平成 28 年度　老人保健事業推進費等補助金
老人保健健康増進等事業

介護保険施設等における寝たきりゼロのためのリハビリテーションの在り方に関する調査研究事業

報告書

平成 29 年　3 月

一般社団法人　日本作業療法士協会

目次

１．背景 …… 1
２．目的 …… 2
３．調査研究概要 …… 2
（１）アンケート調査…… 2
ア.調査目的 …… 2
イ.調査対象・方法…… 2
ウ.事業班員一覧…… 5
（２） 介入調査…… 5
ア.調査目的 …… 5
イ.調査対象・方法…… 5
４．アンケート調査結果…… 6
（１）調査の実施と回収状況…… 6
（２）調査票回答施設の概要(対照群と介入群の比較)…… 6
（３）施設利用者の状態(対照群と介入群の比較) …… 7
（４）施設におけるサービス提供状況(対照群と介入群の比較) …… 8
（５）症例に対する訓練内容の変化(対照群と介入群の比較) …… 11
（６）障害高齢者の日常生活自立度 C2 症例の分析(対照群と介入群の比較) …… 14
５．介入調査結果 …… 21
（１）介入マニュアル…… 21
（２）講習会概要 …… 32
（３）介入群施設への技術伝達…… 34
（４）福祉用具の調達（機器レンタル状況） …… 34
（５）介入事例の結果(ICF 分類によるまとめ) …… 35
（６）介入事例紹介…… 37
（７）本事業で作成したガイドブックの紹介…… 67
６．考察 …… 68
７．まとめ …… 69
８．資料編 …… 71
資料１．調査票 …… 73
資料 2．調査票の集計結果一覧（Ａ票・Ｂ票・Ｃ票） …… 93
資料 3.「活動と参加につなげる離床ガイドブック」（入門編（案)） …… 111
資料４.「活動と参加につなげる離床ガイドブック」（実践編（案)） …… 119

本事業の実施にあたり、一般社団法人日本作業療法士協会に調査研究委員会を設置し、事業の企画、実施、検討を行った。

日本作業療法士協会　介護保険施設等における寝たきりゼロのためのリハビリテーションの在り方に関する調査 調査研究委員会

［研究代表者］

中村　春基　日本作業療法士協会 会長

［委員］

鈴木　邦彦　日本医師会　常任理事

橋本　康子　日本慢性期医療協会　常任理事

小川　勝　　全国老人保健施設協会　理事

川村　慶　　日本車椅子シーティング協会　代表理事

保田　淳子　日本ノーリフト協会 代表理事

大庭　潤平　日本作業療法士協会　理事・神戸学院大学

［事務局］

一般社団法人日本作業療法士協会

１．背景

寝たきり老人ゼロ作戦は、旧厚労省（現：厚生労働省）が1989年に策定した「高齢者保健福祉推進10ヵ年戦略」の中の施策であった。「高齢者保健福祉推進10ヵ年戦略」の通称をゴールドプランといった。その後、高齢化が急速に進んだことから1994年に全面的に改定された新ゴールドプラン（高齢者保健福祉5ヵ年戦略）が策定され、また1999年にはゴールドプラン21が発表され、高齢者が「健康で生きがいをもって社会参加できる社会」を目指した。2000年から施行された介護保険法では、「加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。」とある。すなわち、高齢者が寝たきり状態にあっても個人の尊厳を保持し、本人の望む生活を獲得することが障害高齢者へのリハビリテーションの在り方なのである。しかし、実際には医療療養病床・介護療養病床や介護保険施設などにおいて、高齢者が車椅子等での持続的な座位姿勢が難しくベッド上で生活する時間が長い状態になっている施設を見かけることが多い。そのような高齢者は、関節可動域を維持するためのリハビリテーションが主に提供されていることが多く、適切なリハビリテーションが実施されていない場合もある。そのため、上記のような状態が恒常的になりがちであり、長期の臥床など廃用症候群による関節の拘縮、呼吸機能・循環機能の低下、摂食・嚥下機能の低下→肺炎の繰り返し→胃瘻の増設→重度化という悪循環となっている。

リハビリテーションは、心身機能のみならず活動や参加にバランスよく働きかけるアプローチである。車椅子等での持続的な座位姿勢の保持が難しい高齢者に対しても、座位生活の確保に向けて働きかけ、座位生活での活動的な生活を確保することが大切である。そして、心身機能かつ活動に適した座位姿勢を保ち、活動的な生活の獲得も目標にリハビリテーションを行うことで、寝たきり状態にある重度障害高齢者の心身機能および活動・参加の向上が期待できると考える。

今回、医療療養病床および介護療養病床や介護保険施設等において、寝たきり状態にある重度障害高齢者に対して、座位姿勢環境を整え活動・参加に資する適切なリハビリテーションを実施することにより、活動と参加および心身機能の変化を検証するとともに寝たきりゼロのためのリハビリテーションの在り方の提案を目的に調査を行った。

２．目的

上記の背景を踏まえて、本年度の調査研究では、次の４点を目的とする

（１）医療・介護療養病床や介護保険施設等における寝たきり状態にある障害高齢者に関することとして施設の概要調査と重度障害高齢者実態調査を行い、その現状を検証する

（２）医療・介護療養病床や介護保険施設等における寝たきり状態にある障害高齢者に活動と参加に焦点を当てた作業療法目標と車椅子等の適切な環境調整を行った際のリハビリテーション効果を検証する

（３）車椅子等での持続的な座位姿勢の保持が難しい高齢者用の活動・参加のための離床ガイドブック（入門編・実践編）を作成する

（４）寝たきり状態にある障害高齢者に対するリハビリテーションのあり方について探求する

３．調査研究概要

（１）アンケート調査

（ア）調査目的

本研究事業では、寝たきり状態にある障害高齢者に対するリハビリテーションの現状を調査すると同時に、マニュアルに従って対象症例に ICF の活動・参加を目的とした離床促進介入を行い、その効果を検証することを目的とした。

（イ）調査対象・方法

本研究事業におけるアンケート調査の対象は、寝たきり状態にある障害高齢者に対するリハビリテーションの現状を調査することを目的にアンケート調査のみ実施した群（以下、対照群）とマニュアルに従って対象症例に ICF の活動・参加を目的とした離床促進介入を行い、その効果を検証した群（以下、介入群）の両群であった。対照群は（一社）日本作業療法士協会の会員が所属する全国の医療療養病床、介護療養病床、介護老人保健施設を有する施設から無作為に医療療養病床を有する 200 施設、介護療養病床を有する 64 施設、介護老人保健施設 100 施設、合計 364 施設であった。介入群は、（一社）日本作業療法士協会の会員が所属する全国の医療療養病床、介護療養病床、介護老人保健施設を有する施設のうち、

本研究事業への協力を依頼し協力可能と回答いただいた 13 施設であった。

アンケート調査は、両群に対して施設概要を問うA票、3ヶ月間の対象症例へのリハビリテーション介入状況を問うB票、基礎資料として過去６ヶ月間のリハビリテーション対象症例情報を問うC票の3種類の調査票を作成し、平成28年9月29日に郵送した。A票は平成28年9月1日時点、および同月1ヶ月間の状況を尋ねた。B票で回答を求めた対象者条件は、現在入院・入所され医師の処方に基づいて作業療法を実施している障害高齢者の日常生活自立度ランク B または C の方であって、リハ職以外で離床させられない、適切な福祉用具がなく離床が難しい、という理由で「寝かせきり」となっている方とし、平成28年9月～12月のうち3ヶ月間のリハビリテーション実施状況を尋ねた。各調査票の調査項目を下表１に示した。

表１　各調査票の主な調査項目

A 票（施設概要調査）	● 施設のサービス費の種類および許可病床数、入院・入所患者数、平均在院日数、平均在宅復帰率 ● 入院・入所患者の要介護度、障害高齢者の日常生活自立度、認知症高齢者の日常生活自立度 ● 退院・退所した患者の状態と転帰 ● 職員配置状況 ● リハビリテーション専門職 1 人あたりの担当患者数、算定単位数、算定外介入 ● カンファレンスの実施状況 ● 施設が保有する備品の種類と整備状況 ● 施設内での褥瘡予防、食事介助、離床に関するマニュアルの有無と離床状況
B 票（対象者個別調査）	● 健康状態：疾患名、診断日、現病歴・既往歴、障害種別 ● 心身機能・構造：基本項目（身長、体重、介護度など）、生化学検査結果、バイタルサイン、意識レベル、認知機能、精神機能（うつ状態の評価）、関節可動域、筋緊張、座位保持機能、褥瘡、痛みなど ● 活動：食事、FIM（機能的自立度評価表；Functional Independence Measure） ● 参加：N 式老年者用精神状態尺度、一日における座位時間や離床頻度とその際の活動内容 ● 物理環境：対象者が使用する寝台、寝具、テーブル、移乗機器、車椅子、座クッションなど

	● 本人・家族のデマンド、看護・介護スタッフのケア計画や労力の変化、リハビリスタッフのリハビリ提供単位やプログラムの変化
C 票（高齢者実態調査）	● 性別、生年月日 ● 入院日、退院日、傷病名 ● 入院・入所時および退院・退所時の状況（障害高齢者の日常生活自立度、認知症高齢者の日常生活自立度、要介護度、褥瘡の有無） ● 退院先、再入院の有無、車椅子やその他の福祉用具の使用有無

下表２に両群の施設種別、アンケート調査の実施状況、その他マニュアルの講習会実施状況、福祉用具レンタルの有無の状況をまとめた。

表２　対照群と介入群の施設種別、アンケート調査実施状況、その他の状況

		対照群	介入群
施設種別			
	①医療療養病床	200 施設	4 施設
	②介護療養病床	64 施設	3 施設
	③介護老人保健施設	100 施設	4 施設
	④上記 3 種別すべて		1 施設
	⑤ ①と②		1 施設
アンケート調査の実施			
	A 票（施設概要調査）	実施	実施
	B 票（対象者個別調査）	実施	実施
	C 票（高齢者実態調査）	実施	実施
その他			
	マニュアルの講習会	なし	あり
	福祉用具のレンタル	なし	あり

（ウ）事業班員一覧

中村　春基　　一般社団法人　日本作業療法士協会
大庭　潤平　　神戸学院大学
山下　剛正　　ヒロシマ平松病院
岩谷　清一　　永生クリニック
粂田　哲人　　横浜リハビリテーションセンター
溝口　隆太　　世田谷記念病院
田村　孝司　　千葉・柏リハビリテーション学院
坪田裕美子　　社会福祉法人藤島会

（2）介入調査

（ア）調査目的

ICF の活動・参加を目的とした離床を促進するために独自に作成したマニュアルに従って対象症例にリハビリテーションを提供した介入群の施設より、本研究事業で作成した独自マニュアルに対する意見を集約し、他職種協業のもと上記のリハビリテーションを促進するガイドブックを作成することを目的とした。

（イ）調査対象・方法

調査対象は、（1）アンケート調査における介入群であって、（一社）日本作業療法士協会の会員が所属する全国の医療療養病床、介護療養病床、介護老人保健施設を有する施設から本事業への理解と協力を得ることができた医療療養病床、介護療養病床、介護老人保健施設のいずれかを有する 13 施設を対象とした（表３）。

介入群の各施設における担当作業療法士は、アンケート調査に加えて対象症例に ICF の活動と参加を目標とした離床を促進するリハビリテーションを実施するために、事例介入前（平成 28 年 8 月 21 日）に、約 4 時間の講習会を受講した。

研究協力施設の担当者は、所属施設で本事業の対象となる症例を選定し、文書で研究への協力を得た。その後、介入が決定した症例に適合する福祉用具を選定し、「介入実践マニュアル」に従って症例へリハビリテーションプログラムを実践した。介入を実践する間、（1）調査で用いた 3 種類の調査票への回答を求めた。特に B 票は介入した症例について回答するよう指示した。加えて、今回の介入実践マニュアルに基づいた介入の成果を検討するため、ICF の該当項目について評価を依頼した。最後に、マニュアルに基づいた介入実践を振り返り、マニュアル改訂への意見と改訂作業への協力を求めた。

表３　介入施設と担当者

	介入施設	担当者
1	札幌西円山病院	伊藤 隆、橋口 直矢
2	永生病院	横山 佳祐
3	鶴巻温泉病院	木村 達、内原 基成
4	志村大宮病院	寺門 貴、佐藤 成美
5	芳珠記念病院	合歓垣 紗耶香
6	加治木温泉病院	島田 泰裕
7	高田病院	是枝 晋也
8	博愛記念病院	高田 千草
9	長崎北病院	山田 麻和
10	介護老人保健施設 大宮フロイデハイム	寺門 貴、佐藤 成美
11	最上町介護老人保健施設 やすらぎ	高山 悠二
12	介護老人保健施設 オネスティ南町田	岩谷 清一
13	介護老人保健施設 なごみの里	上村 淳、藤澤 翔

４．アンケート調査結果

（１）調査の実施と回収状況

調査票は H28 年 12 月 31 日までに郵送で回収した。これとは別に介入群施設に調査票を 13 セット配布し回収した。回収結果は表４に示す。

表４　調査票配布数と回収率

配布先	調査票配布数	回収数	回収率
対照群施設	364	76	20.9%
介入群施設	13	13	100.0%

（２）調査票回答施設の概要（対照群と介入群の比較）

調査票に回答いただいた施設の施設種別数と割合を表５、表６に示す。尚、送付先１法人あたり複数種類の施設を持つ場合があるため、調査票の回収数と施設種別数は異なる（例えば１法人で医療療養施設１、介護老人保健施設１を持つ場合、施設種別数は２とした）。

表５　調査回答施設の施設種別数

	対照群	介入群
医療療養病床	32	6
介護老人保健施設	22	4
介護療養病床	26	5
合計	87	15

表６　調査回答施設の施設種別割合

	対照群(%)	介入群（%）
医療療養病床	44.8	40.0
介護老人保健施設	25.3	26.7
介護療養病床	25.3	33.3
合計	100.0	100.0

アンケート配布先の施設種別は介護療養病床、医療療養病床、介護老人保健施設に分類した。

（３）施設利用者の状態（対照群と介入群の比較）

施設利用者の要介護度（表７）は、両群とも要介護４及び要介護５が多い傾向であった。障害高齢者の日常生活自立度（表８）では両群ともにＣ２、Ｂ２の利用者が多く、認知症高齢者の日常生活自立度（表９）においても両群ともⅢa およびⅣの利用者が多い傾向を示した。

表７　要介護度

	要支援 1･2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	申請中	未申請
介入群	0%	6%	7%	15%	21%	25%	1%	24%
対照群	1%	5%	8%	10%	27%	37%	1%	9%

表８　障害高齢者の日常生活自立度

	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2
介入群	0%	0%	11%	7%	11%	21%	7%	42%
対照群	1%	2%	7%	10%	14%	20%	10%	37%

表９　認知症高齢者の日常生活自立度

	自立	Ⅰ	Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	Ⅲb	Ⅳ	M
介入群	1%	9%	11%	13%	28%	11%	24%	2%
対照群	4%	5%	6%	10%	30%	9%	27%	10%

（4）施設におけるサービス提供状況(対照群と介入群の比較)

（ア）職員配置（表 10）

セラピストの配置人数は両群でほぼ同数。看護師、介護士の配置は介入群で多い傾向にあった。

表 10　常勤換算職員配置人数の平均

	作業療法士	理学療法士	言語聴覚士	看護師	看護補助者	介護職員
介入群	4.6 人	6.0 人	2.3 人	27.1 人	3.2 人	42.3 人
対照群	4.5 人	6.7 人	2.7 人	22.7 人	17.4 人	33.6 人

（イ）体制

カンファレンスの実施状況（表 11）は、頻度と患者一人当たりの平均的な検討時間はほぼ同じであった。各種マニュアルの保有率（表 12）に関しては、両群とも共通して褥瘡マニュアルの保有率は高く、離床マニュアルの保有率が低い傾向であった。食事、排泄、入浴以外の離床状況（表 13）は、ばらつきを認めた。

表 11　カンファレンスの実施状況

	1ヶ月あたりのカンファレンス回数	一回あたりの平均的な開催時間（分）	患者一人当たりの平均的な検討時間（分）
介入群	18.3 回	42.5 分	10.9 分
対照群	17.1 回	31.0 分	12.9 分

表 12　マニュアルの保有率

	褥瘡マニュアル	食事介助マニュアル	離床マニュアル
介入群	86%	64%	36%
対照群	84%	49%	26%

表 13　食事・排泄・入浴以外の離床状況

	入院・入所者すべてに対して	入院・入所者の概ね 3/4 に対して	入院・入所者の概ね 1/2 に対して	入院・入所者の概ね 1/4 に対して	食事・排泄・入浴以外の離床時間は設けていない	時間以上/日
介入群	0%	14%	7%	64%	14%	2.3
対照群	17%	21%	12%	20%	24%	2.8

（ウ）用具の保有率

特殊寝台（表 14）と車椅子（表 15）は両群で共通の傾向を示し、背上げ・脚上げ・高さ調節機能を有する特殊寝台、普通型車椅子、リクライニング車椅子の保有率が高かった。移乗用リフト（表 16）は介入群で保有率が高かった。備品（表 17）に関しては両群で十分でないという回答が多く、備品の調達や管理に関する委員会の有無は、両群でないという回答を多く認めた。

表 14　特殊寝台の保有率

	高さ調整機能のみ	背上げ機能のみ	背上げ・脚上げ機能	背上げ・高さ調整機能	背上げ・脚上げ・高さ調整機能
介入群	31%	31%	38%	46%	85%
対照群	5%	9%	18%	25%	83%

表 15　車椅子の保有率

車椅子	普通型	モジュラー	リクライニング	ティルト	ティルト・リクライニング	その他	上記のうち電動のものすべて
介入群	92%	69%	85%	38%	77%	23%	31%
対照群	84%	46%	78%	17%	47%	8%	3%

表 16　移乗用リフトの保有率

備品	現在の配備品で十分	現在の備品では不十分	備品の調達や管理に関する委員会などの体制がある	備品の調達や管理に関する委員会などの体制はない
介入群	8%	69%	31%	62%
対照群	12%	63%	21%	55%

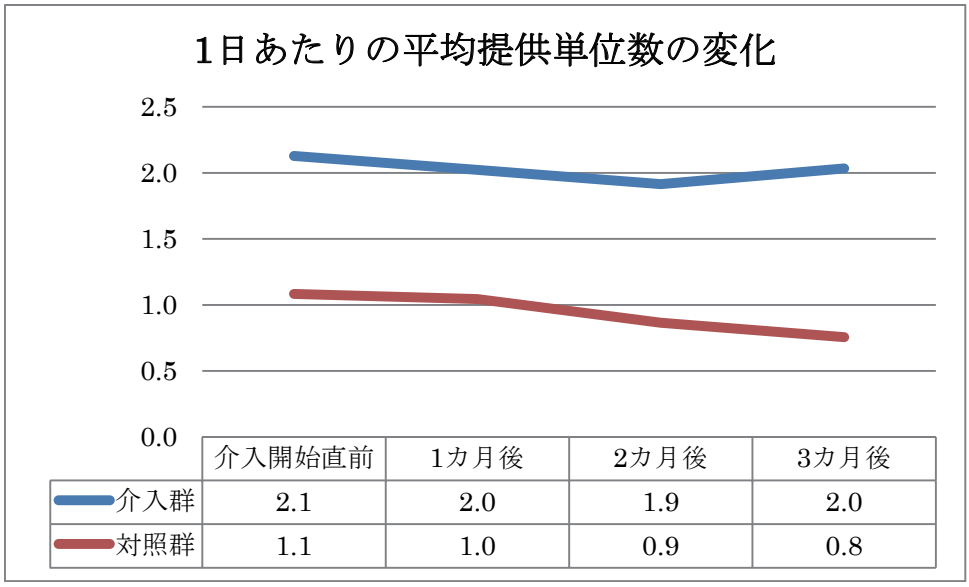
表 17　備品の充足感と管理

リフト	床走行式リフト	固定式リフト	据置式リフト
介入群	54%	38%	31%
対照群	16%	3%	3%

（５）症例に対する訓練内容の変化(対照群と介入群の比較)

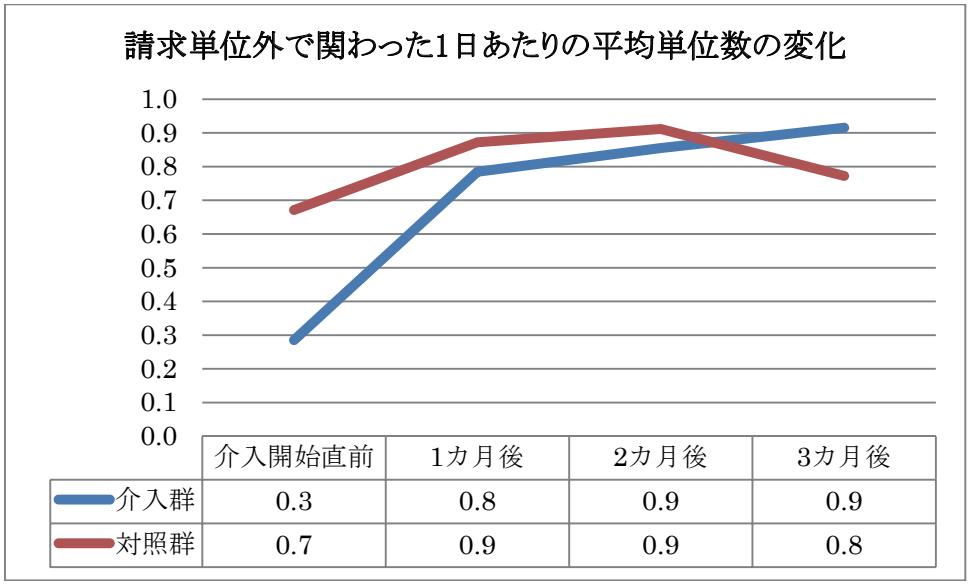
（ア）提供単位数・請求外単位数の変化（図 1, 2）

介入群は対照群に比べ約２倍の訓練提供を維持している。一方請求単位外での関わりは、介入群で１ヶ月目に増加した以降は、両者とも概ね１単位という経過を示した。



	介入開始直前	1カ月後	2カ月後	3カ月後
介入群	2.1	2.0	1.9	2.0
対照群	1.1	1.0	0.9	0.8

図１　提供単位（平均）の変化



	介入開始直前	1カ月後	2カ月後	3カ月後
介入群	0.3	0.8	0.9	0.9
対照群	0.7	0.9	0.9	0.8

図２　請求単位外で関わった単位数（平均）の変化

（イ）提供プログラムの変化

表 18 は、介入群と対照群各々で、何割の症例が表のプログラムを実施していたかの変化を時系列に示したものである。介入群と対照群で比較すると、関節可動域訓練は対照群では増加傾向であったが、介入群では約３割減少した。起居・立位・座位・移乗訓練は対照群に比べ介入群で提供割合が高い結果となった。

一方、介入群の中で経過において、車椅子等用具適応と介助方法の指導は介入開始から１ヵ月後までの間に一時的に増加傾向を示すが、徐々に減少を示した。また、趣味活動の提供は介入群において大きく増加を示し、対照群の約２倍の数値を示した。

表 18　各群における作業療法訓練プログラムの提供割合

介入群 ３０症例	開始時	1か月後	2カ月後	3カ月後
関節可動域訓練	87%	60%	63%	57%
筋力増強訓練	23%	17%	17%	17%
ストレッチ等 筋緊張緩和	70%	63%	67%	60%
持久力訓練	13%	13%	17%	20%
バランス練習	10%	17%	17%	17%
起居/立位動作 練習/座位練習	27%	47%	40%	40%
移乗動作訓練	17%	43%	47%	40%
歩行訓練	3%	3%	7%	3%
体操	3%	3%	3%	3%
摂食・嚥下訓練	13%	10%	7%	3%
言語訓練	10%	7%	10%	10%
トイレ訓練	0%	0%	0%	0%
入浴訓練	0%	0%	0%	0%
その他 ADL 訓練	7%	7%	10%	7%
IADL 練習	0%	0%	0%	0%
車椅子等 用具適応	30%	43%	33%	20%
在宅生活の模擬 訓練	0%	0%	3%	0%
記憶機能訓練	0%	0%	0%	0%
認知機能訓練	10%	20%	17%	17%
趣味活動	3%	17%	20%	20%
介助方法の指導	10%	17%	7%	3%
その他	7%	10%	7%	13%

対照群 ８５症例	開始時	1か月後	2カ月後	3カ月後
関節可動域訓練	30%	60%	56%	44%
筋力増強訓練	15%	19%	14%	13%
ストレッチ等 筋緊張緩和	30%	49%	40%	35%
持久力訓練	8%	13%	15%	14%
バランス練習	9%	23%	24%	24%
起居/立位動作 練習/座位練習	22%	32%	27%	23%
移乗動作訓練	7%	23%	25%	17%
歩行訓練	3%	7%	5%	5%
体操	6%	6%	3%	3%
摂食・嚥下訓練	7%	16%	16%	13%
言語訓練	6%	8%	8%	8%
トイレ訓練	3%	7%	9%	7%
入浴訓練	1%	0%	0%	0%
その他 ADL 訓練	3%	5%	3%	5%
IADL 練習	0%	0%	0%	0%
車椅子等 用具適応	5%	13%	11%	10%
在宅生活の模擬 訓練	0%	0%	0%	1%
記憶機能訓練	2%	5%	5%	5%
認知機能訓練	13%	31%	28%	25%
趣味活動	5%	7%	5%	9%
介助方法の指導	6%	6%	5%	5%
その他	7%	7%	8%	7%

（６）障害高齢者の日常生活自立度 C2 症例の分析(対照群と介入群の比較)

調査で情報を収集できた症例数は、対照群 88 症例、介入群 30 症例であった。症例の生活場面を示す調査項目のうち、比較的回答が多く得られた機能的日常生活自立度(Functional Independence Measure; FIM)、N 式老年者用精神状態尺度(NM スケール)、離床に関与する項目を分析対象とした。

一般的に、障害高齢者の日常生活自立度が重度でベッド上での生活となっている者は FIM の総得点も低くリハビリテーションによる機能改善が難しいことが多い。一方、軽度な者は大きく改善することがある。そこで、リハビリテーション開始直前の両群の症例の FIM 総得点を確認したところ、対照群は全体で平均 27.2 点（18～66 点)、介入群は平均 24.7 点（18～65 点）であった。また、両群においてリハビリテーション開始直前の障害高齢者の日常生活自立度ランクごとに症例数（割合）と FIM 総得点の平均値で並べると、対照群は B1～C2 のすべてが含まれていたが、介入群は B2 と C2 のみであり、B2 と C2 の FIM 総得点平均値は同等であった（表 19)。そこで、本研究では障害高齢者の日常生活自立度 C2 の症例全 53 人にしぼって分析を進めることにした。

表 19　両群におけるリハビリテーション開始直前の障害高齢者の日常生活自立度ランクごとの症例割合と FIM 平均得点

両群とも C2 の対象者が最多であった（太枠)。

	対照群		介入群	
	症例割合	FIM 平均得点	症例割合	FIM 平均得点
B1	7.0%	61.5	0.0%	
B2	16.3%	38.2	20.0%	37.7
C1	16.3%	30.0	0.0%	
C2	60.5%	21.5	80.0%	21.5
全体	100.0%	27.2	100.0%	24.7

分析は、対照群と介入群の 2 群でそれぞれリハビリテーションの効果を検討するため単回帰分析と重回帰分析を実施した。分析対象とした症例のリハビリテーション開始直前における基本属性を表 20 に示した。独立変数を FIM 総得点、NM スケール、リハビリテーション以外の座位時間、リハビリテーション以外の離床頻度、移乗に必要な時間、移乗に必要な人数、移乗介助の労力（介助者の主観的負担感)、算定単位数及び算定外単位数とし、従属変数は介入期間として単回帰分析で介入期間に対する独立変数の変化を確認した。次に、リハビリテーションの効果に影響する入院・入所時の FIM 総得点を共変量とし、重回帰分析で両群を比較した。移乗介助の労力（負担感）はロジスティック回帰分析にてオッズ比を算出した。最後に、共変量として入院・入

所時の FIM 総得点に加えて介入の有無を追加し、本研究の介入効果を検討した。以上の回帰分析の結果を表 21 に示した。欠損値は除外して分析し、すべての統計学的分析の有意水準は $p<0.05$ とした。

表 20　分析対象とした症例のリハビリテーション開始直前における基本属性（欠損値は除外）

		介入群			対照群		
		n	ave	95%CI	n	ave	95%CI
FIM 得点	（点）	20	22.2	18.9 - 25.4	23	22.4	19.6 - 25.2
NM スケール	（点）	19	8.3	3.2 - 13.3	22	6.3	3.2 - 9.3
座位時間	（分）	20	33.3	-5.0 - 71.5	24	11.7	-0.1 - 24.0
離床頻度	（回）	19	0.5	0.1 - 0.9	21	0.3	-0.1 - 0.7
移乗・人数	（人）	20	1.9	1.5 - 2.3	25	1.7	1.4 - 1.9
移乗・時間	（分）	19	5.5	0.1 - 7.2	25	4.9	0.1 - 5.7
算定単位	（単位）	20	1.9	0.1 - 2.6	21	1.1	1.1 - 2.1
算定外単位	（単位）	19	0.2	0 - 0.4	16	0.5	0.1 - 1.0

※単位は 1 単位 20 分とした

移乗動作の負担感	介入群	対照群
大変	5	6
それほど大変ではない	8	12
全く大変ではない	6	9

表 21　回帰分析結果

		3カ月の効果　単回帰 Coef.	95%CI		3か月間の効果　重回帰[#1] exp(Coef.)	Beta	95%CI		3か月間の効果と介入　重回帰[#2] exp(Coef.)	Beta	95%CI	
FIM得点	介入群	0.53	−1.09 − 2.16		介入群	1.59	0.06	−0.09 − 1.01	効果	0.52	−0.04	−1.77 − 0.45
	対照群	0.57	−0.85 − 2.00		対照群	1.66	0.07	−0.28 − 1.29	介入	1.63	0.07	−0.02 − 0.99
NMスケール	介入群	0.40	−1.79 − 2.57		介入群	1.35	0.03	−1.68 − 2.29	効果	0.08	−0.14	−4.78 − −0.16
	対照群	0.66	−0.74 − 2.06		対照群	1.78	0.08	−0.52 − 1.68	介入	1.59	0.06	−0.59 − 1.51
座位時間	介入群	28.95	7.11 − 50.80	*	介入群	29.40	0.29	6.31 − 51.11	*	効果	0.00	−0.42	−99.38 − −50.30	*
	対照群	1.99	−4.59 − 8.56		対照群	10.66	0.07	−4.34 − 9.07		介入	25.44	0.18	3.61 − 25.88	*
離床頻度	介入群	0.23	−0.01 − 0.46	*	介入群	1.26	0.27	0.03 − 0.43	*	効果	0.64	−0.20	−0.76 − −0.11	*
	対照群	0.12	−0.09 − 0.34		対照群	1.14	0.12	−0.08 − 0.33		介入	1.20	0.18	0.03 − 0.32	*
介助人数	介入群	−0.11	−0.28 − 0.06	*	介入群	0.88	−0.16	−0.29 − 0.04		効果	0.96	−0.03	−0.27 − 1.77	
	対照群	0.07	−0.04 − 0.18		対照群	1.06	0.11	−0.06 − 0.18		介入	0.98	−0.03	−0.12 − 0.08	
介助時間	介入群	−0.17	−0.88 − 0.54		介入群	0.83	−0.06	−0.81 − 0.45		効果	0.52	−0.12	−1.46 − 0.15	
	対照群	−0.13	−0.46 − 0.20		対照群	0.85	−0.09	−0.50 − 0.18		介入	0.85	−0.07	−0.52 − 0.20	
算定単位	介入群	0.01	0.32 − 0.32	*	介入群	1.03	0.02	−0.26 − 0.31		効果	0.42	−0.29	−1.30 − −0.44	*
	対照群	−0.16	−0.42 − 0.10	*	対照群	0.88	−0.09	−0.38 − 0.13		介入	0.94	−0.05	−0.26 − 0.13	
算定外	介入群	0.28	0.04 − 0.52	*	介入群	1.34	0.27	0.04 − 0.53	*	効果	0.97	−0.01	−0.36 − 0.31	
	対照群	0.02	−0.16 − 0.20	*	対照群	1.00	0.00	−0.18 − 0.19		介入	1.16	0.15	−0.01 − 0.30	
負担感[#3]	介入群	0.88	0.63 − 1.23		介入群	0.84		0.59 − 1.18		効果	0.84		0.68 − 1.05	
	対照群	0.84	0.63 − 1.13		対照群	0.85		0.63 − 1.13		介入	1.07		0.54 − 2.08	

＊ p＜0.05

#1　y=介入期間+入院前FIM得点　　#2　y=介入の有無+介入期間+入院前FIM得点　#3ロジスティック回帰分析：オッズ比

（ア）FIM 総得点および NM スケール総得点の経時的変化

介入開始直前の FIM 総得点の平均値は、対照群で 22.4 点、介入群で 22.2 点であった（表 20)。回帰分析の結果、両群ともに介入期間に従って上昇する傾向にあったが有意ではなかった。また介入の有無による有意差は認めなかった（表 21 と図 3)。NM スケールの総得点の平均値は、対照群で 6.3 点、介入群で 8.3 点であった（表 20)。回帰分析の結果、両群とも介入期間による有意な効果を認めず、変化量も少ない傾向であった（表 21 と図 4)。

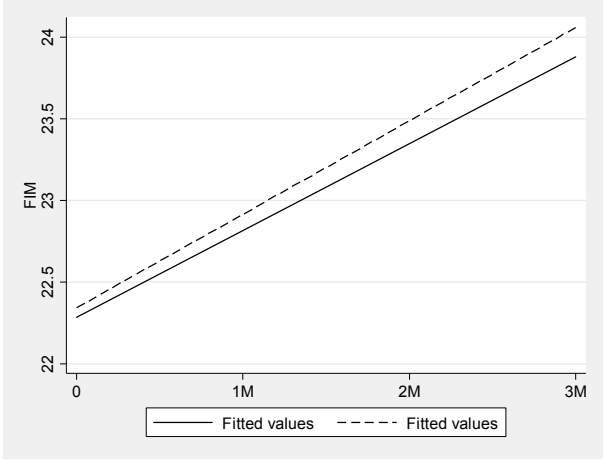


図 3　FIM 総得点の回帰直線（点線は対照群、実線は介入群を示した）

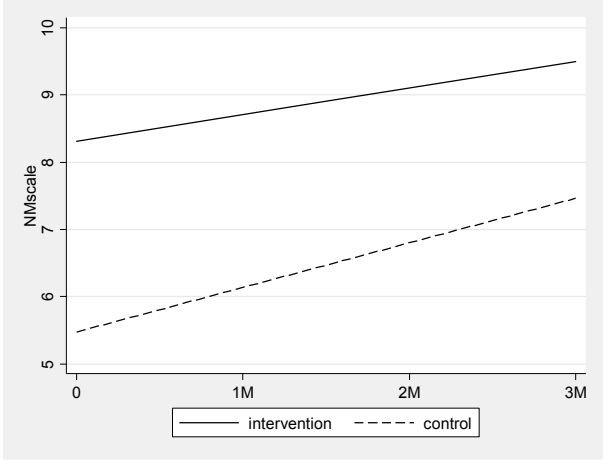


図 4　NM スケール総得点の回帰直線（点線は対照群、実線は介入群を示した）

（イ）リハビリテーション以外の生活場面における座位時間と離床頻度の経時的変化

介入開始直前においてリハビリテーション以外の生活場面における座位時間と離床頻度の平均値は対照群で 11.7 分／日、0.3 回／日、介入群で 33.3 分／日、0.5 回／日であった（表 20)。座位時間と離床頻度は介入群で有意に上昇し、介入による効果が認められた（表 21 と図 5、6)。

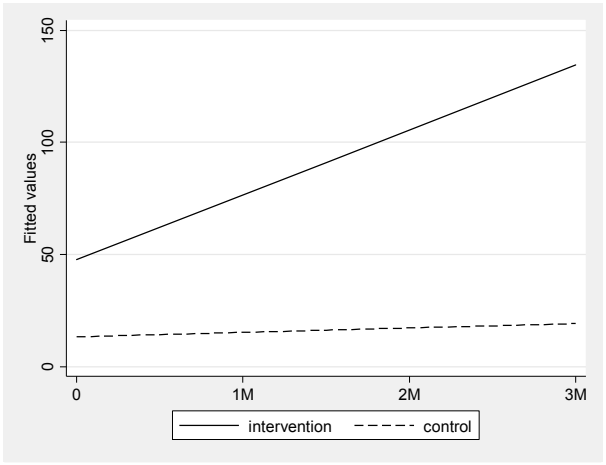


図 5　リハビリテーション以外の生活場面における座位時間の回帰直線（点線は対照群、実線は介入群を示した）

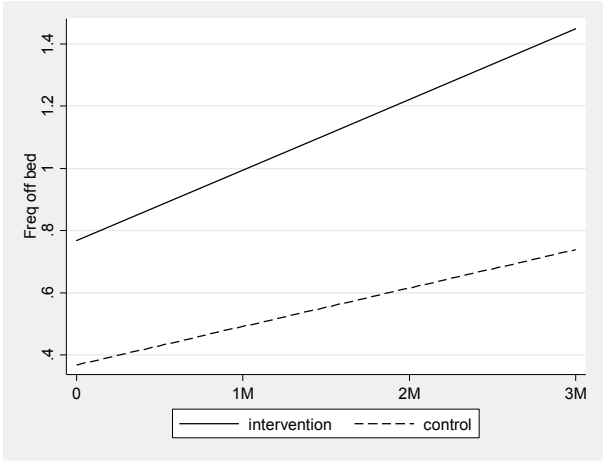


図 6　リハビリテーション以外の生活場面における離床頻度の回帰直線（点線は対照群、実線は介入群を示した）

（ウ）移乗介助に要する介助者の人数、介助時間、介助者の労力（負担感）の経時的変化

介入開始直前における 1 回の移乗介助に要する人数と時間の平均値は、対照群で 1.7 人、4.9 分、介入群で 1.9 人、5.5 分であった（表 20）。移乗介助人数は介入群では減少し対照群では増加する傾向があったが有意な変化は認めなかった。移乗介助時間では両群ともに減少傾向であったが有意な変化は認めなかった。移乗介助の負担感は両群で有意差は認めなかった（表 21 と図 7、8）。

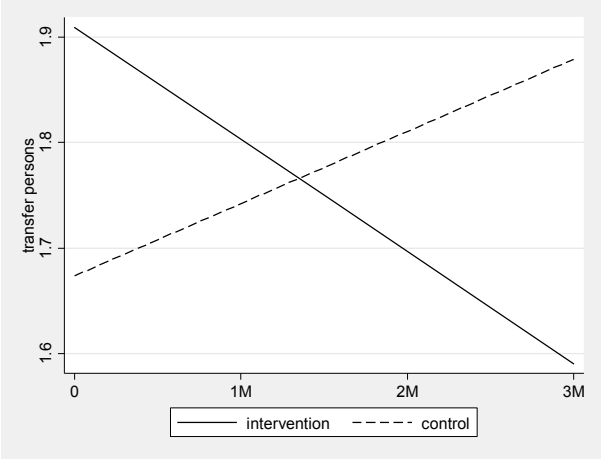


図 7　移乗介助に必要な人数の回帰直線（点線は対照群、実線は介入群を示した）

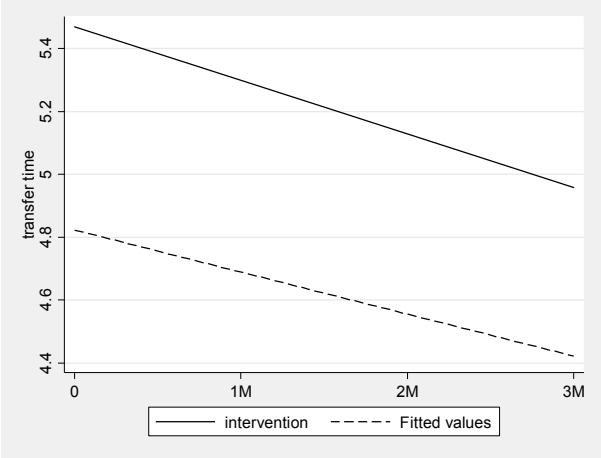


図 8　移乗介助に要する時間の回帰直線（点線は対照群、実線は介入群を示した）

（エ）症例のリハビリテーションで算定した単位数と算定外単位数の経時的変化

20 分を 1 単位とした介入開始直前の算定単位数と算定外単位数の平均値は、対照群では算定単位数が 1.1 単位、算定外単位数が 0.5 単位、介入群では算定単位数が 1.9 単位、算定外単位数が 0.2 単位であった（表 20）。算定単位数は介入期間に対して両群とも有意な変化は認めなかった（表 21 と図 9）。しかし、算定外単位数は介入群で増加傾向であった（表 21 と図 10）。

