

平成24年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査
(平成25年度調査)

(11) 生活期リハビリテーションに関する実態調査
報 告 書

目次

調査検討組織設置要綱 調査研究の概要

第1部 調査の概要	1
1. 背景と目的	3
2. 研究事業の実施体制	4
(1) 検討委員会の設置・運営	4
(2) 検討委員会における検討内容	4
3. 調査研究の内容	5
(1) 生活期リハビリテーションに関する実態調査	5
(2) 生活期リハビリテーションに関するヒアリング調査	7
第2部 在宅サービス調査結果	9
1. 事業所の状況	11
(1) 職員配置の状況	11
(2) 利用者数	13
(3) 生活期リハビリテーション関連加算の算定状況	14
2. 利用者の状況	21
(1) 家族構成／介護力	21
(2) 利用者特性	23
3. サービスマネジメントの状況	35
(1) 目標の設定状況	35
(2) サービス提供に関わった職種	46
(3) リハビリテーションの提供内容	48
(4) 短期目標の達成状況	53
(5) サービス提供の効果	55
4. 要介護度改善率への影響因子	58
(1) リハビリテーション職の配置状況との関連性	58
(2) 短期目標の設定状況との関連性	60
5. まとめ及び代表性の検証	62
(1) 事業所の状況	62
(2) 利用者の状況	63
(3) サービスマネジメントの実態	65
(4) サービス提供の効果	66
(5) 代表性の検証	67

第3部 老人保健施設からの自宅退所に関する 調査結果..... 69

1. 事業所の状況	71
(1) 介護報酬上の届出状況.....	71
(2) 経営主体の法人種別	72
(3) 併設施設.....	73
(4) 在宅移行者へのフォロー	74
2. 在宅移行者の状況	75
(1) 年齢.....	75
(2) 要介護度.....	76
(3) 退所時の疾患.....	76
(4) 入所前の居場所	77
3. 在宅移行者へのフォローの実施状況	78
(1) 退所前訪問	78
(2) 退所時カンファレンス.....	79
(3) 退所後の老健スタッフによる訪問.....	79
4. 自宅復帰の状況	80
5. まとめ	81

第4部 生活期リハビリテーションに関する 事業所・自治体事例集83

1. 生活期リハビリテーションに関する事業所の取組事例集	85
(1) 調査の概要	85
(2) 調査対象.....	85
(3) 調査内容.....	85
【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】地域生活継続支援を目的とした通所リハ修了への取組み	86
【通所リハビリテーション TRY】やる気が出る、元気になれる通所リハビリテーションを目指して.....	95
【竹田訪問看護ステーション（リハ室）】必要な時、必要なだけの訪問リハビリテーションを	101
【三軒茶屋リハビリテーションクリニック】修了を念頭においた訪問リハビリテーション	108
【みゆき園デイサービスセンター】我が家が最高！	117
【白寿園短期入所生活介護事業所】短期入所生活介護事業所における認知症ケアの取組み	122
【老人保健施設 創生園】ポータブルトイレの利用を区切りとしたリハビリによる在宅復帰支援と通所サービスと短期入所の併用による長期に渡る在宅生活支援	127
【老人保健施設 ヒルトップロマン】生活自体を訓練の場とした 多面的アプローチによる在宅復帰支援	131

2. 生活期リハビリテーションに関する自治体の取組事例集	137
(1) 調査の概要	137
(2) 調査対象	137
(3) 調査内容	137
北海道滝川市	138
千葉県印西市	144
静岡県静岡市	149
滋賀県栗東市	156
大阪府大東市	163
大阪府島本町	170
兵庫県洲本市	177
兵庫県淡路市	184
岡山県津山市	190
岡山県総社市	197
高知県高知市	204
高知県田野町	212

参考資料..... 217

(1) アンケート調査票	219
(2) アンケート集計表	237

生活期リハビリテーションに関する実態調査事業の調査検討組織

設置要綱

1. 設置目的

みずほ情報総研株式会社は生活期リハビリテーションに関する実態調査事業の調査を実施するにあたり、調査設計、調査票の作成、調査の実施、集計、分析、検証、報告書の作成等の検討を行うため、以下のとおり生活期リハビリテーションに関する実態調査事業の調査検討組織（以下、「調査検討組織」という。）を設置する。

2. 実施体制

- （１）本調査検討組織は、川越 雅弘（国立社会保障・人口問題研究所企画部第一室長）を委員長とし、その他の委員は以下のとおりとする。
- （２）委員長が必要があると認めるときは、本調査検討組織において、関係者から意見を聴くことができる。

3. 調査検討組織の運営

- （１）調査検討組織の運営は、みずほ情報総研株式会社が行う。
- （２）前号に定めるもののほか、本調査検討組織の運営に関する事項その他必要な事項については、本調査検討組織が定める。

生活期リハビリテーションに関する実態調査事業の調査検討組織 委員

委員長	川越 雅弘（国立社会保障・人口問題研究所企画部第一室長）
委員	大河内二郎（公益社団法人全国老人保健施設協会研修委員長）
	岡野 英樹（一般社団法人全国デイ・ケア協会）
	鴻江 圭子（公益社団法人全国老人福祉施設協議会副会長）
	土橋 正彦（公益社団法人千葉県医師会副会長）
	宮田 昌司（一般社団法人日本訪問リハビリテーション協会副会長）
	柳 尚夫（兵庫県淡路県民局洲本健康福祉事務所所長）

（敬称略、５０音順）

【オブザーバー】

- | | |
|------------------------------|-------|
| ○ 厚生労働省老健局老人保健課 課長補佐 | 鶴田 真也 |
| ○ 厚生労働省老健局老人保健課 医療・介護連携技術推進官 | 逢坂 悟郎 |
| ○ 厚生労働省老健局老人保健課 主査 | 村上 有佳 |
| ○ 厚生労働省老健局老人保健課 主査 | 米倉 なほ |
| ○ 厚生労働省老健局老人保健課介護技術係 | 飯村 祥子 |

生活期リハビリテーションに関する実態調査事業

1. 調査の目的

生活期リハビリテーションの充実を図り、高齢者の状態に応じた質の高いリハビリテーションの包括的な提供のあり方について検討するために、生活期リハビリテーションの具体的内容、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、通所介護、短期入所療養介護、短期入所生活介護における自立支援に係るサービス提供の実態、リハビリテーション・機能訓練のアウトカムの評価方法について検証する。

2. 調査客体

(1) アンケート調査

- 訪問リハビリテーション事業所 500 事業所（無作為抽出）
- 通所リハビリテーション事業所 500 事業所（無作為抽出）
- 短期入所療養介護事業所 500 事業所（無作為抽出）
- 通所介護事業所 500 事業所（無作為抽出）
- 短期入所生活介護事業所 500 事業所（無作為抽出）
- ※上記については利用者 10 人程度を対象に利用者調査も実施
- 老人保健施設 500 施設（在宅強化型施設等）

(2) ヒアリング調査

上記（1）の中から効果的な取組を行っている事例ならびに、運動関連事業について効果的な取組を行っている自治体に対してヒアリング。

3. 主な調査項目

(1) アンケート調査

施設票：各種加算の算定状況、リハビリテーション効果の把握の方法 等
利用者票：日常生活行為の評価（施設職員評価と利用者本人評価） 等

(2) ヒアリング調査

実施体制、コスト、効果の検証方法 等

4. 調査内容（調査票種類、調査内容等）

自治体調査（調査票 1 種類）ならびに介護サービス施設・事業所調査（調査票 2 種類：施設票・利用者票）ともに、生活期リハビリテーションへの取組の有無とその内容・効果・効果的な取組事例の特徴を把握する。

5. 調査方法

アンケート調査は郵送発送・郵送回収。ヒアリング調査は現地訪問調査。

(11)生活期リハビリテーションに関する 実態調査 (結果概要)

1

(11) 生活期リハビリテーションに関する実態調査

1. 調査の目的

- 生活期リハビリテーションの充実を図り、高齢者の状態に応じた質の高いリハビリテーションの包括的な提供のあり方について検討するために、生活期リハビリテーションの具体的内容、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、通所介護、短期入所療養介護、短期入所生活介護における自立支援に係るサービス提供の実態、リハビリテーション・機能訓練のアウトカムの評価方法について検証する。

2. 調査方法

- アンケート調査は、調査対象の在宅サービス(各500事業所、抽出)に対し、自記式調査票(事業所票、利用者票10人分、本人票10人分)の郵送配布・回収を実施した。また老人保健施設については、在宅復帰強化型の施設(774事業所、悉皆)に対し、自記式調査票(事業所票、入所者・退所者票)の郵送配布、郵送回収を実施した。
- ヒアリング調査は、目標設定を重視している等の好事例として、在宅サービス事業所(計6事業所)、老人保健施設(2事業所)、さらに住民主体の介護予防事業実施12市町を対象として実施した。
- 有効回収数は、訪問リハ243事業所(有効回収率48.6%)、通所リハ234事業所(同46.8%)、通所介護201事業所(同40.2%)、短期入所療養介護194事業所(同38.8%)、短期入所生活介護171事業所(同34.2%)、老人保健施設357施設(同46.1%)であった。

3. 調査結果概要

※障害高齢者の日常生活自立度は「寝たきり度」と略す。また、A以下を軽度、B以上を重度と、ここでは定義する。
※認知症高齢者の日常生活自立度は「認知症自立度」と略す。また、I 以下を軽度、II 以上を重度と、ここでは定義する。

<利用者特性(在宅サービス)>

- 通所リハと通所介護を比較すると、要介護度はほぼ同じであった。自立度の組合せでは、通所リハは「両自立度とも軽度」の割合が約20ポイント高かった。
- 訪問リハ利用者は、通所リハ、通所介護と比べて「要介護3～5」の割合が多かった。
- 訪問リハ、短期入所療養介護は、他サービスに比べ要介護5の医療処置(経管栄養など)を必要とする者の割合が多かった。

<サービスマネジメント(在宅サービス)>

- 訪問リハでは機能等の「向上」を、短期入所療養介護、短期入所生活介護では「維持」を目標とした割合が多かった。各サービスとも、「社会参加(地域)」を目標に設定した割合は少なかった(利用者ベース)。
- 短期目標の達成率は、目標が「維持」中心のサービスより、「向上」中心のサービスの方が低かった。

<在宅サービスの提供の効果とリハ職配置状況からみた影響>

- 「両自立度とも軽度」の利用者の要介護度の軽度化率をみると、訪問リハ15%、通所リハ14%、通所介護11%であった。
- 通所介護では、「リハ2職種以上配置」で、「リハ職なし」「リハ1職種配置」に比べ、要介護度の軽度化率が高かった。

<老人保健施設における退所支援状況>

- 自宅復帰率(定員に占める自宅退所者の割合)をみると、在宅強化型老健では平均7%、在宅復帰・在宅療養支援加算取得老健では平均5%であった。

2

(11) 生活期リハビリテーションに関する実態調査

事業所の基本情報

- 1事業所あたりのリハ職数の平均(常勤換算数)は、「訪問リハ」3.2人、「通所リハ」3.0人、「通所介護」1.0人、「短期入所療養介護」4.1人、「短期入所生活介護」0.4人であった。また、老人保健施設は4.7人であった。
- 1事業所あたりの1ヶ月間の実利用者数は、「訪問リハ」22.3人、「通所リハ」63.5人、「通所介護」54.6人、「短期入所療養介護」11.1人、「短期入所生活介護」27.6人であった。また老人保健施設は77.5人であった。
- 各サービスの経営主体について全数調査(「平成24年介護サービス施設・事業所調査」)と比較したところ、「通所介護」「短期入所生活介護」については本調査の方が「医療法人」の割合が高く、統計的に有意な差があるため、データ解釈に留意が必要である。
- また各サービスの要介護度別の利用者割合について全数調査(「介護保険事業状況報告(平成25年9月)」)と比較したところ、「訪問リハ」「通所介護」は全数との間に統計的に有意な差はみられなかったが、その他のサービスは、有意な差があるため、データ解釈に留意が必要である。ただし、集計対象となっている利用者の要介護度分布については、全サービスとも全数との間に有意な差はなかった。

職員配置(1事業所あたりの常勤換算職員数)

	n	医師	看護師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	リハ職計
訪問リハ	243	0.8人	—	2.1人	0.9人	0.2人	3.2人
通所リハ	234	0.7人	1.8人	1.7人	1.0人	0.2人	3.0人
通所介護	201	0.1人	1.4人	0.6人	0.3人	0.0人	1.0人
短期入所療養	194	1.1人	10.1人	2.1人	1.5人	0.4人	4.1人
短期入所生活	171	0.2人	2.6人	0.2人	0.2人	0.0人	0.4人
老人保健施設	411	1.4人	10.2人	2.4人	1.8人	0.5人	4.7人

利用者数(1事業所あたりの要介護度別利用者数)

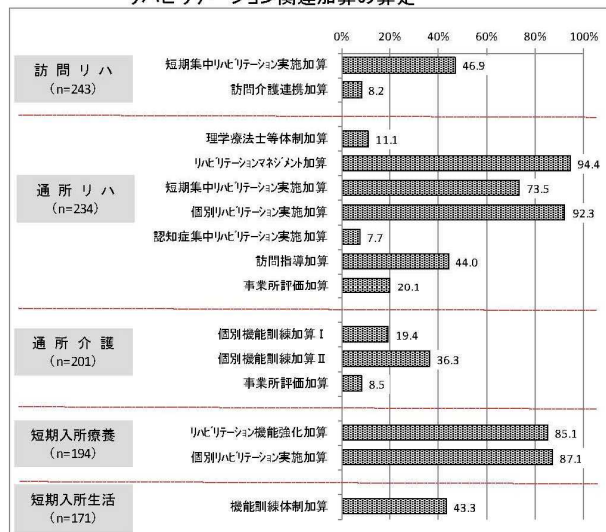
	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
訪問リハ	0.6人	2.0人	3.2人	6.0人	4.1人	3.7人	3.6人	22.3人
通所リハ	6.9人	9.6人	14.8人	15.6人	9.8人	5.6人	2.6人	63.5人
通所介護	6.8人	7.8人	14.2人	18.1人	7.0人	4.3人	2.4人	54.6人
短期入所療養	0.1人	0.2人	1.2人	2.8人	2.6人	2.5人	2.2人	11.1人
短期入所生活	0.2人	0.5人	3.9人	6.8人	7.6人	5.6人	4.0人	27.6人
老人保健施設	—	—	7.1人	18.7人	18.8人	22.0人	15.8人	77.5人

3

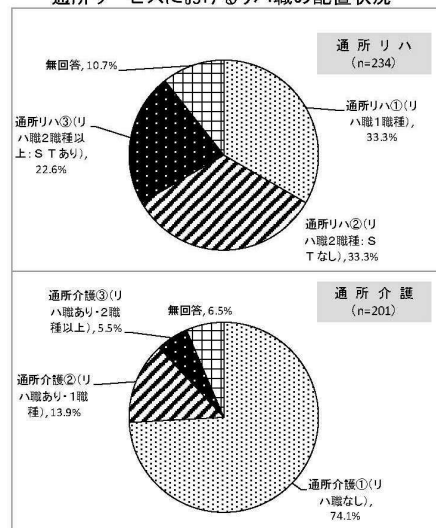
(11) 生活期リハビリテーションに関する実態調査 I. 在宅サービス ①事業所の状況

- リハビリテーション関連加算の算定率は、加算の種類によってバラツキがあった。
- 通所サービスにおけるリハ職の配置状況をみると、通所リハでは「1職種配置」33.3%、「2職種以上配置・STなし」33.3%、「2職種以上配置・STあり」22.6%であった。また通所介護では、「リハ職配置なし」74.1%、「1職種配置」13.9%、「2職種以上配置」5.5%であった。

リハビリテーション関連加算の算定



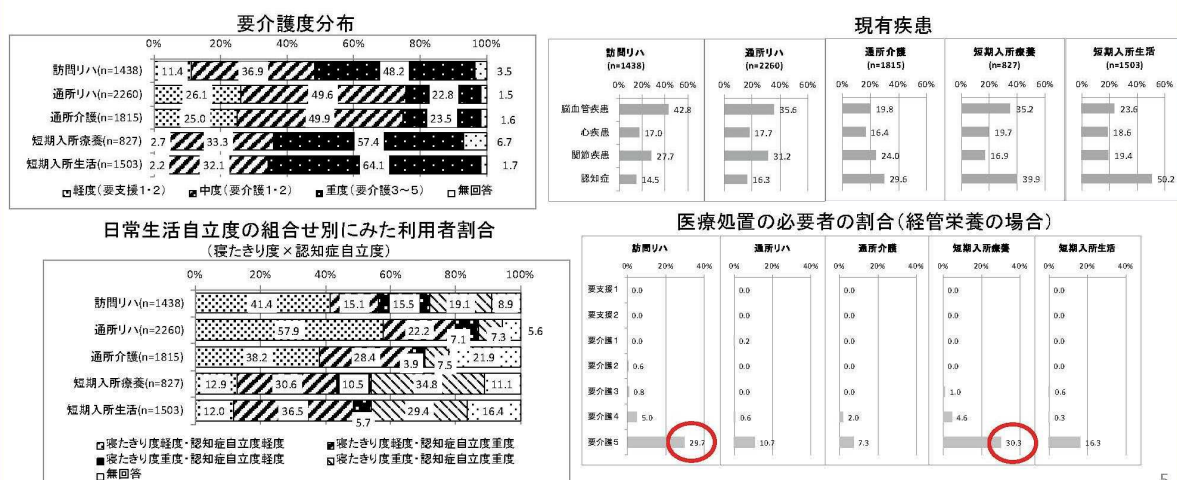
通所サービスにおけるリハ職の配置状況



4

(11) 生活期リハビリテーションに関する実態調査 I. 在宅サービス ②利用者の状況

- 通所リハと通所介護の利用者特性を比較すると、要介護度はほぼ同じであった。寝たきり度と認知症自立度の組合せをみると、通所リハで「両自立度とも軽度」の割合が20ポイント高かった。現有疾患をみると、通所リハでは「脳血管疾患」、通所介護では「認知症」の割合が多かった。
- 訪問リハの利用者の要介護度は、通所リハ、通所介護と比べて「重度(要介護3～5)」の割合が多かった。現有疾患は、「脳血管疾患」の割合が多く、医療処置のうち「経管栄養」が必要な利用者の割合は要介護5で急増しており、29.7%であった。
- 短期入所療養介護、短期入所生活介護の利用者の要介護度は、他のサービスと比べて「重度(要介護3～5)」の割合が多かった。また「両自立度ともに重度」の割合が多かった。

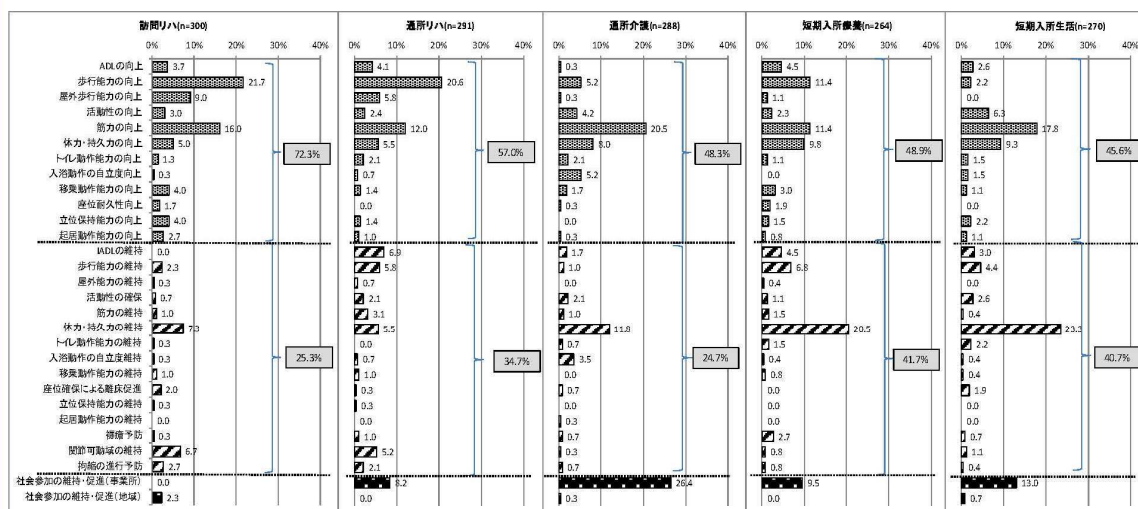


5

(11) 生活期リハビリテーションに関する実態調査 I. 在宅サービス ③サービスマネジメントの実態

- 短期目標の設定状況をみると、訪問リハ、通所リハでは機能等の「向上」を目標としている割合が、短期入所療養、短期入所生活では機能等の「維持」を目標としている割合が多かった。
- 短期目標で、「地域社会への参加」を設定しているケースは非常に少なかった。

サービス種類別にみた短期目標の設定状況



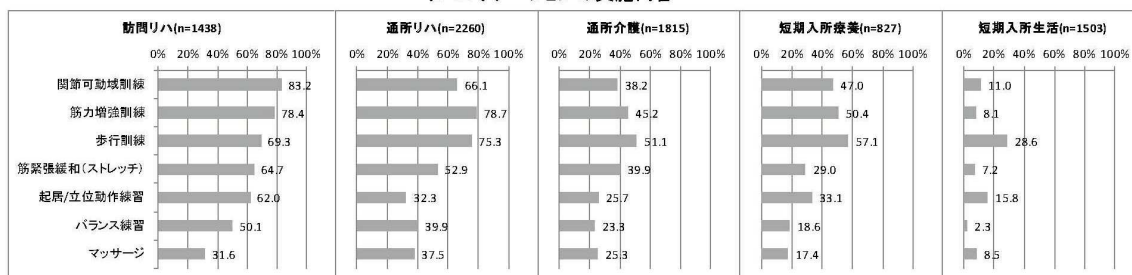
- ※社会参加の維持・促進(事業所): レスパイトや利用者との交流促進、閉じこもり予防のために事業所に通うこと自体が目標となっているものこと。
(具体的な記載例: デイの中で役割を作る。定期的に通所に通い、他者と交流する。気持ちよく入浴する。)
- ※社会参加の維持・促進(地域): さらに、地域における様々な活動に参加することを目標としているものこと。
(具体的な記載例: 社会的な関わり合いの機会を確保する。毎週一度は買い物に出かける。)

6

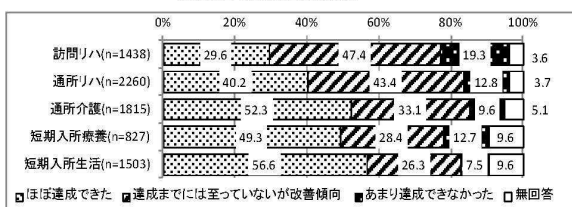
(11) 生活期リハビリテーションに関する実態調査 I. 在宅サービス③サービスマネジメントの実態

- 訪問リハ、通所リハ、通所介護のサービス提供内容は、「関節可動域訓練」「筋力増強訓練」「歩行訓練」「ストレッチ」などが多かった。
- 短期目標が「ほぼ達成できた」割合をみると、「短期入所生活介護」が56.6%と最も多く、次いで「通所介護」52.3%、「短期入所療養介護」49.3%、「通所リハ」40.2%、「訪問リハ」29.6%の順であった。
- 短期目標の達成率は、目標が「維持」中心のサービスより、「向上」中心のサービスの方が低かった。

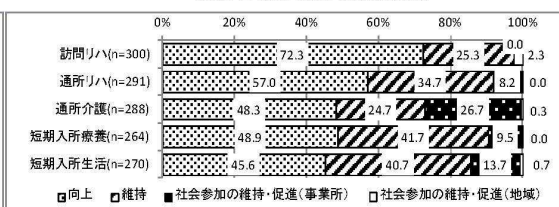
リハビリテーションの実施内容



短期目標の達成状況



短期目標の設定状況(要約)



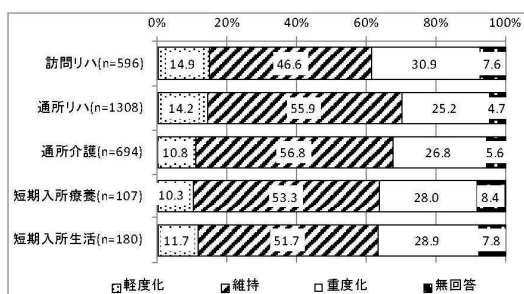
7

(11) 生活期リハビリテーションに関する実態調査 I. 在宅サービス④サービス提供の効果

サービス提供効果(寝たきり度・認知症自立度ともに軽度群の場合)

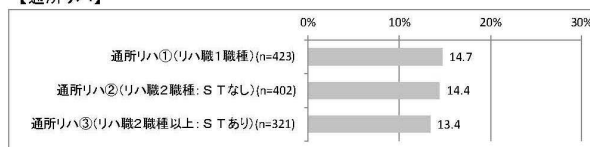
- 要介護度の変化の状況をみると、要介護度が「軽度化」した割合は、訪問リハ14.9%、通所リハ14.2%、通所介護10.8%であった。
- 通所介護において、要介護度の軽度化とリハ職配置状況との関係性をみると、リハ職が複数配置されている事業所において、要介護度が軽度化した割合が多かった。

サービス別にみた要介護度の軽度化の割合
(寝たきり度軽度・認知症自立度軽度の利用者の場合)

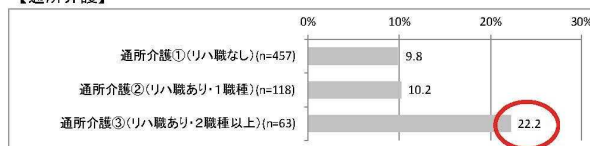


リハ職の配置状況別にみた要介護度の軽度化の割合
(寝たきり度軽度・認知症自立度軽度の利用者の場合)

【通所リハ】



【通所介護】



8

(11) 生活期リハビリテーションに関する実態調査 II. 老人保健施設

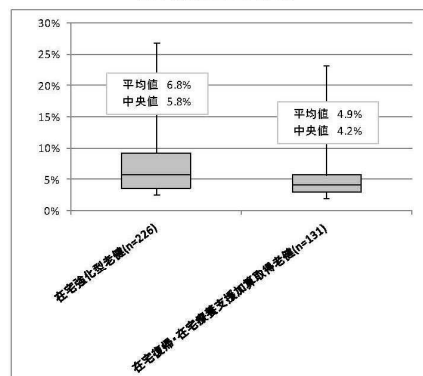
在宅強化型老健と在宅復帰・在宅療養支援加算取得老健との比較

- 在宅移行者の要介護度をみると、在宅強化型老健の方が重い傾向にあった。
- 在宅移行者の疾患については大きな差はなかった。
- 自宅復帰率(定員に占める自宅へ退所した者の割合)の分布をみると、在宅強化型老健では平均6.8%、在宅復帰・在宅療養支援加算取得老健では平均4.9%であった。

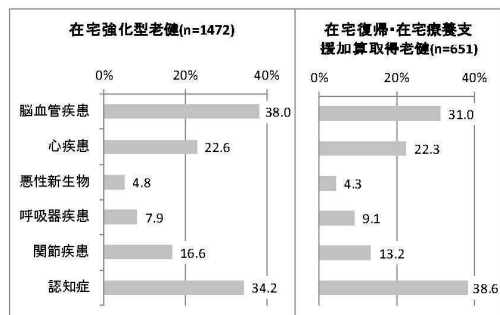
在宅移行者の要介護度分布

	合計	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	無回答
在宅強化型老健	1472	12.1%	25.6%	24.7%	23.4%	14.2%	0.1%
在宅復帰・在宅療養支援加算取得老健	651	14.1%	24.7%	29.5%	20.1%	11.5%	0.0%

自宅復帰率の分布



在宅移行者が有している疾患



【在宅強化型老健】介護報酬上の届出の中で、介護保健施設サービス費Ⅰのうち(ii)もしくは(iv)を算定している老健(ユニット型についても同様)。在宅復帰率50%以上が要件の一つとなっている。

【在宅復帰・在宅療養支援加算取得老健】在宅強化型老健以外の老健で、「在宅復帰・在宅療養支援加算」を取得している老健。在宅復帰率30%以上が要件の一つとなっている。

第1部

調査の概要

1. 背景と目的

現在わが国が直面している超高齢化社会においては、高齢者がいかに充実した生活を長く維持できるかということが、社会全体の活力にも影響を与える大きな課題である。平成 12 年度に創設された介護保険制度は、このようなわが国の高齢化の状況、高齢者のニーズの状況に合わせ、度重なる改定を経てきており、その一つである平成 24 年 4 月の介護報酬改定においては「自立支援型サービスの強化と重点化」の観点から、リハビリテーションならびに機能訓練の充実が図られた。

高齢者が可能な限り、身体の残存機能を維持しながら自分らしい生活を、できれば住み慣れた地域で続けていくためには、これまで主として急性期・回復期といった医療の場で行われてきたリハビリテーションの技術・知見を、大幅な身体機能の変化が見込めない「生活期」にも活かしていくことが有効であり、このことは、リハ専門職のみならず介護職の間においても、現場レベルでは実感されているところである。

しかし、生活期におけるリハビリテーションの効果は、急性期・回復期のリハビリテーションの効果を測定する尺度では的確に測ることが難しく、具体的に何をもって効果があったとするのかが明確になってはいない。このことが、高齢者の状態に応じたリハビリテーションを的確に提供することや、多職種連携（特にリハ職と介護職、ケアマネジャー）で取組みを進めていく上での阻害要因の一つともなっている。

そこで、本調査では、生活期リハビリテーションの充実を図り、高齢者の状態に応じた質の高いリハビリテーションの包括的な提供のあり方について検討するために、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、通所介護、短期入所療養介護、短期入所生活介護、老人保健施設で行われている生活期リハビリテーションの具体的内容と自立支援に向けたサービス提供の実態を把握し、リハビリテーション・機能訓練のアウトカムを検証することによって、生活期リハビリテーションの充実を図る方策を検討するための基礎資料を提供することを目指した。

2. 研究事業の実施体制

(1) 検討委員会の設置・運営

本研究の実施に際し、調査研究の企画、調査方法・様式の検討、調査結果の分析・まとめを行う場として、検討委員会を設置した。

図表 1 検討委員会 委員

	氏名	所属
委員長	川越 雅弘	国立社会保障・人口問題研究所企画部第一室長
委員	大河内 二郎	公益社団法人全国老人保健施設協会研修委員長
	岡野 英樹	一般社団法人全国デイ・ケア協会
	鴻江 圭子	公益社団法人全国老人福祉施設協議会副会長
	土橋 正彦	公益社団法人千葉県医師会副会長
	宮田 昌司	一般社団法人日本訪問リハビリテーション協会副会長
	柳 尚夫	兵庫県淡路県民局洲本健康福祉事務所所長

(敬称略、50 音順)

(2) 検討委員会における検討内容

2 回の検討委員会を開催し、各調査の設計・分析および報告書の取りまとめ方針等についての検討を行った。各回における検討内容は下表のとおり。

図表 2 検討委員会における検討内容

回	日時	検討内容
第 1 回	平成 25 年 8 月	・研究計画について ・調査票（案）について
第 2 回	平成 26 年 3 月	・アンケート調査/ヒアリング調査結果報告 ・研究結果のとりまとめについて

3. 調査研究の内容

(1) 生活期リハビリテーションに関する実態調査

➤ 調査対象

全国の介護サービス事業所における生活期リハビリテーションの提供実態を把握するため、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、通所介護、短期入所療養介護、短期入所生活介護、老人保健施設を対象としてアンケート調査を実施した。

➤ 調査の概要

訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、通所介護、短期入所療養介護、短期入所生活介護を各 500 事業所、老人保健施設 774 事業所を対象とした。調査対象とする事業所は無作為抽出により選定を行った。

図表 3 アンケート調査対象事業所数

サービス種類	抽出数
① 訪問リハビリテーション	500 事業所
② 通所リハビリテーション	500 事業所
③ 通所介護	500 事業所
④ 短期入所療養介護	500 事業所
⑤ 短期入所生活介護	500 事業所
⑥ 老人保健施設	774 事業所

➤ 調査方法

本調査は、郵送配布・郵送回収により実施した。

調査時点は、平成 25 年 10 月 1 日時点とした。

➤ 調査内容

本調査では、老人保健施設を除く 5 サービスを対象に、①事業所票、②利用者票、③本人票の 3 種類の調査票を配布し、事業所職員に①と②、利用者本人に③への回答を依頼した。なお、②および③の対象数は、1 事業所につき利用者 10 名分（最大）とした。

また、老人保健施設においては、④事業所／退所者票（老人保健施設票）について、事業所職員に回答を依頼した。

各調査票における主な調査項目は次ページの表のとおり。

図表 4 ①事業所票の主な調査項目

内容	主な調査項目
○事業所の概要	・経営主体 ・利用者数 ・同一法人で行っている医療・介護サービス
○加算の算定状況	・生活期リハビリテーション関連加算の実施状況、実績（各サービス別）
○事業所の体制	・職種 ・人数（常勤/非常勤、常勤換算）
○その他	・同行、紹介・調整等の実施状況（各サービス別）

図表 5 ②利用者票の主な調査項目

内容	主な調査項目
○基本属性	・性別 ・年齢 ・介護力 ・住まいの状況 ・日常生活自立度（障害/認知症高齢者） ・要介護度状態区分 ・介護サービス利用状況 ・介護・介助が必要になった理由 ・現有疾患 ・医療・ケア職による対応の必要性 ・手段的日常生活動作/日常生活動作のレベル
○サービス利用の状況	・利用回数、提供時間 ・提供に関わった職種 ・リハビリテーションの内容
○計画およびサービス実施状況	・リハビリテーション計画設定時の課題 ・課題に対する短期目標 ・短期目標の達成状況
○今後の継続について	・継続予定の有無 ・継続の理由

図表 6 ③本人者票の主な調査項目

内容	主な調査項目
○日常生活の状況	・日常生活の動作、身体の状態など
○健康状態	・主観的健康観 ・社会参加の状況
○満足度	・リハビリテーションへの満足度

図表 7 ④老人保健施設票の主な調査項目

内容	主な調査項目
○事業所の概要	・経営主体 ・利用者数 ・同一法人で行っている医療・介護サービス ・介護報酬上の届出
○加算の算定状況	・生活期リハビリテーション関連加算の実施状況、実績（各サービス別）
○事業所の体制	・職種 ・人数（常勤/非常勤、常勤換算）
○その他	・紹介・調整等の実施状況
○退所者の状況	・退所者数 ・（退所者別）現有疾患、要介護度 ・在宅復帰後のフォロー 等

➤ 回収状況

上記の各票の発出および回収状況は以下のとおりである。

図表 8 調査票の回収状況

調査票名	回収数	発出数	回収率	有効 回答	有効 回答率
施設・事業所票（訪問リハビリテーション）	250	500	50.0%	243	48.6%
利用者票（訪問リハビリテーション）	1513	5000	30.3%	1438	28.8%
施設・事業所票（通所リハビリテーション）	234	500	46.8%	234	46.8%
利用者票（通所リハビリテーション）	2260	5000	45.2%	2260	45.2%
施設・事業所票（通所介護）	203	500	40.6%	201	40.2%
利用者票（通所介護）	1898	5000	38.0%	1815	36.3%
施設・事業所票（短期入所療養介護）	194	500	38.8%	194	38.8%
利用者票（短期入所療養介護）	845	5000	16.9%	827	16.5%
施設・事業所票（短期入所生活介護）	172	500	34.4%	171	34.2%
利用者票（短期入所生活介護）	1546	5000	30.9%	1503	30.1%
本人票	7917	25000	31.7%	7843	31.4%
施設・事業所／退所者票（老人保健施設）	367	774	47.4%	357	46.1%

（２）生活期リハビリテーションに関するヒアリング調査

➤ 調査の概要

生活期リハビリテーションにかかる先進的な実践事例を収集するために、介護サービス事業所（訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、通所介護、短期入所生活介護、老人保健施設）、および住民主体の介護予防事業に取り組んでいる市町を対象として、事例の収集を行った。

なお、介護サービス事業所の事例対象施設は、日本訪問リハビリテーション協会、全国デイ・ケア協会、全国老人保健施設協会、全国老人福祉施設協議会からの推薦事業所とした。

➤ 調査対象

訪問リハビリテーション（2事業所）、通所リハビリテーション（2事業所）、通所介護（1事業所）、短期入所生活介護（1事業所）、老人保健施設（2事業所）、住民主体の介護予防事業実施12市町を対象に実施した。

図表 9 事例収集事業所・市町村一覧

種別		主な調査項目	
介護 サービス 事業所	訪問リハビリ テーション	・ 竹田総合病院 訪問リハビリテーション ・ 三軒茶屋リハビリテーションクリニック	
	通所リハビリ テーション	・ 竹田総合病院 通所リハビリテーション TRY ・ 介護老人保健施設 せんだんの丘	
	通所介護	・ みゆき園デイサービスセンター	
	短期入所生活介護	・ 白寿園短期入所生活介護事業所	
	老人保健施設	・ 老人保健施設 創生園	
・ 老人保健施設 ヒルトップロマン			
市町		・ 北海道滝川市	・ 千葉県印西市
		・ 静岡県静岡市	・ 滋賀県栗東市
		・ 大阪府大東市	・ 大阪府島本町
		・ 兵庫県洲本市	・ 兵庫県淡路市
		・ 岡山県津山市	・ 岡山県総社市
		・ 高知県高知市	・ 中芸広域連合

➤ 調査内容

事例収集における主な調査項目は次のとおり。

図表 10 事例収集における主な調査項目

〔介護サービス事業所〕

- ・事業所の概要
- ・利用者の概要
- ・事業所の理念
- ・急変時の対応

- ・サービス提供上の特徴（1日の流れなど）
- ・目標設定のポイント（プログラムの実施と目標の見直し、修了の見極めなど）
- ・修了後のフォロー
- ・具体的事例（課題解決に向けた目標、利用開始以降の経緯など）

〔市町〕

- ・自治体の概要
- ・事業の概要

（概要、事業の広がり、実施頻度等、利用者像、担い手、行政による支援の内容など）

- ・事業の具体的な内容
- ・事業の経過
- ・今後の方向性・課題

- ・他市町村へのアドバイス

【表章上の留意点】

本報告書に示す表章、集計数値については、合計数値と内訳数値は、四捨五入の関係で合致しない場合があることについて留意されたい。

第2部

在宅サービス調査結果

1. 事業所の状況

(1) 職員配置の状況

1) 1事業所あたりのリハ関連職種の職員配置

各サービス提供事業所のリハ関連職種の職員配置は下表のとおりである。1事業所あたりのリハ職の人数（常勤換算）は、訪問リハで3.2人、通所リハで3.0人、通所介護で1.0人、短期入所療養介護で4.1人、短期入所生活介護で0.4人であった。

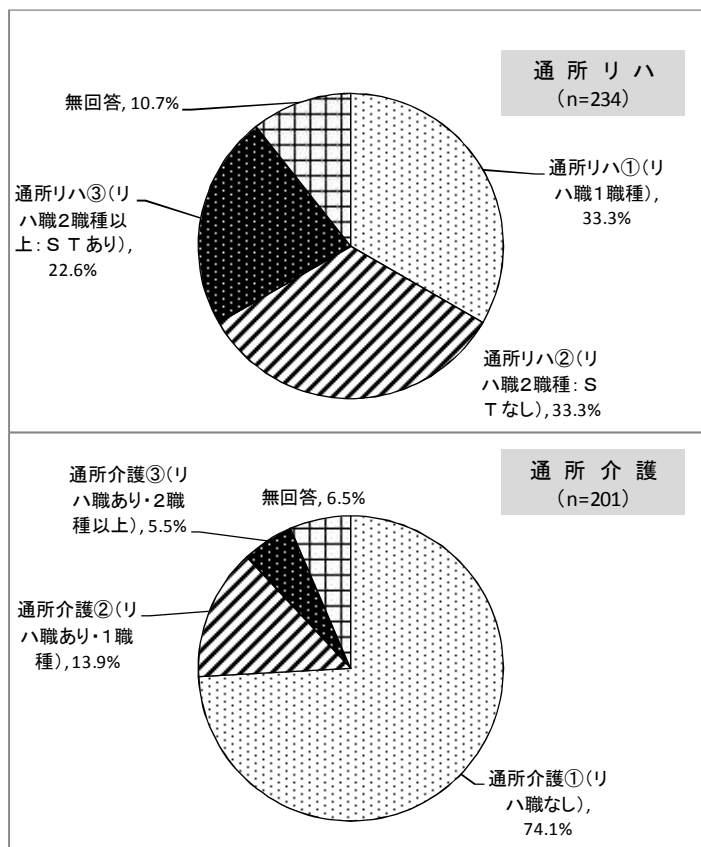
図表 11 1事業所あたりの職員配置（常勤換算）

	医師	看護師	リハ職	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士
訪問リハ	0.8人	—	3.2人	2.1人	0.9人	0.2人
通所リハ	0.7人	1.8人	3.0人	1.7人	1.0人	0.2人
通所介護	0.1人	1.4人	1.0人	0.6人	0.3人	0.0人
短期入所療養介護	1.1人	10.1人	4.1人	2.1人	1.5人	0.4人
短期入所生活介護	0.2人	2.6人	0.4人	0.2人	0.2人	0.0人

2) リハ職の配置状況

通所サービスにおけるリハ職の配置状況をみると、「通所リハ」では「1 職種配置」33.3%、「2 職種以上配置・ST なし」33.3%、「2 職種以上配置・ST あり」22.6%であった。また「通所介護」では、「リハ職配置なし」74.1%、「1 職種配置」13.9%、「2 職種以上配置」5.5%であった。

図表 12 通所サービスにおけるリハ職の配置状況



(2) 利用者数

各サービス提供事業所の平成 25 年 10 月 1 日時点の実利用者数は、訪問リハで 22.3 人、通所リハで 63.5 人、通所介護で 54.6 人、短期入所療養介護で 11.1 人、短期入所生活介護で 27.6 人であった。

図表 13 1 事業所あたりの要介護度別利用者数

	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
訪問リハ	0.6人	2.0人	3.2人	5.0人	4.1人	3.7人	3.6人	22.3人
通所リハ	5.9人	9.6人	14.8人	15.8人	9.3人	5.5人	2.6人	63.5人
通所介護	5.8人	7.8人	14.2人	13.1人	7.0人	4.2人	2.4人	54.6人
短期入所療養介護	0.1人	0.2人	1.2人	2.3人	2.6人	2.5人	2.2人	11.1人
短期入所生活介護	0.2人	0.5人	3.9人	5.8人	7.6人	5.6人	4.0人	27.6人

(3) 生活期リハビリテーション関連加算の算定状況

本調査において、リハビリテーションの提供に力を入れているとして取り上げた各種加算は下記のとおりである。

図表 14 対象とした加算

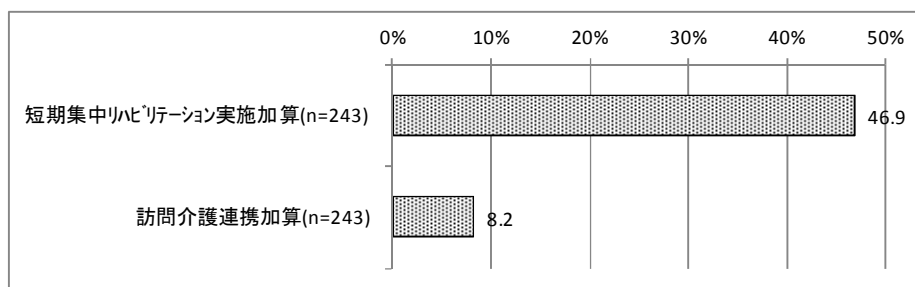
訪問リハ		
理学療法士等集中リハビリテーション実施加算	利用者に対して、集中的に指定訪問リハビリテーションを行った場合に加算。	
訪問介護連携加算	理学療法士等及び指定訪問介護事業所のサービス提供責任者が、指定訪問介護及び指定訪問リハビリテーションの利用者の居宅を訪問し、当該利用者の身体の状態等の評価を共同で行い、かつ、当該理学療法士等がサービス提供責任者に対して、訪問介護計画を作成する上での必要な指導及び助言を行った場合に加算。	
通所リハ		
理学療法士等体制強化加算	指定居宅サービス基準に規定する配置基準を超えて、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を専従かつ常勤で2名以上配置している事業所について加算。	
リハビリテーションマネジメント加算	①医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の職種のもの共同して、利用者ごとのリハビリテーション実施計画を作成し、②利用者ごとのリハビリテーション実施計画に従い医師又は医師の指示を受けた理学療法士等が指定通所リハビリテーションを行っているとともに、利用者の状態を定期的に記録し、③利用者ごとのリハビリテーション実施計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直している場合等に加算。	
短期集中リハビリテーション実施加算	利用者に対して、医師又は医師の指示を受けた理学療法士等が退院(所)日から3ヵ月以内で集中的な個別リハビリテーションを行った場合に加算。	
個別リハビリテーション実施加算	利用者に対して、医師又は医師の指示を受けた理学療法士等が集中的な個別リハビリテーションを実施した場合に加算。	
認知症短期集中リハビリテーション実施加算	認知症であると医師が判断した者であって、リハビリテーションによって生活機能の改善が見込まれると判断されたものに対して、医師又は医師の指示を受けた理学療法士等がその退院(所)日又は通所開始日から起算して3月以内の期間に集中的なリハビリテーションを個別に行った場合に加算。	
訪問指導等加算	医師又は医師の指示を受けた理学療法士等が、利用者の居宅を訪問し、診察、運動機能検査、作業能力検査等を行い、通所リハビリテーション計画の作成及び見直しを行った場合に加算。	
事業所評価加算	指定介護予防通所リハビリテーション事業所のうち、選択的サービスを利用した利用者の割合が6割、かつ選択的サービス利用者で要介護認定を更新した者のうち、要介護認定を更新した人で、要介護度の改善した者が一定以上の割合の場合に加算。	
通所介護		
個別機能訓練加算Ⅰ	次に掲げる基準のいずれにも適合すること。 (1)専ら機能訓練指導員の職務に従事する常勤の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師を1名以上配置。 (2)個別機能訓練計画の作成及び実施において利用者の自立の支援と日常生活の充実に資するような複数の種類の機能訓練の項目を準備し、その項目の選択に当たっては、利用者の生活意欲が増進されるよう利用者を援助し、心身の状況に応じた機能訓練を適切に実施。 (3)機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、利用者ごとに個別機能訓練計画を作成し、当該計画に基づき、計画的に機能訓練を実施。	
個別機能訓練加算Ⅱ	次に掲げる基準のいずれにも適合すること。 (1)専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を1名以上配置。 (2)機能訓練指導員、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職員の者が共同して、利用者の生活機能向上に資するよう利用者ごとの心身の状況を重視した個別機能訓練計画を作成。 (3)個別機能訓練計画に基づき、利用者の生活機能向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、理学療法士等が、利用者の心身の状況に応じた機能訓練を適切に実施。	
事業所評価加算	指定介護予防通所介護事業所のうち、選択的サービスを利用した利用者の割合が6割、かつ選択的サービス利用者で要介護認定を更新した者のうち、要介護認定を更新した人で、要介護度の改善した者が一定以上の割合の場合に加算。	
短期入所療養介護		
リハビリテーション機能強化加算	介護老人保健施設において、リハビリテーション実施計画を作成、実施、記録した場合に加算。	
個別リハビリテーション実施加算	理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が利用者に対して1日当たり20分以上個別リハビリテーションを行った場合に加算。	
短期入所生活介護		
機能訓練体制加算	専ら機能訓練指導員の職務に従事する常勤の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師を1名以上配置している場合に加算。	

1) 訪問リハビリテーション

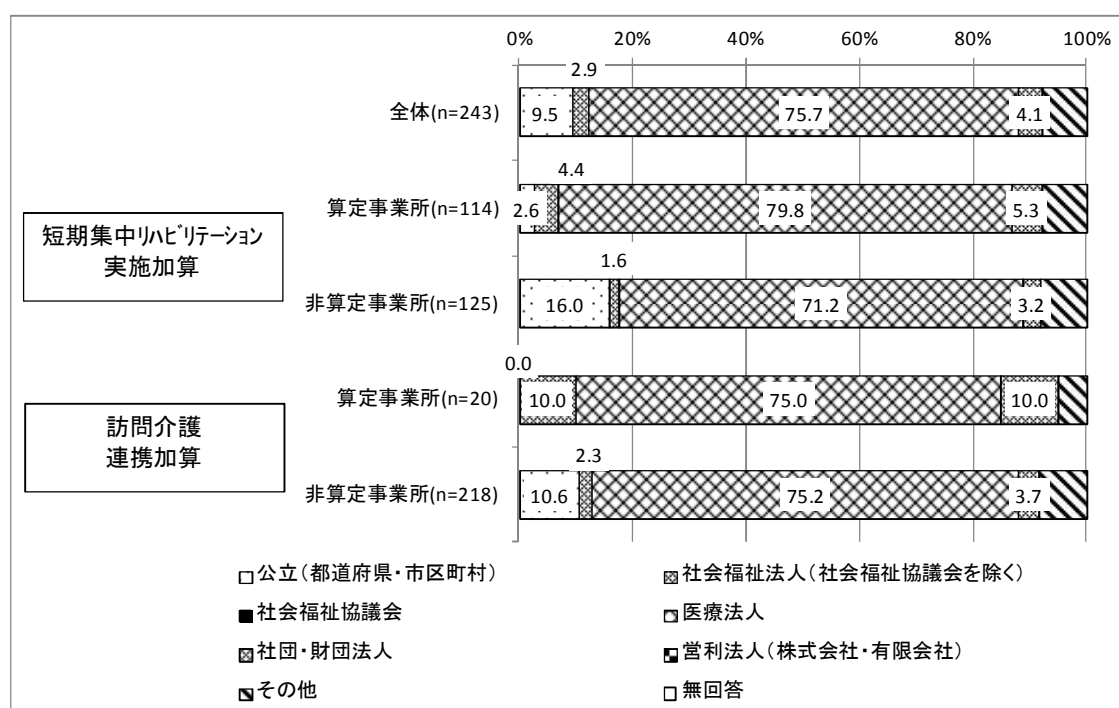
訪問リハビリテーション事業所のうち、「短期集中リハビリテーション実施加算」を算定している事業所は46.9%、「訪問介護連携加算」を算定している事業所は8.2%であった。

それぞれの加算を算定している事業所の法人種別をみると、算定していない事業所においては算定している事業所と比べて「公立」の割合が高くなっている。

図表 15 訪問リハビリテーションの加算算定状況



図表 16 訪問リハビリテーションの加算算定状況別の法人種別



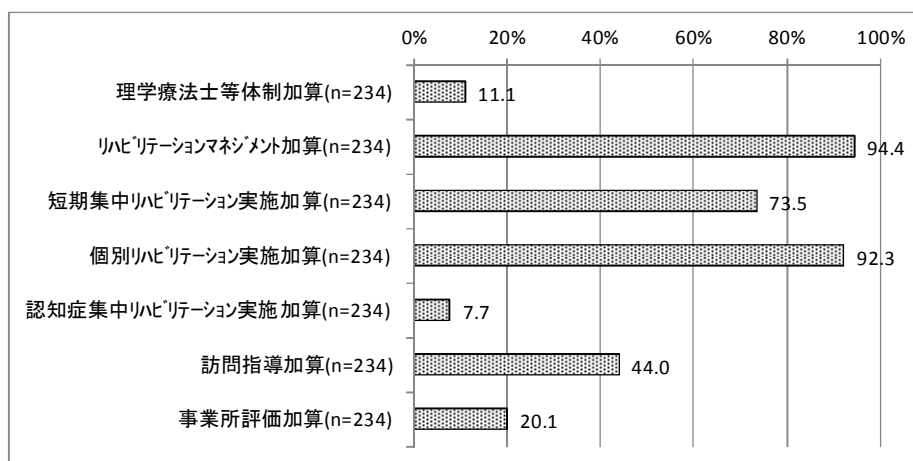
※ グラフ中には左から公立(都道府県・市区町村)、社会福祉法人(社会福祉協議会を除く)、医療法人、社団・財団法人についてのみ数値を表記

2) 通所リハビリテーション

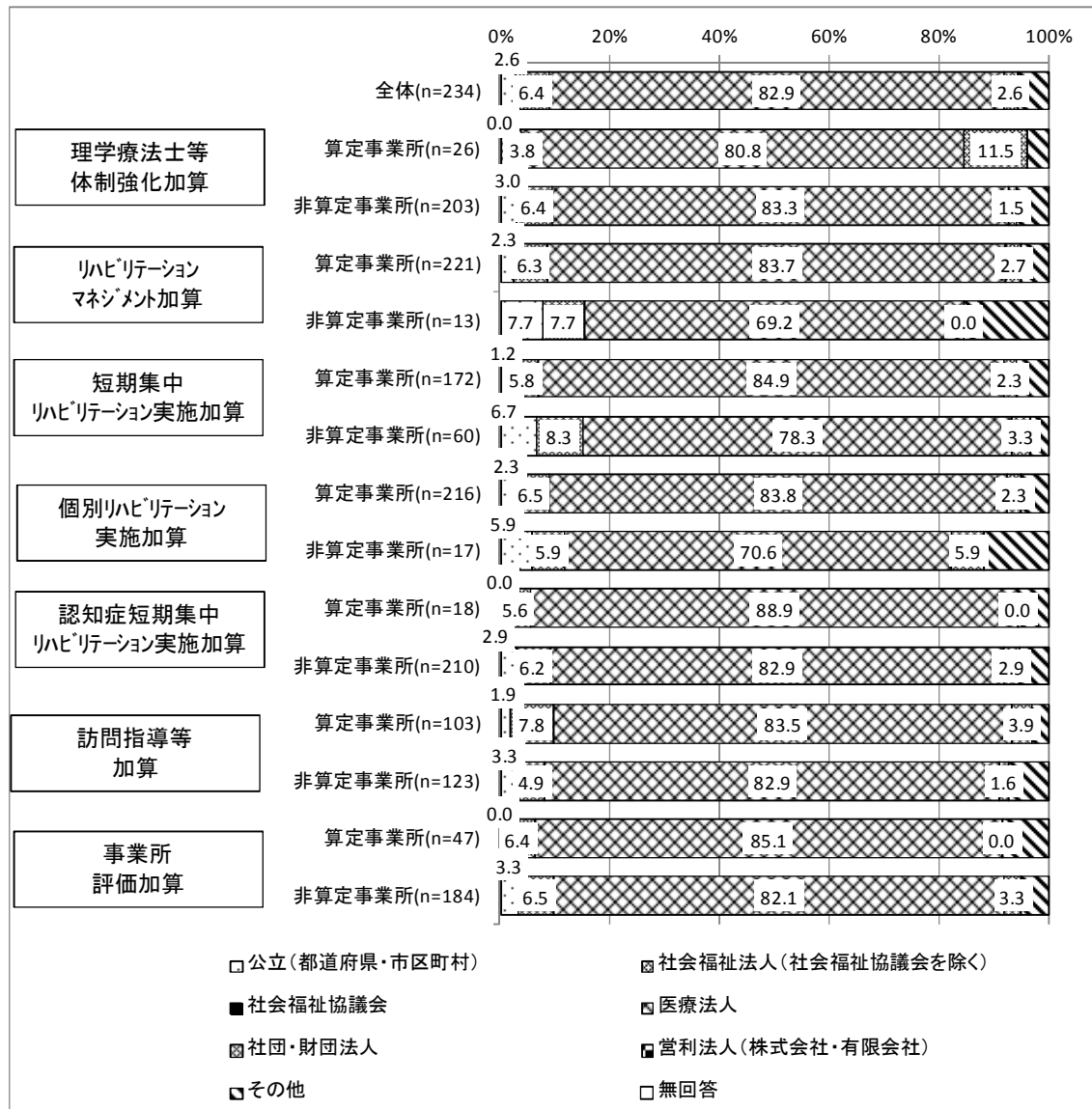
通所リハビリテーション事業所のうち、「リハビリテーションマネジメント加算」ならびに「個別リハビリテーション実施加算」は 9 割を超える事業所が算定しているが、「理学療法士等体制加算」を算定している事業所は 11.1%、「認知症集中リハビリテーション実施加算」を算定している事業所は 7.7%であった。

それぞれの加算を算定している事業所の法人種別をみると、算定していない事業所においては算定している事業所と比べて「公立」の割合が高くなっている。

図表 17 通所リハビリテーションの加算算定状況



図表 18 通所リハビリテーションの加算算定状況別の法人種別



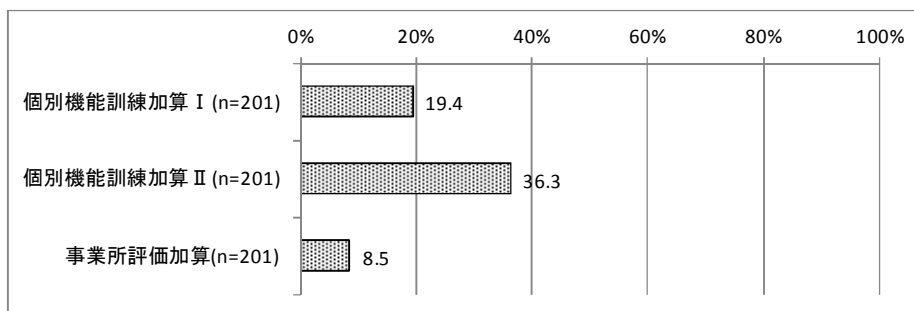
※ グラフ中には左から公立(都道府県・市区町村)、社会福祉法人(社会福祉協議会を除く)、医療法人、社団・財団法人についてのみ数値を表記

3) 通所介護

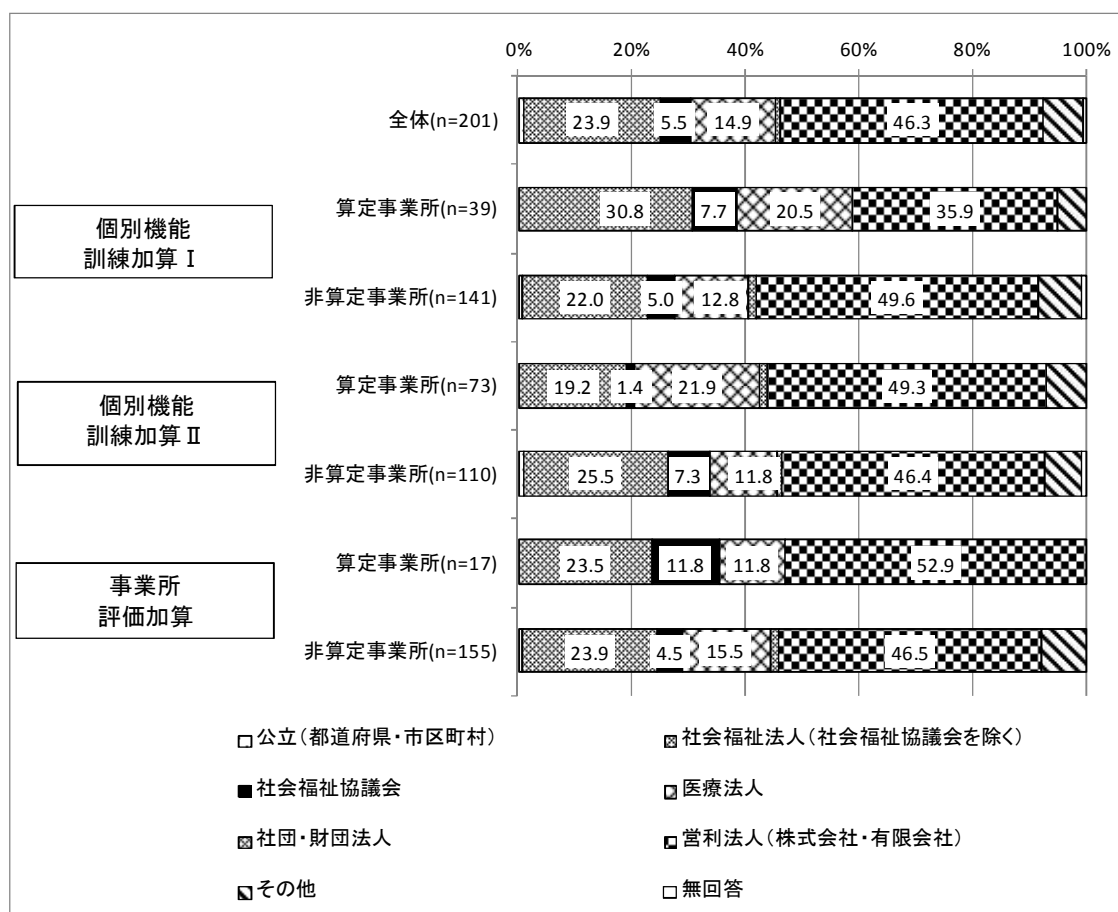
通所介護事業所のうち、「個別機能訓練加算Ⅰ」を算定している事業所は19.4%、「個別機能訓練加算Ⅱ」を算定している事業所は36.3%、「事業所評価加算」を算定している事業所は8.5%であった。

それぞれの加算を算定している事業所の法人種別をみると、「個別機能訓練加算Ⅰ」「個別機能訓練加算Ⅱ」を算定している事業所は、算定していない事業所と比べて「医療法人」の割合が高くなっている。

図表 19 通所介護の加算算定状況



図表 20 通所介護の加算算定状況別の法人種別



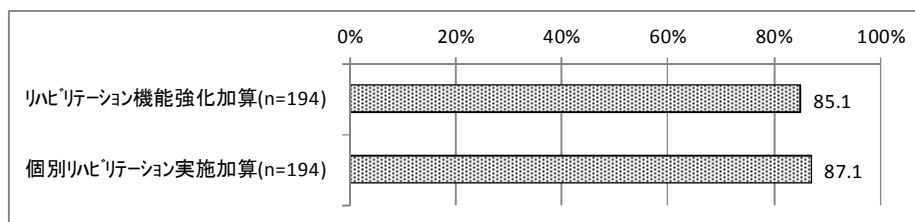
※ グラフ中には左から社会福祉法人(社会福祉協議会を除く)、社会福祉協議会、医療法人、営利法人(株式会社・有限会社)についてのみ数値を表記

4) 短期入所療養介護

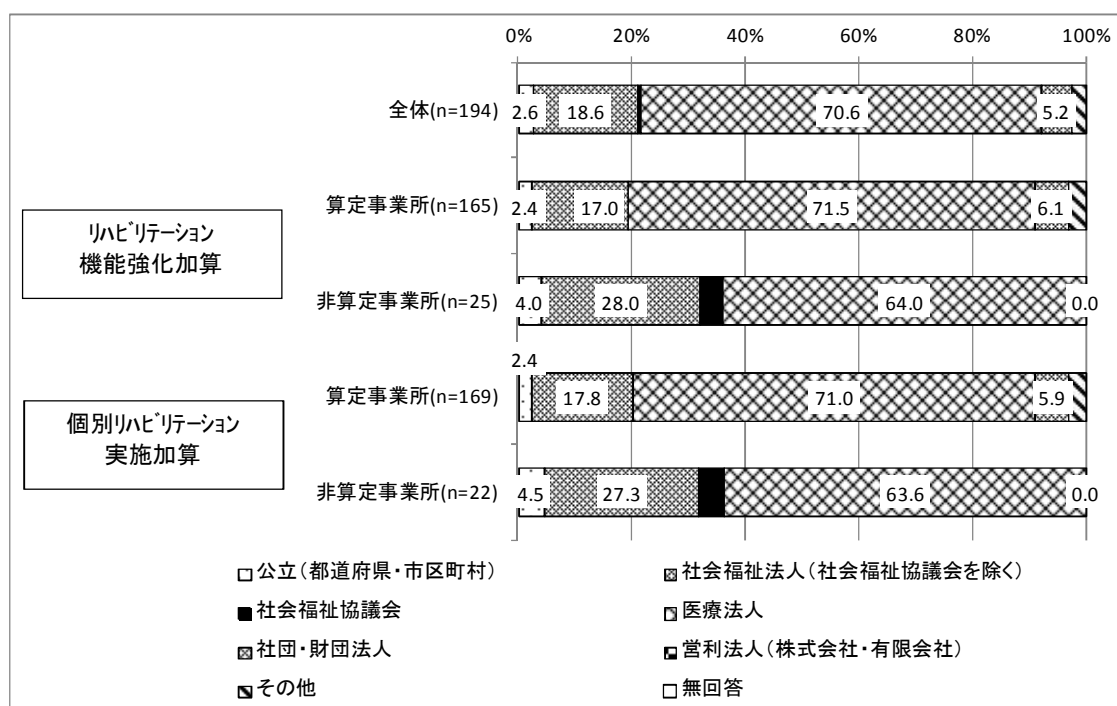
短期入所療養介護事業所のうち、「リハビリテーション機能強化加算」を算定している事業所は85.1%、「個別リハビリテーション実施加算」を算定している事業所は87.1%あった。

それぞれの加算を算定している事業所の法人種別をみると、算定している事業所においては算定していない事業所と比べて「医療法人」の割合が高くなっており、算定していない事業所では算定している事業所と比べて「社会福祉法人」の割合が高くなっている。

図表 21 短期入所療養介護の加算算定状況



図表 22 短期入所療養介護の加算算定状況別の法人種別



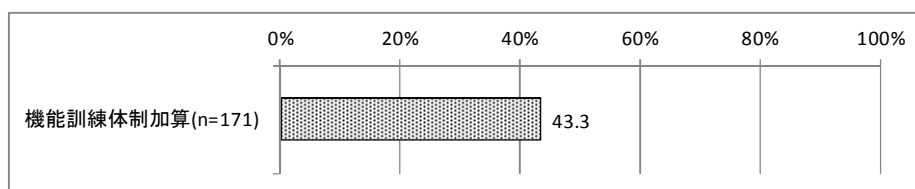
※ グラフ中には左から公立(都道府県・市区町村)、社会福祉法人(社会福祉協議会を除く)、医療法人、社団・財団法人についてのみ数値を表記

5) 短期入所生活介護事業所

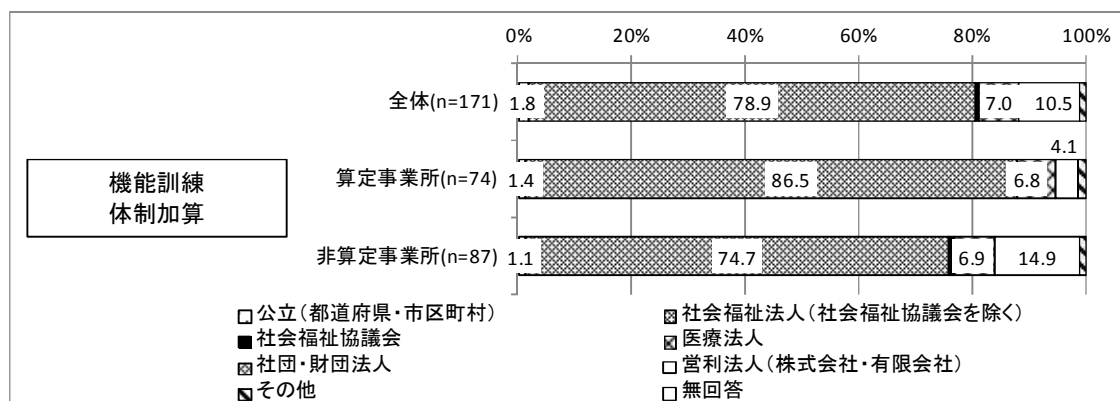
短期入所生活介護事業所のうち、「機能訓練体制加算」を算定している事業所は43.3%あった。

加算を算定している事業所の法人種別をみると、算定している事業所においては算定していない事業所と比べて「社会福祉法人」の割合が高くなっており、算定していない事業所では算定している事業所と比べて「営利法人」の割合が高くなっている。

図表 23 短期入所生活介護の加算算定状況



図表 24 短期入所生活介護の加算算定状況別の法人種別



※ グラフ中には左から公立(都道府県・市区町村)、社会福祉法人(社会福祉協議会を除く)、医療法人、営利法人(株式会社・有限会社)についてのみ数値を表記

2. 利用者の状況

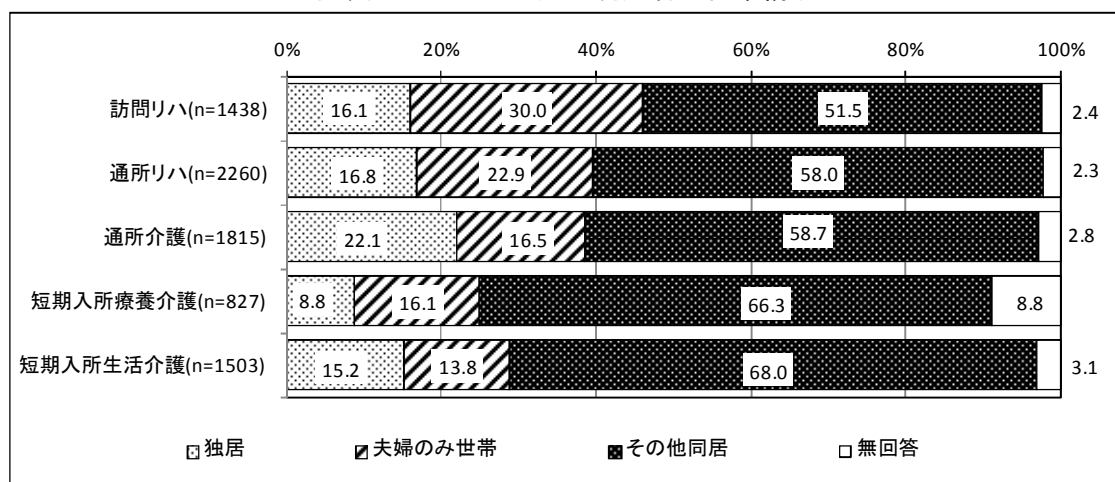
本調査においては、各事業所に対し、最大 10 人の利用者を抽出していただき、利用者票について記載いただくと同時に、本人票を配布していただいた。以下では、回答のあった利用者票、本人票の集計結果を掲載するため、回答のあった事業所の全利用者について集計しているわけではないことに留意されたい。

(1) 家族構成／介護力

1) 家族構成

各サービスの利用者の世帯構成をみると、「通所介護」で「独居」の割合が高く、逆に「短期入所療養介護」で独居の割合が低くなっている。

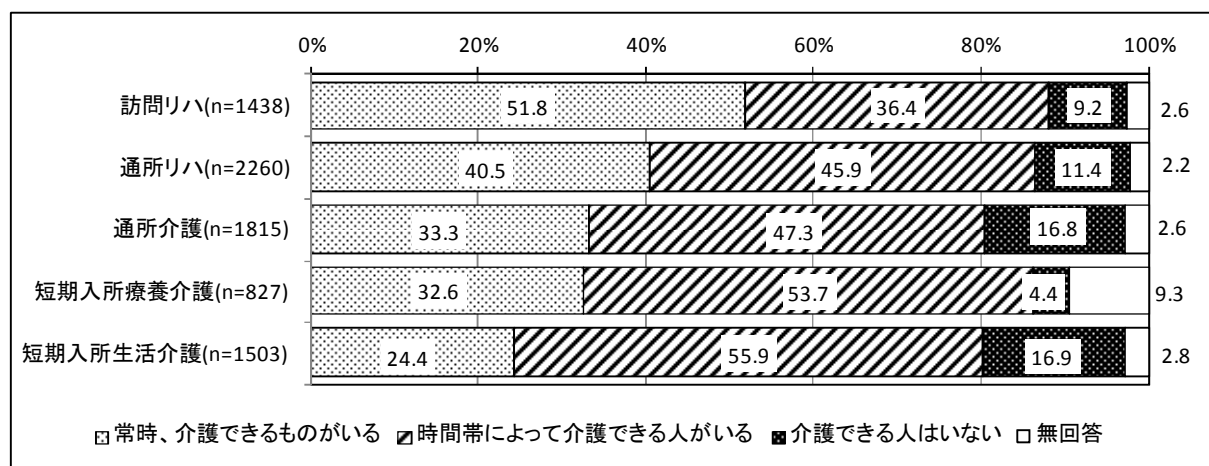
図表 25 サービス別の利用者の世帯構成



2) 家族介護力

各サービスの利用者の家族介護力をみると、「訪問リハ」においては「常時介護できるものがある」割合が 51.8%である一方、「短期入所療養介護」「短期入所生活介護」では「時間帯によって介護できる人がある」割合がそれぞれ 53.7%、55.9%と 50%を超えている。

図表 26 サービス別の利用者の世帯の介護力



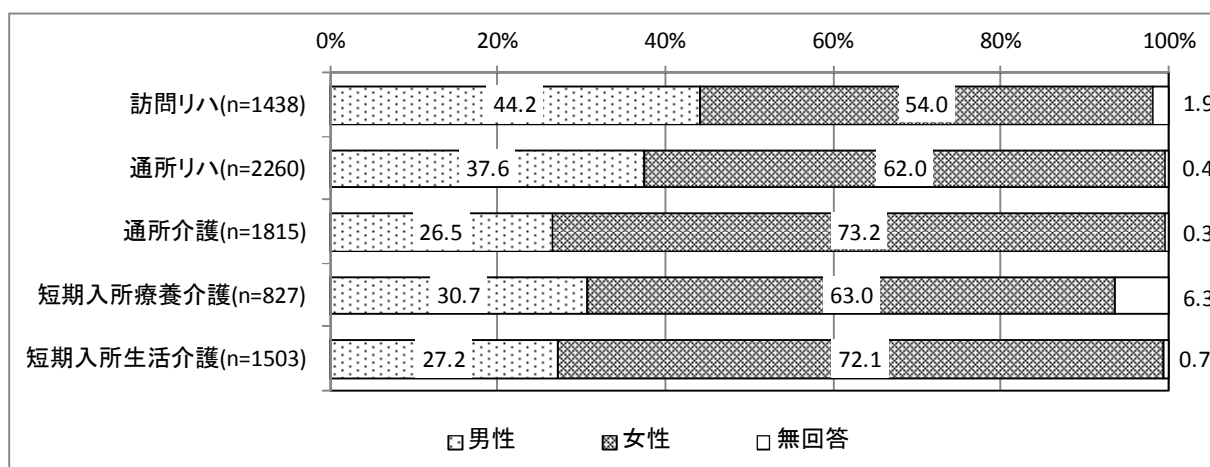
(2) 利用者特性

1) 性別

各サービス別の利用者の性別をみると、どのサービスも女性の方が多いが、「訪問リハ」ではその差は 10 ポイント程度なのに対して、「通所リハ」ではその差が 20 ポイント以上、そして「通所介護」では 40 ポイント以上となっている。

また「短期入所療養介護」「短期入所生活介護」でも性別による利用者割合の差が大きく、「短期入所療養介護」では女性の利用者割合が男性の利用者割合を 30 ポイント以上、「短期入所生活介護」では 40 ポイント以上上回っている。

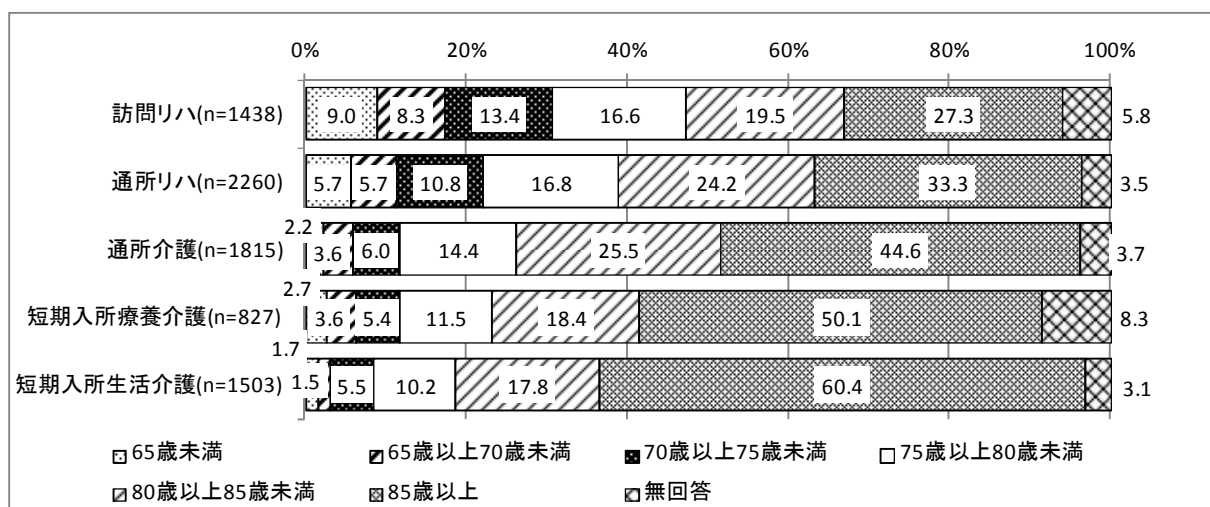
図表 27 サービス別の利用者の性別



2) 年齢

各サービス別の利用者の年齢分布をみると、「訪問リハ」「通所リハ」は他のサービスと比べて 75 歳未満の割合が高く、「短期入所療養介護」「短期入所生活介護」は 85 歳以上の割合が高くなっている。

図表 28 サービス別の利用者の年齢分布



3) 要介護度

各サービス別の利用者の要介護度をみると、「通所リハ」「通所介護」と比べて「訪問リハ」の方が、より重度（要介護度4・5）の利用者の割合が高くなっている。

図表 29 サービス別の利用者の要介護度

	合計	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	無回答
全体	7,843	4.9%	11.2%	19.2%	23.0%	18.2%	13.2%	7.8%	2.5%
訪問リハ	1,438	2.9%	8.6%	14.5%	22.3%	16.8%	16.7%	14.7%	3.5%
通所リハ	2,260	8.0%	18.1%	24.3%	25.3%	13.5%	6.9%	2.5%	1.5%
通所介護	1,815	8.4%	16.5%	26.0%	24.0%	12.3%	8.2%	3.0%	1.6%
短期入所療養介護	827	0.5%	2.2%	11.5%	21.8%	23.3%	20.9%	13.2%	6.7%
短期入所生活介護	1,503	0.5%	1.7%	12.1%	20.0%	30.9%	21.4%	11.8%	1.7%
全体	7,843	35.3%			41.2%		21.0%		2.5%
訪問リハ	1,438	25.9%			39.1%		31.4%		3.5%
通所リハ	2,260	50.4%			38.7%		9.3%		1.5%
通所介護	1,815	50.9%			36.3%		11.2%		1.6%
短期入所療養介護	827	14.1%			45.1%		34.1%		6.7%
短期入所生活介護	1,503	14.3%			50.8%		33.2%		1.7%

※ 本報告書においては、要介護度の7区分とともに、「軽度」「中度」「重度」という3区分も用いている。それぞれ該当する要介護度は下記の通り。

軽度＝要支援1・2

中度＝要介護1・2

重度＝要介護3・4・5

4) 日常生活自立度

➤ 障害高齢者の日常生活自立度

各サービス別の利用者の障害高齢者の日常生活自立度（本報告書では、以下「寝たきり度」という）をみると、「通所リハ」「通所介護」と比べて「訪問リハ」「短期入所療養介護」「短期入所生活介護」の方が、重度（自立度B・C）の利用者の割合が高くなっている。

図表 30 サービス別の利用者の障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）

	合計	自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2	不明	無回答
全体	7,843	4.7%	6.0%	13.8%	20.9%	18.2%	9.7%	9.2%	2.6%	3.9%	4.5%	6.3%
訪問リハ	1,438	2.0%	3.7%	9.8%	22.7%	19.1%	12.5%	9.7%	5.4%	9.8%	1.5%	3.8%
通所リハ	2,260	6.0%	9.5%	19.9%	25.9%	19.3%	7.7%	5.6%	0.8%	0.6%	1.4%	3.4%
通所介護	1,815	10.5%	9.1%	17.4%	18.5%	13.4%	4.7%	4.4%	1.4%	1.2%	8.0%	11.3%
短期入所療養介護	827	0.1%	1.0%	4.6%	14.8%	23.2%	16.6%	19.1%	3.3%	7.3%	1.2%	8.9%
短期入所生活介護	1,503	0.8%	2.2%	9.0%	18.1%	18.8%	12.4%	14.6%	3.9%	4.9%	9.8%	5.4%
全体	7,843	63.6%					25.4%				4.5%	6.3%
訪問リハ	1,438	57.2%					37.5%				1.5%	3.8%
通所リハ	2,260	80.6%					14.6%				1.4%	3.4%
通所介護	1,815	69.0%					11.7%				8.0%	11.3%
短期入所療養介護	827	43.7%					46.2%				1.2%	8.9%
短期入所生活介護	1,503	48.9%					35.9%				9.8%	5.4%

※ 本報告書においては、障害高齢者の日常生活自立度のA以下を寝たきり度軽度、B以上を寝たきり度重度と定義する。

➤ 認知症高齢者の日常生活自立度

各サービス別の利用者の認知症高齢者の日常生活自立度（本報告書では、以下「認知症自立度」という）をみると、「通所リハ」「訪問リハ」「通所介護」においては認知症自立度がⅡ以上の利用者が 3～4 割程度なのに対して、「短期入所療養介護」「短期入所生活介護」においては、認知症自立度がⅡ以上の利用者が 6 割を超えている。

図表 31 サービス別の利用者の認知症高齢者の日常生活自立度（認知症自立度）

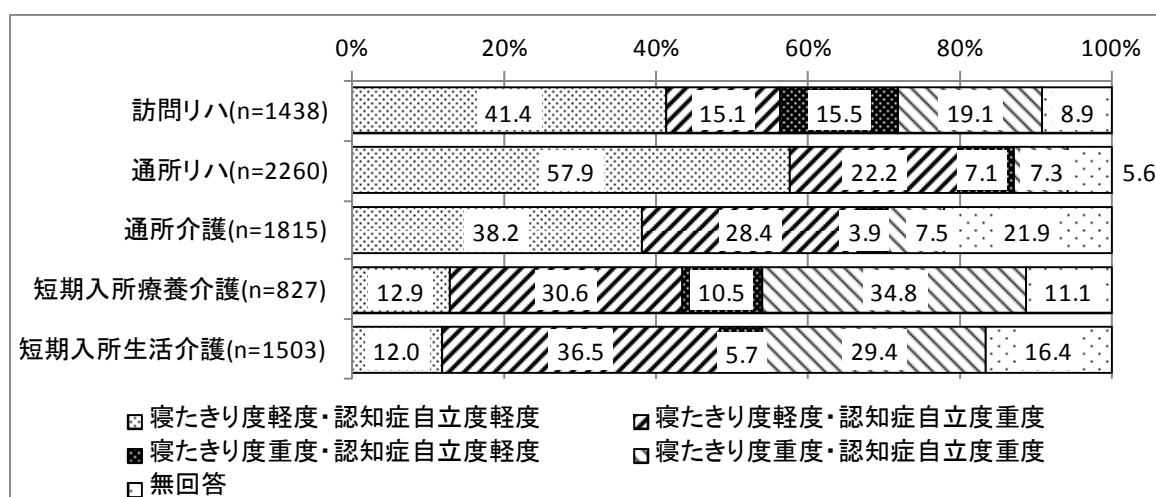
	合計	自立	I	Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	Ⅲb	Ⅳ	M	不明	無回答
全体	7,843	25.9%	19.5%	12.6%	14.4%	9.6%	3.1%	3.4%	0.6%	4.6%	6.5%
訪問リハ	1,438	37.3%	20.2%	10.2%	10.6%	6.9%	2.3%	3.4%	1.0%	3.7%	4.4%
通所リハ	2,260	38.9%	26.6%	11.7%	11.4%	4.6%	0.9%	1.2%	0.2%	1.2%	3.2%
通所介護	1,815	24.3%	18.9%	12.0%	13.4%	7.0%	2.3%	2.1%	0.4%	7.5%	12.0%
短期入所療養介護	827	8.7%	14.9%	18.4%	20.2%	15.2%	5.9%	4.5%	1.2%	1.6%	9.4%
短期入所生活介護	1,503	6.9%	11.3%	13.5%	20.3%	19.7%	6.5%	7.4%	0.7%	8.8%	4.9%
全体	7,843	45.4%	43.5%							4.6%	6.5%
訪問リハ	1,438	57.5%	34.4%							3.7%	4.4%
通所リハ	2,260	65.5%	30.0%							1.2%	3.2%
通所介護	1,815	43.2%	37.3%							7.5%	12.0%
短期入所療養介護	827	23.6%	65.4%							1.6%	9.4%
短期入所生活介護	1,503	18.2%	68.1%							8.8%	4.9%

※ 本報告書においては、認知症高齢者の日常生活自立度のⅠ以下を軽度、Ⅱ以上を重度と定義する。

➤ 日常生活自立度の組合せ

「障害高齢者の日常生活自立度」と「認知症高齢者の日常生活自立度」を組み合わせ、「寝たきり度、認知症自立度ともに軽い」群、「寝たきり度は軽いが認知症自立度は重い」群、「寝たきり度は重いが認知症自立度は軽い」群、「寝たきり度、認知症自立度ともに重い」群、の 4 つのカテゴリーを設定したところ（以下、「4 群」という）、「短期入所療養介護」「短期入所生活介護」においては、認知症自立度が重い利用者の割合が高くなっている。

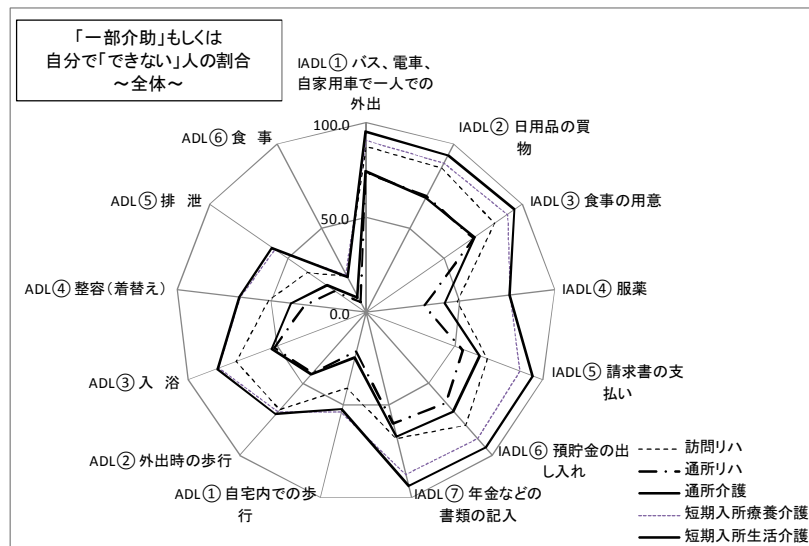
図表 32 サービス別の利用者の日常生活自立度の組合せ



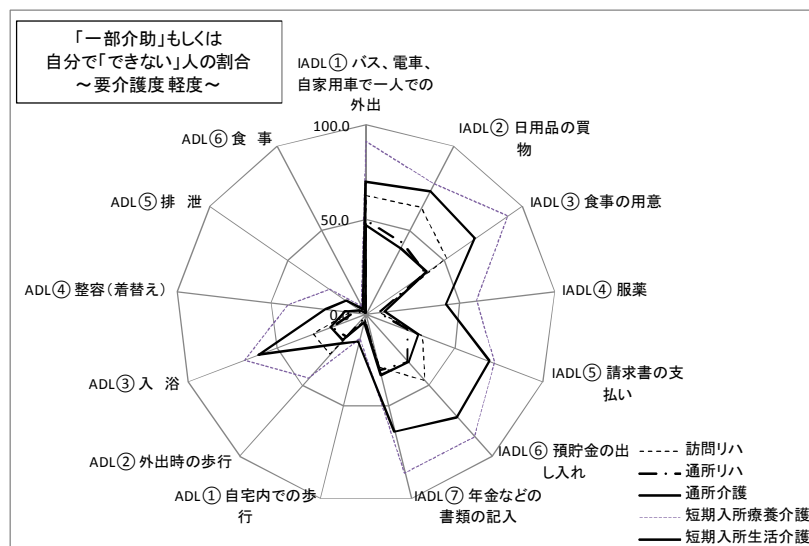
5) 日常生活動作（ADL）・手段的日常生活動作（IADL）

各サービスの利用者の日常生活上の動作等のうち、「一部介助」もしくは「できない」とする割合をみると、要介護度が「軽度」ではサービスごとにその割合に違いがみられるが、要介護度が「重度」になるとサービスごとの違いはほとんどなくなっている。

