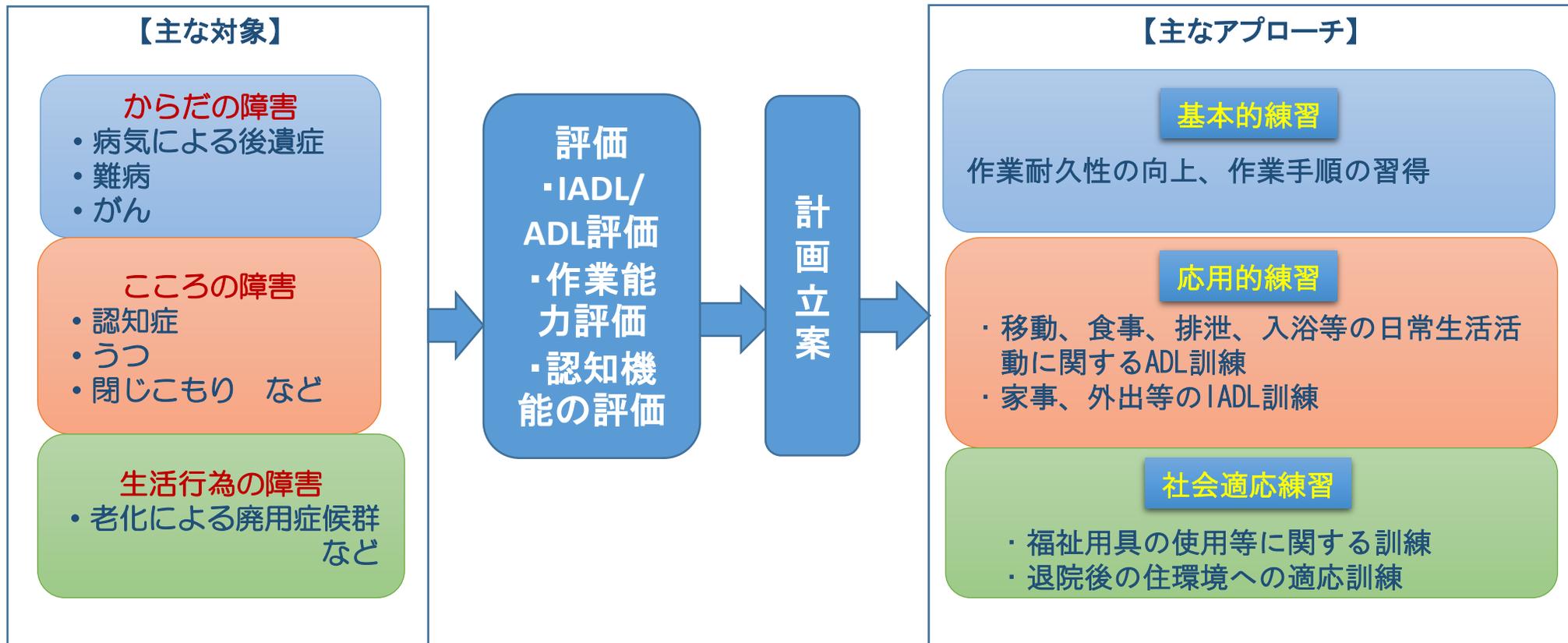


地域包括ケアシステムの実現に向けた 作業療法士の提案

1. 作業療法士ができること
2. 卒前教育について
3. 卒後教育について
4. 作業療法士の養成状況と配置状況
5. 地域包括ケアシステムの実現に向けた作業療法士の取組み
6. 地域包括ケアシステムの実現に向けた作業療法士の提案
7. 参考資料

平成26年9月10日
リハビリテーション専門職団体協議会
一般社団法人 日本作業療法士協会
会長 中村 春基

1. 作業療法士ができること（主に高齢者に向けて）



理学療法士・作業療法士法（抄）

○（定義）

第二条 この法律で「作業療法」とは、身体又は精神に障害のある者に対し、主としてその応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るため、手芸、工作その他の作業を行なわせることをいう。

