平成２５年度老人保健健康増進等事業

医療から介護保険まで一貫した
生活行為の自立支援に向けた
リハビリテーションの効果と質に関する評価研究事業

報告書Ⅰ

第一章　研究概要と結果

第二章　HUI を用いた生活行為向上マネジメントの効果検証事業

第三章　老人保健施設入所時インテークにおける
生活行為向上マネジメントによる介入の効果検討事業

一般社団法人　日本作業療法士協会

はじめに

作業療法の治療手段である「作業」について、下記の通達が発出された（医政発 0430 第 1 号　平成 22 年 4 月 30 日）

・移動、食事、排泄、入浴等の日常生活活動に関するADL訓練
・家事、外出等のIADL訓練
・作業耐久性の向上、作業手順の習得、就労環境への適応等の職業関連活動の訓練
・福祉用具の使用等に関する訓練
・退院後の住環境への適応訓練
・発達障害や高次脳機能障害等に対するリハビリテーション
「厚生労働省医政局長：医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について．医政発0430第1号　平成22年4月30日」

改めて作業療法の「作業」が、生活行為全般を対象としていることを確認しておきたい。

さて、「生活行為向上マネジメント」に関する取り組みは、厚生労働省健康増進等事業を活用し、平成 20 年から平成 25 年度まで継続され、その成果は都度介護報酬改定の中に活かされ、自立支援に向けた具体的な方法として広く認識されているところである。

協会では、平成 24 年度より「生活行為向上マネジメント推進プロジェクト」を設置し、研究事業の成果を国民に届けるために、マスタープランを作成し、「作業療法士であれば誰もが行なえる」を目標に、研修等人材育成を組織的に行っているところである。平成 26 年度の「生活行為向上マネジメント」に関する事業費は、協会予算の約５％を占め、都道府県士会の取り組みと合わせると、全国的な取り組みと発展している。

そのような中で、平成 25 年度の本事業において、全国的な取り組みをより推進するための人材育成が行われ、25 名の熟練者を養成できたことは今後の大きな財産となろう。また、HUI による継続調査は、「生活行為向上マネジメント」の有効性を示す根拠を証明した。加えて、長野県茅野市の一般高齢者に対する「生活行為向上支援モデル」の取り組みは、作業療法の対象を、「健康」の維持、地域づくりの具体例として、また、地域包括支援センターでの作業療法士の役割を示した。今後の作業療法の発展に大きく寄与するものと思う。

障害者や高齢者であっても、生き生きと生活している方々をみると、する作業（仕事）があり、役割があり、やる気がある。作業療法士はそのような生活を支援することが使命であり、「生活行為向上マネジメント」による作業療法の提供は、その具体的な手段となることを改めて確認できた。今後、さらなる取り組みを推進していきたい。

最後に研究事業にご協力いただいた利用者、事業所の方々、推進委員の方々、研究員の方々、皆様に感謝申し上げる。

平成 26 年 3 月

一般社団法人　日本作業療法士協会
会　長　　中村　春基

平成 25 年度老人保健健康増進事業

医療から介護保険まで一貫した生活行為の自立支援に向けたリハビリテーションの

効果と質に関する評価研究事業

目　　次

はじめに（中村会長）

第一章　研究概要と結果・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P1

第二章　HUI を用いた生活行為向上マネジメントの効果検証事業　・・・・P16

第三章　　老人保健施設入所時インテークにおける

生活行為向上マネジメントによる介入の効果検討事業・・・・・P39

第四章　　生活行為向上マネジメントの質の

評価方法の開発と質の向上の在り方検討事業・・・・・・・・・報告書Ⅱ

第五章　生活行為支援モデル事業・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・報告書Ⅲ

第一章

研究概要と結果

第一章　研究概要と結果

Ⅰ.研究実施要領

1.目　的

平成20年度高齢者の生活行為の自立を目的に、医療から介護保険、在宅生活まで一貫した生活行為の継続支援する生活行為向上マネジメントを開発した。生活行為向上マネジメントは急性期、回復期、老人保健施設、通所リハビリテーションとすべての領域で活用できることがわかっている。また、生活行為向上マネジメントを活用した介入により、医療機関ではADLが、通所リハビリテーションや訪問介護との連携ではIADLに効果があることがわかった。また、マネジメントを活用し、介護支援専門員と連携することで、自立に向けたケアプランの立案に貢献できることもわかった。

平成23年度より生活行為向上マネジメントの効果を健康効用値で評価しているが、三年間の追跡調査の今年度は2年目になる。中間報告では、マネジメントを実践した事例は介護サービスの支出を抑えることができる傾向を認めた。今年度はさらなる追跡により、効用値の変化を明らかとする。

平成24年度の研究では、老人保健施設を退所できるものは、IADLやADLの自立が高いこともわかった。しかし一方では、生活行為向上マネジメントを実践する作業療法士が少ないことや在宅での生活を想定した訓練を実施していないということが問題となった。そこで、入所時に在宅での訪問を行い、インテーク時にADLやIADLの課題と本人・家族の生活の希望のキャップを含め、生活行為向上マネジメントを実施することでのスムーズな退所に向けた効果を検証するものとした。

また、生活行為向上マネジメントは介入ツールとしてもまた連携ツールとしても有効であるとの結果を得ている。しかし、生活行為向上マネジメントを実践する作業療法士の質にばらつきがあるとの指摘もあり、今年度はマネジメントの質を測定する評価方法を開発し、質の向上にむけた研修や連携スキルの在り方についても検討、実践する。

2.実施内容

1）推進検討委員会の開催

目的：研究事業の推進及び方向性、政策化に向けた検討を行う。
委員：外部の委員によって構成する。

2）HUIを用いた生活行為向上マネジメントの効果検証事業

平成23年度に介入調査を行い、平成24年度に追跡できた通所事業所事例102例と老人保健施設入所事例85事例について、平成25年9月と平成26年3月の2回、HUI(Health Utility Index)を用いた健康効用値を測定、経年的変化を測定することにより、対象者のQOLの変化から経済的効果の検証を行う。

3）老人保健施設入所時インテークにおける生活行為向上マネジメントによる介入の効果検討事

２４年度、老人保健施設において在宅復帰できた群とできなかった群のADL、IADL、QOLなどを評価、退所に資する要因調査を行った。その結果、在宅復帰群はADLのみならずIADLも良好であることがわかった。

また、在宅で本人自身が自立してほしいADLやIADLの項目も家族と本人、作業療法士の三者で異なることがわかった。

そこで、入所の時点で、在宅生活において必要と思われる項目について家族・本人の希望を把握し、生活行為向上マネジメントを実践した場合の効果について明らかとする。昨年度までの従来の支援のデータと入所時の生活行為向上マネジメントを実施した事例のADL、IADL、QOLなどの変化及び本人・家族の満足度、退

所までの期間を測定し、介入の効果を検証する。

4）生活行為向上マネジメントの質の評価方法の開発と質の向上の在り方検討事業

これまで急性期、回復期の医療機関、老人保健施設、通所リハビリテーション、訪問介護・通所介護・介護支援専門員との連携とさまざまな領域で高齢者の生活行為に焦点を当てた「生活行為向上マネジメント」を実践してきた。その結果、高齢者自身の支援による満足度をはじめ、ADL、IADL、QOLの自立が図られる介入効果を確認した。しかし、介入研究の際、介入する作業療法士にばらつきがあることで、データ上効果にばらつきがみられ明確に成果を示せないこともあり、介入する作業療法士のトレーニングが最も重要であることが分かった。作業療法士が「生活行為向上マネジメント」を活用することで、高齢者の自立支援が効果的に推進され、他職種や他機関、他事業所との効果的連携が推進されるよう質の高い人材の育成方法が必要である。

そこで、今年度は「生活行為向上マネジメント」の質に関する評価表を作成し、作業療法士の質に関する評価を行い、「生活行為向上マネジメント」の一定水準を確保できるための取り組みをモデル的に実施する。

（１）事例評価指標作成ワーキンググループの開催

これまでに介入研究で集積されている事例を分析し、事例評価指標案を外部の有識者3名及び各領域（急性期、回復期、通所系、訪問系、入所系、認知症、その他）の作業療法士7名　計10名のワーキンググループで3回会議を開催し案を作成した。

（２）事例調査

都道府県の作業療法士会から「生活行為向上マネジメント」を臨床ですでに実践している作業療法士の推薦を2～3名受け、説明会開催後から、1～3ケ月以上の介入を行ってもらい、その介入事例を2事例ずつ提出するよう依頼する。事例について前述の評価指標で評価を行い、その妥当性についてワーキンググループで検討を行い、評価指標の完成を行う。さらに、一定水準の生活行為向上マネジメントを実践できる熟練者（エキスパート）として認定する。

（３）プロフェショナルの養成の在り方検討と審査委員会の開催

また併せて、介護支援専門員との連携や市町村が実施する地域ケア会議などに適切に参加でき、指導的な役割を果たせるプロフェショナルの養成に必要なカリキュラムと審査方法をモデル的に検討する。

5)生活行為支援モデル事業

昨年度、茅野市で60歳以上高齢者を対象に生活行為に関する支障の有無について「生活行為確認表」と「高齢者嗜好調査表」を用いて実態調査を行った。その結果、高齢者の約３割が生活の中で何らかの不自由を抱えていること、基本チェックリストによる特定高齢者と一致していないことなどがあきらかとなった。また、「高齢者嗜好調査」では、地域の高齢者がしたいと思っている生活行為のニーズを発掘できることもわかった。

そこで今回、さらに対象市町村を増やし、当協会で開発した「生活行為確認表」及び「高齢者嗜好調査票」を活用した生活行為ニーズ調査を実施するとともに、具体的支援の在り方を検討する。

(1)生活行為確認表等による生活行為ニーズ調査の実施について

市町村が実施する生活圏域ニーズ調査に合わせ、「生活行為確認表」「高齢者嗜好調査」を実施する。

今年度は、市町村を増やし調査対象者数を増やし、高齢者の地域の作業活動ニーズの地区特性を違い把握する。

(2)生活行為支援モデル事業の実施

前述の調査結果および昨年度実施したモデル地域での調査結果を基に、老人会などの高齢者組織と地域に必要な活動を検討し、具体的なボランティア活動や民生委員活動・自治会活動等の展開を試行する。その中から、他地域への展開も含め、一般化できそうな効果的活動の具体的モデル事例を作成する。

Ⅱ. 推進検討会議の開催

1.目 的　　研究事業の推進及び方向性、政策化に向けた検討を行う。

2.委 員　　以下の外部の委員によって構成する。

	所属	職種
石黒秀喜	長寿社会開発センター	常務理事
折茂賢一郎	西吾妻福祉病院	病院管理者
川越雅弘	国立社会保障・人口問題研究所	室長
澤村誠志	兵庫県立総合リハビリテーションセンター	名誉院長
菅原弘子	福祉自治体ユニット	事務局長
鈴木邦彦	日本医師会	理事
東内京一	和光市役所	部長
葉山靖明	デイサービスセンター　けやき通り	施設長
藤原茂	夢のみずうみ社	代表
依田利文	茅野市西部保健福祉サービスセンター	地域福祉推進係長

3.開催結果

1）第1回推進検討会議の開催

(1)日時：平成 25 年 8 月 3 日 14:30～17：00

(2)主な討議内容:

①HUI を用いた生活行為向上マネジメントの効果検証事業

○対象者の要介護度がわかるとよい。

②老人保健施設入所時インテークにおける生活行為向上マネジメントによる介入の効果検討事業

○研究協力施設が R4 を導入していれば、OT のプランを反映することになっているため、導入しているかどうかをアンケートするとよい。

○OT が退所に向けてプランニングした群が介入群であれば、今年度の 3 月の段階で退所していない場合にどう評価するのかを考える必要がある。OT がインテークで介入して作ったケアプランが最終的には入所後 6 カ月で退所に至るところにどう関われたのかが重要である。脳卒中の右麻痺であれば 6 カ月での退所は難しいとか、骨折系でリハ病院からの症例であれば 6 カ月で確実に退所できるとか、OT がチームケアのなかでどう関われたかは、ケアプランの書き方や助言がどう反映され記載されたかを単純にチェックすれば良い。最後のアンケートについては、中間評価として退所に向かったプランに沿って OT がどの部分にどのように効果的に支援できたのか、そこを今年度のデータとしてまとめる必要がある。

○退所困難な事例に対して OT が積極的に介入することによって、退所に結び付いたという事例があると望ましい。従来のケアプランでは自宅退所が困難と思われていた人が生活行為向上マネジメントを使った支援により自宅退所できたという事例があればいい。

○現場視点で言うと、急性期病院の医師やリハビリ専門職は BI、ADL については予後予測ができる。介護保険のサービスは生活障害に対応しているのだから、IADL については介護保険分野の職員の方がプロだと考える。今回はその分野に生活行為向上マネジメントを導入する予定なので、最低限そこを生かす必要がある。ADL は急性期病院でも施設でもわかるが、IADL に介入するには在宅訪問をして、それからケアプランを作成する必要がある。それをチームで共有できるようになればよい。

○IADL には広義と狭義があるが、今の介護保険では IADL が生活機能訓練に入っている。デイサービスの現場では、生活機能回復訓練の中に、散歩と買い物は入るけど、手芸や金銭管理は入るのかと考えるとわからなくなる。OT 協会として IADL の範囲を整理がされるとよい。

③生活行為向上マネジメントの質の評価方法の開発と質の向上の在り方検討事業

○今回の研究を通して養成された生活行為向上マネジメント熟練者について、各都道府県から支援要請があった場合、都道府県の作業療法士会が支援することをアピールし、地域ケア会議の推進に貢献できることを働き掛けることが大切である。

○各熟練者は自らの事例のマネジメントの実践を通して、課題説明能力の向上と組織内での多職種協働、退院後の生活を視野に入れ、地域のケアマネージャーを交えたカンファレンスを実践していくことが、個別レベルでの具体的作業になる。

④生活行為支援モデル事業

○生活行為確認表と併せて、対策をつくる方がいい、自身が望む活動をいつまでもできるのだと言った啓蒙を住民に示すことが大切である。住民向けパンフレットの作成することとした。

○生活行為確認表を活用したニーズ調査が市町村第６期介護保険事業計画に役立つデータとして活用できるものであることを示す。

○訪問による個別課題をとおして、生活行為の解決には訪問が必要だといったところの事例パターンを示すことが大切である。併せて、ヘルパーの活用のスキル及び対応方法を示してはどうか。

○モデル事業報告書では必ず参加住民のコメントや実施写真をつけるとよい。

2）第2回推進検討会議の開催

(1)日　時:平成 26 年 2 月 1 日（土）14:00～17:00

(2)主な討議内容:

①HUI を用いた生活行為向上マネジメントの効果検証事業

○今回のマネジメントを使ったオーダーメイドの作業療法と従来の作業療法とは何が違うかを検証して考察する必要がある。マネジメントシートにより実際にどの部分に介入し、どの部分が改善したかを示すと、介入と結果が結びつくので、理解しやすい。事例ベースで「本人の希望をベースに介入したことが QOL の向上に貢献した」と明記することが大切である。

②老人保健施設入所時インテークにおける生活行為向上マネジメントによる介入の効果検証事業

○作業療法士は今までは入所時のインテークに関わっていなかったと思うが、インテークから関わるようになって、作業療法士自身の意識の変化を把握してはどうか。

○事例ベースで目標を立てて介入しているので、マネジメントの流れで整理した方がわかりやすい。退所を目標とした場合には、家に帰ってからの課題を整理することが重要であり、退所に向けての課題をいつまでにどの程度達成し、どの時期に退所するといった一連の流れを整理しないと、介入が良かったか悪かったかを判断できないと考える。今回、退所目的のマネジメントではなく、施設内で作業を行うことが目的となっていた印象がある。リハ職ではなくて、OT だからこそできる関わりを見せていく必要がある。他職種と目標は一緒でも、やり方やアプローチが違うということをイメージさせることが大切である。

○最初から特養待機と考えている事例があるが、退所を目的としたマネジメントをすることが大切である。

○インテークで、本人・家族の在宅生活が難しいと思われる理由を明らかにした上で、それを解消していくことを説明し、在宅に帰れると思わせることが大事である。そのことを合意できるようにすることでインテークに関わる意味がある。

○ケアマネだけがインテークに入るのではなくて、作業療法士もインテークに入って在宅の状況を評価することで、身体機能や生活環境をより把握できるため重要である。

③生活行為向上マネジメントの質の評価方法の開発と質の向上の在り方検討事業

○外部審査会に関しては、作業療法士としては非常に良いことと考える。実際に審査に参加したが発表者間の差が非常に大きかった。生活行為向上マネジメントの記載では、PT が書いたような身体機能に対する機能訓練的なものが多く、もっと OT らしくナラティブな表現をした方がよいと考える。良かった事例として、考察の部分で「数年ぶりに実施した料理を通して、家事動作の広がりを見た」との表現を見て、作業療法はこうあるべきだと思った。

○今事業の狙いは、OT としての個別援助計画をきちんと作れるか、自分たちのサービスマネジメントができるかという話である。加えて、他職種に対して、対象者の課題を明確にし、課題を解決する方法論をわ

かりやすく提示できること、地域ケア会議の個別会議で他職種にアドバイスできることが重要である。今回の事業の前提として、この 2 点ができる人を求めたものである。そこで一番重要なのは考察であるが、考察にやったことを中心に書いている人と、その作業で何を達成するかの狙いを持って、どの道具を使い、どの手順でするかを考えて、実行した結果まで書いている人とでは全然違う。思考過程を評価しないといけないため、問題点を的確に抽出し、マネジメントの手順をおさえることができているかを評価する必要がある。

○養成校の教育カリキュラムが大事だと思う。

○地域包括支援センターの地域ケア会議に熟練者を派遣できるとよい。

④生活行為支援モデル事業

○認知症や初期のうつの方に関しても、興味関心チェックシートを用いると、必ずどこかにチェックがついて、興味がある作業を引き出すことができる。

○「興味がある」にほとんどチェックがついてない方は、基本チェックリストに電車やバスの項目があるので、こういったケースに関しては、訪問で対応する等の別の取り組みが必要だと考える。

○議論の中で、プラス面ばかりが出ているが、老人大学やサロンに行く人は元気な老人であって、そういうケースは問題ないと考える。作業療法が必要な人は、元気な人ではなくてこれから低下が予測される人なので、マイナス面にスポットを当てて調査・分析・解析・考察をしていくことが重用だと考える。

○サロンに参加している方を調査したことがあり、新しく地域に入ってきた方はサロンに入れない状況があった。最初に集団があって、そこに後から入っていくのは難しいことなので、そこにどうすれば入りやすいのかを考える必要がある。

○市町村は、地域包括ケア計画を作ると言われても、在宅医療や認知症支援策についてどうすればいいのかがわからないようである。そのため、具体策を持って一緒に調査して考える必要がある。

○作業選択をできない人が病気になっているのだと考える。趣味があり、コミュニケーションが取れる方は、デイサービスに来ていない。反対に趣味がなくてコミュニケーションが取れなくて、地域のコミュニティに参加していない人がデイサービスに来る。

○精神科に通院している方に FAI を取ったが、旅行、庭仕事、読書が低い傾向にあった。うつの方に LSAS-J を使って評価すると、対人関係と興味・好奇心、自己認識の 3 つの社会適応基準のうち興味・好奇心や自己認識の部分はうつが改善とともに回復していたが、対人関係は変わらなった。コミュニケーションの困難さで、家族や社交性の部分がネックになっている方が多く、うつの症状が改善しても回復しない。そこに焦点を当ててアプローチする必要があるので、人海戦術も必要だと考える。

○生活行為確認表では不自由さをみているが、基本チェックリストではしているかをみている。そのため、生活確認表は 2 次予防対象者の手前の生活に不自由さを感じている対象者を抽出できる可能性がある。介入の必要があるケースやや少しの後押しだけでできるようになるケースに分かれることが想定される。そのためのスクリーニングになる可能性がある。

3）第3回推進検討会議の開催

(1)日　時:平成 26 年 3 月 8 日（土）13:30～15:30

(2)主な討議内容:

①老人保健施設入所時インテークにおける生活行為向上マネジメントによる介入の効果検証事業

○問題は退所してから後の生活のフォローだが大切である。退所後の継続したフォローのが重要であり、さらに、入所時も退所後も同じ人が評価していくことが必要である。

○生活行為の目標にトイレ動作や歩行が設定されているが、課題の解決策が作業療法士のアプローチであり特徴だと考える。アプローチの仕方が作業療法士と他のリハ職とは違うということを見せないといけない。例えば、ある事例では、退所を目標とした場合、家族の受け入れ状況が課題になるのであれば、家族に対するアプローチをする必要がある。しかし、目標をみると「転倒しないで歩行能力を維持する」という施設内の目標になっている。個人の目標達成で退所に向けてとなると、これでは課題解決には繋がらない。他職種がそこを抑えてその部分には他職種が関わり、OT では別の部分に関わるようにすると、チーム目標の共有とチームアプローチとなる。

老健施設は多職種チームを作りやすいので、お互いの役割分担をしっかりしていく必要がある。

○退所前カンファレンスをする際に、在宅の課題を解決する方法として、在宅のケアマネジャーや OT を呼

ぶのか、ヘルパーに具体的に動作の誘導方法を伝えるのかを検討する必要がある。和光市であれば、地域ケア会議に老健の OT に来てもらって意見を求めることも重要だ。退所後に事例をフォローするシステムがあるのか、そのシステムがないのかを明確にしてください。それを踏まえないと、澤村委員が言うように老健の OT が在宅までをどのように考えて介入したかが見えてこない。それを踏まえた調査を考えるといい。

その状態のままで在宅に帰ると問題が起こるケースが多い。老健施設を退所する前に、地域のケアマネジャーも含めた支援者を集めてカンファレンスをすることが大事である。OT にとって、対象者が自宅に帰ってから自宅に訪問することが非常に勉強になる。その経験が宝物だと思う。

○老健の退所事例 100 例以上の調査で老健入所時・退所時、退所後 1 週、退所後 1 ヶ月を ICF で調査していました。その結果、退所事例なので退所時には良くなっているのですが、退所 1 週後には入浴や排泄動作などで下がっていた。ここにケアマネジャーが関わると ADL が維持されるが、その際、リハ職が関わって在宅生活をフォローアップして欲しいと思う。最近、老健からの訪問リハが劇的に増えてきているため、OT が退所した人たちに関わっていただき、生活機能の低下を予防して欲しい。

②生活行為向上マネジメントの質の評価方法の開発と質の向上の在り方検討事業

○現在の作業療法士の教育のカリキュラムに地域リハや包括ケアの項目が少な過ぎる。教育に入れることと国家試験に入れることが重要。厚労省が昔作った資料をいつまでも使っていては、いい人材が育つはずがないと思う。

○従来の作業療法とは異なり、生活行為向上マネジメントを実践して作業療法士さんたちはどこに変化を感じましたか。

「医学モデルから生活障害モデルに変わった。視点が変わった」「今までは作業療法として、どのような疾患の方にどういったプログラムを提供するかを考えていた。生活行為向上マネジメントを勉強してからは、対象者の今までの生活と今後の生活をイメージして、そのために現在の課題は何で、他職種とどのように繋がっていき、残った課題をどの職種に繋いでいくかを意識するようになった。そのように、対象者の 24 時間 365 日を意識するように変わった。」

○熟練者はマネジメントの視点を持って介入できる作業療法士である。彼らが自ら講師となって生活行為向上マネジメントを普及する予定である。もう一点は、市町村で行われる地域ケア会議で推薦していきたいと考えている。そこでケアマネジャーに助言ができる人を想定している。市町村から相談があった場合にこの熟練者たちを紹介していきたい。

○熟練者を地域ケア会議の助言者としての位置づけをとし、認定審査員のようにお金を払ってきてもらいます。例えば、依田さんの地域の老健に熟練者がいて、市から委託をして来てもらうイメージである。地域包括支援センターとしての自治体の役割をどう描いていくのかだと考える。

○各都道府県士会で 1 名は配置できるように育てていく予定である。今回、全都道府県から 2 名ずつ熟練者を推薦してもらっている。1 回目の審査に通らなかった方も、5 月には事例を再提出してもらい、順次熟練者を増やしていく予定である。

③生活行為支援モデル事業

○茅野市では生活確認表で不自由があると答えた項目が多い方に対して訪問をした。訪問してみて、かなり困っている様子が見られ、生活行為確認表は質の点では活用できると思った。今回の調査から、転倒している人が多いことがわかり、この地域では運動教室をしているので、教室の参加者と確認表を照らし合わせて確認している。行政としても、地域でやるべきことが明らかになった。

○この取り組みで閉じこもり予防や暮らしの介護予防ができて、要介護に進むスピードが緩やかになればいいと考える。

○6 月くらいに生きがい健康作りの担当者会議があるので、このようなことを発表して啓発して欲しい。

○老健事業の機能訓練事業を見直す必要があると考える。要支援１・２がなくなりますので、小学校区ではなくてもっと狭いコミュニティの中で OT・PT がどのように関わっていけるかをもっと積極的に配信して欲しいと思う。

○今回は調査だけになってしまい、介入まではできていない。今後はこれらのデータをもとに、どのように本人のしたい生活行為を地域の活動に落とし込んでいくのかを進めたい。調査票でチェックがついて、問題がある人に対して訪問して介入して早期解決していき、介護保険に行かないようにする介入が必要だと

考える。地域特性や年代特性を生かして、介入するための一つのツールとして使えると考える。

今後は、モデル事業として実践したい。生活行為確認表の調査結果を生かして介護予防の事業ができればと考える。若い方であっても生活の不自由さを感じているので、早めに工夫できることを皆様に知っていただくことも大事である。運動機能低下のチェックがつくとできない生活行為が増えていくので、体操なども重要だ。2 番は興味関心チェックシートにチェックがついた作業を実態に合わせて、どのように地域でできるようにするのかを考えていく必要がある。今回の結果からは書道に興味がある人が多かったので、書道教室があればいい。3 番目は 2 番目としては困っている方へのアドバイスをして具体的に解消していくことが大事だ。ボランティア育成に関しても、本人たちの様々な特技を生かしたニーズを実際とマッチングしていけばいい。そのための啓発普及も重要だ。今後、このような事業を展開できればいい。

Ⅲ. 研究成果とまとめ

１. 介護保険領域における生活行為向上マネジメントによる介入効果

【目　的】

生活行為向上マネジメントは、個々人の「したい」「望む」生活行為の24時間、365日の連続から構成される生活に焦点をあて、病気や老化などの様々な要因によって障害されたその生活行為の連続を、再び取り戻すために生活機能の視点からマネジメントする手法として、本研究事業を通して開発したものである。

また、生活行為向上マネジメントはADLの評価指標であるBarthel Index、IADLの評価指標であるFrancy activity Index、生活関連QOLの評価指標であるHealth Utility Index(以下、HUI)との感度がよいことが本研究事業から、明らかとなっている。

そこで、医療経済効果を測定できるHUIを活用し、介護保険の通所系事業所及び老人保健施設にて生活行為向上マネジメントによる介入効果を３年間にわたり、その経過を半年ごとに測定している。今年度は３年間の追跡調査の２年目として、中間報告としてその効果をまとめた。

【対　象】

通所系事業所事例は平成23年度時介入群102例、対照群112例だったが、平成25年には介入群78例、対照群78例に死亡や通所利用終了などにより減少した。老人保健施設事例は平成23年度介入群85例、対照群85例だったが、平成25年度には介入群31例、対照群37例へ減少した。

【結　果】

通所事業利用者では、介入後図１に示すように対照群の健康関連QOLに変化がなかったのに対して、介入群の健康関連QOLは0.38から0.47へと向上した。介入群の健康関連QOLはその後も維持をし続けたが、対照群の健康関連QOLは徐々に低下した。2013年9月現在の健康関連QOLは、対照群0.26に対して介入群0.40となり、二元配置分散分析の結果、F=0.5801、P＝0.000となり介入の有無（グループ分け）と経過時間の交互作用を認めた。通所事業利用者について、生活行為向上マネジメントによる介入は効果が持続していることを確認した。

老人保健施設入所者では、介入後図２に示すように介入群の健康関連QOLが向上したが、その後は徐々に低下し、対照群との差を認めない程度になった。老健に入所し続けているという、対象者の特性が影響しているのかもしれない。その観点では、退所した対象者の特性にこそ、生活行為向上マネジメントの効果が表れている可能性もある。

【今　後】

引き続き、３年間の効果を測定し、最終年度には事例の介入内容や転帰を併せ、効果について検証する予定である。

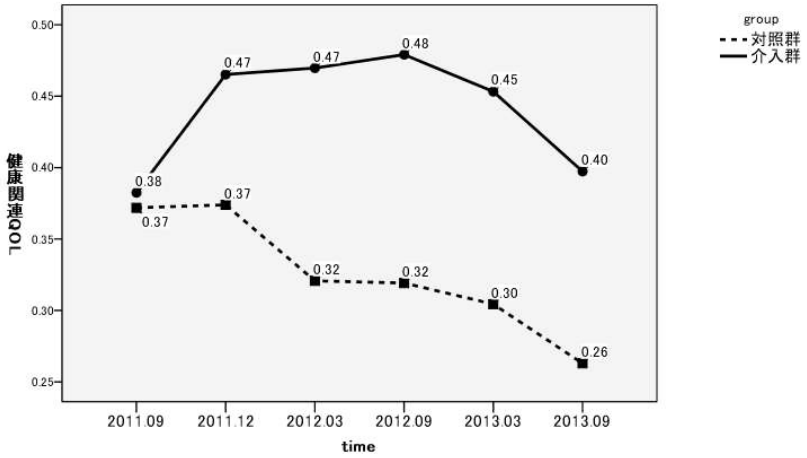


図 1.通所事業利用者の健康関連 QOL の変化　F＝0.5801、ｐ＝0.000

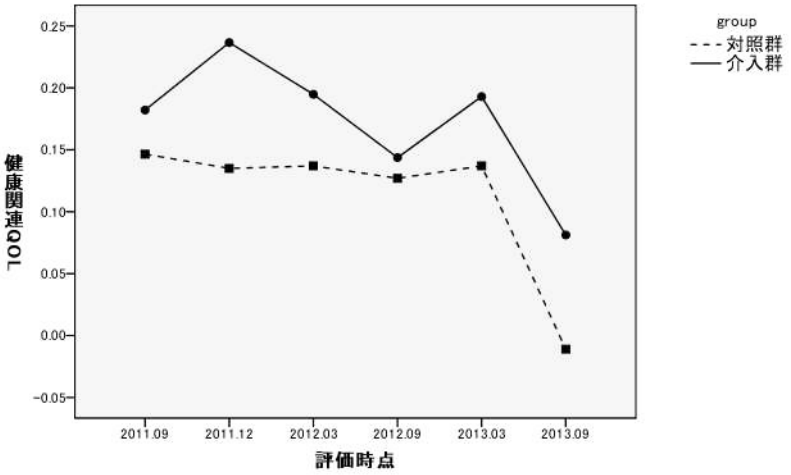


図２.老人保健施設入所者の健康関連 QOL の変化　　F＝0.060、ｐ＝0.807

２.老人保健施設入所時インテークにおける介入の効果検討事業

【目　的】

入所の段階から生活行為向上マネジメント（以下、マネジメント）を用いて、退所に向けて改善する必要のある生活行為を明らかにした上でチームアプローチを展開し、それが退所支援として有効かどうかを検証する。

その上で老人保健施設における他職種が、作業療法士（以下、OT）の退所支援における有効性をどのように考えているかを明らかにする。

【対象及び方法】

１)対象者

2013 年 9 月～12 月中旬までに全国 15 の研究協力施設に入所する者のうち、①ある程度の意思疎通能力がある、②明らかな特別養護老人ホーム等への入所待機ではない、の条件に当てはまり、研究への同意を得られた者とした。

２)方法

OT は対象者の実態調査に同行し、入所判定会に参加し、その後各種評価およびマネジメントを用いた作業療法計画を立案して介入を行った。なお、対象者が退所するまでの経過を追うため、介入期間は 2013 年 9 月から 2014 年 8 月までとした。

本研究への協力の得られた 15 ヶ所の介護老人保健施設に勤務する､支援相談員､ケアマネジャー､介護士、看護師等に対して、アンケート調査を実施した。

【結　果】

１）対象者は、29 名（男性 8 名、女性 21 名）で、平均年齢は 86.2±7.7 歳であった。なお、対象者のうち最年少は 64 歳、最高齢は 97 歳であった。

２）今回の 29 名の対象者のうち約 8 割で家族が今後自宅に退所することを希望していた。

３）OT が立案したマネジメントに基づいた計画は、約 9 割の対象者のケアプランに反映され、そのうちの多くの対象者では、他職種で連携して行う内容としてケアプランに盛り込まれていた。

４）2 月末日の段階では、全対象者のうちの 4 分の 1 が退所していた。

５）他職種の約 5 割は、通常の計画書に基づくリハビリとマネジメントに基づいたリハビリの違い、およびマネジメントを用いて介入したことによる対象者の変化を感じていた。

６）他職種は、退所支援における OT の入所前からの介入について、有効であると考えていることが分かった。

【今　後】

対象者への介入は、2014 年 8 月まで継続して実施し、3 ヶ月毎に各種調査を実施する。退所時には本人・家族に対して、提供された作業療法についての感想を聞き取る。また、他職種へのアンケート調査を行い、今回の OT の介入が有効であったと感じているかどうかを調査する予定である。

３.生活行為向上マネジメントの質の評価方法の開発と質の向上の在り方検討事業

【目的】

これまで急性期、回復期の医療機関、老人保健施設、通所リハビリテーション、訪問介護・通所介護・介護支援専門員との連携とさまざまな領域で高齢者の生活行為に焦点を当てた「生活行為向上マネジメント」を実践してきた。しかし、介入研究の際、介入する作業療法士にばらつきがあり、そのことでデータの効果がばらつき明確に成果を示せないことも多かった。介入に際しては従事する作業療法士のトレーニングが最も重要であった。

そこで、今年度は「生活行為向上マネジメント」の質に関する評価表を作成し、作業療法士の質に関する評価を行い、「生活行為向上マネジメント」の一定水準を確保できるための取り組みをモデル的に実施した。

【結果】

１）生活行為向上マネジメントの質を評価するための課題分析モニタリング表（表１）を開発

課題分析モニタリング表は、①対象者の 24 時間 365 日の生活行為の把握と評価、②その改善の可能性についての予後予測、③支援課題の優先づけ、④課題の要因分析、⑤支援計画、⑥他職種を含めた総合支援方針とのすり合わせ、⑦支援結果による評価、⑧考察からなり、生活行為向上マネジメントのプロセスを評価できるように構成されている。

結果として、第３者による生活行為向上マネジメントの質を審査するための審査表（表２）と対をなし、マネジメントの思考のプロセスとチームとしての役割分担の意識、モニタリングにつながる考察から、その質を客観的に評価できるものであると考えられた。

今後は、生活行為向上マネジメント表及び課題分析モニタリング表を活用した作業療法の事例蓄積から、質のデータ分析及びチームにおける作業療法の特性や役割を明確にしていきたい。

２）生活行為向上マネジメントを理解する上での研修の在り方を検討

従来の作業療法と異なり、生活行為向上マネジメントには作業療法の実践を通して対象者の在宅生活を視野に生活全般のマネジメントをする視点、またチームに対する積極的提案ができようになるなどチームマネジメント視点、地域の社会資源の活用を視野に本人のしたい生活行為が在宅で継続できるための地域の社会資源をマネジメントする視点が求められる。

このことから、研修で必要な知識は①マネジメントの知識、②地域の社会資源を含め制度の知識などが必要であることが言える。

今後は、外部の学識経験者から組織された「推進検討会議」からも指摘がされたが、生活行為向上マネジメントが作業療法養成教育への在り方を含め、作業療法士の基本的知識として位置づけられることが望ましい。

表１　課題分析モニタリング表

アセスメント項目		現状能力	予後予測 介入後	課題 重要性	課題個々の要因分析	評価	考察
基本動作	起き上がり	未把握	未把握			未把握	
	立位保持	未把握	未把握			未把握	
	床からの立ち上がり	未把握	未把握			未把握	
	床のものを拾う	未把握	未把握			未把握	
ADL（BI）	食事	未把握	未把握			未把握	
	イスとベッド間の移乗	未把握	未把握			未把握	
	整容	自立	自立			自立	
	トイレ動作	未把握	未把握			未把握	
	入浴	未把握	未把握			未把握	
	平地歩行（車椅子駆動）	できない	できない			できない	
	階段昇降	監視or介助	監視or介助			監視or介助	
	更衣	未把握	未把握			未把握	
	排便コントロール	時に失禁	時に失禁			時に失禁	
	排尿コントロール	全介助	全介助			全介助	
IADL（FAI）	食事の用意	週3回以上	週3回以上		課題解決目標	週3回以上	
	食事の片付け	週3回以上	週3回以上			週3回以上	
	洗濯	週1回以上	週1回以上			週1回以上	
	掃除や整頓	週1回以上	週1回以上			週1回以上	
	力仕事	週1回以上	週1回以上			週1回以上	
	買物	週1回以上	週1回以上			週1回以上	
	外出	週1回以上	週1回以上			週1回以上	
	屋外歩行	週1回以上	週1回以上			週1回以上	
	趣味	週1回以上	週1回以上			週1回以上	
	交通手段の利用	週1回以上	週1回以上			週1回以上	
	旅行	週1回以上	週1回以上			週1回以上	
	庭仕事	定期的	重作業可能			重作業可能	
	家や車の手入れ	中等度作業	中等度作業		（チームの）総合的援助方針	重労作	
	読書	月2回以上	月2回以上			月2回以上	
	仕事	週30時間以上	週30時間以上			週30時間以上	
老研式抜粋	年金などの書類を	書けない	書けない			書けない	
	新聞などを	読んでいる	読んでいない			読んでいない	
	本や雑誌を	読んでいない	読んでいない			読んでいない	
	健康についての記事や番組に	関心ない	関心ない			関心ない	
	友達の家を訪ねること	ある	ある			ある	
	家族や友達の相談にのること	ない	ない			ない	
	病人を見舞うこと	できない	できない			できない	
	若い人に自分から話しけること	ある	ある			ある	
他	家族の介護負担感	未把握	未把握			未把握	
		未把握	未把握			未把握	

表２　生活行為向上マネジメント審査表

審査表			審査基準					memo
段階	審査項目		よい	まあまあ	少し修正	かなり	NA	
第一段階 本人・家族の意向確認	本人のしたい生活行為をとらえているか							
	本人が（本当は）どのレベルまで達成したいのかを把握ないし推測しているか							
	家族の意向を確認しているか							
第二段階 アセスメント	本人の意向を達成するために何をアセスメントすべきかが認識できているか							
	アセスメントの適切性	健康状態（病名・症状・合併症・薬の内容）						
		心身機能（身体機能・精神機能（人格と気質など）・健康状態（水分・血圧・栄養状態）						
		活動（ADLとIADL、実行状況と能力）						
		参加（仕事・社会交流・地域活動など）						
		環境因子						
		個人因子（生活歴・職歴・性格）						
	上記の各領域をすべて網羅しているか							
	24時間365日（関わっている時間以外）の生活行為に焦点をあてているか							
	生活行為の予後予測は適切か							
第三段階 専門職としての課題の設定	本人の意向と現状を比較して、課題が適切に設定されているか							
	複数ある課題の優先順位づけは妥当か							
	課題の根本原因の分析が妥当か							
第四段階 合意形成	本人・家族との合意形成が適切におこなわれているか							
	他の職種との合意形成や役割分担が適切におこなわれているか							
	マネジメント担当者との合意形成が適切におこなわれているか							
第五段階 個別援助計画の作成	居宅生活を意識した援助計画となっているか							
	長期目標を見据えた上で、短期目標が適切に設定されているか							
	作業工程分析が適切におこなわれているか							
	短期目標の解決に向け、各プログラムが段階づけられた実施内容になっているか							
	課題解決に向けた担当者間の役割分担が適切におこなわれているか							
	地域の社会資源の活用も検討されているか							
第六段階 モニタリング	計画した各プログラム（基本的・応用的・社会適応）が適切におこなわれたか							
	短期目標が達成できているか							
	介入が対象者及び家族の生活に好影響を与えているか							
第七段階 計画の修正・振り返り	マネジメント担当者が策定する全体計画の修正に関わったか							
	退院後の関係職種に適切な情報提供をおこなったか							
	未達成部分に関し原因の分析が適切におこなわれているか							
	原因分析に応じたかたちで個別援助計画の見直しが適切におこなわれたか							
その他	匿名性の確保（作成の手引きP8）							
	報告の目的が明確							
＜コメント＞								

４.生活行為支援モデル事業

【目　的】

高齢者は社会参加に次いで、IADL、ADLの順に生活機能が低下するとの報告がある。協会では、高齢者の生活行為ができなくなり、しなくなる前に、生活行為に不自由さを感じている可能性があることに着目し、生活行為の不自由さを把握する「生活行為確認表」（表３）を開発した。また、高齢者の社会参加を促進するため、当協会が高齢者の生活ニーズを把握するために開発した「興味・関心チェック表」（表４）が高齢者の社会参加活動ニーズの把握に活用できると考えた。

そこで今回、高齢者の生活行為確認表及び興味・関心チェック表による調査を行い、その実態を把握するとともに具体的支援の在り方を検討した。

【結　果】

１）生活行為確認表について

（１）生活行為の不自由さは、年齢とともに増加することと男性より女性の方が不自由さを感じていることがわかった。男性より女性の方が家事などの IADL に関連した生活行為を高齢になっても担っていることが多く、そのことが不自由さを感じている人の増加と関係していると考えられた。

（２）50 歳代の就労年齢の方々も 20 項目のうちの一項目以上約 4 割の方が感じていることがわかった。

（３）生活行為確認表は、している生活行為の不自由さを特定高齢者になる前の早期の段階で把握できることがわかった。

（４）要支援ではほとんどの者が生活行為に不自由さを一項目以上感じていることがわかった。

（５）一方、要介護者では、していない生活行為が増えるため、１割の者が生活行為に不自由を感じていないと答えていた。

（６）不自由を感じる生活行為は年齢、性別ともに関係なく「重い物の運搬」や「階段昇降」「立ち座り」が挙げられ、ライフステージに併せた運搬方法や生活環境の工夫の情報提供・周知が必要であると考えられた。また、併せて起居動作や筋力を強くする運動や体操などのアプローチが求められる。

２）高齢者嗜好調査表について

地域の特性や歴史によって、地域の住民が「してみたい・興味がある」項目が異なることがわかった。「高齢者嗜好調査表」は地域の高齢者の活動のニーズを把握する上で活用できるツールである。活動のニーズに合わせた社会資源の開発または場を提供していくことが求められる。

３）市町村自治体が実施する生活圏域ニーズ調査に「生活行為確認表」や「高齢者嗜好調査表」を活用することで、地域の住民の生活行為のニーズにあった生活行為を容易にするための啓発活動や生活行為の工夫などの情報提供、介護予防事業で取り組むべき運動の内容を把握できる。さらに、高齢者の活動のニーズも把握でき、地域の社会資源の開発、再利用など地域づくりのツールにも活用できると考えられる（図 3 の提案)。

【今　後】

今後は調査表に基づく、不自由な生活行為に焦点を当てた介護予防事業の在り方とその効果、住民への啓発普及の効果、生活行為に不自由さを感じている方々への直接的な指導による効果など、実際の介入についてその方法と効果をしめしていきたい。

表３　生活行為確認表

■生活行為についてあてはまるものに〇をつけてください。不自由がある場合「はい」に、感じない場合は「いいえ」に、その行為をしていない場合には「していない」に〇をします。		
1	床から立ち上がるのに不自由を感じますか？	はい・いいえ・していない
2	立った状態で、床からペンを拾うのに不自由を感じますか？	はい・いいえ・していない
3	階段の昇降に不自由を感じますか？	はい・いいえ・していない
4	掃除（掃除機がけ）に不自由を感じますか?	はい・いいえ・していない
5	重い荷物を運ぶのに不自由を感じますか？	はい・いいえ・していない
6	洋服のボタンを留めるのに不自由を感じますか？	はい・いいえ・していない
7	足の爪を切るのに不自由を感じますか？	はい・いいえ・していない
8	料理をつくるのに不自由を感じますか？	はい・いいえ・していない
9	ペットボトルの蓋を開けるのに不自由を感じますか？	はい・いいえ・していない
10	ジャムなどの広口びんの蓋を開けるのに不自由を感じますか？	はい・いいえ・していない
11	電話や会話の聞き取りに不自由を感じますか？	はい・いいえ・していない
12	バスを乗り降りするのに不自由を感じますか？	はい・いいえ・していない
13	新聞や回覧板を読むのに不自由を感じますか?	はい・いいえ・していない
14	自動車やバイクの運転に不自由を感じますか？	はい・いいえ・していない
15	整理整頓をするのに不自由を感じますか?	はい・いいえ・していない
16	草むしり（草引き）をするのに不自由を感じますか？	はい・いいえ・していない
17	下着の脱着に不自由を感じますか	はい・いいえ・していない
18	入浴で体や頭を洗うのに不自由を感じますか	はい・いいえ・していない
19	箸の操作に不自由を感じますか？	はい・いいえ・していない
20	洗濯物を干すのに不自由を感じますか	はい・いいえ・していない
■自分の健康状態についてどのようにお感じですか。一つにまるをつけてください。		
1.とても健康　2.まあまあ健康　3.ふつう　4.あまり良くない　5.悪い		

表４　高齢者嗜好調査表（興味・関心チェックシート）

以下の生活行為について３つの質問にお答えください.

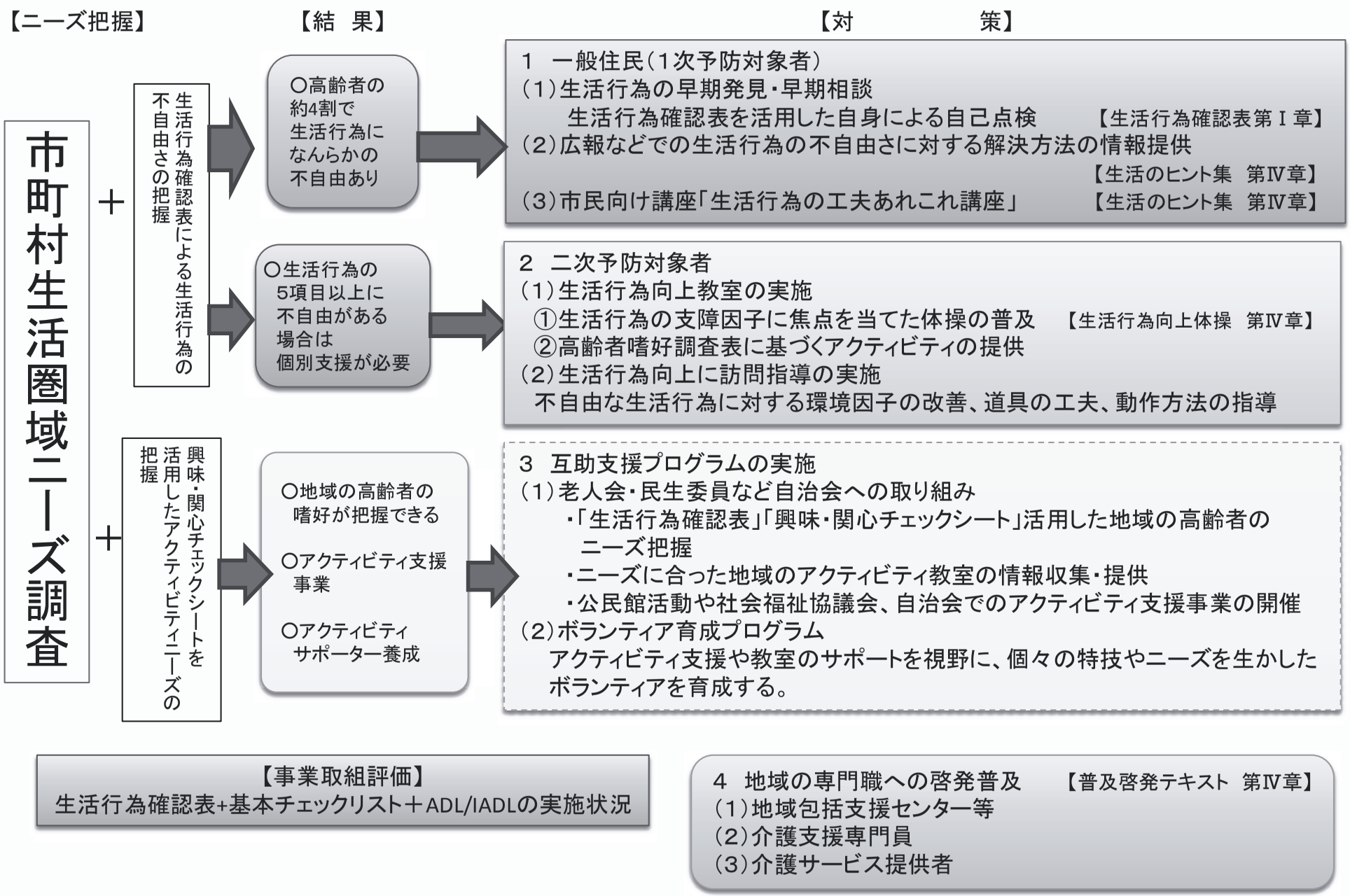
①まず,「興味・関心がある」または「してみたい・やってみたい」もの全てに〇をつけてください.
自分にはできないと思うものであっても,「できたらいいな」と思えば〇です.

②最後に,「現在している」もの全てに〇をつけてください.

生活行為	①興味がある	②している	生活行為	①興味がある	②している
【記入例】海外旅行	○	×	将棋・囲碁		
読書			体操･運動		
俳句			散歩		
書道・習字			ダンス・盆踊りなど		
絵を描く・絵手紙			ゴルフ・グランドゴルフ		
パソコン・ワープロ			などのスポーツ		
写真			野球・相撲観戦		
映画・観劇・演奏会に行く			花札などのゲーム		
お茶・お花			競馬・競輪・競艇・		
歌を歌う・カラオケ			パチンコ		
音楽を聴く・楽器演奏			孫・子供の世話		
編み物			動物の世話		
針仕事			友達とおしゃべり		
畑仕事			ボランティア		
家族・親戚との団らん			お参り・宗教活動		
デート・異性との交流			地域活動（町内会・		
居酒屋に行く			老人クラブ）		
賃金を伴う仕事			旅行・温泉		
生涯学習・歴史			その他（　　）		

【得意なことを生かしてボランティアとしてみたいことがありましたら、下記にご記入ください。】
（例：お花の免許を生かして、お花を教えるボランティアをしてみたい。）

図3　生活行為に焦点を当てた新たな地域支援事業の在り方を提案



第二章

HUI を用いた生活行為向上マネジメントの効果検証事業

第二章　HUI を用いた生活行為向上マネジメントの効果検証事業

Ⅰ.事業目的

平成 20 年度から実施している研究事業において、生活行為向上マネジメントが通所リハビリテーションや老人保健施設の入所者の健康関連 QOL の評価指標（健康効用値）に効果があることが検証された。

そこで平成 23 年度から 3 年間に渡り、通所事業所および老人保健施設における対象者の QOL の変化から経済的効果を測定し、生活行為向上マネジメントによる介入の費用対効果を検証する。

本報告書では、2 年目までの結果を検討し、中間報告として報告する。

Ⅱ.事業内容

1.継続評価開始当初の対象者

1)通所事業所事例

平成 23 年度研究事業に協力頂いた通所事業所 26 か所において
生活行為向上マネジメントを用いて介入した群（介入群）102 例
通常の支援を実施した群（対照群）112 例

2)介護老人保健施設（以下、入所）事例

平成 23 年度研究事業に協力頂いた介護老人保健施設 19 か所において
生活行為向上マネジメントを用いて介入した群（介入群）85 例
通常の支援を実施した群（対照群）85 例

2.平成 25 年度の対象者

１のうち、平成 25 年 3 月現在に継続評価が可能であった事例を対象とする。

1)通所事業所事例

通所事業所 24 か所　介入群：78 例　　対照群：78 例

2)入所事例

介護老人保健施設 19 か所　介入群：31 例　　対照群：37 例

3.評価方法

1)評価時期

平成 24 年 3 月から 6 カ月ごとに評価を行う。
平成 25 年度は平成 25 年 9 月、平成 26 年 3 月現在の状況について調査する。
以後、平成 26 年 9 月まで継続する。



2)評価内容

(1)介護度
(2)障害老人の日常生活自立度
(3)認知症高齢者の日常生活自立度
(4)Health Utilities Index（以下、HUI）
(5)OT 介入状況、利用頻度

入所については、実施したプログラムの 1 週間あたりの介入回数と 1 回あたりの介入時間を把握。なおアプローチ内容を直接個別アプローチ、直接集団アプローチ、間接アプローチの３つ（表 1）とし、期間中にそれぞれのアプローチを行った回数と時間を記入した。

表 1：アプローチ内容の分類

分類	内容
直接個別アプローチ	OT が対象者に直接個別的に関わる
直接集団アプローチ	OT が直接関与する集団活動・グループ指導
間接アプローチ	OT が間接的に関わる（他職種への申し送り、アプローチのための準備、家族への指導など）

(6)当初立てた（平成 23 年度）生活行為向上マネジメントの継続状況：介入群のみ
(7)中止または終了、退所した場合、その理由や転機先

Ⅲ.事業班委員名簿

1.研究班員

（委員名 50 音順　○は班長）

所属名	氏名	備考
甲南女子大学	○竹内さをり	兵庫県
新潟医療福祉大学	能登　真一	新潟県
介護老人保健施設ゆうゆう	渡邊　基子	茨城県

2.研究協力施設

1)　通所事業所　以下の 26 施設

	施設名	備考		施設名	備考
1	通所リハ TRY	福島県	14	デイサービス自由ケ丘	宮崎県
2	せんだんの丘	宮城県	15	介護老人保健施設 さくら苑新館	宮崎県
3	せんだんの丘ぷらす	宮城県	16	介護老人保健施設 港南あおぞら	神奈川県
4	ひもろぎの園	福島県	17	介護老人保健施設うぐいすの丘	長崎県
5	尾形医院	栃木県	18	ﾘﾊﾋﾞﾘｾﾝﾀｰあゆみ	滋賀県
6	花の舎	栃木県	19	介護老人保健施設 虹	岡山県
7	介護老人保健施設 みがわ	茨城県	20	デイサービス　ファイン	福岡県
8	あしのさと	福井県	21	昭和病院通所ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝｾﾝﾀｰ	山口県
9	三原デイケアクリニック	福岡県	22	みずほデイサービスセンター	福岡県
10	希の里	大分県	23	介護老人保健施設　やまゆり	岩手県
11	いきいき稲富ﾃﾞｲｻｰﾋﾞｽｾﾝﾀｰ	福岡県	24	介護老人保健施設ｻﾝﾋﾞｭｰ二本松	福島県
12	永生クリニック	東京都	25	介護老人保健施設 明生苑	福島県
13	(株)メディケア・リハビリ	大阪府	26	老人保健施設 白楽園	栃木県

2)入所　　以下の介護老人保健施設 19 施設

	施設名	備考		施設名	備考
1	水光苑	福岡県	11	はくあい	山口県
2	ｶｰｻﾋﾞｱﾝしろさと	茨城県	12	尚歯堂	山口県
3	恵泉	兵庫県	13	ﾘﾊﾋﾞﾘｾﾝﾀｰあゆみ	滋賀県
4	なとり	宮城県	14	寿楽苑	福岡県
5	秋穂幸楽苑	山口県	15	わかば	東京都
6	ひもろぎの園	福島県	16	みがわ	茨城県

7	涼風苑	茨城県	17	せんだんの丘	宮城県
8	ｶﾉｰﾌﾟｽ姫路	兵庫県	18	ぺあれんと	山口県
9	ゆうゆうﾎｰﾑ	宮城県	19	ゆうゆう	茨城県
10	大宮ﾌﾛｲﾃﾞﾊｲﾑ	茨城県			

Ⅳ.結果

1.継続者・終了・退所者の動向

1)通所介護事業所

調査回ごとの回答数と、利用継続者数と中止・終了者数を表 2 に記す。

表 2.通所班調査回ごとの介入群、対照群別回答数、継続、中止終了者数　　（人）

	介入群			対照群		
	回答数	利用継続	中止終了	回答数	利用継続	中止終了
H23 年 9 月	114			116		
H23 年 12 月	102	102	12	112	112	4
H24 年 3 月	89	89	25	99	99	17
H24 年 9 月	94	85	29	96	85	31
H25 年 3 月	80	71	43	80	68	48
H25 年 9 月	78	67	47	78	62	54

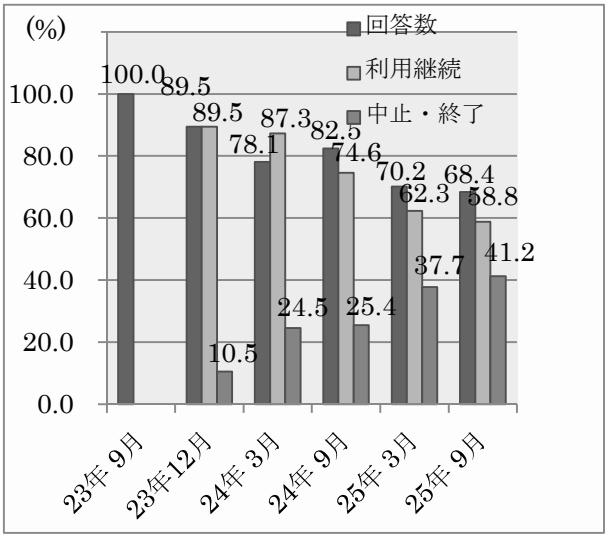


図 1.介入群の調査回別回答・利用継続・中止、終了割合

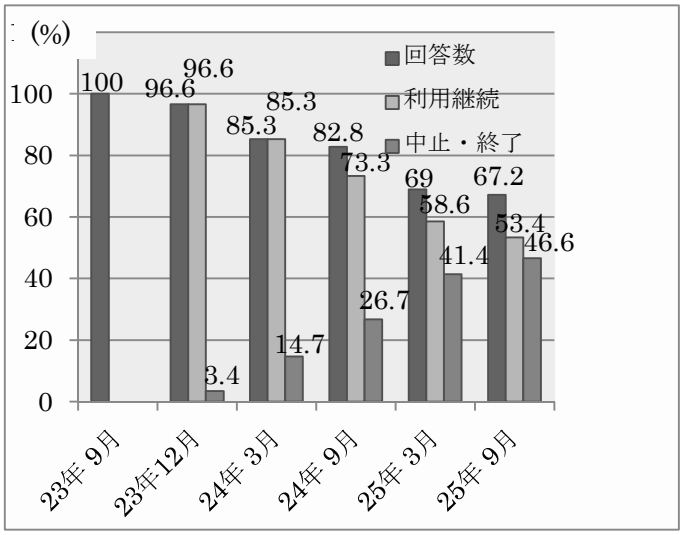


図 2.対照群の調査回別回答・利用継続・中止、終了割合

平成 24 年 9 月以降は、利用終了者の追跡評価を可能な限り実施するように依頼した。そのため、平成 24 年 3 月より回答数が増えている。また、担当 OT の退職に伴い、平成 24 年 9 月に 1 施設（2 例）が、担当 OT の育児休暇にて平成 25 年 3 月に 1 施設（3 例）の OT 不在となり継続評価困難となった。

表 2 より、介入群は平成 24 年(13 名)と平成 25 年 3 月(14 名)の終了者数が多い。また、対照群は平成 24 年 3 月から平成 25 年 9 月まで、各評価時に 13 名～17 名が中止・終了になっている。

2)通所事業所の中止・終了理由

調査回ごとの新規中止・終了者の理由（記述のあったもののみ）と一旦中止となった方のその後について記す。

表 3.　介入群の調査回ごとの新規中止・終了理由と中止者のその後の状態　　（人）

介入群	新規中止理由											OT不在	中止した方のその後			
	期間終了	自立認定	要介護に	状態悪化	入院	入所	死亡	他施設利用	転居	不明	計		死亡	再利用	入院	入所
H24 年 3 月	5		1	1	7	1		1	0		16			2		
H24 年 9 月		2			3	3	1	1	0		10	1	1	3		
H25 年 3 月					3	1	3	1		2	8	3			1	1
H25 年 9 月					4	1	1				6		1			
計	5	2	1	1	17	6	5	3	0	2	40					

表 4.　対照群の調査回ごとの新規中止・終了理由と中止者のその後の状態　　（人）

対照群	新規中止理由												OT不在	中止した方のその後		
	期間終了	自立認定	要介護に	状態悪化	入院	入所	死亡	他施設利用	転居	家族希望	不明	計		再利用	入所	他機関利用
H24 年 3 月	5			1	3		1	2	1			13				
H24 年 9 月		3		2	2	2		3	1		3	13	2	2	1	2
H25 年3月		1			6	1	1			1	6	9	3		1	
H25 年 9 月					3	3	1	1				8				
計	5	4	0	3	14	6	3	6	2	1	9	43				

中止・終了理由は、介入群、対照群ともに入院が最も多く、次いで施設入所である。

2)入所

(1)　調査回ごとの回答数と、入所継続者数と終了（退所）者数を表 5 に記す。

表 5.入所班調査回ごとの介入群、対照群別回答数、継続、中止終了者数　　（人）

	介入群			対照群		
	回答数	利用継続	終了	回答数	利用継続	終了
23 年 9 月	85			85		
23 年 12 月	85	85	0	85	85	0
24 年 3 月	80	57	23	81	61	20
24 年 9 月	59	44	38	62	45	37
25 年 3 月	39	30	47	43	40	40
25 年 9 月	31	26	52	37	23	54

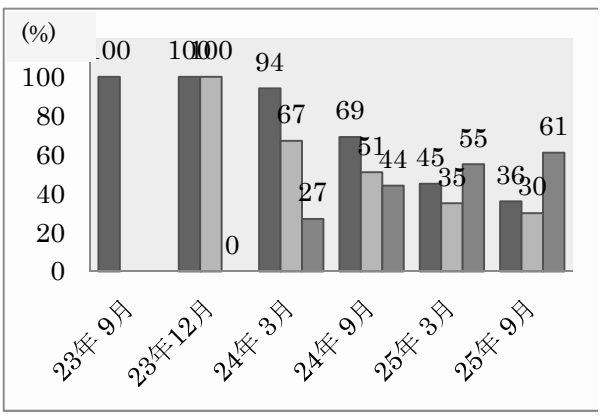


図 3.介入群の調査回別回答・継続・終了者の割合

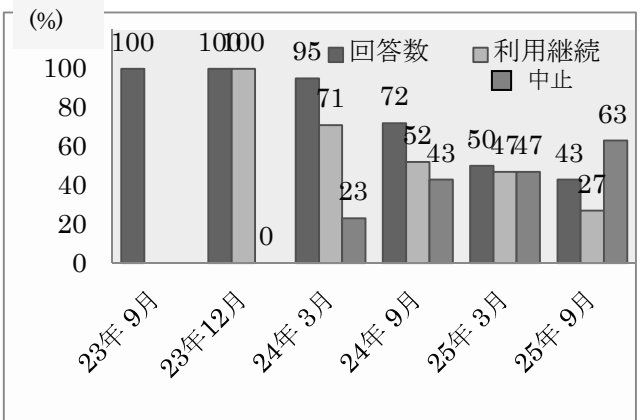


図 4 .対照群の調査回別回答・継続・終了者の割合

平成 25 年 9 月時点での終了者は介入群で 52 名（61.1%）、対照群で 54 名（63.5%）であり、対照介入群・対照群ともに同じような傾向にある。また平成 23 年 3 月（介入開始から 6 ヶ月後）時点がもっとも終了者（退所者）が多かった。このことから、介入開始から 6 ヶ月が入所においては、ひとつの目安になると考えられる。

(2)退所者の退所先

退所者の退所先を表 6 に示す。

表 6.退所者の退所者先別内訳　（人）

	介入群	自宅	在宅	施設	病院	死亡	対照群	自宅	在宅	施設	病院	死亡
23 年 9 月		0	0	0	0	0		0	0	0	0	0
23 年 12 月		0	0	0	0	0		0	0	0	0	0
24 年 3 月		5	0	9	4	5		6	1	7	4	2
24 年 9 月		5	0	7	1	2		3	0	9	2	3
25 年 3 月		1	1	2	3	2		0	1	0	2	1
25 年 9 月		0	0	2	2	1		1	0	7	4	2
計		11	1	20	10	10		10	1	23	12	8

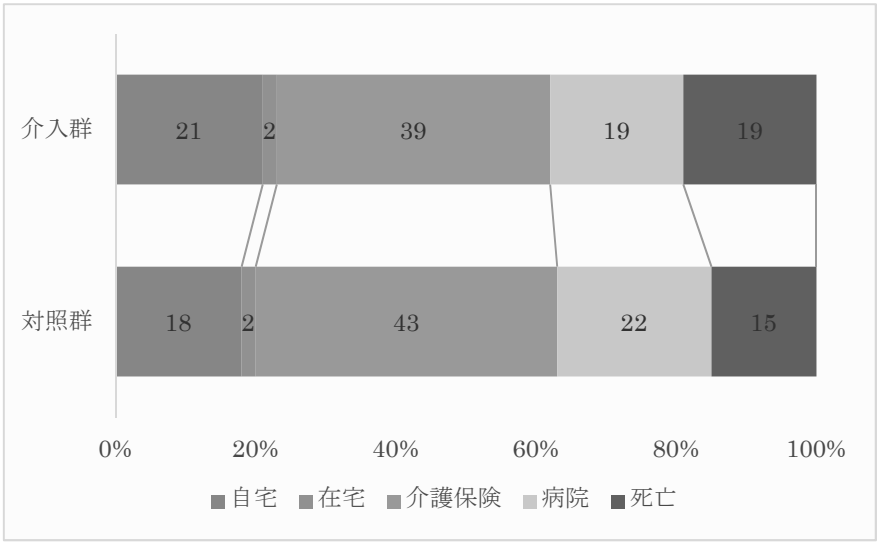


図 5.群別の退所者の退所先割合

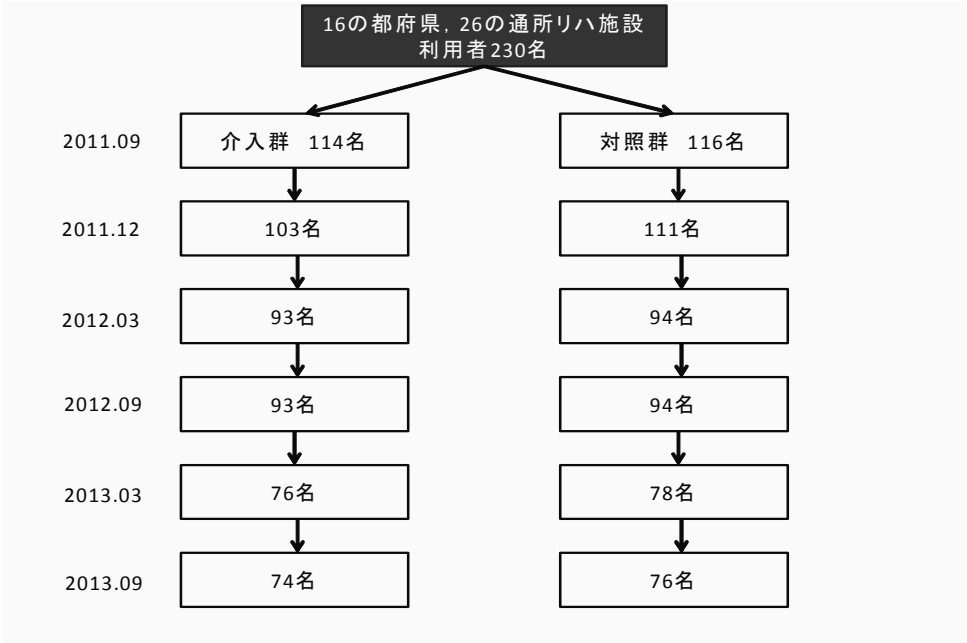
両群ともに介護保険系施設への退所がもっとも多い。在宅復帰（自宅・在宅施設）された方は、約 20%であった。介護老人保険施設は中間施設としての役割を有しており、本来は、病院と自宅への中間施設という意味合いであったが、今回の結果では、自宅へ退所される方は多くはなく、他介護保険施設へ退所される方が多かった。

介入群では、介護保険施設に次いで自宅への退所が多く、対照群では、介護保険施設に次いで病院への退所が多い。介入群の方が、若干ではあるが自宅へ退所された方が多かったことより、介入群の方が、自宅退所に結びつきやすい傾向にある。

2.HUI 評価

1)通所事業所

(1) ランダム化比較試験（RCT）の流れ



平成 23（2011）年 9 月の介入当初は、介入群 114 名、対照群 116 名で研究をスタートさせた。その後、諸々の事由により対象者が脱落し、平成 25(2013)年 9 月に再評価ができたのは介入群 74 名、対照群 76 名であった。これらの対象者に対して、統計学的な検討を実施した。

表 7. 介入前のグループごとの特性

	介入群（n=74）	対照群（n=76）	P 値
年齢（歳）	76.3±9.4	77.4±8.9	0.446
性別（男性/女性）	41/27	44/28	0.921
要介護度（要支援 1→要介護 5）	6/16/16/17/7/5/1	9/20/19/13/9/2/0	0.642
健康関連 QOL	0.38±0.27	0.37±0.27	0.806

介入前には両群において、年齢や性別、要介護度の分布など特性において差がなかった。Health Utilities Index で測定した健康関連 QOL についても両群間で差を認めなかった。

(2) アウトカムの変化

健康関連 QOL（Health Utilities Index ; HUI）を用いて半年ごとに評価を続け、各調査回における領域全体の変化を図 6 に示す。

領域全体

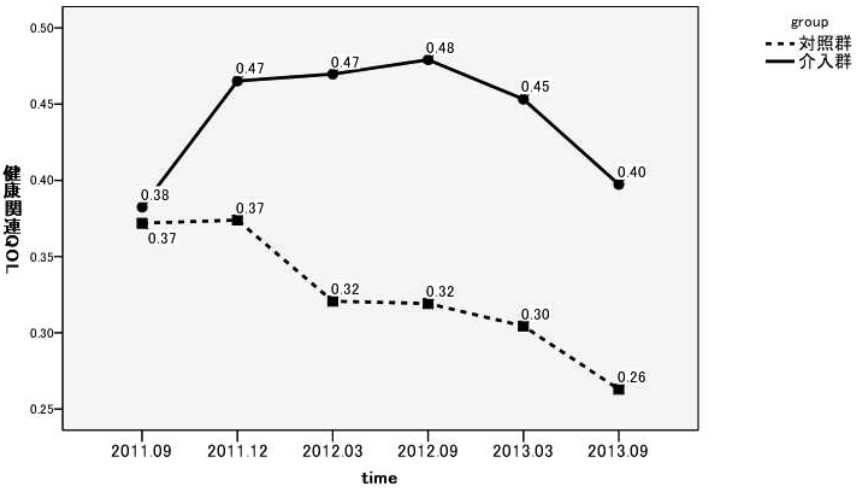


図 6. グループごとの健康関連 QOL の変化　F＝0.5801、ｐ＝0.000

平成 23(2011)年 12 月には、対照群の健康関連 QOL に変化がなかったのに対して、介入群の健康関連 QOL は 0.38 から 0.47 へと向上した。介入群の健康関連 QOL はその後も維持をし続けたが、対照群の健康関連 QOL は徐々に低下した。最終的に、平成 25(2013)年 9 月現在の健康関連 QOL は、対照群 0.26 に対して介入群 0.40 となり、二元配置分散分析の結果、F=0.5801、P＝0.000 となり介入の有無（グループ分け）と経過時間の交互作用を認めた。

次いで、各領域のうち感情領域と痛み領域の健康関連 QOL の変化を図 7、8 に示す。

感情領域

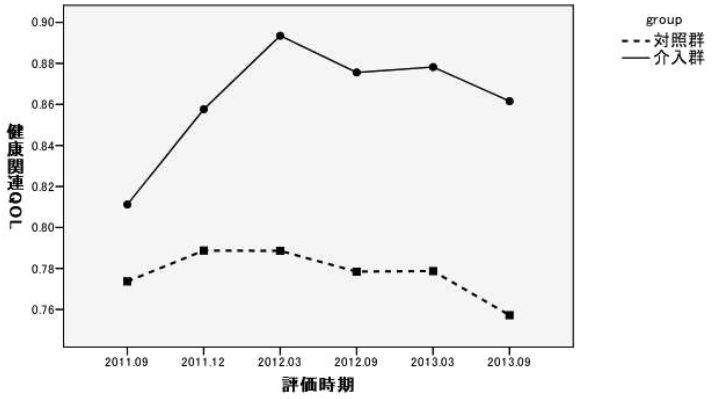


図7. グループごとの健康関連QOLの変化（「感情」領域）　F＝1.407、ｐ＝0.220

痛み領域

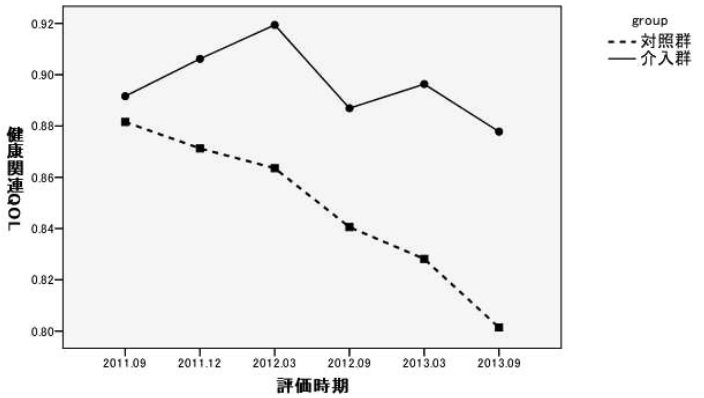


図8. グループごとの健康関連QOLの変化（「痛み」領域）　F＝4.792、ｐ＝0.030

通所リハ利用者に対する「生活行為向上マネジメント」を利用したオーダーメイドの作業療法の提供は、2 年以上にわたってその効果が持続され、健康関連 QOL を維持し続けることが確認された。健康領域の中では「痛み」領域のみが交互作用を認め、生活行為向上マネジメントを用いたオーダーメイドの作業療法の提供が主観的に感じる「痛み」を軽減し、全体の健康関連 QOL を押し上げる可能性のあることが示唆された。

2)入所

(1)　対象者数

対象者は介入群、対照群それぞれで徐々に減少し、平成 25(2013)年 9 月の時点ですべての時点で評価が可能であった対象者数は 13 施設にまたがる介入群 26 名、対照群 20 名であった。

(2) アウトカムの変化

健康関連 QOL（Health Utilities Index ; HUI）を用いて半年ごとに評価を続け、各調査回における領域全体の変化を図 9 に示す。

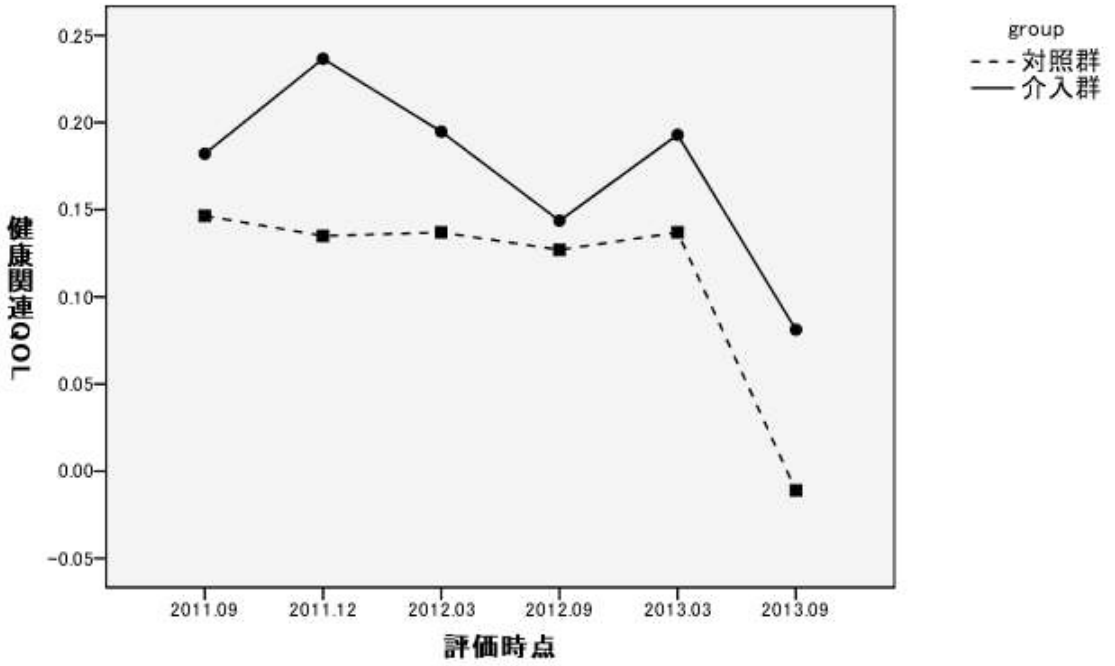


図 9. グループごとの健康関連 QOL の変化　　F＝0.060、ｐ＝0.807

入所班では介入当初には、介入群の健康関連 QOL が向上したが、その後は徐々に低下し、対照群との差を認めない程度になった。老健に入所し続けているという、対象者の特性が影響しているのかもしれない。その観点では、退所した対象者の特性にこそ、生活行為向上マネジメントの効果が表れている可能性もある。

3.その他の継続評価結果

1)通所介護事業

(1)介護度の変化

①平成 23 年 9 月と平成 24 年 9 月の変化

平成 23 年 9 月から 1 年後の介護度の変化を示す。

ｉ）介入群

表 8.介入群における平成 23 年 9 月から 1 年後の介護度変化　　（人）

		24 年 9 月													
		自立	支援1	支援2	介護1	介護2	介護3	介護4	介護5	小計	中止	内死亡	内入院	内入所	横計
23年9月	要支援1	2	5	2						9	1		1		10
	要支援2		4	14	3	1				22	4		3		26
	要介護1		1	2	17	1	1			22	4	1	3	2	26
	要介護2		1	5	5	15	1			27	3		3		30
	要介護3				2	3	4			9			1		9
	要介護4					1	1	4		6	1	1			7
	要介護5					1				1	1				2
	縦計	2	11	23	27	22	7	4	0	96	14	2	11	2	110

ⅱ）対照群

表 9.対照群における平成 23 年 9 月から 1 年後の介護度変化　（人）

		24 年 9 月													
		自立	支援 1	支援 2	介護 1	介護 2	介護 3	介護 4	介護 5	小計	中止	内死亡	内入院	内入所	横計
23 年 9 月	要支援1		9	2	1					12	3				15
	要支援2		3	18	3	5	2	1		32	1	1		1	33
	要介護1		1	6	15	3	1	1		27	8		4	1	35
	要介護2					10	3			13	4			1	17
	要介護3				1	3	7			11	3			1	14
	要介護4						1			1					1
	要介護5									0					0
	縦計	0	13	26	20	21	14	2	0	96	19	1	4	4	115

1 年後の介護度変化では介入群において対照群に比べ、介護度が改善している者が多く、対照群では悪化しているものが多い。

中止者数は介入群よりも対照群が多いが、そのうち入院したものの数は介入群が 11 名と多い。これは中止理由の記載があったものを掲載しており、対照群では理由が不明のものが多かったためである。

②平成 24 年 9 月と平成 25 年 9 月の変化

平成 24 年 9 月から 1 年後の介護度の変化を示す。

ⅰ）介入群

表 10.介入群における平成 24 年 9 月から 1 年後の介護度変化　（人）

		25 年 9 月													
		自立	支援 1	支援 2	介護 1	介護 2	介護 3	介護 4	介護 5	小計	中止	内死亡	内入院	内入所	横計
24 年 9 月	要支援1		6	1	1					8	3				11
	要支援2		1	11	4	4				20	2	2	1		22
	要介護1				18	2	1			21	6	2	1	1	27
	要介護2			2	2	15				19	3		1		22
	要介護3					1	3	1		5	1	1			6
	要介護4							2		2	1		1		3
	要介護5									0					0
	縦計	0	7	14	25	22	4	3	0	75	16	5	4	1	91

※区分変更中　要支援2:1 名　　再利用　2 名（要支援 2:1 名、要介護3:1 名）

ⅱ）対照群

表 11.対照群における平成 24 年 9 月から 1 年後の介護度変化　（人）

		25 年 9 月													
		自立	支援 1	支援 2	介護 1	介護 2	介護 3	介護 4	介護 5	小計	中止	内死亡	内入院	内入所	横計
24 年 9 月	要支援1	1	7	2		2	1			13			2	1	13
	要支援2			15	2	1		2		20	6	2	3	2	26
	要介護1				13	3	1			17	3	1	1	1	20
	要介護2				2	14	2			18	4		3	2	22
	要介護3					2	6	2		10	3		2	1	13
	要介護4							1		1	1				2
	要介護5									0					0
	縦計	1	7	17	17	22	10	5	0	79	17	3	11	7	96

1年目から2年目の1年間における介護度の変化では、介入群、対照群ともに改善した者は少ない。介入群では、維持した者が多い。対照群では維持が最も多いが、介入群に比べ、悪化した者の割合が多い。

③平成23年9月と平成25年9月の変化

平成23年9月の開始当初から2年後の介護度の変化を示す。

ⅰ)介入群

表12.介入群における平成23年9月から2年後の介護度変化（人）と構成割合(%)

		25年9月													
		自立	支援1	支援2	介護1	介護2	介護3	介護4	介護5	小計	中止	内死亡	内入院	内入所	横計
23年9月	要支援1	2	5	1						8	2		1		10
	要支援2		1	11	4	3				19	9	2	4	1	28
	要介護1				17	1	2			20	5	3	5	2	25
	要介護2			2	3	11	1			17	9		3	1	26
	要介護3				2	6	1			9	1	1	1		10
	要介護4							4		4	2	1	1		6
	要介護5					1				1	1				2
	縦計	2	6	14	26	22	4	4	0	78	29	7	15	4	107

構成割合(%)											
23年9月	要支援1	20.0	50.0	10.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	80.0	20.0
	要支援2	0.0	3.5	39.3	14.3	10.7	0.0	0.0	0.0	67.8	32.1
	要介護1	0.0	0.0	0.0	68.0	4.0	8.0	0.0	0.0	80.0	20.0
	要介護2	0.0	0.0	7.6	11.5	42.3	3.8	0.0	0.0	65.4	34.6
	要介護3	0.0	0.0	0.0	20.0	60.0	10.0	0.0	0.0	90.0	10.0
	要介護4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	66.7	0.0	66.7	33.3
	要介護5	0.0	0.0	0.0	0.0	50.0	0.0	0.0	0.0	50.0	50.0
	縦計	1.8	5.6	13.1	24.3	20.6	3.7	3.7	0	72.9	27.1

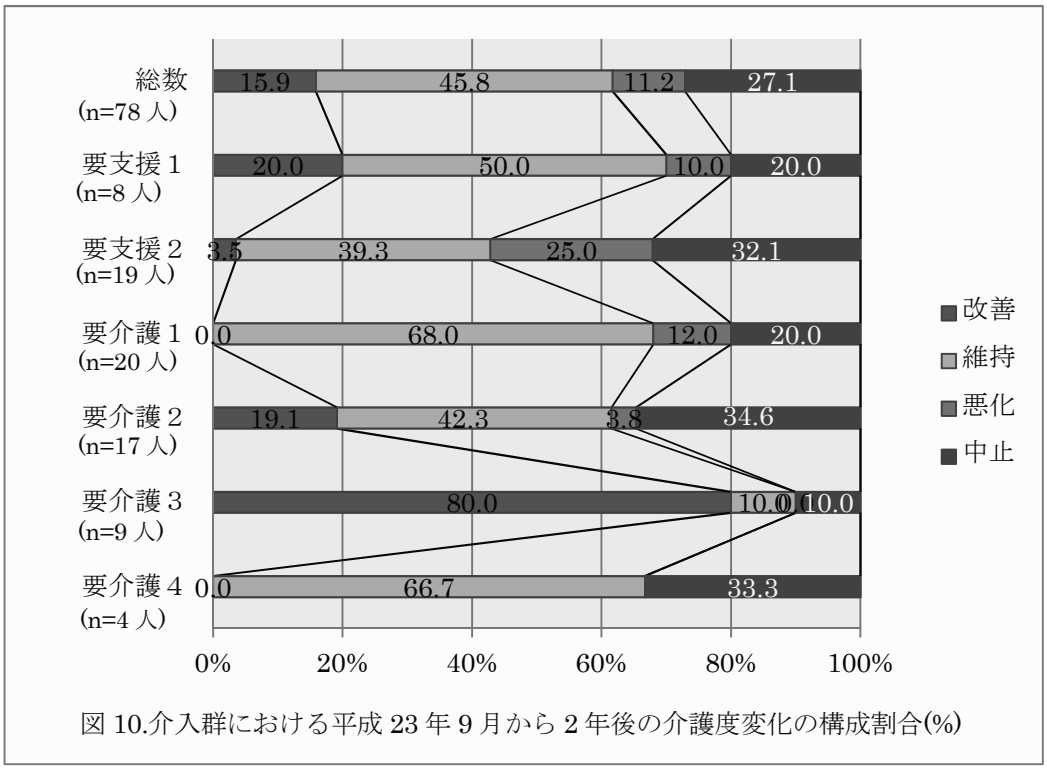


図10.介入群における平成23年9月から2年後の介護度変化の構成割合(%)

ⅱ）対照群

表 13.対照群における平成 23 年 9 月から 2 年後の介護度変化（人）と構成割合(%)

		25 年 9 月													
		自立	支援 1	支援 2	介護 1	介護 2	介護 3	介護 4	介護 5	小計	中止	内 死亡	内 入院	内 入所	横計
23 年 9 月	要支援1	1	6	4			1			12	4		1	1	16
	要支援2		1	11	5	3	1	2		23	9	2	3	4	32
	要介護1			2	11	7	1	1		22	14	2	5	2	36
	要介護2				1	8	2	1		12	5		4	4	17
	要介護3					4	4	1		9	4		1	2	13
	要介護4						1			1			1		1
	要介護5									0					0
	縦計	1	7	17	17	22	10	5	0	79	36	4	15	12	115

構成割合(%)											
23 年 9 月	要支援1	6.3	37.5	25.0	0.0	0.0	6.3	0.0	0.0	75.0	25.0
	要支援2	0.0	3.1	34.4	15.6	9.4	3.1	6.5	0.0	71.9	28.1
	要介護1	0.0	0.0	0.0	30.6	19.4	2.8	2.8	0.0	61.1	38.9
	要介護2	0.0	0.0	0.0	5.9	47.1	11.8	5.9	0.0	70.5	29.4
	要介護3	0.0	0.0	0.0	0.0	30.8	30.8	7.7	0.0	6.9	30.8
	要介護4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	要介護5	0.0	0.0	0..0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	縦計	0.8	6.1	14.8	14..8	19.1	8.6	4.3	0	68.7	31.3

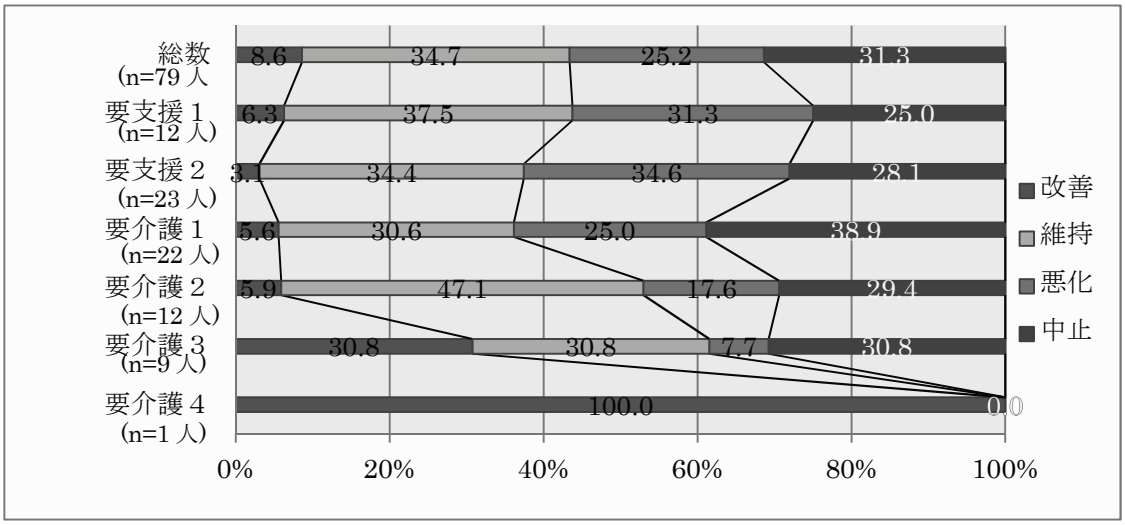


図 11.対照群における平成 23 年 9 月から 2 年後の介護度変化の構成割合(%)

平成 23 年 9 月と 2 年後の平成 25 年 9 月の介護度の変化では、介入群の総数では 15.9%が改善、45.8%が維持している。対照群では、8.6%が改善、34.7%が維持している。これら結果から、介入群は対照群に比べ 2 年後の介護度が、維持、改善している。

(2)高齢者の日常生活自立度の変化

平成 23 年 9 月からの 1 年ごとの高齢者の日常生活自立度の変化を示す。

①平成 23 年 9 月と平成 24 年 9 月の変化

表 14.平成 23 年 9 月から 1 年後の高齢者の日常生活自立度の変化　（人）

介入群		24 年 9 月										対照群	24 年 9 月										
		J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2	中止	横計		正常	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2	中止	横計
23 年 9 月	正常	1	1	1						2	3	正常	3	3	3	1	1					2	13
	J1	8	3		1					3	12	J1		6	2	1						3	6
	J2	5	8	3	2					2	18	J2		3	15	4	3	1				3	26
	A1	2	8	23	3		1			4	37	A1		2	2	15	1		2			6	26
	A2		1	8	7	1			1	3	21	A2			2	3	8	1				1	15
	B1		1	2		1				1	4	B1				1	3	6				2	12
	B2						2			1	2	B2				1			5			1	7
	C1										0	C1											0
	C2					1					1	C2											0
	縦計	16	22	37	13	3	3	0	1	16	98	縦計	3	14	24	26	16	8	7	0	0	18	105

高齢者の日常生活自立度の開始時から 1 年後の変化では介入群において対照群よりも改善した人数が多い。

②平成 24 年 9 月と平成 25 年 9 月の変化

表 15.平成 24 年 9 月から 1 年後の高齢者の日常生活自立度の変化　（人）

介入群		25 年 9 月										対照群	25 年 9 月										
		J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2	中止	横計		正常	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2	中止	横計
24 年 9 月	J1	9	1							6	10	J1		5	1							8	9
	J2	1	14	5						5	20	J2			17				1			3	21
	A1	1	2	20	2					7	25	A1			2	14	7	1	1			4	29
	A2				8	1	1			3	13	A2			1		12					3	16
	B1			1		2					3	B1					1	5	1			0	7
	B2						3				3	B2				1			3			1	5
	C1										0	C1										0	0
	C2								1		1	C2										0	0
	縦計	11	17	26	10	3	4	0	1	21	75	縦計	0	5	21	15	20	6	6	0	0	19	87

1 年経過後から 2 年経過までの 1 年間においては介入群、対照群ともに大きな違いはない。

③平成 23 年 9 月と平成 25 年 9 月の変化

表 16.平成 23 年 9 月から 2 年後の高齢者の日常生活自立度の変化　（人）

介入群		25 年 9 月										対照群	25 年 9 月									
		J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2	中止	横計		J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2	中止	横計
23 年 9 月	J1	6	3			1				9	10	J1	3	2		1					6	9
	J2	1	5	2	2					5	10	J2	2	13	1	3		2			8	27
	A1	4	5	19	2		2			9	32	A1		4	9	2	1	2			11	29
	A2		1	3	6	1			1	8	20	A2		2		11	1	1			2	17
	B1		1	3						1	4	B1			2	3	4				3	12
	B2						2			1	2	B2			2			2			1	5
	C1										0	C1										0
	C2					1					1	C2										0
	縦計	11	15	27	10	3	4	0	1	33	79	縦計	5	21	14	20	6	7	0	0	31	99

開始から2年後の高齢者の日常生活自立度の変化は、両群間で大きな違いは認めなかった。

(3)認知症自立度の変化

平成 23 年 9 月からの 1 年ごとの認知症老人の自立度変化を示す。

①平成 23 年 9 月と平成 24 年 9 月の変化

表 17.平成 23 年 9 月から 1 年後の認知症老人の自立度の変化　　（人）

介入群		24 年 9 月							対照群		24 年 9 月							
		正常	Ⅰ	Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	中止	横計			正常	Ⅰ	Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	Ⅲb	中止	横計
23 年 9 月	正常	46	1		3	1	7	58	23 年 9 月	正常	44	6	2	1			7	16
	Ⅰ	4	20		1	1	3	29		Ⅰ	7	17	2	1			5	25
	Ⅱa	3		5		1		9		Ⅱa	3	2	2	2	2		1	9
	Ⅱb	1		3	1			5		Ⅱb	1			2			1	3
	Ⅲa	1		1		3	2	7		Ⅲa	3	1		1	1			3
	Ⅲb						1	1		Ⅲb								0
	縦計	55	21	9	5	6	13	109		縦計	58	26	6	7	3	0	14	56

②平成 24 年 9 月と平成 25 年9月の変化

表 18.平成 24 年 9 月から 1 年後の認知症老人の自立度の変化　　（人）

介入群		25 年 9 月							対照群		25 年 9 月							
		正常	Ⅰ	Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	中止	横計			正常	Ⅰ	Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	Ⅲb	中止	横計
24 年 9 月	正常	46	1				8	55	24 年 9 月	正常	40	2					12	14
	Ⅰ	3	12	1			5	21		Ⅰ		17	8				3	28
	Ⅱa			2	2		5	9		Ⅱa	1	2	3	1			1	7
	Ⅱb				3		2	5		Ⅱb	1			1	2		3	6
	Ⅲa				1	4	1	6		Ⅲa						3		3
	Ⅲb							0		Ⅲb								0
	縦計	49	13	3	6	4	21	96		縦計	42	21	11	2	2	3	19	58

③平成 23 年 9 月と平成 25 年9月の変化

表 19.平成 23 年 9 月から 2 年後の認知症老人の自立度の変化　　（人）

介入群		25 年 9 月							対照群		25 年 9 月							
		正常	Ⅰ	Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	中止	横計			正常	Ⅰ	Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	Ⅲb	中止	横計
23 年 9 月	正常	38	2		2		15	57	23 年 9 月	正常	33	6	1			1	18	59
	Ⅰ	10	12		1		10	33		Ⅰ	5	15	3	1			9	33
	Ⅱa	2		3		2	2	9		Ⅱa	2		2		2	2	3	11
	Ⅱb	1			2			3		Ⅱb	1			1			2	4
	Ⅲa	1			1	2	2	6		Ⅲa	3		1			1	1	6
	Ⅲb						1	1		Ⅲb								0
	縦計	52	14	3	6	4	30	109		縦計	44	21	7	2	2	4	33	113

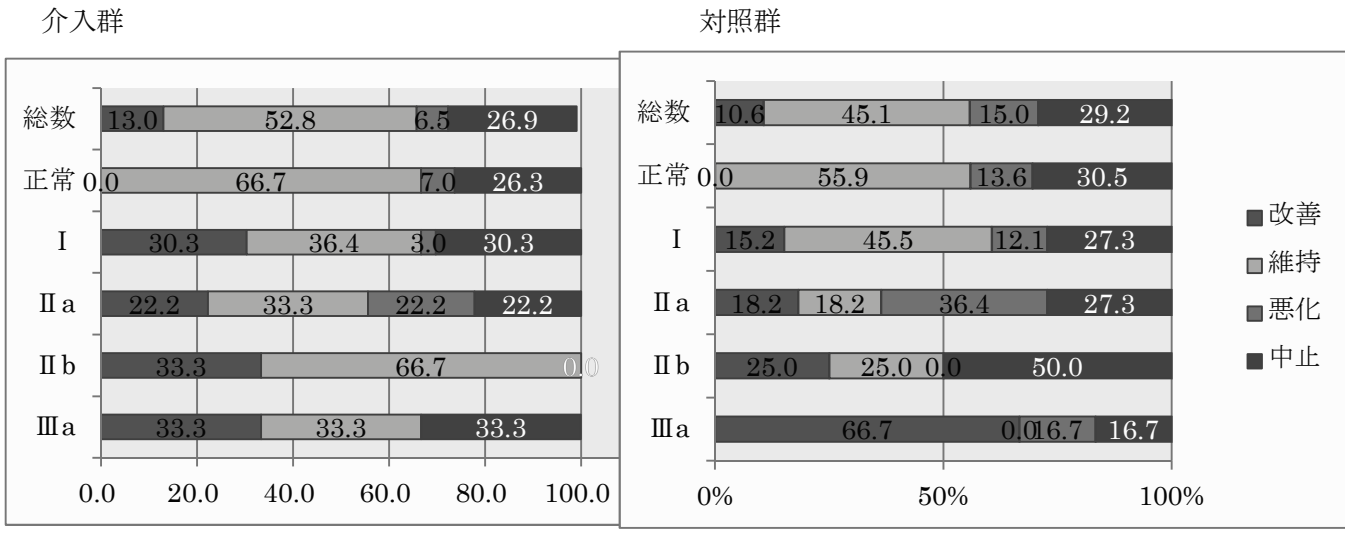


図 12.平成 23 年 9 月から 2 年後の認知症自立度変化の構成割合(%)

認知症自立度については、介入群では重度な方の維持、改善率が対照群よりも高い。しかし、両群ともに改善、維持の総数は４名と少ない結果となった。

(4)OT の介入時間・利用回数

利用継続者に対する 0T 介入時間や利用回数については２年間で変化がみられなかった。

(5)生活行為向上マネジメントの取り組み

平成 24 年 9 月までの調査において下記の結果となった。

表 20. 目標への取り組み状況 （人）

	初回の目標を継続	新しい目標に取り組む	生活行為向上マネジメントによる介入終了
23 年 12 月	110		
24 年3月	49	29	33
24 年9月	47	23	42

１年後に生活行為向上マネジメントの取り組みを終了した者が半数近くであった。

2)入所

(1)　基本属性（要介護度、日常生活自立度、認知症自立度）の調査回別変化

①要介護度

要介護度の調査時別変化を表 21 に、調査時ごとの介護度別割合を図 13 に示す。

表 21.要介護度の調査時別変化　（人）

	介入群								対照群						
	支 1	支 2	介 1	介 2	介 3	介 4	介 5		支 1	支 2	介 1	介 2	介 3	介 4	介 5
23 年 9 月	0	1	13	18	26	23	3	23 年 9 月	1	1	11	28	24	14	2
23 年 12 月	0	1	13	18	26	23	3	23 年 12 月	1	1	11	28	24	14	4
24 年 3 月	1	0	10	14	15	12	5	24 年 3 月	0	4	8	16	20	9	4
24 年 9 月	0	3	9	11	11	7	3	24 年 9 月	0	3	9	11	10	8	4
25 年 3 月	0	0	3	7	12	5	3	25 年 3 月	0	0	6	9	10	11	4
25 年 9 月	0	0	4	4	9	8	2	25 年 9 月	0	1	5	3	5	7	2

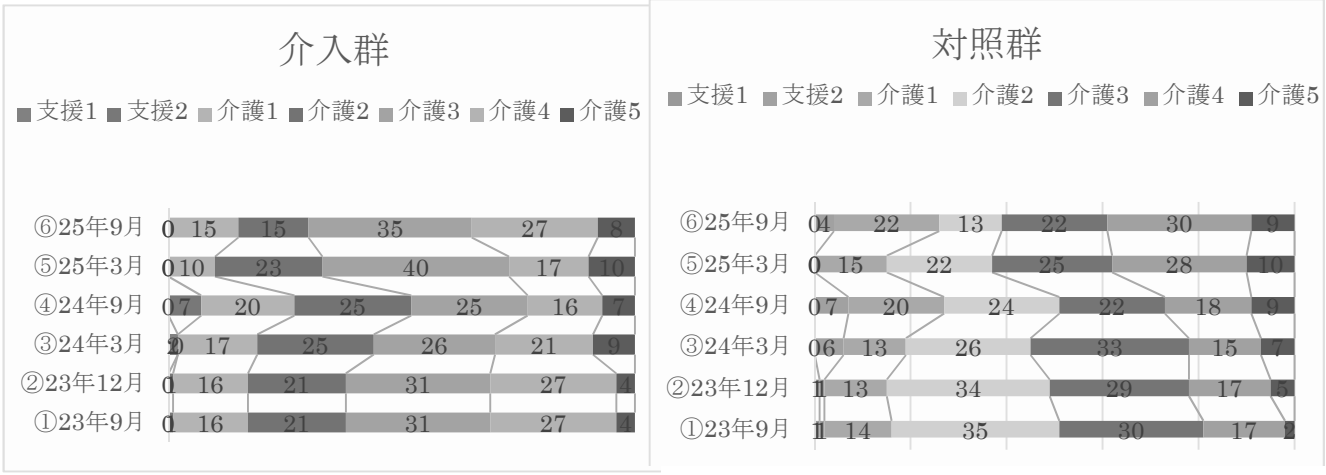


図 13.調査時ごとの介護度割合（%）

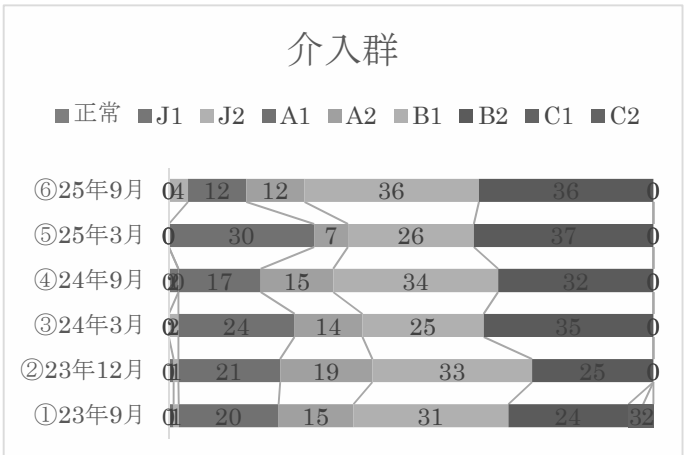
対照群は、25 年 9 月（2 年後）の時点で初回と比較すると介護 1 と 4 の割合が増えている。介入群は、その割合に大きな変化はない。

②　高齢者の日常生活自立度

高齢者の日常生活自立度の調査時別変化を表 22 に、調査時ごとの介護度別割合を図 14 に示す。

表 22.日常生活自立度の調査時別変化　（人）

	介入群								対照群							
	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2
23 年 9 月	1	1	20	18	28	14	1	2	23 年 9 月	1	1	17	15	26	20	2	2
23 年 12 月	0	1	20	18	28	14	1	2	23 年 12 月	1	1	17	15	26	20	2	2
24 年 3 月	0	0	16	9	17	17	0	2	24 年 3 月	0	1	13	8	14	19	0	2
24 年 9 月	0	1	8	6	11	18	0	1	24 年 9 月	1	0	7	6	14	13	1	2
25 年 3 月	0	1	6	6	8	17	1	1	25 年 3 月	0	0	8	2	7	10	1	2
25 年 9 月	0	0	3	2	7	10	0	1	25 年 9 月	0	1	3	3	9	9	1	0



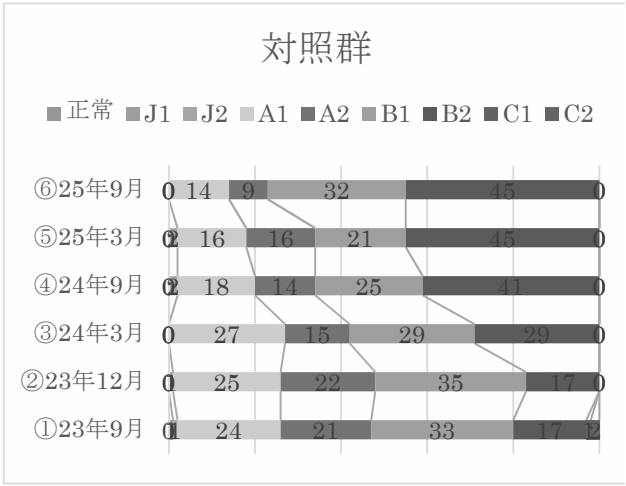


図 14.調査時ごとの高齢者の日常生活自立度別割合（%）

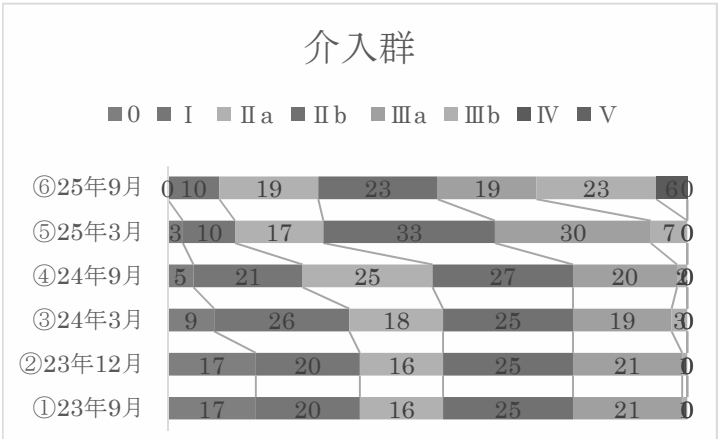
対照群は、平成 25 年 9 月（2 年後）の時点で初回と比較すると A1 と A2 の割合が減り、B2 の割合が増えている。介入群は、その割合に大きな変化はない。

③ 認知症高齢者の日常生活自立度

認知症高齢者の自立度の調査時別変化を表 23 に、調査時ごとの介護度別割合を図 15 に示す

表 23.認知症高齢者の日常生活自立度の調査時別変化　（人）

	介入群									対照群							
	0	Ⅰ	Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	Ⅲb	Ⅳ	Ⅴ		0	Ⅰ	Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	Ⅲb	Ⅳ	Ⅴ
23 年 9 月	13	10	10	22	25	2	2	1	23 年 9 月	14	17	13	21	18	1	0	0
23 年 12 月	13	10	10	22	25	2	2	0	23 年 12 月	14	17	13	21	18	1	0	0
24 年 3 月	10	8	12	17	13	1	0	0	24 年 3 月	5	15	10	14	11	2	0	0
24 年 9 月	3	7	10	16	8	1	0	1	24 年 9 月	2	9	11	12	9	1	0	0
25 年 3 月	0	1	4	7	16	11	0	0	25 年 3 月	1	3	5	10	9	2	0	0
25 年 9 月	1	0	2	10	10	0	0	0	25 年 9 月	0	3	6	7	6	7	2	2



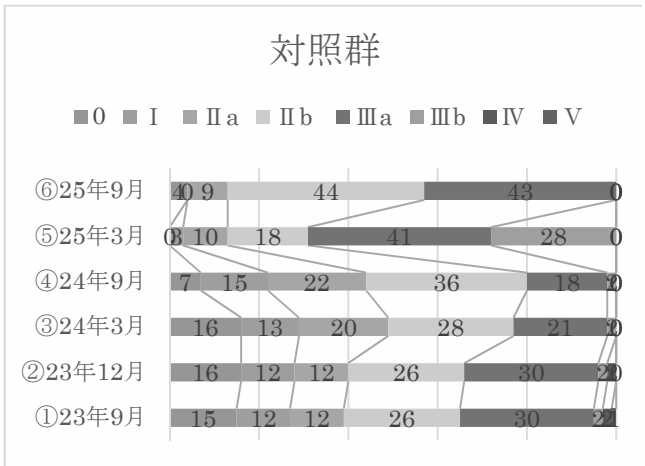


図 15.調査時ごとの認知症高齢者の日常生活自立度の割合（%）

対照群は、25 年 9 月（2 年後）の時点で初回と比較するとⅡb とⅢa の割合が増えている。介入群は、Ⅲb が増え、正常の割合が減っている。

(2)2 年経過時の変化

平成 23 年 9 月（初回）と平成 25 年 9 月（2 年後）の各評価の変化（改善・維持・悪化）を以下に記す。

①介護度

表 24.平成 23 年 9 月から 2 年後の要介護度の変化率(%)

割合（%）	介入群	25 年 9 月			
		改善	維持	悪化	中止
23 年 9 月	要支援1	0	0	0	0
	要支援2	0	0	100	0
	要介護1	0	7.6	15.2	7.6
	要介護2	5.2	10.5	10.5	5.2
	要介護3	8	16	16	12
	要介護4	8.6	17.3	4.3	4.3
	要介護5	0	0	0	66.6
	総数	14	32	29.4	23.5

	対照群	25 年 9 月			
		改善	維持	悪化	中止
23 年 9 月	要支援1	0	0	0	0
	要支援2	0	0	100	0
	要介護1	0	16.6	8.3	8.3
	要介護2	10.6	0	17.7	10.7
	要介護3	8.6	8.6	13	13
	要介護4	7.1	14.2	0	14.2
	要介護5	0	25	0	0
	総数	18.7	21.8	31.2	28.1

②高齢者の日常生活自立度

表 25.平成 23 年 9 月から 2 年後の日常生活自立度の変化率(%)

割合（%）	介入群	25 年 9 月			
		改善	維持	悪化	中止
23 年 9 月	正常	0	0	0	0
	J1	0	0	0	0
	J2	0	100	0	0
	A1	0	15.7	15.7	5.2
	A2	0	6.6	19.9	6.6
	B1	0	11.5	7.6	1.3
	B2	10.5	26.3	5.2	15.7
	C1	0	0	0	0
	C2	0	0	0	50
	総数	5.8	38.2	26.4	29.4

	対照群	25 年 9 月			
		改善	維持	悪化	中止
23 年 9 月	正常	0	0	0	0
	J1	0	0	0	0
	J2	0	0	0	0
	A1	4.7	9.5	14.1	14.2
	A2	0	5.。5	27.7	11.1
	B1	3.7	11.1	7.4	22.2
	B2	0	35.7	7.1	0
	C1	0	0	0	0
	C2	0	0	0	0
	総数	5.5	30.5	33.3	30.5

③認知症高齢者の日常生活自立度

表 26.平成 23 年 9 月から 2 年後の認知症自立度の変化率(%)

割合（%）	介入群	25 年 9 月			
		改善	維持	悪化	中止
23 年 9 月	正常	0	0	21.3	28.5
	Ⅰ	0	11.7	11.6	5.8
	Ⅱa	0	18.1	18	18.1
	Ⅱb	9	9	9	9
	Ⅲa	0	21	5.2	5.2
	Ⅲb	0	100	0	0
	Ⅳ	0	0	0	0
	Ⅴ	0	0	0	0
	総数	6	33.3	30.3	30.3

	対照群	25 年 9 月			
		改善	維持	悪化	中止
23 年 9 月	正常	0	7.6	0	38.4
	Ⅰ	0	0	20	10
	Ⅱa	10	10	20	10
	Ⅱb	0	40.9	13.6	0
	Ⅲa	4	12	0	12
	Ⅲb	0	0	0	0
	Ⅳ	50	0	0	50
	Ⅴ	0	0	0	0
	総数	5.8	41.1	20.5	32.3

(3) 退所者分析

期間中に自宅退所された方の初回の基本情報を以下に記す。

① 要介護度

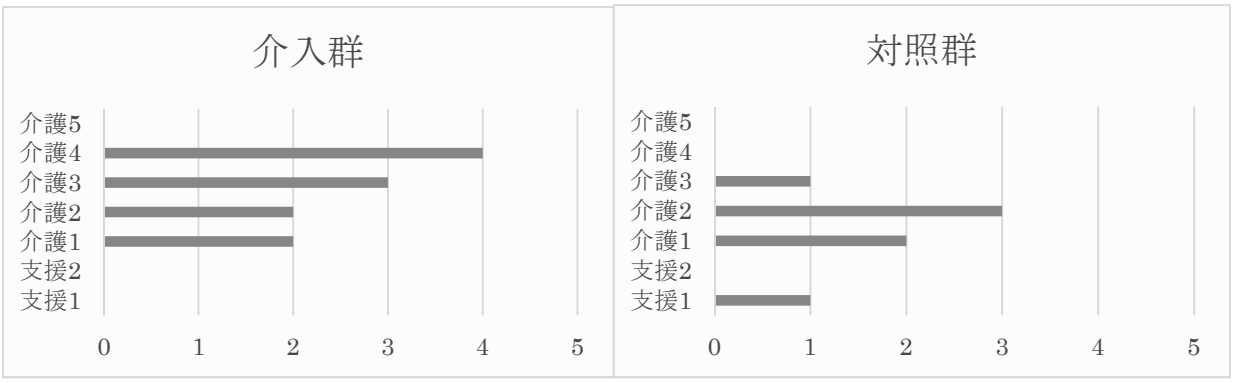


図 16.自宅退所した者の要介護度別数（人）

介入群は、要介護４が最も多く、対照群は、要介護２が最も多い。介入群の方が、入所時の要介護度が高い方が多い。

②高齢者の日常生活自立度

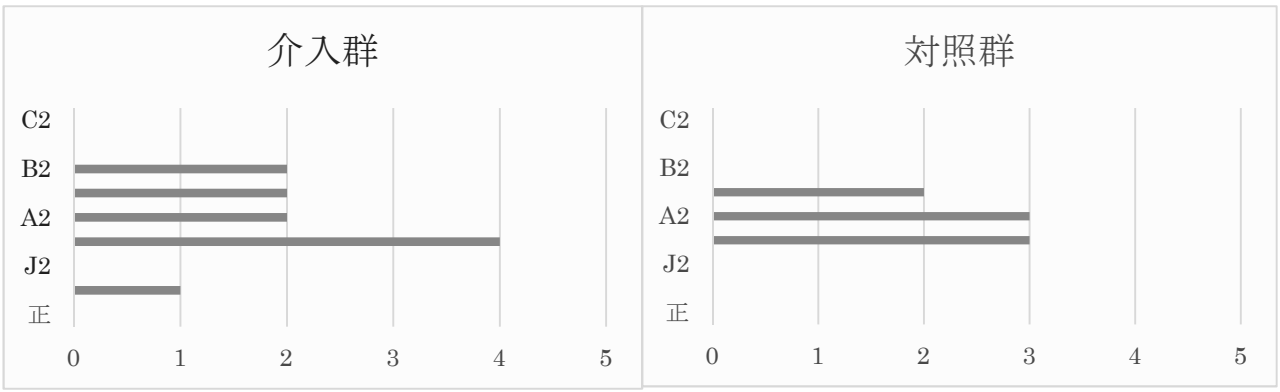


図 17.自宅退所した者の日常生活自立度別数（人）

対照群・介入群ともに入所時の日常生活自立度は A1 の方が多い。また、介入群の方が、JI から B2 までと幅が広い。

③認知症老人の自立度

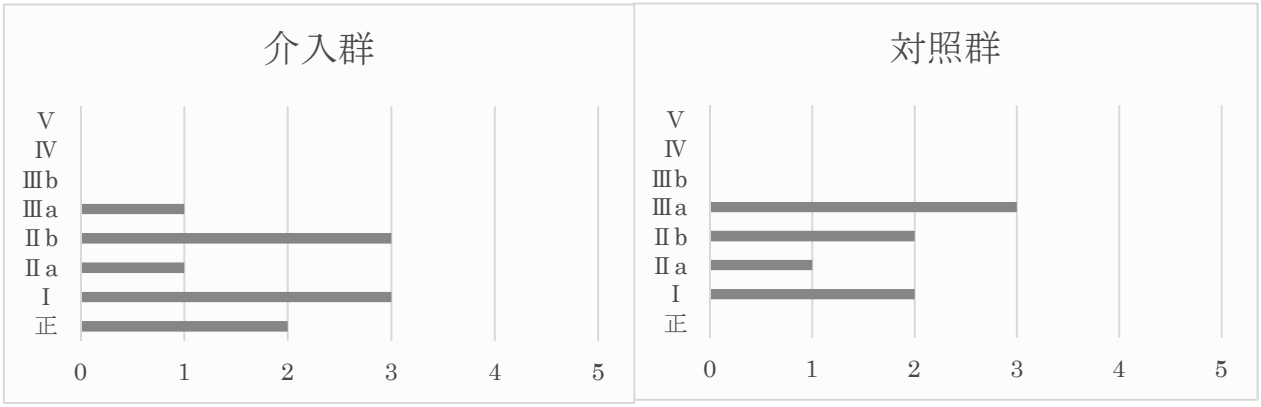


図 18.自宅退所した者の認知症自立度別数（人）

自宅退所者の入所時の認知症老人の自立度は、介入群はⅡb と Ⅰ が最も多く、対照群はⅢa が最も多い。

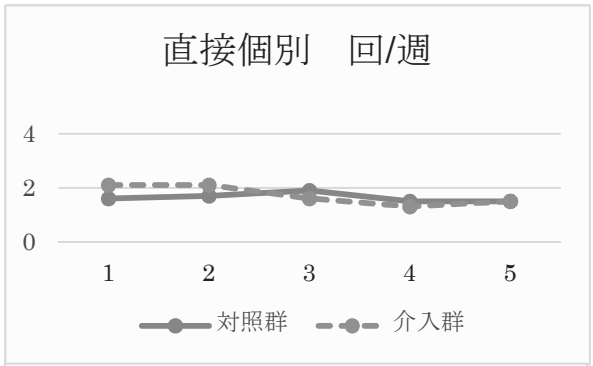
(4) 介入時間･回数の推移

アプローチごとの 1 週間の介入回数と 1 回の介入時間を以下に記す。なお、②23 年 12 月のデータは、23 年 9 月から 12 ヶ月の 3 ヶ月間の平均値である（平成 23 年度　報告書参照)。

