嚼して飲み込みやすい形状(食塊)にまとめ、舌によって口腔から咽頭に送り込み、嚥下反射によって食道に送る一連の流れのこと。口から食道へ運ぶのと逆の逆流や嘔吐を含む。

健康管理	服薬管理	fd5702	健康の維持	専門家の助力を求めること。医療上その他の健康上の助言に従うこと。けがや感染症、薬物使用、性感染症などの健康上のリスクを回避するための自己管理すること。
	水分補給	fd5701	食事や体調の管理	脱水による体力低下の防止や活動維持のための適量の水分補給の必要性を意識した上で、自己管理すること。
	栄養管理	fd5701	食事や体調の管理	栄養のある食べ物の選択や摂取の必要性を意識した上で、自己管理すること。
	寒暖調節	cd5700	身体的快適性の確保	快適な姿勢をとったり、暑すぎず寒すぎないようにしたり、適当な照明下にあることの必要性を意識し、それを確保することで、自己管理すること。
	運動・体操	fd5701	食事や体調の管理	体力維持のための適度な運動や体操の必要性を意識した上で、自己管理すること。
買物	買い物	d6200	買い物	代金を支払い、日々の生活に必要な物品とサービスを購入すること(仲介者に買い物をするよう指導や監督することを含む)。
		d460	さまざまな場所での移動	屋内、屋外などさまざまな場所や状況での歩行や移動(車いすでの移動を含む)
	運搬	d430	持ち上げることと運ぶこと	物を持ち上げること、ある場所から別の場所へと物を持っていくこと。手に持ったり、背負ったりして運搬すること。置くこと。
食事の用意	準備(食材、食器、道具を選択し揃える)			献立を考え、必要な材料を選択し、調理するための道具を揃えること。
	手の込んだ調理	d6300 + d430	簡単な食事の調理 持ち上げて運ぶこと	少数の材料を用いて、簡単に準備や配膳ができるような食事を準備し、調理し、配膳(食器や鍋、釜を手持ったり、その他の方法で運ぶことを含む)すること。例えば、軽食や小皿料理を作ること。米やポテトのような食べ物を切ったり、かきまぜたり、ゆでたり、加熱して食材を加工すること。
	簡単な調理	d6301 + d430	手の込んだ食事の調理 持ち上げて運ぶこと	多数の材料を用いて、手の込んだ方法で準備や配膳するような食事を計画し、準備し、調理し、配膳(食器や鍋、釜を手持ったり、その他の方法で運ぶことを含む)すること。例えば、フルコースメニューを計画すること。皮をむいたり、スライスしたり、混ぜたり、こねたり、かきまぜる行為を組み合わせで食材を加工すること。その場の状況と文化にふさわしいマネーで食事を提供し配膳すること。
	温め直しのみ	d6403	家庭用器具の使用	あらゆる種類の家庭用器具を使用すること。例えば、レンジやオーブン、その他を使用すること。
食事の片付け	洗浄と片付け・収納(食材、食器、道具)	d6401	台所の掃除と台所用具の洗浄	調理後の後片付け。例えば、皿、鉢、鍋、調理道具を洗うこと(棚や食器棚に運び、整理整頓して戻すことを含む)。また、調理や、食事の場所のテーブルや床を掃除すること。
洗濯	洗濯機・アイロンなどの使用	d6403	家庭用器具の使用	あらゆる種類の家庭用器具を使用すること。例えば、洗濯機、乾燥機、アイロンを使用すること
	洗う(手洗い)	fd6400	衣服や衣類の洗濯と乾燥(手洗い)	衣服や衣類を手洗いすること。
	干す	fd6400	衣服や衣類の洗濯と乾燥(干す)	洗濯物を空中に掛けて乾かすこと。乾燥機の使用は「洗濯機・アイロンなどの使用」でチェックする
	畳む・しまう・片づける	d6404	日常必需品の貯蔵	衣服や選択した物をしまうこと。タンスやハンガースタンドなどに適切に収めること。
	運搬	d430	持ち上げることと運ぶこと	物を持ち上げること、ある場所から別の場所へと物を持っていくこと。手に持ったり、背負ったりして運搬すること。置くこと。
掃除や整頓(住居や敷地)	掃除機の使用	fd6403	家庭用器具の使用	掃除機を使って掃除をすること
	掃除(ほうき、モップがけ、拭き、草むしり)	fd6402	居住部分の掃除(ほうき、モップ掛け)	床を掃くこと、モップがけ、家具や窓の拭き掃除、敷地の草むしり
	整頓	cd6402	居住部分の掃除(整頓) 日常必需品の貯蔵	住居内の物品を整頓したり収納する
	ゴミ出し	d6405	ゴミ捨て	住居や敷地内のごみを集めて捨てる、始末する。
	運搬	d430	持ち上げることと運ぶこと	物を持ち上げること、ある場所から別の場所へと物を持っていくこと。手に持ったり、背負ったりして運搬すること。置くこと。
家や車の手入れ	家電の保守・管理	d6502	家庭内器具の手入れ	電球交換など、あらゆる家庭内の器具の補修や手入れをすること
	植物の世話、庭・畑仕事	d6505	屋内外の植物の手入れ	屋内外の植物の世話。例えば、植えること、水やり、肥料まき、ガーデニング、家庭菜園など。但し職業としての農業は含めない
	ペットの世話	d6506	動物の世話	餌を与える、洗う、毛並みの手入れ、運動させること、排泄物の片付け、健康管理など
	車・自転車や福祉用具の手入れ	d6503 d6504	乗り物の手入れ 福祉用具の手入れ	自転車、自家用車などの乗り物や、杖、義足、車いすなどの福祉用具を補修したり、手入れをすること
対人関係	対人交流	d710	基本的な対人交流	状況に見合った社会的に適切な方法で、対人関係をもつこと。例えば、思いやりや敬意を示すこと。他人の気持ちに対応すること。
	近い人との交流()	d750	非公式な社会的交流	友人、ご近所、同僚などとの交流
	初対面の人との交流	d730	よく知らない人との交流	例えば、道を尋ねたり、値段を尋ねたり、よく知らない人と一時的に接触する
	専門家やサービス提供者との交流	d740	公的な関係	施設スタッフや、ケアマネ、医師、役所の担当者などとの交流
	家族や親戚との交流	d760	家族関係	血縁関係者や義兄弟との交流
	パートナーとの交流	d770	親密な関係	夫や妻、恋人との交流
趣味や社会活動	趣味活動、旅行、社交	d920	レクリエーションとレジャー	あらゆる形態の遊び、レクリエーション、レジャー活動への関与。美術館、博物館、映画、演劇へ行くこと。スポーツやフィットネス。
	サークル、学会、式典などの団体活動	d910	コミュニティライフ	例えば、慈善団体、ボランティア団体、専門職の社会的団体

#### 4) 支援項目コードの定義

具体的支援内容		説明
大項目	細項目	
1	呼吸機能訓練	無呼吸、過呼吸、不規則な呼吸、肺気腫などの呼吸機能障害を対象として、呼吸数、呼吸リズム、呼吸の深さなどの呼吸機能を維持・向上させることを目的とした訓練である。
2	全身持久力訓練	長期臥床により全身機能、特に循環器系の機能低下をきたして、患者(あるいは対象者)の耐えうる範囲での全身の筋を活動させること(全身調整訓練)と、活動範囲を拡大するために必要な動作を長く続けられるための呼吸循環機能の向上を図ることを目的とする。
3	関節可動域訓練	関節可動域の維持・改善を図るために行われもの。他者(セラピストなど)や、器械器具、患者(あるいは対象者)の自重、姿勢の変化を利用して他動運動にて行う伸張訓練も含まれる。
4	筋力維持・増強訓練	筋収縮により発生する張力である筋力を維持・向上させるために行うもので、自動運動運動、抵抗運動にて行われる。
5	筋緊張緩和訓練	痛み、痙縮や精神的な緊張等による障害部位の筋緊張亢進に対して、運動療法の実施を円滑に行うための技法。例えば、意識の集中・発散による弛緩、他動運動による弛緩、筋収縮後の弛緩などによる筋弛緩や全身弛緩訓練(例:自律訓練法)がある。
6	筋持久力訓練	身体の個別部位に対して比較的長時間仕事をする筋能力を向上させる目的で行うもので、中等度の負荷程度にて頻度を多く行う訓練である。
7	運動機能訓練	運動・動作を円滑に行うことを目的に行うもので、個々の筋の収縮の大きさと速さの調和のとれたスムーズな協調的な運動機能の維持・向上を図る訓練である。
8	疼痛緩和	日常生活動作を妨げる疼痛(全身的な痛み、身体の局所的な痛み、身体の複数の痛みなど)を緩和するための運動療法や物理療法。疼痛発生を防止するための日常生活活動動作のあり方など自己管理の方法も含む。
9	構音機能訓練	発声・発話機能の訓練、発音のゆがみの修正などの訓練である。
10	聴覚機能訓練	音を感じ聞き分ける機能向上の訓練または代償方法の検討すること。補聴器のフィッティング、会話環境の自己管理、集音器の使用訓練である。
11	摂食嚥下機能訓練	咀嚼し飲み込む機能の訓練である。
12	認知機能訓練	12- 失行訓練 目的を達成するために複雑な運動を順序立てて、協調的に行為を遂行する練習をすること。例えば、急須にお茶の葉を入れる、お湯を注ぐ、湯呑にお茶を継ぐという一連の行為を順序立てて遂行する、また果物の皮をむくために適切な道具を選択することなどの訓練である。
		12- 視空間知覚機能訓練 周辺環境の中で、他のもの(他者)と自分の位置、または自分自身の身体などの位置関係の相対的な識別を獲得する訓練である。左側など一側を認識するための練習を含む。例えば、自分と物との距離を認識する、一側半側の物体の認知や探索をする訓練をすること。
		12- 言語機能訓練 言語の表出と理解の機能の訓練である。
13	学習と課題の遂行練習	13- 基礎的学習練習(模倣、反復、思考、注意集中) 集中する練習や、目標に向けたあるいは目標をもたない概念や観念、イメージを一人であるいは他人と一緒に考えたり、思いめぐらす練習、真似や物まねなどの模倣や一連の出来事を繰り返すことで学習する練習をすること。
		13- 読むことの学習練習 書かれたもの(点字を含む)を流暢で正確に読む能力を発達させ、書かれた言語(例:文字や点字で表された本、使用説明書、新聞など)の理解や解釈といった活動を遂行する練習をすること。例えば、文字やアルファベットなどを見て、流暢、かつ正確に読む練習をすること。
		13- 書くことの学習練習 文字(点字を含む)や単語を的確に意味を伝えるために表現する練習をすること。例えば、正しく綴る、正しい文法を用いる練習をすること。また、情報を伝えるために記号や言語を用いたり、新たに生み出す練習をすること。
		13- 計算練習 言葉で示された問題を解くために数学を応用して計算し、その結果を出す練習をすること。たとえば、加減乗除の計算ができるように練習すること。
		13- 問題解決練習 ある問題や状況を解決するための方法を見つけ出すために、その課題の分析、解決方法の選択とその実施、その解決方法から予期できる評価をするための練習をすること。例えば、どのようにすればよいのかの判断ができない時に、他人に助けを求めることができるよう練習すること。
		13- 意思決定練習 多くの選択肢から必要なものを選択することができるように練習すること。例えば、いくつかの品目のうち、必要な目的を認識し、目的に合った品物を購入できるように練習すること。
		13- 日課の遂行練習 日々の日常生活を実施するために必要な段取り(計画・管理など)や達成するための行為を遂行ができるよう練習すること。例えば、1日の中での活動の時間を調節する、実行すべき内容の計画を立て、実行する練習をすること。
13- ストレスの対処練習 ストレスや心の動揺、危険を伴うような課題を遂行するときに、心理的欲求を管理して、目的を達成するための行為を遂行する練習をすること。例えば、しなければならない要件(義務)がいくつか重なった時に、優先順位をつける、臨機応変に行動するなどの行為ができるよう練習すること。		
14	自己効力感練習	自己効力感(自分が必要な行動をうまく遂行できるという期待)の向上を図る練習をすること。例えば本人が少し難しいと感じる課題の成功を体験させたり、周囲の賞賛が得られるような作品を完成させる練習をすること。
15	自己認識練習	自己の能力を正しく見積もる練習をすること。例えばある活動や生活行為を実際に行い、自分に対する過大評価・過小評価に気づくよう促す練習をすること。
16	コミュニケーション練習	言語、非言語、電話やパソコンにより考えやアイデアを交換する練習をすること。
17	姿勢変換保持練習	臥位、しゃがみ位、ひざまづいた姿勢、座位、立位の保持のための能力の維持・向上のための訓練である。
18	起居・移乗動作練習	起居(寝返り、起き上がり、椅子・床からの立ち上がり・座るなど)や移乗動作(姿勢を変えずにベンチの上で横に移動する時や、ベッドから椅子への移動の時のように、ある面から他の面へと移動すること、つまり座位あるいは臥位のままで乗り移り)の能力向上のために練習すること。

19	歩行・移動練習	歩行(目標に必要な短距離・長距離や、さまざまな地面や床面上の歩行や障害物を避けての応用歩行など)や、歩行以外の方法によってある場所から別の場所へ身体全体を移動させる移動動作(這う、坂の昇り降り、走る、跳ぶ、水泳など)の能力を維持・向上するために練習すること。
20	運搬練習	物を持ち上げること、ある場所から別の場所へと物を持っていくことの練習をすること。手に持ったり、背負ったりし、ワゴンを利用したりする練習をすること。
21	交通機関利用練習	移動のために、乗客として交通機関や手段を用いること。例えば、自動車、バス、タクシー、バス、電車、地下鉄、船や飛行機などを利用できるように練習すること。
22	一連の入浴行為練習	入浴のために、必要なものを準備し、洗浄や乾燥のための適切な用具や手段を用い、水を使って、全身や身体の一部を洗って拭き乾かす一連の行為の練習をすること。例えば、入浴すること、シャワーを浴びること、手や足、顔、髪を洗うこと、タオルで拭き乾かす練習をすること。
23	一連の整容行為練習	肌や顔、歯、頭皮、爪、陰部などの身体部位に対して、洗って乾かすこと以上の手入れの一連の行為をする練習をすること。例えば、脱毛や日焼け止めを塗る、化粧をする、歯磨きや義歯の手入れをする、髪をとかす、爪を切ることやマニキュアなどで装飾をする、耳垢を取る、陰部を清潔に保つ練習をすること。
24	一連の排泄行為練習	排泄(生理、排尿、排便)を計画し、遂行するとともに、その後清潔にする一連の行為の練習をすること。
25	一連の更衣行為練習	社会的状況と気候条件、TPOに合わせて、順序だった衣服と履物の着脱を手際よく行う一連の行為の練習をすること。例えば、シャツ、スカート、ブラウス、ズボン、下着、サリー、和服、タイツ、帽子、手袋、コート、靴、ブーツ、サンダル、スリッパなどの選択・着脱と調節の練習をすること。
26	一連の食事行為練習	食べ物や飲み物を文化的に許容される方法で手際よく口に運び、口に入れる一連の行為の練習をすること。例えば、はしやフォークなどで食べ物を食べやすい大きさに切る、飲み物を容器に取り分ける(ストローを使うことを含む)、適切な道具で口まで運び、入れる練習をすること。
27	自己管理練習	専門家が計画・提案した練習メニューを自己管理下で実行する練習をすること。また、自分で健康管理するための練習をすること。家族や他職種の管理下で行う練習をすること。
28	買い物練習	代金を支払い、日々の生活に必要な物品とサービスを手入する一連の行為の練習をすること。(仲介者に買い物をするように指導や監督することを含む)。例えば、店や市場で食料、飲み物、清掃用具、家庭用品、衣服を選択する練習をすること。必要な物品の質や価格を比較する練習をすること。選択した物品、サービス、支払い交渉と支払い、物品の運搬の練習をすること。
29	一連の調理行為練習	自分や他人のために、簡単あるいは手の込んだ食事を計画し、準備し、調理し、配膳する一連の行為の練習をすること。例えば、献立を立てること、飲食物を選択すること、食事の材料を手入すること、加熱して調理すること、冷たい飲食物を準備すること、食べ物を配膳することなどの練習。例えば、食材の手入や加熱調理する、配膳する練習をすること。
30	食後の後片付け練習	皿、鉢、鍋、釜を洗い、乾かして、棚や食器棚に運んで整理整頓する一連の調理後の後片づけの一連の行為の練習をすること。(皿洗浄機や乾燥機の使用を含む)。
31	一連の洗濯行為練習	洗濯物を集めて洗い場まで運び、適切な方法で洗濯し、干場まで運び、干して乾かし、取り込んで運び、適切な方法の処理をしたうえで畳み、たすにしまう洗濯の一連の行為の練習をすること。(たらいと洗濯板、洗濯機、乾燥機、アイロンの使用を含む)。
32	一連の掃除・整理整頓行為練習	家族の居住部分を適切な用具を使用して清掃・整理整頓する一連の掃除行為の練習をすること。例えば、適切な用具を運び、床をほうきで掃き、雑巾やモップをかける、また家具調度を清掃する練習をすること。(掃除機、はたきなどの使用を含む)。
33	その他の家事(ゴミ捨て、家庭用器具の使用)	家庭のゴミを集めて運び、ゴミ箱などの適切な用具を使用して、集積所に集める、またはゴミ処理機で粉碎、焼却機で焼却する一連のゴミを捨てる行為の練習をすること(ゴミ処理機、焼却機などの使用を含む)。
34	家庭用品の手入れ練習(衣類、自動車、家電器具、福祉用具等)	衣服の縫製や製作する、ボタンやファスナーを補修する、靴の修理や靴磨きなどの私用品の保守管理に関する一連の行為の練習をすること(ミンソンの使用を含む)。 家庭で使用する自家用車、自転車などの乗り物を洗車する、保守点検するなどの一連の手入れをする行為の練習をすること。 生活で用いる家電用品や個人的に使用する福祉用具(義肢や装具、家事や個人的ケアのための特別な道具など)を補修したり、手入れをする練習をすること。
35	家の手入れ練習	住宅の外装や内装と住宅内部の補修、手入れをする一連の行為の練習。例えば、外装のペンキ塗り、内装の壁紙に張り替え、家具の補修と必要・適切な道具の使用、作業のために運搬する練習をすること。
	35-住居と家具の手入れ	
	35-屋内外の植物の手入れ	観賞用などの屋内外の植物の世話をする一連の行為の練習。植物を植える、水をやる、肥料を与える、剪定をする、その他の個人的な目的の直物の栽培とこれらの目的のために適切な器具を使用する練習をすること。
36	動物の世話練習	屋内外で飼育するペットの世話に関する一連の行為の練習をすること。例えば、えさを与える、洗う、毛並みを揃えることやペットの健康管理に関する練習をすること。
37	対人関係練習	状況に見合った社会文化的に適切な方法で、他者(よく知らない人、友人、知人、親戚、家族など)と交流する練習をすること。
38	余暇活動練習	あらゆる形態の遊び、レジャー活動、余暇活動に関与し、楽しみや満足、没頭を経験する練習をすること。
39	仕事練習	報酬を伴う・伴わない仕事の全体、あるいは一部の練習をすること。
40	環境調整	手すりを設置したり、家具の配置を変えたり、福祉用具を導入するなどの物理的環境の調整などの助言・指導をすること。家族への助言やご近所の手助けを得るなどの人的環境の調整の助言・指導をすること。
41	情報提供	生活行為向上に役立つ情報の提供をすること。車いすで利用できるレストランの紹介、障害者団体の行事の案内などの情報の提供をすること。
42	介護指導	家族やケアに関わる方に対する介護方法の助言・指導をすること。

#### D．考察およびE．結論

リハ目標コード 23 項目 ,リハ支援コード 42 項目からなるリハビリテーションサービスの標準コードを完成させた .これらのコードは ,臨床家の文書記録のうちリハ目標とリハ支援内容に関する内容に焦点を当て ,ICF の概念を参考に演繹的にコード化している .また ,ICF にない概念については ,オリジナルのコードを帰納的に定義した .さらに ,その他の項目を設けることで想定外の内容にも対応できる構成となっている .

コード化の作業には ,本研究分担者の他 ,リハビリテーションや ICF についての有識者も関与している .また決定にあたっては全会一致を原則として進めている .見直し作業も複数回実施しており ,ある程度の妥当性は担保されているといえる .

今後 ,臨床家にはコードを用いた記録を求め ,これをデータとすることで ,効率的なデータ収集と分析が可能になる .実践内容の透明性も高まり ,リハビリテーションサービスの質の向上にも繋がると予想される .また ,目標項目はすべて生活行為で構成されていることから ,心身機能ではなく ,活動・参加に焦点をあてたりハビリテーションへの意識が高まるものと思われる .

#### 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 29 年度分担研究報告書

## VISIT データの活用方法に関する検討

研究代表者 川越雅弘（埼玉県立大学大学院 教授）  
研究分担者 水間正澄（輝生会 常務理事）  
研究分担者 植松光俊（星城大学リハビリテーション学部 名誉教授）  
研究分担者 能登真一（新潟医療福祉大学 教授）  
研究分担者 山本克也（国立社会保障・人口問題研究所 部長）  
研究分担者 菊池 潤（国立社会保障・人口問題研究所 室長）

### 【目的】

通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集システム（以下、VISIT）のデータの利活用に関する検討を行うことを目的とする。

### 【方法】

VISIT データの活用を検討するに当たり、まず、生活期リハマネジメントに求められる機能とあるべきプロセスの整理を行った。その上で、VISIT データを用いたデータ分析の基本的視点と分析結果の活用の目的、ならびに VISIT データの分析・活用方法の検討を行った。

### 【結果】本検討を通じて

- 1) VISIT データ分析により、制度改正に向けたエビデンス構築、リハ事業所の質向上への活用、利用者の適切なサービス選択、意識改革（主体的な関与など）への貢献、計画策定に係る思考プロセスの見える化を通じた、リハ職のマネジメント力強化への貢献、ケアプランの質向上への貢献が期待できること
- 2) 全国ベースでの分析により、リハ/リハマネジメントの実態の明確化、リハ/リハマネジメントの効果の検証、効果の高い介入方法の検証が可能となること
- 3) 利用者ベースでの分析により、主体的なサービスへの関与の促進、協働プロセスを通じた利用者を中心としたサービス提供の強化、利用者との共有プロセスを通じたリハ職の思考力やプレゼン力の強化が可能となること
- 4) 事業所ベースでの分析により、自事業所の利用者特性、サービス提供内容等の特徴に対する認識、自事業所のサービス効果の相対的なレベルに対する認識、これらを通じて、自事業所のサービス改善策の検討、検証の支援につながること
- 5) VISIT 情報と介護保険総合データベースから得られる情報とを合わせることで、リハマネジメントの評価手法の見直しや計画手法の標準化が図られること

などがわかった。

### 【考察・結論】

本稿では、VISIT の本格的運用に向け、収集したデータの分析手法および事業所への分析結果のフィードバック方法を検討した。その結果、全国・事業所・利用者ベースでの分析により、効果的なリハマネジメント手法の検証と標準化、自事業所の特徴やパフォーマンスの認識を通じた事業所の質向上、利用者とリハ職間の協働プロセスの機能強化、リハ職の考える力と説明する力の強化が図られると考えた。

## A. 研究目的

厚生労働省は、2015年4月にリハビリテーション(以下、リハ)及びリハマネジメントの機能強化を図るため、各種見直し(帳票を含む)を実施した。さらに、リハ及びリハマネジメントの質評価とその改善に向け、2016年度に「通所・訪問リハビリテーションの質の評価のためのデータ収集システム(以下、「VISIT」)」を構築するとともに、2017年度から試行的運用を開始した。2018年介護報酬改定では、リハマネジメント加算(～)の見直しが行われ、「リハマネジメント加算等に使用する様式のデータを、通所・訪問リハの質の評価データ収集等事業に参加し、同事業で活用しているシステム(VISIT)を用いて提出し、フィードバックを受けること」を算定要件としたリハマネジメント加算( )が新設された。

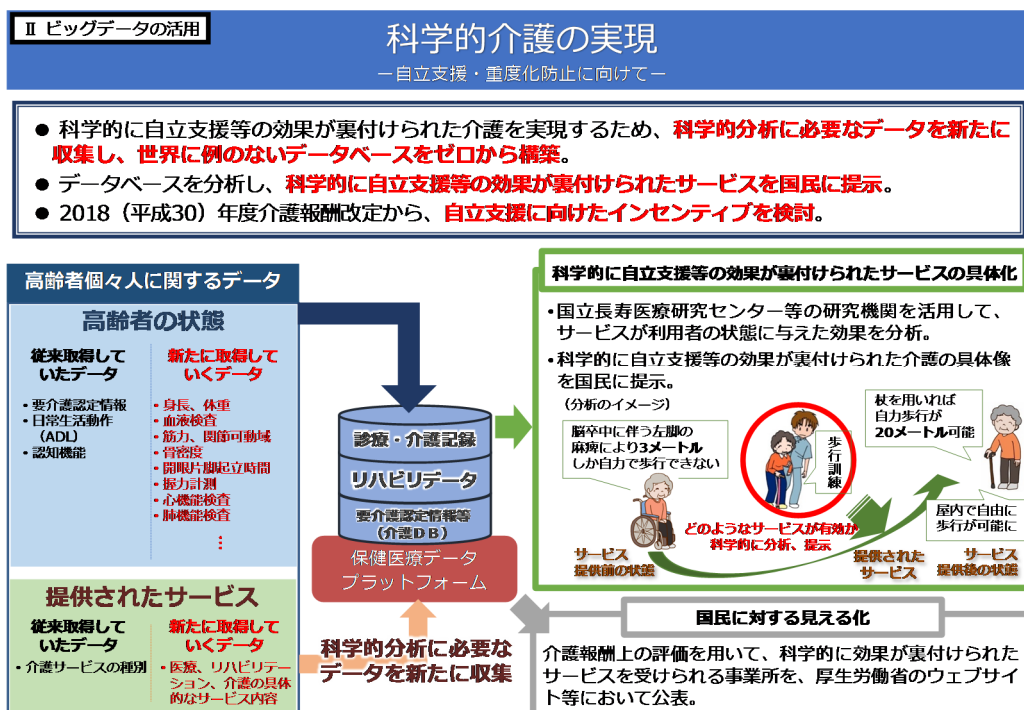
さて、2017年の未来投資会議において、介護に係る科学的データの収集とそれに基づく有効なサービスの分析等の仕組みを構築していくことが提唱された(図1)。本VISITはその「リハ版」と言えるものであり、また、他のサービスに先駆けて開発が進められていることから、同ツールは非常に重要な位置づけにあるものの、本格的運用を展開するためには、

VISITから収集されたデータをどのように分析するのか、  
通所・訪問リハ事業所のリハマネジメントの質をたかめるため、どのような内容を  
どのような方法でフィードバックしていくのか

などを検討しておく必要がある。

そこで、本稿では、生活期リハマネジメントに求められる機能を整理した上で、VISITデータを用いたデータ分析の基本的視点と分析結果の活用目的、ならびにVISITデータの分析・活用方法の検討を行った。

図1. 未来投資会議における議論について



(出典) 厚生労働大臣提出資料(平成29年4月14日 第7回未来投資会議)

## B. 研究方法

VISIT データの活用を検討するに当たり、まず、生活期リハマネジメントに求められる機能とあるべきプロセスの整理を行った。その上で、VISIT データを用いたデータ分析の基本的視点と分析結果の活用の目的、ならびに VISIT データの分析・活用方法の検討を行った。

## C. 研究結果

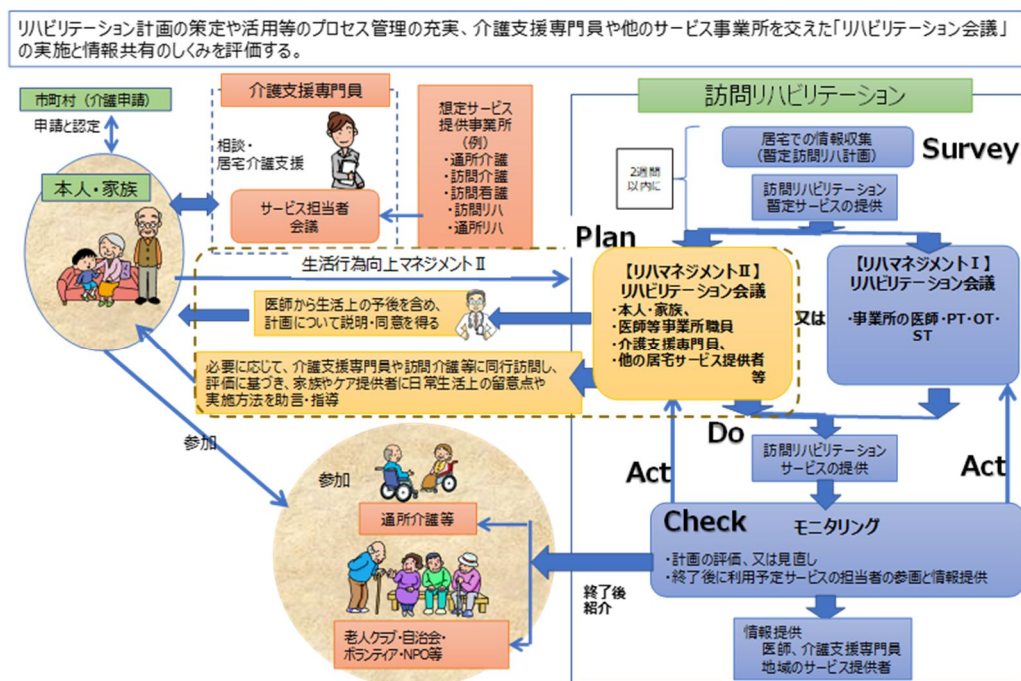
### 1. 生活期リハマネジメントに求められる機能

厚生労働省は、2014 年 9 月に「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」を立ち上げ、同検討会の中で、現在の生活期リハの問題点として、

- 高齢者の状態像やニーズの多様性に応じたりハが提供されていない、
- 身体機能に偏ったりハが実施され、「活動」や「参加」の生活機能全般を向上させるためのバランスのとれたりハが提供されていない
- 訪問リハや通所リハなどの居宅サービスが一体的・総合的に提供されていない
- 高齢者の主体性を引き出し、これを適切に支える取り組みができていない
- などを挙げた。

その上で、2015 年の介護報酬改定において、「利用者主体の日常生活に着目した目標を設定し、多職種の連携・協働の下でその目標を共有し、利用者本人や家族の意欲を引き出しながら、適切なサービスを一体的・総合的に組み合わせる計画的に提供していく」といったリハマネジメント力強化を図った(図2)。

図2. 活動と参加に焦点を当てたりハマネジメントの機能強化



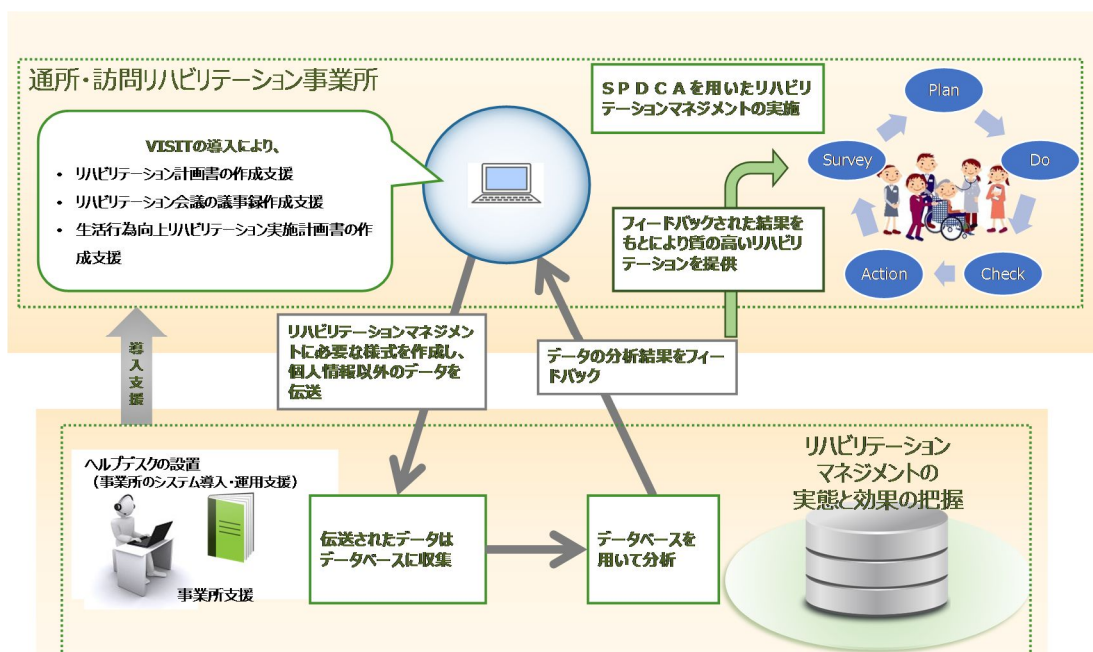
出所) 平成 27 年度介護報酬改定の概要(案)(平成 27 年 3 月 3 日 全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議)

## 2. VISIT 概要

厚生労働省は、リハ内容及び課題のコード体系を含んだシステム(VISIT)を開発し、2018年度から本格運用を開始した。同システムでは、通所・訪問リハ事業所が作成したリハに必要な様式(アセスメント票、リハ計画書など)に含まれる情報のうち、個人情報を除くデータがインターネットを介して各事業所から転送され、データベースに収集される仕組みとなっている。

これら情報と介護保険総合データベースから得られる情報とを合わせる等により、リハマネジメントの評価手法の見直しや計画手法の標準化が図られることとなる。

図 3. VISIT の概要



(出典) 通所リハビリテーションの報酬・基準について (平成 29 年 11 月 8 日 第 150 回社会保障審議会介護給付費分科会)

### 3. VISIT データ分析の基本的視点と分析結果の活用の目的

#### 1) データ分析の基本的視点

VISIT を通じて収集したデータは、通所・訪問リハの質の向上に繋がるとともに、制度見直しに向けた基礎データとしても活用していくべきものである。データ分析の基本的視点を以下に示す。

##### (データ分析の基本的視点)

リハ及びリハマネジメントの実態とその効果に関するエビデンスを構築する  
(より効果的なリハ/リハマネジメント方法の検証と標準化を通じた質の向上)  
リハマネジメントの質向上に貢献する

