

平成23年度 老人保健事業推進費等補助金
老人保健健康増進等事業

ケアプランへのリハビリ支援が 介護支援専門員及び介護職の ケア内容に及ぼす効果に関する 調査研究事業 報告書

平成24年3月

社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会

目次

事業サマリー

第1章 調査研究事業の概要	1
1. 事業の実施目的等	1
(1) 平成22年度事業の概要と成果	1
(2) 本年度事業の目的	2
2. 調査研究事業の進め方	2
(1) 事業概要	2
(2) 事業イメージ図	5
(3) 事業で明らかにする内容(リハビリ支援の成果)	6
(4) 実施期間	6
(5) 事業実施フロー(実施要領から国保直診分のみ抜粋)	7
3. 検討委員会・作業部会	8
第2章 調査結果	9
1. 調査協力者の構成と基本属性	9
(1) 介護サービス利用者の基本属性	9
(2) 介護支援専門員及び介護職員の構成と基本属性	11
(3) リハビリ専門職及び地域包括支援センターの構成と基本属性	14
2. 介護サービス利用者の評価(実施前・実施後)及び変化	16
(1) FIM得点の変化(全体・特養・居宅)	16
(2) QOLの変化(全体・特養・居宅)	18
3. ケアプランの変化	22
(1) リハビリ支援によって変化した箇所と内容	22
(2) ケアプランに反映することが難しい内容と理由	25
4. 介護支援専門員の変化	27
(1) 介護支援専門員の有能感の変化(全体・特養・居宅)	27
(2) ケアプラン作成に関する介護支援専門員の資質の変化(全体・特養・居宅)	31
5. 介護職員の変化	39
(1) 介護職員の有能感の変化	39
(2) 介護職員が感じたリハビリ支援の効果	40
6. リハビリ専門職の変化	43
(1) リハビリ専門職の有能感の変化	43
(2) リハビリ専門職が感じたリハビリ支援の効果	44
7. リハビリ支援を取り巻く地域連携の課題	47
第3章 ヒアリング調査	49
1. ヒアリング調査のまとめ	49
(1) 調査方法、調査期間	49
(2) ケアプランの変更状況と介護支援専門員の視点の変化	49
(3) ケアプラン変更に伴う課題	50

(4) リハビリ支援継続の試みについて	50
(5) 地域包括支援センターとの連携について	51
2. 各病院の報告	52
(1) 公立みつぎ総合病院	52
(2) 綾川町国保陶病院	55
(3) 国保平戸市民病院	59
(4) 公立羽咋病院	63
(5) 南砺市民病院	67
(6) 市立大森病院	70
 第4章 調査結果のまとめと提言	 89
1. 調査結果のまとめ(リハビリ支援の効果)	89
(1) 利用者への効果	89
(2) ケアプランの改善効果	90
(3) 介護職及び医療職への効果	91
(4) 地域の多職種連携に対する効果	93
2. 提言	94
 資料編	
事業実施要領	
合同研修会資料	
調査集計表	

事業サマリー

ケアプランへのリハビリ支援が介護支援専門員及び介護職員の

ケア内容に及ぼす効果に関する調査研究事業

事業サマリー

社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会
ケアプランへのリハビリ支援が介護支援専門員及び介護職員の
ケア内容に及ぼす効果に関する調査研究委員会

1. 事業の実施目的

(1) 昨年度調査の概要と本年度調査の目的

1) 平成 22 年度調査について

近年、医療分野であるリハビリテーション（以下、リハビリという。）の知見を高齢者の介護に適応することで、高齢者のADLの維持・向上、QOLの向上が図られることが分かってきている。しかし、一方で、特別養護老人ホーム（以下、特養という。）には、リハビリ専門職の配置が無く、リハビリを高齢者に対して適応する必要性も認識されていないのが現状である。そこで、平成 22 年度に実施された「特別養護老人ホームへのリハビリ支援にかかる調査研究事業」では、特養利用者の生活や介護サービスにリハビリの視点・方法論を適応することを目指し、モデル事業を実施したところ、以下の成果を得た。

特養利用者

ADL・・・FIM¹得点の向上（平均 2.33 点）、特にトイレ動作、トイレへの移乗、食事に関する得点の増加幅が大きく、これらのADLの向上が示された。

QOL・・・8割の介護職員が利用者の生活の質の改善を実感しており、その内容としては、表情の変化や人間関係の改善、積極性の向上などが挙げられていた。

介護職員の変化

実施前と比較して、有能感²の向上、リハビリへの関心増加、利用者への個別性への配慮が高まっていること等が示された。

リハビリ専門職の変化

リハビリに対する理解や効果についての考え方に変化が生じ、生活場面へのリハビリ適応や、他職種との連携を意識する者が増えた。有能感も向上した。

¹ Functional Independent Measure：日常生活動作の評価法の一つで、動作・認知・コミュニケーションなどを 18 項目に細分し、それぞれ 7 段階で評定する。

² 蘇 珍伊・岡田進一・白澤政和：「特別養護老人ホームにおける介護職員の仕事の有能感についての探索的研究」生活科学研究誌，Vol. 4（2005）より

2) 本年度事業の目的

本年度事業では、昨年度のリハビリ支援の効果を更に展開させ、介護職員がサービス提供を行う際の指針となるケアプランにリハビリの視点を導入することに焦点を当てることとした。モデル事業では、生活期のリハビリという視点を取り入れてプランを作成できるよう、リハビリ専門職から介護支援専門員及び介護職員に対する支援を実施した。この支援によって、「介護サービス利用者」「ケアプラン」「介護支援専門員及び介護職員」「リハビリ専門職」にどのような変化が生じたかを調査することにより、リハビリ支援の効果を明らかにすることを目的としている。

また、ケアプランに焦点を当てたことに伴い、支援範囲を特養から居宅にも広げ、施設・居宅の介護支援専門員及びケアプランそれぞれへのリハビリ支援の効果を確認した。

居宅の介護支援専門員へのケアプラン作成に当たっては、地域包括支援センターの協力を得て行った（居宅介護支援事業所とリハビリ専門職の連携コーディネート、介護サービス事業所の紹介、地域資源に関する情報の提供など）。

モデル事業において経験された協力と連携の結果として明らかになった地域連携の課題についてまとめ、今後の地域包括支援センターと介護支援専門員の協力体制作りのための参考とすることも本事業の目的である。

2. 調査研究事業の進め方

(1) 事業概要

1) モデル事業の進め方

6つの地域から国保直診施設を選定し、複数のリハビリ専門職から成るサポートチームを結成する。また、サポートチームのメンバーとして、近隣の地域包括支援センターにも協力を仰ぎ、居宅介護支援事業所へのコーディネートを依頼することとした。

また、地域に所在する特養及び居宅介護支援事業所から協力施設を募り、ケアに課題を感じている介護サービス利用者5名（特養・居宅それぞれから）をリハビリ支援の介入対象として挙げてもらった。

サポートチームは、モデル事業期間中、合同研修会（1回）、ケースカンファレンス（回数の指定なし）、検討会（4回以上）等を開催し、リハビリの視点をケアプランへ適応する考え方、方法などを指導する（リハビリ支援の実施）。

3～4か月のリハビリ支援を経て、ケアプランの内容及びモデル事業協力者（介護サービス利用者、介護支援専門員、介護職員、リハビリ専門職）にどのような変化が生じたか、質問紙調査及びヒアリングによって明らかにする。

2) リハビリ支援とは

リハビリの専門職と、地域包括支援センターの職員によって構成される「サポートチーム」が介護の現場に応用できるリハビリの視点からの介助方法を示したり、ベッドや補助具などの選定を手伝うことなどにより、利用者の身体機能や環境などの改善を行う試みである。

具体的には、利用者の現在の身体状況や生活状態を確認しながらリハビリの視点を取り入れたアセスメントを行い、ケアプランに欠けている視点や、実際の介護方法について助言を行いながら、リハビリ前置の介護サービスを提案する。また同時に、サービス提供者である介護職員にも研修・検討会などでリハビリについて理解を促した上で、ケアプランに沿った介護方法を指導し、利用者の生活状況の改善を目指すものである。

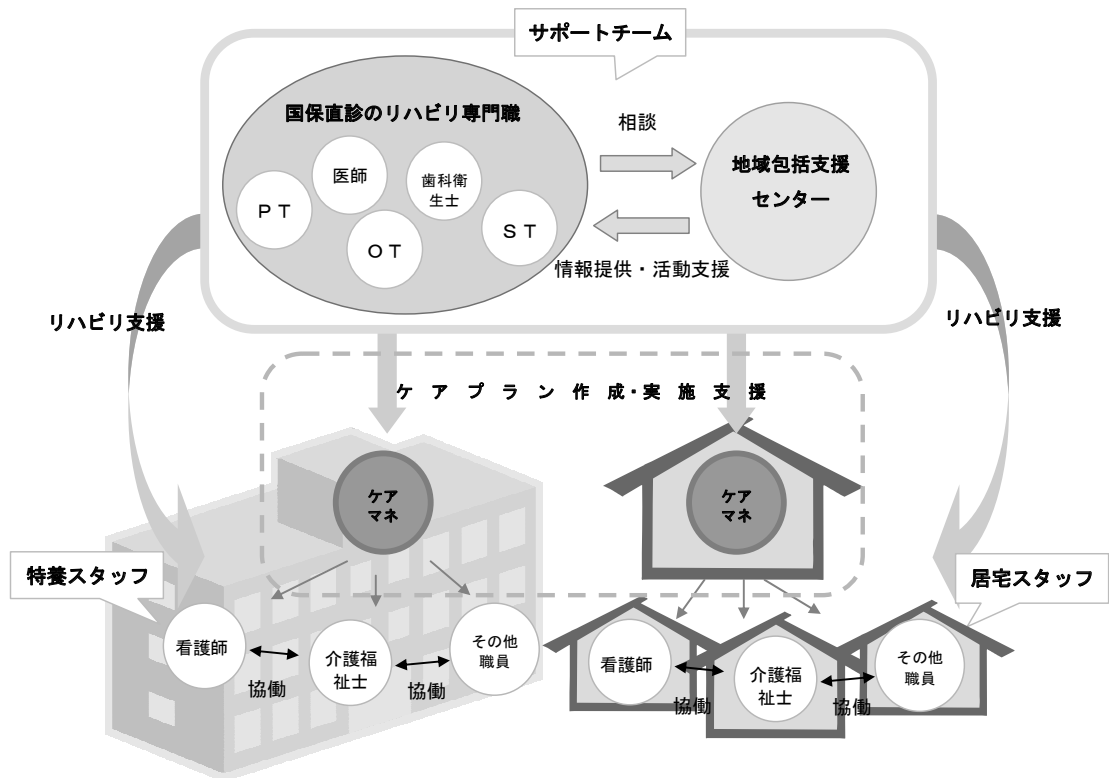
3) 支援対象者(ケアプラン)の選定について

ケアプランの作成支援を行う対象は「食事、移動・移乗、排泄などの生活場面でのケアが困難である介護サービス利用者（以下、利用者という。）のケアプラン」とし、介護支援専門員が選定する（各施設・事業所それぞれ5事例）。

4) 事業実施期間

調査研究事業期間は平成23年7月～平成24年3月までとする。

(2) 事業イメージ図



3. 調査協力者の基本属性

(1) 介護サービス利用者の性別・年齢・要介護度

■人数・・・54名（特養30名、居宅24名）

■性別・・・男性12名、女性42名

■年齢別構成・・・60歳代1名、70歳代16名、80歳代27名、90歳代10名（平均年齢83.4歳）

■要介護度・・・要支援2：3名、要介護1：9名、要介護2：9名、要介護3：9名、要介護4：16名、要介護5：8名

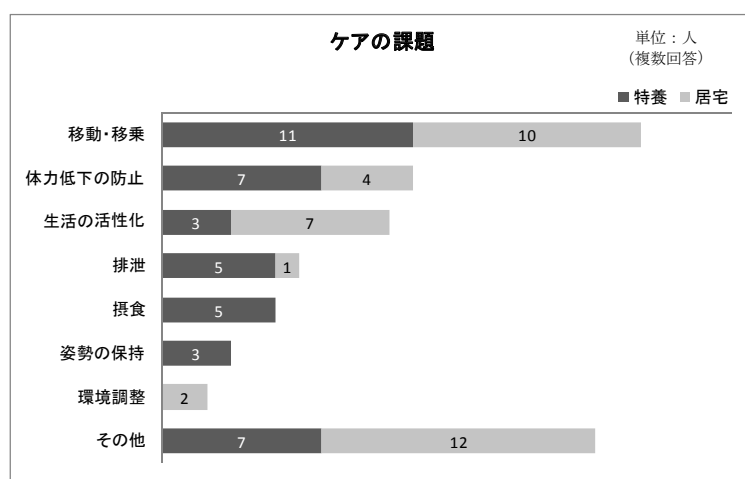
※要介護4と5合わせて全体の44%となっており、介護度の高い者が半数近くを占めていた。

ケアの課題

介護サービス利用者の生活場面でのケアの課題を特養・居宅別にまとめたのが、以下のグラフである（複数回答）。

■特養入所者の課題・・・「移動・移乗」「排泄」「摂食」という生活の根幹となる活動要素が多い。

■居宅の介護サービス利用者の課題・・・「移動・移乗」「その他」に分類される内容が多い。「その他」の内訳は、「視覚障害」「認知症」といった特定の疾患や、「料理」「コミュニケーション」などであり、利用者の独自の課題や障害に焦点が当てられていた。



(2) 介護支援専門員の性別、保有資格、年齢、経験年数

- 人数・・・38名（特養18名、居宅20名）
- 性別・・・男性10名、女性28名
- 保有資格・・・介護福祉士24名、看護師・准看護師・保健師8名、社会福祉士5名、不明1名
- 年齢別構成・・・30歳代11名、40歳代14名、50歳代12名、60歳代1名（平均年齢46.1歳）
- 経験年数・・・3年未満11名、3～8年18名、9～11年9名（平均経験年数5.4年）

(3) 介護職員の性別、職種、年齢、経験年数

- 人数・・・38名（特養29名、居宅9名）
- 性別・・・男性7名、女性31名
- 保有資格・・・介護福祉士27名、看護師・准看護師6名、ヘルパー3名、社会福祉士1名、作業療法士1名
- 年齢別構成・・・20歳代6名、30歳代13名、40歳代8名、50歳代10名、60歳代1名（平均年齢41.2歳）
- 経験年数・・・3～8年12名、9～15年16名、16～25年7名、26年以上3名と（平均経験年数12.9年）

(4) リハビリ専門職の職種、性別、年齢、経験年数

- 人数・・・34名

- 性別・・・男性 19 名、女性 15 名
- 職種構成・・・理学療法士 (PT) 21 名、作業療法士 (OT) 9 名、言語聴覚士名 (ST) 3 名、歯科衛生士 1 名
- 年齢別構成・・・20 歳代 9 名、30 歳代 17 名、40 歳代 4 名、50 歳代 4 名 (平均年齢 34.9 歳)
- 経験年数・・・3 年未満 3 名、3～8 年 16 名、9～15 年 6 名、16～25 年 3 名、26 年以上 6 名 (平均経験年数 11.9 年)

4. 調査結果のまとめ(リハビリ支援の効果)

(1) 利用者への効果

1) ADLの改善

利用者のADLの改善については、FIM得点の向上によって効果が示されており、利用者のFIM得点はリハビリ支援実施前と後で74.2点から76.2点へと、平均2.0点増加していた。特に改善効果が見られたのは、移動と移乗(トイレ、ベッド)及びトイレ動作であった。

FIM項目別改善状況(次頁にグラフ有)

移動と移乗に関する項目の向上が特に顕著であった。これは、生活空間を広げてゆこうとする際には、移乗・移動が最初のステップとなること、モデル事業の期間が3～4か月と短かったこと等の影響があると考えられ、モデル事業の期間が長くなれば、他の機能の向上も期待できると思われる。

特養と居宅の違い

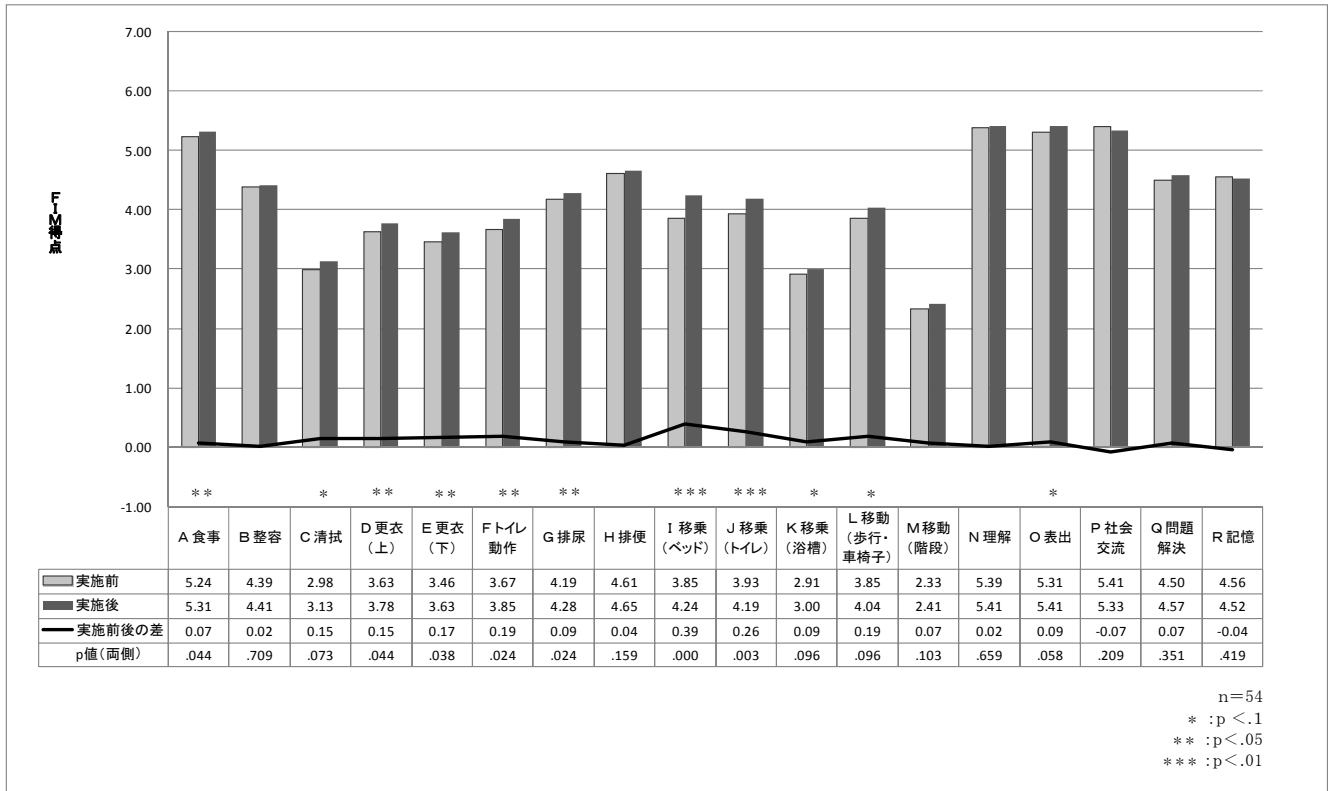
特養が1人あたり平均2.4点増加しているのに対し、居宅では1.3点の増加となっており、改善傾向は特養の方が顕著であった。要因の特定は困難であるが、特養では介護支援専門員と介護職員との連携が居宅に較べて密接であり、指導や指示がすぐに反映されること、特養では、職員が過剰介護気味になり、介入前に残存機能を居宅ほど活かすことが出来ていなかったため、介入後に大きく向上した可能性があること等が推測できる。

2) QOLの改善

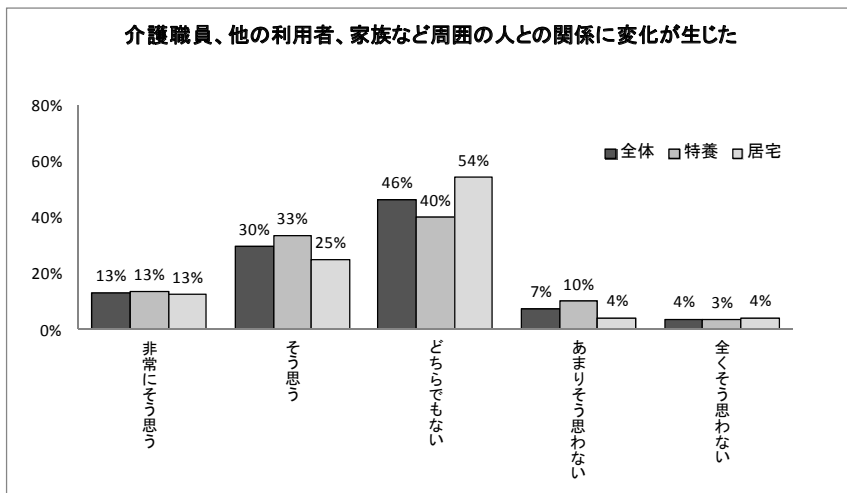
QOLの改善効果については、精神面(表情、笑顔)に関する改善を約7割、利用者と周囲の人間関係の改善を約4割の介護支援専門員が実感していたことで示された(次頁にグラフ有)。変化の具体的な内容として挙げられた回答は、「料理の話などをしていると、顔や声が生き生きとして、長時間椅子に座っていても『しんどい』と言わなくなった」「これまでは配偶者が面倒をみるのは当たり前、と言って自分で出来ることでも手を借りていたが、配偶者に対し、『ありがとう』という言葉が出る」などであった。

また、QOLの改善を示す「摂食関連」「痛みと負担の軽減」「自発性」「利用者と周囲の関係」「介護支援専門員又は介護職員と家族の関係」の項目においても、一定の効果が示されていた。

FIM 得点の変化(全体)



QOL の変化(利用者と周囲の人間関係)



変化の具体的内容(質問紙回答の抜粋)

- 散歩や野菜作りを他の入所者と一緒に行ったことで、周囲の方との会話が増え、親しくなった。
- 介護職員のそばまで来て色々と話をするが増えた。
- 体操を家族も一緒にやったりして、明るくなった。
- これまでは配偶者が面倒見るのは当たり前、と言って自分で出来ることでも手を借りていたが、配偶者に対し、「ありがとう」という言葉が出る。
- デイサービスでの利用目的が具体的に变化したことで、介護職員との関わりが密になった。

(2) ケアプランの改善効果

1) 個別性と具体性の付与

リハビリ支援により、54 事例中、49 事例において、ケアプランが変更されており、変更された部分と内容を確認したところ、サービス内容の変更が 45 事例と最も多く、その中でもサービスの新たな追加が 37 事例と最も多かった。これは、リハビリ支援によって、これまでにない視点がケアプランに導入されたことを反映していると考えられる。

追加・変更の具体的内容は、「口腔清掃時に息を吐く訓練を 10 回程度行う」、「できるだけ自力での移乗を見守る」、「1 日 1 回人と会うように、ヘルパーの回数を 3 回から 6 回に変更」などであり、従来のプランに個別性と具体性が付与され、個々人に合わせたオーダーメイドのプランに修正されていくことが明らかになった。

変更事例数がサービス内容の次に多かったのは長期目標と短期目標の変更で、29 事例で変更されていた。短期目標では、「食事療法についての意識を高めることができる」、「バスの段差を安全に乗り降りできる」といった目標が追加されるなど、当初は曖昧だった目標が、具体的で実現可能性の高い目標へと変化していったことが示された。

これらの結果は、リハビリ支援の効果として、介護支援専門員が利用者の課題を支援前よりも明確に認識し、その課題解決に向けたケアプランを作成できるようになっていることを示していると考えられ、リハビリ支援の有用性を確認することができた。

2) 支援の際に留意すべき点(ケアプランに反映する事が難しいこと)

ケアプランに反映する事が困難なリハビリの視点について確認したところ、ヒアリング調査からは、介護支援専門員が「できない」と思いこんでいるためにケアプランに乗せることを諦めている場合があることが明らかになった。

また、ケアプランの変更内容に関し、介護支援専門員とリハビリ専門職との意見に食い違いがあった 20 事例の分析により、ケアプランへの反映が難しいのは、「運動や認知症対応など、リハビリの技術的なこと」「ADL や福祉用具及び住宅改修に関すること」「多職種が関わる必要のあるもの」「介護保険によるサービスの提供が困難なもの」の 4 つである事が判明した。

このような、反映が困難な内容に関してリハビリ専門職が他職種に助言を行う際には、持てる知識と技術を活かした支援であることは勿論、異なる背景を持つ連携相手に、理解しやすい言葉で説明する必要や、地域資源の活用を地域包括支援センター等と連携しながら工夫する必要があると思われる。また、介護支援専門員の「できない」という思いこみに気づいてもらうような支援も今後の課題である。

(3) 介護職及び医療職への効果

1) 有能感の向上(次頁にグラフ有)

■介護支援専門員

一人当たり **1.97 点増加**していた。特に増加が顕著だったのは、「7. 仕事を通じて自分の能力を伸ばし、成長している」、「11. いつもと違うことが起こっても、迅速かつ適切に対応できる」、「13. チームの目標を十分に達成できるよう取り組んでいる」の3項目であり、**チームの目標を重視しながらも、個人の資質に関する有能感が向上していることが明らかになった。**

■介護職員

一人当たり **2.21 点増加**していた。特に得点の増加が顕著であったのは、「3. 与えられた課題を上手く遂行している」、「8. 新たな能力を獲得するため、積極的に挑戦している」の2項目であり、**能動的に仕事に取り組む内容の項目において得点が上昇していると言える。**

■リハビリ専門職

一人当たり **4.18 点増加**していた。他の職種よりも増加幅が大きく、ほぼ全ての項目で有意な向上が認められた点が特徴的であった。特に得点の増加幅が大きかった項目は「1. 仕事の目標は常に達成している」であり、**専門職としての自覚に関わる項目の得点が増加していた。**

2) 業務遂行姿勢の変化

■介護支援専門員

ケアプラン作成に関して介護支援専門員が持つ事が望ましいと思われる視点について、**リハビリ支援がどのような効果をもたらしたか確認**した結果、支援前からすでに介護支援専門員の間ではリハビリ適応の必要性が一定程度認識されていること、ハビリ支援実施後にはその認識がより一層強まることが明らかになった。また、「サービス提供後に利用者の生活がどのように変わるかイメージできる」について、実施前は66%が「そう思う」と回答していたが、実施後は「そう思う」が71%、「非常にそう思う」が8%と、合計79%がそう思うようになっており、**リハビリ支援が介護支援専門員の資質向上にも一定の効果をもたらすことが示された。**

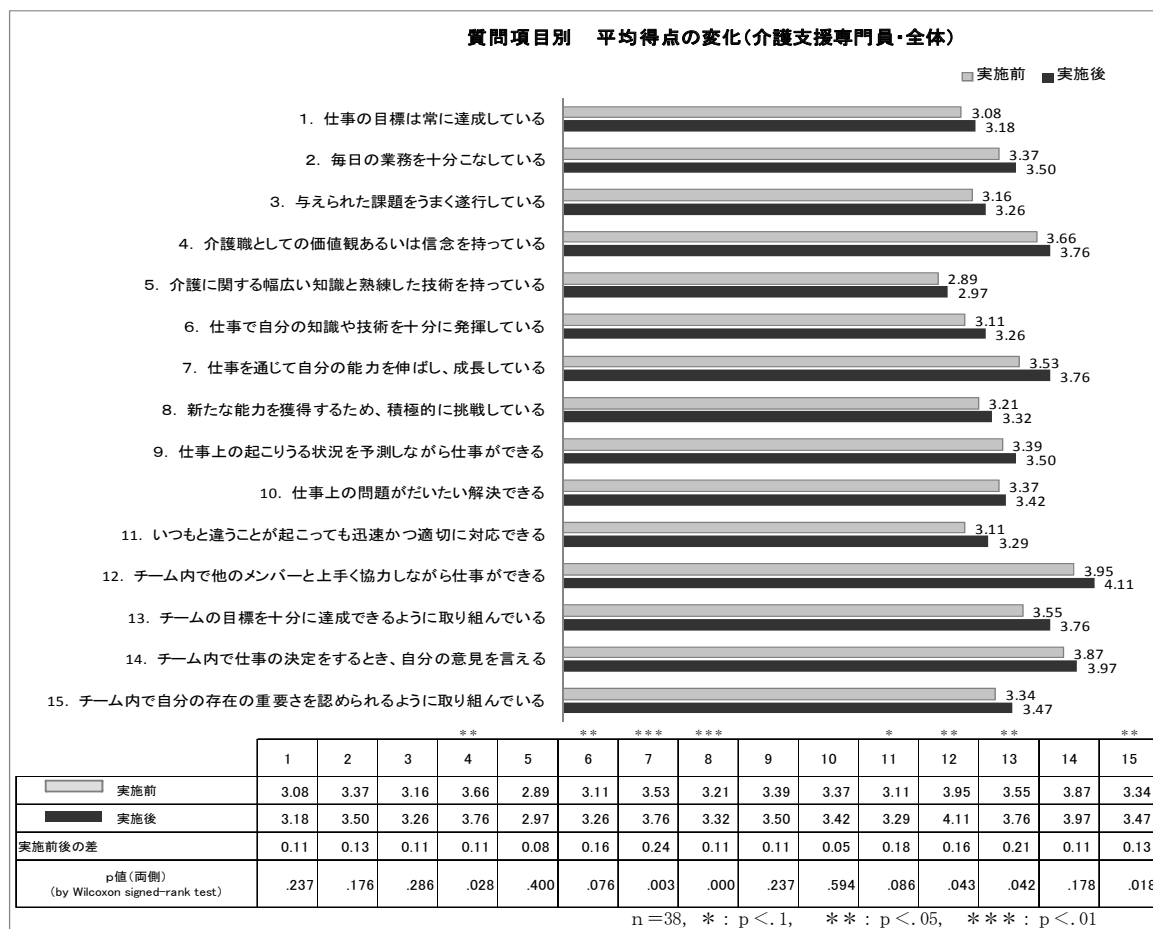
■介護職員

ケアプランの変更を実感したか、**仕事上での役割の認識や、業務遂行への姿勢が変化したかについて確認**した結果、68%の介護職員が業務遂行への姿勢に変化を感じており、自分が実施しているケアの目標や内容を明確に意識できるようになったこと、及び全体の中での自己の役割を意識して仕事に取り組むようになったことが明らかになった。また、多くの施設で、職員によるケアのバラつきをなくし、統一されたケアを実施する方向へと、ケアの内容にも変化が生じており、リハビリ支援によって**ケアプランが個別性、具体性を備えることで、介護職員の仕事上の役割も明確になることが示唆された。**

■リハビリ専門職

リハビリそのものへの考え方や理解が変化したか、業務遂行姿勢が変化したかを確認した結果、76%のリハビリ専門職が変化を実感し、リハビリに対する考え方が、医療施設内での適応に加え、生活場面への適応を重視するものへと変化していることが示された。また、ケアプランをより重視したり、ケアプランに取入れられる助言について意識するようになった、という意見も82%と多かった。更に、88%のリハビリ専門職が業務遂行に対する姿勢に変化を感じており、介護職と関わり合うことによって、情報伝達、指導・助言の方法について他職種へ伝わりやすい方法や内容を考えるようになったことが示された。

介護支援専門員の有能感の変化(全体)



(4) 地域の多職種連携に対する効果

地域支援センターに対する各地の要望をまとめた結果、「地域連携の橋渡し」「既存の支援に対する情報の整理・広報」「地域包括支援センターの経験・蓄積の公表」「新たな社会資源の開拓・育成」といった内容のニーズが潜在していることが明らかになった。高齢者支援に関わる者の地域連携の課題を明らかにし、地域包括支援センターに対するニーズを明確化できたことも本事業の成果と考える。

5. 提言

介護支援専門員を地域で支えるということ

本調査の結果、現在のケアプランには「個別性」と「具体性」という視点が見落とされがちであることが明らかになったが、サービス利用者個々人に応じた、具体的な内容がケアプランに記載されなければ、プランの実効性は低下してしまう。介護支援専門員の資質向上がぜひとも求められるところである。

介護支援専門員の能力育成に関して、これまでは介護支援専門員同士の連携が重視されてきたが、今後は介護支援専門員だけの問題として捉えるのではなく、地域資源を活用し、包括的なケア体制を整えることを念頭に置いて支援する必要があると思われる。

本事業のようなリハビリ支援をはじめとして、連絡協議会や研修会など介護支援専門員が他職種と意見交換が出来るような場を設けることにより、介護、医療、福祉、行政の専門職及び利用者と家族を含めた住民が同じ地域に暮らす者として、ともに地域の高齢者ケアネットワーク上のポジションを自覚し、力を発揮することが重要である。

地域包括支援センターに期待する役割

地域包括支援センターは地域包括ケアの拠点として位置づけられ、地域で暮らす高齢者を、介護、福祉、保健、医療などの側面から包括的総合的に支える機関である。

その組織力、情報集積力を活かし、地域包括支援センターには、第一に地域ケア会議のような、高齢者ケアに関わる者が職種や所属を超えて参加できる連絡協議会の開催と充実を期待したい。また、ケアマネジメントの質的向上を図るため、地域力や住民力を育成するといった方法で、フォーマルとインフォーマル両面から介護支援専門員の後方支援を行うことが、更なる課題として求められると考える。

国保直診が果たす役割

介護支援専門員及び介護職員に対するリハビリ支援を行うにあたっては、リハビリ資源の不足をどのように解消するかが課題となってくる。国保直診は医療提供機関であると同時に、リハビリ専門職を抱えるリハビリ提供機関として、このような介護支援専門職の支援に積極的に関わっていく責任があると考え。具体的には、リハビリ専門職の研修内容に本モデル事業のような介護支援専門員へのリハビリ支援を組み込むことや、地域の高齢者ケアの窓口となる機関(地域包括支援センターなど)からのリハビリに関する相談を受け入れる協力体制を整えることなどである。

地域リハビリ広域支援センターに期待する役割

地域リハビリ広域支援センターは、国保直診同様、リハビリ専門職を擁し、かつ行政の区画に縛られず、比較的広範な地域をまたいだ活動が可能になる機関である。このような利点を活かし、地域包括支援センターとの連携を強化し、国保直診同様、介護支援専門員及び介護職員へのリハビリ支援への協力を期待したい。

第 1 章 調査研究事業の概要

第1章 調査研究事業の概要

1. 事業の実施目的等

(1) 平成 22 年度事業の概要と成果

近年、医療分野であるリハビリテーション(以下、リハビリという。)の知見を高齢者の介護に適應することで、高齢者のADL¹の維持・向上、QOL²の向上が図られることが分かってきている。しかし、一方で、特別養護老人ホーム(以下、特養という。)には、リハビリ専門職の配置が無く、リハビリを高齢者に対して適應する必要性も認識されていないのが現状である。そこで、平成 22 年度に実施された「特別養護老人ホームへのリハビリ支援にかかる調査研究事業」では、特養利用者の生活や介護サービスにリハビリの視点・方法論を適應することを目指し、モデル事業の実施を通じてその方策を検討した。

【方法】

モデル的に、全国8つの地域において国保直診のリハビリ職によって支援チームを結成し、そのチームが近隣の特養スタッフに対して、「食事、移乗・移動、排泄等のケアが困難な対象者」へのケア内容改善に向けてリハビリ専門職の知見を生かした助言を行った。この支援により、3か月程度、特養利用者の生活の中にリハビリの視点・方法論を適應した。

リハビリ支援実施前・後における特養利用者のADLの変化及びモデル事業協力者であるリハビリ専門職、介護職員³の有能感⁴の変化を測定した。

【効果】

特養利用者のADL・・・FIM⁵得点の向上(平均2.33点)、特にトイレ動作、トイレへの移乗、食事に関する得点の増加幅が大きく、これらのADLの向上が示された。

特養利用者のQOL・・・8割の介護職員が利用者の生活の質の改善を実感しており、その内容としては、表情の変化や人間関係の改善、積極性の向上などが挙げられている。

¹Activities of Daily Living:食事・排泄・入浴など日常生活の動作のこと。

²Quality Of Life:日常動作に必要な身体能力の向上などだけでは測れない生活の質。例えば会話の回数・内容など。

³この調査での介護職員とは、特養や居宅介護サービス提供事業所に勤務して、直接利用者に介護サービスの提供を行う者を指す。例えば介護福祉士、ヘルパーなどである。介護支援専門員については、平成 22 年度事業では介護職員の中に含まれているが、本年度事業では、介護職員から介護支援専門員を分けている。

⁴Functional Independent Measure:日常生活動作の評価法の一つで、動作・認知・コミュニケーションなどを 18 項目に細分し、それぞれ 7 段階で評定する。

⁵蘇 珍伊・岡田進一・白澤政和:「特別養護老人ホームにおける介護職員の仕事の有能感についての探索的研究」,生活科学研究誌:大阪府立大学大学院生活科学研究科,Vol.4, 2005 より

介護職員の変化・・・実施前と比較して、有能感の向上、リハビリへの関心増加、利用者への個別性への配慮が高まっていることが示された。

リハビリ専門職の変化・・・リハビリに対する理解や効果についての考え方に変化が生じ、生活場面でリハビリ適応や、多職種との連携を意識する者が増えた。有能感も向上した。

(2) 本年度事業の目的

本年度事業では、昨年度のリハビリ支援の効果を更に展開させ、介護職員がサービス提供を行う際の指針となるケアプランへのリハビリ導入に焦点を当てることとした。モデル事業では、介護支援専門員がケアプランを作成する際に、生活期のリハビリという視点を取り入れてプランを作成できるよう、リハビリ専門職による支援を実施した。この支援によって、「介護サービス利用者」、「介護支援専門員とケアプラン」、「介護職員」、「リハビリ専門職」にどのような変化が生じたかを調査することにより、リハビリ支援の効果を明らかにすることを目的としている。

また、ケアプランに焦点を当てたことに伴い、支援範囲を特養から居宅にも広げ、施設・居宅の介護支援専門員及びケアプランそれぞれへのリハビリ支援の効果を確認することとした。

居宅の介護支援専門員へのケアプラン作成に当たっては、地域包括支援センターの協力(居宅介護支援事業所とリハビリ専門職の連携コーディネート、介護サービス事業所の紹介、地域資源に関する情報の提供など)を得て行った。その成果を地域包括支援センターと介護支援専門員の連携方法、協力体制作りのための参考例としてまとめ、今後の両者の連携の課題についても明らかにすることも本事業の目的である。

2. 調査研究事業の進め方

(1) 事業概要

ア. モデル事業の進め方

モデル事業を実施するにあたっては、まず、6つの地域に所在する国保直診施設を選定し、複数のリハビリ専門職から成るサポートチームを結成する。他に、サポートチームのメンバーとして、近隣の地域包括支援センターにも協力を仰ぎ、居宅介護支援事業所へのコーディネートを依頼することとした。

また、地域に所在する特養及び居宅介護支援事業所から協力施設を募り、ケアに課題を感じている介護サービス利用者5名(特養・居宅それぞれから)をリハビリ支援の介入対象として挙げよう。

サポートチームは、モデル事業期間中、合同研修会、ケースカンファレンス、検討会等を開催し、リハビリの視点をケアプランへ適応する考え方、方法などを指導する(リハビリ支援の実施)。

3～4か月のリハビリ支援を経て、ケアプランの内容及びモデル事業協力者(介護サービス利用者、介護支援専門員、介護職員、リハビリ専門職)にどのような変化が生じたか、質問紙調査及びヒアリングによって明らかにする。

イ. リハビリ支援とは

リハビリの専門職であるP T^{ピーティー}(理学療法士)、O T^{オーティー}(作業療法士)、S T^{エスティー}(言語聴覚士)、歯科衛生士、医師と、地域包括支援センターの職員によって構成される「サポートチーム」が介護の現場に応用できるリハビリの視点からの介助方法を示したり、ベッドや補助具などの選定を手伝うことなどにより、利用者の身体機能や環境などの改善を行う試みである。

具体的には、利用者の現在の身体状況や生活状態を確認しながらリハビリの視点を取り入れたアセスメントを行い、ケアプランに欠けている視点や、実際の介護方法について助言を行いながら、リハビリ前置の介護サービスを提案する。また同時に、サービス提供者である介護職員にも研修・検討会などでリハビリについて理解を促した上で、ケアプランに沿った介護方法を指導し、利用者の生活状況の改善を目指すものである。

リハビリ支援に当たっては、急性期や回復期の患者へのリハビリ適応とは異なった考え方がリハビリ専門職にも求められる。つまり、いかに機能回復を図るか、という視点だけではなく、「治らない障害を抱えながら生活の立て直しをする」という視点を特に重視する必要がある。本調査では、リハビリ専門職及び介護支援専門員、介護職員がこのような視点を共有することが出来るように、モデル事業開始時に昨年度調査で作成したパンフレット(特養におけるリハビリテーションの手引き)などを教材とした合同研修会を開催することとした。

ウ. モデル事業協力施設の構成と役割

本調査にご協力頂く施設と役割は次頁の表のとおりである。

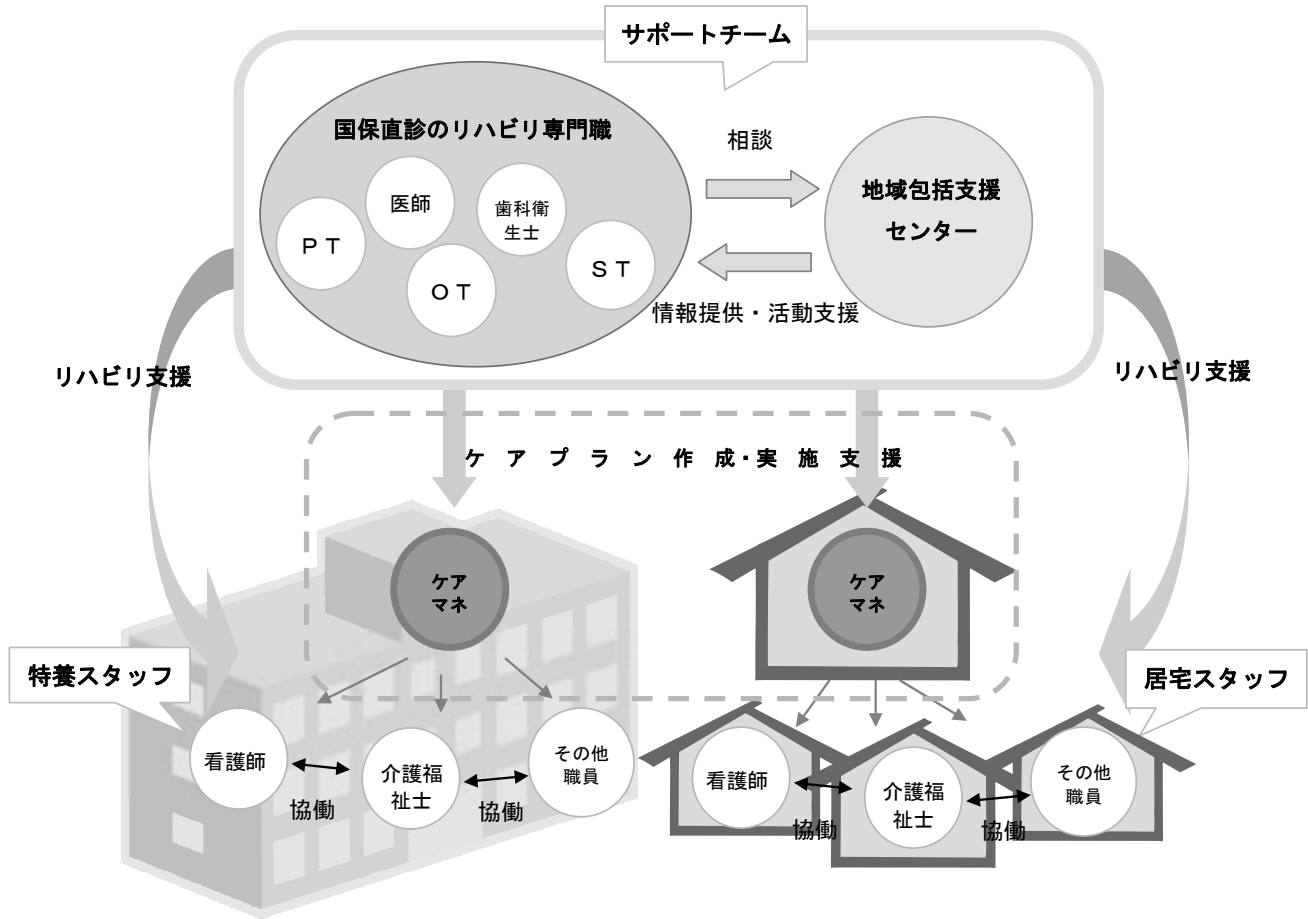
エ. 支援対象(ケアプラン)の選定について

ケアプランの作成支援を行う対象は「食事、移動・移乗、排泄などの生活場面でのケアが困難である介護サービス利用者(以下、利用者という。)のケアプラン」とし、介護支援専門員が選定する(各施設・事業所それぞれ5事例)。

モデル事業協力施設の構成と役割

施設名		構成職種・人数	本調査での役割
サポートチーム	国保直診	PT、OT、ST、歯科衛生士、医師の中から、支援対象となる利用者の問題性に応じて構成する。人数の決まりはないが、少なくとも1人のPT又はOTがメンバーに入ること	リハビリ専門職と地域包括支援センター職員から構成される支援部隊「サポートチーム」を組織し ①特養及び居宅の介護支援専門員のケアプラン作成を支援 ②特養及び居宅のスタッフへのリハビリ支援を実施
	地域包括支援センター	関わる職種や人数の限定なし	リハビリ支援に伴う地域活動のコーディネートや情報提供を担当 ①事業所へのリハビリ支援の際の橋渡し(国保直診への事業所の紹介など) ②ケアプランに盛り込まれたサービス実現のための社会資源の活用支援(地域の居宅介護サービス事業所、行政サービス、インフォーマルな資源の紹介など)
特別養護老人ホーム(特養)		介護支援専門員1~2名 介護職員5名程度 介護職員は看護師、機能訓練指導員、介護福祉士、ヘルパー等の直接介護を担当する職員とする	①介護支援専門員はケアプランの修正が必要な困難事例を5事例選定する。 ②サポートチームを加えたケースカンファレンス等でリハビリ支援を受け、ケアプランを修正する。 ③修正後のケアプランに沿った介護サービスを実施する(介護職員はそのためのリハビリ支援を受ける)
居宅介護支援事業所(居宅)		介護支援専門員1~2名 介護職員5名程度 介護職員はケアプランのサービスを担当する事業所の職員とする。複数の事業所に渡って選定することが可能	①介護支援専門員はケアプランの修正が必要な困難事例を5事例選定する。 ②サポートチームを加えたケースカンファレンス等でリハビリ支援を受け、ケアプランを修正する。 ③修正後のケアプランに沿った介護サービスを実施する(介護職員はそのためのリハビリ支援を受ける)

(2) 事業イメージ図



(3) 事業で明らかにする内容(リハビリ支援の成果)

ア. 介護サービス利用者の変化について

- 利用者のADL(FIM得点)の変化
- 利用者の生活の質の変化

イ. ケアプランの変化について

- リハビリ支援によって修正された箇所と内容
- リハビリ支援がケアプランに反映されなかった内容とその理由

ウ. 介護支援専門員の変化について

- 職業意識(有能感)の変化
- ケアプラン作成に関する資質の変化

エ. 介護職員の変化について

- 職業意識(有能感)の変化
- リハビリへの関心・イメージの変化
- ケアプランに対する考え方の変化
- 仕事への関わりの変化(チームの一員としての役割)

オ. リハビリ専門職の変化について

- 職業意識(有能感)の変化
- リハビリに対する考え方の変化
- ケアプランに対する考え方の変化
- 仕事への関わりの変化

カ. リハビリ支援を取り巻く地域連携の課題

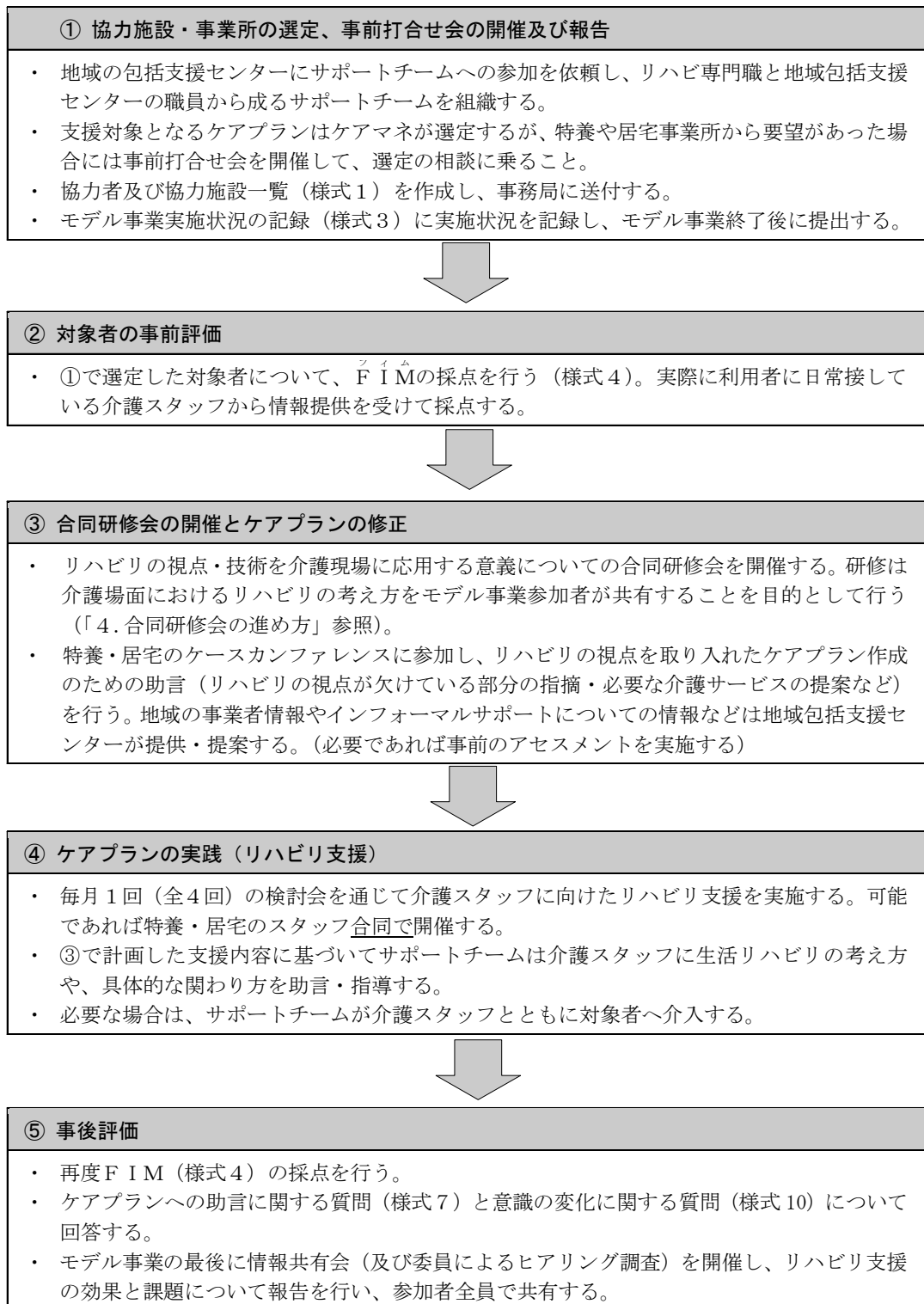
- 地域包括支援センターに対するニーズと、今後期待したい役割

(4) 実施期間

調査研究事業期間 : 平成23年7月～平成24年3月

モデル事業実施期間 : 平成23年10月～平成24年1月

(5) 事業実施フロー(実施要領から国保直診分のみ抜粋)