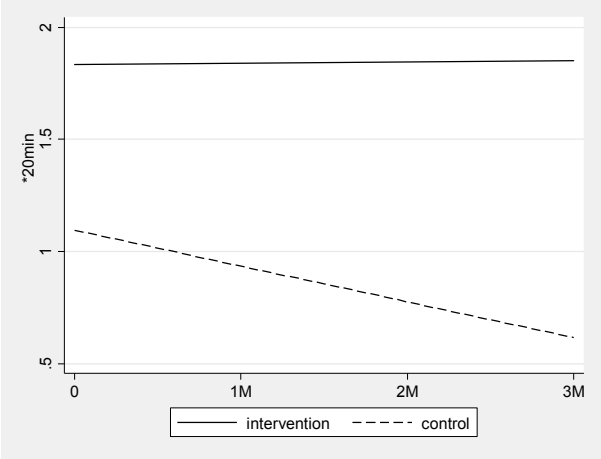


図 9　算定単位数の回帰直線（点線は対照群、実線は介入群を示した）

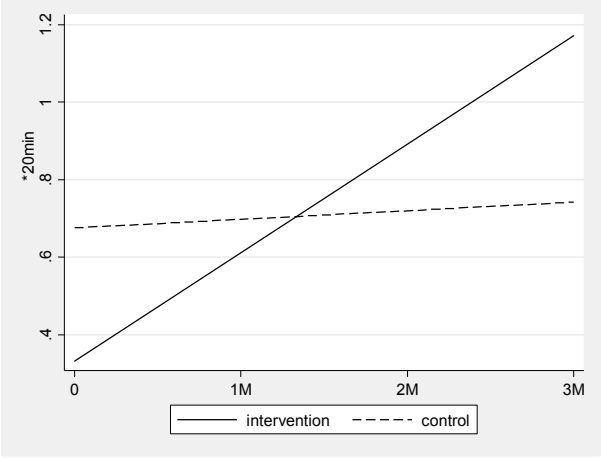


図 10　算定外単位数の回帰直線（点線は対照群、実線は介入群を示した）

５．介入調査結果

（１）介入マニュアル

本研究では作業療法士が多職種協働のもと、活動と参加を目標とした離床を行う必要があるため、臨床現場での介入方法に関するマニュアルと、車椅子や移乗に関する福祉用具の評価、適合方法を示したマニュアルが必要だと考えた。そこで、研究計画書に基づいて介入実践で必要と考えられる１）介入実践マニュアル、２）シーティング・アセスメントマニュアル、３）クッション・車椅子適合マニュアル、４）移乗マニュアルを作成することにした。介入実践マニュアルの一部を図 11 に、シーティングのアセスメントシートを図 12 に、クッションと車椅子の選定チェックリストを図 13 に示す。

マニュアルの作成にあたっては、臨床現場で多職種協働しながら、車椅子適合や移乗で用いる福祉用具の適合を実践している作業療法士からなるプロジェクトチームを作り、会議やメール等で打ち合わせをしながら作成した。

下記に各マニュアルの内容を記す。

１）介入実践マニュアル（以下に資料あり）

① 研究事業の対象者基準・介入基準・体制基準
② 実施手順と各マニュアル
③ 介入実施体制の整備
④ 目的をもった離床に関わる多職種への説明と介入時の連携
⑤ 必要な機器と用具
⑥ 車椅子とクッションの管理方法の一例
⑦ 本事業に関する普及活動

２）シーティング・アセスメントマニュアル

① シーティングアセスメントの主な目的
② アセスメント表の記入の方法（以下にアセスメント表の資料あり）
③ 車椅子の種類・分類について
④ 車椅子選定のためのアセスメント
⑤ Hoffer の座位能力分類について
⑥ マット評価（臥位・座位）の方法
⑦ 身体寸法の計測方法
⑧ 適合目標の立て方

３）クッション・車椅子適合マニュアル

① 車いすの機能についての理解と把握

② クッションと車椅子の選定チェックリスト（以下にアセスメント表の資料あり）

③ クッション選択の手引き

④ ティルト・リクライニング車椅子の適合手順

⑤ 車椅子選定リスト

⑥ 車椅子適合後の確認

４）移乗マニュアル

① 移乗支援のポイント

② 移乗の現状やニーズの把握

③ シーティングにおける移乗の位置付け

④ 移乗の評価

⑤ 各移乗方法で用いる福祉用具の選定・適合方法

(1) 座位移乗

(2) 臥位移乗

(3) リフト移乗

⑥ 移乗に関する介助方法

⑦ 腰痛について

＜介入実施マニュアル作成メンバー＞

岩谷　清一　　永生クリニック

大場　薫　　宮城県介護研修センター

土居　道康　　南松山病院

篠森　丞　　松山赤十字病院

山田　麻和　　長崎北病院

野口　僚子　　永生病院

播磨　孝司　　さっぽろ在宅医療クリニック

前田　哲　　甲州リハビリテーション病院

高山　悠二　　最上町立最上病院

中村　内彦　　川村義肢株式会社　（日本車椅子シーティング協会）

介入実践マニュアルの一部

平成28年度老人保健健康増進等事業
介護保険施設等における寝たきりゼロのためのリハビリテーションの在り方に関する調査研究事業

介入実践マニュアル

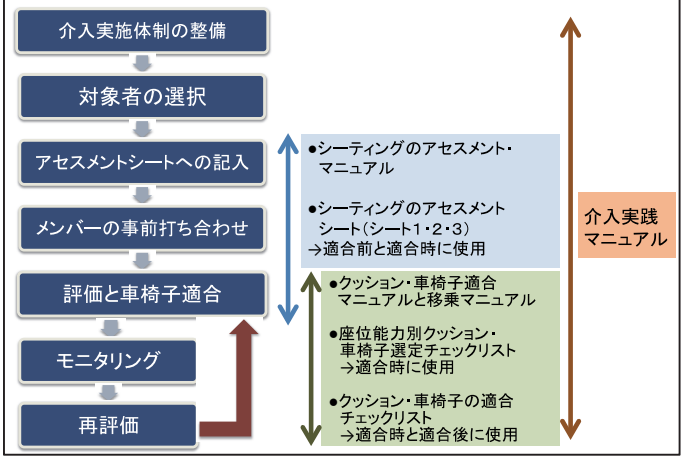
（介入施設用）

（一社）日本作業療法士協会

＊本マニュアルの位置付けは、最終的なマニュアル作成に向けた前段階の試用マニュアルとする。

作成日：2016.8.28

実施手順と各マニュアル



介入実施体制の整備

介入実施体制の整備
対象者の選択
アセスメントシートへの記入
メンバーの事前打ち合わせ
評価と車椅子適合
モニタリング
再評価

介入実施体制の整備に必要な事項を以下に記す。

1. 寝たきりOへの理解の促進
2. 対象者の身体や生活状況の把握
3. 目的をもった離床に関わる他職種への説明と介入時の連携
4. 各病院・施設の倫理委員会等への申請と承認
5. 対象者への研究協力依頼
6. 参加同意書の確認
7. マニュアルの確認
8. 必要物品の導入方法の確認
9. 物品管理

目的をもった離床に関わる他職種への説明と 介入時の連携

職種	役割
リハ専門職	・専門的見地からのアセスメント ・シーティング（車椅子の選定・適合） ・移乗技術の指導 ・モニタリング、離床状況の確認 ・リハビリテーションの観点から日常の介護における用具の取り扱いや利用者との関わりに関する指導、研修
医師	・リハビリテーション、離床の観点から対応方針を指示
看護職員	・介入実践モデル事業対象となる利用者の状態観察、確認、リハ専門職等への情報提供
その他の職員	・介入実践モデル事業対象となる利用者の状態観察、確認、リハ専門職等への情報提供
福祉用具貸与事業所 (福祉用具専門相談員)	・利用の用具の選定への協力(情報提供、デモなど) ・用具のレンタル・用具の状態確認、メンテナンス

リハビリテーション総合実施計画書等を用いて、活動・参加に向けた目的を共有し看護師・介護職等による日常的な離床を図る。

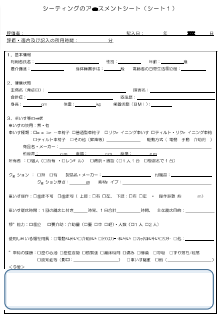
対象者の選択

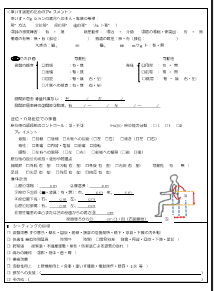
介入実施体制の整備
対象者の選択
アセスメントシートへの記入
メンバーの事前打ち合わせ
評価と車椅子適合
モニタリング
再評価

1. 対象者の選択基準
日常生活自立度（寝たきり度）B・Cの入院患者および入所者
適格性の基準は以下の次第とする。
＜選択基準＞
以下の基準を全て満たす患者を対象とする。
① 日常生活自立度（寝たきり度）B・Cと判断された患者および入所者
② 座位保持を行うにあたり医師の承諾が得られる者
③ チームアプローチによる離床が計画されている者（実施群）
＜除外基準＞
以下の除外基準のいずれにも該当しない患者を対象とする。
① 日常生活自立度（寝たきり度）J・Aの患者および入所者
② 座位保持を行うにあたり医師の承諾が得られない者
③ 本研究期間中に急性増悪を呈し離床をはかることが困難となった者
④ チームアプローチによる離床が計画されていない者
⑤ 本研究への同意が得られない者（非実施群においては、継続観察評価への同意が得られない者）
2. 協力同意の確認
介入実践モデル事業の対象者に対しては、事前に事業の趣旨・目的を十分に説明し、同意を文書で得る。

シーティングのアセスメントシートへの記入

介入実施体制の整備
↓
対象者の選択
↓
アセスメントシートへの記入
↓
メンバーの事前打ち合わせ
↓
評価と車椅子適合
↓
モニタリング
↓
再評価





車椅子適合前と適合時にアセスメントシート
シート1とシート2を記入しながら、評価を進める。
撮影した評価時の画像はシート3に貼り付け
保存する。

メンバーの事前打ち合わせ

介入実施体制の整備
↓
対象者の選択
↓
アセスメントシートへの記入
↓
メンバーの事前打ち合わせ
↓
評価と車椅子適合
↓
モニタリング
↓
再評価

アセスメントシートをもとに、通常の病棟カンファレンスの中で離床計画について協議する。

1）協力スタッフの確認

医師、看護師、介護職、福祉用具関連事業者 等

2）リハ専門職の役割確認

評価・適合者、評価用紙記入者、写真撮影者 等

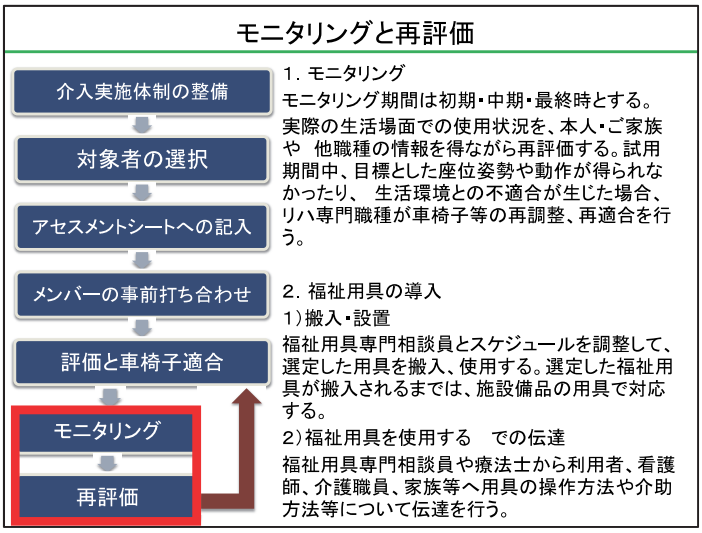
3）家族や車いす関連の事業者等への
車椅子適合時の参加依頼

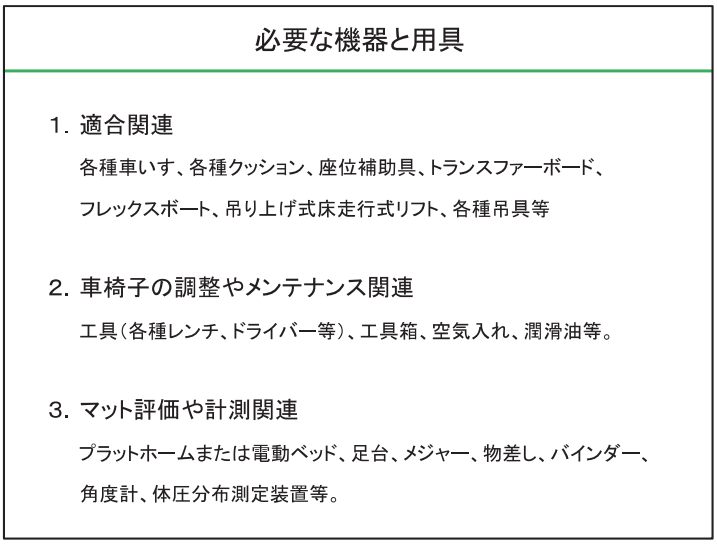
4）実践介入場所・時間の確認

評価と車椅子適合

介入実施体制の整備
↓
対象者の選択
↓
アセスメントシートへの記入
↓
メンバーの事前打ち合わせ
↓
評価と車椅子適合
↓
モニタリング
↓
再評価

1. リハ専門職が、シーティングのアセスメントシートの内容を確認しながら評価を進める。
2. シーティングのアセスメント・マニュアルを参考にシーティングのアセスメントシートに基づいて、シートマット評価や身体寸法計測等を行い、シーティングの目標に優先順位をつける。
3. 評価結果と座位能力別クッション・車椅子選定チェックリストを参考に、クッションや車椅子等の選定・適合を行うとともに移乗方法を決定する。
4. クッションの選定や除圧動作指導を行う際には、体圧測定を検討する。臀部等の触診は必ず行う。
5. 適合前後や評価時、また活動・参加の様子等をデジタルカメラで撮影する（動画も含める）。
   撮影した画像はシート3に貼り付け保存する。
   適合終了時にはクッション・車椅子の適合チェックリストに結果を記入する。
6. リハ専門職は車椅子等の用具や介助方法の変更点、変更によるメリット・デメリット等を他職種へ伝達する。
7. 実践介入に要した時間を評価用紙に記載する。





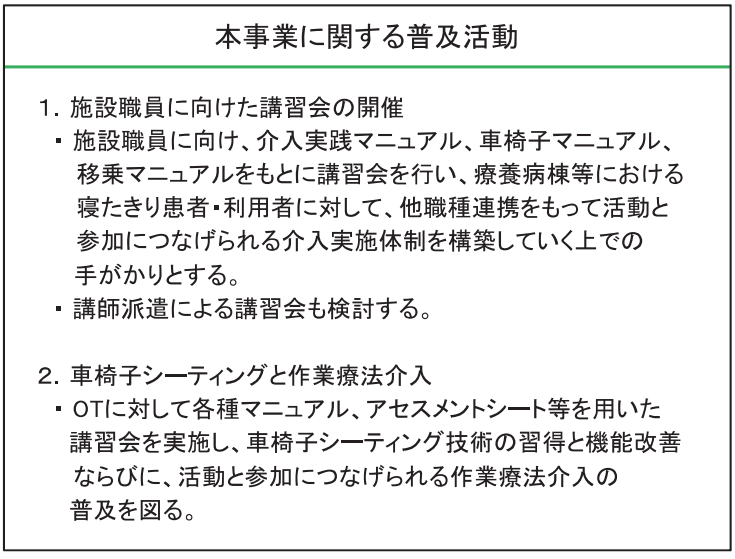


図 11　介入実践マニュアルの一部

車椅子適合のアセスメントシート（1）

評価者：　　記入日：　　年　　月　　日

1．基本情報

利用者氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　性別：＿＿＿＿　年齢：＿＿＿＿歳

要介護度：＿＿＿＿＿＿　身体障害手帳：＿＿＿＿級　高齢者の日常生活自立度：＿＿＿＿

主病名（発症日）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　障害名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

合併症：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　既往歴：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

身長：＿＿＿＿cm　体重：＿＿＿＿kg　栄養状態（ＢＭＩ）：＿＿＿＿

2．車椅子に関する現状の生活状況

車椅子の使用：無・有

車椅子の種類：□モジュラー車椅子 □標準型車椅子 □リクライニング車椅子 □ティルト機能付き車椅子
□ティルト・リクライニング機能付き車椅子
□その他（昇降等）＿＿＿＿＿＿　駆動方式（ 電動　手動　介助用 ）

商品名・メーカー：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

シート幅：＿＿＿＿ｃｍ　シート奥行：＿＿＿＿ｃｍ　前座高：＿＿＿＿ｃｍ

所有者 ：□個人（□所有 ・□レンタル） □病院・施設（□1 人 1 台 □複数名で 1 台）

クッション ： □無 □有　製品名・メーカー：＿＿＿＿＿＿　付属品：＿＿＿＿＿＿
クッション厚さ：＿＿＿＿cm　素材タイプ：＿＿＿＿＿＿

車椅子操作能力：□自走不可 □自走可（ 上肢：□右 □左、 下肢：□右 □左 ・ 操作距離 約　　m）

車椅子離床時間：１回の離床に付き＿＿＿＿時間、１日合計＿＿＿＿＿＿時間、 主な離床目的：＿＿＿＿＿＿

移乗能力：□自立 □要介助：介助量（□重 □中 □軽）・人数（□1 人 □2 人）

使用している福祉用具：□電動ﾍﾞｯﾄﾞ □介助ﾊﾞｰ □ﾄﾗﾝｽﾌｧｰ･ﾎﾞｰﾄﾞ □スライディング ボード □ﾘﾌﾀｰ □他：＿＿＿＿

乗車時の課題：□座り心地 □座位姿勢 □筋緊張 □離床時間 □痛み □褥瘡 □呼吸 □ずり落ち/転落
□認知症等（影響：＿＿＿＿＿＿＿＿） □車いす駆動 □他（＿＿＿＿＿＿＿＿）

生活上の問題点と課題（活動と参加の視点から）

＜今後の生活環境＞

転帰先：□在宅 □病院 □施設 □その他

主な使用場所：□屋内用のみ □屋内・屋外使い分け □屋内・屋外兼用

主な介助者：□配偶者 □子 □親 □ケアスタッフ □その他

入手制度：□介護保険（レンタル） □身体障害者手帳（作製） □自費（□既製品・□作製）
□施設（□購入・□リース） □その他：

図 12-1　シーティングのアセスメントシート（シート 1）

車椅子適合のアセスメントシート（2）

3．車椅子適合のための評価

車いす・クッションの適合への本人・家族の希望：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

移乗方法　□立位移乗　□座位移乗　□リフト移乗　□臥位移乗　／　使用している用具：＿＿＿＿＿＿

臀部の感覚障害：　有　・　無　／　除圧動作：　自力　・　介助　／　臀筋の萎縮・骨突出：　有　・　無

褥瘡の有無：無・有（部位：　　）　褥瘡の既往：無・有（部位：　　）

大きさ：縦；＿＿＿㎜　横；＿＿＿㎜　DESIGN-R：＿＿＿＿＿　発生場所：＿＿＿＿＿＿

痛み：着座してからどの程度の時間で痛みが生じるか：＿＿＿分　痛みが継続する時間：＿＿＿＿分

痛みの部位と程度（VAS）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

筋緊張：部位と程度（MAS）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

マット評価

＜臥位での評価＞

		可動性			可動性
骨盤の傾き	□前傾	：有・無	脊柱	□円背	：有・無
	□後傾	：有・無		□前弯	：有・無
	□回旋	：有・無　(右・左)		□側弯	：有・無　(右・左)
	□片側への傾き	：有・無　(右・左)			

股関節屈曲(骨盤代償なし)：右＿＿＿＿°　左＿＿＿＿°

股関節屈曲時の膝関節可動域；右＿＿＿°～＿＿＿°　左＿＿＿°～＿＿＿°

＜座位での評価＞

座位時の頭頸部のコントロール：可・不可　　Hoffer 座位能力分類　：□Ⅰ　□Ⅱ　□Ⅲ

アライメント

骨盤：　□前傾　□後傾　□片側への回旋（□左　□右）　□傾き（□左　□右）

脊柱：　□側弯　□円背・亀背　□前弯　□捻転

頭部：　□左右への偏移　（□左　□右）　□前後への偏移（□前　□後）

座位時の肢位の状態・変形や問題点

股関節　□外転(右　左)　□内転(右　左)　□外旋(右　左)　□内旋(右　左)　　可動性(　有　　無　)

足部　　□尖足(右　左)　□外反(右　左)　□内反(右　左)

身体計測

①座位臀幅　：＿＿cm　　②座底長：＿＿cm

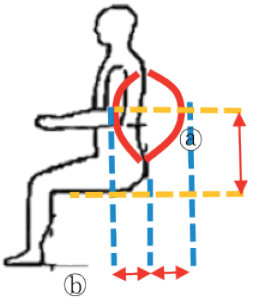
③座位下腿長（靴・装具：有・無）：右；＿＿cm　左；＿＿cm

④座位腋下高：右；＿＿cm　左；＿＿cm

⑤座位肘頭高：右；＿＿cm　左；＿＿cm

⑥背柱彎曲の最凸または凹の座面からの高さⓐ＿＿cm

座面後ろからⓑ＿＿cm 凸・凹（右図参照）



■ シーティングの目標

□ 姿勢改善(ずり落ち・傾斜・回旋・前傾・頭部の位置関係・嚥下・呼吸・下肢の内外転)

□ 快適性(座位時間延長　　時間⇒　　時間)　□変形対応(　側彎・円背・回旋・下肢・足部　)

□ 筋緊張（　過緊張・不随意運動・痙性・低緊張による姿勢の崩れ　）

□ 痛みの緩和(　臀部・背中・首・肩　)　□ 褥瘡改善

□ 活動性向上(　上肢機能向上・食事・車いす駆動・電動操作・整容・更衣 等　)

□ 参加への支援：(＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿)

□ その他：(＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿)

図 12-2　シーティングのアセスメントシート（シート 2）

車椅子・クッションの適合チェックリスト

1．基本情報

氏名：　　氏	主疾患名：	年齢：　　歳	性別：男・女
シーティング実施日：　　年　　月　　日	実施者：	適合チェック担当者：	

2．車椅子・クッションの適合結果（評価日：　　年　　月　　日：適合実施日に行う）

選定した車椅子：製品名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（□普通型 □モジュラー □ティルト □ティルト・リクライニング　□その他：　　）

調整箇所　□フットサポート（□角度 □高さ □その他：　　）
□アームサポート（□高さ □奥行き □その他：　　）
□バックサポート（□高さ □張り調整 □背角度 □その他：　　）
□座面（□座幅　□座奥行き □座角度　□その他：　　）
□ヘッドサポート（□高さ □角度 □奥行き □その他：　　）
□その他（　　）

休息時のリクライニング角やティルト角の設定：□実施　□非実施
活動時のリクライニング角やティルト角の設定：□実施　□非実施
食事時の設定リクライニング角やティルト角の設定：□実施　□非実施

座面・座クッションの調整と選定
座面の調整：□なし　□あり：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
選定した座クッションの製品名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
主な材質：□ウレタン　□ゲル　□エア　□他（　　）
選定した背クッション製品名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
主な材質：□ウレタン　□他（　　）

その他の使用物品：□不使用　□使用：目的（　　）
使用した製品名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

3．生活場面での適合チェック（評価日：　　年　　月　　日：基本1週間以内に行う）

1）バイタルサインの変動：□許容範囲内 □許容範囲外

2）姿勢の崩れ：□改善　□変化なし　□悪化

3）疼痛：□改善　□変化なし　□悪化

4）褥瘡：□改善　□変化なし　□悪化

5）精神面の変化：□改善　□変化なし　□悪化（内容　　）

6）離床時間の変化：□減少 □変化なし □増加
（増加または減少した時間：　時間から　　時間に変化した）

7）離床場所の変化：□変化なし □変化あり（場所：　　）

8）生活環境との適合：□問題なし　□問題あり（内容：　　）

9）介助する上での問題：□問題なし　□問題あり（内容　　）

10）目標としたADL：□改善　□変化なし　□悪化（ADLの内容：　　）

11）目標とした社会参加の変化：□なし □あり（内容：　　）

図13　クッション・車椅子の適合チェックリスト

以下、移乗マニュアルの一部

移乗マニュアル（介入施設用）

1．はじめに

移乗は活動や参加の出発点であり、短時間での動作であるが、移乗方法が確立されていないと寝たきりや座りきりとなってしまう。移乗の自立や介助量の軽減を促し、本人の身体機能の維持につながるような動きを用具の使用に組み込み、本人と介助者の安心・安全に配慮した上で、総合的に最善の移乗方法を選択する。

そして、日常生活自立度の低い方への移乗支援は、単に移乗の機会を増やそうとするだけではなく、移乗の質（何を使って、どのような介助で移乗するのか）をふまえたアセスメントを行うべきである。本人が抱く恐怖感や疲労、介助者への遠慮を取り除くとともに、介助者が無理なく移乗介助ができることで、「車椅子に座りたい」とか「車椅子に座って何かをしたい」という希望が本人に生まれ、介助者にも離床をし、活動や参加につなげていこうと思える、心の余裕が生まれてくる。つまり、離床して参加・活動につなげるためには移乗を熟知することが必要不可欠となる。

２．移乗支援のポイント

移乗支援のポイントとして、①自立度を高めること。②対象者の安心と安全を確保すること。③介助者の腰痛予防・負担の軽減を図ること。④必要に応じて、道具（福祉用具）を利用することが挙げられる。また、移乗は移乗前後の姿勢や動作をつなぐ動作であるため、前後の動作や移乗中の動作も含めて考える必要がある。そして日常生活での移乗動作に訓練的な要素を含ませると、無理な移乗動作となって、転倒事故に繋がりかねないので、危険な移乗動作になっていないか十分に注意する。

３．移乗の現状やニーズの把握

移乗の現状やニーズを把握するためには、食事、排泄、入浴、外出など各活動の移乗場面において、場所、時間帯や頻度、方法や状態、本人、介助者が感じている困難さや危険性を確認することが重要である。その上で、本人の心身機能や能力、介助者の能力や意欲、住宅などの環境、経済的状況などについて総合的なアセスメントを行い、福祉用具や移乗方法、サービスなどを決定していく。特に重度障害者の移乗を保証するためには、各 ADL 場面での移乗・介助スペースの確保や福祉用具の導入、人的環境としての介護者やサービスの導入等、環境調整が重要となる。（図 14）

移乗の現状把握		
	目的	食事、排泄、入浴、外出など
	場面や環境	ベッド ⟷ 車いす、車いす ⟷ 便器など 実施する環境のスペースや段差など
	頻度	目的別に○回／日
	介助方法	立位移乗、座位移乗、持ち上げ移乗など 全介助、部分介助、見守り、自立など

図 14　移乗の現状把握　（木之瀬隆 これであなたも車いす介助のプロに）

研究協力施設の担当者は、所属施設で本事業の対象となる症例を選定し、文書で研究への協力を得た。その後、介入が決定した症例に適合する福祉用具を選定し、「介入実践マニュアル」に従って症例へリハビリテーションプログラムを実践した。介入を実践する間、（1）調査で用いた 3 種類の調査票への回答を求めた。特に B 票は介入した症例について回答するよう指示した。加えて、今回の介入実践マニュアルに基づいた介入の成果を検討するため、ICF の該当項目について評価を依頼した。最後に、マニュアルに基づいた介入実践を振り返り、マニュアル改訂への意見と改訂作業への協力を求めた。資料に本研究事業班員一覧を示したので参照されたい（表 22)。

表 22　介入施設と担当者

	介入施設	担当者
1	札幌西円山病院	伊藤 隆、橋口 直矢
2	永生病院	横山 佳祐
3	鶴巻温泉病院	木村 達、内原 基成
4	志村大宮病院	寺門 貴、佐藤 成美
5	芳珠記念病院	合歓垣 紗耶香
6	加治木温泉病院	島田 泰裕
7	高田病院	是枝 晋也
8	博愛記念病院	高田 千草
9	長崎北病院	山田 麻和
10	介護老人保健施設 大宮フロイデハイム	寺門 貴、佐藤 成美
11	最上町介護老人保健施設 やすらぎ	高山 悠二
12	介護老人保健施設 オネスティ南町田	岩谷 清一
13	介護老人保健施設 なごみの里	上村 淳、藤澤 翔

本研究では、研究協力施設向けに用いた「介入実施マニュアル」をもとに多職種を対象とする「活動と参加につなげる離床ガイドブック（実践編)」と推進委員会での意見を受け、特に介護職と看護師を対象とする「活動と参加につなげる離床ガイドブック（入門編)」を作成した。この２つのマニュアルの作成プロセスと内容を以下に記す。

１．活動と参加につなげる離床ガイドブック（実践編）

推進委員会において、「活動と参加につなげる離床」を行うためには、作業療法士のみで行うのではなく、多職種協働により、それぞれの職種が専門性に基づいた役割と介入を行う必要があるという意見があった。また、介入群の各施設における担当作業療法士の振り返りからは、臨床現場で多職種協業を行い、介護職や看護師による離床を促進していくことが難しいという感想があった。

そこで、多職種協働による離床を促進していくことに主眼を置いた、専門職チーム向けのガイドブック「活動・参加につなげる離床ガイドブック（実践編)」を作成した。ページ数は表紙と裏表紙を合わせ、全 28 ページとし、内容は「活動と参加」や「チーム介入の必要性」の説明、実施手順、車椅子適合や移乗方法の解説などとした。今後はこのガイドブックを印刷物にして啓蒙活動を行っていこうと考えている。

２．活動・参加につなげる離床ガイドブック（入門編）

推進委員会において、実生活の中で離床を継続していくためには、特に介護職や看護師による離床が必要になるため、基礎的な「活動と参加につなげる離床」に関するガイドブック作成の提案があった。

そこで、「活動・参加につなげる離床ガイドブック（実践編）」の他に、主として介護職と看護職を対象とした啓発冊子を作成することにした。作成にあたり、６ページ程度の少ないページ数で、文章をなるべく簡便にし、馴染みやすいイラストを用いることにした。

内容は「離床しないことによる悪影響」、「離床による効果」「活動と参加につなげる離床の進め方」「移乗方法と車椅子選びの目安」「事例紹介」などとした。完成したガイドブック（案）を資料に示すので参照されたい。実践編と同様に入門編についても、今後、印刷物にして啓蒙活動を行っていこうと考えている。

（２）講習会概要

介入群の各施設における担当作業療法士は、アンケート調査に加えて対象症例に ICF の活動と参加を目標とした離床を促進するリハビリテーションを実施するために、事例介入前（平成 28 年 8 月 21 日）に、約 4 時間の講習会を受講した。講習会の開催にあたっては、臨床で実践経験のある作業療法士からなる介入実施マニュアル作成メンバーで「介入実践マニュアル」を作成し、そのマニュアルに沿って講習会を行った。講習会のシラバスを表 23 に示す。

「介入実施マニュアル」の内容は、作業療法士による介入を主体とし、①介入実施の体制の整備（手順や他職種の役割と連携）、②車椅子適合を行うためのアセスメント方法、③クッションと車椅子適合方法、④移乗方法などとした。また、調査票（A 票・B 票・C 票）の記入方法の説明、必要な福祉用具の導入方法の説明も行った。

表 23　講習会シラバス

	内　　容	時　間（分）
1	本研究の介入実施手順の説明（アセスメント方法やプログラム立案の概要、多職種連携等）	40
2	車椅子適合に関するアセスメントシートと評価方法の説明	50
3	車椅子の適合方法と適合シートの説明	50
4	移乗方法の説明	30
5	アウトカム内容と記録方法の説明	30
6	必要物品の導入方法の説明	15
7	事前に行った事例介入の説明	15
8	質疑応答	20

（３）介入群施設への技術伝達について

介入群の 1 施設に講習会の講師（作業療法士）2 名が現地で技術伝達を行った。目的は介入施設の作業療法士をはじめとする多職種に対し、臥位でのポジショニング、移乗、車椅子適合の知識・技術を伝達するとともに、リハビリテーションの在り方を提案することである。

伝達回数は 2 回とし、1 回目を平成 28 年 10 月 13 日の 13 時～16 時に行った。対象患者は 2 名、施設参加者 4 名（看護師、介護職）で、介入群の担当作業療法士 1 名がコーディネイト役となった。2 回目は同年 11 月 16 日の 13 時～16 時に行い、対象患者 2 名で施設参加者 1 名（作業療法士）であった。

具体的な実施内容は、①打ち合わせ（メールや電話での事前意見交換、現地での打ち合わせ）、②ベッド上でのポジショニング、③移乗方法の検討ならびにデモンストレーション、④車椅子適合に関する評価ならびに適合、⑤経過中の情報交換と相談対応であった。

介入事例を、事例集の医療療養病床１、２に示したので参照されたい。

また、今回の技術伝達講習の結果から、講習会のみでなく、現地での作業療法士などリハ職に限らず、多職種に向けた講習が必要と考えられた。さらに今回は、作業療法士のみが施設訪問したが、「活動と参加につなげる離床」の取り組みは本来、多職種チームによる介入が基本になるため、医師、看護師、介護職、作業療法士らがチームになって施設に出向き、各々の役割や専門性に基づいた伝達をするのがより有効と考える。

（4）福祉用具の調達（機器レンタル状況）

（一社）日本車椅子シーティング協会や介入群施設の近隣の福祉用具貸与事業者から用具の紹介、適合に関する助言等の協力を得ながら下記の必要物品を借り入れた（レンタルが不可な物品については購入）。ティルト・リクライニング機能付き車椅子：21 台、モジュラー車椅子及び簡易モジュラー車椅子 8 台、車椅子用座クッション 19 個、車椅子付属品 4 個、移乗用具 14 個であった。表 24 に本研究事業で借り入れた福祉用具の一覧を示す。

表 24　レンタル機器一覧

レンタル機器	商品名	個数
ティルト・リクライニング機能付き車椅子	マイチルト・コンパクト	6
	TRC-2	8
	グランドフリッチャー ユニシルバーパッケージ	1
	ネッティ em	1
	ネッティ em 背張り調整付	4
	ネッティ 4U	1
モジュラー車椅子・簡易モジュラー車椅子	SKT-4	2
	レボ	2
	レボ エレベーティングタイプ	1
	MM-fit	1
	アゼリア	1
	ネクストコア アジャスト NEXT-51B	1
車椅子用座クッション	J2 クッション	2
	アウル 40 レザー	1
	ジェルビークッションダブルハード	1
	ジェルビークッションダブルソフト	1
	Gel-T クッション	1
	ロホ クアドトロセレクト ミドル	6
	デュオジェルクッション	3
	ロホ クアドトロセレクト ハイ	1
	FC-アジャスト	1
	シーポスエレフ	1
車椅子付属品	アイコンディープバック	1
	FC-アジャスト（背）	1
	フットサポート関連	2
移乗用具	イージーグライド	1
	マスターグライド M	2
	フレックスボード	11

（５）介入事例の結果(ICF 分類によるまとめ)

介入事例は、寝たきり度がＣ２レベルが大半を占め、関節可動域や筋力、持久力などの従来の検査のみでは十分にその効果を表すことが難しかった。しかし、介入する過程においては、1 ケ月後には事例の表情や座位姿勢などに変化を認めることが多くなった。そして介入１か月後以降になるとスタッフや家族がその事例の変化に気が付くことがあり、面会の頻度や院内レクリエーションへの参加など対応の変化が見られた。そのため、本研究事業の主な目的である活動と参加を中心に心身機能や環境面などの変化を包括的に捉えるために国際生活機能分類（以下ＩＣＦ）を用いた評価の試みを行った。

ＩＣＦの評価項目は多岐に渡り、今回の事例の状態では明らかに評価対象外になる項目もあった。そこで事前に症例を担当する作業療法士にＩＣＦ表を確認してもらい、今回の症例の評価に適する評価項目の調査を行った。そのうえで、本研究事業用のＩＣＦ表を作成した。作成した表を用いて、介入前に比べて介入開始後 3 ヶ月に変化した項目の抽出を行った。

上記の抽出の結果、特に多くの事例で変化が認められた項目について紹介したい。まず活動と参加では、「学習と知識の応用」「コミュニケーション」「運動・移動」「コミュニティライフ・社会生活・市民生活」に変化を求めた。心身機能・身体構造では、「精神機能」「感覚機能と痛み」「心血管系・血液系・免疫系・呼吸器系の機能」「神経筋骨格と運動に関連する機能」「運動に関連した構造」に変化を求めた。環境因子では、「生産品と用具」「支援と関係」「態度」「サービス・制度・政策」に変化を求めた（表 25. 26. 27)。

表 25　活動参加のＩＣＦ変化項目

活動と参加		
学習と知識の応用	d 110	注意してみること
	d 115	注意して聞くこと
	d 160	注意を集中すること
コミュニケーション	d 310	話し言葉の理解
	d 330	話すこと
	d 335	非言語的メッセージ表出
	d 350	会話
運動・移動	d 415	姿勢保持
	d 420	移乗
	d 465	用具を用いて移動
コミュニティライフ・社会生活・市民生活	d 920	レクリエーションとレジャー

表 26　心身機能・身体構造のＩＣＦ変化項目

心身機能		
精神機能	b110	意識機能
	b130	活力と意欲
	b140	注意
	b152	情動
感覚機能と痛み	b280	痛み
心血管系・血液系・免疫系・呼吸器系の機能	b420	血圧
	b440	呼吸
神経筋骨格と運動に関連する機能	b710	関節可動域
	b735	筋緊張の機能
	b740	筋の持久性機能
身体構造		
運動に関連した構造	s 710	頭頸部
	s 730	上肢

表 27　活動参加のＩＣＦ変化項目

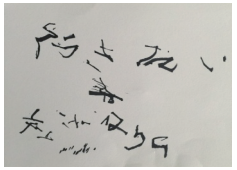
環境因子		
生産品と用具	e 115	日常生活における個人用の生産品と用具
	e 120	個人的な屋内外の移動と交通のための生産品と用具
支援と関係	e 355	保健の専門職
態度	e 410	家族の態度
	e 440	対人サービス提供者の態度
	e 450	保健の専門職者の態度
サービス・制度・政策	e 580	保健サービス・制度・政策

医療療養病床 1

【基本情報】70歳・男性　主疾患：左視床出血　既往歴：右被殻出血、糖尿病、多発膀胱癌の術後、糖尿病網膜症、高血圧症、両下肢血行再建術
要介護度5　日常生活自立度：C2　認知症高齢者の日常生活自立度：Ⅲb
現病歴：X年6月右被殻出血後、自宅生活していたがX+1年7月に自宅で倒れ他院へ救急搬送、左視床出血を認める。趣味は釣りや相撲番組鑑賞、登山。退職後は昼夜逆転の生活を送っていた。C2レベルではあるが「自分で何かを行いたい」という希望が聞かれていた。
【介入と経過】介入当初はティルト・リクライニング機能付き車椅子を使用し、最終的に標準型車椅子で左上肢を使用した活動が行えるよう車椅子適合を行った。起立性低血圧が改善し、モジュラー車椅子へ変更し、移乗方法も抱きかかえからトランスファーボードを使用した方法へ変更。車椅子座位姿勢の改善、耐久性の向上を認め、車椅子駆動の向上もみられた。血圧が安定し良肢位での坐位保持が可能となったことから集団レクリエーションへの参加や余暇活動への取り組みを開始した。
【OT介入頻度】週2回40～60分、シーティング・コンサルタントの資格を有するOTによる2度の施設介入を受け(1回あたり2時間程度)車椅子適合や他職種も含めた移乗技術の伝達を受け、他職種からも意欲的な発言が聞かれた。
【結果】本介入により、①車椅子駆動が以前は上肢のみであったのが下肢駆動が一部可能になった。②実習学生の介入や家族の見舞いの回数が増加し、離床の機会が増えた。それに伴い座位保持が安定し、書字や脱脂綿を使用し絵画を行えるようになった。③起立性低血圧は改善し、基本動作場面では協力動作が得られるようになった。④妻より、「受け答えがスムーズになった」「表情がはっきりしている」などのコメントがあった。⑤寝たきり度もC2からBレベルへ改善を認めた。活動と参加面の向上により、即時的な心身機能の向上も認めた。
【考察とまとめ】患者の座位能力に合った車椅子適合や移乗動作の検討と病棟職員への伝達により、定期的な離床機会が得られるとともに患者自身の意欲や家族の満足度の向上に結び付いたと考えられる。医療療養病棟へ入院中の患者に対して、患者に合った座位環境を提供することで安楽な座位姿勢での離床時間の延長や活動的な座位姿勢が獲得され、日常生活動作・基本動作の向上、また余暇活動など生きがいのある活動の獲得に至った。今後の目標として自宅への短時間の一時帰宅を家族と検討している。

