口述発表抄録

記録システム導入と業務改善
～職員間の情報共有～

法人名 医療法人六和会
施設名 介護老人保健施設　六和会センテナリアン
発表者 原田隆志（介護福祉士）
共著者 坂本恵理　髙村裕美　田中昌美　櫻木三敏
野上露子　穴井優美　上野朱美

【目的】
記録物を簡素化し、業務改善・多職種との情報共有に取り組み介護職員が利用者に対して自立支援に向けた活動の提供に関わる時間を確保する事を目的とした。
【方法】
①記録物を電子化し業務改善
②職員の記録時間を有効活用し利用者の活動を個別に実施
③短時間利用者の受け入れ
④施設改装（共有スペースの拡大）

【結果】
記録物を電子化（ソフト導入）することで記録時間の短縮に繋がり短時間利用者を４パターン　延べ 24 名受け入れる事が出来た。
また、ケアプランに沿った活動を実施しリハマネⅡの目標に向け多職種と取り組むことが出来ている。同時に施設改装を行い、デイルームをリハビリ室と 1 フロアーで行う事でリハビリの様子や情報をパソコンやタブレットのみならず確認する事が出来るようになった。

【考察】
記録システム導入にあたり職員研修とマニュアルを整備し更に職員の通所リハビリに対しての認識を深める事が出来た。活動内容も自宅で出来ることを職員がする事で機能低下に繋がることから介護職員も自宅での様子をアセスメントすることで自主訓練の幅を広げる事ができ、リハビリ会議での調整もリハビリ課と行うことが出来るようになった。

【まとめ】
今回介護職員の業務改善をハード面・ソフト面で整えることで利用者の自立支援に向けた活動の提供やリハビリ目標に向けた多職種での関わりも改善する事が出来た。今後も通所リハビリとしての機能を十分果たし、地域に貢献して行きたい。

リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)の算定に向けて
～ 介護支援専門員への意識調査から ～

法人名 医療法人社団 三友会
施設名 いしかわ内科
発表者 野﨑 隆司（理学療法士）
共著者 田原 公彦（理学療法士）

【目的】
当院通所リハビリテーションにおいて、現在リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)(以下、リハマネ加算Ⅱ)は、要介護利用者５９名中２９名(４９％)しか算定できていない。当院においては医師が常勤で３名、PT２名、OT３名、ST１名のリハビリテーションスタッフも在籍しており、施設側としてのリハマネ加算Ⅱを算定できない理由は少ないと考えられる。そこで、リハマネ加算Ⅱが算定できない理由を施設側だけの理由で考えずに、介護支援専門員(以下、ケアマネ)に着目し、意識調査をする事により、今後リハマネ加算Ⅱの取得率の向上に繋がり、ケアマネとの意識共有による一元化されたアプローチに繋がるのではないかと思い調査を行った。

【方法】
平成２９年４月１日現在、当院通所リハビリテーション登録者９１名の内、リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)(以下、リハマネ加算Ⅰ)又はリハマネ加算Ⅱを算定している３０事業所５９名を担当しているケアマネに対し、アンケート調査を行った。調査期間は平成２９年５月８日から５月２０日であった。アンケート内に個人情報及び倫理的配慮について付記した。

【結果】
２０事業所４０名から回答を得る事が出来た(回収率６８％)。回答結果から、リハマネ加算Ⅰを算定した理由として、維持のリハビリを希望しており、リハマネ加算Ⅰの内容で十分であるという事が分かった。リハマネ加算Ⅱが算定できない理由としては、経済的負担増加の割合は低く、事業所側の体制が整っていない為、リハマネ加算Ⅰで依頼されたという意見が多かった。またリハマネ加算Ⅱを算定する事により、目標や課題が明確になり、医師の意見が取り入れられ、ケアプラン作成の参考になる事でケアマネにもメリットがある事が分かった。利用者全員にリハマネ加算Ⅱを算定する事には反対意見が多く、課題が明確になった。

【考察】
本調査からリハマネ加算Ⅱはケアマネからの要望ではなく、サービス事業所側からの依頼により算定された割合が高い。ケアマネから加算を指定されない理由として、利用者や家族、ケアマネに対しリハマネ加算Ⅱを算定する事によるメリットが伝わらず、実感を得ることが出来ていない為だと考えられる。実際、リハマネ加算Ⅱを算定する要件を整える事が中心となり、内容を追求する事が少なかった。その結果、今回の調査ではサービス事業所に対する不満も挙がっている。サービス事業所へのリハマネ加算Ⅱの内容に対する要望は今後とも増えていく事が考えられ、事業所全体で質の向上に取り組む事が大切であると考えられる。今後、通所リハを中心とする多職種協働におけるマネジメントが重要視される中、リハマネ加算Ⅱの内容を充実させる事で、当院の特徴を作りだす事が出来ると考える。

【まとめ】
現在の算定状況を見直した上で更なるリハマネ加算Ⅱの算定率の向上を目標とし、今回の調査を行ったが、算定に伴った内容の質を提供できていない事が明確になった。今後はリハマネ加算Ⅱの内容を充実させマネジメントの質向上を図り、(Ⅰ)と(Ⅱ)の差別化を明確にしたい。

通所リハビリテーションにおける理学療法士勤務日程の変動状況
～余剰時間の変動に対する一考察～

法人名 社会福祉法人こうほうえん
施設名 通所リハビリテーションきんかい
発表者 杉原健太郎（理学療法士）
共著者 今田健、竹内茂伸

【目的】通所リハビリテーションきんかい（以下、当通所リハ）には理学療法士（以下、PT）2 名が在籍し、利用者全員に 1 回 20 分以上の個別 PT を提供している。PT2 名は通所リハ専従と非専従に役割分担され、専従 PT はサービス担当者会議等へ出席し、非専従 PT は事業所と同一建物内にある回復期リハ病棟の入院患者へ対応している。通所 PT2 名の日程は概ね当該日の約 1 週前に立ち上げて調整し、随時個別 PT や、サービス担当者会議もしくは院内カンファレンス（以下、会議）を割り当てるが、その都度余剰時間も発生し、1 週間で状況が変動して当該日へ至る。余剰時間については、変動の傾向や要因が漠然としており、計画的運用に至りにくい状況にある。そこで本研究では余剰時間の変動に着目して傾向を見出すことを目的に、日程調整の記録（以下、日程表）より実態調査を行った。余剰時間の計画的運用および業務改善について、考察を加え報告する。

【方法】対象者は、当通所リハ事業所配属の PT2 名。期間は 2016 年 11 月 14 日～2017 年 5 月 22 日までの約 6 カ月間とし、うち PT2 名双方が 1 日勤務していた 107 日を対象日とした。日程表には、当該日約 1 週前に作成した日程（以下、1 週前）と、当該日 1 日前の日程（以下、前日）、当該日に確定した日程（以下、当日）の 3 種類の記録を残している。各々の記録より、対象日における専従および非専従 PT の、通所個別 PT 時間、病棟個別 PT 時間、会議時間の 3 項目について、所要時間を 10 分単位で抽出し、1 日あたりの平均値と標準偏差を算出した。また 1 日の勤務時間を 480 分とし、3 項目の所要時間を除して余剰時間を見出し、同様に 1 日平均値と標準偏差を算出した。

【結果】専従 PT について。通所個別 PT 時間は 1 週前 320.5 分±29.7、前日は 310.6 分±34.5 だったが、当日は 291.4 分±40.9 となり、約 19 分減少した。会議時間は 1 週前 11.3 分±27.0、前日 24.8 分±34.5、当日 25.3 分±36.5 であった。非専従 PT について。1 週前の通所個別 PT 時間は 92.5 分±57.8、前日 89.8 分±56.5、当日 91.3 分±61.6 であり、専従 PT と比べ変動は目立たなかった。また病棟個別 PT 時間は 1 週前 148.3 分±43.9、前日 249.1 分±76.1、当日 252.6 分±80.1 となっており、前日までに 100 分以上増えていた。余剰時間については、専従 PT は 1 週前 148.2 分±36.3、前日 144.5 分±42.7、当日 163.3 分±48.7 で、当日になって約 20 分増加した。非専従 PT の場合、1 週前 238.7 分±67.4、前日 138.3 分±58.8、当日 133.3 分±48.7 と、次第に減少していた。

【考察】非専従 PT は 1 週前の余剰時間が多いものの、病棟個別 PT を充てて当日までに余剰時間を減らす調整が成り立っている。一方で専従 PT は、前日までに会議等の日程を入れて余剰時間を減らすものの、当日になって利用者休み等に伴い通所個別 PT 時間が減り、その分余剰時間が増していた。余剰時間を計画的に運用する具体策として、書類作成（計画書等）や利用者送迎を兼ねた訪問調査などが挙げられる。特に送迎は所要時間やタイミングを考慮する必要があるが、生活環境確認や家族と情報交換を行いやすくなる利点もあり、リハマネジメントを効率的に進める上でも積極的に取り組むべきと思われる。専従 PT は、当日の余剰時間増加を想定しておくことで、条件を整えて送迎に出向きやすくなると思われる。

【まとめ】当通所リハ配属の PT2 名を対象に、勤務時間の内訳を調査し、余剰時間の変動状況とその要因を見出した。非専従 PT は余剰時間に病棟個別 PT を充てているが、専従 PT は当日になって利用者休み等に伴い余剰時間が増えていた。その点を予め考慮することで、特に専従 PT は送迎に出向くなど、余剰時間を活用しやすくなると思われる。

自立支援の取り組みが介護度の改善に与える影響
～多機能事業所によるサービス提供の効果～

法人名　医療法人社団 淳英会
施設名　おゆみの診療所[1)]　おゆみの中央病院[2)]
発表者　丸 晃典[1)]（理学療法士）
共著者　髙木 幸子[1)]（介護支援専門員）
　　上村公平[1)]（医師）　山下剛司[2)]（医師）

【はじめに】
平成 27 年度介護報酬改定で通所リハビリテーションにおいて自立支援による活動と参加がクローズアップされた。当事業所も在宅生活自立の中間施設として、自立支援を方針とし、平成 28 年１月にフロア改修とサービス見直しを行った。当事業所の利用形態は 1 時間以上 2 時間未満(以下、短時間)を４コース、３時間以上４時間未満(以下、半日)を２コース、６時間以上８時間未満(以下、一日)を１コースの合計７コース設けて、利用者の身体状況と利用目的に合わせて段階的に利用できるようになっている。また、利用者全員に個別リハビリテーション(以下、個別リハビリ)を実施し、要介護認定者全員にリハビリテーションマネージメント加算を算定することで、セラピストに加え多職種が利用者に関わり自立支援に取り組んでいる。今回、当事業所の自立支援の取り組みが介護度の改善に与える影響についてここに報告する。

【方法】
サービス見直しは事業所内の受動的サービスを環境調整することでリハビリテーション(以下、リハビリ)の一環として取り入れた。例として、職員がお茶を汲むのではなく、お茶を汲める環境を調整することや主体的に運動を行えるリハビリカードの作成である。また、在宅の問題点を事業所内でリハビリするために和室や風呂、キッチンなどの在宅の機能を設定するフロア改修を行った。平均介護度は方針見直し前の平成 27 年 4 月から平成 28 年 3 月に介護保険更新(以下、更新)を行った 215 名(平均年齢 78.3±8.3 歳)と方針見直し後の平成 28 年 4 月から平成 29 年 3 月に更新を行った 266 名(平均年齢 79.1±8.6 歳)の更新前後の平均介護度の差を比較した。統計学的検討は対応のある t 検定を用い、有意水準を 5%とした。平均介護度は事業所全体と短時間、半日、一日で算出した。

【結果】
更新前と後の平均介護度は事業所全体で方針見直し前は 1.48 から 1.51 へ方針見直し後は 1.54 から 1.54 となった。短時間では方針見直し前で 1.22 から 1.24 へ方針見直し後で 1.16 から 1.13 となった。一日では方針見直し前で 2.18 から 2.21 へ方針見直し後で 2.07 から 2.21 となった。半日は方針見直し前にコースがなく、方針見直し後は 1.91 から 1.76 となった。いずれも有意の差が認められなかった($p > 0.05$)。

【考察】
短時間で方針見直し後に平均介護度の改善傾向がみられた要因は個別リハビリを行い、問題点を明確化したことと多職種で関わる自立支援を行ったことと考えた。事業所内のみでなくケアマネージャーを含めた関係職種と連携を密にし、サービスを適正化することで在宅生活の質が向上し平均介護度が改善された。一日では方針見直し前と後で平均介護度が重度化する傾向がみられた。要因は更新前より介護度が重かったことに加え、加齢による身体機能と認知機能の低下や原疾患の悪化であった。介護度が重度化しても在宅生活を継続し当事業所を利用できた要因は、当事業所よりケアマネージャーへ利用者の状態を伝え、訪問系サービス、ショートステイ、福祉用具の提案と相談したことなどと考えた。事業所全体では方針見直し後で平均介護度を維持する傾向であった。要因は身体機能の改善と利用目的に合わせて提供するサービスを段階的に変更したことと考えた。

【まとめ】
自立支援の取り組みや多機能事業所であること、多職種で利用者に関わることで平均介護度改善や在宅生活を継続することができた。今後は介護度の変化と身体機能や認知機能の関係をみていきたい。

シルバー人材の活用における業務改善

法人名　社会福祉法人　悠人会
施設名 介護老人保健施設　サンガーデン府中
通所リハビリテーションセンター
発表者 大田　敬一（介護福祉士）

【目的】
当施設は、在宅復帰強化型としてリハビリ機能を強化し、併設する当センターにおいても、在宅に復帰した後の支援に注力している。しかし、定員 120 名で、毎日約 90 名の利用がある中、介護職の急な欠損に対して補充できぬまま、日々業務に追われている現状があった。そこで、介護人材不足から、介護職の専門性向上と元気高齢者活用として、三重県老健協会がモデル事業を行った「介護助手」の取組に注目し、地域のシルバー人材センターの人材（以下、シルバー職員とする）を活用して、業務改善に繋がったことを報告する。

【方法】
平成 28 年 7 月中旬よりシルバー職員業務内容の検討を開始し、シルバー人材センターへ人材派遣を依頼する。8 月 1 日には、シルバー職員の配置時間や必要日数を決定した。8 月 3 日には、シルバー人材センター職員とともに面接し、業務依頼内容確認と施設紹介を行った。そして、シルバー職員が業務開始できる 8 月 5 日から 10 時～15 時（内休憩 1 時間含む）5 日間で契約開始となった。

【結果】
シルバー職員には、配茶・配膳・下膳・食事量チェック・おやつ配布・洗い物の業務を移行した。食事量については、利用者を把握し、下膳と食事量確認とその記載までの一連の業務となることから移行できなかった。そこで、下膳をすべて依頼することとした。
介護職員は、周辺業務が移行されたことで、トイレ介助や飲水介助など、利用者を待たせることなく、円滑に行えるようになった。また下膳作業もシルバー職員が担う事で、その時間にあるケアマネージャーからの連絡も待たせることなく対応できるようになった。
シルバー職員のマニュアルを作成した事で全体の業務も見直す事になり、今までの業務マニュアルも整理された。

【考察】
日々利用者がかわるため、シルバー職員が利用者を把握した対応は難しいことが解かった。
複雑な作業はシルバー職員と相談のうえ、介護職員と業務を分担しマニュアルの見直しを行った。シルバー職員のできる業務についてはできるだけ簡素化し、仕事を確実に覚えるまでの間は、職員が必ず一緒に行うことで、仕事に対しての不安を軽減することができた事が定着に繋がったと考える。
これまでに介護職員が当然のように行ってきた業務を移行していくプロセスで、介護職員の専門性について考える機会を得た。
周辺業務をシルバー職員へ移行できたことで、介護職員の補充がないなかでも、利用者を減らすことなくサービス提供が継続できた。今年度は、さらにリハビリ機能を強化できるように理学療法士や作業療法士とともに取り組んでいる。

【まとめ】
シルバー職員が配茶や食事の準備等の非専門的な業務を担う事で、介護職員が、少ない人数であっても身体介助等の専門的な業務に従事することができ、サービスの質の低下も防ぐ事ができた。現在はシルバー職員を 1 名増員し、常時配置している。これからの超高齢化社会において、元気な高齢者が介護現場で活躍できる環境を構築して行く事が、担い手確保の有効な対策であると考える。今後もシルバー人材を活用することで、担い手不足を解消し、ケアの質の確保と新たなサービスに向けて業務改善を図っていきたい。

健康増進施設に併設して運営する通所リハの現状と課題

法人名　医療法人社団　筑波記念会
施設名　筑波記念病院
発表者　山口　可奈（理学療法士）
共著者　金森　毅繁、小關　剛、長澤　俊郎、小關　迪

【目的】近年の診療報酬改定により、要介護被保険者の維持期リハビリテーション（以下、リハ）について、医療保険の外来維持期リハは、移行先として通所リハを念頭に置いた移行が推進されている。通所リハ事業所数は増加しており、通所リハに求められるサービスも多様化してきている。食事、入浴、レクリエーションなどのサービスを必要とせず、リハビリを集中的に実施したいという要望も見受けられる。当法人では介護老人保健施設において、主に 6～8 時間の通所リハを運営しているが、リハに特化したサービスを要望する利用者には十分に応えられていなかった。そこで、関連施設である健康増進施設を活用し、通所リハ利用者が健康づくりを目的とした地域住民と空間を共有して運動に取り組むことで、モチベーションの向上につながることや、ノーマライゼーションの実現に寄与すると考え、当該健康増進施設内にリハに特化した短時間通所リハを平成 26 年 7 月に開設した。開設以降の運営状況について報告する。

【方法】人員配置は医師１名、理学療法士３名、介護福祉士１名とした。通所リハ営業時間以外は健康増進施設業務を兼務した。元来の健康増進施設の職員はトレーナー5 名であり、通所リハの送迎業務、請求業務は、理学療法士・介護福祉士を中心に、トレーナーも役割を担った。定員は 20 名、週 3 日（月・水・金）の 13：30～16：00、2～3 時間とした。対象となる利用者は、介護度が要支援 1、2、要介護 1、2 とし、相談があった時点での利用可能条件は、移動が自立もしくは見守り、トイレ動作が自立もしくは見守り、一人で運動が遂行できる認知機能を有することとした。通所リハ中のプログラムは、個別リハ以外の時間は、個別に立案された自体重トレーニング、有酸素運動、マシントレーニング等を、決められた時間枠の中で本人が管理をしながら実施し、口頭もしくは記載にて実施内容を自己申告する形式で行った。

【結果】平成 26 年 7 月に開設後、平成 27 年 3 月時点の契約者数は 9 名であり、1 日の利用者数は平均 5.5 名、介護度は要支援１が２名、要支援２が１名、要介護 1 が 4 名、要介護 2 が 1 名、要介護 3 が 1 名であった。平成 29 年 3 月時点での契約者数は 17 名であり、1 日の利用者数は平均 6.8 名、介護度は要支援 1 が 3 名、要支援 2 が 4 名、要介護 1 が 7 名、要介護 2 が 3 名であった。全契約者 27 名の内、医療保険での外来維持期リハからの移行は 7 名であり、退院後の利用が 3 名、訪問リハからの移行が 2 名であった。当初の想定した利用条件に合致しないが契約したケースがあり、身体機能の低下に対して車いすの走行介助や認知機能低下に対して介護福祉士が運動遂行の手伝いをするなどの対策を講じた。自主的にプログラムを確認、時間管理をすることで、リハビリを受けるという受動的イメージから、自主的にする・やりたいことをする能動的なリハの提供が可能となった。健康増進施設内に設置しているため、介助者である家族が同時間帯に運動実施するケースが 2 例あった。

【考察】健康増進施設の職員と協力し、兼務することで健康増進施設内の通所リハ運営が可能となり、さらに通所リハの利用者と健康増進施設の利用者の隔たりが少なく同一空間で利用している感覚が得られたと考える。3 年を通して利用者数は微量であるが増加しており、受動的なリハから能動的なリハの実施が可能となる場としての短時間通所リハの意義をさらに打ち出していく必要がある。

【まとめ】短時間通所リハは、外来維持期リハの移行先としてだけでなく、健康増進施設内で運営することで、ノーマライゼーションの観点、地域貢献の観点からも有益であり、今後進展していく必要がある。

認知症予防への取り組み
～シナプソロジー導入後からの笑顔～

法人名 医療法人社団 孔和会
施設名 ケアセンター 海ん里
発表者 山﨑成樹（介護福祉士）
共著者 野田洋 柿本梓 杉本勝浩 安田健太

【はじめに】

認知症高齢者は年々増加傾向にある。当施設のある旧牛深市圏では高齢化率約 42%と全国平均約27%より遥かに高い地域である。又、当施設利用者は約 4 割の方が認知症かその疑いがあり、今後も高齢化が進むにつれ現在利用中・今後利用見込みの方々に認知症予防の介入の必要性が高まると思われる。

そこで、当施設では認知症予防への取り組みとして従来の活動に加え平成 27 年 11 月からシナプソロジー®を導入した。シナプソロジー®とは二重課題を用いて脳内ネットワークの強化を目的とした運動である。導入から 1 年が経過した時点で認知機能の変化を長谷川式簡易知能スケール（以下、HDS－R）を用い検証し若干の知見を得たのでここに報告する。

【対象者】

当施設を利用し、シナプソロジー®導入前後の HDS－R の記録が残っていた利用者 68 名（男性 17 名、女性 51 名）を対象とした。平均年齢 83.7±6.9 歳であった。

【方法】

介入法として 7 種類のプログラムを用意。介護スタッフが毎日 10 分間、1 種類のプログラムを実施。2 日毎にプログラムを変更し、1 年かけて実施した。検証法として予防給付群と介護給付群、HDS-R の得点が 21 点以上と 20 点以下の群に分割し、認知機能評価の得点の経時的変化について検討を行った。

【結果】

利用者全体でみるとHDS-Rの平均点数は若干ではあるが上昇した。しかし、介護度別に見ると予防給付群の平均点は下がっており、介護給付群の平均点は上昇した。また、HDS-R を用いて、21 点以上の群と 20 点以下の群に分けた場合には、21 点以上の群の平均点は下がり、21 点以下の群の平均点は上昇した。HDS-R の中で 4、7 番の短期記憶の項目は両群とも点数は上昇している。

【考察】

今回私たちはシナプソロジー®を導入してから一年後の認知機能の推移を HDS-R を通して検証した。まず 21 点以上の群ではHDS-R が減少していた。これは 21 点以上の群がシナプソロジー®という新しい刺激に対して順応性が高く、違うパターンの動作介入でありながら脳に対しては運動刺激が介入から短期間でプラトーを迎えその後は減少、または平行線を辿りいわゆるマンネリ状態となり、点数に反映されたではないかと考えた。

逆に 20 点以下の群では元々介入に対しての順応性の遅さゆえに、21 点以上の群と同じ運動を行ったとしてもゆっくりとした脳内ネットワークの強化がなされていたが故の結果と考える。つまり、言い換えると 21 点以上の群は効果の即効型、20 点以下の群は遅効型ではないかとも受けとれた。

次に HDS-R、4 番と 7 番の項目で 21 点以上と 20 点以下の群共に点数の上昇が見られた。これは今回の結果が先行研究と類似しており、今後もシナプソロジー®を行っていく事で短期記憶の向上について有用なのではないかという示唆を得た。

その他、先行研究では、長期記憶、注意・実行機能、言語の流暢性に関しての効果の検証がなされている。しかし、これについては私たちの介入、検証では明らかな傾向は認められず、今後更なる検討を行っていきたい。

【まとめ】

シナプソロジー®は、短期記憶、長期記憶、注意・実行機能、言語の流暢性の向上に効果があると言われている。今回の検証では明確な効果を得るまでには至らなかったが、シナプソロジー導入後より、御家族から「短期記憶の維持が出来る様になった」「自宅での表情が明るくなり会話量が増えた」との声が聞かれる様になった。又、利用者の変化として「表情が明るくなる」「覚醒時間の増加や従来の活動に対する意欲向上」に伴い、在宅生活の中での変化に繋がる結果を得る事が出来た。今後はプログラム内容を見直すと共にグループ変更や HDS-R 以外での検証を実施していきたい。

作業活動と認知機能の関連性について
～効果的な作業提供に向けて～

法人名　医療法人　社団　松涛会
施設名　老人保健施設コスモス　通所リハビリテーション
発表者　本綱　百合枝（介護福祉士）
共著者　冨岡　洋子　　大内　陽子　　下村　浩子　　中嶋　裕美

【目的】
当事業所では脳賦活活動の一環として男性は午前、女性は午後に塗り絵や計算等の作業を提供している。塗り絵の効果として古賀は「認知力を向上させ癒し効果までもたらす働きがあると考えられる」１）、また計算の効果として「脳の老化を防止し、脳を若返らせる可能性がある」２）と川島は言っている。当事業所では、作業活動を毎日行っているがマンネリ化し効果が得られているか分からない。そこで、効果的な作業提供の仕方を検討するため、作業活動時間に同一の作業を行うグループと、複数の作業を行うグループの認知機能を比較調査し、効果的な作業提供の方法を検討する。

【方法】
期間：平成 28 年 5 月 1 日～平成 29 年 2 月 28 日
対象：１）登録者 230 名のうち、週 2 回利用し作業活動を毎回行っている利用者 34 名
男性　5 名（平均年齢　79 歳± 6 歳）
女性 29 名（平均年齢　83 歳±15 歳）
２）HDS-R　20 点以上
３）要支援 1 ～要介護 4
４）研究期間中に体調の変化のない利用者
内容：１）対象者全員に平成 28 年 5･6･7･8 月に実施前の HDS-R 測定をする。
２）複数の作業を行うグループ 18 名と同一の作業を行うグループ 16 名の作業活動の内容を調査する。
３）平成 28 年 11･12･平成 29 年 1･2 月に実施後の HDS-R 測定をする。
４）同一作業を行うグループ 16 名内訳（塗り絵 8 名、計算 2 名、ジグソーパズル 4 名、将棋 1 名、脳トレプリント 1 名）
分析方法：同一作業を行うグループと複数の作業を行うグループの実施前後の HDS-R の平均点の差は正規分布にてスチューデント t 検定で統計処理を行った。

【結果】
複数の作業を行うグループの HDS－R の平均点は 0.2 点上昇、同一作業を行うグループの HDS－R の平均点は 0.7 点低下した。統計処理を行った結果、有意水準５％（p＜0.05）P＝0.7136 で有意差はみられなかった。

【考察】
複数の作業活動を行った利用者のほうが、HDS－R の点数がわずかに上がった。「脳の機能を高めるためには、バランスのよい脳にすることが、脳の高度な能力を引き出す近道。」また「脳にバランスよく血流が行くためには、新しい刺激で脳を活性化するということが必要」３）と米山がいっているように、複数の作業を行うほうが、バランスよく脳を鍛え、活性化すると考えられる。同一の作業を行うグループの平均点が低下した。利用者が好んだ作業や得意な作業を楽しみながら行っていく方があきにくく、継続できると思われるが、認知機能の向上には繋がらないと考えられる。しかし、個人差もある。「マンネリ」と「新しいこと」のバランスをとりながら、作業提供と認知機能の測定を継続し利用者の認知機能の変化に注意しながら利用者に合った効果的な作業提供をしていく必要があると考えられる。

【まとめ】
①複数の作業を行うグループと同一の作業を行うグループ認知機能の差はみられなかった。
②同一の作業のみでなく、利用者の個別性に合わせて、「新しい」作業をバランスよく提供していく。

認知症を有する利用者へのリハ会議の有効性について

法人名　医療社団法人永生会
施設名　スマイル永生
発表者　林こずえ（作業療法士）
共著者　松井佳奈美、三宅英司、金子弥樹

【目的】リハビリテーション（以下リハ）会議は、リハマネジメント（以下マネ）加算Ⅱの算定要件の一つであり、リハ職による専門的見地から利用者の状況等に関する情報を、家族や居宅サービスに関わる従業者（以下従業者）と共有して、アセスメントすることを目的としている。本研究の目的は、認知症を有する利用者の課題抽出と目標設定および介入におけるリハ会議の有効性について検討することとした。

【方法】対象は、平成 28 年 4 月から平成 29 年 5 月までに当通所リハ施設を利用した、認知症（Alzheimer 型認知症、脳血管性認知症、Lewy 小体型認知症）を有する利用者 19 名（平均年齢 84.8±5.96 歳、平均利用年数 2.1±2.4 年）とした。群別は、リハ会議実施の有無により、実施群 8 名（平均年齢 81.6±5.63 歳、平均利用年数 1.5±1.6 年）、非実施群 11 名（平均年齢 87.1±5.07 歳、平均利用年数2.9±2.8年）の2群に分類した。調査は、平成 29 年 5 月時点におけるリハ利用状況と実施群における主な会議内容について調査した。リハ利用状況は、以下の通り①修了・修了見込、②実施中、③中止の 3 つに分類した。

①修了：家族および従業者間で共有された目標（以下合意目標）を設定し、達成の上当施設の利用を終了した場合。

修了見込：合意目標を設定することができ、終了の目処が立っている場合。

②実施中：合意目標を設定することができず、終了の目処も立っていない場合。

③中止：心身機能の低下や本人および家族の都合等により当施設の利用を終了した場合。

またリハ会議の主な内容は、「通所リハビリテーション・訪問リハビリテーションの報酬・基準について（案）」（厚生労働省）を参考に、1）家族と従業者による情報収集および共有（以下情報）、2）課題の抽出（以下課題）、3）合意目標の設定（以下目標）の 3 つに分類した。

【結果】利用状況は、実施群では修了・修了見込 6 名（75%）、継続２名（25%）、中止０名（0%）、非実施群では修了・修了見込 1 名（9%）、継続 7 名（64%）、中止 3 名（27%）であった。実施群では修了・修了見込が最も高率で、非実施群では継続が最も高率となった。

実施群における主なリハ会議の内容は、情報 8 名（100%）、課題 7 名（87.5%）、目標 6 名（75%）であった。

【考察】実施群が非実施群に比べて、修了・修了見込の割合が高率となったことから、リハ会議による情報収集および共有、課題の抽出、合意目標の設定は、有効であると考える。さらにリハ会議は、家族や従業者と協業にてアセスメントを行うため、本人の残存機能に見合った代償手段の提案や、人的・物的環境調整が行えたことも、修了・修了見込みが高率となった理由と考える。非実施群は、週に１または２回の通所リハ利用時における利用者からの情報収集が主な手段となるため、解決すべき課題の抽出や目標設定、積極的介入には至らなかったと考える。

認知症を有する利用者は、記憶障害や見当識障害により、自らの問題点や課題を正確に把握し伝達することが困難である。そのため様々な人的資源から情報収集を行い、課題の抽出や合意目標の設定が可能となるリハ会議は有効性があると考える。

【まとめ】認知症を有する利用者にリハ会議を実施することは、在宅生活における支援を行い、通所リハを適切に修了するために有効と考える。

学習療法で「いい施設＝いい職員＝いいケア」を目指して
～学習療法と機能訓練を並行して行った３つの取り組みから学んだこと～

施設名　介護老人保健施設　和光園
発表者　小野泰広（介護福祉士）

【はじめに】当施設は、平成 21 年より認知症短期集中リハビリの加算算定ツールとして、学習療法を導入した。通所では、入所を退所し、在宅復帰された方の切れ目ない学習支援の為に平成 24 年より学習療法を開始し、平成 26 年より「くもん学習療法実践モデル施設となった。今回、学習療法の質を担保しつつ、学習療法と並行した生活機能改善リハビリで認知症の改善は基より、在宅での生活の維持向上や職員の成長にも繋がったので報告する。

【取り組み】

＜事例紹介１　自立支援＞ A 氏　女性

H26 年 2 月開始 78 歳 介護度 1　MMSE23 点 FAB13 点	
既往歴	アルツハイマー型認知症
利用目的	認知症の悪化で石川県より緊急入所→2ヶ月後在宅復帰（通所利用開始）
学習療法の目的	認知症の改善・コミュニケーションで不安をなくす・学習を通じ仲間を作る
機能訓練の目的	屋外歩行の安定・日常生活動作の自立・家事関連動作の獲得
H27 年 4 月卒業 79 歳 自立 MMSE25 点 FAB17 点	

＜事例紹介２　得意復活支援＞ B 氏　女性

H25 年 7 月開始 94 歳 介護度 4　MMSE21 点 FAB8 点	
既往歴	脳梗塞後遺症・左大腿骨転子部骨折
利用目的	認知症と排泄動作の改善で入所し、4 ヶ月後に在宅復帰（通所利用開始）
学習療法の目的	認知症の改善・得意復活でジャムや梅干し作りの作り方を娘に伝える
機能訓練の目的	福祉用具を使用しての歩行動作の改善・排泄動作の維持向上
H27 年 7 月終了 96 歳 介護度 3 MMSE24 点 FAB12 点	

＜事例紹介３　意欲ＡＤＬの向上＞ C 氏　女性

H27 年 6 月開始 77 歳 介護度 4　MMSE20 点 FAB3 点	
既往歴	右被殻出血
利用目的	安全な立位保持と移乗への下肢筋力向上により入所→5 ヶ月後在宅復帰(通所利用開始)
学習療法の目的	人に依存することなく、自分の事は自分で行なうことが出来る
機能訓練の目的	食事動作の自立と排泄・入浴動作(機械浴→一般浴へ)の安定へ
現在、79 歳 介護度 3 MMSE23 点 FAB15 点	

【結果】A 氏…介護度 1 で通所利用開始し、非該当となり、卒業。B 氏…ジャム作りの得意復活支援により、家族にレシピを伝え、死去に伴い支援終了。C 氏…学習療法と並行した機能訓練でＡＤＬの改善ができ在宅復帰され、現在も元気に在宅で暮らす。

項目	A 氏		B 氏		C 氏	
MMSE	開始時	卒業	開始時	終了	開始時	現在
	23 点	25 点	21 点	24 点	20 点	23 点
評価	＋2 点		＋3 点		＋3 点	
FAB	開始時	現在	開始時	現在	開始時	現在
	13 点	17 点	8 点	12 点	3 点	15 点
評価	＋4 点		＋4 点		＋12 点	

【考察・まとめ】前頭前野へのアプローチで指示の理解に効果があり、生活機能改善リハビリとの相乗効果もあり、入所・通所の切れ目ないケアと学習療法と機能訓練で施設のケアの質が上がった。学習療法の 20 分間は、リスクや内なる思いを気づく場、最良のケアを導き出せる場、職員の成長の場のツールとなり、ケアの質と職員の質が上がったと考える。

通所リハビリテーションにおける介護福祉士の取り組み

法人名 医療法人　潤心会
施設名 熊本セントラル病院　通所リハビリテーション事業所
発表者 藤岡まどか（介護福祉士）
共著者 浜崎まゆ、山口裕子、北崎真樹、池田健吾、荒木新也、岩村泰年

【目的】

当通所リハビリテーション事業所（以下,当通所リハ）は要介護高齢者の生き方や生活全体に関わり在宅生活を支えることを目的としたサービス提供を行っている。当通所リハの介護福祉士の取り組みはセラピストと連携して入浴自立を促すセルフケアや自主トレーニングの作成と実践である。また、当通所リハ内で独自に行っているボランティアサポーターの育成や身体機能に合わせたレクレーション活動を行っている。

今回、介護福祉士による取り組みで通所リハ利用者の行動の変容や達成感のある活動が実現できた。しかし、取り組みでみえてきた課題もあり、その内容を踏まえて報告する。

【対象及び方法】

対象は通所リハ利用者全員であるが、身体機能に合わせ参加できる対象者や支援内容の選定を行っている。方法は介護福祉士で「１．入浴」、「２．自主トレーニング」、「３．ボランティアサポーター」、「４．レクレーション」の４つのチームに分け取り組んでいる。

【取り組み内容】

１．入浴

初回利用時はなるべくセラピストと一緒に入浴評価に入り介助方法の統一を行う。看護師とは皮膚剥離や打撲痕の確認を含めたリスク管理を行っている。必要時は自宅での入浴評価にセラピストと同行するなど自立支援を行っている。

２．自主トレーニング

１つ目は計算や漢字、塗り絵など脳活性化を促す机上課題である。２つ目は介護予防用のパンフレットをセラピストと一緒に作成し利用者へ提供している。時に介護福祉士が集団でゴム紐等を使用しながら家でも可能な自主トレーニングの指導を行っている。

３．ボランティアサポーター

登録者は２３名である。内容は台拭きや配膳・下膳の手伝い、茶碗洗い、掃除、枕カバー入れ等の活動を行っている。登録者へはポイントカードを配布しており、ポイントが貯まると当院売店にて商品と交換できるシステムである。

４．レクレーション

月単位では定期的に書道教室や広用紙サイズのカレンダー作り、レクレーションに使う物品作成を行っている。年単位で夏祭り、運動会や忘年会等を行っている。

【取り組みの結果】

１．入浴に対して当通所リハ利用者は入浴希望が８０％以上である。自立支援を強化しても入浴終了例は１０％に満たない状態であり在宅への入浴移行は容易でないことがわかった。

２．自主トレーニングは午前に机上課題、午後は運動中心と自分で計画する利用者や利用者自ら小集団を作り介護予防用のパンフレットを使用して運動するなど今までなかった行動を認めている。

３．ボランティアサポーターは２年が経過しても継続的に活動できており個々の役割が定着している。行動の変化としてポイントを貯めて仲間で買い物に行く利用者やボランティアサポーターをすることで休みが減った利用者を認めている。

４．レクレーションは書道教室で書いたものを雑誌の投稿募集に応募するなど目標をもち取り組む利用者が増えている。また、年単位のイベントは催し物が多く利用者とスタッフが一緒に練習し本番で達成感を味わうなど互いに信頼を高めるような場面を認めている。

【まとめ】

４つの取り組みにより利用者の行動の変化を認めた。しかし、曜日によって業務の煩雑さが異なり質の担保が難しくなってきている。今後は業務の見直しを含めて４つの取り組みを継続していきたい。

目的を見出して活動性・意欲の向上を目指した一症例
～退院後の妻を支えたい～

法人名　一財）脳神経疾患研究所
施設名　南東北通所リハビリテーションセンター
発表者　武藤優子(介護福祉士)
共著者　横田ちひろ(介護福祉士)、小野仁史(理学療法士)、武田哲(理学療法士)

【目的】
痛みや精神的な不安により、当初の利用目的を失い、活動性や意欲の低下がみられた事例を経験した。当利用者の新たな目標を設定し、支援内容を再考することで、活動性や意欲の向上がみられた為、以下にその内容を報告する。

【症例】
70 歳代、男性。H28.8.1 転倒による右坐骨・恥骨骨折にて H28.11.22 迄入院。H28.11.26、仕事復帰を目指して週 3 回の当事業所利用開始。元来社交的だったが年齢と共に非社交的へ。受傷前迄自営工場で就労。麻痺・運動制限はなく、T 字杖で歩行自立。受傷部痛(NRS:6/10)を理由に臥床時間が長く、活動性が低い。利用中は、臥床希望や疼痛の訴えが主で、他者交流はほとんどなし。H29.3 妻の入院以降は不眠傾向になり、利用時では食事・排泄・10 分程度の運動・見舞いを兼ねた院内歩行練習以外はほぼ臥床。在宅時も痛みを理由に活動の機会はほとんどない。家族は「自分のことは自分でしてほしい」との希望はあるが本人の受入れは不良。担当者会議の事前会議を家族・ケアマネと開催。「退院後の妻の援助を行う」を目標とし、活動性を上げ、体力を回復させていくことを提案。採用されたケアプランは、H29.5.2 担当者会議にて本人の了承を得る。H29.4.8 の心身機能評価及び ADL は四肢筋量：21.1 ㎏、体幹筋量 27.4 ㎏、5m 歩行：4″68、TUG：11″95、NRS：5/10(腰)、FIM：113/126 点であった。

【方法】
①利用毎に、個別スケジュール及び自主トレーニングメニューを手渡すことで活動を促し、約 1 ヶ月後の心身機能と ADL を評価した。
②「離床時間拡大」「活動性向上」に繋がる成功可能な段階的課題を設定し、課題を達成する
ことで利用者の自信向上を図った。
③利用中の様子を家族に報告し、長女・長男家族から「頑張ってるね」等の活動性向上に繋がる声かけを依頼した。
尚、ここでの「活動」とは、通所リハビリプログラム参加・他者交流等能動的な行動とする。

【結果】
①H29.5.29、四肢筋量：22.5 ㎏、体幹筋量 29.5 ㎏、5m 歩行：3″57、TUG：7″15、NRS：4/10(受傷部)、 FIM：123/126 点。
②臥床時間は昼食後の午睡のみ、活動時間は午前 2 時間、午後 2 時間半へ向上。「頑張らないといけない」等の発言や他者交流、予定以上の運動を実施する等、活動意欲出現し、疼痛を理由とする活動不参加減少。
③家族間での会話が増加し、関係性良化。

【考察】
「どうすればよいかわからない」という思いから行動できずにいたが、明確な目標設定と、計画の具体化を行ったことで行動を起こす為のハードルを下げることができたのではないか。また実施状況を確認することで、運動の習慣化ができた。これらのことが、心身機能及び ADL 向上に繋がった要因ではないかと考える。
段階的な成功体験と、家族や職員からの承認・賞賛が自己効力感を高め、「今日も運動を頑張ります」「孫のバレーの応援に行きたい」等の発言や活動時間延長等の、意欲向上に繋がったと考える。

【まとめ】
当初の利用目的を見失い、漫然とした利用となっていたが、具体的な行動目標を設定したことにより、主体的な利用へと変化した。今後は「家庭内役割の獲得」等の課題設定をするなどして、目標達成に向けた支援を継続していく。

通所リハビリテーションの卒業に向けた自立支援の取り組み

法人名 1)医療法人　潤心会
施設名 1)熊本セントラル病院通所リハビリテーション事業所
2)九州中央リハビリテーション学院
発表者 1)甲斐　明由葉（作業療法士）
共著者 1)池田健吾、1)岩村泰年、2)亀尾香珠代

【目的】
今回、５０代男性に対し通所リハビリテーション(以下、通所リハ)の卒業を目標に作業療法(以下、ＯＴ)を実施した。ＯＴ開始から９ヶ月が経過し、まだ支援の途中ではあるが症例に変化が見られるようになった。症例は公務員として勤務していたが、４０代でうつ病、広汎性発達障害、糖尿病などを発症し退職した。転換性障害である歩行困難を来し、自宅にこもりがちの生活を送っていたが、約２年前に通所リハが開始となり、理学療法士による運動療法を実施した。その後当初は自動車運転再開を目標にＯＴ開始となった。歩行状態が安定してきた現在、地域ケア会議では「通所リハの卒業とその後の活動の確保、就労」を方針とした。運転支援も含め、方針に沿って自立支援を目的に実施している作業療法について以下に報告する。

【方法】
最初にインテーク面接を実施し、本人の「やりたい事」を明確化した。またそれが困難となっている原因を考察した。本人・家族と、通所リハ卒業後の生活を具体的にイメージし、目標を共有し支援へと移行した。実際の支援としては、自動車運転支援(病気により運転免許証の更新ができずに２年経過していた)、屋外歩行練習(毎回700m 程度)、一般スポーツジムの情報提供と見学、ジム周囲の散歩コースで歩行評価である。運転支援では、当院にある運転シミュレーターを使用し、運転技能評価と練習を繰り返し、更新手続きの流れを伝えた。万が一更新ができないことも想定し、他の移動手段(電車・バス)の検討と、駅までの歩行評価を実施した。また看護師と協力し糖尿病に対する運動療法の必要性と低血糖発作の対処法を伝えた。通所リハ利用の度に本人と面談し、意思を確認した。