3. 検討委員会・作業部会

本事業の実施に際しては、ケアプランへのリハビリ支援が介護支援専門員及び介護職員のケア内容に及ぼす効果に関する調査研究委員会及び作業部会を設置し、調査研究内容の企画、調査結果の分析、今後の課題等の検討を行った。

ケアプランへのリハビリ支援が介護支援専門員及び介護職員のケア内容に及ぼす効果に関する調査研究委員会及び作業部会委員名簿

(委員会)

*委員長	松坂 誠應	長崎大学大学院医歯薬学総合研究科教授
*委員	井口 茂	長崎大学大学院医歯薬学総合研究科准教授
*委員	押淵 徹	副会長/長崎県・国保平戸市民病院長
委員	小野 剛	秋田県・市立大森病院長
委員	堀尾 欣三	富山県・南砺市民病院診療技術部長
委員	原 しおり	岐阜県・国保坂下病院保健師
委員	倉永 史俊	広島県・公立みつぎ総合病院リハビリ部技師長
委員	小野 江里子	宮城県・涌谷町町民医療福祉センター老人保健施設部技術主査
委員	木村 啓介	香川県・三豊総合病院リハビリテーション科技師長

(作業部会)

*部会長	松坂 誠應	長崎大学大学院医歯薬学総合研究科教授
*委員	井口 茂	長崎大学大学院医歯薬学総合研究科准教授
*委員	押淵 徹	副会長/長崎県・国保平戸市民病院長
委員	北谷 正浩	石川県・公立羽咋病院リハビリテーション科士長
委員	竹内 嘉伸	富山県・南砺市民病院地域医療連携科主任
委員	奥山 秀樹	長野県・佐久市立国保浅間総合病院歯科口腔外科医長
委員	奥邨 純也	滋賀県・公立甲賀病院甲賀地域広域リハビリテーションセンター主任
委員	村上 重紀	広島県・公立みつぎ総合病院リハビリ部次長
委員	増田 玲子	香川県・綾川町地域包括支援センター社会福祉士
委員	大石 典史	長崎県・国保平戸市民病院リハビリテーション科技師長

*…委員会・作業部会兼任

(事務局)

米田 英次	全国国民健康保険診療施設協議会事務局長
鈴木 智弘	全国国民健康保険診療施設協議会業務部事業課課長補佐
石井 秀和	全国国民健康保険診療施設協議会業務部事業課主事
吉田 秀一	日本経済研究所調査本部 医療福祉グループ局長
丸田 浩一	日本経済研究所調査本部 医療福祉グループ研究主幹
梶谷 直子	日本経済研究所調査本部 医療福祉グループ研究員

第 2 章 調査結果

第2章 調査結果

1. 調査協力者の構成と基本属性

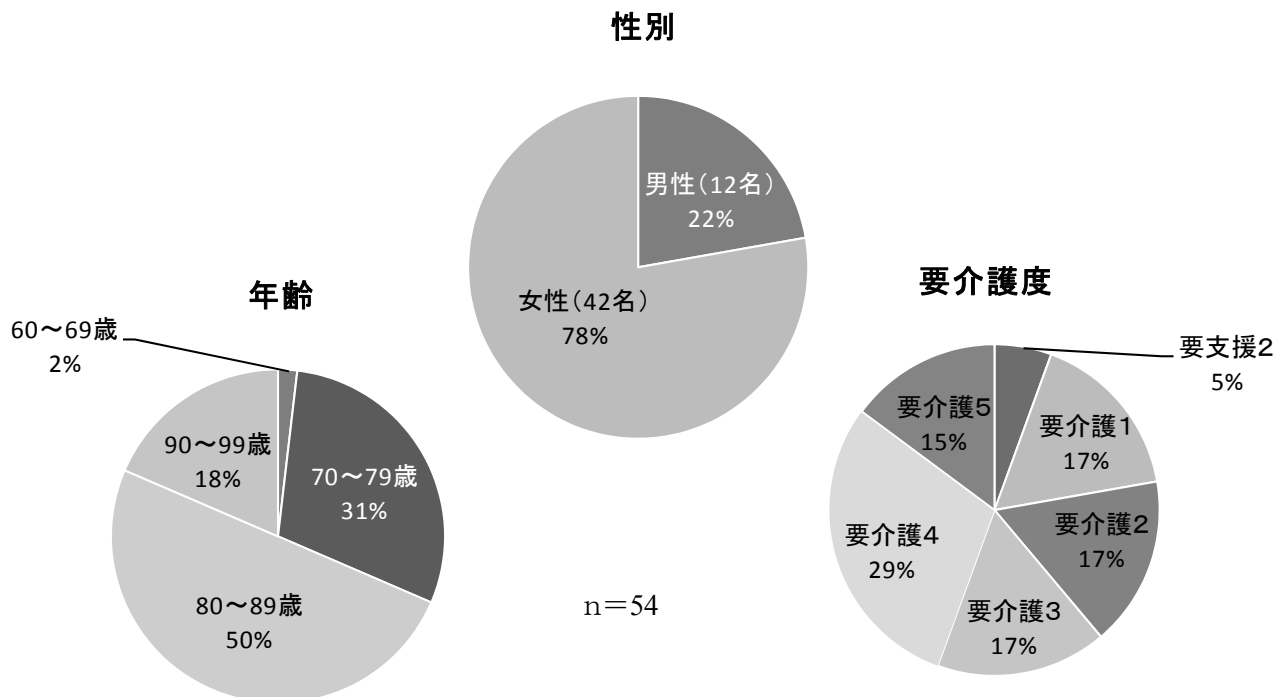
本年度の協力機関数は、国保直診(医療機関)6施設、地域包括支援センター8施設、特養8施設、居宅介護支援事業所及び在宅介護サービス提供事業所14施設である。以下、協力者を「介護サービス利用者」、「介護支援専門員及び介護職員」、「リハビリ専門職及び地域包括支援センター」に分けて、構成と基本属性を整理した。

(1) 介護サービス利用者の基本属性

介護サービス利用者は、特養・居宅組み合わせて各地域10名度選定した。期間中に入院・死亡等の理由により、モデル事業の継続が困難になった対象者(7名)を除き、最終的に54名(特養30名、居宅24名)のデータが得られた。

性別・年齢・要介護度

対象者の性別は男性12名(22%)、女性42名(78%)となっている。年代別の構成は、60歳代1名(2%)、70歳代16名(31%)、80歳代27名(50%)、90歳代10名(18%)であった。また、要介護度をみると、要支援2が3名(5%)、要介護1が9名(17%)、要介護2が9名(17%)、要介護3が9名(17%)、要介護4が16名(29%)、要介護5が8名(15%)となっており、要介護4と5を合わせると44%と、介護度の高い者が半数近くを占めていた。



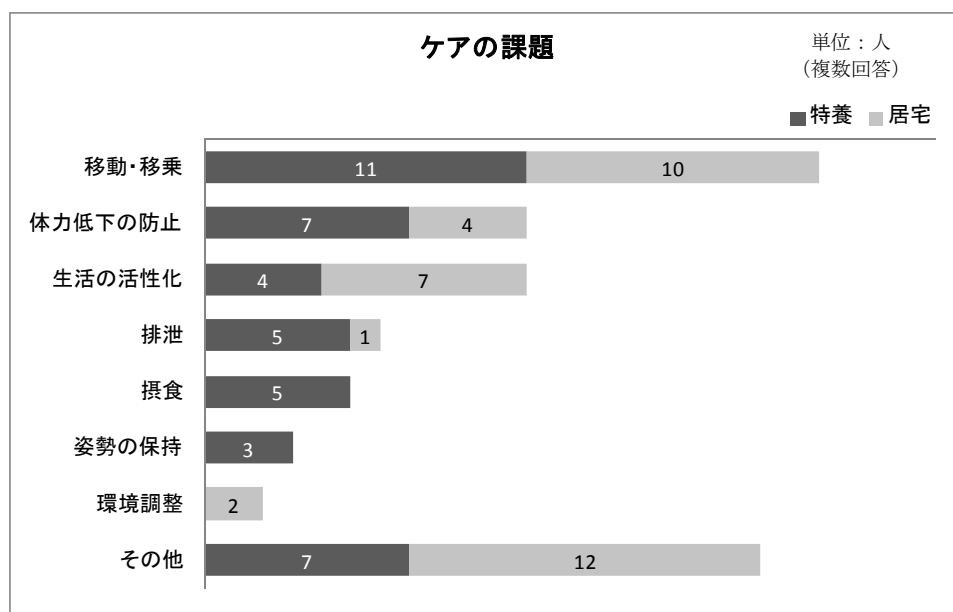
ケアの課題

介護サービス利用者の生活場面でのケアの課題を特養・居宅別にまとめたのが、以下のグラフである(複数回答)。

これはリハビリ支援を実施する前に、利用者がどのような課題を抱えているかを確認したものであり、介護度とは異なった視点で利用者像を大まかに把握することができる。

課題の中では、「移動・移乗」が特養、居宅ともに最も多く、21名の利用者の課題とされていた。次に多かったのが「体力低下の防止」11名(特養7名、居宅4名)と、「生活の活性化」11名(特養4名、居宅7名)であった。以下、「排泄」6名(特養5名、居宅1名)、「摂食」5名(特養のみ)、「姿勢の保持」3名(特養のみ)、「環境調整」2名(居宅のみ)と続いている。「摂食」と「姿勢の保持」が課題にあげられていたのは、特養のみであり、環境調整は居宅のみであった。

特養入所者の課題で多かったのが、移動・移乗、排泄、摂食という生活の根幹となる活動要素であったのに対し、居宅の介護サービス利用者の課題には「その他」に分類される内容が多かった。「その他」の内訳は、「視覚障害」、「認知症」といった特定の疾患や、「料理」、「コミュニケーション」などで、利用者の独自の問題や障害に焦点が当てられていた。



(2) 介護支援専門員及び介護職員の構成と基本属性

今回の調査に協力いただいた介護支援専門員は38名(特養18名、居宅20名)、介護職員は38名(特養29名、居宅介護サービス提供事業所等9名)である。施設名、地域等の詳細は下表にまとめた。居宅介護サービス提供事業所は居宅介護支援事業所と別の場所に所在する事が多く、モデル事業への参加が困難だったため、居宅の介護職員数がやや少なくなっている。

特養 (都道府県)	職種(人数)	居宅介護支援事業所 及び 在宅介護サービス提供事業所	職種(人数)
府中静和寮 (広島県)	介護支援専門員(1) 看護師(1) 介護福祉士(3)	ひかり苑在宅介護支援センター	介護支援専門員(5) 介護福祉士(2)
楽々苑 松林荘 (香川県)	介護支援専門員(3) 准看護師(1) 介護福祉士(8)	楽々苑居宅介護支援事業所 楽々苑訪問介護事業所	介護支援専門員(2※)
平戸荘 (長崎県)	介護支援専門員(2) 介護福祉士(4) ヘルパー(1)	平戸荘	介護支援専門員(2)
ちどり園 はまなす園 (石川県)	介護支援専門員(6) 看護師(1) 介護福祉士(6) ヘルパー(1)	志賀町地域包括支援センター JA志賀訪問介護センター 志賀町社会福祉協議会居宅介護サービスステーション 宝達志水町社会福祉協議会 羽咋市住宅総合サービスステーション 介護センター眉丈園	介護支援専門員(5) 看護師(1) 准看護師(2) 社会福祉士(1) ヘルパー(1) 作業療法士(1)
特養いなみ (富山県)	介護支援専門員(4) 介護福祉士(2)	いなみ在宅介護支援センター デイサービスセンターいなみ	介護支援専門員(2) 介護福祉士(1)
白寿園 (秋田県)	介護支援専門員(2) 介護福祉士(1)	ケアプランセンター神の郷 横手市社協西部指定居宅介護支援事業所 横手市社協雄物川福祉センター指定居宅介護支援事業所	介護支援専門員(5)

※うち、1名については、集計データに含まれていないことを示す(利用者の入院により支援中断)。

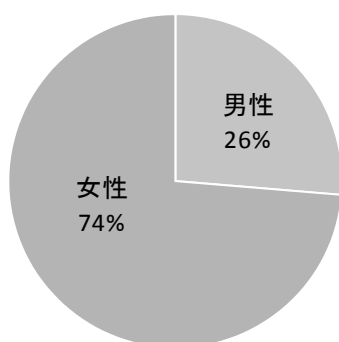
介護支援専門員の性別、保有資格、年齢、経験年数

介護支援専門員は6地域合わせて38名(特養18名、居宅20名)であり、その内訳は男性10名(26%)、女性28名(74%)となっている。介護支援専門員の保有資格は介護福祉士24名(63%)、看護師・准看護師・保健師8名(21%)、社会福祉士5名(13%)、不明1名(3%)となっていた。

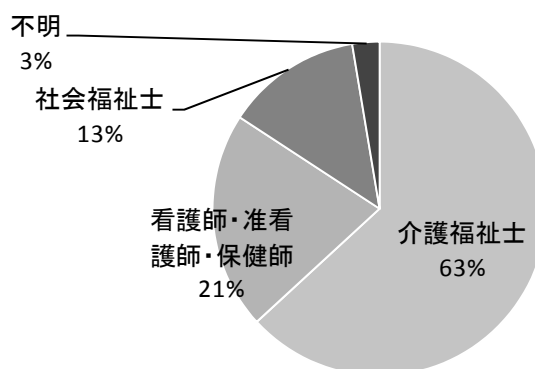
年齢別の構成をみると、20歳代はなく、30歳代11名(29%)、40歳代14名(37%)、50歳代12名(31%)、60歳代1名(3%)となっており、平均年齢は46.1歳であった。

また、介護支援専門員の経験年数は3年未満が11名(29%)、3～8年が18名(47%)、9～11年が9名(24%)となっており、介護支援専門員としての平均経験年数は5.4年であった。

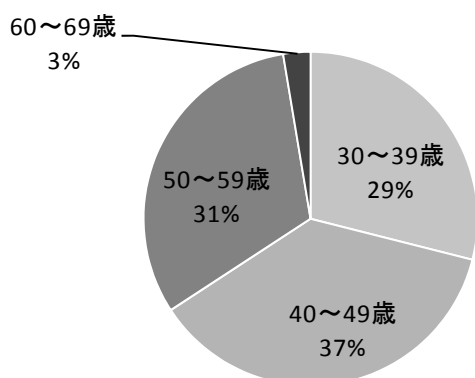
介護支援専門員の性別



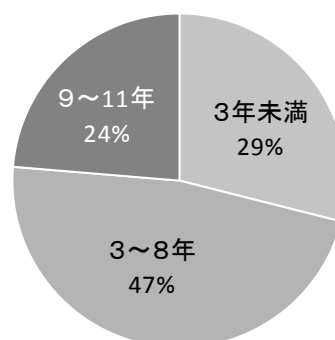
介護支援専門員の保有資格



介護支援専門員の年齢



介護支援専門員の経験年数



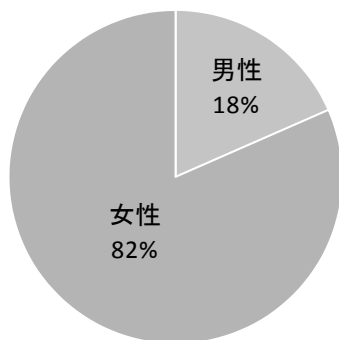
介護職員の性別、職種、年齢、経験年数

介護職員⁶は6地域合わせて38名(特養9名、居宅29名)であり、その内訳は男性7名(18%)、女性31名(82%)となっている。介護職員の保有資格は介護福祉士27名(71%)、看護師・准看護師6名(16%)、ヘルパー3名(9%)、社会福祉士1名(2%)、作業療法士1名(2%)となっていた。

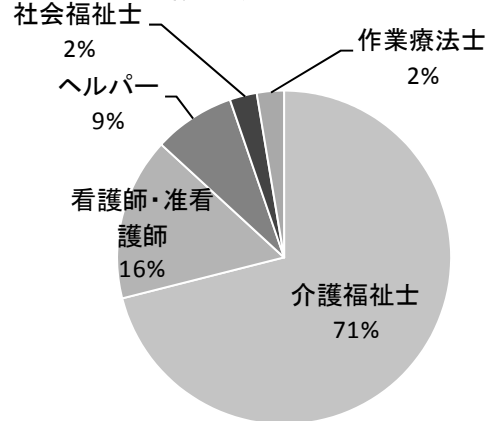
年齢別の構成は20歳代が6名(16%)、30歳代13名(34%)、40歳代8名(21%)、50歳代10名(26%)、60歳代1名(3%)となっており、平均年齢は41.2歳であった。

また、介護支援専門員の経験年数は3年未満の者はおらず、3～8年が12名(32%)、9～15年が16名(42%)、16～25年が7名(18%)、26年以上が3名(8%)となっており、平均経験年数は12.9年であった。

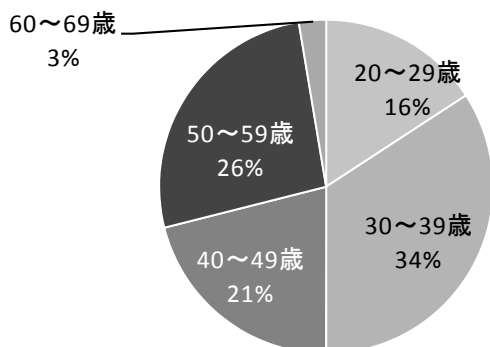
介護職員の性別



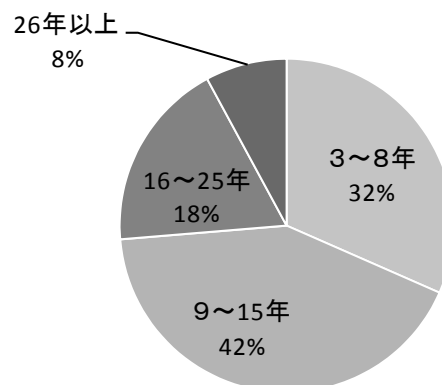
介護職員の保有資格



介護職員の年齢



介護職員の経験年数



⁶ 介護職員については、P.1の脚注3で示している。

(3) リハビリ専門職及び地域包括支援センターの構成と基本属性

今回の調査に協力いただいた病院(国保直診)と、リハビリ専門職及び地域包括支援センターの構成は、下表のとおりである。

地域包括支援センターには、主に居宅の介護支援専門員への支援に関する情報提供や地域活動のコーディネートについてご協力いただいた(職種、人数の定めなし)。

病院 (都道府県)	職種(人数)	地域包括支援センター
公立みつぎ総合病院 (広島県)	理学療法士(1) 作業療法士(1) 言語聴覚士(1) 歯科衛生士(1) 医師(1※)	尾道市北部 地域包括支援センター
国保陶病院 (香川県)	理学療法士(3) 作業療法士(1) 医師(2※)	綾川町 地域包括支援センター
国保平戸市民病院 (長崎県)	理学療法士(5) 作業療法士(1)	平戸市 地域包括支援センター
公立羽咋病院 (石川県)	理学療法士(7) 作業療法士(4)	志賀町 地域包括支援センター 羽咋市 地域包括支援センター 宝達志水町 地域包括支援センター
南砺市民病院 南砺市訪問看護ステーション (富山県)	理学療法士(3) 作業療法士(1) 言語聴覚士(1) 歯科衛生士(1※)	南砺市 地域包括支援センター
市立大森病院 (秋田県)	理学療法士(2) 言語聴覚士(1) 作業療法士(1)	横手市西部 地域包括支援センター

※は本調査の集計データに含まれていないことを示す(チームメンバーへのアドバイザーとしてのみ協力)。

リハビリ専門職の職種、性別、年齢、経験年数

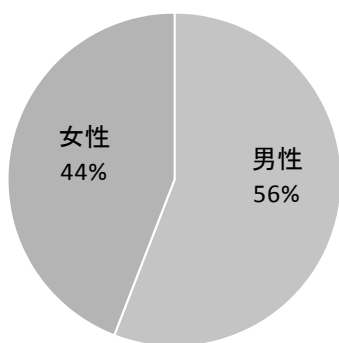
リハビリ専門職は6地域合わせて34名であり、その内訳は男性19名(56%)、女性15名(44%)となっている。

また、職種の構成は、理学療法士(PT)21名(62%)、作業療法士(OT)9名(26%)、言語聴覚士名(ST)3名(9%)、歯科衛生士1名(3%)となっていた。

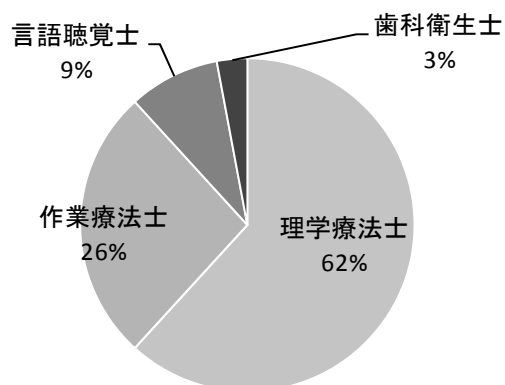
年齢別の構成は20歳代9名(26%)、30歳代17名(50%)、40歳代4名(12%)、50歳代4名(12%)となっており、30歳代が半数を占めていた。平均年齢は34.9歳であった。

また、リハビリ専門職としての経験年数は3年未満が3名(9%)、3~8年が16名(48%)、9~15年が6名(17%)、16~25年が3名(9%)、26年以上が6名(17%)となっており、平均経験年数は11.9年であった。

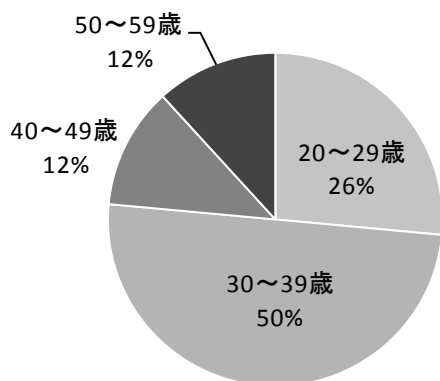
リハビリ専門職の性別



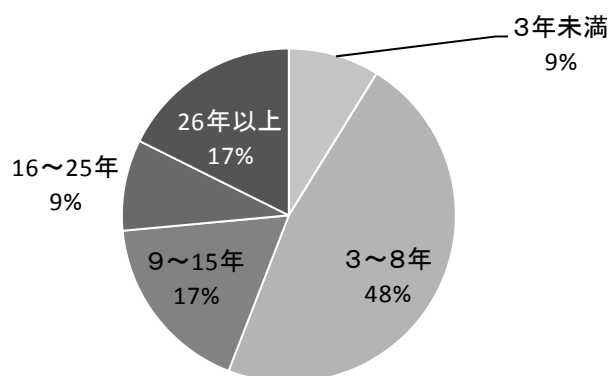
リハビリ専門職の保有資格



リハビリ専門職の年齢



リハビリ専門職の経験年数



2. 介護サービス利用者の評価(実施前・実施後)及び変化

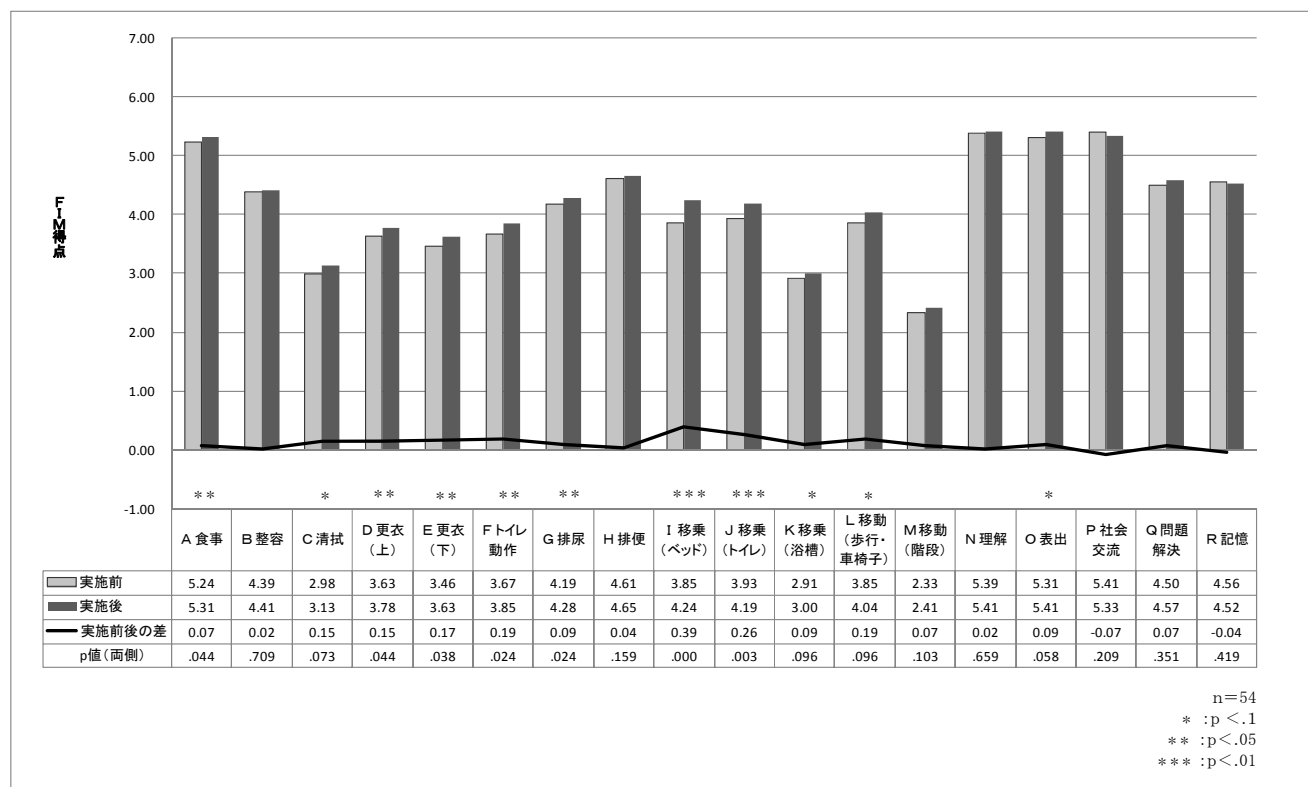
(1) FIM得点の変化(全体・特養・居宅)

リハビリ支援が介護サービス利用者のADLの維持・向上に及ぼす効果を確認するために、リハビリ支援実施の前と後の2回にわたって、FIMによる評価を実施した。実施前平均得点(全項目の合計点)は「全体」74.2点、「特養」53.4点、「居宅」100.3点であった。実施後平均得点は同様に、「全体」76.2点(前後差2.0)、「特養」55.8点(前後差2.4)、「居宅」101.6点(前後差1.3)となっていた。また、前後の値を対応のあるt検定により検証したところ、「全体」および「特養」において1%水準で有意差が認められた(「全体」 $t(53)3.98=$, $p<.01$ 、「特養」 $t(29)=4.04$, $p<.01$ 、「居宅」 $t(23)=1.69$, $p>.1$)。更に、「全体」、「特養」、「居宅」ごとに、FIM項目別の得点変化の詳細を以下の3つのグラフで示した。

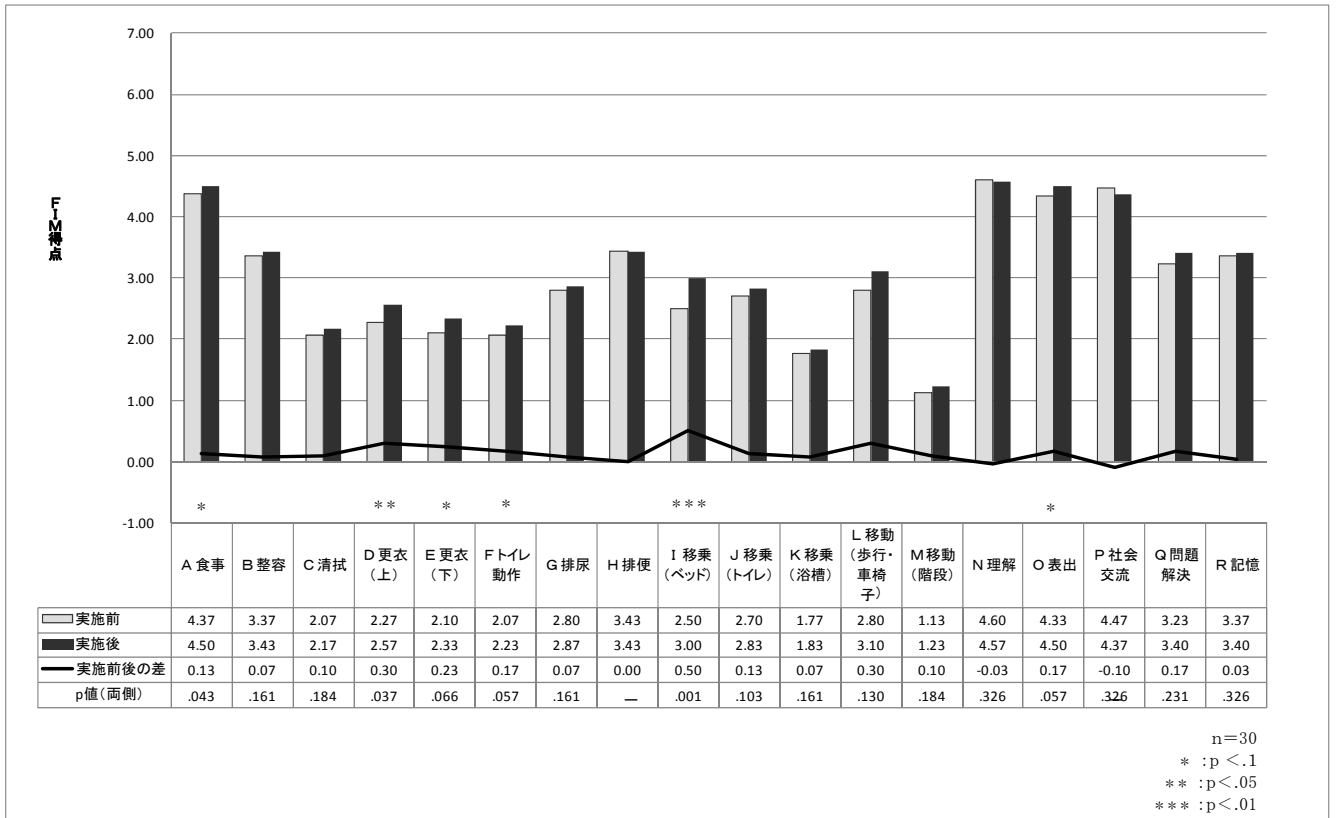
項目別の改善状況をみると、全体で有意な改善が示されたのは「食事」、「清拭」、「更衣(上)」、「更衣(下)」、「トイレ動作」、「排尿」、「移乗(ベッド)」、「移乗(トイレ)」、「移乗(浴槽)」、「移動(歩行・車椅子)」、「表出」の11項目であった。また、特養では「食事」、「更衣(上)」、「更衣(下)」、「トイレ動作」、「移乗(ベッド)」、「表出」の6項目で有意な改善が示された。居宅では、「排尿」、「移乗(ベッド)」、「移乗(トイレ)」の3項目で有意な改善が示された。

最も顕著な改善がみられたのは全体と特養では「移乗(ベッド)」、居宅では「移乗(トイレ)」であった。

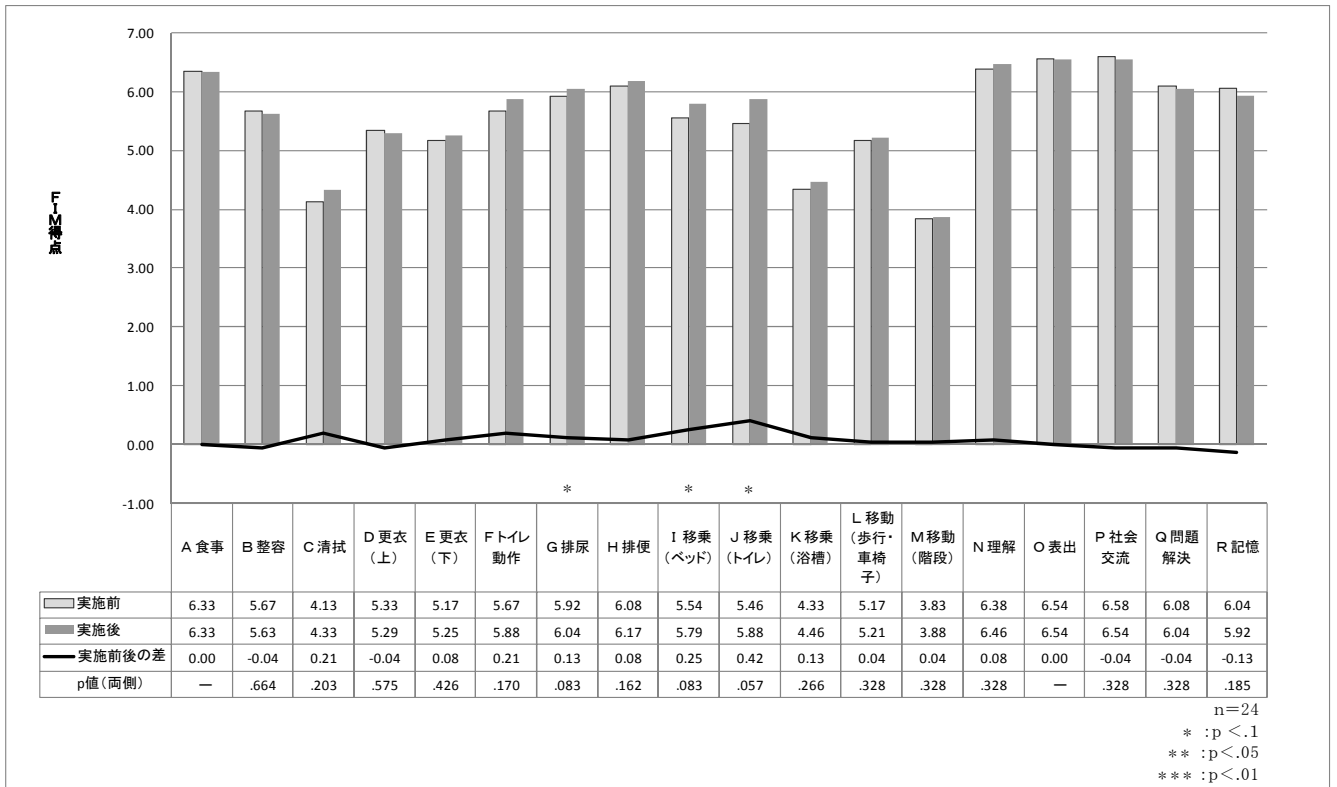
FIM平均得点 (全体)



FIM平均得点 (特養)



FIM平均得点 (居宅)



(2) QOLの変化(全体・特養・居宅)

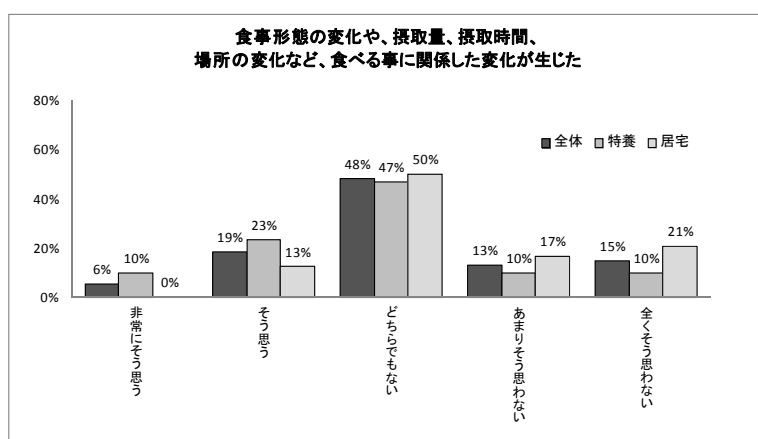
リハビリ支援が介護サービス利用者のQOL向上に及ぼす効果について明らかにするために、モデル事業終了後に、介護サービス利用者のQOLに関わる6つの質問項目に対し、介護支援専門員が感じた変化を5件法により調査した(介護サービス利用者1人に対して1回答)。項目の設定に当たっては、FIM得点のような数値には反映されにくいものの、生活行為の好転を表していると考えられる内容で、昨年度調査において回答数(自由記述)が多かったものを採用した。項目ごとの結果を「全体」、「特養」、「居宅」に分けて示したのが、以下のグラフである。

「ア. 摂食関連」を除く全ての項目で、変化を感じた割合(「非常にそう思う」と「そう思う」の合計)が、変化を感じなかった割合(「全くそう思わない」と「あまりそう思わない」の合計)よりも高く、およそ3〜7割の介護支援専門員が各項目で変化を感じていた。

「ア. 摂食関連」については、全体において、変化を感じない割合(28%)が感じた割合(25%)よりも高く、他の項目と比較して、変化を感じにくいことが示された。また、この項目の回答傾向は特養と居宅での開きが大きく、特養では33%が変化を感じたのに対し、居宅では13%にとどまっていた。これは、居宅の介護サービス利用者は、摂食行為が自立している者が多い(FIM得点の平均得点が6.33と高い)こと、居宅の利用者で「摂食」をケアの課題としていた者がいなかったこと等が影響していると推測できる。

しかし、「ア. 摂食関連」のような、相対的に変化を感じにくい項目であっても、全体の25%の利用者に変化が生じていることは高く評価できる。また、最も効果が顕著であった「エ. 精神面(表情・笑顔など)」においては68%の利用者に変化が生じており、リハビリ支援が利用者のQOL向上に大きく寄与することが示された。

ア. 摂食関連

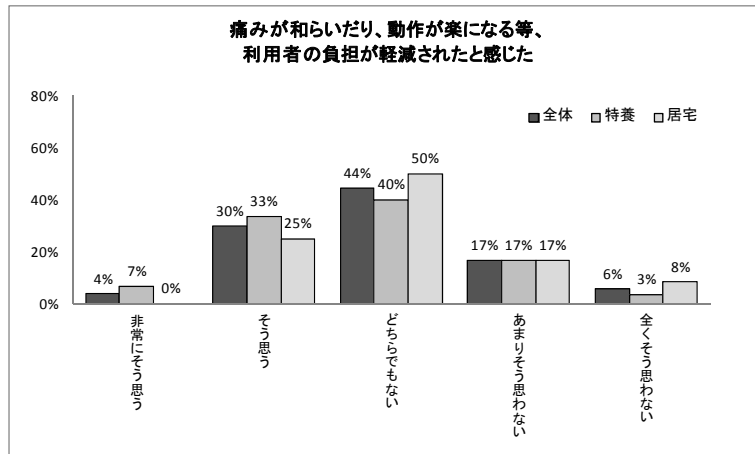


具体的内容(質問紙回答の抜粋)

- 以前はおにぎりを手づかみで食べていたが、スプーンで自力摂取できるようになった。また、食べこぼしが少なくなった。(特養)
- 食べ方が豪快になったように思う。(特養)

- これまでは弁当をとっていたが、ヘルパーに料理を教えて、作ったものを食べるようになった。(居宅)
- 摂取量は同じだが、食事時間が短くなった。(居宅)

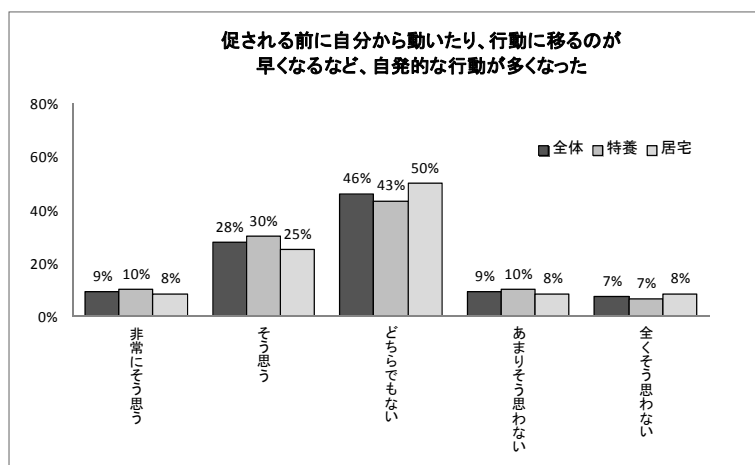
イ. 痛みと負担の軽減



具体的内容(質問紙回答の抜粋)

- 食事、臥床時のムセとせき込みが改善された。(特養)
- 離床前の体幹屈伸運動により、身体が楽になったとの発言があった。(特養)
- 身体の痛みの訴えが少なくなっている。(特養)
- 玄関への出入りの際に、以前は転倒があったのがなくなり、楽にできるようになったと言われた。(居宅)
- はっきりとした効果はみられていないが、継続することで効果が得られるのではないかと本人、家族とも期待している。(居宅)

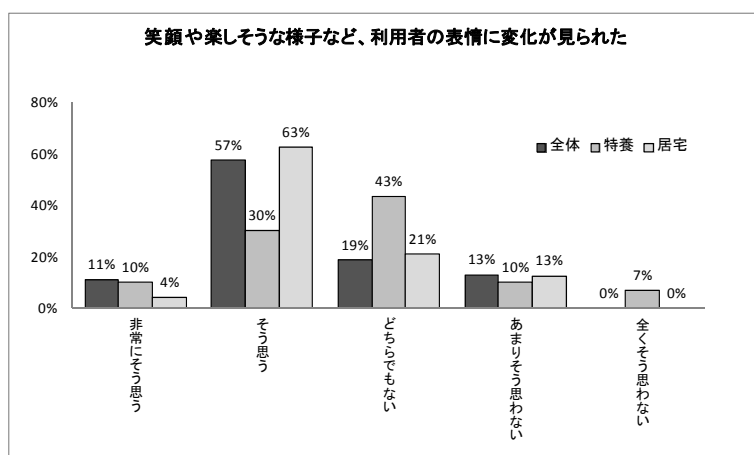
ウ. 自発性



具体的内容(質問紙回答の抜粋)

- レク活動への参加の際には、自ら場所を決めて椅子に座っておられる。(特養)
- 食事の際に職員が訪室すると「行こうか」という言葉が聞かれる。(特養)
- 自分から質問したり、希望を口に出すようになった。(居宅)
- デイケアでの訓練回数を「きょうは 30 回やる」など自主的に増やしている。(居宅)

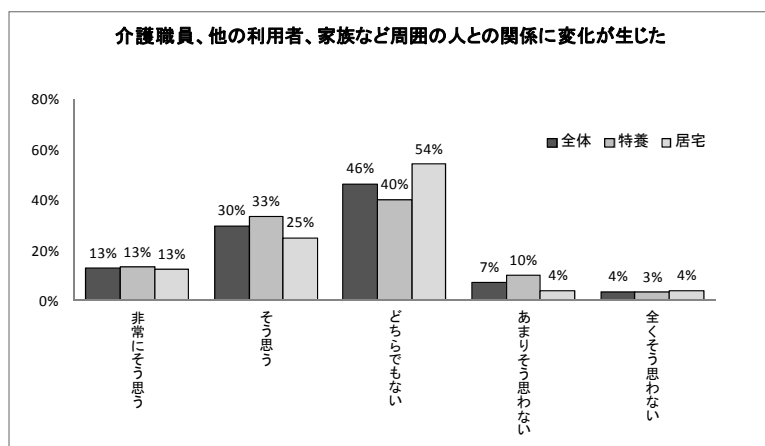
エ. 精神面(表情、笑顔など)



具体的内容(質問紙回答の抜粋)

- 何に対しても悲観していて、不満を訴える事が多かったが、笑顔になる事が多くなり、不満の訴えが少なくなった。(特養)
- 料理の話などをしていると、顔や声が生き生きとして、長時間椅子に座っていても「しんどい」と言わなくなった。(居宅)
- 会話が多くなり、表情が明るい。笑顔がよく見られるようになった。(居宅)

オ. 利用者と周囲の関係

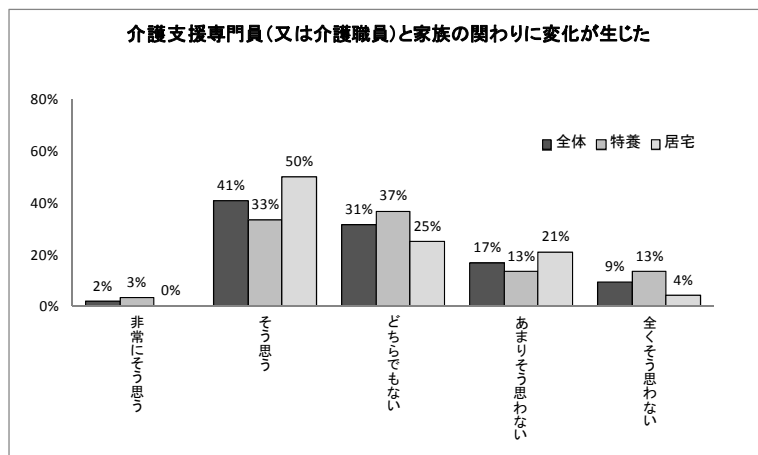


具体的内容(質問紙回答の抜粋)

- 自分から話しかけてくる事が多くなった。(特養)

- 散歩や野菜作りを他の入所者と一緒に行ったことで、周囲の方との会話が増え、親しくなった。(特養)
- 介護職員のそばまで来て色々と話をすることが増えた。(特養)
- 体操を家族も一緒にやったりして、明るくなった。(居宅)
- これまでは配偶者が面倒見るのは当たり前、と言って自分で出来ることでも手を借りていたが、配偶者に対し、「ありがとう」という言葉が出る。(居宅)
- デイサービスでの利用目的が具体的に变化したことで、介護職員との関わりが密になった。(居宅)

カ. 介護支援専門員(又は介護職員)と家族の関係



具体的内容(質問紙回答の抜粋)

- 以前からこの方の家族とは頻繁に連絡を取っていたが、今回の取り組みの後は、更に信頼関係が増したと感じた。(特養)
- 家族から、今後もお互いに情報交換をして、自宅外泊を継続していきたいと要望があった。(特養)
- 世間話をよくするようになった。福祉用具に関する相談も多くなった。(居宅)
- 訪問のたびに、家族から本人の状態の変化など積極的に教えられるようになった。(居宅)

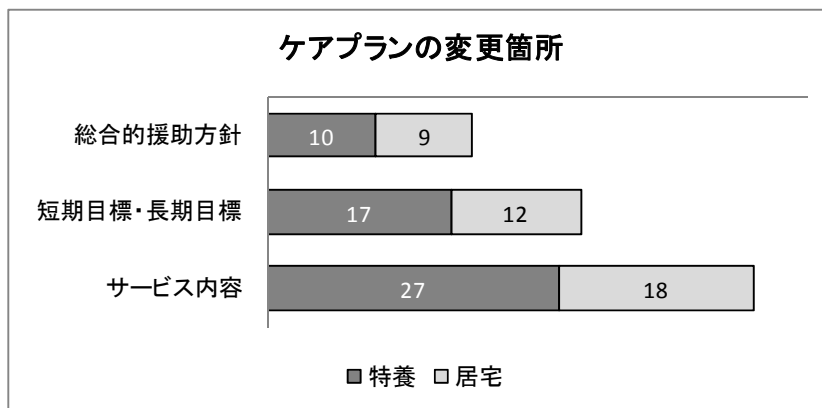
3. ケアプランの変化

(1) リハビリ支援によって変化した箇所と内容

ア. ケアプランの変更箇所

ケアプランの中で、どの箇所や内容がリハビリの視点を反映しやすいのか明らかにしたいと考え、モデル事業実施前と実施後のケアプランを比較し、修正及び変更のあった箇所を「総合的援助方針」、「長期目標・短期目標」、「サービス内容」の3つの部分に分けて、特養と居宅別に事例数を示したのが下のグラフである(回答は複数回答。また、同じ部分で複数の変更があった場合は1と計上。)

変更が多かった箇所は「サービス内容」で、54事例のうち、45事例で変更が行われていた。ケアプランに全く変更がなかったものは5事例(特養3、居宅2)であった。

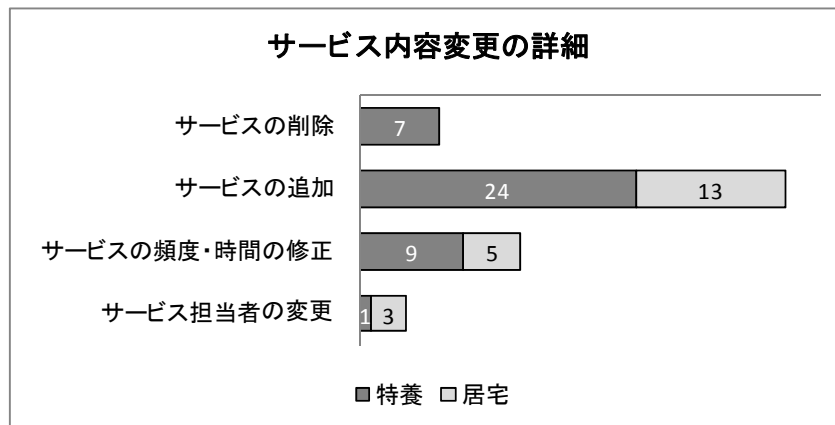


イ. サービス内容変更の詳細

最も変更事例数の多かった「サービス内容」については、更に「削除(既存の内容を削除する)」、「追加(新しい内容を加える)」、「頻度・時間の修正」、「担当者の変更」の4つの変更事例数について調べ、特養と居宅別に次頁のグラフにまとめた(回答は複数回答)。