効果の認められた項目（ICF項目に準じる）

心身機能				身体構造（程度）		活動と参加（実行状況の評価点）				環境因子	
b110	意識機能	b735	筋緊張の機能			d330	話すこと	d920	レクリエーションとレジャー		
b130	活力と欲動の機能	b740	筋の持久性機能			d345	書き言葉によるメッセージの表出				
b152	情動機能	b750	運動反射機能			d420	乗り移り（移乗）				
b420	血圧の機能					d465	用具を用いての移動				
b710	関節の可動性の機能					d540	更衣				



	介入開始前	1か月後	2か月後	3か月後	それ以降
リハビリ以外の離床時間	0分/日	20分/日	20分/日	20分/日	20分/日
OT介入内容	他職種への離床促し、目標の共有	多職種への離床促し、移乗方法の伝達	車椅子の変更・適合、施設介入	奥様へMTDLPの説明、一時帰宅の相談	離床の促し、目的に沿った活動の提供
他職種の変化	離床の協力は得られている	移乗技術の伝達会への参加、施設介入	移乗技術の伝達会への参加、施設介入	行事時の離床への協力の増加	覚醒の向上した対象者へ声かけの増加
患者様の変化	何かをしたいという希望はきかれる、寝たきり度C2レベル	ティルト・リクライニング座位の獲得、起立性低血圧の改善	モジュラー型車椅子座位、トランスファーボードの使用を開始	車椅子駆動の獲得、寝たきり度Bレベルへ、書字や絵画への取り組み	レクリエーションへの参加、手を振る動作など自身の参加も増加
家族様の変化	週2回程度のお見舞い	リハビリ時間に合わせて来院、1時間程度離床の付き添い	表情が良くなった、姿勢が良いと聞かれ声かけの頻度が向上	継続してリハビリ時の付き添いや離床の付き添い	家に連れて帰ってあげたいという希望が聞かれる

医療療養病床 2

【基本情報】79歳・女性。主疾患：視神経脊髄炎。既往歴：肝腫瘍、慢性呼吸不全、右乳がん、骨粗鬆症、第1腰椎圧迫骨折、糖尿病、心不全。介護度：未申請。日常生活自立度：B2、認知症高齢者の日常生活自立度：Ⅱb。現病歴：左眼視力低下を自覚後、数日で全盲となり、大学病院で頭部MRIにて両側視神経炎を認め、脊髄MRIにて視神経脊髄炎と診断された。
【介入経過】標準型車椅子からモジュラー車椅子へ変更した。体幹の傾きがあったため、車椅子のたわみを修正し、姿勢の修正を行った。
【OT介入頻度】週2回(1回20分～40分)の個別リハビリ実施。他院OTによる2度の施設介入を受け(1回あたり2時間程度)車椅子適合や移乗技術の伝達を受けた。
【結果】車椅子適合を実施したことで体幹が正中位で保持できるようになった。姿勢修正の方法の伝達を施設介入時に受け、現場で実施することにより、介助時の恐怖心・介助負担の軽減が行えた。介入3カ月後、集団リハビリや食事時の離床が定期的に行え、1日1～2時間程度の坐位保持が可能になった。普通型車椅子からモジュラー車椅子へ変更し、スライディングボードでの移乗を検討しているが、本人に恐怖心があり実施には至っていない。
【考察】視力障害と骨折の既往がある患者に対して、安全な移乗方法の提案や他職種との介助方法の検討を行い、移乗や車椅子乗車時により安全な介助が行えるようになった。また、坐位姿勢が安定したことにより活動性は増しており1日2時間程度の離床に至った。
【まとめ】
　医療療養病棟へ入院中の患者に対して、患者に合った移乗手段の提案や適切な福祉用具の提供を行うことで、より安全な療養生活を送ることができた。骨折を予防し自発的な動作を促すことでより活動的な生活となり、二次的障害の予防も行えた。

効果の認められた項目（ICF項目に準じる）

心身機能				身体構造（程度）		活動と参加（実行状況の評価点）				環境因子	
						d420	乗り移り（移乗）				

介入開始直前
リハ以外の離床：
60分/日

介入開始2ヶ月後
リハ以外の離床
100分/日

介入時の移乗のイメージと使用した
移乗用の福祉用具

日本舞踊鑑賞会への参加

医療療養病床 3

【基本情報】89歳・女性。主疾患：進行性核上性麻痺。肺炎後廃用症候群。現病歴：介護付老人ホーム入所中に肺炎を発症し、当院へ入院。疾患特性である項部硬直の影響で姿勢崩れに至りやすく、正中視や首振りによる意思疎通が困難。要介護度5、障害者の日常生活自立度：C2、認知症高齢者の日常生活自立度：Ⅳ

【介入と経過】頭頚部の良肢位確保による意思表出の改善や、院内レクリエーションへの参加機会の確立を目的に、頭頚部のアライメントに配慮した車椅子適合（ティルト・リクライニング機能付き車椅子を使用）を行った。介入1ヶ月後には病棟スタッフによる院内レクリエーションへの定期参加が可能となり、介入2ヶ月後には頭頚部の良肢位が確保されたため、再び車椅子適合（普通型車椅子を使用）を行った。

【OT介入頻度】週3回40分のOT介入に加え、車椅子適合（各20分）を2度行った。

【結果】FIM「車椅子への移乗」（1点➔2点）、「表出」（1点➔2点）、リハ時間以外の離床時間・頻度の増加（なし➔週1回30分）

【考察】頭部の不良肢位に配慮して**車椅子適合を適宜行ったこと**で、非言語的な意思表出の改善や、定期的な離床機会が確保された。

【まとめ】医療療養病床に入院する進行性疾患の重度障害高齢者に対し、**疾患特性・予後を見据えた適時性のある車椅子適合を行った**ことにより、意思疎通の改善や、病棟スタッフによる定期的な離床機会の確保につながった。

効果の認められた項目（ICF項目に準じる）

心身機能				身体構造（程度）		活動と参加（実行状況の評価点）				環境因子	
b140	注意機能					d110	注意して視ること	d415	姿勢の保持	e120	個人的な屋内外の移動
b710	関節の可動性の機能					d130	模倣	d420	乗り移り（移乗）	e340	対人サービス提供者
b730	筋力の機能					d135	反復	d920	レクリエーションとレジャー	e355	保健の専門職
b735	筋緊張の機能					d160	注意を集中すること			e410	家族の態度
						d335	非言語的メッセージの表出			e440	対人サービス提供者の態度
										e450	保健の専門職者の態度

介入直前
リハ以外の離床：0分/日

車椅子の適応（20分）
ティルト・リクライニング型

介入1ヶ月後
リハ以外の離床：45分/日

車椅子の適応（20分）
普通型へ戻る

介入2ヶ月後
リハ以外の離床：45分/日

音楽レクへの参加

医療療養病床 4

【基本情報】76歳・男性。主疾患：多発性脳梗塞、脊髄損傷（TH6）。現病歴：自宅で転倒し、脊髄損傷と診断。前院で仙骨に褥瘡が発生した状況で当院へ入院。褥瘡の影響により離床への心理的抵抗が強く、受傷後1度も離床できてない。要介護度5、障害者の日常生活自立度：C2、認知症高齢者の日常生活自立度：Ⅱb。

【介入と経過】車椅子上での食事やレク参加を視野に入れ、直近の目的である「リハ時間内の離床機会の獲得」に向けて、褥瘡対策チームを含む多職種で褥瘡に配慮した離床方法を検討した。褥瘡の増悪リスクに配慮し、車椅子適合（エアークッション）と移乗方法の選択（シーツによる臥位移乗）を行った。

【OT介入頻度】週1回40分のOT介入に加え、車椅子の適合（20分）を行い、症例および多職種と離床方法の共有を図った。

【結果】FIM「問題解決」の改善（3点➔4点）、リハ時間内での定期的な離床機会が得られた（40分/日）。褥瘡のリスク管理のため、病棟スタッフによる離床機会は確保できず、リハ時間内での離床創出にとどまった。褥瘡は増悪せず、改善の経過（Design-R33点➔29点）をたどっている。

【考察】**褥瘡の増悪リスクに配慮した車椅子適合を行い、症例・多職種と離床目的・方法の共有を図った**ことにより、離床に伴う褥瘡リスクを低減しただけでなく、ご本人の離床への心理的抵抗も緩和され、受傷後はじめての離床機会につながったと考える。

【まとめ】褥瘡の増悪リスク、離床に強い心理的抵抗を有する重度障害高齢者に対して、**症例および多職種で離床目的・方法を共有した**ことにより、離床に対する心理的抵抗が緩和し、褥瘡の治癒を阻害せずに定期的な離床機会を獲得できた。

効果の認められた項目（ICF項目に準じる）

心身機能				身体構造（程度）		活動と参加（実行状況の評価点）				環境因子	
b130	活力と欲動の機能					d335	非言語的メッセージの表出			e120	個人的な屋内外の移動
						d465	用具を用いての移動			e340	対人サービス提供者
						d920	レクリエーションとレジャー			e355	保健の専門職
										e410	家族の態度
										e440	対人サービス提供者の態度
										e450	保健の専門職者の態度

不能

●褥瘡の増悪リスク
●離床への心理的抵抗

介入直前
リハ以外の離床：0分/日
（リハでの離床：0分/日）

介入2ヶ月後
リハ以外の離床：0分/日
（リハでの離床：40分/日）

車椅子の適合（20分）
ROHOクアドロ

介入開始時

介入1ヶ月後

医療療養病床 5

【基本情報】89歳・男性。主疾患：敗血症による廃用症候群。既往歴：左変形性肩関節症、Ⅱ型糖尿病、尿路感染症。要介護度3、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。現病歴：敗血症後の廃用症候群にて当院に入院した。その後、定期的に尿路感染症を発症し、熱発の度に安静と点滴施行にて徐々に覚醒レベルが低下し、介助量が増加した。日中、ご家族の面会が毎日ある。

【介入と経過】病棟のホールで標準型車椅子に座って昼食を摂ることを離床目的とした。また、身体機能や介助方法、リハビリプログラムを他職種や家族と共有した。移乗は覚醒レベルによるが、福祉用具を使用せずに1人介助にて軽～全介助で可能。OT訓練場面で標準型車椅子の適合を行い、家族の協力も得て、昼食時間の離床を開始した。介入直後から1日1回、90分程度の離床を定期的に行い、覚醒レベルの向上が認められた。

【OT介入頻度】週6日1回に付き60分OT介入に加え、OT訓練以外の時間（60分程度）で移乗方法の伝達等を行った。さらに病棟スタッフには昼食後、ベッドへの移乗を依頼した。

【結果】介入1ヶ月後から徐々に頚部伸展筋群の筋緊張の緩和が認められ、車椅子座位姿勢の安定性が向上した。食事場面では自力摂取が可能な日が増えた。また2ヶ月後の筋緊張の緩和が認められ、離床時の腰部痛の訴えが軽減した。この頃から、病棟スタッフによる移乗時の介助量が軽減した。

【考察】OTが**身体機能を評価し車椅子適合をする**ことで、安定した座位保持環境が提供でき、**病棟スタッフや家族に対してADLの状況・リハビリプログラム・介助方法・離床の目的と効果等を説明する**ことで、定期的な離床の機会が得られ、**関係スタッフ間での情報共有の機会が増加**した。その結果、活動面での向上が見られた。

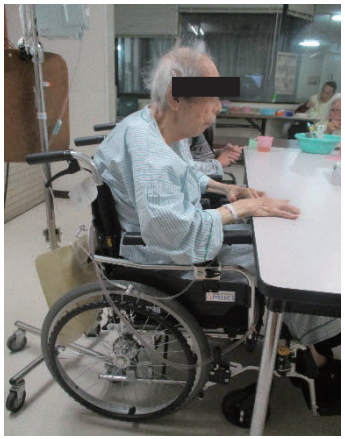
【まとめ】リハビリプログラムとして、車椅子適合、移乗方法の指導、離床目的の説明を行ったところ、車椅子座位の安定と、活動面、介助量の変化を病棟スタッフや家族間と共有することができた。**目的を持った離床を行うことで、患者の肯定的要素の確認や残存機能を促し活動や参加につなげる機会になった。**

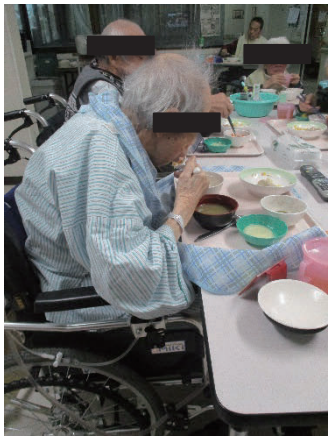
効果の認められた項目（ICF項目に準じる）

心身機能				身体構造（程度）		活動と参加（実行状況の評価点）				環境因子	
b110	意識機能	b710	関節の可動性の機能	s710	頭頸部の構造					e120	個人的な屋内外の移動
b130	活力と欲動の機能	b735	筋緊張の機能							e310	家族
b167	言語に関する精神機能									e355	保健の専門職
b280	痛みの感覚									e410	家族の態度
b420	血圧の機能									e450	保健の専門職者の態度

介入開始直前
リハ以外の離床：
0分/日

介入開始1ヶ月後
リハ以外の離床：
60-90分/日





昼食の摂取場面（覚醒、意欲によっては自力摂取が平均2～3割可能）

医療療養病床 6

【基本情報】75歳・男性。主疾患：低酸素脳症。合併症：糖尿病。要介護度：未申請、障害高齢者の日常生活自立度：C2。現病歴：X年Y月自宅で倒れているところを発見されA病院へ搬送される。熱発と意識混濁で寝たきり状態になり右背部、仙骨部、左下腿に褥瘡が認められた。A病院ではリハビリ介入はなかった。褥瘡治療とリハ目的でX+1年Y-2月当院に転院となった。前職は漁師をしており、独居生活で趣味はカラオケ。

【介入と経過】褥瘡の治療をしながらテレビ鑑賞を車椅子座位でするという目標をカンファレンスにて多職種で共有した。頸部は筋緊張が亢進し、左側に側屈していた。褥瘡を改善するためにポジショニングを褥瘡委員の病棟看護師と検討し、ポジショニング写真を掲示して介護士と協働で体位変換を実施した。また、活動性を向上するため、OTが目的に合った車椅子と座クッションを適合した。先ずは安楽な座位姿勢から訓練を行った。介入1カ月後から本人の状態に応じて、リハ時間外に1時間程度の離床を開始した。

【OT介入頻度】週6日1回に付き60分介入した。OT訓練以外の時間で褥瘡処置に入り褥瘡部位とポジショニングの確認を行った。車椅子のティルト角度とリクライニング角度の調整を離床目的に応じて変更するように病棟スタッフに伝達を行った。

【結果】介入3カ月後に意識レベルが改善し、褥瘡は右背部が治癒、仙骨部と左下腿部は改善傾向であった。テレビ鑑賞は1時間程度可能となった。頸部の筋緊張が軽減し、顔を動かして追視をするようになり、スタッフの声掛けに対して笑顔と「おはよう」「こんにちは」など挨拶の発話が可能となった。

【考察】OTはアセスメントから**離床に向けた新たな生活目標を立案し、リハカンファレンス時に提案した。多職種でその目標を共有した上で、各専門職の役割分担と介入内容を明確にした。**また、OTは**目標達成に向けた福祉用具の適合を行い、本人の残存能力を促すプログラムを実施**した。これらの取り組みは二次障害の予防と本人の活動と参加につなげる一要因になったと考える。

【まとめ】目標の設定と共有、各専門職の役割分担と環境調整をすることは、**活動と参加の促進と二次障害の予防**を行う上で必要な要素である。

効果の認められた項目（ICF項目に準じる）

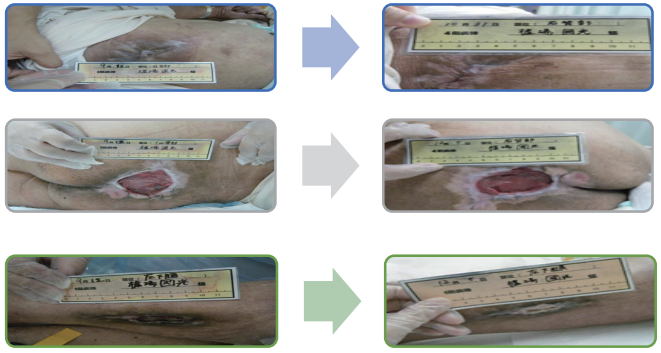
心身機能				身体構造（程度）		活動と参加（実行状況の評価点）				環境因子	
b110	意識機能	b810	皮膚の保護機能	s710	頭頸部の構造	d110	注意して視ること	d920	レクリエーションとレジャー	e120	個人的な屋内外の移動
b130	活力と欲動の機能	b820	皮膚の修復機能	s810	皮膚の各部の構造	d120	その他の目的のある感覚			e455	その他の専門職者の態度
b152	情動機能					d310	話し言葉の理解				
b710	関節の可動性の機能					d330	話すこと				
b735	筋緊張の機能					d420	乗り移り（移乗）				

介入開始直前
リハ以外の離床：
0分/日

介入開始3ヶ月後
リハ以外の離床：
60分/日

リハビリカンファレンス

余暇活動



褥瘡：　介入開始直前⇒3カ月後
上：右背部　中：仙骨部　下：左下腿部

医療療養病床 7

【基本情報】82歳・女性。主疾患：パーキンソン病。要介護申請なし、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：Ⅱb。現病歴： X年より右上下肢の振戦出現、パーキンソン病と診断された。その後も徐々に進行、X+11年より移動手段が車椅子となる。今回、短期リハビリ目的で当院に入院後、誤嚥性肺炎を併発し、医療療養病棟へ転床となった。

【介入と経過】車椅子駆動と食事時の誤嚥リスクの軽減を目的に介入した。介入開始直前は肺炎のため、リハビリ時間以外で離床をしていなかった。OT訓練場面で車椅子適合を行い、ティルト・リクライニング機能付き車椅子での食事動作が安定したところで、リハビリ時間以外の離床を開始した。本介入から2ヶ月後の時点で、1日180分程度の離床を行えるようになった。

【OT介入頻度】週6回1日120分のリハビリ介入に加え、訓練内にて座圧測定、それ以外（90～120分程度）でシーティングや食事時の環境調整等を行った。

【結果】車椅子離床時の股関節内転筋群の過緊張が緩和し、食堂にて他患と共に食事摂取ができるようになり、食事前後でのおしゃべりやテレビ鑑賞を楽しめるようになった。また、調子が良い時は、方向転換などごく短距離の車椅子駆動が可能となった。退院時、入院中に選定したティルト・リクライニング機能付き車椅子をレンタルし、安定した食事摂取が可能となり退院となった。その後、週1回の外来リハビリを継続し、食事動作や駆動がさらに上達し、自費での車椅子の購入に至った。

【考察】OT訓練で必要な福祉用具を適合しながら、**段階づけた座位保持時間の延長と目的に合った座位姿勢の改善**を目指したことで、無理なく定期的な離床に繋がった。また、座圧測定や車椅子写真の比較などを本人と家族に説明しながら関わったことで、車椅子の購入に結びついた。

【まとめ】医療療養病床に入院する重度障害高齢者に対し、リハビリプログラムとして、目的を持った車椅子適合と離床促進、食事動作や駆動への介入を行うことで、**病棟・施設での定期的な離床が確保され、ティルト・リクライニング機能付き車椅子の購入**にまで至った。

効果の認められた項目（ICF項目に準じる）

心身機能				身体構造（程度）		活動と参加（実行状況の評価点）				環境因子	
b130	活力と欲動の機能	b440	呼吸機能	s720	肩部の構造	d163	思考	d465	用具を用いての移動	e110	個人消費用の生産品や物質
b167	言語に関する精神機能	b510	摂食機能	s730	上肢の構造	d177	意思決定	d530	排泄	e115	日常生活における用具
b310	音声機能	b525	排便機能	s740	骨盤部の構造	d410	基本的な姿勢の変換	d540	更衣	e120	個人的な屋内外の移動
b320	構音機能	b610	尿排泄機能			d415	姿勢の保持	d550	食べること	e310	家族
b420	血圧の機能	b710	関節の可動性の機能			d420	乗り移り（移乗）			e575	一般的な社会的支援サービス・制度・政策
b735	筋緊張の機能	b740	筋の持久性機能								

介入開始直前
リハ以外の離床：0分/日

介入開始1ヶ月後
リハ以外の離床：120分/日

退院後2ヶ月
1日の離床：180分超/日

食堂での食事場面

医療療養病床 8

【基本情報】86歳・女性。主疾患：パーキンソン病。既往歴：脳梗塞、糖尿病、頚部骨折。要介護度5、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：Ⅳ。現病歴： 20年前にパーキンソン病と診断された。今回てんかん発作後に誤嚥性肺炎を発症し絶食となり、加療目的にて当院医療療養病棟へ入院となった。【介入と経過】入院後、状態悪化から車椅子離床ができず、まずは離床の促進を目的に介入を実施。ティルト・リクライニング機能付き車椅子を用いて離床することで、趣味であるDVD鑑賞や折り紙などを余暇活動に行えるようになり、1ヶ月後には胃瘻を造設し、2ヶ月後には在宅を検討したいと家族より希望が聞かれ、退院調整を始めた。しかし、直後に急変し死亡退院となった。
【OT介入頻度】週6回1日120分のリハビリ介入に加え、OT訓練内にて座圧測定、それ以外（30分程度）で車椅子の調整等を行った。
【結果】介入直後より車椅子上での筋緊張の緩和がみられ、1ヶ月後には膝関節の関節可動域の拡大が認められた。移乗と座位保持の介助量も大幅に軽減し、笑顔や会話の増加、全身の筋緊張の緩和が認められ、家族は在宅復帰を決意した。
【考察】臥床状態になっていたことで、特に上肢の過緊張や背面への押しつけを認めていたが、**安楽な離床が可能と**なり上肢並びに全身の過緊張が緩和し、呼吸も安定し、笑顔や会話の増加に結びついた。
【まとめ】医療療養病床に入院する重度障害高齢者に対し、リハビリ介入として、車椅子適合やその後の調整を行い、**安楽姿勢での離床と対人交流の改善が得られ、家族が在宅復帰の決意をする**までに至った。

効果の認められた項目（ICF項目に準じる）

心身機能				身体構造（程度）		活動と参加（実行状況の評価点）				環境因子	
b110	意識機能	b167	言語に関する精神機能	s710	頭頸部の構造	d110	注意して視ること	d345	書き言葉によるメッセージの表出	e110	個人消費用の生産品や物質
b114	見当識機能	b310	音声機能	s720	肩部の構造	d115	注意して聞くこと	d350	会話	e115	日常生活における用具
b130	活力と欲動の機能	b420	血圧の機能	s730	上肢の構造	d120	その他の目的のある感覚	d410	基本的な姿勢の変換	e120	個人的な屋内外の移動
b140	注意機能	b440	呼吸機能	s740	骨盤部の構造	d130	模倣	d415	姿勢の保持		
b147	精神運動機能	b710	関節の可動性の機能	s750	下肢の構造	d135	反復	d420	乗り移り（移乗）		
b152	情動機能	b715	関節の安定性の機能	s760	体幹の構造	d160	注意を集中すること	d710	基本的な対人関係		
b730	筋力の機能	b735	筋緊張の機能			d163	思考	d760	家族関係		
b740	筋の持久性機能					d177	意思決定	d910	コミュニティライフ		
						d310	話し言葉の理解	d920	レクリエーションとレジャー		
						d315	非言語的メッセージの理解	d940	人権		
						d325	書き言葉によるメッセージの理解	d998	その他の特定のコミュニティライフ		
						d330	話すこと				

介入開始直前
リハを含め離床：0分/日

介入開始直後
リハ以外の離床：20分/日

介入開始2ヶ月後
リハ以外の離床：30～40分/日

介入開始直前

介入開始2ヶ月後

医療療養病床 9

【基本情報】81歳・女性。主疾患：多系統萎縮症。要介護度3、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：Ⅱb。現病歴： 12年前に多系統萎縮症と診断され、その後も徐々に進行した。今回、加療目的にて当院、医療療養病棟へ入院となった。
【介入と経過】入院時、状態悪化から車椅子離床が進まず、食事とリハビリ時間以外で離床ができていなかった。今回、食事時の食べにくさの改善と夫との動画鑑賞を痛みなく楽しめることを目的にティルト・リクライニング機能付き車椅子を用いて介入し、車椅子にて余暇活動が行えるようになった。また、抱え上げ移乗を移乗ボードを使用して座位移乗に変更し、日内変動がある本人の移乗時の安全性の向上を図った。夫との二人暮らしで在宅復帰が難しく、急遽短期入所利用が決定し、1ヶ月目に退院となったが、同じ車椅子を施設でも引き続き使用し、離床が継続できるように調整をした。
【OT介入頻度】週6回1日120分のリハビリ介入に加え、訓練内にて座圧測定、それ以外（90分程度）でシーティングや食事のセッティングの調整等を行った。
【結果】車椅子離床時の臀部の痛みが緩和し、車椅子離床時の不快感がなくなり、夫と旅行した観光動画をみて楽しむことができるようになった。本人から「座っているのがいやじゃなくなった」との発言があった。
【考察】痛みの原因をOT評価の中で把握し、それに合わせた**車椅子適合とその後の調整**を行ったことで、不快感のない離床促進に繋がった。また、移乗をボード使用し安全性を確保したことで**定期的な離床**が促された。
【まとめ】医療療養病床に入院する重度障害高齢者に対し、リハビリプログラムとして、車椅子適合、痛みの改善といった本人の座位時の不快感減少が図られ、病棟での定期的な離床が確保された。**病棟ではリハビリ・食事以外でも、夫の面会時に車椅子へ移乗し、夫と共に動画鑑賞を楽しめる**ようになった。

効果の認められた項目（ICF項目に準じる）

心身機能				身体構造（程度）		活動と参加（実行状況の評価点）				環境因子	
b280	痛みの感覚					d410	基本的な姿勢の変換	d560	飲むこと	e110	個人消費用の生産品や物質
						d415	姿勢の保持			e115	日常生活における用具
						d420	乗り移り（移乗）			e120	個人的な屋内外の移動
						d465	用具を用いての移動				
						d550	食べること				

介入開始直前
リハ以外の離床：120分/日

介入1ヶ月後
リハ以外の離床：160分/日

食堂での食事場面

医療療養病棟 10

【基本情報】82歳、女性。:主疾患心原性脳梗塞。既往歴:慢性心房細動・心不全。要介護5、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M。現病歴:痙攣発作を発症し痙攣重積状態との診断で前医に入院。翌日のMRIで心源性脳梗塞と診断。長期療養目的で当院に転院。

【介入と経過】介入当初は車椅子乗車時のシーティングと耐久性の評価を実施。移乗動作は病態も踏まえ2人介助で平行移動で実施。車椅子乗車後は主に四肢の関節可動域訓練を実施。

【OT介入頻度】週1回20分。

【結果】関節可動域・筋緊張に僅かな改善が得られた。また車椅子離床が可能になったため週2回の定期離床に加え、ご家族と月1、2回の院内散歩を行った。介入中に誤嚥性肺炎等を発症することはなかった。

【考察】<u>本人の体格に合った車椅子を早期に導入することができた</u>ことで、離床時の評価・設定を生活場面に導入するまでの期間が短くなった。またご家族も大変喜ばれ、来院時に散歩を行うことができ、長期療養においても参加面にアプローチができたと考えられる。

【まとめ】本人の体格や病態に合った離床の設定を早期から可能にすることで<u>**心身機能だけでなく参加面の改善**</u>も早期に行える可能性がある。

効果の認められた項目(ICF項目に準じる)

心身機能				身体構造(程度)		活動と参加(実行状況の評価点)				環境因子	
b420	血圧の機能										
b440	呼吸機能										
b740	筋の持久性機能										

⇒

医療療養病棟 11

【基本情報】81歳、男性。:主疾患左中脳出血。既往歴:糖尿病。要介護5、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M。現病歴:JCS Ⅲ-100で左中脳出血と診断されて前院に入院した。意識障害が長期に継続した。当院に長期療養目的で入院。

【介入と経過】介入当初は本人の体格に合った車椅子のシーティングと離床評価を実施。設定終了後は、介入時に端坐位練習など高負荷な練習をリスク管理下で実施。

【OT介入頻度】週1回20分。

【結果】関節可動域、筋緊張の僅かな改善が得られた。移乗は2人で平行移動から2人で端坐位経由での移動動作に変更した。車椅子に乗って移動が可能になったことで、KPの妻が大変喜ばれた。今後は担当療法士と相談しながら、参加の内容に関して検討していく予定になっている。

【考察】少ない介入頻度においても、早期離床と本人に合った運動療法により、生活動作の変化はないが心身機能と参加面の改善が得られる可能性があると考えられる。また介入期間中の誤嚥性肺炎等の発症はなかく、二次的障害の予防にも影響すると考える。

【まとめ】入院時から日常生活動作能力は低い患者が多いため、離床等の介入においても変化は得られなかった。しかし、**離床が可能になることで心身機能の増悪の防止や参加面の新たな発見が出来る可能性がある。**

効果の認められた項目(ICF項目に準じる)

心身機能				身体構造(程度)		活動と参加(実行状況の評価点)				環境因子	
b420	血圧の機能										
b440	呼吸機能										
b740	筋の持久性機能										

⇒

医療療養病床 12

【基本情報】89歳・男性。主疾患：パーキンソン病。既往歴：アルツハイマー認知症、脳梗塞。要介護度5。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：Ⅳ。現病歴：約2年前に脳梗塞を発症し、同時期に膀胱結石症のステント留置術のため近くの泌尿器科へ入院となった。経過を見てステント抜去を目的に当院に転院となった。当院にて療養後、一時退院するが、腎盂腎炎急性憎悪にて再入院となった。その後パーキンソン病の症状が認められ、現在に至った。家族は毎日見舞いに来ていた。
【介入と経過】離床目的はご家族の散歩や多目的ホールでのコミュニケーションとし、リハプログラムを他職種と共有した。移乗はトランスファーボードを使用し一人介助とし、病棟スタッフに伝達した。当院のリクライニング車椅子で離床を試みていたが、病棟の都合上、離床回数は少なくベッド上にて過ごしていることが多かったが、本人用の車椅子が提供され可能な範囲での積極的な離床が行えるようになった。
【OT介入頻度】週2回1回につき20分のOT介入に加え、OT訓練以外の時間（30～60分程度）で車椅子適合や移乗方法の伝達等を行った。
【結果】離床開始時から環境の変化も伴い、ご家族や病棟スタッフとのコミュニケーション量が増加した。身体機能面や精神機能面に大きな変化は見られなかったが、日中の覚醒状況が多少改善した。看護師より昼夜逆転の頻度が減ったとの連絡があった。ご家族からは「久しぶりに笑う顔を見た。」などのコメントがあった。
【考察】今回は**担当福祉用具業者と共に福祉用具を検討する**といった新たな取り組みができ、リハプログラムを病棟スタッフとも共有することができた。また、本人用の車椅子が提供できたことにより、本人・家族が希望するタイミングでの離床が可能となった。**ご家族からは入院中でも離床ができることへの喜びの感想があった。**
【まとめ】医療療養病床に入院する重度障害高齢者に対し、リハプログラムとして移乗介助、車椅子適合、離床目的の共有などを行ったところ、病棟スタッフによる定期的な離床が確保され、**ご家族や病棟スタッフとのコミュニケーション量の増加に伴い覚醒状況に変化が認められた。**

効果の認められた項目（ICF項目に準じる）

心身機能				身体構造（程度）		活動と参加（実行状況の評価点）				環境因子	
b114	見当識機能	b735	筋緊張の機能	s730	上肢の構造	d335	非言語的メッセージの表出	d465	用具を用いての移動	e340	対人サービス提供者
b130	活力と欲動の機能	b710	関節の可動性の機能	s750	下肢の構造	d415	姿勢の保持	d710	基本的な対人関係	e360	その他の専門職
						d420	乗り移り（移乗）	d910	コミュニティライフ		

医療療養病床 13

【基本情報】72歳・男性、主疾患：脳挫傷、アルツハイマー型認知症、
要介護度5、障害者の日常生活自立度：C2、認知症高齢者の日常生活自立度：M。ご家族の要望「院内散歩の時間を増やしたい」
【介入と経過】ご家族来院時の院内散歩を離床目的とし、介入1ヶ月時に病棟へ移乗方法の伝達（フレックスボード）を行ったことで、介入2ヶ月後には看護計画に離床プランが反映され、病棟スタッフによる定期的な離床機会が確保された。
【OT介入頻度】週2回40分のOT介入に加え、病棟へ移乗方法の伝達（25分）を行った。
【結果】（介入2ヶ月後）意識レベルの改善（JCS10➔3）、移乗の介助負担が軽減された。
また看護計画に「休日のご家族との車椅子散歩の支援」が追加され、リハ時間以外の院内散歩や音楽レクなどの離床機会（週1回45分）が確保された。
【考察】**移乗能力に応じた適切な移乗用具を選択し、病棟スタッフと離床目的・方法を共有した**ことにより、介助負担が軽減され、定期的な離床頻度の増加につながったと考える。
【まとめ】医療療養病床に入院する重度障害高齢者に対し、**移乗の介助負担を軽減する移乗用具の選択や、ご家族および病棟スタッフと離床目的・方法を共有した**ことにより、リハ時間以外にご家族との定期的な離床機会の確保につながった。

効果の認められた項目（ICF項目に準じる）

心身機能				身体構造（程度）		活動と参加（実行状況の評価点）		環境因子			
b110	意識機能					d335	非言語的メッセージの表出	e120	個人的な屋内外の移動	e450	保健の専門職者の態度
b140	注意機能					d465	用具を用いての移動	e340	対人サービス提供者		
						d920	レクリエーションとレジャー	e355	保健の専門職		
								e410	家族の態度		
								e440	対人サービス提供者の態度		

●家族来院時にリハで離床

●シーツ平行移乗

介入直前
リハ以外の離床：0分/日

病棟へ移乗方法を伝達（25分）

フレックスボードの導入

介入2ヶ月後
リハ以外の離床：45分/日

医療療養病床 14

【基本情報】83歳・男性。主疾患：左急性硬膜下血腫。既往歴：脳梗塞、心房細動、糖尿病、白内障（Ope済）、転倒による裂傷。要介護度5、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Ⅱb。現病歴：食欲不振、筋力低下があり、かかりつけ医の紹介で前医に左急性硬膜下血腫の診断で入院し、経管栄養となり、リハ目的で当院へ転院となった。当院回復期病棟を経て医療療養病棟に転棟となった。職業は製鉄所の研究員を定年までしており、定年後は地元で町議員を4年間していた。趣味は囲碁・将棋。

【介入と経過】離床目的は生活範囲の拡大と家族来院時の離床とし、リハビリプログラムを多職種で共有した。移乗は入院時からトランスファーボードを用い2人介助とした。OT訓練場面で車椅子適合を行い、リハビリ時間以外の離床を開始した。本介入から3ヶ月後の時点で、1日1回60分程度の離床を行っているが、痰の量が多く発熱もしやすくなっており介入が困難な時もあった。

【OT介入頻度】週1回20分のOT介入後、選定したティルト・リクライニング機能付き車椅子へ一人介助で移乗を行い、家族と院内散歩を行える機会を設定し、実施した。OT（40分～60分）。訓練内に家族へ選定した福祉用具の使用方法について毎時説明をし、寝返り動作時には協力もしてもらった。

【結果】離床開始1ヶ月後には開眼時間が長くなり、表情も柔らかくなって、頸部の可動性も向上した。また、発声の頻度も多くなり。上着を着せてもらう時は協力動作がみられた。家族（妻）からは「一緒に院内散歩ができたり、フロアのテレビ鑑賞をできるようになった」との感想がきかれた。また、「座位時間が長くなっても臀部痛の表情もなく安心できた」との意見もあった。

【考察】OT訓練で**必要な福祉用具を適合しながら座位保持環境と移乗方法を設定し、他の担当セラピストとリハビリテーションプログラムを基に離床の機会をつくり**生活範囲の拡大、家族の精神面での介護負担の軽減に結びついた。

【まとめ】医療療養病床に入院する重度障害高齢者に対し、リハビリプログラムとして、移乗介助、シーティング、離床目的の共有等を行ったところ、他の担当セラピストによる離床が確保され**表情の柔和、頸部の可動性向上、発声、更衣動作の協力、生活範囲の拡大が得られ、家族の心理面での介護負担が軽減**するようになった。

効果の認められた項目（ICF項目に準じる）

心身機能				身体構造		活動と参加			
b110	意識機能	b710	関節の可動性の機能	s710	頭頸部の構造	d115	注意して聞くこと	d415	姿勢の保持
b114	見当識機能	b730	筋力の機能			d310	話し言葉の理解	d420	乗り移り（移乗）
b140	活力と欲動の機能	b735	筋緊張の機能			d330	話すこと	d540	更衣
b152	情動機能					d335	非言語的メッセージの表出		

介護療養病床 1

【基本情報】70歳・女性。主疾患：肝癌後廃用症候群。既往歴：糖尿病、うつ病。要介護度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：Ⅱb。現病歴：食思低下、嘔吐にて前医に入院し、肝癌の診断を受けた。治療後、症状落ち着くが、インシュリンの自己管理が困難であることと、家族の支援が受けられないため当院に転院となった。独居でありキーパーソンの娘は稼働中であった。
【介入と経過】離床目的を食事時の介助量軽減とレクリエーション参加とし、多職種で共有した。介入開始時の食事は、ベッド上で全介助で摂取量も2～3割と少なかった。一日中臥床していて、何事にも意欲、関心がみられなかった。また原因不明の頸部痛の訴えもあり、離床の拒否があった。OTで離床開始に向け、本人が安心し、介助者負担が少ない移乗方法を提案し、体験の機会をつくった。その結果、本人は離床に意欲的になった。さらにOT訓練で車椅子適合を行い、車椅子上での座位耐久性が得られたところで、リハビリ時間以外の離床を開始した。介入開始から1ヶ月後の時点で、1日1回60分の離床を定期的に行えるようになった。また座位能力にあわせて車椅子を変更した。
【OT介入頻度】週1回20分のOT介入で車椅子適合や病棟スタッフへ移乗方法の伝達等を行った。OT訓練以外に離床前に約5分程度の伝達を5日間実施。
【結果】離床開始1ヶ月後には車椅子離床して、食事動作が自立し全量摂取可能となった。レクリエーションにも関心を示して参加するようになった。介入2か月後には車椅子を変更して、移乗も一人介助で行えるようになった。頸部痛の訴えは消失し、意欲的な発言が多く聞かれるようになった。
【考察とまとめ】頸部痛に配慮して**安全で安楽な座位保持環境、移乗方法を設定する**ことで、本人の拒否なく離床が行えるようになった。離床をきっかけとして、食事の自力摂取、移乗動作の介助量軽減が図れたと考える。また**多職種との離床目標の共有**等を行ったところ、**意欲的な発言**も聞かれるようになり、リハビリ場面だけでなく、生活場面での離床が定着し、食事等のADLの介助量軽減やレクリエーション等への参加につながった。

効果の認められた項目（ICF項目に準じる）

心身機能				身体構造（程度）		活動と参加（実行状況の評価点）				環境因子	
b130	活力と欲動の機能	b735	筋緊張の機能			d110	注意して視ること	d550	食べること		
b140	注意機能					d160	注意を集中すること	d560	飲むこと		
b147	精神運動機能					d163	思考	d710	基本的な対人関係		
b152	情動機能					d177	意思決定				
b280	痛みの感覚					d420	乗り移り（移乗）				

介入時の移乗のイメージと使用した移乗用の福祉用具）

介入1か月後レク参加

介入2か月後病棟の食事場面

離床時間・頻度 OT介入	介入開始前　0分/日 離床目標の共有 移乗方法の設定と車椅子適合	1ヶ月後　1日1回60分 移乗方法の伝達　持久力訓練 車椅子の適合・趣味活動	2ヶ月後　1日1回60分 車椅子の適合・車椅子の適合
FIM	33／126点	36／126点	38／126点
食事摂取量（%）	20～50%	100%	100%
N式老年用精神尺度	20点	23点	23点

介護療養病床 2

【基本情報】83歳・女性。主疾患：肺炎後廃用症候群。既往歴：アルツハイマー認知症、左肩脱臼（保存的加療）。要介護度5、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：Ⅳ。現病歴：独居で生活していたが、誤嚥性肺炎にて前医に入院。胃瘻造設後、発熱することもあったが解熱し、加療のため当院に転院。職業：元花道の先生で多くの弟子がいる。趣味：芸能鑑賞。
【介入と経過】離床目的はレクリエーションの参加と家族交流とし、リハビリプログラムを多職種で共有した。移乗は入院時からトランスファーボードを用い2人介助とした。OT訓練場面で車いすの選定・適合を行い、車椅子上での座位耐久性が得られたところで、リハビリ時間以外の離床を開始した。本介入から3ヶ月後の時点で、1日1回90分程度の離床を定期的に行えている。
【OT介入頻度】週1回20分のOT介入に加え、OT訓練以外の時間（150分程度）で車椅子適合や移乗方法の伝達等を行った。
【結果】離床開始1ヶ月後には四肢の過緊張が緩和し、左肩関節の痛みや関節可動域が改善し、更衣や入浴の介助量が軽減した。家族（弟）からは「楽そうですね」「手は伸びないと思っていた」等のコメントがあった。本人は元々一人暮らしをしていたが、家族は在宅復帰を検討するようになった。STも摂食訓練で現在介入中。
【考察】**OT訓練で必要な福祉用具を選択・適合**しながら座位環境と移乗方法を設定し、**病棟スタッフとリハビリテーションプログラムを基に離床の目的、介助方法等を共有すること**で、定期的な離床の機会が得られ、社会参加に結びついた。
【まとめ】介護療養病床に入院する重度障害高齢者に対し、リハビリプログラムとして、移乗介助の検討と伝達、車椅子適合等と病棟スタッフ・家族との離床目的の共有等を行ったところ、病棟スタッフによる定期的な離床が確保され、**筋緊張の緩和、痛みの軽減、ADL介助量の軽減、病棟レクリエーション等への参加**が得られ、家族は**在宅復帰を検討する**ようになった。