#### 2) 分析結果の活用の目的

全国/事業所/利用者ベースでの分析に応じて、以下の目的での活用が考えられる。

##### (分析結果の活用の目的)

制度改正に向けたエビデンスとして活用する(全国ベースのデータ分析を通じて)  
リハ事業所の質向上に活用する(リハ事業所ベースのデータ分析を通じて)  
利用者の適切なサービス選択、意識改革(主体的な関与など)に貢献する(利用者ベースのデータ分析を通じて)  
計画策定に係る思考プロセスの見える化を通じて、リハ職のマネジメント力強化に貢献する(利用者ベースのデータ分析を通じて)  
ケアプランの質向上に貢献する(ケアマネジャーへの情報提供を通じて)

### 4. VISIT データの分析、活用方法について

#### 1) 利用者ベース分析

##### (1) リハマネジメントプロセスと利用者との協働の重要性

リハマネジメントの手順は、

- ・手順1: 本人・家族の意向の確認(〇〇がしたい/〇〇ができるようになりたい)
- ・手順2: 情報収集・アセスメント  
(生活歴、心身機能、活動、参加、個人因子、環境因子、健康状態等)
- ・手順3: 課題設定・要因分析
- ・手順4: 合意形成・目標の共有( **利用者と目標を共有するプロセスが重要** )
- ・手順5: 計画作成
- ・手順6: モニタリング(介入効果の確認と利用者との共有)
- ・手順7: 計画の修正・振り返り

となる(表1)。

ここでの目標とは、専門職が設定する機能目標(例: 下肢筋力を〇〇までにする)ではなく、利用者の生活目標であり、達成するのも利用者自身となる。したがって、目標を利用者とりハ職が共有する作業(目指したいこと、目指す地点を明確にすること)は非常に重要となる。また、現在の自分の状態はどの程度なのかを知ること(同じ状態像の対象者の中での相対的な位置付け)、一定期間ごとに到達点を相互に確認しながら今までの取り組みを振り返るとともに今後の取り組みを一緒に考えることも、利用者が主体的にリハに取り組むうえで重要となる。

( 2 ) 利用者ベースのデータ分析の目的

利用者との協働を通じた利用者ベースのデータ分析の目的を以下に示す。

( 利用者ベースのデータ分析の目的 )

利用者の主体的なサービスへの関与を促進する

( 目標・課題・介入目的・方法・結果の共有を通じて )

協働プロセスを通じて、利用者を中心としたサービス提供の強化を図る

利用者との共有プロセスを通じて、リハ職の思考力やプレゼン力の強化を図る( 二次的な効果として )

( 3 ) 利用者へのフィードバックのための帳票( 案 ) について

利用者ベースのデータ分析結果を利用者にフィードバックするための帳票( 案 ) として、リハビリテーションマネジメントサマリー( 案 ) を提案する。リハビリテーションマネジメントサマリーは、リハ職のマネジメントの思考の強化も意図しつつ、マネジメントの思考過程に沿って、利用者にフィードバックする内容を整理している。

これらの帳票( 案 ) について、今後、VISIT に実装し、利用者ベースのデータ分析結果を利用者にフィードバックすることを検討してはどうかと考える。

表 1. 生活期リハマネジメントのあるべきプロセスとその評価

段階	プロセス評価項目
第一段階 本人・家族の意向確認	本人のしたい生活行為をとらえているか
	本人が（本当は）どのレベルまで達成したいのかを把握ないし推測しているか
	家族の意向を確認しているか
第二段階 アセスメント	本人の意向を達成するために何をアセスメントすべきかが認識できているか
	領域別にアセスメントが適切におこなわれているか
	健康状態（病名・症状・合併症・薬の内容）
	心身機能（身体機能・精神機能・健康状態（水分・血圧・栄養状態））
	活動（ADLとIADL、実行状況と能力）
	参加（仕事・社会交流・地域活動など）
	環境因子
	個人因子（生活歴・職歴・性格）
	上記の各領域をすべて網羅しているか
	24時間365日（関わっている時間以外）の生活行為に焦点をあてているか
生活行為の予後予測は適切か	
第三段階 専門職としての課題の設定	本人の意向と現状を比較して、課題が適切に設定されているか
	複数ある課題の優先順位づけは妥当か
	課題の根本原因の分析が妥当か
第四段階 合意形成	本人・家族との合意形成が適切におこなわれているか
	他の職種との合意形成や役割分担が適切におこなわれているか
	マネジメント担当者との合意形成が適切におこなわれているか
第五段階 個別援助計画の作成	居宅生活を意識した援助計画となっているか
	長期目標を見据えた上で、短期目標が適切に設定されているか
	作業工程分析が適切におこなわれているか
	短期目標の解決に向けた実施内容になっているか
	課題解決に向けた担当者間の役割分担が適切におこなわれているか
	地域の社会資源の活用も検討されているか
第六段階 モニタリング	計画した各プログラム（基本的・応用的・社会適応）が適切におこなわれたか
	短期目標が達成できているか
	介入が対象者及び家族の生活に好影響を与えているか
第七段階 計画の修正・振り返り	マネジメント担当者が策定する全体計画の修正に関わったか
	退院後の関係職種に適切な情報提供をおこなったか
	未達成部分に関し原因の分析が適切におこなわれているか
	原因分析に応じたかたちで個別援助計画の見直しが適切におこなわれたか

表2. リハビリテーションマネジメントサマリー

リハビリテーションマネジメントサマリー		
利用者氏名		
		作成年月日
		作成者
【基本情報】		評価日
項目	内容	
・年齢 / 性別 / 要介護度		
・家族構成 / 主介護者		
・居住環境		
・生活歴		
・入院 / 病歴		
・趣味・関心領域 (チェックシートから)		
【本人・家族の意向と援助方針】		
項目	内容	
・利用者の希望		
・家族の希望		
・居宅サービス援助方針		
・居宅サービス計画上の課題		
・医師の指示		
【生活目標】		評価日
項目	内容	
最終到達点		
当面の生活目標 (短期目標)		
【生活障害が生じている要因分析 & 目標達成に向けたリハ計画】		
		評価日
	項目	内容
1	リハ課題	課題内容
		要因分析
		短期目標
		期間
	支援内容	リハビリテーション内容
2	リハ課題	課題内容
		要因分析
		短期目標
		期間
	支援内容	リハビリテーション内容
3	リハ課題	課題内容
		要因分析
		短期目標
		期間
	支援内容	リハビリテーション内容



【経過】						
アセスメント項目		開始時	2回目	3回目	4回目	5回目
		2016/1/26	2016/1/26	2016/1/26	2016/1/26	2016/1/26
基本的動作	起き上がり	把握していない	把握していない	把握していない	把握していない	把握していない
	立位保持	把握していない	把握していない	把握していない	把握していない	把握していない
	床からの立ち上がり	把握していない	把握していない	把握していない	把握していない	把握していない
	移動能力（10m歩行）	60秒	60秒	60秒	60秒	60秒
他	服薬管理	自立	自立	自立	自立	自立
	HDS-R	30	30	30	30	30
ADL	食事	部分・全介助	部分・全介助	部分・全介助	部分・全介助	部分・全介助
	イスとベッド間の移乗	部分・全介助	部分・全介助	部分・全介助	部分・全介助	部分・全介助
	整容	部分・全介助	部分・全介助	部分・全介助	部分・全介助	部分・全介助
	トイレ動作	部分・全介助	部分・全介助	部分・全介助	部分・全介助	部分・全介助
	入浴	部分・全介助	部分・全介助	部分・全介助	部分・全介助	部分・全介助
	平地歩行	部分・全介助	部分・全介助	部分・全介助	部分・全介助	部分・全介助
	階段昇降	部分・全介助	部分・全介助	部分・全介助	部分・全介助	部分・全介助
	更衣	部分・全介助	部分・全介助	部分・全介助	部分・全介助	部分・全介助
	排便コントロール	部分・全介助	部分・全介助	部分・全介助	部分・全介助	部分・全介助
	排尿コントロール	部分・全介助	部分・全介助	部分・全介助	部分・全介助	部分・全介助
	ADL合計	100	100	100	100	100
IADL	食事の用意	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間
	食事の片付け	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間
	洗濯	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間
	掃除や整頓	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間
	力仕事	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間
	買物	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間
	外出	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間
	屋外歩行	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間
	趣味	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間
	交通手段の利用	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間
	旅行	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間
	庭仕事	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間
	家や車の手入れ	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間
	読書	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間
仕事	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間	週10～29時間	
	IADL合計	45	45	45	45	45
【評価（本人）】						
目標の達成状況						
満足度						
【今後の目標 / 取り組み】						
生活目標						
今後の取り組み（本人）						
今後の取り組み（リハ職）						

## 2) 全国ベース分析

### (1) 目的

全国ベースの分析では、生活課題に応じた効果的なリハ及びリハマネジメントの標準化に繋げるため、以下の点が分析の目的となる。

#### (全国ベースのデータ分析の目的)

リハ/リハマネジメントの実態を明らかにする(特性、課題、介入内容など)

リハ/リハマネジメントの効果を検証する

効果の高い介入方法を検証する(バリエーションを含め)

### (2) 明らかにしたいこと

上記の分析の目的に基づいて、全国ベースの分析では、VISIT を通じて収集したデータ(興味・関心チェックシート、アセスメント、通所・訪問リハ計画書)から、サービスの全体像として以下の内容を把握、分析することが考えられる。

#### 利用者の興味・関心領域

興味・関心チェックシートデータの分析から、興味・関心領域の特徴(性別、要介護度別、訪問/通所別等)を明らかにする。

#### 利用者特性

アセスメントデータの分析から、利用者特性の特徴(性、年齢、要介護度、ADL、IADL、傷病等)を明らかにする。

#### リハ提供方法

通所・訪問リハ計画書データの分析から、課題領域(例:屋内移動等)に応じたプログラムの選定方法、リハ内容、提供時間等を明らかにする。

#### リハマネジメント方法

興味・関心チェックシートデータおよび通所・訪問リハ計画書データの関係性の分析から、興味・関心領域(例:旅行等)と課題設定や各課題に対する目標設定の関係性を明らかにする。

#### リハ/リハマネジメントの効果

アセスメントデータ、通所・訪問リハ計画書データ、さらに利用者ベースの分析内容の検討において作成したリハマネジメントサマリーデータ等の関係性の分析から、課題設定領域(例:歩行・移動等)と関連するADL(平地歩行/階段昇降/外出頻度等)の変化、改善可能性ありと判断したADLの変化、利用者の目標達成度/満足度等の関係性を明らかにする。

### (3) 分析の例

分析の例として、全国ベースの利用者属性の実態把握・各種比較が可能となる(例:利用者の要介護度等の訪問リハ・通所リハ間比較等)。

図 4. リハ提供方法（課題領域とプログラムの関係性）の把握

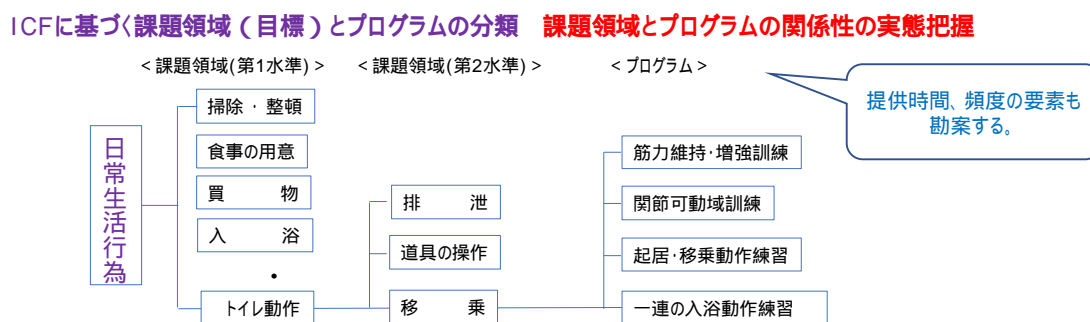
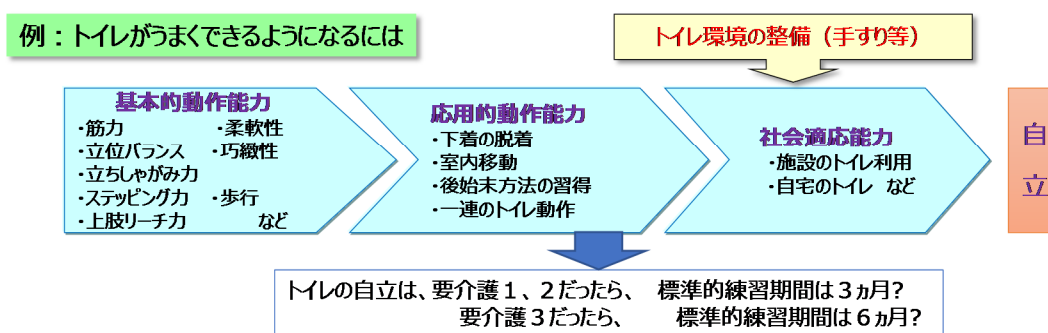


図 5. リハ提供内容とその効果の把握

○生活行為が自立するためのリハビリテーションの標準化⇒自立に要する期間の分布の把握



3) 事業所ベース分析

(1) 目的

事業所ベースでの分析では、全国の同一事業の平均値との比較を通じて、事業所/サービス提供の相対的なポジション、パフォーマンスを知ることが目的であり、分析結果を事業所にフィードバックすることで事業所のサービス改善策の検討、検証を支援する。

(事業所ベースのデータ分析の目的)

- 自事業所の利用者特性、サービス提供内容等の特徴を認識する（現状認識）
- 自事業所のサービス効果の相対的なレベルを認識する（課題認識）
- これらを通じて、自事業所のサービス改善策の検討、検証を支援する

(2) 明らかにしたいこと

事業所ベースの分析では、以下の全国ベースの分析内容について、事業所単位で把握、分析することが考えられる。

(事業所ベースの分析内容)

- 利用者特性（性、年齢、要介護度、ADL、IADL、傷病等）
- 利用者の興味・関心領域の把握
- リハ提供方法の把握（課題領域に応じたプログラムの選択、リハ内容、提供時間）
- リハマネジメント方法（したい生活行為と生活目標の関係性等）
- リハ/リハマネジメントの効果（目標達成状況、ADL 等の変化、利用者の自己評価とその変化など）

### (3) 分析の例

事業所ベースの分析では、全国ベースの分析結果(例:利用者の要介護度・ADLの訪問・通所リハ間比較)を事業所単位で把握、分析する。ただし、訪問/通所事業所別での分析では事業所特性も様々であることから、さらに、事業所特性のうち、以下の項目等によって事業所を区分し、それぞれ比較することが必要であると考えられる。

#### (分析軸とする事業所特性の例)

利用者の平均要介護度別

利用者の平均利用期間別

サービス提供時間区分別

加算(リハビリテーションマネジメント加算等)の算定状況別

事業所所在地の地域特性(人口規模、人口密度等)別

リハ職の配置・規模別(リハ3職種が配置されているか)

## D. 考察

### 1. 質評価に向けた更なる分析の視点及び内容について

リハおよびリハマネジメントの効果を評価する上では、さらに効果の測定指標(どのような指標で効果を測定するのか)およびリスク調整項目(効果を比較する際に調整すべき属性は何か)について検討する必要があると考えられる。

#### (1) 効果の測定指標について

既存の帳票類から収集可能なADLやIADL、Barthel Index(BI)等の身体機能、生活機能に関する指標のほか、設定した目標に対する達成度、達成度に対する利用者の満足度、あるいはプロセスに対する満足度等によって効果を評価することも考えられる。

#### (2) リスク調整項目について

効果を評価するためには利用者の状態に関するリスク調整も必要である。ADLやIADL、Barthel Index(BI)等の身体機能、生活機能に関する指標によるリスク調整のほか、例えば、既存の帳票類から把握できない属性として、栄養状態や疾患の状況、また住居や家族等の生活環境・居住環境、経済状況、さらに他の介護サービスの利用状況等についてもデータ化して活用すべきと考える。

### 2. 他のデータベースとの連動について

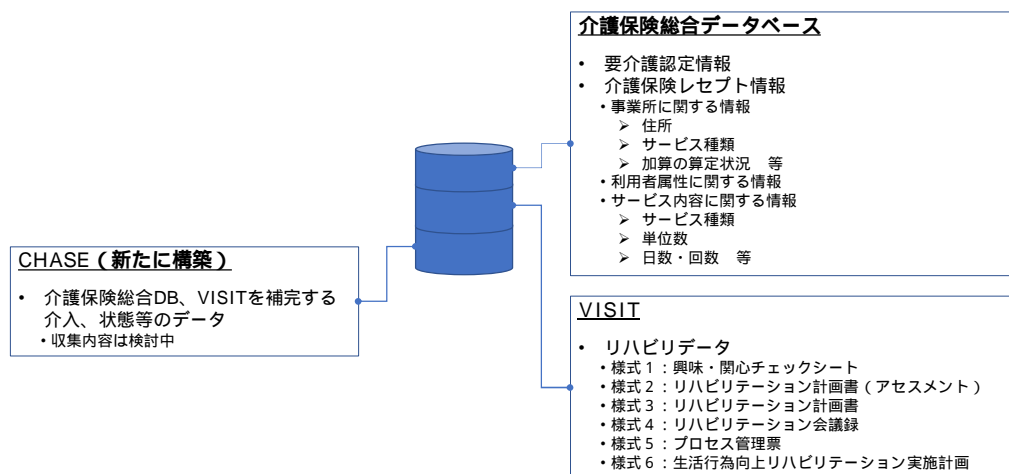
厚生労働省が開発している介護保険総合データベース(DB)は、要介護認定データを中核としつつ、介護保険給付費明細書(介護レセプト)データの統合を行った介護保険に係る総合データベースである。本データベースを用いた集計・分析により、介護サービスの利用実態、要介護認定者の健康状態による必要な介護サービスの実態等を把握することが可能である。VISITや介護保険総合DB等の介護領域のデータベースを連携させることで、将来的には、各データベースが保有するデータを活用し、さらなる分析が可能になると期待される。

特に、介護保険総合DBは介護保険レセプト情報として事業所に関する情報(住所、加算の算定状況等)や利用者のサービス利用に関する情報(利用しているサービス、単位数、日数・回数等)、VISITは利用者(訪問/通所リハの利用者)の状態(ADL・IADL等)やリハに関する情報(目標、具体的支援内容等)が格納されていることが特徴であり、これらを連携させることで、先に述べた事業所特性を分析軸とした事業所ベースの分

析や追加収集すべき項目を連結した分析等が可能であると考えられる。ただし、事業所ベースの分析において、分析軸として提案された事業所特性のうち、リハ職配置や定員数については、現時点で介護保険総合 DB から把握することができないため、既存の帳票類への項目の追加も検討することが必要と考えられる。あるいは、全ての事業所が報告対象でないこと、報告の時点が事業所によって様々であること等の一定のデータ制約があるものの、これらのデータは厚生労働省の介護サービス情報公表システムから収集可能であり、これを活用することも考えられる。

一方で、先に提案された追加収集すべき項目のうち、利用者の満足度や栄養状態、疾患の状況、生活環境・居住環境、経済状況等については、既存のデータベースやシステムにデータがなく、分析での活用を考えた場合、データの収集方法についての検討が必要である。例えば、VISIT において帳票類に項目を追加することや、主治医意見書やアセスメント様式等を電子化して活用すること等も考えられる。また、今後新たに構築されるデータベース CHASE において、栄養に関する項目やアセスメント等に関する項目を収集することが想定されており、将来的には VISIT と CHASE のデータ連携により、以上の項目も分析に活用できることが期待される（図 6）。

図 6. 介護領域のデータベースの連携



（出典）介護領域のデータベースの内容（平成 29 年 10 月 26 日 第 2 回科学的裏付けに基づく介護に係る検討会）を一部改変

## E. 結論

本稿では、VISIT の本格的運用に向け、収集したデータの分析手法および事業所への分析結果のフィードバック方法を検討し、

- 1) 利用者との目標達成に向けた協働の強化、ならびにリハ職の説明力・考える力の強化を図るための、マネジメントの思考過程に沿って項目を整理した帳票(案)の提案
- 2) 全国ベースのデータ分析として、生活課題に応じた効果的なリハ及びリハマネジメントの標準化に繋げるため、利用者の興味・関心領域、利用者特性、リハ提供方法、リハマネジメント方法、リハ/リハマネジメントの効果等について分析することの提案
- 3) 事業所ベースの分析として、全国ベースの分析結果を事業所別に比較する際に考慮すべき分析軸について、利用者の平均要介護度、平均利用期間等のほか、加算(リハビリテーションマネジメント加算等)の算定状況、事業所所在地の地域特性(人口規模、人口密度等)、リハ職の配置・規模等の提案

を行った。さらに、上記の分析において必要と考えられた項目のうち、VISIT を通して収集できない項目の整理と介護保険総合データベース等のデータベースとの連携による収集・分析可能性について検討した。その結果、所在地、職員数、加算等の事業所情報や利用者のサービス利用状況(種類・量)については既存のデータベースやシステムから収集可能であり、分析に活用できると考えられた。一方、利用者の満足度、栄養状態や疾患の状況、生活環境・居住環境等については、新たに収集する方法の検討が必要であることが明らかとなった。

平成 30 年度の介護報酬改定では、VISIT へのデータ提出に係る評価が新設されたところである。本事業における検討、提案を踏まえ、今後、VISIT を通して収集されたデータを用いて試行的分析を実施し、さらなる分析方法の検討やフィードバック内容の実装が進展することが期待される。

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

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

研究分担者 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

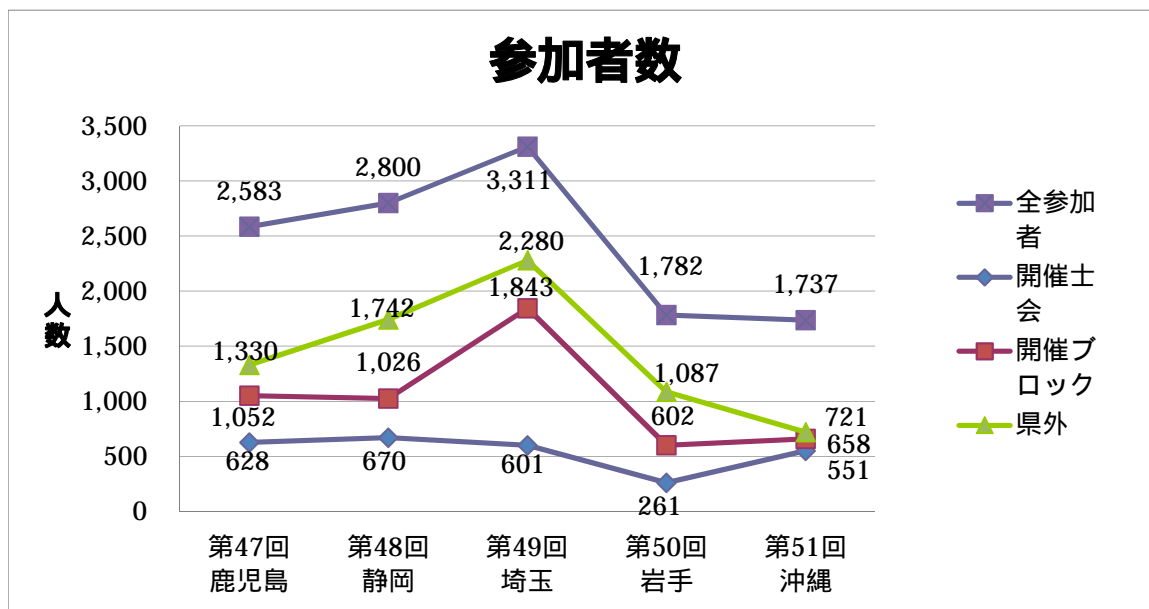
開催地：沖縄コンベンションセンター      開催日：平成28年10月7日(金)・8日(土)

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

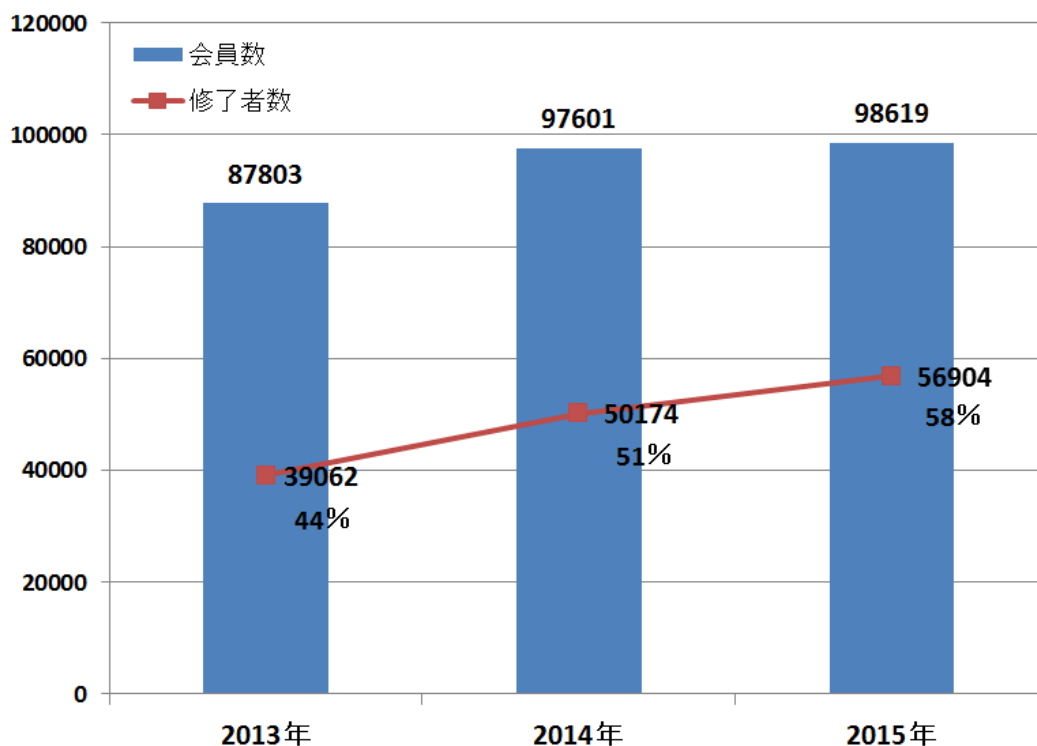
今大会は、「未来へ発信！ 新たな理学療法戦略を探る」をテーマとし、「予防」「治療」「支える」「緩和」のライフステージ(病態時期)における講演、セミナーが企画されていたが総花的な研修テーマ・内容の傾向にあった。参加者分類の比率として、過去の大会では、開催都道府県士会員の参加が2割程度にとどまり、県外参加者は5～6割であり、全国研修会としての役割を果たしていたのに対し、沖縄大会では、参加者数のうち約3割が沖縄県士会員の参加であり、県外参加者は4割にとどまっていた。各プログラムの聴講者数をみると、運動器系や神経系のプログラムに人が集まっており、地域(生活期含む)リハはこれに次ぐ傾向にあり、理学療法士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

	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。

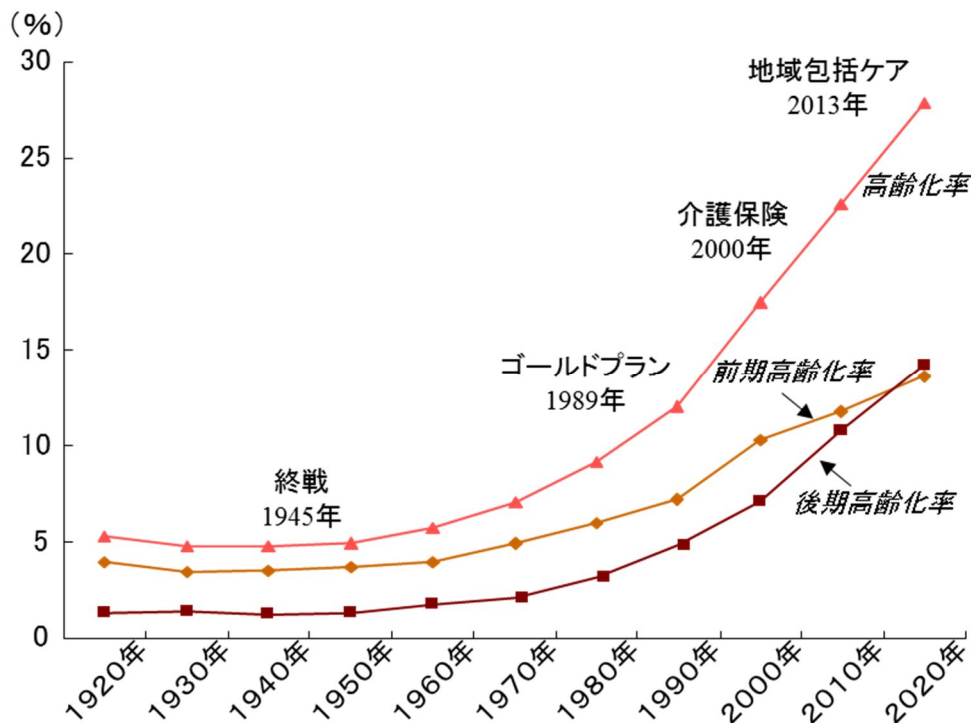
このような変遷の中で、実際に提供されるサービスはその施策を支えるものに、換言すれば国民の期待に応えるものになっているだろうか。この小論は、その点に焦点を当てて生活期のリハビリテーションを担う職(理学療法士・作業療法士)の卒前教育について考察を加えたものである。

**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担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m<sup>2</sup>」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 29 年度分担研究報告書

ICF を活用したリハビリテーションカンファレンスの進め方

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、ICF (国際生活機能分類) を活用したリハビリテーションカンファレンスの目的、進め方を整理したうえで、生活機能の維持・向上を目指したカンファレンスのプロセスを「見える化」することである。リハカンファレンスのプロセスを5つのSTEP に分け、「ICF 整理シート」活用してポイントを整理・分析した。さらに、そのプロセスをDVD教材にまとめ、多職種連携教育に活用することである。

ICF を活用したリハカンファレンスのポイントは、「している活動」(実行状況)と「できる活動」(能力)に分けて分析すること、「参加」と「活動」との関係は「一対多」である。つまり、ひとつの「参加」を実現するには多数の「活動」が必要になるため、結果として生活機能の維持・向上が図れること、ICF は統合モデルであり、目標指向的な活動向上プログラムであることから、職種による「役割解放」を生み出していること、リハカンファレンスの中で、リハ職の相談・助言機能を高める役割が重要であることを確認した。

**A.目的**

本調査の目的は、ICF を活用したリハビリテーションカンファレンス(以下、リハカンファレンス)の目的、進め方を整理したうえで、生活機能の維持・向上に資するカンファレンスのプロセスを「見える化」することである。さらにそのプロセスをDVD教材にまとめ、多職種連携教育に活用することである。

DVD を活用することで、生活機能の維持・向上を目指す担い手が、ICF を活用したリハカンファレンスの目的と進め方、3つの生活機能、個人因子、環境因子の相互作用を多職種チームで共有し、「参加」を目指すリハビリテーションの体感が期待できる。

ICF を多職種連携教育の共通ツールとした理由は、ICF は「生物・心理・社会レベル」を包括した概念であり、「医学モデル」と「生活モデル」の統合モデルであること、生活機能の維持・向上を目指したツールであること、「リハビリテーション総合実施計画」など診療報酬や介護報酬で評価されていることから、実践現場に定着していると判断した。

## B.対象および方法

- 1) ICF を活用したリハカンファレンスの目的、進め方について、大学院で ICF とマネジメントを体系的に学んだ医療・福祉職 3 名で検討した。
- 2) リハカンファレンスの事例を作成し、医療・福祉職 5 名のフィードバックを受け、事例をブラッシュアップした。
- 3) 上田が開発した「ICF 整理シート」(図 1) にそって多職種が参加するリハカンファレンスを、5 つの STEP に分け、生活機能の維持・向上を目指すポイントを整理した。
- 4) 3) のポイントに沿った DVD を作成した。
  - ・撮影日時：2018 年 2 月 21 日(水) 18:30~22:30
  - ・撮影場所：日本福祉大学名古屋キャンパス
  - ・登場人物：大学院で ICF とマネジメントを体系的に学んだ医療・福祉職 13 名が登場した。・内訳は以下の通りである。
    - (回復期リハ病棟) 主治医、病棟師長、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、MSW
    - (在宅): 介護支援専門員、訪問看護師、訪問理学療法士、サービス提供責任者
    - (本人・家族): 利用者本人、その妻、長男
- 5) 配役には、生活機能維持・向上を目指すリハビリテーションの視点を、役割に引き付けながら発言するよう依頼した。
- 6) 撮影終了後、映像と音声を再生し、ICF に理解があり、カンファレンスを多く経験している医療・福祉職 3 名によって内容を分析した。内容分析は映像と音声を見ながら複数回実施した。

### (倫理的配慮)

撮影協力者に対し、DVD 作成の目的と方法について書面と口頭で説明した。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、成果物である DVD は教育目的で公開することがあることを説明し、承諾を得た。

## C.結果

以下の事例を作成した。

## 【事例概要】

75歳男性。2年前に庭の植木の剪定中に脚立から転落後、下肢の痛みと歩行困難から基幹病院に緊急搬送され、右の大腿骨転子部骨折と診断される。手術後に回復期リハ病棟を經由して自宅退院となる。退院後は要支援1と認定されるも、入浴以外のADLは自立（歩行時は杖を使用して自立）しており、週2回のデイサービスの利用のみで自宅にて妻（73歳）との二人暮らしも継続できていた。しかし、4か月前の朝にベッドの近くで転倒しているところを妻が発見する。起き上がり不可のため基幹病院に救急搬送される。画像診断により脳出血（左内方後脚）が発見される。状態安定するも右片麻痺、構音障害、嚥下障害残存のため、3か月前に回復期リハ病棟へ転棟しリハを継続している。今回、妻と自宅での生活を継続できることを目的に、2週間後の自宅退院に向けて多職種での支援を検討することとなった。本人希望：自分の好きな物を食べられるようになりたい。通い慣れたデイサービスの利用を継続したい。

家族（妻）希望：本人が望むようにさせてあげたい。

次に、ICF を活用したリハカンファレンスは、マネジメントのプロセスに沿って、5つのSTEP に整理した。

### 1．STEP 1：リハカンファレンスの目的

リハカンファレンスの目的を5つに整理した。

ICF を用いた全人間的理解

ICF に基づいた個別性の尊重

利用者と家族の最良の利益を実現するための課題解決

ICF を活用したチームアプローチの向上

民主的な手続きと丁寧な合意形成

### 2．STEP 2：多職種チームによるアセスメント

利用者本人と家族の意向を確認し、多職種チームでアセスメントを行った。アセスメントのプロセスを整理するために、上田が作成した「ICF 整理シート」（図1）を活用した。