サービス内容の変更では、「追加」が37事例(特養24、居宅13)と最も多かった。これは、リハビリ支援によって、新たな視点が導入されたことによって、これまで盛り込まれていなかったサービス内容が追加されたためだと推測できる。

サービスの削除は特養のみで7事例の変更があり、また、担当者変更については、主に居宅における介護サービス提供事業所の変更を想定していたが、今回の調査では4事例にとどまっていた(うち1事例は特養での担当者変更)ことから、居宅において、サービスを削ることや、担当者を変更することに対して消極的な姿勢であることが推測できる。



ウ. 変更内容と理由

それぞれの箇所の変更内容及び変更理由は下記のとおりである。総合的援助方針や長期・短期の目標については、これまで曖昧だったことを具体化、明確化する視点からの変更が多く、サービス内容の変更については、意欲の喚起や楽しみを生活に取り込む観点からの変更が目立つ。また、既にリハビリメニューが盛り込まれていたケアプランの場合にも、機能訓練から、日常生活の動作による機能維持へと変更されているなど、更に個別性を重視する指導・助言がなされていたことが分かった。

総合的援助方針

- 専門職の助言指導を受けることが加えられた。(特養)
- 「無理をしない範囲のリハビリ」では曖昧なので→「日常動作でできること」に変えた。(特養)
- 既存の方針に加え、心の活性化も図る旨追加、(特養)
- 家で寝たきりだった方が、デイサービスに行くことで活動性が高まったので、「外に出る事に慣れる」→「トイレに行けるように支援していく」に変えた。(居宅)
- デイサービス利用時の歩行時の見守り援助の内容を「付き添い援助」→「自分で出来る部分を尊重する」に変更。(居宅)

長期目標

- 「声が出せ、職員と会話できる」を追加。(特養)
- 長期目標、短期目標ともに日常生活の中で出来る事に変更。(特養)
- 目標を本人にとっても分かりやすい、具体的なものに変更した。「自宅での座位時間が増す」→「ベッドからの移乗が楽にでき、夫の介護負担が軽減できる」(居宅)
- 「リハビリができる」→「今の機能の維持」(居宅)

短期目標

- 短期目標を確実にできることに変更した。(特養)
- 短期目標をより具体的に変更した。(特養)

- 達成可能な目標へ変更することで、意欲の向上をはかる。(特養)
- 「食事療法についての意識を高めることができる」を追加した。(居宅)
- 「バスの段差を安全に乗り降りできる」を追加。(居宅)

サービス内容(削除)

- グループリハビリは本人の意欲につながりにくく、実施が確実でないため、削除。(特養)
- 「下肢の運動」は特別なことをせずとも、日常動作で十分な運動量が確保されているため、削除した。(特養)
- 「病気の悪化を防ぎ、健康に暮らしたい」を削除(具体性に欠ける)。(特養)

サービス内容(追加)

- 「抑制中止への取組」と、「生活に楽しみをつくる」を追加。(特養)
- 痛みのない移乗を可能にする目的で下肢筋力の強化運動に関する項目を追加。(特養)
- 残存能力の活用のため、伸展運動と座位保持を追加(特養)
- 出来る機能を取り戻すために、歩行器での移動を追加した(現在は車椅子)。(特養)
- 歩行の安定のため、履物の調整(介護シューズに変更)を追加。(特養)
- 「できるだけ自分で移乗を見守る」を追加。(特養)
- 「口腔清掃時に息を吐く訓練を10回程度行う」を追加。(特養)
- 肥満の解消のために「栄養指導」を追加。(居宅)
- 自宅での筋力強化運動(居宅)

サービス内容(修正)

- 平行棒の立ち上がりを日常生活の動作であるベッドからの移乗の際の立位保持に変更。(特養)
- デイサービスの利用目的変更に伴い「とじこもり防止」、「レクリエーション」削除し、「アクティビティ」、「グループ活動」を追加。(居宅)
- 1日1回は人と会うように、ヘルパーの回数を3回から6回に変更。(居宅)

サービス内容(担当者変更)

- 機能訓練指導員から介護職へ(日常の関わり)へと変更。(特養)
- 訪問介護のヘルパーとデイケアセンターの担当者を変更した。(居宅)

(2) ケアプランに反映することが難しい内容と理由

リハビリ専門職からの助言を受けたものの、ケアプランの変更に至らなかった内容について、介護サービス利用者(ケアプラン)ごとに、介護支援専門員とリハビリ専門職の双方に質問紙で確認したところ、両者の視点の違いと、ケアプランに反映する事が難しい内容が明らかになった。

介護支援専門員が無記入又は「特になし」と回答したケアプランに対し、リハビリ専門職からの回答があったものが全体で20事例あった。これらは、介護支援専門員が質問紙に回答する際に、失念していたか、意図的に避けたものであり、介護支援専門員の観点からは軽視されがちな内容であると推測できる。その内容を分析したところ、以下の4つのカテゴリーに分けられた。具体例は、実際に事業内で行われた助言の内容である。

また、ケアプランに反映することが出来なかった内容については、リハビリ支援の際に特にリハビリ専門職が留意して指導・助言を行う必要のあるところと考えられる。この点に関して、本事業で実施された内容に基づき、ケアプランに反映させるための工夫についても、以下に示した。

ア. 運動や認知症対応など、リハビリの技術的なこと

【具体例】

- ① 関節可動制限の進行を妨げるための体操
- ② 予防的な関わりとしての発声練習
- ③ 認知症者でも主体的に取り組める作業を探すこと
- ④ 入浴動作の確立
- ⑤ 運動量を増やす

【ケアプランに反映させるために】

介護支援専門員の保有資格にも左右されるが、概ねリハビリの技術的なことについては、介護支援専門員は不得意であると考えられる。質問紙の自由回答においても、「機能評価に関わることには自信が持てず、踏み込めない」との意見が出されていた。このような内容については、リハビリ専門職が支援することで、介護支援専門員の不安を解消することが重要である。また、リハビリ支援をする側も、より理解されやすい形での情報提供を心がける必要がある。共通言語として、ICFの考え方を取り入れたり、サービスを提供する事業者や担当者についても具体化して分かりやすい形で助言するといった、丁寧な支援が求められる。

イ. ADLや福祉用具及び住宅改修に関すること

【具体例】

- ① 寝たきりのおむつ排泄を改善するために、福祉用具(ベッドとポータブルトイレ)を導入すること
- ② 寝室の移動、暖房整備
- ③ 食事の際の自助具の使用

【ケアプランに反映させるために】

福祉用具は、介護サービス利用者の身体機能、能力、生活様式の変化に応じて適時変更されるべきであるが、ADL低下の兆候を見極めるためには専門的な知識が必要で、適時の介入は難しいため、介護支援専門員は、福祉用具の導入及び変更に大変苦慮しているのではないだろうか。また、自身で判断するだけでなく、利用者に導入や変更を納得してもらえる説明を行う必要があることも、介護専門員の負担となっている。

このような問題に対し、リハビリ専門職が連携をとり、福祉用具の導入及び住宅の改修に関する専門的知見に基づいた助言を行うことで、介護支援専門員が自信を得て、これらのサービスを主体的にコーディネートする事が可能になると思われる。

ウ. 多職種が関わる必要のあるもの

【具体例】

- ① 長期目標を、「デイケア以外の社会参加」とすること
- ② カロリーコントロール等の食事指導
- ③ 食事作り

【ケアプランに反映させるために】

カロリーコントロールのための食事指導や、訪問介護の担当者を巻き込んだ食事作りをケアプランに盛り込むためには、介護支援専門員の独力では実現困難である。医師や栄養士をはじめとする多職種と連携し、支援を仰ぐ必要がある。更に本人や家族を交えて話し合いの機会を設けるといった個々人に応じた対応が必要な場合も多い。介護支援専門員が相談を持ちかけやすい多職種ネットワークを構築し、このような課題に対応する必要があると思われる。

エ. 介護保険によるサービスの提供が困難なもの

【具体例】

- ① 本人は家の掃除を希望しているため、ヘルパーと一緒に掃除することを提案したものの、介護保険制度上の制約でヘルパーが依頼できない。
- ② 訪問リハや通所リハの定期的利用を提案したが、地域に訪問リハや通所リハを提供できる事業所がない。

【ケアプランに反映させるために】

これらについては、介護支援専門員が自己の能力や努力では実現できないと諦め、助言があっても、意識から追いやられてしまっていることが推測できる。介護サービスがカバーすることができない課題に対しては、インフォーマルグループなどの地域資源の活用によって、解決策を検討することも考えられる。地域包括支援センターとの連携によって地域の情報を収集することが、非常に有効である。

4. 介護支援専門員の変化

(1) 介護支援専門員の有能感の変化(全体・特養・居宅)

有能感とは、何か問題が生じたときに、自分はその問題に対処できると感じる自信を意味している。本調査では介護支援専門員、介護職員、リハビリ専門職に仕事の有能感について、5段階評価の質問紙調査⁷をモデル事業の実施前と実施後に行った。

質問に対し「非常にそう思う」「そう思う」「どちらでもない」「あまりそう思わない」「全くそう思わない」のうち、自分の気持ちに最も近いものを選択してもらい、「非常にそう思う」から「全くそう思わない」を5点～1点に振り替えて得点化し、事業実施前・後で有能感に違いが生じたかを調査したところ、以下の結果を得た。グラフは、全体、特養、居宅別にまとめた。

有能感の向上について

全体では、実施前の平均得点は50.58点、実施後の平均得点は52.55点となっており、一人当たり1.97点の増加がみられ、前後の値を危険率1%としてWilcoxonの符号付順位和検定により比較した結果、有意差が認められた($p=.004<.01$)。

項目別にみると、特に得点の増加幅が大きかったのは「7. 仕事を通じて自分の能力を伸ばし、成長している」と「11. いつもと違うことが起こっても迅速かつ適切に対応できる」と「13. チームの目標を十分に達成できるよう取り組んでいる」であった。

特養では、実施前の平均得点は51.00点、実施後の平均得点は52.83点となっており、一人当たり1.83点の増加がみられ、前後の値を危険率10%としてWilcoxonの符号付順位和検定により比較した結果、有意差が認められた($p=.065<.10$)。

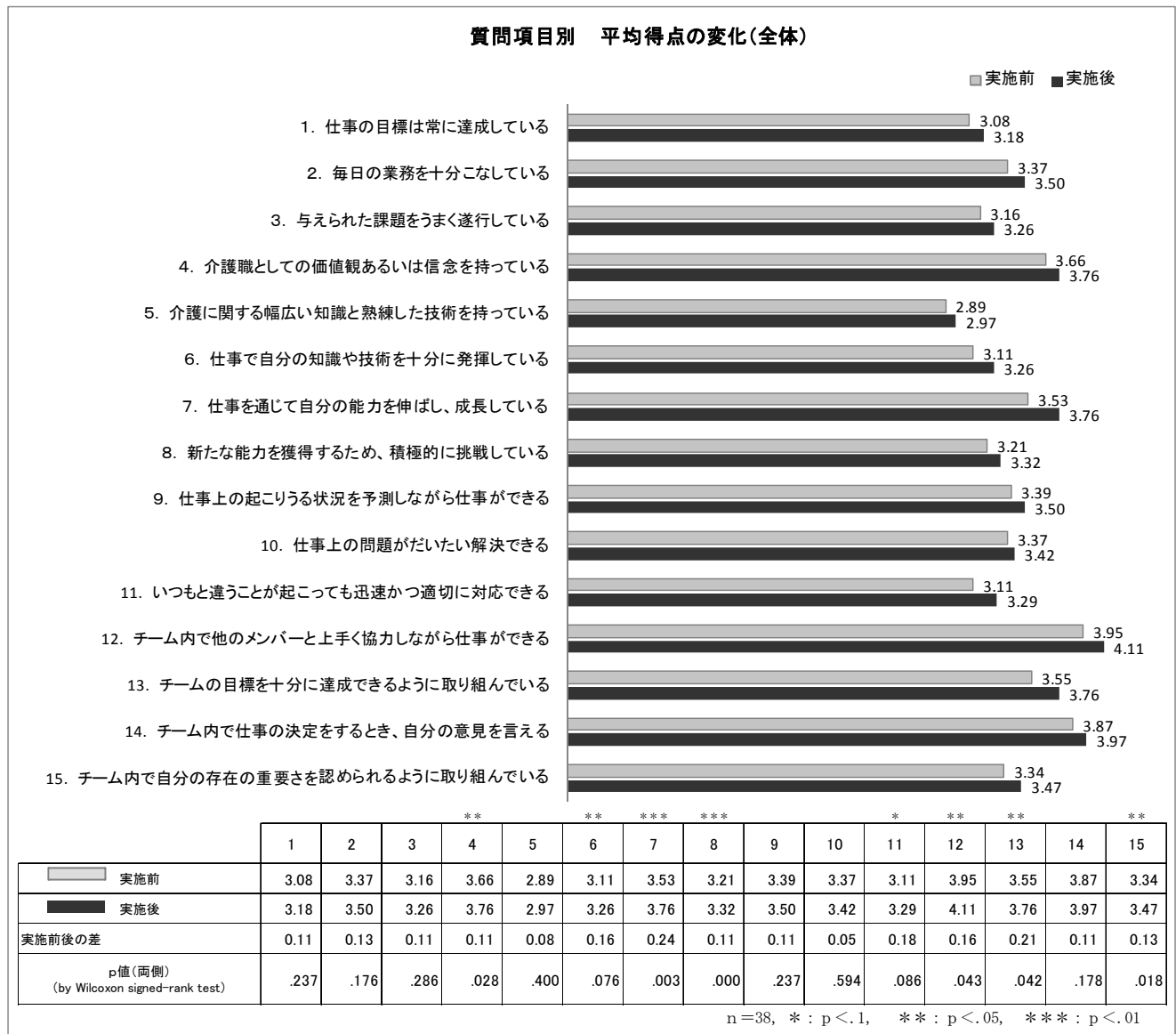
居宅では、実施前の平均得点は50.20点、実施後の平均得点は52.30点となっており、一人当たり2.20点の増加がみられ、前後の値を危険率5%としてWilcoxonの符号付順位和検定により比較した結果、有意差が認められた($p=.026<.05$)。

特養の介護支援専門員と居宅の介護支援専門員の違い

特養の介護支援専門員で得点増加の幅が大きかった「11. いつもと違うことが起こっても迅速かつ適切に対応できる」、「12. チーム内で他のメンバーと上手く協力しながら仕事ができる」に関して、居宅の介護支援専門員の得点増加の幅は小さかった。一方、居宅の介護支援専門員で得点増加の幅が大きかった「8. 新たな能力を獲得するため、積極的に挑戦している」と「15. チーム内で自分の存在の重要性を認められるように取り組んでいる」について、特養の介護支援専門員の得点増加があまり見られなかったという違いがあった。

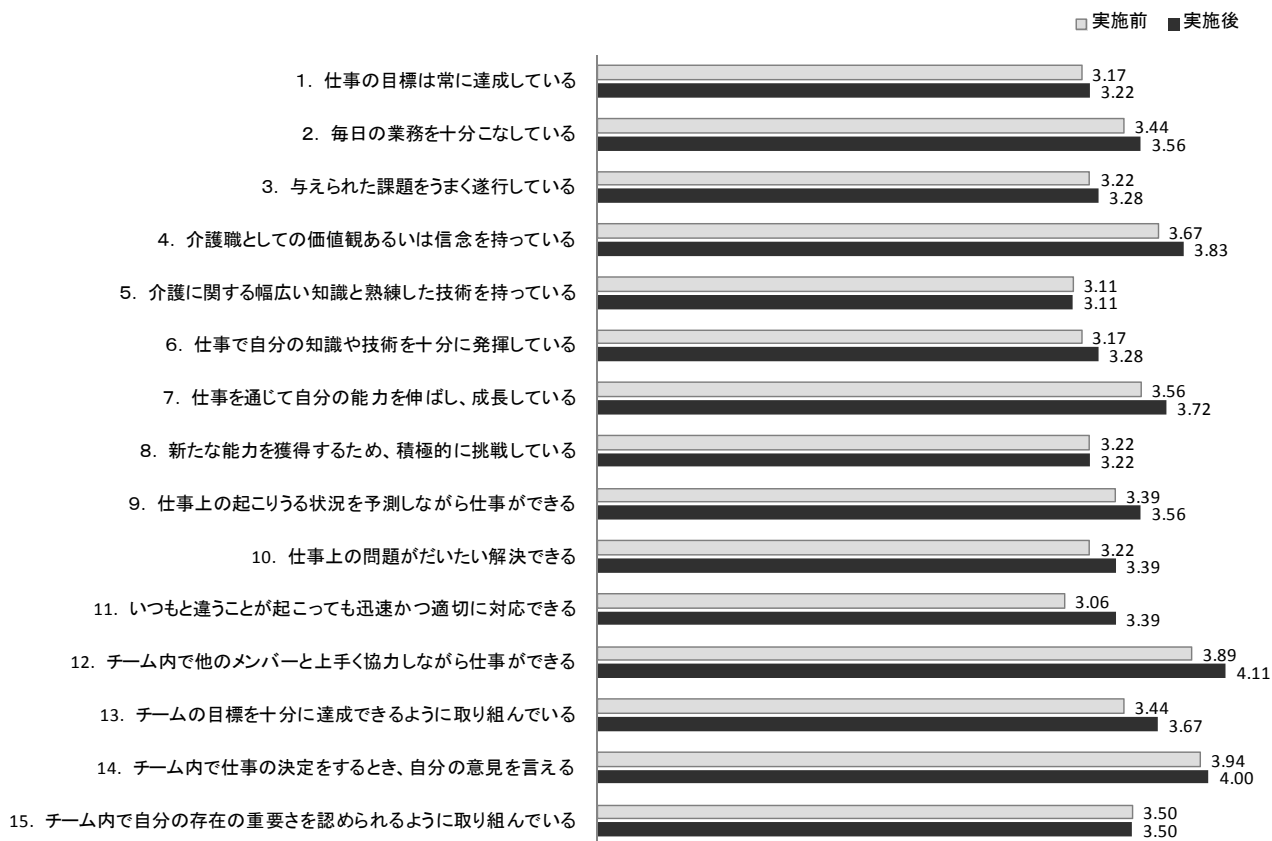
⁷ 蘇 珍伊・岡田進一・白澤政和:「特別養護老人ホームにおける介護職員の仕事の有能感についての探索的研究」,生活科学研究誌:大阪府立大学大学院生活科学研究科,Vol.4, 2005 における質問紙を本事業の調査対象者向けに文言を変更して使用している。

介護支援専門員の有能感の変化(全体)



介護支援専門員の有能感の変化(特養)

質問項目別 平均得点の変化(特養)

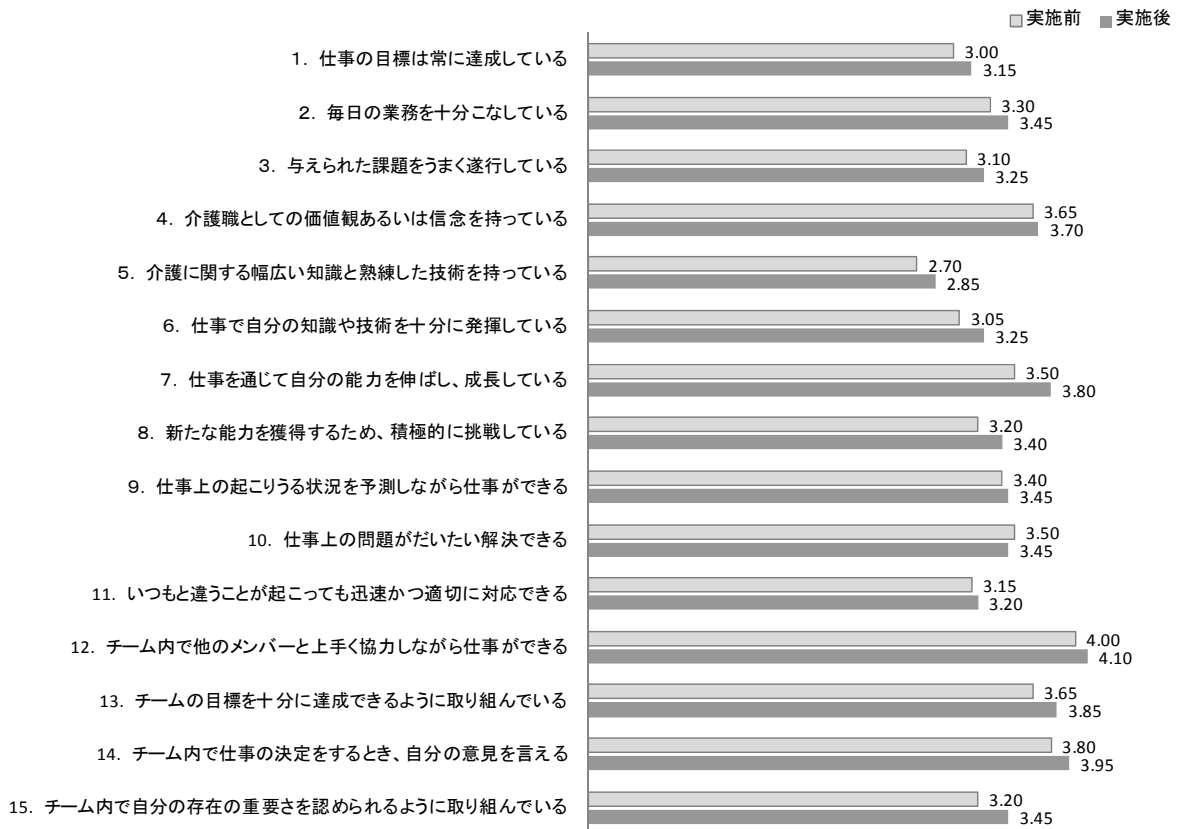


	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
実施前	3.17	3.44	3.22	3.67	3.11	3.17	3.56	3.22	3.39	3.22	3.06	3.89	3.44	3.94	3.50
実施後	3.22	3.56	3.28	3.83	3.11	3.28	3.72	3.22	3.56	3.39	3.39	4.11	3.67	4.00	3.50
実施前後の差	0.06	0.11	0.06	0.17	0.00	0.11	0.17	0.00	0.17	0.17	0.33	0.22	0.22	0.06	0.00
p値(両側) (by Wilcoxon signed-rank test)	.715	.423	.753	.109	—	.067	.043	—	.273	.345	.068	.068	.178	.655	—

n=18, * : p<.1, ** : p<.05, *** : p<.01

介護支援専門員の有能感の変化(居宅)

質問項目別 平均得点の変化(居宅)



	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
実施前	3.00	3.30	3.10	3.65	2.70	3.05	3.50	3.20	3.40	3.50	3.15	4.00	3.65	3.80	3.20
実施後	3.15	3.45	3.25	3.70	2.85	3.25	3.80	3.40	3.45	3.45	3.20	4.10	3.85	3.95	3.45
実施前後の差	0.15	0.15	0.15	0.05	0.15	0.20	0.30	0.20	0.05	-0.05	0.05	0.10	0.20	0.15	0.25
p値(両側) (by Wilcoxon signed-rank test)	.109	.273	.109	.109	.109	.109	.028	.028	.109	.109	.043	.317	.109	.109	.043

n=20, *: p<.1, **: p<.05, ***: p<.01

(2) ケアプラン作成に関する介護支援専門員の資質の変化(全体・特養・居宅)

介護支援専門員のケアプラン作成能力の変化

リハビリ支援が介護支援専門員のケアプラン作成のための資質に及ぼす効果について明らかにするために、支援実施前と後で、介護支援専門員が持つことが望ましいと考えられる視点をどの程度備えているかについて、4段階評価の質問紙調査(6項目)によって確認した。(n=38)

質問に対し、「非常にそう思う」「そう思う」「あまりそう思わない」「全くそう思わない」のうち、自分の気持ちに最も近いものを選択してもらい、実施前と実施後での割合の変化を円グラフで示し、全体、特養、居宅ごとに次頁以降に示した。

全体の結果をみると、「ア.『アセスメントにリハビリ専門職の助言指導が必要である』」について「そう思う」と「非常にそう思う」を足した割合は支援実施前で既に84%で、同様に「ウ.『利用者の目標設定にリハビリ専門職の助言指導が必要である』」が95%、「エ.『ケアプラン作成にリハビリ専門職の助言指導が必要である』」については74%となっており、リハビリ支援を行う前から、介護支援専門員の間では、リハビリ適応の必要性が一定程度認識されていたことが分かった。また、リハビリ支援実施後には、それぞれが92%、97%、90%へと増加しており、認識がより一層強まったことが示された。

また、「イ.『サービス提供後に利用者の生活がどのように変わるかイメージできる』」について、実施前は66%が「そう思う」と回答していたが、実施後は「そう思う」が71%、「非常にそう思う」が8%と、合計79%がそう思うようになっており、リハビリ支援が介護職員の資質向上にも一定の効果をもたらすことが示された。

特養の介護支援専門員と居宅の介護支援専門員の違い

特養と居宅の違いを見てみると、「ア.『アセスメントにリハビリ専門職の助言指導が必要である』」については、特養(実施前)では、「そう思う」と「非常にそう思う」を足した割合が94%と非常に高かったのに対し、居宅(実施前)では75%となっていた。逆に、「エ.『ケアプラン作成にリハビリ専門職の助言指導が必要である』」については、「そう思う」と「非常にそう思う」を足した割合が、特養(実施前)では61%であったのに対し、居宅(実施前)では85%と高くなっていた。

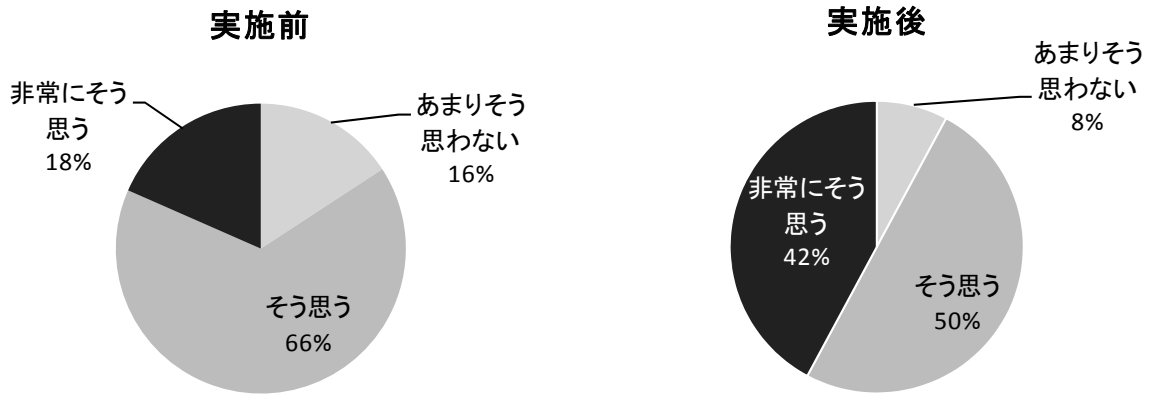
これは、今回協力していただいた特養の中に、昨年度リハビリ支援を受けた施設が3つ含まれていることが影響していると考えられる。昨年度に引き続きモデル事業に協力した特養では、昨年度の支援の効果によって利用者に対するリハビリ支援の重要性の認識が高くなっていたことが推測できる。また一方で、ケアプランに対しては、施設よりも居宅の介護支援専門員のほうが、より能動的な問題意識を持っていること、及び、昨年度のような(ケアプランに焦点を当てていない)リハビリ支援では、ケアプランへリハビリの視点を導入する必要性については、認識してもらうことが出来なかった、と結果から読み取ることができる。

リハビリ支援実施後は、「ア. 『アセスメントにリハビリ専門職の助言指導が必要である』」について「そう思う」と「非常にそう思う」を足した割合が特養で95%、居宅で90%、また、「エ. 『ケアプラン作成にリハビリ専門職の助言指導が必要である』」については同様に特養89%、居宅90%と、両者の差が縮まっており、特養・居宅の区別なく、効果が実感されていることが示された。

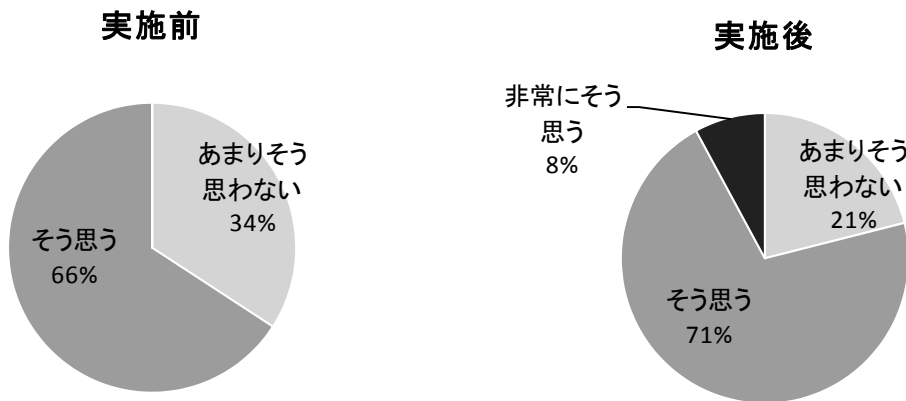
居宅の介護支援専門員が特養の介護支援専門員よりも問題意識が高いことは、多職種連携の認識にも示されており、「オ. 『サービス提供に、多職種の連携が必要である』」に対し、支援実施前の特養では「非常にそう思う」が40%であったのに対し、居宅では50%となっていた。支援実施後にもこの差は埋まらず、特養が45%へと5ポイント増加したのに対し、居宅では67%へと17ポイント増加していた。

【全体】

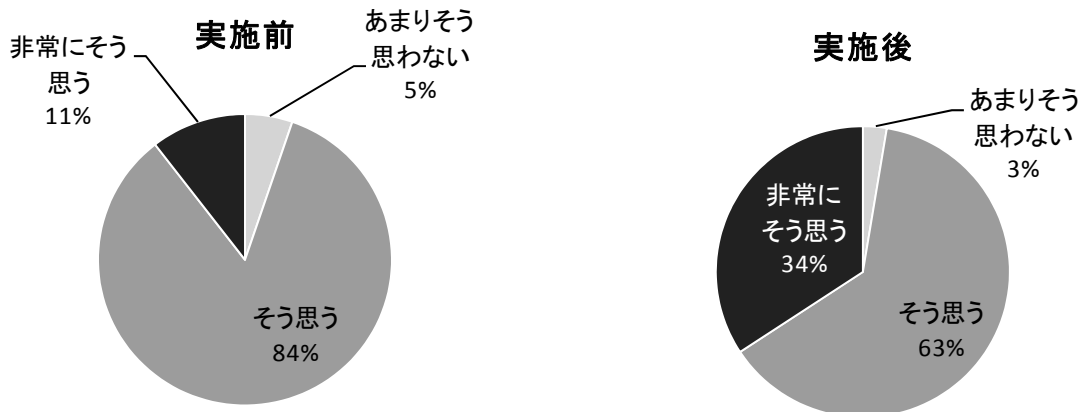
ア. 「アセスメントにリハビリ専門職の助言指導が必要である」



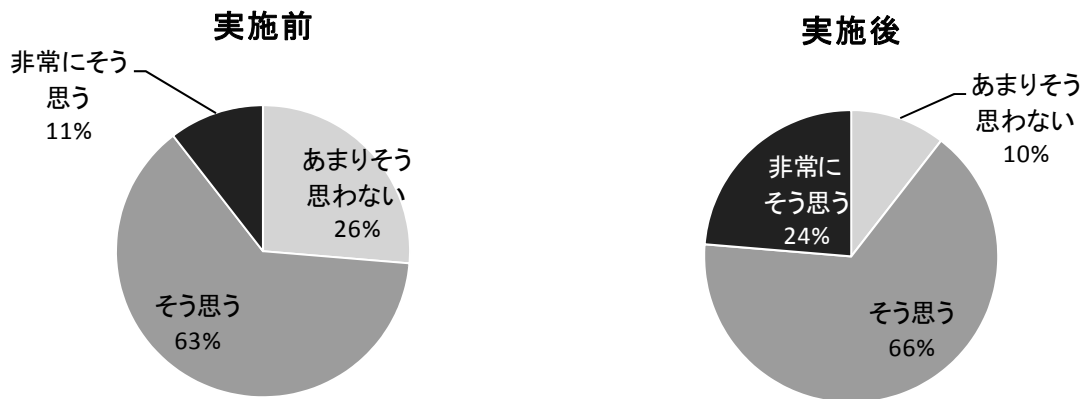
イ. 「サービス提供後に利用者の生活がどのように変わるか、イメージできる。」



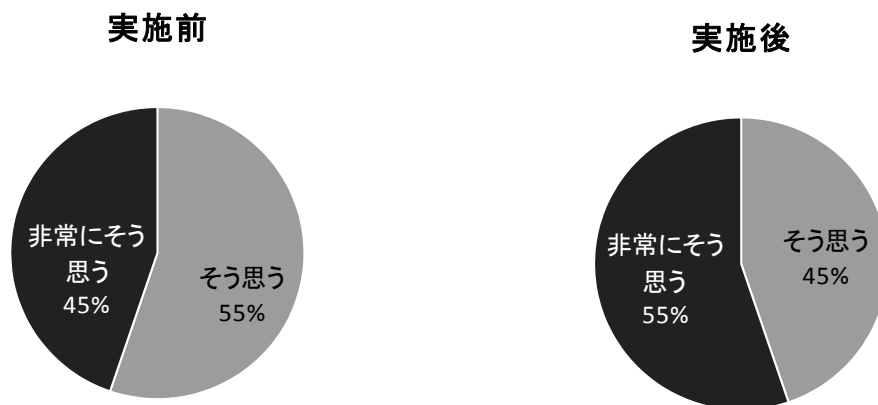
ウ. 「利用者の目標設定にリハビリ専門職の助言指導が必要である」



エ. 「ケアプラン作成にリハビリ専門職の助言指導が必要である」

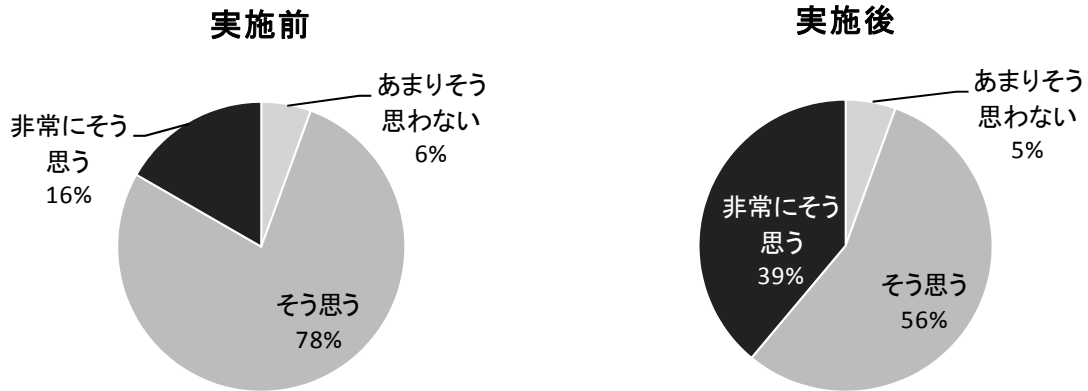


オ. 「サービス提供に、多職種の連携が必要である」

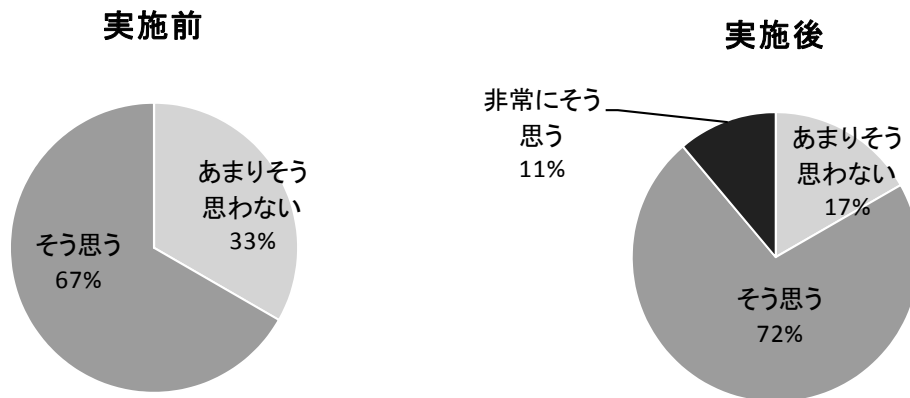


【特養】

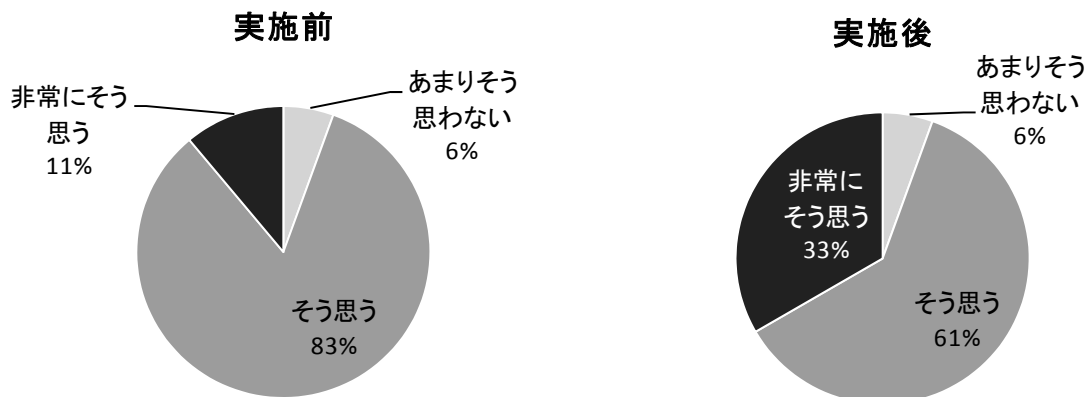
ア. 「アセスメントにリハビリ専門職の助言指導が必要である」



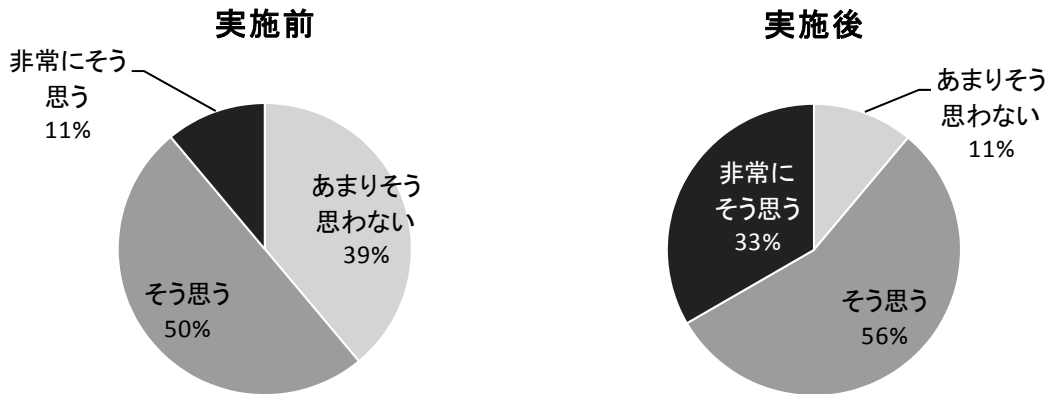
イ. 「サービス提供後に利用者の生活がどのように変わるか、イメージできる。」



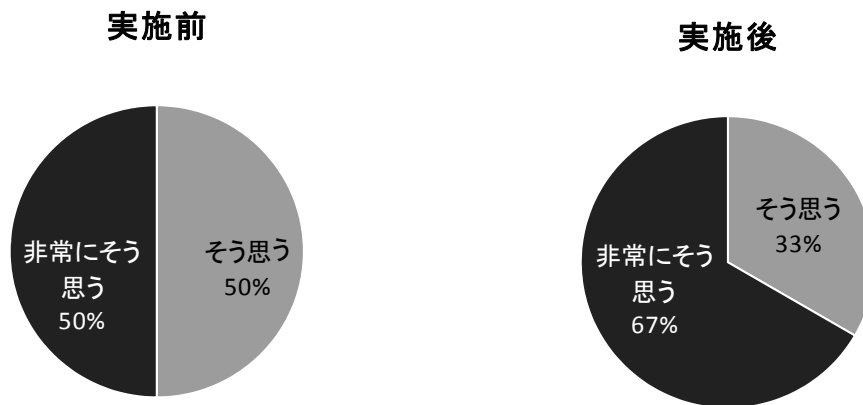
ウ. 「利用者の目標設定にリハビリ専門職の助言指導が必要である」



エ. 「ケアプラン作成にリハビリ専門職の助言指導が必要である」



オ. 「サービス提供に、多職種連携が必要である」

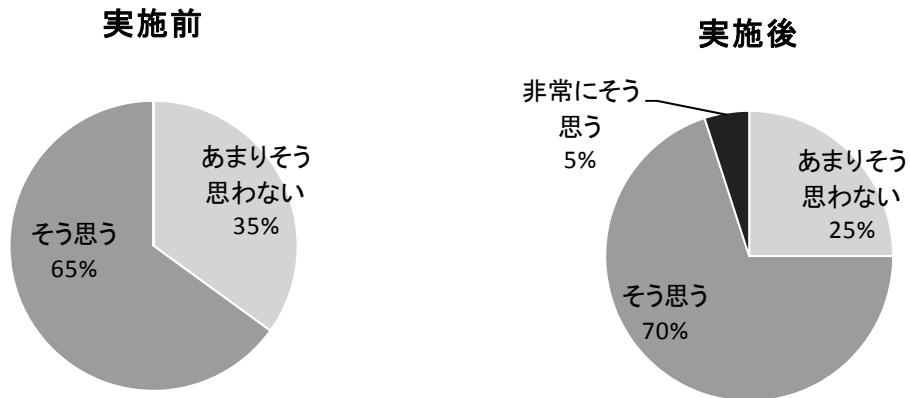


【居宅】

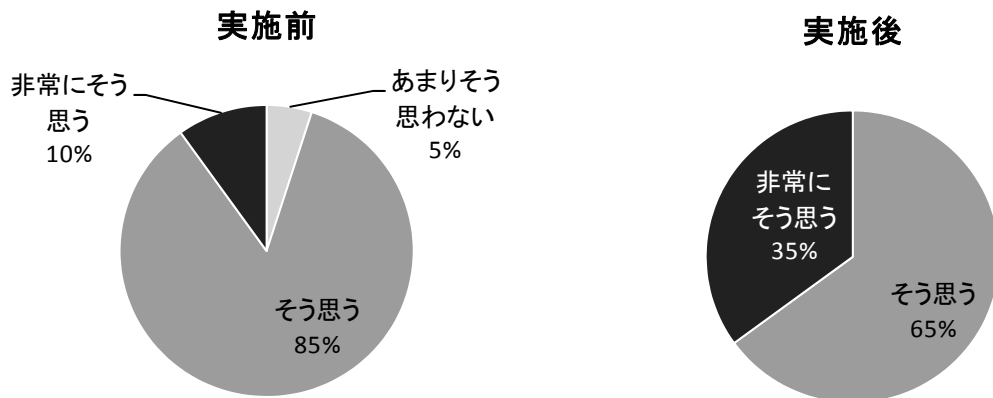
ア. 「アセスメントにリハビリ専門職の助言指導が必要である」



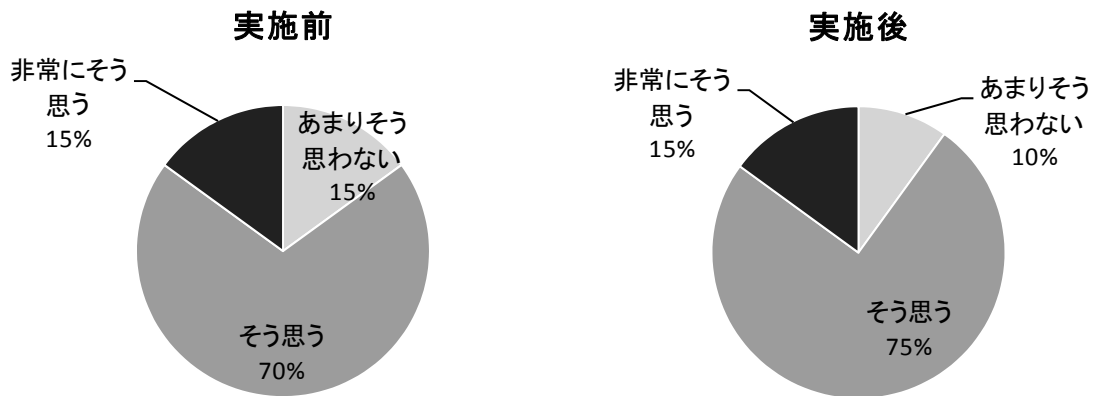
イ. 「サービス提供後に利用者の生活がどのように変わるか、イメージできる。」



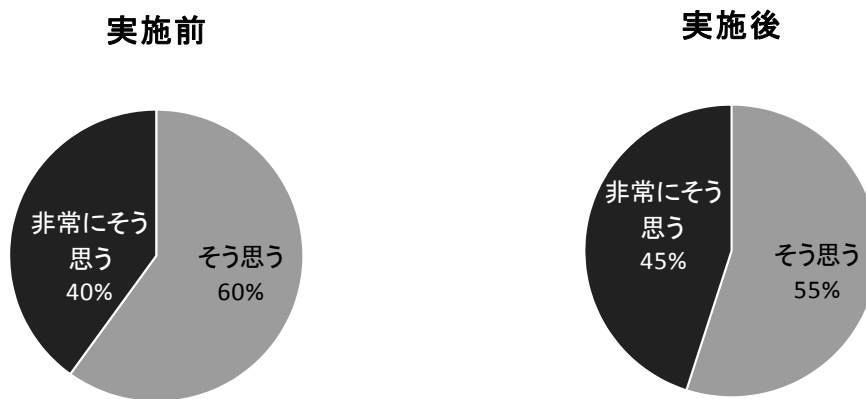
ウ. 「利用者の目標設定にリハビリ専門職の助言指導が必要である」



エ. 「ケアプラン作成にリハビリ専門職の助言指導が必要である」



オ. 「サービス提供に、多職種の連携が必要である」



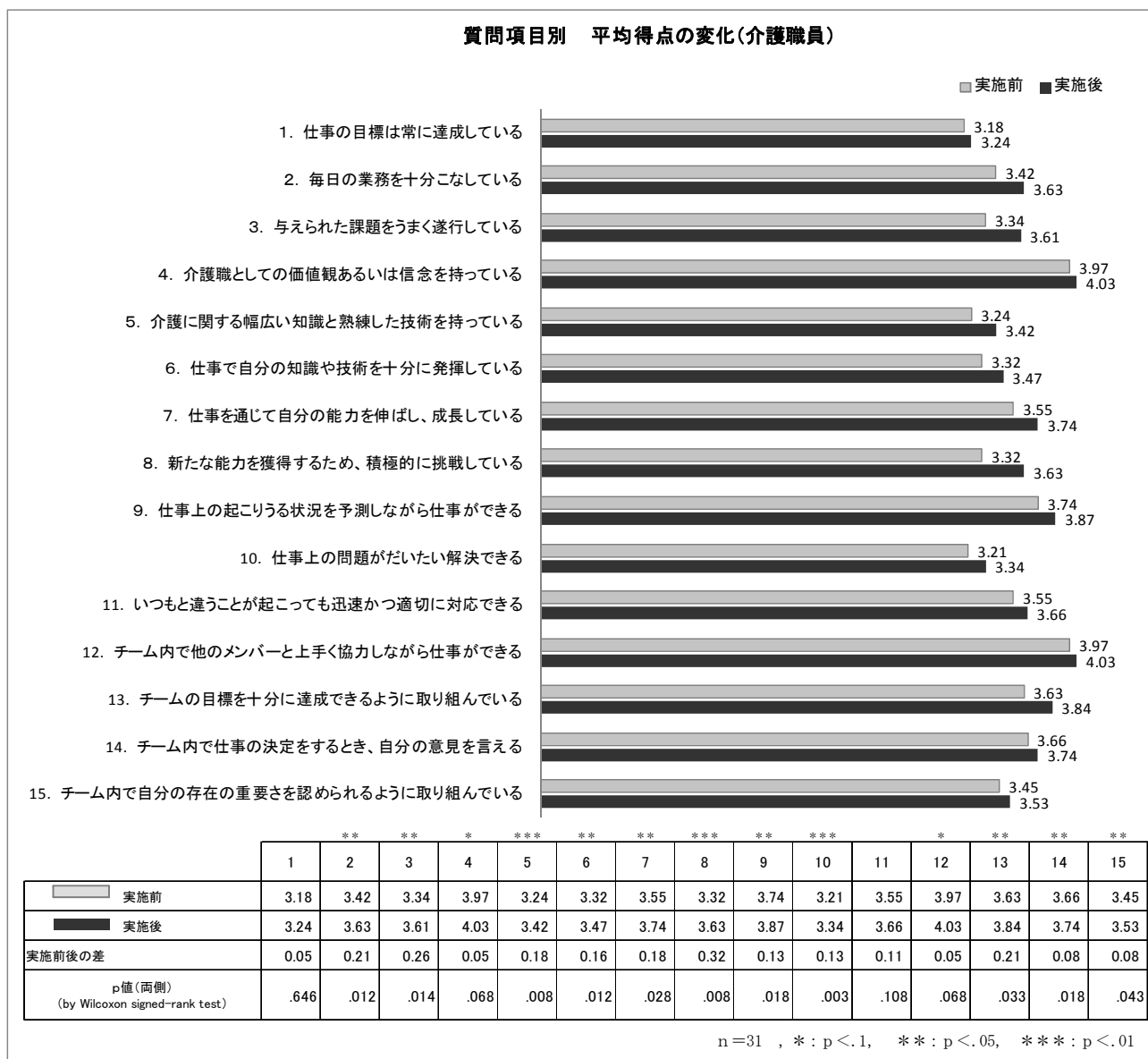
5. 介護職員の変化

(1) 介護職員の有能感の変化

介護職員に対しても、介護支援専門員同様に仕事の有能感について、5段階評価の質問紙調査を行い、同様の方法で数値化したところ、以下の結果を得た。

実施前の平均得点は52.55点、実施後の平均得点は54.76点となっており、一人当たり2.21点の増加がみられ、前後の値を危険率1%としてWilcoxonの符号付順位和検定により比較した結果、有意差が認められた($p=.001<.01$)。