【結果】
運転免許証は更新が完了した。今後は駐車場などで家族と一緒に運転練習をしていく予定である。屋外歩行を繰り返す事でふらつきが減り、耐久性の向上を認めた。スポーツジム見学後「通ってみたい」との発言が聞かれた。また、散歩コースを実際に歩いたことで、現在の体力に合ったコースの見極めや、休憩場所の確認ができ、通所リハ以外の日に行ける自信がついた。低血糖症状への対処法として、ブドウ糖を持参できるようになった。ＯＴ開始から約９ヶ月経ち、歩行に対する自信がついたと発言があった。自ら家族を誘い、初めて温泉施設へ出かけたり、自宅から当院までを一人で散歩したりできるようになり、活動することへの意識が高まってきた。就労支援に関しては今後開始していく予定である。

【考察】
面談を重ねることで、症例が目指す生活を具体的にイメージすることができ、課題の原因分析とそれに対するリハビリができたと考える。症例にはやりたいことがあったにも関わらずできずにいた原因として、以下の事が挙げられた。①自信の喪失と意欲の低下・鬱状態、②自由な移動手段がなかったこと、③低血糖発作への恐怖心、④歩行障害による転倒への恐怖心である。歩行訓練を重ねた事と運転免許証の更新ができた事が最初の自信へと繋がり、次の活動へ積極的になれたと考える。通所リハ利用の度、どこに不安がり、どうすれば解消できるのかを一緒に考えたことも活動意欲へとつながった。また、お互いが通所リハの卒業という目標を見失うことなく、同じ方向を向けたことで支援がスムーズに行えたと考える。

【まとめ】
通所リハを卒業する為には、その後の生活を具体的にイメージして目標を立て、それを本人・家族と共有していくことが重要である。またデイケア内だけでなく、外出訓練を取り入れることでより具体化していくことが必要であると考える。

通所リハビリテーションと訪問リハビリテーションの併用介入により職場復帰した脳卒中者の１症例

法人名 医療法人社団保健会
施設名 東京湾岸リハビリテーション病院併設谷津居宅サービスセンター
発表者 松永玄（理学療法士）
共著者 伊堂寺友紀子（作業療法士） 鈴木研（作業療法士）
近藤国嗣（医師）大高洋平（医師）

【目的】
脳卒中者の職場復帰（復職）は、事例の個別性が高く、多要因な影響を受け、学際的な介入が必要とされる（佐伯、2003）。そのため、復職へは、通所リハビリテーション（通所リハ）の単一領域の介入では、十分にサポートできないことをしばしば経験する。今回、通所リハに加え、訪問リハビリテーション（訪問リハ）を併用して、複数領域にて協同しながら復職に向けて介入した。その介入経過についてまとめ、考察を加えて検討した。

【方法】
症例は 40 歳代男性、脳出血右片麻痺、要介護度は 2、通所リハ開始時で発症から 7 ヶ月経過していた。理学療法評価として、Brunnstrom stage は上肢Ⅳ、手指Ⅳ、下肢Ⅲで軽度の運動麻痺であった。歩行能力は、T 字杖と短下肢装具にて屋内自立、屋外見守りレベルであった。10m最大歩行速度は 39 秒と遅く、実用的ではなかった。日常生活動作は自立レベルであったが、手段的日常生活動作を評価する Frenchay Activities Index （FAI）は 0 点で介助レベルであった。生活空間の尺度である、Life-Space Assessment （LSA）は 23 点であり、通院以外の外出はなかった。

介護サービスを利用するにあたり、症例の復職に必要条件となる、通勤するための公共交通機関の利用や移動能力の改善、業務を遂行する体力の改善、さらに独居生活の自立を目標にした。目標に向け、通所リハを週 3 回から開始した。通所リハでは体力強化、移動能力の改善するため動作練習を中心に介入した。移動能力に改善が見られたことから、10 ヶ月後に、応用的な動作練習を行うため、訪問リハを週 2 回追加した。訪問リハでは、公共交通機関の利用練習や独居生活に必要な動作練習を中心に介入した。また、訪問リハで明確になった問題点について、通所リハでの運動プログラムに反映させ、協同して介入した。さらに、リハ会議にて、症例本人、リハスタッフ、ケアマネジャーで、復職までの綿密な目標設定や進捗状況の確認を毎回行った。倫理的配慮として、口頭にて本人に十分な説明を行い、書面にて同意を得た。

【結果】
通所リハ開始から２年２ヶ月後、復職することができた。移動能力として、10m最大歩行速度は 19 秒と改善し、公共交通機関の利用も一人で可能となった。さらに FAI は 21 点と改善し、独居生活に必要な最低限の能力を獲得することができた。またLSAは77点となり生活空間が拡大した。

【考察】
本症例は通所リハと訪問リハを併用したことで心身機能、活動、参加にバランス良く働きかけることができ、明確な目標設定を行い多職種で共有できたことで復職に至ったと考える。
脳卒中者の復職に必要な条件として、通勤できる移動能力、十分な体力を有していること（和泉ら、2006 徳本ら、2010）が報告されている。本症例は、通所リハと訪問リハにて、復職に必要な条件に対して、役割分担を行い、適切に介入できたことが復職に至った要因と考える。ただし、身体的要因や社会的要因が恵まれていたことは、復職できたことに大きな影響を与えている。今後、高次脳機能障害を有する難渋症例などについても検討したい。

【まとめ】
本症例では、通所リハと訪問リハを併用介入することで複数領域から介入でき、復職に至ることができた。

通所リハ修了後の生活の追跡調査

法人名　医療法人社団　輝生会
施設名　在宅総合ケアセンター元浅草
発表者　乙黒　竜一（作業療法士）
共著者　澤潟　昌樹

【目的】
平成 27 年度の介護報酬改定で、「活動・参加」に焦点を当てたアプローチが強く推奨されるようになった。通所リハビリテーション（以下通所リハ）を漫然と利用するのではなく、リハビリテーション会議（以下リハ会議）などを通して、通所リハを修了し、通所介護・地域資源へ移行するような支援が強化された。当センターでも積極的にリハ会議の開催、サービス担当者会議への参加を行い、一定数の修了者を出してきた。しかし一方で通所リハ修了者が、その後も「在宅生活を継続できているか」といった確認は行えていない。
そこで当センター修了者のその後の生活を調査し、当センターの修了に向けた取り組みについて再考する機会としたい。

【方法】
＜対象＞
2015 年 4 月 1 日～2017 年 3 月 31 日の期間で通所リハを修了した利用者
＜調査方法＞
・当センターデータベースから情報抽出
・①現在の生活状況、②介護度、③リハサービス利用の有無を本人・家族、または担当 CM へ電話にて聴取した。

【結果】
当センター登録数は約 310 名。
調査期間内に目標達成にて修了した利用者が 31 名。
平均年齢 82.0 歳、
通所リハ開始時の介護度は支援 1：7 名、
支援 2：6 名、介護 1：7 名、介護 2：5 名、
介護 3：0 名、介護 4：4 名、介護 5：2 名。
平均利用月数 16.3 ヶ月（最短 1 ヶ月、最長 72 ヶ月）。
主疾患は骨・関節疾患 17 名、脳血管疾患 10 名、循環器疾患 3 名、脊髄損傷 1 名。
転機先は通所介護が 18 名、体操教室などの地域資源 5 名、復職・ボランティア 4 名、趣味活動の再開 4 名。
通所リハ修了時の生活が維持できていた方が 23 名、リハサービスを再開した方が 5 名、逝去 2 名、施設入所 1 名。
介護度の変化に関しては改善した方が 4 名、維持が 24 名、低下が 2 名、調査不能 3 名（逝去・入所）。
何らかのリハサービスを再開した 5 名全員が、通所リハ修了時に提案した体操教室や通所介護が継続できていなかった。その理由として、通所介護が合わなかった、面倒になった、能力低下により通えなくなった等があげられた。
リハサービス再開の理由は能力低下 4 名、セラピスト未介入による不安 1 名。リハサービスを再開した時期は通所リハ修了から約 10 ヶ月後であった。

【考察】
通所リハ修了者の 74.1%が生活を維持できており、当センターの「修了に向けた取り組み」としては一定の成果を上げられたと考える。一方、16.1%が通所リハ修了後、約 10 か月で何らかのリハサービスを再開している。これは通所リハ修了時に提案した活動が継続できなかったことが原因だと考える。
今後は転機先に情報提供を行い、さらに転機先の活動が安定するまで通所リハでのサポートを強化する、また通所リハ修了から 6 か月程度でフォローアップ調査を行うなどの取り組みが必要ではないかと考える。

【まとめ】
今回の調査にて在宅生活を継続していくためには、移行先との連携や通所リハを修了した後のフォローアップが重要だとわかった。

地域包括ケアシステム構築のための当院通所リハの取り組み
～2 年前との比較と今後の展望～

法人名　医療法人社団健育会
施設名　石巻健育会病院　通所リハビリテーション
発表者　黒澤　啓子（理学療法士）
共著者　小野寺泰弘、首藤佑介、宮城峻介、菅原理恵子、関良子、
菅原香央里、岩元純美、會田洋人、高橋聡美

【目的】

本邦では地域包括ケアシステムの構築を推進しており、当院通所リハビリテーション(以下当院通所リハ)は、運営規定を「利用者の心身の機能回復を図り、あきらめかけていた趣味・スポーツの再開など、できる限り利用者の生活のサポートを行うように努める」としている。2 年前、当院通所リハ利用者(当時 51 名)が活動・参加レベルで求める内容と、通所リハスタッフ(当時 13 名)が提供しているリハビリテーションプログラムを調査し、地域包括ケアシステム構築のための当院通所リハの取り組みを検討した。前研究後、当院は移転・拡大し、利用者数が増え、スタッフの入れ替わりもあった。現状を再調査して 2 年前との比較を行いつつ、取り組み方を再検討し、今後の展望をたてることとした。

【方法】

①平成 29 年 4 月に当院通所リハに通所中の利用者で同意を得られた 131 名に対して生活行為聞き取りシート、興味関心チェックシートを使用し、活動・参加レベルで求めている内容を聞き取り調査。結果を【心身機能訓練】【ADL・IADL 訓練】【社会参加訓練】【その他】の項目に分類する。

②当院通所リハスタッフ 11 名に対し、リハビリテーションプログラムをアンケート調査する。実施内容を【心身機能訓練】【ADL・IADL 訓練】【社会参加訓練】【その他】の項目に分類する。

【結果】

①当院通所リハ利用者 131 名に対しての調査結果を 2 年前と比較すると、【心身機能訓練】87%→50%、【ADL・IADL 訓練】35%→72%、【社会参加訓練】62%→37%。2 年前は心身機能の改善を目的に通所している傾向が強かったのに対し、現在は ADL・IADL 項目を目標にあげる利用者が多い結果となった。

②当院通所リハスタッフ 11 名に対しての調査結果は、【心身機能訓練】95%→73%、【ADL・IADL 訓練】27%→80%、【社会参加訓練】8%→60%、【その他】50%→55%であり、2 年前と比較して活動・参加に着目したアプローチが増加していることがわかった。通所リハビリ経験の浅いスタッフは、心身機能訓練を提供している割合が高かった。

【考察】

利用者の求めているリハビリ内容・スタッフが提供しているリハビリ内容ともに、2 年前は心身機能訓練が大きな割合を占めていたが、現在は ADL・IADL 訓練についての項目が大幅に増加している。これについては、前研究によりスタッフが活動・参加へのアプローチに目を向けるようになったことや、病院の移転・拡大に伴い訓練の幅が広がったことが今回の結果に繋がったと考える。また、2 年前時点“今後の展望”としていた旅行や社会参加訓練を実践できるようになったことで、利用者自身が明確な目標を持ち、能動的にリハビリに取り組む環境が形成できてきていることも要因の 1 つであると予測される。

通所リハビリ経験の浅いスタッフに対しては、活動・参加目標を立案・アプローチする重要性を教育する必要があると考える。

【まとめ】

今回の再調査により、目標設定や提供しているリハビリテーションプログラムを再確認することができた。利用者とスタッフがともに活動・参加に目を向けるため、定期的に hope・needs を評価し、地域包括ケアシステムの構築に繋がるアプローチを行っていきたい。

風景写真の撮影を通して社会参加につながった一例
～「興味・関心チェックシート」を用いて～

法人名　社会福祉法人こうほうえん
施設名　なんぶ幸朋苑
発表者　内田康貴（作業療法士）

【目的】
今回、アルツハイマー型認知症(以下 ATD)を有する担当症例に腰痛、歩行不安感、易怒性が観察されるようになり「興味・関心チェックシート」を用いた聞き取りから挙げられた「写真撮影」を介入プログラムの主にする事で改善を図った。
【方法】
対象者：A 氏。80 歳代男性。妻と 2 人暮らし。
通所リハビリテーション(以下 DC)を週 3 回利用。
退職後、自治会、公民館活動に参加していたが ATD 発症後辞めている。
軍事教育を想起する為、身体的介入は拒否が強い。
平成 21 年 ATD 発症。平成 27 年脊柱管狭窄症発症。
FIM：運動項目 89/91 点　認知項目 29/35 点
歩行：TUG:14.5 秒　短距離は伝い歩き、支持物への依存が強い。長距離は自宅ではシルバーカー、DC では歩行車使用、上肢支持が強い。
個別リハビリ介入では認知課題(現実見当識訓練、記憶訓練)、籐細工、写真撮影を実施していたが、認知課題に対してや、他者の些細な行動に対して苛立つようになり易怒性が見られる。
MMSE:23/30 点。腰痛：NRS8/10 歩行不安感あり
方法：「興味・関心チェックシート」を用いた聞き取りから「写真撮影」で意欲的な様子見られた。
籐細工の実施は本人の楽しみになっている。
介入プログラム：「風景写真を撮り歩く」、籐細工写真は本人が気に入った物を選んでもらい現像し手渡すこととする。
【結果】
介入から 2 ヶ月
腰痛 NRS:8/10。易怒性による訴えは継続。
リハビリ介入時以外は歩行状態に変わりはない。
リハビリ介入時には 200m 歩行で疲労感あり。写真を撮る際、歩行車から離れ片膝立ちや四つ這いになるが動作は安定。
介入から 4 ヶ月
A 氏から近隣の学校や以前借りていた畑の写真を撮りたいと希望がある。
腰痛 NRS:8/10 易怒性による訴えの頻度が減る。
300m 歩行可能。手渡した写真のお礼や自宅で写真を展示している話される。
介入から 6 ヶ月
腰痛 NRS:6/10 自発的な痛みの訴えは少ない。
易怒性による訴えは少なく、楽しく活動をさせてもらっていると言うようになる。
MMSE:22/30 点。介入前より日時見当識で 1 点減点。
TUG:12.5 秒
疲労感なく 600m 歩行可能。歩行車への上肢支持の強さ、支持物への依存が軽減する。
籐細工でも工夫した作品を作りたいと言われる。
公民館活動に写真を投稿し賞を貰ったと話す。
【考察】
認知課題訓練で認知機能の低下を自覚し、脊柱管狭窄症による腰痛もあり能力の衰退にストレスを感じ易怒性が観察される様になったと考える。また、DC 利用時歩行車への上肢支持が強く、支持物に強い依存が見られていたが、写真撮影の際は歩行車から離れ片膝立ち、四つ這いをしていた事を考えると歩行不安感は心理的要因の影響が強いと思われる。その為、ATD 発症前から馴染みのある活動に取り組む事で能力衰退を感じる事が減少し易怒性・歩行不安感の改善に影響したと考える。
さらにリハビリ介入での写真撮影、自宅での展示を通して作業に対する自信が向上し、以前行っていたカメラ、地域活動への参加を再度行う動機に繋がったと考える。
また、投稿した写真が賞をもらう事で成功体験となり、籐細工でも工夫した作品を作りたいという意欲に繋がったと考える。
【まとめ】
今後、対象者の大切な作業を聴取し関わって行く際、作業遂行の主観的経験を経時的変化として十分に捉える関わりが必要であり、それにより対象者とより協働して活動を行なっていきたいと考える。

通所リハビリテーションにおける卒業要因と問題点についての一考察
～インタビュー調査の結果から～

法人名 医療法人　香徳会
施設名 メイトウホスピタル通所リハビリセンター
発表者 種坂　信吾（理学療法士）

【目的】
通所リハビリテーション（以下，通所リハ）利用者の卒業に関する要因と問題点を明らかにする事により，卒業を促す一助とする事を目的とした．

【方法】
平成 27 年 4 月～H29 年 12 月までの卒業者 6 名を対象に，同意を得られた 4 名に電話でのインタビュー調査を実施した．内容は通所リハの卒業に関する 3 項目とした．インタビュー手法は，半構造化インタビュー調査で実施した．

【結果】
インタビュー結果では，通所リハを利用するにあたって目的・目標はあったか，という質問に対して，3 名が「あった」と回答し，「公共の乗り物に乗って買い物に行きたい」など，具体的な目標が挙げられた．卒業理由に対しては，「家での生活が一人で出来て，時期が来たので卒業した」や「自分の時間がもっと欲しかったので」といった理由が挙げられた．卒業に対する不安については，3 名が「なかった」とし，具体的に，「次にいく所がわかっていた」，「デイサービスにいっていたので不安はなかった」と回答があった．「あった」との回答でも，「体が良くなっていくにつれて，だんだん不安は少なくなっていった」と前向きな回答があった．

【考察】
当センターでは通所リハ卒業を目指した取り組みを検討し，利用開始前に，家族・利用者への通所リハの役割についての説明と利用者の目標を明確にする事とした．それにより，目標が達成した際に卒業を考えるきっかけになったと考える．月 1 回のリハビリ会議等では，身体機能向上の報告や，自宅での問題点の解決を図った．毎月報告する事で，利用者や家族も「だんだん不安は少なくなっていった」と卒業に対する不安な点も解消されていった．また，地域での社会資源を把握し，利用者にあった卒業先をコーディネートする事でスムーズに卒業する事ができたと考えられる．以上の点から卒業要因として，「目的・目標がはっきりしている」，「目標が達成した」，「事前説明を行った」，「利用者に合う卒業先があった」，という事が挙げられる．問題点として，その方にあった卒業先がその地域にあるかという点．また，卒業先を利用するタイミングが早かった 3 名は「不安がなかった」と回答したのに対し，利用終了間際から卒業先を利用開始した利用者は「どんな所かわからなくて，最初は不安だった」と回答した事から，卒業先を利用開始するタイミングが問題と考える．

【まとめ】
インタビュー調査の結果，卒業要因と問題点の傾向が分かった．先行研究による，卒業に関するアンケート結果では，「身体機能の維持・向上が認められても，さらに向上を求め，身体の調整を専門職に期待し委ねる傾向があり，現在の社会資源が利用者のニーズに適していない．」事で，卒業が困難としている．今回の卒業要因を満たしていれば，卒業を促す一助になると考える．当センターの卒業者は 6 名中 5 名がデイサービスセンターであった．今後，様々な利用者のニーズに合った卒業先を提案する為には，デイサービスはもとより，コミュニティーセンター，地域のボランティア，老人会，障害者スポーツセンターなど多様性のある社会資源を提案していく必要がある．また，卒業先を利用開始するタイミングとして，デイサービスであれば，利用開始から早めに利用開始する事で，卒業に対する不安を軽減する事ができると思われる．

介助スキル向上への取り組み

法人名　医療法人社団　栄宏会
施設名　土井病院　デイケア
発表者　宇野　展史（理学療法士）

【目的】利用者の身体状態を把握し、安全安楽な介助方法を行う事は利用者及び職員の双方にとって有益であり必要な介助技術だと考える。しかし、現状は職員個々のスキルにより介助方法は異なる。また、時間に追われ利用者一人一人に合わせた介助が困難になっている。今回、介助に携わる職員を対象に介助量を把握し、介助量の増加に影響を及ぼしている要因を分析する事とした。加えて職員間の情報共有により介助量の軽減が図れた為、その取り組みについて報告する。

【方法】介助量が増加している要因を分析する為、12名の利用者をピックアップし、移乗の介助量に関するアンケートを数回にわたって職員に実施した。合わせて介助技術のスキルアップとして月 1 回の勉強会を 3 回実施した。次に職員個々に行い易い介助方法や上手くいった介助方法を聞き取りし、介助場面で活用できるよう、目につきやすい場所に介助方法を掲示し、職員間の情報共有を図った。約 3 週間の実践期間後に再度、12 名の利用者を対象に移乗の介助量のアンケートを実施した。

【結果】移乗の介助量調査を目的に実施した一回目のアンケートでは療法士に比べ介護士の介助量の数値が高くなった。次に介助量増加の要因調査の為、二回目のアンケートを実施した結果、多くの介護士が入浴や排泄場面を想定しており、立位不安定や協力動作が得られないといった回答が多かった。次に安定した立位の取り方や協力動作が得やすい介助方法を全職員に聞き取りし、纏めたものを中心に介助方法の参考例を掲示した。その結果、介助スキルの向上や介助方法の再確認が出来たといった回答があり、各々実践現場に反映させる事が出来た。約３週間の実践期間後は実践前に比べ、デイケア全体で介助量が軽減した。

【考察】移乗の介助量調査を目的に実施した一回目のアンケートで療法士に比べ介護士の介助量の数値が高くなった要因として①介助しにくい環境と②情報共有不足が影響していると考えた。①物的環境の問題として「介助スペースが狭い」「床が滑りやすい」といった回答が多かった。トイレ内はスペースが狭い為、立ち上がり直前に体幹を前傾させにくい。また、滑りやすい床での移乗動作は足元が不安定になり易く、適切な介助が行いにくいと考えた。②人的環境の問題として「立位不安定」、「協力動作が得にくい」といった声が多くあった。特に転倒リスクの高い場所では安全安楽な介助方法が分からず、転倒に対する恐怖心から過介助になっていると考えた。今回、介助しにくい環境といったハード面よりも情報共有不足といったソフト面に着目することで介助量の軽減を図れると考えた。その方法として安定した立位の取り方や協力動作が得やすい介助方法を全職員に聞き取りし、一覧にしたものを掲示する事で介助方法の情報共有を図った。約 3 週間の実践期間後、掲示内容について職員の反応は「介助の際の注意点や具体的な介助方法が分かるのでよかった」「トイレや入浴といった転倒リスクの高い場面での介助方法の再確認が出来た」という声が聞かれた。今回の取り組みを進める中で、入浴場面の動作確認や介助方法の相談など、介護士から療法士に情報提供を依頼するケースが増えた。また療法士も新規利用者や入浴形態の変更時は実際の入浴場面の確認を行い、統一した介助方法の情報を部署全体で共有していく環境が整ってきたと考える。

【まとめ】今後、継続して情報を発信していくことで介助量の軽減を図っていきたい。その方法として職員間の申し送りを活用し、紙面に具体的な介助方法や問題点及び疑問点を記載し、職員間でやり取りを行うツールにしていきたい。

チームで動くことの難しさ
～考える事で生まれるやりがい～

法人名　医療法人　賛幸会
施設名　老人保健施設 はまゆう デイケアセンターはまゆう
発表者　山田陽子（介護福祉士）
共著者　竹内幸治（通所課長）・久堀瞳（介護福祉士）・田中敬子（施設長）

【目的】
デイケアセンターはまゆうでは、職員がケアの目的別にチームに分かれ日々の業務を実施している。しかしケアの不統一、責任意識の温度差、取り決めた事項の不継続、意見を言える職員とそうでない職員、などの問題点が解消できずにいた。そこで、スタッフ会などの話し合いの方法を変更し、それぞれの役割、持ち味を活かしながら、責任を全うし、お互いを認め、尊重し、力を合わせる事で、より良いチームワークが生まれ、質の高いケアの提供ができることを目的とした。

【方法①】
毎月開催のデイケアスタッフ会は、各チームから担当業務の進捗状況・問題点の報告、新しい提案を検討する場としている。しかし、担当するチームメンバーが実施状況を把握していない。報告すべき事項が整理できておらず時間だけが過ぎていくような議論が続き、方向性や結論がなかなか出ない状況であった。そこで、スタッフ会の前に各チームで課長出席のもとチーム会を開くことにした。例えば、私の担当するチームでは、ＨＤＳ－Ｒ聴取の進捗状況や入浴業務での変更点や問題点等の確認、入浴非常勤職員からの意見や疑問を話し合い、翌月のレクリエーションや行事予定等も検討した。

【結果①】
スタッフ会などで他チームから質問や意見がでた場合でも、チームで一度話し合っている為明確に解答・提案ができるようになった。チームの担当業務も、メンバーがそれぞれ役割と目的意識を持ち、足並みの揃ったケアと業務遂行が出来るようになった。

【方法②】
方法①で事前にチーム会を開くことで、スタッフが情報共有できたことによるケアの統一が図れたが、課長出席ということもあり、従来のスタッフ会同様、意見を出す人は決まっていた。また、本音の意見を出せない人もいた。そこで、チーム会の前に各チームリーダーと課長がミーティングを行い、課長はチーム会には参加しない方法を実施した。ミーティングでは、課長の意見やデイケアとしてのケアの方向性等を話し合い、不明な点はその場で質問し、まずはチームリーダーが確実に理解するようにした。

【結果②】
チーム会開催において、課長不在で少人数のため日程の調整が簡単となり、日程を合わせる事で、今までは参加しなかった人の意見も聞けるようになった。これまで言い出せなかった職員の本音の意見も聞き出せるようになった。また、各チームで、それぞれの業務の目的や方法・方向性を話し合うことで、お互いを認め、力を合わせやすくなった。課長との事前ミーティングで課長とチームリーダーが同じ意識をもつことで、各チームの担当業務は違っても、目指すケアの方向性を共有できるようになった。

【考察】
リーダーの大きな役割は、チームに方向性を示し、それに向かって、時には意見をぶつけ合う等本音を聞きだし、メンバーが自発的に動けるようにすることだと思う。任された事に対して、自分がその方法までも考えて行動することにより、「やりがい」も出て更に継続して行うことができると考えられる。

【まとめ】
主導的になりすぎ自分の意見を押し付けたり、チームを束ねる事がリーダーの役割ではなく、自主性を尊重し「権限移譲」する事で、メンバーが自ら考え、学び、動き、活躍の場が生まれる事がわかった。メンバー１人ひとりが活躍できる場が生まれることが「やりがい」「やる気」へ繋がった。

当法人における医療・介護連携の取り組み

－退院時リハビリテーション情報提供書の内容充実に向けて－

法人名　医療法人　臼井会
施設名　通所リハビリテーションたの
発表者　岡林　輝親（理学療法士）

【目的】
平成 30 年の医療・介護同時改定に向けて、医療・介護連携の重要性が取り沙汰されている。当法人は急性期病棟から回復期リハビリテーション病棟（以下、回リハ）、通所・訪問サービスや居宅介護支援事業所を併せ持ち、「急性期から在宅まで」連携できる機能を有している。病棟退院時にはカンファレンスや情報提供書での情報共有を図ってきた。しかし、筆者が回リハの配属から通所リハビリテーション（以下、通所リハ）への配属になった際、その情報提供が必ずしも在宅生活に根ざした内容になっていなかったことに気付かされた。そのため回リハからの情報提供書の内容充実に向け、新書式を提案し、運用してきた。その課程で若干の考察を得たため、発表する。

【方法】
①新情報提供書の作成：従来の情報提供書は、疾患名、現病歴、既往歴、身体機能面、認知機能面、ADL の自立度と介助が必要な部分、まとめというシンプルな構成で概ね A4 用紙 2 ページ程度。しかし、ケアマネジャー（以下、CM）がケアプランを作成するにあたって、その動作の自立度は、退院後の日常生活を営むにあたって課題となるか、また機能訓練等により改善可能性はあるのか、と言う視点が重要になる。また、医師からのリハビリテーション継続の必要性の指示やその際の注意点、本人の社会参加や活動の機会を確保する為の、IADL 面の情報も必要であった。新情報提供書は、CM の活用している課題総括整理表の項目を参考に、①基本動作、②食事・口腔機能、③排泄・整容、④IADL、⑤認知・精神の各項目に小項目を設け、それぞれ「自立度」「課題の有無」「改善可能性」「現状と課題の要因分析」を記入できるようにした。また疾患名やその経過、廃用状態の有無や医師からの指示等のページを基本情報として初頭に用意し、リハビリ職種毎に現状と目標の達成状況、今後の課題などを総括してコメントを記入できるよう、末尾にまとめのページを用意した。書式は Microsoft Excel で作成し、A4 用紙 6 枚程度となった。退院後、法人内の通所リハ、通所介護を利用される予定の患者様を対象に、情報提供書の作成をお願いした。
②アンケートの実施：運用開始半年後、記入を担当しているリハスタッフ、情報提供を受ける側の CM、事業所スタッフにアンケートを実施し、負担度合いや良かった点、悪かった点を調査した。
【結果】※アンケート調査結果リハスタッフ：どこを見なければならないという指標になり記入漏れが少なくなる、生活期のスタッフが必要としている情報の認識が持てる、など好感触の意見がある反面、記入量が増えたため作成に時間がかかり負担が大きくなっているという意見も聞かれた。
CM：今後の予後予測や課題に対しての助言記入が参考になった、在宅生活のスタートに必要な情報が網羅されており参考になるなどの意見が出た。
事業所ケアスタッフ：詳細な情報なので活用できる、と記入している反面、CM の作成するフェースシート等と重複するため書式の十分な活用に至っていないスタッフも多かった。

【考察】
書類面での負担増加は、項目数の多様化もあるが、経験年数による時間の使い方、職種ごとの負担度合いの違い、急な退院となった場合の評価不足など、様々な要素が関係していると考えられる。また A4 用紙 2 枚程度から 6 枚程度となった心理的な負担も大きいと考えられ、書式の簡素化を含めた改良が必要と考えている。

【まとめ】
アンケート結果より、CM のケアプラン作成においては非常に有益な変更だったと考えられる。今後、①書類作成の負担軽減、②事業所ケアスタッフの活用、という 2 点に対して、内容の充実は据え置いて書式の改善をしていきたいと考えている。

当施設における腰痛予防対策について
～通所事業合同の勉強会を通じて～

法人名　医療法人和同会
施設名　宇部西リハビリテーション病院
発表者　柳井　洋平（理学療法士）
共著者　片山　悠、古河　拓也、関本　菊臣（理学療法士）
　　濱中　佳織（介護福祉士）

【目的】
職場における腰痛は、多くの業種・作業において見られる。国の「職場における腰痛予防対策指針」では、腰痛の発生が比較的多い業種の一つとして、福祉医療分野等における介護・看護作業をあげている。この度、現在のスタッフの状況把握から、勉強会を中心とした腰痛予防対策の取り組みを行ったので、ここに報告する。

【方法】
○対象は当事業所のスタッフ 42 名とした。
○腰痛に関連したアンケートの実施と集計。
○勉強会の実施。
・腰痛についての講話
・介助方法の検討会
・自己メンテナンスとしてのストレッチやトレーニング方法の講習
・福祉用具の検討会
○期間と頻度は平成 28 年 8 月～平成 28 年 10 月、計 5 回の実施。

【結果】
勉強会の実施にあたって、事前アンケートを行い①現在腰痛はありますか？
はい 22 名、いいえ 18 名。
②現業務についてから腰痛が発生しましたか？
はい 20 名、いいえ 20 名。
③腰痛に対して治療を行ったことはありますか？
はい 20 名、いいえ 20 名。
④自己メンテナンスをしていますか？
はい 22 名、いいえ 18 名。等の結果であった。
勉強会終了後にも、自由記載の形式でアンケートを行い、各勉強会の内容に応じた意見を集めた。

【考察】
介護・看護作業を行う場合に腰痛が発生する要因には、「対象者となる人の要因」「労働者の要因」「福祉用具（機器や道具）の状況」「作業姿勢、動作」「作業環境」「組織体制」「心理社会的要因」など様々な要因の関与が示されている。この度の取り組みにおいては上記の要因から内容を絞り、腰痛に関する情報、姿勢や動作の見直し、福祉用具の活用検討などを行うことで腰痛を事業全体の課題として扱っていくきっかけになったのではないかと考える。

【まとめ】
○腰痛予防対策の一環としてスタッフ対象にアンケート及び勉強会を行った。
○通所事業全体の課題として今後も取り組みを継続していきたい。

当施設デイケアにて実施した リハビリテーション会議の傾向から見えてきた今後の課題

法人名　社会福祉法人　尚徳福祉会
施設名　介護老人保健施設アイアイ
発表者　遠藤　浩平（理学療法士）

【はじめに】

リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ（以下、リハマネ加算Ⅱ）算定要件としてリハビリテーション会議（以下、リハ会議）の実施が義務付けられている。日々の業務においてリハ会議の占める割合は大きく、いかに効率的に実施するかが求められる。しかし、効率を求めることで会議が作業化し、話合うべき内容を見失う事や本筋とは異なる結果に至る事が多々ある。今回、当施設においてリハマネ加算Ⅱを算定した症例のリハ会議を検証し、今後の課題について検討する。

【方法】

平成 27 年度から平成 28 年度において当施設デイケアに通う利用者でリハマネ加算Ⅱを算定した 26 症例のリハ会議の方法と会議録を振り返る。(1)リハ会議録から初回会議で設定した目標の内容を ADL 目標と IADL 目標に分類し割合を算出。(2)会議の所要時間と各職種の出席率を算出。(3)2 回目以降の会議の傾向を現状報告会議と目標見直し検討会議に分類し割合を算出。それぞれの結果から関連性を考察した。

【結果】

症例数:26 症例、リハ会議実施回数延べ 125 回
(1)ADL 目標 72%、IADL 目標 28%
(2)平均所要時間 31 分、出席率は医師:36%、デイケア職員:100%、ケアマネジャー:97%、本人・家族:100%、福祉用具:50%、訪問介護:50%、訪問看護:42%、ショートステイ事業所:47%、デイサービス事業所:60%
(3)現状報告会議:89%、目標見直し検討会議:11%

【考察】

(1) ADL 目標、IADL 目標共に“何を”“どのように”などの具体的な設定が行えておらず、具体的な目標を設定していない事でプログラムの立案やその後のリハ会議での具体的な経過の報告が困難となると考えられる。(2)当施設で実施するリハ会議は主に座談にて行い、各事業所より意見を求める。この方法ではサービス担当者会議と類似する点が多くなることや各事業所から意見を求めるため設定時間のコントロールが困難となる。サービス担当者会議と類似する点や会議時間から出席率の低下に影響を与えたと考えられる。(3)2 回目以降の会議の傾向に関しては、初回会議での明確な目標設定が行えていないため、現時点での身体機能・動作能力に対しての目標設定の妥当性の検討が行えず、身体機能・心身状態に限局された現状報告が多くなったと考えられる。

【まとめ】

SPDCA サイクルにおける Survey 段階での情報収集を確実に行い、明確な目標を設定し、初回リハ会議にて本人・家族、他事業所と共有し、取り組みを検討することでその後のリハ会議も充実して行えるのではないかと感じる。目標が明確化されることで２回目以降の会議は目標に対する経過報告、その時点での目標の妥当性の検討会議となり、会議時間の短縮に繋がると考えられる。また、現状報告のみではなく経過報告、目標検討会議となることで他職種協働でのリハビリテーションの質の管理が行え、他職種のリハ会議に対する意識向上に繋がるのではないかと考えられる。

新規面談および担当者会議に出席するための当通所におけるマネジメントの一考察

法人名 社会福祉法人こうほうえん
施設名 錦海リハビリテーション病院 通所リハビリテーションきんかい
発表者 三島将太（作業療法士）
共著者 北山朋宏（作業療法士）

【目的】
平成２７年度の介護報酬改定事項の１つにリハビリテーションマネジメントの強化が挙げられた。
今回、当通所のリハビリスタッフ（以下、リハスタッフ）が２７年度と比較し、２８年度どれほど新規面談およびサービス担当者会議（以下、担当者会議）に出席できたか調査を行った。演者は、２７年度よりリハスタッフのスケジュール管理、調整を行っていることから、この２年間の出席結果を振り返り、今後のマネジメントの在り方を含め以下に報告する。

【方法】
平成２７年度、２８年度における新規面談への出席件数と担当者会議への出席件数を後方視的に調査した。

【結果】
要支援者における新規面談の出席件数は、２７年度が３１件中１９件、２８年度が２１件中２０件であった。要介護者における新規面談の出席件数は、２７年度が２０件中２０件、２８年度が２９件中２５件であった。要支援者における担当者会議の出席件数は、２７年度が６０件中４１件、２８年度が７１件中５７件であった。要介護者における担当者会議の出席件数は、２７年度が１１４件中７４件、２８年度が１２１件中８５件であった。

【考察】
２８年度における要支援者の新規面談は、２７年度に比べ出席件数を増やすことができた。要支援者は新規面談以降、リハスタッフが住まいに改めて訪問する機会は少なく、新規面談時に生活環境を把握しておく必要性があるという意識が高くなったことが要因として考えられた。一方で要介護者の場合、当通所利用開始後、リハビリテーション実施計画書の見直しに伴い家屋訪問を行うため、新規面談以外にも生活環境の把握をする機会があるという意識が欠席に至った要因として考えられた。担当者会議においては、要支援者、要介護者ともに２７年度と比較し２８年度は出席件数を増やすことができた。２８年度は、リハビリテーションマネジメント加算Ⅱによるリハビリテーション会議の件数が増える中での管理、調整であった。これは、担当者会議の日時調整を各々の判断で行わず、演者を含む２名のリハスタッフでリハスタッフ５名分のケジュール管理、調整を行ったことが要因として考えられた。また、１日の業務の中で大半が個別リハビリを提供しているリハスタッフにとって、各関係機関への調整連絡を時間的制約が比較的少ない看護介護のスタッフに依頼したことは、早い段階で日時の調整を行うことができた要因として考えられた。

【まとめ】
今回、過去２年間の新規面談および担当者会議におけるリハスタッフの出席件数を後方視的に調査した。スケジュール管理、調整の窓口を統一したこと、各職種の役割を明確にすることで要介護者の新規面談以外は、出席件数を増やすことができた。新規面談や担当者会議は、目標の設定や見直し、情報の提供や共有を行うための重要な場である。今後もこの重要な場へリハスタッフが少しでも多く出席できるようマネジメントしていく。

「活動と参加」の通所リハビリへ
～聴き取りシートを用いて～

法人名 医療法人親仁会
施設名 くろさき苑
発表者 福崎　博之（医療法人親仁会みさき病院　理学療法士）
共著者 矢野　祐子（医療法人親仁会くろさき苑　作業療法士）
小森　ルミ子（医療法人親仁会くろさき苑　理学療法士）
渡部　里奈（医療法人親仁会米の山病院　作業療法士）

【目的】

通所リハビリテーション（以下、通所リハ）におけるリハビリテーションマネジメントは、「SPDCA」（調査・計画・実行・評価・改善）の構築により心身機能、活動及び参加に対してバランスよくアプローチを行う事が求められている。しかし、通所リハにおける利用者の要介護度等に応じたリハビリ提供内容は不明確であり、当苑においても利用者の多様なニーズがあるにも関わらず、身体機能へのアプローチを重視してリハビリを実施している状況であった。より効果的、効率的に適切なリハビリ提供が出来るように「活動と参加」に焦点を当て、活動性の向上や高齢者の意欲向上、日常生活動作能力の向上、自立支援を目的に、「聴き取りシート」を用いて新しい取り組みを行ったため以下に報告する。

【方法】

利用者約 120 名に対し、日常会話からの聞き取りに加え、「聴き取りシート」を用いてより詳細な情報収集（趣味、運動歴、仕事歴、今やりたい事、日常生活で困っている事等）を行った。情報収集はリハスタッフ、通所スタッフがそれぞれで行い、聴き取りシートへ記入した情報から実現可能な内容を抽出し、スタッフ間で実現に向けての協議（時間、場所、準備、方法等）、検討を行い、新たな集団活動を実施した。

【結果】

共通の趣味や嗜好を持った利用者には集団での作業活動（貼り絵、書道、創作、園芸等）を実施した。集団で実施することでコミュニケーション機会が増え、笑顔で会話されるような場面も多くみられた。また、一人一人が役割を持つことでやりがいに繋がり、意欲の向上も見られた。利用者からは転倒に対する不安が日常的に聞かれていたため、転倒予防体操として集団体操を行った。自立支援、社会参加支援としては外出支援（買い物、旗振り参加等）も個々のニーズに応じて適宜実施した。

【考察】

「聴き取りシート」を用いたことでより利用者自身の話を深く、詳細に聞くことが出来、利用者にとって主体的な活動内容を提供することが出来た。作業活動では、園芸等の屋外作業に伴う全身運動による体力の維持・向上だけではなく、普段他者との交流が少ない利用者に対しては作業中に作業工程についてなど声を掛け合ったりすることにより、自然と他者交流の機会を作ることが出来た。また、思考力・想像力の向上にも繋がり、作品の完成等で達成感や満足感等、利用者の充実感を図る事にもつながった。転倒予防体操においても単に上下肢筋力の維持・向上だけでなく、集団で行うことで利用者間の交流が深まり、一人での運動よりもモチベーションの向上を図ることが出来、円滑に習慣化する事が可能となった。社会参加支援に関しても、より個別性の強い関わりとなり、課題も明確化され、活動と参加への意欲が高まることで生活への意欲、通所リハでのリハビリへの意欲も高まり、自立心の向上につながったと考えた。

【まとめ】

今回の取り組みが、「活動と参加」の通所リハビリへの良いきっかけとなった。今後も一人一人の言葉に耳を傾け、個別性が生きる活動内容を提供していきたい。

通所リハビリテーション利用者における生活空間について

法人名 医療法人社団永生会
施設名 介護サービススマイル永生
発表者 松井 佳奈美（理学療法士）
共著者 三宅 英司、金子弥樹

【目的】
生活空間は、年齢や歩行能力などの身体機能に影響されると報告されている。我々は、通所リハビリテーション（以下リハ）の利用において生活空間の拡大につながる目標が立案され、目標に対する直接的なアプローチを実施した症例において、生活空間の改善を経験した。そのため運動機能に加え目標や実施プログラムと LSA の改善との関係について比較・検討を行ったので、報告する。

【方法】
対象は平成 28 年 9 月から 12 月までに当施設の利用を開始して、通所リハ開始時と開始 3 ヵ月後の Life space assessment(以下 LSA)を評価出来た利用者 7 名（平均年齢 76.3±10.3 歳、男性 4 名、女性 3 名）とした。調査項目は、①年齢、②性別、③介護度、⑤目標、⑥開始時から開始 3 ヶ月後の 5m 歩行時間を差分した 5m 歩行時間差[sec]、⑦目標に対する直接的なアプローチの有無であった。目標は、介護給付費分科会の通所リハ事業所調査におけるリハ継続理由を参考に、「筋力や体力をつけたい（以下機能）」、「歩けるようになりたい（以下歩行）」、「家事ができるようになりたい（以下 IADL）」「社会的活動をできるようになりたい（以下社会活動）」とした。調査方法は、診療録を用いて後方視的に行った。比較検討は、開始 3 ヶ月後から開始時の LSA 総得点を差分した総得点差を算出して、改善群と非改善群で、①から⑦の項目についてそれぞれ行った。

【結果】
LSA は、開始時平均 33.7±28.3 点、開始 3 ヶ月後平均 39.5±25.5 点で、総得点差は平均 2.8±17.2 点であった。それぞれの症例のおける総得点差は、改善群（症例 A：20 点、B：3 点、C：1 点、D：13 点、E：9 点）、非改善群（症例 F：-2 点、G：-4 点）であった。
次に症例別に①から⑦の結果を示した。