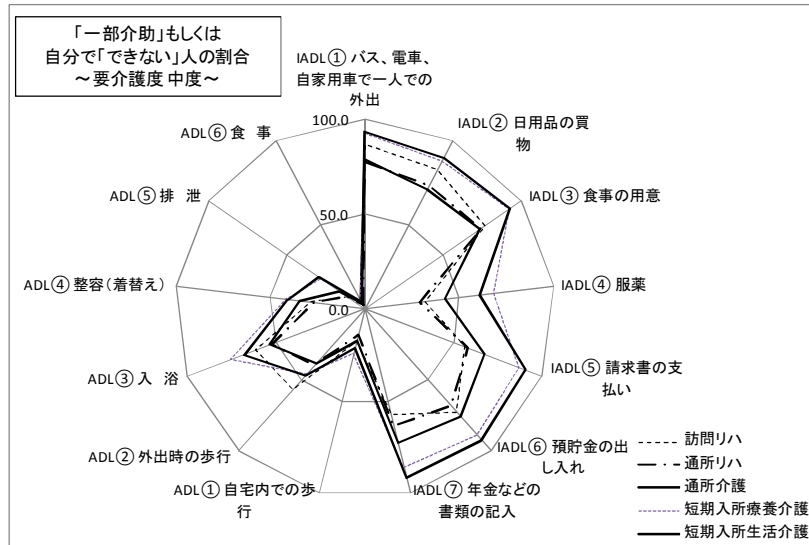
図表 33 サービス別の利用者の ADL、IADL の状況（「一部介助」もしくは「できない」割合）
～要介護度別～



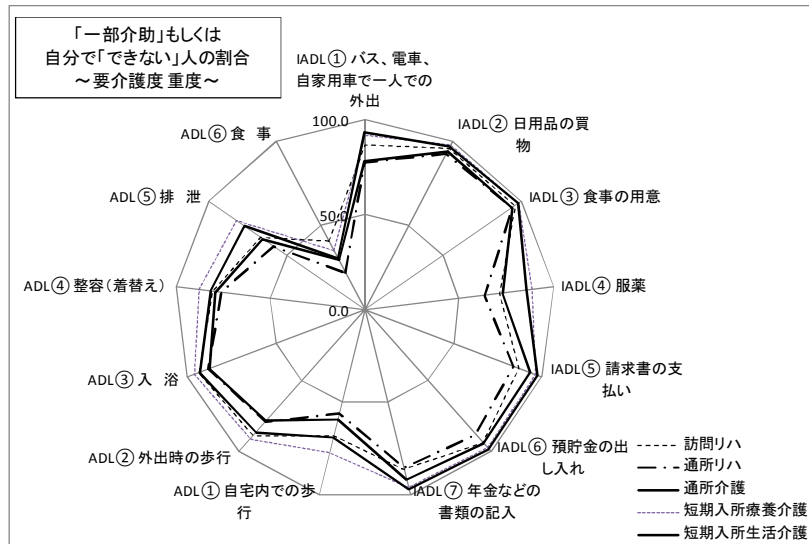
全体	合計	IADL① バス、電車、自家用車で一人での外出	IADL② 日用品の買物	IADL③ 食事の用意	IADL④ 服薬	IADL⑤ 請求書の支払い	IADL⑥ 預貯金の出し入れ	IADL⑦ 年金などの書類の記入	ADL① 自宅内での歩行	ADL② 外出時の歩行	ADL③ 入浴	ADL④ 整容(着替え)	ADL⑤ 排泄	ADL⑥ 食事
訪問リハ	1,438	87.5%	85.9%	82.6%	48.7%	68.2%	79.1%	68.0%	40.8%	68.5%	72.6%	51.5%	37.5%	22.0%
通所リハ	2,260	73.8%	69.3%	69.3%	31.2%	55.0%	63.8%	59.8%	21.1%	42.4%	51.8%	32.9%	20.1%	6.3%
通所介護	1,815	74.4%	68.4%	70.0%	41.9%	64.1%	69.6%	67.5%	24.2%	43.0%	53.1%	39.4%	24.8%	9.3%
短期入所療養介護	827	90.8%	88.5%	90.8%	76.4%	87.1%	88.9%	87.5%	54.2%	69.8%	83.0%	66.5%	58.2%	22.5%
短期入所生活介護	1,503	95.6%	93.5%	95.5%	76.2%	94.2%	95.1%	94.2%	52.1%	71.3%	83.6%	66.9%	59.8%	21.2%



要介護度軽度	合計	IADL① バス、電車、自家用車で一人での外出	IADL② 日用品の買物	IADL③ 食事の用意	IADL④ 服薬	IADL⑤ 請求書の支払い	IADL⑥ 預貯金の出し入れ	IADL⑦ 年金などの書類の記入	ADL① 自宅内での歩行	ADL② 外出時の歩行	ADL③ 入浴	ADL④ 整容(着替え)	ADL⑤ 排泄	ADL⑥ 食事
訪問リハ	164	62.2%	63.4%	51.8%	7.3%	32.3%	47.0%	29.3%	3.0%	28.7%	29.9%	7.9%	1.2%	0.6%
通所リハ	590	49.5%	42.5%	38.3%	6.8%	23.6%	33.6%	30.5%	2.7%	15.8%	18.8%	6.8%	1.9%	0.5%
通所介護	453	46.8%	39.1%	39.1%	9.9%	29.4%	33.8%	33.1%	4.2%	18.3%	19.9%	10.8%	3.8%	0.9%
短期入所療養介護	22	90.9%	77.3%	90.9%	59.1%	72.7%	86.4%	86.4%	13.6%	45.5%	68.2%	40.9%	22.7%	4.5%
短期入所生活介護	33	69.7%	72.7%	69.7%	42.4%	69.7%	72.7%	63.6%	15.2%	21.2%	60.6%	21.2%	12.1%	3.0%



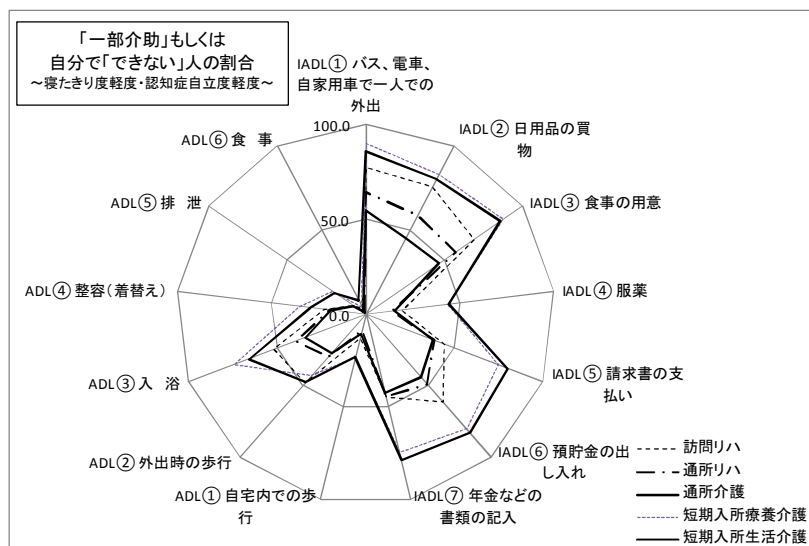
要介護度中	合計	IADL①バス、電車、自家用車で一人での外出	IADL②日用品の買物	IADL③食事の用意	IADL④服薬	IADL⑤請求書の支払い	IADL⑥預貯金のお出し入れ	IADL⑦年金などの書類の記入	ADL①自宅内での歩行	ADL②外出時の歩行	ADL③入浴	ADL④整容(着替え)	ADL⑤排泄	ADL⑥食事
訪問リハ	530	86.6%	82.5%	77.0%	32.1%	56.2%	72.8%	57.7%	17.4%	56.6%	61.7%	28.5%	11.1%	5.1%
通所リハ	1,121	77.3%	73.1%	74.2%	29.2%	58.3%	68.5%	63.5%	14.2%	39.8%	52.5%	26.9%	11.9%	2.2%
通所介護	906	78.4%	70.8%	73.7%	42.6%	67.3%	75.7%	72.8%	17.3%	38.5%	53.4%	34.8%	16.1%	4.0%
短期入所療養介護	275	92.0%	88.0%	92.4%	68.4%	86.9%	88.7%	86.2%	24.4%	46.2%	75.6%	41.8%	28.0%	4.4%
短期入所生活介護	482	93.4%	89.2%	93.2%	60.8%	90.9%	92.5%	91.5%	21.0%	46.7%	68.0%	41.1%	29.3%	3.5%



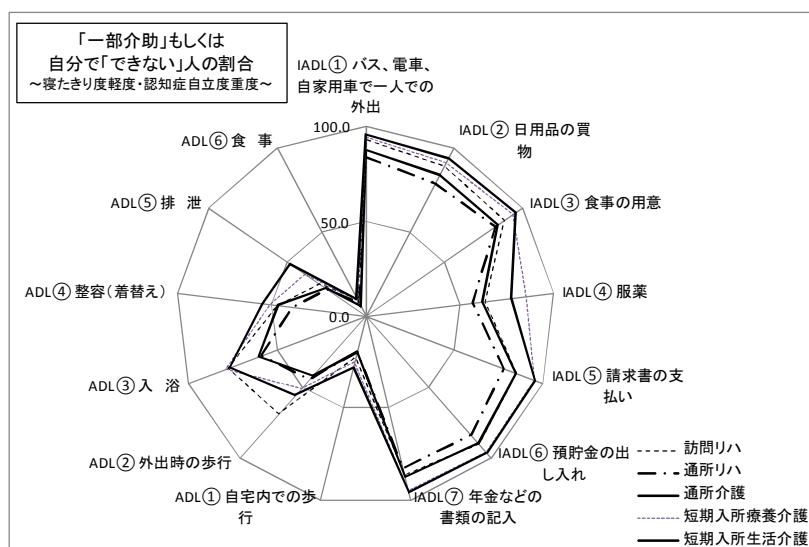
要介護度重	合計	IADL①バス、電車、自家用車で一人での外出	IADL②日用品の買物	IADL③食事の用意	IADL④服薬	IADL⑤請求書の支払い	IADL⑥預貯金のお出し入れ	IADL⑦年金などの書類の記入	ADL①自宅内での歩行	ADL②外出時の歩行	ADL③入浴	ADL④整容(着替え)	ADL⑤排泄	ADL⑥食事
訪問リハ	693	86.6%	96.0%	96.4%	71.6%	87.0%	93.4%	86.6%	68.3%	88.6%	93.2%	81.0%	66.8%	40.5%
通所リハ	515	77.3%	92.6%	94.2%	63.3%	83.7%	88.0%	85.4%	56.3%	78.8%	87.8%	75.9%	58.8%	21.9%
通所介護	427	78.4%	94.1%	94.6%	73.3%	93.0%	94.1%	92.3%	59.5%	78.5%	87.4%	79.2%	65.3%	29.5%
短期入所療養介護	475	92.0%	97.7%	98.3%	88.8%	96.0%	97.5%	96.6%	77.7%	90.7%	95.6%	87.8%	82.1%	35.2%
短期入所生活介護	963	93.4%	97.0%	98.3%	85.7%	97.4%	97.9%	97.3%	69.3%	86.1%	92.8%	81.8%	77.1%	30.7%

同様に前述の4)で設定した寝たきり度と認知症自立度の組合せの4つのカテゴリー別に日常生活上の動作等のうち、「一部介助」もしくは「できない」とする割合をみると、「寝たきり度軽度・認知症軽度」ではサービスごとにその割合に違いがみられるが、寝たきり度もしくは認知症のいずれかが「重度」になると、サービスごとの違いはほとんどなくなっている。

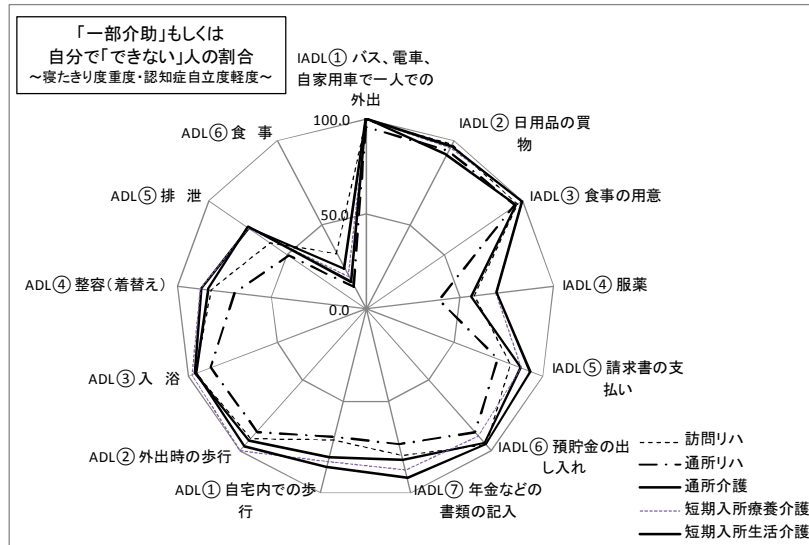
図表 34 サービス別の利用者の ADL、IADL の状況(「一部介助」もしくは「できない」割合)
～寝たきり度×認知症自立度～



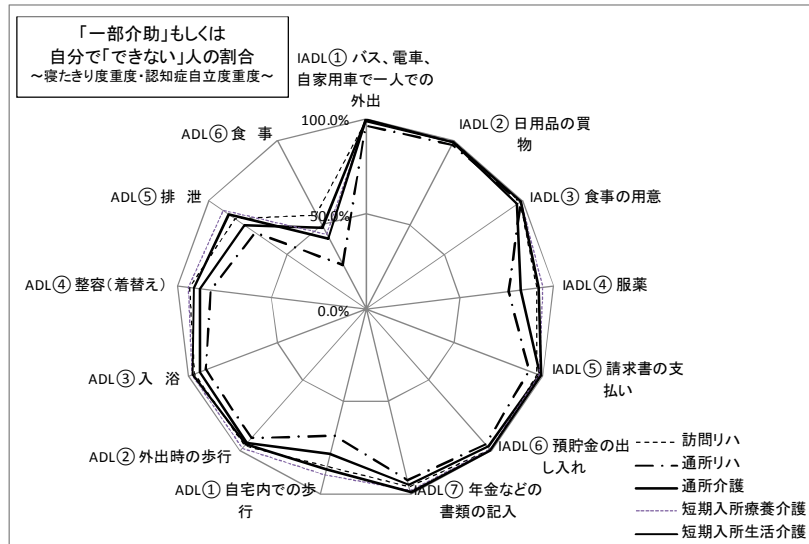
寝たきり度軽度・ 認知症自立度軽度	合計	IADL①バス、電車、 自家用車で一人での 外出	IADL②日用品の 買物	IADL③食事の 用意	IADL④服薬	IADL⑤請求書の 支払い	IADL⑥預貯金の 出し入れ	IADL⑦年金などの 書類の記入	ADL①自宅内 での歩行	ADL②外出時 の歩行	ADL③入浴	ADL④整容 (着替え)	ADL⑤排泄	ADL⑥食事
訪問リハ	596	77.3%	75.8%	69.3%	19.3%	44.5%	61.7%	45.0%	12.8%	47.8%	52.0%	21.8%	8.1%	3.5%
通所リハ	1,308	64.6%	59.0%	57.4%	13.8%	38.4%	48.9%	44.6%	8.9%	29.6%	39.1%	18.8%	7.6%	1.5%
通所介護	694	55.0%	45.4%	47.1%	15.4%	37.6%	43.8%	42.7%	10.4%	27.1%	34.0%	18.3%	7.8%	2.3%
短期入所療養介護	107	89.7%	83.2%	87.9%	43.9%	74.8%	80.4%	74.8%	23.4%	43.0%	73.8%	35.5%	21.5%	4.7%
短期入所生活介護	180	86.1%	80.6%	86.1%	43.9%	80.0%	83.3%	78.9%	22.8%	47.8%	65.6%	29.4%	20.0%	8.3%



寝たきり度軽度・ 認知症自立度軽度	合計	IADL①バス、電車、 自家用車で一人での 外出	IADL②日用品の 買物	IADL③食事の 用意	IADL④服薬	IADL⑤請求書の 支払い	IADL⑥預貯金の 出し入れ	IADL⑦年金などの 書類の記入	ADL①自宅内 での歩行	ADL②外出時 の歩行	ADL③入浴	ADL④整容 (着替え)	ADL⑤排泄	ADL⑥食事
訪問リハ	217	92.6%	88.9%	88.5%	63.1%	84.8%	89.9%	86.2%	22.6%	69.1%	77.4%	47.0%	29.5%	10.6%
通所リハ	501	83.8%	78.6%	82.6%	56.7%	77.6%	83.6%	82.4%	19.6%	44.9%	58.9%	38.9%	24.6%	7.8%
通所介護	516	87.4%	83.7%	84.7%	62.0%	84.7%	89.7%	87.4%	19.4%	42.4%	60.5%	46.3%	25.6%	6.0%
短期入所療養介護	253	93.7%	90.9%	94.5%	85.0%	94.9%	95.7%	94.5%	24.9%	51.0%	79.1%	51.0%	38.7%	8.7%
短期入所生活介護	549	95.4%	93.8%	95.8%	77.2%	95.6%	96.2%	95.8%	27.7%	55.9%	76.3%	54.8%	48.5%	10.4%



寝たきり度重・認知症自立度軽度	合計	IADL①バス、電車、自家用車で一人での外出	IADL②日用品の買物	IADL③食事の用意	IADL④服薬	IADL⑤請求書の支払い	IADL⑥預貯金の出し入れ	IADL⑦年金などの書類の記入	ADL①自宅内での歩行	ADL②外出時の歩行	ADL③入浴	ADL④整容(着替え)	ADL⑤排泄	ADL⑥食事
訪問リハ	223	99.6%	97.8%	96.9%	57.4%	81.6%	95.5%	79.4%	71.3%	91.5%	95.5%	81.6%	61.0%	32.7%
通所リハ	161	95.7%	93.8%	95.7%	39.1%	74.5%	87.0%	73.3%	69.6%	86.3%	87.0%	69.6%	49.1%	13.0%
通所介護	71	100.0%	91.5%	95.8%	56.3%	87.3%	94.4%	81.7%	80.3%	93.0%	95.8%	87.3%	74.6%	23.9%
短期入所療養介護	87	100.0%	95.4%	100.0%	69.0%	87.4%	89.7%	87.4%	82.8%	100.0%	97.7%	87.4%	74.7%	19.5%
短期入所生活介護	86	100.0%	96.5%	100.0%	69.8%	93.0%	95.3%	91.9%	86.0%	96.5%	95.3%	83.7%	75.6%	16.3%



寝たきり度重・認知症自立度重	合計	IADL①バス、電車、自家用車で一人での外出	IADL②日用品の買物	IADL③食事の用意	IADL④服薬	IADL⑤請求書の支払い	IADL⑥預貯金の出し入れ	IADL⑦年金などの書類の記入	ADL①自宅内での歩行	ADL②外出時の歩行	ADL③入浴	ADL④整容(着替え)	ADL⑤排泄	ADL⑥食事
訪問リハ	274	99.3%	99.6%	98.9%	90.9%	96.7%	98.9%	96.4%	85.4%	96.0%	96.7%	93.1%	83.2%	55.8%
通所リハ	164	96.3%	97.6%	98.8%	75.6%	92.1%	95.1%	92.7%	68.9%	90.9%	90.2%	82.3%	70.7%	26.2%
通所介護	136	99.3%	99.3%	97.1%	82.4%	97.8%	97.1%	95.6%	78.7%	94.1%	93.4%	88.2%	77.9%	48.5%
短期入所療養介護	288	99.7%	99.3%	99.7%	94.1%	97.9%	99.0%	98.6%	89.9%	98.3%	97.9%	94.1%	91.3%	44.4%
短期入所生活介護	442	99.8%	98.9%	99.3%	91.6%	98.6%	99.1%	99.1%	86.9%	95.2%	97.7%	91.4%	87.6%	41.9%

6) 現有疾患

サービス別に利用者の現有疾患の状況をみると「訪問リハ」「通所リハ」短期入所療養介護」利用者には、「脳血管疾患」「関節疾患」を有している者が多く、「通所介護」「短期入所療養介護」「短期入所生活介護」利用者には、「認知症」を有している割合が高い。

図表 35 サービス別の利用者の現有疾患

			全体	脳血管疾患 (脳卒中、脳出血等)	心疾患 (心臓病、心筋梗塞等)	悪性新生物(がん)	呼吸器疾患 (肺炎、気管支炎等)	関節疾患 (リウマチ、腰痛等)	認知症 (アルツハイマー病等)	糖尿病	骨折・転倒	脊髄損傷	高血圧
全体	訪問リハ		1,438	42.8%	17.0%	4.1%	8.4%	27.7%	14.5%	13.6%	18.8%	3.2%	28.9%
	通所リハ		2,260	35.6%	17.7%	3.7%	5.9%	31.2%	16.3%	17.2%	11.7%	1.5%	41.4%
	通所介護		1,815	19.8%	16.4%	3.0%	5.3%	24.0%	29.6%	14.7%	9.7%	1.4%	36.2%
	短期入所療養介護		827	35.2%	19.7%	4.1%	6.4%	16.9%	39.9%	16.1%	12.0%	1.8%	33.6%
	短期入所生活介護		1,503	23.6%	18.6%	3.7%	5.6%	19.4%	50.2%	14.2%	7.9%	0.8%	34.5%
要介護度別	訪問リハ	軽度	373	34.6%	16.6%	4.3%	7.5%	36.7%	10.2%	14.7%	21.2%	1.9%	33.5%
		中度	562	44.3%	17.3%	5.2%	9.3%	30.2%	12.8%	13.5%	21.7%	2.3%	32.6%
		重度	452	49.1%	18.6%	2.4%	8.8%	18.6%	20.8%	13.9%	14.8%	5.5%	22.6%
	通所リハ	軽度	1,140	29.2%	17.5%	3.8%	6.0%	36.8%	12.2%	15.1%	11.5%	0.9%	44.0%
		中度	875	40.9%	18.6%	3.4%	5.8%	27.5%	20.1%	19.2%	13.4%	1.5%	40.5%
		重度	211	48.3%	13.7%	4.7%	5.7%	15.6%	21.8%	18.5%	6.6%	4.7%	30.8%
	通所介護	軽度	924	15.7%	17.1%	2.5%	4.4%	28.4%	22.5%	13.4%	9.1%	1.4%	39.2%
		中度	659	23.5%	14.7%	3.2%	5.6%	20.2%	37.2%	17.1%	10.2%	1.4%	33.7%
		重度	203	27.6%	17.7%	4.9%	8.9%	17.7%	37.9%	12.3%	10.8%	2.0%	31.0%
	短期入所療養介護	軽度	117	18.8%	17.1%	0.9%	6.0%	23.1%	43.6%	14.5%	14.5%	2.6%	42.7%
		中度	373	33.5%	21.4%	4.3%	5.9%	18.2%	41.8%	18.5%	11.8%	0.5%	40.8%
		重度	282	49.6%	22.0%	5.3%	8.2%	16.0%	42.9%	16.0%	12.8%	3.2%	25.9%
	短期入所生活介護	軽度	215	17.2%	19.5%	5.1%	7.0%	24.7%	43.7%	14.9%	6.5%	0.5%	36.7%
		中度	764	19.8%	18.8%	3.4%	5.1%	20.4%	52.6%	12.8%	8.1%	0.5%	33.6%
		重度	499	32.5%	18.6%	3.6%	6.0%	16.2%	50.1%	16.2%	8.2%	1.2%	35.9%

7) 必要とする医療措置

サービス別に医療・ケア職による対応の必要性をみると、どのサービスについても要介護度が重くなるにしたがって対応の必要性が高まっているが、実際に対応している医療的ケアは一部を除いて非常に少ない。

対応の必要性がある場合の医療的ケアを個別にみると、「経管栄養」「喀痰吸引」においては、どのサービスにおいても、要介護5でその必要性が急激に高まっている。サービス別にみると、全体的に訪問リハ、通所リハ、短期入所療養介護の方が、通所介護よりも高くなっている。

図表 36 サービス別の医療処置の有無とその内容(全体)

	合計	医療・ケア職による 対応の必要性			(必要性がある場合)対応が必要な医療的ケア														
		有り	無し	不明	注射・点滴の管理	中心静脈栄養の管理	経管栄養 (胃ろう・腸ろうを 含む)	透析(在宅自己腹膜 灌流を含む)の管理	酸素療法	レスピレーター (人工呼吸器)の管理	気管切開のケア	喀痰吸引	疼痛の看護	ストーマ (人工肛門)の処置	モニター測定 (血圧・心拍・酸素飽 和度等)	じよくそこの処置	カテーテルコンド ームカテーテル留置 カテーテル等)	服薬管理	その他
全体	7,843	46.0%	48.2%	5.8%	2.4%	0.0%	2.2%	1.0%	1.3%	0.2%	0.5%	1.4%	5.3%	0.6%	3.8%	2.3%	1.8%	35.4%	3.6%
訪問リハ	1,438	42.7%	52.4%	4.9%	3.3%	0.1%	5.6%	2.4%	3.1%	1.1%	1.9%	4.6%	5.6%	0.3%	7.3%	3.5%	3.8%	18.1%	4.9%
通所リハ	2,260	41.7%	53.8%	4.6%	3.0%	0.0%	0.4%	0.9%	0.8%	0.0%	0.2%	0.3%	8.8%	0.6%	4.9%	1.4%	1.0%	27.9%	3.6%
通所介護	1,815	35.6%	57.1%	7.2%	1.6%	0.0%	0.4%	0.8%	0.6%	0.0%	0.0%	0.3%	3.4%	0.8%	1.7%	1.6%	0.7%	26.1%	2.5%
短期入所療養介護	827	63.2%	27.7%	9.1%	2.4%	0.0%	5.3%	0.2%	1.2%	0.0%	0.6%	2.2%	5.6%	0.4%	4.5%	3.7%	3.3%	60.5%	4.8%
短期入所生活介護	1,503	58.6%	36.6%	4.8%	1.7%	0.0%	2.2%	0.5%	1.3%	0.0%	0.2%	0.8%	2.2%	0.6%	0.9%	2.6%	1.7%	60.5%	2.9%

図表 37 利用者の要介護度別の医療処置の有無とその内容（訪問リハビリテーション）

訪問リハ	合計	医療・ケア職による 対応の必要性			(必要性がある場合)対応が必要な医療的ケア														
		有り	無し	不明	注射・点滴の管理	中心静脈栄養の管 理	経管栄養 (胃ろう・腸ろうを 含む)	透析(在宅自己腹 膜灌流を含む)の 管理	酸素療法	レスピレーター (人工呼吸器)の管 理	気管切開のケア	喀痰吸引	疼痛の看護	置 (人工肛門)の処 置	モニター測定 (血圧・心拍・酸素 飽和度等)	じょくそこの処置	カテーテル(コンド ームカテーテル、 留置カテーテル等)	服薬管理	その他
全体	1,438	42.7%	52.4%	4.9%	3.3%	0.1%	5.6%	2.4%	3.1%	1.1%	1.9%	4.6%	5.6%	0.3%	7.3%	3.5%	3.8%	18.1%	4.9%
要支援1	41	17.1%	80.5%	2.4%	4.9%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	2.4%	0.0%	2.4%	0.0%	2.4%	9.8%	2.4%
要支援2	123	33.3%	62.6%	4.1%	4.9%	0.0%	0.0%	0.0%	2.4%	0.0%	0.0%	0.0%	6.5%	0.8%	9.8%	0.8%	0.0%	15.4%	4.1%
要介護1	209	30.6%	64.6%	4.8%	1.9%	0.0%	0.0%	1.4%	1.9%	0.0%	0.0%	0.0%	4.3%	1.0%	5.3%	0.0%	0.0%	13.4%	6.2%
要介護2	321	39.9%	57.0%	3.1%	2.2%	0.0%	0.6%	1.9%	3.7%	0.0%	0.3%	0.0%	5.3%	0.3%	5.9%	1.2%	2.2%	18.7%	4.7%
要介護3	241	36.5%	60.6%	2.9%	3.7%	0.0%	0.8%	4.1%	1.7%	0.0%	0.0%	0.0%	8.7%	0.0%	5.8%	3.3%	2.9%	14.9%	5.4%
要介護4	240	49.6%	47.9%	2.5%	4.2%	0.4%	5.0%	3.8%	2.1%	0.8%	1.3%	4.2%	5.4%	0.4%	7.9%	5.0%	6.3%	20.4%	5.4%
要介護5	212	73.1%	23.6%	3.3%	4.2%	0.0%	29.7%	2.8%	7.1%	6.6%	10.4%	26.4%	4.2%	0.0%	13.7%	12.3%	11.3%	27.4%	5.2%

図表 38 利用者の要介護度別の医療処置の有無とその内容（通所リハビリテーション）

通所リハ	合計	医療・ケア職による 対応の必要性			(必要性がある場合)対応が必要な医療的ケア														
		有り	無し	不明	注射・点滴の管理	中心静脈栄養の管 理	経管栄養 (胃ろう・腸ろうを 含む)	膜灌流を含む)の 管理	透析(在宅自己腹 腔)	酸素療法	理 (人工呼吸器)の管	レスピレーター	気管切開のケア	喀痰吸引	疼痛の看護	置 (人工肛門)の処 置	モニター測定 (血圧・心拍・酸素 飽和度等)	じょくそこの処置	カテーテル(コンド ームカテーテル、 留置カテーテル等)
全体	2,260	41.7%	53.8%	4.6%	3.0%	0.0%	0.4%	0.9%	0.8%	0.0%	0.2%	0.3%	8.8%	0.6%	4.9%	1.4%	1.0%	27.9%	3.6%
要支援1	180	29.4%	66.7%	3.9%	1.7%	0.0%	0.0%	0.0%	1.1%	0.0%	0.6%	0.0%	7.2%	0.0%	1.1%	0.0%	0.0%	10.0%	1.7%
要支援2	410	27.3%	66.6%	6.1%	2.4%	0.0%	0.0%	0.2%	0.7%	0.0%	0.0%	0.0%	9.5%	0.2%	3.2%	0.0%	0.2%	13.4%	2.9%
要介護1	550	41.5%	55.3%	3.3%	3.1%	0.0%	0.2%	0.5%	0.5%	0.0%	0.0%	0.0%	8.9%	0.4%	5.6%	0.2%	0.2%	29.6%	4.0%
要介護2	571	41.3%	55.0%	3.7%	2.8%	0.0%	0.0%	0.9%	1.1%	0.0%	0.4%	0.2%	9.1%	0.9%	4.9%	0.9%	1.1%	28.9%	3.3%
要介護3	304	54.3%	42.1%	3.6%	3.3%	0.0%	0.0%	0.7%	1.6%	0.0%	0.0%	0.3%	7.9%	1.3%	6.6%	3.6%	0.3%	43.4%	2.6%
要介護4	155	61.9%	32.3%	5.8%	3.9%	0.0%	0.6%	4.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.6%	8.4%	0.6%	8.4%	4.5%	5.8%	43.2%	6.5%
要介護5	56	67.9%	23.2%	8.9%	8.9%	0.0%	10.7%	0.0%	0.0%	0.0%	3.6%	7.1%	8.9%	0.0%	5.4%	8.9%	7.1%	41.1%	7.1%

図表 39 利用者の要介護度別の医療処置の有無とその内容（通所介護）

通所介護	合計	医療・ケア職による 対応の必要性			(必要性がある場合)対応が必要な医療的ケア														
		有り	無し	不明	注射・点滴の管理	中心静脈栄養の管 理	経管栄養 (胃ろう・腸ろうを 含む)	透析(在宅自己腹 膜灌流を含む)の 管理	酸素療法	レスピレーター (人工呼吸器)の管 理	気管切開のケア	喀痰吸引	疼痛の看護	ストーマ (人工肛門)の処 置	モニター測定 (血圧・心拍・酸素 飽和度等)	じょくそこの処置	カテーテル(コンド ームカテーテル、 留置カテーテル等)	服薬管理	その他
全体	1,815	35.6%	57.1%	7.2%	1.6%	0.0%	0.4%	0.8%	0.6%	0.0%	0.0%	0.3%	3.4%	0.8%	1.7%	1.6%	0.7%	26.1%	2.5%
要支援1	153	18.3%	77.1%	4.6%	2.0%	0.0%	0.0%	0.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.7%	0.7%	0.0%	9.8%	2.0%
要支援2	300	22.3%	70.3%	7.3%	1.0%	0.0%	0.0%	0.3%	0.3%	0.0%	0.0%	0.0%	3.3%	0.0%	1.3%	0.3%	0.0%	12.0%	1.0%
要介護1	471	36.9%	54.6%	8.5%	1.5%	0.0%	0.0%	0.2%	0.2%	0.0%	0.0%	0.0%	4.7%	0.8%	1.7%	0.2%	1.1%	24.6%	2.5%
要介護2	435	39.5%	54.7%	5.7%	1.6%	0.0%	0.0%	1.6%	1.1%	0.0%	0.0%	0.0%	3.4%	0.5%	1.8%	0.7%	0.2%	31.5%	3.7%
要介護3	224	41.5%	50.4%	8.0%	0.9%	0.0%	0.0%	1.3%	0.4%	0.0%	0.0%	0.0%	2.7%	1.8%	1.3%	2.7%	0.4%	32.1%	2.7%
要介護4	148	50.0%	44.6%	5.4%	4.1%	0.0%	2.0%	0.7%	2.0%	0.0%	0.0%	0.7%	4.7%	1.4%	3.4%	3.4%	2.7%	43.9%	2.7%
要介護5	55	61.8%	27.3%	10.9%	1.8%	0.0%	7.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	7.3%	1.8%	3.6%	1.8%	20.0%	1.8%	49.1%	3.6%

図表 40 利用者の要介護度別の医療処置の有無とその内容（短期入所療養介護）

短期入所 療養介護	合計	医療・ケア職による 対応の必要性			(必要性がある場合)対応が必要な医療的ケア														
		有り	無し	不明	注射・点滴の管理	中心静脈栄養の管 含む	経管栄養 (胃ろう・腸ろうを 含む)	透析(在宅自己腹 膜灌流を含む)の 管理	酸素療法	理 (人工呼吸器)の管	レスピレーター 気管切開のケア	喀痰吸引	疼痛の看護	置 (人工肛門)の処 置	ストーマ 飽和度等)	モニター測定 (血圧・心拍・酸素 飽和度等)	じょくそうの処置	カテーテル(コンド ームカテーテル、 留置カテーテル等)	服薬管理
全体	827	63.2%	27.7%	9.1%	2.4%	0.0%	5.3%	0.2%	1.2%	0.0%	0.6%	2.2%	5.6%	0.4%	4.5%	3.7%	3.3%	60.5%	4.8%
要支援1	4	25.0%	75.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	25.0%	0.0%
要支援2	18	55.6%	44.4%	0.0%	5.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	16.7%	0.0%	22.2%	0.0%	0.0%	50.0%	0.0%
要介護1	95	52.6%	43.2%	4.2%	5.3%	0.0%	0.0%	0.0%	2.1%	0.0%	0.0%	0.0%	6.3%	0.0%	3.2%	2.1%	0.0%	49.5%	4.2%
要介護2	180	63.3%	32.2%	4.4%	2.2%	0.0%	0.0%	0.0%	1.1%	0.0%	0.0%	0.0%	4.4%	0.6%	6.1%	0.0%	1.7%	60.0%	2.8%
要介護3	193	64.8%	30.1%	5.2%	1.6%	0.0%	1.0%	0.0%	0.5%	0.0%	0.0%	0.0%	6.2%	0.5%	4.7%	2.1%	1.6%	68.4%	7.3%
要介護4	173	71.7%	26.0%	2.3%	1.2%	0.0%	4.6%	0.6%	1.2%	0.0%	0.0%	1.2%	6.9%	0.6%	2.9%	4.0%	6.4%	67.6%	4.0%
要介護5	109	84.4%	12.8%	2.8%	3.7%	0.0%	(30.3%)	0.9%	2.8%	0.0%	3.7%	(13.8%)	4.6%	0.0%	4.6%	15.6%	9.2%	75.2%	8.3%

図表 41 利用者の要介護度別の医療処置の有無とその内容(短期入所生活介護)

短期入所 生活介護	合計	医療・ケア職による 対応の必要性			(必要性がある場合)対応が必要な医療的ケア														
		有り	無し	不明	注射・点滴の管理	中心静脈栄養の管理	経管栄養 (胃ろう・腸ろうを含む)	透析(在宅自己腹膜灌流を含む)の管理	酸素療法	レスピレーター (人工呼吸器)の管理	気管切開のケア	喀痰吸引	疼痛の看護	ストーマ (人工肛門)の処置	モニター測定 (血圧・心拍・酸素飽和度等)	じょくそうの処置	カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等)	服薬管理	その他
全体	1,503	58.6%	36.6%	4.8%	1.7%	0.0%	2.2%	0.5%	1.3%	0.0%	0.2%	0.8%	2.2%	0.6%	0.9%	2.6%	1.7%	60.5%	2.9%
要支援1	8	37.5%	50.0%	12.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	50.0%	0.0%
要支援2	25	36.0%	64.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	4.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	4.0%	0.0%	0.0%	28.0%	0.0%
要介護1	182	52.7%	42.9%	4.4%	2.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.5%	0.0%	0.0%	0.0%	3.8%	0.0%	1.1%	1.1%	0.0%	58.8%	3.3%
要介護2	300	54.3%	39.3%	6.3%	0.3%	0.0%	0.0%	0.3%	1.7%	0.0%	0.3%	0.3%	1.3%	1.0%	1.0%	0.3%	0.3%	57.7%	1.7%
要介護3	464	58.2%	38.6%	3.2%	1.1%	0.0%	0.6%	0.2%	1.3%	0.0%	0.0%	0.2%	1.9%	1.1%	1.1%	0.9%	0.2%	61.2%	3.0%
要介護4	321	63.9%	29.9%	6.2%	2.5%	0.0%	0.3%	0.6%	1.2%	0.0%	0.0%	0.0%	3.1%	0.3%	0.3%	5.3%	2.2%	65.7%	4.0%
要介護5	178	71.3%	28.1%	0.6%	2.8%	0.0%	16.3%	1.1%	1.7%	0.0%	1.1%	5.6%	1.7%	0.0%	1.1%	8.4%	9.0%	65.2%	2.8%

3. サービスマネジメントの状況

(1) 目標の設定状況

1) サービス別にみた短期目標の目的

本調査においては、個々の利用者のリハビリテーション実施計画から、「課題（最も重要と考えた課題1つ）」「最も重要と考えた課題に対する本人の意向」「最も重要と考えた課題に対する短期目標」「短期目標の達成に向けて実施した内容」を記述してもらった。このうち、「最も重要と考えた課題に対する短期目標」に着目し、その内容を29のカテゴリーに分類し、分析を行った。

分析の対象としたのは、各サービス、各要介護度約50件で、各サービス事業所の特色に左右されないよう、なるべく一つの事業所から一件の抽出とした。

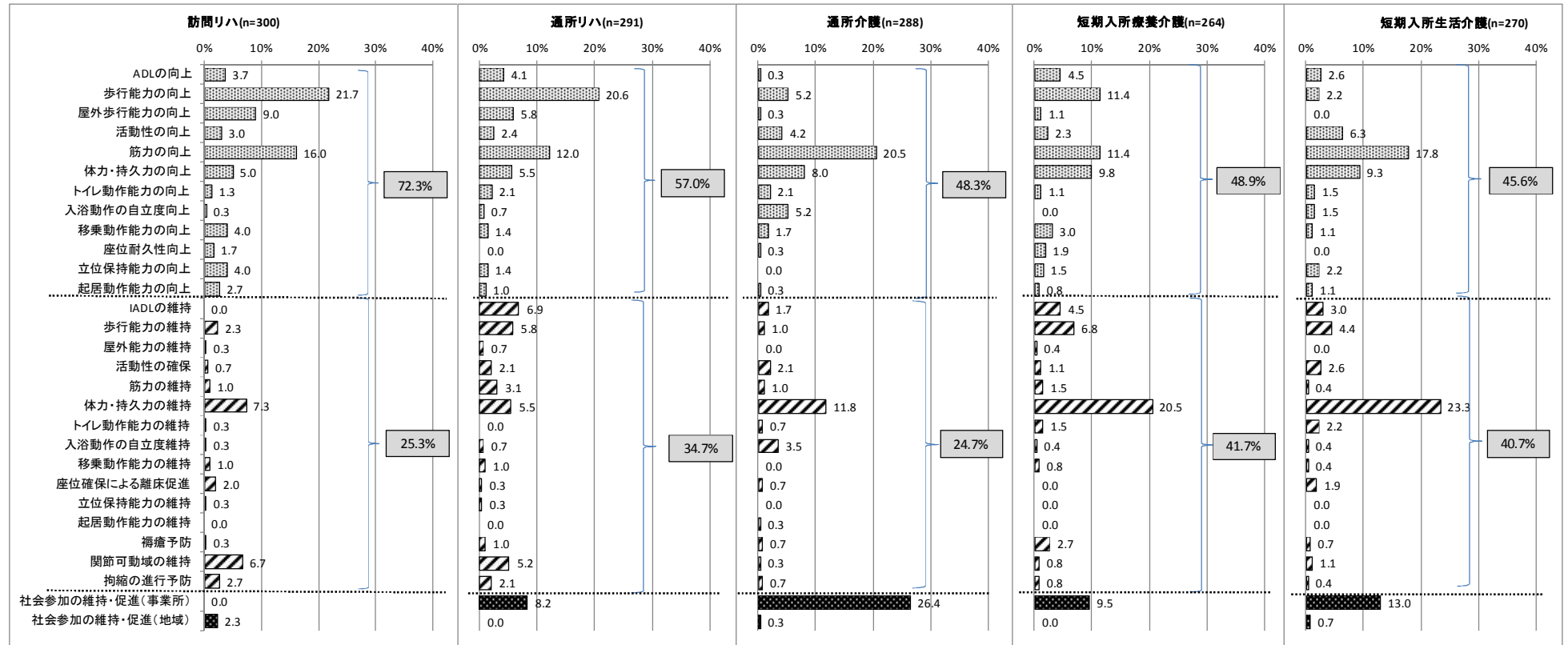
なお、下記のカテゴリーのうち「社会参加の維持・促進（事業所）」とは、レスパイトや利用者との交流促進、閉じこもり予防のために事業所に通うこと自体が目標となっているもののこととしている（具体的な記載例：デイの中で役割を作る。定期的に通所に通い、他者と交流する。気持ちよく入浴する。）。

一方「社会参加の維持・促進（地域）」とは、上記の「社会参加の維持・促進（事業所）」よりもさらに、地域における様々な活動に参加することを目標としているもののこととしている（具体的な記載例：社会的な関わりの機会を確保する。毎週一度は買い物に出かける。）。

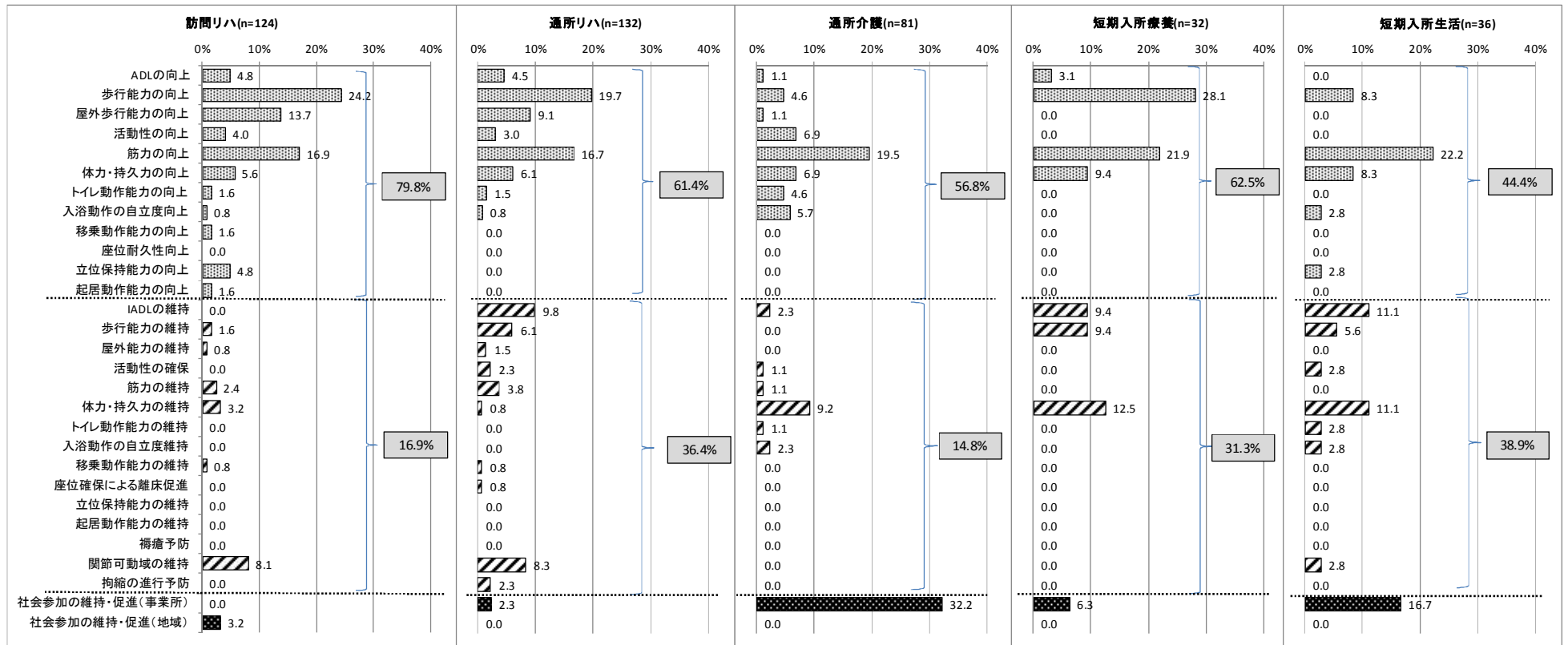
まずサービス別に短期目標の目的をみると、「訪問リハ」では機能等の「向上」を目的としている割合が高く、「短期入所療養介護」「短期入所生活介護」においては機能等の「維持」を目的としている割合が高くなっている。

また「社会参加の維持・促進（事業所）」については、「通所介護」で割合が高くなっている。

図表 42 サービス別にみた短期目標の目的(全体)



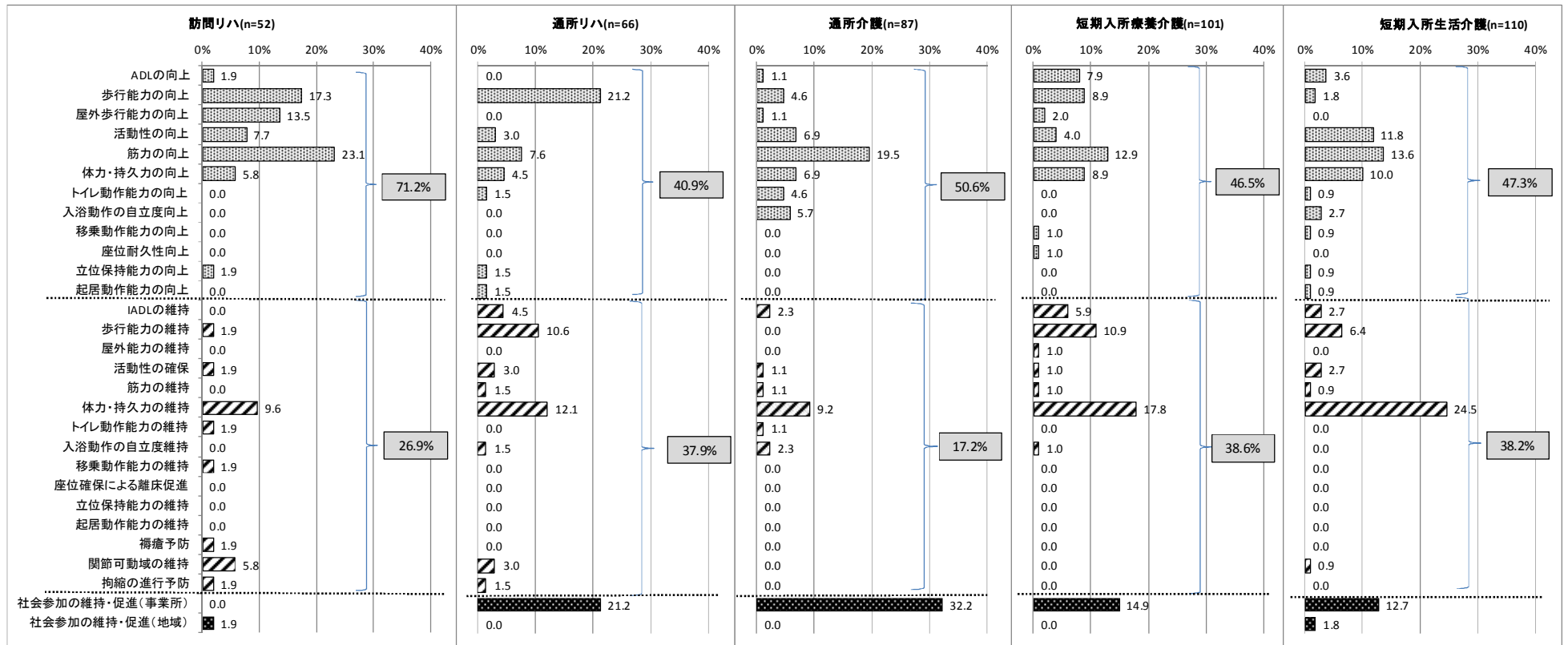
図表 43 サービス別にみた短期目標の目的(寝たきり度軽度・認知症自立度軽度)



図表 44 サービス別にみた短期目標の例(寝たきり度軽度・認知症自立度軽度)

訪問リハ	通所リハ	通所介護	短期入所療養介護	短期入所生活介護
通院先までの屋外歩行実施	安定した歩行ができる	無理のないように運動を継続する	2本杖での移動ができる	容易に立ち上がりができるようになる
家事、整容動作への自己の介入（介助量軽減）	疼痛の軽減	楽しく過ごしていただく	身体機能の維持、体調管理	日常生活の見守り・声かけと余暇活動への参加
動線上には物を置かない（環境整備）伝い歩きで転倒を防止する	下肢筋力予防のためのリハビリを続ける。	他者との交流を図る	安全に歩行し、トイレで排泄できる	上下肢筋力の低下、関節拘縮の予防ができる
運動習慣をつける。体重減少の為の食事療法	下肢筋力の向上、左手の機能訓練	残存機能の活用を転倒防止	転倒等による怪我を予防する	定期的に外出の機会をもち、活動性を高める
体力維持	筋緊張の緩和、機能維持	自宅でも運動を続ける	現在の動作能力を保ちながら生活することができる	見守り、サービスの提供を通じて不安なく過ごしていただく

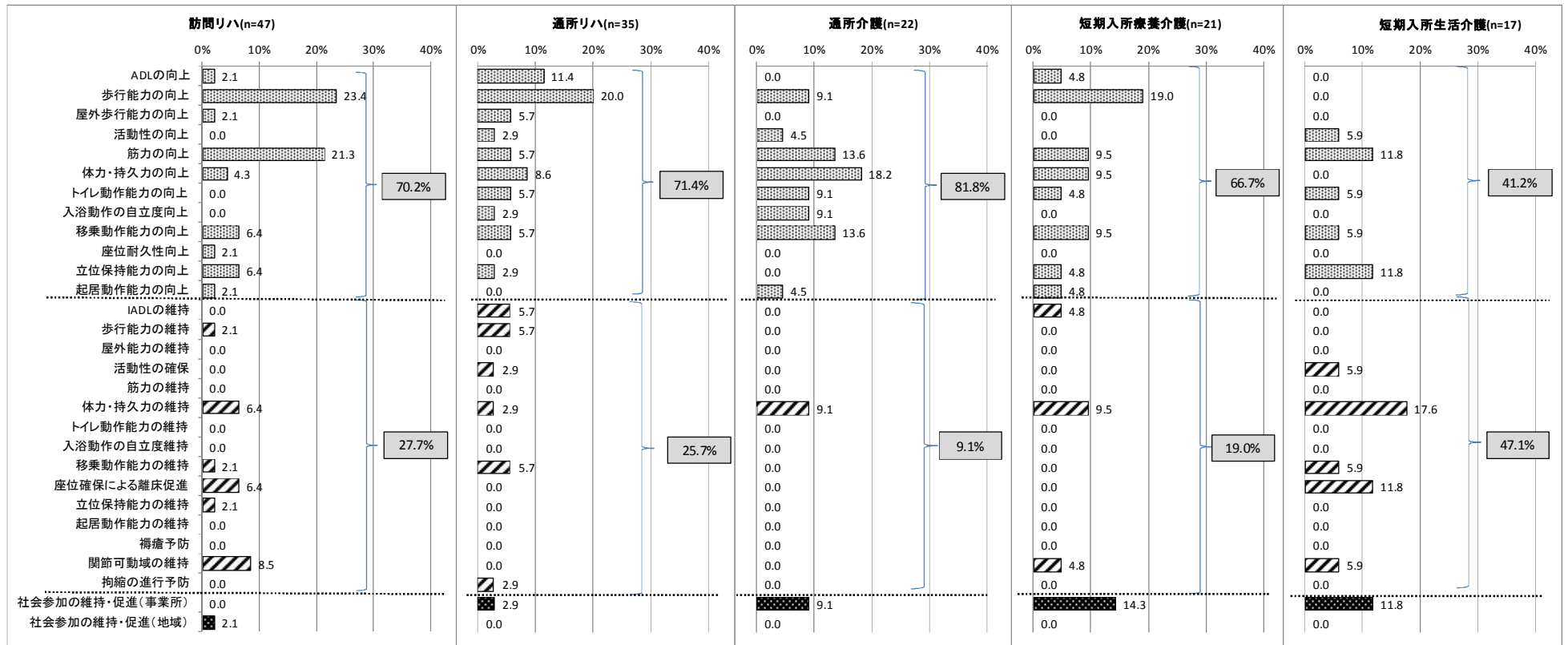
図表 45 サービス別にみた短期目標の目的(寝たきり度軽度・認知症自立度重度)



図表 46 サービス別にみた短期目標の例(寝たきり度軽度・認知症自立度重度)

訪問リハ	通所リハ	通所介護	短期入所療養介護	短期入所生活介護
・両下肢筋力の維持・向上 ・右股関節痛の軽減	バランス・筋力維持	他者との交流をはかることにより 良い刺激をうける。	屋外歩行が一人でも可能になる	認知症の進行を和らげていく
耐久性向上による歩行距離拡大	安定した動作の継続を図る	デイサービスで運動をする	移動動作の安定を図ることができる。	右ひざが痛くならない様に体調に 合わせて筋力維持ができる
妻と一緒に散歩	転倒や事故に注意しながら、自宅での 生活が続ける事ができる	レクや行事に参加し、他者と交流し 刺激のある生活ができる	シルバーカーで安心して歩ける、トイ レ排泄ができる	他の人との交流
片脚立位の獲得	日常生活動作訓練の実施	人と過ごす時間を作り閉じこもり を予防する	生活動作が見守りで行える	更衣介助
歩行100mを安定して行える	息子さんに会えた時にトイレ動作 の確認をし、ポータブルも検討する	見守りや指示のもと日常生活が送 れる	下肢筋力の維持、転倒予防	転倒の防止

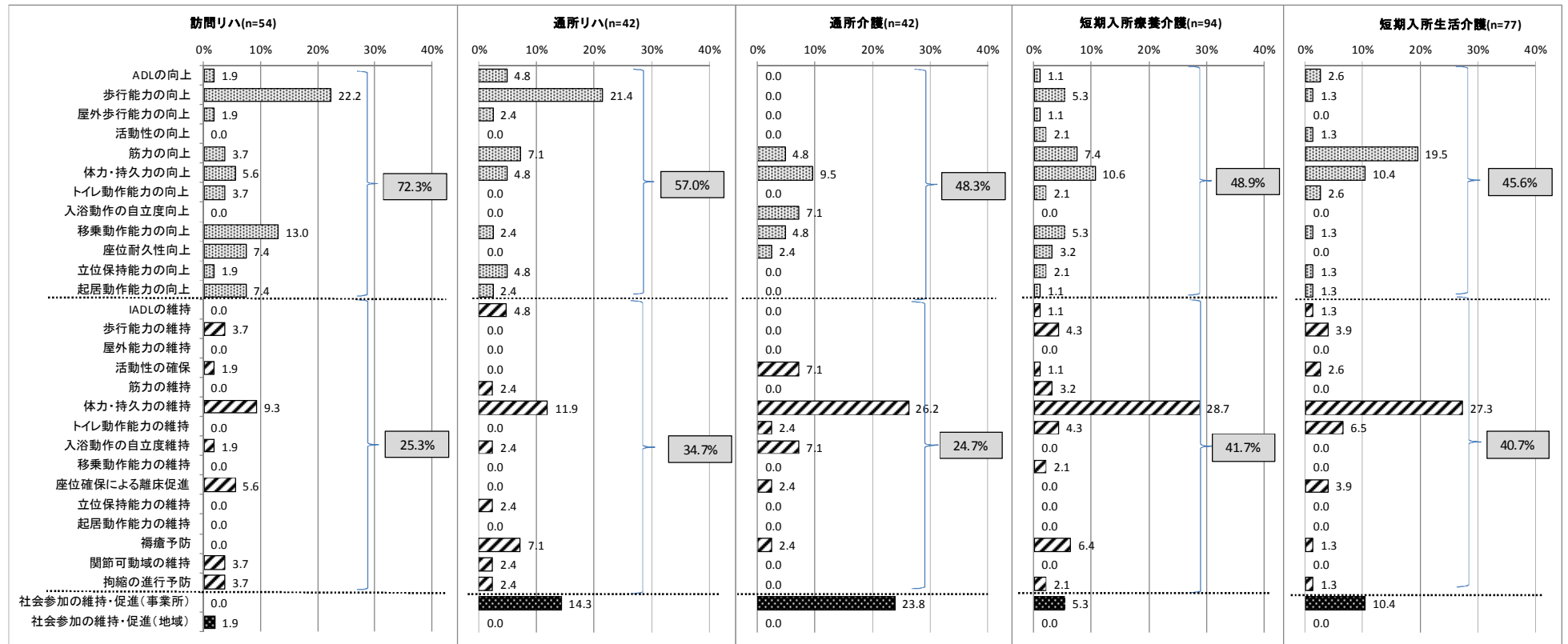
図表 47 サービス別にみた短期目標の目的(寝たきり度重度・認知症自立度軽度)



図表 48 サービス別にみた短期目標の例(寝たきり度重度・認知症自立度軽度)

訪問リハ	通所リハ	通所介護	短期入所療養介護	短期入所生活介護
立ち上がり自立	筋力強化 安全に移乗する	他者と交流を持ち、楽しく過していただく	日中はトイレで排泄する 夜間は尿器を使用する	移動時の見守りを行う
歩行バランスの改善	歩行能力の維持、向上ができる。	安全なリハビリで手足の筋力向上が図れる	立位、移乗動作の安定	レクや、リハビリへの参加
歩行バランスの安定、酸素吸入量の調整	見守り下での自宅内歩行車歩行の実施	緊張を解く	転倒防止と松葉杖歩行の向上	送迎車への乗り込み等、移乗移動は自身で行う
右股関節周囲の筋力増強による安定した歩行の獲得	体力の向上	経口から安全に食事が取れる	身体機能の維持改善	上下肢筋力を維持し生活内の動作が安全に行える。
疼痛の軽減	足のむくみが軽減し、歩く姿勢が安定する	立ち上がりが安定して介助なしでもできる	安全に施設で過ごせる	下肢筋力の維持、立位保持

図表 49 サービス別にみた短期目標の目的(寝たきり度重度・認知症自立度重度)



図表 50 サービス別にみた短期目標の例(寝たきり度重度・認知症自立度重度)

訪問リハ	通所リハ	通所介護	短期入所療養介護	短期入所生活介護
移乗動作が見守り～軽介助レベルで行える	バランス能力低下防止、下肢筋力低下防止	処置がきちんと実施される。本人が安心・安楽に暮せる	現在の身体機能を維持できる	体調の管理を行い 既往病の状態安定を図る
妻の介助でトイレで用をたす。妻の介助量を少なくする	立ち上がり（椅子、床）の改善	体操やレクリエーションを通して身体機能の低下を防ぎ、入浴で清潔を保つ	身体機能の低下防止	下肢機能を維持し、安全に移乗できる
座位バランスのup	転倒予防、異常の早期発見	安全に歩行ができる	転倒予防	サービスの利用を継続し、介護負担を軽減する
トイレまでの介助歩行	下肢支持性向上 バランス向上	見守りで乗り移りができる	他者との交流	車イスへの移乗時等、介助ができる状態にする
起居動作 自立	生活環境を整え、転倒などの事故を防ぐことができる。	デイの中で居場所作り、安心感を支える	トイレ動作が一部介助で行える	転倒防止を図る

2) 現有疾患別にみた短期目標の目的

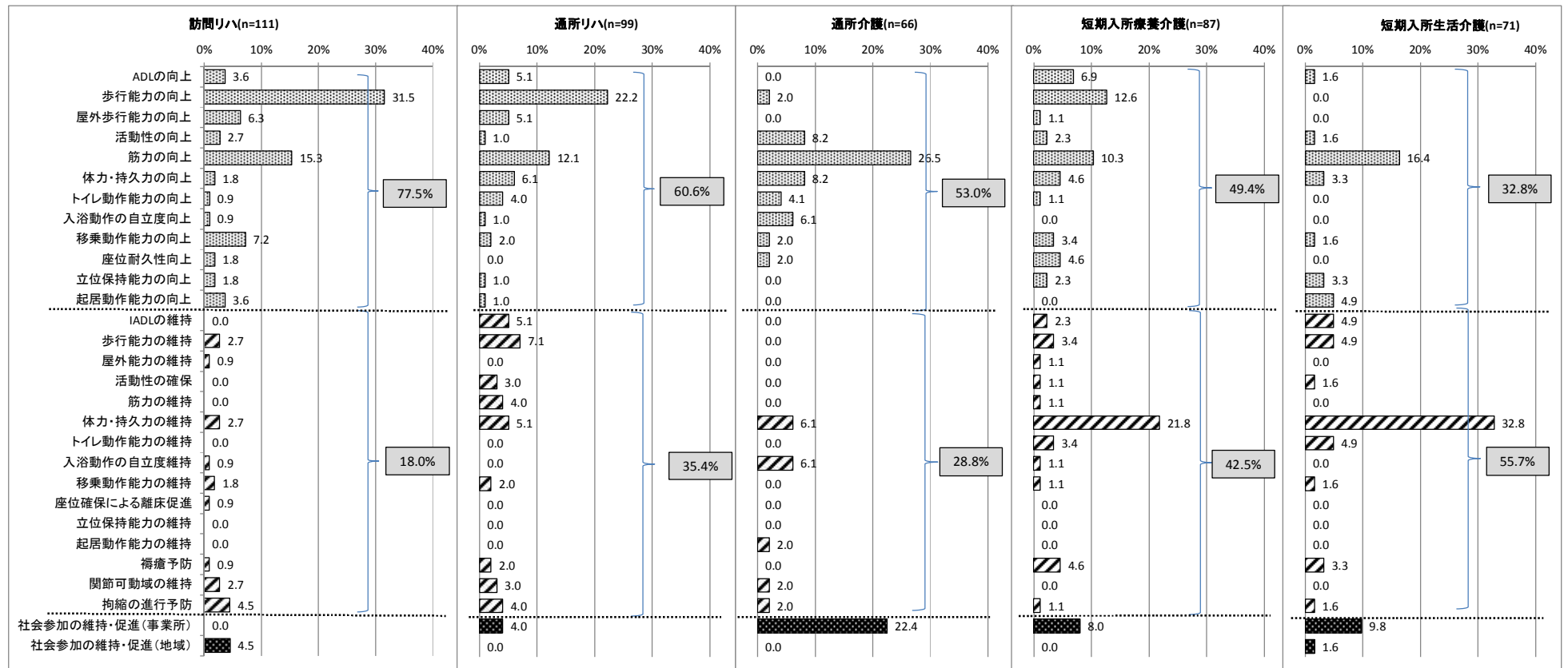
現有疾患別に短期目標の目的をみると、「脳血管疾患（脳卒中、脳出血等）」の場合は、「訪問リハ」「通所リハ」においては「歩行能力の維持・向上」が目的とされていることが多く、3割前後となっている。「通所介護」「短期入所療養介護」「短期入所生活介護」においては、「体力・持久力の維持・向上」が目的とされていることが多く、「通所介護」では24.2%、「短期入所療養介護」では26.4%、「短期入所生活介護」では36.1%となっている。

「心疾患」の場合は、「訪問リハ」「通所リハ」においては「歩行能力の維持・向上」が目的とされていることが多いことに加え、「筋力の維持・向上」「体力・持久力の維持・向上」が目的とされることが多くなっている。この「筋力の維持・向上」「体力・持久力の維持・向上」が目的とされることは、「通所介護」「短期入所療養介護」「短期入所生活介護」においても同様である。

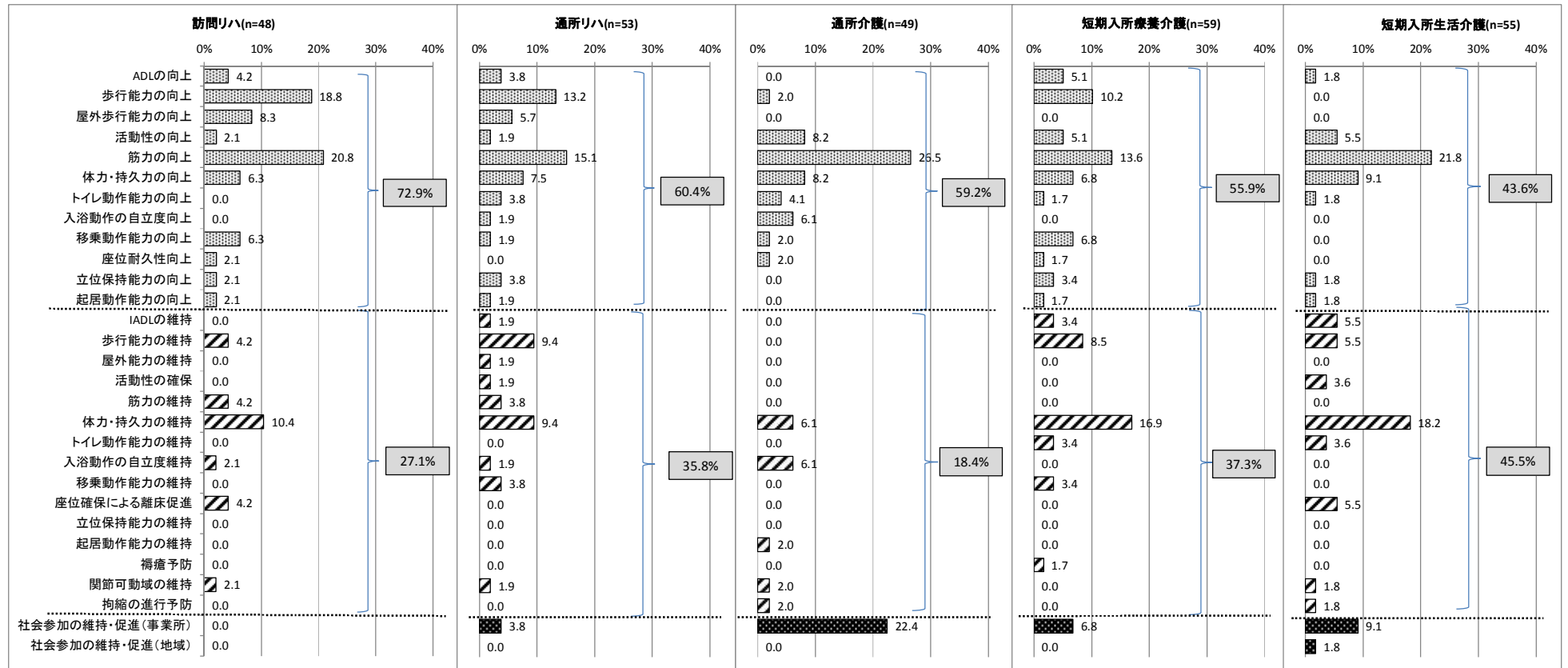
「関節疾患」の場合は、ほぼ「心疾患」と同様の傾向である。

「認知症」の場合は、「訪問リハ」「通所リハ」においては「筋力の維持・向上」「体力・持久力の維持・向上」が目的とされることが多く、「通所介護」「短期入所療養介護」では「歩行能力の維持・向上」が目的とされていることが多くなっている。また「短期入所療養介護」「短期入所生活介護」では、事業所サービスの利用の目的とした「社会参加の維持・促進（事業所）」や地域活動への参加を目的とした「社会参加の維持・促進（地域）」が多くなっている。

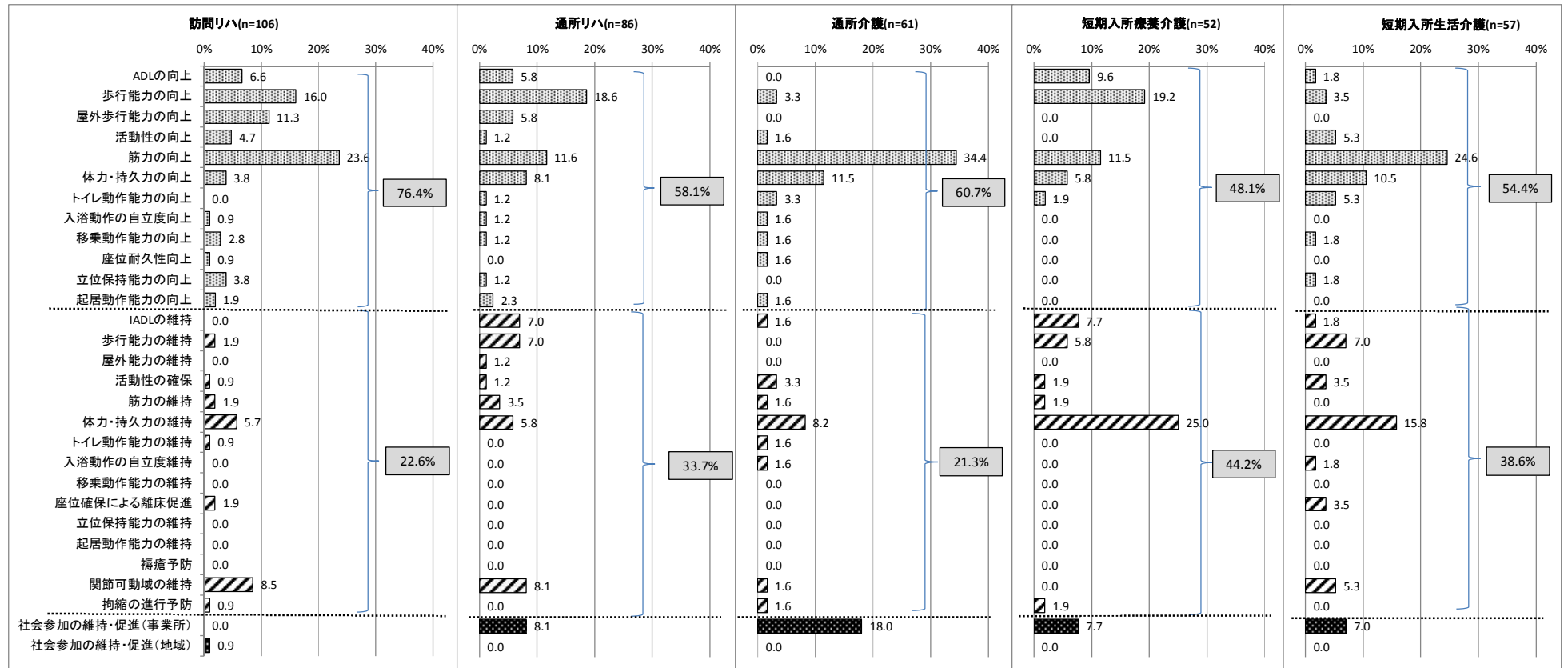
図表 51 サービス別現病疾患別にみた短期目標の目的(脳血管疾患(脳卒中、脳出血等))



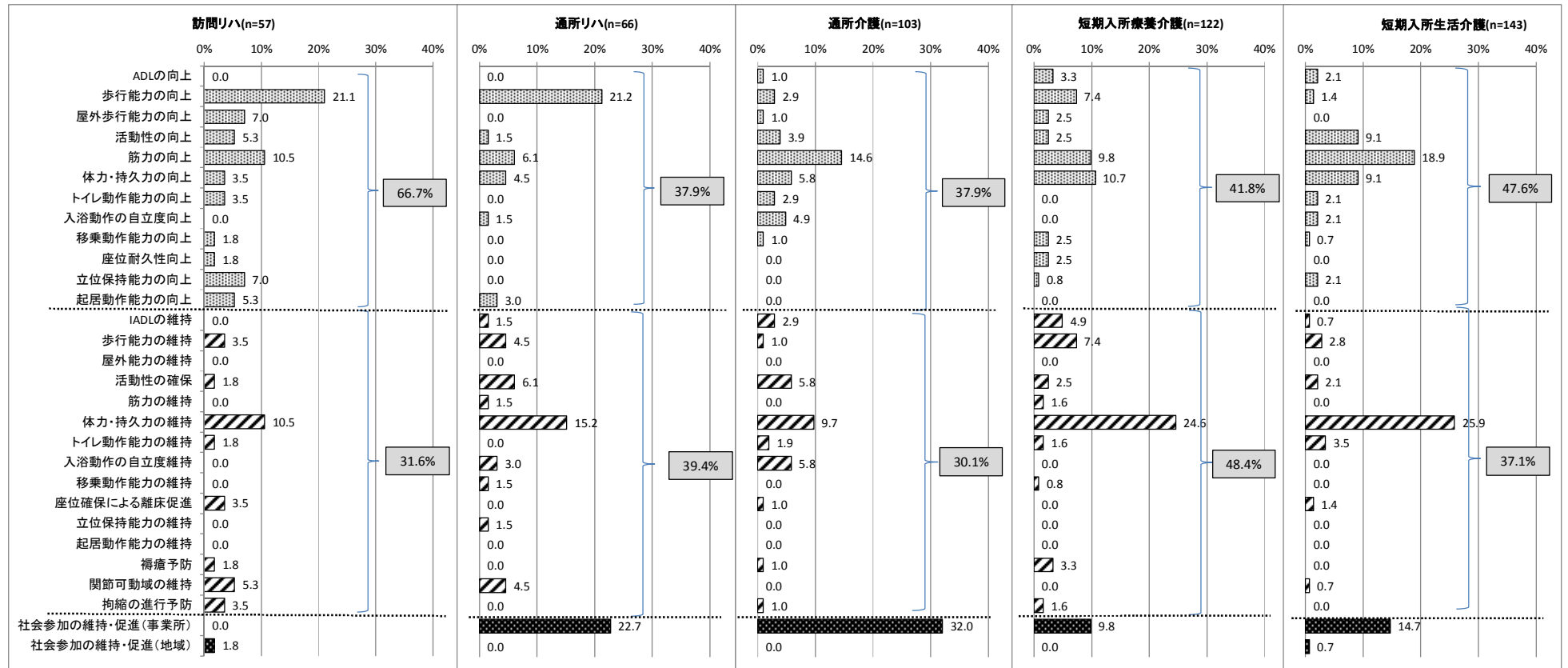
図表 52 サービス別現病疾患別にみた短期目標の目的(心疾患(心臓病、心筋梗塞等))



図表 53 サービス別現有疾患別にみた短期目標の目的(関節疾患(リウマチ、腰痛等))



図表 54 サービス別現病疾患別にみた短期目標の目的(認知症(アルツハイマー病等))



(2) サービス提供に関わった職種

サービス別にサービス提供に関わった職種をみると、「通所リハ」と比べて「通所介護」ではリハビリ専門職が関わっている割合は低く、看護師が関与している割合が高くなっている。

またリハビリ専門職の中でも、言語聴覚士については各サービスとも関わっている割合は低い、「短期入所療養介護」では9.2%と1割近くに達している。

さらに、「通所リハ」「短期入所療養介護」では、医師が関わっている割合も3～4割と、他のサービスと比べて非常に高くなっている。

図表 55 サービス別のサービス提供に関わった職種(全体)

	合計	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	医師	看護師・准看護師	歯科医師	歯科衛生士	介護職員	その他	無回答
訪問リハ	1,438	78.9%	27.6%	2.4%	8.7%	5.5%	0.1%	0.1%	4.5%	0.3%	1.9%
通所リハ	2,260	82.0%	52.1%	5.0%	30.4%	72.7%	0.0%	2.9%	90.7%	5.1%	1.5%
通所介護	1,815	18.1%	7.5%	0.6%	1.0%	81.4%	0.1%	1.0%	93.2%	13.3%	2.4%
短期入所療養介護	827	66.7%	53.8%	9.2%	42.0%	66.9%	0.5%	1.9%	73.6%	8.0%	8.7%
短期入所生活介護	1,503	8.7%	7.4%	0.1%	1.6%	64.7%	0.1%	1.6%	89.8%	7.9%	8.1%

図表 56 サービス別のサービス提供に関わった職種(寝たきり度軽度・認知症自立度軽度)

	合計	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	医師	看護師・准看護師	歯科医師	歯科衛生士	介護職員	その他	無回答
全体	2,885	64.2%	33.6%	3.1%	16.9%	59.8%	0.1%	1.4%	72.8%	7.5%	2.0%
訪問リハ	596	83.2%	26.7%	1.3%	8.2%	3.2%	0.0%	0.0%	3.2%	0.5%	0.0%
通所リハ	1,308	84.8%	51.1%	4.7%	29.2%	71.5%	0.0%	2.3%	91.4%	5.4%	1.2%
通所介護	694	23.3%	10.1%	0.7%	0.9%	83.3%	0.1%	1.2%	92.9%	17.0%	2.2%
短期入所療養介護	107	67.3%	58.9%	13.1%	43.9%	68.2%	0.9%	0.9%	71.0%	7.5%	12.1%
短期入所生活介護	180	7.2%	5.0%	0.6%	1.7%	67.2%	0.6%	1.1%	90.6%	8.3%	7.8%

図表 57 サービス別のサービス提供に関わった職種(寝たきり度軽度・認知症自立度重度)

	合計	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	医師	看護師・准看護師	歯科医師	歯科衛生士	介護職員	その他	無回答
全体	2,036	41.9%	27.6%	2.8%	15.9%	66.2%	0.0%	1.5%	80.8%	7.5%	3.3%
訪問リハ	217	76.0%	30.0%	2.3%	6.5%	2.3%	0.0%	0.0%	3.7%	0.5%	1.4%
通所リハ	501	76.4%	55.9%	5.4%	34.1%	74.3%	0.0%	3.4%	90.8%	3.4%	0.8%
通所介護	516	16.5%	6.6%	0.8%	1.4%	82.0%	0.0%	1.0%	93.4%	12.6%	2.9%
短期入所療養介護	253	66.0%	56.5%	7.9%	47.4%	70.4%	0.0%	2.0%	79.4%	9.5%	3.6%
短期入所生活介護	549	9.8%	7.3%	0.0%	2.2%	67.2%	0.0%	0.7%	90.9%	8.4%	6.7%

図表 58 サービス別のサービス提供に関わった職種(寝たきり度重度・認知症自立度軽度)

	合計	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	医師	看護師・准看護師	歯科医師	歯科衛生士	介護職員	その他	無回答
全体	628	65.4%	34.2%	3.3%	17.8%	49.7%	0.3%	2.4%	57.6%	6.8%	1.8%
訪問リハ	223	80.7%	31.8%	1.8%	11.2%	8.1%	0.4%	0.4%	6.7%	0.4%	0.0%
通所リハ	161	84.5%	54.0%	5.0%	29.2%	73.3%	0.0%	5.0%	87.0%	8.1%	2.5%
通所介護	71	21.1%	8.5%	0.0%	2.8%	81.7%	0.0%	1.4%	90.1%	12.7%	1.4%
短期入所療養介護	87	82.8%	54.0%	10.3%	42.5%	72.4%	1.1%	2.3%	74.7%	9.2%	0.0%
短期入所生活介護	86	9.3%	4.7%	0.0%	1.2%	64.0%	0.0%	3.5%	90.7%	14.0%	7.0%

図表 59 サービス別のサービス提供に関わった職種(寝たきり度重度・認知症自立度重度)

	合計	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	医師	看護師・准看護師	歯科医師	歯科衛生士	介護職員	その他	無回答
全体	1,304	45.6%	29.5%	4.0%	16.6%	58.2%	0.2%	2.5%	71.3%	7.4%	3.5%
訪問リハ	274	75.9%	29.6%	4.0%	10.2%	10.9%	0.4%	0.0%	6.6%	0.0%	0.4%
通所リハ	164	81.1%	55.5%	6.7%	29.9%	75.6%	0.0%	5.5%	92.7%	6.7%	1.8%
通所介護	136	16.2%	5.9%	0.7%	1.5%	77.2%	0.0%	0.7%	94.1%	15.4%	1.5%
短期入所療養介護	288	72.6%	60.1%	9.7%	45.1%	74.0%	0.7%	2.8%	82.3%	8.7%	0.3%
短期入所生活介護	442	5.0%	7.2%	0.2%	1.8%	64.9%	0.0%	3.2%	89.4%	8.8%	8.6%

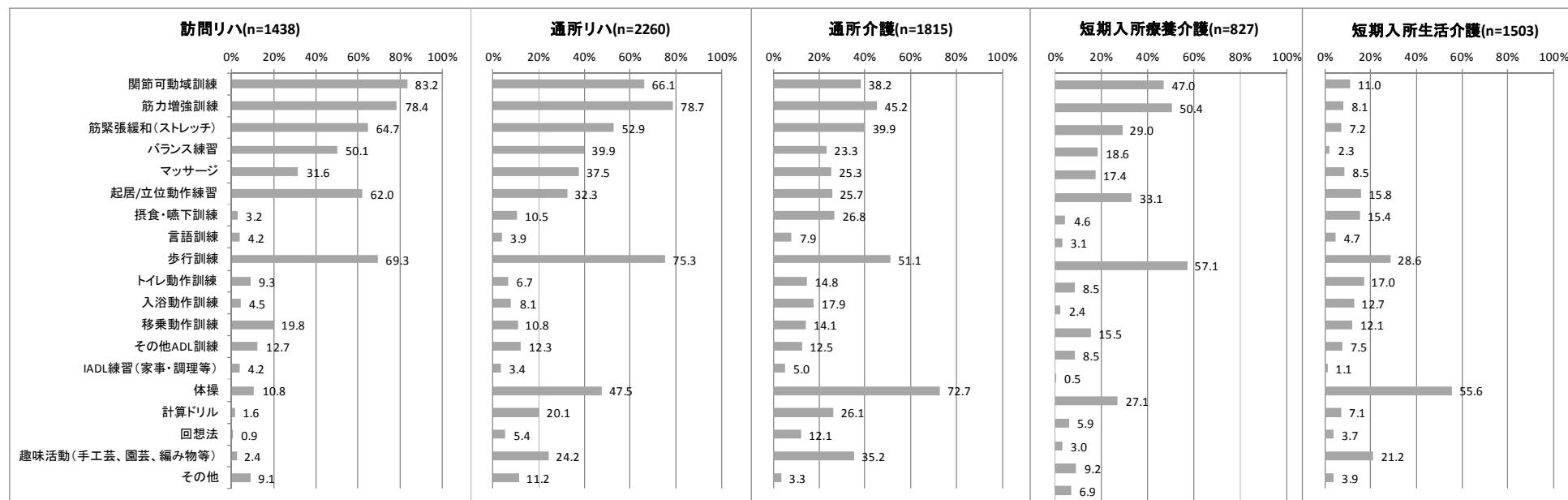
(3) リハビリテーションの提供内容

サービス別にリハビリテーションの提供内容をみると、「通所リハ」「訪問リハ」においては「関節可動域訓練」「筋力増強訓練」「ストレッチ」「歩行訓練」の割合が高くなっている。

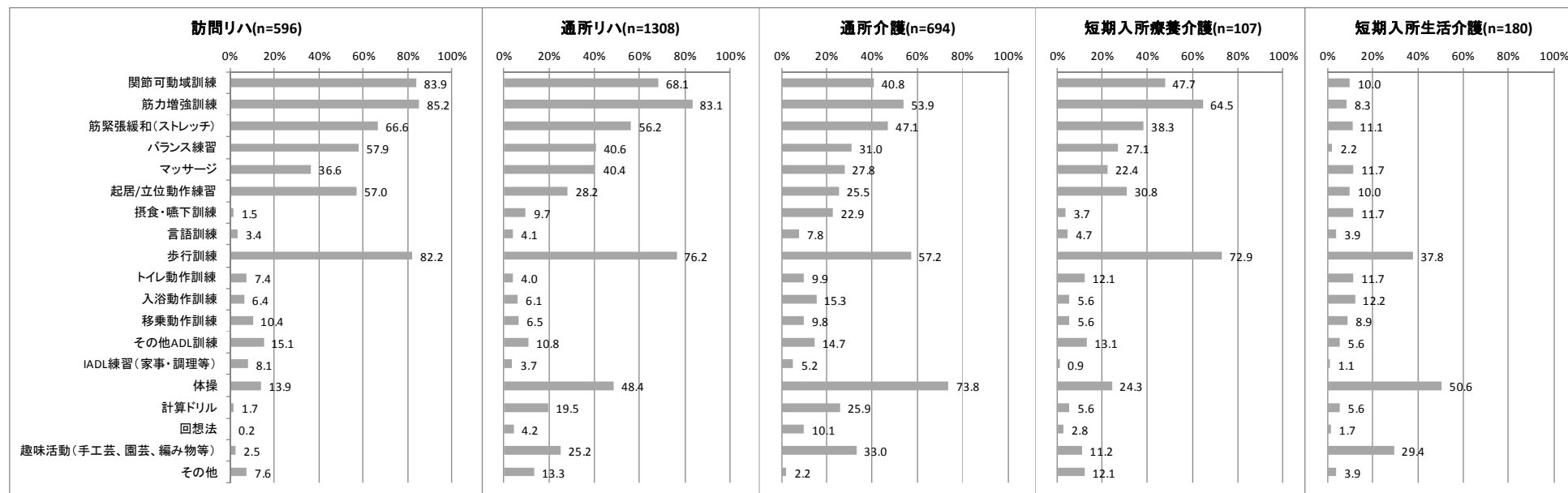
「通所介護」「短期入所生活介護」においては、他のサービスと比べ「体操」「趣味活動」の割合が高くなっている。

これを寝たきり度と認知症自立度の組合せ別にみると、寝たきり度が重くなると、「訪問リハ」での「歩行訓練」の割合は若干低下し、逆に「通所リハ」での「歩行訓練」の割合の方が高くなっている。

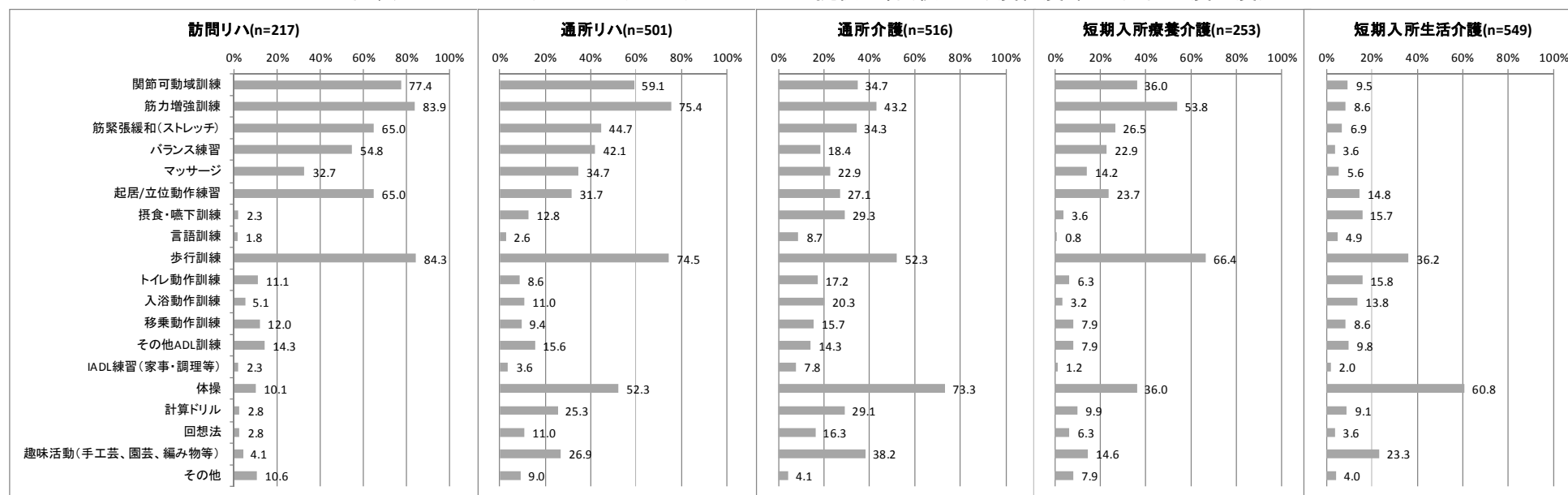
図表 60 サービス別にみたリハビリテーションの提供内容(全体)