アセスメントのポイントは以下の4点である。

「ICF 整理シート」に沿って、利用者の全体像を整理した。

「活動」は、「している活動」（実行状況）と「できる活動」（能力）に分けて分析した。

視聴者への理解を促すために、「訓練室ではできたので、自宅でもできる」と主張する言語聴覚士と作業療法士と、「している活動」と「できる活動」は別物であり、この2つを区別することが重要、と主張する訪問理学療法士とのコンフリクトを演出した。

「参加のニーズ」（その人が必要としている参加の状況）が最も重要で、参加との関係で「環境のニーズ」（必要としている環境）も重要であることを確認した。

プラス面（潜在的な能力）を引き出して伸ばす。さらに、プラスの環境因子を見つけ活用する視点を多職種で共有した。

3 . STEP 3 : 「参加」を実現するための目標設定

「活動」レベルにとどまることなく、「参加」レベルの目標を設定することを確認した。  
本事例では、「庭いじり」と「デイサービスに通って将棋をする」を参加目標とした。

4 . STEP 4 : 「参加」を実現する「活動」と支援内容の具体化

「参加」は目的であり、「活動」は手段、「心身機能・構造」はその要素であることを確認した。

「参加」と「活動」との関係は「一対多」である。つまり、ひとつの参加を実現するには多数の活動が必要になるため、結果として生活機能の維持・向上が図れることを、共通理解した。

そのうえで、本事例でも「庭いじり」「将棋」という目標を実現するためには、屋内外での歩行・移動を増やしたり、セルフケア（排泄、更衣、コミュニケーションなど）を高める必要がある。

5 . STEP 5 : 多職種チームとの合意

合意した目標と支援策を多職種チームで共有した（図2）。  
本人・家族の了承を得て、閉会の挨拶を述べた。

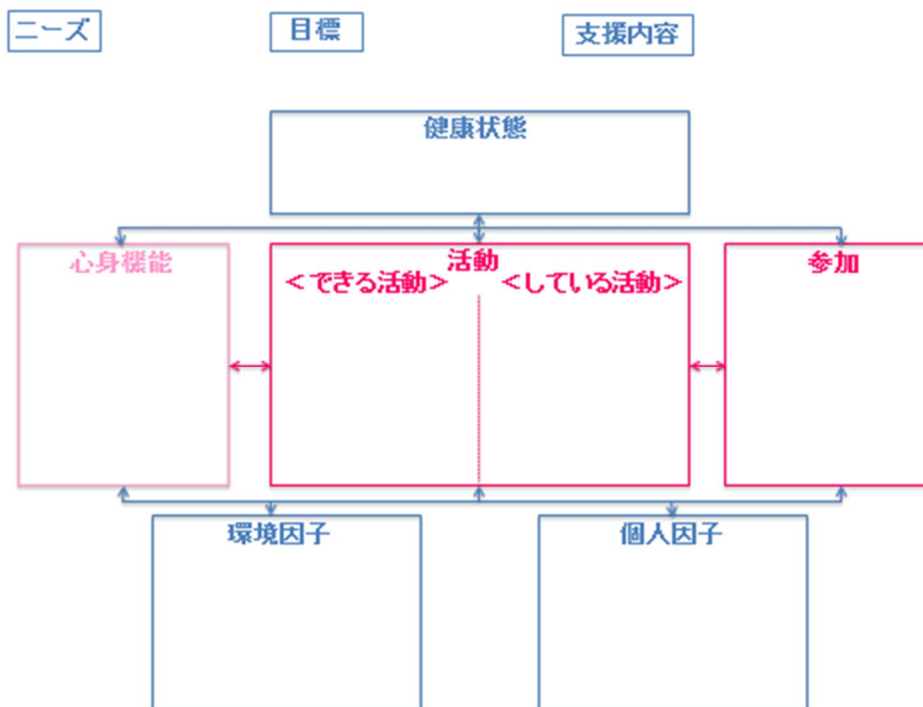


図1 ICF整理シート (STEP 2)

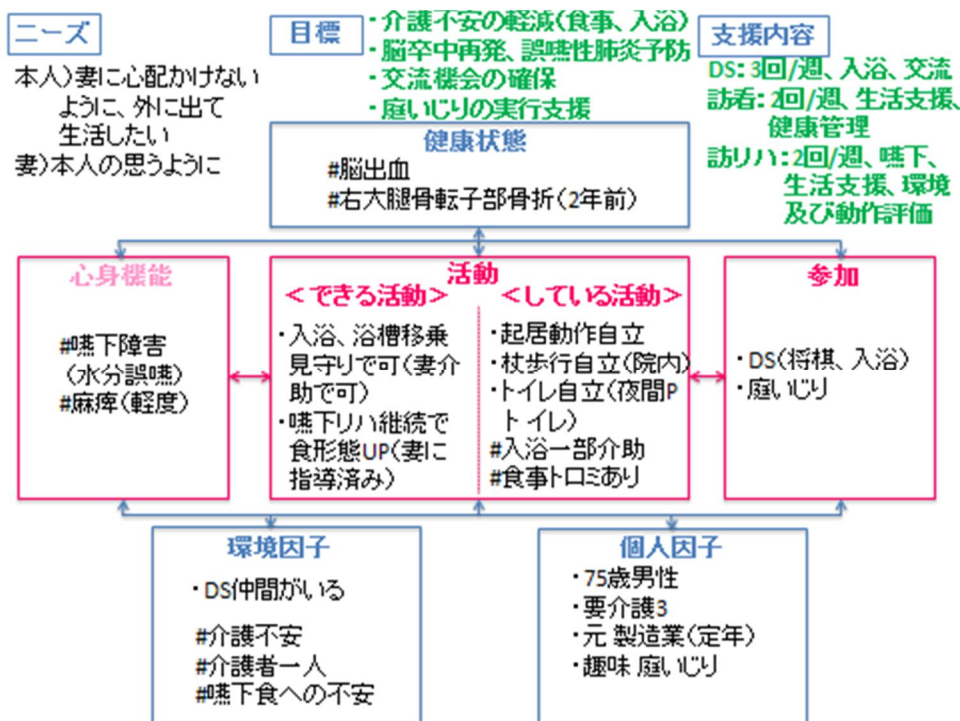


図2 ICF整理シート (STEP 5)

#### D.考察

##### 1. ICFを多職種連携のツールとしたカンファレンスの意義

ICFのような統合モデルを伝授するには、一職種だけでは限界がある。統合モデルや共通言語は、教え込むのではなく、多職種による意見交換を通して、一つひとつのSTEPを踏みながら、合意形成していくものである。

職種による意見の対立(コンフリクト)を演出し、対立を解消するプロセスを描き出すことで、ICFの理念と目標を強調した。多職種にはその職種が大切にしている判断基準や目標があり、これらを否定することなく、「参加」という目標にたどり着くまでのプロセスをDVDでは描き出した。

また、ICFは統合モデルであり、目標指向的な活動向上プログラムであることから、職種による役割分担を強調していない。リハ職が介護を行う、看護・介護職がリハビリを行うという役割の重なりをあえてつくり出している。これは多職種連携が進んだ「役割解放」である。「役割解放」とは、ある職種の固有の役割を、違う職種が意図的かつ計画的に行うことであり、役割の重なりと同義語である。

多職種チームの場合、一人ひとりの専門性は高いが、各職種の仕事が分業化され、自己完結的に提供されやすい。役割分担をきっちりさせると、縦割りに陥り、重要な課題が専門性の狭間に落ちてしまうことがある。統合モデルでは、目標を達成するためには、役割の重なりを認める必要がある。

## 2. リハ職以外の職種による活動量を増やす

ICF のコンセプトを具現化する退院時カンファレンスでは、リハ職がファシリテーターを担うことが望ましい。しかし、退院時カンファレンスのリハ職の参加率は低いのが現状である。川越ら(2011)の調査によれば、退院時カンファレンスのリハ職の参加率は、急性期病床 27.4%、回復期 76.4%、療養病床 49.1%と、回復期リハ病棟以外では参加率は低い。また、生活機能の維持・向上のためには、リハ職だけの関わりだけでは十分な活動量が確保できない。特に、回復期リハ病棟以外の施設は、リハ職による個別リハは格段に少ないのが現状である。

「参加」と「活動」との関係は「一対多」であり、ひとつの参加を実現するためには多数の活動が必要になる。そのため、看護・介護職と協力し、フロアでの活動量を推進させる取り組みが効果的になる。

リハ職と看護・介護職が同じフロアで活動することが望ましいが、現実的には難しい。そのため、ICF を活用したリハカンファレンスの中で、リハ職の相談・助言機能を高めていくことが望まれる。

## E. 結論

本調査から得られた結論は以下の通りである。

ICF を活用したカンファレンスのポイントは、「している活動」(実行状況)と「できる活動」(能力)に分けて分析すること、「参加」と「活動」との関係は「一対多」である。つまり、ひとつの「参加」を実現するには多数の「活動」が必要になるため、結果として生活機能の維持・向上が図れること、ICF は統合モデルであり、目標指向的な活動向上プログラムであることから、職種による「役割解放」を生み出していること、リハカンファレンスの中で、リハ職の相談・助言機能を高める役割が重要であることを確認した。

### 【文献】

- ・上田敏(1995):『リハビリテーション医学の世界』三輪書店
- ・上田敏(2018):日本福祉大学大学院特別公開セミナー「ICF(国際生活機能分類)の理解と活用」,2018年1月13日・14日資料
- ・川越雅弘他(2011)「要介護者に対する退院支援プロセスへのリハビリテーション職種の関与状況」.理学療法学 26(3),P 387-392.
- ・障害者福祉研究会編集(2002)『ICF 国際生活機能分類 国際障害分類改定版』中央法規

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：DVDの概要（抜粋）】

## ICFを活用した リハビリテーションカンファレンス

— ICFをはじめて学ぶ人に —

### 登場人物

#### 鶴舞リハビリテーション病院（回復期リハ病棟）

 <p>理学療法士 木村</p> <p>ICFを理解し実践する 回復期リハ病棟の 中心的存在</p>	 <p>主治医 大田</p> <p>ベテランの リハビリテーション医</p>	 <p>病棟看護師 井村</p> <p>経験豊富な主任 看護師</p>
 <p>作業療法士 浅井</p> <p>機能障害の改善を 目指すリハビリを実践</p>	 <p>言語聴覚士 鈴木</p> <p>医学モデルに もとづく選択肢を提案</p>	 <p>医療ソーシャルワーカー 手島</p> <p>クライアントや家族の ところを重視して チームケアを実践</p>

### 登場人物

#### クライアント

 <p>南さん(75)</p> <p>妻と自宅で暮らしたいと願いリハビリに励む。 妻に心配をかけたくない。入院前のようにデイサービスで 仲間と時間をしたり外に出て思いしりをしたいと考えている。</p>	 <p>南さんの妻(73)</p> <p>夫の意うようにして あげたいが介護不安を 抱える</p>	 <p>南さんの長男</p> <p>介護の協力は難しいが 両親の生活を案じる</p>
---	--	---

## 登場人物

### 在宅支援



## ICFを活用したリハビリテーション カンファレンスの目的

このカンファレンスでは、  
クライアント・家族の最良の利益を実現するため、  
多職種チームがICFを用いてアセスメントをし、  
課題解決策について話し合います。



## 「統合アセスメントを考える会」研修会の実施状況とその評価

研究分担者 白倉 京子（埼玉県立大学保健医療福祉学部 准教授）  
田口 孝行（埼玉県立大学保健医療福祉学部 教授）  
柴山志穂美（埼玉県立大学保健医療福祉学部 准教授）  
水間 正澄（医療法人社団輝生会 常務理事）  
村尾 浩（神戸学院大学総合リハビリテーション学部 教授）  
研究協力者 海老原直子（埼玉県立大学研究開発センター）  
研究代表者 川越 雅弘（埼玉県立大学大学院 兼 研究開発センター 教授）

【目的】多職種協働においては、各専門職がそれぞれ得意とするアセスメント力を統合することにより、効率的・効果的なケアマネジメントの推進が図れると考えられる。本研究では、リハビリテーション（以下、リハ）ならびにリハマネジメント向上のための教育・研修プログラム開発のため、テキスト案をもとに多職種参加の研修会を実施し、疾患に伴う生活障害・生活機能を、多職種の視点を踏まえて俯瞰的にとらえる力をつけることと、多職種の視点を総合化することを目的とした。

【方法】主にリハビリ職やケアマネジャーを中心に関係団体等を通じて参加者を募り、東京都内で研修会を定期開催した。平成 29 年 7 月にキックオフ会議を開催した後、8 月より毎月土曜日ないし日曜日に、13:00-17:00 に計 9 回の研修会を実施した。研修会は毎回 1 疾患を対象とし、第 1 部は対象疾患を抱える生活障害者の全体像をつかむための講義形式、第 2 部は研修講義を踏まえた事例検討（毎回 1 事例、合計 9 事例）と 2 部構成として実施した。講義は毎回、医師、薬剤師、看護師、栄養士、リハ職等の専門職が担当した。各研修会実施後に、研修会の評価を測るため事後アンケートを実施した。

【結果および考察】参加者総数は延べ 161 名で、その内訳は、理学療法士が約 40%、作業療法士が約 17%、言語聴覚士が 4%、看護師が約 16%、ケアマネジャーが 7%、その他の職種が約 16%だった。今回実施した研修は、第 1 部の専門職による講義については「疾患に関する知識を多職種の視点からいろいろと学べ、整理しやすかった」という肯定的な意見が多かった。2 部の事例検討については「基礎的な部分を各職種部門で理解した上で、ホワイトボードに ICF で事例検討にて話し合う手法は大変思考の発展を行い易かった」「事例検討では各々専門職の視点を学ぶことができた」との肯定的な意見が大半であった。

疾患を抱える生活障害者の全体像を把握するには、疾患ごとにアセスメントすべき事項を多職種で検討する必要がある。臨床において多職種のアセスメントの視点の認知度は十分ではないが、今回の研修を通して、多職種がどのような理由でどんなアセスメントをしているのか、また何の情報に強く何の情報に弱いのか、その弱い部分についてはどの職種と連携するとよいのか等、具体的な連携のイメージにつながったと考えられる。生活障害者に質の高いケアを行うためには、各職種によるアセスメントすべき内容を統合化し、多職種で連携することが必要である。リハ職が総合的にマネジメントできるようにするためには、今回の研修会のような臨床家を対象とした多職種による講義と事例検討会等の卒後教育、及び、養成教育機関による多職種のアセスメント内容やそれらを統合的にとらえるマネジメント能力を養うカリキュラムなどの対策を検討していくことが必要である。

## A. 研究目的

リハビリテーション（以下、リハ）ならびにリハマネジメント向上のための教育・研修プログラム開発のため、テキスト案をもとに多職種参加の研修会を実施し、テキスト内容や研修方法に対する評価を行うものである。パーキンソン病を抱える生活障害者の全体像を把握すること、各専門職がどのような視点でアセスメントをするのか、何のためにどのような情報が必要なのか、療養者のケアに多職種で連携する上で必要なアセスメントの力をつけることを目的とする。

## B. 方法および内容

平成 29 年 8 月 27 日を第 1 回の研修開催日とし、平成 29 年 2 月末までに 9 回の研修会を実施した。研修会は第 1 部を講義形式、第 2 部は参加者を交えたワークショップ形式の 2 部構成で実施した。開催日時および研修会で取り上げた疾患およびを表 1 に示す。

表 1 スケジュール

	日にち	時間割	対象疾患
第 1 回	H29. 8.27 (日)	14:00～15:55 講義 16:00～16:30 事例検討 当事者との意見交換会	パーキンソン病
第 2 回	H29. 9.17 (日)	14:00～16:00 講義 16:05～16:40 事例検討	脳血管疾患
第 3 回	H29. 9.24 (日)	14:00～16:15 講義 16:20～16:50 事例検討	心不全
第 4 回	H29.10.28 (土)	14:00～16:15 講義 16:20～16:50 事例検討	骨折
第 5 回	H29.11.18 (土)	14:00～16:10 講義 16:15～16:45 事例検討	慢性閉塞性肺疾患 (COPD)
第 6 回	H29.11.26 (日)	14:00～16:10 講義 16:15～16:45 事例検討	認知症
第 7 回	H29.12.16 (土)	14:00～16:15 講義 16:20～16:50 事例検討	悪性腫瘍
第 8 回	H30. 1.21 (日)	14:00～16:20 講義 16:25～17:00 事例検討	筋委縮側索硬化症 (ALS)
第 9 回	H30. 2.25 (日)	14:00～16:00 講義 16:00～16:30 事例検討	精神疾患

研修会は 2 部構成とし、第 1 部は、各疾患を有する生活障害者の全体像を把握することを目的に、毎回医師、薬剤師、看護師、栄養士、リハビリ職（理学療法士・作業療法士等）など 4～6 名の専門職による講義を実施した。主な講義内容を表 2 に示す。

表2 主な講義内容

医師	疾患のメカニズム、病態・症状、診断基準、治療法、重症度ステージ等
薬剤師	治療薬、薬剤性疾患、副作用、ポリファーマシー等
看護師	看護師のアセスメントの視点（全身状態の把握、患者・家族の心理・社会的側面の把握）、病期・病態・重症度に応じたケアのポイント等
理学療法士	疾患の進行と生活機能障害度、機能障害・運動障害へのアプローチ、呼吸リハ、転倒予防等
作業療法士	作業機能障害、生活動作の工程分析、ポジショニング等
言語聴覚士	嚥下機能のアセスメント、機能維持・向上のためのアプローチ等
栄養士	三大栄養素の特徴と問題点、栄養素の消化吸収、栄養管理のポイント等
当事者	日常生活の実際、専門職に期待すること

講義の具体例として、第1回パーキンソン病では各講師の講義内容は以下の通りであった(表3)。

表3 パーキンソン病 講師別講義内容

講師	主な講義内容
医師	パーキンソン病のメカニズム、病態、診断基準、パーキンソン病の4大症候（運動症状）・非運動症状、重症度ステージ、経過、治療方法、ウェアリングオフとジスキネジア、症状日記
薬剤師	主な治療薬（ドーパミン作動薬、阻害薬、ドーパミン放出促進薬、ノルアドレナリン作動薬、抗コリン薬、アデノシンA <sub>2A</sub> 受容体拮抗薬、NA作動薬）の特徴と副作用、薬剤性パーキンソニズムの原因薬物とその特徴
看護師	看護師のアセスメントの視点（全身状態の把握、症状・出現状況・程度の観察、薬の効果と副作用の観察、患者・家族の心理・社会的側面の把握）、症状アセスメントのポイント、食事、病期・病態・重症度に応じたケアのポイント
理学療法士	パーキンソン病の経過と生活機能障害度・Hoehn & Yahr 重症度分類、運動症状の特徴とリハ職のアプローチ、非運動症状とリハ職のアプローチ
当事者	日常生活の実際、専門職に期待すること

なお、各講義の資料は巻末に参考資料として掲載する（巻末資料1）



図1 研修会第1部 講義風景

第2部は、第1部の講義内容をふまえて、疾患を有する生活障害者事例(各疾患について、毎回1事例)について、その方の全体像を専門職としてどのように捉えていくか、ICFの6分類をベースに各専門職のアセスメントの視点とその統合について参加者と検討した。

まず参加者には事例シートを配布し、事例概要を読み込んでもらった。またICFの6分類(健康状態、心身機能・構造、活動、参加、環境因子、個人因子)に基づき、事例概要をホワイトボードに書き、対象者の全体像をとらえアセスメントするためにはどのような情報が必要か、またなぜその情報が必要なのかといった参加者の意見を追記し、出された意見を可視化することで参加者全体の共有を図った。

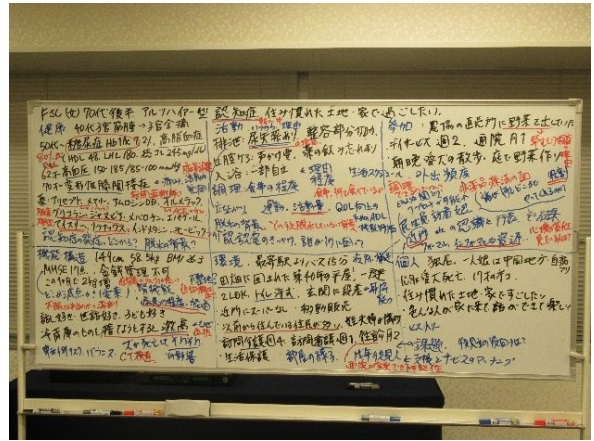


図2 研修会第2部 事例検討風景

## C. 結果

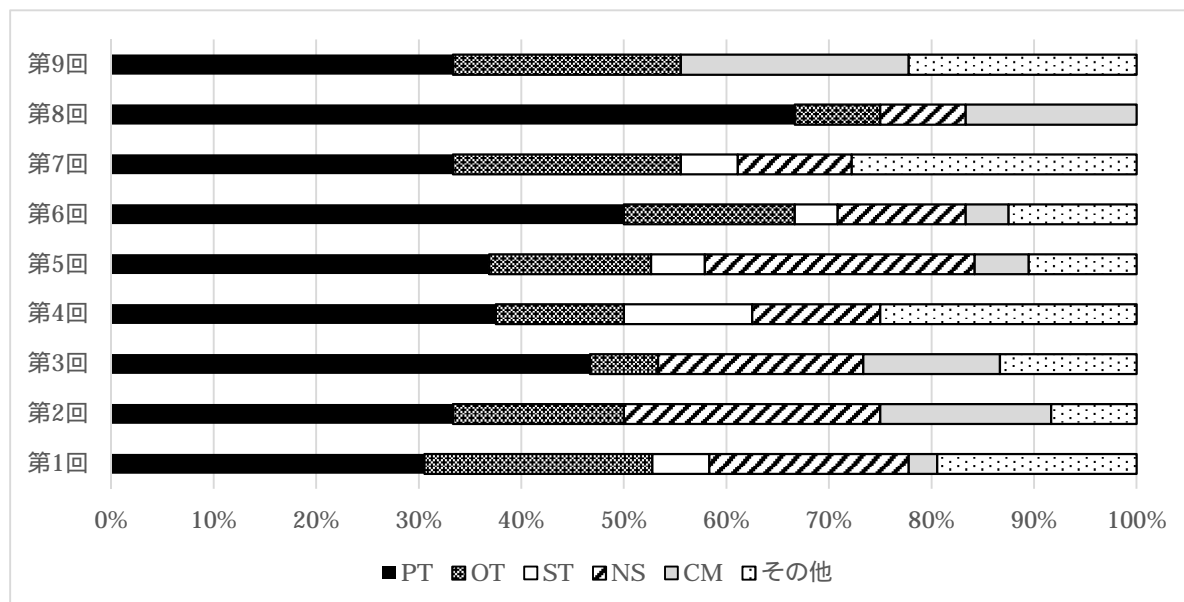
### 1) 参加者の人数と職種

各回の参加者人数および参加職種は以下の通りであった(表4)。

表4 参加人数と職種

職種	第1回	第2回	第3回	第4回	第5回	第6回	第7回	第8回	第9回	合計	%
PT	11	4	7	6	7	12	6	8	3	64	39.8
OT	8	2	1	2	3	4	4	1	2	27	16.8
ST	2	0	0	2	1	1	1	0	0	7	4.3
NS	7	3	3	2	5	3	2	1	0	26	16.1
CM	1	2	2	0	1	1	0	2	2	11	6.8
その他	7	1	2	4	2	3	5	0	2	26	16.1
合計	36	12	15	16	19	24	18	12	9	161	100

図3 参加者職種別内訳



2) 事後アンケート

(1) 回答者の概要

各研修会実施後に、研修会の評価を測るため事後アンケートを実施した。

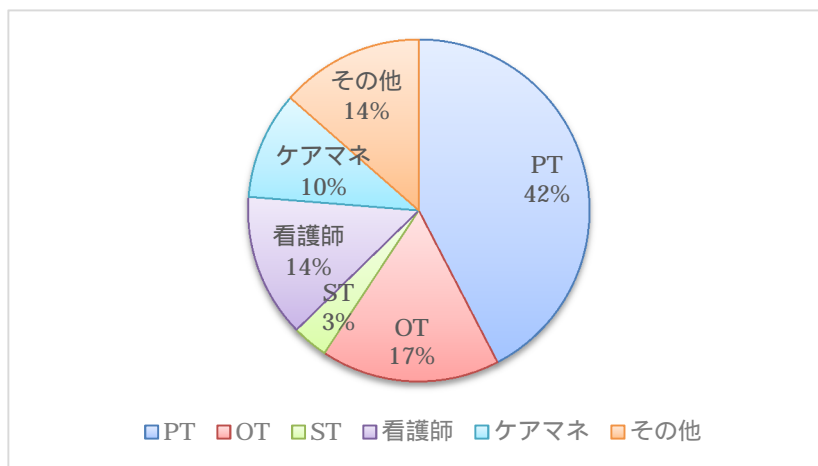
第1回～第9回の事後アンケート回答者は延べ118名(回答率はのべ参加者の73.3%)であった。

職種の内訳を以下に示す(表5、図4)。

表5 事後アンケート回答者

職種	人数
PT	50
OT	20
ST	4
看護師	16
ケアマネ	12
その他	16
合計	118

図4 事後アンケート回答者(職種内訳)



(2) 研修内容についての評価

医師、薬剤師等の各専門職による講演内容をどの程度理解できたか、また各講義内容をどの程度認知していたかについて、講義担当の職種ごとに回答者の職種(PT, OT, 看護師、ケアマネジャー)別にまとめた結果を以下に示す(図5、図6)。事後アンケート用紙を資料として巻末に掲載する(巻末資料2)。

図5 各講義内容の理解度（職種別）

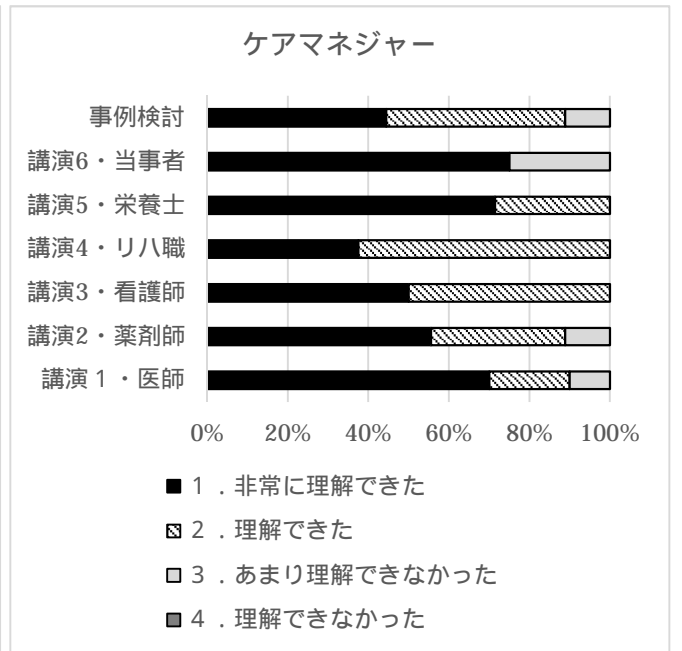
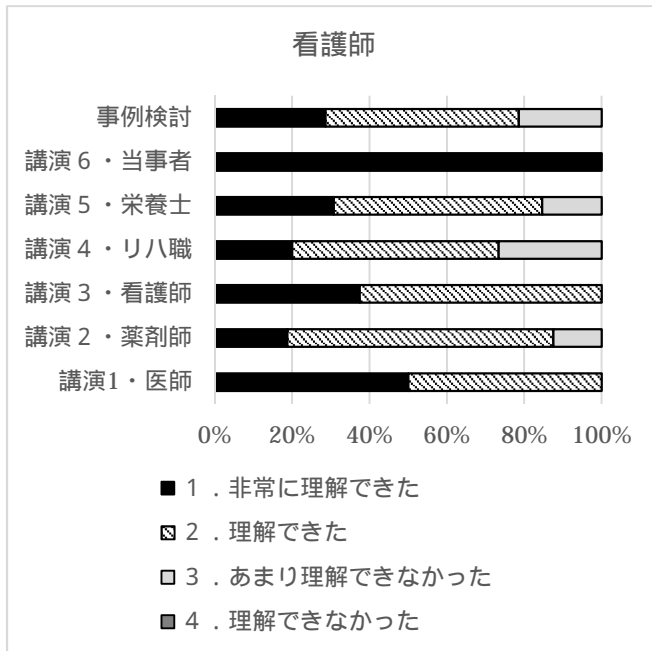
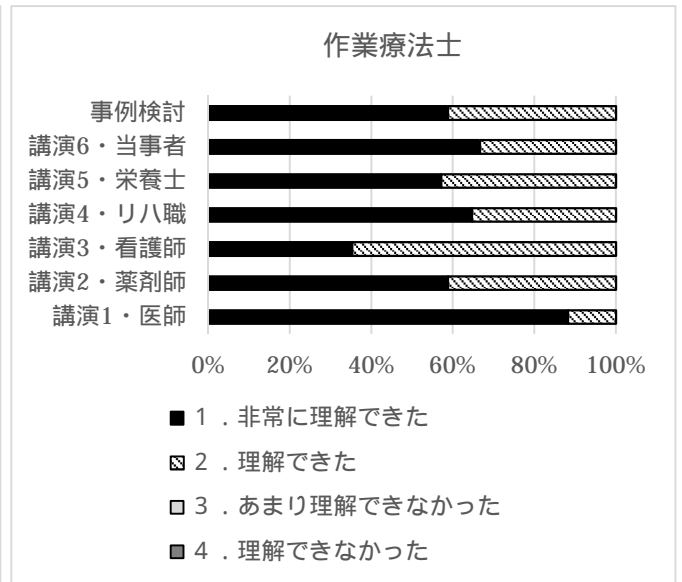
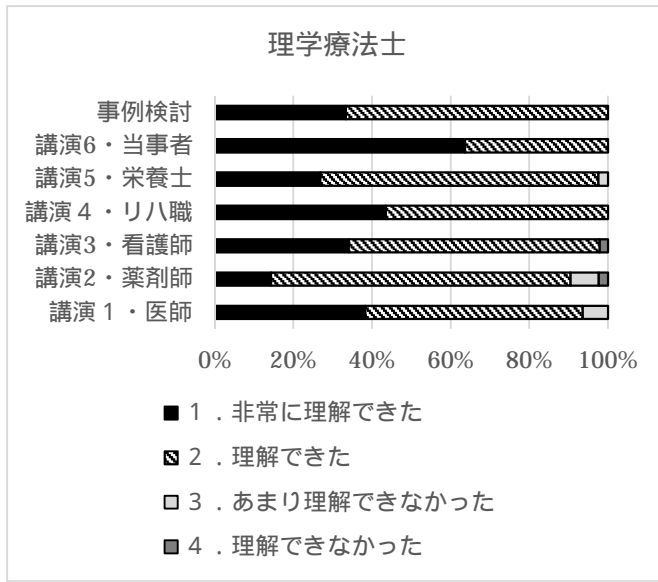
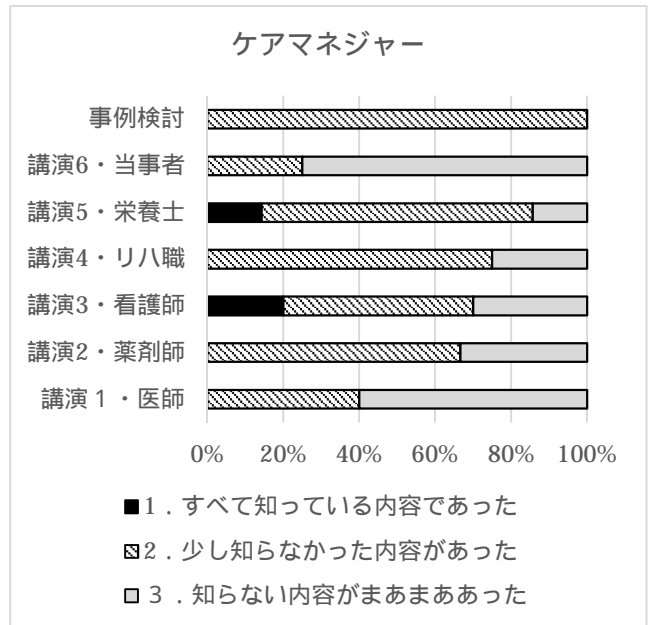
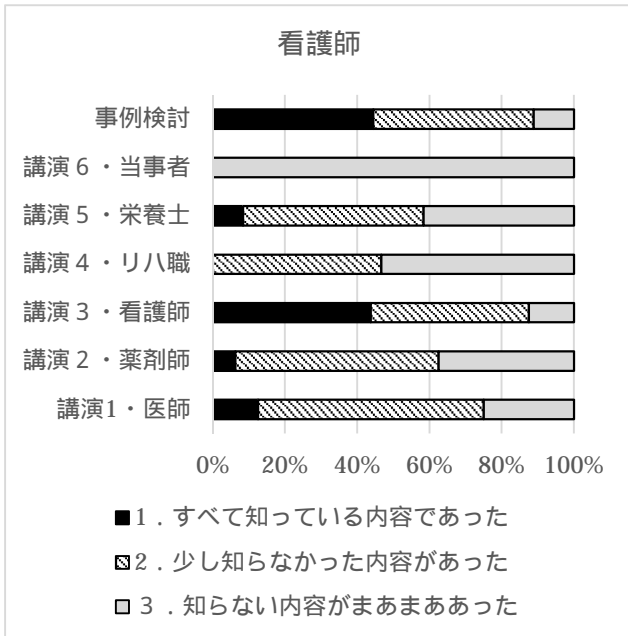
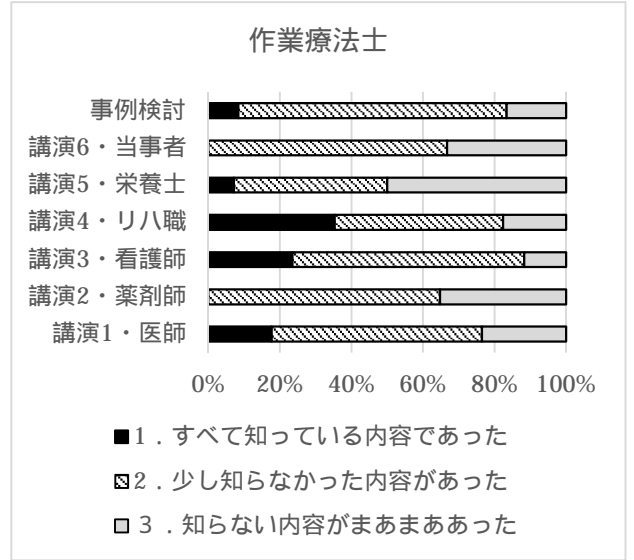
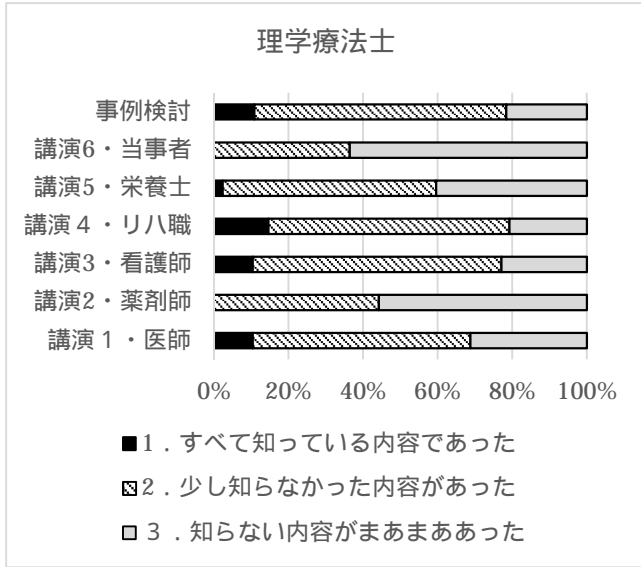