効果の認められた項目（ICF項目に準じる）

心身機能				身体構造（程度）		活動と参加（実行状況の評価点）				環境因子	
b130	活力と欲動の機能	b735	筋緊張の機能	s710	頭頸部の構造	d110	注意して視ること	d710	基本的な対人関係		
b167	言語に関する精神機能			s730	上肢の構造	d330	話すこと	d760	家族関係		
b280	痛みの感覚					d335	非言語的メッセージの表出	d920	レクリエーションとレジャー		
b420	血圧の機能					d415	姿勢の保持				
b440	呼吸機能					d560	飲むこと				

介入開始直前
リハ以外の離床：
0分/日

介入開始1ヶ月後
リハ以外の離床：
60-90分/日

介入時の移乗のイメージと使用した
移乗用の福祉用具）

病棟レク参加場面（誕生日会）

介護療養病床 3

【基本情報】89歳・男性。主疾患：右脳梗塞。要介護度5、障害者の日常生活自立度：C2、認知症高齢者の日常生活自立度：Ⅳ
ご本人の楽しみである音楽レクに普通型車椅子で参加していたが、仙骨座りによる痛みが20分程度で生じ、集中できずに途中退席することが多かった。
【介入と経過】音楽レクへ安楽に参加できる時間・頻度の増加を目的に、車椅子適合（ティルト・リクライニング車椅子）と移乗方法（フレックスボード）を伝達し、離床目的・方法の共有を図った。
【OT介入頻度】週2回40分のOT介入に加え、車椅子適合（25分）、移乗方法の伝達（25分）を行い、多職種と離床目的・方法の共有を図った。
【結果】移乗の介助負担軽減（要する時間10分➡5分）、殿部痛を訴えることなく離床できる時間の増加（20分➡45分）により、介入1ヶ月後まではリハ時間外の離床時間（20分/日➔45分/日）・頻度（1回/日➡2回/日）が増加した。しかし介入2ヶ月目以降は体調不良により離床頻度の増加を維持できなかった。
【考察】姿勢崩れに伴う**疼痛に配慮した車椅子適合や介助負担を軽減する移乗方法を選択し、病棟スタッフへ伝達した**ことにより、楽しみである社会参加場面の安楽性や参加時間の増加につながったと考える。
【まとめ】介護療養病床に入院する重度障害高齢者において、**身体状態に応じた車椅子適合、移乗方法を病棟スタッフへ伝達し、離床目的・方法を多職種間で共有した**ことにより、楽しみである社会参加場面における改善につながった。

効果の認められた項目（ICF項目に準じる）

心身機能				身体構造（程度）		活動と参加（実行状況の評価点）				環境因子	
b130	活力と欲動の機能					d110	注意して視ること	d920	レクリエーションとレジャー	e120	個人的な屋内外の移動
						d115	注意して聞くこと			e340	対人サービス提供者
						d160	注意を集中すること			e355	保健の専門職
						d415	姿勢の保持			e440	対人サービス提供者の態度
						d465	用具を用いての移動			e450	保健の専門職者の態度

介入直前
リハ以外の離床：20分/日

仙骨座りによる痛み
移乗時の介助負担

介入開始2ヶ月後
リハ以外の離床：45分/日

車椅子の適合（25分）
マツナガ マイチルト
ROHOクアドロ

移乗方法の伝達（25分）
フレックスボード

楽しみである音楽レクへの参加

介護療養病床 4

【基本情報】年齢：60歳　性別：男性　主疾患：くも膜下出血。要介護度：要介護5、日常生活自立度：C。現病歴：肺炎により一般病棟へ入院、その後状態が落ち着き介護療養病棟へ入院となった。本人の希望：聴取困難　家族の希望：「起きられるといい」
【介入と経過】現在生活上ではベッド上寝たきり、家族が来院時に車椅子に離床し家族とともに過ごせることを目標に介入。移乗はバスタオルを使用し3・4人の介助者で実施、リクライニング車椅子使用していた。移乗に人手がかかること、体に合わない車椅子では頸部の筋緊張の亢進や皮膚の損傷のリスクがあった。OTの介入時に車椅子・福祉用具の選定・適合を行い。移乗ではフレックスボードを使用し、車椅子適合を行いチルト・リクライニング機能付き車椅子へ変更した。
【OT介入頻度】週1回20～40分程度　　OT訓練時間以外に車椅子適合を実施した。
【結果】フレックスボード使用することで移乗が2人介助で可能となり介助量の負担感が軽減した。車椅子座位姿勢の改善により、離床時の頸部・上下肢の筋緊張の緩和がみられた。また反応性の向上が見られ家族（妹）からは「（本人が）楽そうですね」「表情が良い」「目がしっかり開いている」などのコメントが聞くことができた。
【考察】**OT訓練の中で必要な福祉用具の適合や多職種連携をする**ことで、離床時の筋緊張が緩和され安楽な姿勢で過ごすことが可能となり、非言語的メッセージの表出の向上や表情の変化につながり、移乗動作など介護者の介護の負担感が軽減した。
【まとめ】介護療養病棟に長期入院する重度障害者に対して、**リハビリプログラムとして移乗介助の検討と伝達や車椅子適合を行う**ことで筋緊張の緩和がみられ安楽な姿勢での離床が可能となった。またそれに伴っての本人の表情変化や反応性の向上により家族との関わりのなかでの家族の喜ぶ様子がみられ、ベッド上、病室から離れ家族と過ごすという参加が促された。

効果の認められた項目（ICF項目に準じる）

心身機能				身体構造（程度）		活動と参加（実行状況の評価点）				環境因子	
						d415	姿勢の保持				
						d420	乗り移り（移乗）				

介入開始直前

介入後

座位姿勢
頸部・上肢の筋緊張の軽減

移乗動作
タオル移乗
3・4人介助
⇓
フレックスボード使用
2人介助

介護療養病床 5

【基本情報】61歳、男性。脳腫瘍による廃用症候群。既往歴：水頭症・失語症・パーキンソン病・認知症。要介護度5、障害高齢者の日常生活活動自立度：C2、認知症高齢者の日常生活自立度：Ⅳ。

【介入と経過】病棟スタッフの労力軽減および車椅子離床時の安楽座位の検討・リハ時間外での離床や病棟レクへの参加を目的に、車椅子選定・移乗方法の病棟スタッフへの指導を実施した。車椅子は普通型車椅子からティルトリクライニング車椅子へ変更。移乗は端座位から2～3人介助での移乗からトランスファーボードを使用したスライド方式での方法をスタッフへ指導した。本介入から3ヵ月時点で、スタッフの移乗の労力は「非常に大変」から「大変」とわずかに軽減した。

【OT介入頻度】週平均1～2回20～40分程度のOT介入時に、シーティングや移乗方法の伝達、離床を実施した。

【結果】車椅子変更後は、車椅子座位時の全身的な筋緊張軽減。移乗は2人介助で、病棟スタッから「（移乗が）楽になった」と感想あり。

【考察】本人の心身機能を詳細に評価し、**状態に合わせた車椅子適合をすること**で安楽な座位が可能となった。加えて、**福祉用具を使用した移乗方法を病棟スタッフへ伝達すること**で、スタッフの労力が軽減し、移乗時の人員削減にもつながると考える。

【まとめ】リハ時間外での離床頻度は1日1回行える日もあるが、病棟スタッフの業務内容によっては実施できないこともあった。**離床頻度については、今後も病棟スタッフと検討**していく必要がある。

効果の認められた項目（ICF項目に準じる）

心身機能				身体構造（程度）		活動と参加（実行状況の評価点）				環境因子	
										e120	個人的な屋内外の移動

介入開始直前
リハ以外の離床0分/日
移乗の労力：非常に大変

介入開始3ヵ月後
リハ以外の離床0分/日
移乗の労力：大変

使用したトランスファーボード

介護療養病床 6

【基本情報】66歳、女性。主疾患：右小脳出血。要介護度：要介護度5。障害高齢者の日常生活自立度：C2。現病歴：右小脳出血発症後、急性閉塞性水頭症を合併し脳室ドレナージ、開頭血腫除去術施行。術後、意識遷延。胃瘻造設後、介護療養病棟へ入院となった。
【介入と経過】介入当初、病棟では経管栄養時のみ車椅子へ離床しており、それ以外の時間はベッド上での生活が中心だった。その原因として移乗時の介助量が多いことが挙げられた。覚醒レベルはJCS1桁で良好であり、院内デイ等の日中の活動に参加できると考えた。そのため、移乗動作の介助量軽減を目的とし、病棟との情報共有をすすめた。
【OT介入頻度】週1回40分のOT介入に加え、OT訓練以外の時間（120分程度）で車椅子適合や移乗方法の伝達等を行った。
【結果】介入開始2ヵ月後には介助量が軽減できるようアームサポートとフットサポートが取り外せる車椅子を用いて車椅子適合を行った。また、移乗方法を病棟に伝達し、2人から1人介助となり移乗動作の介助量が軽減した。
【考察】**OT訓練で身体機能や環境に合った車椅子を適合**したことで**移乗動作時の介助量軽減**に繋がった。また、尖足に配慮しエレベーティングとフットサポート角度調整機能を活用したことで圧が分散して安楽な姿勢を獲得することができたのではないかと考える。
【まとめ】介護療養病床に入院する重度障害高齢者に対し、**リハビリプログラムとして、移乗方法の検討・共有を行った**ところ、病棟スタッフによる移乗動作の介助量軽減を図ることができた。**適切な車椅子を適合できた**ことで、安楽な姿勢を獲得することができた。

効果の認められた項目（ICF項目に準じる）

心身機能				身体構造（程度）		活動と参加（実行状況の評価点）				環境因子	
										e115	日常生活における用具

2人介助

1人介助

介入開始直前

尖足に対し導入したエレベーティングとフットサポートの角度調整

介入開始2ヵ月後

介護療養病床 7

【基本情報】86歳・女性。主疾患：脳梗塞。要介護度5、日常生活自立度：C2、認知症高齢者の日常生活自立度：Ⅳ、MMSE：0。現病歴：7年前からパーキンソン症状があり、パーキンソン症候群と診断され、当院の介護療養病棟へ入院した。その後、徐々に嚥下機能、認知機能が低下し、誤嚥性肺炎を繰り返した。2年前にレビー小体型認知症と診断され、その後胃瘻を造設した。
【介入と経過】離床目的は病棟行事の参加と家族との団欒とした。OT訓練場面で車椅子適合を行い、バイタルサインを確認しながら徐々に離床時間を延長し、個別訓練以外に毎日2時間程度車椅子に乗車した。家族（娘）はほぼ毎日来院していたため、離床時間を伝達し一緒に過ごせるように調整した。本介入から3ヶ月後の時点で、1日4時間程度の離床を定期的に行った。
【OT介入頻度】週5回車椅子に乗車し、ベッドへ戻る介助を実施した。個別訓練はそのうち週1－2回実施した。
【結果】離床開始1ヶ月後には頸部、上肢の過緊張が緩和し、臥位での頸部伸展も軽減した。当初、痰量が多かったが吸痰回数が減少し、スムーズに吸痰できるようになった。座位耐久性が向上したことで、病棟行事にも参加できるようになった。家族も離床中に「臥位ではできなかったケアができる」と耳掃除や爪切りを行うようになり、離床の効果を実感し、「本人用の車椅子を購入してでも離床を継続したい」とコメントがあった。
【考察】介入前は臥床期間が長く、レビー小体型認知症による筋緊張異常に加えて、伸展筋が優位になっていたが、**<u>OT訓練で安楽な座位を保持できるように車椅子適合しながら離床をすすめた</u>**ことで、筋緊張、呼吸機能が改善し、本人にとって苦痛であったと考えられる吸痰の減少につながった。その結果、病棟行事への参加や、離床しての家族との団欒がもてるようになった。
【まとめ】介護療養病床に入院する重度障害高齢者に対し、OTプログラムとして、社会参加を目的とした車椅子適合や家族への協力を促したところ、過緊張の緩和、呼吸機能の改善が得られ、病棟行事の参加や家族と団欒の時間がもてるようになった。

効果の認められた項目（ICF項目に準じる）

心身機能				身体構造（程度）		活動と参加（実行状況の評価点）				環境因子	
b110	意識機能					d920	レクリエーションとレジャー			e120	個人的な屋内外の移動
b440	呼吸機能									e355	保健の専門職
b740	筋の持久性機能									e440	対人サービス提供者の態度
										e580	保健サービス・制度・政策

介入開始直前
リハ以外の離床：
0分/日

介入開始1ヶ月後
リハ以外の離床：
240分/日

家族とラウンジで過ごし、病棟行事に参加。離床時間に合わせて家族は来院され、耳掃除など臥位ではできなかったケアを実施。

介護療養病床 8

【基本情報】88歳・男性。主疾患：肺炎による廃用症候群。既往歴：脳梗塞、尿路感染。要介護度5、日常生活自立度：C2、認知症高齢者の日常生活自立度：Ⅳ、MMSE：0。長期臥床による関節拘縮が著明で車椅子に乗車しておらず、年々反応が減少していた。現病歴：認知症、気管支喘息などで介護老人保健施設に入所していた。4年前肺炎のため当院に入院したが状態改善せず治療が長期化し、医療療養病棟を経て介護療養病棟へ入棟した。
【介入と経過】離床目的は病棟行事の参加とした。関節拘縮が著明で、一人介助では安全な移乗困難だったため、バスタオルを使用し二人介助で移乗を実施し、OT訓練場面で車椅子適合を行った。乗車継続すると乗車直後と比較し過緊張の緩和を認めたので、離床時に車椅子の微調整を行いながら、バイタルサインの変動を確認しつつ離床時間を徐々に延長した。介入から2か月で経管栄養を含め約4時間離床して過ごせるようになり、本介入から3ヶ月後の時点でも同様の離床を定期的に行えた。関節拘縮が著明で、病棟スタッフによる移乗介助は困難だったため、移乗介助はリハスタッフ同席のもと実施し、離床中の見守りを病棟スタッフにも協力してもらいながら離床を継続した。
【OT介入頻度】週5回車いすに乗車し、ベッドへ戻る介助を実施。個別訓練はそのうち週1－2回実施した。
【結果】頸部と四肢の過緊張が緩和し、周囲を見回したり声掛けに対し返答している様子が増加した。経管栄養を車椅子座位で行い、その前後の時間をテレビを見たり、病棟行事に参加できるようになった。
【考察】介入前は臥床期間が長く、筋緊張異常と関節拘縮が著明であったが、**OT訓練で安楽な座位姿勢を保持できるよう車椅子適合しながら離床をすすめた**ことで、過緊張が緩和し、離床時間が延長できた。その結果、座位での経管栄養や病棟行事への参加につながった。
【まとめ】介護療養病床に入院する重度障害高齢者に対し、OTプログラムとして、車椅子乗車、車椅子適合を行い離床を延長したところ、**筋緊張の緩和、覚醒度の改善、病棟行事への参加**が得られた。

効果の認められた項目（ICF項目に準じる）

心身機能				身体構造（程度）		活動と参加（実行状況の評価点）				環境因子	
b110	意識機能					d110	注意して視ること			e120	個人的な屋内外の移動
b420	血圧の機能					d310	話し言葉の理解			e355	保健の専門職
b710	関節の可動性の機能					d350	会話			e450	保健の専門職者の態度
b735	筋緊張の機能					d920	レクリエーションとレジャー			e580	保健サービス・制度・政策
b740	筋の持久性機能										

介入開始直前
リハ以外の離床：
0分/日

介入開始1ヶ月後
リハ以外の離床：
60分/日⇒3カ月後240分/日

車いす座位で経管栄養実施

車いす乗車し病棟行事に参加

介護療養病床 9

【基本情報】96歳・女性。主疾患：脳梗塞。既往歴：認知症、心房細動。要介護度5、日常生活自立度：C2、認知症高齢者の日常生活自立度：Ⅳ、MMSE：0。現病歴：認知症・心房細動がありグループホームに入所していた。その頃、食事は自立し歩行も可能であった。介入1年前に脳梗塞を発症したため救急搬送された。 5か月後介護療養病棟に入棟した。病前の趣味は畑仕事で一日中畑で過ごしていた。
【介入と経過】リハ時間に車椅子乗車していたが、状態は安定せず徐々に臥床時間が延長し、酸素は1L投与されていた。離床目的を余暇活動の獲得と病棟行事の参加とし、OT訓練場面で車椅子適合を行い、バイタルサインを確認しながら座位時間を延長した。状態が安定したところで1日4時間程度、車椅子座位で過ごすようになり、本介入から3ヶ月後の時点でも離床を定期的に行えた。病棟スタッフも本事例の改善を実感し、サービス担当者会議にて離床を継続し、病棟行事への参加や家族との団らんの時間を持つことを目標として共有した。
【OT介入頻度】週5回車椅子に乗車し、ベッドへ戻る介助を実施。個別訓練はそのうち週1－2回実施した。
【結果】離床開始1ヶ月後には頸部、麻痺側上肢の過緊張が緩和し、頭頸部も中間位をとれるようになり、酸素投与不要となった。また、麻痺側上肢の疼痛範囲が減少した。また、呼吸機能の改善により吸痰頻度、唾液でむせることも減少し、夜間吸痰が不要となったことで良眠となった。日中開眼し、笑ったり簡単な会話が可能となり、家族からは「反応が増えた」「寝ているとき首がまっすぐになった」等のコメントがあった。病棟行事への参加、テレビ鑑賞といった活動範囲の拡大に至った。
【考察】**OT訓練で車椅子適合を行い**、離床時に安楽な座位姿勢を保持できたことで過緊張が緩和し、呼吸機能、疼痛の改善につながり、吸痰回数の減少、生活リズムが得られ、笑顔や会話の増加、活動範囲の拡大につながった。
【まとめ】介護療養病床に入院する重度障害高齢者に対し、OTプログラムとして車椅子適合、離床の延長を促したところ、**過緊張と疼痛の緩和、呼吸機能の改善が得られ、コミュニケーションの改善、活動・参加が拡大**した。

効果の認められた項目（ICF項目に準じる）

心身機能				身体構造（程度）		活動と参加（実行状況の評価点）				環境因子	
b110	意識機能	b620	排尿機能			d110	注意して視ること	d330	話すこと	e120	個人的な屋内外の移動
b130	活力と欲動の機能	b630	排尿機能に関連した感覚			d130	模倣	d335	非言語的メッセージの表出	e355	保健の専門職
b147	精神運動機能	b710	関節の可動性の機能			d160	注意を集中すること	d350	会話	e450	保健の専門職者の態度
b152	情動機能	b735	筋緊張の機能			d163	思考	d415	姿勢の保持	e580	保健サービス・制度・政策
b167	言語に関する精神機能	b755	不随意運動反応機能			d177	意思決定	d760	家族関係		
b280	痛みの感覚	b740	筋の持久性機能			d310	話し言葉の理解	d920	レクリエーションとレジャー		
b440	呼吸機能	b760	随意運動の制御機能								

介入開始直前
リハ以外の離床：
0分/日

介入開始1ヶ月後
リハ以外の離床：
180分/日⇒3カ月後240分/日

車いす座位で経管栄養実施

車いす乗車し病棟行事
に参加

介護療養病床 10

【基本情報】 89歳・女性。主疾患：脳梗塞。要介護度4、日常生活自立度：C2、 認知症高齢者の日常生活自立度：Ⅳ、MMSE：0。現病歴：長男家族と暮らし、発症前は認知症もなく、ADLは自立していた。介入9か月前に自宅で失禁し脱力したところを家人が発見し救急要請した。リハビリ目的で当院に転院したが、意識レベルが低く、著明な改善なく経過していた。経鼻栄養から胃瘻を造設し、家族の希望で4か月後介護療養病棟に転棟となった。病前の日課はテレビ鑑賞、仏壇を参りお経をあげること。
【介入と経過】離床目的は家族介助による飲水と、家族団欒の機会の確保、病棟行事の参加とし、サービス担当者会議で多職種で目標共有を行った。OT訓練場面で車椅子適合を行い、血圧が安定したところで離床時間を延長した。本介入から3ヶ月後の時点で、1日4時間程度の離床を定期的に行えた。
【OT介入頻度】週5回車椅子に乗車し、ベッドへ戻る介助を実施。個別訓練はそのうち週1－2回実施した。
【結果】元々問いかけに反応はあるものの覚醒レベルが低く、反応がない時間が長かったが、覚醒している時間が延長した。水分摂取は経口で行ってきたが、覚醒時間の延長により経口摂取量の拡大ができそうな状態になった。血圧は不安定だったが安定したため、外出支援の検討を進められるようになった。家族からは、「反応することが増え、元気になった」「テレビ鑑賞を促すと見るか見ないかの意思表出が明確になり、見ると意思表出した時には、しっかりとテレビを見てくれるようになった」とのコメントがあった。
【考察】OT訓練で車椅子適合を行い、**離床を延長できたことで耐久性が向上し、血圧の安定、コミュニケーションが可能となった。意思表示が明確になったことで家族との団欒や余暇活動、外出につながった。**
【まとめ】介護療養病床に入院する重度障害高齢者に対し、OTプログラムとして、車椅子適合、離床の延長を行ったところ、**コミュニケーションの改善、余暇活動や病棟レク等への参加が得られ、外出を検討するようになった。**

効果の認められた項目（ICF項目に準じる）

心身機能				身体構造（程度）		活動と参加（実行状況の評価点）				環境因子	
b110	意識機能	b510	摂食機能			d110	注意して視ること	d415	姿勢の保持	e120	個人的な屋内外の移動
b130	活力と欲動の機能	b735	筋緊張の機能			d115	注意して聞くこと	d420	乗り移り（移乗）	e355	保健の専門職
b140	注意機能	b740	筋の持久性機能			d120	その他の目的のある感覚	d465	用具を用いての移動	e450	保健の専門職者の態度
b167	言語に関する精神機能					d130	模倣	d550	食べること	e580	保健サービス・制度・政策
b420	血圧の機能					d160	注意を集中すること	d560	飲むこと		
						d177	意思決定	d710	基本的な対人関係		
						d335	非言語的メッセージの表出	d760	家族関係		
						d350	会話	d920	レクリエーションとレジャー		
						d410	基本的な姿勢の変換				

介入開始直前
リハ以外の離床：
0分/日

介入開始1ヶ月後
リハ以外の離床：
240分/日

車いす乗車し病棟行事
に参加

車いす座位で経管栄養実施

介護療養病床 11

【基本情報】86歳・女性。主疾患：脳梗塞。要介護度5、日常生活自立度：C2、認知症高齢者の日常生活自立度：Ⅳ、MMSE：0。現病歴：元々認知症で会話が成立せず、右麻痺による拘縮、側弯があった。介入14か月前より熱発、嘔吐を繰り返し、かかりつけ医より当院へ紹介入院となった。加療を行い、家族の希望で介護療養病棟へ転棟となった。

【介入と経過】離床目的を病棟行事の参加とした。OT訓練場面で車椅子適合を行い、離床時間を延長した。本介入から3ヶ月後の時点で、1日4時間分程度の離床を定期的に行えるようになった。

【OT介入頻度】週5回車椅子に乗車し、ベッドへ戻る介助を実施。個別訓練はそのうち週1－2回実施した。

【結果】離床開始1ヶ月後身体機能に大きな変化はなかったが、覚醒に改善を認めた。車椅子座位で経管栄養を行い、病棟行事に参加できるようになった。

【考察】**OT訓練で車椅子適合を行い、座位時間を延長した**ことで、座位耐久性が向上し、覚醒の改善、車いす座位での経管栄養、病棟行事への参加に結びついた。

【まとめ】介護療養病床に入院する重度障害高齢者に対し、OTプログラムとして、車椅子適合、離床時間の延長を行ったところ、**座位耐久性、覚醒が改善し、病棟行事の参加に結びついた。**

効果の認められた項目（ICF項目に準じる）

心身機能				身体構造（程度）		活動と参加（実行状況の評価点）				環境因子	
b280	痛みの感覚					d920	レクリエーションとレジャー			e120	個人的な屋内外の移動
b710	関節の可動性の機能									e355	保健の専門職
b735	筋緊張の機能									e450	保健の専門職者の態度
b740	筋の持久性機能									e580	保健サービス・制度・政策

介入開始直前
リハ以外の離床：
0分/日

介入開始1ヶ月後
リハ以外の離床：
240分/日

車いす乗車し病棟行事
に参加

介護療養病床 12

【基本情報】81歳・女性。主疾患：急性心筋梗塞、大動脈弁狭窄症術後廃用症候群。既往歴：狭心症、糖尿病。要介護度5、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：Ⅰ。現病歴：胸痛にて緊急A病院入院となり、バイパス術及び大動脈弁置換術施行のためB病院へ転院となる。術後回復みられ自宅退院するも、食思不振でB病院再入院となる。更なるリハビリ目的にて3か月後当院入院となる。配偶者数年前に亡くなり、独居生活。キーパーソンである妹とは親密な仲であった。趣味：習字。
【介入と経過】入院時から胃瘻による経管栄養であり、移乗は臥位にて2人介助でリハビリ時のみ離床を行っていた。日常的に病棟での車椅子離床はされていなかった。車椅子乗車訓練と同時に、経管栄養（朝・夕）と昼のみ経口摂取の開始が決まったため、病棟スタッフへの座位移乗の介助指導と車椅子適合を行った。車椅子乗車しての昼食摂取に加えて、車椅子乗車習慣が定着したことで、家族面会時「家族と散歩にいきたい」、「起きてテレビ見る」などご本人からの希望が聞かれる頻度が増加した。離床頻度は週7日、一回の離床時間は60分程度に加えて、家族面会時の離床も日常的に行えるようになった。
【OT介入頻度】週1～2回で20～40分のOT介入に加え、OT訓練以外の時間（各20分程度）で車椅子適合や病棟への移乗方法の伝達等を行った。
【結果】FIM運動項目の更衣・移乗・排便管理の項目で点数に向上がみられた。また、移乗動作の介助量軽減やご本人の離床する習慣付けができ、離床に対する抵抗がスタッフ・ご本人ともに減り、離床頻度や時間が大幅に増加した。結果、ご本人やご家族のニーズであるご家族と散歩をする習慣が実現したり、余暇時間に離床しテレビ鑑賞をしつつ他患者・スタッフとの交流の場を持つことができた。
【考察】胃瘻からの栄養摂取から**経口摂取への移行のタイミングに合わせて、リハスタッフ同士で協力**し嚥下機能や関節可動域、耐久性に合わせた車椅子適合を行うことができた。また、病棟スタッフの協力もあり、リハビリ時間以外の離床が定期的に行えるようになった。
【まとめ】介護療養病床に入院する重度障害高齢者に対し、経口摂取をするという目標に合わせて移乗動作や車椅子適合をリハビリプログラムとして導入することによって、**病棟スタッフによる定期的な車いす離床が可能**となり、ニーズである**家族との散歩が実現**できた。

効果の認められた項目（ICF項目に準じる）

心身機能				身体構造（程度）		活動と参加（実行状況の評価点）				環境因子	
b130	活力と欲動の機能					d410	基本的な姿勢の変換	d920	レクリエーションとレジャー		
						d415	姿勢の保持				
						d420	乗り移り（移乗）				
						d550	食べること				
						d560	飲むこと				

介護老人保健施設　1

【基本情報】81歳、女性。主疾患：右脳出血。既往歴：左大腿骨頸部骨折、右変形性膝関節症。要介護度5、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：Ⅲa。コミュニケーション：簡単な日常会話可能。現病歴：夫と二人暮らし。脳出血発症しリハビリ目的にて併設病棟へ入院。その後、状態安定したため当施設入所となる。趣味は花の手入れ。
【介入と経過】毎食時にティルト・リクライニング機能付き車椅子にて二人介助で平行移乗し離床していたが、介助者の腰痛負担が多い状況であった。今回評価や福祉用具の再検討を行い、移乗はモジュラー車椅子にてトランスファーボードを用い二人介助とした。介護職に対し数回の伝達会を実施し、徐々にトランスファーボードを使用することで腰痛予防への効果などを実感する介護職が増加した。福祉用具を使用することへの理解も高まってきており、トランスファーボードが使用できそうな他利用者にも使用してくれる様子がみられた。
【OT介入頻度】週2回20分のOT介入に加え、OT訓練以外の時間（60分程度）で車椅子適合や移乗方法の伝達等を行った。
【結果】トランスファーボードを使用しての移乗方法が定着しつつあり、介護職より「無理に持ち上げないでできる」「腰が痛くなくできる」等ときかれ、対象者からも「怖い思いしないでいいね」と介助者・対象者の介助負担が軽減された。現在は、毎食時の離床以外に集団レクへの参加や花の塗り絵などで離床する頻度が増加した。
【考察・まとめ】重度障害高齢者に対し、リハビリプログラムとして、移乗介助方法の検討、伝達、車椅子適合を行ったところ、**介助負担の軽減、レクリエーション等への参加**が得られた。家族からは介入3か月後の正月に**外泊希望がきかれるようになった**。外泊へ向けて家族指導を実施し実際に外泊が行え、**家族からは、さらに移乗介助の練習を重ねて在宅復帰できれば、と前向きな発言がきかれた**。

効果の認められた項目（ICF項目に準じる）

心身機能				身体構造（程度）		活動と参加（実行状況の評価点）		環境因子			
b130	活力と欲動の機能	b710	関節の可動性の機能			d115	注意して聞くこと	e115	日常生活における用具	e360	その他の専門職
b280	痛みの感覚					d120	その他の目的のある感覚	e120	個人的な屋内外の移動	e410	家族の態度
b510	接触機能					d415	姿勢の保持	e310	家族	e415	親族の態度
b525	排便機能					d420	乗り移り（移乗）	e315	親族	e440	対人サービス提供者の態度
b620	排尿機能					d465	用具を用いての移動	e340	対人サービス提供者	e450	保健の専門職者の態度
								e355	保健の専門職	e455	その他の専門職者の態度

トランスファーボードでの移乗

食事場面（介入前）

食事場面（介入後）

フロアでの活動参加

介入開始前	1か月後	3か月後
障害高齢者の日常生活自立度：C2	B2	B2
認知症高齢者の日常生活自立度：Ⅲa	Ⅱb	Ⅱb
離床時間　360分/日	420分/日	420分/日
離床頻度　3回	4回	4回
OT介入　移乗方法の伝達、車椅子適合	移乗方法の伝達、モニタリング、趣味活動	外泊へ向けた家族への移乗方法の伝達、趣味活動

介護老人保健施設　2

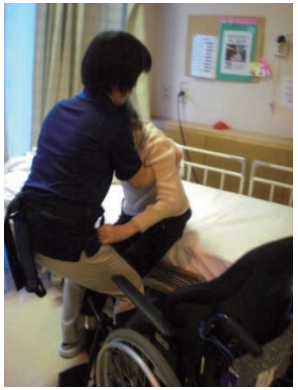
【基本情報】97歳・女性。主疾患：フレイル後廃用症候群。既往歴：アルツハイマー認知症。要介護度4、障害高齢者の日常生活自立度：C2、認知症高齢者の日常生活自立度：Ⅲa。現病歴：自宅にてほぼ寝たきりの生活を送っていたが、仙骨部に重度褥瘡が発生し入院となった。約1年半後に治癒し、併設老健の当施設に入所した。前医では離床することなく、ベッド上にて可動域訓練のみ実施していた。若い時は特に趣味もなく畑仕事をしていた。
【介入と経過】離床目的は安定した食事摂取と活動範囲の拡大とし、多職種にて実施した。生活場面での移乗は抱きかかえによる2人介助にて行った。車椅子適合はOTとシーティング・エンジニアが共同して行い、1食50分の離床を日に3回行い、介入3ヶ月後にはレクや軽作業などを含め300分の離床が行えるようになった。
【OT介入頻度】週2回、合計40分のOT介入に加え、取り組める作業（活動）の検討や移乗方法の伝達等を行った。
【結果】車椅子適合後2日目に5mの直進ができ、1ヶ月後には50mの駆動が監視下にて行えるようになった。四肢の過緊張も緩和し、股関節と膝関節の可動域が拡大、平行棒での立位も介助にて可能となった。介助ベルトを使用し一人介助にて立位移乗が可能となり、トイレでの排泄も職員内で検討するようになった。離床時は自ら髪を整えたいと櫛を使って入念に取り組むようになった。家族も「こんなに元気になるとは。」と驚いていた。なお、5ヶ月後に腎盂腎炎により併設病院に再入院してしまったが、老健での改善結果を踏まえ、多職種による離床介入を実施することになった。
【考察】**OTとシーティング・エンジニアが必要な車椅子を適合**し、**身体機能の改善に合わせ介護スタッフとともに離床場面や活動場面を設定、離床方法を変更したこと**で、定期的な活動の機会が得られ、主体性を引き出すことができた。
【まとめ】介護老人保健施設に入所する重度障害高齢者に対し、リハビリプログラム（ケアプラン）として、移乗介助、車椅子適合、離床目的の共有等を行ったところ、介護スタッフによる定期的な離床が確保され、**移乗動作、車椅子駆動の改善、ADL介助量の軽減、主体性の改善**が得られ、活動と参加の拡大につながった。

効果の認められた項目（ICF項目に準じる）

心身機能				身体構造		活動と参加				環境因子	
b130	活力と欲動の機能	b710	関節の可動性の機能	s720	肩部の構造	d110	注意して視ること	d420	乗り移り（移乗）	e115	日常生活における用具
b152	情動機能	b730	筋力の機能	s730	上肢の構造	d115	注意して聞くこと	d465	用具を用いての移乗	e120	個人的な屋内外の移動
		b735	筋緊張の機能	s740	骨盤部の構造	d310	話し言葉の理解	d530	排泄	e355	保健の専門職
				s760	体幹の構造	d330	話すこと	d550	食べること	e450	保健の専門職者の態度
						d335	非言語的メッセージの表出	d560	飲むこと		
						d410	基本的な姿勢の変換	d710	基本的な対人関係		
						d415	姿勢の保持	d920	レクリエーションとレジャー		

介入開始直前離床：0分/日

介入開始3ヶ月後
リハ以外の離床：300分/日



介助ベルトを使用した
立位移乗の介助場面

タオルたたみや整容場面

介護老人保健施設　3

【基本情報】91歳・男性。主疾患：左膝関節疾患（詳細不明）。要介護度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：Ⅱb。現病歴：在宅にて認知機能の低下と膝関節痛から廃用症候群が進行し、仙骨部の褥瘡発生によりA病院に入院となった。褥瘡治癒後、当施設入所。元々は社交的で床屋に月２回行っていた。
【介入と経過】離床時間の拡大と食事の誤嚥の改善及び介護負担の軽減を目的とし、OTは車椅子適合の適合を行った。介入1ヶ月後には、誤嚥が軽減し意識レベルも向上し、離床時間と頻度を増加させ、介入から3ヶ月後の時点で、1日4回200分程度の離床を定期的に行えるようになった。
【OT介入頻度】週2回1回に付き20分のOT介入に加え、OT訓練以外の臥床時のポジショニング指導等を行った。
【結果】3か月間の介入により、適切な姿勢での離床と離床時間の増加により、意識レベルが改善すると共に、股関節・膝関節の関節可動域の拡大や主に上肢・頸部の筋緊張が緩和し、頭部へのリーチが可能となり、生活場面では自力で目や鼻を掻くなどの動作も行えるようになった。ADL場面では食事時の誤嚥が軽減し、摂取量が増加すると共にスタッフの負担感が軽減した。また、理解・表出が改善しコミュニケーションが可能となり、家族や親戚と会話を楽しむことができ、家族が喜ぶ場面も見られるようになった。さらに、テレビ鑑賞なども他利用者と共に行うことができるようになった。
【考察】**身体機能に合った車椅子の適合**を生活環境と照らし合わせながら行い、**離床目的を多職種で共有しながらリハビリプログラムや離床機会を設けた**ことで、摂食機能の改善やレクリエーションへの参加、家族・親戚との交流など参加の機会と活動範囲の拡大に繋がった。
【まとめ】老人保健施設における重症度高齢者に対し、車椅子適合を行い、離床する機会を設けたことで、**関節可動域や離床時間の拡大、意識レベルの向上、ADL介助量の軽減、対人交流の再獲得**など、**本人・家族の生活の質を向上**させることができた。

効果の認められた項目（ICF項目に準じる）

心身機能				身体構造（程度）		活動と参加（実行状況の評価点）				環境因子	
b110	意識機能	b510	摂食機能	s710	頭頸部の構造	d110	注意して視ること	d330	話すこと	e110	個人消費用の生産品や物質
b114	見当識機能	b710	関節の可動性の機能	s730	上肢の構造	d115	注意して聞くこと	d350	会話	e120	個人的な屋内外の移動
b130	活力と欲動の機能	b730	筋力の機能	s740	骨盤部の構造	d163	思考	d410	基本的な姿勢の変換	e315	親族
b152	情動機能	b735	筋緊張の機能	s750	下肢の構造	d310	話し言葉の理解	d710	基本的な対人関係	e415	親族の態度
b280	痛みの感覚			s760	体幹の構造	d315	非言語的メッセージの理解	d920	レクリエーションとレジャー		

介入開始前
意識レベル：JCS-20

介入開始3ヶ月後
意識レベル：JCS-2

レク活動参加場面
一日の離床時間：介入前　90分
3か月後 200分

親戚と交流でき談笑している場面

介護老人保健施設 4

【基本情報】83歳・女性。主疾患：脳出血。既往歴：脳梗塞、アルツハイマー型認知症。要介護度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：Ⅳ。現病歴：元々アルツハイマー型認知症の診断があり、夫と二人暮らしで、要介護状態だったが、室内歩行は可能だった。デイサービス利用時に視野障害の訴えがあり、その後も症状が改善しないため病院へ救急搬送された。頭部CTで右後頭葉に皮質下出血を認め入院、保存的加療となった。意識は清明で麻痺は認めなかったが、左半側空間無視が残存した。入院中、ADLの低下にともない、徐々に介助量が増加し、自宅退院が困難となったため当施設に入所した。趣味はカラオケとダンス。

【介入と経過】前医での入院時は介助歩行が可能なレベルだったが、当施設入所時は認知症が進行し、無気力な状態で、全般的に介助が必要な状態だった。入所当初、普通型車椅子に乗車していたが、姿勢崩れが著明でレクリエーション等の集団活動への参加が困難だった。車椅子適合を行い、車椅子をティルト・リクライング機能付き車椅子に変更することで座位が安定し、本介入から3ヶ月後の時点で、1日3～4回で計90分程度の離床を定期的に行なえるようになった。入所時に比べ、関節可動域の低下や筋緊張の亢進と両肩関節の痛みは継続しているが、車椅子上で安定した座位姿勢が得られたことで、離床中は苦痛表情なく穏やかに過ごすことができるようになった。

【OT介入頻度】週2回、20分程度のOT介入を行なった。

【結果】**介入後も車椅子上で安定した座位姿勢を保持でき**、ご家族の面会やレクリエーション等への参加など、社会参加の機会が維持されている。また、精神活動面も賦活され、笑顔・発語が増えた。

【まとめ】リハビリプログラムとして、本事業で貸与した福祉用具を用いて、車椅子適合を行った他、認知機能訓練や多職種との協業を行なったところ、定期的な離床が確保され、**車椅子上の姿勢の安定、レクリエーション等への参加、精神活動の賦活**が得られ、**活動性の維持と社会参加ができる**ようになった。

効果の認められた項目（ICF項目に準じる）

心身機能				身体構造（程度）		活動と参加（実行状況の評価点）				環境因子	
b110	意識機能	b167	言語に関する精神機能	s710	頭頸部の構造	d110	注意して視ること	d335	非言語的メッセージの表出	e115	日常生活における用具
b130	活力と欲動の機能	b280	痛みの感覚			d115	注意して聞くこと	d350	会話	e120	個人的な屋内外の移動
b140	注意機能	b310	音声機能			d310	話し言葉の理解	d415	姿勢の保持		
b147	精神運動機能	b320	構音機能			d315	非言語的メッセージの理解	d920	レクリエーションとレジャー		
b152	情動機能					d330	話すこと				

