

第3回「高齢者の地域におけるリハビリテーションの新たな在り方検討会」提出資料

「活動と参加」に焦点をあてた作業療法の紹介

利用者が「やりたい」「したい」と思っている
生活行為の向上を目指した生活行為向上マネジメントの提案

（説明資料）

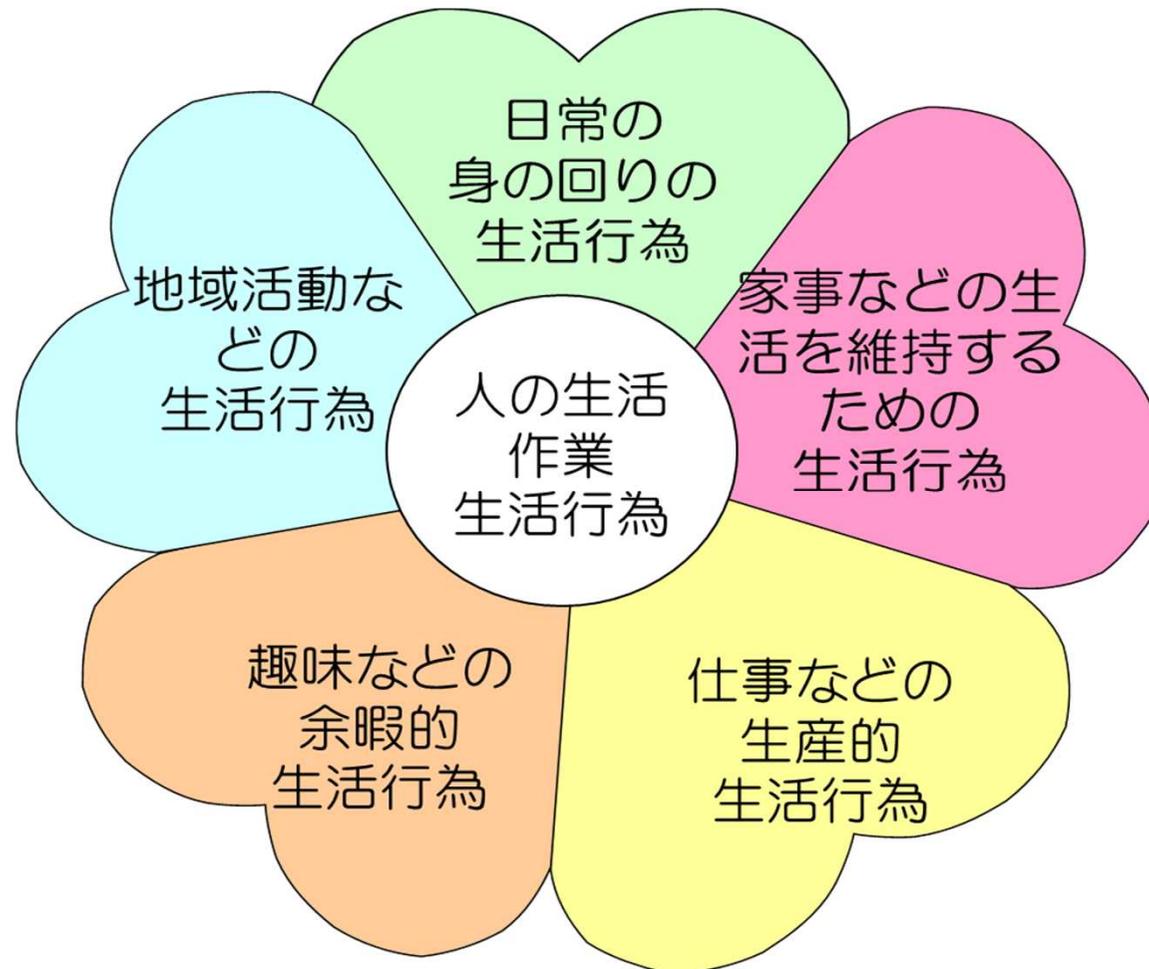
- ・一人ひとりの高齢者が望む「活動と参加」の目標を明らかにし（対象者との協働）、
- ・その目標の実現に向かい、多職種が協働し（共有可能な書式の活用）、
- ・一人ひとりの高齢者の自立生活支援に向けて