改善群
症例 A：75 歳、男、介護 1、運動器、歩行、有、0.02[sec]
症例 B：79 歳、女、介護 2、脳血管、歩行、有、0.78[sec]
症例 C：81 歳、男、介護 1、運動器、社会活動、有、0.4[sec]
症例 D：68 歳、男、介護 1、脳血管、IADL、有、0.81[sec]
症例 E：66 歳、女、介護 1、脳血管、歩行、有、1.99[sec]
非改善群
症例 F：86 歳、女、介護 1、脳血管、機能、有、2.09[sec]
症例 G：79 歳、男、支援 2、脳血管、社会活動、無、1.19[sec]
改善群と非改善群の比較検討では、介護度は両群において要介護 2 以下で軽度であった。目標とアプローチは、改善群と非改善群で異なる傾向を示し、改善群のみ目標が生活空間の拡大につながり、かつ目標に対する直接的なアプローチの実施が認められた。歩行速度は、両群ともに改善が認められた。

【考察】
歩行速度は、両群で改善を認めたことから、歩行改善は生活空間の拡大に対して十分ではない可能性が示唆された。通所リハにおいて生活空間の拡大を図るためには、生活空間の拡大を目的とした目標を立案し、目標に対する直接的なアプローチを実施することが必要と考える。

【まとめ】
介護度が軽度な利用者における生活空間の拡大には、適切な目標とアプローチが有効と考える。

通所リハビリテーション利用者における生活範囲に影響する要因について

法人名　医療法人 珪山会
施設名　通所リハ ウカイ[1)] 鵜飼リハビリテーション病院[2)] ｱｸﾃｨﾌﾞｴｲｼﾞﾝｸﾞ研究会[3)]
発表者　松本 泰一[1, 2)]（理学療法士）
共著者　岡田 壮市[1) 3)] 小粥 崇司[1)] 柏木 貴志[1)] 鵜飼 弥英子(ＭＤ)[1)]
竹島 伸生(ＭＤ)[3)]

【目的】通所型リハビリテーションにおいては従来からの体力や機能向上に加えて，生活期では生活範囲の拡大や生活機能の維持向上が注目されている。各種介護保険サービスもこれらの改善を目指す支援プログラムが追加されているが，その成果は十分実証されていない。

今回,短時間型通所リハビリテーション利用者に対して生活範囲と日常生活活動(ADL) 評価および歩行能や機能的体力テスト,転倒の有無や転倒回数および恐怖心について調査し,これらの関係について調べたので報告する。

【対象と方法】対象：施設内歩行が自立している 39 名（男性 12 名,女性 27 名）。高次脳機能障害を有する者や重度難聴を有する者など細かな運動指示が入らない者は除外した。

評価項目は,年齢,身長,体重,Body Mass Index,生活空間評価（日本語版 Life Space Assessment: LSA）,ADL（Barthel Index: BI）姿勢指数(IPS)と転倒恐怖心（改定版 Gait Efficacy Scale）,機能的体力評価（10m 歩行最大歩行速度,5 回椅子立ち上がり(CS),握力(GS（右,左）)とし，1 年間の転倒回数調査も試みた。IPS は重心動揺計（アニマ社）を用いた。2 変数間の関係は,Spearman による相関分析で実施した。

LSA は,パーセンタイル法で上位群(80%以上)と下位群で（20%以下）で機能的体力等の相違を群間比較した。ADL は全員が 100 点となったために群間比較等の処理はおこなわなかった。なお，統計処理は対応のない t-検定を用いた。

【結果】参加者全体の LSA の平均値は，71.3 であった。転倒回数は，1ヶ月以内が 0.28 (0.6)，1 年以内が 0.87(2.4)となった。LSA との間に有意な負の相関が認められたのは BMI のみであった(r=-0.358(p<0.05))。LSA の上位群と下位群では，BMI と 10m 歩行で有意差が認められた。

表 1

	年齢(歳)	身長(cm)	体重(kg)	BMI (kg/cm²)	LSA (点)	GS(右)(kg)	GS(左)(kg)	10m歩行(秒)	CS(秒)	IPS
全対象者(n=39)	76.8±7.3	152.6±8.9	56±12.0	24.1±4.7	71.3±15.9	25.5±9.9	25.8±10.2	8.7±3.2	9.3±3.2	1.16±0.41
LSA上位群(n=9)	74.6±7.7	154.6±7.8	53.3±8.2	22.5±3.5	90.8±5.8	26.1±7.6	26.8±9.9	6.9±1.0	8.8±4.5	1.29±0.44
LSA下位群(n=9)	74.2±6.4	151.1±8.3	60.8#±8.7	26.9#±3.8	49.3#±5.7	22.2±3.5	25.3±13.3	10.4#±6.9	9.7±3.2	1.01±0.49

注: 上位群と下位群の差 *: P<0.05; #: P<0.10

【まとめ】本研究では，LSA の程度には対象者の肥痩度が関連していることが示され，また，生活範囲の低い人は歩行能力が有意に低下していることが明らかとなった。島田らによると,生活空間の狭小化は,高齢者の生理的予備能力の低下を示す事象であり,虚弱発生の独立した予測因子であると報告している。今回 LSA の上位群と下位群における利用者の相違を比較する限り，やはり，歩行能力を維持していることが生活空間を広げられることが明らかであり，体力や身体機能の維持向上は重要なことといえる。また，今回下肢筋量や筋機能を評価していないが，肥っている人は LSA が低いということ示され，形態の評価も重要なものとみられた。

2 群間の転倒数は同様であったが，重心動揺（上位群:1.29±0.44 vs. 下位群: 1.01±0.49），転倒恐怖心（上位群:2.78±0.44 vs. 下位群: 3.33±1.12）などにおいて有意差が認められなかったものの，LSA の低位者がこれらの成績が低い傾向にあった。以上から,対象者の生活空間の拡大を図るためには,「活動」や「参加」に向けての直接的なアプローチのみでなく,歩行能力や身体機能の維持向上も積極的におこなう必要性が確認できた。

装具修理・再作成の窓口としての通所リハビリテーションの役割
～リハビリスタッフがやるべき事！～

法人名 医療法人財団 善常会
施設名 善常会リハビリテーション病院
発表者 田中 望（理学療法士）
共著者 中根 大樹（理学療法士） 滝吉 由菜（理学療法士）

【はじめに】
当通所リハビリテーション（以下，通所リハ）は回復期リハビリテーション病棟に付属している．そのため，利用者から，装具の修理や再作成についてしばしば相談があり，窓口となることがある．中には歩行不能となるような重篤な下肢装具の故障が生じたケースがあり，窓口としての役割の需要は高いと思われる．通常，身体障害者手帳を取得している場合は，障害者総合支援法に基づき補装具費の支給を受けることが可能である．市町村の福祉事業所に申請の上，更生相談所で作成を行う必要があるが，装具修理・再作成の手段について，十分に理解している利用者及び家族は少ないと考える．

【目的】
通所リハ利用者における装具修理・再作成の手順の把握状況について調査を行い，通所リハに従事するリハビリスタッフの役割について検討する．

【方法】
対象は，当通所リハ利用者で下肢装具を使用している者 35 名のうち本人，キーパーソンへの聴取が困難な者を除いた 27 名である．
アンケートを用いた半構造化面接を行い，直接聴取が困難な場合は電話による聞き取り調査を行った．

【結果】
①初回装具作成時の装具修理・再作成に関する説明の有無：「有り」3 名，「無し」24 名．②装具修理・再作成の手順の把握状況：「（正確に）知っている」3 名，「知らない」7 名,「通所リハに相談する」13 名，その他 4 名．③再作成の装具個数：「2 個目」7 名,「3 個目」8 名,「4 個目」2 名．④再作成の理由：「古くなった」4 名,「機能の低下及び改善」7 名，「歩行中の破損」1 名．

【考察】
装具修理・再作成が必要になった場合の手段について，正確に知っている者は少なく，最も「通所リハに相談する」と答えた者が多かった．生活期にある装具使用者は，定期的に装具業者と接する機会はあまりない．また，装具再作成の理由として「機能の低下及び改善」も多く見られ，適切な装具が使用されているか，安全に使用できているか定期的なメンテナンスを行うことが重要である．
今後，定期メンテナンスに関するシステム作りを検討している．また同法人内の回復期リハビリテーション病棟と協力し，装具修理・再作成に関する個人サマリーの作成を行っていく予定である．

【まとめ】
通所リハのリハビリスタッフとして，装具のメンテナンスに関する専門的な視点を持ち，装具修理・再作成の窓口として関わっていく姿勢が必要と考える．

デイケアにおける誤嚥性肺炎予防の取り組み

法人名 社会医療法人 慈恵会
施設名 聖ヶ丘病院 短時間通所リハビリ ソエル
発表者 米内山 清貴（言語聴覚士）
共著者 佐々木 聡（言語聴覚士）

【はじめに】デイケアにおいて、口腔機能向上加算の算定率低下が問題視されている。当事業では開設以来、誤嚥性肺炎予防の試みとして全利用者を対象に咀嚼・飲込み安心チェックシートを運用。
今回、利用者の摂食嚥下機能について調査した。

【対象と方法】平成 28 年 3 月から 10 月、当院短時間通所デイケアの利用者 34 名。男性 14 名、女性 20 名。平均年齢 70±5。平均介護度 1.9。
嚥下機能評価は改訂水飲みテスト、反復唾液飲みテスト、咀嚼力判定ガムについて介護度別に検討した。

【結果】改訂水飲みテスト中、プロフィール 3(むせあるいは湿性嗄声を伴う)が要支援 0 件、要介護 1-2 が 2 件(10%)、要介護 3 以上 2 件(29%)。
反復唾液飲みテストでは 3 回未満が要支援 0 件、要介護 1-2 が 9 件(43%)、要介護 3 以上が 4 件(57%)。咀嚼力判定ガムではカラースケール 3 以下が要支援 0 件、要介護 1-2 が 7 件(33%)、要介護 3 以上 4 件(57%)といずれも要介護 1 以上で摂食嚥下機能が低下していた。

【考察】咀嚼・飲込み安心チェックシートの有効性が示唆された。短時間デイケア利用者は平均介護度が低く居宅サービススタッフや家族の介護時間が少ないため、食事の課題分析が難しい傾向にある。また、地域支援事業を含む転倒予防教室などの一般的な体力測定では嚥下障害の早期発見は困難であり、誤嚥性肺炎は発症後に医療機関からの情報提供により再発予防対策がされる現状にある。
今後は、介護予防事業の一環として高齢地域住民に対する一体的な嚥下機能評価が求められる。

【まとめ】デイケアには誤嚥性肺炎を予防する体制が望まれる。

当通所リハ施設における、バランステストと歩行速度の関係

法人名 医療法人社団 永生会
施設名 介護サービス スマイル永生
発表者 野長瀬高志(理学療法士)
共著者 三宅英司(理学療法士) 金子弥樹(医師)

【目的】
バランス評価は歩行評価と並び、よく実施されるものであり、さまざまな評価方法が考案されている。そのため、歩行との関連性を報告する先行研究は散見されるが、その多くは回復期におけるものであり、生活期からの報告は少ない。生活期においても、バランス能力を評価することは重要であるため、今回、当通所リハビリテーション施設における、バランステストと歩行速度との関連について、検討を行った。

【方法】
対象は、平成 28 年 9 月から 12 月に、当施設を利用開始した 37 名(平均年齢 77.97±6.95 歳、男性 15 名、女性 22 名)であった。
調査は診療録を用い後方視的に行い、調査項目は 5m 歩行時間、Timed up and go Test(以下 TUG)、Four square step test(以下 FSST)を測定し、開始時におけるそれぞれの平均値を算出した。統計学的検討は、Spearman の順位相関係数を用いて、5m 歩行時間と TUG、5m 歩行時間と FSST、TUG と FSST についてそれぞれ行った。有意水準は 5%未満とした。
さらに、開始 3 ヶ月後に評価可能であった脳卒中利用者 4 名について、開始時と 3 カ月後における差を算出して、各項目における改善の有無を検討した。

【結果】
開始時は、5m 歩行時間 7.2±8.31 秒、TUG16.3±8.68 秒、FSST15.55±7.44 秒であった。
相関係数と有意確率は、5m 歩行時間と TUG で r=0.88、p＜0.01、5m 歩行時間と FSST で r=0.68、p＜0.01、TUG と FSST で r=0.66、p＜0.01 で、それぞれ有意な正の強い相関を認めた。
さらに、開始 3 ヶ月後に評価可能であった脳卒中利用者 4 名の、開始時と 3 か月後の 5m 歩行時間、TUG、FSST の差を示す。
症例 A：1.19 秒、0.40 秒、1.38 秒
症例 B：0.40 秒、-1.58 秒、-7.31 秒
症例 C：-0.23 秒、1.41 秒、-0.30 秒
症例 D：-0.17 秒、4.46 秒、-1.39 秒
症例 A は全項目において改善を認めた。
症例 B は、5m 歩行時間は改善し、TUG と FSST は悪化した。
症例 C、D は、TUG は改善したものの、5m 歩行時間、FSST は悪化した。

【考察】
本研究では、5m 歩行時間と TUG、FSST はそれぞれ有意な正の強い相関を認め、回復期における報告と同様の傾向を示した。
通所リハにおける、脳卒中利用者の開始時と開始 3 ヶ月後の差では、一定の見解が得られなかった。その理由は、生活期における脳卒中者のバランスや歩行の改善の有無は、疾病や心身機能による影響以外にも、生活環境や活動・参加などのさまざまな要因が関係するためと考えた。

【まとめ】
TUG と FSST は歩行と有意な正の相関関係を認めたが、脳卒中者の開始時と 3 カ月後の差においては一定の見解が得られなかった。今後は環境因子や個人因子も含めて検討する必要があると考える。

「活動と参加」への挑戦
～利用者・家族の思いに応えるために～

法人名　社会医療法人青洲会
施設名　青洲会デイケアセンター
発表者　川久保辰朗（理学療法士）
共著者　近藤千代美

【目的および仮説】
利用者の希望である畑仕事や牛の世話などを、デイケアでの生活の一部として行うことで、出来る活動や体力等を獲得し、在宅生活を活き活きと継続することができる

【研究期間】
H28 年 11 月～12 月の 6 週間

【方法】
①興味関心チェックシートにて畑仕事をしたいとの希望が得られた利用者をピックアップし、事前体力測定を実施
②活動が「出来ない理由」を分析する
③6 週間利用日に畑仕事を提供する
④「変化点」を分析、事後体力測定も実施
⑤事例を通して、利用者・家族に対してのサービス提供の在り方について考える

【結果】

	事例①	事例②
出来ない理由	高齢であり、家族が「ここまで元気になった事で十分、再転倒しなければいい」と安全と在宅生活継続を希望。	日中、家族が不在であり、また街中に家があるため、畑や花壇がない。
	立位バランス・下肢筋力の不足	立位バランス・下肢筋力の不足
出来るようになった事	・フロアー内歩行見守り⇒自立	・屋外歩行軽介助⇒見守りレベル
	・椅子での農作業や立位にて草取りや水やりが可能となった	・不整地である畑でも見守りで作業可能
	・自宅で自分の使用した食器を立位で洗う事ができるようになった	・眠剤を使用しなくても眠れる日が増えてきた
5回立ち上がりテスト	12.61秒　⇒　8.41秒	16.36秒　⇒　14.0秒
FRT	18cm　⇒　17cm	20cm　⇒　24cm

【考察】各事例の「活動や参加」が出来ない理由は様々であったが、体力や下肢筋力をつける事ができ、歩行レベルの向上にもつながった。自主訓練の効果以外に、不整地である屋外歩行機会の増加や、普段のデイケア内での活動に比べ、夢中になり楽しんで行った畑仕事による起立や立位保持の時間が増えた結果と推測される。また天候に恵まれず参加の制限がある中で、「何を植えるか」や「どういう段取りで仕事を進めたらいいか」等を一緒に考える事、デイケア内での自主訓練での代用等、畑仕事への意欲維持ができた結果と考える。
また事例①は、食器洗い等身辺動作の自立にも良い影響を与える結果となった。事例②は、心地よい疲れからの安眠や食欲増進、定期的な排泄にもつながり、眠剤の使用機会減少につながった。その他、今回、近隣に畑を借りた事で、地域の方にも畑を耕す作業などの協力を得る事ができ、デイケアと地域住民の方との第一歩にもなった事は
新しい発見であった。
今回の事例を通して、デイケアでの活動が本人の意欲や自信につながり、活き活きと家庭や地域で暮らせる事、家族も安心して過ごせる事の一助となっている事を改めて知る事ができた。また利用者の希望を必ずしも家庭だけに求めず、逆に自宅では家族の都合や環境面でできない活動や参加を提供できる事業所、利用者の思いや期待に応
える事ができる事業所を目指して、新たな活動を取り入れながら実践継続していく方向性や考え方の転換を得る事ができた。

【まとめ】
今後も、行事や小グループ活動、洗い物やテーブル拭き等の事業所内での役割等を通じて、当事業所に求められている、しっかり支え続ける機能と地域につなぐ機能を果たせるよう努力し続けていきたい。

生活行為向上リハビリの実践を通して

法人名　医療法人青仁会
施設名　介護老人保健施設ナーシングホームひだまり
発表者　横山弘幸（介護福祉士）
共著者　石躍智博

平成２７年度介護報酬改定で、生活行為向上リハビリテーション実施加算（以下生活行為向上リハ）が、新たに新設された。生活行為全般の改善について焦点を当てたリハビリテーションを提供するものである。今回、プログラムに従い介護職として生活リハビリを共に取り組んだ成果と課題について検討したので報告する。

【対象】

女性　８２歳、要介護２、週３回利用
平成２８年７月３日に自宅の庭にて転倒、右大腿骨顆上骨折にて入院　１０月２４日利用開始となる。骨折以前より変形性膝関節症による痛みがある。ご本人とご家族の希望から目標は、「見守りをもらいながら調理が出来るようになる」となった。

【方法】

個別リハビリとは別に、介護職が一緒に行うプログラムとして①調理を行う際、台所では横移動が中心となり実際を想定し平行棒内での横移動練習を重ねる。②右足へ体重をかけることがうまく出来なかった為、踏み台を使用し右足に負荷をかける練習を行った。③歩行器を使用して下膳する練習を行った。

【経過】

通所訓練期（H28.10.24～H29.1.23）において歩行器を使用し下膳する動作時ふらつきが見られ、付添いを行い、体を支える必要があったが回数を重ねるごとにふらつきも減ってきた。

練習開始から半月頃、自宅で使用している歩行器へ変更した。ご自分の歩行器とあって操作性の向上もありより自宅での実践へとつながり、１ヶ月経つ頃には見守りのみでの下膳が可能になった。また、右膝の痛みの状態を見ながらコップ洗いや拭き上げの作業も行なった。

ところが、約２ヶ月目、体調不良や意欲の低下など様々な問題点が見えてきた。リハビリスタッフへ相談を行い、無理なく練習が出来るように見直しをしたが「こんなに頑張っているのに足が良くならない、痛みも良くならないし、はがゆくて」と、ご自身の目標に達していない事に対する意欲の低下が見られたため、３ヶ月目に入った所でこれまで行ってきた練習で改善できた点を目に見える形で説明し、練習開始時との現時点での TUG データと平行棒内横移動のタイムの比較をご本人へ掲示し説明を行った。これ以降は精神面の落ち込みも見られず、右足の痛みも徐々に聞かれなくなった。

社会適応訓練期（H29.1.24～4.23）ではメンタル面を考慮し、介護職が一緒に行なうプログラムとして楽しみながら立位耐久性・バランスを保つ力・腕を伸ばす力の向上を図るために練習メニューを変更し、実際の台所での移動を想定して鍋を持って歩く練習を行なった。また、下肢の筋力を付けるためマシン運動もあわせて取り組んだ。

【結果・考察】

本事例より、生活行為向上リハで個別リハビリとは別に実際の生活場面に適した訓練を実施したことにより移動方法も変わり、移動時間の短縮や下膳作業も介助なしで可能になり、自宅でも食器洗いやたまに調理が出来るようになった。結果、今回介護保険の更新で要介護２から要支援２となった。生活行為向上リハを進める中でリハビリ計画書内の項目を実践する事も重要であるが、ご本人の体調や精神面や身体の状態に合わせたアプローチが必要であることがわかった。
ご本人の目標達成のためには、他職種が密に連携しあう事が重要ではないかと考える。

【まとめ】

今回、予定していた６ヶ月より約２ヶ月早い卒業という運びになり、最後の利用日に卒業式を行った。
「この４か月間は、私にとって充実した日々でした。」と皆さんの前で発表してくださった。
この取り組みを励みに、他の事例にも取り組んでいきたいと思う。

MTDLPを用いた介入により、グランドゴルフ再開に繋がった事例

法人名　医療法人社団　三成会
施設名　南東北春日通所リハビリテーション
発表者　植田　悠（作業療法士）

【目的】
生活行為向上マネジメント(以下 MTDLP)を用いた介入を通して,本人の目標達成までのプロセスを明確化し社会参加に繋げる.

【方法】
個別事例に対し MTDLP を用いて介入.事例は 80 歳代男性.妻と二人暮らし. 転倒による急性硬膜下血腫後遺症により,注意障害と構音障害あり. 運動麻痺はないが,長期臥床による廃用性筋力低下と腰部脊柱管狭窄症により,両下肢の痺れや歩行時のふらつきあり.FIM107 点で身辺動作は自立. 歩行時は T 字杖を使用.外出や通院等も妻と実施.長年最寄りの公民館にてグランドゴルフを週 2 回行っていたが,今回の発症を機に参加が困難となる.合意目標は「グランドゴルフを再開したい」.目標達成後に通所利用修了を希望.1ヶ月ごとのリハ会議にて達成状況や課題を共有.また目標に対する実行度・満足度を 3ヶ月ごとに評価.

【結果】
目標達成の阻害要因：#1 発症に伴う廃用性筋力低下と腰部脊柱管狭窄症による痺れにより,連続歩行距離が 100m程度.体幹前傾,すくみ足が出やすい.#2 高次脳機能障害により注意の持続及び手順理解が困難.身体状況を楽観視しており,杖の不使用など転倒に繋がる動作を行いやすい.#3 移動経路が勾配の強い坂道.会場のグラウンドも不整地で転倒リスクが高い

初回～3ヶ月(通所訓練期):#1#2 に対して応用歩行練習や杖の使用練習等を実施.結果,#1 では連続歩行距離が 150m 程度に増加.#2 では杖の使用場面の増加や手順理解も向上.また,#3 において移動経路を評価し,危険箇所をリハ会議にて共有するも,本人と家族で課題への意識相違があり,新たな阻害要因として「#4 目標達成への課題認識において,本人・家族間で相違がある」が浮上.実行度 1/10 満足度 1/10.

3ヶ月～6ヶ月(社会適応訓練期)：#1#2 において歩行距離は 200m 程度に増加.杖使用が定着し,転倒に繋がる動作も減少.疲労に伴う体幹前傾は継続したが,自主トレ追加にて改善.#3 では通所訓練期での評価を基に動作場面で練習実施.会場までの往復歩行とグランドゴルフの一連動作が自立.評価内容をリハ会議にて経過報告し,#4 の改善が見られたが,5ヶ月目序盤に体調不良となり#1#2 が再び阻害要因となる.また社会復帰に対して本人・家族の不安が強くなり#4 が再浮上.実行度 1/10,満足度 1/10.

6 ヶ月～10 ヶ月(利用修了まで):体調不良による#1#2 の再浮上によって,復帰に対する本人の不安が増加.自主トレ等自分のペースで出来る運動を提案し,徐々に改善.心身機能も体調不良以前同様となるが,家族の不安が解消されず#4 が残存.家族同伴で復帰予定のグランドゴルフの会に参加し動作評価を実施.安定して動作可能であり,家族の不安軽減.#4 が改善し,目標達成可能となった為通所利用を修了.実行度 5/10,満足度 5/10.

【考察】
当事例は,目標達成への意欲は高かったが,社会復帰後のイメージが本人・家族共に構築されておらず,課題認識が不十分であった.目標達成への意欲が高い場合,成功体験を多く積むことで,イメージの構築や学習意欲の向上につながると言われている.その為実際に復帰する環境に近い設定で評価や練習を行い,リハ会議を通して定期的なフィードバックを行ったことで,達成までのプロセスが共有され課題認識の向上に繋がったと思われる.

【まとめ】
MTDLP を用いた介入により,グランドゴルフへの復帰に繋がった.目標達成を円滑にするためには,達成までのプロセスの明確化と,成功体験の獲得,課題認識の向上が重要である.

生活行為向上リハビリテーションに関する介護支援専門員を対象とした認識調査

法人名 医療法人　仁寿会
施設名 サニーサイドホスピタル　デイケアセンター
発表者 長瀬　雅史（理学療法士）
共著者 渡邊　理恵子、坂﨑　ひろみ、石井　智幸（理学療法士）
万歳　登茂子、田中　勇治（医師）

【目的】
平成 27 年度の介護報酬改定において、通所リハビリテーション（以下　通所リハ）に関しては、生活行為向上リハビリテーション実施加算（以下　生活行為向上リハ加算）が新設され、活動・参加へのアプローチを促進している。しかし、介護報酬給付実態調査によると、全国での算定率は 0.1%（平成 28 年 3 月審査分）と普及していない。そこで、市内の居宅介護支援専門員（以下　CM）に対し、生活行為向上リハ加算、活動・参加についてアンケート調査を実施し、検証した。

【方法】
対象は岐阜県多治見市の居宅介護支援事業所 33 件に在籍している CM94 名とした。ヘルシンキ宣言に基づき事前に電話にて調査内容の説明を行い、同意が得られた事業所にアンケート用紙、返信用封筒を同封し郵送した。調査方法は無記名の多肢選択式および自由記述式のアンケート調査を実施した。質問内容は、生活行為向上リハ加算について、活動・参加について取り入れていることなどである。尚、自由記述には KJ 法を用い、集計を行った。

【結果】
アンケート回収率は 82%であった。以下、抜粋。
生活行為向上リハ加算について、『知っている 13%』、『聞いたことがあるが詳しく知らない 47%』、『知らない 39%』、『未記入 1%』であった。
生活行為向上リハ加算の導入について、『良いと感じる 47%』、『難しいと感じる 23%』、『分からない 30%』であり、具体的には、導入に関して良いと感じていても、単位数の高さを指摘する CM が多かった。
通所介護等への移行について、『良いと感じる 43%』、『難しいと感じる 23%』、『分からない 34%』であった。
活動・参加について取り入れていることに関して、『ある 94%』、『ない 1%』、『分からない 5%』と、ほとんどの CM がケアマネジメントに取り入れている結果となった。

【考察】
CM 全体に生活行為向上リハ加算が普及していない要因として、啓蒙活動が少ないことや加算要件が厳しいうえに高額な単位数がかかることなどから本人・家族の理解が得にくく、積極的に加算を取り入れられないことが原因ではないかと推測される。
ケアマネジメントに活動・参加を取り入れている CM は多いが、通所リハとして考えている活動・参加への理解が十分ではない印象がある。活動・参加に対する取り組みをさらに促進する為には、障害を持った高齢者が有する能力をどのように活動・参加へ繋げることができるのか、情報共有していくことが必要であると考える。
通所リハの役割として、利用者の生活機能を向上させ通所介護等へ移行してく必要があるが、移行に対して本人・家族の理解を得にくい場合が多く、また CM の理解も良好とは言えない。今後、通所リハの役割をより明確に示していき、社会参加へ導く為のより密な連携が重要だと考える。

【まとめ】
通所リハの役割として、生活行為向上や活動・参加を含めた目標、アプローチ方法を情報共有し、社会参加へ導く為のより密な連携が重要である。

新たな生活行為に向けたチャレンジ!

法人名　医療法人ハートフル
施設名　あまのクリニック
発表者　藤田　恵一（理学療法士）
共著者　富田　明日香　藤田　祥子　狭田　純　福田　裕恭

【はじめに】
平成 27 年度の介護報酬改定で、生活行為の目標を設定し集中してリハビリテーション(以下リハ)を行うことで、期間内の利用修了を促す方向性が明らかになった。

【目的】
今回我々は、目標を設定し、理学療法士（以下PT）が短期集中個別リハ実施加算、生活行為向上リハ実施加算を算定し、新たな生活行為として地域の社会資源と繋がり、利用を修了出来たケースを経験したので報告する。発表にあたりご本人より同意を得ている。

【事例紹介】
A 氏、50 歳代前半男性。要介護 2。X 年 12 月、脳出血で発症。翌年 5 月退院後、当院 1-2 時間通所リハ利用開始。
利用者の希望：速く歩けるようになりたい。
生活行為の目標：地域の社会資源（スポーツセンターサンチェリー(以下サンチェリー)）を利用し継続的に運動に取り組む。

【経過・結果】
①利用当初は自宅内 ADL 自立レベルであったが外出の際はご家族の付き添いが必要。身体機能は5m歩行検査（以下 5m歩行）7.6 秒、TimeUp＆ Go 検査（以下 TUG）23.3 秒であった。
②利用当初のリハ会議では在宅生活や身体機能に対する不安が聞かれた。会議を重ねることで、徐々に自信を持って生活が送られることや身体機能が改善傾向にあることを、参加者全体で共有することが出来た。4 ヶ月には 5m歩行 5.0 秒、TUG14.0 秒となり自宅周辺の一人での散歩も定着した。この頃ご本人より『継続した運動に取り組みたい』との発言が聞かれた。そこでリハ会議でサンチェリーの継続した利用を提案し、ご本人も前向きに捉えられ、これを通所リハの目標として設定した。
③利用 5 ヶ月頃に PT が同伴しサンチェリーの体験利用を行った。体験利用までに、サンチェリーへの事前連絡や利用者の情報提供書を送り利用の準備を進めた。体験利用後にはご本人も満足され『また利用したい』との発言が聞かれた。
④利用 6 ヶ月には 5m歩行 4.1 秒、TUG10.7 秒と改善が得られた。ご自宅での散歩やサンチェリーに対する意欲も継続しており利用修了とした。

【考察】
平成 28 年度の厚生労働省の報告では、通所リハにおける生活行為向上リハ実施加算の届出状況は 7.5%と低い状態である。生活行為向上リハ実施加算における PT の関わりは更に低いと推察する。
本症例は PT の介入で、短期集中個別リハ実施加算による身体機能の向上と、4 ヶ月頃よりご本人の発言にも変化があり、生活行為向上リハ実施加算を算定することで療法士を含め修了を意識した具体的な目標が設定された。リハ会議では、情報の共有、ご本人ご家族の思いの把握、不安に対しての意見交換・具体策の提案などで、実際に在宅生活を送る過程での利用者の意識を徐々に活動や参加へ向けることが出来、漠然としていた利用者の希望を明確にすることが出来た。その結果、体験利用という外出練習で施設を安心して利用出来ることが分かり、『また利用したい』と利用の意欲に繋がり、円滑に必要条件である修了に至ったと思われる。
本症例に対する PT の介入は、通所リハにおける修了という一つ方向性を、短期集中個別リハ実施加算と生活行為向上リハ実施加算を算定することで目標が明確になり、より容易に実現できる可能性を示唆しているのではないかと考える。

【まとめ】
身体機能の向上に伴い活動範囲が徐々に拡大し、リハ会議での情報共有や具体的な目標設定と外出練習を行い新たな生活行為として地域の社会資源と繋がり利用修了となった症例を経験した。

アプローチを活動・参加に向けた結果、行動変容を促せた事例

法人名　医療法人桜十字
施設名　介護老人保健施設　レ・ハビリス桜十字デイケアセンター
発表者　前田憲男（理学療法士）
共著者　當田恭兵　曽我威郎　古川郁美　原田靖大（理学療法士）

【はじめに】

自宅から饅頭屋までの散歩を目標に、心身機能訓練を中心にアプローチするも向上が見られなかった事例に対して、再度問診からやり直し、活動・参加に焦点を当てたアプローチに切り替えた結果、行動変容を促し、散歩の実現に近づいた事例を経験したので報告する。

【事例紹介】

80 歳代男性、要介護 1。デイケアは週 3 回の利用。目的はリハビリ・入浴・交流。原疾患はうっ血性心不全。障害高齢者の日常生活自立度は A1、認知症高齢者日常生活自立度はⅠ。移動は自宅内伝い歩き自立だが、血圧低下や易疲労性の為、デイケア内は車椅子駆動自立。短期目標は、デイケア内歩行器歩行自立。長期目標は、奥様見守りのもと歩行器歩行にて自宅から饅頭屋までの散歩（400M）。

【経過】

X 年 5 月、リハビリは心身機能訓練を中心に施行した。また、自主訓練指導を実施した。

X 年 7 月、再度問診からやり直し、「歌を歌いたい」という新しいニーズを聞き取り、デイケアの利用時間に個人で歌う時間を設けた。セラピストは歌うための環境設定や歌う場所まで歩行器歩行する約束を交わし実施を始めた。

X 年 10 月、参加者を募りグループで歌う「歌の会」に発展させ、事例にリーダーの役割を創出させた。

X+1 年 4 月、歌の会は半年継続できている。

【結果】

X 年 7 月、活動に目を向けたアプローチを行うことで、行動変容ステージ（以下ステージ）は熟考期から準備期となった。General Self-Efficacy Scale （以下 GSES）は 15/16 点と変化は無かった。余暇活動は、臥床や読書・パソコンが 1 日 1 時間の資料作成へ、自主訓練は週 1 回が週 3 回に増えた。デイケア内の移動は車椅子自走が歩行器歩行見守りとなった。（自席から歌う場所まで）Timed up and go test（以下 TUG）は 41.5 秒から 39.44 秒、連続歩行距離は 10m から 15m となった。

X 年 10 月、グループでの「歌の会」へ発展し、ステージは実行期となった。余暇活動は 1 日 3 時間の歌の会の資料作成や読書で、自主訓練は毎日 1～2 時間となった。デイケア内の移動は全て歩行器歩行となった。TUG は 19.09 秒、連続歩行距離は 40m であった。

X+1 年 4 月ステージは維持期で、活動的な余暇活動は継続中であった。GSES は 16/16 点、TUG は 16.81 秒、連続歩行距離は 80m であった。

【考察】

行動変容とは、竹中によると対象となる人の行動が変わっていくという意味としている。

今回、運動に対する行動変容により、活動量が増大し歩行能力が向上したと考える。事例は、X 年 5 月の時点でセルフエフィカシー（以下 S.E）は高い状態にあり、健康管理に対してのステージは高かった。しかし運動に対しては、行動を変える必要性は感じていたが、血圧低下や易疲労性の理由により変化しなかったと考える。

今回、事例が興味・関心を持つ「歌う」という活動・参加に焦点を当てたことで、高い S.E が運動にも反映され、「歌う」ことと関連づけさせながら、歩行量や活動量を漸増していくことができた。アプローチを切り替えたことが行動変容を促す要因となったと考える。

【まとめ】

新たなニーズを聞き取り、アプローチを活動・参加に焦点を当てた結果、行動変容を促せた。

当院通所リハビリテーションの修了への取り組み

法人名　医療法人社団輝生会
施設名　成城リハケア病院
発表者　立花光洋（理学療法士）

【はじめに】
当法人の通所リハビリテーション（以下、通所リハ）は、5 拠点で短時間（1 時間以上 2 時間未満）事業、2 拠点で中時間（3 時間以上 4 時間未満）および長時間（6 時間以上 8 時間未満）事業を実施している。しかし、中長時間事業においては、事業内容や質が整っているとは言い難かった。
そこで、平成 25 年から 2 拠点の常勤スタッフで「通所リハ事業研修」を開催し、スタッフの交流をはじめ拠点間の事業所や地域性の理解と質の向上を目指した行動計画の策定を行い、年度末には半年間のアプローチをまとめ部署内で報告会を実施している。
平成 28 年度も研修会後の行動計画として、「通所リハの卒業を考える」をテーマに 2 事例に対して修了に向けた取り組みについて検討を行ったので終了状況と合わせて報告する。

【終了状況】
平成 28 年 1 月～12 月末までの通所リハ終了者は 90 名、主な終了理由は目標達成 5 名（5%）他サービスへの移行 14 名（15%）、本人都合 26 名（29%）、転居 5 名（6%）、入所 11 名（12%）、体調不良 14 名（16%）、入院 9 名（10%）、死亡 6 名（7%）であった。

【事例 1】
80 歳代、女性、くも膜下出血、要介護 1、中時間事業を週 5 回利用。発症を機に他県より転居。日常生活動作（以下、ADL）は自立、自宅周辺の外出は一人でも行なえているため通所の卒業について提案。家族からは公共交通機関を利用しての待ち合わせを含めた外出可能の希望があり実施。駅までの地理や時間管理は問題ないが、案内板や掲示板に戸惑う場面があり、助言を要した。今後も練習を継続し、体操教室等の地域の社会資源の定着を図りながら通所リハ利用頻度減を検討の方針となる。

【事例 2】
60 歳代、男性、くも膜下出血、要介護 2、長時間事業を週 2 回利用。ADL は自立、元調理人であるため通所リハでの調理活動を実施。以前は調理手順のエラーを認め、通所リハから帰宅後の夜中に調理を始めてしまうなどの行動もあり家族の受け入れも不良であった。集団調理活動のある通所介護の利用も開始、高次脳機能障害の改善を家族も実感し通所リハでの調理活動にも理解が得られるようになった。環境に慣れるには時間を要するため今後も通所介護の利用を増やしながら通所リハの頻度減を検討の方針となる。

【考察およびまとめ】
当院通所リハ終了理由において、目標達成の割合は低かった。今回の 2 事例を通して、たとえ身体機能やＡＤＬが自立し通所リハ事業所としては、卒業レベルと判断できても日常生活の具体的課題や家族の希望により、時間を要した。平成 27 年の介護報酬改正後、自己管理方法や集団活動等、リハスタッフの個別の関わり方について頻度も含め検討を重ね対応してきた。しかしながら卒業前には、今一度しっかりとした個別のかかわりの必要性をスタッフ一同実感した。そこで本年度も法人在宅部門の事業別研修の一環として通所リハの質向上のためのスタッフ研修に加え、日曜日を利用した目的別の中時間事業を開始予定である。

医療・介護の連携に向けてデイ・ケアからの発信を行った一例

法人名　医療法人青木内科小児科医院
施設名　あいの里クリニック
発表者　齋藤　真実子（言語聴覚士）

【はじめに】
他医療機関との情報共有が重要と考えられた利用者に対して、デイ・ケアから発信を行い、連携を図った事例について報告する。

【症例】
A 氏、男性、80 歳代、要介護 3、看護師の妻と二人暮らし、主治医は B 病院。
主病名：嚥下障害（食道瘻造設）、アルツハイマー型認知症、重症筋無力症（疑い）。
既往歴：誤嚥性肺炎、心房細動、腸閉塞、胃潰瘍（胃 2/3 切除）。

【利用開始までの経過】
H28 年 1 月に誤嚥性肺炎を発症、C 病院入院。重症筋無力症を疑われるも確定診断はなく、嚥下障害の原因は不明。経口摂取困難のため、食道瘻を造設し、同年 2 月に自宅へ退院。原因不明ということもあり、妻は嚥下障害に対する受け入れが困難で、経口摂取への希望が強かった。
退院後は、妻の勤務先でもある D デイサービスを利用。退院後 1 ヶ月ほどは、E 病院外来にて嚥下訓練を実施していたが、通院の負担などから、F 訪問看護ステーションでリハビリ（言語聴覚士による嚥下訓練）を実施することとなった。しかし、自宅でも勤務先でも食道瘻の管理をしなければならず、妻の介護負担感が増大したことから、同年 6 月より、嚥下訓練と食道瘻の管理を主な目的に、当院デイ・ケアを利用することとなった（デイサービスの利用と訪問での嚥下訓練は終了）。

【デイ・ケアでの対応】
リハビリテーションマネジメント加算Ⅱを算定。摂食嚥下機能の評価については、妻の希望にて G 病院で実施。G 病院からの情報をもとに、言語聴覚士が嚥下訓練を行った。食道瘻の管理は、C 病院からの情報をもとに看護師が行った。

【利用開始後の経過】
利用開始後半年間、月に 1 回のリハビリテーション会議（以下、リハ会議）において、家族・サービス担当者間で、様々な情報を共有することができた。
A 氏の課題として、まず、嚥下障害の原因が不明であるため、効果的な訓練の提供が難しいことが挙げられた。当院併設の歯科からは、酸蝕歯や地図状舌など重度の胃食道逆流症が疑われる状態であるとの情報提供があった。嚥下状態から、胃食道逆流症が嚥下障害の一因となっている可能性が考えられた。次に、定期的に医療機関を受診しているものの、低 Na 血症や体重減少など、全身状態が不安定であることが挙げられた。全身状態を把握し、疾患を管理することが重要と考えられた。しかし、以前より複数の医療機関を受診していたこともあり、情報の整理ができておらず、妻も A 氏の状態を把握しきれていない状態であることがわかった。
複数の医療機関からの情報を集約し、状態を把握することが必要と考え、A 氏が関わっている医療機関に対し、リハ会議の内容を含めて、医師から情報提供を行い、それぞれの医療機関との情報共有を図った。妻に対しても、適切に医療機関を受診できるよう、医師から助言を行った。
このような経緯もあり、主治医を B 病院から当院へ変更。全身状態の管理は当院で行い、食道瘻の経過観察、交換等は引続き C 病院で実施することとなった。また、通院の負担もあったことから、摂食嚥下機能に関しては、当院併設の歯科でフォローすることになった。

【まとめ】
今回の事例では、関係医療機関へ働きかけることで、情報を集約し共有することができた。これにより、全身状態を把握し、適切な疾患管理の下、デイ・ケアの利用を継続できている。しかし、現在も嚥下障害の原因は不明とされており、妻の不安や介護負担感は解消されていない。このような課題の解決に向けて、今後もデイ・ケアからの発信を続け、医療・介護の連携を図っていきたい。

毎日デイサービスにより在宅生活を安定して送ることが出来ている症例について

法人名　株式会社　YOU
施設名　富家リハビリセンター苗間
発表者　関川　竜生（理学療法士）
共著者　丸山　圭介

【目的】
通所系サービスとしては通所リハビリ（以下デイケア）と通所介護（以下デイサービス）があり、当グループにはデイケア１か所、デイサービス３か所の事業所を展開している。病院より退院する方の中には、在宅生活を送りたいという強い希望が聞かれるが、さまざまな背景・要因により、介護保険を利用していかなければ安定した生活を送ることが出来ない方がいる。
その中で、毎日デイサービス（デイケアも含む）を利用する事で、ご本人の希望である在宅生活を安定して送ることが出来るのか？また、毎日デイサービスにはどのようなメリットがあるのか？を踏まえ、実際に安定して在宅生活を送ることが出来るようになった症例をここに報告する。

【方法】
毎日デイサービスとしては週５回以上の通所サービスを利用している方（当グループ内の通所サービス事業所の併用も可）とし、ご利用開始時の経過～現在に至るまでの生活状況の変化をまとめ、実際に安定した在宅生活を送ることが出来るようになったのかを検証する。また、当グループで行っている「サポート付き住宅事業」のご入居者様については入居に至るまでの経過も検証する。

【結果】
毎日デイサービスを利用している、もしくはしていた利用者20名すべてのご利用者様が、退院後もしくは転居後に安定して在宅生活を送ることが出来ていた。
ご逝去された方や、入院してしまったご利用者様もいたが、毎日デイサービス利用前と、毎日デイサービス利用後にはADL改善が認められた。

【考察】
毎日デイサービスを利用する事で、退院後におりうる入院時の活動量よりもご自宅での活動量が低下する事を予防できたのだと考える。また、ケアマネージャーや他事業所への連携も強化して行っていたことでより在宅生活を安定して送ることが出来るようになったと考える。