4 この法律で「作業療法士」とは、厚生労働大臣の免許を受けて、作業療法士の名称を用いて、医師の指示の下に、作業療法を行なうことを業とする者をいう。

○（業務）

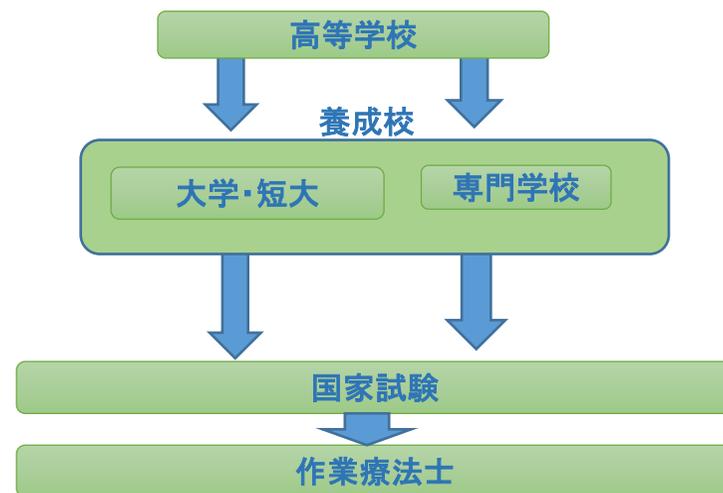
第十五条 理学療法士又は作業療法士は、保健師助産師看護師法（昭和二十三年法律第二百三号）第三十一条第一項及び第三十二条の規定にかかわらず、診療の補助として理学療法又は作業療法を行なうことを業とすることができる。

2. 卒前教育について

養成課程と養成校の実態

- ・高校卒業後、文科省管轄養成校もしくは厚労省管轄養成校で3年以上修業

| | | |
|----------|------|---------|
| ・大学 | 60校 | (2166名) |
| ・短大3年以上 | 3校 | (100名) |
| ・国公立専門学校 | 1校 | (20名) |
| ・私立専門学校 | 109校 | (4664名) |
| 計 | 173校 | (6950名) |



作業療法士養成カリキュラム

・基礎分野(14)

科学的思考の基盤、人間と生活、社会学、外国語、保健体育

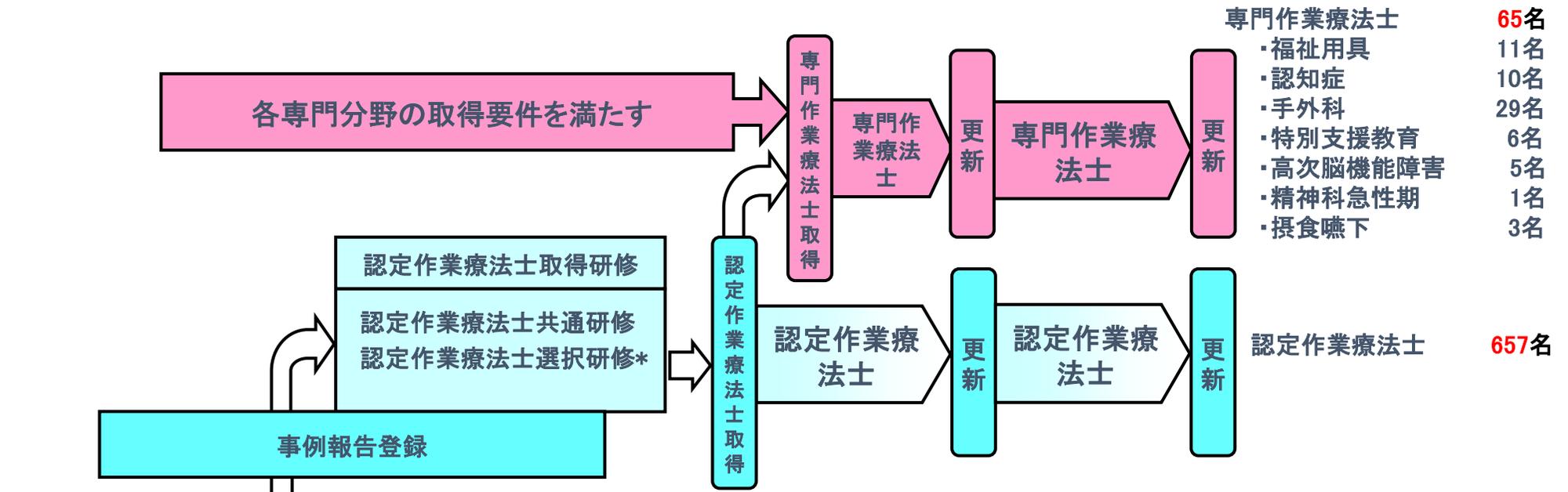
・専門基礎分野(26)