平成26年10月29日

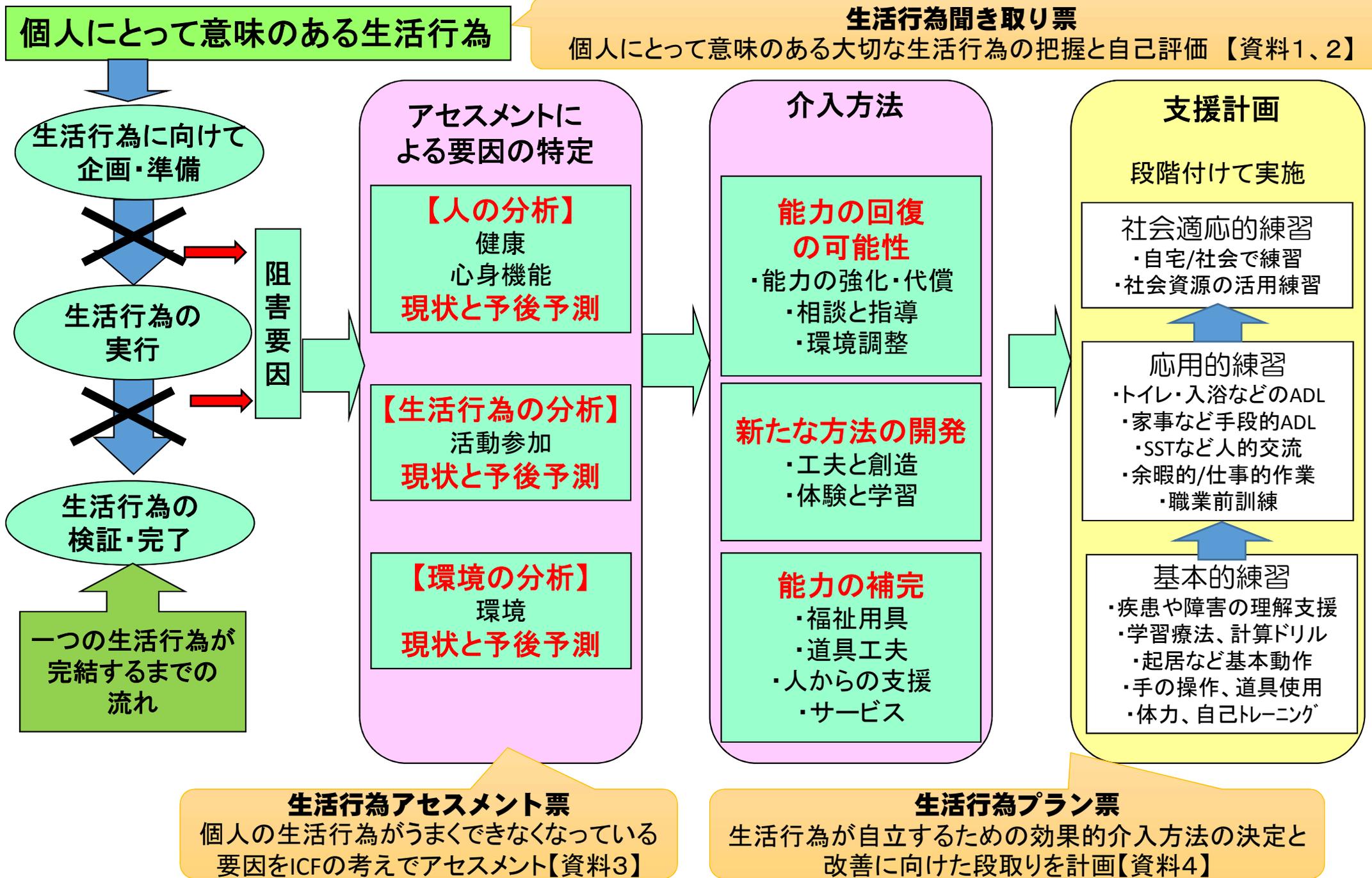
一般社団法人 日本作業療法士協会

私たちの生活の営みは生活行為の連続から成り立っている

- 私たちの生活は、365日24時間、朝起きてから寝るまで、一人ひとりが日常で行っている生活行為の内容もその実施する順番も異なり、とても個性的に営まれている。
- 人の生活は、その人にとって意味のある生活行為の集合体で成り立っている。



人の有する能力を引き出す作業療法のプロセスと生活行為向上マネジメントツール(資料1,2,3,4)



聞き取りシートで把握できた本人が望む「活動と参加」(生活行為)の例

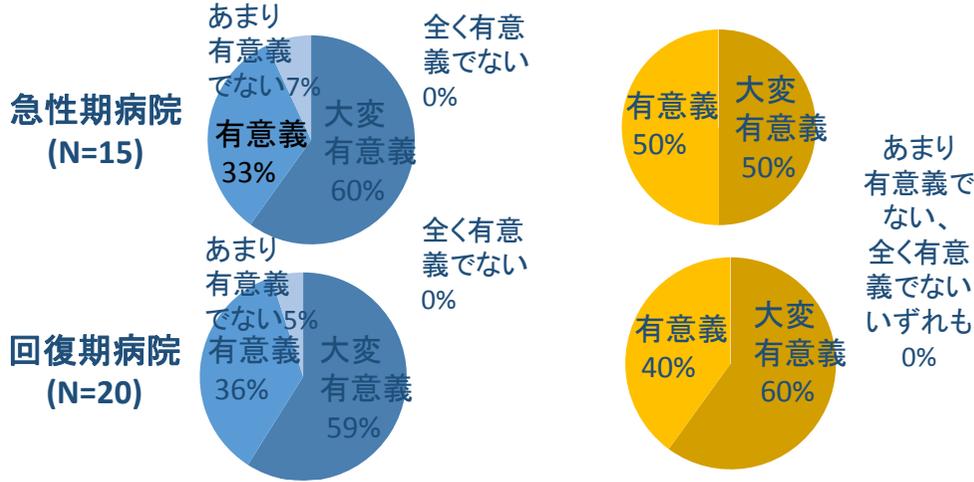
	ADL・セルフケア	家事などIADL	趣味活動	社会参加
医療	<ul style="list-style-type: none"> ・ADL自立 ・歩行の安定 ・バランスの向上 	<ul style="list-style-type: none"> ・料理 ・仏壇の掃除 ・ミシン、アイロンが使える ・家の炬燵に火を入れる ・書字 ・車の運転 ・バスや電車の利用 	<ul style="list-style-type: none"> ・スロットができる ・家庭菜園への参加 ・ゴルフを再開・温泉 ・仲間との山登り・旅行 ・近所まで定期的な外出 	<ul style="list-style-type: none"> ・結婚式に参加する ・母親への面会 ・ボランティアや老人会 ・孫との文通 ・友人とお茶を飲む ・復職 ・畑仕事での機械操作
入所施設	<ul style="list-style-type: none"> ・トイレ動作 ・車椅子自操 ・靴下を履く 	<ul style="list-style-type: none"> ・掃除・洗濯・会話・電話で上手に話す ・買い物 ・外出 ・犬や猫の世話 ・車の乗り降り ・自転車に乗る ・庭の手入れ ・畑仕事 	<ul style="list-style-type: none"> ・歌・民謡・詩吟・音楽鑑賞 ・楽器演奏 ・書道 ・塗り絵 ・絵画 ・鉛筆画 ・映画鑑賞 ・編み物 ・裁縫 ・手工芸 ・パズル ・数学の問題 ・生け花 ・読書 ・ウインドウショッピング ・古民家見学 	<ul style="list-style-type: none"> ・手紙 ・年賀状を書く ・墓参り ・イベント参加 ・同窓会への参加 ・他者との交流 ・食事会 ・ためになる話を聞く ・友達へのプレゼント作成 ・個展を開く
通所	<ul style="list-style-type: none"> ・信号を渡る ・屋外歩行 ・階段昇降 ・立ちしゃがみ動作 ・更衣 ・爪切りを含む整容 ・普通の食事 ・浴槽の出入り ・洗体動作 ・うまく話す 	<ul style="list-style-type: none"> ・一人で病院受診 ・友人宅を訪ねる ・2階の窓の開閉 	<ul style="list-style-type: none"> ・詩吟 ・カラオケ ・コーラス ・写真を撮る ・パソコン操作 ・園芸 ・盆栽 ・茶道 ・野球 ・水泳 ・卓球 ・グランドゴルフ ・釣り ・手を使った仕事 	<ul style="list-style-type: none"> ・孫へのプレゼント作成 ・理容室でひげを剃る ・外食 ・ラーメン屋に行く
訪問	<ul style="list-style-type: none"> ・洗顔 	<ul style="list-style-type: none"> ・料理 ・買い物 ・風呂掃除 ・洗濯たたみ 	<ul style="list-style-type: none"> ・詩を作る ・新たな趣味 	