【まとめ】
毎日デイサービスを利用する事で、日中の活動量を確保することが出来た。また、ご自宅での生活に慣れ、毎日デイサービスの利用がなくなった方も安定して生活することが出来ていた。
今回はデイサービスからの目線で在宅生活を安定して送ることが出来るようになった症例を紹介したが、他職種での関わりは必要であり、障害をもつ利用者さまにとって多職種で関わり続けることが今回の結果につながったのではないかと感じた。

日常生活動作へ繋げる入浴

法人名 医療法人社団 東北福祉会
施設名 介護老人保健施設 せんだんの丘 通所リハビリテーション
発表者 遠藤 亘（介護福祉士）
共著者 岩渕 隆俊（理学療法士）

【はじめに】
当事業所では入浴に関して課題があり、その課題を解決する事で役割の再獲得や参加の場が増える可能性のある方々に優先的に支援を行っている。今回、単に入浴支援を行うのではなく、事前の情報共有や 1 回 1 回の振り返りを行った事で、日常生活動作につなげる事ができた事例があった為、以下に報告する。

【対象】
90 代男性、要介護 5
現病歴：肺炎後廃用症候群、貧血、高血圧症
利用までの経過：平成 28 年呼吸困難症状がみられ、肺炎の診断を受け入院。入院中、体力・身体機能低下がみられた為、退院後リハビリを行い体力の回復を行った。退所後、依存的な所があり介助を要していた為、ベッドにて臥床している時間や座って過ごす事が多かった。その結果、臀部に褥瘡ができ身体機能が低下した為、当事業所への利用となる。

【介入方法】
①事前の情報共有
入浴目的：身体機能の低下により自宅内入浴が困難である事と、臀部の褥瘡を清潔に保つ為。
方向性：身体能力を維持しながら入浴を継続して行える事。
必要な介助：依存的な傾向がみられる。立ち上がり時、移乗時、ベッドからの起き上がり時に一部介助を要する。下衣更衣に関しては要介助。
注意点：廃用症候群による疲れやすさと右腕に痛みがみられる事がある為、本人の様子を評価しながら介助を行う。
②入浴介助実施
更衣：上衣 自立して行う。痛みがみられる場合には左腕を使い着脱するよう声掛け。
下衣 手すりを使用し立位姿勢にて上げ下ろしを介助する。
浴室内移動：普段、車椅子を使用している為、シャワーキャリーにて浴室内移動。
洗体：上部は自立、背部と下腿は介助にて洗体。
処置：入浴後、ベッドに移乗し側臥位にて実施。
③振り返り
初回の入浴介助を行い、事前情報との違いは上衣更衣に関して、手順が分からず着脱が自立して行えなかった。
④次回に向けての修正点
振り返りを踏まえ、上衣の着脱で出来ない所をアドバイスしながら、なるべく自力で行えるよう支援した。

【経過】
初回入浴時、着衣・脱衣を行えず立位姿勢を長く保つ事が出来なかった。着脱に関して、声掛けによるアドバイスを行い、出来ない所を介助し徐々に出来る所を増やしていった。結果、声掛けのみで着脱が行えるようになり車椅子による移動はできるようになった。それにより介護負担が減った。
下衣の上げ下ろしの際、立位姿勢にて介助を行った。結果、初回に比べ立位保持の時間が長くなった事により車椅子からベッドへの移乗が安定して行えるようになった。
褥瘡に関して、座位能力向上や除圧をご自分で行えるようになったこと、立位を取る機会が増えたこともあり、悪化させる要因を減らすことができた。

【考察・まとめ】
事前情報があり情報共有された事により、利用開始日より対象者の状態を把握した介助が行えた。利用開始当初は右腕の痛みの関係もあり、衣類の着脱や入浴動作に関して依存的な部分が強く動作に消極的であったが、痛みに合わせた動作方法への声掛けやアドバイスにより、以前と比べ自力でやってみようと行動するようになったと感じた。

褥瘡になるほど自発性が低下した多系統萎縮症の方への取り組み報告
～リハマネⅡを通じて「やりたい事」を見つけた症例～

法人名　医療法人　誠仁会
施設名　介護老人保健施設　パークヒルズ高塚
発表者　山口　力哉（理学療法士）
共著者　坂　和樹（理学療法士）

【目的】
進行性の難病を患い、身体機能が低下するにつれ何事に対しても意欲や自発性が低下し、臀部に褥瘡ができるほど自宅で椅子に座りっぱなしであった症例が、リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ（以下；リハマネⅡ）を通じて活動量が増加したことで褥瘡が改善し、「やりたいこと」が見つかった事例を報告する。

【方法】
70 歳代男性　要介護 2
妻と 2 人暮らし
平成 x 年、排尿障害により多系統萎縮症と診断され、同月にデイケアの利用開始。
疾病により身体が動きにくくなったことで、自暴自棄となり何事にも意欲がなくなった結果、居間の椅子に座ったままほとんど動かない生活となり臀部に褥瘡が出来ていた。
本人、家族、当ケアマネージャーと共に今後の支援計画を協議した。自宅での活動量の減少による廃用症候群の改善、自宅での転倒予防に環境設定、趣味活動の検討を課題として取り組んだ。

【結果】
歩行能力の向上や自主トレへの取り組みが増加すると共に褥瘡は改善傾向となった。身体機能・自宅での活動量の増加により、何事にも意欲がなかった症例が「やりたい事」を見つけることができた。

【考察】
リハマネⅡの算定により、その症例自身を取り巻く環境や本音を詳細に把握することができ、さらに他職種との連携、共有を多く図れたことで、症例の意欲を引き出すことができた。

【まとめ】
進行性の疾患から時間だけが経過していく生活だった症例が、「やりたい事」を見つけたことで、日々の生活に変化を出すことができた。
進行性の方に限らず、どのような方に対しても、前向きな生活を送って頂けるよう、諦めることなく支援し続けていきたい。

家で独りから外へみんなで
～外出支援へ取り組んだ一症例～

法人名　学校法人　国際医療福祉大学
施設名　国際医療福祉大学塩谷病院　しおや総合在宅ケアセンター
　　しおや通所リハビリテーション
発表者　水野　裕介（理学療法士）
共著者　田代　竜馬（理学療法士）

【目的】
当通所リハビリテーションでは自立支援、活動と参加に焦点を当てたリハビリテーションの支援を実施している。今回は地域活動への参加に繋がった事例の支援内容について報告する。

【症例紹介】
対象は80代女性、 要介護2、疾患名は腰椎圧迫骨折（H27）変形性膝関節症（H22）、病前は地域の俳句の会や旅行など活動的に過ごされていた。圧迫骨折以降は独居のため家事や自身の事は行っていたが、外出機会は減少し引きこもりの生活となってしまっていた。移動は自宅内伝い歩き、屋外はＴ字杖での歩行である。腰痛の軽減と外出機会の獲得の目的で当通所リハビリを週 2 回で利用開始となった。

【介入】
長期目標として再び地域活動へ参加でき、通所リハビリを卒業出来ることを目標として介入していった。身体機能面においては外出するための屋外歩行に重点を置き介入を行った。活動と参加へのアプローチとして外出機会が増え、以前通っていた近所の俳句の会へ再び参加できるようアプローチを行った。またセルフプログラムの指導を行い自主的に運動が行えるように促した。

【結果】
利用開始から 1 ヶ月で友人宅（約 200m）への外出、近所の散歩が可能となった。2 ヶ月で、サービス担当者会議で本人とケアマネージャー、通所リハビリスタッフで目標の見直しを行い、自宅で
自主運動が定着すること、半年後を目途に通所リハビリからの卒業に関して具体的な方向性の統一をはかった。3 ヶ月で買い物や友人宅・散歩等外出頻度（週 3-4 回）が増加。6 ヶ月後には毎日散歩や外出する等活動的な生活を送れるようになった。9 か月で通所リハビリを卒業し短時間のデイサービスへ移行となる。卒業 1 か月後には友人と旅行に行くことができた。現在も旅行に行き俳句を作成し手紙を送ってくるなど活動機会を保つことが出来ている。

【考察】
今回、円滑に通所リハビリから卒業できた要因として①リハビリスタッフだけが卒業を意識するのではなく、介入時やサービス担当者会議などを通して利用者やケアマネージャーそれぞれと卒業への意識の共有がはかれたこと②個別介入の時間だけではなく余暇活動や行事の時間を利用して活動・参加へアプローチを行うことで利用時間を最大限活用することができたこと③自主運動について利用時から意識付が行えたことの 3 つが要因として考えられる。

【まとめ】
当施設では通所リハビリからの卒業に関して、前向きに捉えられない利用者は少なくない。今回の症例を通して、卒業までの目標設定や期間設定をより具体的に行うことが重要であることを再確認できた。スタッフ一人一人がこのことを意識してサービスを提供できるよう取り組んで行きたい。

退院直後から短時間通所リハビリテーションを提供し居宅指導の継続により外出自立した症例

～法人内の医療から介護へシームレスなサービス提供～

法人名　医療法人社団 淳英会
施設名　[1] おゆみの診療所 [2] おゆみの中央病院
発表者　吉田　圭佑 [1]　（理学療法士）
共著者　丸　晃典 [1]　（理学療法士）
髙木　幸子 [1]　(介護支援専門員)
上村　公平 [1]　山下　剛司 [2] (医師)

【はじめに】

今回、短時間通所リハビリテーション(以下、短時間通所リハ）を利用している症例に対し、リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)(以下、リハマネⅡ）を算定し、リハビリテーション会議（以下、リハ会議）と居宅指導を継続的に実施した。本症例は同法人内のおゆみの中央病院を退院直後からおゆみの診療所の短時間通所リハで短期集中個別リハビリテーション（以下、短期集中リハ）を実施した。法人内で医療から介護へのシームレスな連携を活かし、居宅指導を継続したことが外出自立の目標達成となったため、以下に報告する。

【症例紹介】

87 歳、男性、要介護 2、週 2 回短時間通所リハ利用、頚椎症性頚髄症術後

Hope：買い物に一人で行きたい。

Needs:T 字杖手すりなしでの階段昇降の自立。

経過：2014 年秋頃に両手痺れと歩行時のふらつきがみられ A 病院入院。2015 年 9 月椎弓切除術施行。2015 年 10 月おゆみの中央病院へ入院。担当セラピストより屋内生活自立を目標にし、歩行訓練を中心に行ったとの申し送りを受けた。2016 年 2 月に退院し、屋内伝い歩き、屋外歩行器歩行見守りとなった。同月おゆみの診療所短時間通所リハを開始した。利用当初は歩行が不安定な状態であったため、退院直後から短期集中リハで歩行能力の向上を目指した。屋内を独歩で移動できるようになり、屋内生活が安定したため、提供するサービスを見直し、リハマネⅡで外出の自立を目指した。

生活環境：マンションの 3 階に住み、自宅内玄関に歩行器を保管している。1 階までは手すりが付いているが、ポーチの階段に手すりはなく、T 字杖見守りで実施している。

【居宅指導内容と課題】

2016 年 8･9 月：階段昇降、歩行器の保管場所を検討した。屋外歩行時には歩行器を必要とするが、歩行器を持ち階段昇降を行うのは、転落リスクが増加し困難であった。そのため歩行器の保管場所の検討、T 字杖で階段昇降の獲得が必要であった。

2016 年 10 月：階段昇降、歩行器で片道 1 ㎞の長距離歩行を実施した。帰宅後の階段昇段時は下肢の疲労が蓄積し、ふらつきが増加した。

2016 年 11 月～2017 年 4 月：階段昇降と奥様の介助の指導、長距離歩行を継続して行った。

【経過と結果】

2016 年 11 月中旬頃から歩行器を息子様が 1 階まで下ろし、手すりなしの階段昇降は奥様が軽介助をすることで安全に実施でき、外出が自立した。

【考察】

外出が自立した要因は、入院時からのシームレスな情報共有と、居宅指導を通して明確になった実際の環境下での問題点に対し、事業所内で集中的に介入できたことが挙げられた。またリハ会議を開催し、本人とご家族、関係職種と情報を共有し、随時目標の再設定ができたことと考えた。このことから短時間通所リハと居宅指導の継続は目標達成に有効であると考えられた。

【まとめ】

退院直後から短時間通所リハで屋内生活の安定を図り、本人の希望を踏まえ提供するサービスを見直した。その中でリハマネⅡを活用し、リハ会議、居宅指導を継続的に行い外出の自立を目指した。関係職種と情報を共有したことで明確化した問題点に集中的に介入することができ、ご家族の協力を得たことで効果的な支援につながり、外出を自立することができた。

当通所リハビリテーションにおける在宅生活支援の取り組みについて

法人名　医療法人社団　東北福祉会
施設名　介護老人保健施設　せんだんの丘　通所リハビリテーション
発表者　片寄　栄二（作業療法士）
共著者　岩渕　隆俊（理学療法士）

【はじめに】

今回、自宅内にて転倒がみられた症例に対して居宅訪問や PDCA サイクルを基本とした支援を実施した。その結果、在宅生活支援がスムーズにできたため、手順や方法を以下に考察する。

【事例紹介】

80 歳代男性、要介護 1、診断名：脳梗塞（左片麻痺）、高次脳機能障害や体力低下が見られる。Bathel Index85 点、歩行時には下肢装具を使用。装着には 5～10 分程度時間を要する。

【経過・方法】

夜間帯トイレに移動する際、下肢装具を使用せず歩行し、自室にて転倒。翌朝家族より転倒したと電話報告があり、通所リハ職員間で利用時の歩行やトイレ動作等の情報共有を実施し、早急な居宅訪問の必要性が高いと考えられた。

1.居宅訪問

本人・家族立会いの下、同環境でのベッド離床から転倒箇所までの歩行動作を評価した。問題点としては、①段差付近での動作の統一性が見られない、②下肢装具未使用での歩行が不安定といったことが挙げられた。

2.Plan（計画）

①段差付近の動作の統一性が図れるよう、福祉用具貸与事業と手すり等の環境面の変更を検討した。また、送迎車や自宅玄関の段差昇降時、危険な様子が無いか職員で確認を実施する事とした。

②下肢装具装着には 5～10 分程度時間を要しており、夜間帯においては今後も下肢装具未使用での歩行が考えられるため、裸足での歩行練習が必要と考えられるため、個別プログラムに追加した。

3.Do（実施）

①自宅には福祉用具貸与事業所と連携し、段差付近に置き型の手すりを設置。設置後、実場面において繰り返し動作練習を実施した。

②装具の着脱練習、裸足での歩行練習を追加し実施した。練習を繰り返し実施すると、動作が安定して行えた。

4.Check（評価）

評価を実施するため再度居宅訪問を実施。歩行時、支持物を把持する状況下では自立レベル、転倒リスクが減少した。

5.Act（改善）

再評価後は居宅訪問の頻度を少なくしたが、送迎を利用し家族からの情報収集は継続して実施した。

【結果】

居宅訪問、PDCA サイクルを基本とした支援を実施した結果、裸足での歩行安定、動作に対する不安軽減が見られ、自室からトイレの移動が安定して行えるようになった。

【考察・まとめ】

今回、在宅生活の中で発生した生活の支障を解決するために、居宅訪問により実際の生活場面でのアセスメントや PDCA サイクルを基本とした支援を実施したことで、スムーズに問題を解決することができ、改めてその支援が重要であると感じた。PDCA サイクルは目標や目的を達成するために必要なマネジメントを促進することができ。また、定期的な居宅訪問を実施することは目標や目的を達成するために解決しなければならない問題点を早期に抽出することが可能なことや利用者の生活動作や環境、生活に対する考え方を理解するために重要である。それにより、状況に応じた支援が可能となると考える。

今回の取り組みを通じて利用者の生活に対する考え方を理解しひとりひとりに適応した「心身機能」「活動」「参加」にバランスのとれた支援をしていく。

入浴動作の検討を行い自宅での入浴が可能となった左片麻痺の 1 症例

法人名 医療法人池慶会
施設名 デイケアしくら
発表者 下宮絵梨奈（理学療法士）
共著者 大塚浩一　山本由佳

【はじめに】

入浴動作は,脳卒中など何らかの障害がある場合,自立に繋がりにくく介護負担も大きいため,本人や家族は自宅での入浴をあきらめることも少なくないとされる(衛藤.2005).今回自宅でも入浴を行いたいと希望した症例に対し,入浴動作の検討,動作訓練を行ったことにより自宅での入浴が可能となった症例を経験したため,報告する.発表に際し本症例に説明を行い同意を得た.

【症例情報】

症例は60歳代男性.2年前脳梗塞後左片麻痺を発症.Brunnstrom Recovery stage 手指Ⅱ,上肢Ⅲ,下肢Ⅳ.要介護2.退院後から週3回通所リハビリテーション(以下通所リハ)を利用している.通所リハでは週 2 回の入浴を行っている.HDS-R24 点.徒手筋力テストは麻痺側股関節屈曲3,非麻痺側下肢筋力は4.また,関節可動域は両足関節背屈 5°.FIM113 点であり,通所での入浴では浴槽へ入る際は側方またぎ、出る際は前方またぎで見守りの元行っている.また,健側上肢,背面の洗体介助を要する.T 字杖を使用して屋内歩行自立.麻痺側下肢のぶん回し歩行がみられ,時折麻痺側の爪先が床面に引っかかる様子が見られる.また,周囲に気がとられやすく,同時に複数の課題を行うことが苦手である.自身の身体機能を理解できていない様子が見られ,危険認識に乏しい.

通所リハでは、両下肢のストレッチ,下肢・体幹の筋力強化訓練,歩行訓練を中心に実施している.

【経過】

通所リハ利用開始から 13 ヶ月が経過し,自宅でも入浴を行いたいという希望を聴取した.自宅浴室の評価,入浴動作の検討を行った.環境面での問題点として,浴槽が小さくバスボードを使用しての浴槽への出入りが困難,浴室内に手すりが設置されていない,浴槽が 60 ㎝と深く立位での出入りが困難,浴室床面,浴槽内ともに滑りやすい材質であることが挙げられた.また症例の身体機能面の問題点からまたぎ動作時の麻痺側股関節屈曲動作不十分,麻痺側下肢の支持性低下によりまたぎ動作および,浴槽内からの立ち上がり動作が不安定であることが挙げられた.問題点解決のため,住宅改修,福祉用具,訪問介護の導入を検討し,通所リハにて浴槽のまたぎ動作を中心とした動作訓練を行うことが決定した.

【リハビリテーション介入】

通所リハでは通常のリハプログラムに加え,浴槽のまたぎ動作,特に麻痺側下肢の股関節屈曲動作,片脚立位訓練を中心に動作訓練を行った.改修後の自宅浴槽と同様の環境下での 20 ㎝台からの立ち上がり動作の練習を行った.

【結果】

片脚立位時のふらつきが軽減し,またぎ動作の安定性の向上がみられた.検討開始から 24 日後,住宅改修による手すりの設置,浴槽台,滑り止めマットを導入.その後訪問介護へ入浴動作の介助方法の伝達を実施.現在,通所リハの入浴に加え週 1 回訪問介護を利用し,洗体時,入浴動作,軽介助にて自宅で入浴可能となった.

【考察】

個々の下位動作別に練習し,一つ一つの下位動作が可能になった後,それらをつないでいくことが連鎖化と言われている(山﨑.2006).今回の症例でも入浴動作を分割して訓練したことにより,連鎖化が起こり動作獲得への一助となったのではないかと考える.他職種と情報共有を行えたことにより症例の危険認識、身体機能面への対応が可能となり,スムーズに自宅でも入浴を開始することにつながったのではないかと考える.

当院通所リハビリテーションにおける自立支援にむけた取り組みについて
～自主トレ-ニング獲得に関係する因子についての検討～

法人名 医療法人社団 輝生会
施設名 船橋市立リハビリテーション病院
発表者 伊藤直人（理学療法士）
共著者 小林貴彦 藤田奈々絵

【目的】
当法人では平成28年5月から短時間通所リハビリテーション（通所リハ）利用者の自立支援を目指して関わり方を変更した．現在は自立支援の取り組みとして，「してもらうリハビリ」から「自身で行うリハビリ」を推奨し，自主トレーニング（自主トレ）の獲得と立案した目標を達成し通所リハ卒業を目指している．その中で平成28年10月から平成29年3月までの6ヵ月間において自主トレ獲得者と非獲得者が存在した.本研究では自主トレ獲得に影響する因子について検討したので以下に報告する.

【方法】
対象は，平成28年10月1日から29年3月31日まで当院通所リハを利用されていた99名のうち継続して評価が行えた74名［男性38名・平均年齢：71（47～89）歳，女性36名・平均年齢：75（54～92）歳］とした．介護度は要支援1:9名,要支援2:8名,要介護1:26名,要介護2:22名,要介護3：6名,要介護4:1名,要介護5:2名であった．輝きノートの使用率は98%であった.
自主トレの獲得状況に関しては独自に4段階［A：課題解決にむけ一人でトレーニングが行える，B：トレーニングは一人では行えず指示が必要，C：トレーニングには指示・介助が必要，D：トレーニングの実施は一人では困難］に設定し評価を行った．なお，評価は月末最終週に各利用者に対し担当セラピスト，ケアワーカーが実施した.
解析方法は，自主トレ獲得群（A）と非獲得群（B～D）群の2群に分類し，要介護度，障害高齢者の日常生活自立度（障害高齢者自立度），認知症高齢者の日常生活自立度（認知症高齢者自立度）に対してχ^2検定を用いて検討した．また，Functional Independence Measure（FIM）,Frenchay Activities Index（FAI）,life-space assessment（LSA）に対してはMann-whitney検定を用いて検討した．そして，有意差が認められた項目，及びFIM各項目に対しては，多重ロジスティック回帰分析を行い関連の強さを検討した．なお，独立変数の選択は尤度比による変数増加法を用いた．有意水準は5%未満とし，統計ソフトはIBM SPSSを用いた.

【結果】
自主トレ獲得者30名，非獲得者44名に対し，障害高齢者自立度，認知症高齢者自立度，FAI，FIMで有意差が認められた．また，多重ロジスティック回帰分析を用いた結果，自主トレ獲得の因子として，①認知症高齢者自立度［オッズ比：0.282（95%CI：0.138～0.575）］，②FIMの「移乗椅子」［オッズ比：3.319（95%CI：1.069～10.305）］が抽出された（Hosmer-Lemeshowの検定:p=0.654）.

【考察】
自主トレを自宅で継続して行うためには，プログラムの理解の他に目標や課題の理解が必要であり，輝きノート使用のみでは認知能力の低下がある利用者に対しての自主トレ獲得は不十分と考えられた．FIM項目の椅子への移乗の要素としては移乗動作，立ち上がりに支持物，介助を要しない下肢筋力および体幹機能があり，それらの機能が自宅での自主トレの継続に必要な身体機能と考えられた．認知面，身体機能面を考慮し，自主トレのプログラムの提案と実施方法を提案していくことが重要となる.

【まとめ】
自主トレーニングを獲得に関係する因子として「認知症高齢者の自立度」とFIMの「椅子への移乗」が抽出された．今後の自主トレ獲得の関わりとして認知面と身体機能面を考慮し，日常生活の中で「いつ行うか」，「誰と行うか」，「どのように生活に取り入れるか」を提案していく必要があると考えられた.

リハビリテーションマネジメントにおける IADL の変化

法人名 医療法人社団 紺整会
施設名 介護老人保健施設 フェルマータ船橋
発表者 丹治 信志（理学療法士）
共著者 古城 哲也（作業療法士） 斉藤仁（理学療法士）

【目的】
平成 27 年度介護報酬改定によりリハビリテーションマネジメント(以下、リハマネ)加算Ⅱが新設され 2 年が経過した。当施設では 1-2 時間型通所リハビリテーションサービス(以下、通所リハ)を実施しており、同時にリハマネを強化している。
臨床において、リハマネ加算Ⅱの利用者は、リハビリテーション会議(以下、リハ会議)により多職種協働で関わる為、目標も明確化されやすく必要性に応じては居宅指導を行い、実生活に結びつきやすい印象がある。しかし、マネジメントの違いにおけるリハビリテーションの比較検討を行った報告は渉猟しえない。
そこで今回、リハマネ加算Ⅰとリハマネ加算Ⅱのマネジメントの違いによって IADL がどのような変化を及ぼしているか検討することとした。

【方法】
対象は、平成 27 年 4 月から平成 29 年 3 月までに、当施設通所リハを 6 ヶ月以上利用したものを対象とした。そのうち、利用期間中に入院や状態悪化、または生活行為向上リハビリテーション実施加算を算定しているものを含む、利用から 6 か月経過せず修了となったものは除外した。対象者はリハマネ加算Ⅰ群 79 名、リハマネ加算Ⅱ群 137 名となった。検討項目は、年齢・介護度・通所リハ回数にてリハマネⅠ・Ⅱ群を比較し、身体機能の評価項目として TUG を、IADL の評価項目として FAI を挙げ、居宅指導の回数をそれぞれ抽出した。それらを利用 1 ヶ月目(以下、1M)と 6 ヶ月目(以下、6M)の値で加算別に比較した。また TUG・FAI の 1 M と 6M の平均値の差をリハマネⅠ・Ⅱ群で比較した。統計学的処理は Wilcoxon 順位和検定と Mann-Whitney 順位和検定で行った。

【結果】
リハマネⅠ・Ⅱ群における年齢・介護度・通所リハ回数に有意差は認められなかった。リハマネ加算Ⅰ群の TUG(1M24.7 秒、6M23.4 秒)、FAI(1M12.3 点、6M13.1 点)はそれぞれ有意差を認めた(P＜0.05)。リハマネ加算Ⅱ群の TUG(1M25.8 秒、6M18.9 秒)、FAI(1M9.2 点、6M13.3 点)はそれぞれ有意差を認めた(P＜0.01)。また両群の TUG・FAI の 1M から 6M までの平均値の差(TUG リハマネⅠ：1.3 秒,リハマネⅡ：6.9 秒,FAI リハマネⅠ：0.8 点,リハマネⅡ：4.1 点)を比較しそれぞれリハマネ加算Ⅱで有意差を認めた(P＜0.01)。居宅指導回数のリハマネ加算Ⅰ群(1.01 回)とリハマネ加算Ⅱ群(2.22 回)では、リハマネ加算Ⅱ群に有意差を認めた(P＜0.01)。

【考察】
リハマネ加算Ⅰ・Ⅱ群の両群共に、6M の TUG・FAI に有意差が認められた。これは、リハビリテーションの実施における効果があることが示唆された。また、両群間の比較では TUG・FAI 共にリハマネ加算Ⅱ群の方に有意差が認められ、明らかに改善していることが分かる。TUG や FAI が向上した理由として、年齢・介護度・通所リハ回数に差がないことから、リハマネⅠ・Ⅱでマネジメントの差が出るリハ会議と今回検討項目で上げた居宅指導の回数に影響しているのではないかと推察した。当施設では、自立支援をモットーに日々利用者に関わっている。実生活に結びつくようリハ会議にて多職種協働で関わり、それにより活動性が向上することで身体機能も向上し、それらが実生活に結びつくよう居宅指導を実施するという良い循環が今回の結果に繋がっていると示唆された。

【まとめ】
リハマネ加算Ⅰ・Ⅱ群で IADL の変化を TUG と FAI、居宅指導の回数で比較した。両群共に TUG と FAI の向上が見られた。リハ会議・居宅指導回数の多いリハマネ加算Ⅱの方が、TUG・FAI の向上が著しかった。マネジメントの重要性が示唆された。

脳血管疾患を有する通所リハビリテーション利用者の下肢筋力の変化について

法人名 医療法人社団 永生会
施設名 介護サービス スマイル永生
発表者 伊計 拓真（理学療法士）
共著者 三宅 英司（理学療法士）、野長瀬 高志（理学療法士）、
金子 弥樹（医師）

【目的】
生活期における脳血管疾患を有する高齢者は、急性期・回復期と比較して、リハビリテーション（以下リハ）による身体機能の向上が困難、または緩やかである場合が少なくない。しかし、生活期における身体機能の維持・向上は、健康寿命の延伸や生活の質の向上に重要である。今回、当通所リハを利用開始した脳血管疾患を有する高齢者を対象に、リハによる下肢筋力の改善と、その他の要因との関係を検討したので報告する。

【方法】
対象者は通所リハ利用開始時と開始 3 ヵ月後に膝関節伸展筋力を計測できた脳血管疾患を有する高齢者 6 名（平均年齢 75.0±7.4 歳、男性 2 名、女性 4 名）であった。膝関節伸展筋力は、ハンドヘルドダイナモメーター Mobie MT-100（酒井医療社製）を使用し、膝関節 90°屈曲位の座位にて 5 秒間の等尺性収縮で計測した。調査項目は①年齢、②BMI、③介護度、④利用開始時 Functional Independence Measure（以下、FIM）得点、⑤利用開始時 Life Space Assessment 得点（以下、LSA）とした。調査方法は、診療録を用いて後方視的に検討した。比較検討は、麻痺側、非麻痺側別に開始 3 ヵ月後から開始時の膝関節伸展筋力を差分した筋力差をそれぞれ算出して、両側共に改善した群と片側または両側の低下を認めた群の 2 群間で、①から⑤の項目についてそれぞれ行った。

【結果】
膝関節伸展筋力（麻痺側，非麻痺側）は、開始時 10.6±7.6kg，18.2±5.2kg、開始 3 ヵ月後 13.6±8.1kg，20.3±8.3kg で、筋力差は 3.4±2.1kg，7.0±5.0kg であった。それぞれの症例における筋力差は改善群（症例 A：4.2kg，0.9kg、B：3.6kg，3kg *両側麻痺側のため右，左で記載、C：5.2kg，7.0kg、D：5.8kg，8.5kg）、低下群（症例 E：2.8kg，-4.9kg、F：-1kg，-1kg）であった。
次に症例別の①から⑤の項目の結果を示した。
改善群
症例 A：70 歳、20、要介護 3、108、16
症例 B：79 歳、24.3、要介護 2、105、14
症例 C：81 歳、24、要介護 1、101、43
症例 D：68 歳、24.6、要介護 1、115、37
低下群
症例 E：66 歳、18.3、要介護 1、110、40.5
症例 F：86 歳、18.9、要介護 1、117、16
2 群間の比較で、改善群は低下群に比べて、BMI が高値である傾向を示した。

【考察】
生活期における脳血管疾患を有する高齢者においても、筋力が改善する可能性が示された。低下群の BMI は、改善群に比べ低値の傾向を示し、栄養状態が不良であった可能性が考えられた。栄養状態不良は、骨格筋における筋蛋白合成に影響を与えるため、生活期のリハでは運動療法に加え栄養への評価・介入が重要と考えた。

【まとめ】
生活期における脳血管疾患利用者において、筋力の維持・向上のためには、運動のみでなく栄養も適切に評価・介入する必要があることが示唆された。

生活行為向上リハビリテーション実施加算算定により見えた課題
～卒業後の地域の通いの場に繋げるために～

法人名　医療法人社団 淳英会
施設名　おゆみの診療所[1] おゆみの中央病院[2]
発表者　角田　裕一[1]（理学療法士）
共著者　丸　晃典[1]　川村　悠[2]（理学療法士）
髙木　幸子[1]（介護支援専門員）
上村公平[1]　山下剛司[2]（医師）

【はじめに】

今回、 当施設の通所リハビリテーション（以下、通所リハ）利用者で公共交通機関を利用した川柳教室への参加と、通所リハ卒業後の地域の通いの場への継続的参加を目標とし、生活行為向上リハビリテーション実施加算を算定し、居宅指導を行った。当施設では、活動と参加に焦点を当てた取り組みを行っている。また、平成27年度より千葉市よりシニアリーダー講座を受託。介護予防推進リーダーであるシニアリーダーを養成し、地域の公民館や、自治会等でシニアリーダー体操（高齢者の転倒要因である「注意力・判断力」、「筋力・バランス能力」、「体のしなやかさ」の低下を改善する体操と脳トレーニングを組み合わせた体操）や、熱中症・感染症などの健康講話、レクリエーション等を実施している。

【方法】

対象は、当施設の通所リハ利用者 1 名（70 代男性、要介護 4、脳梗塞、右片麻痺、独歩、長距離歩行・階段昇降で摺り足あり、認知機能は問題なし）とした。月に 1 回居宅指導を行い、公共交通機関を利用した川柳教室への参加を 5 回、自宅から徒歩圏内の公民館で開催されているシニアリーダー体操への参加を 1 回実施した。川柳教室への参加については、バスと電車の公共交通機関を利用した自宅から目的地の往復まで、シニアリーダー体操への参加については、自宅から会場の往復と、1 時間の体操への参加を実施した。なお、体操中の脳トレーニングの際には声掛けなどの配慮を行った。

【結果】

川柳教室への参加については、回を重ねるごとに長距離歩行や、段差昇降に自信がつき、公共交通機関を利用した移動能力獲得が達成できた。シニアリーダー体操への参加については、脳トレーニングでリズムに合わることや、クロスステップの動作を行うことに難しさを感じた様子であった。終了後、利用者より体操教室への参加に対し、ネガティブな発言があり、継続的参加に繋げることはできなかった。

【考察】

公共交通機関を利用した移動能力獲得が達成できた要因として、実際の環境下での課題動作練習を繰り返し行ったことが考えられる。シニアリーダー体操への継続的参加に繋げることができなかった要因として、「利用者の身体機能に応じた実施内容が計画できていなかったこと」や、「通所リハと地域の通いの場の環境との間にギャップがあること」などが考えられた。今後は、個人の身体機能に合わせた配慮を行うことや、実施する内容を事前に伝達する必要があると考えられる。また、通所リハビリ卒業への取り組みとして、事業所内は基より利用者の意識改革を図ること、個別リハビリのみでなく集団リハビリを行う機会をつくることで、通所リハと地域の通いの場の環境との間のギャップを解消し、卒業の流れを確立する必要があると考えられる。

【まとめ】

今回、通所リハ利用者の公共交通機関を利用した川柳教室への参加と、通所リハ卒業後の地域の通いの場への継続的参加を目標に居宅指導を実施した。公共交通機関を利用した移動能力獲得は達成できたが、地域の通いの場への継続的参加へ繋げることはできなかった。要因として、「利用者の身体機能に応じた実施内容が計画できていなかったこと」や、「通所リハの現場と地域の通いの場の環境との間にギャップがあること」などが考えられた。

公共交通機関が要支援高齢者の生活空間に及ぼす影響

法人名 医療法人紺整会
施設名 介護老人保健施設フェルマータ船橋
発表者 榊井晴也（理学療法士）
共著者 古城哲也

【目的】

通所リハビリテーション(以下：通所リハ)において,活動と参加に焦点を当てたリハビリテーションの推進が求められている.心身機能や日常生活活動, IADL のみならず,身体活動の基盤となる生活空間を評価する必要がある.代表的な尺度として Life-space assessment(以下:LSA)が挙げられる.LSA は移動に必要な身体機能,移動機能の必要性の高い IADL と関連し,高齢者の屋外活動量を評価する指標として有用である.榊井らは要介護者の LSA には Frenchay Activities Index(以下:FAI)の戸外活動との関連性が報告している.戸外活動には精神機能,個人因子,環境因子が影響しているとされるが,個人因子や環境因子について調査した報告は少ない.そこで,本研究は通所リハを利用する要支援者を対象に個人因子である趣味活動,環境因子である介助者の有無,在住地域や自宅から最寄りの交通機関への距離(以下：交通機関の利便度)を調査し,生活空間への影響を調査した.

【方法】

対象は当施設通所リハを利用する要支援者 66 名.平均年齢 79.7 歳(58-94 歳),要支援 1:23 名,要支援 2:44 名.重度麻痺や神経筋疾患,重度な認知症を有する者を除外した.調査項目は LSA,趣味活動,介助者の有無,在住地区,交通機関の利便度とした.分析方法は趣味活動に外出が必要な群(以下：外出群),外出が必要ない群(以下：非外出群),介助者の有無を介助者有群,無し群,在住地区を北部,東部,西部,南部,中部の 5 群とし,各項目で LSA と比較,LSA のカットオフ値(47.3 点)を基準に高活動群(38 名),低活動群(28 名)に群分けし,公共交通機関の利便度との比較を行った.統計処理は趣味活動,介助者の有無と LSA 得点をマン・ホイットニー検定,在住地区と LSA 得点を 1 元配置分散分析,LSA 高活動群,低活動群を公共交通機関の利便度とウィルコクソン検定を用い,処理を行った.

【結果】

LSA 中央値は 51.9 点,平均点は 50 点であった.趣味活動による外出群と非外出群において有意差があった(P>0.01).介護者の有無(P=0.9),在住地区(P=0.2),公共交通機関の利便度(P=0.3)において有意差はなかった.

【考察】

趣味活動と LSA 得点の関係性について外出群が非外出群に対して有意に LSA 得点が高値であった(P>0.01).回復期病院退院後の高齢者を対象とした報告では生活空間に外出効力感が影響すると報告されており,要支援者の生活空間の拡大には精神機能が影響することが示唆される.しかし,非外出群では外出を必要としない趣味活動をされるため,外出へのニーズが少なく,生活空間を狭小化させている.外向的な趣味を持つ高齢者に対しては趣味による内的動機づけ,自己効力感の向上が必要であり,内向的な趣味を持つ高齢者に対しては地域,家庭での役割など新たな役割活動の創出をしていく必要があると考える.
また,LSA 得点と環境因子の関係性について,介助者の有無,在住地区,交通機関の利便度では有意差がみられなかった.当施設がある F 市では地域により公共交通機関の利便度に差があり,介護状況も相まって生活空間への影響が考えられたが,本研究結果においては有意差が認められなかった.

【まとめ】

地域在住高齢者の生活空間は移動に必要な身体機能,移動機能の必要性の高い IADL と関連し,屋外の活動量を評価する指標として有用と考えられているが,本研究結果により趣味活動などのニーズを正確に把握することで,より社会参加や地域活動への参加を促していく事が可能になることが明らかになった.