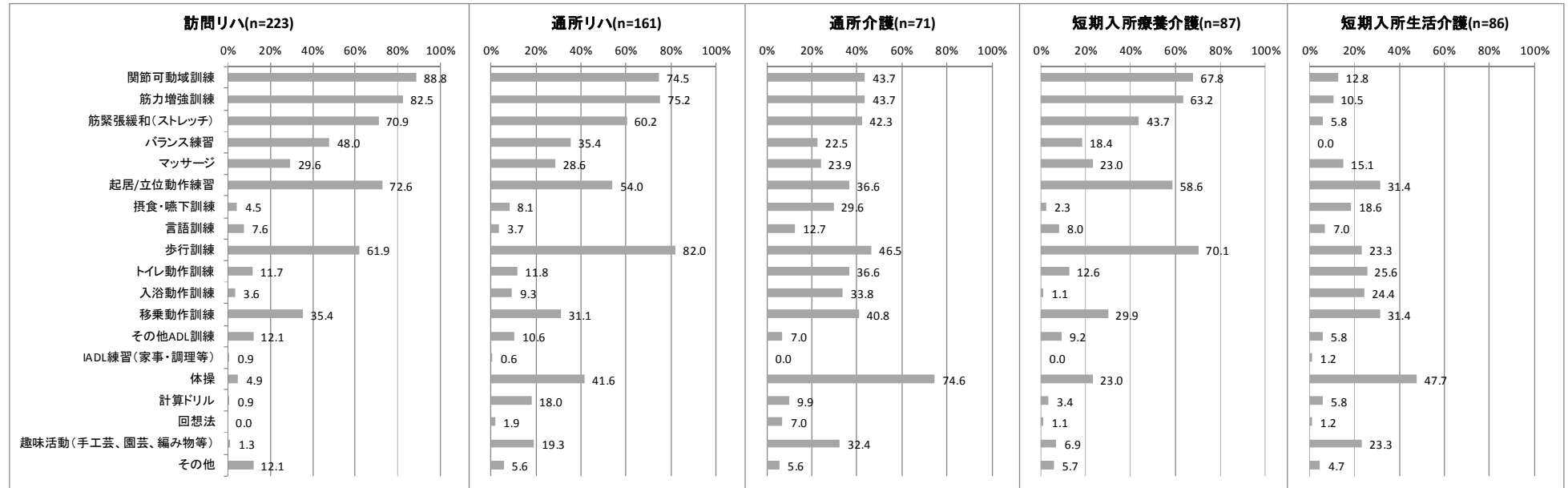
図表 61 サービス別にみたリハビリテーションの提供内容(寝たきり度軽度・認知症自立度軽度)



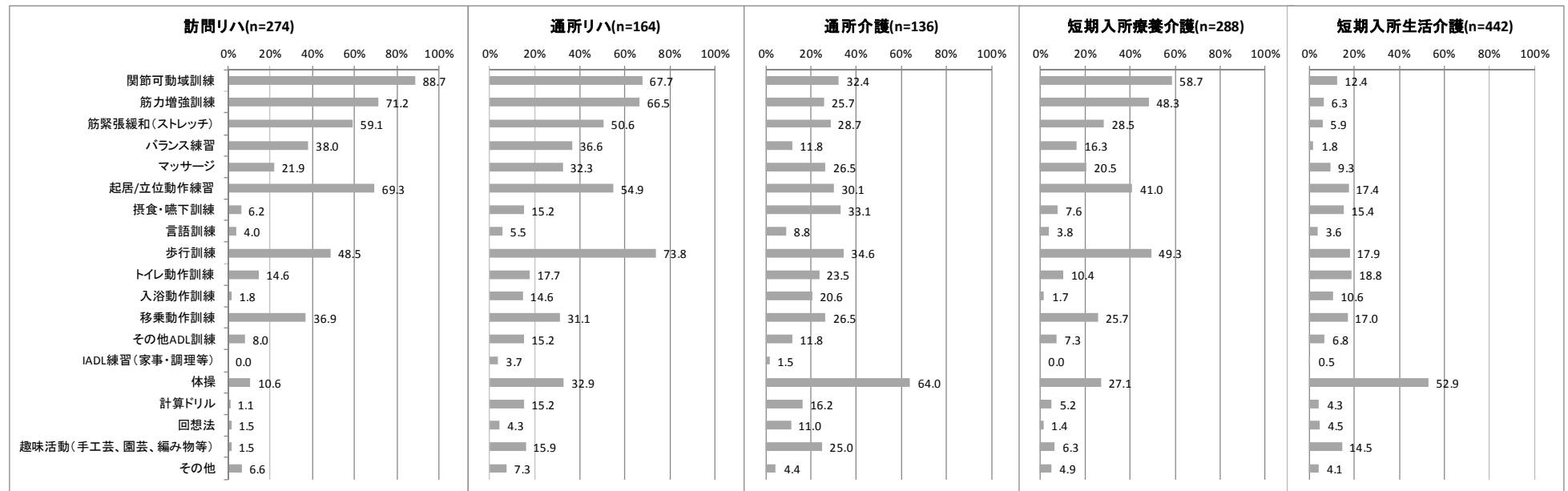
図表 62 サービス別にみたリハビリテーションの提供内容(寝たきり度軽度・認知症自立度重度)



図表 63 サービス別にみたリハビリテーションの提供内容(寝たきり度重度・認知症自立度軽度)



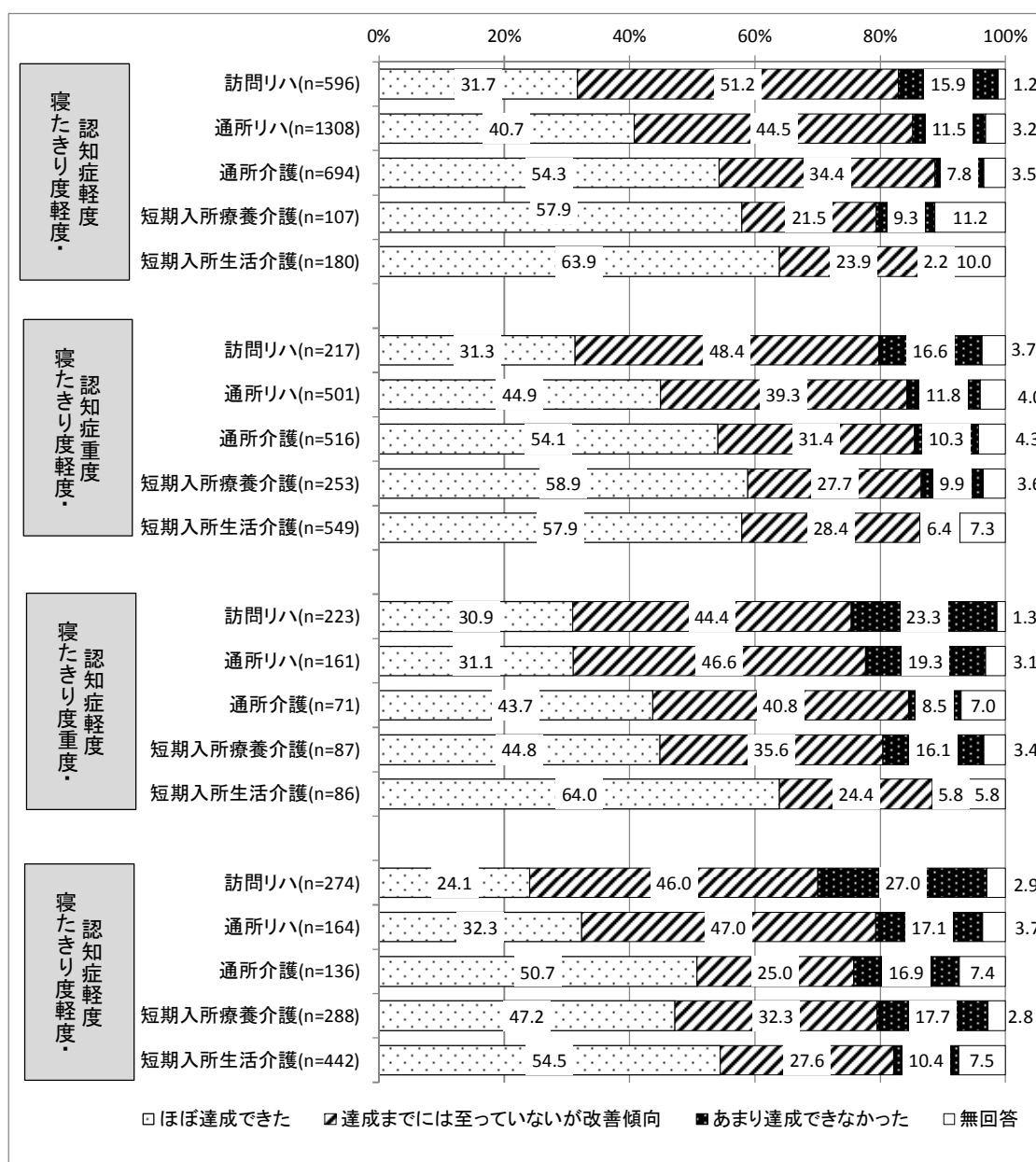
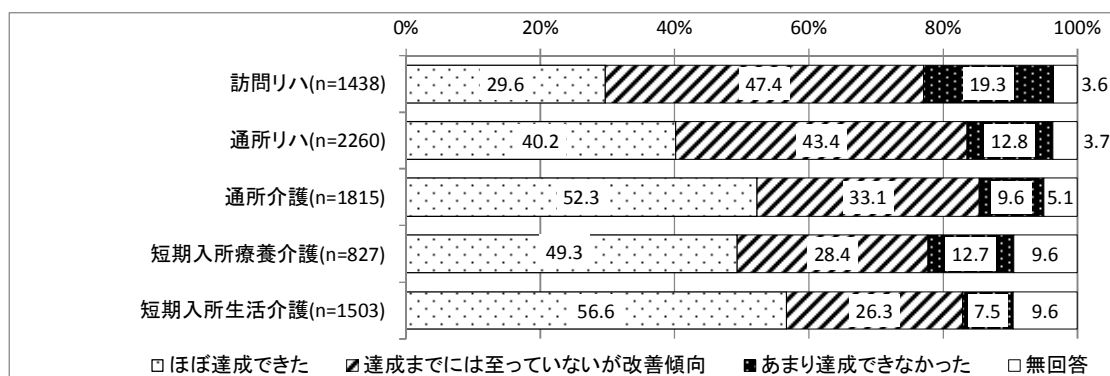
図表 64 サービス別にみたリハビリテーションの提供内容(寝たきり度重度・認知症自立度重度)



(4) 短期目標の達成状況

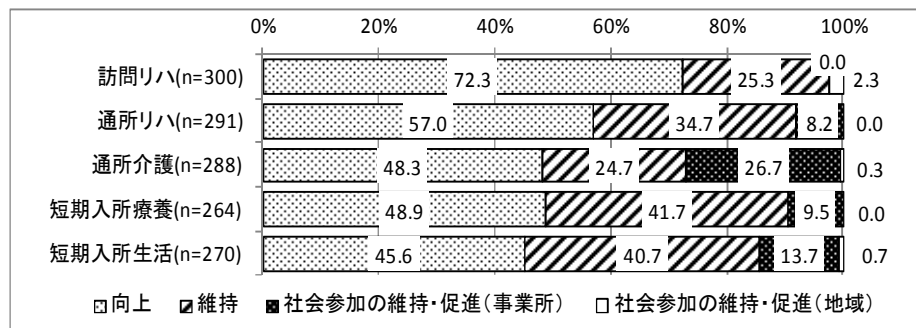
短期目標が「ほぼ達成できた」割合をみると、「短期入所生活介護」が56.6%と最も多く、次いで「通所介護」52.3%、「短期入所療養介護」49.3%、「通所リハ」40.2%、「訪問リハ」29.6%の順であった。

図表 65 サービス別の短期目標の達成状況



上記のように、短期目標の達成率はサービスごとにバラツキが見られるが、短期目標の達成率が高いサービスは、その目標が「維持」を目指したもの（「短期入所療養介護」「短期入所生活介護」）が多く、達成率が低いサービスは、「向上」を目指したもの（「訪問リハ」「通所リハ」）が多かった。

図表 66 短期目標の設定状況(図表 42 を要約して再掲)



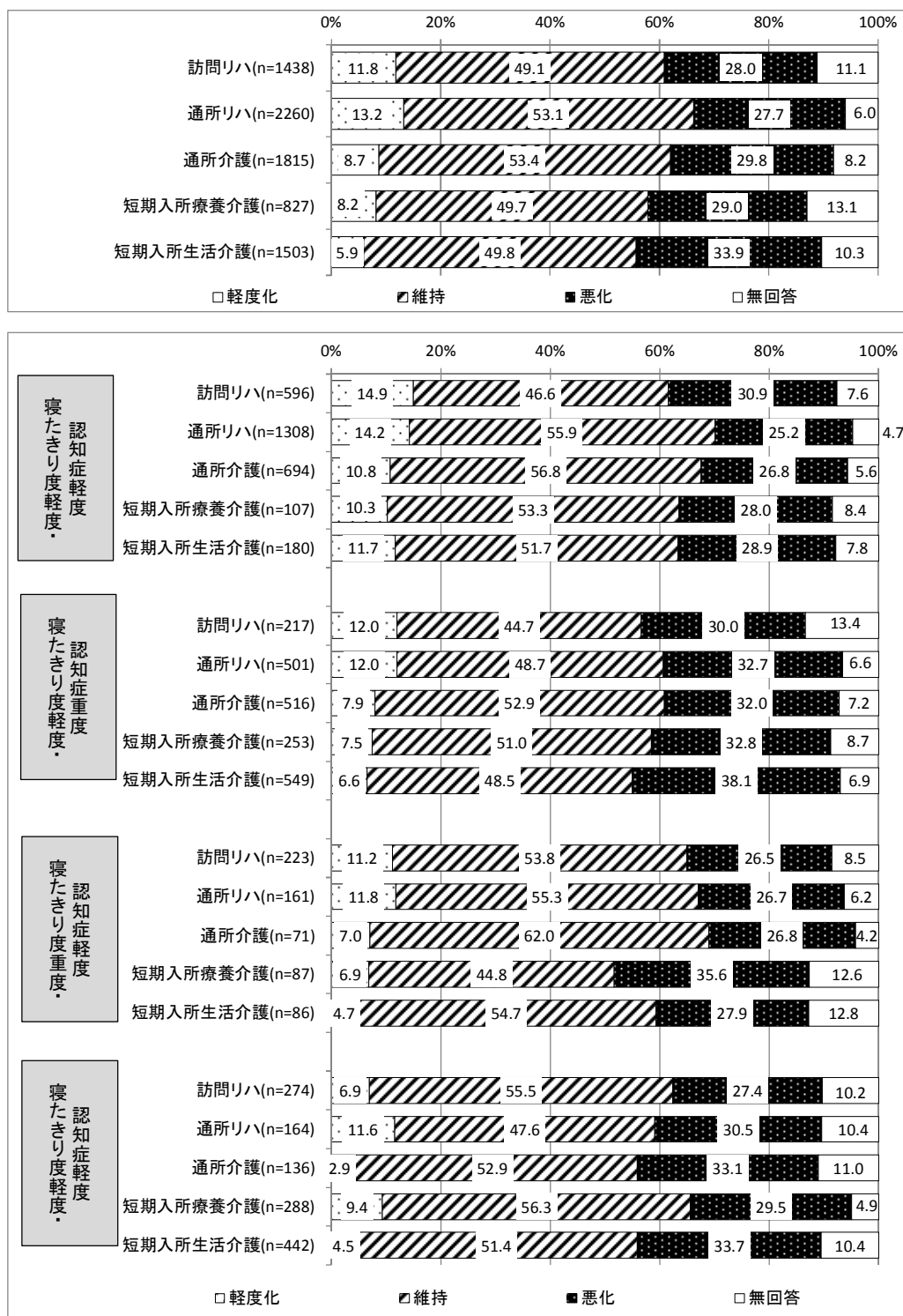
(5) サービス提供の効果

1) 要介護度の変化状況

前回認定時の要介護度と現在の要介護度を比較し、要介護度の変化状況をみると、軽度化しているのは、通所リハが13.2%と最も高く、次いで訪問リハが11.8%、通所介護が8.7%となっていた。

自立度の同じ状態像の利用者を比較すると、寝たきり度軽度・認知症軽度群では、訪問リハで14.9%、通所リハで14.2%となっていた。

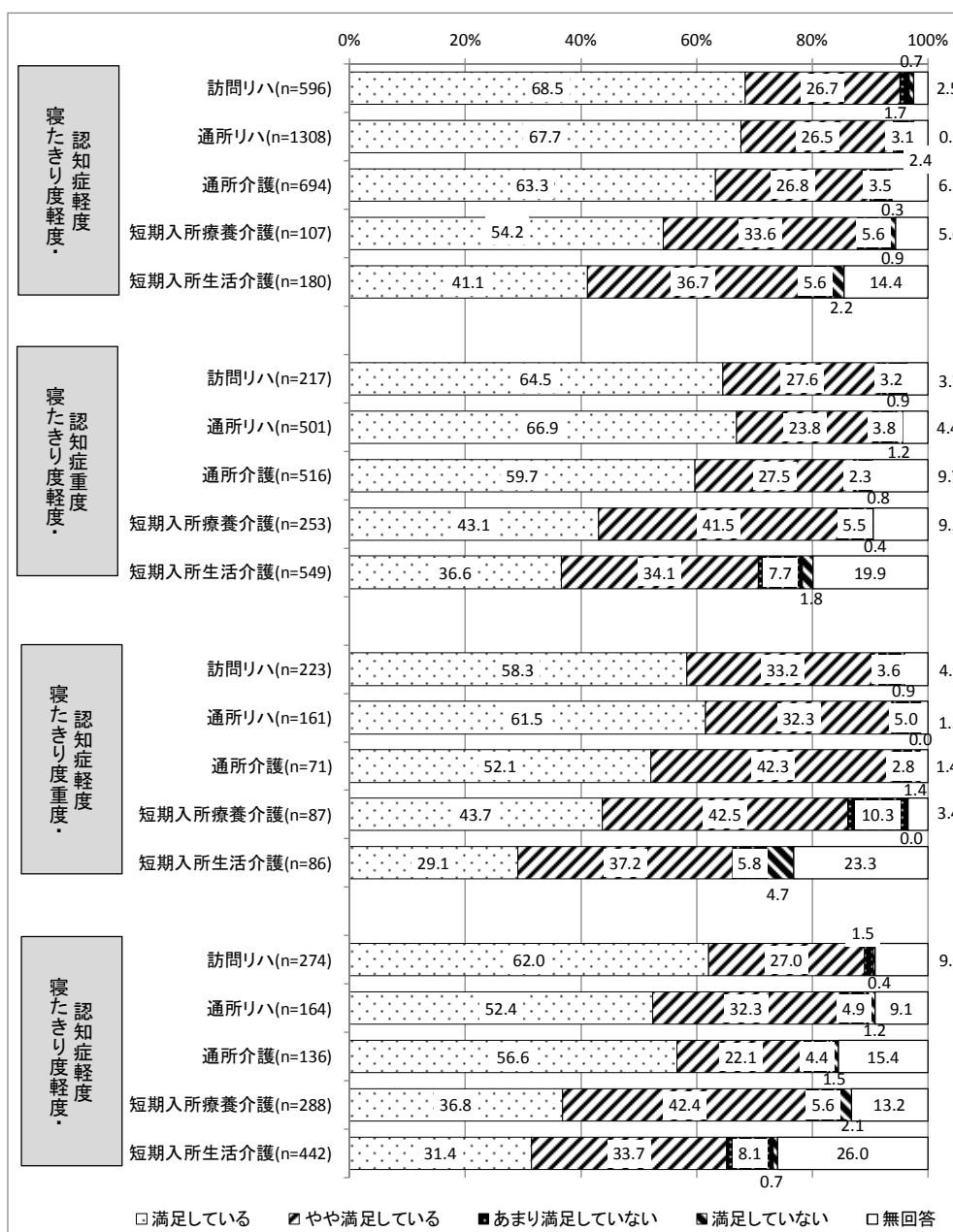
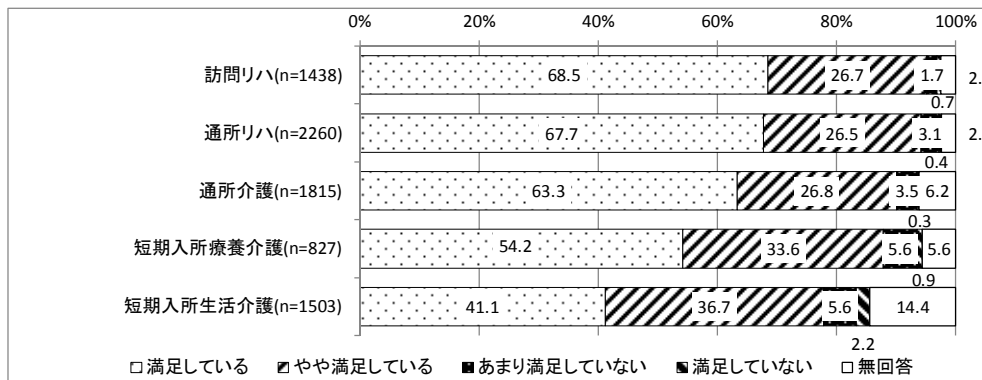
図表 67 サービス別の要介護度の変化状況



2) 利用者の満足度

各サービスの利用者のリハビリテーションに対する満足度をみると、「訪問リハ」「通所リハ」「通所介護」において満足度が高く、「満足している」「やや満足している」をあわせると9割前後となっている。

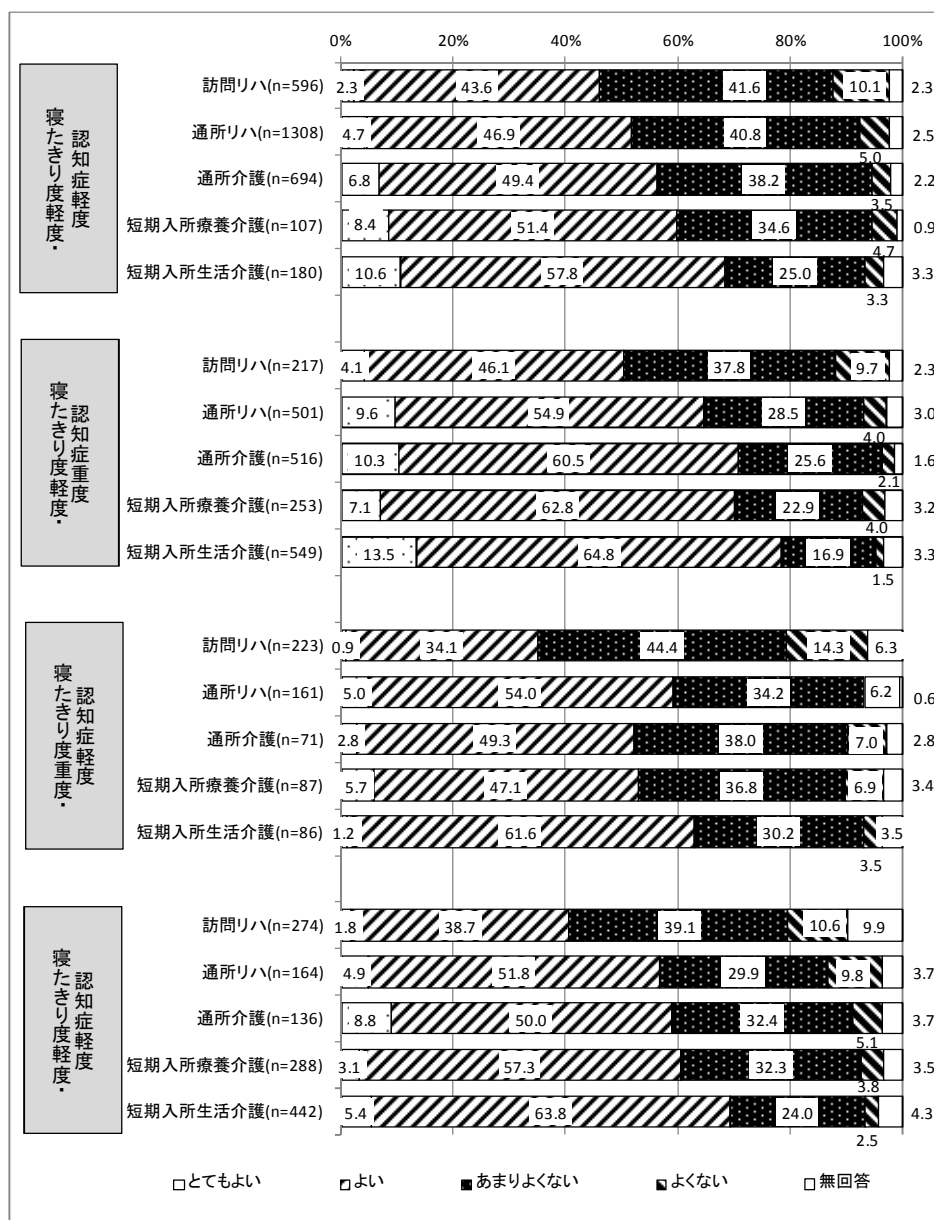
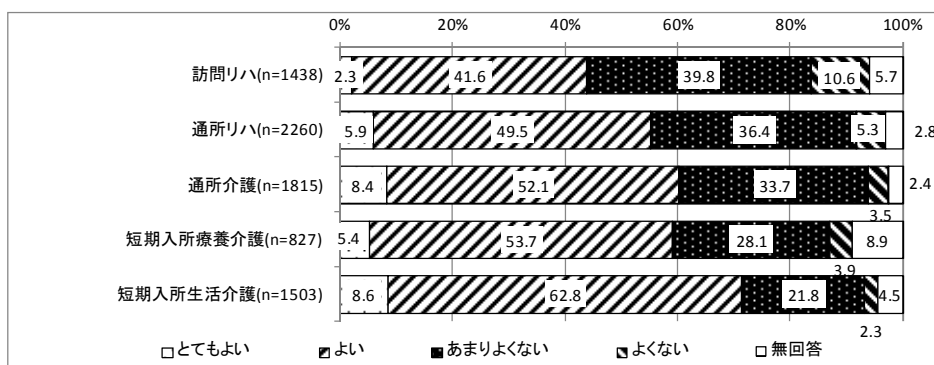
図表 68 サービス別の利用者の満足度



3) 主観的健康観

各サービスの利用者の主観的健康観をみると、「とてもよい」もしくは「よい」とする割合は、「短期入所生活介護」では 71.5%となっているのに対し、「訪問リハ」では 43.9%となっている。

図表 69 サービス別の利用者の主観的健康観

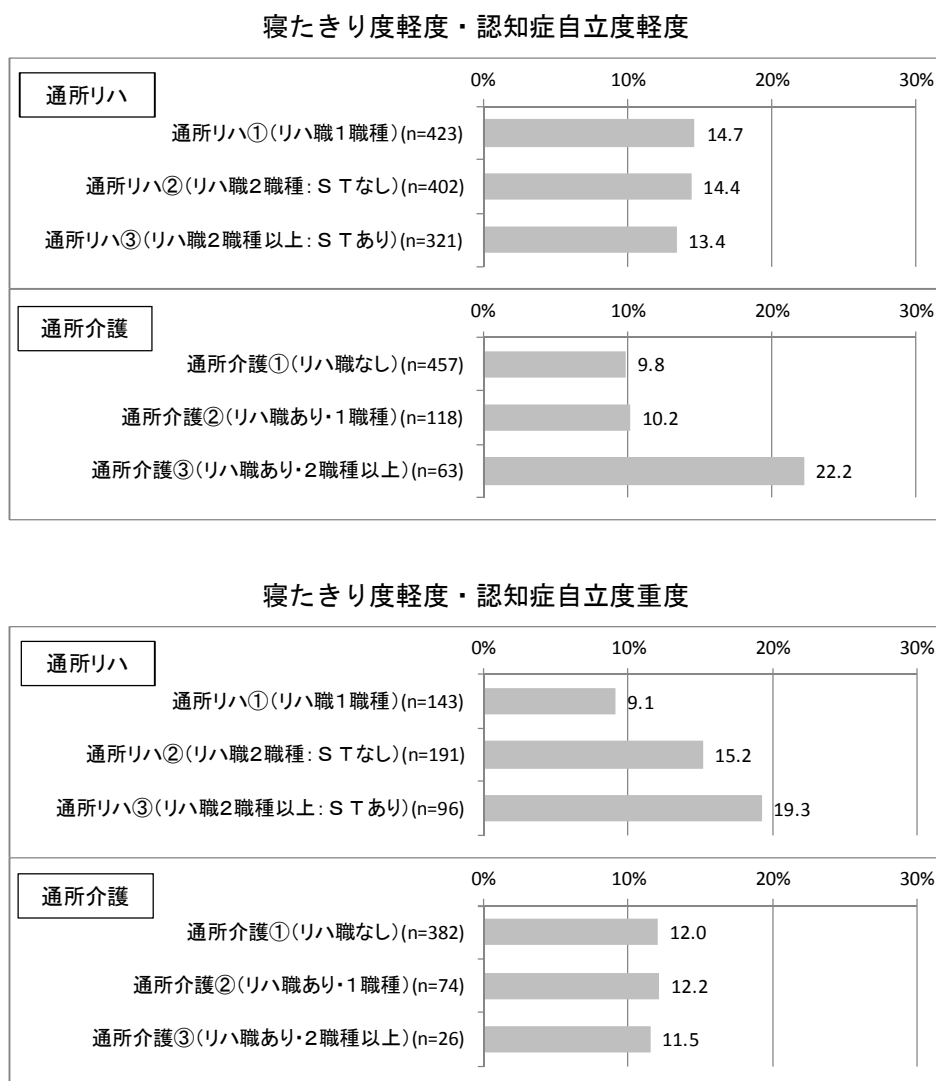


4. 要介護度改善率への影響因子

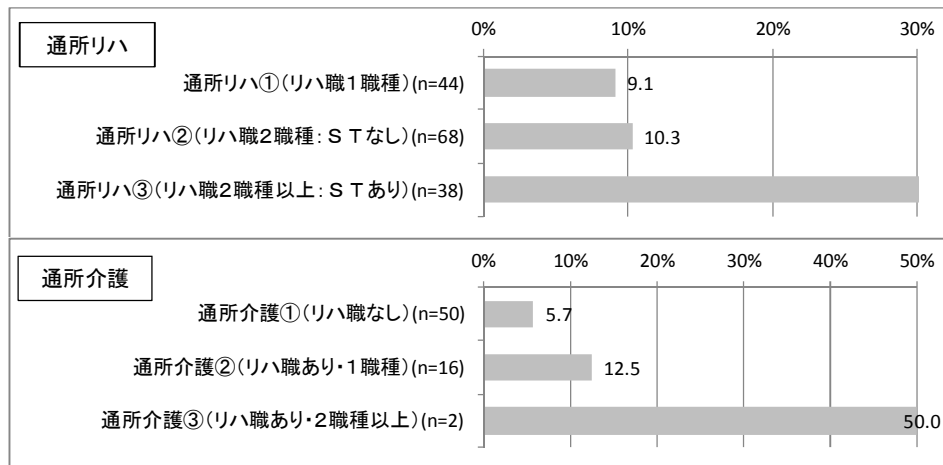
(1) リハビリテーション職の配置状況との関連性

通所介護において、要介護度の軽度化とリハ職配置状況との関係性をみると、リハ職が複数配置されている事業所において、要介護度が軽度化した割合が多く、特に寝たきり度軽度・認知症自立度軽度の利用者の場合にその傾向が強かった。

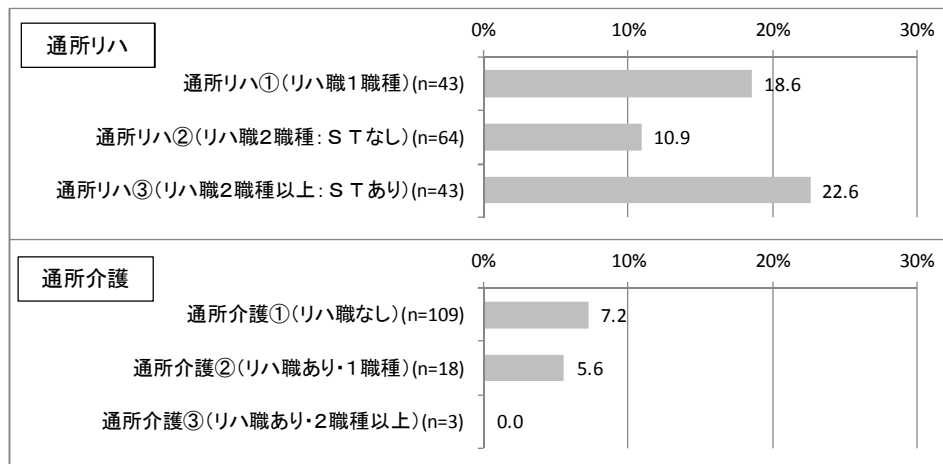
図表 70 通所サービスのリハ職配置状況別による要介護度の軽度化状況(「軽度化」した割合)



寝たきり度重度・認知症自立度軽度



寝たきり度重度・認知症自立度重度



（２）短期目標の設定状況との関連性

各サービスごとに、短期目標の目的別に要介護度の改善状況をみると、全体では「向上」を目的とした場合と「維持」を目的とした場合とで、大きな差はみられなかった。

しかしこれをサービスごとにみると、「訪問リハ」「通所リハ」「通所介護」においては、僅かではあるが、「向上」を目的とした場合の方が、「維持」を目的とした場合と比べて「改善」の割合が高くなっている。

図表 71 サービス別の短期目標設定状況別にみた要介護度の改善状況

		合計	要介護度変化			
			軽度化	維持	重度化	不明
全体		1413	9.9%	55.1%	35.0%	0.0%
全体	向上目的	774	10.6%	52.1%	37.3%	0.0%
	維持目的	469	10.9%	58.6%	30.5%	0.0%
	社会参加（事業所）目的	163	3.7%	60.7%	35.6%	0.0%
	社会参加（地域）目的	7	14.3%	28.6%	57.1%	0.0%
訪問リハ	全体	300	14.0%	55.3%	30.7%	0.0%
	向上目的	217	14.3%	51.6%	34.1%	0.0%
	維持目的	76	10.5%	68.4%	21.1%	0.0%
	社会参加（事業所）目的	3	66.7%	33.3%	0.0%	0.0%
	社会参加（地域）目的	4	25.0%	25.0%	50.0%	0.0%
通所リハ	全体	291	11.3%	55.7%	33.0%	0.0%
	向上目的	166	12.0%	54.2%	33.7%	0.0%
	維持目的	101	10.9%	57.4%	31.7%	0.0%
	社会参加（事業所）目的	24	8.3%	58.3%	33.3%	0.0%
	社会参加（地域）目的	0	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
通所介護	全体	288	7.6%	50.7%	41.7%	0.0%
	向上目的	139	10.8%	41.7%	47.5%	0.0%
	維持目的	72	8.3%	58.3%	33.3%	0.0%
	社会参加（事業所）目的	76	1.3%	60.5%	38.2%	0.0%
	社会参加（地域）目的	1	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
短期入所療養介護	全体	264	8.7%	54.2%	37.1%	0.0%
	向上目的	129	7.0%	51.2%	41.9%	0.0%
	維持目的	110	12.7%	54.5%	32.7%	0.0%
	社会参加（事業所）目的	25	0.0%	68.0%	32.0%	0.0%
	社会参加（地域）目的	0	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
短期入所生活介護	全体	270	7.4%	60.0%	32.6%	0.0%
	向上目的	123	5.7%	62.6%	31.7%	0.0%
	維持目的	110	10.9%	57.3%	31.8%	0.0%
	社会参加（事業所）目的	35	2.9%	60.0%	37.1%	0.0%
	社会参加（地域）目的	2	0.0%	50.0%	50.0%	0.0%

図表 72 短期目標の目的別にみた要介護度の改善状況(利用者状態像別)

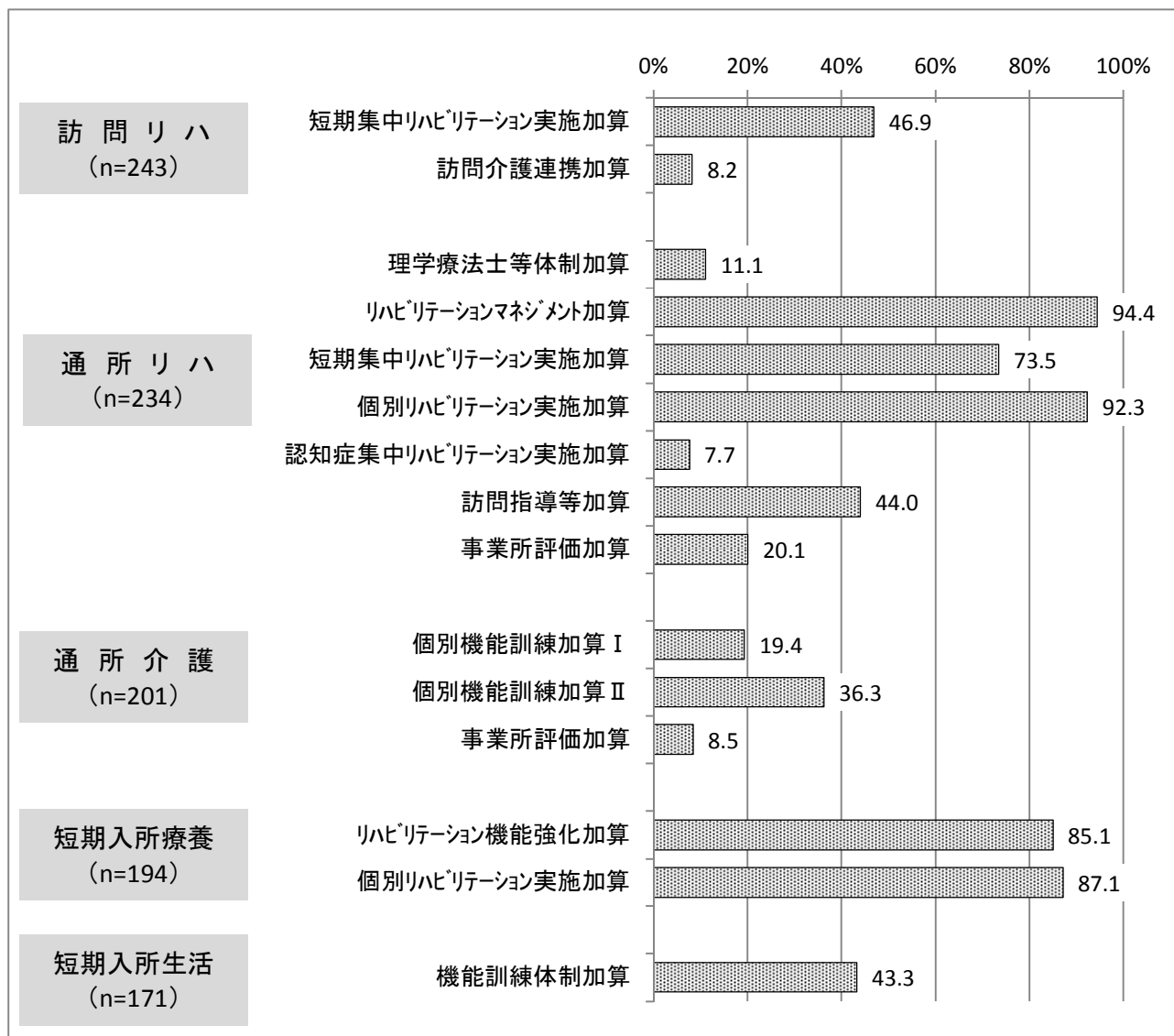
		合計	要介護度変化			
			改善	維持	悪化	不明
全体	全体	1413	9.9%	55.1%	35.0%	0.0%
	向上目的	774	10.6%	52.1%	37.3%	0.0%
	維持目的	469	10.9%	58.6%	30.5%	0.0%
	社会参加（事業所）目的	163	3.7%	60.7%	35.6%	0.0%
	社会参加（地域）目的	7	14.3%	28.6%	57.1%	0.0%
寝たきり度軽度・認知症自立度軽度	全体	405	13.8%	54.8%	31.4%	0.0%
	向上目的	262	13.7%	53.8%	32.4%	0.0%
	維持目的	106	17.9%	54.7%	27.4%	0.0%
	社会参加（事業所）目的	33	3.0%	66.7%	30.3%	0.0%
	社会参加（地域）目的	4	0.0%	25.0%	75.0%	0.0%
寝たきり度軽度・認知症自立度重度	全体	416	10.8%	52.4%	36.8%	0.0%
	向上目的	207	8.7%	47.3%	44.0%	0.0%
	維持目的	135	17.0%	59.3%	23.7%	0.0%
	社会参加（事業所）目的	72	5.6%	54.2%	40.3%	0.0%
	社会参加（地域）目的	2	0.0%	50.0%	50.0%	0.0%
寝たきり度重度・認知症自立度軽度	全体	142	5.6%	58.5%	35.9%	0.0%
	向上目的	97	6.2%	54.6%	39.2%	0.0%
	維持目的	36	2.8%	66.7%	30.6%	0.0%
	社会参加（事業所）目的	8	0.0%	75.0%	25.0%	0.0%
	社会参加（地域）目的	1	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%
寝たきり度重度・認知症自立度重度	全体	309	5.5%	59.2%	35.3%	0.0%
	向上目的	141	7.1%	55.3%	37.6%	0.0%
	維持目的	138	4.3%	61.6%	34.1%	0.0%
	社会参加（事業所）目的	30	3.3%	66.7%	30.0%	0.0%
	社会参加（地域）目的	0	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

5. まとめ及び代表性の検証

(1) 事業所の状況

各サービス事業所におけるリハビリテーション関連加算の算定率は、加算の種類によってバラツキがあった。

図表 73 リハビリテーション関連加算の算定状況



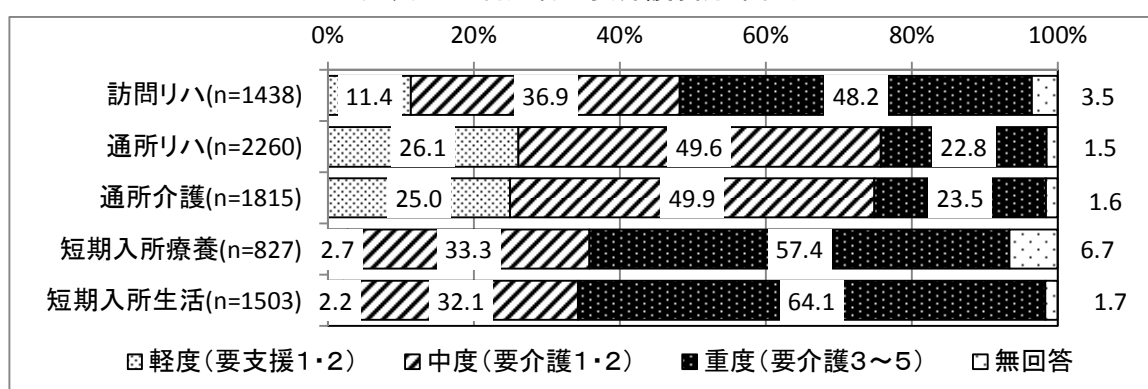
(2) 利用者の状況

通所リハと通所介護の利用者特性を比較すると、要介護度はほぼ同じであった。寝たきり度と認知症自立度の組み合わせをみると、通所リハで「両自立度ともに軽度」の割合は、通所介護より 20 ポイント高かった。現有疾患をみると、通所リハでは、「脳血管疾患」、通所介護では「認知症」の割合が高かった。

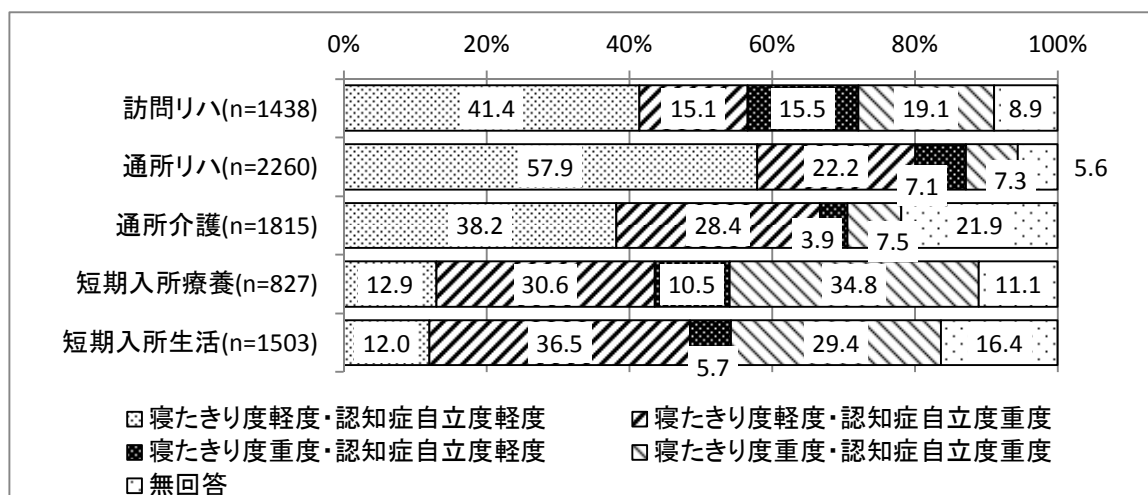
訪問リハの利用者の要介護度は、通所リハ、通所介護と比べて「重度（要介護 3～5）」の割合が多かった。現有疾患では、「脳血管疾患」の割合が多く、医療措置のうち「経管栄養」が必要な利用者の割合は要介護 5 で急増しており、29.7%であった。

短期入所療養介護、短期入所生活介護の利用者の要介護度は、他のサービスと比べて「重度（要介護 3～5）」の割合が多かった。また、「両自立度ともに重度」の割合も多かった。

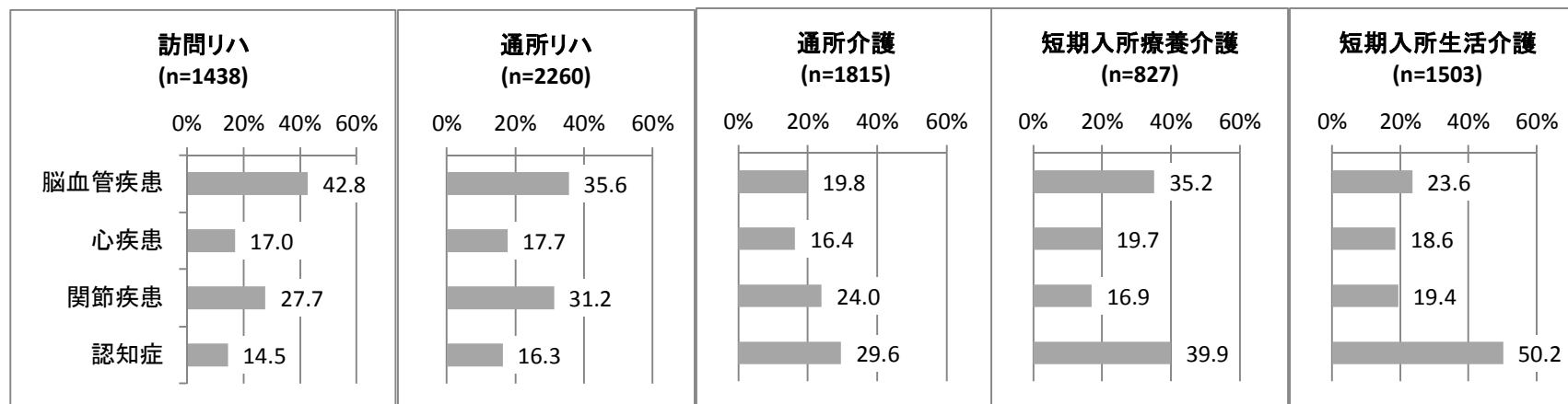
図表 74 利用者の要介護度分布状況



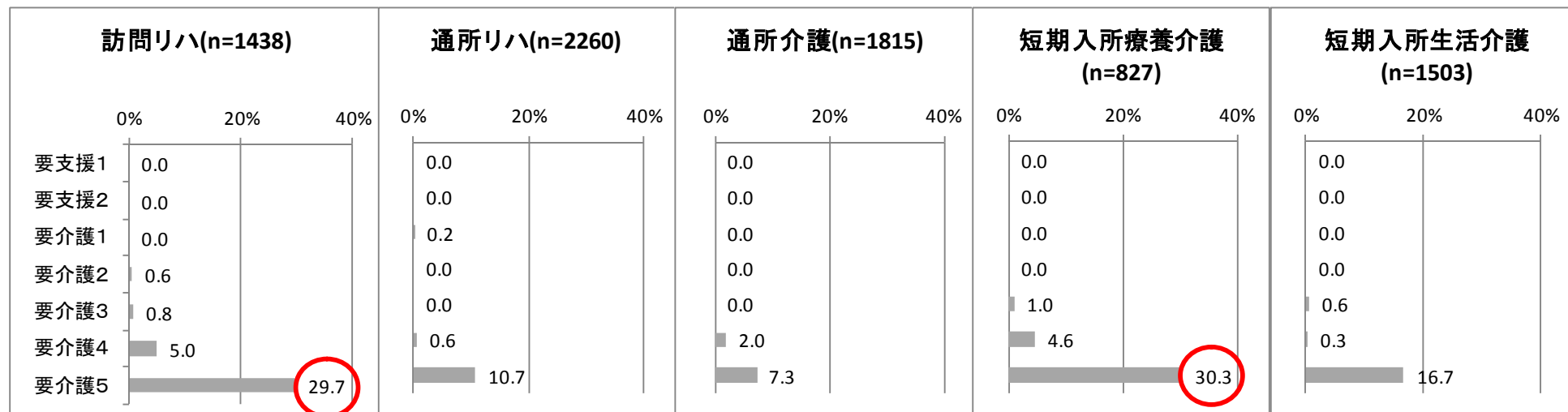
図表 75 サービス別の利用者の日常生活自立度の組合せ(再掲)



図表 76 サービス別の利用者の現病疾患(抜粋)



図表 77 医療措置必要者の割合(経管栄養の場合)

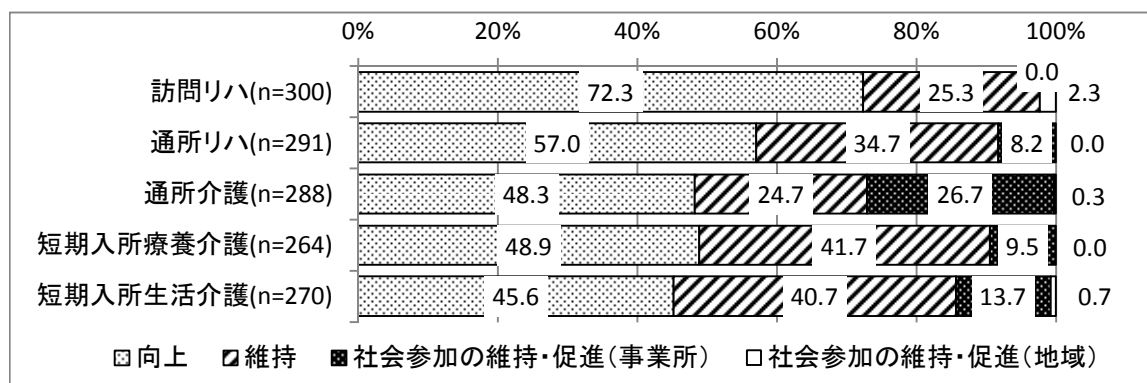


(3) サービスマネジメントの実態

サービス別の短期目標の設定状況をみると、訪問リハ、通所リハでは、機能等の「向上」を目標としている割合、短期入所療養介護、短期入所生活介護では、機能等の「維持」を目標としている割合が多かった。

また、短期目標で「地域社会への参加（社会参加の維持・促進（地域）」を設定しているケースは非常に少なかった。

図表 78 短期目標の設定状況(再掲)

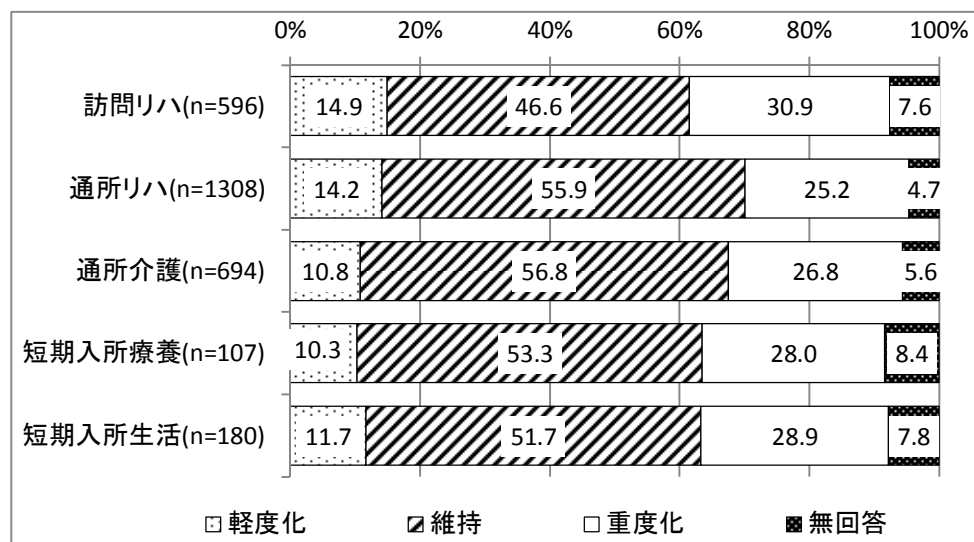


(4) サービス提供の効果

同じ状態像の利用者の中でも、寝たきり度・認知症自立度がともに軽度の人について要介護度の変化状況をみると、要介護度が「軽度化」した割合は、訪問リハ 14.9%、通所リハで 14.2%、通所介護で 10.8%であった。

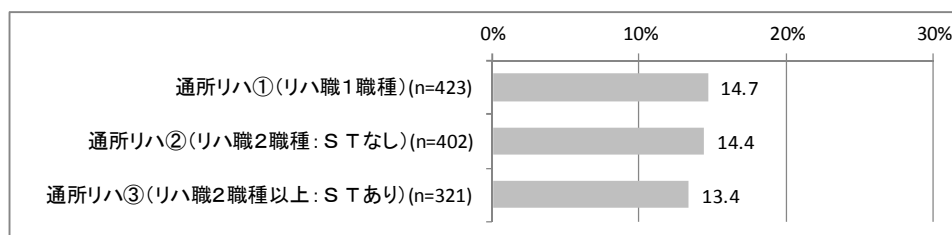
通所サービスで、リハ職の配置状況別に要介護度の変化状況をみると、通所介護でリハ職が複数配置されている事業所において、要介護度が軽度化した割合が多かった。

図表 79 サービス別に見た要介護度の変化状況(寝たきり度軽度・認知症自立度軽度の利用者の場合)

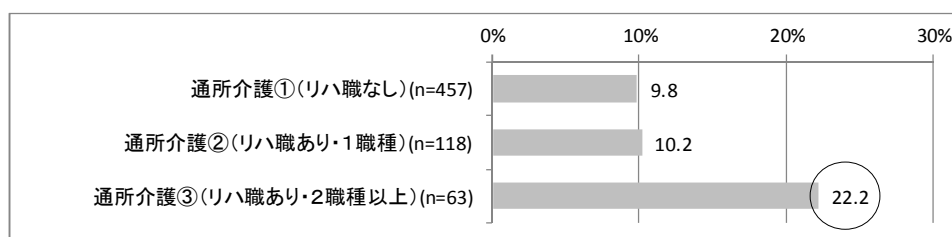


図表 80 通所サービスのリハ職配置状況別による要介護度の軽度化状況(「軽度化」した割合)(再掲)

通所リハ



通所介護



(5) 代表性の検証

要介護度別の利用者数について、調査結果（平成 25 年 9 月実利用者数）と「介護保険事業状況報告（平成 25 年 9 月）」とを比較したところ、訪問リハはほぼ全国平均と同水準であったが、その他のサービスについては、全国平均よりも軽い利用者を抱えている事業所が対象となっていた。

図表 81 サービス別要介護度別の利用者数

		要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
訪問リハ	全国値	2.9千人 3.4%	8.0千人 9.5%	12.1千人 14.3%	19.3千人 22.8%	14.9千人 17.6%	14.0千人 16.6%	13.3千人 15.7%	84.5千人 100.0%
	調査結果	153 2.8%	476 8.8%	782 14.5%	1212 22.5%	989 18.4%	906 16.8%	867 16.1%	5385 100.0%
通所リハ	全国値	49.5千人 9.1%	78.7千人 14.4%	127.3千人 23.3%	136.4千人 25.0%	80.8千人 14.8%	49.7千人 9.1%	23.9千人 4.4%	546.3千人 100.0%
	調査結果	1383 9.3%	2231 15.1%	3440 23.2%	3685 24.9%	2178 14.7%	1290 8.7%	595 4.0%	14802 100.0%
通所介護	全国値	200.5千人 11.7%	249.9千人 14.6%	435.3千人 25.4%	383.3千人 22.4%	226.7千人 13.3%	137.8千人 8.1%	77.2千人 4.5%	1710.7千人 100.0%
	調査結果	1159 10.7%	1555 14.3%	2829 26.1%	2611 24.0%	1395 12.8%	841 7.7%	469 4.3%	10859 100.0%
短期入所療養介護	全国値	0.3千人 0.5%	1.0千人 1.7%	7.2千人 12.4%	12.7千人 21.9%	13.9千人 24.0%	12.4千人 21.4%	10.5千人 18.1%	58.0千人 100.0%
	調査結果	20 0.9%	38 1.8%	233 11.0%	444 20.9%	498 23.5%	470 22.1%	420 19.8%	2123 100.0%
短期入所生活介護	全国値	2.8千人 0.8%	7.4千人 2.2%	48.1千人 14.4%	77.0千人 23.0%	86.7千人 25.9%	67.5千人 20.2%	45.4千人 13.6%	334.9千人 100.0%
	調査結果	29 0.6%	81 1.7%	655 14.1%	972 21.0%	1281 27.6%	945 20.4%	676 14.6%	4639 100.0%

また、各サービスの法人種別について、調査結果（平成 25 年 10 月時点）と「平成 24 年介護サービス施設・事業所調査」とを比較したところ、「通所リハ」「通所介護」については調査結果の方が「医療法人」の割合が高かった。

図表 82 サービス別法人種別の事業所数

		公立(都道府県・市区町村)	社会福祉法人(社協を除く)	社会福祉協議会	医療法人	財団・社団法人	営利法人	その他	無回答	合計
訪問リハ	全国値	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	調査結果	23 9.5%	7 2.9%	0 0.0%	184 75.7%	10 4.1%	0 0.0%	19 7.8%	0 0.0%	243 100.0%
通所リハ	全国値	186 2.9%	573 9.1%		4869 77.1%	173 2.7%	3 0.0%	511 8.1%	-	6315 100.0%
	調査結果	6 2.6%	15 6.4%	0 0.0%	194 82.9%	6 2.6%	0 0.0%	13 5.6%	0 0.0%	234 100.0%
通所介護	全国値	273 0.9%	7854 26.3%	1545 5.2%	2046 6.9%	179 0.6%	15834 53.1%	2084 7.0%	-	29815 100.0%
	調査結果	2 1.0%	48 23.9%	11 5.5%	30 14.9%	2 1.0%	93 46.3%	14 7.0%	1 0.5%	201 100.0%
短期入所療養介護	全国値	204 4.1%	560 11.3%		3808 77.1%	129 2.6%	0 0.0%	238 4.8%	-	4939 100.0%
	調査結果	5 2.6%	36 18.6%	1 0.5%	137 70.6%	10 5.2%	0 0.0%	5 2.6%	0 0.0%	194 100.0%
短期入所生活介護	全国値	241 2.9%	6747 81.5%	93 1.1%	293 3.5%	4 0.0%	808 9.8%	88 1.1%	-	8274 100.0%
	調査結果	3 1.8%	135 78.9%	1 0.6%	12 7.0%	0 0.0%	18 10.5%	2 1.2%	0 0.0%	171 100.0%

※ 介護サービス施設・事業所調査では、訪問リハビリテーションの事業所数についての集計はないため、全国値は不明。

第3部

老人保健施設からの自宅退所に関する 調査結果

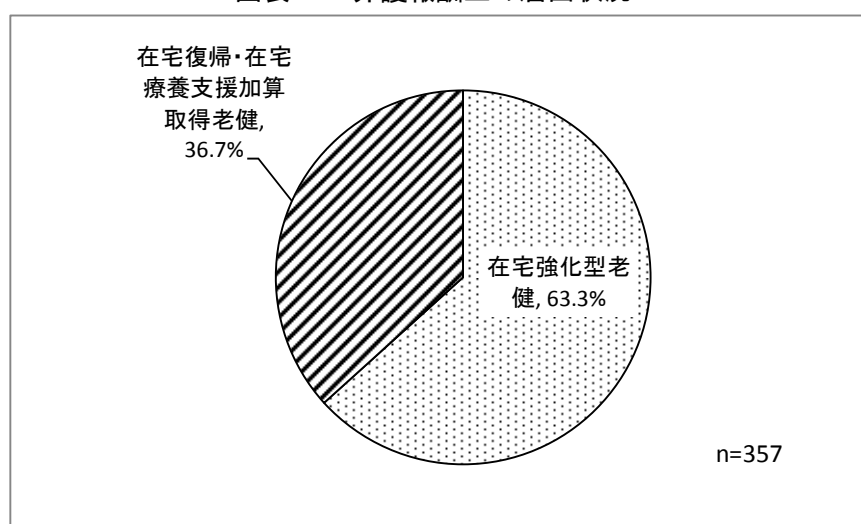
1. 事業所の状況

(1) 介護報酬上の届出状況

介護老人保健施設のうち、介護報酬上の届出で「介護保健施設サービス費Ⅰ型（ⅱ）」「介護保健施設サービス費Ⅰ型（ⅳ）」「ユニット型介護保健施設サービス費Ⅰ型（ⅱ）」「ユニット型介護保健施設サービス費Ⅰ型（ⅳ）」のいずれかを算定している施設は、在宅復帰率が50%以上あることが要件の一つとなっている。これらの点数を算定できている施設を在宅強化型老人保健施設（以下「在宅強化型老健」という）とすると、本調査に回答した施設に占める割合は63.3%であった。

また上記の届出はしていないが、在宅復帰率が30%以上の場合に算定が可能となる「在宅復帰・在宅療養支援加算」を算定している施設（以下「在宅復帰・在宅療養支援加算取得老健」という）は36.7%であった。

図表 83 介護報酬上の届出状況

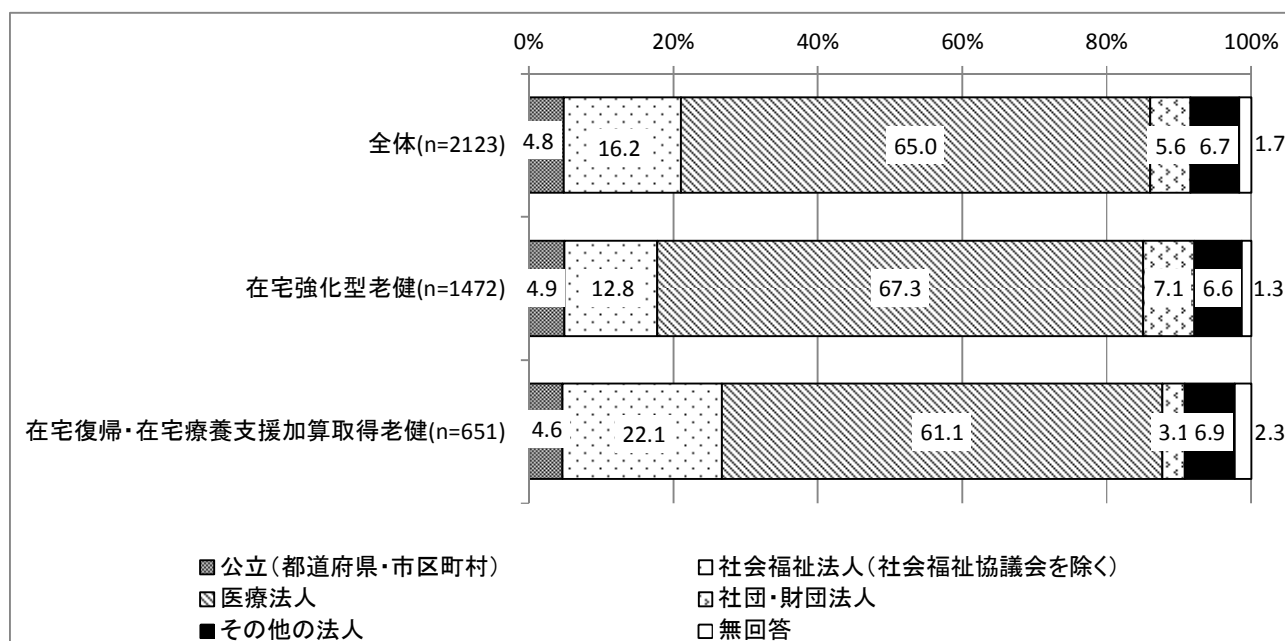


(2) 経営主体の法人種別

調査対象となった老人保健施設の経営主体である法人の種類は、「医療法人」が65.0%で最も多く、次いで「社会福祉法人（社会福祉協議会を除く）」の16.2%であった。

これを施設の類型別にみると、「在宅強化型老健」では「在宅復帰・在宅療養支援加算老健」と比べて「医療法人」の割合が高くなっていた。

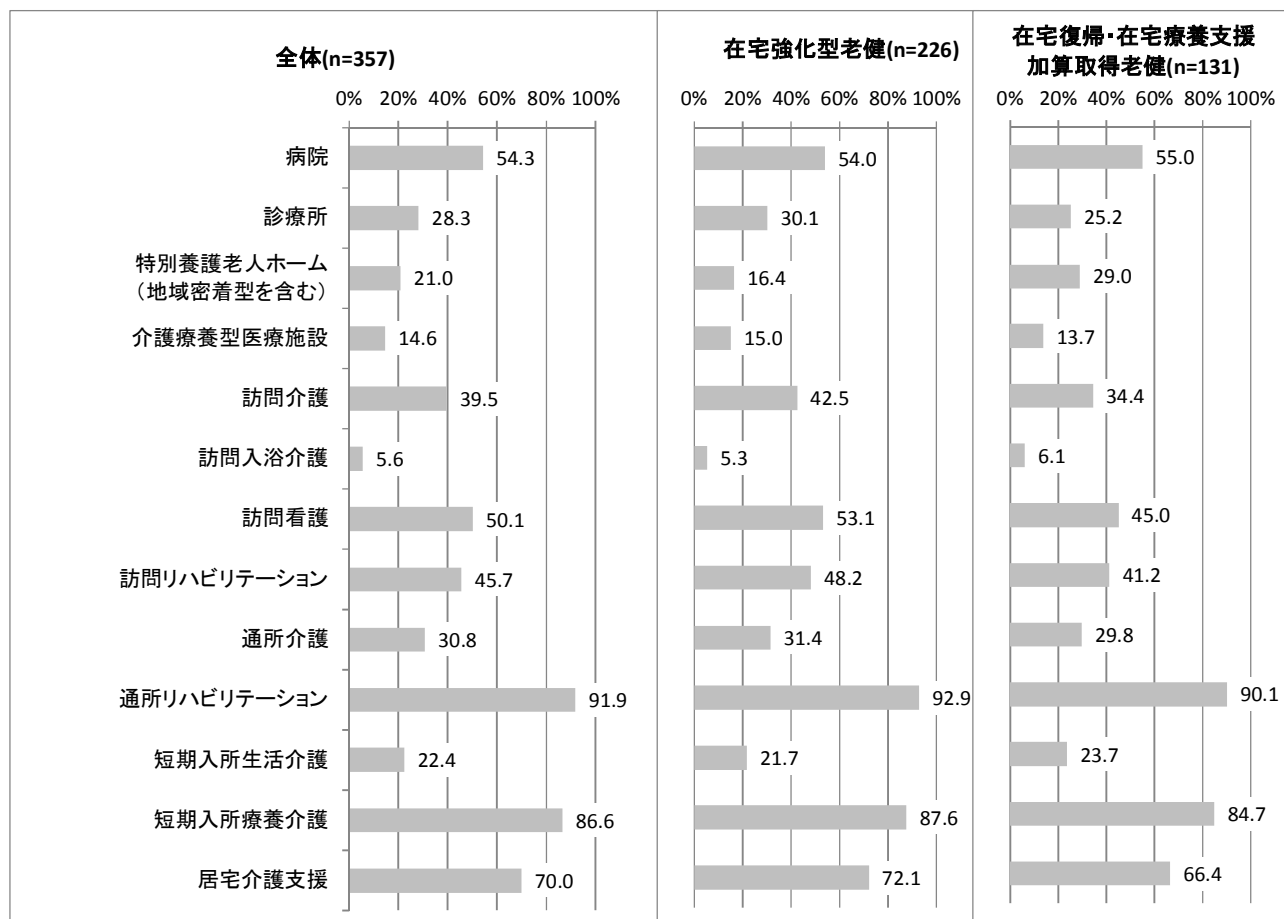
図表 84 経営主体の法人種別



(3) 併設施設

併設施設の状況をみると、「在宅強化型老健」では「在宅復帰・在宅療養支援加算取得老健」と比べて「訪問介護」「訪問看護」「居宅介護支援」を併設している割合が高い。

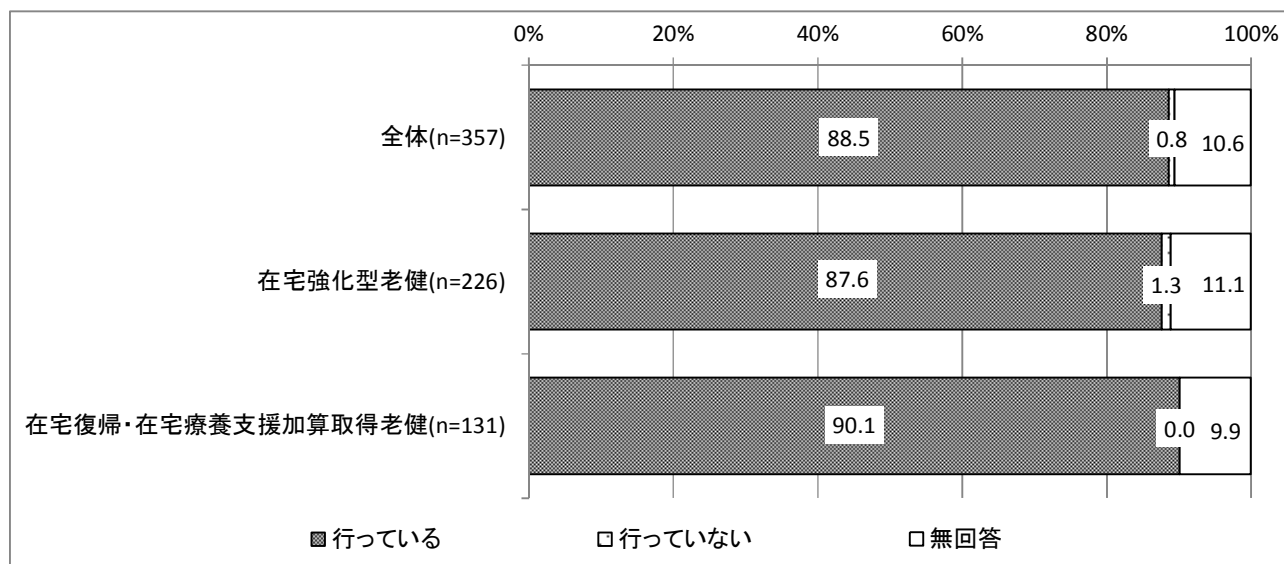
図表 85 併設施設の状況



(4) 在宅移行者へのフォロー

事業所による在宅移行者へのフォローの有無をみると、「在宅強化型老健」と「在宅復帰・在宅療養支援加算取得老健」とでは大きな違いはみられない。

図表 86 退所者へのフォロー



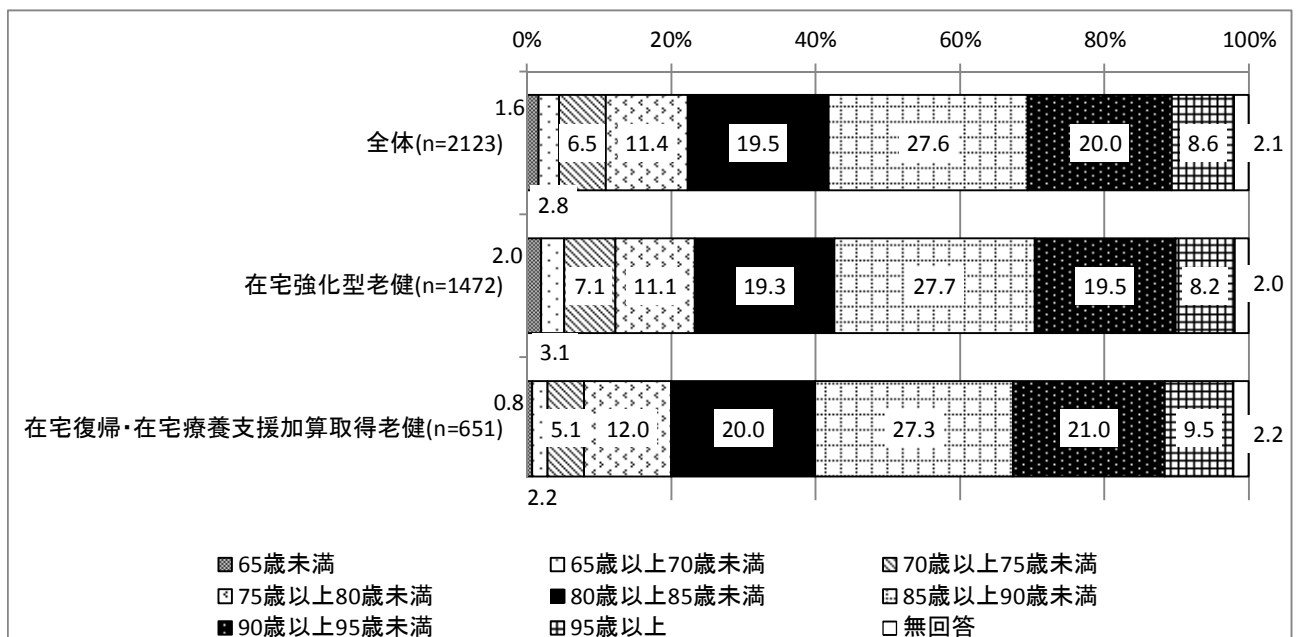
2. 在宅移行者の状況

(1) 年齢

老人保健施設から自宅への移行者の年齢をみると、「85 歳以上 90 歳未満」が最も多く (27.6%)、次いで「90 歳以上 95 歳未満」(20.0%)、「80 歳以上 85 歳未満」(19.5%) であり、85 歳以上の割合が 56.1%と半分以上であった。

なお「在宅強化型老健」と「在宅復帰・在宅療養支援加算取得老健」とでは大きな差はみられなかった。

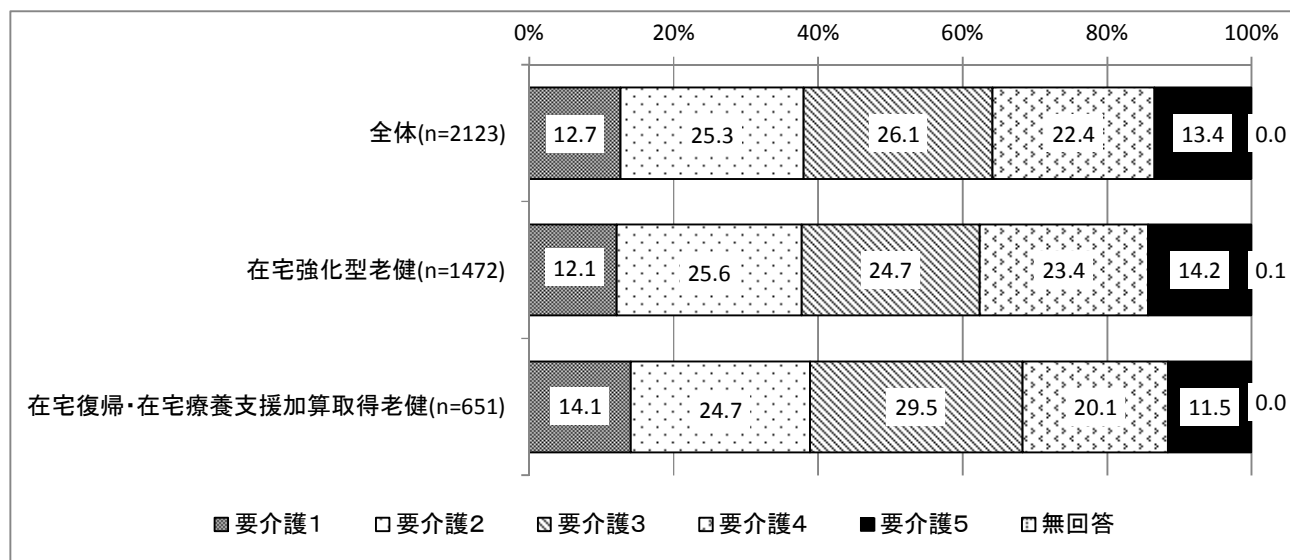
図表 87 在宅移行者の年齢階層



(2) 要介護度

在宅移行者の要介護度をみると、「要介護2」「要介護3」「要介護4」がいずれも20%以上となっている。

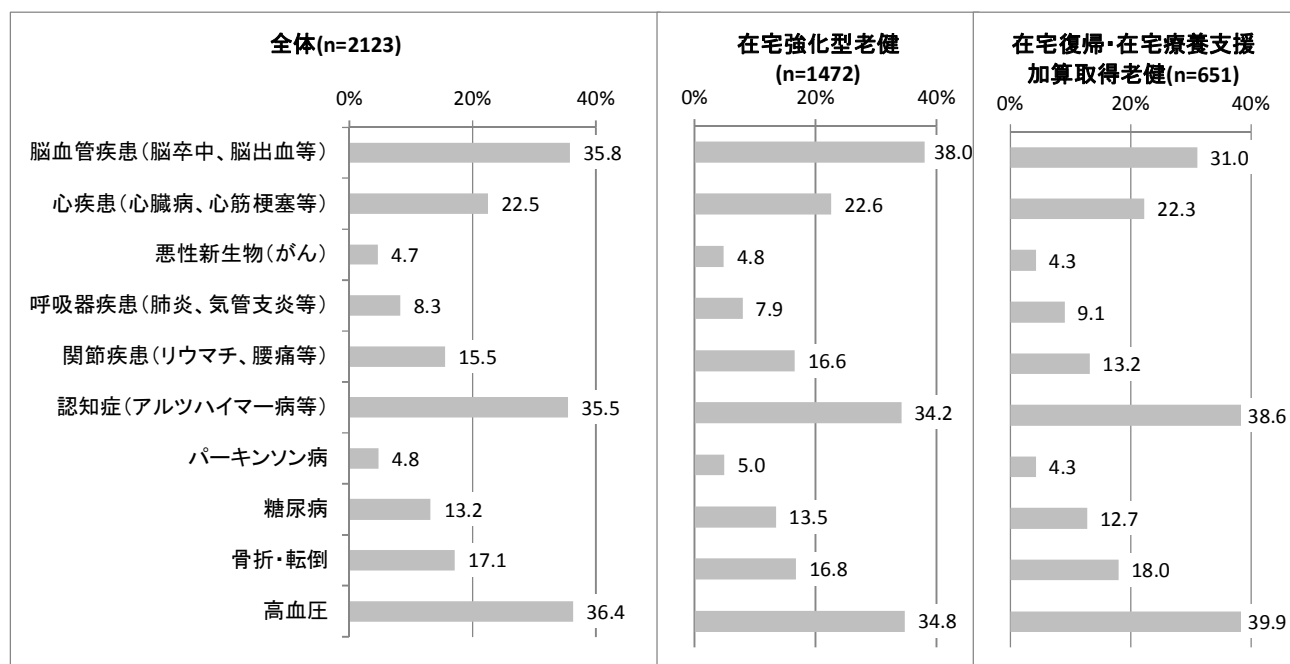
図表 88 在宅移行者の要介護度



(3) 退所時の疾患

在宅移行者の退所時の疾患をみると、「脳血管疾患」と「認知症」「高血圧」がそれぞれ30%を超えており、次いで「心疾患」「転倒・骨折」「関節疾患」であった。

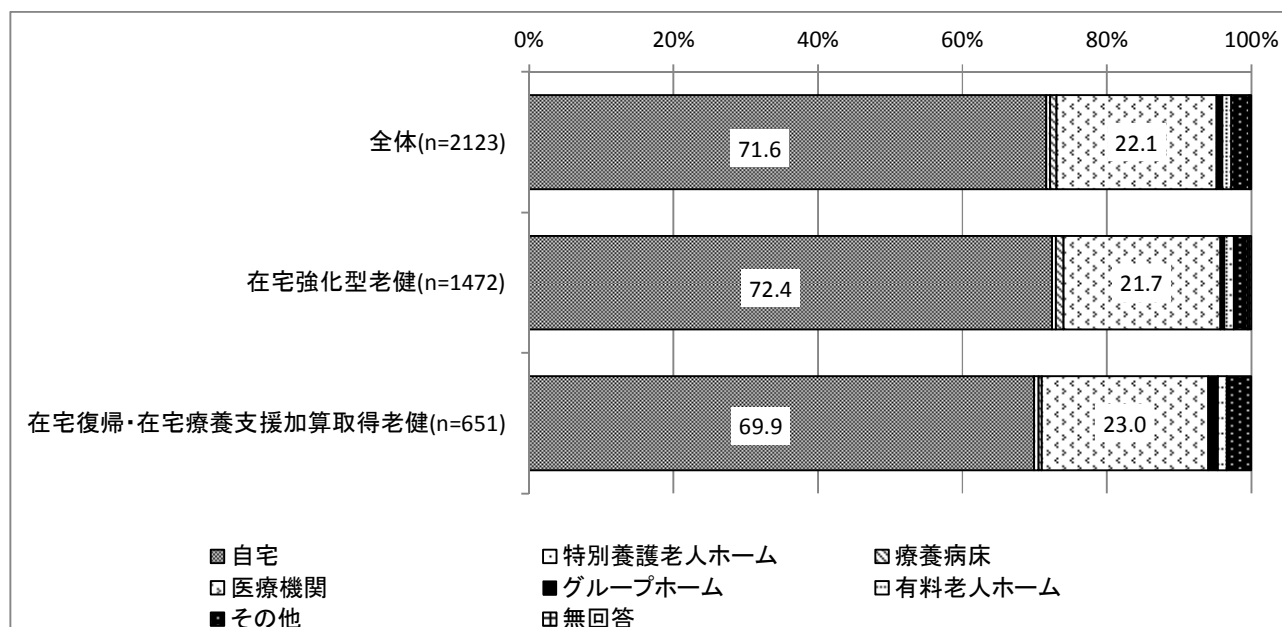
図表 89 在宅移行者の退所時の疾患



(4) 入所前の居場所

在宅移行者の入所前の居場所をみると、「自宅」が71.6%で最も多く、次いで「医療機関」(22.1%)であった。

図表 90 在宅移行者の入所前の居場所



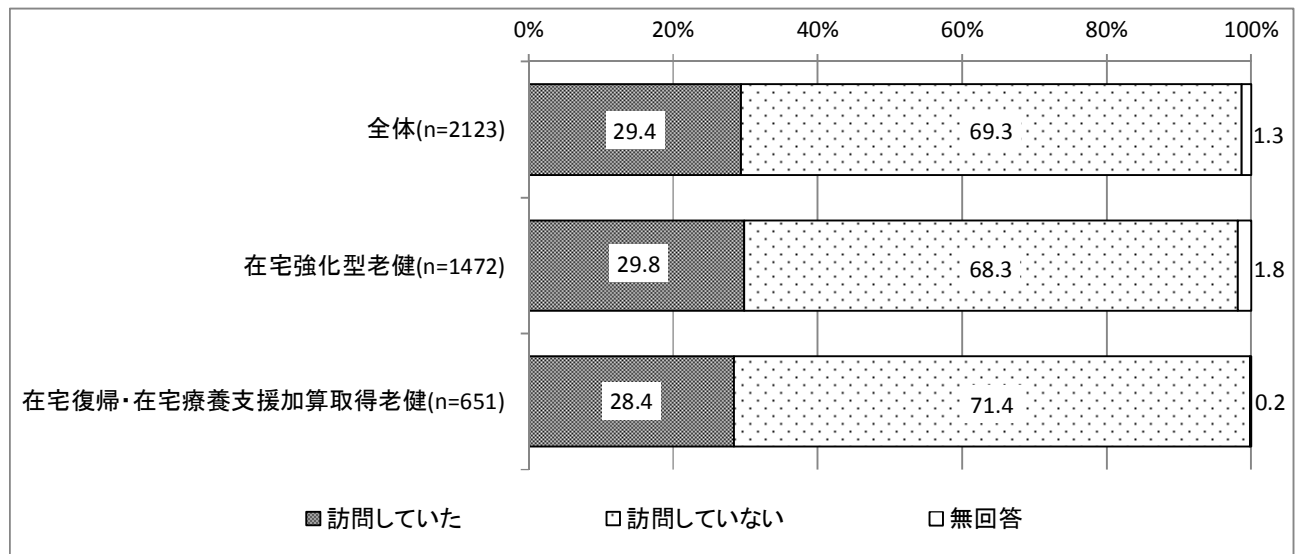
※ グラフ中には左から自宅、医療機関についてのみ数値を表記

3. 在宅移行者へのフォローの実施状況

(1) 退所前訪問

在宅移行者に対する退所前訪問の有無をみると、「訪問していた」が29.4%、「訪問していない」が69.3%であった。

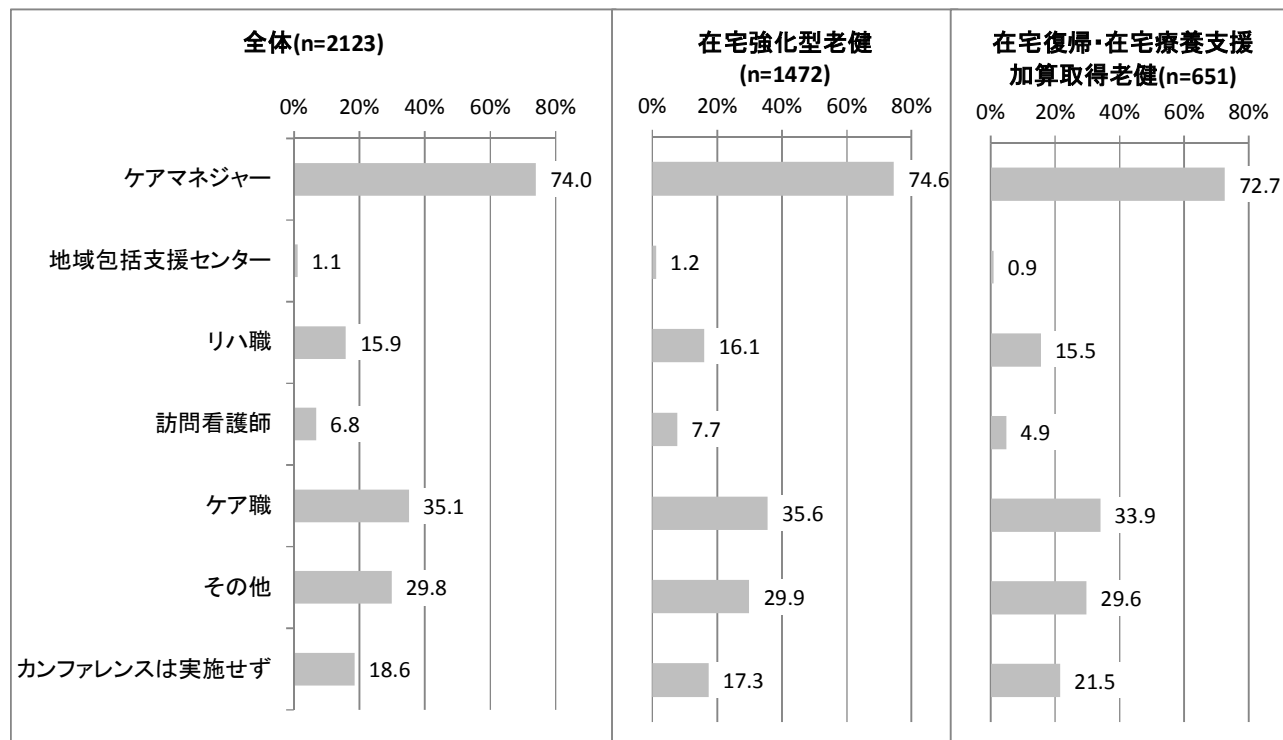
図表 91 退所前訪問の有無



(2) 退所時カンファレンス

在宅移行者に退所時カンファレンスへの参加者は、「ケアマネジャー」が 74.0%で、「リハ職」の参加は 15.9%であった。

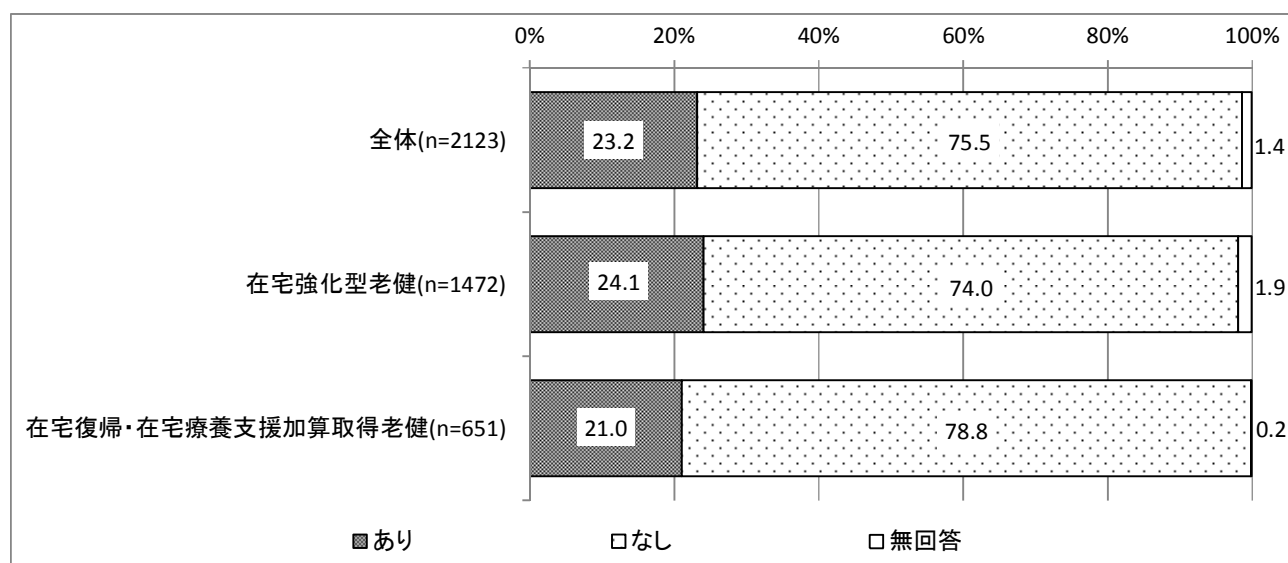
図表 92 退所時カンファレンスへの参加者



(3) 退所後の老健スタッフによる訪問

在宅移行者に老人保健施設のスタッフが訪問している割合は、23.2%であった。

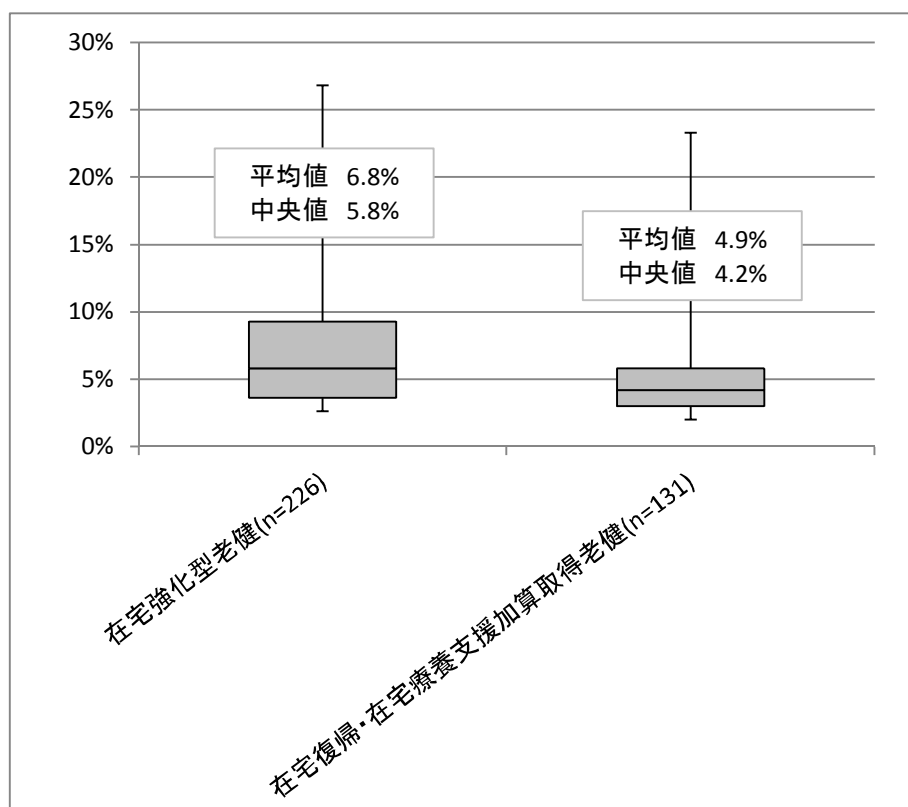
図表 93 退所後の老人保健施設スタッフの訪問の状況



4. 自宅復帰の状況

今回の調査対象となった老人保健施設の定員に占める1カ月あたりの自宅復帰した人の割合（以下「自宅復帰率」という）の状況をみると、「在宅強化型老健」では6.8%であるのに対して、「在宅復帰・在宅療養支援加算取得老健」では4.9%と、両者に差が生じていた。