特に得点の増加幅が大きかった項目は「3. 与えられた課題をうまく遂行している」と「8. 新たな能力を獲得するため、積極的に挑戦している」であり、能動的に仕事に取り組む内容の項目において、得点が上昇していると言える。



(2) 介護職員が感じたリハビリ支援の効果

介護職員がリハビリ支援の効果を受けてどのように変化するかを明らかにするために、モデル事業実施後に、介護職員が感じた変化を質問紙で確認した。4つの項目に対して変化が「あった」又は「なかった」か、あった場合にはその具体的内容を回答してもらった。(n=38)

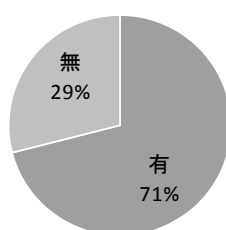
全ての質問項目に対し、過半数の職員が変化を感じていたが、特に「ア. リハビリイメージの変化」に関して、変化を感じた者の割合が71%と最も高かった。また、「イ. ケアプランに対する考え方の変化」では、58%が変化を感じており、具体的な回答内容を見てみると、「画一的なプランではなく、1人1人の利用者に合わせて短期目標を入れていけるようになった。」という回答に代表されるように、ケアプランの内容が個々人の個性を尊重し、より具体的なものへと変化したことが明らかになった。

また、「ウ. 仕事の関わり方の変化」については、68%が変化を実感しており、その内容は「職員によって異なっていた利用者への関わり方が統一されるようになった。」というように、ケア内容の統一に関する意見が多かった。おそらくは目標が明確になったことで、全体の中での自己の役割を意識して仕事に取り組むことができるようになり、またその結果として、職員によるケアのバラつきをなくそうという方向に介護職員の間で変化が生じていることが考えられる。

「エ. チーム内での情報交換の変化」については、58%が変化を実感しており、その内容は、チーム内での情報交換の回数の増加に加えて、「自分の考えを持っていても言わないことが多かったけれど、それぞれ言い合えるようになった。」に示されるような、交わされる情報内容の変化も示されていた。

ア. リハビリイメージの変化

リハビリに対する関心や
イメージの変化がありましたか。

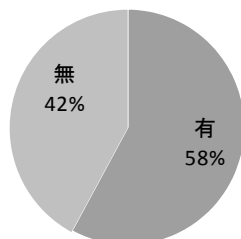


変化の具体的内容(質問紙回答からの抜粋)

- ・ リハビリというと機械を使って、というイメージがあったが、生活の中でもリハビリ出来るということが分かった。
- ・ リハビリは専門職がするものだと思っていたが、生活の場でも出来るリハビリがあり、それを行うことがお互いに必要でした。
- ・ 出来ないだろうと思っていた事が出来るようになっていく過程を目の当たりにして、リハビリの重要さが理解できた。

イ. ケアプランに対する考え方の変化

ケアプランの内容に変化を感じましたか。

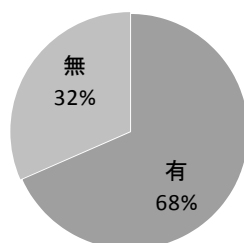


変化の具体的内容(質問紙回答からの抜粋)

- 画一的なプランではなく、1人1人の利用者に合わせて短期目標を入れていけるようになった。
- 短期目標について、具体的に目標を挙げるようになった。
- モデル事業実施前は、大きな目標が多かったが、リハビリの先生の助言にて、日常生活上での関わりになり、取り組みやすかった。
- プランにしっかりと載せることで、どのスタッフが見ても、すぐに内容を理解出来る。
- ケアプランの内容によっては、本人のやる気生まれるものの、反面、関心を得られない場合もあるので、改めて内容の重要性を感じた。
- ケアプランを常に意識して、変化にも対応するようになり、個人的に介護の方法を変えない事、と思っています。
- ケアプランをこれまで以上に重視するようになった。

ウ. 仕事への関わり方の変化

自分の仕事の役割やチームの目標などがはっきりしてきたと感ずることがありましたか。



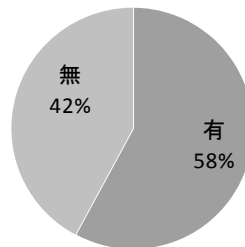
変化の具体的内容(質問紙回答からの抜粋)

- モデル事例で感じたことが他の利用者様でも見えるようになった。出来る事は尊重する。

- 取組の最初のほうは、多くの職員が関心を持って利用者に関わる事ができていたが、だんだんと意識が薄くなってきている。
- 専門職に入ってもらって個々に合った介助をすることで、利用者の満足度が高まった。その結果、スタッフ同士の間でも、具体的な目標が決められた。
- 職員によって異なっていた利用者への関わり方が統一されるようになった。
- 目標が同じでも、援助方法が異なると利用者が混乱してしまうので、援助方法も統一するようになりました。

エ. チーム内での情報交換の変化

チームで仕事の課題について話合う方法や内容に変化がありましたか。



変化の具体的内容(質問紙回答からの抜粋)

- 課題が具体的になったら、課題について話し合う回数が増えた。
- 「この人はこれもできるのでは？」とチームで話し合う機会が増えたと思う。
- 現状に満足することなく日々最善の援助方法について考えるようになり、ミーティング等でも積極的に意見が出るようになりました。
- 発言をする機会が増えた。自分の考えを持っていても言わないことが多かったけれど、それぞれ言い合えるようになった。
- ケアプランの内容について、本人にとって最も良いものかと話し合うことが増えた。
- 以前に比べて、他の利用者の方の残存能力をチームで考えるようになった。

オ. その他、自由意見(質問紙回答からの抜粋)

- 地域で、同じ職種の人が個々に考えるのではなく、他の事業所等で行われていることを学習出来る機会があれば、参考になる。地域包括を軸とした福祉事業や、職員の学習会もあれば良い。(風土や環境などを共にする特養、デイ、グループホームなど)
- リハビリをすることで、利用者本人が意欲的になり、表情も明るくなったように思う。他の利用者さんにも生活リハビリなど、出来ることをしていきたいと思うようになった。
- 今回、高齢の方にもモデル事業の対象となっていました。年齢に関係なく、本人のやる気が起きていたように見えました。動きも積極的になりました。他の利用者の方の中にもまだまだ機能を引き出せる方が見えます。次はこの方？などと考えます。
- 期間が短く、連絡体制も不十分であったように思われる。もう少し密に情報のやり取りができればよかった。

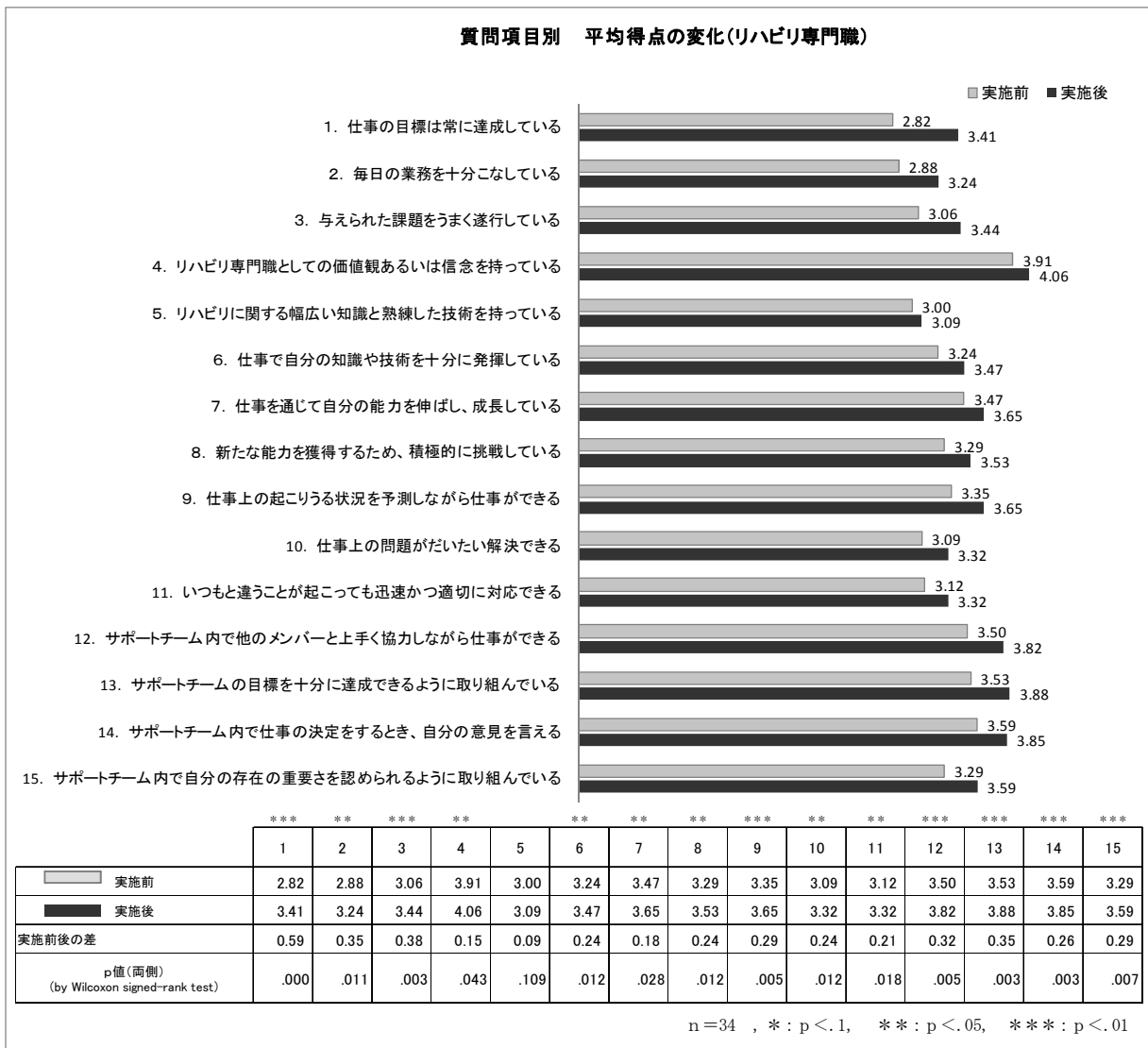
6. リハビリ専門職の変化

(1) リハビリ専門職の有能感の変化

リハビリ専門職に対しても、介護支援専門員同様に仕事の有能感について、5段階評価の質問紙調査を行い、同様の方法で数値化したところ、以下の結果を得た。

実施前の平均得点は49.15点、実施後の平均得点は53.32点となっており、一人当たり4.18点の増加がみられ、前後の値を危険率1%としてWilcoxonの符号付順位和検定により比較した結果、有意差が認められた($p = .000 < .01$)。

ほぼ全ての項目に置いて、有意な得点増加が認められたが、「5. リハビリに関する幅広い知識や技術を持っている」については、増加が認められなかった。モデル事業の期間が短く、また、リハビリ専門職の基礎属性でみたように、今回のモデル事業協力者は、経験年数8年以下の若手が半数を占めていたことが影響しているのではないかと推測できる。



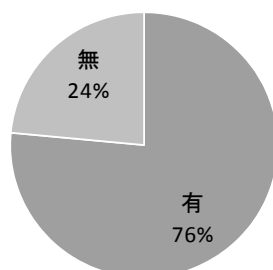
(2) リハビリ専門職が感じたリハビリ支援の効果

リハビリ専門職が、介護支援専門員と介護職員に対してリハビリ支援を行うことで、業務に対する意識がどのように変化するかを明らかにするために、モデル事業実施後に、リハビリ専門職が感じた変化を質問紙で確認した。3つの項目に対して変化が「あった」又は「なかった」か、あった場合にはその具体的内容を回答してもらった。また、今回のモデル事業において、リハビリ専門職が行なった助言・指導の中で、効果や反響の大きかった内容についてもまとめた。(n=34)

介護支援専門員や介護職員と比較して、リハビリ専門職はリハビリ支援を行ったことによる変化の実感割合が高い点に特徴がある。特に割合が高かったのは「ウ. 仕事への関わり方の変化」で、88%が変化を実感していた。変化の内容としては、「リハビリ専門職にしかできないことではなく、介護職が、業務の中でできることを探すようになった」、「専門職として他職種に関わる必要性を感じた。普段の状況を見ている介護スタッフの情報を一緒に共有すること、またそれが気軽にできる状況を作っていくことが必要だと思う。」という意見に典型的にみられるように、生活の中で実施可能なリハビリ技法への興味が増大し、専門職として新たな自覚が喚起されていることが示された。

ア. リハビリに対する考え方の変化

リハビリに対する考え方に変化がありましたか。

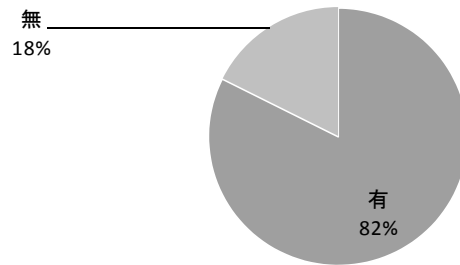


変化の具体的内容(質問紙回答からの抜粋)

- 機能訓練が維持期に求められることは少なく、いかに生活に沿ったリハビリを提供できるか認識した。
- 生活の中でできるリハビリをその人の生活スタイルに沿って考えて行く必要があると感じた。
- モデル事業に参加して、日常で行っている全てのことがリハビリにつながると再認識した。高齢者においては、今出来ていることを継続して行うことや、専門職に関わってもらって何とか出来るようになることがその人の生活の質の向上につながる事が分かったので、ケアプランにリハビリの視点を入れることは、絶対に必要だと思った。
- その人の生活全体と見るという視点を身に着けることが出来たと感じている。
- 今までは対象者の機能向上に目が行きがちであったが、周辺環境へのアプローチや、将来を見通して関わっていく必要があると強く感じた。
- 病院業務が主になっていたが、改めてリハビリは生活の再建という認識をさせてもらった。

イ. ケアプランの変化及びプランの重要性の変化

ケアプランの内容に変化を感じましたか。又は、自身のケアプランに対する考え方に変化を感じましたか。

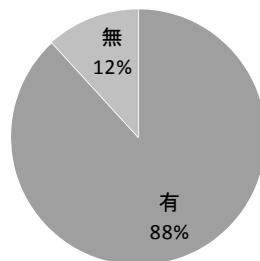


変化の具体的内容(質問紙回答からの抜粋)

- もともと利用者の情報共有のために重要なものとは考えていたが、事業終了後は、ケアプランは介護支援専門員から介護・看護スタッフへの介護の指示書であり、利用者とその家族に対しては援助内容を明示した契約書である、更に重要なものと理解した。
- リハの視点をプランに加えることで、関連しているサービス業者のスタッフや介護スタッフの関わり方に変化が起こった。
- 各職種で、様々な意見を出し合って、より良いプランを練り上げることの重要性を認識した。
- 介護支援専門員の考えによって、ケアプランは大きく異なるのが現状だと思った。嚥下や口腔の面がまだまだケアプランに反映されておらず、今後は在宅でもっと取り入れてもらえたらと思った。
- 改めてケアプランを確認し、画一的な内容の場合は疑問を持てるようになった。
- あまり、ケアプランの部分を細かく見るのが無かったが、これからはしっかりとみて、リハの役割を十分に理解して行きたい。

ウ. 仕事への関わり方の変化

自分の仕事の役割やチームの目標などがはっきりしてきたと感ずることがありましたか。



変化の具体的内容(質問紙回答からの抜粋)

- 医療の現場にいる者として、これまで以上に、ベッドサイドでもセルフケアを中心としたアプローチを看護・介護側と連携を密にし、協働で進める必要性を強く感じた。
- リハビリ専門職にしかできないことではなく、介護職が、業務の中でできることを探すようになった
- ケアプラン作成時に、療法士の立場からの思いを今までよりも伝えるようにしている
- 食事時のポジショニングを意識して観察するようになった。
- 専門職として他職種に関わる必要性を感じた。普段の状況を見ている介護スタッフの情報を一緒に共有すること、またそれが気軽にできる状況を作っていくことが必要だと思う。
- こまめに、他職種(特に在宅スタッフ)との密な連携を取っていく必要性を感じた。

エ. 効果的な支援内容

- 車椅子座位になる前、ベッドにて体幹の伸展運動を助言し実施したところ、体幹の伸展が徐々に得られ、食事介助がしやすくなったとの意見があった
- ADLの変化等結果がすぐに見える事に対しては反響が大きかった。
- 認知症、視覚障害、知的障害があっても、その人の出来る作業(楽しみ活動)を介護スタッフや介護支援専門員と一緒に模索し、提供したことで、利用者のQOLが高まったり、介護スタッフや介護支援専門員自身も、その方の潜在的能力の発見につながった。
- ムセのある人へのうがいの仕方の指導。
- バス会社に低床バス等を検討してもらえないかと訴え、改正の際に検討する旨の回答を得ることが出来た。

オ. その他の自由意見(質問紙回答からの抜粋)

- 特養にリハ専門職が関与することで、ケアの質が高まったと感じる。
- 介護支援専門員の視点を持つ必要があると感じた
- モデル事業を受けて下さる施設にも還元出来る物・事があれば良いと思う(特に居宅)
- 現在の病院での業務があり、時間的制約が大きかった。そのため、プログラムの微妙な変化やフィードバック、利用者の状況確認が十分ではなかった。
- 全くの他施設と行ったモデル事業のため、意見等の提案に対して躊躇する部分が多かった。おそらく相手施設も同様に感じていたのではないかと思います。特養スタッフから、「ケース検討会等の場を定期的に学習の場を持ちたい」との要望が出たし、自分としても関わっていきたい。
- 対象者がより改善した方が良いことは事実ですが、結果として、対象者に対して、多職種で考え、様々な職種の考え方を共有することが重要な事だと思った。
- 包括の役割が今一つはっきりしないのではないかと。
- 在宅だけでなく、施設でも、連携をとることで対象者の能力やQOLを改善できることを改めて感じることができた。お互いに密に連絡を取れるような関係を作ることが重要である。

7. リハビリ支援を取り巻く地域連携の課題

リハビリ支援がモデル事業の枠内にとどまることなく、多くの地域で実施可能となるためには、様々な課題を克服していく必要がある。本モデル事業を進めるうちに明らかになってきた地域連携の課題について、以下にまとめた。

医療と介護(他職種間)の連携の課題

以前に比べ、地域連携バスなどの取り組みが進み、介護職の間でも、必要な医療情報が入手しやすくなったと言えるが、今後、ケアプランの中でも医療情報を効果的に活用してゆくためには、医療と介護、両方の分野に関わるリハビリ専門職からの支援が重要になってくると思われる。本事業で実施されたリハビリ支援は、リハビリの適応範囲を広げる試みでもあるが、同時に、医療系職種の知見を介護系職種という異なる背景を持つ者に伝え、活用してもらうための試みでもある。他職種間の連携で問題になるのが、どのように共通認識と共通言語を醸成するかということである。本事業では、合同研修会を実施し、生活期へのリハビリ適応に関する共通認識の醸成を試みたが、1回の研修会では課題を解消することは困難で、この点において戸惑ったリハビリ専門職が多く見受けられた。

特養と在宅の連携

これまでは、施設内でケアが完結しているとの誤解から、施設サービス利用者が、地域連携の輪から取り残されてきた感があったが、改めてそのニーズをすくい上げてみると、地域や馴染んだ関係とのつながりを保持することが、利用者のQOLを保つためには非常に重要であることが示された(インフォーマルグループ「お話ボランティアの特養への訪問」)。

リハビリ専門職からも、「在宅だけでなく、施設とも連携をとることで対象者の能力やQOLを改善できることを改めて感じる事ができた。お互いに密に連絡を取れるような関係を作ることが重要である。」という意見が出されていた。

地域包括支援センターの役割

本事業では、介護支援専門員から、「地域で、同じ職種の人が個々に考えるのではなく、他の事業所等で行われていることを学習出来る機会があれば、参考になる。地域包括を軸とした福祉事業や、職員の学習会もあれば良い。(風土や環境などを共にする特養、デイ、グループホームなど)」との意見が出されたが、これ以外にも、リハビリ支援から更に範囲を広げ、地域内の多職種の連携を求める声が多くあげられている。

また、効果的な連携のためには、お互いに連携相手の顔が見え、気軽に相談できる態勢が必要であるが、現状ではそのような体制が構築されておらず、主導する機関がないことが、どの職種にとっても課題として認識されていた。

今回、事業にご協力いただいた地域包括支援センターは、介護予防や地域づくりを通じて高齢者ケアのネットワークを築いてきた実績を持っており、また、介護支援専門員の資質の向上を担う役割も果たしている機関である。この機能を活かして、地域での各職種の間にある連携のニ

ーズを受け止める役割を担い、地域ケア会議のような、職種や所属を超えて参加できる連絡協議会の開催主体となることが、今後、地域包括支援センターに期待されているところであると考えられる。

地域包括支援センターに対する支援ニーズ

今後、地域包括支援センターは、地域包括ケアの拠点となる事が期待されているが、事業の内容や取組状況は地域によって異なっているのが現状である。地域包括支援センターの効果的な活動内容を検討するに当たっては、まずは、各地に潜在するニーズを把握することが重要になってくると思われる。包括的な地域連携の方向性を示すものとして、各地で報告された地域包括支援センターへの要望を5つのカテゴリーに整理し、以下にまとめた。また、今回の事業で実施された支援についても参考として示した(枠囲み)。

- 地域連携の橋渡し・・・「病院で開催している認知症の家族会への参加者を紹介してほしい」「高齢者を社会全体で支えるシステムを作る意見交換の場を設定してほしい」「連携が困難な主治医との橋渡し」
- 既存の支援に関する情報の整理・広報・・・「介護予防事業をはじめとして、実施しているいろんな支援を教えてください」「インフォーマルなサービスの例を知ることのできるチラシやポスターがほしい」
- 地域包括支援センターの経験・蓄積の公表・・・「これまで支援してきた困難事例への対応を教えてください」
- 新たな社会資源の開拓・育成・・・「配食、介護タクシーなどの開拓」「要支援にも該当しない高齢者の受けられるサービス(の整備)」「目標志向的なプラン実施の受け皿の準備・開拓」「独居、老夫婦世帯、認知症などに対する見守りネットワークの構築支援を行ってほしい」「特養にもお話ボランティアに来てほしい」
- 本モデル事業に限定されるニーズ・・・「同行訪問などを通して介護支援専門員に対して積極的な指導をお願いしたい」

参考:モデル事業内で実施された支援

- 地域連携の橋渡し・・・ 居宅介護支援事業所の紹介
- 既存の支援に関する情報の整理・広報・・・介護保険外サービス、介護予防事業、社会資源の情報の提供
- 新たな社会資源の開拓・育成・・・特養利用者に対するインフォーマルサービスの利用調整
- 本モデル事業に限定されるニーズ・・・事業選定の支援、サービス担当者会議への出席、事例検討会の開催支援(日程調整などの地域のコーディネート)

第3章 ヒアリング調査

第3章 ヒアリング調査

1. ヒアリング調査のまとめ

(1) 調査方法、調査期間

ヒアリング調査は、平成23年12月～24年2月にかけて行い、モデル事業を実施した6地域全てに対して行った。国保直診の会議室等において、モデル事業の協力者同席の上、各回2時間程度で実施した。

事例報告を中心に進め、リハビリ支援の焦点となった課題、ケアプランの変更点と変更理由、介護サービス利用者の身体・生活・環境等の変化を聞き取った。

また、地域包括支援センターとの連携状況や今後の関わりについても確認した。

(2) ケアプランの変更状況と介護支援専門員の視点の変化

ほぼ全ての事例でケアプランが変更され、リハビリ専門職の指導のもと、そのプランに基づいた介助を実施していたが、いくつかの事例では、プランの変更を行わなくてもリハビリの視点を取り入れた介助が出来るため、介護職員間で関わり方法の統一を行うことで対応していた。(質問紙調査によって確認したところでは、ケアプランに全く修正・変更を加えなかった事例は5事例である)。

支援を受けて、どのようにケアプランに対する考え方が変化したか確認したところ、以下の4つの点を重視するように変化した、という意見が多く聞かれた。

① 個別性への視点

「個別的なプランの作成を目指しながら、実際は画一的なものになっていた事を反省した。」(綾川町)、「個人個人に沿った援助内容を検討する必要がある」(羽咋)

② 日常生活へのリハビリ適応の視点

「生活圏内におけるリハビリの視点をより重視する必要があると感じた」(南砺)、「本人や家族の行うことをプランとして位置付けたい」(みつぎ)

③ 意欲、喜び、楽しみを重視する視点

「本人の意欲や喜び、楽しみにつながるプランにすることが非常に重要なのだと気づいた。」(みつぎ)

④ 連携を重視する視点

「施設、医療機関、多くの専門職が連携の取れる体制づくりを行うことが重要。そのため
の手段として、研修会や連絡回で顔を合わせる場を持っていくことが重要。」(綾川町)

また、回答数は多くなかったものの、「転倒による危険性ばかりを心配し安全配慮する傾向があったが、歩行訓練に真剣に取り組む姿を見て、リスクばかりを見ていると良い支援はできないと強く感じた。」(羽咋)というように、安全性とQOLの兼ね合いをどのように図るか、という点に目を向けている意見もあった。

(3) ケアプラン変更に伴う課題

ヒアリングでは、「ケアプランが変更されても、ケア内容を変えることが難しい点」について聴取したが、この結果、ケアプランの内容に沿ったケアを実施するための問題に加え、そもそも、ケアプランに反映すること自体が難しい内容(視点)があることが示された。

まず、ケアプランには、継続的に、繰り返し実施される内容、若しくは介護保険に関わるサービス(利用者の金銭的負担が発生するサービス)を盛り込むものと考えられており、①1回で終了する環境調整、②家族や本人の心構えに分類される内容、③介護保険制度外のサービスについては、リハビリ支援の有無に関わらず、ケアプランに記載するに当たり、介護支援専門員に抵抗や戸惑いがあることが明らかになった。

また、ケアプランへ記載することに抵抗がない内容であっても、④本人に意欲が湧かない・家族が必要性を認識していない場合、⑤介護者に時間的・精神的余裕がない場合、⑥介護者が実施する際に不安を感じる内容の場合には、ケアプランには反映しづらい、という意見が出された。

この結果から分かるのは、介護支援専門員がリハビリ適応の必要性を感じている場合であっても、「利用者にはできない」「介護者にはできない」と判断したことは、プランに盛り込まれにくいということである。しかし、それは介護支援専門員の思いこみである場合も少なくない。今回のモデル事業でも色々な工夫でこれらの課題解消を試みている事例が見出された。

例えば、④に対しては家族を交えた話し合いの場を設け(みつぎ)、リハビリ専門職からも必要性を説明してもらうことで家族や本人の理解を深めていた。また、⑤に対しては、介護職員の比較的手の空く時間を確認した上で、一日のうちで、その時間だけに限定して見守りの時間を意図的に多くするなどといった、きめ細やかな提案を行っていた。(平戸、羽咋)更に、⑤に対しては、介護職員の不安に思う点に対し、アセスメントの結果をフィードバックしたり、実際の介助方法を指示するなどして不安を解消するよう努めていた(羽咋)。これらの事例は、関係者が連携を緊密に取ることで、「できない」と思っていたことが、できるようになる事を示していた。

ケアプランがリハビリの視点を取り入れるためには、リハビリ支援による知識・技術の伝達に加え、介護支援専門員の思いこみに気づいてもらえるような関わりを行うことが重要だと思われる。

(4) リハビリ支援継続の試みについて

昨年度の調査終了時に、リハビリ支援を継続してもらいたい、という希望が全ての特養から出ていた。昨年度に引き続き、本年度にも継続して調査に協力していただいた国保直診が4施設あったため、昨年度事業終了後に、支援の継続に関する試みがなされたかヒアリングしたところ、以下のような状況、試みが報告された。

既に医療施設と特養とがリハビリ支援の契約を結んでリハビリ支援体制が構築されている地域から、何の取組も行われていない地域まで、取組には差があることが示されたが、各地域の実情に合わせた継続的な支援体制の構築が必要だと思われる。

A 地区

- 病院の開催する研修会に特養の介護職員が参加するようになった。
- 病院の職員が特養の勉強会に講師として招かれることがあった。

B 地区

- 既に 10 年近く前から、特養に毎月病院からリハビリ専門職を派遣する契約を結んで、リハビリ支援の制度が確立している。

C 地区

- リハビリ支援継続の為の試みはなされていない。

D 地区

- 支援継続の試みはなされていなかったが、今後、地域ケア会議を開催し、多職種の連携に努めたい旨の目標が報告された。

(5) 地域包括支援センターとの連携について

本調査においては、医療機関である国保直診と、介護サービス提供者である介護支援専門員及び介護職、そして地域の高齢者を支える地域包括支援センターの3者が連携を取りながら、リハビリ支援を進めていった。ヒアリングでは、その連携の過程で、今後、地域で高齢者支援に関わる者が連携を取る際に参考となる方策や課題について聴取したいと考えた。

まず、医療職や介護職が多職種連携を持とうとした場合(例として本モデル事業)に、地域包括支援センターにはどのような役割を果たしてもらいたいのかについて確認したところ、「定期的な事例検討会の開催に対する要望」と、「医療機関へのバックアップ体制の整備に関する要望」が多かった。更に、今後、地域包括ケアの中心となることが期待される地域包括支援センターに対して、「困難事例に限らず、高齢者に関する困ったことはまず地域包括支援センターに相談しよう、と思われるような窓口になってほしい」といった要求も出されていた。

一方で、地域包括支援センターからは、今後の地域連携のために実行したい計画や展望として、「連絡協議会の開催」、「研修会や講習会の開催」、「地域のボランティア組織の育成支援」などの案が出された。また、「地域包括支援センターが地域の相談に対して効果的に介入するためには、地域包括支援センターにリハビリ専門職や精神分野の専門職が常駐している必要があるが、現状はそのような人員配置の余裕がない。それを補うために、リハビリ職、精神科医等を抱える病院と連携を強化する必要があるので、病院側も、地域包括支援センターとの連携を積極的進めていってもらいたい。」というように、医療機関との一層の連携強化を求める意見もあった。

効果的な連携のためには、連携に関わる全員が丁寧なコミュニケーションを心がけ、お互いのニーズを理解していくことが必要と思われる。特に、多職種連携においては、ある職種内では当然と思われることが、別の職種の世界では新鮮に受け止められることも多い。例えば、今回のモデル事業では、特養側の「特養施設利用者への支援を行ってほしい」というニーズが出されたが、このような支援ニーズの存在は、地域包括支援センターにとっては予想外だったことがヒアリングから明らかになっている。今回のモデル事業のように、多職種が連携を取りながら協働で活動する機会を設けることで、より現実的な連携の構築が可能になるとと思われる。

2. 各病院の報告

(1) 公立みつぎ総合病院

病院	公立みつぎ総合病院
特養	府中静和寮
居宅支援事業所	ひかり苑在宅介護支援センター(3.9)
居宅サービス事業所	いきいき小規模ホームひかり苑(2.5) ひかり苑・デイサービスセンター(2.2)
地域包括支援センター	尾道市北部地域包括支援センター
ヒアリング実施日時	平成23年12月19日 14:00～16:00

()内の数字は平均要介護度

1. 事例報告で示されたケアプランの変更点など

※事例の詳細はP. 72～の「事例集」にまとめた。プランの主な変更点は以下のとおり。

- 座位保持訓練を椅子に座っての食事に変更
- 長期目標「楽しみのある生活が出来る」に作業活動(糸巻き)を追加
- 短距離歩行の確立を削り、毛糸を使った作業活動を追加
- (これまでも実施されていた)デイサービスの際の口腔ケアをプランに明記
- デイサービス利用時の施設内移動を近位見守りから遠位見守りに変更
- デイサービスの内容に「楽しみのある活動に参加する(編み物活動)」を追加

2. リハビリ支援によって、ケアプランに対する考え方が変わった点(介護支援専門員の意見)

- 歯科衛生士の指導で、口腔ケアをプランに乗せていく視点を教えてもらった。
- 本人がしぶしぶしていることはプラン化せず、楽しく取り組んでいることをプラン化すること。
- 本人の意思で出来ていることを認めて支援することが大事である。
- 作業療法を通じて楽しみや喜びを持つことが出来るケアプランもあると気づいた。
- 本人や家族の行うことをプランとして位置付けたい。
- これまで、自己判断でまっすぐになるように詰め物などで座位姿勢を矯正していたが、専門職から見ると無理な矯正がかえって良くないことがあると理解できた。

3. ケアプランが変更されても、ケア内容を変えることが難しい点(介護スタッフ、在宅ケアスタッフの意見)

- 歩行訓練がケアプランに盛り込まれても、本人の意欲が湧いてこない場合は積極的にしないので、実施が困難
- 何のために作業を行うのかといった目的の表明が重要で、しかもその目的が利用者の性格に合致していないと成果を上げることが困難。

4. 包括支援センターとの連携について

(1) 今回協力していただいた内容(☆)は合同研修会での要望によるもの

- 居宅介護支援事業所の紹介
- 打合せ会議調整
- 訪問同行
- ケースカンファへの参加
- 退院前訪問における事前の情報共有(☆)

(2) 今後協力していきたいもの

- 見守りネットワーク構築支援(地域住民単位)
- 配食サービス・介護タクシーなどの地域サービスの開拓
- 65歳以下の方への予防介護

(3) 連携の効果と今後の連携について

介護支援専門員

- 同じ身体状態の方の生活状況を聞くことができ、その方が利用されているサービスを参考にすることもできた。

リハビリ専門職

- 地域包括支援センターの活動内容の周知
- 介護保険を必要としないサービスの拡充(情報の整理と提供だけでも)
- 介護相談等の実施(福祉用具や嚥下食などの介護食について)

地域包括支援センター

- 地域リハビリ広域支援センターのように、正式に相談に行くところではなく、気軽に一つ一つの事例に対してリハビリ視点からの助言をもらえるような窓口があればいいと思う。包括支援センターにリハビリ職が在籍していれば良いのだが。

5. リハビリ支援継続の試みについて

- 昨年のモデル事業とは関係なく、当院で介護勉強会を実施していたが、静和寮さんと昨年のモデル事業で関係が出来た後は、毎月の勉強会に2~3人のスタッフが参加してくれるようになった。また、リハビリ専門職が静和寮の勉強会に招かれて、講習を行ったことも1度ある。(リハビリ専門職)
- 本年度はケアプランにリハビリの視点が導入されることで、ケアプランに着目する機会が増え、より明確にリハビリの視点を意識してケアを実施するようになった。(特養スタッフ)

6. その他(参加者の関心事として話題になったこと)

- ケアプランの変更を家族が了承しないケースについてどう対処したらよいだろうか?
 - →粘り強く助言を続けていくことが有効。
 - →今回のリハビリ支援を利用し、「専門家も変更したほうが良いという意見だった」と再度進めるのが良いのでは。
 - →本人や家族が変更の効果を実感していないうちは変更しないことも多いので、家族や本人の変化など、何かのきっかけを待って変更を提案する事も必要。
- 居宅でケアプランの変更を要しない生活を確認している方への支援とは?
 - →環境と本人の状態について継続的に変化を見守っていくことが支援になるのでは。
 - 同じ障害を持つ方でピアカウンセリングのグループが組織できるのではないだろうか?

- →ピアカウンセリングのグループは支援としてかなり有効と考える。最近は音の出る体重計やタイマーなど、補助具も色々なものが出ているから、お互いに情報交換が出来れば、世界が広がるだろう。
- →富山市では視覚障害者のグループからの要望によって、信号機の音が利用しやすいように(南北方向と東西方向で音声を変える)変更された例がある。

(2) 綾川町国保陶病院

病院	綾川町国保陶病院
特養	楽々苑(3.7) 松林荘(3.5)
居宅支援事業所	楽々苑居宅介護支援事業所(2.4)
居宅サービス事業所	楽々苑訪問介護事業所
地域包括支援センター	綾川町地域包括支援センター
ヒアリング実施日時	平成24年1月16日 18:30~20:30

()内の数字は平均要介護度

1. 事例報告で示されたケアプランの変更点など

※事例の詳細はP. 72~の「事例集」にまとめた。当該地区では、修正よりも新たな課題を追加するケアプランが多かった。

- 「下肢筋力の維持・強化を図る」から「ベッドの高さ調整、ベッド上での膝と足首の屈伸運動」へ変更
- 「必要な場所までの移動を車椅子で安全に行っていただく」を追加
- 「離床前に体幹の伸展運動の実施と口腔マッサージ」を追加
- 「ベッドサイドでの端座位とマイクロ後の伸展運動」を追加
- 「食事を目視するために、テーブルに手を置いて態勢をとってもらおう」を追加
- 「座位時間を長くする・カレンダーを使った日付の確認・お話ボランティアの訪問」を追加
- 玄関に踏み台と手すりを設置することを追加
- デイサービス時の足浴とマッサージ、自宅での運動を追加

2. リハビリ支援によって、ケアプランに対する考え方が変わった点(介護支援専門員の意見)

(特養)

- 支援前はどの方にも同じようなサービスを考えていたが、個々人にあったリハビリ内容を別の視点から考えて行きたいと思うようになった。
- 個別的なプランの作成を目指しながら、実際は画一的なものになっていた事を反省した。
- ただリハビリを行うのではなく、本人の意欲を引き出すようにすることが大切だと気づいた。
- ケアプランにリハビリの視点を取り入れることによって、利用者のQOLの向上につなげていけるプランの必要性を感じた。
- 専門家に本人の身体機能の特徴を見て指導していただき、無理がなく実現可能な目標設定の重要性を再認識した。
- リハビリ専門職の方から直接指導や助言を受ける効果が介護スタッフよりも大きいと感じた(意欲向上の面で)。

(居宅)

- ほんの小さな事でも本人が興味を示すことを見つけて、それが少しでも出来るようになるためにリハビリを勧めた。初めは簡単な目標だと思ったがそれが大切な目標であると感じ、リハビリの大切さを感じた。

- 本人が生活していく中で、危険なところや改善できるところを細かく分析していくことが大切だと感じた。

3. ケアプランが変更されても、ケア内容を変えることが難しい点(介護スタッフ、在宅ケアスタッフの意見)

(特養)

- 立位訓練に積極的な方だが、上下肢の筋力が弱く難しいところがあり、介護する側が不安でできなかった。
- 専門職から下肢に力の入らない利用者に立ち上がり訓練をするよう言われたが、転倒などの危険もあり、実施するのは困難だと思った。
- 食事の自力摂取を試みるが、本人が途中であきらめてしまった。
- 現場の職員に実施方法をアドバイスしてもらえれば、向上すると感じた。

(居宅)

- 日付の確認をカレンダーにつけてもらっているが、「こんなんつけなくてもよいのに」と本人からの抵抗がある。

4. 包括支援センターとの連携について

(1) 今回協力していただいた内容(☆)は合同研修会での要望によるもの

- 特養施設への事業協力依頼
- 介護支援専門員と相談しながらの対象ケースの選定
- 各ケースにおける介護課題と目標の検討
- サービス担当者会議への参加
- リハビリスタッフとの施設への訪問日程の調整及び訪問同伴
- 事例検討会開催(日程調整・進行管理)
- インフォーマルサービスである介護予防サポーター活動「お話ボランティア」の紹介と利用調整(☆)

(2) 今後協力していきたいもの

- 介護予防サポーターの活動の継続
- 介護予防サポーターの活動を更に発展させ、高齢者の生活に楽しみを与えるようにする。

(3) 連携の効果と今後の連携について

介護支援専門員

- インフォーマルサービスを施設利用者が活用することで、継続的に地域の人達との交流ができ、身体面だけでなく、精神面での支援につなげていける。
- 今回はインフォーマルサービスを利用することができなかったが、地域の取り組みを知ることができ、大変参考になった。

リハビリ専門職

- 対象者の情報交換を行う
- 医療・福祉・介護と縦割りになっているため、横断的な対応が必要
- 連携機会が少ないため、連携する機会を増やす

地域包括ケアセンター

- 介護施設においては、やはり実践の場で個人個人に合わせた介護方法があると思われる。そのためには、リハビリの専門職によるアドバイスが必要である。研修会を開催することや、必要時にアドバイスができる体制作りをしていくことが必要である。

5. その他(参加者の関心事として話題になったこと)

- お話ボランティアの効果について
 - ・ →ボランティアのメンバーは婦人会のOBなど、地域とのつながりが深い人が多い。ボランティアと話すことで、施設に入った方でも外部との交流が持て、施設の外に行ける、という見通しが意欲を喚起させるのに効果があると感じている。
- お話ボランティアの内容、回数、時間などについて
 - ・ →12月と1月に1回ずつ、10名ほどのボランティアが特養を訪問した。訪問時間はおよそ1時間。グループや1対1で利用者のお話をうかがったり、歌を歌う等の活動を実施した。
- お話ボランティアを初めとするインフォーマルグループが非常に整備されているが、何故か。また、当該地域でのインフォーマルサービスの認知度はどの程度か。
 - ・ →地域包括支援センターがボランティアを含め、「介護予防サポーター」養成のシステムを確立している。1年を通じて全8回の講座を受講し、6回以上受講した人が認定登録を受けることができる。活動班は他に「いっぷくひろば」や「資源マップ」等6つがある。
- インフォーマルグループ「介護予防サポーター」の地域での浸透度合いについて
 - ・ →同じ地区にある老健にもお話ボランティアが訪問を続けており、施設にも周知されている。居宅に対しては、連絡回で毎回お知らせを配るなどして周知に努めており、居宅の介護支援専門員の間でも知識として浸透している。ケアプランにインフォーマルサービスを盛り込むというのは松林荘の居宅の介護支援専門員さんから話があったことがきっかけとなった。
 - ・ →ケアプランに入れて継続的に対応するためには、利用者1人に対して複数のボランティア要員が必要となる、という難しさもある。
- 口腔ケアはどのようにケアプランに反映されるか？
 - ・ →特にプランでの区別はないが、実施は利用者の摂食状況に応じて変化させている。必要な道具があればその指示がプランに盛り込まれる(近隣の滝宮総合病院から指導を受けている)

6. 事業への要望・感想

介護支援専門員

- ・ これまでは入所者に一律の目標を与えていた。目標も、リハもその人に応じて、それぞれ違うことが分かった。
- ・ モデル事業を実施するスケジュール調整が大変。
- ・ 月1~2回リハビリ職に来てもらったが、これを継続することは困難。

施設ケアスタッフ

- ・ もう少し密に連絡や相談が出来る体制があれば早く問題を解決できた。
- ・ 特養利用者にも継続的なリハビリは必要。今回のモデル事業のような支援ではなく、専門職が常勤し、リハビリを行うことで全て上手くいくのではないか。
- ・ 施設の職員以外の方と1人の利用者をケアすることが少なかった。今回、色々な意見やケアの仕方を学ぶことができた。
- ・ これまでもケアに力をいれていたが、体幹の伸展運動など、身体に直接働きかけることが出来なかった。リハビリに対しての知識不足と、骨や筋肉に対するの負担や事故の恐れがあった。
- ・ 時間をかけても、自分でできることをやりきることで達成感が生まれた様子であった。以前は職員に「してください」だったのが、今は「やってみよか」と言葉も変化している。

在宅ケアスタッフ

- 継続して実施していくにあたり、利用者に関わるスタッフ全員が利用者のニーズを共有できるシステムを整え、連携を図ることが必要と思う。

リハビリ専門職

- 他施設の患者様であるため、日々の状態把握が困難。
- 施設スタッフの仕事の支障になっていないか心配。
- リハスタッフの居ないところでは、施行者に不安があった様子。

包括センター職員

- 施設、医療機関、多くの専門職が連携の取れる体制づくりを行うことが重要。そのための手段として、研修会や連絡回で顔を合わせる場を持っていくことが重要。
- 連携のためには、国保直診のような病院が、施設のリハの相談窓口として機能する必要がある。

(3) 国保平戸市民病院

病院	国保平戸市民病院
特養	平戸荘(3.8)
居宅支援事業所	平戸荘(2.5)
居宅サービス事業所	—
地域包括支援センター	平戸市地域包括支援センター
ヒアリング実施日時	平成24年1月24日 14:00～16:00

()内の数字は平均要介護度

1. 事例報告で示されたケアプランの変更点など

※事例の詳細はP. 72～の「事例集」にまとめた。プランの主な変更点は以下のとおり。今回のモデル事業では、「更衣動作」に焦点を当てて支援した。

- 立ったり、移動したりする時の手足の動きを、より具体的に説明してからゆっくり介助を行うよう変更
- ほぼ全介助にて動作を行っていたのを、腰部分を支えるのみに変更
- 靴下を引っ張る動作などをしていただくことを追加
- 衣服、靴、靴下の着脱を自力で行ってもらおうよう変更
- 上着はゆっくりで良いので自分で着てもらおうことを追加
- 全介助の移乗を痛みの確認をしながら、自分の足で踏ん張って移るようにする(変更?)
- 車椅子を変更
- パジャマのズボン着脱を全介助から、自立に変更
- 「食事摂取量、間食、食事メニューをチェックする」を追加
- 「生活の中にリハビリを兼ねた好きな事、楽しみを見出す」を追加
- 「環境を整え出来ているところを評価し、何かに取り組もうとする意欲付けを行う」を追加
- バスの段差を安全に乗り降りできるようになる(追加?)
- 家の中で出来る運動メニューを提供し、実施する

2. リハビリ支援によって、ケアプランに対する考え方が変わった点(介護支援専門員の意見)

※全体的に、リハビリ支援の効果の印象が強く、ケアプランへの考え方の変化には限定されていなかった。

(特養)

- 前屈姿勢は危ない、という思いから、前屈して行う動作を極力避け、代わりにやっつけてあげていたが、残存機能の維持の観点をもっと重視すべきであると気づいた。
- リハビリの視点も、回数や時間などを工夫すれば施設での日常生活に盛り込むことができる(プラン化できる)
- 最近、施設におけるレクリエーションなどが機能維持に非常に有効であると考えられるようになった。

(居宅)

- 利用者の気持ちを聞いてみようと思うようになり、実際に利用者と話すことで、利用者の希望が分かり、ケアプランに反映することもできた。
- 介助の方法だけでなく、道具の工夫や調整によっても動きが違って来る事に気付いた。

3. ケアプランが変更されても、ケア内容を変えることが難しい点(介護スタッフ、在宅ケアスタッフの意見)

(特養)

- (ケアプランを変更する・しない以前に)本人の状態によって、同じ内容(プラン)でも、出来る時と出来ない時がある。
- 口腔機能に関して、嚥下機能の低下なのか認知症のせいなのか判断出来ない時がある。

4. 地域包括支援センターとの連携について

(1) 今回協力していただいた内容

- ケースカンファレンスへの参加(3回)

(2) 今後協力していきたいもの

- 包括では4名の看護師を臨時職員として雇用し、訪問看護にあたってもらっている。現在は介護保険サービスを利用していない高齢者に限定されているが、今後利用者の拡大を目指している。
- 現在はケアマネ連絡協議会を主催しており、良い情報交換の場となっているが、介護支援専門員に限定されるので、以前行われていた地域ケア会議に代わる研修会や協議会などの開催について、前向きに検討していきたい。(リハ専門職からも、魅力ある協議会について検討していきたいとの意見が出た。)

(3) 連携の効果と今後の連携について

介護支援専門員

- 今、十分に包括の方と連携が取れていると感じている。相談したいときに気軽に相談できている(居宅の介護支援専門員)。

リハビリ専門職

- 多職種が参加する定期的なカンファレンスを開催してもらうことで、地域の高齢者の問題点を定期的に把握できるような仕組みを整えてもらいたい。
- ケースカンファレンスだと、関わらない職種が不参加になってしまう。地域包括支援センターが主催して、研修会やグループワーク又は定期的な全体会議といった集まりを持つことで、リハビリ支援について地域の関係者が学んでいくのはどうか。
- 困難事例に限らず、「高齢者に関する困ったことはまず地域包括に相談しよう」と思われるような窓口になってほしい。
- 介護支援専門員には他職種の橋渡しの位置でいてほしい、問題点に関して、専門職への橋渡し役となってほしい。
- 包括センターの方と協力しながら、介護保険制度が始まる前にあった地域ケア会議の復活を目指したい。

地域包括支援センター

- 困難事例や、地域の相談に対して効果的に介入するためには、地域包括支援センターにリハビリ専門職や精神分野の専門職が常駐していることが理想であるが、現状はそのような人員配置の余裕がない。それを補うためには、リハビリ職、精神科医等を抱える病

院と連携を強化する必要がある。病院側の応援をお願いしたい。

5. その他(参加者の関心事として話題になったこと)