生活行為向上マネジメントを活用した介入の効果

◎病院と介護支援専門員との連携効果

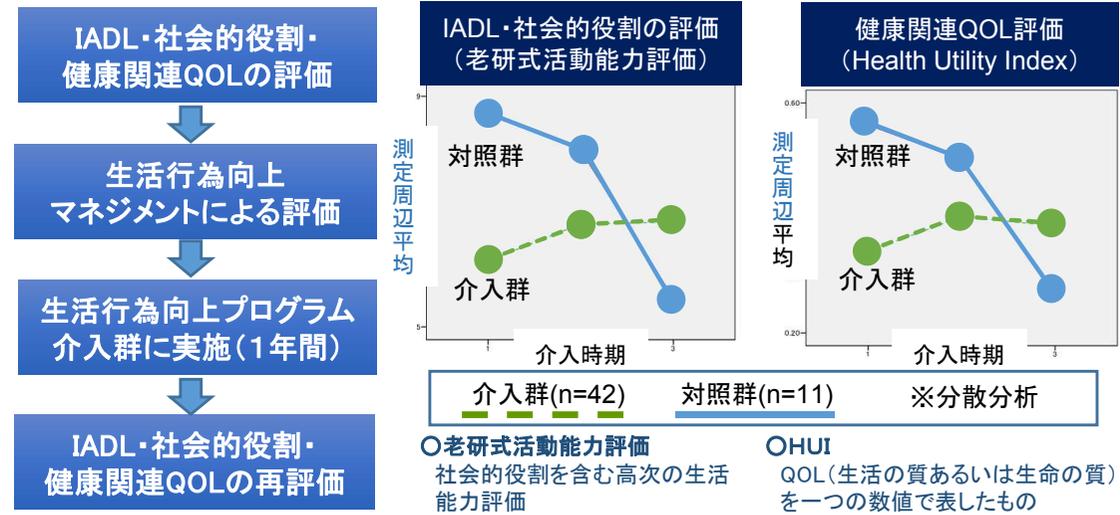
生活行為申し送り表の効果

退院時同行訪問の効果



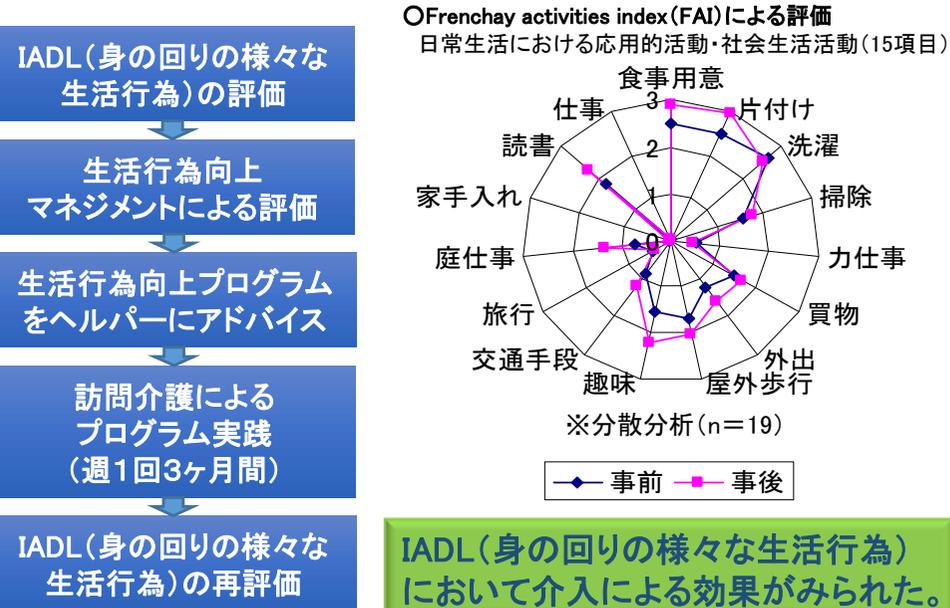
生活行為申し送り表の活用は90%以上、退院時同行訪問は全員が有意義と回答。

◎通所リハビリテーションでの効果

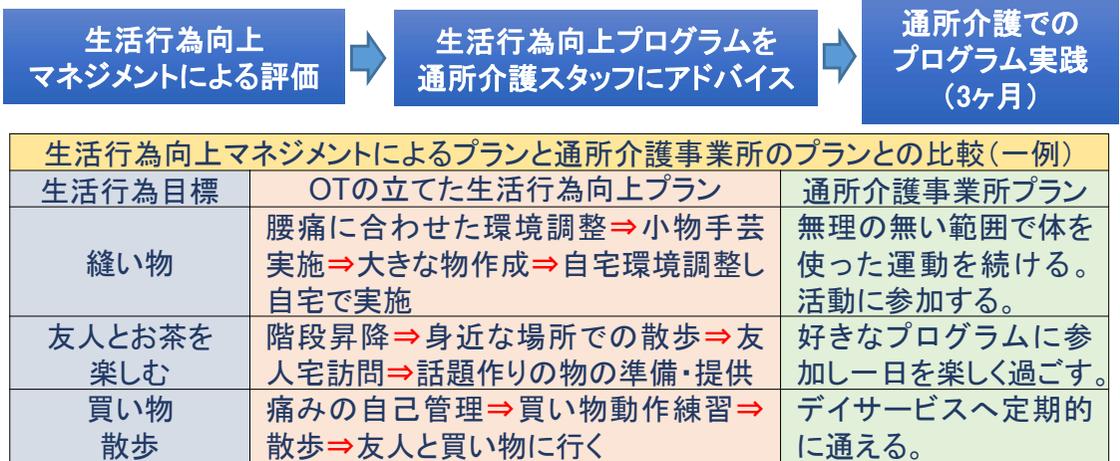


IADL・社会的役割・QOLは、対照群が有意に低下したのに対し、介入群は有意に維持され、介入による効果を認めた。

◎訪問介護との連携による効果



◎通所介護との連携による効果



OTプランでは本人の望む生活行為に対して、通所で練習し、その後自宅での実行につなぐプランを立案した。

「生活行為向上マネジメント」ツール

- ① : 生活行為聞き取りシート
- ② : 興味・関心チェックシート
- ③ : 生活行為マネジメントシート
- ④ : 生活行為申し送り表

資料①:生活行為聞き取りシート

生活行為目標の聞き取り

- ・本人への聞き取り
- ・家族への聞き取り

※利用者自身の自己評価がポイント



生活行為の目標	自己評価	初回	最終
□A(具体的に生活行為の目標が言える) 目標1	実行度	○/10	○/10
	満足度	○/10	○/10
合意目標:	達成の可能性	□有 □無	
「出来るようになりたい」 「うまくなりしたい」 「したい」 生活行為を記入	(実行度) 現在どれくらいできているか？ (満足度) どれくらいできるようになったか？実行度に対する満足度		

生活行為聞き取りシート

相談者		年齢	歳	性別	男・女
-----	--	----	---	----	-----

記入者名: _____ (職種 _____)

認知症や寝たきりを予防するためには、家事や社会活動などの生活行為を維持し、参加していることが重要です。

- そこで、あなたが困っているまたは問題を感じている(もっとうまくできるようになりたい、あるいは、うまくできるようになる必要があると思う)事柄で、良くなりたい、改善したいと思う事柄がありましたら、2つほど教えてください。
- もし、生活行為の目標がうまく思い浮かばない場合は、興味・関心チェックリストを参考に確認してみてください。
- 生活行為の目標が決まりましたら、次のそれぞれについて1～10点の範囲で思う点数をお答えください。
 - ①実行度・左の目標に対して、どの程度実行できている(頻度)と思うか。十分実行できている場合は実行度10点、まったくできない場合は実行度1点です。
 - ②満足度・左の目標に対して、どのくらい満足にできている(内容・充実感)と思うか。とても満足している場合は満足度10点、まったく不満である場合は満足度1点です。

生活行為の目標	自己評価	初回	最終
□A(具体的に生活行為の目標が言える) 目標1	実行度	/10	/10
	満足度	/10	/10
合意目標:	達成の可能性	□有 □無	
□A(具体的に生活行為の目標が言える) 目標2	実行度	/10	/10
	満足度	/10	/10
合意目標:	達成の可能性	□有 □無	

ご家族の方へ

ご本人のことについて、もっとうまくできるようになってほしい、あるいはうまくできるようになる必要があると思う生活行為がありましたら教えてください。

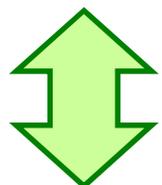
資料②：興味・関心チェックシート

興味・関心チェックシート

氏名：_____ 年齢：_____歳 性別（男・女）記入日：H____年____月____日