介入開始1ヶ月後
リハ以外の離床：
180分/日

フロアレク参加場面（運動会）

（6）介入事例紹介

介入事例については、37〜66 ページに図表で紹介する。

（7）本事業で作成したガイドブックの紹介

本研究では、研究協力施設向けに用いた「介入実施マニュアル」をもとに多職種を対象とする「活動と参加につなげる離床ガイドブック・実践編（案)」と推進委員会での意見を受け、特に介護職と看護師を対象とする「活動と参加につなげる離床ガイドブック・入門編（案)」を作成した。この２つのマニュアルの作成プロセスと内容を以下に記す。

（ア）活動と参加につなげる離床ガイドブック・実践編（案）

推進委員会において、「活動と参加につなげる離床」を行うためには、作業療法士のみで行うのではなく、多職種協働により、それぞれの職種が専門性に基づいた役割と介入を行う必要があるという意見があった。また、介入群の各施設における担当作業療法士の振り返りからは、臨床現場で多職種協業を行い、介護職や看護師による離床を促進していくことが難しいという感想があった。

そこで、多職種協働による離床を促進していくことに主眼を置いた、専門職チーム向けのガイドブック「活動・参加につなげる離床ガイドブック・実践編（案)」を作成した。ページ数は表紙と裏表紙を合わせ、全 28 ページとし、内容は「活動と参加」や「チーム介入の必要性」の説明、実施手順、車椅子適合や移乗方法の解説などとした。今後はこのガイドブックを印刷物にして啓蒙活動を行っていこうと考えている。

（イ）活動・参加につなげる離床ガイドブック・入門編（案）

推進委員会において、実生活の中で離床を継続していくためには、特に介護職や看護師による離床が必要になるため、基礎的な「活動と参加につなげる離床」に関するガイドブック作成の提案があった。

そこで、「活動・参加につなげる離床ガイドブック・実践編（案)」の他に、主として介護職と看護職を対象とした啓発冊子を作成することにした。作成にあたり、６ページ程度の少ないページ数で、文章をなるべく簡便にし、馴染みやすいイラストを用いることにした。

内容は「離床しないことによる悪影響」、「離床による効果」「活動と参加につなげる離床の進め方」「移乗方法と車椅子選びの目安」「事例紹介」などとした。完成したガイドブックを参照されたい（資料)。実践編と同様に入門編についても、今後、印刷物にして啓蒙活動を行っていこうと考えている。

６．考察

本研究事業では、寝たきり状態にある障害高齢者であってもICFでいう環境を整え、活動・参加を目的とした離床を促進することで心身機能、活動、参加などに様々な効果が出現し寝たきり状態が改善するという仮説を検証した。具体的には、対照群として寝たきり状態にある高齢者に対する通常のリハビリテーションによる変化を調査すると同時に、介入群として（一社）日本作業療法士協会が独自に作成したマニュアルに従って寝たきり状態にある高齢者に適合する福祉用具を整え、且つ活動・参加を目的として他職種の協力を得ながら離床を促進する介入を実施し高齢者の変化を調査した。つまり、介入群の「介入」とはICFの活動・参加（姿勢保持や移乗）と環境因子（日常生活における個人用の生産品と用具および関連職種の連携による態度）への働きかけであった。調査対象施設は全国の介護療養病床、医療療養病床、介護老人保健施設としたが、回答を得られた施設種別の割合、施設利用者の状態（疾患や障害種別、障害高齢者の日常生活自立度や認知症高齢者の日常生活自立度などの割合)、施設の人員配置状況、施設の体制（カンファレンスの実施回数や業務マニュアルの整備状況など)、福祉用具の保有状況（ベッド、移乗機器、車椅子などの種類）は両群で同等であると判断できた。そこで施設種別で分けることなく分析を進めた結果、3ヶ月間という短い期間の経過であったが種々の介入効果が観察された。

まず、対照群と介入群の対象者個別調査で得られた症例は、障害高齢者の日常生活自立度が一定ではなかった。そこで本研究では障害高齢者の日常生活自立度C2の症例にしぼって分析を進めた。生活場面において座位で過ごす時間や離床頻度を重回帰分析した結果、介入群で有意に増加していた。これは、本研究事業におけるマニュアルに基づいたチームアプローチの成果が確認できたものと考える。介入群の症例で離床が進んだ要因は、症状個々の状態に応じて適切な福祉用具が提供され、実施されたリハビリテーションプログラムが変化したことがきっかけであろう。介入群では介入を開始する前は関節可動域訓練をはじめ心身機能に直接働きかけるプログラムが多かったが、介入が始まると車椅子など福祉用具の適応、移乗動作の練習を経て、時間経過とともに他職種への介助方法の指導や対象者の趣味活動の開発などへと拡大し心身機能への直接的な働きかけは減少していた。以上のようなリハビリテーションプログラムの変化は、統計学的有意差は認めなかったものの他職種に対して移乗介助に要する人数や時間の減少傾向とともに労力（負担感）を軽減させることに結びつく可能性が考えられた。離床する時間や頻度が増加した介入群の症例は、当初の目標としていた活動・参加を遂行するに至りFIMやNMスケールの得点が上昇する者もみられたが、これらの得点が有意に増加するとは言えなかった。FIMやNMスケールはC2レベルの症例の細かな変化をとらえる感度がなかったのではないかと考えられる。そこで、介入群30症例のICFの変化を観察したところ、心身機能、構造のみならず、生活場面で座位保持や移乗以外の活動参加、環境因子（家族）に良好な変化を生じていた。以上より、本研究事業におけるマニュアルに基づいたチームアプローチは、寝たきり状態にある高齢者に対して有効なリハビリテーションプログラムであることが示唆された。ただし、

本研究で情報を収集できた症例数はごくわずかであること、観察期間が 3 ヶ月であったがその後も介入を続けることにより更なる変化が生じる可能性があり、継続的な観察が必要であることが課題である。

介入群の症例に対して適切な福祉用具が使用できたことは、寝たきり高齢者の状態を改善する上で非常に大きな要因である。しかし、両群に共通する課題は「福祉用具の不足」であった。特に、移乗機器であるスライディングボードは 1 施設あたり 2〜3 枚、リフトは対照群の施設で保有率 20%程度であった。また、離床のツールとして重要な車椅子は標準型が全体の３／４を占めており、種々の心身機能障害を有する寝たきり高齢者が離床する適切な環境が整っているとは言いがたい状況であった。現場レベルの主観的な回答でも「福祉用具が不十分である」と答えた施設が全体の３／４を占めた。さらに、保管場所の不足や清掃等の整備に職員の労力が割かれていることも明らかとなった。以上より、対象者に対して適切な福祉用具を適切なタイミングで活用でき、かつ職員の労力を軽減して対象者により多くの関わりができる時間を確保するには、福祉用具を効率的に利用できる仕組みを確立し運用することが必要である。しかしながら、施設ごとに対象者個々の状態に応じて必要な福祉用具を十分にそろえるには、本研究で使用した車椅子をはじめとする福祉用具の一覧をみても多種多様であり、施設にとっては備品調達費用の金銭的負担が大きいなど、課題が多いことが垣間見えた。

７．まとめ

本調査研究事業は、寝たきり状態にある障害高齢者に対するリハビリテーションの在り方について探求した。今後、寝たきり状態にある障害高齢者が主体的かつ活動的に生活が営むことができること、また寝たきり状態にならないような予防的な取り組みとして、以下の 3 点を提案したい。

（1）人材育成「寝たきり状態にある障害高齢者のリハビリテーションに資する人材育成」

今回の研究事業は、本来のリハビリテーションの理念に基づいた、全人間的復権ともいうべく「その人らしく、主体的かつ活動的な生活」を目標に、対象者に関わる全てのスタッフで協働しながら介入を実施し、その効果を認めた。その中心的な人材は重要であり、本研究では作業療法士がその役割を担った。医療等のサービス提供は、ひとつの専門職のみでは不可能であり、様々な専門職が連携してチームを組むことで取り組むことが多い。寝たきり状態にある障害高齢者のリハビリテーションは、離床を促し、活動や参加を行うことにあり、そのために ICF に基づいたアセスメントは重要であり、その結果を多職種共有して日常の様々な場面で実践することが求められる。すなわち、寝たきり状態にある障害高齢者のリハビリテーションには、その中心的な人材と各役割を実践できる人材の育成が必要である。具体的には、チームにより研修等を取り組み活動参加を目標としたリハビ

リテーション目標と離床環境を調整できる専門人材チームを育成する。

（2）環境整備「寝たきり状態にある障害高齢者のための適切な環境や用具等の整備を推進する」

寝たきり状態にある障害高齢者が主体的かつ活動的に生活を営むためには、その環境が必要である。まず離床のための移乗用具や適切な座位で活動できる車椅子等の福祉用具が、適切に配置されることが望まれる。福祉用具等の環境を整備するためには、施設向けレンタルなどで必要な者が必要な時に使えるなどの物流環境の整備の検討も必要であろう。また、その費用やメンテナンス、保管方法など様々な課題は山積する。しかし、適切なアセスメントを行うことで効果的・効率的な福祉用具の選定ができることも可能である。今後は、寝たきり状態にある障害高齢者のための福祉用具の在り方や施設等での整備の推進を望む

（3）システム構築「活動参加および環境整備等に取り組むことができるリハビリテーションの時間およびコストの確保」

上記2つのまとめである「寝たきり状態にある障害高齢者のリハビリテーションに資する人材育成」と「寝たきり状態にある障害高齢者のための適切な環境や用具等の整備を推進する」を現実的に運用するためには、そのシステムの構築が必要である。今回の研究事業では、効果を生み出す一方で本来のリハビリテーション時間外でのサービスを行う時間が必要であった。また、そこには医師や作業療法士や看護師や介護職員等も関わり情報共有や勉強会等も行われていた。寝たきり状態にある障害高齢者のリハビリテーションのためには、チームで取り組み効果を生み出すことは重要である。そのため、それらの時間やコストに見合う報酬の在り方について検討すべきである。また、このような取り組みは重度化防止にも繋がり、寝たきり状態にある障害高齢者にならないための予防的な役割もあると考える。

以上､3点を当研究事業のまとめとしたいが､この3点は単独に達成されるべきではなく、同時に繋がりながらネットワークを生成し、実施されることが真の寝たきり状態にある障害高齢者のリハビリテーションに発展すると考える。

資 料 編

資料１．調査票

A 票 施設の概要調査-1

問1　貴病床・施設に該当するサービス費に○をつけ、許可病床数、入院・入所患者数、**平均在院日数、平成28年9月の平均在宅復帰率**をご記入ください。

		該当サービス費	許可病床数	入院・入所患者数	平均在院日数	平均在宅復帰率
介護療養病床	療養機能強化型 A	○	床	人	日	%
	療養機能強化型 B	○	床	人	日	%
	療養機能強化型（診療所）	○	床	人	日	%
	その他	○	床	人	日	%
医療療養病床	医療療養病床（20:1）（在宅復帰機能加算あり）	○	床	人	日	%
	医療療養病床（20:1）（在宅復帰機能加算なし）	○	床	人	日	%
	医療療養病床（25:1）	○	床	人	日	%
	医療療養病床（診療所）	○	床	人	日	%
老人保健施設	従来型	○	床	人	日	%
	在宅強化型	○	床	人	日	%

※　平均在院日数と在宅復帰率は小数点第一位まで記載してください。

問２　問１で回答いただいた入院・入所患者の要介護度、障害高齢者の日常生活自立度、認知症高齢者の日常生活自立度をご記入ください。

要介護度		障害高齢者の日常生活自立度		認知症高齢者の日常生活自立度	
要支援１・２	人	J1	人	自立	人
要介護１	人	J2	人	Ⅰ	人
要介護２	人	A1	人	Ⅱａ	人
要介護３	人	A2	人	Ⅱｂ	人
要介護４	人	B1	人	Ⅲａ	人
要介護５	人	B2	人	Ⅲｂ	人
申請中	人	C1	人	Ⅳ	人
未申請	人	C2	人	M	人

A 票 施設の概要調査-2

問 3　平成 28 年 9 月 1 日～11 月 30 日に退院・退所したすべての患者について、退院・退所時の状態と転帰をご記入ください。

転帰／状態	治癒	軽快	不変	悪化	死亡	その他	不明
家庭	人	人	人	人		人	人
他の病院・診療所	人	人	人	人		人	人
介護老人保健施設	人	人	人	人		人	人
介護老人福祉施設	人	人	人	人		人	人
社会福祉施設	人	人	人	人		人	人
その他	人	人	人	人	人	人	人
不明	人	人	人	人		人	人

問 4　当該病床・施設の業務に従事する職員の配置をご記入ください。

	作業療法士	理学療法士	言語聴覚士	看護師	看護補助者	介護職員
従事する職員数	人	人	人	人	人	人
常勤換算数	人	人	人	人	人	人

※　常勤換算数＝職員の 1 週間の当該病床の勤務時間÷事業所が定めている 1 週間の勤務時間

※　小数点第 2 位以下を四捨五入して小数点第 1 位まで計上してください。

問 5　当該病床・施設のリハビリテーション業務に従事するセラピスト 1 人あたりの担当患者数、1 日あたりの平均的な実施患者数、1 日あたりの平均算定単位数、1 日あたりの算定外介入について、平成 28 年 9 月の平日（月曜～金曜）における平均値をご記入ください。

	担当患者数	1 日の平均実施患者数		1 日の平均算定単位数		1 日あたりの算定外介入
		個別リハ	集団リハ	個別リハ	集団リハ	
作業療法士	人	人	人	単位	単位	単位
理学療法士	人	人	人	単位	単位	単位
言語聴覚士	人	人	人	単位	単位	単位

※　小数点第 2 位以下を四捨五入して小数点第 1 位まで計上してください。

A 票 施設の概要調査-3

問 6　リハビリテーションカンファレンスについて平成 28 年 9 月～11 月の貴施設の状況をご記入ください。

１ヶ月あたりのカンファレンスの回数	回／月								
１回あたりの平均的な開催時間	分			患者１人あたりの平均的な検討時間	分				
参加職種と人数	医師	看護師	看護補助者	作業療法士	理学療法士	言語聴覚士	社会福祉士	介護職員	その他※（　　）
その他は職種を記入してください	人	人	人	人	人	人	人	人	人
入院から初回カンファレンスまでの平均日数※	（　　）日　・　実施しない								
初回以降のカンファレンス実施※	（　　）ヶ月ごとに実施　・　必要に応じて実施　・　実施しない								

※　該当する選択肢に記入するか○をつけてください。

問 7　リハ職と他職種の連携状況について、該当する選択肢にチェックを入れてください。

カンファレンス内容やリハ目標を看護師・介護職員・家族と共有できていますか

看護師	介護職員	家族
☐ 十分にできている ☐ 概ねできている ☐ あまりできていない ☐ できていない	☐ 十分にできている ☐ おおよそできている ☐ あまりできていない ☐ できていない	☐ 十分にできている ☐ おおよそできている ☐ あまりできていない ☐ できていない

看護・介護職員へ対象者の具体的援助を伝達する方法であてはまるものすべてをお答えください

☐ 口頭
☐ 紙面
☐ 実演

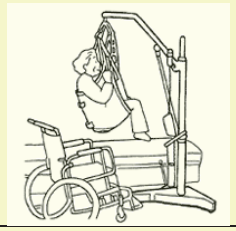
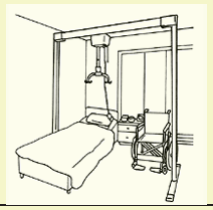
看護・介護職員からリハ職への情報提供は受けていますか

☐ 十分にできている
☐ おおよそできている
☐ あまりできていない
☐ できていない

A 票 施設の概要調査-4

問 8　貴施設で保有する備品についてご記入またはチェックを入れてください。		
特殊寝台	高さ調整機能のみ	台
	背上げ機能のみ	台
	背上げ・脚上げ機能	台
	背上げ・高さ調整機能	台
	背上げ・脚上げ・高さ調整機能	台
特殊寝台 付属品	サイドレール ※　いわゆるベッド柵 	□　十分にある □　少し足りない □　全く足りない
	ベッド用手すり 	□　十分にある □　少し足りない □　全く足りない
寝具	体圧分散機能、床ずれ防止機能、褥瘡予防機能などがあるマットレス	枚
	体圧分散機能、床ずれ防止機能、褥瘡予防機能などがないマットレス	枚
	※「体圧分散機能、床ずれ防止機能、褥瘡予防機能がある」とは、メーカーの取扱説明書などに当該機能があることが明記されている場合を指します。	
テーブル	リハビリテーブル ※ベッド端に腰かけて使用するもの 	台
移乗機器	スライディングボード	枚
	スライディングシート	枚
リフト （ベッドサイド移乗用）	床走行式リフト 	台

A 票 施設の概要調査-5

	固定式リフト 	台
	据置式リフト 	台
	その他（　　）	台
リフト用吊り具	ベルト型	枚
	脚分離型	枚
	シート型	枚
車椅子 ※自走用／介助用の種別は問いません	普通型 （各部の脱着・調節を含む）	台
	モジュラー （座面角とキャスター角かつ背座角度・背もたれ高さをフレームで調節・固定できるもの）	台
	リクライニング （シートパイプの中間で可動するものや 2 関節でリクライニングするものも含まれる。ティルト機構が含まれていてもリクライニング角度が単独で 60-70° 可動するものはリクライニング式に分類する）	台
	ティルト （背座角度を固定したままシートユニットが傾くもの）	台
	ティルト・リクライニング （ティルトとリクライニング機能が分離して動くものでリクライニング角度は 45-50° 程度）	台
	その他 （昇降型など）	台
	上記のうち電動のものすべて	台

A 票 施設の概要調査-6

問 9　備品の調達と管理について以下の設問にお答えください。	
現在の備品配置についてあてはまるものをお選びください。	□　現在の備品数で十分 備品数が充足していても補充することはありますか □　ある（理由　　） □　ない □　現在の備品数では不十分 補充予定がありますか □　ある □　ない（理由　　） □　その他（　　）
体制についてあてはまるものをお選びください	□　備品の調達や管理に関する委員会などの体制がある ※構成職種に〇をつけてください 施設長・事務職・医師・看護師・OT・PT・ST・介護職 その他（　　） ※開催頻度：　　回／年・随時 ※所要時間：　　分／１回 □　備品の調達や管理に関する委員会などの体制はない □　慣例（施設内ルール）がある 簡単にシステムをご説明ください （　　） □　特に決まりはない 備品の調達や管理の方法をご記入ください （　　）
調達方法についてあてはまるものをお選びください（複数回答可）	□　購入 □　レンタル □　その他（　　）
経費についてあてはまるものをお選びください	□　毎年定額の予算を組んでいる □　必要に応じて請求する □　予算は組んでいない □　その他（　　）
保管場所についてあてはまるものをお選びください	□　十分な保管場所がある □　保管場所は不十分である ※不十分な場合どのように対応されていますか □　使用者の居室 □　廊下やオープンスペースに置いている □　その他（　　）

A 票 施設の概要調査-7

備品管理は誰がしていますか。以下の備品ごとに該当職種に○をつけてください。（複数回答可）

	事務職	看護師	OT	PT	ST	介護職	その他
寝台	○	○	○	○	○	○	○
寝具	○	○	○	○	○	○	○
テーブル	○	○	○	○	○	○	○
移乗機器	○	○	○	○	○	○	○
リフト	○	○	○	○	○	○	○
車椅子	○	○	○	○	○	○	○

備品管理台帳はありますか。

□ ある
□ なし

職員で実施する保守点検の担当、頻度、時間についてお答えください。

	事務職			看護師			OT			PT			ST			介護職		
	担当	頻度	時間	担当	頻度	時間	担当	頻度	時間	担当	頻度	時間	担当	頻度	時間	担当	頻度	時間
寝台	○			○			○			○			○			○		
寝具	○			○			○			○			○			○		
テーブル	○			○			○			○			○			○		
移乗機器	○			○			○			○			○			○		
リフト	○			○			○			○			○			○		
車椅子	○			○			○			○			○			○		

※　担当の欄は保守点検を担当する場合に○をご記入ください。
※　頻度の欄は○をつけた担当者ごとに１ヶ月あたりの回数をご記入ください。
※　時間の欄は○をつけた担当者ごとに１回あたりの必要時間をご記入ください。

A 票 施設の概要調査-8

備品の修理と清掃についてあてはまるものをお選びください。	**修理**についてお答えください（複数回答可） ☐ 主に外部業者がしている ☐ 職員がしている 主な修理の内容についてお答えください ［　　］ ☐ その他（　　） **清掃**についてお答えください ☐ 外部業者が実施する備品 寝台・寝具・付属品・テーブル・移乗機器・リフト・車椅子 実施頻度　☐定期　　日／１回、時間：　　分／１回 ☐随時 ☐ 職員が実施する備品 寝台・寝具・付属品・テーブル・移乗機器・リフト・車椅子 実施頻度　☐定期　　日／１回、時間：　　分／１回 ☐随時 職員が実施する清掃の主な内容をご記入ください ［　　］ ☐ その他（　　） ☐ 清掃は実施していない

問 10　褥瘡予防や治療、食事介助、離床に関する施設独自のマニュアルの有無で当てはまるものに〇をつけてください。その他のマニュアルがありましたらマニュアル名をご記入ください。

褥瘡予防または治療	食事介助	離床
ある　・　ない	ある　・　ない	ある　・　ない

その他	マニュアル名：

問 11　食事・排泄・入浴以外で看護師・介護職等による１日あたりの離床患者数で当てはまるものにチェックを入れ、時間をご記入ください。

☐ 入院・入所者すべてに対して ☐ 入院・入所者の概ね 3/4 に対して ☐ 入院・入所者の概ね 1/2 に対して ☐ 入院・入所者の概ね 1/4 に対して	時間以上/日
☐ 食事・排泄・入浴以外の離床時間は設けていない	

B票　対象者個別調査記入票-1

健康状態	寝たきりの主要因となる疾患名（ICD-10）および診断日	診断名：	診断日：　　年　　月　　日
	その他、現病歴と既往歴		
	リハ介入対象となる障害種別（あてはまるものすべてに○をつけてください）	1.身体障害 2.加齢に伴う機能低下 3.認知症 4.知的障害 5.精神障害 6.難病 7.高次脳機能障害 8.発達障害 9.その他（視覚・聴覚・内部疾患など）	

	測定項目	入院・入所時 月　日	介入開始直前 月　日	1カ月後 月　日	2カ月後 月　日	介入終了時 月　日
物理環境	特殊寝台（電動ベッド）　該当する機器の数字を右欄に記入して下さい。 ①高さ調節機能のみ　④背上げ・高さ機能調節機能 ②背上げ機能のみ　⑤背上げ・脚上げ・高さ調節機能 ③背上げ・脚上げ機能	製品名：	製品名：	製品名：	製品名：	製品名：
	使用中の特殊寝台はいつから使用していますか。	□入院・入所前から □入院・入所後から	□入院・入所前から □入院・入所後から	□入院・入所前から □入院・入所後から	□入院・入所前から □入院・入所後から	□入院・入所前から □入院・入所後から
	使用中の特殊寝台を選定した職種を選んでください。 ※複数選択可、不明の場合はその他に不明とご記入ください。	□医師 □看護師 □リハ職（PT・OT・ST） □介護職 □多職種で相談 □その他（　　）	□医師 □看護師 □リハ職（PT・OT・ST） □介護職 □多職種で相談 □その他（　　）	□医師 □看護師 □リハ職（PT・OT・ST） □介護職 □多職種で相談 □その他（　　）	□医師 □看護師 □リハ職（PT・OT・ST） □介護職 □多職種で相談 □その他（　　）	□医師 □看護師 □リハ職（PT・OT・ST） □介護職 □多職種で相談 □その他（　　）
	特殊寝台附属品　該当する機器の数字を右欄に記入して下さい ・ベッド柵 ①サイドレール ②ベッド用手すり（介助バーと同義で立ち座りを支援するもの。サイドレール一体型を含む）	製品名：	製品名：	製品名：	製品名：	製品名：
	・寝具 ①体圧分散機能（または床ずれ防止機能、褥瘡予防機能）があるマットレス ②体圧分散機能（または床ずれ防止機能、褥瘡予防機能）がないマットレス ※「体圧分散機能（または床ずれ防止機能、褥瘡予防機能）がある」とは、メーカーの取扱い説明書などに当該機能があることが明記されている場合を指す。	製品名：	製品名：	製品名：	製品名：	製品名：
	使用中の寝具はいつから使用していますか。	□入院・入所前から □入院・入所後から	□入院・入所前から □入院・入所後から	□入院・入所前から □入院・入所後から	□入院・入所前から □入院・入所後から	□入院・入所前から □入院・入所後から
	使用中の寝具を選定した職種を選んでください。 ※複数選択可、不明の場合はその他に不明とご記入ください。	□医師 □看護師 □リハ職（PT・OT・ST） □介護職 □多職種で相談 □その他（　　）	□医師 □看護師 □リハ職（PT・OT・ST） □介護職 □多職種で相談 □その他（　　）	□医師 □看護師 □リハ職（PT・OT・ST） □介護職 □多職種で相談 □その他（　　）	□医師 □看護師 □リハ職（PT・OT・ST） □介護職 □多職種で相談 □その他（　　）	□医師 □看護師 □リハ職（PT・OT・ST） □介護職 □多職種で相談 □その他（　　）
	テーブル　該当する機器の数字を右欄に記入して下さい ①使用していない ②リハビリテーブル（ベッド端に腰かけて使用するもの）	製品名：	製品名：	製品名：	製品名：	製品名：
	使用中のテーブルはいつから使用していますか。	□入院・入所前から □入院・入所後から	□入院・入所前から □入院・入所後から	□入院・入所前から □入院・入所後から	□入院・入所前から □入院・入所後から	□入院・入所前から □入院・入所後から

※

B票　対象者個別調査記入票-2

物理環境	使用中のテーブルを選定した職種を選んでください。 ※複数選択可、不明の場合はその他に不明とご記入ください。	□医師 □看護師 □リハ職(PT・OT・ST) □介護職 □多職種で相談 □その他(　　)	□医師 □看護師 □リハ職(PT・OT・ST) □介護職 □多職種で相談 □その他(　　)	□医師 □看護師 □リハ職(PT・OT・ST) □介護職 □多職種で相談 □その他(　　)	□医師 □看護師 □リハ職(PT・OT・ST) □介護職 □多職種で相談 □その他(　　)	□医師 □看護師 □リハ職(PT・OT・ST) □介護職 □多職種で相談 □その他(　　)
	移乗機器(ベッドサイドで使用するもののみ) 該当する機器の数字を右欄に記入して下さい ①使用していない　⑤固定式リフト ②スライディングボード　⑥据え置き式リフト ③スライディングシート　⑦その他 ④床走行式リフト	製品名：	製品名：	製品名：	製品名：	製品名：
	リフト使用の場合、使用中の吊り具を選択して下さい ①ベルト型 ②脚分離型 ③シート型	製品名：	製品名：	製品名：	製品名：	製品名：
	使用中の移乗機器はいつから使用していますか。	□入院・入所前から □入院・入所後から	□入院・入所前から □入院・入所後から	□入院・入所前から □入院・入所後から	□入院・入所前から □入院・入所後から	□入院・入所前から □入院・入所後から
	使用中の移乗機器を選定した職種を選んでください。 ※複数選択可、不明の場合はその他に不明とご記入ください。	□医師 □看護師 □リハ職(PT・OT・ST) □介護職 □多職種で相談 □その他(　　)	□医師 □看護師 □リハ職(PT・OT・ST) □介護職 □多職種で相談 □その他(　　)	□医師 □看護師 □リハ職(PT・OT・ST) □介護職 □多職種で相談 □その他(　　)	□医師 □看護師 □リハ職(PT・OT・ST) □介護職 □多職種で相談 □その他(　　)	□医師 □看護師 □リハ職(PT・OT・ST) □介護職 □多職種で相談 □その他(　　)
	座クッション　該当する機器の数字を右欄に記入して下さい ①使用していない　④エアー系(空気室材) ②ウレタン系(フォーム材)　⑤その他 ③ゲル系(ゲル材)	製品名：	製品名：	製品名：	製品名：	製品名：
	使用中の移乗機器はいつから使用していますか。	□入院・入所前から □入院・入所後から	□入院・入所前から □入院・入所後から	□入院・入所前から □入院・入所後から	□入院・入所前から □入院・入所後から	□入院・入所前から □入院・入所後から
	使用中の移乗機器を選定した職種を選んでください。 ※複数選択可、不明の場合はその他に不明とご記入ください。	□医師 □看護師 □リハ職(PT・OT・ST) □介護職 □多職種で相談 □その他(　　)	□医師 □看護師 □リハ職(PT・OT・ST) □介護職 □多職種で相談 □その他(　　)	□医師 □看護師 □リハ職(PT・OT・ST) □介護職 □多職種で相談 □その他(　　)	□医師 □看護師 □リハ職(PT・OT・ST) □介護職 □多職種で相談 □その他(　　)	□医師 □看護師 □リハ職(PT・OT・ST) □介護職 □多職種で相談 □その他(　　)
	車椅子　該当する機器の数字を右欄に記入して下さい ①使用していない　⑥ティルト・リクライニング車椅子 ②モジュラー車椅子　⑦その他(昇降型車椅子など) ③普通型車椅子 ④リクライニング車椅子 ⑤ティルト車椅子	製品名：	製品名：	製品名：	製品名：	製品名：
	使用中の車椅子はいつから使用していますか。	□入院・入所前から □入院・入所後から	□入院・入所前から □入院・入所後から	□入院・入所前から □入院・入所後から	□入院・入所前から □入院・入所後から	□入院・入所前から □入院・入所後から
	使用中の車椅子を選定した職種を選んでください。 ※複数選択可、不明の場合はその他に不明とご記入ください。	□医師 □看護師 □リハ職(PT・OT・ST) □介護職 □多職種で相談 □その他(　　)	□医師 □看護師 □リハ職(PT・OT・ST) □介護職 □多職種で相談 □その他(　　)	□医師 □看護師 □リハ職(PT・OT・ST) □介護職 □多職種で相談 □その他(　　)	□医師 □看護師 □リハ職(PT・OT・ST) □介護職 □多職種で相談 □その他(　　)	□医師 □看護師 □リハ職(PT・OT・ST) □介護職 □多職種で相談 □その他(　　)

B票　対象者個別調査記入票-3

	測定項目			入院・入所時	介入開始直前	1カ月後	2カ月後	介入終了時
				月　日	月　日	月　日	月　日	月　日
心身機能・構造	基本項目		介護度					
			日常生活自立度					
			認知性高齢者の日常生活自立度					
			身長（cm）					
			体重（kg）					
	生化学検査		CRP					
			Alb					
			TP					
			BUN					
			Cre					
			Hb					
	バイタルサイン		血圧（収縮期/拡張期）					
			脈拍					
			SpO2（%）					
	意識レベル		JCS					
	認知機能		MMSE					
	精神機能（うつ状態の評価）		GDS					
	関節可動域	股関節	屈曲	右　左	右　左	右　左	右　左	右　左
			外転	右　左	右　左	右　左	右　左	右　左
			内転	右　左	右　左	右　左	右　左	右　左
		膝関節	屈曲	右　左	右　左	右　左	右　左	右　左
			伸展	右　左	右　左	右　左	右　左	右　左
		足関節	背屈	右　左	右　左	右　左	右　左	右　左
			底屈	右　左	右　左	右　左	右　左	右　左
	筋緊張（MAS）		上腕二頭筋	右　左	右　左	右　左	右　左	右　左
			上腕三頭筋	右　左	右　左	右　左	右　左	右　左
			手指屈筋群	右　左	右　左	右　左	右　左	右　左
			大腿四頭筋	右　左	右　左	右　左	右　左	右　左
			ハムストリングス	右　左	右　左	右　左	右　左	右　左
			下腿三頭筋	右　左	右　左	右　左	右　左	右　左
	座位保持機能		Hoffer分類					
	褥瘡	一日における褥瘡ケアに要する時間（分）		分	分	分	分	分
		ブレーデンスケール	知覚の認知					
			湿潤					
			活動性					
			可動性					
			栄養状態					
			摩擦とずれ					
			合計得点					
		DESIGN-R	部位					
			Depth（深さ）					
			Exudate（滲出液）					
			Size（大きさ）					
			Inflammation（炎症）					
			Granulation（肉芽）					
			Necrotic tissue（壊死）					
			Pocket（ポケット）					
			合計得点					
	痛み	部位						
		程度（NRS10段階評価）　記載例：4/10						

B票　対象者個別調査記入票-4

	測定項目				入院・入所時	介入開始直前	1カ月後	2カ月後	3カ月後（終了時）
活動	食事			栄養経路（〇をつける）	経管・経口	経管・経口	経管・経口	経管・経口	経管・経口
				食形態（主食）					
				食形態（副菜）					
				摂取量（%）	%	%	%	%	%
				嚥下機能（FILS）					
				食事摂取場所					
	一食あたりの食事介助に要する時間（分）				分	分	分	分	分
	FIM	運動	セルフケア	食事					
				整容					
				清拭					
				更衣・上半身					
				更衣・下半身					
				トイレ動作					
			排泄コントロール	排尿管理					
				排便管理					
			移乗	ベッド・椅子・車椅子					
				トイレ					
				浴槽					
			移動	歩行／車椅子					
				階段					
		認知	コミュニケーション	理解					
				表出					
			社会的認知	社会的交流					
				問題解決					
				記憶					
		運動項目合計							
		認知項目合計							
		FIM総得点							
参加	N式老年者用精神状態尺度			家事・身辺整理					
				関心・意欲・交流					
				会話					
				記名・記憶					
				見当識					
				総得点					
	一日における座位時間（分）※リハビリ時間以外。ベッドから離れて何らかの活動をしている状態を指します。				分	分	分	分	分
	一日における離床頻度　※リハビリ以外				回	回	回	回	回
	座位時に行っている主な活動を枠内に記入してください。								

B票　対象者個別調査記入票−5

測定項目		備考	介入開始直前	1カ月後	2カ月後	3カ月後（終了時）
			月　日	月　日	月　日	月　日
本人	デマンドの変化	変化の有無に〇をつけて、その内容を記載下さい		有 / 無	有 / 無	有 / 無
家族	デマンドの変化	変化の有無に〇をつけて、その内容を記載下さい		有 / 無	有 / 無	有 / 無
看護・介護スタッフ	看護計画の変化	変化の有無に〇をつけて、その内容を記載下さい		有 / 無	有 / 無	有 / 無
	労力の増減	食事の介助について、負担感として当てはまるものにチェックをしてください。主観で構いません。	□非常に大変 □大変 □それほど大変ではない □全く大変ではない	□非常に大変 □大変 □それほど大変ではない □全く大変ではない	□非常に大変 □大変 □それほど大変ではない □全く大変ではない	□非常に大変 □大変 □それほど大変ではない □全く大変ではない
		整容の介助ついて、負担感として当てはまるものにチェックをしてください。主観で構いません。	□非常に大変 □大変 □それほど大変ではない □全く大変ではない	□非常に大変 □大変 □それほど大変ではない □全く大変ではない	□非常に大変 □大変 □それほど大変ではない □全く大変ではない	□非常に大変 □大変 □それほど大変ではない □全く大変ではない
		更衣の介助について、負担感として当てはまるものにチェックをしてください。主観で構いません。	□非常に大変 □大変 □それほど大変ではない □全く大変ではない	□非常に大変 □大変 □それほど大変ではない □全く大変ではない	□非常に大変 □大変 □それほど大変ではない □全く大変ではない	□非常に大変 □大変 □それほど大変ではない □全く大変ではない
		排泄の介助について、負担感として当てはまるものにチェックをしてください。主観で構いません。	□非常に大変 □大変 □それほど大変ではない □全く大変ではない	□非常に大変 □大変 □それほど大変ではない □全く大変ではない	□非常に大変 □大変 □それほど大変ではない □全く大変ではない	□非常に大変 □大変 □それほど大変ではない □全く大変ではない
		入浴の介助について、負担感として当てはまるものにチェックをしてください。主観で構いません。	□非常に大変 □大変 □それほど大変ではない □全く大変ではない	□非常に大変 □大変 □それほど大変ではない □全く大変ではない	□非常に大変 □大変 □それほど大変ではない □全く大変ではない	□非常に大変 □大変 □それほど大変ではない □全く大変ではない
		移乗の介助について、負担感として当てはまるものにチェックをしてください。主観で構いません。	□非常に大変 □大変 □それほど大変ではない □全く大変ではない	□非常に大変 □大変 □それほど大変ではない □全く大変ではない	□非常に大変 □大変 □それほど大変ではない □全く大変ではない	□非常に大変 □大変 □それほど大変ではない □全く大変ではない
		移乗に必要な人数	人	人	人	人
		移乗に要する時間	分	分	分	分

B票　対象者個別調査記入票-6

測定項目		備考	介入開始直前	1カ月後	2カ月後	3カ月後（終了時）
リハビリスタッフ	リハビリ提供単位数	請求単位数	単位/日	単位/日	単位/日	単位/日
		請求単位以外に関わった単位数	単位/日	単位/日	単位/日	単位/日
	リハビリ提供単位数の内訳	評価に要した時間	分	分	分	分
		移乗、シーティング、ポジショニングに要した時間	分	分	分	分
		個別プログラム実施に要した時間	分	分	分	分
		その他（　　）	分	分	分	分
	プログラムの変化	当該患者についてあてはまる訓練の上位3つにチェックをしてください。	□関節可動域訓練 □筋力増強訓練 □ストレッチ等筋緊張緩和 □持久力訓練 □バランス練習 □起居/立位動作練習 □移乗動作訓練 □歩行訓練 □ 体操 □摂食・嚥下訓練 □言語訓練 □トイレ訓練 □ 入浴訓練 □ その他ADL 訓練 □ IADL 練習 □ 車椅子等用具適応 □ 在宅生活の模擬訓練 □ 記憶機能訓練 □ 認知機能訓練 □ 趣味活動 □ 介助方法の指導 □ その他（　　）	□関節可動域訓練 □筋力増強訓練 □ストレッチ等筋緊張緩和 □持久力訓練 □バランス練習 □起居/立位動作練習 □移乗動作訓練 □歩行訓練 □ 体操 □摂食・嚥下訓練 □言語訓練 □トイレ訓練 □ 入浴訓練 □ その他ADL 訓練 □ IADL 練習 □ 車椅子等用具適応 □ 在宅生活の模擬訓練 □ 記憶機能訓練 □ 認知機能訓練 □ 趣味活動 □ 介助方法の指導 □ その他（　　）	□関節可動域訓練 □筋力増強訓練 □ストレッチ等筋緊張緩和 □持久力訓練 □バランス練習 □起居/立位動作練習 □移乗動作訓練 □歩行訓練 □ 体操 □摂食・嚥下訓練 □言語訓練 □トイレ訓練 □ 入浴訓練 □ その他ADL 訓練 □ IADL 練習 □ 車椅子等用具適応 □ 在宅生活の模擬訓練 □ 記憶機能訓練 □ 認知機能訓練 □ 趣味活動 □ 介助方法の指導 □ その他（　　）	□関節可動域訓練 □筋力増強訓練 □ストレッチ等筋緊張緩和 □持久力訓練 □バランス練習 □起居/立位動作練習 □移乗動作訓練 □歩行訓練 □ 体操 □摂食・嚥下訓練 □言語訓練 □トイレ訓練 □ 入浴訓練 □ その他ADL 訓練 □ IADL 練習 □ 車椅子等用具適応 □ 在宅生活の模擬訓練 □ 記憶機能訓練 □ 認知機能訓練 □ 趣味活動 □ 介助方法の指導 □ その他（　　）

C 票 高齢者の実態調査

過去６ヶ月間に作業療法を実施したすべての作業療法対象者について下記の要領でご記入ください。なお、対象者が 100 名を超える場合には適宜用紙を追加してご記入ください。

問１：性別についてお答えください
性別について「男・女」でご記入ください。

問２及び問３、問４：生年月日及び入院日、退院日についてご記入ください。
生年月日、入院日及び退院日について西暦でご記入ください。

問５及び問６：主傷病名、その他傷病名についてお答えください。
主傷病名については寝たきりの主要因となる疾患名(ICD-10)ついてお答えください。その他の疾患名については**入院時の主傷病名をその他傷病名 1**(重複可)にご記入ください。その他、関連すると考えられる傷病名の診断がある場合にはその他傷病名 2 以降にご記入ください。

問７、問８：入院時及び退院時の障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）、認知症高齢者の日常生活自立度、介護度、褥瘡の有無についてご記入ください。
問 7、問 8 における「ランク」には**障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）**のランクをご記入ください。「認知」には**認知症高齢者の日常生活自立度のランク**をご記入ください。介護度については入院時及び退院時**直近の介護度**をご記入ください。また、褥瘡の有無については **DESIGN-R 分類の d1 以上**を褥瘡ありとし、○をご記入ください。

問９： 退院先についてお答えください。
退院・退所先についてそれぞれカッコ内の１字でご記入ください。
自宅(自)、他病院(病)、介護老人保健施設(健)、特別養護老人ホーム：介護指定福祉施設（特)、介護療養型病床群、有料老人ホーム等（他)、死亡(-)