- 利用者の機能を生かす働きかけを施設で行うことの難しさについて
 - →今回協力していただいた特養施設の介護スタッフは、リハの視点も理解しており、技術も持っているが、決められた時間に決まった介護を完了させなければいけないという日常の中で、分かってはいても、時間をかけた見守りなどが実行できないまま、介護側がやりやすいケアが習慣化していた、という問題があった。
 - →見守りの時間を確保するために、入浴介助の際に、全介助の方と組み合わせ、全介助の方の介助をしながら、ご本人の着替えへ声かけと見守りを行うなど、業務の工夫をした。
 - →見守りのための時間を確保できる時間帯を介護スタッフと話し合い、朝・晩の忙しい時間帯は避け、比較的余裕のある昼間の時間帯などに絞って実施するようにするなど工夫した。
 - →生活の中の一部であっても、残存機能を維持するための関わりを意識することで、機能低下を防ぐことは可能と考える(リハ職)
 - →出来る時に機会を逃さずに試してみる、ということが良かった。介護スタッフがよく本人を観察しているから、適時に介入できる。
- リスク防止と過剰介護の関係について
 - →施設は安全第一と考えがちで、前傾になるとすぐに「危ない！」と考えがちだが、リハビリ職に評価を受けることで、「させていいこと」が何なのか、個々人の安全の基準が分かり、安心して
- 居宅で、ケアプランの変更を要しない生活を確立している方への支援とは？
 - →現状だけで判断せずに将来的にこうなっていくであろうという予測を含め、プランを立てることが必要。また、今後起こりそうな変化について、あらかじめ伝えておくことも支援である。
 - →今現在は本人が求めている情報や選択肢でも、有効と思われることは軽く提示しておく、長期的に本人の選択の幅を増やし、生活の質を向上させるのでは。

6. 事業への要望・感想

- 実施期間が短いので、介護スタッフにケア内容を浸透させることが難しい。
- モデル事業の期間が短いため、準備が出来ない。時間や日程に追われて混乱する。
- モデル事業内での包括の役割がはっきりしていなかった
- このようなリハビリ支援を継続していく必要があると強く感じる。継続のためには、和光市のモデルが参考にできると思う。
- ハビリ支援を継続していくためには、リハ専門職を抱える病院が支援のための時間、体制を整えることが必要。その方法についても検討していく必要がある。(現場のリハ職の意欲は高いので、組織の決定が待たれる)

参考:和光市の事例について



参加メンバー例

●地域ケア会議の目的

和光市では、

- ① 介護保険の理念の実現
- ② 介護保険ケアマネジメントの標準化
- ③ 関係職員のOJT (On-the-Job Training)の一貫として、地域ケア会議を開催している。

(1) 地域ケア会議の参加者

○ 恒常的なメンバー

保険者（長寿あんしん課）、地域包括支援センター（4か所19人）、外部からの助言者（管理栄養士、歯科衛生士、理学療法士）

○ 個別のプランに関係するときのみ参加するメンバー（例）

社会福祉課（生活保護担当、障害福祉担当）、子ども福祉課、消費生活相談員等の市役所関係者、居宅介護支援事業所・訪問介護事業所等の関係者、その他地域の社会資源関係者

(2) 地域ケア会議開催までの流れ

- 地域ケア会議は、通年で毎週木曜日の午前中に開催することが決定しています。
- 定例的に開催することで、それぞれが参加予定の目処をつけやすくするとともに、必ず行うという姿勢を明確に示すことができます。
- 会議には、「新規プラン」と「更新プラン」は全数提出することになっており、また「困難事例」についても、介護支援専門員からの提案などにより、適宜、会議の俎上にあがることになっています。
- 一事例当たりの所要時間は平均すれば15～20分程度で効率的に行い、介護予防ケアマネジメント担当者やサービス提供担当者を長時間拘束しないように配慮しています。
- そのような会議の運営が可能となるのは、参加者に3に掲げた創意工夫を実践できる力量があり、論理的思考により原因・背景を的確に分析し、目標の展開（仮説の構築）も明確になされていることによるものと考えられます。

出典:一般財団法人 長寿社会開発センター「地域包括支援センター業務マニュアル」

(4) 公立羽咋病院

病院	公立羽咋病院
特養	ちどり園(4.2) はまなす園(3.9)
居宅支援事業所	羽咋市在宅総合サービスステーション(2.4) 宝達志水町社会福祉協議会(1.9) 介護センター眉丈園(1.9) JA志賀訪問介護センター(2.4)
居宅サービス事業所	羽咋市在宅総合支援サービスステーション(2.7) 志賀町訪問看護ステーション(3.0) JA志賀訪問看護センター
地域包括支援センター	羽咋市地域包括支援センター 志賀町地域包括支援センター 宝達志水町地域包括支援センター
ヒアリング実施日時	平成24年1月30日 18:00～20:00

()内の数字は平均要介護度

1. 事例報告で示されたケアプランの変更点など

※事例の詳細はP.72～の「事例集」にまとめた。プランの主な変更点は以下のとおり。

(特養)

- 短期目標の「道具」「環境」「姿勢」を具体的に追加
- 「転倒を予防して自宅外泊を継続する」を「姿勢を正し生活動作がスムーズになる」に変更
- 「口腔内を清潔にし、安全に自力摂取する」を「自宅外泊を継続し楽しみのある生活をする」に変更
- 「洗顔・整容は声かけし自立を促す」、「食器の片付け、テーブル拭き」、「園内の散歩による下肢筋力維持」、「パジャマ着替えの声かけ」、「かいわれ大根の水耕栽培」を具体的に追加

(居宅)

- 「おむつ交換」を、「デイサービス利用時はトイレ誘導しトイレで排泄」「日中は自宅でもトイレで排泄」に変更、「体操する」を、「見守りの中、平行棒内での歩行練習をする」に変更
- 「食事指導による栄養の改善」と「自宅で行える運動の指導」を追加
- 「入浴時に自助具を利用して洗浄する」「孫との遊びの中で自宅内での活動を増やす」を追加

2. リハビリ支援によって、ケアプランに対する考え方が変わった点(介護支援専門員の意見)

(特養)

- 「している事」や「できる事」を見極めて、個々にその人にあったケアプランを作成していく事が大切だと思った。
- 個人個人に沿った援助内容を検討する必要があるが、形式的なケアプランにならないように、ケアスタッフとよく話し合い納得した上で進めていくことが大切だと感じた。

(居宅)

- 転倒による危険性ばかりを心配し安全配慮する傾向があったが、歩行訓練に真剣に取り組む姿を見て、リスクばかりを見ていても良い支援はできないと強く感じた。
- サービス事業所との連絡回数が増え、状態の変化に基づく座位姿勢の保持や体重移動等について検討することができ、具体的でわかりやすいケアプランになったと感じた。
- サービス内容が変わらない状態が維持されていることは良いことだと思っていたが、あえてサービスを変更することで、改善・維持を目指す姿勢が持てた。
- デイケアでの細かい状況や生活の中での注意点を聞くことにより、在宅でできることを考える際に参考になると思った。

3. ケアプランが変更されても、ケア内容を変えることが難しい点(介護スタッフ、在宅ケアスタッフの意見)

(特養)

- ベッドの介助カバーを太い物に変えることで手をひねる状態は改善されたが、持ち位置が低くなるため、立位時のふらつきを支えることが負担になるときがある。
- ADLの低下が加速しているため、今は改善されても数カ月後にどう対応したらいいのか不安を感じる。
- 入浴の際、浴槽の湯量や安全バーの深さ等が適していないので危険。
- (居宅)
- 利用者の性格や考え方もあり、利用者が必要と思う内容・目標でないと思われややる気が出ないため、ケアプラン通りに進めることが難しい。
- 自宅場面での取組が多く、デイケア利用中に状態を確認しないと分からないことが多かった。
- 夫の介護負担の軽減を目指した理想的なケアプランであっても、夫の介護が当たり前になっているために本人達の意志が固く、ケアプランの大幅な変更は難しかった。

4. 包括支援センターとの連携について

(1) 今回協力していただいた内容(☆)は合同研修会での要望によるもの

- ケアプラン作成実施のための支援
- 介護保険外サービスや介護予防事業の他、社会資源の情報提供をサービス担当者会議や相談時に行っている。また、それらの情報をまとめてケアマネ部会(羽咋市介護サービス連絡協議会)で紹介する予定である。(☆)

(2) 今後協力していきたいもの

- 介護予防に関わる講義や研修に対し、自立支援に関する知識や技術を介護支援専門員やサービス提供事業所が発揮できるよう支援を継続して行う。

(3) 連携の効果と今後の連携について

介護支援専門員

- 施設利用者に対しても地域包括支援センターが関わる事が出来る、ということを知った(自宅外泊に必要な介護用品や備品を整える等)。

リハビリ専門職

今後は以下のような連携が必要と感じる。

- 定期的な事例検討会の開催
- 地域包括支援センターへのリハビリ専門職配置による介護予防活動・技術支援等
- 地域の具体的なニーズ調査

地域包括支援センター

- ・ 介護方法など多角的な視点からアプローチ方法を含めて検討でき、新たな気づきができた。達成可能な目標を見出し取り組んだことで、利用者自身のADLや意欲向上につながっただけでなく、介護サービス従事者の技術面等の向上につながり、関係者の連携が活発になった。
- ・ 支援者が自立支援の視点から再アセスメントすることで、利用者の生活能力の情報提供ができ、課題や支援の方向性が明らかになった。
- ・ サービス提供事業所が自立支援に向けたサービス提供の供給範囲を明確にしたことで、他の事例における事業所選択の根拠となる情報提供の機会となった。

今後は以下のような連携が必要と感じる。

- ・ 定期的な事例検討会の開催とリハビリ専門職のアドバイザー出席
- ・ リハビリ専門職のサービス担当者会議への出席(必要時)と所属医療機関の支援体制

5. その他(参加者の関心事として話題になったこと等)

- 施設入所者に対する地域包括支援センターの支援について
 - ・ →施設入所者に対する訪問リハビリ等に関し地域包括支援センターに相談できることについては、今回のモデル事業で初めて知った。これまで、このような相談が可能であることは施設職員や介護支援専門員に知られていなかった。また、綾川町で行われている「お話ボランティア」等による支援については、入所者の意欲喚起といった効果とともにスタッフの負担軽減という観点からも、施設にとっては有難い取り組みだと思う。
- デイリープランについて
 - ・ →デイリープランについては今回のモデル事業で初めて活用したが、スタッフもその効果を実感できた。プランの内容については、自主性を尊重し個々の利用者にあったものにすることや、地域とのつながりをプランに反映させること等を重視した。
- リハビリ専門職からみた今回のモデル事業における居宅と施設の違い等について
 - ・ →利用者の状態や周囲の環境等によってケースバイケースであるが、施設では実際に利用者を見て支援しているため、やりやすかった(居宅は情報のみ)。また、居宅は基本的には1対1、施設は1対複数という点や、居宅では複数のサービス事業者との調整が必要で難しいケースもある、といった点も違う。
 - ・ →今回のモデル事業ではリハビリ専門職は間接的な支援であったが、病院の中では当たり前に行っていること(摂食時の姿勢、ポジショニング等)が、施設や居宅では困っている現状があることがわかった。こういった地域の情報をしっかり把握した上で支援を行うことが大切ではないか。
- リハビリ支援を通じた地域連携について
 - ・ →地域連携については、地域包括支援センターがマネジメント機能や相談機能の中心になるのではないかと。また、今回のような活動を継続させていくには、定期的な情報交換の場が必要である。その場合、リハビリ専門職の支援に関する所属医療機関の協力体制が大きな課題であるが、行政を交えた検討も必要ではないか。

6. 事業への要望・感想

介護支援専門員

- ・ 視野や見識を拡げることができ、とても良い機会となった。
- ・ 今後もリハビリの視点から相談できるような体制を構築してほしい。
- ・ 対象者の健康状態が不安定のため、安定したリハビリを継続できなかった。

- ケアスタッフにもっと協力してもらえそうな働きかけができなかった。
- モデル事業の期間が短い。

施設ケアスタッフ

- 意識改革をする上で良い取り組みだと思う。
- 課題変更や改善内容等、フロアの全職員に伝わるまで時間がかかった。
- 今回は比較的うまくいったが、今後は、出来るのにやらない、逆に無理なのに動く、といった利用者のケアプランについて勉強したい。
- 細かな段取り表や事例があれば取り組みやすかったと思う。

在宅ケアスタッフ

- 素晴らしい取り組みだと思うので、今後も続けられれば良いと思う。
- リハビリ専門職がいない中で、各利用者に合ったプログラムが行えているのか、見極めが難しいと思った。
- モデル事業で実施したような連携体制を現在の業務の中にどうしたら取り入れていけるのかを検討する必要がある。
- 加齢により筋力等が低下していく利用者への対応をどうすればいいのか。

包括支援センター職員

- 合同研修会でリハビリの視点を学ぶことができ、参考になった。
- アセスメント等の機会や手法について負担感を軽減することが必要。
- 業務時間外の検討会開催や様式記入等についても負担が大きい。
- モデル事業の期間が短い

(5) 南砺市民病院

病院	南砺市民病院
特養	特養いなみ(4.2)
居宅支援事業所	いなみ在宅介護支援センター(2.8)
居宅サービス事業所	デイサービスセンターいなみ 南砺市訪問介護ステーション
地域包括支援センター	南砺市
ヒアリング実施日時	平成24年2月3日 15:00~17:00

()内の数字は平均要介護度

1. 事例報告で示されたケアプランの変更点など

※事例の詳細はP.72~の「事例集」にまとめた。プランの主な変更点は以下のとおり。

- 立ち上がり訓練 1日1回(回数より長さに重点を置く)を追加
- 立ち上がり訓練5回×10秒、歩行器歩行の距離を延ばす、口腔マッサージ、嚥下体操の実施を追加
- 食事の際、味や温度の刺激を加えることとし、飴なめ訓練を追加
- 訪問リハビリサービスの追加
- 住宅改修(玄関先に手すりを設置)を追加
-

2. リハビリ支援によって、ケアプランに対する考え方が変わった点(介護支援専門員の意見)

(特養)

- これまでもケアプランにリハビリの視点を盛り込むことを心がけてきているので、正直言って、あまり変化がなかった。
- 施設全体で歩行訓練やおむつゼロの取組を行っているところなので、安全な立位の方法や、立位保持のための筋力向上につながるアドバイスが非常に役に立った。

(居宅)

- 認知症の方への対応方法について、色々なアドバイスをもらったうちで、様々な方法を試みて、その反応に応じて更に対応を検討していくことから、介護スタッフとの連携を更に密にしていく必要を感じた。
- 生活圏内におけるリハビリの視点をより重視する必要があると感じた。
- リハビリの視点を加味したサービスを提供するためには、身体介護の提供時間を付加しないと無理であるため、今後、リハビリ的要素が必要であると認められた利用者に対しては、訪問介護のサービス内容を十分検討してプランを立案しなければならないと感じた。

3. ケアプランが変更されても、ケア内容を変えることが難しい点(介護スタッフ、在宅ケアスタッフの意見)

- ケアプランの変更以前に、利用者が訪問看護よりもデイケアやデイサービスを必要としており、自宅における環境調整の必要性を認識していないため、プランに盛り込むことができない、という問題がある。(居宅)

- 生活リハビリが実施できるかどうかは、個々に関われる時間や見守り体制の課題がある。(施設)
- (以上、介護スタッフの意見聴取できなかったため、介護支援専門員の意見)

4. 包括支援センターとの連携について

- 在宅介護支援センター(居宅介護支援事業所のこの地域での呼び名)と南砺市訪問看護ステーションが南砺市民病院内にあり、連携が緊密であることから、地域包括支援センターを通じてリハビリ専門職につながりたいという要望がなく、地域包括支援センターに窓口対応を求める意見もなかった。
- 今回のモデル事業においても、地域包括支援センターの協力はほとんど得られていない。

5. リハビリ支援継続の試みについて

- 既に、平成13年の開設当初から、病院と特養とで毎月リハビリ専門職を派遣する契約が結ばれている。このような体制が整えられているのは、南砺市民病院側の方針として、特養支援に力を入れていることに加えて、特養側もリハビリのニーズを強く認識しており、対価を支払ってもリハビリ専門職に支援してもらいたい、と考えているためである。
- 近隣の白川村では、南砺市と白川村とが契約主体になり、同様のリハビリ支援を行っている。
- リハビリ支援の体制が整えられている背景には、南砺市民病院も特養いなみも、元はいなみ町立であった経緯があるので、トップの連絡や意思疎通がスムーズであるという利点もあったと思う。
- 支援の制度が整っているので、リハビリ専門職は業務時間内に特養への支援に行くことができる。時間いっぱい対応するなどの工夫もしている。
- 口腔ケアについては、別の歯科医院と提携しており、毎月の指導を依頼している。
- 広域支援地域リハビリ研修会を定期的に開催しており、毎回100人ほど地域の介護支援専門員、ヘルパー、リハビリ専門職が参加しているため、多職種顔の見える連携が構築されている。

6. その他(参加者の関心事として話題になったこと)

- 口腔ケアに関する地域性(入れ歯が盛んではない、リハビリニーズが高い)
 - →他の地域と比較して、歯科治療に消極的な地域性が感じられる(歯科衛生士談)。入れ歯は痛くて当たり前、使いづらいから作っても使わない、だったら作らない、という方が非常に多い。
 - →特養いなみではミキサー食を廃止して、キザミ食で対応しているが、歯が無い方や入れ歯を持たない人が多く、口腔機能に対する専門職からのチェックやフォローは非常に重要である。
 - →特養いなみでは口腔ケアに関しては、歯科診療所と提携して、定期的に指導を受けている。
- ケアプラン作成の内部規定とチェック表について
 - →特養いなみでは、ケアプランには最低でも1つ以上、リハビリに関する項目を入れることとしている。(既にリハビリの視点をケアプランに盛り込むことには慣れている)
 - →ケアプランに乗せたリハビリメニュー等は、チェック表によって毎日実施されたかどうかチェックされ、実施できていないものについては修正が検討されている。

- 24時間のサービス計画書も、3年前から作成している。全員分の計画書作成には5か月ほどかかったが、一度作成してしまえば、その後のケアの統一が取りやすく、変更する場合の周知徹底が容易になるなど、メリットが大きい。

○ケアプランを変更する際の安全性の判断について

- リハビリ専門職が「ここまではできる」「ここまでは実施してOK」という判断をする際には、場合によっては数回のアセスメントと打合せが必要である。
- 施設の介護支援専門員から「生活の中で、今以上に動かせる可能性があると感じた場合、リハビリ指導を適切なタイミングで受けたい。1か月に1回の指導では、間が空きすぎている」という希望があった。

7. 事業への要望・感想

介護支援専門員

- 訪問リハをプランに入れるのは大変なので、その前段階として、今回の支援のように、数回、アセスメントなどをおこなってくれる「おためしリハ」のような制度があるとよい。(居宅)
- 病院側スタッフとの時間調整にミスマッチがあり、少ない実施回数の中で焦点がぼやけてしまっていて、ケアプランに生かされたのかどうかつかめない。(施設)
- 対象者5人は時間的にもスタッフにも無理があったようである。せめて3人くらいにして多職種で1人に関わる時間をもう少し長くしたら、効果は違ってきたと思う。(施設)

在宅ケアスタッフ

- リハビリというと、骨折や病気を治すための訓練というイメージでいたが、そうならないための予防のための運動にもなる事が分かった。
- 多職種が本人を交えて問題点改善のために話会うことができて大変良かった。

リハビリ専門職

- 長期間で結果が出るような方に対しての事業があれば、(利用者の変化など)良い評価につながると思った。

(6) 市立大森病院

病院	市立大森病院
特養	白寿園(3.8)
居宅支援事業所	ケアプランセンター神の郷(1.0) 横手市社会福祉協議会西部指定居宅介護支援事業所(2.5) 横手市社会福祉協議会雄物川福祉センター指定居宅介護支援事業所(2.6)
居宅サービス事業所	横手市社会福祉協議会西部指定居宅介護支援事業所
地域包括支援センター	横手市西部地域包括支援センター
ヒアリング実施日時	平成 24 年2月 22 日 14:00～16:00

()内の数字は平均要介護度

1. 事例報告で示されたケアプランの変更点など

※事例の詳細はP.72～の「事例集」にまとめた。プランの主な変更点は以下のとおり。この他、ケアプランの変更をせずにリハビリ支援を実施したケースもあった。

- デイサービス3回/週→デイサービス1回/週とデイケア2回/週へ変更
- 「室内環境の整備」と「浴槽への出入り動作の指導」を追加
- 「食堂への移動を歩行器で行う」(変更)「ベッド回りの環境調整」(追加)
- 「車椅子の移乗時は、職員の付き添いのもとで安全に行う」、「車椅子への移乗は手を添える程度の介助で行う」、「食堂への移動は車椅子の自走で行う」を追加。

2. リハビリ支援によって、ケアプランに対する考え方が変わった点(介護支援専門員の意見)

(居宅)

- ケアプランに対する考え方は変わっていないが、専門職の介入の重要性を認識するようになっている。

3. ケアプランが変更されても、ケア内容を変えることが難しい点(介護スタッフ、在宅ケアスタッフの意見)

(特養)

- 今までのプランで行っていることに加えて、今回新たにプラン変更によって行うことに負担感を感じる職員もいた。利用者が自分で出来る事が増えれば、職員の手間も減ることは理解できるが、介護職員に負担の大きい内容では、まず、施設職員の協力を取り付けることが難しくなる。
- 認知症の方は、リハビリを行うことを理解できない。その為、効果も期待できない。
- リハビリを介護職員が行うことは、知識や時間などの問題がある。常に利用者の状態が変化するので、常勤の OT や PT が必要と思われる。

(居宅)

- ケアプランに乗せてからではなく、そもそも載せるのが難しい内容がある。居宅のケアプランには、介護保険サービスの自己負担(お金)に関わることでないと載せない傾向がある(この点の特養と異なる)。
- リハビリに関することについて細かな内容は介護支援専門員が良く理解していないせいもあると思うが、リハビリ専門職から「こういう内容を載せて」という希望がないと乗らない事が多い。

4. 地域包括支援センターとの連携について

(1) 今回協力していただいた内容

- 居宅支援事業所に対する連絡調整(事例選定、訪問日程調整、調査票の記入依頼など)
- 包括主催の居宅介護支援事業所の研修会において、本モデル事業の成果を発表する場をセッティング(地域に対する啓発)

(2) 今後協力していきたいもの

- 当地区では、地域包括支援センターの活動内容は居宅・施設ともに周知されており、日常のやり取りの中でニーズをくみ取っている。今後は、研修会の開催などを通じてリハビリ専門職の知識や技術を広く発信する機会を設けたい。

(3) 連携の効果と今後の連携について

介護支援専門員

- 地域包括支援センターが入ったことで、病院のリハビリ専門職との連携をスムーズに行うことが出来た。
- 施設での利用者の現状を維持するためには、引き続きリハビリ専門職の助言が必要。

リハビリ専門職

- 相談された困難事例に対して、直接訪問してアセスメントできれば良いと思うので、そのような連携の制度が必要だと思う。研修会などで相談を受けたいが、個人の力だけでは、連携は進まない。制度の裏付けが必要だと思う。

地域包括ケアセンター

- 介護予防の観点から、身近な地域でリハビリが受けられるような連携を取れば良いと考えている。
- 今回のモデル事業で、介護支援専門員の支援にリハビリの知識・技術が有効だということが理解できた。研修会を通じてモデル事業の成果を広報したので、地域の居宅ケアマネにも理解が浸透していると思う。この機を活かし、地域でリハビリの視点を取り入れるための取り組み(研修会など)を開催していく予定である。
- できれば、個別事例について相談できるリハビリの窓口があると良いのだが、制度としての連携体制が整っていない。(大森病院のリハビリ専門職が頼りになると言っても、あまり個人的にお願いばかりしてられない)

5. 事業への要望・感想

- 対象者の選定が難しかった。指示が抽象的で、特に居宅では、どのような人にすべきか迷ってしまった。

年齢・性別・要介護度	87歳・女性・要介護度5
既往歴(主要疾患)	アルツハイマー型認知症
ケアの課題	認知症のある利用者への支援
ケアプランの主な変更点	(施設)座位保持訓練を椅子に座っての食事に変更
変更理由	訓練としての動作よりも、生活の中で自然にできることや必要性があつてする動作によって身体機能の維持を図るため
リハビリ支援前後の状況	《実施前》 食事は車椅子に座ってしていたが、車椅子の座位では、前方へずっこけ座りになりやすく、自力での姿勢修正は困難だった 認知症は重度で、自分の名前が言えないことも多い 問いかけに対する反応も乏しい
	《実施後》 車椅子よりも椅子に座ったほうが安定した姿勢で座れている 自力摂取を心がけている スタッフとの会話の中でも笑顔が良く見られるようになった 「おいしい」という食事の感想など、会話への返答が増えた
スタッフの感想・その他	ケアプランには反映されていないが、ケアを行う前に必ず、「これから何をするか」という声かけをして、本人の緊張を和らげるよう関わり、ゆっくりした介助をこころがけるようになった 歯科の受診をご家族に勧めた

年齢・性別・要介護度	85歳・女性・要介護度2
既往歴(主要疾患)	知的障害・視覚障害
ケアの課題	視覚障害への配慮と歩行の維持
ケアプランの主な変更点	(施設)長期目標「楽しみのある生活が出来る」に作業活動(糸巻き)を追加
変更理由	生活の活動性を高め、生きがいや楽しみを作り出すため
リハビリ支援前後の状況	《実施前》 視覚障害があつてほとんど見えない 大きな麻痺はなく、日常生活上の支障は少ない 日中もベッドで寝ていることが多かった
	《実施後》 週に2回、モップのための糸巻き作業活動を行ったところ、作業のない時でも部屋から出てくるが多くなった 日中の覚醒も良くなり、ベッドの上でも寝ておらず、起きていることが多い 日々の生活で笑顔が良く見られるようになった
スタッフの感想・その他	口腔ケアは自力で行えているが、歯科衛生士のすすめで、夜のみスタッフが仕上げ磨きを行うことにした

年齢・性別・要介護度	91歳・女性・要介護度3
既往歴(主要疾患)	知的障害・右脛骨近位端骨折
ケアの課題	楽しみとなる活動の提供、口輪筋を鍛える
ケアプランの主な変更点	(施設)短距離歩行の確立を毛糸を使った作業活動に変更
変更理由	歩行訓練時には歩けるが、日常生活では歩こうとしないため、生活を活性化することを目的に変更した
リハビリ支援前後の状況	<p>《実施前》</p> <p>骨折を契機に車椅子になったが、歩行器を使う訓練ではかなり歩ける しかし、自発的に歩くことがなく、歩行器が定着しなかった 自分の気持ちと反対のことを言うなど、意思疎通が難しい</p>
	<p>《実施後》</p> <p>歩行器での歩行がスムーズに行えたが、施設仲間と同じ車椅子を使うことを本人が希望して、普段の生活で歩く意欲が湧かない 「やりたくない」、と相変わらず言っているが、毛糸を使った作業を始めると、集中して、積極的に行う 食後のぶくぶくうがいで口腔の運動と衛生面での清潔を保てるようになった</p>
スタッフの感想・その他	施設の仲間が車椅子なので、歩行訓練車椅子を使用する事が多い

年齢・性別・要介護度	78歳・女性・要介護度2
既往歴(主要疾患)	脊椎損傷、変形性脊椎症、変形性膝関節症
ケアの課題	自宅ではほとんど臥床しており、運動機能の衰えが心配
ケアプランの主な変更点	(居宅)デイサービスの際の口腔ケアをプランに明記(これまでも実施されていたが、プランに盛り込まれていなかった)
変更理由	口腔ケア以外でプランを変更をする必要性は感じられなかった
リハビリ支援前後の状況	<p>《実施前》</p> <p>独居であるが、近隣に家族が居住しており、ちょくちょく家族がケアしている 生活はほとんど自立しているが、週3回行くデイサービスでは車椅子使用 以前に家族が設置した手すりがぐらぐらして不安定になっている上、他のところにも手すりが必要 ご本人は現在の生活に満足している</p>
	<p>《実施後》</p> <p>目立った変化なし</p>
スタッフの感想・その他	箸の補助具を提案し試してもらったが、ご本人からは不要との意見だった 手すりの設置は、以前ケアマネから家族に提案したが、断られている。今回の介入により、リハビリ専門職から見ても手すりの固定と新たな設置が必要であるとの結論となったため、再度ケアマネから家族に提案してもらうことを予定。 生活が固定しており、本人も家族もあまりサービスの必要性を感じていない

年齢・性別・要介護度	79歳・男性・要介護度2
既往歴(主要疾患)	脳梗塞後遺症・パーキンソン症候群
ケアの課題	転ばないよう、気をつけながら、自立歩行力を維持・向上させたい(デイサービス)
ケアプランの主な変更点	(居宅) デイサービス利用時の施設内移動を近位見守りから遠位見守りに変更
変更理由	身体機能の普段の歩行状況から、遠くからの見守りのほうが本人の残存能力を生かせると判断した
リハビリ支援前後の状況	<p>《実施前》</p> <p>歩行器や伝い歩きで自立歩行をしている デイサービス利用時には、常に職員が後ろについて移動していた 怪我はないものの、自宅前の散歩では歩行時に何度か転倒したことがある 屋内ではスリッパのかかとを踏んで使用していた</p>
	<p>《実施後》</p> <p>遠位見守りにより、本人にシッカリ歩こう、周囲に注意しよう、という自覚が出来ていることが見て取れる ケアプランには反映されていないが、スリッパを室内シューズに変更し、転倒リスクを軽減した トイレにも職員を頼らずに行くようになった(職員の気配りはかえって増えている)</p>
スタッフの感想・その他	以前は中心性の半盲(視野狭窄)だったが、現在は視野が広がっているようである

年齢・性別・要介護度	82歳・女性・要介護度2
既往歴(主要疾患)	両眼ブドウ膜炎、両膝関節変形症、歩行障害、悪性リンパ腫術後、視力障害
ケアの課題	デイサービスの利用に積極的な意味と目的を持たせる
ケアプランの主な変更点	(居宅) デイサービスの内容に「楽しみのある活動に参加する(編み物活動)」を追加
変更理由	ご本人の個性及び積極性や活動性を活かしたデイサービスを検討したい
リハビリ支援前後の状況	<p>《実施前》</p> <p>視覚障害により、ほぼ全盲に近いが、自宅での生活はほぼ自立している 積極的で前向きな性格で、ラジオを聞いたり、ハーモニカを吹く、歌を歌うといった楽しみはあるが、もっと打ちこめる趣味活動などを必要としていた</p>
	<p>《実施後》</p> <p>視覚障害があっても編み物ができるような補助具を工夫し、編み物活動を行うようになり、作品を仕上げる楽しさを感じている様子 「今度はこんな毛糸がほしい、どうしたら買える？」などご本人の希望がどんどんふくらんでいる</p>
スタッフの感想・その他	<p>OTがデイサービスのスタッフに視覚障害者でも可能な編み物や補助具について説明し、やり方を伝えた 同様の事例に対し、訪問リハのスタッフで対応してもらい可能性も考えたい ゆくゆくは視覚障害者の会を結成し、ピアカウンセラーの役割をお願いしたいと考えている(電話も使える) 引っ越しした後、潔癖な性格なため、新しい家の壁に触れることを嫌がっているが、壁を伝って家の間取りを把握したほうが危険が少ないので、掃除のヘルパーを入れられないか市の福祉担当者と相談(介護保険では同居者(夫)がいるので、生活支援が使えない)</p>

年齢・性別・要介護度	98歳・女性・要介護度4
既往歴(主要疾患)	変形性膝関節症
ケアの課題	足の痛みにより、ベッドからの移乗が困難になっている
ケアプランの主な変更点	(施設)「下肢筋力の維持・強化を図る」から「ベッドの高さ調整、ベッド上での膝と足首の屈伸運動」へ変更
変更理由	これまでは入所者一律の目標設定をしていたが、リハビリ専門職のアセスメントで、ベッドから車椅子への移乗の際に、良い方の左足を軸足として移乗できるよう環境を調整すれば活動能力が高められる可能性が示されたことを反映した
リハビリ支援前後の状況	<p>《実施前》</p> <p>排泄は全介助 日中は本を読むことがほとんどで、他者との交流が少なかった 膝の痛みにより、移乗は全介助 運動にも積極性が見られた</p>
	<p>《実施後》</p> <p>移乗が安楽になったことで、ポータブルトイレでの排泄が増えた 積極的にレクや訓練に参加するようになった 他者と話すことが増えた 安全確保のために介護スタッフの見守り時間は増えているが、スタッフの負担感は減っている</p>
スタッフの感想・その他	地域包括支援センターからの紹介を受け、「お話ボランティア」を導入 ケアの中でも声かけを意識することで、他者との交流がふえてきたようだ 現在は消化器疾患で入院中

年齢・性別・要介護度	84歳・女性・要介護度4
既往歴(主要疾患)	脊椎損傷
ケアの課題	自分でトイレに行きたい利用者への支援
ケアプランの主な変更点	(施設)「必要な場所までの移動を車椅子で安全に行っていただく」を追加
変更理由	トイレに行きたいという本人の意思を尊重し、そのための身体機能向上と環境調整を実施 具体的には、車椅子を工夫することで活動性を向上させたい
リハビリ支援前後の状況	<p>《実施前》</p> <p>リハビリセンターから特養へ入所したので、当初、特養ではリハビリはできない、と諦めて気分が沈みがちだった 入所した当時は体調を崩すことが多かった 排泄のための移乗は全介助だが、それを苦にして、「断食する」等の悲観的発言があった</p>
	<p>《実施後》</p> <p>下肢筋力の維持が図れている 「今日はリハビリありますか」と確認するなどリハビリに対する意欲が向上した 職員との会話が增え、笑顔が多く見られる 話し相手を探して自分で車椅子を操作して日中活動している 着る服について「あれが着たい」などの希望を言うようになっている</p>
スタッフの感想・その他	特養でもリハ支援を受けられ、リハビリの機会があったことが精神的に良い影響となった 車椅子の不適合に対し、リハ職は低床型車椅子を提案したが、施設に低床型がなかったこともあり、施設職員の工夫でハンドリムに指を痛めない素材のものを巻くというような工夫を加えて移乗が楽になるようにした 指導してもらった内容をケアプランに入れ込むことが難しかった(ケアマネの意見)

年齢・性別・要介護度	89歳・女性・要介護度5
既往歴(主要疾患)	狭心症・胸腰椎圧迫骨折
ケアの課題	身体の前屈が進行している利用者への座位保持
ケアプランの主な変更点	(施設)離床前に体幹伸展運動を行うことと口腔マッサージを追加
変更理由	丸背の改善のために伸展運動により背筋を伸ばし、良い姿勢での座位保持を目指す
リハビリ支援前後の状況	《実施前》 丸背が強く、体が前屈気味のため、頭が介護者の胸につかえて上手く移乗の補助ができない 車椅子で2時間程度座位保持が可能 顔が下を向いているので、口の開きが悪い 自力摂食できない
	《実施後》 姿勢の改善により移乗介助がスムーズに出来るようになった 車椅子離床の時間や機会が増えた 「排泄に行きたい」という意思表示など、職員との会話が増え、表情に明るさが見えてきた 食事に積極性が出て、自発的に摂取している(家族が介助した際には、催促も)
スタッフの感想・その他	伸展運動は、食事の際の離床時に1日3回実施する 歌や童謡が好きなので、お話ボランティアを通じて心身機能の活性化を目指す 口腔マッサージは食事の前にほっぺを動かす程度だが、継続している。

年齢・性別・要介護度	73歳・男性・要介護度4
既往歴(主要疾患)	全盲、脳梗塞、左半身麻痺、糖尿病
ケアの課題	立位の保持
ケアプランの主な変更点	(施設)ベッドサイドでの端座位とマイクロ後に伸展運動を追加
変更理由	一部介助すれば立位を取ることが出来るので、伸展運動を組み入れることで、機能改善と意欲の向上を目指す
リハビリ支援前後の状況	《実施前》 音楽が好きでギターやアコーディオンを弾く事があった 以前はリハビリ活動への参加自体に消極的 半年前立位が自立していたが、ここ半年で下肢機能の低下が顕著にみられた
	《実施後》 施設で実施するリハビリ活動に参加するようになった 端座位は支えていないとすぐに辞めてしまう 他の入所者の輪にはまだ入れないが、カラオケを聞いたような様子がみられる
スタッフの感想・その他	現在は枕元にラジオを置いて聞いていることが多いが、施設内の仲間とカラオケを楽しむまでになれたらいいと思っている

年齢・性別・要介護度	90歳・男性・要介護度5
既往歴(主要疾患)	多発性脳梗塞、脳梗塞後遺症(上下肢に軽度麻痺)、一過性脳虚血発作
ケアの課題	認知症のため、食事を認識できない時がある
ケアプランの主な変更点	(施設)「食事を目視し、テーブルに手を置いて姿勢を取ってもらう」を追加
変更理由	食事を認識できていない様子だったが、リハビリ職のアセスメントにより、姿勢を改善する事で、自力摂取がしやすくなることが予想されたため
リハビリ支援前後の状況	《実施前》 コウシュクのために能力があるのに、自力摂取できない 食堂でも、座っているだけで、食事を意識できない 自分の意見を控えめにしか表明しない
	《実施後》
スタッフの感想・その他	脳虚血症により、意識消失を繰り返すため、ほとんど実施が出来なかった

年齢・性別・要介護度	86歳・女性・要介護度1
既往歴(主要疾患)	脊柱管狭窄症、頸椎性髄炎、多発性脳梗塞、高血圧、右手首骨折、心不全
ケアの課題	右手首骨折後調理ができない。全般的な体調不良があるものの、自宅生活を強く希望 臥床時間が長い
ケアプランの主な変更点	(居宅)座位時間を長くする、カレンダーを使った日付の確認、お話しボランティアの訪問を 追加
変更理由	ご本人の個性及び積極性や活動性を活かしたデイサービスを検討したい 本人の好きな調理を通じて座位時間やヘルパーとの会話を確保するような支援を目指す
リハビリ支援前後の状況	《実施前》 施設入所は拒否 自宅では寝ている時間が長い 調理は好きだが、自分で調理できないので弁当で済ませていた(ヘルパーの作ったもの は食べない)
	《実施後》 ヘルパー訪問時に、食べたい料理の話をしたり、調理の味付けを教えたりなど、台所で 過ごす時間が増えた 調理の話の際は生き生きしており、椅子に座って話す カレンダーへの書き込みで、日付の確認もできている
スタッフの感想・その他	意思が強い方なので、ボランティア選定の際にも相性を配慮した 別の市に住む妹が時々泊りにくる 毎週2回デイケアに行っていたが、最近中断していたので、復活するよう働きかけたい

年齢・性別・要介護度	82歳・女性・要介護度4
既往歴(主要疾患)	腰部脊柱管狭窄症、両肘下対麻痺
ケアの課題	ベッドからの移乗、玄関での上がり下りの自立
ケアプランの主な変更点	(居宅)玄関に踏み台と手すりを設置
変更理由	リハビリ専門職のアセスメントにより、家庭内の移動で、転倒する場所は特に玄関が多い ことが判明。玄関昇降のための環境調整が必要と判断した。
リハビリ支援前後の状況	《実施前》 下肢能力の低下により、自宅内の移動が困難 玄関に段差があり、上がり下りは自力では困難 これまでに玄関での転倒経験が多い
	《実施後》 転倒が少なくなっている
スタッフの感想・その他	特に焦点を当てる部分を見分けることが必要な時がある 環境調整の効果が目に見えて良かった

年齢・性別・要介護度	83歳・女性・要介護度1
既往歴(主要疾患)	糖尿病性神経障害
ケアの課題	肩の骨折により、手の稼働領域が狭い。手の振戦により食器保持に支障がある
ケアプランの主な変更点	(居宅)デイサービス時に足浴とマッサージを追加。自宅での運動内容を追加
変更理由	少しでも機能低下を緩やかにするためにできることを具体化した
リハビリ支援前後の状況	《実施前》 転倒歴が非常に多いため、介護過剰になっている 機能訓練に対する意欲が高い
	《実施後》 目に見える変化は少ない 運動は継続して行っている
スタッフの感想・その他	当初足浴に消極的であったが、体験してもらって、徐々に良さを認識してもらったことで 受け入れてもらった 目に見える変化は少ないが、本人に意欲があり、続けることで機能低下を予防する事が できるのでは

年齢・性別・要介護度	79歳 女性 要介護4
既往歴(主要疾患)	糖尿病、腰部変形性脊椎症、両膝関節症、糖尿病性網膜症
ケアの課題	移動時、支えられて立位がとれる(移乗時 ぶら下り状態)
ケアプランの主な変更点	(施設)より具体的に立つ、移動する時の手や足の動きを説明してからゆっくり介助を行う
変更理由	座る位置、立ち方、車いすを置く場所、左右の手のつかまる場所など、移動しやすい環境を整えれば、もう少し下肢に力が入るのではないかと思えた
リハビリ支援前後の状況	《実施前》 深く座った位置から全介助で移動させられていた 立位時、下肢に力が入っていない事が多い
	《実施後》 本人に「立って、〇〇に移ります」と声かけする移るところの手すりを持ってもらい、腰を支えながらゆっくりと立位介助行う 足底部がしっかり床について立てる時もあるし、足に力が入らない日もある
スタッフの感想・その他	日によっても、時間によっても本人の調子の変動あり、移動する方向を示すことで今から移るという認識は持っていると ベッドの高さは、ちょうど良いがTVを見る広場のソファはM様が立ち上がるには低すぎて立ち上がりがしにくい

年齢・性別・要介護度	85歳 女性 要介護4
既往歴(主要疾患)	パーキンソン症候群、眼瞼下垂、排尿障害
ケアの課題	スムーズな移乗動作
ケアプランの主な変更点	(施設) ・ほぼ全介助にて移乗動作行っていたのを、腰部を支えるのみにする ・くつ下をひっぱる動作などとしていただく
変更理由	もともと「リハビリ」が好きで、個別に立ち上がりの練習もしていたが「リハビリ」の時間が終わると本人の意欲も低くなり、できることが生活の中に生かされていなかった
リハビリ支援前後の状況	《実地前》 立ち上がりの練習では立てるのに、車いす⇄ベッドの移乗では立位困難
	《実施後》 声かけにて、立とうとする意識はできてきている 足のかわしが困難な様子 以前は、聞き取れないような小声でしてほしい事を訴えるのみだったが、最近「くつ下を脱がせて」と言いながら、自分でくつ下を脱ごうとする姿が見られた
スタッフの感想・その他	寒がりである服が多く、くつ下の着脱が時期的にしにくそうだった

年齢・性別・要介護度	79歳 女性 要介護3
既往歴(主要疾患)	脳梗塞による左不全麻痺
ケアの課題	自発行動がなく、できるのにやっていない
ケアプランの主な変更点	(施設)衣服、くつ、くつ下の着脱を自力で行ってもらおうよう変更する
変更理由	PTの見立てにより、衣服着脱には機能的な能力上の問題はない、できることをさせていないとの指摘により、変更することとした
リハビリ支援前後の状況	《実施前》 意欲が無いのではなく、動作の意味や順番などを理解できていない 手すりにつかまって立ってもらい、ズボンの上げ下げは介助で行っていた くつ下をはく動作では、両手を前に出して前傾姿勢になると、そのままのめりになりそう職員が手伝いすぎていた(危ないという心配、利用者は自力ではできないという思いこみがあった)
	《実施後》 車いすに座って左右の臀部を交互にあげながらズボンを脱いでいる くつ下、くつも前に倒れこむことなく(見守りしながら)自力でできているが、指示がないとできない
スタッフの感想・その他	できたことを認められることが喜びになっている 笑顔が多くなった様に思う 利用者本人が喜ぶ様子で、介護負担感が軽減されている

年齢・性別・要介護度	96歳 女性 要介護3
既往歴(主要疾患)	左大腿頸部骨折、腰部圧迫骨折、変形性脊椎症、変形性膝関節症、骨粗鬆症
ケアの課題	一度骨折を経験してからは、「何もできない」と気力がない 医師からは車椅子の生活を勧められている(骨粗鬆症のため、無理をさせるなどのDrの指示あり)
ケアプランの主な変更点	(施設) 上着はゆっくりで良いので自分で着てもらう 移乗は立たせながらも全介助でも移乗であったので、痛みの確認をしながら自分の足で踏ん張って移るようにする 車椅子を変更
変更理由	自分でできる達成感、まだできる力があることを感じてもらうために、本人の負担を増やすのではなく、環境を整えることで出来ることを増やそうとした
リハビリ支援前後の状況	《実施前》 転倒→入院を経験してからは、「何もできんごとなりました」と言われ、全てに消極的 理解力あり、意志の疎通も可、活動に誘うと拒否はなく参加はされる 指先変形しており細かい作業は困難だが、上肢機能は保たれていた 車いす駆動は疲れている時は介助していた
	《実施後》 ゆっくりとではあるが上着(ゆったりした上着)を自分で着用されている ボタンがけは、小さいボタンは困難 以前に比べると表情は明るくなってきている 車いすに関しては、あまり変化ないと言われている 入れ歯の手入れも自分で行う
スタッフの感想・その他	高齢であり、骨も弱く、骨折の既往あって、主治医より「無理をさせるな」との指示もある為、本人の「痛み」の訴えがあれば、つい手伝ってしまうことが多くなっていた 「できない」ことを実感されると落ちこんでしまうので「できる」ことをしてもらい励ましていく レクリエーションでも、本人が出来ることを個別に工夫し、出来ることを増やして意欲を喚起している 介護スタッフ間でも、ケア方法にバラつきがあったので、「できる」ことの見極めが必要

年齢・性別・要介護度	70歳 女性 要介護3
既往歴(主要疾患)	小児マヒ、変形性膝関節症
ケアの課題	上肢の運動を生かした、日常生活動作の拡大
ケアプランの主な変更点	(施設) パジャマのズボン 全介助から左右向きながら自分ではくように変更
変更理由	横向きも自力で可 手の動きも、つかむ、ひっぱることも十分できるのに手伝いすぎっていた
リハビリ支援前後の状況	《実施前》 上着は自分でもある程度着れるのに、ズボンはベッドに横になってから 職員が全介助で行っていたため、されるがままという状態であった
	《実施後》 意欲もあって、ズボンのあげ方の方法を教えると自分から行っている 声かけなくても「ズボンは自分ではく」という意識がついている
スタッフの感想・その他	自分でできる事が増えると嬉しそうな様子 タオルをたたんだり、箱折りもできるところまで自分で折って、複雑な部分は他の方をお願いしている

年齢・性別・要介護度	84歳 女性 要介護1
既往歴(主要疾患)	高血圧、糖尿病、甲状腺機能低下
ケアの課題	血糖値が安定し、入院しないで在宅生活を継続させたい
ケアプランの主な変更点	(居宅) 食事摂取量、間食、食事メニュー等をチェックする
変更理由	薬の管理は出来ているが、体重、血糖値が少しづつではあるが上がって来ている 食事のチェックは出来ていない。又、本人にも食事、間食を含め意識を持ってもらう必要がある
リハビリ支援前後の状況	<p>《実施前》</p> <p>食事は1日2食。調理は気にされているが一回の摂取量が多く、甘い物(菓子類)など間食されている様子(本人は食べていないと言われるがヘルパーの話によると、バナナを一度に2、3本食されたり、黒砂糖が有る) 砂糖、油はあまり使用せず、煮もの、野菜を中心にヘルパーが調理している どの様なものを、どの位食べられているか、本人と話し合い、ノートを作り書いていただく様にした</p> <p>《実施後》</p> <p>数日間は自分で書かれていたが、徐々にヘルパーに書いてもらう様になり、今では殆んど書かれていない。 ヘルパーには出来るだけ自分で書く様 毎回、促す様声かけてもらうようにしている 最近甘いものはみあたらなくなったが、摂取量はあまり変わらない様である</p>
スタッフの感想・その他	買い物は殆んどヘルパーが行っているので菓子類は娘さんからの送り物に入っているのではないかと(好きな物を食べさせたいと言う娘さんの気持ちも分かるし・・・)

年齢・性別・要介護度	79歳 女性 要支援2
既往歴(主要疾患)	高血圧性脳症、脳梗塞
ケアの課題	日中1人で過ごしている事が多い 自宅での何か楽しみのある活動を取り入れたい
ケアプランの主な変更点	(居宅) 生活の中にリハビリも兼ねた好きな事、楽しみを見出す 環境を整え出来ているところを評価し何かに取り組もうとする意欲付けを行う
変更理由	左手に対する本人の中での不安があって、一歩踏み出せない 心理状況にあるのではないかとと思われる
リハビリ支援前後の状況	<p>《実施前》</p> <p>人との関わりをあまり好まず他者との交流はほとんどない 日常生活は安定している。毎日20分の掃除という日課も確立しており、ほぼ自立 楽しみやリハビリを通しての希望、目標を尋ねても「目標、したい事は何もありません」の一言でそれ以上はなかなか介入できなかった 日常生活のあり方、家庭での役割、日常生活でできているところ、出来ていないところ、やりたいけど出来ていないところの把握の中から何か見出し出していけばどうだろうかとアドバイスを受ける めまいを感じることによる不安からか？何事にも消極的になっている</p> <p>《実施後》</p> <p>会話の中で「洗たく物を上手にかけたい、帽子でも編んでかぶれば・・・今はもう諦めている」と話された 洗たく干し棒は低い物を購入され干しやすくなっている リハビリ用編み物を紹介されると興味を持たれるが「してみよう」とまでは至らず</p>
スタッフの感想・その他	今回、関わりを持った事で、見えてこなかった部分、見ていなかった部分が少し分かった 病院嫌いという事から健康チェックを含めた医療系サービス(デイケア)継続の必要性を理解して頂くことができた 家人に対して疾患への理解、管理依頼するまでには至らず

年齢・性別・要介護度	70歳 男性 要支援2
既往歴(主要疾患)	脳梗塞後遺症(右半身麻痺)、高血圧
ケアの課題	公共機関(バス)への乗り降りが不安 (路面よりバスへの高さがあるので、特に降りる時に前に転倒しそうになる時がある)
ケアプランの主な変更点	(居宅)バスの段差を安全に乗り降りできる
変更理由	リハビリでの訓練を通して 現在、公共機関を利用して外出は行われているが、更に安全に公共機関を利用でき、ご本人の活動範囲の拡大を図れないだろうか検討。 ご本人の機能がこれで最大であれば地域社会の支援も必要かと思われる。
リハビリ支援前後の状況	《実施前》 独居で生活はほとんど自立しており、日常生活動作の全てがリハビリだ、と意欲もみられる 右上肢の機能改善に対する希望が強い デイケアでのリハビリも積極的であるが公共機関を利用するの外出に困難がある
	《実施後》 モデル事業により、公共機関利用の現状要望をお願いしたところ、バスの中央に両サイドに開閉するバスがあり、段差も幾分低い主な路線(利用者が多い、利用時間が長い)への配置を4月のダイヤ改正時に検討したいとの回答あり バス会社からの回答をご本人に説明すると「そうしてもらえると助かる、バス時刻表にそのバスを利用できる時間が表示されるとわかりやすい」と話された
スタッフの感想・その他	本人は自分で出来ることを頑張っている状態なので、これ以上のことを求めるなら、社会的な環境調整を行う必要があると感じた。 個人レベルでは多分出来なかった事であろうと思われるが、モデル事業により、バス会社から前向きな回答を頂くことができた