基礎医学(解剖学、生理学)、臨床医学(神経内科学、老年期医学、精神医学、心理学、小児科学、整形外科学、運動学、その他)、人体の構造と機能及び心身の発達、疾病と障害の成り立ち及び回復過程の促進、保健医療福祉とリハビリテーションの理念

・専門分野(53)

基礎作業療法学、身体障害・精神障害・発達障害・認知症を含む老年期障害・高次脳機能障害等に対する作業療法評価学/作業治療学、地域生活支援のための地域作業療法学、臨床実習(身体障害、精神障害、発達障害、認知症を含む老年期障害等)

3. 卒後教育について



- 専門作業療法士 65名**
- ・福祉用具 11名
 - ・認知症 10名
 - ・手外科 29名
 - ・特別支援教育 6名
 - ・高次脳機能障害 5名
 - ・精神科急性期 1名
 - ・摂食嚥下 3名

認定作業療法士 657名

| | | |
|-------------------|--------------|----------------------------|
| 基礎研修 自由選択 | 基礎ポイント 研修 | 生涯 教育 基礎 研修 修了 |
| 現職者 研修 (必修) | 現職者選択 研修 | |
| | 現職者共通 研修 | |

・認定作業療法士とは、作業療法の臨床実践、教育、研究及び管理運営に関する一定水準以上の能力を有する作業療法士を本会が認定したもの

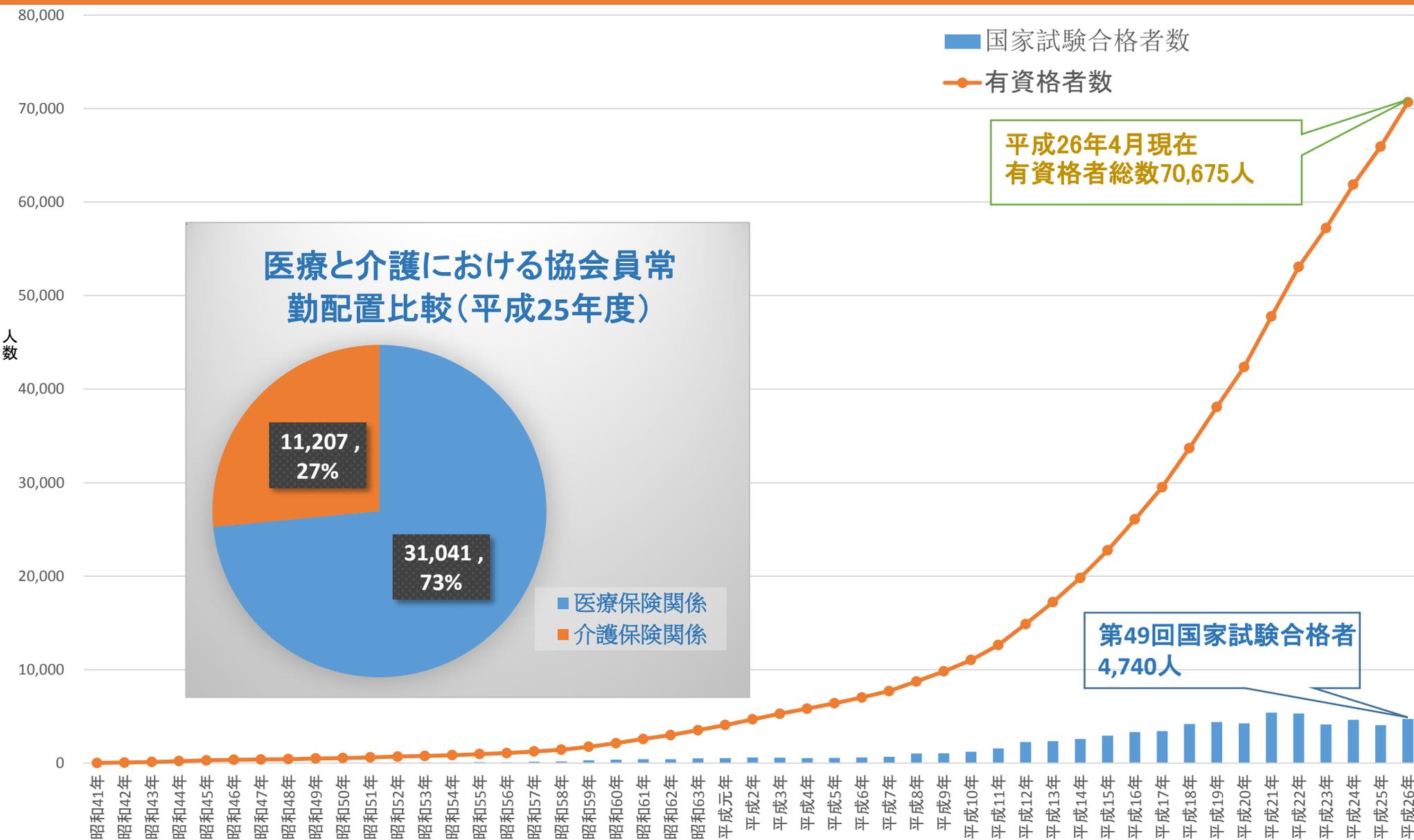
*認定作業療法士選択研修受講資格は、現職者研修修了および作業療法士の実務経験5年以上