問 10：再入院・入所についてお答えください。
直近６ヶ月間の間で再度貴施設へ入院・入所した場合に○をご記入ください。調査期間内に退院・退所し、再度入院・入所した事例について、計画的な入退院、入退所である場合には同一 ID を使用し、計画的ではない（例：急性発症、状態の変化、家族都合など）場合には新規の対象者として別の ID へご記入をお願いいたします。

問 11：車いすの使用についてお答えください。
車いすの使用について、リハビリテーションスタッフが何らかの介入を行った場合には○をご記入ください。

問 12：その他の福祉用具の使用についてお答えください。
その他の福祉用具について、リハビリテーションスタッフが何らかの介入を行った場合には○をご記入ください。

C票-1

	問1	問2	問3	問4	問5	問6					問7				問8				問9	問10	問11	問12
	性別	生年月日	入院日	退院日	主傷病名	その他傷病名1	その他傷病名2	その他傷病名3	その他傷病名4	その他傷病名5	入院入所時の状況				退院退所時の状況				退院先	再入院	車いす	その他用具
											ランク	認知	介護度	褥瘡	ランク	認知	介護度	褥瘡				
	選択肢一覧																					
	男女でご記入ください	西暦でご記入ください			病名についてご記入ください						J A-1 A-2 B-1 B-2 C-1 C-2	– Ⅰ Ⅱa Ⅱb Ⅲa Ⅲb Ⅳ M	– 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	ありの場合のみ○	J A-1 A-2 B-1 B-2 C-1 C-2	– Ⅰ Ⅱa Ⅱb Ⅲa Ⅲb Ⅳ M	– 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	ありの場合のみ○	自宅 他病院 介護老人保健施設 特別養護老人ホーム 療養型病床群 有料老人ホーム 死亡	ありの場合のみ○	ありの場合のみ○	ありの場合のみ○
例	男	1932/11/4	2012/8/15	2015/6/16	右大腿骨骨折	糖尿病	脳梗塞	肺炎			C-1	Ⅰ	4		B-1	Ⅰ	3		自		○	
1																						
2																						
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						

C票-2

	問1	問2	問3	問4	問5	問6					問7				問8				問9	問10	問11	問12
	性別	生年月日	入院日	退院日	主傷病名	その他傷病名1	その他傷病名2	その他傷病名3	その他傷病名4	その他傷病名5	入院入所時の状況				退院退所時の状況				退院先	再入院	車いす	その他用具
											ランク	認知	介護度	褥瘡	ランク	認知	介護度	褥瘡				
	選択肢一覧																					
	男女でご記入ください	西暦でご記入ください			病名についてご記入ください						J A-1 A-2 B-1 B-2 C-1 C-2	– Ⅰ Ⅱa Ⅱb Ⅲa Ⅲb Ⅳ M	– 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	ありの場合のみ○	J A-1 A-2 B-1 B-2 C-1 C-2	– Ⅰ Ⅱa Ⅱb Ⅲa Ⅲb Ⅳ M	– 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	ありの場合のみ○	自宅 他病院 介護老人保健施設 特別養護老人ホーム 療養型病床群 有料老人ホーム 死亡	ありの場合のみ○	ありの場合のみ○	ありの場合のみ○
例	男	1932/11/4	2012/8/15	2015/6/16	右大腿骨骨折	糖尿病	脳梗塞	肺炎			C-1	Ⅰ	4		B-1	Ⅰ	3		自		○	
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
26																						
27																						
28																						
29																						
30																						
31																						
32																						
33																						
34																						
35																						
36																						
37																						
38																						
39																						
40																						

C票-3

	問1	問2	問3	問4	問5	問6					問7				問8				問9	問10	問11	問12
	性別	生年月日	入院日	退院日	主傷病名	その他傷病名1	その他傷病名2	その他傷病名3	その他傷病名4	その他傷病名5	入院入所時の状況				退院退所時の状況				退院先	再入院	車いす	その他用具
											ランク	認知	介護度	褥瘡	ランク	認知	介護度	褥瘡				
	選択肢一覧																					
	男女でご記入ください	西暦でご記入ください			病名についてご記入ください						J A-1 A-2 B-1 B-2 C-1 C-2	– Ⅰ Ⅱa Ⅱb Ⅲa Ⅲb Ⅳ M	– 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	ありの場合のみ○	J A-1 A-2 B-1 B-2 C-1 C-2	– Ⅰ Ⅱa Ⅱb Ⅲa Ⅲb Ⅳ M	– 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	ありの場合のみ○	自宅 他病院 介護老人保健施設 特別養護老人ホーム 療養型病床群 有料老人ホーム 死亡	ありの場合のみ○	ありの場合のみ○	ありの場合のみ○
例	男	1932/11/4	2012/8/15	2015/6/16	右大腿骨骨折	糖尿病	脳梗塞	肺炎			C-1	Ⅰ	4		B-1	Ⅰ	3		自		○	
61																						
62																						
63																						
64																						
65																						
66																						
67																						
68																						
69																						
70																						
71																						
72																						
73																						
74																						
75																						
76																						
77																						
78																						
79																						
80																						

C票-4

	問1	問2	問3	問4	問5	問6					問7				問8				問9	問10	問11	問12
	性別	生年月日	入院日	退院日	主傷病名	その他傷病名1	その他傷病名2	その他傷病名3	その他傷病名4	その他傷病名5	入院入所時の状況				退院退所時の状況				退院先	再入院	車いす	その他用具
											ランク	認知	介護度	褥瘡	ランク	認知	介護度	褥瘡				
	選択肢一覧																					
	男女でご記入ください	西暦でご記入ください			病名についてご記入ください						J A-1 A-2 B-1 B-2 C-1 C-2	– Ⅰ Ⅱa Ⅱb Ⅲa Ⅲb Ⅳ M	– 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	ありの場合のみ○	J A-1 A-2 B-1 B-2 C-1 C-2	– Ⅰ Ⅱa Ⅱb Ⅲa Ⅲb Ⅳ M	– 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	ありの場合のみ○	自宅 他病院 介護老人保健施設 特別養護老人ホーム 療養型病床群 有料老人ホーム 死亡	ありの場合のみ○	ありの場合のみ○	ありの場合のみ○
例	男	1932/11/4	2012/8/15	2015/6/16	右大腿骨骨折	糖尿病	脳梗塞	肺炎			C-1	Ⅰ	4		B-1	Ⅰ	3		自		○	
81																						
82																						
83																						
84																						
85																						
86																						
87																						
88																						
89																						
90																						
91																						
92																						
93																						
94																						
95																						
96																						
97																						
98																						
99																						
100																						

C票-5（追加用）

	問	問2	問3	問4	問5	問6					問7				問8				問9	問10	問11	問12
	性別	生年月日	入院日	退院日	主傷病名	その他傷病名1	その他傷病名2	その他傷病名3	その他傷病名4	その他傷病名5	入院入所時の状況				退院退所時の状況				退院先	再入院	車いす	その他用具
											ランク	認知	介護度	褥瘡	ランク	認知	介護度	褥瘡				
	選択肢一覧																					
	男女でご記入ください	西暦でご記入ください			病名についてご記入ください						J A-1 A-2 B-1 B-2 C-1 C-2	– Ⅰ Ⅱa Ⅱb Ⅲa Ⅲb Ⅳ M	– 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	ありの場合のみ○	J A-1 A-2 B-1 B-2 C-1 C-2	– Ⅰ Ⅱa Ⅱb Ⅲa Ⅲb Ⅳ M	– 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	ありの場合のみ○	自宅 他病院 介護老人保健施設 特別養護老人ホーム 療養型病床群 有料老人ホーム 死亡	ありの場合のみ○	ありの場合のみ○	ありの場合のみ○
例	男	1932/11/04	2012/08/15	2015/06/16	右大腿骨骨折	糖尿病	脳梗塞	肺炎			C-1	Ⅰ	4		B-1	Ⅰ	3		自		○	

資料 2. 調査票の集計結果一覧（A票・B票・C票）

＜A票　結果一覧＞

1. 回答施設属性(表 1)

介護療養病床

	療養機能強化型A			療養機能強化型B			その他		
	回答数	平均	95%CI	回答数	平均	95%CI	回答数	平均	95%CI
該当施設数	19			5			2		
許可病床数	19	69.6	31.9 － 107.3	4	82.5	24.5 － 140.5	3	60.7	12.0 － 109.3
入院・入所患者数	18	65.9	25.4 － 106.5	4	42.3	−4.5 － 89.0	3	44.0	16.5 － 71.5
平均在院日数	16	669.1	372.1 － 966.0	4	659.1	197.4 － 1120.9	3	308.1	214.3 － 401.8
平均在宅復帰率	4	18.8	−2.3 － 39.9	1	1.2		1	66.6	

医療療養病床

	医療療養病床(20:1)(在宅復帰機能加算あり)			医療療養病床(20:1)(在宅復帰機能加算なし)			医療療養病床(25:1)		
	回答数	平均	95%CI	回答数	平均	95%CI	回答数	平均	95%CI
該当施設数	13			18			11	54.5	28.4 － 80.7
許可病床数(病床)	13	76.8	55.4 － 98.1	18	63.8	40.5 － 87.1	11	55.9	24.7 － 87.1
入院・入所患者数(人)	9	46.3	26.0 － 66.6	17	56.9	32.5 － 81.2	11	244.4	128.9 － 359.9
平均在院日数(日)	11	205.3	79.1 － 331.6	17	385.4	205.2 － 565.7	5	34.5	−4.2 － 73.3
平均在宅復帰率	11	63.5	42.8 － 84.3	12	42.5	23.6 － 61.4			

老人保健施設

	従来型			在宅強化型		
	回答数	平均	95%CI	回答数	平均	95%CI
該当施設数	16	1		6	1	
許可病床数	16	101.7	85.3 － 118.0	6	89.8	58.4 － 121.3
入院・入所患者数	15	79.7	62.7 － 96.8	6	92.0	58.3 － 125.7
平均在院日数	11	491.5	218.8 － 764.2	6	267.5	142.1 － 392.9
平均在宅復帰率	12	26.9	17.7 － 36.0	6	62.6	47.4 － 77.7

2. 要介護度

	回答数	平均	95%CI
要支援1・2	16	4.4	2.0 － 6.9
要介護1	40	8.1	5.7 － 10.4
要介護2	47	11.8	8.9 － 14.7
要介護3	49	14.0	10.9 － 17.1
要介護4	55	21.4	17.0 － 25.8
要介護5	55	27.7	21.2 － 34.2
申請中	19	4.1	1.7 － 6.5
未申請	27	23.0	11.2 － 34.8
平均介護度	56	3.2	2.9 － 3.4

3. 障害高齢者の日常生活自立度　ランクごとの割合の平均

	回答数	平均	95%CI
J1	11	4.4	1.7 － 7.1
J2	15	5.2	2.4 － 8.0
A1	31	9.9	6.6 － 13.2
A2	37	11.7	8.7 － 14.6
B1	40	18.5	13.3 － 23.7
B2	44	21.4	17.3 － 25.5
C1	43	9.8	7.2 － 12.3
C2	45	38.5	29.7 － 47.3

4. 認知症高齢者の日常生活自立度

	回答数	平均	95%CI
自立	24	9.5	5.6 － 13.4
Ⅰ	32	10.1	7.9 － 12.3
Ⅱa	35	13.0	9.4 － 16.6
Ⅱb	40	20.8	14.6 － 26.9
Ⅲa	44	31.4	25.7 － 37.1
Ⅲb	42	12.8	9.7 － 15.9
Ⅳ	44	28.1	21.7 － 34.4
M	23	15.3	9.2 － 21.4

5. 退院・退所先及び状態

	家庭			他の病院・診療所			その他		
	回答数	平均	95%CI	回答数	平均	95%CI	回答数	平均	95%CI
治癒	12	25.8	−5.0 － 56.5	2	3.5	2.5 － 4.5	3	3.7	1.3 － 6.0
軽快	44	15.4	8.7 － 22.1	6	6.2	−1.3 － 13.6	15	3.1	0.7 － 5.4
不変	20	6.1	2.4 － 9.7	21	2.9	1.9 － 3.9	9	2.3	0.6 － 4.0
悪化	2	1.5	0.5 － 2.5	44	7.5	5.2 － 9.7	3	2.0	0.0 － 4.0
死亡	－			－			52	12.7	9.0 － 16.4
その他	－		－	9	1.7	0.9 － 2.4	3	15.3	−12.8 － 43.4
不明	3	7.3	−9.3 － 24.0	2	8.0	0.2 － 15.8	2	3.0	1.0 － 5.0

	介護老人保健施設			介護老人福祉施設			社会福祉施設		
	回答数	平均	95%CI	回答数	平均	95%CI	回答数	平均	95%CI
治癒	6	3.7	1.7 － 5.6	4	6.8	2.7 － 10.8	2	1.0	
軽快	20	5.0	3.1 － 6.8	21	3.1	2.1 － 4.1	9	4.4	0.2 － 8.7
不変	15	1.9	1.1 － 2.7	16	3.8	2.2 － 5.3	5	1.4	0.9 － 1.9
悪化	1	2.0		3	2.0	0.9 － 3.1	－		
死亡	－			－			－		
その他	－			－			1	3.0	
不明	3	3.3	−1.2 － 7.9	－			1	28.0	

6. 職員配置

	従事する職員数			常勤換算数		
	回答数	平均	95%CI	回答数	平均	95%CI
作業療法士	70	5.0	3.2 － 6.8	62	4.5	2.4 － 6.5
理学療法士	71	7.7	5.1 － 10.3	64	6.7	3.8 － 9.5
言語聴覚士	48	3.0	1.8 － 4.2	41	2.7	1.3 － 4.0
看護師	51	27.9	20.0 － 35.8	44	21.9	15.4 － 28.3
看護補助者	18	18.3	9.8 － 26.8	15	17.4	7.5 － 27.2
介護職員	42	32.3	26.8 － 37.8	37	33.6	15.9 － 51.4

7. 担当患者数、1日平均実施人数、1日平均算定単位数、算定外介入人数

	作業療法士			理学療法士			言語聴覚士		
	回答数	平均	95%CI	回答数	平均	95%CI	回答数	平均	95%CI
担当患者数	67	19.4	16.4 － 22.4	67	20.8	17.4 － 24.1	45	15.8	12.0 － 19.6
1日の平均実施患者数									
個別リハ	67	12.1	9.7 － 14.5	67	11.9	9.4 － 14.3	44	8.9	7.1 － 10.7
集団リハ	16	6.3	3.6 － 9.0	9	6.4	3.8 － 9.0	6	2.6	1.3 － 3.8
1日の平均算定単位数									
個別リハ	59	12.0	10.5 － 13.5	58	11.8	10.4 － 13.3	39	9.7	7.7 － 11.7
集団リハ	7	4.9	−0.4 － 10.2	4	2.4	−1.0 － 5.7	3	4.9	−2.0 － 11.9
1日あたりの算定外介入	20	3.3	1.4 － 5.2	18	3.2	1.7 － 4.7	15	2.3	1.2 － 3.4

8. カンファレンス実施状況

カンファレンス実施状況

		回答数	平均	95%CI
1ヶ月あたりのカンファレンスの回数		72	18.1	12.1 - 24.1
1回あたりの平均的な開催時間		72	31.0	27.3 - 34.6
患者1人あたりの平均的な検討時間		71	13.2	10.5 - 15.9
参加職種と人数	医師	55	1.3	1.0 - 1.6
	看護師	69	1.4	1.2 - 1.7
	看護補助者	7	1.7	0.6 - 2.8
	作業療法士	67	1.3	1.1 - 1.5
	理学療法士	64	1.7	1.2 - 2.2
	言語聴覚士	40	1.0	1.0 - 1.1
	社会福祉士	46	1.0	1.0 - 1.1
	介護職員	53	1.2	1.0 - 1.4

9. 備品整備状況

備品整備状況

		回答数	平均	95%CI
特殊寝台	高さ調整機能のみ	4	16.0	-6.4 - 38.4
	背上げ機能のみ	7	26.1	7.6 - 44.7
	背上げ・脚上げ機能	14	23.8	10.3 - 37.3
	背上げ・高さ調整機能	19	69.3	27.4 - 111.2
	背上げ・脚上げ・高さ調整機能	63	96.2	79.3 - 113.0
寝具	体圧分散機能、床ずれ防止機能、褥瘡予防機能などがあるマットレス	64	63.1	46.1 - 80.1
	体圧分散機能、床ずれ防止機能、褥瘡予防機能などがないマットレス	45	71.4	55.6 - 87.2
テーブル	リハビリテーブル	46	17.7	2.8 - 32.6
移乗機器	スライディングボード	63	2.8	2.0 - 3.6
	スライディングシート	41	4.0	2.3 - 5.7
リフト	床走行式リフト	11	1.4	1.1 - 1.7
	固定式リフト	2	3.0	-0.9 - 6.9
	据置式リフト	2	3.0	-0.9 - 6.9
	その他	2	1.0	
リフト吊り具	ベルト型	4	2.5	0.8 - 4.2
	脚分離型	6	6.8	0.0 - 13.7
	シート型	7	1.7	0.3 - 3.1
車椅子	普通型	64	57.8	47.1 - 68.6
	モジュラー	35	11.4	5.1 - 17.7
	リクライニング	59	7.6	5.9 - 9.3
	ティルト	13	3.7	1.3 - 6.1
	ティルト・リクライニング	37	8.4	4.4 - 12.4
	その他	6	1.6	0.9 - 2.3

10. マニュアルの整備状況

マニュアルの整備状況

	ある	ない
褥瘡予防または治療	64	9
食事介助	37	34
離床	20	52

＜B 票　結果一覧＞

B 票の結果は、回答数が 50%以上のものを集計した。

1.　寝たきりの主要因となる疾患割合

	脳血管疾患	廃用含む内部疾患	神経疾患	整形疾患	認知症精神疾患	記入なし
対照群	41%	18%	6%	7%	3%	25%
介入群	63%	17%	20%	3%	3%	0%

2.　リハ介入対象となる障害種別割合（複数回答あり）

	身体障害	加齢に伴う機能低下	認知症	知的障害	精神障害	難病	高次脳機能障害	発達障害	その他
対照群	63%	48%	39%	0%	1%	1%	24%	0%	15%
介入群	100%	70%	57%	0%	0%	13%	20%	0%	17%

3.　要介護度、障害高齢者の日常生活自立度、認知症高齢者の日常生活自立度

要介護度（人）

		要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
対照群（88症例）	入院入所時	1	3	3	7	20	21
	介入開始直前	0	2	2	6	13	21
	1ヶ月後	0	2	3	5	18	22
	2ヶ月後	0	2	4	6	16	22
	3ヶ月後	0	1	3	4	11	13
介入群（30症例）	入院入所時	0	0	2	3	3	15
	介入開始直前	0	0	1	2	2	22
	1ヶ月後	0	0	1	2	1	22
	2ヶ月後	0	0	1	1	1	23
	3ヶ月後	0	0	1	1	1	21

障害高齢者の日常生活自立度（人）

		A1	A2	B1	B2	C1	C2
対照群（88症例）	入院入所時	0	0	4	8	7	34
	介入開始直前	0	0	3	7	5	25
	1ヶ月後	0	0	3	11	4	30
	2ヶ月後	1	0	3	10	3	30
	3ヶ月後	1	1	3	8	4	14
介入群（30症例）	入院入所時	0	0	0	6	1	20
	介入開始直前	0	0	0	7	0	23
	1ヶ月後	0	0	0	8	0	21
	2ヶ月後	0	0	0	7	0	22
	3ヶ月後	0	0	0	6	0	20

認知症高齢者の日常生活自立度（人）

		Ⅰ	Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	Ⅲb	Ⅳ	M
対照群（88症例）	入院入所時	0	3	4	10	4	26	1
	介入開始直前	1	2	3	8	4	21	1
	1ヶ月後	1	3	2	10	5	24	1
	2ヶ月後	1	4	2	9	4	23	1
	3ヶ月後	2	2	1	8	2	13	1
介入群（30症例）	入院入所時	1	0	5	4	3	10	2
	介入開始直前	1	0	5	5	2	13	3
	1ヶ月後	1	0	5	5	2	12	3
	2ヶ月後	1	0	5	4	2	13	3
	3ヶ月後	1	0	4	3	2	12	3

4.　栄養経路、Hoffer の座位能力分類、FIM 総得点、NM スケール

栄養経路（人）

		経管	経口	合計
対照群（88症例）	入院入所時	35	26	61
	介入開始直前	32	26	58
	1ヶ月後	34	28	62
	2ヶ月後	32	26	58
	3ヶ月後	26	21	47
介入群（30症例）	入院入所時	16	14	30
	介入開始直前	18	12	30
	1ヶ月後	18	12	30
	2ヶ月後	18	10	28
	3ヶ月後	13	10	23

Hoffer の座位能力分類の症例数（人）

		手の支持なしで座位可能	手の支持で座位可能	座位不能	合計
対照群（88症例）	入院入所時	5	3	34	42
	介入開始直前	1	5	26	32
	1ヶ月後	7	8	33	48
	2ヶ月後	7	11	29	47
	3ヶ月後	5	6	18	29
介入群（30症例）	入院入所時	1	5	16	22
	介入開始直前	1	5	24	30
	1ヶ月後	2	6	21	29
	2ヶ月後	1	6	21	28
	3ヶ月後	1	5	19	25

FIM 総得点（点）

		最大値	中央値	最小値
対照群（88症例）	入院入所時	66	22	18
	介入開始直前	66	22	18
	1ヶ月後	96	22	18
	2ヶ月後	96	23	18
	3ヶ月後	96	24	18
介入群（30症例）	入院入所時	65	20	18
	介入開始直前	65	18	18
	1ヶ月後	72	19	18
	2ヶ月後	65	19	18
	3ヶ月後	58	19	18

NM スケール（点）

		最大値	中央値	最小値
対照群（88症例）	入院入所時	32	3	0
	介入開始直前	27	5	0
	1ヶ月後	35	3	0
	2ヶ月後	35	4	0
	3ヶ月後	41	6	0
介入群（30症例）	入院入所時	34	4	0
	介入開始直前	36	5	0
	1ヶ月後	36	5	0
	2ヶ月後	36	8	0
	3ヶ月後	36	8	0

5.　座位保持時間、離床頻度、食事摂取場所

座位時間（分／日）

		最大値	中央値	最小値
対照群（88症例）	入院入所時	540	0	0
	介入開始直前	180	0	0
	1ヶ月後	540	30	0
	2ヶ月後	360	0	0
	3ヶ月後	600	0	0
介入群（30症例）	入院入所時	600	0	0
	介入開始直前	360	0	0
	1ヶ月後	420	60	0
	2ヶ月後	420	80	0
	3ヶ月後	420	75	0

離床頻度（回／日）

		最大値	中央値	最小値
対照群（88症例）	入院入所時	5	0	0
	介入開始直前	4	0	0
	1ヶ月後	5	0.3	0
	2ヶ月後	5	0	0
	3ヶ月後	5	0	0
介入群（30症例）	入院入所時	5	0	0
	介入開始直前	3	0	0
	1ヶ月後	5	1	0
	2ヶ月後	6	1	0
	3ヶ月後	4	1	0

食事摂取場所（人）

		ベッドなど自室内	自室以外	合計
対照群（88症例）	入院入所時	37	13	50
	介入開始直前	35	12	47
	1ヶ月後	35	15	50
	2ヶ月後	32	15	47
	3ヶ月後	27	14	41
介入群（30症例）	入院入所時	20	7	27
	介入開始直前	22	7	29
	1ヶ月後	14	13	27
	2ヶ月後	12	13	25
	3ヶ月後	11	9	20

6.　使用する福祉用具と選定担当職種割合

特殊寝台（電動ベッド）の使用割合

		高さのみ	背上げのみ	背上げ脚上げ	背上げ高さ	背上げ脚上げ高さ	合計
対照群（88症例）	入院入所時	5%	1%	5%	5%	57%	72%
	介入開始直前	2%	1%	2%	2%	51%	59%
	1ヶ月後	5%	1%	2%	3%	58%	69%
	2ヶ月後	5%	1%	2%	3%	55%	66%
	3ヶ月後	0%	0%	2%	2%	38%	42%
介入群（30症例）	入院入所時	3%	0%	3%	6%	87%	100%
	介入開始直前	3%	0%	3%	6%	88%	100%
	1ヶ月後	0%	0%	0%	10%	90%	100%
	2ヶ月後	0%	0%	0%	10%	77%	87%
	3ヶ月後	0%	0%	0%	10%	57%	67%

特殊寝台の選定担当職種割合（複数回答あり）

		医師	看護師	リハ職	介護職	多職種で相談	その他	合計
対照群（88症例）	入院入所時	5%	50%	6%	30%	10%	8%	108%
	介入開始直前	5%	43%	7%	26%	8%	6%	94%
	1ヶ月後	5%	47%	6%	27%	11%	6%	101%
	2ヶ月後	5%	43%	5%	24%	14%	6%	95%
	3ヶ月後	3%	19%	6%	9%	9%	5%	51%
介入群（30症例）	入院入所時	10%	67%	7%	27%	7%	13%	130%
	介入開始直前	10%	67%	7%	27%	7%	13%	130%
	1ヶ月後	10%	63%	13%	23%	7%	10%	127%
	2ヶ月後	10%	60%	13%	20%	3%	10%	117%
	3ヶ月後	10%	47%	13%	13%	3%	7%	93%

体圧分散機能付き寝具の使用割合

		機能あり	機能なし	合計
対照群（88症例）	入院入所時	43%	23%	66%
	介入開始直前	40%	16%	56%
	1ヶ月後	49%	16%	65%
	2ヶ月後	45%	16%	61%
	3ヶ月後	24%	14%	38%
介入群（30症例）	入院入所時	93%	7%	100%
	介入開始直前	100%	0%	100%
	1ヶ月後	97%	3%	100%
	2ヶ月後	83%	3%	87%
	3ヶ月後	63%	3%	67%

体圧分散機能付き寝具の選定担当職種割合（複数回答あり）

		医師	看護師	リハ職	介護職	多職種で相談	その他	合計
対照群（88症例）	入院入所時	6%	45%	7%	24%	13%	6%	100%
	介入開始直前	5%	35%	7%	18%	10%	5%	80%
	1ヶ月後	5%	39%	7%	23%	11%	5%	89%
	2ヶ月後	5%	39%	6%	19%	13%	5%	85%
	3ヶ月後	2%	17%	6%	8%	10%	3%	47%
介入群（30症例）	入院入所時	10%	63%	10%	20%	3%	10%	117%
	介入開始直前	10%	70%	10%	20%	3%	10%	123%
	1ヶ月後	10%	70%	10%	17%	3%	7%	117%
	2ヶ月後	10%	63%	10%	17%	3%	3%	107%
	3ヶ月後	10%	43%	10%	10%	3%	3%	80%

リハビリテーブルの使用割合

		使用していない	使用している	合計
対照群（88症例）	入院入所時	61%	8%	69%
	介入開始直前	52%	7%	59%
	1ヶ月後	61%	8%	69%
	2ヶ月後	58%	7%	65%
	3ヶ月後	40%	3%	43%
介入群（30症例）	入院入所時	87%	13%	100%
	介入開始直前	93%	7%	100%
	1ヶ月後	90%	10%	100%
	2ヶ月後	77%	10%	87%
	3ヶ月後	57%	10%	67%

ベッドサイドで使用する移乗機器の割合

		使用していない	スライディングボード	スライディングシート	リフト	その他	合計
対照群（88症例）	入院入所時	61%	8%	2%	0%	1%	73%
	介入開始直前	49%	8%	2%	0%	1%	60%
	1ヶ月後	57%	7%	2%	1%	1%	68%
	2ヶ月後	55%	6%	3%	1%	1%	66%
	3ヶ月後	31%	6%	2%	1%	0%	40%
介入群（30症例）	入院入所時	90%	10%	0%	0%	0%	100%
	介入開始直前	93%	7%	0%	0%	0%	100%
	1ヶ月後	67%	30%	3%	0%	0%	100%
	2ヶ月後	53%	23%	3%	0%	7%	87%
	3ヶ月後	43%	17%	3%	0%	3%	67%

座クッションの使用割合

		使用していない	ウレタン系（フォーム材）	ゲル系（ゲル材）	エアー系（空気室材）	その他	合計
対照群（88症例）	入院入所時	48%	14%	2%	2%	3%	69%
	介入開始直前	36%	14%	2%	2%	2%	57%
	1ヶ月後	42%	16%	2%	3%	3%	67%
	2ヶ月後	42%	13%	2%	5%	2%	64%
	3ヶ月後	23%	10%	1%	3%	5%	42%
介入群（30症例）	入院入所時	47%	33%	0%	17%	0%	97%
	介入開始直前	34%	38%	9%	19%	0%	100%
	1ヶ月後	6%	35%	26%	32%	0%	100%
	2ヶ月後	0%	37%	27%	27%	0%	90%
	3ヶ月後	0%	37%	20%	13%	0%	70%

座クッションの選定担当職種割合（複数回答あり）

		医師	看護師	リハ職	介護職	多職種で相談	その他	合計
対照群（88症例）	入院入所時	0%	2%	14%	2%	7%	3%	28%
	介入開始直前	1%	2%	10%	1%	7%	2%	24%
	1ヶ月後	1%	3%	11%	1%	7%	2%	26%
	2ヶ月後	1%	3%	13%	1%	6%	2%	26%
	3ヶ月後	1%	3%	8%	1%	6%	2%	22%
介入群（30症例）	入院入所時	3%	7%	30%	0%	0%	0%	40%
	介入開始直前	10%	7%	57%	3%	0%	0%	77%
	1ヶ月後	10%	7%	77%	0%	0%	0%	93%
	2ヶ月後	10%	7%	70%	0%	3%	3%	93%
	3ヶ月後	10%	7%	50%	0%	3%	3%	73%

車椅子の使用割合

		使用していない	モジュラー車椅子	普通型車椅子	リクライニング車椅子	ティルト車椅子	ティルトリクライニング車椅子	合計
対照群（88症例）	入院入所時	25%	6%	23%	9%	0%	10%	73%
	介入開始直前	16%	5%	19%	9%	0%	11%	60%
	1ヶ月後	8%	5%	30%	11%	2%	15%	70%
	2ヶ月後	8%	3%	27%	13%	2%	15%	68%
	3ヶ月後	3%	3%	18%	9%	0%	10%	44%
介入群（30症例）	入院入所時	23%	10%	13%	23%	0%	23%	93%
	介入開始直前	13%	16%	9%	25%	3%	34%	100%
	1ヶ月後	0%	22%	3%	13%	6%	56%	100%
	2ヶ月後	0%	23%	0%	13%	7%	53%	97%
	3ヶ月後	3%	20%	0%	13%	3%	33%	73%

車椅子の選定担当職種割合（複数回答あり）

		医師	看護師	リハ職	介護職	多職種で相談	その他	合計
対照群（88症例）	入院入所時	1%	16%	30%	8%	11%	1%	67%
	介入開始直前	2%	14%	32%	8%	9%	2%	67%
	1ヶ月後	3%	17%	48%	8%	10%	1%	88%
	2ヶ月後	2%	13%	42%	6%	13%	1%	76%
	3ヶ月後	3%	13%	27%	7%	10%	1%	61%
介入群（30症例）	入院入所時	3%	10%	50%	7%	3%	3%	77%
	介入開始直前	7%	10%	73%	3%	7%	3%	103%
	1ヶ月後	7%	10%	90%	0%	3%	7%	117%
	2ヶ月後	7%	10%	80%	0%	3%	3%	103%
	3ヶ月後	7%	3%	57%	0%	3%	3%	73%

7.　介助者の労力（主観的負担感）

食事介助の労力（人）

		非常に大変	大変	それほど大変ではない	全く大変ではない	合計
対照群	介入開始直前	1	15	25	15	56
	1ヶ月後	3	11	30	14	58
	2ヶ月後	1	9	31	15	56
	3ヶ月後	2	8	25	15	50
介入群	介入開始直前	3	5	8	13	29
	1ヶ月後	1	4	12	11	28
	2ヶ月後	1	4	12	11	28
	3ヶ月後	1	3	10	12	26

整容介助の労力（人）

		非常に大変	大変	それほど大変ではない	全く大変ではない	合計
対照群	介入開始直前	7	23	25	3	58
	1ヶ月後	6	24	27	3	60
	2ヶ月後	6	21	26	5	58
	3ヶ月後	6	18	22	5	51
介入群	介入開始直前	1	6	17	5	29
	1ヶ月後	1	6	16	5	28
	2ヶ月後	1	5	17	5	28
	3ヶ月後	1	5	15	5	26

更衣介助の労力（人）

		非常に大変	大変	それほど 大変ではない	全く 大変ではない	合計
対照群	介入開始直前	13	26	16	3	58
	1ヶ月後	15	26	17	2	60
	2ヶ月後	11	27	17	3	58
	3ヶ月後	11	22	15	2	50
介入群	介入開始直前	6	11	12	0	29
	1ヶ月後	5	13	10	0	28
	2ヶ月後	4	11	13	0	28
	3ヶ月後	4	9	11	1	25

排泄介助の労力（人）

		非常に大変	大変	それほど 大変ではない	全く 大変ではない	合計
対照群	介入開始直前	12	31	15	1	59
	1ヶ月後	14	31	14	1	60
	2ヶ月後	11	27	17	3	58
	3ヶ月後	11	22	16	2	51
介入群	介入開始直前	6	12	11	0	29
	1ヶ月後	6	12	10	0	28
	2ヶ月後	5	11	12	0	28
	3ヶ月後	5	10	10	0	25

入浴介助の労力（人）

		非常に大変	大変	それほど 大変ではない	全く 大変ではない	合計
対照群	介入開始直前	14	27	14	2	57
	1ヶ月後	16	28	13	2	59
	2ヶ月後	14	25	15	3	57
	3ヶ月後	13	21	14	2	50
介入群	介入開始直前	9	8	12	0	29
	1ヶ月後	8	8	12	0	28
	2ヶ月後	7	8	13	0	28
	3ヶ月後	7	6	13	0	26

移乗介助の労力（人）

		非常に大変	大変	それほど大変ではない	全く大変ではない	合計
対照群	介入開始直前	17	21	15	3	56
	1ヶ月後	16	23	17	3	59
	2ヶ月後	15	20	19	4	58
	3ヶ月後	12	16	19	4	51
介入群	介入開始直前	9	11	7	0	27
	1ヶ月後	6	14	5	1	26
	2ヶ月後	2	10	13	1	26
	3ヶ月後	2	12	9	1	24

8.　リハ単位数と内訳

請求単位数（1 単位 20 分として算出）

		最大値	中央値	最小値
対照群（88症例）	介入開始直前	9	1	0
	1ヶ月後	9	1.75	0.3
	2ヶ月後	9	1	0.3
	3ヶ月後	9	1	0.3
介入群（30症例）	介入開始直前	6	1	0
	1ヶ月後	6	1	0
	2ヶ月後	6	1	0
	3ヶ月後	6	1	0

請求外単位数（1 単位 20 分として算出）

		最大値	中央値	最小値
対照群（88症例）	介入開始直前	1	0	0
	1ヶ月後	2.5	0	0
	2ヶ月後	2	0	0
	3ヶ月後	2	0	0
介入群（30症例）	介入開始直前	2	0	0
	1ヶ月後	3	0	0
	2ヶ月後	3	0	0
	3ヶ月後	6	0	0

＜C 票　結果一覧＞

1. 基本情報

回答数：2917 人、平均年齢：81.5(95%CI：63.9-99.0)

2. 主疾患

主疾患

	回答数
脳血管疾患	1235
整形疾患	645
内部疾患	408
認知症関連	253
廃用症候群	177
神経疾患	144
精神障害	17
合計	2879

3. 退院・退所先

退院・退所先

	回答数
自宅	703
病院	324
死亡	97
特別養護老人ホーム	76
介護老人保健施設	75
療養型病床群	49
有料老人ホーム	34
施設(不明)	15
合計	1373

4. 入院・入所時及び退院・退所時の様子

(ア) 障害高齢者の日常生活自立度

障害高齢者の日常生活自立度

	入院時	退院時
J	47	99
A-1	226	203
A-2	336	217
B-1	485	241
B-2	787	345
C-1	175	58
C-2	627	246

(イ) 認知症高齢者の日常生活自立度

認知症高齢者の日常生活自立度

	入院時	退院時
認知症なし	193	156
I	275	201
IIa	284	162
IIb	445	227
IIIa	601	268
IIIb	198	68
IV	498	179
M	86	60

(ウ) 介護度

要介護度

	入院時	退院時
要支援1	35	39
要支援2	50	39
要介護1	244	153
要介護2	311	165
要介護3	366	209
要介護4	504	269
要介護5	611	228

5. 入院時からの比較

入所・入所時からの変化

	障害高齢者の日常生活自立度	認知症高齢者の日常生活自立度	要介護度
向上	357	185	28
維持	907	1003	696
低下	140	119	130

平成28年度老人保健健康増進等事業

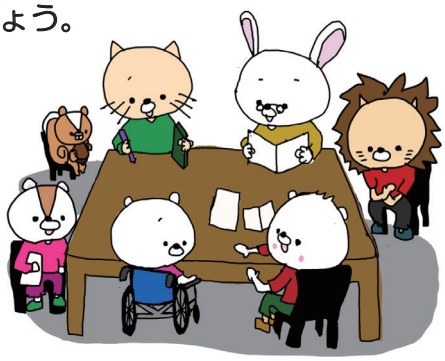
活動と参加につなげる離床ガイドブック入門編（案）

～ 生きているから動きたい！ ～

P1

離床しないとどうなるの？

あなたは、『明日から部屋から出てはいけない。
一生ベッドで過ごしなさい。』と言われたらどうしますか？
病気をする前まではみんな普通の暮らしをし、
ドライブに行って美しい景色を眺めたり、
食事に出かけたり、自分のやりたいことをして、
生活を楽しんでいたと思います。しかし、ベッドで長期間過ごしていると、
希望は失われ、次第に体力も頭の働きも弱まっていくでしょう。



この冊子は、要介護高齢者の「離床」をテーマとし、
離床の効果や、楽な離床方法、継続できる計画の
立て方 を大まかに紹介しています。
どうか、この冊子を多くの方に読んで頂き、
ご本人も支援者もより豊かな人生が送れるよう、
みんなで「離床」に取り組む きっかけになったら幸いです。

離床しないことによる悪影響

ずっと寝たままでいると、身体面、精神面のどちらの機能も衰え、「できること」や「できそうなこと」もできなくなっていきます。

●静脈血栓　●起立性低血圧　●褥瘡　●誤嚥性肺炎　●廃用性筋萎縮
●廃用性骨萎縮　●食欲不振･便秘　●尿路結石　●認知機能の低下

目　次

P1　離床しないとどうなるの？
P2　離床をするとどのような効果があるの？
P3　活動と参加につなげる離床ってどう進めればいいの？
P4　楽に移乗をするにはどうしたらいいの？
P5　車イスは楽な乗り物なの？
P6　だから私たち起こしています！

離床をすると どのような効果があるの？

P2

ベッドから起き上がり、イスに座ると、頭がさえて「やる気」のスイッチが入ります。移動ができ、生活範囲が広がると、本人の心と体が元気になります。

そして、**支援者は介助がしやすくなり、本人がやりたいことへの支援がより多くできる**ようになります。やりたいことができた時、その喜びを共に分かち合うことができるのは支援者として最高の喜びなのではないでしょうか。

本人への効果

- 生活リズムの改善
- コミュニケーションがしやすくなる
- 拘縮の予防
- 日常生活動作がしやすくなる
- 外出ができる
- 社会参加ができる
- 人としての尊厳が守られる
- 在宅復帰ができる　　など

支援者への効果

- 介護がしやすくなる
- 移乗介助がしやすくなり、腰痛予防や腰痛の改善につながる
- 本人と一緒に外出や社会参加ができる
- 本人の尊厳を守ることができる
- やりがいを感じ、あたたかな支援ができる　　など

初孫を抱っこ！　－訪問リハビリで3年ぶりの車イス乗車－

79歳の男性で、6年前に脳梗塞を発症され、家のベッドで生活されていました。訪問リハビリの作業療法士がご家族へ車椅子に座ることの利点や福祉用具を使った移乗の介護方法を繰り返し伝え、みんなが離床することに納得した上で３年ぶりに車イスに乗車できました。大好きな自宅庭園の散策や初孫を抱っこすることができました。妻からは、**「車イスに乗って良かった。まさか、散歩に出られるとは思わなかった。」**と喜びの声が聞かれました。