図6 各講義内容の認知度（職種別）

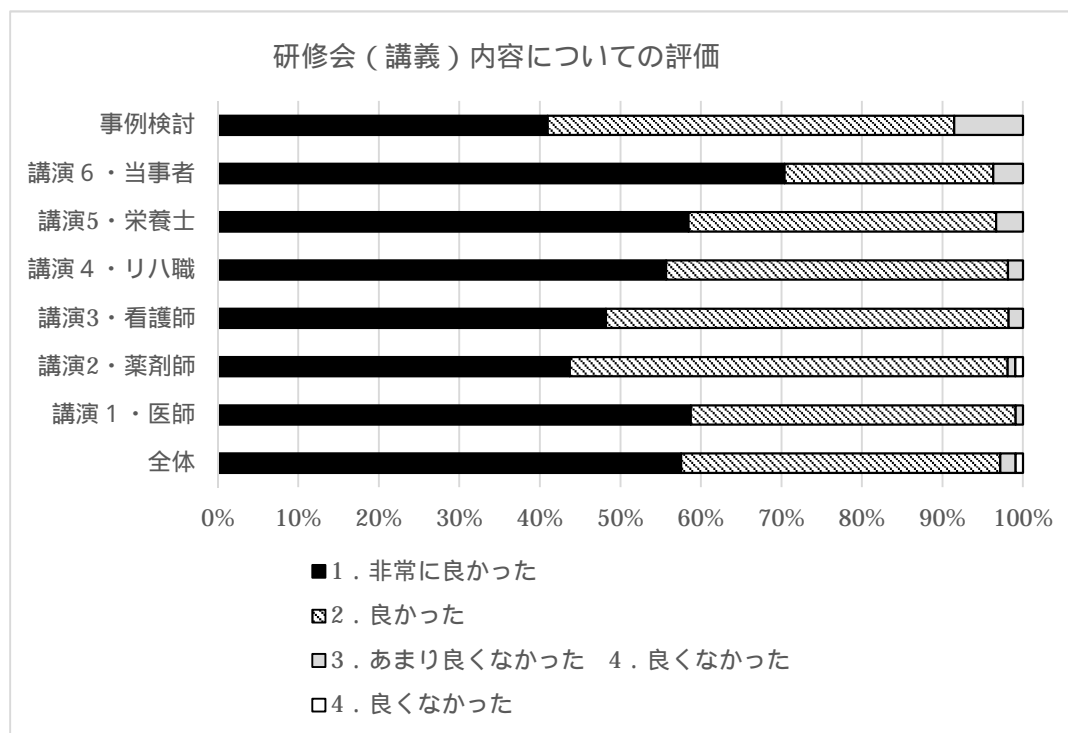




### (3) 研修に対する意見

研修会（講義）についての評価は、90%以上の回答者が非常に良かった・良かったと回答した。研修会全体、各専門職による講義および事例検討別の評価について図7に示す

図7 研修会内容についての評価



本研修会で実施した事後アンケートでは、各講義内容ならびにプログラム全体についての意見も回答してもらった。第1回～9回と通じて回答者から寄せられた自由記載による意見の主なものを表6に示す。

内容面については、1部の専門職による講義については1.疾患についての理解と2.多(他)職種の視点についての学びに関する意見に大別され、「疾患に関する知識を多職種の視点からいろいろと学べ、整理しやすかった」「各々の職種の視点を学ぶことができた」という肯定的な意見が多かった。2部の事例検討については1.事例検討の進め方と2.多職種の視点についての学びに関する意見に大別され、「基礎的な部分を各職種部門で理解した上で、ホワイトボードにICFで事例検討にて話し合う手法は大変思考の発展を行い易かった」「各々専門職の視点を学ぶことができ、地域での自身の役割をイメージすることができた」などの肯定的な意見が大半であった。研修会全体の運営面に関しては時間配分について、特に第2部の事例検討の時間が短いとの意見が多く寄せられた。

表 6 研修に対する主な意見（抜粋）

<p>第1部 講義</p>	<p>&lt;疾患についての理解&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・疾患について、全体的な理解を、ポイントを絞って短時間で聞けて、とても有意義な学びとなった。</li> <li>・疾患に関する知識を多職種の視点からいろいろと学べ、整理しやすかった。</li> <li>・アセスメントの視点や病態生理、解剖整理、機能と対処方法など再確認が出来た。</li> <li>・薬や栄養、医師の話など、普段聞けない職種の人たちの話を聞いたのがとても参考になった。</li> <li>・当事者のお話は参考になる（第1回、第8回）</li> <li>　　&lt;多・他職種の視点についての学び&gt;</li> <li>・セラピストの専門性を理解することができた。各々の職種の方々の視点を学ぶことができ、連携をどのようにとったらよいかイメージすることができた。</li> <li>・専門性を遠慮なく話していただけたことから、強い専門家集団（各専門職種のエンパワー）が感じられた。</li> <li>・多職種連携を考えると、療法士側が当然知っていることも、職種が違くと説明するにも難しくなるのだなという事も気づかされた。</li> <li>・地域での生活でよく生じる問題点、担当者の知識・経験不足、視点が足りないことで起こる問題等を整理されたら、より良いと思った。</li> </ul>
<p>第2部 事例検討</p>	<p>&lt;事例検討の進め方&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・基礎的な部分を各職種部門で理解した上で、ホワイトボードにICFで事例検討にて話し合う手法は大変思考の発展を行い易かった。</li> <li>・講義を踏まえ、事例の読み込みができて検討が行えるので、応用的な展開が実際に体験でき、現場に活用しやすいという点が良いと思う。</li> <li>・ケアマネジメントを行うにあたって、関係者の認識と意見を把握する必要がある。ICFを用いると全体を把握しやすく、見えない課題も見えてくる。</li> </ul> <p>&lt;多職種の視点&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・多職種のそれぞれのアセスメント視点の違い、また重なっている部分などとても興味深い。</li> <li>・事例検討は各専門職の役割がよく見えた。自分の領域では足りない面は意見をもらい取り入れたり、自分でなくてもいい部分は協力しながら得意な領域につなげる、託す、臆せず意見を言うことが患者の生命の質や生活の質を整えられることがよく理解できた。</li> <li>・事例検討では各々専門職の視点を学ぶことができ、地域での自身の役割をイメージすることができた。</li> </ul>
<p>運営面</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・各職種からの講演もとてもいいと思う。多職種の視点が理解でき、勉強になった。</li> <li>・内容が充実しており、楽しい研修会だった。しかし、時間が短く、もっと丁寧に聞きたい内容に関しても時間の都合上短縮される部分が多かったので、全体の研修時間の延長をお願いしたい。</li> <li>・時間の制約があると思うので難しいとは思いますが、事例検討の時間がもう少し取れれば理解が深まると思う。</li> <li>・アセスメント（事例検討）の時間が短か過ぎた。</li> <li>・もっといろいろな職種の方のお話をお聞きしたかった。</li> <li>・当事者の方の参加がなにより良かった（第1回、第8回）</li> <li>・当事者がたくさんの医療従事者と意見交換をする機会は、少ないのでとても有意義なことだったと思う。（第1回 パーキンソン病）</li> </ul>

## D. 考察

今回、生活期に疾患を抱える生活障害者の全体像を把握すること、各専門職がどのような視点でアセスメントをするのか、何のためにどのような情報が必要なのか、療養者のケアに多職種で連携する上で必要なアセスメントの力をつけることを目的として、リハマネジメント向上のための教育・研修プログラム開発のためのテキスト案をもとに多職種参加の研修会を実施した。

研修会は2部構成で、第1部では生活期を代表する疾患ごとに、各職種がどのようなアセスメントを行っているのかを講義形式で行い、その内容を多職種で共有した。第2部はパーキンソン病や骨折、認知症等を抱える生活障害者を事例として挙げ、各専門職で足りないアセスメントすべき点を加え、全体像を捉える参加型の事例検討会を行った。

以下に、研修の内容及び研修方法に対する評価について、考察を述べる。

### 1. 講義

#### 1-1 講義内容の認知度

講義内容の認知度は、どの職種からの講義においても知らない内容がまあまああるとする回答が20%以上みられた。中でも薬剤師、栄養士、当事者の講義は、どの職種にも共通して認知が低い傾向にあった。これらの講義内容の認知度が低い背景には、自由記載に「薬や栄養、医師の話など、普段聞けない職種の人たちの話を聞いたのがとても参考になった」とあるように、臨床において多職種のアセスメント内容を共有する場面が少ない状況が推察され、養成教育機関卒業後の臨床において、生活全体を捉えるアセスメント力を高める、今回の研修会のような企画が望まれる。また、現在のリハの養成教育では、薬剤や栄養についてのカリキュラムは十分とはいえず、生活障害者のアセスメントを統合化して対象者により質の高い支援をする上で、リハの養成教育機関でもこれらの知識を修得する機会を増やすことが必要である。

職種ごとの特徴を次に示す。

・**リハ職**：「あまり知らなかった」とする回答が、薬剤師・栄養士の講義には4-5割、医師の講義には3割みられた。日常業務を通して直接的に連携・協働の機会がないこと、生活期のリハビリテーション実施上、直接的な症状や障害、身体機能に関するアセスメントの必要性が高く、心身機能に影響を及ぼす薬剤や栄養状態についてのアセスメントに対する必要性の認知が低いのではないかと考えられる。

・**看護師**：「あまり知らなかった」とする回答が、リハ職の講義には5割強、栄養士・薬剤師の講義に4割前後、医師の講義に約3割みられた。リハビリテーションは、訪問看護の一環として看護師も実施するが、リハ職の内容への認知度が低い結果から、リハ職との連携・協働が十分に行われていないことが考えられる。栄養士・薬剤師の内容については、看護師の知識として必要な内容でもあるが、サービス担当者会議には薬剤師・栄養士の参加が少ないこと、地域での連携が十分に行われていないことから、その講義内容に対する認知度が低いと考えられる。

・**ケアマネジャー**：「あまり知らなかった」とする回答が、医師の講義には6割弱、薬剤師の講義に3割強、リハ職、看護師、栄養士の講義に2割であったが、事例検討には、認知度が高かった。ケアマネジャーの基礎職種のほとんどが福祉職であること、医療（特に医師）との連携が苦手であることから、医師の講義内容への認知度が低いと考えられる。リハ職、看護師とは、サービス依頼やサービス担当者会議を通して意見交換する機会があることや利用者のサービス利用状況のモニタリングを通して、その役割や専門性に対して理解する機会があることから、「あまり

知らなかった」内容は少ないと考える。栄養士の専門である栄養・食事は、要介護高齢者への介護の中心となる食事・排泄・入浴（清潔）といったいわゆる三大介護の一つであり、利用者や家族からも日常的に情報収集が可能であることから、認知度が高いと考えられる。一方、事例検討への認知度が他の職種より高い理由としては、ケアマネジャーの実務研修・現任研修の教育内容に事例検討が含まれていることや、地域の研修でも行われていること、また、地域包括ケアシステムにおいて、地域ケア会議の開催が求められていることから、事例提供者としての参加の機会もあるといった特徴から、事例検討には馴染みがある環境にあることが考えられる。

## 1-2 講義内容の理解度

講義内容の理解度は、どの職種も各講義について 80%近くが理解していた。また、参加者からは、「疾患に関する知識を他職種の視点からいろいろと学べ、整理しやすかった」「各々の職種の視点を学ぶことができた」という肯定的な意見が多くみられた。先述の講義内容の認知度と合わせて考えると、参加者の多くが多職種からの講義内容、すなわちアセスメント内容を十分に認知しているわけではないが、研修会参加後には各講義の内容を約 8 割近く理解していることから、今回の講義内容は研修テキストの骨子となると考えられる。

職種別の理解度をみると、講義ごとに違いがみられた。理解が難しいとする回答がみられたのは、PT については、栄養士、看護師、薬剤師、医師の講義で、看護師で事例検討、栄養士、リハ職、薬剤師の講義で、ケアマネジャーでは、事例検討、当事者、薬剤師、医師の講義であった。今回の限られた参加者を対象とした結果からの推察とはなるが、職種ごとの理解度の違いは、その職種の弱い部分（関心が薄い領域）すなわち強化が求められる点と考えられる。

## 2 . 事例検討

事例検討では、ICF によるアセスメントの視点が見える化し、各専門職から不足するアセスメントの視点が追加された。このことにより、多職種のアセスメント視点の違い、その情報が必要な理由などの整理ができ、生活障害者の全体像を把握する上で、自分の専門では弱い点、どの専門職に聞けばその情報を入手できるのかという連携をイメージすることに効果的であったと考えられる。自由記載では、自分の専門では当然知っていることでも他職種では知らないこともあり、より理解しやすい説明の仕方をしなければいけないという気づきにもつながっていた。

## 3 . 研修会全体の評価

今回の研修全体の評価として、90%以上が非常に良かった・良かったと回答していた。疾患を抱える生活障害者の全体像を把握するには、疾患ごとにアセスメントすべき事項を多職種で検討する必要がある。臨床において多職種のアセスメントの視点の認知度は十分ではないが、今回の研修における講義と事例検討を通して、多職種がどのような理由でどんなアセスメントをしているのか、また専門職として何の情報に強く何の情報に弱いのか、その弱い部分についてはどの職種と連携するとよいのか等、具体的な連携のイメージにつながったと考えられる。

## 4 . 今後の課題

生活障害者に質の高いケアを行うためには、各職種によるアセスメントすべき内容を統合化し、多職種で連携することが必要である。リハ職が総合的にマネジメントできるようにするためには、

今回の研修会のような臨床家を対象とした多職種による講義と事例検討会等の卒後教育、及び、養成教育機関による多職種のアセスメント内容やそれらを統合的にとらえるマネジメント能力を養うカリキュラムなどの対策を検討していくことが必要である。今後は、今回の研修会の骨組みを基に、参加者を広げ、研修テキストを作成し、研修会を展開し、その効果を検討することが必要である。

以下に、今後の研修運営上の課題・留意点を述べる。

研修会の参加者は、休日に自主的に参加している向上意欲の高い専門職であることから、調査結果においても、知識・技術等の専門性が高いことが考えられる。しかしながら、参加者数・職種共に多くはなかったため、今後はより多くの専門職が参加できるよう、周知方法について検討する必要がある。また、研修の目的をより明確に提示し、アセスメントに特化した事例検討となるよう、ファシリテーターが重要である。特に事例検討においては、参加者より出された意見をICFで分類し板書した。在宅ケアを担う専門職はICFを学んではいないものの、事例を用いたアセスメントの視点をICFで分類することについては、リハ職以外ではまだ馴染みが薄い。広く継続的に研修を実施する際には、板書のスキルやファシリテーションが必要となる。

講師の選定については、他職種に難しい、敷居が高い、と捉えられがちな医師の講義が「分かりやすい」と好評であったことから、在宅での多職種連携を実践して専門職との心理的距離が近いことが、条件として考えられる。講義内容について、各講師間で内容の重複や統一性にばらつきがみられ、効果的効率的なテキストとするために、アセスメントに必要な知識をより絞り込む必要性がある。

## E. 結論

疾患を抱える生活障害者のケアに関わるリハ職、看護師、ケアマネジャーにおいては、各専門職によるアセスメント内容を十分に認知しているわけではなく、共通して、薬剤師、栄養士、当事者の講義の認知度が低かった。しかし、今回の研修（各専門職による講義、事例検討）を通して、各職種のアセスメントの内容を理解し、連携をイメージすることにつながった。

## 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

## 共通アセスメントの不備状況と多職種統合アセスメント実施のための講習会における

### 着目ポイント ～事前調査結果から～

分担協力者：田口孝行（埼玉県立大学理学療法学科 教授）

生活期に関わる疾患として代表的な7疾患（第1回～第7回研修会で取り上げた7疾患：パーキンソン病、脳血管疾患、心不全、骨折、慢性閉塞性肺疾患（COPD）、認知症、悪性腫瘍）について、講習会前に各疾患を担当した際にアセスメント（確認）している項目について事前アンケートを実施した。各疾患における質問項目（アセスメント項目）は、生活期に関わる複数の専門職（研究担当者）が、生活期に関わる各専門職が特に共通にアセスメントすべきと考えられる項目を抽出したものである。講習会参加者数は各疾患によってバラツキはあるが、各疾患の質問項目の回答率に応じて、アセスメント項目を多くの専門職で「共通にアセスメントされている項目」、「一部共通にアセスメントされている項目」、「共通アセスメントに不備がある項目」に分類した。

今回選択した7疾患のうちの多くの疾患にほぼ共通して、多くの専門職で「共通にアセスメントされている項目」として、ICF（健康状態）に関連するアセスメント項目は、「症状の経過と現状」、「発症・受傷原因」、「服薬状況・効果」、「関連疾患（併発疾患）」、「再発リスク」であった。ICF（心身機能・構造）に関連するアセスメント項目は、「バイタルサイン」、「関連症状（むくみ、脱水状況、睡眠状況、便秘状況等）」の循環・自律神経症状であった。ICF（活動・参加）に関連するアセスメント項目は、「1日・1週間の過ごし方」、「ADL活動量・活動内容」、「生きがい・希望」であった。ICF（個人因子）に関連するアセスメント項目は、「病前・受傷前の生活状況」、ICF（環境因子）に関連するアセスメント項目は、「主介護者の介護状況」であった。

これらの結果から、いずれの疾患においても、疾患の状態をとらえ、発症・受傷原因を踏まえて再発リスクを想定し、症状改善・軽減および生活への影響を考慮した服薬状況や効果の確認、全身状態を把握するためのバイタルサインや関連症状のチェックなど**最低限の医学的管理に関するアセスメント**は共通に実施されていた。また、基本的に病前・受傷前の生活への復帰、または新たな生活に向けた支援を実施するために、また、個に対応した生活支援を考案するために、病前・受傷前の生活状況、連続した時間の過ごし方、ADLの活動量や内容、生きがいや希望、そして社会生活の最低単位である家族等を考慮した主介護者の介護状況など、特に**生活期に関わるうえで重要とされるアセスメント項目**が多くの専門職で共通に実施されていた。

一方、疾患特異的な症状・障害等に関する特異的アセスメント、つまり、各疾患の主な医学的治療・管理が必要となる症状や障害（併発疾患、関連疾患を含む）に関する専門的な検査・測定において専門的な結果が導き出されるアセスメント項目については、多職種で一部または大きく共通にアセスメントされていない（検査結果記録等の確認・理解含む）ことが明らかとなった。この点については、専門的な検査測定の実施方法の獲得や、専門的検査測定結果を全職種で理解することは困難と思われる。また、生活期における多職種によるチーム介入では、各専門的検査測定結果のみではなく、その検査結果がどのようなリスクに発展する可能性があるのか、その疾患を抱える者の「生活」にどのように不具合（障害）となって現れる可能性があるのか、着目すべき具体的兆候（例示）は何かを理解していることが必要と考える。生活上で出現した具体的な不具合から専門的検査結果を想起できれば、その不具合への介入を専門とする専門職に伝達する

ことで、再発や体調変化などの各種リスクに対する管理（早期発見、早期対処）、病状進行の管理（早期発見、早期対処）等が可能となる多職種連携が実現できる。したがって、専門の検査測定結果を「生活」に落とし込んだ（統合した）着目点でアセスメントすることによって、各専門職が「生活」という同じ土俵上での統合（共通）アセスメント、多職種連携が可能となると考える。

以下からは、今回選択した7疾患について、疾患特異的に共通アセスメントがなされていない項目を抽出した。今後、この抽出項目を中心として、再発や体調変化等のリスク管理（早期発見、早期対処）、病状進行管理（特に早期対処）等を目的とした多職種連携を可能にする講習会内容を構築するための資料となることを期待する。

### （1）パーキンソン病（進行性難病）

パーキンソン病では、「症状の経過と現状」や「予後予測」については一部共通にアセスメントされていなかった。パーキンソン病の進行速度は比較的緩やかで経過も長く、動作障害の変化も少なく、時間的な動作障害変化の予測もしにくいという特徴から、「症状の経過と現状」や「予後予測」が一部共通にアセスメントされていないことが推測できる。したがって、「症状記録」もほとんど活用されていないと思われる。また、本疾患は進行性疾患であること、動作・歩行障害に対する対処方法指導が主であることから、「生きがい・希望」といったことでは一部共通にアセスメントされていないことが考えられる。そして、「姿勢変化」、「姿勢反射障害」、「栄養状態」といった疾患特異的な症状・状態に関する専門的検査測定を必要とする項目が共通にアセスメントされていないことが明らかとなった。したがって、パーキンソン病については、特に「姿勢変化」「姿勢反射障害」が生活にどのような不具合として出現するかを多職種に提示（例示）する必要があると思われる。また、「栄養状態」は着目すべき具体的な身体変化の提示（例示）や、着目すべき具体的な生活習慣（食習慣）を提示（例示）する必要があると思われる。これによって、パーキンソン病の転倒リスクの軽減・回避、全身状態悪化リスクの軽減・回避、進行管理に向けた多職種連携可能になるとと思われる。

表1．パーキンソン病（進行性難病）における共通アセスメント状況

ICF 分類 （目安）	共通にアセスメント されている項目 （共通アセスメント：70%超）	一部共通にアセスメント されていない項目 （一部共通アセスメント不備： 60%超~70%以下）	共通アセスメントに 大きく不備のある項目 （共通アセスメント不備：60% 以下）
健康状態	・服薬状況・効果	・疾患特異的な評価ツールの活用 ・予後予測 ・症状の経過と現状 ・嚥下機能	・症状記録活用
心身機能・ 構造	・抱えている不安 ・便秘の状況 ・心理状況（気分・落ち込み等）		・姿勢変化 ・姿勢反射障害程度 ・栄養状態変化 ・排尿状況（回数・色・臭い）
活動・参加	・1日・1週間の過ごし方	・生きがい・希望 ・治療・ケア時間調整（日内変動）	
個人因子	・病前の生活状況		
環境因子	・提供可能なケア（重症度） ・主介護者の介護状況		

n=36，質問項目の最高回答率：80.6%

## (2) 脳血管疾患（中枢神経疾患）

脳血管疾患については、罹患する割合が高く、専門職として担当する確率が非常に高い疾患の一つであり、各専門職の養成校でも治療・ケア・介護方法に関する授業時間数が多く設定されていることが多い。そのためと思われるが、共通にアセスメントされている項目が多かった。ただ、もう少し生活期における治療・ケア・介護内容を充実させるためには、「脱水状況」、「排尿状況」の不具合を示す具体的な身体変化の提示(例示)や、着目すべき具体的な生活習慣を提示(例示)として、専門外の職種においても共通にアセスメントできるようにすることが必要と思われる。これによって、全身状態のリスク管理および再発予防に関連した多職種連携が可能になると考える。

表2 . 脳血管疾患（中枢神経疾患）における共通アセスメント状況 n=15, 質問項目の最高回答率：100%

ICF 分類 (目安)	共通にアセスメント されている項目 (共通アセスメント：80%以上)	一部共通にアセスメント されていない項目 (一部共通アセスメント不備： 70%超~80%未満)	共通アセスメントに 大きく不備のある項目 (共通アセスメント不備：70% 以下)
健康状態	・症状の経過と現状 ・予後予測 ・病型 ・発症原因 ・再発リスク ・服薬状況・効果	・損傷部位	・再発予防方法
心身機能 ・構造	・麻痺・拘縮 ・感覚障害 ・バイタルサイン ・視野障害 ・言語障害 ・栄養状態 ・高次脳機能障害 ・関連疾患(心疾患、循環疾患)	・脱水状況	・排尿状況(回数・色・臭い)
活動・参加	・1日・1週間の過ごし方 ・生きがい・希望		
個人因子	病前の生活状況		
環境因子	主介護者の介護状況		

## (3) 心不全（心疾患）

心不全は、今回の7疾患において最も共通にアセスメントされていない項目が多い疾患であった。心疾患の場合は、一度発症すると専門的な医学的治療・管理が必要な重篤な状態に陥ってしまうことが多く、生活期におけるアセスメントの多くは、基本的に再発予防、循環器系不具合の早期発見が目的となる。したがって、一部も含めて共通アセスメントができていない項目については、再発や循環器系不具合の兆候を、生活における具体的な訴えや、生活上に起こる可能性のある具体的な不具合として提示(例示)して、専門外の職種においても共通にアセスメントできるようにすることが必要と思われる。特に必要と思われるアセスメント項目として、「心機能・腎機能の程度」、「チアノーゼ・貧血・狭心痛・動悸の状況」、「服薬状況・効果」、「症状の経過と予後予測」があげられた。



表3．心不全（心疾患）における共通アセスメント状況

ICF 分類 （目安）	共通にアセスメント されている項目 （共通アセスメント：80%以上）	一部共通にアセスメント されていない項目 （一部共通アセスメント不備： 60%超~80%未満）	共通アセスメントに 大きく不備のある項目 （共通アセスメント不備：60% 以下）
健康状態	・関連疾患（心筋梗塞・心筋症等）	・服薬状況・効果	・症状の経過と現状 ・予後予測 ・心機能の程度 ・再発予防方法
心身機能 ・構造	・バイタルサイン ・呼吸困難状況 ・睡眠状況 ・塩分・水分摂取状況 ・栄養状態 ・むくみの状況 ・倦怠感の状況	・動悸の状況 ・便秘の状況 ・心理状況（気分・落ち込み等） ・狭心痛の状況	・排尿状況（回数・色・臭い） ・チアノーゼ・貧血 ・急性増悪要因 ・腎機能の程度
活動・参加	・ADL 活動量と活動内容 ・1日・1週間の過ごし方 ・生きがい・希望		
個人因子	・病前の生活状況		
環境因子	・主介護者の介護状況		

n=15，質問項目の最高回答率：93.3%

#### （4）骨折（転倒）（整形外科疾患）

骨折については、ほぼ共通にアセスメントされていることが明らかとなった。一方、専門的理解が必要な「手術方法」、「術後リスク」、「栄養状態」、「薬物治療」、「術創部の皮膚状態」で共通にアセスメントされていないことが明らかとなった。「手術方法」や「薬物治療」内容については、医療専門職であれば理解可能であるかもしれないが、直接的に手術に関わらない専門職にとって必要なのは、むしろ術後感染症や急性増悪、禁忌事項、薬物治療副作用等に関する「術後リスク」の理解と思われる。この点について、「生活」において出現する可能性の高い不具合兆候についての具体的な提示（例示）が必要と考える。

表4．骨折（転倒）（整形外科疾患）における共通アセスメント状況

ICF 分類 （目安）	共通にアセスメント されている項目 （共通アセスメント：80%以上）	一部共通にアセスメント されていない項目 （一部共通アセスメント不備： 60%超~80%未満）	共通アセスメントに 大きく不備のある項目 （共通アセスメント不備：60% 以下）
健康状態	・症状の経過と現状 ・受傷原因・状況（転倒回数） ・服薬状況・使用薬物種類 ・関連疾患 ・再発リスク ・インフォームド・コンセント内容	・手術方法 ・インフォームド・コンセント理解 ・ステロイド治療状況	
心身機能 ・構造	・痛みの状況 ・脱水状況 ・心理状況 ・便秘の状況 ・睡眠状況	・栄養状態 ・貧血の状況	・治療方針・留意事項 ・皮膚の状態 ・術後リスク（神経・循環・感染等）
活動・参加	・ADL 活動量・活動内容 ・後遺症の状況 ・1日・1週間の過ごし方 ・生きがい・希望		
個人因子	・受傷前の生活状況		
環境因子	・家屋環境（再発リスク） ・主介護者の介護状況		

n=10，質問項目の最高回答率：100%

## (5) COPD (呼吸器疾患)

COPD については、心疾患ほど症状出現による緊急対応が必要な疾患ではないが、やはり急性増悪に関するアセスメントが医学的管理として必要である。それにも関わらず、「呼吸機能」、「心機能」、「腎機能」、「急性増悪要因」について共通アセスメントがなされていない状況であった。これらについて、各専門職で共通の専門的検査は不可能である。やはり、これらについても、生活期においては、呼吸器系の不具合の兆候を、生活における具体的な訴えや、生活上に起こる可能性のある具体的な不具合として提示(例示)して、専門外の専門職においても共通にアセスメントできるようにすることが必要と思われる。これによって、多職種が連携した急性増悪や体調変化に関するリスク回避が可能となる。

表5 . COPD (呼吸器疾患) における共通アセスメント状況

ICF 分類 (目安)	共通にアセスメントされている項目 (共通アセスメント: 80%以上)	一部共通にアセスメントされていない項目 (一部共通アセスメント不備: 60%超~80%未満)	共通アセスメントに大きく不備のある項目 (共通アセスメント不備: 60%以下)
健康状態	・症状の経過と現状 ・服薬状況・使用薬物種類	・急性増悪要因 ・予後予測	・呼吸機能 ・心機能の程度
心身機能 ・構造	・パ・ワルサイン ・呼吸困難の状況 ・睡眠状況 ・動悸の状況 ・むくみの状況 ・栄養状態	・心理状況(気分・落ち込み等)	・呼吸苦時の対応方法 ・腎機能の程度
活動・参加	・ADL 活動量・活動内容 ・1日・1週間の過ごし方 ・生きがい・希望		
個人因子	・病前の生活状況		
環境因子	・主介護者の介護状況		

n=17, 質問項目の最高回答率: 100%

## (6) 認知症 (アルツハイマー、脳血管性)

認知症は、基本的にアルツハイマー型認知症と脳血管性認知症に分類される。脳血管性であれば、認知機能障害のみならず身体機能障害に関するアセスメントも必要となる。しかし、脳血管疾患によって引き起こされる身体機能障害を知るための「脳障害部位」については共通にアセスメントがなされていない状況であった。これについて、「脳障害部位」を知るというよりは、「脳障害部位」から起こる可能性の高い生活への影響について共通理解する必要がある。したがって、この点について共通にアセスメントする必要があると考える。

また、認知症であるにも関わらず、「認知機能状況」、「心理状況(不安・抑うつ等)」、「せん妄の状況」、「課題遂行力」、「IADL 状況」、「服薬管理状況・使用薬物種類」が一部共通にアセスメントされていない状況であった。これについてのアセスメントは、専門の疾患特異的な評価ツールによるアセスメントではなく、これらが「生活」にどのように不具合(障害)となって現れる可能性があるのか、着目すべき具体的兆候等は何かを提示(例示)して、専門外の職種においても共通にアセスメントできるようにすることが必要と思われる。さらに、「便秘状況」、「脱水状況」、「排尿状況」については、本人から聴取することが困難であるためと思われるが、共通アセスメントとして大きく不備のある項目として抽出された。これについて、「便秘状況」、「脱水状況」、「排尿状況」の不具合を示す具体的な身体変化の提示(例示)や、着目すべき具体的な生活行動を提示(例示)して、専門外の職種においても共通にアセスメントできるようにすることが必要と思われる。

表6 . 認知症（アルツハイマー、脳血管性）における共通アセスメント状況

ICF 分類 (目安)	共通にアセスメント されている項目 (共通アセスメント：70%以上)	一部共通にアセスメント されていない項目 (一部共通アセスメント不備： 50%超~70%未満)	共通アセスメントに 大きく不備のある項目 (共通アセスメント不備：50% 以下)
健康状態	・既往歴・他疾患状況 ・病型(アルツハイマー・脳血管性) ・関連疾患(脳梗塞・心疾患等)	・服薬管理状況・使用薬物種類	・脳障害部位
心身機能 ・構造	・見当識障害の状況 ・バイタルサイン ・むくみの状況	・認知機能状況 ・パーキンソニズムの状況 ・心理状況(不安・抑うつ等) ・せん妄の状況 ・嚥下機能の程度(誤嚥リスク) ・栄養状態	・便秘の状況 ・脱水状況 ・排尿状況(回数・色・臭い)
活動・参加	・ADL 活動量・活動内容 ・行動範囲 ・歩行自立度 ・問題行動の状況 ・1日・1週間の過ごし方 ・生きがい・希望	・IADL 状況 ・課題遂行力	
個人因子	・病前の生活状況		
環境因子	・主介護者の介護状況		

n=24，質問項目の最高回答率：87.5%

#### (7) 悪性腫瘍（緩和ケア、ターミナルケア）

悪性腫瘍は、緩和ケアやターミナルケアといった特殊な関わり（介入）が必要となる疾患である。本疾患で特に特徴的だったのは、「痛みの状況」について、痛みの「程度や特徴」については、共通にアセスメントされていたが、痛みの「日内変動(時間)、増強因子・緩和因子」については、一部共通にアセスメントされておらず、痛みの「種類や部位、性質」については共通アセスメントが不備な状況であった。痛みの状況を除いて、一部共通アセスメントされていない項目として、「せん妄状況」、「排泄状況」が抽出された。これらについて、不具合を示す具体的な身体変化の提示(例示)や、着目すべき具体的な生活行動を提示(例示)して、専門外の職種においても共通にアセスメントできるようにすることが必要と思われる。