専門作業療法士制度は、特定の専門分野において優れた実践能力を有する作業療法士を認定することにより、その専門性をもって国民の保健・医療・福祉に寄与することを目的とする。

専門作業療法士とは、日本作業療法士協会認定作業療法士である者のうち、本会が定める専門作業療法士分野において高度且つ専門的な作業療法実践能力を有することを本会が認定したものをいう。



4. 作業療法士の養成状況と配置状況



5. 地域包括ケアシステムの実現に向けた作業療法士の取り組み①

生活行為向上マネジメントの紹介 Management Tool for Daily Life Performance (MTDLP)

利用者が「やりたい」「したい」と思っている生活行為に焦点を当てたマネジメントツール

高齢者が“介護される人”から“主体的な生活をする人”になるためには、心身機能の低下などでできなくなった生活行為が、生活の仕方や環境の工夫によりできるということを利用者自身が知り、その生活行為を再獲得し、生活への意欲を高めることが重要であり、作業療法士は利用者が自己実現に向けて積極的・活動的な生活を営めるような支援を行う。

“生活行為”とは

人が生きていく上で営まれる生活全般の行為。

セルフケアを維持していくためのADLの他、IADL、仕事や趣味、余暇活動などの行為全てを含む。

(作業療法関連用語解説集より)



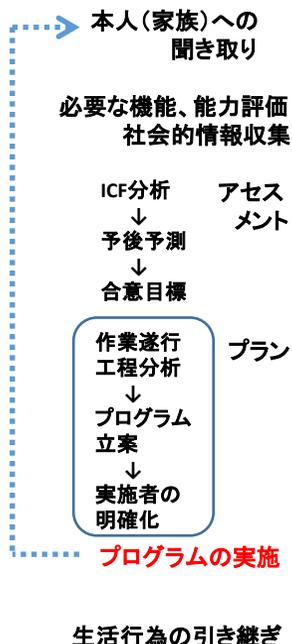
生活行為聞き取りシート

| 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 満足度 | ○/10 ○/10 | ○/10 ○/10 |
| 合意目標: | 達成の可能性 | □有 □無 | |
| 「出来るようになりたい」 「うまくになりたい」「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 | | |