お孫さんと「はい、ポーズ！」

P3

活動と参加につなげる離床はどう進めればいいの？

本人・家族が「やりたいこと」を叶えられるよう、チームで話し合い、それぞれの役割を発揮していきます。以下の手順で離床を進めていきましょう！

1	起きて何をしたいか目標を共有します	離床のスタートは目標をたてることです。 起きて何をしたいのかを本人、家族を中心に考え、チームで離床の目標を立てます。
2	身体機能を確認します	医師に離床して良いかを確認しながら進めます。 ベッドの背上げで血圧、めまい、嘔吐などを確認し、問題がなければベッドから足をおろして座位の能力や血圧、めまい、嘔吐などを確認します。
3	本人に合う車イスを選びます	体の寸法と本人の座位能力に合う車イスとクッションを選び、調整します。 よい座り心地や褥瘡予防のためにもクッションを必ず使いましょう。
4	移乗方法を決めて、離床をはじめます	支援者が定期的な離床を行うためには、安全で安心できる負担感の少ない介助方法と福祉用具を選ぶことが大切です。移乗方法を決め、離床をはじめましょう。
5	効果を共有します	本人の様子や支援者自身が感じたことをみんなに伝えましょう。 みんなで効果を共有･共感し、それを元に次の目標を考えていきましょう 。

楽に移乗ができるようになって、外泊をしたくなった！

介護老人保健施設に入所している右脳出血を発症した81歳の女性です。トランスファーボードを使った移乗方法が慣れてきて介護スタッフからは**「無理に持ち上げないでできる」「腰が痛くなくできる」**などの声があり、本人からも**「怖い思いしないでいいね」**との声が聞かれました。

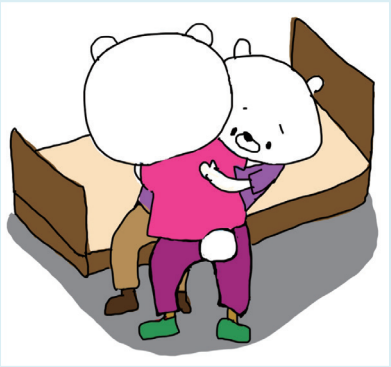
現在では、毎食時の離床以外に集団レクへの参加や花の塗り絵などで離床する頻度が増加し、本人から外泊の希望も聞かれるようになりました。

楽に移乗をするには どうしたらいいの？

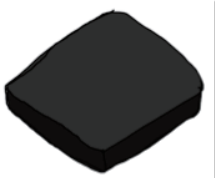
P4

抱え上げ介助 は、本人の能力が生かされず、支援者にも身体的・精神的に負担が大きく、腰痛 の発生や、転倒 の危険性の高い介助方法です。
何よりお互いに離床をしようという気になれません。

下の図は、本人の座位能力に合った移乗方法と車イス選びの目安です。移乗を楽にする ためには、本人の能力を知り、本人と支援者が安心して使える福祉用具を選び、お互いに慣れる必要があります。慣れてしまえば、離床の回数が増え、今よりもっとやりたいことができるようになるでしょう。



座位能力別の移乗方法と車イス選びの目安

座位能力	移乗方法と福祉用具	車イスとクッション
手の支えなしで座っていられる	立位移乗（自立～軽介助） ●介助バー ●高さ調整付きの電動ベッド	 ●身体寸法に合った車イス ●座り心地がよく、動きやすいクッション（円座は基本的に使わない）
手の支えがあれば座っていられる	座位移乗（自立～全介助） ●トランスファーボード ●スライディングシート	●調整機能や移乗しやすい機能の付いたモジュラー車イス ●除圧機能があるクッション（ゲル素材のクッションなど）
自分で座っていられない	臥位移乗（全介助） ●リフター ●スライディングボード	●ティルト･リクライニング機能の付いた車イス ●より除圧機能があるクッション

P5

車イスは楽な乗り物なの？

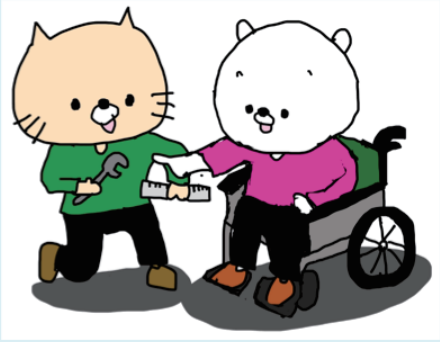
よく見かける標準型車イスは「短時間の移動用」です。
キャンプで使う折りたたみイスと同じで、折りたたみができて軽くて便利ですが、活動や参加をするときに使うイスとしてはどうでしょう。ぜひ30分～1時間程度座ってみてください。長時間座るには楽ではない乗り物 だと気づくと思います。

体の大きさに合った車イスとクッションを使いましょう！

体の大きさの合っていない車イスに座ると、徐々に体が傾いたり、前方にずっこけやすくなります。標準型車いすは、身長が165cm程度の人に合う大きさになっています。

また、車イス用のクッションの役割は座り心地や座る姿勢をよくしたり、痛みや褥瘡を予防することなどがあります。クッションを選ぶ際には、実際に座って、座り心地や使いやすさを確認しましょう。

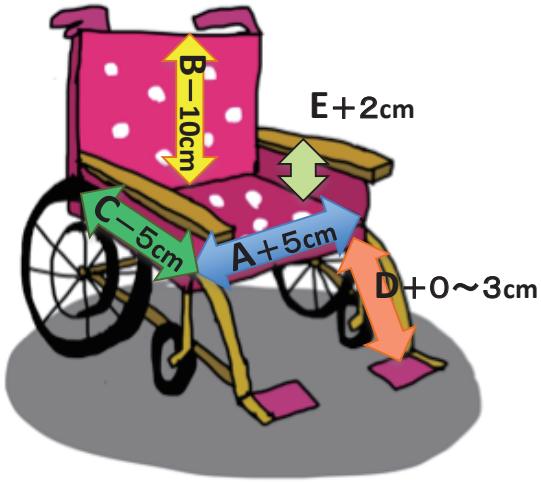
適切な車イスとクッション選びは作業療法士などの専門職に相談しましょう。



体の寸法と車イスの大きさとの合わせ方の目安

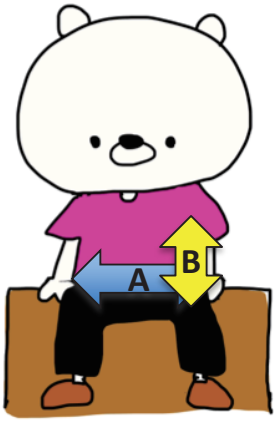
体の大きさに洋服のサイズを合わせるように、車イスの大きさも体の寸法に合わせることが基本です。測っておきたい体の寸法と目安になる車イスの大きさは下図のとおりです。

＜車イスの寸法＞

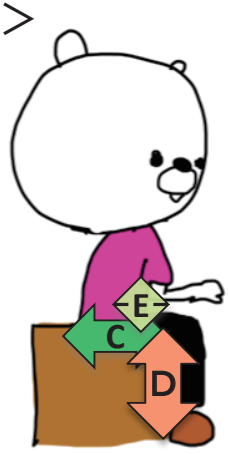


＊詳しくは実践編をご覧下さい。

＜体の寸法＞



A：腰幅
B：座面から腋まで



C：臀部後方から膝裏まで
D：膝裏から足底（靴底）まで
E：座面から肘まで

だから私たち起こしています！

P6

それぞれの立場の方々からコメントを頂きました。原文をそのまま記載しています。

ご本人･ご家族の立場から

四肢麻痺になって、生きていても仕方がないと言っていた母が、「生きているから“動きたい！”」「起きると何よりお腹が空きます。ベッドでは何も見えないし、話もできません。」と言いました。夢だったアメリカ旅行に車イスで行くことができました。リフトを使い、母に合った車イスに頑張って毎日乗せたことが、家族にとっても幸せの道への第一歩でした。

家族とともにクリスマスのロックフェラー（アメリカ）

医師の立場から

ずっと寝たままでいると、体力の低下、筋力の低下、心肺機能の低下、消化器機能、嚥下機能の低下、認知機能の低下、褥瘡の発生等、様々な弊害をもたらします。
離床することで、これらを予防し、生活の質（QOL）の向上につながります。

看護師の立場から

安静状態が長く続いたため、リハビリをするために転院してきた患者さんがいました。医療チームで協力し、車イスで離床ができるようになりました。

四季折々の行事に参加し「生かされているんじゃなくて生きてる実感が湧くね」「四季を感じることで生きている実感が湧くね」と言って下さいました。患者さんの笑顔が最高でした！

病棟でのクリスマス会

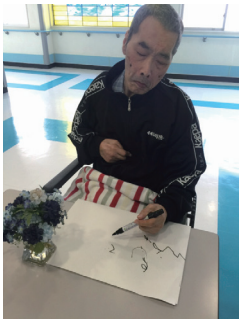
介護職の立場から

車イスに座ることでベッドから見る景色とは違い、スタッフや他の患者さんと顔を合わせ会話することで笑顔も見られます。体の大きい患者様の離床は介助量も多く大変ですが、一人で無理せず二人で介助することで安全な移乗や介助者の負担軽減ができます。

作業療法士の立場から

リハビリテーションの本質は「自分らしさ」をとりもどすことです。ベッドの上だけでの生活・座り心地の悪い車イスでの生活は「自分らしさ」と共に「人としての尊厳」も奪います。

ご本人に合った車いすに座ることは、それらを取り戻しご本人の「したいこと」やご家族が「ご本人としたいこと」を叶えるベースになります！



生きがいのある活動

あとがき

「生きているから動きたい！」は重度の四肢麻痺を持つご本人からの言葉です。普通に動けている人にとっては、当たり前すぎて気づきにくいこの「切なる思い」に私たちは人としてこたえられているでしょうか。

誰もが安心して毎日離床でき、ご本人やご家族がやりたい活動や社会参加を実現し、その喜びをみんなで分かち合って、みんなでハッピーになれる。そのような離床の取り組みが、全国どこででも普通に行われるようになることを心から願っています。

もっと知りたい方 は下記のホームページやガイドブックの応用編をご覧下さい。

- 腰痛予防について　「職場における腰痛予防対策指針」厚生労働省ホームページ
- 福祉用具について　公益財団法人 テクノエイド協会ホームページ
- 活動と参加につなげる離床ガイドブック・実践編（案）

ご相談 は下記の日本作業療法士協会事務局までお問い合わせください。

一般社団法人　日本作業療法士協会

〒111-0042　東京都台東区寿1-5-9 盛光伸光（もりみつしんこう）ビル7階

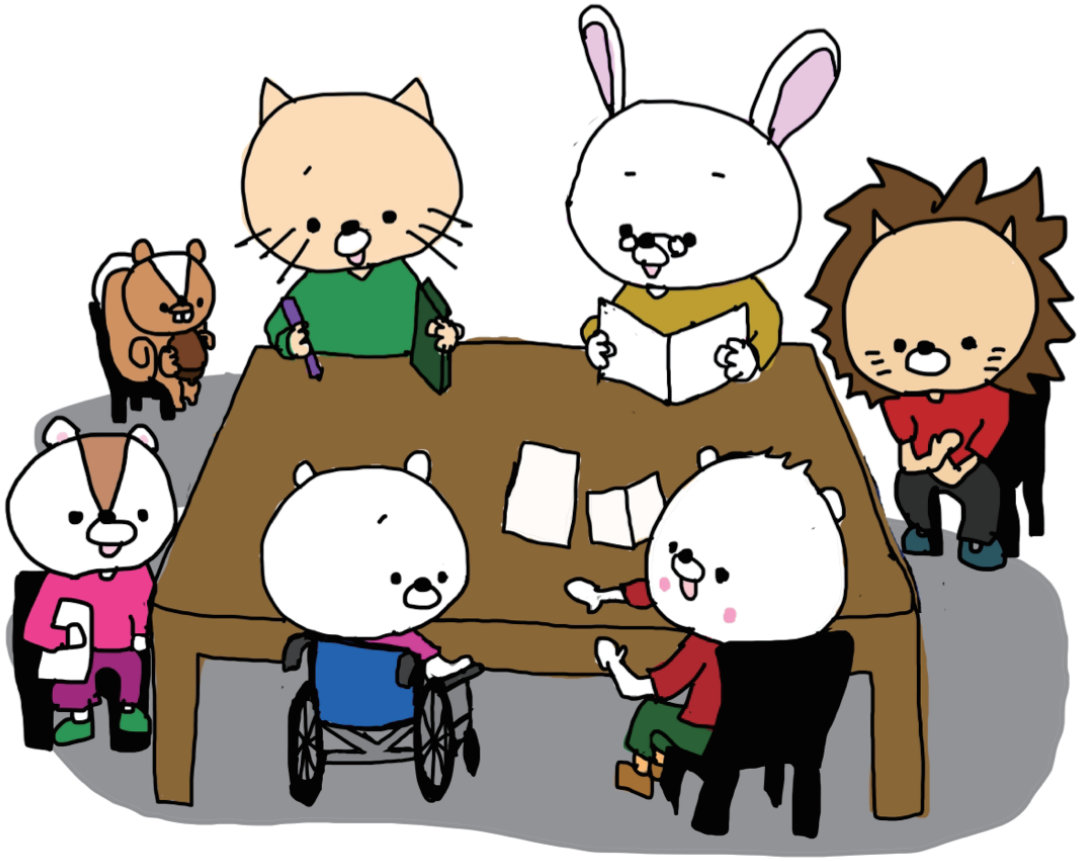
TEL:03-5826-7871 ／ FAX:03-5826-7872

この冊子は、日本作業療法士協会が受託した平成28年度老人保健健康増進等事業の助成を受けて作成しました。

本ガイドブックの症例の掲示にあたり、すべての方から了承を頂いています。

平成28年度老人保健健康増進等事業

活動と参加につなげる離床ガイドブック実践編（案）



「本人らしさ」を
チームで支えよう！

P1

1．はじめに

車椅子を必要とする要介護高齢者が廃用症候群の予防という理由だけで、ただ離床しているだけでは、離床している本人だけでなく支援者にとっても、苦痛かもしれません。

離床は日常生活動作（ADL）や余暇、仕事、休息など**『本人が望む作業（活動）』**を目標にし、それを実現していくことで、心と体が元気になり、**人生の質（QOL）の向上**につながっていくことが期待されます。

「活動と参加につなげる離床」の実践には、**チームでの目標共有や専門性に基づいた役割分担と介入**が必要になります。そして、『活動しやすい座位保持』と『本人と介助者が安心して行える移乗』ができるようになることで、日常生活での離床の継続が可能になります。

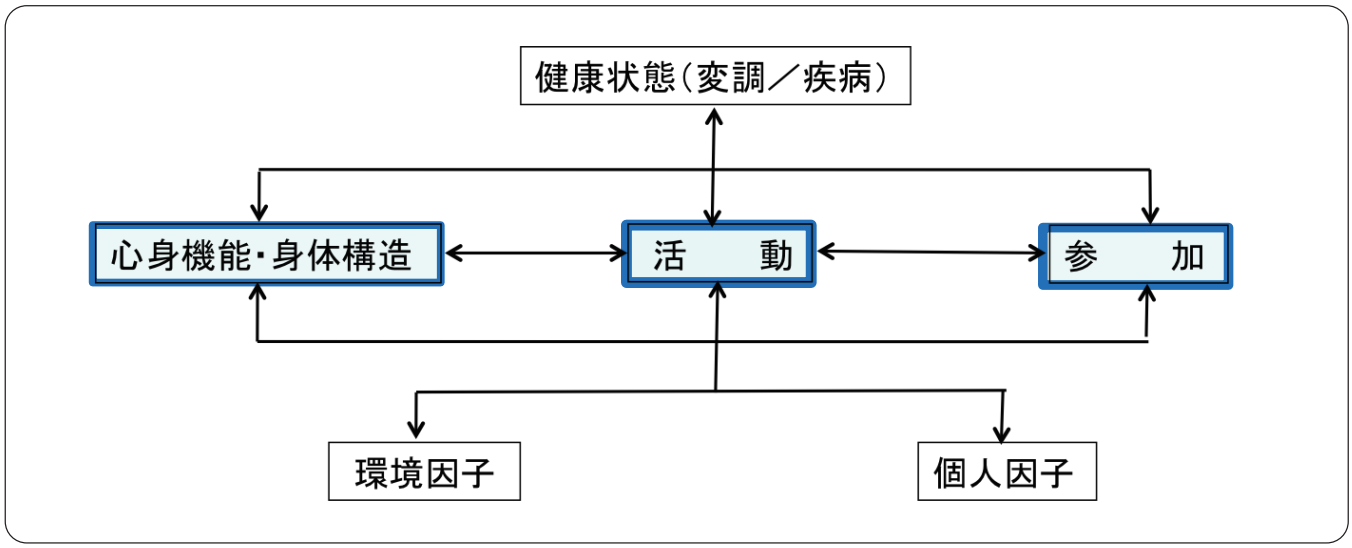
このガイドブックは、要介護高齢者の「活動と参加につなげる離床」に取り組もうとするチームにとって必要となる基本的な知識や技術を解説しています。このガイドブックが在宅や施設で活用され、本人や家族のQOLの向上や支援者の介助負担の軽減、そして更なる専門知識・技術のステップアップの基盤になれば幸いです。

目　次

1. はじめに　1
2. 活動と参加って何だろう？　2
3. なぜ離床するの？　3
4. 離床はリハビリに任せておけばいい？　4
5. だから私たち起こしてます！　5
6. 「活動と参加につなげる離床」を始めましょう！　6
   ① 情報収集とリスク管理　7
   ② チームでの離床目標の共有　9
   ③ 身体機能評価と車椅子適合のための目標設定　10
      1）身体機能評価の目的　10
      2）身体機能評価を必ず行いましょう！　10
      2−1）車椅子適合のアセスメントシートの進め方　10
      2−2）座位能力分類　13
      2−3）マット評価　14
      2−4）身体寸法の計測方法と車椅子各部の寸法の目安　16
   ④ 車椅子とクッションの適合　19
      1）座位能力と選定の目安になる車椅子とクッション　19
      2）車椅子の調整箇所と調整による身体への影響　20
   ⑤ 移乗方法の検討と決定　21
      1）移乗の目的　21
      2）移乗方法を検討しよう　21
      3）身体機能からみた移乗方法と福祉用具選定の目安　22
      4）腰痛予防対策　24
   ⑥ 生活場面での用具の使用と効果の共有　25
7. 介護老人保健施設での実践例　26

2．活動と参加って何だろう？ P2

WHO（世界保健機構）は2001年に国際生活機能分類（ICF）を発表しました。ICFは、対象者を総合的に見るためのツール（道具）であり、対象者が**『よりよく生きていくこと』**を支援するために役立ちます。



（このガイドブックの「活動と参加」はICFに基づいています）

● 心身機能・身体構造 → 生物レベル

体の働きや精神の働き、また体の一部分の構造のこと。

例）精神機能、感覚機能、痛み、関節と骨の機能、筋の機能、脳の構造、上肢の機能など

● 活動 → 個人レベル

生きていくのに役立つさまざまな行為のこと。

例）食事、更衣、移動、排泄、整容、入浴、家事、仕事、人との交流、趣味など。

● 参加 → 社会レベル

社会的なできごとに関与したり、役割を果たすこと。

例）主婦としての役割、親や祖父母としての役割、地域社会（町内会や交友関係）の中での役割など。

ワンポイント アドバイス！

「人は作業（=生活行為）をすることで元気になれる！」

人は病気や心身に障がいを持った時、これまでの生活や望む人生が送れなくなったと思います。そのことで生きる意欲を失い、介護が必要な状態になったりします。一方で、心や体に支障があっても生き活きとした人生や生活を送っている人たちはたくさんいます。その人にとって「大切な生活行為」との出会いが、心を元気にし、自分の生活に目を向け、生き生きとした人生をつくっていくことにつながります。

（一社）日本作業療法士協会

P3

3．なぜ離床するの？

適切な離床による効果としては、意識障害の改善、褥瘡予防、拘縮の予防、起立性低血圧の予防、嚥下障害の予防、排泄障害の予防などがあげられます。これらの二次障害の予防にとどまらず、活動と参加に向けた離床目標を立案し、日常的に離床を実施することで、**『本人の主体性』**が促され、**『QOLの向上』**とともに身体機能や精神機能にも良い影響を与えることが期待されます。

孫の夏休みの宿題のために祖母の役割として、大島へ家族旅行に行きました！

自宅で3年ぶりに離床して、初孫を抱っこして「はい、ポーズ！」

車椅子に座って、左手で絵が描けるようになり、今では生きがいになっています。

活動と参加につなげる離床 ➡ **本人らしさの獲得**

心身機能への効果	活動への効果	参加への効果
・意識障害の改善 ・情動や意欲の出現 ・褥瘡予防 ・拘縮の予防 ・起立性低血圧の予防 ・嚥下障害の予防 ・排泄障害の予防　など	・注意して見る・聞くことができる ・非言語メッセージの表出と理解の向上 ・話し言葉の理解力の向上 ・整容、食事、移乗などADL（日常生活動作）の介助量軽減や自立 ・移動手段の獲得 ・趣味活動の実施　など	・親や祖父母としての役割が果たせる ・レクリエーションへの参加 ・散歩や旅行に行くことができる など

4．離床はリハビリに任せておけばいい？ P4

離床はリハビリ時間のみではなく、実生活場面での生活範囲の拡大を目標としているため、本人・家族と多職種からなる**『チーム協働での取り組み』**が必須になります チームメンバーが連携してそれぞれの専門分野においてアセスメントや評価を行い、その結果を持ち寄って目標を設定します。そしてメンバーは、それぞれ専門職としての計画を立案し実践します。

チームによる介入が不可欠

移乗の介助量が軽減し、離床して大好きな相撲を見られるようになった事例

介護療養病床に入院する重度障害高齢者に対して、病棟フロアで大好きな相撲観戦や他者との交流を図るために離床目標の共有や移乗方法の検討、介助方法の伝達と車椅子の適合等を行いました。その結果、2カ月後には病棟スタッフによる移乗動作の介助量が軽減し、実生活での離床が可能になり、安楽な車椅子で、テレビ鑑賞が楽しめるようになりました。また、表情が穏やかになり、周囲への関心が高まりました。

5．だから私たち起こしてます！

● 本人・家族の立場から

四肢麻痺になって、生きていても仕方がないと言っていた母が、「生きているから“動きたい！」「起きると何よりお腹が空きます。ベッドでは何も見えないし、話もできません。」と言いました。夢だったアメリカ旅行に車椅子で行くこともできました。リフトを使い、母に合った車椅子に頑張って毎日乗せたことが、家族にとっても幸せの道への第一歩でした。

家族とともにクリスマスのロックフェラー（アメリカ）

● 医師の立場から

ずっと寝たままでいると、体力の低下、筋力の低下、心肺機能の低下、消化器機能の低下、嚥下機能の低下、認知機能の低下、褥瘡の発生等、様々な弊害をもたらします。

離床することで、これらを予防し、生活の質（QOL）の向上につながります。

● 看護師の立場から

安静状態が長く続いたため、リハビリをするために転院してきた患者さんがいました。医療チームで協力し、車椅子で離床ができるようになりました。

四季折々の行事に参加し「生かされているんじゃなくて生きてる実感が湧くね」「四季を感じることで生きている実感が湧くね」と言って下さいました。患者さんの笑顔が最高でした！

病棟でのクリスマス会

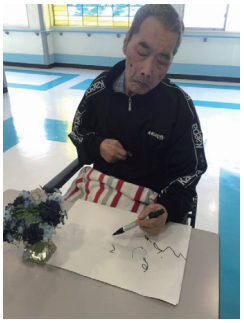
● 介護職の立場から

車椅子に座ることでベッドから見る景色とは違い、スタッフや他の患者さんと顔を合わせ会話することで笑顔も見られます。体の大きい患者様の離床は介助量も多く大変ですが、一人で無理せず二人で介助することで安全な移乗や介助者の負担軽減ができます。

● 作業療法士の立場から

リハビリテーションの本質は「自分らしさ」を取り戻すことです。ベッドの上だけでの生活・座り心地の悪い車いすでの生活は「自分らしさ」と共に「人としての尊厳」も奪います。

ご本人に合った車椅子に座ることは、それらを取り戻しご本人の「したいこと」やご家族が「ご本人としたいこと」を叶えるベースになります！



生きがいのある活動

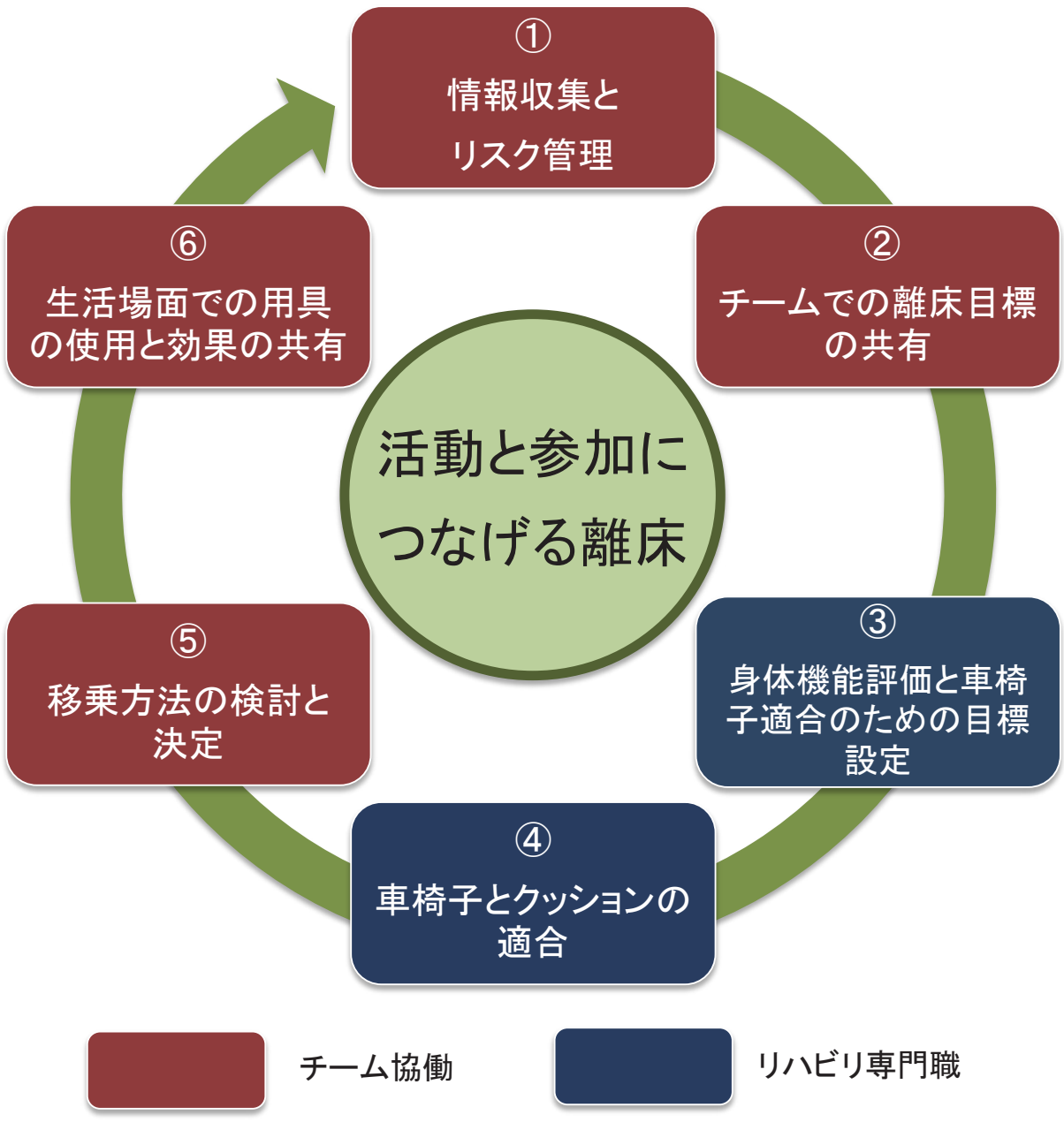
それぞれの立場の方々からコメントを頂きました。原文をそのまま記載しています。

６．「活動と参加につなげる離床」を始めましょう！ P6

活動と参加につなげる離床を始めるためには、車椅子やクッションの適合（選定・調整）の知識・技術を有する専門職の介入が必要です。また、継続的に離床を行うためには、本人と支援者との双方に負担がなく、安心して行える環境作りが必要になります。チームでの目標共有が出来たら用具や環境整備を行い、チーム全員が安全に行えるようにしましょう。

次項から下図の実施手順にそって、各項目のポイントを説明していきます。

実施手順



P7 ① 情報収集とリスク管理

適切に離床を行うためには、必要な情報収集を行い、常にリスク管理をする必要があります。離床を行うにあたっては　医師の承諾を得て、対象者のリスク管理を行いながら、段階付けて離床をすすめましょう。背臥位の状態からベッドの背上げをし、血圧、めまい、嘔吐などを確認し、問題がなければベッドから足を下して端座位の能力や血圧、めまい、嘔吐などを確認していきます。次に車椅子座位、立位、歩行へと進めていきます。また、時間や頻度もあわせて段階的に延長していきます。

離床の開始基準と中止基準

離床の開始基準 離床を行わないほうが良い場合	離床の中止基準 離床を中断し、再評価したほうが良い場合
・強い倦怠感を伴う38.0度以上の発熱	・脈拍が140回/分を超えたとき （瞬間的に超えた場合は除く）
・安静時の心拍数が50回/分以下または 120回/分以上	・収縮期血圧に30±10mmHg以上の変動がみられたとき
・安静時の収縮期血圧が80mmHg以下 （心原性ショックの状態）	・危険な不整脈が出現したとき（Lown分類4B以上の心室性期外収縮、ショートラン、RonTモービッツⅡ型ブロック、完全房室ブロック）
・安静時の収縮期血圧が200mm以上または 拡張期血圧120mmHg以上	・SpO_2が90%以下となったとき （瞬間的に低下した場合は除く）
・安静時より危険な不整脈が出現している （Lown分類4B以上 の心室性期外収縮、ショートラン、RonTモービッツⅡ型ブロック、完全房室ブロック）	・息切れ・倦怠感が修正ボルグスケールで7以上になったとき
・安静時より異常呼吸が見られる （異常呼吸パターンを伴う10回/分以下の除呼吸 CO_2ナルコーシスを伴う40回/分以上の頻呼吸）	・体動で疼痛がVAS7以上に増強したとき
・P/F比（PaO_2/FiO_2）が200以下の重症呼吸不全	
・安静時の疼痛がVAS7以上	
・麻痺等神経症状の進行が見られる	
・意識障害の進行が見られる	

＊心疾患を合併している場合は循環器理学療法の基準を参照のこと

＊症状・病態によってはこの基準が該当しない場合があるので総合的に評価し離床を進めること

「実践！早期離床完全マニュアル」から引用

離床する前に観察・確認しておくポイント

項　目		観察のポイント
自覚症状		気分不良、悪心、めまいの有無、呼吸困難の有無、疼痛の程度。
意識レベル		出血などによる急激な循環血漿量の減少であれば、意識レベルの低下をみとめることもある。
循環動態	血　圧 脈　拍	離床ケアにおける生体への負担度を評価するためには、離床ケア前後で測定することが望ましい。術創やドレーンなどからの出血などによる循環血液量の減少がある場合は、臥床状態では明らかな異常はなくても、離床とともに急激な変化（血圧低下、頻脈、不整脈など）を呈することがあるので注意が必要。
	中心静脈圧（CVP）	低値（5cmH_2O以下）だと循環血液量の不足、高値（10cmH_2O以上）だと循環血液量の過剰が考えられる。
呼　吸		心拍出量減少、肺循環血漿量の減少を来した結果、呼吸速迫、呼吸困難などを認めることがある。
体　温		発熱を認める場合には、不感蒸泄の増加や発汗などにより、脱水を呈している場合がある。また、発熱に伴う消耗静疲労を来すことが考えられるため、注意が必要。
水分バランス	INTAKE	輸液量、輸血量、経口摂取量
	OUTPUT	尿量（時間尿量）、尿比重 出血量：ドレーンからの出血量だけでなく、創部からの出血量が多量の場合はガーゼカウント量も把握する。 腸管排出量、創部浸出液
末梢循環不全兆候		顔面蒼白、チアノーゼ、四肢冷感など。離床ケアを実施中も、気分不良や悪心、めまいなどの自覚症状とともに注意深く観察する。
浮　腫		浮腫を認めている部位、その程度の推移。水分バランス、アルブミン値などとあわせて評価。
検査データ	腎機能	BUN、Cr、クレアチニンクリアランス他
	貧血の有無	赤血球数、ヘモグロビン、ヘマトクリット値、他
	電解質	血清Na、K、Cl、他
	血液ガス	酸塩基平衡、酸素化の評価、他
	胸部レントゲン	心胸郭比、肺うっ血像の有無

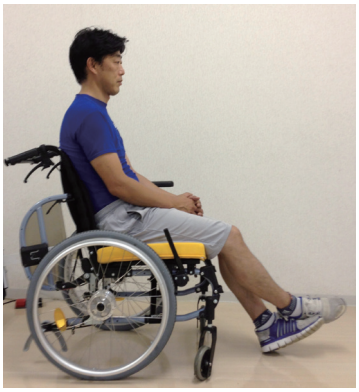
「実践！早期離床完全マニュアル」から引用

ワンポイント アドバイス！

座位姿勢の考え方　「活動と休息」

下の写真のように、座位姿勢には大きく分けて「活動的な座位姿勢」と「安楽な（休息）座位姿勢」があります。車椅子適合の目標を活動にするのか、休息にするのかで、骨盤の傾きや上肢を置く場所などが違うため、車椅子の座面や背面の角度などを合わせる必要があります。マット評価から得られたその方の目標とする活動がしやすい座位姿勢が車椅子上で再現できるように車椅子を選び、調整するという考え方を持ちましょう。

活動的な座位姿勢

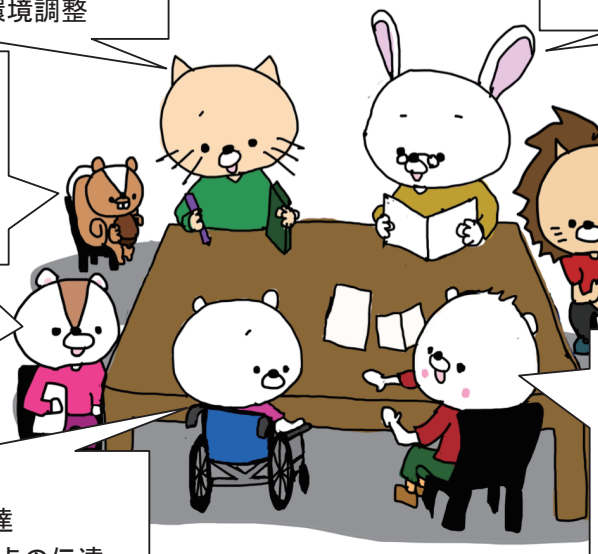


安楽な（休息）座位姿勢

P9 ② チームでの離床目標の共有

リハビリテーション総合実施計画書等を用いて、離床に関わるチーム（本人・家族を含む）で活動・参加に向けた目標共有を必ず行いましょう。目標の達成に向け、役割を明確にし、それぞれの専門性に基づいた介入を行えるように計画を立て、実践します。下表には各専門職の主な役割を記します。

チームメンバーの主な役割



● 作業療法士
活動と参加のための離床に必要な身体機能等の評価と環境調整

● 医師
・離床の可否とリスク管理
・予後や治療方針の説明

● 福祉用具関連の事業者
福祉用具の紹介や適合時の助言

● 介護職
生活での離床支援と食事介助時の嚥下状態の把握

● 介護支援専門員
福祉用具や家屋改修の調整とケアプランの作成

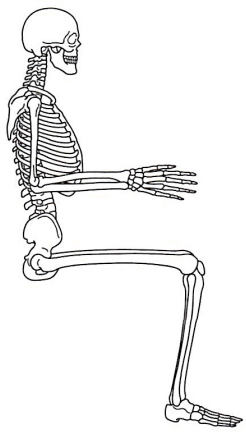
● 看護師
・離床時のリスク管理と生活上の変化点の把握
・褥瘡など二次的障害の予防と発生時の対応

● 本人・家族
・離床目標の検討と伝達
・離床時の問題点や利点の伝達

ワンポイント アドバイス！

座位姿勢の考え方　「指標となる椅子座位姿勢」

指標となる座位姿勢は椅子座位で最も合理的な座位姿勢とされています。この指標となる椅子座位姿勢を中心に、骨盤が前方や後方に傾くことで、活動姿勢や休息姿勢になります。



0度
足関節　足底中立位

特集 動きを支援するポジショニング・シーティング　リハビリナース vol7 No6 2014 から図を引用

③ 身体機能評価と車椅子適合のための目標設定

P10

車椅子やクッションの適合の前段階として、車椅子適合の知識・技術をもった専門職が身体機能評価等を行い、その結果から車椅子適合の目標設定を行います。目標設定は本人・家族や多くの専門職の意見を聴取しながら行います。

1） 身体機能評価の目的

身体機能評価の目的は、本人の動作能力、座位保持能力などの身体機能と身体寸法計測を行うことで、どのような車椅子構造を選択すべきか、寸法と同時に角度を決定し、そしてどのように身体を支持するのかなどを決定することです。また、車椅子に座った時に生じる問題を推測できます。

2） 身体機能評価を必ず行いましょう！

次ページの車椅子適合のアセスメントシート（1）と（2）に基づいて身体機能評価を進めていきましょう。「座位能力分類」、「マット評価」、「身体寸法の計測」を行います。マット評価では、プラットフォーム上で臥位と座位を評価します。それぞれの評価から活動しやすい車椅子座位を想定し、車椅子の選定・調整を行います。用具に人を当てはめるのではなく、本人に合った用具を適合するという考えを持ちましょう。

2－1）車椅子適合のアセスメントシートの進め方

基本情報、現状の車椅子の使用状況、離床時間、車椅子乗車時の課題などをカルテ閲覧や聞き取り、観察などから確認します。また、今後の生活環境もあらかじめ情報収集しておきます。

車椅子適合にあたって本人・家族からの希望の聴取は最も重要な事項のひとつです。希望の聴取から実現可能な目標を立案していきます。目標の内容は活動と参加を主とすることが重要です。そうでないと、体をまっすぐにして車椅子に座らせることが目標になりかねません。活動と参加がしやすくなる座位を獲得することで、主体性（意欲）の向上、行動範囲の拡大を目指します。

車椅子適合で問題点となる、座り心地、感覚、筋緊張、痛み、褥瘡、呼吸、認知症、車椅子駆動能力などを把握しながら、「座位能力分類」、「マット評価」を行います。それらの結果から、車椅子適合の目標に優先順位を立て、目標とする車椅子座位姿勢をプラットフォーム上で決め、その座位姿勢の身体寸法を計測します。

P11

車椅子適合のアセスメントシート（1）

評価者：　　記入日：　　年　　月　　日

1．基本情報

利用者氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　性別：＿＿＿＿　年齢：＿＿＿＿歳

要介護度：＿＿＿＿＿＿　身体障害手帳：＿＿＿＿級　高齢者の日常生活自立度：＿＿＿＿

主病名（発症日）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　障害名：＿＿＿＿＿＿＿＿

合併症：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　既往歴：＿＿＿＿＿＿＿＿

身長：＿＿＿＿cm　体重：＿＿＿＿kg　栄養状態（ＢＭＩ）：＿＿＿＿

2．車椅子に関する現状の生活状況

車椅子の使用：無・有

車椅子の種類：□モジュラー車椅子 □標準型車椅子 □リクライニング車椅子 □ティルト機能付き車椅子
□ティルト・リクライニング機能付き車椅子
□その他（昇降等）＿＿＿＿＿＿　駆動方式（ 電動　手動　介助用 ）

商品名・メーカー：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

シート幅：＿＿＿＿ｃｍ　シート奥行：＿＿＿＿ｃｍ　前座高：＿＿＿＿ｃｍ

所有者 ：□個人（□所有 ・□レンタル） □病院・施設（□1 人 1 台 □複数名で 1 台）

クッション ： □無 □有　製品名・メーカー：＿＿＿＿＿＿　付属品：＿＿＿＿＿＿
クッション厚さ：＿＿＿＿cm　素材タイプ：＿＿＿＿＿＿

車椅子操作能力：□自走不可 □自走可（ 上肢：□右 □左、 下肢：□右 □左 ・ 操作距離 約　　m）

車椅子離床時間：１回の離床に付き＿＿＿＿時間、１日合計＿＿＿＿時間、 主な離床目的：＿＿＿＿

移乗能力：□自立 □要介助：介助量（□重 □中 □軽）・人数（□1 人 □2 人）

使用している福祉用具：□電動ﾍﾞｯﾄﾞ □介助ﾊﾞｰ □ﾄﾗﾝｽﾌｧｰ･ﾎﾞｰﾄﾞ □スライディング ボード □ﾘﾌﾀｰ □他：＿＿＿＿

乗車時の課題：□座り心地 □座位姿勢 □筋緊張 □離床時間 □痛み □褥瘡 □呼吸 □ずり落ち/転落
□認知症等（影響：＿＿＿＿＿＿） □車いす駆動 □他（＿＿＿＿＿＿）