図表 94 自宅復帰率



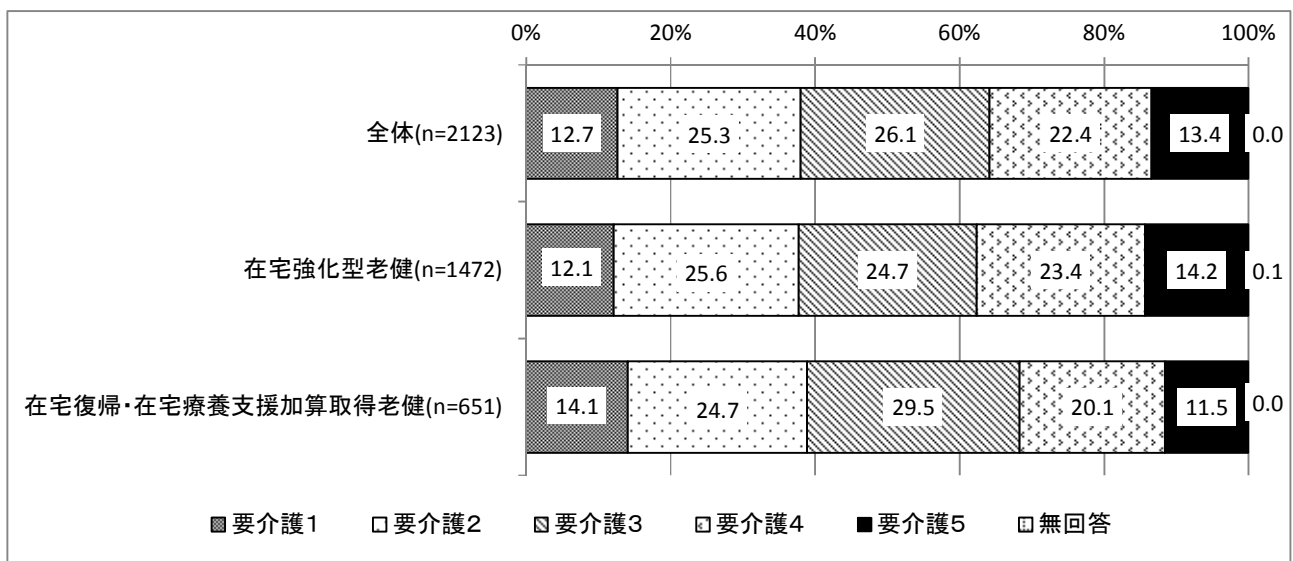
5. まとめ

在宅強化型老健と在宅復帰・在宅療養支援加算取得老健とを比較すると、在宅移行者の要介護度については、在宅強化型老健の方が重い傾向にあった。ただし、退所時の疾患については大きな差はなかった。

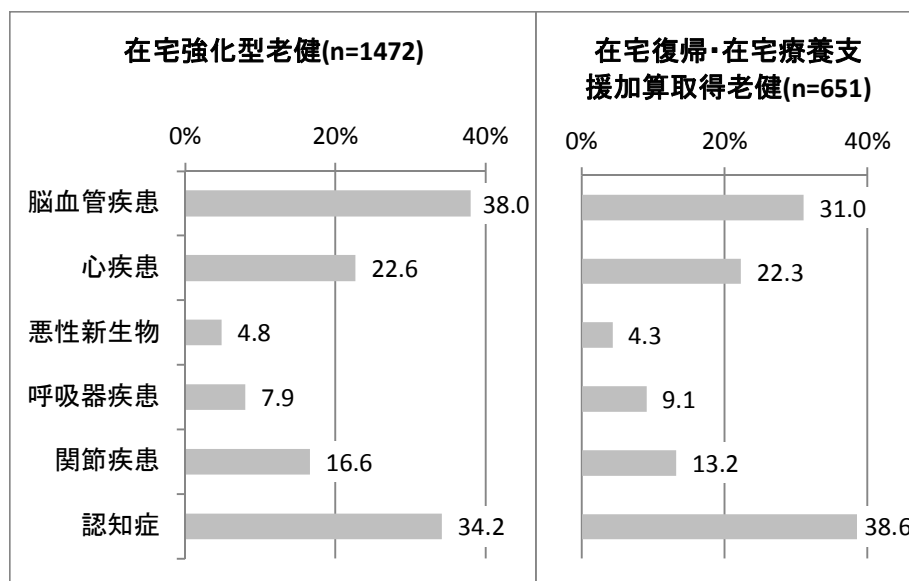
在宅復帰率（定員に占める自宅へ退所した者の割合）の分布をみると、在宅強化型老健では、平均 6.8%、在宅復帰・在宅療養支援加算取得老健では平均 4.9%であった。

なお、介護報酬における在宅復帰率は、在宅で介護を受けることになったものを 6 カ月間の退所者数で除したものであり、本調査における在宅復帰率とは単純に比較することはできないことに留意が必要である。

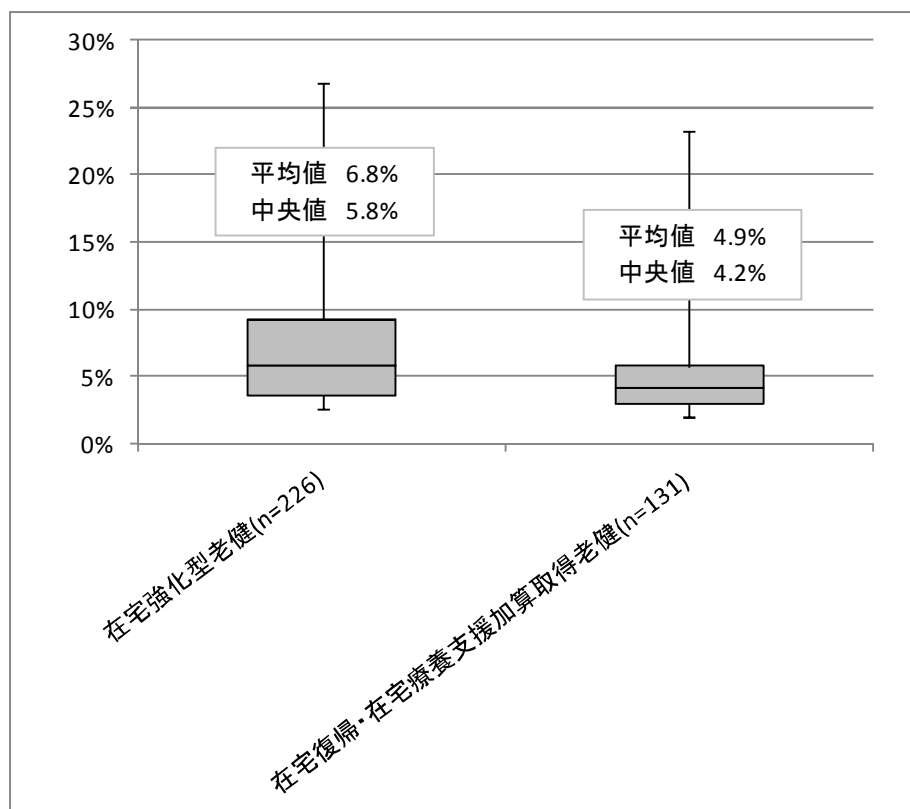
図表 95 在宅移行者の要介護度(再掲)



図表 96 在宅移行者の退所時の疾患(抜粋)



图表 97 自宅復帰率(再掲)



第4部

生活期リハビリテーションに関する 事業所・自治体事例集

1. 生活期リハビリテーションに関する事業所の取組事例集

(1) 調査の概要

生活期リハビリテーションにかかる先進的な実践事例を収集するために、介護サービス事業所（訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、通所介護、短期入所生活介護、老人保健施設における事例の収集を行った。

なお、介護サービス事業所の事例対象施設は、日本訪問リハビリテーション協会、全国デイ・ケア協会、全国老人保健施設協会、全国老人福祉施設協議会からの推薦事業所とした。

(2) 調査対象

訪問リハビリテーション（2事業所）、通所リハビリテーション（2事業所）、通所介護（1事業所）、短期入所生活介護（1事業所）、老人保健施設（2事業所）を対象に実施した。

図表 98 事例収集事業所・市町村一覧

種別		調査対象事業所
介護サービス事業所	訪問リハビリテーション	竹田総合病院 訪問リハビリテーション
		三軒茶屋リハビリテーションクリニック
	通所リハビリテーション	竹田総合病院 通所リハビリテーション TRY
		介護老人保健施設 せんだんの丘
	通所介護	みゆき園デイサービスセンター
	短期入所生活介護	白寿園短期入所生活介護事業所
	老人保健施設	老人保健施設 創生園
		老人保健施設 ヒルトップロマン

(3) 調査内容

事例収集における主な調査項目は次のとおり。

図表 99 事例収集の主な調査項目

- | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------|---------|---------|
| ・事業所の概要 | ・利用者の概要 | ・事業所の理念 | ・急変時の対応 |
| ・サービス提供上の特徴（1日の流れなど） | | | |
| ・目標設定のポイント（プログラムの実施と目標の見直し、修了の見極めなど） | | | |
| ・修了後のフォロー | ・具体的事例（課題解決に向けた目標、利用開始以降の経緯など） | | |

地域生活継続支援を目的とした

通所リハ修了への取り組み

【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】

事業所の概要

診療所、訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、通所介護、短期入所療養介護、居宅療養支援等各種事業所を運営する介護老人保健施設による通所リハビリテーション事業所

【職員配置】医師 1 人、介護職員 9 人（うち常勤 8 人、介護福祉士 7 人）、理学療法士 1 人、作業療法士 5 人（うち常勤 4 人）、歯科衛生士 1 人、事務職員 2 人

【開業年月】2000 年 4 月

【地域概況】宮城県仙台市の西側高台（国見ヶ丘）に立地している。当地域は車で 5 分圏内に各種介護保険サービス事業所が密集する地域である。住宅地としては同居世帯が多いものの、仙台市全体（20.1%）よりも高齢化率が高い（24.0%）地域である。

【算定している加算】理学療法士等体制強化加算、リハビリテーションマネジメント加算、短期集中リハビリテーション実施加算、個別リハビリテーション実施加算、認知症短期集中リハビリテーション実施加算、訪問指導等加算、サービス提供体制強化加算（Ⅰ）、重度療養管理加算、口腔機能向上加算、栄養改善加算

【担当医師による利用者の診察頻度】1 カ月に 1 回程度

利用者の概要（平成 26 年 1 月末時点）

平成 26 年 1 月の利用者は 174 人で、すべて介護保険による利用者である。利用者の平均要介護度は 3 弱であり、一部要支援の利用者もいる。平均年齢は 70 歳代半ばであり、利用の主要因は脳血管疾患が 4 割、整形外科系疾患が 3 割、廃用症候群が 1 割、難病 1 割程度となっている。

過去 4 年間で 1 カ月あたりの平均終了者 4.1 人。

事業所の理念

「暮らし続ける」ことをめざし、その中で多職種協働のもと専門性を発揮し、利用者が「望む生活」を送れるよう支援する。

『役割を持って主体的な生活を送る』

急変時の対応

施設内の医師と看護師が初期の診察と応急処置を行い、施設内で対応ができない症状の場合は、主治医に報告・相談をしたうえで、かかりつけ医または施設の協力医療機関に搬送している。

サービス提供上の特徴

せんだんの丘通所リハビリテーション事業所が目指すリハビリテーションは、必要な時期に必要なだけサービスを提供し、専門職が多職種協働により積極的に介入すべき時期から、利用者自身が「望む生活」に適切につなぎ、「その人らしい暮らし」に切り替えていくことである。そのために、利用者の生活の支障や目標を明確化、共有し（家族、本人、スタッフ）、それをプログラム化して提供することを目指している。また、機能訓練的要素の強いメニューから、作業活動や趣味的活動等、多様なプログラムの中から適切と思われる内容を提案し、利用者自ら選択できるよう配慮した環境を準備

している。

具体的特徴としては、以下の4点が挙げられる。

- ① 利用者の生活上の課題や提供すべきサービスに準じて選択できるように、複数の利用時間枠を設定している（1～2時間、2～3時間、3～4時間、4～6時間、6～8時間、8～9時間の6コース）。
- ② 事業所内のみでのサービス提供にとどめず、自宅や職場、それにまつわる経路等、実生活の場面へのアウトリーチ機能を重視している。
- ③ 居宅訪問指導や担当者会議に積極的に出席し、他サービスに的確な情報伝達を行うため、フリーのリハスタッフを配置している。
- ④ 漫然としたリハビリテーションへの依存を防ぐために、医療系サービスから福祉系サービス（より生活視点の強いサービスへの転換）を目指し、再現可能なメニュー等の情報提供や助言を積極的に行っている。

上記のような特徴を踏まえ、地域から若年層のリワーク（就労支援）を目的としたオーダーも来ている。

■ サービス提供の1日の流れ

【1日利用（4～6時間）の例】

- 09:30 来所、バイタルチェック
- 10:00 朝の体操
- 10:30 自主トレーニング（マシントレーニング等）
- 11:00 個別リハビリ
（調理等の家事動作訓練、バス乗降訓練等）
- 11:45 排泄（下衣の着脱、後始末のアドバイス）
- 12:00 食事（咀嚼・嚥下状態の確認、自助具の選定等）
- 12:45 口腔ケア（口腔環境の確認と粗雑部分の介助）
- 13:30 入浴リハビリ（一連の評価と指導）
- 14:20 脳イキキ美術クラブ（アクティビティ）
- 15:00 おやつ
- 15:30 帰宅



簡単な調理はできるようになりました!!



バスの乗降練習
一区間だけ、街中までと目標により時間・実施回数はさまざまです。

【短時間利用-他サービスの併用例】

《せんだんの丘通所リハビリテーション》

毎週月・木曜・9:00～11:30（2～3 時間利用）

#1 排泄一連動作の自立…便座への移乗、下衣の上げ下ろし、清拭、後始末

#2 外出時の自宅庭先の安全な移動の確立…自宅玄関および庭先の環境評価と改修にあたってのアドバイス、安定性の高い歩行器の導入と家族・デイサービススタッフへの介助方法のアドバイス

#3 自室からトイレまでの移動の獲得…ピックアップ歩行器を使用しての歩行距離の拡大、動線の環境整備等

《他デイサービス》

毎週月・木曜・11:45～16:00 利用

昼食→昼寝→入浴→アクティビティ→帰宅

毎週土曜・9:00～16:00

体操→休憩→昼食→入浴→集団活動

目標設定のポイント

目標設定は、本人や家族に、生活上何に困り、どのような支障があるのか確認したうえで、どのような生活を望むかを改めて再認識してもらう目的で、「目標確認シート」を用いて行っている。初回相談時に、ニーズ等を含めた聞き取りを行い、同時に事業所の特徴や通所リハビリテーションの役割について説明した後、利用者自身またはその家族が記入する。自分自身の目標に主体的に向き合う意識付けとして特に重要なプロセスである。目標を職員や本人だけでなく、家族や支援者も共有できることから、目標達成に向けた意識が強化され、より実際の生活場面をイメージした取組みとなる。

リハビリテーション目標確認シート

氏名:〇〇〇〇様

◎リハビリテーションを必要とする現状の課題

利用開始/目標更新(平成〇年〇月〇日)



3・⑥ヶ月後の目標(平成△年△月頃)

※目標の到達時期には疾病や障害によって個人差があります。短期間で達成可能な目標をこ

◎リハビリテーションを行って、どのような生活をしたいですか？(具体的に記入して下さい。)

※「歩けるようになりたい」という希望・目標の場合、「買い物をするために歩けるよう生活・動作上の課題と目標の記入をお願いします。

現状の
課題整理

3ヶ月後
の目標

どのような生活
をしたいのか

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(介護予防)

■ プログラムの実施と目標の見直し

目標確認シートに挙げられた目標（ニーズ）達成に向け、必要なプログラムを実施するが、基本的機能（起居移動等）については、リハ職を中心に多職種協働で働きかける。事業所内における ADL、IADL の指導については、リハ職による評価をもとに、介護職が中心に実施する。さらに、目標の達成に向け、具体的な場面を設定し、リハ職が評価を含めた実践的訓練を実施する。この段階で、本人の身体・認知機能や環境調整等を再評価し、達成可能な目標であるかの見直しを行う。この際、本人が現実的にどのように受け止めているのか等聞き取りが重要である。

目標達成が現実的に難しいと判断された場合は、それまで関ったリハ職や介護職の意見をもとに、本人と目標の再設定を行うこともある。例えば「洗濯をすべて自分でできるように」といった目標に対し、達成困難であるとなった場合、難しい部分を、だれが、いつ、どのぐらい支援するのかという視点から再評価する。本人の機能的には限界であっても、生活上の課題（ここでは自宅で洗濯すること）を達成することは可能であるため、その見極めを多職種にて迅速に行う。

■ 修了の見極め

最も重要なのは、本人はじめ関係職種のコンセンサスである。自ら設定した目標にむけて、必要と思われるプログラムや活動を選択し、その達成状況を常にスタッフと話し合いながら確認することで、利用者本人が自信を取り戻す必要がある。利用者本人が「自ら望む生活」への挑戦は、心理的支援も重要な鍵となる。

利用者自身が、やれそうだと実感し、それを支援するスタッフや家族もこれならやれそうだと感じ、コンセンサスが生まれた時が修了の最適なタイミングである。その後のフォローは、担当のケアマネジャーのモニタリングや家族・訪問介護等の支援者に移行する。

一定期間（概ね 3 カ月）を目安としても、円滑にサービスの移行や通所リハを修了できる訳ではない。それ以上の期間を要する場合や、最終的に修了できない場合もありえる。しかし、利用者と共に目標達成を目指す場合、期間的な指標によりプロセスを認識していく過程が必要である。一方で、期間に追われることや、紋切り型で修了等を前提に急がないことが最も重要である。

■ 修了後の利用者との関わり

利用修了後 1 カ月、3 カ月、6 カ月後に本人、家族、担当の介護支援専門員と連絡をとる、または自宅を訪問し、生活リズムの乱れや役割の喪失、それによる心身機能の低下等、リスクの再発を早期発見するため、終了後の生活状況や課題の確認を行っている。また、必要に応じて通所リハビリテーションの再利用の提案や一時的な“点検”利用※も提案している。生活の支障が解決し、地域の中で役割をもって主体的に生活が続けることができている、利用者自身の暮らしそのものに変容をもたらしているのであれば、それは最も喜ばしいことだろう。

この段階で最も重要になるのは、相談できる、何かあったら再利用できるという安心感という信頼関係であり、定期的な利用のみならず、緊急的な利用も積極的に受け入れていく体制で柔軟に支援を形成していく必要性を感じている。

※点検利用：身体機能や生活上の動作能力等の評価、生活上のアドバイス等を目的として利用。ケアマネジャーとの情報連携したうえで実施。

具体的事例 1 高次機能障害がありながらも、社会的役割の維持のため就労支援を目指した事例

【利用者の概況】53 歳男性、母親と二人暮らし、要介護 2、障害高齢者の日常生活自立度：B1
認知症高齢者の日常生活自立度：A1

中学校の教員であったが、脳梗塞発症。急性期から回復期での加療を経たが、右片麻痺・高次機能障害が残存。その後老健施設へ入所、ADL および生活機能の改善が認められたため、3 カ月後在宅復帰となる。

在宅復帰時点の総合的な生活の援助方針としては、

- ① 高次機能障害による心身の課題をサポートし、こもりきりにならないよう社会と関わりを持つよう支援する、
- ② 自分で日課の組み立てが困難なため、生活リズムが崩れないよう支援する。
- ③ 年齢が若いから、社会的な役割を見つける必要がある。役割を持つことで主体的な生活が送れるように支援する。

が、拳がっており、外出や生活リズム、心身機能維持を目的に通所リハ利用となった。また、最も重要なポイントとして、社会的役割を見つけ、主体的な生活を支援するために、「就労支援」を目指すこととした。

課題解決に向けた目標

- ① タクシーを利用し、就労移行支援施設まで行けるようになる。
- ② 趣味や興味を活かした活動に積極的に参加する。
- ③ 就労移行支援施設等で、得意な作業に取り組める。
- ④ 体力維持（訪問リハとの分担・連携）

利用開始から 2 カ月まで

就労移行支援施設までの交通手段の評価の結果、高次脳機能障害（手順の間違い、失語）のため、バスの利用は実用的ではないと考えられた。この評価をもとに担当のケアマネジャー、訪問リハスタッフと検討会を開き、利用開始早々にタクシーを使用して目的地に向かうための練習・評価を実施した。タクシー使用の一連の工程を細分化し
①電話をかけてタクシーを呼ぶ ②車の乗降が一人で行える ③運転手に行先を伝える ④料金を支払う ことができるように練習を実施した。またタクシーを降りた後、⑤エレベーターを使用して就労移行支援施設の場所まで一人で行けるかの評価を行った。練習を繰り返し、①②は一人で行えるよう

リハビリテーション目標確認シート	
氏名：●●●●様	
◎リハビリテーションを必要とする現状の課題	
（本人）●●（就労支援施設）に行き、仕事ができるようになりたい。そのためには、バスに乗れるようにならなければならないが、今は一人で行くのは不安である。 ※高次脳機能障害があり、生活全般において声がけや見守りが必要。 →生活リズムが崩れやすく、社会の中での役割を築きにくい。現時点で、一人での外出は難しい。	
利用開始／目標更新（平成●●年●●月●●日）	
↓	3・⑤ヶ月後の目標（平成●●年●●月頃）
・規則正しい生活を送れるようになる。 →一日のタイムスケジュールを定着させる。朝食後は自宅周囲の散歩を行う。 ・交通機関（バス、タクシー）が利用できるようになる。 →交通機関を利用し、行動・作業評価を行い、本人に合った移動手段を選定する。 ・得意な作業を見つけ、集中して取り組むことができるようになる。 →様々な作業活動を提供し、本人が主体的に実施できる作業を見つける。	
※目標の到達時期には疾病や障害によって個人差があります。短期間で達成可能な目標をご記入下さい。	
◎リハビリテーションを行って、どのような生活をしたいですか？（具体的に記入して下さい。）	
●●（就労支援施設）に通えるようになり、もう一度仕事ができるようになって社会の一員として頑張りたい。	
※「歩けるようになりたい」という希望・目標の場合、「買い物をするために歩けるようになりたい」等、具体的な日常生活・動作上の課題と目標の記入をお願いします。	
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（介護予防）	

になった。しかし③は失語により正しく伝えられなかった。

■ リハビリ開始 2 カ月～6 カ月

行先を伝えるための工夫として行先カードを作成し、毎回の送迎時に練習を行ったが、カードをうまく使用することができず、また④⑤についても失敗することが多いことから、一人でタクシーを利用し就労移行支援施設に向かうことは困難という結果となった。また同時進行で、本人ができる作業の見極めを実施した。受傷前の職業を模した様々な作業を提供した結果、パソコンや書字は難しく、工程数の少ない単純作業（商品のパッキング、封筒詰め作業、書類のホチキス止め等）であれば実施できることが分かった。

この結果をケアマネジャーに情報提供し、利用開始から 6 カ月後、就労移行支援施設の利用開始となった。

■ 6 カ月から修了まで

移動に関しては先の評価をもとに、母親の付き添いでタクシーを利用することとなった。生活環境の変化による本人の混乱を防ぎ、生活パターンとして定着するまで通所リハビリテーションの利用は継続した。利用開始から 7 カ月後、就労移行支援施設の作業プログラムについていけず、就労継続支援事業 B 型の施設に利用移行した。そこで缶バッジを作るなどし、少ないながらも時給を得ることができるようになった。利用開始から 8 カ月後、就労継続支援事業 B 型に完全移行となり、通所リハビリテーションの利用は修了となった。

その後は、点検利用の対象とするが、現時点利用はない。

具体的事例 2 短期間での期間設定であったため、機能ではなく、能力に着目し働きかけ、環境の調整等で復職できた事例

【利用者の概況】 50 歳男性、要介護 1、家族は妻と大学生の長男、小学生の長女

障害高齢者の日常生活自立度：B2、認知症高齢者の日常生活自立度自立

印刷会社でデザイン等の仕事をしていたものの、二度の脳梗塞、脳幹出血を患い、重度の構音障害と左半身麻痺、右上下肢失調症状が残存した。

回復期病院から自宅退院後はトイレ・ベッド周囲の環境調整とトイレ動作の獲得を目指し、訪問看護によるリハビリを週 2 回利用、加えて入浴介助のための訪問介護を週 2 回利用したところ、車椅子使用ながら入浴以外は概ね自立となった。その後、本人の「職場復帰したい」という意向を受け、通所リハビリテーションの利用に至った。

総合的な生活の援助方針としては、

- ①本人の職場復帰への意向を支援する。
- ②外出先の様々な環境に適応でき、外に出かけることができるよう支援する。
- ③働き慣れた職場に戻ることで、社会的役割を取り戻すことができ、また、家庭内でも経済的柱（役割）になれるよう支援する。

とした。

最も重要なポイントは、本人の主体的な意向により就業を再開することにより、家庭内や社会的な役割を取り戻すことにある。

■課題解決に向けた目標

職場復帰予定が8カ月後と決まっており、それまでの予定として通所リハビリテーションを開始した。

（長期目標）

- 仕事を続けながら現在の機能を維持し在宅生活を継続できる。

（短期目標）

- 自立できているトイレ環境を職場で再現
 - 職場までの移動手段の確保
 - 就業時間に耐えられる耐久性の確保・評価
- ＊復職後の評価・助言指導の体制作り。

リハビリテーション目標確認シート

氏名：●●●●様

◎リハビリテーションを必要とする現状の課題

家の生活を安定化して外出自立へ取り組む準備が直近の課題。特殊な設備を有しないトイレでの立位安定化向上と階段昇降を加えた歩行訓練で、体力維持と持久力強化に挑む。左半身の硬直やむくみ易い時期なので作業療法のアドバイスを受け自主ストレッチに活かす。



③・6ヶ月後の目標（平成●●年●●月頃）



4点杖などを使用し自宅周囲、せんだんの丘周辺を歩行。また、障害者の申請で電動車いすを導入して外出自立訓練をスタートする。2階の階段昇降、トイレの安定化を向上する。

※目標の到達時期には疾病や障害によって個人差があります。短期間で達成可能な目標をご記入下さい。

◎リハビリテーションを行って、どのような生活をしたいですか？（具体的に記入して下さい。）

バス停と自宅を往復歩行したい。杖使用。電動車いすで通所往復、福祉大駅往復を行いたい。家では食事をいっしょにしたい。自宅2階に上り整理をする。

※「歩けるようになりたい」という希望・目標の場合、「買い物をするために歩けるようになりたい」等、具体的な日常生活・動作上の課題と目標の記入をお願いします。

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（介護予防）

■自宅以外でのトイレ動作の自立を目指して

職場復帰するにあたり、解決すべき課題として優先するべきものは、職場を含めた自宅以外のトイレ環境での動作自立であった。施設におけるトイレ、設備を利用して自宅以外の環境で評価や訓練を行ったが、左片麻痺、右上下肢失調症状が強く、新たな環境での動作獲得には長期間を要することが予測された。職場復帰までの期間が決まっていたため、動作獲得ではなく、職場トイレの環境調整が必要であった。利用開始直後から、可能な限り自宅に近い環境が望ましいこと、車椅子操作能力を考慮し、トイレ出入り口のスペースを広くとることについて本人を通じて職場に提案した。結果、会社側の環境調整によりトイレ動作は自立し現在も自立にて経過している。

■復職にあたっての通勤への取り組み

通勤方法の決定に関しては、担当者会議の場で本人の希望であった公共交通機関の利用の他、妻の介助又は移送サービスの利用を検討した。公共交通機関を利用した場合、通勤時間が長く、通勤経路には常に介助者が必要であった。よって、通勤に関しては妻の援助を受けることを提案、決定した。妻の援助を受けるにあたり、乗用車乗降時の介助負担軽減の為、毎回の通所リハビリテーションの送迎時に統一した動作・介助方法で乗降練習を行った。結果、自動車乗降は一部介助であったが、見守りにて可能になった。

■復職後も継続的な通所リハビリテーションの利用

開始より8カ月後、週3日、就業時間を短縮した労働条件で職場復帰した。その後、就業時間は徐々に長くなり、現在は通常勤務の時間となっている。復職後は動作能力評価、健康状態の確認、身体機能、精神面のメンテナンスを目的として週1回の利用を継続している。職場内での長時間の同一姿勢による、腰部痛に対して、クッションと車椅子の選定、「やりたいと思っている仕事がやらせてもらえない」ことへのストレスに対しての精神的サポートを継続し、仕事以外にもパソコン操作やデザイン能力を活かせる、作業や活動の提案や模索を一緒に行っている。本人は、自身の経験をもとに、障

害者であっても様々な制度を有効に使うことで職場復帰が可能になること、車椅子を使っている方がもっと街に出やすくするための車椅子用街中環境マップの作成等、本来の業務以外にもやりたいことを持っており、本人の伝えたいことを伝えるための援助も継続して行っている。また、送迎が妻にとって過負担とならないよう、適宜、ボランティアによる移送サービス等の情報提供も行っている。

具体的事例 3 家族の不安を解消しながら独居に向けて取り組んだ事例

【利用者の概況】84 歳女性、1 人暮らし、要介護 1、障害高齢者の日常生活自立度：J1

認知症高齢者の日常生活自立度：正常

半年前、階段を踏み外し、左足剥離骨折を受傷した。入院の必要性はなかったものの、独居生活で生活継続が困難となり、介護老人福祉施設のショートステイを利用。その後娘宅に同居となる。本人は「早く自分の家に帰りたい」と思っており、独居生活に戻るためのリハビリのために利用を開始した。生活上の課題としては、以前のように 1 人で外出できるようにすること、独居生活に必要な IADL の評価を行い、指導すること、安全に入浴ができることとなっていた。

■課題解決に向けた目標

- ① 骨折により問題が出てくると思われる生活関連動作の確認・動作練習、アドバイス
- ② 安全で確実な動作の助言・指導
- ③ 家族の不安の解消

■骨折部に対する対応

骨折部の経過は良好であったが、関節可動域制限が残り、しゃがみ動作時に痛みは継続して見られていた。しかしその他の日常生活動作時は痛みなく生活できており、体力面での回復も見られ、長時間歩行での疲労の軽減に繋がった。

■独居に関しての家族の不安の解消

独居については、ご本人は独居に戻りたいとの意向が強かったが、娘は独居生活に対して不安が強かったため、まずは

- i. 安全な独居生活が送れるように環境面を整えること
- ii. 独居先の自宅で、日中 1 人で過ごす時間を作り、確認していくこと

上記提案で娘の不安を解消することとした。i. に関しては、一度独居先の自宅の家屋調査を行い、手すりの設置箇所の提案と入浴自立に向けての環境調整と動作指導を行った。具体的には、洗濯物を干す際に縁側からの出入りに使用するための縦手すりと玄関の上がり框部分に横手すりの設置を提案した。入浴に関しては、滑り止めマットの購入と入浴方法の助言を行った。ii に関しては、11 月初旬より、日中独居先の自宅で過ごす時間を作ることとし、通所リハビリテーション利用時には生活課題の情報収集を実施した。情報収集の中で、1 人でご近所へ出掛けたり、街へバスで外出をしたり

リハビリテーション目標確認シート

氏名:●●●●様

◎リハビリテーションを必要とする現状の課題

- ・骨折した左足に痛みと腫れがあり、買い物など長い距離を歩くのが不安。
- ・風呂場に手すりがないので、一人で入れるかが心配。
- ・骨折後、長女宅に身を寄せているが、住み慣れた自宅でも一人暮らしがしたい。しかし、娘が心配し、このままでは前の生活に戻れない。

利用開始/目標更新(平成●●年●●月●●日)

↓

③・6ヶ月後の目標(平成●●年●●月頃)

- ・骨折部の痛みと腫れがなくなり、以前のように街中まで買い物に行けるようになる。
⇒不安なく一人で外出できるくらいの体力をつける。痛み・腫れについては、症状は完全には消失しないことを話し、対処方法を繰り返し指導していく。
- ・独居生活に必要な家事、買い物、外出、一人での入浴ができるようになる。
⇒安全で確実な動作練習と生活スケジュールを含めた生活全般の評価。安全な住環境の提案。家族の不安解消のため、本人のできることを随時一緒に確認していく。

※目標の到達時期には疾病や障害によって個人差があります。短期間で達成可能な目標をご記入下さい。

◎リハビリテーションを行って、どのような生活をしたいですか？(具体的に記入して下さい。)

住み慣れた自分の家に早く帰って、近所の人達とお茶のみがしたい。

※「歩けるようになりたい」という希望・目標の場合、「買い物をするために歩けるようになりたい」等、具体的な日常生活・動作上の課題と目標の記入をお願いします。

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(介護予防)

と自発的に行われるようになったため、実施後の問題点の有無を確認し、必要な部分については随時指導を行った。

■ 独居生活の開始

その後、サービス担当者会議を実施し、翌月から完全な独居生活が始まった。この時点でも、娘の不安は継続して見られていたが、独居生活を送る中で確認していくことで了承を得た。

この中で今後の目標は、冬場になるため3カ月間は独居生活の状態確認期間として通所リハビリテーションの利用継続、その後問題がなければ通所リハビリテーションを一旦修了することとした。会議の中で本人は、通所リハビリテーションの卒業を目指して取り組んでいくことに理解・同意していたが、仲の良い利用者ができ、通所リハビリテーションに通ってくるのが楽しみとなると、修了に対する不安も聞かれるようになった。そのため、本人の不安を傾聴しつつ、目標に向けての後押しと、通所リハビリテーションの目的の説明を行った。

その後不安はありつつも、本人がサービスに頼らず地域のサークルへ参加していくことを決め、通所リハビリテーションも利用修了となった。

本人に対し、今後もし必要があればいつでも再開が可能であること、電話での対応も可能であると伝え、フォロー体制を継続しつつ修了となった。

まとめ

通所リハビリテーションが地域で役割を果たすためには、より多くの利用者に効果的・効率的にリハビリテーションを提供する必要があり、修了者を適切に地域に送り出し、新たにリハビリテーションを必要とする人を受け入れなければならない。そのためには、サービス提供開始前・後に、生活を送るうえで必要な能力はなにか、そしてその支障はなにかを把握することが重要である。

また、修了＝サービスの中止ではなく、修了後のフォロー体制をきちんと示す必要がある。支援する側、受ける側のコンセンサスのうえでリハビリテーションサービスから離れるが、時間と共に、必ず新たな課題や機能・能力の低下が認められる。そのリスクを理解し、支援する関係者に問題の発生を事前に周知・共有しておき、それでも新たな課題が見つかった際には、評価目的の再利用が有効な手段である。

今回の事例では、できること、できないことを見極めるための評価の場として、また、できる可能性を模索し、試す場として通所リハビリテーションを利用している。できないことに対しては環境面を整える、介助の手を加える等の工夫を行い、できないことへの練習を続けるのではなく、できる方法を見つけることで目標達成に繋げ、利用修了に結び付けることができた3事例である。

通所リハビリテーションの利用が修了になっても、利用者の生活は続いていくことを理解し、しっかりと地域につなげるまでをコーディネートすることが重要と感じている。

やる気が出る、元気になれる通所リハビリテーションを目指して

【通所リハビリテーション TRY】

事業所の概要

一般財団が経営する民間総合病院に併設した事業所。同一法人では地域内で他に診療所、老人保健施設、訪問介護事業所、訪問看護ステーション（リハ）、通所介護事業所、短期入所療養介護事業所、認知症対応型通所介護事業所、居宅介護支援事業所、地域包括支援センターあり。

【職員配置】医師 2 人、看護師 2 人、介護福祉士 3 人、理学療法士 1 人、作業療法士 2 人、事務職員等：5 人（1 日平均勤務数 6 人）

【開業年月】2006 年 11 月

【地域概況】人口 12 万 5 千人、高齢化率 26%の福島県会津若松市に所在。

【算定している加算】リハビリテーションマネジメント加算、短期集中リハビリテーション実施加算、個別リハビリテーション実施加算、事業所評価加算、サービス提供体制強化加算（Ⅰ）

【担当医師による利用者の診察頻度】3～6 カ月に 1 回程度

利用者の概要（平成 26 年 1 月末時点）

平成 26 年 1 月の利用者は 74 人で、全員が介護保険による利用者である。利用者の平均要介護度は 2 強であり、要支援者が半数を超えている。平均年齢は 75.5 歳であり、利用の主要因は脳血管疾患が 4 割、整形外科系疾患が 4 割、廃用症候群が 2 割程度となっている。

1 カ月あたりの平均終了者数は 11.0 人、平均新規利用者数は 12.7 人。

事業所の理念

- ・退院直後や在宅生活中的生活機能低下をきたした人に対し、目標に向けて期間を設定した積極的な自立支援を行う。
- ・多職種の専門性を活かしながら、質の高いリハビリテーションマネジメントを実施する。
- ・利用者が社会参加していけるよう支援する。
- ・通所リハビリテーションでの取組みが自宅生活・他の介護サービス等で活かせるように支援する。
- ・より良い通所リハビリテーションのあり方を常に追求し、挑戦（TRY）していく。
- ・安定した稼働を維持し、経営的な安定を図る。
- ・働きやすい、働きがいのある職場風土を作る。

急変時の対応

直ちに生命に影響する急変の場合（呼吸停止、意識喪失、顔面蒼白もしくはチアノーゼ等）、救急室への搬送と救急処置を行う。

生命維持に影響はないが、受診が必要と判断される場合（高熱、下痢、嘔吐、持続的な痛み等）はかかりつけ医に報告し、受診等についての判断を仰ぐ。その際、受診の必要性が認められると、家族に報告し、受診を勧める。

サービス提供上の特徴

通所リハビリテーション TRY の第 1 の特徴は、利用者全員に利用期間を設定することにある。基本は 6 カ月（長くても 9 カ月）で修了することとしているが、場合によってはインターバル利用（例えば、初回利用 6 カ月→在宅 3 カ月→2 回目利用 3 カ月→）をする人もいる。

第 2 の特徴は、利用者個々人が具体的な生活目標の設定に取り組み、職員はその目標達成に向けた支援をすることである。

第 3 の特徴は、利用時間すべてをリハビリテーションとすることである。「できることは自分でやる、できないことだけ手伝ってもらう」「自分で決める、自分からやってみる、できない人がいたら手伝う」「楽しいことを見つける、外に出る、誰かのために役立つことをする」というスタンスでリハビリテーションに取り組み、利用者同士による屋外活動（カラオケボックス、旧跡めぐり、外食等）も推奨している。

第 4 の特徴は、多職種協同による支援をしていることである。リハ職はアセスメントを行い、“できること”を見つける・伸ばす、“している”へつなげるように努め、介護職は“できること”を“している”へと実際の生活の中に組み込み、習慣化させるように努める。看護職は健康管理面でのサポートとして、日々の状態像のチェック、健康面での指導・教育を行うとともに、急変時の対応や服薬管理をしている。また障害者雇用枠での介護アシスタントもともに働いており、利用者に障害者が働く姿を見てもらうことによりピアカウンセリング的役割も果たしている。

第 5 の特徴は、入浴サービスを提供していないことである。入浴サービスがないことで利用時間を積極的にその人の目標達成のための活動に使うことができる。スタッフも入浴サービスに多くの時間を割くことがなく、外出訓練や屋外歩行等の活動を提供することができる。

■ サービス提供の 1 日の流れ

08:15 送迎開始
09:30 朝の会、健康チェック、
今日のスケジュール確認（各自）
10:00 午前の部開始
11:15 後片付け、手洗い、嗽
11:30 音読の会（嚥下体操、音読等）
12:00 昼食と休憩
13:30 午後の部開始
15:00 振り返り（各自）、帰宅準備
15:30 帰りの会
16:30 送迎終了、ミーティング
17:00 終了

＜午前と午後の活動＞

- * 利用者個々人の目標達成に向け
 - ・ 個別リハビリテーション
 - ・ 自主トレーニング
 - ・ 作業活動（個人・小集団）
 - ・ 相談（健康・生活相談）
 - ・ その他
- 外出活動、家庭訪問、なんでも相談会
- * 入浴サービスなし
- * 毎週水曜日 14:00～15:00
（小集団言語訓練）

目標設定のポイント

目標は、できるだけ具体的に立てるようにしている（例えば「歩けるようになる」ではなく、「半年後に三軒先の友達の家に歩いていけるようになる」）。また、具体的にするために、6 カ月後を見越した大きな目標と3 カ月後を見越した小さな目標に分けて設定し、できるだけ達成感を味わい

やすくするようにしている。そのため、柔軟に変更・追加できるようにすることも重要である。さらに、目標はあくまでも本人が設定するようにしている。職員は本人が目標設定しやすくするように、個別面接の中での聞き取りだけではなく、日常の何気ない会話の中から聴取したり、家族や担当ケアマネジャーとも一緒にケアプランの内容も含めて話し合うことができる担当者会議等様々な場面で本人の思いを聴くよう工夫している。具体的な目標設定が困難な人に関しては、関係者からの話をもとに、「おすすめプラン」を提案しながら本人の目標を引き出すようにしている。

なお、通所リハビリテーション TRY のリハビリテーションは必ず期限を設けているので、いずれは修了時期が来ることになるが、修了前には一人一人の目標の達成状況に応じて、修了後の地域生活や家庭でできる目標も設定するようにしている。具体的には、「天気の良い日は近所の八百屋に自分で買い物にいてみましょう」、「家族がスーパーに買い物に行くときには一緒にいき、カートを押して歩いてみましょう」、「みそ汁は〇〇さんの役割として毎日作ってみましょう」等である。自主トレーニングの継続、習慣化が必要な人には、自主トレチェック用紙を作成し、インターバル利用のときにチェックすることもある。

■ 目標の見直しと修了の基準

目標の確認は毎月行い、目標ごとに達成度について評価するようにしている。利用者と職員の間で目標の「継続」「強化」「変更」「新規項目」等について話し合うようにしている。

修了については利用開始時に決めているために特段の基準はないが、途中でアクシデントがあったり、次の目標達成には継続利用が必要であると担当者会議で判断された場合は最高3 カ月間の延長をする場合がある。

TRYで目標を達成しましょう！！ TRYでリハビリをしてどんな生活を目指しますか？

大目標



小目標

	()月 1ヵ月目		()月 2ヵ月目		()月 3ヵ月目		()月 4ヵ月目		()月 5ヵ月目		()月 6ヵ月目	
	実行度	満足度	実行度	満足度	実行度	満足度	実行度	満足度	実行度	満足度	実行度	満足度
	／10	／10	／10	／10	／10	／10	／10	／10	／10	／10	／10	／10
	／10	／10	／10	／10	／10	／10	／10	／10	／10	／10	／10	／10
	／10	／10	／10	／10	／10	／10	／10	／10	／10	／10	／10	／10
体重		kg		kg		kg		kg		kg		kg

TRY修了後は？

- ☐ ①自信を持って自宅生活を継続する。能力低下を感じたらケアマネジャーに相談する。
- ☐ ②継続的なサービス利用をするため、他のサービスや事業所を使う。
- ☐ ③インターバル利用をする。定期的にTRYを利用し、自宅での活き活きとした生活を継続する。

具体的事例 1 脳梗塞後、閉じこもりになり機能低下、自立した生活のためにリハビリを実施しその人らしい生活を再獲得できた事例

【利用者の概況】79 歳女性、県営住宅の2 階に1 人暮らし、要介護2

以前、脳梗塞にて軽い右片麻痺を発症したが、自宅で茶道教室を開催し、買い物も1 人でい、たまに旅行にも出ていた。その後親戚の死が相次いだため、気落ちし、2 年間外に出ない生活となり、動作にふらつきが起こってきた。

課題解決に向けた目標

① 大目標：1 人でごみを出す

小目標：荷物を持って歩くことができる。ゴミ袋を持って病院の階段昇降ができる。

② 大目標：茶会へ参加する

小目標：TRY でお茶入れができる。屋外歩行に自信がつく。正座ができる。床からの立ちあがり
りがスムーズにできる

③ 大目標：茶道教室を再開する

■ リハビリ内容とその後の経過

利用期間は 6 カ月で週 1 回利用という枠の中で、各種リハビリテーションを実施するようになった。基礎練習として、筋力トレーニング、バランス練習、他者との交流を実施した。基本練習としては、床からの立ち上がり動作、屋外歩行練習、階段昇降、物の運搬の練習をした。

応用練習としてはゴミ袋をもった歩行や階段昇降、お茶入れを行い、社会適応練習として、自宅でのごみだし練習や外出練習、運搬可能なゴミ袋の大きさの検討を行った。

その結果、ごみや危険物、古紙をごみ収集箇所に出せるようになり、入浴も見守りがあれば可能となった。さらには茶会にも再び参加できるようになったり、掃除ができる範囲が広がり、散歩ができるようになったり、来客時にお茶をたてられるようになった。買い物のみはヘルパーへの依頼が継続しているが、それ以外の日常生活については大半 1 人でできるようになった。

なお、修了時には、「茶会や茶道教室を継続し友人との交流を楽しみましょう」、「ストレッチや散歩を継続し体力を維持しましょう」を生活目標として立てた。

具体的事例 2 大腿骨頸部骨折による機能低下を 6 カ月のリハビリテーションの中で回復させ、正座までできるようになった事例

【利用者の概況】86 歳女性、1 人暮らし、隣地に息子夫婦在住、要介護 1

4 年前に大腿骨頸部骨折で入院したが、自宅へ退院、その後週 1 回の頻度で通所リハビリテーションを利用するようになった。生活上の課題としては、息子の妻が食事を作って運んでくれるものの、ベッドサイドで食べていたり、屋外歩行ができなかったり、物が運べない状態であった。

■ 課題解決に向けた目標

大目標

① 室内をしっかりと歩けるようになりたい

② 散歩がしたい

小目標

自主トレーニングができるようになる

施設内を安全に歩行できるようになる

屋外歩行ができるようになる

大目標

③ 正座で畳に座りたい

小目標

畳上で立ち座りができる

長坐位ができる

正座ができる

■ 開始直後のリハビリ内容

利用期間は 6 カ月で週 1 回利用という枠の中で、各種リハビリテーションを実施するようになった。基礎練習として、筋力トレーニング、バランス練習、他者との交流を実施した。基本練習としては、床からの立ち上がり練習、椅子からの立ち座り、屋外歩行練習、階段昇降の練習をした。

応用練習としては畳の上での立ち座りを行い、社会適応練習として、送迎時の玄関段差と玄関アプローチの歩行を行った。

その結果、利用開始から 2 カ月経った時点で、自宅内歩行移動が自由にできるようになり、通所リハビリテーション利用時も T 杖で自由に移動できるようになった。また 100m 歩くことも可能で、嫁と一緒に屋外歩行をしたり、正座はできないものの畳の上で長座位を採ることは可能になった。またお茶碗洗いや簡単なおかずを作ることも可能となった。

これらを受けて、「散歩がしたい」「正座がしたい」という新たな目標を設定するようになった。

利用開始から 6 カ月後の終了時には、電車で遠隔地まで旅行に出かけられるようになり、正座もできるようになった。

なお、修了時には、「外出する機会を積極的に持ちましょう、以前の生活は活動量が少ないようなので、活動量が減ってしまうときには通所系のサービスを利用しましょう」を生活目標として立てた。

具体的事例 3 脳梗塞後、機能訓練等を繰り返しながら復職できた事例

【利用者の概況】53 歳男性、要介護 1、母親、妻、子どもと 4 人暮らし

病前はホテルの事務業務に従事していたが、2 年前に急性大動脈瘤乖離・脳梗塞を発症。その退院直後から週 1～2 回の頻度で利用開始したが、血圧が低いことによる体調不良と胃腸の調子も悪く、体力がなく、家で横になっている時間が長くなっていることが生活課題であった。

■ 課題解決に向けた目標

- ① 左手の指が動くようにする
- ② 食欲が向上する

■ 開始直後のリハビリ内容

利用期間は 10 カ月で週 1～2 回利用という枠の中で、各種リハビリテーションを実施するようになった。基礎練習として、筋力トレーニング、ストレッチ、他者との交流を実施した。基本練習としては、屋外歩行練習、階段昇降の練習をした。

応用練習としては、床上動作（床から立ち上がり、四つん這い位）を行い、社会適応練習は実施しなかった。

利用開始から 3 カ月間は、体調不良期で、機能訓練や先輩との運動を実施していた。その後 2 カ月間の体調改善期は、機能訓練（ストレッチ、筋力トレーニング、麻痺側上下肢の動きを改善する運動等）と先輩との運動、長距離歩行や杖歩行を実施した。

通所リハビリテーション開始当初は自分の身体と向き合うことが精いっぱい、大目標は立てられなかったが、5 カ月目くらいから大目標は「復職」、小目標は就労に耐えうる体力を獲得すること、Y シャツやネクタイが一人で脱着できること等になった。

この目標に向け、6 カ月目から 7 カ月目には機能訓練と運動、長距離歩行、杖なし歩行と併せて、調理訓練、外出訓練も実施した。

そうしている間に元の職場に復職することが決まり、それに向けての訓練となった。体力向上やY シャツ・ネクタイ練習、長距離歩行や自主トレの習得に力を入れた。

その結果、利用開始から 10 カ月後には元の職場に復帰できるようになった。

なお、修了時には、「週 2 回（1 日 4 時間）の勤務を継続する。麻痺側のストレッチ（自主トレ）を継続する。仕事をしてみて困ること、生活上困ること等があればケアマネジャーにも相談し、インターバル利用の検討も行う。」を生活目標として立てた。

まとめ

ケアマネジャー等の中には、自立支援や利用期間を設定すること、目標設定の支援の仕方について理解度の違いが大きく、皆が本人の意向等に沿った形での関わりになっていないことも多い。しかし、リハビリテーションの本意は、本人が自ら前向きに取り組むことである。サービス提供者は、その取り組みを支援することに徹する必要がある。

目標を設定したら、その達成に向け本人を中心に PDCA サイクルで取り組みながら、各職種が役割分担を明確にし、協同して支援する必要がある。

ただし、目標の達成に向けた取り組みは大切ではあるが、それだけにはならず日常性や楽しみの時間も大切にすることが必要であるため、時には利用者同士による小集団活動を取り入れることも重要である。調理活動や外出訓練等を通して、同じような障害を持つ人と交流を持つ、共通の作業を通して、お互いの動作を比べたり、工夫したりしている様子をみたり、話したりすることで自らの振り返りにもなっている。

必要な時、必要なだけの訪問リハビリテーションを 【竹田訪問看護ステーション（リハ室）】

事業所の概要

民間総合病院を経営する一般財団に所属する訪問看護ステーション。看護師の他に理学療法士、作業療法士も常勤で配置し、訪問リハビリテーションを実施。訪問範囲は半径約 20km。同一法人では地域内で他に診療所、老人保健施設、訪問介護事業所、通所介護事業所、通所リハビリテーション事業所、短期入所療養介護事業所、認知症対応型通所介護事業所、居宅介護支援事業所、地域包括支援センターあり。

【職員配置】看護師 11 人、理学療法士 5 人、作業療法士 3 人、事務職員 2 人

【開業年月】1993 年 3 月

【地域概況】人口 12 万 5 千人、高齢化率 26%の福島県会津若松市に所在。

【算定している加算】サービス提供体制強化加算

【担当医師による利用者の診察頻度】1 カ月に 1 回程度

利用者の概要（平成 26 年 1 月末時点）

小児から後期高齢者、病態も回復期から終末期までと幅広い層が対象者となっている。平成 26 年 1 月の訪問リハビリテーション利用者は 182 人で、7 割は介護保険、3 割が難病等の医療保険による利用者である。利用者の平均要介護度は 3 強であり、一部要支援の利用者もいる。平均年齢は 70 歳代半ばであり、利用の主要因は脳血管疾患が 4 割、整形外科系疾患が 1 割、廃用症候群が 2 割、難病 2 割程度となっている。

1 月の終了者は 7 人、新規利用者は 11 人。

事業所の理念（リハ室の基本方針）

- ・利用の目的や目標を明確にし、必要な時、必要な質と量の訪問リハビリテーションを提供する。
- ・生活機能の向上、自立支援、社会参加に向けた支援をする。
- ・退院・所後の在宅生活への移行が不安なく行えるよう支援する。
- ・関係職種との連携・協力をもって支援する。
- ・職員が成長できる職場を目指す。
- ・サービスの質向上、サービスの開発に努める。
- ・研究発表等を通し、外部へ発信する。

急変時の対応

直ちに生命に影響する急変の場合（呼吸停止、意識喪失、顔面蒼白もしくはチアノーゼ等）、救急車の要請と救急処置を行う。

生命維持に影響はないが、受診が必要と判断される場合（高熱、下痢、嘔吐、持続的な痛み等）はかかりつけ医に報告し、受診等についての判断を仰ぐ。その際、受診の必要性が認められると、家族に報告し、受診を勧める。

サービス提供上の特徴

利用形態を「継続利用」と「期間設定利用」に分け、利用目的に沿った支援をしている。「期間設

定利用」は、退院・所直後もしくは在宅療養生活で生活機能が低下した人を対象に具体的な目標設定のもと期間を設定して訪問リハビリテーションを実施し、目標が達成できれば終了という形をとっている。一方、「継続利用」は難病・緩和ケア等の人を対象に特に終了の時期を設定しない形の利用となっている。

訪問看護ステーションからの訪問リハビリテーションであるため、約 1/3 は事業所内の看護部門も関わっている利用者であり、医療依存度の高い利用者にも事業所内看護師と連携した支援が行いやすい。

また、総合病院併設の事業所であるため、退院直後のフォローを目的に利用する人も多く、法人内のリハ職員と連携した退院支援体制をとっている。

その他、地域内関係機関との連携も重視し、ケアマネジャーへの利用者の状態変化の報告や目標変更、訪問頻度の変更について提案、通所介護事業所や訪問介護事業所等へ「できるようになったこと」が「していること」につながるような支援を行うようにしている。

■ サービス開始までの流れ

（入院・所からの利用の場合）

- ①利用の相談（MSW、介護支援専門員等）
- ②訪問リハの必要性、目的、訪問頻度等の確認
- ③主治医より「訪問看護指示書」の交付
- ④病院・施設職員からの情報収集
- ⑤退院時共同指導の実施
- ⑥退院前サービス担当者会議
- ⑦契約
- ⑧訪問看護（リハ）実施計画書立案
- ⑨退院
- ⑩訪問開始

（在宅からの利用の場合）

- ①利用の相談（介護支援専門員等）
- ②訪問リハの必要性、目的、訪問頻度等の確認
- ③主治医より「訪問看護指示書」の交付
- ④サービス担当者会議
- ⑤契約
- ⑥訪問看護（リハ）実施計画書立案
- ⑦訪問開始

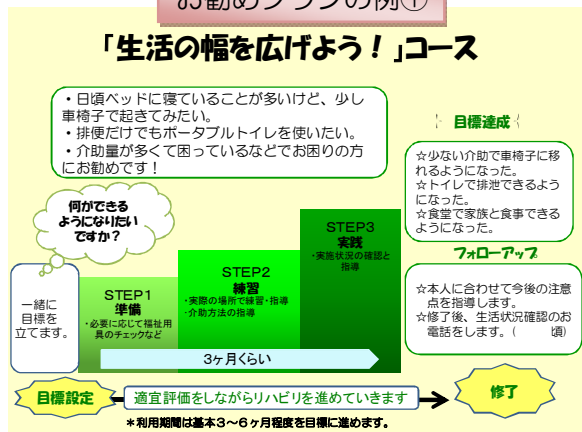
目標設定のポイント

まず、困っていることや改善したいことを中心に本人や家族のニーズを聞き取るようにする。そのうえで、本人の生活行為の遂行能力や住環境（福祉用具を含む）、介護力等のアセスメントをしっかりと行い、ニーズ達成に向けた目標の段階付けや住環境の調整等のお勧めプランを提示すると理解や納得が得やすい。納得を得ないままの訪問リハビリテーションは、効果が得られ難い。

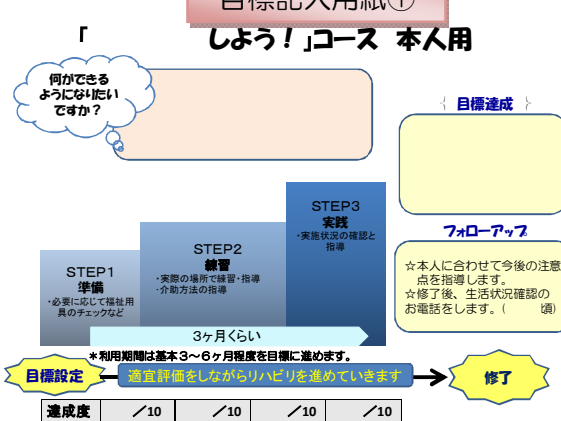
目標の段階付けとは、利用者や家族が期待する・望むことを“長期目標”とし、その目標を達成するために、1～3カ月先に達成する目標を“短期目標”として設定し、できるだけ達成できるよう必要な支援をしていく。「目標設定」→「取組み」→「達成」の繰返しは、さらなる目標に向けて取り組もうとする意欲にもつながる。

目標設定は、サービス担当者会議等で共有・確認し、常に他の事業者とも連携・協力しながら進めることが重要である。特に「期間設定利用」の場合は、利用開始前に「目標達成＝終了」や「大まかな必要期間」を提示・確認しておくことも重要である。

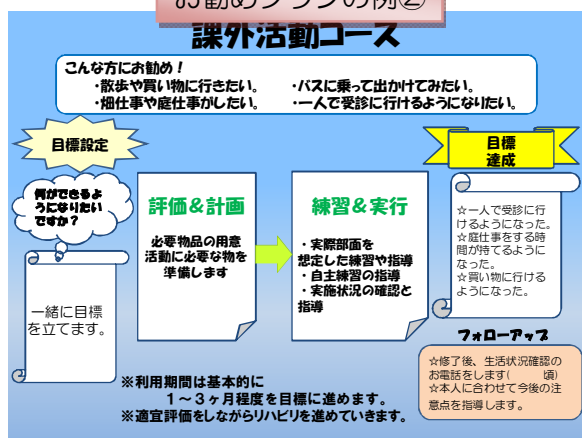
お勧めプランの例①



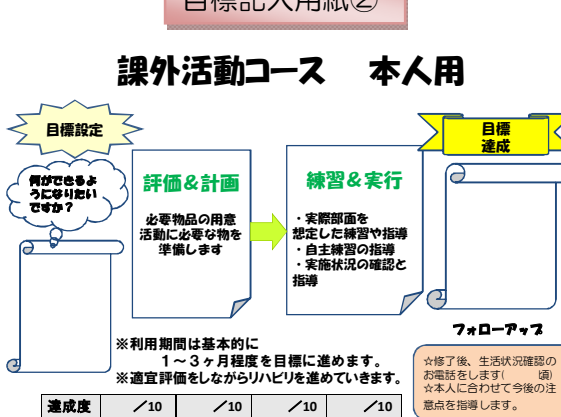
目標記入用紙①



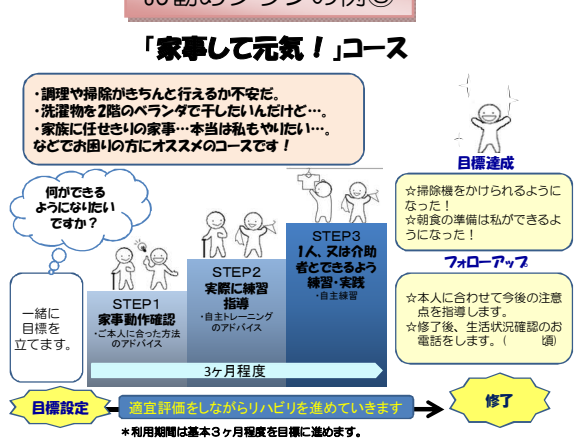
お勧めプランの例②



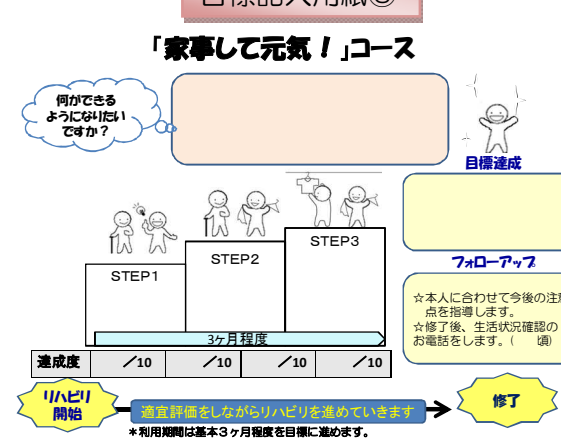
目標記入用紙②



お勧めプランの例③



目標記入用紙③



■ 短期目標の見直しと終了の基準

定期的に本人・家族と目標の進捗状況の確認を行い、短期目標が達成された場合や新たな目標が加わった場合には、目標の再設定を行う。また、当初の利用目的が達成された場合や通所系サービス等他の支援に移行し、訪問リハビリテーションの必要性がなくなった場合は終了としている。終了時は、今後の注意点や必要時には再利用が可能であること等をご本人やフォローアップ先の関係機関へ伝えている。

■ 終了後のフォロー

訪問リハビリテーションの終了者には、約3週間後に本人・家族やケアマネジャーに電話等でその

後の生活状況の確認をし、必要に応じてケアマネジャーへ連絡したり、再利用の提案をするなどの対応をしている。

具体的事例 1 脳梗塞後の積極的なリハビリにより、活動性が向上し、通所介護への移行ができた事例

【利用者の概況】78 歳男性、妻と二人暮らし、要介護 5。障害高齢者の日常生活自立度：B2

認知症高齢者の日常生活自立度：Ⅲa

脳梗塞を発症し入院。入院中状態悪化あり、内頸動脈拡張術を実施。2 カ月後に回復期リハビリテーション病棟へ移った。入院中に家庭訪問・住宅改修が実施され、入院から 6 カ月後に自宅退院となった。移動は車椅子使用し全介助レベル、ADL はすべてに声かけや介助が必要であった。退院後の在宅生活に不安があり、訪問リハビリテーションの導入となった。

退院前に行われたサービス担当者会議に出席し、生活上の課題として、①自発性が低く、また左半側空間無視があり、すべての ADL に声かけや介助が必要であること、②入院中不穏があり、転倒や転落の危険性があること、③妻が介護に不安があり、介護指導の必要性があること、が挙げられた。また家族からは「トイレまで歩けるようになってほしい」、病院リハスタッフからは「スムーズな在宅生活への移行、在宅復帰後のフォロー」の希望が聞かれた。

以上のことから退院直後より週 1 回の訪問リハビリテーションが開始となり、またその他の在宅サービスとして週 2 回通所介護を利用することとなった。

■課題解決に向けた目標

- ① 生活リズムが安定・確立する
- ② 妻の介護負担が軽減する
- ③ 安全に立てるようになる・妻の介助で歩行ができるようになる

■開始直後のリハビリ内容

初回訪問時に退院後の生活状況の確認を行った。排泄は 2 時間ごとに声かけをし、車椅子でトイレ誘導を行っており、妻の介護疲れがみられていた。そのため介助量軽減のため、車椅子移乗時の声かけ・介助方法の指導やトイレでの下衣の上げ下げの練習を行った。また介助歩行の方法の検討・練習を行った。その結果、訪問開始 1 カ月の間に徐々に自発性が向上し、妻の介護負担が軽減された。

■リハビリ開始後の経過

訪問開始 1 カ月後から、毎朝妻の介助により車椅子で犬の散歩に出かけるようになった。また妻の運転する車で買い物や外食に出かけるなど外出の機会も増えてきた。徐々に在宅での生活に慣れ、2 カ月目には生活リズムも確立した。4 カ月目には手つなぎでの介助歩行も可能となった。また自発的な訴えのなかった尿意・便意に関しても本人から訴える様になり、排泄時の妻の負担も軽減された。

訪問開始時に立てた目標が達成されたため、本人、家族と相談し、5 カ月弱の利用で訪問リハビリテーションを終了し、その代わりに通所介護を週 2 回から週 3 回に増やした。

■終了後のフォロー

終了 3 週間後に電話にて生活状況の確認をした結果、終了時と変わらずに安定した生活が送れてい

た。

具体的事例 2 退院直後から介入し、身体機能改善に合わせて目標を設定しながら日常生活動作の拡大を図った事例

【利用者の概況】82 歳男性、妻と二人暮らし、要介護 5

障害高齢者の日常生活自立度：B2、認知症高齢者の日常生活自立度：Ⅱ

左大腿骨頸部骨折で入院し、固定術を実施した。入院中に不穏状態がみられたため、自宅へ早期退院となった。歩行獲得する前の退院であったため、退院後は車椅子での移動と電動ベッドを利用した生活となった。そのため、退院直後の生活状況の確認と歩行獲得を目標に訪問リハビリテーション（1 回/週）を行うようになった。その他に、訪問介護（2 回/週）、通所介護（2 回/週）も利用することになった。

■課題解決に向けた目標

身体機能の改善に合わせて、目標を設定した。

初期（退院直後から 1 カ月間）

- ・福祉用具（電動ベッドや車椅子）を上手に利用して安全にベッド上生活を送ることができる
- ・自宅のなかを安定して歩行ができるようになる

中期（訪問リハビリテーション開始後 2～4 カ月）

- ・自宅のトイレまで歩行し、排泄することができるようになる
- ・自宅のお風呂に入れるようになる

後期（訪問リハビリテーション開始後 5～6 カ月）

- ・Ｔ杖を使用して見守りで屋外を散歩することができるようになる
- ・畳の上の布団で寝起きができるようになる

■開始直後のリハビリ内容

電動ベッドと車椅子を利用した生活であったため、車椅子や自宅のトイレに安全に移乗することができるか、移乗動作の確認と練習を行った。左下肢には荷重時に痛みがあったため、歩行器をレンタルして歩行練習を行った。複数のサービスを利用していることで、たくさんの人と接することに本人が疲れていたため、訪問介護は利用中止に、通所介護は週 1 回に頻度を減らした。早期に歩行が自立するように訪問リハビリテーションの頻度は週 2 回に増やして支援することになった。

■訪問リハビリテーション開始後 2～4 カ月

週 2 回の訪問リハビリテーションを行うようになり、歩行中の痛みも軽減し歩行の安定がみられた。そのため、歩行器からＴ杖に変更して歩行練習を開始した。一人で歩くことにも慣れ、歩く機会も増え、「トイレ動作の自立」と「妻の見守りで入浴することができるようになる」を目標設定し練習開始となった。通所介護では車椅子対応であったため、施設の職員に歩行状況を申し送り、通所介護利用中も歩く機会を増やしてもらった。3 カ月間でトイレ動作が自立し、入浴も妻の見守りで可能になった。また、通所介護でも家庭浴槽で入浴が可能になり、少しずつ日常生活動作が拡大していった。屋内歩行が自立したことや日常生活動作が拡大し、活動量が増えてきていることを本人と妻に説明し、訪問リハビリテーションの頻度を週 1 回に減らした。

■ 訪問リハビリテーション開始後 5～6 カ月

訪問リハビリテーションの頻度が減っても身体機能、日常生活動作は維持できていた。動作の安定や体力の向上もみられ、本人から「外に行きたい」や「布団で寝たい」等更なる目標が聞かれた。布団で寝るために床上動作練習を開始した。また、屋外を妻と散歩することができるようになるため、T 杖使用での屋外歩行練習、階段昇降練習を開始した。2 カ月間で屋外歩行は見守りで 1 km ほど歩くことが可能になった。また床上動作が安定したため、レンタルしていた電動ベッドを返却し、布団で寝起きするようになった。当初の目標を達成したことや身体機能、生活状況が大きく改善したことを本人と妻に説明し、訪問リハビリテーションを終了することにした。

■ 終了後のフォロー

訪問リハビリテーションを終了して、3 週間後に電話にて家族とケアマネジャーに生活状況を確認した。転倒していないことや通所介護のみでも身体機能、ADL が維持できることを確認した。

具体的事例 3 具体的な目標に向けて短期間集中的に取り組み終了できた事例

【利用者の概況】 65 歳男性、要介護 1、母親と二人暮らし

障害高齢者の日常生活自立度：A、認知症高齢者の日常生活自立度：I

閉塞性動脈硬化症で入院し、左大腿切除術を施行した。術後、リハ職員が介入し固定式歩行器による屋内歩行は自立となり、県営住宅の 2 階にある自宅に退院した。半年後、ケアマネジャーより、本人が外出を希望しているため、動作の評価や訪問リハビリテーションの必要性について検討してほしいとの相談があり実際に訪問リハ職員が評価を実施。外出自立を目標に 3 カ月の短期集中型で訪問リハビリテーションを行うことになった。

■ 課題解決に向けた目標

- ① ロフストランド杖を使用し安全に階段昇降ができるようになる
- ② 1 人で買い物や受診に行けるようになる

■ 開始直後のリハビリ内容

利用開始時より屋内の ADL は自立しており固定式歩行器による歩行も安定していた。手すりを使用しながら階段昇降を行っていたが、動作の安定性に欠け転倒する危険が高く外出は困難であった。そのため、ロフストランド杖を使用した階段昇降の練習・指導を行い、同時に動作の安定を図るため体幹、右下肢の筋力強化の自主トレーニングを指導した。また、1 人で買い物や受診ができるようにするために、セニアカーをレンタルし操作や移動の練習を行った。さらに、県営住宅であったためセニアカーを置く場所の確保や、充電方法の確認も行った。その後、実際に買い物に行き、店内でのセニアカー操作の確認や購入した品物を階段で運ぶための工夫の提案等を行った。その結果、訪問リハビリテーションを利用して約 3 カ月で外出が自立となり、安全に買い物や受診ができるようになった。目標達成となったため終了となった。

■ 終了後のフォロー

終了 3 週間後に電話にて本人に状況確認を行った。状態は安定しており安全に外出し買い物や受診に行けているとのことであった。

まとめ

利用者・家族の中には、利用目的が不明確なまま訪問リハビリテーションを開始したり、継続利用を希望する場合もある。「期間設定利用」の利点は、必要なときに必要な訪問リハビリテーションを提供することにより、退院・所直後の安心でスムーズな在宅生活への移行と生活の安定化、在宅療養生活者の生活機能の改善・向上を図るための支援が行いやすいことである。具体的な目標や期間を設定することで、より効果的な訪問リハビリテーションを行うことができる。

「期間設定利用」を上手く機能させるためには、期間設定の意味を理解してもらうことが不可欠であり、訪問リハビリテーションの導入を検討する段階で入院部門のリハ職員やケアマネジャー等からも事前説明があるとスムーズな終了に結びつけやすい。また、訪問リハ職員側も利用者が納得しやすいように説明の仕方を工夫し、質の高い訪問リハビリテーションを提供できるよう努める必要がある。今後は、訪問リハ職員の教育体制作りや関係機関への啓蒙が課題である。

修了を念頭においた訪問リハビリテーション

【三軒茶屋リハビリテーションクリニック】

事業所の概要

個人開業診療所が単体で運営する訪問リハビリテーション事業所

【職員配置】医師 4 人（うち常勤 1 人）、理学療法士 2 人、作業療法士 1 人、事務職員 2 人

【開業年月】2011 年 5 月

【地域概況】人口 80 万人、地域包括支援センター 27 カ所を有する東京都世田谷区の住宅・商業地域の一角に所在。近隣には都営住宅が立ち並ぶ。

【算定している加算】短期集中リハビリテーション実施加算

利用者の概要（平成 26 年 1 月末時点）

平成 26 年 1 月の利用者は 74 人で、9 割は介護保険、1 割が難病等の医療保険による利用者である。利用者の平均要介護度は 3 弱であり、一部要支援の利用者もいる。平均年齢は 70 歳代半ばであり、利用の主要因は脳血管疾患が 4 割、整形外科系疾患が 3 割、廃用症候群が 1 割、難病 1 割程度となっている。

1 月の修了者、新規利用者はそれぞれ 2 人。

事業所の理念

訪問理学・作業療法士による身体面、高次機能障害についての評価をもとに、機能回復、能力の向上を図り、当事者の主体性を尊重した目標設定をし、ともに考え地域の中で実践することを目指す。

急変時の対応

診療所医師へ報告（状況によってかかりつけ医、訪問看護師へ報告）⇒ 医師より指示 ⇒ 内容を家族、ケアマネジャーへ報告し、対応する。

サービス提供上の特徴

三軒茶屋リハビリテーションクリニックで実施している訪問リハビリテーションは、“修了を念頭においたリハビリテーション”であることが最大の特徴であり、開業して 3 年間の利用者のうち、死亡や入院等による利用終了者を除くと、4 割が修了できている。なお、修了までの期間は、半年～1 年程度となっており、目標達成ができたり、自己管理が習得できることが修了の基準となっている。

■ 初回訪問での評価

医師の診察後、サービスの利用開始が決まった人には、療法士が訪問し、評価を行う。

初回の訪問では、本人の身体能力、身体的な特徴、本人の興味、コミュニケーション能力、当面の希望、他の利用サービスについて細かく評価を行う。

具体的には、体がどのように動いているか、どこに麻痺や萎縮があるか、筋力はどの

初回訪問時の評価項目

身体能力：起居動作や歩行

身体的特徴：動作に影響している運動機能、感覚、筋緊張等

本人の興味：部屋の環境などから話題提供

コミュニケーション能力：高次機能障害やうつ状態等も含め

当面の希望：本人ならびに家族の間の違いも把握

他の利用サービス：やっている内容や印象を含め

程度であるのか、痛みが出る動作はどのようなものか、感覚障害はあるのか、バランス反応はどのよ

うであるか、等を見極め、これらと歩行、移乗等の動作や作業と関連付け、予後予測をしながら、リハビリテーションで取り組む運動量や内容を検討することになる。

目標設定のポイント

評価した内容をもとに、訪問リハビリテーションの目標を設定し、それを目指すための具体的なアプローチ（運動量や内容等）を設定するとともに訪問リハビリテーション実施計画書に記載し、本人、家族、ケアマネジャーとの間で共有する。

訪問リハビリテーションでの最大のポイントは、目標設定である。初回の訪問では、「何をしたいかわからない」や「病気になる前の姿に戻りたい」と、目標に結び付けづらい人もいる。そのような場合には初回訪問では目標は決めずに、「どんなことが大変か、スムーズにできるようになりたいことは何かを考えておいてくださいね。私が気づいた点は〇〇です。」と投げかけ、次回までに本人にも考えてもらうようにする。また、本人の目標設定が難しい場合には、図のようなシートを用いてスタッフ同士のカンファレンスを行い、本人のできるだけ身近な目標を立てることを支援することもある。

氏名： _____ 様 カンファレンス日： ____年 ____月 ____日 訪問頻度： ____回
訪問開始日： ____年 ____月 ____日

家族/社会 支援（一人暮らしなど）	疾患等	受傷前因子（コーピングなど）
高次脳機能障害 （失語症など）	情動・感情（うつなど）	身体障害（片麻痺など）
	気づき	喪失
	機能的評価（ADLなど）	一次ゴール（仕事など）

目標	評価・経過	変更点・方向性

なお、目標はできるだけ具体的であることが重要である。生活上の不便さを解決し、能力向上を図るため、自主練習、外出の習慣化等身体の調整について自己管理できないかと思っていること等を目標とする。たとえば、「歩きたい」という希望があるのであれば、家の中を歩きたいのか、銀行まで歩きたいのかなど、生活の中でイメージしやすい身近で小さな目標を立てるようにする。

■ 定期的な訪問によるリハビリテーションの中での修了に向けた目標の見直し

本人と療法士の目標の共有ができると、日常的なリハビリテーションが始まる。たとえば、1～2カ月の家の中での訓練により筋力、耐久力がついてきたら、家の外にでて歩いてみる。その際、「10mでいいですよ」と本人が達成感を感じられるような具体的な目安を伝えながら誘導することが重要である。実際、10m歩けたら、20mと距離を伸ばし、運動コントロールの目安も伝えるようにする。「銀行まで歩けるようにする」ことが目標であった場合、訪問リハビリテーションの中でその少し手前のスーパーまで歩くことができるようになったら、訪問介護のヘルパーに外出の際の注意事項とあわせ、そのことを伝えながら、訪問介護の中でも実践してもらうように促すようにする。



外出に向けてマンション
4階までの階段昇降練習

リハビリテーションの効果があり、無事当初の目標であった銀行まで歩けるようになった場合には、「バスに乗って外出してみたいはかがですか。」と次の目標を働きかけ、それもできるようになると、訪問リハビリテーションの修了が近づいてくることになる。



リハ時には

歩行の変化

- ・筋緊張の変化

- ・筋力

- ・耐久力

人込みの中の歩行

- ・周囲への注意

- ・状況判断

交通機関の利用状況

を確認。

終了後、本人の感想を聞く。

自己評価の結果は、客観視できているかどうかの参考となる。

ただし、いきなり修了とすると利用者も不安となってしまうため、「バスに乗って買い物ができるようになったら、訪問回数を減らしましょうね。」というように、目安を提示しながら、当初週 1 回訪問していた人が 1 つ目のステップをクリアしたら、隔週での訪問を 2 カ月、その次のステップをクリアしたら月 1 回の訪問を数カ月と漸次訪問回数を減らしながら修了へと向かうようにする。また、通所介護等、他のサービスの利用についても検討しながらそれぞれの利用者にあった事業所の紹介も行い、修了を目指していく。

■ 修了の見極めのポイント

“修了を念頭においたリハビリテーション”を展開していても、すべての利用者が修了できるわけではない。機能回復への強いこだわりがあったり、障害が重度で家族では筋萎縮等のケアが難しい場合、体調変動が大きい場合、抑うつ状態にある等精神面での課題がある場合等では、利用が長期化することもある。

しかし、たとえば 5 つあるリハビリのポイントのうち、2 つでもできるようになればそれを足がかりに、自己管理ができるよう状態の説明を繰り返し行い、本人のやる気を継続させるようにする。自己管理ができながら目標達成に近づいてくると、利用者に修了時期の目安を提示することとなる。

■ 修了後の利用者との関わり

訪問リハビリテーションの修了が見込まれる利用者で、その後も通所介護サービスを利用し続ける人については、その人がその後も自己管理のもとでのリハビリを続けていけるよう、通所介護の事業者、身体的な特徴や予後の見通し、どのような訓練を行ってきたか、どのようなことに留意することが必要か、について申し送りするようにしている。また、修了し、通所介護の利用を始めた人については、開始から 1 カ月ぐらいで、通所介護事業所に療法士自らが出向き、馴染んだかどうかなどの確認を行っている。場合によっては、修了前に通所介護事業所に訪問し、情報提供することもある。

さらに、通所等のサービスを利用していない人については、利用修了後半年から 1 年ぐらいの間に、

状況確認のための訪問を行っている。利用が終了してから何かなかったか、心配はなかったか等を確認すると同時に、その場で気づいたちょっとしたアドバイスをしたり、自己管理が継続できている場合は、その後押しをしている。

具体的事例 1 脳梗塞からの退院後行っていた自主練習を見直すことにより公共交通機関を利用した外出に取り組んでいる事例

【利用者の概況】66 歳男性、妻と二人暮らし、要支援 2、

障害高齢者の日常生活自立度：J2、認知症高齢者の日常生活自立度：I

4 年前に脳梗塞を発症し、右麻痺と軽度失語症が残り、歩行時は短下肢装具を使っていた。半年後に自宅に退院し、自主運動を行っていたが、歩行時の首の緊張が高くなったこともあり、「先が見えない」と抑うつ状態が続き、一昨年 8 月より訪問リハビリテーションを開始した。

利用開始時の生活上の課題は、歩行時の頸部の緊張が高くなり、歩きにくく、近くの公園以外は外出できないことであった。

課題解決に向けた立てた目標

- ① 退院後独自に行ってきた自主練習の見直しをし、運動量の調節ができるようになる
- ② 歩行状態を共有し、外出時の不安点を具体化する
- ③ 交通機関を利用した外出

開始直後のリハビリ内容

退院後続けている運動を確認し、その時点での身体の使い方の特徴を説明し注意点を助言することから開始した。屋外歩行時の

様子は動画に撮った。これは自身でイメージしていたことを客観視し、どの位で硬くなるか、どのくらいで歩行時の休息が必要かなどを理学療法士との間で共有するためであった。そうしたところ「公園以外は出かけるのが怖い」と発言があり、理学療法士も改めて外出の不安が大きいことに気づいた。そのため、週 1 回の訪問リハビリテーションでは、理学療法士との屋外歩行で不安箇所を繰り返し実践していった。

利用開始数カ月は身体の使い方の特徴を説明し、自主運動の内容の確認、実践とその修正を行った。自主運動は数種類を 10 回程度行うこととし、運動量についての注意点を自分の言葉で記載してもらうようにした。

リハビリ開始 7 カ月後

約 7 カ月に運動量の調整が概ねできるようになったため、なれた公園以外への外出を目標の主眼にするように変更した。訪問時に「人込みの中を歩いてみたい」という希望もあったため、そのような場所をリハビリの中に取り入れた。歩行時の頸の緊張についての訴えは続いているが、休息をとるこ