※利用者自身の自己評価が一つのポイント

生活行為向上マネジメントシートの流れと基本ツール

MTDLPの流れ



基本ツール

生活行為聞き取りシート

生活行為向上マネジメントシート

生活行為申し送り表

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

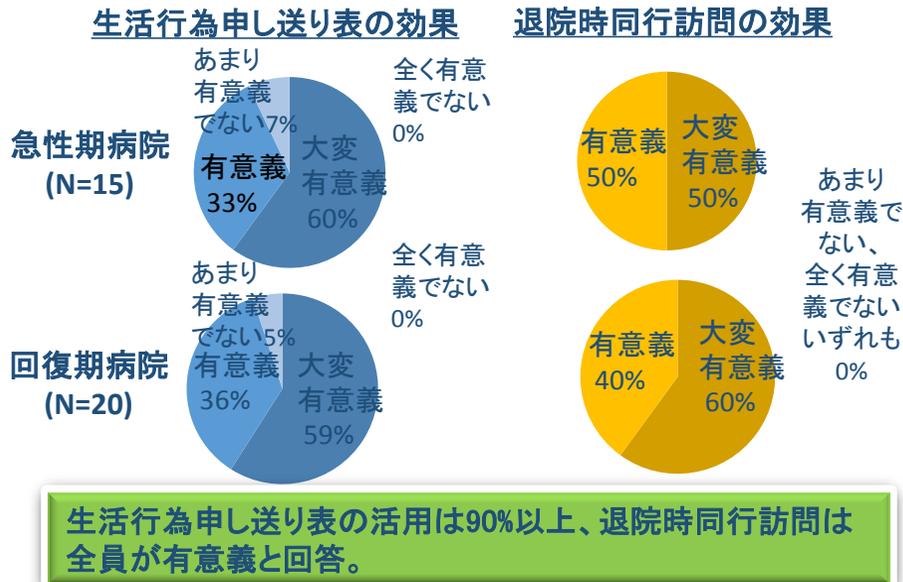
| 生活行為の目標 | 本人 | | | キーパーソン | | | |
|----------------------------|----|-------------------------------------|-----------------------------|------------------------------|---------|-------------------------------------|-----------------------------|
| | 項目 | 心身機能・構造の分析 (精神機能, 感覚, 神経筋骨格, 運動) | 活動と参加の分析 (移動能力, セルフケア能力) | 環境因子の分析 (用具, 環境変化, 支援と障害) | 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) |
| 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の数字で当ててもらう

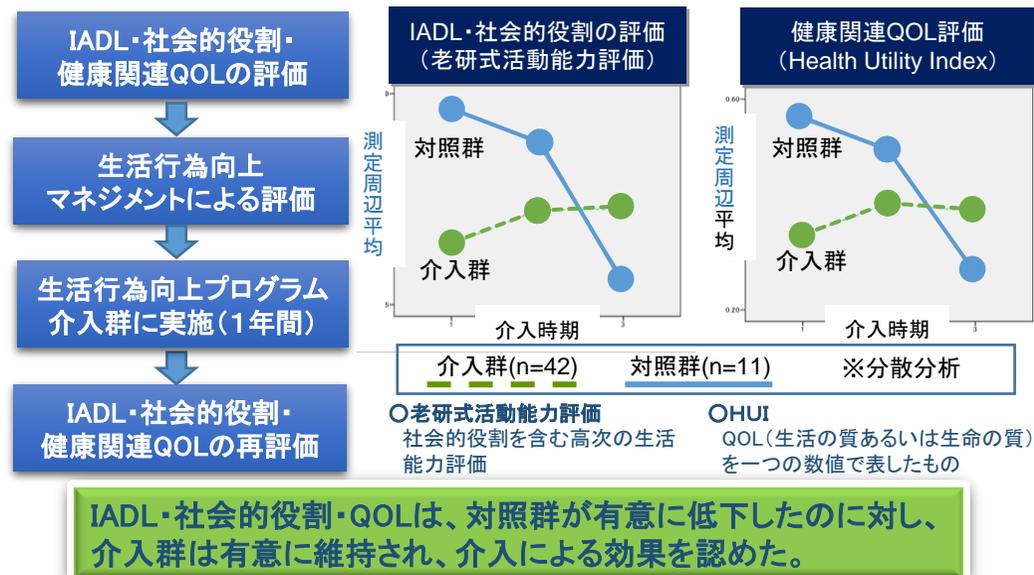
| 実施・支援内容 | 基本的プログラム | | | 応用的プログラム | | | 社会適応的プログラム | | |
|---------|--------------------------------|----|--------|-------------|----|--------|-------------|----|--------|
| | 達成のためのプログラム | 本人 | 家族や支援者 | 達成のためのプログラム | 本人 | 家族や支援者 | 達成のためのプログラム | 本人 | 家族や支援者 |
| 実施・支援期間 | _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日 | | | | | | | | |
| 達成 | □達成 □変更達成 □未達成 (理由: _____) □中止 | | | | | | | | |