① 直接個別アプローチ

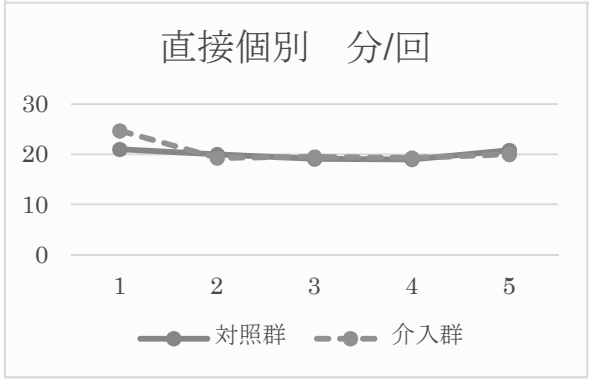
ⅰ）　1 週間の介入回数（回/週）

	対照群	介入群
②23 年 12 月	1.6	2.1
③24 年 3 月	1.7	2.1
④24 年 9 月	1.9	1.6
⑤25 年 3 月	1.5	1.3
⑥25 年 9 月	1.5	1.5



ⅱ）　1 回の介入時間（分/回）

	対照群	介入群
②23 年 12 月	20.0	24.。7
③24 年 3 月	20.0	19.3
④24 年 9 月	19.1	19.5
⑤25 年 3 月	19.0	19.3
⑥25 年 9 月	20.8	20.0



介入回数は、対照群ではほぼ 1.5 回で変化はない。介入群では、介入期間中とその後 3 ヶ月は 2 回だったが、その後は 1.5 回に減っている。

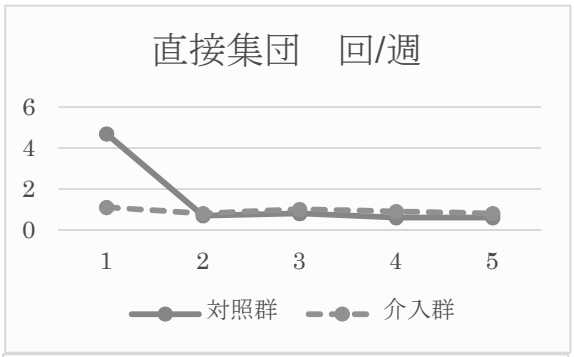
介入時間は、対照群ではほぼ 20 分で変化はない。介入群では、介入期間中のみ約 25 分と長く、その後は 20 分となっている。

また、介入期間中は介入群への関わりが増加していたが、介入期間終了後は対照群と同様になった。

②直接集団アプローチ

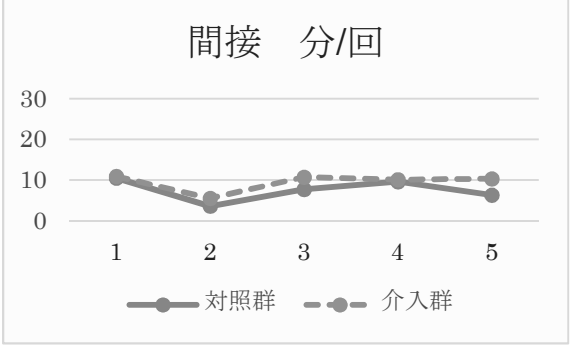
ⅰ）　1 週間の介入回数（回/週）

	対照群	介入群
②23 年 12 月	4.7	1.1
③24 年 3 月	0.7	0.8
④24 年 9 月	0.8	1.0
⑤25 年 3 月	0.6	0.9
⑥25 年 9 月	0.6	0.8



ⅱ）　1 回の介入時間（分/回）

	対照群	介入群
②23 年 12 月	8.5	12.8
③24 年 3 月	17.5	17.8
④24 年 9 月	18.4	20.2
⑤25 年 3 月	18.7	25.3
⑥25 年 9 月	20.2	22.3

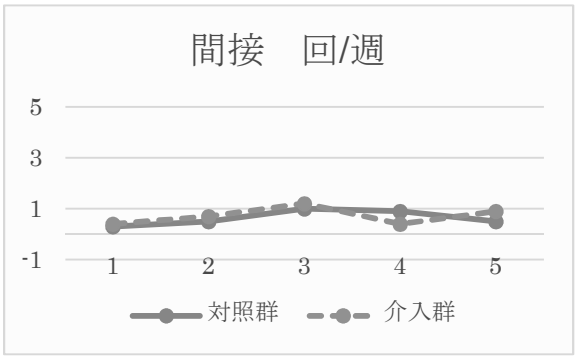


介入回数は、対照群では介入期間中は 4.7 回と多く、その後減っている。介入群ではほぼ変化はない。
介入時間は、両群ともに介入期間中は短かったものの、その後は増加したまま一定している。対照群よりも介入群の方が介入時間が長い。
対照群は、介入期間中、介入回数は多かったが 1 回の介入時間は短かった。介入群は、介入回数はほぼ一定であったが、介入期間中は介入時間が短かった。

③ 間接アプローチ

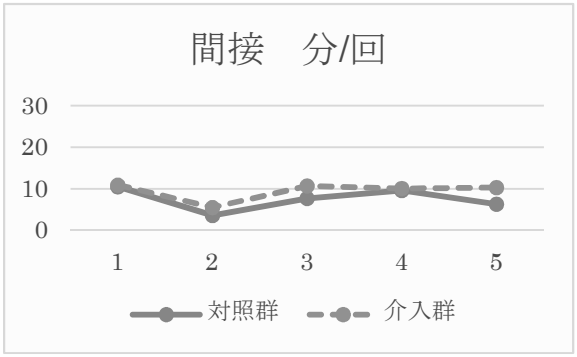
ⅰ） 1 週間の介入回数（回/週）

	対照群	介入群
②23 年 12 月	0.3	0.4
③24 年 3 月	0.5	0.7
④24 年 9 月	1.0	1.2
⑤25 年 3 月	0.9	0.4
⑥25 年 9 月	0.5	0.9



ⅱ）1 回の介入時間（分/回）

	対照群	介入群
②23 年 12 月	10.5	10.9
③24 年 3 月	3.6	5.5
④24 年 9 月	7.7	10.7
⑤25 年 3 月	9.6	10.1
⑥25 年 9 月	6.3	10.3



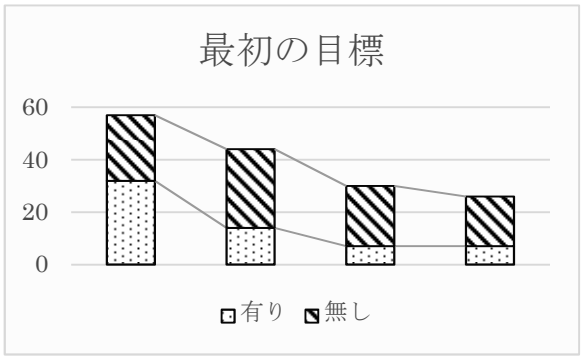
介入回数は、対照群・介入群ともに介入期間後の方が多い。
介入時間は、介入群は介入期間中とその後で大きな変化はない。対照群は、介入期間中の方が長かった。
介入期間中は、両群とも介入回数は少なく、介入時間は対照群では長かった。

⑸ 取り組みの継続性

介入期間後の①最初の目標の実施、②新たな目標への取り組み、③生活行為向上マネジメント的取り組みの実施状況を以下に記す。

①最初の目標の実施

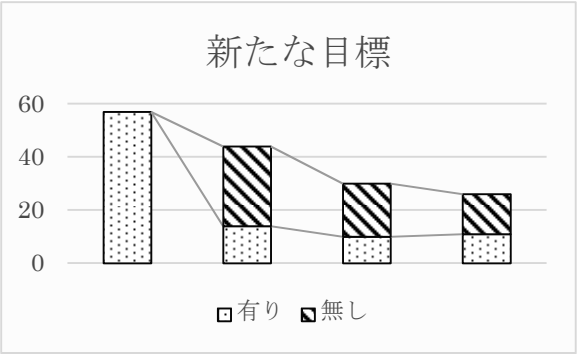
	有り	無し
③24 年 3 月	32(56%)	25(44%)
④24 年 9 月	14(32%)	30(68%)
⑤25 年 3 月	7(23%)	23(77%)
⑥25 年 9 月	7(27%)	19(73%)



介入期間後 3 ヶ月は、最初の目標を実施している人の割合の方が多かったが、それ以降は実施していない人の割合の方が多かった。
最初の目標の継続は、介入期間（3 ヶ月）とその後 3 ヶ月の計 6 ヶ月が目安となる

② 新たな目標への取り組み（人数）

	有り	無し
③24 年 3 月	57(100%)	0(0%)
④24 年 9 月	14(32%)	30(68%)
⑤25 年 3 月	10(33%)	20(67%)
⑥25 年 9 月	11(42%)	15(58%)

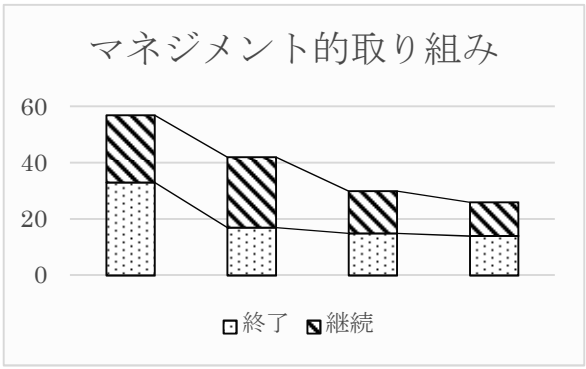


介入期間後 3 ヶ月では、全員が新たな目標への取り組みを実施していたが、その後は実施していない人の割合の方が多かった。

介入期間後 3 ヶ月は、最初の目標に加え新たな目標を見出し取り組みを実施している。

③ 生活行為向上マネジメント的取り組み

	終了	継続
③24 年 3 月	33（58%）	24(42%)
④24 年 9 月	17(37%)	25（63%）
⑤25 年 3 月	15(50%)	15（50%）
⑥25 年 9 月	14(54%)	12(46%)



2 年後の 25 年 9 月時点で、生活行為向上マネジメント的取り組みを継続している方の割合は 14%であった。調査回ごとに、約半数が取り組みを終了している。

時間経過とともに、生活行為向上マネジメント的取り組みを終了する傾向にある。

Ⅴ.まとめ

平成 23 年度に通所事業所および老人保健施設（入所）において生活行為向上マネジメントを用いてアプローチを行った介入群と通常のアプローチを行った対照群について 3 年間に渡り、QOL の変化を測定した。

今回は 2 年目の測定を終了し、中間報告としてその変化について検証を行った結果として、通所事業所と入所別に次のことが言える。

1.通所事業所

1）2 年経過後の利用者数は介入群（58.8%）、対照群(53.4%)に大きく違いは無かった。

2）利用中止の理由については、両群ともに入院が最も多く、次いで施設への入所であった。

3）健康関連 QOL 評価では、介入群は 2 年後も維持し続けたが、対照群は徐々に低下した。通所事業所利用者に対する生活行為向上マネジメント（以下、マネジメント）を利用したオーダーメイドの作業療法の実施は、２年以上にわたってその効果が持続され、健康関連 QOL を維持し続けることが確認された。

4）健康領域の中では「痛み」領域のみに交互作用を認めた。これはマネジメントを用いたオーダーメイドの作業療法の提供が主観的に感じる「痛み」を軽減し、全体の健康関連 QOL を押し上げる可能性のあることが示唆される。

平成２３年度の報告においても、介入後に「痛み」「感情」に有意な変化（改善）が認められた。この時の報告では、対象者自らが出した目標に対して、目標に必要な対応策が実行レベルで提示できる点、効果が目に見える点が対象者に良い印象を与えるためであると考察した。マネジメントを用いた効果は、２年を経た後にも持続されていることが今回の結果から示唆される。

5）介護度の変化では、2 年後には介入群は 15.9%が改善、45.8%が維持しており、対照群では 8.6%が改善、34.7%が維持している。マネジメントによる介入は介護度の改善、維持にも効果があると言える。

2.入所

1）2 年経過後の退所者数は介入群 52 名（61%）、対照群 54 名（63%）で両群間の数に大きな違いは無かった。

2）初回介入時期から 6 か月後の退所者が最も多かった。

3）２年経過後の介護度の変化では、介入群では 46%が維持・改善し対照群では 40.5%が維持・改善していた。日常生活自立度の変化では、介入群では 44%が維持・改善し対照群では 36%が維持・改善していた。認知症自立度の変化では、介入群では 39.3%が維持・改善し対照群では 46.9%が維持・改善していた。介護度ならびに日常生活動作自立度は、介入群の方が維持・改善している割合が多く、マネジメントによる介入の効果であると考えられる。

4）退所者の退所先は介入群 20 名（39%）、対照群 23 名（43%）と介護保険系施設が最も多かった。

5）在宅復帰（自宅または在宅施設）された方は、両群ともに約 20%であった。老人保健施設は中間施設としての位置付けであるが、在宅復帰される方の割合は多くはないことが分かった。

6）健康関連 QOL 変化では、介入当初に介入群は向上、対照群は維持という結果であったが、介入群においてもその後徐々に低下し、2 年経過後には対照群との差を認めない程度になった。本調査においては退所した方の追跡調査は困難なため、入所し続けているという対象者の特性が影響しているのかもしれない。

7）アプローチの経過では、直接個別アプローチの介入回数・介入時間は、介入期間中のみ対照群より多く、介入終了後は対照群と同様になっていた。

8）取り組みの継続では、介入後 3 ヶ月までは最初の目標を実施している割合が多かった。最初の目標の継続については、介入期間とその後の 3 ヶ月が目安になると考えられる。

9）介入終了後 3 ヶ月間は、最初の目標に加え新たな目標を見出し取り組みを実施している人が多かった。

１０）調査回数を追うごとに、マネジメントによる取り組みを終了する人の割合が多かった。

Ⅵ.今後の課題

次年度 9 月を最終評価として、3 年間に渡る通所事業所および老人保健施設における対象者の QOL 変化から生活行為向上マネジメントの活用による経済的効果を示す予定である。

最終評価に加えて、以下の事柄を再確認する必要がある。

1．介護度が改善した対象者や退所に至った入所者の状態像について、再度確認を行いその特性を示す。

2．健康関連 QOL といった量的な効果に加えて、調査協力者である作業療法士に対して、3 年経過後におけるマネジメントの実施状況と対象者への効果についてアンケートを行い質的な検証も行う。

第三章

老人保健施設入所時インテークにおける生活行為向上マネジメントによる介入の効果検討事業

第三章　老人保健施設入所時インテークにおける生活行為向上マネジメントによる介入の効果検討事業

Ⅰ.事業目的

本研究事業の昨年度の取り組みでは、介護老人保健施設(以下、老健)における入所者の退所困難要因を調査・分析した。その結果、入所当初の退所見通しが6ヶ月以内であった場合に退所できやすいことが分かり、入所時点で退所の見通しをつけることの重要性が示唆された。また、自宅復帰に必要な日常生活活動（Activities of Daily Living ; ADL)、手段的日常生活活動（Instrumental Activities of Daily Living ; IADL）をより広く想定する必要性や、入所者本人・家族・作業療法士（以下、OT）の間には退所に向けて何が必要かという認識に差があり、これを解消することが必要であることなどが考えられた。さらに、生活行為向上マネジメント(以下、マネジメント)を用いたこれまでの介入では、退所を目的として行ったものよりも、施設内での活動性向上を期待していたものが多かった。

そこで今年度の事業の目的は、入所の段階からマネジメントを用いて、退所に向けて改善する必要のある生活行為を明らかにした上でチームアプローチを展開していくことが、退所支援として有効であるかどうかを検証することとした。また、併せて、他職種が、OTの退所支援における有効性をどのように考えているかについても明らかにすることとした。

Ⅱ.方法

1.実施主体

一般社団法人　日本作業療法士協会

2.研究班員（〇は班長）

氏名	所属	備考
三浦　晃	介護老人保健施設 せんだんの丘	宮城県
石井　利幸　〇	介護老人保健施設 ひもろぎの園	福島県
渡邊　基子	介護老人保健施設 ゆうゆう	茨城県
猪股　英輔	多摩たんぽぽ介護サービスセンター	東京都
小林　幸治	目白大学	東京都
宮内　順子	介護老人保健施設 ぺあれんと	山口県

3.研究協力施設

研究協力施設は、本研究への協力について同意が得られた以下の15箇所の老健である。担当OTは以下の通りである。

	施設名	OT氏名	備考
1	介護老人保健施設 やまゆり	今宮　睦美	岩手県
2	介護老人保健施設 せんだんの丘	鳴海　奈央	宮城県
3	介護老人保健施設 ひもろぎの園	鈴木　裕也	福島県
4	中之条町介護老人保健施設「六合つつじ荘」	熊川　亜紀子	群馬県
5	介護老人保健施設 うららく	佐藤　由子	群馬県
6	介護老人保健施設 はくちょう	田邊　由希江	東京都

7	介護老人保健施設 ヒルトップロマン	三沢　理恵	東京都
8	介護老人保健施設 小金井あんず苑	渡辺　葉子	東京都
9	介護老人保健施設 港南あおぞら	中村　元樹	神奈川県
10	介護老人保健施設 ゆうゆう	寺門　真美	茨城県
11	介護老人保健施設 鴻池荘	山本　江吏子	奈良県
12	介護老人保健施設 秋穂幸楽苑	岡田　翔子	山口県
13	介護老人保健施設 ぺあれんと	宮内　順子	山口県
14	介護老人保健施設 すだちの園	四宮　正貴	徳島県
15	介護老人保健施設 あやめの里	都甲　幹太	福岡県

4.対象者

1)アンケート調査

上記の研究協力施設に勤務する、支援相談員、ケアマネジャー、介護士、看護師等の、実態調査や入所判定会に関わる専門職を対象とした。

2)マネジメントを用いた介入

2013 年 9 月～12 月中旬までに研究協力施設に入所する者のうち、以下の条件に当てはまり、研究への同意を得られた者を対象とした。

(1) ある程度意思疎通の能力があり、マネジメントによる聞き取りが可能な者
(2) 老健への入所目的が、明らかに特別養護老人ホームや認知症対応型共同生活介護への入所待機ではない者

5.実施方法

1)アンケート調査

(1) 調査内容

①研究協力施設の在宅復帰等の状況に関する調査

研究協力施設の在宅復帰に関係する加算算定状況および在宅復帰率、新全老健版ケアマネジメント方式Ｒ４システム導入の有無について調査した（補足資料 1)。

②退所支援における OT の介入の有効性に関する意識調査

マネジメントを用いた介入を開始する前と後、さらに介入終了後（以下、1 回目アンケート、2 回目アンケート、3 回目アンケート）の時点で、他職種が、退所支援における OT の介入の有効性をどのように感じているかを調査した（補足資料 2、3)。

(2) 調査方法

①調査実施時期

上記②の 1 回目アンケートは、OT が最初の対象者の実態調査に出かける前の段階で実施してもらった。2 回目アンケートは、全対象者のエントリーが終了して 1 ヶ月が経過した 2014 年 1 月中旬に実施した。3 回目アンケートは、対象者の退所による介入終了後に実施することとした。

②回収方法

上記②に関しては、協力施設の担当 OT から他職種に質問紙を渡し、記入後は担当 OT の目に触れることがないように、返信用封筒で直接退所支援班長宛に返送してもらった。これは、調査内容が自施設の OT の介入に関することであるため、担当 OT に内容を見られることによるバイアスを軽減するためである。

2)マネジメントを用いた介入

担当 OT には、以下の流れで介入を行うように依頼した。しかし、入所までの流れは施設によって差があるため、以下を基本としつつ状況に応じて変更しながら実施してもらった。

(1) 対象者の選定方法

研究協力施設の担当 OT には、入所希望者からの申込み状況を把握し、支援相談員等と協議して対象者を選定し、研究内容等を説明し同意を得るよう依頼した。また、可能であれば、支援相談員のインテーク面接にも同席してもらった。

(2) 家族の意向調査

実態調査に行く前の段階で、現段階で在宅生活がどのくらい難しいと感じているかを、「1：難しくない」～「10：絶対に難しい」の 10 段階で回答してもらった。同時に、家族が今後の退所先をどう考えているかについても調査した。なお、この調査は支援相談員に依頼し、入所後も 3 ヶ月ごとに家族に聞き取りを行うこととした（補足資料 4)。

(3) 実態調査への同行

支援相談員等が自宅・病院等に実態調査に行く際に同行し、本人や家族から退所に向けて改善する必要がある生活行為について、生活行為聞き取り演習シートを用いて調査した。この際には、退所するために改善することが必須な ADL 等の生活行為に加えて、本人の退所後の生活を豊かにするために必要な IADL や余暇活動などの生活行為についても聞き取るように依頼した。さらに、心身機能・家屋状況等に関する大まかなスクリーニングも行うこととした。

(4) 入所判定会への参加

実態調査時の調査内容をもとに、退所に向けて改善する必要のある生活行為についての現状と予後予測などを話し合い、入所が決定した場合には施設ケアマネジャー等と支援の方向性を協議してもらった。この際には、可能な限り 6 ヶ月程度で退所できるような支援を模索することとした。

(5) 各種評価の実施およびマネジメントによるプラン立案

入所者に対して以下の調査を実施した。

①基本属性：年齢、性別、要介護度、診断名、障害高齢者の日常生活自立度、家族構成等
②Barthel Index（BI）：ADL の指標
③Frenchay Activity Index（FAI）：IADL の指標
④老健式活動能力指標：活動能力の指標
⑤Health Utilities Index（HUI）：健康関連 QOL の指標
⑥生活行為聞き取り演習シートにおける遂行度、満足度（聞き取り調査）
⑦生活行為向上マネジメントシートによるプラン立案

※①～⑥は入所後も 3 ヶ月ごとに調査することとした。

(6) 介入の開始

上記⑦に基づいて対象者への介入を実施した。なお、対象者が退所するまでの経過を追うために、介入期間は 2013 年 9 月～2014 年 8 月までとした。

また、作業療法を進める中で、本人から目標の生活行為や退所に関連した何らかの発言があった場合や、OT から直接家族へ働きかけた場合、他職種への申し送りや依頼等を行った場合などで、特記すべき事項があれば、経過記録表（補足資料 5）にその内容を記録してもらった。

(7) ケアプランへの反映状況の確認

マネジメントに基づいて作成されたプランが、ケアプランに反映されたか否かを調査した（補足資料 6)。

(8) 退所時アンケートの実施

対象者が退所する際には、本人・家族に対して、提供された作業療法が、施設を退所するために役立ったと感じているかどうかを調査した（補足資料 7、8)。

6.事業の流れ

2013 年 9 月～12 月	～2014 年 1 月	～2014 年 8 月
エントリー期間	介入前期	介入後期
○対象者の選定・同意取得 ○実態調査への同行および生活行為聞き取りシートを用いた面接 ○入所判定会への参加 ○マネジメントによるプラン作成 ○各種評価の実施 ○マネジメントに基づいた介入の開始	○介入の継続 ○アンケート調査	○介入の継続 ○各種評価の実施 ○退所状況の調査 ○アンケート調査

※今回の介入が実際に退所に寄与したかどうかは、次年度に継続的に検証していくこととする。

Ⅲ.結果

1. アンケート調査

1) 研究協力施設の在宅復帰等に関する状況

研究協力施設の在宅復帰に関係する加算算定状況および在宅復帰率、新全老健版ケアマネジメント方式Ｒ４システム導入の有無について、14 施設から回答を得た。結果を表 1、表 2 に示す。

表1　研究協力施設の在宅復帰率および加算の算定状況

在宅復帰率	2013年3月～8月の6ヶ月平均	32.8±19.1%
	2013年8月	36.7±24.3%
加算算定	在宅強化型	3
	在宅復帰・在宅療養支援機能加算	5
	算定していない	6

n=14(2014.2.28時点での集計)

表2　研究協力施設におけるR4の導入状況

導入している	4	全面的に導入		1
		一部分導入		3
導入していない	10	今後の導入	検討している	4
			検討していない	5
			無回答	1

n=14(2014.2.28時点での集計)

2)退所支援における OT の介入の有効性に関する意識調査

1 回目アンケートは、67 名からの回答を得た。回答者の属性を表 3 に示す。

表3　回答者の属性(複数回答)

	支援相談員	介護職	看護職	介護支援専門員	管理栄養士	医師	無回答
1回目アンケート(n=67)	19	17	16	13	2	1	1
2回目アンケート(n=50)	13	15	9	10	4	0	0

退所支援における入所前からの OT の関わりが、利用者にとって有効と思うかとの問いには、「とても有効」「有効」と回答した者の割合は 97.1%であった。さらに、具体的にどのような点で有効だと思うかについては、67 件の自由回答があり、これらを内容の類似性によって分類し、その特徴により名称をつけた。その結果、11 のカテゴリーが得られ、「課題や目標設定・プランニングに役立つ」「効果的な作業療法の提供に役立つ」「施設での生活の仕方を考える上で役立つ」などのカテゴリーが上位に挙がった。

他職種連携にとって有効と思うかとの問いでは、「とても有効」、「有効」と回答した者の割合は 97%であり、具体的にどのような点で有効だと思うかについては、63 件の自由回答があり、8 つのカテゴリーが得られた。上位に挙がったカテゴリーは、「他職種が行う生活リハ・退所支援に役立つ」「効果的なケアプラン策定に役立つ」「目標共有のために役立つ」などであった（表 4、表 5、表 6）。

表4 退所支援における入所前からのOTの関わりを有効と思うか

	利用者にとって				他職種連携にとって			
	1回目アンケート		2回目アンケート		1回目アンケート		2回目アンケート	
とても有効	45	(67.2)	32	(64.0)	37	(55.2)	35	(70.0)
有効	20	(29.9)	15	(30.0)	28	(41.8)	14	(28.0)
あまり有効でない	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)
有効でない	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)
無回答	2	(3.0)	3	(6.0)	2	(3.0)	1	(2.0)

( )内は% 1回目:n=67、2回目:n=50

表5 「退所支援における入所前からのOTの関わりが利用者にとってどのような点で有効だと思うか」に関する回答の分類

1.課題や目標設定・プランニングに役立つ	25
2.効果的な作業療法の提供に役立つ	14
3.施設での生活の仕方を考える上で役立つ	12
4.不安軽減・信頼関係づくりに役立つ	6
5.モチベーションを高めるのに役立つ	3
6.退所時の効果的な提案に役立つ	3
7.今後の見通しを立てるうえで役立つ	3
8.本人・家族が退所後の生活をイメージするのに役立つ	3
9.現在の状況を把握するために役立つ	2
10.早期から退所に向けたアプローチを行うために役立つ	2
11.その他	4

回答は67件、内容により複数カテゴリーに重複して分類

表6 「退所支援における入所前からのOTの関わりが他職種連携にとってどのような点で有効だと思うか」に関する回答の分類

1.他職種が行う生活リハ・退所支援に役立つ	18
2.効果的なケアプラン策定に役立つ	13
3.目標共有のために役立つ	10
4.施設生活における適切な介助・対応ができる	7
5.課題・目標が明確になることで情報交換が活発になる	5
6.OTの視点からの情報を得るために役立つ	5
7.家族との関わりが増える	1
8.その他	16

回答は63件、内容により複数カテゴリーに重複して分類

2.マネジメントを用いた介入

1)対象者の状況

対象者は29名（男性8名、女性21名）で、平均年齢は86.2±7.7歳であった。なお、対象者のうち最年少は64歳、最高齢は97歳であった。対象者の属性、疾患名を表7、表8に示す。

Barthel Index（BI）、Frenchay Activity Index（FAI）、老健式活動能力指標の評価結果を表9に示す。

表7 対象者の属性

配偶者		同居家族人数					特記すべき非同居家族				介護者の続柄				主介護者の年齢				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						
あり	なし	独居	1人	2人	3人	4人以上	なし	1人	2人	3人以上	配偶者	子供	子供の配偶者	その他	65歳未満	65～74歳	75～84歳	85歳以上	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	区変中	A1	A2	B1	B2	C2	正常	Ⅰ	Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	Ⅳ	M
13	16	9	7	6	3	4	8	7	8	6	5	24	6	1	16	9	3	1	8	7	5	7	1	1	7	8	8	5	1	3	8	3	9	4	1	1

(n=29)

表8 疾患名（複数回答）

整形外科疾患	循環器疾患	認知症疾患	消化器疾患	脳血管障害・神経疾患	精神疾患	呼吸器疾患	内分泌・代謝疾患	その他
23	10	7	7	4	3	2	2	6
(35.9%)	(15.6%)	(10.9%)	(10.9%)	(6.3%)	(4.7%)	(3.1%)	(3.1%)	(9.4%)

回答件数：64件

表9 各種評価の結果 n=27

Barthel Index（BI）	61.7±24.5
Frenchay Activity Index（FAI）	4.93±8.06
老健式活動能力指標	3.3±2.7

2)在宅生活困難感および今後の退所先に関する家族の意向

在宅生活困難感では、困難度5と回答した割合が37%と最も高く、それ以降は困難度3が18.5%、困難度6と8が11.1%と高くなっていた。平均は困難度5であった（表10）。

今後の退所先に関する家族の意向では、「できれば自宅」「必ず自宅」と回答した割合が高かった（表11）。

表10 家族が在宅生活をどの程度困難と感じているか（実態調査前時点）

困難度	難しくない → 難しい									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
回答件数(%)	2 (7.4)	2 (7.4)	5 (18.5)	1 (3.7)	10 (37.0)	3 (11.1)	0 (0)	3 (11.1)	0 (0)	1 (3.7)

n=27（2014.2.28時点での集計）

表11 今後の退所先に関する家族の意向（実態調査前時点）

退所先	回答件数	(%)
必ず自宅	11	(40.7)
できれば自宅	12	(44.4)
今は分からない	3	(11.1)
施設	1	(3.7)

n=27（2014.2.28時点での集計）

3)実態調査および入所判定会への参加状況

実態調査への同行および入所判定会への参加状況を表 12 に示す。回答があった 26 名の対象者のうち、実態調査に同行していた割合は 61.5%で、入所判定会に参加していた割合は 73.1%であった。

表12　実態調査および入所判定会への参加　(%)

実態調査への同行		入所判定会への参加	
した	していない	した	していない
16 (61.5)	10 (38.4)	19 (73.1)	7 (26.9)

n=26

4)マネジメントを用いて設定された生活行為の目標

本人・家族から聞き取った当初の生活行為の目標および OT と合意した目標、対象者が入所することになった理由等について、補足資料 9 に示す。

5)ケアプランへの反映状況

マネジメントを用いて立案した計画が、ケアプランに反映されたか否かについて表 13 に示す。対象者の 88.4%でケアプランに反映されていた。また、他職種も関わる内容としてケアプランに反映されていた割合は 76。9%であった。

表13　マネジメントの計画がケアプランに反映されたか否か

ケアプランへの反映		回答件数(%)	反映された時期	回答件数(%)
反映された	OTが行う内容として	3 (11.5)	暫定プランから	7 (30.4)
			本プランから	12 (52.2)
	他職種も関わる内容として	20 (76.9)	見直し時から	4 (17.4)
反映されなかった		3 (11.5)		

n=26 (2014.2.28時点での集計)

6)2 回目アンケートの結果

2回目アンケートは50名からの回答を得た(表3)。退所支援における入所前からの OT の関わりが、利用者にとって有効と思うかとの問いには、「とても有効」「有効」と回答した者の割合は 94%で、他職種連携にとって有効と思うかとの問いでは、「とても有効」「有効」と回答した者の割合は 98%であった (表 4)。

また、通常のリハ実施計画書に基づくリハビリとマネジメントに基づくリハビリとの違いを感じたかとの問いにおいて、「とても感じた」「感じた」、また「あまり感じない」「感じない」と回答した理由を質問した。内容ごとに分類した結果を表 15 に示す。OT がマネジメントを実践したことによる対象者の変化を感じたかとの問いにおいても、同様に回答した理由を質問し、内容ごとに分類した。結果を表 16 に示す。

表14　マネジメントを用いた介入から他職種が受けた印象

	とても感じた	感じた	あまり感じない	感じない	無回答
通常の計画書に基づくリハと、マネジメントに基づくリハに違いを感じたか	3	23	16	1	7
	(6.0)	(46.0)	(32.0)	(2.0)	(14.0)
OTがマネジメントを用いて介入したことによる対象者の変化を感じたか	7	22	13	2	6
	(14.0)	(44.0)	(26.0)	(4.0)	(12.0)

( )は%　n=50

表15　「通常のリハ実施計画書に基づくリハビリと、マネジメントに基づくリハビリとの違いを感じたか」に関する回答の分類

変化を感じた具体的内容（回答は22件）	内容が分かりやすい	5
	個別性が感じられる	4
	在宅復帰を意識した内容である	4
	目標設定が明確	2
	本人の想いを重視している	2
	自分たちがすべきことが分かりやすい	2
	予後予測を踏まえて目標設定されている	1
	抽象的で分かりにくい	1
	その他	5
変化を感じなかった理由（回答は12件）	以前から同様の関わりができていたから	5
	リハ内容の変化が感じられない	3
	今までのことが分からないから	1
	実際のOT場面を見ていないから	1
	対象者が拒否的だったため	1
	その他	1

内容により複数カテゴリーに重複して分類

表16　「OTがマネジメントを実践したことによる対象者の変化を感じたか」に関する回答の分類

変化を感じた具体的内容（回答は27件）	対象者の表情や意欲が変化した	18
	対象者の普段の過ごし方や活動性が変化した	7
	ADLが向上した	1
	その他	5
変化を感じなかった理由（回答は12件）	マネジメントの情報共有が不十分なため	3
	目に見えるほどの変化がないため	3
	マネジメントによる変化かどうか判断できない	2
	現在までの介入期間が短いため	2
	対象者の心身の状況が良くなかったため	2
	以前から同様の関わりができているため	1
	対象者が拒否的だったため	1

内容により複数カテゴリーに重複して分類

7)現時点での退所者

29名の対象者のうち、2014年2月28日時点で退所している者は8名であった。このうち入院・死亡による退所者2名を除く6名の入所日数は30日～157日で、平均入所日数は86.4±50.3日であった。全対象者の2月28日時点での入所日数等を補足資料9に示す。

8名の退所者のうち、補足資料9に示した、事例5および事例10についての報告書を補足資料10に示す。

Ⅳ.考察とまとめ

本研究事業では、昨年度の研究結果を踏まえ、マネジメントを用いてOTがインテークの段階から関わることが、老健の本来の使命である在宅復帰を促進すると仮定した。また、マネジメントに基づく対象者のアセスメント、プラン立案の考え方は、OTだけではなく多職種からなるチーム全体にとっても有益であると考えた。

本事業で検証すべき最も重要な事項は、マネジメントを用いたインテークの段階からの介入によって、対象者が実際に退所できるかどうかである。昨年度の研究結果からは、上記の事業目的にも述べた通り、入所当初の退所見通しが6ヶ月以内であった場合に退所できやすいことが分かった。今回の対象者のエントリー期間は2013年12月中旬までとしたため、そこから6ヶ月間程度の経過を調査するために、対象者への介入期間は次年度の8月までに設定した。そのため、現時点で考察できることは限られており、詳細な結果および考察は次年度に報告する予定である。現時点でのまとめを以下に示す。

○他職種のほとんどは、退所支援におけるOTの入所前からの介入について、有効であると考えており、退所支援における作業療法についての期待が高いことが分かった。

○今回の29名の対象者のうち85.1%で、家族が今後自宅に退所することを希望していた。一方、エントリー期での在宅生活困難感の平均は5であり、この段階では在宅生活が中程度困難であると感じていたことが分かった。

○今回OTが立案したマネジメントに基づいた計画は、約9割の対象者のケアプランに反映され、そのうちの多くの対象者では、他職種と連携して行う内容としてケアプランに盛り込まれていた。このことから、作業療法場面だけの介入ではなく、チーム全体でのアプローチに繋がっている状況がうかがわれた。

○他職種の半数以上で、通常のリハ実施計画書に基づくリハビリとマネジメントに基づいたリハビリの違い、およびマネジメントを用いて介入したことによる対象者の変化を感じており、マネジメントを用いた介入を概ね肯定的に捉えていると思われた。

○2月末日の段階では、全対象者のうちの4分の1が、平均して入所から3ヶ月以内に退所していた。

Ⅴ.今後の計画

上述のように、本事業は次年度も継続する予定である。今後の計画は以下の通りである。

○対象者への介入は、2014年8月まで継続して実施し、3ヶ月ごとに各種調査を実施する。退所時には本人・家族に対して、提供された作業療法についての感想を聞き取る。

○介入終了後に他職種への3回目アンケート調査を行い、今回のOTの介入が有効であったと感じているかどうかを調査する。

○各種評価指標の変化および、経過記録表の内容を分析し、OTがどのような関わりを行っていたのかを明らかにする。

補足資料）1

在宅復帰状況および R4 導入状況に関するアンケート

施 設 名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　記 入 日：　　年　　月　　日

＜アンケート票への記入方法＞

各設問につきまして、該当する回答のいずれか１つに○を付けてください。

また、その理由などを具体的にご記入ください。

◆設問１．貴施設では在宅復帰に関係する加算を算定していますか？

１．在宅強化型老健　　２．在宅復帰・在宅療養支援機能加算　　３．算定していない

◆設問２．平成 25 年 8 月末日時点における前 6 ヶ月間の平均在宅復帰率をご記入ください。

（※前 6 ヶ月間：平成 25 年 3 月～8 月）

＿＿＿＿＿＿＿＿％

◆設問３．平成 25 年 8 月の在宅復帰率（１ヶ月間の在宅復帰率）をご記入ください。

＿＿＿＿＿＿＿＿％

◆設問４．貴施設では R４を導入していますか？

１．はい（→設問５へ）　　２．いいえ（→設問７へ）

◆設問５．どの段階を導入していますか？

１．全段階（R1～R4）の導入（→設問８へ）　　２．一部の導入（→設問６へ）

◆設問６．導入している部分を具体的にご記入ください（例：R1 の A-1 と A-2 のみ）。
また、なぜ一部の導入なのか、理由をご記入ください。

→設問８へ

◆設問７．今後、R4 の導入を検討していますか？また、その理由をご記入ください。

１．はい　　２．いいえ

◆設問８．実際に R4 を導入してみて、効果やメリットはありましたか？また、その理由をご記入ください。

１．あった　　２．なかった　　３．どちらともいえない

ご協力ありがとうございました

補足資料）2

生活行為向上マネジメント　アンケート調査票

他職種・エントリー期

職種〔　　〕　記入日：　　年　　月　　日

《アンケート票への記入方法》
各設問につきまして、該当する回答のいずれか一つに○を付けてください。
また、その理由などを具体的にご記入ください。

設問１.退所支援において、作業療法士が入所前の段階から関わることは、利用者様にとって有効と思われますか？

１.とても有効　　２.有効　　３.あまり有効でない　　４.有効でない

「１.とても有効」「２.有効」と回答された場合はどのような点で有効か、「３.あまり有効でない」「４.有効でない」と回答された場合はその理由を具体的にご記入ください。

設問２.退所支援において、作業療法士が入所前の段階から関わることは、他職種間の連携にとって有効と思われますか？

１.とても有効　　２.有効　　３.あまり有効でない　　４.有効でない

「１.とても有効」「２.有効」と回答された場合はどのような点で有効か、「３.あまり有効でない」「４.有効でない」と回答された場合はその理由を具体的にご記入ください。

設問３.退所支援における作業療法士の役割には、どのようなことがあると思われますか？
具体的にご記入ください。

ご協力ありがとうございました。

補足資料）3

生活行為向上マネジメント　アンケート調査票

他職種・介入前期

職種〔　　〕　記入日：　　年　　月　　日

《アンケート票への記入方法》
各設問につきまして、該当する回答のいずれか一つに○を付けてください。
また、その理由などを具体的にご記入ください。

設問１.退所支援において、作業療法士が入所前の段階から関わることは、利用者様にとって有効と思われますか？

１.とても有効　　２.有効　　３.あまり有効でない　　４.有効でない

「１.とても有効」「２.有効」と回答された場合はどのような点で有効か、「３.あまり有効でない」「４.有効でない」と回答された場合はその理由を具体的にご記入ください。

設問２.退所支援において、作業療法士が入所前の段階から関わることは、他職種間の連携にとって有効と思われますか？

１.とても有効　　２.有効　　３.あまり有効でない　　４.有効でない

「１.とても有効」「２.有効」と回答された場合はどのような点で有効か、「３.あまり有効でない」「４.有効でない」と回答された場合はその理由を具体的にご記入ください。

設問３.退所支援における作業療法士の役割には、どのようなことがあると思われますか？
具体的にご記入ください。

設問４.作業療法士が生活行為向上マネジメント（以下、マネジメント）を用いて立案した目標・プランは、調査対象者の施設サービス計画（ケアプラン）に反映されたと思いますか？

１.とても思う　　２.思う　　３.あまり思わない　　４.思わない

「１.とても思う」「２.思う」と回答された場合はどのような点で反映されたと思うか、「３.あまり思わない」「４.思わない」の場合はその理由をご記入ください。

設問５.通常の「リハビリテーション実施計画書」に基づくリハビリテーションと、マネジメントに基づくリハビリテーションとに違いを感じましたか？

１.とても感じた　　２.感じた　　３.あまり感じない　　４.感じない

「１.とても感じた」「２.感じた」と回答された場合はどのような点で違いを感じたか、「３.あまり感じない」「４.感じない」と回答された場合はその理由を具体的にご記入ください。

設問６.作業療法士がマネジメントを実践したことによる調査対象者の変化を感じましたか？

１.とても感じた　　２.感じた　　３.あまり感じない　　４.感じない

「１.とても感じた」「２.感じた」と回答された場合はどのような点で変化を感じたか、「３.あまり感じない」「４.感じない」と回答された場合はその理由を具体的にご記入ください。

設問７.その他、作業療法（士）やマネジメントにつきまして、感想やご意見がございましたら、自由にご記入ください。

ご協力ありがとうございました。

補足資料）4

対象者番号：　　―

調査日　　月　　日

ご家族の意向調査票

今後の方向性

１：必ず自宅　　２：できれば自宅　　３：今はわからない　　４：施設

自宅復帰の可能性

現段階でご自宅で生活されることはどのくらい難しいですか？

１０：絶対に難しい　　～　　１：難しくない

（　　）　１０～１の数字で回答

※支援相談員の方にこの用紙をお渡し下さい。結果は担当 OT が「アセスメント一覧表」に転記してください。なお、この用紙は提出不要です。

---------- 切り取り ----------

対象者番号：　　―

調査日　　月　　日

ご家族の意向調査票

今後の方向性

１：必ず自宅　　２：できれば自宅　　３：今はわからない　　４：施設

自宅復帰の可能性

現段階でご自宅で生活されることはどのくらい難しいですか？

１０：絶対に難しい　　～　　１：難しくない

（　　）　１０～１の数字で回答

※支援相談員の方にこの用紙をお渡し下さい。結果は担当 OT が「アセスメント一覧表」に転記してください。なお、この用紙は提出不要です。

経過記録表

※インテーク面接、実態調査、自宅訪問、入所時、ケアカンファレンス、家族カンファレンスなどにOTが関わった場合には必ず記載してください。
それ以外では、特記すべき事柄があった場合に記載してください。データで入力しても、手書きでも結構です。記入しにくい場合はA3に印刷してください。

対象者番号	―

日付	特記すべき関わり・情報伝達などの場面と内容		その場面に関わった人（〇を付けてください）	この場面での、特記すべき本人・家族・他職種の発言や反応など		
	どんな場面か	具体的内容（検討・伝達したことなど）		本人	家族	他職種
例 9/15	リハ実施計画書の説明（入所時）	評価内容・プランを説明。3カ月後の状態をイメージしてもらい、本人・家族の意向を確認。その後、介護職に入所中に獲得すべき生活行為と自宅環境等について説明した。	本人・家族（妻・息子・嫁　）・PT・ST・SW・CM・CW・NS・Dr・栄養・歯科・その他（　）	「妻の外出時に、自分でトイレに行けるようになれば帰れるかな？」	少し不安がある様子。経過を見ながら在宅復帰について考えていくとの返事。	目標達成に向け日常的に行う事を一緒に検討したいと提案あり。
/			本人・家族（　）・PT・ST・SW・CM・CW・NS・Dr・栄養・歯科・その他（　）			
/			本人・家族（　）・PT・ST・SW・CM・NS・CW・Dr・栄養・歯科・その他（　）			
/			本人・家族（　）・PT・ST・SW・CM・NS・CW・Dr・栄養・歯科・その他（　）			
/			本人・家族（　）・PT・ST・SW・CM・NS・CW・Dr・栄養・歯科・その他（　）			
/			本人・家族（　）・PT・ST・SW・CM・NS・CW・Dr・栄養・歯科・その他（　）			
/			本人・家族（　）・PT・ST・SW・CM・NS・CW・Dr・栄養・歯科・その他（　）			
/			本人・家族（　）・PT・ST・SW・CM・NS・CW・Dr・栄養・歯科・その他（　）			
/			本人・家族（　）・PT・ST・SW・CM・NS・CW・Dr・栄養・歯科・その他（　）			
/			本人・家族（　）・PT・ST・SW・CM・NS・CW・Dr・栄養・歯科・その他（　）			
/			本人・家族（　）・PT・ST・SW・CM・NS・CW・Dr・栄養・歯科・その他（　）			

補足資料）6

対象者番号	―
記入日	年　月　日

生活行為向上マネジメントで立案した計画が ケアプランに反映されたか否かに関するアンケート（OT 用）

【問１】

この対象者に対して OT が立案した計画は、ケアプランに反映されましたか？
以下の①～③のうち、当てはまるものに○をつけてください。

①OT だけが行う内容として、ケアプランに盛り込まれた

②OT だけではなく、他職種も関わる内容として、ケアプランに盛り込まれた
（備考：　　）

③盛り込まれなかった
（理由：　　）

【問２】

問１で、①または②を選んだ方のみお答えください。
その内容がケアプランに盛り込まれた時期はいつですか？以下の①～③のうち、当てはまるものに○をつけてください。

①暫定ケアプランから盛り込まれた

②本プランから盛り込まれた

③ケアプランの見直し時に盛り込まれた
（盛り込まれた時期：入所から　　何ヶ月目　）

ご協力ありがとうございました。

補足資料）7

対象者番号	―
記入日	年　月　日

生活行為向上マネジメント
退所時アンケート調査票　（ご本人用）

【問１】

今回施設に入所して受けた作業療法（リハビリ）は、施設を退所するために、どのくらい役に立ったと思いますか？ 次の①～④の中から、一つ選んでください。

①とても役に立った　②役に立った　③どちらともいえない　④役に立たなかった

【問２】

問１で、「①とても役に立った」 または「②役に立った」を選んだ方のみお答えください。

施設を退所するために役に立ったと思うことはどんなことですか？次の①～⑦のうち、当てはまるもの全てに ○ をつけてください。

①入所する前の段階から、退所するために何が必要かを考えてもらったこと
②退所後の生活で「したいこと」や「できるようになる必要があること」を聞いてもらったこと
③入所した時点での自分の体の状態や、今後の回復の見込みを説明してくれたこと
④作業療法（リハビリ）をどのように進めていくかを、分かりやすく教えてくれたこと
⑤ただ単に筋力をつける練習や歩く練習をするだけではなく、家に帰ってからの生活に役立つ実践的なリハビリの内容だったこと
⑥自宅に訪問して、実際に生活する環境を見た上で、作業療法（リハビリ）をしてもらったこと
⑦その他（具体的に教えてください）

（　　）

【問３】

その他、今回受けた作業療法（リハビリ）に関して、良かったと思うことや、感想があれば教えてください。

（　　）

ご協力ありがとうございました。

補足資料）8

対象者番号	―
記入日	年　月　日

生活行為向上マネジメント　退所時アンケート調査票（ご家族用）

ご本人との続柄：

【問１】

今回施設に入所して受けた作業療法（リハビリ）は、ご本人が施設を退所するために、どのくらい役に立ったと思いますか？ 次の①～④の中から、一つ選んでください。

①とても役に立った　②役に立った　③どちらともいえない　④役に立たなかった

【問２】

問１で、「①とても役に立った」 または「②役に立った」を選んだ方のみお答えください。

施設を退所するために役に立ったと思うことはどんなことですか？次の①～⑦のうち、当てはまるもの全てに ○ をつけてください。

①入所する前の段階から、退所するために何が必要かを考えてもらったこと
②退所後の生活で「したいこと」や「できるようになる必要があること」を聞いてもらったこと
③入所した時点でのご本人の体の状態や、今後の回復の見込みを説明してくれたこと
④作業療法（リハビリ）をどのように進めていくかを、分かりやすく教えてくれたこと
⑤ただ単に筋力をつける練習や歩く練習をするだけではなく、家に帰ってからの生活に役立つ実践的なリハビリの内容だったこと
⑥自宅に訪問して、実際に生活する環境を見た上で、作業療法（リハビリ）をしてもらったこと
⑦その他（具体的に教えてください）

（　　）

【問３】

その他、今回受けた作業療法（リハビリ）に関して、良かったと思うことや、感想があれば教えてください。

（　　）

ご協力ありがとうございました。

補足資料）9　　対象者の状況とマネジメントを用いて合意した生活行為の目標（2014.2.28現在）

	年齢・性別	同居家族	要介護度	診断名	入所することになった理由		生活行為の当初の目標		合意した目標	家族の意向	在宅生活困難感	入所期間(日)退所先
					在宅での生活を難しくしていた事柄	退所するために解決しなければならないこと、できるようになる必要があること	本人	キーパーソン				
1	80歳代男性	妻・娘	2	右化膿性股関節炎	病院からの在宅復帰も可能であったが、元々冬の寒さによる活動性の低下がみられていたため冬の間の機能低下を防ぐ目的で入所となった	①体力・筋力を維持し自宅内の移動能力を維持向上する ②在宅で活動的に生活するため意欲的かつ習慣的に行える活動を見つける	①手紙を書きたい ②外に散歩に行けるようになりたい		①知人に手紙を書いて、出すことが出来る	できれば自宅	6	114
2	80歳代女性	独居	4	狭心症(ステント留置)、うつ病、高脂血症	※病院からの入所 ①本人・家族も家に帰ることを望んでいるが入院中はほぼ臥床 ②刺激に乏しい生活習慣 ③反応・発話に乏しくなっている ④生活場面での歩行機会がなく、トイレも見守り～後始末の介助が必要	①一人で伝い歩きができるようになる ②トイレでパット交換、水を流すことが一人で行えるようになる	分からない・・・	①自宅内での移動、トイレ動作が自立して行えるようになってほしい	①感情や自発的な発語を引き出す関わり方を見つけることで、職員との信頼関係を築くことができる ②トイレ行為（移動、下衣操作、パット交換、後始末）が自力で行えることで自信を付けることができる	必ず自宅	5	135
3	80歳代男性	独居	1	心不全、膀胱がん術後	※自宅からの入所 ・独居は行えているが、冬期間の機能面・活動面・参加面の低下を懸念し申込。基礎体力筋力・ADL・IADLの維持目的で3回目入所	①ADLの自立 ②買い物、受診のため500m連続歩行が出来るようになる	①読書や勉強、書道などの時間を作り、楽しみたい ②買い物や受診が気軽に通える体力を作りたい		①読書や書道を日課として組み込み、楽しみながら遂行できる ②500m程度の連続歩行、30cm程度の段差昇降ができ、買い物やバスに乗ることが続けられる	必ず自宅	2	89
4	80歳代男性	独居	4	虚血性胃腸炎、認知症	※病院からの入所 ①在宅の生活は、一人暮らしとなる。しかし、現時点でのADLやIADLは、介助が必要な状態である。家族は、遠方に住んでおり、介護力は期待できない。近所の知人は多くいるが、1日介護を依頼するのは難しい ②排泄動作は、介助が必要。尿意や便意があいまいでオムツ着用。便座への移乗動作も介助 ③移乗動作や移動動作において介助が必要。移動は、車椅子レベル。自力歩行は不可 ④環境面では、段差があることや車椅子での移動スペースが狭い ⑤内服薬の管理が難しい	①移乗動作は、つかまりにて自力で行える必要がある。車椅子～椅子。車椅子～ベッド。車椅子～トイレの便座 ②移動は、車椅子駆動を自力で行える必要がある。狭いスペースの移動や方向転換の動作の獲得が必要。茶の間や寝室の移動においては、数mのつたい歩きが必要 ③排泄動作は、トイレで自力で行える必要がある。便意や尿意の評価。下衣の着脱動作の獲得が必要 ④家族が同居することは、難しい。そのため、サービス付高齢者住宅などの検討が必要か ⑤訪問看護など、サービス利用の検討が必要か ⑥住宅改修や福祉用具の導入など、環境調整が必要	①家の中を杖で歩きたい(車椅子でもいいから一人で移動したい) ②家の中のことを自分でできるようになりたい		①一人で移動動作や移乗動作が自力でできる ②一人でポーダブルトイレを使用し排泄動作ができるようになる	今は分からない	8	75
5	90歳代女性	独居	1	右大腿骨転子部骨折、脊椎圧迫骨折、骨粗鬆症	①骨折後家屋状況に対応した動作（畳からの移動）が困難となったこと ②歩行不安定、耐久性低下により、食物を運んだり、トイレ通いを繰り返す事が困難であったこと ③日々、趣味活動（裁縫、編み物）を行い独居していたが、身体的制限より今までと同じ姿勢、方法では困難となる。それにより生活全般への漠然とした不安があったこと ④後妻で、ご家族（義理の娘様達）とも確執があり、介護力としては期待出来ないこと	①畳上動作の獲得(居間のこたつや低い台に支持しながらの着座、起立) ②狭い場所(トイレ、洗面所）での安定歩行（歩行器→1点杖、伝い歩き） ③日課として継続できる趣味活動の獲得（場所、作業姿勢、道具の持ち運び含めて。その動作を食物や衣類を運ぶ動作に繋げることも目標） ④ご家族との情報共有(ご本人に関して共通認識を持つこと) ⑤出来るADLが継続され、ADL精度向上、不安感軽減	①裁縫を続けていきたい	①在宅に戻れる身体状況となり在宅生活を送ってほしい	①正坐をし、趣味の裁縫を楽しむことが出来る（正坐は自宅での活動を想定）	できれば自宅	6	79 退所(自宅)

	年齢・性別	同居家族	要介護度	診断名	入所することになった理由		生活行為の当初の目標		合意した目標	家族の意向	在宅生活困難感	入所期間(日)退所先
					在宅での生活を難しくしていた事柄	退所するために解決しなければならないこと、できるようになる必要があること	本人	キーパーソン				
6	90歳代男性	息子夫婦、孫	3	総胆管結石、胆管炎、脊椎カリエス	①病院からの退院後、オパル歩行自立となっていたが体調不良もあり、足の出が悪くなった ②それにより活動量も低下しベッド中心の生活となった ③股関節の関節制限が著明なため、椅子座位・ベッド座位でも食事を取ることが困難であるため ④介護状況は息子夫婦が仕事もあり多くは望めない	①食事時の台所やそれに変わる場所への歩行及び移乗動作の介助量軽減 ②福祉用具等による環境設定 ③短期退所中でのヘルパーの時間の調整	①歩行が安定し、体力をつけ、短歌を作ってコンクールに出したい		①まずは歩行の安定性向上を図り、身体不調の軽減を目指す ②活動としては短歌・カメラ活動などの趣味活動への参加が出来るようになる	できれば自宅	8	112
7	90歳代女性	息子夫婦、孫夫婦、ひ孫	1	左大腿部頚部打撲、脊柱管狭窄症	①屋内移動は、転倒の危険性がある。トイレや茶の間、寝室などへの移動が、歩行では不安定。段差の昇降や長い距離の移動が困難である状況 ②床からの立ち上がりや床に座る動作が困難 ③入浴動作に介助が必要。特に、浴槽への出入り動作や浴槽での立ち座り動作において介助が必要 ④環境面では、段差がある ⑤隠居での生活になると、一人で過ごすことが多い。現在、IADLは介助が必要な状況	①屋内移動は、つかまりにて自力で行える必要がある。歩行器使用やつたい歩きなど、移動手段の検討や獲得が必要。段差昇降や応用歩行など、立位でのバランス能力の向上も必要か ②床からの立ち上がり、床に座る動作を自力で行える必要がある ③家族の介護力の評価が必要。それによって、サービス利用の検討が必要か ④環境面は、住宅改修や福祉用具の導入など、環境調整が必要か。本人が過ごす部屋の確認	①一人でうまく歩きたい。転ばないようになりたい		①自宅の茶の間で家族と一緒に食事ができる	今は分からない	3	74
8	90歳代女性	次女・三女・孫夫婦	3	慢性心不全、慢性腎不全	慢性腎不全慢性心不全の憎悪から一時は危篤状態であったところから回復したが、歩行排泄未自立の状態では在宅復帰困難。知的障害をもつ三女のこともあり次女は本人の在宅受け入れを考えられない状態で他院からの入所となった	屋内歩行と排泄はすでに自立したので、動作上の問題は解決している。しかし、知的障害をもつ三女の自立を促して苦労してきた次女は本人が帰ると三女が混乱するのではないかと考え在宅復帰を受け入れられない状態でいる	①しっかり歩けるようになって草取りしたい ②編み物もしたい	①転倒しないでほしい	①歩いて身の回りのことができるようになる ②楽しんで取り組める活動ができる	今は分からない	8	142
9	90歳代女性	次男	2	アルツハイマー型認知症	※入所前は小規模多機能の長期宿泊中 ①次男と仮設住宅で二人暮らし ②日中独居帯に認知症症状（近所への物乞い・被害妄想・心配事があるとすぐに警察や救急車を呼ぶなど）が増悪す ③近所からは奇異な存在に ④避難的に小規模多機能の長期宿泊となり、認知症症状はほぼ消失も、廃用性の機能低下で歩行困難・起居動作の介助・介助者への依存性が強まる	①日中、一人でトイレにて排泄できるようになる	①歩けるようになりたい ②うちに帰ってごんちゃん（猫）と遊びたい		①自力で伝い歩きが安全にできる ②トイレ動作時に下衣の上げ下げが自立する ③施設の犬に会いに、車椅子を自分で操作して施設玄関まで行くことができる	できれば自宅	1	96
10	90歳代女性	独居	3	腰椎圧迫骨折、不安神経症、肺動脈血栓症	①主介護者である長女が、家庭の事情により3か月ほど、本人宅に介護に来られなくなる ②本人の腰痛の悪化により、時間帯によって起き上がりや歩行が困難となり、介助量が増加した	①現在の身体機能の維持 ②起き上がりの介助量の軽減 ③常時、自宅内での移動が四点杖歩行見守り～軽介助で行える	①歩けるようになりたい（今より） 腰の痛みをなくしたい	①起き上がれるようになって、動きがもう少しよくなってほしい	①起き上がり時の痛みを緩和し、４点杖と介助で歩いてトイレまで移動できる	必ず自宅	5	153 退所
11	90歳代男性	次女夫婦	2	塵肺症、認知症、てんかん	歩行困難となった本人を他県から呼び寄せ、通所リハと短期入所を利用して介護していたが、呼吸器疾患をもつ本人を冬の間介護することに不安を感じ、寒い間だけ長期入所させたいとのことで入所となった	現状を維持していれば、暖かくなればまた在宅へ受け入れられる。できれば、もっと歩行が安定してほしいとかんがえていた。しかし、呼吸器疾患の悪化のため1月14日逝去された	①よく歩けるようになりたい	①日中、安全に歩いてトイレに行ける状態でいてほしい	①日中、見守りレベルでトイレに歩いていけるようになる	できれば自宅	5	26 退所（死亡）

	年齢・性別	同居家族	要介護度	診断名	入所することになった理由		生活行為の当初の目標		合意した目標	家族の意向	在宅生活困難感	入所期間(日)退所先
					在宅での生活を難しくしていた事柄	退所するために解決しなければならないこと、できるようになる必要があること	本人	キーパーソン				
12	70歳代女性	長男夫婦、孫二人	3	パーキンソン病、慢性胃潰瘍、骨粗鬆症、逆流性食道炎	①自宅の建て替えに伴い、住宅環境の整っていない仮住まいへ引っ越すことになったため ②建て替え前の自宅内で、歩行の不安定さが目立ってきた	①居室から台所、トイレまでを杖と手すりを使用して安全に歩けること ②新居の環境整備	①料理を作りたい	①家の中で安全に歩けるように	①居室から台所へ行って料理を作る	必ず自宅	3	134
13	80歳代女性	独居	2	第１腰椎圧迫骨折後、腰部・右下腿前面打撲、糖尿病	※病院からの入所 ①患部の痛みが緩和し退院対象となるも、入院中はほぼ臥床の習慣 ②生活場面での歩行機会なく、排泄もベッド上定時交換の状態 ③自発性に乏しくなり介護者への依存性が高まっていること	①トイレでの下衣操作、パット交換時の立位が安定する ②夜間のトイレ（下位操作、伝い歩き）を一人で行えるようになる ③一人で電子レンジの操作（お粥を温める事）ができるようになる	①家の中を歩けるようになりたいけれど、また転ぶのが怖いです	①また歩けるようになること、そして失禁が軽減できれば何より	①自宅でトイレ行為を自力で行うことができる ②自宅内を伝い歩き自立で移動できる	必ず自宅	3	114
14	90歳代女性	同敷地内に長男夫婦	4	左大腿骨転子部骨折（術後）			①排泄動作の自立（日中歩行器使用、夜間ポータブルトイレ使用）	①施設に慣れ、今後デイ等を利用できる	①昼間は歩行器使用し移動、排泄動作自立、夜間はポータブルトイレを使用し自立 ②デイを楽しく利用できるようになる			
15	70歳代男性	妻	1	アルコール依存症、アルツハイマー型認知症			①親戚付き合いができるようになる		①年末年始の外泊では飲酒を控え、帰郷した家族・親戚と楽しく会話し過ごす			
16	90歳代男性	独居	区変中	肝膿瘍	①独居で糖尿病などの服薬、自身の健康管理が難しい ②火の始末を忘れてしまうなど日常生活での危機管理が困難になてきている ③Pトイレの処理がうまくできず、部屋が不衛生な状態になってしまう事が多々ある ④手術による体力低下のため、日常生活に介助と医療的なフォローが必要であり、即時の在宅復帰が困難な状態のため	①糖尿病の血糖と服薬管理を自身で行えること ②トイレの使用が困難なく行えること ③なるべくであれば家族と同居、困難であればサービスにて健康管理や家屋の環境のフォローをしてもらえるよう調整する	①必要な時に立ち座り、歩行ができること	①水洗トイレを使用できるようになってほしい	①家の部屋からトイレまでの10mを安定して歩行する ②通院や奥様の面会などの外出が以前のようにできるようにする	できれば自宅	5	93
17	70歳代男性	妻	4	腰椎圧迫骨折、高血圧症	※病院からの入所（入院前は自宅だがほぼ独居、妻は末期癌にて長期的なショートステイ中） ・在宅生活は何とか行えてはいるが、便秘・失禁、動線歩行の努力性進行、炊飯などのIADL機会の減少あり、冬期間の更なる進行・増悪を予測・懸念し申込	①一人でトイレ、更衣・起居動作ができるようになる ②日中一人で生活できる ③伝い歩きや杖歩行が50m程度可能となる	①息子とゴルフがしたい。できればコースを回りたい。歩きをしっかりしたい	①父の希望を尊重するが、まずは体調安定・認知レベルの維持・歩行の向上をお願いしたい	①50～100mの連続杖歩行距離を維持できる ②自宅外出を想定した、段差昇降、屋外移動が近位見守りにて可能となる ③生活活動を活用した認知機能の維持（特にトイレ、入浴動作）	必ず自宅	4	115
18	80歳代女性	姪、姪の夫、姪の子	1	脱水、認知症	主介護者（姪）の娘が入院となり、自宅での介助が出来ず脱水状態となってしまい入院となった。食事や飲水などの促し、歩行時の見守りなどが出来なかったため	ポータブルトイレの認識が低下し、トイレ以外の場所での失禁が増えている状況。また、指示がなければ何をしたらいいのかわからず、移動などを行っていき転倒リスクがある	①日中、何をして良いか分からないという不安がある	①身の回りの事は自分でして、一人で過ごしてほしい	①施設内での生活リズムを整え、不安なく過ごす	必ず自宅	6	124

	年齢・性別	同居家族	要介護度	診断名	入所することになった理由		生活行為の当初の目標		合意した目標	家族の意向	在宅生活困難感	入所期間(日)退所先
					在宅での生活を難しくしていた事柄	退所するために解決しなければならないこと、できるようになる必要があること	本人	キーパーソン				
19	80歳代女性	夫	4	腰痛症、気管支喘息、骨粗鬆症	※病院からの入所 ①易疲労性・動作時の腰背部痛が残存 ②生活場面での歩行機会なし ③排泄動作に介助必要 ④入院前から度々便失禁あり（排便コントロールに課題）	①自宅内を歩行できるようになる ②トイレでの更衣動作が一人でできるようになる ③排便コントロールの管理ができるようになる	①歩けるようになってお寿司を食べに行きたい	①排便の失敗が無くなってほしい。トイレ動作が自立してほしい	①安定した歩行器歩行ができる ②定時でトイレに行くことの習慣化をつけ、便失禁を改善する ③手すり使用し、立位バランスを保ちながら下衣操作が自立する	必ず自宅	3	30 退所（自宅）
20	90歳代女性	息子夫婦、孫	5	左大腿骨課上骨折術後	視力障害・頚髄症による四肢麻痺あり、ADLはベッド上で全介助。長期的な在宅生活の継続による家族様の疲労の軽減のため	現能力維持（離床能力・座位耐久性の維持）しつつ、本人様の出来ること・したいことの聴取・実現を模索していく	①近所の人の事が気になるので、話を聞かせてほしい	①食事など、出来ること・したい事をして、家に帰ってきて	①在宅生活を継続し、ご近所の情報を聞く事で地域への所属感を得る	できれば自宅	5	60 退所（入院死亡）
21	80歳代女性	長女と孫	1	左大腿骨頸部骨折	在宅生活をしている時に、キーパーソンの娘さんの身体介護の負担は大きくなかったが、日常生活の中でご本人が娘の家事の仕方に口出しをすることや、感謝の言葉が無いなどにより、介護の精神的負担が強くなったため、入所の相談があり入所の方向となった	①在宅での生活を再開するため、娘のいない時間帯に一人で過ごせるようトイレに必要な下衣の更衣動作、手すりを使用した居室内移動を安全に行えるよう調整が必要である ②また、娘の精神的負担を減らしご本人も他者との交流が図れるよう、今まで通っていたデイサービスや老人会への参加や、ショートステイの利用を検討する必要がある	①彼り物の上着やズボンの着脱の時間が速くなるようにしたい	①トイレが自分で安全にできてほしい	①ベッド上やトイレでの上着やズボンの着脱動作が早くできるようになる	できれば自宅	5	107
22	90歳代女性	長男夫婦	1	レビー小体型認知症、胆のう炎、癒着性イレウス	①病院からの入所。自殺企図が見られるなど精神不安定であった ②入院中はベッド臥床中心で、移動能力・Pトイレ動作の不安定さあり、身体面での家族の不安があった	①メンタルの安定を図る ②生活内での活動性を向上させ、ADLの安定と、生活リズムを整える	①家では息子たちに世話をかけられない。頼まれた事はなんでもしたい		①施設内での生活リズムを整える為、役割としてタオルたたみ、色塗り活動ができる	できれば自宅	3	35 退所（自宅）
23	90歳代女性	敷地内に長男夫婦が同居	2	心房細動、逆流性食道炎、食道裂孔ヘルニア	①高齢であり、わからないうちに倒れていたりすることが心配 ②施設のように、人の目がある場所で生活していくほうが安心	①今まで全く通所サービスなど使われていないので、そのようなサービスを有効に使えば、在宅でも生活が可能ではないかと思ってもらえること ②そのためには、歩行の安定性を図り、以前行っていた陶芸を再開できることにより、自身の有能感を取り戻し、在宅生活への復帰への自信付けを行うことが必要	①陶芸を再開したい ②しゃんと背筋を伸ばして歩きたい	①ぜひまた陶芸をやらせたい。母の生きがいだから	①好きな陶芸を再開し、週１回は窯元の先生の所に通う	施設	10	145
24	80歳代女性	独居	2	右大腿骨頸部骨折、左大腿骨頸部骨折	A県の自宅でだんだん歩けなくなり、知人や近所の酒屋などインフォーマルのサービスにて這って生活していたが、いよいよ動けなくなり、病院受診し右大腿骨頚部骨折の診断で入院加療す。退院時歩行できるまでになるもそのまま在宅復帰できず、B県の長男宅近くの当施設に入所することとなる	①下肢筋力、立位バランス、体幹機能の向上 ②歩行能力を含む基本動作の安全性の向上 ③危険への察知、注意集中力の向上 ④残存機能を生かした生活をすると共に自分の能力を過信しないようＩＡＤＬのイメージづくり	①A県の自宅に戻りたい		①安全に歩けるようになって家に戻りたい	できれば自宅	5	157 退所

	年齢・性別	同居家族	要介護度	診断名	入所することになった理由		生活行為の当初の目標		合意した目標	家族の意向	在宅生活困難感	入所期間(日)退所先
					在宅での生活を難しくしていた事柄	退所するために解決しなければならないこと、できるようになる必要があること	本人	キーパーソン				
25	90歳代女性	独居	1	脳梗塞、心筋梗塞	①自宅で何度も転倒しており基本動作やADL、IADLに見守りや介助が必要であった ②自分のペースを乱されるのが嫌だということを理由に他者との関わりに対して抵抗がある。デイサービスやヘルパー等の社会資源の利用は拒否が強く、娘(養女:76歳)が毎日調理や掃除、入浴の介助等を行っていた。娘の夫も要介護状態であり支援が難しくなっていた ③趣味の読書を深夜までして朝起きられない等、生活リズムが乱れていた	①歩行の安定。移動手段の検討を行い転倒リスクの軽減を図る ②排泄動作の自立 ③同年代の方や職員との関わりに慣れ、社会資源の利用を検討する。サービスを利用することにより娘の心身的な介護負担軽減を図る	④折り紙で楊枝袋や箸袋を作って人にプレゼントしたい		①誰にプレゼントするかを自分で考え、折り紙で楊枝袋や箸袋を作る ②活動の種類が増え、行う活動を自分で選択出来るようになる			91 退所
26	60歳代女性	夫	4	左視床出血	①移乗、下衣の上げ下げ動作が自力で行えず、介助を要す身体機能。また、キーパーソンである夫がトイレ介助に対し拒否的であり、動作を自力で行えないと帰ることが困難な状況 ②自宅のトイレは手すりがなく、移乗することが困難	①移乗動作、下衣のを自力で行える身体機能の向上。また、夫の協力を得られるよう施設内での排泄を見学していｔだく機会を設け、排泄介助に対する抵抗感を和らげる ②トイレ内に手すりを設置するなど、環境設備が必要となる	①体を動かせる様になって、一人で自由に動けるようになりたい ②料理を作って家族にふるまいたい	①排泄動作を出来るだけ自分で行ってほしい	①毎日運動を行い身体機能が維持、向上し1人で車椅子やトイレに移乗できる ②家族の協力を得ながら排泄動作が行える（特に排便時） ③料理を計画し、家族にふるまうことができる	必ず自宅	2	115
27	90歳代女性	息子、嫁	2	糖尿病、狭心症、高血圧	体調を崩してから約1ヶ月歩いておらず、家族は「歩行困難」に対してどのように対応したら改善するか分からず、在宅生活の継続が難しいと思われていた	家族見守りのもと、手すりを使用して５ｍ程度でも歩けるようになれば、ご家族も歩行改善に向けて取り組むことができる(少しでも歩行可能と分かれば自宅でも歩く機会を作り練習ができると考えておられる)	今のままでもええ	①また歩けるようになってほしい ②温泉旅行にまた連れて行ってあげたい	①自室は手すりを使って、屋外はシルバーカーを使って歩くことができ、家族一緒に道の駅へ外出することができる	できれば自宅	5	124
28	70歳代女性	夫	3	アルツハイマー型認知症、腰椎圧迫骨折			②近隣へ歩いて散歩できるようになる		①屋内での歩行、近隣への散歩が手引き介助で行えるようになる			
29	80歳代女性	夫	4	第11胸椎圧迫骨折、第1-4腰椎左横突起骨折、左9-11ろっ骨骨折	病院から在宅復帰できなかった理由として ①歩行の不安定さに伴う自宅での転倒の恐れ ②在宅生活における漠然とした不安（病院生活ではベッド上中心の生活である為、以前生活していた自分とのギャップが強く、自宅で生活をする予想ができない）	①以前行えていた、家事動作や夫の世話がスムーズに行えるよう、身体機能面（立位動作能力、歩行動作能力）の向上に努める ②同時進行として、日中離床して過ごす生活リズムの獲得に努めるとともに、実際の動作（茶碗洗い、洗濯物たたみ等）を継続して続けていくことで、実際の在宅生活を想定した生活を送ってもらう	③夫の簡単な世話が行えるようになる		①簡単な洗濯干し～たたみや、茶碗洗いが行える			169

事例報告書（補足資料 9 に示した事例 5）

1)基本情報

90 代女性、ヘルパーを利用し独居。自宅でポータブルトイレのバケツを片付けようとし転倒。右大腿骨転子部骨折に対し病院でのリハ終了後、ピックアップウォーカー使用し歩行可能となったが独居困難で入所に至る。既往歴は骨粗鬆症、脊椎圧迫骨折。

2)入所申込までの経緯

退院許可が出た際、自宅独居困難にて病院退院支援室に相談。施設入所を勧められ身元引受人である家族（義娘）が当施設申込の為来所。

3)実態調査の状況 / 入所判定会議での検討事項

【実態調査】支援相談員と実施。骨折術後であり、自宅環境に合わせた生活動作の獲得が必要な状況。本人は嫁ぎ先(神社)に合わせ狩衣などの特殊装束も作る程、和裁に精通しており「裁縫を続けていきたい」との希望あり。具体的には①畳上動作の獲得(居間のこたつに支持しながらの着座、起立)②狭い場所(トイレ、洗面所)での安定歩行③日課として継続出来る趣味活動の獲得（道具の持ち運びや、作業姿勢の維持を生活動作に繋げることも目標）などが改善すべき項目として挙げられた。また申込に来た家族(義娘)は、本人に対し良い印象を持っておらず、身体状況や認知機能面を含み、独居に向けて共通認識を持ち支援を行っていく事が重要だと判断。その為にも本人、家族それぞれの想いに理解を示し、共に課題の解決に向け対応していく事を伝え関係作りに重点を置く事とした。OT として、課題となる生活動作の獲得は可能、退所に関しては家族の協力次第で可能と判断した。

【入所判定会議】入所判定会議では本人の機能改善、生活動作改善の可能性を伝え、入所時より課題の解決に向けた具体的な介入(特に歩行や趣味活動の設定など)が必要であることを伝えた。

4)生活行為向上マネジメントを用いたアセスメントと作業療法計画立案

転倒骨折後実施していない畳上動作を含め、生活動作全般に不安感を持たれていた為、出来る動作について実際の動作と口頭で確認を行った。目標は、本人が不安なく主体的に活動に取り組めるもの、またその活動が在宅に戻った際に自身で継続できること(作業環境､作業姿勢の獲得含めて)に重点を置いて検討｡作業環境は自宅を想定し、この趣味活動の獲得が畳上動作の獲得、安定に繋がる様設定した。

5)経過と結果

骨折側の機能改善と並行し具体的な作業活動の検討を行った。椅子より低い台への移動は未実施であった為、段階づけて床上動作へ移行した。正坐での活動も数分のボタン止めから雑巾縫いに拡大、徐々に時間を延長していったが、介護スタッフから物品管理の面でリスクの少ない活動をと希望あり、会話の展開から編み物へ変更となる。それに伴いリビングに作業環境が変更となり、正坐獲得については OT との訓練場面で実施することに変更。必要物品を持ちながらの歩行もピックアップウォーカー、1 点杖どちらでも可能な環境を設定。編み物も慣れ親しんだ活動であり作品や編み方の検討など介護スタッフとも相談され、ひざ掛けの作成を決定。自信を持ち活動に取り組んだ。安全に実施出来る環境を OT が設定し、作品についての調整を介護スタッフに任せることで効果的な役割分担が出来たと思われる。

入所から 2 ヵ月経過後、畳上動作や趣味活動としての編み物が安定して行える様になり、衣類調整や動作確認の為、本人と自宅訪問を行う。家族には普段から本人の状態（課題を含め）を伝えており、同席した家族も自宅での自立度の高さを確認｡居宅ケアマネジャーに対し､安全に行える動作や今後の課題について相談員と担当 OT で伝え、自宅環境に合わせた介助やサービス導入について検討。入所から 2 ヵ月半、ヘルパー利用し在宅復帰(独居)の運びとなった。

6)まとめ

転倒による骨折で独居困難になった対象者であったが、機能改善、環境設定に加え自身の生活を彩る趣味活動が行えるようになった事で、在宅復帰を果たすことが出来た。入所時から本人の希望を「生活全体を方向づける重要な生活行為」として捉えた事、その活動に対しスタッフ全員で共通認識を持ち対応出来た事、また本人、家族それぞれの想いに理解を示し、在宅という同じ方向を向いて進めるよう橋渡しを行えた事が今回の結果に繋がったと考えられる。

（介護老人保健施設 やまゆり）

事例報告書（補足資料 9 に示した事例 10）

1)基本情報

・性別：女性　　・年齢：90 歳代　　・非同居家族：３名（長男、次男、長女）　・要介護度：要介護３
・診断名：腰椎圧迫骨折、不安神経症、肺動脈血栓症
・生活歴：次男と階違いの同じマンションに独居で暮らしている。週３回のデイサービスと家族が一日に数回様子を見に行き泊まり込むなどして独居生活を支えてきた。自宅ではほぼ何もせずリビングの椅子に座って過ごすことが多い。読書や新聞、音楽を聴くことは好きだが、最近はほとんどしていない。
・既往歴：肺炎、不安神経症、肺動脈血栓塞栓症、腰椎圧迫骨折

2)入所申込みまでの経緯

主介護者である長女の娘が出産のため、３か月程介護困難となることもあり、機能維持のためリハビリ目的の入所となる。

3)実態調査の状況 / 入所判定会議での検討事項

家族情報により、施設入所が決まった頃から身体機能低下が見られてきたとのこと。家族は３か月後には現在のマンションに退所する方向で考えており、退所に向けては現在の歩行能力や介助量の維持は必須。入所への不安が身体機能の低下に繋がっている可能性が高く、施設に慣れて不安が軽減されれば歩行能力や介助量の軽減も見込めると考えた。

4)生活行為向上マネジメントを用いたアセスメントと作業療法計画立案

入所前訪問では、ご本人の不安感が強く「今後出来るようになりたいことなんて無い」と話されていた。入所後は「腰の痛みをなんとかしてほしい。もう少ししっかり歩けるようになりたい」と希望聞かれる。家族からは「介助が大変なので自分で起きられるようになってほしい。もう少し動きがよくなってほしい」との希望が聞かれる。趣味的な活動に関しては、「目が悪いから何もしたくない」と話される。起き上がりでの痛みが強いとのことで、腰痛の軽減・リハビリによる筋力や体力向上により、起き上がりでの介助量軽減だけでなく、基本動作や歩行の安定も期待でき、目標を「起き上がり時の腰痛を緩和し、４点杖と介助でトイレまで歩行できる」とした。３か月で自宅へ退所される予定であり、訓練以外の ADL 場面でも歩行でトイレに行くようになれば、自宅への退所がよりスムーズになると考えた。

5)経過と結果

入所時、腰痛の改善のため、朝の起き上がり時にベッドギャッジアップしてから介助するように、CW と話し合い、部屋に張り紙を貼って介助方法の統一を図った。

入所後、徐々に不穏が強まり被害妄想や訓練拒否が多くなったため、立案した訓練内容通りに実施することが困難となった。また、精神的な不安定さから身体機能低下を招き、介助量の増加を認めた。そのため、立案したプログラムを一時中断し、精神的な安定を図ることを主な目標とし、他の利用者との関わりを促したり、可能な範囲で機能維持のための筋力訓練を進めることが中心となった。退所１か月前頃より、徐々に精神状態が安定し、通常通りの訓練が可能となり立案したプログラムを再開。精神機能に伴い身体機能も徐々に向上を認め、訓練時に OT とともにトイレまで歩行することも可能となったが日や時間によって差がある状態であった。また、腰痛は活動の妨げにならない程度まで軽減したが、時間帯によっての動きの悪さもあり、朝の起き上がりには介助が必要な状態での退所となった。退所に向けて、これまでのように一人の時間がある場合転倒のリスクが高いと感じ、常に誰かの目は必要な状態であると判断。「退所後は家族介助やヘルパーサービスの頻度を増やし、一人の時間を作らないこと」「夜間トイレの対応としてポータブルトイレの導入」などサービスや環境の調整を家族やケアマネジャーと行い、退所に向けてポータブルトイレの練習などを実施した。また、家族とケアマネジャーに今後自宅に帰ってから継続して頂きたい介助方法の指導や、気を付ける点などを説明し、退所となった。

結果として、起き上がりでの腰痛の軽減は出来たが、目標であった生活場面でトイレまでの介助歩行が可能となるまでには至らず、退所後の家族の負担が大きくなる結果となった。

（介護老人保健施設 はくちょう）

＜研究員および班員＞

研究員

主任研究員	中村　春基	一般社団法人日本作業療法士協会
全体管理・		
生活行為支援班長	村井　千賀	石川県立高松病院
推進検討委員会	土井　勝幸	介護老人保健施設せんだんの丘
効果検証班長	竹内　さをり	甲南女子大学
退所支援班長	石井　利幸	介護老人保健施設ひもろぎの園
質の評価班長	小林　隆司	吉備国際大学
事務局	庄司　志保	一般社団法人日本作業療法士協会
	渡邊　亮	一般社団法人日本作業療法士協会

推進検討委員

	石黒　秀喜	長寿社会開発センター
	折茂　賢一郎	西吾妻病院
	川越　雅弘	国立社会保障・人口問題研究所
	澤村　誠志	兵庫県立総合リハビリテーションセンター
	菅原　弘子	福祉自治体ユニット
	鈴木　邦彦	日本医師会
	東内　京一	和光市役所
	葉山　靖明	デイサービスセンターけやき通り
	藤原　茂	夢のみずうみ社
	依田　利文	茅野市東部保健福祉サービスセンター
	中村　春基	一般社団法人日本作業療法士協会

HUI を用いた生活行為向上マネジメントの効果検証事業

班長	竹内　さをり	甲南女子大学
	能登　真一	新潟医療福祉大学
	渡邊　基子	介護老人保健施設ゆうゆう

研究協力者

通所班

	古川　恵	通所リハビリテーション TRY
	二木　理恵	介護老人保健施設せんだんの丘
	池田　正人	せんだんの丘ぷらす
	鈴木　裕也	介護老人保健施設ひもろぎの園
	金子　智美	介護老人保健施設ひまわり荘
	谷川　真澄	通所介護あしのさと
	甲斐　優希	三原デイケアクリニック
	瀬戸島　毅	介護老人保健施設　希の里

生駒　英長	いきいき稲富デイサービスセンター
平野　彩	永生クリニック
野崎　志津	（株）メディケア・リハビリ
濱田　正貴	デイサービス自由が丘
杉田　真由美	介護老人保健施設さくら苑新館
福村　納	介護老人保健施設港南あおぞら
松尾　みき	介護老人保健施設うぐいすの丘
深津　良太	リハビリセンターあゆみ
米井　浩太郎	老人保健施設　虹
松藤　宗一郎	デイサービスファイン
矢頭　真	昭和病院通所リハビリテーションセンター
吉原　直貴	みずほデイサービスセンター
今宮　睦美	介護老人保健施設　やまゆり
川口　友恵	介護老人保健施設サンビュー二本松
安齋　アサ子	介護老人保健施設明生苑
久米　真菜美	尾形医院

入所班

杉本　浩康	介護老人保健施設　わかば
市村　彩	介護老人保健施設　みがわ
鳴海　奈央	介護老人保健施設　せんだんの丘
宮内　順子	介護老人保健施設　ぺあれんと
寺門　真美	介護老人保健施設　ゆうゆう
飯田　三奈子	介護老人保健施設　水光苑
田尻　進也	介護老人保健施設　桜の郷　敬愛の杜
上田　章弘	介護老人保健施設　恵泉
大内　義隆	介護老人保健施設　なとり
岡田　翔子	介護老人保健施設　秋穂幸楽苑
石井　利幸	介護老人保健施設　ひもろぎの園
柏川　晴香	介護老人保健施設　涼風苑
藤井　孝枝	介護老人保健施設　カノープス姫路
佐藤　義則	介護老人保健施設　ゆうゆうホーム
佐藤　成美	介護老人保健施設　大宮フロイデハイム
中村　博子	介護老人保健施設　はくあい
西尾　優子	介護老人保健施設　尚歯堂
深津　良太	リハビリセンターあゆみ
村永　典子	介護老人保健施設　寿楽苑

老人保健施設入所時インテークにおける生活行為向上マネジメントによる介入の効果検討事業

班長	石井　利幸	介護老人保健施設ひもろぎの園
	三浦　晃	介護老人保健施設せんだんの丘
	渡邊　基子	介護老人保健施設ゆうゆう
	猪股　英輔	多摩たんぽぽ介護サービスセンター
	小林　幸治	目白大学
	宮内　順子	介護老人保健施設ぺあれんと

施設協力者

今宮　睦美	介護老人保健施設 やまゆり
鳴海　奈央	介護老人保健施設 せんだんの丘
鈴木　裕也	介護老人保健施設 ひもろぎの園
熊川　亜紀子	中之条町介護老人保健施設「六合つつじ荘」
佐藤　由子	介護老人保健施設 うららく
田邊　由希江	介護老人保健施設 はくちょう
三沢　理恵	介護老人保健施設 ヒルトッププロマン
渡辺　葉子	介護老人保健施設 小金井あんず苑
中村　元樹	介護老人保健施設 港南あおぞら
寺門　真美	介護老人保健施設 ゆうゆう
山本　江吏子	介護老人保健施設 鴻池荘
岡田　翔子	介護老人保健施設 秋穂幸楽苑
宮内　順子	介護老人保健施設 ぺあれんと
四宮　正貴	介護老人保健施設 すだちの園
都甲　幹太	介護老人保健施設 あやめの里

生活行為向上マネジメントの質の評価方法の開発と質の向上のあり方検討事業

班長	小林　隆司	吉備国際大学
	東　登志夫	長崎大学大学院
	石川　隆志	秋田大学
	長谷川　敬一	竹田綜合病院
	尾崎　勝彦	市立御前崎総合病院
	筧　智裕	牛久愛和総合病院
	三上　直剛	函館脳神経外科病院
	清野　敏秀	朝日町立病院
	徳本　雅子	中国労災病院
	椎野　良隆	竹田綜合病院
	大場　秀樹	東京都リハビリテーション病院

小出　将志	佐世保中央病院
柴田　八衣子	兵庫県立リハビリテーション中央病院
榎森　智絵	自宅
生駒　英長	いきいきリハビリケアいきいき稲福デイサービスセンター
有村　正弘	介護老人保健施設さくら苑
茂木　有希子	幸せの羽訪問看護ステーション
谷川　真澄	なるざ
木村　修介	新緑訪問看護ステーション長津田
石井　利幸	介護老人保健施設ひもろぎの園
三浦　晃	介護老人保健施設せんだんの丘
渡邊　基子	介護老人保健施設ゆうゆう
猪股　英輔	多摩たんぽぽ介護サービスセンター
小林　幸治	目白大学
宮内　順子	介護老人保健施設ぺあれんと
塩田　繁人	石川県立高松病院
村井　千賀	石川県立高松病院
渡邉　忠義	あさかホスピタル
田辺　美樹子	自宅

事例協力者

磯野　秀樹	日立製作所 日立総合病院
髙橋　啓吾	ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ天草病院
斉喜　真代	特別養護老人ﾎｰﾑ ﾍﾞﾙﾗｲﾌﾞ
宮本　香織	（株）光となごみ ｱｸﾃｨﾌﾞ応援館かめ sun
都甲　幹太	介護老人保健施設 あやめの里
小山　智彦	ｻﾝｸｽ米山
北別府　慎介	西大和ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ病院
丹生谷　哲哉	放射線第一病院
熊谷　隆史	医療福祉専門学校 緑生館
森田　まゆみ	長与病院

事例審査委員

川越　雅弘	国立社会保障・人口問題研究所
鷲見　よしみ	一般社団法人日本介護支援員協会
東内　京一	和光市役所
葉山　靖明	デイサービスセンターけやき通り
中村　春基	一般社団法人日本作業療法士協会

平成 25 年度老人保健健康増進事業
医療から介護保険まで一貫した
生活行為の自立支援に向けた
リハビリテーションの効果と質に関する評価研究

2014 年３月

発行：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　盛光伸光ビル７階
電話（03）5826-7871
FAX （03）5826-7872

平成２５年度老人保健健康増進等事業

医療から介護保険まで一貫した
生活行為の自立支援に向けた
リハビリテーションの効果と質に関する評価研究事業

報告書Ⅱ

第四章　生活行為向上マネジメントの質の評価方法の開発と

質の向上の在り方検討事業

資料：生活行為向上マネジメント事例集

一般社団法人　日本作業療法士協会

第四章　生活行為向上マネジメントの質の評価方法の開発と質の向上の在り方検討事業

Ⅰ. 生活行為向上マネジメントの紹介

生活行為向上マネジメントは、老人保健健康増進等事業を通して、地域包括ケアの推進に貢献できる作業療法の手法の一つとして、人の生活行為[1]に焦点をあて、その課題解決のために開発されたマネジメントツールである。

生活行為向上マネジメントは、個々人の「したい」「望む」生活行為の24時間、365日の連続から構成される生活に焦点をあて、病気や老化などの様々な要因によって障害されたその生活行為の連続を、再び取り戻すために生活機能の視点からマネジメントする手法である。

生活行為向上マネジメントツールは、

①個々人の「したい」「望む」生活行為を把握するための**「生活行為聞き取りシート（資料１）」**と**「興味関心チェックシート（資料２）」**、

②したい生活行為の実現のために、24 時間 365 日の生活を客観的に把握、優先順位をつけるとともにそれを予後予測し、適切に課題分析をするとともに、人生・在宅生活をイメージし、心身機能の回復などの基本練習や活動と参加の回復のための応用練習、環境に対するアプローチである社会適応練習など各練習を段階づけ計画する**「生活行為向上マネジメントシート（資料３）」**、

の三枚のシートから成り立っている。

③さらに、他機関・他職種への申し送りを行うための**「生活行為申し送り表（資料４）」**がある。

Ⅱ. 生活行為向上マネジメントの質の評価方法の開発

１.背景

2025 年へ向けて、高齢者が尊厳を保ちながら、住み慣れた地域で自立した生活をおくることができるよう、医療、介護、予防、住まい及び生活支援サービスが、日常生活の場で切れ目なく提供できる地域での体制（地域包括ケアシステム）づくりが急務となっている。これを実現するためには、①専門多職種の協働のもと、公的サービスのみならず他の社会資源も積極的に活用しながら、高齢者個人の課題分析と在宅生活の限界点を上げるための支援の充実に向けた検討を行い、これらの個別ケースの検討の積み重ねを通じて、高齢者の自立支援に資するケアマネジメントを地域全体に普及することにより、地域で高齢者を支えるネットワークを強化するとともに、②高齢者の自立を支援するための具体的な地域課題やニーズを行政に吸い上げ、社会基盤整備につなげる必要があり、その一つの手法が地域ケア会議である。

我々は、これまで急性期、回復期の医療機関、老人保健施設、通所リハビリテーション、訪問介護・通所介護・介護支援専門員との連携とさまざまな領域で高齢者の生活行為に焦点を当てた「生活行為向上マネジメント」を実践してきた。その結果、高齢者自身の満足度をはじめ、ADL、IADL、QOL の自立が図られる等の介入効果を確認した。しかし、介入する作業療法士のマネジメントの質には改善の余地があり、多くは自己の実践をプランニングできるレベルに留まっていた。地域ケア会議に参画し、地域包括ケアシステムに資する人材の育成が喫緊の課題となっている状況を鑑みると、マネジメントの質を高め、多職種協働や地域づくりにまで踏み込んでオーガナイズできるレベルの作業療法士を増やしていく必要がある。

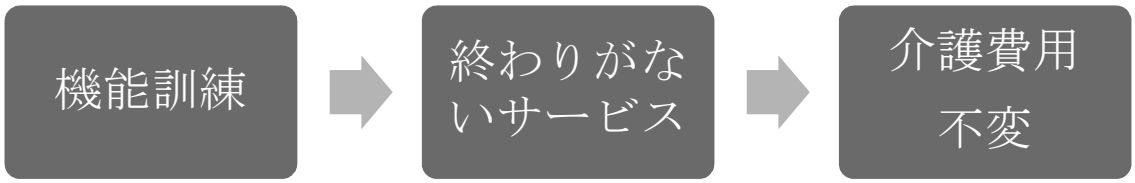
そこで、生活行為向上マネジメントの質の評価方法の開発と質の向上の在り方検討事業（本事業）では、「生活行為向上マネジメント」の質の評価と教育に資する様式（課題分析モニタリング表）を作成し、それと研修を組み合わせてマネジメントの質を向上させるための教育を行い、また事例報告システムを利用して教育効果を評価する試みを行った。

２.質を評価するための「**課題分析モニタリング表（資料5）**」の開発

生活行為向上マネジメントは、対象者個々の「したい」・「望む」生活行為の把握からはじめて、それを阻害している要因を分析し、それがよりできるように支援するものである。それゆえ、機能訓練のように介護費用の削減に寄与しない終わりなきサービスとは一線を画すものであると考えられていた。

---

[1]生活行為とは生活動作の完結までの一連の流れをいう

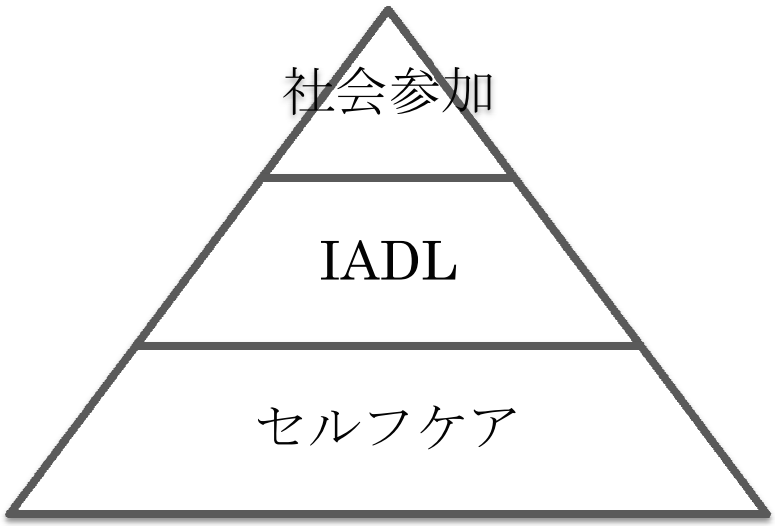


しかしながら、生活行為向上マネジメントの使用も、対象者の 24 時間の生活行為を顧みず、対象者の望む生活行為にのみ特化してサービスを展開した場合、要介護状態は不変であり、地域包括ケアシステムへの貢献が制限されることが明らかになってきた。



そこで、アセスメントにおいて、対象者の望む生活行為に関係した要因のみに目をむけるのではなく、改善の余地のある ADL や IADL も見落とさないように誘導するツールがマネジメントの質の向上には必要と考え、外部委員も参加して課題分析モニタリング表の作成をおこなった。

本表の活用により、生活行為向上マネジメントを地域包括ケアシステムにおける自立支援に資するツールに拡張可能と考えられた。この場合、生活行為向上マネジメントは対象者の望む生活行為から解決を図るというトップダウンアプローチの全体像を有しながらも、活動と参加領域では、ADL や IADL が作業参加の基礎をなすというボトムアップ的な考え方も内包することになった。



3.課題分析モニタリング表を用いた事例研究と事例登録

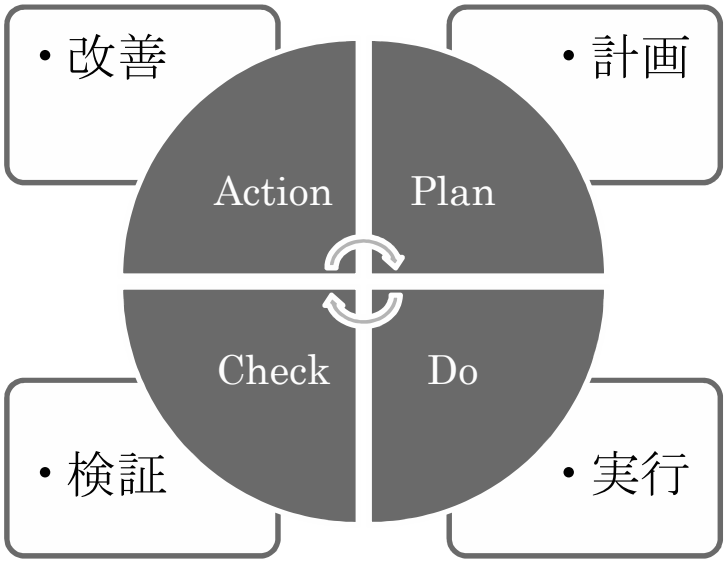
各都道県からの研究協力者に対する研修と事例提出に関する説明会（資料６）を実施した。参加者は、各都道府県より推薦の研究協力者 91 名＋自費参加者 10 名、研究員 23 名であった。そして、介入を経て、研究協力者 77 名、自費参加者 5 名、研究員 19 名から計 199 事例が集積された。

４.事例審査方法の開発と審査

１）方法

まず、事例審査員である研究員 22 名が４回に分けて和光市地域ケア（コミュニティケア）会議に参加した。見学だけではなく、各回の代表１名は外部講師として会議で意見を述べることができた。この機会をとおして、地域ケア会議における作業療法士の役割を深く考察すること（資料７）ができ、事例審査の理念的構えが形成されたと考えられた。

次に、外部審査員を交えて、審査基準案づくりと事例審査を繰り返し、審査表を完成させた（資料８）。本審査表は、PDCA サイクル（マネジメントサイクル）の考えに基づいて構成されている。P:Plan（計画）は、課題分析に基づいて課題解決目標と実行計画を策定するプロセスである。本審査表では、第一段階から第五段階にあたる。D:Do（実行）は計画実行。C:Check（検証）は、目標達成度の確認またはアウトカム指標の再評価プロセスである。本審査表では、第六段階にあたる。A:Action（改善）は、目標達成に至らなかった原因を検討して、実行計画の見直しを図るプロセスである。本審査表では、第七段階にあたる。



次に、審査表を活用して、審査員（研究員）5 人 1 組の合議制で事例審査を実施し、事例登録システムを用いて結果を事例執筆者（研究協力者）へフィードバックした。

２）結果

審査結果は、おおまかに、A：合格、B：修正合格、C：大幅修正が必要、D：別事例での再提出に分類された。事例執筆者（研究協力者）のうち、2 事例合格 14 名、1 事例合格 45 名、それ以外 42 名であった。2 事例合格の 14 名のうち、研究員を除いた 10 名に外部有識者審査へのエントリーを案内した。

５.外部有識者による事例プレゼンテーション評価

１）方法

まず、事例登録時に使用した事例審査表を簡略化するとともにプレゼンテーション能力を評価する項目を加えて、**「外部審査評定票（資料9）」**を作成した。

次に外部審査会を開催した。事例報告者に、以下の手順でプレゼンテーションを実施させた。

①基本情報より事例の概要
②本人・家族の意向
③課題分析モニタリング表より課題分析課程の説明
④マネジメント表より介入計画と介入経過
⑤課題分析モニタリング表より結果と考察

一般社団法人介護支援専門員協会	鷲見よしみ
和光市保健福祉部	東内京一
社会保障・人口問題研究所企画部	川越雅弘
(株)ケアプラネッツ	葉山靖明

プレゼンテーション後に、外部審査員は発表者との質疑応答をおこなった後、外部審査評定票を用いて審査を実施した。外部審査員は、表のとおりであった。**鷲見はケアマネジメントの専門家、東内は行政マネジメントの専門家、川越はケアマネジメントの研究者、葉山は障害当事者であり、審査の妥当性は担保されていると思われた。**

２）結果

10 人全員合格と認められた。平成 26 年 1 月 31 日付のシルバー新報にこの時の模様が掲載された（資料 10）。なお、この 10 人に、研究員の中で事例提出・合格した 15 名を加えた 25 名を生活行為向上マネジメント熟練者として名簿登録した。熟練者の勤務する都道府県及び施設名を資料 11 に示す。

３）考察

外部審査の過程を通じて認識・考察したことを以下にまとめる。

（1） 地域ケア会議の場面では、個々の事例についての生活行為向上マネジメントにとどまらず、作業療法士として医療介護連携の中でのマネジメントの視点を持つ必要がある。またその能力を培って力を発揮しなければならない。在宅生活をどう支援するかの具体的な助言が求められるからである。つまり、チームの一員ではあるが、これから作業療法士はそのチームをマネジメントできるくらいの力を持つ必要があるということ。

（2） マネジメントの際には、当事者だけではなく当事者家族に与える影響や、関係職種との連携についても目を配らなければなければならない。家族の生活スタイル、方法、価値観なども大きくケアに影響する。どうしても対象者中心になりがちだが、継続的で将来を見越したマネジメント、他職種による具体的な支援内容も提案できるようなマネジメントが重要である。具体的な協業を通して、介護支援専門員に作業療法士が必要な職種だと認めてもらわないといけない。

（3） マネジメントに際して、対象者がどう生活していくのかを具体的にイメージできることが重要である。また、マネジメントの目標に対するアウトカムを明確に示すことも重要である。対象者とともに合意した目標が達成されることだけではなく、24 時間 365 日の対象者の生活にどう影響するのかについても想像できないといけない。マネジメントをすることで対象者の生活が変わらないと、地域包括ケアシステムに資するマネジメントとはいえない。

（4） 生活行為あるいは作業が対象者にとってどのような意味を持つかを重視しなければならない。そのためには、個人因子に関する情報を得ることが重要となる。作業療法らしさを打ち出す必要があるということ。Living、Life、Spiritual のどの局面に焦点をあわせたマネジメントなのかをたえず意識すべきである。

（5） 高次脳機能障害や認知症に対応するサービスが確立していないので、作業や生活行為を通しての具体的な介入例を示す必要がある。

（6） 予防期から終末期までのどの時期に、どういった対象者に生活行為向上マネジメントが力をもっとも発揮するかということを考えておく必要がある。また、どの時期に関わるか、あるいはどういった制度下で関わるかにより、マネジメントで重視することや、知っておいておかなければいけないことの割合も変わると考えられる。

Ⅲ. 事例供覧

外部審査会プロセスを対象に事例審査がどのようにおこなわれたかを示す。順番は、①登録事例本文、②質疑応答のダイアログ、③審査員の審査評定票のコメント、④外部審査を受けて修正加筆した部分とする。なお、事例の詳細は事例集をご参照いただきたい。

１.登録事例本文

趣味活動、家事活動を通して生活を再構築した事例

１）報告の目的

今回、在宅生活を送る独居高齢者を対象に生活行為向上マネジメントを活用したアプローチを実施した。9 年前に脳梗塞を発症し夫婦 2 人暮らしをしていたが、半年前に妻と死別し、それ以降不活発な生活となっていた。作業療法士とともに活動を経験することで、以前から行っていた「電車で旅行し写真をとる」という活動を再開できるようになった。対象者の意味のある作業を獲得することで生活に変化がみられたので、経過を報告する。

２）事例紹介

A 氏 60 歳代半ば男性、脳梗塞右片麻痺。要支援 1、寝たきり度 A1、認知症自立度は正常。9 年前に脳梗塞発症し、救急搬送。発症 2 週間後に回復期病院転院。4 ヶ月の治療を経て自宅復帰となる。退院時、独歩自立レベル、右上肢は補助手レベル、ADL は自立しており、妻との 2 人暮らしで特に介助を要すことなく生活していた。また趣味である「電車での旅行、写真を撮ること」を妻と楽しみながら過ごしていた。しかし、半年前に妻と死別し、それから外出の頻度が減少し、自宅内で閉じこもりがちな生活であり、家事全般は配食サービスや訪問介護を利用していた。A 氏の担当である B 町の地域包括支援センターの担当ケアマネジャーより相談を受け、C 地区の在宅リハビリテーション広域支援センターの相談事業の一環で、今回、生活行為向上マネジメントを導入し、アプローチを実施した。

３）作業療法評価

作業目標の聞き取りでは「電車で旅行したい。一眼レフカメラで写真を撮りたい」との希望が聞かれた。

心身機能面の状態は、右片麻痺（Brunnstrom　Stage 上肢・手指 4、下肢 5）、補助手レベル。強みは利き手交換にて左上肢主体での片手動作可能、認知面、精神面問題なし、元々は活発な性格などが挙げられた。右上肢は使い方次第で補助手にもなり得ることが予測されたが、一眼レフカメラは重量もあり、両手での巧緻性を求められるため、現状の機能では困難な作業と予測された。

活動参加面では、片手動作を余儀なくされているが、強みは左上肢主体でのセルフケアは全自立。また洗濯や簡単な料理などは片手で遂行可能であったが、訪問介護に任せている状態であった。移動は、屋内外ともに独歩自立であったが、外出頻度の減少により耐久性、体力の低下を認めた。以前は 5km 程度の連続歩行可能であったが、現在は 1km 程度で疲労感を訴える。年齢や以前の体力も考慮したうえで、全身耐久性も活動量が増える事で向上することが予測できた。

環境面では、趣味活動を行う仲間がいない。強みは、近隣にスーパーや駅が近い事（1km 圏内にある）があり、歩行能力向上とともに、A 氏の生活に必要な場所への外出が可能と予測できた。

以上の評価より、「D 会社主催のウォーキングに電車にて参加し、デジカメで写真を撮る」という目標を設定した。開始時の実行度 1、満足度 1 であった。

４）介入の基本方針

電車で旅行をする、デジカメで写真を撮ることが実現できるようになり、閉じこもりがちな不活発な生活からの脱却を図りたい。また、家事動作に関しては能力もあり、作業聞き取りの中の A 氏の「味噌汁ぐらいは自分で作れれば」という意見からも、自宅内 ADL 以外の活動を見直し、家事等も一部行えるようなるという方針で、基本・応用・社会適応プログラムを実施していく。

５）作業療法実施計画

IADL 面の低下予防が重要。屋外歩行や外出に関しては、妻死別後に外出頻度が減少したことや、人的環境も乏しいことが要因であると考えた。また家事動作に関しては、これまでは妻が家事は担っており、片手での家事活動の経験不足や、片手動作での困難さもある。片手での家事活動の要領を得ていないことや、工夫次第では両手動作での洗濯なども可能になるが、その指導もなされていないことが大きな要因として考えられる。

それらの要因を踏まえ、作業療法実施計画を考えた。基本的プログラムとして、OT と共にリュックサックを背負っての屋外歩行訓練（不整地や階段昇降も含め）、左上肢主体でのデジカメ操作訓練を実施し、その後本人の自己訓練へと移行する。また洗濯や簡単な調理（味噌汁作り）訓練を行い、右上肢の補助手での作業訓練を実施する。

応用的プログラムでは、屋外歩行の安全性が確認できれば、実際に電車を使っての移動訓練と近隣にあるスーパーでの買い物訓練を OT と共に実施する。買い物訓練にて自立を確認できれば、歩行の耐久性向上を目的に本人 1 人で自己訓練として買い物に歩行で週 3 回程度行くことを計画する。

社会適応プログラムでは、実際に D 会社主催のウォーキングに申し込み、参加する。初回は OT とともに参加し、その中で動作確認、デジカメでの写真撮影訓練も行うこととした。ウォーキング体験後は写真を現像し、振り返りを行うこととした。

６）介入経過

生活行為向上マネジメントシートにて合意した「D 会社主催のウォーキングに参加し、デジカメで写真を撮る」という目標の達成のため、まずは具体的に参加する日程を検討した。初期評価、予後予測の結果、2 ヶ月で目標達成できる機能・能力を有していると判断し、また 2 ヶ月後に近隣の E 市で開催されるウォーキングがあることが判明したため、2 ヶ月後に参加する事を定めた。その目標に向けて、週に 1 回、1 時間程度の頻度で開始した。まずは体力向上、屋外歩行能力確認も含め、荷物を持っての屋外歩行訓練を実施。初回は体力の低下もあり、思うように連続した歩行は困難であったが、介入から 2 週間程度で自己訓練（自宅周囲の散歩）の効果もあり、連続して 2～3km 程度の歩行を獲得した。また、それに合わせて、自宅内で左手でのデジカメ操作、上下反転させてカメラを操作する事や、座位や立位にて洗濯物を右上肢を補助手として使用しながらの作業や味噌汁作りなども併せて指導した。

1 ヶ月後には屋外歩行は耐久性、安全性ともに実用的となり、近隣のスーパーに OT ともに味噌汁の具などを買いに行く訓練も導入し、また電車の利用も行い、安全を確認できた。A 氏も目標を明確に持てたことや徐々に体力も向上してきたことで、意欲的に活動に取り組めるように変化してきた。

導入から 2 ヶ月後には、実際に電車にて集合場所まで移動し、OT ともにウォーキングに参加した。5km 程度のコースを 2 時間程度かけて散策し、その際、デジカメで花の写真を撮るなどした。参加後は自宅にて撮影した写真をパソコンにて現像したが、「撮り方が下手になっている。次はもっと上手く撮るぞ」など、またチャレンジする言葉も聞かれた。普段の生活においても、洗濯やご飯や味噌汁程度であれば自分で用意するようになり生活全般の質的変化を認めた。

７）結果

A 氏との合意した目標「D 会社主催のウォーキングに参加し、デジカメで写真を撮る」は 1 回の経験ではあるが、ほぼ達成された。自己評価における実行度は 8 となり、満足度は 5 となった。満足度に関しては、まだ写真が上手く撮影できなかったことから A 氏の自己評価は低い結果となっている。また、合意目標に加えて、家事活動などの IADL への関わりを通して、片手主体での動作指導、また洗濯や調理に関しても麻痺側上肢を補助手として使用する指導も行った結果、洗濯や簡単な調理も行えるきっかけはできた。食事の用意や片づけ、洗濯においても評価上の点数としての変化はないが、質的な変化は大きくあったと考える。評価結果としては、BI は初期同様に 100 点、家事活動への参加や屋外での活動も増えたことから老研式活動能力指標は 7 点から 8 点、FAI は 14 点から 23 点へと点数が向上した。HUI に関しては大きく変化はないが、歩行や全体的健康状態で改善がみられた。

また、ウォーキングに参加した翌日に担当ケアマネジャーに電話を入れ「久しぶりに楽しかった。」と満足した様子を伝えていたとの事であった。

８）考察

今回はA氏の担当である地域包括支援センターの担当ケアマネジャーより相談を受け、C地区在宅リハビリテーション広域支援センターの相談事業の一環で、地域包括支援センターと連携し、在宅で生活する独居高齢者を対象に生活行為向上マネジメントを活用したアプローチを実施した。

A氏の生活が不活発になっている経緯としては妻との死別にあった。これまでは夫婦で旅行に出かけたり、妻の協力のもと一眼レフカメラで写真撮影をしていたり、共通の趣味として行っていたことがA氏の話から伺えた。もともと社交的で外出も多い活発な生活を送っていたA氏にとっては作業に取り組む何かしらのきっかけが必要であったと考える。そのきっかけとして生活行為向上マネジメントにおける合意目標や作業療法の介入が大きな意味を持ったと考える。

また生活行為アセスメントシートでは、A氏の生活行為を妨げる要因のみではなく、強みの部分を共有できたことが、本来気づきにくい対象者自身の当たり前にできていること、それが強みであり、対象者自身も健康な部分が十分にあるという認識を持つことができたとも考える。A氏の今後の課題としては、このような活動を継続、共感できる仲間作りが必要となる。地域の社会資源から模索し必要な人的環境整備を行う必要がある。

A氏のように脳梗塞の既往はあるものの、ADLには問題がない対象者や、また予防期にある対象者に対して、趣味活動やIADL活動の経験を通して関わることが、将来的なADL低下予防、ひいては生活全体の活性化に繋がると考える。今後も本ツールを活用し、対象者にとって価値があり、意味を持つ作業に焦点をあてたアプローチを展開したい。

９）文献

吉川ひろみ：「作業」って何だろう　作業科学入門、医歯薬出版株式会社、2008

２.質疑応答のダイアログ

事例報告者K氏と外部審査員とのやりとりを以下に記載する。

川越委員：広域支援センターは継続的な関わりはできますか。

K氏：専門学校が相談支援業務として関わっているため、月に1回の頻度で継続可能です。

川越委員：仲間やネットワークができて能動的に活動ができるようになれば終了でもいいケースだと思います。

K氏：まだそこまでのレベルにはいっていません。

村井研究員：ヘルパーの支援内容を教えてください。

K氏：右上肢の麻痺のため、トイレの届かない部分の掃除と風呂掃除です。ヘルパーには見守りを依頼していますが、「やらないといけない」と思っているようです。

鷲見委員：ヘルパーに見守りの必要性を説明するべきだと思います。

東内委員：危険察知をして、行為のどの部分を見守るのかを明確にして伝える必要があると思います。それを個別援助計画に入れていく必要があります。このケースの場合は、卒業が近いため、広域支援センターと訪問リハが月 1 回連携してフォローしていくのか、地域支援事業に移行するのかなどを検討して、今後の再発予防や閉じこもり予防を落とし込んでいくことが重要だと思います。元職場のネットワークや友人とのネットワークも確認し、社会福祉協議会のおたすけサービスを利用することも検討してみるといいと思います。66歳という年齢を考慮すれば就労よりも趣味を重視する視点でいいですね。