初回目標設定カンファレンスシート

氏名：_____様 カンファレンス日：平成____年 ____月 ____日 訪問頻度： 1/____回
訪問開始日：平成____年 ____月 ____日

家族/社会 支援(一人暮らしなど) 妻と二人暮らし	疾患等 脳梗塞 (H21.12)	受傷前因子(コピングなど) 仕事中心 (仕事が終わると、まっすぐ帰宅)
高次脳機能障害 (失語症など) 当初は失語 現在、著明な印象なし	情動・感情(うつなど) 状態が変わらないことに気分↓ 頸の状態については悩み大きい	身体障害(片麻痺など) ・右運動マヒ ・歩行時、背筋硬い ・歩行はオルトレッズ+T杖
気づき	機能的評価(ADLなど) 日常動作はほぼ 1 人で可。 階段手すり使用、2 足 1 段	一次ゴール(仕事など) ・体の状態について 2 評価と説明 ・自主練習を見直し習得できる ・歩行時の休息等調整できる
喪失		

目標	評価・経過	変更点・方向性
自主練習の見直しと習得	日常動作は 1 人で可能なことが多いが、頸(後部)の過緊張によるやりづらさと心理的なゆううつ感を訴える	まず、上記目標にそって対応 歩行の状態は動画や写真で本人にも確認できるように対応

とや頸を動かすことを取り入れるようになってきた。

その後地区会館での運動を始めたため、理学療法士も数回同行し、運動量や内容についての助言を行った。

■ リハビリ開始 9 カ月後

9 カ月後に公園以外の場所への外出を自身でも取り入れるようになったため、外出時にできるといいと思っていることを挙げてもらい、実践していくようにした（具体的には喫茶店での注文、コンビニでの買い物と会計等）。このころ「今年いっぱい修了しても大丈夫そう」との発言が聞かれるようになり訪問回数を毎週から隔週に減らした。

その後、バス、電車を使い、駅

構内を歩いたり、電車内での移動をする等し、利用開始当初にあげられていた本人の希望である「渋谷まで行きたい」に向けた「外出で電車を使うこと」がイメージできたという感想を述べていた。難しいと考えていたことが実践できたことにより「できる」という自信もでき、修了についても同意・修了となった。

最終目標設定カンファレンスシート

氏名：_____様 カンファレンス日：平成____年 ____月 ____日 訪問頻度： 1/週～2/月回
訪問開始日：平成____年 ____月 ____日

家族/社会 支援（一人暮らしなど） 妻と2人暮らし	疾患等 脳梗塞（H21.12）	受傷前因子（コーピングなど） 会社員、退職後はまっすぐ家に帰る生活 服装にはこだわりがあり、特に靴はコ シクターの100足余り持っていた
高次脳機能障害 （失語症など） 当初は失語症 現在、著明な印象なし	情動・感情（うつなど） 首の緊張感については、自身で も整理できつつある	身体障害（片麻痺など） 右運動麻痺（回復段階：Ⅲ-Ⅲ-Ⅲ） 歩行時はオルトフ使用 歯磨き、シャワーで首の緊張感が強く なる訴え
気づき 機能的評価（ADLなど） 日常動作はほぼ1人で可能 階段手すり使用		喪失 一次ゴール（仕事など） 慣れた場所以外での外出ができる 外出時に必要な処理ができる

目標	評価・経過	変更点・方向性
様々な外出先ができる 外出の不安が軽減する 人との交流の場が広がる	月2回の訪問に変更し4カ月経過。この間、不安な場所 への外出、外出先での動作、渋谷までバス～電車を利用 するなど本人から希望を出してもらい実践している。 最近では三軒茶屋まで出かけたなど報告がある。首の 緊張感は残存しているが、以前に比べて訴えは少なく なってきた。	外出先が増え、外出の不安が軽減する 人との交流の場を模索 訪問終了の目安（本人も考えているので相 談する） 12月頃修了の方向で

具体的事例 2 両変形性股関節症の術後、自主練習も含めた歩行訓練を行いながら外出が可能となり、修了・通所介護サービスの利用につながった事例

【利用者の概況】77歳女性、要介護2の夫と二人暮らし、要支援2

障害高齢者の日常生活自立度：A1、認知症高齢者の日常生活自立度：I

両変形性股関節症による強い疼痛が長年あるものの、手術を拒否し続けていたが、一昨年5月に手術に踏み切り、3週間入院した。

退院後早期リハビリを希望し、訪問リハビリテーションの利用開始となった。

利用開始時の生活上の課題は、股関節周囲を中心に筋力低下、立位・歩行耐久力低下のため調理等家事動作に支障があることであった。

■ 課題解決に向けた立てた目標

- ① 股関節から腰部の可動性・筋力の改善
- ② 自主練習の習得
- ③ 近所歩行の獲得

■ 開始直後のリハビリ内容

手術により、両股関節から腰部への疼痛は軽減し、日常動作における支障は減少していたが、長年の活動制限から筋力は不十分であったため、筋力強化、座位・立位での重心移動、体幹部の柔軟運動を週2回のペースで行った。

同時に生活場面での不便さ（入浴時の洗体、爪切り等）について道具を紹介し、運動の中にも取り入れていった。また、入院中に行っていた運動を自主練習に取り入れることとし、運動量と内容の調整の仕方について助言をした。

週2回の訪問リハビリテーションを1カ月間行った結果、室内歩行は安定し、近所を10分程度歩くことも可能となった。しかし、心理的な不安があり、1人で歩くまでには至っていなかった。

■ リハビリ開始3カ月後

訪問時の屋外歩行を繰り返した結果、3カ月後にはヘルパーと買い物に行くようにし、屋外歩行の機会を日常的に増やすようにした。このころ、調理時間中の腰痛予防のための休息のとり方や運動の仕方を新たに助言するとともに、訪問頻度を週2回から週1回に変更した。

近所への外出は可能になっていたが、遠出の外出がしたいという新たな希望がでてきた。外出手段としてバスが考えられたが、途中で疲れたらどうしたらいいかなどの不安から、実行に踏み切れないでいた。「具体的に行きたい場所等の目標ができると体の動きも変わりますよ。」と助言をしながらリハビリを続けていたところ、徐々に日常生活でも体を動かしたり、買い物を1人で行くことが増え、家族との外出も思い切ったらできたとの報告があった。

■ リハビリ開始5カ月後

5カ月後、さらに体力を伸ばし、外出の不安を軽減することを目的に、担当者会議にて、ヘルパーと町外のスーパーへの買い物を提案した。この際同時にヘルパーには、1人で外出するイメージでサポートしてほしい（疲れたとき、コースの選択等は自分で考えたことを実践させる、介助での歩行は疲れたときのみにするなど）ことを伝達した。

最終月は隔週訪問とし、外出時の様子を聞き取り、対処方法について助言した。また本人の希望もあり他者との交流、運動の機会を定期的に持つことを目的に短時間通所サービスを紹介し、利用を勧めた。

初回目標設定カンファレンスシート

氏名: _____ 様 カンファレンス日: 平成____年 ____月 ____日 訪問頻度: 2/週回
訪問開始日: 平成____年 ____月 ____日

家族/社会 支援(一人暮らしなど) 夫と2人暮らし 夫も専任介護者で通所サービス	疾患等 両変形性股関節症 人工骨頭置換術後	受傷前因子(コーピングなど) 主婦(仕事歴 特記なし) 結婚までは有職? 術前 長年の痛みで不安↑
高次脳機能障害 (失語症など)	情動・感情(うつなど) 慎重でまじめ 痛みが解消されたことで心理的	身体障害(片麻痺など) ・下部体幹~下肢筋力低下 ・脊椎変形(右凸側弯)
機能的評価(ADLなど) 体をかがめて行うセルフケアは 不十分さがあるが、ほぼ1人で 可能。外出は散歩程度		一次ゴール(仕事など) ・近所のスーパーへ買い物に行く ・運動について自己調整ができる

歩数計使用で一日の歩数量の目安を作る

目標	評価・経過	変更点・方向性
・側弯、腰痛も含めて、運動について自己調整ができる ・体力向上により外出範囲が広がる	・入院中からの股関節中心の運動に加えて体幹の運動実施と自主練習助言 ・自宅内階段等広用動作、屋外歩行 ・セルフケアで困難な動作について練習と道具の紹介	筋力: 股筋 3~4 下股 4 可動域: 股屈曲90° 外転10° (右>左) 下部体幹柔軟性低下 9月~1/週頻度へ

3カ月目目標設定カンファレンスシート

氏名: _____ 様 カンファレンス日: 平成____年 ____月 ____日 訪問頻度: 回
訪問開始日: 平成____年 ____月 ____日

家族/社会 支援(一人暮らしなど) 夫と2人暮らし 夫は認知症あり、デイサービス 3/週利用 息子は近郊に住む	疾患等 ・両変形性股関節症術後 ・側弯	受傷前因子(コーピングなど) 夫の介護にあたりながら、股関節 痛悪化前は外出も好きであった。
高次脳機能障害 (失語症など)	情動・感情(うつなど) 将来についてのイメージは漠然 としているが、痛みが消失し心 理的にはついている	身体障害(片麻痺など) ・下部体幹筋力低下 ・側弯による腰痛 長時間(40~50分)の歩行 で痛み(+)
機能的評価(ADLなど) 掃除以外は1人で可 近所の買物は軽い荷物程度は 可		一次ゴール(仕事など) 状況に応じて外出手段選択で きて外出できる(バス、タクシー、 徒歩)

歩数計使用で一日の歩数量の目安を作る

目標	評価・経過	変更点・方向性
外出のイメージが具体化する。 筋力強化 自主練習習得 (確認、助言) 近所~体験を増やす	・自主練習で十分にできない運動、気になることについて 対応 ・応用歩行(バス乗降、スーパーでの買い物など) ヘルパーとの分担を再度確認、11月末に修了を検討	手術により痛みが軽減し、持続歩 行30分~40分程度可となる。 側弯等による腰痛はあるが自 制内でコントロールは可能。 状態は改善しているが本人の今 後の生活イメージがうまく具 体的に目標としてあがりにくい 状況。 (買物・宅配を長年利用、外出: 夫と一箱のため交通機関を使 う)

■ 修了後のフォロー

利用 6 カ月をもって修了となったが、修了 6 カ月後に訪問をしたところ、以前行っていた朗読サービスのために外出していることや通所介護の利用も継続できていること等生活の様子を聞き取ることができた。

ケアマネジメント連絡用紙			
該当機関名			
(依頼元機関)	訪問リハビリテーション事業所		
(依頼先機関)	地域包括支援センター		
依頼先機関等名			
氏名	●●●●● 様	生年月日	年 月 日 (77歳)
住所	性別 男・女		
電話番号			
認定情報	要介護状態等区分: 要支援 2 (有効期間: 年 月 日 ~ 年 月 日)		
傷病名(生活機能の低下の原因となった傷病名等)		紹介目的	
両側変形性股関節症 人工骨頭置換術後		修了	
目標とする生活(本人及び家族)			
買い物など外出が出来るように			
生活情報(生活歴、家族状況、生活環境等において特記すべき事項)			
夫と二人暮らし。夫も要介護で通所サービス、訪問介護を受けている。			
援助の経過(これまでの援助方針・援助の成果)及び生活機能の変化			
6月6日より訪問理学療法開始。手術により両側股関節の痛みは軽減しているものの筋力低下のため、歩行は不安定さがある状態でした。病院より指導されて運動メニューを元に自宅での運動、屋外歩行を行っています。ご本人も熱心に自主練習に取り組まれており、1ヵ月後には自宅周辺の歩行が見守り可能となっています。2ヵ月後には訪問頻度を週1回に変更し、訪問介護の利用を追加し買い物の実践を行っています。現在、近隣の歩行は1人で可能となっています。日常的にバスを使った外出はないようですが、バス利用も急遽に乗降評価を行いました。大きな問題なく利用可能でした。			
リハビリテーションの観点から今後のサービス提供すること			
訪問介護での買い物の際は、ご本人の披露の状況により、見守り～介助を行っていただき、今後は1人での外出に向けたサポートをお願いしたいと思います。また、最近では友人との交流の機会が少なくなっているとのことから短時間のテニサーサービス等の利用も検討できると良いかと思っております。ご自身では週1回フルに通っていますが、交通費の負担もあり、近所で通えるところがあればとの希望もあります。運動の習慣化はできているようですが、今後も必要な時には再評価を行いますので声をかけて頂ければと思います。			
備考			
訪問開始日	●●●●年●●月●●日	依頼日	●●●●年●●月●●日
訪問終了日	●●●●年●●月●●日	事業所	三軒茶屋リハビリテーションクリニック
開始時介護度	要支援2	担当者	
修了時介護度	要支援2	電話	●●-●●●●-●●●●
		FAX	●●-●●●●-●●●●

具体的事例 3 長期間の支援の中でトイレ動作の獲得から簡単な調理の実施まで可能となり、自立に向けて訪問頻度の減少を受け入れられるようになった事例

【利用者の概況】59 歳女性、要介護 2、日中仕事をもつ夫・長女ならびに障害のある長男と同居

障害高齢者の日常生活自立度：B1、認知症高齢者の日常生活自立度：I

2 年前に脳梗塞を発症し、左片麻痺、左半側無視、注意障害となり、8 カ月の入院後自宅へ退院した。退院直後、日中独居となるが、室内での車椅子、ポータブルトイレを使用することには拒否感があり、トイレまでの移動が必要となっていた。

■ 課題解決に向けた立てた目標

- ① 長女の介護休暇が修了するまでにトイレまでの歩行ができる
- ② 当面は身体能力の改善を中心に行う

■ 開始直後のリハビリ内容

退院後、長女は介護休暇を取得したが、2 カ月間であったため、その 2 カ月間で排泄が 1 人でできることが最優先された。左半側無視の症状もあったため、室内にはトイレまでの導線として赤テープが貼られていた。4 点杖介助歩行の状態であり、週 2 回のリハビリで、トイレドアの開け閉め等 1 人での動作に必要な練習から開始した。

発症から9カ月程度でまだ混乱している点もある中で、日中独居には不安があったが、本人も1人で排泄ができることに集中して取り組んだ。この時点では左側への注意障害、感覚障害の影響から起き上がりや座っている時に左手が後ろに回り、手の位置の確認が不十分になること等が確認されていた。

■ リハビリ開始3カ月後

3カ月後、何とかトイレ動作の目処がたったため、長女は職場復帰した。訪問リハビリテーションでは、引き続き、トイレ動作の確認を行いながら、立位バランス、室内歩行練習を継続した。当初より筋緊張の不安定さから左股関節周囲の痛みの訴えもあり、腎筋や腹筋を使う運動を介助下で行うなど筋緊張を整えることも行った。

半年後ぐらいより、自宅前の路地を歩くことを取り入れるが、段差の戸惑い、傾斜による不安により疲労感も大きい状態であった。その後1年間はリハビリ内容は変化なく継続した。

■ リハビリ開始1年半後

調理の希望もあり、作業療法士による評価を行い、簡単な調理をリハビリの中に取り入れた。左半側無視、注意障害により食物の処理等左側を忘れることがあり、課題を明確にするために調理の手順書を作成し、それに沿って、調理後に本人と一緒に振り返り、注意点を確認することを繰り返し行った。

退院2年が経過し、ヘルパーとの調理を昼食の時間に取り入れるようになったり、家族とも週2回程度夕食の1品作ることが習慣となってくるなど、できることが増えてきた。

訪問時に「今日はどんな内容の練習をしたいと思いますか。」と問いかけをするようにしているが、「月3回教会へ出かける際の準備をできるだけ1人でしたい」や「冷蔵庫のものを取り出したい」等自らも課題を見つけて自主練習に取り入れるようになってきた。その結果、以前は受け入れることができなかった訪問頻度の減少を受け入れることができるようになり、利用を週2から週1回に変更する予定となった。

また、近々地域で開催されるコンサートで独唱することも快諾している。

初回目標設定カンファレンスシート

氏名: _____ 様 カンファレンス日: 平成____年 ____月 ____日 訪問頻度: **2/週回(短期集中)**
訪問開始日: 平成____年 ____月 ____日

家族/社会 支援(一人暮らしなど) 夫、娘、息子と4人暮らし 娘は発症後、介護休暇中(11月まで) 息子はダウン症にて通所利用	疾患等 H23.12月、脳梗塞 高血圧症、高脂血症、糖尿病	受傷前因子(コーピングなど) 主婦業専念、教会では聖書を教える立場にあり、宗教の教えに沿った価値観
高次脳機能障害 (失語症など) 左半側無視 注意障害	情動・感情(うつなど) 落ち着いている(感情の起伏は感じられない) 気づき	身体障害(片麻痺など) 左片麻痺、左肩1/2亜脱臼 感覚障害 中～重度 左股関節運動痛
機能的評価(ADLなど) 身の回りのことは見守り～自立、移動に注意を要する		一次ゴール(仕事など) ・娘が仕事下宿後するまでに室内歩行が安定する(トイレ、食卓)

目標	評価・経過	変更点・方向性
・室内歩行の安定 (体幹～左側支持改善、左側への注意改善) ・室外歩行耐久力(見守り)	感覚障害、左半側無視を併発し運動麻痺重篤。更衣等は1人で可能となり、室内での移動も見守りで可能であるが、左側への注意不十分、トイレドアの開閉が不安定等、転倒の危険性もある。	日中1人になる時の移動手段(1～2カ月後) (状態によっては歩行、車椅子の併用を検討)

1年後目標設定カンファレンスシート

氏名: _____ 様 カンファレンス日: 平成____年 ____月 ____日 訪問頻度: **2/週回(PT・OT)**
訪問開始日: 平成____年 ____月 ____日

家族/社会 支援(一人暮らしなど) 夫、娘、息子と4人暮らし (1Fには本人と夫のみ居住)同マンションに娘さんが居住	疾患等 H23.12月、脳梗塞 高血圧症、高脂血症、糖尿病	受傷前因子(コーピングなど) 主婦 クリスチャンで教会で聖書を教えている キリスト教の人生観 旅行(山の登り) 歌うことが好き
高次脳機能障害 (失語症など) 半側無視 注意障害 発動性低下～改善傾向	情動・感情(うつなど) 安定 気づき	身体障害(片麻痺など) 左片麻痺(Br-Stage III-III) 感覚障害
機能的評価(ADLなど) 屋内移動自立、屋外短距離見守り、更衣介助		一次ゴール(仕事など) 調理、歩行の定着 (本人・家族・ヘルパー等と実施できるように)

目標	評価・経過	変更点・方向性
ゴール同様	担当者会議後、ヘルパーとも簡単な調理を開始した。1/週回、ご主人と調理すること。朝、外を歩くのは定着、膝にpain後距離を短くしている。教会へは2/週通い、3/月聖書を教える活動は継続中	頻度調整、少しずつ1/週に持っていけないか検討 春の音楽コンサート(高次脳機能障害者のイベント)参加打診 リハに頼らず、活動・歩行しているようアプロウチしていく(出来ることを増やしていく(調理・準備等))

まとめ

訪問リハビリテーションでは、利用当事者が主体となり療法士は応援者であるという関わり方が重要である。課題の見極めと能力の追求を評価に基づいて行い、生活の変化を客観視できるようなコミュニケーション、当事者の思いを肯定的にとらえるなど機能面以外にも視点を持ち、変化を共有することが次のステップへつながるといえる。同時に地域にあるサービスの特徴も情報収集しておくことが必要である。

診療所内での3カ月ごとのカンファレンスにおいて、目標・経過・頻度見直し・修了についての意見交換を行っている。身近で具体的な目標を挙げ、身体能力の向上と可能性に加えて、自己管理がどのくらいできているのか、また難しいケースについても何を根拠に継続するのか等を確認している。

最近では、訪問リハビリテーション実施計画書へも頻度の見直しや修了の目安を記載する欄を設けて、方向性を記入し、ケアマネジャーにも情報提供している。さらに修了時には、ケアマネジャーへの報告として、ケアマネジメント用紙を用い、他サービスへの伝達を依頼するようにしている。

訪問リハビリテーションにおける課題として挙げられることは、修了後のフォローアップについて、現在は個別に行うにとどまっているケースが多く、クリニックの全体の体制作りとしてはまだ不十分な点である。修了一定期間後、直接的に担当療法士が訪問し評価する、または、利用施設でフォローアップとしてできる評価を依頼するなど地域の関係機関と連携することは、新たな目標や悪化等について早期に対応でき、当事者の修了後の不安軽減を図ることにもつながると考える。

我が家が最高！

【みゆき園デイサービスセンター】

事業所の概要

特別養護老人ホームを運営する社会福祉法人が経営。他の関連施設としては、訪問介護、短期入所生活介護、認知症対応型共同生活介護、小規模多機能型居宅介護、居宅介護支援がある。

【職員配置】生活指導員 2 人、社会福祉士 7 人、介護職員 9 人（うち、介護福祉士 7 人）、事務職員 2 人

【開業年月】1986 年 11 月

【地域概況】熊本市中心地より南へ車で 15 分、秋には黄金の稲穂に輝き、水と緑が豊かで、空気の清らかな田園地帯に位置し、極めて人情味豊かな土地柄である。

【算定している加算】入浴介助加算、サービス提供体制強化加算（Ⅰ）、個別機能訓練加算Ⅰ、運動器機能向上加算、口腔機能向上加算、栄養改善加算、選択的サービス複数実施加算Ⅰ、選択的サービス複数実施加算Ⅱ、生活機能向上グループ活動加算

利用者の概要（平成 26 年 1 月末時点）

平成 26 年 1 月の利用者は 90 人で、すべて介護保険による利用者である。要支援 1 から要介護 5 まで幅広く受け入れており、平均要介護度は約 1.7 で、一部介助から全介助まで様々である。最高年齢は 102 歳、最低年齢は 69 歳、平均年齢は 85.0 歳であり、利用の主要因は脳血管疾患、整形外科系疾患、認知症等様々である。

1 月の終了者は 2 人、新規利用者は 2 人。

事業所の理念

利用者自身の実際の生活に合わせた「目的志向型自立支援プログラム」を実践することで、「安心して生活できる」を実感してもらい、生活の質（QOL）の向上を目指している。

このプログラムは、実際の生活の中で必要な生活動作を取り入れた訓練内容であり、従来の「訓練方式」（いわゆるマシン等を使用した筋力トレーニング）から、生活場面を機能訓練に設定することで、「楽しくできる訓練」を実施している。

急変時の対応

センター内の看護師と協働し、各利用者の主治医に連絡、指示を仰ぐ。また、同時に家族に連絡。意識がないなど、緊急時は隣接するグループ内の病院に搬送、医師の指示のもと、対応する。

サービス提供上の特徴

1 日の活動をクラブ活動として実施。多数のクラブ活動を日替わりで実施しており、曜日ごとに楽しめるようになっている。

特にみゆき園デイサービスセンターでは、居宅サービス計画書に基づいて、通所介護計画書を作成する際に、利用者の実現したい『夢』を本人、家族から聞き取り、その夢が実現できるための各機能訓練を実施するようにしている。

例えば、A さん（女性）は入院による体力低下で、退院後、大好きだったカラオケを 1 曲唄いきることができなくなっていた。A さんの『夢』はカラオケを 1 曲歌いきることであったため、自信をな

くしていたが、言語呼吸訓練と称して、皆でカラオケをしたり、口腔体操や体力向上のあそびりテーションに参加してもらった。その結果、カラオケを1曲唄いきれようになり、さらに、その後は立位のまま1曲唄いきれるまでに回復することができた。



両肘をついて椅子に体重をかけて歌っていました。



立位保持に必要な足を中心とした機能訓練を実施。



片手を添える程度で歌えるようになりました。

さらに、センター独自の通貨を準備し、通貨のやり取りを通じて認知症予防機能も果たしている。活動に参加したり、機能訓練に参加したり、他の人の手伝いをしたりと、様々な場面で通貨をもらうことができ、利用者自身のやる気にもつながっている。

■ 機能訓練における工夫

マシンを活用した機能訓練、また、万歩計を使用した歩行訓練や、その他あそびりテーション等を活用し、本人のやる気を引き出した活動を行っている。

単なる筋力トレーニングのみを行うのではなく、本人が継続して行うことができるよう楽しい訓練を目標としている。特にあそびりテーション、園芸等のプログラムは人気が高い。具体的な内容としては、実際の生活に生きる活動を心がけている。一見、あそびりテーション等は生活に根付いていないようにも見えるが、他利用者と協力したり、会話したりと効果のあるツールとなっている。

具体的事例 1 マシン等を活用した個別機能訓練により、身体機能が向上し活動範囲が広がってきた事例

【利用者の概況】76歳女性、夫と二人暮らし、要介護3

障害高齢者の日常生活自立度：C2、認知症高齢者の日常生活自立度：Ⅱa

4年前より食欲低下、3年前に自宅で転倒、骨折し2カ月入院。その後も食欲低下が続き、寝て過ごすことが多くなった。褥瘡から清潔保持が必要であり、リハビリを行うことで身体機能の向上を図る必要があることから、通所介護・訪問介護・訪問看護・福祉用具の導入となった。

■ 課題解決に向けた立てた目標

- ① 褥瘡悪化を防ぐ。
- ② 家族の負担が軽減できる。
- ③ 身体機能が向上できる。

■ 利用開始から6カ月まで

週2回での利用を開始後、短期目標とした褥瘡悪化防止のために定期的な入浴介助、オムツ交換で

清潔を保つようにし、臥床時の体位交換を実施した。また、家族負担軽減のために、通所介護利用時には食事、入浴等の支援を行い、介護者の自由な時間を作るようにした。さらには身体機能の向上のために個別機能訓練を実施した（寝たままの食事摂取だったので、まずはベッド上での食事訓練（寝たままの食事摂取からベッドをギャッジアップし、ベッド上での食事介助）を実施。その後、ベッド上で自力摂取訓練を開始。さらにベッドサイドでの端座位訓練を実施。それから車椅子での座位保持訓練を実施）。

■ 6 カ月から 11 カ月目まで

利用開始から半年で褥瘡は完治し、車椅子自走と平行棒を利用しての歩行訓練から歩行器歩行へと切り替えた。身体機能向上のためにはマシン運動を実施。排泄も自立できるようになり、オムツからリハビリパンツへと変更した。入浴も全介助から一部介助へ変更した。

■ 12 カ月から 34 カ月目まで

夏場の清潔保持の観点から週 2 回から 3 回の利用を増回した。ADL は歩行の安定性が増しており、短距離では杖や歩行器を自己判断で使い分けるようになってきており、ADL の維持が図られていた。20 カ月目ごろからセンターのプログラム変更から、自立支援の強化を図っており、お茶汲み・配膳・下膳等ができるようになった。

利用開始からほぼ 3 年が経過した現在においては、自宅で茶碗洗いや簡単な調理をするようになった。また庭仕事のために食物の種も購入した。屋外散歩のための歩行器の検討を始めるなど、意欲の向上が図られている。

具体的事例 2 デイサービスでの各種プログラムを利用しながら ADL の改善が図られた事例

【利用者の概況】79 歳男性、要介護 2、家族は妻と母との 3 人暮らし

障害高齢者の日常生活自立度：B1、認知症高齢者の日常生活自立度：Ⅲa

一昨年夏、脱水症状で救急搬送され、ラクナ梗塞と糖尿病で半年入院した。その後自宅に戻るが、歩行時に膝折れやふらつきがあり転倒の危険があった。また、日中に飲酒の習慣や物忘れの進行が見られるため、生活習慣を改善することも必要であることから、通所介護・訪問リハ・住宅改修・福祉用具・短期入所のサービス導入となる。

■ 課題解決に向けた立てた目標設定

- ① 受診・服薬がきちんとできる。健康管理がきちんとできる。飲酒量が少なくなる。安定した状態で過ごせる。
- ② 定期的に外出できる。活動や交流に参加し楽しめる。
- ③ 体調のよいときは運動に参加し、歩行悪化を防ぐ。
- ④ 介助してもらい安全に入浴できる。

■ 利用開始から 4 カ月

昨年の病院からの退院後、週 4 回で通所介護の利用を開始した。利用時にバイタルチェック・口腔ケア・内服管理を実施するとともに、他者との交流支援、レク活動・季節や外出行事・認知症予防プログラム、個別機能訓練や生活リハビリ（配膳、下膳）を行う等の支援を実施した。それでも依然と

して歩行の失行や血圧低下による意識喪失の課題があった。また歩行は付き添い介助で可能であったが、食事・水分摂取量ともに少なく、入浴後、ふらつきや脱力の症状がある状況だった。

■ 5 カ月から現在に至るまで

5 カ月経過しても、歩行は不安定なままであり、食事・水分の摂取量の少なさから、低栄養や脱水防止のためのプログラムである栄養改善プログラムを開始した。直近では食事や水分摂取の改善が見られるようになり、歩行も安定してきたので付き添い介助から見守り歩行へと移行した。

通所介護での活動や運動に対しても積極的に参加されるようになった。

具体的事例 3 体調に留意しながらの機能訓練実施等により体力が向上し、ADL の維持・向上が図られている事例

【利用者の概況】96 歳女性、息子夫婦と 3 人暮らし、要介護 3

障害高齢者の日常生活自立度：A2、認知症高齢者の日常生活自立度：正常

一昨年吐き気・眩暈で救急搬送され、メニエール病の診断で入院、3 カ月で退院したが、歩行悪化で一日中家の中で寝て過ごしており、食事のときだけ起きている状態であった。廃用性の下肢筋力低下もあり、歩行が不安定で、転倒予防として住環境の整備やリハビリが必要であるため、住宅改修・福祉用具・通所サービスの導入となった。喘息や気管支炎の診断や難聴がある。

■ 課題解決に向けた立てた目標設定

- ① 眩暈等の体調の変化に注意が必要である。
- ② ふらつきがあるため、転倒のリスクがある。
- ③ 入浴時に洗えない部分の支援が必要である。
- ④ 体調に合わせて外出の機会や楽しみが必要である。

■ サービスの利用開始から現在に至るまで

1 年前より、閉じこもり予防として外出機会の確保のために週 2 回で利用を開始した。バイタルチェックや病状観察、服薬管理をしながら、眩暈に留意した移動支援や機能訓練、難聴への配慮、洗髪困難への対応を行った。

4 カ月後には徐々に体力が向上するようになり、眩暈も落ち着いていたがふらつきはあった。しかし、体調に合わせた入浴や運動の実施、趣味活動には意欲的に取り組まれるようになった。

9 カ月後には呼吸器疾患への対応として口腔機能向上プログラムを開始。その後、肺炎での入院もあったが、病状は自己管理できており、生活リハビリや活動を中心としたプログラムを実施している。

自宅では歩行の不安定さから、1 人の外出が困難であったが、通所介護で趣味の園芸や創作活動を行うことで、自宅前の公園に 1 人で行かれるなどの ADL の維持、向上が図られている。

まとめ

みゆき園デイサービスセンターでは、実際の生活の中で必要な生活動作を取り入れた訓練内容とするように心がけている。日常の生活動作の繰り返しにより、心身機能の向上を図ったり、生活の場面に合わせて、自分でできることはしてもらおうようにする生活リハビリも実践している。

また、各種機能向上を目指し、個別機

●心身機能への効果・効能

握力(手の力や指でつまむ力)
協調性(手のスムーズな動き)
巧緻性(手の細やかな動き)
上肢の操作性(重心の安定)
上肢可動域(肩を上げる動作)
下肢筋力(目的ある歩行)
選択の機会(主体性の発揮)
移動技能(物を持つての動き)
認知機能(品物の購入動作)
社会的交流(社会とのつながり)



●生活動作への効果

買物時の荷物持ちなど
調理動作など
衣類のボタンを留めるなど
掃除動作など
洗濯物干し動作など
買物に行くなど
品物を選ぶなど
買物袋やカゴを持つなど
金銭の支払いなど
外出への意欲など

能訓練・運動器機能向上プログラム、口腔機能向上プログラム、栄養改善プログラム、認知症予防プログラムも取り入れている。例えば、口腔機能向上プログラムの1つとして吹き矢を実施すると、肺活量アップによる体力向上や、腹筋力アップ、口角筋アップ、姿勢保持等の効果がある。

これらを組み合わせることで、利用者が在宅生活を継続することができるように努めている。

短期入所生活介護事業所における認知症ケアの取り組み

【白寿園短期入所生活介護事業所】

事業所の概要

介護老人福祉施設 白寿園に併設する短期入所生活介護事業所

【職員配置】施設長 1 人（代表者兼務）、副施設長 1 人、医師 3 人（配置医師 3 人）、事務職員：5 人（兼務 2 人）、介護支援専門員 4 人（兼務 3 人）、生活相談員 2 人（兼務 1 人）、管理栄養士 3 人、看護師・准看護師 6 人、機能訓練指導員 2 人、介護職員 54 人（うち非常勤 25 人）、夜勤又はスポット登録者 13 人（学生）、調理員 11 人（うち非常勤 6 人）、用務員 2 人、清掃職員 3 人、洗濯職員 3 人

【開業年】 1980 年（特別養護老人ホーム 1972 年）

【地域概況】人口 5 万 5 千人、熊本県の西北端の荒尾市に位置し戦前・戦後と炭鉱の町として栄えたが、現在は高齢化率 30.2%と高齢化が進んでいる。降雨は少なく、温暖であり自然災害の少ない住み良い地域である。

【算定している加算】個別機能訓練加算、サービス提供体制強化加算、夜勤職員配置加算、看護体制加算Ⅰ・Ⅱ、送迎加算、介護職員処遇改善加算、療養食加算

利用者の概要（平成 26 年 1 月末時点）

利用定員は 14 人で、利用者の平均年齢は 86.4 歳、平均要介護度は 2.76 である。（併設：介護老人福祉施設白寿園利用定員：99 人）

事業所の理念

- ・利用者主体の生活援助
- ・安心、安全で快適な生活の継続
- ・地域との交流及び信頼ある施設づくり
- ・サービスの質の向上

急変時の対応

状態急変時、発見者は速やかに看護職員（看護責任者）へ連絡する。連絡を受けた看護職員（看護責任者）は状態・状況を確認した上、次の対応を行う。

- ・協力医療機関（医師）へ連絡し、指示を仰ぎながら必要な処置を行う。
- ・家族及び関係職員への連絡、報告を行い、速やかに対応を行う。
- ・協力医療機関（医師）は、必要に応じて他の医療機関との連絡・連携を図る。

＊急変時対応マニュアル（協力医療機関との連携、オンコール体制）

サービス提供上の特徴

■ 認知症ケアにおいて

認知症専門医による鑑別診断、認知症検討会を定期的に行い、認知症高齢者の原因疾患に応じた個別ケアに取り組んでいる。また、職員の専門性の向上を目指して認知症に関する研修会や事例検討会を実施している。



認知症専門医診察の様子

■ リハビリテーションにおいて

医師または理学療法士からの助言をもとに、機能訓練指導員（看護職員）が中心となり、在宅の生活が継続できるよう、日常生活動作の拡大およびQOLの向上、残存機能の維持および低下防止を行っている。また、レクリエーションやクラブ活動、施設行事へ参加することで、楽しみのある生活や生活意欲の向上を目指している。

■ 口腔ケアにおいて

歯科医師またはその医師の指示を受けた歯科衛生士により介護職員に対する技術的な助言や指導を受け個別に口腔内の状態の確認と把握を行い、利用者の口腔内の衛生保持とリスク管理に努めている。さらに多職種協働にて、経口摂取の継続、嚥下機能の維持を目指し健康保持と疾病予防に努めている。

■ 医療との連携において

高齢化・重度化し医療ニーズが高まる中、指導看護師より実技指導や医療に関する研修を行い、介護職員の知識と技術の習得を行っている。また、隣接する協力医療機関と連携のもと、疾病・急変時の場合、迅速に対応することができる。

具体的事例 1 アルツハイマー型認知症高齢者の投薬量の変更等により、表情がよくなり帰宅欲求への対応ができている事例

【利用者の概況】83 歳男性、長男夫婦と同居、要介護3

障害高齢者の日常生活自立度：Ⅱ、認知症高齢者の日常生活自立度：Ⅲa

平成 20 年より、自宅で布団に臥床している時間が多くなり、意欲が低下してきて、昼夜逆転、徘徊がみられるようになり、デイサービス利用開始となった。平成 23 年 10 月より 1 日に 20 回ほど自宅より外に出る行為があり、平成 24 年 11 月からは自宅にいてもかわらず「帰らないといけない」と訴える症状が出現した。夜間、自動車専用道路を歩いているところを警察に保護されることや、明け方に自宅より外へ出ることが多くなり、介護負担の増大により在宅介護が困難な状況になったため、平成 25 年 1 月より短期入所生活介護を利用開始となった。短期入所生活介護開始時には、意欲低下、表情の暗さ、帰宅欲求を伴う多動がみられた。

■課題解決に向けた目標

- ① 認知症の原因疾患の診断（鑑別診断）
- ② 内服薬の見直し・調整
- ③ 生活リズムを把握し改善へのアプローチを行う
- ④ 機能訓練への参加

■短期入所生活介護利用開始時の状況

認知症専門医と内科医の同席による診察を受け、『認知症』との診断から『アルツハイマー型認知症』の診断を受けた。この際、認知機能改善、表情の改善が期待できるため、セレネース、アキネトンを中止することとした。ケアの取組みとしては、施設内を散歩することや対話（炭鉱の話が好き）を行うことで気分転換を図り、帰宅欲求の予防を行うようにした。また、日常生活に役割（洗濯物たたみ、おやつ受け取りの付き添い）を持ってもらい、可能な限りやってもらうようにした。本人が歌を好きであることを考慮し、クラブ活動（民謡・詩吟）や機能訓練へ参加することで活動量を増やし昼夜のリズムを整えるようにした。機能訓練（温熱療法、歩行訓練、ストレッチ体操）へ参加することで歩行状態を維持し活動量を増やすことにも努めた。



ストレッチ体操の様子

家族との情報共有のために、認知症専門医と内科医の診察時には、家族に同席してもらい、診断・内服変更・ケアの取組みについて情報共有を行った。自宅での本人の様子観察のポイント（意欲・表情・帰宅欲求の頻度と強さ、歩行状態）を伝え、短期入所利用時に本人の様子を伝えていただくよう依頼した。

家族との情報共有のために、認知症専門医と内科医の診察時には、家族に同席してもらい、診断・内服変更・ケアの取組みについて情報共有を行った。自宅での本人の様子観察のポイント（意欲・表情・帰宅欲求の頻度と強さ、歩行状態）を伝え、短期入所利用時に本人の様子を伝えていただくよう依頼した。

■短期入所生活介護利用開始1カ月後の状況

認知機能は変わりがないが、暗い表情であったのが、明るくはっきりしてきた。身体の動きは良く、帰宅欲求に伴う多動はみられなくなっていた。また、生活リズム（起床・食事・排泄・活動・睡眠）は良好な状態が保たれている。医師との診察の結果、サアミオン、抑肝散についても中止することとした。

■短期入所生活介護利用開始2カ月後の状況

抑肝散を中止した1カ月後より夕方の動きの頻度が増加し始め、「帰らん」と帰宅欲求が出始めた。2カ月後には午前中から夕方までの動きの頻度がさらに増加し、帰宅欲求の強さも増加したため、抑肝散の服用を再開した。多動はあるものの、顔の表情は良く、身体の動きも良かった。帰宅欲求がある場合には職員が本人に付き添い、施設内散歩を行うことで対応していた。

なお、抑肝散の服用再開後徐々に帰宅欲求の強さ・頻度が減少し、機能訓練や施設内の散歩、クラブ活動（民謡・詩吟）へ参加することで活動量は保たれている。

■まとめ

短期入所生活介護利用期間中に、原因疾患の識別診断を行い、内服薬の見直し・調整を行うことにより、帰宅欲求の頻度や強さを減少させることができた。また、日中の活動量を増やすことにより、昼夜逆転の改善がみられたり、機能訓練への参加で歩行状態と活動量の維持に繋がっている。また、

短期入所生活介護利用を開始する5年前より通所介護を利用していたことで、短期入所生活介護のサービス導入がスムーズに行えたのではないと思われる。

具体的事例 2 脳血管性認知症高齢者への日常的言葉かけ等の取組みにより、活動量の増加、発語の増加等が見られた事例

【利用者の概況】74歳男性、妻と2人暮らし、要介護4

障害高齢者の日常生活自立度：B2、認知症高齢者の日常生活自立度：Ⅲa

平成8年に出血性脳梗塞を発症し左片麻痺の後遺症が残った。日常生活全般（食事、排泄、入浴、移乗移動）に介助が必要な状態となったが、妻（主介護者）と2人暮らしをしていた。年を追うごとに本人のADL低下・意欲低下が増大し、主介護者である妻も膝が悪く要介護状態となった。自宅で介護を行うことが困難になったため、家族の介護負担の軽減と本人の意欲改善、ADL改善を目的に短期入所生活介護利用開始となった。短期入所生活介護開始時には、意欲低下、自発性低下、表情・発語・意思表示が乏しく、移動は全介助、食事は自力摂取可能であるが1時間ほど時間がかかる状態であった。

■課題解決に向けた立てた目標

- ① 認知症の原因疾患の診断（鑑別診断）
- ② 内服薬の見直し・調整
- ③ 意欲低下改善へのアプローチを行う
- ④ 機能訓練の実施

■短期入所生活介護利用開始後の状況

認知症専門医と内科医の同席による診察を受け、診断なしであったが『脳血管性認知症』の診断を受けた。左麻痺、運動性失語があり、言葉の理解はできるが発語は難しい状態であった。また、右側の脳梗塞が意欲低下に影響している可能性があるとのことであった。ケアを行う時はしっかりと説明を行い、本人が理解をしたうえで関わっていくようにした。

診察の結果、夜間の睡眠がしっかりとれているのであればデパスを中止しましょうという話になり、服用を中止した。なお、日常のケアでは、脳梗塞再発予防のため、服薬管理や血圧測定を行い、病状把握に努めることとした。日常生活の中では、本人のケアに入る時に『おはようございます』『こんにちは』の言葉かけを行い、対話を促し本人の発語を引き出すよう関わるようにした。クラブ活動（詩吟・民謡）に参加することで活動量を増やし、生活行動範囲の拡大を図ることも目指した。

あわせて機能訓練（温熱療法 15分・下肢拳上訓練 15分：筋肉をほぐし、血液循環を良くすることで身体の動きの改善を図る、起立動作訓練 10回：平行棒を支えに車椅子から立ち上がり→立位保持の動作訓練を行うことで下肢筋力向上を図る）も実施した。

家族との情報共有にあたっては、認知症専門医と内科医の診察時には、家族に同席してもら



平行棒起立訓練の様子

い、診断・内服変更・ケアの取組みについて情報共有を行った。自宅での本人の様子観察のポイント（睡眠状態の観察、意欲・活動性・表情の観察）を伝え、短期入所利用時に本人の様子を伝えてもらうよう依頼した。

■ 短期入所生活介護利用開始2カ月後の状況

家族から「最近食欲が出てきたようで、とてもおいしそうに食事を食べるが多くなった。また以前はお酒が好きでビールを飲んでいたが、脳梗塞を起こした後はビールを飲みたいと言うことはなかった。最近、自宅での夕食時に本人が『ビールを飲みたい』と言ったので、小さい缶のビールを1本飲ませました。そのことが驚きであり、また嬉しくもありました」という言葉があった。

睡眠については、デパス中止となったが、睡眠状態は良好で不眠はみられない。表情についてもうつろで生き生きとしない表情から生き生きとした表情に変化してきた。食事は1時間ほどかかって自力摂取していたが、15分ほどで摂取できるようになった。車椅子での移動は全介助であったが、居室から食堂（往復約20m）までは自力にて車椅子操作できるようになった。自分からの意思表示・発語はほとんどなかったが、現在では『食事』『排泄』『居室で休みたい』の意思を示すジェスチャーや『おはよう』『めし』『起きる』『寝る』という発語が聞かれるようになった。

医師の診察では、全体的に改善がみられているので、このままの経過を観察しましょうという話となった。

■ まとめ

短期入所生活介護利用期間中に、原因疾患の識別診断を行い、内服薬の見直し・調整を行うことにより、日中の覚醒が高まり、うつろで生き生きとしない表情から生き生きとした表情に変化した。その後の夜間の睡眠状態は良く不眠も見られていない。また、日中の覚醒状態が向上したことで、活動量（クラブ活動へ参加・機能訓練の実施）の増加や本人への言葉かけを継続し本人からの発語を引き出す関わりをしたことで、発語・生活意欲が向上したのではないかと考えられる。家族からの報告では、本人が自らビールを要望したとの行動から日常生活における意欲向上が認められた。機能訓練を実施することで、身体機能の向上、車椅子の自力操作に影響したのではないかと考えられる。

ポータブルトイレの利用を区切りとした

リハビリによる在宅復帰支援と 通所サービスと短期入所の併用による

長期に渡る在宅生活支援

【老人保健施設 創生園】

事業所の概要

医療法人が同一エリアで訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、居宅介護支援（予防を含む）を運営。

【職員配置】医師 3 人（うち常勤 2 人）、看護師 13 人（うち常勤 10 人）、介護職員 27 人（うち常勤 21 人）、理学療法士 3 人（うち常勤 1 人）、作業療法士 2 人（うち常勤 2 人）、他 8 人（うち常勤 4 人）

【開業年月】1990 年 5 月

【地域概況】大分県中津市の住宅地の一角に所在。

【算定している加算】サービス提供体制強化加算（Ⅰ）、夜勤職員配置加算、短期集中リハビリテーション実施加算、認知症短期集中リハビリテーション実施加算、在宅復帰・在宅療養支援機能加算、入所前後訪問指導加算、個別リハビリテーション実施加算

利用者の概要

老人保健施設の入所定員は 80 人、入所者は 79 人。入所者の平均要介護度は 3 強（平成 25 年 9 月）。3 カ月間の退所者数 23 人のうち、6 人が自宅等へ退所（平成 25 年 6～8 月）。入所者の平均入所日数は 280 日（平成 24 年度）。

短期入所療養介護の利用者数は 3 人、利用者の平均利用期間は 8 日（平成 25 年 9 月）。

事業所の理念

施設サービス計画に基づき、看護、医学的管理下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行う事により、その有する能力により自立した日常生活を営む事ができるよう努める。

急変時の対応

医師が常駐しているため、医師による処置を行う。

退所を前提とした老人保健施設でのリハビリテーション

■ 入所前の訪問による情報収集と本人・家族への動機付け

老人保健施設創生園の入所者は、急性期病院の退院後直接入所する人が大半であり、平均在所期間は 1 年弱となっている。入所期間中におけるリハビリテーションによる生活機能の回復を経て、円滑な自宅生活に戻れるようにするには、入所する前に、本人・家族からの希望・ニーズを引き出すとともに、本人の状態像ならびに、在宅生活への復帰を目指すためには自宅がどのようにあるかを確か

りと見極めるべく、アセスメントを行うことが基本となる。そのためには、創生園では必要な利用者に対しては入所前の自宅訪問も行い、情報の収集に努めている。

入所時のアセスメントにより、どのぐらいの期間でどのぐらいまで機能回復できそうかについての予測を立てた後には、本人・家族との間で、どこまでに何ができるようにするために、取り組みましょうという合意形成を行う。この段階で本人・家族に対しても「自宅に帰るには、やるしかない！」との動機付けを行うことにより、実際のリハビリテーションでの取り組む在り方が異なってくる。

この段階での利用者状態変化の予測と契約関係の構築は、多職種協働の中でも医師が担わざるを得ない役割なのではないかと考えられる。同時にニーズアセスメントに伴うサービス計画が立案され、全般的なケア提供のフレームが示される。実際の「改善」のためのチェックと指示、実行は、継続的な看護チェックに基づく 1 日 3 回の医師への報告とほぼ毎日の回診、リハビリ実施（記録）と変化時の報告・確認、さらに週 1 回の総合回診（医師への多職種からの報告と指示）によりコントロールされている。目の前の細やかな変化を捉え、綿密な対応を行うことが、数カ月後の成果に結びついていないのではないかと考えられる。

創生園では、ポータブルトイレが利用できるようになることを自宅退所の目安とし、それを目指してリハビリテーションに取り組んでいる。機能向上を目指すリハビリテーションは毎日繰り返し実施していくことが必要である。そのため老健施設の入所期間中は、機器等を用いての比較的強負荷のリハビリテーションは 1 日 20～30 分を週 3 日行う程度であるが、それ以外の時間も様々なリハビリ（認知機能、嚥下、コミュニケーション等）や日常生活における基本動作（立ったり座ったり等）を一日中継続して実施している。

■ 定期的なモニタリングと計画の見直し

前記のごとく、週 1 回、医師による総合診療（主は、立ち上がりと立位バランス、認知機能の推移、摂食嚥下）で状況の変化を直接確認し、リハスタッフ、看護介護スタッフからの情報とも併せ、在宅生活に戻るにはどの生活機能を向上させるべきか、どのようにご家族と向き合うべきかについて見極め、どのようなリハビリテーションを続けていくかについて、検討を継続していく。

入所から、ほぼ 1 週間、1 カ月、2 カ月の区切りで、いつまでにどのぐらいまで回復しそうかという予測がつくようになる。その予測をもとに、再度計画（自宅復帰戦略）を見直し、当初の目標まで達せられるように努めることとなる。

■ 老健退所後のフォロー

老健施設からの退所者は、自宅（マイホーム）、様々なホーム、死亡がほぼ 3 分の 1 ずつ（各ほぼ 30 名）である。自宅に戻った後は、利用者の状態にもよるが、ほとんどが創生園の通所サービスと短期入所療養介護もしくは短期入所生活介護を併用するようになる。一方、様々なホームに入居した場合は、その関連の通所サービスを利用される場合が多い。

自宅復帰後の医療的なフォローは原則元々の主治医にお願いすることになっている。創生園通所リハビリ利用者においては、主治医より頻回に生活機能や健康状態等がチェックされることとなる。変化の際には、まず主治医への連絡と受診が行われ、これを契機に専門医療に進むよう、連携関係を壊さぬよう注意している。

利用者が自宅復帰するということは、原則、老健施設での入所リハビリにより自宅での生活が可能となるまで生活機能回復ができたということである。その後は、麻痺や認知機能低下等を持ち、生活機能低下リスクの大きい利用者に対してリハビリテーションは必須である。しかし、老健施設入所

当初の短期集中的リハビリテーションを 10 とすると、老健施設退所の目安が立つ時期は概ね 5 くらいの負荷、通所サービスと短期入所の利用で生活できている安定期は、生活機能維持のために 3 程度の負荷で実施されることとなる。

利用者の状態変化に伴い短期入所利用で短期集中的なリハビリテーションを繰り返し行う場合もある。しかし、このような状況においては、やはり通常の入所利用を選択し、一定期間の強負荷（様々なリハビリ技法）を提供することにより、一定のレベルまで利用者の生活機能を引き上げた後、安定した短期入所利用に持ち込むべきではないとも考えられる。高齢者においては、リハビリテーションに伴う改善の反応が必ずしも鋭敏ではなく、生活機能低下と戦うためには、「短期」では十分ではないとも考えられる。

長期間に渡る在宅生活を続けるための短期入所

■ 定期利用者の多い短期入所

創生園の短期入所利用者は、創生園の退所者が退所後に利用する場合と、通所サービスや訪問サービスのみを利用しながら在宅生活を送っていたものの、徐々に身体機能の低下が見られ、利用するようになった場合とがある。一家族の所用のために一時的な預かり（レスパイト）としての利用もある。この場合は、ほとんどが月 2～3 日の利用となっている。

なお、短期入所療養介護で実施するリハビリテーションと通所リハビリテーションで行うリハビリテーションは基本的には同様（維持：中～軽負荷）である。利用者状態が変化していないからである。

■ 短期入所療養介護と短期入所生活介護の使い分け

創生園では、老健施設の基準としての短期入所療養介護（空床利用）と、同一の建物において、短期入所生活介護（17 床）も実施している。短期入所生活介護においてもリハビリテーションが実施される。しかし、短期入所療養介護に比べ、個に応じた対応の専門性（PT、OT、ST 等）・綿密性（麻痺等に基づく手技等）の比率は低くなり、小集団でのリハビリテーションの割合が高くなる。そのため、ある一定の負荷のリハビリテーションを実施しないと硬直が進む等、廃用リスク・衰退リスクの比較的高い人には短期入所療養介護を利用してもらい、そうでない人には短期入所生活介護を利用していただくようにマネジメントしている。

■ 短期入所の“成果”

一定以上の期間在宅生活ができている利用者においては、通所・訪問サービスのみの利用から徐々に短期入所の比率が高くなっていく。短期入所の“成果”は、利用者の機能向上ではなく、通所サービスとの併用をしながら、いかに長期間に渡り家族とともに自宅での生活を確保し、人生を全うさせることができるか、ということになる。そして、この際には、この利用者の終末をどこでどのように迎えるか、どのように対応していくかの観点が重要となる。この際にこそ、医師のマネジメント力と信頼が必要となる。

すなわち、本人・家族・施設の間での絶妙なバランスをとりながら、通所サービスと短期入所の利用比率を見極め、ある時には通常入所も躊躇せず利用することがケアマネジメントの腕の見せ所となる。

具体的事例 1 病院でのリハビリテーションはほとんどないまま、在宅生活復帰に向けリハビリテーションに取り組むようになった事例

【利用者の概況】76 歳男性、長女・次女が近隣に在住、要介護 4（多発性脳梗塞）

10 年前脳梗塞を発症。その後状態は安定していたが、2012 年 7 月に脱水症状で入院して以来、入退院を繰り返し、2013 年 1 月には食べられず動けない状態になっていた。

■ リハビリの目標

身体・認知の両機能：ポータブルトイレを利用でき、在宅生活を送れるようにする。

■ 今後の見通し

車椅子での生活で、立つこともできなかったのが、老健入所初診時に体位調整に基づく軽介助での立ち上がりが確認され、リハビリにより、在宅生活復帰を目指すことを本人家族ともに確認した。

今後は 1 カ月半から 2 カ月の間に起居動作ができるようにし、2 カ月後に介助つきではあるものの、つかまりでの立ち上がりができるようになった。

さらに 3 カ月後には移乗動作とズボンの上げ下げができるようになることを目標とした。これが固定するにはさらに 3 カ月がかかると思われるため、退所までの期間は概ね 6 カ月程度になる見込み。

自宅復帰後は、通所（週 3 回）、短期入所（月 14 日）程度の利用になると見込んでいる。

具体的事例 2 日常生活での転倒が増えたため、短期入所の利用率を高めた事例

【利用者の概況】82 歳男性、長男とその妻が敷地内同居、要介護 4（進行性核上性麻痺）

自宅で通所サービスと訪問介護、短期入所を併用して生活していたが、日々転倒するようになったため、1 人での自宅生活が困難となってきた。

■ 在宅生活継続のために検討したこと

自宅に 1 人でいると転倒を繰り返すため、短期入所の比率を高めることにより在宅生活を継続するようにマネジメントした。

■ その後の経過

短期入所利用時にも転倒はするものの、転倒しても月 1 回程度となった。在宅生活は継続したいものの、自宅に戻った際には転倒がほぼ発生し、毎回外傷等が認められるため、まずは、週 2 日短期入所、通所サービス週 2 日利用で開始したが、その後本人の希望と家族の状況とを勘案しながら、徐々に短期入所の比率を高め、現在では月 24 日短期入所、月 2～3 日通所サービスの利用となっている。

生活自体を訓練の場とした

多面的アプローチによる在宅復帰支援

【老人保健施設 ヒルトップロマン】

事業所の概要

病院を運営する医療法人社団による老人保健施設。同一法人では地域内に訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所あり。

【職員配置】医師 3 人（うち常勤 1 人）、看護師 24 人（うち常勤 12 人）、介護福祉士 71 人（うち常勤 66 人）、理学療法士 4 人（うち常勤 4 人）、作業療法士 6 人（うち常勤 4 人）、言語聴覚士 1 人、管理栄養士 2 人（うち常勤 2 人）、歯科衛生士 2 人（うち常勤 2 人）事務職員等 15 人（うち常勤 5 人）

【開業年月】1990 年 6 月

【地域概況】東京都郊外の住宅地に所在。

【算定している加算】リハビリテーションマネジメント加算、短期集中リハビリテーション実施加算、認知症短期集中リハビリテーション実施加算、個別リハビリテーション実施加算、訪問指導等加算、事業所評価加算、サービス提供体制強化加算（Ⅰ）、口腔機能向上加算

利用者の概要（平成 26 年 1 月末時点）

ヒルトップロマンの利用者数は 185 人であり、平均要介護度は 2.8 である。

1 月の終了者数は 13 人、新規利用者は 13 人。

事業所の理念

その治療の必要程度に応ずる医学的治療、看護の下に介護及び機能訓練並びに日常生活等のサービスを行い、老人福祉の増進を図ることを積極的に推進し、地域社会に貢献するものとする。

急変時の対応

利用者に対し、施設医師の医学的判断により対応が必要と認める場合、協力医療機関又は協力歯科医療機関での診療を依頼することがある。利用者に対し、当施設における介護保険施設サービスでの対応が困難な状態、または、専門的な医学的対応が必要と判断した場合、他の専門的機関を紹介する。

サービス提供上の特徴

生活自体を訓練の場と捉え、その中のアプローチを身体機能面だけではなく、精神機能面・認知面含め、多角的にアプローチすることを目指している。その為、訓練室の訓練に留まらず、生活の場である日々の移動状況の確認やポジショニング、また、趣味活動管理能力を高める為の手段として服薬管理、スケジュール管理、活動域拡大に向けた支援等、さまざまな形で施設全体で取り組んでいる。

日々のフロアでの申し送りやカンファレンスを通じ、その人らしい生活を追及しつつ、残存能力を ADL だけでなく活動の中で生かしていけるようにしている。

目標は、本人・家族の希望を聞いたうえで、残存能力を理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が評価、ADL をフロアの介護・看護スタッフが評価してカンファレンスにてケアマネジャーとともに設定している。

フロアにおいて紙パンツから布パンツに移行する際の尿汚染があるか、センサーマットをはずすべきか、トイレ動作の一部介助から自立にできるか等設定した目標の見直しを行うときには、ショートカンファレンスとして、朝の申し送りで確認事項を伝え、5日間記録をとるようにする。5日目の介護スタッフがそれまでの記録をもとに、評価を行い、どのようにするか結論を出すようにしている。

具体的事例 1 大腿骨骨折後、1 人暮らしに戻るためにリハビリを実施し、長男宅への在宅復帰が可能となった事例

【利用者の概況】84 歳女性、地方で 1 人暮らし、要介護 2、障害高齢者の日常生活自立度 B2
認知症高齢者の日常生活自立度 I

徐々に歩けなくなってきたため、介護保険申請目的で病院受診したところ、大腿骨頸部骨折との診断で入院。その後リハビリ目的で転院。

退院後、独居の在宅生活に戻ることが希望していたものの、独居は困難との判断より、長男宅に近い老人保健施設に入所。

歩行能力低下、下肢筋力低下、立位バランス低下、体幹機能障害、環境適応能力の低下が生活課題となっていた。

■課題解決に向けた立てた目標

安全に歩けるようになって在宅復帰する

下肢筋力の向上、立位バランスの向上

■入所から 1 カ月目～リハビリ場面での歩行中心の訓練

もともと能力的には左手に 4 点杖右手に T 字杖をもつことで歩行可能であり、ADL は入浴以外自立していたため、下肢筋力・立位バランスを強化しつつ、地方での生活を見据えた上でどのように心身機能を日常的に保つかということ念頭に、開始当初から自主トレーニングの指導と促しを行った。

環境適応が見た目よりも悪く、注意集中の低下があり、入所後すぐ転倒し車椅子使用となる。訓練室やフロアにおいて見守り歩行を行いながら、実生活の入浴場面で浴室脱衣所での介助歩行を行い、少しずつ歩行機会と歩行距離を伸ばした。

他者の訓練時にも言葉掛けを主に行い、自主トレを促し、運動する機会を増やした。

■入所から 2 カ月目～生活での移動も訓練の場

日中の歩行移動を開始し、安定性安全性の向上と共に体力も向上し、自信がついてくる。フロアにおける役割活動が増え活動量がさらに増えた。

【短期集中リハビリテーション週 6 回】

下肢筋力向上訓練、立位バランス訓練、基本動作訓練、歩行訓練

【認知症短期集中リハビリテーション週 3 回】

学習活動・制作活動にて脳の活性化リハビリテーション実施。

【生活リハ】

入浴場面で浴室脱衣所での介助歩行移動と一般浴を行い、役割活動として IADL の一部（洗濯物たたみ）実施。

【生活リハ～追加①】

「人や物を見かけたら止まる」ことの意識づけを行い、歩行機会を 9:00～17:00 までとし、生活場面での歩行機会を増やす。

午前午後ともにフロアにおける連続 3 周歩行を促す。

■ 入所から 3 カ月目～生活そのものがリハビリ

右下肢筋力が向上し、立位バランス訓練を介助なく行えるようになり、自主トレーニングに取り入れられる。片手すりて物を持って歩行することや椅子をまばらにおいて伝い歩きする等、復帰後の生活環境を想定した歩行訓練を実施した。

短期集中リハビリを実施する期間は終了したが、実際に移動すること＝生活そのものがリハビリとなり、身体機能が低下することなく経過し、長男宅に在宅復帰される。その後、介護保険のサービス利用に慣れてから地方のご自宅に在宅復帰することとした。

【生活リハ～追加②】

服薬管理

【短期集中リハビリテーション～追加】

片手すりて物を持って歩行することや椅子をまばらにおいて伝い歩きする等、復帰後の生活環境を想定した応用歩行訓練を実施。短期集中リハビリ終了後も身体機能が維持できるよう今までやってきたプログラムを自主トレーニングで行えるよう指導。エプロン洗い・干しの動作確認の実施。

■ 退所後のフォロー

歩けるだけではなく、IADL へのアプローチをしていく必要もあったため、服薬以外の調理や買い物、洗濯等については、具体的なアプローチまでは至らなかった。しかし、必要動作の確認と意識づけをフロアのスタッフと施設のケアマネジャーが共に行い、長男宅において IADL の確認をしていくとの話になった。リスクにつながるものを本人にしっかりと伝えながら、通所リハでもフォローして行く予定である。

具体的事例 2 脳出血により重度の要介護度ながらもトイレ動作が可能となったため退所できた事例

【利用者の概況】80 歳男性、妻・娘・息子と同居、要介護 5、障害高齢者の日常生活自立度 B1
認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲa

肺炎・脳出血により入院加療、その後リハ目的で転院。

退院後、自宅にて生活を希望しているが、妻が認知症で小規模多機能型居宅介護事業所利用中、娘は平日日中は仕事で不在、また近日中に別宅に引越し予定。

■ 課題解決に向けた立てた目標

- ① 基本動作自立し、トイレ動作（ズボンの上げ下げが部分的にできるようになる）
- ② 自己管理能力を高め、拘縮を予防する
- ③ 安全な摂食ができる（食形態の向上）

■ 入所から 1 カ月目～生活の場も訓練の場〈導入〉

麻痺側上下肢の屈筋の筋緊張が高く、非対称性の強い姿勢であるため、リハビリの場以外でも麻痺側を動かし意識できるよう自己管理指導を開始当初から実施した。

寝返り、起き上がり、座位は自立であったが、Push up での立ち上がりは座る位置によりできるときとできないときあった。しかし、次のように、各種リハビリの実施、生活場面での基本動作時の自立支援をすることにより、能力向上が図られた。

【短期集中リハビリテーション週 6 回】

関節可動域訓練、自己管理指導、基本動作（寝返り～起き上がり～立ち上がり～立位保持～トランスファー）、立位バランス訓練、ADL 訓練（トイレ動作）、言語聴覚療法

【認知症短期集中リハビリテーション週 3 回】

学習活動・コミュニケーションにて脳の活性化リハビリテーション実施

【生活リハ】

実際の基本動作時に立ち上がり、立位保持、トランスファーを見守りで行う

■ 入所から 2 カ月目～生活の場も訓練の場

手すりをもった立位保持の安定性の向上があり、トイレ動作の訓練を開始した。トイレで手すりを持ち、トランスファーし、ズボンを下げるのが時間をかければできるようになった。そのため、生活の場でもその動作の自立支援を開始した。

【生活リハ～追加①】

トイレでズボン下ろしを実際の生活の場で行い、自立支援することで残存能力を活かす。また実施すること自体がトイレ動作訓練・立位バランス訓練となる。

■ 入所から 3 カ月目～生活そのものがリハビリ

動作が慣れてくると、省略したり雑になるなどの傾向が強くなり（注意障害）、転倒したり、麻痺側上下肢の筋緊張がいったん強まってしまうことがあった。そこでもう一度自主トレーニングをする等の自己管理の必要性和動作の仕方の再指導を行う。退所前訪問指導において退所日が決定すると力強く非麻痺側を使って運動すると麻痺側の筋緊張が向上してしまうことへの理解が深まり、日々の生活リズムの中に体を管理する時間を取り込むなど意識が高まった状態となったため、在宅復帰となった。

【生活リハ～追加②】

食事形態をミキサー食からキザミ食へ変更

■ 入退所後のフォロー

退所後訪問指導を行い、その後通所リハを利用している。必要に応じて短期入所療養介護も導入する予定である。

具体的事例 3 入退所を繰り返しながら、在宅生活を継続できている事例

【利用者の概況】99 歳女性、長女夫婦と同居、要介護 4、障害高齢者の日常生活自立度 B2

認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲb

6 年前に階段転倒後入院し、寝たきり状態となった後、長女夫婦と同居するが、介護の限界で 5 年前に 3 カ月入所。その後入所と在宅を繰り返している。

■ 課題解決に向けた立てた目標

100 歳まで、在宅と施設を行き来しながら在宅生活を継続していきたい。（娘）

残存能力を生活場面で生かし、トイレ動作（できる能力）を維持する。

■ 入所生活での支援内容

ご本人のペースに合わせ、無理のない範囲で残存能力が生かせるよう生活そのものをリハビリとし

て、機能維持していくことを目標として、多職種協働で関わっている。

明るさや風通し含め、居心地のいい環境、車椅子で自由に動けるスペースへの配慮が大変大切であり、在宅で家族も気をつけている点であるため、施設でもその点を考慮して支援している。

長生きすることは「声を出すこと」、「食べる」といっており、カラオケへの参加支援を家族とともにやっている。

筋力維持や基本動作訓練は、もっと積極的に行いたいが、本人のペースを乱すことになってしまう可能性があり、肩もみ等、スキンシップを図りながら、すすめている。

その結果、支援相談室で在宅での生活状況を確認しながら、2～3 カ月の在宅生活と施設の生活の行き来を継続できている。

【リハビリ体操週 2 回】

集団体操にて全身の運動約 30 分

【個別リハビリ】

下肢のリラクゼーション、基本動作訓練、トイレ動作確認

【生活リハ】

実際の生活での基本動作・トイレ動作の自立支援、その日の状態に合わせた介助量のコントロール

【集団レク】

カラオケ月 2 回

【ご家族面会】

定期的な家族との面会

具体的事例 4 糖尿病コントロール、ADL 介助量の軽減を実現し、在宅復帰、通所リハを利用している事例

【利用者の概況】88 歳男性、妻、娘と同居、要介護 2、障害高齢者の日常生活自立度 B2

認知症高齢者の日常生活自立度自立

通所リハの利用から開始し、平成 25 年 6 月の入院前までは能力的には屋内であれば歩行可能なレベルであったが、主たる介護者である妻が転倒に対する不安を強く持っているにも関わらず、生活リハへの認識が低く、生活の場での残存機能を活かしていない状態であった。

■ 課題解決に向けた立てた目標

- ① 基本動作の安全性・安定性の向上
- ② トイレ動作自立（夜間はポータブルトイレ利用）
- ③ 拘縮予防
- ④ 歩行能力の向上をはかり、施設入所中に移動手段を変更し生活リハを意識付ける
- ⑤ 糖尿病のコントロール

■ 入所から 1 カ月目～生活の場も訓練の場〈導入〉

能力的には、基本動作・トイレ動作共に自力で行えるレベルであったため、実際の生活場面におけるトイレ動作時にその能力が活かせるよう支援したことで能力に向上が見られた。

【短期集中リハビリテーション週 6 回】

関節可動域訓練、基本動作、立位バランス訓練、ADL 訓練（トイレ動作）

【認知症短期集中リハビリテーション週 3 回】

学習活動・コミュニケーションにて脳の活性化リハビリテーション実施

【生活リハ】

トイレでの自立支援、活動意欲・活動域拡大（入所フロアから通所スペースへ移動し麻雀）

もともと4点杖歩行をしていたが、手指の随意性は高い為、移動手段を歩行器に変更し、歩行訓練開始したことで安定性が通所リハ利用時よりも高まった。

■入所から2カ月目～生活そのものがリハビリ①

トイレ動作が自立するとともに、夜間のポータブルトイレを導入し、どちらも自立した。

入浴日以外におやつ前に実施しているフロアスタッフによる集団歩行訓練に参加するようになり、訓練の場以外にも歩く機会が増え、歩行の耐久性とともに体力が向上した。

【生活リハ～追加①】

- (1) 集団歩行訓練（フロアでのフロアスタッフによる見守りでセーフティアームウォーカー歩行）
- (2) 夜間ポータブルトイレ利用
- (3) 入浴場面で浴室脱衣所での介助移動と一般浴利用

■入所から3カ月目～生活そのものがリハビリ

退所前訪問指導により、自宅周囲及び段差、屋内に入るための上り框、動線の確認を行った。生活に残存能力を取り入れたリハビリを入所生活において実施しており、退所後の在宅での移動は歩行となった。

【生活リハ～追加②】

午前中歩行器（セーフティアームウォーカー）歩行移動

その後、フロア内において午前中のみ退所日まで歩行器移動し、在宅復帰した。

■入退所後のフォロー

通所リハビリテーションを再開し、通所リハビリテーションのリハマネジメント、居宅訪問にて在宅での生活を実際に見てフォローしている。また、定期的ではないが、ご家族のレスパイトやリハビリ目的で短期入所療養介護利用をされ施設と在宅を行き来している。

まとめ

生活そのものがリハビリとなるべく、他職種協働で回復期から生活期それぞれの方への残存能力を生かした自立支援を行っており、生活すること自体が心身機能の向上につながるアプローチを目指している。

病院退院後、介護保険を使い在宅生活がしやすくなるよう、より地域支援、地域のリハ拠点として多機能のサービス提供していくことが必要と考えているが、そのためには近隣の病院との連携をより深めていく必要がある。

2. 生活期リハビリテーションに関する自治体の取組事例集

（１）調査の概要

生活期リハビリテーションにかかる先進的な実践事例を収集するために、住民主体の介護予防事業に取り組んでいる市町を対象として、事例の収集を行った。

（２）調査対象

住民主体の介護予防事業実施 12 市町を対象に実施した。

図表 100 調査対象市町一覧

・北海道滝川市	・千葉県印西市
・静岡県静岡市	・滋賀県栗東市
・大阪府大東市	・大阪府島本町
・兵庫県洲本市	・兵庫県淡路市
・岡山県津山市	・岡山県総社市
・高知県高知市	・中芸広域連合

（３）調査内容

主な調査項目は次のとおり。

図表 101 主な調査項目

- | | | |
|---|--------|------------|
| ・自治体の概要 | ・事業の概要 | |
| (概要、事業の広がり、実施頻度等、利用者像、担い手、行政による支援の内容など) | | |
| ・事業の具体的な内容 | ・事業の経過 | ・今後の方向性・課題 |
| ・他市町村へのアドバイス | | |

北海道滝川市

事業の特徴・アピールポイント

- 市内各地域において、行政が養成した「いきいき百歳サポーター（ボランティア）」が中心となり、高齢者が住みなれた地域においていつまでもいきいきと過ごすことができるよう、筋力づくり、閉じこもり予防、利用者間の交流による介護予防を目的として、週 1 回、1 時間程度の活動を実施している。
- 市民と地域と行政の協働での取り組みであり、市民を信じて任せることにより行政にはできない活動に広がっている。

自治体の概要

人口	42,292 人	高齢化率	29.4%	平成 25 年 3 月末時点
一号被保険者数	12,600 人	要介護認定率	16.7%	平成 25 年 10 月末時点
介護保険料（第 5 期）	4,460 円			

事業の概要

（１）滝川市いきいき百歳体操事業とは

高知市で実施されていた「いきいき百歳体操」を地域住民の手で実践する活動を滝川市でも実施するべく、滝川市では 4 日間の「いきいき百歳体操サポーター」養成講座を開催。この講座の修了者が「いきいき百歳体操」を中心に高齢者が集い、活動する 1 時間程度の教室を週 1 回各地域で開催している。



（２）事業の広がり

現在、市内 15 会場で公民館等を活用した教室が開催されており、実利用者数は約 450 人（1 会場あたり 30 人程度）となっている。それ以外に、福祉施設利用者を対象とした教室も開催しており、グループホーム、デイサービス、軽費老人ホーム等の 7 会場で約 200 人が参加している。地域教室利用者と福祉施設利用者合わせて高齢者人口の 5%程度となっている。

（３）実施頻度・規模・利用者アクセス・利用者負担

実施頻度	すべての会場で基本的に週 1 回教室を開催
規模	1 会場あたりの参加人数は 10～35 人
利用者アクセス	参加者は概ね会場から歩いて 20 分以内に住んでいることが多いため、徒歩で通っている人が多いが、一部バスや自家用車を利用している。
利用者負担	会場によって異なり、会場使用料のかかる会場については、参加者あたり月 100～200 円の自己負担がある。

（４）利用者像

介護予防の一次予防事業の対象となる 65 歳以上の高齢者であれば誰でも参加可能で、平均年齢は 76 歳、参加者の 9 割が女性となっている。参加者のうち、要支援・要介護者は 5%程度参加しているが、教室の運営はボランティアであるため、転倒等の可能性がある場合は介護保険サービスの案内をするようにしている。また、認知症の人でも、軽度で体操が実施できる場合は可能な限り受け入れている。

参加者の呼びかけは、市の広報（年 1 回）やチラシ、特定健診実施時の市からの働きかけや民生委員を通じた声かけが主なものであるが、サポーター（ボランティア）や参加者自身からの声かけにより参加をするようになった人が多い。中には市内医療機関のリハビリテーション関連職種からの勧めで参加した人もいる。

（５）事業運営の担い手

年 2 回市がいきいき百歳体操サポーター養成講座を開催しており、その修了者が教室運営にあっている。平成 18 年度からはじめた養成講座の修了者は現在までで 164 人おり、そのうちの 95 人（約 60%）が現在も活動している。活動しているサポーターは 50 歳代から 70 歳代の女性が多く、平均年齢は 65 歳であり、日頃から町内会活動や地域のことに関心が高い人が多い。

このようなサポーターになるきっかけの多くは、既にサポーターとして活動している人からの紹介や町内会からの勧めとなっている。

サポーターはまったくの無償ボランティアであるが、各地区 4～8 人のサポーターが交代で教室を運営しており、それぞれの負担にならないようにしている。

（６）会場施設

公民館・コミュニティセンターが会場となる場合が多く、必要となる設備としては、テレビと椅子のみである。

（７）事業への行政による支援

新しい教室を開催する際、準備費用として、手足につけるおもりの貸与や消耗品は介護予防事業費用から支出している。また、新規立ち上げ教室には、市職員が最大 2 カ月間体操の実技指導と教室運営の支援を行う。具体的には、1～2 カ月間（回数としては 4～8 回）、実技指導を作業療法士が全地区に対して実施し、保健師や作業療法士等市職員が各地区を分担して教室運営の手伝いを行う。

教室の自立後は、2 カ月に 1 度、保健センターの保健師・作業療法士が教室を循環するようにしている。また年 1 回体力測定の際にも臨席し、支援するようにしている。加えて、サポーター等地域の求めに応じて、教室運営の相談に応じることもある。

さらに、市ではサポーター養成講座を実施するだけでなく、サポーターの資質向上のため、サポータースキルアップ講座や、参加者とサポーターの交流と介護予防啓発のため、いきいき百歳体操交流大会をそれぞれ年 1 回開催している。

事業の具体的内容

いきいき百歳体操とかみかみ百歳体操の実施以外の事業の内容は各地域に委ねているため一律ではないが、一例を以下に示す。

09:30：いきいき百歳体操サポーター会場準備

- サポーターが主に会場の椅子やテレビ等の設備を準備、受付名簿や記録用紙、おもり等は参加者が各自準備する。

10:00：簡単なあいさつ・連絡事項の伝達

10:05：いきいき百歳体操の実施

- ビデオ、DVD を見ながらサポーターが体操を進める。サポーターは、全体の進行管理、ビデオ操作、新規体操参加者への説明等を行う。

10:40：かみかみ百歳体操の実施

- いきいき百歳体操を始めてから 6 カ月以上実施した人は、かみかみ百歳体操を実施する。

11:00：終了・片付け



上記の毎週の教室以外に、各地域、参加者の交流のための茶話会を実施している。多い地域は月 1 回程度、少ない地域では年 1 回開催している。

茶話会の運営は各地域に委ねているためまちまちであるが、30 分くらい菓子を食べて終わる地区もあれば、食事会をしている地区、忘年会のように年末に実施している地区もある。地区によってはミニ講話の講師として、

いきいき百歳体操担当の市職員（テーマによって保健師や作業療法士）が呼ばれ、話をすることもある。なお、茶話会でかかる経費は実費での負担となる。



事業の経過

（１）第三期介護保険計画策定を契機とした住民主体の介護予防充実のための検討

滝川市や近隣市町村の高齢化率は、全国や全道平均より高く、年々上昇していることから、平成 12 年度より、健康づくり事業において転倒予防教室等の介護予防にも取り組んできた。その時点でも、健康づくり事業に関するボランティア活動もあったものの、事業を実施する市職員の補助的な業務を行うにとどまっていた。

平成 17 年度に第三期介護保険計画を策定するにあたり、住民主体の介護予防の推進を検討していたところ、自治体と地域やボランティアが協働で介護予防に取り組んでいる高知市の取り組みを知る機会があり、滝川市においても高知市を参考にした事業を展開することとした。平成 18 年度、市は「いきいき百歳体操サポーター養成講座」を開始し、その修了生による教室がスタートした。

（２）事業のスタート

平成 18 年度に初めて立ち上がった教室では、教室を立ち上げてから 3 カ月を経過しても、サポー

ターより「市職員がいないと教室を継続できるか自信が持てない」という声があがっていた。同時に市職員もサポーターと参加者だけに任せてよいものかという迷いもあった。市職員は、いつから何をサポーターに任せるべきか分からず、例えば新規参加者への体操指導や参加費徴収を決めるとき等率先してしまうことがあった。

教室開始後に手探り状況の中で悩みながら、先行して実施していた高知市に度々相談して、職員の心構えやサポーターへの対応等を学びつつ実践していった。その中で、市職員がサポーターや参加者が主体的に取り組めるように見守るという視点に欠けていたという大きな気づきがあり、対応を見直した経緯もある。

そして、何度もサポーターと市職員の間で打ち合わせ（何から役割を移行していくのか等）を重ね、立ち上げから6カ月後には市職員がいなくてもサポーターだけで活動できるようになった。

徐々に移行すると時間もかかり職員もサポーターも役割があいまいになると判ったため、その後立ち上げた教室では、教室開始2カ月後にはサポーターに任せることで自立まで導きやすくした。また、最初に立ち上げた教室のサポーターが新たなサポーターを励ましてくれ、次々と自立した教室ができて上がっていった。

（３）全市展開に向けた対策

平成20年度からは、年4回ほど行ってきた町内会役員・民生委員へのPRが功を奏し、新規教室立ち上げ前から、当該地域の町内会に相談ができるようになった。その結果、町内会へのチラシの配布やサポーターの選出等、地域ぐるみで実践できるようになった。

（４）本事業の立ち上げに関連した事業

①いきいき百歳体操サポーター養成講座

- 介護予防や運動についての知識を学び、地域教室を支えるサポーターを育成している。4日間の講座を年2回実施。

②介護保険サービス事業所職員や福祉関係施設職員向け講座

- 市民が継続して介護予防に取り組むことができるよう、二次予防事業・介護保険サービス事業所、その他福祉関連施設職員向けに3年に1回程度、3日間の講座を実施。「①いきいき百歳体操サポーター養成講座」と8割程度同じ内容だが、追加して、要支援者・要介護者の体力測定の方法で工夫する点、福祉関連施設も施設内で実施後に地域に開放して一般市民も参加できるようにする工夫等の内容が盛り込まれている。

③いきいき百歳体操交流大会

- 年1回、90歳以上の参加者を表彰し、介護予防講座、教室の実践報告を実施し、参加者とサポーターが意欲的に取り組む機会としている。



今後の方向性・課題

（１）今後の方向性

最近少しずつではあるが、地域教室が増えてきており、今後とも歩いて 15 分程度で参加できる範囲で市内の教室を増やしていく予定である。

また、グループホームや有料老人ホーム等の取組みも増えており、市民が継続して介護予防に取り組めるような環境を充実していきたい。

（２）今後の課題

①人材

事業の開始から 7 年が経過し、今後、サポーターの高齢化やサポーターの代替わりが懸念されるところである。

②財政

これまで教室の新規立ち上げ時の必要な物品等については、介護予防事業の予算で購入して貸し出してきた。今後もそのような形で物品の貸出し等は行う予定なので、特に課題はない。

また、会場費や茶話会での菓子代等は参加者が自己負担している。

③施設・設備

現在でも冬季の降雪や寒さ対策が必要である。冬は室温がマイナスになる場合も多く、体操開始までに室内温度を上げるため、町内会役員やサポーターが 1～2 時間程度前からストーブを点火して体操できるように配慮してくれているため、今のところ、大きな問題とはなっていない。



④利用者のアクセス

地域偏在があるため、歩いて 20 分以内に教室がない地域もある。特に、農村地区は家が点在し、徒歩 20 分圏内で教室を開催することが難しい状況にある。

また、冬季になると、通いが困難となる参加者もいるが、二次予防事業との連携で、年間で介護予防を継続できる場合もあるため、今後も事業は継続していきたい。

他の市町村へのアドバイス

■ 十分な準備期間の必要性

高知市の取組みを滝川市に應用するにあたり、体操の内容や地域での実践方法については従来滝川市にはなかった考え方や方法であったため、理解し、実行できるようにするには 1 年程度の準備期間を要した。

■ 市職員は市民や地域の主体的活動を見守り支援することが役割

現在は、いきいき百歳体操に取り組んだことで、市民や地域との接点が増え、市民の地域への気持

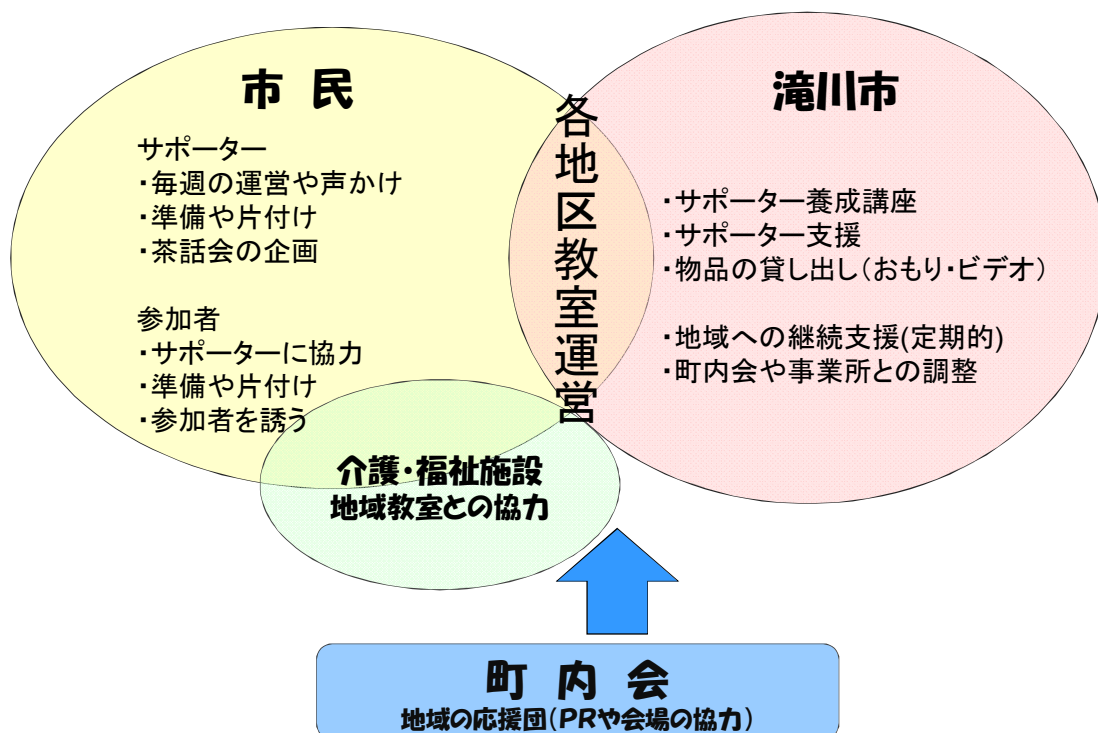
ちを知ることができるようになった。このことは、市職員としての考え方やそれに応じた役割にも影響を与えている。例えば、介護予防や健康づくりの主役は市民であると表現していても、市職員は提供する側、市民は提供される側だという考え方をしていたが、取組みを開始してからは、介護予防や健康づくりにおいて市民や地域が主体的に活動することは必須であり、職員はその活動を見守り支援することが役割であるという認識に変化している。

特に、市民を信じて任せることで、教室運営や地域に積極的な活動が展開されていくことがある。具体的には、以下のようなことが挙げられる。

- 参加者が地域住民を誘うために、お互いに声をかけ合い、参加者を増やす
- サポーターが、楽しい教室になるよう体操後に唱歌の合唱を開始したり、季節ごとの手作りの食事会の企画等独自の工夫をする
- 市民から町内会に働きかけをして、介護予防やいきいき百歳体操の町内会役員対象学習会を企画し、教室開催に向けての主体となる等

市民の自主的な活動は、行政である市職員が関わらないほうがうまくいくことも多く、市職員が関わり過ぎず市民の自主的な活動を見守り支えることが必要である。

いきいき百歳体操のしくみ



※写真は滝川市の承諾により掲載

千葉県印西市

事業の特徴・アピールポイント

- 住民が主体となり実施している。
- 参加手段(交通手段)を必要としない会場での実施。
- 地域住民が自発的に役割を担うようになってきている。

自治体の概要

人口	92,489 人	高齢化率	17.5%	平成 25 年 3 月末時点
一号被保険者数	16,760 人	要介護認定率	14.2%	平成 25 年 10 月末時点
介護保険料（第 5 期）	4,200 円			

事業の概要

（１）いんざい健康貯筋運動とは

健康づくり、介護予防に関心のある地域住民を対象に、地区リーダーやサポーター等を担い手として、住民主体での地域ごとに歩いて行ける場所で心身機能の維持改善や仲間づくり、地域づくりを目的に、体操や筋力運動を実施する。

（２）事業の広がり

平成 26 年 2 月現在、市内 4 か所で開催。参加実人数は 51 人で、これは市内高齢者人口の 0.3%程度である。なお、1 会場あたりの実人数は 12.5 人となっている。



（３）実施頻度・規模・利用者アクセス・利用者負担

実施頻度	週 1 回は必ず実施することと決められており、各地区によって時間帯を決め 1 時間半から 2 時間行っている。
規模	1 会場あたりの参加人数は 8～18 人
利用者アクセス	会場は徒歩で行ける場所であり、自力で集まることが基本となっている。中には自ラ車を運転して来る参加者もいる。
利用者負担	地区活動として実施されているため、現在は利用者個人負担はなく、経費が発生する際は自治会で負担している地区もある。

（４）利用者像

利用要件は特にないが、地域での実施であるため、参加者については各地区でそれぞれ決めている。（地区集会所等での実施については、自治会が会場管理を行うため、参加は地区住民に限定している地区もある。）年齢についても特に制限は設けていないが、前期・後期高齢者の人数差はなく、女性が 7 割を占めている。

自力参加が前提であるため、移動は自立している。身体状況は地域住民のサポーターの受入れが可能であれば、市側からは特に制限していないため、軽度認知症であると自称している人や、そう思われる人も参加しており、脳卒中患者で慢性期の人も参加している。

（５）事業運営の担い手

各地区の自治会の役員やボランティア的リーダーが主体となり、地域によっては全体で役割を分担して実施している。地域リーダーやサポーターは 60 歳代、70 歳代であり、2 地区は女性中心、もう 2 地区は男性中心で運営している。リーダーやサポーターはボランティアであり、もともとの職業は市議会議員、会社員、主婦等多岐にわたっている。