5. 地域包括ケアシステムの実現に向けた作業療法士の取組の効果②

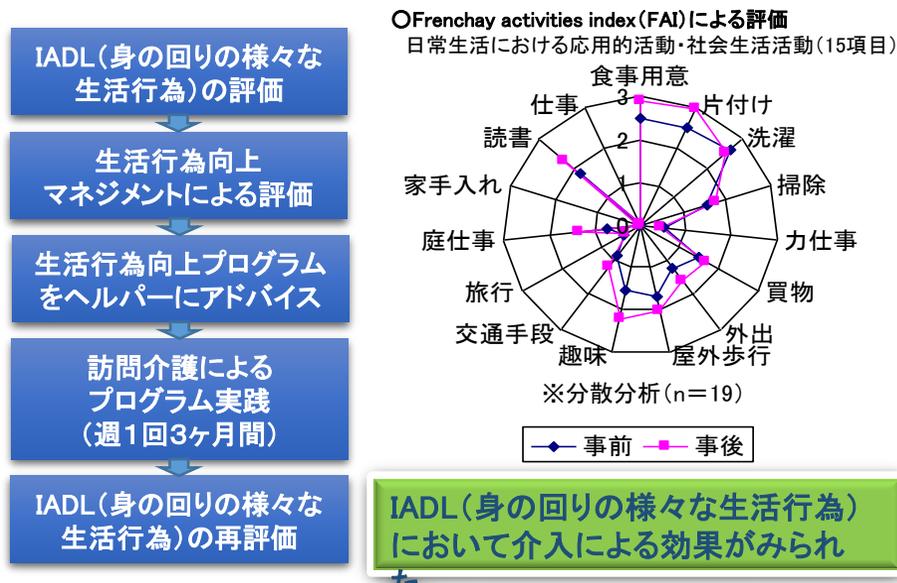
◎病院と介護支援専門員との連携効果



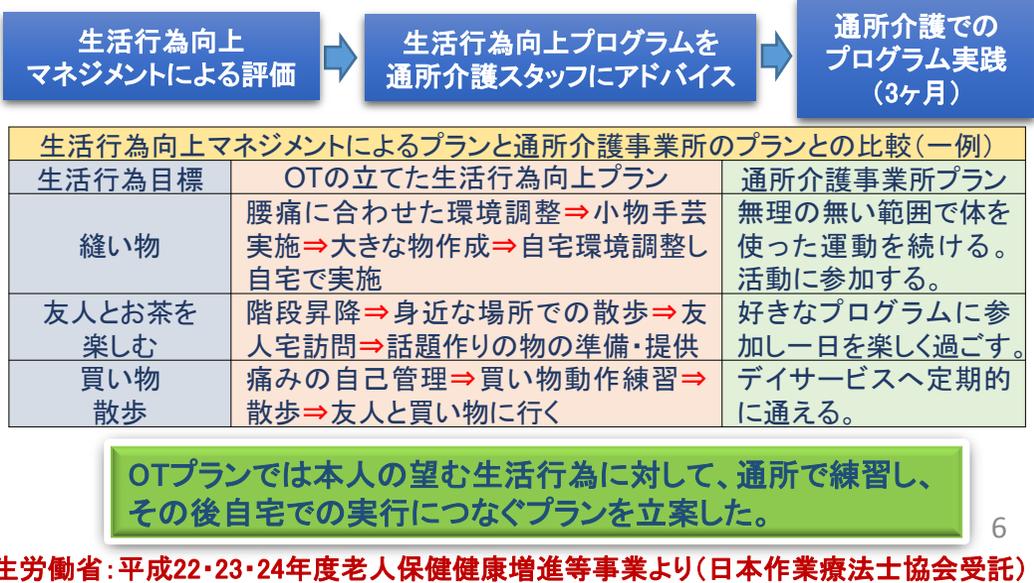
◎通所リハビリテーションでの効果



◎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



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】

- ・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

6. 地域包括ケアシステムの実現に向けた作業療法士の提案

生活行為向上マネジメントにより、要介護状態になっても、認知症であっても、利用者が「やりたい」「したい」と思っている生活行為に焦点を当てた支援により、“介護される人”から“主体的な生活をする人”に変化し、活動的な生活を営めるようになります。