本疾患で特に共通にアセスメントされていない項目として、「治療薬物の種類」、「治療副作用・注意点」、「検査結果(腫瘍マーカー等)の変化」など治療内容に関する項目が抽出された。また、「原発・転移部位」、「病型・進行状況」などの腫瘍に関する基本的情報についても共通アセスメントに大きく不備のある項目であった。さらに、緩和ケア・ターミナルケアで重要とされる「本人と家族の心理・社会的苦痛の状況」についても共通にアセスメントされていない状況であった。治療内容に関する項目や疾患の基本情報については、医学的治療においては重要と認識されているが、生活期での関わり(介入)では、その情報を具体的にどのように「生活」に活用すべきかが共通認識されていないと予想できる。この活用方法についての具体的提示(例示)が必要と考えられる。

表7 . 悪性腫瘍（緩和ケア対象疾患）

ICF 分類 (目安)	共通にアセスメント されている項目 (共通アセスメント：60%以上)	一部共通にアセスメント されていない項目 (一部共通アセスメント不備： 40%超~60%未満)	共通アセスメントに 大きく不備のある項目 (共通アセスメント不備：40% 以下)
健康状態	・治療薬物・効果	・病期(ステージ)	・治療薬物(鎮痛剤)の種類 ・治療副作用・注意点 ・検査結果(腫瘍マーカー等)の変化 ・原発・転移部位 ・病型・進行状況
心身機能 ・構造	・バイタルチェック ・睡眠状況 ・脱水状況 ・便秘の状況 ・吐気・嘔吐の状況 ・息苦しさの状況 ・栄養状態 ・心理状況(不安・抑うつ等) ・痛みの状況(程度・特徴)	・せん妄の状況 ・排尿状況(回数・色・臭い) ・痛みの状況(増強・緩和因子) ・痛みの状況(日内変動)	・痛みの状況(種類・部位・性質)
活動・参加	・ADL 活動量・活動内容 ・1日・1週間過ごし方 ・生きがい・希望		
個人因子	・病前の生活状況		
環境因子	・主介護者の介護状況 ・主介護者の不安		・本人と家族の心理・社会的苦痛の状況

n=15, 質問項目の最高回答率：80.0%

## 疾患別テキスト

## 【目次】

1.	パーキンソン病	1
2.	脳血管疾患	11
3.	心不全	19
4.	骨折	29
5.	慢性閉塞性肺疾患 (COPD)	39
6.	認知症	47
7.	悪性腫瘍	61
8.	筋萎縮性側索硬化症 (ALS)	75
9.	統合失調症	87

## 1. パーキンソン病





# パーキンソン病

第1回統合アセスメントを考える会

2017年8月27日

医療法人社団 日吉慶友クリニック 阿部佳子

## 本日のお品書き

- ・パーキンソニズムとパーキンソン病
- ・発症のメカニズム/病態
- ・症状:運動症状と非運動症状
- ・経過/重症度分類・生活機能分類
- ・治療
- ・薬の効果・効能・副作用
- ・薬の種類と特徴
- ・薬の処方の考え方

## パーキンソニズム(パーキンソン症候群)とは

パーキンソン病の症状を示すような疾患の総称、またはそのときに見られる症状

原因によってさらに分類される

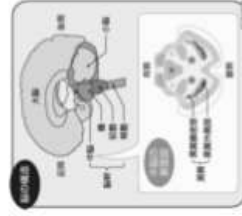
- ・症状はパーキンソン病とほぼ同じ  
振戦、筋固縮、無動、姿勢保持障害、  
突進現象、仮面様顔貌など



岡山理風病院ホームページより  
<http://hyokuto.or.jp/www/library/jyoho/illness/parkinson/index.htm>

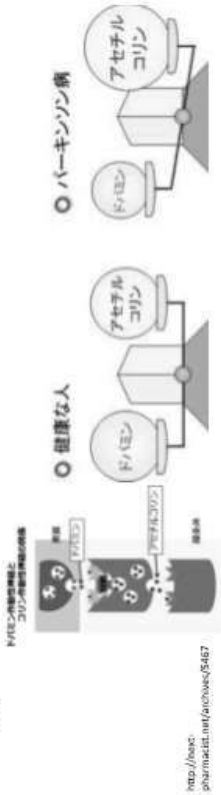
## パーキンソニズムの分類

- 本態性パーキンソニズム＝パーキンソン病
  - ・パーキンソン病、若年発症パーキンソン病、遺伝性パーキンソン病
- 二次性パーキンソニズム・・・ パーキンソン病以外の神経変性疾患が原因のもの
  - ・多系統萎縮症
  - ・アルツハイマー型認知症 など
- 症候性パーキンソニズム・・・ パーキンソン病とたまたま同じところを傷害したために起こるもの
  - ・脳血管性パーキンソニズム
  - ・薬剤性パーキンソニズム など

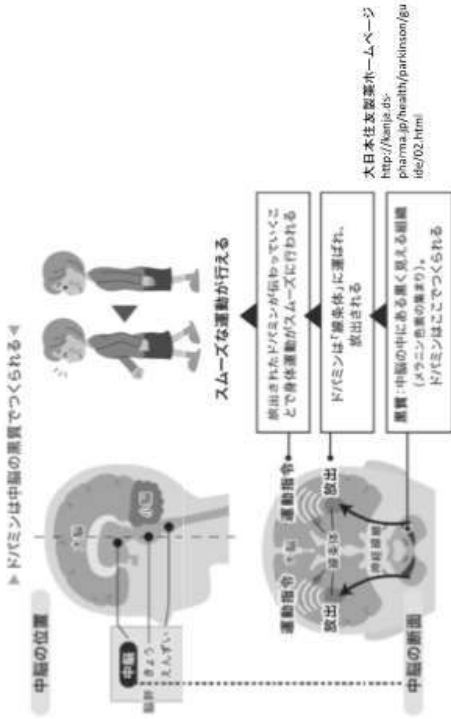


# 1. パーキンソン病発症のメカニズム

- 神経伝達物質の一つである、ドーパミンの産生量が減少することで起こる。ドーパミンが20%程度にまで減少すると症状が出る。
- 神経伝達物質のバランスが崩れ、運動症状、非運動症状が出現する。

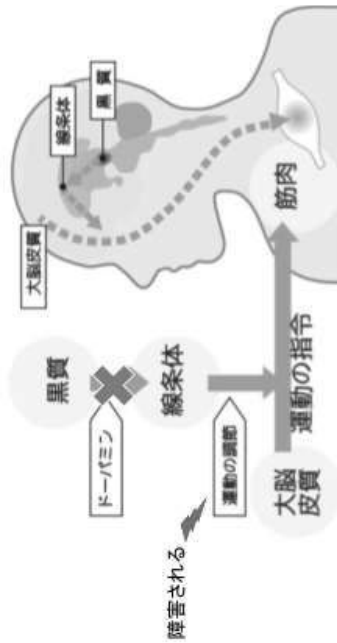


<http://base-pharmacist.jp/archives/5487>

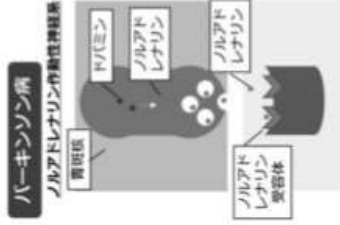


大日本住友製薬ホームページ  
<http://kanjo.os-pharma.jp/health/parkinson/guide/02.html>

ドーパミンは黒質で生成されて、線条体からの指令を伝える。パーキンソン病ではドーパミンが不足して指令がうまく伝わらなくなる。

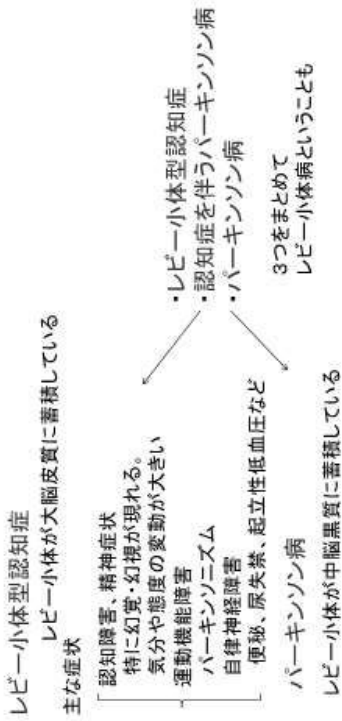


パーキンソン病では青斑核でのドーパミンも減少



- 青斑核ではノルアドレナリンの前駆物質であるドーパミンが減少することで、ノルアドレナリン作用性神経(交感神経)の障害を生じる
- 自律神経障害

## レビー小体の分布による疾患の違い



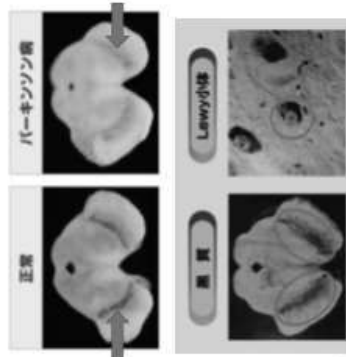
## パーキンソン病の診断基準

以下の診断基準を満たすものを対象とする。(Probableは対象としな

1. パーキンソニズムがある。<sup>※1</sup>
  2. 脳CT又はMRIに特異的異常がない。<sup>※2</sup>
  3. パーキンソニズムを起こす薬物・毒物への曝露がない。<sup>※3</sup>
  4. 抗パーキンソン病薬にてパーキンソニズムに改善がみられる。<sup>※3</sup>
- 以上4項目を満たした場合、パーキンソン病と診断する(Definite)。

なお、1、2、3は満たすが、薬物反応を未検討の症例は、パーキンソン病疑い症例(Probable)とする

## パーキンソン病の病理



中脳黒質の神経に  
Lewy(レビー)小体が  
蓄積している

<http://sanja-ds-pharma.jp/healthy/parkinson/guide/02.html>

- ・ ※1. パーキンソニズムの定義は、次のいずれかに該当する場合とする。  
(1)典型的な左右差のある安静時振戦(4~6Hz)がある。  
(2)歯車様強剛、動作緩慢、姿勢反射障害のうち2つ以上が存在する。

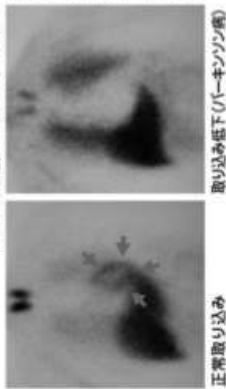
※2. 脳CT又はMRIにおける特異的異常とは、多発脳梗塞、被殻萎縮、脳幹萎縮、著明な脳室拡大、著明な大脳萎縮など他の原因によるパーキンソニズムであることを明らかに示す所見の存在をいう。

※3. 薬物に対する反応はできるだけドパミン受容体刺激薬またはL-dopa 製剤により判定することが望ましい。

## パーキンソン病診断の検査 MIBG(心筋シンチグラム)

- パーキンソン病、びまん性レビー小体病などレビー小体が蓄積する疾患では、心臓の交感神経に変化をきたしているため、放射性物質が蓄積しにくい性質を利用して診断する

MIBG心筋シンチグラフィ



正常症例では放射性同位元素で標識されたトレーサー物質が心臓に取り込まれるが(左)、パーキンソン病やレビー小体病では取り込みが低下し心臓影が消失する

## パーキンソン病の症状

### 運動症状(パーキンソン病の4大徴候)



③パーキンソン病とは 田村 / 山内製薬 京都大学大学院医学部神経学研究所神経学

### 非運動症状

自律神経症状  
精神症状

<b>便秘</b> ・食中に飽きてしまう ・便秘になりやすい ・パーキンソン病罹患者の80%程度が悩んでいる	<b>徘徊障害</b> ・夜中に起きてしまう ・昼間にとても眠くなる ・寝たまま足がムズムズする	<b>徘徊障害</b> ・トイレが近い ・夜中に何度もトイレに行きたくなる	<b>闘うつ</b> ・なんとなくやる気がしない ・不安感が強くなる ・関心や意欲の低下
<b>起立性低血圧</b> ・立ち上がったときにめまいがする ・ひどい場合は一時的な昏倒を伴い、倒れてしまう。		病状を一定に保とうとする自律神経の働きが障害されるため起こる。	

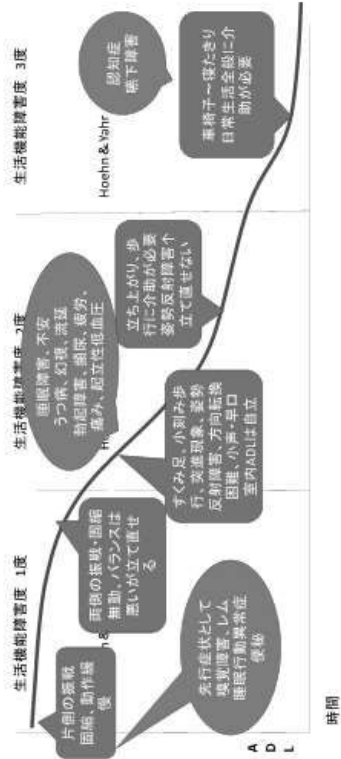
程度 (%)	症状	程度 (%)	症状
20.3	運動症状、こぼれ汗がある	24.6	消化および消化管
24.5	こぼれ汗(顔面)がある	25.5	・飲み込みづらい
43.5	ふらつき(眩暈)がある	10.0	・よだれが出る(多量の唾液)
67.0	動作が鈍い	36.0	・吐き気や嘔吐がある
52.5	身体が硬直した(筋力が弱い)	10.0	・下痢がある
17.5	歩行時に足が滑る(シンスネーク)	17.5	・胃がむかつく
34.0	歩行時に足が滑る(シンスネーク)	40.5	便秘と弛緩
37.0	歩行時に足が滑る(シンスネーク)	60.5	・急にトイレに行きたくなる
33.5	歩行時に足が滑る(シンスネーク)	48.0	・急にトイレに行きたくなる
24.0	歩行時に足が滑る(シンスネーク)	12.5	・急にトイレに行きたくなる
16.0	歩行時に足が滑る(シンスネーク)	16.0	・急にトイレに行きたくなる
14.5	歩行時に足が滑る(シンスネーク)	21.0	・急にトイレに行きたくなる
17.0	歩行時に足が滑る(シンスネーク)	22.0	・急にトイレに行きたくなる
19.5	歩行時に足が滑る(シンスネーク)	14.0	・急にトイレに行きたくなる
22.0	歩行時に足が滑る(シンスネーク)	13.5	・急にトイレに行きたくなる
23.5	歩行時に足が滑る(シンスネーク)	7.0	・急にトイレに行きたくなる
24.5	歩行時に足が滑る(シンスネーク)	7.5	・急にトイレに行きたくなる
24.5	歩行時に足が滑る(シンスネーク)	5.5	・急にトイレに行きたくなる
26.5	歩行時に足が滑る(シンスネーク)	60.5	・急にトイレに行きたくなる
37.0	歩行時に足が滑る(シンスネーク)	1.0	・急にトイレに行きたくなる
23.5	歩行時に足が滑る(シンスネーク)	20.5	・急にトイレに行きたくなる
15.5	歩行時に足が滑る(シンスネーク)	19.0	・急にトイレに行きたくなる
31.0	歩行時に足が滑る(シンスネーク)	18.5	・急にトイレに行きたくなる
		20.0	・急にトイレに行きたくなる

重症度ステージと生活機能障害分類

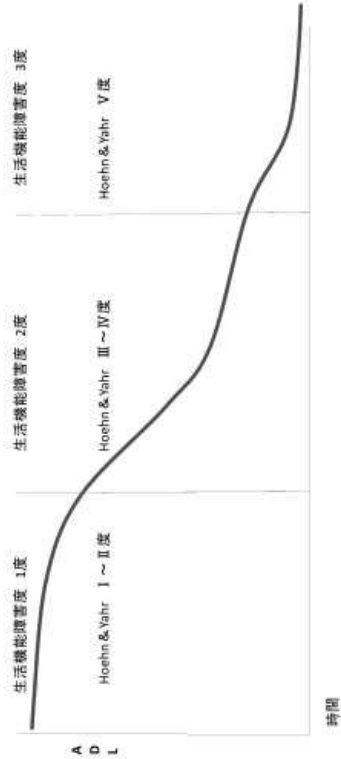
Stage I	Stage II	Stage III	Stage IV	Stage V
日常生活、運動は1人で可能、労働能力は多少の低下がある	日常生活、運動は1人で可能、労働能力は多少の低下がある	日常生活、運動は1人で可能、労働能力は多少の低下がある	日常生活、運動は1人で可能、労働能力は多少の低下がある	日常生活、運動は1人で可能、労働能力は多少の低下がある
日常生活、運動は1人で可能、労働能力は多少の低下がある	日常生活、運動は1人で可能、労働能力は多少の低下がある	日常生活、運動は1人で可能、労働能力は多少の低下がある	日常生活、運動は1人で可能、労働能力は多少の低下がある	日常生活、運動は1人で可能、労働能力は多少の低下がある
日常生活、運動は1人で可能、労働能力は多少の低下がある	日常生活、運動は1人で可能、労働能力は多少の低下がある	日常生活、運動は1人で可能、労働能力は多少の低下がある	日常生活、運動は1人で可能、労働能力は多少の低下がある	日常生活、運動は1人で可能、労働能力は多少の低下がある
日常生活、運動は1人で可能、労働能力は多少の低下がある	日常生活、運動は1人で可能、労働能力は多少の低下がある	日常生活、運動は1人で可能、労働能力は多少の低下がある	日常生活、運動は1人で可能、労働能力は多少の低下がある	日常生活、運動は1人で可能、労働能力は多少の低下がある

日本神経学会 パーキンソン病治療ガイドラインより

### パーキンソン病の経過



### パーキンソン病の経過



**あなたの1日の症状パターンを記録しましょう！**

記入例

記入日: 20 / 4 年 7 月 / 5 日

■ リスキネジアの程度

記入例: 記述から健康まで、30分ごとに記入

○ 軽い リスキネジア  
○ 中程度  
○ 重く、歩行困難  
○ リスキネジア

■ 動きやすさの程度

○ 動きやすい  
○ 動きにくい  
○ 動けない

○ 寝  
○ 起  
○ 歩  
○ 歩行困難

○ 寝  
○ 起  
○ 歩  
○ 歩行困難

レボドパミンを使用した期間にチェック!

※ レボドパミンの血中濃度は、服用後100分程度でピークを認め、その後徐々に低下してきます。レボドパミンの血中濃度は、服用後100分程度でピークを認め、その後徐々に低下してきます。レボドパミンの血中濃度は、服用後100分程度でピークを認め、その後徐々に低下してきます。

\* チェックは「○」でも、「/」でもよく、必ず記入して下さい。記入内容は、ご自身の記入でも結構です。

**症状記録やチェックシートを活用して状態をアセスメントする**

**ウエアリング・オフとジスキネジア**

**ウエアリング・オフ**

薬の効果が弱まり体が動けなくなる  
静止時振戦がでる。

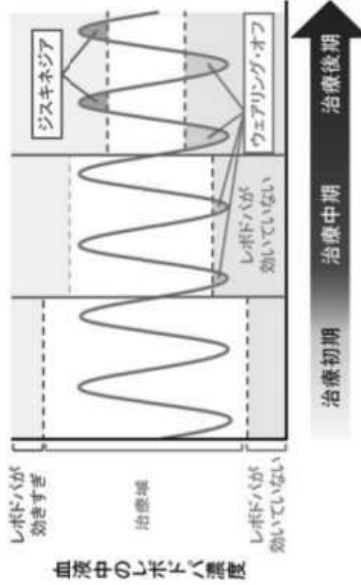


**ジスキネジア**

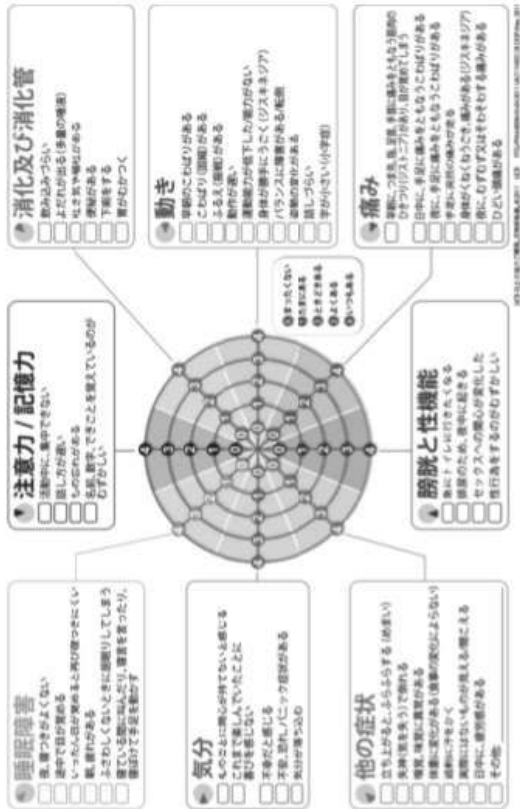
薬を増量していくと不随意運動を生じる



**ウエアリング・オフとジスキネジア**



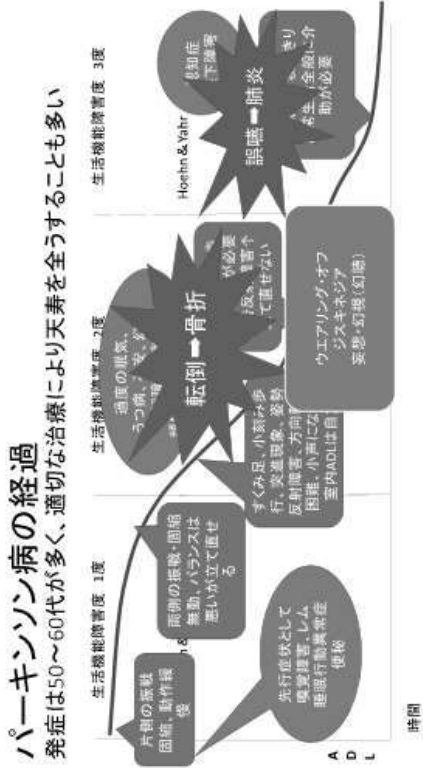
図にエッセンスの  
第一専門医が



## 治療

<目標>できるだけ症状の進行を遅らせるとともに、予測される転倒や脳嚙性肺炎を予防して天寿を全うできるようにする。

- 様々な症状を緩和して、できるだけ日常生活をスムーズにする。
- 薬物療法とリハビリテーションが治療の2本柱。根治療法はない。
- 多彩な症状と経時的変化、日内変動、薬の効果と副作用を常に意識する必要がある。
- 手術療法は薬物療法が副作用などでできない場合や、効果に乏しく手術適応基準を満たさず場合に行われる。



## 参考文献

- 1) 作田 学 監: 図解 よくわかるパーキンソン病の最新治療とリハビリのすべて, 東日本書院, 2016
- 2) パーキンソン病の非運動症状 [http://www.kvorn-pharm.co.jp/prodinfo/useful/doctorsalony/upload\\_docs/121056-1-15.pdf](http://www.kvorn-pharm.co.jp/prodinfo/useful/doctorsalony/upload_docs/121056-1-15.pdf)
- 3) 柏原健一ら: チェックリストを用いたParkinson病患者の症状把握, 神経内科, 84(1):88-93, 2016
- 4) 水野美邦: パーキンソン病の診かた, 治療の進めかた, 中外医学社, 2012

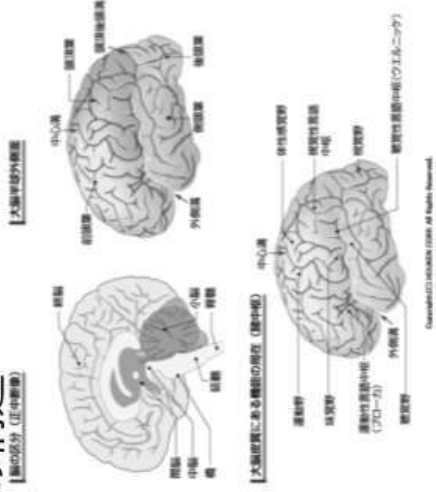




## 2. 脑血管疾患



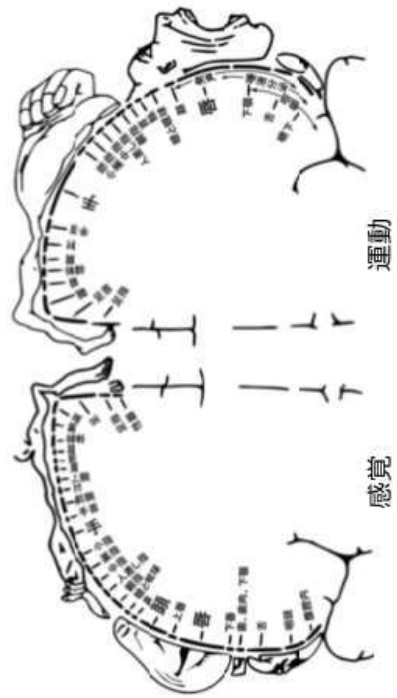
## 脳の構造



## 脳血管障害

医療福祉生協連家庭医療学開発センター  
川崎医療生活協同組合 あさお診療所  
清田 実穂

## 脳の二人の小人



## 脳の主な動脈





## 運動障害

- 錐体交差より上位での障害のことが多く対側の片麻痺をきたすことが多い。
- 小脳などの障害により運動失調や不随意運動も生じる。



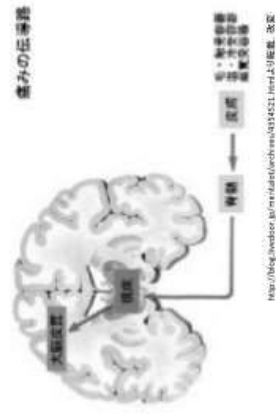
<http://log.jinbun.or.jp/mri/brain/brain031021.html>より転載。改定

## 脳血管障害の症状と関連する部位

- 運動障害
- 感覚障害
- 疼痛

## 視床痛

- 痛み刺激の入力系と痛みを抑制する系のバランス。
- これらの経路のどこかが障害されれば発症しうる。

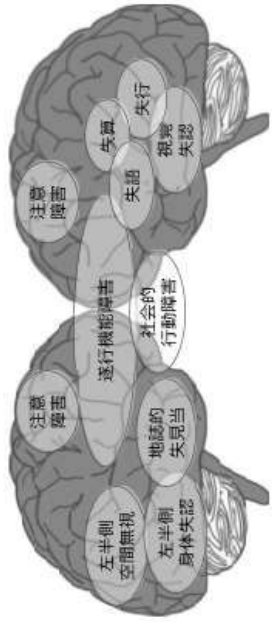


<http://log.jinbun.or.jp/mri/brain/brain031021.html>より転載。改定

## 脳血管障害の症状と関連する部位

- 運動障害
- 感覚障害
- 疼痛
- 脳神経麻痺
- 高次機能障害

## 高次機能障害



## 脳血管障害の症状と関連する部位

- 運動障害
- 感覚障害
- 疼痛
- 脳神経麻痺
- 高次機能障害
- 脳血管性認知症
- 脳卒中後てんかん

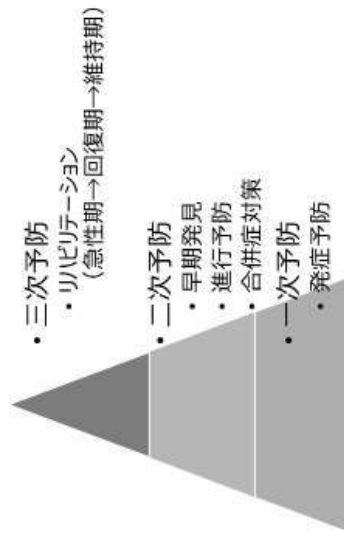
## 脳血管障害のリスク



## 脳血管障害の重症度

- 急性期：脳卒中スケール
  - NIH stroke scale
  - Japan stroke scale
- 回復期～維持期：機能評価スケール
  - Modified Rankin Scale
  - Barthel Index
  - Functional Independence Measure

## 脳血管障害の予防



## まとめ

- 脳血管の梗塞や破綻で脳の機能が障害される。
- 障害された部位により症状が異なる。
- 様々な生活習慣が脳血管障害のリスクとなる。
- 脳血管障害のリハビリテーションは、脳血管障害の三次予防として重要である。

ご清聴ありがとうございました





### 3. 心不全



## 本日の内容

- 心不全とは
- 心臓機能と症状、そのメカニズム
- 心不全の自然経過と介入
- 急性増悪を防ぐ
  - モニタリングとアセスメント
- 緩和ケアについて簡単に

### 第3回統合アセスメントを考える会 慢性心不全 ー医師のアプローチー

2017.9.23  
生協浮間診療所  
重島祐介

## 本日の要点

- 心臓は心筋の収縮と拡張によって働くポンプである
- 心不全とはポンプ機能の破綻
- 多くは虚血から発症し、増悪と改善と繰り返しながら徐々に衰弱し、死に至る
- 治療は非薬物・薬物療法など多職種が関わる必要あり
- 急性増悪を起ささないために、体重のモニタリングと服薬・通院の遵守
- 呼吸困難、浮腫と体重変化に注目

## こんなイメージ①

- 陳旧性心筋梗塞後で、心房細動・高血圧症・糖尿病で外来通院中
- 67歳で独居の男性
  - 利尿薬、降圧薬、抗凝固薬、血糖降下薬内服中

## こんなイメージ②

- 入院① 呼吸困難で夜間救急外来に救急搬送。食事は外食が多く塩分過多が原因と考えられた。
- 入院② 定期受診日に来院せず電話フォローで3週間後にようやく受診。浮腫悪化、労作時呼吸困難著明で、緊急入院
- 入院③ 冬、インフルエンザ罹患時に呼吸困難悪化し、緊急入院。

## こんなイメージ③

- 入院④ しばらくコントロールよかったが、徐々に体重増加、起座呼吸も出て救急搬送、入院。服薬ができていなかったようだ。
- 入院⑤ 肺炎に罹患。心不全増悪も合併し、呼吸状態悪化。集学的治療も奏功せず、70歳で永眠。

## 心臓の役割

- 心臓はポンプである
- その原動力は心筋の収縮・拡張
- フランク・スターリングの法則
  - ✓左室拡張末期容積が増えれば、1回拍出量が増える
  - ✓心室拡張末期容積 = 前負荷

## 心機能を決める要因

- 前負荷 (心室拡張期容積)
  - 全血液量
    - 多ければ1回拍出量は増える、少なければ減る
  - 血液の分布
    - 立位では胸腔内の血液が減少し、拍出量は減る
- 心筋の収縮性
  - 交感神経、虚血、薬物などの影響を受ける
- 後負荷 (≒動脈圧)
  - 高血圧
    - 動脈圧上昇により1回拍出量は減る
  - 神経体液性因子 (レニン・アンギオテンシン・アルドステロン系など)

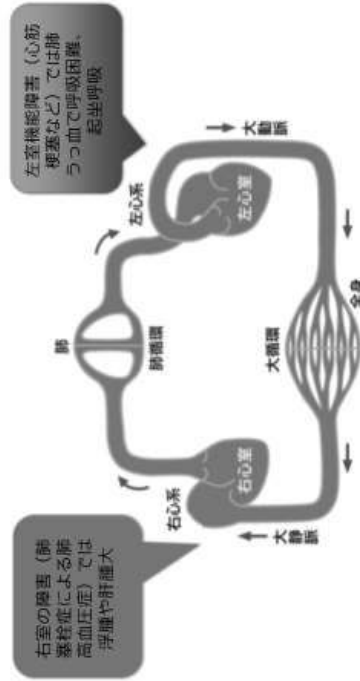


## 検査による評価

- 心臓エコー
  - 収縮機能の評価として左室駆出率
  - ただし30-40%は正常とも言われる = 拡張不全
- BNP
  - 心室から分泌されるホルモンで、心筋の伸展ストレスにより生成される。
  - 心不全の重症度に応じて血中濃度が上がる
  - ただし腎機能低下・高齢・炎症などでも上昇
  - 肥満では非肥満より低値
- いずれも、絶対的な指標はない。個々の患者さんに応じた最適な値も見つけ維持管理の目標とする

日本心不全学会HP  
血中BNPやNT-proBNP値を用いた心不全診療の留意点について

## 症状が出るメカニズム②



ただし合併も多いし、末期には両心不全となり両方の症状を呈する

ハリソン内科学原著第16版

## 症状が出るメカニズム①

- 過剰な体液貯留が症状の原因
- この体液貯留は障害を受けた部位のすぐ上流で発生する

## 心不全の臨床症状

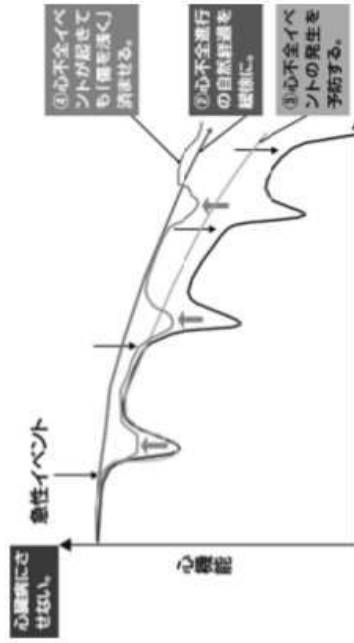
- 呼吸困難
  - 進行度により軽労作でも呼吸困難
  - 肺うっ血が原因
- 起坐呼吸
  - 労作時呼吸困難より進行して現れる
  - 臥位では胸腔内に体液量が増え、前負荷増大
- 疲労・倦怠感
  - 骨格筋への遠流減少と関連している
- 腹部症状
  - 食欲低下、悪心など
  - うっ血肝や門脈系のうっ滞と関連
- 脳症状
  - 記憶障害、不安
  - 脳血流低下、低酸素などと関連