運営に参加している人は、地域との結びつきを強化したい、高齢化対策や地域での健康づくりがしたい等の意識がある人たちである。地域の中心メンバー（ボランティア活動を行っている、高齢者クラブの会長、市議会議員等）に事業説明をした際、貯筋運動の趣旨と地域活動の目的が合致したため、事業実施に向けた取組みへとつながった。

（６）会場施設

基本的に、地区の集会所（例外として 1 カ所は公共施設を利用）を会場としており、特別な設備を必要としない。

（７）行政による支援

事業は市の介護福祉課が担当しており、事業開始時に、市がサポーター養成講座を開催し、担い手の育成を図っているほか、事業がスムーズに進むよう、初回、3 カ月後、9 カ月後の体力測定や講座（現在は口腔機能改善講座）を実施する際には、市の介護福祉課や地域包括支援センター職員が関わっている（講座については健康増進課が協力している）。

また、貯筋運動に必要な物品（おもり、バンド、CD、個人のバイタル記録表やおもり結果表、体操メニューの保管ファイル、拡大歌詞カード等）は市が無償貸与している。記録表等がなくなった時には市の担当職員に連絡してもらい、職員が届けることや不定期での地域活動訪問等により継続して支援する体制をとっている。

事業の具体的内容

印西市での事業は、岡山県津山市の「めざせ元気！！こけないからだ講座」の全体プログラムを基に統一されており、地域により独自のレクリエーション的なプログラムを取り入れているところもある。

【事業全体の構成】

1. オリエンテーション（地区で事業を実施する際には説明会を行う。）

事業の趣旨や目的、運営方法（住民主体で行う）を説明し、運動体験をしてもらい、今後の地域での取組みについて、住民が決定する。

2. 取組み決定後は週 1 回必ず運動を実施する。統一プログラムは以下のとおり。

① 1 週目：体力テストの実施・運動 1 回目

② 以降、3 カ月間は 1 週間に 1 回の運動を行う。

③ 1 4 週目（3 カ月目）：体力テストの実施・今後も地区での運動を継続するか否かを、参加メンバーで決める。

3. 3 カ月以降の事業の取組みが決定されると、「いんざい健康貯筋運動」のプログラムに沿って運

営していく。

【1日のプログラム】

① 会場の準備を行う

- 地域参加者が自分たちで設営
- 椅子や血圧計、その他の物品を準備

② バイタル測定

- 実施グループで用意した自動血圧計で血圧、脈拍を測定して各自のファイルに綴ってある記録表に記録する。血圧測定や記入に支援を要する人にはサポーターやグループの仲間が手伝う。

＊以降の体操、運動の進行については、地区リーダーやサポーターが行い、地区によっては当番制にしているところもある。

③ 準備体操

- 全身の運動
- プログラムが進むと健口体操を追加

④ 貯筋運動

- 上肢運動2種類、立ち上がり運動1種類、下肢運動3種類
- 椅子座位、立位でおもりを用いた筋力運動を歌いながら行う
- 毎回の各種運動で使ったおもりの数について右の記入表に記入

＊初回のおもりはだれもが0本でスタート。各回運動種類ごとに「A：楽」に10回実施できたら、次回おもりを1本（0.2Kg）をバンドに入れることができる。逆に「C：きつい」人は次回おもりを1本減らす。「B：普通」は現状維持となる。自分の変化を把握することが運動に対する意欲の維持・向上、自己管理、目標設定へとつながる。

⑤ 整理体操

- ストレッチを中心とした運動

＊地域によっては、貯筋運動を2回繰り返したり、ラジオ体操やレクリエーションを取り入れている。

⑥ 参加者が会場の片付けをし、解散

＊時間は1時間半から2時間程度で地域により異なる。

☆貯筋運動の結果を記入してみましょう☆

日付	月	日	
運動種類/負荷	重りの本数 (負荷)	実施回数	ランク (A～C)
①腕を前に上げる運動 ♪花	右 左	回 回	
②腕を横に上げる運動 ♪我は海の子	右 左	回 回	
③椅子からの立ち上がり ♪富士の山		回	
④膝を伸ばす運動 ♪茶摘み	右 左	回 回	
⑤脚の後ろ上げ運動 ♪かたつむり	右 左	回 回	
⑥脚の横上げ運動 ♪七つの子	右 左	回 回	

ランクと次回負荷	A 楽
	(次回1本増やして実施)
	B 普通
	(次回同じ本数で実施)
	C きつい
	(次回1本減らして実施)

事業の経過

(1) 事業に取り組んだ経緯

- ① これまでの介護予防事業の実施形態では、利用対象者の拡大を図ることが困難である。
 - 参加方法や対象者に限定があり、人数に定員がある。

- 会場までの送迎がないと参加できない。
- 行政に対する依存度が高い。
- 超高齢社会に向け、住民主体での取り組みが必要である。

② 超高齢社会に向けた地域包括ケアシステムの構築には、地域力の活性化、強化が必要である。

上記の観点から、問題、課題解決を図る目的で取り組んだ。

（２）事業のスタート

平成 24 年 3 月に高知市、津山市の事業視察を行い、事業実施のノウハウを学び、地域での事業展開の準備を行った。

印西市では、運動・口腔・栄養・認知の介護予防を総合的に実施する「まるごと教室」の利用者が多く、教室終了後の受け皿が必要になったため、平成 24 年 10 月からモデル事業として開始することにした。

平成 25 年度からは、実際の地域展開を行い、4 月に 1 地区がスタートした。この地区では健康づくりを目的に市の出前講座を利用して定期的に活動をしていたが、講師を定期的に派遣することが事業の趣旨に反し、また、マンパワー不足のため、講座を担当していた健康増進課での継続が困難となっていた。介護福祉課の地域づくり型事業の取り組みについて、健康増進課に情報提供をしてあったことで、職員による講師を必要とせず、住民主体でできる運動を地域リーダーに紹介できるようになり、活動につながった。

事業担当職員間で、「住民主体」の共通理解を図ること、事業の浸透には健康増進課等他課と連携して周知を行い、理解を得ることの必要性について、共通認識を持った。また、住民に対しては「自発的に取り組む」という観点から、慎重に周知を行う必要があり、住民からの出前講座要請や地区リーダーからの相談を受けた際に、事業趣旨に沿ったニーズのある地区（住民が自発的に地域づくりや地域のつながりの再構築を地域集会所の活性化を図りつつ行いたいという、ニュータウンの初期入居地区や、転入したが地域のつながりが希薄な現在入居時期のニュータウン地区、高齢化率の高い既存地区等）に事業を紹介した。

行政側が事業実施を勧めるのではなく、住民側から実施したいとの能動的な動きを待つことが重要であった。

（３）全市展開に向けた対策

現在は出前講座の 1 講座により、事業紹介を行っていることや、地域包括支援センターの職員が地域でのニーズ等を把握し、事業趣旨に沿ったニーズのある地域に事業紹介を行っている。事業を担うサポーターの確保が困難であるため、実施を希望する地区にサポーター養成講座を実施し、自主運営ができるように準備を行った。

今後の方向性・課題

（１）今後の方向性

地域主体での実施は今年度から開始し、市内 4 地区で行っているが、地域包括ケアシステムの構築の一助と成りうるべく、地域づくりを兼ねた市内全地域での実施を目指している。

介護予防や健康づくりだけにとどまらず、自助、共助、互助の理念が浸透した生きがいの持てる地域づくりを考えている。

（２）今後の課題

①人材

事業を企画、運営していくうえで、専門職だけでなく事務職も含めた行政職員の確保、事業実施を担うサポーターの養成と確保という点が課題である。

また、介護予防事業対象者の高齢者だけではなく、若い世代にも参加してもらいたい。そのことにより、世代間交流が促されたり、地域の介護予防に関心を持ってもらい、事業の支援（サポーター）や介護予防につながる健康づくりに取り組むことや、貯筋運動の次期参加者となり地域活動に継続して関わってもらえるようになることを期待できるからである。

②財政

現在は貯筋運動に利用するおもりやバンドを市が購入して貸与することで事業実施の際の住民負担を軽減し、事業を住民任せではないという背景づくりをし、事業実施への意欲を高めている。

この貸与が必要最低限の準備は行政が継続して支援していくということの目に見える根拠となり、住民主体での事業実施のカギともなるため、購入費用の予算確保が欠かせない考える。

③施設・設備

地域によっては地区集会所が適した場所にならないため、地域住民の範囲を広域にして、公共施設を提供する必要がある等、実施方法について検討が必要である。

④利用者のアクセス

今後は地域に適した会場がない場合、広域を視野に入れた会場設定が必要な際には徒歩や自力での参加が困難なことも予想される。

住民間での助け合い（共助）で行われることや、公共施設に限らず自宅提供等での事業実施も期待したいと考えている。

他の市町村へのアドバイス

■事業目的の明確化

事業実施に対する目的を明確にすることが、まず重要である。そのうえで、職員、住民双方が住民主体への意識変容を図れるように方向付けを行うことや、本事業の取組みが必要である社会保障や人口動態等の背景の周知を行う必要がある。さらには、住民主体という理念について、職員間で共通認識を持つことも重要である。

■庁内外の関係者との連携

介護予防担当部署だけではなく、地域包括ケアシステム構築に係る部署や保健・健康づくり担当部署等庁内各所、また住民のネットワーク把握や自治会、民生委員等との連携をすることも必要であり、住民の持つ力を信じて、行政が先回りをしないことが必要である。

これらのことを踏まえ、今までの事業展開とは異なる手法を手探りで進めながら、先駆的に事業を実施している自治体の実績を鑑みて進めていくことが事業発展のカギであると考えている。

※写真は印西市の承諾により掲載

静岡県静岡市

事業の特徴・アピールポイント

- 高齢者への関わりがある施設に対して協働で活動拠点場所を設置
- 街づくりの活性化や新規施設利用者の増加が見られる事業
- 住民主体の介護予防（依存から自立への転換）住民の力はすごい！
- 行政は後方支援に徹する
- 身近な地域へ出向くことで、行政と地域がつながり協力者を増やすことができる事業
- 地域情報・地域課題を把握し地区介入のヒントを見つけることができる

自治体の概要

人口	719,188 人	高齢化率	25.9%	平成 25 年 3 月末時点
一号被保険者数	189,678 人	要介護認定率	16.1%	平成 25 年 10 月末時点
介護保険料（第 5 期）	5,000 円			

事業の概要

（１）「しぞ〜かでん伝体操」とは

高知市で実践され介護予防効果がみられていた「いきいき百歳体操」を参考に、立位で実践できる体操を新たに加え静岡市版介護予防体操「しぞ〜かでん伝体操」として構成した。

市内在住の高齢者が中心となり自治会館や生涯学習センター・老人福祉センター・商店街等の身近な地域で体操を通した介護予防プログラムの一環として実践している。



（２）事業の広がり

現在、市内で定期的に「しぞ〜かでん伝体操」を実施しているのは 178 カ所。地域の自治会館等において住民主体で運営実施している自主グループ会場は 87 カ所、商店街の空き店舗や老人福祉センター、介護保険事業所等施設主体で運営実施している活動拠点会場が 91 カ所となっている。開催実績から 1 会場あたりの平均参加人数は 20 人前後と見込まれていることから、市内全体での利用者数は 3,500 人程度になると考えられる。これは、市内 65 歳以上の高齢者の約 2%であり今後の事業展開による利用者増が期待できる。

（３）実施頻度・規模・利用者アクセス・利用者負担

実施頻度	原則週 1 回、30 分から 1 時間 30 分の活動時間
規模	会場施設の規模にもよるが参加者数は概ね 10～50 人前後が平均的

利用者アクセス	実施会場に自力で来られることを前提とし、基本的には送迎は実施していない。自力で参加が難しい人等は住民同士の支え合いのもと、自家用車と一緒に乗り合い来場する人もいる。山間地区においては一部送迎を実施している会場もある。
利用者負担	自己負担は基本的に発生しないが、一部の会場では施設使用料として1回100円程度徴収しているところもある。

（４）利用者像

市街地地区・山間地区により若干の差はあるものの、年代では前期高齢者が多く女性が8～9割占めている。多くの参加者は日常生活には大きな支障はないが体力の低下等を自覚し、自らの健康を維持・向上しようと意欲的に取り組む人の割合が高い。また、活動的な友人に誘われ引きこもり予防のために参加している人や、要介護者や認知症の人等介護者と共に参加している人もいる。

新規に住民主体の自主グループを立ち上げる場合、多くは体操を実践して心身機能改善を体験した利用者が地域のネットワークで友人・知人に声をかけ、活動を開始する。2～3カ月程度で利用者が広がり、利用者の確保に困った会場はみられない。



その他、施設主体で活動拠点を新規に立ち上げる場合は、商店街の活性化や施設利用率の向上、施設周知を図りたい等相乗の効果を期待し、施設提供のもとこのような活動拠点として実施している。2～3カ月程度で口コミにより利用者が広がり、利用者の確保に困った会場はみられていない。

（５）事業運営の担い手

住民主体の自主グループ運営の中心的な担い手は、70歳前後の女性（主婦）が多く、その人を支える人は個人的なネットワークでの誘いを受け活動趣旨に賛同した同年代の友人・知人が多い。会場によっては、自治会や民生委員が中心となり運営している会場もある。

施設主体の活動拠点会場では、その拠点スタッフが中心となり運営を進めるが、受付や椅子の準備や片付け等参加者自身も運営に参加するスタイルを取り、自立性を促している。

（６）会場施設

自主グループの活動は、ほとんどの地区で自治会施設の集会室を会場としている。自治会施設が使用できない地域では、自宅やマンションの会議室・葬祭場等自分たちで活動の許可を得た会場を利用している。

施設主体の活動拠点会場は、商店街の空き店舗・老人福祉センター・施設会議室・介護保険施設の地域交流室等が会場になっていることが多い。活動に必要な設備は、椅子とテレビ・DVDプレーヤーのみである。会場に必要な設備がない場合はラジカセ等を自分たちで準備をして、音楽だけで実施しているところもみられる。

（７）事業への支援

各会場での技術的支援については、活動開始初回と２回目に体操実技指導と体力測定を行うため、行政に所属する理学療法士・作業療法士がアドバイザーとして入るようにしている。また、その後、半年に１回、活動状況確認と体操実施方法の確認に入り、取組みを定期的に支援している。物的支援については、体操実施に必要な DVD や重錘（じゅうすい）バンド等の物品のみ行政から貸出しを行っている。



その他、活動においての不安や悩みがある場合には、地域の実情に合わせ電話等で理学療法士・作業療法士がアドバイス（助言）するようにしている。その他行政以外の支援については、各会場にそれぞれに委ねている。

事業の具体的内容

事業の内容は各自主グループや活動拠点施設に委ねているため一律ではないが、一例を以下に示す。

10:00：会場準備

- 参加者全員で椅子等の準備をする

10:15：ラジオ体操・指体操・しぞ〜かでん伝体操（椅子編・立位編）・健口体操

- 参加者の状態像により、しぞ〜かでん伝体操椅子編だけを行う会場もある。

11:15：終了・解散

- 体操等を終了し、その後施設の余暇活動へ参加したり、休憩室等で持ち寄った茶菓子を広げおしゃべりを楽しむ利用者もいる。

事業の経過

（１）事業に取り組んだきっかけ

平成 18 年度の介護保険法の改正に伴い、国から提示された介護予防マニュアルを基本とし事業展開を開始した。また、同時に介護予防事業を市内各地で継続的に取り組める環境整備を進めるため、高齢者支援施策に関係する課と検討した。その検討過程において、誰でも「簡単・効果的」な体操を作成し、専門的な知識がなくとも DVD 等を媒体に容易に実施できる共通プログラム（指体操・筋力向上体操・口の体操等）を様々な場所で行うことが効果的との判断に至った。そこで、既に介護予防効果が見られていた高知市の「いきいき百歳体操」を参考に体操を作成し、介護予防事業におけるプログラムの統一を図り、運動器機能向上事業内で実施して地域へ普及するとともに、地域での活動拠点を住民・関係機関と協働で新規開拓を始めた。

（２）事業のスタート

平成 19 年度から 2 年間は直営・委託事業の運動器機能向上事業において体操の効果検証を実施する共に、体操とその他介護予防プログラム 3 種類（マシントレーニング・有酸素運動・アクティビテ

ィ)での身体機能・心身機能の改善状況を確認し、地域での効率的な介護予防事業展開についても検討を行った。その結果、有酸素運動と体操の組み合わせが地域で容易に実施でき、コストをあまりかけずに心身機能の改善を図れる費用対効果が高いスタイルであるとの判断に至った。また、マシントレーニングによる機能改善に近い成果を出すために、重錘バンドによる負荷が必要であることが認識され、広域的に事業を進めるための手法が固まり、市内各地で継続的に取り組める環境整備を進めるため事業を開始した。

(3) 全市展開に向けた対策

平成 21 年度からの 2 年間は「しぞ〜かでん伝体操」を含めた介護予防プログラムの市民への幅広い周知・普及に重点を置き、それぞれの各種活動プログラムの中に自主的に体操を取り入れてもらえるように、2 回で 1 コースの市民向け講座を市内 11 会場で開催した。講座参加者 950 人には、体操による心身機能の改善体験を実感できるように、体操 DVD を配布し 3 カ月間、週 1 回自主トレーニングをしてもらい、講座前後の身体機能評価で客観的に改善を認知できるよう努めた。

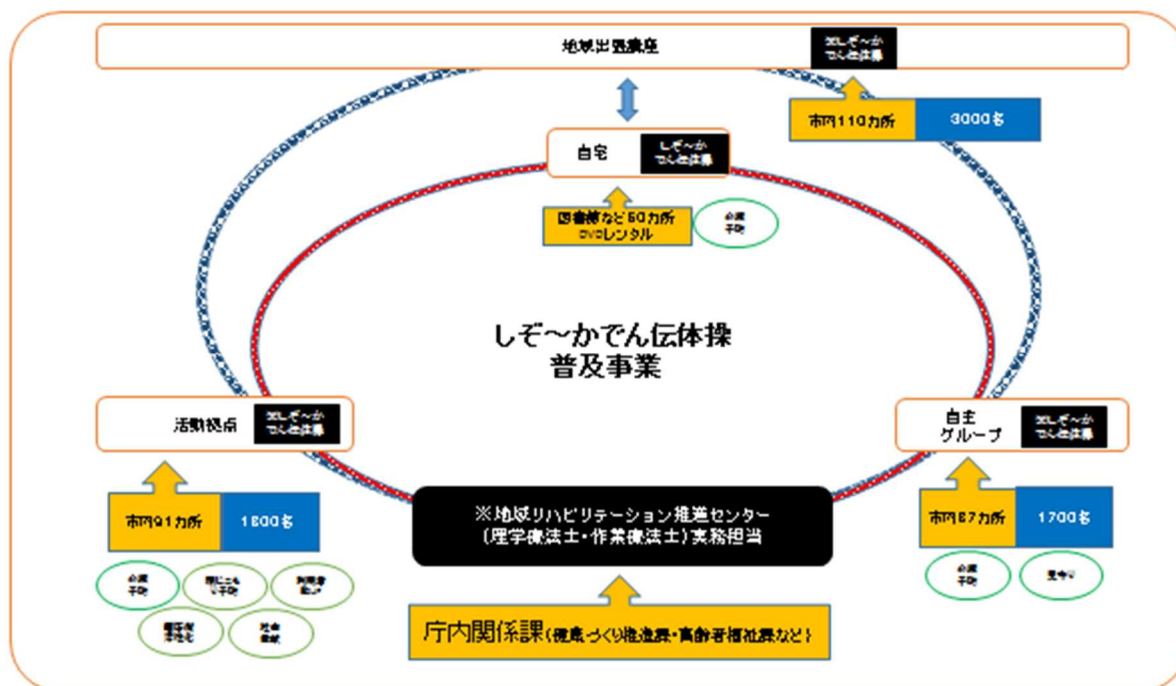
平成 22 年度には、静岡市第 2 次総合計画に介護予防体操普及の施策を掲載し、一般市民向けだけでなく、通所リハビリやデイサービスを運営する介護保険事業者向けにも普及講座を市内 8 カ所で開催し、30 事業所 250 人の参加を得た。

平成 22 年度半ばからは決まった会場での普及講座は取りやめ、講座要請があった地域に出向いての「地域出張型」に方向転換し、介護予防プログラムに興味をもったグループや高齢者の生きがいを支援する施設や団体に対し、「地域出張型講座」で介護予防プログラムの普及に努めるとともに、住民主体運営による自主グループ化に重点を据え展開した。

平成 23 年度末には、体操活動拠点「しぞ〜かでん伝体操フリースペース」をモデル的に設置し、施設スタッフが中心となり活動をスタートさせた。商店街の活性化と集客の課題を抱えていた静岡市中心市街地の商店街の街づくりを管轄する関係機関と協議を重ね、商店街の一角が開放され実現した。平成 23 年度末開始当初は月延べ利用者 50 人（月 4 回開催）であったが、平成 25 年度末月延べ利用者 200 人になろうとしている。また、集客数の増加と共に併設されている店舗での売り上げが 2 割増となっている。

平成 24 年度には、静岡市全域での介護予防への取組みを強化するため、高齢者支援に関与する庁内関係課 10 課への協議を行い、双方の目的が効率的に達成できるよう事業内容の摺合せをし、協働で事業展開を行った。

なお、多くの一般市民が身近な地域ですぐに体操を実施できるように保健福祉センター・地域包括支援センター・社会福祉協議会・図書館・生涯学習センター等の市内 50 カ所で体操 DVD が借りられるように環境整備を行った。



(4) 本事業の立ち上げに関連した事業

①運動器機能向上事業（二次予防事業）

全市的に介護予防を展開するため、市が民間の介護保険事業所等に委託し、運動を中心とした介護予防プログラムを実施している事業。市指定介護予防プログラム「指体操・しぞ〜かでん伝体操・健口体操」と事業所独自プログラムを組み合わせた内容を週1回、全13回、3カ月間にわたる教室形式で実施するもの。

教室終了後、心身機能の改善を体験した参加者が友人と共に自主グループ等につながり、活動を継続しているケースも見られる。また、同事業の参加者は、地域でサポーターとして体操をアドバイスする役割も見出し、活躍している。

②地域出張型講座

しぞ〜かでん伝体操を市内に広く、普及・周知させ、自分の地域でもやってみたいと思う人を新たな活動拠点や自主グループにつなげていくための事業。

実際に、しぞ〜かでん伝体操を体験してもらい、その効果を実感してもらうようにしている。

平成22年度は市内6会場実人数200人、平成23・24年度は50会場実人数1300人、平成25年度1月末現在には110会場実人数3,000人に対して普及に努めた。

今後の方向性・課題

(1) 今後の方向性

自主グループ・活動拠点設置・地域出張型講座での取組みに関しては実施していく予定である。ただし、施設環境や屋外等での活動に対応できるように、立位で実施できる体操も普及促進していきたいと考えている。

自主グループ・活動拠点施設数は人口規模をみるとまだ充実したとは言えない状況である。そのため、事業の目的や趣旨に賛同してもらえるグループや施設・団体等を見つけ、全市域での実

施をめざしていきたいと考えている。

その周知の一手段となる地域出張型講座の未実施地区が存在する。今後も全市域での実施を目指して自治会や社会福祉協議会等と連携して実施していきたいと考えている。また、自主グループの活動については、グループ同士の情報交換会や年一度のイベント開催等、マンネリ化を防ぎ各グループの活動が継続できるように関係機関と連携して進めていく。その他、地域包括支援センター等の相談機関とのつながりを強化し、地域での見守り体制の構築を目指していきたいと考えている。

さらには、介護予防プログラムの質を維持するために、サポーターや介護予防インストラクターを養成し、新規自主グループや活動拠点施設への立ち上げ助言や支援に関わりを持てるように人材育成を実施していきたいと考えている。

(2) 今後の課題

①人材

今後、より多くの市民が関心を寄せてくれた際には、地域出張型講座が増加することが予測される。また、現時点でも実施会場数が多く、定期的な支援が行えない等、マンパワー不足となっている。そのため、サポーターや介護予防インストラクター養成等の人材育成システム・人材派遣システムを構築していくことが急務となっている。

②財政

自主グループ数の増加に伴い、体操実施マニュアルの配布数が増えることが予想されるが、1冊 33.5 円程度のためそれほど大きい負担ではない。しかし、重錘バンド数の貸出し個数も増えることが予測されることから、予算確保が必要と考えている。それ以上に重要なのは、地域での自主グループ・活動拠点を支援する介護予防インストラクター等の人材を、有償・無償のどちらで派遣するのかの検討とそれに伴う予算確保が必要となる。

③施設・設備

活動場所が自治会館や生涯学習センター等になることが考えられるため、新規活動場所等の検討や協力要請が必要となる。

④利用者のアクセス

一部施設で独自サービスとして送迎を実施しているところがあるが、ほとんどの施設においては送迎を実施していない。自力での来所となっているため、地理的な条件から活動へ参加できない利用者への対応が課題である。

⑤その他

活動拠点参加者をいかに身近な地域で自主グループ化事業に取り組めるように促していくことが課題である。

また、高齢者に対して庁内で同じ取り組みをしていることがあり、情報共有や連携をして方向性の統一や事業効率化をしていく必要がある。

他の市町村へのアドバイス

■ 行政主導ではなく住民との協働事業

本事業の運営主体は活動拠点施設のスタッフや自主グループの住民になるが、利用者主体参加型事業として行政が過度なサービスをしないようにしている。会場準備や受付等社会的な役割を見出すことができるような関わりも必要である。

また、自主グループの場合は、行政の過加入が住民の力を削いでしまうことが考えられる。そのため、行政側は後方支援できる体制を整え、住民の力を信じ待つ姿勢で事業に取り組むことが必要と思われる。住民と現場で話し合いを持ち、行政主導ではなく住民との協働事業として展開していくことが必要と思われる。

■ 成功体験による普及活動

普及については情報提供ではなく、体験し心身機能等の改善等成功体験できる講座内容の工夫が必要と思われる。

■ 魅力あるプログラムの必要性

基本となる介護予防プログラムは変更せず、各施設で行われていた事業とを組み合わせ、自らが選択して参加できる機会を設けることで継続的に参加を促すことが可能となる。そのためには、様々な活動プログラムの一つに選択してもらえるように魅力あるプログラムの構築が必要となる。また、専門家しかできないプログラムではなく、住民が主体的に取り組める、取り組みたくなるような戦略が必要である。

半年に一回程度は体力測定会等の客観的な効果判定を実施することが継続を促すことにつながる。

■ 庁内関係課/関連機関との連携

人口規模が大きい都市では、高齢者支援に関わる庁内関係課や関連機関が多く存在する。目指す方向性は同じであることが多いため、事業内容の摺合せを行うと共に、効率的に事業展開ができるように連携していくことが必要と思われる。

また、基本軸となる介護予防プログラムの構築により同じテーブルでの話し合いができ、関連事業のつながりが容易になってくることが考えられる。そのため、地域の実情を様々な人から情報収集しながら協働で作り上げていくことが必要で、その取組みにより行政と地域が足並みをそろえて活動することができるものと考えている。

※写真は静岡市の承諾により掲載

滋賀県栗東市

事業の特徴・アピールポイント

- 住民の自主運営による介護予防「いきいき百歳体操」が地域コミュニティの再生・活性化にもつながっている。現在では市内の小中学校数の 5.4 倍に相当する、49 団体に活動が普及している。
- 地域で 5 人以上のグループから「やってみよう」という声が上がったら、行政が最初の 4 回体操を継続するコツ等を支援し、体操に使うおもりを 3 カ月間貸し出す。その後は、年 1 回程度の体力測定等で活動場所を訪問し、継続支援している。
- 初年度に体操用のおもり（市民への貸出し用）を購入したが、以降は年 1 回の交流会で招く講師の招聘費用や消耗品程度であり、低額の予算で事業を継続している。

自治体の概要

人口	66,396 人	高齢化率	15.8%	平成 25 年 3 月末時点
一号被保険者数	10,861 人	要介護認定率	14.3%	平成 25 年 10 月末時点
介護保険料（第 5 期）	4,900 円			

事業の概要

（１）栗東市いきいき百歳体操事業とは

介護予防（筋力運動）をきっかけに、地域住民が集う場所や見守りの場をつくることを目的として、自治会、老人クラブ、民生委員、健康推進員等の地域住民が主体となって実施する「いきいき百歳体操」の普及啓発や実践を支援している。

利用者の年齢は特に定めず、市民全体を対象としている。



（２）事業の広がり

平成 26 年 1 月時点で市内の 49 団体が活動を行っている。体操に参加したことがある人は千数百人にのぼり、現在、実践を継続している人は約 900 人となっている。実利用者（継続者のみ）の対高齢者人口比は 8.2%程度である。

（３）実施頻度・規模・利用者アクセス・利用者負担

実施頻度	団体によって異なるが、基本毎週 1 回の頻度で開催している。
規模	利用者数の規模は 1 団体あたり 5～30 人、体操のみを行なっているところでは 1 時間程度、他にレクリエーションや他の体操、茶話会を行っているところでは 1 時間半～2 時間実施している。

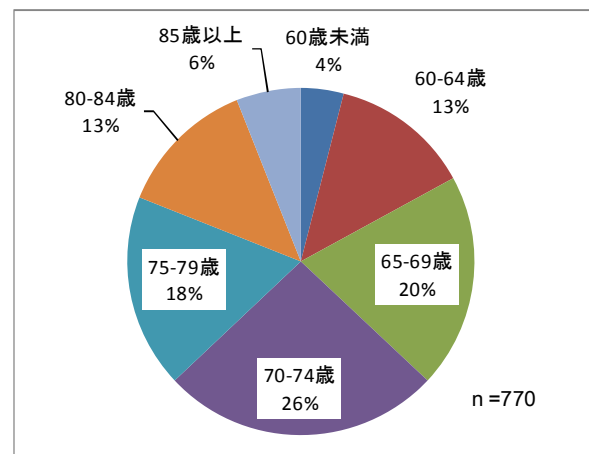
利用者アクセス	身近な地域で行うものとしているので、送迎は行っておらず、利用者は自力で会場にアクセスしている。一部家族や近隣の人が車椅子や自動車で送迎しているケースもある。
利用者負担	利用者負担は団体によって異なり、ほとんどのところは無料だが、月1回外部講師を招いているところや、自治会規約で会館使用料や光熱費を徴収されるところは会費をとっている。

（４）利用者像

事業要領では概ね65歳以上の市民（要介護認定の有無は問わない）としているが、地域住民の活動なので、実質年齢の制限はない。実際の参加者の75%を女性が占めており、健康な人から介護サービスが必要な人まで参加者は幅広い。認知症の人も参加している。

急性疾患発症後の利用者の受入れについては、発症直後は参加を控えるか医師の判断を仰ぐよう伝え、自己管理・判断をしてもらっている。初回に参加判断の基準について説明した用紙を渡し、地域住民に伝えている。実際には、自己判断で参加していることもあるようである。

参加への呼びかけは、地域の民生委員や、近隣の人同士での声かけで行われている。口コミによる他地域への広がりも出ている。



（５）事業運営の担い手

各団体の運営のキーマンは民生委員や健康推進員、老人クラブの役員が多く、自治会の福祉委員や、中には参加者全員で3人組等の組を作り当番制で運営しているところもある。運営の中心となる民生委員や健康推進員は主に50～60歳代の女性が多い。老人クラブの役員は主に70歳代の男性が多い。サポーターの養成は行っておらず、団体内で自主運営している。なお、担い手への報酬はなく、無償である。

運営の担い手となる住民が活動に参加するきっかけとして、民生委員に対しては市全体の民生委員学区長会で事業の概要・効果を紹介し、小学校区単位の民生委員協議会で体験会ができることを伝えた。希望のあったところに後日、体験会を開催した。

健康推進員には、年度当初の総会で概要と効果について10分程度で紹介を行った。健康推進員養成講座では、運動の科目で、筋力運動の意義、効果、実践例として市の取組みの「いきいき百歳体操」を理解してもらうようにしている。

老人クラブには「いきいき百歳体操交流会」の案内を送付したり、市内の会員が多く集まるイベントで簡単に紹介したこともあるが、横のつながりが広いため、口コミの影響が一番大きかった。

（６）会場施設

自治会館・コミュニティセンターが会場となる場合が多く、必要となる設備としては、テレビとDVDプレーヤー、椅子のみである。

（７）事業へ支援

①行政の支援

体操を体験してみて実践するかを判断するという地域のために、体験会を開催している。①5人以上のグループが、②週 1 回以上、③3 カ月以上継続するという条件が揃えば、市が体操に使うおもりやDVDソフトの貸出しを行っている。なお、おもりの貸出しは3 カ月間、DVDソフトの貸出しは活動を継続している限りとし、無料で貸し出している。

また、人的支援として、理学療法士と保健師または看護師が、立ち上げ時に4回、体操ごとに効果やコツを伝達したり、体力測定（3 種目）を行っている。それ以降は、基本年1回程度の頻度で、体力測定や参加者の感想を共有するために市職員が訪問を行い、継続の動機付け支援を行っている。

その他、いきいき百歳体操を毎週行う場合に限り、公共施設（コミュニティセンター等）の利用料を減免している。

②行政以外の専門職の支援

行政以外の専門職の支援について市から依頼することはないが、団体が実費負担で民間の健康運動指導士を月1回程度招いたり、地域内に住む医師等の医療職に講師依頼する団体もある。

事業の具体的内容

基本は高知市の「いきいき百歳体操」を40分行い、その前後のコミュニケーションを含めて全部で1時間程度の実施が多い。1時間という手軽さがいいという声が多く聞かれている。中には、その前後に以下のような取組みがプラスされているところもある。

- ストレッチ等を習ったことがある人がDVDの前後に追加メニューを行う。
- 体操終了後、毎回コーヒーを出して茶話会を行っている。
- ラジオ体操等その他体操もやっている。
- 地域に住む専門職種（医師や理学療法士等）から5分程度の話を年数回してもらう。
- 年に1～2回食事会を開催する。

事業の内容は各地域に委ねているため一律ではないが、一例を以下に示す。

09:30：体操開始前（受付、会場準備）

- 会館のカギ開け、DVD・イスの準備。この間住民同士はコミュニケーションをとっている。

10:00：体操開始

- DVDを観ながら「いきいき百歳体操」実施

10:45：体操終了

- 多くの会場では片付けをして解散するが、上述のように茶話会やラジオ体操、レクリエーション等をしているところもある。

事業の経過

（１）事業に取り組んだきっかけ

保健センターにあるトレーニングマシンを使った二次予防事業は、教室終了後の自主グループ活動もみられたが、教室自体の参加者が少ないことや、遠方であること等から拡がりはみられなかった。

また、一次予防事業として、地域住民を主体とした健康づくり・地域交流の場づくりを目的に「地域運動教室」を実施していた。これは、自治会に月２回程度、市の保健師と外部企業の健康運動指導士が介入し、自治会住民がその後も継続できるような支援を行っていたものである。しかし、DVD等の媒体を使用していなかったため、地域住民の中で運動を指導できる人が育たなければならなかったこと、教室の終了後は月１回程度しか行われていないこと、効果が検証できていなかったことが課題であった。

そこで、①効果検証がなされており、②住民への視覚的啓発ツール（体操開始前と３カ月後の歩行変化の映像）があり、③住民だけで行える媒体（体操のDVD）もあるという特色を持つ高知市の「いきいき百歳体操」を平成２１年度から導入することとした。

（２）事業のスタート

住民自らが取り組む意思決定をしなければ継続的な活動は難しいと考えたので、決して行政から市民に対して「やってください」と言わず、住民に「毎週、自分たちでやってみよう」と思ってもらえるように働きかけるように心がけた。

当初は３０分程度のパワーポイント資料で説明をしていたが、平成２２年度に５分程度で端的に分かりやすい映像を作成し、それを使って啓発を行った。また、運動の出前講座を申込みに来る各種団体の長にいきいき百歳体操のPRを行った（出前講座のメニューには現在も入れていない）。

- 平成２０年１２月 小学校区老人クラブ会長会で体操の効果についてパワーポイントを使った説明を行い、体操の体験を実施
- 平成２１年３月 市社会福祉協議会主催のサロン交流会でサロン役員に紹介
- 平成２１年４月 基本チェックリスト送付時にいきいき百歳体操のチラシを同封

このような啓発活動を行ない、平成２１年５月より３団体で活動がスタートした。平成２１年度末には、実践団体の取組みの発表や団体同士の情報交換の場として、規模は小さいが「いきいき百歳体操交流会」を開催した。交流会については未実践の老人クラブやサロンにも案内を送付し、実践団体の取組み発表や意見交換を通して、実践団体の継続動機付けと未実践団体への啓発を行った。

平成２２年度からは、介護予防二次予防事業のうち運動機能向上の教室をトレーニングマシンを使ったものからいきいき百歳体操へと変更し、教室終了後も継続しやすくなる環境を整えた。

実践団体は、平成２１年度末には５団体、平成２２年度末には合計１１団体となった。

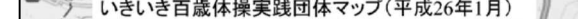
（３）全市展開に向けた対策

①啓発活動

初年度には計画ほど団体が立ち上がらなかったため、短時間で各関係機関にPRできるよう、平成２２年度に啓発用DVDの作成に取り掛かった。内容は全体５分で、体操をしている風景や、体操実践前と３カ月後の歩行の変化（２事例）、実践者へのインタビュー（４人）で構成した。平成２３年度以降は、このDVDを利用して、健康推進員全体総会や民生委員協議会学区長会にて短

民生委員学区長会では、学区民生委員協議会の場で体操の体験を含めた紹介ができることを伝え、9 小学校区のうち 5 学区での体験会の実施につながった。体験会に参加した民生委員は 11 団体の活動の立ち上げに携わった。平成 24 年度の民生委員協議会学区長会では、活動を実践している民生委員によるプレゼンテーションもして

もらった。



なお、県から受けた支援としては、県主催による研修会の開催が挙げられる。研修会では、他自治体の保健師により、いきいき百歳体操のプレゼンが行われた。

いいき百歳体操実践団体マップ(平成26年1月)

平成 23 年度より二次予防事業の対象者を一次・二次予防対象者に広げ、同じ地域からの参加者になるべく集うよう、開催場所も小学校区単位にあるコミュニティセンターに変更した。虚弱傾向にある二次予防対象者は地域への発言力が落ちていることが多く、地域でいきいき百歳体操ができればと思っても、自分たちが中心となってはできず、地域の役員に負担をかけてしまうとの思いから実現できないという教室修了生の声が多かった。そこで、一次予防対象者にも対象を拡大したところ、地域の民生委員や健康推進員の参加もみられた。また、自治会の役員等に発言でき、自分もその手伝いができるような人が参加したことで、教室終了後の活動の立ち上げにつながりやすくなった。なお、栗東市では公の施設の利用には利用料が必要だったが、他部署と協議し、いきいき百歳体操実践団体を減免団体にした（体操を行う場合は無料で利用できる）。

いきいき百歳体操交流会を年に 1 回開催し、各団体より工夫している点や元気になった人の体験報告等を発表する機会を設けている。また、実践団体に「いきいき百歳体操実践中」であることを自治会内外に PR できるような看板を配布している。会館の外に掲示することで、地域内外の人に取り組んでいることの PR することにつながるだけでなく、参加している人はステータスを感じ、近隣へ話もしやすくなったりしている。その看板に実践開始順のナンバーも入れており、継続の意識が高まっているようである。

年 1 回の実践団体への継続フォロー時には、体力測定だけでなく、参加者から効果や感想を話してもらう機会を設けている。市職員（理学療法士、保健師等）が担当しており、25 人以上の場合は、1 回の訪問が 2 時間以内になるよう 2 回に分けて対応している。

160

意識が高まる。体力測定の結果が良くなっていたときはもちろん、思わしくなかった場合の声かけも配慮し、継続の意義を伝えている。

個人への継続動機付けとして、1回の運動量を歩行に換算して約2kmとし、100回行なうと琵琶湖一周（約200km）に相当する個人出席記録票を全員に配布している。この取組みは自身が行なっていることへの自信と継続の目標につながっている。

こうした働きかけの結果、実施団体数は平成23年度末には23団体、平成24年度末には43団体、平成26年1月には合計49団体となった。当初老人クラブに対して啓発活動を行った際には、行政からの補助金がないことや、新会員が少ないことによる役員の高齢化で毎週行うことへの負担感があり、予想に反しあまり反応はよくなかった。しかし、市内で広がってくると、口コミで良さを聞き、取組み始めるところが出てきた。

（４）本事業の立ち上げに関連した事業

①地域運動教室

平成19～20年度まで一次予防事業として、地域住民を主体とした健康づくり・地域交流の場づくりを目的に「地域運動教室」を実施していた。自治会に月2回程度、市の保健師と外部企業の健康運動指導士が介入し、自治会員を対象に実施。終了後は地域サロン立ち上げにつなげていた。

今後の方向性・課題

（１）今後の方向性

実践団体数の伸びが小さくなっているので、今までと違う仕掛けを検討していきたい。また、既に実践している団体の新規参加者を増やすために、各団体と一緒に工夫を検討することも必要である。

（２）今後の課題

①人材

スタートして約5年が経ち、地域の担い手が交代するところも出てきている。栗東市はサポーター制度ではなく、基本DVD操作と会館管理のみで運営しているため、世代交代しても団体のなかでうまく引き継がれている。今後は、担い手よりも、参加者が減少することへの対策が必要である。

②財政

当初より実践団体への補助金やおもりの支給は行っていないため、平成25年度予算は10万円未滿（職員人件費は除く）であり、財政面での課題は特にない。

③施設・設備

自治会館によっては、畳の上にイスを置いてはいけなない地域もある。絨毯を敷く等の方法を提案するが、（設備だけの問題ではないが）実践に結びつかない。

④利用者のアクセス

少数であるが、公共の施設で行っている団体の参加者は、疾病や加齢により自力で通うことができなくなるケースもある。

⑤地域に馴染みにくい住民への仕掛け

高齢者の活動・交流の一つとしていきいき百歳体操を行っているが、地域に馴染めない住民もいるため、そうした人たちが社会参加・活動できる仕掛けも必要である。特に 60 歳代にターゲットを絞ったものを検討していきたい。

他の市町村へのアドバイス

■住民主体

住民が主体的に取り組むために、市職員から絶対に「やってください」とは言わないようにしている。市職員の役割は、「やってみよう、できそうだ」と思えるような動機付けを行い、困っている団体を支援することである。啓発活動の最後には、「このように効果がある体操です。みなさんがやってみようと思われたら、長寿福祉課に連絡をください」と言って終わるようにしている。

■継続性への配慮

「専門的知識や指導力を持つ人がいないとできない」と市民に思わせないことが重要と考える。そのため、あとを継ぐ地域の人がやりにくくならないための配慮として、体験会や立ち上げ当初の支援時に楽しませすぎたり、体操の中身に細かい内容を求めたりしないようにしている。

■気軽に相談できる関係構築

栗東市はサポーターを養成していないので、団体の代表が運営等で悩みをもったとき、その窓口となるのが市職員であることが多い。訪問時等に、困ったことがあったら何でも話を聞く体制があることを伝え（何でも要望をきくわけではないが）、市側からも、年 1 回の訪問日の調整時や市役所等で見かけたときに近況を聞くなどしている。そのような中で、例えば、運営で困っている場合は他団体の情報を提供をしたり、地域住民に啓発するため回覧用のチラシや地域の情報（高齢化率、要介護者の数、二次予防対象者の率等）が欲しいという相談があった場合は資料を作成したりしている。

※写真は栗東市の承諾により掲載

大阪府大東市

事業の特徴・アピールポイント

- 虚弱高齢者と元気高齢者が一緒に活動することで、地域の見守りの目が育っている
- 体操の参加者が周囲の虚弱高齢者を呼び込んで、みんなが元気になっている

自治体の概要

人口	125,150 人	高齢化率	22.6%	平成 25 年 3 月末時点
一号被保険者数	29,064 人	要介護認定率	17.2%	平成 25 年 10 月末時点
介護保険料（第 5 期）	4,980 円			

事業の概要

（１）「大東元気でまっせ体操」とは

自治会、老人クラブ、校区福祉委員会、自主グループ等の地域団体が担い手となり、市内在住の高齢者を集め、大東市オリジナルの「大東元気でまっせ体操」「健口体操」等を実施している。

地域主体の介護予防の拠点をつくることは、高齢者の活動性を高め、虚弱化を防止することにつながっている。



（２）事業の広がり

現在市内で活動している団体は 108 団体。月 3 回以上の開催が 88 団体、月 2 回以下の開催が 20 団体で、実利用者数としては 1,981 人（市内の高齢者人口の約 7%に相当）に上っている。

（３）実施頻度・規模・利用者アクセス・利用者負担

実施頻度	月 2～3 回、午前もしくは午後の 2～3 時間で開催されている。
規模	会場ごとの利用者数は、10～40 人程度
利用者アクセス	会場への移動手段は、徒歩、歩行器、自転車、車椅子で送迎は行っていない。
利用者負担	参加に伴う利用者の負担はない。

（４）利用者像

事業の要綱は特に定めておらず、誰が利用者となるかは会場ごとに異なっている。老人クラブ主催の会場は、クラブ会員限定のところもあるし、自治会主催は自治会員限定のところもある。しかし、団体会員に限定をしているものの、数人であれば、会員外の参加も受け入れている団体のほうが多い。

ほとんどの会場で利用者の年齢、要介護認定等の要件はない。そのため、利用者の中には認知症の人が参加している場合もあるし、片麻痺のある人、骨折後や難病の人が参加している会場もある。平均年齢は 70 歳代後半であり、男女比率は 1 対 9 で女性のほうが圧倒的に多い。利用者の状態像でみると、元気高齢者から要介護 5 の人まで幅広く含まれているが、二次予防対象者が 65%にのぼっている。中には、デイサービスと併用している人やデイサービスをやめて地域の体操に参加している人もいる。特に要支援者には地域包括支援センターが積極的に「大東元気でまっせ体操」への参加を

勧奨していることから、要支援の参加者増につながっている。

（５）事業運営の担い手

事業運営の担い手は、市が主催する介護予防サポーター養成講座修了者が中心で、その他体操に参加していてサポーターに勧誘され、利用者側から担い手になった人もいる。また各団体の運営スタッフは介護予防サポーターだけではなく、老人クラブの会長や福祉委員会会長等があり、それらの人たちがリーダーを担うこともある。

「大東元気でまっせ体操」の利用者は 70 歳代後半であったが、事業の担い手は若干若い 70 歳代前半で、男女比は利用者と同じ 9 割が女性である。また元気高齢者から虚弱高齢者まで幅広い人が担い手として活動している。

（６）会場施設

特別な設備は不要であるため、自治会館、公民館、集会所、市の老人センター、老人憩の家、保健センター、総合福祉センター、ふれあいデイハウス（ミニデイ）、公園等地域に身近な場所が会場となっている。

（７）事業への支援

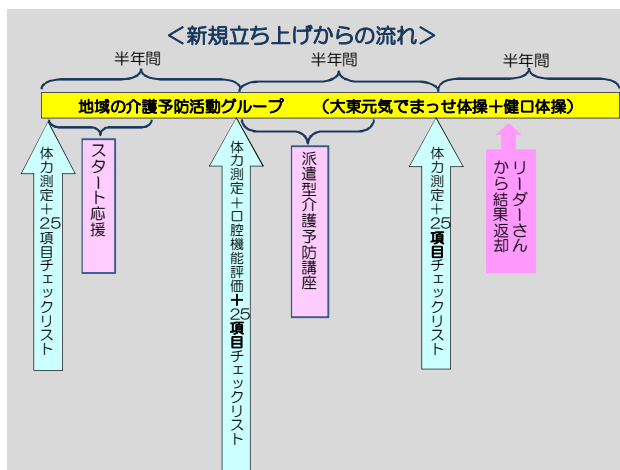
①行政による支援

行政が各団体の活動に対して資金的支援をすることはないが、「大東元気でまっせ体操」を開催している自治会館、公民館には介護予防拠点整備事業としてバリアフリー化の改修費の助成がある。

それ以外には、高齢者 10 人以上で新たに月 3 回以上の開催をすることを決めた団体に対し、市がスタート応援事業として「大東元気でまっせ体操」のビデオや DVD、血圧測定結果を記載できる出席簿と血圧計を無料で提供するとともに、体力測定を実施したり、運動指導員を 3 回派遣している。

また、新規立ち上げ会場ではなくとも、各会場とも年 2 回体力測定を行うが、その結果を返却するタイミングで、市職員が各団体の様子を見に行くようにしている。その際、出席簿を回収し、新規参加者や脱落者の把握、ならびに参加率の把握を行っている。加えて、活動や参加者に何か困りごとがないかの相談にのるようにしている。相談内容（体操の参加者に認知症の疑いの人がいる、体操の参加者が増えて会場に入りきらなくなった、体操の参加者が減ってきた等）によっては、地域包括支援センターとともに、リーダーやサポーターとの会合を持って、課題解決への支援を行っている。特に、同じ体操ではついていけない、障害や痛みを持つ参加者の体操のアレンジや配慮については市の理学療法士がアドバイスのために活動現場に行くようにしている。

さらに、活動が半年以上継続した団体には、市で年 2 回の体力測定・25 項目チェックリスト、年 1 回の口腔機能評価を行っている。



これらとは別途、年 3～5 回コースの派遣型介護予防講座（運動、栄養、口腔、認知症のリスクに対する実技と講話）を開催し、講師として運動指導員、栄養士、歯科衛生士を派遣している。

なお、体操参加者のうち、90 歳以上の人には、毎年市長から「ご長寿賞」の授与がある。また、5 年経過グループには「ますますお元気で賞」の授与と副賞としてレクリエーション器具やヨガマット、重錘バンド等を提供している。

②行政以外の専門職の支援

地域包括支援センターやコミュニティソーシャルワーカー（大阪府全体で中学校区に 1 人配置されている全年齢を対象とした相談員）が体操参加者の相談を受け付けている。さらに、体操脱落者に対して、本来はリーダーが脱落の理由を確認することになっているが、その確認が難しいケース等については、地域包括支援センターが自宅訪問をしてフォロー等を実施している（他グループの紹介、介護認定申請等）。

また、地域包括支援センターは、いきいき介護予防相談会として自治会館等で地域の高齢者を対象にもよま相談、健康相談、体力測定、口腔の講話、栄養の講話等を組み合わせた相談会を開催している。体力測定の結果の説明の際に「大東元気でまっせ体操」を体験してもらい、体操グループの新規立ち上げにつながっている地域もある。

事業の具体的内容

事業の内容は各実施団体で異なるが、一例を以下に示す。

09:00：リーダーが開錠

- サポーターや参加者が次々と集まる
- 椅子の用意や DVD の設定等会場設営
- 自動血圧計で血圧測定・その結果を受付簿に記載

09:30：リーダー挨拶

- 「大東元気でまっせ体操」座位バージョン約 20 分
- 「健口体操」約 15 分
- 「大東元気でまっせ体操」立位バージョン約 20 分
- レクリエーション 約 30 分
- お茶とお菓子で交流会 約 60 分
- 椅子の片付け等会場設営撤収

12:00頃 終了

事業の経過

（１）軽度介護認定者の割合の増加

大東市が本事業に取り組んだ最も大きな要因は、介護認定の軽度者の伸び高かったことである。健康大東 21 の健康意識への調査で高齢者の半分以上が運動不足を認識しているものの、定期的な運動をしている者は 3 割程度に留まっていることが明らかになった。平成 18 年度から開始される地域支援事業介護予防事業では、ハイリスクアプローチが中心の構想であったが、ポピュレーションアプローチとして新たなハイリスク者の発生予防と、ハイリスクアプローチとしての介護予防教室の卒業者

の受け皿を作るため「身近な場所で気軽に仲間と一緒に運動できる場所」をつくることで、町ぐるみの介護予防を進めようと考えた。

（２）事業のスタート

町ぐるみでの介護予防を進めるにあたり、住民にとってなじみやすい各種のツール作成を行った。まず作成したのが、住民に「介護予防」を理解してもらうための30分程度のパワーポイント「みんなで考えよう介護予防～今からでも遅くはない！！みんなでやればできる！！元気で自分たちでつくる」。さらに、75歳以上の高齢者向けラジオ体操をコンセプトとした市のオリジナル健康体操「元気でまっせ体操」を開発し、ビデオ、DVD、カセットテープ、CD、MDを作成した。

平成17年度に、民生委員、校区福祉委員、老人クラブ、生涯学習関係団体に呼びかけ、合わせて100人ほどの既存団体の役員たちにパワーポイントを用いてプレゼン。「大東元気でまっせ体操」の体験をしてもらった後に、各団体の混合メンバーでグループワーク「自分たちの地域で、団体でどんなことができるか」を行った。

以降、市の老人クラブ連合会の理事会（単位老人クラブ会長が集合する会議）でパワーポイントを用いて介護予防の説明をし、「大東元気でまっせ体操」の体験をしてもらった。その後、各単位老人クラブの行事等で同様の出前講座を開催させてもらった。

同じ手法で校区福祉委員会等さまざまな既存団体の行事で出前講座をし、介護予防と「大東元気でまっせ体操」の普及を行った。

プレゼン用のパワーポイントには、大東市の高齢者の増え方と介護認定率の増え方、介護保険料の増え方等、実際の数字を盛り込み、不活発な生活をしていると陥るリスク、それを予防するための具体的な行動としての「大東元気でまっせ体操」を紹介し、その場で体験してもらうようにした。その後、地域で体操を継続したい人の希望を聞き、団体や地域の役員にその状況を見てもらい、継続希望の団体への市のサービスとして体操DVDの提供や運動指導員の派遣があることを伝えるようにした。

出前講座以外には、地域で体力測定会を開催し、その後の結果説明の時に「高齢者に必要な運動とその方法」として「大東元気でまっせ体操」を体験してもらうこともあった。動機づけの際には、「やってください」等お願いする言葉は使わない。あくまでも主体は住民であるため、住民や団体に「やりたい」と思ってもらうところから始めるようにした。

（３）全市展開に向けた対策

体操の拠点を増やすには、イベントや広報誌等を活用した。その際、マスコミの効果も大きいものであった。

現在、年に1回、「大東元気でまっせ体操」を開催している全団体に呼びかけ、リーダーだけではなく、体操参加者も含めて参加できる元気でまっせ交流会を開催している。そこにまだ体操の拠点がいない地域の老人クラブや自治会の役員等を招待し、体操に参加することで元気になった人の話や地域で体操をやっていることでどのように地域が活性化したかといった報告をきいてもらうようにしている。なお、交流会については、当初リーダーのみの集まりとしてはじめたが、平成19年度からは体操参加者全員に対象を拡大し、初回を「元



気でまっせまつり」として大々的に開催した。

広報紙には、介護予防のことや「大東元気でまっせ体操」の記事を掲載している。どの地区のどこで体操を開催しているかの一覧や地図を掲載することで、やっていない地域が一目で分かるようにして、やっていない地域を刺激することができている。

また、団体の役員会で、「大東元気でまっせ体操」を開催している団体からの報告をしてもらうことで、やっていない団体を刺激するようにした。



さらに、地域の回覧板用のチラシや掲示板用のポスターを作成し、地域団体に利用してもらい、広く活動を広報することで、参加者を増やすように努めている。地域包括支援センターへの委託により、介護予防相談会を自治会館等で開催し、栄養相談や体力測定、高齢者の起こりやすいリスクの話をするになっている。その際に「大東元気でまっせ体操」の体験や紹介を行うこともしている。

(4) 関連事業

①介護予防サポーター養成講座

住民主体の介護予防活動の要として介護予防サポーターを養成している。介護予防サポーター養成講座の広報は自分自身の健康づくりや若さづくりとして、あくまでも自分向けの講座として広報してきた。最初から「サポーターになる」という人材は、もともと地域で何らかの役割を担っている人がほとんどで、それ以上の人数を増やすには限界がある。そのため、まずは自分自身のための講座として受講を開始してもらい、講座の後半から「より元気に、若々しい生活を送るためには社会貢献が一番！」と、社会活動をしている人としていない人の10年後のADL自立度や生存率などのデータを提示し、「それなら、介護予防サポーターをやろう」という気になってもらう工夫をしてきた。また、「大東元気でまっせ体操」の活動が各地に広まってからは、サポーター養成講座の内容に、近所の「大東元気でまっせ体操」の現場のリポートや地域のサポーターとの交流を組み入れ、サポーターになった人が地域の活動に参加しやすいしくみにしていった。

また、養成講座では先輩サポーターに講師となってもらい、サポーターをしてよかったことなどを話してもらった。この時のサポーターはリーダーとしてバリバリ型のサポーターから90歳近くの虚弱高齢者でもサポーターとして、みんなのモデルになっているヨボヨボ型、毎回椅子だけは出して、楽しく参加していますというお手伝い型など、様々なパターンのサポーターに来てもらった。これが、「ああ、これくらいなら自分もサポーターになれる」という受講者の自信づくりにつながっている。広報誌での広報を見て参加する受講者の数が減ってきてからは、地域で体操を始めたいけどサポーターがいらないという地区に対し、その地区の自治会館などに周辺の住民に集まってもらい、そこで養成講座を開催し、そのまま地域の「大東元気でまっせ体操」の継続グループとなるしくみに変更している。

＜介護予防サポーター養成講座＞



②介護予防サポーターステップアップ講座

介護予防サポーターのモチベーションアップのために、年4回開催している。ステップアップ講座は、体操の復習や新たな情報発信を行い、サポーターの意識向上の機会となっている。小学校区ごとにグループワークを行っているため、当初は「セラピストにもっと来てほしい」とか、「新しい体操を作ってほしい」など、要望ばかりが出てきていた。しかし、回を重ねるごとに、「体操を楽しく継続するためには」とか、「体操から脱落者を出さないために」といった体操参加者のことを自分たちで話し合う場となり、次第に「体操に参加していない人にどうやって参加してもらうか」「男性の参加者を増やすために」など、体操に来ていない地域の高齢者にも意識が向かうようになってきている。

また、活動を継続する中で、活動グループによっていろいろな工夫や困りごとへの対応をしており、それをサポーターの前で報告してもらうことで、他の活動グループにも工夫が広まっている。例としては、認知症の参加者への配慮として靴や上着を間違わないようにクリップで番号をつけるや、新しい参加者が来たときには、気後れしないように、全員が新人となったつもりで自己紹介から始めることなどがある。さらに、活動グループで体操以外のレクリエーションもバラエティに富んでおり、それを他のグループにも紹介する場にもなっている。サポーターが他の活動グループに教えることや、共通のレクリエーションで活動グループ同士の大会にもつながっている。



今後の方向性・課題

(1) 今後の方向性

商工会議所と連携し、「大東元気でまっせ体操」の参加者は割安になるような協力店をつくることで、新たな団体や参加者を増やす予定である。

(2) 今後の課題

①人材

当初は「大東元気でまっせ体操」の拠点づくりに一緒に取り組んでいた地域包括支援センターの業務量の増大のために、拠点づくりの活動が少なくなっている。また、職員の異動などの影響で地域包括支援センターの地域づくりへの意識も低下してきている。

②施設・設備

自主地域の公民館の利用状況が活発である地域では、会場の確保が困難になってきている。

③その他

体操の拠点は市内全域にできてはいるが、地域によって拠点数に差が生まれている。拠点数の少ない地域は、民生委員と校区福祉委員がうまく連携できない等、さまざまな問題を抱えている。出前講座の開催についてだけは繰り返し依頼はあるものの、体操の継続には至らない、出前講座の開催すら難しい地域も存在する。体操の普及を開始して平成 26 年度で 10 年目に入り、体操の拠点数の増え方が鈍っている。

他の市町村へのアドバイス

■あくまでも主体は「住民」

地域へのアプローチの際に「やってください」「一緒にやりましょう」は禁句である。あくまでも主体は「住民」であり、この 2 つの禁句を使った時点で、住民から「主体は行政」ととらえられてしまう。最後まで継続できないことは、最初からやらない。行政がやれることは、最初から提示する。自主化に向けて行政の意向を小出しにすることは住民の不信感につながってしまうので、留意しなければならない。

※写真は大東市の承諾により掲載

大阪府島本町

事業の特徴・アピールポイント

- 高知市が先駆的に行っていた「いきいき百歳体操」や、その地域展開をそのまま活用することで、普及啓発から地域展開、サポーター育成が円滑に短期間で進んだ。
- 一次予防、二次予防を一体として取り組んでいること。介護予防の対象は地域に住む人であり、住民の間で分け隔てなく介護予防に取り組むことができる。
- 地域包括支援センターと保健分野の保健師が協働している。また地域内病院のセラピスト（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）も協働している。

自治体の概要

人口	30,908 人	高齢化率	22.6%	平成 25 年 3 月末時点
一号被保険者数	7,166 人	要介護認定率	15.7%	平成 25 年 10 月末時点
介護保険料（第 5 期）	4,500 円			

事業の概要

（１）いきいき百歳体操・かみかみ百歳体操とは
高知市の「いきいき百歳体操」「かみかみ百歳体操」、その地域展開方法をそのまま活用している。

「いきいき百歳体操」は、高知市が作成した筋力づくり運動である。0～2 kgまで 10 段階に負荷を増やすことのできるおもりを手首、足首につけて運動を行う。運動効果のある週 1～2 回、拠点に集まって体操する。おもり（負荷）調整は自己管理で行う。体操だけを行っているところもあるが、体操の前に歌を歌ったり、年に数回お茶会をしたりするところもある。体操を行っていることは同じであるが、それ以外はそれぞれの地域による。体操時間は約 45 分である。

「かみかみ百歳体操」は、高知市が作成した口腔機能向上の運動である。いきいき百歳体操を行っていることを前提に行う。体操時間は約 15 分である。

「いきいき百歳体操」「かみかみ百歳体操」共に対象者は主に高齢者であるが、特に何も制限はない。住民が自分たちの意志で拠点を立ち上げる。住民主体で行っており、住民が日常的に運営し、継続している。

（２）事業の広がり

町内 35 カ所（うち、かみかみ百歳体操も実施しているのは 32 カ所）で実施（平成 26 年 2 月時点）。住民主体で行っているため正確な参加者数は把握していない。年に 1 回、地域参加者に実施するアンケートの回答者数は 358 人（平成 25 年 7 月時点）である。この回答からみると、高齢者人



口の4.7%、後期高齢者人口の7.2%が体操に参加している。

(3) 実施頻度・規模・利用者アクセス・利用者負担

実施頻度	どの拠点も運動として効果のある週 1～2 回の頻度で実施している。時間帯も拠点により様々であるが、午前中のところが多い。
規模	利用者数が5～6人の拠点から、40人近い拠点もある。
利用者アクセス	利用者は、徒歩、歩行器、自転車等、自分で行ける範囲の会場に参加している。
利用者負担	利用者負担の有無については拠点ごとに異なる。

(4) 利用者像

利用要件のない拠点がほとんどである。自治会の集会所を拠点にしているところ等では自治会会員であること等が要件となっているところもある。

アンケート結果を見ると、地域参加者の平均年齢は76歳で、75～79歳の参加者が多い。性別は男性が約15%、女性が約85%である。

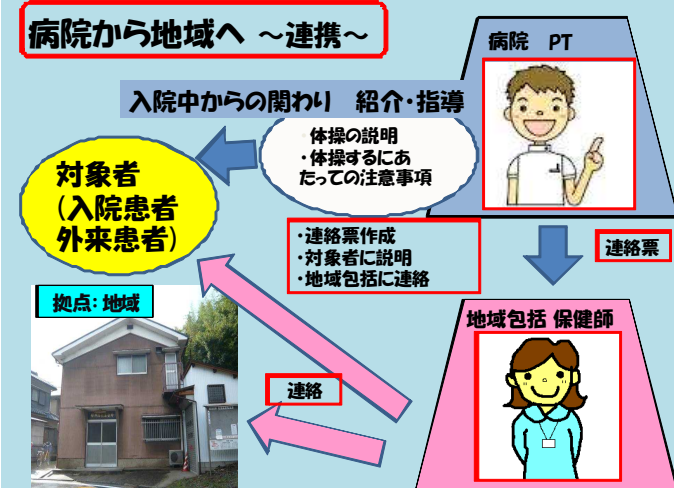
要介護認定を受けている人が約16%いる。そのうち要支援1・2の人が多いが、要介護3の人も参加している。若年の難病の人も参加している。元気な人も参加している。

近所の人が誘ったり、利用者の広がり口コミがほとんどである。「リハビリ的なことがしたい。運動がしたい。転居してきたばかりなので近所とのつながりが欲しい。」等の相談があった時に地域包括支援センターから紹介することもある。また、町内にある病院の理学療法士等が、入院患者や外来通院患者に対していきいき百歳体操を紹介することもある。

なお、認知症の利用者も受け入れている。曜日が分からなくなり参加しにくくなる人もいるが、他の参加者が何気ない声かけをする等、できる範囲で対応している。ゆるやかな見守りができている。

脳卒中等の急性期疾患発症後の利用者も受け入れている。本人が会場まで行くことができれば参加可能であり、閉じこもり予防にもなっている。また、町内にある病院の理学療法士等が作成する「いきいき百歳体操連絡票（以下、「連絡票」とする）」も活用しており、退院時等に理学療法士等から本人に説明し、連絡票により地域包括支援センターに連絡が入り、地域包括支援センターから地域に事前連絡することもある。必要で

病院から地域へ～連携～



担当: 受付		【島本町 いきいき百歳体操連絡票】		平成 年 月 日	
患者氏名:	男・女	合併症 (医学情報)	機能障害		
生年月日: M・T・S・H 年 月 日 (歳)		☐ 心疾患 ☐ 呼吸器疾患	☐ 意識障害		
診断名:		☐ 高血圧 ☐ 消化器疾患	☐ 精神障害		
障害名:		☐ 不整脈 ☐ 腎尿系疾患	☐ 失行・失認		
要支援	1 2	☐ 貧血 ☐ 肝疾患	☐ 嚥下障害		
要介護	1 2 3 4 5	☐ 糖尿病	☐ 視覚・聴覚障害		
原住事業所		【備考】	【家族構成】		
【利用上の利点】		【利用者への説明】 利用者本人・家族・友人			
【現病歴・治療経過】					
【いきいき百歳体操上の留意点】					
【運動能力】					
項目	自立度	備考			
立位	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助				
階段昇降	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助				
屋外歩行	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助				
外出頻度 (回数/週)	5～4回 1～2回 0回				
【患者さんの連絡先】		【会場名】			
住所:		【参加時期】			
TEL:		【会場までの移動手段】			
【目標】		【保健士の介入】 内容説明 連絡 その他			

あれば初回同行し、本人も参加しやすく、地域も受け入れやすいようにしている。

（５）事業運営の担い手

住民が運営している。地域の代表となっている人やサポーターの年齢は幅広いが、参加者同様に後期高齢者が多い。性別は女性が多い。

老人クラブや自治会の役員をしていたり、サポーター講座を受けた人が多い。地域のために何かやりたいという思いがきっかけになっていることが多いが、「ここの集会所で体操したい」と近所の人からサポーターを説得した場合もある。必ずしもサポーターがいなければならない訳ではない。

（６）会場施設

自治会集会所、マンション集会所、公民館等が会場になっている。中学校のコミュニティールームでも行っている。特別な設備は必要ないが、椅子が必要。ビデオデッキやDVDプレーヤーがあるほうがよいが、無ければCD等の音楽だけでもできている。

（７）事業への支援

①行政の支援

財政面については、会場費、報酬等資金的な支援はしていない。事故発生時には町が加入している住民活動保険（町独自財源であり、この活動に限らない）を適用する。いきいき百歳体操サポーターの希望者にはボランティア活動保険に町が費用負担（地域支援事業費）して加入してもらっている。

人材面について「いきいき百歳体操をはじめたい」と声があがった際には（拠点が立ち上がる時）、運動として効果のある週１～２回継続することを条件に、最初の４回、地域包括支援センター、保健担当課の地区担当保健師と一緒に拠点に出向き、体操の意味、方法等を説明する技術支援を行う。また、年数が経過しても効果的な体操が継続できるように、「おさらい月間」と称し、年２回地域包括支援センターと地区担当保健師が地域展開拠点をまわり体操のおさらいを行っている。

体操に必要なビデオ等の媒体とおもりにについては無料貸出しを行っている（おもりバンドは、既製品の他、町内の知的障害者授産施設に安価で作ってもらっている）。



②行政以外の専門職の支援

町内の病院の理学療法士等にも、いきいき百歳体操を軸とした介護予防の取組みを理解してもらい、参加者の体操技術の向上、モチベーションアップを目的に「おさらい月間」と一緒に地域にまわってもらっている。理学療法士等は、体操のより良いやり方、痛みや疾患のある人へのアドバイス等を担っている。おさらい月間の効果的な方法、評価方法や結果の分析等、地域包括支援センターや保健師に対するアドバイスもしてもらう。

また退院時に、いきいき百歳体操に参加したほうが良いと判断した場合には、本人の目標や体操を行う際の注意点等を記載した連絡票を理学療法士等が作成し、地域包括支援センターに連絡

が入るようになっている。

事業の具体的内容

いきいき百歳体操は、利用者が週1～2回拠点（集会所等）に集まってビデオに合わせて体操を実施する。体操の時間は、準備体操、筋力運動、整理体操まで含めて30～45分程度である。

手首や足首におもりバンドをつけて運動を行う。200g ずつ負荷を調節することができるので、その人の体力に合ったトレーニングが可能である。

かみかみ百歳体操は、いきいき百歳体操を行っていることを前提に実施している。体操の時間は約15分である。いきいき百歳体操と合わせて約1時間となる。

体操だけをしている拠点もあれば、体操の他に歌を歌ったり、お茶を飲んでおしゃべりをしたり、時にお楽しみ会（花見や新年会等）を行う拠点もある。

会場の設営（椅子の準備）、ビデオ操作、片付けまで住民が自分たちで行っている。なお、おもりとビデオ（DVD）については包括が貸出しているが、それぞれの拠点で住民が管理している。



事業の経過

（１）介護予防に向けた住民参加型事業の構想

介護予防にどう取り組んだらよいのか、従来のままの事業展開で効果があるのか、と悩んでいた時に、当時の管轄保健所長に相談したところ、介護予防に先駆的に取り組み、地域での展開も進んでいる高知市の「いきいき百歳体操」を紹介され、当時介護保険・高齢福祉担当課、障害福祉担当課、保健担当課の保健師が高知市を視察することになり、その取り組みを学ぶ機会を得た。高知市の住民の「いきいき百歳体操は良いよ。足が良くなった。元気になった。」等の声を聞いて効果を目の当たりにし、既に効果検証されている体操を自らも体験したことで、体操効果が間違いないことは確信できた。それにより、「いきいき百歳体操は効果がある。島本町でも取り組みたい」と思い、取り組みを開始した。

（２）事業のスタート

島本町では体操を独自に開発するためのスタッフや費用、時間もなかったので高知市での「いきいき百歳体操」をそのまま活用することとした。地域展開の方法（週1～2回継続することを条件に、最初の4回技術支援を行い、その後は住民が自分たちで継続する）、サポーター育成方法についても同様である。

当初から一次予防と二次予防（当時は特定高齢者）を一体として行うことを決め、住民主体の活動とし、それを大事にして取り組んでいった。そして、マンパワーの確保、地域とのつながりを考え、当初から地域包括支援センターと保健担当課の保健師が協働して取り組むこととした。

いきいき百歳体操を軸に介護予防に取り組むことを職員間の共通理解とするため、視察後すぐに報告会を行った。また、管轄保健所主催で高知市職員（保健師、理学療法士）を講師に、管理職を含めた部内職員を対象とした研修会も行い、取組みにあたってのリスク管理等の疑問点を解消し、今後の展開スケジュールを検討した。

また、町長へ直接説明するとともに、地域に身近で核となる関係機関である社会福祉協議会、民生委員児童委員協議会、医師会へ説明を行い、住民への普及啓発をスムーズに行っていく準備を整えた。いきいき百歳体操の効果と地域展開のすばらしさを「島本町の住民にも知らせたい」という思いから、まずは普及啓発に力を入れ、地域展開の足がかりを作った。地域展開に必要なデータ等は当初は高知市のデータを使用させてもらった。

高知市の取組みをそのまま活用したこと、住民主体の活動として取組んだこと、地域包括支援センターと保健担当課の保健師が協働したこと、それらにより短期間で成功することができた。

（３）全町展開に向けた対策

介護予防の取組みを「島本町元気高齢者拡大大作戦」として●いきいき百歳体操の普及・啓発●いきいき百歳体操サポーター育成講座●いきいき百歳応援講座●いきいき百歳体操地域展開～誰もが
できる場所での展開～という４つ柱を立てた。

老人クラブ、健康教育等、住民が集まる機会があれば、地域に出向き、テーマが何であれ、島本町の高齢者の現状、介護予防の必要性、「いきいき百歳体操」の効果を説明し、体操を体験してもらった。とにかく普及啓発に励み、それが進むうちに、体操の説明をして欲しい等の依頼も出てくるようになり、町全体に浸透していった。



地域展開については、高齢者が10～15分歩けば拠点があるようにと、取組みを開始して3年後の拠点数目標値を設定した。

地域展開が広がってからは、地域のモチベーションが維持できるように毎年、地域拠点の参加者が一堂に会する交流大会を実施している。

いきいき百歳体操の地域展開がある程度進んでから、新たな仕掛けとして、「かみかみ百歳体操」を導入した。

また「おさらい月間」と称して、毎年2回（いきいき百歳体操で1回、かみかみ百歳体操で1回）、地域展開の拠点をまわり、様子確認として体操のおさらいと参加者アンケート、身体機能評価（いきいき百歳体操では Timed Up & Go、かみかみ百歳体操では反復唾液嚥下テスト）を行っている。さらに、スタッフとして町内の病院の理学療法士等とも協働し、より効果的に体操が継続できるようにしている。

（４）本事業の立ち上げに関連した事業

取組み始めの頃に「応援講座」を一定期間開催した。対象は要介護認定に関わらず地域包括支援セ

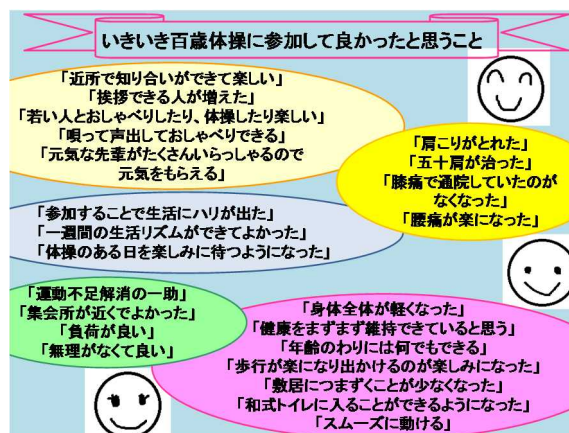
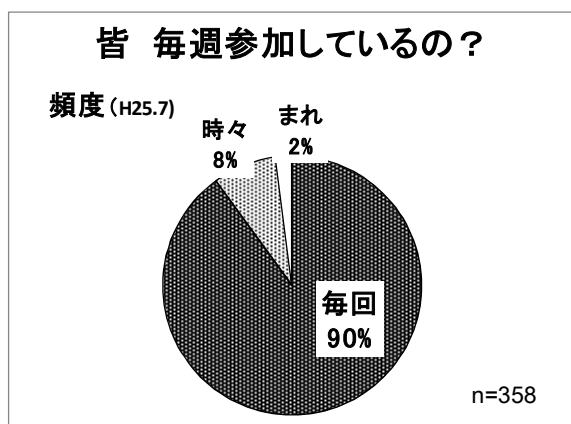
ンターや保健師が今までの活動で知り得た虚弱な人や脳卒中後遺症者、特定高齢者候補者（当時の言い方で）等とした。この講座の目的は、島本町でのデータ取得、サポーターの実践の場、拠点の開拓であり、地域展開が進んだので、開催したのは3クールで現在は実施していない。

今後の方向性・課題

（１）今後の方向性

いきいき百歳体操を軸に介護予防に取り組むこと、介護予防をまちづくりとして取り組むという方向性、住民主体を応援する姿勢を持ち続けることも変えない。各小学校区に複数の拠点（会場）を、高齢者が歩いて10～15分で行くことができる場所に拠点があるように、という目標値は達成したが、さらに拠点が增える仕掛けが必要である。

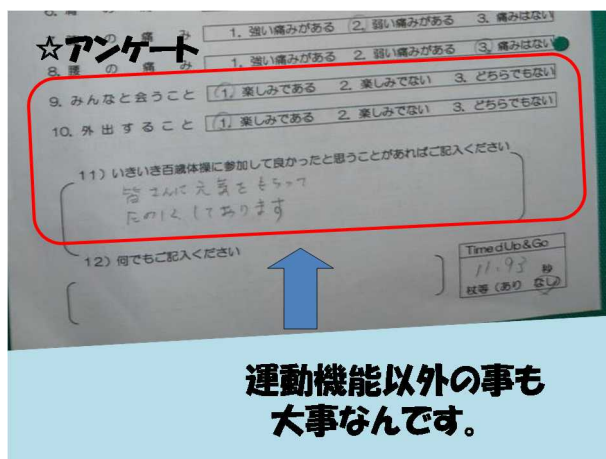
活動の評価は、要介護認定の認定率や地域参加者へのアンケート結果を見ているが、それらを継続して見ていく必要がある。内容的には今までどおりで、地域のモチベーション維持、地域からの声を受け、不安があればその解消を行っていくこととしている。



＜アンケート結果の一例（平成25年7月）＞

回答者数358人

「いきいき百歳体操」に参加してから良い変化のあった部分	人
椅子からの立ち上がり	93
階段の昇り降り	64
膝の痛み	56
布団からの起き上がり	46
腰の痛み	39
室内の歩行	28
屋外歩行(15分くらい)	25
肩の痛み	22



（２）今後の課題

①人材

地域包括支援センターの職員と保健担当課の保健師が協働しており、マンパワーの確保のためにも、今後もその体制が必要である。

②財政

大きな費用がかかるものではないので、財政面での課題は特にない。

③施設・設備

ビデオ等の設備がない会場に対し、デッキが貸出しできるように検討中である。

④利用者のアクセス

拠点が複数あることで、利用者が行きやすい会場に行くことができる。認知症の人で曜日が分からない場合や介助までは要らないが道中に少し見守りが必要な人が行けるような工夫（当事業の利用の休止者が利用を再開する場合には、今までの関係で自然と声かけや誘い等がしやすいが、最初からその状態であると困難なことがある）の検討が必要である。

⑤その他

拠点に参加し、つながりができていても体調不良等で参加困難になっていく事例もある。もともと地域とのつながりの少ない人はつながりにくい傾向にある。このような人への働きかけをどのように行っていくかを課題と感じている。また、サポーターのレベル維持を図っていくことも必要である。

他の市町村へのアドバイス

■まちづくりとしての介護予防

介護予防を「まちづくりとして取り組む」ことである。地域展開は住民主体の取り組みであり、行政から「ここでやってください」と依頼するものではない。住民の力を信じることが大切である。

地域包括支援センター、保健担当課の各スタッフ（専門職をはじめ、事務職員を含めた職員全体）が、体操や地域展開について十分理解し、それらの効果を実感している必要がある。最初はその良さをあらゆる機会をとらえてとにかく普及啓発することが必要である。地域の声（喜びの声、相談、地域での工夫）やサポーターの声等が集まってくるので、それを他にも伝えていくことで、地域と地域をつないでいくことができる。

※写真は島本町の承諾により掲載

兵庫県洲本市

事業の特徴・アピールポイント

- 住民の自主運営による「地域が地域の高齢者を支える」事業
- 高齢人口の8.6%が一度でも「いきいき百歳体操」をしたことがある
- 生活リズムにメリハリができ、笑顔で参加できる体操
- 職員も住民も短期間で効果が分かり、モチベーションが上がる

自治体の概要

人口	47,487 人	高齢化率	29.9%	平成 25 年 3 月末時点
一号被保険者数	14,362 人	要介護認定率	19.5%	平成 25 年 10 月末時点
介護保険料（第 5 期）	4,750 円			

事業の概要

（１）洲本市いきいき百歳体操事業とは

市の支援のもと、洲本市在住の全高齢者を対象に、住民主体で地域の高齢者が週 1 回体操を行っている。住み慣れた洲本市でいつまでも、いきいきとした生活が送れるように、身体機能、日常生活動作、生活関連動作の維持向上、生活不活発病への認識の向上、閉じこもり予防、地域でのつながりづくり等を支援している。

（２）事業の広がり

平成 25 年 12 月時点で市内 51 グループ、42 会場で取組みが行われている。平成 25 年度で体操を 1 回でも実施したことがある人が 1,251 人で、実利用者の対高齢者人口比は 8.6%となっている。要支援 1～要介護 5 までの人も 85 人が参加したことがある。

（３）実施頻度・規模・利用者アクセス・利用者負担

実施頻度	週に 1 回の頻度で開催されており、時間帯も午前、午後と会場によって異なる。曜日、時間はグループで決めている。
規模	1 会場あたり 5～50 人が参加している。
利用者アクセス	利用者は自力にて実施会場に通うことが基本であるため、移動手段は徒歩、自転車、バイク、自動車である。中には乗り合いにて参加している人もいる。
利用者負担	利用者負担については、各グループによって異なるが基本的に利用者負担はなし。会場によっては、会場使用料・冷暖房費等がかかる会場があるため 100 円程度集めているグループもある。余った場合は、茶話会や食事会に使用している様子。

（４）利用者像

①利用者の概要

事業の対象者は、市内に在住で、自力にて実施会場まで通うことができる人としている。利用

者の平均年齢は 75 歳で、男性は最年少 51 歳から最高齢 92 歳まで、女性は最年少 54 歳から最高齢 95 歳までと幅広い。90 歳以上の参加者は男性 2 人、女性 20 人となっている。男女比では、利用者の 15%を男性、85%を女性が占めている。

利用者の要介護度をみると、一次予防、二次予防対象者、要支援 1・2 から要介護 1 程度の人が多い。車いすで通う人の受け入れを行っている会場もある。軽度の認知症を有する参加者を受け入れているグループもある。急性期疾患発症後の人についても、自力で通う、家族の送迎ができるようであれば、受け入れが行われているようである。

②利用のきっかけ

利用者の拡大を図るために、洲本市として、老人クラブや町内会、民生委員会、ボランティア団体等の様々な集まりでプレゼンテーションを行ったり、広報、ケーブルテレビ、新聞等を使って啓発活動を行っている。地域では住民同士のネットワークでの声かけや回覧板等で啓発を実施している。

（５）事業運営の担い手

事業運営の担い手はグループによって異なるが、地域住民の中で、町内会、老人クラブ、地域のサロン、ボランティア団体等の役員がサポーターとして活躍している。町内会、老人クラブ、地域のサロン、ボランティア団体等の活動の一環として取り組んでいるグループが多い。

担い手となっている人の年齢は 50 歳代～80 歳代と幅広く、平均年齢は 71 歳である。男性と女性の割合は、男性 57%、女性 43%となっており、若干男性が多い。自治会の役員や退職者が多くなっている。

多くのサポーターは、地域の高齢者が元気で過ごしてもらいたいという思いで手伝っている様子である。サポーターの負担にならないように、困ったことや問題があったら市のスタッフが対応するようにしている。対応にあたっているスタッフは、介護予防担当者、理学療法士、健康運動指導士、保健師、歯科衛生士、地域包括支援センターの保健師等である。

（６）会場施設

ほとんどの地域で自治会施設の集会室を会場として実施している。また、社会福祉協議会、介護保険サービス提供施設、公民館、旧中学校等の部屋を借りて実施しているグループもある。

体操実施する際には、椅子、テレビ、DVD デッキ、血圧計を準備してもらっている。



（７）事業への行政の支援

事業において行政が行っている支援は、開始時の説明会、初回支援、3 カ月後支援、6 カ月後支援である。初回支援および 3 カ月後・6 カ月後支援では、理学療法士、健康運動指導士、看護師、事務員が次のような支援を行っている。

■ 初回支援	一緒に体操をして注意点を伝えることに加え、次の3回の支援を行う。 ①体力測定（膝伸展筋力、TUG、開眼片足立ち、椅子座位体前屈）、 アンケート（基本チェックリスト、移動・筋力・平衡性、健康観、痛み） ②運動についての講話（運動の注意点やメリット、正しい運動方法等） ③グループワーク（継続のための工夫、アドバイス、体操の効果等）
■ 3カ月後支援	体力測定（同上）、アンケート（同上）
■ 6カ月後支援	体操の注意点や効果についての講話

また、その後も年1回のペースで定期支援（体力測定やアンケート）を行っており、体力測定後には、「いきいき百歳体操の場はどのような場か?」「体操の効果は?」等と継続を支援するための簡単な講話も行っている。

必要に応じて、自分の生活に意識を向けてもらうことを目的とした、保健師による支援も行っている。この内容は、3カ月に1回、合計4回で構成するグループワークで、①これまでの自分の経過を振り返り、今の自分の生活や体の状態を意識する、②日常生活そのものの体の使い方、動かし方を意識する（1回目）、③日常生活そのものの体の使い方、動かし方を意識する（2回目）、④自分らしくいきいきと生活していくためのコツについて考える、というものである。

また、グループからの要望があれば、認知症、介護保険、ウォーキング、防災、口腔ケア、生活不活発病予防等の学習会の講師派遣も行っている。講師派遣には次のような例がある。

- 認知症について（地域包括支援センター職員、認知症サポーターによる）
- 介護保険について（地域包括支援センター職員、在宅介護支援センターによる）
- ウォーキングについて（市の理学療法士、健康運動指導士による）
- 防災について（市の防災課職員による）
- 生活不活発病について（市の保健師による）

物的支援としては、体操で使用するおもりとDVDの貸出を行っている。

事業の具体的内容

事業の内容は各地域に委ねているため一律ではないが、一例を以下に示す。

9:30～10:00

- サポーターの方が会場を準備
- 地域住民は自力にて会場に集まる
- 来た人から順番に血圧測定（自動血圧計）を実施

10:00～10:30

- いきいき百歳体操を実施
- 51グループ中26グループはかみかみ百歳体操も実施（+15分）

10:30～

- 会場を片付け、帰宅
- 中には、茶話会・その他体操等を実施するところもある（+30分～1時間）



事業の経過

（１）事業に取り組んだきっかけ

洲本市は、後期高齢者や独居高齢者の増加に加えて、介護保険の認定率の著しい伸びが分かり、超高齢化社会に向かってどのような取組みをすればよいか様々な検討を行ってきた。また、平成 19 年度の洲本市要介護度別原因疾患データでは、要支援 1・2 の原因疾患の 4 割は整形外科疾患であり、運動機能低下をきたしていることが分かった。

平成 18 年度より介護予防事業に取り組み、教室開始時と終了時の評価（体力測定、姿勢、チェックリスト等）で改善や維持の結果が表れたり、参加者が自分の体の状態を知り、今後の生活を見直す機会になる等、ある程度の効果を出すことができた。しかし、それと同時に次のような問題点も出てきた。具体的には、①スタッフのマンパワー不足により教室回数が限られる、②地域住民に介護予防の認識を伝えることが難しい、③教室参加者が集まらない、参加者の固定化がある、④以前教室参加していた人が、再度参加している（リピーター）、⑤時間・お金・マンパワーがかかる割には、一定の人数しかフォローできない、⑥月 1 回の介護予防教室では運動機能を維持することが困難等の点が挙げられた。

上記のなかでも最も大きな問題点として、「介護予防教室参加後のフォローする場・継続して体操して行く場がない」ことを挙げ、その解決策として「身近な地域で実施する住民主体の介護予防活動を支援する」ことを考えた。洲本健康福祉事務所より、首長等に介護予防の重要性を説明してもらったり、先駆的に取り組んでいる地域へのつなぎ（視察のお願い等）をしてもらう等のバックアップを受け、そこで出会ったのが高知市発祥で全国の様々な地域で成功している「いきいき百歳体操」であった。