表の生活行為について、現在しているものには「している」の列に、現在していないがしてみたいものには「してみたい」の列に、する・しない、できる・できないにかかわらず、興味があるものには「興味がある」の列に○を付けてください。どれにも該当しないものは「している」の列に×をつけてください。リスト以外の生活行為に思いあたるものがあれば、空欄を利用して記載してください。

興味のある
生活行為の抽出



想いを引き出す

生活行為	している	してみたい	興味がある	生活行為	している	してみたい	興味がある
自分でトイレへ行く				生涯学習・歴史			
一人でお風呂に入る				読書			
自分で服を着る				俳句			
自分で食べる				書道・習字			
歯磨きをする				絵を描く・絵手紙			
身だしなみを整える				パソコン・ワープロ			
好きなときに眠る				写真			
掃除・整理整頓				映画・観劇・演奏会			
料理を作る				お茶・お花			
買い物				歌を歌う・カラオケ			
家や庭の手入れ・世話				音楽を聴く・楽器演奏			
洗濯・洗濯物たたみ				将棋・囲碁・ゲーム			
自転車・車の運転				体操・運動			
電車・バスでの外出				散歩			
孫・子供の世話				ゴルフ・グランドゴルフ・水泳・テニスなどのスポーツ			
動物の世話				ダンス・踊り			
友達とおしゃべり・遊ぶ				野球・相撲観戦			
家族・親戚との団らん				競馬・競輪・競艇・パチンコ			
デート・異性との交流				編み物			
居酒屋に行く				針仕事			
ボランティア				畑仕事			
地域活動 (町内会・老人クラブ)				費金を伴う仕事			
お参り・宗教活動				旅行・温泉			

資料③:生活行為向上マネジメントシート

生活行為向上マネジメントシート

利用者: _____ 担当者: _____ 記入日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

生活行為 アセスメント	生活行為の目標	本人					
		キーパーソン					
	アセスメント項目	心身機能・構造の分析 (精神機能,感覚,神経筋骨格,運動)	活動と参加の分析 (移動能力,セルフケア能力)	環境因子の分析 (用具,環境変化,支援と関係)			
	生活行為を妨げている要因						
	現状能力 (強み)						
	予後予測 (いつまでに,どこまで達成できるか)						
合意した目標 (具体的な生活行為)							
自己評価*	初期	実行度 /10	満足度 /10	最終	実行度 /10	満足度 /10	

*自己評価では,本人の実行度(頻度などの量的評価)と満足度(質的な評価)を1から10の数字で答えてもらう

生活行為向上 プラン	実施・支援内容	基本的プログラム	応用的プログラム	社会適応的プログラム	
	達成のためのプログラム				
	SU・JLD・誰が実施	本人			
		家族や支援者			
	実施・支援期間	_____年 _____月 _____日 ~ _____年 _____月 _____日			
達成	<input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 変更達成 <input type="checkbox"/> 未達成(理由: _____) <input type="checkbox"/> 中止				

資料④:生活行為申し送り表

対象者の元気な時の状態(生活歴・作業歴)
 ADL・IADLの状況
 対象者の「困っていること」や「できるようになりたいこと」
 日常生活の過ごし方
 アセスメントのまとめ
 継続を進める活動や練習(プログラム)

※生活行為申し送り表から居宅サービス計画書(第2表)へ展開

生活行為申し送り表

【元気な時の生活状態】

【今回入院きっかけ】
徐々に生活機能が低下
発症(脳梗塞など)
その他()