ハリソン内科学原著第16版

## 心不全の身体所見

- 重症では脈圧低下（拡張期と収縮期の血圧の差が少なくなる）
- 急性心不全では血圧低下
- 肺のラ音＝呼吸喘鳴
- 咳・痰
- 胸水、腹水
- 四肢の浮腫

## 慢性心不全の自然経過と介入



週刊医学新報 2014年3月17日 急性心不全におけるDECONGESTION  
横山孝元（北里大学医学部循環器内科学）

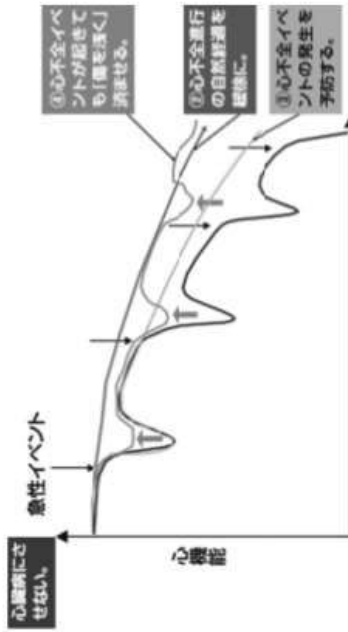
## 増悪要因

- 感染症
- 不整脈
- 身体、食事、水分、環境、感情の過負荷
- 心筋梗塞
- 肺塞栓症
- 貧血
- 甲状腺機能亢進症・妊娠
- 高血圧症の増悪
- リウマチ性、ウイルス性などによる心筋炎
- 感染性心内膜炎

繰り返す入院の原因はそれだけでもない

- 基礎疾患の悪化
- 不整脈
- 肺炎
- 塩分水分の過剰摂取
- 服薬アドヒアランスの低下
- 認知機能障害
- 抑うつ
- 過度の安静に伴う廃用性変化

## 慢性心不全の自然経過と介入



徳川医学部附属病院2006年9月17日、急性心不全におけるDECONGESTION  
 原文孝元（北里大学医学部循環器内科）

## 急性増悪を防ぎたい①

- まず、起こさないこと
  - 適切な治療
    - 非薬物療法
    - 薬物療法
  - 服薬管理
  - 定期外来通院
- 多職種での関わりが鍵

## ガイドラインでも

- 一般的な管理
- 患者の自己管理が重要な役割を果たし、自己管理能力を向上させることにより、予後は改善する。
  - 毎日の体重測定は重要
    - 日の単位で2kg以上増加は急性増悪を示唆
  - 服薬の中断は増悪誘因のひとつであり、服薬遵守は治療成功の鍵となる

慢性心不全治療ガイドラインJCS2010

## 急性増悪を防ぎたい②

- 次に、早期発見
  - 患者さんから話を聞く
    - 労作時呼吸困難、起座呼吸
    - 倦怠感
    - 食欲低下
    - 抑うつ
  - 患者さんを観察する
    - 四肢の浮腫 特に下腿に対称性の浮腫
    - 体重のモニタリング 2kg以上の増加は注意  
慢性心不全治療ガイドラインJCS2010
    - 服薬状況は
    - 日常生活の様子は
- 有症状、有所見時は受診



## 慢性心不全の緩和ケア

- 末期心不全の予後予測は難しい
  - 心機能だけでは不十分、併存疾患や全身状態を考慮する
- 末期心不全の主な症状
  - 呼吸困難、疼痛（狭心痛、筋骨格系の痛み）、抑うつ
    - オピオイドの投与が有効であることもあるが…
- 終末期の蘇生処置についての検討

チャレンジ！非がん疾患の緩和ケア 平原佐斗司編著

## 参考文献

- ハリソン内科学原著第16版
- 慢性心不全治療ガイドラインJCS2010
- チャレンジ！非がん疾患の緩和ケア 平原佐斗司編著
- 週刊医学界新聞第3068号2014年3月17日 急性心不全におけるDECONGESTION 猪又孝元（北里大学医学部循環器内科学）
- 日本心不全学会HP 血中BNPやNT-proBNP値を用いた心不全診療の留意点について  
<http://www.asas.or.jp/jhfs/topics/bnp201300403.html>



## 4. 骨折



# 在宅医療における 骨折の診方

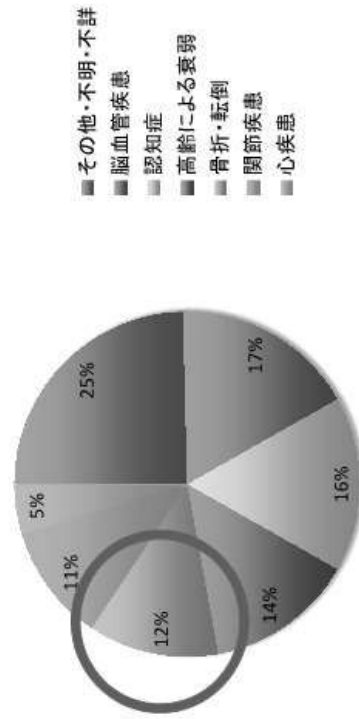
## 骨折を学ぶ意義

2017.10.28

ふれあいファミリークリニック

齋木啓子

## 介護が必要となった原因



## 骨折のリスク評価

## WHO 骨折リスク評価ツール(FRAX®)

- 骨密度あるいはリスクによって、個人の将来10年間の骨折発生確率を算出可能。
- <http://www.shef.ac.uk/FRAX/>
- FRAX®に使用されているリスク  
年齢、性、骨密度又はBMI、既存骨折、家族歴、喫煙、飲酒、ステロイド、関節リウマチ、続発性骨粗鬆症

## 脊椎圧迫骨折

### 【受傷機転】

- 多くは、後方へ転倒し尻餅をついたとき。
- 重いものを持ったり、畑作業や草むしりなどを長時間行ったりしたときにも。

### 【症状】

- 胸腰移行部に好発
- 鼠径部などに放散痛
- 体動時腰痛

### 【診断】

- X線検査
- 新旧の違いは分からないので、場合によってはMRI撮影
- MRIの診断確率は90数%以上！

- 多くは椎体の前方部がつぶれる。
  - 中央部のみの場合は、疼痛が軽度で骨折に気付かないことも。
  - 後方部にまで及ぶと、疼痛が強く、時に足の痺れ・運動障害、排尿障害等の神経症状を伴うことも。
- 【治療】
- 保存的治療が基本。
  - 硬めのコルセット、程度によってはギプス。
  - 受傷後1カ月間は、骨折部が不安定で容易に変形するので特に注意が必要。
  - 受傷後3～4週から骨形成が始まり、疼痛が軽減する。

#### 【リハビリ・予防】

- コルセットを外してすぐは、背部の筋力が弱っていて疲れやすいため、長時間の座位や台所仕事で腰痛出現。
- 重だるく、横になると15～20分くらいで改善。
- 背筋を中心に腹筋も鍛えて、徐々に身体を馴らす。
- 再度転倒しないようにバランス訓練も。
- 身体が回復するまで半年から1年を要する。
- 骨折予防に骨粗鬆症の評価・治療も重要。

## 大腿骨近位部骨折

### 【受傷機転】

- 最も多いのが転倒。
- 骨粗鬆症がある場合には、おむつ交換等で少し脚を捻った程度でも。

### 【症状】

- 股関節部の疼痛
- 歩行能力が損なわれる。  
(歩行能力回復のためには手術が必要！)

### 【治療】

- 手術的治療が基本。
- 骨接合術、又は人工骨頭置換術。

### 【診断】

- X線検査
- 亀裂骨折で分かりにくい場合はMRI撮影

## 頸部骨折 vs 転子部骨折

- 解剖学的な形状の違いから治療法が異なる。

### 1.股関節包との位置関係

- 頸部は関節包の内側
- 骨癒合に重要な外骨膜がない
- 癒合せず偽関節を生じ易い
- 転子部は関節包の外側
- 骨癒合に重要な外骨膜がある
- 癒合しやすい



## 2. 栄養血管

- 頸部や骨頭部を栄養する回旋動脈は細く、損傷を受けやすい。
- 骨頭壊死や遅発性骨頭陥没が生じる。
- 一方、転子部は周囲を血行の良い筋肉組織などに囲まれている。

- 頸部骨折：骨癒合しにくく偽関節となったり、骨頭部が壊死になり潰れて遅発性骨頭陥没になったりする。

⇒ 治療がとて難しい骨折！！

- 転子部骨折：骨癒合しやすく偽関節になる危険性が少なく、骨頭壊死にもなりにくい。

## 骨接合術

- 【適応】  
ズレが小さい頸部骨折  
転子部骨折

- 骨を金属などの器具で固定して、折れた部分をくっつける手術。

利点：侵襲性が低い。  
欠点：偽関節、骨頭壊死、遅発性骨頭陥没などの合併症を生じる危険性。

## 人工骨頭置換術

- 【適応】  
ズレが大きい頸部骨折

- 骨をくっつけるのは諦め、骨折した部分から骨頭までを切除し、人工物で置換する手術。

利点：偽関節、骨頭壊死、遅発性骨頭陥没などの合併症がない。  
欠点：侵襲性が高い。術後股関節脱臼。耐久性の問題。

### 【リハビリ・予防】

- 早期からの起立・歩行を目指した訓練が必要。
- 受傷前に自力で屋外歩行が可能であった患者でも、半年～1年後に元通りに近い歩行能力を獲得できるのは50%程度。
- 術後のリハビリテーションが重要。
- 反対側の骨折リスクも高いため、骨粗鬆症の治療や転倒予防も重要。

## 在宅医療の現状

### 在宅医療における骨折とは？

- 在宅医療＝「生活」
- 最大の着眼点は、骨折によって「生活に支障をきたすか？」
- 診断は治療を決めていくうえで必須。
- しかし、在宅医療においては、「在宅生活が維持できる」ならば、必ずしも決定的診断に至ることを求められない。

### 脊椎圧迫骨折

#### 【診断】

- 脊椎(棘突起)叩打痛

#### 【治療】

- 疼痛コントロール。
- 入浴やトイレなど日常的な生活動作を禁止せず、過度の安静を禁忌とし、廃用を予防。

## 大腿骨近位部骨折

### 【診断】

- スカルパ三角に圧痛
- 股関節屈曲、外転、外内旋の制限

### 【治療】

- 在宅療養患者は認知症を伴っていたり、重篤な心疾患があるなど、麻酔を含めて手術的治療にリスクが高い場合が多い。
- ほとんどの骨折は2～3カ月で骨癒合が得られ、多くは変形治癒するものの、変形によって失われる機能は少ない。

## まとめ

- 偽関節を生じやすい内側骨折でも、支持があれば短距離の歩行は可能で、疼痛も強くない。
- 受傷前に車椅子生活であればADLを低下させることはない。
- そもそも歩行が困難な症例であれば、解剖学的整復位を求めて手術的治療を行う意義は少ないといえる。

- 高齢になって骨粗鬆症になると、転倒などの比較的軽微な外力でも容易に骨折する。
- 事前にFRAX®を用いて担当患者の骨折リスクを評価しておく、
- 転倒のエピソード、体動時腰痛、脊椎叩打痛、歩行困難、スカルパ三角圧痛で骨折を疑い、
- 転倒予防、骨粗鬆症治療で骨折再発を予防しよう！



## 5. 慢性閉塞性肺疾患 (COPD)



# COPD



南葛勤医協 扇橋診療所  
永田 拓也

2017.11.18 統合アセスメントを考える会

## 概要

**慢性閉塞性肺疾患 (COPD : chronic obstructive pulmonary disease)** とは、従来、**慢性気管支炎**や**肺気腫**と呼ばれてきた病気の総称です。タバコ煙を主とする有害物質を長期に吸入曝露することで生じた肺の炎症性疾患であり、喫煙習慣を背景に中高年に発症する生活習慣病といえます。

[http://www.jrs.or.jp/modules/citizen/index.php?content\\_id=12](http://www.jrs.or.jp/modules/citizen/index.php?content_id=12)

# 本日のコンテンツ

- ① COPDの概要
- ② 病因
- ③ 肺の解剖とCOPD発生機序
- ④ 症状
- ⑤ 診断
- ⑥ 評価(重症度)
- ⑦ 予後
- ⑧ 治療

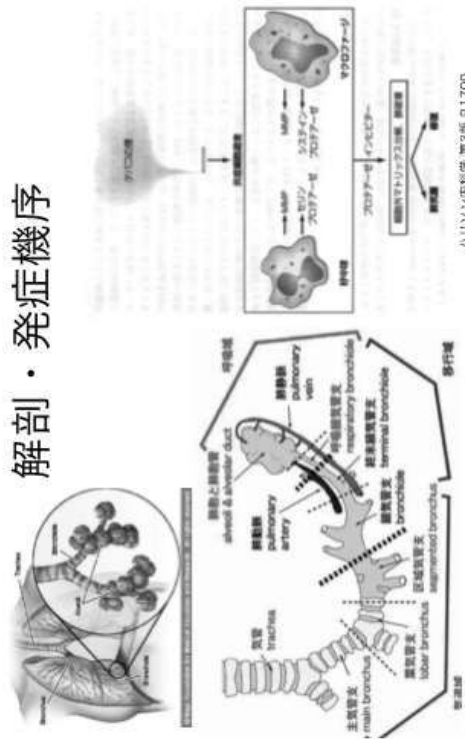


## 病因

最大の原因は**喫煙**であり、喫煙者の15~20%がCOPDを発症します。タバコの煙を吸入することで肺の中の気管支に炎症がおきて、せきやたんが出たり、**気管支が細くなることによって空気の流れが低下**します。また、気管支が枝分かれした奥にあるぶどうの房状の小さな袋である**肺胞が破壊されて、肺気腫**という状態になると、酸素の取り込みや二酸化炭素を排出する機能が低下します。COPDではこれらの変化が併存していると考えられており、治療によっても元に戻ることはありません。

[http://www.jrs.or.jp/modules/citizen/index.php?content\\_id=12](http://www.jrs.or.jp/modules/citizen/index.php?content_id=12)  
<https://blogs.nejm.org/now/index.php/the-asthma-copd-overlap-syndrome/2015/09/25/>

## 解剖・発症機序



<http://www.mayoclinic.jp/airways-and-sacs-of-the-lungs/jmp-200008294>  
<http://www.lab2.toho-u.ac.jp/med/physi1/respi/respi4.5/respi4.5.html>

ハリンゲン内科学 第3版 p1700

## COPDの肺②

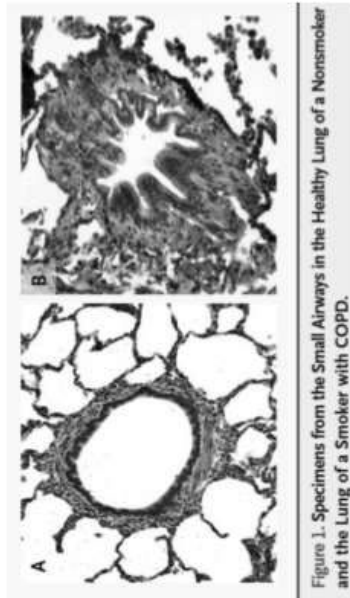
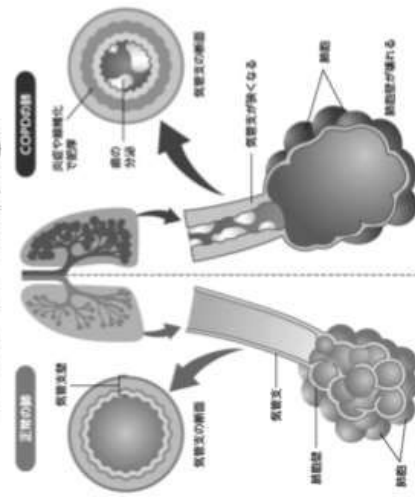


Figure 1. Specimens from the Small Airways in the Healthy Lung of a Nonsmoker and the Lung of a Smoker with COPD.

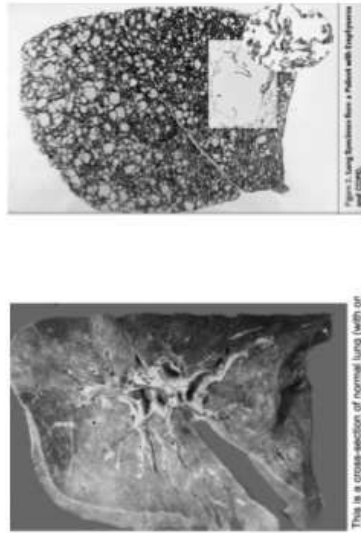
Cosio MG, Saetta M, Agusti A. Immunologic aspects of chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med.* 2009 Jun 4;360(23):2445-54.

## COPDの肺①



呼吸リハビリテーション学① COPDの基礎知識とセルフマネジメント 独立行政法人 国民生活衛生機構

## COPDの肺③



This is a gross-section of normal lung (left) or (right).

<https://library.med.utah.edu/WebPath/LUNGHTML/LUNG002.html>

Cosio MG, Saetta M, Agusti A. Immunologic aspects of chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med.* 2009 Jun 4;360(23):2445-54.

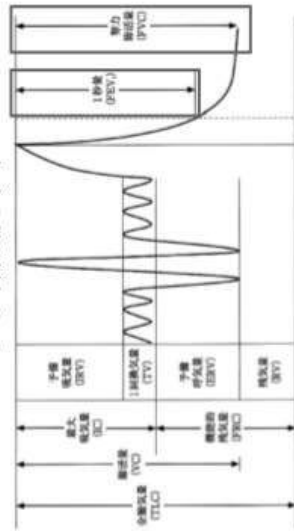


## 症状

歩行時や階段昇降など、身体を動かした時に息切れを感じる**労作時呼吸困難**や**慢性的せきやたん**が特徴的な症状です。一部の患者では、喘鳴や発作性呼吸困難などぜんそくの様な症状を合併する場合があります。

[http://www.jrs.or.jp/modules/citizen/index.php?content\\_id=12](http://www.jrs.or.jp/modules/citizen/index.php?content_id=12)

## 呼吸機能検査



**1秒量 (FEV1) :** 最初の1秒間で吐き出せる息の量  
**努力肺活量 (FVC) :** 思い切り息を吸ってから強く吐き出したときの息の量  
**1秒率 (FEV1%) :** FEV1値をFVC値で割った値  
**対標準1秒量 (%FEV1) :** 性、年齢、身長から求めたFEV1の標準値に対する割合  
久保田監, 呼吸機能検査 日本臨床 74(5), 763-767, 2016-05

## 診断

長期の喫煙歴があり慢性にせき、たん、労作時呼吸困難があればCOPDが疑われます。

確定診断には**スパイロメトリー**といわれる**呼吸機能検査**が必要です。最大努力で呼出した時にはける全体量(努力性肺活量)とその時に最初の1秒間ではける量(1秒量)を測定し、その比率である**1秒率(1秒量÷努力性肺活量)**が気道の狭くなっていく状態(閉塞性障害)の目安になります。気管支拡張薬を吸入したあとの**1秒率が70%未満**であり、閉塞性障害をきたすその他の疾患を除外できればCOPDと診断されます。

[http://www.jrs.or.jp/modules/citizen/index.php?content\\_id=12](http://www.jrs.or.jp/modules/citizen/index.php?content_id=12)

## 評価① 一気道閉塞の重症度

病期	特徴
I期	軽度の気流閉塞 %FEV1 ≥ 80%
II期	中等度の気流閉塞 50% ≤ %FEV1 < 80%
III期	高度の気流閉塞 30% ≤ %FEV1 < 50%
IV期	極めて高度の気流閉塞 %FEV1 < 30%

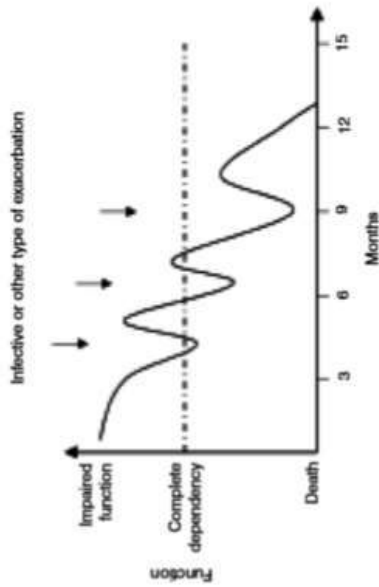
気管支拡張薬投与後の1秒率 (FEV1/FVC) 70%未満が必須条件。

**1秒量 (FEV1) :** 最初の1秒間で吐き出せる息の量  
**努力肺活量 (FVC) :** 思い切り息を吸ってから強く吐き出したときの息の量  
**1秒率 (FEV1%) :** FEV1値をFVC値で割った値  
**対標準1秒量 (%FEV1) :** 性、年齢、身長から求めたFEV1の標準値に対する割合

参考 : COPD (慢性閉塞性肺疾患) 診断と治療のためのガイドライン第4版 (日本呼吸学会)



## 予後・経過①



Richard Lehman Br J Gen Pract 2004; 54 (509): 892-893.

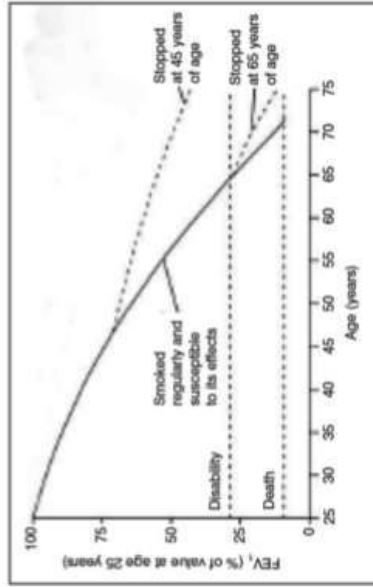
## 治療①

COPDに対する管理の目標は、

- (1) 症状および生活の質の改善、
- (2) 運動能と身体活動性の向上および維持、
- (3) 増悪の予防、
- (4) 疾患の進行抑制、
- (5) 全身併存症および肺合併症の予防と治療、
- (6) 生命予後の改善 にあります。

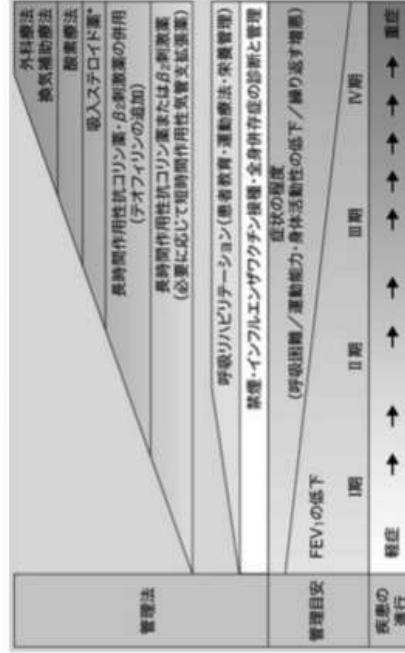
気流閉塞の重症度だけでなく、症状の程度や増悪の頻度を加味した重症度を総合的に判断したうえで治療法を段階的に増強していきます。

## 予後・経過②



Richard Lehman Br J Gen Pract 2004; 54 (509): 892-893.

## 治療②



<http://medical.nikkeibp.co.jp/leaf/all/special/clupd/201307/631282.html>

## 治療③

- 喫煙を続けると呼吸機能の悪化が加速するので、禁煙が治療の基本。
- 増悪をさけるため、**インフルエンザや肺炎球菌ワクチンの接種**。
- **薬物療法**の中心は**気管支拡張薬**（抗コリン薬・ $\beta_2$ 刺激薬・テオファイリン薬）です。効果や副作用の面から吸入薬が推奨されています。気流閉塞が重症で増悪を繰り返す場合は、吸入ステロイド薬を使用します
- **非薬物療法**では**呼吸リハビリテーション**（口すぼめ呼吸や腹式呼吸などの呼吸訓練・運動療法・栄養療法など）が中心となります。
- 低酸素血症が進行してしまった場合には**在宅酸素療法**が導入されます。
- 小型の人工呼吸器とマスクを用いて呼吸を助ける**換気補助療法**が行われることもあります。
- 症例によっては過膨張した肺を切除する**外科手術**（肺容量減少術）が検討されることもあります。

## 6. 認知症



2017年11月26日(日)  
第6回 統合アセスメントを考える会

## 自己紹介

### 「認知症」

東京ほくと医療生協 鹿浜診療所  
医師 石川 美緒



### 今回お話する内容

- 卒後11年目の家庭医
  - 診療所副所長
  - 好きな分野:在宅医療、緩和ケア、認知症、小児外来医療
  - 好きなもの:建築物、器、絵、彫刻、かばん、小説、日本酒(とそれに合う料理)
1. そもそも「認知症」とは？
  2. 病名「認知症」だけではなぜ駄目か？
  3. どのように診断するのか？
  4. それぞれの病気の特徴は？
    - ✓ アルツハイマー型認知症
    - ✓ 脳血管性認知症
    - ✓ レビー小体型認知症
    - ✓ 前頭側頭型認知症

### 1. そもそも「認知症」とは？

2. 病名「認知症」だけではなぜ駄目か？

3. どのように診断するのか？

4. それぞれの病気の特徴は？

✓ アルツハイマー型認知症

✓ 脳血管性認知症

✓ レビ-小体型認知症

✓ 前頭側頭型認知症

### そもそも「認知症」とは？

「いったん獲得された認知機能が、後天的な脳の器質性の病変によって低下し、**正常な日常生活や社会生活が営めなくなった状態**」

器質性とは⇒症状や疾患が臓器・組織の形態的異常にもとづいて生じている状態。

脳の器質性の病変⇒何らかの形で脳組織が壊れる、神経細胞が消失するなど、肉眼や顕微鏡で見つかる病変

### 器質性と機能性の違い

- 器質性⇔機能性
- 機能性 うつ病、廃用
- 神経細胞の機能低下、休止、または誤った機能を発揮
- しかし、形態変化はない。顕微鏡で脳を調べても病変は見つかからない

### 認知機能＝記憶力ではない

認知機能障害とは

- 記憶障害
  - ただではなく・・・
- 視空間認知障害 「よく物にぶつかる」「道に迷う」
- 言語障害 「言葉の意味がわからない」
- 遂行機能障害 「料理の段取りがつけられなくなった」
- 注意障害 「ものに集中できない」
- 社会的認知障害「他人の表情から感情を読み取れない」「その場に合った行動ができない」



記憶障害が無くても認知症のことがある

- 前頭側頭型認知症やレビー小体型認知症では、記憶障害で発症しないことが多い
- ICD-10、DSM-IVは記憶障害を認知症の診断基準の必須項目としていたために、初期の前頭側頭型認知症、レビー小体型認知症が認知症と診断されなれないという問題点があった

「認知症」は症候群である

- 「認知症」は、単一の疾患名ではなく、多様な原因疾患で生じる症候群である
- 可能な限りその原因疾患を明らかにする努力が必要

1. そもそも「認知症」とは？
2. 病名「認知症」だけではなぜ駄目か？

3. どのように診断するのか？

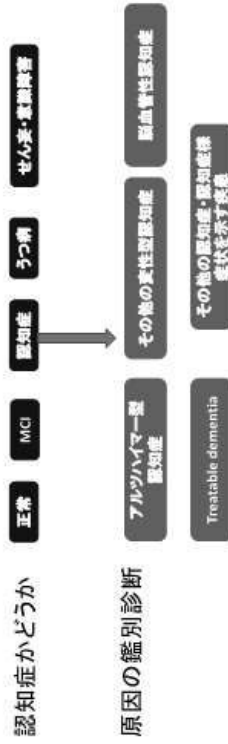
4. それぞれの病気の特徴は？

- ✓ アルツハイマー型認知症
- ✓ 脳血管性認知症
- ✓ レビー小体型認知症
- ✓ 前頭側頭型認知症

なぜ診断をつけることが必要なのか？

- 認知症病型によっては、よかれと思って処方した薬で副作用が強く出ることがある
  - レビー小体型では、風邪薬で歩けなくなったりする
- 病型により、主となる症状や経過が異なる。診断がついていないと、予想される経過を本人・家族に説明したり、対策をとることができない
- 経過の予測＋患者の意思決定支援。自分の思いを語れる内に、きちんと判断できるうちに…。
- 家族の早期からの教育的支援。身近な人間の対応が、本人の症状を悪化させ得る

## 診断の流れ



1. そもそも「認知症」とは？
2. 病名「認知症」だけではなぜ駄目か？
3. **どのように診断するのか？**
4. それぞれの病気の特徴は？
  - ✓ アルツハイマー型認知症
  - ✓ 脳血管性認知症
  - ✓ レビー小体型認知症
  - ✓ 前頭側頭型認知症

## 診断のために行うこと

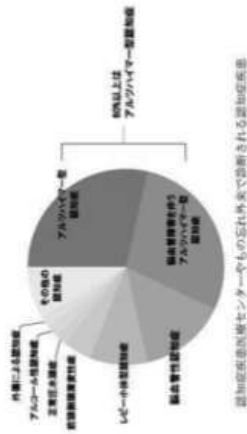
- 病歴の確認
- 身体診察、神経学的診察
- 血液検査
- 頭部画像検査 CT、MRI
- 神経心理検査
- 脳血流シンチ、MIBG心筋シンチ、など…

一番鍵になるのは、病歴。

その方の生活上の変化を一番把握している人から情報を得られるかどうか、にかかっている。

本人の病識と、介護者の捉えた障害程度には乖離がある。

## 病型の頻度、割合



認知症の原因疾患の割合は報告者により異なるが、おおむねアルツハイマー型認知症が50～55%で、レビー小体型認知症が20%とすものが多い。

1. そもそも「認知症」とは？
2. 病名「認知症」だけではなぜ駄目か？
3. どのように診断するのか？
4. それぞれの病気の特徴は？
  - ✓ アルツハイマー型認知症
  - ✓ 脳血管性認知症
  - ✓ レビー小体型認知症
  - ✓ 前頭側頭型認知症

## アルツハイマー型認知症

- 診断の助け
- 各病型の特徴、経過を知り、起こりうることを予測⇒家族に説明。心の準備、物の準備、サービースや制度利用等々ケア体制構築の準備
- 言動の背景を理解することにより、接し方やケアに生かす

アルツハイマー型認知症以外の認知症を疑うには、「アルツハイマーっぽくない」という感覚が大事。そのためにも、アルツハイマー型認知症についてきちんと理解することが必要



## FAST分類(Functional Assessment Staging) 行動観察によるアルツハイマー型認知症の重症度判定

ステージ	臨床診断	特徴
1	正常成人	日常的にも本能的にも機能障害なし
2	正常老化	軽微な障害あり、もはや自覚がない、他覚的障害あり
3	軽度領域	日常生活上の重要な仕事ができず、自覚を覚える仕事において 同僚によって補填される場面がある、新しい場所への移行は困難
4	軽度	パーソナル計画、買い物、金銭管理など日常生活における 重要な仕事ができず
5	中等度	状況に合わせて適切な対応がとれない、 入浴させるために浴槽が必要となる
6a	やや重度	能力では問題を正しく理解できず、入浴を嫌がる
6b		トイレの本体を洗ってしまう、尿を漏らす
6c		トイレの本体を洗ってしまう、尿を漏らす
6d		歩行困難
7a	重度	認知機能の低下（最大10%の低下）
7b		歩行能力の喪失
7c		歩行能力の喪失
7d		歩行能力の喪失
7e		歩行能力の喪失
7f		歩行能力の喪失

(Scian SG et al. Int. Psychogeriatr.  
1992; 4 Suppl 1: 55-68.)