（２）事業のスタート

事業の開始時には、まず、職員の理解と意思統一のために多くの会議を行った。それと同時にモデル事業で効果について確認し、地域展開に繋げた。

- ① 平成 21 年 10 月 洲本健康福祉事務所と担当スタッフで今後について話し合う
- ② （同上） 第 13 回日本健康福祉政策学会学術大会 in Kochi2009 に参加
- ③ 平成 21 年 11 月（第 1 回）、平成 22 年 3 月（第 2 回）の介護予防検討会を健康福祉部で実施（その後も年 1 回の頻度で継続的に開催を行っている）
- ④ 平成 21 年 12 月岡山県津山市を視察
- ⑤ 平成 21 年 12 月（第 1 回） 関係機関と介護予防検討会を実施
その後も年 1 回の頻度で継続的に開催を行っている
- ⑥ 平成 21 年 12 月 介護保険事業計画会議にて説明
- ⑦ 平成 22 年 1 月～3 月 いきいき百歳体操モデル事業を実施（計 12 回）
- ⑧ 平成 22 年 5 月より地域でいきいき百歳体操を実施
- ⑨ 初年度はモデル事業に参加した 5 グループで実施

（３）全市展開に向けた対策

普及啓発のために洲本版 DVD・パンフレットを作成し、様々な会にて紹介した。また、新聞、広報、ケーブルテレビ等のメディアを活用し、多くの人に知ってもらう機会をつくった。

参加者には、体操を継続して行う必要性を説明し、交流会等を実施した。参加を継続してもらうために説明を行ったポイントとしては、次のような点が挙げられる。

- 年齢を重ねるごとに身体機能（筋力、バランス、柔軟性、持久力等）が低下してくる
- いきいき百歳体操を継続することで身体機能を維持・向上できる
- 身体機能が維持・向上することで、自身の生活を維持できる
- 生活維持とは、「毎日当たり前に体を使ったり、動かしたり（家事や農業等）すること、そこに『やりがい』を持っていること」



また、サポーターには、負担にならないように様々な意見を聞くサポーター会を実施した。職員に関しては、定例会を実施し情報共有、研修会や視察等にも積極的に参加した。

【メディアの活用】

- ・ 洲本版「いきいき百歳体操」「かみかみ百歳体操」を作成
- ・ すもと広報に特集を掲載
- ・ 地元紙（新聞）に特集を掲載
- ・ ケーブルテレビにて特集を放送
- ・ カラーパンフレットを作成

【啓発活動】

- ・ ボランティアのつどい、サロン代表者会等で紹介
- ・ 高齢者のつどいの場（老人会、サロン）で出張紹介
- ・ 洲本市介護支援専門員連絡会で紹介とお願い（年1回）

【交流の促進】

- ・ 淡路圏域いきいき百歳体操交流会を実施
- ・ 洲本市いきいき百歳体操交流会を実施（年1回）
- ・ 全国いきいき百歳サミット in 洲本を実施

【サポーターの支援】

- ・ サポーター会を実施（年1回）

【職員の取組み】

- ・ 高知市いきいき百歳体操交流大会を視察
- ・ スタッフ間連携を高めるため定例会を開始（月1回）
- ・ 関係機関の専門職（社会福祉協議会、地域包括支援センター、在宅介護支援センター）と連携を高めるため会議を実施（年1回）

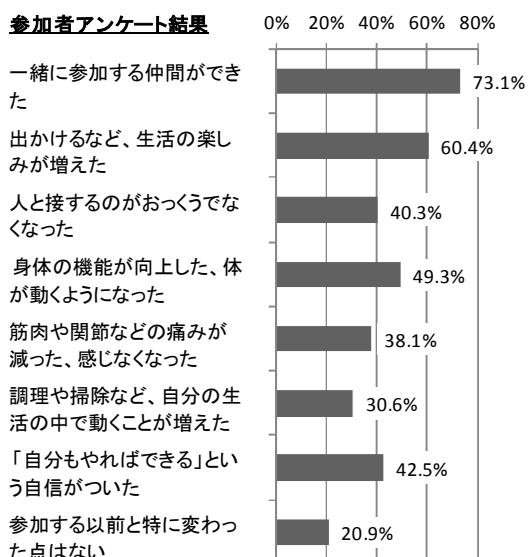
これらの取組みにより、平成22年度に6グループ、平成23年度に12グループ、平成24年度に24グループ、平成25年度に9グループが活動を開始した。

(4) その後の展開

平成24年11月に開催した「第1回洲本市いきいき百歳体操交流会」において、参加者に対し体操に参加したことによる変化についてのアンケート調査を行った。その結果、134人の回答によると、「一緒に参加する仲間が増えた」や「出かける等、生活の楽しみが増えた」等の社会参加の面や、「身体の機能が向上した、体が動くようになった」等の機能向上面で、79.1%の参加者が何らかの変化を感じていることが分かった。

週1回の継続的な実施が身体機能の向上につながったり、仲間ができることで地域での共助の意識が高まる、閉じこもり・うつ予防につながる等の変化が見られている。行政主体から住民主体へ移行したことによる成果を確認することができた。

参加者アンケート結果



今後の方向性・課題

(1) 今後の方向性

高齢者が自分らしくいきいきと生活していくことができるよう、体操だけでなく、日常生活そのものの体の使い方動かし方を意識できるように支援を継続して行く必要がある。洲本市内に100グループの活動が展開されることを目標に普及啓発、支援を行う。また、元気高齢者だけでなく、要支援、要介護者、疾患のある人等誰でも参加できるように工夫する必要がある。

(2) 今後の課題

①人材

サポーターは、サポーターの役割だけでの参加になると、その役割が終わると途切れてしまっている状況がある。サポーターが自分にとってのいきいき百歳体操の場の意味を感じたり、自分の生活に意識を向け、活動性を維持していけるよう支援していく必要がある。また、サポーターの代替わりの際に、引継ぎがスムーズに行えていけるかが今後の課題である。

②財政

財政面については、特に問題ない。今後も問題ないとする。

③施設・設備

地域の自治会施設や実施施設の老朽化、段差等があり利用者が限られる会場もある。

④利用者のアクセス

中山間地域等の地理的な条件により、自力での来場のみでは限界がある地域への対応は課題である。

⑤その他

個人評価、事業評価方法を確立することが必要である。個人評価では、体力測定やアンケート

の結果等を高齢者に分かりやすく伝え、身体機能だけでなく生活機能の面も含めて、評価をしていきたい。事業評価においては、体操の継続者や中断者の実態を知り、課題を抽出することによって継続的に支援を行っていく方法を検討していきたい。事業が医療費や介護保険費の抑制につながっているか、ハイリスク者への対応ができていくかという観点も必要である。

住民の中には、体操は「元気な人が行く場」「女性の人が行く場」等の認識が影響して、体操を行うことが必要な人がつながらなかったり、体操を継続していくことが困難な人がある。身近な地域で誰でも体操に参加することができ、その中で人とのつながりができていくような地域づくりをしていく必要がある。

他の市町村へのアドバイス

■ 住民主体

住民主体の活動なので、行政が過度に関与しないようにしている。行政が一定の形にはめようとすると、住民に行政の下請けをさせられるような感情が生じて意欲を失ってしまいかねない。行政が住民を動員する形にならず、あくまで、住民主体を忘れないようにしている。

■ 職員や関係機関・関係職の理解

実施にあたっては、職員の理解、関係機関・関係職の理解を深めないとスムーズにいかない場合がある。関係機関・職種としては、社会福祉協議会、地域包括支援センター、在宅介護支援センター、病院、医師会等に所属する、医師、看護師、社会福祉士、ケアマネジャー、保健師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士、運動指導士等が挙げられる。関係者の間で連携を密にしたり、情報提供を行うことが大切である。

■ 行政からの助言

活動にあたっては、住民の理解、なぜこの体操に取り組むのか、いつまで行うのか、体操効果について等の助言は必ず必要になる。参加者が自分の今の状態を知り、今後どうなっていくのかを理解してもらうように支援することが大切である。自身を振り返る、知る、今後の考える等の支援が重要だと考える。

■ 担い手への支援

サポーター（担い手）の負担をできる限り軽くすることが必要である。

■ 評価の実施と実態把握

住民も職員も効果が分かればやる気が起きるので、個人評価、事業評価をしっかり行うことが大切である。また、高齢者の実態を把握することも重要である。

※写真は洲本市の承諾により掲載

兵庫県淡路市

事業の特徴・アピールポイント

- 住民が主体的に取り組んでいる
- 地域のセーフティネットの機能を果たしている
- ケアマネジャーやその介護保険サービス事業所の職員にも認識してもらうことで新たな参加につながっている

自治体の概要

人口	47,229 人	高齢化率	32.6%	平成 25 年 3 月末時点
一号被保険者数	15,457 人	要介護認定率	21.3%	平成 25 年 10 月末時点
介護保険料（第 5 期）	4,600 円			

事業の概要

（１）淡路市いきいき 100 歳体操とは

平成 15 年から高知市が開発・評価した筋力強化プログラムである。映像を見ながら約 30 分の筋力強化の体操（準備運動、5～7 種類の筋力づくり運動、整理体操で構成されている）を実施する。おもりの調節により個人の状態に合わせた負荷の調節ができるため、一般高齢者～要介護 1 程度の人と同時に体操を行える。

対象は市内の高齢者であり、特に①75 歳以上を中心とする、②要支援 1・2 の認定を受けている人や二次予防事業対象者等の虚弱な高齢者、③その他として閉じこもり気味の人や整形外科疾患等の人としている。

主体・担い手は、体操実践者である。

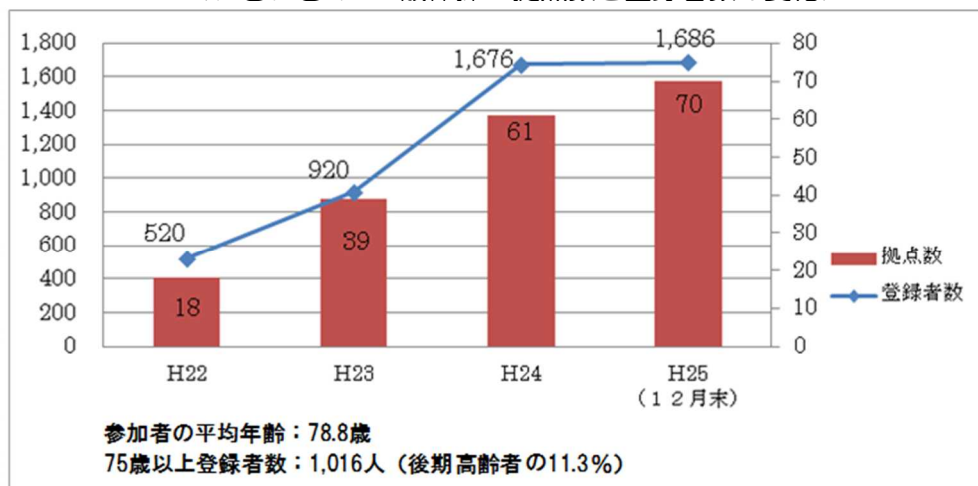
目的は、①虚弱高齢者や後期高齢者が参加し、筋力の向上に取り組むことにより、要介護状態に陥ることを防ぐ、②体操を通して地域で高齢者を支え合う地域づくりを目指すとしている。



＜いきいき 100 歳体操 拠点数と登録者数の変化＞

（２）事業の広がり

いきいき 100 歳体操の拠点数と登録者数は平成 22 年開始以降順調に増加している（右図参照）。なお、平成 24 年度から 25 年度にかけて登録者数の伸びが鈍化しているが、これ



は複数の拠点に参加している重複者を整理したためである。

（３）実施頻度・規模・利用者アクセス・利用者負担

実施頻度	会場ごとに週１回か２回かを参加者が自ら決めている。主に平日の午前１０時前後の開始あるいは午後１時半前後の開始が多い。
規模	会場ごとに５人程度から４０人程度まで異なる。
利用者アクセス	徒歩あるいは自家用車やバイク等である。乗り合わせの人もある。
利用者負担	利用者負担はない。冷暖房費等が必要な会場は５０～１００円程度／回／人徴収しているが、余分に集めてお茶代や小旅行の積立に活用している場合もある。

（４）利用者像

いきいき 100 歳体操自体の要綱はなく、介護予防事業の要綱内に規定している。地域支援事業なので基本的には 65 歳以上が対象である。登録者のうち男性は約 14% で、圧倒的に女性が多い。登録者の平均年齢は 78.8 歳（平成 25 年 12 月時点）。

心身状況については、二次予防事業対象者・要支援程度の人・椅子を持って立てる程度であれば要介護者も利用可能としている。一般高齢者も利用可能である。

認知症の利用者を受け入れている。認知症状が出て来てもそのまま利用が可能であるが、今後は軽度の認知症の人を見守ることもできる場としたい。

脳卒中等の急性期疾患発症後の利用者を受け入れている。特に疾病による制限は設けていない。

（５）事業運営の担い手

事業運営の担い手は体操の参加者が中心であるため、70 歳以上の人が多い。参加者の大多数が女性であるため、担い手も女性が多い。老人会の男性役員が担っているという場合も少数だが見受けられる。職業は農業・無職の人が多い。

当初はモデル事業に参加したことがきっかけとなり、その中で比較的元気な人が担い手となっていた。また老人会・民生委員等にも普及啓発のための説明を行ってきたので、老人会役員が担ってそのまま移行していることもある。

（６）会場施設

町内会の集会所が多い。その他地域の公民館・老人福祉センター・休園中の保育園等。

体操の映像を映すためのテレビとビデオ（あるいは DVD）デッキと背もたれ付き椅子（折りたたみで可）は住民が準備する。集会所が和室の場合畳の上に敷物を敷いていることもあるがそれも住民が準備する。

（７）事業への支援

①行政の支援

体操に使うビデオ（DVD）とおもり・重錘バンドを貸し出している。資金の援助は行っていない。

最初の 4 回は保健師が地域の拠点を訪問し、留意点等を説明しながら実際に体操を行う。この 4 回の間に体力測定と基本チェックリストと問診を実施する。

その後保健師は 3 カ月後・6 カ月後・1 年後・1 年半後・2 年後（それ以降については年 1 回）に拠点訪問を行い、体力測定や基本チェックリストを行う。また拠点訪問時に世話人に運営状況

を確認したり、体操が効果的に行えているか手技の確認をする。

拠点の参加者数によるが、体力測定実施時には保健師複数と看護師等も支援に入る。

②行政以外の専門職の支援

行政が市内の病院・専門学校と委託契約を結び、そこに所属する作業療法士・理学療法士を雇用し、体操の手技の確認や体力測定の評価に協力してもらっている。

事業の具体的内容

事業の内容の一例を以下に示す。

- 開始時間までに世話人が会場のカギを開けておく
- 各自で椅子・おもり等を出して準備する（当番制等）
- 映像に合わせて体操実施（簡易版という 30 分程度の体操をしている拠点とスペシャル版という 40 分程度の体操があり、どちらを行うかは会場の参加者の様子を考えて参加者が自ら決めている）
- 体操の終了後は、お茶とお菓子で休憩する会場、終わればすぐに解散する会場、地域の人達の様子も含めて情報交換の場となっている会場、あるいはその他のレクリエーションを行う会場、等様々である。1 時間弱で終わる会場もあるが、2 時間程度かかる会場もある。



事業の経過

（１）介護予防に向けた住民参加型事業の構想

平成 21 年度、高知市で実践している“地域づくりによる介護予防事業”である『いきいき百歳体操』の紹介を受けたことをきっかけとして、従来の介護予防事業の見直しを行い、以下の課題が出された。

- ① 一定期間の設定なので、プログラム終了後の継続ができないし、する場がない。
- ② 年齢や要介護度で対象者を分けて事業を開催していたので、それぞれの事業につながりがない。
- ③ 参加人数が少ないため元気な高齢者を交えて実施することもあったが、その場合元気な高齢者だけが残る。
- ④ 行政がお膳立てしていたので、自主的な取組みが進まず参加者の広がりがない。
- ⑤ ボランティア養成を兼ねて募集をしても応募が得られない。

これらを踏まえ、いきいき 100 歳体操を導入するには、行政のマンパワーに影響されることのないよう自主的な運営ができること、住民を介護度や年齢で区分せず地域全体での活動となるということ意識して事業に取り組むこととした。

(2) 事業のスタート

①スタッフ研修

まず、先進地である大阪府島本町への視察を行った。視察のメンバーは地域包括支援センターの保健師、健康増進課の保健師、両課の課長と健康福祉部長も同行した。加えて事業評価のためにはセラピストの協力が必要とアドバイスを受け、地元病院等のセラピストにも同行を要請した。スタッフの学びとして「住民が自らやりたいと望むしかけ作りが必要」「住民の力を信じること、信じて待つことも大事」「この事業を通じて地域づくりを实践するきっかけしたい」等のことが出された。

②対象者の選定

次に、対象者の選定のため介護認定者の年齢分布、原因疾患等の情報を分析した。

淡路市の介護保険の認定申請にいたる原因疾患をみると、介護度の重度の者は脳血管疾患やがんによって申請しているが、要支援 1・2 の軽度者は骨折や変形性関節症等筋力低下を伴う整形外科疾患によって申請することが多い。地域で普通に生活している高齢者が、筋力低下によって関節症の悪化を招いたり、転倒による骨折も増加し認定申請に至っていることが分かった。また介護認定者の約 9 割が 75 歳以上であった。

③いきいき 100 歳体操の事業展開

➤ モデル事業の実施

従来の介護予防事業参加者らを中心に3カ月間、いきいき100歳体操を実践してもらうモデル事業を行った。ここではいきいき100歳体操の効果を住民に実感してもらうこととスタッフの技術習得、そして住民主体という新しい形を住民とスタッフ双方で体験するということを目的に開催した。また、モデル事業は3カ月で終了するのでそれ以降いきいき100歳体操を続けるためには、参加者が自分の身近な地域で拠点を立ち上げて行く必要があるということを伝えていった。

➤ 普及啓発事業

モデル事業と並行して、なるべく多くの住民にいきいき100歳体操について理解してもらうように、例えば老人会の集まりに出向いても、いきいき100歳体操の説明しかしないように徹底して普及に努めた。老人会以外にもいきいき100歳体操の実施にあたって、集会所の調整役となる町内会や、民生委員等の会でも積極的に説明を行った。

➤ 地域の拠点整備

モデル事業と普及啓発を通じて、いきいき100歳体操に取り組むと希望のあった地域には改めて説明会を行い、自主的に実施できるかどうか検討してもらった。

開始するための条件として、①1回／週以上取り組むこと、②自分たちで必要な物品（背もたれ付イス・テレビ・ビデオデッキ等）を確保できること、③希望すれば誰でも一緒に参加できること、の3つを提示している。人数は3人以上いれば支援すると伝えている。

次に開始が決定したら、保健師が地域へ出向き、前述の「事業の概要内（7）事業への支援 ①行政の支援」で示した支援を行う。

啓発に出向いた時に「やってください」とは絶対に言わない。「こんな体操があるのでやってみたいと思ったら声をかけてください」に留めている。

また効果を実感していることを意識できるように、お互いの意見を共有するためのグループワークも取り入れている。グループワークでは身体面の効果として、①体が軽くなった ②階段の昇降が楽になった ③腰痛が楽になって歩く姿勢が良くなった ④シルバーカーがなくても歩けるようになった 等の発言がみられた。精神面の変化として、①落ち込みがちだったが気持ちが軽くなった ②他の参加者と会えるのが楽しくて続いた ③生活にリズムが良くなり生活に張りが生まれた 等の発言がみられた。一方で忘れがちな人にタイミングよく声をかける人がいたり、欠席した人がいたら帰りに寄って様子をみている等の見守り機能についても発言がみられるようになった。これらの意見を言語化し、共有することでそれぞれの気づきにつながっていると考えられる。

(3) 全市展開に向けた対策

体操を始めた拠点の代表者を対象に、体操の実技の確認や、参加者同士で気を付けて誘い合うことを意識してもらえるように、サポーター研修と世話人の会を旧町単位で2年ごとに1クール(3回の教室)開催している。また他の拠点の様子を参考にしながら体操を継続していく動機付けとなるよう、市内全体の交流会も年1回行っている。交流会の様子は市の広報にも掲載している。平成25年に初めて『いきいき100歳体操だより』というチラシも作成し、今後年1回発行を継続する予定である。



(4) 本事業の立ち上げに関連した事業

体操を継続しても、加齢と共に徐々に虚弱になり、拠点まで行けなくなる人も出ている。デイサービスのメニューの一つとしていきいき100歳体操を取り入れることができるとそこで同じ体操ができ、デイサービス利用者が地域のいきいき100歳体操の場に戻れるのではないかと考え、通所事業所への説明会を行った。現在4カ所の事業所で実施が始まっている。

また、今年から地域ケア会議で具体的にいきいき100歳体操に関心のある市民の情報を共有するようにした。複数のケアマネジャーから何人か名前が出ると、近くで集まれそうな3人以上の人がいることが分かり、そこに拠点整備をしていけると考えている。現在この連携により1カ所目が立ち上がった。

今後の方向性・課題

(1) 今後の方向性

当初、平成26年度末(第V期介護保険事業計画)で活動拠点を70カ所とすることを目標としていたが、現時点でほぼ達成できたので80カ所を新たな目標としている。

軽度の認知症者や要支援者の地域支援事業への移行を踏まえ、虚弱な人を拠点につなぐ、あるいは虚弱な人がいれば新たな拠点整備を検討するという体制整備が必要となる。

（２）今後の課題

①人材

現在拠点の運営の担い手は体操の参加者である。そのため徐々に高齢化しており、今後の維持が困難になる恐れもあるため、前期高齢者で拠点運営の手助けをしてもらえる人を発掘する必要がある。

②財政

現状では地域支援事業の総額も介護保険事業全体の 3%には達しておらず、また拠点が増えていくことで、年々いきいき 100 歳体操の予算は増加しているが特に問題とはなっていない。

③施設・設備

地域の集会所は和室が多く、椅子を利用する本事業で利用するには地域住民の理解が必要となるため、町内会レベルでも周知をしていく必要がある。

④利用者のアクセス

概ね歩いて 15 分程度の場所に会場を立ち上げる必要があるが、元々車で移動する習慣の人が多い。参加者の加齢と共に益々身近な場所に拠点が必要となるが、今ある地域にもっと細分化して場所を確保することは難しい。

⑤その他

拠点が増えて行くため、最初の 4 回の支援のためのスタッフ確保も厳しくなっている。

初年度には欠席者訪問を行い、継続できない理由を確認する等していたが、拠点が増えていくと欠席しがちになっている人に気付くのが遅れ、フォローすることができにくくなってきている。

支援者が確保しにくい高齢化率の高い地域では拠点整備がしにくくなっている。立ち上がる力を持った地域は既に立ち上がっているので、高齢化率の特に高い地域での拠点整備が必要となっている。

平成 22～24 年度は 20 カ所ずつ増えたが、平成 25 年度は 10 カ所の増加となっている。

他の市町村へのアドバイス

■個人の介護予防から地域のセーフティネットへ

いきいき 100 歳体操の目的の 1 つは、個人の介護予防であり、個々の筋力向上を図ることにより介護に至らないようにするということであるが、併せて、いろいろな身体及び認知レベルの対象者が同時に同じ体操に取り組めることにより、他の人に対して少し支援をしながら体操に参加する人や、支援を受けながらも体操に参加できる人等様々な対象者が集まり運営ができるようになってきている。また、定期的に地域単位で集まることにより、お互いが欠席者の家に訪問する等地域でのセーフティネットの機能も果たしつつある。高齢者を身体レベル等で区別せず、地域全体で取り組める活動とする視点が必要である。

※写真は淡路市の承諾により掲載

岡山県津山市

事業の特徴・アピールポイント

- 講座参加延べ人数が年間 10 万人を超えている
- ほとんどすべての会場が、講座を継続している
- 市の国保医療費削減に寄与することが示唆されている

自治体の概要

人口	105,961 人	高齢化率	26.4%	平成 25 年 3 月末時点
一号被保険者数	28,309 人	要介護認定率	21.4%	平成 25 年 10 月末時点
介護保険料（第 5 期）	4,910 円			

事業の概要

（１）めざせ元気！！こけないからだ講座（一次予防事業）事業とは

めざせ元気！！こけないからだ講座とは、高知市の「いきいき百歳体操」を参考に 100g 単位で調整可能な重錘（おもり）を付けて童謡等を歌いながら、基本的な動作を繰り返しゆっくりと体操するものである。3 カ月間、週 1 回のペースで高齢者の足腰や肩の筋肉をしっかりと鍛えることにより、転倒しない（こけない）で行動できることを目指した運動プログラムである。（「厚生労働」2012.6 より引用）

市内に居住するすべての住民を対象に、町内会（自治会）主体の活動として展開している。

住民の主体的な健康づくり、実施場所での住民同士のつながり、地域活動への住民の積極的な参加、支援組織の育成、財政効果を含めた政策への寄与等、個人・集団・地域・組織・政策に一貫して取り組むことができる事業を目指している。



（２）事業の広がり

市内 180 会場で実施している（2014 年 1 月末現在）。

実利用者は 3,800 人であり、延べ利用者は 104,000 人である。

実利用者の高齢者人口比は 13.3%である。

（３）実施頻度・規模・利用者アクセス

実施頻度	週 1 回の開催が基本で、午前または午後 1 ～ 3 時間程度実施している。
規模	1 会場あたりの参加者数は 21 人である。
利用者アクセス	徒歩で通える場所を基本としているが、シニアカー・自転車・バイク・車等移動手段は多様である。

（４）利用者像

市内に居住するすべての住民を対象としており、高齢者だけに限定していない。

参加者の平均年齢は 79 歳で、参加者の 82%は女性である。

参加者の多くは介護保険を利用していない高齢者であるが、要介護認定を受けている人もいる。

必ず実施希望地区に対し事業説明会を行っており、講座に興味を持つ住民だけではなく、地域の町内会や民生委員等の役員等も参加して行っている。説明会では住民自身で定期的な開催の可否について話し合いを持ち、実施する権利も持っているが、実施しない権利もあることを説明したうえで、すべての選択肢は住民側にあることを伝え、住民自身が選び取るプロセスを支援する中で、地域の総意として行うことを確認する。地域や住民自身が責任感を持って取り組むという決意までのプロセス支援が実施地区拡大には必要である。

認知症の利用者、脳卒中等の急性期疾患発症後の利用者も受け入れている。

（５）事業運営の担い手

地域住民が主体となり組織を運営している。スタッフは会場ごとに異なり、民生委員・講座を始めたいと感じた有志・老人クラブの会員等様々である。行政や地域包括支援センターは、半年から１年に１度、定期的に訪問する程度である。

担い手の中心となるのは、60 代から 80 代の女性である場合が多い。講座を始めたいと、説明会の段取りをした人が担い手になる場合も多い。元々、地元のお世話役であり、地域のことをよく知る人が担い手の中心となっている。

事業開始当初は、既に各地域でふれあいサロン等で地域の住民のリーダーとして活動しているお世話役のような人を講座のモデル事業に誘った（サポーター養成）。３カ月で身体的に良くなる高齢者を、すぐそばで見守り支えることで、事業の効果を知り、講座を地域でやってみたいというサポーターの声を大切に、サポーターが担い手となり地域で広がっていった。中期（平成 19 年度）以降は市内全体に広がり、口コミで効果が広がるようになると、講座に興味を持つ様々な市民から問い合わせがあり、説明会を開催できるよう働きかけた人が、そのまま担い手になった。

（６）会場施設

活動の場は地域の集会所・公民館・個人の自宅等である。

椅子、血圧計、CD ラジカセが必要であり、住民が準備している。

（７）事業への支援

①行政の支援

資金的支援は行っていない。

人的支援については、講座の立ち上げ以降、時期別に以下の通りである。

＜人的支援の時期別内容＞

開始後月数	人的支援の内容	担当者			
		OT	保健師	事務	包括
開始時	講座立ち上げ時の説明会	○		○	○
	体力測定	○	○	○	○
	初級編の体操指導（初期支援A）～Cの計3回	○	○		
3ヶ月後	体力測定し効果測定	○		○	○
9ヶ月後	体力測定・中級編の体操指導	○		○	
15ヶ月後	体力測定・尿失禁の講話		○		○
21ヶ月後	腰痛予防の講話	○			
27ヶ月後	お口の体操指導・心の健康づくりの講話		○	○	
33ヶ月後	講座が我流になっていないか基本確認	○			○
39ヶ月後	認知症予防の講話と住民座談会		○	○	
45ヶ月後	生活目標を共有し援助する住民座談会	○			○

その他の行政の支援については、講座で使用する重錘バンドの無償貸与、講座で使用する個人用冊子（テキスト）の配布、講座用歌詞カードや CD の配布、年に1度のリーダー研修会の開催を行っている。

また、地区大会の当日支援（準備はすべて地区の住民で行う）を行っている。

②行政以外の専門職の支援

体操立ち上げ時や、体操内容の変更時（中級編・上級編）には、介護予防インストラクター（スポーツ推進員）を派遣している。

事業の具体的内容

事業の内容を以下に示す。

特に定めはないが、準備体操・本体操・整理体操はどこの会場でも行っている。

- 血圧測定・セルフ健康チェック（日常感じないような身体の不調等）
- 準備体操
- 本体操（めざせ元気！！こけないからだ体操）
- 整理体操
- 各会場で取り入れている体操・レク・茶話会・食事会・談笑等

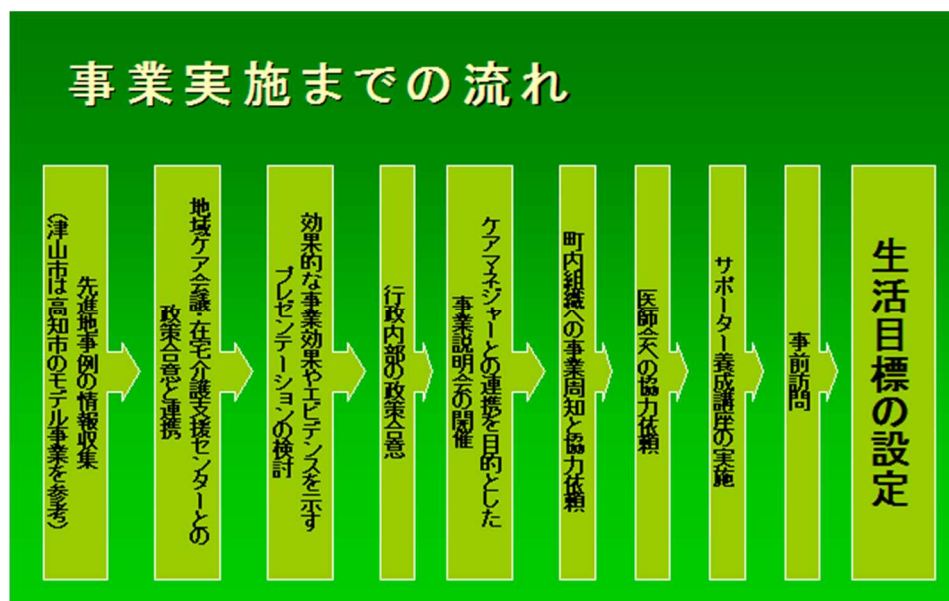
事業の経過

（１）介護予防に向けた住民参加型事業の構想

- ① 行政に勤務する作業療法士として、年間約 300 件在宅訪問する中で、関節疾患による ADL・IADL 能力の低下している対象者が多く、介護保険の中での介護予防という概念が出る前から、健康教育の中で何か取り組むことができないか模索していたが既存事業での限界を感じていた。
- ② 当時の在宅介護支援センターは、介護予防プランの作成等を通じて、介護予防施策の必要性を感じていた。
- ③ 在宅介護支援センターと市作業療法士が地域活動の中で、個人の暮らしの中からニーズを集積し個人では問題解決が困難な課題をとらえ、事業化したいという思いが両者に共通していた。
- ④ 介護保険の法改正前に、介護予防のノウハウをより早く蓄積し施策に反映させたいと感じていた。また既存のケアマネジメントの中に介護予防の概念を入れ、ケアマネジャーに伝達したいと考えた。

- ⑤ 最終的にはセルフヘルプを目的とした地域づくりを視野に入れた事業とするため、サポーター育成を行い、お互いに高め合うことのできる仕組みを模索していた。

(2) 事業のスタート



【生活目標評価】

生活目標を設定し、筋力強化を媒体に日常生活に自信を持つことで、行動変容を自覚するプロセスを体験し、良い循環へ生活を再構築する。生活目標を設定する際には、加齢に伴ってここ最近あきらめてしまったことを中心に、少し努力すればもう一度現実可能な、本人の生活レベルに合った身近な目標設定を、時間をかけて聞き取ることが重要である。

【身体評価項目】

市独自で作成した ADL 調査票・身長・体重・膝伸展筋力・最大一步幅・握力・5メートル歩行・開眼片足立ち・長座体前屈・タイムアップアンドゴーテスト・骨密度測定。（開始時、3カ月終了後に以上の評価項目を実施。）

【サポーター育成評価】

1対1で参加者と対応し、プログラム実施の中で事業参加への動機付けと事業効果まで一緒に体験することでお互いに高め合うことのできる支援が行えるよう育成する。また負荷の増減が事業達成の具体的な数的指標として出てくるため、他の参加者との比較ではなく、自分自身の能力と向き合うことのできるような支援ができる。

【事業終了後の評価】

終了後直ちに個別にサービス担当者会議を開催し、事業への満足度・生活目標の達成度・生活変容の聞き取り・ケアプランへの継続的な生活目標の反映等を実施する。

【当時の気付き】

- ① 参加者一人一人が自分の生活目標を設定し、筋力強化を媒体に日常生活に自信を持つことで、行動変容（生活変容）を自覚するプロセスを体験し、良い循環へ生活を再構築する過程が重要である。ただ単に筋力が向上したという結果だけで事業評価するべきではない。

- ② 地域づくりという視点が反映されるような事業展開が必要である。地域の中で支え合い高め合うことができる地域づくりを視野に入れて事業企画する。

(3) 全市展開に向けた対策

サポーターが自らの地域で地域展開を始めた頃、町内会・民生委員・愛育委員・老人クラブ等の総会や研修会に出向き、講座の効果を伝えた。心がけたのは、行政からお願いしてやってもらうのではなく、自らやりたくなるような支援に徹したこと。住民自ら動く力があることを認め、引き出すことこそが重要と支援者で共通認識を持ち取り組んだ。結果、口コミでの広がりにより、急速に広がっていった。

(4) 本事業の立ち上げに関連した事業

- ① サポーター養成講座
- ② インストラクター養成講座
- ③ 各地域での住民主体による地区大会の開催
- ④ リーダー研修会

(5) 事業の効果検証

事業の効果検証として、①参加者の身体評価と②財政への影響評価の2つの評価を行っている。

①参加者の身体評価

身体評価を行う際に使用する指標は、膝伸展筋力(左右)、最大一步幅、5メートル歩行、開眼片足立ち、握力(左右)、長座体前屈、タイムアップアンドゴーである。これらの指標について、体操の開始時、開始後3カ月後、9カ月後、15カ月後の4時点において体力測定を行っている。

体操参加による効果はデータで明らかになっている。例えば、体操の開始後3カ月後において各指標に改善があった人の比率（改善者比率）は、指標により50%台から80%台と異なるが、多くの改善者が出ており、効果が認められている。

②財政への影響評価

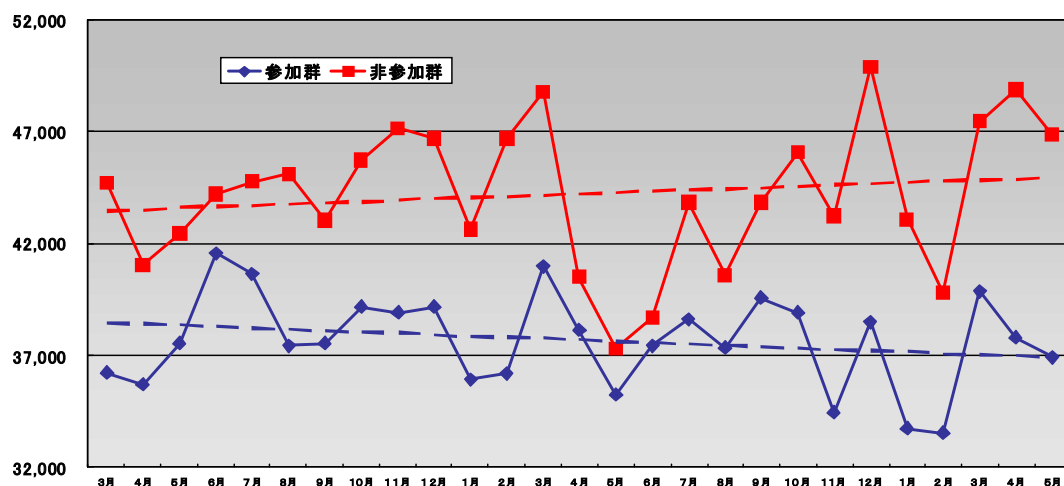
体操に参加することによる財政への影響評価を、体操への参加有無と参加者の総医療費・介護保険給付費との相関関係をみることにより行った。

<総医療費に対する影響評価>

総医療費に対する影響評価の方法は、「こけないからだ講座参加者群」と「こけないからだ講座非参加者群」に分けた人について、平成19年3月から平成21年5月までの期間における一人あたりの総医療費の動向を比較し、その傾向を把握した。

この評価の結果、「こけないからだ講座非参加者群」の一人当たり総医療費は増加傾向を示す一方、「こけないからだ講座参加者群」については減少傾向を示すという結果となり、こけないからだ講座が総医療費を低減化させる効果があることが明らかになった。

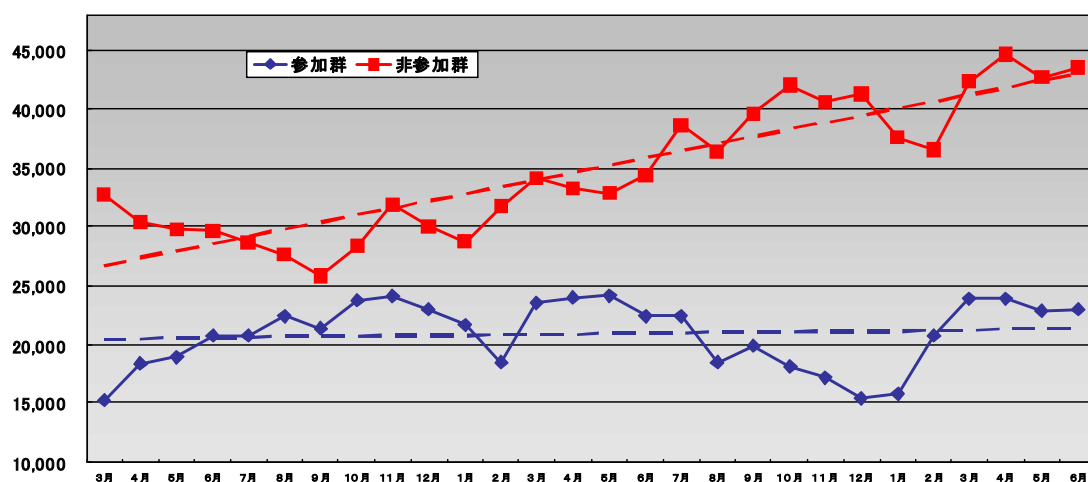
＜こけないからだ参加者・非参加者の医療費の推移【外来のみ】＞



＜介護保険給付額に対する影響評価＞

介護保険給付額に対する影響評価の方法は、「こけないからだ講座参加者群」、「こけないからだ講座非参加者」について、平成 19 年 3 月から平成 21 年 6 月の期間における要介護認定者一人あたりの介護保険給付額の動向を比較した。

＜こけないからだ参加者・非参加者の要介護認定者一人あたりの介護保険請求額の推移＞



この評価の結果、「こけないからだ講座非参加者群」の介護保険給付額は増加傾向を示す一方、「こけないからだ講座参加者群」については微増傾向を示すという結果となり、こけないからだ講座が介護保険給付額の伸びを低減化させる効果があることが明らかになった。

今後の方向性・課題

(1) 今後の方向性

現在市内には 367 町内（自治会）があり、すべての町内で講座ができる体制を目指している。

内容については、5 年以上継続して実施している地区が増加しており、継続支援を目的とした関与が重要と認識している。

(2) 今後の課題

①人材

継続的に行政が関わることで、お互いの信頼関係につながっており、今後も定期的な講座への訪問は継続したいと考えているが、どのくらいの頻度でどのように関わるのがよいのか、人材のやりくりを含めて検討する必要がある。

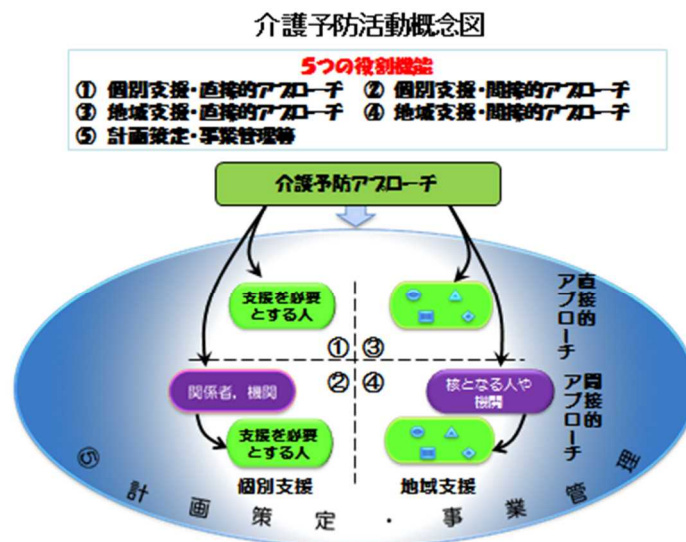
②その他

口コミ等により、主体的に住民自身が手を上げて講座を開始するというスタイルは落ち着き、最近是新規実施箇所数の伸びが低下している。異なるアプローチ手法により、実施箇所を増やす取組みが急務といえる。

他の市町村へのアドバイス

■ 介護予防は個別支援で完結しないこと

介護予防と聞くと、個別に直接的に支援する（個別支援直接的アプローチ）をイメージしやすいが、地域支援や間接的アプローチ等多様性があることを理解すべきである。



■ 住民のやりたい！を引き出す支援に徹すること（させないこと）

集団の総意として、実施の可否を含めたすべての判断と決定権は住民側にあることを明確にしておくことで、「やらされる活動」ではなく、自ら取り組むというプロセスを住民が選び取るようプロデュースすることが大切である。

■ 住民自ら動く力があることをきちんと理解すること

二次予防事業の評価で、数カ月事業に参加しても、その後不活発な生活に戻ると、すぐまた機能低下するという話をよく聞くことがある。住民の「やりたい」を引き出すことで、住民主体で取り組む地域が180を超え、支援者側は多くの学びを得てきた。住民に「やってもらう」のではなく、住民自ら動く力を認め、支援者側がその力を引き出せていないことこそ課題であるという認識を持つことが大切だと感じている。

※写真は津山市の承諾により掲載

岡山県総社市

- 高齢者だけでも取り組める。
- 介護予防の効果だけでなく、地域の関係性の再構築等にも活用できている。

自治体の概要

人口	67,637 人	高齢化率	24.8%	平成 25 年 3 月末時点
一号被保険者数	17,120 人	要介護認定率	18.7%	平成 25 年 10 月末時点
介護保険料（第 5 期）	4,700 円			

事業の概要

（１）いきいき百歳体操事業とは

対象者は、市内に居住地を有する概ね 65 歳以上の者である。

運営は参加者主体で行っており、高齢者が住み慣れた地域でいきいき百歳体操を継続して行うことにより、日常生活動作や日常生活関連動作等が改善し、できる限り要介護状態に陥ることなく、健康でいきいきとした生活を送ることができるよう支援することを目的とする。

いきいき百歳体操は、0 から 1.2 キログラムまで 6 段階に負荷を増やすことのできるおもりを手首、足首につけて行う運動である。筋力がつき、動くことが楽になり、転びにくい体になる。週 2 回程度実施することが良いと言われ、継続が大切である。基本的には週 1 回行われている。



（２）事業の広がり

平成 26 年 2 月現在、市内 119 か所で開催中である。実利用者数は約 1,800 人であり、高齢者人口に占める利用者の割合は 10 人に 1 人である。積極的な地区では 3 人に 1 人の割合で取り組んでいる地域もある。

（３）実施頻度・規模・利用者アクセス・利用者負担

実施頻度	実施頻度は週 1 回であり、参加者が決めた曜日、時間に行われている。
規模	利用者数の規模は 1 団体あたり 5～25 人、体操のみを行なっているところでは 1 時間程度、他にレクリエーションや他の体操、茶話会を行っているところでは 1 時間半～2 時間実施している。

利用者アクセス	利用者アクセスは徒歩が多いが、自転車、車で来る人もいる。2014 年 2 月 19 日～2 月 28 日に『介護予防を中心としたまちづくりに関する研究』で実施したアンケート結果（839 人から回答、以下「アンケート」）によると徒歩（杖、押し車使用含む）が 559 人（66%）と大半で、移動時間は 5 分以内が 594 人（71%）。15 分以内となると 798 人（95%）であった。
利用者負担	利用者負担は団体によって異なり、ほとんどのところは無料。水分補給等で必ず茶話会をしている会場については 100 円程度の自己負担を参加者で話し合い出し合っている。自治会規約で会館使用料や光熱費を徴収されるところは会費をとっている。

（４）利用者像

対象者は、市内に居住地を有する概ね 65 歳以上の者であり、女性の参加が 8 割程度で、後期高齢者が多い。

体操実施箇所までのアクセスについては自力で通うこととなっている。

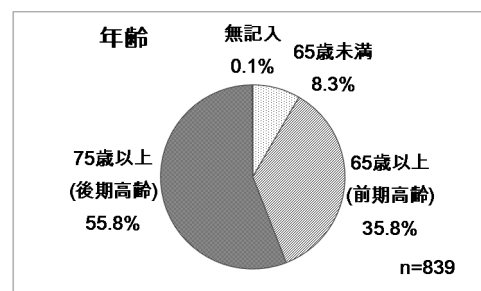
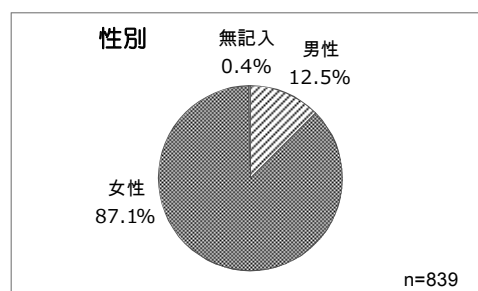
体操の導入時には市の職員及び地域包括支援センターが利用者にプレゼンテーションし、体操の内容を紹介する。4 回程度の関わりの後は住民達が自主的に体操を実施できるように指導している。

体操開始後の参加者勧誘については、地区の世話役からの誘い等が効果的である。

また、実施箇所の拡大については口コミで広がるが多く、「あそこのグループで取り組んでいると聞いたから」と評判を聞いてプレゼンテーションの依頼が届く。認知症の利用者については住民同士の関係性で受け入れている。認知症があったとしても、それまでの地域のつながりで「一緒に」取り組むことが大切と住民同士が思っている。可能な限り、「誘い」に行くし、休みの時には電話での確認等、自発的に実施している。

また、車椅子の利用者であったとしても、できる体操だけでも参加したいと思えば、要介護の利用者であっても参加している例がある。

脳卒中等の急性期疾患発症後の利用者については、本人が参加可能な状態であれば拒むことはしないが、前例は聞いていない。



（５）事業運営の担い手

地域の民生委員・福祉委員・介護予防サポーター・サロンの運営者等住民主体で運営しており、前期高齢者の女性が多い。

総社市では地域包括ケアシステムの構築のために小地域ケア会議を市内 21 か所で 1～2 カ月に 1 回開催しているが、その場での地域住民とのつながりが、事業展開に欠かせない役割を担っている。

体操実施のリーダーと小地域ケア会議委員は多くが重複しており、地域づくりにも主体的に「いきいき百歳体操」を活用しているため、《地域のつながりの再構築》に有効である。

小地域ケア会議とは「地域住民と専門職が一緒になって、支援を必要とする人（要援護者）に関する情報や支援方法、行った支援、さらには地域づくり等について、より地域に密着した場所で話し合い、問題解決に向けて連携を図っていく。メンバー個々の思いを大切に、知恵とエネルギーを結集させる場として機能し、小地域ごとに設置された会議」のことをいう。

また、小地域ケア会議の委員の中には、社会福祉協議会が地域住民の月1回程度の集いの場として開催をすすめているサロンの主催者も多くおり、そこから市に対してのプレゼンテーションの依頼も多くある。月に1回はお茶を飲んだりするサロンの機能を残している。

サロン主催者の交流会等へも市の職員がPRに出向く。

また、市が養成した介護予防サポーターも約半数が地域で実際に活躍中である。

（6）会場施設

地元の公会堂が多い。他に自宅の一部屋あるいはガレージ、子どもの英語教室の空いている時間帯を利用している。また、施設入居者についてはロビー等で継続的に実施している。

（7）事業への支援

①行政の支援

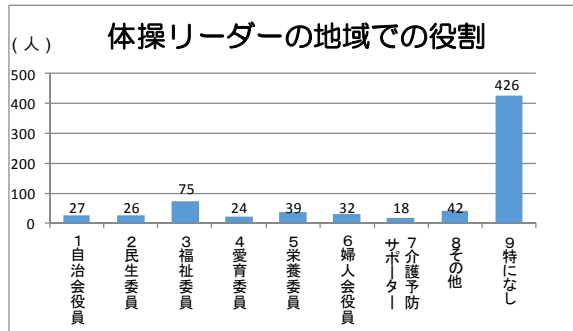
資金的（物品の）支援については、地域支援事業費から、DVD・CD等媒体やおもりの貸与、介護予防手帳の配布を行っている。

人的支援については、導入時に4回程度介入している。

その他の行政の支援については、年1～2回、体力測定等で関与している。

②行政以外の専門職の支援

地域包括支援センター職員が支援している。



事業の具体的内容

高知市で開発された「いきいき百歳体操」を高齢者がいずれも、自宅から徒歩15分程度で通える場所で行えるのを理想とし、普及・啓発している。

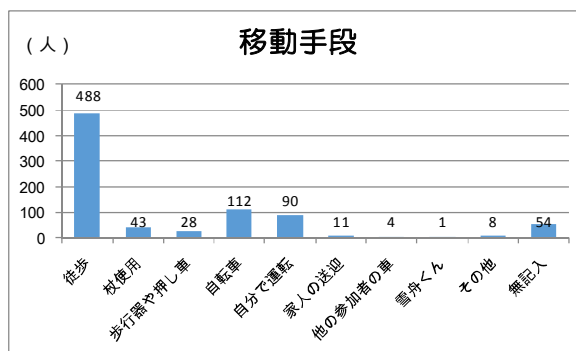
また、さまざまな研修会・会議等を活用し普及啓発している。

行政からの押し付けはせず、自発的に実施希望のあった場所にまずはプレゼンテーションに出向き、高齢者に紹介する。

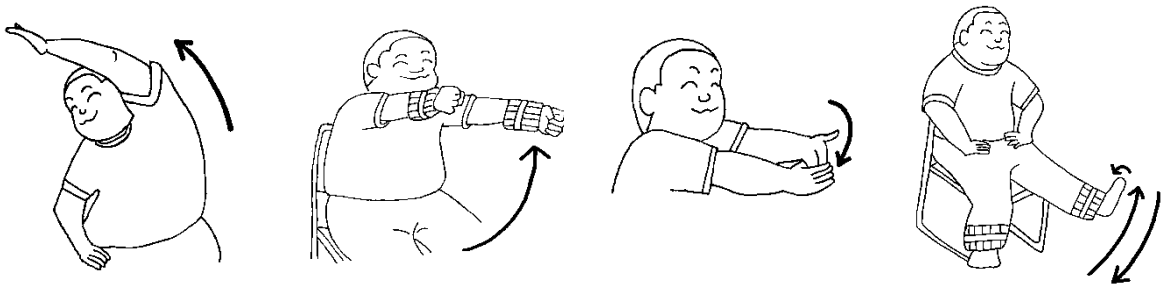
週1回以上実施で効果があることを伝え、参加者の意向が固まったら体操開始となる。

人数分のおもりの貸与と介護予防手帳は行政が用意し、体操について参加者に説明、4回程度出向き指導をする。

4回目の時には、参加者たちだけで実施するよう促し、職員は見守り程度とする。



＜いきいき百歳体操のイメージ＞



事業の経過

（１）介護予防に向けた住民参加型事業の構想

平成 12 年 4 月からの介護保険施行にともない自立デイサービスの利用者の受け皿及び転倒・閉じこもり予防を目的とした介護予防事業として『健康づくりの集い』（市内 17 会場（地区公民館単位）で、それぞれ年間 10 回）を実施した。実施内容は健康チェック・体操・調理実習・ウォーキング等ほぼ同一メニューで実施した。住民には大変好評で、楽しいという感想は多くあったが、月 1 回では介護予防の効果は乏しかった。

平成 18 年 4 月、地域包括支援センター開設初年度は、総合相談の訪問や小地域ケア会議が業務の大半を占め、介護予防事業には十分な時間を費やせなかった。

平成 19 年、高知市健康づくり課 「いきいき百歳体操」を視察した。

平成 20 年、総社市「いきいき百歳体操」モデル事業を開始した。いきいき百歳体操を選択した理由は、要介護認定を受けている人もそうでない人も一緒にできる体操であるため。

モデル事業終了後は、地域支援事業（一般高齢者施策）に位置づけた。

（２）事業のスタート

従来実施していた「健康づくりの集い」を転換した。

① 職員の意識改革

住民の力を引き出す手法を意識する。

要介護認定の有無にかかわらず、高齢者全体を視野に入れた対策を検討した。

住民理解を得るためのリサーチが必要。

高齢者に直接いろいろ話を聞き、「取り組みそうな」環境・関係性・頻度・導入の仕方等を相談した。

② 介護予防事業の組立て直し

事業の頻度を月 1 回から週 1 回以上に増やした。

「いきいき百歳体操」を参加者の自主活動として定着させる。

③ モデル事業の実施

地域でいきいき百歳体操を継続して行うことが可能か、本格的実施・普及の前にモデル事業を実施した。運動の可否、体操の導入方法、留意すべき点等について住民の反応を知る、職員が平成 20 年度以降に広く住民に普及啓発していくための手法を検討することために実施した。モデル事業終了後は、参加者で自主運営することとし、現在もそれが継続中である。

（３）全市展開に向けた対策

地区の担当保健師に対し、保健師によるプレゼンテーションが可能となるような研修を行った。

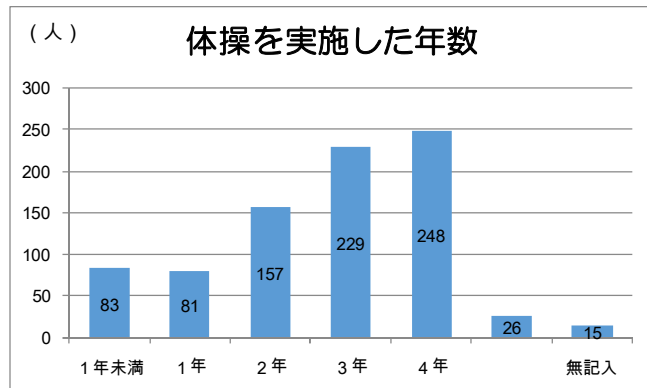
さらに、担当保健師が地域でプレゼンテーションを実施し、実施箇所を増やしていった。

具体的には以下のように進めた。

まず高知市で放送された TV のニュースで高齢者が【効果】について語る映像を見もらう。その後実際に「いきいき百歳体操」を動作の説明を加えながら体験し、実感してもらう。継続が重要な体操であるということの説明を加えた後、「実施するかどうか」は参加者同士で決めてもらう。即答でなくても良い。

住民達が納得のうえで取り組めるようになるまで、市は待つ姿勢をとっている。

後には体操の PR 映像については、地元ケーブル TV の協力を得て、市内で取り組んでいる住民の映像を紹介に活用した。



（４）本事業の立ち上げに関連した事業

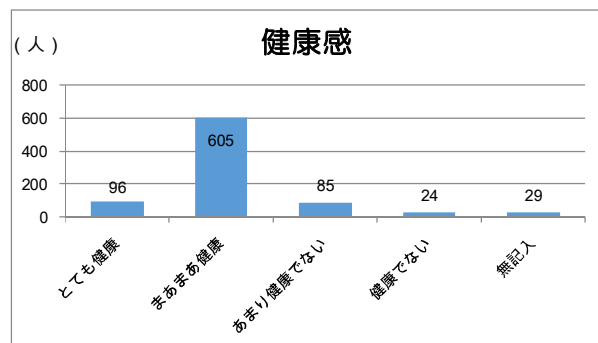
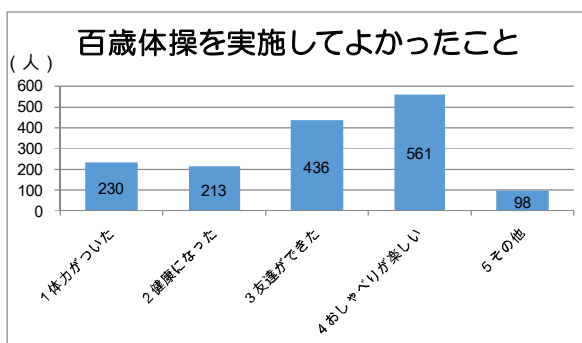
地域における自主的な介護予防に資する活動を広く行うため、介護予防に関する知識があり、その活動が実践できる人材を育成することを目的に、介護予防サポーター養成講座を開催した。

医師による「高齢者の身体特性」についての講義、運動器の機能向上や口腔ケア、ノルディックウォーキング（２本のポールを持つての歩行）、総社市の介護保険の現状等の講義及び実技を６回講座で開催。『いきいき百歳体操』を中心に地域で介護予防に積極的に取り組み、普及にも協力してもらうサポーターを養成した。

（５）参加者の感想

アンケート結果で「百歳体操」を実施してよかったことが、「体力がついた」「健康になった」ということより「友達ができた」「おしゃべりが楽しい」という項目の方が評価が高かった。

また、主観的健康感についてはとても健康（１１％）、まあまあ健康（７２％）となっていた。



今後の方向性・課題

（１）今後の方向性

現在 119 カ所であるが、参加者の伸び悩み・固定化・高齢化、男性参加者が少ない、マンネリ化

が課題であるが、今後は地道にプレゼンテーションをし、新規参加者が増えるような事業を企画していく予定である。

また、かみかみ百歳体操を実施する等、さらに参加者の興味を引く内容を重ねていく。

（２）今後の課題

①人材

介護予防サポーターは現在 50%の稼働率であるが、さらなる活躍を増やしていく。

「いきいき百歳体操」参加者にアンケートを行ったところ、4会場の体操の中断が確認された。中断の理由は、すべて「リーダー」不在であった。リーダーの育成及び参加者の個々の「自助」意識を高める働きかけが重要と考える。

②財政

費用対効果の評価の必要性を感じている。

③施設・設備

実施力所の新規開拓、事業の展開の地域的評価が必要である。

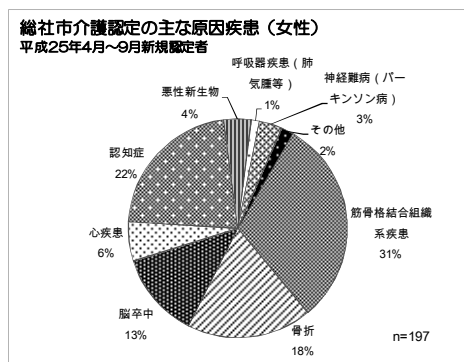
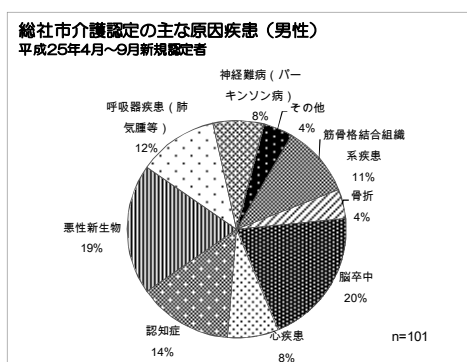
④利用者のアクセス

参加者の高齢化、あるいは主催者の高齢化による参加が困難となる状況が課題である。

⑤対象者像

平成 25 年 4 月～9 月新規介護保険認定申請者の主な原因疾患を調べてみると、女性については筋骨格結合組織系疾患（31%）、骨折（18%）が半数近くになっており、「いきいき百歳体操」は参加者と体操の効果がマッチした事業となっていると考える。

男性については主な原因疾患が、女性に多かった筋骨格結合組織系疾患（11%）、骨折（4%）の割合は少なく、脳卒中（20%）、心疾患（8%）の循環器系疾患が多い。よって、男性については、「いきいき百歳体操」だけに頼った事業展開でなく、健康教育等、早期の働きかけ・対応が必要と考える。



他の市町村へのアドバイス

■ 次に挙げるような「キーとなる住民」とのつながりがとても大切だと考えている。

- 介護予防の必要性を共有してくれる人
- 介護予防に取り組むことによって、地域が活性化していることに気付くことができる人

- 地域の課題に気付くことができる人
- 住民の変化に気付くことができる人
- 「ちょっとしたこと」を教えてくれる人
- 気軽に話ができる人
- 介護予防の効果だけにとどまらず、もっと楽しいことが探せる人

「キーとなる住民」は「自助」意識が高い住民だといえる。「自助」「互助」意識を高め、地域において住民同士の有機的なつながりを構築するために「いきいき百歳体操」は活用できる。

※写真は総社市の承諾により掲載

高知県高知市

事業の特徴・アピールポイント

- 住民主体の介護予防活動
- 地域のつながりの再構築が得られる事業
- 市内 300 か所に広がる事業
- 全国 60 以上の市区町村に広がる事業
- 地域特性を問わず、どの地域でも取り組みができる事業

自治体の概要

人口	338,087 人	高齢化率	24.9%	平成 25 年 3 月末時点
一号被保険者数	86,445 人	要介護認定率	20.6%	平成 25 年 10 月末時点
介護保険料（第 5 期）	5,248 円			

事業の概要

（１）高知市いきいき・かみかみ百歳体操地域支援事業とは

介護予防を目的に高齢者の運動・口腔機能の維持・改善を図る、いきいき・かみかみ百歳体操を実践する地域住民の取り組みを支援する。体操実施の希望のある地域住民の要望に基づき、健康づくり課職員（保健師・理学療法士・歯科衛生士・栄養士・看護師）を派遣し、住民主体で体操が継続して実施できるよう支援を行う。

（２）事業の広がり

いきいき百歳体操は平成 25 年 12 月末現在、市内 306 会場で実施されている。

かみかみ百歳体操は平成 25 年 12 月末現在、市内 244 会場で実施されている。

体操会場から利用者数等の報告は求めている。2011 年に行った高齢者の抽出調査より、非認定者の約 1 割（6,500 人）、要支援認定者の約 2 割（770 人）が体操に参加していると推計される。

（３）実施頻度・規模・利用者アクセス・利用者負担

実施頻度	週 1～2 回開催し、体操のみの会場は 1 時間程度、他に独自に茶話会やレクリエーション等を取り入れ、2～3 時間実施する会場もある。
規模	1 会場あたり 5～60 人が参加している。
利用者アクセス	実施会場へは自力で参加している。一部の会場では、ご近所同士が誘い合い、自家用車で乗り合わせて参加している会場もある。平成 21 年に参加者の実態調査をした結果、約 7 割が徒歩での参加で、約 9 割が 15 分以内の会場に参加していた。
利用者負担	無料の会場が多いが、会場使用料や冷暖房費、お茶代等の実費で 1 回 100 円から月 200 円程度、参加費を集めている会場もある。会場ごとに地域住民が決めている。

（４）利用者像

利用要件は特に設けていない。医師から運動を禁止されている人以外は参加可能である。ただし、関節痛がある、手術の経験者、体調不良の人は、医師に相談の上参加することを勧めている。

利用者の詳細な報告を求めているため詳細は不明であるが、平成 21 年の実態調査では、後期高齢者が約 6 割を占め、約 8 割が女性の参加者。介護認定を受けている者は 1 割で、そのうち要支援者が 7%、要介護 1・2 の者が 3%であった。

地域（民生委員・児童委員、町内会、老人クラブ、マンションの自治会、ご近所同士）のネットワーク、参加者が知り合いに声をかける形で、体操開始当初より参加者及び会場数が増える傾向がある。

認知症の利用者については、軽度の認知症の人が参加している会場もある。

脳卒中等の急性期疾患発症後の利用者については、自力または家族が同行して参加している会場もある。

（５）事業運営の担い手

行政が開始時の支援を行う。体操の継続に関しては地域住民で運営している。地域の民生委員・児童委員、町内会役員、市が養成した市民ボランティア「いきいき百歳サポーター」、地域住民の有志等が主体となって運営している。

運営の中心は 50 歳代から 70 歳代の民生委員・児童委員や町内会の役員をしている退職男性や主婦が多い。

老人クラブや地区民生委員・児童委員協議会、町内会等、様々な地区組織に働きかけ、体操の効果について普及啓発を行ったことから、町内会や民生委員・児童委員の活動の一環として取り組んでいる会場が多い。

ご近所同士のつながりで、日中の時間に余裕のある人が手伝いに参加し継続して参加することもある。

サポーター育成教室開催中に近隣の体操会場へつなぐ働きかけを行っていることから、サポーター育成教室修了者が活動に参加している。

体操に参加している元気な人がサポーター育成教室に参加し、次期お世話役として活動している会場もある。

（６）会場施設

最も多いのが、地域の公民館や集会所での開催である。

その他に、神社、小学校の生涯学習室、スーパーの一角、個人宅、個人宅のガレージ、宅老所、介護保険施設の地域交流スペース、商店街の空き地等様々な場所を活用している。

椅子とテレビ、ビデオデッキ等があればどこでも実施可能。椅子とカセットデッキを使って音楽だけで実施している会場もある。

（７）事業への支援

①行政の支援

資金的支援については会場への資金援助は実施していない。

人的支援については、①体操を行う場所・椅子・テレビ・ビデオデッキ等を準備すること、②週 1～2 回実施し、最低 3 カ月間は継続すること、③地域の誰でもが参加可能であること、の体

操開始の条件が整うようであれば、人的支援を行っている。

保健師（市の職員）・理学療法士（市の職員）・歯科衛生士（市の職員または有償で雇用するインストラクター）・看護師（有償で雇用するインストラクター）が、体操の内容に合わせて分担して会場に出向いている。最初の 3～4 回は、体操が正しく実施できるよう技術支援を行う。また継続支援として、3 カ月後・6 カ月後・1 年後に状況確認のためフォローを実施している。

また、口腔ケアや高齢期の食育についての健康講座等も実施している。口腔ケアについては、かみかみ百歳体操 3 カ月後フォロー時に口腔ケアの健康講座導入を打診し、かみかみ百歳体操開始後 6 カ月頃に歯科衛生士が実施（かみかみ百歳体操開始の会場すべてに投げかけをしている）。さらに、年 1 回の追加支援時に、歯科衛生士や看護師が訪問して、口腔ケアの必要性や低栄養予防のワンポイントアドバイスを講義している。高齢期の食育については、体操会場からの依頼に応じて、栄養士の講座や食生活改善推進員による説明と調理実習等を実施している（5～10 件／年程度）。

その他の行政の支援として、体操が正しく継続して実施できるよう、体操のビデオ・DVD・おもりを体操会場に貸与している。

体操実施の意欲はあるが、地域の人に知ってもらったうえで体操実施を決定したいという場合は、地域住民が集まる場に健康づくり課が出向き、体操の必要性や効果の説明、体操の体験等の健康講座を実施している。その後、開始になる会場が多い。

②行政以外の専門職の支援

住民が直接、警察署に設置されている地域安全協（議）会の地域安全アドバイザーに振り込め詐欺や泥棒対策、交通安全についての講座を依頼したり、レクリエーション協会、診療所の医師や音楽療法士等に講師を依頼している会場もある。

事業の具体的内容

事業の内容は各地域に委ねているため一律ではないが、一例を以下に示す。

住民の主体的な活動になっているので、事業の内容は一律ではない。体操のみの会場は 1 時間程度の実施であるが、茶話会等実施する会場は 2～3 時間程度の実施となっている。

体操開始前：

- 椅子・ビデオデッキ・おもり・記録の準備
- 体操まで雑談している会場が多い

体操の実施：

- 「いきいき百歳体操」と「かみかみ百歳体操」の実施
- 体操途中で水分補給する会場あり

体操終了後：

- 椅子やおもり等を片付けて解散する会場もあれば、茶話会等参加者同士交流を行う会場、歌や手遊び等のレクリエーション、健康の話、手芸、ラジオ体操、尿失禁体操等、独自のメニューを行なう会場等様々である。

定期的に食事会を行う会場や、保育園児との交流、高齢者の交通事故・振り込め詐欺の勉強会、認知症の勉強会、避難訓練、お花見等のイベントを実施する会場も多くある。

体操をきっかけに、ご近所同士の交流が活発化し、サロンを開催する会場や民生委員の見守りが容易になった会場、顔見知りの住民が声をかけることで虚弱高齢者の誘い出しに成功した事例等、単なる体操の効果だけでなく、様々な波及効果が得られている。地域住民の憩いの場、交流の場へと広がっている。

＜体操会場の風景＞



＜体操会場の食事会の様子＞



事業の経過

（１）介護予防に向けた住民参加型事業の構想

平成 14 年に高齢者保健福祉計画の見直しを検討する中で、介護保険認定率の著しい伸び、新規認定者の 7 割が要支援や要介護 1 であることが分かり、介護予防の推進を重点課題として位置づけた。

保健・福祉各部署の介護予防に携わる職員が共通認識を持ち、それぞれが役割分担しながら一丸となって取組みが出来るよう健康福祉部内に介護予防検討会を設置した。検討会の構成部署は健康づくり課、元氣いきがい課、介護保険課、福寿園（養護老人ホーム）、健康福祉総務課で、医師、理学療法士、介護職、事務職、保健師の多職種で構成されていた。この検討会では、介護予防に関する現状と課題を分析し、高齢者保健福祉計画の原案を作成する役割を担っていた。

パワーリハビリテーションに代表されるマシントレーニングを用いた高齢者の運動機能改善が報告され始め、マシンを使わない筋力向上プログラム「いきいき百歳体操」の開発に着手した。

米国国立老化研究所が世界中の高齢者の運動トレーニングに関する研究を調査して作成した「高齢者のための運動の手引き」を参考に開発した。

体操の効果を検証するため、平成 14 年に 67 歳から 96 歳の高齢者を対象に週 2 回、3 カ月間のモデル事業「いきいき百歳応援講座」を実施した。筋力、歩行スピードの改善が得られたことで、運動プログラムの効果を確認した。

モデル事業修了の 1 年後に追跡調査を行った結果、近隣に体操会場があり、体操を継続できていた者の介護度は維持・改善されていたが、体操を継続できていなかった者では改善した者はおらず、維持・悪化していた。このことから、高齢者の身近な場所で運動を継続することの重要性が示唆された。

以上のことから、いきいき百歳体操を住民の身近な場所に広げていくこととなった。

（２）事業のスタート

行政主導で立ち上げたものを途中から住民主体に変えることは困難であると感じていたので、行政側からお願いして開始してもらうのではなく、地域住民の側からやりたいと言ってきてもらえるまで待つことを基本戦略とした。

健康づくり課の保健師が中心となり、老人クラブや民生委員、町内会等様々な地区組織に働きかけて体操の効果についての普及啓発を徹底的に行った。

効果を数値や映像（96 歳の杖を付いて歩いていた女性が、3 カ月後に小走りに走れるようになった）を用いることで、分かりやすく伝えられるよう工夫を行った。

マスコミを積極的に活用し、広く周知することに努めた。

体操ができるだけ多くの場所で行えるようにするためには、行政職員が行かなくても地域のボランティアが主体となって体操が継続される仕組みづくりが必要と考え、地域で体操会場を運営するボランティアとして「いきいき百歳サポーター」の養成を行った。

（３）全市展開に向けた対策

【実施場所の確保】

体操をしたいという思いを実現するために、保健師や在宅介護支援センター職員が住民と共に課題解決に向けて行動した。

- ① 近くに体操会場がないという住民の相談に対しては、「住民流福祉」のマップ作りの手法を用いた。具体的には、相談者の近隣 50 世帯程度の住宅地図に、住民の助け合いや関わり（相談者が日頃よく通っている病院や店、友人宅、相談者宅へ来る友人、電話をかけてきてくれる友人等）を落としていき、そのつながり等を具体的に表していくものである。その結果、ある相談者のケースでは、たくさんの人とのつながりがあることが分かり、それらを活かすことによって、相談者は友人と一緒に相談者宅を開放するに至り、体操が開始されることになった。
- ② 取組みを考えている民生委員から相談があれば、体操を実施している民生委員の話を聞きに行く機会を設定。問題が解決され、地域の高齢者を集めて体操が開始された。
- ③ 住民が活動できるよう、関係者で知恵を集めて情報提供を行った。その結果、住民自らが、町内会やボランティア団体に働きかける等、主体的な活動へ広がった。

【サポーター・お世話役の発掘】

市の広報等を見てサポーター育成教室に参加する人の中には、地域でのボランティア活動につながらない人もいた。そのため、お世話好きの民生委員やボランティア活動に積極的な人を発掘し、サポーター育成教室への参加を勧め、地域で活動できるサポーターを増やしていった。

体操に参加している元気な高齢者をサポーター育成教室へ誘うことで、体操会場内でのサポーターを増やし、体操会場が継続できるよう働きかけを行なった。

【「いきいき百歳大交流大会」の開催】

平成16年より介護予防の認識を再確認し、介護予防活動を継続して取り組む意欲を向上させることを目的に、体操の参加者や関心のある人が一堂に会する「いきいき百歳大交流大会」を開催した。平成18年からは行政だけでなく体操会場のお世話役・サポーター、体操参加者を加えて実行委員会を結成し、企画・運営を行っている。徐々に住民の実行委員を増やし「市民のための市民の大会」として平成24年からは住民だけで組織する実行委員会へと生まれ変わった。



【事業所向けの研修会の開催】

地域の体操会場では、介護度の高い人の体操参加は困難であることから、介護保険事業所でも取り組みが実施できるよう、事業所向けの研修会を開催した。職員が参加しやすい夜間に開催し、修了事業所には体操が取り組めるようビデオテープを提供した。現在は多くの事業所で取り組まれている。

【かみかみ百歳体操の開発と導入】

新たな介護予防の展開として、平成17年口腔機能向上の取り組みとして「かみかみ百歳体操」を考案した。いきいき百歳体操を開始している体操会場へ導入を勧めた。体操の導入に関しては、住民側で決定している。

【お世話役・サポーターの交流会】

体操会場の取り組みを住民自身が報告する機会と、体操会場同士の情報交換の場を設定することで問題解決や会場の活性化を狙う。ベテラン体操会場が、立ち上がったばかりの体操会場にアドバイスする姿が見られる。

（４）本事業の立ち上げに関連した事業

【いきいき百歳応援講座】

体操の効果を検証するために実施した。改善した96歳の女性の映像が、地域へ体操会場を広める原動力となる。また、1年後の追跡調査（平成14年度「いきいき百歳応援講座」修了者19人を対象に、自覚的健康感・活動状況・転倒・外出頻度等の21項目の日常生活評価と介護度の変化を調査）で、3カ月間だけの一時的な運動だけでは効果が継続できないことを検証した。



【いきいき百歳サポーター育成教室】

地域で体操会場のお手伝いや運営、閉じこもり・虚弱高齢者の誘い出し、体操会場の立ち上げ等を担う市民ボランティアの育成を行っている。

【高齢者保健福祉計画】

介護予防を高知市の重点施策として位置づけ、関係各課が役割分担して取り組んでいる。合わせて事業の進行管理を行う。

【いきいき百歳大交流大会（いきいき百歳大交流大会実行委員会）】

開始当初は介護予防の普及・啓発が目的であったが、住民と共に実行委員会を立ち上げることで、住民が運営する組織として立ち上がるきっかけとなる。



（５）事業の効果検証

「いきいき百歳応援講座」と題する効果検証を実施した。67 歳から 96 歳の 22 人（うち 2 人脱落）を対象として、週 2 回の頻度で 3 カ月間送迎付きで、いきいき百歳体操を行ってもらい、体操の前後の運動能力、自覚的健康感、生活状態の変化を評価した。

講座の成果は予想以上で、身体機能に対する効果では、右膝伸展筋力の平均は講座開始前の 6.9kg が講座終了後 16.1kg に増加し、5m歩行時間は 7.3 秒が 4.6 秒に短縮し、タイムアップアンドゴーテストは 20.9 秒が 15.7 秒に短縮した。

また、自覚的健康感が「よい」「まあよい」の者が 6 人から 13 人に増えていた。

平成 21 年の体操参加者への実態調査では、表のような効果を認める者が多くいた。

いきいき・かみかみに参加しての自覚的効果	数	割合
1. 体力がついた	897	34.5%
2. 腰痛や膝の痛み等がなくなった（楽になった）	485	18.7%
3. 歩く時に杖やシルバーカーがいなくなった	130	5.0%
4. 階段の上り下りが楽にできるようになった	507	19.5%
5. 靴下をはいたり、正座をする等の日頃の動作が楽になった	366	14.1%
6. 買い物に行くことが楽になった	367	14.1%
7. たいていの物が噛めるようになった	320	12.3%
8. 食べこぼしがなくなった	239	9.2%
9. 飲み込みやすくなった	299	11.5%
10. 食事がおいしくなった	512	19.7%
11. おしゃべりが楽しくなった	600	23.1%
12. 気持ちが明るくなった	777	29.9%
13. 友人・知人ができた（平成21年高知市実態調査 N=2598）	1079	41.5%
14. 体操以外の楽しみが増えた	496	19.1%
15. 体操以外の日にも出かけるようになった	484	18.6%
16. 以前していてできなかった趣味が再びできるようになった	203	7.8%

杖やシルバーカーがいなくなった方が 130 人もいます！

今後の方向性・課題

（１）今後の方向性

現状では歩いて身近に参加できる会場が充分あるとはいえない。そのため、更なる広がりを目指して取り組む必要性があると考えている。

体操会場が地域の憩いの場となるよう、必要に応じて地域づくりの視点等の情報提供を実施したいと考えている。

(2) 今後の課題

①人材

体操開始から 10 年が経過し、高齢化による参加人数の減少やお世話役の転居・体調不良等で廃止する会場も出てきており、継続への支援が課題となっている。

②財政

地域展開への財政支援は、ビデオや DVD の貸与とおもりの貸与とそれほど大きなものではなく、住民の理解も得られていることから特に課題はない。

③施設・設備

老朽化のための建直しや、施設側の都合で場所の変更を余儀なくされる会場はあるが、その都度他の会場での参加者受入れや、近隣で新たな体操会場を探す等の支援を行っている。

会場によっては、会場使用料や光熱費等の実費を参加者が負担しており、後述のポイント制度の導入にあわせて、ポイント管理料として体操会場への支援ができないか検討している。

④利用者のアクセス

徒歩圏内に体操会場がない空白地帯や、徒歩での参加が困難な中山間地域での体操会場確保の課題がある。

⑤その他

高齢者の生きがい・やりがいづくりと高齢者自身の健康増進・介護予防を目的に、体操参加者へのポイント付与（「こうち笑顔マイレージ」）の導入を予定している。

他の市町村へのアドバイス

■実施主体は住民

住民自らが「取り組みたい」と思えるように支援していくこと。そうすることで、行政にやらされているという感覚でなく、自分たちの活動として主体性を持ち、工夫を凝らしながらさまざまな取り組みが行われるようになる。

実施主体は住民であることを常に意識しながら関わること。住民が困っていることをどうすれば解決し取り組むことができるのか、共に考え解決方法を見出し、住民が継続して実施できるよう支援していく。

住民自身が体操会場の取り組みを報告する機会を設けることで、活動への自信が高まり、活動意欲が向上する。また、そのことが継続への支援につながることもある。

※写真は高知市の承諾により掲載

高知県田野町

事業の特徴・アピールポイント

- 住民自らが、自分たちで創るコミュニティ活動で、地区の集会所活動費等を活用したりしながら運営している。
- 地区独自のサロン活動や配食サービスに発展している地区もある。認知症への理解、独り暮らしの高齢者等の見守り体制のとれた地区もある。
- 定年後老後を生まれ故郷で暮らしたい、または老後を嫁入りした娘のところで暮らしたい等と県外から転入してきた高齢者を誘い出し、地域の中に居場所を作ることができている。
- しばらく消えていた地区の文化祭の復活にも貢献したり、子どもたちを招いた盛大なクリスマス会をしたり、いろいろな地区の活動を自分たちで参加して創っている。

自治体の概要

人口	2,881 人	高齢化率	37.2%	平成 25 年 3 月末時点
一号被保険者数	4,553 人	要介護認定率	18.2%	平成 25 年 10 月末時点
介護保険料（第 5 期）	4,400 円			

※一号被保険者数・要介護認定率・介護保険料（第 5 期）は中芸広域連合構成町村のデータ

事業の概要

（１）田野町いきいき百歳体操とは

対象者は概ね 65 歳以上の高齢者である。事業主体は田野町であり、担い手は住民である。

保健師が「いきいき百歳体操」を各地区の高齢者に広げ、住民自らが介護予防の必要性を理解し、地域に住む高齢者が集会所単位で週 1～2 回集い、交流を図ることにより、互いの健康に気遣ったりできる関係性を深めていくことができる。

- ① 介護予防講座を受講後、パワーリハビリテーション事業のサポーターとなった住民が、住んでいる地区の人たちの介護予防について関心を持ったことにより、身近にできる「いきいき百歳体操」の効果について、保健師が説明し、サポーターが地区でできる体制を整えてもらう。
- ② 住民サポーターが地区の総会等で地区の合意を得たうえで、保健所の作業療法士と町保健師が体操の導入を希望した地区に出向き、参加者の体力測定を実施し、体操の仕方を教える。

（２）事業の広がり

9 地区集会所、町社協のサロン、なかよし交流館（介護予防拠点施設、現在 NPO 法人に委託）で実施している。

平成 19 年度は、実参加者数は 223 人（延 13,767 人）、平成 24 年度は、実参加者数 193 人（延 20,448 人）であった。

（３）実施頻度・利用者アクセス・利用者負担

実施頻度	各集会所週１～２回である。ただし社協やなかよし交流館では毎日実施している。時間帯は開催場所により異なり、集会所は、午後１時～２時過ぎまでで、その後、お茶会等がある。社協やなかよし交流館は、午前９時～午後２時頃までである。
利用者アクセス	アクセス方法については、集会所は、自力による徒歩での参加となり、社協やなかよし交流館は送迎がある
利用者負担	自己負担については、集会所でお茶代を徴収しているところがある。また社協やなかよし交流館では、１日あたり６００円から１,０００円程度の負担がある。

（４）利用者像

利用要件は特にない。

概ね 65 歳以上であり、女性がほとんどを占めている。

利用者の心身の状況は、元気な高齢者から虚弱、軽度要介護認定者(集会所は 4.7%、社協は 11.3%、なかよし交流館は 46.9%)まで様々である。

最初のきっかけは、平成 15 年度から開始したパワーリハビリテーション事業に参加した住民サポーターが、「近所の〇〇さんにもパワーリハを勧めたい…」と希望する等介護予防への関心が高まったときに、身近にできるいきいき百歳体操について説明し、ビデオで体験してもらい、地区の高齢者や総会で相談し、体操の実施を決定してもらった。

地区のリーダー的な人に声をかけ、いきいき百歳体操の実施について相談したり、町の広報誌に体験談を掲載したり、先に実施した集会所がこれから体操を始めたい集会所に出向き、体験談を話したりしてもらった。

認知症の利用者については、受け入れている。認知症の人に、自分の生活で困っていることを周囲の参加者に語り、障がいへの理解と日常での協力が得られるようになった事例もある。

脳卒中等の急性期疾患発症後の利用者については、なかよし交流館では受け入れている。

（５）事業運営の担い手

事業運営の担い手は 60～75 歳前後の女性であり、民生委員、社協ボランティア、地区のお世話役さんの存在の人、元役場職員、介護職としての経験のある人等である。

各集会所については、住民（お世話役さん、民生員さん等）が運営し、社協のサロンについても住民ボランティアが運営に参画している。

住民ボランティアへの報酬については、地区集会所については無償であり、社協のサロンは 1 日あたり 2,500 円、なかよし交流館は時給 760 円となっている。

地区の中でリーダー的な方に集うことの必要性を説明している。主に、民生委員や地区長、社協でボランティア活動をしている人、定年退職したばかりの人等様々で、地区の実情を知り共感を得て、担い手となってもらっている。リーダーは固定せず、複数で、流動的に運営できている。

（６）会場施設

活動場所は、集会所、社協、なかよし交流館であり、椅子、DVD 等を必要とする。

（７）事業への支援

①行政の支援

資金的支援としては、２つの地区集会所はサロン立ち上げ時に、長寿社会づくりソフト事業を活用している。開始当初は、重錘バンドを購入し、各集会所へ配布した。

人的支援としては、保健師の巡回により各制度の説明や見守りの必要な人等について情報提供している。

②行政以外の専門職の支援

在宅歯科衛生士により、口腔ケアに関する健康教育を１会場あたり３回/年行っている。義歯の手入れや口腔清潔等についての指導を行い、「かみかみ百歳体操」を行う。さらに、かみかみ百歳体操の効果を測るために、口腔機能の評価（嚥下機能、義歯チェック等）を実施している。

事業の具体的内容

事業の内容を以下に示す。

- 保健師等が、利用者に対しいきいき百歳体操の手法を教える。
- 日々の運営は住民が主体となっており、体操前の血圧測定等健康管理についても参加者同士で確認し合う。
- 定期的に保健師が体力測定等を行う。
- 年１回「いきいき百歳体操」を健康づくり推進会のメンバーが主体となり、実施する。

＜いきいき百歳体操の様子＞



事業の経過

（１）介護予防に向けた住民参加型事業の構想

平成 12 年度介護保険制度が始まり、通所サービスの利用者のほとんどが軽度の要介護状態の高齢者であった。また、軽度の認知症の高齢者も増え始めていた。制度優先でない、地域の基盤づくりがまず必要であると判断し、平成 14 年度の国の介護予防拠点整備事業（建物の建築費、現在のなかよし交流館）をきっかけに、住民同士が支え合う活動を模索した。同時にパワーリハビリテーション事

業に取り組み、事前に介護予防講座を実施し、受講者の中からパワリハサポーターが生まれた。この事業を通じて障害を持つ高齢者の元気になっていく姿を目の当たりにし、サポーターから「近所の〇〇さんにも勧めたい」等の声が聴かれ始めた。これをきっかけに、同様の効果のある高知市で開発された「いきいき百歳体操」への取組みを各集会所単位で行えないものかサポーターに投げかけをしたのが始まりとなった。

（２）事業のスタート

パワリハサポーターが「近所の〇〇さんにも勧めたい」と希望する等介護予防への関心が高まってきたときに、「いきいき百歳体操」のビデオを見せサポーター自らが体験し、いいものだということを認識してもらい、地区住民に伝えてもらった。

まずは、各集会所に出向き体力測定をし、各自身の健康状態を知ってもらい、「いきいき百歳体操」の体験をしてもらった。「これなら(自分たちで)できる」、「またやりたい・・・」という気持ちになることで、主体的に実施できるようになったと思う。

（３）全市展開に向けた対策

３カ月ごとの体力測定で体力が向上していったことを目で見えて実感してもらったり、健康観、生活（活動）の広がりについて語ってもらい、保健師が「いいことだ」と評価していった。

一番最初に実施した地区が、これから実施を希望する地域に出向き、体験談を話してもらったり、一緒に体操をして交流を図ってもらった。

作文の得意な参加者にエッセイを書いてもらい町広報誌に連載した。その後、後から取組みを始めた地区にも執筆依頼をし、広報誌に掲載していった。

各集会所は、「体操だけではマンネリ化する」ということで、お茶会や手芸、月に何回かの食事会や配食サービス（集会所で調理したものを、お弁当にして家に配達している）等を自発的に行うようになった。中には、消えていた地区の文化祭を再開できた地区もあり、そんな時は男性の参加者を増やしていた。

今後の方向性・課題

（１）今後の方向性

以下は各集会所のリーダー会（年１、２回社協と町保健師が呼びかけて開催）にて確認された今後の方向性である。リーダー会では、包括支援センターが平成２２年度より開始している地域の集いに関する評価シートに沿って、活動目標・活動計画の作成、そして年度末に評価の実施をするという取組みを行っている。