鷲見委員：ケアマネジャーの目標が「自宅内で安全に生活する」とあり、OTの目標との乖離がありますが、この目標を立てたのは地域包括支援センターのケアマネジャーですか。

K氏：はい。当初のケアマネジャーの目標でしたので、現在はすり合わせを行って変わってきています。

鷲見委員：年金は厚生年金か国民年金かを教えてください。

K氏：厚生年金です。

葉山委員：今回の対象者は効果が出やすいケースだと思います。

鷲見委員：もう少し先のことを見据えてプランを立ててもいいと思います。

東内委員：家族のことや終の棲家のことも考える必要があると思います。権利擁護のことも含めて、OT がジェネラルマネジャーの役割をしてもいいと思います。

川越委員：このような事例から、地域ケア会議の場で地域の問題点を抽出して、課題を提案するといいと思います。事業中は良くなるが、事業が終了すると悪くなるケースもいます。

葉山委員：カメラで何の写真を撮っていましたか。
K 氏：主に風景です。本人が撮り鉄だったこともあり、駅に行って電車を撮ることもありました。
葉山委員：そういった人間臭さの部分を報告の中に入れて欲しいと思います。OT がケア会議で本人の人となりを伝えることが重要だと思います。
村井研究員：生活歴の中に、そういった個人因子を追加してください。
東内委員：このケースは若い方ですので、趣味を重視するとしても可能性を追求して欲しいと思います。保育園の写真撮影などのボランティアやシルバー人材センターと連携するなど、地域事業と絡めていくと、地域の課題解決にもなります。
葉山委員：リビングなのかライフなのかが大事ですね。
鷲見委員：キーパーソンが不在となっていますが、本人のことを心配してくれる人はいるのではないでしょうか。キーパーソンの把握は重要だと思います。生活歴の部分に、学歴や職歴を記入していますが、妻とのエピソードなど人生の流れを記載する方が重要だと思います。
川越委員：支援に繋がる部分の情報が重要です。
村井研究員：8 回の訪問でここまで改善したことも記入してください。

３.審査員の審査評定票のコメント
１）A 評価者
総合評価は「大変よい」であった。コメントとして、「広域支援センターの機能として、ヘルパーの方に見守り方、自立型ケアのあり方などを（研修の企画なども含めて）きちんと指導していくことが重要だと思います。この様な事例をベースに地域資源のあり方や整備推進にも貢献していくべきでは」と記載。
２）B 評価者
総合評価は「普通」であった。コメントとして、「介護保険卒業後を考える。介護保険（訪問介護）の役割がない。短期・長期目標の記載なし」と記載。
３）C 評価者
総合評価は「よい」であった。コメントはなかった。

４.外部審査を受けて修正加筆された部分
今回の審査を終えて、事例報告者に修正・加筆を求めた。本事例において、課題分析モニタリング表の考察になされた加筆・修正部分は以下の下線部である。
（修正前）
今回、生活行為向上マネジメントを活用し、本人との合意した目標でもある「電車で旅行し、デジカメで写真撮影を撮影する」を本筋としてアプローチを行った。その結果、屋外歩行や外出の頻度は増加できた。また家事動作に関しても、片手主体での動作指導、また洗濯や調理に関しても麻痺側上肢を補助手として使用する指導も行い、全てではなく、また毎日ではないが、洗濯や簡単な調理も行えるきっかけはできた。食事の用意や片づけ､洗濯においても評価上の点数としての変化はないが､質的な変化は大きくあると考える。維持期また予防期にある対象者に対して趣味活動や IADL 活動を通したアプローチを展開することが、将来的な ADL 低下の予防、ひいては生活全体の活性化に繋がると考える。
（修正後）
今回、生活行為向上マネジメントを活用し本人との合意した目標でもある「電車で旅行し、デジカメで写真撮影する。朝食作りや洗濯ができる」を本筋としてアプローチを行った。２ヶ月間、８回の訪問の結果、ウォーキングに参加し写真撮影ができた。また家事活動に関しても、片手主体での動作指導、また洗濯や調理に関しても麻痺側上肢を補助手として使用する指導も行い、洗濯や簡単な調理も行えるようになった。またヘルパーへの家事支援のポイント指導により自立支援を考慮した適切な家事支援も行え、週 3 回の支援から週 2 回への支援へと変化した。維持期また予防期にある対象者に対して趣味活動や IADL 活動を通したアプローチを展開することが、将来的な ADL 低下の予防、布いては生活全体の活性化に繋がると考える。

Ⅲ　生活行為向上マネジメントの質の向上のあり方

１.マネジメント実施上の課題

本事業を通じて以下のマネジメント実施上の課題がみえてきた。

① 本人のしたい生活行為の把握がなされていない。従来の生活動作としての把握となっている。

② 課題分析で、しているADLに対し、自立に向けるという視点がないものがある。安易に入浴などの要介助のままとなっている。

③ 課題分析で、優先順位が適切に選択されていない。たとえば改善の見込みがあると見立てているが、課題として挙げられていないなど

④ 要因分析が、24時間365日の生活に焦点があたらず、本人が提示した生活目標のみに焦点が当たっている。たとえば、つりにいきたいという目標であれば、つりに行くことのみに分析されている。これは、生活行為向上マネジメントのVer.1である「生活の捉え方・・・」を参考にした者がいたためと考えられる。

⑤ アセスメント表で心身機能の分析がICFで把握されていない。もしくは、しっかり把握されていない。たとえば、認知症の方について、「認知機能の低下がある」の一行で終わっている。ここは医療職としての見せ場。

⑥ プランについても同様、在宅生活をイメージしたプランではなく、現時点のプランとなり、見越したプランとなっていない。たとえば、病院では院内のトイレの自立だけに焦点があたる。在宅生活に向けた社会適応練習の中に在宅のトイレの環境に対する陳述がなく、院内環境のみの記述となっている。退院後を予測することで、退院前訪問や申し送りの必要性を知り、自らの仕事場の環境に対しその必要性を働き掛けるというアクションにつながる。これが生活行為向上マネジメントの特徴である。

⑦ また、生活全体のプランではなく、本人のしたい生活行為のみに焦点を当てたプランとなっている。

⑧ さらに、本人のしたいを実現するために、家族がその行為を支援する。またはそのきっかけのみを提供するといったプランがある。たとえば、図書館にいきたいといっていたので、タクシーを呼ぶ練習をして、タクシーに乗って図書館にいった。つりに行きたいので、家族に連れて行ってもらった。といった短絡的なものが散見された。全く否定するものではないが、他職種の理解が得られるかどうかという疑問が残る。その前提にADL/IADLへのアプローチがあれば問題はないと考えられる。

⑨ PTのアプローチと変わらないプランが見受けられた。これは公開審査のときに委員からの指摘もあった。急性期では入院前の在宅はこのような生活を送っていたので、たぶん退院後はこんな生活をするだろうから、急性期では、在宅への段取りの中で、予後予測を踏まえリスクを最小限とし、何をするのかといった記載が必要と考えられる。

⑩ 結果として、地域在住ケースで介入によりサービス量が軽減した（費用削減した）ものの割合がADL改善群でも、わずかな数値に留まっていた（下表）。

	人数	パーセント
全体（87人）	3	3.4
改善群（22人）	1	4.5
非改善群（65人）	2	3.1

２.事例登録と書式についての課題

事例登録システムと審査書式において以下のような課題が考えられた。

① 従来の事例登録には、介入から結果まで丁寧に記載されているのだが、生活行為向上マネジメント表はほぼ真っ白であった事例があった。本事例登録はマネジメント表の記載が重要であり、負担軽減のためにも従来の事例登録の書式を省くことはできないか。結果及び考察は課題分析表で読める。

② 課題分析モニタリング表の総合計画の中に他職種との役割分担に関する記載がないものがあった。同様マネジメント表のプランにもないものがあった。

③ マネジメント表の空白が少なかったため、升目にこだわりそこに書こうとして書ききれなかった可能性もある。

④ 今回の事例登録と従来のものとの違いを下表に示す。

	従来の事例登録	今回の事例登録
事例登録の視点	作業療法として、ニーズの把握から評価、介入、考察までを、頭の中の作業療法の流れとして、まとめられている。	生活行為を把握し、マネジメントできている。
様式	事例登録の様式	ケースの基本情報シート 課題分析シート（マネジメントプロセスを評価するもの） 生活行為向上マネジメントシート
審査方法	・三名で審査 ・随時審査	・審査員がマネジメントの視点について不慣れなため、グループでの審査 ・審査表にて審査 ・年二回
公開審査目的		・他職種へのプレゼンテーション能力を評価 ・年二回評価を予定

３.生活行為向上マネジメントの活用のあり方

上記の課題をふまえて、地域包括ケアシステムにおける生活行為向上マネジメントの活用においておさえておかなければならないポイントについて提案する。

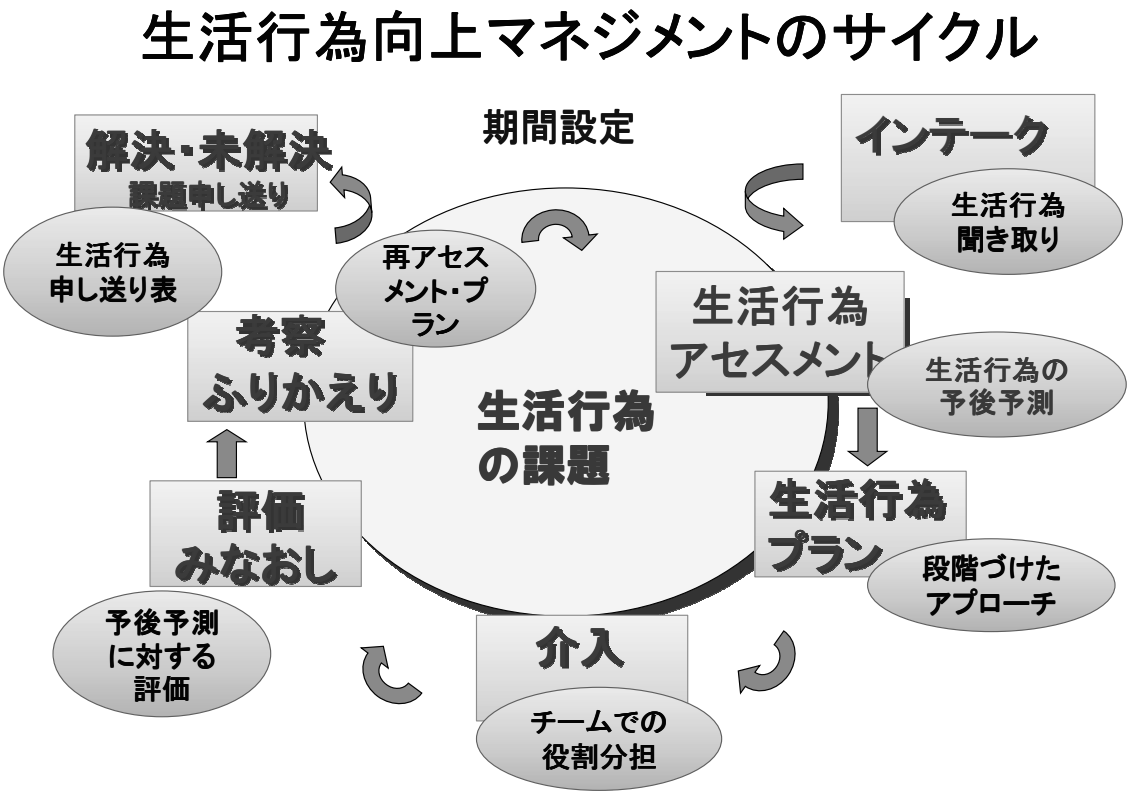
① 個々人の「したい」「望む」生活行為を把握できているか。生活行為とは生活動作の完結までの一連の流れである。

② 意味のある生活行為の実現のために、24 時間 365 日の生活を客観的に把握、優先順位をつけるとともにその予後予測を適切に課題分析しているか。

③ プランに、人生・在宅生活をイメージした計画まで段取りをつけながら、記載されているか。

④ 他職種との役割分担と協働方法についても記載されているか。

⑤ ①～④までを適切なマネジメントサイクル（下図）の中で実行しているか。



４.今後の課題

今後の課題として、以下のものが考えられる。

①生活行為向上マネジメントにおける卒前教育のあり方

卒前教育においては、作業療法における生活行為向上マネジメントの意義や位置づけについて概説し、理解を促すためのカリキュラムの検討が必要である。

②マネジメントの質を担保するための事例審査のあり方

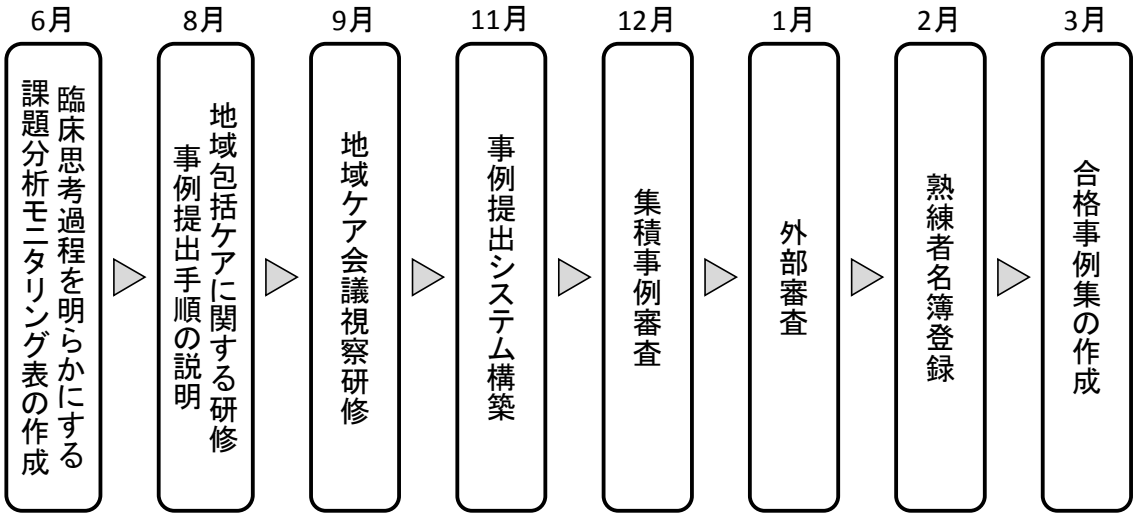
今年度の審査実績から、質を担保するためには事例審査の在り方について、さらに検討していく必要性が明らかになった。引き続き質的に優れた報告の提出と審査のためのシステムを検討していきたい。

③熟練者の位置づけ

生活行為向上マネジメントにかかわる協会事業において、熟練者は実際にマネジメントに携わるだけではなく、研修や後進の教育・指導の役割を担うことになる。協会組織の中にその役割を明確に位置づけることが望ましいと考える。

Ⅳ　サマリー

１.生活行為向上マネジメントの質の評価方法の開発プロセス



２.事例集積と事例審査結果

① 研究協力者に対する研修参加者は、各都道府県より推薦の研究協力者 91 名＋自費参加者 10 名、研究員 23 名。

② 介入を経て、研究協力者 77 名、自費参加者 5 名、研究員 19 名から計 199 事例が集積された。

③ 審査員（研究員）5 人 1 組の合議制で事例審査を実施し、2 事例合格 14 名、1 事例合格 45 名、それ以外 42 名。2 事例合格者から研究員を除いた 10 名に外部審査を案内。

④ 外部審査にて 10 名合格。研究員で事例合格した 15 名を加えて、25 名を生活行為向上マネジメント熟練者とした。

３.生活行為向上マネジメントの質の向上に寄与する視点

① 個々人の「したい」「望む」生活行為を把握できているか。生活行為とは生活動作の完結までの一連の流れである。

② 意味のある生活行為の実現のために、24 時間 365 日の生活を客観的に把握、優先順位をつけるとともにその予後予測を適切に課題分析しているか。

③ プランに、人生・在宅生活をイメージした計画まで段取りをつけながら、記載されているか。

④ 他職種との役割分担と協働方法についても記載されているか。

⑤ ①～④までを適切なマネジメントサイクルの中で実行しているか。

資料一覧

資料１	生活行為聞き取りシート
資料２	興味・関心チェックシート
資料３	生活行為向上マネジメントシート
資料４	生活行為申し送り表
資料５	課題分析モニタリング表
資料６	平成25年度老人保健健康増進等事業　生活行為向上マネジメントの質の評価方法の開発と質の向上のあり方検討事業　研究説明会　プログラム
資料７	平成25年度老人保健健康増進等事業　医療から介護保険まで一貫した生活行為の自立支援に向けたリハビリテーションの効果と質に関する評価事業　報告
資料８	事例審査票
資料９	外部審査評定票
資料１０	シルバー新報記事（平成26年1月31日付）
資料１１	生活行為向上マネジメント熟練者の勤務先一覧（2014.1.7 現在）

資料１

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。

1　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、改善してみ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。
2　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。
3　生活行為の目標が決まりましたら、次にそれぞれについて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

利用者のことについて、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。

生活行為向上マネジメント™

本シートの著作権（著作人格権、著作財産権）は一般社団法人日本作業療法士協会 に帰属しており、 本シートの全部又は一部の無断使用、複写・複製、転載、記録媒体への入力、内容の変更等は著作権法上の例外を除いて禁じます。

資料２

興味・関心チェックシート

以下の生活行為について、現在しているものには「している」に、現在していないがしてみたいものには「してみたい」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」に○を付けてください。いず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。リスト以外の行為に思い当たるものがあれば、空欄を利用して記載してください。

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）				賃金を伴う仕事			
お参り・宗教活動				旅行・温泉			

生活行為向上マネジメント™

本シートの著作権（著作人格権、著作財産権）は一般社団法人日本作業療法士協会 に帰属しており、 本シートの全部又は一部の無断使用、複写・複製、転載、記録媒体への入力、内容の変更等は著作権法上の例外を除いて禁じます。

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™

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	社会適応プログラム
	達成のためのプログラム			
	いつ・どこで・誰が実施　本人			
	いつ・どこで・誰が実施　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		

本シートの著作権（著作人格権、著作財産権）は一般社団法人日本作業療法士協会に帰属しており、本シートの全部又は一部の無断使用、複写・複製、転載、記録媒体への入力、内容の変更等は著作権法上の例外を除いて禁じます。

資料4

生活行為申し送り表

平成　年　月　　日作成

氏名＿＿＿＿＿＿様について、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中で頑張ってみましょう。

【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（　　）

【ご本人の困っている・できるようになりたいこと】

【現在の生活状況】（本人の能力を記載する）　※該当箇所にレをつける

ADL 項目	している	していないができる	改善見込み有	支援が必要	特記事項
食べる・飲む	□	□	□	□	
移乗	□	□	□	□	
整容	□	□	□	□	
トイレ行為	□	□	□	□	
入浴	□	□	□	□	
平地歩行	□	□	□	□	
階段昇降	□	□	□	□	
更衣	□	□	□	□	
屋内移動	□	□	□	□	
屋外移動	□	□	□	□	
交通機関利用	□	□	□	□	
買い物	□	□	□	□	
食事の準備	□	□	□	□	
掃除	□	□	□	□	
洗濯	□	□	□	□	
整理・ゴミだし	□	□	□	□	
お金の管理	□	□	□	□	
電話をかける	□	□	□	□	
服薬管理	□	□	□	□	

【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解決すべき課題】

【継続するとよい支援内容またはプログラム】

生活行為向上マネジメント™

本シートの著作権（著作人格権、著作財産権）は一般社団法人日本作業療法士協会 に帰属しており、 本シートの全部又は一部の無断使用、複写・複製、転載、記録媒体への入力、内容の変更等は著作権法上の例外を除いて禁じます。

課題分析モニタリング表　　（資料5）

アセスメント項目		現状能力	予後予測		課題重要性	課題個々の要因分析	評価	考察
			このまま推移	介入後				
基本動作	起き上がり	未把握	未把握	未把握			未把握	
	立位保持	未把握	未把握	未把握			未把握	
	床からの立ち上がり	未把握	未把握	未把握			未把握	
	床のものを拾う	未把握	未把握	未把握			未把握	
ADL（BI）	食事	未把握	未把握	未把握			未把握	
	イスとベッド間の移乗	未把握	未把握	未把握			未把握	
	整容	自立	自立	自立			自立	
	トイレ動作	未把握	未把握	未把握			未把握	
	入浴	未把握	未把握	未把握			未把握	
	平地歩行（車椅子駆動）	できない	できない	できない			できない	
	階段昇降	監視or介助	監視or介助	監視or介助			監視or介助	
	更衣	未把握	未把握	未把握			未把握	
	排便コントロール	時に失禁	時に失禁	時に失禁			時に失禁	
	排尿コントロール	全介助	全介助	全介助			全介助	
IADL（FAI）	食事の用意	週3回以上	週3回以上	週3回以上		課題解決目標	週3回以上	
	食事の片付け	週3回以上	週3回以上	週3回以上			週3回以上	
	洗濯	週1回以上	週1回以上	週1回以上			週1回以上	
	掃除や整頓	週1回以上	週1回以上	週1回以上			週1回以上	
	カ仕事	週1回以上	週1回以上	週1回以上			週1回以上	
	買物	週1回以上	週1回以上	週1回以上			週1回以上	
	外出	週1回以上	週1回以上	週1回以上			週1回以上	
	屋外歩行	週1回以上	週1回以上	週1回以上			週1回以上	
	趣味	週1回以上	週1回以上	週1回以上			週1回以上	
	交通手段の利用	週1回以上	週1回以上	週1回以上			週1回以上	
	旅行	週1回以上	週1回以上	週1回以上			週1回以上	
	庭仕事	定期的	重作業可能	重作業可能			重作業可能	
	家や車の手入れ	中等度作業	中等度作業	中等度作業		（チームの）総合的援助方針	重労作	
	読書	月2回以上	月2回以上	月2回以上			月2回以上	
	仕事	週30時間以上	週30時間以上	週30時間以上			週30時間以上	
老研式抜粋	年金などの書類を	書けない	書けない	書けない			書けない	
	新聞などを	読んでいる	読んでいない	読んでいない			読んでいない	
	本や雑誌を	読んでいない	読んでいない	読んでいない			読んでいない	
	健康についての記事や番組に	関心ない	関心ない	関心ない			関心ない	
	友達の家を訪ねること	ある	ある	ある			ある	
	家族や友達の相談にのること	ない	ない	ない			ない	
	病人を見舞うこと	できない	できない	できない			できない	
	若い人に自分から話しけること	ある	ある	ある			ある	
他		未把握	未把握	未把握			未把握	
		未把握	未把握	未把握			未把握	

資料６

平成 25 年度老人保健健康増進等事業
生活行為向上マネジメントの質の評価方法の開発と質の向上のあり方検討事業　研究説明会

目 的：生活行為向上マネジメントの質の評価方法を確立するとともに、市町村が開催する地域包括ケアに貢献できる人材の養成を試行的に実施し、カリキュラムや今後の在り方も検討する。そこで、国がすすめる地域包括ケアなどの市町村の機能などを学ぶとともに、全国から生活行為向上マネジメントの熟練者を選考するための事例報告の方法及び審査について説明会を開催する。

対 象：各都道府県平成 25 年度老人保健健康増進等事業　研究協力者

開 催 日 程：平成 25 年 8 月 17 日（土）～8 月 18 日（日）

開 催 場 所:：タイム 24 ビル（東京都江東区青海 2-4-32）5 階

8 月 17 日（土）※全国推進会議と合同

9：30～	**受付**	
10：00～（30 分）	**本研究の趣旨及び概要説明** 一般社団法人日本作業療法士協会長兼主任研究員	中村 春基　氏
	当説明会の趣旨説明 生活行為向上マネジメントの質に関する評価研究班長	小林 隆司　氏
10：30～（60 分）	**地域包括ケアについて** 厚生労働省老健局振興課長	朝川 知昭　氏
11：30～（60 分）	～休憩～	
12：30～（60 分）	**自治体機能と地域ケア会議について** 和光市保健福祉部長	東内 京一　氏
13：40～（60 分）	**ケアプランの課題と課題分析表について** 株式会社日本総合研究所総合研究部門主任研究員	齊木 大　氏
14：50～（60 分）	**マネジメントとは** 国立社会保障・人口問題研究所企画部第 1 室長	川越 雅弘　氏
16：00～（90 分）	**生活行為向上マネジメントについて** 研究員	村井 千賀　氏
17：30 頃	**終了**	

8 月 18 日（日）

9：00～（180 分）	**医療機関における生活行為向上マネジメントの活用と留意点** 研究員	長谷川 敬一　氏
	老人保健施設における生活行為向上マネジメントの活用と留意点 研究員	石井 利幸　氏
	通所リハビリテーションにおける生活行為向上マネジメントの活用と留意点 協力員	谷川 良博　氏
12：00～（60 分）	～休憩～	
13:00～(120 分)	**研究説明** 研究班長	小林 隆司　氏
	事例登録制度 研究員	東 登志夫　氏
15：00 頃	終了	

資料 7

平成 25 年度国庫補助金・委託事業報告

平成 25 年度老人保健健康増進等事業

医療から介護保険まで一貫した生活行為の自立支援に向けたリハビリテーションの効果と質に関する評価事業

和光市「地域ケア会議（コミュニティケア会議）」参加報告

～地域包括ケアに貢献しうる職種であるために～

地域ケア会議は、地域包括ケアシステムの心臓部分となる仕組みである。地域包括支援センター等が主催し、①医療、介護等の多職種が協働して高齢者の個別課題の解決を図るとともに、介護支援専門員の自立支援に資するケアマネジメントの実践力を高める、②個別ケースの課題分析等を積み重ねることにより、地域に共通した課題を明確化する、③共有された地域課題の解決に必要な資源開発や地域づくり、さらには介護保険事業計画への反映などの政策形成につなげる、等の役割をもつ。

作業療法士が地域包括ケアシステムにおいて重要な役割を担う（職域を拡大する）ためには、地域ケア会議に参画できるだけのチームケアマネジメント能力と地域課題分析能力の養成が喫緊の課題である。そこで、厚生労働省より交付された老人保健健康増進等事業の補助金を基盤とした「生活行為向上マネジメントの質の評価方法の開発と質の向上の在り方検討事業」班の研究員が 4 つのグループに分かれて、日本で最も注目を集めている埼玉県和光市の地域ケア会議に参加し、作業療法士が今後開発していくべき素養について考えたので報告する。

【和光市の地域ケア会議】

午前 9 時過ぎ、市役所にある会議室のロの字型のテーブルに 30 数人が着座した。集まったのは、市役所職員、市内全 4 ヶ所の地域包括支援センターの全職員、そして外部講師として招聘されている管理栄養士、歯科衛生士、理学療法士、薬剤師などの専門職である。今回特別に OT 協会からの参加メンバーのうち 1 名が外部講師としての席を与えられ、発言を求められることになった。さらに 20 数名の視察者が見守る中、会議の幕が開いた。

はじめに司会者から、「地域ケア会議とは市民の安全のため、自立支援と今後を見据えたケアプランになっているかを確認、調整する場である」という趣旨説明があった。本会議の目的は「①ケース調整、②OJT、③多職種との連携」と明快である。頻度は週 1 回、一次予防、二次予防も含めた予防の全プラン、地域密着型サービス（小規模多機能、グループホーム）の利用者の全プランなどが会議にかけられる。今回の会議は市全体が一丸となる「中央レベルの地域ケア会議」と呼ばれるもので、他に各地域包括が主催して行う「包括別レベルの地域ケア会議」もある。この会議が功を奏し、和光市では財源の大幅な節約

にも繋がっている。

机上には本日検討される 6 例分の膨大なフェイスシート、アセスメントシートやケアプラン表などがあった。和光市では ADL7 項目、IADL11 項目の「生活機能評価」というアセスメント表を独自に作成し、全事業者が統一して使用している。参加者は事前に資料の情報を把握している様子であった。ピリピリとした緊張感の漂う中、1 ケース約 20 分（内訳はケアプラン作成者から説明約 4 分、事業者から評価、今後の方針約 4 分、全参加者から質問・意見約 10 分、まとめ約 2 分で進められた。）司会者からは報告者に対して、情報の補足と評価の仕方についての助言、ニーズ・生活課題の焦点化と優先順位付け、目標の妥当性、ケアプランの内容まで詳細かつ具体的な指摘があった。また、市役所職員や外部講師陣からも鋭い意見が飛び交い、対象者の 24 時間の生活を考慮した評価やプランが立てられているか、数ヶ月、数年先の対象者の予後を見据えた課題解決や目標達成に向けたアプローチ・プランニングが求められ、今後の支援のあり方までが話し合われた。行政と現場をつなぐこの会議の臨場感は、まさにオンザ・ジョブ・トレーニング（以下 OJT）の真骨頂といえる。

【見えない障害への対応】

「高次脳機能障害へのアドバイスは作業療法士が一番だ」と司会者が太鼓判を押した事例があった。ケアプランの中では、「高次脳機能障害」の一言で症状を包括的に表現されることが多いと思う。資料でも、高次脳機能障害がある→服薬管理できない・洗濯ができない→そのためヘルパーを毎日介入すると紹介されていた。すべての事例において、司会者からは「～ができない」ではなく、「～ができない原因」を示すように何度も指導されていた。しかし、高次脳機能障害が絡むとその人が持つ能力やアセスメントにおいての原因追及が不鮮明になる印象だった。生活機能評価の『予後予測』も、ただ△とか○で改善ありと漠然と記載している印象があった。作業療法士が、高次脳機能障害の詳細と生活行為の結びつきについて解説し、どの部分で、どのように出来ないのかを明確化して、対処方法を介護支援専門員や訪問ヘルパーにわかりやすく説明するならば、より一層作業療法士の存在価値が高まると思われた。

【生活史に沿った支援の提案】

在宅で暮らしている初期～中等度の認知症の検討事例がたくさんあった。ケアプランでは、分析的推論と叙述的推論を組み合わせて目標設定がなされるが、認知症のケースの場合は、なぜこの目標を本人と家族が表現したのか分かりづらい場合が多かった。

本人の意向に焦点を当てた議論のきっかけとして、作業療法士が「病前の性格はどうだったのか。どういうことを大事にして生きてきたのかを知ると、プランに盛り込める」と発言をすると、司会者によって「若い頃の趣味などをもう一度しっかり聞き取って」「聞けないなら、誰を使えば聞けるのかという視点を持つこと」と展開されていった。介護支援

専門員がそれにうんうんとうなずく場面が見られた。ケアプランの情報を ICF の視点で整理していくことも重要である。個人因子や環境因子の制限等は推測するのではなく、実際に確認してみることで議論の裾野を広げていくことができると思う。

【プレゼンテーション能力が問われる】

外部講師陣は場慣れしている。たくさんの情報がある中、必要な部分のみを抽出しての情報処理は秀逸だった。時間の制約もある中、自分達の職種としてコメントする要点を明確に理解していた。また、和光市のケア会議のスタイルは、医療、介護、市の社会資源、税金などのシステムを熟知した行政職が主導で行う会議であり、やはり司会者の会議ファシリテート技術に圧倒される。「これは作業療法士さんが答えてくれる」「作業療法士の言いたいことがわかりますか？」など意見を求められることも多く、「生活行為」という言葉が何度も口にされた。

作業療法士には、対象者のこれまで、そして今の生活の姿を分析し、これからの対象者がその人らしくいきいきと生活できる姿を表現することが求められていると思う。事例検討に要している時間や話題性に注力しながら、発言のタイミング等を見極めることも必要である。そして、主張することは主張するも、他職種講師陣とのバランスを考慮しつつ、丁寧なコミュニケーションを心がける必要があるだろう。

【連携力をつける必要性】

「病院で多職種が密に連携しているように、地域でも多職種がうまく連携できることを目指してほしい」と司会者が述べていたのがとても印象的だった。地域ケア会議にて作業療法士が発言すべき内容は、基本的に病院やデイケアなどで行われる多職種とのカンファレンスや退院前の担当者会議と同様である。日々の臨床にて、対象者の目標や生活行為の予後予測について介護支援専門員や介護職員等へ、実践のノウハウを伝達していく繋がりがとても大切である。

現在、このような地域ケア会議が全国各地で開催されているが、作業療法士が専従でない状態が非常に残念である。作業療法士の強みを活かす地域ケア会議において、生活行為向上マネジメントシートが補足資料として提出される事例があれば、より一層、住民の健康に寄与できると考える。

審査表		審査基準					memo
段階	審査項目	よい	まあまあ	少し修正	かなり	NA	
第一段階 本人・家族の意向確認	本人のしたい生活行為をとらえているか						
	本人が（本当は）どのレベルまで達成したいのかを把握ないし推測しているか						
	家族の意向を確認しているか						
第二段階 アセスメント	本人の意向を達成するために何をアセスメントすべきかが認識できているか						
	アセスメントの適切性：健康状態（病名・症状・合併症・薬の内容）						
	アセスメントの適切性：心身機能（身体機能・精神機能（人格と気質など）・健康状態（水分・血圧・栄養状態）						
	アセスメントの適切性：活動（ADLとIADL、実行状況と能力）						
	アセスメントの適切性：参加（仕事・社会交流・地域活動など）						
	アセスメントの適切性：環境因子						
	アセスメントの適切性：個人因子（生活歴・職歴・性格）						
	上記の各領域をすべて網羅しているか						
	24時間365日（関わっている時間以外）の生活行為に焦点をあてているか						
	生活行為の予後予測は適切か						
第三段階 専門職としての課題の設定	本人の意向と現状を比較して、課題が適切に設定されているか						
	複数ある課題の優先順位づけは妥当か						
	課題の根本原因の分析が妥当か						
第四段階 合意形成	本人・家族との合意形成が適切におこなわれているか						
	他の職種との合意形成や役割分担が適切におこなわれているか						
	マネジメント担当者との合意形成が適切におこなわれているか						
第五段階 個別援助計画の作成	居宅生活を意識した援助計画となっているか						
	長期目標を見据えた上で、短期目標が適切に設定されているか						
	作業工程分析が適切におこなわれているか						
	短期目標の解決に向け、各プログラムが段階づけられた実施内容になっている						
	課題解決に向けた担当者間の役割分担が適切におこなわれているか						
	地域の社会資源の活用も検討されているか						
第六段階 モニタリング	計画した各プログラム（基本的・応用的・社会適応）が適切におこなわれたか						
	短期目標が達成できているか						
	介入が対象者及び家族の生活に好影響を与えているか						
第七段階 計画の修正・振り返り	マネジメント担当者が策定する全体計画の修正に関わったか						
	退院後の関係職種に適切な情報提供をおこなったか						
	未達成部分に関し原因の分析が適切におこなわれているか						
	原因分析に応じたかたちで個別援助計画の見直しが適切におこなわれたか						
その他	匿名性の確保（作成の手引きP8）						
	報告の目的が明確						

＜コメント＞

外部審査評定票

被審査者氏名：	審査年月日：　　年　　月　　日	審査員名：

審査項目		評定				コメント
		大変よい	よい	普通	要改善	
マネジメント能力評価						
第一段階 本人・家族の意向確認	本人のしたい生活行為をとらえているか	☐	☐	☐	☐	
	本人が（本当は）その生活行為をどのレベルまで達成したいのかを把握ないし推測しているか					
	家族の意向を確認しているか					
第二段階 アセスメント	本人の生活機能、関連因子である健康状態、個人因子、環境因子が、総合的にアセスメントされているか	☐	☐	☐	☐	
	心身機能や健康状態が適切に評価できているか					
	活動と参加が適切に評価できているか					
	環境因子や個人因子が適切に評価できているか					
	24時間365日（関わっている時間以外）の生活行為に焦点をあてているか					
	生活行為の予後予測は適切か					
第三段階 課題の設定	本人の意向と現状を比較して、課題が適切に設定されているか	☐	☐	☐	☐	
	複数ある課題の優先順位づけは妥当か					
	課題の根本原因の分析が妥当か					
第四段階 合意形成	本人・家族との合意形成が適切におこなわれているか	☐	☐	☐	☐	
	他の職種との合意形成や役割分担が適切におこなわれているか					
	マネジメント担当者との合意形成が適切におこなわれているか					
第五段階 個別援助計画の作成	居宅生活を意識した援助計画となっているか	☐	☐	☐	☐	
	長期目標を見据えた上で、短期目標が適切に設定されているか					
	作業工程分析が適切におこなわれているか					
	短期目標の解決に向け、各プログラムが段階づけられた実施内容になっているか					
	課題解決に向けた担当者間の役割分担が適切におこなわれているか					
	地域の社会資源の活用も検討されているか					
第六段階 モニタリング	計画した各プログラム（基本的・応用的・社会適応）が適切におこなわれたか	☐	☐	☐	☐	
	短期目標が達成できているか					
	介入が対象者及び家族の生活に好影響を与えているか					
第七段階 計画の修正・振り返り	マネジメント担当者が策定する全体計画の修正に関わったか	☐	☐	☐	☐	
	退院後の関係職種に適切な情報提供をおこなったか					
	未達成部分に関し原因の分析が適切におこなわれているか					
	原因分析に応じたかたちで個別援助計画の見直しが適切におこなわれたか					
プレゼンテーション能力評価						
事例の説明	話し方がわかりやすく簡潔か	☐	☐	☐	☐	
	話している内容に一貫性があるか					
	時間通りに話せるか					
評価者とのやりとり	質問の意図を的確に理解しているか	☐	☐	☐	☐	
	十分な回答をしているか					
	礼儀正しく、はきはきと応答しているか					
総合評価		☐	☐	☐	☐	

資料 10

「生活行為向上」へ

ＯＴ協会 模擬地域ケア会議で事例検討

地域包括ケア担う人材育成



「この方にとって本当に大切なのは書道だったのか」「特養ホームからの退所は視野に入れていないのか」――。テーブルを囲む様々な立場の介護関係者から、事例を発表した作業療法士に（ＯＴ）厳しい指摘も飛び出す。日本作業療法士協会（中村春基会長）が1月26日に都内で開催した「模擬地域ケア会議」のようすだ。

同協会が普及を目指している生活行為向上マネジメントの研究事業の一環だ。全国から200事例を集め、選ばれた10人が発表した。生活行為向上マネジメントは、本人にとって意味のある生活行為（作業）を、作業の方法や工夫などにより再びできるようになってもらうことで、活動的な生活につながっていくようにする支援方法。訪問介護のサービス提供責任者が訪問リハビリのセラピストと連携した場合に算定できる生活機能向上連携加算として介護保険にも既に取り入れられている。脳梗塞を発症して家事から離れていた女性の「料理をしたい」という希望に応えるために、デイケアで料理実習を実施したことが成功体験になり、本人だけでなく、家族の意識変容にもつながったというケースをみても分かるように、介護保険の自律支援のものであり、ケアマネジャーのケアプランにも一番欠けている視点といえる。

研究事業のメンバーで、模擬地域ケア会議のメンバーとしても出席した川越雅弘社会保障・人口問題研究所室長は、「ＯＴは利用者をどうしたいか、他の職種に分かるように説明できるかが問われるようになる」と指摘。また、和光市の東京一保健福祉部長は、「チームケアの中でＯＴの役割は重要。フォーマルからインフォーマルに落とし込むことに力を発揮してほしい」と話した。

来年度からは、研究事業としてではなく、作業療法士協会の本体事業として、各支部で事例検討を通じ「地域包括ケアを担う人材」を育成していく方針だ。

（出展：シルバー新報、平成 26 年 1 月 31 日）

資料１１

生活行為向上マネジメント熟練者の勤務先一覧（2014.1.7 現在）

都道府県	所属施設
北海道・東北	
北海道	函館脳神経外科病院
福　島	竹田綜合病院
福　島	介護老人保健施設 ひもろぎの園
福　島	竹田綜合病院
関東甲信越	
茨　城	日立製作所 日立総合病院
茨　城	介護老人保健施設 ゆうゆう
茨　城	牛久愛和総合病院
埼　玉	ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ天草病院
埼　玉	ﾘﾊﾋﾞﾘ&ﾃﾞｲｻｰﾋﾞｽ ﾀﾞｲｱﾘｰ
新　潟	ｻﾝｸｽ米山
東　京	（有）多摩たんぽぽ介護ｻｰﾋﾞｽｾﾝﾀｰ
中部	
石　川	県立高松病院 作業療法科
石　川	県立高松病院 作業療法科
福　井	(有)なるざ
静　岡	市立御前崎総合病院
関西	
大　阪	特別養護老人ﾎｰﾑ ﾍﾞﾙﾗｲﾌﾞ
奈　良	西大和ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ病院
兵　庫	県立ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ中央病院
中四国	
山　口	介護老人保健施設 ぺあれんと
愛　媛	放射線第一病院
九州・沖縄	
福　岡	介護老人保健施設 あやめの里
福　岡	（株）光となごみ ｱｸﾃｨﾌﾞ応援館かめsun
佐　賀	医療福祉専門学校 緑生館
長　崎	長与病院
宮　崎	（株）OT-Road 活きがい発電所えびの

第四章　生活行為向上マネジメントの質の評価方法の開発と

質の向上の在り方検討事業

生活行為向上マネジメント事例集

事例集

事例１	発症早期から生活行為向上マネジメントを導入して趣味活動再開を目指した症例
事例２	できる見通しがたったことで自信がつき外出が可能となった事例
事例３	趣味活動、家事活動を通して生活を再構築した事例　Ａ氏
事例４	右片麻痺を呈した症例に対し生活行為向上マネジメントを用いた仕事復帰へのアプローチ
事例５	閉じこもりの生活から野菜作りを通して、主体性を取り戻した症例
事例６	がんとともに生きる人の社会的活動を支援　－　ライフレビューの制作
事例７	裁縫を通じて短時間の帰宅が可能となった特養入所者の事例
事例８	簡単な家事動作を獲得した事で自宅復帰可能となった慢性硬膜下血腫を受傷したHD患者
事例９	数年ぶりに実施した料理を通して家事動作の拡がりを見せ始めている事例
事例１０	生活行為向上マネジメントにより「自宅退院後の妻との散歩」が実現した1症例
事例１１	地域から退院を拒否されている妄想性障害の高齢女性に対して退院支援を行った一例
事例１２	陶芸の再開により在宅復帰に対し前向きになった事例
事例１３	趣味活動の再開により身体機能が改善し、能動的な生活を取り戻した事例
事例１４	満足できる余暇活動を獲得し、主体的な生活を構築できるようになった高齢女性の事例
事例１５	排泄動作は介助量軽減したが、自宅復帰できなかった症例～家族に想いを伝える大切さ～
事例１６	洗濯物を干す作業の改善によって主観的健康感が向上した事例
事例１７	住み替えを機に 15 年ぶりに掃除を習慣化させた事例
事例１８	買い物を目標に実用歩行を練習し、外出機会が増えた一例
事例１９	余命宣告された癌患者に対し生活行為向上マネジメントを使用した一例
事例２０	片麻痺になったことを第二の人生と位置付け会社社長として再出発した事例
事例２１	主体的な野菜作りをすることで受動的な身体機能訓練のみに執着しなくなった症例

発症早期から生活行為向上マネジメントを導入して趣味活動再開を目指した症例

１.報告の目的

今回右 PCA 領域・両側放線冠・右小脳半球に脳梗塞を発症し、左片麻痺を呈した症例を担当した。初回カンファレンスで回復期病院転院してから自宅退院の方針・予後予測になり、発症早期から対象者の興味・関心を聴取し、生活状況を踏まえて評価・計画をした。その方法として生活行為向上マネジメントを導入し、急性期から回復期・生活期へ繋がるように多職種で評価・共有をしたので、その経過を踏まえて報告する。

２.事例紹介

80 代前半、女性、診断名脳梗塞(PCA 領域・両側放線冠・右小脳半球)、既往は高血圧・10 年前に左 TKA 術後をしている。現病歴は X 月 X 日にふらつき、右側頭部の頭痛があったが様子を見ていた。次の日左上肢が動かしにくくなった為当院救急外来受診したが来院時は神経学的所見に異常なく帰宅となった。しかし車から降りようとしたところ左上下肢が動かしにくくなり再度救急外来受診、左上下肢麻痺、左視野障害と構音障害を認め、MRI 上でも PCA 領域に脳梗塞を認めた為同日当院神経内科入院になった。リハビリは 2 病日目から自宅復帰に向けて処方が出された、病前生活状況は長男夫婦・孫と同居、キーパーソンは長男であるが嫁とも関係は良好、入院中は主に嫁が来院していた、入院前は近隣の集会場でやっている書道教室に 17 年間習いに行っていたとのことだった。

３.作業療法評価

初回評価時意識レベル JCS3、GCS14 (E4V5M5)、右同名半盲があるが認識出来ている様子、麻痺は Brunstrom stage(以下 Br.s)上肢 3 手指 2 下肢 5 レベル、日常生活動作は Barthel Index(以下 B.I.)5 点、寝返り全介助・排泄オムツ・バルーンカテーテール管理、食事・整容はセッティングで実施可能、その他 ADL は全介助の状況。高次脳・認知面では HDS-R 22/30、MMSE23/30、多弁で抑制困難、前頭葉検査でも FAB6 点で抑制・切り替え等困難であった。

4 病目目に多職種での目標共有を目的に生活行為向上マネジメントを導入した、まず興味チェックリストを実施したが、多弁傾向で実施困難、会話の中で情報収集して作業を聴取した。本人は書道を 17 年間していた、社交ダンスをしていたとのことで活動的な方で、書道に関して希望が強かった。

【本人のしたい作業】入院前していた書道をしたい(満足度・遂行度共に 2/10)

【共有した目標】急性期病院では車いす乗車した状況で書道など机上で実施すること、最終的には元々行っていた集会場で書道をしたい

【ADL 予後予測】当院の入院期間は発症から 2-3 週と予測、転院直前には車いす乗車しての食事まで可能、起居・移乗に関しては軽介助レベルで可能、車いす乗車で 30 分程度は可能、運動量調整すれば机上課題も可能と予測された。

４.介入の基本方針

初回評価より得られた目標に向けて基本動作訓練・病棟 ADL 訓練を立案した。また基本動作・運動量を PT と、高次脳機能評価・食事動作については ST と、病棟 ADL を看護師と情報共有することとした。また離床が進み耐久性向上に伴い机上課題などを設定し本人の希望である書道に関して開始することを立案した。また特に今回は脳血管疾患専門の病棟ではなかった為、情報共有・動作指導なども中心に計画した。

５.作業療法実施計画

初回評価より得られた目標に向けて基本動作訓練・病棟 ADL 訓練をまず立案した。特にベッド上でも可能な ADL(食事・整容)の動作方法・姿勢評価・訓練と、机上の Activity 等の実施を検討した。それに対して基本動作・運動量を PT と、高次脳機能評価・食事動作については ST と、病棟 ADL を看護師と情報共有することとした。特に今回症例が入院していた病棟は脳血管疾患専門ではなかった為、動作方法等の情報共有・動作指導なども十分・念入りに実施することを計画した。

また離床が進み耐久性向上に伴いリハ室での机上課題を設定し、本人の希望である書道に関して開始することを立案した。また作品展示等の環境調整を立案、Activity を実施している他患との時間調整なども考慮して時間設定を立案した。

６.介入経過

1 期：発症より離床迄(1 週目)

多弁なことに加えて体調不良の訴えが著明でなかなか離床が進まなかった。またアテローム性の脳梗塞であり離床までの時間がかかることが予測されベッド上での訓練が中心になって行った。その為ベッドサイドでの廃用予防訓練と同時に興味チェックリストや ST と高次脳評価の継続、またベッドサイドでできる Activity や食事等の ADL セッティング等をバイタルに注意しながら実施し身体機能・認知機能の廃用を予防していった。また家族の意向を聴取して、病棟スタッフに本人・家族の情報を提供していった。

2 期：ADL 拡大・作品作製・転院迄(2･3 週目)

車いす乗車可能になり離床を開始した、PT と基本動作の評価・訓練・運動量調整を実施し、離床時間が少しずつ増えて ADL 拡大を病棟看護師と進めて行った。身体機能は大きく変わらなかった、疲労感訴えが多いものの、訓練内容が進むにつれて、表情も明るくなっていった。

2 回目のカンファレンスでも離床時間を多くすることが医師からも言われ、病棟での活動量も増えていった。急性期でありデイルーム等はないがベッドサイドにテーブルセッティング・車いすセッティング等を看護師と調整して離床時間・訓練時間を調整して本人の疲労感などを調整していった。また早期に回復期病院転院への方針が出され、PT・ST と共に身体機能・高次脳機能・ADL の予後予測を情報共有していった。

また転院する際にも回復期病院への情報提供書として生活行為申し送り表の要素を地域連携パスに入力して作成し、急性期からの目標設定を共有するように情報提供していった。

７.結果

27 病日目の最終評価時身体機能面では麻痺は Br.s 上肢 3・手指 2・下肢 5 レベルと大きく変化はなかったが、静的端座位が安定、高次脳面では HDS-R23/30、MMSE22/30、多弁傾向は変わらずであった。ADL は B.I.55 点、基本動作は性急さが見られ依然介助必要であったが介助量は軽減、看護師が 3 食車いす乗車実施したこと、トイレも移乗は軽介助になったことに変化が見られた、B.I.としては 45/100 と変化した。FAI でも 0 点、老健式活動能力指標でもほぼ困難なのは変化なかった。

ただし作業活動に対して積極的でリハを楽しみに待っている等、楽しそうに他患と話している場面が見られるようになり疲労感の訴えも少なくなっている、またリハ室でも訓練時間以外でも実施したいとの話も出てくるようになった。

８.考察

今回生活行為向上マネジメントを導入し、本人のしたい作業である書道について焦点を当て目標を設定した。本人にとって書道ができることは重要かもしれないが、場の設定等動作以外の部分も考慮してプログラム設定しなければならないと感じられた。特に作品を通してのコミュニケーションを取ることや展示することは、本人にとっても以前からの重要な作業であろうと考えられた。以上のような作業・成功体験を発症早期から中心に実施することで、リハビリに対しての意欲が出てくると思われたし、本人が自分の今後の生活状況を描くことができたのではないかと思われる。今回特に生活行為向上マネジメントを導入し、ICF の参加からプログラムを設定することにより、本人の主体的な活動を引き出すことが出来たのではないのかと思われる。

また生活全体をマネジメントすることで多職種に整理してわかりやすく伝えることが出来たのではないかとも思われる。特に PT・ST には OT の目標を共有することで他職種も機能訓練に拘るのではなく、目標を症例・リハスタッフで共有できたのではないかと思われる。病棟スタッフに対しても動作方法を病棟で練習をするだけではなく、病棟スタッフに目標を伝え理解できることにより、より納得して病棟訓練を進めてもらうことが出来たのではないかと思われた。またこれらの同意した目標を地域連携パスに含めて回復期病院にも申し送りをしたが、地域連携パスの中に生活行為向上マネジメントの要素を含めたことで、維持期・生活期にも一貫した目標設定が出来るのではないかと思われた。

生活行為向上マネジメントシート

記入日：　2013 年　08 月　15 日

生活行為アセスメント	生活行為の目標	本人	車いす乗車して書道をすることが出来る(以前していた趣味)				
		キーパーソン	身の回りのことができるようになって欲しい				
	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 (ICF コード)	b760 左片麻痺 b164 高次脳機能障害 b220 右同名半盲		d415 姿勢保持困難 d410 起居動作困難 d420 移乗動作困難 d530 排泄行為困難		e355 病棟 ADL 制限 e155 自分用車いすなし e310 家族があまり来院しない	
	現状能力 (強み) (ICF コード)	b730 右上肢使用可能 b310 会話可能		d550 食事可能 d520 歯ブラシ可能		e355 病棟スタッフ協力的	
	予後予測 (いつまでに，どこまで達成できるか)	身体機能は大きく変わりないと予測 高次脳機能障害も残存すると予測される		・回復期病院では椅子座位で食事摂取可能 ・回復期退院後は軽介助レベルで車いす乗車可能		安静度が上がり次第車いすを病棟スタッフとセッティングできそう	
	合意した目標 (具体的な生活行為)	趣味活動を再開したい(書道)当初は車いす乗車して実施					
	自己評価*	初期	実行度　2/10	満足度　2/10	最終	実行度　3/10	満足度　4/10

*自己評価は本人の実行度（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	社会適応プログラム
	いつ・どこで・誰が・何を実施・支援	本人	計画	上肢の自主訓練	病棟 ADL を看護師と実施	自身で書字の内容等決定する
			結果	時々実施していたとのこと	起居・移乗軽介助 トイレ動作軽介助	自分から何かを書きたいとの話あり
		家族	計画	来院した際に自主訓練のチェック実施		出来た作品については褒めて欲しい
			結果	自主訓練を促していたとのこと		褒められたと本人が笑顔になった
		支援者 (職種明記)	計画	OT : 訓練実施，課題の設定，量の調整，自主訓練方法を病棟と相談	OT : Activity 実施後に飾る，表出方法の設定，病棟 ADL セッティングを共有	OT : Activity 実施時の時間セッティング，完成した作品の展示等
			結果	身体機能は変わりなし，座位保持軽介助で可能	車いす姿勢は安定し机上での作業活動実施可能	作品作製に意欲的になっている
	実施・支援期間			2013 年　08 月　12 日　～　2013 年　09 月　05 日		
	達成			□達成　☑変更達成　□未達成（理由：　　）　□中止		

本シートの著作権（著作人格権、著作財産権）は一般社団法人日本作業療法士協会に帰属しており、本シートの全部又は一部の無断使用、複写・複製、転載、記録媒体への入力、内容の変更等は著作権法上の例外を除いて禁じます。

課題分析モニタリング表

アセスメント項目		現状能力	予後予測		課題重要性
			このまま推移	介入後	
基本動作	起き上がり	全介助	全介助	一部介助	2
	立位保持	全介助	全介助	一部介助	
	床からの立ち上がり	全介助	全介助	全介助	
	床のものを拾う	全介助	全介助	一部介助	
ADL（BI）	食事	部分介助	自立	自立	
	イスとベッド間の移乗	全介助	監視or軽介助	監視or軽介助	3
	整容	要介助	要介助	自立	
	トイレ動作	全介助	部分介助	部分介助	1
	入浴	要介助	要介助	要介助	
	平地歩行（車椅子駆動）	できない	できない	車いす	
	階段昇降	できない	できない	できない	
	更衣	部分介助	部分介助	部分介助	2
	排便コントロール	全介助	時に失禁	自立	4
	排尿コントロール	全介助	時に失禁	自立	4
IADL（FAI）	食事の用意	していない	していない	していない	
	食事の片付け	していない	していない	していない	
	洗濯	していない	していない	していない	
	掃除や整頓	していない	していない	していない	
	力仕事	していない	していない	していない	
	買物	していない	していない	していない	
	外出	していない	していない	していない	
	屋外歩行	していない	していない	していない	
	趣味	していない	していない	していない	5
	交通手段の利用	していない	していない	していない	
	旅行	していない	していない	していない	
	庭仕事	していない	していない	していない	
	家や車の手入れ	していない	していない	していない	
	読書	していない	していない	していない	
	仕事	していない	していない	していない	
老研式抜粋	年金などの書類を	書けない	書けない	書けない	
	新聞などを	読んでいない	読んでいない	読んでいる	
	本や雑誌を	読んでいる	読んでいない	読んでいる	
	健康についての記事や番組に	関心ない	関心ない	関心ない	
	友達の家を訪ねること	ない	ない	ある	
	家族や友達の相談にのること	ない	ない	ない	
	病人を見舞うこと	できない	できない	できない	
	若い人に自分から話しけること	ない	ない	ない	
他		未把握	未把握	未把握	
		未把握	未把握	未把握	

課題個々の要因分析
急性期から回復期では基本動作が問題点の中心になってくると思われる。特に高次脳に問題があり今後も生活全般に介助が必要になってくると予測される、特に高次脳面が影響して多弁・動作性急さ見られ介助は今後も必要と思われる。
課題解決目標
発症直後ではあるが4-5か月後の回復期病院退院後を予測すると車いすレベルでの退院が予測される。その為日中車いす乗車ができること、福祉サービスを利用しながらの退院を想定して、基本動作・ベッド周りのADLを中心に介入を当初実施していく。
（チームの）総合的援助方針
カンファレンスでのリハスタッフ・病棟スタッフの援助方針としては早期転院を予測して、食事・トイレ動作を中心に対応、病棟では日中活動性を向上すること、リハでは基本動作を向上することを方針として立案した。また介助方法等を共有することを立案している。

評価	考察
一部介助	急性発症してから意識障害も残存して介助量多かったが、意識障害が改善するに連れてベッド上での活動量も多くなってきたと思われる。カンファレンスで利上時間を多くし、廃用予防を実施していくこと、動作方法を共有することが重要ではなかったかと思われる。看護師もADLの予後予測は難しく、リハスタッフが今後の身体状況の予測を踏まえた介助方法を指導し、目標を共有したことが重要ではなかったかと思われる。また作品等本人が趣味活動で作成したものを褒められる等も意欲の向上に繋がったのではないかと思われる。
一部介助	
全介助	
全介助	
自立	
監視or軽介助	
自立	
部分介助	
要介助	
できない	
できない	
部分介助	
自立	
自立	
していない	
していない	
していない	
していない	
していない	
していない	
していない	
していない	
していない	
していない	
していない	
していない	
していない	
していない	
していない	
していない	
書けない	
読んでいない	
読んでいない	
関心ない	
ない	
ない	
できない	
ない	
未把握	
未把握	

生活行為向上マネジメント基本情報

提出者 所属・氏名		問い合わせ ID 連絡方法	ID: メール:
事例種別	【医療】☑一般急性期　□一般回復期　□維持期　□精神・認知症 □小児　□その他(　　) 【介護】□老人保健施設　□通所リハ　□訪問リハ　□通所介護 □訪問介護　□介護支援専門員・地域包括支援センター □その他(　　) 【自立支援】□身障　□知的　□精神 【その他】　□その他(　　)		
主疾患名	脳梗塞(PCA 領域・両側放線冠・右小脳梗塞)	発症からの期間	2 病日目より介入
現病歴	2013 年〇月〇日ふらつき・右側頭部の頭痛があったが様子をみていた，次の日に明らかに左上肢に麻痺見られたため救急外来受診，受診時一時麻痺改善するものの帰宅時に再度左片麻痺発症，再度救急外来受診し当院神経内科入院となった		
既往疾患	1循環器系:高血圧，脳卒中，心臓病，その他 2内分泌・栄養・代謝障害:糖尿病，高脂血症，その他 3呼吸器系，4消化器系，5泌尿器・生殖器系，6筋骨格系， 7外傷、中毒系:骨折，その他，8がん，9血液・免疫系， 10 感染症，　11 精神・行動障害:認知症，その他， 12 神経系:神経難病，その他，　13 目の病気，　14 耳の病気、 15 皮膚の病気，　16 歯科，　17 その他(　　)，18 なし		
性別	男性 ・ 女性	年齢	84 才
配偶者	あり ・ なし	家族構成	5 人
生活保護	あり ・ なし	本人以外の家族人数	4 人
要介護度	要支援 1 ・ 2 ・ 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5		
介護者の有無	1 配偶者　2 息子・娘　3，息子・娘の配偶者　4，孫　5，兄弟・姉妹　6，その他		
介護者の年齢	1，65 歳未満　2，65～74 歳　3，75～84 歳　4，85 歳以上		
生活歴 (学歴・職歴・趣味を含む)	主婦業・趣味として書道教室に 17 年来通っていた. 他にも社交ダンスをしたり活動的だった		
日常生活自立度 (寝たきり度)	正常 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2		
痴呆性老人の日常生活自立度	正常 ・ Ⅰ ・ Ⅱa ・ Ⅱb ・ Ⅲa ・ Ⅲb ・ Ⅳ ・ M		
住宅・住処	1. 持ち家　2. 賃貸住宅・借家　3. ケア付き住宅　4. その他(　　)		
年金の種類	1. 国民年金　2. 厚生年金　3. 共済年金　4. 老齢福祉年金のみ　5. その他(　　)		
収入の有無	1. 収入のある仕事をしている　2. していない		

地域移行・連携・社会資源情報

入院・入所またはサービス利用開始からの期間		2　日
介入期間		21　日
地域移行支援取組みの有無	退院前訪問　あり・(なし)	退院時カンファレンス参加　あり・(なし)
	退院リハ指導　あり・(なし)	退院後訪問指導　あり・(なし)
社会資源	介入時	介入後
ケアマネ等関与	あり・(なし)	あり・(なし)
サービス利用状況	1. 医療のデイケア(　回・週) 2. 通所介護・生活支援施設(　回・週) 3. 訪問リハ（　回・週) 4. 訪問介護(　回・週) 5. 訪問看護(　回・週) 6. 配食サービス(　回・週) 7. 福祉用具・補装具(内容：　) 8. 住宅改修有 9. ショーステイ(　回・週) 10. 就労支援施設 11. 地域活動支援センター等相談機関 13. 機能訓練施設等(通園・療育・通所リハ)(　回・週) 12. その他(　)(　回・週) (12). 利用なし	1. 医療のデイケア(　回・週) 2. 通所介護・生活支援施設(　回・週) 3. 訪問リハ(　回・週) 4. 訪問介護(　回・週) 5. 訪問看護(　回・週) 6. 配食サービス(　回・週) 7. 福祉用具・補装具(内容：　) 8. 住宅改修有 9. ショーステイ(　回・週) 10. 就労支援施設 11. 地域活動支援センター等相談機関 13. 機能訓練施設等(通園・療育・通所リハ)(　回・週) 12. その他(　)(　回・週) (12). 利用なし
その他の社会資源利用状況	1. 一般就労・シルバー人材センター 2. 教育(学校・養護学校・訪問教育・寿大学・通信教育・生涯学習を含む) 3. 健康増進施設 4. 市町村等が実施する介護予防事業 5. サロン等老人クラブ活動等(自助グループ、患者会を含む) 6. カルチャー教室 7. ボランティア活動 8. 老人会等地区組織活動 9. その他(　)	1. 一般就労・シルバー人材センター 2. 教育(学校・養護学校・訪問教育・寿大学・通信教育・生涯学習を含む) 3. 健康増進施設 4. 市町村等が実施する介護予防事業 5. サロン等老人クラブ活動等(自助グループ、患者会を含む) 6. カルチャー教室 7. ボランティア活動 8. 老人会等地区組織活動 9. その他(　)
ケアマネの設定した課題	（できれば 2 表のコピーを匿名化して添付）	

できる見通しがたったことで自信がつき外出が可能となった事例

1.実施報告の目的

病前は様々な趣味や生活習慣があり活動的に過ごしていたが、膝の痛み、手術により閉じこもりがちな生活となっていた対象者に対し生活行為向上マネジメントを活用し介入を行った結果、対象者の生活範囲拡大に繋がったので、その経過を報告する。

2.事例紹介

77 歳男性、変形性膝関節症、左第 5 中足骨不全骨折、要支援 2、寝たきり度 J2、認知症自立度自立。18 歳で兄を頼って A 市に移り住み、19 歳より鉄工会社に就職。後輩の面倒もよく見ながら定年まで勤めた。退職後は庭木の手入れや畑、毎日公園でラジオ体操や散歩、妻とパチンコに行くなどして毎日を過ごしていた。年に 1 回会社の OB 会に出席することを楽しみとしていたが、73 歳時膝の痛みが出始めてからそれらを行えなくなり閉じこもりがちな生活となっていた。75 歳時右膝人工関節全置換術施行、76 歳で通所介護開始となった。妻と 2 人で市営住宅の 5 階に住んでおり、受診以外の外出機会はほとんどなかった。ADL は自立、移動は T 字杖使用にて見守りレベル、短距離の歩行でも息切れがあり易疲労、社交的な性格で他利用者や職員との会話を積極的に楽しんでいた。通所介護での介入により以前の生活習慣であった散歩が開始できるようになっていた。

3.作業療法評価

作業目標は「バスに乗れるようになりたい」とのことであった。膝を患ってから外出はタクシーか娘の運転する車でしか行っていなかったため、バスでの外出に不安が強く自信はないとのことであったが、「できれば好きな時に妻と買い物に行ったりご飯を食べに行ったり出来るようになりたい」と意欲的であった。

心身機能面では、バス乗降に不安感が強く、左膝に痛みがあった。痛みが強くなったときは自分で休憩を入れるなどして調整することができており、目標達成に対する意欲もあったことから、痛みのコントロールをしながら外出可能と判断した。

活動・参加面では、移動能力は屋内伝い歩きにて自立、屋外はＴ字杖使用し見守りで 250m程度の連続歩行は可能、市営住宅の 5 階までは手すりと T 字杖使用にて妻の見守りで可能なレベルであった。バスと同等のステップ昇降の経験がないこと、周囲に人がいると焦ってしまい歩行が不安定になることがあったが、20 ㎝程度の階段昇降が可能であり練習によってバスと同等のステップ昇降が可能になると判断した。またＯＴと実際にバスに乗ってみることで漠然と感じていた不安感を解消でき具体的な課題としてあげられるのではないか思われた。

環境面では、バス停までは無理なく歩いて行けること、バスのステップ乗降の際には手すりがあること、妻の協力が得られることから、妻と一緒にバスに乗って外出可能と判断した。

4.介入の基本方針

対象者はしばらく行っていないバスでの外出に対し不安が大きいため、基本プログラム・応用的プロ

グラム・社会適応プログラムを組み合わせ、具体的なイメージを抱けるよう、また自信を持って行えるよう支援する。疲労や痛みの程度など自身の身体的特徴を実際に動いて確認でき、無理なく安全に外出できるよう支援することを基本方針とした。

５.作業療法実施計画

基本プログラムとして、体力向上トレーニング、段差昇降練習を立案した。最初はＯＴと一緒に実施し、後に他職員とも実施するようにした。左膝の痛みがある場合は適宜休憩を取りながら実施することとした。また疼痛緩和のため歩行車を使用しての屋外歩行練習も合わせて実施することとした。

応用的プログラムとして、坂道や段差を含めた屋外歩行練習を立案した。最初はＯＴと一緒に実施し、後に他職員とも実施するようにした。また自宅で行うものとして週 2 回から 3 回程度の散歩を妻と一緒に行うよう計画した。

社会適応プログラムとして、実際にバスに乗っての外出練習を立案した。基本プログラム・応用プログラムを行う中である程度の自信がつき「やってみよう」と思った時にＯＴに声をかけてもらうようにした。

６.介入経過

それぞれのプログラムを実施する中で、具体的なイメージを持って練習に取り組んだ。バスのステップと同等の段差昇降練習では「これが出来たらバスの段も上がれますね」、屋外歩行練習では「これくらい歩けたら〇〇まで行けますね」など対象者と確認し実際の外出先を想定した内容であることを意識しながら実施した。

自宅でのプログラムの実施状況は通所介護来所時に対象者に確認し、また送迎時に妻に確認をした。出来た時は賞賛し継続して実施できるよう関わった。歩行時にどの程度で疲れたか、痛みが出たかなど確認し、その前に休憩を取るようにした。バスに乗車する前の準備として金銭の準備や運賃、バスの時刻の確認を行い「お金は慌てないように準備していたらいいですね」など自発的に調べ準備ができた。通所での実施状況は送迎時に妻に伝達した。対象者の心の準備が整ったところでバスでの外出練習をＯＴと実施する旨伝達した。

介入を開始して約 1 か月半後対象者より「今度バスに乗ってみたいです」と訴えがあり実施した。ＯＴとバスに乗る時は「何年かぶりだから緊張しますね」「座れんやったらどうしよう」など不安気な様子もあったが、実際に乗ってみて「今の人は優しいのでこっちがふらふらしていたら席を譲ってくれますね」「運賃表が見えるようにこのあたり座ればいいですね」「分からん時は聞けばいいですね」など気づきがあり、具体的な解決策を見つけることができた。また実際にやってみることで「何年かぶりに出来ました。やるまでは色々心配だったけど思っていたより上手にできた。後もそんなに疲れなかったし痛みもでなかった。バスを降りて久しぶりに町並みを見ながら歩いて懐かしかった。今度は妻と相談して一緒に行ってみます。」と自信がついた様子であった。

妻に実施状況を伝えると、「今度一緒に出掛けてみます」との返答があり生活場面での実施に至った。

７.結果

BI、老研式活動能力指標に変化はなかったが、FAI は 10 点が 16 点、生活行為聞き取りシートでの実

行度は 1 が 5、満足度は 1 が 7 となった。実行度については「まだ家では 1 回しか行っていないから」とのことで 5 と評価、満足度は「出来ないと思っていたのができたから嬉しい」とのことで 7 と評価した。

歩行耐久性は向上し 350m程度は膝の痛みの増強はなく安定して歩行できるようになった。歩行車使用ついては「これがあると楽だけどバス乗降の時に大変だから」との理由で実際の使用には至らなかった。

自宅での散歩も週 2 回か 3 回実施できており、バスと同等の段差は手すりを持って見守りで実施できるようになった。バスに関する情報収集や事前の金銭の準備は自分で行えた。生活場面では妻と一緒にバスに乗って買い物に行くことができ目標は達成された。ケアマネジャーには毎月デイサービス、自宅での実施状況、目標達成について報告し、情報共有ができた。

今後は「自分の目で色々見て回りたいから今より長歩きができるようになりたい。できれば杖で外出したいけど、歩行車を使ったら楽だったので検討してみたいと思う。」と次回の目標を決めた。

８.考察

対象者が持っている自己能力のイメージはやや低く、また不安が大きかったためバスに乗って買い物に行くことができず、生活を狭小化させている原因の一つとなっていた。作業の可能化の見通しは「何か」に挑戦し「そうなるかもしれない」「何かできるかもしれない」と考えることである.[1)] 今回の経過からも、バスに乗るという作業目標を達成するために、より具体的なイメージを持って基本プログラム、応用プログラムを積み重ねたことで「バスに乗る」という作業が可能になる見通しを立てられたと思われる。OT は対象者がプログラム遂行の中で成功の予測を抱けるように関わった。また週 2 回のみの通所介護での関わりであるため自宅での生活の在り様が重要と考え、外出先でも安心して歩行できるよう週 2 回から 3 回の散歩を実施することを本人と決め家族にも協力を得た。家族も同じ思いでいたことから協力が得られやすい状況であり、自宅でのプログラムを遂行できた。

社会適応プログラムでは「思っていたより上手にできた」との言葉からも表されているように、実際の作業を通して現状能力と目標間の溝を埋めることにつながったと思われる。漠然とした不安感やまだできないだろうという思いを払拭でき自信に繋がったと考える。その結果対象者は疾病により一時中断されていた作業の再開に至った。

今回生活行為向上マネジメントを活用することで「できるかもしれない」という気持ちを引出し「できる」に変容することができた。今後も対象者と協働して目標を定め大切な作業に取り組めるよう支援していきたい。

９.参考文献

1）エリザベス・タウンゼント、ヘレン・ポラタイコ編著、吉川ひろみ、吉野栄子　監訳：続・作業療法の視点、大学教育出版、2011

資料１

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™

利用者：　B　　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	バスに乗って外出できるようになりたい。				
		キーパーソン	いつもタクシーなのでバスに乗って外出できるようになってほしい。				
	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（ICF コード）	b280 左膝の痛みあり b152 バス乗降に不安感強い		周囲に人がいると焦る d460 バスと同等のステップ昇降の経験がない		e120 バスのステップは 30 ㎝程度が 2 段、手すりあり、バス停まで約 50m平地	
	現状能力（強み）（ICF コード）	b117 知的機能問題なし b126 社交的な性格 b130 意欲あり		d450 250m程度の連続歩行可能、d460 手すりがあれば 20 ㎝程度の階段昇降可能、d350 コミュニケーション良好		e410 妻の協力が得られる	
	予後予測（いつまでに，どこまで達成できるか）	左膝の痛みはあるが自制内、適宜休憩を入れれば外出可能と思われる。		繰り返しの練習で自信をつけることが出来ると思われる。		妻の見守りのもと外出可能と思われる。	
	合意した目標（具体的な生活行為）	自分で（時には妻と一緒に）バスに乗って買い物（晩酌用のビールとつまみを買う）に行く。					
	自己評価*	初期	実行度　1 /10	満足度　1/10	最終	実行度　5/10	満足度　7/10

＊自己評価は本人の実行度（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	社会適応プログラム
	いつ・どこで・誰が・何を実施・支援	本人	計画	段差昇降練習 体力向上トレーニング	屋外歩行練習（通所介護周辺、自宅周辺）休憩場所確認、外出先の下調べ	バスについての情報収集 バスに乗って外出練習（デイ）
			結果	週 2 回通所介護利用日に実施できた	週 2 回通所介護利用日に実施できた	情報収集は自宅で実施できた
		家族	計画		散歩を週 2 回程度妻と一緒に行う	バスに乗って外出（妻同行）
			結果		週 2、3 回自宅近くの公園までの散歩実施できた	在宅で実施できた
		支援者（職種明記）	計画	ＯＴと通所介護内で実施	ＯＴと通所介護利用日に実施。Nrs は疼痛や疲労の程度を確認。	ＯＴ同行のもとバスに乗って外出。実施状況はケアマネジャーに報告し情報を共有。
			結果	週 2 回利通所介護利用日に実施できた	週 2 回通所介護利用日に実施できた	通所介護利用日にバスに乗って外出できた
	実施・支援期間			H25 年　5 月　　1 日　～　　H25 年　7 月　　31 日		
	達成			■達成　□変更達成　□未達成（理由：　　）　□中止		

本シートの著作権（著作人格権、著作財産権）は一般社団法人日本作業療法士協会に帰属しており、本シートの全部又は一部の無断使用、複写・複製、転載、記録媒体への入力、内容の変更等は著作権法上の例外を除いて禁じます。

課題分析モニタリング表

アセスメント項目		現状能力	予後予測		課題重要性
			このまま推移	介入後	
基本動作	起き上がり	自立	自立	自立	
	立位保持	自立	自立	自立	
	床からの立ち上がり	見守り	見守り	見守り	
	床のものを拾う	見守り	見守り	見守り	
ADL（BI）	食事	自立	自立	自立	
	イスとベッド間の移乗	自立	自立	自立	
	整容	自立	自立	自立	
	トイレ動作	自立	自立	自立	
	入浴	自立	自立	自立	
	平地歩行（車椅子駆動）	自立	自立	自立	
	階段昇降	監視or介助	監視or介助	監視or介助	
	更衣	自立	自立	自立	
	排便コントロール	自立	自立	自立	
	排尿コントロール	自立	自立	自立	
IADL（FAI）	食事の用意	していない	していない	していない	
	食事の片付け	していない	していない	していない	
	洗濯	していない	していない	していない	
	掃除や整頓	していない	していない	していない	
	力仕事	していない	していない	していない	
	買物	していない	していない	時々	
	外出	していない	していない	時々	1
	屋外歩行	週1回以上	週1回以上	週1回以上	3
	趣味	週1回以上	週1回以上	週1回以上	
	交通手段の利用	まれに	まれに	時々	2
	旅行	していない	していない	していない	
	庭仕事	時々	時々	時々	
	家や車の手入れ	していない	していない	していない	
	読書	時々	時々	時々	
	仕事	していない	していない	していない	
老研式抜粋	年金などの書類を	書けない	書けない	書けない	
	新聞などを	読んでいる	読んでいる	読んでいる	
	本や雑誌を	読んでいる	読んでいる	読んでいる	
	健康についての記事や番組に	関心ある	関心ある	関心ある	
	友達の家を訪ねること	ない	ない	ない	
	家族や友達の相談にのること	ある	ある	ある	
	病人を見舞うこと	できない	できない	できない	
	若い人に自分から話しけること	ない	ない	ない	
他		未把握	未把握	未把握	
		未把握	未把握	未把握	

課題個々の要因分析
左膝痛、歩行耐久性の低下、外出に対する不安感、病気をしてからの公共交通機関未使用で経験不足のため、バスを利用しての外出が困難。
課題解決目標
屋外歩行耐久性向上、バス乗降に関する動作の獲得、練習により具体的なイメージを持ち自信をつける。
（チームの）総合的援助方針
しばらく行っていないバスでの外出に対し不安が大きいため、基本プログラム・応用的プログラム・社会適応プログラムを組み合わせ具体的なイメージを抱けるよう、また自信を持って行えるよう支援する。疲労や痛みの程度など自身の身体的特徴を実際に動いて確認でき、無理なく安全に外出できるよう支援する。Nrsは疼痛管理、SWは実施状況をケアマネジャーに報告し情報共有する、家族はデイサービスでの練習状況を踏まえて自宅での散歩を実施する。

評価	考察
自立	外出への不安が大きかったためバスに乗って買い物に行くことができず、生活を狭小化させている原因の一つとなっていた。プログラムを遂行する過程でOTは対象者が成功の予測を抱けるように関わった。また週2回のみの通所介護での関わりであるため自宅での生活の在り様が重要と考え、週2回から3回の散歩を実施することを本人と決めた。 社会適応プログラムで漠然とした不安感やまだできないだろうという思いを払拭でき自信に繋がったと考える、 「これで好きな時にお金をかけずに外出ができます」と目標達成に喜んでおり、生活範囲の拡大が期待される。
自立	
見守り	
見守り	
自立	
自立	
自立	
自立	
自立	
自立	
監視or介助	
自立	
自立	
自立	
していない	
していない	
していない	
していない	
していない	
時々	
時々	
週1回以上	
週1回以上	
時々	
していない	
定期的	
していない	
時々	
していない	
書けない	
読んでいる	
読んでいる	
関心ある	
ない	
ある	
できない	
ない	
未把握	
未把握	

生活行為向上マネジメント基本情報

提出者 所属・氏名	所属: 氏名:	問い合わせ ID 連絡方法	ID: メール:
事例種別	【医療】□一般急性期　□一般回復期　□維持期　□精神・認知症 □小児　□その他(　　) 【介護】□老人保健施設　□通所リハ　□訪問リハ　■通所介護 □訪問介護　□介護支援専門員・地域包括支援センター □その他(　　) 【自立支援】□身障　□知的　□精神 【その他】　□その他(　　)		
主疾患名	変形性膝関節症	発症からの期間	4 年
現病歴	4 年前　変形性膝関節症 2 年前　右膝人工膝関節全置換術		
既往疾患	1循環器系:高血圧, 脳卒中, 心臓病, その他 2内分泌・栄養・代謝障害:糖尿病, 高脂血症, その他 3呼吸器系, 4消化器系, 5泌尿器・生殖器系, [6筋骨格系], [7外傷、中毒系:骨折, その他,] 8がん, 9血液・免疫系, 10 感染症,　11 精神・行動障害:認知症, その他, 12 神経系:神経難病, その他,　13 目の病気,　14 耳の病気、 15 皮膚の病気,　16 歯科,　17 その他(　　), 18 なし		
性別	[男性] ・ 女性	年齢	77 才
配偶者	[あり] ・ なし	家族構成	2 人
生活保護	あり ・ [なし]	本人以外の家族の人数	1 人
要介護度	要支援 1 ・ [2] ・ 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5		
介護者の有無	[1 配偶者], 2息子・娘　3, 息子・娘の配偶者　4, 孫　5, 兄弟・姉妹　6, その他		
介護者の年齢	1, 65 歳未満　[2, 65～74 歳]　3, 75～84 歳　4, 85 歳以上		
生活歴 (学歴・職歴・ 趣味を含む)	18 歳で兄を頼って A 市に移り住み 19 歳で鉄工会社に就職。見習い後、60 歳の定年まで同会社に勤めた。退職後は畑や庭木の手入れ、妻とパチンコに行く、毎朝公園でラジオ体操をする、散歩をするなどして過ごしていた。年に 1 回の会社の OB 会を楽しみにしていたが、膝を悪くしてからは行かなくなった。		
日常生活自立度 (寝たきり度)	正常 ・ J1 ・ [J2] ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2		
痴呆性老人の 日常生活自立度	[正常] ・ Ⅰ ・ Ⅱa ・ Ⅱb ・ Ⅲa ・ Ⅲb ・ Ⅳ ・ M		
住宅・住処	1. 持ち家　[2. 賃貸住宅・借家]　3. ケア付き住宅　4. その他(　　)		
年金の種類	1. 国民年金　[2. 厚生年金]　3. 共済年金　4. 老齢福祉年金のみ　5. その他(　　)		
収入の有無	1. 収入のある仕事をしている　[2. していない]		

地域移行・連携・社会資源情報

入院・入所またはサービス利用開始からの期間		150 日
介入期間		90　日
地域移行支援 取組みの有無	退院前訪問　　あり・なし 退院リハ指導　　あり・なし	退院時カンファレンス参加　　あり・なし 退院後訪問指導　　あり・なし
社会資源	介入時	介入後
ケアマネ等関与	[あり]・なし	[あり]・なし
サービス 利用状況	1. 医療のデイケア(　　回・週) 2. [通所介護]・生活支援施設(　2 回・週) 3. 訪問リハ(　　回・週) 4. 訪問介護(　　回・週) 5. 訪問看護(　　回・週) 6. 配食サービス(　　回・週) 7. 福祉用具・補装具(内容：　　) 8. 住宅改修有 9. ショーステイ(　　回・週) 10. 就労支援施設 11. 地域活動支援センター等相談機関 13. 機能訓練施設等(通園・療育・通所リハ) (　　回・週) 12. その他(　　)(　　回・週) 12. 利用なし	1. 医療のデイケア(　　回・週) 2. [通所介護]・生活支援施設(　2 回・週) 3. 訪問リハ(　　回・週) 4. 訪問介護(　　回・週) 5. 訪問看護(　　回・週) 6. 配食サービス(　　回・週) 7. 福祉用具・補装具(内容：　　) 8. 住宅改修有 9. ショーステイ(　　回・週) 10. 就労支援施設 11. 地域活動支援センター等相談機関 13. 機能訓練施設等(通園・療育・通所リハ) (　　回・週) 12. その他(　　)(　　回・週) 12. 利用なし
その他の社会資源 利用状況	1. 一般就労・シルバー人材センター 2. 教育(学校・養護学校・訪問教育・寿大学・通信教育・生涯学習を含む) 3. 健康増進施設 4. 市町村等が実施する介護予防事業 5. サロン等老人クラブ活動等(自助グループ、患者会を含む) 6. カルチャー教室 7. ボランティア活動 8. 老人会等地区組織活動 9. その他(　　)	1. 一般就労・シルバー人材センター 2. 教育(学校・養護学校・訪問教育・寿大学・通信教育・生涯学習を含む) 3. 健康増進施設 4. 市町村等が実施する介護予防事業 5. サロン等老人クラブ活動等(自助グループ、患者会を含む) 6. カルチャー教室 7. ボランティア活動 8. 老人会等地区組織活動 9. その他(　　)
ケアマネの設定した課題	市営住宅の 5 階の階段を安全に昇り降りすることができる. (できれば 2 表のコピーを匿名化して添付)	

趣味活動、家事活動を通して生活を再構築した事例　A 氏

1. 報告の目的

今回、在宅生活を送る独居高齢者を対象に生活行為向上マネジメントを活用したアプローチを実施した。9 年前に脳梗塞を発症し夫婦 2 人暮らしをしていたが、半年前に妻と死別し、それ以降不活発な生活となっていた。作業療法士とともに活動を経験することで、以前から行っていた「電車で旅行し写真をとる」という活動を再開できるようになった。対象者の意味のある作業を獲得することで生活に変化がみられたので、経過を報告する。

2. 事例紹介

A 氏 60 歳代半ば男性、脳梗塞右片麻痺。要支援 1、寝たきり度 A1、認知症自立度は正常。9 年前に脳梗塞発症し、救急搬送。発症 2 週間後に回復期病院転院。4 ヶ月の治療を経て自宅復帰となる。退院時、独歩自立レベル、右上肢は補助手レベル、ADL は自立しており、妻との 2 人暮らしで特に介助を要すことなく生活していた。また趣味である「電車での旅行、写真を撮ること」を妻と楽しみながら過ごしていた。しかし、半年前に妻と死別し、それから外出の頻度が減少し、自宅内で閉じこもりがちな生活であり、家事全般は配食サービスや訪問介護を利用していた。A 氏の担当である B 町の地域包括支援センターの担当ケアマネジャーより相談を受け、C 地区の在宅リハビリテーション広域支援センターの相談事業の一環で、今回、生活行為向上マネジメントを導入し、アプローチを実施した。

3. 作業療法評価

作業目標は「電車で旅行したい。一眼レフカメラで写真を撮りたい、味噌汁作り」との希望が聞かれた。

心身機能面の状態は、右片麻痺（Brunnstrom Stage 上肢・手指Ⅳ、下肢Ⅴ）、補助手レベル。強みは利き手交換にて左上肢主体での片手動作可能、認知面、精神面問題なし、元々は活発な性格などが挙げられた。右上肢は使い方次第で補助手にもなり得ることが予測されたが、一眼レフカメラは重量もあり、両手での巧緻性を求められるため、現状の機能では困難な作業と予測された。

活動参加面では、片手動作を余儀なくされているが、強みは左上肢主体でのセルフケアは全自立。また洗濯や簡単な料理などは片手で遂行可能であったが、訪問介護に任せてる状態であった。移動は、屋内外ともに独歩自立であったが、外出頻度減少により耐久性、体力の低下を認めた。以前は 5km 程度の連続歩行可能であったが、現在は 1km 程度で疲労感を訴える。年齢や以前の体力も考慮したうえで、全身耐久性も活動量が増える事で向上することが予測できた。

環境面では、趣味活動を行う仲間がいない。強みは、近隣にスーパーや駅が近い事があり、歩行能力向上とともに、A 氏の生活に必要な場所への外出が可能と予測できた。

以上の評価より、「D 会社主催のウォーキングに電車にて参加し、デジカメで写真を撮る、朝食作りや洗濯ができる」という目標を設定した。開始時の実行度1、満足度1であった。

4. 介入の基本方針

電車で旅行をする、デジカメで写真を撮ることが実現できるようになり、閉じこもりがちな不活発な生活からの脱却を図りたい。また、家事動作に関しては能力もあり、作業聞き取りの中でも A 氏は「味噌汁ぐらいは自分で作れ

れば」という意見からも、自宅内 ADL 以外の活動を見直し、家事等も一部行えるようなるという方針で、基本・応用・社会適応プログラムを実施していく。

5. 作業療法実施計画

屋外歩行や外出に関しては、妻死別後に外出頻度が減少したことや、人的環境も乏しいことが要因であると考えた。また家事動作に関しては、これまでは妻が担っており、片手での家事活動の経験不足や要領を得ていないこと、工夫次第では両手動作での洗濯なども可能になるが、その指導もなされていなことが大きな要因として考えられる。

それらを踏まえ、作業療法実施計画を考えた。基本的プログラムは、OT と共にリュックサックを背負っての屋外歩行訓練（不整地や階段昇降も含め）、左上肢主体でのデジカメ操作訓練を実施し、その後本人の自己訓練へと移行する。また洗濯や簡単な調理（味噌汁作り）訓練を行い、右上肢の補助手での作業訓練を実施する。

応用的プログラムは、屋外歩行の安全性が確認できれば、実際に電車を使っての移動訓練と近隣にあるスーパーでの買い物訓練を OT と共に実施する。買い物訓練にて自立を確認できれば、歩行の耐久性向上を目的に本人 1 人で自己訓練として買い物に歩行で週 3 回行くことを計画する。

社会適応プログラムは、実際に D 会社主催のウォーキングに申し込み、参加する。OT と参加し、その中で動作確認、デジカメでの写真撮影も行い、その後写真を現像し、振り返りを行うこととした。また訪問介護とも連携を図り、朝食は自己で作り、洗濯は見守り、事例が困難なトイレや風呂の掃除を行ってもらうなどのポイントを指導し家事支援を減らしていく。

6. 介入経過

生活行為向上マネジメントシートにて合意した「D 会社主催のウォーキングに参加し、デジカメで写真を撮る、朝食作りや洗濯ができる」という目標の達成のため、まずは具体的に参加する日程を検討した。初期評価、予後予測の結果、2 ヶ月で目標達成できる機能・能力を有していると判断し、また近隣の E 市で開催されるウォーキングがあることが判明したため、2 ヶ月後に参加する事を定めた。その目標に向けて、週に 1 回、1 時間程度の頻度で開始した。まずは体力向上、屋外歩行能力確認も含め、荷物を持っての屋外歩行訓練を実施。1回目の訪問で安全性は確認、その後自己訓練（自宅周囲の散歩）へと移行した。2 回目訪問から自宅内で左手でのデジカメ操作、上下反転させてカメラを操作する事や、座位や立位にて洗濯物を右上肢を補助手として使用しながらの作業や味噌汁作りなども併せて指導した。3 回目の訪問では訪問介護と同行してもらい、朝食作りや洗濯活動の能力を共に確認してもらい、見守りなどの自立支援のポイントを指導、また困難なトイレや風呂の掃除を行ってもらうなど指導した。

1 ヶ月後には屋外歩行は耐久性、安全性ともに実用的となり、近隣のスーパーに OT ともに味噌汁の具などを買いに行く訓練も導入し、また電車の利用も行い、安全を確認できた。A 氏も目標を明確に持てたことや徐々に体力も向上してきたことで、意欲的に活動に取り組めるように変化してきた。

導入から 2 ヶ月後には、実際に電車にて集合場所まで移動し、OT ともにウォーキングに参加した。5km 程度のコースを 2 時間程度かけて散策し、その際、デジカメで花の写真を撮るなどした。参加後は自宅にて撮影した写真をパソコンにて現像したが、「撮り方が下手になっている。次はもっと上手く撮るぞ」など、また前向きな発言も聞かれた。また、洗濯やご飯や味噌汁程度であれば自分で用意するようになり生活全般の質的変化を認めた。

7. 結果

A 氏との合意した目標「D 会社主催のウォーキングに参加し、デジカメで写真を撮る、朝食作りや洗濯ができる」は、ほぼ達成された。自己評価における実行度は 8 となり、満足度は 5 となった。満足度に関しては、まだ写真が上手く撮影できなかったことから A 氏の自己評価は低い結果となっている。また、家事活動などの IADL への関わりを通して、片手主体での動作指導、また洗濯や調理に関しても麻痺側上肢を補助手として使用する指導も行った結果、洗濯や簡単な調理も可能となった。また訪問介護への家事活動の支援ポイントなど指導も行え、自立を目指した支援へと変化し、訪問介護の回数は週 3 回から週 2 回（事例が困難なトイレや風呂の掃除などは訪問介護が実施）へと変化した。評価結果は、BI は初期同様に 100 点、家事活動への参加や屋外での活動も増えたことから老研式活動能力指標は 7 点から 8 点、FAI は 14 点から 23 点へと点数が向上した。HUI に関しては歩行や全体的健康状態で改善がみられた。

また、ウォーキングに参加した翌日に担当ケアマネジャーに電話を入れ「久しぶりに楽しかった。」と満足した様子を伝えていたとの事であった。

8. 考察

今回は A 氏の担当である地域包括支援センターの担当ケアマネジャーより相談を受け、C 地区在宅リハビリテーション広域支援センターの相談事業の一環で、地域包括支援センターや訪問介護と連携し、在宅で生活する独居高齢者を対象に生活行為向上マネジメントを活用したアプローチを実施した。

A 氏の生活が不活発になっている経緯としては妻との死別にあった。以前は夫婦で旅行に出かけたり、妻の協力のもと一眼レフカメラで写真撮影をするなど、共通の趣味として行っていたことが A 氏の話から伺えた。もともと社交的で活発な生活を送っていた A 氏にとっては作業に取り組む何かしらのきっかけが必要であったと考える。そのきっかけとして生活行為向上マネジメントにおける合意目標や作業療法の介入が大きな意味を持ったと考える。

また生活行為アセスメントシートでは、A 氏の生活行為を妨げる要因のみではなく、強みの部分を共有できたことが、本来気づきにくい対象者自身の当たり前にできていること、それが強みであり、対象者自身も健康な部分が十分にあるという認識を持つことができたとも考える。A 氏の今後の課題としては、このような活動を継続、共感できる仲間作りが必要となる。地域の社会資源から模索し必要な人的環境整備を行う必要がある。

A 氏のように脳梗塞の既往はあるものの、ADL には問題がない対象者や、また予防期にある対象者に対して、趣味活動や IADL 活動の経験を通して関わることが、将来的な ADL 低下予防、布いては生活全体の活性化に繋がると考える。今後も本ツールを活用し、対象者にとって価値があり、意味を持つ作業に焦点をあてたアプローチを展開したい。

生活行為向上マネジメントシート

記入日：H25 年　9 月　6 日

生活行為アセスメント	生活行為の目標	本人	電車で旅行したい。一眼レフカメラで写真を撮影したい。味噌汁作り				
		キーパーソン	※独居の為、介護者なし。聴取不可。				
	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 (ICF コード)	b760　右片麻痺 (BRS 上肢・手指Ⅳ、下肢Ⅴ) b455　全身耐久性低下		d155　片手での一眼レフカメラの使用困難 d630、640　家事全般の経験不足 d470　1 人での交通機関利用は経験不足		e310　妻が亡くなり、独居生活。 e320　共通の趣味をもつ友人がいない。	
	現状能力 (強み) (ICF コード)	b700　左上下肢機能が正常 b100　精神・知的機能は正常 活発・社交的な性格		d450　屋外歩行独歩可能 d500　セルフケア全自立 妻と共に外出機会は多かった。		e140　写真撮影の道具は揃っている。 e575　社会サービスはある。 近隣に駅やスーパーがある。	
	予後予測 (いつまでに，どこまで達成できるか)	右上下肢の機能向上は望めないが、つまむ、押さえるなど補助手としての役割は獲得できる。全身耐久性も活動量の増加に伴い向上も可能。		屋外含め歩行は独歩にて自立しており、体力向上に伴い歩行距離の延長も望める。また家事動作も意欲をもっており動作指導にて遂行可能となる。		本人の能力で移動できる範囲に必要な施設が整っているため、外出は可能となる。また写真撮影に必要な道具も揃っており、操作可能となる。	
	合意した目標 (具体的な生活行為)	①D 会社主催のウォーキングに電車にて参加し、デジカメで写真を撮る ②朝食作りと洗濯が行える。					
	自己評価*	初期	実行度　1 /10	満足度　1 /10	最終	実行度　8/10	満足度　5/10

***自己評価は本人の実行度（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	社会適応プログラム
	いつ・どこで・誰が・何を実施・支援	本人	計画	屋外歩行訓練、右上肢の自己管理、右上肢での補助手訓練	デジカメの操作訓練、電車の利用訓練、買い物訓練、調理や洗濯訓練	ウォーキングに実際に参加し、写真撮影。家事活動をヘルパーと分担し行う。
			結果	右上肢機能変化はないが、補助手としての参加は若干増加。	左手主体でデジカメ操作は獲得。買い物や洗濯、簡単な調理も可能。	2 ヶ月後、ウォーキングと写真撮影の実施は可能。家事活動も可能な事は遂行している。
		家族	計画			
			結果			
		支援者 (職種明記)	計画	週 1 回 OT と共に屋外歩行訓練を実施し、その後自宅周囲の散歩へと移行する。	2 回目訪問以降で調理訓練。活動確認後、ヘルパーと同行訪問にて支援確認、指導。	2 ヶ月後、ウォーキングへ参加。家事活動はヘルパーへポイントを指導。
			結果	OT との歩行訓練、自己訓練もあり、4 回目の訪問時には 5km 歩けるようになった。	4 回目訪問で買い物、洗濯、味噌汁作りも可能、ヘルパー見守りによる自立支援も定着。	洗濯はヘルパー見守りのもと可能。訪問介護介入は週 2 回になる。
	実施・支援期間			H25 年　9 月　6 日　～　H25 年　10 月　25 日		
	達成			■達成　□変更達成　□未達成（理由：　　）　□中止		

本シートの著作権（著作人格権、著作財産権）は一般社団法人日本作業療法士協会に帰属しており、本シートの全部又は一部の無断使用、複写・複製、転載、記録媒体への入力、内容の変更等は著作権法上の例外を除いて禁じます。

課題分析モニタリング表

アセスメント項目		現状能力	予後予測		課題重要性
			このまま推移	介入後	
基本動作	起き上がり	自立	自立	自立	
	立位保持	自立	自立	自立	
	床からの立ち上がり	自立	自立	自立	
	床のものを拾う	自立	自立	自立	
ADL（BI）	食事	自立	自立	自立	
	イスとベッド間の移乗	自立	自立	自立	
	整容	自立	自立	自立	
	トイレ動作	自立	自立	自立	
	入浴	自立	自立	自立	
	平地歩行（車椅子駆動）	自立	自立	自立	
	階段昇降	自立	自立	自立	
	更衣	自立	自立	自立	
	排便コントロール	自立	自立	自立	
	排尿コントロール	自立	自立	自立	
IADL（FAI）	食事の用意	時々	まれに	週3回以上	5
	食事の片付け	時々	まれに	週3回以上	
	洗濯	時々	まれに	週1回以上	6
	掃除や整頓	していない	していない	週1回以上	
	力仕事	していない	していない	まれに	
	買物	まれに	していない	週1回以上	7
	外出	まれに	していない	週1回以上	3
	屋外歩行	時々	していない	週1回以上	1
	趣味	まれに	していない	時々	2
	交通手段の利用	していない	していない	時々	4
	旅行	していない	していない	時々	
	庭仕事	していない	していない	時々	
	家や車の手入れ	していない	していない	軽作業	
	読書	月2回以上	月2回以上	月2回以上	
	仕事	していない	していない	していない	
老研式抜粋	年金などの書類を	書ける	書ける	書ける	
	新聞などを	読んでいる	読んでいる	読んでいる	
	本や雑誌を	読んでいる	読んでいる	読んでいる	
	健康についての記事や番組に	関心ある	関心ない	関心ある	
	友達の家を訪ねること	ない	ない	ない	
	家族や友達の相談にのること	ない	ない	ない	
	病人を見舞うこと	できない	できない	できない	
	若い人に自分から話しけること	ない	ない	ない	
他					

課題個々の要因分析

IADL面の低下予防が重要。屋外歩行や外出に関しては、妻死別後に外出頻度の減少や、人的環境も乏しいことが要因。また家事動作に関しては、これまでは妻が家事は担っており、片手での家事活動の経験不足や、片手動作での困難さもある。片手での家事活動の要領を得ていないことや、工夫次第では両手動作での洗濯なども可能になるが、その指導もなされてないことが大きな要因。IADLの頻度減少は生活を不活発にし、最終的にはADLの低下にもつながる。今の時期に社会参加や家事活動を継続することが生活全体の予防に繋がると考える。

課題解決目標

目標は、本人の希望でもある「旅行する、写真撮影をする」をOT共に実現可能のものとし、それをきっかけに外出頻度の増加、社会参加の習慣を獲得する事。またIADL活動の頻度減少は活動量低下に繋がることが懸念させれるため、洗濯や簡単な調理動作（毎朝の味噌汁作り）は、片手動作での動作習得、また補助手としての麻痺側の参加獲得を目指し、指導を行う。

（チームの）総合的援助方針

屋外歩行の安定、外出頻度の増加、活動量の向上を図り、不活発な生活からの脱却を図る。そのためにも、まずはOTの介入をきっかけとして、できる活動を増やし、できる実感を得てもらう。また訪問介護とも連携を図り、朝食は自己で作り、洗濯は見守り、事例が困難なトイレや風呂の掃除を行ってもらうなどのポイントを指導し家事支援を減らしていく。また社会資源の活用、同じ趣味をもつ仲間作りも今後の活動を継続していくこととしては重要になることが考えられる。

評価	考察
自立	今回、生活行為向上マネジメントを活用し本人との合意した目標でもある「電車で旅行し、デジカメで写真撮影する。朝食作りや洗濯ができる」を本筋としてアプローチを行った。2ヶ月間、8回の訪問の結果、ウォーキングに参加し写真撮影ができた。また家事活動に関しても、片手主体での動作指導、また洗濯や調理に関しても麻痺側上肢を補助手として使用する指導も行い、洗濯や簡単な調理も行えるようになった。またヘルパーへの家事支援のポイント指導により自立支援を考慮した適切な家事支援も行え、週3回の支援から週2回への支援へと変化した。維持期また予防期にある対象者に対して趣味活動やIADL活動を通したアプローチを展開することが、将来的なADL低下の予防、布いては生活全体の活性化に繋がると考える。
自立	
自立	
自立	
自立	
自立	
自立	
自立	
自立	
自立	
自立	
自立	
自立	
週3回以上	
時々	
週1回以上	
まれに	
していない	
週1回以上	
時々	
週1回以上	
まれに	
まれに	
まれに	
していない	
していない	
月2回以上	
していない	
書ける	
読んでいる	
読んでいる	
関心ある	
ない	
ない	
できない	
ない	

生活行為向上マネジメント基本情報

提出者 所属・氏名	所属: 氏名:	問い合わせ ID 連絡方法	ID: メール:
事例種別	【医療】□一般急性期　□一般回復期　□維持期　□精神・認知症 □小児　□その他(　　) 【介護】□老人保健施設　□通所リハ　□訪問リハ　□通所介護 □訪問介護　□介護支援専門員・地域包括支援センター □その他(　　) 【自立支援】□身障　□知的　□精神 【その他】　■その他(　在宅リハビリテーション広域支援センター　)		
主疾患名	脳梗塞	発症からの期間	約 9 年
現病歴	脳梗塞後遺症　右片麻痺		
既往疾患	1循環器系:(高血圧)(脳卒中)心臓病, その他 2内分泌・栄養・代謝障害:糖尿病, 高脂血症, その他 3呼吸器系, 4消化器系, 5泌尿器・生殖器系, 6筋骨格系, 7外傷、中毒系:骨折, その他, 8がん, 9血液・免疫系, 10 感染症,　11 精神・行動障害:認知症, その他, 12 神経系:神経難病, その他,　13 目の病気,　14 耳の病気、 15 皮膚の病気,　16 歯科,　17 その他(　　), 18 なし		
性別	(男性)・女性	年齢	66才
配偶者	あり・(なし)	家族構成	1人
生活保護	あり・(なし)	本人以外の家族の人数	妻死別後、独居(介護者なし)
要介護度	(要支援 1)・2・要介護 1・2・3・4・5		
介護者の有無	1 配偶者, 2息子・娘　3, 息子・娘の配偶者　4, 孫　5, 兄弟・姉妹　6, その他		
介護者の年齢	1, 65 歳未満　2, 65～74 歳　3, 75～84 歳　4, 85 歳以上		
生活歴 (学歴・職歴・ 趣味を含む)	大学卒業後は建築会社勤務、60 歳で退職後、現在でも会社の同僚などとは交流はある。半年前に妻を亡くしそれ以降は 1 人暮らし。閉じこもりがちな生活。子供は 2 人いるが、いずれも家族を形成しており、交流は年に 2～3 回程度。娘が時折相談相手になっている。以前より電車好きで時刻表を眺めることや電車での旅行、電車や風景を撮影することを好む。また古い一眼レフカメラや三脚などを持っており、カメラに対するこだわりは強い(定年後、妻生前までは一緒に趣味を楽しんでいた)。		
日常生活自立度 (寝たきり度)	正常・J1・J2・(A1)・A2・B1・B2・C1・C2		
痴呆性老人の 日常生活自立度	(正常)・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M		
住宅・住処	(1. 持ち家)　2. 賃貸住宅・借家　3. ケア付き住宅　4. その他(　　)		
年金の種類	1. 国民年金　(2. 厚生年金)　3. 共済年金　4. 老齢福祉年金のみ　5. その他(　　)		
収入の有無	1. 収入のある仕事をしている　(2. していない)		

地域移行・連携・社会資源情報

入院・入所またはサービス利用開始からの期間		日
介入期間		51 日
地域移行支援取組みの有無	退院前訪問　あり・(なし) 退院リハ指導　あり・(なし)	退院時カンファレンス参加　あり・(なし) 退院後訪問指導　あり・(なし)
社会資源	介入時	介入後
ケアマネ等関与	(あり)・なし	(あり)・なし
サービス利用状況	1. 医療のデイケア(　　回・週) 2. 通所介護・生活支援施設(　　回・週) 3. 訪問リハ(　　回・週) (4.) 訪問介護(　3 回・週) 5. 訪問看護(　　回・週) (6.) 配食サービス(　7 回・週) 7. 福祉用具・補装具(内容：　　) 8. 住宅改修有 9. ショーステイ(　　回・週) 10. 就労支援施設 11. 地域活動支援センター等相談機関 13. 機能訓練施設等(通園・療育・通所リハ) (　　回・週) 12. その他(　　)(　　回・週) 12. 利用なし	1. 医療のデイケア(　　回・週) 2. 通所介護・生活支援施設(　　回・週) 3. 訪問リハ(　　回・週) (4.) 訪問介護(　2 回・週)　※トイレや風呂掃除 5. 訪問看護(　　回・週) (6.) 配食サービス(　7 回・週) 7. 福祉用具・補装具(内容：　　) 8. 住宅改修有 9. ショーステイ(　　回・週) 10. 就労支援施設 11. 地域活動支援センター等相談機関 13. 機能訓練施設等(通園・療育・通所リハ) (　　回・週) 12. その他(　　)(　　回・週) 12. 利用なし
その他の社会資源利用状況	(1.) 一般就労・シルバー人材センター 2. 教育(学校・養護学校・訪問教育・寿大学・通信教育・生涯学習を含む) 3. 健康増進施設 4. 市町村等が実施する介護予防事業 5. サロン等老人クラブ活動等(自助グループ、患者会を含む) 6. カルチャー教室 7. ボランティア活動 8. 老人会等地区組織活動 9. その他(　　)	1. 一般就労・シルバー人材センター 2. 教育(学校・養護学校・訪問教育・寿大学・通信教育・生涯学習を含む) 3. 健康増進施設 4. 市町村等が実施する介護予防事業 (5.) サロン等老人クラブ活動等(自助グループ、患者会を含む) (6.) カルチャー教室 7. ボランティア活動 8. 老人会等地区組織活動 9. その他(　　)
ケアマネの設定した課題	地域包括支援センター「自宅内で安全に生活ができる。」 （できれば 2 表のコピーを匿名化して添付）	

右片麻痺を呈した症例に対し生活行為向上マネジメントを用いた仕事復帰へのアプローチ

1.報告の目的

今回、右片麻痺を呈する回復期病棟入院中の症例を担当した。症例は、仕事復帰という目標があった。仕事は飲食店の店長をされており、店では会計・商品発注など事務作業や調理等を行っていた。仕事復帰に向けての目標は 1：通勤手段の獲得、2：事務作業が出来ること、3：簡単な調理や片付け等が出来る事であった。生活行為向上マネジメントを利用して 3 か月間の介入後、仕事復帰が可能な状態となって退院できた為に報告する。

2.事例紹介

30 代前半の男性。脳出血による右片麻痺、失語症。利き手は右手。現病歴は、X 年 5 月下旬に右片麻痺が現れ救急搬送となった。搬送先の病院にて開頭血腫除去術を施行し、X 年 7 月中旬に当院に転院となった。既往歴は、高血圧症があったが服薬はしていなかった。家族構成は、妻と二人の子供がいる。家屋環境は、2 階建ての一軒家。仕事は、飲食店の店長をされており、仕事の内容は、調理・会計・食材発注業務・片づけなど多岐に渡るが、従業員へ指示を出す事や経営の戦略を考えるなど、身体機能を求められる現場の仕事だけではなかった。職場へは車で通勤されており、店舗が駅から離れた場所にある為に電車の利用は難しい状況であった。仕事が忙しい為に休日は少なく、仕事が生きがいとなっていた。趣味は特にないとのことだが、休日はパチンコにいくことがあるとのことだった。

3.作業療法評価

目標設定の為にインタビューすると「仕事復帰したい」という目標があった。また、その為に必要な事を聴取すると「右手を使って調理すること」を挙げていた。その時点では、屋外歩行や杖なしの歩行が難しい状態であったが、通勤の事や店の中で物を持って移動する事等に考えが及んでいないよう様子だった。話し合にて仕事復帰に向けての目標は、まずは通勤や店内で物を持って歩く為にも杖なしで歩行できる事とした。次に事務作業が出来ること、簡単な調理や片付けが出来る事とした。実行度は 2/10 点、満足度は 3/10 点だった。心身機能面は、BrunnstromStage が上肢 2 手指 2 下肢 4 であり、上肢は廃用手であった。感覚障害は深部感覚・表在感覚共に中等度鈍麻であった。高次脳機能障害は、失語症により言葉の想起に時間が掛かるが、日常会話は概ね可能であった。その他の高次脳機能障害として、計算、失行、注意障害などは大きな問題が見られなかった。

活動・参加面は、日常生活動作は、BI は 90 点であり、入浴は監視を要したがその他は自立していた。病棟内の移動は、杖歩行で平地は移動できたが階段昇降・屋外は未自立であった。

環境面は、家庭内にも段差や階段があるが、予後予測は家庭内 ADL は全て自立すると考えられた。職場の立地条件として電車通勤が難しく車での通勤が必要であった。また、店での役割は多岐に渡るが、まずは事務作業をこなす必要があった。

4.介入の基本方針

生活行為向上マネジメントを基に介入する。年齢が若く、子供の養育費のためにも所得が必要になる

ため、仕事復帰することが症例にとり最も必要な事と考えられた。介入にあたり、職場までの移動と職場内での移動の自立を最優先課題とし、調理や後片づけなどの両手動作を要する場面は、利き手交換を進めながら片手動作で出来るように介入していく。

５.作業療法実施計画

年齢が若い事と回復期の段階のため、身体機能が今後も回復すると考えられた。そのため介入の割合は、基本練習による身体機能回復への介入を多く実施しつつ、仕事復帰に向けての社会適応練習を適宜導入していくこととした。また、3 か月の介入のうちに、前半 1 か月半は基本練習を中心に実施し、後半の 1 か月半は応用練習や社会適応練習を増やして介入することとした。

基本練習は、麻痺側上肢・下肢の筋緊張の調整、座位・立位のバランス練習、麻痺側上肢のリーチ動作の練習、歩行練習などを行う。実施頻度は、前半は毎日実施し症例の潜在的な身体能力を出来るだけ回復できるように介入することとした。

応用練習は、階段昇降練習や屋外歩行練習を行う。前半は未自立な動作の為にセラピストと実施していくが、自立するに従って徐々に自主トレーニングに切り替わるように促していく。また、PT と連携のもと屋外歩行用に装具の検討を行う。

社会適応練習は、仕事復帰を想定して利き手交換しながら、食器を片づける事や調理の練習を行う。事務作業のために左手でのパソコン操作や書字動作の練習を行う。また、通勤手段の獲得の為に、車への乗車練習や模擬的な車の操作練習を行うこととした。

６.介入経過

身体機能面は、年齢が若い事もあり前半では日を追うごとに回復された。麻痺側上肢よりも下肢の回復が早く、8 月下旬には短距離の屋外歩行が自立した。歩行中に麻痺側上肢の痙性が高まる事が増えた為、上肢機能向上の練習も行いながら痙性の減弱を図った。9 月上旬には、肘関節の伸展と手指の随意性が若干回復した事もあり、廃用手ではあるが歩行中に痙性が高まる事が少なくなった。10 月になると物を抑える為に麻痺側上肢を使用する等も見られたが、操作性は低く退院時も廃用手であった。活動面は、1 時間 30 分ほど屋外歩行できるようなり、階段昇降は手すりを使用するが、15cm 程の高さならば支持物なしでも段差昇降ができるようになった。入浴も含めて ADL は全て自立となり、外泊時の ADL も自立して行えた。社会参加においては、車の乗降は出来るようになったが、車の操作ではアクセルを左側にする改造が必要であった。ご家族様に情報提供を行った結果、自動車免許センターに相談の上で、車の改造を行う予定となり職場までの通勤も可能となった。調理は、片手動作で行い、食材を切る際には釘付きのまな板やピーラーなどの調理補助具を使用し、時間は要するがカレーライスを作ることができた。また、後片付けも片手であるが、食器を洗うことや食器を運びながら歩く事もできた。ご本人さまは、片手での動作の為に時間が掛かることや不自由感がある為に、調理活動に対する満足度は低いが、店内の仕事も「少しは出来るかもしれない」と自信をのぞかせる発言もあった。パソコンの操作や書字動作も若干の時間を要するが、利き手交換にて左手で出来るようになった。心理的な変化は、介入の前半時は上肢に対して悲観的な発言があり、仕事に対しても不安感がある様子だった。しかし、片手動作の獲得や屋外歩行の自立などで、出来ることが増えるに従って仕事復帰に対して前向きに考えられるようになった。

７.結果

心身機能面は、BrunnstromStage が上肢 3 手指 3 下肢 5 となったが、上肢は依然として廃用手であった。上肢の機能回復を強く望んでいた事もあり、上肢については悲観的な様子が伺われた。失語症が残存している為に接客の際に不安があるが、仕事を行う上ではさほど支障をきたさないレベルまで回復した。活動面は、日常生活作は、BI は 100 点となり全て自立した。病棟内は、独歩で移動し、屋外も 1 時間 30 分程度歩行が出来るようになった。社会参加の仕事復帰については、車通勤できる状態となり、店長としてお店の経営管理や事務作業をこなすことが可能と思われる状態となった。しかし、調理や後片付けの多くは、従業員に行って頂く必要がある状態である。ご本人さまは、「不安はあるけれど、やらなければならないんだし、時間かければできますよ」と不安と自信が入り混じっているような発言があった。目標としていた、仕事復帰の為の屋外歩行、片手での事務作業などの実行度は 8、満足度も 8 となり初回評価時より改善した状態で退院を迎えることが出来た。退院後は、当院の外来リハビリ訓練を継続にてフォローアップしながら仕事復帰する事になった。

８.考察

今回、仕事復帰が一番大切な生活行為と考えられる症例を担当した。そこで、生活行為向上マネジメントを用いて症例の仕事復帰に関わった。症例は飲食店の店長をしており、仕事復帰に必要な事を評価すると、職場までの通勤、事務作業、調理や後片付けなど現場業務の 3 つに別ける事ができた。目標について話し合う中で、まずは職場までの通勤手段の獲得、次に事務作業の為のパソコン操作や書字動作、次に現場の業務が出来る事であった。

通勤や仕事の為にも歩行の安定が重要課題であった為、介入の前半ではバランス訓練や歩行訓練を中心に行い、介入から 1 か月程で屋外や段差昇降も可能となった。また、利き手交換を進めながら調理や食器の片付け等の練習を行う中で、時間を要するが片手でも出来ることは多くある事を体験し、仕事復帰に向けて自信が取り戻せてきた様子があった。自信の獲得の為には自己効力と自尊心が必要 1）と述べられており、自己効力感は最初からあるものではなく、作業を経験し重ねることによって構築されるものである 2）と述べられている。本症例も作業遂行による成功体験の繰り返しが自己効力感の向上に繋がり、仕事への自信の回復に至ったと思われる。

麻痺側の機能低下により、介入の前半では悲観的な発言が聞かれ、精神的に大きくショックを受けている印象を受けた。しかし、仕事に復帰するという目標を見据えて介入していくことで、表情が明るくなり、心持も前向きな状態になっていった。このような事から、生活行為向上マネジメントを用いて、主体的な目標を設定して介入する事は有効だと感じた。

９.文献

1）作業療法のとらえかた PART2（文光堂）P294 より引用
2）“作業”の捉え方と評価・支援技術(医歯薬出版株式会社)P66 より引用

生活行為向上マネジメントシート

記入日：25 年　8 月　19 日

生活行為アセスメント	生活行為の目標	本人	仕事(飲食店の店長)に復帰したい。				
		キーパーソン	仕事に復帰して欲しい。				
	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 (ICF コード)	下肢の支持性が乏しい。上肢は廃用手。失語症により言葉の想起に障がいがある。		病棟内は杖で歩行が可能であるが、屋外での歩行は難しい。ＡＤＬは入浴の監視以外は自立。		職場に行く為に車の運転が必要な為にアクセルの変更が必要。職場内の段差に手摺りがない。	
	現状能力 (強み) (ICF コード)	不安定であるが、立位保持が可能。失語症による障がいはあるが、仕事上の会話は概ね可能。		屋内の歩行ができる。手すりがあれば段差昇降が可能。ＡＤＬは概ね自立している。		店長として簡単な事務作業や商品の発注業務はこなせる。非麻痺側下肢でアクセル操作が可能。	
	予後予測 (いつまでに，どこまで達成できるか)	失語症による換語困難は残存。上肢は廃用手。動的バランスは安定する。		屋外歩行と段差昇降が可能。利き手交換で仕事での簡単な作業が出来る。		車のアクセルを左足で踏めるように改造することで、車の運転が可能。	
	合意した目標 (具体的な生活行為)	仕事復帰に向けて、屋外歩行と段差昇降が自立し、職場に行くために車が運転できるようになる。片手での事務作業と現場の作業(食器の片付け等)ができるようになる。					
	自己評価*	初期	実行度 2 /10	満足度 3/10	最終	実行度 8/10	満足度　8/10