軽度AD FAST4 HDS-R 17～22点程度

- 記憶障害 近時記憶障害
- 見当識障害 時間⇒日付⇒季節
- 精神症状 ものとられ妄想 喪失感から来るうつ、アパシー、不安
- 生活障害 基本的ADLは保たれるが、IADLに障害

中等度AD FAST5 HDS-R11～16点程度

- 記憶障害 即時記憶障害、昔のエピソードの詳細を忘れる
- 見当識障害 場所の見当識障害
- 言語障害 言葉の理解が徐々に低下する
- BPSDが出やすい時期
- 生活障害 基本的ADLの障害

重度AD FAST6～7d HDS-R 0～10点程度

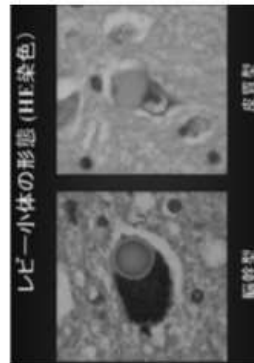
- 言語障害 言葉の減少。言葉によるコミュニケーションが困難
- 不快などの情動をあらわすことはできない
- 基本的ADL 全介助
- 食べ物ではないものを食べる、トイレの水の流し忘れ・拭き忘れ、トイレでないところで排泄する
- 尿失禁、便失禁
- 運動障害 歩行障害⇒座位保持障害⇒寝たきり
- 筋の固縮、ミオクロームス



## レビー小体型認知症 (DLB)らしさ

- アルツハイマー型認知症初期の主訴のほとんどが「もの忘れ」であるのに比べて、レビー小体型認知症の主訴は多様
- 診断基準を満たさなくても、この人はDLBかもしれない、と意識しながら診ていくことが重要
- レム睡眠行動異常 「寝言が大きい」「寝言を叫ぶ」「隣で寝ていたらなぐられた、蹴られた」
- 幻視
- 不安感が強うつ傾向
- 様々な身体的愁訴
- 動作がゆっくりになった
- 便秘

## なぜ症状が多彩なのか？



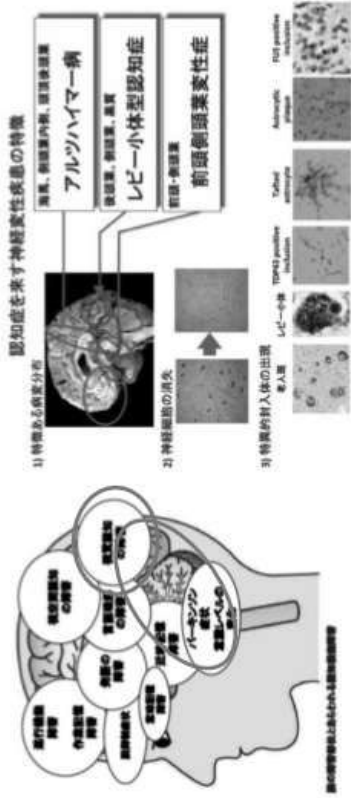
- レビー小体は、大脳皮質だけでなく、脳の様々な場所（大脳基底核、脳幹）や、心臓、腸、膀胱、皮膚などを支配する末梢自律神経系にも蓄積する
- どこに先に蓄積するかによって症状が異なる
- 中脳などが脳幹の病変が先行するのがパーキンソン病

## レビースコア コウノメンツドより

項目・診断時の所見	フルスコア
早期過覚性 (かげ草などが知覚されたことがある)	2点
幻視 (2点) / 妄想 (「人がいるような気がする」など) (1点)	2点
意識消失発作 (短らなてかんは無く)	1点
夜間の寝言 (1点) / 夜間の叫び (2点)	2点
嚥下障害 (食事中にむせる)	1点
ももとの性格が価値もないほど病的にまじめ	1点
日中の嗜眠、1時間以上の嗜眠	2点
安静時の振戦	1点
臨床現象 (出車時顔面汗)※ (2点) / フォーストリッド※ (1点)	2点
身体の特徴 (2点) / 軽度の身体の特徴 (1点)	2点
合計	16点

3点以上でDLBを疑う

※医師が患者の顔を手動鏡に反映させた際。  
 a: 患者が顔と手のように小刻みな振戦を感じる  
 b: 最初の振戦時のみ振戦があり、その後はスムーズに動く (両側性の振戦)

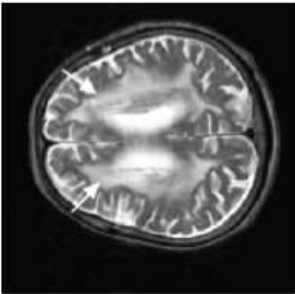




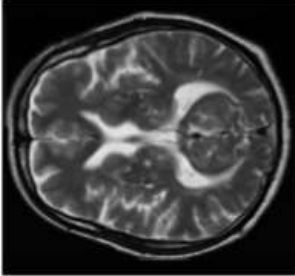


## 脳血管性認知症で多い頭部MRI画像

ピンスワンガー型



多発性ラクナ梗塞



比較の画像(脳梗塞)



## 脳血管性認知症らしさ

- 遂行機能障害(段取りの悪さ、要領の悪さ)を主体とする認知症状(記憶障害、見当識障害はあっても、早期であれば軽度)
- アパシー、抑うつなどの精神症状
- 悲観的・うつ的な受け答え
- 感情・欲求の制御障害
- 強制泣き・笑い
- 理解や会話のスピードが遅い
- 身体症状の合併：歩行障害、嚥下障害、構音障害

## 皮質下性認知症といわれるタイプが多い

- 大脳白質の神経線維連絡網が破壊される
- 片麻痺、失語、失行、失認など局在性皮質病変を示す症状は少ない
- 思考の鈍麻、発動性の低下、パーキンソン症状

## 脳血管性認知症のポイント

- 症状は病変部位に依存するため、発症も進行も個人差が大きい
- 病識は晩期まで保たれる
- 全身の血管の動脈硬化により、合併する疾患が多い(虚血性心疾患、慢性心不全、慢性腎臓病 など)
- 家族からの相談は、もの忘れよりも、「ほっとして何もしようとしなさい」「よくむせる」「動作がにぶくなった」「トイレに行かせるのが大変」等であることが多い

## 病型の特徴 まとめ

病型	らしさ	主な病変・機能低下部位
アルツハイマー型認知症	振り向き現象、再認不能な記憶障害、取り違いや病識低下	海馬、頭頂葉、側頭葉、前頭前野、マイネルト核
レビー小体型認知症	幻視、症状変動、パーキンソンニズム、転倒、便秘、REM睡眠行動障害	後頭葉、皮質下核、マイネルト核
前頭側頭型認知症	立ち去り、我が道を行く行動、周顧、強制把握	前頭前野、側頭葉
脳血管性認知症	自覚性低下、思者疎麻、強制泣き笑い、偽性球麻痺	両側大脳白質、大脳基底核

## 参考図書

- ・ 認知症疾患ガイドライン2017
- ・ 認知症の正しい理解と包括的医療・ケアのポイント 快一徹！脳活性化リハビリテーションで進行を防ごう



## 7. 惡性腫瘍



# 悪性腫瘍 消化器・肺癌を中心に

国立がん研究センター 東病院 緩和医療科  
小杉 和博

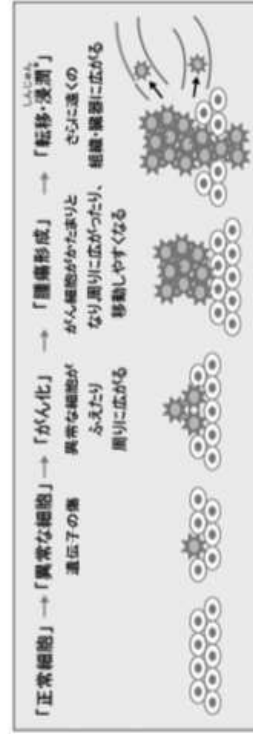
## 本日のお品書き

- 悪性腫瘍の基礎知識
- 悪性腫瘍の発生部位
- 消化器癌・肺癌・乳癌の特徴と転移しやすい臓器
- 転移に対する治療
- 悪液質
- 終末期に起こりうる変化
- DIC・せん妄

## 本日のお品書き

- 悪性腫瘍の基礎知識
- 悪性腫瘍の発生部位
- 消化器癌・肺癌・乳癌の特徴と転移しやすい臓器
- 転移に対する治療
- 悪液質
- 終末期に起こりうる変化
- DIC・せん妄

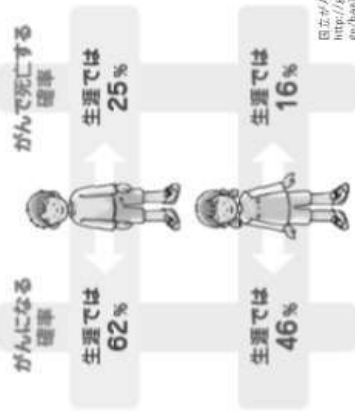
## 悪性腫瘍の発生と進行



国立がん研究センターがん情報サービスより  
<http://ganjoho.jp/fkikei/chapter3-1/03-01-01.html>



①誰でもなる可能性がある



国立がん研究センターがん情報サービス  
[http://ganjoho.jp/public/dtu\\_1/e/knowledge/get/ba5c3.html](http://ganjoho.jp/public/dtu_1/e/knowledge/get/ba5c3.html)

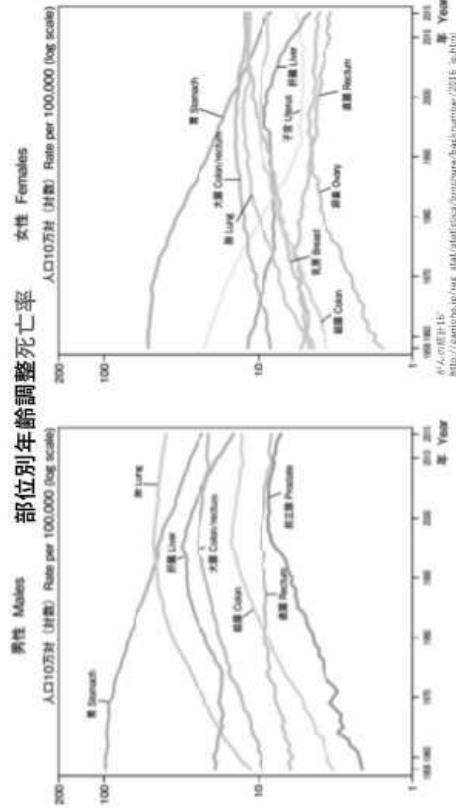
②予防できるものがあるが、完全には防げない

- 禁煙や食生活の見直し、感染予防などで「なりにくくする」ことはできる
- しかし、それらをしていてもがんは「ならないようにする」ことはできない

国立がん研究センターがん情報サービス  
[http://ganjoho.jp/public/esc\\_1/e/knowledge/basic.html](http://ganjoho.jp/public/esc_1/e/knowledge/basic.html)

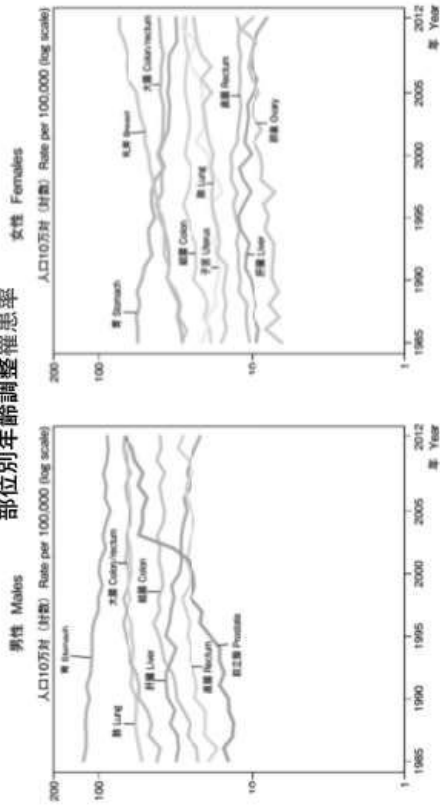
本日のお品書き

- 悪性腫瘍の基礎知識
- **悪性腫瘍の発生部位**
- 消化器癌・肺癌・乳癌の特徴と転移しやすい臓器
- 注意すべき骨転移
- 悪液質
- 終末期に起こりうる変化
- DIC・せん妄



がんの統計15  
[http://ganjoho.jp/ut\\_data/statistics/honshu-bachumaw/2015\\_3.html](http://ganjoho.jp/ut_data/statistics/honshu-bachumaw/2015_3.html)

部位別年齢調整罹患率



部位別がん死亡数(2015年)

	1位 1st	2位 2nd	3位 3rd	4位 4th	5位 5th
男性 Males	肺 Lung	胃 Stomach	大腸 Colon/rectum	肝臓 Liver	膵臓 Pancreas
女性 Females	大腸 Colon/rectum	肺 Lung	胃 Stomach	膵臓 Pancreas	乳房 Breast
男女計 Both	肺 Lung	大腸 Colon/rectum	胃 Stomach	膵臓 Pancreas	肝臓 Liver

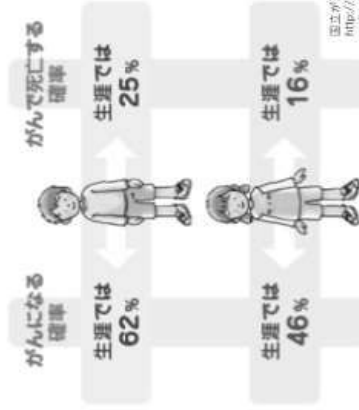
がんの啓発冊  
http://ganjoke.jp/mag\_data/statistics/brochure/backnumber/2016\_jp.html

部位別がん罹患数(2012年)

	1位 1st	2位 2nd	3位 3rd	4位 4th	5位 5th
男性 Males	胃 Stomach	大腸 Colon/rectum	肺 Lung	前立腺 Prostate	肝臓 Liver
女性 Females	乳房 Breast	大腸 Colon/rectum	胃 Stomach	肺 Lung	子宮(全体) Uterus
男女計 Both	大腸 Colon/rectum	胃 Stomach	肺 Lung	乳房 Breast	前立腺 Prostate

がんの啓発冊  
http://ganjoke.jp/mag\_data/statistics/brochure/backnumber/2015\_jp.html

①誰でもなる可能性がある



国立がん研究センターがん対策センター  
http://ganjoke.jp/pub/ris/can\_3th/risowled/gan\_owled.html



## 部位別がん死亡数(2015年)

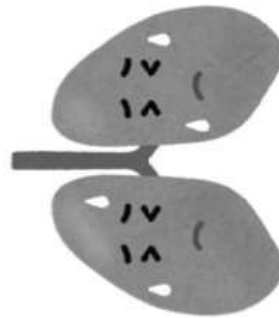
	1位 1st	2位 2nd	3位 3rd	4位 4th	5位 5th
男性 Males	肺 Lung	胃 Stomach	大腸 Colon/rectum	肝臓 Liver	膵臓 Pancreas
女性 Females	大腸 Colon/rectum	肺 Lung	胃 Stomach	膵臓 Pancreas	乳房 Breast
男女計 Both	肺 Lung	大腸 Colon/rectum	胃 Stomach	膵臓 Pancreas	肝臓 Liver

がん統計13  
[http://ganjoho.jp/public/cancer\\_statistics/broad\\_hung\\_bichu\\_numer/2015\\_jp.htm](http://ganjoho.jp/public/cancer_statistics/broad_hung_bichu_numer/2015_jp.htm)

## 本日のお品書き

- 悪性腫瘍の基礎知識
- 悪性腫瘍の発生部位
- **消化器癌・肺癌・乳癌の特徴と転移しやすい臓器**
- 転移に対する治療
- 悪液質
- 終末期に起こりうる変化
- DIC・せん妄

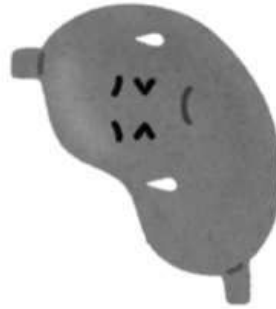
## 肺がん



- 組織型から小細胞癌と非小細胞癌に分類される
- 小細胞癌は腫瘍の増殖速度が速い
- 近年、分子標的薬や免疫チェックポイント阻害剤など薬物療法の進歩が目覚ましい
- 転移しやすい臓器として脳、骨、肝臓、副腎

国立がん研究センターがん情報サービス  
<http://ganjoho.jp/public/cancer/index.html>  
 新江空 日本臨床腫瘍学会編 新臨床腫瘍学第4版

## 胃がん



- 東アジアで多く欧米では少ない
- 死亡率が高かったために検診が広く行われるようになった
- ヘリコバクター・ピロリ菌感染が危険因子
- 約6割はStage Iで発見
- 転移しやすい臓器として肝臓、腹膜、肺、骨

国立がん研究センターがん情報サービス  
<http://ganjoho.jp/public/cancer/index.html>  
 新江空 日本臨床腫瘍学会編 新臨床腫瘍学第4版

## 大腸がん



- S状結腸、直腸にできやすい
- 家族歴は危険因子
- 肝転移・肺転移は取り切れるのであれば手術の適応
- 転移しやすい臓器として肝臓、肺、腹膜

国立がん研究センターがん情報サービス  
<http://ganjoho.jp/public/cancer/index.html>  
 南江堂 日本臨床腫瘍学会編 新臨床腫瘍学第4版

## 肝がん



- 約9割は肝細胞癌
- 肝炎ウイルスの持続感染が危険因子(80%がHCV、15%がHBV)
- アルコールや脂肪肝も危険因子
- 複数あっても局所療法の適応あり
- 転移しやすい臓器として肺、骨、腹膜、副腎

国立がん研究センターがん情報サービス  
<http://ganjoho.jp/public/cancer/index.html>  
 南江堂 日本臨床腫瘍学会編 新臨床腫瘍学第4版

## 膵がん



- 診断時の約7割は切除不能の進行癌
- 多くが1年以内に死亡する最難治癌
- 膵頭部癌であれば約6割は黄疸を発症
- 転移しやすい臓器として肝臓、肺

国立がん研究センターがん情報サービス  
<http://ganjoho.jp/public/cancer/index.html>  
 南江堂 日本臨床腫瘍学会編 新臨床腫瘍学第4版

## 乳がん



- 罹患率が上昇しているが、生存率が高い
- エストロゲンが重要な働きをしている
- 化学療法、ホルモン療法、分子標的薬など薬物療法の選択肢が多い
- 術後20年経っても再発のリスクがある
- 転移しやすい臓器として骨、肺、皮膚、肝臓、胸膜、脳

国立がん研究センターがん情報サービス  
<http://ganjoho.jp/public/cancer/index.html>  
 南江堂 日本臨床腫瘍学会編 新臨床腫瘍学第4版

## 本日のお品書き

- 悪性腫瘍の基礎知識
- 悪性腫瘍の発生部位
- 消化器癌・肺癌・乳癌の特徴と転移しやすい臓器
- **転移に対する治療**
- 悪液質
- 終末期に起こりうる変化
- DIC・せん妄

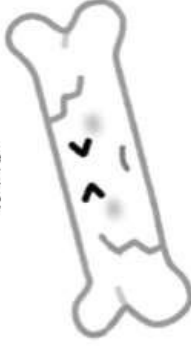
## 転移に対する治療

脳転移



- 全脳照射
- 定位放射線治療

骨転移



- 放射線治療
- ビスフォスフォネート製剤

## 注意すべき骨転移：脊髄圧迫

- 脊椎転移の2-20%で脊髄圧迫に移行
- 発生部位は胸椎60%、腰椎30%、頸椎10%
- 原発巣は肺癌、肺癌、前立腺癌が20%ずつ
- 初期症状の9割は痛みの増強 神経症状があれば積極的に疑う
- MRIが感度・特異度とも高い
- 予後が長期であれば除圧固定術 短ければ放射線照射
- 手術・放射線までの急性期治療として大量ステロイド投与  
(デキサメタゾン 16mg/日)

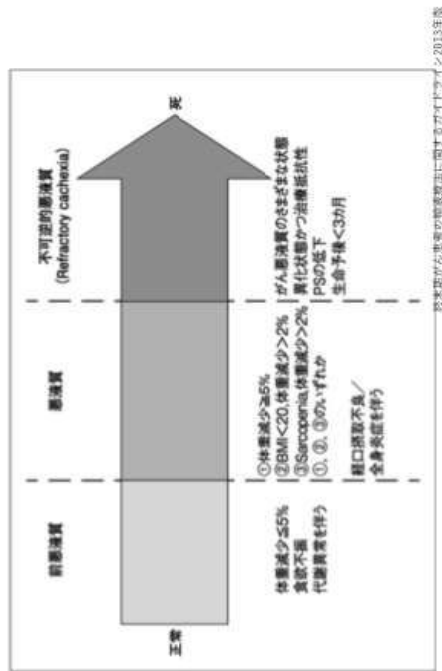
## 本日のお品書き

- 悪性腫瘍の基礎知識
- 悪性腫瘍の発生部位
- 消化器癌・肺癌・乳癌の特徴と転移しやすい臓器
- 転移に対する治療
- **悪液質**
- 終末期に起こりうる変化
- DIC・せん妄

## 悪液質

- 定義：従来の栄養療法で完全に回復することは不可能な、進行性の機能障害をもたらす著しい筋組織の減少を特徴とする多因子症候群。  
病態生理学的には、  
経口摂取の減少と代謝異常によりもたらされる蛋白質およびエネルギーの喪失状態。
- 慢性炎症により筋肉量の減少をはじめ蛋白質合成の低下、インスリン抵抗性、脂質分解の亢進などの代謝異常が発生する。  
→この状態で栄養投与を行っても、著しい異化亢進により有効に利用されない。

山口高生：がんと栄養療法と患者の生活の質に関するガイドライン2013年版  
Frezza, et al., "Definition and classification of cancer cachexia: an international consensus." The Lancet Oncology, 11: 489-495, 2011.

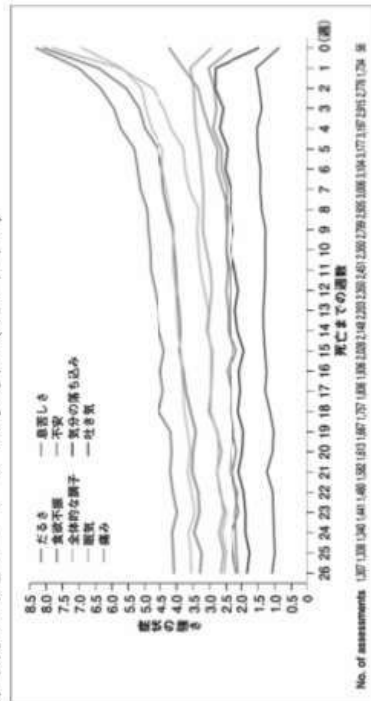


日本のがん治療ガイドライン2013年版

## 本日のお品書き

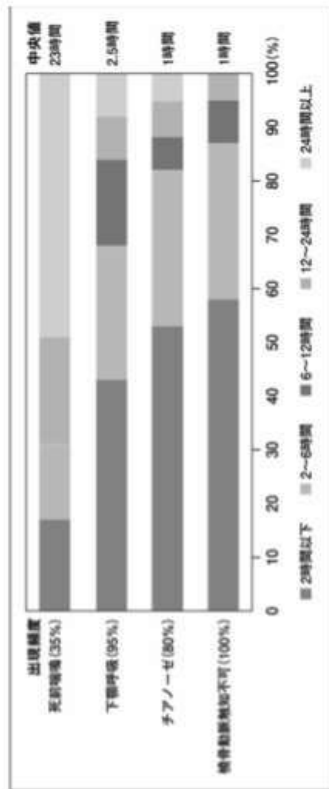
- 悪性腫瘍の基礎知識
- 悪性腫瘍の発生部位
- 消化器癌・肺癌・乳癌の特徴と転移しやすい臓器
- 転移に対する治療
- 悪液質
- 終末期に起こりうる変化
- DIC・せん妄

## 終末期に起こりうる変化(週単位)





## 終末期に起こりうる変化(時間単位)



## 本日のお品書き

- 悪性腫瘍の基礎知識
- 悪性腫瘍の発生部位
- 消化器癌・肺癌・乳癌の特徴と転移しやすい臓器
- 転移に対する治療
- 悪液質
- 終末期に起こりうる変化
- DIC・せん妄

## 播種性血管内凝固症候群(DIC)

- 急性前骨髄球性白血病(APL)をはじめとする血液悪性腫瘍や肺癌(乳癌、肺癌、肝細胞癌など)でよくみられる
- 全身持続性の著しい凝固活性化をきたし、最小血管内に微小血栓が多発する重篤な病態
- 日本の年間患者数は73000人、死亡率は56.0%
- 治療は基礎疾患の治療が最重要 がんであれば化学療法
- 抗凝固療法(ヘパリン)の使用も検討されるが、がん終末期での適応はかなり難しい

中央医学社 最新医学書編 臨床に適用する血液学

## 終末期せん妄

- せん妄は終末期がん患者の7~9割で生じる
  - それを体験した家族の6割以上が苦痛だったと答えている
  - 終末期がん患者では薬物だけではなく脱水、低酸素血症などの徴候や肝不全、腎不全などの臓器障害も合併しており、原因の治療は困難
- 抗精神病薬などの対症療法



Morita T, et al. J Pain Symptom Manage 2007;34:379-389.

## 終末期せん妄

遺族調査によると

- 家族の6割は「疼痛などの身体的苦痛」、4割は「薬物」が原因と考えていた
- また、医療者へは「家族とともにいる」「患者の主観的な世界を尊重する」「起こりうる症状を説明する」「家族の身体的・精神的負担に配慮する」が望まれていた
- 上記を配慮した丁寧な説明が肝要



Merita T. et al. / Pain Symptom Manage. 2007;35:579-586.





## 8. 筋萎縮性側索硬化症 (ALS)



## 神経難病の治療について

参照

- LIVE TODAY FOR TOMORROW プログラム委員会
- ALSステーション
- 慶應義塾大学 KOMPAS

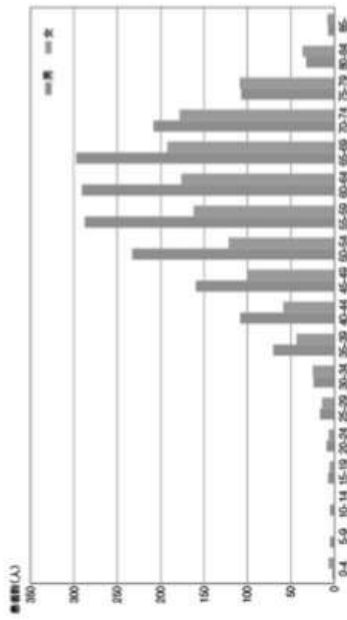


会田記念リハビリ病院  
院長 篠田雄一

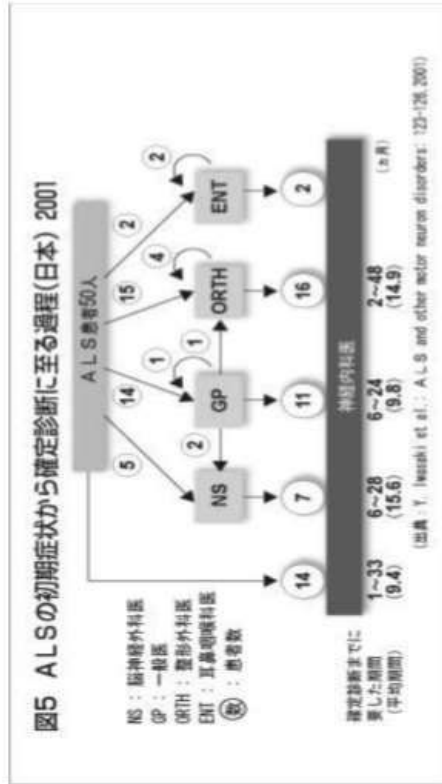
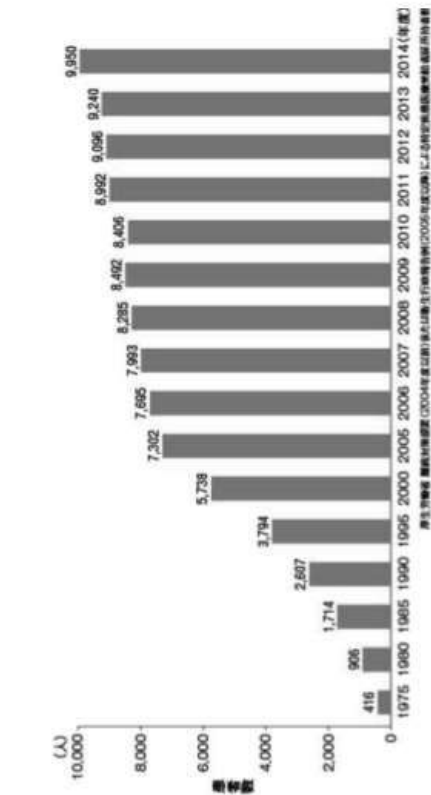
- 77 -

## 患者数

- 発病率が10万人あたり1.1~2.5人
- 日本では約1万人
- 多くが50~70歳代で発症、男性のほうがやや多い

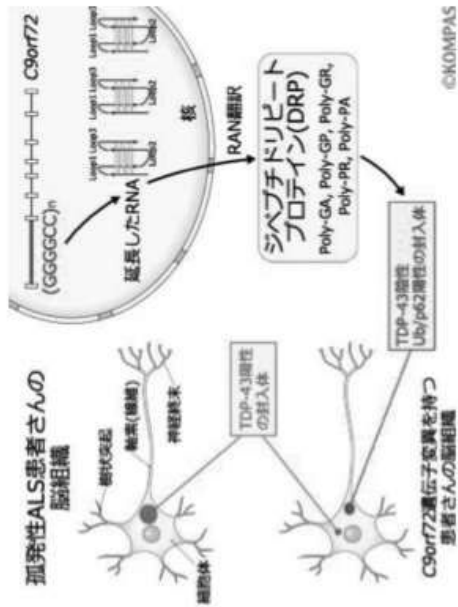


早期発見できれば！

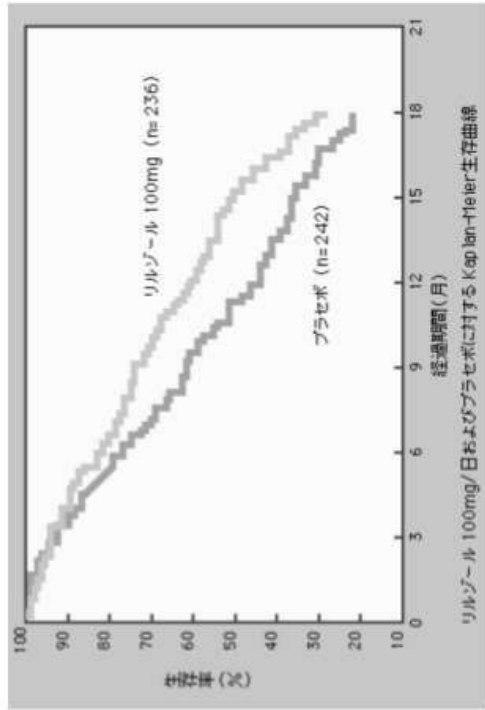


# ALSの原因

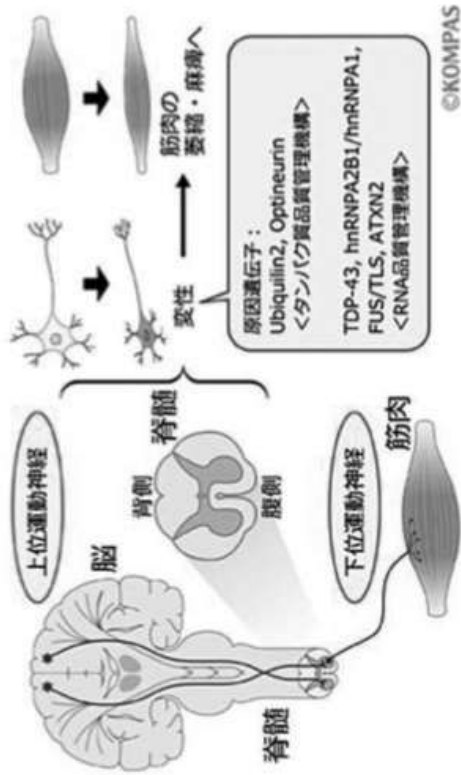
- 遺伝異常：家族性ALS患者の1/4～1/2、孤発性ALSの1%程度(総ALS患者の4～5%)に出現→遺伝子異常が運動ニューロン死を引き起こし、ALSを発症する分子機構は未解明。他、RNA修飾制御蛋白の異常(TDP-43やFUS/TLS)。
- 細胞異常興奮：通常の神経伝達で放出されたグルタミン酸が同時にCaイオンを過剰流入(カルシウム透過性AMPA受容体が発現)して細胞障害(孤発性ALS)
- 他：興奮性細胞死との関連でグルタミン酸放出過剰説・グルタミン酸トランスポーター異常説、ミトコンドリア障害説、酸化ストレス説、蛋白構造異常や蛋白分解系の機能異常による異常蛋白の蓄積説、ニューロンの構造や分子の輸送に関わる細胞骨格蛋白の異常説、栄養因子欠乏説、免疫異常説、中毒・欠乏(重金属など)説、感染(レトロウイルス)説、外傷説、など。



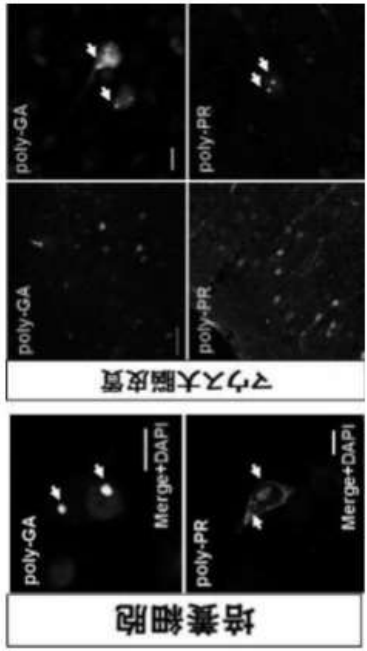
©KOMPAS



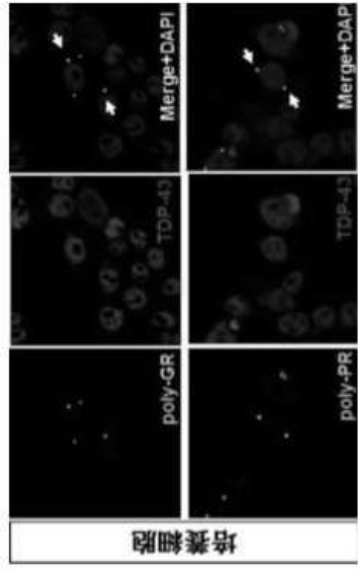
リルゾール 100mg/日およびプラセボに対するKaplan-Meier生存曲線



poly-GAは培養神経細胞およびマウス大脳皮質にて凝集塊を形成し、これはc9ALS/FTDに類似した特徴的な凝集塊と類似

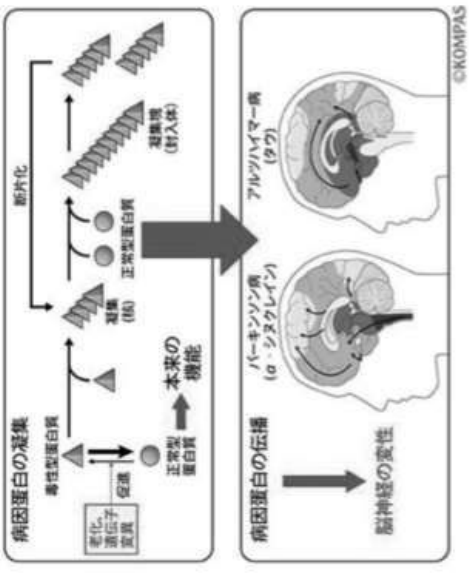


poly-GR,PRの凝集塊とTDP-43  
poly-GRおよびPRは、poly-GAと異なりTDP-43陽性の凝集塊を形成。

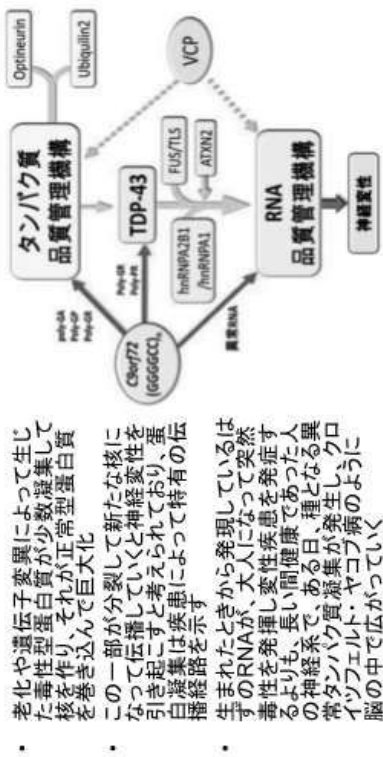


- 5つのDRPをコードするプラスミドを培養細胞に導入し観察したところ、poly-GA、poly-GRおよびpoly-PRは細胞内に凝集塊を形成する(図3)。子宮内電気穿孔法という方法を用いて胎児マウスの大脳に遺伝子導入を行った場合も同様に観察(前図)。poly-GAの凝集塊は、患者さんの脳で見られるものと同じで上述のユビキチンやp62陽性。
- 一方poly-GRおよびpoly-PRは核に集積し、細胞質にも封入体を形成(次図)。これらの封入体はpoly-GAと異なり、TDP-43をはじめとした様々なALS関連RNA結合タンパクをリクルートしている。
- これらの結果から、poly-GAIは細胞内で難溶性の凝集塊をつくり、これはc9ALS/FTDに特徴的な凝集塊と類似していたのに対し、poly-GRやpoly-PRなどの塩基性DRPはこれまでに報告されているALS/FTD関連RNA結合タンパクの局在を変化させている。

### Braak仮説



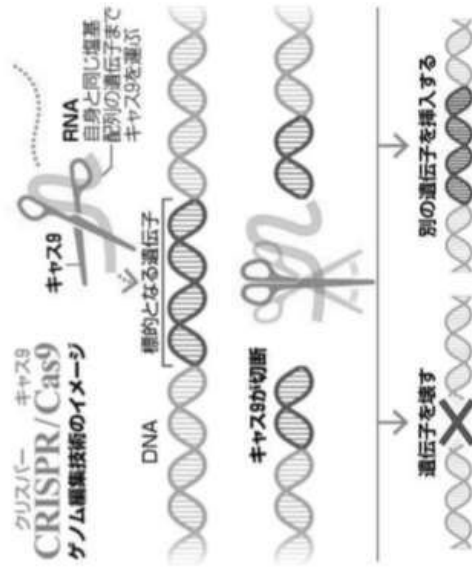
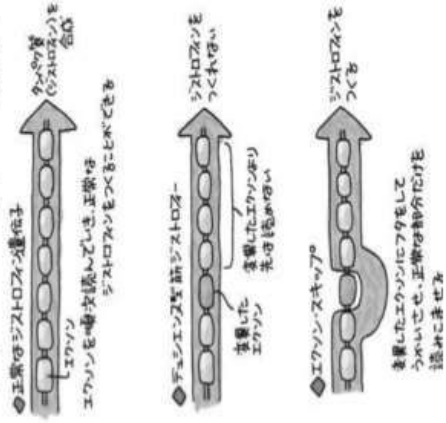
## C9orf72遺伝子変異によるDRPはタンパク質品質管理機構を障害し、RNA結合タンパク質と干渉してタンパク凝集を発生しやすくする可能性



## 遺伝子治療

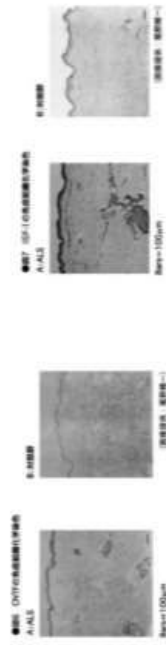
- メリット;根本治療の可能性
- デメリット;倫理的問題

## DMDに対するアンチセンスによるエキソンスキップ療法



## ALSの皮膚変化

- 毛様体神経栄養因子 (ciliary neurotrophic factor: CNTF) は眼の毛様体神経細胞をはじめ、運動神経、網膜神経等の生存と機能維持に重要な役割を果たしている。
- ALS患者の皮膚のCNTF免疫組織染色はALS患者すべてにおいて、対照群と比較して濃染するOno S., et al. Lancet 352: 958-959, 1998.
- ALS患者の皮膚のIGF- I の免疫組織化学的検討では、ALS患者の表皮および皮膚付属器官ではIGF- I が対照群と比較して著明に増加していることが明らかになったOno S., et al. J Neurol Neurosurg Psychiatry 69: 199-203, 2000.