- アセスメント、目標設定、プラン作成の一連の過程を、利用者と共にすることにより、利用者自身が主体的に取り組むようになり、できたときの成功体験は、達成感、効力感を向上させやる気を引き出し、意欲的な生活に変化させます。
- 介護認定非該当の高齢者でも、瓶のふたを開ける、階段の上り降りなど、生活のし難さを感じている方は約三割存在します。しかし、用具の活用、環境の整備等により、ほとんどが再び容易にできるようになります。
- 要支援1, 2、要介護1, 2の軽度要介護度者で、生活課題の原因の特定、予後予測に基づく目標設定、段階づけられた支援により、多くが改善し、且つ、生活範囲は拡大します。
- 介護職との同行訪問、ケア会議での情報提供等作業療法士の参画により、介護支援計画が活動、参加に焦点をあてた自立支援型支計画に、また、実際の介護現場で過介護を防ぎ、自立に結び付ける介護方法になります。

通所リハ等で生活行為向上マネジメントを組み込んだ実践ができる仕組みが必要

リハ実施機関からの同行訪問、ケア会議での情報提供など連携の評価が必要

各所での実践の質を評価する仕組みが必要

生活行為向上マネジメントに基づく地域生活移行・地域生活継続支援事例

- ①. 医療機関(認知症)からの地域生活移行支援事例 (要介護1)
- ②. 老健からの在宅復帰支援事例 (要介護3)
- ③. 老健からの在宅復帰支援事例 (要介護5⇒区変申請中)
- ④. 通所リハからの就労移行支援事例 (要介護3⇒要介護2)
- ⑤. 通所リハにおける認知症地域生活支援事例 (要介護2⇒要介護1)
- ⑥. 訪問リハ(訪問看護 I 5)における認知症地域生活支援事例 (要介護1)
- ⑦. 回復期リハ病院退院後における訪問指導事例 (要支援2⇒要支援1)
- ⑧. 介護予防通所介護における訪問指導事例 (要支援1)

年齢:79歳 性別:女性 疾患名:脳梗塞・骨盤骨折

要介護3 ⇒ 更新せず

老健入所事例

【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。

【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。

| | 開始時(入所時) | 中間(1ヶ月後) | 在宅復帰(2ヶ月半後) |
|-------------|--|--|---|
| 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 : 2ヶ月半で在宅復帰:自宅内での家事活動が遂行できるようになり、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 : 個別機能訓練から生活リハビリへ移行していく際、一つ一つの生活動作の目的や意味付けの確認しあうことが重要であった。短期集中・認知症短期集中リハビリテーションが機能訓練に偏ることの無いよう、生活行為に対するスタッフ間の共通理解が必要。

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 ⇒ 区変申請中

老健入所事例

【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。

【本人・家族の生活の目標】妻と二人暮らしの本人・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「持病悪化ないように介護量をコントロールしていきたい」

開始時(入所前・入所時)

中間(1ヶ月後)

在宅復帰(2ヶ月)

ADL・IADLの状態

○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。

○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。

○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

○(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。

○(上位目標である買物外出に向けた)長距離の車椅子自走。

【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生活のモニタリングより継続した主体的活動には必須であると判断した。

介入内容

○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。

○本人・他職種への自走目的の共有。
○日常的な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。

年齢:77歳 性別:女性 疾患名:脳血管性認知症・変形性膝関節症

要介護2 ⇒ 要介護1

通所リハ事例

【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。
【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。

| | 利用開始時 | 中間(1ヶ月後) | 修了(2ヶ月後) |
|-------------|--|--|--|
| 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 | <ul style="list-style-type: none"> ○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 | <ul style="list-style-type: none"> ○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。 ○CMに歩行器の貸与手続きを要請。 | |