***自己評価は本人の実行度（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**

				基本的プログラム	応用的プログラム	社会適応プログラム
生活行為向上プラン	実施・支援内容					
	いつ・どこで・誰が・何を実施・支援	本人	計画	上肢・下肢の機能向上訓練、バランス訓練、	屋外歩行訓練、片手動作の練習	模擬的な車運転練習、仕事を想定した調理等の訓練、事務作業の練習
			結果	上肢は廃用手。長時間でも立位保持が可能。	1 時間半歩行が可能。利き手交換で書字等可能。	時間を要するが片手での事務作業・調理が可能。
		家族	計画	なし	面会時に屋外歩行を行って頂く。	車の改造の依頼。
			結果		屋外歩行が自立。	退院後に車を改造する予定となった。
		支援者 (職種明記)	計画	ＰＴ・ＯＴが関わる。	はじめは訓練時間だけで行うが、徐々に自主トレに移行する。	車についての情報提供。仕事復帰に向けての訓練を行う。
			結果	上肢は廃用手。長時間でも立位が可能。	自主トレも積極的に行えた。	仕事復帰が概ね可能な状態となった。
	実施・支援期間			25 年　8 月　19 日　～　２５年　11 月　15 日		
	達成			■達成　□変更達成　□未達成（理由：　　）　□中止		

本シートの著作権（著作人格権、著作財産権）は一般社団法人日本作業療法士協会に帰属しており、本シートの全部又は一部の無断使用、複写・複製、転載、記録媒体への入力、内容の変更等は著作権法上の例外を除いて禁じます。

課題分析モニタリング表

アセスメント項目		現状能力	予後予測		課題重要性
			このまま推移	介入後	
基本動作	起き上がり	自立	自立	自立	
	立位保持	自立	自立	自立	
	床からの立ち上がり	自立	自立	自立	
	床のものを拾う	自立	自立	自立	
ADL（BI）	食事	自立	自立	自立	
	イスとベッド間の移乗	自立	自立	自立	
	整容	自立	自立	自立	
	トイレ動作	自立	自立	自立	
	入浴	要介助	自立	自立	
	平地歩行（車椅子駆動）	自立	自立	自立	
	階段昇降	監視or介助	自立	自立	4
	更衣	自立	自立	自立	
	排便コントロール	自立	自立	自立	
	排尿コントロール	自立	自立	自立	
IADL（FAI）	食事の用意	していない	まれに	まれに	
	食事の片付け	していない	まれに	まれに	
	洗濯	していない	時々	時々	
	掃除や整頓	時々	週1回以上	週1回以上	
	力仕事	していない	時々	週1回以上	
	買物	時々	時々	時々	
	外出	していない	時々	週1回以上	
	屋外歩行	していない	時々	週1回以上	2
	趣味	まれに	時々	時々	
	交通手段の利用	していない	まれに	まれに	3
	旅行	していない	まれに	まれに	
	庭仕事	していない	していない	していない	
	家や車の手入れ	していない	軽作業	軽作業	
	読書	月2回以上	月2回以上	月2回以上	
	仕事	していない	週30時間以上	週30時間以上	1
老研式抜粋	年金などの書類を	書ける	書ける	書ける	
	新聞などを	読んでいる	読んでいる	読んでいる	
	本や雑誌を	読んでいる	読んでいる	読んでいる	
	健康についての記事や番組に	関心ある	関心ある	関心ある	
	友達の家を訪ねること	ない	ある	ある	
	家族や友達の相談にのること	ある	ある	ある	
	病人を見舞うこと	できない	できる	できる	
	若い人に自分から話しけること	ある	ある	ある	
他		未把握	未把握	未把握	
		未把握	未把握	未把握	

課題個々の要因分析
①仕事：通勤が困難、利き手に麻痺がある為に利き手交換しないと事務作業が困難　、調理や片付け等の実務動作が難しい。 ②屋外歩行：下肢の支持性の低下、バランスが不安定。 ③交通手段の利用：通勤の為にも車を運転したいが、右下肢に麻痺があるためアクセルの操作が出来ない。 ④階段昇降：手摺があれば監視にて可能であるが、麻痺側下肢の支持が不安定である。 ※重要性では仕事が一番であるが、自立する順番としては、屋外歩行と交通手段の利用が優位となる。
課題解決目標
仕事復帰が目標となる。そのために、屋外歩行の獲得、車の運転の獲得、利き手交換にて書字やパソコンなどの事務作業が出来る事、調理や片付けができることが必要となる。
（チームの）総合的援助方針
チームの目標も、仕事復帰することであり、その為に各部署ごとにアプローチする。 Nrs：病棟生活の自立支援。PT：屋外歩行や段差昇降の為に、バランスの安定化や歩行の安定性・耐久性の向上。ST：仕事復帰出来るレベルに言語能力の向上。OT：仕事で必要な作業である、事務作業、片手での調理、片付けなどの為に利き手交換の練習。ご家族さま：通勤の為に車の改修を検討。 管理栄養士：再発予防の為に塩分やカロリー制限などの栄養指導。

評価	考察
自立	仕事復帰を望んでいる回復期の症例である。年齢が若いこともあり、仕事復帰が症例にとって重要な生活行為と考えられた。仕事復帰の為に、職場までの通勤、事務作業、調理や後片付けなど現場業務が必要であった。利き手交換を進めながら調理や食器の片付け等の練習を行うなかで、時間を要するが片手でも出来ることは多くあることを体験し、仕事復帰が可能と思われる状態となった。また、車の運転は下肢の麻痺の為にアクセルを踏む事が難しい。自動車免許センターに行く事と、自動車の改修により車の運転が再獲得できる事を情報提供した。麻痺による機能低下により、介入の前半では悲観的な発言が聞かれ、精神的に大きくショックを受けている印象を受けた。しかし、仕事に復帰という目標を見据えて介入することで、表情が明るくなり、心持も前向きな状態になった。このような事から、主体的な目標を設定して介入する事は有効だと感じた。
自立	
自立	
自立	
自立	
自立	
自立	
自立	
自立	
自立	
自立	
自立	
自立	
自立	
まれに	
まれに	
時々	
週1回以上	
していない	
時々	
週1回以上	
週1回以上	
時々	
していない	
していない	
していない	
軽作業	
月2回以上	
週30時間以上	
書ける	
読んでいる	
読んでいる	
関心ある	
ある	
ある	
できる	
ある	
未把握	
未把握	

生活行為向上マネジメント基本情報

提出者 所属・氏名	所属: 氏名:	問い合わせ ID 連絡方法	ID: メール:
事例種別	【医療】□一般急性期　■一般回復期　□維持期　□精神・認知症 □小児　□その他(　　) 【介護】□老人保健施設　□通所リハ　□訪問リハ　□通所介護 □訪問介護　□介護支援専門員・地域包括支援センター □その他(　　) 【自立支援】■身障　□知的　□精神 【その他】　□その他(　　)		
主疾患名	脳出血	発症からの期間	70日
現病歴	X 年 5 月下旬にパチンコ店にて発症された。救急搬送された後に開頭血腫除去術しこうされた。同年7月中旬にリハビリ目的で当院に転院となった。		
既往疾患	1循環器系:高血圧, 脳卒中, 心臓病, その他 2内分泌・栄養・代謝障害:糖尿病, 高脂血症, その他 3呼吸器系, 4消化器系, 5泌尿器・生殖器系, 6筋骨格系, 7外傷、中毒系:骨折, その他, 8がん, 9血液・免疫系, 10 感染症,　11 精神・行動障害:認知症, その他, 12 神経系:神経難病, その他,　13 目の病気,　14 耳の病気、 15 皮膚の病気,　16 歯科,　17 その他(　　), 18 なし		
性別	男性 ・ 女性	年齢	31才
配偶者	あり ・ なし	家族構成	4人
生活保護	あり ・ なし	本人以外の家族の人数	3人
要介護度	要支援 1 ・ 2 ・ 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5		
介護者の有無	1 配偶者, 2息子・娘　3, 息子・娘の配偶者　4, 孫　5, 兄弟・姉妹　6, その他		
介護者の年齢	1, 65 歳未満　2, 65～74 歳　3, 75～84 歳　4, 85 歳以上		
生活歴 (学歴・職歴・趣味を含む)	高校を卒業後に調理師学校に通われた。21歳に料理店に勤務されたのち、28歳で飲食店の店長となった。趣味は特にないとのことだが、パチンコに行くことと本を読むことが好きとのこと。		
日常生活自立度 (寝たきり度)	正常 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2		
痴呆性老人の 日常生活自立度	正常 ・ Ⅰ ・ Ⅱa ・ Ⅱb ・ Ⅲa ・ Ⅲb ・ Ⅳ ・ M		
住宅・住処	1. 持ち家　2. 賃貸住宅・借家　3. ケア付き住宅　4. その他(　　)		
年金の種類	1. 国民年金　2. 厚生年金　3. 共済年金　4. 老齢福祉年金のみ　5. その他(　　)		
収入の有無	1. 収入のある仕事をしている　2. していない		

地域移行・連携・社会資源情報

入院・入所またはサービス利用開始からの期間		２５日
介入期間		８７日
地域移行支援取組みの有無	退院前訪問　あり・(なし)	退院時カンファレンス参加　(あり)・なし
	退院リハ指導　(あり)・なし	退院後訪問指導　あり・(なし)
社会資源	介入時	介入後
ケアマネ等関与	あり・(なし)	あり・(なし)
サービス利用状況	1.医療のデイケア(　回・週) 2.通所介護・生活支援施設(　回・週) 3.訪問リハ(　回・週) 4.訪問介護(　回・週) 5.訪問看護(　回・週) 6.配食サービス(　回・週) 7.福祉用具・補装具(内容：　) 8.住宅改修有 9.ショーステイ(　回・週) 10.就労支援施設 11.地域活動支援センター等相談機関 13.機能訓練施設等(通園・療育・通所リハ)(　回・週) 12.その他(　)(　回・週) (12.利用なし)	1.医療のデイケア(　回・週) 2.通所介護・生活支援施設(　回・週) 3.訪問リハ(　回・週) 4.訪問介護(　回・週) 5.訪問看護(　回・週) 6.配食サービス(　回・週) 7.福祉用具・補装具(内容：　) 8.住宅改修有 9.ショーステイ(　回・週) 10.就労支援施設 11.地域活動支援センター等相談機関 13.機能訓練施設等(通園・療育・通所リハ)(　回・週) (12.その他(医療保険での外来リハビリ)(　1　回・週) 12.利用なし
その他の社会資源利用状況	(1.一般就労・シルバー人材センター) 2.教育(学校・養護学校・訪問教育・寿大学・通信教育・生涯学習を含む) 3.健康増進施設 4.市町村等が実施する介護予防事業 5.サロン等老人クラブ活動等(自助グループ、患者会を含む) 6.カルチャー教室 7.ボランティア活動 8.老人会等地区組織活動 9.その他(　)	(1.一般就労・シルバー人材センター) 2.教育(学校・養護学校・訪問教育・寿大学・通信教育・生涯学習を含む) 3.健康増進施設 4.市町村等が実施する介護予防事業 5.サロン等老人クラブ活動等(自助グループ、患者会を含む) 6.カルチャー教室 7.ボランティア活動 8.老人会等地区組織活動 9.その他(　)
ケアマネの設定した課題	（できれば2表のコピーを匿名化して添付）	

閉じこもりの生活から野菜作りを通して、主体性を取り戻した症例

1.報告の目的

アルツハイマー型認知症を呈し、居室に閉じこもりがちになった症例に対して生活行為向上マネジメントを適用した。日常生活動作に介助を要し、心気的な訴えや帰宅願望も多かった症例であったが、野菜作りという「意味のある作業」の実現を通して、心気的な訴えも少なくなり杖歩行やトイレ動作の自立に繋がった。その結果、閉じこもることも少なくなり主体的に生活する場面が増えていった。その内容について報告する。

2.事例紹介

症例は 80 代、女性、診断名はアルツハイマー型認知症、不安神経症、妄想気分。要介護 2。農家の家庭で生まれ、小さい頃は田んぼや畑仕事の手伝いをして育っていった。結婚後は建具屋を営んでいた夫とともに、建具屋の手伝いをして生計をたてていた。症例も建具を作ったりお客さんを接待したりと、苦労をしながら一生懸命働いていた。2 人の子どもにも恵まれていたが、子どもが独立した後は夫と二人暮らしの生活となった。その後、早くに夫が他界し一人暮らしとなったが、畑仕事を続けながら隣近所とのお茶会を楽しみに生活してきた。80 代前半に短期記憶障害を認めアルツハイマー型認知症の診断を受けるが、小規模多機能型居宅介護を受け在宅生活は継続していた。その後、妄想様言動が著しくなったためショートステイ利用となったが、認知症状から在宅生活困難と判断され、施設入所となった。

3.作業療法評価

施設では食事や入浴以外は居室に閉じこもり、頭痛等の心気的訴えや、膝痛、帰宅願望を訴えることが多かった。BI は 55 点。移動は車いすだが、リハビリ時は 5m 程の杖歩行は可能。排泄時は下衣の上げ下げは全介助。介助時「私を立たせて」と依存的な言動が聞かれていた。HDS－R は 13 点。言葉の遅延再生は不正解。FAI は 0 点、老研式活動能力指標も 0 点、HUI の 7 番目の感情は e に該当し、趣味や他者との交流を楽しむ機会はほとんどなかった。初回面接より生活行為向上マネジメントを適用。作業聞き取りシートでは「早く家に帰りたい」と言ったため興味関心チェックリストを使用。その結果、「元気に歩けるようになって、またブドウ作りがしたい」という思いがあることがわかった。閉じこもりがちだったため、心身機能として「膝が痛い。何もできない。」と自己効力感の低下や上・下肢筋力・持久力の低下があったが、成功体験を積み活動性が向上すれば杖歩行での生活が獲得されると判断。活動・参加として対人交流は少ないが、特定の人とは楽しく会話、畳み物等の軽作業にも取り組むことができた。人との交流や日課活動が増えることで精神面の安定に繋がると予測した。また環境面の強みとして、施設に畑があることが挙げられた。以上より、「杖歩行が安定し、施設の畑で野菜作りができる」ことを目標とし症例とも合意。作業は行っていないため実行度は 1、満足度も 1 となった。

4.介入の基本方針

症例にとって「意味のある作業」と考えられた畑での野菜作りの実現を目指し、生活行為向上プランを作成。症例と目標を共有しながら、畳み物などの軽作業、体操、OTR との歩行練習などを生活の中に

組み込み、段階的に成功体験を積み重ねていく。活動性が向上し、作業への自己効力感が回復してきたら、畑へ行く機会を作り、野菜作りへと移行。症例が主体的に活動できる機会を増やしていく。

５.作業療法実施計画

症例と合意した「杖歩行が安定し、施設の畑で野菜作りができる」を目標に、作業工程分析、達成のためのプログラムを立案し、生活行為向上プランを作成した。基本的プログラムとしては上・下肢筋力訓練、歩行練習、集団訓練（週 1 回)、エプロン・清拭たたみなどの軽作業、個人回想法を取り入れた。基本的に OTR の個別訓練で行うが、軽作業に関しては日課として組み込めるよう介護士の協力を得た。応用的プログラムとしては立位での作業練習、育てたい野菜の選定、苗を植える、水やり、追肥、草取り、野菜の収穫を取り入れた。症例と一緒に野菜の本を見ながら育てたい野菜を選んでもらい、育て方のポイントについては症例が教え、OTR が指導されるという役割関係をとりながら進めていった。社会適応プログラムとしてはユニットでのレクへの参加を促し交流を図る、育て中の野菜の写真や収穫した野菜を仲間や職員にみせることを取り入れた。レクは毎日介護士がユニット内で行い、野菜作りがない日でも畑のことを話題に会話できるよう、個別訓練で撮った野菜の写真はユニット内の症例が見える場所に掲示。写真を介して会話が促進されるよう介護士の協力を得た。

６.介入経過

第一期：(痛みや帰宅願望の訴えが多い中、少しずつ野菜作りに意識が向き始めた時期：第 1～3 週) OTR との個別訓練では杖での歩行練習や筋力訓練に取り組むが、頭痛や膝の痛み、帰宅願望を訴えることが多く、その都度傾聴し対応した。介護士も軽作業を提供した時は訴えも少なくなるため、できるだけ日課として取り入れていった。2 週間後、15m 程なら安定した杖歩行が可能になったため、介護士の見守りで車いすから杖歩行に移行した。転倒もなく過ごし、個別訓練で園芸の本を見ながら畑に植える野菜を選んでいると「ナスがいい」と、ナスの育て方のポイントを OTR に指導してくれるようになった。

第二期：(肯定的な言動が増え、仲間との野菜作りを楽しみ始めた時期：第 4 週～6 週）帰宅願望は続いていたが、畑の話をすると「今度皆で畑にいこうさ」と仲間を誘うようになった。仲間と一緒に畑まで車いすで行くと、「ナスはあまり水をやらないほうがいいのよ」と自ら立ち上がり作業をするようになった。草取りや芽摘み等の作業にも取り組み、OTR にも指導しながら「こんな楽しい畑は初めてだ」と作業を楽しむ様になっていった。それ以外の余暇時間でも、仲間と冗談を言い合ったり、しりとりに誘ったりする場面が増えていった。

第三期（収穫を期に、主体的に仲間と交流する場面が増えてきた時期：第 7 週～）この時期には生活の中での杖歩行も安定しており、整容やトイレ動作も自立。収穫した野菜の写真をユニット内に展示すると、写真を見ながら仲間との会話を楽しみ、OTR のことを「ナスの兄ちゃん」と呼ぶようになっていった。畑で採れたきゅうりに味噌をつけて食べると、「頭が痛いのが治ったわ」と笑うようになり、心気的な訴えも少なくなっていった。また進んで食器洗いをしたり、軽作業に取り組んだりする様になり、主体的に作業に取り組み仲間と交流する場面が増えていった。

７.結果

目標としていた「杖歩行が安定し、施設の畑で野菜作りができる」は達成され、実行度は 8、満足度も

7 と改善した。実行度も満足度も 10 まで届かなかった理由は、施設の畑が自宅の畑に比べ規模が小さ過ぎると理由を話していた。

BI は 90 点。依存的な言動もなくなり、杖歩行やトイレ動作は自立。HDS－R は 22 点（＋9 点)、物品記銘や言葉の遅延再生で改善がみられた。FAI は 3 点、老研式活動能力指標は 1 点、HUI の 7 番目の感情は c に該当し、趣味や他者との交流を楽しむ機会が増えたことが加点に繋がった。時々、帰宅願望を訴えることはあるが、野菜作りを楽しんだり仲間と交流したりすることが気分転換となり、介入前より痛みや帰宅願望を訴える時間は減少していった。

８.考察

行動観察や各評価結果より、生活行為向上マネジメントを活用した OTR との関わりは、症例らしい主体的な人生を取り戻すのに有効であった。畑仕事に精を出しながら隣近所とのお茶会を楽しみに生きてきた症例にとって、畑仕事や仲間との交流がない閉じこもりがちな生活は症例らしい人生が失われた状態であったと言える。その状況の中、初期から生活行為向上マネジメントを活用したことによって、症例が目標とする生活を具体的にイメージできたこと、そしてそれに向けて成功体験を積み重ねることができたことが有効であったと考えられた。症例らしい人生の目標、すなわち「畑で野菜作りができる」という意味のある作業に向けた目標がなければ、杖歩行獲得だけのために苦痛になりがちな繰り返しの筋力訓練や歩行訓練が行われ、モチベーションの低下もまねきやすい。しかし、「膝が痛い。何もできない。」と自己効力感が低下し希望を見失っていた症例であっても、具体的に野菜を選び、畑を見に行き、畑で目標の実現に向けた成功体験を積み重ねることで、モチベーションを維持することができた。その結果、以前のような肯定的な自己を少しずつイメージすることができ、生きがいのある主体的な生活を取り戻すきっかけになったと考えられた。「意味のある作業」の実現は、主体的な生活と、その方らしい人生を取り戻すことへと繋がる。すなわち、生活行為向上マネジメントを活用した関わりは、機能の回復だけではなく、その方らしい「人生の回復」へと繋げるツールとして有効であると考えられた。

生活行為向上マネジメントシート

記入日：平成　２５年　５月　８日

生活行為アセスメント	生活行為の目標	本人	元気に歩けるようになって、またブドウ作りがしたい				
		キーパーソン	施設を利用し精神的に穏やかに生活してほしい				
	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 (ICF コード)	b730 上・下肢筋力低下 b280 右膝に痛みがある b445 全身持久力の低下 b130 自己効力感の低下 b117 認知機能障害（短期記憶、思考、理解力の低下）		d450 杖歩行可能だが、疲労により足取り悪くなる d230 自己効力感の低下から、居室に閉じこもりがち。その結果、不安等のストレスが蓄積され、BPSD（心気的訴え、妄想）へと繋がる。		e425 施設になれていないため、同じユニットの入所者や職員となじみの関係が築けていない e140 ユニット内にブドウや野菜作りができる環境がない	
	現状能力 (強み) (ICF コード)	b180 建具屋をしていたという自尊感情は高い b755 立位バランスは比較的良好 b730 歩行が可能な筋力は維持 b144 長期記憶やエピソード記憶は保持されやすい		d920 ブドウ作りの他にも、畑での野菜作りに興味がある d450 杖を使用し短距離歩行可能 d640 軽作業を促せば取り組む d350 特定の方と楽しく会話可能 d920 集団リハに参加している		e340 杖歩行は可能な範囲で職員の見守り可能 e140 施設の敷地内にブドウの木はないが、野菜を作れる畑がある	
	予後予測 (いつまでに，どこまで達成できるか)	・一日の活動量が増えることで、全身の筋力、持久力が改善する ・成功体験を繰り返すことで、自己効力感が回復する		・自己効力感の回復と共に、畑仕事や軽作業が生活の中に組み込まれ、閉じこもる時間が減少、BPSD が軽減する。 ・杖歩行、トイレ動作が自立する		・施設の畑を利用し、OTR との個別訓練で、野菜の栽培を楽しむことができる。 ・ADL が改善し BPSD が軽減すれば、グループホームへ退所可能	
	合意した目標 (具体的な生活行為)	杖歩行が安定し、施設の畑で野菜作りができる 退所後も趣味としてブドウ作りや野菜作りを楽しむ					
	自己評価*	初期	実行度　1/10	満足度　1/10	最終	実行度 8/10	満足度　7/10

*自己評価は本人の実行度（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	社会適応プログラム
	いつ・どこで・誰が・何を実施・支援	本人	計画	・上・下肢筋力訓練 ・棒体操等の上肢機能訓練 ・歩行練習　・集団訓練 ・エプロン、清拭たたみなどの軽作業 ・個人回想法（ライフレビュー）	・立位での作業練習 ・育てる野菜を選び苗を植える ・水やり　・追肥を行う ・草取りをする・収穫する ・収穫した野菜を仲間や職員にみせ、一緒に食べる	※退所後はグループホームを利用。 ・ブドウの木を植える ・水やり、消毒、棚つくり等の管理を行う ・野菜作りも継続する
			結果	杖歩行が安定。トイレ動作も自立。訓練や軽作業を通して成功体験を積むことができ、BPSD も軽減。活動への意欲が向上した。	立位での作業練習後、野菜の栽培を行う。ナスやトマトなど４種類の野菜を作った。収穫した野菜を仲間や職員と食べ、一緒に収穫の喜びを味わうことができた。	未実施
		家族	計画			・家族（息子、娘）が一緒にブドウの木を植える ・面会時に一緒に水やり等を行う
			結果			未実施
		支援者 (職種明記)	計画	OTR が中心に行う。軽作業は余暇時間に介護職が提供する。	OTR の個別訓練で実施する。 野菜の本を参考に、育てたい野菜を選んでもらう。	ブドウ作り、野菜作り、水やり等の管理は、施設の介護職員や家族が本人と一緒に行う ※BPSD が出現せず、穏やかな本人らしい生活ができる作業活動や対応について、OTR が家族や関係職員に助言する
			結果	軽作業は介護職の協力で、OTR 介入以外の余暇時間に提供できた。	ナスを選び、OTR にナスの育て方のポイントを教えてくれた。 OTR を「ナスの兄ちゃん」と言う様になり、よい関係作りができた	未実施
	実施・支援期間			平成　２５年　５月　８日　～　平成　２５年　７月　８日		
	達成			□達成　□変更達成　☑未達成（理由：退所の目標が未達成）　□中止		

本シートの著作権（著作人格権、著作財産権）は一般社団法人日本作業療法士協会に帰属しており、本シートの全部又は一部の無断使用、複写・複製、転載、記録媒体への入力、内容の変更等は著作権法上の例外を除いて禁じます。

課題分析モニタリング表

アセスメント項目		現状能力	予後予測		課題重要性
			このまま推移	介入後	
基本動作	起き上がり	自立	自立	自立	
	立位保持	見守り	見守り	自立	
	床からの立ち上がり	一部介助	一部介助	一部介助	
	床のものを拾う	一部介助	一部介助	見守り	3
ADL（BI）	食事	自立	自立	自立	
	イスとベッド間の移乗	監視or軽介助	監視or軽介助	自立	
	整容	要介助	要介助	自立	
	トイレ動作	部分介助	部分介助	自立	
	入浴	要介助	要介助	要介助	
	平地歩行（車椅子駆動）	車いす	車いす	自立	2
	階段昇降	できない	できない	監視or介助	
	更衣	部分介助	部分介助	自立	
	排便コントロール	自立	自立	自立	
	排尿コントロール	自立	自立	自立	
IADL（FAI）	食事の用意	していない	していない	していない	
	食事の片付け	していない	していない	していない	
	洗濯	していない	していない	していない	
	掃除や整頓	していない	していない	していない	
	力仕事	していない	していない	していない	
	買物	していない	していない	していない	
	外出	していない	していない	していない	
	屋外歩行	していない	していない	していない	
	趣味	していない	していない	週1回以上	1
	交通手段の利用	していない	していない	していない	
	旅行	していない	していない	していない	
	庭仕事	していない	していない	していない	
	家や車の手入れ	していない	していない	していない	
	読書	していない	していない	していない	
	仕事	していない	していない	していない	
老研式抜粋	年金などの書類を	書けない	書けない	書けない	
	新聞などを	読んでいない	読んでいない	読んでいない	
	本や雑誌を	読んでいない	読んでいない	読んでいない	
	健康についての記事や番組に	関心ない	関心ない	関心ない	
	友達の家を訪ねること	ない	ない	ない	
	家族や友達の相談にのること	ない	ない	ない	
	病人を見舞うこと	できない	できない	できない	
	若い人に自分から話しけること	ない	ない	ない	
他		未把握	未把握	未把握	
		未把握	未把握	未把握	

課題個々の要因分析

1、趣味
作業への自己効力感が低下。また、日中に興味のあることができないため閉じこもりがちになっている。その結果、不安等のストレスが蓄積されBPSD（心気的訴え、妄想）の要因となっている。今後生活の意欲に対する支援が必要であり、また症例がしたい作業である野菜作りやブドウ作りには、2、3の動作が必要になってくる。
2、平地歩行
下肢筋力低下、右膝の痛み、全身持久力の低下があり、短距離で疲労を訴える
3、床のものを拾う
下肢筋力低下、右膝の痛みあり、膝関節屈曲位での立位動作ができない

課題解決目標

1、趣味
作業療法士との個別訓練で、施設の畑での野菜作りを楽しむ。また退所後は、GHで介護職員や家族と一緒に野菜やブドウ作りを楽しむ。
2、平地歩行
日常生活での杖歩行が自立する。
3、床のものを拾う
畑での草取りや収穫作業ができるように、立位での畑作業ができるようになる。

（チームの）総合的援助方針

・野菜作りやブドウ作り、日課活動、仲間作りを行いBPSDが軽減することで、症例らしい生活が送れるよう支援していく。　・OTRはMTDLPを活用し、個別訓練時に症例が意欲的に野菜作りに取り組めるよう関わっていく。　・介護職はADLの介助以外に、レクや軽作業などの日課活動を生活の中に取り入れる。　・ケアマネージャーはOTRからの助言や介護職から生活の様子を聞き、退所に向けてのケアプランを立案し、調整を行っていく。

評価	考察
自立	施設での野菜作りが実現することで、症例らしい人生を取り戻すことに繋がり、BPSDの減少だけでなくADLも大幅に改善された。症例は早くに夫を亡くしたが、一人になった今でも、夫や子どもと共に、野菜やブドウ作りを楽しんだことを思い出深く語っていた。つまり、症例にとっての野菜やブドウ作りという作業は、家族との思い出そのものであり、夫が亡くなった今でも夫との作業を追体験できる唯一の作業だったと考えられる。しかし、その作業ができなくなり、症例らしい生活が失われ閉じこもりになった時、不安等のストレスが蓄積されBPSDに繋がったと考えられた。「意味のある作業」には、その方の人生における大切な意味が込められており、その作業を実現することは、その方らしい生活を取り戻すことへと繋がる。すなわち、意味のある作業の実現は、機能の回復だけでなく、その方らしい「人生の回復」への一助になると考えられた。
自立	
一部介助	
見守り	
自立	
自立	
自立	
自立	
要介助	
自立	
監視or介助	
自立	
自立	
自立	
していない	
していない	
していない	
していない	
していない	
していない	
していない	
していない	
週1回以上	
していない	
していない	
していない	
していない	
していない	
していない	
していない	
書けない	
読んでいない	
読んでいない	
関心ない	
ない	
ある	
できない	
ない	
未把握	
未把握	

生活行為向上マネジメント基本情報

提出者 所属・氏名	所属: 氏名:	問い合わせ ID 連絡方法	ID: メール:
事例種別	【医療】□一般急性期　□一般回復期　□維持期　□精神・認知症 □小児　□その他(　　) 【介護】☑老人保健施設　□通所リハ　□訪問リハ　□通所介護 □訪問介護　□介護支援専門員・地域包括支援センター □その他(　　) 【自立支援】□身障　□知的　□精神 【その他】　□その他(　　)		
主疾患名	アルツハイマー型認知症	発症からの期間	6か月
現病歴	アルツハイマー型認知症 不安神経症		妄想気分
既往疾患	1循環器系:高血圧, 脳卒中, 心臓病, その他 2内分泌・栄養・代謝障害:糖尿病, 高脂血症, その他 3呼吸器系, 4消化器系, 5泌尿器・生殖器系, 6筋骨格系, 7外傷、中毒系:骨折, その他, 8がん, 9血液・免疫系, 10 感染症,　11 精神・行動障害:認知症, その他, 12 神経系:神経難病, その他,　13 目の病気,　14 耳の病気, 15 皮膚の病気,　16 歯科,　17 その他(　　), 18 なし		
性別	男性 ・女性	年齢	86才
配偶者	あり ・なし　S54 死亡	家族構成	4人
生活保護	あり ・なし	本人以外の家族の人数	3
要介護度	要支援 1 ・ 2 ・ 要介護 1 ・2・ 3 ・ 4 ・ 5		
介護者の有無	1 配偶者, 2息子・娘　3, 息子・娘の配偶者　4, 孫　5, 兄弟・姉妹　6, その他		
介護者の年齢	1, 65 歳未満　2, 65～74 歳　3, 75～84 歳　4, 85 歳以上		
生活歴 (学歴・職歴・ 趣味を含む)	農家の家で育ち、小さい頃から田んぼや畑の手伝いに一生懸命だった。結婚後は夫婦で建具屋を営み、仕事ができて頼りになる夫と一生懸命仕事をしていた。家にお客を呼んでお茶会	をするのが楽しみだった。夫が亡くなり子どもも自立した後は、自宅で一人暮らしをしていた。趣味は畑仕事。家でぶどうを作ることもあった。近所の仲間とはお茶会を通して交流していた。	
日常生活自立度 (寝たきり度)	正常 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・B1・ B2 ・ C1 ・ C2		
痴呆性老人の 日常生活自立度	正常 ・ Ⅰ ・ Ⅱa ・ Ⅱb ・Ⅲa・ Ⅲb ・ Ⅳ ・ M		
住宅・住処	1.持ち家　2.賃貸住宅・借家　3.ケア付き住宅　4.その他(　　)		
年金の種類	1.国民年金　2.厚生年金　3.共済年金　4.老齢福祉年金のみ　5.その他(　　)		
収入の有無	1.収入のある仕事をしている　2.していない		

地域移行・連携・社会資源情報

入院・入所またはサービス利用開始からの期間		１７日
介入期間		６０日
地域移行支援取組みの有無	退院前訪問　(あり)・なし	退院時カンファレンス参加　あり・(なし)
	退院リハ指導　あり・(なし)	退院後訪問指導　あり・(なし)
社会資源	介入時	介入後
ケアマネ等関与	(あり)・なし	(あり)・なし
サービス利用状況	1.医療のデイケア(　回・週) 2.通所介護・生活支援施設(　回・週) 3.訪問リハ(　回・週) 4.訪問介護(　回・週) 5.訪問看護(　回・週) 6.配食サービス(　回・週) 7.福祉用具・補装具(内容：　) 8.住宅改修有 9.ショーステイ(　回・週) 10.就労支援施設 11.地域活動支援センター等相談機関 13.機能訓練施設等(通園・療育・通所リハ) (　回・週) 12.その他(　)(　回・週) (12.利用なし)	1.医療のデイケア(　回・週) 2.通所介護・生活支援施設(　回・週) 3.訪問リハ(　回・週) 4.訪問介護(　回・週) 5.訪問看護(　回・週) 6.配食サービス(　回・週) 7.福祉用具・補装具(内容：　) 8.住宅改修有 9.ショーステイ(　回・週) 10.就労支援施設 11.地域活動支援センター等相談機関 13.機能訓練施設等(通園・療育・通所リハ) (　回・週) 12.その他(　)(　回・週) (12.利用なし)
その他の社会資源利用状況	1.一般就労・シルバー人材センター 2.教育(学校・養護学校・訪問教育・寿大学・通信教育・生涯学習を含む) 3.健康増進施設 4.市町村等が実施する介護予防事業 5.サロン等老人クラブ活動等(自助グループ、患者会を含む) 6.カルチャー教室 7.ボランティア活動 8.老人会等地区組織活動 9.その他(　)	1.一般就労・シルバー人材センター 2.教育(学校・養護学校・訪問教育・寿大学・通信教育・生涯学習を含む) 3.健康増進施設 4.市町村等が実施する介護予防事業 5.サロン等老人クラブ活動等(自助グループ、患者会を含む) 6.カルチャー教室 7.ボランティア活動 8.老人会等地区組織活動 9.その他(　)
ケアマネの設定した課題	有意義に過ごしたい 安心して穏やかに生活してほしい （できれば２表のコピーを匿名化して添付）	

がんとともに生きる人の社会的活動を支援 － ライフレビューの制作

1.報告の目的

がん患者は増加しており、治療技術の進歩により生命予後が改善している。がんとともに生きる人を支援するリハビリテーションの必要性は高まっていると思われる。病気によって生じた身体機能喪失、治療に伴う副作用を始めとした心身の不具合を抱えながら、病後も使命感を持った社会的活動を継続していきたいと望み努力している事例に、生活行為向上マネジメントを実施して心身両面からの活動継続支援を行ったので報告する。

2.事例紹介

A 氏 80 代男性。下咽頭がんが見つかり腫瘍を声帯とともに切除し失声。術後の放射線治療を含め半年間の入院を経て自宅復帰した。介護保険を申請し要介護 2 が認定され、通所リハ利用となった。目的は発声代用器機である電気式人工喉頭を用いての発語獲得と体力回復である。作業療法士が担当し目標に病前ライフワークとして取り組んでいた講演活動への復帰を設定、プログラム立案とともにチームアプローチを実施し、一年後には念願の活動復帰を果たした。現在通所リハ利用開始より 2 年が経過、さらに肺にもがんが見つかり咳込みや痰の量が増えるといった呼吸器症状が出現し、話す活動の継続に対して心身面での不安が生じた。職歴は消防士、消防署長、退職してから講演活動に取り組み、国内外で多数回講演をし、また伝統芸能に携わるなど精力的に活動してきた。40 代頃より始めた日本画は美術展に出品し、資料館や病院、公民館などに常設展示されている。

3.作業療法評価

講演活動の継続を目標として、生活行為向上マネジメントのアセスメントを行った。がんによって生じた心身機能面の変化は、声を失ったこと、放射線治療により生じた味覚障害からの体重減少、および体力低下、咳や痰の呼吸器症状が出ていることと病気の進行による不安がある。強みとしては社会的活動を行うことへの使命感と意欲があげられ、老研式活動能力指標では 12/13、現在も外部から様々な活動依頼があり多忙な日々を送っている。活動と参加の変化は、発語のため用いる電気式人工喉頭の特性から生じる。時折発音が不明瞭になる、声量が調整できない、抑揚がない独特な機械音である等である。強みとしては、表現手段として文才や絵を描く高い能力があることである。非言語的表現の併用で伝えたい事を補助できる。環境因子として、発声補助器機を利用すれば活動遂行に役立つことを挙げる。多くの人の前で話す機会が多い A 氏の場合、声量が足りない場面もあり増幅器が必要であると考え福祉器機として携帯マイクの導入を図った。それら器機類の操作やメンテナンスが必要である。基本動作、ADL、歩行は自立。時折立ち上がりのときなどにふらつきがみられることがある。BI 95/100 入浴時のみ喉の永久孔へ水が入らないようにするため、介助が必要。生活関連動作面では FAI 24/45 家事などは殆ど妻が行っている。

4.介入の基本方針

A 氏にとって、大切な意味のある生活行為とは、講演などの社会的活動を行うことである。活動遂行

のため心身両面からの支援プログラムを立てて実施する。身体面へは、体力作りと基本発語練習、心の面ではがんの進行から生じる不安を軽減し諸活動に対する意欲を引き出す目的で自己効力感を得られる作業活動としてライフレビューの制作を行うこととした。そして実践に向けて準備することも必要と考えた。

５.作業療法実施計画

基本プログラムとして、体力作りと発語練習を設定した。体力は長時間に及ぶ講演活動等を続け、がんの治療を受けるために必須と考え、通所リハで展開している各種集団運動とマシンを使った有酸素運動のウオーキングを選択、臥床を含む休息時間の設定も行った。多職種の協業にて実施していく。発語の基本練習はより明瞭で聞き取り易い発語を目的に、言語聴覚士と作業療法士により個別リハで実施していくこととした。

応用プログラムとして、これまでの活動を絵や写真と文章で綴って絵巻の作品にする計画を立てた。意図したところは、このライフレビューとなる作品の制作で病状の進行に伴って生じた不安に対しての心理面からの働きかけで、心身の安寧と自己有能感を感じてもらうことと、作品を使って今後の活動に役立ててもらう事である。

社会適応プログラムとして、実践のための場面設定を計画した。通所来所時に他利用者や来客の前で話をする場面を設定し、咳き込まないで話が出来るか、言いたい事を伝える事が出来るか、また聴衆の理解度や反応、言葉の届き具合を実感してもらうことを計画した。動画で撮影しフィードバックしながら、改善点などを話し合いより実践に役立ててもらう事とした。

６.介入経過

基本プログラムの体力作り運動は週 2 回の来所時、A 氏が自主的に取り組んだ。肺のがんが見つかり咳や痰が増え始めた頃は表情が冴えず臥床時間が長くなって、運動量が減ったが、A 氏の地元にある中学校から生徒への伝統芸能の指導を頼まれた 9 月後半より次第に元気を取り戻し提案した運動プログラムに積極的に取り組めるようになった。週 2 回の個別リハで、ST と OT で 1 回ずつ担当し連携しながら発声練習を行った。口腔周囲の筋をよく動かし明瞭度を上げるための練習を繰り返した。電気式人工喉頭は練習量に比例して上達するとのことで訪問リハ ST も含め週 3 回練習の機会を持った。動画を利用してのフィードバックも活用した。応用的プログラムとして提案した作業活動である絵巻物の制作は、通所来所時に集団の形態で絵画制作を設定して何度か実施したのち、本人より自宅で集中して制作をしたいとの申し出があった。３週間ほどで完成し「出来ました」と持参してくれた。 その内容は、前半はこれまでの活動、後半は病後からリハビリを経て講演活動に復帰するまでを地元テレビ局がドキュメンタリー番組として A 氏に密着取材して制作した番組を用いて、自分で考えたストーリーに適した画面を自らカメラ撮影し印刷する作業を行い、それを巻き紙に貼付け、それぞれの絵や写真に文章をつけて、全長 4m63cm に及ぶ絵巻を作りあげた。

社会適応プログラムとして、来訪者や他利用者数名の前で、自身の体験と感じた事、メッセージなどを語ってもらう場面を作り実施した。制作した絵巻を表現の補助手段として使用したスピーチをした時、聴衆の中には涙を浮かべて聞き入っている人もいたことで、しっかりと伝えることが出来たと思われる。

７.結果

運動機能検査を実施し、体力の維持が確認された。日常的にも近隣への買い物、散歩などの外出は一人で行っており、交通機関を用いて遠出をした際一時間程妻と一緒に町中を不安なく歩く事が出来たと話を聞き、体力面での回復は図られたと考える。

作業療法として制作した絵巻物は、A 氏のこれまでの歩みが綴られ、まさにライフレビューとなった。作品には、A 氏の考えの軌跡も表現されていた。スピーチの練習に使いながら満足そうな表情がみられた。10 月下旬に開催された第 5 回通所作品展に出品し、病気と闘う他利用者が食い入るように見入って感動したと感想を述べてくれた。

目標としていた講演活動は、秋の 2 ヶ月間で予定されていた 3 回とも遂行することが出来た上、いずれもうまく伝えたい事を話せ、しかも聴衆から感動したという感想文が送られてきたと嬉しそうに語っていた。1 時間にも及ぶ講演をしている時は日常で頻発していた咳も痰も全く出る事無く無事語れたとのことであった。

実施期間を通じての自己評価結果は、満足度 10/10 達成度 10/10 であった。

８.考察

老人になっても病気をしても「社会の役に立つ人でありたい」と強い意志を抱いていた A 氏だが、共に活動してきた仲間が亡くなったり、自身も病気の進行がみられたりで、心身ともに辛そうな様子が続いた。どんな支援が適切なのかとても悩み、患者の身体的問題だけでなく心理的問題にも積極的に取り組むのが作業療法と解説した本に出会った。そこで回想法、ライフレビューの有効性を知り、支援の一環として取り入れてみた。出来上がった作品は素晴らしく心を打ち勇気づけられる物であった。作品を見て、何らかの病いに苦しんで闘っている他の利用者に勇気づけられたと語ってくれた人もいて、達成感を感じてくれた様子であった。

個別で 1 対 1 で発語や朗読の練習をしている時よりも、興味を持って聞き入ってくれる人を前に話をする方が、いきいきとし言葉の明瞭度が格段に上がる。特に若い人たちが聴衆であると体全体から表現が発せられとても熱意がこもる。咳といった呼吸器症状も出てこない。語る内容は壮絶な実体験も伴っているからこそそこから発せられるメッセージは重みがある。社会適応練習として聴衆のいる場面を設定出来た事は有効であった。やりたいことが明確でそのための支援を軸に据えて生活行為向上マネジメントを実施した。全体を見渡しながら基本、応用、社会適応と段階別に考えながらアプローチ出来た事は有意義であったと考える。

９.文献

島崎寛将　編集「緩和ケアが主体となる時期のがんのリハビリテーション」(2013。7 初版刊行)から抜粋した次の部分を今回の作業実践作品作りの理由付けと根拠とした。“ライフレビューは、人生の統合を促進する振り返りの手段として自分をより肯定的に受容できるよう導き、自尊感情の回復や情動の安定化、不安・抑うつの軽減に有効な活動として、がん患者のケアに広く用いられている。ライフレビュー活動を作業療法アプローチとして高齢進行がん患者に実施し、Spiritual well-being と自己効力感の改善、不安・抑うつの軽減に有効であった。”

生活行為向上マネジメントシート

記入日：介入前 H25 年 9 月 2 日　介入後 H25 年 11 月 10 日

生活行為アセスメント	生活行為の目標	本人	語り部活動を続ける			
		キーパーソン	やりたいことをして元気に生活して欲しい			
	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 (ICF コード)	s330 失声 b250 味覚障害 b440 肺機能障害　b450 咳や痰といった呼吸器症状の出現　体力持久力低下 b152 疾患、症状に起因する気持ちの落ち込みがある		d330 聞き取りにくい不明瞭な発音がたまにある。器機の特性から他者には分かりづらいことがある。 d450 歩行時のふらつきが時々ある		e125 情報伝達に用いる器機に充電等管理が必要発声補助器具と声量増幅器具が必要
	現状能力 (強み) (ICF コード)	b117 認知機能良好 b122 社会的活動を行う使命と意欲を維持		d360 発声補助器具である電気式人工喉頭を使って話をすることが出来る d170d163 書く事考えることに関して高い能力を有する。		e310e325 家族､支援者の強力なバックアップがある
	予後予測 (いつまでに、どこまで達成できるか)	気持ちを立て直し、体力を維持し、症状をコントロール出来るようになる		語り部活動の集大成として提案した、ライフレビュー絵巻制作を 10 月中に完成させる。そして 10 月末に JR 駅ホールで実施予定の作品展に出品し多くの人に見てもらう。		発声補助器具の機器類を調整しながら使用し、10 月に予定されている語り部活動を行える
	合意した目標 (具体的な生活行為)	語り部活動を続ける。 病気の進行に伴って話す活動への不安が生じている。不安を軽減し意欲を取り戻すための精神面への働きかけを目的とした作業活動として、高い能力を有する文才、画才、構成能力を活かした、自身のライフレビューを作成する。それは絵巻の形で表現することとする。作品は、通所で実施を予定している作品展に出品したり、今後の語り部活動に役立てたりする。					
	自己評価*	初期	実行度 8/10	満足度　8/10	最終	実行度 10/10	満足度 10 /10

*自己評価は本人の実行度（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

本シートの著作権（著作人格権、著作財産権）は一般社団法人日本作業療法士協会に帰属しており、本シートの全部又は一部の無断使用、複写・複製、転載、記録媒体への入力、内容の変更等は著作権法上の例外を除いて禁じます。

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	社会適応プログラム
	いつ・どこで・誰が・何を実施・支援	本人	計画	体力向上トレーニングを行う。 発語練習	スピーチ練習 絵や写真と文章でライフレビュー（絵巻）を制作する。	器具のチェック 各種活動への参加
			結果	棒体操、錘を使った筋トレ、体幹の運動、トレッドミルでのウオーキングを実施　体力維持した	本の音読、朗読練習、 ライフレビューの絵巻は通所で数回実施した後自宅で完成させた。全長 4。6m に及ぶ大作でこれまでの活動を俯瞰でき、 意欲の維持が出来た。	小中学生への語り部活動を実施した。伝統芸能の伝授を中学生に行った。 絵巻を用いて語り部の実践練習を行った。
		家族	計画	健康管理	家族との会話	
			結果	食事面始め、生活全般の配慮で体調維持出来た	日常会話を実施した。	
		支援者 （職種明記）	計画	看護師によるバイタルチェックと指導 介護士と OT による身体面へのケア 運動指導員による運動指導。 ST、OT と発語のための基礎練習実施	ST、OT 音読、応用練習 通所職員や利用者との会話を行う OT による作業活動：絵巻の制作を働きかける	OT 実践練習の場面をセッティングし実行する
			結果	看護師介護士による身体面へのケアが実施された 基本練習後の明瞭度は向上した	OT 絵巻制作を実行した。 作品展への出品を果たした。	絵巻を使って読み上げ練習を行った
	実施・支援期間			平成 25 年　9 月　1 日　～　平成 25 年　10 月　30 日		
	達成			レ達成　□変更達成　□未達成（理由：　　）　□中止		

本シートの著作権（著作人格権、著作財産権）は一般社団法人日本作業療法士協会に帰属しており、本シートの全部又は一部の無断使用、複写・複製、転載、記録媒体への入力、内容の変更等は著作権法上の例外を除いて禁じます。

課題分析モニタリング表

アセスメント項目		現状能力	予後予測		課題重要性
			このまま推移	介入後	
基本動作	起き上がり	自立	自立	自立	
	立位保持	自立	自立	自立	
	床からの立ち上がり	自立	自立	自立	
	床のものを拾う	自立	自立	自立	
ADL（BI）	食事	自立	自立	自立	3
	イスとベッド間の移乗	自立	自立	自立	
	整容	自立	自立	自立	
	トイレ動作	自立	自立	自立	
	入浴	要介助	要介助	要介助	
	平地歩行（車椅子駆動）	自立	自立	自立	
	階段昇降	自立	自立	自立	
	更衣	自立	自立	自立	
	排便コントロール	自立	自立	自立	
	排尿コントロール	自立	自立	自立	
IADL（FAI）	食事の用意	していない	していない	まれに	4
	食事の片付け	時々	時々	時々	
	洗濯	していない	していない	していない	
	掃除や整頓	週1回以上	週1回以上	週1回以上	
	力仕事	していない	していない	していない	
	買物	週1回以上	週1回以上	週1回以上	
	外出	週1回以上	週1回以上	週1回以上	2
	屋外歩行	週1回以上	週1回以上	週1回以上	
	趣味	週1回以上	週1回以上	週1回以上	
	交通手段の利用	週1回以上	週1回以上	週1回以上	
	旅行	まれに	まれに	まれに	
	庭仕事	していない	していない	していない	
	家や車の手入れ	軽作業	軽作業	軽作業	
	読書	まれに	月2回以上	月2回以上	
	仕事	していない	していない	していない	
老研式抜粋	年金などの書類を	書ける	書ける	書ける	
	新聞などを	読んでいる	読んでいる	読んでいる	
	本や雑誌を	読んでいる	読んでいる	読んでいる	
	健康についての記事や番組に	関心ある	関心ある	関心ある	
	友達の家を訪ねること	ない	ない	ない	
	家族や友達の相談にのること	ある	ある	ある	
	病人を見舞うこと	できる	できる	できる	
	若い人に自分から話しけること	ある	ある	ある	
他	社会的活動（講演）を続ける事	自立	自立	自立	1
		未把握	未把握	未把握	

課題個々の要因分析

本人の強い希望は、社会的活動を行うことでそれは語り部の活動の継続である。そのためには話す事と外出することが出来る事が大切である。喉のがんで声を失ったが、発声の補助器具を用いて語り部に復帰することができた．体力のいる活動なので食事を取る事、体力つくり、自力での外出も継続出来ることが必要と考える．食事は自立しているが治療の副作用から味覚障害と唾液減少、ムセや咳き込みがあり食欲低下、体重減少がみられている。呼吸は喉にあけた孔で行う、入浴は孔に水が入らないように見守りが必要で訪問看護師や息子が行う。実施した評価のスコアが高かったのも社会的活動を行っているからであると考えられる。食事の支度や洗濯掃除といった身の回りのことは、妻が担っており本人は任せているが、料理はやってみたいと興味はある。

課題解決目標

語り部をつづけるためには、体力をつけること、補助器具を用いた聞き取り易い話し方を練習すること今年も語り部活動を継続する予定であるので、その支援を行って行く。病気の進行に伴い呼吸器症状が出現している。そのため、気持ちも落ち込みも見られる。精神面への支援として作業活動を提案する。身体状況にあった運動プログラムの継続、日本画を描くことも大切な活動であるので、作品展への出品を働きかける。

（チームの）総合的援助方針

①語り部活動のための支援　STとOTによる発語とスピーチの練習　②看護師，介護士による身体面の状態観察とケア，体重定期測定　③運動指導員による活動継続のために必要な体力作り　④OTによる精神面への働きかけでライフレビュー制作の導入　作品展への出品

評価	考察
自立	いきがいとしている語り部活動を実践していくための体力作りと発声練習を計画し実行した。肺に増大しつつあるがんの治療の予定や身体の様子、体調を配慮しながら、過度な負担にならないように、休息時間を設ける等も必要と考え臥床時間を設けた。コミュニケーション能力の向上のため絵の指導なども時々お願いし、多くの利用者との会話の機会をセッティングした。 生活行為向上マネジメント実施期間中の10月に修学旅行生への語り部が予定されており、通所で例年行う年一回の作品展も開催予定であるので、行事の機会を有効に活用して、目標達成を果たした。
自立	
自立	
自立	
自立	
自立	
自立	
自立	
要介助	
自立	
自立	
自立	
自立	
自立	
していない	
時々	
していない	
週1回以上	
していない	
週1回以上	
週1回以上	
週1回以上	
週1回以上	
週1回以上	
まれに	
していない	
軽作業	
まれに	
していない	
書ける	
読んでいる	
読んでいる	
関心ある	
ない	
ある	
できる	
ある	
自立	
未把握	

生活行為向上マネジメント基本情報

提出者 所属・氏名	所属: 氏名:	問い合わせ ID 連絡方法	ID: メール:
事例種別	【医療】□一般急性期　□一般回復期　□維持期　□精神・認知症 □小児　□その他(　　) 【介護】□老人保健施設　■通所リハ　■訪問リハ　□通所介護 □訪問介護　□介護支援専門員・地域包括支援センター □その他(　　) 【自立支援】□身障　□知的　□精神 【その他】　□その他(　　)		
主疾患名	下咽頭がん　肺がん	発症からの期間	2．5年
現病歴	喉に違和感を覚え受診，下咽頭癌と診断，手術，術後に放射線治療	一年半後，右肺癌摘出手術，左肺癌も見つかり経過観察中	
既往疾患	1循環器系:高血圧，脳卒中，心臓病，その他 2内分泌・栄養・代謝障害:糖尿病，高脂血症，その他 3呼吸器系，4消化器系，5泌尿器・生殖器系，6筋骨格系， 7外傷、中毒系:骨折，その他，⑧がん　9血液・免疫系， 10 感染症，　11 精神・行動障害:認知症，その他， 12 神経系:神経難病，その他，　13 目の病気，　14 耳の病気、 15 皮膚の病気，　16 歯科，　17 その他(　　)，18 なし		
性別	[男性] ・ 女性	年齢	83才
配偶者	[あり] ・ なし	家族構成	3人
生活保護	あり ・ [なし]	本人以外の家族の人数	
要介護度	要支援　1　・　2　・　要介護　①　・　2　・　3　・　4　・　5		
介護者の有無	①配偶者，2息子・娘　3，息子・娘の配偶者　4，孫　5，兄弟・姉妹　6，その他		
介護者の年齢	1，65 歳未満　2，65～74 歳　③，75～84 歳　4，85 歳以上		
生活歴 (学歴・職歴・趣味を含む)	二十歳頃より消防士．療養施設所長 40 代で始めた日本画を描く		
日常生活自立度 (寝たきり度)	正常　・　[J1]　・　J2　・　A1　・　A2　・　B1　・　B2　・　C1　・　C2		
痴呆性老人の 日常生活自立度	[正常]　・　Ⅰ　・　Ⅱa　・　Ⅱb　・　Ⅲa　・　Ⅲb　・　Ⅳ　・　M		
住宅・住処	1.[持ち家]　2.賃貸住宅・借家　3.ケア付き住宅　4.その他(　　)		
年金の種類	1.国民年金　2.厚生年金　[3.共済年金]　4.老齢福祉年金のみ　5.その他(　　)		
収入の有無	1.収入のある仕事をしている　[2.していない]		

地域移行・連携・社会資源情報

入院・入所またはサービス利用開始からの期間		2年
介入期間		60日
地域移行支援取組みの有無	退院前訪問　あり・[なし] 退院リハ指導　あり・[なし]	退院時カンファレンス参加　あり・[なし] 退院後訪問指導　[あり]・なし
社会資源	介入時	介入後
ケアマネ等関与	[あり]・なし	[あり]・なし
サービス利用状況	1. 医療のデイケア(　回・週) 2.通所介護・生活支援施設(　回・週) ③.訪問リハ(　1回・週) 4.訪問介護(　回・週) ⑤.訪問看護(　1回・週) 6.配食サービス(　回・週) ⑦.福祉用具・補装具(内容：電気式人工喉頭) 8.住宅改修有 9.ショーステイ(　回・週) 10.就労支援施設 11.地域活動支援センター等相談機関 ⑬.機能訓練施設等(通園・療育・[通所リハ介護保険])(　2回・週) 12.その他(　)(　回・週) 12.利用なし	1.医療のデイケア(　回・週) 2.通所介護・生活支援施設(　回・週) ③.訪問リハ(　1回・週) 4.訪問介護(　回・週) ⑤.訪問看護(　1回・週) 6.配食サービス(　回・週) ⑦.福祉用具・補装具(内容：電気式人工喉頭) 8.住宅改修有 9.ショーステイ(　回・週) 10.就労支援施設 11.地域活動支援センター等相談機関 ⑬. 機能訓練施設等(通園・療育・[通所リハ介護保険])(　2回・週) 12.その他(　)(　回・週) 12.利用なし
その他の社会資源利用状況	1.一般就労・シルバー人材センター 2.教育(学校・養護学校・訪問教育・寿大学・通信教育・生涯学習を含む) 3.健康増進施設 4.市町村等が実施する介護予防事業 5.サロン等老人クラブ活動等(自助グループ、患者会を含む) 6.カルチャー教室 ⑦.ボランティア活動 8.老人会等地区組織活動 9.その他(　)	1.一般就労・シルバー人材センター 2.教育(学校・養護学校・訪問教育・寿大学・通信教育・生涯学習を含む) 3.健康増進施設 4.市町村等が実施する介護予防事業 5.サロン等老人クラブ活動等(自助グループ、患者会を含む) 6.カルチャー教室 ⑦.ボランティア活動 8.老人会等地区組織活動 9.その他(　)
ケアマネの設定した課題	健康に注意して、今より悪くならないようにしたい。人工咽頭を利用し語り部などの活動が続けられる。リハビリを継続し痛みを緩和したり、身体の動きをよくしたい。転倒することなく安全に入浴でき、清潔を保った生活を送ることができる。	

裁縫を通じて短時間の帰宅が可能となった特養入所者の事例

１.報告の目的

ADL の自立度は高いが、余暇を無為に過ごす右片麻痺を呈した特養入所者に対し、生活行為向上マネジメントを活用し、裁縫という意味のある作業を通して目標が見つかり、自己効力感の向上につながった事例について報告する。

２.事例紹介

７０代後半の女性。X 年に脳梗塞を発症し、後遺症として利き手側の右上肢に重度麻痺が残っていた。退院後は通所サービスとヘルパーを利用し、団地の 4 階(エレベーターなし)で会社員の娘と 2 人暮らし、昼間独居となっていた。身辺動作は左上肢のみを使用し自立していたが、つたい歩きで移動する際に転倒することがよくあった。 X＋１年に転倒により腰椎圧迫骨折を受傷し、歩行能力の低下から屋内歩行と階段昇降が困難となり、介護老人保健施設へ入所し、在宅復帰を目指した。しかし娘の在宅介護に対する不安が強くなり、X＋２年には当施設へ入所となった。

４０代で夫を亡くし、働きながら 2 人の子供を大学まで卒業させた。また和裁を得意とし、呉服屋の下請けや家族の着物を縫うなど日常的に裁縫をされていた。娘は週に 1～2 回面会あり、息子は他府県在住ながらも年５～６回の面会がある。毎日家族に電話をして近況を報告し合うなど関係は良好のようであった。息子の子である孫も年２～３回は面会があり、面会時は共に過ごす事が多く事例を慕っている様であった。

３.作業療法評価

身体機能面：Br。 Stage は上肢Ⅰ、手指Ⅰ、下肢Ⅴ。感覚は表在・深部覚とも軽度鈍麻。著明な拘縮や痛みはないが肩関節亜脱臼予防のため三角巾固定が習慣化していた。左上下肢は特記すべき問題点はなかった。

認知・精神機能面：HDS-R20 点で軽度の見当識障害および記銘力障害が認められた。また、軽度の注意障害および構成障害も見られた。

施設内での移動は主として車椅子を使用しており移乗や移動は自立であった。入浴時の浴槽への出入りや洗身動作には介助が必要であった。

コミュニケーション能力は良好で他者との交流を好み、集団体操やレクレーションなどへは積極的に参加していた。しかし、個別の書字訓練や作業活動への参加には「できません」との消極的な発言が多かった。

在宅生活では、注意散漫になりやすく屋内歩行時には転倒を繰り返していた。自室からトイレ、台所への動線には段差があり、支持物の設置が困難な状況であった。階段昇降も手すりがあれば可能であったが、強い疲労と階段近くでの転倒歴があった。転倒により怪我を繰り返した事もあり、娘は事例の昼間独居に対して強い不安感を抱くようになったと話していた。

生活行為の目標については「家に帰りたい」「和裁がしたい」「お墓参りに行きたい」と３つが挙がった。施設生活で早期に達成可能と思われた和裁に着目し、裁縫という要素を活動に取り入れた。また家

に帰りたいという事例の希望の実現と、娘の在宅介護に対する不安を軽減させ成功体験を積めるよう短時間の帰宅を試みることとした。帰宅に際して、必要な歩行と階段昇降をプログラムに組み込んだ。

和裁については「右手があかんから何もできない」と言いながらも「昔は子供や孫に晴れ着や小物等を縫った」と笑顔で語り、誇りに感じている様だった。左手での裁縫動作は可能と予測できたが、発症後の経験がなく実行度・満足度とも１という結果であった。会話の中で、他府県在住の孫の話は特に表情が良いのが印象的で関係は良好と思われた。そのため目標を「裁縫で作品を作り、自宅で孫にプレゼントする」とし、合意した。

４.介入の基本方針

長年培った和裁に対し自信や誇りを持っていたが、発症後初めて行うことや非利き手での細かな作業であることを考慮し、刺し子やクロスステッチなど工程の単純なものから導入することとした。作業の粗は指摘せずに正のフィードバックを心掛け、自信を付けてもらうことから開始し、徐々に難易度を上げていくことにした。歩行に関しては毎日行うことで動作学習と転倒予防のための注意点を自分で認識できるよう関わり、家族にも介助の方法や注意点などを理解していただくこととした。

５.作業療法実施計画

歩行・階段昇降能力を維持するため、以下の通りプログラムを計画した。

１.平地歩行練習（平行棒歩行・杖歩行)、階段昇降練習

OT や介護士の見守りのもと、毎日訓練室にて実施。

事例は右足先のつまずきに気をつけながら歩行する。

階段は自宅と同じ設定の右側手すりで約 50 段の昇降を行う。

危険な場面があれば、その都度事例と確認し合い、注意するよう意識付けを行う。

息切れが見られれば無理せず休憩する。

家族とともに練習する機会を作る。

２.施設内つたい歩き練習、屋外歩行練習

OT や介護士の見守りのもと、週１回施設内および施設周辺にて実施。

施設の家具を使ったつたい歩きの練習や道路や砂利道の杖歩行練習を行う。

つまずきへの注意、危険な場面の対応、休憩にタイミングは上記同様。

３.自宅への短時間帰宅の実施

自宅環境の確認。

階段昇降や自宅内移動の介助方法や注意点を家族と確認する。

自宅環境における動作の注意点を事例と確認する。

自宅への短時間の帰宅を行う。

また、裁縫グループへの参加を通して作品作りに取り組めるよう、以下の通りプログラムを計画した。

１　孫へのプレゼントを決める

実施する作業を事例自身で選択し、決定する。

孫の好みそうな柄の情報収集、その情報をもとに刺し子布を選ぶ行為を自身で行う。

２　裁縫グループへの参加を促す

生産的活動ではなく、楽しみの活動と位置付ける。
自信につながるよう失敗体験にならないように配慮する。
他者交流がある中での作業提供を行う。
自身で行える裁縫動作（運針）は行う。
両手動作を要する工程や環境設定はOTが介入する。
作業をしたくない場合は見学のみでもよいことを示す（心理的負荷軽減を目的）

3　孫へ作品をプレゼントする
プレゼントの日程調整を娘と行い、ラッピング方法や手紙の準備をOTと行う。
帰宅時にプレゼントし、孫の反応をみる。

6.介入経過

歩行・階段昇降練習については介入開始当初より意欲的で、4週目までは毎回あった右足先のつまずきが、それ以降は徐々に減少し、時折見られる程度となった。家具に囲まれてのつたい歩きや道路及び砂利道などでの歩行ではつまずく頻度は減ったが、特に屋外では人や車に気を取られ、注意散漫になりやすい傾向が終始見られた。

裁縫に関して、介入開始～3週目はお針子クラブへの参加を促すと必ず興味を示し参加していた。しかし自ら作業を行う事はなく「こんなのできません」と見ているだけであった。時折利用者間でハサミの受け渡しで仲介役を担うなど間接的な参加は見られていた。OTは事例が今まで和裁で仕上げた着物や小物についての会話や苦労話を聞くことで、和裁に対する興味を探った。4週目に「やってみようかな」という発言が聞かれるようになり、練習と称して柄つきの刺し子布巾を作成した。方法はスムーズに理解され、運針を1人で行えていた。作業参加に慣れた5週目で、孫へプレゼントする作品を作るため、事例から家族へ連絡し孫の欲しいものを調査してもらったところ、「学校で使える巾着袋」を作る事となった。布選びや柄の選択も迷いながら事例自身が行い、自己決定される場面も増加した。6週目以降、間違いに気づいた時は「ほどいてやり直します」と完成度を高くしたいという意欲も伺えた。8週目より、娘にも作品を見てもらいやすいよう居室へ未完成の作品を置いたところ「これ前より進んでるね」と褒められる機会が増えた。介護士や看護師にも事例が孫への作品作りを進めている事をOTから伝えておく事により職員から称賛される事も増えた。作業を通して他者と会話をする事が増えた。作品が出来上がった時には「喜んでくれるかな」と笑顔で話していた。16週目にはラッピングをした巾着袋が完成した。娘の協力により息子家族の帰省日に合わせて自宅へ短時間帰宅することが決まり、事前に娘とともに歩行・階段昇降の練習を行い、注意点の説明を行った。当日は階段・屋内移動とも家族の見守りのもと転倒なく移動し、自宅で孫に巾着をプレゼントすることができた。「おばあちゃんありがとう、大切に使うね、と言って喜んでもらえました」と翌日満面の笑顔で語ってくれた。また「次は嫁さんに何か作らなあかんな」と次回作への意欲も伺えた。

7.結果

短時間であったが帰宅することができ、なおかつ作品をプレゼントすることができ、目標は達成した。自己評価では実行度5、満足度7とどちらも向上した。実行度があまり高くならなかった理由は「和裁ではないからなぁ。」と本来したいと思っていた作業ではなかったことであった。しかし「もう一度裁縫

ができると思ってなかった。家にも帰れたし、ホッとしました。孫にも喜んでもらえて本当によかったです。」と語り、孫以外の家族へのプレゼントも検討するなど作業に関する意欲は維持していた。

娘からは「家に帰れたと喜んでくれて良かったです。また連れて行ってあげたいと思います。でも階段昇降や自宅での歩く姿は危なっかしくて不安でした。」との発言が見られた。

目標達成後も裁縫グループへの参加は自発的で継続できている。グループ活動のなかで、物の貸し借りや自身がコミュニケーションの仲介役となる事を通して他者交流も深める事ができ、作業を通して娘やスタッフとのコミュニケーション量も増えた。

８.考察

事例は右片麻痺をきっかけに和裁の全工程ができなくなったと思い込んでいると共に、在宅復帰への自信を喪失していた。特に、圧迫骨折後は娘の在宅介護への不安感が強まり、より一層在宅復帰を困難にさせていた。その事が事例にとっては、「私は何にもできない」と自己効力感を低下させる大きな要因になっていると考えられた。

今回、生活行為向上マネジメントを用いて事例の帰りたいという思いと和裁がしたいという思いに焦点を当てて介入した。それに関連して在宅介護に強い不安を抱く娘に対し成功体験を積んでもらう目的でもアプローチを行った。

その結果、事例の目標に対する満足度と自己効力感が向上した。これは、諦めていた裁縫や自宅への帰宅を実際に体験できたことが大きな要因ではないかと考えられる。しかし実行度は5に留まっており、その要因は事例の思い描いていた和裁ではなかったためであった。和裁に関しては構成障害の残存と、非利き手での作業となることから病前のような運針は困難な状態で、事例自身うまくできないと気付いている様子もある。裁縫にこだわらず、事例の自己効力感をうまく引き出せる作業を見つける事が今後の課題であると考える。

また自宅への短時間帰宅は、単に自宅に帰るだけでなく、事例にとっては住み慣れた我が家が変わりない事を確認するという意味もあり、この体験を通じて自宅とのつながりを感じる事ができたのではないかと考えられる。娘にとっても、在宅復帰に対する不安を軽減するための第 1 歩となったのではないかと考えられる。短時間帰宅という体験を通して、在宅復帰に対する漠然とした不安が具体的な課題につながり、それを事例・娘・ＯＴ（支援者）間で認識する事ができた。在宅復帰へは、娘の不安感をより一層軽減する事が必要であり、さらなる成功体験の蓄積や団地環境の改善が必要と考えられる。当面は施設で過ごしながら、短時間の帰宅を繰り返し行い事例と家の繋がりを保ちながら両立をはかれるようにアプローチを継続していく必要があると考える。

生活行為向上マネジメントシート

記入日：　X年　　8月　19日

生活行為アセスメント	生活行為の目標	本人	もう1回和裁をしたい、家に帰りたい				
		キーパーソン	できる範囲で動いてほしい				
	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 (ICF コード)	b760 右片麻痺 b780 右利き b760・780 左手巧緻動作拙劣 b210 視力低下 b156 構成障害		d155 両手動作困難 d155 病後裁縫経験なし d920 臥床時間多い d620 骨折後、自宅へ帰宅していない d220 同時に複数の事に注意を向けられない d460 歩行中に転倒する		e140 裁縫の材料を持っていない e155 自宅が団地の4階である e155 自宅内に段差あり e155 自宅内は支持物の設置が困難 e410 娘は在宅介護に不安が強い	
	現状能力 (強み) (ICF コード)	b760 左上肢の運動正常 b210 眼鏡あれば見える b760 左下肢の運動正常 b760 右下肢の麻痺軽度		d920 ﾚｸへの興味あり d350 人との会話を好む d500 セルフケア自立 片手動作可能 d450 杖歩行見守りで可 d450 階段昇降は見守りで可		e310 家族は協力的 e410 孫は事例を慕っている e140 裁縫の物品は施設にある e355 施設では支援者が常時在中している e155 自宅階段には手すりがある（昇段時右側）	
	予後予測 (いつまでに，どこまで達成できるか)	麻痺の回復は困難 左手での裁縫動作は可能 左手・上肢の疲労に注意 歩行機会を毎日持つことで能力の維持が可能 階段昇降も継続した練習機会があれば能力維持が可能		楽しみができ自信回復につながる 人の役に立てる 左手で裁縫動作可能 短距離であれば見守りで杖歩行可 階段昇降も片側手すりがあれば見守りで可 家族の見守りのもと自宅への外出が可能		自宅への短時間の帰宅は可能 帰宅が可能となる事で自宅との繋がりができる 娘の在宅介護への不安が少し軽減する（成功体験を積める）	
	合意した目標 (具体的な生活行為)	裁縫で作品を作り、自宅で孫にプレゼントする					
	自己評価*	初期	実行度 1/10	満足度 1/10	最終	実行度　5/10	満足度　7/10

*自己評価は本人の実行度（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	社会適応プログラム
	いつ・どこで・誰が・何を実施・支援	本人	計画	左手指・上肢体操 作る物を決める 材料を選ぶ 平地歩行練習 階段昇降練習	運針、道具の準備、 進行具合の確認 施設内のつたい歩き練習 屋外歩行の練習 危険な場面を理解する	お針子クラブへ参加する 孫に作品をプレゼントする 自宅への外出機会を持つ
			結果	体操は毎日継続(自主ﾄﾚ) 歩行・階段練習は毎日継続 自力で作品を決める	自分で運針、準備した 歩行練習も休まず実施 歩行時のつまずきが減少した 危険な場面の認識は薄く同じ指摘を受けている	毎回お針子クラブに参加し、他者交流が深まった 孫へ作品をﾌﾟﾚｾﾞﾝﾄした 自宅へ短時間帰宅し、安心できた
		家族	計画	A 氏からの相談を受ける	面会時進み具合を確認 適宜褒める(娘)	息子家族の帰省日程について調整する(娘) 自宅への帰宅時に同行し、介助する(娘、息子夫婦) ﾌﾟﾚｾﾞﾝﾄを受け取る(孫) ﾌﾟﾚｾﾞﾝﾄの際に同席(娘、息子夫婦)
			結果	電話や面会時に協力した	進み具合を見て称賛した	日程を合わせ、事例と自宅へ帰宅した 事例が喜んでくれて良かったと感じ、また連れて行きたいと思った 階段昇降や自宅内移動には不安が残った
		支援者 (職種明記)	計画	個別体操ﾌﾟﾛｸﾞﾗﾑ作成(OT) 歩行・階段昇降練習見守り、転倒に対しての注意点を伝える(OT･CW)	裁縫時の両手動作介助、準備補助(OT) 歩行状態を観察し危険な場面を事例と確認する(CW･OT) 称賛する(OT・CW・NS)	お針子クラブの開催(OT) ﾗｯﾋﾟﾝｸﾞ方法や渡し方など一緒に考える(OT) 自宅環境の確認(OT) 家族と介助方法を確認する(OT)
			結果	8/20 に体操プログラムを説明して渡した 毎日歩行・階段昇降練習実施した	介助・補助は継続 危険な場面を確認するも、同じ現象が起きているため繰り返し説明している 褒めるたび事例は笑顔	毎週お針子クラブを開催した 迷いがあったため、ともに考えた 自宅環境に合わせた介助方法を家族に伝えた
	実施・支援期間			X 年　8 月　19 日　～　X 年　12 月　26 日		
	達成			☑達成　□変更達成　□未達成（理由：　　）　□中止		

本シートの著作権（著作人格権、著作財産権）は一般社団法人日本作業療法士協会に帰属しており、本シートの全部又は一部の無断使用、複写・複製、転載、記録媒体への入力、内容の変更等は著作権法上の例外を除いて禁じます。

課題分析モニタリング表

アセスメント項目		現状能力	予後予測		課題重要性
			このまま推移	介入後	
基本動作	起き上がり	自立	自立	自立	
	立位保持	自立	自立	自立	
	床からの立ち上がり	一部介助	一部介助	一部介助	
	床のものを拾う	自立	自立	自立	
ADL（BI）	食事	自立	自立	自立	
	イスとベッド間の移乗	自立	自立	自立	
	整容	要介助	要介助	要介助	爪切り
	トイレ動作	自立	自立	自立	
	入浴	要介助	要介助	要介助	
	平地歩行（車椅子駆動）	部分介助	部分介助	部分介助	1
	階段昇降	監視or介助	監視or介助	監視or介助	2
	更衣	自立	自立	自立	
	排便コントロール	自立	自立	自立	
	排尿コントロール	自立	自立	自立	
IADL（FAI）	食事の用意	していない	していない	していない	
	食事の片付け	していない	していない	していない	
	洗濯	していない	していない	していない	
	掃除や整頓	していない	していない	していない	
	力仕事	していない	していない	していない	
	買物	していない	していない	時々	4
	外出	していない	していない	時々	3
	屋外歩行	していない	していない	時々	6
	趣味	していない	していない	週1回以上	5
	交通手段の利用	していない	していない	していない	
	旅行	していない	していない	していない	
	庭仕事	していない	していない	していない	
	家や車の手入れ	していない	していない	していない	
	読書	していない	していない	していない	
	仕事	していない	していない	していない	
老研式抜粋	年金などの書類を	書けない	書けない	書けない	
	新聞などを	読んでいない	読んでいない	読んでいない	
	本や雑誌を	読んでいない	読んでいない	読んでいない	
	健康についての記事や番組に	関心ある	関心ある	関心ある	
	友達の家を訪ねること	ない	ない	ない	
	家族や友達の相談にのること	ある	ある	ある	
	病人を見舞うこと	できる	できる	できる	
	若い人に自分から話しけること	ある	ある	ある	
他		未把握	未把握	未把握	
		未把握	未把握	未把握	

課題個々の要因分析

脳梗塞、右片麻痺あり。右上肢の麻痺は重度、右下肢の麻痺は軽度である。ベッド・車いすを利用してADLはほぼ自立している。
「右手があかんから何もできない」と趣味活動は現在行っておらず、余暇時間を無為に過ごすことが多い。昔行っていた和裁には興味があり、「和裁がしたい」という発言が見られる．左上肢は特に問題がないためセッティングすれば運針は可能である。
「家に帰りたい」「お墓参りに行きたい」との希望も聞かれる。右下肢の麻痺は軽度で平地歩行・階段昇降は注意障害のため見守りを要するが可能である。在宅生活時に自宅内にて繰り返し転倒し大きな怪我を何度もした事により娘が恐怖心を抱いており、在宅復帰は困難であった。しかし家族の面会が多く関係が良好で理解があることから、短時間の帰宅なら実現可能と判断する。

課題解決目標

和裁の中の運針を自身で行う事により、施設の中で楽しみの活動を持てる。

歩行・階段昇降能力を維持し、家族と自宅へ短時間の帰宅をすることで、事例は満足感が得られ、娘は在宅介護に対する成功体験を積める。

（チームの）総合的援助方針

コミュニケーションを好み、運針が可能である事からお針子クラブ(裁縫を主な活動とした小グループ活動)に参加していただき、楽しみながら作業を実施していただく。運針に自信が持てるよう称賛の機会を多くする。

毎日歩行や階段昇降の機会を持ち、動作学習や転倒予防のための注意点を自分で認識できるように多職種で関わる。また家族にも介助方法や注意点を理解していただけるように関わる。

評価
自立
自立
自立
自立
自立
自立
要介助
自立
要介助
部分介助
監視or介助
自立
自立
自立
していない
していない
していない
していない
していない
時々
時々
時々
週1回以上
していない
していない
していない
していない
していない
していない
書けない
読んでいない
読んでいない
関心ある
ない
ある
できる
ある
未把握
未把握

考察

事例は右片麻痺をきっかけに和裁の全工程ができなくなったと思い込んでいると共に、在宅復帰への自信を喪失していた。特に、圧迫骨折後は娘の在宅介護への不安感が強まり、より一層在宅復帰を困難にさせていた。その事が事例にとっては、「私は何にもできない」と自己効力感を低下させる大きな要因になっていると考えられた。
今回、生活行為向上マネジメントを用いて事例の帰りたいという思いと和裁がしたいという思いに焦点を当てて介入した。それに関連して在宅介護に強い不安を抱く娘に対し成功体験を積んでもらう目的でもアプローチを行った。
その結果、事例の目標に対する満足度と自己効力感が向上した。これは、諦めていた裁縫や自宅への帰宅を実際に体験できたことが大きな要因ではないかと考えられる。しかし実行度は5に留まっており、その要因は事例の思い描いていた和裁ではなかったためであった。和裁に関しては構成障害の残存と、非利き手での作業となることから病前のような運針は困難な状態で、事例自身うまくできないと気付いている様子もある。裁縫にこだわらず、事例が自己効力感を感じられる作業を見つける事が今後の課題であると考える。
また自宅への短時間帰宅は、単に自宅に帰るだけでなく、事例にとっては住み慣れた我が家を確認でき、この体験を通じて自宅とのつながりを感じる事ができたのではないかと考えられる。娘にとっても、在宅復帰に対する不安を軽減するための第1歩となったのではないかと考えられる。短時間帰宅という体験を通して、在宅復帰に対する漠然とした不安が具体的な課題につながり、それを事例・娘・OT（支援者）間で認識する事ができた。在宅復帰へは、娘の不安感をより一層軽減する事が必要であり、さらなる成功体験の蓄積や団地環境の改善が必要と考えられる。当面は施設で過ごしながら、短時間の帰宅を繰り返し行い事例と家の繋がりを保ちながら両立をはかれるようにアプローチを継続していく必要があると考える。

生活行為向上マネジメント基本情報

提出者 所属・氏名	所属: 氏名:	問い合わせ ID 連絡方法	ID: メール:
事例種別	【医療】□一般急性期　□一般回復期　☑維持期　□精神・認知症 □小児　□その他(　　) 【介護】□老人保健施設　□通所リハ　□訪問リハ　□通所介護 □訪問介護　□介護支援専門員・地域包括支援センター ☑その他(特別養護老人ホーム) 【自立支援】□身障　□知的　□精神 【その他】　□その他(　　)		
主疾患名	脳梗塞、腰椎圧迫骨折	発症からの期間	2年
現病歴	X 年脳梗塞を発症。一度在宅復帰を果たすが、X＋1年腰椎圧迫骨折受傷。	歩行能力低下により在宅復帰困難となり、老健を経て X+2年特養へ入居。	
既往疾患	1循環器系:高血圧, 脳卒中, 心臓病, その他 2内分泌・栄養・代謝障害:糖尿病, 高脂血症, その他 3呼吸器系, 4消化器系, 5泌尿器・生殖器系, 6筋骨格系, 7外傷、中毒系:骨折, その他, 8がん, 9血液・免疫系, 10 感染症,　11 精神・行動障害:認知症, その他, 12 神経系:神経難病, その他,　13 目の病気,　14 耳の病気、 15 皮膚の病気,　16 歯科,　17 その他(　　), 18 なし		
性別	男性 ・ 女性	年齢	79 才
配偶者	あり ・ なし	家族構成	2 人
生活保護	あり ・ なし	本人以外の家族の人数	1人
要介護度	要支援 1 ・ 2 ・ 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5		
介護者の有無	1 配偶者, 2息子・娘 3, 息子・娘の配偶者　4, 孫　5, 兄弟・姉妹　6, その他		
介護者の年齢	1, 65 歳未満　2, 65～74 歳　3, 75～84 歳　4, 85 歳以上		
生活歴 (学歴・職歴・趣味を含む)	30代で看護師資格を取り働いていた. 40代で夫を亡くし女手一つで2人の子供を大学まで卒業させた。	結婚前より和裁が得意で呉服屋の下請けや子供たちの晴れ着を縫ったり、小物作りをしていた。	
日常生活自立度 (寝たきり度)	正常 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2		
痴呆性老人の 日常生活自立度	正常 ・ Ⅰ ・ Ⅱa ・ Ⅱb ・ Ⅲa ・ Ⅲb ・ Ⅳ ・ M		
住宅・住処	1. 持ち家　2. 賃貸住宅・借家　3. ケア付き住宅　4. その他(　　)		
年金の種類	1. 国民年金　2. 厚生年金　3. 共済年金　4. 老齢福祉年金のみ　5. その他(　　)		
収入の有無	1. 収入のある仕事をしている　2. していない		

地域移行・連携・社会資源情報

入院・入所またはサービス利用開始からの期間		60 日
介入期間		120 日
地域移行支援取組みの有無	退院前訪問　なし	退院時カンファレンス参加　なし
	退院リハ指導　なし	退院後訪問指導　なし
社会資源	介入時	介入後
ケアマネ等関与	あり	あり
サービス利用状況	1. 医療のデイケア(　回・週) 2. 通所介護・生活支援施設(　回・週) 3. 訪問リハ(　回・週) 4. 訪問介護(　回・週) 5. 訪問看護(　回・週) 6. 配食サービス(　回・週) 7. 福祉用具・補装具(内容：　) 8. 住宅改修有 9. ショートステイ(　回・週) 10. 就労支援施設 11. 地域活動支援センター等相談機関 12. 機能訓練施設等(通園・療育・通所リハ)(　回・週) 13. その他(　)(　回・週) (14.)利用なし　※特養入居のため	1. 医療のデイケア(　回・週) 2. 通所介護・生活支援施設(　回・週) 3. 訪問リハ(　回・週) 4. 訪問介護(　回・週) 5. 訪問看護(　回・週) 6. 配食サービス(　回・週) 7. 福祉用具・補装具(内容：　) 8. 住宅改修有 9. ショートステイ(　回・週) 10. 就労支援施設 11. 地域活動支援センター等相談機関 12. 機能訓練施設等(通園・療育・通所リハ)(　回・週) 13. その他(　)(　回・週) (14.)利用なし　※特養入居のため
その他の社会資源利用状況	1. 一般就労・シルバー人材センター 2. 教育(学校・養護学校・訪問教育・寿大学・通信教育・生涯学習を含む) 3. 健康増進施設 4. 市町村等が実施する介護予防事業 5. サロン等老人クラブ活動等(自助グループ、患者会を含む) 6. カルチャー教室 (7.)ボランティア活動（施設訪問型レク） 8. 老人会等地区組織活動 9. その他(　)	1. 一般就労・シルバー人材センター 2. 教育(学校・養護学校・訪問教育・寿大学・通信教育・生涯学習を含む) 3. 健康増進施設 4. 市町村等が実施する介護予防事業 5. サロン等老人クラブ活動等(自助グループ、患者会を含む) 6. カルチャー教室 (7.)ボランティア活動（施設訪問型レク） 8. 老人会等地区組織活動 9. その他(　)
ケアマネの設定した課題	生活範囲内は安全に歩けるようになって、家に外出できる能力を維持する。 楽しみや役割を持ち離床時間の拡大を図る。 （できれば 2 表のコピーを匿名化して添付）	

簡単な家事動作を獲得した事で自宅復帰可能となった慢性硬膜下血腫を受傷したHD患者

１.報告の目的

慢性硬膜下血腫発症と同時期に人工透析が開始となり自宅復帰は困難と思われた症例に対し生活向上マネジメントを活用した。「料理をしたい」という目標達成のために意欲的にリハビリに取り組めるようになり、ADL 全般の改善、QOL の向上につながった。また、調理活動を通じて症例は自分の能力を見直すことができ、ご家族の心情にも変化がみられ、支援は受けながらも自宅復帰を果たす事ができたので報告する。

２.事例紹介

90 代半ばの女性。大阪の娘宅に旅行中に左上下肢の脱力あり、2 日後に地元の脳神経外科受診。右慢性硬膜下血腫を認めたが経過観察。腎機能が悪化していた為、かかりつけ医である当院へ転院。1 週間後、血腫増大がみられ再度脳神経外科に転院し穿頭血腫吸引術施行、翌日当院へ再入院となる。術後 6 病日より、理学療法、作業療法開始。開始時、HDS-R は 12 点、Br。Stage は上肢・下肢・手指共に V レベルであったが、握力の低下が著しかった。静的な端座位は可能であるが、目眩の訴えも強く、耐久性が乏しかった。また、熱発もしばしばみられた。25 病日より人工透析が週 2 回の定期実施となった。53 病日より生活行為向上マネジメントを実施し、110 病日に自宅退院に至った。

症例は今まで介護保険の利用もなく、娘が大阪に嫁いでからは一人暮らしで家事も全てこなしていた。屋外歩行はシルバーカーを利用し、買物や近所の銭湯に毎日通っていた。

３.作業療法評価

本人が実現したい生活行為を尋ねると「料理がしたい」という回答がみられた。初期時の自己評価は実行度・満足度ともに 1 であったが、達成の可能性は「今はできないが、手伝ってもらえれば、足が丈夫になれば実行できる」との事であった。 ADL は食事、整容、更衣動作は自立であるが、その他の動作に関しては介助が必要であった。自宅は借家で築年数もかなり経っており、また、大家さんとの関係がよいとは言えず住宅改修は難しい。その為、娘さんは自宅への退院は困難で、施設入所もしくは大阪に来ることを望んでいたが、本人は自宅に戻りたいと強く希望していた。

生活行為向上マネジメント開始時の HDS-R は 24 点、Br。Stage は上肢・下肢・手指共に V レベル、握力は初期時より若干改善したものの弱い(5kg 以下)。その他の問題点として立位バランス能力・耐久性の低下、易疲労性、注意力散漫、危険に対する認識力低下があげられた。しかし、右手は十分使用でき、座位バランスや耐久性は向上してきた為、座位で簡単なものであれば調理可能であると考えられた。また、平行棒内歩行も徐々に行えるようになってきており、移動、移乗、立位での動作が安定してくればトイレ動作の自立も期待できた。本人と話し合った結果、自宅復帰を考慮し「日中は一人になるためトイレ動作の自立と共に誰かと一緒に短時間でできるものを調理するなど在宅での役割を担う」という目標を立てた。

４.介入の基本方針

病院での調理であれば座位での調理環境を整え、すぐにでも実施する事が可能であるが、自宅の環境を考慮した場合、調理をするには立位での動作は避けられない。その為、調理の実践や左上肢・手指の機能回復だけでなく、立位バランスや体力向上を図る事も重要である為、全身運動や歩行訓練、バランス訓練もしっかりと行う。また、自宅退院を考えた場合、トイレ動作ができる事は清潔な住環境を保つ為に重要であるため獲得をめざす。

５.作業療法実施計画

基本方針に従い基本的プログラムとして、棒体操・Ball-Ex・上肢機能訓練・バランス訓練・歩行訓練を理学療法と共同で毎日実施するようにした。疲労感等も考慮し、また、できるだけ日中離床を図る目的で、人工透析以外の日は理学療法と作業療法は午前・午後と分けて実施する事にした。

応用的プログラムとして、模擬的な調理訓練を実施するようにした。玩具の野菜を使用して左手では押さえの練習、右手では包丁を使用する練習や鍋に水を入れたり、移動させたりする練習等を行った。これらの動作は、立位バランスの安定・耐久性の向上を目指し、できるだけ立位で行うようにした。また、ズボンの上げ下げの練習の実施とともに、日中はオムツからリハビリパンツに変更してもらい、リハビリ中に尿便意があれば実際にトイレに行き、練習を行うようにした。

社会適応プログラムとして実際の調理実習を計画した。発熱でリハビリを休む事は少なくなってきたものの、目眩に関しては出現すると休憩（数分で落ち着く）を入れ、ひどい時には横になる必要があった。調理実習は刃物や火を使用するため安全を考慮して、目眩の出現がもう少し落ち着いてから実施するように本人・家族とも相談し決定した。トイレ動作に関しては、家族及び看護師の見守り下で昼間はシルバーカーで歩いていきフロアトイレにて行い、夜間はポータブルトイレにて実施するようにした。

６.介入経過

開始当初は目眩の出現があった為、基本的プログラム・応用的プログラムを理学療法と共同でリハビリ室にて毎日実施した。目眩の出現が落ち着き、立位での動作が比較的安定し、トイレ動作も大分安定して行えるようになった 71 病日目に調理実習を企画した。透析食である為、栄養部とも相談した上で献立を決め、初回は肉じゃがとした。必要な材料を尋ねるとさっと答えることができ、彩りとして絹さやを入れるというこだわりもみられた。1 週間後本人の昼食に合わせて調理を行った。皮むきなどは座位にて行う予定であったが、本人の意向でずっと立位で行った。スタッフや他患が見に来ると切っている途中でもそちらに気が向いてしまうなど注意がそれる傾向がみられた。その結果、皮むき時に掌を包丁で軽くつくトラブル（軽傷：圧迫ですぐに止血）も発生した。ずっと立位で工程を進めていた為、味付けの頃には疲れてしまい、肝心の味付けは味見係となってしまったが、料理をリハスタッフと一緒に食べ、とても満足そうであった。調理ができて、それを食べるという事も嬉しいが、それよりも他人に食べてもらえる事がとても嬉しいとの事であった。

その 3 週間後 2 回目の調理実習を実施した。本人の希望でカボチャの煮付けを作る事とした。前回の反省を踏まえ、できるだけ調理現場に OTR と娘さん以外の人が寄っていかないよう配慮して調理を行った。今回は特にトラブルもなく、ほぼ一人で完成させる事ができた。娘さんも「これは時々作ってもらわないかん」と嬉しそうに話していた。

入院中に介護保険を初めて申請し、要介護 2 を得た。担当者会議等にて生活行為申し送り表等を利用することで、症例の現状能力・課題、入院中にやってきたこと、必要な環境調整、今後もやりたいこと等を本人、家族、退院後の援助者にうまく伝達することができた。簡単な環境調整を行い 110 病日目に娘さんが同居する形で自宅退院となった。

7.結果

プログラムを通じて立位動作の安定性､耐久性が向上し､屋内移動はシルバーカーにて可能となった。ADL も入浴と階段昇降以外は自立となり、BI も 60 点から 90 点へと改善した。老研式活動能力指標は 8 点から 9 点に改善。HUI は感情・歩行・身の回りの動作・全体的健康状態と身体・精神両面に改善がみられた。FAI は初期、退院時共に 1 点であったが、退院 1 ヶ月後に尋ねると 14 点に向上した。デイケアに週 2 回通い、娘さんに温泉に連れて行ってもらっているとの事で以前よりも外出の機会は増えている。

調理実習は 2 回行った。自己評価は初期では実行度・満足度はともに 1 であったが、最終では実行度 5、満足度は 8 と各々改善がみられた。実行度があまり高くない理由としては、準備や片付けを手伝ってもらい迷惑をかけたという感情からだと思われる。調理実習を通じて本人は以前のように調理ができた事で自信がつき、娘さんも調理に対して協力的となり、退院後も企画や準備をして頂けるようになった。「このような機会を与えて頂き（中略）感謝しております」という内容のお手紙も娘さんから頂いた。退院後も週に 1 回程度は調理を行っているとの事である。

8.考察

今回、生活行為向上マネジメントを使用し、まず効果があったのは ADL 全般の改善である。「料理をしたい」という目標がある事で他の訓練に対しての意欲が向上し、さぼりがちであった歩行も意欲的に取り組め、結果シルバーカー歩行迄行えるようになった。次に本人と娘さんの心情に変化があった。調理活動を通じて本人は自分が思っている能力と現状能力の差を認識できるようになった。また、以前のように調理ができた事で自信がつき、QOL も向上した。娘さんも調理に対して協力的となった。退院は最終的に娘さんと同居という形での自宅退院となったが、これは今回の取り組みを通じ認知面がしっかりし、ADL 能力が改善した事でご家族が本人の意向を汲み入れたのだと思われる。

現在､生活全般を娘さんが援助する形で生活をしている。しかし､娘さんの生活の拠点は大阪であり、いつまで同居できるか分からない。現状では、娘さんの負担も大きいため一人暮らしの手だてを考えてみる。デイケアの回数を増やし、24 時間対応の訪問介護看護と腎臓食の配食サービスを整える。近所の姪御さんに時々様子を見に来て頂く。という形で対応ができるかもしれない。そして時々、調理や買物もヘルパー等と一緒に行い、QOL の向上を図りたい。

FAI は退院後に 14 点と大きく回復した。入院中は改善がみられなかったが、環境的にする機会がなかった事が大きな要因であると思われる。やはり、入院中にできる事は限られてくるため、我々OT が環境を整え、早く在宅生活へ戻れる援助していく必要があると感じた。退院を見据え、関係職種の協力を構築できるこの生活行為向上マネジメントは有効なツールであると思われる。

生活行為向上マネジメントシート

記入日：　25 年　9 月　1 日

生活行為アセスメント				
	生活行為の目標	本人	料理がしたい	
		キーパーソン	身の回りの事をしゃんとできるようになって欲しい	
	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 (ICF コード)	b760 左片麻痺 b610 慢性腎不全→人工透析、週２回 b240 立位バランスの低下 b140 注意力散漫・危険予知力低下 b455 易疲労性 b240 b550 突発的な発熱・目眩	d160 集中力低下 d240 危険に対する認識力低下 d430 左手に力が入りにくい（握力低下） d460 歩行不安定、見守り、易疲労性 d415 立位での動作不安定、 d510 入浴は特浴で全介助。	e410 長女は「調理は危険でまだできない」と思っており、実施には消極的。 e115 今まで畳での生活を送っていた。 e150 通っていた近くの銭湯は閉店した。 e155 自宅に風呂はない。 e155 自宅の住宅改修は困難
	現状能力 (強み) (ICF コード)	b117 認知機能は保てている(HDS-R:24 点) b740 座位は安定している b710 右手の使用可能。 b760 左上肢･手指ともに力は弱いが動きは良好である。	d630 元来、料理好きで発症まで実際に調理を行っていた。HD 食も自分で作っていた。 d530 トイレの後始末は一人で可能 d440 左手及び器具使用にて固定が可能 d445 右手で調理器具の使用ができる	e310 家族は介護全般に関して協力的である。
	予後予測 (いつまでに，どこまで達成できるか)	発症から２ヶ月であるため、今後もリハビリの実施にて上肢・手指機能の回復が見込める。また、発熱や目眩等も軽減してきており、立位での動作や体力の向上も期待できる。	座位であれば、皮を剥く、切る、味付け等工程は可能である。移動･移乗、立位が安定し、体力が向上してくれば調理全般及びトイレ動作に関しては可能になると思われる。入浴は一人で入るのは難しい。	退院後、ベッドを導入し、ポータブルトイレの設置も検討。移動能力が向上すればフロアトイレに。一人での調理は難しい。家族・ヘルパーの協力があれば調理も可能と思われる。入浴はデイサービス利用を検討。
	合意した目標 (具体的な生活行為)	日中は一人になるためトイレ動作の自立と共に誰かと一緒に短時間でできるものを調理するなど在宅での役割を担いたい。		
	自己評価*	初期	実行度　1/10	満足度　1/10
		最終	実行度　5/10	満足度　8/10

***自己評価は本人の実行度（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	社会適応プログラム
	いつ・どこで・誰が・何を実施・支援	本人	計画	棒体操・Ball-Ex 上肢機能訓練 バランス訓練・歩行訓練	模擬的な調理訓練（野菜切り・鍋操作等） ズボンの上げ下げの練習 セラピストと共にトイレ動作を行う	調理訓練 家族、Ns 見守りにてトイレ動作を行う。
			結果	上肢・手指機能向上し、握力も向上した。屋内移動はシルバーカーにて見守りにて可能となった。	立位動作の安定性、耐久性が向上した。トイレ動作を安定して行えるようになった。	できた事による満足感と自信がついた。また、本人が思っていた以上に疲れてしまうという事を体験を通じて知る事ができた。
		家族	計画	心理的援助・応援 自室での指の運動等の実施	材料調達 心理的援助・応援	材料調達 心理的援助・応援
			結果	本人が休みたいという時にも積極的にリハに参加するよう促しもらい、本当に体調が優れない時以外は休まず参加できた。	初めは実施に懐疑的であったが、実施を適宜報告、また見学をする事で、調理ができそうであると考えが変わっていった。	本人の調理の実施にも前向きになった。毎日のトイレと整容時の付き添いを実施してくれるようになった。
		支援者 (職種明記)	計画	OT：課題の調節 PT：歩行訓練	OT：見守り・アドバイス 実施困難な工程の援助 家族へ実施内容を伝え、実施の協力依頼。	OT：見守り・アドバイス、実施困難な工程の援助、栄養部との調整（腎臓食） CM：退院時カンファレンス
			結果	ＨＤ後など疲労感も考慮しながら、治療を実施した。	立位を伴う動作は初めは付きっきりで援助。次第に遠位監視で可能となった。トイレ動作も安定し、家族や看護サイドにお任せできるようになった。	調理実習は２回実施した。退院時カンファにて症例の現状能力・課題，入院中にやってきたこと，必要な環境調整，今後もやりたいこと等を申し送った。
	実施・支援期間			25 年　7 月　1 日　～　25 年　8 月　29 日		
	達成			☑達成　□変更達成　□未達成（理由：　　）　□中止		

本シートの著作権（著作人格権、著作財産権）は一般社団法人日本作業療法士協会に帰属しており、本シートの全部又は一部の無断使用、複写・複製、転載、記録媒体への入力、内容の変更等は著作権法上の例外を除いて禁じます。

課題分析モニタリング表

アセスメント項目		現状能力	予後予測		課題重要性
			このまま推移	介入後	
基本動作	起き上がり	一部介助	一部介助	自立	
	立位保持	見守り	見守り	自立	1
	床からの立ち上がり	一部介助	一部介助	自立	
	床のものを拾う	一部介助	一部介助	見守り	
ADL（BI）	食事	自立	自立	自立	
	イスとベッド間の移乗	監視or軽介助	自立	自立	
	整容	自立	自立	自立	
	トイレ動作	部分介助	部分介助	自立	2
	入浴	要介助	要介助	部分介助	5
	平地歩行（車椅子駆動）	部分介助	部分介助	自立	3
	階段昇降	できない	できない	監視or介助	
	更衣	自立	自立	自立	
	排便コントロール	時に失禁	時に失禁	自立	
	排尿コントロール	時に失禁	時に失禁	自立	
IADL（FAI）	食事の用意	していない	していない	まれに	4
	食事の片付け	していない	していない	まれに	
	洗濯	していない	していない	まれに	
	掃除や整頓	していない	していない	まれに	
	力仕事	していない	していない	していない	
	買物	していない	していない	まれに	
	外出	していない	まれに	時々	
	屋外歩行	していない	していない	まれに	
	趣味	していない	していない	まれに	
	交通手段の利用	していない	していない	していない	
	旅行	していない	していない	していない	
	庭仕事	していない	していない	していない	
	家や車の手入れ	していない	していない	していない	
	読書	まれに	まれに	時々	
	仕事	していない	していない	していない	
老研式抜粋	年金などの書類を	書ける	書けない	書けない	
	新聞などを	読んでいない	読んでいない	読んでいない	
	本や雑誌を	読んでいる	読んでいる	読んでいる	
	健康についての記事や番組に	関心ある	関心ある	関心ある	
	友達の家を訪ねること	ない	ない	ない	
	家族や友達の相談にのること	ある	ある	ある	
	病人を見舞うこと	できない	できない	できない	
	若い人に自分から話しけること	ある	ある	ある	
他		未把握	未把握	未把握	
		未把握	未把握	未把握	

課題個々の要因分析
・ADLは座位で行うものは比較的良好に行えるが、立位を伴うものには介助を要する。 ・発熱等で臥床を余儀なくされた時期もあり、体力等も低下している。 ・立位を伴う動作では転倒などの恐怖心を訴える一方で、危険予知が欠如している動作や言動がみられる。 ・入院中でありIADLに関して、現在は全く行えていない。 ・自らできると思っている能力と他者が客観的にみた能力とに解離がある。（老健式手段的自立の項目など）
課題解決目標
STG:立位バランス・耐久性の向上 歩行能力向上 トイレ動作の自立 簡単な料理を作る 軽介助にて入浴できる LTG:時々娘さんと買い物に行き、 料理をする。 ADL動作の自立
（チームの）総合的援助方針
生活行為目標の達成に向け、PTは歩行能力の向上、体力の向上を、OTは、立位での動作の安定、作業耐久性、ADL、IADLの意欲を高める。Nsは本人ができることはできるだけ自分で行うようにし、最低限の介助をおこなうようにする。 また、OTは自宅復帰に向け、ADL全般の改善および必要な介護サービスの検討や環境調整を行う。

評価	考察
自立	「料理をしたい」という目標がある事で他の訓練に対してのモチベーションの向上につながった。本人は自分が思っている能力と現状能力の差を認識できるようになり、また、以前のように調理ができたことで自信がつき、QOLも向上した。娘さんも調理に対して協力的となった。退院先は最終的に娘さんと同居という形での自宅退院となった。認知面がしっかりし、ADL能力が改善したことでご家族が本人の意向を汲み入れたのだと思われる。 現在も週2回の通院透析を行い、生活全般を娘さんが援助する形で生活をしている。しかし、娘さんの生活の拠点は大阪であり、いつまで同居できるか分からない。現状では、娘さんの負担も大きいため一人暮らしの手だてを考えてみる。デイケアの回数を増やし、24時間対応の訪問介護看護、腎臓食の配食サービス等を整える。また、近くにいる姪御さんに時々様子を見に来て頂く事で対応ができるかもしれない。また、調理や買物も時々ヘルパーと一緒に行い、QOLの向上を図りたい。 FAIは退院後に14点と大きく回復した。入院中は改善がみられなかったが、環境的にする機会がなかった事が大きな要因であると思われる。やはり、入院中にできる事は限られてくるため、我々OTが環境を整え、早く在宅生活へ戻れる援助していく必要があると感じた。退院を見据え、関係職種の協力を構築できるこの生活行為向上マネジメントは有効なツールであると思われる。
自立	
自立	
見守り	
自立	
自立	
自立	
自立	
自立	
要介助	
自立	
監視or介助	
自立	
自立	
自立	
まれに	
まれに	
まれに	
まれに	
していない	
まれに	
時々	
まれに	
まれに	
していない	
していない	
していない	
していない	
時々	
していない	
書けない	
読んでいない	
読んでいる	
関心ある	
ない	
ある	
できない	
ある	
未把握	
未把握	

生活行為向上マネジメント基本情報

提出者 所属・氏名	所属: 氏名:	問い合わせ ID 連絡方法	ID: メール:
事例種別	【医療】□一般急性期　☑一般回復期　□維持期　□精神・認知症 □小児　□その他(　　) 【介護】□老人保健施設　□通所リハ　□訪問リハ　□通所介護 □訪問介護　□介護支援専門員・地域包括支援センター □その他(　　) 【自立支援】□身障　□知的　□精神 【その他】　□その他(　　)		
主疾患名	右慢性硬膜下血腫	発症からの期間	2ヶ月
現病歴	大阪の娘宅に旅行中、左上下肢の脱力がみられた。2日後に帰宅し、地元の脳神経外科受診。右慢性硬膜下血腫を認めたが緊急オペの適応ではなく経過観察、腎機能障害が進行していた為、当院へ転院。1週間後血腫増大みられたため再度脳神経外科に転院し穿頭血腫吸引術施行、翌日当院へ再入院となる。		
既往疾患	1循環器系:高血圧, 脳卒中, 心臓病, その他 2内分泌・栄養・代謝障害:糖尿病, 高脂血症, その他 3呼吸器系, 4消化器系, 5泌尿器(慢性腎不全)・生殖器系, 6筋骨格系, 7外傷、中毒系:骨折, その他, 8がん, 9血液・免疫系, 10 感染症,　11 精神・行動障害:認知症, その他, 12 神経系:神経難病, その他,　13 目の病気,　14 耳の病気、 15 皮膚の病気,　16 歯科,　17 その他(　　), 18 なし		
性別	男性 ・ (女性)	年齢	92 才
配偶者	(あり) ・ なし	家族構成	1人
生活保護	あり ・ (なし)	本人以外の家族の人数	
要介護度	要支援 1 ・ 2 ・ 要介護 1 ・ (2) ・ 3 ・ 4 ・ 5		
介護者の有無	1 配偶者, 2息子・(娘) 3, 息子・娘の配偶者　4, 孫　5, 兄弟・姉妹　6, その他		
介護者の年齢	1, 65 歳未満　(2, 65～74 歳　3, 75～84 歳　4, 85 歳以上		
生活歴 (学歴・職歴・趣味を含む)	夫は戦死。 住宅販売の営業、自宅で和裁の仕事をしていた。娘が大阪嫁いでからは一人暮らしをしていた。 近所に姪がいて時々様子を見に来てくれていた。	料理好きで腎臓食になってからも自分で調理して食べていた。家に風呂はなく、毎日近くの銭湯にシルバーカーで通っていた。	
日常生活自立度 (寝たきり度)	正常 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ (A2) ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2		
痴呆性老人の 日常生活自立度	正常 ・ Ⅰ ・ Ⅱa ・ (Ⅱb) ・ Ⅲa ・ Ⅲb ・ Ⅳ ・ M		
住宅・住処	1. 持ち家　2.(賃貸住宅・借家)　3. ケア付き住宅　4. その他(　　)		
年金の種類	1. 国民年金　(2.)厚生年金　3. 共済年金　4. 老齢福祉年金のみ　5. その他(　　)		
収入の有無	1. 収入のある仕事をしている　(2.)していない		

地域移行・連携・社会資源情報

入院・入所またはサービス利用開始からの期間		110 日
介入期間		57 日
地域移行支援取組みの有無	退院前訪問　あり・(なし)	退院時カンファレンス参加　(あり)・なし
	退院リハ指導　(あり)・なし	退院後訪問指導　あり・(なし)
社会資源	介入時	介入後
ケアマネ等関与	あり・(なし)	(あり)・なし
サービス利用状況	1. 医療のデイケア(　　回・週) 2. 通所介護・生活支援施設(　　回・週) 3. 訪問リハ(　　回・週) 4. 訪問介護(　　回・週) 5. 訪問看護(　　回・週) 6. 配食サービス(　　回・週) 7. 福祉用具・補装具(内容：　　) 8. 住宅改修有 9. ショーステイ(　　回・週) 10. 就労支援施設 11. 地域活動支援センター等相談機関 12. 機能訓練施設等(通園・療育・通所リハ)(　　回・週) 13. その他(　　)(　　回・週) (14.)利用なし	(1.)医療のデイケア(　　2回・週) 2. 通所介護・生活支援施設(　　回・週) 3. 訪問リハ(　　回・週) 4. 訪問介護(　　回・週) 5. 訪問看護(　　回・週) 6. 配食サービス(　　回・週) (7.)福祉用具・補装具(内容：ﾍﾞｯﾄﾞ・車椅子) 8. 住宅改修有 9. ショーステイ(　　回・週) 10. 就労支援施設 11. 地域活動支援センター等相談機関 12. 機能訓練施設等(通園・療育・通所リハ)(　　回・週) (13.)その他(介護タクシー)(2 回・週) 14. 利用なし
その他の社会資源利用状況	1. 一般就労・シルバー人材センター 2. 教育(学校・養護学校・訪問教育・寿大学・通信教育・生涯学習を含む) 3. 健康増進施設 4. 市町村等が実施する介護予防事業 5. サロン等老人クラブ活動等(自助グループ、患者会を含む) 6. カルチャー教室 7. ボランティア活動 8. 老人会等地区組織活動 9. その他(　　)	1. 一般就労・シルバー人材センター 2. 教育(学校・養護学校・訪問教育・寿大学・通信教育・生涯学習を含む) 3. 健康増進施設 4. 市町村等が実施する介護予防事業 5. サロン等老人クラブ活動等(自助グループ、患者会を含む) 6. カルチャー教室 7. ボランティア活動 8. 老人会等地区組織活動 9. その他(　　)
ケアマネの設定した課題	(できれば 2 表のコピーを匿名化して添付)	

数年ぶりに実施した料理を通して家事動作の拡がりを見せ始めている事例

1.報告の目的

脳梗塞発症後､10 年以上経過し､自宅での家事動作はすべて同居する娘が担っている対象者に対して、生活行為向上マネジメントを活用し、やりたい作業を尋ねたところ「料理がしたい」と挙がり、その希望に基づいて支援を実施した。その結果、長期に渡って家事動作から離れていた対象者が、家庭で調理を行うなど、行動の変容や生活に対する意識の変化が生まれ始めている経過を以下に報告する。

2.事例紹介

A 氏、60 歳台後半、女性。脳梗塞右片麻痺、要介護度 2、寝たきり度 A2、認知症自立度正常。13 年前に脳梗塞を発症し右片麻痺出現。入院生活を送り、退院後も長らく外来リハに通う。制度の改定後は、介護保険によるデイケアの利用に変更し、リハビリテーションを継続して受けている。

現在は、娘家族（娘、娘婿、孫）と同居。移動は一本杖で自立しているが、精神的な不安定さがあり、それに伴い、体の痛みの訴えが強くなり、車椅子を利用する日もある。ADL に関して、入浴以外は概ね自立している。退院直後は、料理などの家事も行っていたが、現在はすべての家事は娘が担っており、本人は参加することはない。

発症前は、ダンスや山登りを行うなど多趣味であった。現在も、他者との交流は活発に行っている。発症から 10 年以上経過しているが､「右手がもっと動くようにならない？何をするのもこの状態では。」などと悲観的に発言することがある。

3.作業療法評価

A 氏に生活行為の目標の聞き取りを行ったところ､「料理をしてみたい。」と発言があった。しかし､「右手が動かないから自信はない。退院直後は料理をしていたが、数年間していない。娘も危ないからやってはいけないと言う。」とのことであった。

心身機能面では、右上肢は補助手レベルであり、包丁使用の際、食材の固定は、不随意的に動く危険があるが、理解力は良好であり、釘つきまな板などの環境調整や反復練習を行えば、危険は回避できると判断した。また、日によって、体の痛みを訴えることがあり、車いすを利用しなければならない日もあるが、精神的な面の影響が一因としてあり、料理が定着することで、精神面が安定し、痛みの訴えも減少する可能性があると考えた。

活動・参加面は、料理を含めた家事動作を一切行っていなかったが、自宅内は杖歩行、短距離であれば独歩も可能であり、転倒歴はなく、入浴以外のセルフケアも自立していた。長時間の作業では疲労感が出ることも考えたが、理解力も良好なため、休憩のタイミングなどを覚えれば、問題ないと考えた。

環境面は、娘から「危ないからやってはいけない。」と言われているが、動作を確認した上で見守りを依頼し、娘も実際の動作に触れる機会を得れば、不安は和らぐと考えた。

以上より、「娘の見守りや支援のもと、自宅で調理活動を少しずつ行っていく」という目標の合意に至った。実行度は 1、満足度は 1 であった。

４.介入の基本方針

料理活動を実際に行い、本人の自信をつけるとともに、自宅生活での料理活動が定着していくように、家族に対してフィードバックを行い、自宅での料理を提案・依頼する。また、自宅内での役割を定着化させていく。

５.作業療法実施計画

基本練習は、上肢機能練習として、主に物を固定する練習と体力の向上を目的にマシントレーニングを実施した。上肢機能練習は、OT と一緒に実施し、徐々に自主トレとして行うように指導を行った。応用練習として、物を運搬する歩行訓練と調理訓練を実施した。調理訓練では、最初は野菜を切る練習を主に行い、それと並行して、デイケアでの調理訓練する際のメニューを自分で考えてきてもらい、調理訓練を実施することとした。また、訓練の様子を OT は、写真などを用いながら家族にフィードバックする。社会適応練習としては、デイケアでの料理の状況を OT が家族にフィードバックした上で、自宅で実際に娘の見守りのもと、料理をしてもらうように依頼し、実践してもらうこととした。

６.介入経過

片手での料理を行いやすくするため、釘つきまな板を作成して、野菜を切る練習を中心に実施した。はじめは、「やっぱり片手で切るのは難しい。出来ない。」などと悲観的な発言もあったが、回数を重ねると、「コツがわかってきた。これなら出来そうね。」と発言が変容した。また、実際に料理を行っている片麻痺の利用者から、具体的なアドバイスを直接もらう場面が見られるようになり、片手で料理をするイメージが再びもてるようになっていた。

デイケアで実際に料理を作るために、自分でメニューを考え、材料の分量を考えて来てもらうように依頼。その後、材料の準備をご家族に依頼する。娘と一緒に買い物に出かけ、準備した材料をデイケアに持ち込み、豚汁を作成する。作成した豚汁は、スタッフなどに振る舞い、賞賛の言葉を受ける。

それらの様子を写真に撮り、娘にどの場面に支援が必要か、不必要かなど、コメントを添えて配布、その後、開催された担当者会議で再度状況を説明し、自宅での料理を出来る範囲で行って頂けるように依頼した。

現在までに数回、娘が自宅にいる際に料理を行っている。また、食器洗いや洗濯物たたみなど自宅で行う家事動作の拡がりも見られている。「もう少しすれば、私のいない時でも（料理を）作ってもらえるかしら。そうなったら、助かるね。」と娘から言葉をかけてもらったと本人より発言がある。

７.結果

目標である「自宅に娘さんがいる時に、見守りをしてもらいながら調理をする」は、期間内に達成された。自己評価に関して、実行度は 1→5、満足度は 1→7 と上昇している。自己評価からも、長年、料理を行っていなかった本症例が、生活行為向上マネジメントを利用したことで、料理を行う自信を取り戻し、家庭でも定期的に料理を行う習慣が出来つつある。加えて、当初は反対していた娘も協力的に支援する存在となり、発言内容の変容も見られてきており、本症例の家庭内の役割の変化が見られ始めている。右上肢の機能の改善に固執する発言はいまだに聞かれるものの、以前はたびたび見られていた体の痛みを訴え、車いすを使用する頻度も少なくなっている。