年齢・性別・要介護度	82歳 男性 要介護1
既往歴(主要疾患)	高血圧、腹部大動脈瘤術後
ケアの課題	運動機能を維持、アップし、春になったら奥さんと一緒に散歩したい
ケアプランの主な変更点	(居宅)寒い間は散歩は出来ないが、家の中でできる運動メニューを提供し行う(施行前、後に歩行速度などのチェックを行う)
変更理由	視力低下に伴い、行動範囲、生活での本人の役割が減り、心身共に低下傾向にある
リハビリ支援前後の状況	《実施前》 奥さんと2人暮らしで、自分の事は殆んど行っているが、出来る事が少ない為、ボーっとしている時間が多く、週3回DSを利用しておられる。 ラジオは聞きたくないし、これと言って趣味もなく、したい事もないとのことであったが「奥さんと一緒に散歩したい」との希望あり、PTの先生の協力のもと、自宅で運動メニューを毎日行っている。
	《実施後》 デイサービスの関わりではあるが、今では毎日運動(スクワット、足上げ)を頑張っている ADL機能もアップ 今度はいつPTの先生は来てくれるのかな?等と結果を楽しみにしている様子 表情、話す言葉が明るく感じられる 既に家の近くを奥さんと散歩した
スタッフの感想・その他	施行前、後に機能のチェックを行った事はやる気につながったのでは

年齢・性別・要介護度	95歳 女性 要介護5
既往歴(主要疾患)	アルツハイマー型認知症
ケアの課題	残存機能を活用し、スプーンを使って自力での食事摂取ができるようになる(長期目標) 道具・環境・姿勢を工夫して自力摂取できるようになる(短期目標)
ケアプランの主な変更点	(施設) 短期目標の「道具」「環境」「姿勢」を具体的に加えた点
変更理由	例えば「背中にスポンジマットやクッションを当てる」等、当初のケアプランに不足している部分を具体的に追加した(モデル事業の結果を受け、ケアスタッフ等の意見を集約)
リハビリ支援前後の状況	《実施前》 食事は自力での摂取ができず、手づかみもあった 介護職員による食事介助(主食のあんぱんは手づかみ、その他の副食・汁物等は全介助) ぬいぐるみや布団をかじるなど、食べ物の区別ができていない 《実施後》 スプーンでの自力摂取率が上がった 手づかみの食事摂取、食べこぼしが減った 食事の際、ほとんど介助が必要なくなった 以前介助を受けていた時にあったムセやヒュー音、微熱が見られなくなった
スタッフの感想・その他	時間をかけて見守ることができた 「自力摂取できない」「手づかみで食べる」という固定観念があったが、色々な工夫を試みたら、スプーンで自力摂取できるようになった

年齢・性別・要介護度	86歳 女性 要介護4
既往歴(主要疾患)	脳梗塞後遺症、協調性疾患
ケアの課題	疾患により加速度的にADLが低下していく中で転倒しやすくなっている 生きる気力が湧かず、表情も暗い
ケアプランの主な変更点	(施設) ①「転倒を予防して自宅外泊を継続する」を「姿勢を正し、生活動作がスムーズにする」に変更 ②「口腔内を清潔にし、安全に自力摂取する」を「自宅外泊を継続し、楽しみのある生活をする」に変更
変更理由	利用者が望む生活を提供するため、リハビリの視点を導入した短期目標により、楽しみのある生活を目指す
リハビリ支援前後の状況	《実施前》 何もできなくなっていく自分を悲観し、「死にたくなった」などという発言も 自宅外泊も困難になった 食事、臥床時の姿勢は介護職が楽と考える姿勢をとってもらっていた 食事中はムセや咳き込みが見られ、上手く食べ物を口に運べなかった 《実施後》 自宅外泊が増え、楽しみができた 生きる気力がでて前向きになり、表情も明るくなった 食事や臥床の際の姿勢を改善し、ムセの防止に良い姿勢が取れるようになった ムセが少なくなり、手に介助皿を持たせるとほとんど自力摂取できるようになった
スタッフの感想・その他	施設利用者にも、地域包括支援センターが関わる事が出来ることができると知った。(自宅外泊に必要な介護用品や備品を整える時等) ADLの低下は現在も続いており、現在改善されたことも、できなくなるなどが予想される。このような場合、どのように対応していけばよいのか不安に感じる

年齢・性別・要介護度	90歳 女性 要介護3
既往歴(主要疾患)	変形性腰椎症、変形性膝関節症、認知症
ケアの課題	自立性の低下、自主性・活動性の低下がみられ、廃用性の心身機能低下の恐れがある
ケアプランの主な変更点	(施設) ・洗顔・整容は声かけし、自立を促す ・食器の方づけ、テーブル拭き ・園内の散歩による下肢筋力維持 ・パジャマ着替えの声かけ ・かいわれ大根の水耕栽培
変更理由	援助内容を具体化し、デイリープランを作成することで、スタッフ全員が統一した援助を行い、習慣化することを目指した。
リハビリ支援前後の状況	《実施前》 認知症で精神科への定期受診あり 部屋にすることが多く、他の利用者との交流も少なかった 《実施後》 自主的にできる活動が増えた 他の利用者との会話が増え、表情が明るくなった 他の利用者も一緒に活動した援助を通じ、ユニット全体のQOLが向上した 前に比べて集団の中に積極的に入っていくようになった
スタッフの感想・その他	個別援助の必要性について、スタッフの意識が変わった

年齢・性別・要介護度	90歳 男性 要介護4
既往歴(主要疾患)	狭心症、高血圧
ケアの課題	寝たきり状態から少しづつ、ハイハイで移動するようになり、活動性が高まっているが、じょくそうがなくなるらない電動ベッドやポータブルトイレに拒否感があり、「トイレに行きたい」という気持ちがあるが、トイレが遠い
ケアプランの主な変更点	(居宅) 「おむつ交換」を「デイサービス利用時はトイレ誘導し、トイレで排泄」、「日中は自宅でもトイレで排泄」に変更 「体操する」を「見守りの中、平行棒内での歩行練習をする」に変更
変更理由	「家族の負担を軽減するため、まず、利用者本人がデイサービスでできることを自宅でもできるようにする」という視点を重視した(利用者本人に「トイレで排泄したい、歩きたい」という希望があるが、転倒のリスクも軽視できないので、デイサービスで見守りながらの筋力強化を並行しつつ、自宅でもトイレでの排泄を工夫した)
リハビリ支援前後の状況	《実施前》 日中のトイレは自立できていたが、夜間の排泄の自立が課題だった デイサービス中はフロア内でも車椅子での移動であった 《実施後》 短距離(14メートル)は歩行器を使用して移動できるようになった(見守り・付き添い必要) 平行棒での歩行訓練を実施 日中、家のトイレに行けるようになり、活動性が高まった 活動性が高まったが、1人で庭に出ていることがあり、家族の心配は増えるなど課題も生じている
スタッフの感想・その他	じょくそう改善のために予防マットレスも使用 リハビリ専門職との関わりが無い事例でも、リハ専門職からの評価を受けるための手立てが必要と感じた リスクばかりを見ている、良い支援はできないと感じた ケアマネだけでは情報が少なく、サービス事業所との連携が重要なことを再認識できた

年齢・性別・要介護度	81歳 女性 要支援2
既往歴(主要疾患)	両変形性膝関節症
ケアの課題	膝関節症悪化に伴い、ADL低下がみられ、徐々に家事が困難になってきた(体重も負担)
ケアプランの主な変更点	(居宅) 「食事指導による栄養の改善」と「自宅でできる運動の指導」を追加
変更理由	左手に対する本人の中での不安があって、一歩踏み出せない心理状況にあるのではないかと 当初デイサービスから通所リハへの切り替えを進めたが、本人の抵抗で変更に至らなかったため、自宅出来る運動を盛り込んだ
リハビリ支援前後の状況	《実施前》 夫と2人暮らし、娘が町内・町外におり買物を支援している ほとんど1日中、コタツで横になりテレビをみている生活 トイレは間に合わないことがあるため、日中は紙パンツ、夜間のみポータブルトイレを使用 ゴミ出しは、紙パンツは自分で出しているが、それ以外のゴミは夫に任せている 《実施後》 娘からの差入れを増やしてもらうことで、食事の偏りを改善 体重は1～2キロ減少 自宅でも通所リハでの運動を続けている
スタッフの感想・その他	サービス内容の変わらない状態が維持されていることは良いことだと思っていたが、あえてサービスを変更することで、改善、維持を目指す姿勢を持った

年齢・性別・要介護度	62歳 男性 要介護1
既往歴(主要疾患)	糖尿病、脳梗塞(右片麻痺、右顔面感覚障害、視野狭窄)
ケアの課題	デイケアで出来るようになった動作を日常生活の中で生かす
ケアプランの主な変更点	(居宅)「入浴時に自助具を利用して洗淨する」「孫との遊びの中で自宅内での活動を増やす」を追加
変更理由	デイケアで出来ていることが自宅での実際の生活に活かされていないという状況を変えるため、自宅での具体的な活動を追加するという視点でケアプランを変更した
リハビリ支援前後の状況	《実施前》 左手でパソコン操作ができる 家庭環境が良く、年齢も若いため、リハビリに対する意欲が高い 入浴時は家族(妻)による洗体、洗髪の一部介助が毎回必要 家庭内の役割が少なく、孫と遊ぶ程度 《実施後》 OTが作成した洗淨用のループタオルを使用し、自力で背部を洗うことができるようになり、積極的に洗淨している 物差し、ハサミを使用してパズルを製作し、孫と遊んでいる 右手でつまむことが上手くなり、ファスナー止めが1人で出来るようになった 右手を積極的に使うようになった 本人の前で上達を称賛する声かけをすることが増えた
スタッフの感想・その他	自宅場面での取組が多く、デイケア利用中に状態を確認しないと分からないことが多かった 今後、障害物や段差に注意すれば、1人での杖歩行も可能な状況である

年齢・性別・要介護度	72歳・女性・要介護度4
既往歴(主要疾患)	クモ膜下出血、重度の左片マヒ、左大腿骨頸部骨折
ケアの課題	トイレでの排泄を希望しているが、立位が困難で、ほぼ全介助で排泄しているため、少しでも立位を保持し、移乗がスムーズに行えるようにしたい。
ケアプランの主な変更点	(施設)立ち上がり訓練1日1回(回数より長さに重点を置く)を追加
変更理由	排泄の自立は精神的影響も大きいと、本人の希望を毎日の生活に反映させたい
リハビリ支援前後の状況	《実施前》 トイレでの排泄を心がけているものの、排泄に関しては、ほぼ全介助であった
	《実施後》 トイレでの排泄時に以前よりも立位が少しみられるようになった 2日に1回程度の自然排便が行われるようになった 立位訓練の際も自分で腰を伸ばして頑張っている 本人の喜びも大きい
スタッフの感想・その他	毎朝座位排便の姿勢を取ることは介護スタッフからの提案で、そのための立位訓練についてリハビリ専門職からの指導によるもの

年齢・性別・要介護度	87歳・女性・要介護度4
既往歴(主要疾患)	慢性関節リウマチ、糖尿病、高脂血症、脳梗塞、甲状腺機能低下、逆流性食道炎
ケアの課題	リウマチの痛みや進行を予防するため、手指の運動を行う
ケアプランの主な変更点	(施設) 立ち上がり訓練5回×10秒を追加 歩行器歩行の距離を延ばす(数メートルから他のフロアまで) 口腔マッサージ、嚥下体操の実施を追加
変更理由	生活の活動性を高め、生きがいや楽しみを作り出すため
リハビリ支援前後の状況	《実施前》 不随意運動も多く、歩行器でも歩くことは困難 リウマチのため、身体の痛みを訴えることが多い
	《実施後》 歩行器での訓練に文句を言いつつ、長く歩いている 排泄もスムーズに行えているので、そのような効果もあるかもしれない 食事もスムーズに取れるようになっている
スタッフの感想・その他	入れ歯の導入も検討したが、歯科衛生士と相談の上、不随意運動が多く、入れ歯のメリットが少ないことから、断念した。 口腔マッサージや嚥下体操は、集団では定期的に行っていたが、今回はマンツーマンで実施

年齢・性別・要介護度	80歳・女性・要介護度5
既往歴(主要疾患)	アルツハイマー型認知症、腰部脊柱管狭窄症
ケアの課題	アルツハイマー型認知症により、食の認知障害が進んでいる。食事の際も飲み込みが停滞するなど摂取が困難になっている
ケアプランの主な変更点	(施設)食事の際、味や温度差などの刺激を与えることとし、飴なめ訓練を追加
変更理由	認知機能に伴って低下している咀嚼や嚥下の機能維持を図りが、体操等の指示に従うことは困難なので、飴をなめる動作(舌をねじったり丸めたり)が運動になることを利用した
リハビリ支援前後の状況	《実施前》 ご飯の飲み込みが停滞するなど、摂食の際に困難を感じていた 白ご飯からおかゆに食形態を変更した時期があるが、あまり飲み込みに変化がなかったため、白ご飯に戻している
	《実施後》 目立った状況の変化はない
スタッフの感想・その他	もう少し長期的に経過を観察していく必要があると感じている。

年齢・性別・要介護度	77歳・女性・要介護度1
既往歴(主要疾患)	アルツハイマー型認知症、慢性心不全、心房細動
ケアの課題	もの忘れが進み、服薬・洗濯・食事の準備ができなくなっている
ケアプランの主な変更点	(居宅)訪問リハビリサービスの追加
変更理由	本人の家事能力を判断してもらい、訪問介護職員等へも適切な関わり方法を提案してもらうため
リハビリ支援前後の状況	《実施前》 認知症に加えて、ももとの性格も関係していると推測されるが、食べた物の片づけ、洗濯物干し等を後回しにしてなかなかしようしない ヘルパーが訪問した際にも、ヘルパーの指示や声かけに従うことがない
	《実施後》 食事の片づけ、洗濯等に関して、訪問リハ職員の助言を素直に聞き入れ、行動する部分もでてきている
スタッフの感想・その他	ヘルパーも、リハビリ専門職も同じ内容の声かけをしている(片づけましょうね、等)のに、リハビリ専門職の言うことは素直に聞いている。リハ職が異性(男性)であることや、見慣れない人であることも関係していると思われる。

年齢・性別・要介護度	87歳・女性・要介護度1
既往歴(主要疾患)	高血圧症、高脂血症、ラクナ梗塞、骨粗鬆症
ケアの課題	外出時の安全な移動の方法を検討する必要がある 転倒に対する不安への家族とケア従事者の関わり方法の確立
ケアプランの主な変更点	(居宅)(実現できていないが、)住宅改修(玄関先に手すりを設置)
変更理由	これまで大きな怪我にいたらなかったため見過ごされていたが、玄関先での転倒が頻発していた 数か月前に転倒により、肋骨にヒビが入ったため、改善策が必要
リハビリ支援前後の状況	《実施前》 台所や居間は整然と整えられている 生活はほぼ自立しており、外出にも積極的 骨折以降は、外出したいという気持ちと、怖い、億劫という気持ちが併存している
	《実施後》 本人が歩行や段差昇降に対してこれまでより注意するようになっている 住宅改修のためには、申請が必要なこともあって、改修に至っていないが、家族は改修に向けて積極的な反応である
スタッフの感想・その他	介護スタッフ(ヘルパー)も、改めて専門職から注意ポイントを示されたことでより注意して見ようという思いが強まったようである

年齢・性別・要介護度	91歳・女性・要介護度1
既往歴(主要疾患)	右大腿部骨折で入院し、退院後一週間で再度同じ箇所を骨折して最入院した経験がある
ケアの課題	残存機能の保持、低下防止。
ケアプランの主な変更点	(施設)食堂への移動を歩行器で行う(変更) ベッド回りの環境調整(追加)
変更理由	骨折を恐れて、自分でできることもすぐ介助に頼るようになっていた。食堂への移動も、理由をつけて車椅子で介助してもらおうことが多いため、このままでは出来ることもできなくなるおそれがある。
リハビリ支援前後の状況	《実施前》 自分で歩く事に骨折する恐怖を感じ、介助を希望していた。
	《実施後》 食堂への移動は歩行器で自力歩行するようになっていた。ベッドの高さ調整とL字サイドバーの設置により、立ち上がりも楽になったとのこと。 支援前より、色々な訴えが少なくなっている。
スタッフの感想・その他	最初は車椅子の自走から始め、力が付いてきたことを確認して歩行器へ変更した。

年齢・性別・要介護度	90歳・女性・要介護度3
既往歴(主要疾患)	小児麻痺の後遺症による歩行困難(身障4級)、認知症
ケアの課題	認知症、下肢麻痺による立位不能、時々大便の不潔行為あり
ケアプランの主な変更点	(施設)車椅子移乗時は職員の付き添いのもと、安全に行う 車椅子の移乗時は手を添える程度の介助で行う 食堂への移動は車椅子の自走で行う
変更理由	食事や会話はできるので、移動の自立を図り、生活範囲を広げてもらいたいと考えた。
リハビリ支援前後の状況	《実施前》 職員の介助で車椅子に移乗していた。自立の力が弱く、力が入らないために車椅子から床に転倒することもあった。会話には積極的で、普段から笑顔の多い方。
	《実施後》 ほとんど自力で移乗ができ、食道まで車椅子を自走して移動している。ただし、立位機能に関連した変化は見られない。 行為の理由を理解していない事が多く、気分にもムラがあるため、第一声の声かけに工夫をするなどして、車椅子の自走を促した。
スタッフの感想・その他	

年齢・性別・要介護度	80歳・女性・要介護度4
既往歴(主要疾患)	右大腿骨転子部骨折、高血圧、高脂血症、変形性脊椎症、もの忘れ、めまい
ケアの課題	意欲が低下しており、自分からは何もやろうとしない
ケアプランの主な変更点	(施設)残存機能を活かし、食堂までの歩行器による移動を行う(追加) ベッド周辺の環境調整(追加)
変更理由	これまで大きな怪我にいらなかったため見過ごされていたが、玄関先での転倒が頻発していた。 数か月前に転倒により、肋骨にヒビが入ったため、改善策が必要。
リハビリ支援前後の状況	《実施前》 自発的にすることがなく、本人も「自分は何もできない」と言う
	《実施後》 プランを変更して1週間くらいたった時点で、本人から脚と腰の痛みの訴えがあり、車椅子に戻ってしまった。
スタッフの感想・その他	痛みの訴えが強い時は医療的なアセスメントによる原因究明が必要だが、それと同時に利用者の気持ちの変化を待つ姿勢も大事。残存機能を維持するための別のアプローチを試みるうちに、機能維持が図れることがある。

年齢・性別・要介護度	87歳・女性・要介護1
既往歴(主要疾患)	高血圧・脳血管性認知症
ケアの課題	脚・腰のだるさを防ぎたい。
ケアプランの主な変更点	(居宅)変更なし(プラン継続)
変更理由	介護力が少ないため、家事の中で、できることは出来る限り自力で行うことが求められており、家事能力を衰えさせたくないという本人の希望を尊重した。
リハビリ支援前後の状況	<p>《実施前》</p> <p>息子が無くなり、嫁と生活している。嫁は働きに出ているため、できるだけ自分のことは自分でしたいという希望があるため、家事など自宅で自分の役割をこなす。体操も実施していた。</p> <p>《実施後》</p> <p>自宅での自主トレーニングを指導。トレーニング表を作成し、それに基づいたトレーニングを実施したところ、自宅での動きが楽に行えるようになった。</p>
スタッフの感想・その他	介護保険料の一部負担に関わらない内容はプランに乗せにくい傾向がある。今回は、本人への体操指導であったため、プランに乗せていない。

年齢・性別・要介護度	72歳・男性・要介護1
既往歴(主要疾患)	脳出血、高血圧、腰椎圧迫骨折
ケアの課題	デイサービスの機能訓練では物足りなくなっている
ケアプランの主な変更点	(居宅) デイサービス3回/週→デイサービス1回/週とデイケア2回/週に変更
変更理由	より高度な個別リハビリを適応するため
リハビリ支援前後の状況	<p>《実施前》</p> <p>多趣味で、生活は豊か。 配偶者が多弁で強く、本人は自分の意見をあまり言わない。 遠慮がちだが、リハビリのことに自分で良く調べているので、今の状態は不満ぞ</p> <p>《実施後》</p> <p>デイケアでのリハビリにとっても満足している。自分からリハ専門職に質問している。 気持ちが明るく前向きになって、自主的な行動や提案が増えた。</p>
スタッフの感想・その他	デイサービスの人間関係を切らさないように、週1回は残した。それが奏功して、本人も安心してデイケアに移行できたようである。 デイケアで、同じ境遇の方や、リハビリに励む方と話すことで、ピアカウンセリングのような効果が生じているようだ。 専門職が介入してくれたおかげで、デイサービスからデイケアへの変更を進めやすかつ

年齢・性別・要介護度	78歳・男性・要介護4
既往歴(主要疾患)	脳梗塞、右片麻痺
ケアの課題	自宅入浴の際の安全性移動の確保
ケアプランの主な変更点	(居宅) 室内環境の整備(すべり止めマットの使用)、浴槽への出入り動作の指導
変更理由	介助が難しく、過剰介助になってしまいがち。
リハビリ支援前後の状況	<p>《実施前》</p> <p>配偶者との2人暮らし。コンバインに再び乗れるようになりたいと希望している。 麻痺(右)側からの介助だけでなく、とにかく滑らないようにと過剰に介助してしまう傾向にあった。</p> <p>《実施後》</p> <p>ヘルパーへ介助方法を指導し、本人への介助の際は声かけでもフォローしたところ、具体的な入浴動作が決まらなくても、安全に浴槽に出入り出来るようになった。 リハビリ専門職はケアマネと一緒に自宅を訪問し、現状の入浴介助の方法を確認。大森病院では、入院患者の退院前に「退院前訪問」として環境調整を実施する機会があるが、退院からかなりの年月が経過した方へのリハビリ職の環境調整は難しかった。</p>
スタッフの感想・その他	

第4章 調査結果のまとめと提言

第4章 調査結果のまとめと提言

1. 調査結果のまとめ(リハビリ支援の効果)

(1) 利用者への効果

ADLとQOLの改善

利用者のADLの改善については、FIM得点の向上によって効果が示された。利用者のFIM得点はリハビリ支援実施前と後で74.2点から76.2点へと、平均2.0点増加しており、特に改善効果が見られたのは、移動と移乗(トイレ、ベッド共に)及びトイレ動作であった。

項目別の得点では、移動と移乗に関する項目の向上が特に顕著であったが、これは、生活空間を広げてゆこうとする際には、移乗・移動が最初のステップとなること、モデル事業の期間が3～4か月と短かったこと等の影響があると考えられ、モデル事業の期間が長くなれば、他の機能の向上も期待できると思われる。

また、特養と在宅での違いも示された。もともと、FIM得点の平均点は特養が53.4点、居宅が100.3点と、特養が低かったが、得点の改善効果は特養が1人あたり平均2.4点増加、居宅が1.3点増加と、特養の方が顕著であった。要因の特定は困難であるが、特養では介護支援専門員と介護職員との連携が居宅に較べて密接であり、指導や指示がすぐに反映されたこと、特養では、介入前に職員が過剰介護気味になり、残存機能を居宅ほど活かす事が出来ていなかったために、介入後に大きく向上した可能性があること等が推測できる。

QOLの改善については、精神面(表情、笑顔)に関する改善を約7割、利用者の人間関係の改善を約4割の介護支援専門員が実感していたことで示された。変化の具体的な内容として挙げられた回答は、「料理の話などをしていると、顔や声が生き生きとして、長時間椅子に座っていても『しんどい』と言わなくなった」、「会話が多くなり、表情が明るい。笑顔がよく見られるようになった」、「散歩や野菜作りを他の入所者と一緒に行ったことで、周囲の方との会話が増え、親しくなった」、「これまでは配偶者が面倒をみるのは当たり前、と言って自分で出来ることでも手を借りていたが、配偶者に対し、『ありがとう』という言葉が出る」などであった。

また、QOLの改善を示す「摂食関連」、「痛みと負担の軽減」、「自発性」、「利用者と周囲の関係」、「介護支援専門員又は介護職員と家族の関係」の項目においても、一定の効果が示されていた。

相乗効果

利用者の生活が改善することで、利用者が楽しそうにしている様子を見ていると、介護職員は介護負担を感じない、といった意見がヒアリングで多く報告されていた。職員の介護負担感が少なければ新たな取組や、残存機能を活かすための見守りの時間も確保できるため、利用者への

ケアの質が高まり、それによって更に利用者への改善効果が高まる結果となることが考えられる。利用者の改善と、職員の介護負担感はお互いに相乗効果をもたらしていることが示唆された。

(2) ケアプランの改善効果

個別性と具体性の付与

リハビリ支援により、54 事例中、49 事例において、ケアプランが変更された。変更された部分と内容を確認したところ、サービス内容の変更が 45 事例と最も多く、その中でもサービスの新たな追加が 37 事例と最も多かった。これは、リハビリ支援によって、これまでにない視点がケアプランに導入されたことを反映していると考えられる。

追加・変更された内容を具体的に確認したところ、「口腔清掃時に息を吐く訓練を 10 回程度行う」、「できるだけ自力での移乗を見守る」、「1日1回人と会うように、ヘルパーの回数を3回から6回に変更」といった内容に示されているように、従来のプランに個別性と具体性が付与され、個々人に合わせたオーダーメイドのプランに修正されていくことが明らかになった。

変更事例数がサービス内容の次に多かったのが、長期目標と短期目標の変更で、29 事例で変更されていた。短期目標では、「食事療法についての意識を高めることができる」、「バスの段差を安全に乗り降りできる」といった目標が追加されるなど、当初は曖昧だった目標が、具体的で実現可能性の高い目標へと変化していったことが示された。これは、リハビリ専門職からの助言と指導により、介護支援専門員にアセスメントの視点が取り入れられ、利用者の抱える医療的・身体機能的課題に意識が向くようになったため、問題志向型のアプローチがなされるようになったためだと考えられる。これらの結果は、リハビリ支援の効果として、介護支援専門員が利用者の課題をリハビリ支援以前よりも明確に認識し、その課題解決に向けたケアプランを作成できるようになっていることを示していると考えられ、リハビリ支援の有用性を確認することができた。

一定の効果を確認することはできたものの、今後の課題となる点も明らかになっている。今回のモデル事業では、ケアプランの変更内容は、機能訓練的な内容が多く、生活の楽しみや生きる目的に触れたものの割合が少なかった。介護支援専門員のみならず、リハビリ専門職においても、生活期のリハビリについての理解が定まっていなかったのではないかと思われ、今後、更なる改善を要する点である。今後は、問題志向型のアプローチから更に視野を広げて、目標志向型のアプローチが重要であることを介護支援専門員とリハビリ専門職の両者が深く理解することが重要になってくるとされる。生きたケアプランを作成するためには、「その人にふさわしい生活の姿は何か」、「その人にとってどのような終末期がふさわしいのか」などを常に本人と家族、そして本人のケアに関わる関係者が含めて話し合い、確認してゆく作業が必要であると思われる。

支援の際に留意すべき点(ケアプランに反映する事が難しいこと)

質問紙調査とヒアリングによって、ケアプランには反映することが難しい視点や内容の類型が明らかになった。ヒアリング調査からは、リハビリの視点であるか否かに関わらず、介護保険外サービスに関する事など、もともとケアプランに記載する事に戸惑いがある内容が存在することと、

介護支援専門員が「できない」と思いこんでいるためにケアプランに乗せることを諦めている場合があることが明らかになった。

また、ケアプランの変更内容に関し、介護支援専門員とリハビリ専門職との意見に食い違いがあった20事例の分析により、ケアプランへの反映が難しいリハビリの視点とは、「運動や認知症対応など、リハビリの技術的なこと」「ADLや福祉用具及び住宅改修に関すること」「多職種が関わる必要のあるもの」「介護保険によるサービスの提供が困難なもの」の4つである事が判明した。

このような反映が困難な内容に関してリハビリ専門職が他職種に助言を行う際には、持てる知識と技術を活かした支援であることは勿論、異なる背景を持つ連携相手に理解しやすい言葉で説明する必要や、地域資源の活用を地域包括支援センターと連携しながら工夫する必要がある。また、介護支援専門員の「できない」という思いこみに気づいてもらう支援も今後の課題である。

(3) 介護職及び医療職への効果

分析にあたっての留意点

介護支援専門員の平均年齢は46.1歳、平均経験年数は5.6年となっていた。同様に、介護職員は41.2歳、12.9年、リハビリ専門職は34.9歳、11.9年であった。今回の協力者の構成で最も特徴的なのが、リハビリ専門職の平均年齢が他の職種と比較して10歳程度若く、30代が半数を占めていることである。

また、経験年数については、全て現職種としての経験年数を聞いている。介護職は、ヘルパーから介護福祉士へというような資格の変更により職種も変更される場合があるために、他の職種よりも短く算定されがちである。介護支援専門員の資格は平成12年の介護保険制度の開始に伴って新設されたものであるから、経験年数は最長でも11年になるため、この点を考慮する必要がある。

性別に関しては、介護系の職種では女性の割合が7～8割と多いのに対し、医療系職種であるリハビリ専門職では逆に女性が4割と少なくなっているため、性差の影響にも留意する必要があると思われる。

有能感の向上

介護支援専門員の仕事に対する有能感は、リハビリ支援を受けた後、一人当たり1.97点増加しており、特に「7. 仕事を通じて自分の能力を伸ばし、成長している」と「11. いつもと違うことが起こっても、迅速かつ適切に対応できる」と「13. チームの目標を十分に達成できるよう取り組んでいる」の3つの項目について得点の増加が顕著であった。チームの目標を重視しながらも、個人の資質に関する有能感が向上していることが明らかになった。

一方、介護職員の仕事に対する有能感は、リハビリ支援を受けた後、一人当たり2.21点の増加がみられた。特に得点の増加が顕著であったのは、「3. 与えられた課題を上手く遂行している」と「8. 新たな能力を獲得するため、積極的に挑戦している」であり、能動的に仕事に取り組む内容の項目において、得点が上昇していると言える。

リハビリ専門職の仕事に対する有能感は、リハビリ支援を受けた後、一人当たり4.18点の増加がみられた。特に得点の増加幅が大きかった項目は「1. 仕事の目標は常に達成している」、「2. 毎日の業務を十分こなしている」、「3. 与えられた課題を上手く遂行している」であり、専門職としての自覚に関わる項目が向上している事が分かる。

これらの結果から、リハビリ支援を実施することにより、支援される側、する側の双方で有能感が向上する効果があることが明らかになった。

仕事に対する資質、考え方等の変化

介護支援専門員

介護支援専門員に対しては、ケアプラン作成に関して介護支援専門員が持つ事が望ましいと思われる視点について、リハビリ支援がどのような効果をもたらしたか確認した。その結果、介護支援専門員の間ではリハビリ適応の必要性が一定程度認識されているが、ハビリ支援実施後にはその認識がより一層強まることが示された。また、「サービス提供後に利用者の生活がどのように変わるか、イメージできる」について、実施前は66%が「そう思う」と回答していたが、実施後は「そう思う」が71%、「非常にそう思う」が8%と、合計79%がそう思うようになっており、リハビリ支援が介護職員の資質向上にも一定の効果をもたらすことが示された。

介護職員

介護職員に対しては、ケアプランの変更を実感したか、また、その実感に伴い、仕事上での役割の認識や、業務遂行への姿勢が変化したかについて確認した。その結果、68%の介護職員が業務遂行への姿勢に変化を感じており、自分が実施しているケアの目標や内容を明確に意識することができるようになったことや、全体の中での自己の役割を意識して仕事に取り組むようになっていたことが明らかになった。また、多くの施設で職員によるケアのバラつきをなくし、統一されたケアを実施する方向へと仕事への関わり方にも変化が生じており、リハビリ支援によってケアプランが個別性、具体性を備えることで、介護職員の仕事での役割も明確になることが示唆された。

リハビリ専門職

リハビリ専門職に対しては、介護という他分野の職員への支援を経て、リハビリそのものへの考え方や理解が変化したか、業務遂行姿勢が変化したかを確認した。その結果、76%のリハビリ専門職が変化を実感し、リハビリに対する考え方が、医療施設内での適応に加え、生活場面への適応を重視するものへと変化していることが示された。また、ケアプランをより重視したり、ケアプランに取入れられる助言について意識するようになったという意見も82%と多かった。更に、88%のリハビリ専門職が業務遂行に対する姿勢に変化を感じており、介護職と関わり合うことによって、情報伝達、指導・助言の方法について他職種へ伝わりやすい方法や内容を考えるようになったことが示された。

(4) 地域の多職種連携に対する効果

高齢者支援に関わる者の地域連携の課題を明らかにし、地域包括支援センターに対するニーズを明確化できたことも本事業の成果と考える。

本事業で明らかになった地域の多職種連携のための課題の1つ目は、医療と介護のように、分野の異なる職種同士が連携する際の共通認識や共通言語の醸成が困難であることである。2つ目は介護職同士であっても連携が進んでいない関係があることである。例えば、特養の介護支援専門員や介護職員は居宅の介護支援専門員のように地域包括支援センターからの支援を受けにくく、両者の連携が進んでいない現状にある。3つ目は風土や環境を共にする地域内での多職種間の連携の場が整備されていないことである。

これらの課題は、モデル事業の実施を通じて、他職種の勤務状況や業務内容への理解が深まることで、ある程度解消される部分もあるものの、より根本的な解消のためには、継続的な取組が不可欠であると思われる。このような課題を解消する役割を担う機関として、事業協力を受けた地域包括支援センターに、地域連携の橋渡しとしての役割を期待したい。

本事業では、地域支援センターに対する各地の要望をまとめた結果、「地域連携の橋渡し」、「既存の支援に対する情報の整理・広報」、「地域包括支援センターの経験・蓄積の公表」、「新たな社会資源の開拓・育成」といったニーズが潜在していることが明らかになっている。

2.提言

介護支援専門員を地域で支えるということ

本調査の結果、現在のケアプランには「個別性」と「具体性」という視点が見落とされがちであることが明らかになったが、サービス利用者個々人に応じた、具体的な内容がケアプランに記載されなければ、プランの実効性は低下してしまう。ケアプランは介護保険制度の要となるものであり、生きたケアプランは本人にも介護従事者にも充実感と満足感をもたらす。介護保険制度の質を担保するためには、介護支援専門員のケアマネジメント力の向上がぜひとも求められるところである。ケアプランが実行性の高い、生きた生活の指針となるために、介護支援専門員に求められているのは、

- ① 個々人の状況を見極める力…アセスメント能力
- ② 必要なサービスを決定する能力…地域における介護サービスの知識、家族との調整力
- ③ ケアプランにまとめたサービスを実現する力…業者調整力、家族、介護職員への情報伝達・説明力

の3つの能力である。しかし、介護支援専門員はまだ新しい職種でもあり、研修体制も整っていないとは言えず、その資質にバラつきがあることは、これまでも課題として指摘されてきている⁸。

これに対し、今後、教育・研修制度の充実によって介護支援専門員の能力向上を図る事は勿論であるが、同時に、他の職種で支援できる点についても整理し、協力体制を整えてゆく必要があると考える。本モデル事業で明らかになったように、リハビリ専門職は①のアセスメント能力に関して、介護支援専門員を支援する技術力・知識を有しており、この点で介護支援専門員を支える仕組みを整える必要がある。また、②については、地域包括支援センターが持つ情報を提供することで支援できることが本事業で示された。

このように、介護支援専門員の能力育成に対しては、介護支援専門員だけの問題として捉えるのではなく、地域資源を活用し、包括的なケア体制を整えることを念頭に置いて支援する必要があると思われる。

これまでは介護支援専門員同士の連携が重視されてきていたが、今後は、リハビリ専門職をはじめとした多職種との連携の場を整えてゆく必要があると思われる。そのためには、介護、医療、福祉、行政の専門職及び利用者と家族を含めた住民が同じ地域に暮らす者として、ともに地域の高齢者ケアネットワーク上のポジションを自覚し、力を発揮することが重要になってくる。

⁸徳永恵美子・生野繁子・和田要：「基礎資格別介護支援専門員の活動の現状と研修の課題—保健・医療職と福祉食の教育背景の違いに焦点をあてて—」，九州看護福祉大学紀要 No.1，217-229，Vol. 6，2004

まずは顔の見える連携が必要

介護保険制度以前に行われていた「地域ケア会議」を各市町村の保健、医療、福祉、行政などの関係機関が協力して再開し、情報交換と連携を図る必要がある。この会議には施設、居宅の区別なく、介護支援専門員やリハビリ職等が参加し、また、定期的を開催することで、地域の連携力を強化する事が出来ると考える。開催にあたっては、会議に限定せず、多職種参加型の研修会や講習会等、地域の実情に合わせた内容を検討することも必要と思われる。

更に進んだ連携のために

最終的に地域の連携を実りのあるものにするためには、介護、医療、福祉、行政など異なったフィールドを背景に持つ職種が顔見知りになることから更に進んで、高齢者ケアに関わるための共通言語を持つ必要があると考える。現状は、介護、医療、福祉、行政において、それぞれが異なった表現で高齢者を捉えているが、これが地域におけるシームレスケアを阻む要因の一つとなってしまう。本事業でも、普段当然のように使う用語が伝わらないことに戸惑いを感じたりリハビリ専門職が多かったようである。現在、地域連携パスの作成などによって、シームレスケアの体制が整えられてきているところではあるが、それに加えて、本モデル事業のような形で、多職種が同じ目的の下に作業を共にする機会を意識的に確保することで、多職種の視点を取り入れた共通言語を育んでゆくことが可能になるものとする。

本事業では、介護支援専門員と介護職員がリハビリの視点を取り入れて資質を伸ばしていく一方で、リハビリ専門職も介護職の視点を取り入れ、生活期のリハビリについて考えを深めて行ったことが報告されていたが、リハビリ専門職はその業務内容から、医療と介護双方の世界に関わるため、この共通言語の創造への貢献が期待される。

地域包括支援センターに期待する役割

地域包括支援センターは地域包括ケアの拠点として位置づけられ、地域で暮らす高齢者を、介護、福祉、保健、医療などの側面から包括的・総合的に支える機関である。そのために複数の専門職(保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員)がチームを組み、「総合相談」、「介護予防ケアマネジメント」、「包括的・継続的ケアマネジメント」、「高齢者の権利擁護」という4つの機能を協働で担っている。

今回のモデル事業においては、リハビリ専門職と連携して介護支援専門員に対し、的確な助言とアイデアを提供し、利用者のQOLの向上に寄与するなど、地域包括ケアにおける重要性が再確認された。また、住民ボランティアと高齢者との交流に代表されるように、地域資源のコーディネート力も高い機関である。なじみの関係を途切れさせない支援は、本人の意欲向上、生きがい作りにつながるため、QOLの向上を実現するためには不可欠である。本調査でも綾川町の「お話ボランティア」の事例で、地域住民と特養施設利用者の関係をつなぐことにより、実りある介護が提供できることが報告されていた。

このような組織力、地域の情報集積力を活かし、地域包括支援センターには、第一に地域ケア会議のような、高齢者ケアに関わる者が職種や所属を超えて参加できる連絡協議会の開催と

充実を期待したい。また、ケアマネジメントの質的向上を図るため、地域力や住民力を育成するといった方法で、フォーマルとインフォーマル両面から介護支援専門員の後方支援を行うことが、更なる課題として求められると考える。

その際、国保直診及び地域リハビリテーション広域支援センターには、以下に述べるように、リハビリ資源の提供者として地域包括支援センターと今以上に連携を深めることを期待したい。

国保直診が果たす役割

介護支援専門員及び介護職員に対するリハビリ支援を行うにあたっては、リハビリ資源の不足をどのように解消するかが課題となってくる。国保直診は医療提供機関であると同時に、リハビリ専門職を抱えるリハビリ提供機関として、このような介護支援専門員の支援に積極的に関わっていく役割があると考え。具体的には、リハビリ専門職の研修内容に本モデル事業のような介護支援専門員へのリハビリ支援を組み込むことや、地域の高齢者ケアの窓口となる機関(地域包括支援センターなど)からのリハビリに関する相談を受け入れる協力体制を整えることなどである。

連携体制を築く上では、リハビリ専門職に「地域」や「高齢者ケア」と言った分野への戸惑いがあることも課題となるが、本事業で示されていたように、経験年数の浅いリハビリ専門職にとっては、他職種へリハビリの視点を分かりやすく伝えるという経験自体が有用な研修として機能すると考えられる。リハビリ支援を実施することによって、リハビリ専門職の有能感及び業務遂行姿勢が改善し、他職種に対する指導力が高まることが期待できる。

地域リハビリ広域支援センターに期待する役割

国保直診に求められている役割は、国保直診同様にリハビリ専門職を擁する、地域リハビリテーション広域支援センターがこれまで担ってきた役割にも合致している。更に、地域リハビリ広域支援センターは行政の区画に縛られず、比較的広範な地域をまたいだ活動が可能になるため、地域ごとの実情に合わせた柔軟な対応が期待できる機関である。

地域リハビリテーション広域支援センターには、これまでの活動によって培ってきたノウハウやネットワーク、対応能力の高さを活かし、地域包括支援センターとの協働の中で、地域ケア会議の発展と充実及び居宅介護支援事業所への支援等において、積極的な役割を担っていくことを期待したい。

参考文献

- 北村 育子:「高齢者に対するケアマネジメントと介護保険」,「社会関係研究」第4巻 第2号, 1998
- 米山 武義:「口腔衛生と誤嚥性肺炎予防」,「日本歯科医学会誌」日本歯科医学会 Vol. 20, 2001
- 徳永 恵美子・生野 繁子・和田 要:「基礎資格別介護支援専門員の活動の現状と研修の課題—保健・医療職と福祉食の教育背景の違いに焦点をあてて—」,九州看護福祉大学紀要 No.1, 217-229 Vol. 6, 2004
- 蘇 珍伊・岡田 進一・白澤 政和:「特別養護老人ホームにおける介護職員の仕事の有能感についての探索的研究 -尺度構造の検討-」,「生活科学研究誌」大阪府立大学大学院生活科学研究科, Vol. 4, 2005
- 国診協:「農山漁村地域における地域リハビリテーションに関する調査研究事業」,老人保健健康増進等事業, 2009
- 国診協:「特別養護老人ホームへのリハビリ支援にかかる調査研究事業」老人保健健康増進等事業, 2010

資料編

ケアプラン作成を通じたリハビリ支援 に関する調査研究事業（略称）

平成23年度

実施要領



平成23年9月

(社) 全国国民健康保険診療施設協議会

1. 事業の背景及び目的

■ ■ 現状・背景

リハビリテーション（以下、リハビリという。）本来の意義は健康な生活を送るために求められるあらゆる機能の改善ですが、身体機能の回復訓練という狭い意味に限定して解釈されてしまうことが多いため、リハビリは介護とはあまり関係のない分野であるといった誤解が生じています。

しかし、訓練室で歩く練習や体操等だけをリハビリとして限定するよりも、トイレに行って排泄する、お風呂に入る、人とおしゃべりをする、散歩をする・・・といった日常の生活行為をリハビリと捉えて支援するほうが、より生活の質を向上させ、廃用性障害を防ぐ効果が大きいということが分かり始めてきています。平成22年度に老人保健健康増進等事業により実施した「特別養護老人ホームにおけるリハビリ支援にかかる調査研究事業」では、日常生活にリハビリ支援を取入れることで、歩行能力が向上したり、笑顔が多くなったりと生活の質を改善する効果があることが確認できました。今後は、このようなリハビリ支援の効果を多くの介護現場に広げていく必要があります。

そのためには介護サービスの要となるケアプランにリハビリの視点を盛り込むことが第一に必要と考えられますが、ケアプランを作成する介護支援専門員（ケアマネジャー。以下、ケアマネという。）はリハビリ専門職と情報交換を行う機会がなく、リハビリの視点をケアプランに導入するための情報提供を受ける機会に恵まれていないのが現状です。ケアマネに介護におけるリハビリの必要性を理解してもらい、リハビリサービスを活用してもらうこと、そしてそのためのリハビリ支援が行われることがぜひとも必要です。

■ ■ 目的

本事業は、ケアプランにリハビリの視点を導入した場合の効果を明らかにすることを第一の目的として実施します。リハビリ支援によってケアプランの内容や提供するサービスがどのように変化するか、またそれに伴って利用者の生活がどのように変化するかといったことについて、リハビリ専門職が施設・居宅それぞれのケアマネに対してリハビリ支援を実施するというモデル事業を通じて調査します。

また、ケアプランに盛り込まれたサービスを達成するために地域包括支援センターの協力を得ながら、地域資源を最大限活用し、他職種間の連携を行うことでケアマネのマネジメント力を高めること、そのための効果的な地域連携方法を明らかにすることも目的としています。

更に、リハビリの視点を導入したケアプラン達成に不可欠な施設スタッフ及び在宅サービス提供事業所のスタッフに対してリハビリに関する研修・相談・助言等のリハビリ支援を実施し、リハビリの視点を介護に応用していただくと共に、介護スタッフのやりがいや有能感の向上を図ることも目指しています。

協力施設、職員の皆様にはお忙しいところ大変恐縮ですが、上記の背景・目的についてご理解いただき、モデル事業にご協力下さいますようお願い申し上げます。

2. 事業の概要

(1) リハビリ支援とは

リハビリの専門職である P T (理学療法士)、O T (作業療法士)、S T (言語聴覚士)、歯科衛生士、医師から構成される「サポートチーム」が介護の現場に応用できるリハビリの視点からの介助方法をお伝えしたり、ベッドや補助具などの選定をお手伝いしながら利用者の身体機能や環境などの改善を行う試みです。

具体的には、利用者の現在の身体状況や生活状態を確認しながらリハビリの視点を取り入れたアセスメントを行い、適切なケアプランの作成を支援しながらリハビリ前置のケア（介護サービス）を提案します。また同時に、サービス提供者である介護スタッフにも研修・検討会などでリハビリについて理解を促し、日常場面での介護方法を一緒に考えながら利用者の生活状況の改善を目指します。

(2) 協力施設と役割

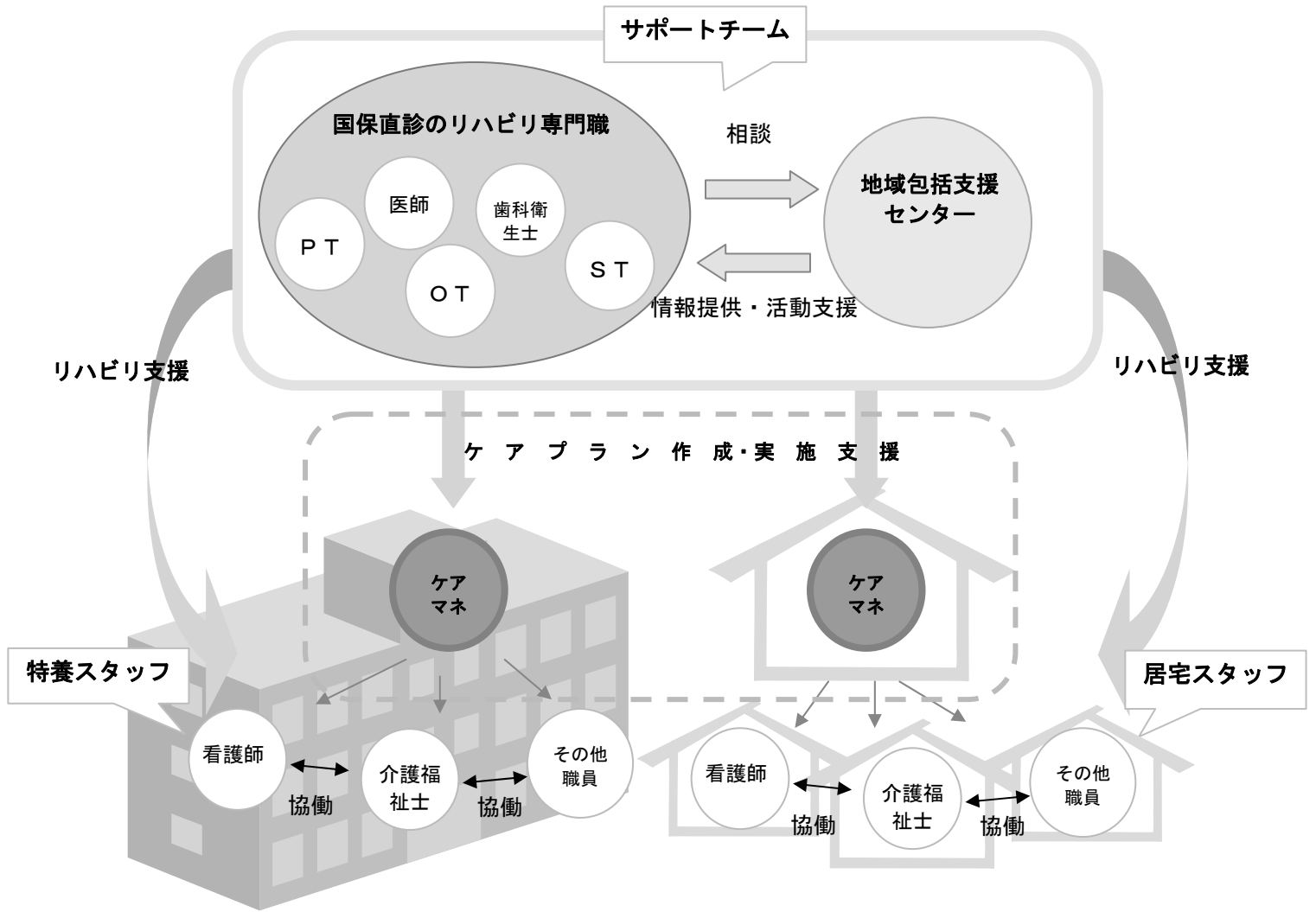
協力頂く施設と本調査における役割は下表のとおりです。

施設名		構成職種・人数	本調査での役割
サポートチーム	国保直診	P T、O T、S T、歯科衛生士、医師の中から、支援対象となる利用者の問題性に応じて構成する。人数の決まりはないが、少なくとも1人のP T又はO Tがメンバーに入ること	リハビリ専門職と地域包括支援センター職員から構成される支援部隊「サポートチーム」を組織し ①特養及び居宅のケアマネのケアプラン作成を支援 ②特養及び居宅のスタッフへのリハビリ支援を実施
	地域包括支援センター	関わる職種や人数の限定なし	リハビリ支援に伴う地域活動のコーディネートや情報提供を担当 ①事業所へのリハビリ支援の際の橋渡し（国保直診への事業所の紹介など） ②ケアプランに盛り込まれたサービス実現のための社会資源の活用支援（事業者、行政サービス、インフォーマルな資源の紹介など）
	特別養護老人ホーム（特養）	施設ケアマネ1～2名 介護スタッフ5名程度 介護スタッフは看護師、機能訓練指導員、介護福祉士、ヘルパー等の直接介護を担当する職員とする	①ケアマネはケアプランの修正が必要な困難事例を5事例選定する。 ②サポートチームを加えたケースカンファレンス等でリハビリ支援を受け、ケアプランを修正する。 ③修正後のケアプランに沿った介護サービスを実施する（介護スタッフはそのためのリハビリ支援を受ける）
	居宅介護支援事業所（居宅）	在宅ケアマネ1～2名 介護スタッフ5名程度 介護スタッフはケアプランのサービスを担当する事業所の職員とする。複数の事業所に渡って選定することが可能	①ケアマネはケアプランの修正が必要な困難事例を5事例選定する。 ②サポートチームを加えたケースカンファレンス等でリハビリ支援を受け、ケアプランを修正する。 ③修正後のケアプランに沿った介護サービスを実施する（介護スタッフはそのためのリハビリ支援を受ける）