- できるだけ多くの人に声かけをしてもらい、みんなで誘い合う。
- 集会所をだれでも気軽に集まれる場とする。
- 参加者個々の得意を発揮でき、役割が持てる工夫をする。
- 世代を超えた見守りや支え合いを進めていく。具体的な目標は以下の通りである。
 - ・ 地域からの孤立を失くすこと
 - ・ 一人暮らしや認知症になっても生活できるような地域づくりを進めること
 - ・ 孤食をなくすこと

他の市町村へのアドバイス

■「住民の要望（ディマンド）をニーズにかえる作業

田野町では、長年、下りてきた事業をこなす事業になりがちで、必ず職員（保健師）がいないといけない状況となっていた。そうすると、住民のニーズにたどり着かず、要望に응えていくだけになりやすく、表面化している事象に対しての対策に過ぎず、ニーズの解決になっていないことが多かった。これまでの「事業」を実施するだけでは、「ふかふか」のコミュニティは創れない。住民の力を引き出す、ニーズを引き出す…、要望(ディマンド)をニーズに変えていく作業やそこから住民の力を発揮できる仕掛け作業が、市町村のできる醍醐味である。住民の多様な色(アイディアや力)を出し合えていくことを楽しんでみては？。

※写真は田野町の承諾により掲載

参考資料

（１）アンケート調査票

- ・ 事業所票（通所リハビリテーションの例）
- ・ 利用者票（通所リハビリテーションの例）
- ・ 本人票
- ・ 老人保健施設票

（２）アンケート集計表

(1) アンケート調査票

生活期リハビリテーションに関する実態調査
【事業所票：訪問リハビリテーション（予防含む）】

貴事業所の概要について【2013年10月1日時点】

事業所名	事業所番号													
所在地	() 都・道・府・県 () 区・市・町・村													
経営主体	01 公立 (都道府県・市区町村)	02 社会福祉法人 (社会福祉協議会を除く)												
	03 社会福祉協議会	04 医療法人												
	05 社団・財団法人	06 営利法人 (株式会社・有限会社)												
	07 特定非営利活動法人	08 その他の法人 ()												
開設年月(西暦)	() 年 () 月 開設													
同一法人が同一または隣接の市町村で行っている医療・介護サービス(予防を含む)	01 病院	02 診療所												
	03 特別養護老人ホーム (特別型普通型を含む)	04 老人保健施設												
	05 介護療養型医療施設	06 訪問介護												
	07 訪問入浴介護	08 訪問看護												
	09 訪問リハビリテーション	10 通所介護												
	11 通所リハビリテーション	12 短期入所生活介護												
	13 短期入所療養介護	14 特別認知症型生活介護 (特別老人ホーム、ケアハウス)												
	15 サービス付き高齢者向け住宅	16 定期巡回・随時対応型訪問介護看護												
	17 夜間対応型訪問介護	18 認知症対応型通所介護												
	19 小規模多機能型居宅介護	20 複合型サービス												
	21 認知症対応型共同生活介護	22 居宅介護支援												
	23 その他()													
	利用者募集(人)	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計					
	00月1日時点	人	人	人	人	人	人	人	人					
	延べ利用者数*(人)	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計					
10月1日時点	人	人	人	人	人	人	人	人						
新規利用者 (平成25年10月)	人			終了者 (平成25年9月)			人							
ご記入者名	(ご所属)													
ご連絡先	電話: FAX:													

※延べ利用者数については、月間の訪問回数の合計を要介護度別に記入下さい。つまり、同一の人が何回含まれていても、それぞれを「1人」として数えた人数になります。例えば、1日目にAさんとBさんの計2人、2日目にAさんとCさんとDさんの計3人、3日目にBさんとDさんの計2人に訪問した場合は、延べ利用者数は、「2人+3人+2人」で計7人となります。

問1 貴事業所における加算の算定状況についてお伺いします (平成25年9月1か月分)	
加算の種類	算定の有無
短期集中リハビリテーション実施加算	(算定している場合は平成25年9月1か月分の件数を記入) 01 算定している→ () 件 02 算定していない
訪問介護連携加算	01 算定している→ () 件 02 算定していない
サービス提供体制強化加算 (Ⅲ)	01 算定している→ () 件 02 算定していない

問2 貴事業所では、訪問介護連携加算を算定していただくも、訪問介護事業所と同行訪問をしている事例はありますか (平成25年9月1か月分)
01 ある → 平成25年9月の同行訪問件数 () 件 02 ない

問3 貴事業所の従事者数 (管理者の方を含む) を常勤換算人数で回答下さい。			
	要人数		常勤換算
	常勤	非常勤	合計
01 医師			人
02 看護師・准看護師			人
03 生活相談員			人
04 介護職員			人
05 理学療法士			人
06 作業療法士			人
07 言語聴覚士			人
08 その他の職員 (事務職員も含む)			人
※複数の職種の従事している場合は、主として従事している職種のいずれか1つに分類して下さい。 ※貴事業所における常勤者のうち他事業所との兼務者、非常勤者については、以下の計算式により換算人数を計算し、小数点以下第二位を四捨五入し、小数点以下第一位まで計上して下さい。 換算人数 = 直員の直近の1週間の延べ労働時間 ÷ 事業所が定めている1週間の所定労働時間 例、1週間の所定労働時間が40時間の事業所において、週30時間労働の介護職員 (非常勤者) が1名、週20時間労働の介護職員が2名、週15時間労働の介護職員が1名いた場合の換算人数の計算式は以下の通り。 換算人数 = 30時間×1名+20時間×2名+15時間×1名 = 21人			

問4 リハビリテーションが終了した利用者に対して、利用者が次に利用するサービス等の紹介・調整等を行っていますか。
01 行っている →どのようなサービス等の紹介を行っていますか。 11 介護保険における在宅サービス 12 介護保険における施設サービス 13 自治体が実施している地域支援事業 14 その他 (具体的に:) 02 行っていない 03 行いたい紹介するサービス・事業所等を知らない 質問項目は以上です。ご回答頂きありがとうございます。

【事業所票：通所介護（予防含む）】

			外信部

	23 その他()								
利用者実数(人)	要介護1	要介護2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計	
(0月1日時点)	人	人	人	人	人	人	人	人	
近・中用者数 [※] (人)	要介護1	要介護2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計	
(10月1日時点)	人	人	人	人	人	人	人	人	
新規利用者(平成25年10月)	終了者(平成25年9月)								人
ご記入者名	(ご所属)								
ご連絡先	電話： FAX：								

問1 貴事業所における加盟の固定状況についてお伺いします（平成25年9月1か月分）

森ノ宮	
-----	--

※修業中の修業種に従事している場合は、主として従事している職種のいずれか1つに分類して下さい。

※修業中の修業種に従事している労働者のうち他事業場所との兼務者、非常勤者については、以下の計算式により換算人数を計算し、小数点以下第二位を四捨五入し、小数点以下第一位まで計上して下さい。

総算人数 = 職員の数 + 通間の延べ人数
 通間の延べ人数 = 事業所が定めている「通間の所定労働時間」

30時間×1名+20時間×2名+15時間×1名

[illegible]

問4 リハビリテーションが終了した利用者に対して、利用者が次に利用するサービス等の紹介・調整等を行っていますか。

01 行っている
一どのようなサービス等の紹介を行っています。

02 行っていない

[illegible]

生活期リハビリテーションに関する実態調査
【事業所票：短期入所療養介護（予防含む）】

貴事業所の概要について【2013年10月1日時点】

事業所名	事業所番号	
所在地	() 都・道・府・県 () 区・市・町・村	
経営主体	01 公立 (都道府県・市区町村)	02 社会福祉法人 (社会福祉協議会を除く)
	03 社会福祉協議会	04 医療法人
	05 社団・財団法人	06 営利法人 (株式会社・有限会社)
	07 特定非営利活動法人	08 その他の法人 ()
	開設年月(西暦)	() 年 () 月開設
定員	() 人	
同一法人が同一または隣接の市町村で行っている医療・介護サービス(予防を含む)	01 病院	02 診療所
	03 特別養護老人ホーム (特設型を含む)	04 老人保健施設
	05 介護療養型医療施設	06 訪問介護
	07 訪問入浴介護	08 訪問看護
	09 訪問リハビリテーション	10 通所介護
	11 通所リハビリテーション	12 短期入所生活介護
	13 短期入所療養介護	14 特定施設入居者生活介護 (特別老人ホーム、ケアハウス)
	15 サービス付き高齢者向け住宅	16 定額巡回・随時対応型訪問介護看護
	17 夜間対応型訪問介護	18 認知症対応型通所介護
	19 小規模多機能型居宅介護	20 複合型サービス
	21 認知症対応型共同生活介護	22 居宅介護支援
	23 その他()	
	利用者実数(人) (10月1日時点)	要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5 合計
	延べ利用者数(人) (10月1日時点)	要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5 合計
	延べ利用者数(人) (10月1日時点)	要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5 合計
ご記入者名	(ご所属:)	
ご連絡先	電話: FAX:	

※延べ利用者数については、月間の利用者数の合計を要介護度別に記入下さい。つまり、同一の人が何回含まれていても、それぞれを「1人」として数えた人数になります。例えば、1日目にAさんとBさんの計2人、2日目にAさんとCさんとDさんの計3人、3日目にBさんとDさんの計2人が利用している場合は、延べ利用者数は、「2人+3人+2人」で計7人となります。

問1 貴事業所における加算の算定状況についてお伺いします (平成25年9月1か月分)

加算の種類	算定の有無
リハビリテーション機能強化加算	(算定している場合は平成25年9月1か月分の件数を記入)
個別リハビリテーション実施加算	01 算定している→ () 件 02 算定していない
サービス提供体制強化加算 (I)	01 算定している→ () 件 02 算定していない
サービス提供体制強化加算 (II)	01 算定している→ () 件 02 算定していない
サービス提供体制強化加算 (III)	01 算定している→ () 件 02 算定していない

問2 貴事業所の従事者数 (管理者の方を含む) を常勤換算人数で回答下さい。	要人数		常勤換算
	常勤	非常勤	合計
01 医師			人
02 看護師・准看護師			人
03 生活相談員			人
04 介護職員			人
05 理学療法士			人
06 作業療法士			人
07 言語聴覚士			人
08 管理栄養士			人
09 歯科衛生士			人
10 その他の職員 (事務職員も含む)			人

※療養の職種に従事している場合は、主として従事している職種のいずれか1つに分類して下さい。
※貴事業所における常勤者のうち他事業所との兼務者、非常勤者については、以下の計算式により換算人数を計算し、小数点以下第二位を四捨五入し、小数点以下第一位まで計上して下さい。

換算人数 = 職員の住所の1週間の延べ労働時間 ÷ 事業所が定めている1週間の所定労働時間
例、1週間の所定労働時間が40時間の事業所において、週30時間労働の介護職員(非常勤者)が1名、週20時間労働の介護職員が2名、週15時間労働の介護職員が1名に属する場合の換算人数の計算式は以下の通り。
換算人数 = 30時間×1名+20時間×2名+15時間×1名 = 21人

問3 新規利用者に対して、自宅でのADLの状況や療養環境の確認を行っていますか。

01 全ての新規利用者に実施	02 一部の新規利用者に実施	03 実施していない
----------------	----------------	------------

問4 リハビリテーションが終了した利用者に対して、利用者が次に利用するサービス等の紹介・調整等を行っていますか。

01 行っている →どのようなサービス等の紹介を行っていますか。 11 介護保険における在宅サービス 12 介護保険における施設サービス 13 自治体が実施している地域支援事業 14 その他 (具体的に:) 02 行っていない
--

03 行いたいを紹介するサービス・事業所等を知らない

質問項目は以上です。ご回答頂きありがとうございます。

【事業所票：短期入所生活介護（予防含む）】

女同業書

※延べ利用者数については、月間の利用者数の合計を要介護別に2記入下さい。つまり、同一の人が何回も利用している場合、1人として数えたい人数になります。例えば、1日目にAさんとBさんの合計2人、2日目にAさんとCさんとDさんの計3人、3日目にAさんとDさんの計2人が利用している場合は、延べ利用者数は、「2人+3人+2人」で計7人となります。

	無 定 の 有 限
	上 海 外 資 本 公 司

森ノ宮	
-----	--

※修業中の修業種に従事している場合は、主として従事している職種のいずれか1つに分類して下さい。

※修業中の修業種に従事している労働者のうち他事業場所との兼務者、非常勤者については、以下の計算式により換算人数を計算し、小数点以下第二位を四捨五入し、小数点以下第一位まで計上して下さい。

例. 1 週間の所定労働時間が 40 時間の事業所において、週 30 時間労働の介護職員（非常勤者）が

$$\text{換算人数} = \frac{30\text{時間} \times 1\text{名} + 20\text{時間} \times 2\text{名} + 10\text{時間} \times 1\text{名}}{40\text{分} + 60\text{分}} = 21\text{人}$$

20	岸田・三木田三郎著の『日本』	30	岸田・三木田三郎著の『日本』
----	----------------	----	----------------

を行っていますか。

01 行っている

11 介護保険における在宅サービス

- 02 行っていない

03 付いたたいが紹介するサニヒス・事業所等を知らない

生活期リハビリテーションに関する実態調査
【利用者票：訪問リハビリテーション（予防含む）】

◎調査票を受け取られてから1週間以内で、利用者が最も多いと思われる1日を選び、その日のサービス利用者10名（介護予防含む）。10人を超える場合は実施要領にお示した手順で抽出して下さい。

利用者任意ID

I 利用者の基本属性

1 性別	01 男性	02 女性	2 年齢	年齢
3 世帯類型	01 単居	02 夫婦のみ世帯	03 その他同居（11 高齢者のみ	12 その他（）
4 介護力	01 常時、介護できるものがある	02 時間帯によって介護できる人がいる	03 介護できる人はいない	
5 住まいの状況	現在の住まい	01 一戸建て	02 集合住宅	
	住居の形態	01 持家	02 民間賃貸住宅	03 公営賃貸住宅
		04 借間	05 その他	
6 障害高齢者の日常生活自立度	01 自立	02 J 1	03 J 2	04 A 1
	06 B 1	07 B 2	08 C 1	09 C 2
7 認知症高齢者の日常生活自立度	01 自立	02 I	03 IIa	04 IIb
	06 IIIb	07 IV	08 M	09 不明
8 現在の要介護状態区分	01 要介護1	02 要介護2	03 要介護3	04 要介護4
	06 要介護1	07 要介護2	08 要介護3	09 要介護4
上記区分の有効期間	開始月：西暦（）年（）月～終了月：西暦（）年（）月			
前回の要介護状態区分	01 要介護1	02 要介護2	03 要介護3	04 要介護4
	06 要介護1	07 要介護2	08 要介護3	09 要介護4
9 平成26年9月1カ月に利用したサービス（予防、地域密着型を含む）（該当するもの全てに○）				
01 訪問介護	02 訪問入浴介護	03 訪問看護		
04 訪問リハビリテーション	05 居宅療養管理指導	06 通所介護		
07 通所リハビリテーション	08 短期入所生活介護	09 短期入所療養介護		
10 福祉用具貸与	11 住宅改修	12 定期巡回・随時対応型訪問介護看護		
13 夜間対応型訪問介護	14 認知症対応型通所介護	15 小規模多機能型居宅介護		
16 複合型サービス	17 特定施設入居者生活介護	18 認知症対応型共同生活介護		
19 特別養護老人ホーム	20 老人保健施設	21 介護療養病床		
22 市町村特別給付	01 移送サービス	02 配食サービス	03 おむつ支給	04 その他（）
23 介護保険給付外のサービス	→ 具体的に（）			
10 介護・介助が必要になった原因（該当するもの全てに○）				
01 脳血管疾患（脳卒中、脳出血等）	02 心疾患（心臓病、心臓病後等）	03 男性新生物（がん）		
04 呼吸器疾患（肺炎、気管支炎等）	05 脳神経疾患（リウマチ、腰痛等）	06 認知症（アルツハイマー病等）		
07 パーキンソン病	08 糖尿病	09 視覚・聴覚障害（緑内障、難聴等）		
10 骨折・転倒	11 骨髄損傷	12 高齢による衰弱		
13 その他（）		14 不明		

11 現在、有している疾病（該当するもの全てに○）					
01 脳血管疾患（脳卒中、脳出血等）	02 心疾患（心臓病、心臓病後等）	03 男性新生物（がん）			
04 呼吸器疾患（肺炎、気管支炎等）	05 脳神経疾患（リウマチ、腰痛等）	06 認知症（アルツハイマー病等）			
07 パーキンソン病	08 糖尿病	09 目の病気			
10 骨髄損傷	11 骨折・転倒	12 骨髄損傷			
13 高血圧	14 高脂血症（脂質異常）	15 胃腸・胆のうの病気			
16 腎臓・前立腺の病気	17 血液・免疫の病気	18 うつ病			
19 その他（）	20 ない				
12 治療の有無	01 有り	02 無し	03 不明		
13 現在受けている医療サービス（該当するもの全てに○） ※複数の医療機関に属している場合はその合計を記入					
01 通院（月____回）	02 訪問診療	03 往診			
14 過去半年間の入院の有無	01 有り（連続日：月 日）	02 無し	03 不明		
15 日常生活に支障のある痛み	01 有り	02 無し			
16 医療・ケア職による対応の必要性	01 有り	02 無し			
医療・ケア職による対応の必要性の有無	01 有り	02 無し			
対応が必要な医療的ケア（該当するもの全てに○）					
01 注射・点滴の管理	02 中心静脈栄養の管理	03 透析（在宅自己透析機を含む）の管理			
04 スリッター（人工肛門）の処置	05 股関節療法	06 レスビレーター（人工呼吸器）の管理			
07 気管切開のケア	08 褥瘡の管理	09 経管栄養（胃ろう・腸ろうを含む）			
10 呼吸吸引	11 モニター測定（血圧・心拍・酸素飽和度等）				
12 ビックリウの処置	13 カテーテル（コンドームカテーテル、留置カテーテル等）				
14 尿管管理	15 その他（）				
17 IADL（手続的日常生活動作）の能力レベル ※利用者本人の能力を評価した結果をご記入下さい。					
① バス、電車、自動車一人で外出	できる	見守り	一部介助	できない	
② 日用品の買物	01 02	02 03	03 04		
③ 食事の用意	01 02	02 03	03 04		
④ 服薬	01 02	02 03	03 04		
⑤ 請求書の支払い	01 02	02 03	03 04		
⑥ 預貯金の出し入れ	01 02	02 03	03 04		
⑦ 年金などの書類の記入	01 02	02 03	03 04		
18 ADL（日常生活動作）の能力レベル ※利用者本人の能力を評価した結果をご記入下さい。					
できる	見守り	一部介助	できない		
① 自宅内での歩行	01 02	02 03	03 04		
② 外出時の歩行	01 02	02 03	03 04		
③ 入浴	01 02	02 03	03 04		
④ 整髪（着替え）	01 02	02 03	03 04		
⑤ 排泄	01 02	02 03	03 04		
⑥ 食事	01 02	02 03	03 04		

Ⅱ 利用者のサービス利用の状況

19 サービス利用開始年月	平成 () 年 () 月	※事業集所におけるサービスの開始年月
20 1か月のサービス利用回数	() 回	※平成25年9月中のサービス利用回数
21 初回訪問時のサービス提供内容等		
サービス提供時間	() 分	
サービス提供に関わった職種 (該当するもの全てに○)	01 理学療法士 04 医師 07 歯科衛生士	02 作業療法士 06 看護師・検査技師 08 介護職員 09 その他 ()
サービス提供時のリハビリテーション の内容 (該当するもの全てに○)	01 関節可動域訓練 04 パラリンズ練習 07 授食・嚥下訓練 10 トイレ動作訓練 13 その他ADL訓練 16 計算ドリル 18 趣味活動 (手工芸、園芸、編み物等)	02 筋力増強訓練 05 マッサージ 08 言語訓練 11 入浴動作訓練 14 IADL 練習 (食事・睡眠等) 17 回想法 19 その他 ()

Ⅲ 訪問リハ計画の内容およびサービス実施状況について

22 訪問リハ計画書において設定した課題 (最も重要と考えた課題を1つ) ※訪問リハ計画書の中で設定した複数の課題のうち、あなた自身が最も重要と考えた課題を1つ記入し、以下について記入して下さい。また、現時点での短期目標の達成状況を評価下さい。	西暦 () 年 () 月 () 日	
計画策定年月日		
課題 (最も重要と考えた課題1つ)		
最も重要と考えた課題に対する本人の意向 (○まで出来るようにしたいなど)		
最も重要と考えた課題に対する短期目標		
短期目標の達成に向けて実施した内容		
サービス提供者の職種 (該当するもの全てに○)	01 理学療法士 04 医師 07 歯科衛生士	02 作業療法士 05 看護師・検査技師 08 介護職員 09 その他 ()
	01 ほぼ達成できた 02 達成までには至っていないが目標設定時よりは改善の傾向にある 03 あまり達成できなかった	03 言語聴覚士 06 歯科医師 09 その他 ()
短期目標の達成状況 (最も近いものに○)	「01 ほぼ達成できた」「03 改善の傾向にある」を選択された方に伺います。何がどのようなになったか、達成できた具体的な内容をご記入下さい。(例：外出頻度が増えたなど)。 「02 改善の傾向にある」「03 あまり達成できなかった」を選択された方に伺います。何がどのような部分が達成できなかったのか、また何故達成できなかったのか具体的な内容をご記入下さい。	

Ⅳ 今後の継続について

23 (前問22で短期目標が「01 ほぼ達成できた」とお答えの場合) 貴事業所におけるリハビリテーションの継続の有無	01 継続する予定である →24へ	02 終了する予定である	03 未定である
24 (前問23で「01 継続する予定である」とお答えの場合) 継続する理由 (該当するもの全てに○)			
01 自己管理方法の習得が必要なため	02 福祉用具の安全な使用を定着させるため		
03 家族の介護負担軽減のため	04 本人がリハビリテーションの継続を希望したため		
05 終了後の行き先 (地域内のサービス資源等) がないため	06 他に受け入れる事業所等がないため		
07 外出や他者との交流のため	08 新たな目標ができたため		
09 その他 ()			

質問項目は以上です。ご回答頂きありがとうございます。

生活期リハビリテーションに関する実態調査

【利用者票：通所リハビリテーション（予防含む）】

◎調査票を受け取られてから1週間以内で、利用者が最も多いと思われる1日を選び、その日のサービス利用者10名（介護予防含む）。10人を超える場合は実施要領にお示した手順で抽出して下さい。

利用者任意：ID

I 利用者の基本属性

1 性別	01 男性	02 女性	2 年齢	年齢
3 世帯類型	01 単居	02 夫婦のみ世帯	03 その他同居（11 高齢者のみ	12 その他（）
4 介護力	01 常時、介護できるものがある	02 時間帯によって介護できる人がいる	03 介護できる人はいない	
5 住まいの状況	現在の住まい	01 一戸建て	02 集合住宅	
	住居の形態	01 持家	02 民間賃貸住宅	03 公営賃貸住宅
		04 借間	05 その他	
6 障害高齢者の日常生活自立度	01 自立	02 J 1	03 J 2	04 A 1
	06 B 1	07 B 2	08 C 1	09 C 2
7 認知症高齢者の日常生活自立度	01 自立	02 I	03 IIa	04 IIb
	06 IIIb	07 IV	08 M	09 不明
8 現在の要介護状態区分	01 要介護1	02 要介護2	03 要介護3	04 要介護4
	06 要介護1	07 要介護2	08 要介護3	09 要介護4
上記区分の有効期間	開始月：西暦（）年（）月～終了月：西暦（）年（）月			
前回の要介護状態区分	01 要介護1	02 要介護2	03 要介護3	04 要介護4
	06 要介護1	07 要介護2	08 要介護3	09 要介護4
9 平成26年9月1カ月間に利用したサービス（予防、地域密着型を含む）（該当するもの全てに○）	01 訪問介護	02 訪問入浴介護	03 訪問看護	
	04 訪問リハビリテーション	05 居宅療養管理指導	06 通所介護	
07 通所リハビリテーション	08 短期入所生活介護	09 短期入所療養介護		
10 福祉用具貸与	11 住宅改修	12 定期巡回・随時対応型訪問介護看護		
13 衣類対応型訪問介護	14 認知症対応型通所介護	15 小規模多機能型居宅介護		
16 複合型サービス	17 特定施設入居者生活介護	18 認知症対応型共同生活介護		
19 特別養護老人ホーム	20 老人保健施設	21 介護療養病床		
22 市町村特別給付	01 移送サービス	02 配食サービス	03 おむつ支給	04 その他（）
23 介護保険給付外のサービス（具体的に（）				
10 介護・介助が必要になった原因（該当するもの全てに○）	01 脳血管疾患（脳卒中、脳出血等）	02 心疾患（心臓病、心臓病等）	03 慢性腎臓病（がん）	
	04 呼吸器疾患（肺炎、気管支炎等）	05 認知症（アルツハイマー病等）	06 認知症（アルツハイマー病等）	
07 パーキンソン病	08 糖尿病	09 視覚・聴覚障害（緑内障、難聴等）		
10 骨折・転倒	11 骨粗鬆症	12 高齢による衰弱		
13 その他（）				

11 現在、有している疾病（該当するもの全てに○）	01 脳血管疾患（脳卒中、脳出血等）	02 心疾患（心臓病、心臓病等）	03 慢性腎臓病（がん）	
	04 呼吸器疾患（肺炎、気管支炎等）	05 認知症（アルツハイマー病等）	06 認知症（アルツハイマー病等）	
07 パーキンソン病	08 糖尿病	09 視覚・聴覚障害（緑内障、難聴等）		
10 骨折・転倒	11 骨粗鬆症	12 高齢による衰弱		
13 高血圧	14 高脂血症（脂質異常）	15 胃腸・胆臓・胆のうの病気		
16 腎臓・前立腺の病気	17 血液・免疫の病気	18 うつ病		
19 その他（）	20 ない			
12 治療の有無	01 有り	02 無し	03 不明	
13 現在受けている医療サービス（該当するもの全てに○） ※複数の医療機関に属している場合はその合計を記入	01 通院（月 回）	02 訪問診療	03 往診	
14 過去半年間の入院の有無	01 有り（連続日： 月 日）	02 無し	03 不明	
15 日常生活に支障のある痛み	01 有り	02 無し		
16 医療・ケア職による対応の必要性	01 有り	02 無し		
医療・ケア職に必要な医療的ケア（該当するもの全てに○）	01 有り	02 無し		
01 注射・点滴の管理	02 中心静脈栄養の管理	03 透析（在宅自己透析療法を含む）の管理		
04 ストーマ（人工肛門）の処置	05 酸素療法	06 レスビレーター（人工呼吸器）の管理		
07 気管切開のケア	08 褥瘡の管理	09 経管栄養（胃ろう・腸ろうを含む）		
10 呼吸吸引	11 モニター測定（血圧・心拍・酸素飽和度等）			
12 ビックリウの処置	13 カテーテル（コンドームカテーテル、留置カテーテル等）			
14 尿漏管理	15 その他（）			
17 IADL（手段的日常生活動作）の能力レベル	※通所での状況や状態をみて、各 IADL ができるかどうかを、専門職の目からご評価下さい。			
① バス、電車、自動車一人で	できる	見守り	一部介助	できない
② 日用品の買物	01 02	02 03	03 04	
③ 食事の用意	01 02	02 03	03 04	
④ 服薬	01 02	02 03	03 04	
⑤ 請求書の支払い	01 02	02 03	03 04	
⑥ 預貯金の出し入れ	01 02	02 03	03 04	
⑦ 年金などの書類の記入	01 02	02 03	03 04	
18 ADL（日常生活動作）の能力レベル	※利用者本人の能力を評価した結果をご記入下さい。			
できる	見守り	一部介助	できない	
① 自宅内での歩行	01 02	02 03	03 04	
② 外出時の歩行	01 02	02 03	03 04	
③ 入浴	01 02	02 03	03 04	
④ 整髪（着替え）	01 02	02 03	03 04	
⑤ 排泄	01 02	02 03	03 04	
⑥ 食事	01 02	02 03	03 04	

Ⅱ 利用者のサービス利用の状況

19 サービス利用開始年月	平成（ ）年（ ）月	※事業集所におけるサービスの開始年月
20 1か月のサービス利用回数	（ ）回	※平成25年9月中のサービス利用回数
21 前回利用時のサービス提供内容等		
サービス利用時間	（ ）時間	※リハビリテーションに限定されない総利用時間
うちリハビリテーションを提供した おおよその時間	（ ）時間	
サービス提供に関わった職種 （該当するもの全てに○）	01 理学療法士 04 医師 07 歯科衛生士	02 作業療法士 05 看護師・准看護師 08 介護職員 03 言語聴覚士 06 歯科医師 09 その他（ ）
サービス提供内容 （該当するもの全てに○）	01 レクリエーション活動（ゲーム） 02 レクリエーション活動（折り紙・手芸） 03 レクリエーション活動（音楽） 04 レクリエーション活動（体操） 05 機能訓練（個別） 08 入浴	06 機能訓練（集団） 09 その他（ ） 07 食事
	01 関節可動域訓練 04 パラリンズ練習 07 療食・療工訓練 10 トイレ動作訓練 18 その他ADL訓練 16 計算ドリル 18 趣味活動（手工芸、園芸、積み協等）	02 筋力増強訓練 06 マッサージ 08 言語訓練 11 入浴動作訓練 14 IADL練習（食事・運動） 17 回想法 03 筋緊張緩和（ストレッチ） 06 起居/立位動作練習 09 歩行訓練 12 移乗動作訓練 15 体操 19 その他（ ）
サービス提供時のリハビリテーション の内容（該当するもの全てに○）		

Ⅲ 通所リハ計画の内容およびサービス実施状況について

22 通所リハ計画において設定した課題（最も重要と考えた課題を1つ） ※通所リハ計画の中で設定した複数の課題のうち、あなた自身が最も重要と考えた課題を1つ記入し、以下について記入して下さい。また、現時点での短期目標の達成状況も評価下さい。		
計画策定年月日	西暦（ ）年（ ）月（ ）日	
課題（最も重要と考えた課題1つ）		
最も重要と考えた課題に対する本人の意向（○まで出来るようになりたいなど）		
最も重要と考えた課題に対する短期目標		
短期目標の達成に向けて実施した内容		
サービス提供者の職種 （該当するもの全てに○）	01 理学療法士 04 医師 07 歯科衛生士	02 作業療法士 06 看護師・准看護師 08 介護職員 03 言語聴覚士 06 歯科医師 09 その他（ ）

短期目標の達成状況（最も近いものに○）	01 ほぼ達成できた	02 達成までには至っていないが目標設定時よりは改善の傾向にある
	08 あまり達成できなかった	01 ほぼ達成できた「02改善の傾向にある」を選択された方に伺います。何ほどのようになつたか、達成できた身体時内容をご記入下さい（例：外出頻度が増えたなど）。
	「02改善の傾向にある」「08あまり達成できなかった」を選択された方に伺います。どの部分が達成できなかったのが、まだ何故達成できなかったのか身体時内容をご記入下さい。	

Ⅳ 今後の継続について

23（前問22で短期目標が「01 ほぼ達成できた」とお答えの場合）貴事業所におけるリハビリテーションの継続の有無	01 継続する予定である	02 終了する予定である	08 未定である
24（前問23で「01 継続する予定である」とお答えの場合）継続する理由（該当するもの全てに○）	01 自己管理方法の習得が必要のため	02 福祉用具の安全な使用を定着させるため	04 本人がリハビリテーションの継続を希望したため
05 終了後の行き先（地域内のサービス資源等）がないため	06 他に受け入れる事業所等がないため	08 新たな目標ができたため	
07 外出や他者との交流のため	09 その他（ ）		

質問項目は以上です。ご回答頂きありがとうございます。

Ⅱ 利用者のサービス利用の状況

19 サービス利用開始年月	※事業所におけるサービスの開始年月		
20 1か月のサービス利用回数	() 回	※平成25年9月中のサービス利用回数	
21 前通所時のサービス提供内容等			
サービス提供時間	() 時間	※リハビリテーションに限定されない滞在時間	
うちリハ・機能訓練を促した時間 (おおよその時間)	() 時間		
サービス提供に関わった職種 (該当するもの全てに○)	01 理学療法士 04 医師 07 歯科衛生士	02 作業療法士 05 看護師・准看護師 08 介護職員	03 言語聴覚士 06 歯科医師 09 その他()
サービス提供内容 (該当するもの全てに○)	01 レクリエーション活動(ゲーム) 02 レクリエーション活動(折り紙・手芸) 03 レクリエーション活動(音楽) 04 レクリエーション活動(体操) 06 機能訓練(個別) 08 入浴	05 機能訓練(集団) 09 その他()	07 食事 () 08 筋緊張緩和(ストレッチ) 09 歩行訓練 10 トイレ動作訓練 11 入浴動作訓練 12 移乗動作訓練 13 その他ADL訓練 14 IADL 練習(食事・運動) 15 体操 16 計算ドリル 17 回想法 18 趣味活動(手工芸・園芸・編み物等) 19 その他()
サービス提供時のリハビリテーション の内容(該当するもの全てに○)	01 関節可動域訓練 04 バランス練習 07 摂食・嚥下訓練 10 トイレ動作訓練 18 その他ADL訓練 16 計算ドリル 17 回想法	02 筋力増強訓練 05 マッサージ 08 言語訓練 11 入浴動作訓練 14 IADL 練習(食事・運動) 15 体操 16 計算ドリル 17 回想法	03 筋緊張緩和(ストレッチ) 06 起居/立位動作練習 09 歩行訓練 12 移乗動作訓練 15 体操 18 趣味活動(手工芸・園芸・編み物等) 19 その他()

Ⅲ 通所介護計画の内容およびサービス実施状況について

22 通所介護計画において設定した課題（最も重要と考えた課題を1つ） ※通所介護計画の中で設定した複数の課題のうち、あなた自身が最も重要と考えた課題を1つ記入し、以下について記入して下さい。また、現時点での短期目標の達成状況を評価下さい。	西暦（ ）年（ ）月（ ）日		
計画策定年月日			
課題（最も重要と考えた課題1つ）			
最も重要と考えた課題に対する本人の意向（○まで出来るようになるなど）			
最も重要と考えた課題に対する短期目標			
短期目標の達成に向けて実施した内容			
サービス提供者の職種 （該当するもの全てに○）	01 理学療法士 04 医師 07 歯科衛生士	02 作業療法士 05 看護師・准看護師 08 介護職員	03 言語聴覚士 06 歯科医師 09 その他（ ）

短期目標の達成状況（最も近いものに○）	01 ほぼ達成できた	「01は達成できた」「02改善の傾向にある」を選択された方に伺います。何ができるようになったか、達成できた具体的な内容をご記入下さい。（例：外出頻度が増えたなど）。
	02 達成までには至っていないが目標設定時よりは改善の傾向にある	
	03 あまり達成できなかった	
	08	
短期目標の達成状況（最も近いものに○）	「01は達成できた」「02改善の傾向にある」を選択された方に伺います。何ができるようになったか、達成できた具体的な内容をご記入下さい。	「02改善の傾向にある」「08あまり達成できなかった」を選択された方に伺います。どの部分が達成できなかったのか、また何故達成できなかったのか、具体的な理由をご記入下さい。

Ⅳ 今後の継続について

23 前問22で短期目標が「01ほぼ達成できた」とお答えの場合、事業所におけるリハビリテーションの継続の有無	02 終了する予定である	03 未定である
24 前問23で「01継続する予定である」とお答えの場合、継続する理由（該当するもの全てに○）		
01 自己管理方法の習得が必要のため	02 福祉用具の安全な使用を定着させるため	03 家族の介護負担軽減のため
04 本人がリハビリテーションの継続を希望したため	05 終了後の行き先（地域内のサービス資源等）がないため	06 他に受け入れる事業所等がないため
07 外出や他者との交流のため	08 新たな目標ができたため	09 その他（ ）

質問項目は以上です。ご回答頂きありがとうございます。ありがとうございました。

生活期リハビリテーションに関する実態調査
【利用者票：短期入所療養介護（予防含む）】

◎調査票を受け取られてから1週間以内で、利用者が最も多いと思われる1日を選び、その日のサービス利用者10名（介護予防含む）10人を超える場合は実施要領にお示した手順で抽出して下さい。

利用者任意ID

I 利用者の基本属性

1 性別	01 男性	02 女性	2 年齢	年齢
3 世帯類型	01 単居	02 夫婦のみ世帯	03 その他同居（11 高齢者のみ	12 その他（）
4 介護力	01 常時、介護できるものがある	02 時間帯によって介護できる人がいる	03 介護できる人はいない	
5 住まいの状況	現在の住まい	01 一戸建て	02 集合住宅	
	住居の形態	01 持家	02 民間賃貸住宅	03 公営賃貸住宅
		04 借間	05 その他	
6 障害高齢者の日常生活自立度	01 自立	02 J 1	03 J 2	04 A 1
	06 B 1	07 B 2	08 C 1	09 C 2
7 認知症高齢者の日常生活自立度	01 自立	02 I	03 IIa	04 IIb
	06 IIIb	07 IV	08 M	09 不明
8 現在の要介護状態区分	01 要介護1	02 要介護2	03 要介護3	04 要介護4
	06 要介護1	07 要介護2	08 要介護3	09 要介護4
上記区分の有効期間	開始月：西暦（）年（）月（）日	終了月：西暦（）年（）月（）日		
前回の要介護状態区分	01 要介護1	02 要介護2	03 要介護3	04 要介護4
	06 要介護1	07 要介護2	08 要介護3	09 要介護4
9 平成26年9月1カ月間に利用したサービス（予防、地域密着型を含む）（該当するもの全てに○）	01 訪問介護	02 訪問入浴介護	03 訪問看護	
	04 訪問リハビリテーション	05 居宅療養管理指導	06 通所介護	
	07 通所リハビリテーション	08 短期入所生活介護	09 短期入所療養介護	
	10 福祉用具貸与	11 住宅改修	12 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	
	13 夜間対応型訪問介護	14 認知症対応型通所介護	15 小規模多機能型居宅介護	
	16 複合型サービス	17 特定施設入居者生活介護	18 認知症対応型共同生活介護	
	19 特別養護老人ホーム	20 老人保健施設	21 介護療養病床	
	22 市町村特別給付	01 移送サービス	02 配食サービス	03 おむつ支給
	23 介護保険給付外のサービス	→ 具体的に（）		
10 介護・介助が必要になった原因（該当するもの全てに○）	01 脳血管疾患（脳卒中、脳出血等）	02 心疾患（心臓病、心臓病等）	03 慢性腎臓病（がん）	
	04 呼吸器疾患（肺炎、気管支炎等）	05 認知症（アルツハイマー病等）	06 認知症（アルツハイマー病等）	
	07 パーキンソン病	08 糖尿病	09 視覚・聴覚障害（緑内障、難聴等）	
	10 骨折・転倒	11 骨粗鬆症	12 高齢による衰弱	
	13 その他（）		14 不明	

11 現在、有している疾病（該当するもの全てに○）	01 脳血管疾患（脳卒中、脳出血等）	02 心疾患（心臓病、心臓病等）	03 慢性腎臓病（がん）	
	04 呼吸器疾患（肺炎、気管支炎等）	05 認知症（アルツハイマー病等）	06 認知症（アルツハイマー病等）	
	07 パーキンソン病	08 糖尿病	09 目の病気	
	10 骨折・転倒	11 骨粗鬆症	12 骨粗鬆症	
	13 高血圧	14 高脂血症（脂質異常）	15 胃腸・胆臓・胆のうの病気	
	16 腎臓・前立腺の病気	17 血液・免疫の病気	18 うつ病	
	19 その他（）	20 ない		
12 治療の有無	01 有り	02 無し	03 不明	
13 現在受けている医療サービス（該当するもの全てに○） ※複数の医療機関に属している場合はその合計を記入	01 通院（月 回）	02 訪問診療	03 往診	
	04 過去半年間の入院の有無	01 有り（連続日： 月 日）	02 無し	03 不明
	14 日常生活に支障のある痛み	01 有り	02 無し	
15 医療・ケア職による対応の必要性	01 有り	02 無し		
医療・ケア職に必要な医療的ケア（該当するもの全てに○）	01 注射・点滴の管理	02 中心静脈栄養の管理	03 透析（在宅自己透析療法を含む）の管理	
	04 ストーマ（人工肛門）の処置	05 酸素療法	06 レスビレーター（人工呼吸器）の管理	
	07 気管切開のケア	08 褥瘡の管理	09 経管栄養（胃ろう・腸ろうを含む）	
	10 呼吸吸引	11 モニター測定（血圧・心拍・酸素飽和度等）		
	12 ビックリウの処置	13 カテーテル（コンドームカテーテル、留置カテーテル等）		
	14 尿漏管理	15 その他（）		
17 IADL（手段的日常生活動作）の能力レベル	※独居入所中での状況や状態をみて、各IADLができるかどうかを、専門職の目からご評価下さい。			
① バス、電車、自動車一人で	できる	見守り	一部介助	できない
② 日用品の買物	01 02	02 03	03 04	
③ 食事の用意	01 02	02 03	03 04	
④ 服薬	01 02	02 03	03 04	
⑤ 請求書の支払い	01 02	02 03	03 04	
⑥ 預貯金の出し入れ	01 02	02 03	03 04	
⑦ 年金などの書類の記入	01 02	02 03	03 04	
18 ADL（日常生活動作）の能力レベル	※利用者本人の能力を評価した結果をご記入下さい。			
① 自宅内での歩行	できる	見守り	一部介助	できない
② 外出時の歩行	01 02	02 03	03 04	
③ 入浴	01 02	02 03	03 04	
④ 整髪（着替え）	01 02	02 03	03 04	
⑤ 排泄	01 02	02 03	03 04	
⑥ 食事	01 02	02 03	03 04	

Ⅱ 利用者のサービス利用の状況

19 サービス利用開始年月	平成（ ）年（ ）月	※事業場所におけるサービスの開始年月
20 1か月のサービス利用日数	（ ）回	※平成25年9月中のサービス利用回数
21 短期入所時のサービス提供内容等		
入所中の平均的な1日におけるリハビリ機能訓練のおおよその提供時間	（ ）時間	
サービス提供に関わった職種（該当するもの全てに○）	01 理学療法士 04 医師 07 歯科衛生士	02 作業療法士 05 看護師・看護補助師 08 介護職員 03 言語聴覚士 06 歯科医師 09 その他（ ）
サービス提供内容（該当するもの全てに○）	01 レクリエーション活動（ゲーム） 02 レクリエーション活動（折り紙・手芸） 03 レクリエーション活動（音楽） 04 レクリエーション活動（体操） 05 機能訓練（個別） 08 入浴	06 機能訓練（集団） 09 その他（ ） 07 食事
サービス提供時のリハビリテーションの内容（該当するもの全てに○）	01 関節可動域訓練 04 パラリンズ練習 07 採食・嚥下訓練 10 トイレ動作訓練 13 その他ADL訓練 16 計算ドリル 18 趣味活動（手工芸、園芸、編み物等）	02 筋力増強訓練 05 マッサージ 08 音読訓練 11 入浴動作訓練 14 IADL練習（食事・調理） 15 体操 17 回想法 03 筋緊張緩和（ストレッチ） 06 起居/立位動作練習 09 歩行訓練 12 移乗動作訓練 08 緊急避難訓練（ストップ）

Ⅲ 短期入所計画の内容およびサービス実施状況について

22 短期入所計画において設定した課題（最も重要と考えた課題を1つ）	※短期入所計画の中で設定した複数の課題のうち、あなた自身が最も重要と考えた課題を1つ記入し、以下について記入して下さい。また、現時点での短期目標の達成状況を確認下さい。	
計画策定年月日	西暦（ ）年（ ）月（ ）日	
課題（最も重要と考えた課題1つ）		
最も重要と考えた課題に対する本人の意向（○まで出来るようになりたいなど）		
最も重要と考えた課題に対する短期目標		
短期目標の達成に向けて実施した内容		
サービス提供者の職種（該当するもの全てに○）	01 理学療法士 04 医師 07 歯科衛生士	02 作業療法士 05 看護師・看護補助師 08 介護職員 03 言語聴覚士 06 歯科医師 09 その他（ ）

短期目標の達成状況（最も近いものに○）	01 ほぼ達成できた	「01 ほぼ達成できた」「02改善の傾向にある」を選択された方に伺います。何ができるようになったか、達成できた具体的な内容をご記入下さい（例：外出頻度が増えたなど）。
	02 達成までには至っていないが目標設定時よりは改善の傾向にある	
	03 あまり達成できなかった	
	08 ほぼ達成できなかった	
	「02改善の傾向にある」「08あまり達成できなかった」を選択された方に伺います。どの部分が達成できなかったのか、また何故達成できなかったのか具体的な内容をご記入下さい。	

Ⅳ 今後の継続について

23（前問22で短期目標が「01ほぼ達成できた」とお答えの場合）事業場所におけるリハビリテーションの継続の有無	02 終了する予定である	08 未定である
24（前問23で「01継続する予定である」とお答えの場合）継続する理由（該当するもの全てに○）		
01 自己管理方法の習得が必要のため	02 福祉用具の安全な使用を定着させるため	
03 家族の介護負担軽減のため	04 本人がリハビリテーションの継続を希望したため	
05 終了後の行き先（地域内のサービス資源等）がないため	06 他に受け入れる事業所等がないため	
07 外出や他者との交流のため	08 新たな目標ができたため	
09 その他（ ）		

質問項目は以上です。ご回答頂きありがとうございます。

Ⅱ 利用者のサービス利用の状況

19 サービス利用開始年月	平成（ ）年（ ）月（ ）日	※事業場所におけるサービスの開始年月
20 1か月のサービス利用日数	（ ）日	※平成26年9月中のサービス利用日数
21 短期入所時のサービス提供内容等		
入所中の平均的な1日におけるリハビリ機能訓練のおおよその提供時間	（ ）時間	
サービス提供に関わった職種（該当するもの全てに○）	01 理学療法士 04 医師 07 歯科衛生士 02 作業療法士 05 看護師・看護補助師 08 介護職員 03 言語聴覚士 06 歯科医師 09 その他（ ）	
サービス提供内容（該当するもの全てに○）	01 レクリエーション活動（ゲーム） 02 レクリエーション活動（折り紙・手芸） 03 レクリエーション活動（音楽） 04 レクリエーション活動（体操） 05 機能訓練（個別） 08 入浴 02 能力増強訓練 05 マッサージ 07 授食・嚥下訓練 10 トイレ動作訓練 13 その他ADL訓練 16 計算ドリル 18 趣味活動（手工芸、園芸、編み物等） 03 音楽療育和（ストローク） 06 起居/立位動作練習 09 歩行訓練 12 移乗動作訓練 15 体操	
サービス提供時のリハビリテーションの内容（該当するもの全てに○）		

Ⅲ 短期入所計画の内容およびサービス実施状況について

22 短期入所計画において設定した課題（最も重要と考えた課題を1つ）	※短期入所計画の中で設定した複数の課題のうち、あなた自身が最も重要と考えた課題を1つ記入し、以下について記入して下さい。また、現時点での短期目標の達成状況を確認下さい。	
計画策定年月日	西暦（ ）年（ ）月（ ）日	
課題（最も重要と考えた課題1つ）		
最も重要と考えた課題に対する本人の意向（○まで出来るようになりたいなど）		
最も重要と考えた課題に対する短期目標		
短期目標の達成に向けて実施した内容		
サービス提供者の職種（該当するもの全てに○）	01 理学療法士 04 医師 07 歯科衛生士 02 作業療法士 05 看護師・看護補助師 08 介護職員 03 言語聴覚士 06 歯科医師 09 その他（ ）	

短期目標の達成状況（最も近いものに○）	01 ほぼ達成できた	「01 ほぼ達成できた」「02改善の傾向にある」を選択された方に伺います。何ができるようになったか、達成できた身体内容をご記入下さい（例：外出頻度が増えたなど）。	
	02 達成までには至っていないが目標設定時よりは改善の傾向にある		
	08 あまり達成できなかった		
	「02改善の傾向にある」「08あまり達成できなかった」を選択された方に伺います。どの部分が達成できなかったのか、また何故達成できなかったのか、身体内容をご記入下さい。		
	「02改善の傾向にある」「08あまり達成できなかった」を選択された方に伺います。どの部分が達成できなかったのか、また何故達成できなかったのか、身体内容をご記入下さい。		

Ⅳ 今後の継続について

23（前問22で短期目標が「01ほぼ達成できた」とお答えの場合）事業場所におけるリハビリテーションの継続の有無	02 終了する予定である	08 未定である
24（前問23で「01継続する予定である」とお答えの場合）継続する理由（該当するもの全てに○）		
01 自己管理方法の習得が必要のため	02 福祉用具の安全な使用を定着させるため	
03 家族の介護負担軽減のため	04 本人がリハビリテーションの継続を希望したため	
05 終了後の行き先（地域内のサービス資源等）がないため	06 他に受け入れる事業所等がないため	
07 外出や他者との交流のため	08 新たな目標ができたため	
09 その他（ ）		

質問項目は以上です。ご回答頂きありがとうございます。

ご自宅における日常生活や健康状態に関するアンケート

あなたの自宅での日常生活の状況や、健康の状態に関してお聞きします。最も近いと思われる番号に○（マル）をお付け下さい。

1 日常生活の状況について（1）			
以下の①～⑧の質問について、現在の状況に最も近い番号に○をお付け下さい。			
	はい	いいえ	
① 新聞を読んでいますか	1	2	
② 本や雑誌を読んでいますか	1	2	
③ 健康についての記事や番組に関心がありますか	1	2	
④ 友人の家を訪ねていますか	1	2	
⑤ 家族や友人の相談にのっていますか	1	2	
⑥ 病人を見舞うことができますか	1	2	
⑦ 若い人に自分から話しかけることがありますか	1	2	
⑧ 週に1回以上は外出をしていますか	1	2	
2 日常生活の状況について（2）			
以下の①～⑦の行について、ご自分でできるし、実際している場合は「1」、できない場合は「2」、できない場合は「3」に○（マル）をお付けください。			
	できるし している	できないが していない	できない
① バス・電車・自家用車等で一人で外出すること	1	2	3
② 日用品の買物をする	1	2	3
③ 食事の用意をする	1	2	3
④ 薬を飲むこと	1	2	3
⑤ 請求書の支払いをする	1	2	3
⑥ 預貯金の出し入れをする	1	2	3
⑦ 年金などの書類を書く	1	2	3
以下の⑧～⑬の行について、ご自分でしている（介助を受けていない）場合は「1」、家族の方やケア職による介助を受けている場合は「2」にそれぞれ○（マル）をお付けください。			
	自分でしている （介助なし）	介助を受けて している	
⑧ 自宅内での歩行	1	2	
⑨ 外出時の歩行	1	2	
⑩ 風呂に入った際に全身を洗うこと	1	2	
⑪ ズボンやパンツを脱いだり着たりすること	1	2	
⑫ トイレ動作（ズボンの上げ下げ、排泄・排便、便器の後始末）	1	2	
⑬ 食事をする	1	2	

3 日常生活の状況について（3）									
以下の1.～7.の行について、介助を受けて行っているものの番号すべてに○をお付け下さい。									
	1. バス・電車・自家用車 で外出すること	2. 日用品の買物 をすること	3. 食事の用意 をすること	4. 薬を飲む こと	5. 請求書の 支払いをする こと	6. 預貯金の 出し入れを すること	7. 年金など の書類を書く こと		
4 あなたの現在の健康状態として最も近い番号に○をお付け下さい。	1. とてもよい	2. よい	3. あまりよくない	4. よくない					
5 老人クラブ等への参加状況について									
以下のような会・グループ等にとどの位の頻度で参加していますか。									
	週4回 以上	週2～3回	週1回	週1～3回	月に 数回	年に 数回	年に 1回	参加して いない	
老人クラブ	1	2	3	4	5	6			
町内会・自治会活動	1	2	3	4	5	6			
趣味活動（花・将棋・歌・書道など）	1	2	3	4	5	6			
スポーツ関係のグループやクラブ	1	2	3	4	5	6			
学習や教養サークル	1	2	3	4	5	6			
6 現在利用しているリハビリテーションサービスについて									
現在利用しているサービスについて、感想や要望をお答え下さい。									
① 満足度	1. 満足している 2. やや満足している 3. あまり満足していない 4. 満足していない								
② サービスを受けて良かったこと	（具体的に）例：「列仕が前よりできるようになった」など、ご自由に記入してください。								
③ リハビリ専門職からのアドバイスに対する評価をお聞かせ下さい	1. 非常に参考になった 2. まあまあ参考になった 3. あまり参考にならなかった 4. 全く参考にならなかった 5. アドバイスはなかった （「1. 非常に参考になった」「2. まあまあ参考になった」を選択された方に伺います。特に参考になったアドバイスがあればお書きください。）								
④ サービスへの要望	（具体的に）お書きください。								

質問項目は以上です。ご回答頂きありがとうございます。

事業所スタッフ記入

記入者区分（本人以外が記入した場合）	□ 介護職員	□ 介護士	□ 看護士	□ その他（ ）
利用者任意ID				

生活期リハビリテーションに関する実態調査
【事業所/通所者票 老人保健施設】

問1 貴施設の概要についてご記入下さい。【2013年10月1日時点】						
事業所名	事業所番号					
所在地	() 都・道・府・県 () 区・市・町・村					
経営主体	01 公立 () 都道府県・市区町村 02 社会福祉法人 (社会福祉協議会を除く) 03 医療法人 04 社団・財団法人 05 社会福祉協議会 06 営利法人 (株式会社・有限会社) 07 特定非営利活動法人 08 その他の法人 ()					
開設年月(西暦)	() 年 () 月開設					
定員	() 人					
01 病院 02 診療所 03 特別養護老人ホーム (地域密着型を含む) 04 老人保健施設 05 介護療養型医療施設 06 訪問介護 07 訪問入浴介護 08 訪問看護 09 訪問リハビリテーション 10 通所介護 11 通所リハビリテーション 12 短期入所生活介護 13 短期入所療養介護 14 特定施設入居者生活介護 (有料老人ホーム、ケアハウス) 15 サービス付き高齢者向け住宅 16 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 17 夜間対応型訪問介護 18 認知症対応型通所介護 19 小規模多機能型居宅介護 20 複合型サービス 21 認知症対応型共同生活介護 22 居宅介護支援 23 その他 ()	平成23年度	平成24年度				
平均所日数	() 日	() 日				
施設の機能	01 従来型	02 在宅強化型	03 療養型	04 療養強化型		
利用者実数(人)	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
(10月1日時点)	人	人	人	人	人	人
延べ利用者数(人)	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
(10月1日時点)	人	人	人	人	人	人
介護報酬上の区分	平成24年3月まで					
01 介護保険施設サービス費Ⅰ型	平成24年4月以降					
→Ⅰ・Ⅱ	→Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ					
02 介護保険施設サービス費Ⅱ型	→Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ					
→Ⅰ・Ⅱ	→Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ					
03 介護保険施設サービス費Ⅲ型	→Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ					
→Ⅰ・Ⅱ	→Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ					
04 コミュニット型介護保険施設サービス費Ⅰ型	→Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ					
→Ⅰ・Ⅱ	→Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ					
05 コミュニット型介護保険施設サービス費Ⅱ型	→Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ					
→Ⅰ・Ⅱ	→Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ					
06 コミュニット型介護保険施設サービス費Ⅲ型	→Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ					
→Ⅰ・Ⅱ	→Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ					
ご記入者名	(ご所属:)					
ご連絡先	FAX:					
電話:	FAX:					

※近べ利用者数については、毎日の利用者数の合計を要介護度別に記入下さい。例えば、Aさんが30日間、Bさんが28日間、Cさんが30日間利用した場合は、延べ利用者数は、「30人+28人+30人」で計88人となります。

問2 貴施設における加算の算定状況についてお伺いします (平成25年9月1か月分)	算定の有無
加算の種類	(算定している場合は平成25年9月1か月分の件数を記入)
在宅復帰・在宅療養支援機能加算	01 算定している→ () 件 02 算定していない
在宅復帰支援機能加算	01 算定している→ () 件 02 算定していない
在宅復帰支援機能加算	11 平成24年4月から 12 平成24年3月以前から
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	01 算定している→ () 件 02 算定していない
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	01 算定している→ () 件 02 算定していない
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	01 算定している→ () 件 02 算定していない

問3 貴事業所の従事者数 (管理者の方を含む) を常勤換算人数で回答下さい。	実人数	常勤換算
	常勤	非常勤
01 医師		合計
02 看護師・准看護師		人
03 生活相談員		人
04 介護職員		人
05 理学療法士		人
06 作業療法士		人
07 言語聴覚士		人
08 管理栄養士		人
09 歯科衛生士		人
10 その他の職員 (事務職員も含む)		人

※複数の職種に従事している場合は、主として従事している職種のいずれか1つに分類して下さい。
※貴事業所における従事者のうち他事業所との兼務者、非常勤者については、以下の計算式により換算人数を計算し、小数点以下第2位を四捨五入し、小数点以下第1位まで計上して下さい。

換算人数 = 職員の首長の1週間の延べ労働時間 ÷ 事業所が定めている1週間の所定労働時間
例、1週間の所定労働時間が40時間の事業所において、週30時間労働の介護職員(非常勤者)が1名、週20時間労働の介護職員が2名、週15時間労働の介護職員が1名いた場合の換算人数の計算式は以下の通り。
換算人数 = 30時間×1名+20時間×2名+15時間×1名 = 21人

問4 貴施設を退所して在宅に移行する入所者に対して、次に利用するサービス等 (特にリハビリテーション関連のサービスについて) の紹介・調整等を行っていますか。
01 行っている
→どのようなサービスの紹介等を行っていますか。
11 介護保険サービス事業所
12 介護保険施設
13 自治体が実施している地域支援事業
14 その他 (具体的に:)
02 行っていない
03 行いたいを紹介するサービス等を知らない

問5 貴施設における自宅への退所者数を記入下さい。					
平成25年4月	5月	6月	7月	8月	9月
人	人	人	人	人	人

問6 平成25年9月中の貴施設からの退所者のうち、自宅に退所した方についてその属性等をご記入下さい。なお、1か月の間に複数回自宅への退所をした方がいらっしゃった場合は、直近の状況のみご記入下さい。

ID	年齢	性別	退所時に有していた疾患（複数）	要介護度	入所日	退所日	入所前の居場所	退所前訪問の有無	退所前カンファレンスの参加者（老健職員以外）	退所後の老健スタッフによる訪問の有無	在宅復帰の際のフォローの有無
	数字	1 男 2 女	1 脳血管疾患（脳卒中、脳出血等） 2 心疾患（心臓病、心筋梗塞等） 3 悪性新生物（がん） 4 呼吸器疾患（肺炎、気管支炎等） 5 関節疾患（リウマチ、腰痛等） 6 認知症（アルツハイマー病等） 7 パーキンソン病 8 糖尿病 9 視覚・聴覚障害（緑内障、難聴等） 10 骨折・転倒 11 脊髄損傷 12 高血圧 13 高脂血症（脂質異常） 14 胃腸・肝臓・胆のうの病気 15 腎臓・前立腺の病気 16 血液・免疫の病気 17 うつ病 18 目の病気 19 耳の病気 20 その他（ ） 21 ない	1 要介護1 2 要介護2 3 要介護3 4 要介護4 5 要介護5	例：H24.5.1	例：H25.9.15	1 自宅 2 特養 3 療養病床 4 医療機関 5 グループホーム 6 有料老人ホーム 7 その他	1 訪問した 2 訪問していない	1 ケアマネジャー 2 地域包括支援センター 3 リハ職 4 訪問看護師 5 ケア職 6 その他 7 カンファレンスは実施せず	1 あり 2 なし	1 自施設もしくは系列のサービスを提供 2 自施設もしくは系列事業所のケアマネジャー等を通じて状況を把握 3 自施設もしくは系列事業所以外のケアマネジャー等を通じて状況を把握 4 その他（ ） 5 特に何もせず
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

問6 平成25年9月中の貴施設からの退所者のうち、自宅に退所した方についてその属性等をご記入下さい。なお、1か月の間に複数回自宅への退所をした方がいらっしゃった場合は、直近の状況のみご記入下さい。

ID	年齢	性別	退所時に有していた疾患（複数）	要介護度	入所日	退所日	入所前の居場所	退所前訪問の有無	退所前カンファレンスの参加者（老健職員以外）	退所後の老健スタッフによる訪問の有無	在宅復帰の際のフォローの有無
	数字	1 男 2 女	1 脳血管疾患（脳卒中、脳出血等） 2 心疾患（心臓病、心筋梗塞等） 3 悪性新生物（がん） 4 呼吸器疾患（肺炎、気管支炎等） 5 関節疾患（リウマチ、腰痛等） 6 認知症（アルツハイマー病等） 7 パーキンソン病 8 糖尿病 9 視覚・聴覚障害（緑内障、難聴等） 10 骨折・転倒 11 脊髄損傷 12 高血圧 13 高脂血症（脂質異常） 14 胃腸・肝臓・胆のうの病気 15 腎臓・前立腺の病気 16 血液・免疫の病気 17 うつ病 18 目の病気 19 耳の病気 20 その他（ ） 21 ない	1 要介護1 2 要介護2 3 要介護3 4 要介護4 5 要介護5	例：H24.5.1	例：H25.9.15	1 自宅 2 特養 3 療養病床 4 医療機関 5 グループホーム 6 有料老人ホーム 7 その他	1 訪問した 2 訪問していない	1 ケアマネジャー 2 地域包括支援センター 3 リハ職 4 訪問看護師 5 ケア職 6 その他 7 カンファレンスは実施せず	1 あり 2 なし	1 自施設もしくは系列のサービスを提供 2 自施設もしくは系列事業所のケアマネジャー等を通じて状況を把握 3 自施設もしくは系列事業所以外のケアマネジャー等を通じて状況を把握 4 その他（ ） 5 特に何もせず
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											

質問項目は以上です。ご回答頂きありがとうございました。

(2) アンケート集計表

在宅サービス：利用者票（要介護度別）

	合計	性別				世帯類型			
		男性	女性	無回答		独居	夫婦のみ世帯	その他同居	無回答
全体	7843	33.5	65.2	1.3		16.7	20.3	59.8	3.2
要介護度	要支援1	386	30.1	69.7	0.3	27.5	20.5	51.0	1.0
	要支援2	876	26.3	73.3	0.5	28.8	18.6	50.8	1.8
	要介護1	1507	30.3	69.2	0.5	20.6	18.0	59.0	2.4
	要介護2	1807	35.1	64.7	0.2	16.2	20.7	60.9	2.2
	要介護3	1426	36.8	62.7	0.5	12.9	21.3	63.7	2.1
	要介護4	1037	34.6	64.9	0.5	10.0	20.3	66.1	3.6
	要介護5	610	42.3	57.7	0.0	8.0	25.9	63.6	2.5

	合計	介護力				
		常時、介護できるものがある	時間帯によって介護できる人がいる	介護でいる人はいない	無回答	
全体	7843	37.0	47.2	12.6	3.2	
要介護度	要支援1	386	25.9	44.3	26.4	3.4
	要支援2	876	29.1	47.0	21.1	2.7
	要介護1	1507	31.6	51.8	14.5	2.1
	要介護2	1807	36.0	51.8	9.9	2.3
	要介護3	1426	38.0	50.8	9.3	1.8
	要介護4	1037	47.6	41.1	9.2	2.1
	要介護5	610	53.3	34.1	9.8	2.8

		合計	障害自立度										
			自立	J 1	J 2	A 1	A 2	B 1	B 2	C 1	C 2	不明	無回答
要介護度	全体	7843	4.7	6.0	13.8	20.9	18.2	9.7	9.2	2.6	3.9	4.5	6.3
	要支援 1	386	19.4	18.9	29.0	17.6	6.5	1.3	0.3	0.0	0.0	2.8	4.1
	要支援 2	876	13.2	13.5	28.1	21.3	12.2	1.8	1.0	0.0	0.0	3.5	5.3
	要介護 1	1507	6.2	9.4	21.6	28.6	18.2	4.1	1.3	0.3	0.0	3.8	6.5
	要介護 2	1807	3.4	5.7	13.9	28.0	24.5	9.8	4.4	0.4	0.1	4.3	5.5
	要介護 3	1426	0.8	1.7	6.8	21.7	25.9	16.6	12.7	2.0	0.7	6.0	5.0
	要介護 4	1037	0.5	0.6	3.2	11.4	15.6	18.8	27.6	6.8	6.7	5.0	4.0
	要介護 5	610	0.2	0.2	0.7	1.6	5.2	10.3	21.8	14.3	37.0	5.9	2.8

	合計	認知症自立度									
		自立	I	II a	II b	III a	III b	IV	M	不明	無回答
全体	7843	25.9	19.5	12.6	14.4	9.6	3.1	3.4	0.6	4.6	6.5
要介護度	要支援1	386	60.9	22.0	5.4	2.8	1.6	0.0	0.0	2.6	4.7
	要支援2	876	57.9	22.9	6.1	3.3	0.5	0.0	0.0	2.7	6.4
	要介護1	1507	25.1	24.4	18.4	16.1	4.6	0.9	0.6	3.7	6.2
	要介護2	1807	26.4	22.7	13.9	16.1	8.4	2.0	0.9	4.1	5.2
	要介護3	1426	15.0	16.8	15.2	18.6	16.2	4.8	3.7	5.0	4.6
	要介護4	1037	14.1	15.5	10.8	18.8	16.1	6.3	6.8	5.2	5.3
	要介護5	610	8.4	8.5	6.2	13.3	18.0	8.7	18.2	4.8	2.8

合計		現在有している疾患														
		脳血管疾患（脳卒中、脳出血等）	心疾患（心臓病、心筋梗塞等）	悪性新生物（がん）	呼吸器疾患（肺炎、気管支炎等）	関節疾患（リウマチ、腰痛等）	認知症（アルツハイマー病等）	パーキンソン病	糖尿病	目の病気	耳の病気	骨折・転倒	脊髄損傷	高血圧	高脂血症（脂質異常）	
要介護度	全体	7843	30.9	17.6	3.7	6.2	25.1	28.0	4.9	15.3	8.0	2.1	11.9	1.7	35.7	6.1
	要支援1	386	18.4	15.5	2.8	4.4	41.2	7.5	2.8	12.2	13.7	3.6	8.8	0.5	41.5	8.5
	要支援2	876	24.2	17.9	2.1	5.0	37.9	5.0	2.3	14.5	10.0	2.3	12.1	1.8	42.2	8.7
	要介護1	1507	25.4	17.5	4.3	6.5	27.0	30.3	3.4	15.0	8.5	3.0	12.3	1.1	39.0	7.3
	要介護2	1807	30.3	17.7	3.7	6.3	26.7	28.2	5.6	16.1	7.5	1.8	13.9	1.2	37.0	5.6
	要介護3	1426	34.4	18.4	3.9	6.2	20.1	37.9	5.4	16.3	7.2	1.5	11.3	1.4	35.0	4.9
	要介護4	1037	39.5	18.4	4.3	5.8	19.7	33.8	5.9	15.7	7.6	1.9	12.9	3.4	32.0	5.8
	要介護5	610	44.6	18.5	3.1	10.3	12.3	38.9	9.0	14.8	6.2	1.6	7.5	3.1	24.6	3.3

		合計	現在有している疾患						
			胃腸・肝臓・胆のうの病気	腎臓・前立腺の病気	血液・免疫の病気	うつ病	その他	ない	無回答
要介護度	全体	7843	6.0	5.6	0.8	3.4	12.5	1.5	2.8
	要支援1	386	5.7	6.0	0.3	2.6	13.7	1.3	1.3
	要支援2	876	5.6	3.4	0.9	2.1	13.2	2.1	2.9
	要介護1	1507	5.9	4.8	0.6	4.3	13.7	1.5	1.7
	要介護2	1807	6.2	5.8	0.7	4.3	12.1	1.4	1.3
	要介護3	1426	6.0	6.2	1.1	2.9	11.4	1.8	2.4
	要介護4	1037	7.0	6.8	1.0	2.9	12.2	1.5	1.4
	要介護5	610	6.1	6.9	0.5	3.0	14.1	1.0	1.6

		合計	医療・ケア職による対応の必要性		
			有り	無し	無回答
要介護度	全体	7843	46.0	48.2	5.8
	要支援1	386	23.8	72.0	4.1
	要支援2	876	27.3	66.8	5.9
	要介護1	1507	40.6	54.1	5.3
	要介護2	1807	45.0	50.4	4.6
	要介護3	1426	52.0	43.8	4.3
	要介護4	1037	59.6	35.9	4.5
	要介護5	610	73.1	23.3	3.6

		合計	対応が必要な医療的ケア															
			注射・点滴の管理	中心静脈栄養の管理	透析（在宅自己膜灌流を含む）の管理	ストーマ（人工肛門）の処置	酸素療法	レスビレーター（人工呼吸器）の管理	気管切開のケア	疼痛の看護	経管栄養（胃ろう・腸ろうを含む）	喀痰吸引	モニター測定（血圧・心拍・酸素飽和度等）	じょくそへの処置	カテーテル（コンドームカテーテル、留置カテーテル等）	服薬管理	その他	無回答
	全体	7843	2.4	0.0	1.0	0.6	1.3	0.2	0.5	5.3	2.2	1.4	3.8	2.3	1.8	35.4	3.6	53.8
要介護度	要支援1	386	2.1	0.0	0.3	0.0	0.5	0.0	0.3	3.6	0.0	0.0	1.0	0.3	0.3	10.9	1.8	81.6
	要支援2	876	2.3	0.0	0.2	0.2	0.9	0.0	0.0	6.8	0.0	0.0	3.9	0.2	0.1	14.4	2.3	76.3
	要介護1	1507	2.5	0.0	0.5	0.5	0.7	0.0	0.0	6.2	0.1	0.0	3.6	0.4	0.4	30.6	3.8	60.2
	要介護2	1807	1.9	0.0	1.1	0.7	1.7	0.0	0.2	5.3	0.1	0.1	3.8	0.7	1.0	35.6	3.3	54.0
	要介護3	1426	2.0	0.0	1.1	1.0	1.2	0.0	0.0	5.0	0.5	0.1	3.6	2.3	0.9	46.0	3.9	45.9
	要介護4	1037	3.1	0.1	1.9	0.6	1.4	0.2	0.3	5.3	2.4	1.4	4.1	4.6	4.4	49.1	4.5	38.3
	要介護5	610	3.9	0.0	1.5	0.3	3.4	2.3	4.9	3.8	22.1	14.6	6.6	12.1	9.0	50.2	5.1	25.7

		合計	IADL①バス、電車、自家用車で一人での外出				
			できる	見守り	一部介助	できない	無回答
全体		7843	8.5	7.7	17.4	65.0	1.4
要介護度	要支援1	386	44.0	18.1	17.9	19.7	0.3
	要支援2	876	25.0	17.1	24.7	32.9	0.3
	要介護1	1507	9.8	12.9	25.0	51.8	0.5
	要介護2	1807	5.1	6.8	22.4	65.1	0.6
	要介護3	1426	1.3	2.8	13.9	81.6	0.4
	要介護4	1037	0.7	1.5	6.5	91.0	0.3
要介護5		610	0.0	0.3	1.8	97.4	0.5

IADL②日用品の買物					
	できる	見守り	一部介助	できない	無回答
全体	11.8	7.9	24.5	54.3	1.6
要支援1	50.5	17.4	19.4	12.4	0.3
要支援2	34.4	13.9	30.3	21.1	0.3
要介護1	15.1	14.3	34.8	35.5	0.4
要介護2	7.6	8.1	32.1	51.5	0.7
要介護3	2.7	2.7	21.7	72.2	0.8
要介護4	1.2	1.8	11.7	84.7	0.7
要介護5	0.0	0.3	3.6	95.6	0.5

		合計	IADL③食事の用意				
			できる	見守り	一部介助	できない	無回答
	全体	7843	13.5	5.7	16.5	62.7	1.6
要介護度	要支援1	386	53.9	11.9	16.8	16.8	0.5
	要支援2	876	43.7	9.9	20.5	25.2	0.6
	要介護1	1507	16.3	10.9	25.6	46.6	0.5
	要介護2	1807	9.1	5.8	22.0	62.3	0.8
	要介護3	1426	2.3	2.2	12.2	82.7	0.6
	要介護4	1037	1.2	0.6	6.9	90.6	0.7
	要介護5	610	0.2	0.0	1.0	98.2	0.7

IADL④服薬					
できる	見守り	一部介助	できない	無回答	
33.1	15.0	28.0	22.3	1.7	
78.0	12.7	6.2	2.1	1.0	
77.3	11.6	9.4	1.1	0.6	
41.1	23.5	26.7	8.0	0.8	
34.1	18.6	32.1	14.5	0.7	
16.8	14.6	40.9	27.3	0.5	
9.9	9.3	36.2	43.8	0.9	
1.8	2.3	18.4	76.9	0.7	

		合計	IADL⑤請求書の支払				
			できる	見守り	一部介助	できない	無回答
要介護度	全体	7843	20.4	7.5	14.7	55.8	1.6
	要支援1	386	65.5	13.5	9.6	10.6	0.8
	要支援2	876	57.6	8.9	15.8	16.9	0.8
	要介護1	1507	26.3	13.3	20.2	39.8	0.5
	要介護2	1807	16.2	9.4	20.1	53.7	0.7
	要介護3	1426	6.8	4.0	13.0	75.5	0.7
	要介護4	1037	4.1	2.8	8.1	84.4	0.6
	要介護5	610	0.3	0.2	2.0	97.0	0.5

IADL⑥預貯金の出し入れ					
できる	見守り	一部介助	できない	無回答	
14.4	7.4	15.2	61.4	1.6	
53.6	16.1	15.0	14.5	0.8	
46.0	12.7	18.4	22.4	0.6	
16.5	12.6	22.6	47.8	0.5	
10.1	8.0	20.5	60.8	0.6	
3.5	3.4	11.3	81.2	0.6	
2.4	1.9	6.7	88.3	0.7	
0.2	0.3	1.5	97.5	0.5	

		合計	IADL⑦年金などの書類の記入				
			できる	見守り	一部介助	できない	無回答
	全体	7843	16.8	9.0	15.6	57.0	1.6
要介護度	要支援 1	386	53.1	18.4	14.2	13.2	1.0
	要支援 2	876	48.2	15.5	17.1	18.5	0.7
	要介護 1	1507	18.9	14.1	21.8	44.9	0.4
	要介護 2	1807	14.7	9.7	20.4	54.5	0.8
	要介護 3	1426	5.9	4.1	13.0	76.2	0.8
	要介護 4	1037	3.6	3.7	9.2	83.1	0.5
	要介護 5	610	0.2	0.8	3.4	95.1	0.5

		合計	ADL①自宅内での歩行				
			できる	見守り	一部介助	できない	無回答
	全体	7843	46.9	16.9	15.7	19.1	1.4
要介護度	要支援1	386	88.1	9.1	2.3	0.0	0.5
	要支援2	876	85.4	9.8	3.3	1.1	0.3
	要介護1	1507	71.1	19.2	7.5	1.9	0.3
	要介護2	1807	52.2	23.3	17.3	6.8	0.4
	要介護3	1426	27.3	23.7	27.7	20.8	0.4
	要介護4	1037	12.3	11.5	26.4	49.5	0.3
	要介護5	610	2.3	3.1	12.6	81.5	0.5

ADL②外出時の歩行					
	できる	見守り	一部介助	できない	無回答
	20.9	22.0	26.6	29.1	1.4
	59.3	28.0	10.6	1.3	0.8
	47.3	30.1	17.8	4.3	0.5
	33.4	33.6	26.3	6.3	0.5
	18.0	28.7	35.6	17.3	0.4
	8.4	15.1	37.4	38.7	0.4
	2.3	7.3	23.8	66.2	0.3
	0.2	1.6	7.0	90.7	0.5

		合計	ADL③入浴				
			できる	見守り	一部介助	できない	無回答
要介護度	全体	7843	18.9	14.4	45.5	19.8	1.5
	要支援1	386	69.7	19.2	10.4	0.3	0.5
	要支援2	876	51.8	20.0	26.4	1.5	0.3
	要介護1	1507	28.3	24.6	42.9	3.8	0.4
	要介護2	1807	13.8	17.7	59.8	8.4	0.4
	要介護3	1426	3.2	9.0	64.0	23.3	0.6
	要介護4	1037	1.6	4.0	47.6	46.1	0.7
	要介護5	610	0.3	0.3	19.0	79.7	0.7

ADL④整容（着替え）					
	できる	見守り	一部介助	できない	無回答
	34.4	16.2	35.3	12.6	1.5
84.7	10.4	3.9	0.5	0.5	
76.5	11.6	11.3	0.2	0.3	
52.2	24.8	21.9	0.6	0.5	
34.9	23.6	38.5	2.5	0.4	
12.0	17.0	59.8	10.4	0.8	
7.0	5.7	55.4	31.1	0.8	
0.8	0.8	25.9	71.8	0.7	

		合計	ADL⑤排泄				
			できる	見守り	一部介助	できない	無回答
全体		7843	48.8	13.7	24.6	11.5	1.5
要介護度	要支援1	386	93.3	4.1	2.1	0.3	0.3
	要支援2	876	89.8	6.5	3.3	0.1	0.2
	要介護1	1507	72.7	17.5	9.2	0.1	0.5
	要介護2	1807	56.3	20.4	21.2	1.8	0.4
	要介護3	1426	25.8	18.0	47.9	7.6	0.8
	要介護4	1037	13.1	9.1	47.9	29.3	0.6
	要介護5	610	2.0	1.5	25.1	70.8	0.7

		合計	ADL⑥食事				
			できる	見守り	一部介助	できない	無回答
全体		7843	66.0	18.1	8.8	5.6	1.5
要介護度	要支援1	386	95.6	3.6	0.3	0.3	0.3
	要支援2	876	94.7	4.0	0.8	0.1	0.3
	要介護1	1507	87.0	11.3	1.3	0.1	0.3
	要介護2	1807	75.3	19.1	4.7	0.6	0.3
	要介護3	1426	55.5	29.6	12.2	1.9	0.8
	要介護4	1037	37.0	31.7	21.6	8.8	0.9
	要介護5	610	9.3	13.3	27.5	49.0	0.8

		合計	短期目標の達成状況			
			ほぼ達成 できた	達成まで には至つ ていない が改善傾 向	あまり達 成できな かった	無回答
全体		7843	45.2	36.9	12.2	5.7
要介護度	要支援1	386	46.9	41.2	9.1	2.8
	要支援2	876	47.3	38.1	11.5	3.1
	要介護1	1507	47.4	36.6	10.8	5.2
	要介護2	1807	44.5	38.3	12.7	4.5
	要介護3	1426	46.6	36.0	12.0	5.4
	要介護4	1037	42.7	37.4	14.8	5.1
	要介護5	610	45.2	33.9	14.8	6.1

在宅サービス：本人票（要介護度別）

		合計	IADL①新聞を読んでいますか		
			はい	いいえ	無回答
全体		7843	54.0	43.8	2.1
要介護度	要支援1	386	77.2	22.0	0.8
	要支援2	876	74.2	25.1	0.7
	要介護1	1507	66.2	32.7	1.1
	要介護2	1807	59.0	39.7	1.3
	要介護3	1426	46.0	52.9	1.1
	要介護4	1037	38.4	59.7	1.9
要介護5		610	17.9	80.8	1.3

I ADL ②本や雑誌を読んでいますか			
はい	いいえ	無回答	
45.6	52.1	2.3	
64.5	34.7	0.8	
62.9	36.0	1.1	
55.2	43.4	1.4	
49.4	49.3	1.4	
39.3	59.5	1.3	
33.8	64.4	1.7	
16.1	82.6	1.3	

I ADL ③健康についての記事 や番組に関心がありますか			
はい	いいえ	無回答	
61.4	35.9	2.7	
84.7	13.7	1.6	
84.8	13.9	1.3	
72.8	25.3	1.9	
66.8	31.5	1.7	
52.5	45.7	1.8	
45.1	52.5	2.4	
26.2	72.0	1.8	

I ADL④友人の家を訪ねていますか			
	はい	いいえ	無回答
	16.2	81.2	2.6
	37.6	60.1	2.3
	32.9	66.0	1.1
	21.8	76.1	2.1
	15.1	83.3	1.5
	9.1	89.1	1.8
	7.1	91.2	1.6
	2.6	95.9	1.5

		合計	I ADL ⑤家族や友人の相談にのっていますか		
			はい	いいえ	無回答
全体		7843	36.3	60.9	2.8
要介護度	要支援 1	386	60.4	37.6	2.1
	要支援 2	876	56.3	42.0	1.7
	要介護 1	1507	43.2	54.5	2.3
	要介護 2	1807	37.9	60.3	1.8
	要介護 3	1426	29.2	68.9	1.8
	要介護 4	1037	24.7	73.2	2.1
要介護 5		610	11.3	87.2	1.5

IADL⑥病人を見舞うことができますか			
はい	いいえ	無回答	
26.4	70.5	3.1	
54.1	43.5	2.3	
48.1	50.0	1.9	
34.6	62.3	3.1	
27.2	70.6	2.2	
18.0	80.2	1.8	
11.9	86.1	2.0	
4.6	93.9	1.5	

I ADL ⑦若い人に自分から話しかけることがありますか			
はい	いいえ	無回答	
57.8	39.6	2.6	
70.2	28.2	1.6	
73.1	26.4	0.6	
64.1	33.8	2.1	
63.0	35.4	1.6	
54.6	43.5	2.0	
49.4	48.9	1.7	
26.1	71.8	2.1	

I ADL⑧週に1回以上は外出をしていますか		
はい	いいえ	無回答
67.4	30.0	2.6
84.5	15.3	0.3
80.9	18.2	0.9
76.5	21.4	2.1
71.2	27.2	1.5
63.0	35.4	1.6
58.1	39.7	2.1
38.5	59.3	2.1

		合計	I ADL 2①バス・電車・自家用車等 で一人で外出すること			
			できるし している	できるが していない	できない	無回答
全体		7843	9.9	10.3	77.6	2.2
要介護度	要支援 1	386	42.2	18.4	38.9	0.5
	要支援 2	876	24.7	16.4	57.8	1.1
	要介護 1	1507	13.1	17.2	68.2	1.5
	要介護 2	1807	6.9	10.8	80.8	1.5
	要介護 3	1426	3.2	6.9	88.8	1.1
	要介護 4	1037	1.8	1.6	95.2	1.4
要介護 5		610	0.0	1.6	97.2	1.1

I ADL 2②日用品の買物をすること				
できる している	できるが していない	できない	無回答	
15.8	16.9	64.9	2.4	
54.1	21.2	24.1	0.5	
36.8	23.7	37.9	1.6	
22.1	25.6	50.6	1.7	
12.5	20.8	65.1	1.6	
5.7	12.6	80.4	1.3	
4.1	6.0	88.2	1.6	
0.7	1.5	96.7	1.1	

I ADL 2③食事の用意をすること				
できるし している	できるが してない	できない	無回答	
18.8	13.3	65.3	2.6	
52.1	20.5	26.2	1.3	
47.9	18.7	31.6	1.7	
26.0	21.1	51.0	1.9	
17.2	14.8	66.0	2.0	
6.1	9.5	83.0	1.5	
4.1	5.3	89.2	1.4	
0.7	1.8	96.4	1.1	

		合計	I ADL 2④薬を飲むこと			
			できるし している	できるが していな い	できない	無回答
全体		7843	63.1	9.7	24.8	2.4
要介護度	要支援1	386	92.0	4.4	2.6	1.0
	要支援2	876	92.9	3.7	2.7	0.7
	要介護1	1507	77.6	10.0	10.8	1.7
	要介護2	1807	71.1	11.0	16.1	1.8
	要介護3	1426	52.0	13.0	33.7	1.3
	要介護4	1037	40.9	11.1	46.4	1.6
	要介護5	610	15.1	7.5	76.1	1.3

I ADL 2 ⑤請求書の支払いをすること				
できる している	できるが していない	できない	無回答	
22.8	17.4	57.5	2.3	
65.0	16.1	17.6	1.3	
56.4	21.3	21.5	0.8	
29.0	26.1	43.2	1.7	
21.1	21.0	56.4	1.4	
10.0	14.7	74.1	1.3	
5.9	8.9	83.9	1.4	
1.1	3.1	94.3	1.5	

I ADL 2 ⑥預貯金の出し入れをすること				
できる している	できるが していない	できない	無回答	
15.9	17.9	63.9	2.4	
55.2	21.2	22.8	0.8	
41.8	25.7	31.5	1.0	
20.7	26.9	50.5	1.9	
12.5	20.4	65.6	1.5	
5.3	13.3	79.6	1.8	
3.4	8.7	86.6	1.4	
0.7	2.8	95.4	1.1	

		合計	I ADL 2 ⑦年金などの書類を書くこと			
			でき ている	できるが していな い	できない	無回答
全体		7843	20.2	16.7	60.7	2.4
要介護度	要支援 1	386	55.7	18.7	24.4	1.3
	要支援 2	876	46.0	23.1	29.7	1.3
	要介護 1	1507	25.3	22.3	50.7	1.7
	要介護 2	1807	19.1	20.1	59.3	1.5
	要介護 3	1426	9.8	13.9	75.0	1.3
	要介護 4	1037	6.4	9.5	82.6	1.4
要介護 5		610	1.8	3.0	94.1	1.1

		合計	ADL⑧自宅内での歩行		
			自分でしている (介助なし)	介助を受けていて いる	無回答
要介護度	全体	7843	64.0	29.9	6.1
	要支援1	386	96.9	2.6	0.5
	要支援2	876	93.3	5.4	1.4
	要介護1	1507	88.9	9.5	1.7
	要介護2	1807	77.0	20.8	2.2
	要介護3	1426	51.3	44.1	4.6
	要介護4	1037	24.8	63.7	11.5
	要介護5	610	7.0	71.5	21.5

ADL⑨外出時の歩行		
自分でしている (介助なし)	介助を受けていて いる	無回答
34.1	58.4	7.5
75.1	23.8	1.0
61.4	36.4	2.2
53.7	44.1	2.1
35.5	61.1	3.4
19.1	74.2	6.7
6.9	79.3	13.8
2.3	74.3	23.4

ADL⑩風呂に入った際に 全身を洗うこと		
自分でしている (介助なし)	介助を受けていて いる	無回答
34.9	62.0	3.1
86.3	13.2	0.5
67.1	32.0	0.9
54.9	43.5	1.5
34.2	64.0	1.8
16.9	81.1	2.0
7.9	88.5	3.6
2.5	92.0	5.6

ADL⑪ズボンやパンツを 脱いだり着たりすること		
自分でしている (介助なし)	介助を受けていて いる	無回答
60.0	37.2	2.8
96.1	3.6	0.3
91.7	7.5	0.8
86.7	12.2	1.1
71.8	26.7	1.5
42.5	55.6	1.9
21.7	75.0	3.3
5.9	89.5	4.6

		合計	ADL⑫トイレ動作（ズボンの上げ下げ、排尿・排便、便器の後始末）		
			自分でしている (介助なし)	介助を受けていて いる	無回答
要介護度	全体	7843	63.1	33.9	3.1
	要支援1	386	96.9	2.6	0.5
	要支援2	876	95.1	4.2	0.7
	要介護1	1507	89.6	9.2	1.2
	要介護2	1807	77.1	21.6	1.3
	要介護3	1426	44.7	53.2	2.0
	要介護4	1037	24.1	71.9	4.0
	要介護5	610	6.2	86.7	7.0

ADL⑬食事をする事		
自分でしている (介助なし)	介助を受けていて いる	無回答
83.6	14.0	2.4
99.2	0.5	0.3
97.1	2.2	0.7
96.4	2.5	1.1
93.6	5.3	1.1
83.9	14.9	1.1
68.6	29.4	2.0
28.9	65.6	5.6

		合計	主観的健康感				
			とてもよい	よい	あまりよい くない	よくない	無回答
要介護度	全体	7843	6.3	51.6	32.7	5.1	4.2
	要支援 1	386	5.7	53.1	36.5	2.8	1.8
	要支援 2	876	3.9	47.9	40.2	5.4	2.6
	要介護 1	1507	9.3	51.6	31.7	4.0	3.3
	要介護 2	1807	7.2	51.1	34.1	5.1	2.8
	要介護 3	1426	6.5	56.8	29.6	4.8	2.3
	要介護 4	1037	4.7	51.9	31.9	6.4	5.1
	要介護 5	610	3.1	51.8	30.2	8.5	6.4