デイケアが担う地域支援とは
～近隣住民への運動ニーズの探索的調査より～

法人名　医療法人鴻池会
施設名　介護老人保健施設　鴻池荘　サテライト蜻蛉
発表者　嶋田　圭佑(理学療法士)
共著者　福田　恵介(理学療法士)、相馬　健亮(理学療法士)

【目的】
地域リハビリテーションは、介護予防に関わる諸活動への関与や地域住民の支え合い活動を含めた総合的支援が定義付けられており、デイケア(以下 DC)にも期待される機能である。当 DC では、平成 21 年より地域住民に健康などに関する教室(以下教室)を開催しており、顔の見える関係作りを構築してきた。本調査の目的は、活動の継続や DC の機能促進のために、地域住民の運動ニーズ・意識を調査し、整理・分析を行い今後の活動・支援体制を検討することとした。

【方法】
対象は当 DC で開催した教室に最後まで参加した地域住民 19 名(男性 5 名、女性 13 名、無回答 1 名、74.5±7.4 歳)。調査は教室終了後に質問紙法にて、項目は年齢、性別、参加動機、運動・生活活動ステージ、今後の運動継続方法、ソーシャルサポート(以下 SS)、運動自己効力感(運動開始・阻害要因の対処・再開に関する自己効力感)、結果予測(正・負)、リスク認知。参加動機・今後の運動継続方法・SS は複数回答可能とし、各項目で無効・回答を含み傾向の調査を行った。また運動自己効力感・結果予測・リスク認知は点数化し、平均点が低い項目は群分けを行い傾向を調査した。

【結果】
運動・活動ステージとも維持期(6 ヶ月以上運動・活動継続し、週 2～3 回 20～30 分実施)が 10 名(53%)で最も多かった。今後の運動継続方法は、「家で一人でしたい」9 名(47%)、「家で家族としたい」7 名(37%)、「公民館・自治会館で友人と行いたい」が 6 名(32%)、「専門職の指導の場に参加したい」が 7 名(37%)。SS はポジティブサポートが 2.4±0.9 点で友人・知人が多かった。正の結果予測は 2.6±1.4 点、運動の阻害要因の対処の自己効力感は 2.4±1.4 点。正の結果予測の平均点以上(予測以上群)12 名と以下(予測以下群)7 名での比較では、健康度は「普通」～「健康である」が予測以上群 12 名(100%)、予測以下群 5 名(71%)。運動ステージで現在運動習慣がないのは、予測以上群 0 名(0%)、予測以下群 2 名(28%)。今後の運動継続方法は、「専門職の指導の場に参加したい」予測以上群 3 名(25%)、予測以下群 3 名(43%)。運動の阻害要因の対処の自己効力感の平均点以上(対処以上群)11 名、以下(対処以下群)8 名の比較では、今後の運動継続方法は、「友人と行いたい」対処以上群 2 名(18%)、対処以下群 4 名(50%)。「専門職の指導の場に参加したい」対処以上群 5 名(45%)、対処以下群 2 名(25%)であった。その他の項目に目立った傾向はなかった。

【考察】
参加者は活動的で、人間関係も運動に良好に影響している方が多く、今後も自身や家族・友人と運動機会を設けたいと意欲的である方が多い傾向から、当 DC の今までの活動に併せて①自助機能の促進②住民主体の運動機会の提供・支援が重要と考えられた。具体的には、正の結果予測や阻害要因に対処する自己効力感が低かった傾向と群間比較より、①に対し、専門職にて運動による体への影響の情報提供・運動継続の支援②に対し、住民主体の運動グループを通し運動の継続・環境設定が必要であることが考えられた。

【まとめ】
今後、住民に教室などを通して、顔の見える関係作りの継続・拡大を行うことで健康に関心を持てる支援を継続することと、本調査から①自助機能促進の為の情報提供・継続の為の支援②住民主体の運動グループの提供・支援が当施設の役割であることが考えられた。

繋ぐ施設を目指して私たちがしてきたこと

法人名　愛知県厚生農業共同組合連合会
施設名　介護老人保健施設　あおみ
発表者　片山　正弘（介護福祉士）

【はじめに】

平成 27 年度介護報酬改定をきっかけに、デイサービスとデイケアの役割がより明確化され、デイサービス化してしまっている当施設の現状に焦りを感じた。まずは、職員の意識改革からはじめようと各職種代表者が集まり、平成 27 年 10 月に介護の質向上委員会（以下、委員会）を発足。当施設は「施設と地域を繋ぐ」というデイケアの役割が果たせているのかを考え、制度や役割について勉強会を開催した。その結果、職員の意識や行動に変化が生まれた。

【目的】

制度や役割について考え直し、施設と地域を繋ぐ役割が果たせるように職員の意識変化を目指す。

【方法】

①平成 27 年 10 月～平成 28 年 10 月の間に 3 回の学習会開催
②学習会前後に同様の質問をすることで考えや意識を調査する

【対象者】

介護福祉士、看護師、PT・OT、支援相談員、ケアマネージャー、事務職員、管理栄養士

【結果・考察】

第 1 回：私たちはどこを目指せばいいのだろう
内容：制度と役割、目標設定の重要性について学び、当施設の方向性についてグループワークで意見交換を行なった。
調査内容：介護保険制度の理解と目標設定に向けてどれだけ取り組めているか
・介護保険制度の理解は乏しく、目標達成に向けた取り組みではなく個人の考えでケアをし、計画的な取り組みが行えていなかったが、多職種と連携し具体的な目標設定をする事が必要だと考え直す事ができたという意見が多数あった。
第 2 回：老健におけるリハビリテーションとは
内容：リハビリテーションの概念と QOL 向上について学び、事例に対しリハビリの視点で考えグループワークでの意見交換を行なった
調査内容：老健におけるリハビリのイメージについて
・リハビリのイメージとして、在宅へ戻る為の訓練と捉える意見多かったが、学習会後には QOL を重視し、その人らしい生活を取り戻す為の考えへと変化した。
第 3 回：リハビリマネージメント加算Ⅱ（以下リハマネⅡ）について
内容：当施設のリハマネⅡ算定事例を元に学び、目標実現に向けてグループワークで意見交換を行なった。
調査内容：リハマネⅡについての理解と関心があるか
・リハマネⅡはデイケアを卒業する為のものと考え、抵抗を感じていたスタッフが多かったが、卒業ありきではなく、過程を大切にする事が重要といった考えへと変わり、抵抗が和らいだという意見が多数あった。

以上 3 回の調査結果からも、職員の考えや意識に変化が生まれ行動にも変化が生じた。目標設定の重要性を理解した事で、利用者や家族の想いを知り、多職種共同でケアを行う事が重要と感じた。その結果、利用者や家族の想いを直接聞くことが出来る「利用前訪問」「サービス担当者会議」の出席が大幅に向上した。また具体的な目標設定を意識するようになった事で過程を大切にし、多職種共同で利用者のやりたいやこう在りたいを主体に考えられるケアへと変化しつつある。

【終わりに】

委員会を立ち上げ多職種、他事業所と繋がる大切さや、一人では出来ない事も想いを共有して強い意志で活動すれば、職員の意識に変化をもたらすきっかけが作られることを活動する中で実感した。施設全体で継続ある活動を続け、デイケアの役割である「施設と地域を繋ぐ」を目指し続けたいと考えている。

熊本地震から通所再開への道のり

法人名　医療法人堀尾会
施設名　第二コスモピア熊本
発表者　奥平　辰也（介護福祉士）
共著者　西村　薫、松永美紀

【はじめに】
当施設は、1 日の通所定員 80 名、熊本市東部に位置する 4 階建ての介護老人保健施設である。
1 階が通所リハビリテーション、2、3 階がショートステイと入所、4 階は通所短時間利用者のリハビリを行っていたが、2016 年 4 月 14 日・16 日に発生した熊本地震により、建物が甚大な被害を受けた。人的被害は少なかったものの、施設建物は崩壊危険がある為、通所営業は約 2ヵ月間休業となった。震災から通所リハビリテーション再開までの経過をここに報告する。

【経過】
4 月 14 日 21 時 26 分頃、前震とされる震度 6 弱が発生し、地下水の濁りを確認した。停電はないが、一般使用するエレベータは停止した。
4 月 15 日は営業を行ったが、利用者数は 24 名、お湯の濁りもあり入浴サービスは中止。昼食も地下水の濁りで食器洗浄ができず使い捨て容器で対応する。通所全利用者の安否、被害状況を電話で確認した。
4 月 16 日 1 時 25 分頃に本震、震度 7 の地震が発生した。ライフラインは停止し、電話回線も使用不可であった。施設被害はエレベータが傾き使用不可、4 階は天井が崩壊し大規模な水漏れが発生した。入所者は本震後すぐに 2 ㎞余り離れた系列病院へ送迎車でピストン搬送し避難する。地震当日より通所営業は建物の安全が確認されるまで休業を決定した。大きな余震による建物崩壊の危険もあった為、施設は立ち入り禁止措置となる。利用者の安否、現状を確認する為、電話連絡、自宅、避難所訪問で把握していき、通所再開に向けた取り組みを開始した。
4 月 25 日に再度通所利用者安否確認(電話、訪問)を開始する。
当施設が休業中通所利用者は他事業所を利用したり、利用せず自宅待機されている利用者もいた。
利用者の自宅や避難所を訪問し、清拭、自宅でのリハビリ、話を傾聴し不安感の軽減に努めた。早く再開できればと思いがあるものの余震は続き施設建物も危険性がある為、許可がおりるまでは施設の清掃、通常勤務と異なる勤務体制を行い同法人の他部署へのサポートに回った。
4 月 27 日東京より建物診断士が到着し建物の状況を調査する。
5 月 12 日送水管の修理完了し、施設内の給水が可能となる。
5 月 18 日耐震診断業者より躯体安全の確認はできているが、強い余震が起きる可能性があり、施設の出入りは最小限との指示を受ける。
6 月 20 日より再開が決定し、6 月 10 日通所登録者に居宅、包括の了解を得て、一斉連絡を開始する。
再開当初、利用者数は少なく 7 月は地震前（4 月）の 60%の利用者数であった。地震から一年過ぎた現在は、以前の利用者数に戻りつつある。

【考察】
地震によって施設は大きな被害を受け営業不能の状態に陥ったが、地震直後より利用再開を目指し法人全体で取り組んだ事で再開する事ができた。利用再開により、利用者の心身のストレスの軽減、活動性の向上になり、通所リハビリテーションは日常を取り戻す場の一つになったと思われる。また職員一丸となって同じ目標に取り組むことで一体感が得られた。情報伝達の問題点は、電話回線使用不可の時に LINE が役に立ったことから、従来の緊急連絡網に加え LINE グループを作成し、活用している。

【おわりに】
震災から 1 年余りが経過し、少しずつ日常を取り戻している。当施設の通所リハビリテーションが再開できたのは、多くの関係者、職員、利用者、家族の協力があったからだと確信している。今後もこの繋がりを大切にしていきたいと思う。

熊本地震後、通所リハ利用者の住環境変化に対する支援
～１年間の居宅訪問の取り組み～

法人名 社会医療法人社団 熊本丸田会
施設名 通所リハビリテーション 熊リハ病院
発表者 内田瑞樹（理学療法士）
共著者 山﨑慎介、桑下真美、猪野真博、河﨑靖範、槌田義美、古閑博明

【はじめに】
通所リハビリテーション熊リハ病院（以下、当通所リハ）では、平成 28 年４月 16 日に発生した熊本地震本震直後より居宅や避難所を訪問し、利用者全員の安否と被災状況を確認した。震災の影響により被災地域の生活状況は変化し、転居や損壊した家屋での生活を余儀なくされる利用者がいた。そのため、利用者の生活拠点を把握する必要があった。当通所リハでは同年６月１日より本格的に被災後の住環境や生活状況について情報を集約し、居宅訪問による動作指導や環境調整を継続して行った。その活動内容と問題点について報告する。

【方法】
発災時の当通所リハ登録利用者 199 名中、平成 28 年 6 月 1 日～平成 29 年 4 月 30 日の間に居宅訪問が可能であった 75 名を対象とした。
［活動内容］
住環境の変化後早期に居宅を訪問し、環境調整や動作指導を中心に行った。環境が複数回変化した利用者にはその都度訪問した。今後の余震に備えた危険箇所の把握、転倒予防に対する指導、外出頻度や転倒歴等も聴取した。加えて、訪問先に応じて以下のような取り組みを行った。
1)転居した利用者：
転居した居宅は様々であり、限られた条件での環境調整や動作指導をする必要があった。応急仮設住宅入居者では熊本 JRAT との情報共有を図った。
2)損壊家屋での生活を継続した利用者：
改修についての相談やバリアフリーに対する助言を行った。
3)建替えた利用者：
動線を考慮した自宅レイアウトに対して助言した。

【結果】
平成 29 年 4 月 30 日までに延 91 件を訪問した。内訳は応急仮設住宅：21 件、みなし仮設住宅：4 件、親戚宅：4 件、一時避難所：2 件、自宅改修・補修：6 件、建替え：3 件、その他 51 件は環境調整や福祉用具導入の目的で訪問した。早期に居宅を訪問し環境を調整、必要な動作方法を個別リハビリプログラムに反映・練習することで、動作を獲得することができ、生活の安定につなげることができたと思われる。また、居宅訪問後には事業所内で住環境の問題点や生活上必要な動作に関する対応・対策について協議し、スタッフ間で情報共有を図った。しかし、居宅を訪問してみると、周辺住民の避難や道路の寸断により地域との関わりが薄れ、閉じこもり傾向になっている例も多く、居宅周辺環境調整による活動や参加拡大に対する支援が不十分であったと考える。さらに、転倒事故も生じており、背景因子の変化を考慮した転倒リスクへの注意不足や、日程調整に時間を要したことが要因と考える。

【まとめ】
当通所リハは、住環境変化や今後の住まいに不安を持つ利用者へ心身機能面を考慮した関わりを行い、今後も利用者が安心して生活できるよう支援する必要がある。閉じこもり傾向になっている利用者に対しては、再び地域との関わりが持てるよう地域資源について情報提供し、外出訓練等の活動や参加に対する積極的な取り組みが必要である。また、転倒事故や生活不活発病を未然に防ぐため、居宅介護支援事業所を中心とした関係機関との連携を密にし、利用者の心身の状態や取り巻く環境に関して情報共有を図ることが重要である。

メモ

ポスター発表抄録

通所リハビリテーションを介して地域社会とつながり活動的な生活を送るようになった症例報告

法人名 医療法人社団同仁会
施設名 ケアリゾート金光
発表者 柚木麻緒（作業療法士）
共著者 平田英嗣、平田香奈

【目的】
地域包括ケア時代のリハビリテーションは活動や参加を促し、高齢者の気概や意欲を引き出すような取り組みが求められている。しかし、高齢者の状態はそれぞれの日常生活や人生を反映した、極めて個別的、個性的なものであるため、高齢者に活動や参加を促す際に難しさを感じることが多い。そのため地域リハビリテーションの現場では成功事例を共有し、それを活用していくことが必要だと考える。この度通所リハビリテーション（以下DC）を介して地域社会とつながり活動的な生活を送るようになった症例を担当した。地域リハビリテーションの現場で活用され、地域包括ケアシステム構築の一助となることを目的として、本症例への介入の工夫と経過を報告する。

【方法】
１．症例
脊柱管狭窄症の診断を受けた 90 歳代男性。介護度は要介護 2。持ち家で妻と長男家族との６人暮らし。自宅内の生活は自立しているが、趣味活動を再開する意欲が低下し、日中はテレビの前でウトウトして過ごす等不活発な生活状態であった。妻の体調不良を機に生活能力の維持と家族の負担軽減を目的として、利用サービスを訪問リハビリテーションから DC に変更した。
２．目標設定
意欲的におこなう活動がないことが本症例の不活発な生活の原因だと解釈した。そのため、以前に趣味としていた苗木作りの再開と継続を目標に介入を開始した。
３．介入方法
作業内容と身体機能を把握した後に環境設定し、作業の再開を促した。本人宅で苗木を用意し、DC 利用時に同一法人の病院玄関で無料配布した。苗木を配布するためのカートの設置は担当療法士の支援を得て本人がおこなった。配布する頻度や 1 回に配布する種類と数は本人が決定した。

【結果】
配布した苗木は毎回日を置かずに持ち帰られ、本人はそのことをとても喜んだ。DC を利用しない日には苗木の準備に励むことが多くなり、楽しんでおこなう日課となった。また趣味の碁会所通いも再開する等生活が活動的になった。3 回目の配布後本人から苗木の育て方についての相談 BOX 設置の提案が出るなど、地域社会との関わりに関心を持ち始めた。

【考察】
本症例は DC の利用で活動の協力者を得た。協力者の存在が活動意欲を引き出し、作業を開始するためのきっかけになった。配布した苗木が日を置かずに持ち帰られる等、活動の結果が本症例に地域社会とのつながりを実感させ、作業を継続する動機付けとなった。また、趣味活動の再開によって生活にリズムができ、生活の安定と趣味活動の拡大をもたらした。今後の課題は非営利活動法人や地域のコミュニティを活用する等、利用者から市民になるための介入を工夫することである。

【まとめ】
DC には個人と地域を結びつける機能があり、高齢者に活動や参加を促す際、有効活用していくことが今後さらに望まれる。

デイケア利用者に対して外出評価を行い卒業に繋がった症例

法人名 五星会
施設名 新横浜リハビリテーション病院　通所リハビリテーション
表者　 柴田　浩紀（理学療法士）
共著者 坂部　尚子（理学療法士）
　　松宮　英彦（医師）

【目的】

卒業を目指すデイケア利用者の中には能力は見込まれていても卒業後 1 人で公共交通機関などを利用することに不安を残す人は少なくない。

今回の対象利用者は元々活動的であり公共交通機関を利用し外出する頻度が多かった。

しかし、自宅内での生活は自立されているものの、公共交通機関の利用は出来ていない。そこで、担当理学療法士と共に外出評価を行うことで安心して公共交通機関の利用が出来るようになり、卒業に繋げられた症例を報告する。

【方法】

身体機能としては 1 人で外出可能と思われ、卒業を見込んでいた利用者の不安要素として、外出の際のバスの乗り降りが挙げられた。その中でも特に不安が大きかった以下の 3 点に関して評価を行った。

①バスの乗り降りの際にどこに掴まればよいか。
②停車位置が一定しないことに対し、うまく乗り降りができるか。
③座れなかった際立位で安全に乗車が可能か。

また、外出評価当日までのリハビリテーションはデイケア利用時に上記 3 点を見据えて、段差昇降や不整地歩行等のプログラムを中心に実施した。

【対象】

80 歳代後半の女性。平成 26 年 8 月受傷の右大腿骨顆上骨折で回復期リハビリテーション病院を退院後当デイケアを利用。既往には右大腿骨頸部骨折があった。身体機能としては屋内杖なしで自立、屋外は T 字杖を使用し自立、10m 歩行は 10 秒 59 21 歩、Timed Up & Go Test は 11 秒 55 であった。

【結果】

①バスに設置してある手すりと T 字杖を使用し掴まる位置をセラピストと確認しながら行うことで問題なく実施可能であった。
②バス停車位置が歩道から遠い場合を考慮して手すりと杖を使用し一度車道に降りてから歩道へ上がる方法を取る事で可能であった。
③手すりに掴まっていれば立位でも揺れにふらつく事もなく可能であった。

【考察】

今回卒業を迎えるに当たっての不安要素としてバスの乗り降りが挙げられ、デイケア利用時に①手すりの掴まる位置②乗り降りの際の一定しないバスの停車位置③立位での乗車の 3 点を想定した練習を行った上で、担当理学療法士と共に実際に公共交通機関を体験出来た事が、自信となり卒業に繋がったと考えられる。

【まとめ】

在宅生活を送る上で、目標とする生活を目指し、生活の幅を広げる為にも公共交通機関の利用が重要になる人が多い。

しかし、実際身体機能としてはバスなどの公共交通機関の利用が可能と見込まれていても、利用中に評価できずに公共交通機関を利用できないままとなっている利用者も少なくない。

そこで専門職が実際にその場面を一緒に評価することで利用者も安心して公共交通機関を利用することができ、活動範囲の拡大にも繋がると思われる。

今後もこのような課題が挙げられた利用者に対して活動範囲の拡大に繋がるよう外出評価を行っていきたい。

回復期退院後、ケアハウスに入居した利用者の自宅復帰に向けた取り組み
～リハマネⅡで集中的に取り組みをした一症例～

法人名 医療法人　誠仁会
施設名 介護老人保健施設　アルテハイム鈴鹿
発表者 鈴木雄大（作業療法士）
共著者 和田香菜絵（理学療法士）、小林優（作業療法士）

【はじめに】

当施設ではリハビリテーションマネジメント加算Ⅱ（以下リハマネⅡ）の算定者に対し必要であれば算定開始後６ヶ月間は１週間に１回、６ヶ月以降は３ヶ月に１回訪問を実施している。本症例は回復期病棟退院後、移動能力の低下と家人の希望、自宅環境の不整備によりケアハウス入居中の利用者。リハマネⅡを算定し、ケアハウスへの訪問や自宅環境の調整、リハビリテーション会議（以下リハ会議）でのサービス担当者及び家人との情報共有を実施した事で活動範囲と自立度が向上し在宅復帰の目途がついた為報告する。

【症例紹介】

９０代女性、右恥骨骨折、要介護度１、独居（同敷地内に娘家族居住）。既往歴は右 THA、高血圧症。今回の骨折受傷前から自宅内外での転倒を繰り返していた。娘家族との交流は少なくキーパーソンは孫。転倒を繰り返す事に対し家族は施設入居を強く希望していた。症例のニーズは自宅に戻る事でケアハウス入居後も自宅へ退居する事を強く求めている。

【方法】

通所利用開始から３ヶ月はケアハウスでの自立度の向上、４～６ヶ月は自宅への退居に向けた取り組みを目的に個別リハビリと週１回の訪問を実施。ケアハウスから通所までの移動自立を目的に歩行器を選定し実際に動線を確認しスロープの歩行やエレベーターの操作等を一緒に実施。ケアハウスでの入浴自立に向け、浴室内での安全な移動の確保、脱衣や洗体動作を実施。また、近隣のコンビニ・スーパーで買い物が出来る事を目的に安全な道を選定し、訪問時、実際に買い物を実施。家人同行のもと自宅を訪問し家屋評価と自宅内での動線と移動能力、自宅周辺の環境を評価し自宅での生活を安全に過ごせるように環境調整を実施。自宅内外での歩行手段を選定し、物を持ってのＴ字杖歩行や不整地や坂道でのシルバーカー歩行を実施。また、毎月リハ会議にてリハビリの進捗状況の報告とご本人・家族の希望のすり合わせを実施。

【結果】

通所利用後４週間で通所までの移動はシルバーカーを使用し自立。入浴はヘルパーの導入も検討したが椅子を設置する等環境調整を実施し１０週間でケアハウスでの入浴が自立。ケアハウスから２５０ｍのコンビニまでの買い物はシルバーカーを使用し自立。その後ケアハウスで仲良くなった他の入居者と散歩に行く等活動量が増加。自宅の移動手段は杖歩行とし手すりの設置や段差の改修を提案。在宅復帰に向け通所フロアでの歩行手段をＴ字杖歩行に変更。

【考察】

自宅での生活を強く希望していた症例と孫の意見が大きく食い違い、また回復期からの退院となった事で本人の希望は叶えられていない状況であった。長期目標を在宅復帰、短期目標をケアハウスでの自立した生活とした事でご本人の理解と意欲の向上に繋がった。毎週訪問する事で、実場面での動作の評価や練習ができ課題に対しすぐに取り組めた事でケアハウスでの自立度を早期に高める事が出来たと考える。また、通所利用以外でも他の入居者と散歩する等運動習慣が付き歩行能力の向上に繋がったと考える。毎月のリハ会議で症例の状態を家人にしっかりと説明した事で在宅復帰を強く否定していた家人の理解も少しずつ得られ在宅復帰の為の準備を実施できた。

【まとめ】

実場面での課題遂行の取り組みの有効性と実際に出来ている事の説得力の強さを感じた。今後も実場面での訓練や出来る事の情報の共有の強化をしていきたい。

退院時在宅生活に不安を抱いていた夫への通所リハビリでの関わり
～実調時の情報収集の必要性とは～

法人名　一般財団法人
施設名 介護老人保健施設 ゴールドメディア
発表者 鈴木　衡（介護福祉士）
共著者 乙高　宏幸（理学療法士）　佐久間　文彦（介護福祉士）
山本　聡子（介護福祉士）　栗林　宏行（介護福祉士）

【はじめに】
退院直後、在宅生活に不安を抱えている家族は少なくない。今回、回復期病院の退院直後に当通所リハビリの利用を開始した利用者(以下事例)がいる。事例は夫と二人暮らしで、夫は事例の移動に対する介護に不安があった。
実調時の情報収集や状態に合わせたアプローチの重要性を以下に報告していく。
【利用までの経緯】
H28.4.20 腰椎圧迫骨折により入院。H28.4.27 急性心筋梗塞により転院。H28.9.6 リハビリを目的に再転院。H28.10.22 退院。H28.10.27 通リハ利用開始

【事例紹介】
年齢：72 才。性別：女性。介護度：要介護 3。キーパーソン：夫(2 人暮らしで子供はいない)。既往歴：高血圧、脂質異常症、糖尿病。現病歴：第２腰椎圧迫骨折、急性心筋梗塞。
実調時の情報を ICF にて評価<身心機能・身体構造>入院生活より身体機能低下、FIM:64/126 点、歩行：パーキンソニズム。<活動>移動：手引き歩行可能だが、全般的に車椅子全介助、起居動作：軽介助、トイレ動作：軽介助、入浴動作：中等度の介助。<参加>通リハ週 2 回利用(木・土)、買物。<環境因子>夫は介護に対し積極的だが、膝痛があり、住環境では手すりが付いている所が限られている。玄関先はスロープを使用。<個人因子>歩行に対し恐怖心あり、夫への依存心が大きい、入院前に比べ活気がなく意欲が低下。
<利用開始時の希望>事例：しっかり立位保持ができ、自宅内を歩けるようになりたい。夫：少しでも動けるようになって妻の笑顔が見たい。

【期間】
H28.10.27～

【アプローチ】
事例：集団体操、平行棒起立訓練、マシントレーニング、個別リハビリ(手すり歩行、ピックアップ歩行、階段昇降)、夫：事例に対する歩行・段差昇降の指導、自宅整備。

【結果】
FIM：82/126 点。自宅内移動は車椅子全介助だったが、手引き歩行となり、現在はピックアップでの歩行が見守りにて可能。玄関先は手引きでの移動、段差昇降も手すりを付けたことにより、軽介助にて行えるようになり、身体機能の向上が見られ、介護負担が軽減した。また、夫より退院当時に比べ事例の会話や笑顔も増え、自分の膝痛も楽になったとの話も聞かれた。

【考察】
退院後、夫に不安があった原因として、退院前に事例・夫への状態報告や指導不足があり、在宅での移動方法が分からず、転倒を恐れ、車椅子で移動していたのではないかと考える。それに対する課題として、事例の身体状況の把握や自宅環境の整備が考えられた。
原因や課題に対し、利用前の実調で、他職種や事例・夫からの情報を得ることで、事例・夫の不安に早期で気づくことができた。それにより事例に合わせた段階的なアプローチが行え、夫への歩行・段差昇降の指導や自宅整備に繋がり、事例・夫ともに歩行への恐怖心が減り、介護負担の軽減に繋がったのではないかと考える。

【まとめ】
退院時、状態報告や動作指導等、十分な介入を行ったとしても、在宅復帰後に不安を抱えていることは少なくない。在宅生活に適応する為には事前の情報収集からのアプローチが不可欠となる。解決すべき課題をしっかり把握し、在宅生活がよりよく過ごせるよう、希望に沿った支援ができるよう努めていく必要があるのではないかと考える。

ニーズ調査を基に「したい生活]を具現化する

学校法人本山学園　岡山医療技術専門学校 [1)]
医療法人渡辺医院　老人保健施設ゆめの里 [2)]
十河正樹 [1)2)]（作業療法士）
水畑青空 [2)]

【目的】現在,通所リハビリテーション（以下,通所リハ）では,リハビリテーションの質の管理を評価され,心身機能,個人で行うADLやIADLといった活動,家庭での役割を担うことや地域の行事などに関与すること等といった参加について,バランス良くアプローチすることが求められている.これまでの独自のポイント制による活動参加への促進に加え,今回,興味チェックリストを基に在宅生活継続の要因を検討し,個別リハ・デイケア活動の支援を追加変更し実施した.個別支援の一部報告と活動参加型のリハビリが,バランス良くアプローチを実施できたかを検証した.

【倫理的配慮】対象者には本研究の主旨および目的を説明し,同意を得た.また調査施設の倫理審査を経て実施した.本研究に関連する,開示すべき COI 関係にある企業などはない.

【方法】調査期間は,H28 年 10 月～H29 年 3 月までとし,対象は当施設を継続的に利用した（調査期間中に入退院歴なし）103 名(男性 37 名,女性 66 名)で,年齢は 84.2 ± 7.2 歳.平均介護度は 3.2 ± 1.2.MMSEは19.6±3.6とした.興味チェックリスト（改変版；当施設の活動へ置き換えたリスト表)を用いて,利用者の興味チェックリストを実施.集計された高いneedsの活動を通所リハ提供サービスへ追加,変更した.また,個別の活動支援を実施.実施前にリハビリテーション会議で多職種や家族と連携した.活動参加型リハビリテーションへ転換した前後の結果を BI,FAI にて Wilcoxon 符号和順位検定を実施した.

【結果】対象者 103 名の興味チェックリスト（改変版）でチェックされた項目の集計では,1.友人とのおしゃべり 2.体操・運動 3.洗濯・洗濯たたみ 4.買い物 5.家や庭の手入れ・世話 6.畑仕事であった.集計結果を基に,通所リハ提供サービスを追加・変更.個別のニーズを把握し,在宅生活で実現するために在宅訪問実施し生活環境を把握.リハビリテーション会議で個別の支援を多職種や家族と調整し検討.個別リハビリや通所リハ職員で実施する役割分担の確認.ケアマネや福祉用具専門相談員また家族に協力を依頼した.今回は,外出や買い物支援また家事支援,庭での園芸支援で個別の意味ある作業活動の提供を実施した数例を紹介する.今回対象者 103 名の介入前後の BI,FAI 共に $p<0.01$ であった.

【考察】興味チェックリストで集計された結果から,友人とのおしゃべりでは,通所リハ利用時の友人との関係性だけではなく,在宅生活における近隣住民や友人との関係性を継続したいという needs が反映されていた.そこで,在宅生活における友人との関係性を支援する取り組みとして,外出支援を実施した.在宅訪問を通じて,玄関周囲の段差や飛び石また道路での自転車や車への注意や横断歩道の横断など,高齢者にとって不安やリスクを伴うことが理解でき,屋外歩行の練習ではなく友人との関係性を継続するための個別の外出支援を実施することができた.また,買い物支援ではカートを押しての歩行や買いたい物のリストアップ,精算時の精算（計算）などを練習し実施した.利用者自身のための買い物という意義はあるが,多くは家族・友人・孫のためという意味が含まれていた.こうしたneedsの高い活動や家事（テーブル拭き・食器あらい・洗濯関連動作・掃除）や創作活動また小グループでの体操や在宅でもできる運動指導を強化,また認知トレーニング（穴あき新聞課題・コグトレのプリント問題）などを通所リハでの提供内容に加えることで,個別リハと通所リハ活動との共同で支援することが強化できた.利用者にとって意味ある作業活動を提供できる体制の構築を図ることで,家庭内での役割を遂行する一助となったことが,今回の BI・FAI の効果から示唆された.

【まとめ】今回,リハ会議における療法士の役割は重要であった.多職種と役割分担し連携を図ることは,在宅生活の再建に必要な機会であった.

重度認知症デイケアにおける生活行為向上マネジメントの介入

法人名 医療法人精華園[1)] 学校法人本山学園[2)]
施設名 海辺の杜ホスピタル[1)] 岡山医療技術専門学校[2)]
発表者 中澤 太志(作業療法士)[1)]
共著者 十河 正樹[2)]

【目的】今回,当院重度認知症デイケア(以下デイケア)利用中のアルツハイマー型認知症の男性(以下 A 氏)に対し,生活行為向上マネジメント(以下 MTDLP)を用いて,家族支援を含めた作業療法を実施した.妻の介護負担軽減(主に尿,便失禁)と活動性の向上に一定の効果が認められた.また,実行度,満足度ともに向上がみられ,MTDLPにおける有効性を認識したため,以下に報告する.なお,本報告に際し,家族に説明と同意を得た.

【方法】アルツハイマー型認知症,80 歳代男性,要介護 3.妻と 2 人暮らし.4 年前に発症の疑いがあり,当院受診.記憶力や見当識の低下が出現していた.その後,3 年前から自宅での介護が徐々に困難となり,デイケア(4 回/w)を開始.通所中は 1 人で静かに過ごすことが多く,傾眠傾向.妻の主訴として,「排泄後の処理が大変」.

【評価】ADL：BI；50/100 点(入浴,更衣は中等度介助.排泄は尿,便失禁が多く頻度として 2～3 回/日,その都度シャワー浴を実施.尿,便失禁要因：排泄場面での着座保持時間の短さ・見当識障害.)FAI；6/45 点(力仕事・外出).老研式活動能力指標 0/13 点.認知機能面：MMSE；5/30 点(3 つの言葉の記銘・口頭による 3 段階命令).日本作業療法士協会版認知症アセスメント；とりつくろい・穏やかタイプ.失行スクリーニング；さようなら・おいでおいで・敬礼・静かにさせる身振りまで実施するが,「分からん,嫌や.」との理由にて中断.
生活行為目標：「起きている時間を増やし,好きな活動に取り組む.トイレの失敗を減らす.」
合意目標：「日中の活動性向上のために農作業に取り組む. 尿, 便失禁の回数が減少する.」を設定した.合意目標に対する実行度 3/10,満足度 2/10.
評価結果から短期記憶や記銘力障害,失行も認められたため,口頭指示や模倣を中心とせず,手続き記憶を喚起する介入として馴染みの農作業を実施した.また,失禁に対するアプローチとして排尿間隔のチェックと定期排泄誘導を実施し,便座での着座保持時間の延長に音楽を活用した.

1 期(1w～4w)農作業を導入.畑に行くと驚いた表情と笑顔が観察された.水やりの際,じょうろを渡すと手を離そうとする場面もあった.排泄場面では,音楽(星影のワルツ)を流し,声掛けを行うが,便座に着座することが理解困難であり,何度か声かけ,誘導を行った.2 期(4w～8w)農作業では,じょうろを渡すと水やりを推察し,実施可能.排泄場面では,音楽を流すと手を叩きながらリズムを取り,便座に着座することが可能.自宅で導入開始.すぐに退室する頻度が多かった.3 期(8w～12w)農作業では作物の成長を伝えると,笑顔がみられ,自ら収穫し,自宅まで大切に持参された.排泄場面では,音楽を聴くことで着座保持時間が延長し,尿,便失禁の回数が減少した.再度 1 か月後,自宅訪問すると,排泄時に終了まで着座することが可能で,介護負担が軽減された様子であった.

【結果】老研式活動能力指標,MMSE,日本作業療法士協会版認知症アセスメントでは変化はみられなかったが,BI では 60/100 点,FAI では 9/45 点と改善された.活動性の向上では農作業に取り組むことで日中の傾眠傾向が減少した.排泄では着座保持時間が延長することで尿,便失禁が減少し,介護負担軽減へと繋がった.実行度 7/10,満足度 8/10 となった.

【考察】今回,A 氏に対して農作業における介入は,農作業という全般は理解不能でも,「きゅうりを取る」「土をもる」など 1 つ 1 つの作業の手続き記憶は保たれており,部分的ではあるが,作業遂行することが可能となった.また,音楽を聴くことで着座保持時間が延長され排泄行為を促すことができたと考える.在宅場面で評価し,実施することが家族に指導を行う上で重要である(高橋,2014)と指摘されており,在宅訪問は有効であった.

【まとめ】A 氏に対し,MTDLP を用い,家族と共に支援計画を立案,プログラムを実施した.介護負担も軽減し,実行度,満足度ともに向上がみられた.

短時間通所リハビリでの業務改善への取り組み
～「リハビリメニュー表」の作成と効果の検討～

法人名 社会医療法人 慈恵会
施設名 聖ヶ丘病院 短時間通所リハビリ ソエル
発表者 今谷 義貴（作業療法士）
共著者 佐々木 聡（言語聴覚士）
米内山 清貴（言語聴覚士）
中原 義人（理学療法士）
佐々 昂典（作業療法士）

【目的】
昨今、活動・参加の推進、地域社会へ繋げることがリハビリテーション（以下、リハ）の役割として求められている。当院通所リハビリテーション（以下、通所リハ）は平成28 年 3 月に開設した。今年度より個別のリハビリメニュー表を作成・導入し、その効果を検討したので報告する。

【対象・方法】
通所リハスタッフ 11 名（理学療法士 7 名、作業療法士 4 名）に対し、リハビリメニュー表の導入前後でアンケートを実施し、スタッフの意識やサービス内容の質の変化を比較検討した。アンケート内容は①自立支援指導②目標共有③利用者対応に関する全 10 項目について聴取した。また、リハビリメニュー表とは、到着から出発までの利用の流れ、各プログラムの開始時間、利用者自身で行うこと、目標やプログラムの目的等を記載した表であり、毎回利用者と共有・確認を行った。

【結果】
リハビリメニュー表導入により、①個別リハ以外の自立支援指導を行えていないとの回答が、導入前は 65%であるのに対し、導入後は 10%に改善した②利用者と目標を共有できているとの回答が、導入前は 30%であるのに対し、導入後は 89%に改善した③利用者に待機時間があるとの回答が、導入前は40%であるのに対し、導入後は 0%に改善する結果になった。

【考察】
地域社会へ繋げるために、利用者の主体的な行動を推進することが活動・参加に向けた意識付けになるとされている。リハビリメニュー表の利用は目標を視覚化し共有することが可能になり、利用者自身が目標を達成するために何を行うのか、リハの目的や意味を理解しリハに対するモチベーションを高める一手段になると考える。また、移動や準備を含めた利用時間をマネジメントし、各スタッフの動きや時間を明確にすることで待機時間のないより充実したサービスの提供が期待できると考える。

【まとめ】
リハビリメニュー表の利用は、サービスの質の向上に有効であり、主体的な行動を推進する一助になり得ることが示唆された。

外来維持期リハから短時間通所リハへの移行を目指して
～アンケート調査から見えた傾向と対策～

法人名 医療法人タピック
施設名 沖縄百歳堂デイケアセンター短時間通所リハテーション
発表者 照屋 修平（理学療法士）
共著者 比嘉 久美子,平山 陽介,我謝 翼,島袋 雄樹,濱崎 直人,宮里 好一

【はじめに】
平成 28 年度診療報酬改定を受けて、「要介護被保険者の外来維持期リハ」（以下外来維持期リハ）が平成 30 年 3 月 31 日で終了予定となっている。そこで外来維持期リハから短時間通所リハテーション（以下短リハ）への移行が推奨されており、当院でも平成 29 年 1 月に外来維持期リハ患者（以下 Pt）を介護保険サービスへ移行する目的で短リハを開設した。今回、外来維持期リハから短リハへの移行を目指す目的で事前アンケートを実施した。当院 Pt の傾向と移行対策を考察したので報告する。

【方法】
対象は平成 28 年 11 月から 12 月にかけて当院外来リハへ通院していた Pt76 名（脳血管 58 名、運動器 18 名）とリハセラピスト（以下 Th）15 名（PT9 名、OT3 名、ST3 名）。Pt の平均年齢は 66,5 歳（男性 64,4 歳、女性 68,9 歳）。方法は平成 26 年に厚生労働省で実施された「リハビリテーションにおける医療と介護の連携に関する調査研究」のアンケートを一部抜粋し、「Pt 用」「Th 用」で分け、アンケート調査を実施。アンケート結果を基に、「短リハ移行を進める群」（以下 A 群）と「外来維持期リハ継続群」（以下 B 群）に分け、A 群・B 群それぞれの対策を検討した。

【結果】
Th に行ったアンケート結果において、「外来維持期リハの今後の方針」について「終了したい」が 75%、「継続すべき」が 22,4%となった。終了したい理由は「短リハへ移行した方が良い」が 63,8%と最も多かった。継続すべき理由として「専門的なリハが行えない」が 66,7%となっていた。「外来維持期リハの継続理由」として「本人、家族の希望」が 84,2%となった。Pt へのアンケートでは「短リハに通ってもいいか」の問いに「通いたい」が 32,9%、「通いたくない」が 40,8%となり、通いたくない理由として「当院の外来リハを継続したい」が 96,8%と多く、「心理的抵抗感がある」は 12,9%となった。アンケート結果より、短リハへ移行しても専門的なリハが困難な Pt15 名を B 群とし、残りの 61 名は A 群と分類した。

【考察】
アンケート結果より、当院外来リハの特徴として、①Pt やその家族が当院外来リハに通い続けたい、②短リハと外来リハの長短所が Pt、家族へ理解されてない、③Th は短リハで専門的なリハが提供できないと思っている、の 3 つが考えられた。平成 27 年検証調査の報告では、移行困難な理由として①心理的抵抗感、②リハビリの質が不明、などの理由が挙げられた。そこで、当院外来リハでは①外来リハとスペースを共有、②外来リハ Th の短リハ兼任の対策を取った。更に専門的なリハビリが提供できるよう、③PT,OT,ST を配置、などの対策を取り、短リハを開設した。

次に移行に関しては移行の対策を AB 群に分けた。A 群は、主治医・ケアマネと方針を固め、そして本人や家族に介護保険サービスを十分に説明し、移行を進めていく。B 群に関しては平成 30 年 4 月以降の方針を現段階から本人・家族・主治医・ケアマネと協議していく必要があると考えた。特に Pt や家族に対しては、介護保険サービスについて説明を行う事で「通所リハへ通ってもよい」が「通いたくない」を上回ったという全国調査の結果から、当院短リハでもしっかり外来リハと短リハの長短所を説明する必要性があると考えた。

【まとめ】
短時間通所リハ移行に向けてアンケート調査を実施し、全国調査と比較しながら対策ごとにグループ分けをする事が出来た。今後、この対策案を基に移行を進めていき、平成 30 年度の同時改訂に応えたい。

Mini-BESTestを用いた短時間通所リハ利用者のバランス能力の比較

法人名　社会医療法人 慈恵会
施設名　聖ヶ丘病院 短時間通所リハビリ ソエル
発表者　本間 荘大（理学療法士）
共著者　佐々木 聡（言語聴覚士）
米内山 清貴（言語聴覚士）
中原 義人（理学療法士）
佐々 昂典（作業療法士）

【目的】
日本語版 Mini-Balance Evaluation Systems Test(以下、Mini-BESTest)は予測的姿勢制御・反応的姿勢制御・感覚機能・動的歩行の 4 項目を評価する事で、バランス低下の要因を把握できる事が特徴である。当事業所は 1～2 時間の短時間通所リハで目的に合わせた４つのコース(転倒予防、疼痛軽減、生活行為、認知症予防)を実施しており、主に転倒予防コースの利用者に Mini-BESTest を使用している。今回、当事業所利用者の動的バランス能力の傾向を要支援・要介護別に調査したので報告する。

【方法】
自力歩行可能な当事業所の利用者、要支援群 14 名(男性６名、女性８名、平均 78.1 歳)、要介護群 24 名(男性 11 名、女性 13 名、平均 79.3 歳)に対し Mini-BESTestを実施し合計点数は２群間でｔ検定を用いた。また、Mini-BESTest の 4 つのセクションである予測的姿勢制御・反応的姿勢制御・感覚機能・動的歩行の得点率を、Kruskal-Wallis 検定を用い比較検討した。有意水準は 5%とした。

【結果】
要支援群の平均点数は予測的姿勢制御 3.0 点、反応的姿勢制御 1.8 点、感覚機能 5.3 点、動的歩行 6.0 点、計 16.2 点。要介護群は予測的姿勢制御 2.1 点、反応的姿勢制御 1.5 点、感覚機能 5.1 点、動的歩行 4.8 点、計 13.5 点。両群に有意な差は無かったが、他セクションに比べ反応的姿勢制御のみ有意に低下していた。

【考察】
一般的に要支援者は要介護者よりも介助量が少なく転倒リスクも少ないと判断されることが多いが、今回の結果より両群のバランス能力に統計学的有意差が無いことが分かった。また、先行研究では回復期リハビリテーション病棟での歩行自立を判別する合計点のカットオフ値は 19 点との報告があったが、今回の調査では両群共に 19 点以下だった事から、要支援・要介護に関係なく在宅で生活をしている高齢者の多くが転倒リスクが高いことが示唆された。加えて、要支援群は実際に屋外活動に参加している方も多く、その中でバランスを崩した際に姿勢を修正する能力が低下していることから更に転倒リスクが高まる恐れもあると考えられる。転倒リスクが高い利用者は居宅を訪問し生活環境を評価・検討することで事前に対策を立てることや外部負荷を利用したファンクショナルトレーニングなどを実施し、バランス能力の向上に努めている。

【まとめ】
Mini-BESTest において要支援者と要介護者のバランス能力には有意差は無く、特に反応的姿勢制御の項目が低下している事も踏まえた対応が必要である。

敏捷性・バランス能力評価法の考案
～試作版「前後・左右ステップテスト」の検討～

社会福祉法人　こうほうえん
通所リハビリテーションさかい幸朋苑
小林　佐智子（理学療法士）

【目的】
転倒は、高齢者にとって重大深刻な事態を招くことから予防が重視される。日常生活においてバランスを崩した場合、通常は下肢を素早く踏み出し転倒を回避することになるが、踏み出しができなければ転倒の可能性がある。このことから敏捷性及びバランス能力を適切に評価することで、転倒の危険性を把握し、予防ができるのではないかと考えた。既存の評価としてバランス評価や敏捷性評価があるが、難易度が高いという難点がある。そこで敏捷性とバランスの両方の条件を満たす評価方法として「前後ステップテスト」及び「左右ステップテスト」を提案し、それらの有用性を検討した。

【方法】
評価期間：平成 28 年 6 月～平成 28 年 11 月
対象者：自宅内独歩可能者 24 名
評価内容：①前後・左右ステップテストは、可能な限り素早く線を跨いで移動し、両足が揃った時点で回数をカウント。前後移動と左右移動のそれぞれ測定。②敏捷性テストは、10cm 台上に下肢を素早く上げ下ろしできる回数を測定。①、②とも立位にて 10 秒間で測定。③転倒自己効力感尺度。④Functional Balance Scale（以下 FBS）。⑤統計処理 statce12 を使用し解析を実施。

【結果】
①平均値の差では年齢、BMI 以外の項目で有意差が認められた。(表 1)
②敏捷性テストと前後ステップテスト及び左右ステップテストとの間に正の相関性が認められた。(表 2)

【考察】
本研究では、何かに躓いた後、下肢を素早く踏み出して踏ん張ることで姿勢を保ち転倒を回避する一連の動作に必要な運動機能評価方法を検討した。FBS を基準とした比較では、「前後ステップテスト」及び「左右ステップテスト」ともにバランス機能評価方法となりえることが考えられた。また、敏捷性テストとの相関関係においては、「前後ステップテスト」は強い相関関係が認められた。これは両評価とも重心の前後移動要素があったこと、また課題が難しかったという類似点があったためと考えられた。そして「左右ステップテスト」でも相関関係が認められたが、「前後ステップテスト」のそれほどではなかった。これについては、重心移動方向と姿勢制御方法に相違点があったためと考えられた。

【まとめ】
①FBS を基準とした場合、カットオフ値以上の者は前後・左右ステップテストも良好であり、これらの評価がバランス機能評価として有用性があることが示唆された。②前後・左右ステップテストには敏捷性要素があることが示唆された。③転倒を回避する動作学習として、運動の切り換えや、切り換えた先でバランスを保つ練習が必要である。特に後方へ下肢を動かすことは不慣れな傾向にあったため、後方へのアプローチも取り入れることが必要である。今後は試作版評価実施の対象者を増やし、この評価が傾向で終わることなく、実用的なものとなることを立証していきたい。

デイケアに通えないなら会いに行きます

法人名 社会医療法人河北医療財団
施設名 あい介護老人保健施設
発表者 田中 匠作（作業療法士）

【目的】厚労省の報告書(*1)によると“高齢者の地域におけるリハビリテーションの課題について「個別性を重視した適時・適切なリハビリテーションの実施」「居宅サービスの効果的・効率的な連携」「高齢者の気概や意欲を引き出す取組」が重要と考えられる”とある.今回長年通っているデイケアを休むようになった利用者への取り組みを通し,地域リハの在り方とデイケアの役割を再認識することができたので考察を踏まえて報告する.

【方法】「気力が出ない」という理由でデイケアを２週間休んでいる利用者に対しリハマネ加算Ⅱに切り替え,訪問指導にて心身機能の評価,本人と家族の思いを傾聴,環境面の評価などを実施.利用日に担当 OT または看護師が自宅を訪問した（週２回／計８回）.またリハビリテーション会議を開催して,本人,家族,居宅サービスの担当者で現状や方向性などを共有した.医師からの説明は電話にて行った.本人の意思を尊重して慎重に関わりを続け,通所再開への意欲向上を図った.