ADL などの数値は著変ないものの、料理以外の食器洗いや洗濯物たたみなどの家事動作の拡がりは見られ始め、FAI でも 5 点から 11 点へと数値の上昇を認めており、活動量の高まりが示唆される。

以上のとおり、本症例がニードである料理を行ったことにより、身体の不調を訴えることが減り、家庭で以前は行えていなかった家事動作を行い、活動量の増加や家庭内での役割の再獲得を果たすことが出来た。

８.考察

本症例の希望である料理に焦点を当てた支援は、長年行っていなかった料理をデイケアで実施し、成功体験を経験したこと、その過程で生まれた同じ境遇の他利用者との関わりなどによって、本人の意識の変容に繋がった。また、料理を行うにあたって、材料の準備の依頼などを家族に行い、デイケアでの料理実施後に本症例の能力や想いを伝達したことは、家族の意識の変容に繋がっていったと考える。本症例のように、直接支援を行った料理に留まらず、食器洗いや洗濯物たたみなど、他の家事動作への広がりを見せたことに関しては、一つの目標が達成することにより、他の作業への意識の拡がり、意欲の向上など、ニード以外への波及効果をもたらし、暮らし方の変化が期待できることを示唆している。

中途障害者は、入院中や退院した直後は行えていた作業が、地域生活を送るなかで、家族などの周囲の人の行き過ぎた支援によって、行わなくなり、徐々に作業に対する自信や意欲を失い、最終的に作業が行えなくなるケースは少なくない。これらの悪循環は、活動量の低下にとどまらず、心身機能の悪化、自立度の低下、介護度の悪化などに繋がる恐れがある。本症例のように、本ツールを用いて、長期間諦めていた大切な作業に焦点を当てて支援することは、作業と現在のその方の状態と環境を調整し、数回の成功体験を積み重ね、本人、家族などへフィードバックしていくことにより、意識の変容をもたらす効果が期待できる。その結果、デイケア内の作業に留めることなく、本人を中心とした暮らしのなかで行う作業へと結びつき、その方の暮らしの変化をもたらし、自立度の高い生活へと繋がっていくと考える。

生活行為向上マネジメントシート

記入日 2013 年　8 月　28 日

生活行為アセスメント	生活行為の目標	本人	調理がしたい		
		キーパーソン	母がやりたいことをして欲しい		
	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 (ICF コード)	b760 右片麻痺 b455 耐久性低下 b130 精神面の不安定さ	d630 料理は長年非実施 d640 その他家事も非実施	e410 娘が料理を実施することに対して心配している	
	現状能力 (強み) (ICF コード)	左上下肢の機能は良好 b177 知的機能は問題なし b130 料理の意欲あり	d500 セルフケア入浴以外自立 d430 物を持っての歩行も短距離は可能	e5800 デイケア週 3 回 e410 娘はデイケアでの料理訓練は理解あり 娘と同居	
	予後予測 (いつまでに，どこまで達成できるか)	環境設定を行うことで、主に左手を使い、必要な場面で両手動作をしながら調理が出来る。 感覚鈍麻であるが視覚的代償をすれば問題なし。	料理の経験を数回することで、自信がつき、自宅でも料理が行えるようになると考える。	デイケアでの料理訓練を行い、動作能力を踏まえた見守りや支援のポイントを伝達することで自宅で娘の協力を得られることは可能と考えられる。	
	合意した目標 (具体的な生活行為)	娘の見守りや支援のもと、自宅で調理活動を少しずつ行っていく （一品程度）			
	自己評価*	初期	実行度　1/10	満足度　1/10	最終　実行度　5/10　満足度　7/10

***自己評価は本人の実行度（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	社会適応プログラム
	いつ・どこで・誰が・何を実施・支援	本人	計画	上肢機能練習（麻痺側の固定性を高める練習） マシントレーニング	物を運搬する歩行訓練 野菜等を包丁で切る練習 デイケアでの調理訓練 (メニュー・材料・必要物品を考える、調理)	自宅で作成するメニューを考え、OT に相談する 自宅での調理
			結果	デイケア利用日に意欲的に取り組むことが出来た	野菜を切る練習や豚汁の調理を行った	娘がいる時に自宅での調理が少しずつできるようになった
		家族	計画		デイケアでの調理訓練の際に材料の準備	自宅での調理を見守り、必要に応じて介助（支援）
			結果		調理の材料の買い物に行ってもらえた	娘が見守りを行った
		支援者 (職種明記)	計画	OT と一緒にデイケアで実施	OT が釘つきまな板を紹介・作成し、実際に野菜などを切る練習を実施 調理時の様子を写真撮影し、家族に配布、それらを基に本人・家族へフィードバックする	本人が考えたメニューを聴取し、どの行為に注意した方が良いかなどを本人と確認する 自宅での調理の実施状況を本人から聴取、把握し、必要に応じてアドバイスを行う 必要に応じて、ヘルパーと連携して調理の実施を提案する（担当者会議において）
			結果	プログラムを段階づけて実施	本人・家族に調理する際のポイントを確認できた	娘がいる際に料理を実施するようになった
	実施・支援期間			H25 年　9 月　1 日　～　H25 年　10 月　31 日		
	達成			■達成　□変更達成　□未達成（理由：　　）　□中止		

本シートの著作権（著作人格権、著作財産権）は一般社団法人日本作業療法士協会に帰属しており、本シートの全部又は一部の無断使用、複写・複製、転載、記録媒体への入力、内容の変更等は著作権法上の例外を除いて禁じます。

課題分析モニタリング表

アセスメント項目		現状能力	予後予測		課題重要性
			このまま推移	介入後	
基本動作	起き上がり	自立	自立	自立	
	立位保持	自立	自立	自立	
	床からの立ち上がり	自立	自立	自立	
	床のものを拾う	自立	自立	自立	
ADL（BI）	食事	自立	自立	自立	
	イスとベッド間の移乗	自立	自立	自立	
	整容	自立	自立	自立	
	トイレ動作	自立	自立	自立	
	入浴	要介助	要介助	要介助	
	平地歩行（車椅子駆動）	自立	自立	自立	
	階段昇降	自立	自立	自立	
	更衣	自立	自立	自立	
	排便コントロール	自立	自立	自立	
	排尿コントロール	自立	自立	自立	
IADL（FAI）	食事の用意	していない	していない	時々	1
	食事の片付け	していない	していない	時々	2
	洗濯	していない	していない	まれに	3
	掃除や整頓	まれに	まれに	まれに	
	力仕事	していない	していない	していない	
	買物	していない	していない	していない	
	外出	まれに	まれに	まれに	
	屋外歩行	していない	していない	していない	
	趣味	時々	時々	時々	
	交通手段の利用	していない	していない	していない	
	旅行	していない	していない	していない	
	庭仕事	していない	していない	していない	
	家や車の手入れ	していない	していない	していない	
	読書	まれに	まれに	まれに	
	仕事	していない	していない	していない	
老研式抜粋	年金などの書類を	書けない	書けない	書けない	
	新聞などを	読んでいない	読んでいない	読んでいない	
	本や雑誌を	読んでいる	読んでいる	読んでいる	
	健康についての記事や番組に	関心ある	関心ある	関心ある	
	友達の家を訪ねること	ある	ある	ある	
	家族や友達の相談にのること	ある	ある	ある	
	病人を見舞うこと	できない	できない	できない	
	若い人に自分から話しけること	ある	ある	ある	
他		未把握	未把握	未把握	
		未把握	未把握	未把握	

課題個々の要因分析
食事の用意：右片麻痺発症後、一定の時期は行っていたが、数年間は作業から離れている。しかし、数回の実践練習などで実施が出来るレベルにはある。 食事の片づけ：動作能力的には行えるレベルにはあるが、現在は娘が担う作業となっており、本人も行う必要性をあまり高くは感じていない。 洗濯：動作能力的には行えるレベルにはあるが、現在は娘が担う作業となっており、本人も行う必要性をあまり高くは感じていない。
課題解決目標
短期：料理を家族などの支援者の見守りのもと実施する。 長期：料理を一人でも数品作ることが出来るようになる。 調理以外の食器洗いや洗濯物たたみなど出来る家事活動を増やし、定着させる。
（チームの）総合的援助方針
現在、家庭内（家族間）での役割の獲得を目指す。特に、本人のニードである調理を中心とした家事活動（調理や食器洗い）などを定着させる。 そこで、現在は自宅内の入浴などが主な目的のヘルパーの支援や家族介護を家事活動支援など、徐々に自立支援を視点にした支援への移行を検討する。

評価	考察
自立	本症例の希望である料理に焦点を当てた支援は、長年行っていなかった料理をデイケアで実施し、成功体験を経験したこと、その過程で生まれた同じ境遇の他利用者との関わりなどによって、本人の意識の変容に繋がった。また、料理を行うにあたって、材料の準備の依頼などを家族に行い、デイケアでの料理実施後に本症例の能力や想いを伝達したことは、家族の意識の変容に繋がった。また直接支援を行った料理に留まらず、食器洗いや洗濯物たたみなど、他の家事動作への広がりを見せたことに関しては、一つの目標が達成することにより、他の作業への意識の拡がり、意欲の向上など、ニード以外への波及効果をもたらし、暮らし方の変化が期待できることを示唆している。
自立	
自立	
自立	
自立	
自立	
自立	
自立	
要介助	
自立	
自立	
自立	
自立	
自立	
時々	
週3回以上	
時々	
まれに	
していない	
していない	
まれに	
していない	
時々	
していない	
していない	
していない	
していない	
まれに	
していない	
書けない	
読んでいない	
読んでいる	
関心ある	
ある	
ある	
できない	
ある	
未把握	
未把握	

生活行為向上マネジメント基本情報

提出者 所属・氏名	所属: 氏名:	問い合わせ ID 連絡方法	ID: メール:
事例種別	【医療】□一般急性期　□一般回復期　□維持期　□精神・認知症 □小児　□その他(　　) 【介護】□老人保健施設　■通所リハ　□訪問リハ　□通所介護 □訪問介護　□介護支援専門員・地域包括支援センター □その他(　　) 【自立支援】□身障　□知的　□精神 【その他】　□その他(　　)		
主疾患名	脳梗塞	発症からの期間	13 年
現病歴	詳細不明		
既往疾患	1循環器系:高血圧, 脳卒中, 心臓病, その他 ②内分泌・栄養・代謝障害:糖尿病, 高脂血症, その他 3呼吸器系, 4消化器系, 5泌尿器・生殖器系, 6筋骨格系, 7外傷、中毒系:骨折, その他, 8がん, 9血液・免疫系, 10 感染症,　11 精神・行動障害:認知症, その他, 12 神経系:神経難病, その他,　13 目の病気,　14 耳の病気、 15 皮膚の病気,　16 歯科,　17 その他(　　), 18 なし		
性別	男性 ・ 女性	年齢	68 才
配偶者	あり ・ なし	家族構成	3人
生活保護	あり ・ なし	本人以外の家族の人数	
要介護度	要支援 1 ・ 2 ・ 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5		
介護者の有無	1 配偶者, 2息子・娘 3, 息子・娘の配偶者　4, 孫　5, 兄弟・姉妹　6, その他		
介護者の年齢	1, 65 歳未満　2, 65～74 歳　3, 75～84 歳　4, 85 歳以上		
生活歴 (学歴・職歴・ 趣味を含む)	仕事は地元企業に就職し、子供が生まれるまで働いていた。子供が生まれてからは、主婦業に専念していた。	また、発症前まではダンスや登山など多趣味で活発に暮らしていた。	
日常生活自立度 (寝たきり度)	正常 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2		
痴呆性老人の 日常生活自立度	正常 ・ Ⅰ ・ Ⅱa ・ Ⅱb ・ Ⅲa ・ Ⅲb ・ Ⅳ ・ M		
住宅・住処	1.持ち家　2.賃貸住宅・借家　3.ケア付き住宅　4.その他(　　)		
年金の種類	1.国民年金　2.厚生年金　3.共済年金　4.老齢福祉年金のみ 5.その他(　不明　)		
収入の有無	1.収入のある仕事をしている　2.していない		

地域移行・連携・社会資源情報

入院・入所またはサービス利用開始からの期間		約7年
介入期間		60　日
地域移行支援取組みの有無	退院前訪問　あり・(なし) 退院リハ指導　あり・(なし)	退院時カンファレンス参加　あり・(なし) 退院後訪問指導　あり・(なし)
社会資源	介入時	介入後
ケアマネ等関与	(あり)・なし	(あり)・なし
サービス利用状況	1.医療のデイケア(　　回・週) 2.通所介護・生活支援施設(　　回・週) 3.訪問リハ(　　回・週) (4.)訪問介護(　3回・週) 5.訪問看護(　　回・週) 6.配食サービス(　　回・週) (7.)福祉用具・補装具(内容：車いす) 8.住宅改修有 9.ショーステイ(　　回・週) 10.就労支援施設 11.地域活動支援センター等相談機関 (13.)機能訓練施設等(通園・療育・(通所リハ)) (　　3回・週) 12.その他(　　)(　　回・週) 12.利用なし	1.医療のデイケア(　　回・週) 2.通所介護・生活支援施設(　　回・週) 3.訪問リハ(　　回・週) (4.)訪問介護(　3回・週) 5.訪問看護(　　回・週) 6.配食サービス(　　回・週) (7.)福祉用具・補装具(内容：　車いす　) 8.住宅改修有 9.ショーステイ(　　回・週) 10.就労支援施設 11.地域活動支援センター等相談機関 (13.)機能訓練施設等(通園・療育・(通所リハ)) (　　3回・週) 12.その他(　　)(　　回・週) 12.利用なし
その他の社会資源利用状況	1.一般就労・シルバー人材センター 2.教育(学校・養護学校・訪問教育・寿大学・通信教育・生涯学習を含む) 3.健康増進施設 4.市町村等が実施する介護予防事業 5.サロン等老人クラブ活動等(自助グループ、患者会を含む) 6.カルチャー教室 7.ボランティア活動 8.老人会等地区組織活動 9.その他(　　)	1.一般就労・シルバー人材センター 2.教育(学校・養護学校・訪問教育・寿大学・通信教育・生涯学習を含む) 3.健康増進施設 4.市町村等が実施する介護予防事業 5.サロン等老人クラブ活動等(自助グループ、患者会を含む) 6.カルチャー教室 7.ボランティア活動 8.老人会等地区組織活動 9.その他(　　)
ケアマネの設定した課題	安定した歩行が出来るようにリハビリを続ける 家族以外の人と交流機会を持つ （できれば2表のコピーを匿名化して添付）	

生活行為向上マネジメントにより「自宅退院後の妻との散歩」が実現した1症例

1.報告の目的

胸髄損傷により下肢、体幹の運動麻痺および感覚障害を呈した症例は、回復期リハビリテーション病棟（以下回復期リハ病棟）入院初日に、「退院したら、病前に散歩していた公園を妻と一緒に散歩したい」と話した。症例の自宅退院に先立ち、生活行為向上マネジメント（以下 MTDLP）を用いて、病院から地域への移行を支援した。その結果、本人の希望する目標が実現したので、経過に考察を加えて報告する。

2.事例紹介

症例は、70 歳代男性で、16 年前に頚椎症性脊髄症に対し頸椎脊柱管拡大術施行、9 年前より徐々に両手の巧緻運動障害の進行を認めていた。今回受傷前は屋内は伝い歩きで自立、階段昇降、更衣、排泄動作には介助を要していた。現病歴は、X 年 Y 月 Z 日、自宅の階段で手すりを持ち損ねて転落、直後より対麻痺（T2 以下 Frankel 1A）となり、救急搬送される。T1-2 骨損傷性頚胸椎移行部脊髄損傷の診断にて、翌日に C5-T4 後方固定術施行。受傷から約 60 日後に、当院の回復期リハ病棟に入院となった。入院時は、頸椎部アドフィットブレイス常時装着、リクライニング車いすに乗車、尿道バルーンカテーテル留置の状態であった。A 氏は妻と 2 人暮らしで、演劇を見るために外出したり、温泉旅行や近所の公園を散歩することを楽しみにしていた。近所には 2 人の娘が住み、A 氏宅と娘宅を互いに行き来することも多かった。

3.作業療法評価

MTDLP の導入は入院から約 100 日後であった。本人の挙げた生活行為の目標は、「観劇や散歩の為に外出がしたい」であった。心身機能・構造の分析では、両上下肢の筋力低下と感覚障害、立位バランスの不安定さや歩行の耐久性低下を認めた。認知機能に問題はなく、下肢筋力や感覚障害は改善傾向で、立位バランスや歩行能力も改善傾向にあった。活動と参加の分析では、院内は車椅子移動で、更衣や排泄に介助を要していた。屋外歩行の経験は無く、屋外歩行に自信も持てなかった。しかし、屋内では 20m 程度のロフストランド杖歩行が軽介助で可能であり、歩行能力も改善中であることから、2 ヶ月後の自宅退院時には屋外でのロフストランド杖歩行が介助下で 30m 程度は可能となると予測した。環境因子の分析では、入院中であり、公園への外出も困難であった。妻は専業主婦で介護にも協力的で、自宅退院後も屋外での歩行練習を継続し、本人と妻の不安が軽減すれば、妻の介助で近隣の散歩や目標としていた公園の散歩ができると予測した。そこで、本症例との合意した目標は、「訪問リハビリで継続して屋外歩行の練習をし、妻と一緒に公園を散歩する」こととした。公園への散歩の目的については、「運動のため」「妻とずっと前から行っていた場所だからまた 2 人で行きたい」と話した。MTDLP の介入初期の実行度は 1/10、満足度は 1/10 であった。

4.介入の基本方針

入院期間中は、病院周囲の屋外歩行練習を行い、屋外歩行を軽介助で行えることを目標とする。退院

までに、合意した目標を妻、介護支援専門員、退院後に訪問リハビリを担当する理学療法士（以下 PT）に伝達し、「妻と一緒に公園を散歩する」ことを含めた退院支援を行う。

5.作業療法実施計画

入院期間中の基本的プログラムおよび応用的プログラムは、1 回を 60～90 分とし、6～7 回/週で、約 40 日間とした。退院後は訪問リハビリでの応用的プログラムと社会適応プログラムを行い、1 回を 60 分とし、1～2 回/週で、約 40 日間とした。基本的プログラムは、下肢筋力や持久力の向上、歩行の安定性向上を目的に、起立練習、下肢の筋力トレーニング、院内での歩行練習とした。また、本人と共に入院前に散歩していた公園へ外出し、散歩コースや休憩場所などの確認を行うこととした。さらに、退院後に担当する訪問リハビリの PT に、MTDLP についての説明と症例の情報提供を行った。応用的プログラムは、作業療法士との病院周囲での屋外歩行練習を行った。また、妻への介助指導を行い、妻の介助での屋外歩行練習を実施し、本人と妻の不安の軽減にも努めた。退院後は、訪問リハビリの PT と共に自宅周辺の散歩を行い、屋外歩行の安定性向上を図った。また、妻への介助指導も継続して実施し、本人と妻の双方が散歩に自信を持てることを目標とした。社会適応プログラムは、入院前に散歩していた公園での散歩を実施することとした。

6.介入経過

介入開始時は、作業療法室での起立練習や歩行練習を行った。下肢および体幹の筋力・持久力低下が顕著であり、軽介助で可能な歩行距離は右手でロフストランド杖を支持して屋内を 20m 程度であった。歩行の持久力低下に加え、起立にも中等度介助を要していた。妻は入院時から毎日面会に来ており、病室で手すりを支持しての起立練習を妻の介助下で実施することを提案した。しかし、妻に起立や歩行の介助を行った経験は無く、開始時は両者から「不安です」との声が聞かれた。介入から 2 週間が経過すると、症例は「妻との練習にも慣れてきました」と話し、妻も「何とか毎日出来ています」と話した。介入から約 20 日後には、ロフストランド杖で屋内を 40m 程度歩行可能となり、妻への歩行の介助指導を実施した。この時期に、病院周囲の屋外歩行を導入した。開始時は、段差や傾斜に対応が出来ずに中等度の介助を要し、歩行可能な距離は 10m 程度であった。介入から約 40 日後には、ロフストランド杖で屋内を 100m 程度歩行可能となり、病院周囲を軽介助で 30m 程度歩行可能となった。この時期に、訪問リハビリ担当の PT との練習を実施し、症例の能力を把握してもらえるように調整を行った。さらに、病院周囲の屋外歩行も妻の介助で実施した。屋外歩行の導入時には不安な様子も見られたが、数回の練習後には「これなら家でも出来そう」との発言が聞かれた。介入から約 40 日後に自宅へ退院し、訪問リハビリ担当の PT との練習へ移行した。退院初期は自宅内の起居動作、排泄動作、入浴動作などの練習より開始した。自宅内でのセルフケアが妻の介助で安全に行えることを確認した後に、PT の見守り下で自宅周囲を妻と散歩することにした。数回の自宅周囲の散歩を行った後に、PT と症例と妻で目標としていた公園へ出掛け、妻の介助で散歩を行った。訪問リハビリでの進行状況は適宜 PT より情報収集を行った。

7.結果

介入開始から約 90 日後（自宅退院した約 40 日後）に、合意した目標を達成した。介入初期～最終の実行度は 1/10～8/10、満足度は 1/10～10/10 であった。症例は、「入院時より希望していたことが実現し

たので嬉しいし、自信が持てた」と話した。自宅退院後は、外出する事はほとんど無かったが、散歩の実現後には買い物や娘の家を訪問するなど外出の機会が増加した。

８.考察

病院から自宅へ退院する際には、医療保険から介護保険への移行が必要となる。そのため、支援者の変更も余儀なくされることで、入院時から一貫した目標や支援計画を持つ事が難しい場合も多い。しかし、今回は、入院時から MTDLP を用いたことで、入院中と退院後の支援者が目標とプログラムを共有することが可能となり、目標の実現に至ったと考える。本症例は、自宅へ退院後は、屋内の移動やセルフケアにおいても解決すべき課題が多く、直後には目標達成には至らなかった。しかし、口頭の伝達や紹介状に加えて、他職種で MTDLP のマネジメントシートの内容を共有したことで、自宅での課題を解決した後に目標の達成に至ったと考える。入院時から、本人、妻、作業療法士、訪問リハビリの PT も「公園での散歩」に向けた支援を行えたことが、実行度や満足度の向上に繋がったと考える。本人より聴取した、公園の散歩の主な目的は運動であった。しかし、妻との散歩は 16 年前に頸椎の手術を施行以来、継続して行っており、散歩は自宅での妻との生活に含まれる習慣と捉えることもできた。単純な運動習慣の再獲得ではなく、本人の希望する場所で、希望する人との散歩が実現したことが満足度の向上に寄与したものと考える。

MTDLP を用いた作業療法を医療機関入院時より実践し、地域へ移行する際に内容を他職種で共有することで、支援者や制度の枠を超えて、対象者の希望に即したサービスの提供が行える可能性がある。

生活行為向上マネジメントシート

記入日：平成 25 年 7 月 20 日

生活行為アセスメント	生活行為の目標	本人	観劇や散歩の為に外出したい			
		キーパーソン	家の中のトイレ動作や移乗動作を安全に行って欲しい			
	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 (ICF コード)	b730 両上下肢の筋力低下（握力は右 2.0 ㎏、左 0.0 ㎏） b260 両上下肢の感覚障害 b755 立位バランスが不安定 b770 歩行の耐久性が乏しい		b465 現在の移動は車椅子 b540 更衣や排泄に介助を要する b460 屋外歩行の経験がない b460 屋外での歩行に自信が持てない		e580 入院中 e115 自宅の玄関、寝室、廊下、トイレ、浴室などの環境は未調整
	現状能力 （強み） (ICF コード)	b110 意識鮮明で意欲的 b730 下肢筋力や感覚障害は改善傾向 b730 立位バランスや歩行の能力は改善傾向		b460 屋内ではロフストランド杖歩行が軽介助 b460 歩行で数センチの段差は昇降できる		e310 妻は専業主婦で介護にも協力的 e120 リビングや寝室は車椅子で移動可能 e115 廊下、トイレ、浴室等の改修を行えば、妻の介助で生活できる
	予後予測 (いつまでに，どこまで達成できるか)	退院時までに、立位バランスや歩行の安定性が向上する。		介助下であれば屋外歩行も 30m程度可能となる。		住宅改修を行えば、セルフケアを妻の介助で行えるようになる。 妻の介助で近隣の散歩や目標としていた公園の散歩ができる。
	合意した目標 (具体的な生活行為)	趣味であり、日課であった公園の散歩ができるようになりたい				
	自己評価*	初期	実行度　1 /10	満足度　1 /10	最終	実行度　8/10	満足度　10 /10

*自己評価は本人の実行度（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	社会適応プログラム
	いつ・どこで・誰が・何を実施・支援	本人	計画	起立練習・下肢の筋力トレーニング 院内での歩行練習 公園に行き、下見をする	病院周囲での屋外歩行練習 妻の介助で歩行練習	退院前訪問で住宅改修案やセルフケアの動作方法を確認する 訪問リハビリの理学療法士と妻と一緒に公園を散歩する
			結果	下肢筋力や持久力の向上 歩行の安定性向上 必要な歩行距離が分かる	屋外歩行の安定性向上 屋外歩行に自信が持てるようになる	妻の介助でセルフケアを行える 妻と一緒に散歩ができる
		家族	計画	妻と本人で、病室での起立練習を実施	妻が介助指導を受けて、院内や病院周囲で介助歩行を行う	妻と本人で、一緒に公園に行き散歩する
			結果	本人の能力を知る	介助方法が分かり、介助に慣れる	本人の能力を把握し、不安なく介助できる
		支援者（職種明記）	計画	院内での歩行練習やセルフケアの練習と、妻への介助指導（作業療法士） 本人の情報収集（訪問リハビリの理学療法士）	退院前カンファレンスで、本人の目標、退院後に必要な情報を支援者に伝える（作業療法士） 院内で本人と練習を行い、退院後には自宅周辺の屋外歩行練習を行う（訪問リハビリの理学療法士）	取り組みについて知り、目標達成のためのケアプランを作成（介護支援専門員） 家族への介助歩行の指導を行う（訪問リハビリの理学療法士） 妻と本人と公園の散歩に同行する（訪問リハビリの理学療法士）
			結果	本人の動作能力の改善と妻の介助への不安軽減 本人の情報を得る（訪問リハビリの理学療法士）	支援者が本人と妻の目標を知る 屋外歩行が安定し、本人と妻の不安も軽減する	安全が確認された後に、公園を散歩できるようになる
	実施・支援期間			25年7月15日　～　25年10月1日		
	達成			■達成　□変更達成　□未達成（理由：　　）　□中止		

本シートの著作権（著作人格権、著作財産権）は一般社団法人日本作業療法士協会に帰属しており、本シートの全部又は一部の無断使用、複写・複製、転載、記録媒体への入力、内容の変更等は著作権法上の例外を除いて禁じます。

課題分析モニタリング表

アセスメント項目		現状能力	予後予測		課題重要性
			このまま推移	介入後	
基本動作	起き上がり	一部介助	一部介助	一部介助	
	立位保持	見守り	見守り	自立	○
	床からの立ち上がり	全介助	全介助	全介助	
	床のものを拾う	全介助	全介助	全介助	
ADL（BI）	食事	自立	自立	自立	
	イスとベッド間の移乗	監視or軽介助	監視or軽介助	自立	○
	整容	自立	自立	自立	
	トイレ動作	部分介助	部分介助	部分介助	
	入浴	要介助	要介助	要介助	○
	平地歩行（車椅子駆動）	部分介助	部分介助	部分介助	○
	階段昇降	監視or介助	監視or介助	監視or介助	
	更衣	部分介助	部分介助	部分介助	
	排便コントロール	自立	自立	自立	
	排尿コントロール	自立	自立	自立	
IADL（FAI）	食事の用意	していない	していない	していない	
	食事の片付け	していない	していない	していない	
	洗濯	していない	していない	していない	
	掃除や整頓	していない	していない	していない	
	力仕事	していない	していない	していない	
	買物	していない	していない	まれに	
	外出	していない	まれに	時々	○
	屋外歩行	していない	していない	時々	○
	趣味	していない	週1回以上	週1回以上	
	交通手段の利用	していない	していない	していない	
	旅行	していない	していない	していない	
	庭仕事	していない	していない	していない	
	家や車の手入れ	していない	していない	していない	
	読書	していない	していない	していない	
	仕事	していない	していない	していない	
老研式抜粋	年金などの書類を	書ける	書ける	書ける	
	新聞などを	読んでいる	読んでいる	読んでいる	
	本や雑誌を	読んでいない	読んでいない	読んでいない	
	健康についての記事や番組に	関心ある	関心ある	関心ある	
	友達の家を訪ねること	ない	ない	ある	
	家族や友達の相談にのること	ある	ある	ある	
	病人を見舞うこと	できない	できない	できる	
	若い人に自分から話しけること	ある	ある	ある	
他		未把握	未把握	未把握	
		未把握	未把握	未把握	

課題個々の要因分析
今回入院前より、既往の頚椎症による四肢麻痺により、IADLは未実施の項目が多かった。セルフケアは一部介助が必要であり、屋外歩行も妻の介助下で可能であった。
課題解決目標
立位保持や移乗動作の介助量軽減を図り、主介護者の妻が安全に介助できることを目指す。入院前より介助で行っていた動作（更衣、排泄）は介助方法を再度検討する。本人の希望である、散歩の実現のためにロフストランド杖を用いての屋外歩行を見守りで行えることを目標とする。
（チームの）総合的援助方針
入院時より、セルフケアは妻の介助で行えるように支援を行う。また、病院周囲の屋外歩行に関しては、療法士との練習と並行して妻への介助指導を行う。退院時には、介護支援専門員や訪問リハビリテーション担当の理学療法士に本人の目的とする作業内容（妻と公園を散歩する）を申し送り、自宅周囲や目的とする公園での、歩行練習を行う。

評価	考察
一部介助	入院中より、妻へのセルフケアの介助指導と並行して、妻との屋外歩行練習などを行った。入院中より、妻に対しても介入することで、セルフケアや病院の玄関周囲の屋外歩行に自信を持つことが出来た。 しかしながら、自宅での生活や夫婦のみでの外出には不安も多くあった。そこで、退院後は訪問リハビリテーションでの継続しての支援を行ったことで、目標の実現に至ったと考える。 本人の公園の散歩の主な目的は運動であったが、妻との散歩は16年間継続している生活習慣とも捉えられた。目標の実現は、単なる運動習慣の獲得ではなく、生活習慣の再獲得となった可能性もある。 入院中からの本マネジメントの内容を退院後の支援者に伝達することで、入院時より一貫して本人の目標の実現に向けたサービスが提供できたと考える。
自立	
全介助	
全介助	
自立	
自立	
要介助	
部分介助	
要介助	
部分介助	
監視or介助	
部分介助	
自立	
自立	
していない	
していない	
していない	
していない	
していない	
まれに	
時々	
時々	
週1回以上	
していない	
していない	
していない	
していない	
していない	
していない	
していない	
書ける	
読んでいる	
読んでいない	
関心ある	
ある	
ある	
できる	
ある	
未把握	
未把握	

生活行為向上マネジメント基本情報

提出者 所属・氏名	所属: 氏名:	問い合わせ ID 連絡方法	ID: メール:
事例種別	【医療】□一般急性期　■一般回復期　■維持期　□精神・認知症 □小児　□その他(　　) 【介護】□老人保健施設　□通所リハ　□訪問リハ　□通所介護 □訪問介護　□介護支援専門員・地域包括支援センター □その他(　　)		
主疾患名	T1-2 骨損傷性頚胸椎移行部脊髄損傷	発症からの期間	160 日間
現病歴	X 年 Y 月 Z 日、自宅の階段で手すりを持ち損ねて転落、直後より対麻痺（T2 以下 Frankel 1A）となり、救急搬送される。T1-2 骨損傷性頚胸椎移行部脊髄損傷の診断にて、翌日に C5-T4 後方固定術施行。受傷から約 60 日後に、当院の回復期リハ病棟に入院となった。		
既往疾患	1循環器系:高血圧, 脳卒中, 心臓病, その他 2内分泌・栄養・代謝障害:糖尿病, 高脂血症, その他 3呼吸器系, 4消化器系, 5泌尿器・生殖器系, 6筋骨格系, 7外傷、中毒系:骨折, その他, 8がん, 9血液・免疫系, 10 感染症,　11 精神・行動障害:認知症, その他, 12 神経系:神経難病, その他,　13 目の病気,　14 耳の病気、 15 皮膚の病気,　16 歯科, (17)その他(16 年前より頚椎症性脊髄症), 18 なし		
性別	(男性)・女性	年齢	70 才
配偶者	(あり)・なし	家族構成	2 人
生活保護	あり・(なし)	本人以外の家族の人数	
要介護度	要支援 1 ・ 2 ・ 要介護 1 (2) ・ 3 ・ 4 ・ 5		
介護者の有無	(1 配偶者), 2息子・娘　3, 息子・娘の配偶者　4, 孫　5, 兄弟・姉妹　6, その他		
介護者の年齢	1, 65 歳未満 (2, 65～74 歳) 3, 75～84 歳　4, 85 歳以上		
生活歴 (学歴・職歴・趣味を含む)	特殊自動車の会社で営業職として定年まで勤務していた。退職後は妻と二人暮らしで、演劇を見るために外出したり、温泉旅行や近所の公園を散歩することを楽しみにしていた。近所には 2 人の娘が住み、本人宅と娘宅を互いに行き来することも多かった。		
日常生活自立度 (寝たきり度)	正常 ・ J1 ・ J2 ・ (A1) ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2		
痴呆性老人の 日常生活自立度	(正常) ・ Ⅰ ・ Ⅱa ・ Ⅱb ・ Ⅲa ・ Ⅲb ・ Ⅳ ・ M		
住宅・住処	(1. 持ち家)　2. 賃貸住宅・借家　3. ケア付き住宅　4. その他(　　)		
年金の種類	1. 国民年金　(2. 厚生年金)　3. 共済年金　4. 老齢福祉年金のみ　5. その他(　　)		
収入の有無	1. 収入のある仕事をしている　(2. していない)		

地域移行・連携・社会資源情報

入院・入所またはサービス利用開始からの期間		約 100 日
介入期間		80 日
地域移行支援取組みの有無	退院前訪問 (あり)・なし	退院時カンファレンス参加 (あり)・なし
	退院リハ指導 (あり)・なし	退院後訪問指導 (あり)・なし
社会資源	介入時	介入後
ケアマネ等関与	(あり)・なし	(あり)・なし
サービス利用状況	1. 医療のデイケア(　　回・週) 2. 通所介護・生活支援施設(　　回・週) 3. 訪問リハ(　　回・週) 4. 訪問介護(　　回・週) 5. 訪問看護(　　回・週) 6. 配食サービス(　　回・週) 7. 福祉用具・補装具(内容：　　) (8.) 住宅改修有 9. ショーステイ(　　回・週) 10. 就労支援施設 11. 地域活動支援センター等相談機関 13. 機能訓練施設等(通園・療育・通所リハ) (　　回・週) 12. その他(　　)(　　回・週) 12. 利用なし	1. 医療のデイケア(　　回・週) 2. 通所介護・生活支援施設(　　回・週) (3.) 訪問リハ(1～2 回・週) 4. 訪問介護(　　回・週) 5. 訪問看護(　　回・週) 6. 配食サービス(　　回・週) (7.) 福祉用具・補装具(内容：車いす、手すりのレンタル) 8. 住宅改修有 9. ショーステイ(　　回・週) 10. 就労支援施設 11. 地域活動支援センター等相談機関 13. 機能訓練施設等(通園・療育・通所リハ) (　　回・週) 12. その他(　　)(　　回・週) 12. 利用なし
その他の社会資源利用状況	1. 一般就労・シルバー人材センター 2. 教育(学校・養護学校・訪問教育・寿大学・通信教育・生涯学習を含む) 3. 健康増進施設 4. 市町村等が実施する介護予防事業 5. サロン等老人クラブ活動等(自助グループ、患者会を含む) 6. カルチャー教室 7. ボランティア活動 8. 老人会等地区組織活動 9. その他(　　)	1. 一般就労・シルバー人材センター 2. 教育(学校・養護学校・訪問教育・寿大学・通信教育・生涯学習を含む) 3. 健康増進施設 4. 市町村等が実施する介護予防事業 5. サロン等老人クラブ活動等(自助グループ、患者会を含む) 6. カルチャー教室 7. ボランティア活動 8. 老人会等地区組織活動 9. その他(　　)
ケアマネの設定した課題	妻との外出への支援、本人の動作能力の維持、妻の介助負担軽減 （できれば 2 表のコピーを匿名化して添付）	

地域から退院を拒否されている妄想性障害の高齢女性に対して退院支援を行った一例

1.報告の目的

今回、レビー小体型認知症が疑われる妄想性障害の 74 歳女性を担当した。10 年来の隣人トラブルにより入院となり、地域からは退院を拒否されていたが、本人の望む作業である「自宅で編み物や園芸をして穏やかに暮らしたい」の実現を目指して生活行為向上マネジメントを用いた支援を行ったので報告する。

2.事例紹介

74 歳の女性。診断名：妄想性障害、レビー小体型認知症疑い。合併症：白内障、右変形性膝関節症。生活歴:幼少期から外向的で世話好きであった。20 代で結婚し、長男が出生したが長男が幼少時に離婚。30 代に再婚し、小学校の用務員として働いていた。子どもの世話や花を育てることが好きだった。60 代で現在の住居に転居し、68 歳で夫が死去、長男と二人暮らしとなった。その後、隣人に対して「汚いものを家の前に置いていく」と苦情を言いに行くようになり、「盗聴器が仕掛けられている」と自宅内のコンセントをテープで閉じ、隣人側の窓をすべて目張りした。隣人から警察を呼ばれることがあり、73 歳で A 病院に 3 か月間入院となった。薬物療法で症状は軽快したが、退院後に通院・服薬を中断して症状が再燃した。現病歴：X 年 Y 月に隣人から警察に通報があり、本人の興奮やまとまらない言動が激しいため、警察同伴で当院に医療保護入院となった。

3.作業療法評価

入院 2 週目に面談・評価を実施した。

主訴：夜になると近所の人が家に入ってきて、枕元にアリをまかれて腹が立った。自分は悪くないのに病院に入れられて納得がいかない。

本人の希望：自宅に帰って穏やかに過ごしたい。編み物や園芸を続けたい。

精神機能面として、MMSE：20/30 点、HDS-R：23/30 点、BPRS：22/108 点であった。注意の配分の低下に加えて、五角形模写の際に「線がモジャモジャして見える」と視知覚の異常があり、発言から家の汚れや枕のシミ、雪の落ちる物音などをすべて隣人からの嫌がらせと認識しており、思考の内容の障害（被害的・関連付け）が著明であった。面談時に、視知覚障害と枕のアリのエピソードを説明してが、受け入れは悪く認知の柔軟性や洞察といった高次認知機能の低下もみられた。活動と参加の面では、FAI：22/45、老健式活動能力指標：8/13 でセルフケアと家事は自立しているものの、地域活動や余暇活動の機会はなく、隣人や自治体職員との対人関係が非常に悪い状態であった。右膝痛みのために長距離歩行は困難で、買い物の際には福祉バスを利用しており、将来的に屋外歩行や運搬が困難となることが予測された。環境因子の問題点として、地域の受け入れ体制と家族のサポート不足があげられた。同意された目標：要介護認定を申請し、家事を継続しながら通所先で編み物や園芸を続ける。実行度：3、満足度：10。

４.介入の基本方針

生活行為向上マネジメントを用い、本人の生活行為の目標である「自宅で編み物や園芸をして穏やかに暮らしたい」の実現のためにプランニングを行った。

長期目標：要介護認定を受けて、家事を継続しながら通所先で編み物や園芸を行う。

短期目標：退院後も継続できる余暇活動の導入。隣人とトラブルにならないように、問題解決技能を身につける。家事や草むしりを楽にできるように歩行車の導入と環境の調整。

５.作業療法実施計画

基本プログラムとして、心身の廃用症候群の予防を目的に病棟内の集団運動プログラム（60 分：ストレッチ・リズム体操など）に導入する。右膝痛を悪化させないために、座位で実施するように声をかける。右膝痛の悪化予防と屋外移動と運搬を安楽にすることを目的に歩行車を導入する。面談・評価後に作業療法室への出療を開始し、座位での軽運動（20 分）に加えて、本人の好きな編み物と草むしりに導入する。編み物に関しては、繰り返しが多く単純な課題であるスティック手織りから開始する。作業を行いながら、視知覚の異常と隣人トラブルなどのエピソードとを関連付けて説明し、病気の理解を促す。

応用プログラムとして、入院 1 ヵ月目から調理評価を行い、複雑な課題がどの程度遂行可能かを評価し、退院後に必要なサービス内容を検討する。社会適応プログラムとして、要介護認定後、介護支援専門員や地域包括支援センター職員とともに退院前訪問を行い、屋外歩行での歩行車の試用や自宅周囲の環境の評価（隣人宅など）とトラブルにならない対処方法を検討する。退院前には、PSW に依頼して長男と介護支援専門員、自治体職員を交えてケア会議を開催し、本人の病気の特徴と対処方法、退院後の本人のニーズを説明し、受け入れ体制の調整をしていく。

６.介入経過

入院 5 日目より、病棟内の集団運動プログラムに自発的に参加を開始した。入院 2 週目に面談・評価を行い、翌日より歩行車の導入と作業療法室への出療を開始した。歩行車に関しては、入院中の利用は拒否したが、「買い物の際に使ってみたい」と退院後の利用を希望した。作業療法室では、座位の軽運動とスティック手織り、草むしりに導入した。スティック手織りでは、視知覚障害のため毛糸の掛け違いもあったものの、「退院時にこの台を購入して家でも続けたい」と話し、作業の受け入れは良好であった。OT 後、「目がモジャモジャして疲れます」と訴えることがあり、視知覚障害と思考の内容の障害の関連を説明すると、一部理解する場面もみられた。主治医・看護師・PSW と検討し、介護保険を申請してサービス調整の後に自宅退院を目指す方針となり、まずは自治体職員を交えたケア会議を開催することとなった。主治医から薬物療法と環境調整により精神症状は落ち着いていること、作業療法士から本人の病気の特徴と行動の要因を説明した結果、退院後の支援の了承を得た。入院 6 週目に調理評価（ナスの味噌炒め）を実施。注意の配分の障害により、水の閉め忘れや冷蔵庫の閉め忘れはあるものの、火の扱いには問題がなく、自身で閉め忘れに気づいて修正可能であったことから、自宅での家事の継続は可能と判断した。要介護認定に時間を要し、息子も外泊への不安を訴えていたため、入院 8 週目に作業療法士と看護師が退院前訪問を実施し、自宅周囲と住環境の評価と歩行車の試用を行った。自宅の玄関や壁には監視カメラが設置してあり、訪問中も隣人の悪口を言いながら浴室の汚れを「隣の犬がおしっこをしていった」と訴えるなど、環境により思考の障害が表面化することを確認した。

７.結果

目標の達成状況としては、現在も入院中のため未達成。実行度：5、満足度：3 であり、「好きなことはできているけど、気楽じゃないから」と満足度は低かった。精神機能面としては、MMSE：22/30 点、HDS-R：24/30 点、BPRS：5/108 点であり、入院時よりも得点の改善がみられるものの、注意の配分・視知覚機能・思考機能・高次認知機能の障害は大きな変化を認めない。隣人に対しては、「見ざる・聞かざる・言わざる」を徹底して直接苦情を言いに行くことはしないと約束している。活動と参加の面では、FAI：14/45、老健式活動能力指標：12/13 であり、屋外歩行の頻度は低下したものの、趣味や読書の頻度が増加した。今後は、要介護認定が決まり次第、介護支援専門員と自治体職員、地域包括支援センターを交えて本人・長男の支援体制を構築していく予定である。

８.考察

本事例の生活目標を達成する上での問題点として、10 年来の隣人トラブル、視知覚障害と注意障害、高次認知機能などの精神機能の低下、地域活動や余暇活動の喪失の 3 点が考えられた。隣人トラブルの要因として、精神機能の低下と対人関係の問題からくる重度の思考の内容の障害があり、仲介に入っていた自治体職員も本人の状態像を把握できないために対応に苦慮していた。また、元々は世話好きで外交的な気質であったことからも、転居後に地域活動や余暇活動に参加できないことが大きなストレスとなり、活力レベルの亢進・攻撃性へと繋がっていたことが考えられた。そのため、OT では入院中の廃用症候群の予防を図りつつ、退院後も継続可能な余暇活動を見つけ、自宅以外の場所で過ごす時間を持てるようにプランニングし、プログラムを導入した。要介護認定や退院調整に時間を要したため、現在も入院中で継続支援中だが、BPRS や MMSE・HDS-R 得点の改善からも、軽運動とスティック手織りの導入は精神機能の維持・改善の面で有効であったと考える。しかし、退院前訪問の際に明らかになったように、自宅環境になると隣人への攻撃性が増強することから、通所系のサービスを可能な限り利用する必要がある。本事例のような ADL・IADL 自立の場合、介護認定が要支援と判断され、自治体の介護予防事業の対象となる。その場合、通所手段が問題となり、サービス利用に繋がらないケースもあるため、インフォーマルな移動援助などの社会資源の開発が望まれる。

生活行為向上マネジメントシート

記入日：H25 年　9 月　4 日

生活行為アセスメント	生活行為の目標	本人	自宅で編み物や園芸をして穏やかに暮らしたい。			
		キーパーソン	隣人とトラブルなく過ごして欲しい。			
	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 (ICF コード)	b140 注意の配分の低下 b156 視知覚の異常（もじゃもじゃに見える） b160 思考の内容の障害（関連付け・被害的） b164 認知の柔軟性と洞察の低下 b280 右膝 OA（整形外科治療中）		d175 問題解決困難 d220 同時に複数課題を行うことは困難 d720 隣人の言動と家の汚れを関連付けて攻撃をする。 d740 民生委員・自治体職員とは関係不良。 d910・d920 地域活動や余暇活動の機会なし		e310 息子と二人くらし。息子は無職で支援は期待できない e425/e440 隣人の態度 e440 自治体職員と民生委員が関与しているが、退院に拒否的。 e580 介護保険は未申請。
	現状能力 (強み) (ICF コード)	b126 入院中は温和で礼節は保たれている（誠実性）。		d460 屋外歩行可能 d470 バス・タクシーの利用可能 d5/d6 ほぼ問題なし。		e310 姉が市内に在住（徒歩 30 分） e570 厚生年金受給中
	予後予測 （いつまでに，どこまで達成できるか）	・視知覚の障害と思考の障害については退院（2～3 ヶ月）までに対処技能を身に付ける必要あり。 ・将来、右膝 OA の悪化により階段昇降や買い物は困難となる。		・2～3 週で退院後も継続できる余暇活動を導入し、定着させる。 ・1 ヶ月後までに調理評価。 ・退院までに隣人に直接攻撃をせずに、相談者に連絡する対処技能を習得する。		・可及的早期に介護保険の申請。（要支援または要介護 1 が予測） ・2 ヵ月後に退院前訪問で自宅周囲の環境を評価・調整。 ・退院（2～3 ヶ月）までに、介護支援専門員や地域包括支援センターを含んだ支援体制を構築。
	合意した目標 （具体的な生活行為）	要介護認定を受けて、家事を継続しながら通所先で編み物や園芸を行う。				
	自己評価*	初期	実行度 3/10	満足度 10/10	最終	実行度 5/10	満足度 3/10

*自己評価は本人の実行度（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

	実施・支援内容			基本的プログラム	応用的プログラム	社会適応プログラム
生活行為向上プラン	いつ・どこで・誰が・何を実施・支援	本人	計画	・運動プログラム（廃用予防）に参加。 ・スティック手織り・草むしりに導入 ・歩行車導入 ・隣人への対処方法の獲得	・調理評価（1 か月後）	・退院前訪問 ・退院時カンファレンス ・退院後は通所サービスを利用
			結果	運動、スティック手織りに参加。 歩行車は本人が拒否	・調理評価実施。	・退院前訪問実施。
		家族	計画		・外泊の手配と、屋外歩行での歩行車利用の促し	・本人の病状を理解して、対応する。

			結果		・外出は行ったが、外泊は 11 月末を予定。	
		支援者 （職種明記）	計画	・運動プログラムに導入 ・歩行車の適合・導入 ・テキスター・草むしりに導入 ・視知覚と病状の特徴を本人に説明。	OT：調理評価・本人にフィードバック	OT：退院前訪問で環境調整と指導 退院時カンファレンス PSW：介護保険申請、サービス調整。
			結果	・運動プログラム・テキスターに導入。 ・歩行車は拒否される。 ・病気について「目もじゃもじゃ勘違い病」と説明。勘違いの場合もあるため，直接苦情を言わないことを約束。	OT：・調理評価実施。同時に複数課題の実施は困難、一工程ずつを指導。	OT：ケア会議で自治体職員に書面で情報提供（精神機能の特徴と対処法）。 退院前訪問で環境調整と歩行車導入。 PSW：介護保険申請手続き実施。
	実施・支援期間			H25 年 8 月 20 日　～　H25 年 10 月　31 日		
	達成			□達成　□変更達成　■未達成（理由：入院中で継続支援中）　□中止		

本シートの著作権（著作人格権、著作財産権）は一般社団法人日本作業療法士協会に帰属しており、本シートの全部又は一部の無断使用、複写・複製、転載、記録媒体への入力、内容の変更等は著作権法上の例外を除いて禁じます。

課題分析モニタリング表

アセスメント項目		現状能力	予後予測		課題重要性
			このまま推移	介入後	
基本動作	起き上がり	自立	自立	自立	
	立位保持	自立	自立	自立	
	床からの立ち上がり	自立	自立	自立	
	床のものを拾う	自立	自立	自立	
ADL（BI）	食事	自立	自立	自立	
	イスとベッド間の移乗	自立	自立	自立	
	整容	自立	自立	自立	
	トイレ動作	自立	自立	自立	
	入浴	自立	自立	自立	
	平地歩行（車椅子駆動）	自立	自立	自立	
	階段昇降	自立	部分介助	自立	
	更衣	自立	自立	自立	
	排便コントロール	自立	自立	自立	
	排尿コントロール	自立	自立	自立	
IADL（FAI）	食事の用意	週3回以上	週3回以上	週3回以上	
	食事の片付け	週3回以上	週3回以上	週3回以上	
	洗濯	週1回以上	週1回以上	週1回以上	
	掃除や整頓	週1回以上	週1回以上	週1回以上	
	力仕事	していない	していない	していない	
	買物	週1回以上	時々	週1回以上	3
	外出	週1回以上	時々	週1回以上	
	屋外歩行	時々	まれに	週1回以上	
	趣味	していない	していない	週1回以上	1
	交通手段の利用	していない	していない	していない	
	旅行	していない	していない	していない	
	庭仕事	時々	していない	定期的	2
	家や車の手入れ	していない	していない	していない	
	読書	していない	していない	まれに	
	仕事	していない	していない	していない	
老研式抜粋	年金などの書類を	書けない	書けない	書けない	
	新聞などを	読んでいる	読んでいない	読んでいない	
	本や雑誌を	読んでいない	読んでいない	読んでいない	
	健康についての記事や番組に	関心ある	関心ある	関心ある	
	友達の家を訪ねること	ない	ない	ない	
	家族や友達の相談にのること	ない	ない	ない	
	病人を見舞うこと	できない	できない	できない	
	若い人に自分から話しけること	ある	ある	ある	
他		未把握	未把握	未把握	
		未把握	未把握	未把握	

課題個々の要因分析
・趣味に関して、10年前に引っ越して環境が変わったことと長男の病気、本人の視知覚障害、OAによる膝痛が重なり、園芸や編み物といった余暇活動の機会が喪失した。元々、活力が高く外交的な気質であり、自宅で家事・セルフケアだけしている状況にストレスを感じ、徐々に隣人に対する被害妄想と関連付けに至った。 ・庭仕事に関しては、右膝痛のため頻回の立ちしゃがみは困難となり、気晴らしの草むしりが徐々にできなくなっていったと考える。
課題解決目標
長期目標：要介護認定を受けて、家事を継続しながら通所先で編み物や園芸を行う。 短期目標： ①退院後も継続できる余暇活動の導入。 ②隣人とトラブルにならないように、問題解決技能を身につける。 ③家事や草むしりを楽にできるように歩行車の導入と環境の調整を行う。
（チームの）総合的援助方針
①薬物療法で活力レベルと思考機能の改善を図る。 ②OTでの軽運動と作業の導入で心身機能の廃用症候群の予防 ③要介護申請、介護支援専門員や地域包括支援ｾﾝﾀｰを交えて支援会議を開催。 ④退院前訪問で自宅でのIADL評価、環境調整

評価	考察
自立	趣味に関しては、現在も入院中のため毎日編み物（スティック手織り）を行えており、今後はデイサービスや地域サロンなどに通所して継続できるように、担当者会議や退院時リハビリテーション指導で作業の継続を行っていく予定。 庭仕事に関しては、自宅の庭が狭いこと、草むしりを膝伸展位のまま前傾位で行っており、特に問題を認めなかった。 本症例の一番の問題点は、対人関係（隣人）の悪化であり、本人とトラブルに至らない対処方法を検討し、「直接苦情は言わずに支援者または訪問看護しに相談する」こととした。しかし、退院前訪問の際に自宅環境下では、隣人に対する被害的で攻撃的な発言がみられたため、できる限り通所系サービスを利用する必要があると考える。
自立	
自立	
自立	
自立	
自立	
自立	
自立	
自立	
自立	
自立	
自立	
自立	
していない	
していない	
週1回以上	
週1回以上	
していない	
週1回以上	
していない	
していない	
週1回以上	
していない	
していない	
時々	
していない	
まれに	
していない	
書ける	
読んでいる	
読んでいる	
関心ある	
ない	
ある	
できる	
ある	

生活行為向上マネジメント基本情報

提出者 所属・氏名	所属: 氏名:	問い合わせ ID 連絡方法	ID: メール:
事例種別	【医療】□一般急性期　□一般回復期　□維持期　■精神・認知症 □小児　□その他(　　) 【介護】□老人保健施設　□通所リハ　□訪問リハ　□通所介護 □訪問介護　□介護支援専門員・地域包括支援センター □その他(　　) 【自立支援】□身障　□知的　□精神 【その他】　□その他(　　)		
主疾患名	妄想性障害	発症からの期間	10 日
現病歴	隣人から警察に「物を投げ込まれた」と通報があり、警察が現場位に行くと、本人が大声を出して興奮し、「2 階から隣人が入ってきてゴキブリやアリを入れてくるのに、何で私だけ」とまとまらない言動があったため、警察同伴で当院を受診・医療保護入院となった。		
既往疾患	1循環器系:高血圧, 脳卒中, [心臓病], その他 2内分泌・栄養・代謝障害:糖尿病, 高脂血症, その他 3呼吸器系, 4消化器系, 5泌尿器・生殖器系, [6筋骨格系,] 7外傷、中毒系:骨折, その他, 8がん, 9血液・免疫系, 10 感染症,　11 精神・行動障害:認知症, その他, 12 神経系:神経難病, その他, [13 目の病気,]　14 耳の病気、 15 皮膚の病気,　16 歯科,　17 その他(　　), 18 なし		
性別	男性 ・ [女性]	年齢	74 才
配偶者	あり ・ [なし]	家族構成	2 人
生活保護	あり ・ [なし]	本人以外の家族の人数	1
要介護度	[未申請]　要支援 1 ・ 2 ・ 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5		
介護者の有無	1 配偶者, [2息子・娘]　3, 息子・娘の配偶者　4, 孫　5, 兄弟・姉妹　6, その他		
介護者の年齢	[1, 65 歳未満]　2, 65～74 歳　3, 75～84 歳　4, 85 歳以上		
生活歴 (学歴・職歴・趣味を含む)	2 度の離婚歴あり。定年まで学校の用務員。 65 歳:現住所に新築、転居 68 歳:夫と死別後、息子と二人くらし。	趣味:生け花や花の剪定	
日常生活自立度 (寝たきり度)	正常 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2		
痴呆性老人の 日常生活自立度	正常 ・ Ⅰ ・ Ⅱa ・ Ⅱb ・ Ⅲa ・ Ⅲb ・ Ⅳ ・ M		
住宅・住処	[1.持ち家]　2.賃貸住宅・借家　3.ケア付き住宅　4.その他(　　)		
年金の種類	1.国民年金　2.厚生年金　[3.共済年金]　4.老齢福祉年金のみ　5.その他(　　)		
収入の有無	1.収入のある仕事をしている　[2.していない]		

地域移行・連携・社会資源情報

入院・入所またはサービス利用開始からの期間		14 日
介入期間		72 日
地域移行支援取組みの有無	退院前訪問　[あり]・なし	退院時カンファレンス参加　[あり]・なし
	退院リハ指導　[あり（予定）]・なし	退院後訪問指導　あり・[なし（訪問看護を依頼予定）]
社会資源	介入時	介入後
ケアマネ等関与	あり・[なし]	[あり（予定）]・なし
サービス利用状況	1. 医療のデイケア（　回・週） 2. 通所介護・生活支援施設（　回・週） 3. 訪問リハ（　回・週） 4. 訪問介護（　回・週） 5. 訪問看護（　回・週） 6. 配食サービス（　回・週） 7. 福祉用具・補装具(内容：　） 8. 住宅改修有 9. ショーステイ（　回・週） 10. 就労支援施設 11. 地域活動支援センター等相談機関 13. 機能訓練施設等(通園・療育・通所リハ)（　回・週） 12. その他（　）（　回・週） 12. 利用なし	1. 医療のデイケア（　回・週） [2. 通所介護・生活支援施設(2 回・週)] 3. 訪問リハ（　回・週） 4. 訪問介護（　回・週） [5. 訪問看護(1 回・2 週)] 6. 配食サービス（　回・週） [7. 福祉用具・補装具(内容：歩行車)] [8. 住宅改修有（玄関・階段に手すり）] 9. ショーステイ（　回・週） 10. 就労支援施設 11. 地域活動支援センター等相談機関 13. 機能訓練施設等(通園・療育・通所リハ)（　回・週） 12. その他（　）（　回・週） 12. 利用なし
その他の社会資源利用状況	1. 一般就労・シルバー人材センター 2. 教育(学校・養護学校・訪問教育・寿大学・通信教育・生涯学習を含む) 3. 健康増進施設 4. 市町村等が実施する介護予防事業 5. サロン等老人クラブ活動等(自助グループ、患者会を含む) 6. カルチャー教室 7. ボランティア活動 8. 老人会等地区組織活動 [9. その他(民生委員の介入あり)]	1. 一般就労・シルバー人材センター 2. 教育(学校・養護学校・訪問教育・寿大学・通信教育・生涯学習を含む) 3. 健康増進施設 [4. 市町村等が実施する介護予防事業] 5. サロン等老人クラブ活動等(自助グループ、患者会を含む) 6. カルチャー教室 7. ボランティア活動 8. 老人会等地区組織活動 9. その他（　）
ケアマネの設定した課題	（できれば 2 表のコピーを匿名化して添付）	

陶芸の再開により在宅復帰に対し前向きになった事例

1.報告の目的

事例 B 氏は、老健施設に入所しており、自宅での独居生活よりも、安全・安住できる施設での永続的な入所を家族共に希望していた。B 氏に対し、インテーク面接から生活行為向上マネジメントを用いた作業療法士の介入により、生きがいとしていた陶芸の再開を通して、「家に帰ってみようか」という前向きな発言が聞かれるようになったので、経過を以下に報告する。

2.事例紹介

B 氏、90 代女性。要介護度 2。食道裂孔ヘルニア、腰椎・胸椎圧迫骨折。日常生活自立度 A1、認知症無。軍医の夫とともに病院を開業し、自らも看護師となり夫と共に働いた。趣味は木彫り、陶芸、編み物、手芸と多彩。長男夫婦と同敷地内に住んでいたが、15 年前に夫を亡くしてからは独居生活を送っていた。1 年前頃から転倒が増え要支援 2 という認定を受け、週 2 回介護予防訪問入浴介護、家族の支援を受けながら生活していた。半年前より、腹痛、食指不振が続き、部屋でうずくまっているところをヘルパーに発見され、病院受診。食道裂孔ヘルニア、逆流性食道炎の診断で入院となる。入院中に腰椎・胸椎の圧迫骨折が判明、コルセット着用により痛みも軽減し、ADL 改善する。退院許可でるも、自宅生活に対しての不安があり、実姉が入所中の老人保健施設に入所となる。ADL 改善に伴い施設より退居を勧められ、親戚の伝手を頼って別の老健施設へ入居となる。

3.作業療法評価

BI：95 点、FAI：2 点、老研式活動能力指標：6 点、心身機能面では、HDS－R：26 点（計算、遅延再生で減点)、MMSE：20 点、COGNISTAT：注意・記憶で減点あり。短期記憶障害と軽度の判断能力の低下あり。円背による肩関節屈曲可動域制限が軽度認められる。腰部コルセット着用、時に腰痛が発生する。長時間の座位で腰部に不快感が生じることあり。両下肢筋力 4－レベル。右膝は変形性膝関節症により、屈曲 95°で制限有るも疼痛はない。活動・参加面では、円背の影響から支持なしでの立位保持困難で、U 字型歩行器を使用して施設内の平地歩行は可能。居室内は、伝い歩きで移動可能。居室の掃除・食事の後片付けなど能力的には可能であろうと推察されたが、施設入所という環境下で、家事等の役割活動実施の機会を絶たれた状況であった。物忘れの自覚もあり、行動等はメモを残すなど生活上の工夫も行っている。作業目標の聞き取りでは、「腰をしゃんと伸ばして歩きたい」「陶芸を再開したい」と明確な目標を自ら提案でき、「もうこの歳になったら、先の事より、一日を楽しく過ごすことを考えたい」と前向きな発言も聞かれる。自宅復帰に対しては、インテーク時から消極的で「この歳になったら、施設で暮らす方が安心」との発言もあり。家族も今後の方向性として施設を選択、自宅復帰の可能性についても 10 の絶対の難しいを選択。自宅復帰は難しいように思われた。

4.介入の基本方針

B 氏は、ADL はほぼ自立していたが、円背、腰椎圧迫骨折による腰痛、施設入所生活という環境要因によって、外出や趣味活動・役割活動が行えず、自宅生活に不安を感じ、施設生活継続を希望していた。

従って、屋外歩行が自立し、安心して外出ができるようになること、絶えている趣味・役割活動を再開することができ、活動への自信を取り戻すことで、再び自宅での生活を考えることができるようになることを介入の基本方針とした。

５.作業療法実施計画

屋外歩行が可能になることを目標に、週 3 回、基本的プログラムとして全身運動（認知機能を多く用いる四肢の体操)、肋木での背筋のストレッチ、座位での体幹前後屈自動運動を開始する。応用的プログラムとしては、U 字型歩行器での屋内歩行訓練から始め、徐々に歩行時間・距離を伸ばしていく。また背中を伸ばして歩きたいという希望もあり、同時にシルバーカーでの歩行練習も併用していく。生活場面においては介護職と連携し、現在の歩行能力を伝達し、生活の中でも歩行機会を多く持つように働きかけていく。陶芸活動が再開できるように、座位作業の耐久性向上を目的に腰痛の発生に留意しながら、リハビリ室での座位での活動を組み入れ､最終的に１時間程度の陶芸活動が行えるように延長していく。リハ室の陶芸活動と並行して、施設内でのクラブ活動としての陶芸クラブを作り、クラブへの参加ができるように環境調整していくこと、またユニットの生活の場面の中でも介護職の協力のもと、居室の掃除・整頓、庭の草抜きなど役割や趣味活動を再開し、自信につなげていこうという計画を立案した。

６.介入経過

リハビリ室への道順やエレベーター操作を数回の援助で覚え、指定された時間に U 字型歩行器でユニットから来室可能となった。座位活動では、推理・判断を必要とする認知課題を提供し、腰痛の発生に留意しながら 10 分から徐々に時間延長。歩行は U 字型歩行器での施設内散策（約 10 分）も可能となり、自宅にあったシルバーカーを持参してもらい、歩行練習を導入した。U 字型歩行器では、腰部屈曲状態での歩行であったが、シルバーカーでは姿勢が改善され歩行の満足度も向上した。この時点でユニットでの移動方法をシルバーカーに変更、腰痛の発生、安全性に留意して見守ってもらうことを伝達した。陶芸再開については、座位活動が 30 分程度可能になった時点で、リハビリ室での実施を促すも「私はへたくそ。先生がいないとできないわよ」とリハビリ室での実施には至らなかった。「先生は、お年寄りが好きだから、頼めば来てくれるかも」との発言あり。この時点で OT がご家族にお願いし、陶芸の先生に連絡をとっていただく。先生より「B さんは能力が高いから、みんなに教えることは可能だと思います。それができるようになるまでの援助なら協力しますよ」と快諾、陶芸クラブ発足の運びとなる。月 2 回の実施ということで、現在まで 1 回のみクラブが開催され、B 氏も先生とともに他の参加者の方を熱心に指導される姿が見られた。終了後感想を聞いてみると、「久しぶりに陶芸ができて楽しかった。月 2 回っていうのが残念だけど。家では毎日でもできるのにね。たまには家に帰ってみたいね」。少しずつではあるが在宅への方向に意識が向きつつある様子が感じ取れた。その後、家族の協力で窯元へ外出したり、姉の施設を訪問したりと外出機会も増加した。ユニット生活でも、職員と一緒に、居室掃除や片付け、針仕事など行われるようになり、「家ではもっと動いてたのよ」と 95 歳とは思えない活動性の高い生活を送られている。

7.結果

約 1 カ月の短い介入期間ではあり、身体機能面においては変化はみられなかったが、FAI では 2 点から 14 点と向上し、家事活動、外出、趣味活動、屋外歩行の項目で向上が見られた。老健式活動能力指標では 6 点が 8 点になり、社会的役割において改善が認められた。HUI では痛み・不快感、感情面でのプラスの変化が見られた。ユニットでの生活において、特に家事活動の機会が増し、「私がやります」「自分でできる」という発言も増え、活動性が向上してきた。シルバーカーを使用しての屋外歩行が安定したことにより、外出への自信もつき、家族の協力のもと週 1 回は窯元の先生に会いに行ったり、親戚を見舞ったりと、施設外の交流の場も広がってきた。生きがいである陶芸は、現在まで 1 回実施しただけでであるが、陶芸活動を通して、施設入所前の自身の有能感を取り戻すことができ、在宅生活に対してのプラスの感情が出現した。

8.考察

今回、生活行為向上マネジメントを使用して、1 カ月という短期間であったが、本人の目標である「好きな陶芸を再開し、週 1 回は窯元の先生の所に通う」という目標が達成できた。B 氏は転居時より、ADL は階段昇降を除いては自立しており、生活意欲も高く、円背や腰痛による歩行能力低下、座位保持能力低下以外は、心身機能面での問題はみられなかった。しかし、施設入所という庇護的環境のもと、自宅で行っていた趣味活動や役割活動とは無縁の状態であり、環境が B 氏の活動・参加能力を阻害していたとも言える。95 歳という高齢で、施設生活という環境におかれたことにより、入所前の生活に戻る事への不安が生じたのは、当然の結果であるかもしれない。今回、陶芸をリハビリ室で開始する計画を立てたが実行に至らず、現時点でクラブ活動として 1 回実施できただけである。しかしこれが自分が会いたいと思っていた窯元の先生とのコラボレーションの機会となり、また他の参加者へ陶芸の方法を指導するという活動やユニットにおける役割活動や趣味活動の再開の中で、再度自身の有能感を得ることができ、在宅生活は無理というマイナスの感情から、「家に居たらこんなこともできるのに」という前向きな発言につながったのではないかと考える。同時に歩行補助具を再検討し、シルバーカーを利用して屋外歩行が可能となり、外出の機会が増えたことも、在宅生活に戻ることへのプラスの感情につながったのではないかと考える。生活行為向上マネジメントを使用した今回の介入により「人は望む作業によって生かされる」こと、人間にとっての「意味ある作業」の大切さを B 氏の事例を通して実感することができた。

9.文献

「生活行為向上マネジメントを活用した“作業”のとらえ方とその評価・支援技術研修」～作業が人を健康にする」テキスト、平成 23 年 8 月日本作業療法士協会

生活行為向上マネジメントシート

記入日：　H２５年　　１０月１０日

生活行為アセスメント	生活行為の目標	本人	陶芸を再開したい。				
		キーパーソン	ぜひまた陶芸をやらせたい。母の生きがいだから。				
	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 (ICF コード)	腰痛発生の恐れがある (b28013) 円背がある(b7305)		座位での活動が集中して行えない(d4153) 長時間の外出に不安がある（U字型歩行器では外出できない）(d465) 半年近く陶芸を行っていない（d9203）		陶芸を行う場所・機会がない(d9203) 指導者がいないので一人でやるのは自信がない(e340)	
	現状能力 (強み) (ICF コード)	知的能力が保たれている(b117) 活動意欲が高い(b130) 上肢・手指の著明な活動制限がない 下肢筋力の低下は軽度である(b730)		ADL は自立しており、余暇時間を十分に持つことができる）		外出に際し、家族の協力が得やすい。(e310)	
	予後予測 (いつまでに，どこまで達成できるか)	腰痛も軽減してきており訓練時に座位の活動を増加させていくことで座位の耐久性が向上する可能性がある。		座位耐久性を向上させ、陶芸を行う環境を調整すれば再開できる可能性ありシルバーカーでの移動が可能になれば屋外の移動も可能になる可能性あり		家族の協力があれば、作品を窯元に持っていき、完成させることができるのでは？	
	合意した目標 (具体的な生活行為)	**好きな陶芸を再開し、週１回は窯元の先生の所に通う。**					
	自己評価*	初期	実行度　1　/10	満足度　1/10	最終	実行度　5/10	満足度　6　/10

***自己評価は本人の実行度（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**

				基本的プログラム	応用的プログラム	社会適応プログラム
生活行為向上プラン	実施・支援内容					
	いつ・どこで・誰が・何を実施・支援	本人	計画	全身運動１０分･肋木での背筋のストレッチ･座位での体幹前後屈運動・平行板周囲歩行練習（片手平行板支持・片手杖）	・施設内歩行訓練（U 字型歩行器⇒シルバーカー） ・屋外歩行訓練（シルバーカー） ・リハ室で陶芸を行う ・座位での活動実施（認知課題実施）	・クラブ活動として他の利用者と一緒に陶芸行う（指導者的役割 ・ユニットで自室の掃除や片付けなどの役割活動をスタッフと一緒に行う
			結果	運動の順番もしっかり覚えられ、疲労・腰痛の訴えも軽減	「指導者がいないとできない」と言われ、個人的には行われず。 座位の耐久性向上（１時間） 歩行はシルバーカーで可能	・自室で縫い物をされたり部屋の片づけをされたりする。 ・陶芸クラブ活動に参加
		家族	計画			・窯元の先生と連絡をとり、ボランティアとしての協力依頼
			結果			・ボランティア協力可能というお返事をいただく
		支援者 (職種明記)	計画	OT が実施	・歩行：OT が実施 ・座位活動：自主トレ ・OT：陶芸活動を行うための環境調整	・OT・ユニットスタッフ：ご家族との情報交換 ・ユニットスタッフ：掃除などの役割活動を一緒に行う。
			結果		リハ室での陶芸は行われず	陶芸クラブ活動を１回実施
	実施・支援期間			H25 年　10 月　15 日　～　H25 年　11 月　16 日		
	達成			■達成　□変更達成　□未達成（理由：　　）　□中止		

本シートの著作権（著作人格権、著作財産権）は一般社団法人日本作業療法士協会に帰属しており、本シートの全部又は一部の無断使用、複写・複製、転載、記録媒体への入力、内容の変更等は著作権法上の例外を除いて禁じます。

課題分析モニタリング表

アセスメント項目		現状能力	予後予測		課題重要性
			このまま推移	介入後	
基本動作	起き上がり	自立	自立	自立	
	立位保持	自立	自立	自立	
	床からの立ち上がり	自立	自立	自立	
	床のものを拾う	自立	自立	自立	
ADL（BI）	食事	自立	自立	自立	
	イスとベッド間の移乗	自立	自立	自立	
	整容	自立	自立	自立	
	トイレ動作	自立	自立	自立	
	入浴	自立	自立	自立	
	平地歩行（車椅子駆動）	自立	自立	自立	○
	階段昇降	監視or介助	自立	自立	○
	更衣	自立	自立	自立	
	排便コントロール	自立	自立	自立	
	排尿コントロール	自立	自立	自立	
IADL（FAI）	食事の用意	していない	していない	していない	
	食事の片付け	していない	していない	していない	
	洗濯	していない	していない	していない	
	掃除や整頓	時々	週1回以上	週1回以上	
	力仕事	していない	していない	していない	
	買物	していない	していない	していない	
	外出	していない	時々	時々	
	屋外歩行	していない	週1回以上	週1回以上	
	趣味	していない	週1回以上	週1回以上	○
	交通手段の利用	していない	していない	していない	
	旅行	していない	していない	していない	
	庭仕事	していない	時々	時々	○
	家や車の手入れ	していない	していない	していない	
	読書	していない	月2回以上	月2回以上	
	仕事	していない	していない	していない	
老研式抜粋	年金などの書類を	書ける	書ける	書ける	
	新聞などを	読んでいる	読んでいる	読んでいる	
	本や雑誌を	読んでいる	読んでいる	読んでいる	
	健康についての記事や番組に	関心ある	関心ある	関心ある	
	友達の家を訪ねること	ない	ある	ある	○
	家族や友達の相談にのること	ある	ある	ある	
	病人を見舞うこと	できない	できる	できる	
	若い人に自分から話しけること	ある	ある	ある	
他		未把握	未把握	未把握	
		未把握	未把握	未把握	

課題個々の要因分析
円背、腰椎圧迫骨折による腰痛により、座位の耐久性の低下、歩行能力に低下あり。 そのため長時間の外出が困難である。 また 施設入所に伴い、自宅で行えていた趣味活動や役割活動の実施が絶たれている状にある。
課題解決目標
「好きな陶芸を再開し、週1回は窯元の先生の所に通う」という生活目標に対し、まずは安全に外出できることを担保するため、①シルバーカーで屋外の移動が可能になることを目指す　また陶芸の再開に関しては、②座位での活動の耐久性を向上させ、実際にリハ室での陶芸活動を再開させることにより、自信をつけ最終的にはクラブ活動として他利用者の指導者的役割を担えるようにしていく。
（チームの）総合的援助方針
援助の方針として、屋外歩行自立に向けてリハビリでは姿勢の調整、補助具の選択、屋内外歩行訓練を行い、ユニットでは作業療法士と連携をとり、生活の中での移動状況を見守っていく。また陶芸再開に関して、リハビリでは座位活動の耐久性の向上や実際の陶芸実施の環境を提供していき、 ユニットでは活動再開への自信付けのために、庭の草抜き、自室の整理・整頓などの役割活動を一緒に行っていく。

評価	考察
自立	今回の生活向上マネジメントを使用しての関わりにより、「好きな陶芸を再開し、週1回は窯元の先生に会いに行く」という目標は達成した。リハビリ室での定期的な陶芸活動再開には至っていないが、月2回のクラブ活動への参加意欲は十分にある。屋外歩行もシルバーカーで安全に可能となり、家族の援助のもと、週に1回は窯元の先生に会いに行くことも行われている。 具体的な目標設定により、対象者自身が何を行わないといけないのかが明確になったこと、また入所により絶たれていた役割活動をユニットの中で再開できるようになったことで、自信付にもつながったと考える。 今後は自宅での陶芸活動が可能になるという目標イメージを共有し、自宅復帰、あるいは高専賃などの住宅への転居を目指していく。
自立	
自立	
自立	
自立	
自立	
自立	
自立	
自立	
自立	
自立	
自立	
自立	
自立	
していない	
していない	
していない	
週1回以上	
していない	
していない	
週1回以上	
時々	
時々	
していない	
していない	
時々	
していない	
月2回以上	
していない	
書ける	
読んでいる	
読んでいる	
関心ある	
ある	
ある	
できる	
ある	
未把握	
未把握	

生活行為向上マネジメント基本情報

提出者 所属・氏名	所属: 氏名:	問い合わせ ID 連絡方法	ID: メール:
事例種別	【医療】□一般急性期　□一般回復期　□維持期　□精神・認知症 □小児　□その他(　　) 【介護】■老人保健施設　□通所リハ　□訪問リハ　□通所介護 □訪問介護　□介護支援専門員・地域包括支援センター □その他(　　) 【自立支援】□身障　□知的　□精神 【その他】　□その他(　　)		
主疾患名	食道裂孔ヘルニア	発症からの期間	6カ月
現病歴	半年前から腹痛、嘔気などあり。庭で倒れているところを発見され入院。診断を受ける		
既往疾患	1循環器系:高血圧,脳卒中,心臓病,その他 2内分泌・栄養・代謝障害:糖尿病, 高脂血症, その他 3呼吸器系, 4消化器系, 5泌尿器・生殖器系, 6筋骨格系, 7外傷、中毒系:骨折, その他, 8がん, 9血液・免疫系, 10 感染症,　11 精神・行動障害:認知症, その他, 12 神経系:神経難病, その他,　13 目の病気,　14 耳の病気、 15 皮膚の病気,　16 歯科,　17 その他(　　), 18 なし		

性別	男性 ・ 女性	年齢	95才
配偶者	あり ・ なし	家族構成	1人(敷地内別居:長男・嫁
生活保護	あり ・ なし	本人以外の家族の人数	
要介護度	要支援 1 ・ 2 ・ 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5		
介護者の有無	1 配偶者,2息子・娘　3, 息子・娘の配偶者　4, 孫　5, 兄弟・姉妹　6, その他		
介護者の年齢	1, 65 歳未満　2, 65～74 歳　3, 75～84 歳　4, 85 歳以上		
生活歴 (学歴・職歴・ 趣味を含む)	宇部出身。軍医をしていた夫とともに小倉に移り住み、長男出産。終戦後宇部で病院を開業、看護師の免許を取り、夫を手伝って働いた。夫が80歳で退職した後は体調を崩した夫の看病をし、15年前に夫を看取る。以後は長男夫婦の援助を受けながら独居生活を送る。趣味は陶芸・木彫り・手芸など多彩		
日常生活自立度 (寝たきり度)	正常 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2		
痴呆性老人の 日常生活自立度	正常 ・ Ⅰ ・ Ⅱa ・ Ⅱb ・ Ⅲa ・ Ⅲb ・ Ⅳ ・ M		

住宅・住処	1.持ち家　2.賃貸住宅・借家　3.ケア付き住宅　4.その他(　　)
年金の種類	1.国民年金　2.厚生年金　3.共済年金　4.老齢福祉年金のみ　5.その他(　　)
収入の有無	1.収入のある仕事をしている　2.していない

地域移行・連携・社会資源情報

入院・入所またはサービス利用開始からの期間		６０　日
介入期間		５９　日
地域移行支援取組みの有無	退院前訪問　あり・なし	退院時カンファレンス参加　あり・なし
	退院リハ指導　あり・なし	退院後訪問指導　あり・なし
社会資源	介入時	介入後
ケアマネ等関与	あり・なし	あり・なし
サービス利用状況	1.医療のデイケア(　回・週) 2.通所介護・生活支援施設(　回・週) 3.訪問リハ(　回・週) 4.訪問介護(　回・週) 5.訪問看護(　回・週) 6.配食サービス(　回・週) 7.福祉用具・補装具(内容：　) 8.住宅改修有 9.ショーステイ(　回・週) 10.就労支援施設 11.地域活動支援センター等相談機関 13.機能訓練施設等(通園・療育・通所リハ)(　回・週) 12.その他(　)(　回・週) 12.利用なし	1.医療のデイケア(　回・週) 2.通所介護・生活支援施設(　回・週) 3.訪問リハ(　回・週) 4.訪問介護(　回・週) 5.訪問看護(　回・週) 6.配食サービス(　回・週) 7.福祉用具・補装具(内容：　) 8.住宅改修有 9.ショーステイ(　回・週) 10.就労支援施設 11.地域活動支援センター等相談機関 13.機能訓練施設等(通園・療育・通所リハ)(　回・週) 12.その他(　)(　回・週) 12.利用なし
その他の社会資源利用状況	1.一般就労・シルバー人材センター 2.教育(学校・養護学校・訪問教育・寿大学・通信教育・生涯学習を含む) 3.健康増進施設 4.市町村等が実施する介護予防事業 5.サロン等老人クラブ活動等(自助グループ、患者会を含む) 6.カルチャー教室 7.ボランティア活動 8.老人会等地区組織活動 9.その他(　)	1.一般就労・シルバー人材センター 2.教育(学校・養護学校・訪問教育・寿大学・通信教育・生涯学習を含む) 3.健康増進施設 4.市町村等が実施する介護予防事業 5.サロン等老人クラブ活動等(自助グループ、患者会を含む) 6.カルチャー教室 7.ボランティア活動 8.老人会等地区組織活動 9.その他(　)
ケアマネの設定した課題	(できれば２表のコピーを匿名化して添付)	

趣味活動の再開により身体機能が改善し、能動的な生活を取り戻した事例

1.報告の目的

脳幹梗塞発症から約 6 ヶ月の入院を経て自宅復帰した事例。退院当初は身体機能の回復や職場復帰に対する不安や焦燥感が強かったが、熟考の末に復職を断念した。その後はリハビリテーションの目標を身体機能の向上と趣味活動の再開に再設定した。結果として身体機能や ADL、IADL、趣味などの活動性が向上したので報告する。

2.事例紹介

50 代後半の男性、地方公務員。58 歳で脳幹梗塞を発症し左片麻痺、嚥下障害、右半身の失調症を呈した。発症後直ぐに急性期病院に入院し薬物療法、理学療法および作業療法を開始。左片麻痺は緩やかに回復、また、嚥下障害は消失した。約 6 ヶ月の入院治療によって見守りで杖歩行可能となり自宅退院となった。退院前に介護保険を申請し、要介護 3。在宅復帰時に住宅改修および福祉用具を導入し、居宅サービスでは訪問リハビリテーション、訪問看護、通所リハビリテーション、通所介護を利用開始した。妻、次男と 3 人暮らし（長女、長男は自立し、別居している)。発症前は役所勤務の傍らで、農業（稲作）を営み、休日には釣りや料理、読書、日曜大工など多彩な趣味をもっていた。

3.作業療法評価

通所リハビリにおける初期面接では「できれば復職したいと考えているが、定年までに（職場復帰するに為には）時間が足りないと思う。復職できなければ、今までしていた趣味の魚釣りや魚料理が出来るようになりたい」と訴えていた。復職については時間的な制約（定年まで 11 か月）と身体機能、復職能力、職場環境の調整、主治医および家族の意見など様々な要因から総合的に判断し、復職を断念した。この後、通所リハビリの目標を 1)ADL 自立（特に入浴、移動)、2)身体機能の回復、3)趣味活動の再開を目標に改めた。心身機能面は左上肢は補助手、右上肢は失調症状が軽度あるが実用レベルであった。移動は簡易足関節装具を装着し T 字杖で屋内自立、屋外は見守りレベル、歩行耐久性は 10 分（300 メートル程度)。活動は、入浴を除く身辺動作は自立している。週 3 回の通所リハビリ以外では、庭の手入れ、読書、妻の運転での外出（買い物など）を行っている。社会参加としては通所リハビリ時の脳卒中ピアグループ参加、自宅に訪れる友人や職場同僚との電話などでの交流があった。自宅では住宅改修と福祉用具により入浴以外の ADL はほぼ自立していた。主たる介護者は妻で、帰省中の子や孫の世話を担っているため、夫には自分のことを安全にしてほしいと願っている。通院や買い物などの外出には妻が運転して夫に付き添うなど協力的である。

4.介入の基本方針

麻痺側の上下肢機能の回復が見込まれ、日常生活の諸活動への麻痺側上肢の使用および移動能力の向上が予測された。心身機能の改善と日常生活能力の向上を図り、病前の趣味活動などが能動的に再開できることを基本方針とした。

５.作業療法実施計画

基本練習として、麻痺側上下肢の機能回復を促す訓練、立位バランス訓練、歩行訓練など身体的基礎能力を向上する練習を週 3 回通所リハにおいて実施する。応用練習として、両手動作、道具操作、立位動作、全身体力向上など総合的能力向上を目的とするために木工作業を導入する。基礎練習と併せて、週 3 回通所リハにおいて実施する。木工では、魚を燻製加工する燻製器を作製することとした。社会適応練習として、趣味活動（魚の調理）の実用性を見極めることを目標に、1)スーパーマーケットまで歩いて行き、生魚を購入する、2)魚の調理（鮮魚の下準備と燻製加工）を実際に行うことを計画した。

６.介入経過

基礎練習および応用練習では、通所リハにおいて個別リハビリの 20 分間は身体機能回復訓練に費やした。機能の回復とともに、自主訓練として左手の作業への使用を促す活動に木工作業を導入した。物を押さえる、支えるなど補助的に使っていた左上肢であったが、体重負荷と筋緊張の関連性や道具操作の工夫点などの OT のアドバイスにより、左手の積極的使用が促され、麻痺の回復と非麻痺側の上肢の負担軽減につながった。社会適応練習として病前からの趣味である調理訓練を計画した。病前は魚を釣って、その魚を調理するという趣味であったが、今回は食材を購入することとした。屋外歩行については訪問リハビリ理学療法士と連携し耐久性向上訓練を依頼した。通所施設から目的地であるスーパーマーケットまでは 500 メートルの道程を歩く必要がある。また買い物に伴う籠の把持、運搬、支払、袋詰めなど一連の買い物に必要な物品などのイメージし、準備を進めた。買い物当日は、国道を歩くという体験、歩道が蒲鉾上に傾斜していることなど通所や自宅周囲の環境とは異なることを改めて認識し、応用歩行などの必要性を強めた。買い物ではストラップベルトを自ら用意し、買い物籠に取り付けて肩掛けにするなどの工夫が見られた。調理作業は鮮魚を調理するという活動は木工作業と異なり、対象物（魚）が滑りやすく、包丁を使うことによる外傷のリスクを伴う作業であるが、麻痺手を使用し両手動作によって生の鯵 5 匹を開きにすることができた。燻製は煙で燻す調理法であるために、施設屋上にて作業した。燻製用のチップや炭などは本人が自宅から用意してきた。鯵の開きや他の食材についても適切に燻製器に入れ、火加減も本人が付ききりで完成させた。出来上がりは、ピアグループのメンバーに振舞われ、試食会は盛況であった。

７.結果

身体機能は左上下肢が回復し実用的な上肢となり、下肢は安定した歩行能力を獲得できた。ADL は入浴動作、応用歩行（屋外歩行、階段昇降）が自立した。生活行為の目標として 1)歩いて買い物に行くことについて、買い物当日までに訪問リハビリの理学療法士や妻と屋外歩行訓練を重ね、耐久性も 500 メートルまで向上した。また、買い物に必要なマイバックには肩掛けストラップを取り付けるなどの工夫し準備していた。2)鮮魚を下処理し燻製調理するという 2 つの活動は、麻痺側上肢の実用的な使用と安全な刃物の使用が確認できた。また、燻製器の使用はかつての趣味の経験から、必要な物品などを自ら準備し、調理することができた。通所以外の余暇時間の過ごし方も介入前に比して変容し、庭の手入れや植物への水やり、簡単な調理、買い物など能動的な生活時間が増加した。最終的な実行度、満足度ともに 5 から 7 へ向上した。

８.考察

本事例は復職という長期目標も視野に入れた通所リハビリでの関わりであった。しかし年齢が定年退職時期に切迫していたために、焦燥感と不安感が強く通所開始当初は表情が険しい日が多かった。復職の可否を判断する時期が近づき、身体や精神機能、通勤や職場における移動能力、職場側への働きかけ（配置転換や環境整備）など復職に必要な条件が現実的に揃っていないことが明らかになり、最終的には主治医と家族、本人が復職を断念することで合意した。このような背景があり、リハビリテーションの目標を改めて設定する際に、趣味活動の再開を目標に掲げてマネジメントを行った。第二の人生を活き活きと送るためには、以前からの趣味の再開とそれに必要な身体能力の獲得であった。基礎練習と応用練習を並行して行うことにより、日常生活活動に麻痺側の上肢が積極的に参加する機会となり、機能の改善につながった。また、応用練習の手段が病前からの趣味であった木工作業であり、目的と手段が一致したことによる相乗効果もあったと考えられる。調理したものを同僚に振舞うなどの社会的な行動も病前からの楽しみであり、職業復帰は断念したが、第二の人生を楽しく生きることが目標の再設定に結び付いた。今回の介入により、社会適応訓練の一部に「買い物」を取り入れ、一連の活動が様々な体験をすることができた。また、通所リハビリの施設職員以外にも訪問理学療法士やケアマネジャー、家族に対しての様々な情報発信と協力依頼によりケアチームとして事例の目標を達成できたと考えられる。

生活行為向上マネジメントシート

記入日：平成２５年９月３日

生活行為アセスメント	生活行為の目標	本人	自分で釣った魚を料理したい。（魚釣りと料理）				
		キーパーソン	妻：自分のことを安全に行ってほしい。				
	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（ICF コード）	b760 左不全片麻痺 b770 歩行耐久性低下		d475 自動車運転適性について留保されている d460 応用歩行能力低下		e210 慣れない環境での作業	
	現状能力（強み）（ICF コード）	b117 知的能力が高い。 b130 目的意識明確、意欲的である。		d230 スケジュール管理、遂行能力が高い。 d450 杖歩行可能。		e310 家族の理解がある。 e320 知人の協力が得られる。	
	予後予測（いつまでに，どこまで達成できるか）	麻痺肢は緩やかに改善し実用的な上下肢機能となり、両手動作が可能になる。		自動車運転が再開できるようになれば、釣り場まで自分で行けるようになる。		家族、友人の協力を得て、釣り、料理が出来るようになる。	
	合意した目標（具体的な生活行為）	鮮魚店で生の魚を購入し、自分で調理する。また自ら作成した燻製器で燻製料理を作る。					
	自己評価*	初期	実行度　5/10	満足度　5/10	最終	実行度　7/10	満足度　7/10

*自己評価は本人の実行度（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	社会適応プログラム
	いつ・どこで・誰が・何を実施・支援	本人	計画	上肢機能訓練 バランス訓練	立位での木工作業 応用歩行訓練	買い物訓練 調理動作訓練
			結果	通所だけでなく自宅でも訓練ができた	自ら計画し作業を遂行した	計画通りに実行できた
		家族	計画		屋外歩行の付き添い 台所環境の整理整頓	店までの送迎、付き添い 調理を見守る
			結果		屋外歩行と調理に必要な環境を整えた	送迎と付き添いに協力できた
		支援者（職種明記）	計画	OT：基本訓練の実施	通所 OT：見守り、助言 訪問 PT：屋外歩行訓練	OT：家族・CM への依頼 調理動作訓練 CM：サービスの調整
			結果	計画通りに実施できた	計画通りに実施できた	計画通りに実施できた
	実施・支援期間			平成２５年９月６日　～平成２５年１０月５日		
	達成			■達成　□変更達成　□未達成（理由：　　）　□中止		

本シートの著作権（著作人格権、著作財産権）は一般社団法人日本作業療法士協会に帰属しており、本シートの全部又は一部の無断使用、複写・複製、転載、記録媒体への入力、内容の変更等は著作権法上の例外を除いて禁じます。

課題分析モニタリング表

アセスメント項目		現状能力	予後予測		課題重要性
			このまま推移	介入後	
基本動作	起き上がり	自立	自立	自立	
	立位保持	自立	自立	自立	
	床からの立ち上がり	見守り	見守り	自立	
	床のものを拾う	自立	自立	自立	
ADL（BI）	食事	自立	自立	自立	
	イスとベッド間の移乗	自立	自立	自立	
	整容	自立	自立	自立	
	トイレ動作	自立	自立	自立	
	入浴	要介助	要介助	自立	○
	平地歩行（車椅子駆動）	自立	自立	自立	
	階段昇降	監視or介助	監視or介助	自立	○
	更衣	自立	自立	自立	
	排便コントロール	自立	自立	自立	
	排尿コントロール	自立	自立	自立	
IADL（FAI）	食事の用意	まれに	まれに	まれに	
	食事の片付け	していない	していない	していない	
	洗濯	していない	していない	していない	
	掃除や整頓	週1回以上	週2回以上	週3回以上	
	力仕事	まれに	まれに	週1回以上	
	買物	週1回以上	週1回以上	週1回以上	○
	外出	週1回以上	週1回以上	週1回以上	○
	屋外歩行	週1回以上	週1回以上	週1回以上	○
	趣味	時々	時々	週1回以上	○
	交通手段の利用	していない	していない	週1回以上	
	旅行	していない	していない	していない	
	庭仕事	時々	定期的	定期的	
	家や車の手入れ	軽作業	軽作業	中等度作業	
	読書	月2回以上	月2回以上	月2回以上	
	仕事	していない	していない	していない	
老研式抜粋	年金などの書類を	書ける	書ける	書ける	
	新聞などを	読んでいる	読んでいる	読んでいる	
	本や雑誌を	読んでいる	読んでいる	読んでいる	
	健康についての記事や番組に	関心ある	関心ある	関心ある	
	友達の家を訪ねること	ある	ある	ある	
	家族や友達の相談にのること	ある	ある	ある	
	病人を見舞うこと	できない	できない	できない	
	若い人に自分から話しけること	ある	ある	ある	
他		未把握	未把握	未把握	
		未把握	未把握	未把握	

課題個々の要因分析
心身機能：左不全片麻痺と右失調症があり、両手動作や屋外歩行の妨げとなっている。 活動：バランス低下のため入浴に介助を要している。転倒などのリスクから家族が付き添わなければ屋外活動が出来ない。 参加：交通機関の利用に支障があり、通所リハビリ以外には外出の機会が少ない。 環境：中山間地域在住のため、自動車運転や家族の協力がなければ外出できない。
課題解決目標
短期目標 ・ADL（入浴、移動）が自立できる。 ・歩行能力が高まり、屋外や段差昇降などの応用歩行が可能となる。 長期目標 ・家人の協力を得て、買い物や趣味活動が可能となる。
（チームの）総合的援助方針
・出来ることを増やし、生活にハリを感じられるように支援する。 ・身体機能向上のためにリハビリテーションを継続する。 ・社会参加のために仲間との交流の機会を持つ。 ・安全な入浴のために通所での入浴も利用する。 ・自立生活のための福祉用具の活用。

評価	考察
自立	本人の意欲、目的意識が心身機能および活動と参加の改善の基礎となっている。身体機能は上肢、下肢共に緩やかに改善した。左上肢は補助手から実用へ、下肢は応用歩行が可能なレベルに改善した。これは基礎練習に加え、作業に両手動作や立位動作などが要求される木工作業を通して、麻痺側上下肢の能力向上につながったと考える。 入浴や屋外歩行などは、通所および訪問リハにおいて練習を継続して実施したことと、家人の協力により日常的に動作を遂行できたことが自立につながっている。 外出においても、家人の協力が得られたことにより、通所以外にも買い物や散歩、庭の手入れなどが出来るようになった。
自立	
自立	
自立	
自立	
自立	
自立	
自立	
自立	
自立	
自立	
自立	
自立	
時々	
していない	
していない	
まれに	
週1回以上	
週1回以上	
週1回以上	
週1回以上	
週1回以上	
していない	
していない	
重作業可能	
中等度作業	
月2回以上	
していない	
書ける	
読んでいる	
読んでいる	
関心ある	
ある	
ある	
できない	
ある	
未把握	
未把握	

生活行為向上マネジメント基本情報

提出者 所属・氏名	所属: 氏名:	問い合わせ ID 連絡方法	ID: メール:
事例種別	【医療】□一般急性期　□一般回復期　□維持期　□精神・認知症 □小児　□その他(　　) 【介護】□老人保健施設　■通所リハ　□訪問リハ　□通所介護 □訪問介護　□介護支援専門員・地域包括支援センター □その他(　　) 【自立支援】□身障　□知的　□精神 【その他】　□その他(　　)		
主疾患名	脳幹梗塞	発症からの期間	10ヶ月
現病歴	平成 24 年 10 月 30 日発症、6ヶ月入院し内服とリハ. 4 月 22 日自宅退院		
既往疾患	(1)循環器系:(高血圧), 脳卒中, 心臓病, その他 2内分泌・栄養・代謝障害:糖尿病, 高脂血症, その他 3呼吸器系, 4消化器系, 5泌尿器・生殖器系, 6筋骨格系, 7外傷、中毒系:骨折, その他, 8がん, 9血液・免疫系, 10 感染症,　11 精神・行動障害:認知症, その他, 12 神経系:神経難病, その他,　13 目の病気,　14 耳の病気、 15 皮膚の病気,　16 歯科,　17 その他(　　), 18 なし		
性別	(男性)・女性	年齢	59才
配偶者	(あり)・なし	家族構成	3人
生活保護	あり・(なし)	本人以外の家族の人数	2
要介護度	要支援 1・2・要介護 1・2・(3)・4・5		
介護者の有無	(1)配偶者, 2息子・娘　3, 息子・娘の配偶者　4, 孫　5, 兄弟・姉妹　6, その他		
介護者の年齢	(1), 65 歳未満　2, 65～74 歳　3, 75～84 歳　4, 85 歳以上		
生活歴 (学歴・職歴・趣味を含む)	大学卒業後、市役所に勤務する。実家は農業を営んでいて、兼業で田畑作業も担っていた。趣味は多彩で魚釣り、調理、日曜大工、読書などであった。		
日常生活自立度 (寝たきり度)	正常・J1・J2・(A1)・A2・B1・B2・C1・C2		
痴呆性老人の 日常生活自立度	(正常)・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M		
住宅・住処	(1.)持ち家　2.賃貸住宅・借家　3.ケア付き住宅　4.その他(　　)		
年金の種類	1.国民年金　2.厚生年金　(3.共済年金　4.老齢福祉年金のみ　5.その他(　　)		
収入の有無	(1.)収入のある仕事をしている（傷病休職中）　2.していない		

地域移行・連携・社会資源情報

入院・入所またはサービス利用開始からの期間		１９０日
介入期間		３０日
地域移行支援取組みの有無	退院前訪問　あり・なし	退院時カンファレンス参加　あり・なし
	退院リハ指導　あり・なし	退院後訪問指導　あり・なし
社会資源	介入時	介入後
ケアマネ等関与	あり・なし	あり・なし
サービス利用状況	1.医療のデイケア(　３回・週) 2.通所介護・生活支援施設(　　回・週) 3.訪問リハ(　２回・週) 4.訪問介護(　　回・週) 5.訪問看護(　　回・週) 6.配食サービス(　　回・週) 7.福祉用具・補装具(内容：PAFO) 8.住宅改修　有 9.ショーステイ(　　回・週) 10.就労支援施設 11.地域活動支援センター等相談機関 13.機能訓練施設等(通園・療育・通所リハ) (　　回・週) 12.その他(　　)(　　回・週)	1.医療のデイケア(　３回・週) 2.通所介護・生活支援施設(　　回・週) 3.訪問リハ(　２回・週) 4.訪問介護(　　回・週) 5.訪問看護(　　回・週) 6.配食サービス(　　回・週) 7.福祉用具・補装具(内容：プロフッター) 8.住宅改修有 9.ショーステイ(　　回・週) 10.就労支援施設 11.地域活動支援センター等相談機関 13.機能訓練施設等(通園・療育・通所リハ) (　　回・週) 12.その他(　　)(　　回・週)
その他の社会資源利用状況	1.一般就労・シルバー人材センター 2.教育(学校・養護学校・訪問教育・寿大学・通信教育・生涯学習を含む) 3.健康増進施設 4.市町村等が実施する介護予防事業 5.サロン等老人クラブ活動等(自助グループ、患者会を含む) 6.カルチャー教室 7.ボランティア活動 8.老人会等地区組織活動 9.その他(　　)	1.一般就労・シルバー人材センター 2.教育(学校・養護学校・訪問教育・寿大学・通信教育・生涯学習を含む) 3.健康増進施設 4.市町村等が実施する介護予防事業 5.サロン等老人クラブ活動等(自助グループ、患者会を含む) 6.カルチャー教室 7.ボランティア活動 8.老人会等地区組織活動 9.その他(　　)
ケアマネの設定した課題	①出来ることを増やし少しでも自立したい。②他者との交流の中で自分を見つめることができる。③安全に入浴したい。④病気はあるが健康は維持したい。通院も安全にできる。⑤移動動作が安全にでき、自立した生活を送りたい。⑥介護者は家のことを一人でしておりその負担も大きい。(できれば2表のコピーを匿名化して添付)	

満足できる余暇活動を獲得し、主体的な生活を構築できるようになった高齢女性の事例

1.報告の目的

施設に入所して約 3 年が経過するが、主体的な生活を見出せず不活発に過ごしていた高齢女性に対して、生活行為向上マネジメントを活用した作業療法アプローチを実施した。余暇活動を獲得することを目的にアプローチしたところ、満足できる余暇活動を獲得し、その作業を「無くてはならないもの」とした。生活状況も一変し、生活を構築できるようになり、新たな目標も見出した。その経過および考察を以下に報告する。

2.事例紹介

70 歳代前半の女性。脳梗塞による右片麻痺、運動性失語。要介護度 3。約 5 年前に脳梗塞を発症し、運動麻痺や失語症、高次脳機能障害が出現した。入院中約 2 年にわたりリハビリテーションを実施したが、在宅生活は難しく、約 3 年前に当施設に入所した。基本動作は見守り、移動は車椅子で自立、セルフケアは食事以外要介助だった。失語症のためか他者に話しかけることはなく、対人交流は乏しかった。生活構築は難しく、受身的で不活発に過ごしていた。機能訓練中心の作業療法を続けていたが、機能的には維持のレベルであり、約 1 年前からは貼り絵や編み物などの作業活動を導入していた。しかし、継続的なものではなく、余暇活動とはなっていなかった。

生活歴としては、長年小学校の教員として勤務し、校長も務めた。交友が広く、友人とのお喋りが楽しみだった。結婚歴がなく独居だったが、入院を機に甥が養子となった。

3.作業療法評価

生活行為の目標の聞き取りでは、「余暇に何かしたい」という希望が聞かれた。

心身機能・構造では、生活行為を妨げている要因として、右片麻痺、高次脳機能障害、運動性失語症があった。強みとしては、知的機能が維持されていること、自己認識が適切なこと、活動意欲が高いこと、左上下肢機能が維持されていることが挙げられた。麻痺側は維持レベルで、実用的な使用は困難と予測された。

活動と参加では、生活行為を妨げている要因として、左手の活動経験の不足、余暇の準備や用具の管理が不十分なこと、右手の巧緻性低下、スロープの移動制限があった。強みとしては、左手の操作・巧緻性が維持されていること、手工芸の作業経験があること、会話理解が良好でスケジュール把握が可能なこと、セルフケアが一部自立していることが挙げられた。左手での活動経験により手工芸活動などを遂行可能であると予測された。

環境因子では、生活行為を妨げている要因として、余暇を楽しむ場や機会、道具がない状況だった。強みとしては、家族や友人の面会があり協力的であることが挙げられた。場や機会、道具があれば継続的な余暇活動の遂行は可能であり、人的環境もプラスに作用するものと予測された。

以上を検討し、「日々の楽しみ、余暇活動として貼り絵を行うことができる」という同意目標に至った。実行度は 4、満足度は 6 だった。

４.介入の基本方針

行いたい作業に従事することができ、それが楽しみや満足できる余暇活動になるように支援していく。そして、余暇活動として習慣化することができるように支援し、本人なりの主体的な生活を構築できるようにしていく。不活発な生活から脱却し、良好な作業機能状態となるようにしていく。

５.作業療法実施計画

機能的に維持レベルにあったことから、基本的プログラムは実施しないこととした。

応用的プログラムは、作業療法の場で行う週 5 回の貼り絵の練習とし、小さく切った折り紙片をノリで貼る作業を行うこととした。OT は、助言や設定の工夫などの間接的なかかわりを行うこととした。なお、経験のある作業活動であったため、確認の意味合いが強く、1 週間程度の実施とし、その後は社会適応プログラムに移行することとした。

社会適応プログラムは、生活の中での余暇活動として貼り絵を行うこととした。OT は、道具の準備や場の設定を行い、本人の要望やレベルにあった難易度の題材を準備することとした。生活の場で行うこととし、場所と時間を設定して週 5 回の頻度で実施することとした。習慣化することを意識してもらうようかかわることとした。また、家族には面会時に感想などを述べてもらうようにした。

６.介入経過

介入初期は、応用的プログラムのみを実施した。貼り絵は経験のある作業であったため、戸惑うことなく行えていた。隙間があったり枠からはみ出したりとやや粗雑な面があり、うまくできないことを気にすることもあった。しかし、徐々に遂行レベルは向上し、貼り絵を通してできることを確認し、有能感を得ていった。

応用的プログラムは 1 週間で終了し、社会適応プログラムへと移行した。実施する場所と時間を設定し、生活の中での余暇活動であることを意識づけるよう介入した。習慣化ということを意識して介入することで、時計を見てスケジュールに合わせた行動するようになった。生活リズムが確立し、本人なりの生活を構築するようになった。

貼り絵の作業場面では、徐々に作業速度や完成度が向上し、作品へのこだわりも出てきた。「できる」「できない」といった技能の良し悪しに関する語りが減り、作品を見直したり修正したり「どのように仕上げようか」といった質にこだわるようになっていった。また、OT は作品の難易度を調整したり助言したりするだけでなく、下絵や色の選択など自己選択・決定の機会を作るようにした。はじめは困難だったが、徐々に選択・決定ができるようになり、「～をしたい」などと主張や提案をするようになった。完成した作品は施設内に展示することとし、さらに友人にプレゼントすることも提案した。この提案には同意してくれ、新たな目標とした。それに伴って、OT は貼り絵に対して、余暇活動だけでなく自己表現や自己実現という意味を付加するようかかわることとした。

このような過程の中で、作業を通して会話機会が増え、以前は単語レベルだった発話は文章レベルになった。コミュニケーション能力向上に伴い、本人の希望を他職種も把握することができ、定期的に図書館へ外出することにもつながった。生活の中にまた新たな楽しみが増えた。

７.結果

生活の中に貼り絵という余暇活動が習慣化された。活発な生活リズムが確立し、本人なりの生活を構築するようになり、目標は達成された。実行度は 7 点、満足度は 8 点で、その理由を「もっと上手になりたいし、もう少し多くやりたいから」とした。貼り絵という作業については、「無くてはならないもの」「楽しみ」と語った。貼り絵の遂行能力も向上し、自己選択・決定ができるようになった。また、コミュニケーション能力も向上し、主張や提案をするようになった。さらに、貼り絵という作業の意味も変化し、余暇や楽しみだけでなく、作品を展示して鑑賞してもらうことや友人にプレゼントすることという新たな目的も加わった。

基本動作と ADL に変化はなく、BI の点数は変わらなかった。しかし、IADL と参加の状況には変化があり、FAI は 11 点（外出、趣味、読書で加点）、老研式活動能力指標は 5 点（若い人に自分から話しかけるで加点）に上昇した。

８.考察

不活発な生活から満足できる余暇活動のある主体的な生活へと激変したのには、目標やプログラムを協業的に作り上げるプロセスが有効に働いたものと考えられた。そして、アプローチの中で、ただ作業を行えるようになるのではなく、習慣化することや生活全体の作業のバランスを考えるといった視点も変化に大きく寄与しているものと考えられた。

また、一連の作業療法の中で、クライエントにとっての貼り絵という作業の意味の変遷があったものと推測された。つまり、介入当初はできるようになるための作業であり、訓練という意味合いが強かった。それは次第に自分の能力を高めるための作業、換言すると、挑戦の意味を持った作業に変化していった。そして、習慣化したことで楽しみや余暇活動としての作業へと意味が変化した。最終的には、作品を展示して鑑賞してもらうという自己表現や、友人にプレゼントするという自己実現の意味も付加された。貼り絵という一作業であるが、多様な意味を有しており、クライエントの文脈の中で作業の意味が変化していったものと考えられた。このような作業の意味の変遷については、セラピストが十分に把握していく必要があり、作業に意味を付加させたり意味を変化させたりといったことを支持するアプローチの重要性も示唆された。

今回の経験を通して、作業療法士がクライエントを変化させるのではなく、意味のある作業への従事がクライエントを変化させるということを再認識させられた。生活行為向上マネジメントは、まさに意味のある作業への従事を促進させるツールであり、その有効性と重要性を実感した。

生活行為向上マネジメントシート

記入日：　25 年　11 月　13 日

生活行為アセスメント	生活行為の目標	本人	余暇に何かをしたい。				
		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 (ICF コード)	b760 右片麻痺 b167 高次脳機能障害（色や形の認識が不適切なことがある） b320-339 運動性失語症		d440 右手の巧緻性低下 d155 左手での活動経験の不足 d465 車椅子での移動の制限（スロープ） d650 余暇の用具の管理不十分		e140 余暇を楽しむ場や機会、道具がない。	
	現状能力 (強み) (ICF コード)	b180 (能力の)自己認識が適切 b130 活動意欲が高い b117 知的機能の維持 b760、b780 左上下肢機能の維持		d440 左手の操作・巧緻性の維持 d920 手工芸の経験あり d310 会話の理解良好 d230 スケジュール把握が可能 d510-569 セルフケア一部自立		e410 家族の面会が週 2 回あり、協力的である。 e420 友人が多く、時々面会に来ることがある。	
	予後予測 (いつまでに、どこまで達成できるか)	機能的に維持レベルである。麻痺側上肢の実用的な使用は難しいが、補助的な使用は可能と考えられる。		左手の活動経験により、手工芸活動の遂行が可能と判断される。そしてセルフケアなどの質の向上にも繋がるものと予測される。		場や機会、道具があれば、継続的な余暇活動の遂行は可能なものと考えられる。人的環境もプラスに働く可能性がある。	
	合意した目標 (具体的な生活行為)	日々の楽しみ、余暇活動として貼り絵を行うことができる。					
	自己評価*	初期	実行度　4/10	満足度　6/10	最終	実行度 7/10	満足度　8/10

*自己評価は本人の実行度（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

	実施・支援内容			基本的プログラム	応用的プログラム	社会適応プログラム
生活行為向上プラン	いつ・どこで・誰が・何を実施・支援	本人	計画		貼り絵の練習 ・のりで紙を貼る	生活の中での余暇活動として貼り絵を行う。
			結果		やや粗雑ではあったが、徐々に遂行レベルは向上した。大きな問題はなく、1 週間で終了した。	ほぼ毎日実施し、生活構築能力が向上した。貼り絵を「なくてはならないもの」「楽しみ」とした。
		家族	計画			面会時などに、作品を見ての感想を伝える。
			結果			面会時に正のフィードバックとして感想を伝えていた。
		支援者 (職種明記)	計画		OT リハの場での実施、確認、助言、設定の工夫など	OT 生活の中での実施、準備と場の設定、難易度の調整と助言
			結果		段階的な難易度調整、設定の工夫をした。遂行状況は良好で介助量も激減し、1 週間で終了した。	活動が主体的なものとなるよう工夫した。作業のさらなる目的、意味の付加を行った。
	実施・支援期間			2013 年　7 月　1 日　～　2013 年　10 月　31 日		
	達成			■達成　□変更達成　□未達成（理由：　　）　□中止		

本シートの著作権（著作人格権、著作財産権）は一般社団法人日本作業療法士協会に帰属しており、本シートの全部又は一部の無断使用、複写・複製、転載、記録媒体への入力、内容の変更等は著作権法上の例外を除いて禁じます。

課題分析モニタリング表

アセスメント項目		現状能力	予後予測		課題重要性
			このまま推移	介入後	
基本動作	起き上がり	自立	自立	自立	
	立位保持	見守り	見守り	見守り	
	床からの立ち上がり	全介助	全介助	全介助	
	床のものを拾う	一部介助	一部介助	一部介助	
ADL（BI）	食事	自立	自立	自立	
	イスとベッド間の移乗	監視or軽介助	監視or軽介助	監視or軽介助	
	整容	要介助	要介助	要介助	
	トイレ動作	部分介助	部分介助	部分介助	
	入浴	要介助	要介助	要介助	
	平地歩行（車椅子駆動）	車いす	車いす	車いす	
	階段昇降	できない	できない	できない	
	更衣	部分介助	部分介助	部分介助	
	排便コントロール	自立	自立	自立	
	排尿コントロール	自立	自立	自立	
IADL（FAI）	食事の用意	していない	していない	していない	
	食事の片付け	していない	していない	していない	
	洗濯	していない	していない	していない	
	掃除や整頓	週1回以上	週1回以上	週1回以上	
	力仕事	していない	していない	していない	
	買物	していない	していない	していない	
	外出	していない	していない	していない	
	屋外歩行	していない	していない	していない	
	趣味	していない	していない	週1回以上	1
	交通手段の利用	していない	していない	していない	
	旅行	していない	していない	していない	
	庭仕事	していない	していない	していない	
	家や車の手入れ	していない	していない	していない	
	読書	していない	していない	していない	
	仕事	していない	していない	していない	
老研式拔粋	年金などの書類を	書けない	書けない	書けない	
	新聞などを	読んでいる	読んでいる	読んでいる	
	本や雑誌を	読んでいる	読んでいる	読んでいる	
	健康についての記事や番組に	関心ある	関心ある	関心ある	
	友達の家を訪ねること	ない	ない	ない	
	家族や友達の相談にのること	ある	ある	ある	3
	病人を見舞うこと	できない	できない	できない	
	若い人に自分から話しけること	ない	ない	ある	2
他		未把握	未把握	未把握	
		未把握	未把握	未把握	

課題個々の要因分析

脳卒中発症からの経過が長く、基本動作やADLはゴールのレベルである。機能や活動ではなく参加（IADLを含む）への介入により、より豊かな生活へと変化させることが可能と考えられる。

仕事的活動はなし，ADLは一部介助、余暇的活動はなしという状態であり、不活発な状態（作業機能障害）といえる。機能・活動は維持レベルということや施設生活という環境を考えると、仕事的活動の導入は難しいが、余暇的活動の導入は可能と考えられる。そして、能動的な余暇活動を導入・実施することで、活発でバランスのとれた生活（良好な作業機能状態）に転換できるものと考えられる。さらに、能動的な余暇的活動（趣味活動）を通して新たなコミュニケーションが生まれ、対人交流の拡大にも繋がるものと推測される。

課題解決目標

1.（3～4か月以内に）本人なりに満足のできる余暇的活動（趣味活動）を獲得することができる。
2.（3～4か月以内に）余暇的活動のある活発な生活リズムを確立することができ、それに満足することができる。
3.（3～4か月以内に）その余暇的活動を通して話すことが増え、さらに対人交流機会が増える。

（チームの）総合的援助方針

行いたい作業に従事できるようにし、それが本人なりに満足できる余暇的活動（趣味活動）になるように支援していく。はじめはリハビリの場で基礎練習と応用練習を行い、段階的に生活の場での社会適応練習へと移行していく。

また、その余暇的活動はより能動的なものとし、主体的に趣味活動として行えるように設定していく。そして、ただ行うだけでなく、生活の中の余暇的活動（趣味活動）として習慣化するように支援していく。さらに、作業を介してのコミュニケーション拡大を図り、意思表出や自己選択・決定にも繋がるようにしていく。