①

【リハビリテーション治療における作業療法の目的と内容】

【日常生活の主な過ごし方】

【アセスメントまとめと留意点】

②

居宅サービス計画書(2)

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)

長期目標(期間) 短期目標(期間) サービス内容(※) サービス種別

【生活全般の解決すべき課題(ニーズ)】

【サービス内容】へ活用

【援助目標】へ活用

居宅サービス計画について説明を受け、内容に同意し交付を受けました。 説明・同意日 年 月 日 利用者同意欄

生活行為申し送り表

氏名: _____ 年齢: _____ 歳 性別(男・女) 作成日: H _____ 年 _____ 月 _____ 日

退院後も健康や生活行為を維持するため、下記のとおり指導いたしました。引き続き継続できるよう日常生活のなかでの支援をお願いします。

担当者: _____

【元気な時の生活状態】		【今回入院きっかけ】		【ご本人の困っている・できるようになりたいこと】	
ADL項目	している	していないが 改善 見込み 有	支援が 必要	特記事項	【リハビリテーション治療における作業療法 の目的と内容】
食べる・飲む	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		①ご本人の困っていること・出来るようになりたいこと
移動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
整容	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
トイレ行為	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
平地歩行	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
階段昇降	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
屋内移動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
屋外移動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
交通機関利用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		【日常生活の主な過ごし方】
買い物	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

②継続するとよい支援内容またはプログラム

具体的な7事例

- ①. 病院からの地域生活移行事例（要介護1）
- ②. 老健からの在宅復帰事例（要介護3）
- ③. 老健からの在宅復帰事例（要介護5⇒区変申請中）
- ④. 通所リハからの修了事例（要介護3⇒要介護2）
- ⑤. 通所リハの認知症支援事例（要介護2⇒要介護1）
- ⑥. 訪問リハ（訪問看護 I 5）の認知症支援事例（要介護1）
- ⑦. 回復期病棟退院後の訪問事例（要支援2⇒要支援2）

病院からの地域生活移行事例 **レビー小体型認知症を持つ独居女性への地域移行支援**

事例 (精神科) 年齢:78歳 性別:女性 疾患名:レビー小体型認知症 要介護1

【介入までの経緯】独居で料理や畑が好きだった。徐々に誰もいない場所でも人がいるかのように話し出すようになった。幻聴に言われた通りに山に一人で入って行き、行方不明となり保護された後に精神科病院に入院。
【本人・家族の生活の目標】本人:早く退院して畑の世話をしたい。親族:また変な行動をしないか心配。

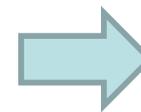
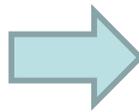
	開始時(入院時)	中間(3ヶ月)	在宅での様子
ADL・IADLの状態	○幻の声と会話し、急に泣いたり笑ったりする。 ○ADL自立。 ○日中は何もすることがない。	○幻の声は聞き流すことができるようになる。 ○日中は手織りや畑が日課となる。 ○1品の調理は可能、同時に2品以上の調理は注意が向かず火の管理が困難、鍋を焦がす。	○手織りは通所介護で継続、自宅の畑仕事を再開。 ○服薬管理:ヘルパーと通所介護で薬箱を確認。 ○調理は一品だけ担当し、夕食は宅配弁当を利用。 ○買い物は近所の親戚と一緒にスーパーへ行く。
生活行為の目標	○調理などの家事ができるように。 ○声が幻であることを理解する。 ○廃用症候群の予防。	○自身でできることとできないことを理解して、必要な介護サービスを受け入れることができる。 ○退院後も編み物と畑仕事を続けることができる。	【考察】 現在は通所介護:週2回、訪問介護:週3回と精神科訪問看護を利用。今後は小規模多機能型事業所に移行していく予定。 当初は「自分一人で何でもできる」と言い張り、宅配弁当や介護サービスを拒否していた。OTの調理訓練で鍋を焦がす体験をしたことで、自身の苦手なことを理解し、「退院のためなら仕方がない」と支援を受け入れることができた。
介入内容	①病気との付き合い方教育(上手く聞き流す) ②本人の好きな手織りと畑の導入 ③運動プログラム:体操・筋力維持 ④OT室での調理評価と練習	①退院前訪問で自宅環境での調理環境の評価とケアマネジャー・親族との情報共有 ②ケア会議でケアマネジャーと支援検討 ③通所介護と訪問看護への情報提供(生活行為申し送り書)	



結果:本人の望む料理と畑を継続できるようになった。通所介護で人との交流や編み物を楽しめるようになった。

課題:認知症で独居の場合、服薬など健康や食事などの管理は介護サービスで支援ができるが、一人の不安、淋しさなどについては、介護サービスだけではまかなえず、やむを得ずグループホームに入所するケースが多い。

事例	年齢:79歳 性別:女性		要介護3⇒更新せず
	<p>【介入までの経緯】入院以前の体の状態に戻りたいと機能訓練の継続を強く希望するケースに対して、在宅生活に必要なADL動作だけでなく、主婦としての家事活動を安全に遂行する、継続するための支援を行った。</p> <p>【本人・家族の生活の目標】本人:自宅で行っていた家事ができるようになりたい。(入所時:トイレ動作が一人で行える、歩行がふらつかず行える)家族:トイレ動作が安定して出来てほしい。できれば身の回りのことは自分でしてほしい。</p>		
	入所時	1ヶ月後	2ヶ月後
ADL・IADLの状態	<ul style="list-style-type: none"> ○ADL一部見守り。 ○注意力軽度低下による安全への配慮不十分。 ○IADL機会ほぼなし。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ADL自立:安全に配慮して行える。 ○IADL機会:食後の後片付け・コーヒー準備ができるようになる・自主トレーニングの実施。 	<ul style="list-style-type: none"> ○家族:「骨折前よりも動作に慎重さ、安定感がある。」 ○本人:「自宅にて骨折前と同程度の家事動作ができた。」「疲労感は強い。」
生活行為の目標	<ul style="list-style-type: none"> ○家事活動(食後の後片付け・コーヒー準備習慣)ができるようになりたい。 ○自主トレーニングによる機能維持・向上訓練の習慣化。 ○動作時の安全確認ができるようになる。 	<ul style="list-style-type: none"> ○掃除ができるようになりたい。 ○自宅環境(外出・外泊)下での安全面へ配慮したADL動作・家事動作の確認。 	<p>【考察】家事動作を安全に遂行するための機能訓練というように、具体的な家事内容と自宅での動作方法を想定し、必要な機能や動作を整理する作業を本人交え行っていくことで、機能訓練にとらわれないニーズの引き出しや、できる生活行為を増やすことができた。主婦として主体的に家庭内の仕事を仕切っていくきっかけづくりを行うことができた。</p>
介入内容	<ul style="list-style-type: none"> ○自主トレーニング指導。 ○安全への配慮の確認。 ○本人のしたい家事活動の練習と機能訓練の意味づけ。 	<ul style="list-style-type: none"> ○退院に向け、生活スケジュールの確認。 ○家族・本人とのニーズのすり合わせ。 ○自宅環境下で確認する事柄の整理。 ○掃除などの練習 	