【結果】初回の評価として「体力も落ちて気力が無くなった」と訴えはあるが,基本動作は軽介助で可能.訪問時は身なりを整え,会話でも笑顔があった.老年期うつ病評価尺度（GDS15）7/15 点,PGC モーラルスケール 12/17 点であった.今まで自宅内の生活は自立していたため,家族は介護の経験がなく急激な変化に戸惑っている様子であった.訪問を数回実施しデイケアで行っていたクロスワードパズルを再開するといった気持ちの変化はみられたが,リハビリテーション会議では「現状に不満はなく今は家で過ごしたい」との強い希望があり,今後は訪問系の在宅サービスへの移行も視野にいれて情報交換をしていくこととなった.訪問を継続していくうちに ADL で介助を要する機会がさらに増えてきた.不活動による影響もあると説明すると,本人も「このままではいけないと思っている」と,少しずつ気持ちに変化がみられるようになった.機能の維持のために新しいサービスに移行するよりも,デイケアでの長年の関係を継続して生活を立て直していくことを再提案.最終的に本人より「もう一度デイケアに行ってから決断したい」との思いを引き出し通所再開となった.

【考察】今回の経緯をまとめると,本人は定期的に体調を崩し徐々に体力低下を実感してきた.デイケアにはなんとか通えていたが,階段の上り下りが大変になり日によって介助が必要になってきた.今までは同居の息子にも手を借りずに生活してきたので,デイケアに行くと人の手を借りなければならず迷惑がかかると考えるようになり欠席に至ったと考えた.訪問時の本人の様子や評価スケールから抑うつ傾向ではあるが通所再開の可能性はあると評価した.厚労省の資料「高齢者のうつについて」(＊２)にも早期の対応と家庭訪問が重要とある.本件においてもリハマネ加算Ⅱの特性を活かし,早期に訪問での対応に切り替えたことが通所再開という結果に繋がったと考える.

【まとめ】今後のデイケアのあり方として「卒業」が求められているが,今回のように「中退」を防ぐことも役割として必要である.訪問をすることで見えてきた本人や家族の思い,環境面の影響などの情報は,たとえデイケアに通うことが再開出来なくても,その後どのようなサービスに繋げていけばよいかを考える重要な要素となる.制度を活かして利用者と最後まで向き合っていけるよう柔軟に対応していくことも地域でのデイケアの役割のひとつではないだろうか.

【引用文献】(*1)"Ⅳ.2 生活期リハビリテーションの具体的な提案”.高齢者の地域におけるリハビリテーションの新たな在り方検討会報告書 平成 27 年３月.厚生労働省, 2015.p. 26.

【参考文献】(＊２)介護予防マニュアル(改訂版),うつ予防・支援マニュアル,資料 8-1,高齢者のうつについて.厚生労働省,2009.

栄養・口腔・摂食嚥下リハの適応について
～通所リハ利用者の実態調査を通して～

法人名：一般社団法人是真会
施設名：長崎リハビリテーション病院　臨床部／栄養管理室
（通所リハビリテーション銀屋通り　兼務）
発表者：西岡絵美(管理栄養士)
共著者：西岡心大　竹中千尋　浦本文子　中村理恵　洗川喜咲子

【目的】要介護高齢者においては低栄養、口腔機能障害、嚥下障害が多く認められる。一方、介護報酬上規定されている栄養・口腔関連加算の全国における算定実績は少ない印象がある。そこで今回、当通所リハ利用者における、栄養、口腔、嚥下に関する問題について調査したので報告する。

【方法】対象は平成 28 年 4 月時点の当事業所通所リハ利用者 213 名とした。方法は①栄養の問題：管理栄養士が栄養改善加算算定要件(BMI・体重減少・食摂不良・血清アルブミン値)該当の有無②口腔の問題：歯科衛生士が口腔機能向上加算算定要件(ムセ・口腔内の渇き・噛み難さ)該当の有無を判断した。嚥下の問題は、通所リハの言語聴覚士(ST)による嚥下リハビリテーション(リハ)実施の有無により判断した。また、Mini Nutritional Assessment Short Form(以下、MNA-SF)を用いて、対象者を低栄養(≦7 点)、リスクあり(8～11 点)、栄養状態良好(≧12 点)に分類した。
調査 1：栄養・口腔・嚥下各問題の割合と、それらを有する対象者の特性を調査した。
調査 2:栄養加算該当者(栄養加算群)と非該当者(非加算群)とで疾患、要介護度、低栄養患者の割合を比較した。

【結果】対象者は 213 名で、平均年齢は 75.9 才、男性 117 名(55%)、要支援 1・2：49 名(23%)、要介護 1・2：117 名(55%)、要介護 3～5：49 名(23%)であった。介護認定を受けた主な疾患は脳卒中が最多で 115 名(54%)であった。対象者の栄養状態は、低栄養が 10 名(5%)、低栄養リスクありが 87 名(41%)であった。
調査 1:栄養加算該当者は 53 名(25%)、口腔加算該当者は 42 名(20%)、嚥下障害に対する ST 被介入者は 33 名(16%)であった。栄養・口腔・嚥下のうち 1 つでも問題を有する者は 96 名(45%)であった。うち 2 つの問題が重複している者は 18 名(9%)、（栄養＋口腔 8 名 4%、口腔＋嚥下 7 名 3%、嚥下＋栄養 3 名 1%）、3 つ重複している者は 7 名(3%)であった。
調査 2:栄養加算群と非加算群で主疾患が脳卒中の割合(49% vs 61%)、介護度(要支援 1・2：15% vs 25%、要介護 1・2：57% vs 54%、要介護 3～5：28% vs 21%)に有意差はなかった。一方、非加算群においても 38%に低栄養・低栄養リスクが認められた。

【考察】利用者の 96 名が栄養・口腔・嚥下の問題を有し、約半数を占めている。特に栄養改善加算と、口腔機能向上加算要件の該当者は全国の算定実績よりも高率に認められ、これらの介入の適応となる対象者がより多い可能性が示唆された。また、利用者の 12%に複数の栄養・口腔・嚥下問題が認められることから、多職種によりこれらを評価することが望ましいと考えられた。また、栄養改善加算要件非該当者にも低栄養・低栄養リスク者が 38%認められることから、栄養改善加算で規定されているスクリーニングのみでは低栄養が見逃される危険性が考えられる。

【まとめ】利用者の 45%は栄養・口腔・嚥下に問題を抱えている可能性があり、これらに対する介入適応のニーズは少なくないことが示唆された。また、この 3 つの問題の関連性を考えると、多職種による評価を的確に行う体制が重要と考えられる。さらに、低栄養や低栄養リスク者が退院する場合は、医療機関からの十分な情報発信が課題である。

通所リハにおけるグループリハビリの効果について
～グループリハビリ導入前後の身体機能の変化に着目して～

法人名　医療法人タピック
施設名　沖縄百歳堂デイケアセンター
発表者　金城正樹(理学療法士)
共著者　宮里武志（理学療法士）、平田久乃(理学療法士)、
宮里由乃(理学療法士)、島袋雄樹(理学療法士)、
又吉達（医師）濱崎直人（医師）

【はじめに】
沖縄百歳堂デイケアセンター（以下、通所リハ）では利用者の生活機能を高め、自立支援の促進を目標にリハビリテーションサービスを提供している。今回、主体的に運動量を増やす事、目標別のグルーピングによる生活機能の向上を目指す事、自立支援の促進を目標に平成29年1月より個別リハビリ（以下、個別リハ）と併せてグループリハビリ（以下、グループリハ）を開始した。グループリハ導入前後の効果について身体機能の変化に着目して検討する。

【対象・方法】
通所リハに通う利用者 130 名から認知症や高次脳機能障害等によるデータ欠損の無い 58 名（平均年齢81.1 歳）を対象とし、男女比は男性 20 名、女性 38 名、介護度別では要支援者 24 名、要介護者 34 名を対象とした。
ADL 上の課題を目標別に、トイレ動作や車イス駆動・トランスファーの介助量軽減・自立が目標となるグループ（以下、座位・起立グループ）、転倒予防や歩行の耐久性向上が主な目標となるグループ（以下、立位・歩行グループ）にグルーピングを行った。評価項目を Time Up & Go Test（以下 TUG）、5m快適歩行（以下、CWS）、5m最大歩行（以下、MWS）、5 回椅子立ち座りテスト（以下 SS-5）、日本語版 Fall Efficacy Scale(以下 FES)、Functional balance scale（以下、FBS）を個別リハのみ提供した期間と、個別リハに加えグループリハ導入、実施した期間の評価結果の平均値を比較した。またグループリハ導入後にグループリハについてのアンケートも実施した。

【結果】
個別リハのみと、個別リハと併用してグループリハを導入した前後で、SS-5 は導入前 24.7 秒・導入後 23.1 秒、FBS は導入前 27.7 点、・導入後 31.2 点という結果になっており、他の評価項目に関しても大きな変化は見られなかった。アンケート結果より運動を実感している利用者が 76%、運動の効果を感じている利用者が 47%となった。

【考察】
通所リハの利用者の特徴として加齢による退行変性に加え、疾病や麻痺、ADL の制限を有している利用者が多く、グループリハ導入により身体機能を維持できている事は重要であると考える。個別リハのみの提供時期はベッド上での受動的なリハとなりやすく運動量が少なかったが、今回グループリハを導入した事により、習慣的に運動する機会が得られ、運動量・活動量の増加が見られたと考えられる。
日本理学療法士協会の地域理学療法診療ガイドラインにて習慣的な運動の効果は推奨グレード A・エビデンスレベル 1 となっている。アンケート結果から運動を実感している利用者は 7 割以上となっていることから、グループリハは主体性の向上が図られ、運動習慣をつける一助となっていると考えられる。横山らは集団で協働して行う運動プログラムの方が活動の自己評価、楽しさ、達成感、満足感及び有能感などが有意に増加したと報告していることからもグループリハはモチベーションの向上、運動習慣の向上に役立つと考える。今後は利用者の身体機能、生活機能の向上・自立支援の促進へと繋げていけるようグルーピング方法や ADL の練習内容・運動メニューの工夫を行っていきグループリハを活用していきたい。

【今後の展望】
運動が継続でき、成果が見えるように自宅でも行える運動メニュー、負荷量、グルーピング方法の再検討が必要である。また定期的に身体機能・生活機能の評価・アンケートを実施し、追跡調査を行いグループリハの更なる効果を検証していきたい。

リハビリテーションマネジメント加算Ⅱの取り組みについて
～そこから見えてきたもの～

介護老人保健施設和光園
中村　裕（理学療法士）

【はじめに】

平成 27 年度の介護報酬の改定によりリハビリテーションマネジメント加算Ⅱ(以下、リハマネⅡ)が新設された。リハマネⅡを算定することでリハビリ会議や訪問などを通じて、多職種との連携がしやすく、ADL 向上に向けた支援は行いやすくなっている。その一方で新規加算でもあるため、取り組みにあたっては様々な問題点も生まれている現状がある。

当施設では平成 27 年 6 月よりリハマネⅡの加算算定を開始しており、現在までに約 20 名の算定を行ってきた。そこで、今回はリハマネⅡを算定した中で取り組みがスムーズに進み ADL が向上した例を紹介する。また、加算算定によって抽出された問題点に対し、今後の取り組み内容や対応策を検討する。

【経　過】

«利用者情報»性別：男性　年齢：70 歳代

主病名：化膿性脊椎炎

(●担当者会議　■リハビリ会議　▲訪問)

●初回担当者会議(平成 27 年 11 月 25 日)

自宅内は車椅子移動で土間への昇降は高さがあるため昇降機を使用している。トイレは P-トイレを使用。日中は居間で過ごし活動性は少ない。

■第 1 回リハビリ会議(平成 27 年 12 月 15 日)

通所リハビリでの目標設定を行う。バランス低下の要因を重点的に取り組むプログラムを設定。また、股関節固定性低下や感覚低下があり立位バランス低下みられるため、転倒のリスクがあることを説明。

■第 2 回リハビリ会議(平成 28 年 1 月 12 日)

▲第 3 回訪問(平成 28 年 3 月 14 日)

歩行用具を使用しての移動を検討した時期であり、ウォーカーケインにて日中トイレまでの移動を妻の介助にて行うよう変更した。

▲第 4 回訪問(平成 28 年 7 月 2 日)

■第 7 回リハビリ会議(平成 28 年 8 月 16 日)

本人の希望により屋外歩行を検討した時期であり、見守りにて屋外歩行可能となる。孫と花火を見にいったとのエピソードあり。

▲第 5 回訪問(平成 28 年 9 月 22 日)

ウォーカーケイン歩行は屋外でも安全に行えており、車椅子→ウォーカーケイン対応に変更。これにより昇降機・車椅子のレンタル中止。

◎現在の状態(平成 29 年 5 月)

現在、移動は独歩もしくは杖歩行にて行えており、目標である農作業ができるまで改善が図れた。また、地域行事への参加も行えるようになり社会参加も行えている。

【結　果】

ADL 評価：初期 55 点→現在 90 点

要介護 2→要支援 2(H28.12～)

現在の状態を共有するために、多職種でリハビリ会議や訪問を行うことで必要な時期・タイミングで福祉用具の選定やレンタルができ生活レベルに反映することができた。

※リハマネⅡを算定する上での問題点として、

①リハマネⅡの算定を行い、開始すぐに見直しが必要と感じた利用者や算定していないが必要性を感じた利用者がいた。

②リハビリ会議には医師の参加も必要であり、参加曜日の制限があることや入所業務もあり園内での会議が基本となるため、家族による利用者の送迎が必要で加算算定者が限定されていた。

【考察・まとめ】

リハマネⅡを算定することで、多職種との情報共有が行いやすく、生活の細かな情報を知ることができ、ADL 向上に結び付けることができた。リハビリを進めるうえで多職種との連携・協働は重要である。そのため、今後も引き続き質を保ちながら算定を行っていきたいと考えている。

そのため結果①に関しては新規利用者にリハマネⅡの算定を行い、アセスメント期間を短縮し、継続するかを判断することで、より多くの利用者の環境が整備できると考えられる。

結果②に関しては必要に応じて医師に訪問同行を依頼し、自宅で開催することも検討していく必要性がある。

今後も問題点を改善しながらより質の高い算定方法を模索し、利用者に還元していきたい。

楽しみのある生活を目指して
～歩行アシストの可能性～

法人名　社会医療法人敬和会
施設名　介護老人保健施設　大分豊寿苑
発表者　佐藤駿一（理学療法士）
共著者　大束裕子　橋本卓　谷口理恵　佐藤浩二　岸川正純

【目的】
当施設通所リハでは、2 年前から楽しみのある生活（生活の質）と歩行能力（移動能力）に着目して、歩行障害が理由で、外出頻度の低下している方を対象に HONDA 歩行アシスト（以下、歩行アシスト）を導入している。歩行アシストを使用することで、歩行能力が向上し再び外出等の楽しみを感じられる生活を取り戻す事例を多々経験する。今回、通所リハ場面での歩行アシストの使用効果を報告する。

【対象】
平成 28 年 8 月から平成 29 年 3 月までの歩行アシスト使用者の 22 人のうち、1 ヵ月以上の継続使用を行った男性 6 名、女性 1 名の 7 名とした。介護度は、要支援 2 から要介護 2 で、平均年齢は 77±7.63 歳であった。歩行器歩行 3 名、T 字杖歩行 4 名で、歩行器歩行の 3 人はすり足がみられ、そのうち 1 名は小刻み歩行である。T 字杖歩行は 2 動作揃え型が 1 名、2 動作前型で小刻み歩行が 1 名、3 動作揃え型が 2 名であった。
目標は「友達・家族との外出」が 4 名、「自宅周辺の散歩を行なう」が 2 名、「家族と歩いて初詣に行く」が 1 名であった。

【方法】
週 2 回から週 3 回、20 分から 30 分間通所リハ利用時の歩行練習の際に歩行アシストを使用した。評価指標は日本理学療法士協会が監修している E-SAS を用い、その項目の Timed Up and Go（以下、TUG）、CS-30、10m 歩行（時間、歩数、歩幅）、Life Space Assessment(以下、LSA)、転ばない自信とした。LSA 評価時に、実際に外出した場所等の聴き取りを行った。

【結果】
TUG は、28.9 秒から 24.8 秒と使用前に比べ使用後で時間が有意に短縮した（P＜0.03）。また有意差は認めなかったが、10m 歩行では、24.6 秒 31 歩から 24.2 秒 30 歩と改善傾向であった。歩幅は、変化は見られなかった。LSA は 43 から 36、転ばない自信は 25 から 23 と減少した。
「友達・家族との外出」を目標にした 4 名は、定期的に外出を行うことができるようになった。うち 1 名は、使用補助具が歩行器から T 字杖へ変化した。そのため、公共交通機関を使用することができるようになり、定期的な外出へと繋がった。「自宅周辺の散歩を行う」の 2 名は、1 名は運動への意欲の向上がみられ目標達成した。もう 1 名は、目標は未達成であるが、自宅や来苑時に歩行する機会が増加した。「家族と歩いて初詣に行く」の 1 名は、平成 29 年 1 月に家族と初詣に行くことができ目標達成した。このように 7 名全員に活動の幅の広がり、あるいは活動量の増加が認められた。

【考察・まとめ】
今回、通所利用者に対して歩行アシストを使用した事で、歩行速度の向上と歩行時のバランス能力の向上がみられた。このことから、在宅生活において楽しみや生活のはり、生きがいを持ち暮らして行く為に歩行アシストは有効であると考える。

通所リハビリテーションにおける歯科衛生士の取り組み

法人名 医療法人　潤心会
施設名 熊本セントラル病院　通所リハビリテーション事業所
発表者 野津薫（歯科衛生士）
共著者 池田健吾、岩村泰年

【目的】

当通所リハビリテーション事業所（以下、当通所リハ）は個々の利用者に応じた専門的な口腔ケアを提供する為、歯科衛生士が専従している。歯科衛生士の役割は口腔アセスメントであり、Ｒｅｖｉｓｅｄ－Ｏｒａｌ－Ａｓｓｅｓｍｅｎｔ－Ｇｕｉｄｅ（以下、ＲＯＡＧ）を導入して基本となる口腔ケアプロトコールを作成している。

今回、歯科衛生士の介入前後での利用者のＲＯＡＧの変化や口腔ケアプロトコールによる口腔ケアの効果について考察したので報告する。

【対象及び方法】

対象は平成２８年９月から平成２９年５月の９ヶ月間に歯科衛生士がＲＯＡＧを介入前後で評価できた当通所リハ利用者６６名とした。方法は介入前後２回でＲＯＡＧの変化を確認した。また、ＲＯＡＧのスコアと介護度の関係を確認した。ＲＯＡＧはティーアンドケー株式会社の口腔ケアアセスメントガイドの口腔ケアプロトコールを参考にスコアをＡ（８点）、Ｂ（９～１２点）、Ｃ（１３点以上）の３つに分類した。

【結果】

対象６６名中、介入前後の口腔ケアプロトコールは表１に示すとおりである。

表１．介入前後の口腔ケアプロトコール

回数	A	B	C
介入前	１６	４２	8
介入後	１６	４５	5

介入前後で口腔ケアプロトコールに「変化あり」は１１名、「変化なし」は５５名であった。「変化あり」のスコア改善例７名、スコア悪化例４名であり、スコア改善例はＢ⇒Ａが４名、Ｃ⇒Ｂが３名でスコア悪化例はＡ⇒Ｂが４名であった。スコア改善例は歯科受診や義歯作成を行った例や移動手段が車椅子から歩行へ変化した症例であった。スコア悪化例は４名のうち３名は呼吸器感染等による体調不良で１～３週間当通所リハ利用を休みがちとなった症例であった。他 1 名は義歯の汚れでスコアが変化する結果となった。「変化なし」はＡ１２名、Ｂ３８名、Ｃ５名となった。介護度はＡ平均１．６、Ｂの平均が２．３、Ｃの平均が３．１４であり、介護度が高いほどスコアは上がる傾向であった。

【考察】

結果より、スコア改善例に移動能力によって口腔内環境に変化があった症例を分析する。介護度とスコアの関係からも介護量や移動能力は口腔内環境へ関与している可能性は高い。そのため、改善した要因の一つとして歩行能力の改善で移動範囲や活動性が広がり口腔ケアの質や回数が増えたことが考えられる。さらに歯科衛生士によって利用時は昼食後に必ず口腔内をチェックし、歯磨き方法や回数を指導しているため相乗効果が得られたと考える。スコア悪化例は体調の不安定さによる身体機能の低下が口腔内環境に影響を及ぼすことがわかった。要因は長期療養による生活不活発病で口腔ケアの優先順位が下がり口腔衛生が保てなくなったことが考えられる。

【まとめ】

今回の取り組みで得たものは介護度が高い症例に焦点を当てた口腔ケアだけでなく、全利用者の口腔アセンスメントと全身状態を分析したことである。特に体調の不安定さは口腔内環境に影響を及ぼす要因であり、手厚い対応が必要である。長期休養後や退院後の口腔への支援が歯科衛生士の重要な役割であることがわかった。

「息切れせずに、またお出かけしたいな」
～透析患者に「慢性腎疾患患者のためのACSMの運動勧告」を用いて～

法人名 医療法人財団 善常会
施設名 老人保健施設シルピス大磯
発表者 鈴木 瑞恵（理学療法士）
共著者 金原 大祐（理学療法士）
段 直樹（理学療法士）

【目的】
当デイケアを利用中に入院し、透析を開始した症例を担当した。本人より「息切れせずに、またお出かけしたいな」との希望が聞かれた。慢性腎不全患者の ACSM (American Collage of Sports Medicine)の運動勧告を基に、リハビリを実施し、息切れが減り、活動範囲を広げることができたので報告する。

【方法】
1.症例紹介：86 歳女性。要介護 2。デイケアは週 3 回、6-8 時間利用。透析は週 3 回実施。自宅で転倒し、右大腿骨頚部骨折を受傷。入院中に透析を開始した。透析開始 1 ヶ月後に退院し、デイケアの利用を再開した。
2．評価方法：身体能力は、Hand-Held Dynamometer を用いた膝関節伸展筋力、10m歩行テスト、Timed Up and Go Test(以下 TUG)、3 分間歩行テストを 3 ヶ月毎に測定した。活動範囲は、Life Space Assessment（以下 LSA）を利用開始時と 10 ヶ月後に評価した。

【経過】
慢性腎不全患者の ACSM の運動勧告を基に、有酸素運動とレジスタンス運動のプログラムを作成した。リスク管理は、Borg Scale と最大心拍数を用いた。
Ⅰ期：呼吸困難感が自分で判断できない時期（利用開始～1 ヶ月）
利用開始当初、立ち上がりでも息切れが強くあった。そこで、リハビリ時に呼吸困難感を Borg Scale で表し、心拍数と適度な運動時間を本人と確認した。心拍数は、胸や腕に手を当てて自分で確認するよう声かけした。有酸素運動は、歩行練習を行い、レジスタンス運動は、マシンを用いて行った。息切れの度合いを数値でフィードバックし、自分で判断できるよう粘り強く取り組んだ。
Ⅱ期：呼吸困難感を自分で判断できるようになった時期（2 ヶ月～6 ヶ月）
リハビリを進める中で「これ以上歩くと危ない」と呼吸困難感を自分で判断できるようになった。そこで、有酸素運動の自主トレーニングを開始した。また、運動の負荷量を段階的に増やした。
Ⅲ期：買い物ができるようになった時期（6ヶ月～10ヶ月）
息切れせずに歩行できる距離が伸びたが、一人でスーパーの中を歩くことに不安があった。そこで、本人とスーパーへ行き、休憩するタイミングを確認した。息切れなく歩行できたことで、本人の自信につながった。

【結果】
膝関節伸展筋力は、右 0.18 から 0.29kgf/kg、左 0.21 から 0.31kgf/kg、10m歩行テストは 17.2 から 15.1 秒、TUG は 20.1 から 16.4 秒、3 分間歩行テストは 80 から 103mと向上した。LSA は、6.5 から 25.5 点と向上した。身体能力の向上や歩行時の息切れの軽減が見られ、希望であった買い物に行くことができた。

【考察】
透析患者は、運動量の調節が大切であり、過負荷は、腎機能障害を増悪させる危険性がある。本症例は、呼吸困難感を自分で判断し、適度な休憩を取れるようになったことで、運動量を増やすことができた。
デイケアは、一日という長い時間を利用できる利点がある。この利点を活かすことで、高齢の透析患者でも、身体能力を向上することができ、生活の希望を叶えられる場所になることが分かった。

居宅ケアマネジャーとデイケアの途切れない連携
～稼働率を維持する為に～

法人名 医療法人鴻池会
施設名 介護老人保健施設鴻池荘サテライト蜻蛉
発表者 植田　隆敏（支援相談員）

【目的】
デイケアにおいて、居宅ケアマネジャー（以下：居宅CM）との連携は、質の高いリハビリテーションを提供する上で重要であり、当デイケアでも様々な連携の機会を作っている。今回、異なる事業所である当デイケアと居宅介護支援事業所（以下：事業所）が図っている連携内容を抽出し、ソーシャルキャピタルの概念にある、信頼・規範（相互依存的な利益交換）・ネットワークに着目して整理した。その結果、これらのバランスを保ち続けることの重要性に気づくことができたため、ここに報告する。

【方法】
①連携内容の抽出
（事業所への訪問）訪問する相談員を固定し、毎月訪問し、手渡しで、サービス実績を届けた。その際、利用者に関する状況の報告を行い、利用者からの要望や苦情がないかの確認も行った。また、各事業所の居宅CM の人数や担当ケース数、利用者の傾向などの特徴と居宅 CM がデイケア以外に求めているニーズについて情報収集した。
（お休み、中止時の状況確認）お休みが続く利用者の状況を確認し、リハ職による居宅訪問を提案し、居宅CM と協働で再評価を行った。また、入院による中止者の経過を追い、リハビリテーションの必要に応じて転院に向けた情報提供やデイケア再開に向けたリハビリ頻度の提案を行った。
（広報誌の配布）「通所リハビリのお知らせ」を毎月発行し、送迎と入浴の空き状況、各種加算の事例を通した説明を行った。
②連携ミーティングの開催
事業所と連携を図った相談員同士で、得た情報の共有と方向性の検討を行った。
③ソーシャルキャピタルの概念に基づいた整理
（信頼の構築）毎月欠かさず訪問すること、事例を通じた取り組みと結果を報告することで、事業所への信頼構築となった。
（規範）利用者のお休みや中止など状態変化が生じた際の先手の関わりは、課題を早期に解決できる協力となり、中止を防ぎ、再開を確実にする手段となった。
（ネットワーク）毎月同じ相談員が実績配布し、情報共有を図ることで、顔の見える関係となり、また、浅い関係ではあるが、その事業所の他のＣＭとも顔見知りとなった。

【結果】
信頼と規範、ネットワークの要素を毎月同じ方法で、バランスよく継続したことにより、連携を図った事業所とは、途切れることのない関係が続いている。過去 5 年間の通所相談件数 418 件（内部 CM 含む）の内、連携事業所からの相談は 240 件（58%）を占めた。ちなみに連携を図っていない事業所からの相談件数は、24 件（5.8%）であった。また、当デイケアを選んだ理由の集計は、「熱心である」「主体性の支援ができる」「一緒に考えて欲しい」「何とかして欲しい」といった連携が図れていることを示す理由が約 7 割を占めていた。

【考察】
地域包括ケア体制の確立に向けて、各自治体や事業所の取り組みが整備される中、ソーシャルキャピタルの概念を活用することで、各事業所の自発的な連携が強化され、利用者へのサービスの質の向上、あるいは、社会の効率化につながると考えられる。そのため、地域包括ケア体制の構成員として、今後も、これらの連携方法を継続し、デイケアと事業所の協調行動を活発にしていくことが必要であると考えられる。

当施設における利用者および家族の満足度調査

法人名 医療法人社団三友会
施設名 健幸くらぶ万智
発表者 吉田圭佑（理学療法士）

【目的】当施設の利用者及びその家族を対象に通所介護を利用され、どのように感じているのかを把握する目的で満足度調査を行ったので報告する。

【方法】当施設の利用者のうち認知症の診断がなく、アンケート調査に同意の得られた利用者１０８名と利用者家族７７名を対象に書面選択及び記述式でアンケート調査をした。調査内容は利用者へは①利用の目的、②サービス担当者会議、③接遇、④食事、⑤入浴、⑥トイレ、⑦送迎、⑧看護、⑨個別機能訓練、⑩利用後の生活の変化の１０項目とした。また家族へは①接遇、②利用全般の質問、③利用後の生活の変化の３項目とした。

【結果】利用者のアンケート回答は７７名（平均年齢８２．５±７．９）、回収率は７１％、家族の回答は４４名、回収率は５７％であった。利用者の介護度は要支援１：２５名、要支援２：２８名、要介護１：１７名、要介護２：４名、要介護３：３名、要介護４：０名、要介護５：０名であった。利用者の書面選択式結果では、①利用の目的については、他者や職員との交流、運動・リハビリ、運動機能の維持改善の目的が多くみられた。②サービス担当者会議、③接遇、④食事、⑤入浴、⑥トイレ、⑦送迎、⑧看護、⑨個別機能訓練ではとても満足、やや満足、ふつうが多い結果となった。⑩利用後の生活の変化では、変わった：３３名、変わらない：２７名、無回答：１７名であった。記述結果では接遇に関して「相談しやすく安心感がある」「職員によって個人差がある」等であった。個別機能訓練などに関しては「トレーニングマシンや物療機器の知識についてスタッフ間で個人差がある」等であった。生活の変化に関しては「自宅で運動するようになった」「メリハリのある生活が送れるようになった」等であった。家族の回答は、接遇や利用内容等で、とても満足、やや満足、ふつうが多い結果となった。③利用後の自宅での生活の変化では、変わった：２３名、変わらない：１８名、無回答：３名であった。記述結果では、「自分でできる事をみつけ動くようになった」「家族が気付かなかった身体の変化を知らせてもらえ助かる」といった意見が聞かれた。

【考察】今回の結果から、利用者・家族ともにサービスの内容や接遇等については比較的良好な意見が伺えたが、利用後の生活の変化に関してはどちらも約半数が変わらないといった意見が聞かれた。これより、利用者のＡＤＬは把握できているが自宅での生活の流れや生活の変化を把握しきれていないのではないかと思われる。
今後はサービス担当者会議以外に定期的な情報交換をする場を設けることで、目標の確認や達成状況の共有を行っていく必要がある。そのためにも施設側はＡＤＬや身体的能力の変化を報告し、自宅ではどういった取り組みをしていくのか明確に提示し、取り組んでもらう事やケアプランの目標を共有する事が重要であると考える。
他にも家族からは「利用中の状況等が分からない」「他の家族でよくある問題等を知りたい」という意見が聞かれたが、前述の情報交換の場は職員と家族間だけでなく、他の家族間での意見交換や悩みの相談などができるようになるのではないかと考えられる。
そうすることで自宅でも目標達成に向けた生活の改善がみられるようになり、自宅生活の改善や満足度の向上にも繋がるのではないかと推測する。

【まとめ】今回の満足度調査では、当施設におけるサービスの質や利用者及び家族の現状を把握でき、今後のサービスやリハビリテーションに関して課題を見出すことができた。

当事業所の利用目的から見えてくる短時間通所リハビリ施設の役割

法人名 医療法人真正会
施設名 霞ヶ関南病院　デイホスピタル
発表者 秋津望実（社会福祉士）
共著者 依田太一、前川慶亮、島田達也、竹重雄太、鈴木小百合（デイホスピタル一同）

【目的】
H27 年４月の介護保険制度改正により、リハビリテーション会議を通して家族や他機関と顔を合わせての密な連携がより図れるようになり、徐々に当事業所の機能や取り組みへの理解が深まりつつあることを感じている。通所リハと通所介護の役割について問われている今、改めて短時間通所リハの利用に対して求められる特徴を調査し、当事業所が地域でどのような役割を担っていけばよいのかを考察するとともに、その結果から見えてくるソーシャルワーカーの役割についても考察したい。

【方法】
H28 年度の新規利用相談内容を振り返り、その特徴や傾向、当事業所が求められている役割について考察する。調査内容は新規相談者の①利用前の状況（在宅、入院、その他）②目的（身体機能の維持・向上、リハビリの専門職の評価、活動量の確保、生活動作の維持・向上、趣味活動、介護負担軽減、医学的管理、社会参加、その他）③利用頻度④利用者の基本情報（年齢、性別、要介護度、介護状況）⑤疾患とした。

【結果】
H28 年度新規相談は 131 件（新規利用件数 85 件、キャンセル・不適合 46 件）であった。利用目的（複数回答可）について、「身体機能の維持・向上」が 122 件と最も多く、「リハビリ専門職の評価」が 121 件、「活動量の確保」が 86 件、「生活動作の維持・向上」が 75 件、「医学的管理」が 32 件、「社会参加」が 31 件、「趣味活動」が 29 件、「介護負担軽減」が 27 件、「その他」が 11 件であった。「その他」の内容として就労・復職支援や障害受容が挙げられた。
当事業所につながらなかったケースでは、一日型のデイケアに決まった方が 11 件と最も多く、相談のみが９件、一日型のデイサービスに決まった方が 7 件だった。新規利用につながった方の平均要介護度が 1.28 だったのに対し、一日型のデイケアにつながった方の平均要介護度は 2.5 と高く、結果的に食事や入浴での評価や支援が必要であったり、介護者の負担軽減を考慮し一日型のサービスに並行して相談をかけるケースが多かった。

【考察】
短時間通所リハ施設として最も求められている役割は「身体機能の維持・向上」であり、「リハビリ専門職の評価」に期待するものが大きいことを再認識した。また、新規利用につながった方の傾向として軽度者の方が多く、生活課題や支援ポイントがより明確であることが分かった。一方で「活動量の確保」を求める声も多い。その点においては、マシン等施設環境に依存するのではなく、主体性をもった活動的な生活を身につける仕組みづくりを考えていく必要があり、その点を意識しながら通所リハスタッフも関わっていくことが大切と考える。ゆくゆくは地域での体操教室やサロン、ボランティア、あるいはデイサービスなどがその目的を果たす場として、それぞれの役割を地域の中で担っていければと思う。

【まとめ】
当事業所は病院併設という強みもあり「医学的管理」や「リハビリテーション」へのニーズは高く、様々な障害や疾患を持った方の相談を受ける。その中で就労支援や障害受容、身体状況の変化など、より複雑な支援が求められることもあり、当事業所だけで解決できないことも多くあることを日々痛感する。だからこそ目標を具体化していく過程を支援し、多職種・多機関と連携を図り、様々な視点からアセスメントし、適切な場へつないでいくことが通所リハ施設にいるソーシャルワーカーの役割ではないかと考える。その方が地域で暮らすために何が必要か、地域全体でその方を支えていく視点を大切にしたいと思う。

リハマネ加算Ⅱ100%算定に向けて
～リハビリ機能分化の実践報告～

法人名　医療法人財団五省会
施設名　介護老人保健施設みどり苑
発表者　奥田智子（介護福祉士）
共著者　坂井亜紀（管理栄養士）

【目的】
リハビリマネージメント加算Ⅱ（以下リハマネ加算Ⅱ）算定の目的は利用者の活動参加を実現するためである。当事業所では算定開始当初、利用者やケアマネから「従来のリハビリと時間や内容の違いは何か」という問い合わせがあり、算定の理解が得られないケースもあった。そこで多職種協働で個別目標の達成を目指すリハビリを提供した。その効果について考察する。

【方法】
① 相談員が利用者のリハビリニーズを調査した。
② セラピストが行うリハビリに加え、通所所属の専門職が適性のあるリハビリプログラムを提供した。
③ 目標が明確になるよう目標達成シートを作成し１ヶ月毎に達成度を確認した。

【結果】
① 利用者のニーズは介護予防 10%、回復期退院後の集中リハビリ 31%、運動器機能維持 9%、生活動作維持 50%に分かれた。
② セラピストの個別リハビリとその他の専門職が行う集団プログラムと個別プログラムを組み合わせて最長 270 分のリハビリが提供できるようになった。
③ カンファレンスやリハビリ会議で利用者、その家族、ケアマネと目標達成度の確認を頻繁に行うことで、リハビリメニューに反映させやすくなった。
④ H29 年 4 月現在のリハマネ加算Ⅱの算定率は 89%である。

【考察】
利用者のニーズは、生活動作維持が 50%と最も多く、活動参加を進めるには生活場面での日常生活動作練習が重要であることが分かった。そこで、介護福祉士は利用者がセラピストの個別訓練で獲得した生活動作をいかに生活に汎化させるかを利用者に提案提示し、健康運動指導士は健康で暮らすためのセルフコントロールの方法を指導した。このようなセラピストと他の専門職との連携によりリハビリの量と質を確保することができたと考える。また、目標を明確化し、その達成度を頻繁に確認して効果を可視化したことにより生活が変化する実感が得られた。これにより利用者のモチベーションが上がり、積極的にリハビリに取り組むという好循環が出来たと考える。

【まとめ】
利用者の社会参加を支援する際には、社会参加を実現するための多様なリハビリニーズに応えるためにリハビリの機能を分化させ、セラピストとその他の専門職が各々の強みを活かしながら、協働でリハビリを行うことが有用であった。

「自分で移れた！」から、「部屋でも移れた！」へ
～ADL 動作が向上し、介護サービス事業所間の連携により実生活に繋がった症例～

法人名 医療法人 社団 富家会
施設名 富家在宅リハビリテーションケアセンター
発表者 加藤 友理絵（理学療法士）
共著者 瀧村友貴 倉重奈緒美

【はじめに】
訪問リハビリ(以下訪リハ）、デイサービス（以下 DS）、デイケア（以下 DC）を利用し、移乗を含めた生活動作能力が向上し実生活に繋がった症例を経験したので、以下に報告する。
【症例紹介】
S 様 81 歳男性 要介護度 5
診断名:多発性ニューロパチー
既往歴:H12 年右化膿性膝関節炎。H22 年左化膿性膝関節炎。H27 年 1 月右化膿性膝関節炎による敗血症ショック・DIC により緊急入院。四肢麻痺、呼吸筋麻痺を認め気管切開し人工呼吸器にて全身管理。同年 2 月関節鏡下両側膝関節ドレナージ術施行。同年 7 月当院回復期リハビリテーション病棟に入院し、翌月人工呼吸器離脱。H28 年 2 月サービス付き高齢者向け住宅（以下サ高住）に入居。
【利用開始時の状況】
関節可動域テスト右/左の順に記載。(単位:°)
肩関節屈曲 45/30P・外転 50/55P、肘関節 0/-40、股関節屈曲 110/100、膝関節伸展-60/-60
握力右:8.0 kg、左：0 kg
サ高住入居時の日常生活動作
移乗：2 人介助。食事：スプリングバランサー、ストローコップを使用し介助。整容：歯磨きはガーグルベースを使用し介助。トイレ：尿便意あり、日中は尿瓶で介助。排便のみオムツで対応。
サービスの利用
DS 週 2 回、DC 週 2 回(共に半日)、訪リハ週 1 回
【プログラム・経過】
移乗動作の介助量軽減を目標に介入。四肢の関節可動域練習や筋力増強練習、座位バランス練習、移乗練習、起立・立位練習、パワーリハビリテーションを実施。途中、下肢の支持性低下のため立位経由での移乗は困難と判断し、プッシュアップによる側方アプローチへ方法を切り替えた。また、富家グループ内のソーシャルネットワークサービスを活用し、現況や方向性を相談し介入した。
【現在の状況】
関節可動域テスト 右/左の順に記載。(単位:°)
肩関節屈曲 100/70・外転 70/70、肘関節 0/-25、股関節屈曲 110/110、膝関節伸展-40/-45
握力右：13.5 kg、左：6.0 kg
日常生活動作
移乗:車椅子の操作と管理が可能となり側方アプローチで見守り。食事:スプーンとフォーク、一般的なコップを使用し自立。おやつは手づかみで自立。整容:歯磨きは洗面台で自立。トイレ:DC では 2 人介助で排泄可能、サ高住ではオムツを使用。
本人の発言の変化
当初は身体機能に対する要望が聞かれていたが、現在は生活動作についての具体的な要望が聞かれるようになっている。
【考察】
本症例は発症後寝たきりの状態となり、当 DC の利用開始時も全身の廃用症候群が著明であった。サ高住に入居となり、一人で過ごす時間が長い環境であったが、DC、DS、訪リハで常に介入を行うことで、活動量を向上させ廃用症候群からの改善に至ったと考える。また、それぞれのサービスでリハ専門職が関わり、身体機能と生活動作の練習を DC・DS で行い、訪リハでは環境設定、動作を実践するという、各サービスでの役割を活かしたアプローチを行うことで、実場面での生活動作能力の向上に繋がったと考えられる。DC で練習した事が、自室で再現出来た経験や、実際の生活場面で何が必要かお互いにイメージしやすくなったことで、より具体的な練習や提案、意見交換を行えるようになり、生活動作に結び付いたと思われる。
【まとめ】
各事業所が連携する事によって、課題がより明確になり、実際の生活動作に寄り添ったリハビリテーションを行うことができるとわかった。

生活リハビリへの移行に向けての抜本的改革

法人名　社会医療法人　生長会
施設名　ベルアモール
発表者　栗田　彩子（介護福祉士）
共著者　宮田　辰子・千原　雄一郎・勝　綾央・西口　里美・西尾　裕子

【目的】
当通所リハビリテーションセンター（以下、通リハ）の特徴でもある 3 つのフロアがそれぞれの専門性を高め、各活動の幅を広げ、目標を持ち、根拠を示した活動へ移行する。その対策として、職員の意志の統一を図る。また、通リハとしての役割を担うため以下のことを実施する。

【方法】
1.各フロアの環境スペースを見直し、重介護対応フロアと自立支援フロアの入れ替え
2.利用者の対象フロアの選定
3.職員の意識の改革
4.集団レクリエーションから個々に合った生活リハビリへの移行

【結果】
重介護対応フロアと自立支援フロアを入れ替えた。また、利用者のフロア選定を見直し、重介護対応フロアの定員を 40 名→20 名にした。そのことで、環境改善ができ、個別的な関わりが増え、常に看護師が居る環境の中で、重介護の利用者の受け入れを行なっている。
自立支援フロアは、定員を 30 名→65 名にした。フロアを入れ替えたことで、生活導線が確保された。また、入所棟の浴室を利用することで、ゆっくり入浴していただけるようになり、利用者から喜びの声が多く聞かれた。フロアが広くなったことで各活動のスペースも確保でき、活動の種類も増え、時間に縛られることなく、利用者が主体的に目的をもって活動に参加するようになった。同時に職員へ向け、レクリエーションから生活リハビリへの移行の必要性や、通リハとしての役割などの勉強会を実施し、現在の活動の担当職員を決め目的のある活動へ移行できるよう見直しを行った。例：書道クラブでは、決まった時間に好きなお手本を見ながら書いていたが、課題を決め練習し、月に 1 回書道の先生に評価してもらいレベルアップを目標に取り組む。また、書道展への出展を目指す。認知症対応フロアは、フロア環境は変えてはいないが、家族会の発足や、集団レクから個別対応に移行できた。

【考察】
上記の書道のように、今まではクラブ活動の一つとして行っていたことが、書道をすることで、集中力を高め、認知症予防に繋がることなどを職員に理解してもらうことで、職員の意識も向上し、担当利用者の目標やリハビリに対する想いなどを把握しようとする姿勢がみられた。また、書道だけではなく、料理クラブでは、メニューを決めるところから、利用者に考えてもらい、材料から調理工程も利用者に考えてもらう。更に、利用者ひとり一人の調理に対する目標を設定する。例えば、包丁が使えるようになりたいや、味付けを行なえるようになりたいなど、クッキングを通して、一人ひとりの目標に沿った支援がおこなえるようになった。