(3) 支援対象ケアプランの選定について

ケアプランの作成支援を行う対象は「食事、移動・移乗、排泄などの生活場面でのケアが困難である利用者のケアプラン」とし、ケアマネが選定します（各施設・事業所それぞれ5事例）。

(4) 調査イメージ図



(5) 調査票及びヒアリングで明らかにする内容

- ① ケアプランの改善について
 - ・追加・削除・変更されたサービス、達成できた（できなかった）サービスとその理由
 - ・サポートチームから修正の助言があったが、ケアプランに反映されなかった内容とその理由
 - ② ケアプラン作成支援及びリハビリ支援の効果について
 - ・利用者のADL¹・QOL²の変化
 - ・ケアマネ、介護スタッフ、リハビリ専門職の職業意識（有能感）の変化
 - ・ケアマネのケアプラン作成に関わる能力又は資質の変化
 - ③ リハビリ支援に関わる地域連携の方法と課題
 - 本事業の過程で実施された地域連携の事例と成果及び課題について
- ※提出者、提出期限等の調査票に関する詳細は9ページにまとめました。

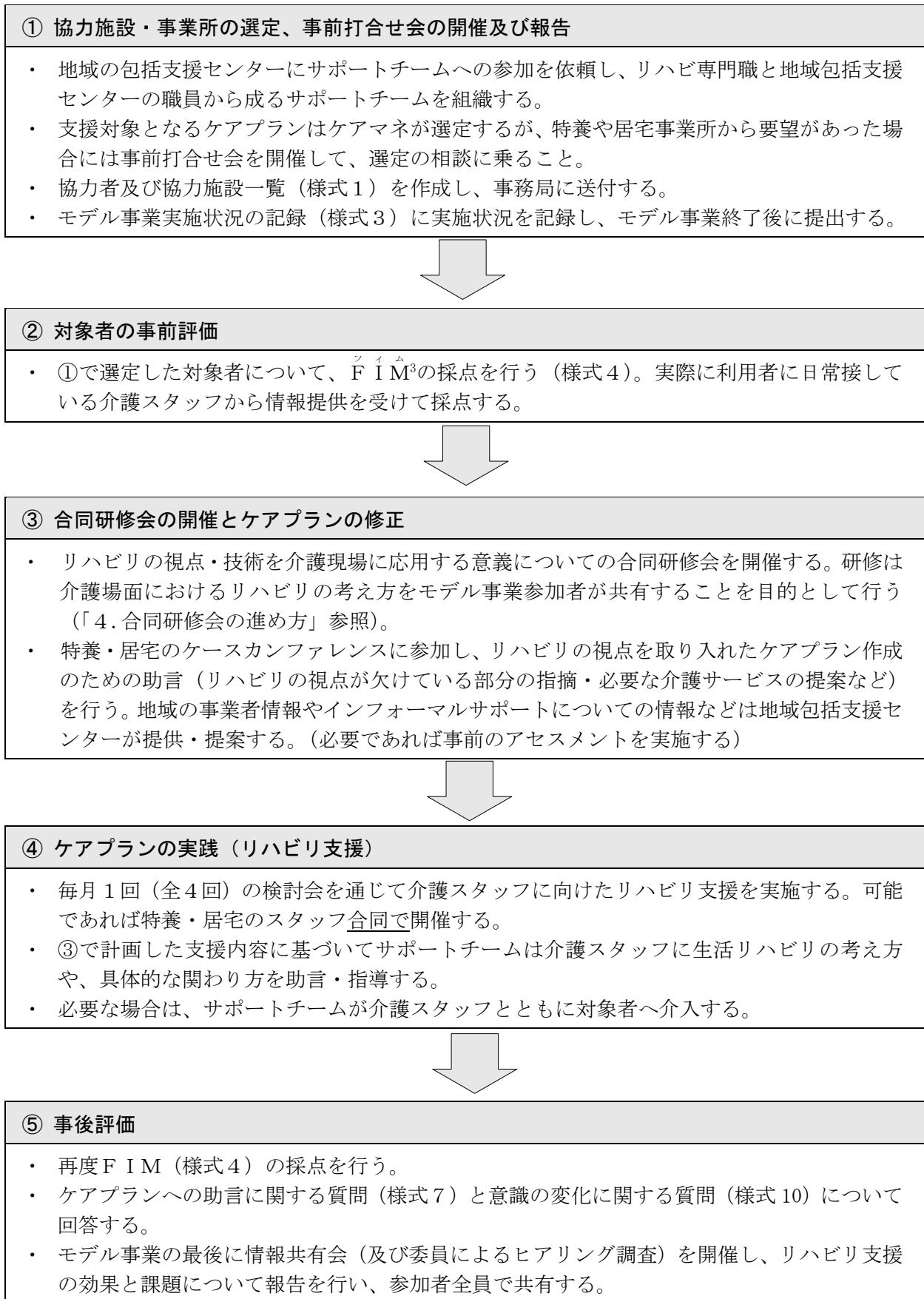
(6) 実施期間

実施期間は平成23年9月～平成23年12月までの4か月間を予定しています。

¹ 食事・排泄・入浴など日常生活の動作のこと。

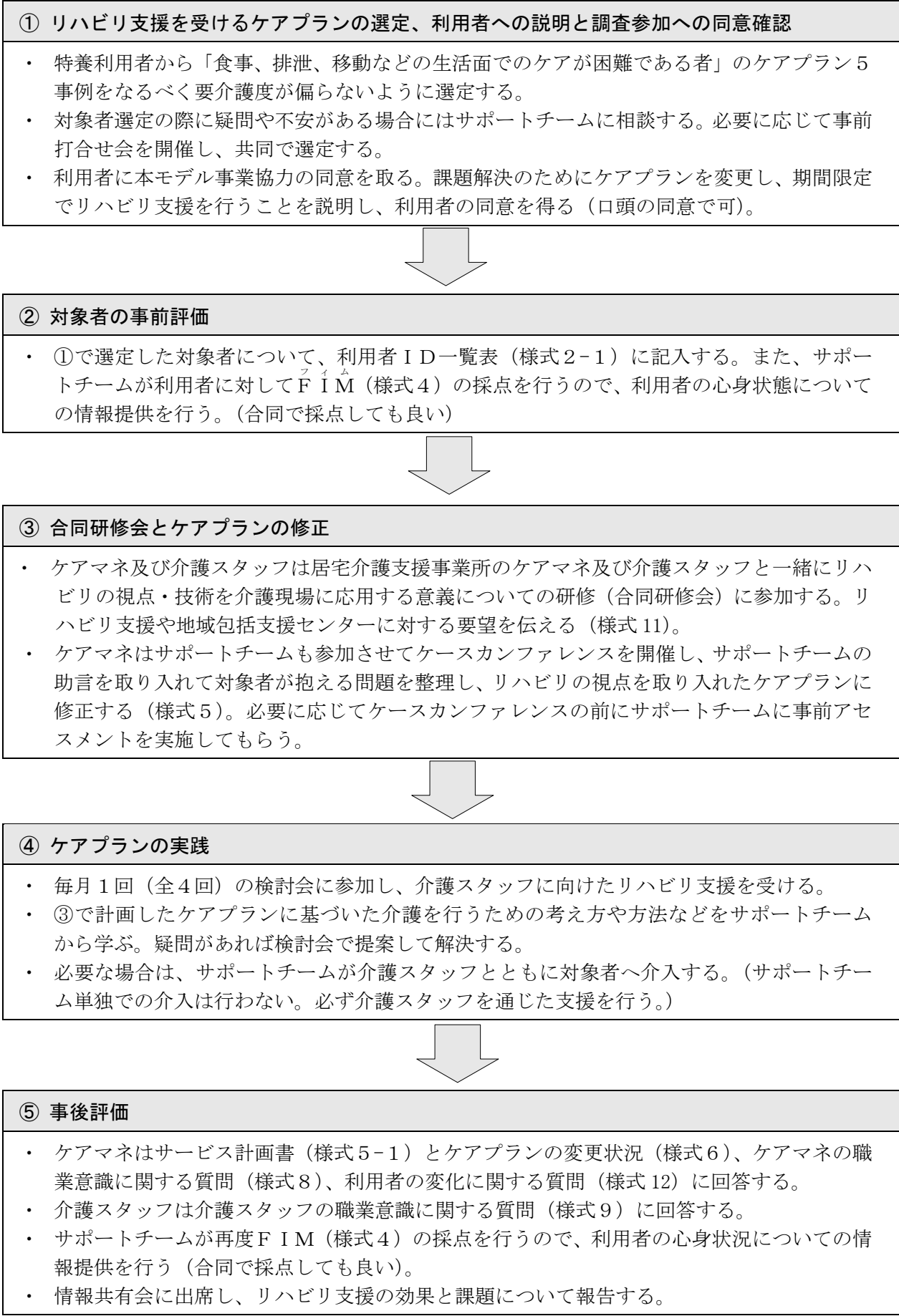
² 日常動作に必要な身体能力の向上などだけでは測れない生活の質。例えば会話の回数・内容など。

3. 事業実施フロー ① 国保直診

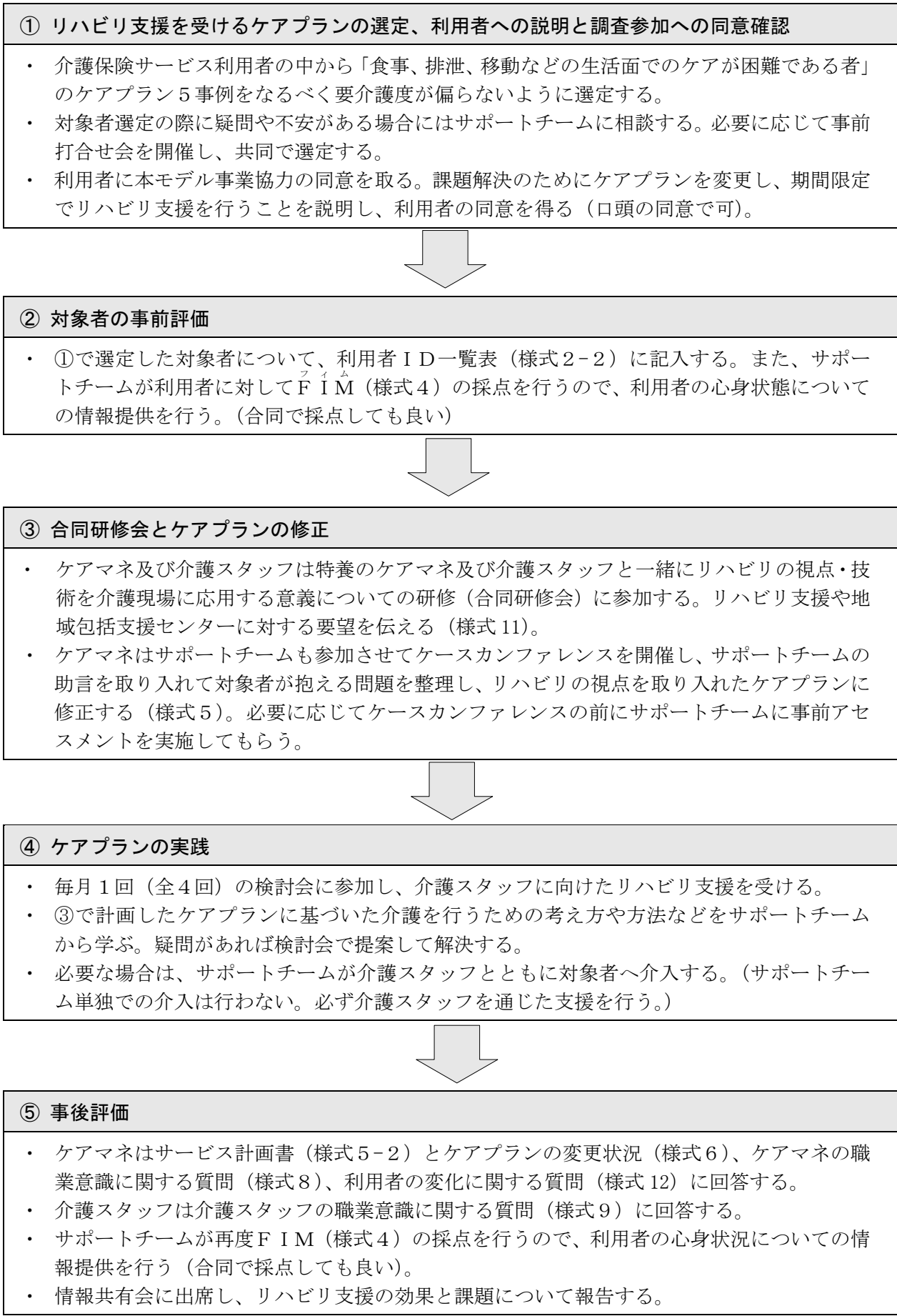


³ 日常生活動作の評価法の一つで、動作・認知・コミュニケーションなどを18項目に細分し、それぞれ7段階で評定する。

3. 事業実施フロー ② 特養

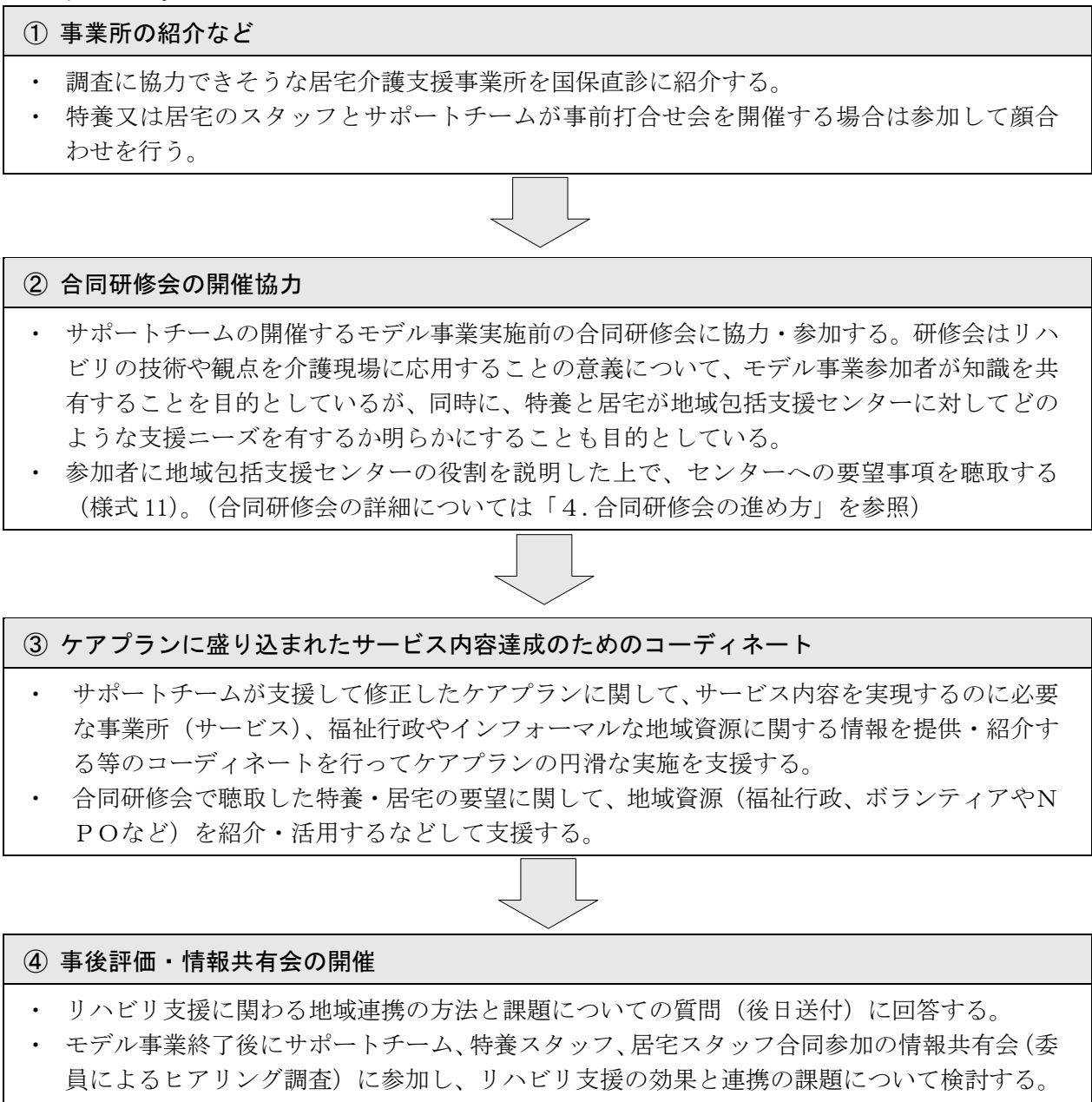


3. 事業実施フロー ③ 居宅



3. 事業実施フロー ④ 地域包括支援センター

国保直診のリハビリ専門職に協力し、本事業の円滑化を図ることが地域包括支援センター参加の趣旨である。



4. 合同研修会の進め方

目的

モデル事業を実施する前に、参加者全員が介護に適用するリハビリについて同じ考え方を共有し、疑問を解消することを目的に行います。また、地域包括支援センターの活動内容についても参加者に周知し、特養・居宅の支援ニーズを明らかにすることも目的とします。

この研修会を地域連携の一つの機会と捉え、地域のニーズに応じて、地域に開かれた（モデル事業参加者だけでなく、地域の希望者が自由に参加できる）研修会にさせていただくことも歓迎します。

進め方

- ・研修会は地域包括支援センターの協力をあおぎ、国保直診が主催してください。本調査への協力者であるケアマネ、介護スタッフ、リハビリ専門職、地域包括支援センターの職員が参加できるようご配慮下さい。
- ・研修会への参加者はモデル事業参加者だけに限定せず、地域の介護職やリハビリ関係者、医療業務従事者、地域の支援者、介護保険利用者の家族などにも積極的に参加していただき、地域連携を促進していただきますようお願いいたします。
- ・地域包括支援センターは研修会でセンターの活動内容を紹介してください。その後、（様式 11）を用いて特養及び居宅のケアマネ及びスタッフから地域包括支援センターへの要望事項を聴取してください。その回答を参考にケアマネへの支援を実施します。
- ・リハビリに関する講師は本調査を企画した調査研究委員会・作業部会の委員が担当します。
- ・モデル事業を円滑に進めるための研修ですので開催時期は早め（9月～10月上旬）として下さい。

研修内容

- ◇ リハビリテーションとは
- ◇ なぜ介護にリハビリが必要なのか
- ◇ 介護（維持期の生活）の中にリハビリを取り入れることで目指すもの
- ◇ リハビリ専門職とは（各専門職の紹介、得意な支援内容など）
- ◇ ケアマネとリハビリ
- ◇ 介護職とリハビリ（リハビリ支援の具体例など）
- ◇ 地域包括支援センターの役割
- ◇ 地域における支援活動の実例
- ◇ 地域包括支援センターに対する要望など

資料（研修参加者への配布資料。事務局を通じてお届けします。）

- ① 特別養護老人ホームにおけるリハビリテーションの手引き
昨年度の調査研究事業の成果をまとめたパンフレットです。特養での介助にどのようにリハビリの視点や技術を取り入れることができるのかについて基本的な考え方を整理し、ヒントと実例をまとめたものです。
- ② ケアマネジャーのためのリハビリテーションガイドQ&A
社団法人日本リハビリテーション病院・施設協会の「地域リハビリテーション推進委員会」が作成したケアマネに向けたリハビリについての解説書です。

5. 調査票の構成と記入方法

調査票と記入者、提出期限は以下のとおりです。各調査票はサポートチームがとりまとめて期限までに事務局宛にご提出ください。各調査票の右肩に記入者を薄字で示しています。

No.	名 称	記入者	記入方法等	提 出 期 限
様式 1	協力者及び協力 施設一覧	サポート チーム	本事業の協力者を記入してください。 人数が多くて書ききれない場合は別紙 を添付してください。	H23 9/30
様式 2 ④2-1 ④2-2	I D一覧表	ケアマネ	選定された対象者の一覧表です。 <u>様式 3以下には、対象者のI Dのみの記載 としてください。</u>	H23 9/30
様式 3	モデル事業実施 状況の記録	サポート チーム	モデル事業で実施すべき研修・検討会 について実施日時と参加者に関して教 えて下さい。この他のリハビリ支援を 行った場合も記載してください。	H24 1/31
様式 4	機能的自立尺度 - F I M	サポート チーム	サポートチームが採点しますが、必要 に応じて介護スタッフが利用者に関す る情報を提供してください。参考資料 に、簡単にまとめた「採点要領」を付 していますので参考にしてください。	H24 1/31
様式 5 ④5-1 ④5-2	サービス計画書 ①② (ケアプラン)	ケアマネ	事例ごとに、修正前・後それぞれ提出 してください(該当を○で囲む)。施設 や事業所で使っている書類のコピーを 提出していただいてもかまいません。	H24 1/31
様式 6	ケアプランの変 更状況	ケアマネ	様式 3 のサービス計画書において、変 更のあった点について記入してくださ い。(利用者 1 人に 1 枚)	H24 1/31
様式 7	ケアプランへの 助言に関する質 問	サポート チーム	ケアプランの修正に関して、助言内容 と、ケアプランへの反映状況について (利用者 1 人に 1 枚) 回答願います。	H24 1/31
様式 8	ケアマネの職業 意識ほか	ケアマネ	各職員がそれぞれ回答してください。	H24 1/31
様式 9	介護スタッフの 職業意識ほか	介護スタ ッフ	各職員がそれぞれ回答してください。	H24 1/31
様式 10	リハビリ専門職 の職業意識ほか	リハビリ 専門職	各職員がそれぞれ回答してください。	H24 1/31
様式 11	地域包括支援セ ンターへの要望	ケアマネ 介護スタ ッフ	合同研修会でケアマネ・介護スタッフ に記入してもらうか、会の中で意見を 聴取してください。	H23 10 下旬
様式 12	利用者の変化に 関する質問	ケアマネ	事業実施前・後での利用者の変化につ いて利用者に 1 人に 1 枚回答してくだ さい。	H24 1/31

■ 記録用紙（使用する調査票）

協力者及び協力施設一覧

1. 特別養護老人ホームのメンバー

No.	氏名 (性別・年齢)	職種 (経験年数)	保有資格	所属機関名
1	(男・女 ____才)	ケアマネ (年)		
2	(男・女 ____才)			
3	(男・女 ____才)			
4	(男・女 ____才)			
5	(男・女 ____才)			
6	(男・女 ____才)			

2. 居宅介護支援施設のメンバー

No.	氏名 (性別・年齢)	職種 (経験年数)	保有資格	所属機関名
1	(男・女 ____才)	ケアマネ (年)		
2	(男・女 ____才)			
3	(男・女 ____才)			
4	(男・女 ____才)			
5	(男・女 ____才)			
6	(男・女 ____才)			

3. リハビリ専門職 (国保直診) のメンバー

No.	氏名 (性別・年齢)	職種 (経験年数)	所属機関名
1	(男・女 ____才)	PT・OT (年)	
2	(男・女 ____才)		
3	(男・女 ____才)		
4	(男・女 ____才)		
5	(男・女 ____才)		

4. 地域包括支援センターにおける協力者

No.	氏名 (性別・年齢)	職種 (経験年数)	保有資格	所属機関名
1	(男・女 ____才)	(年)		
2	(男・女 ____才)			
3	(男・女 ____才)			
4	(男・女 ____才)			
5	(男・女 ____才)			

(特養) 利用者 I D 一覧表

I D	氏名 / 性別	生年月日	要介護度	ケアの課題
1	(男 / 女)	明・大・昭 年 月 日 () 歳		
2	(男 / 女)	明・大・昭 年 月 日 () 歳		
3	(男 / 女)	明・大・昭 年 月 日 () 歳		
4	(男 / 女)	明・大・昭 年 月 日 () 歳		
5	(男 / 女)	明・大・昭 年 月 日 () 歳		

※なお、様式 3 以下の調査票には利用者^の氏名ではなく I D の番号を記入してください。

※ケアの課題については簡潔に記載してください (例：夜間徘徊の軽減、排泄の自力移乗)。

(居宅) 利用者 I D 一覧表

I D	氏名 / 性別	生年月日	要介護度	ケアの課題
61	(男 / 女)	明・大・昭 年 月 日 () 歳		
62	(男 / 女)	明・大・昭 年 月 日 () 歳		
63	(男 / 女)	明・大・昭 年 月 日 () 歳		
64	(男 / 女)	明・大・昭 年 月 日 () 歳		
65	(男 / 女)	明・大・昭 年 月 日 () 歳		

※なお、様式 3 以下の調査票には利用者^の氏名ではなく I D の番号を記入してください (居宅の I D は 61 番から始まります)。

※ケアの課題については簡潔に記載してください (例：夜間徘徊の軽減、排泄の自力移乗)。

モデル事業実施状況の記録（特養・居宅）

実施年月日	実施内容	開催場所	参加者	
年 月 日	事前打合せ会（省略可）		居_____名	特_____名
	実施要領の確認・事例選定に関する相談		国_____名	地_____名
年 月 日	合同研修会		居_____名	特_____名
	介護におけるリハビリ・地域包括支援センターの役割について		国_____名	地_____名 その他（_____）
年 月 日	ケースカンファレンス（特養）		居_____名	特_____名
	サポートチームも加わってケアプランを修正する		国_____名	地_____名
年 月 日	ケースカンファレンス（居宅）		居_____名	特_____名
	サポートチームも加わってケアプランを修正する		国_____名	地_____名
年 月 日	第1回検討会（特養）		居_____名	特_____名
	ケアプランを実施する上でのリハビリ支援（相談・助言）		国_____名	地_____名
年 月 日	第1回検討会（居宅）		居_____名	特_____名
	ケアプランを実施する上でのリハビリ支援（相談・助言）		国_____名	地_____名
年 月 日	第2回検討会（特養）		居_____名	特_____名
			国_____名	地_____名
年 月 日	第2回検討会（居宅）		居_____名	特_____名
			国_____名	地_____名
年 月 日	第3回検討会（特養）		居_____名	特_____名
			国_____名	地_____名
年 月 日	第3回検討会（居宅）		居_____名	特_____名
			国_____名	地_____名
年 月 日	第4回検討会（特養）		居_____名	特_____名
			国_____名	地_____名
年 月 日	第4回検討会（居宅）		居_____名	特_____名
			国_____名	地_____名

モデル事業実施状況の記録 (特養・居宅)

実施年月日	実施内容	開催場所	参加者
年 月 日	情報共有会		居 ____名 特 ____名 国 ____名 地 ____名 その他 ()
	利用者の改善状況についての報告 とリハビリ支援についての意見交換会		
年 月 日	ヒアリング調査		居 ____名 特 ____名 国 ____名 地 ____名 その他 ()
	委員会によるヒアリング調査。情報共有会と合同で実施することも可能。		
上記の他に開催した検討会・アセスメント・支援など			
年 月 日			居 ____名 特 ____名 国 ____名 地 ____名
年 月 日			居 ____名 特 ____名 国 ____名 地 ____名
年 月 日			居 ____名 特 ____名 国 ____名 地 ____名
年 月 日			居 ____名 特 ____名 国 ____名 地 ____名
年 月 日			居 ____名 特 ____名 国 ____名 地 ____名
年 月 日			居 ____名 特 ____名 国 ____名 地 ____名
年 月 日			居 ____名 特 ____名 国 ____名 地 ____名

※検討会を特養・居宅合同で実施してもかまいません。その場合はどちらか一方に記入してください。

機能的自立度尺度 (特養・居宅)
(FIM - Functional Independence Measure)

評価日 事業実施前 年 月 日
事業実施後 年 月 日

利用者ID	評価者名
-------	------

得点	7 完全自立 (時間・安全性含めて) 6 修正自立 (補助具使用)	介助者なし
	部分介助 5 監視 4 最小介助 (患者自身で75%以上) 3 中等介助 (50%以上) 完全介助 2 最大介助 (25%以上) 1 全介助 (25%未満)	介助者あり

	実施前	実施後
《セルフケア》		
A 食事	箸/スプーンなど	箸/スプーンなど
B 整容		
C 清拭		
D 更衣 (上半身)		
E 更衣 (下半身)		
F トイレ動作		
《排泄コントロール》		
G 排尿コントロール		
H 排便コントロール		
《移乗》		
I ベッド・椅子・車椅子		
J トイレ		
K 浴槽・シャワー	浴槽/シャワー	浴槽/シャワー
《移動》		
L 歩行・車椅子	歩行/車椅子	歩行/車椅子
M 階段		
《コミュニケーション》		
N 理解	聴覚/視覚	聴覚/視覚
O 表出	音声/非音声	音声/非音声
《社会的認知》		
P 社会的交流		
Q 問題解決		
R 記憶		
合 計		

※空欄は残さないこと。リスクのために検査不能の場合は得点1とする。

※評点の詳細は実施要領巻末に添付してある参考資料 (FIM採点要領) を参照してください。

施設サービス計画書① (修正前・修正後)

利用者ID*	生年月日	M・T・S	年	月	日	要介護状態区分	計画作成者名
--------	------	-------	---	---	---	---------	--------

施設サービス計画作成(変更)日	平成	年	月	日	初回施設サービス計画作成日	平成	年	月	日
認定日	平成	年	月	日	認定の有効期間	平成	年	月	日

利用者及び家族の生活に対する意向	
介護認定審査会の意見及びサービスの種類指定	
総合的な援助の方針	

※施設で使っている様式がある場合は、施設の様式で作成したサービス計画書を提出していただいてかまいません。

* 様式2のID番号を記入して下さい。

施設サービス計画書②（修正前・修正後）

（様式 5-1-1 つづき）

利用者 I D

生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)	援助目標				援助内容			
	長期目標	期間	短期目標	期間	サービス内容	担当者	頻度	期間

居宅サービス計画書① (修正前・修正後)

利用者ID*	生年月日	M・T・S	年	月	日	要介護状態区分	計画作成者名
--------	------	-------	---	---	---	---------	--------

居宅サービス計画作成(変更)日	平成	年	月	日	初回居宅サービス計画作成日	平成	年	月	日
認定日	平成	年	月	日	認定の有効期間	平成	年	月	日

家族構成、利用者及び家族の生活に対する意向	
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	
総合的な援助の方針	

※事業所で使っている様式がある場合は、施設の様式で作成したサービス計画書を提出していただいてかまいません。

* 様式2のID番号を記入してください。

居宅サービス計画書②（修正前・修正後）

（様式 5-2-2 つづき）

利用者 I D

生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)	援助目標				援助内容					
	長期目標	期間	短期目標	期間	サービス内容	※1	サービス種別	事業者	頻度	期間

※1は保険対象か否かの区分について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。

ケアプランの変更状況

利用者 ID*		生年 月日	年 月 日	要介護状 態区分		記入者名	
------------	--	----------	-------	-------------	--	------	--

総合的援助方針

総合的援助方針で変更されたこと	変更の理由

短期目標・長期目標

短期目標・長期目標で変更されたこと	変更の理由

サービス内容

① ケアプラン修正後に削られたサービス	削られた理由
② ケアプラン修正後に追加されたサービス	追加された理由
③ ケアプランの修正前・後を比較して、頻度や時間の変更があったサービス	変更の内容・理由
④ ケアプランの修正前・後を比較して、担当（事業）者の変更があったサービス	変更の内容・理由
⑤ サポートチームから修正の助言を受けたもののケアプランに反映できなかった視点	反映できなかった理由

②～④のうち、達成できたサービス	達成した成果
②～④のうち、達成できなかったサービス	理由・課題

* 様式2のID番号を記入してください。

ケアプランの改善に関する質問

利用者 ID*		生年 月日	年 月 日	要介護状 態区分		記入者名	
------------	--	----------	-------	-------------	--	------	--

① 修正前のケアプランには具体的にどのような（リハビリの）視点が欠けていましたか
② サポートチームがリハビリの観点から助言をしたものの、ケアプランに反映されなかった内容がありますか。ある場合は具体的に記載してください。
③ ②をケアプランに反映しなかった（できなかった）理由について考えられることは何ですか。
④ ケアプランに反映できない場合に、ケアマネジャーは次善の策（例えば家族に説明して理解を得るよう努めるなど）を講じていましたか。その場合の具体的方法も教えてください。
⑤ ケアプランの変更に反映されたサポートチームの助言について具体的に教えてください。

ケアプラン作成支援の課題について気づいたこと（ケアマネとの連携方法、ケアプランに取入れにくいリハビリ支援の内容など）を教えてください。

* 様式2のID番号を記入してください。

ケアマネの職業意識に関する質問

I. あなた自身について、お答えください。

性別	男性・女性	経験年数	この職種として	()年
年齢	()歳		この職場で	()年
資格・職種	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> ()			

II. 以下の質問に関して、開始時と終了時それぞれについて、あなたの気持ちに最も近いものを1つ選んでチェック✓を入れてください。

質問項目	開始時 (月 日)	終了時 (月 日)
1.仕事の目標は常に達成している。	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない
2.毎日の業務を十分にこなしている。	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない
3.与えられた課題をうまく遂行している。	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない
4.ケアマネジャーとしての価値観あるいは信念をもっている。	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない
5.介護に関する幅広い知識と熟練した技術をもっている。	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない
6.仕事で自分の知識や技術を十分に発揮している。	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない

7.仕事を通じて自分の能力を伸ばし、成長している。	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない
8.新たな能力を獲得するため、積極的に挑戦している。	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない
9.仕事上の起こりうる状況を予測しながら仕事ができる。	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない
10.仕事上の問題はだいたい解決できる。	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない
11.いつもとちがうことが起こっても迅速かつ適切に対応できる。	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない
12.職場で他のメンバーとうまく協力しながら仕事をしている。	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない
13.チーム（組織）の目標を十分に達成できるように取り組んでいる。	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない
14.チーム（職場）で仕事上の決定をするとき、自分の意見を言える。	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない
15.チーム（職場）で自分の存在の重要性を認められるように取り組んでいる。	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない

Ⅲ. 以下の質問に関して、開始時と終了時それぞれについて、あなたの気持ちに最も近いものを1つ選んでチェック✓を入れてください。

質問項目	開始時 (月 日)	終了時 (月 日)
1. アセスメントにリハビリ専門職の助言指導が必要である。	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない
2. サービス提供後に利用者の生活がどのように変わるか、イメージできる。	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない
3. 利用者の目標設定にリハビリの専門職の助言指導が必要である。	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない
4. ケアプラン作成にリハビリの専門職の助言指導が必要である。	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない
5. サービス提供時に多職種の連携が必要である。	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない

Ⅳ. 今回のモデル事業についてのご意見や要望、ケアプランについて思うことなど、どのようなことでも結構ですので、お聞かせ下さい。

介護スタッフの職業意識に関する質問

I. あなた自身について、お答えください。

性別	男性・女性	経験年数	この職種として	() 年
年齢	() 歳		この職場で	() 年
資格・職種	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> ()			

II. 以下の質問に関して、開始時と終了時それぞれについて、あなたの気持ちに最も近いものを1つ選んでチェック✓を入れてください。

質問項目	開始時 (月 日)	終了時 (月 日)
1.仕事の目標は常に達成している。	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない
2.毎日の業務を十分にこなしている。	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない
3.与えられた課題をうまく遂行している。	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない
4.介護職としての価値観あるいは信念を持っている。	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない
5.介護に関する幅広い知識と熟練した技術をもっている。	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない
6.仕事で自分の知識や技術を十分に発揮している。	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない

7.仕事を通じて自分の能力を伸ばし、成長している。	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない
8.新たな能力を獲得するため、積極的に挑戦している。	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない
9.仕事上の起こりうる状況を予測しながら仕事ができる。	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない
10.仕事上の問題はだいたい解決できる。	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない
11.いつもとちがうことが起こっても迅速かつ適切に対応できる。	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない
12.職場で他のメンバーとうまく協力しながら仕事をしている。	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない
13.チーム（組織）の目標を十分に達成できるように取り組んでいる。	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない
14.チーム（職場）で仕事上の決定をするとき、自分の意見を言える。	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない
15.チーム（職場）で自分の存在の重要性を認められるように取り組んでいる。	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない

Ⅲ. 今回のモデル事業に参加して、どのような変化や効果を感じましたか。以下の質問について、該当するものに○印をつけてお答えください。(事業終了時のみ)

1. リハビリテーションに対する関心やイメージの変化がありましたか。変化があった場合にはどのような変化か教えてください。	
ある なし	【内容】
2. ケアプランの内容に変化を感じましたか。サービス内容の変化のほか、ケアプランをこれまで以上に重視するようになった、といった個人的な主観の変化についても教えてください。	
ある なし	【内容】
3. モデル事業を実施する前と比べて、自分の仕事の役割やチームの目標などがはっきりしてきたと感じることがありましたら、教えてください。(例：職員によって異なっていた利用者への関わり方を統一するようになった。)	
ある なし	【内容】
4. モデル事業を行ったことで、チームで仕事の課題について話し合う方法や内容に変化がありましたか。あった場合には具体的に教えて下さい。(例：以前に比べて職員から課題が積極的にだされるようになった。課題が具体的になった。)	
ある なし	【内容】

Ⅳ. 今回のモデル事業についてのご意見や要望、ケアプランへの要望など、どのようなことでも結構ですので、お聞かせ下さい。

リハビリ専門職の職業意識に関する質問

I. あなた自身について、お答えください。

性別	男性・女性	経験年数	この職種として	() 年
年齢	() 歳		この職場で	() 年
職種	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> ()			

II. 以下の質問について、あなたの気持ちに最も近いものを1つ選んでチェック✓を入れてください。

質問項目	開始時 (月 日)	終了時 (月 日)
1. (ケアマネ・介護スタッフを支援するという) 仕事の目標は常に達成している。	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない
2. (ケアマネ・介護スタッフを支援するという) 毎日の業務を十分にこなしている。	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない
3. (ケアマネ・介護スタッフを支援する上での) 与えられた課題をうまく遂行している。	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない
4. リハビリテーション専門職としての価値観あるいは信念をもっている。	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない
5. リハビリテーションに関する幅広い知識と熟練した技術をもっている。	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない
6. 仕事で自分の知識や技術を十分に発揮している。	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない

7.仕事を通じて自分の能力を伸ばし、成長している。	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない
8.新たな能力を獲得するため、積極的に挑戦している。	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない
9.（ケアマネ・介護スタッフを支援する上で）仕事上の起こりうる状況を予測しながら仕事ができる。	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない
10.（ケアマネ・介護スタッフを支援する上で）仕事上の問題はだいたい解決できる。	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない
11.（ケアマネ・介護スタッフを支援する上で）いつもとちがうことが起こっても迅速かつ適切に対応できる。	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない
12.サポートチーム内で他のメンバーとうまく協力しながら仕事をしている。	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない
13.サポートチームの目標を十分に達成できるように取り組んでいる。	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない
14.サポートチーム内で仕事上の決定をするとき、自分の意見を言える。	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない
15.サポートチーム内で自分の存在の重要性を認められるように取り組んでいる。	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない	<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない

Ⅲ. 今回のモデル事業に参加して、どのような変化や効果を感じましたか。以下の質問について、該当するものに○印をつけてお答えください。(事業終了時のみ)

1. リハビリテーションに対する考え方について、変化がありましたか。変化があった場合にはどのような変化か教えてください。	
ある	【内容】
なし	
2. ケアプランの内容に変化を感じましたか。サービス内容の変化のほか、ケアプランをこれまで以上に重視するようになった、といった個人的な主観の変化についても教えてください。	
ある	【内容】
なし	
3. モデル事業を実施する前と比べて、自分の仕事の役割やチームの目標などがはっきりしてきたと感じることがありましたら、教えてください。(例：他職種へ関わる必要性を感じるようになった)	
ある	【内容】
なし	
4. ケアマネや介護スタッフにした助言や支援のなかで、特に効果や反響が大きかったことは何でしたか。	
【内容】	

Ⅳ. 今回のモデル事業についてのご意見や要望、ケアプランへの要望など、どのようなことでも結構ですので、お聞かせ下さい。

地域包括支援センターへの要望

地域包括支援センターは高齢者が住み慣れた地域でその人らしい生活を継続することができるように保健・福祉・医療をはじめとする様々なサービスを必要に応じて提供することをめざした包括的な支援を実現するための総合機関です。

地域包括支援センターが担う高齢者への支援に関わる様々な業務の中で、要介護者の介護保険サービス利用に関わる業務としては、支援困難事例への指導・助言や地域におけるケアマネジャーのネットワーク作りなどが挙げられます。例えば、以下のような内容です（地域によって異なります）。

- ・利用者の希望を反映した通所介護事業所（デイサービス）の紹介
- ・生活保護に該当しない低所得世帯へ福祉給付金の相談のために民生委員を紹介
- ・家族や介護職を対象に専門職（例：歯科衛生士）による技術指導（例：口腔ケア）の説明会を開催
- ・特養の行事（遠足）に地域の見守りボランティアへ参加を依頼

今回のモデル事業においては、ケアマネジャーや介護職へのリハビリ支援に対して、居宅サービス事業所、行政制度、ボランティア団体などについての情報提供や紹介といった面から支援します。限られた地域資源を有効に活用するためには、高齢者支援に関わる地域の方々に地域包括支援センターの役割を知っていただくと共に、どのような支援が求められているのかについても知る必要がありますので、ケアマネ、介護スタッフ皆様のご要望をお聞かせ下さい。本モデル事業ではいただいたご意見を支援内容に反映させるよう努めます。

記入者氏名	職種	所属機関名
○地域包括センターへの要望（支援してほしいこと、相談に乗ってほしいこと）について教えてください。		

利用者の変化に関する質問

利用者 ID*	生年月 日	年 月 日	要介護状態 区分	記入者名
------------	----------	-------	-------------	------

今回のモデル事業開始前・後を比較して、利用者に現れた変化について教えてください。当てはまるものにチェック✓を付け、「非常にそう思う」「そう思う」のときは具体的な内容についても教えてください。

1. 痛みが和らいだり、動作が楽になるなど、利用者の負担が軽減されたと感じた。	
<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない	【具体的な内容】
2. 食事形態の変化（ミキサー食からきざみ食への変化など）や摂取量、摂取時間、場所の変化など食べることに関係した変化が生じた。	
<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない	【具体的な内容】
3. 介護スタッフ、利用者、家族など周囲の人との関係に変化が生じた。（例：穏やかな口調になる）	
<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない	【具体的な内容】
4. 促される前に自分から動いたり、行動に移るのが早くなるなど自発的な行動が多くなった。	
<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない	【具体的な内容】
5. 笑顔や楽しそうな様子など、利用者の表情に変化がみられた。	
<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない	【具体的な内容】
6. ケアマネジャー（又は介護スタッフ）と家族の関わりに変化が生じた。（例：連絡回数が増えた）	
<input type="checkbox"/> 非常にそう思う <input type="checkbox"/> そう思う <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> あまりそう思わない <input type="checkbox"/> 全くそう思わない	【具体的な内容】
7. その他の変化で気づいたことがあれば教えてください。	

* 様式2のID番号を記入してください。

參考資料

リハビリテーションとは？



機能訓練？

リハビリテーションとは？

リハビリ＝機能訓練？

どんな不都合があるか？！

リハビリ＝機能訓練？



リハビリ＝機能訓練？



容易に
寝たきりに



リハビリテーションとは？



生活の再建！！

機能訓練はあくまでも
ひとつの手段

生活の再建 =
ケアマネジメント

リハビリテーションの 本来の意味

rehabilitation

re habilis+are tion
(再び) (ふさわしい) (~すること)

再びふさわしい状態にすること

ふさわしい状態？



リハビリテーションとは

- habilis : ふさわしい
- 生活の再建

人間らしい（尊厳ある）
生活の再建

リハビリ支援のあり方

- ① 障害のある人（高齢者）の自立生活を支援する。
- ② ノーマライゼーション（社会参加）を目的とする。

介護サービスの支援と同じ！

どちらがふさわしい状態？



寝たきり度B

リハビリ支援なし
終日ベッド上の生活



寝たきり度B

リハビリ支援あり

車椅子で
外出



Rさん（寝たきり度B）への支援



作業療法士が支援

座位能力を活用し
車椅子を導入



本人の力でも移乗 ⇒ 介護負担軽減

Rさん（寝たきり度B）への支援



食事も食堂で
家族と一緒に



スロープ
を設置

容易に
外出可能



Sさん（寝たきり度C）への支援



65歳 頸髄損傷

- 下肢完全麻痺
- 上肢：スライド
肩外転、肘屈曲可能
手指運動不可
- 尿意・便意わずか
カテーテル、オムツ使用
- 介護者：妻のみ

PT・OTが支援

Sさん（寝たきり度C）への支援



自助具で食事自立

ホイストで
移乗介助容易に



PT・OTが支援

Sさん（寝たきり度C）への支援



電動車椅子と住宅改修
で外出容易に

近所の散歩



Sさん（寝たきり度C）への支援



出来ることは本人に
（自立支援）

訪問看護師とヘルパーの
同伴訪問



リハビリテーションとは？



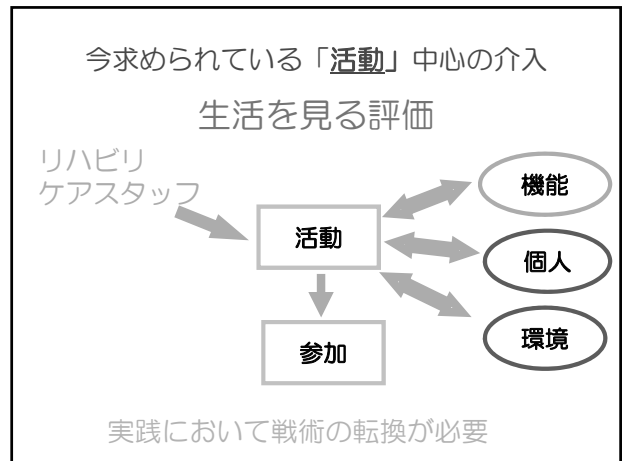
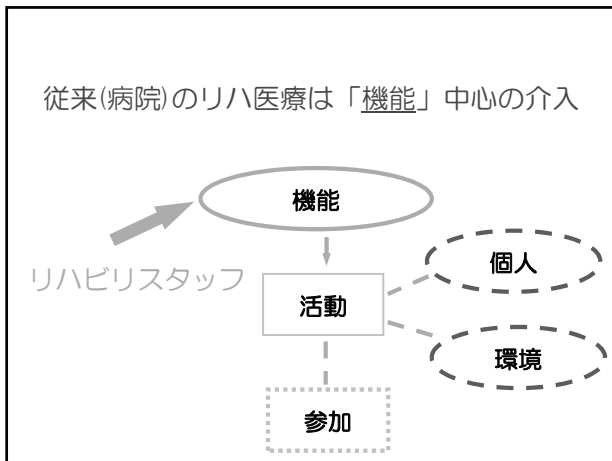
暮らしの中に
リハビリあり！

- あまり無理なく自分で出来ることを日常の中で継続して行い、その人らしい生活を楽しくめるように支援すること。

日々の生活・暮らしの中に
リハビリテーションを取り入れるには

1. 身体機能を『できること』『できないこと』にわける
2. 生活の場では『できること』に視点をおく
3. 残った機能が活かせるような条件を作る

今残っている身体機能を使い、『できること』を活用して生活行為を引き出す。そして、その人なりの生活を取り戻すことに力点をおく。



生活の基本設計のポイント

=歩くことができる人(ランクA) =

基本方針(目標とする生活)	具体的な支援、援助ポイント
<ul style="list-style-type: none"> ・体力、ADLの維持のために生活の活性化を図る 	<ul style="list-style-type: none"> ・着替え、身だしなみでメリハリ(女性は化粧も)
<ul style="list-style-type: none"> ・主体的な生活を引き出すために、役割や趣味活動の場や機会を提供する 	<ul style="list-style-type: none"> ・タオルたたみの手伝いや園芸活動、リハビリレクなどのクラブ活動の活性化
<ul style="list-style-type: none"> ・自立支援の援助(過剰介助をしない) 	<ul style="list-style-type: none"> ・クラブ活動の作品の社会化(発表会、バザーや近隣の銀行や公民館などに展示)