結果:入所から2ヶ月半での在宅復帰:自宅内での家事活動が遂行できるようになった。また、体力・体調を考慮した活動・生活リズムが行えるようになった。機能訓練へのニーズは残るが、動作方法や手順、安全性の確認の定期的な確認の重要性への理解が得られた。

課題:生活リハビリへ移行していく際の、動作の目的や意味付けの確認機会の提供による生活に目を向けることが重要であった、漫然とした機能訓練にならないためにはスタッフ間の共通理解が必要。

事例	年齢:64歳 性別:男 疾患:脊髄小脳変性症(発症から7年)	要介護5・妻と二人暮らし
	<p>【介入までの経緯】30代で土建業起業。蟻のように働き王様のように遊ぶ生活が特徴。50代で発症し緩徐性の進行に伴い介助量増加。妻が重介護の蓄積で持病悪化し一時入院が必要に。居宅CM提案により、在宅強化型である当老健入所。</p> <p>【本人・家族の生活の目標】本人・妻の共通点としては、「可能な限り自宅生活を送りたい」「移乗をもっと楽に行いたい」。本人は「外出機会が欲しい」。妻は「持病悪化しないように介護量をコントロールしていきたい」</p>	

	開始時	中間(1.5ヶ月)	終了(2ヶ月)
ADL・IADLの状態	<ul style="list-style-type: none"> ○ADL全般に7~10割介助(日内変動あり:夜間は低下)。 ○環境調整が不十分で、本人の活動を阻害し、介護負担も大きくなっていった。 ○上記による低活動状態。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ADL全般に3~7割介助。 ○日中における移乗の自立。 ○フロア内動線(短距離)の車椅子自走。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ADLレベル維持。 ○退所前買物外出では概ね車椅子自走ができた。 ○自主的な離床拡大・活動意欲の向上。 ※退所後は定期ショートステイでフォロー。
生活行為の目標	<ul style="list-style-type: none"> ○(上位目標である買物外出に向けた)自力で車いす移乗ができるようになる。 	<ul style="list-style-type: none"> ○(上位目標である買物外出に向けた)長距離の車椅子自走。 	<p>【考察】インテークからICF視点で課題・目標構造を整理・共有し、本人の能力活用・環境適合を図った結果、できるADLが拡大・習慣化した。在宅移行に際しては、居宅CMと協働でマネジメントを行い、定期ショートステイを軸にした介入・レクチャーが在宅生活継続に寄与するものと考えた。</p>
介入内容	<ul style="list-style-type: none"> ○本人の能力が発揮しやすい環境設定。 ○本人・他職種へ移乗目的と方法の指導 ○移乗動作練習。 ○能力を引き出す介護方法の指導。 	<ul style="list-style-type: none"> ○本人・他職種への自走目的の共有。 ○個別リハ以外での車椅子自走機会を増やす。 ○本人の能力・環境・妻の介護力とすり合わせた動作・介護方法の指導。 	

〈入所前訪問〉
ICFの観点でのアセスメント



〈退所前・後訪問〉
能力・環境・介護力の適合化



主体的な離床・活動
定期ショートステイでの外出創出

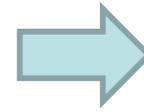
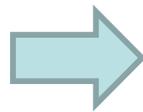


結果:本人の能力・環境・妻の介護力との適合化が図られ、自力で移乗・車椅子の自走・主体的活動の向上に繋がった。

課題:進行性疾患ゆえ、適宜本人の能力評価・環境適合・介護力とのすり合わせと、支援者間で速やかに共有できるマネジメントが必要。

事例	年齢：53歳 性別：男性	要介護3⇒要介護2
	<p>【介入までの経緯】自宅で無為に過ごしているも、就労意欲あり。社会参加の可能性を見出すために、取り組みを開始した。</p> <p>【本人・家族の生活の目標】</p> <p>本人：就労(元技術科の教師)に向けて支援施設に通いたい。</p> <p>家族：就労など役割を持った生活を過ごして欲しい。常に一緒だと負担を感じるため、自分も外出したい。</p>	

	開始時	中間(6ヶ月)	終了(9ヶ月)
ADL・IADL の状態	<ul style="list-style-type: none"> ○ADL一部介助。 ○屋外歩行は一部介助。 ○IADLは母親が対応。 	<ul style="list-style-type: none"> ○一人で留守番が可能。 ○屋外歩行が一人で可能。 ○買い物にて支払いが可能。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ご家族と定期的な外出が可能。 ○タクシーでの移動が可能。 ○就労継続支援施設の利用。
生活行為 の目標	<ul style="list-style-type: none"> ○自宅ADLの自立。 ○一人での屋外移動。 	<ul style="list-style-type: none"> ○普通タクシーでの外出 ○移行先の作業課題の遂行 	<p>【考察】</p> <p>自宅生活での自信に伴い、より社会参加への意識付けが引き出せた。また、作業内容を本人の職歴を参考に提案したことで主体的な参加がみられた。結果、可能なIADLが拡大でき、希望であった移行先へ繋げることができた。</p>
介入内容	<ul style="list-style-type: none"> ○生活動作の評価と練習。 ○屋外を含めた歩行練習。 ○外出機会の提供。 	<ul style="list-style-type: none"> ○タクシー利用の模擬練習。 ○エレベーターの操作の練習。 ○行き先メモなど代替手段提案。 ○木工など系列動作の練習。 ○作業適正の評価。 	

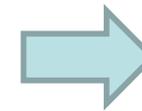
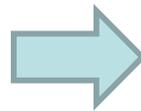