【まとめ】
今回、思い切ってフロアの入れ替えを行なった結果、当初は利用者からも職員からも不安や戸惑いの声が聞かれたが、新しいフロアを利用者と職員で共に良くしていこうという想いから、何度もフロア環境を見直し改善した。そのことで、職員は自主的に考えるようになり、利用者も自発性が高まり、自立支援に結びついた。今後も質の向上を目指し、各フロアの専門性を高め、各フロアに適した生活リハビリを継続していきたい。

麻痺への固執から活動的な生活へ
～リハビリマネジメントを通じて～

法人名　医療法人社団　明芳会
施設名　新戸塚病院
発表者　菊竹有沙（理学療法士）
共著者　森野玲子（作業療法士）池谷聡毅（理学療法士）橋爪義隆（医師）

【はじめに】当院デイケアは平成 28 年度終了者の内45%が社会復帰する等、社会復帰を積極的に支援している。今回 ADL は自立しているが外出に対して不安が大きい症例を担当した。開始 4 ヶ月目からリハビリテーションマネジメント加算Ⅱ（以下リハマネ加算Ⅱ）と生活行為向上リハビリテーション加算（以下 MTDLP）を算定し、リハ会議で本人や妻、介護支援専門員と情報共有しながら社会復帰を後押しする事が出来た為報告する。

【症例】80 歳代男性、妻と二人暮らし。X 年 6 月に左放線冠脳梗塞により軽度右片麻痺、BrsⅤを呈し 9 月に回復期病棟から自宅退院。10 月から週 2 回利用を開始した。開始時は感情失禁により「あんなに歩けていたのに」と涙ぐむ様子がみられた。また自宅前に坂道や階段があり、転倒の不安感から外出を控え、活動量も低下していた。

【目的】麻痺に対する固執を軽減させ、活動的な生活を過ごせるようになる。
【方法】利用開始時はリハマネ加算Ⅰを算定し、家族や介護支援専門員との情報共有は電話を中心に実施していた。利用中は当院周辺の屋外歩行練習を中心に介入していたが、歩行距離の延長と共に笑顔もみられ始めた。12 月には感情失禁が消失し、困っている者に自ら声をかける等、他者を労わる様子もみられた。身体機能は把持物の無い場面では僅かにふらつきがみられるものの杖歩行は自立していた。しかし「まだ完全には治ってない」等、病前の状態を漠然と目指す発言が聞かれていた。そのような中、利用中の会話から本人は病前看護師をしており、退職後は老人会の副会長として活動的に過ごされていた事を知った。本人からも「麻痺が治ったらまた老人会に参加したい」と発言が聞かれたが、未だに自宅前の階段や坂道は恐怖心が強く活動範囲の拡大は得られていなかった。麻痺に固執し引きこもった生活から活動的な生活へマネジメントしていく為、本人と妻、介護支援専門員にリハマネ加算ⅡとMTDLP を算定し実場面で練習していく支援内容を提案した。そして翌年の 1 月から上記加算を算定し、リハ会議で問題点や支援内容を共有した。デイケアで身体機能を維持し続けるのでは無く、老人会に参加し活動量や他者との交流機会が得られた際は卒業する方向性も会議で共有した。支援内容は午前 10 時、自宅にセラピストが伺い、階段や坂道を含め老人会への移動練習を 1 時間半程実施。練習後は本人と支援者に現状を伝えると同時に、活動的な生活の重要性を伝えながら自主練習の内容を随時検討した。現地練習後はデイケアへ来院し、他者と長時間外出先で過ごす事に加え、マシーン練習や歩行練習を実施する事で体力向上を目指した。

【結果】リハ会議や自宅練習により支援者と顔を合わせながら情報共有する機会が増えた。また実場面で練習する事で課題や注意点を自覚しやすく、何度も練習する事で成功体験も得られた。自主練習は妻からの促しもあり、駐車場から自宅前の坂道や階段、近所の公園へと範囲を拡大していく事が出来た。老人会への移動は疲労により自宅へ引き返していたが 2 月には往復が可能となり、5 月から参加予定となった。
【考察】結果からリハマネ加算Ⅱの利点は毎月支援者全員が顔を合わせながら共有できる点であり、MTDLP の利点は必要な練習を実場面で行う事で本人が問題点を自覚し、また成功体験を得られやすい点であると考えた。支援者とも顔を合わせる機会が増える事で信頼関係も築きやすく、自主練習の進め方や卒業後の方向性等も随時マネジメントしながら進める事が可能であった。

【まとめ】今後もリハマネ加算ⅡとMTDLP を必要に合わせて算定しながら利用者の社会復帰を支援していく。またリハ会議により今まで以上に顔の見える連携が図れる為、地域におけるスタッフ間の仲間作りとしても活用していけると良い。

短期集中リハビリ卒業コース
～卒業に向けて取り組んだ症例と今後の課題～

法人名 医療法人 誠仁会
施設名 塩川病院通所リハビリテーションセンター
発表者 高橋 照明（理学療法士）
共著者 長谷川 彩乃（理学療法士）

【はじめに】
介護報酬改定により、通所リハビリからの卒業、活動・社会参加がテーマとして掲げられている。平成 27 年より当法人の通所リハビリテーションセンターにおいて、退院・退所後の在宅生活が不安定な時期に、より安定した在宅生活の獲得と、明確な参加・活動に向けた目標を設定したなかで集中的にリハビリに取り組めるシステムとして短期集中リハビリ卒業コース（以下、卒業コース）を開始した。
今回、卒業コースをベースとしたアプローチ（利用毎に 60 分間の個別リハビリ、週 1 回以上の自宅訪問および屋外リハビリ、利用者様ごとに設定した自主訓練を 3 ヶ月間にわたり提供）を行うことで、活動面での目標を達成し、通所リハビリを卒業することが出来た症例を経験したため報告する。また、卒業が難しい症例の傾向について考察する。
【症例紹介】
A 氏、80 歳代女性、要介護 1。左中大脳動脈梗塞発症され、右上下肢の麻痺が出現し A 病院受診され入院となる。B 病院へ転院後、回復期リハビリテーション病棟にてリハビリをされ、5 ヶ月後に自宅退院となる。退院後、自宅生活の安定と公共の温泉施設までセニアカーで行き、入浴することを目的に、当通所リハビリテーションセンター卒業コースの利用開始となる。
【経過】
卒業コース開始当初は歩行のふらつきや右手指の麻痺による握力の低下、巧緻動作の難しさが生じていた。温泉施設までの移動手段として自立レベルでセニアカーを安全に操縦できる必要があったが、握力低下によりブレーキのタイミングの遅れがみられ危険な状態であった。食欲もなく全体的なカロリー摂取が不足しており、サルコペニアが疑われる状態であった。歩行に対しては股関節部や足部機能の向上に向けて取り組み、実践的な歩行練習を繰り返したことでふらつきが減少し、Timed Up and Go test においても初期は 18 秒に対し、1 ヶ月後には 12 秒に短縮した。握力は手指の可動制限となっている骨間筋や皮膚の柔軟性改善および徒手抵抗やセラプラストを使用した筋力強化などを行うことで左は初期が 12kg から 3 ヵ月後には 18kg、右が初期は測定不可な状態から 3 ヶ月後には 7kg と改善がみられた。自宅訪問や屋外リハビリとしてセニアカーのブレーキ操作やハンドル操作の練習や、実際に温泉施設までの運転を療法士が同行のもと繰り返し練習した。また、温泉施設内にも療法士が同行し、危険箇所の確認などの評価を行った。結果として、安全にセニアカーで温泉施設へ行き、入浴ができるようになった。食事摂取量に関しては、簡易的にカロリー摂取ができる高カロリードリンクを提供し、運動量に見合った栄養補給ができるよう調整をした。活動量の増加と共に食事摂取量も増え、体重も 1 kg程の増加がみられた。
【考察】
繰り返しの自宅訪問や屋外リハビリにより、より問題点が明確となり、直接的なアプローチが可能であったと考える。リハビリ会議などで他職種との連携が図れ、目標に向かって身体面や精神面、栄養面、環境面など様々な視点から包括的に取り組むことが目標を達成するうえでの最善の策であると考える。
【終わりに】
今回の症例は脳梗塞後遺症であるが、比較的麻痺の程度は軽く、今後は自主訓練などで身体面のケアが可能であるため卒業が可能であった。しかし、麻痺が重度である場合に、目標は達成したが療法士による身体面の継続的なケアが必要であり、卒業が難しいケースが多くみられ、今後の卒業コースの課題である。

当通所リハビリテーションの取り組みについて
～ボツリヌス療法を併用したリハビリテーション～

法人名 五星会
施設名 新横浜リハビリテーション病院　通所リハビリテーション
発表者 森谷　萌（作業療法士）
共著者 坂部　尚子（理学療法士）
　　松宮　英彦（医師）

【はじめに】

脳血管障害や脊髄損傷など、様々な疾患により身体の自由が制限されてしまった方はご自宅に戻られた後も医療・リハビリテーションを受け、障害と向き合っている。在宅生活を送りながら、リハビリテーションの専門機関に通う方は多く、生活期リハビリテーションの重要性を感じる。当施設は回復期リハビリテーション病院（以下、リハ病院）に併設した通所リハビリテーション（以下、通所リハ）であり、その特色を活かし、ボツリヌス療法を併用したリハビリテーションを行っている。今回、当施設利用者のうちボツリヌス療法を実施後、通所リハにて個別リハビリを受けている利用者を対象に調査したことを報告する。

【方法】

当施設に併設するリハ病院でボツリヌス療法が導入された平成 23 年 12 月から平成 29 年 4 月現在までの約 5 年間で、ボツリヌス療法後に通所リハを利用された方を対象に、施注箇所（上肢下肢、上肢のみ）、実施頻度、その後の身体機能の利用者自身の主観的変化を調査した。

【結果】

ボツリヌス療法後に通所リハを利用された方は、11 名いた。そのうち、上肢下肢ともに施注している利用者は５名、上肢のみ実施は 6 名いた。現在も治療を続けている方は 4 名おり、3～4 ヶ月に 1 回の頻度で治療を受けている。治療後には「歩行時の膝が伸びやすくなった」「足の裏が床に接地するようになった」「上肢の緊張が抑制され歩きやすくなった」「握りこんでいた指が開き易くなった」などの変化を認めた。また、個別リハビリと共にご自宅でも積極的なセルフストレッチを継続的に行った事で、筋の伸張性が向上し、定期的に行っていたボツリヌス療法の施注頻度が減った方もいた。現在も治療を続けている方の中には、施注後の身体機能の変化を客観的に捉えられるようになり、自主トレーニングを積極的に行うようになった方もいる。

【考察】

ボツリヌス療法は施注後 2 週間から筋肉の伸張性が向上するなどの効果が出始め、約 3 か月間は治療効果が持続すると言われている。筋肉の伸張性が保たれている間に、セルフストレッチを積極的に続け、更に通所リハにて上肢機能練習や手指巧緻動作練習、日常生活動作練習を行ったことで身体機能の向上に繋がったと考える。

今までは気付き難かった生活の中での変化も感じることができ、客観的に捉えた変化を療法士とともに共有できる事も、利用者自身へのポジティブフィードバックとなり、意欲的に自主トレーニングに励むきっかけとなっている。効果には個人差があり全ての方に当てはまることではないが、ボツリヌス療法と個別リハビリの併用を継続することで、意欲的に生活することへ繋がっていくと考える。

【まとめ】

生活期リハビリテーションを必要としている利用者は、現状維持で満足する事なく、更なる身体機能の変化や生活の質の向上を求め、少しでも良くなりたい、新しい事にチャレンジしたいという強い希望を持ってリハビリテーションに取り組まれている。

ボツリヌス療法は選択肢の 1 つであり、今後もリハ病院に併設する通所リハであるという特色を生かし新しい事を積極的に取り入れ、利用者・家族の満足度の向上やニーズに対応していきたい。

生活期脳卒中患者に対する
機能的電気刺激(ウォークエイド)の使用と心身機能の変化

社会医療法人至仁会　圏央所沢病院　リハビリテーション科
発表者 坂下　大樹（理学療法士）
共著者 藤田　雪乃（理学療法士）

【目的】
歩行神経筋電気刺激装置ウォークエイド®；帝人ファーマ社（以下 WA）は,装着者の歩行パターンに合わせた電気刺激が可能な装置であり,腓骨神経への電気刺激によって歩行中足関節背屈を補助し,下垂足・尖足患者の歩行改善効果が期待されている。主に前脛骨筋の筋厚・筋力増加や下腿三頭筋の痙縮抑制・軽減,皮質脊髄路の活性化,歩行能力改善等の効果が報告されている。
機能的電気刺激を用いた治療は,脳卒中治療ガイドライン 2009 で推奨グレード B,理学療法診療ガイドライン（第 1 版）でも推奨グレードＢであり,片麻痺患者の歩行障害に対する治療法として効果が示されている。
週 2 回同法人内介護老人保健施設を利用している「爪先が上がらない」「病気をしてから眩暈がある」という理由によって外出を制限している生活期脳卒中患者に対し、機能的電気刺激を施行し心身機能の向上、それに伴う活動範囲の拡大を目的に WA を使用した歩行練習を実施した結果と考察を報告する。

【方法】
本症例は 70 代女性、左脳梗塞により右片麻痺を呈し、7 年が経過。Brs 上肢Ⅲ・下肢Ⅳ・手指Ⅲ、足関節背屈関節可動域：右-10°左 20°、15 秒間背屈自動運動：右 10 回左 20 回、歩行は T 字杖を使用し歩行速度（施設内 1 周 80mで測定）：5 分 47 秒。右遊脚期では分回しとなり、Heel contact（以下 HC）は見られず足尖の下垂と外側での接地が見られる。セラピスト見守りの元では 30 分の連続歩行が可能だが背屈の出力低下・後遺症による眩暈から屋外での歩行に対し恐怖心があり家族で外出する際には車椅子を使用している。
週 2 回 20 分、WA を使用し歩行練習を実施。WA を麻痺側下腿に装着し,歩行パターンに合わせて Toe Off から HC に電気刺激を加えた。WA を使用し、3 ヶ月間歩行訓練を実施。評価項目は Brs、足関節背屈可動域、自動背屈運動、歩行速度と合わせ動画撮影とし評価を行った。

【結果】
3ヶ月間実施し、Brsに変化は見られず、足関節背屈関節可動域：右 5°左 20°、15 秒間背屈自動運動：右 14 回左 20 回、歩行は T 字杖を使用し歩行速度（施設内 1 周 80mで測定）：5 分 17 秒となる。HC の出現も短時間ではあるが外した後も見られるようになった。

【考察】
本症例は身体機能の向上を望んでいるが後遺症の眩暈・足尖の引っかかりから不安を感じ屋外への活動と参加が制限していた。WA は急性期・回復期病棟では機能改善にも利用しているが、今回 ROM・背屈の出力に改善は見られるが持続しなかった。これは、発症から長期間経過し症状が固定されていることと WA の使用頻度が理由と考えられる。WA 使用文献によると毎日約 40 分間使用する事で可動域や随意性など機能面、歩行速度の改善に効果が出ており本症例の場合、使用は週 2 回、約 20 分と少ないことがわかる。
歩行に関しても WA 使用直後ではクリアランスの向上を認めたが、少ない時間では即時的な効果としての役割が大きく、次回の来所時まで継続していることは少なかった。3 ヶ月間実施し、身体機能面では大きな変化は見られなかったが、歩行機会が増加したことや歩行に関して消極的な言動が減少したことなど心理的に変化が大きく見られている。これは WA が身体機能の向上だけでなく、活動と参加にも関わってくるのではないかと考えられる。

【まとめ】
今回、生活期脳卒中患者に対し、WA を使用した。WA が身体機能面だけでなく精神的な補助となり、活動と参加の幅を広げる可能性を感じることが出来た。

事例を通じての通所リハからの卒業に対する取り組みと課題

法人名 医療法人社団 聖和会 有明成仁病院
施設名 コスモス通所リハビリテーション
発表者 北田 隼人（理学療法士）
共著者 島﨑 美香、松本 修

【目的】
当事業所では目標のひとつとして「活動・社会参加のある在宅生活の再建」を掲げており、課題をクリアした事で通所リハサービスが無くても在宅生活が可能と考えられる利用者に対して、積極的にサービス利用の終了（以下、卒業）を呼びかけている。H27 年 4 月～H29 年 3 月の 2 年間で 9 名の利用者を卒業に繋げる事ができた。この 9 事例について分析し、卒業への取り組みを通して見えた傾向や課題をまとめここに報告する。

【方法】
9 名の卒業者を対象に、①年齢・②性別・③要介護度・④利用期間・⑤提供時間・⑥疾患・⑦ADL・⑧IADL・⑨併用サービス・⑩終了後のサービス利用内容を調査し傾向を分析した。なお全ての対象者に本研究の目的と調査内容を口頭にて説明し、同意と情報使用許可を得た。

【結果】
今回卒業に結びついた 9 事例について、以下の傾向を見出すことができた。①年齢について、平均 70.1 歳で全員が 80 歳以下である。②性別について、7 名(77.8%)が男性である。③介護度について、全員が要支援 1 ～要介護 1 の軽度者である。⑤提供時間について、8 名(88.9%)が 3～4 時間利用の短時間利用者で、6～8 時間の利用者は 1 名のみだった。⑥疾患について、7 名は整形疾患または脳血管疾患であり、残る 2 名は進行性疾患だった。⑦ADL（Barthel Index）について、全員がほぼ自立（95 点以上）に近い状態である。⑧IADL について、8 名が家事や散歩等の身体活動を習慣化している。それ以外の項目では特徴を認めなかった。

【考察】
当事業所では利用者特性に合わせたユニットケアを実践しており、若年層で男性中心のユニットと軽度認知症者で女性を中心とするユニットに分かれており、今回卒業につながった 9 事例は全て若年層で男性中心のユニット利用者だった。そして卒業に対する働きかけとして、H28 年度より当事業所で独自に考案した卒業へのプロセスシート「元気になる為の道のり」を活用した。その中で当サービス利用の目的や、ADL 向上や IADL 拡大、健康管理や地域交流の確保等について確認を取っており、このシートを活用する事で利用者や家族、ケアマネージャーが卒業に向けて残っている課題を具体的に見出すことができ、利用者自ら卒業を選択された。その結果、利用期間の長さや地域特性に関わらず卒業できたケースが多かった。
卒業した利用者の要介護度は軽度であり ADL 能力も高かったが、卒業を目指す上でも ADL の自立は前提に立つことが多いと考える。IADL では事業所で掲げる卒業の要件の一つとして自宅での身体活動の定着を考えており、今回のケースでは散歩や家事活動が定着されたため、家族の安心感にも繋がっている。提供時間が 4 時間以上になると利用する事が目的になるケースが目立ち、卒業に対してイメージしづらいと考える。また男性は利用中 1 人で過ごす事が多く、対して女性同士の利用者では仲の良いグループが生まれると、そこが居心地の良い場所となり、施設から離れたくない心理が生まれるのではと考える。進行性疾患に比べ整形疾患や脳血管疾患では、自己管理を指導する事で再発リスクや不安が軽減できると考える。
課題として利用者や家族、ケアマネージャー共に卒業に対する抵抗感のある現状に対して、利用目的を明確にし利用当初から卒業に向けたプランを立案・実行・評価することで、必要時に必要なサービスを受け不要になったら卒業するという循環を、利用者を含めチームで認識する事が大切である。また卒業先の地域資源として、他者との交流や運動をするための場の確保が急務である。

【まとめ】
今回の調査で、80 歳以下で ADL 能力が高く、軽度者であり、病状が安定していれば卒業につなげられる可能性が高い事が分かった。その為のプロセスシートの活用は有意義であったと考える。

趣味活動が可能となり活動量が向上した一症例

法人名 医療法人社団和風会
施設名 通所リハビリテーションセンター　はしもと
発表者 上浦　敏治（理学療法士）
共著者 山下　智弘　西山　寿美子

【目的】リハビリテーションの理念は、機能回復訓練だけでなく活動量を向上させ、家庭や社会への参加を促すことであるとされている。今回、高次脳機能障害と重度片麻痺を呈した症例を担当し、外出練習や家族指導、ケアマネージャー（以下、ケアマネ）をはじめとする他職種との連携がとれたことで趣味活動が可能となり活動量が向上したので考察を加えて報告する。

【方法】症例は右弛緩性麻痺を呈した 80 歳代男性。Brunnstrom stage が上肢Ⅱ、手指Ⅱ，下肢Ⅲで右半身の重度感覚障害を認める。また、注意や判断力の低下を認め高次脳機能障害を呈している。病前は、趣味である家庭菜園の手入れを実施し活動的な生活を過ごしていた。しかし、介入前までは高次脳機能障害や右片麻痺の影響から日常生活では目が離せないため、車いすで座って過ごすことが多く活動意欲の低下があった。今回、趣味である菜園の草抜きをしたいという希望に耳を傾け、ケアマネと相談し安全に動作が実施できるように、座席昇降手動車いすを貸与した。また、車いすの操作を指導した後、自宅への外出練習や実際に草抜きをしながら注意点を家族へアドバイスした。

【結果】座席昇降手動車いすは、これまで使用していた車いすと使用方法が異なり高次脳機能障害と右片麻痺を呈する症例では、使用が困難であると考えていたが、反復して車いすの操作を指導することで常時見守りをする必要がなくなった。また、自宅への外出練習時、キーパーソンが実際に動作を確認したことで理解が得られた。その後、キーパーソンは座席昇降手動車いす以外の車いすでも移動や草抜き、苗植えなどの動作が実施できるように菜園の環境を整備した。

【考察】草抜きが実施できたことにより家庭内での役割が確立でき、意欲が改善したと考える。また、屋外活動が増えたことにより、近所付き合いも増え、活動的な生活を過ごすことが再び可能となった。活動量が低下していた症例に対して趣味など興味のあることが実施できるようになったことで意欲が引き出され、活動量が向上したと考える。また、外出練習を実施しキーパーソンの協力が得られたことが家庭内での役割が確立され活動量が向上した大きな要因であると考える。

【まとめ】
活動量が低下した症例に対して趣味活動に注目し、適切な福祉用具を選択、実際の環境下で動作評価を行った。その結果、キーパーソンの協力が得られ活動範囲が拡大した。今後、活動量が向上した症例に対して活動量の把握やキーパーソン、ケアマネとの密な連携が必要になってくると考える。

通所リハビリテーション利用者における生活空間と歩行速度の経時的変化

法人名 医療法人社団保健会
施設名 東京湾岸リハビリテーション病院谷津居宅サービスセンター
発表者 森田とわ（理学療法士）
共著者 松永玄（理学療法士）
鈴木研（作業療法士）
近藤国嗣（医師）
大高洋平（医師）

【目的】

生活空間の尺度である Life-Space Assessment（以下、LSA）は、活動や参加の評価として通所リハビリテーション（以下、通所リハ）利用者に対して広く活用され始めている。これまで、LSA に関する横断的な検討として、移動能力や日常生活動作能力との関連性が高いことが報告されてきている。しかしながら、LSA について、縦断的に検討している報告は散見する程度であり、通所リハ利用による LSA と移動能力の経時的変化との関連は明らかにされていない。そこで、本研究では、当通所リハ利用者における LSA と歩行速度の経時的変化を後方視的に調査し、利用開始時と利用 6 ヶ月後の変化について、検討することを目的とした。

【方法】

対象は、平成 26 年 6 月から平成 28 年 10 月に当通所リハを利用した 136 名（平均年齢 72.5±10.9 歳、男性 72 名）とした。選択基準は 6 ヶ月以上の利用があり、評価内容について理解可能で、歩行能力が監視レベル以上の者とした。除外基準は、状態の悪化等で 1 ヶ月以上利用がなかった者とした。調査項目は、利用開始時と利用 6 ヶ月後の LSA 得点、歩行速度、利用開始時の年齢とした。歩行速度は 10m歩行時間から算出した。統計解析として、利用開始時から利用 6 ヶ月後の変化を検討するため、利用開始時と利用 6 ヶ月後の LSA 得点を Wilcoxon 符号付順位和検定、歩行速度を対応のある t 検定を用いて比較した。次に、LSA 得点と歩行速度の関連を検討するために、利用開始時と利用 6 ヶ月後、さらに、その差について、Spearman の順位相関係数を求めた。有意水準は 5%とした。

【結果】

LSA 得点（点）の利用開始時と利用 6 ヶ月後の変化は、52.6±25.3、56.9±25.1 であり、歩行速度（m/s）の変化は、0.82±0.37、0.88±0.39 であった。LSA 得点、歩行速度ともに、利用開始時と比較し、利用 6 ヶ月後に有意な増加を認めた（$p<0.05$）。
LSA 得点と歩行速度の相関関係では、利用開始時と利用 6 ヶ月後において、いずれも LSA 得点と歩行速度に有意な正の相関を認めた（利用開始時：$p<0.001$、$r=0.45$、利用 6 ヶ月後：$p<0.001$、$r=0.64$）。さらに、LSA 得点と歩行速度の差においても、有意な正の相関を認めた（$p<0.05$、$r=0.214$）。

【考察】

今回、利用開始時と比較して、利用 6 ヶ月後に LSA 得点と歩行速度が有意に増加した。このことより、通所リハの利用が生活空間の拡大と歩行能力の改善の双方に影響を与えたと考えられる。
相関の結果として、LSA 得点と歩行速度について、利用開始時と 6 ヶ月後に、中等度以上の有意な正の相関を認めた。先行研究では、横断的な研究として、10m歩行速度と LSA の得点に負の相関があること（及川ら、2015）が報告されており、本研究も同様の結果であった。一方、利用開始時と利用 6 ヶ月後の差については、正の相関を認めたが、弱い相関であった。このことより、歩行速度の改善に伴い生活空間も拡大するが、LSA の得点の改善にはその他の要因も関与している可能性が考えられた。
今後、LSA 得点の経時的変化に影響を与える要因について、歩行速度だけでなく、環境因子や個人因子など多面的に検討していく必要がある。

【まとめ】

通所リハ利用者において、歩行速度の改善に伴い、生活空間も拡大することが明らかとなったが、LSA の得点の改善には歩行速度以外の要因の関与も考えられた。

通所リハビリテーション利用者における手段的日常生活活動の経時的変化
－Frenchay Activities Index の合計点と各項目での比較－

法人名 医療法人社団保健会
施設名 東京湾岸リハビリテーション病院谷津居宅サービスセンター
発表者 佐々木海人（作業療法士）
共著者 松永玄（理学療法士）
鈴木研、坂田祥子（作業療法士）
近藤国嗣、補永薫（医師）

【目的】
近年の通所リハビリテーション（以下、通所リハ）では、心身機能のみではなく、活動や参加へもバランス良く介入することが必要とされている（石川、2016）。手段的日常生活活動の客観的な指標として Frenchay Activities Index（以下、FAI）が使用されている。しかし、通所リハ利用者において、FAI の経時的変化について詳細に検討している報告は少ない。今回、当通所リハ利用者の FAI の経時的変化を後方視的に調査し、利用開始時と開始後 6 ヶ月において FAI の合計点と各項目での比較を疾患群別に行ったので報告する。

【方法】
対象は、平成 26 年 6 月から平成 28 年 10 月の期間に当通所リハを利用した 142 名とした。選択基準は 6 ヶ月以上利用したものとし、状態の悪化等で 1 ヶ月以上利用がなかった者は除外した。調査項目は、利用開始時と開始後 6 ヶ月の FAI と利用開始時の年齢、要介護度、を調査した。解析方法として、全対象者において、利用開始時と開始後 6 ヶ月の FAI の合計点と各項目の点数を対応のある t 検定にて比較した。次に、対象者を脳血管疾患群と運動器疾患他群の 2 群に分類し、利用開始時と開始後 6 ヶ月の FAI の合計点と各項目の点数を対応のある t 検定にて比較した。有意水準は 5%とした。

【結果】
対象者の基本属性は、脳血管疾患群 73 名（平均年齢 67.9±11.7 歳、男性 41 名、要介護者 47 名）、運動器疾患他群 69 名（平均年齢 77.3±7.2 歳、男性 36 名、要介護者 35 名）であった。
全対象者の FAI 合計点は利用開始時 14.4±10.1 点と開始後 6 ヶ月 16.0±10.1 点であり有意な改善を認めた。項目別の検討では、「外出」、「食事の後片付け」で有意な改善を認めた
疾患群別の FAI 合計点の比較では、脳血管疾患群は開始時 13.4±10.6 点、6 ヶ月後 15.4±10.9 点であり有意差を認めた。項目別では「外出」のみ有意差を認めた。運動器疾患他群では開始時 15.4±9.6 点、6 ヶ月後 16.5±9.3 点で有意差を認めなかったが、改善傾向にはあった。項目別では「旅行」のみ有意差が見られた。

【考察】
全対象者の FAI 合計点において、利用開始時と比較し、利用後改善が認められたことから、通所リハの利用が手段的日常生活活動の改善に影響を与えたと考えられる。さらに各項目での比較では、「外出」と「食事の後片付け」において改善したことから、通所リハでは移動能力等における、活動・参加への働きかけを行えたことが示唆された。
疾患群別に見ると、脳血管疾患群では、利用後 6 ヶ月に合計点と「外出」の項目に改善が見られ、運動器疾患他群では、「旅行」の項目のみ改善が見られた。各群の合計点に差があることから、合計点の高い運動器疾患他群の方が全体の能力が高いと考えられ、より高度な活動である「旅行」に有意な改善が認められたと考えることができる。また、介入開始時における FAI の点数が、通所リハにおける介入内容に影響を与えた可能性も考えられる。

【まとめ】
当通所リハの利用者において、開始後 6 ヶ月に FAI の合計点と「外出」、「食事の後片付け」に改善が見られた。通所リハにおいては利用者の活動状況を的確に把握したうえで、適切な介入を行っていくことが重要と考えられた。

機能回復へのこだわりから屋外活動への意識改革！
～脳卒中を呈した 50 歳代女性～

法人名 医療法人財団 善常会
施設名 善常会リハビリテーション病院
発表者 山田 恵莉子（作業療法士）
共著者 田中 望（理学療法士）

【はじめに】
本症例は，7 年前に脳卒中を発症して以降，麻痺の機能回復にこだわりがあり，屋外活動に目を向けることができなかった．また，5 つのサービス事業所が関わっており，リハビリテーションの目標は統一できていなかった．そこで，リハビリテーションマネジメント加算Ⅱ（リハマネⅡ）を算定し，各サービス事業所の関わり方を見直した．症例より，「外出に対する考え方が変わったかも」と言われ，7 年ぶりに一人での外出ができるようになり，意識の変化がみられた．

【症例紹介】
症例は，7 年前に脳出血を発症した 50 歳代の女性である．2 年前に骨盤骨折を受傷した後より，当院の通所リハを開始した．機能的自立度評価表（FIM）は，95 点（運動項目 60 点，認知項目 35 点）であり，自宅内の歩行は，杖と装具を使用し自立している．
要介護 2 であり，当通所リハを週 3 回，通所介護を週 2 回（2 事業所各 1 回），訪問介護を週 2 回利用している．

【経過】
Ⅰ期（リハマネⅠ取得中～リハ会議 1 回目）：本人の希望は，「二動作で歩きたい，左手が動くようになりたい」であった．リハ会議では，通所リハ医師より機能予後の説明，更衣動作等の身の回りの動作の獲得を提案した．しかし，症例の良い反応は見られなかったため，やりたいことを探すことを次月の課題とした．
Ⅱ期（リハビリテーション会議 2 回目～6 回目）：居宅訪問を実施し，屋外歩行練習を行う中で，症例は病前，介護福祉士として従事していたこと，不慣れな場所に行くことで，転倒の恐怖があることがわかった．また，「話を聞くボランティアならできるかも」との発言が聞かれた．そこで，慣れた環境である当院で開催されている合唱サロンへの参加を提案したところ，良い反応がみられた．
第 3 回のリハ会議では，一人で合唱サロンに参加することを目標とし，訪問介護スタッフとの屋外歩行を開始，ケアマネジャー，当通所スタッフの同行の元，サロンの見学を実施した．通所介護には，筋力強化や体力向上を目的とした支援を依頼した．
第 6 回のリハ会議の後，タクシーを使用し一人でサロンに参加ができるようになり，友人宅を訪問することができた。
Ⅲ期（現在）：サロンの活動は継続できている．本人より，タクシーに乗り，一人で買い物や通院がしたいとの希望が聞かれるようになり，現在も支援は継続している．

【考察】
リハ会議での医師からの適切な助言，複数事業所間での目標共有は，症例の屋外活動に対する意識改革のきっかけとなった．また，リハマネⅡは，本人または家族の希望を基に支援をするが，本症例のように，目標が不明確な場合にも，目標を見つけるきっかけ作りとして有効と考える．

変容した「心身」を再び「参加」に結びつけるためには
～身体性の観点からのシングルケーススタディ～

法人名　特定医療法人　自由会
施設名　こうなんクリニック　通所リハビリテーション
発表者　前田　真幸（理学療法士）

【目的】

近年、介護保険を中心としたリハビリテーションの指針において、厚生労働省は ICF に沿った形で「心身機能」「活動と参加」にバランスよく働きかける事を掲げており、身体機能訓練に偏りがちなアプローチから活動・参加を重要視するアプローチへと変革してきている。

一方で、デイケアでのリハビリテーションの現状として、「身体機能」と「活動と・参加」の関係性検討の議論が十分なされないまま、活動と参加に働きかける方法に移行しているようにも思われる。

ここでは、脳損傷患者の症例を通して、変容した心身を社会に再度適応していくプロセスに内包されている問題を、身体性の観点から考察していきたい。

【方法】

対象：５０代後半の女性。左視床出血により上下肢の運動失調と重度の感覚麻痺を伴った強い痺れがある。訪問リハビリを利用していたが、本人の意向に合わず終了し、週３回の頻度でデイケアの利用開始。本症例の特徴として、医療・介護へのコンプライアンスの低さ、就労への意欲がみられたが、自身の状況と乖離した仕事内容を希望し、就職が困難であった。

方法：リハビリテーションマネジメント加算Ⅱの算定し、リハビリテーション会議や就労希望先への訪問を通して、関係者間での情報の共有、生じた問題の背景について検討。デイケアでのリハビリの場や日常生活、就労先の支援に生かすよう試みた。

【結果】

就労継続支援 A 型事業所への継続的な就労が行えた。身体を無視して問題を外在化せず、現状に向き合えることが増えた。医療・介護関係のトラブルがなくなった。

【考察】

提示した症例において、初期は、痺れや動けないという苦痛、医療・介護関係への不満が多く聞かれた。リハビリでは、身体の筋緊張の変化や触覚・動きを感じ取っていく事で、痺れが減って楽になる事を繰り返し経験し、自己コントロールできる事を目標に介入した。しかし、「こんなに痺れて動けなくなって、どんどん病気が悪くなっている」という訴えを医療・介護現場で繰り返し、他者に理解されないと感じると主治医や介護サービス担当者を度々変更していた。

この状況に関して、「身体のどういった面が悪くなっているように感じるのか？」という質問を行ったところ、「リハビリの回数を減らしたから悪くなった」「薬を変更したから悪くなった」といったように、実は身体実感を伴っていない事がわかってきた。一見身体実感を伴い、身体症状を訴えているように思えるが、問題が外部と結びつきやすい認知構造と、フェイクの身体性が存在していた。この事が周囲には理解されにくい発言や行動、コンプライアンスの低さとして露呈していたと考えられた。

これらの事から後期は、自己身体を基にして再度'外部'との関係性を構築し実感を伴った経験できるが課題となり、リハビリでの介入と共に、関係者間で病態の理解の共有と起こりうる事態の予測と対応策を検討・実施した。

【まとめ】

今回の症例を通じて、患者が再度自己の再形成や社会に適応するプロセスにおいて、個々の経験している世界を分析した上で、身体を通してどのような経験を積み重ねておく必要があり、関係者と何を共有し検討する必要があるのか、熟慮して取り組む必要があると考えられる。

閉じこもりを呈する男性ケースとの社会参加へ向けた取組み
～自主グループの活用・団塊世代層の互助機能を期待して～

法人名 医療法人南の風
施設名 みなみの風診療所　通所リハビリテーションみなみの風
発表者 金子恵理（作業療法士）
共著者 今井稔也（医師）　下村美穂（作業療法士）

【目的】
当通所リハビリテーション（以下当通所リハ）では目標達成を経た通所リハビリ修了を目指すと共に，修了後も継続的な活動・参加が確保できるように心掛けている．当通所リハは，団塊世代や更に若い世代の利用者も多く，修了後の出向き先において難渋するケースを経験する．今回，小グループや自主グループを活用し，仲間作り～外出先が広がったケースについて報告する．

【ケース紹介】
脳梗塞後，失語症を呈する 60 代男性．母親と 2 人暮らし．温厚な性格．働いている時には 1 人で居酒屋へ，現在は自宅で毎晩適量を晩酌．通所リハ（半日型）週 1 回・他院外来 ST 週 1 回・買い物以外の外出はなく閉じこもりの生活．

【経過】
１）孤立～失語症グループ内関係作りに向けて
開始当初自発語も少なく周囲から孤立していた．まずは，居場所作りの目的で週 1 回失語症対象のグループ活動への参加をプログラムに組み込んだ．それをきっかけに 50 代 A 氏との交流が見られ始めた．更なる関係性構築の為，2 人の得意分野である木工作業（共同制作）を立案．会話や場はスタッフが繋ぎ，周囲を巻き込みながらケースを知ってもらう機会とした．
２）自主グループへの参加を模索
通所内では周囲から気に掛けてくれる場面が増えた．一方，修了後の活動場所を模索する中でいきいき 100 歳体操や地域のサロン利用案も挙がったが本人の受け入れは不良．団塊世代が活用しやすい社会資源の少なさが課題として挙がった．当通所リハ内には，団塊世代の当事者同士で構成された自主グループ（自己責任の会）がある．発足後約 6 年，小グループ活動から発展し，ここ数年で安定してきたグループである．スタッフは後方的な支援を行ってきた.A 氏が以前より属しており，ケースにも紹介．リーダー格となるメンバーに協力をお願いし，ケースとメンバー相互の直接的な関係性を構築できるよう働きかけた．
３）定期的な外出に向けて
自主グループ活動日と外来 ST 日が重複していた．CM・他院 ST に訓練日の変更を相談し，周辺環境からも後押ししていけるよう進めた．再度高次脳機能評価を行い，OT 同行の元実践練習を重ねながら移動手段・金銭管理等の課題をクリアし JR の利用が自立．また，自主グループ見学～参加初期はケースや構成メンバーも安心して受け入れられるよう OT や CM も場繋ぎに努めた．

【結果】
住み慣れた自宅近辺の社会資源を活用するには到っておらず、修了には繋がっていない現況にある．段階的にではあるが、自主グループへ 1 人での参加が定着，定期的な外出機会となり活動範囲は広がった．通所内では麻雀への参加が見られる等交流の幅の広がりをみせている．

【考察】
利用開始から表情が和らぐまで 6 ヶ月程要し，参加の広がりが持ちにくいケースであった．周囲を取り巻く環境を段階的に繋ぐ事で馴染みの関係が構築，新しい環境や失語に伴う不安が解消されたのではないかと考える．同世代利用者間での互助機能が仲間作りを深め，安心して過ごせる居場所となった事で参加に繋がったと考える．また，個人の支援をする中で，自主グループメンバー同志の関係性も密となり成熟度が高まったように思う．

【まとめ】
修了後のステージを模索する中で，多様な社会資源を把握・活用する必要性を感じている．連携先に繋げるうえで，個別性に合った活用方法や人と場の環境の繋ぎ合わせが改めて重要な役割だと感じた．新しい集団を生み出し育てていく力・地域での暮らしに広げる視点を持って，今後も取り組んでいきたい．

デイサービスにてインフォーマルサービスを活用し目標達成に至った症例

法人名　医療法人社団三友会
施設名　祇園デイサービスセンター
発表者　清山夏海(理学療法士)

【目的】

近年、2025 年問題が叫ばれる中、高齢者の生活の質の在り方を見直す動きがみられている。高齢者がその人らしい生活を送る為には、身体・認知機能の維持向上を図るだけではなく、多事業所間での連携が重要とされる。今回、デイサービス利用者の目標達成の為にインフォーマルサービスを活用した結果を以下に報告をする。

【対象】

90 歳代男性(既往歴　変形性脊椎症　高血圧　右尺骨神経障害　骨粗鬆症)。BI 85/100(減点項目　入浴　階段昇降　排便コントロール) HDS-R 24 点。 孫家族と 5 人暮らし。要支援 2。海兵を経験後、公務員として定年まで働く。その後ボランティアで剪定を行う。以前は手紙等を通じて県外在住の友人と交流があったが、近年は手紙を書く自信がない為、交流は滞っている状態。「パソコンを使って自分史を書きたい。ひ孫たちに自分の人生を見せてあげたい」という希望がありパソコン作業目的で平成 28 年 8 月より当デイサービス利用開始。今回その目標達成に向け支援を試みた。

【活動報告と結果】

平成 28 年 9 月：当デイサービス職員によるパソコン操作の評価を実施。段変えや文字の変換等に指導を要する。

平成28年10月：当デイサービス職員の指導の下、日記を参考に word を使用し年表作り開始。パソコン操作中に何度も同じ指導が必要な場面もみられた為、その都度職員が用紙に操作方法をまとめ、当人にファイリングしてもらう。

平成 28 年 11 月：当人から体調不良の訴えあり。原因は、デイ利用日以外でも自宅で長時間パソコンに向かっていたことが考えられる。その為、パソコン作業は 1 日 1 時間と設定し、デイサービス利用日も一日の流れをスケジュール化することで長時間のパソコン作業の防止を図った。この頃から、自宅で作業を行いデイサービスで添削するという流れが出来る。
また、ケアマネージャーとの連携を図り、ケアプラン内に「年表作成、完成」を目標として紙面化し、家族にも説明を行う。

平成 28 年 12 月：今後、デイサービスから自宅での活動に移行出来るようにパソコン作業のボランティア派遣を市の社会福祉協議会に依頼した。デイサービス利用日に 1 時間実施。ボランティアスタッフに、経緯と評価結果の説明を行いパソコン操作指導として介入していただく。その日の活動が終了した後は、当デイサービス職員がボランティアスタッフにその日の進行具合や問題点のアセスメントを行う。

平成 29 年 3　年表完成。

平成 29 年 4 月　パソコン操作に自信がつき、パソコンを使用して旧友に手紙を作成し郵送する。長年の希望でもあった「旧友に長文の手紙を書くこと」が達成される。

【考察と展望】

本症例は、向上心が強く前向きな性格をされており、意欲が十分にあった。その為、パソコンの指導やボランティアの導入に積極的であり、現時点までの進行に大きな障害は見られなかった。また、職員とボランティアスタッフがこまめに情報交換を行うことで、当人とボランティアスタッフの関係を良好に保つことが出来、滞りなく作業が進行した理由の一つであると考える。

今後も、ケアマネージャーやボランティアと連携を取りながらパソコン作業が自宅に移行することを視野に入れる事でデイサービス卒業に繋がると考える。

【まとめ】

心身機能が共に低下していく高齢者にとって生きがいを見つけることはより良い生活を送る為必要不可欠であると考える。その為にも地域のインフォーマルサービスを多事業所間で把握しマネジメントすることは重要である。今後もフォーマル、インフォーマルサービスを活用し、利用者の目標達成に繋がるようアプローチを行っていきたい。