生活の基本設計のポイント

=ひとりで座ることができる人(ランクB) =

基本方針(目標とする生活)	具体的な支援、援助ポイント
<ul style="list-style-type: none"> ・日中できるだけ離床。坐位中心の生活を支援 	<ul style="list-style-type: none"> ・体操などのグループ、日課づくり(立位の機会=健康維持、機能維持)
<ul style="list-style-type: none"> ・ADLの自立、小介助をめざす 	<ul style="list-style-type: none"> ・介助時は利用者の自立を引き出す(残った力を引き出す)介助方法を行う
<ul style="list-style-type: none"> ・生活環境、福祉用具を個別に整備、支援 	<ul style="list-style-type: none"> 役割、クラブ活動等はAランクと同じ

生活の基本設計のポイント

=ひとりでは座れない人(ランクC) =

基本方針(目標とする生活)	具体的な支援、援助ポイント
<ul style="list-style-type: none"> ・重度であっても1日何回か離床する 	<ul style="list-style-type: none"> ・食事時間などを利用して定期的に座位をとる
<ul style="list-style-type: none"> ・安楽な坐位、臥床姿勢を支援する 	<ul style="list-style-type: none"> ・ギャッジベッドの正しい操作を行う(ズレなどに留意)等、安楽臥床位、座位への工夫を行う
<ul style="list-style-type: none"> ・拘縮など介護困難な状況を予防する 	<ul style="list-style-type: none"> ・散歩、会話などでところを動かす(五感を刺激する)
<ul style="list-style-type: none"> ・散歩や会話など心のリハビリを欠かさない 	

生活の基本設計のポイント

=認知症の人 =

基本方針(目標とする生活)	具体的な支援、援助ポイント
<ul style="list-style-type: none"> ・不適応行動(周辺症状)への理解、行動の改善 	<ul style="list-style-type: none"> ・以前どのような暮らしをされていたのか?と考える環境を整えていく 今実施したこと、聞いたこと(新しい記憶)を忘れる一方で、昔体験していたことや学習したことは忘れにくい
<ul style="list-style-type: none"> ※ 記憶障害・見当識障害・実行機能障害からくる不適応行動や周辺症状に対する理解・ケアによって症状を和らげ、防止することを目的とする 	<ul style="list-style-type: none"> ・「いつ」「どこで」「誰と」「何をしているか」を明確に伝える(徘徊についても、一番印に象残っている昔の年齢に戻っていると考えると行動の理解に役立つ)
	<ul style="list-style-type: none"> ・自分から進んで活動を開始・継続することが難しくなっているので、開始・継続するための「きっかけ」作りをする

後期高齢者の特徴

- 多くの病気を有する
- 急性増悪しやすい
- 予備能力が少ない
- 抑うつ的である

廃用症候群になりやすい

主な廃用症候群

- ① 筋力低下
- ② バランス能力の低下
- ③ 歩行能力低下
- ④ 持久力低下

リハビリ支援

(機能訓練・住宅改修・福祉用具など)

リハビリ支援が必要な場合

地域リハ広域支援センターへ相談
リハ専門職からの指導、支援、協力など

- ケアマネジャーへの支援
ケアプラン策定：残存機能を生かす
要介護者状態の急性増悪・リスク管理
- 地域包括支援センターへの支援
介護予防への対策：運動機能向上など
地域づくり：地域リハビリの理念など
- 地域包括からケアマネジャーへ
地域のインフォーマルケアの紹介

基本属性・QOL

整理No.	基本属性								QOLに関する質問					
	施設名	施設・居宅	支援病院	性別	生年月日	年齢	要介護度	課題の分類	QOL1	QOL2	QOL3	QOL4	QOL5	QOL6
12	静和寮	1	みつぎ	2	大正13年9月21日	87	5	認知症	4	4	4	4	5	1
13	静和寮	1	みつぎ	2	大正15年7月1日	85	2	視覚障害、移動・移乗	2	1	5	5	5	1
14	静和寮	1	みつぎ	2	大正4年11月2日	96	5	日中の活動	2	1	2	1	4	1
15	静和寮	1	みつぎ	2	大正13年2月12日	88	4	姿勢の保持	1	1	1	1	5	1
161	ひかり苑	2	みつぎ	1	昭和9年1月9日	78	3	リハ意欲向上	1	3	3	3	3	4
162	ひかり苑	2	みつぎ	2	昭和7年9月1日	79	2	生活の活性化	3	3	3	3	3	3
163	ひかり苑	2	みつぎ	1	昭和9年4月1日	77	3	生活の活性化	2	2	4	2	2	4
164	ひかり苑	2	みつぎ	2	昭和4年9月10日	82	2	生活の活性化	1	1	5	1	5	3
165	ひかり苑	2	みつぎ	1	昭和7年6月28日	79	2	環境整備	4	4	5	5	4	4
21	楽々苑・松林荘	1	陶	2	大正2年9月29日	98	4	移動・移乗、摂食	4	2	4	3	4	4
22	楽々苑・松林荘	1	陶	2	昭和3年1月3日	84	5	不明	4	3	4	4	4	4
23	楽々苑・松林荘	1	陶	2	大正11年7月23日	89	5	姿勢の保持	4	4	4	3	3	4
24	楽々苑・松林荘	1	陶	2	昭和13年1月27日	74	4	姿勢の保持	3	4	3	4	3	3
262	楽々苑・松林荘	2	陶	2	大正14年9月6日	86	1	料理	4	4	3	3	4	4
263	楽々苑・松林荘	2	陶	2	昭和4年2月2日	83	4	移動・移乗	4	1	1	1	2	2
264	楽々苑・松林荘	2	陶	2	昭和3年4月30日	83	1	把持力強化	3	2	2	2	2	2
32	平戸荘	1	国保平戸	2	昭和7年7月15日	79	4	体力低下の防止	2	4	3	3	4	4
33	平戸荘	1	国保平戸	2	大正15年2月25日	86	4	体力低下の防止	3	2	3	4	3	4
34	平戸荘	1	国保平戸	2	昭和6年12月29日	80	3	体力低下の防止	3	3	4	3	4	4
35	平戸荘	1	国保平戸	2	大正4年1月12日	97	3	体力低下の防止	3	3	3	3	4	4
36	平戸荘	1	国保平戸	2	昭和16年6月1日	70	3	体力低下の防止	3	3	3	5	4	4
362	平戸荘	2	国保平戸	2	昭和2年2月16日	85	1	移動・移乗	3	3	3	3	3	3
363	平戸荘	2	国保平戸	2	昭和7年10月30日	79	支2	日中の活動	3	3	3	3	4	2
364	平戸荘	2	国保平戸	1	昭和16年11月20日	70	支2	移動・移乗	3	3	3	3	4	1
365	平戸荘	2	国保平戸	1	昭和4年3月2日	83	1	移動・移乗	3	3	3	3	4	3
41	ちどり・はまなす	1	羽咋	2	明治45年1月1日	100	5	生活の活性化	4	4	5	4	4	2
42	ちどり・はまなす	1	羽咋	2	大正5年2月27日	96	4	摂食	3	5	3	3	3	3
43	ちどり・はまなす	1	羽咋	2	大正14年3月6日	87	4	摂食、体力低下の防止	5	5	5	5	5	5
44	ちどり・はまなす	1	羽咋	2	大正6年10月12日	94	3	排泄、摂食、移動・移乗	5	5	4	3	4	4
45	ちどり・はまなす	1	羽咋	2	昭和7年3月21日	79	5	摂食	4	4	3	3	4	3
46	ちどり・はまなす	1	羽咋	2	昭和2年6月25日	84	2	排泄、移動・移乗、体力低下の防止	4	3	4	4	4	4
47	ちどり・はまなす	1	羽咋	2	大正10年2月10日	91	3	生活の活性化、認知症	3	3	5	4	5	3
461	羽咋地域	2	羽咋	1	大正10年9月2日	90	4	排泄	3	3	4	3	3	4
463	羽咋地域	2	羽咋	2	昭和4年6月27日	82	2	体力低下の防止	3	3	3	3	3	4
464	羽咋地域	2	羽咋	1	昭和24年1月13日	63	1	リハ意欲向上	3	3	3	4	4	4
465	羽咋地域	2	羽咋	2	昭和13年4月19日	73	4	移動・移乗	3	3	5	4	4	4
466	羽咋地域	2	羽咋	1	昭和13年10月31日	73	2	移動・移乗、体力低下の防止	3	3	3	3	4	3
51	いなみ	1	南砺	2	大正15年1月11日	86	4	移動・移乗	2	2	4	4	4	3
51	いなみ	1	南砺	1	昭和2年4月25日	84	5	移動・移乗、生活の活性化	3	3	2	2	2	2
51	いなみ	1	南砺	2	大正14年1月11日	87	4	移動・移乗	3	3	2	2	2	2
51	いなみ	1	南砺	2	昭和10年9月5日	76	4	排泄	4	3	3	2	2	2
51	いなみ	1	南砺	2	昭和6年5月9日	80	4	排泄	3	4	4	3	4	3
561	いなみ	2	南砺	2	昭和9年3月9日	78	1	体力低下の防止	2	2	4	4	4	2
562	いなみ	2	南砺	2	大正13年12月20日	87	1	移動・移乗	2	2	4	4	4	3
61	白寿荘	1	大森	2	大正10年2月25日	91	2	移動・移乗、排泄	4	3	3	4	3	3
61	白寿荘	1	大森	2	昭和5年8月26日	81	2	移動・移乗	4	3	3	3	4	3
61	白寿荘	1	大森	2	大正11年2月23日	90	3	移動・移乗	3	3	4	3	4	3
61	白寿荘	1	大森	2	昭和6年9月2日	80	4	移動・移乗	2	3	3	3	2	3
61	白寿荘	1	大森	2	大正12年4月5日	88	5	コミュニケーション	3	3	3	3	4	3
661	横手市近隣	2	大森	1	大正14年7月9日	86	3	移動・移乗、環境調整	2	3	3	3	4	4
661	横手市近隣	2	大森	1	昭和8年5月20日	78	4	移動・移乗、環境調整	3	1	4	4	4	4
661	横手市近隣	2	大森	2	大正13年7月25日	87	1	体力低下の防止	4	1	3	5	4	2
661	横手市近隣	2	大森	1	昭和14年6月26日	72	1	日中の活動	4	4	4	4	4	4
661	横手市近隣	2	大森	2	昭和4年1月10日	83	支2	移動・移乗？	4	1	3	3	4	4

FIM得点（支援前）

整理No.	FIM(前)																		
	A食事	B整容	C清拭	D更衣(上)	E更衣(下)	Fトイレ	G排尿	H排便	Iベッド	Jトイレ	K浴槽	L歩行	M階段	N理解	O表出	P社会交流	Q問題解決	R記憶	合計
12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18
13	5	7	4	5	5	7	6	7	5	6	3	4	1	4	3	5	5	2	84
14	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	5	4	4	2	2	32
15	7	7	1	5	5	1	1	7	6	6	2	6	1	3	2	4	1	1	66
161	7	7	2	5	5	6	6	7	6	6	3	6	4	7	6	7	6	7	103
162	7	6	3	5	5	6	6	4	6	6	3	5	4	6	7	7	7	6	99
163	5	5	1	1	1	1	5	5	4	5	3	6	2	7	6	6	5	7	75
164	5	6	7	6	6	6	7	7	6	6	6	3	3	7	7	7	7	7	109
165	5	4	3	5	5	6	6	6	6	6	4	5	2	6	6	7	6	2	90
21	4	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	7	7	7	2	2	42
22	5	2	1	1	1	1	7	7	1	1	1	1	1	7	6	7	3	7	60
23	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	5	5	3	3	34
24	6	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	7	7	6	6	7	54
262	7	7	4	7	7	7	6	6	6	6	6	6	4	6	6	5	7	7	110
263	7	7	7	6	3	7	1	3	6	6	6	5	4	7	7	7	7	7	103
264	7	7	1	7	7	7	7	7	7	7	1	6	6	7	7	7	6	7	111
32	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	19
33	2	1	1	1	1	2	1	1	2	2	2	1	1	5	4	2	3	4	36
34	4	4	2	2	2	1	1	1	2	2	2	5	1	4	4	3	3	3	46
35	6	4	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	6	6	5	5	5	50
36	6	5	2	1	1	2	4	4	3	3	2	5	1	6	5	4	4	5	63
362	7	7	7	7	6	6	2	7	6	6	5	6	5	7	7	7	6	4	108
363	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	6	6	6	7	7	7	7	7	123
364	7	7	5	7	7	7	7	7	6	6	5	6	6	7	7	7	7	7	118
365	7	7	7	7	7	7	7	7	5	6	6	5	5	7	7	7	7	7	118
41	2	1	2	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	3	1	6	1	4	33
42	4	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	24
43	4	1	1	1	1	1	4	5	2	2	2	1	1	6	6	6	5	3	52
44	5	2	3	1	1	1	3	3	2	2	2	4	1	4	4	6	5	3	52
45	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18
46	7	6	4	5	5	4	6	7	5	6	1	6	1	7	7	7	6	5	95
47	7	6	5	5	5	6	7	7	6	7	6	6	5	7	7	7	3	3	105
461	5	3	2	4	2	1	2	2	2	1	1	2	1	4	4	6	4	5	51
463	7	7	4	7	7	6	6	6	6	6	5	6	5	6	7	7	7	7	112
464	7	6	2	6	6	7	7	7	7	6	4	6	3	7	7	7	7	7	109
465	6	5	1	1	1	3	6	7	2	2	1	1	1	7	7	7	5	6	69
466	6	3	4	3	5	4	5	3	4	4	4	5	2	6	7	7	6	6	84
51	6	6	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	4	3	2	4	3	43
51	3	1	1	1	1	1	1	4	5	5	1	7	1	4	4	1	1	3	45
51	6	2	1	2	1	1	1	4	2	2	1	6	1	3	3	2	2	2	42
51	7	7	1	1	1	1	7	7	1	1	1	7	1	7	7	5	7	6	75
51	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18
561	7	3	4	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	4	5	7	4	2	106
562	7	7	6	7	7	7	7	7	7	6	5	6	5	6	7	7	5	6	115
61	7	7	5	7	7	6	7	7	4	6	1	1	1	7	7	7	7	7	101
61	7	4	4	4	4	6	7	7	5	7	7	1	1	4	7	7	3	2	87
61	7	5	5	3	2	1	1	1	2	1	1	2	1	7	7	5	3	6	60
61	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	4	7	1	7	7	7	7	5	115
61	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	2	7	1	3	32
661	7	3	3	3	3	5	7	7	3	3	3	3	1	7	7	2	3	4	74
661	1	4	3	3	3	4	7	7	5	4	3	5	4	7	7	7	7	7	88
661	7	7	6	7	7	7	7	6	6	6	6	6	1	4	5	7	7	7	109
661	7	5	4	5	5	6	7	7	7	7	5	6	6	7	7	7	7	7	112
661	7	6	6	5	5	6	7	7	6	6	6	6	5	7	7	6	6	6	110

FIM得点（支援後）

整理No.	FIM(後)																		
	A食事	B整容	C清拭	D更衣(上)	E更衣(下)	Fトイレ	G排尿	H排便	Iベッド	Jトイレ	K浴槽	L歩行	M階段	N理解	O表出	P社会交流	Q問題解決	R記憶	合計
12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18
13	5	7	4	5	5	7	6	7	5	6	3	4	1	4	3	5	5	2	84
14	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	5	5	4	3	2	34
15	7	7	1	5	5	1	1	7	6	6	2	6	1	3	2	4	1	1	66
161	7	7	2	5	5	6	6	7	6	6	3	6	4	7	6	7	6	7	103
162	7	6	3	5	5	6	6	4	6	6	3	5	4	6	7	7	7	6	99
163	5	3	1	1	1	1	5	5	4	5	3	6	2	7	6	6	5	7	73
164	5	6	7	6	6	6	7	7	6	6	6	3	3	7	7	7	7	7	109
165	5	4	3	5	5	6	6	6	6	6	4	5	2	6	6	7	6	2	90
21	4	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	7	7	7	2	2	42
22	5	2	1	2	2	2	7	7	2	2	1	1	1	7	6	7	7	7	69
23	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	5	5	3	3	34
24	6	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	7	7	6	6	7	54
262	7	7	2	6	6	7	6	6	6	6	5	6	4	6	6	5	6	6	103
263	7	7	7	6	3	7	1	3	6	6	6	5	4	7	7	7	7	7	103
264	7	7	3	7	7	7	7	7	7	7	1	6	6	7	7	7	6	7	113
32	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	2	1	2	22
33	2	1	1	1	1	2	1	1	3	2	2	1	1	5	4	2	3	4	37
34	4	4	2	4	5	2	1	1	4	4	2	5	1	4	4	3	3	3	56
35	6	4	2	4	1	1	1	1	2	1	1	2	1	6	6	5	5	5	54
36	6	5	2	2	2	2	4	4	4	4	2	5	1	6	5	4	4	5	67
362	7	7	7	7	6	6	2	7	6	6	5	6	5	7	7	7	6	4	108
363	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	6	6	6	7	7	7	7	7	123
364	7	7	7	7	7	7	7	7	6	6	5	6	6	7	7	7	7	7	120
365	7	7	7	7	7	7	7	7	5	6	6	5	5	7	7	7	7	7	118
41	3	2	2	2	1	1	1	1	3	2	3	1	1	3	3	3	1	4	37
42	5	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	25
43	5	1	1	1	1	1	5	5	2	2	2	1	1	6	7	6	5	3	55
44	6	2	3	1	1	2	3	3	2	2	2	4	1	4	4	6	5	3	54
45	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18
46	7	6	6	6	6	6	7	7	6	6	2	6	3	7	7	7	6	5	106
47	7	7	5	6	6	6	7	7	7	7	6	6	6	6	7	7	3	3	109
461	5	3	3	3	4	3	3	3	4	4	3	2	1	4	4	6	4	5	64
463	7	7	4	7	7	6	6	6	6	6	5	6	5	6	7	7	7	7	112
464	7	6	3	6	6	7	7	7	7	6	4	6	3	7	7	7	7	7	110
465	6	5	1	1	1	3	7	7	4	5	1	1	1	7	7	7	5	6	75
466	6	3	4	3	5	4	6	3	6	5	4	5	2	6	7	6	6	4	85
51	6	6	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	4	3	2	4	3	43
51	3	1	1	1	1	1	1	4	5	5	1	7	1	4	4	1	1	3	45
51	6	2	1	2	1	1	1	4	2	2	1	6	1	3	3	2	2	2	42
51	7	7	1	1	1	1	7	7	1	1	1	7	1	7	7	5	7	6	75
51	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18
561	7	3	4	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	4	5	7	4	2	106
562	7	7	6	7	7	7	7	7	7	6	5	6	5	6	7	7	5	6	115
61	7	7	5	7	7	6	7	7	6	6	1	6	1	7	7	7	7	7	108
61	7	4	4	4	4	6	7	7	5	7	7	2	1	4	7	7	3	2	88
61	7	5	5	3	2	1	1	1	5	1	1	5	1	7	7	5	3	6	66
61	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	4	7	1	7	7	7	7	5	115
61	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	2	7	1	3	32
661	7	3	3	3	3	5	7	7	3	3	3	3	1	7	7	2	3	4	74
661	1	4	3	4	4	7	7	7	5	7	4	6	5	7	7	7	7	7	99
661	7	7	7	7	7	7	7	7	6	6	6	6	1	6	5	7	7	7	113
661	7	6	4	5	5	6	7	7	7	7	6	6	6	7	7	7	7	7	114
661	7	6	6	5	5	6	7	7	6	6	6	6	5	7	7	6	6	6	110

基本属性・有能感・リハビリ支援の効果（実施前）

保有資格	区別	性別	年齢	経験年数 (職種)	Ⅱ 有能感(前)															合計	Ⅲリハ支援の効果				
					1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		効1	効2	効3	効4	効5
介護福祉士	1	2	46	2	2	2	2	4	3	4	3	4	3	3	3	3	3	4	3	46	3	2	3	2	4
介護福祉士	2	1	37	4	3	3	3	4	3	3	4	3	4	3	2	4	3	3	3	48	3	3	3	3	3
介護福祉士	2	2	47	5	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	3	49	3	2	3	3	3
介護福祉士	2	2	62	11	2	2	2	3	2	2	4	3	4	3	3	5	5	5	3	48	4	2	3	3	4
准看護師	2	2	49	11	2	3	3	3	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	56	3	3	3	3	4
介護福祉士	2	2	58	1	2	2	3	4	3	3	4	3	4	4	3	4	4	5	4	52	2	3	3	3	3
社会福祉士	1	1	55	10	2	2	2	4	2	2	2	2	2	3	3	3	3	4	3	39	3	3	3	3	4
介護福祉士	1	2	56	5	3	2	2	4	3	3	2	2	3	4	4	4	3	4	4	47	4	3	4	4	4
介護福祉士	1	1	31	2	3	4	2	3	2	2	3	3	4	3	4	4	4	4	2	47	4	3	3	3	4
社会福祉士	2	1	35	3	4	4	4	4	2	3	4	3	3	4	3	4	4	4	3	53	3	2	3	3	4
介護福祉士	1	2	50	1	2	2	3	4	3	4	4	3	3	3	3	4	2	4	4	48	3	3	3	3	3
看護師	2	2	59	8	3	3	3	4	3	3	2	3	4	4	4	4	4	4	3	51	3	3	3	3	3
看護師	2	2	56	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	4	3	3	3	35	3	2	3	3	3
看護師	1	2	48	1	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	59		2	3	3	3
介護福祉士	2	2	53	11	2	3	3	4	3	3	4	4	3	3	3	4	4	4	3	50	3	3	3	3	4
介護福祉士	1	2	37	11	2	4	4	4	4	4	3	3	3	2	2	4	4	2	3	48	3	2	3	3	4
介護福祉士	1	2	49	11	3	3	4	4	4	4	3	3	4	4	3	4	4	4	3	54	3	2	3	4	4
介護福祉士	1	1	34	2	4	4	4	3	3	3	4	4	4	3	3	4	4	4	4	55	4	3	4	3	4
介護福祉士	1	1	35	1	4	4	4	4	4	3	5	5	4	4	4	4	4	5	4	62	3	2	3	3	4
介護福祉士	1	1	37	2	3	4	4	2	2	3	3	2	4	4	4	4	3	4	3	49	3	3	3	3	3
介護福祉士	1	2	48	10	4	2	3	4	4	3	4	4	2	4	4	4	4	4	5	55	3	3	3	2	4
介護福祉士	2	2	52	11	3	4	3	4	3	3	3	4	4	3	4	4	3	3	4	52	3	2	3	3	4
介護福祉士	2	2	56	8	3	3	3	4	3	3	3	3	3	4	4	4	3	4	4	51	3	3	3	3	3
看護師	2	2	31	4	4	4	3	3	2	3	4	2	3	4	3	4	3	4	3	49	2	3	3	2	3
介護福祉士	1	2	49	3	2	4	2	4	4	2	4	4	4	2	2	4	4	4	4	50	2	2	2	2	3
看護師	2	2	48	5	3	3	3	4	3	3	3	3	4	3	3	4	4	4	3	50	3	3	3	3	3
その他	2	2	55	4	3	4	3	4	2	2	3	3	4	4	3	5	4	4	2	50	3	3	3	3	3
社会福祉士	2	2	54	8	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	57	4	3	4	4	4
准看護師	2	2	42	6	2	2	2	3	2	3	2	2	3	4	2	1	1	1	1	31	2	2	2	2	3
介護福祉士	2	2	45	6	4	4	4	4	3	3	4	4	3	4	4	4	4	4	4	57	2	3	3	3	4
介護福祉士	2	1	43	1	4	4	4	4	3	3	4	5	3	4	4	4	4	3	4	57	4	3	4	4	3
介護福祉士	1	1	49	11	4	4	4	3	4	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	57	3	3	3	2	3
社会福祉士	2	1	37	3	3	5	3	4	3	4	4	4	3	2	2	5	4	5	3	54	4	3	3	3	4
保健師	2	2	47	7	4	4	4	4	2	4	4	2	3	4	3	4	4	4	4	54	2	2	3	2	3
介護福祉士	1	2	44	3	4	5	4	4	3	3	4	3	3	3	2	4	3	4	3	52	3	3	3	2	3
介護福祉士	1	2	50	7	4	4	4	4	3	3	4	3	3	3	2	4	3	4	3	51	3	3	3	2	3
介護福祉士	1	2	33	2	3	4	3	3	2	3	4	2	4	3	3	4	3	4	4	49	3	3	3	3	3
介護福祉士	1	2	34	3	4	4	3	4	3	3	4	3	3	3	2	4	3	4	3	50	3	3	3	2	3

基本属性・有能感・リハビリ支援の効果（実施後）

保有資格	区別	性別	年齢	経験年数 (職種)	Ⅱ 有能感(後)															Ⅲリハ支援の効果					
					101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	合計	効11	効12	効13	効14	効15
介護福祉士	1	2	46	2	2	2	2	4	3	4	3	4	3	3	3	3	3	4	3	46	4	3	3	3	4
介護福祉士	2	1	37	4	3	3	3	4	3	3	4	3	4	3	2	4	3	3	3	48	3	3	3	3	3
介護福祉士	2	2	47	5	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	4	4	4	3	49	3	2	3	3	3	
介護福祉士	2	2	62	11	2	2	2	3	2	2	4	3	4	3	3	5	5	5	3	48	4	2	3	3	4
准看護師	2	2	49	11	2	3	3	3	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	56	3	3	3	3	4	
介護福祉士	2	2	58	1	2	3	3	4	3	3	4	3	4	4	4	4	5	5	55	2	3	3	3	3	
社会福祉士	1	1	55	10	2	2	2	4	3	3	2	2	3	4	3	4	3	4	3	44	3	3	3	3	4
介護福祉士	1	2	56	5	2	2	2	4	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	49	4	3	4	4	4	
介護福祉士	1	1	31	2	3	4	3	2	3	3	3	3	3	2	4	4	4	3	2	46	4	3	3	3	4
社会福祉士	2	1	35	3	4	4	4	4	2	3	4	3	3	4	4	4	4	3	53	4	2	4	3	4	
介護福祉士	1	2	50	1	4	4	4	4	4	4	5	4	4	3	3	4	4	4	59	3	3	4	4	4	
看護師	2	2	59	8	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	48	3	3	4	3	3
看護師	2	2	56	1	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	4	4	49	3	3	4	3	3
看護師	1	2	48	1	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	59	3	3	4	3	3	
介護福祉士	2	2	53	11	2	3	3	4	3	3	4	4	3	3	3	4	4	4	3	50	4	3	3	3	4
介護福祉士	1	2	37	11	2	4	4	4	4	3	3	2	3	4	4	5	4	4	3	53	3	2	3	3	4
介護福祉士	1	2	49	11	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	5	5	4	4	61	4	4	4	4	4
介護福祉士	1	1	34	2	4	4	4	4	3	3	4	5	4	3	3	4	4	4	57	4	3	4	4	4	
介護福祉士	1	1	35	1	4	4	4	4	3	3	5	5	4	4	4	4	3	5	4	60	3	2	3	4	4
介護福祉士	1	1	37	2	2	4	3	2	2	3	3	2	4	4	4	4	3	4	3	47	3	3	3	3	3
介護福祉士	1	2	48	10	4	2	3	5	4	3	5	4	4	4	4	5	4	4	5	60	4	4	3	2	4
介護福祉士	2	2	52	11	3	4	3	4	3	3	4	4	4	3	4	4	3	3	4	53	4	3	4	4	4
介護福祉士	2	2	56	8	4	3	3	4	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	53	3	3	3	3	3	
看護師	2	2	31	4	4	4	3	3	2	3	4	2	3	3	3	4	3	4	3	48	3	3	3	3	3
介護福祉士	1	2	49	3	2	4	4	4	2	3	4	4	4	3	4	4	4	4	54	2	2	2	3	3	
看護師	2	2	48	5	3	3	3	4	3	3	4	4	4	3	3	4	4	4	3	52	4	3	3	3	4
その他	2	2	55	4	3	4	4	4	2	4	4	4	4	4	3	5	4	4	3	56	4	3	3	3	3
社会福祉士	2	2	54	8	4	4	4	4	3	4	4	5	4	4	4	5	4	4	61	4	4	4	4	4	
准看護師	2	2	42	6	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	2	1	43	3	2	3	2	3	
介護福祉士	2	2	45	6	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	59	3	3	4	3	4	
介護福祉士	2	1	43	1	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	3	4	4	4	57	4	3	4	4	3	
介護福祉士	1	1	49	11	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	4	58	3	3	3	2	3	
社会福祉士	2	1	37	3	3	5	3	4	3	4	4	4	3	2	2	5	4	5	3	54	4	3	3	3	4
保健師	2	2	47	7	4	4	4	4	2	4	4	2	3	4	3	4	4	4	54	2	2	3	2	3	
介護福祉士	1	2	44	3	4	4	3	4	3	3	4	2	3	2	2	4	3	4	3	48	4	3	3	3	3
介護福祉士	1	2	50	7	4	4	3	4	3	3	3	2	3	3	3	4	4	4	3	50	3	3	4	3	4
介護福祉士	1	2	33	2	3	4	3	3	3	3	4	3	4	3	3	4	3	4	3	50	3	3	3	4	4
介護福祉士	1	2	34	3	4	4	3	4	3	3	4	2	3	4	2	4	3	4	3	50	3	3	3	3	3

基本属性・有能感（実施前）

職種	施設・居宅	性別	年齢	経験年数 (職種)	Ⅱ 有能感(前)															合計
					1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
介護福祉士	1	2	55	30	2	2	3	4	4	4	4	3	4	4	4	3	3	4	3	51
介護福祉士	1	2	40	11	3	3	3	4	3	2	2	2	3	3	3	4	2	3	3	43
介護福祉士	1	2	29	7	2	2	3	4	1	2	3	3	2	3	2	4	3	2	2	38
看護師	1	2	52	31	2	4	4	4	4	4	2	3	4	4	4	4	4	4	4	55
介護福祉士	2	2	36	15	4	4	4	5	4	5	5	4	4	4	4	5	4	4	4	64
介護福祉士	2	2	50	10	2	2	3	4	2	2	3	3	3	2	3	4	4	3	2	42
介護福祉士	1	2	57	12	2	2	2	4	3	2	2	3	3	2	3	2	2	4	2	38
介護福祉士	1	2	34	13	3	4	3	4	3	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	56
介護福祉士	1	2	37	10	4	4	3	3	3	3	4	3	3	4	4	4	4	4	4	54
准看護師	1	2	35	17	4	5	4	5	3	4	3	2	5	4	4	3	3	3	4	56
介護福祉士	1	1	26	8	4	4	4	4	3	3	4	3	4	3	4	4	4	4	3	55
介護福祉士	1	2	53	22	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	3	58
介護福祉士	1	1	33	10	4	4	3	4	4	3	4	3	4	4	4	4	4	4	3	56
介護福祉士	1	2	28	8	3	4	3	3	3	3	3	3	3	2	3	4	4	3	4	48
介護福祉士	1	1	41	9	2	4	3	4	3	3	4	3	4	3	4	3	4	4	3	51
ヘルパー	1	2	56	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	61
介護福祉士	1	2	49	8	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	60
介護福祉士	1	2	32	6	4	2	3	4	3	2	4	4	4	2	4	5	5	5	4	55
介護福祉士	1	2	30	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	60
介護福祉士	1	2	57	7	3	4	4	4	3	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	57
准看護師	2	2	62	7	4	4	4	5	4	4	4	5	5	4	4	5	4	4	4	64
作業療法士	2	2	32	12	4	5	4	5	2	4	4	4	4	4	3	5	4	4	4	60
介護福祉士	1	2	24	5	2	4	2	4	3	3	2	2	3	3	3	5	4	2	3	45
介護福祉士	1	2	40	18	4	3	4	4	4	4	4	4	5	3	4	4	4	4	4	59
介護福祉士	1	2	21	3	3	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	48
介護福祉士	1	2	53	11	4	4	4	5	3	3	3	4	4	3	3	5	4	3	3	55
看護師	1	2	54	36	3	3	3	4	3	3	3	3	4	4	4	3	4	4	3	51
介護福祉士	1	1	36	10	2	2	2	3	3	3	3	2	3	2	2	3	2	2	3	37
ヘルパー	1	2	24	3	4	3	3	4	3	4	5	4	4	3	3	5	4	3	4	56
准看護師	2	2	37	16	4	4	4	4	3	4	4	3	4	4	4	5	4	4	4	59
ヘルパー	2	1	45	11	3	3	4	4	2	4	4	3	3	3	4	4	3	4	3	51
社会福祉士	2	1	46	9	2	3	2	5	4	2	4	4	4	3	4	4	4	4	4	53
看護師	2	2	47	25	4	4	4	5	4	4	4	4	4	3	4	4	3	4	3	58
介護福祉士	1	2	37	15	3	3	3	4	4	4	4	3	4	3	2	3	4	4	4	52
介護福祉士	2	2	55	12	3	4	4	4	3	3	4	4	3	3	4	4	4	4	4	55
介護福祉士	1	2	37	16	2	2	3	2	4	2	3	4	4	2	3	3	2	4	4	44
介護福祉士	1	2	35	14	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	4	4	3	46
介護福祉士	1	1	49	23	3	2	2	3	3	3	3	3	4	3	4	4	3	3	3	46

基本属性・有能感（実施後）

職種	施設・居宅	性別	年齢	経験年数 (職種)	Ⅱ 有能感(後)															合計
					101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	
介護福祉士	1	2	55	30	2	2	3	4	4	4	4	3	4	4	4	3	3	4	3	51
介護福祉士	1	2	40	11	3	3	3	5	3	3	4	4	4	3	4	4	4	4	3	54
介護福祉士	1	2	29	7	2	2	3	4	1	3	3	3	3	3	2	4	4	2	2	41
看護師	1	2	52	31	2	4	4	4	4	4	2	3	4	4	4	4	4	4	4	55
介護福祉士	2	2	36	15	4	4	4	5	4	5	5	4	4	4	4	5	4	4	4	64
介護福祉士	2	2	50	10	2	3	3	4	3	2	3	3	3	2	3	4	4	3	2	44
介護福祉士	1	2	57	12	2	2	2	4	3	2	2	3	3	2	3	2	2	4	2	38
介護福祉士	1	2	34	13	3	4	3	4	3	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	56
介護福祉士	1	2	37	10	4	4	3	3	4	3	4	3	4	3	3	4	4	3	3	52
准看護師	1	2	35	17	4	5	5	5	4	4	4	4	5	4	4	4	4	3	4	63
介護福祉士	1	1	26	8	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	59
介護福祉士	1	2	53	22	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	59
介護福祉士	1	1	33	10	2	4	3	4	4	3	4	4	4	3	4	3	4	4	4	54
介護福祉士	1	2	28	8	3	4	4	3	3	3	3	3	4	2	3	4	4	3	4	50
介護福祉士	1	1	41	9	3	4	4	4	4	3	4	3	4	4	4	3	4	4	4	56
ヘルパー	1	2	56	3	4	5	4	4	4	5	4	5	4	4	5	5	5	5	4	67
介護福祉士	1	2	49	8	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	60
介護福祉士	1	2	32	6	4	2	4	4	3	2	4	4	5	2	4	5	5	5	4	57
介護福祉士	1	2	30	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	60
介護福祉士	1	2	57	7	5	5	5	5	4	5	5	4	4	4	5	5	5	4	4	69
准看護師	2	2	62	7	4	4	4	5	4	4	4	5	5	4	4	5	4	4	4	64
作業療法士	2	2	32	12	4	5	4	5	2	4	4	4	4	4	3	5	4	4	4	60
介護福祉士	1	2	24	5	2	4	4	4	4	3	3	2	3	2	3	5	4	3	3	49
介護福祉士	1	2	40	18	5	4	5	4	4	4	5	4	5	4	4	4	5	4	5	66
介護福祉士	1	2	21	3	3	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	48
介護福祉士	1	2	53	11	5	5	4	5	4	4	3	4	4	3	3	5	4	3	3	59
看護師	1	2	54	36	2	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	3	3	3	3	47
介護福祉士	1	1	36	10	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	4	48
ヘルパー	1	2	24	3	3	4	4	4	3	3	5	4	4	4	3	5	4	4	4	58
准看護師	2	2	37	16	4	4	4	4	3	4	4	3	4	4	4	5	4	4	4	59
ヘルパー	2	1	45	11	3	3	4	4	2	4	4	3	3	3	4	4	3	4	3	51
社会福祉士	2	1	46	9	2	3	2	5	4	2	4	4	4	3	4	4	4	4	4	53
看護師	2	2	47	25	4	4	4	5	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	3	59
介護福祉士	1	2	37	15	2	3	2	4	3	4	4	5	3	3	3	3	4	4	4	51
介護福祉士	2	2	55	12	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	59
介護福祉士	1	2	37	16	2	2	3	2	4	2	3	4	4	2	3	3	2	4	4	44
介護福祉士	1	2	35	14	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	4	4	3	46
介護福祉士	1	1	49	23	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	3	3	3	51

リハビリ支援の効果・その他感想

職種	施設・居宅	性別	年齢	経年数 (職年)	Ⅲリハビリ支援の効果				感想・自由記述
					効果1	内容	効果2	内容	
介護福祉士	1	2	55	30	0	その人の興味を持てる事を見つけて楽しみながら実施していくことで、関心を持ってもらい、継続できる、生きがいにも感じてもらいました。			
介護福祉士	1	2	40	11	0	リハビリ専門職と関わったことを通じて、色々な角度からの意見ももらえ、気づけなかったことを気づけることが出来、その事によって利用者からの生活も良いものになりました。			
介護福祉士	1	2	29	7	1	特に作業活動を行った上で、御本人の活動がなれば、他に出来ることを見つかることが出来る。「他に何か出来る事があるのでは？」と考えるようになった。	プランにしっかりと載せることで、どのスタッフが見て、すぐに内容が分かる事が出来る		
看護師	1	2	52	31	1	ADL測定が得意な利用者が増えていたが、認知症がある人に関わりが難しい。その人が楽しんでできることを見つけて出し、そこからADLアップが望める支援をしていく。			
介護福祉士	2	2	36	15	1	手作業もマンネリ化していた為、今回編み物を行うことで、意欲が生まれ、達成感を得られ、モチベーションが上がり、楽しんで、やる気が増え、より一層充実した生活が送れるようになったと思います。	ケアプランの内容によっては、本人のやる気が生まれるものの、反動、関心を得られない場合もあるので、改めて内容を重視するようになった。	目標が同じでも、援助方法が異なる利用者によって、援助方法が統一することが難しくなりました。	現状に満足することなく日々最善の援助方法について考えようになり、ミーティング等でも積極的に意見が出るようになっていきました。
介護福祉士	2	2	50	10	2	本人のやる気があり、トイレ入浴等を守り行っている。本人の努力が自立に近づくように思う。	付き添い運動から、離れた目録で見られるようになった。ふらつきが早く、職員も余裕が見える。		
介護福祉士	1	2	57	12	1	多職種間の連携が取れれば、生活の中で実践できる生活リハビリや機能訓練を上手につなぎ合わせる事ができる。	一体的なプランではなく、1人1人のご利用者に合わせて短期目標を入れているようになった。	取組の最初の頃は、多くの職員が関心を持ってご利用者に関わることができていたが、だんだんと意識が薄くなってきているようになった。	
介護福祉士	1	2	34	13	0				
介護福祉士	1	2	37	10	1	リハビリという機会を使っているというイメージがあったが、生活の中でもリハビリ出来るということが分かった。	リハビリは機能訓練が行うものと思っていて、リハビリの方法によっては介護職でも行うことがあり、利用者の機能低下防止のために重要であること分かった。	目標を達成して実施することで、職員間で協力するようになった。	発言をする機会が増えた。自分の考えを持って意見を言えるようになった。けれども、それぞれ良い意見が多くなって、職員の意見を統一してケアするようにするには難しい。
介護福祉士	1	2	35	17	1	リハビリは専門職がやるものと思っていたが、生活の場でも出来るリハビリがあり、それをやることお互いに必要でした。			
介護福祉士	1	1	26	8	1	途中から状態が悪くなったため、変化を察知しづらかった。	具体的なサービス内容が立案されていると、より意識的に取り組むことができる。		
介護福祉士	1	2	52	22	0				
介護福祉士	1	1	33	10	0				
介護福祉士	1	2	28	8	0				
介護福祉士	1	1	41	9	0				
ヘルパー	1	2	56	3	1	残存能力はまだ考えなかったか、今は残存能力で、毎日の生活の両方あり関わることがお互いに必要です。	以前は関係性を重視して、あまり無理をさせないよう援助してきたのですが、今は本人にやる気を持たせるようなリハビリを目標としています。		
介護福祉士	1	2	49	8	0				
介護福祉士	1	2	32	6	1	忙しさの中でも、少しでも時間をとり、声かけをするようになった。	本人の変化はあまり以前と変わらないが、職員間のほれ合いそうが多くなった。		
介護福祉士	1	2	30	5	0				
介護福祉士	1	2	57	7	1	残存能力を知ることも、もっとリハビリによって活動を広げることが出来るので、無理なく継続して行ける。	ケアプランを常に意識して、変化にも対応できるように、個人に合わせた方法を考えるようになった。	同一のケアプランには同一の仕事をしていくように、チーム内で声をかけ、同一の認識を持つよう心がけている。	利用者様に対しての理解も深まり、チームでの課題の徹底に声を出すようになった。自己目標の達成もよくなった。
准看護師	2	2	62	7	1				
作業療法士	2	2	32	12	1	ケアプランがリハビリさえすれば良くなる、改善する、というイメージの多い利用者様を求め、「リハビリ」設定してはいけよいかと求むが変化して行ったと思う。	より具体的なプランを考えるようになった。細かい設定が必要な事を再認識できた。	情報交換を密に行ったり、様々な職種とよくコミュニケーションを図るようになった。	
介護福祉士	1	2	24	5	1	今まで作成していたものが、より具体的に分かりやすいものへ変わって良かった。	以前は関係性を重視して、あまり無理をさせないよう援助してきたのですが、今は本人にやる気を持たせるようなリハビリを目標としています。	職員間で注意喚起（観察）、疑問や本人の意向を計測し、含めた事が良かった。統一したケアを行った。	職員1人1人が対象者の課題を具体的に考え、良い意見が出ました。
介護福祉士	1	2	40	18	1	生活を支えるための生活リハビリという視点でケアプランを作成した。	利用者の疾患や状態によって、対応するケアの内容や必要事項を整理し、ケアプランを作成した。	統一したケアを実施することで、利用者の生活の質を向上させる視点を持てることができた。	対応方法について、職員同士良く話し合っていたり、お互いに情報交換をしながら課題に取り組んだ。
介護福祉士	1	2	21	3	1	専門職による特別に関わりというイメージであったが、介護職でも関わる。(全てではないが)	基本的な「食事」「入浴」「排溺」など、基本的な生活をより意識するようになった。	1人居る生活の意識をすることで、イメージができるようになったと思う。	介護職がケアマキとあって、「生活リハビリ」を十分に理解できる良い関わりだったと思います。今後も続けて行けたら良いと思います。
介護福祉士	1	2	53	11	1	専門職と見て話合う時間があれば、利用者の生活は良いものになる			
看護師	1	2	54	36	1	出来ない部分ではなく、出来る部分を見て支援する方向性を考えるようになった。	自分の分野だけでなく、他職種との連携も考えながら実施する必要がある。	座位保持を例にとっても、車椅子から椅子に移動することで機能維持や向上につながる。ひとり手間をかける事に対する意識がなくなった。	目標が見えたら、話し合いが持てるようになった。
介護福祉士	1	1	36	10	0	出来ないだろうと思っていた事が出来るようになっていく過程を目の当たりにして、リハビリの重要性が理解できた。			
ヘルパー	1	2	24	3	1	利用者が出来ていないと思っていたことで、出来ていなかった事に気づくことができた。			
准看護師	2	2	37	16	1	より一層関心が強くなったし、専門職の助言が必要だと思った。			
ヘルパー	2	1	45	11	1	リハビリの重要性、個人の意思に任せただけのリハビリではここまでできていないのかもしれない。十分出来ていないことを改めて分かった。			
検査福祉士	2	1	46	9	0				
看護師	2	2	47	25	0				
介護福祉士	1	2	37	15	1				
介護福祉士	2	2	55	12	0	病気や怪我の回復のための運動というイメージがあったが、その人の生活状況や能力に変化を察知することが分かった。			
介護福祉士	1	2	37	16	0				
介護福祉士	1	2	35	14	0				
介護福祉士	1	1	49	23	0				
介護福祉士	1	2	55	30	1				

基本属性・有能感（実施前）

職種	性別	年齢	経験年数 (職種)	Ⅱ 有能感(前)															合計
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
OT	1	32	8	2	2	2	4	4	3	4	4	3	3	3	3	3	3	3	46
PT	1	33	4	2	2	2	2	1	2	3	2	2	2	2	3	3	4	2	34
ST	2	31	5	3	4	3	5	4	4	5	5	3	3	4	5	5	5	5	63
歯科衛生士	2	53	33	3	4	4	4	4	4	3	3	3	4	3	3	3	2	2	49
PT	1	50	28	4	3	3	4	3	3	3	3	4	3	3	4	4	4	3	51
PT	1	38	13	3	3	3	4	2	2	2	2	3	3	2	2	2	3	3	39
PT	1	30	7	3	3	3	4	3	3	3	3	4	3	3	4	4	4	4	51
OT	2	36	13	3	3	3	4	2	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	46
PT	1	58	32	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	3	48
PT	2	38	15	4	4	3	5	2	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	52
PT	2	36	14	2	3	2	3	2	3	2	2	3	2	2	2	2	2	2	34
PT	1	33	11	3	3	3	4	3	3	3	3	3	4	3	4	4	3	3	49
PT	2	25	3	4	4	3	4	3	4	4	3	4	3	4	4	4	3	3	54
OT	1	30	4	2	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	45
PT	2	48	27	3	3	4	4	4	4	3	3	5	4	4	4	4	5	4	58
OT	2	47	27	2	2	3	4	3	3	4	3	2	2	2	3	4	4	3	44
PT	1	51	28	5	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	4	65
PT	1	32	8	3	2	3	4	2	4	4	4	3	4	3	3	3	4	4	50
PT	2	43	21	3	3	3	4	3	3	3	3	4	3	3	3	4	4	3	49
PT	2	44	23	3	3	4	4	4	3	3	3	4	4	4	4	3	4	4	54
PT	1	22	1	3	3	3	4	2	3	4	4	3	3	3	3	3	4	3	48
OT	1	27	5	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	58
OT	1	26	5	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	58
OT	2	25	2	3	3	2	4	3	2	3	3	3	3	3	4	3	4	3	46
PT	1	36	8	3	3	3	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	55
ST	1	32	5	2	2	2	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	40
OT	2	24	4	2	2	2	3	2	3	3	4	2	3	3	4	4	4	2	43
PT	2	28	5	2	2	2	4	3	4	4	4	2	2	2	3	3	4	3	44
PT	2	30	8	2	2	3	4	2	2	3	3	3	2	3	4	3	4	3	43
PT	1	24	2	3	2	3	4	2	3	4	3	4	2	3	4	3	3	3	46
PT	2	36	16	2	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	56
PT	1	32	10	2	2	4	4	4	4	4	3	4	2	3	4	4	4	4	52
OT	1	28	6	2	3	4	5	3	4	5	3	4	4	4	3	3	2	4	53
ST	1	30	3	3	3	3	4	3	3	4	3	3	3	3	3	4	3	3	48

基本属性・有能感（実施後）

職種	性別	年齢	経験年数 (職種)	Ⅱ 有能感(後)															合計
				101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	
OT	1	32	8	3	4	4	4	4	4	5	5	4	3	4	4	4	4	4	60
PT	1	33	4	3	3	3	3	1	3	4	2	2	2	2	4	4	4	2	42
ST	2	31	5	4	4	4	5	4	4	5	5	3	3	4	5	5	5	5	65
歯科衛生士	2	53	33	3	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	3	4	57
PT	1	50	28	4	4	3	4	3	3	3	3	4	3	3	4	4	4	3	52
PT	1	38	13	4	3	3	4	2	2	2	2	3	4	3	2	2	4	3	43
PT	1	30	7	3	2	3	4	3	3	3	3	4	3	3	4	4	4	4	50
OT	2	36	13	3	3	3	4	2	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	47
PT	1	58	32	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	3	48
PT	2	38	15	4	4	3	5	2	3	3	3	4	3	3	4	4	3	4	52
PT	2	36	14	3	3	3	3	2	3	2	2	3	3	2	3	3	3	3	41
PT	1	33	11	3	3	3	4	3	3	3	3	4	4	3	4	4	3	3	50
PT	2	25	3	4	4	3	4	3	4	4	3	4	3	4	4	4	4	3	55
OT	1	30	4	3	3	3	4	3	3	3	4	4	3	3	4	4	4	3	51
PT	2	48	27	3	3	4	4	4	4	3	3	5	4	4	4	4	5	4	58
OT	2	47	27	3	3	3	4	3	3	4	3	2	2	2	3	4	4	3	46
PT	1	51	28	5	5	5	5	4	4	5	4	4	4	4	5	5	5	4	68
PT	1	32	8	4	3	4	4	2	4	4	4	4	4	3	5	5	5	4	59
PT	2	43	21	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	58
PT	2	44	23	4	4	4	4	4	3	3	3	4	4	4	4	3	4	4	56
PT	1	22	1	3	3	3	4	2	3	4	4	4	3	3	3	4	4	3	50
OT	1	27	5	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	58
OT	1	26	5	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	58
OT	2	25	2	4	3	3	4	3	3	3	4	4	4	3	4	4	4	4	54
PT	1	36	8	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	57
ST	1	32	5	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	48
OT	2	24	4	4	3	4	4	3	4	4	4	3	3	3	4	4	4	3	54
PT	2	28	5	3	3	3	4	3	4	4	4	3	3	3	4	3	4	4	52
PT	2	30	8	4	3	3	4	3	3	3	4	3	3	4	4	4	4	4	53
PT	1	24	2	3	2	3	4	2	3	4	3	4	2	3	4	3	3	3	46
PT	2	36	16	3	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	57
PT	1	32	10	3	3	4	4	4	4	5	4	4	3	3	4	5	5	4	59
OT	1	28	6	3	2	4	5	3	4	5	4	4	4	4	3	3	3	4	55
ST	1	30	3	3	3	3	5	4	4	4	4	3	3	3	4	4	3	4	54