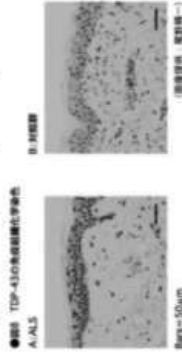


## 主な治療

- 薬物治療；対症治療、ラディカルスカベンジ
- 遺伝子治療；アンチセンス、クリスパー
- サポートケア；呼吸、栄養、コミュニケーション、レスパイト、何となくリハビリ
- [http://www.als.gr.jp/staff/seminar/seminar49/seminar49\\_02.html](http://www.als.gr.jp/staff/seminar/seminar49/seminar49_02.html)

## TDP-43 “TAR DNA-binding protein of 43kDa”

- TDP-43蛋白は全身の臓器に広汎に発現するRNA結合核蛋白質である。ALSの皮下神経核や脊髄前角運動ニューロンにみられるユビキチン免疫染色を示す線維状封入体[スケイン構封入体 (skein-like inclusion: SLI)]あるいは球状のhyaline inclusions (HI)、そして認知症を伴うALS (ALS-D)や前頭側頭葉萎縮性症 (frontotemporal lobar degeneration: FTLD)の海馬歯状回顆粒細胞や前頭側頭葉皮質の神経細胞に出現するタウやシヌクレインに陰性でユビキチンにのみ陽性を示す封入体 (ubiquitinated inclusions: UIs)はいずれもTDP-43に陽性であることが明らかになったSuzuki M, Mikami H, Watanabe T, et al. Acta Neurol Scand 122: 367-372, 2010.



## 薬物治療

- メリット；部分最適化でレバレッジ効果
- デメリット；病態生理が完全解明されていないと効果減弱

- ALSの重症度分類 \* が1度、または2度
  - 日常生活をこなす能力を測るアンケート (ALSFRS-R) で、一定以上の能力がある
  - 呼吸機能が正常に保たれている
  - ALSを発症してから2年以内
- リルゾールはALS患者の生存期間や人工呼吸器装着までの期間を約3か月間延長させるとい

## サポートケア

- メリット: コスパ良し
- デメリット: マザーテレサ的

## 栄養

- 生存期間延長に対するPEG栄養補助の有効性は？  
結論: 適切な対照を施した研究および多変量解析を用いた研究の結果から、ALSにおけるPEG施行は生存期間の延長におそらく有効であると判断されるが、十分なデータが得られていないため、その効果を定量化することはできない(クラスII研究2件)。推奨: PEGは、ALS患者において生存期間延長のために検討すべきである(レベルB)。
- QOLに対するPEG経腸栄養の効果は？  
結論: QOLに対する経腸栄養の効果に関するエビデンスはない。推奨: ALS患者におけるPEGのQOL改善効果に關し、十分なデータが得られていないため、支持することも否定することもできない(レベルU)。
- 生存期間延長またはQOLに対するビタミンおよび栄養補助食品の有効性は？  
結論: 1. ALS患者において、クレアチン5~10 g/日は進行速度の遅延および生存期間の延長に關して有効ではない(クラスI研究2件)。
  - ビタミンE 5,000 mg/日+リソール併用は生存期間の延長および(運動)機能の転換の改善に關しておそらく有効ではない(クラスI研究1件)。ビタミンE (1,000 mg/日+リソール)は、ある指標でALSの重症度を評価した場合に、より重症への進行の遅延にわずかに有効であったが、その他さまざまな指標による評価では有効性は認められない(クラスI研究1件)。
  - 推奨: クレアチン5~10 g/日は、疾患進行の遅延に有効ではないため、ALS治療として投与すべきではない(レベルA)。高用量ビタミンEはALS治療として検討すべきではない(レベルB)が、低用量ビタミンEについてはエビデンスが曖昧なため推奨を示すことができない(レベルU)。

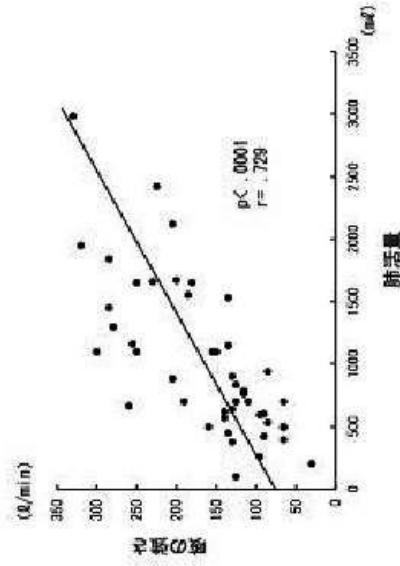
## 呼吸管理

- 呼吸不全を検出するための最適な肺機能検査は？  
結論: 1. 夜間オキシメトリーおよび最大吸気圧(MIP)は、呼吸不全の早期検出において立位FVCよりも有効な可能性がある(クラスIII研究2件)。
  - 2. 仰臥位FVCは、横隔膜筋力低下の検出において立位FVCよりも有効な可能性があるが、夜間低換気の状態との相関がより高い(クラスIII研究2件)。
  - 3. Sniff経膈膈圧(Sniff Pdi)およびSniff鼻吸気圧(SNP)は、高炭酸ガス血症および夜間低酸素血症の検出において有効な可能性がある(クラスIII研究2件)。推奨: 1. 夜間オキシメトリーは(FVCにかかわらず)、低換気の検出のために検討してもよい(レベルC)。
  - 2. 仰臥位FVCおよびMIPは、ルーチンな呼吸機能モニタリングにおいて立位FVC以上に有用と考えてもよい(レベルC)。
  - 3. SNPは、高炭酸ガス血症および夜間低酸素血症の検出のために検討してもよい(レベルC)。
- 非侵襲的呼吸補助(NIV)は呼吸機能の改善または生存期間の延長をもたらすか？  
結論: NIVは、生存期間の延長(クラスI研究1件、クラスIII研究3件)およびFVC低下の遅延(クラスI研究1件、クラスIII研究1件)におそらく有効である。推奨: NIVは、生存期間の延長およびFVC低下の遅延のために、ALSにおける呼吸不全の治療として検討すべきである(レベルB)。

- 侵襲的呼吸補助(TIV)および非侵襲的呼吸補助はQOLにどう影響するか？  
結論: 1. NIVは、呼吸不全を伴うALS患者においてQOLの改善に有効な可能性がある(クラスIII研究5件)。
  - 2. TIVは、ALS患者においてQOL維持に有効な可能性があるが、介護者の負担は増大する可能性がある(クラスIII研究2件)。推奨: 1. NIVは、呼吸不全を伴うALS患者においてQOL改善のために検討してもよい(レベルC)。
  - 2. TIVは、長期の呼吸サポートを希望するALS患者において、QOL維持のために検討してもよい(レベルC)。
- 侵襲的呼吸補助および非侵襲的呼吸補助の受容(性)に影響する因子は？  
結論: 1. 夜間オキシメトリーは、呼吸不全の早期検出に有効な可能性があるが、NIVの早期開始はコンプライアンスを改善させる可能性がある(クラスIII研究2件)。
  - 2. 球麻痺症状がある場合や物事を判断・決定する能力に障害がある場合は、NIVのコンプライアンスが低下する可能性がある(クラスIII研究2件)。推奨: NIVは、ALS患者のNIVコンプライアンスの改善のために、夜間低換気または呼吸不全の初期症状が確認された時点で検討してもよい(レベルC)。
- 分泌物除去を目的とした呼吸補助器の有効性は？  
結論: 1. 機械的咳嗽補助(MIE)は、咳嗽ピークフロー値(PCEF)の低下が認められるALS患者において上気道分泌物の除去に有効な可能性があるが、臨床的意義のある差が得られるかどうかは不明である(クラスIII研究4件)。
  - 2. 高頻度胸壁運動法(HFCWO)は、気道分泌物を管理する補助手段としては証明されていない(クラスIII研究2件)において相反する結果が得られている。推奨: 1. MIEは、PCEFの低下が認められるALS患者において、特に急性肺感染発症時に分泌物除去のために検討してもよい(レベルC)。
  - 2. ALS患者における気道分泌物除去を目的としたHFCWOの使用に關し、十分なデータが得られていないため、支持することも否定することもできない(レベルU)。



## 肺活量が少なくなると咳の力も弱くなっている



- 咳の力、すなわちCPF は270ℓ分以上必要です。これより少なくなると、風邪を引いた時など体調がすぐれない時に痰を出すことが難しくなります。
- さらに160ℓ分以下になると、日常から痰がからみやすくなります。ちょっとした風邪でも肺炎などを合併し、重症化しやすくなります。

## 最大強制吸気量 (maximum insufflation capacity ; MIC)

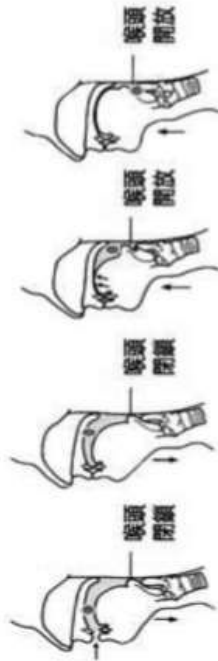
- MIC 練習の目的
- MIC を維持するための練習を、深吸気練習または肺胞拡張練習といいます。
  - ① 肺の柔らかさを保つ
  - ② 無気肺を予防する
  - ③ 排痰に利用する

## PEEP 弁付き救急蘇生バッグを使用したMIC 練習



<https://www.jmda.or.jp/4-4-pdf/reha-06.pdf#search=%27pcf+%E5%91%BC%E5%90%B8%27>

## 舌咽頭呼吸法 (ぜついんとうこきゆうほう)



### 肺活量が50%以下 →息溜め(エア・スタッキング)

- 救急蘇生用バッグをマウスピースか鼻マスクにつなげて空気を肺に送り込み、吸気を2~3回分続けて保持するものです。カフマシンの吸気(40cmH2O)をフェイスマスクで送る
- 従量式呼吸器(40cmH2Oまで気道内圧が上がるようにアラームを設定して)をマウスピースか鼻マスクに接続してもできます。
- また、胸の筋肉を使わなくても、口とどの筋肉を使うだけでできる舌咽頭呼吸(別名カエル呼吸)を覚えると、器具を使わなくても、いつでも肺に空気を一杯に溜めることができます。
- 肺活量が少なくても、大きな声で、長く話したり歌ったりするたぐいに便利ですが、気管切開をすることでできなくなります。このためかの方法で息溜め数回を朝・昼・晩などに2~4回/日行い、最大強制吸気量を維持します。

## 神経筋疾患に必要な呼吸機能評価

- 肺活量(VC)と最大強制吸気量(MIC): 坐位と仰臥位で測定
- 最大呼吸流速(PCF): 自力の咳と、介助咳(MIC後に、ゴホンという呼吸に合わせて胸部下部か上腹部を押す)とで測定
- 酸素飽和度(SaO2): 日中および下記の場合は睡眠時に測定
  - 倦怠感、朝に多い頭痛、睡眠障害、集中力低下、イライラ感、抑うつ状態などの慢性肺泡低換気症状が疑われる時
  - 仰臥位のSaO2が坐位よりかなり低い時
  - 眠る時に2つ以上の枕を使うようになった時
  - 肺活量が40%以下の時
  - 日中の呼気炭酸ガス濃度(EtCO2)が45mmHg以上の時
  - 寝つまいでないので日中のSaO2が95%以下の時
  - 脊髄性筋萎縮症では夜間頻回に目覚める時
- EtCO2: 日中に測定することです。

## 肺活量が50%以下か、PCFが270ml/分

- 寝つまいになる危険
- 呼吸機能検査ができない2才半~5才以前の脊髄性筋萎縮症タイプ1型・2型、先天性ミオハチーでも同様の注意が必要です。
- バルスオキシメーターを指に付けて、SaO2が93%以下に低下したり、痰がからんだら、徒手による介助咳か、カフマシンで痰を出します。PCFの正常域は360~600L/分ですが、カフマシンを使うと360~960L/分と、咳の弱い人にも正常と同じくらいの咳を作り出し、痰を肺と気道から取り去ることができます。
- そして、鼻マスクと人工呼吸器を使って呼吸筋休息と十分な換気を保ち、酸素を使わずにSaO2を95%以上に保つようにします。呼吸不全時は、酸素ロリー、特に蛋白や脂肪の種類の補給も大事です。もし、この方法でも酸素を使わずにSaO2を92%以上に保つことができなかつたり、呼吸苦、脱水、高熱、眠気が続くなら、診察を受ける必要があります。
- 特に、2才半~5才以前では、咳が上手にできなくて、カフマシンにも協働できないため、かぜをひくと肺炎になって急性呼吸不全になることがあります。その場合、治療として気管挿管が必要になることもあります。気管挿管チューブにもカフマシンの接続して痰をとり、気管内挿管チューブが早く抜けるようにします。福山型筋ジストロフィーなどの誤嚥による窒息、嚥下性肺炎の治療にもカフマシンが有効なことがあります。

## 夜間の非侵襲的人工呼吸(鼻マスクやリップシールによる)導入

- 慢性肺胞低換気症状を認めた場合、また、たとえ症状が無くても息を吸う筋肉の力が急速に低下する場合や、日中の高炭酸ガス血症( $\text{EtCO}_2$ が $45\text{mmHg}$ 以上)や、夜間の平均 $\text{SaO}_2$ が $95\%$ 以下になる時間が1時間以上の場合
- 従形式人工呼吸器(携帯型ではバイパップ、オニキス、Tバード VS、NIPネーサルなど普及、乳幼児や睡眠時無呼吸症候群)
- 従形式呼吸器(携帯型ではPLV-100、LP-10、PB-280、T Bird VSなど)：5才以降の神経筋疾患患者では、息溜めができ、肺や気道の抵抗にかかわらず一定の換気を維持できるように使うことが望ましいとされています。背嚙性筋萎縮症タイプ1型や2型では、適応により、幼児期から鼻マスク人工呼吸で睡眠時に胸郭運動と肺の広がりを補助すると、肺と胸郭の発達が改善することも期待。
- 夜間の非侵襲的人工呼吸によっても屋間の $\text{SaO}_2$ が $93\%$ 以下か、 $\text{EtCO}_2$ が $50\text{mmHg}$ 以上になる時点では、夜間だけでなく、昼間車椅子上でも非侵襲的人工呼吸(鼻マスクやリップシールによる)を適宜追加。
- 気管切開：PCFが $160\text{L}/\text{分}$ 以下でカフマシーンによっても排痰できず、非侵襲的人工呼吸に協働できず $\text{SaO}_2$ が $94\%$ 以上保てない例や、コントロールできないいれん合併例、マスク類のフィットが得られない例

— 85 —

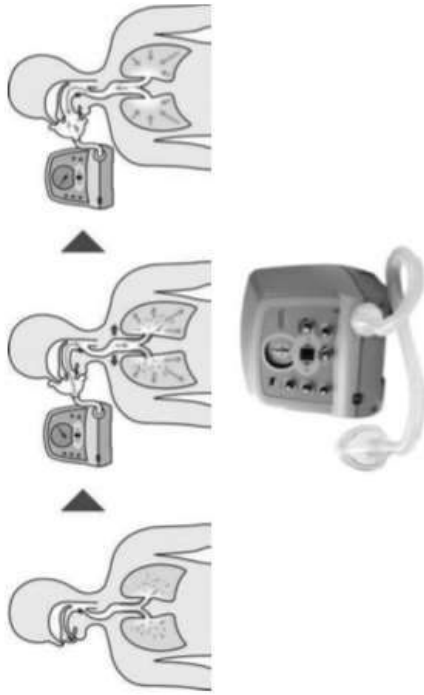
## 体重変化

- 症状が比較的軽い病初期の段階から、基礎代謝量が増加して体重減少。
- 病中期に筋肉がやせせて筋肉が消費するエネルギーが少なくなっても、呼吸障害やALSに特有な要因による大量のエネルギー消費は解消されない。
- 体重安定化に対する経腸栄養は、体重/BMIの安定化におそらく有効である(クラスII研究2件、クラスIII研究7件)。推奨：PEGによる経腸栄養は、食事の経口摂取が困難なALS患者において体重安定化のために検討すべきである(レベルB)。



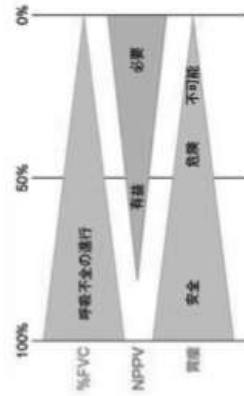
※注：疾病初期として行う呼吸補助(気管切開下嚥経腸栄養)は経腸栄養(Transcutaneous Positive Pressure Ventilation：TPPV2)

## カフアシスト



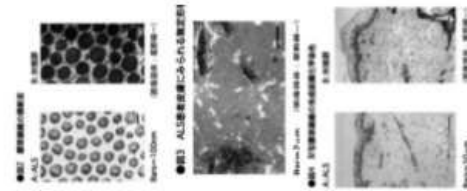
## 胃瘻を造るタイミング

- 体重が $10\%$ 以上減少した
  - BMIが $18.5\text{ kg/m}^2$ を下回った
  - NPPVを開始するとき
  - NPPV開始後に呼吸不全が進行してからは胃瘻造設は難しい
  - ALSではどの時点でPEGが適応されるか？
- 結論：ALSに特異的な、PEG適応の時期に関する研究はないが、嚥下障害を伴うALS患者にPEGを適応する場合、努力性肺活量(FVC)が予測値の $50\%$ を上回っていない(クラスIII研究1件)。
- 推奨：ALS患者におけるPEG適応の時期に関し、十分なデータが得られていないため、特定の時期を支持することも否定することもできない(レベルU)。



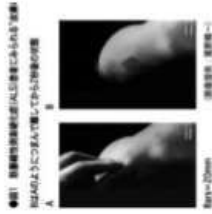
## ALSと褥瘡

- ALS患者に皮膚のつまみ現象がみられる理由は不明であるが、ALS患者の皮膚では、①膠原線維の直径が小径化する、②膠原線維束間に無定形物質が沈着する、③ヒアルロン酸が増加する、などの所見がみられ、さらにこれらの所見はALSの経過とともに著明になる。
- 皮膚のつまみ現象は、ALS患者の皮膚に上記①～③のような特異的な病理所見が高度になった場合に認められるとALS患者の皮膚生検において、①膠原線維の小径化(図2)、②膠原線維の直径はALSの罹病期間と有意な負の相関があること(図3)、④これら物質の著しい増加がみられること(図3)、④これらの所見は対照群ではみられない。
- 一般に、膠原線維の直径は加齢とともに増加。



- ALS患者の皮膚はなめし皮のようにしなやかであり、皮膚をつまんで離すと元の位置に戻るのに時間がかかる現象(“皮膚のつまみ現象”)がみられる(図1)。この現象は発症後通常2年以上経過した患者に認められる。皮膚のつまみ現象と褥瘡が起らないことはALSに特有のと考えられるが、これまであまり注目されていなかった。ALS患者の皮膚病変については、1960年Fullmerらによって初めて報告された<sup>1)</sup>。以来、ALSの皮膚に関する研究はほとんど行われていない。
- 発症後2年以上経過したALS患者の上肢、とりわけ前腕伸側部でよく認められる。

1) Ono S, Toyokura Y, Mannen T, et al. "Delayed return phenomenon" in amyotrophic lateral sclerosis. *Acta Neurol Scand* 77: 102-107, 19882) Fullmer HM, Siedler HD, Krooth RS, et al. A cutaneous disorder of connective tissue in amyotrophic lateral sclerosis. *A histochemical study. Neurology* 10: 717-724, 1960



## 9. 統合失調症



## 本日の内容

1. 統合失調症の概要  
症状, 原因, 経過, 予後, 治療法など
2. 併診時に注意していること  
生活習慣病, 服薬確認, コミュニケーションなど

## 統合失調症



医療福祉生協連家庭医療学開発センター/久地診療所  
森屋 淳子

### 統合失調症とは

- 100~120人に1人がかかる病気
- 脳の様々な働きを統合する機能が失調している状態
- 感情・思考・行動をまとめることができなくなる病気
- 多くは思春期から30歳までに発病  
平均発症年齢は男性27歳, 女性30歳

陽性症状, 陰性症状, 認知機能障害の  
3種類の症状がある



### 統合失調症の症状

#### 陽性症状

- 妄想
- 幻見
- 思考障害
- 緊張病性の行動



#### 陰性症状

- 情動表出の減少
- 思考の低下
- 意欲の減退
- 対人コミュニケーションの障害  
(なてこもり)



#### 認知機能障害

- 記憶力低下
- 注意・集中力低下
- 判断力の低下



本人の気持ち: こわい, 不安, あせり, 孤独感, 分かってもらえない...

## 周囲にもわかる統合失調症のサイン

### 幻覚や妄想のサイン：

- ・いつも不安そうで、緊張している
- ・悪口をいわれた、いじめを受けたと訴えるが、現実には何も起きていない
- ・監視や盗聴を受けているというので調べたが、何も見つけられない
- ・ぶつぶつと独り言を言っている
- ・にやにや笑うことが多い
- ・命令する声が聞こえるという

### 会話や行動の障害：

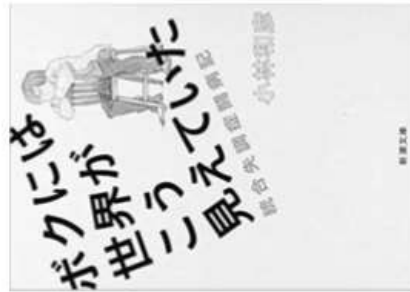
- ・話にまともさがなく、何が言いたいのかわからない
- ・相手の話の内容がつかめない
- ・作業のミスが多い

### 意欲の障害：

- ・打ち込んできた趣味、楽しみにしていたことに興味を示さなくなった

— 90 —

## 当事者の闘病記

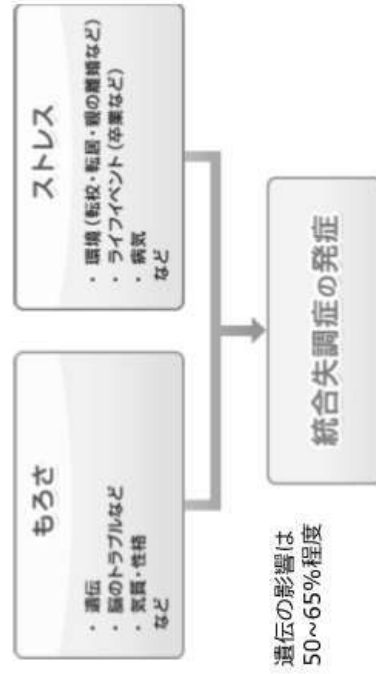


## 幻聴疑似体験



<https://www.mental-navi.net/togoshicchoshohoforaround/virtual.html>

## 原因：ストレス・脆弱性モデル



(統合失調症ナビより)



## 原因：脳の生化学的仮説 (ドパミン・セロトニンの機能異常?)



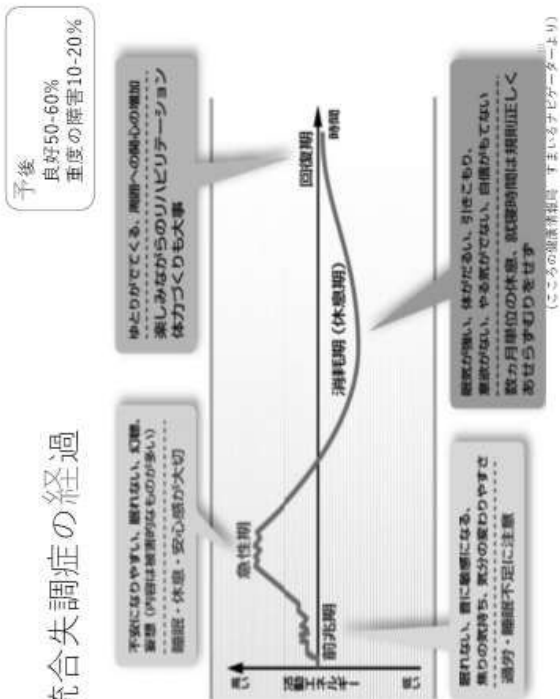
(統合失調症ナビより)

## 診断までの流れ

- 病識がないことも多い  
「本人が困っていること」「生きづらさ」「きゅうくつな感じ」に焦点をあてる。  
無理強いをせず、細いながらも関係性の糸をつないでおくことを心がける。
- 鑑別すべき疾患
  - ・ 初期精神障害、統合失調症
  - ・ 気分障害
  - ・ 統合失調症前駆群
  - ・ 気分障害 (抑うつ状態、双極性障害)
  - ・ 人格障害
  - ・ 身体疾患から生じる精神症状(せん妄、中枢神経系、脳腫瘍、脳卒中、外傷性脳損傷)
  - ・ ADHD、自閉スペクトラム症
  - ・ 強迫症、PTSD
  - ・ 物質・医薬品誘発性精神障害(薬害、覚せい剤など)
  - ・ 認知症
- 診断はDSM-5もしくはICD-10で行う。  
障害は6か月以上持続していることが原則。

(統合失調症ナビより)

## 統合失調症の経過



予後  
良好50-60%  
重度の障害10-20%

(このころの臨床情報誌「すまいるナビゲーター」より)

## 統合失調症の治療

急性期      消耗期 (休息期)      回復期



生活支援：制度やサービスの活用  
心理的サポート：居場所や役割、仲間、病気の知識  
リハビリテーション：デイケア、作業療法、SST、心理教育

## 薬物療法



## 併診時に注意していること

1. 糖尿病など生活習慣病の悪化：一般人口の2~3倍なりやすい
2. 服薬アドヒアランス、副作用の確認
3. 再発の兆候・症状増悪（希死念慮や自殺企図など）の有無  
：自殺率約5~6%、措置入院や医療保護入院が必要なことも。
4. コミュニケーションの取り方

## 1. 生活習慣病のコントロール

### • メタボになりやすい原因

- 服薬している薬剤の副作用
- 症状に伴う運動不足
- 不規則な生活
- 健康への関心低下
- おやつ、ジュース、お酒、たばこ

第2世代抗精神病薬を服用した患者さんのメタボ合併率



Dahe H et al. Schizophrenia Research 101, 295-303 (2008) J-CO28

## 2. 薬を飲みたがらない...

### 理由は色々...

- うっかり飲み忘れてしまう
- 薬の種類や数、飲む回数が多く、飲むのが負担になっている
- 副作用が気になって飲みたくない
- 本人に「病氣」という自覚がなく、飲む意思がない

### 服薬を続けるための工夫と相談

**周囲にできる工夫**

- 原因が見ているところで飲む
- 声かけをする
- 服薬カレンダーやケースなどを使う
- 薬の副作用がないか、本人に聞いてみる etc.

**病院で相談**

- 副作用があることを伝えて、副作用を少なくする方法について相談する
- 服薬の必要性について再度、説明してもらおう
- 服薬の負担について相談する etc.

### 3. 周囲が分かる再発のサイン



1. 眠れない日が続く
2. イライラしている
3. 音に敏感になる
4. 食欲が落ちている
5. 焦りや不安の訴えが多くなる
6. 発作時の体験を昨日のことのように語る
7. ソワソワして落ち着きがなくなる
8. ぼーっと考え込みだりする
9. 被害的で、疑い深くなる
10. 急に行動的になり、周囲の意見に耳を貸さなくなる

(こころの健康情報局 すまいるナビゲーターより)

11

### 具体的な対応法

1. 短く簡潔に大人言葉で話す。
2. はつきりと具体的に話す。
3. 会話1回につき1つの指示（質問）にする。
4. 否定的な言葉は使わない、とがめだてをしない。
5. こちらのペースを押し付けない。
6. 命令口調で言わない。
7. 相手の顔をつぶさないように留意しつつ、助言や手助けを。
8. 幻覚、妄想には中立的な態度で。  
「不思議ですね・・・」  
「なるほど、それは恐ろしいですね」
9. 皮肉で対応しない。
10. ともに実感（共感）できるものをつくる。

12

### 4. コミュニケーションの取り方

まずは統合失調症の人に共通した気質と行動特性を理解する

- ・ 適度に休むことができず、疲れやすい。
- ・ 状況の把握が苦手で、臨機応変な対応が難しい。
- ・ 状況の変化にもろく、課題に直面すると混乱してしまう。
- ・ 過去の経験に照らして行動できず、同じ失敗を繰り返しやすい。
- ・ 方便としての嘘をつくことができず、断れない。
- ・ 自己像がひどくあいまいで、受動的な態度が目立つ。
- ・ 不安を持ちやすい。
- ・ 焦ったり、緊張しやすい。

13

### 参考文献



こころの健康情報局 すまいるナビゲーター 統合失調症  
<https://www.smilenavigator.jp/tougou/>  
 統合失調症ナビ  
<https://www.mental-navi.net/togoshicchoshoh/>

14



## 研究成果の刊行に関する一覧表

## 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	統合ケアマネジメント事例検討会 「認知症、糖尿病のある70代男性、独居、ゴミ多く階段が狭い木造アパートに暮らす、尿臭あり、働いていた弁当屋も出入り禁止、食事、服薬、入浴、運動のため週5日通所に」	月刊ケアマネジメント	26(12)	46-51	2015
川越雅弘	統合ケアマネジメント事例検討会 「片まひの男性、急に転倒が増え、機能低下、このままのケアプランでいいか？」	月刊ケアマネジメント	27(2)	50-55	2016
川越雅弘	統合ケアマネジメント事例検討会 「高血圧、パーキンソン症候群の男性、転倒が増えるなど病気が進行、今後のケアをどうするか？」	月刊ケアマネジメント	27(3)	48-53	2016
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に支援できるか」	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」。迷うケアマネジャー」	月刊ケア マネジメント	28(1)	38-44	2017
曾根稔雅, 中谷直樹, 遠又靖文, 辻 一郎, 川越雅弘	訪問・通所リハビリテーション利用者の特性と課題に関する実態調査	厚生 の指標	65(3)	1-8	2018
黒田慎也, 川越雅弘	多職種を交えたりハビリ事例検討会, 第10回, 複数の疾患を抱え、転倒と入退院を繰り返す事例	作業療法 ジャーナル	51(4)	330-336	2017
有川友美, 川越雅弘	多職種を交えたりハビリ事例検討会, 第11回, ADL動作の安定性・耐久性が低下した事例	作業療法 ジャーナル	51(5)	418-425	2017
遊佐将人, 川越雅弘	多職種を交えたりハビリ事例検討会, 第12回 独居で転倒リスクがある事例	作業療法 ジャーナル	51(6)	502-508	2017
大沼侑太 郎, 川越雅弘	多職種を交えたりハビリ事例検討会, 第13回 できるADLとしているADLの乖離がある事例	作業療法 ジャーナル	51(7)	594-601	2017

梶川賢太, 川越雅弘	多職種を交えたりハビリ事例検討会, 第14回 訪問リハにより機能を改善し社会資源活用へ つなげる事例	作業療法 ジャーナル	51(10)	1036-1042	2017
長谷川寛 一, 川越雅弘	多職種を交えたりハビリ事例検討会, 第15回, 若年性脊髄損傷者の復職に向けた在宅リハの 事例	作業療法 ジャーナル	51(12)	1216-1223	2017
横山直之 川越雅弘	多職種を交えたりハビリ事例検討会, 第16回, 装具の実用的使用に向けた支援をしている9歳 男児の事例	作業療法 ジャーナル	52(1)	68-75	2018
會田和史 川越雅弘	多職種を交えたりハビリ事例検討会, 第17回, 原因不明の重度精神発達遅滞で在宅生活継続 を検討している事例	作業療法 ジャーナル	52(3)	258-265	2018
川越雅弘	統合ケアマネジメント事例検討会 高齢者住宅に住む80代女性 元看護師 自分 で薬を管理 老年期精神病で幻聴がある	月刊ケア マネジメント	29(1)	42-48	2017