評価	考察
自立	基本動作、ADLに変化はなかったが、趣味活動（貼り絵）を獲得することができた。また、貼り絵を通して会話機会が増え、対人交流面での社会的役割も獲得した。さらに、会話機会が増えたことは、意思表出や自己選択を促進し、外出や読書の獲得にもつながった。そして、生活の中に趣味活動がある活発な生活リズムを確立することができた。 このような変化を得ることができたのは、作業の意味に着目した支援を行ったからと考えられた。今回の場合、貼り絵は訓練としてではなく、趣味活動（余暇活動）として捉え、その作業の意味を共有するように支援した。一つの活動として実施するのではなく、その作業の意味に着目することの重要性と有効性を改めて感じた。また、今回、不活発な生活から脱却し、生活の中に趣味活動（余暇活動）がある活発な生活（良好な作業機能状態）へと転換することができた。貼り絵を趣味活動（余暇活動）として習慣化させることを協業的に行ったことの効果と考えられた。また、作業を一つの活動としてミクロに捉えるのではなく、マクロに捉えて、生活のリズムやバランスを調整していくことの重要性も示唆された。 さらに、本マネジメントは、対象者の希望を支援に反映する点、予後予測が明確で協業を促進する点、トップダウンの支援で生活に変化を与えられる点等の特徴があるものと示唆された。
見守り	
全介助	
一部介助	
自立	
監視or軽介助	
要介助	
部分介助	
要介助	
車いす	
できない	
部分介助	
自立	
自立	
していない	
していない	
していない	
週1回以上	
していない	
していない	
時々	
していない	
週1回以上	
していない	
していない	
していない	
していない	
月2回以上	
していない	
書けない	
読んでいる	
読んでいる	
関心ある	
ない	
ある	
できない	
ある	
未把握	
未把握	

生活行為向上マネジメント基本情報

提出者 所属・氏名	所属: 氏名:	問い合わせ ID 連絡方法	ID: メール:
事例種別	【医療】□一般急性期　□一般回復期　□維持期　□精神・認知症 □小児　□その他(　　) 【介護】■老人保健施設　□通所リハ　□訪問リハ　□通所介護 □訪問介護　□介護支援専門員・地域包括支援センター □その他(　　) 【自立支援】□身障　□知的　□精神 【その他】　□その他(　　)		
主疾患名	くも膜下出血，脳梗塞	発症からの期間	約5年
現病歴	5年前にくも膜下出血および脳梗塞を発症し、右片麻痺と失語症を呈した。	回復期病院に転院し、約1年間のリハの後，約4年前に当施設に入所した。	
既往疾患	[1循環器系:高血圧，脳卒中，心臓病，その他] 2内分泌・栄養・代謝障害:糖尿病，高脂血症，その他 3呼吸器系，4消化器系，5泌尿器・生殖器系，6筋骨格系， 7外傷、中毒系:骨折，その他，8がん，9血液・免疫系， 10 感染症，　11 精神・行動障害:認知症，その他， 12 神経系:神経難病，その他，　13 目の病気，　14 耳の病気、 15 皮膚の病気，　16 歯科，　17 その他(　　)，18 なし		
性別	男性 ・ [女性]	年齢	72 才
配偶者	あり ・ [なし]	家族構成	2 人
生活保護	あり ・ [なし]	本人以外の家族の人数	1 人
要介護度	要支援 1 ・ 2 ・ 要介護 1 ・ 2 ・ [3] ・ 4 ・ 5		
介護者の有無	1 配偶者，[2息子・娘]　3，息子・娘の配偶者　4，孫　5，兄弟・姉妹　6，その他		
介護者の年齢	[1，65 歳未満]　2，65～74 歳　3，75～84 歳　4，85 歳以上		
生活歴 (学歴・職歴・趣味を含む)	小学校の教師（最終的には校長）として働いた。退職後は図書館の館長などを務めた。 社交的で友人が多く、友人との食事やお喋りが趣味だった。婚姻	歴はなく、長年独居生活だったが、発症後は甥が世話や家の管理などをしている。	
日常生活自立度 （寝たきり度）	正常 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ [A2] ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2		
痴呆性老人の 日常生活自立度	正常 ・ Ⅰ ・ [Ⅱa] ・ Ⅱb ・ Ⅲa ・ Ⅲb ・ Ⅳ ・ M		
住宅・住処	[1. 持ち家]　2. 賃貸住宅・借家　3. ケア付き住宅　4. その他(　　)		
年金の種類	1. 国民年金　2. 厚生年金　[3. 共済年金]　4. 老齢福祉年金のみ　5. その他(　　)		
収入の有無	1. 収入のある仕事をしている　[2. していない]		

地域移行・連携・社会資源情報

入院・入所またはサービス利用開始からの期間		約 48 か月
介入期間		約 4 か月
地域移行支援取組みの有無	退院前訪問　あり・[なし]	退院時カンファレンス参加　あり・[なし]
	退院リハ指導　あり・[なし]	退院後訪問指導　あり・[なし]
社会資源	介入時	介入後
ケアマネ等関与	[あり]・なし	[あり]・なし
サービス利用状況	1. 医療のデイケア(　回・週) 2. 通所介護・生活支援施設(　回・週) 3. 訪問リハ(　回・週) 4. 訪問介護(　回・週) 5. 訪問看護(　回・週) 6. 配食サービス(　回・週) 7. 福祉用具・補装具(内容：　) 8. 住宅改修有 9. ショーステイ(　回・週) 10. 就労支援施設 11. 地域活動支援センター等相談機関 13. 機能訓練施設等(通園・療育・通所リハ)(　回・週) 12. その他(　)(　回・週) 12. 利用なし	1. 医療のデイケア(　回・週) 2. 通所介護・生活支援施設(　回・週) 3. 訪問リハ(　回・週) 4. 訪問介護(　回・週) 5. 訪問看護(　回・週) 6. 配食サービス(　回・週) 7. 福祉用具・補装具(内容：　) 8. 住宅改修有 9. ショーステイ(　回・週) 10. 就労支援施設 11. 地域活動支援センター等相談機関 13. 機能訓練施設等(通園・療育・通所リハ)(　回・週) 12. その他(　)(　回・週) 12. 利用なし
その他の社会資源利用状況	1. 一般就労・シルバー人材センター 2. 教育(学校・養護学校・訪問教育・寿大学・通信教育・生涯学習を含む) 3. 健康増進施設 4. 市町村等が実施する介護予防事業 5. サロン等老人クラブ活動等(自助グループ、患者会を含む) 6. カルチャー教室 7. ボランティア活動 8. 老人会等地区組織活動 9. その他(　)	1. 一般就労・シルバー人材センター 2. 教育(学校・養護学校・訪問教育・寿大学・通信教育・生涯学習を含む) 3. 健康増進施設 4. 市町村等が実施する介護予防事業 5. サロン等老人クラブ活動等(自助グループ、患者会を含む) 6. カルチャー教室 7. ボランティア活動 8. 老人会等地区組織活動 9. その他(　)
ケアマネの設定した課題	趣味活動をし、楽しみながら生活を送りたい。	

排泄動作は介助量軽減したが、自宅復帰できなかった症例～家族に想いを伝える大切さ～

1.報告の目的

症例は、発症により、左片麻痺・重度の右半球症状で車いす生活となり、ADL のほとんどに介助が必要となった。また、精神的に不安定で、夫人に対し感情的になる面あった。

自宅退院を目標とし、生活行為向上マネジメントを活用し、トイレ動作を共通目標としアプローチを行った。介助量は軽減したが、夫人との関係が悪化し、方向性が施設に変更となり、自宅復帰が困難となった。その経過について報告する。

2.事例紹介

60 代後半の男性、小柄で筋肉質。5 月に脳梗塞発症し急性期病院に救急搬送、保存的加療を行うが、再開通なく右 MCA 狭窄による右側頭葉広範囲の脳梗塞を呈し、重度左片麻痺。7 月中旬にリハビリテーション目的で当院入院し、当日より PT・OT 開始した。

診断名は、脳梗塞、高次脳機能障害、高血圧、高コレステロール血症、高尿酸血症。

家族は、奥さんと息子の 3 人暮しで、持ち家の一戸建てに居住。病前の生活は、50 代で管理職定年し、日中は散歩やゴルフ、夜は夜釣りや近所の居酒屋に行き、たくさんの友人との交流を大切にしながら気ままな生活を過ごしていた。

仕事は、施行管理技師の資格を持ち、大手の会社で現場代理人という管理監督業務を行っており、日本中を長期出張（単身赴任）していた。

性格は、医師からの指摘があっても治療を自己中断するなど、家族や他人の意見に耳を傾けない、思い込みが強いタイプであると話されていた。

3.作業療法評価

多弁で明るい印象だが、気分も落ち込みやすく、精神的に不安定な状態であった。

身体機能面は、入院時の BRS は上肢・手指が 2、下肢 3 で感覚は重度鈍麻で、上肢は肩の痛みが強く、夜間良眠できないと訴えていた。また、動的座位バランス不良や左半身の認識の低下がみられており、起居動作でも左上下肢の管理が不十分で、動作全般介助が必要であった。

高次脳機能面は、言語的な記憶は良好だが、重度左無視や注意障害、右半球症状が著明で、動作性急であった。HDS-R は 29 点で、病識は、以前と違うという認識はあるが、修正が行なえない状況であった。

ADL では、食事はスプーンを使用、左側の食べ残しがあり、食器の入れ替えや声かけが必要であった。移動は車いす介助で、自走を行うと左側へのぶつかりがあり、ブレーキやフットレスト忘れがあった。排泄は、尿意はあるものの切迫尿意で夜間は失禁であった。他 ADL は介助で行っており、動作の安全性の低さが伺われた。

まず、本人の身体や左の空間に認識向上を行い、起居や座位バランス訓練、また、上肢の痛みの除去と上下肢の管理を目的に、身の回り動作を行えるよう作業療法を開始した。

1 ヶ月後に、生活行為向上マネジメントを導入、自宅退院を長期目標とし、「トイレに自由に行きたい」

との症例の希望より、共通目標を「トイレ動作が見守りでできるようになる」とした。この時点での実行度 5・満足度 2 であった。

４.介入の基本方針

トイレ動作の獲得には、左の身体・空間の認識の向上を行い、安全な立ち上がりと着座動作の獲得・動的立位保持可能・下衣の上げ下ろし動作の獲得が必要であると考えられた。

車いすからの動作を想定し、ブレーキやフットレストの管理も含めた一連動作を行えるようにする。また、注意障害が重度であるため、完全自立は目標とせず、看護師・看護助手・家族が見守りを行ったなかでの安全な動作獲得を目標とした。

５.作業療法実施計画

個別 OT、週 6 回、1 回 40～60 分の実施。

まず、痛みを生じている要因として、左上肢の管理不十分、筋緊張のアンバランス、体幹機能低下があげられた。そのため、左身体の認識向上・痛み除去を目的に、モビライゼーションや筋緊張コントロールのためのリラクゼーションを行い、神経筋再教育の実施。また、夜間時のポジショニングを看護師と連携し、写真をベッドサイドに掲示し、メンバーで共有する。

次に、安全な立ち上がりや着座と立位保持を阻害している要因として、座位・立位のボディイメージの歪みや、右半球症状によるプッシャー現象、左下肢の随意性の低下があり、体幹や頭頸部の正中位の再学習や左下肢の促通を行い、安定した静止立位保持を行った後に、支持物を使用した立ち上がり・着座訓練を導入する。

安定した静的立位保持が獲得した後に、下衣上げ下ろしのための立位バランス訓練を導入し、下方や臀部へのリーチや上肢操作時の立位安定を目指す。

病棟での更衣（ズボン）の練習を行い、ベッドサイドでの下衣操作練習も実施する。

また、随時動作が行える段階において、病棟看護師や看護補助員と連携し、病棟トイレでの車いす設置位置やブレーキやフットレストの動作の注意喚起や介助動作の統一を行う。

さらに、車いす移動・更衣や食事・整容など、ADL 全般の安全な動作の獲得と介助量軽減もすすめていく。

６.介入経過

上肢の痛みの軽減がみられ、座位・立位のバランスも向上し、動的立位の改善がみられた。動作時の立位バランス不良に対する介助や、声かけは必要であったが、トイレでの一連動作が行えるようになった。そのため、症例と話し合い、病棟での動作訓練に移行した。

病棟では、「介助してくれる人の声かけや感じで上手く行えないことがある」とあり、毎回、訓練の最後に病棟まで移動し、看護師や看護助手に見学を促し病棟での動作定着と連携に努め、在宅生活の環境を設定し移行することにした。

方向性は、以前より夫婦関係は複雑で、自宅と施設入所を悩んでおり、ソーシャルワーカーが早期より介入し、施設や療養病院の見学など複数回面談を行った結果、夫人より、「ここに入れるのは可愛そう。そういう気持ちが残っていたみたいです」と自宅となった。

介護支援専門員に病院での見学を行ってもらい、在宅生活に向け、訪問予定であったが、前日に夫人より、症例の言動で傷つき、「やっぱり、思い遣りのないこの人と暮らすのは無理です」と訪問中止となった。方向性が施設となり、症例に夫人から伝えるが、施設に 3 ヶ月入所後、自宅で生活すると勘違いしており、夫人に対する言動は変化が無かった。

トイレ動作は見守りで行えるが、ブレーキ忘れは残存し、病識の欠如による行動障害が根底にあると考え、毎日、訓練時に、訓練内容や今の気持ちについて振り返るための感想文を導入した。左無視や注意障害、訓練内容を毎日確認する中で、症例が思っている以上に間違いや忘れることを認識し、高次脳機能障害に対する気づきの発言が少しずつみられるようになった。施設入所を控え、夫人と話し合い、はじめて労わる言葉をかけたと症例より恥ずかしそうに報告があった。話を傾聴し、今の気持ちを紙に記すよう促すと、「女房に対して感謝　お互いの想いやりを忘れない」と記し、気持ちの若干の変化が伺えた。

7.結果

身体機能面は、BRS 上肢 3・手指 2・下肢 4 となり下肢は改善が見られ、短下肢装具にて見守り介助歩行練習を行っているが安全性は低く、また、上肢の痛みは消失し、管理は向上したが。

高次脳機能面は、注意障害や左無視は重度残存しているが、左を見落とすことや、ブレーキ忘れを認識できるようになった。

ADL は、食事（箸使用）・整容は車いすで自立、移乗・車いす移動・トイレは見守りで行え、更衣は状況に応じ、できたり出来なかったりしている。また、入浴は軽介助となった。

これらの結果により、「トイレに自由に行きたい」という共有目標に対して、生活行為向上マネジメントの症例評価は、実行度 9・満足度 10 となった。

現在、施設の入所待ちではあるが、病棟看護師と連携し、在宅生活の可能性を見据えたアプローチを継続している。しかし、夫人には症例が労わりの声かけをしたとの認識は得られておらず、右半球障害によるコミュニケーション障害は残存しており、今後も方向性は永続した施設入所となっている。

8.考察

症例は、重度の左無視や右半球症状が残存した中で ADL 介助が多い生活の中で、自宅復帰を見据えた中で、「トイレに自由に行きたい」との共通目標を掲げ、作業療法を実施してきた。また、排泄に牽引されるかたちとなり、他の ADL も見守りで行えるようになり、入院生活での介助量は軽減した。

現在は、安全面の配慮から、見守りで行うことを約束したうえで動作を行っており、いざという時には、自分でできる実感を得ることができたため、高い実行度・満足度が得られたと考える。

しかし、車いすブレーキなど安全管理は未だ不十分で、見守りは必須であり、また、高次脳機能障害に対しての認識は未だ低いため、現状を軽く見積もっている傾向もあり、高い評価になったとも考えられる。

さらに、自宅復帰を目標としたアプローチとしては、夫人との関係が良好ではなく、症例の元来の性格を評価できていたものの、右半球症状からくる文脈の理解の低下、病識の欠如などに対する評価や早期からのアプローチが不十分であったと考える。早期より介入することで、他者について配慮できることや現状を把握することを増やすことができたのではないかと反省している。

今回の症例を通し、生活行為向上マネジメントでの治療と、家族関係基盤や感謝の想いを家族に伝えることの大切さを改めて感じる事ができた。

今後、症例は、老健への施設入所予定であり、入院中の状況や経過を次の担当 OT 等関るスタッフへ連携し、症例と家族の双方が満足できる在宅生活への可能性につなげていきたい。

生活行為向上マネジメントシート

記入日：　２０１３年　１０月　２１日

生活行為アセスメント	生活行為の目標	本人	トイレに自由に行きたい				
		キーパーソン	身の回りのことが少しでもできるようになってほしい				
	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 (ICF コード)	b 760 左片麻痺 BRS 上肢・手指Ⅱ,下肢Ⅲ b 280 左上下肢感覚重度鈍麻 b 780 動的座位・立位低下 b 140 左無視 b 164 右半球症状		d 500ADL 全般に介助 ADL 動作未実施 d 455 車いす移動ぶつかる d 110 ブレーキ・フットレスト忘れがある		e355 病院入院中 e440 病棟看護師・看護助手の協力が得られやすい	
	現状能力 (強み) (ICF コード)	b 730 右上下肢の筋力は強い b 126 社交的な性格		b 167 コミュニケーション良好 b 130 意欲的に訓練に参加		e 310 夫人は協力できる	
	予後予測 (いつまでに，どこまで達成できるか)	下肢の随意性向上により、立位安定できる		動的立位バランス獲得後、一連のトイレ動作が見守りでできる		自宅でもトイレ動作が見守りで行える	
	合意した目標 (具体的な生活行為)	トイレ動作が見守りでできるようになる					
	自己評価*	初期	実行度　5/10	満足度　2/10	最終	実行度 9/10	満足度　10/10

***自己評価は本人の実行度（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**

				基本的プログラム	応用的プログラム	社会適応プログラム
生活行為向上プラン	実施・支援内容					
	いつ・どこで・誰が・何を実施・支援	本人	計画	座位練習・安全な立ち上がり動作獲得	動的立位保持練習	病棟での実際のトイレ動作練習
			結果	動的座位保持可能 支持での立ち上がり可能	見守りで下衣の上げ下ろしができる	見守り・声かけでトイレ動作が一連行える
		家族	計画	訓練を見学してもらい、経過を見守ってもらう	訓練を見学してもらい、動作や危険を理解する	自宅環境を調整し、手すり設置
			結果	見学はできたが、症例の態度不良。	見学は行えるが、理解不十分。	自宅への方向性ではなくなり、実施不可
		支援者 (職種明記)	計画		看護師・看護助手声かけの統一	看護師・看護助手・家族が見守りで行える
			結果		ブレーキとフットプレートの注意喚起ができる	看護師・看護助手全員の見守りで行える
	実施・支援期間			2013 年 8 月　22　日　～　2013 年　11 月　15 日		
	達成			☑達成　□変更達成　□未達成（理由：　　）　□中止		

本シートの著作権（著作人格権、著作財産権）は一般社団法人日本作業療法士協会に帰属しており、本シートの全部又は一部の無断使用、複写・複製、転載、記録媒体への入力、内容の変更等は著作権法上の例外を除いて禁じます。

課題分析モニタリング表

アセスメント項目		現状能力	予後予測		課題重要性
			このまま推移	介入後	
基本動作	起き上がり	一部介助	一部介助	自立	
	立位保持	全介助	全介助	見守り	1
	床からの立ち上がり	全介助	一部介助	一部介助	
	床のものを拾う	全介助	一部介助	見守り	
ADL（BI）	食事	部分介助	部分介助	自立	
	イスとベッド間の移乗	全介助	座位は可能	監視or軽介助	
	整容	要介助	自立	自立	
	トイレ動作	全介助	部分介助	部分介助	2
	入浴	要介助	要介助	要介助	
	平地歩行（車椅子駆動）	部分介助	部分介助	自立	
	階段昇降	できない	できない	監視or介助	
	更衣	全介助	部分介助	部分介助	
	排便コントロール	時に失禁	時に失禁	自立	
	排尿コントロール	時に失禁	時に失禁	自立	
IADL（FAI）	食事の用意	していない	していない	していない	
	食事の片付け	していない	していない	していない	
	洗濯	していない	していない	していない	
	掃除や整頓	していない	していない	していない	
	力仕事	していない	していない	していない	
	買物	していない	していない	していない	
	外出	していない	していない	していない	
	屋外歩行	していない	していない	していない	
	趣味	していない	していない	していない	
	交通手段の利用	していない	していない	していない	
	旅行	していない	していない	していない	
	庭仕事	していない	していない	していない	
	家や車の手入れ	していない	していない	していない	
	読書	していない	していない	していない	
	仕事	していない	していない	していない	
老研式抜粋	年金などの書類を	書けない	書けない	書けない	
	新聞などを	読んでいない	読んでいない	読んでいない	
	本や雑誌を	読んでいない	読んでいない	読んでいない	
	健康についての記事や番組に	関心ある	関心ある	関心ある	
	友達の家を訪ねること	ない	ない	ない	
	家族や友達の相談にのること	ない	ある	ある	
	病人を見舞うこと	できない	できない	できない	
	若い人に自分から話しけること	ある	ある	ある	
他		未把握	未把握	未把握	
		未把握	未把握	未把握	

課題個々の要因分析
①立位保持：左上下肢麻痺、重度感覚障害、左上下肢の認識の低下、状況判断能力低下、動的座位バランス低下、右半球症状（pusher症候群）による立位バランス低下・下肢の位置や体幹の傾きを確認し安全な立ち上がり動作困難・ゆっくりとした着座困難 ②トイレ動作：動的立位バランスの低下（手すりから手を放して下衣の上げ下ろし動作のためのリーチやバランス不十分）・ブレーキフットレストの操作忘れ、車いすの正しい設置困難、立ち上がりの下肢の位置確認不十分、手すりを持って立位で回転困難、便座や車椅子への着座位置のずれ
課題解決目標
①上下肢の管理ができる（痛み除去も） ②左の身体・空間の認識を拡大する ③動的座位バランスの獲得 ④安全な立ち上がりと着座ができる ⑤立位で臀部や膝までのリーチができる ⑥声かけにより、ブレーキとフットレストができる
（チームの）総合的援助方針
①動作時は必ず、ブレーキとフットプレートを確認する。もし忘れている場合は声をかけて自分で行ってもらう。 ②下衣の上げ下ろし動作が可能となったら、声かけや見守り方法を統一し、動作手順が違うところのみを修正する。また、上手にできたところは、正のフィードバックも必ず行う。

評価	考察
自立	左上下肢の認識が向上し、位置の確認や安全な立ち上がりができるようになり、見守りで動作が行えるようになった。 しかし、ブレーキのかけ忘れが残存し、自立にはいたっていない。 また、病棟環境では、行えているものの、他の環境になると手順が変るため、混乱しバランスや安全性の低下が見られると予測される。 方向性が、自宅から施設入所に変更となり、今後、施設での動作の定着の必要があると考える。また、可能であれば、自宅復帰に向けての動作の確立を行い、その可能性を次のOTにつないでいきたい。
見守り	
一部介助	
見守り	
自立	
監視or軽介助	
自立	
部分介助	
要介助	
自立	
監視or介助	
部分介助	
自立	
自立	
していない	
していない	
していない	
していない	
していない	
していない	
していない	
していない	
していない	
していない	
していない	
していない	
していない	
していない	
していない	
していない	
書けない	
読んでいない	
読んでいない	
関心ある	
ない	
ある	
できない	
ある	
未把握	
未把握	

生活行為向上マネジメント基本情報

提出者 所属・氏名	所属: 氏名:	問い合わせ ID 連絡方法	ID: メール:
事例種別	【医療】□一般急性期　☑一般回復期　□維持期　□精神・認知症 □小児　□その他(　　) 【介護】□老人保健施設　□通所リハ　□訪問リハ　□通所介護 □訪問介護　□介護支援専門員・地域包括支援センター □その他(　　) 【自立支援】□身障　□知的　□精神 【その他】　□その他(　　)		
主疾患名	脳梗塞(右側頭葉)	発症からの期間	30日
現病歴	×年×月　脳梗塞発症 保存的加療実施	×年×＋2月　当院入院	
既往疾患	1循環器系:高血圧, 脳卒中, 心臓病, その他 2内分泌・栄養・代謝障害:糖尿病, 高脂血症, その他 3呼吸器系, 4消化器系, 5泌尿器・生殖器系, 6筋骨格系, 7外傷、中毒系:骨折, その他, 8がん, 9血液・免疫系, 10 感染症,　11 精神・行動障害:認知症, その他, 12 神経系:神経難病, その他,　13 目の病気,　14 耳の病気、 15 皮膚の病気,　16 歯科,　17 その他(　　), 18 なし		
性別	男性 ・ 女性	年齢	67才
配偶者	あり ・ なし	家族構成	3人
生活保護	あり ・ なし	本人以外の家族の人数	2人
要介護度	要支援 1 ・ 2 ・ 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5		
介護者の有無	1 配偶者, 2 息子・娘　3, 息子・娘の配偶者　4, 孫　5, 兄弟・姉妹　6, その他		
介護者の年齢	1, 65 歳未満　2, 65～74 歳　3, 75～84 歳　4, 85 歳以上		
生活歴 (学歴・職歴・趣味を含む)	50 代で管理職定年。仕事は、施行管理技師の資格を持ち、大手の会社で現場代理人という管理監督業務。日本中を長期出張(単身赴任)していた。	日中は散歩やゴルフ、夜は夜釣りや近所の居酒屋。	
日常生活自立度 (寝たきり度)	正常 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2		
痴呆性老人の 日常生活自立度	正常 ・ Ⅰ ・ Ⅱa ・ Ⅱb ・ Ⅲa ・ Ⅲb ・ Ⅳ ・ M		
住宅・住処	1. 持ち家　2. 賃貸住宅・借家　3. ケア付き住宅　4. その他(　　)		
年金の種類	1. 国民年金　2. 厚生年金　3. 共済年金　4. 老齢福祉年金のみ　5. その他(　　)		
収入の有無	1. 収入のある仕事をしている　2. していない		

地域移行・連携・社会資源情報

入院・入所またはサービス利用開始からの期間		日
介入期間		日
地域移行支援取組みの有無	退院前訪問　あり・なし	退院時カンファレンス参加　あり・なし
	退院リハ指導　あり・なし	退院後訪問指導　あり・なし
社会資源	介入時	介入後
ケアマネ等関与	[あり]・なし	あり・なし
サービス利用状況	1. 医療のデイケア(　回・週) 2. 通所介護・生活支援施設(　回・週) 3. 訪問リハ(　回・週) 4. 訪問介護(　回・週) 5. 訪問看護(　回・週) 6. 配食サービス(　回・週) 7. 福祉用具・補装具(内容：　) 8. 住宅改修有 9. ショーステイ(　回・週) 10. 就労支援施設 11. 地域活動支援センター等相談機関 13. 機能訓練施設等(通園・療育・通所リハ)(　回・週) 12. その他(　)(　回・週) 12. 利用なし	1. 医療のデイケア(　回・週) 2. 通所介護・生活支援施設(　回・週) 3. 訪問リハ(　回・週) 4. 訪問介護(　回・週) 5. 訪問看護(　回・週) 6. 配食サービス(　回・週) 7. 福祉用具・補装具(内容：　) 8. 住宅改修有 9. ショーステイ(　回・週) 10. 就労支援施設 11. 地域活動支援センター等相談機関 13. 機能訓練施設等(通園・療育・通所リハ)(　回・週) 12. その他(　)(　回・週) 12. 利用なし
その他の社会資源利用状況	1. 一般就労・シルバー人材センター 2. 教育(学校・養護学校・訪問教育・寿大学・通信教育・生涯学習を含む) 3. 健康増進施設 4. 市町村等が実施する介護予防事業 5. サロン等老人クラブ活動等(自助グループ、患者会を含む) 6. カルチャー教室 7. ボランティア活動 8. 老人会等地区組織活動 9. その他(　)	1. 一般就労・シルバー人材センター 2. 教育(学校・養護学校・訪問教育・寿大学・通信教育・生涯学習を含む) 3. 健康増進施設 4. 市町村等が実施する介護予防事業 5. サロン等老人クラブ活動等(自助グループ、患者会を含む) 6. カルチャー教室 7. ボランティア活動 8. 老人会等地区組織活動 9. その他(　)
ケアマネの設定した課題	(できれば2表のコピーを匿名化して添付)	

洗濯物を干す作業の改善によって主観的健康感が向上した事例

1.報告の目的

通所リハビリテーション（以下、通所リハ）における作業療法では、対象者が在宅生活で不具合を感じている作業を楽に行えるようになることや、可能な限り在宅生活を継続してもらうことを目的としている。今回、生活行為向上マネジメント（以下、マネジメント）を用いて、毎日の洗濯物を干す作業の改善を目標として作業療法を実施した結果、洗濯物を干すこと以外にも主観的健康感が向上した事例を経験したので報告する。

2.事例紹介

A 氏、80 歳代女性、息子と二人暮らし。主たる診断名は変形性膝関節症。夫と駄菓子屋を営み、友人の訪問が多かったが、夫の他界後は店を閉め独居生活となった。X-3 年に隣町の息子宅に転居したが、息子は三交代勤務のため一人でぼんやりと過ごすようになった。近所に知人はなく、家に閉じこもりがちになり、膝の疼痛で活動量がさらに減少した。日常生活活動（Activities of Daily Living；ADL）や手段的日常生活活動（Instrumental Activities of Daily Living；IADL）は自立していた。元来話し好きで人と関わりたいとの希望があり、このままでは体が弱ると心配し、X-2 年に知人を通して自ら介護保険を申請した。要支援 1 の認定を受け、対人交流と転倒予防を目的に、当通所リハを週 1 回利用することとなった。なお X 年時点では要支援 2 であった。

3.作業療法評価

通所リハ利用から 1 年半後には膝の痛みが強くなりはじめた。マネジメントを用いて改めて生活の中で困っていることを聞き取ると、「もう少し楽に洗濯物を干せるようになりたい」とのことだった。A 氏は家事を一人で行っており、特に毎日行う洗濯では、干すときに転んでしまったり、干し終わると疲労のためしばらく休憩しなければならない状態であった。洗濯物をうまく干せない原因として、心身機能面では、体幹・下肢の筋力低下、立位バランス低下、易疲労性が考えられた。活動と参加の面では、支柱に寄りかかれる範囲でないと干せない、ズボンを通すために竿を支柱から外す動作でバランスを崩しやすい、休憩を取りながら行うため干し終えるまでに時間がかかる状況であった。環境因子では、物干し竿が高い、縁台が物干し竿から離れている、芝生で立位が安定しにくいことなどが分かった。3 ヶ月後の予後予測としては、干し方の工夫や椅子などをうまく活用すれば、時間はかかっても安心して疲労も少なく動作を行えるようになると考えた。これらのことから、作業療法の目標は本人の希望通り、もう少し楽に洗濯物を干せるようになることとした。この目標に対する実行度は 10、満足度は 3 であった。また、主観的健康感を、とても健康、まあまあ健康、ふつう、あまり良くない、悪い、の 5 件法で聞き取ると、あまり良くないと回答した。

４.介入の基本方針

身体機能の改善によって洗濯物を干す動作が楽になることを目指すのは困難と予測されたため、洗濯物を干す場所の環境調整と、その環境における最適な動作方法を考案することとした。さらに、通所リハで模擬的な環境を設定して動作練習を行ってから、自宅での実践的な練習を行うこととした。

５.作業療法実施計画

基本的プログラムとしては、現在の身体機能を維持していくことを目的として、体幹・下肢の筋力トレーニングを自主トレーニングとして行ってもらうこととした。洗濯物を干す動作に関連した内容としては、支柱によりかかれない位置で干す際に必要な動作の練習として、手放し立位での物の上げ下ろしの練習を行うこととし、芝生の上を安定して歩けるように柔らかい足場での歩行練習を立案した。応用的プログラムとしては、施設の屋上にある、スタッフが普段使用している物干し竿を用いて、模擬的環境での動作練習を行うこととした。社会適応プログラムとしては、作業療法士（以下、OT）が自宅を訪問して、物干し竿周囲に椅子を設置した状態で、動作を練習することとした。そのために、まず息子に使えそうな椅子などがないかを検討してもらい、OT が自宅に訪問し活用できそうな道具や方法を検討することにした。また、椅子の設置後には、雨の日や風が強い日など、必要に応じて息子に椅子を片付けてもらうなどの協力を要請することとした。

作業療法の実施は、基本的に週 1 回の通所リハ利用時とし、介入時間は 1 回約 30 分間とした。1 ヶ月目は基本的プログラムを行い、2 ヶ月目には基本的プログラムに加えて応用的プログラムも実施し、自宅訪問をして椅子などの環境設定を検討し、3 ヶ月目には自宅での社会適応プログラムを実施することとした。

６.介入経過

1 ヶ月目には、重錘バンドを用いた下肢筋力の自主トレーニングと、パワーリハビリテーションの機器を用いた体幹の筋力トレーニングを実施した。手放し立位での物の上げ下ろしでは、低い位置から胸の高さまで物を持ち上げる際には動作が安定しているが、それ以上高くなるとバランスを崩しやすかった。また、マットレス上での不整地歩行は安定し、物を持った状態でもふらつくことはなかった。しかし洗濯物が全部入る大きさの袋や籠になると、持ち運ぶのは困難であった。2 ヶ月目の初めには自宅訪問を行い、活用できそうな物を探したが、風雨にさらされても構わないような物はなかった。そこで、施設の倉庫を探すと、一升瓶を入れるプラスチックケースが数個あり、事務に確認すると廃棄する予定とのことだったので 3 個もらった。このケースを間を開けて 3 個並べ、座面となる板を乗せれば、簡易的な椅子になると考え、施設内の木工工房に勤務している大工に、余っている板をもらえないか交渉し、長さ約 2m の板を譲ってもらうことができた。通所リハ利用時に、施設の洗濯物干し場にて、物干し竿に沿ってこの椅子を設置して、A 氏に実際に干す動作を行ってもらうと、座面の高さもちょうどよく、本人からは「これなら楽にできそうだ」と感想があった。そこで、この方法で動作を練習し、3 ヶ月目には実際に家に設置することとした。3 ヶ月目中旬に再び自宅を訪問して椅子を設置した。この時点で立位バランスの改善は見られなかったが、物干しの洗濯バサミに服をセットするときは座って行うことにし、立たずに手を伸ばせばハンガーを掛けられるように、竿の高さを調整した。ズボンの干し方は以前と同じ方法だったが、椅子があることで安心して動作を行えるようになった。また、洗濯籠は持ち上げて運べ

ないため、紐をつけて地面を引きずって運ぶことにした。

７.結果

A 氏からは、自宅に椅子を設置した次の日から、いままでよりずっと楽に洗濯物を干すことができたと報告があり、雨の日には、息子が板を外して軒下に立てかけてくれているとのことだった。椅子に座って動作を行い、そのまま手を伸ばして洗濯物を竿にかけられるようになったことで、実施後の疲労も軽減した。さらに、洗濯物を干すことがとても楽しくなり、毎日のこの時間が楽しみになったとのことで、OT に対する感謝の言葉を何度も述べて下さった。また、近隣に住む同年代の女性が庭越しに訪ねて来て、この椅子に一緒に座っておしゃべりをしたり、持って来てくれた白菜を椅子の上で切って漬物の準備をするなど、いろいろと役に立っていると話してくれた。実行度は以前と変わらず 10 であったが、満足度は初回評価時の 3 から 10 へと大幅に向上した。また、主観的健康感について再度聞き取ると、当初の「あまり良くない」から「まあまあ健康」に向上がみられた。

８.考察

A 氏は要支援 2 であり、ADL は自立しており、息子と二人暮らしのため家事などの IADL も自分の役割として毎日行っていたため、ある程度の活動性が保たれていた。そのため、OT は現在の生活を維持することを目標に考え、A 氏が感じていた生活の中での不具合を十分に把握していなかった。しかし今回、生活行為向上マネジメントを用いたことで､A 氏が毎日の洗濯でやりにくさを感じていることが分かり、焦点を絞った評価・介入を行うに至った。身体機能については、それ以前の関わりでも改善が難しく、今後も出来るだけ維持することを目指すことしかできないと考えられた。自宅訪問を何度も行ったことによって、洗濯物を干す動作をどのような環境で行うのかを十分に評価することができ、環境調整の具体的な方法を考案することができた。通所リハでの作業療法内容も、自宅環境を十分に考慮して実践に役立つ内容を考案することができ、週に 1 回の利用で 3 ヶ月という少ない関わりの中でも、洗濯物を楽に干せるようになることができた。以前の A 氏は対人交流が盛んであったが、現在は生活範囲が縮小したことに加えて、毎日の洗濯物を干す作業に苦労していたことなどから、主観的にもあまり健康でない生活を送っていると感じていた。今回の介入によって洗濯物を楽に干せるようになったことで、以前の生活のような充実感は得られないまでも、生活の中に楽しみを見出すことができ、主観的健康感の向上につながったものと考えられる。本事例を通して、対象者の在宅生活を丁寧に把握するという基本的な事柄がいかに重要であるかを再確認することができた。

生活行為向上マネジメントシート

記入日：　2009 年　9 月　15 日

生活行為アセスメント	生活行為の目標	本人	もう少し楽に洗濯物を干せるようになりたい				
		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 (ICF コード)	b730 体幹・下肢の筋力低下 b280 両膝関節の疼痛 b265 左下肢感覚軽度鈍麻 b755 立位バランス低下 b740 体力低下(20m 歩行で要休憩)		d640 寄りかかれない範囲に干せない d640 竿を支柱から外す動作に不安 d640 干し終えるまでに時間がかかる		e115 物干し竿の位置が高い e115 縁台と物干しが少し離れている e115 芝生で立位が安定しにくい	
	現状能力 (強み) (ICF コード)	b770 両手で物を持ちながらでもゆっくりであれば 5m 程度歩ける		d640 病後も自分で続けている d640 洗濯籠を引きずって運べる d640 寄りかかれば干すことができる		e410 家事は A 氏の役割である e210 芝生で転んでも怪我しにくい e410 息子が協力的	
	予後予測 (いつまでに，どこまで達成できるか)	・筋力や体力，立位バランスの改善は難しいが、維持は可能		・時間はかかっても安心して疲労少なく行えるようになる		・物干し竿の高さを調節できる ・物干し竿脇に椅子を設置できる	
	合意した目標 (具体的な生活行為)	もう少し楽に洗濯物を干せるようになる					
	自己評価*	初期	実行度　10/10	満足度　3/10	最終	実行度　10/10	満足度　10/10

***自己評価は本人の実行度（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**

				基本的プログラム	応用的プログラム	社会適応プログラム
生活行為向上プラン	実施・支援内容					
	いつ・どこで・誰が・何を実施・支援	本人	計画	実施場所：通所リハ ・筋力維持練習(体幹・下肢) ・手放し立位で物の上げ下ろし練習 ・不整地歩行練習	実施場所：通所リハ ・施設の干し場で模擬的環境を設定して動作を練習	実施場所：自宅 ・物干し竿脇に椅子を設置して動作を練習
			結果	同上	同上	同上
		家族	計画			実施場所：自宅 ・活用できそうな物を探す ・悪天候時の椅子の片付け
			結果			同上
		支援者 (職種明記)	計画	実施場所：通所リハ，支援者：OT ・リハ室にて上記のプログラムを実施	実施場所：通所リハ，支援者：OT ・A 氏を干し場まで案内して上記のプログラムを実施	実施場所：自宅，支援者：OT ・安全な動作方法を本人と一緒に確認・練習
			結果	同上	同上	同上
	実施・支援期間			2009 年　9 月　15 日　～　2009 年　12 月　15 日		
	達成			☑達成　□変更達成　□未達成（理由：　　）　□中止		

本シートの著作権（著作人格権、著作財産権）は一般社団法人日本作業療法士協会に帰属しており、本シートの全部又は一部の無断使用、複写・複製、転載、記録媒体への入力、内容の変更等は著作権法上の例外を除いて禁じます。

課題分析モニタリング表

アセスメント項目		現状能力	予後予測		課題重要性
			このまま推移	介入後	
基本動作	起き上がり	自立	自立	自立	
	立位保持	自立	自立	自立	
	床からの立ち上がり	自立	自立	自立	
	床のものを拾う	自立	自立	自立	
ADL（BI）	食事	自立	自立	自立	
	イスとベッド間の移乗	自立	自立	自立	
	整容	自立	自立	自立	
	トイレ動作	自立	自立	自立	
	入浴	自立	自立	自立	
	平地歩行（車椅子駆動）	自立	自立	自立	○
	階段昇降	監視or介助	監視or介助	監視or介助	
	更衣	自立	自立	自立	
	排便コントロール	自立	自立	自立	
	排尿コントロール	自立	自立	自立	
IADL（FAI）	食事の用意	週3回以上	週3回以上	週3回以上	○
	食事の片付け	週3回以上	週3回以上	週3回以上	○
	洗濯	週1回以上	週1回以上	週1回以上	○
	掃除や整頓	週1回以上	週1回以上	週1回以上	○
	力仕事	していない	していない	していない	
	買物	まれに	まれに	まれに	
	外出	まれに	まれに	まれに	
	屋外歩行	週1回以上	週1回以上	週1回以上	○
	趣味	していない	していない	していない	
	交通手段の利用	していない	していない	していない	
	旅行	していない	していない	していない	
	庭仕事	していない	していない	していない	
	家や車の手入れ	していない	していない	していない	
	読書	月2回以上	月2回以上	月2回以上	
	仕事	していない	していない	していない	
老研式抜粋	年金などの書類を	書ける	書ける	書ける	
	新聞などを	読んでいる	読んでいる	読んでいる	
	本や雑誌を	読んでいる	読んでいる	読んでいる	
	健康についての記事や番組に	関心ある	関心ある	関心ある	
	友達の家を訪ねること	ない	ない	ない	
	家族や友達の相談にのること	ない	ない	ない	
	病人を見舞うこと	できない	できない	できない	
	若い人に自分から話しけること	ある	ある	ある	
他		未把握	未把握	未把握	
		未把握	未把握	未把握	

課題個々の要因分析

本事例は、ADLおよびIADLは自立しており、毎日の生活の中で家事全般も自分の役割として行っている。屋内での作業は、ゆっくりと行うことでやりにくさをそれほど感じていないが、洗濯物を干す作業は、屋外で行うために難易度が高く、しかも毎日行う作業であるため負担が大きい。

下肢筋力低下や膝の疼痛、易疲労性などにより、上記のような状態になっていると考えられる。

課題解決目標

身体機能の改善はこれまでの経過から考えても難しく、維持していくことを目標とすることが現実的と考えられる。そこで、特に不具合を感じている洗濯物を干す作業を改善するためには、物干し竿周囲の環境調整と動作方法を工夫することによって改善することを目指す。

（チームの）総合的援助方針

通所リハビリテーションの利用は週1回と頻度が少ないため、数回の自宅訪問を合わせて行い、できるだけ実際の環境に合わせた練習を行っていくと共に、実際に家でも動作練習を行っていくようにする。

評価
自立
自立
自立
自立
自立
自立
自立
自立
自立
自立
自立
監視or介助
自立
自立
自立
週3回以上
週3回以上
週1回以上
週1回以上
していない
まれに
まれに
週1回以上
時々
していない
していない
していない
していない
月2回以上
していない
書ける
読んでいる
読んでいる
関心ある
ない
ない
できない
ある
未把握
未把握

考察

本事例はもともとADL、IADLが自立していた。しかし、生活範囲は主に家の中に限られており、洗濯物を干すときだけは庭に出ていた。

本評価項目においては当初と最終評価との変化はないものの、洗濯物を干す作業については、同じ自立でも大幅な改善がみられた。それは身体機能面へのアプローチではなく、環境調整を主とした関わりによる効果であった。毎朝行う洗濯物を干す作業が楽になったことにより、心理的な余裕が生まれ、以前よりも狭小化した生活の中にあっても満足感を感じることができるようになったものと思われる。

生活行為向上マネジメント基本情報

提出者 所属・氏名	所属: 氏名:	問い合わせ ID 連絡方法	ID: メール:
事例種別	【医療】□一般急性期　□一般回復期　□維持期　□精神・認知症 □小児　□その他(　　) 【介護】□老人保健施設　■通所リハ　□訪問リハ　□通所介護 □訪問介護　□介護支援専門員・地域包括支援センター □その他(　　) 【自立支援】□身障　□知的　□精神 【その他】　□その他(　　)		
主疾患名	変形性膝関節症	発症からの期間	3 年
現病歴	X-3 年の息子宅への転居後から活動性低下し、家に閉じこもりがちになった。膝の疼痛が出現し、さらに活動性が低下した。このままでは体が弱る一方だと心配し、X-2 年に知人を通して自ら介護保険を申請し、要支援 1 の認定を受けた。		
既往疾患	1循環器系:高血圧、脳卒中、[心臓病]、その他 2内分泌・栄養・代謝障害:糖尿病、高脂血症、その他 3呼吸器系、4消化器系、5泌尿器・生殖器系、6筋骨格系、 7外傷、中毒系:骨折、その他、8がん、9血液・免疫系、 10 感染症、　11 精神・行動障害:認知症、その他、 12 神経系:神経難病、その他、 13 目の病気、　14 耳の病気、 15 皮膚の病気、 16 歯科、 17 その他(　　)、18 なし		
性別	男性 ・ [女性]	年齢	84 才
配偶者	あり ・ [なし]	家族構成	2 人
生活保護	あり ・ [なし]	本人以外の家族の人数	1 人
要介護度	要支援 1 ・ [2] ・ 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5		
介護者の有無	1.配偶者、[2.息子・娘]　3.息子・娘の配偶者　4.孫　5.兄弟・姉妹　6.その他		
介護者の年齢	[1.65 歳未満]　2.65～74 歳　3.75～84 歳　4.85 歳以上		
生活歴 (学歴・職歴・趣味を含む)	結婚後は夫と駄菓子屋を営んでいた。温厚で社交的な性格で、頻繁に友人が訪ねて来ていた。また、夫や友人と旅行に行くことが多かった。X-7 年に夫が他界してからは、店を閉めて独居生活となった。		
日常生活自立度 (寝たきり度)	正常 ・ J1 ・ J2 ・ [A1] ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2		
痴呆性老人の 日常生活自立度	[正常] ・ Ⅰ ・ Ⅱa ・ Ⅱb ・ Ⅲa ・ Ⅲb ・ Ⅳ ・ M		
住宅・住処	[1.持ち家]　2.賃貸住宅・借家　3.ケア付き住宅　4.その他(　　)		
年金の種類	[1.国民年金]　2.厚生年金　3.共済年金　4.老齢福祉年金のみ　5.その他(　　)		
収入の有無	1.収入のある仕事をしている　[2.していない]		

地域移行・連携・社会資源情報

入院・入所またはサービス利用開始からの期間		約2年
介入期間		約2年
地域移行支援取組みの有無	退院前訪問　あり・なし	退院時カンファレンス参加　あり・なし
	退院リハ指導　あり・なし	退院後訪問指導　あり・なし
社会資源	介入時	介入後
ケアマネ等関与	[あり]・なし	[あり]・なし
サービス利用状況	1.医療のデイケア(　回・週) 2.通所介護・生活支援施設(1回・週) 3.訪問リハ(　回・週) 4.訪問介護(　回・週) 5.訪問看護(　回・週) 6.配食サービス(　回・週) [7.福祉用具]・補装具(内容：歩行器) [8.住宅改修有] 9.ショーステイ(　回・週) 10.就労支援施設 11.地域活動支援センター等相談機関 13.機能訓練施設等(通園・療育・通所リハ) (　回・週) 12.その他(　)(　回・週)	1.医療のデイケア(　回・週) 2.通所介護・生活支援施設(1回・週) 3.訪問リハ(　回・週) 4.訪問介護(　回・週) 5.訪問看護(　回・週) 6.配食サービス(　回・週) [7.福祉用具]・補装具(内容：歩行器) [8.住宅改修有] 9.ショーステイ(　回・週) 10.就労支援施設 11.地域活動支援センター等相談機関 13.機能訓練施設等(通園・療育・通所リハ) (　回・週) 12.その他(　)(　回・週)
その他の社会資源利用状況	1.一般就労・シルバー人材センター 2.教育(学校・養護学校・訪問教育・寿大学・通信教育・生涯学習を含む) 3.健康増進施設 4.市町村等が実施する介護予防事業 5.サロン等老人クラブ活動等(自助グループ、患者会を含む) 6.カルチャー教室 7.ボランティア活動 8.老人会等地区組織活動 9.その他(　)	1.一般就労・シルバー人材センター 2.教育(学校・養護学校・訪問教育・寿大学・通信教育・生涯学習を含む) 3.健康増進施設 4.市町村等が実施する介護予防事業 5.サロン等老人クラブ活動等(自助グループ、患者会を含む) 6.カルチャー教室 7.ボランティア活動 8.老人会等地区組織活動 9.その他(　)
ケアマネの設定した課題	本人は対人交流を望んでいるが、現在の生活では家に閉じこもりがちな生活となっており、心身面の活動性が低下している。そこで、対人交流の機会を確保することと、身体機能面の低下の予防が必要である。 (できれば2表のコピーを匿名化して添付)	

住み替えを機に 15 年ぶりに掃除を習慣化させた事例

1.報告の目的

脳梗塞発症により、掃除への関心がなくなり、掃除の習慣がなくなっていた対象者に対して、住み替えを機に、掃除作業が可能になるよう OT 介入を実施した。目標設定には家族の意向が反映され、実施には家族の協力が欠かせなかった。掃除機使用による掃除作業の動作の獲得をめざし、さらにそれを習慣化するために戦略を立てアプローチし成果を得たので報告する。

2.事例紹介

B さん（70 代女性)、夫と二人暮らし、150cm、65Kg。

47 歳でクモ膜下出血。59 歳に脳梗塞、発症から 15 年が経過。身のまわり動作は夫の助けを借りて何とか可能。入浴とリハビリ目的で週 2 回のデイケア、6 年前から OT・看護師の訪問により機能維持訓練、ADL 指導、健康管理や食事指導など利用してきた。現在、前傾姿勢で連続歩行 20m 独歩可能。左上肢に軽い左片麻痺、手指に拘縮見られるが、補助手レベル。要介護 1、日常生活自立度 A1、認知症高齢者の自立度 2A。

B さんは病気になる以前、夫とともに自営である縫製業を営みながらも、主婦として家事をこなしていた。病気後は身体が自由に動かないこともあり、掃除に関心が薄れ、掃除は全く行われなくなった。町内に住む長男夫婦が定期的に掃除し、書類の手続きや、生活費の管理をサポートしてきた。今回、50 年以上住み続けた木造の古い住宅から、集合住宅に住み替えが行われた。

3.作業療法評価

住み替えを機に、衛生的な環境で健康的な生活を維持してほしい長男。借りるのだからきれいにしたいという夫。B さんは掃除には積極的な発言はなかったが、ヘルパーによる掃除を本人は拒否した。家が狭くなることで運動不足が不安だと話した。

身心機能面では軽度左片麻痺 BRS 下肢 4、上肢 5、手指 6、手指の拘縮により指先の細かい作業は困難だが、両手の協調動作は可能。両連続歩行など持続的な運動は息があがり易く、高血圧のリスクがある。掃除機がけの 15 分位の立位動作は可能であるが、認知機能の低下もあり、手順を繰り返し教える必要がある。

活動と参加面では、方向転換などの応用歩行がやや困難で、雑巾を絞れず、床ぶき姿勢がとれない。杖なしで屋内移動可能で、物を持って運ぶなど移動しながらの上肢操作も日常的に行われていることは強みであり、掃除機がけであれば、動作遂行は可能と思われる。

環境面では、屋内が狭くなり、運動不足による機能低下が懸念された。主な介護者である夫も認知機能に不安があるが、協力的、長男家族は近所に住んでいていつでも支援できる体制がある。部屋が隣接して掃除しやすく、訪問看護などの指導も期待できる。

以上のアセスメント内容をから、達成可能な目標を「掃除機を使って毎日部屋を掃除することを習慣化する」とすることに B さんの合意を得た。実行度 2、満足度 3、BI：85 点。FAI：13 点。老研式活動能力指標：4 点。

４.介入の基本方針

掃除動作を可能にするための練習を工程に分けて行い。次に習慣化のための環境アプローチを行う。きれいな住宅状況を保ち、運動機能の低下を防止することで、健康で能動的な生活を支援する。夫や長男家族の協力は必須で、プログラムへの理解を得る。

５.作業療法実施計画

週１回、１回 60 分の OT 自宅訪問を約半年間実施。

基本プログラムとして左上下肢関節可動域維持拡大他動運動、立位バランス練習を実施した。訪問看護師にも実施してもらう。

応用プログラムとして、テーブル周りや部屋から部屋へと片手で何かにつかまりながらの屋内歩行、床のものを拾い上げながら歩くなどの動作練習を実施。

社会適応プログラムは、A：掃除機の使用準備の練習、B：掃除機の操作の練習、C：掃除機のかけ方の練習、D：決まった時間に実施するため（習慣化）の指導とした。A では夫が掃除機を収納場所から取り出す協力を求めた。B では掃除機の操作方法を、C では掃除機のノズルの扱い方、部屋の隅までノズルを運ぶ進め方などを指導、練習した。D では夫に、毎日実行するよう声かけしてもらった。息子夫婦には細部の掃除とともに実行状況に対して声かけや励ましを言ってもらった。出来たことを示す実行表で、実行状況を関係者で確認した。掃除機を扱うスキルを向上させつつ、それらを段階的に進めた。

毎回、基本、応用、社会適応の順で各プログラムを実施、1 か月後からは習慣化のために、夫と掃除の場所を分担、実施時間も決め実施を促した。

６.介入経過

掃除機をかける動作は、病前は可能だったので、動かし方のイメージはできていた。ノズル式掃除機の操作として、(1)掃除機を取り出すのに、夫の協力が必要　(2)本体を引っ張る際、ノズルやコードが動きを邪魔する、(3)狭いところにノズルを伸ばす時など、強い重心の安定が必要　(4)指先に力がいる本体から電源コードを引っ張り出す動作、(5)コンセントの抜き差し動作は、かがみながらのリーチ動作で全身的に負担が大きい　(6)スイッチの場所がすぐ思い出せず、毎回あちこち押すなど細かい課題が見えてきた。(7)普通だったら目につくゴミも、視力低下もあり、捉えられないこともあった。また、かけた場所か、まだかけていない場所かの認識が不十分となり、(8)かけ残しがでることも課題であがった。プログラム経過中に、スティック式掃除機に入れ替えたたことで、(1)～(4)の問題は軽減した。抜き差ししやすいプラグで(5)は軽減、(6)は掃除機にスイッチの目印を付けるなど工夫した。(7)、(8)の問題はこの時点では、長男夫婦が週末など来てフォローをお願いした。

実行の習慣化は A～E の順で時間をかけ実行した。A：掃除の分担表を使い、どの場所を誰が掃除するか役割分担を明確にした。B：実施時間の長さは問わず、毎日朝 7 時 30 分～朝 8 時の間で実施。毎日、わずかな時間でも実施してもらった。C：手順を見直した（掃除機を取り出してから実施して片付けるまでを、無駄のない動作工程をつくり、パターン化し、訪問時に繰り返し実施）。D：やるべきことの可視化、やれたかの可視化（掃除の分担表で誰が、どの場所を、掃く、拭くのかを常に確認でき、それらが実行されたのかを１か月分の実行表として､冷蔵庫の扉に貼り､実行したら自分で〇をつけてもらった)。

E : 遂行を助ける環境の工夫（スティック式掃除機への変更、洋服を片付け易くするパイプハンガーの設置)。

７.結果

掃除機をかける動作が練習で可能となり、「掃除分担表」「実行表」の活用によって、大雑把だが、毎日 15 分程度の掃除機による掃除が習慣化した。また、夫、長男家族が掃除を分担し、手伝う体制が整った。掃除機動作の習慣化もあってか、身体機能は維持された。

「(掃除は）初めは面倒だったけど慣れたわ」 と、B さんから聞かれた。掃除内容は細かいゴミが残っているなど、細部を見れば不十分である。体重は、開始時より 2～5kg の範囲で減量傾向を示した。この習慣化に付随して、テーブル拭きや棚の整頓やプランターの水やりなど課題とは別の作業が習慣化された。また、細かな生活の注意が同じような方法(貼り紙など）で、常に喚起され守れるようになった。長男宅が近くなり、きれいな部屋が維持され、孫が遊びに来るようになり、B さんは喜んでいる。
FAI : 13 点から 18 点に、BI : 85 点、老研式活動能力指標 : 4 点で変化なし、実行度 2 から 8、満足度 3 から 10 へ変化した。

８.考察

B さんは「掃除をほとんどしなかったので、やり方が分からない」と話し、作業に関する自己の能力評価ができない不安があった。できるという有効感も低下していると思われた。OT は、できる範囲から始めればよい、やりやすい方法を一緒に練習しましょうと励ました。介入前だけでなく、途中も話し合いの場を作り、家族の考えや想いを直接聞くこと、また、家族や OT の前で行うべき課題を B 氏が明言することで、強い動機づけを促した。作業、工程の単純化、必ず実行していくしくみ、作業しやすい道具の選定など作業内容、環境の調整を図った。本人、OT、家族は日々の結果を評価し、できていることを視覚的にあるいは言葉で返し続けた。それら多様なアプローチが、毎日の行動パターンを安定化させ、作業の習慣化を進めたと考える。

他の IADL は不自由ながらも可能な限り行ってきた S さんが、掃除のための訪問ヘルパーを家に入れようとしなかったのは、主婦としてのプライドがあったからなのかもしれない。そのような、掃除をすることが当たり前だった以前の自身らしさの認識や、「子に迷惑をかけたくない」、「期待に応えたい」という長男家族との関係性とそこにある感情が、この作業遂行の価値を支えていると思われた。そのような個人的文脈があるからこそ、この経験と結果が、自己効力感を高めている。

掃除作業については、まだ、掃除機で部屋を隅々までかけられるレベルではない。掃除の結果、「きれいにする」の質を問えば限度がない訳だが、その後の OT の介入として、作業手順や動作の応用練習方法を変え、「きれいに掃除する」ことも目標に加え、アプローチを継続している。

９.文献

Kielhofner G（編)。山田　孝（監修)：人間作業モデルー理論と応用。改定版 2 版。協同医書出版社。1997

生活行為向上マネジメントシート

記入日：2013 年　11 月　10 日※

生活行為アセスメント	生活行為の目標	本人	広くて古い平屋の住宅からコンクリートの集合住宅1階に引っ越し、きれいな環境を維持するために掃除をする。屋内が狭くなったが、以前のように運動量を行う。				
		キーパーソン	夫				
	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 (ICF コード)	b760 左上下肢軽度運動麻痺 b710 手指の拘縮、左は巧緻性低い b755 立位バランスの低下 b144 軽い物忘れあり b455 息があがりやすく血圧も高い、肥満　150 ㎝、65 ㎏。		d460 室内での歩行は可能だが、方向転換や掃除機を扱うことは病気後、経験がない d440 コロコロシートめくれない d445 雑巾での床拭きは、雑巾を絞ることが困難、拭き姿勢もとりにくい d135「掃除方法が分からない」		e155　50 年以上住んだ広くて古い平屋の住宅から、コンクリートの集合住宅1階に引っ越ししたばかり。トイレも近くなり、楽になったが運動不足 e310　夫と二人暮らし。夫も認知機能の軽い低下がある	
	現状能力 (強み) (ICF コード)	b760 手指は補助手レベル、両手の協調動作も可能 b455 ゆっくりであれば 15 分の連続作業は可能 b730、b770　下肢に筋力、15m くらいはつかまらず歩ける		d410 基本的な姿勢の変換が可能 d450 歩行はワイドベースで小股だが杖を使わず移動可能 d430　5kg 位であれば片手で持って移動することができる		e155 新居はコンパクトな3LDK 掃除実行は動機づけやすい e410 夫は、妻の介護には協力的。長男家族は近くに住んでおり協力が得られる	
	予後予測 (いつまでに，どこまで達成できるか)	現状の身体・認知機能、動機づけを考慮すると、掃除機がけが適。活動が習慣化されれば、機能維持される。手順を繰り返し指導する必要がある。		指先の細かい動作でなく、掃除機がけくらいであれば準備から掃除機を持っての動きまでを提示し繰り返し指導すれば、動作遂行は可能。		準備や掃除範囲の段階づけは夫の協力作業で可能。訪問看護スタッフや長男家族が実施状況を確認する体制をとり、繰り返し指導で、習慣化が進む。	
	合意した目標 (具体的な生活行為)	掃除機を使って毎日部屋を掃除することを習慣化する。					
	自己評価*	初期	実行度　2/10	満足度　3/10	最終	実行度　8/10	満足度　10/10

*自己評価は本人の実行度（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

	実施・支援内容			基本的プログラム	応用的プログラム	社会適応プログラム
生活行為向上プラン	いつ・どこで・誰が・何を実施・支援	本人	計画	①左上下肢関節可動域維持拡大のための他動運動 ②重心移動等の立位バランス練習	①片手で何かに掴まりながら屋内を歩く練習 ②床のものを拾い上げ片付ける練習	①掃除機の使用準備の練習 ②掃除機の操作方法の習得 ③掃除機のかけ方の練習 ④決まった時間に実施(習慣化の約束)
			結果	・機能は維持された。	・掃除機をかける時の動きが引き出された。	・大雑把だが、毎日 15 分程度の掃除機による掃除が習慣化した。
		家族 (夫)	計画		・普段の生活でも本人が屋内移動したり床のものを片付けたりするよう声かけ、協力する。	・掃除機の出し入れ準備を手伝う。・毎日実行するよう本人に声かけしていく。・「実行表」のチェックを行う。
			結果		・あまり協力は得られなかった。	・長男家族は細部の掃除を手伝った。 ・実行表により夫婦ともが習慣づけられた。
		支援者 (職種 明記)	計画	・①～②OT が訪問にて一緒に実施。・訪問看護師および通所リハビリ機能訓練でも①を実施してもらう。	・①～②OT が訪問にて一緒に実施。	・①～④の直接指導。・誰がどこを掃除するのか「掃除分担表」作成と屋内掲示。・出来たことを示す「実行表」の作成。・スティック型掃除機の紹介など道具等の環境整備。
			結果	・週 2 回訪問にて実施	・週 2 回訪問にて実施	・①～③は段階づけて導入された。④には家族支援者への周知徹底が必要だった。・「掃除分担表」「実行表」が活用された。
	実施・支援期間			2010 年　2 月　25 日　～　2010 年　8 月　26 日		
	達成			☑達成　□変更達成　□未達成（理由：　　）　□中止		

※過去支援時に作成した作業遂行アセスメント表、作業遂行向上プラン表を基に本シートを作成.

本シートの著作権（著作人格権、著作財産権）は一般社団法人日本作業療法士協会に帰属しており、本シートの全部又は一部の無断使用、複写・複製、転載、記録媒体への入力、内容の変更等は著作権法上の例外を除いて禁じます。

課題分析モニタリング表

アセスメント項目		現状能力	予後予測		課題重要性
			このまま推移	介入後	
基本動作	起き上がり	自立	自立	自立	
	立位保持	自立	自立	自立	
	床からの立ち上がり	自立	自立	自立	
	床のものを拾う	見守り	見守り	見守り	
ADL（BI）	食事	自立	自立	自立	
	イスとベッド間の移乗	自立	自立	自立	
	整容	自立	自立	自立	
	トイレ動作	自立	自立	自立	
	入浴	要介助	要介助	要介助	
	平地歩行（車椅子駆動）	部分介助	車いす	部分介助	2
	階段昇降	監視or介助	できない	監視or介助	3
	更衣	自立	自立	自立	
	排便コントロール	自立	自立	自立	
	排尿コントロール	自立	自立	自立	
IADL（FAI）	食事の用意	週3回以上	時々	週3回以上	
	食事の片付け	週3回以上	時々	週3回以上	
	洗濯	週1回以上	時々	週1回以上	4
	掃除や整頓	まれに	まれに	週1回以上	1
	力仕事	していない	していない	していない	
	買物	していない	していない	していない	
	外出	していない	していない	していない	
	屋外歩行	まれに	まれに	まれに	
	趣味	時々	時々	時々	
	交通手段の利用	していない	していない	していない	
	旅行	していない	していない	していない	
	庭仕事	していない	していない	していない	
	家や車の手入れ	していない	していない	していない	
	読書	していない	していない	していない	
	仕事	していない	していない	していない	
老研式抜粋	年金などの書類を	書けない	書けない	書けない	
	新聞などを	読んでいない	読んでいない	読んでいない	
	本や雑誌を	読んでいない	読んでいない	読んでいない	
	健康についての記事や番組に	関心ない	関心ない	関心ない	
	友達の家を訪ねること	ない	ない	ない	
	家族や友達の相談にのること	ない	ない	ない	
	病人を見舞うこと	できない	できない	できない	
	若い人に自分から話しけること	ある	ある	ある	
他		未把握	未把握	未把握	
		未把握	未把握	未把握	

課題個々の要因分析
掃除整頓は住み替え前の住宅ではどうせ汚いからと、ほとんど行っていなかった。住み替えを期にきれいな部屋を保ってほしいという家族の要望が強かった。住み替え後の屋内面積が狭くコンパクトな間取りにより、歩行の機会が減り、機能低下が進む恐れがある。屋外へ出る4段の階段は手すりが付いているので何とか昇降が可能だが、下肢筋力が少しでも低下すると困難になる。週に2～3回欠かさず行ってきた洗濯も同様に行為が困難になって行く恐れがある。
課題解決目標
きれいな住宅状況を保ちたいという本人の意思に沿い、また、運動量が減ることによる運動機能の低下を防止するために、自ら掃除を実行し習慣化することで解決を図りたい。長年使用してなかった掃除機を使用することで掃除することへの動機づけを強化する。また、ダイナミックな全身運動として運動不足を解消できる。
（チームの）総合的援助方針
掃除することを習慣化していくためには、夫、長男夫婦の協力が必須である。夫には共に掃除を行うことが夫自身の生活にも必要であること、妻の健康にもつながることをしっかり説明していく。長男夫婦には細部の掃除や整頓を手伝ってもらいながら実施状況を確認、できていることをフィードバックしてもらい正の強化を図ってもらう。CMおよび訪問OT、訪問看護師、通所リハビリの担当者には目標を周知し、基本的・応用的プログラム実施可能な限り協力してもらう。

評価	考察
自立	住み替えという生活環境の変化により、今後の本人の生活にプラス要素もマイナス要素も存在した。本人、家族の要望をすり合わせて、達成可能で合意した目標を一つに絞った。目標達成へ目指す過程で、夫の家事協力も引き出せ、2人で行うことで実効性があがった。掃除作業を習慣化することで移動能力の維持につながった。住み替えの機会があったから、掃除への取り組みが可能だったかもしれない。掃除をする習慣が、プランターに花を植え育てる作業へ広がった。
自立	
自立	
見守り	
自立	
自立	
自立	
自立	
要介助	
部分介助	
監視or介助	
自立	
自立	
自立	
週3回以上	
週3回以上	
週1回以上	
週1回以上	
していない	
していない	
していない	
まれに	
時々	
していない	
していない	
時々	
していない	
していない	
していない	
書けない	
読んでいない	
読んでいない	
関心ない	
ない	
ない	
できない	
ある	
未把握	
未把握	

生活行為向上マネジメント基本情報

提出者 所属・氏名	所属: 氏名:	問い合わせ ID 連絡方法	ID: メール
事例種別	【医療】□一般急性期　□一般回復期　□維持期　□精神・認知症 □小児　□その他(　　) 【介護】□老人保健施設　□通所リハ　☑訪問リハ　□通所介護 □訪問介護　□介護支援専門員・地域包括支援センター □その他(　　) 【自立支援】□身障　□知的　□精神 【その他】　□その他(　　)		
主疾患名	脳梗塞	発症からの期間	15 年
現病歴	47 歳でクモ膜下出血、59 歳で脳梗塞を発症し、左片麻痺出現。以後通所リハビリ、訪問看護などを利用しながら在宅生活を送っている。		
既往疾患	1循環器系:高血圧,(脳卒中),心臓病, その他 2内分泌・栄養・代謝障害:糖尿病, 高脂血症, その他 3呼吸器系, 4消化器系, 5泌尿器・生殖器系, 6筋骨格系, 7外傷、中毒系:骨折, その他, 8がん, 9血液・免疫系, 10 感染症,　11 精神・行動障害:認知症, その他, 12 神経系:神経難病, その他,　13 目の病気,　14 耳の病気、 15 皮膚の病気,　16 歯科,　17 その他(　　), 18 なし		
性別	男性 ・(女性)	年齢	74才
配偶者	(あり) ・ なし	家族構成	2人
生活保護	あり ・(なし)	本人以外の家族の人数	1 人
要介護度	要支援 1 ・ 2 ・ 要介護(1) ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5		
介護者の有無	(1 配偶者), (2 息子・娘), 3, 息子・娘の配偶者　4, 孫　5, 兄弟・姉妹　6, その他		
介護者の年齢	1, 65 歳未満　2, 65～74 歳　3, 75～84 歳　4, 85 歳以上		
生活歴 (学歴・職歴・趣味を含む)	高校を卒業後縫製工場に勤めていた。歳のとき縫製業を営んでいた夫宅に嫁ぎ、夫、その両親と共に家業を、また主婦として家事をこなしていた。趣味はこれといってなかったが、友人宅へ出かけたり、行きつけのお店に出かけてはおしゃべりするのが好きだった。病気になるまで民生員を長く務めた。 59 歳の時、脳梗塞。その後、身のまわり動作は夫の助けを借りて何とか可能となり、入浴とリハビリ目的でデイケア、訪問看護を利用してきた。		
日常生活自立度 (寝たきり度)	正常 ・ J1 ・ J2 ・(A1)・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2		
痴呆性老人の 日常生活自立度	正常 ・ Ⅰ ・(Ⅱa)・ Ⅱb ・ Ⅲa ・ Ⅲb ・ Ⅳ ・ M		
住宅・住処	1. 持ち家　(2. 賃貸住宅・借家)　3. ケア付き住宅　4. その他(　　)		
年金の種類	1. 国民年金　(2. 厚生年金)　3. 共済年金　4. 老齢福祉年金のみ　5. その他(　　)		
収入の有無	1. 収入のある仕事をしている　(2. していない)		

地域移行・連携・社会資源情報

入院・入所またはサービス利用開始からの期間		－　日
介入期間		180　日
地域移行支援取組みの有無	退院前訪問　あり・なし	退院時カンファレンス参加　あり・なし
	退院リハ指導　あり・なし	退院後訪問指導　あり・なし
社会資源	介入時	介入後
ケアマネ等関与	(あり)・なし	(あり)・なし
サービス利用状況	1. 医療のデイケア(　回・週) 2. 通所介護・生活支援施設(　回・週) 3. 訪問リハ(　回・週) 4. 訪問介護(　回・週) (5. 訪問看護)(　2回・週) 6. 配食サービス(　回・週) 7. 福祉用具・補装具(内容：　) 8. 住宅改修有 9. ショーステイ(　回・週) 10. 就労支援施設 11. 地域活動支援センター等相談機関 (12. 機能訓練施設等)(通園・療育・通所リハ) (　2回・週) 13. その他(　)(　回・週)	1. 医療のデイケア(　回・週) 2. 通所介護・生活支援施設(　回・週) 3. 訪問リハ(　回・週) 4. 訪問介護(　回・週) (5. 訪問看護)(　2回・週) 6. 配食サービス(　回・週) 7. 福祉用具・補装具(内容：　) 8. 住宅改修有 9. ショーステイ(　回・週) 10. 就労支援施設 11. 地域活動支援センター等相談機関 (12. 機能訓練施設等)(通園・療育・通所リハ) (　2回・週) 13. その他(　)(　回・週)
その他の社会資源利用状況	1. 一般就労・シルバー人材センター 2. 教育(学校・養護学校・訪問教育・寿大学・通信教育・生涯学習を含む) 3. 健康増進施設 4. 市町村等が実施する介護予防事業 5. サロン等老人クラブ活動等(自助グループ、患者会を含む) 6. カルチャー教室 7. ボランティア活動 8. 老人会等地区組織活動 9. その他(　)	1. 一般就労・シルバー人材センター 2. 教育(学校・養護学校・訪問教育・寿大学・通信教育・生涯学習を含む) 3. 健康増進施設 4. 市町村等が実施する介護予防事業 5. サロン等老人クラブ活動等(自助グループ、患者会を含む) 6. カルチャー教室 7. ボランティア活動 8. 老人会等地区組織活動 9. その他(　)
ケアマネの設定した課題	・左片麻痺や筋力低下により、立ち上がりや歩行時にふらつき転倒する不安がある。転倒しないように気をつけて生活したい。 ・脳梗塞の病歴あり、再度悪化しないように安心して生活したい。 (できれば2表のコピーを匿名化して添付)	

買い物を目標に実用歩行を練習し、外出機会が増えた一例

1.報告の目的

対象者は、転倒事故の後遺症で歩行障害が出現し、要介護状態となったため、息子夫婦と同居することになった。本人のしたい作業を聴取したところ、「外出し、買い物に行く」という目標を立て、歩行補助具を選定し、実用的な歩行練習に取り組んだ。さらに、自宅から買い物の店に行く行程を確認し、実際に買い物をすることが動機付けを強め、外出機会が増えたので報告する。

2.事例紹介

88 歳女性、要介護 2。現病歴は、2 年前、転倒事故による坐骨骨折、左膝蓋骨骨折を受傷し、歩行障害となった。生活歴は、開業歯科医の妻として会計事務を担当し経営を支えていた。夫との死別後は一人暮らしをしていたが、転倒受傷を機に介護認定を受け、独居生活は困難と判断され、息子夫婦宅に呼び寄せられて同居生活を始めた。見知らぬ土地に来て近隣に友人もなく、単独の外出も控えていたため、閉じこもりがちの生活となった。ケアマネジャーは、外出機会の提供と社会的交流を図る目的で当通所介護（デイサービス）を勧め、利用を開始した。デイサービスでは当初、身辺活動の自立を目標に杖歩行を中心とした機能訓練を実施していた。その結果、自宅や施設内では手すりのつたい歩きと 2 本杖を併用して、室内歩行が自立となった。ちょうどこの頃、本人は「散歩できるようになりたい。買い物もしたい」と希望するようになった。

3.作業療法評価

心身機能面は、両側下肢の軽度運動麻痺と感覚障害、下腿～足部の浮腫のため歩行バランスが不安定で、時々、自宅で転倒事故があった。近隣に知人もなく、日中は独居となり、閉じこもり傾向になっていた。

活動・参加面は、移動は自宅で手すりや支持物のつたい歩き、施設内は 2 本杖で自立している。屋外の杖歩行は速度が遅く、持久力も低下しており、実用的ではなく、遠距離の外出は車いす介助で移動していた。ADL は BI：75/100 点。トイレ動作に見守りが必要で、入浴は浴槽のまたぎ動作中の転倒経験があるためデイサービスで入浴介助を受けている。IADL は FAI：12/45 点。家事のうち洗濯は全自動洗濯機で可能だが、食事の用意、掃除、買い物など困難なことは嫁が代行している。

環境面は、息子夫婦と同居しており、二人とも仕事があるため日中は独居となる。自宅は一軒家で住宅街に立地し、玄関から門までのアプローチには一段ずつの段差が 3 ヵ所ある。

個別機能訓練の結果、つたい歩きと 2 本杖の併用で室内歩行が自立となった。この頃、本人は「散歩できるようになりたい。買い物もしたい」と希望するようになった。そこで、目標を立て直すため、生活行為向上マネジメントによる聴き取りを実施したところ、合意した目標は「歩行器を使い、自宅から約 300m のコンビニ店まで買物に行く」となった。この時の自己評価は実行度 3/10、満足度 3/10 であった。

４.介入の基本方針

自宅や施設内ではつたい歩きや 2 本杖歩行が自立していることから、屋外用歩行器が適応となれば、近所への外出や買い物が可能になると考えた。まず、適切な歩行器を選定し、デイサービスで適合に向けた練習を行う。買い物は実際の場面で評価、実践し、自己効力感を高めていく。家族は、散歩を兼ねた屋外歩行練習に付き添う。

５.作業療法実施計画

屋外用歩行器を使用して外出し、コンビニ店で買い物ができることを目標にする。デイサービスで週 3 回の個別機能訓練、自宅で自主トレと屋外歩行練習に取り組むこととする。買い物に行きたいと考えた一番近いコンビニ店までは、約 300m の距離を歩き、横断歩道を渡る必要があり、店で一連の買い物行為ができるかを評価する必要があった。また、家族には散歩を兼ねた歩行練習に付き添うように協力を依頼する。

基本練習として、運動プログラムでストレッチ、下肢の筋力増強、立位バランスの訓練を受け、自宅でも自主トレを実施する（40 分)。足浴にジェットバスを用いて、浮腫と感覚障害の軽減を図る（20 分)。家族、ケアマネジャー、福祉用具相談員と連携し、適切な歩行器を選定する。デイサービスには屋外用歩行器を持参し、施設周囲の路上で歩行練習を実施して適合を図る（30 分)。

応用練習として、一連の買い物行為を実際の店内で行い、評価と練習を並行して実施する（20 分)。

社会適応練習として、自宅から店までの道程を確認し、家族が歩行練習と買い物に付き添う。担当ケアマネジャーには、目標と訓練計画、介入経過を伝え、家族の協力を調整してもらうように依頼する。

６.介入経過

介入前は 2 本杖の歩行練習に取り組み、室内歩行は自立となったが、屋外歩行は歩行速度が遅く、持久力も低下していたため実用的ではなかった。そのため、ケアマネジャーと連絡をとり、適切な歩行補助具の選定を検討した。歩行器の選定には、家族、ケアマネジャー、福祉用具専門相談員、筆者（OT）が同席し、屋外用歩行器 2 種類の中から、実際に自宅玄関外の段差越えがバランスを崩さずにできる歩行器を選んだ。本人は「これなら外を歩けるかも」、家族は「この歩行器を使えば、お母さんの散歩に付き添えます」と話した。

介入開始から 1 ヵ月は、機能訓練でストレッチ、下肢筋力の増強、立位バランスを実施し、下肢の浮腫の軽減と感覚刺激を目的に足浴を継続した。歩行練習はデイサービスに歩行器を持参し、施設の駐車場内 100m をスタッフ見守りで実施した。2 ヵ月後、トイレ動作は自立し、自宅での転倒事故は聴かれなくなった。歩行練習は一般道路に出て段差越えの練習を取り入れた。下肢の感覚障害は存続するものの、浮腫は消退した。3 ヵ月後、自宅では時々、家族が 20 分程度の散歩に付き添うようになった。また、「自分の朝食くらいは作る」、「雨戸の開け閉めは自分の仕事になった」と話し、新たに家事ができるようになった。デイサービスでは、買物プログラムで自宅から一番近いコンビ二店に行き、自宅からの距離や経路を確認した。店の前の横断歩道は、スタッフ見守りで渡り切ることができた。店内を歩行器で見て歩き、商品を選んで運搬し、レジで会計を済ませる一連の行為を練習した。店員とは顔なじみとなり、できないことは協力してもらえる関係が築かれた。4 ヵ月後、デイサービスでの歩行練習、自宅での付き添い散歩を継続している。対象者は「日曜日に息子たちとレストランに行ったんです」と嬉しそうに話

し、「もう少し頑張れば、コンビニまで買い物に行けるかもしれない」と見通しをつけた。

7.結果

心身機能面では、下肢の運動麻痺と感覚障害は存続したものの、浮腫は消失した。立位の動的バランスは改善し、自宅で転倒することはなくなった。

活動・参加面は、ADL で BI : 85/100 点となり、トイレ動作が自立となった。IADL は FAI : 19/45 点、老研式 5/13 点に向上し、軽食の用意と片付け、雨戸の開閉ができるようになった。外出は屋外用歩行器を使用して、家族の付き添いで散歩に出かけ、横断歩道を渡ることができるようになった。買い物は、コンビニ店で商品を選んで歩行器に乗せたかごで運搬し、レジで会計を済ませる一連の行為ができた。目標「歩行器を使い、自宅から約 300m のコンビニまで買物に行く」の自己評価は、実行度 5/10、満足度 7/10 となった。

8.考察

対象者は、息子夫婦宅に呼び寄せられたが、歩行障害のため外出が制限された上、家族以外は会う知人もなく、近隣情報に乏しい状況で生活しており、社会的に孤立の状態にあった。そのため、デイサービスの利用を開始し、杖を使用した歩行練習を続けていたが、屋外歩行は実用にならなかった。

そこで、本人のしたい作業の聴取から「外出し、買い物に行く」という目標を立て、歩行補助具を 2 本杖から屋外用歩行器に変更し、実用歩行の適合練習に取り組んだ。家族は、歩行器の選定場面に参加することで対象者の能力と安全性・実用性を確認でき、目標が達成可能であることを認識した。その結果、家族による付き添い散歩の協力が得られるようになった。さらに、自宅から一番近いコンビニ店に行く行程を確認し、実際に買い物をすることが本人の動機付けをいっそう強めた。また、目標とする店の店員と顔なじみになったことも安心感を与え、外出への意欲が向上したものと考える。

今回の介入期間では、単独で外出し、買い物ができるまでには至っていない。しかし、家族との散歩や外食の機会が増えたことは外出支援の成果といえる。ただ漫然と機能訓練で杖歩行の練習を繰り返していただけでは、生活行為の向上には結びつかず、対象者の生活圏の拡大と外出機会の増加にはつながらなかったと思われる。対象者の具体的な生活課題からトップダウンで目標を合意し、適切な福祉用具を活用しながら、実際の現場で作業を評価・実践できるように社会資源を用いたことが外出支援に有効であった。

生活行為向上マネジメントシート

記入日：2013 年　7 月 10 日

生活行為アセスメント	生活行為の目標	本人	歩行器で外出し、買い物に行きたい。				
		キーパーソン	本人が外出を希望するときは、なるべく付き添いたい。				
	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 (ICF コード)	b270 下肢の感覚低下 b280 下肢抹消部の痛み b760 両下肢の運動麻痺		d450 歩行不安定 d465 杖・歩行器を使用 d620 買物に行けない		e120 歩行器の使用に慣れていない	
	現状能力 (強み) (ICF コード)	b130 できることは自分でしたいと考えている b117 知的機能は良好		d300 コミュニケーション能力は良好 d860 物品購入の金銭の使用が正確にできる		e580 デイサービスに通所し、個別機能訓練に参加している	
	予後予測 (いつまでに、どこまで達成できるか)	機能訓練により下肢機能や平衡機能が改善する。		歩行器を使用した歩行練習により、近所で買物ができる。		時々、家族が散歩に同行してくれる。 歩行器を買物に使える。	
	合意した目標 (具体的な生活行為)	歩行器を使い、自宅から約 300m のコンビニ店まで買物に行く。					
	自己評価*	初期	実行度　3/10	満足度　3/10	最終	実行度　5/10	満足度　7/10

***自己評価は本人の実行度（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**

	実施・支援内容			基本的プログラム	応用的プログラム	社会適応プログラム
生活行為向上プラン	いつ・どこで・誰が・何を実施・支援	本人	計画	・筋力増強訓練 ・立位バランス訓練 ・歩行器歩行練習	・買物の練習 （商品を選ぶ、商品を運搬する、会計する）	・買物の店を選定する ・家族に同行を依頼する ・実際に買物に行く
			結果	・杖から歩行器に変更し、見守り屋外歩行が可能。	・買物行為はできるようになった。	・自宅と店の往復は介護者の付き添いが必要。
		家族	計画	・ジェットバスの足浴 ・自宅で自主トレを息子夫婦が見守る		・息子様またはお嫁様が買物に同行し、歩行、買い物場面を見守る
			結果	・足の浮腫が軽減した。 ・自宅内の転倒なし。		・付き添い歩行なら支援できることが分かった。
		支援者 (職種明記)	計画	・デイサービス OT による個別機能訓練 ・福祉用具相談員と OT は歩行器を選定・適合	・デイサービス OT・介護士は外出訓練、買物プログラムを実施する	・デイサービス OT・介護士は買物に同行、家族、ケアマネに様子を報告
			結果	・見守り屋外歩行が可能。 ・歩行器の使用に慣れた。	・買物行為はできるようになった。	・ケアマネが家族に協力依頼した。
	実施・支援期間			平成 25 年 7 月 10 日　～　平成 25 年 11 月 2 日		
	達成			□達成　□変更達成　☑未達成（理由：介入を継続中）　□中止		

本シートの著作権（著作人格権、著作財産権）は一般社団法人日本作業療法士協会に帰属しており、本シートの全部又は一部の無断使用、複写・複製、転載、記録媒体への入力、内容の変更等は著作権法上の例外を除いて禁じます。

課題分析モニタリング表

アセスメント項目		現状能力	予後予測		課題重要性	課題個々の要因分析	評価	考察
			このまま推移	介入後				
基本動作	起き上がり	自立	自立	自立		①平地歩行と②屋外歩行、③外出は関連しており、歩行の安定性が得られれば、④⑤日用品の買い物に行くことが実現できそうである。歩行練習では杖を使用しているが、より安定するには歩行補助具を歩行器に変更することを試してみてもよいのではないか。	自立	歩行器の選定場面に家族が同席したことで、安全性が確認され、家族による付き添い散歩の機会が増えた。実際に目標とする買い物の店までの経路を確認し、店内で買い物をしたことが動機づけをいっそう強めることができた。
	立位保持	自立	自立	自立			自立	
	床からの立ち上がり	自立	見守り	自立			自立	
	床のものを拾う	自立	一部介助	自立			自立	
ADL（BI）	食事	自立	自立	自立			自立	
	イスとベッド間の移乗	監視or介助	監視or軽介助	自立			自立	
	整容	自立	自立	自立			自立	
	トイレ動作	要介助	自立	自立			自立	
	入浴	部分介助	要介助	部分介助			部分介助	
	平地歩行（車椅子駆動）	監視or介助	部分介助	監視or介助	1		監視or介助	
	階段昇降	監視or介助	監視or介助	監視or介助			監視or介助	
	更衣	自立	部分介助	自立			自立	
	排便コントロール	自立	自立	自立			自立	
	排尿コントロール	自立	自立	自立			自立	
IADL（FAI）	食事の用意	時々	時々	時々		課題解決目標	週3回以上	
	食事の片付け	時々	時々	時々			週3回以上	
	洗濯	週1回以上	まれに	週1回以上		①自宅から歩行器歩行で往復可能な店で買い物ができることを目標にする。②家族、ケアマネージャー、福祉用具相談員と連携し、適切な歩行器を選定する。デイサービスで歩行器を使用して歩行練習をする。③一連の買い物行為ができるかどうかを実際の場面で評価する。④自宅から店までの道程を確認し、家族が付き添い練習に協力することを依頼する。	週1回以上	
	掃除や整頓	していない	していない	まれに			していない	
	力仕事	していない	していない	していない			時々	
	買物	していない	していない	時々	4		していない	
	外出	していない	していない	時々	3		時々	
	屋外歩行	していない	していない	時々	2		時々	
	趣味	時々	時々	時々			していない	
	交通手段の利用	していない	していない	時々			していない	
	旅行	していない	していない	まれに			まれに	
	庭仕事	していない	していない	していない			していない	
	家や車の手入れ	していない	していない	していない			していない	
	読書	月2回以上	時々	月2回以上		（チームの）総合的援助方針	月2回以上	
	仕事	していない	していない	していない			していない	
老研式拔粋	年金などの書類を	書けない	書けない	書けない		＃1．デイサービスの作業療法士は個別機能訓練として、歩行器の歩行練習を実施する。＃2．作業療法士はデイサービスの買い物プログラムで一連の買い物行為を評価する。＃3．ケアマネージャー、福祉用具相談員、作業療法士は適切な歩行補助具を選定し、適用を評価する。＃4．家族は本人の散歩に付き添い、屋外歩行の機会を増やす。	書けない	
	新聞などを	読んでいる	読んでいる	読んでいる			読んでいる	
	本や雑誌を	読んでいる	読んでいる	読んでいる			読んでいる	
	健康についての記事や番組に	関心ある	関心ある	関心ある			関心ある	
	友達の家を訪ねること	ない	ない	ない			ない	
	家族や友達の相談にのること	ない	ない	ない			ある	
	病人を見舞うこと	できない	できない	できない			できない	
	若い人に自分から話しけること	ない	ない	ない			ない	
他	バスや電車を使って一人で外出	全介助	全介助	一部介助			全介助	
	日用品の買い物	全介助	全介助	見守り	5		全介助	

生活行為向上マネジメント基本情報

提出者 所属・氏名	所属: 氏名:	問い合わせ ID 連絡方法	ID: メール:
事例種別	【医療】□一般急性期　□一般回復期　□維持期　□精神・認知症 □小児　□その他(　　) 【介護】□老人保健施設　□通所リハ　□訪問リハ　☑通所介護 □訪問介護　□介護支援専門員・地域包括支援センター □その他(　　) 【自立支援】□身障　□知的　□精神 【その他】　□その他(　　)		
主疾患名	坐骨骨折	発症からの期間	2 年
現病歴	転倒事故で坐骨骨折を受傷し、後遺症に 両側下肢の感覚障害、運動麻痺が残る。		
既往疾患	1循環器系:高血圧, 脳卒中, 心臓病, その他 2内分泌・栄養・代謝障害:糖尿病, 高脂血症, その他 3呼吸器系, 4消化器系, 5泌尿器・生殖器系, (6筋骨格系) 7外傷、中毒系:骨折, その他, 8がん, 9血液・免疫系, 10 感染症,　11 精神・行動障害:認知症, その他, (12 神経系:神経難病), その他,　13 目の病気,　14 耳の病気、 15 皮膚の病気,　16 歯科,　17 その他(　　), 18 なし		
性別	男性 ・ (女性)	年齢	88才
配偶者	あり ・ (なし)	家族構成	3人
生活保護	あり ・ (なし)	本人以外の家族の人数	2人
要介護度	要支援 1 ・ 2 ・ 要介護 1 (2) ・ 3 ・ 4 ・ 5		
介護者の有無	1 配偶者, (2息子・娘), (3子・娘の配偶者), 4孫　5兄弟・姉妹　6その他		
介護者の年齢	1, 65 歳未満　2, 65～74 歳　3, 75～84 歳　(4, 85 歳以上)		
生活歴 (学歴・職歴・ 趣味を含む)	結婚後、夫が歯科医を開業し、会計事務 を担当。夫と死別してから一人暮らしであ ったが、転倒事故を契機に、息子が本人 の生活を心配して、夫婦宅に同居となる。		
日常生活自立度 (寝たきり度)	正常 ・ J1 ・ J2 ・ (A1) ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2		
痴呆性老人の 日常生活自立度	(正常) ・ Ⅰ ・ Ⅱa ・ Ⅱb ・ Ⅲa ・ Ⅲb ・ Ⅳ ・ M		
住宅・住処	(1. 持ち家)　2. 賃貸住宅・借家　3. ケア付き住宅　4. その他(　　)		
年金の種類	1. 国民年金　2. 厚生年金　3. 共済年金　(4. 老齢福祉年金のみ)　5. その他(　　)		
収入の有無	1. 収入のある仕事をしている　(2. していない)		

地域移行・連携・社会資源情報

入院・入所またはサービス利用開始からの期間		2年
介入期間		4ヶ月
地域移行支援取組みの有無	退院前訪問　あり・(なし) 退院リハ指導　あり・(なし)	退院時カンファレンス参加　あり・(なし) 退院後訪問指導　あり・(なし)
社会資源	介入時	介入後
ケアマネ等関与	(あり)・なし	(あり)・なし
サービス利用状況	1.医療のデイケア(　回・週) (2.)通所介護・生活支援施設(3回・週) 3.訪問リハ(　回・週) 4.訪問介護(　回・週) 5.訪問看護(　回・週) 6.配食サービス(　回・週) (7.)福祉用具・補装具(内容：杖) 8.住宅改修有 (9.)ショーステイ(　1回・月) 10.就労支援施設 11.地域活動支援センター等相談機関 13.機能訓練施設等(通園・療育・通所リハ) (　回・週) 12.その他(　)(　回・週) 12.利用なし	1.医療のデイケア(　回・週) (2.)通所介護・生活支援施設(3回・週) 3.訪問リハ(　回・週) 4.訪問介護(　回・週) 5.訪問看護(　回・週) 6.配食サービス(　回・週) (7.)福祉用具・補装具(内容：歩行器) 8.住宅改修有 (9.)ショーステイ(　1回・月) 10.就労支援施設 11.地域活動支援センター等相談機関 13.機能訓練施設等(通園・療育・通所リハ) (　回・週) 12.その他(　)(　回・週) 12.利用なし
その他の社会資源利用状況	1.一般就労・シルバー人材センター 2.教育(学校・養護学校・訪問教育・寿大学・通信教育・生涯学習を含む) 3.健康増進施設 4.市町村等が実施する介護予防事業 5.サロン等老人クラブ活動等(自助グループ、患者会を含む) 6.カルチャー教室 7.ボランティア活動 8.老人会等地区組織活動 9.その他(　)	1.一般就労・シルバー人材センター 2.教育(学校・養護学校・訪問教育・寿大学・通信教育・生涯学習を含む) 3.健康増進施設 4.市町村等が実施する介護予防事業 5.サロン等老人クラブ活動等(自助グループ、患者会を含む) 6.カルチャー教室 7.ボランティア活動 8.老人会等地区組織活動 9.その他(　)
ケアマネの設定した課題	1．リハビリをしっかり行う 2．体調管理をする 3．外で人と関わる場に出かける （できれば2表のコピーを匿名化して添付）	

余命宣告された癌患者に対し生活行為向上マネジメントを使用した一例

1.報告の目的

右視床出血での入院中に大腸と肝臓に癌が発見され、余命宣告後にショック状態にあった対象者に対して生活行為向上マネジメントを活用し、作業療法を行った。対象者の家族に迷惑を掛けたくない思いを尊重して「一人で昼食を作って食べられるようになる」という目標を設定し、多職種連携を試みたのでここに報告する。

2.事例紹介

A さん（60 代女性)、6 人暮らし。夕食の準備中に左片麻痺と左側感覚脱失が出現し、急性期病院へ救急搬送。CT にて右視床出血を認め緊急入院。その後、回復期リハ病棟に転棟してリハビリテーションを継続していた。T 杖歩行監視、自助具まな板を使用して調理練習を行えるレベルまで回復し、自宅退院への調整を図っている時期（発症 5 ヶ月後）に大腸と肝臓に癌が発見され、手術を目的に急性期外科病棟に転棟となった。この時、余命半年と宣告され大きなショックを受けることとなった。

これまでの A さんの生活は、旦那が漁師のため、専業主婦として子育てをしていた。55 歳時に近所の知人の新聞配達屋に頼まれて初めて仕事に従事し、約 1 年間だけバイクでの新聞配達を経験している。趣味は料理、洋裁。入院前は右変形性股関節症が悪化し、庭先の園芸は控えめになっていた。

3.作業療法評価

自宅退院を視野に入れ、癌の術後 27 日目に生活行為向上マネジメントを導入した。「秋の祭りまでは生きていたい。本当は帰りたいけど、旦那や息子に気を遣わせちゃうから帰りたくないのよ」という不安状態にあった。そのため本人からは、「息子に迷惑が掛からないように家事が出来るようになりたい」との希望が聞かれた。

心身機能面は、左片麻痺（BRS 上肢・手指・下肢ともに 6)、左側感覚脱失、右変形性股関節症に加えて術後の安静による全身耐久性低下が認められ、動作時不安の訴えも多く聞かれた。右上肢機能や知的機能は良好であり、自分で出来ることは自分でしたい気持ちがあることから、左麻痺手は補助手レベル、リハビリの習慣化により体力向上も見込まれた。

活動・参加面は、左手での活動経験不十分、歩行能力低下、調理などの家事能力低下が認められた。短距離の歩行器歩行や立位バランスが良好であることから、簡単な調理であれば自宅でも可能と考えた。

環境面では、入院中は自宅環境での直接動作練習が出来ないため動作不安の軽減はやや難しく、日中はキーパーソンの長男夫婦が不在のため協力が得られないことが予想された。しかし、自宅の台所に椅子を置くことで休憩ができ、歩行器にカゴを取り付けることで野菜や皿を運べることが予測できた。

以上の検討から達成可能な目標は「一人で昼食を作って食べられるようになる」で合意した。実行度 1、満足度 1 であった。

４.介入の基本方針

家族に迷惑を掛けたくない A さんの思いを尊重し、調理動作につながる練習を通して、対象者が生活への意欲を取り戻し、余生を自分らしく生きていけるように支援していく。

入院中は、歩行器歩行でのセルフケア自立を目指し、病棟スタッフは見守りの目で支援していく。

５.作業療法実施計画

基本練習と応用練習は病棟や訓練室で行い、社会適応練習は自宅生活の中で行ってもらうこととする。

まず基本練習として、体力向上を目的に訓練室と病棟内での歩行練習を実施し、PT と Ns に関わってもらう。左手は感覚障害が強いため視覚を用いた把持やつまみなどの巧緻性練習を実施し、OT が指導にあたる。

応用練習として、カゴ付き歩行器で訓練室の物品運搬練習、調理練習をする。A さんと自宅環境を想定しながら実施する。退院直前には介護保険の福祉用具レンタルで前輪型歩行器を借り、OT が歩行器にカゴを取りつけて、屋内で使えるようにする。

社会適応練習は、およそ 1 ヶ月後の自宅退院後の生活で長男夫婦と一緒に行ってもらうこととし、カゴ付き歩行器を使用して冷蔵庫から食材を取り出し、監視の下で一緒に簡単な調理をすることをお願いする。

左片麻痺や感覚脱失に加えて動作に不安感を持ちやすい性格のため、立位動作時は近位でサポートをして安心できるように配慮する。調理においては、包丁操作時の左麻痺手の危険が予想されるため、OT が注意喚起をしながら一緒に行う配慮をする。

６.介入経過

生活行為向上マネジメント介入時点（術後 1 ヶ月）は、癌の進行による余命宣告のショックが残った状態にあり、自宅退院など考えられる精神状態ではなかった。そこで、A さんと合意した「調理」をきっかけにして、自宅写真を見ながら歩行や動作方法をイメージしてもらった。それにより「注意する動きがわかりました。あと 1 ヶ月で料理と T 字杖歩行に自身が付くように頑張ります」との発言が聞かれた。その後からは、病棟生活で歩行器歩行を練習し、トイレへの往復も Ns 監視の下で可能となり、訓練室では T 字杖歩行を意欲的に練習することが出来るようになった。介入 9 日目には、屋内移動方法・食事場所・調理方法・ベッドの配置、夜間トイレ時の照明、福祉用具の選定について A さんと具体的に検討し、Ns にも伝達した。介入 15 日目には長男の支援の下で外出練習を行った。この日は OT、ケアマネ、福祉用具業者が同席した。そして玄関の段差昇降、開き戸の開閉方法、掘りこたつへの出入り、畳からの起立、台所での動き、風呂場への出入り、寝室のベッドの向き、冷蔵庫の食材運搬方法などの動作確認を行った。介入 26 日目に介護保険でレンタルした前輪型歩行器に 100 ショップで購入したカゴを結紮固定した。介入 29 日目、入浴以外の病棟内 ADL 自立レベルで自宅退院となる。その後、数回の外来 OT にて自宅での生活状況を確認するも日中 1 人での調理実施までには至っていなかった。屋内 ADL は自立し、「歩くスピードも速くなりました。一人で冷蔵庫からペットボトルを出して飲んだり、食べたお皿をカゴに入れて運んだり、皿洗いも出来るようになりました」との生活でしている報告もあった。

7.結果

介入 58 日目、生活目標の「一人で昼食を作って食べられるようになる」は未達成であった。調理の面では A さんは「1 人では包丁を持つのが怖い」と話し、長男は「母に包丁を持たせるのが怖いので、僕が指示通りに切っています」と話す。しかし、準備の面では前輪型歩行器に取り付けたカゴに野菜を乗せて運搬は可能。また、食事の後片付けもお皿をカゴに乗せて移動でき、皿洗い時に立ち疲れた時は台所に置いた椅子に座って休憩することで可能であった。その際、左麻痺手においても不使用にならずに常に意識して視覚下で使うことが出来ていた。実行度と満足度はともに 5 に向上していた。ADL は平地歩行が自立となり、FAI は食事の片付け、洗濯、掃除や整頓、外出の項目で点数が増加した。「余命はあとどれだけかわからないけど、もうくよくよしても仕方がないから、笑って過ごしますよ。時々、娘の車に車椅子を乗せて、ショッピングや映画館に行くんですよ」との近況報告もあり、家族も A さんの余生を大切にしていることがうかがえた。

8.考察

癌の進行による余命宣告のショックにより自宅退院など考えられる精神状態ではなかった A さんが、介入 29 日目に入浴以外の病棟内 ADL 自立レベルで自宅退院となったことに関しては、家族に迷惑を掛けたくない A さんの思いを尊重し、生活目標を一緒に考えた結果「一人で昼食を作って食べられるようになる」となった。その結果、病棟生活でも歩行器を使用する意欲に繋がり、体力向上や左手での生活動作スキルの習得にも繋がったものと考えられる。アウトカム指標となる介入 2 ヶ月後の自宅生活評価より、平地歩行・食事の片付け・洗濯等はカゴ付き歩行器で自立し、掃除や整頓・外出等は部分的支援があれば出来ることが確認できた。これは退院前の環境設定に加え、入院中に計画した基礎練習と応用練習の効果であると考えられる。また OT との連携は、ADL は主に Ns、歩行と体力面は主に PT、退院調整は Ns とケアマネとの情報連携によって自宅退院まで円滑に進められた結果とも考えられる。しかし、退院後に「一人で昼食を作って食べる」という生活目標は未達成であった。これは左片麻痺に加えて動作に不安感を持ちやすい性格の A さんにとって、調理をあまり経験したことがない長男が監視者であったことは少し役不足であった可能性がある。自宅に訪問して的確に操作方法の指導ができるような OT やヘルパーの存在が必要だったのかもしれない。この課題を達成へと導くためには、退院前にヘルパーへの家事動作指導を行い、自宅の台所で A さんと一緒に包丁で切る練習をしてもらうことも 1 つの策であったと考える。本事例を通して、退院後の指導者の選択と伝達方法が検討課題であると考えられた。

生活行為向上マネジメントシート

記入日：2013 年　7 月　8 日

生活行為アセスメント	生活行為の目標	本人	息子に迷惑が掛からないように家事が出来るようになりたい				
		キーパーソン	日中 1 人で安全に留守番が出来る				
	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 (ICF コード)	b760 左片麻痺（BRS 上肢VI, 手指VI, 下肢VI） b265 左感覚脱失 b710 右変形性股関節症 b152 動作時の不安感 b740 全身耐久性低下		d155 左手の活動経験不十分 d450 歩行能力低下 d630 調理能力低下 d640 洗濯や掃除などの家事能力の低下		e150 入院中は、自宅環境での動作練習が出来ない e310 日中はキーパーソンの長男夫婦が不在のため協力が得られない	
	現状能力 (強み) (ICF コード)	b130 自分で出来ることは自分でしたい気持ちがある b710 右上肢機能は良好 b117 知的機能は良好		d465 短距離の歩行器歩行は可能 d415 立位バランス良好		e135 台所に椅子を置くスペースがある e140 前輪型歩行器にカゴを付けられる	
	予後予測 (いつまでに，どこまで達成できるか)	左麻痺手は補助手レベル、リハビリの習慣化により体力向上も見込まれる。		歩行が安定すれば、簡単な調理、屋内への洗濯物干し等は可能と思われる。		台所に椅子を置いて休憩出来る。歩行器にカゴを付けることで野菜や皿を運べる。	
	合意した目標 (具体的な生活行為)	一人で昼食を作って食べられるようになる					
	自己評価*	初期	実行度　1/10	満足度　1/10	最終	実行度　5/10	満足度　5/10

***自己評価は本人の実行度（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**

				基本的プログラム	応用的プログラム	社会適応プログラム
生活行為向上プラン	実施・支援内容					
	いつ・どこで・誰が・何を実施・支援	本人	計画	体力向上練習 左手巧緻性練習	カゴ付き歩行器で物品運搬練習、調理練習、病棟内は歩行器歩行	（退院前）外出練習 （退院後）冷蔵庫から食材を取り出し、長男と一緒に簡単な調理をする
			結果	左手も補助手的に作業への参加可。立位耐久性の向上。	物品運搬可。調理動作可。 歩行器歩行に自信を持てた。	冷蔵庫から野菜を取り出す調理準備は 1 人で可。
		家族	計画			最初は長男の見守りの下で調理をする
			結果			日中、1 人で包丁を持つことには不安が残っている。
		支援者 (PT・OT・Ns)	計画	OT・PT にて実施。	OT と調理練習を実施。注意点を家族に伝える。Ns は病棟生活で歩行器使用を促す。	OT は長男夫婦への協力依頼。外来通院時に様子を報告してもらう。
			結果	自主トレに取り組める。	歩行器歩行に自信を持てた。 包丁使用の怖さが残る。	外来通院時に助言をするも包丁を持つことはなかった。
	実施・支援期間			2013 年　7 月 8 日　～　2013 年　9 月 3 日		
	達成			□達成　□変更達成　■未達成（理由：本人と家族に日中 1 人で包丁を持つ事に不安がある。） □中止		

本シートの著作権（著作人格権、著作財産権）は一般社団法人日本作業療法士協会に帰属しており、本シートの全部又は一部の無断使用、複写・複製、転載、記録媒体への入力、内容の変更等は著作権法上の例外を除いて禁じます。

課題分析モニタリング表

アセスメント項目		現状能力	予後予測		課題重要性
			このまま推移	介入後	
基本動作	起き上がり	自立	自立	自立	
	立位保持	自立	自立	自立	
	床からの立ち上がり	自立	自立	自立	
	床のものを拾う	見守り	自立	自立	
ADL（BI）	食事	自立	自立	自立	
	イスとベッド間の移乗	自立	自立	自立	
	整容	自立	自立	自立	
	トイレ動作	自立	自立	自立	
	入浴	要介助	要介助	自立	
	平地歩行（車椅子駆動）	部分介助	自立	自立	1
	階段昇降	監視or介助	監視or介助	監視or介助	
	更衣	自立	自立	自立	
	排便コントロール	自立	自立	自立	
	排尿コントロール	自立	自立	自立	
IADL（FAI）	食事の用意	していない	していない	週3回以上	2
	食事の片付け	していない	していない	週3回以上	3
	洗濯	していない	していない	週1回以上	4
	掃除や整頓	していない	していない	時々	5
	力仕事	していない	していない	していない	
	買物	していない	していない	時々	
	外出	していない	していない	時々	
	屋外歩行	していない	していない	していない	
	趣味	していない	していない	していない	
	交通手段の利用	していない	していない	していない	
	旅行	していない	していない	していない	
	庭仕事	していない	していない	していない	
	家や車の手入れ	していない	していない	していない	
	読書	していない	していない	していない	
	仕事	していない	していない	していない	
老研式抜粋	年金などの書類を	書ける	書ける	書ける	
	新聞などを	読んでいない	読んでいない	読んでいる	
	本や雑誌を	読んでいない	読んでいない	読んでいる	
	健康についての記事や番組に	関心ない	関心ない	関心ある	
	友達の家を訪ねること	ない	ない	ある	
	家族や友達の相談にのること	ない	ない	ある	
	病人を見舞うこと	できない	できない	できる	
	若い人に自分から話しけること	ない	ない	ある	
他					

課題個々の要因分析
入浴といった＜日常生活動作＞、食事の用意・食事の片付け・洗濯・掃除や整頓といった＜家事動作＞に介助を要する原因は、既往の左片麻痺、左感覚脱失に加えて術後の廃用症候群による筋力低下、易疲労性により支障を来している状態と捉えられる。また、病院ではOTと一緒に遂行出来ても自宅では遂行出来ないといった動作不安が強いタイプであることも困難因子になり得る。自宅環境として、キッチンや浴場に椅子が無い、動線に手すりが無いことも生活動作を困難にする要因と考えられる。
課題解決目標
1．前輪型歩行器での歩行が出来る 2．昼間のおかずが1人で作れる 3．シンク内で皿洗いが出来る 4．前輪型歩行器に洗濯カゴを付けて移動 し、洗濯機の使用・室内干しが出来る 5．物品の整頓が出来る
（チームの）総合的援助方針
日中1人でも自宅生活が出来るよう退院調整をしていく。 Dr：術創管理、肝動注化学療法 Ns：術創管理、生活面・精神面・服薬 PT：基本動作、基礎体力向上 OT：日常生活動作、精神面、自宅環境設定、ケアマネへの情報提供

評価	考察
自立	家族に迷惑を掛けたくないAさんの思いを尊重し、生活目標は「一人で昼食を作って食べられるようになる」となった。その結果、病棟生活でも歩行器を使用する意欲に繋がり、体力向上や左手での生活動作スキルの習得にも繋がったものと考えられる。 アウトカム指標となる介入2ヶ月後の自宅生活評価より、平地歩行・食事の片付け・洗濯等はカゴ付き歩行器で自立し、掃除や整頓・外出等は部分的支援で可能であった。これは退院前の環境設定に加え、入院中に計画した基礎練習と応用練習の効果であると考えられる。またOTとの連携は、ADLは主にNs，歩行と体力に関しては主にPT、退院調整についてはNsとケアマネとの情報連携によって自宅退院まで円滑に進められた結果とも考えられる。しかし、「一人で昼食を作って食べる」という生活目標は未達成であった。これは調理経験の少ない長男が監視役ではなく、自宅に訪問して的確に操作方法の指導ができるようなOTやヘルパーが必要だったかもしれない。本事例を通して、退院後の指導者の選択と伝達方法が検討課題であると考えられた。
自立	
自立	
自立	
自立	
自立	
自立	
自立	
要介助	
自立	
監視or介助	
自立	
自立	
自立	
まれに	
週3回以上	
週1回以上	
まれに	
していない	
していない	
まれに	
していない	
していない	
していない	
していない	
していない	
していない	
していない	
していない	
していない	
書ける	
読んでいる	
読んでいる	
関心ある	
ない	
ある	
できる	
ない	

生活行為向上マネジメント基本情報

提出者 所属・氏名	所属: 氏名:	問い合わせ ID 連絡方法	ID: メール:
事例種別	【医療】■一般急性期　□一般回復期　□維持期　□精神・認知症 □小児　□その他(　　) 【介護】□老人保健施設　□通所リハ　□訪問リハ　□通所介護 □訪問介護　□介護支援専門員・地域包括支援センター □その他(　　) 【自立支援】□身障　□知的　□精神 【その他】　□その他(　　)		
主疾患名	肝臓癌術後の廃用症候群	発症からの期間	0ヶ月
現病歴	右視床出血にて入院中に大腸・肝臓に癌が発見され、手術となる。		
既往疾患	1循環器系:高血圧, 脳卒中(右視床出血) 6筋骨格系(右股関節変形症)		
性別	女性	年齢	67才
配偶者	あり	家族構成	6人
生活保護	なし	本人以外の家族の人数	5人
要介護度	要介護　1		
介護者の有無	2息子		
介護者の年齢	1, 65歳未満		
生活歴 (学歴・職歴・趣味を含む)	中学校卒業後は洋裁学校へ行き、20歳で結婚。旦那は漁師であったため、専業主婦として子育てをしていた。55歳時に近所の知人の新聞配達屋に頼まれて初めて仕事に従事することとなった。趣味は料理、洋裁。		
日常生活自立度 (寝たきり度)	A1		
痴呆性老人の 日常生活自立度	正常		
住宅・住処	1.持ち家		
年金の種類	1.国民年金		
収入の有無	2.していない		

地域移行・連携・社会資源情報

入院・入所またはサービス利用開始からの期間		71 日
介入期間		58 日
地域移行支援 取組みの有無	退院前訪問　あり	退院時カンファレンス参加　あり
	退院リハ指導　あり	退院後訪問指導　あり
社会資源	介入時	介入後
ケアマネ等関与	なし	あり
サービス 利用状況	12.利用なし	7.福祉用具・補装具(内容：前輪型歩行器、T 字杖、ポータブルトイレ、床天井支持型手すり、シャワーチェアー)
その他の社会資源 利用状況	なし	なし
ケアマネの設定した課題	（できれば 2 表のコピーを匿名化して添付）	

片麻痺になったことを第二の人生と位置付け会社社長として再出発した事例

1.報告の目的

回復期病棟では、精神面の不安定さと痛みによってリハビリテーションが思うように進まなかった対象者が、退院後職場復帰する中でさまざまな課題と直面することとなった。施設利用から 3 か月が経過し、意欲的に仕事に取り組む中から生じた外出先での「スーツのズボンの上げ下ろし」という課題に対して、生活行為向上マネジメントを実施した。それによって病前の趣味活動まで再開を果たした経過を報告する。

2.事例紹介

A 氏（51 歳男性)、脳出血による左片麻痺。要介護度 1、寝たきり度 A1、認知症自立度は正常。社員 80 名以上を抱える会社社長。1 年前の会議中、左半身の運動麻痺と構音障害が出現、救急搬送。右被殻出血を認め、発症から 1 か月後に回復期病院に転院。転院当初は起き上がりにも介助を要したが、発症後 3 か月で短下肢装具と T 字杖での歩行が可能となった。左上肢は運動・感覚ともに障害は重く、通所開始当初は浮腫み、硬さ、痛みが著明であった。回復期病院では易怒性、感情のコントロール低下との報告があったが、通所開始時は穏やかで意欲的であった。

水泳の特待生として高校に入学。国体選手として活躍したが、暴走族のリーダーとなり退学。多くの会社を渡り歩き、20 歳代前半で結婚。2 男 1 女に恵まれ、建築関係の会社を設立。人づきあいも良く、生活は多忙を極めていた。A 氏が発症してからは長男が次期社長として代理を勤めるなど家族の協力が大きい。

3.作業療法評価

利用開始からの 3 か月は左上肢の随意性を引き出し、室内での歩行を安定させることが行われた。病院では痛みによって進まなかった左上肢の訓練も他動的な動きを引き出し浮腫みの軽減を図ることで随意性が出現し、左手の動きに関心も高まっていった。ちょうど仕事のリズムも出来、精力的に外に出始めた頃、作業目標の聴き取り調査を行った。

ホテルでのパーティへの参加、経営者たちの集まりなど外出が増える中、ゴムのズボンでは格好がつかないし失礼にあたるが、スーツで外出する自信がないという言葉が聞かれた。夏はズボンが薄いことやノーネクタイでも参加できる場が多いが、秋から冬にかけてはスーツでの参加も多くなりトイレを我慢してしまうとのことであった。

心身機能面では、左上肢の感覚鈍麻と可動域制限、立位バランス能力が低下していることがズボンの上げ下げを困難にしていた。

活動・参加においては社交的で、慣れた場所には自分で運転をして出かけるなど行動範囲も広がっていたが、ズボンの上げ下げに関する動作に自信がなく、スーツを着ない、または飲食を控えてしまっていた。そのような A 氏の状況を妻や長男、次男も理解しており、極力スーツでの外出時には同行していたが、A 氏自身は家族への負担や自由にできないことをストレスに感じていた。

以上の状況から、社会的交流にも大きく関係するズボンの上げ下ろしを優先課題とした。実行度、満

足度は１であった。

４.介入の基本方針

会社社長という役割を第一に考え、生活の基本を職場、仕事関係での動作に据えることとした。しかし、病前のように動けないことでのストレスや仕事に没頭しすぎる性格を考慮し、ライフワークバランスを保ちながら、社会的交流や職員との関係でも新しいワークスタイルを見つけ、仕事以外に打ち込めるものも同時に考えて行くこととした。

５.作業療法実施計画

基本的プログラムとして、立位バランス訓練、左上肢機能向上訓練を継続することとした。自宅や会社の移動は全て歩行にて行っていたが、手すりやベッドサイドでのスクワット、臥位での左上肢の挙上などの自主トレーニングも導入。

応用的プログラムでは、ipad の操作時や食事時のお椀を持つなどの左手の使用、左手を日常的に補助手として用いることを意識してもらうこととした。家族には外出時に履くズボンを通所時に持って来てもらうことを伝え、練習をすることとした。また、今では自宅でシャワー浴しか行っていなかったが、寒くなってくることも考え、施設で湯船につかる練習も兼ね、週に 1 回程度は施設での入浴を行うこととした。この中で、更衣動作を介護職を中心に見て行くこととした。

社会適応ログラムでは、家族が同行した場合の外出先での実践を重視することとした。さらに作業療法士が実際に外出に立ち会う機会があれば同行することを提案した。

同時に、A 氏から再び水泳に挑戦したいという強い希望が口にされ、A 氏自身が交流のあったスイミングクラブの会長と直接交渉し、週に 1 回のスイミングトレーニングも計画され、作業療法士も同行する計画を立てた。