生活上の問題点と課題（活動と参加の視点から）

＜今後の生活環境＞

転帰先：□在宅 □病院 □施設 □その他

主な使用場所：□屋内用のみ □屋内・屋外使い分け □屋内・屋外兼用

主な介助者：□配偶者 □子 □親 □ケアスタッフ □その他

入手制度：□介護保険（レンタル） □身体障害者手帳（作製） □自費（□既製品・□作製）
□施設（□購入・□リース） □その他：

車椅子適合のアセスメントシート（2）

3．車椅子適合のための評価

車いす・クッションの適合への本人・家族の希望：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

移乗方法　□立位移乗　□座位移乗　□リフト移乗　□臥位移乗　／　使用している用具：＿＿＿＿＿＿

臀部の感覚障害：　有　・　無　／　除圧動作：　自力　・　介助　／　臀筋の萎縮・骨突出：　有　・　無

褥瘡の有無：無・有（部位：　　）　褥瘡の既往：無・有（部位：　　）

大きさ：縦；＿＿㎜　横；＿＿㎜　DESIGN-R：＿＿＿＿　発生場所：＿＿＿＿＿＿

痛み：着座してからどの程度の時間で痛みが生じるか：＿＿分　痛みが継続する時間：＿＿分

痛みの部位と程度（VAS）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

筋緊張：部位と程度（MAS）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

マット評価

＜臥位での評価＞

		可動性			可動性
骨盤の傾き	□前傾	：有・無	脊柱	□円背	：有　・　無
	□後傾	：有・無		□前弯	：有　・　無
	□回旋	：有・無　（右・左）		□側弯	：有　・　無　（右・左）
	□片側への傾き	：有・無　（右・左）			

股関節屈曲(骨盤代償なし)：右＿＿＿＿°　左＿＿＿＿°

股関節屈曲時の膝関節可動域；右＿＿＿＿°～＿＿＿＿°　左＿＿＿＿°～＿＿＿＿°

＜座位での評価＞

座位時の頭頸部のコントロール：可・不可　　Hoffer 座位能力分類　：□Ⅰ　□Ⅱ　□Ⅲ

アライメント

骨盤：　□前傾　□後傾　□片側への回旋（□左　□右）　□傾き（□左　□右）

脊柱：　□側弯　□円背・亀背　□前弯　□捻転

頭部：　□左右への偏移　（□左　□右）　□前後への偏移（□前　□後）

座位時の肢位の状態・変形や問題点

股関節　□外転(右　左)　□内転(右　左)　□外旋(右　左)　□内旋(右　左)　　可動性(　有　　無　)

足部　　□尖足(右　左)　□外反(右　左)　□内反(右　左)

身体計測

①座位臀幅　：＿＿cm　　②座底長：＿＿cm

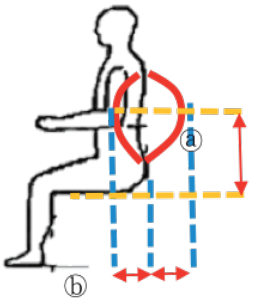
③座位下腿長（靴・装具：有・無）：右；＿＿cm　左；＿＿cm

④座位腋下高：右；＿＿cm　左；＿＿cm

⑤座位肘頭高：右；＿＿cm　左；＿＿cm

⑥脊柱彎曲の最凸または凹の座面からの高さⓐ＿＿cm

座面後ろからⓑ＿＿cm 凸・凹（右図参照）



■ シーティングの目標

□ 姿勢改善(ずり落ち・傾斜・回旋・前傾・頭部の位置関係・嚥下・呼吸・下肢の内外転)

□ 快適性(座位時間延長　　時間⇒　　時間)　□変形対応(　側彎・円背・回旋・下肢・足部　)

□ 筋緊張（　過緊張・不随意運動・痙性・低緊張による姿勢の崩れ　）

□ 痛みの緩和(　臀部・背中・首・肩　)　□ 褥瘡改善

□ 活動性向上(　上肢機能向上・食事・車いす駆動・電動操作・整容・更衣 等　)

□ 参加への支援：(＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿)

□ その他：(＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿)

2－2）座位能力分類

Hoffer（ホッファー）の座位能力分類は信頼性が確認されている簡便な評価方法で、必要な車椅子の機能の大まかな選択（サポートの位置や大きさ、必要となる機能など）に役立ちます。

プラットフォームなどのしっかりとした座面上に座り、足底が床につく高さ（足底が床に着かない場合は足台などを使用する）で、以下の3段階に分類します。

1．手の支持なしで座位可能

身体寸法に合った車椅子適合を行う

2．手の支持で座位可能

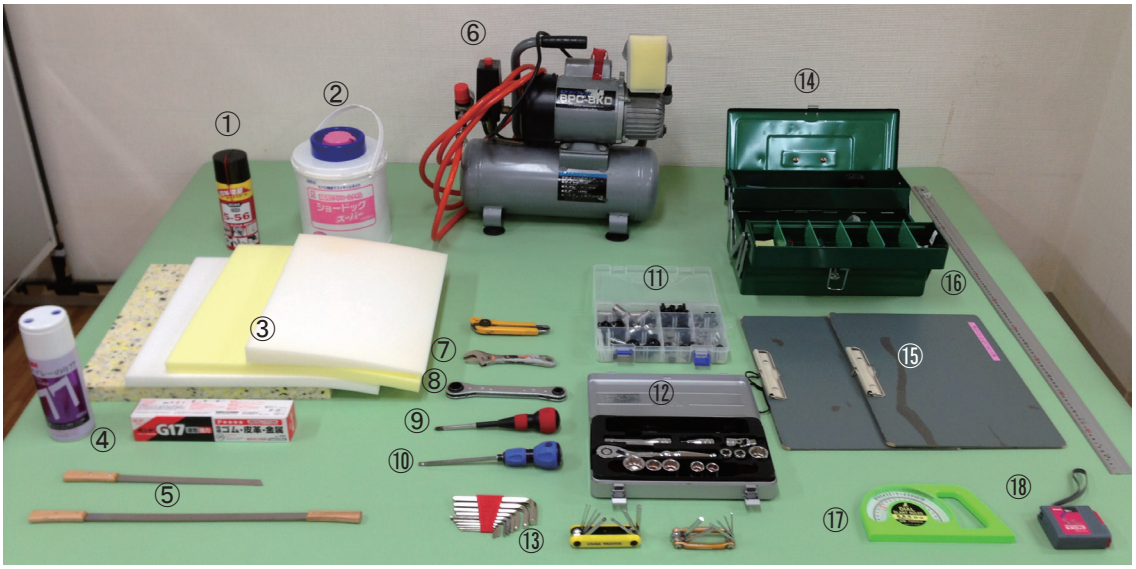
安定した座面や背面と骨盤や体幹の支持が必要になる

3．座位不能

骨盤、体幹、頭頸部の支持やティルト機構などが必要になる

ワンポイント アドバイス！

身体機能評価や車椅子適合で使用する用具



①潤滑剤　②アルコールタオル　③ウレタンフォーム　④ウレタンフォームの接着剤　⑤ウレタンフォーム用カッター　⑥エアコンプレッサー　⑦カッターナイフ　⑧モンキーレンチ　⑨ラチェットレンチ　⑩プラスドライバー・マイナスドライバー　⑪ボルト、ナット、ねじ　⑫ソケットレンチ　⑬六角棒レンチ（メートル規格とインチ規格）　⑭工具箱　⑮バインダー（身体寸法計測用）　⑯物差し　⑰角度計　⑱コンベックス

2−3）マット評価

（1） マット評価の目的

車椅子の適合をする前にマット評価を行い、活動がしやすい座位姿勢の肢位や車椅子部品の寸法、車椅子の部品間の角度、骨盤や体幹、頭頸部など身体を支える車椅子部品の位置や大きさ、形状などを明らかにします。その結果から実際の車椅子の選定や調整をしていきます。

（2） マット評価の進め方

マット上（プラットフォーム上）で「臥位」と「座位」の評価を行います。下記のURLの動画がマット評価の進め方を分かりやすく解説しているので参考にして下さい。

Mat Evaluation (RESNA) Presented by Jean Minkel https://www.youtube.com/watch?v=yHjn4y9H-6M

＜臥位での評価＞

臥位は座位と比較し、抗重力筋を弛緩させることができる姿勢です。その状態での関節可動域を評価し、目標とする座位姿勢の決定につなげていきます。特に重要なのは、股関節の可動域の評価で、その結果は車椅子の座背角の指標になります。下表に臥位評価のポイントを示します。

臥位評価のポイント

確認部位	評価のポイント
骨盤前傾 後傾・回旋・側屈	・骨盤が中間位をとれるかを確認してから始める。 ・可動性を評価しながら、筋緊張の程度を評価する。
股関節屈曲	・座背角の指標となります。 ・股関節を屈曲する際、骨盤の動きが出現しない範囲で計測する。
上記で得られた股関節屈曲角度での膝関節の屈曲・伸展	・フットサポートの位置の指標になる。 ・ハムストリングスの伸長の程度を評価しながら、不快感・疼痛もあわせて評価する。

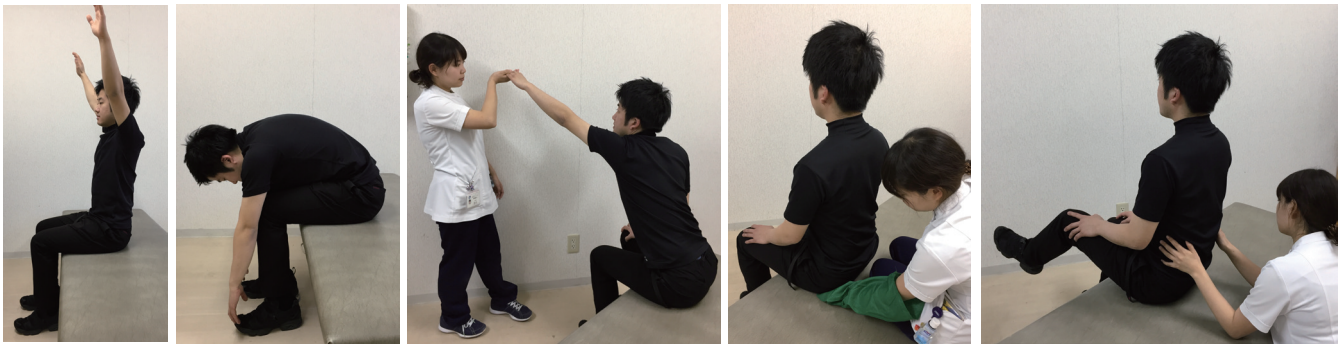
臥位のマット評価場面

プラットフォーム上で臥位になり、車椅子座位を想定しながら、股関節や腰部の可動性を評価する。

膝関節の関節可動域を評価しながら、車椅子上での足底の設置位置を検討する。

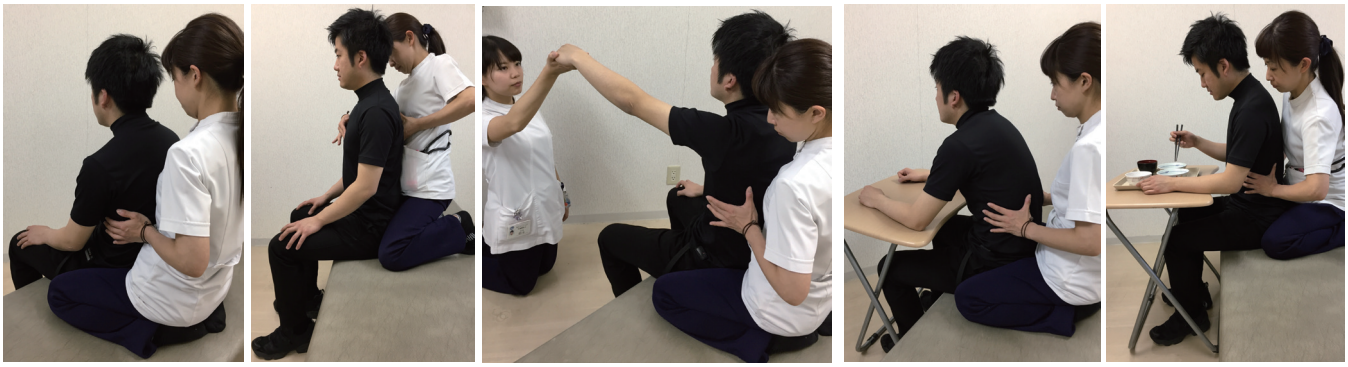
＜座位での評価＞

● 手の支持なしで座位可能（Ⅰ）



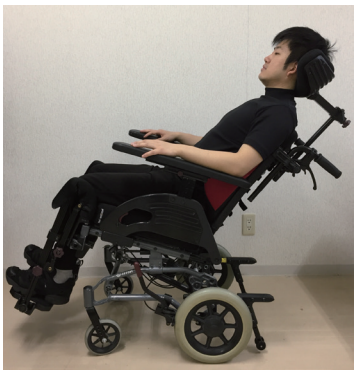
骨盤や体幹のサポートが不要なレベルです。指標となる椅子座位姿勢が可能か、端座位でどの程度体を動かすことができるか、重心の偏倚や、下肢を持ち上げて筋緊張の左右差などを評価します。また目標とする生活動作が可能か、模擬的な環境を設定し評価します。

● 手の支持で座位可能（Ⅱ）



骨盤や体幹をサポートすることで、体を支えている手が使えるようになるレベルです。上の写真のように評価者が体を使って、対象者の骨盤や体幹を支持し、必要なサポートの程度を評価するとともに、重心の偏倚の評価、脊柱や頭頸部の可動性の確認、座背角度の検討、上肢の操作性をみていきます。評価者は対象者が体幹を支えるために必要なサポートの位置や大きさ、力の程度などを評価し、必要な車椅子部品を検討します。

● 座位不能（Ⅲ）



骨盤、体幹、頭頸部の支持やティルト機能が必要になるレベルです。呼吸や嚥下への影響に配慮しながら、リクライニング角度やティルト角度の検討とあわせて、頭頸部をどのように支持するかを評価します。また、上肢の支持する方法も重要な評価のポイントになります。

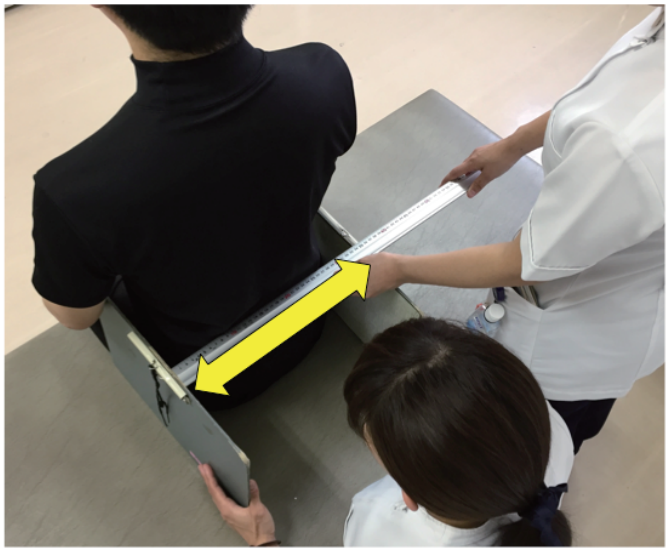
2−4）身体寸法の計測方法と車椅子各部の寸法の目安

身体寸法に車椅子の各部の寸法を合わせることが、車椅子適合の基本になります。以下に車椅子適合で必要となる身体寸法の計測部位ならびに計測方法と車椅子各部の寸法の目安を示します。

座位臀幅（ざいでんぷく）

臀部における左右の最も外側に突出した部位間の水平距離で、通常は左右大転子間距離となることが多い。

座位臀幅 ＋ 5cm →　シート幅の目安



P17

座底長（ざていちょう）

臀部後縁から膝窩までの水平距離

座底長 ― 5cm → シート奥行の目安

座位下腿長（ざいかたいちょう）

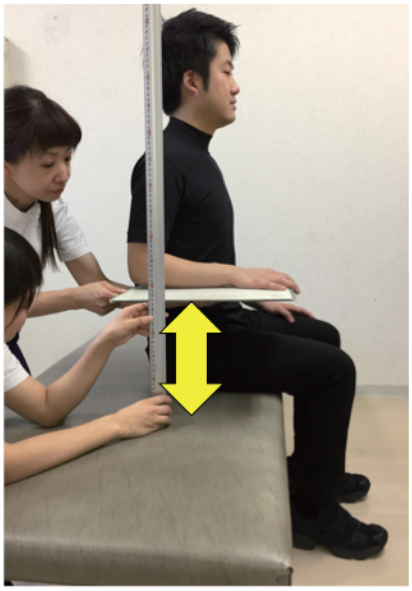
踵点（踵後縁点）から膝窩までの直線距離

靴底から膝窩までの長さ
→ 床からシート間長　または　フットサポート・シート間長の目安

座位肘頭高（ざいちゅうとうこう）

上腕を自然に下垂して肘を直角に曲げ、手のひらを内側にして前腕を水平前方に伸ばしたときの、シート面から肘の下縁までの垂直距離。

座位肘頭高　→　アームサポート高の目安

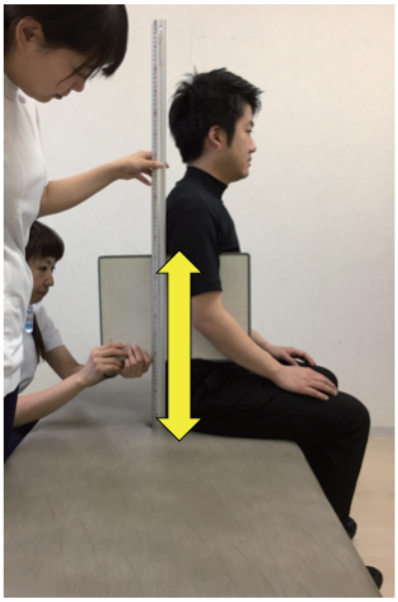


座位肩甲骨下角高（ざいけんこうこつかかくこう）

：シート面から肩甲骨下角までの垂直距離

座位腋下高（ざいえきかこう）*：シート面から腋下までの垂直距離*

座位肩甲骨下角高・座位腋下高　→　バックサポート高の目安



P19

④ 車椅子とクッションの適合

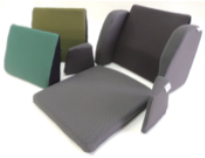
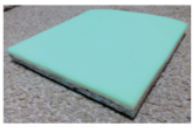
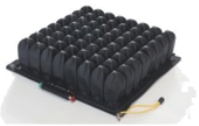
座クッションを選定する際には使用目的を明確にし、大きさ、材質、形状、材質の配置などに着目して、離床目標を達成しやすい座クッションを選定しましょう。また、座クッションの厚みは座面高に影響するので、**あらかじめ座クッションを決めてから、身体寸法の計測で決定した座面高になるように車椅子を選びましょう。**

座クッションの使用目的は、①臀部の支持、②接触圧の低下、③坐骨結節や大腿部への摩擦やせん断力の低下、④対称性の姿勢、⑤安定性、⑥機能性、⑦安楽性があげられます。

また、クッションの選定や除圧動作指導を行う際には、滑りの良いグローブを使って、臀部や大腿部、脊柱などの骨突出部の触診を必ず行います。体圧測定器を用いて視覚的に体圧や圧分散の程度が分かると、本人や家族、介助者などにクッションの有用性や、除圧動作の方法の理解が得られやすくなります。

適合終了時にはクッション・車椅子の適合チェックリストに結果を記入します。用具の誤用による事故を避けるために、他職種に使用方法を必ず伝達しましょう。

1） 座位能力と選定の目安となる車椅子とクッション

座位能力	選択の目安となる車椅子とクッション	車椅子とクッションの一例
1. 手の支持なしで座位可能	サポートなしで座位保持ができる方です。体の大きさに合った車椅子を選びます。クッションの選択の際には、実際にクッションに座り、座り心地や動きやすさを評価します。普通型車椅子対応の座・背クッションが市販されていて、動きの支援に有効です　。	ウレタンフォームの座クッション（大人用クッションタイプ4）  普通型車椅子対応の座・背クッション（ノビットシステム）  ウレタンフォームを用いた著者自作の座クッション
2. 手の支持で座位可能	骨盤や体幹をサポートすることで、体を支えている手が使えるようになります。モジュラー車椅子を選択することで、体の大きさに合わせたり、座や背の角度調整などができます。自分で除圧動作ができない場合が多いので、クッションは座位保持機能と除圧機能を併せもったものを選びます。	モジュラー車椅子（レボ） ゲルとウレタンの複合クッション（デュオジェル クッション） 空気とウレタンの複合クッション（ソロPSV）
3. 座位不能	骨盤、体幹の他に頸部や頭部のサポートが必要になります。リクライニングをした時に体が前滑りしないよう、ティルト機能が付いた車椅子などを選択します。クッションはより除圧能力のあるものを選択します。背面の圧分散用の背クッションも必要になります。	ティルト・リクライニング機能付き車椅子（マイチルト）  空気調節式クッション（ロホ・クァドトロセレクト ハイタイプ） ジェル状の流動体クッション（JAY J2 クッション）

特集 動きを支援するポジショニング・シーティング　リハビリナース vol7 No6 2014 から引用

2）車椅子の調整箇所と調整による身体への影響

車椅子の調整箇所と調整による身体への影響を把握することで、適切な調整がしやすくなります。

	チェックポイント	身体への影響
座　面 （シート）	たわみ	・骨盤が傾き、体幹や頭頸部が傾きやすくなる。
	座　幅	・広すぎる：ハンドリムまで手が届きにくく、駆動が困難になる。シートのたわみの影響を受けやすくなる。 ・狭すぎる：移乗の際、座り込みがしづらくなる。車いすのサイドガードに接触し、擦過傷や褥瘡の発生原因になる。
	奥行き	・長すぎる：骨盤が後傾し、脊柱が曲がり頭部が下がってしまう。 ・短すぎる：支持面積が小さくなり、安定性の低下につながる。また接触面積が小さくなり、体圧が分散されにくく、褥瘡発生リスクが高まる。
	座角度	・後方が低い：骨盤が後傾し、体幹や頭頸部が後方に倒れやすくなる。 ・前方が低い：ベルトを装着しないと前方に滑り、転落する危険性がある。
	床からの高さ	・高すぎる：座り直しがしづらくなる。また、下肢での車椅子駆動時、足が床に届きにくいため前滑りが生じやすくなる。 ・低すぎる：立ち上がりがしにくくなる。骨盤が後傾しやすくなる。
背　面 （バックサポート）	高さ	・高すぎる：肩甲骨の動きを阻害し、手が動かしにくくなる（上肢駆動など）。 ・低すぎる：体幹の安定性が低下する。
	角度	・後方に傾きすぎる：骨盤が後傾するとともに、体幹や頭頸部が後方に倒れ、机上の活動がしにくくなる。 ・前方に傾きすぎる：体幹が前方に押し出され、不良姿勢になる。
	形状 （背張りなど）	・骨盤、脊柱を適切に支持することで頭部が安定し、上肢が動かしやすくなる。
フットサポート	高さ	・高すぎる：大腿部が座面から浮き、座位が不安定になるとともに骨盤が後傾しやすくなる。尾骨の褥瘡発生リスクが高まる。 ・低すぎる：フットサポートに足が届かず座位が不安定になる。座面の前縁付近に接する大腿部の体圧が増し、血液循環に悪影響を及ぼす。
アームサポート	高さ	・高すぎる：腕の重みを十分に支えられず、不良姿勢を招く。また肩が挙上し、肩こりや痛みの原因になる。 ・低すぎる：安定性を得ようとして円背や体幹を屈曲させて、不良姿勢になりやすい。

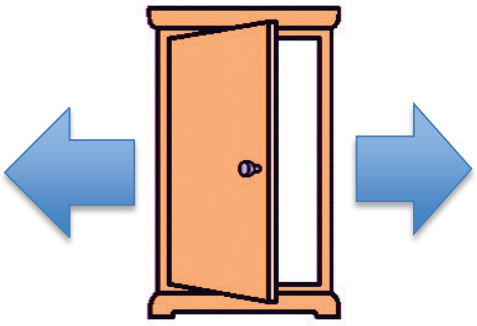
特集 動きを支援するポジショニング・シーティング　リハビリナース vol7 No6 2014 から引用

P21　⑤ 移乗方法の検討と決定

1） 移乗の目的

移乗の目的は、ベッドから車椅子などに乗り移るためだけではなく、移乗によって生活範囲を広げ、本人らしい生活を送るためです。移乗が可能になれば、起きて居間やロビーでテレビを見たり、椅子や車椅子に座って食事をすることや排泄をトイレでできる可能性も高まります。また、買い物や外食、旅行等の外出にもチャレンジしたくなるかもしれません。移乗は生活の出発点であり、活動と参加へとつながる扉ともいえます。移乗に介助が必要な方にとって、鍵を握っているのは、日常的に移乗を介助する支援者です。

ベッド上の生活



移乗の扉

本人らしい生活

2） 移乗方法を検討しましょう

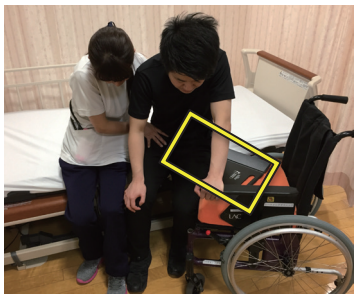
移乗は上記のように本人らしい生活を送る上で、とても大切な動作ですが、本人と支援者にとって転倒やけがなどの危険性の高い介助のひとつといえます。本人と介助者にとって安心して精神的・肉体的にも負担なく移乗が毎日できるように検討し決定することが大切です。そのためには、人が人を強引に立たせたり、持ち上げたりする介助をしないことです。物を移動するのではなく、心を持った人が、さあ、乗り移ろうと前向きに思えるような移乗を目指しましょう。そして介助者の健康にも配慮した移乗方法をみつけましょう。

ワンポイント アドバイス！

本人・介助者の能力にあった移乗方法をチームで検討し、決めましょう。

キーワードは「持ち上げない！」

立位移乗
介助バー



座位移乗
トランスファーボード

リフト移乗
リフターと吊り具

臥位移乗
スライディングボード

3）身体能力からみた移乗方法と福祉用具選択の目安

移乗方法を検討する際に必要になる評価項目は、①本人の身体能力・知的能力、②介助者の身体能力・知的能力、③環境（屋内・屋外・施設・自宅等）、他の用具（ベッド・トイレ等）です。

これらの項目を包括的に評価し、本人・介助者にとって安心で安全な継続できる移乗方法を決めます。

下表は身体能力からみた移乗方法と福祉用具選択の目安です。本人の身体能力にあった移乗方法が実際の現場でとられているでしょうか？以下に身体能力別のポイントを説明していきます。

身体能力	移乗分類	用具の目安	実際の現場
立ち上がりと立位保持が可能 （手すり使用）	立位移乗	介助バー　手すり	立位移乗
離臀が可能だが 立位保持困難（手すり使用）	座位移乗	トランスファーボード	
端座位保持可能で 臀部を横にずらす動作が可能		スライディングシート	
端座位保持可能で 臀部を横にずらす動作は不可 または要介助	座位移乗 リフト移乗	トランスファーボード スライディングシート リフト	
端座位保持困難	リフト移乗 臥位移乗	リフト スライディングボード	立位移乗 座位移乗 抱きかかえ

● 立ち上がりと立位保持が可能（手すり使用）

手すりを使って立ち上がりと立位保持が可能な場合は立位移乗を検討します。立位移乗に必要な動作は、立ち上がり、立位保持、方向転換、着座です。立位移乗に必要な動作のどこに問題があるのか、どこができているのかを見分けます。立ち上がりは座面の高さや硬さ、床面の滑りやすさなどが影響します。立位保持は介助バーや手すりを使うことで安定するかもしれません。方向転換は足踏みをしながら方向転換する方法と方向転換をしないで、足の向きを変えずに着座する方法とがあります。どちらが本人がしやすいかを評価します。着座はゆっくりと目標の場所に座れるか、着座後、座り直しができるかもあわせて評価します。

● 離臀が可能だが立位保持困難（手すり使用）

介助バーや手すりを使用しても立位保持が困難な場合は座位移乗を検討しましょう。無理に立たせることはやめましょう。座位移乗は座ったまま臀部を浮かせるようにしながら少しずつ移動します。介助バーの使用や車椅子のアームサポートの跳ね上げ機能を用いることにより、自立できる可能性があります。

● 端座位保持可能で臀部を横にずらす動作が可能

臀部を横にずらす動作が自立していると、トランスファーボードやシートを使っての座位移乗で自立できる可能性があります。座位移乗をするために必要な能力は、①物につかまって座位保持できること、②体幹を前傾できることなどがあげられます。また、座位移乗の際には臀部の皮膚の損傷に注意が必要です。便座への移乗など、衣服を脱いだ状態の時は、直接皮膚がこすれるため、スライディングシートを使用します。

● 端座位可能で臀部を横にずらす動作は不可または要介助

上記の（3）に加え、リフトの検討を含みます。

● 端座位保持困難

端座位保持が困難な方に、介助者が本人を抱きかかえて立位移乗をしていることはないでしょうか。リフトやスライディングボード等の用具を使用し、持ち上げない介助をしましょう。

ワンポイント アドバイス！

「移動式リフトの移動中は対象者と向き合う時間」

ある施設で、全介助を要する女性を女性介護労働者が、移動用式リフトで移動する時間を測った。移動式リフトに乗せるまでの時間が約1分、廊下の車椅子までの移動が約1分、移動式リフトから車椅子に乗せるまでが約1分、合計で3分となった。この3分は介護労働者が対象者に向き合い、コミュニケーションをとる有効な時間である。抱きかかえによる移乗では対象者と話す余裕がないので、この3分で対象者と向き合うよう施設長は介護労働者に指導している。

（改定「職場における腰痛予防対策指針」に沿った社会福祉施設における介護・看護労働者の腰痛予防の進め方から引用）

４）腰痛予防対策

2005年に行われた介護事業所を対象とした調査結果（全国395カ所4754人が回答）によると、**介護事業者の8割に腰痛の経験がある**ことが分かりました。オーストラリアなどでは「ノーリフティング・ポリシー」が普及しています。 日本では2013年6月18日に**「職場における腰痛予防対策指針」**が改訂されました。適用範囲を福祉・医療分野における介護・看護作業全般に広げ、腰に負担の少ない介助方法などが加わりました。腰部に著しく負担がかかる移乗介助では、リフト等の福祉用具を積極的に使用することとし、**原則として人力による人の抱上げは行わせない**こととしています。下記に「職場における腰痛予防対策指針」の一部を抜粋します。

IV 福祉・医療分野等における介護・看護作業

福祉・医療分野等において労働者が腰痛を生じやすい方法で作業することや腰痛を我慢しながら仕事を続けることは、労働者と対象者双方の安全確保を妨げ、さらには介護・看護等の質の低下に繋がる。（略）人材確保の面からも、各事業所においては、組織的な腰痛予防対策に取り組むことが求められる。

1 腰痛の発生に関与する要因

(1) 介護・看護作業等の特徴は、「人が人を対象として行う」ことにあることから、対象者と労働者双方の状態を的確に把握することが重要である。対象者側の要因としては、介助の程度(全面介助、部分介助、見守り)、残存機能、医療的ケア、意思疎通、介助への協力度、認知症の状態、身長・体重等が挙げられる。また、労働者側の要因としては、腰痛の有無、経験年数、健康状態、身長・体重、筋力等の個人的要因があり、さらには、家庭での育児・介護の負担も腰痛の発生に影響を与える。（以下略）

ワンポイント アドバイス！

「ノーリフティングポリシー」　オーストラリア看護連盟ビクトリア支部

介護・看護労働者が最小限の力／負担で作業ができるように、「押さない・引かない・持ち上げない・ねじらない・運ばない」という、腰痛の原因となる介助時には福祉機器などを利用し、人力のみでの移乗介助や移動を制限したものである。

ノーリフティングポリシーの適用は、対象者を車椅子から移乗する、トイレ介助をする、キャスター付きベッドや物品トレーなどを持ち上げたり動かしたりするなどの「重さが身体負担になる」作業をはじめ、対象者の衣類着脱やおむつ交換におこる「一定時間不自然な姿勢を続ける」行為、健康に有害な業務を含め、介護・看護労働者が従事するすべての作業である。

改定「職場における腰痛予防対策指針」に沿った社会福祉施設における 介護・看護労働者の腰痛予防の進め方から引用

P25 ⑥ 生活場面での用具の使用と効果の共有

適合した福祉用具を生活場面で試し、車椅子適合の再評価を行い、必要に応じて調整を行います。痛みや姿勢の変化による苦痛、褥瘡発生、呼吸や摂食嚥下など生理的に問題がないか、座り心地の悪さや活動の制限がないか、安全性や介助のしやすさに問題が生じていないかなどマイナス面とプラス面を含めてチームで情報交換をします。

本人の様子や支援者自身が感じたことを伝え合い、チームで効果を共有･共感し、それを元に次の目標を考えていきましょう。

車椅子適合後、少なくとも1週間以内には下記のチェックリストを使い適合後の状況を確認し、問題点がある場合は随時対応します。

車椅子・クッションの適合チェックリスト

1．基本情報

氏名： 氏	主疾患名：	年齢： 歳	性別：男・女
シーティング実施日： 年 月 日	実施者：	適合チェック担当者：	

2．車椅子・クッションの適合結果（評価日： 年 月 日：適合実施日に行う）

選定した車椅子：製品名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（□普通型 □モジュラー □ティルト □ティルト・リクライニング □その他： ）

調整箇所 □フットサポート（□角度 □高さ □その他： ）
□アームサポート（□高さ □奥行き □その他： ）
□バックサポート（□高さ □張り調整 □背角度 □その他： ）
□座面（□座幅 □座奥行き □座角度 □その他： ）
□ヘッドサポート（□高さ □角度 □奥行き □その他： ）
□その他（ ）

休息時のリクライニング角やティルト角の設定：□実施 □非実施
活動時のリクライニング角やティルト角の設定：□実施 □非実施
食事時の設定リクライニング角やティルト角の設定：□実施 □非実施

座面・座クッションの調整と選定
座面の調整：□なし □あり：＿＿＿＿＿＿＿＿
選定した座クッションの製品名：＿＿＿＿＿＿＿＿
主な材質：□ウレタン □ゲル □エア □他（ ）
選定した背クッション製品名：＿＿＿＿＿＿＿＿
主な材質：□ウレタン □他（ ）

その他の使用物品：□不使用 □使用：目的（ ）
使用した製品名：＿＿＿＿＿＿＿＿

3．生活場面での適合チェック（評価日： 年 月 日：基本1週間以内に行う）

1）バイタルサインの変動：□許容範囲内 □許容範囲外
2）姿勢の崩れ：□改善 □変化なし □悪化
3）疼痛：□改善 □変化なし □悪化
4）褥瘡：□改善 □変化なし □悪化
5）精神面の変化：□改善 □変化なし □悪化（内容 ）
6）離床時間の変化：□減少 □変化なし □増加
（増加または減少した時間： 時間から 時間に変化した）
7）離床場所の変化：□変化なし □変化あり（場所： ）
8）生活環境との適合：□問題なし □問題あり（内容： ）
9）介助する上での問題：□問題なし □問題あり（内容 ）
10）目標としたADL：□改善 □変化なし □悪化（ADLの内容： ）
11）目標とした社会参加の変化：□なし □あり（内容： ）

7．介護老人保健施設での実践例 ＜事例１＞

P26

目　標

褥瘡の再発予防、車椅子座位での活動の獲得（車椅子駆動など）、移乗動作の介助量軽減。

基本情報

97歳、女性。診断名：フレイル後廃用症候群。アルツハイマー認知症。現病歴：自宅にて寝たきりの生活を送っていたが、仙骨部に重度褥瘡が発生し入院となった。約1年半後に治癒し、併設の介護老人保健施設に入所となった。入院中は離床することなく、ベッド上にて関節可動域訓練のみ実施していた。

	初期	3か月後
身体機能	・股関節屈曲角度：右70°　左80°	・股関節屈曲角度：右110°　左95°
	・Hofferの座位能力分類：2	・Hofferの座位能力分類：1
活動・参加	・FIM 食事2点、整容1点、移乗1点、移動1点	・FIM ：食事4点、整容3点、移乗2点、移動4点 離床の度に自分で鏡の前に行き、髪を整えるようになった。
	・5m車椅子駆動：不可	・5m車椅子駆動：16.3秒
	・離床時間と活動内容 ：食事のみ1食50分　合計150分	・離床時間と活動内容 ：食事の他に軽作業やレクリエーション、読書など 合計300分

主体性が出てきた。

活動と参加に関する離床時間が増えた。

各専門職の役割

・医師　：離床の可否とリスク管理
・看護師　：離床時のリスク管理と生活上の変化点の把握
・介護士　：本人の力を引き出す生活支援と車椅子座位での活動と参加への促し
・相談員　：家族への説明
・シーティングエンジニア　：目標に合った車椅子等の選定と調整、メンテナンス
・作業療法士：離床に必要な身体機能等の評価と活動を主とした離床目標の立案
利用者の変化に応じた作業療法計画の変更と他職種への離床目標変更の提案

連携のポイント

・褥瘡の既往があったため発赤の有無や食事摂取量の変化についての情報共有。

介入開始直前離床：0分/日

介入開始3ヶ月後
リハ以外の離床：300分/日

自ら髪を整えたいと入念に鏡に向かう

7．介護老人保健施設での実践例 ＜事例２＞

目　標

離床時間の拡大と誤嚥の改善及び介護負担の軽減。

基本情報

91歳・男性。疾患名：左膝関節疾患（詳細不明）。現病歴：在宅にて認知機能の低下と膝関節痛から廃用症候群が進行し、仙骨部の褥瘡が発生し入院となった。褥瘡治癒後、併設の介護老人保健施設に入所となった。

	初期	3か月後
身体機能	・JCS：20	・JCS：2
	・股関節屈曲　：　右30°　左55° ・股関節内転　：　右−15°　左−20°	・股関節屈曲　：　右65°　左60° ・股関節内転　：　右0°　左−15°
	・Hofferの座位能力分類　：　3	・Hofferの座位能力分類　：　1
活動・参加	・FIM総得点：18点 コミュニケーション理解：1点 コミュニケーション表出：1点	・FIM総得点：19点 コミュニケーション理解：1点 コミュニケーション表出：2点
	・離床時間と活動内容 ：食事のみ1食30分　合計90分	・離床時間と活動内容 ：食事の他にテレビ鑑賞や家族とのコミュニケーションなど　合計200分
	・介護者の負担感 ：食事介助はむせ込むため非常に大変だった。	・介護者の負担感 ：食事介助はむせ込みが減り、それほど大変ではなくなった。

各専門職の役割

・医　　師　：　離床の可否とリスク管理
・看 護 師　：　離床時のリスク管理と生活上の変化点の把握
・介 護 士　：　生活での離床支援と食事介助の際のむせ込みの有無の把握
・相 談 員　：　家族への説明
・シーティングエンジニア：離床目標に合った車椅子等の適合やメンテナンス
・作業療法士：　離床に必要な身体機能等の評価と活動を主とした離床目標の立案

連携のポイント

・むせ込みの少ない頭頚部のポジショニングや食事摂取量の状態の情報共有。

介入開始前
意識レベル：JCS-20

介入開始3ヶ月後
意識レベル：JCS-2

親戚と談笑
一日の離床時間：介入前90分→3か月後 200分

あとがき

「活動と参加につなげる離床」は本人らしさを支え、介助者の安全を守ることにつながっています。この取り組みは、特別に新しい知識や技術を必要とはしていません。しかし、実際に取り組もうとするといくつかの壁にあたり、実現できていないかもしれません。

まずは、対象者の「本人らしさって何だろう？」をキーワードにチームのメンバーが目標を共有し、役割分担をすることからはじめましょう。

誰もが安心して毎日離床でき、ご本人やご家族がやりたい活動や社会参加を実現し、その喜びをみんなで分かち合って、みんながハッピーになれる。そのような離床の取り組みが、全国どこででも行われるようになることを心から願っています。

引用文献

・実践！早期離床完全マニュアル　編著　曷川元　碧文社 2015

・改定「職場における腰痛予防対策指針」に沿った社会福祉施設における 介護・看護労働者の腰痛予防の進め方　中央労働災害防止協会 教育推進部 2014

・特集 動きを支援するポジショニング・シーティング　リハビリナース vol7 No6 2014

一般社団法人　日本作業療法士協会

〒111-0042　東京都台東区寿1-5-9 盛光伸光（もりみつしんこう）ビル7階

TEL:03-5826-7871 ／ FAX:03-5826-7872

この冊子は、日本作業療法士協会が受託した平成28年度老人保健健康増進等事業の助成を受けて作成しました。

本ガイドブックの症例の掲示にあたり、すべての方から了承を頂いています。

介護保険施設等における寝たきりゼロのためのリハビリテーションの
在り方に関する調査研究事業
報告書

平成２９年３月発行

発行者　一般社団法人　日本作業療法士協会
〒111-0042　東京都台東区寿一丁目５番９号
ＴＥＬ０３－５８２６－７８７１
ＦＡＸ０３－５８２６－７８７２

本事業は、平成 28 年度老人保健事業推進費等補助金の助成を受け、行ったものです。