結果：留守番が可能となった。買い物など外出機会が増えた。就労継続支援施設の単独利用に繋がった。

通所リハの課題：20分の単発介入ではなく、計画内容の必要量(頻度・時間)に基づき介入できる仕組みが必要。
 通所の環境以外での関わり(自宅や外部施設等)を評価される仕組みが必要。
 終了後のフォロー利用や訪問体制を評価される仕組みが必要。

事例	年齢：77歳 性別：女性	要介護2⇒要介護1
	<p>【介入までの経緯】脳梗塞発症から6週間の入院を経て自宅退院となった。入浴とリハビリ目的で通所リハ週3回、機能回復訓練、ADL・IADL訓練などの活動を促した。病前は家事と農業を行い、楽しみとして収穫物を農産物市で売っていた。病気後は軽度認知症の影響もあり主体的な生活が遅れず、常に助言や誘導を要し、夜間覚醒など、夫の介護負担となっていた。</p> <p>【本人・家族の生活の目標】(本人)以前のように自分で野菜を作り、収穫物を「農産物市」に出したい。 (家族)夜間寝てほしい。屋外を安定して歩けるようになってほしい。</p>	

	開始時	中間(1ヶ月)	終了(2ヶ月)
ADL・IADLの状態	<ul style="list-style-type: none"> ○更衣や整容は助言、入浴は部分介助を要する。 ○家事は促しや助言が必要であり、自分からは行わない。 ○昼夜逆転傾向にあった。 	<ul style="list-style-type: none"> ○入浴は見守りで可能となり、洗濯物をたたむ、食器洗い、台拭きなどが見守りでできるようになった。 	<ul style="list-style-type: none"> ○入浴は口頭での促しでできるようになり、自宅でも入浴している。 ○洗濯と食事の片付は夫と共に行うようになった。 ○通所日の夜は覚醒なく朝まで眠れる。
生活行為の目標	<ul style="list-style-type: none"> ○畑まで歩いて行き、除草作業などの簡単な畑仕事ができる。 ○夫の送迎と付添により農産物市に参加する。 ○夜間覚醒なく眠れる。 	<ul style="list-style-type: none"> ○歩行器のレンタル開始、屋外歩行練習や除草作業の模擬動作の反復により通所時の活動量が増加した。 ○個別リハに積極的になる。 	<p>【考察】 認知症者は、生活行為に対する主体性などの低下も認められるため、なじみ深い作業などの介入が有効である。本事例では長年の楽しみであった農作業や家庭内役割であった家事を再開することで精神面での活性化が図られ、生活リズムを取り戻すことができた。</p>
介入内容	<p>低い台からの立ち上りなど屋外農作業に必要な機能訓練と動作練習。歩行器の操作練習と歩行耐久性訓練を行う。活動量増加。</p>	<p>夫に対して活動能力の改善を説明し、家庭での家事や屋外歩行の付き添いに理解を求める。CMIに歩行器の貸与手続きを要請。</p>	



結果：日中の活動量が増加し、夜間の覚醒がなくなった。また、夫の付き添いで農産物市で参加することができた。

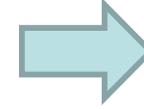
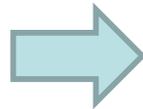
通所リハの課題：生活行為の課題を解決するためには、20分1単位では十分な関わりがもてない。

認知症 通所・訪問リハの事例 **住み替えを機に15年ぶりに掃除を習慣化できた認知症事例**

年齢:70歳代 性別:女性 要介護1⇒更新せず

事例
【介入までの経緯】脳梗塞を発症後、ADLは夫の助けを借りて何とかできており、入浴とリハビリテーション目的で通所リハ週2回、OTの訪問リハにより機能維持、ADL指導、健康管理、食事指導などを実施していた。病前は主婦として家事をこなしていたが、病気後は軽度認知症の影響もあり家事への関心が薄れ、掃除は全く行わなくなっていた。掃除しないことにより方法も忘れてしまっていた。長男夫婦が掃除の支援をおこなってきたが、住み替えを機に掃除ができるように支援の検討を行った。
【本人・家族の生活の目標】新しい住まいでの掃除を行い、きれいな部屋で気持ち良く過ごす。

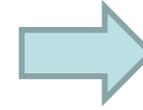
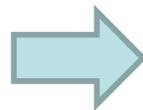
	開始時	中間	終了(6ヶ月)
ADL・IADLの状態	○入浴以外のADL自立.屋内歩行可能である。 ○方向転換や掃除機の利用は病後実施しておらず困難。 ○雑巾絞り困難.床拭き姿勢もとれず。	○掃除機かけは可能.かがみながらの動作困難。スイッチ位置の探索困難。 ○かけ残しあり.かけた場所とかけていない場所がわからない。	掃除機かけの動作が可能となり、「掃除分担表」「実行表」の活用によって毎日15分程の掃除が習慣化した。本人からは「面倒だったが、慣れた」と発言が聞かれた。テーブル拭きや棚の整頓なども習慣化した。
生活行為の目標	○掃除機を使つての毎日の掃除を習慣化する。	○通所リハにて立位バランス向上練習。 ○訪問リハにて応用動作歩行練習,掃除機の準備、操作、かけ方の練習。 ○夫の協力を得て、実施時間に声掛けを行い日常での習慣化を行った。 ○.使いやすいスティック式掃除機の導入。スイッチに目印を貼付。	【考察】 本人の「掃除の仕方が分からない」という不安に対し、OTができる範囲を決め、本人にとってやりやすい方法(工程の単純化、日常への習慣化、道具の選定、環境調整など本人に適した方法を選定)を提示し、本人、家族との話し合いを持ちながら、すべき課題を本人が明言することで強い動機づけを行えた。
介入内容	○「掃除動作の練習を工程に分けて行う。 ○習慣化のための環境アプローチを行う。		



結果:掃除機かけが習慣化し、それに付随してテーブル拭きや棚の整理、花の水やりも習慣化され活動性が向上した。

訪問リハの課題:本事例は本人が訪問介護利用を拒否されていたが、作業療法士と訪問介護が同行し、本人に応じた方法を提示し、訪問介護につなぐことで支援頻度の向上が臨め、家族負担も軽減できた。通所リハ、訪問系サービスの連携が重要である。