自ら外出が難しい ALS 利用者の活動を広げることができた事例

法人名　医療法人財団善常会
施設名　善常会リハビリテーション病院
発表者　白羽恵子（看護師）
共著者　伊藤実那（理学療法士）

【目的】
通所リハは、中重度者を受け入れるための体制強化が求められ、当事業所では、はじめて人工呼吸器装着中の ALS(筋萎縮性側索硬化症)の方を受け入れた。利用を開始した当初は自ら外出が難しい本人、人工呼吸器に戸惑う職員ともに不安を抱えながらのスタートとなった。
しかし利用開始から 1 年半が経過した現在では、美容院や花見に行く等、外出機会が増え、活動範囲も拡大している。
今回、活動範囲を広げる事ができた理由を検証し、通所リハビリテーションの役割や存在意義をあきらかとする。

【方法】
方法：利用者、同居人への半構造的インタビューとカルテからのデータをサンプリング。
期間：平成 28 年 10 月～平成 29 年 5 月

【経過、結果】
事例：A 氏、70 代、女性、要介護 5、知人女性と 2 人暮らし。平成 24 年 ALS(筋萎縮性側索硬化症)発症し、2 年後に人工呼吸器の使用を開始。その時より外出は病院受診のみとなった。
＜利用開始時＞
A 氏：「同居人に、たまには息抜きしてほしい」
同居人：「外出に漠然とした不安があった。」
職員：人工呼吸器を触ったことがない職員が大半で不安が強いく、業者による学習会を実施し、医師に協力を依頼し医療体制を整えた。
在宅サービス連携：車椅子に人工呼吸器、吸引器を乗せるよう整備した。
コンセントの準備、緊急時連絡網を作成。
目標『安全に過ごすことができる』
A 氏と共に活動と休息スケジュールを立案。
＜4 ヶ月～10 ヶ月＞
A 氏：「調子の良いときは通所リハ以外にも外出してみたい」など積極的な発言が聞かれる。
職員：目標『通所リハ以外にも外出できる』変更。
A 氏：「美容院に行けるような準備をはじめたの。」
職員：送迎時の注意点を A 氏、同居人に説明。
＜11 ヶ月＞
A 氏：美容院に同居人と行く事が実現。
他の利用者と会話をし社会的交流ができている
＜1 年半現在＞
近くの公園まで花見や散歩ができ車椅子で外出する機会が増えた。2 回目の美容院にも行くことができた。動物園などへの外出の計画を考えている。
＜インタビュー＞
A 氏：「前は外出することが大好きだったけど、できなくなり、あきらめていた。しかし、通所リハの送迎車に乗り、1 日過ごす事ができ、繰り返すうちに外出の不安が減った。今まで我慢していた美容院や花見など、どんどん欲がでてきた。」
同居人：「外に出れることで自信がついた。」

【考察】
事例の特徴は、利用者はもともと外出が好きで社交的であったが、ALS 発症したことで人工呼吸器装着となり外出できなくなったことである。
そこで外出や医療体制を整えることで「同居人に、たまには息抜きしてほしい」という希望から、「外出したい」という希望に気持ちが変化した。それは「外出」「社会的交流」「医師を含めた医療体制」という、中重度者にとって安心をもたらす事ができる通所リハの特性であり役割であることを再確認できた。

【まとめ】
今回、自ら外出が難しい ALS 利用者の活動を広げることができた事例を振り返り、中重度者にとって、医療体制を整えやすい通所リハの役割や存在意義をあらためて認識でき、今後に繋げていきたい。

重度若年者の興味関心事である釣りへのアプローチ事例

法人名　社会医療法人蘇西厚生会　松波総合病院
施設名　介護老人保健施設　通所リハビリテーション
発表者　長屋太直（理学療法士）
共著者　樅山大輔、若生敬子、田中啓介（理学療法士）
大屋礼子（作業療法士）

【はじめに】

平成 27 年度の介護報酬改定において、通所リハに求められている事項として、①中重度者の要介護者等を支援するための重点的な対応、②活動と参加に焦点を当てたバランスの良いリハビリテーションの推進に、重点を置く旨が加えられた。

今回、脳出血後遺症のある若年者の利用者に対して、活動と参加を意識した新たなアプローチを実施したので、若干の考察を加えて報告する。

【症例紹介】

47 歳、男性。8 年前に脳出血を発症（左半身不全運動麻痺残存、BRS-t 上下肢、手指 StageⅣ）し、H28.4.9 には左視床～内包後脚にかけての脳出血を再発（右半身の運動麻痺残存、BRS-t 上下肢、手指 StageⅢ、右半身のしびれや嚥下機能障害、構音障害が残存）、同年 9.15 自宅退院し、9.23 より当通所リハ利用開始。要介護度 5、車椅子での生活であり、FIM63 点、BI35 点、MMSE27 点。

魚釣りが趣味であり、8 年前の脳出血発症後も兄弟の協力を借りて、度々行っていた。現在もインターネットで情報収集したり、魚釣りの玩具を使って遊ばれたりと、関心は高い状態であった。

【結果】

通所利用中『魚釣りに行きたい』との希望が聞かれた。本人の希望に応える為には、実践的な場面での評価、訓練を行う機会を設ける必要があった。そこで最寄りの釣り堀を訪問し、環境を確認し、実際の問題点の把握を行った。入口に 4 段の階段があること、車椅子のまま使用できるトイレが無いといった問題点を確認し、事前に介助下での訓練を実施し、尿取りパッドの使用等を考慮して実行した。

当日は問題であった段差の昇降等を介助しながら昇降し、魚釣りも一部介助しながら魚を釣り上げる事が出来た。笑顔も見られ、休憩することなく 1 時間取り組まれた。

後日リハビリテーション会議において、家族やケアマネに活動について報告し、家族もとても喜ばれていた。その後本人と家族とでお話され、外出への機運が高まり、自家用車の乗降動作能力の獲得、座位耐久性の向上を希望され、訓練したいと新たに目標を立てることとなった。

その後は目標に向かって取り組まれ、目標の能力を獲得され、ご家族で魚釣りに出かけ楽しむことができ、今では日常的な自家用車での外出も行われるようになった。

【考察】

実際の環境に挑戦することで問題が具体的となり、新たなステップへの足掛かりとなることができた。また、セラピストが具体的な対策や今後の訓練方針を提示することで、本人の意欲が高まり、家族も不安が減り、周囲の協力も促すことができた。実施には時間の確保や、帯同するスタッフの調整等の課題はあるが、セラピストの視点でバリアーのある環境に挑戦することにより、利用者の活動と参加の拡大が図れるのではと考える。

【倫理的配慮、説明と同意】

本報告に際して、プライバシーの保護には十分配慮し、症例本人、家族に対して口頭と書面による十分な説明と承諾を得ている。

居宅介護支援センターでの筋委縮性側索硬化症に対する取り組み

法人名 1）医療法人潤心会熊本セントラル病院
施設名 1）通所リハビリテーション事業所
2）訪問リハビリテーション事業所 3）訪問看護ステーション
4）帝京大学福岡医療技術学部
発表者 1）鶴戸孝之（理学療法士）
共著者 1）池田健吾、1）岩村泰年、2）亀田由美、3）吉良泰代、4）畑中秀行

【はじめに】

神経難病のケアマネジメントとして、『療養者の個別の状況、病期に合わせて最適な支援ができるようオーダーメイドのプランを立てることが重要である』と述べられている。今回、当事業所において筋委縮性側索硬化症（以下、ＡＬＳ）を呈した症例に対し、①自動車運転支援、②自宅環境調整、福祉機器の導入、③電動リクライニング車椅子の導入について、経時的に多職種で連携し介入する機会を得たので報告する。

【症例紹介】

７０代、男性、要介護５。平成２２年ＡＬＳの確定診断を受け、平成２５年より当事業所利用開始。主介護者は妻で息子夫婦、孫と同居。通所リハビリ利用開始時、移動は車椅子、移乗はトランスファーボードを使用し自立。また、利用当初の希望として、「趣味である車の運転を継続したい」、「今まで通り旅行に行きたい」等があった。現在、開始より 4 年経過し、頭頸部や手指が動くのみである。サービスは、通所リハビリを週３回、訪問看護・訪問リハビリを各々週１回ずつ利用している。

【取り組み】

病期の変化に応じてサービスニーズが増加し、各事業所間での役割の明確化、その調整と地域資源に関する各機関とのネットワーク作りが求められた。そこで、月１回ケアマネージャーと各事業所の担当者によるケアカンファレンス（以下、ケアカンファ）を実施した。ケアカンファでは、①本人の要望である自動車運転の継続、②自宅環境調整や福祉機器の導入、③電動リクライニング車椅子の導入について検討してきた。

【結果】

①自動車運転支援について

訪問リハビリと協業し、当院での自動車運転シミュレーターでの評価、近隣施設所での実車評価を実施。評価内容は主治医へ報告し、主治医より条件付きでの自動車運転の了承が得られたため免
許センターへ出向し、条件付きでの自動車運転免許証が交付された。交付後、業者へ身体機能や実車評価に基づく自動車改造を依頼し、短い期間であったが自動車運転の継続を図ることができた。

②自宅内環境調整、福祉機器の導入について

ケアカンファにて終末期までトイレでの排便ができることを目標とし、便座の種類、位置や高さ、福祉機器の導入を検討。便座に関しては、展示場にて本人・家族の使用感を確認し決定した。福祉機器に関しては、スカイリフト（アイ・ソネックス社製）をレンタルし導入した。体幹筋力低下、胃瘻造設に伴い、本人の不安感が増大したため固定式リフトへ変更した。

③電動リクライニング車椅子の導入について

旅行は、本人の生きがいであり、継続を希望されていた。それまでの旅行時の移動は、リクライニング車椅子を導入していた。しかし、屋外での操作が家族の介助量が増大していた。そこで、電動リクライニング車椅子の導入を検討。ケアカンファを介して主治医に報告し、作成を開始した。完成後、自由に自身の意志にて移動することが可能となったことにより、精神面での賦活が図れ、すぐに旅行の計画をされている。

【考察】

進行性疾患を呈する利用者に関わる際、その病期の進行と本人の精神面の変化等を的確に把握することが求められた。ケアカンファを実施することで各事業所間での情報が共有でき、その時点での課題が明確化できた。それにより、各取り組みが実施でき、ＱＯＬの向上が図れたと考える。

今後も新たな課題に対し連携を継続して活動や参加に対する取り組みを継続していきたい。

重度感覚障害を呈した利用者へのデイケア版 Transfer Package の試用経験

法人名 医療法人社団保健会
施設名 東京湾岸リハビリテーション病院併設谷津居宅サービスセンター
発表者 沢田宏美（作業療法士）
共著者 増田雄亮（作業療法士） 補永薫（医師）
坂田祥子（作業療法士） 近藤国嗣（医師）

【序論と目的】脳卒中後の上肢麻痺に対し，科学的根拠が確立された介入方法として Constraint-Induced Movement Therapy（CI 療法）がある．Takebayashi ら(2012)は，課題指向型訓練に行動変容を促進するための方策(Transfer Package:TP)を付与することで，日常生活における麻痺手の使用を促進することの有用性を示している．当法人の通所リハビリテーション（以下，当デイケア）では，麻痺手に対する介入として，課題指向型自主訓練を療法士の提案のもと実施している．われわれは，課題指向型自主訓練に当デイケアで実施可能な様式に修整した TP を付与することで，より効果的なサービス提供が可能になると考え，利用者・療法士とも 1 週間分の麻痺手の使用を簡便に振り返ることが可能となるようなデイケア版 Transfer Package（以下，DCTP）を開発した．今回，DCTP を試用した結果，良好な結果が得られたため報告する．

【事例紹介】事例は発症後 2 年経過し，週 1 回の頻度で当デイケアに通所している脳出血後右片麻痺を呈した 60 代男性である．装具と杖で歩行は可能であり，ADL は左上肢を中心に概ね自立し，洗体動作のみ介助を要していた．課題指向型自主訓練は「左肩と頭を洗う」「生活上で右手を使う」ことを目標にリーチ動作やつまみ動作訓練を実施していたが，実生活上での使用頻度は少なかった．麻痺手機能は DCTP 開始前上肢 Fugl-Meyer Assessment（FMA）：46/66 点，Motor Activity Log（MAL）の Amount of Use（AOU）：1.0，Quality of Movement（QOM）：0.9，麻痺手握力：13.5kg で重度の表在・深部覚障害を有していた．

【介入方法】本事例は重度感覚障害を認めたが，一定の麻痺手運動機能や日常生活上での麻痺手使用の理解があったため，本人より同意を得た上で DCTP を 3 ヶ月間実施した．当デイケア利用中は課題指向型自主訓練を継続して行い，個別リハにてフィードバックと自宅で行う課題を設定した．

【経過と結果】DCTP 開始時は事例から目標が挙がらなかったため，課題を療法士が設定した．開始 3 週目，7 週目には事例から目標として，「左の袖をまくる」「車の扉を閉める」「アーモンドチョコをつまむ」が挙がった．10 週目になると家族からも「いずれギターが弾ければ」と希望が聞かれるようになった．個別リハ中に課題実施時の困難な点や工夫について，療法士が聴取しながら検討した．課題は 8 週目から事例から挙がることがあった．麻痺手自己評価表と日記から経過とともに少しずつ使用頻度が増えている様子が確認されたため，事例にその都度フィードバックした．DCTP 終了時は FMA：54/66 点，MAL の AOU：2.6，QOM：2.0，麻痺手握力：17.5kg へ改善した．

【考察】今回，重度感覚障害を呈する事例に 3 ヶ月の DCTP を施行した結果，FMA：8 点，MAL の AOU：1.6，QOM：1.1 の改善がみられた．Page ら（2012）は FMA：4.25～7.25 点，van der Lee ら（1999）は AOU：0.5 以上，Lang ら（2008）は QOM：1.1 以上の改善を「臨床的に意義がある変化」として報告しており，本事例への介入ではこれらを超える結果を示した．過去に CI 療法を実施した事例において，感覚障害を有する場合でも視覚的フィードバックを用いることで上肢機能の改善が認められるとの報告があり，今回の事例でも同様の効果が得られたと考えられる．一方，感覚障害を呈する事例では日常生活上で麻痺手が使用されにくいという報告もあるため，今回の介入で改善がみられたという事例報告は有意義であると考える．また，DCTP を実施したことで，麻痺手を意識的に使用する習慣が獲得され，事例からも課題や目標について具体的な意見が出るようになった．このことから，DCTP を通して，日常生活上で麻痺手を使うための目標等を明確化することも可能になることが示唆された．

失語症を呈した症例の活動・参加に向けたリハビリテーションプログラムの一考察
～短時間型通所リハでの ST の関わり～

一般社団法人　是真会
通所リハビリテーション銀屋通り
竹中千尋（言語聴覚士）
藤島美智、岡﨑裕香

【目的】今回、当事業所（短時間型・通所リハ）で言語聴覚士（以下、ST）が介入した失語症を呈した一症例を振り返り、当事業所での ST の関わりから見える役割と課題について考察する。

【症例紹介】脳梗塞にて右片麻痺、失語症、発語失行症を呈した 70 歳代男性。発症から 215 日目（回復期病棟退院 3 日目）に当事業所利用開始。開始時、要支援２で週２回利用。発症前は畑作業や自治会活動に積極的に参加をしていた。本人より「会話をスムーズに行いたい」、妻からは「失語症を回復してもっと話せるようになって欲しい」と希望が聞かれた。

【経過】①利用開始～2ヶ月：日常会話は理解可能、文レベルの発話を認めるが、発語失行のため不明瞭で推測が必要な状態であった。FAI9 点、握力:右非測定、左 25.9 kg、オーラルディアドコキネシス（以下、ODK）:パ 4.3 回/秒、タ５回/秒、カ４回/秒、ラ４回/秒、パタカ 0 回。目標を「言語機能の向上を図り、発話速度を自分で調整でき、家族と日常会話が聞き返しなく行える」とし、個別訓練にて構音器官運動、構音・音読訓練、自主練習の提示を実施。開始から 2 週間後、話し難さの訴えが聞かれたが明瞭度は変化なかった為、言い誤りの少ない語での構音・音読訓練、歌唱を新たに訓練に追加。また、文作成能力向上に向け書字訓練として入院中に使用していたノートでの日誌も自主練習に導入。②利用３ヶ月～12ヶ月：3ヵ月目に入ると、孫と電話で会話をすることができるようになったことから、家族以外の人とも会話が行えるよう障害者友の会への参加を促す。個別訓練では会話時の発話速度の調整訓練へ内容を変更。利用開始から８ヶ月後、自治会の手伝いを再開し、本人より「趣味だったペーロン船の模型を作りたいが、今は話すリハビリをしないといけない」と発言が聞かれた。そこで目標を「ペーロン船作りを再開し作品展に出品する」とし、個別訓練では趣味活動の時間を確保するために自主練習の内容・量が適切か確認・修正を中心に実施。日中の活動量・内容により疲労感がある日は言い誤りが増えることを自覚するようになり、疲労感に合わせて自主練習量を調整できるようになった。③利用 13 ヶ月～：利用開始から 1 年後、再評価にて FAI37 点、ODK：パ・カ・ラ各 7.3 回/秒、タ 6.7 回/秒、パタカ 1.2 回/秒、握力で改善。本人から「言葉はよくなった。畑をもう少し広げカラオケもしたい。」「利用回数が減ると体力の低下が心配」と発言が聞かれたため、本人の理解を促進する目的で評価結果と変化を紙面にて提示しながら「利用回数を減らしても体力、話す力を維持し外出や趣味を継続できる」を目標とした。同時にケアマネジャーへ居住地域で運動を行える場がないか相談を行った。利用開始から２年３ヶ月後、畑を広げ、カラオケや友人との外出を行え、当事業所の利用は終了。FAI39 点、握力：右 30.6 kg、左 29.3 kgへ改善。

【考察】退院直後の時期は生活上の会話がうまくできていないと本人及び家族とも不安な状況と推察された。「会話ができている」という安心感を与えることがこの時期重要である。この経験が次の「してみたい」生活の中に、目標を見出せることにつながった。ST は失語症者の気持ちを言語として引き出しつつ、本人の機能や能力（活動）を的確に評価した上での段階的な参加目標を示していくことが重要な役割であると考える。

摂食嚥下障害の方に対し、食を通じて生活拡大につながった事例報告

法人名 医療法人真正会
施設名 霞ヶ関中央クリニック デイリハビリテーションセンター

発表者 中村 葵（言語聴覚士）

共著者 田中友子（言語聴覚士）山川貴弘（言語聴覚士）植木美八子（看護師）
須永亜矢子（看護師） 長濱誠（介護福祉士） 吉田和正（理学療法士）

【目的】

当施設の先行調査では、自宅と通所リハの食物形態の状況を把握した。その結果、自宅で能力より高い形態を摂取する機会がある利用者がみられた。今回、改めて利用者や家族へのアンケート調査を行い自宅と通所での食物形態の実態を把握した。また、食への関わりを通じて外食までつながった事例を振り返った。能力より高い形態を摂取する機会がある利用者の背景を探り、今後の言語聴覚士として食への関わりを考えた。

【方法】

アンケート調査は、平成 29 年 5 月時点に登録している利用者のうち、食物形態がカット食・嚥下食の利用者の家族 70 名とした。尚、聴取した項目は以下の通りである。

・自宅での食物形態

・食事・調理に対する負担感

・本人の意向を尊重した食事提供をしているか

・外出の機会の有無

また、事例では重度摂食嚥下障害の方の可能な限り意向に添った関わりの経過を考察した。

【結果】

アンケート調査において、能力に合った形態を摂取する利用者と比較し能力より高い形態を摂取する機会がある利用者は、本人の意向に添ったものを提供している方の割合が高い傾向にあり、誤嚥・窒息リスクを理解している割合が低い傾向にあった。一方で、通所リハにおいて食物形態の説明を受けた割合は高い傾向にあった。また、アンケート時のヒアリングから能力より高い形態を摂取する機会がある利用者の中でも、軟らかい食材の選択や、固いと判断した食材は茹でる等、家族が食物形態の工夫をしているケースがみられた。事例への関わりでは、誤嚥・窒息のリスクを考慮して主治医と連携し、通所リハにて食材ごとに安全な形態を評価した。その内容から注意すべき点を多職種と共有し、むせの状態など食事観察や食後の状態変化の把握をした。家族とも連携をとり、食物形態や食事状況（上記注意点）を随時伝達した。同時に、言語聴覚士が訪問看護へ状況を伝え、看護師からも在宅での様子を観察してもらった。自宅や外出先でも食材に合わせて形があるものを召し上がれるよう支援した。

【考察】

本人の意思を尊重することは重要であるが、希望どおりでは誤嚥・窒息のリスクが考えられる。その為、言語聴覚士による一つひとつの食材にあわせた評価をし、食材の特徴を考慮した食物形態や食事状況から注意すべき点を伝えることが重要と感じられた。事例より、家族が必要な加工の仕方を理解することで、少ない加工で召し上がれることが示唆された。さらには、本人・家族へリスク回避に向けて多職種で情報共有をすることは重要と思われる。家族と連携を図り、食物形態や食事状況を伝達したことで自宅における調理の負担軽減や心理的負担軽減にも繋がったと考える。食への関わりを通じて外出や旅行等本人の QOL の拡大にもつながったと考える。

【まとめ】

当事業所では、規定された食物形態からの選択になってしまう。一つひとつの食材にあわせた配慮によって、より少ない加工で本人の意向に添ったものを召し上がれるのではないか。また、生活環境を含めた食への関わりを通じて、外出など本人に合った生活拡大につながることができるのではないかと考えられた。

退院後、集中的な介入によりADLが改善した一例
～栄養スクリーニングMNAからの早期発見～

法人名　：社会医療法人　関愛会
施設名　：こうざきデイケア・リハビリテーションセンターもみの木
発表者　：高見裕也（作業療法士）
共著者　：廣瀬明子（管理栄養士）川野剛士（理学療法士）

【はじめに】

今回、セラピストが定期的に栄養アセスメントを実施していたことで、入院を機に体重が減少し、低栄養状態になっていた症例を早期に発見する事が出来た。また合わせて、運動直後に栄養補給を行うことで、短期間で「心身機能」の向上が図れ、日常生活動作（以下、ADL）の改善につながった為、ここに報告する。

【症例紹介】

A氏、80歳台、男性、要介護1。疾患は変形性膝関節症（左膝人工関節置換術）、パーキンソン病、糖尿病。

平成26年11月より、当事業所の利用を週2回開始。ADLは概ね自立しており、移動はT字杖を使用し自立であった。

平成27年2月に脱水と感染症の為、急性期病院へ入院し、同年3月に回復期病院へ転院となった。6月末に自宅へ退院され、翌7月より、当事業所の利用が再開となった。

【退院後の評価】

入院前と比較し、体重〔51.8 kg（BMI：19.0）→48.5 kg（BMI：17.8）〕へ減少し、握力〔右：31.7 kg→26.3 kg、左：24.1 kg→20.4 kg〕、膝伸展筋力〔右：45.4N→17.9N、左：22.7N→10.9N〕となり筋力低下が見られていた。さらに簡易栄養状態評価表（MNA）のアセスメント結果のスクリーニング値が7点と「低栄養」に値する事が判明した。ADLでは、自宅での入浴が困難となり、当事業所での入浴を開始。以前行っていた自宅での「活動」である“調理”に関しても行えなくなっていた。

【方法】

利用回数を週2回から週3回へ変更する。栄養改善加算の算定を開始し、管理栄養士が介入し、パワーリハビリ等の運動直後に栄養補給を行った。併せて、毎月の体重測定と上腕と下腿周囲長を計測し、栄養状態の改善とFIMの経過を追った。

【結果】

退院から3ヶ月で体重が〔48.5kg（BMI：17.8）→51.4 kg（BMI：18.9）〕へと改善。握力は〔右：26.3 kg→29.4 kg、左：20.4 kg→21.4 kg〕、膝伸展筋力は〔右：17.9N→34.2N、左：10.9N→19.2N〕、上腕周囲長は〔右：21.0 ㎝→23.0 ㎝、左：20.5 ㎝→22.8 ㎝〕、下腿周囲長は〔右：30.0 ㎝→30.5 ㎝、左29.0 ㎝→30.5 ㎝〕と栄養状態の改善が認められ、栄養改善加算の算定を3ヶ月で終了した。

FIMの運動項目が〔73点→82点〕と改善した。移動は歩行車からT字杖へ変更となり、通所リハビリでの外出プログラムにも、T字杖を使用して参加できるようになった。清拭（入浴）は、自宅で再度可能となり、当事業所での入浴は終了となった。

【考察・まとめ】

今回、脱水と感染症により入院となり、急性期、回復期病院を経て退院となったが、入院前と比較すると体重が減少したまま自宅復帰となっていた。

平成27年度よりセラピストが初回のアセスメントとしてMNAのスクリーニングを開始したことにより、今回、在宅でも低栄養状態の早期発見が出来た。低栄養状態の早期発見が集中的に介入するリハマネジメントのきっかけとなり、短期間でADLの改善を図ることができた。

今後、入院日数の短縮が言われている中、低栄養状態で在宅へ復帰してくる状況も考えられる。また在宅で生活をしていても、低栄養状態となることも考えられる。日頃、関わりの多いセラピストが簡易的な栄養アセスメントを実施することはとても重要であり、リハ栄養という視点を持ちつつ集中的な介入をすることで、在宅復帰後のADL改善や生活の質を短期間で高めることが可能であると考える。

在宅での活動量向上を目指して
～当施設におけるノルディックウォーキングプログラムの取り組み～

法人名 医療法人社団 R&O
施設名 リハビリテーションセンター駿府の杜
発表者 長谷川洋平（理学療法士）
共著者 加茂下顕之（理学療法士） 山崎有記（理学療法士）

【目的】 先行研究において回復期リハビリテーション病院退院後は歩数の低下が顕著であると報告されている。そこで、当法人の回復期リハビリテーション病院では、退院前後の患者数名の歩数を活動量計で測定し、活動量の違いについて検討を行った。結果、退院後の歩数は減少する傾向がみられたが、外来リハビリテーションの利用日については歩数の増加がみられた。

そこで、今回、当通所リハビリテーションにおいて、退院後の利用者の活動量を向上させる手段として、ノルディックウォーキング（NW）プログラムを導入し、在宅での活動量向上と運動習慣の定着化に繋げる検証を行った。また、当事業所を利用しない日の活動量についても併せて検討した。

【方法】 当通所リハビリテーションを利用中の要支援認定の利用者 3 名に対して、「屋外 NW イベント」の前後 7 日間、活動量計（EPSON 社 PS-500B）を手首着用下にて歩数を計測し、活動量の変化について検討を行った。また、イベント前後での利用者の気持ちの変化をアンケート調査にて実施した。尚、測定に関しては、入浴を除いた起床時から就寝時までとし、測定終了時に活動量計を回収した。

各症例の基本情報については、年齢・性別・現病歴・介護度を以下に記載する。

症例 1． 70 代・女性・脳梗塞右片麻痺・要支援 2
症例 2． 70 代・女性・左変形性膝関節症・要支援 1
症例 3． 80 代・女性・右大腿骨頚部骨折・要支援 2
＊3 症例ともに移動は屋内外独歩自立レベル。

【結果】 各症例のイベント前後 7 日間と当事業所の利用日・非利用日の歩数平均を以下に記載する。

＜平均歩数（歩）＞

	NW 前	NW 後	利用日	非利用日
症例.1	3528	2212	4051	2398
症例.2	5965	5351	7015	5432
症例.3	3634	2994	3488	3285

3 症例ともに「屋外 NW イベント」後は歩数の平均値が減少した。しかしながら、通所リハビリ利用日に関しては、非利用日と比較して歩数の増加が認められた。アンケート結果については、3 名中 3 名が NW プログラムを開始して、在宅での運動意欲が増えたと回答した。外出する機会に関しては、3 名中 2 名が外出頻度は変わらないと回答した。

【考察】 今回、NW プログラムの導入により、在宅での歩数増加による活動量増加と運動習慣の定着化を図ったが、NW プログラムの効果が直接的に活動量の増加には繋がらない結果となった。しかしながら、3 症例ともに以前よりも在宅で運動する意欲が増えたとの回答があり、NW が利用者自身の気持ちに変化を起こし運動習慣をつけるきっかけとなっていることが示唆された。また、先行研究の通り、通所リハビリテーションのサービス利用日には歩数の増加が認められたことから、在宅での運動量確保には、通所系のサービスを提供することが重要であることがわかった。

【まとめ】 今後は症例数を増やし、様々なカテゴライズにて分析を行っていく必要がある。

NW プログラムを単なる当事業所のリハビリプログラムとして位置付けるのではなく、利用者の在宅での活動量増加に向けてどう結び付けるかを検討していく必要がある。その一つには、活動をするための目標を設定することが重要であると考える。例えば、自宅から最寄りのバス停までの距離を調査し、「バスに乗って出かける」ことを短期目標として提示する。利用者は具体的な目標がもて意識も高まってくる。目標なくして、利用者の自己効力感向上や行動変容に結びつけることは難しく、その先にある「活動」「参加」も見えてこない。以上を今後の当事業所の課題とし、更なる検証を進めていきたい。

在宅生活を継続したいという本人の想いを尊重したリハビリマネジメント

法人名　医療法人社団　北樹会病院
施設名　在宅リハケアセンター　つきさっぷ通所リハビリ
発表者　久保裕香(理学療法士)
共著者　渡辺亜矢子　森朋子　杉山太郎　齊藤淳　橋本正志

【目的】

今回、転倒を繰り返す中でも在宅生活を継続したい想いが強い症例を担当し、通所リハビリテーションマネジメント加算Ⅱの取り組みを通して多職種と協働して支援した。具体的な介入方法、その結果から今後の支援方針について考察する。

【症例紹介】

60 代女性、要介護 2 で独居。2 年前に脳(橋)出血を発症し、デイケアを利用して約 1 年半経過。後遺症として左上下肢・体幹の失調や眼振、運動学習の障害が認められている。屋内は伝いレベルで、サービスはデイケア(週 1 回)、訪問リハビリ(週 2 回)、ヘルパー(週 3 回)、福祉用具を利用している。発症前は活動的に過ごされており、趣味は他者交流やスポーツ観戦、身体を動かすことで、甘菓子の間食を嗜好とし、物事に熱中しやすい性格である。自宅では仏壇に水をあげることを日課としており、整理整頓は苦手だが想い出の品を大切に保管し、友人が来訪することを楽しみにしている。

【経過】

脳出血の後遺症に加え体重増加や睡眠不足等の健康管理の不十分さにより立位以降の動作でふらつきやすく、自宅内で転倒を繰り返し肋骨骨折受傷、疼痛や安静期間による筋力低下で歩行時の不安定さが増大した。活動量が低下したことで体重増加、昼夜逆転が続き、思う様に動けないことや発散する機会が少ないことで精神的にも落ち込みが見られた。デイケアを利用開始してからは 1 ヶ月に 1 回程転倒を繰り返し、現在は歩行器等の支持物がないと歩行困難な状況となった。車椅子の使用が困難な住環境であり、在宅生活を継続する為には歩行が自立する必要があった。

【介入】

在宅生活の継続支援としてリハビリ会議を本人宅で開催し、歩行時の転倒リスクを軽減する目的でデイケア・訪問リハビリが主体となり、実際の
生活を把握・共有し動作指導や環境設定を実施。
また、安全面を考慮し、本人とヘルパーで一部一緒に行っていた家事を全般的に支援する内容に見直した。高カロリーの食品を買い過ぎてしまう傾向があり、各サービスで注意喚起を行った。デイケアでは月に 1 度体重測定を実施して経過を追い、活動量増加に向けてタイムスケジュールを作成し運動を提案した。環境設定やヘルパーの支援内容の見直しにより自宅内の転倒が減少した為、生活リズムを整え健康管理に対する支援を行うこと、低下した能力の向上に加え見守りにより転倒リスクを軽減させることを目的にデイケア増回となった。

【結果】

環境設定や支援内容の見直しの他、デイケア増回により活動量が増加し、以前より規則的な生活
が行える様になり転倒も減少、歩行も自立して継続できた。デイケアでは他者交流や見守り下での運動機会が増えたことで、本人の安心感や満足感の向上に繋げることができた。

【考察】

通所リハビリテーションマネジメント加算Ⅱの取り組みとしてリハビリ会議・家庭訪問を実施し
たことで生活を把握でき、身体機能に応じた環境設定や必要なサービスを多職種と検討できたと考える。通所系サービスを利用・増回することで転倒を防ぐ見守りができ、身体・精神面の満足度向上にも繋がると考える。今後も在宅生活を継続する為に支援・マネジメントを継続する必要がある。

【まとめ】

要介護者の在宅生活を支える為には、専門職が各専門性を生かして連携できることが重要であり、通所リハビリテーションマネジメントはその支援の一助となる。

「トイレでの排泄」したいをできるへ
～可能性をひろげた一症例～

法人名　医療法人社団アルペン会
施設名　通所リハビリテーションきたまえ
　　アルペン室谷訪問看護ステーション
発表者　大村　直央（理学療法士）
共著者　永山　研太郎（理学療法士）
　　山口　昌夫（医師）

【はじめに】訪問リハから依頼を受けて、通所リハでトイレ動作を練習することにより「デイサービスのトイレで排泄がしたい」という目標を達成した症例を経験した。この症例を通して、通所リハの役割を再認識したので報告する。

【症例紹介】80 歳代、女性。進行度末期の変形性股関節症と膝関節症のため平成 25 年 6 月に歩行不能となった。同年 7 月に右股関節人工関節置換術を施行、翌月に左股関節も施行した。同年 9 月に回復期リハ病院に転院。入院中は、両下肢の疼痛が強く立位保持は不可、臥位のまま側方スライドする方法でリクライニング車椅子へ介助で移乗していた。同年 12 月、ほぼ寝たきり状態で自宅退院となり、居宅サービスは他法人のデイサービスとショートステイを併用し、訪問看護も計画された。

【経過①】平成 26 年 2 月に当法人の訪問リハが開始となり、基本動作は全介助、股・膝関節の屈曲制限と足関節背屈制限が著しく、両下肢筋力はMMT2レベルであった。約 2 年後、リクライニング車椅子への移乗は立位経由で中等度介助レベル、歩行器歩行は軽介助レベルまで改善した。

【経過②】立位経由による移乗動作が可能となったため、訪問リハ担当者がデイサービス職員に移乗動作方法の指導に赴いたが、デイサービス全体の周知には至らなかった。基本動作能力の向上に伴い、本人からは「トイレで排泄がしたい」という要望が聞かれるようになったが、移乗動作の方法が徹底せず、ベッド上で排泄介助が行われていた。自宅トイレが未改修のため、訪問リハによる排泄動作練習は不可能であると判断し、平成 28 年 9 月からデイサービストイレでの排泄を目標に当通所リハを開始した。

【方法と結果】当通所リハは訪問リハと同一法人のため、介護職員への引き継ぎも円滑に済み、利用初回からトイレでの排泄に成功した。また通所リハ利用時に限り、車椅子を普通型へ変更できた。しかし当初のトイレ動作は、立位での下衣操作に 2 人介助が必要で、股・膝関節の屈曲制限によって便座からの立ち上がりは重度介助だった。その後、歩行練習やトイレ動作練習、集団運動メニューの参加によって、徐々に立位や立ち上がりの介助量軽減を認め、利用開始から 3 ヵ月で排泄動作は 1 人介助で可能となった。また、他法人のデイサービスへ療法士がトイレ環境を確認するために赴き、当施設でも同様の環境を想定して反復練習を行った。平成 28 年 11 月に当施設の療法士と介護士が、デイサービスの現場でトイレ動作の介助指導を実施した。当施設からの訪問指導翌日のデイサービス利用時には、2 人介助によるトイレでの排泄に成功した。その後本人・家族から「自宅のトイレも使用したい」という希望があり、自宅の環境設定と動作練習を行った。自宅トイレの排泄動作も可能となり、利用開始から 4 ヵ月で通所リハ卒業に至った。

【考察】訪問リハの課題を引き継いだことで、当通所リハとデイサービスの連携が円滑に行うことができた。本人とデイサービス職員は共にトイレ動作の介助方法に不安を感じていたが、問題点を解決し、実際の現場で介助方法を体験・実践したことがデイサービス職員の自信となり、不安解消につながった。またリハ専門職からの指導だけでなく、介護職員同士の協力も功を奏した。ひとつの目標が達成されたことにより、本人の気持ちが前向きになって、自宅トイレの排泄にまで活動がつながったと考える。

【まとめ】居宅サービス連携が円滑にいくことで、この症例の日常生活の活動を高めることができた。本人の能力を可能な限り引き出し、他の居宅サービスと連携を取りながら、利用者の活動と参加を広げていく取組みは、通所リハの大きな役割である。

在宅支援との連携の重要性
～事例を通して～

法人名　社会医療法人　至仁会
施設名　介護老人保健施設　遊
発表者　藤澤　沙紀（介護支援専門員・理学療法士）

【目的】住み慣れた地域での在宅生活の限界点の向上において介護老人保健施設（以下老健）の役割がさらに重要になると思われる。そのためには医療機関退院後直ぐに在宅生活の移行が難しい利用者や介護経験のない家族に対して助言・指導すると共に、不安要素を最小限とした状態で円滑に在宅生活へ移行できる様な在宅支援との連携も密に行っていく必要がある。今回は脳梗塞後遺症のため老健入所を経由し自宅退所と繋げられた事例を通して、退所時の在宅支援との連携の過程と重要性について報告する。直、介護支援専門員（以下 CM）と理学療法士（以下 PT）の 2 職種として関わった視点で考察する。

【事例紹介】50 歳代、男性、要介護 5（入院中に申請）、埼玉県在住・独居（猫を 1 匹飼っている）。家屋状況：市営住宅 3 階（エレベーター無、外階段手すり有）。キーパーソン：実兄（他県在住）。経済状況：限度額申請済、入院・入所費は実兄が負担。既往歴：不整脈・心不全、平成 28 年 2 月 29 日に脳幹出血で同法人脳卒中センターに入院。左上下肢運動麻痺・感覚障害・嚥下機能低下あり。

【経過】

5.13	当施設入所	
～27	カンファレンス プラン説明	
6.2		自主リハ設定
7.9	本人より自宅退所の相談あり	
8.6	サービス担当者会議	
8.13	プラン説明・退所時期の相談	自主リハ：在宅を想定した指導
10.13	居宅 CM 選定 退所前連携加算	
10.24	退所前訪問指導加算	
10.27	ユニットへ： 内服自己管理指導 水分トロミ付け指導	
11.11	自宅退所 担当居宅 CM に在宅生活状況確認する	退所時指導加算

【考察】退所後、担当居宅 CM に在宅生活状況の確認を行った。在宅生活継続において有効だった介入内容として下記が考えられる。①家屋評価で 1 日の生活のシミュレーションができた。また動線を確認し危険予測と動作指導を行った②居宅 CM が設定した在宅支援内容を前もって確認し、その他必要なサービスの提案等を行った③本人にイメージした生活と実際の動作状況の差異を実感してもらい、動作練習や生活指導の必要性を理解してもらった。
今回の事例は介助者不在の環境へ退所となるため、PT 特性の動作・ADL 分析と CM の在宅介護支援の知識を統合しより実生活に沿った助言や指導を心掛けた。また単に情報提供するだけでなく、実際に当事者同士で会って相談・提案・検討する必要性を再確認した。
一方で課題も残った。今回は在宅設定から退所までの期間が短く、本人への指導時間が十分に確保できなかった。退所時期が直近ではない場合でも、在宅復帰の方向性が決まった時点で居宅 CM と連絡を取り早期から設定を行うことで、本人も具体的なイメージが持ててモチベーション維持に繋がると考える。入所生活中も在宅を想定した介入を意識することも必要であると考える。

【まとめ】本事例は入院中の面談で「独居により在宅生活困難のため施設方向が妥当」と言われていたが、自宅へ帰りたいという強い希望から在宅復帰が実現した。在宅復帰の実現のためには、本人の希望、家族の理解、生活機能を把握し適切な在宅サービスの選定が必要である。入所中から在宅を想像して支援を行い具体的な指導や助言を行うことで、円滑な在宅移行が可能となる。

やってもらうリハビリからの脱却

法人名　医療法人　八女発心会
施設名　介護老人保健施設　舞風台　通所リハビリテーション
発表者　宮園すみれ（介護福祉士）　星隈千穂（介護福祉士）
共著者　髙橋隆文（作業療法士）　森永梨恵子（理学療法士）
坂井健一郎（理学療法士）　船木優矢（理学療法士）

【目的】

これまでの通所リハビリの利用者のリハビリに対する自主性には個人差があった。リハビリスタッフによる専門性の高い個別リハビリと別に新しく、利用者自身が自主的に行えるリハビリが必要であると考えた。そこで介護職員とリハビリスタッフの意見交換の場を設け、どのように利用者の自主性を引き出せば良いのかを話し合い、それぞれの利用者に対し両者が同じ目標に取り組めるようにした。さまざまな意見が出た中で、利用者自身が「やってもらう」リハビリから脱却し、自主的にリハビリを行うことを支援する健康クラブを発足することとした。

【対象】

重症肺炎、急性呼吸不全、狭心症を罹患し加療後、在宅酸素療法が必要な状態になった 90 歳代の男性。本人、家族の希望は心身共に強くなり自宅での生活を続けていくこと。そして趣味であるグランドゴルフに参加することを目標とした。対象者は通所リハビリを週 3 回利用している。

【方法】

事前に介護職員、リハビリスタッフで考案した運動・認知項目を 10 項目準備し、利用者自身が運動・認知項目をそれぞれ選択して実施した。いつどのような項目を行ったかを利用者自身で「健康クラブ」のプリントに記録し、職員が管理した。

また、自主性を引き出せるような支援を行った。

介護度、日常生活自立度、認知症高齢者自立度、移動能力、酸素流量、MMSE と実施できた運動・認知項目数を開始時と 1 年後で比較した。

【結果】

開始時（平成 28 年 3 月）の対象者は要介護度 4、日常生活自立度 B 1、認知症高齢者自立度Ⅱ a 、移動能力は車椅子介助、酸素流量は安静時 1 ℓ /分、動作時 3 ℓ /分、MMSE20 点、実施できた運動・認知項目は 2 項目であった。

1 年後(平成 29 年 3 月)は要介護度 1、日常生活自立度 A 1、認知症高齢者自立度Ⅰ、移動は酸素ボンベのカートを引き 1 人で屋内外の歩行が可能、酸素流量は安静時・動作時共に 1 ℓ /分、MMSE27 点、実施できた運動・認知項目は 10 項目以上となる。

調査開始時と 1 年後を比較、すべての項目で改善や能力向上が認められた。また、目標であったグランドゴルフへ参加できるようになっている。

【考察】

今回どのようにリハビリの自主性を引き出せるか重点的に支援を行った。

利用者自身が課題・目標を設定し、運動・認知項目を選択し、健康クラブプリントに実施内容の記録を徹底することで、利用者自身の状態の変化や成果を「見える化」した。

短期目標等の達成時には、それまでの本人の取り組みを評価し、定期的にポジティブなフィードバックをすることで、目標を達成する喜びを共有した。

また、生活場面でプラスに変化した部分に焦点をあて、心身向上の変化に気付くよう声掛けすることで、利用者自身が成果を実感できるような関わりを行った。

このような支援を継続していくことで、利用者自身がさらにリハビリに対する意欲を高め、自ら新たな課題・目標を設定し、自主的なリハビリへと取り組んでいくことができたと考える。

【まとめ】

今後は、健康クラブの活動を多くの利用者に理解し参加していただけるように、それぞれに適した意欲の引き出し方を考慮し、自主的なリハビリを実施できる環境作りを行いたい。そして利用者が安定した在宅生活を続けられるよう支援して行くことができたらと考える。