６.介入経過

当初から立ち上がりや立位保持、歩行において、左への注意・関心が欠如すると左後方へバランスを崩しやすくなり、転倒につながる危険性があった。若くてパワーもある男性のため、右の上下肢のみで修正可能ではあったが、恐怖感が増し、緊張が高まると左への意識がますます向かなくなり、左上肢の痙性が高まっていった。それを繰り返すことで左上肢の硬さが増し、さらに感覚入力が難しくなっていったため、立位にて左に重心をかけていくことや臥位での左上肢の可動域訓練は基本プログラムとして毎回実施した。

通所の回数は週に 3 回であったが、それ以外の日に仕事が立て込んでおり、通所当日も遅刻や早退しながらでないと回数を確保しにくい状況であった。仕事が忙しかったり、外回りのあった翌日は、左上肢が硬くなっており、動きを引き出すまでに時間を要した。徐々に硬さも取れやすくなり、A 氏自身も自宅で左手のポジションを気にしたり、なるべく物を把持するよう意識していくことで随意的な動きを継続することができるようになっていった。

左手のつまみ動作が可能になってきたことで、外出時に家族がいる時は、ズボンのベルト通しに指を入れ、ズボンが落ちないように支えながら、右手でボタンを締め、ベルトを締められるようになったと報告があった。

OT との個別での関わりや入浴での介護職との関わり、屋外歩行訓練やアニマルアシステッドセラピーといった機能訓練に固執しないプログラムの中で、A 氏自身が人生を捉え直そうとしている様子もうかがえた。それがスイミングへの挑戦であった。ズボンの上げ下ろしを目標にしたが、同時にもう一度何かに打ち込みたいという思いから、家族と OT が同行し、週に 1 回スイミングスクールの個別レッスンを受講した。

７.結果

個別的な関わりを通し A 氏の障害に対する受け止め方や他者に対する考え方に変化が見られていった。第一線で働き、毎日が充実していた矢先の脳出血発症は、今までの自分とは違い思うように出来ない歯がゆさや病前の自分に戻りたいという思いを拭いきれない状態であった。そのような中 OT が「第 2 の人生を作りましょう」「障害を負ったから出会えた人たちもいます。それがこれからの会社の経営や職員の教育に新たな視点を与えてくれるかもしれません。」と話したことをきっかけに、「もう一度自分の人生を捉え直してみる」と変化した。それ以後、A 氏からは「昔の自分では考えられないくらい穏やかに社員を見ていられる」という言葉も聞かれるようになった。

スイミングでは国体選手だったこともあり、右の上下肢のみでの泳ぎは驚くほど上達していった。しかし、A 氏は「昔を思い出すと悲しくなる。今は水泳の初心者、ここから始めるのです。」と語った。

その言葉の通り、先日 OT とともに参加した経営者の集まりでは、1 年ぶりに会う仲間と気取らず笑顔で話す A 氏の姿があった。ズボンも冬用を新着して出かけたが、ボタンでつまずき介助を要した。

８.考察

回復期病院では否認・混乱を認め、感情をコントロールすることができず自宅に戻った A 氏にとって、施設での他者との関わりがこの先の人生を見つめ直す時間を与えたと考えられる。前向きに努力する同世代の男性たちの姿は一番の励みになったと同時に刺激にもなっていった。心の変化は、硬さ、痛み、浮腫みに悩まされていた左上肢の動きにも影響を与え、左手が動くようになったという達成感につながっていった。

個別での関わりは機能面のみへのアプローチにとどまらず、対話の時間を作り、過去、現在、未来を整理する場ともなった。施設内の他職種も情報を共有し、語られた内容をケアマネージャーにも伝えていった。家族には毎回の通所記録を連絡帳を通して確認してもらい、自宅での様子も書き込みながら解決すべき課題を明確にしていった。こうした周囲の理解あり、会社社長という役割を保ちながらライフスタイルを再建していくことが可能となったと考えられる。

同時にスイミングへの挑戦は、今まで最も得意だった活動を片麻痺になってから行うことで、思うようにならない体を受け入れ、過去に囚われず新たな自分を作りだそうとするための A 氏の意味のある作業であった。

生活行為向上マネジメントでの聞き取り調査を通して明確になった「ズボンの上げ下ろし」という課題は、小さな目標であったかもしれないが、人生の捉え直しとなる重要なきっかけとなったといえる。

上手く出来なくても「出来なかった」と笑って介助を求められること、片麻痺の姿であっても今までの仲間と同じ空間に立ち会話を交わすこと。実際に共に外出し垣間見た A 氏の姿は明らかに利用開始当初より輝いているように見えた。

生活行為向上マネジメントシート

記入日：２０１３年　８月２２日

生活行為アセスメント	生活行為の目標	本人	仕事における外出先でのトイレ時にスーツのズボンの上げ下ろしを一人で行いたい				
		キーパーソン	同上				
	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（ICF コード）	b260･265 麻痺側の感覚鈍麻 b710 左上肢の関節可動域制限 b735 左上肢筋緊張亢進	d415 立位姿勢保持におけるバランス能力不良 d440 ズボンをつまみ、持ち上げ、保持する動作不良 d540 更衣動作において介助要す			フォーマルな場への参加が多く、常に介助者を同行させて外出できない	
	現状能力（強み）（ICF コード）	b130 目標が明確で意欲が高い b620 排尿機能問題なし b760 左上肢の随意性向上	d350 コミュニケーション能力良好　メール、電話を使いこなす d475 自分で運転して仕事関係の会議・会合に出席できる d850 会社社長として多くの従業員を雇い仕事に従事している d865 会社を経営する立場から複雑な経済的取引に従事している d910 ライオンズクラブに属し社会活動に参加している d920 スイミングに通っている			e310 妻・次男・長女同居 長男一家近所に居住 e410 妻・長男は本人の経営する会社社員、次男も会社経営にて協力的 e430 政治家とつながりあり	
	予後予測（いつまでに，どこまで達成できるか）	トレーニングにより上肢機能、歩行機能、バランス機能の向上が見込まれる	週に何日も外出があり、季節も秋から冬になることでズボンも重くなるため、実践が増え、手や体の使い方が向上すると考えられる。そのため、出来栄えは問わず出来るようになると予測される			・作業療法士のアドバイスにより、ズボンの形状、履きやすさを妻が工夫してくれる ・外出に慣れて行くと予測	
	合意した目標（具体的な生活行為）	仕事における外出先でのトイレ時にスーツのズボンの上げ下ろしを一人で行えるようになる					
	自己評価*	初期	実行度　1/10	満足度　1/10	最終	実行度　10/10	満足度　2/10

*自己評価は本人の実行度（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	社会適応プログラム
	いつ・どこで・誰が・何を実施・支援	本人	計画	立位バランス訓練・マシン訓練 左上肢機能向上訓練	・ipad 操作時、食事時の左手の使用・左手での物品操作訓練	外出先でのズボンの上げ下ろしの実践
			結果	バランス能力向上、転倒ゼロ	・左手を忘れがち（管理が不十分）．促せば気付くこと多い	・冬用ズボンでも上げ下げが可能になったと報告あり ・介入後すぐスイミング開始：体の使い方向上
		家族	計画	自宅での自主トレの見守り 会社・自宅内での歩行見守り	外出時のスーツのズボンを通所時に持たせる	家族が同行する外出時にトイレ動作の確認を行う
			結果	自宅での自主トレは欠かさず実施	スーツを持ってくる機会はなく、実践が多くなった	・不安な場合は家族が介助を行った ・毎週のスイミングに妻、次男、OT 同行し動作確認
		支援者（職種明記）	計画	・OT・PT による上肢、歩行、バランス、協調性訓練を週 3 回（1 回 1 時間）実施	・介護職による入浴動作、更衣動作訓練	・スーツを着て OT とともに外出
			結果	・確実に訓練実施・リハビリ＋週 1 回スイミング実施（インストラクターとの 1 対 1）	・麻痺側の脱ぎ着に介助要すが、左手の参加あり、入浴・更衣動作安定	・ズボンの種類によってボタンを留められないことあり ・スイミングインストラクターによる水中での歩行、クロール、背泳指導順調に実施
	実施・支援期間			2013 年　8 月　22 日　～　2013 年　11 月　18 日		
	達成			■達成　□変更達成　□未達成（理由：　　）　□中止		

本シートの著作権（著作人格権、著作財産権）は一般社団法人日本作業療法士協会に帰属しており、本シートの全部又は一部の無断使用、複写・複製、転載、記録媒体への入力、内容の変更等は著作権法上の例外を除いて禁じます。

課題分析モニタリング表

アセスメント項目		現状能力	予後予測		課題重要性
			このまま推移	介入後	
基本動作	起き上がり	自立	自立	自立	
	立位保持	見守り	見守り	自立	○
	床からの立ち上がり	一部介助	一部介助	見守り	○
	床のものを拾う	見守り	見守り	見守り	○
ADL（BI）	食事	自立	自立	自立	
	イスとベッド間の移乗	監視or軽介助	自立	自立	
	整容	自立	自立	自立	
	トイレ動作	自立	自立	自立	
	入浴	要介助	要介助	自立	○
	平地歩行（車椅子駆動）	部分介助	自立	自立	
	階段昇降	監視or介助	監視or介助	自立	
	更衣	部分介助	部分介助	自立	○
	排便コントロール	自立	自立	自立	
	排尿コントロール	自立	自立	自立	
IADL（FAI）	食事の用意	していない	していない	していない	
	食事の片付け	していない	していない	していない	
	洗濯	していない	していない	していない	
	掃除や整頓	していない	していない	していない	
	力仕事	していない	していない	していない	
	買物	していない	していない	していない	
	外出	週1回以上	週1回以上	週1回以上	○
	屋外歩行	していない	まれに	週1回以上	○
	趣味	していない	まれに	週1回以上	○
	交通手段の利用	時々	週1回以上	週1回以上	○
	旅行	まれに	まれに	まれに	
	庭仕事	していない	していない	していない	
	家や車の手入れ	していない	していない	していない	
	読書	月2回以上	月2回以上	月2回以上	
	仕事	週10時間以上	週30時間以上	週30時間以上	○
老研式抜粋	年金などの書類を	書ける	書ける	書ける	
	新聞などを	読んでいる	読んでいる	読んでいる	
	本や雑誌を	読んでいる	読んでいる	読んでいる	
	健康についての記事や番組に	関心ある	関心ある	関心ある	
	友達の家を訪ねること	ある	ある	ある	
	家族や友達の相談にのること	ある	ある	ない	
	病人を見舞うこと	できない	できる	できる	
	若い人に自分から話しけること	ある	ある	ある	
他		未把握	未把握	未把握	
		未把握	未把握	未把握	

課題個々の要因分析
・左への注意・関心が欠如すると左後方へバランスを崩しやすくなる。立ち上がり、立位保持においてもこの現象は見られる。 ・トイレ動作の中でズボンを上げ下げする際は立位バランスが要求される。随意的に上手く動かすことができない左手を用いて、ズボンのベルト通しに指をかけ、右手で衣類をしまい、ベルトを締める動作では、体を壁にもたれかけさせた状態であっても、両下肢への負担は大きい。 ・左上肢の可動域制限や随意性の低下によって、洗体動作では右上肢や背中を洗うことが難しく、更衣動作においても左手を通す部分で介助を要す。 ・現役の社長としての役割が大きく、外出の頻度も高い。同時に自家用車以外の交通手段の利用や、ホテル、お客様の会社などの訪問では歩行せざる得ない場合も多いため、応用歩行能力が要求されるが、恐怖心と感覚の鈍さのため不安定な状態である。
課題解決目標
①左への注意・関心の強化 ②立位バランスの向上 ③左手指の粗大～巧緻性の向上 ④（屋外、カーペットなどの上での）応用歩行の獲得 ⑤ストレスのかかる環境を避け、ライフワークバランスへ介入 ⑥趣味的活動（スイミング）の支援
（チームの）総合的援助方針
・会社社長という役割を第一に考え、生活の基本を在宅生活ではなく、職場、仕事関係での動作に据える。 ・脳出血後の片麻痺の状態で、社長を続けることでのストレスも考え、週3回はデイサービスを組み込み、仕事をしすぎないようケアマネージャーとも調整していく。同時に、次期社長となる長男や会社を熟知した妻とも精神面を含めた体調管理に努める。 ・片麻痺のスイミング訓練の場を確保し、支援していく。

評価	考察
自立	基本動作はほぼ自立となったものの、更衣動作や入浴動作は介助を要す状態に留まった。 この部分に対してはOTの介入不足といえる。 しかし、IADLでは屋外歩行が定期的におこなわれるようになったことや、趣味としてスイミングを開始したことなどで大きく変化が見られた。 仕事は否応なしに増えて行ったが家族やケアマネージャーの配慮もあり、時間の管理、休息時間は確保されている。
自立	
見守り	
見守り	
自立	
自立	
自立	
自立	
要介助	
自立	
監視or介助	
部分介助	
自立	
自立	
していない	
していない	
していない	
していない	
していない	
していない	
週1回以上	
週1回以上	
週1回以上	
週1回以上	
まれに	
していない	
していない	
月2回以上	
週30時間以上	
書ける	
読んでいる	
読んでいる	
関心ある	
ある	
ある	
できる	
ある	
未把握	
未把握	

生活行為向上マネジメント基本情報

提出者 所属・氏名	所属: 氏名:	ID 連絡方法	ID: メール:
事例種別	【医療】□一般急性期　□一般回復期　□維持期　□精神・認知症 □小児　□その他(　　) 【介護】□老人保健施設　□通所リハ　□訪問リハ　■通所介護		
主疾患名	右被殻出血	発症からの期間	9 か月
現病歴	平成 24 年 11 月 28 日仕事中に左片麻痺、構音障碍発症. 保存的加療施行。 12 月 23 日回復期リハ病棟に入院. 平成 25 年 4 月 27 日退院。		
既往疾患	1循環器系:高血圧, 脳卒中, 心臓病, その他 2内分泌・栄養・代謝障害:糖尿病, 高脂血症, その他 3呼吸器系, 4消化器系, 5泌尿器・生殖器系, 6筋骨格系, 7外傷、中毒系:骨折, その他, 8がん, 9血液・免疫系, 10 感染症,　11 精神・行動障害:認知症, その他, 12 神経系:神経難病, その他, 13 目の病気,　14 耳の病気、 15 皮膚の病気,　16 歯科,　17 その他(　　), 18 なし		
性別	男性・ 女性	年齢	51才
配偶者	あり・ なし	家族構成	4人 （本人・妻・次男・長女）
生活保護	あり ・なし	本人以外の家族の人数	3 人
要介護度	要支援 1 ・ 2 ・要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5		
介護者の有無	1 配偶者, 2 息子・娘 3, 息子・娘の配偶者　4, 孫　5, 兄弟・姉妹　6, その他		
介護者の年齢	1, 65 歳未満　2, 65～74 歳　3, 75～84 歳　4, 85 歳以上		
生活歴 （学歴・職歴・趣味を含む）	クリーニング店の長男。 高校中退後、クリーニング店に勤め、結婚。3 人の子供に恵まれ、8 年間に 7 社職場を変え生活を支えた。その後、建築関係の会社に入社。それを機に平成 12 年建築・不動産関係の会社を設立。	水泳の特待生として高校に入学. 国体選手として活躍. 道が逸れ、暴走族のリーダーとなり退学。 陸上、水泳が得意。 元気な頃はお酒の付き合いも多かった。	
日常生活自立度	正常 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2		
痴呆性老人の日常生活自立度	正常 ・ Ⅰ ・ Ⅱa ・ Ⅱb ・ Ⅲa ・ Ⅲb ・ Ⅳ ・ M		
住宅・住処	1.持ち家　2.賃貸住宅・借家　3.ケア付き住宅　4.その他(　　)		
年金の種類	1.国民年金　2.厚生年金　3.共済年金　4.老齢福祉年金のみ 5.その他(　　)		
収入の有無	1.収入のある仕事をしている　2.していない		

地域移行・連携・社会資源情報

入院・入所またはサービス利用開始からの期間		3か月半
介入期間		生活行為向上マネジメントとしての介入 26日
地域移行支援 取組みの有無	退院前訪問　あり・(なし) 退院リハ指導　あり・(なし)	退院時カンファレンス参加　あり・(なし) 退院後訪問指導　あり・(なし)
社会資源	介入時	介入後
ケアマネ等関与	(あり)・なし	(あり)・なし
サービス 利用状況	1.医療のデイケア(　　回・週) 2.(通所)介護・生活支援施設(　3回・週) 3.訪問リハ(　　回・週) 4.訪問介護(　　回・週) 5.訪問看護(　　回・週) 6.配食サービス(　　回・週) 7.(福祉用)具・補装具(内容：特殊寝台、入浴補助用具、SHB＋T字杖使用) 8.住宅改修有 9.ショーステイ(　　回・週) 10.就労支援施設	1.医療のデイケア(　　回・週) 2.(通所)介護・生活支援施設(　3回・週) 3.訪問リハ(　　回・週) 4.訪問介護(　　回・週) 5.訪問看護(　　回・週) 6.配食サービス(　　回・週) 7.(福祉用)具・補装具(内容：特殊寝台、入浴補助用具、SHB＋T字杖使用) 8.住宅改修有 9.ショーステイ(　　回・週) 10.就労支援施設
その他の社会資源 利用状況	1.一般就労・シルバー人材センター 2.教育(学校・養護学校・訪問教育・寿大学・通信教育・生涯学習を含む) 3.健康増進施設 4.市町村等が実施する介護予防事業 5.サロン等老人クラブ活動等(自助グループ、患者会を含む) 6.カルチャー教室 7.ボランティア活動	1.一般就労・シルバー人材センター 2.教育(学校・養護学校・訪問教育・寿大学・通信教育・生涯学習を含む) 3.健康増進施設 4.市町村等が実施する介護予防事業 5.サロン等老人クラブ活動等(自助グループ、患者会を含む) 6.カルチャー教室 7.ボランティア活動
ケアマネの設定した課題	1.病状の悪化を防ぐ．安定した状態で過ごしたい。 2.脳出血の後遺症で左上肢麻痺があり、ADL 機能が低下しないようにリハビリを継続したい。 3.自宅浴室で安全に入浴したい。 4.室内における自立的な行動を増やすために、起き上がり、起立動作の自立を図りたい。 5.左半身麻痺があり、移動時ふらつきあり転倒の危険性がある。 （できれば2表のコピーを匿名化して添付）	

主体的な野菜作りをすることで受動的な身体機能訓練のみに執着しなくなった症例

1.報告の目的

通所利用開始して半年経過しても受動的な身体機能訓練及び歩行訓練のみに執着していた対象者に対して、生活行為向上マネジメントを活用した作業療法アプローチを実施した。その結果、通所利用時は主体的に野菜作りの趣味活動を実施できるようになったため、その経過を報告する。

2.事例紹介

A 氏(70 歳代前半男性)、視床出血、右麻痺。要介護 4、寝たきり度 A1、認知症自立度は 2a。11 ヶ月前に発症、急性期病院・回復期病院で発症から 5 ヶ月間、訓練を受け自宅退院した。その後、当デイサービスを週 3 回利用開始となった。開始当初、右上肢は生活場面での参加はみられず、歩行・ADL 全般に見守りから軽介助が必要だった。OT サマリーには「ROM 制限・歩行能力低下、体幹柔軟性低下もあるためリラクセーション・ストレッチ・基本動作訓練の継続、安全な移動の確認」が挙がっていた。ケアプラン第 2 表にも身体機能維持が課題とあがっていた。生活行為向上マネジメントでの介入まではファシリテーション・歩行訓練中心で介入した。

生活歴として中学を卒業し、家業の農業を手伝った。結婚後も専業農家で生計をたてた。仕事も趣味も野菜作りであり、自宅から 1km 離れた畑で野菜を作り売っていた。野菜作り以外の趣味・興味はなかった。

3.作業療法評価

A 氏への聞き取りで「訓練は楽しくないが治りたい」という思いとともに「車の運転をしたい」と回答が得られた。理由は、「1km 離れた畑で野菜を作りたいため」だった。

心身機能面では、右片麻痺・右上下肢筋緊張亢進による立位・歩行バランス低下、緊張は血圧変動の影響もうけた。右上肢は場面により補助として使用可能なレベルであった。複雑な指示理解は困難もコミュニケーション可能であった。強みとして左上下肢の機能良好だった。

活動・参加面では、四点杖と装具で 50m 程度見守り歩行可能、不整地歩行では実用的な歩行は困難、屋外・長距離は車椅子使用していた。食事以外の ADL は全般に見守りが必要、麻痺側上肢の参加もほぼみられなかった。強みとして座位は安定していた。

環境面では、妻と二人暮らし、妻は介護に協力的も麻痺の治癒への執着や理解力に欠ける点があった。自宅前に畑があり、畑までは整備されていた。車の運転は発症後経験がなく妻と息子が反対していた。通所は週 3 回利用で歩行や日常生活の見守りは可能な環境にあった。

以上を A 氏とともに検討し、達成可能な目標は、「通所利用時に 1 つのプランターの野菜を管理する」「自宅前の庭の畑の一部水やりをする」という 2 つが挙がった。期間は 1 ヶ月とした。実行度・満足度は、現在この活動を実施していない為ともに 1 であった。

４.介入の基本方針

生きがいであった野菜作りができることを支援することで主体性を取り戻し、その人らしく生きていけるように関わる。そのために、基本練習、応用練習、社会適応練習に加えて介護保険で関わる多職種との連携したアプローチ及び環境調整を行う。

５.作業療法実施計画

週 3 回通所利用時は、20 分程度個別で関わり、基本・応用練習をする計画をたてた。

基本練習として、利き手交換訓練及び応用歩行(狭い場所や椅子へのアプローチ、歩行時の下方リーチ)を実施することとした。

応用練習として通所利用時に 1。プランターの土を整備 2。野菜の選択 3。野菜の植え付け 4。野菜の管理を実施することとした。そのために OT は環境調整(椅子・プランターの高さ・ホースのポジション・ホースの先の工夫)を実施することとした。

社会応用練習として、自宅の前の畑まで歩行し水やりをすることとした。自宅畑で座位での水やりをできる環境づくり及び家族指導について訪問担当 PT に相談する計画をたてた。

６.介入経過

通所利用開始時から「治りたい」との思いが強く受け身的な身体機能訓練と歩行訓練以外の活動(机上での工作・レクリエーションなど)には関心を示されなかった。

ご利用開始 6 ヶ月経過後、面談・生活行為向上プランを実施した。1 つめの目標である通所利用時の野菜作りのプログラムを開始するために OT は安定する場所での椅子のセッティング・のプランターの高さ調整・ホースの延長・ホースの先にノズルをつける工夫を施した。プログラムに対しては受け入れ良好、「面白いな」という発言が開始早々にみられた。血圧を管理しながら週 3 回、20 分程度実施した。肥料や水の量などは自身で調整、野菜も「ネギの苗から」と自身で選択、植え付けも OT は準備のみの介入で可能だった。通所利用でない日の水やりの必要性の有無を OT に申し送るなどプランターのネギの管理を率先して実施できるようになった。また受け身的な身体機能訓練や歩行訓練に執着する発言も少なくなった。

一方、通所でのプログラム開始から 10 日後、2 つ目の目標であった自宅前の畑の水やりプログラムをするために送迎時に妻に目標を説明した。次に訪問リハビリ担当 PT に電話にて畑の椅子の場所などの相談を行った。

訪問 PT からも妻に畑までの歩行や環境面の提案もあったが、妻の受け入れが不良で実施には至らなかった。妻の言い分としては「まずは麻痺が治ってから」ということであった。妻に主導権があり、A 氏との関係性も考慮した上で訪問 PT と相談し、1 ヶ月のプログラムでは妻の協力と理解を得ることは困難と判断した。

７.結果

A 氏は通所利用時にプランターまで行くための椅子からの立ち上がり・四点杖歩行・扉を開ける・椅子をひく・椅子に座るという応用動作も安定し見守りで可能になった。導入時の土を耕す時は誘導・声かけが必要であったが、苗を選択後の植えつけは主体的に実施できた。水や肥料をやることや職員に水

やりを申し送るなど、野菜に必要な手入れに対しての管理が可能となった。

一方、2 つ目の目標であった自宅前の畑の手入れ(水やり)をすることに対しては、妻の理解・協力が得られず導入ができなかった。

生活行為向上マネジメント導入して A 氏とともに決めた目標に向かって 1 ヶ月取り組み、1 つ目の目標は達成、2 つ目は達成できなかった。この時点での A 氏の実行度は 5・満足度は 7 であった。今後、A 氏の意向もあり通所ではプランターの野菜の管理のプログラムは継続することとした。自宅の野菜の手入れに関しては今後の課題として畑までの歩行訓練及び妻の理解を得るため、通所の様子の報告を継続することとした。

要介護度・自立度・BI・老研式活動能力指標は変化なかったが FAI は 0 点から 5 点となった。

８.考察

A 氏の意味のある作業は野菜作りと明確であったが、当初それを実現させるためには歩行訓練や麻痺の回復の訓練だという A 氏の認識があった。また、その作業が病前の作業イメージであったため、現状能力のできない部分に固執してしまったことも考えられる。

生活行為向上マネジメントツールで A 氏とともに現状能力を整理し、意味のある作業をベースに実現可能な目標を挙げることで通所利用時のプログラムはスムーズに受け入れられた。福田ら 1）は元々持ち合わせていた意味のある作業を理解し、作業機会を提供することが病後の作業再開に向けた第一歩となるのではないかと考えられると述べている。A 氏の作業再開の第一歩が通所利用時の野菜のプランター管理からできたと考えられる。

一方、もう一つ目標に挙げていた自宅前の畑の水やりは、通所で実施のプランター管理と作業の難易度は同等レベルと考えられたが、主介護者の妻が受け入れられず実行できなかった。原因としてそれまで OT が妻と関わる機会がほとんど無く、充分関係がとれていなかったことや説明から導入までの時間が短すぎたことが考えられる。

A 氏との関わりを通じて生活行為向上マネジメントを導入し、達成可能なニーズを OT という立場で考えることは、地域で暮らす対象者の QOL 向上に有効だと考えられる。そのためには、対象者の真のニーズの聞き取り・分析とともに家族のニーズの把握・多職種との連携が必要であると考えられる。

９.文献

1）福田久徳・吉川ひろみ：病後の作業再開を可能にした背景。作業療法 30:451、2011

生活行為向上マネジメントシート

記入日：平成２５年　８月２１日

生活行為アセスメント	生活行為の目標	本人	１㎞離れた畑まで車を運転して行って野菜を作りたい				
		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 (ICF コード)	b760 右片麻痺(ＢＲＳＴ上肢Ⅳ,手Ⅳ，下肢Ⅳ) b265 表在感覚低下 b735 右上下肢筋緊張亢進 b420 血圧変動による全身状態の日差 b144 健忘症状軽度あり		d450 歩行は四点杖と APS-AFO で見守り必要。 d500ＡＤＬ全般に見守りで可能も時間を要す。		発症後に運転を経験していない。 e410 妻が活動・参加よりも歩行訓練・機能訓練に固執する。妻に逆らえない。	
	現状能力 (強み) (ICF コード)	d440 左上肢の巧緻性良好 b730 左上肢の筋力５レベル d415 座位バランス良好 畑の知識が豊富		d550 食事自立(右上肢で一部補助可能) d460 見守りで屋内歩行可能。 d530 排泄は(移動を伴わない)尿器なら自立。		自宅の前の庭が広く畑がある。	
	予後予測 (いつまでに，どこまで達成できるか)	右上肢の訓練継続により生活場面での一部補助としての参加を増やせることが見込まれる。 降圧剤内服継続により全身状態安定。		見守りで応用歩行も可能と予測。 座位で、左手及び右手の一部補助で、プランターの管理は可能と予測。		訪問リハビリのセラピストや妻の協力が得られれば、自宅前の畑の手入れ(座位で水やり)は一部可能と予測。	
	合意した目標 (具体的な生活行為)	①　通所利用時に庭で１つのプランターの野菜(ネギ)を管理する。　(座位) ②　自宅前の庭の畑の手入れをする。(一部水やり)					
	自己評価*	初期	実行度　1/10	満足度 1/10	最終	実行度　5/10	満足度　7/10

***自己評価は本人の実行度（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	社会適応プログラム
	いつ・どこで・誰が・何を実施・支援	本人	計画	屋内外歩行訓練 両手活動訓練	通所で支援者とともにプランターでの野菜を植える、肥料をやる、水やりを実施。	支援者とともに自宅前の畑の手入れをする。
			結果	屋内歩行遠位見守りで可能。 主体的に自宅でも訓練継続。	通所利用時の土作り、作物の選択、苗植え、水やり、肥の管理はセッティングで可能となる。	将来的な目標(ご家族の理解を得ること含め)とし現状では未達成。
		家族	計画	歩行訓練見守り継続		自宅前の畑までの動作見守り及び手入れの様子を把握。
			結果	自宅の移動手段は歩行で継続中。 通所利用時の歩行量増加。		見守りや実施に対してのご家族の協力を得られず。

本シートの著作権（著作人格権、著作財産権）は一般社団法人日本作業療法士協会に帰属しており、本シートの全部又は一部の無断使用、複写・複製、転載、記録媒体への入力、内容の変更等は著作権法上の例外を除いて禁じます。

		支援者 （職種明記）	計画	歩行は通所多職種ともＡＤＬ場面で実施する。ＯＴ介入で椅子へのアプローチ・下方リーチなど応用歩行指導。 看護師による血圧管理。	ＯＴが座位でプランター手入れできる環境づくり。最初は、ＯＴが庭へ誘導したり、水やりなどの声掛けをする。後に自己管理して頂き、ご利用のない日の水やりや管理をＯＴや職員に指示できるようする。	訪問ＰＴと相談し、家の前の庭までの歩行や座る場所や椅子の配置を検討。
			結果	椅子へのアプローチ、リーチ含め見守りで実施。右上肢が生活場面での参加増加(器を補助、右手で左手をかく等)。 血圧は内服ｺﾝﾄﾛｰﾙ可能。	職員に通所利用しない日の手入れを指示することが可能となる。(水やりの必要性の有無など)	ご家族の意向により、畑までの歩行訓練のみ実施するが畑の手入れは現状では困難と判断。自宅での作業は実行に至らず。訪問ＰＴと、ご家族の理解を得るための関わりを継続することとする。
	実施・支援期間			平成２５　年　　９月　　１日　～　　平成２５　年　９月　　30 日		
	達成			□達成　■変更達成　□未達成（理由：　　）　□中止		

本シートの著作権（著作人格権、著作財産権）は一般社団法人日本作業療法士協会に帰属しており、本シートの全部又は一部の無断使用、複写・複製、転載、記録媒体への入力、内容の変更等は著作権法上の例外を除いて禁じます。

課題分析モニタリング表

アセスメント項目		現状能力	予後予測		課題重要性
			このまま推移	介入後	
基本動作	起き上がり	自立	自立	自立	
	立位保持	自立	自立	自立	
	床からの立ち上がり	一部介助	一部介助	一部介助	
	床のものを拾う	見守り	見守り	見守り	
ADL（BI）	食事	自立	自立	自立	
	イスとベッド間の移乗	監視or軽介助	監視or軽介助	監視or軽介助	
	整容	自立	自立	自立	
	トイレ動作	部分介助	部分介助	部分介助	
	入浴	要介助	要介助	要介助	
	平地歩行（車椅子駆動）	部分介助	車いす	部分介助	
	階段昇降	監視or介助	監視or介助	監視or介助	
	更衣	部分介助	部分介助	部分介助	
	排便コントロール	自立	自立	自立	
	排尿コントロール	自立	自立	自立	
IADL（FAI）	食事の用意	していない	していない	していない	
	食事の片付け	していない	していない	していない	
	洗濯	していない	していない	していない	
	掃除や整頓	していない	していない	していない	
	力仕事	していない	していない	していない	
	買物	していない	していない	していない	
	外出	していない	していない	していない	
	屋外歩行	していない	していない	まれに	3
	趣味	していない	していない	週1回以上	1
	交通手段の利用	していない	していない	していない	
	旅行	していない	していない	していない	
	庭仕事	していない	していない	定期的	2
	家や車の手入れ	していない	していない	していない	
	読書	していない	していない	していない	
	仕事	していない	していない	していない	
老研式抜粋	年金などの書類を	書けない	書けない	書けない	
	新聞などを	読んでいない	読んでいない	読んでいない	
	本や雑誌を	読んでいない	読んでいない	読んでいない	
	健康についての記事や番組に	関心ある	関心ある	関心ある	
	友達の家を訪ねること	ない	ない	ない	
	家族や友達の相談にのること	ない	ない	ない	
	病人を見舞うこと	できない	できない	できない	
	若い人に自分から話しけること	ある	ある	ある	
他		未把握	未把握	未把握	
		未把握	未把握	未把握	

課題個々の要因分析

右片麻痺・右上下肢筋緊張亢進による立位・歩行バランス低下、緊張は血圧変動の影響あり。右上肢は場面により補助として使用可能なレベル。複雑な指示理解は困難もコミュニケーション可能で。強みとして左上下肢の機能良好。

活動・参加面では、四点杖と装具で50m程度見守り歩行可能、不整地歩行では実用的な歩行は困難、屋外・長距離は車椅子使用。食事以外のADLは全般に見守りが必要、麻痺側上肢の参加もほぼみられず。強みとして座位は安定。

環境面では、妻と二人暮らし、妻は介護に協力的も麻痺の治癒への執着や理解力に欠ける点あり。自宅前に畑があり、畑までは整備。車の運転は発症後経験がなく妻と息子が反対。通所は週3回利用で歩行や日常生活の見守りは可能な環境。

課題解決目標

目標は、「通所利用時に1つのプランターの野菜を管理する」「自宅前の庭の畑の一部水やりをする」。期間は1ヶ月。

基本練習として、サンイング・組手での活動・利き手交換訓練及び応用歩行(狭い場所や椅子へのアプローチ、歩行時の下方リーチ)。

応用練習として、通所利用時に①プランターの土を整備②野菜の選択③野菜の植え付け④野菜の管理を実施。そのためにOTは環境調整(椅子・プランターの高さ・ホースのポジション・ホースの先の工夫)を実施。

社会応用練習として、自宅の前の畑まで歩行し水やりを実施。自宅畑で座位での水やりをできる環境づくり及び家族指導について訪問担当PTに相談する計画立案。

(チームの)総合的援助方針

生きがいであった野菜作りができることを支援することで主体性を取り戻し、その人らしく生きていけるように関わる。そのために、基本練習、応用練習、社会適応練習に加えて介護保険で関わる多職種との連携したアプローチ及び環境調整を行う。

評価
自立
自立
一部介助
一部介助
自立
監視or軽介助
自立
部分介助
要介助
部分介助
監視or介助
部分介助
自立
自立
していない
していない
していない
していない
していない
していない
していない
まれに
週1回以上
していない
していない
定期的
していない
していない
していない
書けない
読んでいない
読んでいない
関心ある
ない
ない
できない
ある
未把握
未把握

考察

A氏の意味のある作業は野菜作りと明確であったが、当初それを実現させるためには歩行訓練や麻痺の回復の訓練だというA氏の認識があった。また、その作業が病前の作業イメージであったため、現状能力のできない部分に固執してしまったことも考えられる。

生活行為向上マネジメントツールでA氏とともに現状能力を整理し、意味のある作業をベースに実現可能な目標を挙げることで通所利用時のプログラムはスムーズに受け入れられた。福田・吉川(病後の作業再開を可能にした背景．作業療法30:451,2011)は元々持ち合わせていた意味のある作業を理解し、作業機会を提供することが病後の作業再開に向けた第一歩となるのではないかと考えられると述べている。A氏の作業再開の第一歩が通所利用時の野菜のプランター管理からできたと考えられる。

一方、もう一つ目標に挙げていた自宅前の畑の水やりは、通所で実施のプランター管理と作業の難易度は同等レベルと考えられたが、主介護者の妻が受け入れられず実行できなかった。原因としてそれまでOTが妻と関わる機会がほとんど無く、十分関係がとれていなかったことや説明から導入までの時間が短すぎたことが考えられる。

A氏との関わりを通じて生活行為向上マネジメントを導入し、達成可能なニーズをOTという立場で考えることは、地域で暮らす対象者のQOL向上に有効だと考えられる。そのためには、対象者の真のニーズの聞き取り・分析とともに家族のニーズの把握・多職種との連携が必要であると考えられる。

生活行為向上マネジメント基本情報

提出者 所属・氏名	所属:氏名:	問い合わせ ID 連絡方法	ID: メール:
事例種別	【医療】□一般急性期　□一般回復期　□維持期　□精神・認知症 □小児　□その他(　　) 【介護】□老人保健施設　□通所リハ　□訪問リハ　■通所介護 □訪問介護　□介護支援専門員・地域包括支援センター □その他(　　) 【自立支援】□身障　□知的　□精神 【その他】　□その他(　　)		
主疾患名	左視床出血、高血圧	発症からの期間	11か月
現病歴	X年10月23日発症。同26日内視鏡下脳空内血腫除去術を施行。11月19日～X＋1年3月3日回復期リハ病棟に入院。退院後3月5日より当デイサービスご利用開始。		
既往疾患	①循環器系:高血圧, 脳卒中, 心臓病, その他 2内分泌・栄養・代謝障害:糖尿病, 高脂血症, その他 3呼吸器系, 4消化器系, 5泌尿器・生殖器系, 6筋骨格系, 7外傷、中毒系:骨折, その他, 8がん, 9血液・免疫系, 10 感染症,　11 精神・行動障害:認知症, その他, 12 神経系:神経難病, その他,　13 目の病気,　14 耳の病気、 15 皮膚の病気,　16 歯科,　17 その他(　　), 18 なし		
性別	(男)性 ・ 女性	年齢	72才
配偶者	(あり) ・ なし	家族構成	2人
生活保護	あり ・ (なし)	本人以外の家族の人数	1人
要介護度	要支援 1 ・ 2 ・ 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・(4)・ 5		
介護者の有無	(1)配偶者, 2息子・娘　3, 息子・娘の配偶者　4, 孫　5, 兄弟・姉妹　6, その他		
介護者の年齢	1, 65 歳未満　(2), 65～74 歳　3, 75～84 歳　4, 85 歳以上		
生活歴 (学歴・職歴・趣味を含む)	中学を卒業して家業の農業と漁師を手伝う。28 才で結婚。息子1人もうける。専業農家で農業で生計をたてる。仕事も趣味も野菜作り。自宅から1㎞先の畑で野菜を作り売っていた。野菜作り以外の趣味・興味はない。		
日常生活自立度 (寝たきり度)	正常 ・ J1 ・ J2 ・ (A1)・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2		
痴呆性老人の 日常生活自立度	正常 ・ Ⅰ ・ (Ⅱa) ・ Ⅱb ・ Ⅲa ・ Ⅲb ・ Ⅳ ・ M		
住宅・住処	(1.)持ち家　2.賃貸住宅・借家　3.ケア付き住宅　4.その他(　　)		
年金の種類	1.国民年金　(2.)厚生年金　3.共済年金　4.老齢福祉年金のみ　5.その他(　　)		
収入の有無	1.収入のある仕事をしている　(2.)していない		

地域移行・連携・社会資源情報

入院・入所またはサービス利用開始からの期間		１８０　日
介入期間		３０　日
地域移行支援取組みの有無	退院前訪問　あり・(なし)	退院時カンファレンス参加　あり・(なし)
	退院リハ指導　あり・(なし)	退院後訪問指導　あり・(なし)
社会資源	介入時	介入後
ケアマネ等関与	(あり)・なし	(あり)・なし
サービス利用状況	1.医療のデイケア(　　回・週) 2.通所介護・生活支援施設(　３回・週) 3.訪問リハ(　１回・週) 4.訪問介護(　　回・週) 5.訪問看護(　　回・週) 6.配食サービス(　　回・週) (7.)福祉用具・補装具(内容：四点杖、車椅子、上がり框手すり　　) (8.)住宅改修有 9.ショーステイ(　　回・週) 10.就労支援施設 11.地域活動支援センター等相談機関 13.機能訓練施設等(通園・療育・通所リハ)(　　回・週) 12.その他(　　)(　　回・週) 12.利用なし	1.医療のデイケア(　　回・週) 2.通所介護・生活支援施設(　３回・週) 3.訪問リハ(　１回・週) 4.訪問介護(　　回・週) 5.訪問看護(　　回・週) 6.配食サービス(　　回・週) (7.)福祉用具・補装具(内容：四点杖、車椅子、上がり框手すり　　) (8.)住宅改修有 9.ショーステイ(　　回・週) 10.就労支援施設 11.地域活動支援センター等相談機関 13.機能訓練施設等(通園・療育・通所リハ)(　　回・週) 12.その他(　　)(　　回・週) 12.利用なし
その他の社会資源利用状況	1.一般就労・シルバー人材センター 2.教育(学校・養護学校・訪問教育・寿大学・通信教育・生涯学習を含む) 3.健康増進施設 4.市町村等が実施する介護予防事業 5.サロン等老人クラブ活動等(自助グループ、患者会を含む) 6.カルチャー教室 7.ボランティア活動 8.老人会等地区組織活動 9.その他(　　)	1.一般就労・シルバー人材センター 2.教育(学校・養護学校・訪問教育・寿大学・通信教育・生涯学習を含む) 3.健康増進施設 4.市町村等が実施する介護予防事業 5.サロン等老人クラブ活動等(自助グループ、患者会を含む) 6.カルチャー教室 7.ボランティア活動 8.老人会等地区組織活動 9.その他(　　)
ケアマネの設定した課題	（できれば２表のコピーを匿名化して添付）	

研究員および班員

生活行為向上マネジメントの質の評価方法の開発と質の向上のあり方検討事業

班長	小林　隆司	吉備国際大学
	東　登志夫	長崎大学大学院
	石川　隆志	秋田大学
	長谷川　敬一	竹田綜合病院
	尾崎　勝彦	市立御前崎総合病院
	筧　智裕	牛久愛和総合病院
	三上　直剛	函館脳神経外科病院
	清野　敏秀	朝日町立病院
	徳本　雅子	中国労災病院
	椎野　良隆	竹田綜合病院
	大場　秀樹	東京都リハビリテーション病院
	小出　将志	佐世保中央病院
	柴田　八衣子	兵庫県立リハビリテーション中央病院
	榎森　智絵	自宅
	生駒　英長	いきいきリハビリケアいきいき稲福デイサービスセンター
	有村　正弘	介護老人保健施設さくら苑
	茂木　有希子	幸せの羽訪問看護ステーション
	谷川　真澄	なるざ
	木村　修介	新緑訪問看護ステーション長津田
	石井　利幸	介護老人保健施設ひもろぎの園
	三浦　晃	介護老人保健施設せんだんの丘
	渡邊　基子	介護老人保健施設ゆうゆう
	猪股　英輔	多摩たんぽぽ介護サービスセンター
	小林　幸治	目白大学
	宮内　順子	介護老人保健施設ぺあれんと
	塩田　繁人	石川県立高松病院
	村井　千賀	石川県立高松病院
	渡邉　忠義	あさかホスピタル
	田辺　美樹子	自宅

事例協力者

磯野　秀樹	日立製作所 日立総合病院
髙橋　啓吾	ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ天草病院
斉喜　真代	特別養護老人ﾎｰﾑ ﾍﾞﾙﾗｲﾌﾞ
宮本　香織	（株）光となごみ ｱｸﾃｨﾌﾞ応援館かめ sun
都甲　幹太	介護老人保健施設 あやめの里
小山　智彦	ｻﾝｸｽ米山

北別府　慎介　　西大和ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ病院
丹生谷　哲哉　　放射線第一病院
熊谷　隆史　　医療福祉専門学校 緑生館
森田　まゆみ　　長与病院

事例外部審査員

川越　雅弘　　国立社会保障・人口問題研究所
鷲見　よしみ　　一般社団法人日本介護支援員協会
東内　京一　　和光市役所
葉山　靖明　　デイサービスセンターけやき通り
中村　春基　　一般社団法人日本作業療法士協会

平成 25 年度老人保健健康増進事業
医療から介護保険まで一貫した
生活行為の自立支援に向けた
リハビリテーションの効果と質に関する評価研究

2014 年３月

発行：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　盛光伸光ビル７階
電話（03）5826-7871
FAX （03）5826-7872

平成２５年度老人保健健康増進等事業

医療から介護保険まで一貫した
生活行為の自立支援に向けた
リハビリテーションの効果と質に関する評価研究事業

報告書Ⅲ

第五章　生活行為支援モデル事業

資料：生活行為向上啓発普及テキスト

生活のヒント集「生活のあれこれ」

生活行為向上体操

一般社団法人　日本作業療法士協会

第五章　生活行為支援モデル事業

生活行為向上啓発普及テキスト

第五章　生活行為支援モデル事業

Ⅰ.生活確認表から見えた高齢者の生活の実態

１.目的

高齢者は社会参加に次いで、IADL、ADLの順に生活機能が低下するとの報告がある。協会では、高齢者の生活行為ができなくなり、しなくなる前に、生活行為に不自由さを感じている可能性があることに着目し、生活行為の不自由さを把握する「生活行為確認表」を開発した。また、高齢者の社会参加を促進するため、当協会が高齢者の生活ニーズを把握するために開発した「興味・関心チェック表」が高齢者の社会参加活動ニーズの把握に活用できると考えた。

そこで今回、高齢者の生活行為確認表及び興味・関心チェック表による調査を行い、その実態を把握するとともに具体的支援の在り方を検討する。

２.調査対象地域と実施方法

下記、各モデル地域の協力を得て、生活の不自由さを確認する「生活確認表」（別添１）、高齢者の生活行為ニーズを把握する「高齢者嗜好調査（興味関心チェックシート）」（別添２）、生活機能の低下者を把握する「基本チェックリスト」と日常生活の実施状況を把握する「生活状況調査」（別添３）を実施した。

【調査対象地域】

	佐賀県			茅野市	津幡町	和光市
実施主体	みやき町	在宅生活サポートセンター	基山町	茅野市	津幡町	和光市
調査対象	65歳以上の高齢者	高齢者大学参加者	高齢者サロン利用者	16区の65歳以上の高齢者	モデル地区 ５０～６４歳	65歳以上の高齢者
対象数	3,584名	181名	75名	118名	1,132名	抽出　2,000名
調査方法	生活圏域ニーズ調査に合わせて実施	高齢者大学開催時調査	サロン参加時調査	福祉推進員による配布回収	班長が配布し、回収。	生活圏域ニーズ調査に合わせて実施
調査内容	生活確認表 高齢者嗜好調査 基本チェックリスト	生活確認表 高齢者嗜好調査	生活確認表 高齢者嗜好調査	生活確認表 高齢者嗜好調査 基本チェックリスト	生活確認表 高齢者嗜好調査 基本チェックリスト	生活確認表 高齢者嗜好調査 基本チェックリスト
調査時期	１１月８日～ １１月２０日	H25.6～ H26.1	H25.10～	2月～3月2日	1月5日～ 31日	１１月８日～ １１月２０日

３.結　果

1）長野県茅野市

（1）調査地区の概要

調査を実施した茅野市豊平地区は、八ヶ岳の裾野に広がる山間地域に位置し、古代には縄文文化の中心地として栄え、尖石（とがりいし）遺跡からは竪穴住居跡をはじめ、縄文時代の土偶や土器などが沢山出土している。山間部に田園が広がる一方で、工業団地の造成により精密機器の製造工場がならび、農業と工業の混在する地域といえる。豊平地区の人口は茅野市の 9%程度で、調査対象の上古田（かみふるた）区は豊平地区の約 6%を占め、高齢化率は 33%である。上古田区は豊平地区のなかでも山間部に位置し、人口の流入は少なく、住民は昔からの顔なじみが地域生活を支え合っているという特徴がある。

（2）調査対象者の基本情報

調査地区の 60 歳以上の住民 118 名に「生活状況調査表」「生活行為確認表」「興味･関心チェックリスト」を配布し、115 名から回答を得た（回収率 97.5%）。内訳は男性 50 名（60～85 歳、平均 72.1±7.2 歳）、女性 65 名（60～96 歳、平均 74.3±9.7 歳）であった。調査対象者の年齢分布を図 1 に示した。

対象者のうち、要介護認定を受けている者が 10 名（男性 1 名、女性 9 名、平均 83.3±10.0 歳）みられた。内訳（人数）は要支援 1（1）、要支援 2（1）、要介護 1（4）、要介護 2（2）、要介護 3（0）、要介護 4（1）、要介護 5（1）であった。

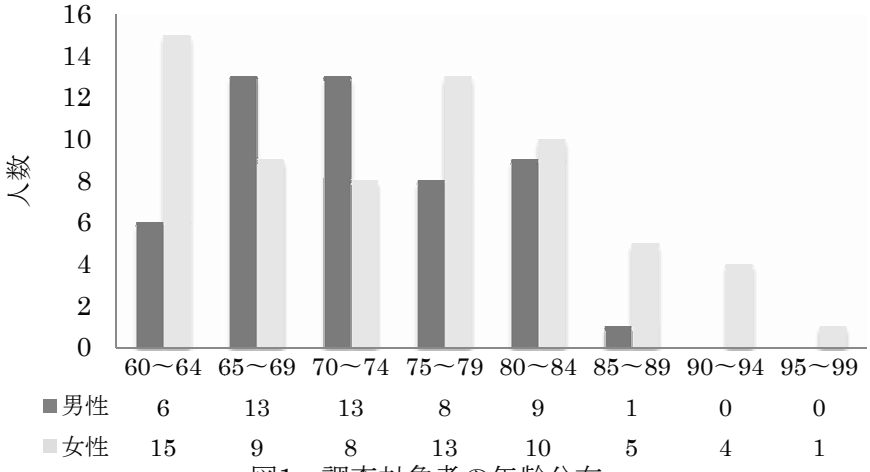


図1　調査対象者の年齢分布

（3）生活状況調査

生活状況調査表は、ADL/IADL の調査項目と二次予防事業で使用される基本チェックリストの項目から構成される。ADL/IADL の調査項目 1～16 と、基本チェックリストの調査項目 1～8、16、19 は「いいえ」を 1、他の項目は「はい」を 1 として回答者の人数を集計した。また、基本チェックリストへの記入が不十分であった 7 名のデータは欠損値として扱い、該当する集計から除外した。

① ADL/IADL

ADL/IADLの調査結果を男女別に示した（表1）.男性が「いいえ」（していない）と答えた生活行為は「食事の用意」と「洗濯」がともに21名（42%）で上位を占めた。また、女性では26名（40%）が「旅行」、25名（38.5%）が「力仕事」、22名（33.8%）が「読書」をしていないと答えていた。全体では「旅行」38名（33%）、「読書」35名（30.4%）、「力仕事」34名（29.6%）の順にしていないADL/IADLの上位を占めた。

表１　男女別ADL/IADL

		男性　(n=50)		女性　(n=65)		計　(n=115)	
		人数	%	人数	%	人数	%
1	食事をしていますか	0	0	1	1.5	1	0.9
2	洗面や歯磨き、整髪をしていますか	0	0	1	1.5	1	0.9
3	トイレを一人でしていますか	0	0	2	3.1	2	1.7
4	お風呂に一人で入っていますか	1	2.0	5	7.7	6	5.2
5	洋服の脱ぎ着をしていますか	0	0	2	3.1	2	1.7
6	食事の用意をしていますか	21	42.0	6	9.2	27	23.5
7	食事の片づけをしていますか	15	30.0	4	6.2	19	16.5
8	洗濯をしていますか	21	42.0	4	6.2	25	21.7
9	掃除や整頓をしていますか	12	24.0	5	7.7	17	14.8
10	力仕事をしていますか	9	18.0	25	38.5	34	29.6
11	何か楽しみな事や趣味活動をしていますか	8	16.0	17	26.2	25	21.7
12	旅行に行ったりしていますか	12	24.0	26	40.0	38	33.0
13	庭仕事をしたりしていますか	4	8.0	8	12.3	12	10.4
14	家や車の手入れをしたりしていますか	4	8.0	18	27.7	22	19.1
15	読書をしていますか	13	26.0	22	33.8	35	30.4
16	仕事をしていますか	9	18.0	19	29.2	28	24.3

下線は各系列の上位3項目を示す。

ADL/IADLの調査結果を年代別に表2に、年齢と回答数の関係を図2に示した。　高齢になるほどADL/IADLをしていない人数と項目数は増え、年齢と回答数（いいえ）の間には正の相関（r = 0.48）を認めた（図2）。　80歳以上では21名（70%）が「旅行」、17名（56.7%）が「力仕事」、16名（53.3%）が「家や車の手入れ」、14名（46.7%）が「楽しみや趣味活動」をしていないと答え、60歳代では全員が行っている項目（1～5のADL：食事、整容、排泄、入浴、更衣）をしていない、または一人でしていないと答えた者が複数みられた。

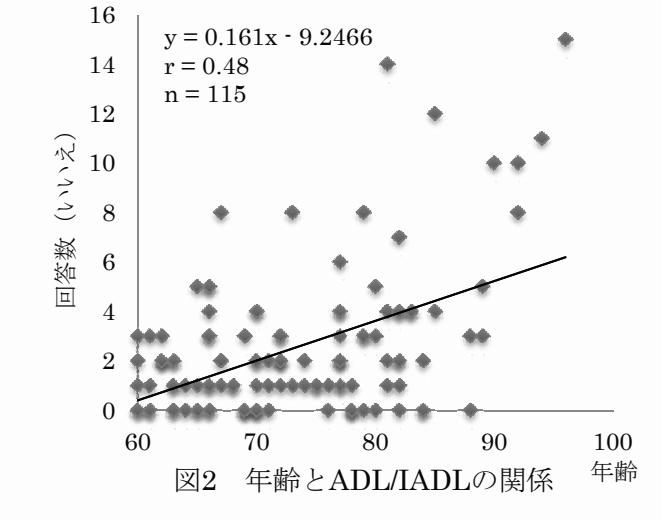


図2　年齢とADL/IADLの関係

表2　年代別ADL/IADL

		60-69（n=43）		70-79（n=42）		80～（n=30）	
		人数	%	人数	%	人数	%
1	食事をしていますか	0	0	0	0	1	3.3
2	洗面や歯磨き、整髪をしていますか	0	0	0	0	1	3.3
3	トイレを一人でしていますか	0	0	0	0	2	6.7
4	お風呂に一人で入っていますか	0	0	1	2.4	5	16.7
5	洋服の脱ぎ着をしていますか	0	0	0	0	2	6.7
6	食事の用意をしていますか	7	16.3	12	28.6	8	26.7
7	食事の片づけをしていますか	4	9.3	8	19.0	7	23.3
8	洗濯をしていますか	8	18.6	9	21.4	8	26.7
9	掃除や整頓をしていますか	4	9.3	5	11.9	8	26.7
10	力仕事をしていますか	9	20.9	8	19.0	17	56.7
11	何か楽しみな事や趣味活動をしていますか	3	7.0	8	19.0	14	46.7
12	旅行に行ったりしていますか	9	20.9	8	19.0	21	70.0
13	庭仕事をしたりしていますか	2	4.7	3	7.1	7	23.3
14	家や車の手入れをしたりしていますか	2	4.7	4	9.5	16	53.3
15	読書をしていますか	13	30.2	11	26.2	11	36.7
16	仕事をしていますか	9	20.9	7	16.7	12	40.0

下線は各系列の上位3項目を示す。

②基本チェックリスト

基本チェックリストの回答者数を男女別に示した（表3)。男性では「バスや電車で1人で外出していない」が20名（44.4%）で最も多く、次いで「転倒に対する不安」17名（37.8%)、「この1年間に転んだことがある」と「固いものが食べにくくなった」15名（33.3%）の順に多かった。女性では「転倒に対する不安」が34名（54.0%）で最も多く、次いで「この1年間に転んだことがある」27名（42.9%)、「階段を手すりや壁をつたわらずに昇っていない」26名（41.3%）の順に多かった。また、全体では、51名（47.2%）が「転倒に対する不安」が大きく、42名（38.9%）が「この1年間に転んだことがある」、38名（35.2%）が「階段を手すりや壁をつたわらずに昇っていない」と答えた。

表3　男女別基本チェックリスト

		男性	(n=45)	女性	(n=63)	計	(n=108)
		人数	%	人数	%	人数	%
1	バスや電車で１人で外出していますか	20	44.4	25	39.7	45	41.7
2	日用品の買い物をしていますか	6	13.3	11	17.5	17	15.7
3	預貯金の出し入れをしていますか	9	20.0	9	14.3	18	16.7
4	友人の家を訪ねていますか	12	26.7	17	27.0	29	26.9
5	家族や友人の相談にのっていますか	5	11.1	13	20.6	18	16.7
6	階段を手すりや壁をつたわらずに昇っていますか	12	26.7	26	41.3	38	35.2
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	3	6.7	13	20.6	16	14.8
8	１５分位続けて歩いていますか	4	8.9	12	19.0	16	14.8
9	この１年間に転んだことがありますか	15	33.3	27	42.9	42	38.9
10	転倒に対する不安は大きいですか	17	37.8	34	54.0	51	47.2
11	６ヶ月間で２～３kg以上の体重減少がありましたか	9	20.0	8	12.7	17	15.7
12	ＢMI	3	6.7	2	3.2	5	4.6
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	15	33.3	21	33.3	36	33.3
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	11	24.4	16	25.4	27	25.0
15	口の渇きが気になりますか	6	13.3	14	22.2	20	18.5
16	週に１回以上は外出していますか	5	11.1	6	9.5	11	10.2
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	6	13.3	8	12.7	14	13.0
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるといわれますか	8	17.8	11	17.5	19	17.6
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	3	6.7	11	17.5	14	13.0
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	8	17.8	15	23.8	23	21.3
21	(ここ２週間)毎日の生活に充実感がない	9	20.0	8	12.7	17	15.7
22	(ここ２週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	5	11.1	10	15.9	15	13.9
23	(ここ２週間)以前は楽にできていたことが今はおっくうに感じられる	14	31.1	18	28.6	32	29.6
24	(ここ２週間)自分が役に立つ人間だと思えない	13	28.9	11	17.5	24	22.2
25	(ここ２週間)わけもなく疲れたような感じがする	12	26.7	14	22.2	26	24.1

下線は各系列の上位3項目を示す。

基本チェックリストの回答者数を年代別に示し（表4)、年齢と回答数の関係を図3に示した。年齢が高くなるほど回答者数も増し、年齢と回答数の間には比較的強い正の相関関係（r=0.56）が認められた（図3)。

60歳代では「バスや電車で１人で外出していない」14名（34.1%)、「この1年間に転んだことがある」13名（31.7%)、「転倒に対する不安」12人（29.3%）の順に回答者が多かった。70歳代では、「転倒に対する不安」が23名（57.5%）で最も多く、「この1年間に転んだことがある」17名（42.5%)、「階段を手すりや壁をつたわらずに昇っていない」13名（32.5%）の順に多かった。80歳以上では回答者の割合が増し、17名（63.0%）が「階段を手すりや壁をつたわらずに昇っていない」、16名（59.3%）が「転倒に対する不安」が大きく、「固いものが食べにくくなった」と答えていた。各年代に共通して多かった項目は「転倒に対する不安は大きい」であった。

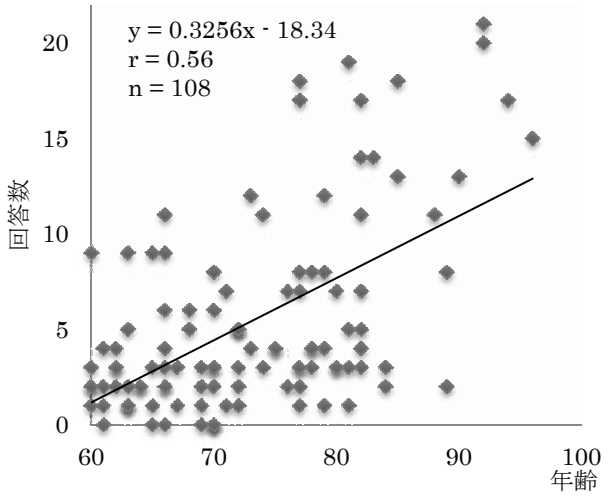


図3　年齢と基本チェックリストの関係

表4　年代別基本チェックリスト

		60-69	(n=41)	70-79	(n=40)	80~	(n=27)
		人数	%	人数	%	人数	%
1	バスや電車で１人で外出していますか	14	34.1	16	40.0	15	55.6
2	日用品の買い物をしていますか	0	0.0	7	17.5	10	37.0
3	預貯金の出し入れをしていますか	2	4.9	6	15.0	10	37.0
4	友人の家を訪ねていますか	9	22.0	7	17.5	13	48.1
5	家族や友人の相談にのっていますか	3	7.3	4	10.0	11	40.7
6	階段を手すりや壁をつたわらずに昇っていますか	8	19.5	13	32.5	17	63.0
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0	0.0	4	10.0	12	44.4
8	１５分位続けて歩いていますか	3	7.3	3	7.5	10	37.0
9	この１年間に転んだことがありますか	13	31.7	17	42.5	12	44.4
10	転倒に対する不安は大きいですか	12	29.3	23	57.5	16	59.3
11	６ヶ月間で２～３kg 以上の体重減少がありましたか	6	14.6	8	20.0	3	11.1
12	ＢMI	3	7.3	0	0。0	2	7.4
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	8	19.5	12	30.0	16	59.3
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	6	14.6	10	25.0	11	40.7
15	口の渇きが気になりますか	3	7.3	8	20.0	9	33.3
16	週に１回以上は外出していますか	3	7.3	2	5.0	6	22.2
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	4	9.8	5	12.5	5	18.5
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるといわれますか	1	2.4	6	15.0	12	44.4
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	5	12.2	1	2.5	8	29.6
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	3	7.3	8	20.0	12	44.4
21	(ここ２週間)毎日の生活に充実感がない	5	12.2	3	7.5	9	33.3
22	(ここ２週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	2	4.9	4	10.0	9	33.3
23	(ここ２週間)以前は楽にできていたことが今はおっくうに感じられる	7	17.1	13	32.5	12	44.4
24	(ここ２週間)自分が役に立つ人間だと思えない	4	9.8	10	25.0	10	37.0
25	(ここ２週間)わけもなく疲れたような感じがする	6	14.6	11	27.5	9	33.3

下線は各系列の上位3項目を示す。

（4）生活行為確認表による生活行為の不自由

①男女別「不自由を感じる」と答えた人数

生活行為確認表の項目 1～20 に「不自由を感じる」と答えた人数を男女別に示した（表 5)。男性は「重い荷物を運ぶ」18 名（19.8%）が最も多く、次いで「階段の昇降」9 名（9.9%)、「電話や会話の聞き取り」8 名（8.8%）の順に多かった。女性は 32 名（49.2%）が「重い荷物を運ぶ」に不自由を感じ、24 名（36.9%）が「階段の昇降」、20 名（30.8%）が「床から立ち上がる」のに不自由を感じていた。男女を比較すると、生活行為に不自由を感じている割合はいずれも女性で多い傾向がみられた。全体では、「重い荷物を運ぶ」が 50 名（43.5%）で最も多く、次いで「階段の昇降」33 名（28.7%)、「床から立ち上がる」と「電話や会話の聞き取り」26 名（22.6%）の順に多かった。

表 5　男女別「不自由を感じる」と答えた人数

		男性（n=50）		女性（n=65）		計（n=115）	
		人数	%	人数	%	人数	%
1	床から立ち上がる	6	6.6	20	30.8	26	22.6
2	立った状態で床からペンを拾う	4	4.4	8	12.3	12	10.4
3	階段の昇降	9	9.9	24	36.9	33	28.7
4	掃除(掃除機がけ)	5	5.5	13	20.0	18	15.7
5	重い荷物を運ぶ	18	19.8	32	49.2	50	43.5
6	洋服のボタンを留める	4	4.4	9	13.8	13	11.3
7	足の爪を切る	7	7.7	8	12.3	15	13.0
8	料理をつくる	4	4.4	12	18.5	16	13.9
9	ペットボトルの蓋を開ける	2	2.2	12	18.5	14	12.2
10	ジャムなどの広口びんの蓋を開ける	2	2.2	17	26.2	19	16.5
11	電話や会話の聞き取り	8	8.8	18	27.7	26	22.6
12	バスを乗り降りする	5	5.5	8	12.3	13	11.3
13	新聞や回覧板を読む	3	3.3	4	6.2	7	6.1
14	自動車やバイクの運転	2	2.2	5	7.7	7	6.1
15	整理整頓をする	3	3.3	10	15.4	13	11.3
16	草むしり(草引き)をする	4	4.4	12	18.5	16	13.9
17	下着の脱着	3	3.3	5	7.7	8	7.0
18	入浴で体や頭を洗う	2	2.2	5	7.7	7	6.1
19	箸の操作	0	0.0	3	4.6	3	2.6
20	洗濯物を干す	0	0.0	9	13.8	9	7.8

*下線は上位 3 項目を示す。

②年代別「不自由を感じる」と答えた人数

生活行為確認表の項目 1～20 に「不自由を感じる」と答えた人数を年代別に示した(表 6)。不自由を感じる生活行為は、60 歳代では「重い荷物を運ぶ」が 12 名(27.9%)で最も多く、次いで「電話や会話の聞き取り」6 名(14.0%)、「階段の昇降」「草むしり(草引き)をする」5 名(11.6%)の順であった。70 歳代では「重い荷物を運ぶ」が 20 名（47.6%）で最も多く、次いで「階段の昇降」12 名(28.6%)、「電話や会話の聞き取り」8 名(19.0%)の順に多かった。80 歳以上では、18 名(60%)が「重い荷物を運ぶ」、16 名(53.3%)が「階段の昇降」、15 名(50%)が「床から立ち上がる」のに不自由を感じると答えていた。60 歳代、70 歳代、80 歳代以上ともに不自由を感じている生活行為は「重い荷物を運ぶ」「階段の昇降」が上位を占めていた。

表 6　年代別「不自由を感じる」と答えた人数

		60～69（n=43）		70～79（n=42）		80 以上（n=30）	
		人数	%	人数	%	人数	%
1	床から立ち上がる	4	9.3	7	16.7	15	50.0
2	立った状態で床からペンを拾う	2	4.7	1	2.4	9	30.0
3	階段の昇降	5	11.6	12	28.6	16	53.3
4	掃除(掃除機がけ)	2	4.7	4	9.5	12	40.0
5	重い荷物を運ぶ	12	27.9	20	47.6	18	60.0
6	洋服のボタンを留める	0	0.0	2	4.8	11	36.7
7	足の爪を切る	3	7.0	4	9.5	8	26.7
8	料理をつくる	1	2.3	6	14.3	9	30.0
9	ペットボトルの蓋を開ける	3	7.0	3	7.1	8	26.7
10	ジャムなどの広口びんの蓋を開ける	3	7.0	6	14.3	10	33.3
11	電話や会話の聞き取り	6	14.0	8	19.0	12	40.0
12	バスを乗り降りする	2	4.7	5	11.9	6	20.0
13	新聞や回覧板を読む	3	7.0	1	2.4	3	10.0
14	自動車やバイクの運転	0	0.0	2	4.8	5	16.7
15	整理整頓をする	0	0.0	4	9.5	9	30.0
16	草むしり(草引き)をする	5	11.6	5	11.9	6	20.0
17	下着の脱着	0	0.0	2	4.8	6	20.0
18	入浴で体や頭を洗う	0	0.0	2	4.8	5	16.7
19	箸の操作	0	0.0	0	0.0	3	10.0
20	洗濯物を干す	0	0.0	5	11.9	4	13.3

下線は上位 3 項目を示す。

③「不自由を感じる」項目数と人数

対象者 115 名のうち、生活行為確認表に記された生活行為に、1 項目以上「不自由を感じる」と答えた者は 64 名（55.7%）であった。表 7 に不自由を感じると答えた項目の数と人数、図 4 に年齢と不自由を感じると答えた項目数の関係を示した。年齢と不自由を感じる項目数との間には正の相関関係（r = 0.48）が認められた。不自由を感じる項目数の 0〜3 に 83 名（72.2%）が含まれる一方、10 以上の項目に不自由を感じる者も 11 名（9.6%）みられ、11 名のうち 9 名が 80 歳以上の高齢者であった（図 3、点線で囲んだ 9 名）。

表 7　「不自由を感じる」項目数と人数

項目数	人数	%
0	51	44.3
1	11	9.6
2	9	7.8
3	12	10.4
4	5	4.3
5	7	6.1
6	2	1.7
7	4	3.5
8	1	0.9
9	2	1.7
10	1	0.9
11	1	0.9
12	3	2.6
13	3	2.6
14	2	1.7
15	1	0.9
	115	100

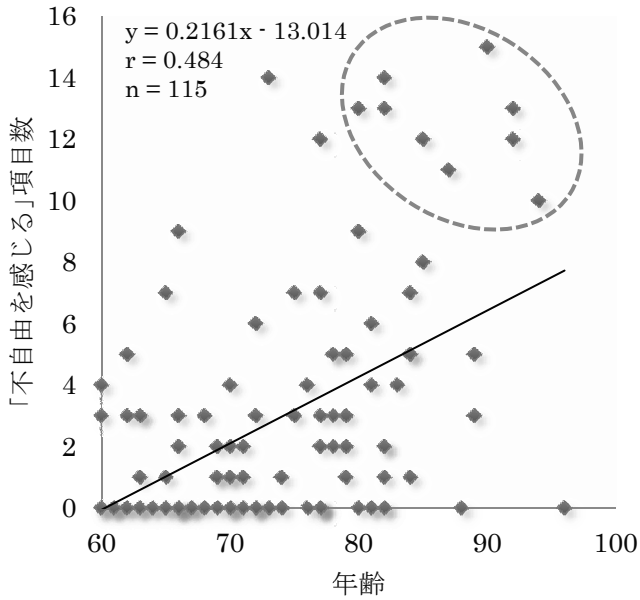


図4　年齢と「不自由を感じる」項目数の分布

(5) 主観的健康感

生活行為確認表にある対象者の健康状態の自己評価（主観的健康感）を男女別（表 8）、年代別（表 9）に示した（有効回答数：n = 105）。

健康状態の自己評価は、男女とも「ふつう」が最も多かった（男性 19 名 44.2%、女性 27 名 43.5%、合計 46 名 43.8%）。次いで多かった項目は、男性では「まあまあ健康」12 名（27.9%）であったが、女性では「あまり良くない」14 名（22.6%）であった。

年代別にみると、60 歳代と 70 歳代では「ふつう」がそれぞれ 22 名（52.4%）、18 名（51.4%）で最も多かった。これに対し、80 歳以上では「あまり良くない」が 10 名（35.7%）で最も多く、「悪い」と自己評価した者も 4 名（14.3%）みられた（表 10）。

表 8　男女別主観的健康感

	男性（n=43）		女性（n=62）		計（n=105）	
	人数	%	人数	%	人数	%
1　とても健康	7	16.3	7	11.3	14	13.3
2　まあまあ健康	12	27.9	11	17.7	23	21.9
3　ふつう	19	44.2	27	43.5	46	43.8
4　あまり良くない	3	7.0	14	22.6	17	16.2
5　悪い	2	4.7	3	4.8	5	4.8

下線は最大を示す。

表 9　年代別主観的健康感

	60～69（n=42）		70～79（n=35）		80 以上（n=28）	
	人数	%	人数	%	人数	%
1　とても健康	8	19.0	4	11.4	2	7.1
2　まあまあ健康	9	21.4	8	22.9	6	21.4
3　ふつう	22	52.4	18	51.4	6	21.4
4　あまり良くない	2	4.8	5	14.3	10	35.7
5　悪い	1	2.4	0	0.0	4	14.3

下線は最大を示す。

（6）興味･関心チェックリスト

①男女別「している」生活行為

興味･関心チェックリストの結果から、対象者が「している」生活行為を男女別に示した（表 10）。男性では「畑仕事」が 33 名（66.0%）で最も多く、次いで「旅行・温泉」32 名（64.0%）、「家族・親戚との団らん」30 名（60.0%）の順に多かった。女性では「家族・親戚との団らん」が 41 名（63.1%）で最も多く、次いで「友達とのおしゃべり」39 名（60%）、「畑仕事」38 名（58.5%）の順に多かった。また、全体では、「畑仕事」と「家族･親戚との団らん」が 71 名（61.7%）で最も多く、次いで「旅行･温泉」が 64 名（55.7%）、「散歩」が 60 名（52.2%）で多かった。

表 10　「している」生活行為の男女別比較

	男性　(n=50)		女性　(n=65)		計　(n=115)	
	人数	%	人数	%	人数	%
1　読書	20	40.0	30	46.2	50	43.5
2　俳句	3	6.0	3	4.6	6	5.2
3　書道･習字	1	2.0	0	0.0	1	0.9
4　絵を描く･絵手紙	2	4.0	2	3.1	4	3.5
5　パソコン･ワープロ	16	32.0	9	13.8	25	21.7
6　写真	8	16.0	3	4.6	11	9.6
7　映画･観劇･演奏会に行く	8	16.0	12	18.5	20	17.4
8　お茶･お花	0	0.0	8	12.3	8	7.0
9　歌を歌う･カラオケ	13	26.0	10	15.4	23	20.0
10　音楽を聴く･楽器演奏	10	20.0	16	24.6	26	22.6
11　編み物	0	0.0	14	21.5	14	12.2
12　針仕事	2	4.0	33	50.8	35	30.4
13　畑仕事	33	66.0	38	58.5	71	61.7
14　家族･親戚との団らん	30	60.0	41	63.1	71	61.7
15　デート･異性との交流	5	10.0	0	0.0	5	4.3
16　居酒屋に行く	13	26.0	7	10.8	20	17.4
17　賃金を伴う仕事	14	28.0	10	15.4	24	20.9
18　生涯学習･歴史	7	14.0	0	0.0	7	6.1
19　将棋･囲碁	6	12.0	0	0.0	6	5.2
20　体操･運動	20	40.0	19	29.2	39	33.9
21　散歩	28	56.0	32	49.2	60	52.2
22　ダンス･盆踊りなど	1	2.0	1	1.5	2	1.7
23　スポーツ(グランドゴルフ等)	8	16.0	5	7.7	13	11.3
24　野球･相撲観戦	16	32.0	12	18.5	28	24.3
25　花札などのゲーム	2	4.0	4	6.2	6	5.2
26　競馬･競輪･競艇･パチンコ	3	6.0	1	1.5	4	3.5
27　孫･子供の世話	15	30.0	25	38.5	40	34.8
28　動物の世話	11	22.0	13	20.0	24	20.9
29　友達とおしゃべり	19	38.0	39	60.0	58	50.4
30　ボランティア	11	22.0	9	13.8	20	17.4
31　お参り･宗教活動	13	26.0	15	23.1	28	24.3
32　地域活動(町内会/老人クラブ)	22	44.0	21	32.3	43	37.4
33　旅行･温泉	32	64.0	32	49.2	64	55.7
34　その他(ハイキング、デイサービス)	1	2.0	2	3.1	3	2.6

*下線は上位 3 項目を示す

②年代別「している」生活行為

興味･関心チェックリストの結果から、対象者が「している」生活行為を年代別に示した（表 11)。60 歳代では「畑仕事」が 30 人（69.8%）で最も多く、次いで「旅行・温泉」が 29 名（67.4%)、「家族・親戚との団らん」28 人（65.1%）の順であった。70 歳代では、「畑仕事」が 30 人（71.4%）で最も多く、次いで「家族・親戚との団らん」29 人（69%)、「散歩」28 名（66.7%）の順であった。80 歳代以上では「家族・親戚との団らん」が 14 名（46.7%）で最も多く、次いで「畑仕事」11 名（36.7%)、「友達とおしゃべり」10 名（33.4%）の順に多かった。また、80 歳以上の高齢者では、していない生活行為が多数みられた（11 項目：3、4、7、8、15、16、18、19、22、23、25､)。

表 11　「している」生活行為の年代別比較

		60-69 (n=43)		70-79 (n=42)		80～ (n=30)	
		人数	%	人数	%	人数	%
1	読書	24	55.8	20	47.6	6	20.0
2	俳句	1	2.3	4	9.5	1	3.3
3	書道･習字	0	0.0	1	2.4	0	0.0
4	絵を描く･絵手紙	1	2.3	3	7.1	0	0.0
5	パソコン･ワープロ	20	46.5	4	9.5	1	3.3
6	写真	5	11.6	5	11.9	1	3.3
7	映画･観劇･演奏会に行く	16	37.2	4	9.5	0	0.0
8	お茶･お花	5	11.6	3	7.1	0	0.0
9	歌を歌う･カラオケ	10	23.3	11	26.2	2	6.7
10	音楽を聴く･楽器演奏	15	34.9	9	21.4	2	6.7
11	編み物	8	18.6	4	9.5	2	6.7
12	針仕事	16	37.2	12	28.6	7	23.3
13	畑仕事	30	69.8	30	71.4	11	36.7
14	家族･親戚との団らん	28	65.1	29	69.0	14	46.7
15	デート･異性との交流	3	7.0	2	4.8	0	0.0
16	居酒屋に行く	10	23.3	10	23.8	0	0.0
17	賃金を伴う仕事	12	27.9	10	23.8	2	6.7
18	生涯学習･歴史	5	11.6	2	4.8	0	0.0
19	将棋･囲碁	1	2.3	5	11.9	0	0.0
20	体操･運動	19	44.2	14	33.3	6	20.0
21	散歩	23	53.5	28	66.7	9	30.0
22	ダンス･盆踊りなど	0	0.0	2	4.8	0	0.0
23	スポーツ(グランドゴルフ等)	8	18.6	5	11.9	0	0.0
24	野球･相撲観戦	6	14.0	19	45.2	3	10.0
25	花札などのゲーム	4	9.3	2	4.8	0	0.0
26	競馬･競輪･競艇･パチンコ	3	7.0	0	0.0	1	3.3
27	孫･子供の世話	17	39.5	17	40.5	6	20.0
28	動物の世話	11	25.6	9	21.4	4	13.3
29	友達とおしゃべり	22	51.2	26	61.9	10	33.3
30	ボランティア	11	25.6	8	19.0	1	3.3
31	お参り･宗教活動	8	18.6	13	31.0	7	23.3
32	地域活動(町内会/老人クラブ)	13	30.2	23	54.8	7	23.3
33	旅行･温泉	29	67.4	27	64.3	8	26.7
34	その他(ハイキング、デイサービス)	2	4.7	0	0.0	1	3.3

*下線は上位 3 項目を示す

③男女別「興味がある」「してみたい」生活行為

興味･関心チェックリストの結果から、「興味がある」または「してみたい」の回答数を男女別に表 12 に示した。男性では、「映画・観劇・演奏会に行く」が 27 名（54%）で最も多く、次いで「体操・運動」26 名（52%)、「読書」25 名（50%）の順であった。女性では、「映画・観劇・演奏会に行く」が 33 名（50.8%）で最も多く、次いで「家族・親戚との団らん」と「散歩」が 32 名（49.2%)、「読書」と「音楽を聴く・楽器演奏」が 29 名（44.6%）の順に多かった。全体では、「映画・観劇・演奏会に行く」が 60 名（52.2%）で最も多く、次いで「散歩」が 56 名（48.7%)、「旅行・温泉」が 55 名（47.8%）で上位を占めた。

表 12　男女別「興味がある」または「してみたい」生活行為

		男性　(n=50)		女性　(n=65)		計　(n=115)	
		人数	%	人数	%	人数	%
1	読書	25	50.0	29	44.6	54	47.0
2	俳句	16	32.0	18	27.7	34	29.6
3	書道・習字	18	36.0	22	33.8	40	34.8
4	絵を描く・絵手紙	13	26.0	25	38.5	38	33.0
5	パソコン・ワープロ	21	42.0	16	24.6	37	32.2
6	写真	19	38.0	12	18.5	31	27.0
7	映画・観劇・演奏会に行く	27	54.0	33	50.8	60	52.2
8	お茶・お花	2	4.0	18	27.7	20	17.4
9	歌を歌う・カラオケ	24	48.0	26	40.0	50	43.5
10	音楽を聴く・楽器演奏	23	46.0	29	44.6	52	45.2
11	編み物	0	0.0	24	36.9	24	20.9
12	針仕事	1	2.0	21	32.3	22	19.1
13	畑仕事	22	44.0	26	40.0	48	41.7
14	家族・親戚との団らん	21	42.0	32	49.2	53	46.1
15	デート・異性との交流	10	20.0	5	7.7	15	13.0
16	居酒屋に行く	15	30.0	12	18.5	27	23.5
17	賃金を伴う仕事	18	36.0	16	24.6	34	29.6
18	生涯学習・歴史	19	38.0	21	32.3	40	34.8
19	将棋・囲碁	18	36.0	5	7.7	23	20.0
20	体操・運動	26	52.0	28	43.1	54	47.0
21	散歩	24	48.0	32	49.2	56	48.7
22	ダンス・盆踊りなど	5	10.0	18	27.7	23	20.0
23	スポーツ(グランドゴルフ等)	12	24.0	8	12.3	20	17.4
24	野球・相撲観戦	24	48.0	12	18.5	36	31.3
25	花札などのゲーム	9	18.0	8	12.3	17	14.8
26	競馬・競輪・競艇・パチンコ	11	22.0	4	6.2	15	13.0
27	孫・子供の世話	16	32.0	19	29.2	35	30.4
28	動物の世話	14	28.0	17	26.2	31	27.0
29	友達とおしゃべり	16	32.0	26	40.0	42	36.5
30	ボランティア	15	30.0	12	18.5	27	23.5
31	お参り・宗教活動	12	24.0	6	9.2	18	15.7
32	地域活動(町内会/老人クラブ)	16	32.0	13	20.0	29	25.2
33	旅行・温泉	24	48.0	31	47.7	55	47.8
34	その他(ハイキング、イチゴ狩り)	0	0.0	3	4.6	3	2.6

*下線は上位 3 項目を示す

④年代別「興味がある」または「してみたい」生活行為

興味・関心チェックリストの結果から、「興味がある」または「してみたい」の回答数を年代別に表 13 に示した。60 歳代では、「映画・観劇・演奏会に行く」が 28 名（65.1%）で最も多く、次いで「旅行・温泉」28 名（65.1%）の順に多かった。70 歳代では「映画・観劇・演奏会に行く」が 25 名（59.5%）で最も多く、次いで「読書」と「音楽を聴く・楽器演奏」がそれぞれ 23 名（54.8%）、「体操・運動」が 22 名（52.4%）であった。80 歳以上では、「散歩」が 12 名（40%）で最も多く、次いで「家族・親戚との団らん」11 名（36.7%）、「畑仕事」10 名（33.3%）の順であった。

表 13　年代別「興味がある」または「してみたい」生活行為

		60-69　(n=43)		70-79　(n=42)		80 以上　(n=30)	
		人数	%	人数	%	人数	%
1	読書	23	53.5	23	54.8	8	26.7
2	俳句	11	25.6	16	38.1	7	23.3
3	書道・習字	13	30.2	21	50.0	6	20.0
4	絵を描く・絵手紙	14	32.6	18	42.9	6	20.0
5	パソコン・ワープロ	20	46.5	14	33.3	3	10.0
6	写真	17	39.5	11	26.2	3	10.0
7	映画・観劇・演奏会に行く	28	65.1	25	59.5	7	23.3
8	お茶・お花	8	18.6	9	21.4	3	10.0
9	歌を歌う・カラオケ	21	48.8	20	47.6	9	30.0
10	音楽を聴く・楽器演奏	23	53.5	23	54.8	6	20.0
11	編み物	7	16.3	11	26.2	6	20.0
12	針仕事	7	16.3	7	16.7	8	26.7
13	畑仕事	21	48.8	17	40.5	10	33.3
14	家族・親戚との団らん	25	58.1	17	40.5	11	36.7
15	デート・異性との交流	9	20.9	5	11.9	1	3.3
16	居酒屋に行く	18	41.9	8	19.0	1	3.3
17	賃金を伴う仕事	21	48.8	12	28.6	1	3.3
18	生涯学習・歴史	19	44.2	18	42.9	3	10.0
19	将棋・囲碁	8	18.6	11	26.2	4	13.3
20	体操・運動	24	55.8	22	52.4	8	26.7
21	散歩	24	55.8	20	47.6	12	40.0
22	ダンス・盆踊りなど	10	23.3	12	28.6	1	3.3
23	スポーツ(グランドゴルフ等)	10	23.3	9	21.4	1	3.3
24	野球・相撲観戦	11	25.6	17	40.5	8	26.7
25	花札などのゲーム	7	16.3	8	19.0	2	6.7
26	競馬・競輪・競艇・パチンコ	6	14.0	7	16.7	2	6.7
27	孫・子供の世話	16	37.2	15	35.7	4	13.3
28	動物の世話	16	37.2	12	28.6	3	10.0
29	友達とおしゃべり	18	41.9	16	38.1	8	26.7
30	ボランティア	15	34.9	10	23.8	2	6.7
31	お参り・宗教活動	6	14.0	8	19.0	4	13.3
32	地域活動(町内会/老人クラブ)	12	27.9	15	35.7	2	6.7
33	旅行・温泉	28	65.1	19	45.2	8	26.7
34	その他(ﾊｲｷﾝｸﾞ、ｲﾁｺﾞ狩り)	2	4.7	0	0.0	1	3.3

*下線は上位 3 項目を示す

(7) 二次予防事業対象者の生活行為

基本チェックリストから二次予防事業対象者を判別した（表14)。ｉの該当者が15名、ⅱの該当者が27名、ⅳの該当者が25名認められ、そのうち項目16（閉じこもり）に該当する者が11名、項目18～20のいずれか（認知機能低下）に該当する者が22名、項目21～25が2項目以上（うつ）に該当する者が17名みられた。

ｉ～ⅳのいずれかに該当した二次予防事業対象者は 40 名（男性 12 名、女性 28 名、平均 78.5±8.5 歳）で全体の 34.8%を占め、要支援・要介護の認定者 10 名が含まれていた。40 名の年齢分布を図 5 に示した。

表14　二次予防事業対象者の判別（n=108）

	判別方法	二次予防事業対象	人数	%
ｉ	1 から 20 のうち 10 項目以上該当	運動器の機能低下	15	13.9
ⅱ	6 から 10 のうち 3 項目以上該当	運動器の機能低下	27	25.0
ⅲ	11 と 12 の 2 項目該当	低栄養状態	0	0
ⅳ	13 から 15 のうち 2 項目以上該当	口腔機能の低下	25	23.1
	上記のうち：16 に該当	閉じこもり	11	
	上記のうち：18～20 のいずれかに該当	認知機能	22	
	上記のうち：21～25 が 2 項目以上該当	うつ	17	

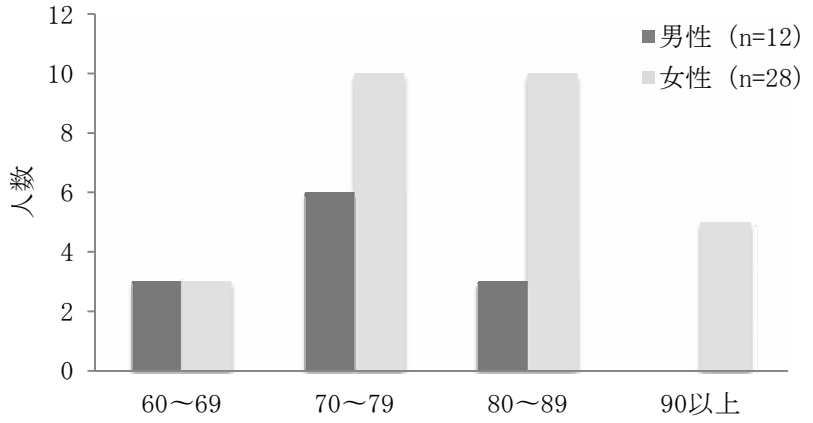


図5　二次予防事業対象者の年齢分布

①二次予防事業対象者の「不自由を感じる」生活行為

生活行為確認表の項目 1～20 に「不自由を感じる」と答えた人数の割合を、二次予防事業対象者 40 名と、その他の 75 名（男性 38 名、女性 37 名、平均 70.6±7.6 歳）で比較した（図 6）。

二次予防事業対象者は、その他と比較し全ての項目で高頻度に生活行為の不自由を感じており、62.5%が「重い荷物を運ぶ」、57.5%が「階段の昇降」、47.5%が「床から立ち上がる」、42.5%が「電話や会話の聞き取り」に不自由を感じると答えていた。

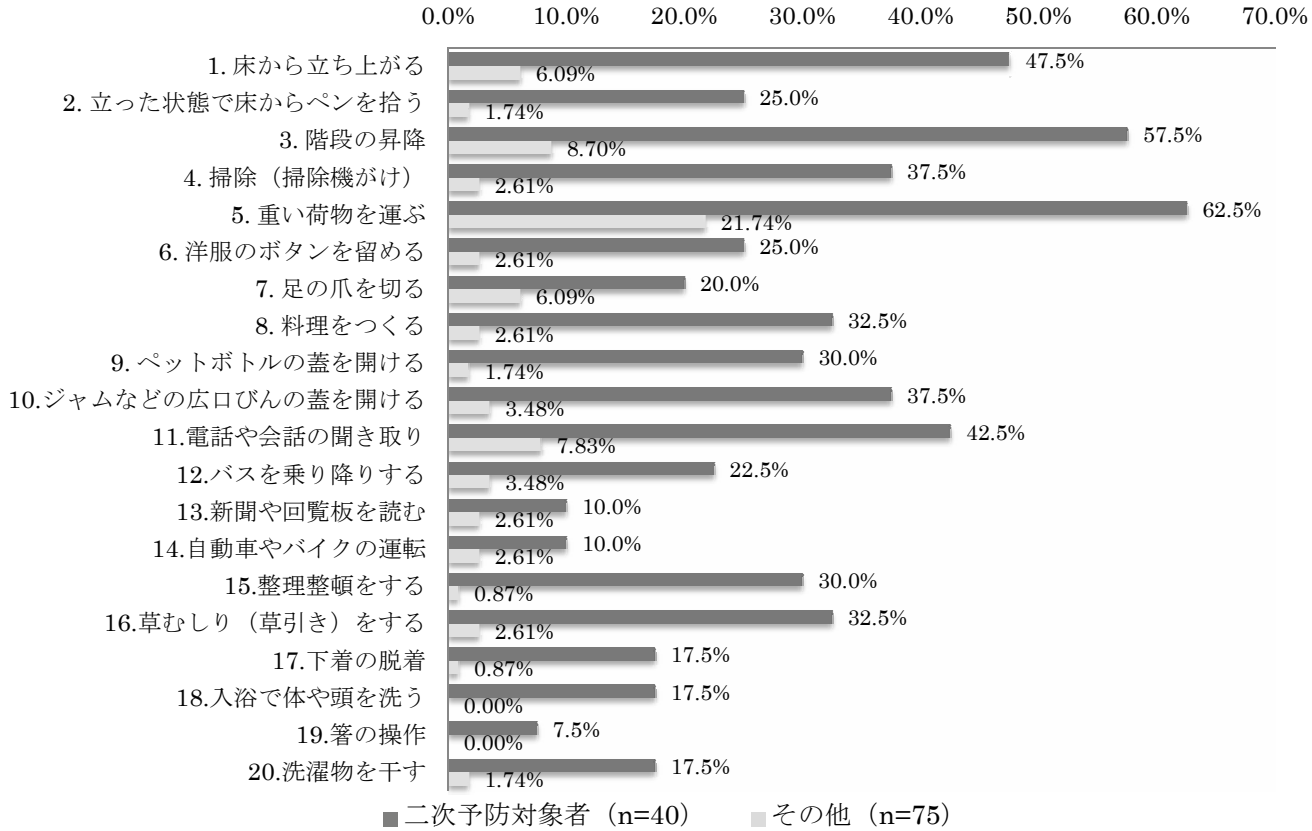


図 6　二次予防事業対象者の「不自由を感じる」生活行為

②二次予防事業対象者の主観的健康感

生活行為確認表にある対象者の健康状態の自己評価（主観的健康感）を二次予防事業対象者と、その他で比較した（図 7、有効回答数：n = 105）。二次予防事業対象者は「あまり良くない」「悪い」と答えた割合が多い傾向を示した。

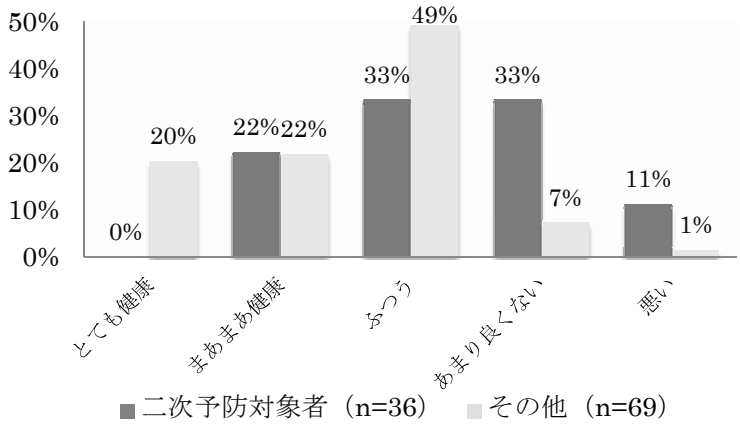


図 7　二次予防事業対象者の主観的健康感

③二次予防事業対象者の「している」生活行為

興味･関心チェックリストの結果から、「している」生活行為を二次予防事業対象者とその他の対象者で比較した（図 8）。二次予防事業対象者は、その他と比較し「お茶・お花」を除く全ての生活行為において「している」割合が少なかった。

なお、「興味がある」または「してみたい」生活行為は、二次予防事業対象者とその他の対象者で大きな差はなかった。

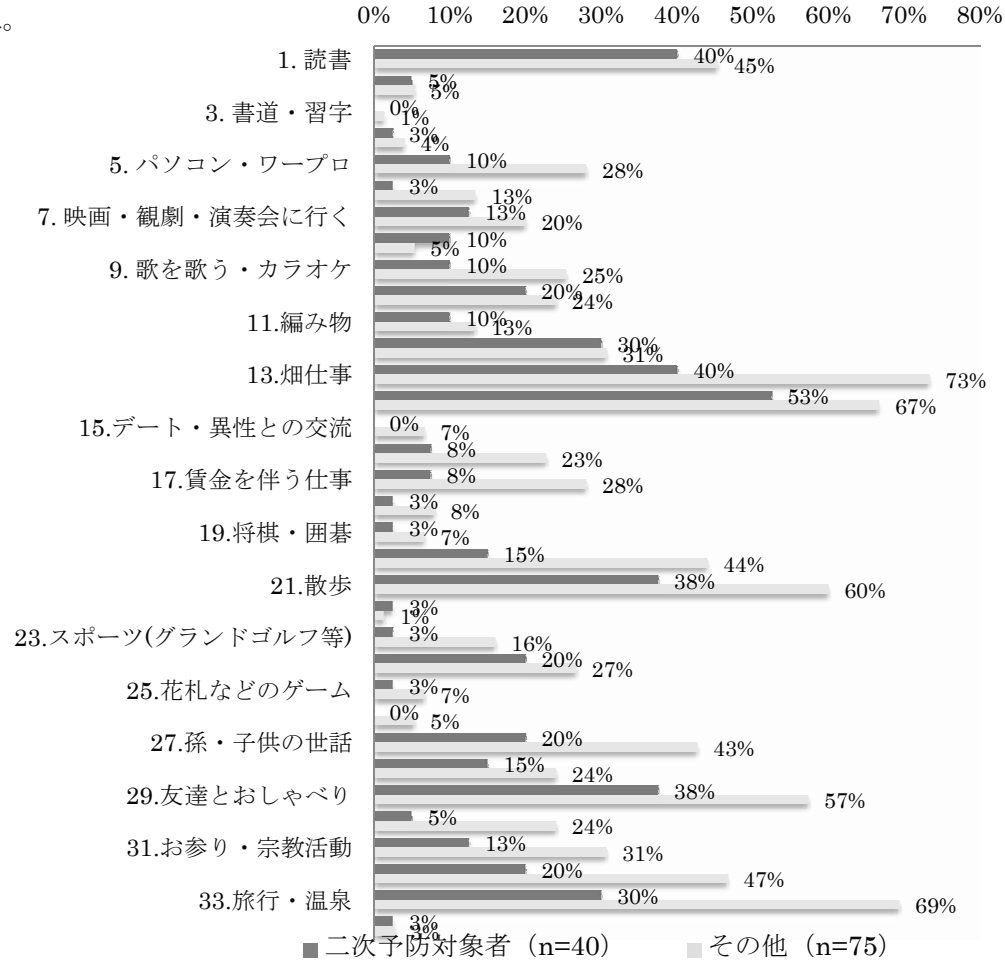


図 8　二次予防事業対象者の「している」生活行為

（8）考察

① ADL/IADL

男性では「食事の用意」と「洗濯」をしていない割合が42%と高く、家事役割を女性が担う生活習慣が影響していると思われる。女性では「旅行」「力仕事」「読書」をしていない者が30～40%ほどみられ、健常状態や活動性の低下が影響している可能性がある。年齢が高いほど「していない」ADL/IADLが増え、80歳以上では70%が「旅行」、56.7%が「力仕事」、53.3%が「家や車の手入れ」、46.7%が「楽しみや趣味活動」をしていないことが分かった。食事、整容、排泄、入浴、更衣などの基本的ADLをしていない者も複数みられたが、要介護状態にある人達と思われる。

② 基本チェックリスト

基本チェックリストも年齢が高いほど回答者数が増し、年齢と「していない」または「できない」とする回答との間には比較的強い正の相関関係が認められた（図3)。各年代に共通して多い項目は「バスや電車で１人で外出していない」、「この1年間に転んだことがある」、「転倒に対する不安が大きい」、「階段を手すりや壁をつたわらずに昇っていない」などで、80歳以上では63.0%が「階段を手すりや壁をつたわらずに昇っていない」、59.3%が「転倒に対する不安」が大きく、さらに「固いものが食べにくくなった」と答えた。各年代ともに転倒や階段昇降などの身体機能の低下を自覚し、さらに80歳以上では口腔機能の低下を自覚しやすいことが分かる。また、「バスや電車で１人で外出していない」は各年代に比較的多くみられたが、自家用車を主要な移動手段とし、家族同居の世帯が多いという地域特性を反映した結果と思われる。

③生活行為の不自由感

生活行為の不自由感は、「重い荷物を運ぶ」、「階段の昇降」、「床から立ち上がる」などで多く、80 歳以上では 60%が「重い荷物を運ぶ」、53.3%が「階段の昇降」、50%が「床から立ち上がる」のに不自由を感じると答えた。これらは基本チェックリストの結果と同様に、加齢にともなう身体（運動器）の機能低下を示している。生活行為確認表では、「電話や会話の聞き取り」という感覚器の機能低下や「掃除機がけ」、「洋服のボタンを留める」、「草むしりをする」など、高齢者が不自由を感じる生活行為を具体的に確認しやすい利点がある。対象者の 55.7%が何らかの生活行為に不自由を感じると答えたが、不自由を感じる生活行為の数は 1～15 と個人によるばらつきが大きい（表 7、図 4)。多くの項目に不自由を感じている高齢者では、介護予防を目的とした個別の生活支援が必要と思われる。

④ 主観的健康感

健康状態の自己評価は、60 歳代と 70 歳代は「ふつう」がそれぞれ 52.4%、51.4%と半数を占め、70 歳代では「あまり良くない」は 14.3%、「悪い」は 0%であった。しかし、80 歳以上になると「あまり良くない」は 35.7%に増加し、「悪い」も 14.3%みられた（表 9)。80 歳を超えると運動器、感覚器、口腔機能などの心身機能の低下が顕在化しやすく、こうした機能低下を背景に ADL/IADL の低下と生活行為の不自由感が生じ、健康状態の自己評価が低下するものと考えられる。

⑤ 「している」生活行為

興味･関心チェックリストの結果から、高齢者が「している」生活行為は、各年代ともに「畑仕事」、「旅行・温泉」、「家族・親戚との団らん」、「友達とのおしゃべり」、「散歩」などが上位を占め、60 歳代と 70 歳代では「畑仕事」が最も多かった。調査地区である茅野市豊平地区上古田区では、専業農家でなくても田畑を保有する世帯が多く、高齢者も田畑の管理を役割として担っているものと思われる。古くからの親戚や顔なじみが住む地域であり、温泉地も近いことから、「旅行・温泉」、「家族・親戚との団らん」、「友達とのおしゃべり」、「散歩」などが、日常的に「している」生活行為の上位を占めたものと解される。

80 歳以上では「していない」生活行為が多数みられた。しかし、「家族・親戚との団らん」、「畑仕事」、「友達とのおしゃべり」、「散歩」などは 80 歳以上の 30%以上が行っており、本地域の高齢者にとってこれらの生活行為は自立（自律）生活を維持するために重要な意味をもつと思われる（表 11)。

⑥ 「興味がある」「してみたい」生活行為

「興味がある」または「してみたい」生活行為は、60 歳代と 70 歳代では「映画・観劇・演奏会に行く」、「旅行・温泉」、「読書」、「音楽を聴く・楽器演奏」、「体操・運動」などが上位を占めており、いずれも今後の地域活動に活かすことのできる内容と思われる。80 歳以上では、40%が「散歩」、36.7%が「家族･親戚との団らん」、33.3%が「畑仕事」を挙げており、「している」生活行為との差が少ない。高齢による心身機能の低下を背景とした興味・関心の低下、あるいは健康管理を趣旨とした自己統制が関係していると思われる（表 13)。

⑦ 二次予防事業対象者の生活行為

有効回答 108 例のうち、判別基準ⅰ～ⅳのいずれかに該当した二次予防事業対象者が 40 名（34.8%）認められ、そのなかに要支援・要介護の認定者が全員含まれていた。二次予防事業対象者は高齢の女性に多い傾向があり、対象とならなかった人達と比較すると、生活行為確認表の全ての項目で高頻度に生活行為の不自由を感じ、健康状態の自己評価では「あまり良くない」「悪い」と答えた割合が多く、「している」生活行為も明らかに少ない傾向を示した（図 6-8)。

これらの二次予防事業対象者は、運動器や感覚器の機能低下、口腔機能の低下などがあり、さらに、閉じこもりや認知機能障害、気分障害（うつ）の疑われる者も複数含まれていると思われる。既に要支援・要介護の認定を受けている者も 10 名みられたが、残りの 30 名は支援を受けておらず、生活行為の維持・向上にむけた個別支援が必要と思われる。

まとめ

地域高齢者の介護予防サービスでは、ADL/IADL の調査と基本チェックリストによる二次予防事業対象者の判別に留まらず、「生活行為確認表」を用いて個人が不自由を感じる生活行為を明らかにし、生活行為向上に向けた個別支援を実施することが重要と思われる。また、「興味･関心チェックリスト」による「興味がある」または「してみたい」生活行為の測定は、介護予防事業のプログラム作成の根拠資料を提供するものと思われる。

本調査は調査地区である茅野市豊平地区上古田の福祉推進委員の協力を得て実施した。協力いただいた区長および推進委員、地域住民の皆さまに深謝いたします。

２）佐賀県鳥栖地区

（１）三養基郡基山町調査結果

①佐賀県基山町概況

基山町は、佐賀県の東端に位置し、福岡県（筑紫野市・小郡市)、鳥栖市に接する面積２２．１２平方キロメートルの町である．総人口は17、627人（2014.2月末推計)．高齢化率（総人口に占める．65 歳以上人口の割合） は、23.31%（2013.4.1現在)。

今回調査対象地区は、昭和52年に福岡市や久留米市のベッドタウンとして開発された地区である。JR鹿児島本線基山駅から博多駅まで22分、久留米駅まで13分と利便性は比較的良い地域である。しかし、開発から37年が経過し、多くの居住者の高齢化が進む一方で居住者間の交流不足が指摘されている地域でもある。

調査対象者はベッドタウンの地区別でのサロン活動参加者及び基山町民ならだれもが参加できる「いこいの家」の利用者 60 歳以上の高齢者に「生活行為確認表 Ver.1」、「興味・関心チェクリスと」を配布し 75 名から回答を得た。回答者は男性 28 名（60～90 歳、平均 74.8±7.0 歳)、女性 47 名（60～96 歳、平均 74.3±9.7 歳） であった。

②生活行為確認表

生活行為確認表の項目に「不自由を感じる・時々感じる」と答えた人数を男女別に示した（表１)。「不自由を感じる」生活行為は、男女ともに「階段の昇降」「床からの立ち上がり」の順に多く、次いで女性では「ジャムなどの広口びんの蓋を開ける」が多かった。また、健康状態の評価は男女とも「すこし健康」が 46.7%で最も多かった（表 2)。

生活行為確認表の項目に「不自由を感じる・時々感じる」と答えた人数を年代別に示した（表 3)．70 代、80 代以上ともに「階段の昇降」に不自由を感じる者が最も多く、年齢が高いほど不自由と感じる項目と人数が増える傾向がみられ、80 歳以上では 50%が「階段昇降」行為に不自由を感じると答えた。健康状態の評価は 60 代、70 代、80 代以上は「すこし健康」が最も多かったが、70 代、80 代以上では「あまり健康でない、健康でない」と回答する人が出てきた。(表４)。75 名のうち生活行為に１項目以上「不自由を感じる、時々感じる」と答えた者は 54 名(72.0%)であった。表 5 に「不自由を感じる、時々感じる」項目数と人数、図 1 に年齢と不自由を感じる項目数の分布を示した。

表１　男女別「不自由を感じる・時々感じる」と答えた人数

		男性（n=28)		女性（n=47)		計（n=75)	
	（不自由を感じますか？）	人数	%	人数	%	人数	%
1	床から立ち上がる	**6**	**21.4%**	**16**	**34.0%**	**22**	**29.3%**
2	立った状態で床からペンを拾う	**6**	**21.4%**	12	25.5%	18	24.0%
3	階段の昇降	**7**	**25.0%**	**21**	**44.7%**	**28**	**37.3%**
4	掃除(掃除機がけ)	2	7.1%	10	21.3%	12	16%
5	重い荷物を運ぶ	4	14.3%	13	27.7%	17	22.7%
6	洋服のボタンを留める	3	10.7%	3	6.4%	6	8.0%
7	足の爪を切る	3	10.7%	12	25.5%	15	20.0%
8	包丁の操作	3	10.7%	2	4.3%	5	6.7%
9	ペットボトルの蓋を開ける	1	3.6%	10	21.3%	11	14.7%
10	ジャムなどの広口びんの蓋を開ける	4	14.3%	**16**	**34.0%**	**20**	**26.7%**
11	ヨーグルトなどの蓋を開ける	1	3.6%	7	14.9%	8	10.7%
12	電話や会話の聞き取り	**6**	**21.4%**	10	21.3%	16	21.3%
13	料理の献立を考える	**6**	**21.4%**	9	19.1%	15	20.0%
14	新聞や回覧板を読む	2	7.1%	5	10.6%	7	9.3%
15	自動車やバイクの運転	3	10.7%	9	19.1%	12	16.0%
16	整理整頓をする	**6**	**21.4%**	12	25.5%	18	24.0%
17	ストーブに灯油を入れる	2	7.1%	10	21.3%	12	16.0%
18	草むしり(草引き)をする	5	17.9%	15	31.9%	**20**	**26.7%**

*下線は上位 3 項目を示す

表 2　男女別「健康状態」

		男性（n=28）		女性（n=47）		計（n=75）	
		人数	%	人数	%	人数	%
1	とても健康	10	35.7%	11	23.4%	21	28.0%
2	すこし健康	14	50.0%	21	44.7%	35	46.7%
3	あまり健康でない	3	10.7%	5	10.6%	8	10.7%
4	健康でない	0	0.0%	1	2.1%	1	1.3%
5	無回答	1	3.6%	9	19.1%	10	13.3%

表 3　年代別「不自由を感じる」と答えた人数

		60～69（n=16）		70～79（n=35）		80 以上（n=24）	
		人数	%	人数	%	人数	%
1	床から立ち上がる	**4**	**25.0%**	**10**	**28.6%**	8	33.3%
2	立った状態で床からペンを拾う	2	12.5%	5	14.3%	**11**	**45.8%**
3	階段の昇降	3	18.8%	**13**	**37.1%**	**12**	**50.0%**
4	掃除(掃除機がけ)	1	6.3%	3	8.6%	8	33.3%
5	重い荷物を運ぶ	1	6.3%	7	20.0%	**9**	**37.5%**
6	洋服のボタンを留める	1	6.3%	3	8.6%	2	8.3%
7	足の爪を切る	3	18.8%	6	17.1%	6	25.0%
8	包丁の操作	0	0.0%	3	8.6%	2	8.3%
9	ペットボトルの蓋を開ける	2	12.5%	5	14.3%	4	16.7%
10	ジャムなどの広口びんの蓋を開ける	**4**	**25.0%**	8	22.9%	8	33.3%
11	ヨーグルトなどの蓋を開ける	2	12.5%	2	5.7%	4	16.7%
12	電話や会話の聞き取り	1	6.3%	**10**	**28.6%**	5	20.8%
13	料理の献立を考える	3	7.0%	7	20.0%	5	20.8%
14	新聞や回覧板を読む	1	6.3%	3	8.6%	3	12.5%
15	自動車やバイクの運転	2	12.5%	5	14.3%	5	20.8%
16	整理整頓をする	1	6.3%	**10**	**28.6%**	7	29.2%
17	ストーブに灯油を入れる	0	0.0%	5	14.3%	7	29.2%
18	草むしり(草引き)をする	1	6.3%	**11**	**31.4%**	8	33.3%

*下線は上位 3 項目を示す

表 4　年代別「健康状態」

		60～69（n=16）		70～79（n=35）		80 以上（n=24）	
		人数	%	人数	%	人数	%
1	とても健康	6	37.5%	11	31.4%	4	16.7%
2	すこし健康	8	50.0%	16	45.7%	11	45.8%
3	あまり健康でない	0	0.0%	4	11.4%	4	16.7%
4	健康でない	0	0.0%	0	0.0%	1	4.2%
5	無回答	2	12.5%	4	11.4%	4	16.7%

表 5　「不自由を感じる、時々感じる」項目数と人数

支障のある項目数	人数	%
0	21	28.0
1	12	16.0
2	6	8.0
3	10	13.3
4	4	5.3
5	2	2.7
6	5	6.8
7	0	0.0
8	4	5.3
9	3	4.0
10	3	4.0
11	3	4.0
12	0	0.0
13	0	0.0
14	1	1.3
15	1	1.3
	75	100

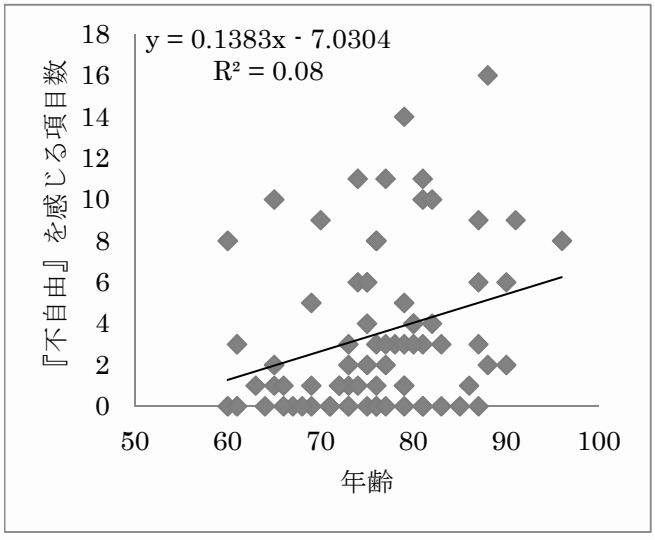


図 1　年齢と「不自由を感じる」項目数の分布

③興味･関心チェックリスト

興味･関心チェックリストの結果から、「している」の回答数を性別･年代別に表 6 に示した. 高齢者が「している」生活行為は、男性では「地域活動(町内会/老人クラブ)」21 人、「散歩」18 人、「歌を歌う・カラオケ」17 人、女性では「友達とのおしゃべり家族」33 人、「旅行・温泉」29 人、「地域活動(町内会/老人クラブ)」28 人がそれぞれ上位を占めた。年齢が増すほど「している」生活行為は減少しているが、「地域活動(町内会/老人クラブ)」は各年代に共通して挙げられており、地域特性が関連していると思われる。

表 6 「している」生活行為

		男性 (n=28)	女性 (n=47)	60-69 (n=16)	70-79 (n=35)	80 以上 (n=24)	計 (n=75)
1	読書	15	21	10	16	10	36
2	俳句	2	2	1	2	1	4
3	書道･習字	2	4	2	0	4	6
4	絵を描く･絵手紙	3	3	1	2	3	6
5	パソコン･ワープロ	16	7	10	13	0	23
6	写真	11	6	5	11	1	17
7	映画･観劇･演奏会に行く	4	17	8	9	4	21
8	お茶･お花	0	9	3	2	4	9
9	歌を歌う･カラオケ	**17**	14	7	17	7	31
10	音楽を聴く･楽器演奏	11	15	6	12	8	26
11	編み物	0	18	3	8	7	18
12	針仕事	0	22	6	9	7	22
13	畑仕事	14	15	8	10	**11**	29
14	家族･親戚との団らん	14	27	**12**	21	8	41
15	デート･異性との交流	0	5	4	1	0	5
16	居酒屋に行く	13	10	7	15	1	23
17	賃金を伴う仕事	1	3	3	1	0	4
18	生涯学習･歴史	3	4	4	3	0	7
19	将棋･囲碁	6	0	0	4	2	6
20	ボーリング	3	1	0	3	1	4
21	体操･運動	12	19	8	16	7	31
22	散歩	**18**	25	8	**23**	**12**	**43**
23	ダンス･盆踊りなど	2	8	3	4	3	10
24	スポーツ(グランドゴルフ等)	16	15	7	17	7	31
25	野球･相撲観戦	11	12	4	13	6	23
26	花札などのゲーム	0	1	0	0	1	1
27	競馬･競輪･競艇･パチンコ	1	0	0	1	0	1
28	孫･子供の世話	8	10	6	8	4	18
29	動物の世話	2	10	2	7	3	12
30	友達とおしゃべり	13	**33**	10	**23**	**13**	46
31	ボランティア	14	9	9	12	2	23
32	お参り･宗教活動	9	14	3	12	8	23
33	地域活動(町内会/老人クラブ)	**21**	**28**	**11**	**25**	**13**	**49**
34	旅行･温泉	14	**29**	**12**	20	**11**	**43**
35	その他(ﾊｲｷﾝｸﾞ、ﾃﾞｲｻｰﾋﾞｽ)	0	4	0	1	3	4

*下線は上位 3 項目を示す

同様に、興味･関心チェックリストの結果から、「興味がある」または「してみたい」の回答数を性別･年代別に表 7 に示した。合計では「書道･習字、生涯学習･歴史」30 人、「映画･観劇･演奏会に行く」29 人、「ボーリング」26 人の順に回答数が多かった。男女ともに回答数が多かったのは「書道･習字」「生涯学習･歴史」「映画・観劇・演奏会に行く」であった. 60 代、70 代に「書道･習字」「ボーリング」、80 歳以上の高齢者では、「家族･親戚との団らん」「映画･観劇･演奏会に行く」「お茶･お花」の回答が多くアクティブな生活行為が上位を占めた。