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に参加することができた。

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。

| | | | |
|----------------------|--|---|--|
| 通所介護 (介護予防) 事例 | 年齢:74歳 性別:女性 疾患名:パーキンソン病(発病より10年) | | 要支援1 |
| | <p>【介入までの経緯】 調理は自身の役割だが、食材の購入は宅配と夫。日頃から人の動きを気にするとすくみ足が出やすく、買い物は不可能と思っている。でも本当は生鮮食品は自分で選び調理したい。</p> <p>【本人・家族の生活の目標】 本人:生鮮食品など目で見て確認したいものを、自分自身でスーパーで選び購入したい。イットと一緒に買い物に行きたい。／家族:できることが増えればうれしいが、不安もある。料理は続けられるといい。</p> | | |
| | 利用開始時 | 中間(6ヶ月) | 終了(9ヶ月) |
| ADL・IADL の状態 | <ul style="list-style-type: none"> ・ADL自立 ・調理が自宅での役割(その他の家事は夫) | <ul style="list-style-type: none"> ・スーパーで買物(2回/月)(夫が付添、協力的となる) ・配膳・下膳で台車利用習慣化 | <ul style="list-style-type: none"> ・掃除は出来る範囲で実施 ・週1回のスーパーへの買い物が習慣化(夫から誘われるようになる) |
| 生活行為 の目標 | <ul style="list-style-type: none"> ・カートによるスーパーでの買物を経験する ・自宅内、配膳・下膳時の台車移動に慣れる | <ul style="list-style-type: none"> ・スーパーの環境に慣れ、回数を重ねて自信を持つ ・陳列の配列を覚え、疲労度に配慮しながら移動できる | <p>【考察】</p> <p>実際場面で評価・介入を繰り返し「できる」ことと「課題」をその場で共有・フィードバックできたことが目標達成への近道であった。</p> <p>買い物が習慣化したことは、単なる家事の拡大という自宅内での活躍にとどまらず、地域に出て行く習慣や関わりを取り戻し、地域住民のひとりとして顔の見えるつながりへと変化したと考える。</p> |
| 介入 内容 | <ol style="list-style-type: none"> ①自主トレ指導 ②スーパーで買物評価 ③スーパーよりカートを借り出し移動練習 | <ol style="list-style-type: none"> ①カート押しでのすくみ足対策 ②移動時の夫の立ち位置検討 ③商品棚へのリーチ位置確認 ④疲労度合いと役割分担検討 | |

同行者がいれば買い物が可能に

スーパー内での役割を分担し生鮮品選びは一人で可能に

スーパーを想定
しての模擬的
アプローチ



実際場面で活動
参加を繰り返し
習慣化へ向けた
アプローチ



活動の習慣化
役割の拡大へ
地域とのつながり

結果 : 週1回:スーパーでの食材購入/月1回:街での買い物が習慣化、九州旅行への挑戦ができた

課題 : 通所介護:利用時間内のみにとられず、時間外の活動や必要に応じた訪問が計画に基づき介入できるしくみが必要。

年齢:75歳 性別:女性 疾患名:脳血管性認知症

要介護1 ⇒ 更新せず

通所リハ
訪問リハ
併用事例

【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 | <ul style="list-style-type: none"> ○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。 | <ul style="list-style-type: none"> ○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。 | <p>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。</p> |
| 生活行為の目標 | <ul style="list-style-type: none"> ○掃除機を使っての毎日の掃除を習慣化する。 | <ul style="list-style-type: none"> ○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。 | <p>【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。</p> |
| 介入内容 | <ul style="list-style-type: none"> ○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。

課題 : 本事例は本人が訪問介護利用を拒否されていたが、通所の作業療法士が訪問介護に同行し、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: 53歳 性別: 男性 疾患名: 脳梗塞(高次脳機能障害)

要介護3 ⇒ 要介護2

通所リハ事例

【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。

【本人・家族の生活の目標】

本人: 就労(元技術科の教師)に向けて支援施設に通いたい。

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。

| | 利用開始時 | 中間(6ヶ月後) | サービス修了・就労支援施設へ移行(9ヶ月後) |
|-------------|---|--|--|
| 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。

課題 : 個別リハビリテーション加算20分/回ではなく、計画内容の必要量(頻度・時間)に基づき必要に応じた作業指導ができる仕組みが必要。通所の環境以外での指導(自宅や外部施設等)や終了後の継続後フォロー利用、自宅や就労支援施設等への訪問機能が強化される仕組みが必要。

回復期リハ(退院後訪問)

退院直後の入浴自立支援に始まり、本人の要望に対応したことで活動・参加が促進され事例

| | | |
|---------|--|-----------|
| 回復期リハ事例 | 年齢:60歳 性別:男性 疾患名:脳出血 | 要支援2→要支援1 |
| | <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 | <ul style="list-style-type: none"> ○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できる。 | <ul style="list-style-type: none"> ○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。 ○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。 | <p>【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。</p> <p>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。</p> |
| 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。 | | |



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。

精神科事例

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品調理は可能、2品以上の同時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体操・筋力維持
 ④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。