	年齢:60歳 性別:男性		要支援2→要支援1
事例	<p>【介入までの経緯】病前は売店経営と家事を一人でこなし、毎日銭湯へ行き、電車での旅行が趣味だった。脳出血で7か月入院。退院直後は感覚障害を伴う重度の左片麻痺があり、病後は浴槽に入れずシャワー、外出は週2回の通院のみ。頻繁に転倒しているにもかかわらず、「仕事ができるようになりたい」「電車を使って旅行に行きたい」「使いたいサービスがない」と述べ、自己の能力の理解や本人の要望をかなえるために段階的な取り組みが必要であることを理解することが必要と思われた。</p> <p>【本人の生活の目標】お湯につかりたい(コンビニまで歩いて行ける→電車を使って買い物へ行く)。</p>		
	開始時(発症後7か月退院直後)	中間	終了(2ヶ月)
ADL・IADLの状態	<ul style="list-style-type: none"> ○家事はヘルパーが行っている。 ○歩行は無造作で転倒が多い。 ○バスボードを使用すると「つかる」は不可。浴室洗い場はシャワーチェアが場所をとり、移動を妨げ、座ってのまたぎ入りは機能的にも環境的にも不可。 	<ul style="list-style-type: none"> ○可能にベッド端座位でのまたぎの応用動作練習では徐々に高く足が上がる。 ○横歩きは1歩振り出しは可能だが、3歩連続はできない。 	<ul style="list-style-type: none"> ○シャワーチェアを浴槽に横付けしておき、浴室に入るとシャワーチェアと壁の間を横歩きで回り込み、それに座って片足ずつ浴槽にまたいで入ることが可能となった。
生活行為の目標	○現状の浴室環境のまま、座っての浴槽またぎ入りが一人で行える。	○浴槽へ入る際の体の動きを工程ごとに提案し、本人の意見を聞きながら自律的な動作獲得をめざした。	【考察】経済負担なく環境を調整した。入浴動作の工程を、一人でコントロールできる「自律」を重視した指導をしたことで、他の生活行為も客観視、自己の能力評価が進み自己管理能力が向上した。
介入内容	<ul style="list-style-type: none"> ○腹筋運動、重心移動練習、立ち上がり練習。 ○座位で重心移動をしながら足を抱え上げる練習、横歩き。 ○浴室内での実際の動作練習。 	○ケアマネジャー、訪問ヘルパーへ取り組みの説明とデモンストレーションを実施した。	次の生活行為向上への具体的で妥当な目標を言えるようになった。



結果:入浴の自立により「日々お風呂につかりたい」という欲求が充足され、退院直後に不安定だった情緒が安定した。その後「コンビニまで歩けるようになる」、「電車に乗って買い物ができる」、「自宅前の自販機の管理」など、新たな生活行為の達成に及んだ。

課題:退院後のサービスを入院前に決めることができ、回復期医療と地域リハ専門職との連携で、生活行為の指導の連続性が保てるとよい。

生活行為向上マネジメントに関する人材育成方法と状況

- 【目的】
- 地域包括ケアに貢献できる人材を養成。
 - 生活行為向上の視点でサービス担当者会議や地域ケア会議で多職種に助言できる人材の養成
 - 通所や訪問リハビリテーションで生活行為向上マネジメントが実践できる人材の育成

【基礎コース】

- 生活行為向上マネジメント研修カリキュラム
(2日間コース, 1日間コース, 半日コース, 事例報告会など)
テーマ1:生活行為向上マネジメント概論(90分)
テーマ2:生活行為向上マネジメント演習(330分)
テーマ3:生活行為向上マネジメント事例報告登録方法(60分)
テーマ4:生活行為向上マネジメント事例検討会(360分)

- 研修会開催状況
平成24年度 研修会開催数 76回
(協会主催:5回 都道府県士会主催:71回)
平成25年度 研修会開催数 118回
(協会主催:3回 都道府県士会主催:115回)
その他:都道府県代表者研修 377人

研修会受講者総数(平成21~25年度実績) 10,590人 (講義=10,590人, 講義+演習=6,380人)

【熟練者コース】

○事例登録(2事例の実践報告)と事例審査

【外部委員による審査】

○事例報告口頭審査(模擬地域ケア会議)

生活行為向上マネジメント熟練者登録(現在:25名)

生活行為向上マネジメント推進委員
(すべての都道府県に設置)

【役割】

連携体制

- ・都道府県単位での研修の講師
- ・市町村支援(介護予防・地域ケア会議等)
- ・生活行為向上マネジメントの指導など

平成26年4月27日より読売新聞に連載「自立を支える」 ～生活行為向上マネジメントの取り組み～

自立を支える ①

石井 利幸

リハビリと聞くと、筋トレや歩行練習など「機能訓練」を思い浮かべる人が多いようです。でも、リハビリの一分野の「作業療法」では、まず、その人が毎日の暮らしでどんなことに困っているか聞くことを大切にします。高齢者は心身の不調だけでなく、それによって生活の中での困り事も抱えています。そうした困り事に対し、動作の仕方や道具を工夫して暮らしやすくするように支援するのが、作業療法の役割の一つです。

「毎朝、洗濯物を干すのが大変で」。私が勤める福島県内の老人保健施設のデイケアに通い始めた80歳代の女性は、そう訴えました。夫が亡くなり、独身の息子宅に転居すると、近所に友人もなく家に閉じこもりがちに。運動量が減り、持病の膝痛も悪化しました。体の状態を確認すると、足腰の筋力が弱ってバラ

作業療法 心もリハビリ

スが悪いいため、両手を上げて洗濯物を干そうとすると転びやすい。干し終わるまでに時間がかかり疲れてしまっことも分かりました。そこで、筋力維持のための運動を行いながら、どうすれば楽に干せるのか、本人と一緒に考えることにしました。自宅を訪問し、物干し台の周辺を確認。バランスを崩してもすぐ座れるよう、ピールケースより高さのある一升瓶のケースに板をのせたベンチを作り、物干し竿に沿って置くことにしました。座ったままで干せる工夫も考え、その時の体の動きを施設でも練習した結果、干す動作が楽にできるようになりました。

女性は、思うように筋力は回復できませんでしたが、けれど、憂鬱だった物干しができるようになり、自信と笑顔を取り戻し、新しい友達もできました。作業療法では、こころのリハビリも目指しているのです。

◇ 自分でできるようにする支援とは何か。日本作業療法士協会のメンバーに交代でつづけてもらいます。