表 7 「興味がある」または「してみたい」生活行為

		男性 (n=28)	女性 (n=47)	60-69 (n=16)	70-79 (n=35)	80 以上 (n=24)	計 (n=75)
1	読書	9	10	5	9	5	19
2	俳句	10	12	4	11	7	22
3	書道・習字	**14**	**16**	**8**	**18**	4	**30**
4	絵を描く・絵手紙	10	15	6	14	5	25
5	パソコン・ワープロ	2	9	4	5	2	11
6	写真	6	7	6	5	2	13
7	映画・観劇・演奏会に行く	**16**	13	4	**17**	**8**	**29**
8	お茶・お花	3	**16**	5	8	**8**	19
9	歌を歌う・カラオケ	8	12	3	11	6	20
10	音楽を聴く・楽器演奏	9	15	5	13	6	24
11	編み物	1	12	3	6	4	13
12	針仕事	0	6	0	5	1	6
13	畑仕事	6	11	5	10	2	17
14	家族・親戚との団らん	7	13	3	7	**10**	20
15	デート・異性との交流	**14**	4	4	12	2	18
16	居酒屋に行く	7	4	4	4	3	11
17	賃金を伴う仕事	8	5	3	8	2	13
18	生涯学習・歴史	14	**16**	**9**	15	6	**30**
19	将棋・囲碁	8	3	5	6	0	11
20	ボーリング	13	13	**8**	**16**	2	26
21	体操・運動	7	11	4	9	5	18
22	散歩	4	8	4	4	4	12
23	ダンス・盆踊りなど	11	14	6	15	4	25
24	スポーツ(グランドゴルフ等)	6	7	5	3	5	13
25	野球・相撲観戦	12	8	6	9	5	20
26	花札などのゲーム	5	5	2	6	2	10
27	競馬・競輪・競艇・パチンコ	9	3	3	7	2	1
28	孫・子供の世話	7	8	2	7	6	15
29	動物の世話	8	9	5	8	4	17
30	友達とおしゃべり	6	5	3	6	2	11
31	ボランティア	5	9	2	8	4	14
32	お参り・宗教活動	3	4	3	3	1	7
33	地域活動(町内会/老人クラブ)	3	4	3	3	1	7
34	旅行・温泉	9	8	3	10	4	17
35	その他(ハイキング、デイサービス)	0	0	0	0	0	0

*下線は上位 3 項目を示す

（２）高齢者大学受講者（さがゆめ大学）調査結果

①高齢者大学（ゆめさが大学）の概要

ゆめさが大学は、シニアの皆さんが学習活動を通じて新しい仲間と出会い、また、自己の新しい生き方を創造し、地域社会で明るく積極的に活動していただくための総合的、体系的な学習機会を提供する高齢者大学です。今回、高齢者大学を受講した 60 歳以上の高齢者に「生活行為確認表 Ver.2」、「高齢者嗜好調査」を配布し 171 名から回答を得た。回答者は男性 72 名（60～83 歳、平均 69.1±4.6 歳）、女性 99 名（60～84 歳、平均 68.2±4.9 歳）であった。

②生活行為確認表

生活行為確認表の項目に「不自由を感じる」と答えた人数を男女別に示した（表１）．「不自由を感じる」生活行為は、男女ともに「重い荷物を運ぶ」が多かった。男性では「足の爪を切る」、女性では「階段の昇降」が多かった。また、健康状態の評価は男女とも「まあまあ健康」が 49.1%で最も多かった（表 2）。

生活行為確認表の項目に「不自由を感じる」と答えた人数を年代別に示した（表 3）。60 代、70 代、80 代以上ともに「重い荷物を運ぶ」「階段の昇降」に不自由を感じる者が最も多かった。健康状態の評価は 60 代、70 代、80 代以上は「まあまあ健康」が最も多かった。（表４）。171 名のうち生活行為に 1 項目以上「不自由を感じる」と答えた者は 69 名（40.4%）であった。表 5 に「不自由を感じる」項目数と人数、図 2 に年齢と不自由を感じる項目数の分布を示した。

表１　男女別「不自由を感じる」と答えた人数

		男性（n=72）		女性（n=99）		計（n=171）	
	（不自由を感じますか？）	人数	%	人数	%	人数	%
1	床から立ち上がる	4	5.6%	10	10.1%	14	8.2%
2	立った状態で床からペンを拾う	4	5.6%	3	3.0%	7	4.0%
3	階段の昇降	5	6.9%	**14**	**14.1%**	**19**	**11.1%**
4	掃除(掃除機がけ)	2	2.8%	1	1.0%	3	1.8%
5	重い荷物を運ぶ	**10**	**13.9%**	**27**	**27.3%**	**37**	**21.6%**
6	洋服のボタンを留める	2	2.8%	1	1.0%	3	1.8%
7	足の爪を切る	**9**	**12.5%**	5	5.1%	14	8.2%
8	料理をつくる	1	1.4%	2	2.0%	3	1.8%
9	ペットボトルの蓋を開ける	2	2.8%	6	6.1%	8	4.7%
10	ジャムなどの広口びんの蓋を開ける	3	4.2%	**19**	**19.2%**	**22**	**12.9%**
11	電話や会話の聞き取り	6	8.3%	9	9.1%	15	8.8%
12	バスを乗り降りする	3	4.2%	5	5.1%	8	4.7%
13	新聞や回覧板を読む	**8**	**11.1%**	3	3.0%	11	6.4%
14	自動車やバイクの運転	1	1.4%	1	1.0%	2	1.2%
15	整理整頓をする	4	2.8%	3	3.0%	7	4.0%
16	草むしり(草引き)をする	1	1.4%	12	12.1%	13	7.6%
17	下着の脱着	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
18	入浴で体や頭を洗う	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
19	箸の操作	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
20	洗濯物を干す	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

*下線は上位 3 項目を示す

表 2　男女別「健康状態」

		男性（n=72）		女性（n=99）		計（n=171）	
		人数	%	人数	%	人数	%
1	とても健康	17	23.6%	15	15.2%	32	18.7%
2	まあまあ健康	40	55.6%	44	44.4%	23	49.1%
3	ふつう	9	12.5%	18	18.2%	27	15.8%
4	あまり良くない	3	2.8%	2	2.0%	5	2.9%
5	悪い	2	4.7%	1	1.0%	3	1.8%
6	無回答	4	5.6%	19	19.2%		13.4%

表 3　年代別「不自由を感じる」と答えた人数

		60～69（n=98）		70～79（n=67）		80 以上（n=6）	
		人数	%	人数	%	人数	%
1	床から立ち上がる	6	6.1%	6	9.0%	2	33.3%
2	立った状態で床からペンを拾う	3	3.1%	4	6.0%	0	0.0%
3	階段の昇降	**9**	**9.2%**	**7**	**10.4%**	**3**	**50.0%**
4	掃除(掃除機がけ)	3	3.1%	0	0.0%	0	0.0%
5	重い荷物を運ぶ	**21**	**21.4%**	**14**	**20.9%**	2	33.3%
6	洋服のボタンを留める	1	1.0%	2	3.0%	0	0.0%
7	足の爪を切る	8	8.2%	4	6.0%	2	33.3%
8	料理をつくる	2	2.0%	1	1.5%	0	0.0%
9	ペットボトルの蓋を開ける	3	3.1%	4	6.0%	1	16.7%
10	ジャムなどの広口びんの蓋を開ける	8	8.2%	**12**	**17.9%**	2	33.3%
11	電話や会話の聞き取り	7	7.1%	5	7.5%	**3**	**50.0%**
12	バスを乗り降りする	2	2.0%	5	7.5%	1	16.7%
13	新聞や回覧板を読む	**9**	**9.2%**	2	3.0%	0	0.0%
14	自動車やバイクの運転	1	1.0%	1	1.5%	0	0.0%
15	整理整頓をする	3	3.1%	1	1.5%	1	16.7%
16	草むしり(草引き)をする	3	3.1%	8	11.9%	2	33.3%
17	下着の脱着	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
18	入浴で体や頭を洗う	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
19	箸の操作	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
20	洗濯物を干す	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

*下線は上位 3 項目を示す

表 4　年代別「健康状態」

		60～69（n=98）		70～79（n=67）		80 以上（n=6）	
		人数	%	人数	%	人数	%
1	とても健康	21	21.4%	11	16.4%	0	0.0%
2	まあまあ健康	44	44.9%	38	56.7%	2	33.3%
3	ふつう	18	18.4%	8	11.9%	2	33.3%
4	あまり良くない	3	3.1%	1	1.5%	0	0.0%
5	悪い	0	0.0%	1	1.5%	0	0.0%
6	無回答	12	12.2%	8	11.9%	2	33.3%

表 5　「不自由を感じる」項目数と人数

支障のある項目数	人数	%
0	102	59.6
1	29	17.0
2	12	7.0
3	9	5.3
4	9	5.3
5	4	2.3
6	5	2.9
7	0	0.0
8	1	0.6
9	0	0.0
10	0	0.0
11	0	0.0
12	0	0.0
13	0	0.0
14	0	0.0
15	0	0.0
	171	100

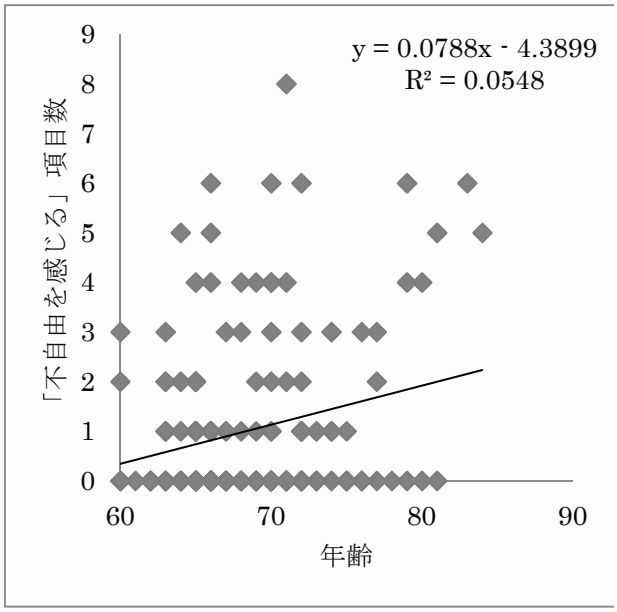


図 2　年齢と「不自由を感じる」項目数の分布

③高齢者嗜好調査

高齢者嗜好調査の結果から、「している」の回答数を性別・年代別に表 6 に示した。高齢者が「している」生活行為は、男性では「パソコン・ワープロ」54 人、「スポーツ(グランドゴルフ等)」50 人、「散歩」48 人、女性では「友達とおしゃべり」80 人、「旅行・温泉」72 人、「家族・親戚との団らん」67 人がそれぞれ上位を占めた。年齢が増すほど「している」生活行為は減少しているが、「旅行・温泉」と「家族・親戚との団らん」は各年代に共通して挙げられている。畑があり 2 世代の世帯が多いなどの地域特性が関連していると思われる。

表 6 「している」生活行為

		男性 (n=71)	女性 (n=99)	60-69 (n=98)	70-79 (n=67)	80 以上 (n=5)	計 (n=170)
1	読書	40	66	61	41	4	106
2	俳句	5	7	7	4	1	12
3	書道・習字	4	20	10	13	1	24
4	絵を描く・絵手紙	5	21	16	10	0	26
5	パソコン・ワープロ	**54**	31	50	33	2	85
6	写真	26	20	26	19	1	46
7	映画・観劇・演奏会に行く	27	59	53	30	3	86
8	お茶・お花	5	32	19	16	2	37
9	歌を歌う・カラオケ	29	28	32	24	1	57
10	音楽を聴く・楽器演奏	21	53	39	32	3	74
11	編み物	0	22	13	8	1	22
12	針仕事	6	40	24	21	1	46
13	畑仕事	39	42	49	31	1	81
14	家族・親戚との団らん	46	**67**	**67**	**41**	**5**	**113**
15	デート・異性との交流	12	19	14	15	2	21
16	居酒屋に行く	28	19	32	14	1	47
17	賃金を伴う仕事	11	15	17	8	1	26
18	生涯学習・歴史	35	62	59	35	3	97
19	将棋・囲碁	13	1	7	6	1	14
20	体操・運動	41	55	54	39	3	96
21	散歩	**48**	60	64	**41**	3	108
22	ダンス・盆踊りなど	5	27	20	10	2	32
23	スポーツ(グランドゴルフ等)	**50**	35	46	36	3	85
24	野球・相撲観戦	39	14	29	22	2	53
25	花札などのゲーム	6	7	7	5	1	10
26	競馬・競輪・競艇・パチンコ	9	1	8	2	0	4
27	孫・子供の世話	26	42	42	25	1	68
28	動物の世話	15	28	29	14	0	43
29	友達とおしゃべり	37	**80**	**68**	**45**	4	**117**
30	ボランティア	30	53	52	29	2	83
31	お参り・宗教活動	24	43	40	26	1	67
32	地域活動(町内会/老人クラブ)	35	44	41	34	4	79
33	旅行・温泉	45	**72**	**66**	**46**	**5**	**117**
34	その他(ハイキング、デイサービス)	2	3	2	2	1	5

*下線は上位 3 項目を示す

同様に、高齢者嗜好調査の結果から、「興味がある」または「してみたい」の回答数を性別・年代別に表 7 に示した。合計では「書道・習字」102 人、「絵を描く・絵手紙」91 人、「俳句」71 人の順に回答数が多かった．男女ともに回答数が最も多かったのは「書道・習字」、次いで「絵を描く・絵手紙」であり、60 代、70 代に回答が多い傾向がみられた。80 歳以上の高齢者では、「興味がある」または「してみたい」という項目が減少している傾向がみられた。

表 7 「興味がある」または「してみたい」生活行為

		男性 (n=71)	女性 (n=99)	60-69 (n=98)	70-79 (n=67)	80 以上 (n=5)	計 (n=170)
1	読書	16	20	23	13	0	36
2	俳句	25	**46**	**41**	**29**	1	**71**
3	書道・習字	**41**	**61**	**65**	**33**	1	**102**
4	絵を描く・絵手紙	**33**	**58**	**53**	**36**	2	**91**
5	パソコン・ワープロ	12	37	30	18	1	49
6	写真	22	39	33	27	1	61
7	映画・観劇・演奏会に行く	**28**	29	31	25	1	57
8	お茶・お花	18	39	36	20	1	57
9	歌を歌う・カラオケ	21	35	33	20	3	56
10	音楽を聴く・楽器演奏	23	29	23	23	2	48
11	編み物	9	37	29	16	1	46
12	針仕事	8	27	21	13	1	35
13	畑仕事	13	21	19	14	1	34
14	家族・親戚との団らん	8	11	7	12	0	19
15	デート・異性との交流	21	26	23	22	2	47
16	居酒屋に行く	20	27	21	24	2	47
17	賃金を伴う仕事	25	24	28	21	0	49
18	生涯学習・歴史	23	21	24	18	2	44
19	将棋・囲碁	25	29	35	18	1	54
20	体操・運動	14	23	24	12	1	37
21	散歩	12	18	16	13	1	30
22	ダンス・盆踊りなど	20	31	29	21	1	51
23	スポーツ(グランドゴルフ等)	12	28	26	14	0	40
24	野球・相撲観戦	16	24	23	16	1	40
25	花札などのゲーム	17	17	22	11	1	34
26	競馬・競輪・競艇・パチンコ	15	18	21	11	1	33
27	孫・子供の世話	15	13	15	12	1	28
28	動物の世話	18	16	19	15	0	34
29	友達とおしゃべり	11	9	11	8	1	20
30	ボランティア	19	18	18	19	0	37
31	お参り・宗教活動	7	9	10	6	0	16
32	地域活動(町内会/老人クラブ)	14	18	23	9	0	32
33	旅行・温泉	17	17	19	15	0	34
34	その他(ﾊｲｷﾝｸﾞ、ｲﾁｺﾞ狩り)	1	0	0	1	0	1

*下線は上位 3 項目を示す

（３）考察

①生活行為確認

基山町の調査内容は立ち上がり、ペン拾い、階段昇降、掃除、重い荷物の運搬、ボタン留め、爪切り、包丁、ペット蓋開け、広口瓶蓋開け、ヤクルトの蓋を開け、電話の聞き取り、料理献立、新聞を読む、自動車運転、整理整頓、ストーブの灯油入れ、草むしりの 18 項目で回答は不自由あり、時々不自由、不自由なしの 3 項目から選択してもらった。不自由ありの平均の回答数は男性 1.4%、女性 7.3. 時々不自由ありの平均回答数は男性 12.5%、女性 15.4%。不自由なしの平均回答数は男性 82.3%、女性 72.8%であった。不自由を感じている生活行為で最も多かったのは男女ともに階段昇降、次いで多かったのが床からの立ち上がり、ペン拾いであった．男性では料理献立で不自由さを感じているのが特徴的であった。

次に高齢者大学調査内容は立ち上がり、ペン拾い、階段昇降、掃除、重い荷物の運搬、ボタン留め、爪切り、料理、ペット蓋開け、広口瓶蓋開け、電話の聞き取り、バス乗り降り、新聞を読む、自動車運転、整理整頓、草むしり、下着の着脱、洗身、箸の操作、洗濯物干しの 20 項目で回答は不自由あり、不自由なし、していないの 3 項目から選択してもらった。不自由ありの平均回答数は男性 4.2%、女性 5.9。不自由なしの平均回答数は男性 87.2%、女性 87.7%。していないの平均回答数は男性 3.2%、女性 1.0%であった。不自由を感じている生活行為で最も多かったのは男女ともに重い荷物の運搬であった。次いで多かったのが男性では爪切り、新聞を読むの順であった。女性では広口瓶蓋開け、階段昇降、草むしり、床からの立ち上がりの順で多かった。

今回の佐賀県での調査は基山町サロン及び高齢者大学参加者であり、日常的に活動的な生活を過ごされている方々だと考えられる。基山町サロン参加者 75 名中 80 歳以上が 24 名であり、1/3 に該当する。サロンや高齢者大学に参加することで社会性を保ちながら、廃用症候群や認知症の予防につながっていると考えられる。このことが不自由なしの回答の割合が 80%を超えている。不自由を感じている作業は階段昇降や床からの立ち上がり、重い荷物の運搬が多かった。これらの不自由を感じている生活行為に対して作業療法士の役割として、身体機能の維持改善だけではなく、住環境の改修や福祉用具の活用ができるようになること。また、不自由と感じている作業のやり方を変えるなどの工夫を凝らし、高齢者の生活行為が改善・継続できることが重要である。

②興味関心チェックリス（高齢者嗜好調査）

調査内容は読書、俳句、書道・習字、絵を描く、パソコン、写真、映画・観劇、お茶・お花、歌を歌う、音楽を聴く、編み物、針仕事、畑仕事、家族団らん、デート、仕事、生涯学習、将棋・囲碁、体操・運動、散歩、ダンス・盆踊り、スポーツ、野球・相撲観戦、ゲーム、競馬・パチンコ、孫の世話、動物の世話、友達とのおしゃべり、ボランティア、お参り・宗教活動、地域活動、旅行・温泉、その他の 34 項目であった。

基山町内のサロン参加者には回答はしている作業、してみたい作業、興味がある作業、したくない作業の 4 項目から選択してもらった。している作業では地域活動（町内会・老人クラブ）49 人、友達とおしゃべり 46 人、散歩、旅行・温泉各 43 人の順で多かった。してみたい作業では書道・習字、映画・観劇各 14 人、絵を描く・絵手紙、各 13 人、旅行・温泉 12 人順で多かった．興味のある作業では生涯学習・歴史 20 人、俳句 17 人、書道・習字 16 人の順で多かった。したくない作業では競馬・パチンコなど 33 人、ゲーム 29 人、将棋・囲碁 25 人の順で多かった．得意なことを生かしてボランティアとしてみたいことではグランドゴルフ、ハーモニカ演奏、町内の清掃ボランティア、お話が好きなので淋しい方と話し合い等したいなどが挙げられた。

高齢者大学参加者へは調査内容は同じで回答がしている作業、してみたい作業、興味のある作業の 3 項目から選択してもらった。している作業では旅行・温泉、友達とおしゃべり 124 人、家族・親戚との団らん 119 人、読書 114 人、散歩 113 人の順で多かった。してみたい作業では書道・習字 54 人、絵を描く・絵手紙 43 人、俳句 33 人、居酒屋に行く 31 人の順で多かった。興味のある作業では書道・習字 54 人、絵を描く・絵手紙 52 人、俳句 42 人、お茶・お花 38 人の順で多かった。得意なことを生かしてボランティアとしてみたいことでは外国の人に唐津の素晴らしさを伝える観光ボランティアガイド、IT 技術を生かしたボランティア活動、学校の子どもの学習指導、傾聴ボランティア、趣味の歴史の勉強をしてボランティアのガイドなどが挙げられた。

している作業で基山町サロン参加者で地域活動（町内会・老人クラブ）が最も多かったのは地域特性の表れだと考える。佐賀県で共通して多かったのは友達とのおしゃべりや旅行・温泉で両方とも女性が多かった。男性が多かったのはパソコン・ワープロであった。これは職業との関連があるのではないか。してみたい作業・興味のある作業では書道・習字や絵を描く・絵手紙が共通して多かった。得意なことを生かしてボランティアでも地域特性が表れていると考えた。

作業療法士の役割として、これらの男性・女性特有の作業や地域特性などを理解して、その人・その地域の意味のある作業を一緒に考え実行していくことが重要である。特にボランティアについてはいろいろな特技を持っていても活かせる環境が必要である。例えば、佐賀でしてみたい・興味のある作業に書道・習字、絵を描く・絵

手紙、俳句などが挙げられた．嗜好調査でそれぞれの作業を実際にしている人は把握できる。実際にしている人としてみたい・興味を持っている人を繋ぎ合わせることで新たな人と人の結びつきや活動の場が生まれてくる。これらを通して地域包括ケアシステムの自助、互助へと結び付けられるようなシステム作りもこの調査の役割にあると考えた。

３）石川県津幡町

（１）調査地区の概況

津幡町（つばたまち）は、石川県の中央部に位置し、金沢市のベッドタウンとして1995年より急速に人口が増加している町である。金沢市への通勤率は42.4%（平成17年国勢調査）となっている。総人口は36、952人（2014.2.1推計)。高齢化率（総人口に占める．65 歳以上人口の割合） は、18.4%（2013.4.1現在)。

今回調査対象地区となった中条地区は、津幡町の中でも町の中心部に位置し、公共施設が比較的充実し、また津幡駅にも近く交通の便が良好であるなど、利便性は比較的良い地域である。そのため、旧町に隣接し宅地造成がさかんに行われ、特に新旧住民の交流不足が指摘されている地域でもある。

（２）調査対象者の基本情報

調査回答数 1､132 名の内､データ欠損がなかった者 1､161 名について解析を行った.男性 540 名(46.5%)、女性 621 名(53.5%)で、年齢階級では、50-59 歳(以下、50 歳代)が 759 名(65.4%)、60-64 歳(以下、60 歳前期)が 402 名(34.6%)であった。

家族構成では、子と同居が最も多く 44.5%、次いで夫婦のみ 24.4%、親、子と同居 13.9%であった。50 歳代と 60 歳前期では、子と同居が 48.9%から 12.7%減少、親、子と同居が 15.6%から 4.9%減少、一方夫婦のみが 20.6%から 11.1%増加、一人暮らしが 4.0%から 1.5%と子との同居が少なくなっている。

仕事では、会社員・公務員が最も多く 46.2%、次いで専業主婦 15.9%、パート 15.4%であった。50 歳代と 60 歳前期では、会社員 54.9%が 25.3%減少、自営業が 8.4%が 1.7%減少、パートも 15.8%から 1.1%減少、一方無職が 3.2%から 19.2%増加、専業主婦が 12.9%から 8.7%増加していた。

疾患別では、特になしが最も多く 44.7%、次いで高血圧 20.9%、糖尿病 8.3%であった。50 歳代と 60 歳代前期では、全体的に疾患のある割合が増えている。

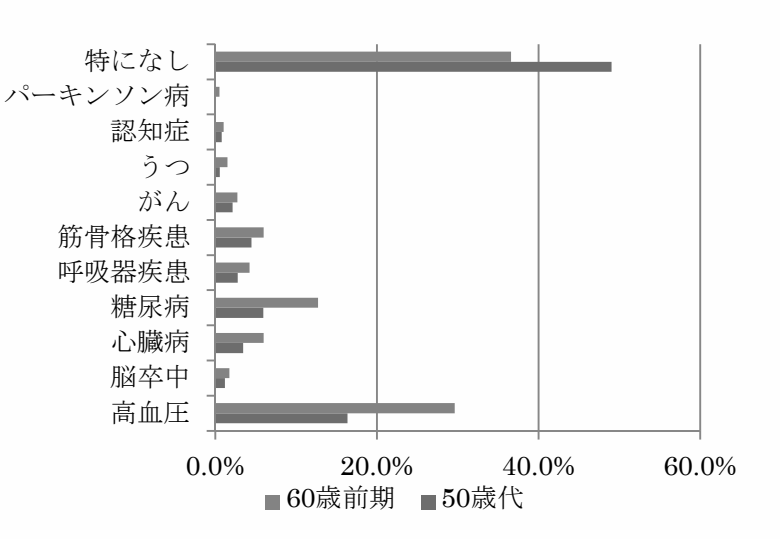


図１　年齢階級別疾患の割合

表1 回答者の基本情報

年齢階級	合計		50-59歳		60-64歳	
	人数	%	人数	%	人数	%
総数	1,161	100%	759	65.4%	402	34.6%
性別						
男性	540	46.5%	359	47.3%	181	45.0%
女性	621	53.5%	400	52.7%	221	55.0%
家族構成						
一人暮らし	56	4.8%	30	4.0%	26	6.5%
夫婦のみ	283	24.4%	156	20.6%	127	31.7%
親と同居	92	7.9%	58	7.7%	34	8.5%
子と同居	516	44.5%	371	48.9%	145	36.2%
親、子と同居	161	13.9%	118	15.6%	43	10.7%
その他	51	4.4%	25	3.3%	26	6.5%
回答なし	2	0.2%	1	0.1%	1	0.2%
仕事						
会社員・公務員	536	46.2%	417	54.9%	119	29.6%
自営業	91	7.8%	64	8.4%	27	6.7%
パート	179	15.4%	120	15.8%	59	14.7%
専業主婦	185	15.9%	98	12.9%	87	21.6%
無職	114	9.8%	24	3.2%	90	22.4%
その他	48	4.1%	31	4.1%	17	4.2%
回答なし	8	0.7%	5	0.7%	3	0.7%
疾患（複数回答）						
高血圧	243	20.9%	124	16.3%	119	29.6%
脳卒中	16	1.4%	9	1.2%	7	1.7%
心臓病	50	4.3%	26	3.4%	24	6.0%
糖尿病	96	8.3%	45	5.9%	51	12.7%
呼吸器疾患	38	3.3%	21	2.8%	17	4.2%
筋骨格疾患	58	5.0%	34	4.5%	24	6.0%
がん	27	2.3%	16	2.1%	11	2.7%
うつ	10	0.9%	4	0.5%	6	1.5%
認知症	10	0.9%	6	0.8%	4	1.0%
パーキンソン病	2	0.2%	0	0.0%	2	0.5%
特になし	519	44.7%	372	49.0%	147	36.6%

（３）生活状況確認表の結果

①している ADL/IADL の結果

している ADL/IADL では、男性では洗濯 30.6%、食事の用意 41.9%、読書 45.0%の順で「している」割合が低く、女性では、読書 51.9%、庭仕事 54.6%、旅行 59.4%であった。

50 歳代と 60 歳前期では、男性で庭仕事 46.5%から 17%、旅行 46.8%から 10.7%、力仕事 78.6%から 2.1%、趣味活動 65.2%から 1.7%増加している。一方仕事 94.7%から 17.5%、食事の用意 44.3%から 7%、食事の片づけ 55.4%から 9.5%と減少している。女性では、庭仕事 46.8%から 22%、旅行 54.3%から 15.5%、趣味活動が 61.3%から 12.9%と増加、一方仕事 67.3%から 14.4%、読書 52.3%から 1.2%減少していた。

表2 性別別年齢階級別しているADL/IADL

しているADL/IADL	男性						女性					
	合計(n=540)		50-59歳(n=359)		60-64歳(n=181)		合計(n=621)		50-59歳(n=400)		60-64歳(n=221)	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
食事	519	96.1%	346	96.4%	173	95.6%	580	93.4%	359	89.8%	221	100.0%
洗顔・歯磨き	536	99.3%	356	99.2%	180	99.4%	579	93.2%	358	89.5%	221	100.0%
トイレ	540	100.0%	359	100.0%	181	100.0%	580	93.4%	359	89.8%	221	100.0%
お風呂	536	99.3%	357	99.4%	179	98.9%	577	92.9%	357	89.3%	220	99.5%
更衣	534	98.9%	355	98.9%	179	98.9%	580	93.4%	359	89.8%	221	100.0%
食事の用意	**226**	**41.9%**	159	44.3%	**67**	**37.0%**	573	92.3%	353	88.3%	220	99.5%
食事の片づけ	282	52.2%	199	55.4%	83	45.9%	573	92.3%	353	88.3%	220	99.5%
洗濯	**165**	**30.6%**	**108**	**30.1%**	**57**	**31.5%**	572	92.1%	352	88.0%	220	99.5%
掃除・整頓	302	55.9%	209	58.2%	93	51.4%	570	91.8%	351	87.8%	219	99.1%
力仕事	428	79.3%	282	78.6%	146	80.7%	399	64.3%	253	63.3%	146	66.1%
趣味活動	355	65.7%	234	65.2%	121	66.9%	409	65.9%	245	61.3%	**164**	**74.2%**
旅行	272	50.4%	168	46.8%	104	57.5%	**369**	**59.4%**	**217**	**54.3%**	152	68.8%
庭仕事	282	52.2%	167	46.5%	115	63.5%	**339**	**54.6%**	**187**	**46.8%**	152	68.8%
家や車の手入れ	422	78.1%	282	78.6%	140	77.3%	458	73.8%	278	69.5%	180	81.4%
読書	**243**	**45.0%**	**158**	**44.0%**	**85**	**47.0%**	**322**	**51.9%**	**209**	**52.3%**	**113**	**51.1%**
仕事	479	88.7%	340	94.7%	139	76.8%	377	60.7%	269	67.3%	**108**	**48.9%**

②基本チェックリストの結果

男性では、口腔機能低下にチェックされたものが最も多く64名(11.9%)、次いで運動機能低下者27名(5.0%)、二次予防対象者である生活機能低下者は16名(3.0%)いた。女性も同様、口腔機能低下者が最も多く68名(11.0%)、運動機能低下者56名(9.0%)、生活機能低下者10名(1.6%)いた。

性別別年齢階級別では、男性で60歳前期で運動機能低下者が3.9%から3.3%、口腔機能低下者が10.9%から2.9%と増加、女性で運動機能低下者が8.3%から2.1%、口腔機能低下者10.9%から1.3%と増加していた。

表3、性別別年齢階級別基本チェックリストによる生活機能の低下者

	男性						女性					
	合計(n=540)		50-59歳(n=359)		60-64歳(n=181)		合計(n=621)		50-59歳(n=400)		60-64歳(n=221)	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
運動器機能低下者	27	5.0%	14	3.9%	13	7.2%	56	9.0%	33	8.3%	23	10.4%
口腔機能低下者	64	11.9%	39	10.9%	25	13.8%	68	11.0%	42	10.5%	26	11.8%
栄養機能低下者	3	0.6%	2	0.6%	1	0.6%	4	0.6%	3	0.8%	1	0.5%
生活機能低下者	16	3.0%	10	2.8%	6	3.3%	10	1.6%	7	1.8%	3	1.4%

男性では、年齢階級別ともに「友人の家を訪ねる　」「バスや電車で一人で外出」「預貯金の出し入れ」でしていないにチェックが、女性では「バスや電車で一人で外出」、「友人の家を訪ねる」「15分間の歩行」でしていないと答えていた。年齢階級別では、60歳前期で「転倒不安」が増加していた。

表4、性別別年齢階級別基本チェックリストのチェック状況

基本チェックリストの項目	男性						女性					
	合計(n=540)		50-59歳(n=359)		60-64歳(n=181)		合計(n=621)		50-59歳(n=400)		60-64歳(n=221)	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
1 バスや電車で1人で外出していますか	**300**	**55.6%**	**207**	**57.7%**	**93**	**51.4%**	**302**	**48.6%**	**197**	**49.3%**	**105**	**47.5%**
2 日用品の買い物をしていますか	109	20.2%	69	19.2%	40	22.1%	11	1.8%	5	1.3%	6	2.7%
3 預貯金の出し入れをしていますか	**175**	**32.4%**	**122**	**34.0%**	**53**	**29.3%**	18	2.9%	8	2.0%	10	4.5%
4 友人の家を訪ねていますか	**357**	**66.1%**	**250**	**69.6%**	**107**	**59.1%**	**244**	**39.3%**	**165**	**41.3%**	**79**	**35.7%**
5 家族や友人の相談にのっていますか	166	30.7%	116	32.3%	50	27.6%	84	13.5%	50	12.5%	34	15.4%
6 階段を手すりや壁をつたわらずに昇っていますか	74	13.7%	45	12.5%	29	16.0%	112	18.0%	60	15.0%	52	23.5%
7 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	32	5.9%	17	4.7%	15	8.3%	44	7.1%	23	5.8%	21	9.5%
8 15分位続けて歩いていますか	160	29.6%	116	32.3%	44	24.3%	**187**	**30.1%**	**122**	**30.5%**	65	29.4%
9 この1年間に転んだことがありますか	59	10.9%	42	11.7%	17	9.4%	83	13.4%	54	13.5%	29	13.1%
10 転倒に対する不安は大きいですか	70	13.0%	41	11.4%	29	16.0%	157	25.3%	90	22.5%	**67**	**30.3%**
11 6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	52	9.6%	35	9.7%	17	9.4%	56	9.0%	37	9.3%	19	8.6%
12 BMI	17	3.1%	9	2.5%	8	4.4%	43	6.9%	34	8.5%	9	4.1%
13 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	115	21.3%	67	18.7%	48	26.5%	107	17.2%	64	16.0%	43	19.5%
14 お茶や汁物等でむせることがありますか	88	16.3%	60	16.7%	28	15.5%	102	16.4%	64	16.0%	38	17.2%
15 口の渇きが気になりますか	82	15.2%	57	15.9%	25	13.8%	100	16.1%	60	15.0%	40	18.1%
16 週に1回以上は外出していますか	29	5.4%	19	5.3%	10	5.5%	17	2.7%	10	2.5%	7	3.2%
17 昨年と比べて外出の回数が減っていますか	78	14.4%	51	14.2%	27	14.9%	122	19.6%	78	19.5%	44	19.9%
18 周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるといわれますか	75	13.9%	50	13.9%	25	13.8%	65	10.5%	43	10.8%	22	10.0%
19 自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	83	15.4%	61	17.0%	22	12.2%	66	10.6%	43	10.8%	23	10.4%
20 今日が何月何日かわからない時がありますか	76	14.1%	51	14.2%	25	13.8%	74	11.9%	44	11.0%	30	13.6%
21 (ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	107	19.8%	72	20.1%	35	19.3%	96	15.5%	68	17.0%	28	12.7%
22 (ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	38	7.0%	24	6.7%	14	7.7%	38	6.1%	25	6.3%	13	5.9%
23 (ここ2週間)以前は楽にできていたことが今はおっくうに感じられる	89	16.5%	64	17.8%	25	13.8%	117	18.8%	77	19.3%	40	18.1%
24 (ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	66	12.2%	42	11.7%	24	13.3%	69	11.1%	49	12.3%	20	9.0%
25 (ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	92	17.0%	66	18.4%	26	14.4%	120	19.3%	87	21.8%	33	14.9%

（4）生活行為確認表による生活行為の不自由の実態

①「不自由を感じる」と答えた人数

男性では、重い荷物の運搬が最も多く 70 名(13.0%)、次いで新聞を読む 56 名(10.4%)、電話等の聞き取り 50 名 9.3%であった。女性では、重い荷物の運搬 158 名(25.4%)、次いで広口瓶の蓋開け 96 名(15.5%)、草むしり 82 名(13.2%)であった。

年齢階級別では、男性で 50 歳代では、新聞を読む 12.3%、爪切り 9.5%、床からの立ち上がり 6.4%に不自由を感じていた。60 歳代前期では、重い物の運搬 19.9%、電話等の聞き取り 14.9%、爪切り 6.6%、新聞を読む 6.6%に不自由を感じていた。

50 歳代女性では、重い物の運搬が 158 名 25.4%、広口瓶の蓋開け 14.8%、新聞を読む 13.0%、60 歳前期では、重い物の運搬が 158 名 30.3%、広口瓶の蓋開け 16.7%、電話等の聞き取り 14.0%に不自由を感じていた。

表5、性別別年齢階級別「不自由な生活行為」

不自由な生活行為	男性						女性					
	合計(n=540)		50-59歳(n=359)		60-64歳(n=181)		合計(n=621)		50-59歳(n=400)		60-64歳(n=221)	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
床からの立ち上がり	33	6.1%	**23**	**6.4%**	10	5.5%	66	10.6%	40	10.0%	26	11.8%
ペン拾い	27	5.0%	19	5.3%	8	4.4%	40	6.4%	28	7.0%	12	5.4%
階段昇降	28	5.2%	17	4.7%	11	6.1%	73	11.8%	44	11.0%	29	13.1%
掃除	13	2.4%	8	2.2%	5	2.8%	35	5.6%	23	5.8%	12	5.4%
重い荷物の運搬	**70**	**13.0%**	34	9.5%	**36**	**19.9%**	**158**	**25.4%**	**91**	**22.8%**	**67**	**30.3%**
ボタン留め	14	2.6%	11	3.1%	3	1.7%	11	1.8%	7	1.8%	4	1.8%
爪切り	46	8.5%	**34**	**9.5%**	**12**	**6.6%**	45	7.2%	23	5.8%	22	10.0%
料理	16	3.0%	14	3.9%	2	1.1%	17	2.7%	11	2.8%	6	2.7%
ペット蓋開け	6	1.1%	5	1.4%	1	0.6%	52	8.4%	31	7.8%	21	9.5%
広口瓶蓋開け	14	2.6%	9	2.5%	5	2.8%	**96**	**15.5%**	**59**	**14.8%**	**37**	**16.7%**
電話等の聞き取り	**50**	**9.3%**	23	6.4%	**27**	**14.9%**	68	11.0%	37	9.3%	**31**	**14.0%**
バス乗り降り	6	1.1%	4	1.1%	2	1.1%	18	2.9%	7	1.8%	11	5.0%
新聞を読む	**56**	**10.4%**	**44**	**12.3%**	**12**	**6.6%**	79	12.7%	**52**	**13.0%**	27	12.2%
自動車運転	9	1.7%	4	1.1%	5	2.8%	18	2.9%	9	2.3%	9	4.1%
整理整頓	13	2.4%	7	1.9%	6	3.3%	39	6.3%	26	6.5%	13	5.9%
草むしり	24	4.4%	13	3.6%	11	6.1%	**82**	**13.2%**	49	12.3%	33	14.9%
下着の脱着	8	1.5%	5	1.4%	3	1.7%	16	2.6%	13	3.3%	3	1.4%
洗身	5	0.9%	2	0.6%	3	1.7%	11	1.8%	9	2.3%	2	0.9%
箸の操作	5	0.9%	3	0.8%	2	1.1%	5	0.8%	2	0.5%	3	1.4%
洗濯干し	4	0.7%	2	0.6%	2	1.1%	13	2.1%	8	2.0%	5	2.3%

②「不自由を感じる」項目数と人数

男性では 64.8%、女性では 51.5%が特に生活行為に不自由を感じていないと答えていた. 生活行為の 5 項目以上で不自由を感じている者は、男性で 21 名 3.8%、女性で 77 名 12.4%と女性の方が不自由を感じている者が多い。

年齢階級別では、5 項目以上に不自由を感じている者は男性で 50 歳代 3.3%、60 歳前期 5.0%と増加、女性では、50 歳代 12.3%、60 歳前期 12.7%で若干増加していた。

表6　性別別年齢階級別1人当たりの不自由を感じる項目数

生活行為で	男性						女性					
	合計(n=540)		50-59歳(n=359)		60-64歳(n=181)		合計(n=621)		50-59歳(n=400)		60-64歳(n=221)	
不自由な項目数	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
0	350	64.8%	241	67.1%	109	60.2%	320	51.5%	218	54.5%	102	46.2%
1	90	16.7%	53	14.8%	37	20.4%	87	14.0%	51	12.8%	36	16.3%
2	51	9.4%	34	9.5%	17	9.4%	69	11.1%	45	11.3%	24	10.9%
3	17	3.1%	13	3.6%	4	2.2%	40	6.4%	25	6.3%	15	6.8%
4	11	2.0%	6	1.7%	5	2.8%	28	4.5%	12	3.0%	16	7.2%
5	8	1.5%	4	1.1%	4	2.2%	15	2.4%	9	2.3%	6	2.7%
6	2	0.4%	1	0.3%	1	0.6%	14	2.3%	7	1.8%	7	3.2%
7	4	0.7%	2	0.6%	2	1.1%	6	1.0%	4	1.0%	2	0.9%
8	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	11	1.8%	7	1.8%	4	1.8%
9	2	0.4%	2	0.6%	0	0.0%	5	0.8%	4	1.0%	1	0.5%
10	2	0.4%	1	0.3%	1	0.6%	6	1.0%	5	1.3%	1	0.5%
11	1	0.2%	1	0.3%	0	0.0%	1	0.2%	1	0.3%	0	0.0%
12	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	11	1.8%	7	1.8%	4	1.8%
13	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.2%	1	0.3%	0	0.0%
14	1	0.2%	0	0.0%	1	0.6%	1	0.2%	1	0.3%	0	0.0%
15	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	0.5%	1	0.3%	2	0.9%
16	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	0.3%	1	0.3%	1	0.5%
17	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.2%	1	0.3%	0	0.0%
18	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
19	1	0.2%	1	0.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
20	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

（5）主観的健康感の結果

性別別では、男性の 59 名 10.9%、女性の 66 名 10.6%があまり健康でない・健康でないと答えていた。性差は特になかった。

年齢階級別では、男性で 50 歳代が 10.5%から 60 歳前期 11.6%で若干増加、女性では 9.8%から 12.3%と 2.5%増加していた。一方男性では健康であると答えたものが 50 歳代では 4.5%だが 60 歳前期で 6.6%と若干増加していた。

表6、性別年齢階級別主観的健康感

主観的健康感	男性						女性					
	合計(n=540)		50-59歳(n=359)		60-64歳(n=181)		合計(n=621)		50-59歳(n=400)		60-64歳(n=221)	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
健康	28	5.2%	16	4.5%	12	6.6%	42	6.8%	32	8.0%	10	4.5%
まあまあ健康	215	39.8%	145	40.4%	70	38.7%	215	34.6%	138	34.5%	77	34.8%
ふつう	237	43.9%	159	44.3%	78	43.1%	262	42.2%	155	38.8%	107	48.4%
あまり健康でない	53	9.8%	35	9.7%	18	9.9%	61	9.8%	35	8.8%	26	11.8%
健康でない	6	1.1%	3	0.8%	3	1.7%	5	0.8%	4	1.0%	1	0.5%

（６）興味関心チェック表の結果

①「している」興味・関心

性別別の「している」興味・関心項目(以下、趣味活動)のトップ５は、
男性で「家族団らん」51.3%、「パソコン」50.9%、「仕事」49.6%、「旅行・温泉」38.9%、
「映画・観劇」33.7%、
女性で「友達とのおしゃべり」63.1%、「家族との団らん」59.3%、「温泉・旅行」48.8%、
「映画・観劇」45.7%、「読書」42.8%であった。

年齢階級別では、男性は50歳代に比較して60歳前期は「映画・観劇」に変わり「読書」が増加、女性では、「仕事」に変わり「孫の世話」がトップ５に増加していた。

表7、性別別年齢階級別興味・関心(趣味活動)の実施状況

している活動	男性						女性					
	合計(n=540)		50-59歳(n=359)		60-64歳(n=181)		合計(n=621)		50-59歳(n=400)		60-64歳(n=221)	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
読書	181	33.5%	109	30.4%	**72**	**39.8%**	**266**	**42.8%**	177	44.3%	89	40.3%
俳句	2	0.4%	0	0.0%	2	1.1%	3	0.5%	1	0.3%	2	0.9%
書道・習字	4	0.7%	0	0.0%	4	2.2%	24	3.9%	11	2.8%	13	5.9%
絵を書く	8	1.5%	3	0.8%	5	2.8%	26	4.2%	13	3.3%	13	5.9%
パソコン	**275**	**50.9%**	**192**	**53.5%**	**83**	**45.9%**	215	34.6%	158	39.5%	57	25.8%
写真	110	20.4%	72	20.1%	38	21.0%	67	10.8%	41	10.3%	26	11.8%
映画・観劇	**182**	**33.7%**	**117**	**32.6%**	65	35.9%	**284**	**45.7%**	**184**	**46.0%**	**100**	**45.2%**
お茶・お花	3	0.6%	3	0.8%	0	0.0%	74	11.9%	40	10.0%	34	15.4%
歌を歌う	91	16.9%	54	15.0%	37	20.4%	100	16.1%	70	17.5%	30	13.6%
音楽を聴く	162	30.0%	116	32.3%	46	25.4%	184	29.6%	129	32.3%	55	24.9%
編み物	2	0.4%	0	0.0%	2	1.1%	80	12.9%	37	9.3%	43	19.5%
針仕事	7	1.3%	3	0.8%	4	2.2%	128	20.6%	66	16.5%	62	28.1%
畑仕事	130	24.1%	63	17.5%	67	37.0%	134	21.6%	55	13.8%	79	35.7%
家族団らん	**277**	**51.3%**	**175**	**48.7%**	**102**	**56.4%**	**368**	**59.3%**	**228**	**57.0%**	**140**	**63.3%**
デート	64	11.9%	47	13.1%	17	9.4%	49	7.9%	33	8.3%	16	7.2%
居酒屋に行く	177	32.8%	**117**	**32.6%**	60	33.1%	133	21.4%	93	23.3%	40	18.1%
仕事	**268**	**49.6%**	**182**	**50.7%**	**86**	**47.5%**	242	39.0%	**179**	**44.8%**	63	28.5%
生涯学習	31	5.7%	17	4.7%	14	7.7%	26	4.2%	15	3.8%	11	5.0%
将棋・囲碁	25	4.6%	15	4.2%	10	5.5%	6	1.0%	2	0.5%	4	1.8%
体操・運動	112	20.7%	67	18.7%	45	24.9%	173	27.9%	95	23.8%	78	35.3%
散歩	152	28.1%	90	25.1%	62	34.3%	146	23.5%	73	18.3%	73	33.0%
ダンス・盆踊り	5	0.9%	2	0.6%	3	1.7%	29	4.7%	17	4.3%	12	5.4%
スポーツ	129	23.9%	86	24.0%	43	23.8%	34	5.5%	23	5.8%	11	5.0%
野球・相撲観戦	100	18.5%	52	14.5%	48	26.5%	45	7.2%	26	6.5%	19	8.6%
ゲーム	19	3.5%	15	4.2%	4	2.2%	20	3.2%	11	2.8%	9	4.1%
競馬・競輪・競艇・パチンコ	126	23.3%	89	24.8%	37	20.4%	32	5.2%	18	4.5%	14	6.3%
孫の世話	128	23.7%	83	23.1%	45	24.9%	245	39.5%	132	33.0%	**113**	**51.1%**
動物の世話	110	20.4%	74	20.6%	36	19.9%	152	24.5%	114	28.5%	38	17.2%
友達とのおしゃべり	166	30.7%	100	27.9%	66	36.5%	**392**	**63.1%**	**239**	**59.8%**	**153**	**69.2%**
ボランティア	38	7.0%	20	5.6%	18	9.9%	37	6.0%	13	3.3%	24	10.9%
お参り・宗教活動	56	10.4%	31	8.6%	25	13.8%	78	12.6%	42	10.5%	36	16.3%
地域活動	38	7.0%	15	4.2%	23	12.7%	22	3.5%	9	2.3%	13	5.9%
旅行・温泉	**210**	**38.9%**	**127**	**35.4%**	**83**	**45.9%**	**303**	**48.8%**	**175**	**43.8%**	**128**	**57.9%**

②「してみたい」または「興味のある」興味・関心

「してみたい」「興味ある」趣味活動のトップ５では性別別で、
男性は「旅行・温泉」「体操・運動」「生涯学習」「映画・観劇」「読書」、
女性で「書道・習字」「散歩」「体操・運動」「絵を書く」「お茶・お花」であった。
年齢階級別では、
男性　50 歳代　　「旅行・温泉」「体操・運動」「映画・観劇」「畑仕事」「読書」
　　60 歳前期　「生涯学習」「体操・運動」「温泉・旅行」「散歩」「読書」
女性　50 歳代　　「書道・習字」「温泉・旅行」「絵を書く」「散歩」「お茶・お花」
　　60 歳前期　「書道・習字」「絵を書く」「お茶・お花」「音楽を聴く」「散歩」が
挙げられていた。男性と女性では、してみたい・興味ある趣味活動が異なっており、個々の嗜好に合わせたアクティビティの選定が必要であると考えられる。

表8、性別別年齢別してみたい・興味のある趣味活動

してみたい・興味ある活動	男性						女性					
	合計(n=540)		50-59歳(n=359)		60-64歳(n=181)		合計(n=621)		50-59歳(n=400)		60-64歳(n=221)	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
読書	**162**	**30.0%**	**106**	**29.5%**	**56**	**30.9%**	156	25.1%	84	21.0%	72	32.6%
俳句	62	11.5%	34	9.5%	28	15.5%	108	17.4%	56	14.0%	52	23.5%
書道・習字	140	25.9%	92	25.6%	48	26.5%	**280**	**45.1%**	**175**	**43.8%**	**105**	**47.5%**
絵を書く	134	24.8%	87	24.2%	47	26.0%	**222**	**35.7%**	**131**	**32.8%**	**91**	**41.2%**
パソコン	90	16.7%	53	14.8%	37	20.4%	172	27.7%	95	23.8%	**77**	**34.8%**
写真	137	25.4%	94	26.2%	43	23.8%	138	22.2%	79	19.8%	59	26.7%
映画・観劇	**164**	**30.4%**	**110**	**30.6%**	54	29.8%	185	29.8%	114	28.5%	71	32.1%
お茶・お花	52	9.6%	29	8.1%	23	12.7%	**206**	**33.2%**	**118**	**29.5%**	88	39.8%
歌を歌う	110	20.4%	70	19.5%	40	22.1%	177	28.5%	92	23.0%	85	38.5%
音楽を聴く	144	26.7%	94	26.2%	50	27.6%	194	31.2%	107	26.8%	87	39.4%
編み物	17	3.1%	11	3.1%	6	3.3%	178	28.7%	113	28.3%	65	29.4%
針仕事	17	3.1%	10	2.8%	7	3.9%	104	16.7%	64	16.0%	40	18.1%
畑仕事	152	28.1%	**108**	**30.1%**	44	24.3%	137	22.1%	99	24.8%	38	17.2%
家族団らん	60	11.1%	45	12.5%	15	8.3%	40	6.4%	21	5.3%	19	8.6%
デート	112	20.7%	68	18.9%	44	24.3%	53	8.5%	32	8.0%	21	9.5%
居酒屋に行く	101	18.7%	67	18.7%	34	18.8%	104	16.7%	68	17.0%	36	16.3%
仕事	64	11.9%	32	8.9%	32	17.7%	96	15.5%	52	13.0%	44	19.9%
生涯学習	**169**	**31.3%**	102	28.4%	**67**	**37.0%**	194	31.2%	**118**	**29.5%**	76	34.4%
将棋・囲碁	117	21.7%	64	17.8%	53	29.3%	48	7.7%	29	7.3%	19	8.6%
体操・運動	**189**	**35.0%**	**127**	**35.4%**	**62**	**34.3%**	**228**	**36.7%**	**156**	**39.0%**	72	32.6%
散歩	158	29.3%	99	27.6%	**59**	**32.6%**	**241**	**38.8%**	**156**	**39.0%**	**85**	**38.5%**
ダンス・盆踊り	65	12.0%	39	10.9%	26	14.4%	151	24.3%	92	23.0%	59	26.7%
スポーツ	137	25.4%	93	25.9%	44	24.3%	124	20.0%	69	17.3%	55	24.9%
野球・相撲観戦	139	25.7%	96	26.7%	43	23.8%	78	12.6%	46	11.5%	32	14.5%
ゲーム	57	10.6%	32	8.9%	25	13.8%	52	8.4%	29	7.3%	23	10.4%
競馬・競輪・競艇・パチンコ	75	13.9%	47	13.1%	28	15.5%	45	7.2%	24	6.0%	21	9.5%
孫の世話	106	19.6%	63	17.5%	43	23.8%	85	13.7%	55	13.8%	30	13.6%
動物の世話	121	22.4%	82	22.8%	39	21.5%	99	15.9%	63	15.8%	36	16.3%
友達とのおしゃべり	64	11.9%	44	12.3%	20	11.0%	62	10.0%	41	10.3%	21	9.5%
ボランティア	151	28.0%	98	27.3%	53	29.3%	174	28.0%	121	30.3%	53	24.0%
お参り・宗教活動	53	9.8%	33	9.2%	20	11.0%	40	6.4%	17	4.3%	23	10.4%
地域活動	81	15.0%	52	14.5%	29	16.0%	60	9.7%	32	8.0%	28	12.7%
旅行・温泉	**212**	**39.3%**	**150**	**41.8%**	**62**	**34.3%**	188	30.3%	**133**	**33.3%**	55	24.9%

（7）してみたいボランティア活動

自由記載でしてみたいボランティア活動の回答を得た．下記のとおりであった。

【自由記載の内容】

・老年についてや介護、子育ての知識を生かした活動をしてみたい
・中学、高校等で野球指導をしてみたい
・一人暮らしの高齢者の方に、話し相手になったり、歌を歌ったり、買い物など一緒に行ってあげたい
・不登校の児童の相談にのってみたい
・子供たちにそろばんを教えるボランティアをしたい
・内装建築のボランティアをしてみたい
・オカリナや大正琴で施設のボランティアしている
・建築、木工ボランティアをしてみたい
・現在お花を教えるボランティアを保育園にしている、できれば、小学生や中学生にもしたい
・写真の趣味を活かして、地域に貢献したい
・傾聴ボランティアをしたい
・保育士の経験を活かして、子育て相談等をしたい
・里山、竹林の整備や森林公園のボランティアをしたい
・お花を教えてみたい
・小さな子供のお世話や、若いお母さんの話し相手などがしたい
・お芝居のボランティアをしたい
・お花を教えるボランティアと合唱のボランティアをしている
・ヘルパーの資格を持っているので、ヘルパーボランティアをしてみたい
・パン作りが好きなので教えてみたい
・料理を教えるボランティアをしたい
・大型特殊と作業免許を保持しているので、冬季の除雪作業のボランティアをしたい
・お花の免許を生かして、お花を教えるボランティアをしてみたい
・フィナンシャル・プランナーの資格を活かして、金融、保険、資産運用等の相談を行うボランティアをしてみたい
・自分にできるボランティアがあればやってみたいと思う
・琴を教えるボランティアをしたい

（8）考察とまとめ

①基本情報

60 歳前期は退職による仕事の有無の変化の他、子との同居も少なくなる生活スタイルの変化が多くみられ、さらに疾患のある割合が増えるなど健康にも関心が高まる時期であることがわかった。

②している ADL/IADL の結果

50 歳代と 60 歳前期では、男性、女性ともに仕事から庭仕事や旅行・趣味活動へと「している」ADL/IADL が変化していた。退職後の 24 時間の新しい生活行為の獲得に対し、様々な情報を提供していくことが大切であると考えられた。

③基本チェックリストの結果

男女とも、口腔機能低下にチェックされたものが最も多く、二次予防対象者である生活機能低下者は男性 16 名(3.0%)、女性 10 名(1.6%)と男性の方が多かった．二次予防の対象前の若い年代層でも生活機能の低下者がいることがわかった。今回は介護保険の認定の有無を調べていないため、特定高齢者である可能性がある。

④「不自由を感じる」生活行為

男女とも重い荷物の運搬が最も多く、女性では広口瓶の蓋開けなど筋力を要する生活行為について不自由を感じていた。また、男女とも年齢階級別の間には特に不自由を感じる生活行為の項目はあまり差がなかった。 若い世代から筋力をつけるような取組が必要かもしれない。

男性では 64.8%、女性では 51.5%が特に生活行為に不自由を感じていないと答えていた。生活行為の 5 項目以上で不自由を感じている者は、男性で 21 名 3.8%、女性で 77 名 12.4%と女性の方が不自由を感じている者が多かった。年齢階級別では項目数にはあまり差はなかった。今回介護認定の有無については調査していないため、状態像は不明だが 5 項目以上に不自由に感じる項目がある場合、女性については家事などの役割に従事することからの不自由さを感じている可能性があり、この年代は自分で行動できることから、家事の工夫のあれこれなどの情報を、積極的に提供していくことが必要と考えられた。

⑤「してみたい」「興味ある」趣味活動

男性は「旅行・温泉」「体操・運動」「生涯学習」「映画・観劇」「読書」、女性は「書道・習字」「散歩」「体操・運動」「絵を書く」「お茶・お花」と性別ではアクティビティニーズが異なっていることがわかった。性差も考慮し、地域の情報提供や地域活動を構築していくことが重要であると考えられた。

⑥してみたい「ボランティア活動」について

男女ともボランティア活動をしていてみたいと答えた者が 28%いた。また、男性では 50 歳代 27.3%から 60 歳前期 29.3%と退職後の方がボランティアに関心が高く、女性では減少していた. 男性については退職後の役割としてボランティア活動へのニーズがあることが考えられた。また、希望するボランティアの内容も様々であり、一律ボランティアと括らず、ニーズとのマッチングをしていくことも、活動を引き出す上で重要であると考えられた。

４）埼玉県和光市の実態調査結果

（１）調査地区の概況

和光市は、埼玉県の南側、東京都と接する位置にある人口約 8 万人の都市である。戦後、急速に東京のベッドタウンとして人口が増え、本田技研工業の工場建設（現在は工場は廃止）によって工業都市として発展している。人口増加率は、1995 年（平成 7 年）から 2005 年（平成 17 年）までの 10 年間で 21%であり、埼玉県の市町村では 1 位である。全国ではトップ 10 に入っている。また生産年齢人口の割合も 75%に上り、全国トップ 10 に入っている。このため、東京都内に比べて児童数が多く全体に若い雰囲気の街とも言える。近年急速に住宅地として発展している街であるが、東京 23 区に隣接しているにもかかわらず雑木林や畑が点在し、湧水もあり、まだ武蔵野の自然が残っていて、県営和光樹林公園などの公園もあり、全体的に緑の多い街である。（※H26.3.20 ja.wikipedia.org/wiki/和光市から引用）

（２）調査方法

和光市の生活圏域ニーズ調査に合わせ、「生活行為確認表」及び「高齢者嗜好調査表（興味関心チェックシート）」を実施した。回収できた調査票のうち、生活行為確認表の 20 項目すべてに回答のあった者 2、057 名を有効回答とし、解析した。

（３）対象者の基本情報

回答者の内訳は、男性 986 名（47.9%）、女性 1、071 名（52.1%）であった。年齢構成では、65-69 歳が 647 名（31.5%）、70-74 歳が 574 名（27.9%）、75 - 79 歳が 455 名（22.1%）、80 歳以上が 381 名（18.5%）であった（表 1）。

表 1. 生活行為数の分析対象者の性別年齢階級別人数

	人数（人）					構成割合（%）				
	合計	65-69	70-74	75-79	80 以上	合計	65-69	70-74	75-79	80 以上
総数	2、057	647	574	455	381	100。0	31。5	27。9	22。1	18。5
男性	986	312	288	226	160	100。0	31。6	29。2	22。9	16。2
女性	1、071	335	286	229	221	100。0	31。3	26。7	21。4	20。6

高齢者の状態像を基本チェックリスト 25 項目の判定で二次予防高齢者（以下、二次予防）と判定された者、要支援者、要介護者、基本チェックリストのデータがなかった者を一次 or 二次予防対象者（以下、一次 or 二次）、それ以外を一次予防高齢者（以下、一次予防）と分類し、分析した。

状態像別人数では、二次予防高齢者は 18.0%、要支援者 1.0%、要介護者 3.5%であった。男女別では、二次予防は男性 16.6%、女性 19.4%で女性の方が多く、要支援者は男性 1.3%、女性 0.7%で男性の方が多く、要介護者では、男性 2.2%、女性 4.6%で女性が多かった。

表 2. 生活行為数の分析対象者の性別状態像別人数

	人数（人）						構成割合（%）					
	合計	一次予防	一次 or 二次	二次予防	要支援	要介護	合計	一次予防	一次 or 二次	二次予防	要支援	要介護
総数	2,057	1,224	370	372	20	71	100.0	59.5	18.0	18.1	1.0	3.5
男性	986	624	163	164	13	22	100.0	63.3	16.5	16.6	1.3	2.2
女性	1,071	600	207	208	7	49	100.0	56.0	19.3	19.4	0.7	4.6

（４）生活行為の実施状況

①性別年齢階級別の「していない」生活行為（表３、図１）

男女とも年齢が高齢になるとともに「していない」生活行為が増加する。男性は 65 歳から料理や自動車運転、草むしり、洗濯物干しに「していない」項目が多く、女性は「自動車運転」「草むしり」が挙げられていた。男女とも調査対象地域が交通の便のよい地域であることが「していない」生活行為項目に自動車運転が挙げられていること、都会であることから自家菜園、持ち家が少ないためか、「草むしり」も「していない」が多かった。

表3. 性別年齢階級別にみた各生活行為を「していない」割合

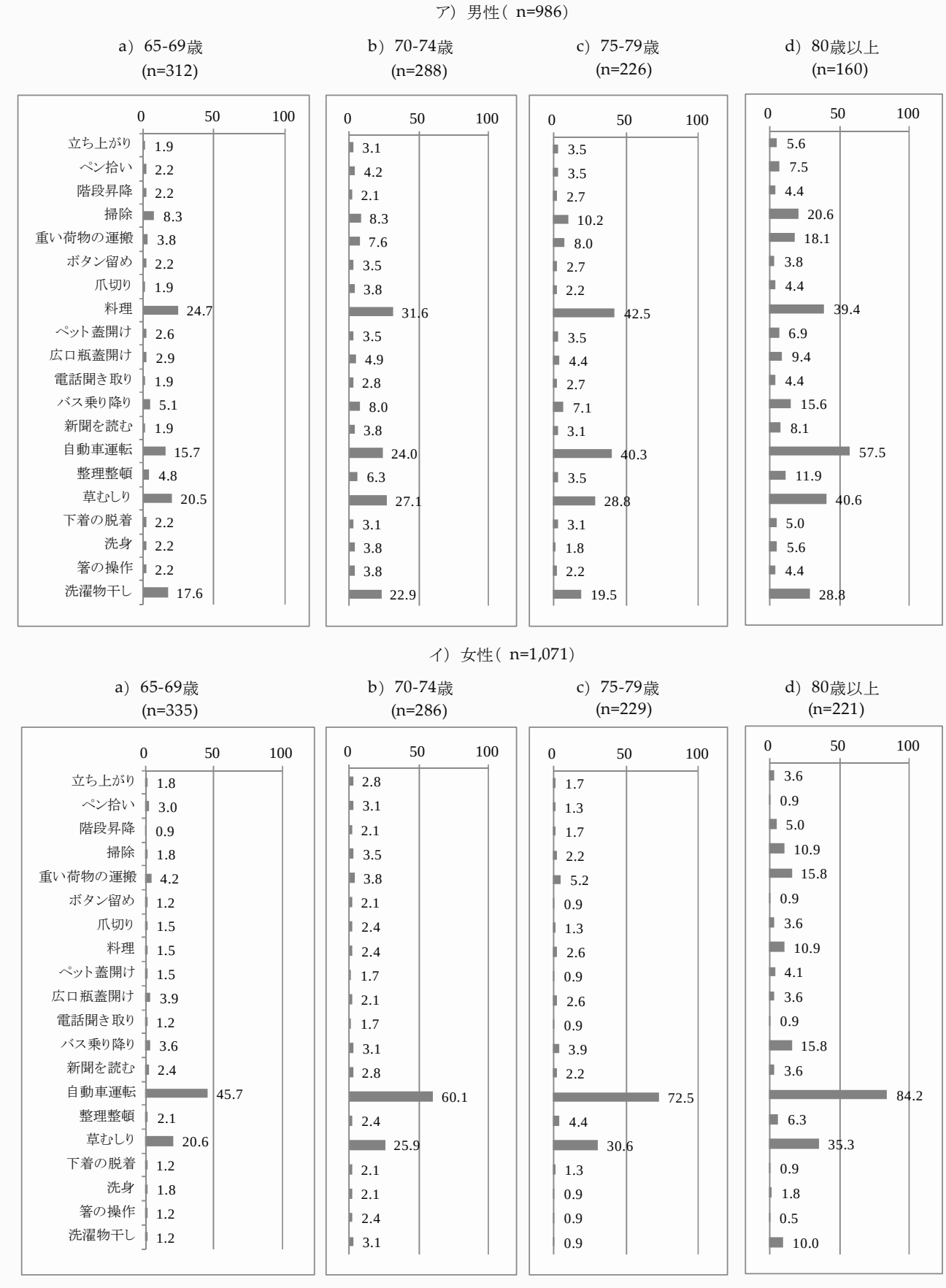
ア）男性（ n=986）

項目	回答	人数（ 人）					構成割合（ %）				
		合計	65-69	70-74	75-79	80以上	合計	65-69	70-74	75-79	80以上
総数		986	312	288	226	160	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
立ち上がり	していない	32	6	9	8	9	3.2	1.9	3.1	3.5	5.6
ペン拾い	していない	39	7	12	8	12	4.0	2.2	4.2	3.5	7.5
階段昇降	していない	26	7	6	6	7	2.6	2.2	2.1	2.7	4.4
掃除	していない	106	26	24	23	33	10.8	8.3	8.3	10.2	20.6
重い荷物の運搬	していない	81	12	22	18	29	8.2	3.8	7.6	8.0	18.1
ボタン留め	していない	29	7	10	6	6	2.9	2.2	3.5	2.7	3.8
爪切り	していない	29	6	11	5	7	2.9	1.9	3.8	2.2	4.4
料理	していない	327	77	91	96	63	33.2	24.7	31.6	42.5	39.4
ペット蓋開け	していない	37	8	10	8	11	3.8	2.6	3.5	3.5	6.9
広口瓶蓋開け	していない	48	9	14	10	15	4.9	2.9	4.9	4.4	9.4
電話聞き取り	していない	27	6	8	6	7	2.7	1.9	2.8	2.7	4.4
バス乗り降り	していない	80	16	23	16	25	8.1	5.1	8.0	7.1	15.6
新聞を読む	していない	37	6	11	7	13	3.8	1.9	3.8	3.1	8.1
自動車運転	していない	301	49	69	91	92	30.5	15.7	24.0	40.3	57.5
整理整頓	していない	60	15	18	8	19	6.1	4.8	6.3	3.5	11.9
草むしり	していない	272	64	78	65	65	27.6	20.5	27.1	28.8	40.6
下着の脱着	していない	31	7	9	7	8	3.1	2.2	3.1	3.1	5.0
洗身	していない	31	7	11	4	9	3.1	2.2	3.8	1.8	5.6
箸の操作	していない	30	7	11	5	7	3.0	2.2	3.8	2.2	4.4
洗濯物干し	していない	211	55	66	44	46	21.4	17.6	22.9	19.5	28.8

イ）女性（ n=1,075）

項目	回答	人数（ 人）					構成割合（ %）				
		合計	65-69	70-74	75-79	80以上	合計	65-69	70-74	75-79	80以上
総数		1071	335	286	229	221	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
立ち上がり	していない	26	6	8	4	8	2.4	1.8	2.8	1.7	3.6
ペン拾い	していない	24	10	9	3	2	2.2	3.0	3.1	1.3	0.9
階段昇降	していない	24	3	6	4	11	2.2	0.9	2.1	1.7	5.0
掃除	していない	45	6	10	5	24	4.2	1.8	3.5	2.2	10.9
重い荷物の運搬	していない	72	14	11	12	35	6.7	4.2	3.8	5.2	15.8
ボタン留め	していない	14	4	6	2	2	1.3	1.2	2.1	0.9	0.9
爪切り	していない	23	5	7	3	8	2.1	1.5	2.4	1.3	3.6
料理	していない	42	5	7	6	24	3.9	1.5	2.4	2.6	10.9
ペット蓋開け	していない	21	5	5	2	9	2.0	1.5	1.7	0.9	4.1
広口瓶蓋開け	していない	33	13	6	6	8	3.1	3.9	2.1	2.6	3.6
電話聞き取り	していない	13	4	5	2	2	1.2	1.2	1.7	0.9	0.9
バス乗り降り	していない	65	12	9	9	35	6.1	3.6	3.1	3.9	15.8
新聞を読む	していない	29	8	8	5	8	2.7	2.4	2.8	2.2	3.6
自動車運転	していない	677	153	172	166	186	63.2	45.7	60.1	72.5	84.2
整理整頓	していない	38	7	7	10	14	3.5	2.1	2.4	4.4	6.3
草むしり	していない	291	69	74	70	78	27.2	20.6	25.9	30.6	35.3
下着の脱着	していない	15	4	6	3	2	1.4	1.2	2.1	1.3	0.9
洗身	していない	18	6	6	2	4	1.7	1.8	2.1	0.9	1.8
箸の操作	していない	14	4	7	2	1	1.3	1.2	2.4	0.9	0.5
洗濯物干し	していない	37	4	9	2	22	3.5	1.2	3.1	0.9	10.0

図1. 性別年齢階級別にみた各生活行為を「していない」割合



②性別状態像別の「していない」生活行為（表４、図２）

男性では二次予防と要支援者では、「ペン拾い」「階段昇降」「電話の聞き取り」「新聞を読む」「下着の脱着」の感覚器、姿勢変換の動作が要求される項目に増加がみられる。要支援と要介護者では、「重い物の運搬」「広口瓶の蓋開け」「バスの昇降」「爪切り」に増加を認める。女性では二次予防と要支援者では、「洗濯物干し」「立ち上がり」「階段昇降」「掃除」「爪切り」「ペットボトルの蓋開け」「広口瓶の蓋開け」「新聞を読む」「下着の脱着」「洗身」「箸の操作」など全般的に増加している。要支援と要介護者では、「重い物の運搬」に増加を認めた。

表4. 性別年齢階級別にみた各生活行為を「していない」割合

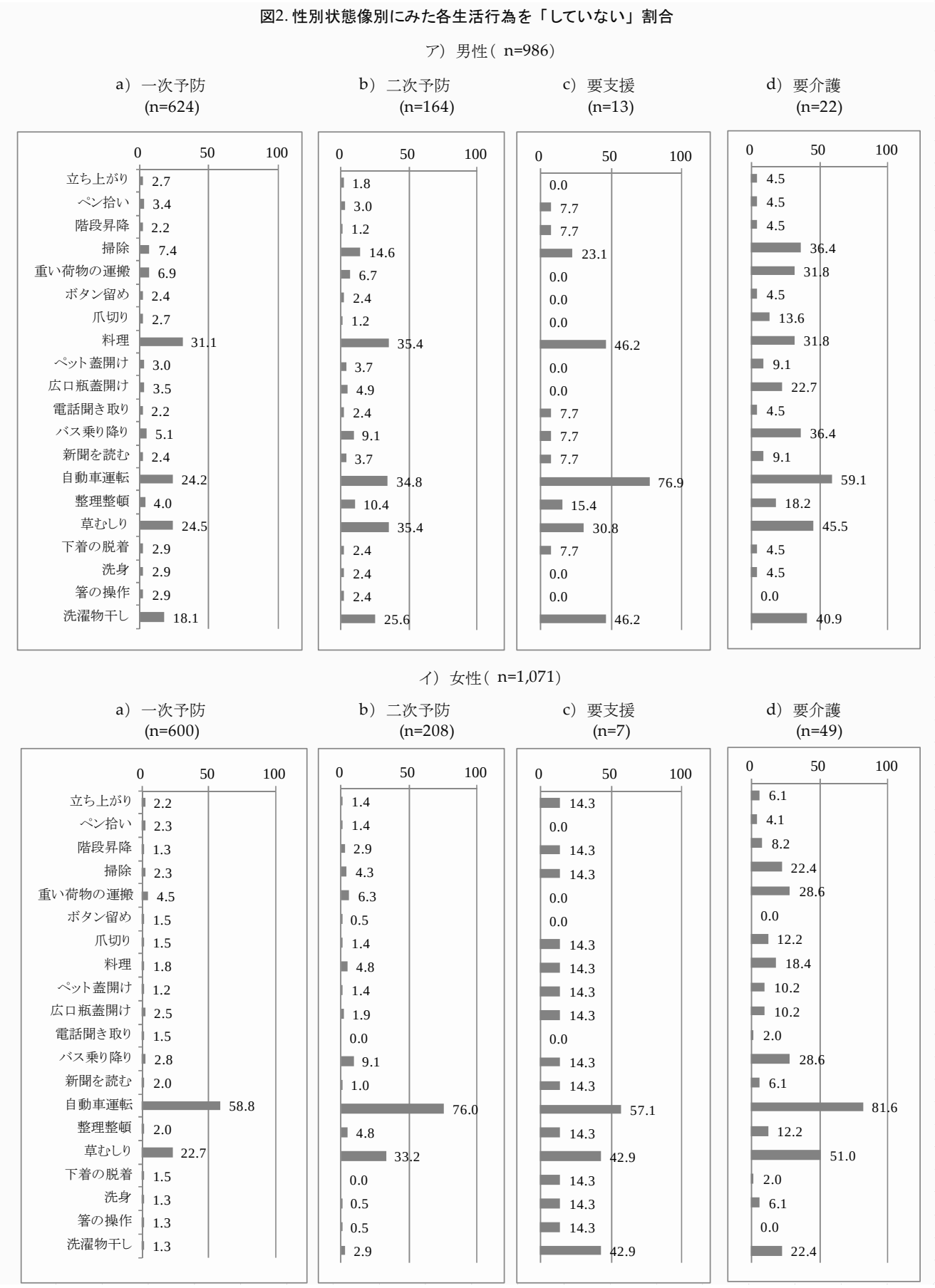
ア）男性（ n=986）

項目	回答	人数（ 人）					構成割合（ %）				
		合計	一次予防	二次予防	要支援	要介護	合計	一次予防	二次予防	要支援	要介護
総数		986	624	164	13	22	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
立ち上がり	していない	21	17	3	0	1	2.1	2.7	1.8	0.0	4.5
ペン拾い	していない	28	21	5	1	1	2.8	3.4	3.0	7.7	4.5
階段昇降	していない	18	14	2	1	1	1.8	2.2	1.2	7.7	4.5
掃除	していない	81	46	24	3	8	8.2	7.4	14.6	23.1	36.4
重い荷物の運搬	していない	61	43	11	0	7	6.2	6.9	6.7	0.0	31.8
ボタン留め	していない	20	15	4	0	1	2.0	2.4	2.4	0.0	4.5
爪切り	していない	22	17	2	0	3	2.2	2.7	1.2	0.0	13.6
料理	していない	265	194	58	6	7	26.9	31.1	35.4	46.2	31.8
ペット蓋開け	していない	27	19	6	0	2	2.7	3.0	3.7	0.0	9.1
広口瓶蓋開け	していない	35	22	8	0	5	3.5	3.5	4.9	0.0	22.7
電話聞き取り	していない	20	14	4	1	1	2.0	2.2	2.4	7.7	4.5
バス乗り降り	していない	56	32	15	1	8	5.7	5.1	9.1	7.7	36.4
新聞を読む	していない	24	15	6	1	2	2.4	2.4	3.7	7.7	9.1
自動車運転	していない	231	151	57	10	13	23.4	24.2	34.8	76.9	59.1
整理整頓	していない	48	25	17	2	4	4.9	4.0	10.4	15.4	18.2
草むしり	していない	225	153	58	4	10	22.8	24.5	35.4	30.8	45.5
下着の脱着	していない	24	18	4	1	1	2.4	2.9	2.4	7.7	4.5
洗身	していない	23	18	4	0	1	2.3	2.9	2.4	0.0	4.5
箸の操作	していない	22	18	4	0	0	2.2	2.9	2.4	0.0	0.0
洗濯物干し	していない	170	113	42	6	9	17.2	18.1	25.6	46.2	40.9

イ）女性（ n=1,075）

項目	回答	人数（ 人）					構成割合（ %）				
		合計	一次予防	二次予防	要支援	要介護	合計	一次予防	二次予防	要支援	要介護
総数		1071	600	208	7	49	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
立ち上がり	していない	20	13	3	1	3	1.9	2.2	1.4	14.3	6.1
ペン拾い	していない	19	14	3	0	2	1.8	2.3	1.4	0.0	4.1
階段昇降	していない	19	8	6	1	4	1.8	1.3	2.9	14.3	8.2
掃除	していない	35	14	9	1	11	3.3	2.3	4.3	14.3	22.4
重い荷物の運搬	していない	54	27	13	0	14	5.0	4.5	6.3	0.0	28.6
ボタン留め	していない	10	9	1	0	0	0.9	1.5	0.5	0.0	0.0
爪切り	していない	19	9	3	1	6	1.8	1.5	1.4	14.3	12.2
料理	していない	31	11	10	1	9	2.9	1.8	4.8	14.3	18.4
ペット蓋開け	していない	16	7	3	1	5	1.5	1.2	1.4	14.3	10.2
広口瓶蓋開け	していない	25	15	4	1	5	2.3	2.5	1.9	14.3	10.2
電話聞き取り	していない	10	9	0	0	1	0.9	1.5	0.0	0.0	2.0
バス乗り降り	していない	51	17	19	1	14	4.8	2.8	9.1	14.3	28.6
新聞を読む	していない	18	12	2	1	3	1.7	2.0	1.0	14.3	6.1
自動車運転	していない	555	353	158	4	40	51.8	58.8	76.0	57.1	81.6
整理整頓	していない	29	12	10	1	6	2.7	2.0	4.8	14.3	12.2
草むしり	していない	233	136	69	3	25	21.8	22.7	33.2	42.9	51.0
下着の脱着	していない	11	9	0	1	1	1.0	1.5	0.0	14.3	2.0
洗身	していない	13	8	1	1	3	1.2	1.3	0.5	14.3	6.1
箸の操作	していない	10	8	1	1	0	0.9	1.3	0.5	14.3	0.0
洗濯物干し	していない	28	8	6	3	11	2.6	1.3	2.9	42.9	22.4

図2. 性別状態像別にみた各生活行為を「していない」割合



（５）生活行為確認表による生活行為の不自由の実態

①性別年齢階級別「各生活行為に不自由を感じる」と答えた人数（表５、図３）

「不自由を感じる」生活行為は、
男性では「重い物の運搬」26.6%「階段昇降」16.4%「電話聞き取り」15.7%「草むしり」13.9%「爪切り」11.9%、女性では「重い物の運搬」40.7%「広口瓶の蓋開け」29.2%「階段昇降」25.9%「草むしり」22.6%「立ち上がり」19.3%の順に多かった。

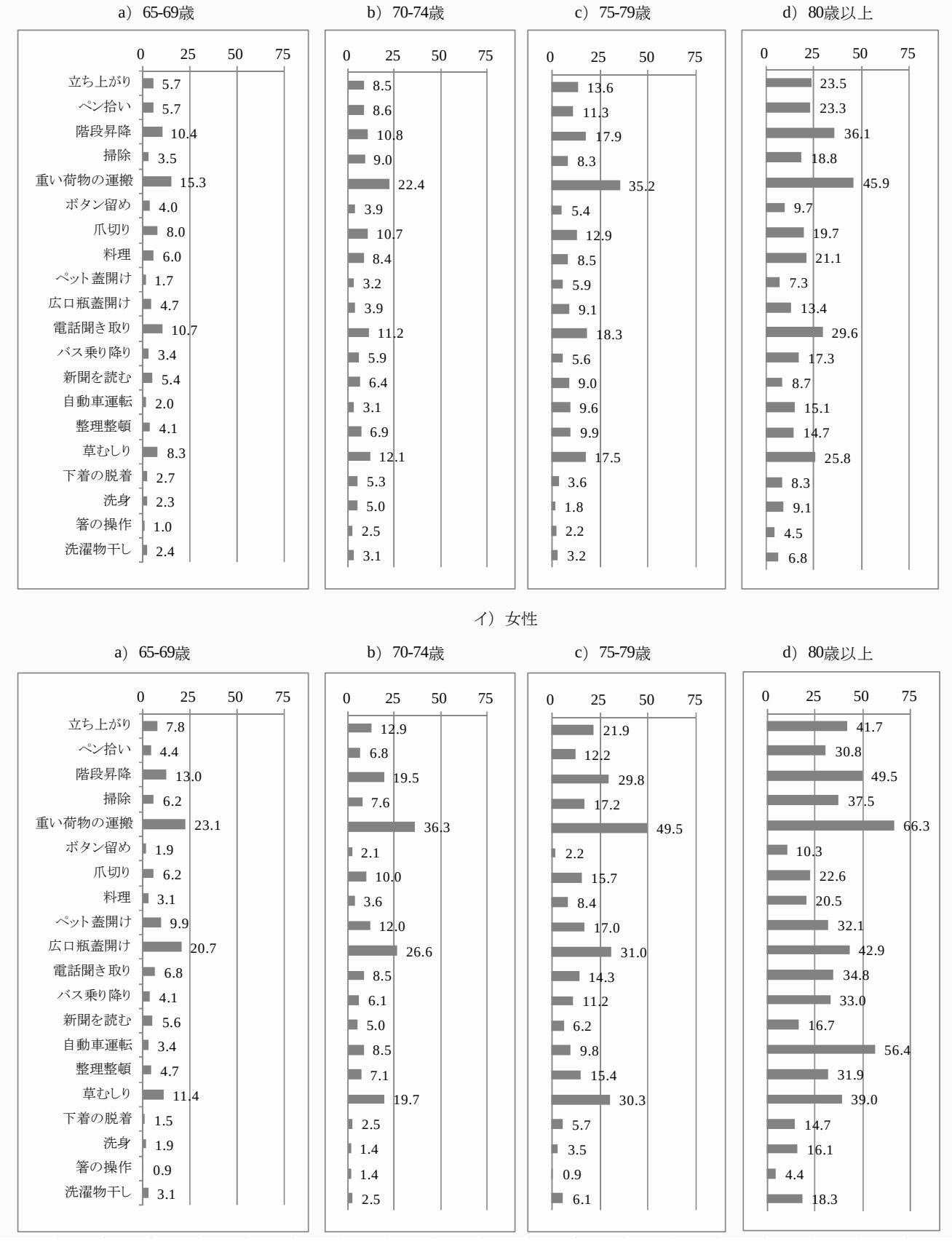
年齢階級別では、すべての項目において年齢が高くなると共に「不自由を感じる」と答える者の割合が増加している。特に女性が、年齢が高くなると共に生活行為に不自由を感じる者が多くなる。

また、女性では家事に従事しているためと考えられたが、「広口瓶の蓋開け」「整理整頓」「洗濯物干し」に不自由を感じると答えた者が特徴的に多かった。

表5. 性別年齢階級別にみた各生活行為に不自由が生じている割合

項目	回答	男性					女性				
		合計	65-69	70-74	75-79	80以上	合計	65-69	70-74	75-79	80以上
立ち上がり	している（人）	955	300	281	221	153	1047	321	280	228	218
	不自由あり（人）	107	17	24	30	36	202	25	36	50	91
	不自由率（%）	11.2	5.7	8.5	13.6	23.5	19.3	7.8	12.9	21.9	41.7
ペン拾い	している（人）	949	298	280	221	150	1049	317	279	229	224
	不自由あり（人）	101	17	24	25	35	130	14	19	28	69
	不自由率（%）	10.6	5.7	8.6	11.3	23.3	12.4	4.4	6.8	12.2	30.8
階段昇降	している（人）	963	298	287	223	155	1050	324	282	228	216
	不自由あり（人）	158	31	31	40	56	272	42	55	68	107
	不自由率（%）	16.4	10.4	10.8	17.9	36.1	25.9	13.0	19.5	29.8	49.5
掃除	している（人）	883	282	268	205	128	1026	321	278	227	200
	不自由あり（人）	75	10	24	17	24	155	20	21	39	75
	不自由率（%）	8.5	3.5	9.0	8.3	18.8	15.1	6.2	7.6	17.2	37.5
重い荷物の運搬	している（人）	914	294	272	213	135	997	312	278	220	187
	不自由あり（人）	243	45	61	75	62	406	72	101	109	124
	不自由率（%）	26.6	15.3	22.4	35.2	45.9	40.7	23.1	36.3	49.5	66.3
ボタン留め	している（人）	960	298	283	224	155	1059	323	282	230	224
	不自由あり（人）	50	12	11	12	15	40	6	6	5	23
	不自由率（%）	5.2	4.0	3.9	5.4	9.7	3.8	1.9	2.1	2.2	10.3
爪切り	している（人）	962	299	281	225	157	1049	322	281	229	217
	不自由あり（人）	114	24	30	29	31	133	20	28	36	49
	不自由率（%）	11.9	8.0	10.7	12.9	19.7	12.7	6.2	10.0	15.7	22.6
料理	している（人）	660	232	203	130	95	1029	322	281	226	200
	不自由あり（人）	62	14	17	11	20	80	10	10	19	41
	不自由率（%）	9.4	6.0	8.4	8.5	21.1	7.8	3.1	3.6	8.4	20.5
ペット蓋開け	している（人）	953	297	283	222	151	1053	322	283	230	218
	不自由あり（人）	38	5	9	13	11	175	32	34	39	70
	不自由率（%）	4.0	1.7	3.2	5.9	7.3	16.6	9.9	12.0	17.0	32.1
広口瓶蓋開け	している（人）	944	296	279	220	149	1039	314	282	226	217
	不自由あり（人）	65	14	11	20	20	303	65	75	70	93
	不自由率（%）	6.9	4.7	3.9	9.1	13.4	29.2	20.7	26.6	31.0	42.9
電話の聞き取り	している（人）	967	299	285	224	159	1060	323	283	230	224
	不自由あり（人）	152	32	32	41	47	157	22	24	33	78
	不自由率（%）	15.7	10.7	11.2	18.3	29.6	14.8	6.8	8.5	14.3	34.8
バス乗り降り	している（人）	914	290	271	214	139	1005	315	279	223	188
	不自由あり（人）	62	10	16	12	24	117	13	17	25	62
	不自由率（%）	6.8	3.4	5.9	5.6	17.3	11.6	4.1	6.1	11.2	33.0
新聞を読む	している（人）	952	298	282	223	149	1041	319	280	226	216
	不自由あり（人）	67	16	18	20	13	82	18	14	14	36
	不自由率（%）	7.0	5.4	6.4	9.0	8.7	7.9	5.6	5.0	6.2	16.7
自動車運転	している（人）	688	255	224	136	73	396	178	118	61	39
	不自由あり（人）	36	5	7	13	11	44	6	10	6	22
	不自由率（%）	5.2	2.0	3.1	9.6	15.1	11.1	3.4	8.5	9.8	56.4
整理整頓	している（人）	931	291	275	222	143	1036	320	282	221	213
	不自由あり（人）	74	12	19	22	21	137	15	20	34	68
	不自由率（%）	7.9	4.1	6.9	9.9	14.7	13.2	4.7	7.1	15.4	31.9
草むしり	している（人）	720	242	215	166	97	782	263	218	155	146
	不自由あり（人）	100	20	26	29	25	177	30	43	47	57
	不自由率（%）	13.9	8.3	12.1	17.5	25.8	22.6	11.4	19.7	30.3	39.0
下着の脱着	している（人）	961	298	284	223	156	1058	323	281	229	225
	不自由あり（人）	44	8	15	8	13	58	5	7	13	33
	不自由率（%）	4.6	2.7	5.3	3.6	8.3	5.5	1.5	2.5	5.7	14.7
洗身	している（人）	960	298	282	226	154	1056	321	282	230	223
	不自由あり（人）	39	7	14	4	14	54	6	4	8	36
	不自由率（%）	4.1	2.3	5.0	1.8	9.1	5.1	1.9	1.4	3.5	16.1
箸の操作	している（人）	961	298	282	225	156	1060	323	281	230	226
	不自由あり（人）	22	3	7	5	7	19	3	4	2	10
	不自由率（%）	2.3	1.0	2.5	2.2	4.5	1.8	0.9	1.4	0.9	4.4
洗濯物干し	している（人）	784	255	226	186	117	1033	323	278	230	202
	不自由あり（人）	27	6	7	6	8	68	10	7	14	37
	不自由率（%）	3.4	2.4	3.1	3.2	6.8	6.6	3.1	2.5	6.1	18.3

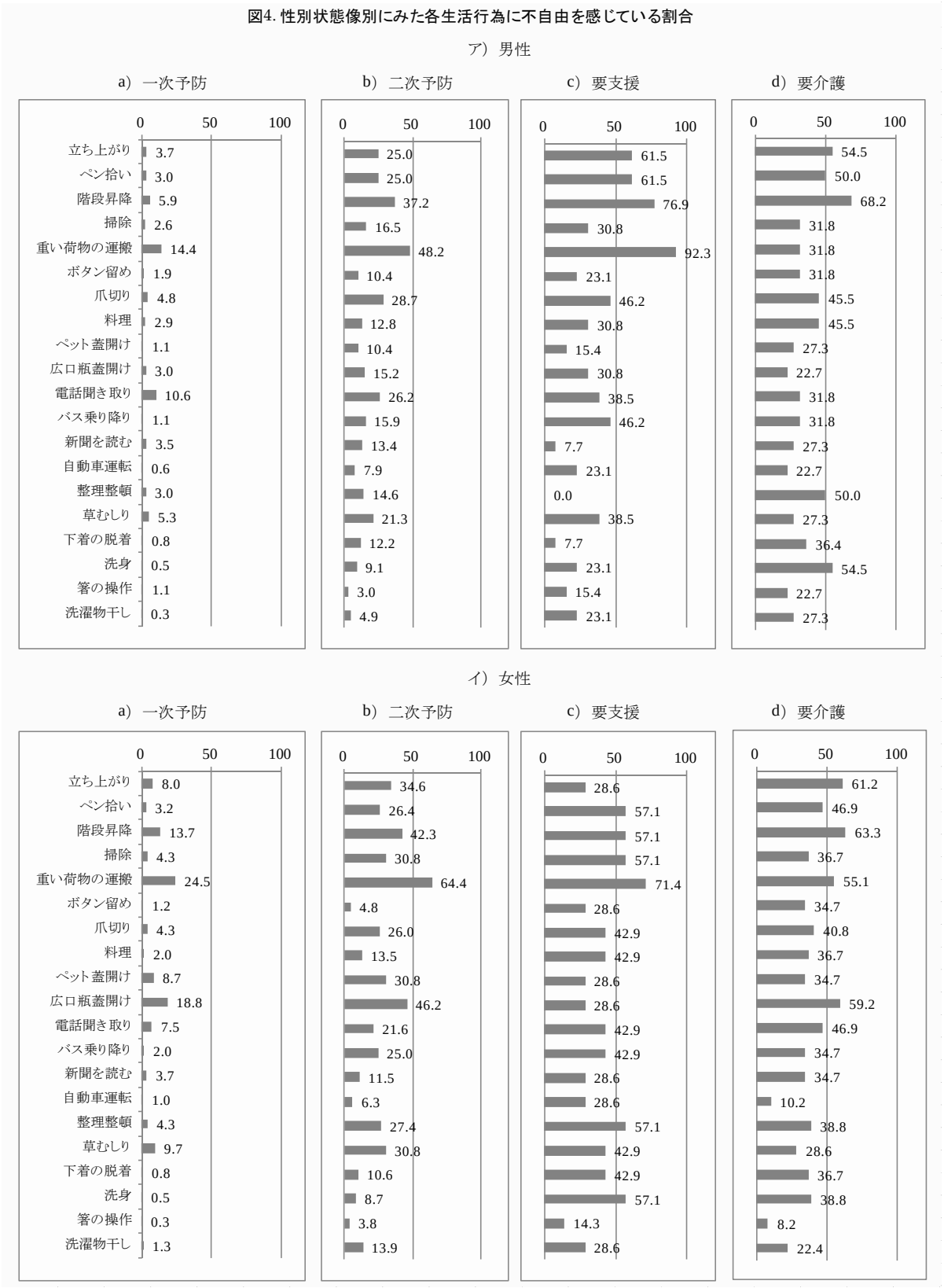
図3. 性別年齢階級別にみた各生活行為に不自由を感じている割合



②性別状態像別各生活行為に不自由を感じている者の割合(図 4)

一次予防者では、「重い物の運搬」や「電話での聞き取り」に不自由を感じる者がみられるがほとんどの生活行為に不自由を感じている者は少ない。しかし、二次予防者になると「箸の操作」「洗身」「自動車の運転」以外の IADL に関する様々な項目で不自由を感じている者が増加することがわかった。要支援者では二次予防者に比較し、生活行為全般で不自由を感じる項目が増加するが、「バスの乗り降り」「自動車の運転」など外出の手段で特徴的に増加、要介護者は「整理整頓」「洗身」「下着の脱着」などの ADL で増加していた。

図4. 性別状態像別にみた各生活行為に不自由を感じている割合

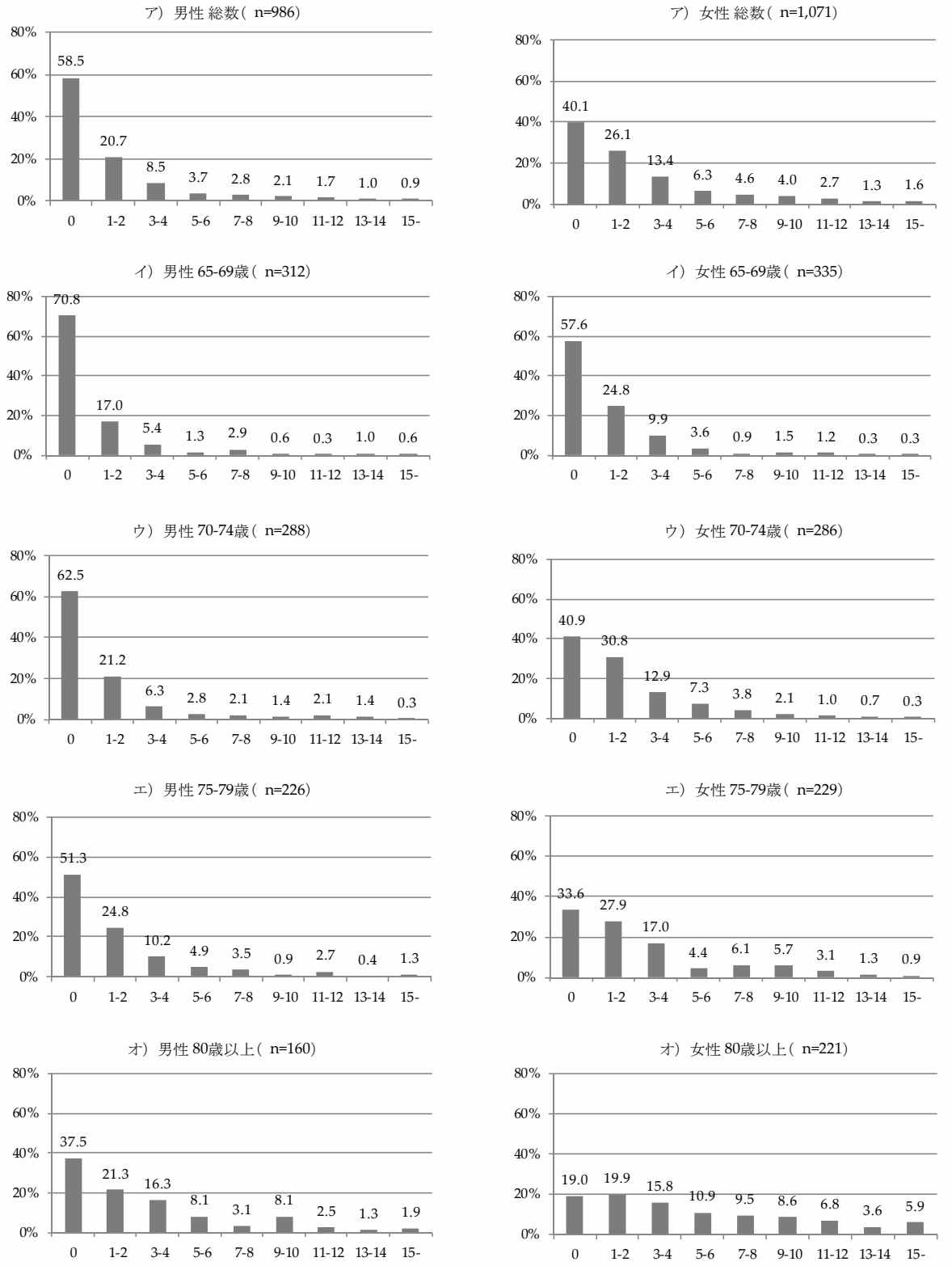


③性別年齢階級別「不自由を感じる」生活行為項目数（図５）

男性では回答者のうち 41.5%に、女性では 59.9%に一項目以上の生活行為で不自由を感じていた。

不自由に感じる項目数では５項目未満で、男性で 87.7%、女性で 79.6%と約８割を占めている。男性は年齢が高くなってもあまり不自由な項目の増減はないものの、女性は 80 歳以上で複数の項目で不自由を感じている。

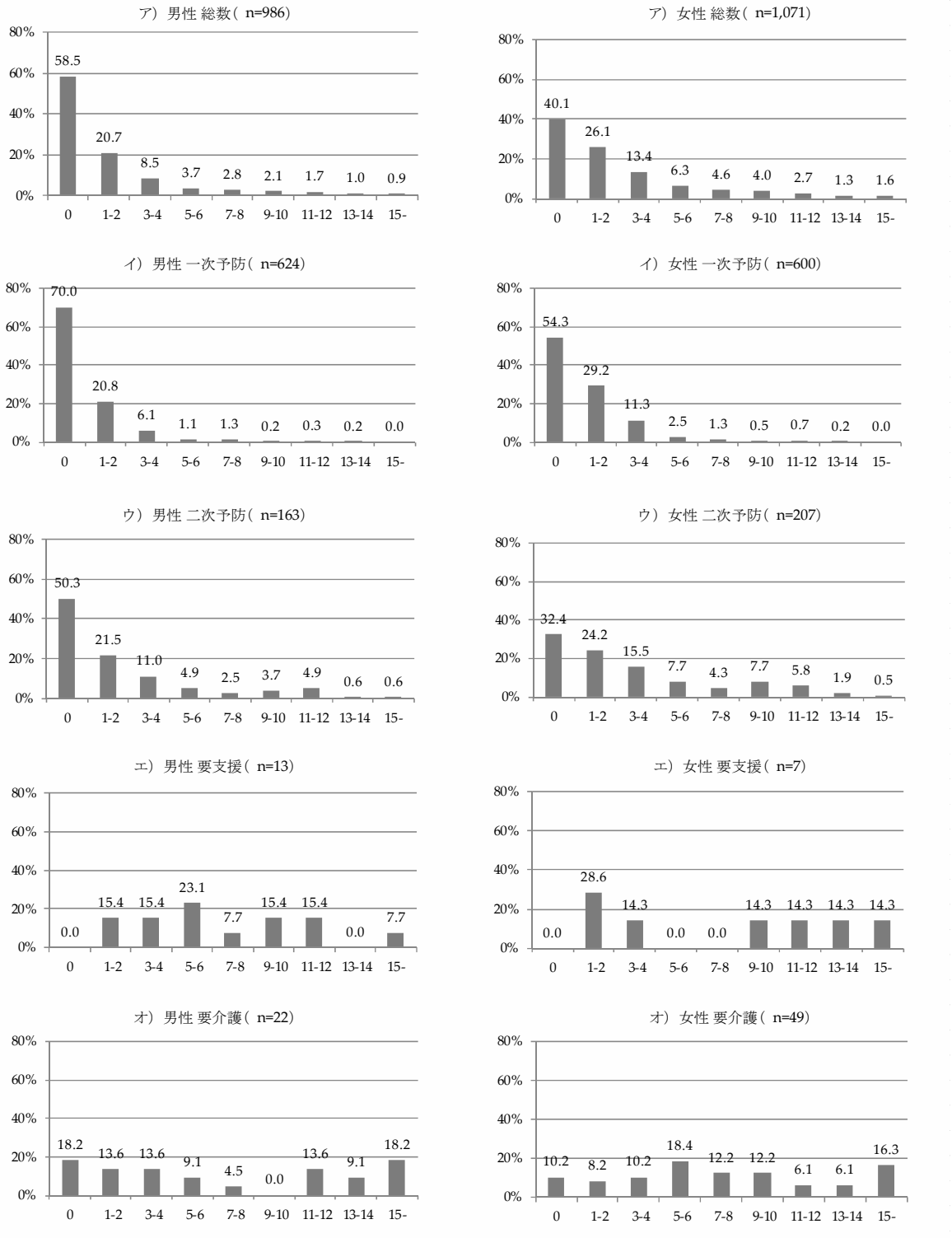
図5.性別年齢階級別にみた「不自由な生活行為数」の分布状況



④高齢者の性別状態像別「不自由を感じる」生活行為項目数（図６）

高齢者の状態像別の生活行為「不自由を感じる」項目数が５項目未満者は、一次予防では男性 96.1%、女性 94.8%を占めた。二次予防では男性 82.8%、女性 72.1%、要支援者では男性 30.8%、女性 42.9%、要介護者では男性 45.4%、女性 28.6%と二次予防高齢者と介護認定者の間には差を認めた。介護認定者は軽重度にかかわらず、生活行為に不自由を感じる項目が５項目以上ある者が 7～8 割いることがわかった。

図6.性別状態像別にみた「不自由な生活行為数」の分布状況



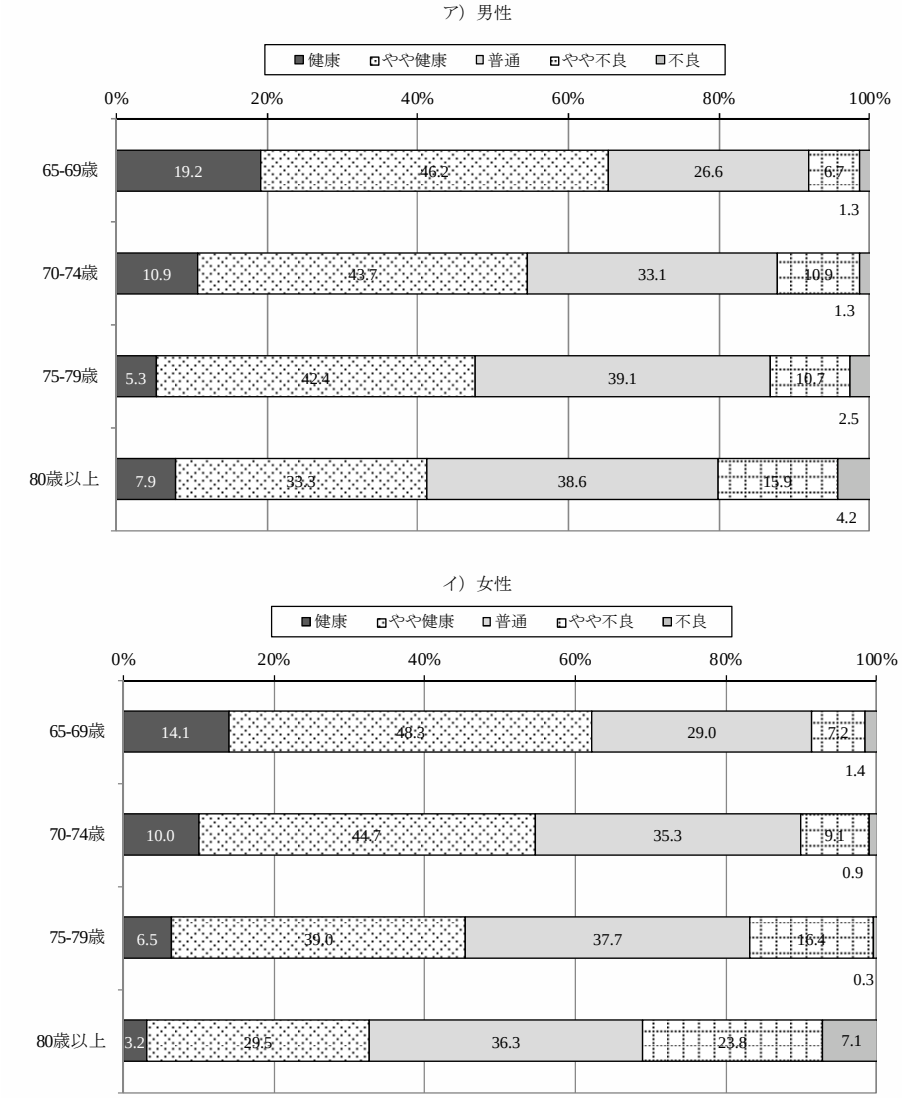
（6）主観的健康感の結果（表 6、図 7）

男女別年齢階級別主観的健康感の状況では、男性 12.6%、女性 15.9%が「やや不良」「不良」と答えていた。男女とも年齢とともに主観的健康感が低下していた。

表6. 性別年齢階級別にみた主観的健康観

		人数（人）						構成割合（%）					
		総数	健康	やや健康	普通	やや不良	不良	総数	健康	やや健康	普通	やや不良	不良
男性	小計	1055	122	446	354	111	22	100.0	11.6	42.3	33.6	10.5	2.1
	65-69歳	312	60	144	83	21	4	100.0	19.2	46.2	26.6	6.7	1.3
	70-74歳	311	34	136	103	34	4	100.0	10.9	43.7	33.1	10.9	1.3
	75-79歳	243	13	103	95	26	6	100.0	5.3	42.4	39.1	10.7	2.5
	80歳以上	189	15	63	73	30	8	100.0	7.9	33.3	38.6	15.9	4.2
女性	小計	1250	110	512	429	170	29	100.0	8.8	41.0	34.3	13.6	2.3
	65-69歳	348	49	168	101	25	5	100.0	14.1	48.3	29.0	7.2	1.4
	70-74歳	329	33	147	116	30	3	100.0	10.0	44.7	35.3	9.1	0.9
	75-79歳	292	19	114	110	48	1	100.0	6.5	39.0	37.7	16.4	0.3
	80歳以上	281	9	83	102	67	20	100.0	3.2	29.5	36.3	23.8	7.1

図7. 性別年齢階級別にみた主観的健康観



（７）興味関心チェック表の結果

①性別年齢階級別「している」趣味活動の状況(図 8)

男性では、「読書」「散歩」「家族団らん」が多く、年齢が高くなっても比較的に継続されていた。一方、「パソコン」「居酒屋へ行く」「仕事」「体操・運動」「友達とのおしゃべり」「旅行・温泉」などは年齢とともに実施状況が低下していた。新たに実施するようになった趣味活動としては「絵を書く」が少し増加していた。

女性では、「散歩」「友達とのおしゃべり」「家族との団らん」「読書」「体操・運動」が多く、年齢と共に多少低下があった。年齢とともに著明にしなくなった趣味として、「孫の世話」「パソコン」「畑仕事」が挙げられた。一方、男性と異なり、加齢とともに「針仕事」「ゲーム」「俳句」「地域活動」の趣味活動の実施が若干増加していた。

性別年齢階級別「している」趣味活動ランキング

性別	男性				女性			
年齢階級	65～69 歳	70～74 歳	75～79 歳	80 歳以上	65～69 歳	70～74 歳	75～79 歳	80 歳以上
一位	読書	散歩	散歩	散歩	友達とのおしゃべり	友達とのおしゃべり	友達とのおしゃべり	友達とのおしゃべり
二位	散歩	読書	読書	読書	家族団らん	散歩	散歩	家族団らん
三位	温泉・旅行	家族団らん	家族団らん	家族団らん	散歩	家族団らん	家族団らん	散歩
四位	家族団らん	温泉・旅行	温泉・旅行	温泉・旅行	温泉・旅行	温泉・旅行	読書	体操・運動
五位	パソコン	体操・運動	友達とのおしゃべり	写真	映画・観劇	読書	体操・運動	読書

②性別状態像別「している」趣味活動の状況(図 9)

男性では、一次予防と二次予防者の間には差がなかったが、二次予防と要支援者の間では、「映画・観劇に行く」「居酒屋へ行く」「仕事」「スポーツ」「旅行・温泉」の項目で低下、「絵を書く」で増加を認めた。要支援者と要介護者では、「体操・運動」「絵を書く」で低下、一方「囲碁・将棋」で増加を認めた。

女性でも同様、一次予防と二次予防者の間には差がなかった。二次予防と要支援者の間では、「映画・観劇」「歌を歌う」「居酒屋へ行く」「動物の世話」「旅行・温泉」で低下、「書道・習字」「畑仕事」で増加を認めた。要支援になることで介護予防通所介護のプログラムとして「書道・習字」「畑仕事」などが取り組まれていることが推測された。要支援と要介護では、「孫の世話」「旅行・温泉」「パソコン」が低下、一方「俳句」「絵を書く」などに増加を認めた。

性別状態像別「している」趣味活動ランキング

性別	男性				女性			
状態像	一次予防	二次予防	要支援	要介護	一次予防	二次予防	要支援	要介護
一位	散歩	散歩	散歩	散歩	友達とのおしゃべり	友達とのおしゃべり	散歩	家族団らん
二位	読書	読書	読書	家族団らん	家族団らん	家族団らん	家族団らん	散歩
三位	家族団らん	家族団らん	家族団らん	温泉・旅行	散歩	散歩	体操・運動	友達とのおしゃべり
四位	温泉・旅行	パソコン	体操・運動	写真	温泉・旅行	読書	読書	体操・運動
五位	パソコン	温泉・旅行	野球・相撲観戦	音楽を聴く	映画・観劇	体操・運動	友達とのおしゃべり	読書

③性別年齢階級別「してみたい・興味がある」趣味活動の状況(図 10)

年齢階級別では、男性、女性ともに加齢に伴う趣味活動の割合の変化は見られなかった。

性別別では、男性は「してみたい・興味がある」趣味活動では「旅行・温泉」が最も多く、次いで「生涯学習」「書道・習字」「映画・観劇」「将棋・囲碁」が挙げられていた。女性は「書道・習字」が最も多く、次いで「生涯学習」「絵を書く」「旅行・温泉」「編み物」が挙げられていた。

性別年齢階級別「してみたい・興味がある」趣味活動ランキング

性別	男性				女性			
年齢階級	65～69 歳	70～74 歳	75～79 歳	80 歳以上	65～69 歳	70～74 歳	75～79 歳	80 歳以上
一位	生涯学習	生涯学習	生涯学習	温泉・旅行	書道・習字	絵を書く	絵を書く	温泉・旅行
二位	温泉・旅行	絵を書く	書道・習字	映画・観劇	絵を書く	書道・習字	書道・習字	書道・習字
三位	書道・習字	温泉・旅行	温泉・旅行	野球・相撲観戦	生涯学習	生涯学習	生涯学習	映画・観劇
四位	畑仕事	書道・習字	パソコン	囲碁・将棋	お茶・お花	編み物	温泉・旅行	絵を書く
五位	将棋・囲碁	野球・相撲観戦	将棋・囲碁	散歩	編み物	音楽を聴く	編み物	散歩

④性別状態像別「してみたい・興味がある」趣味活動の状況(図 11)

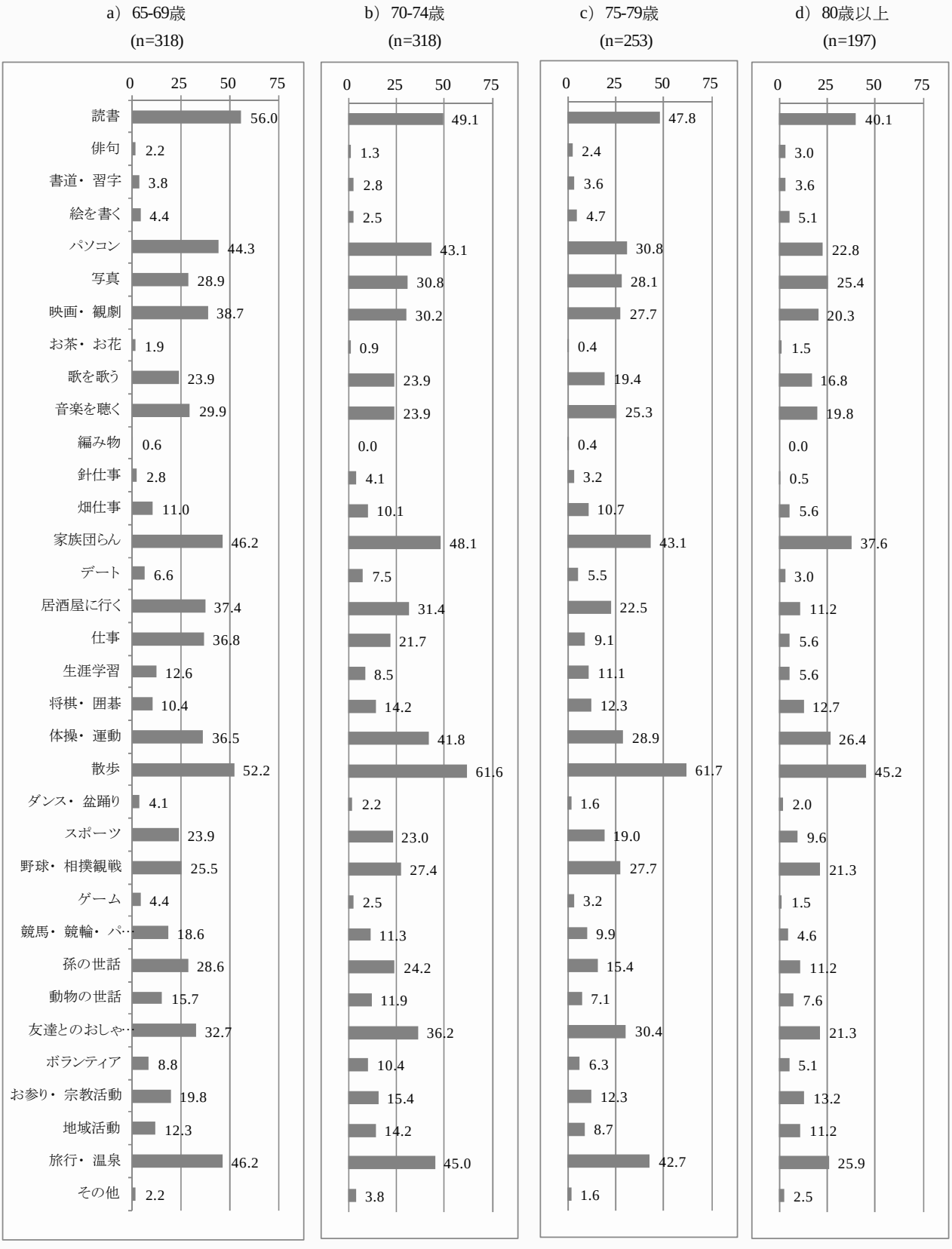
状態像別の特徴では、下表のとおり、男性で二次予防者には「体操・運動」、要支援者で「歌を歌う」、要介護者で「読書」「散歩」「パソコン」「動物の世話」などが挙げられていた。女性では、要支援・要介護者で「読書」「散歩」「友達とのおしゃべり」が挙げられていた。

性別別状態像別「してみたい・興味がある」趣味活動ランキング

性別	男性				女性			
状態像	一次予防	二次予防	要支援	要介護	一次予防	二次予防	要支援	要介護
一位	生涯学習	温泉・旅行	温泉・旅行	温泉・旅行	書道・習字	書道・習字	映画・観劇	温泉・旅行
二位	書道・習字	生涯学習	歌を歌う	野球・相撲観戦	絵を書く	絵を書く	絵を書く	書道・習字
三位	絵を書く	将棋・囲碁	書道・習字	読書	生涯学習	温泉・旅行	温泉・旅行	読書
四位	温泉・旅行	体操・運動	将棋・囲碁	散歩	お茶・お花	生涯学習	読書	絵を書く
五位	将棋・囲碁	映画・観劇	野球・相撲観戦	体操・運動 パソコン 動物の世話	編み物	映画・観劇	散歩 友達とのおしゃべり	映画・観劇 散歩

図8. 性別年齢階級別にみた各種趣味活動の実施状況

ア）男性



イ）女性

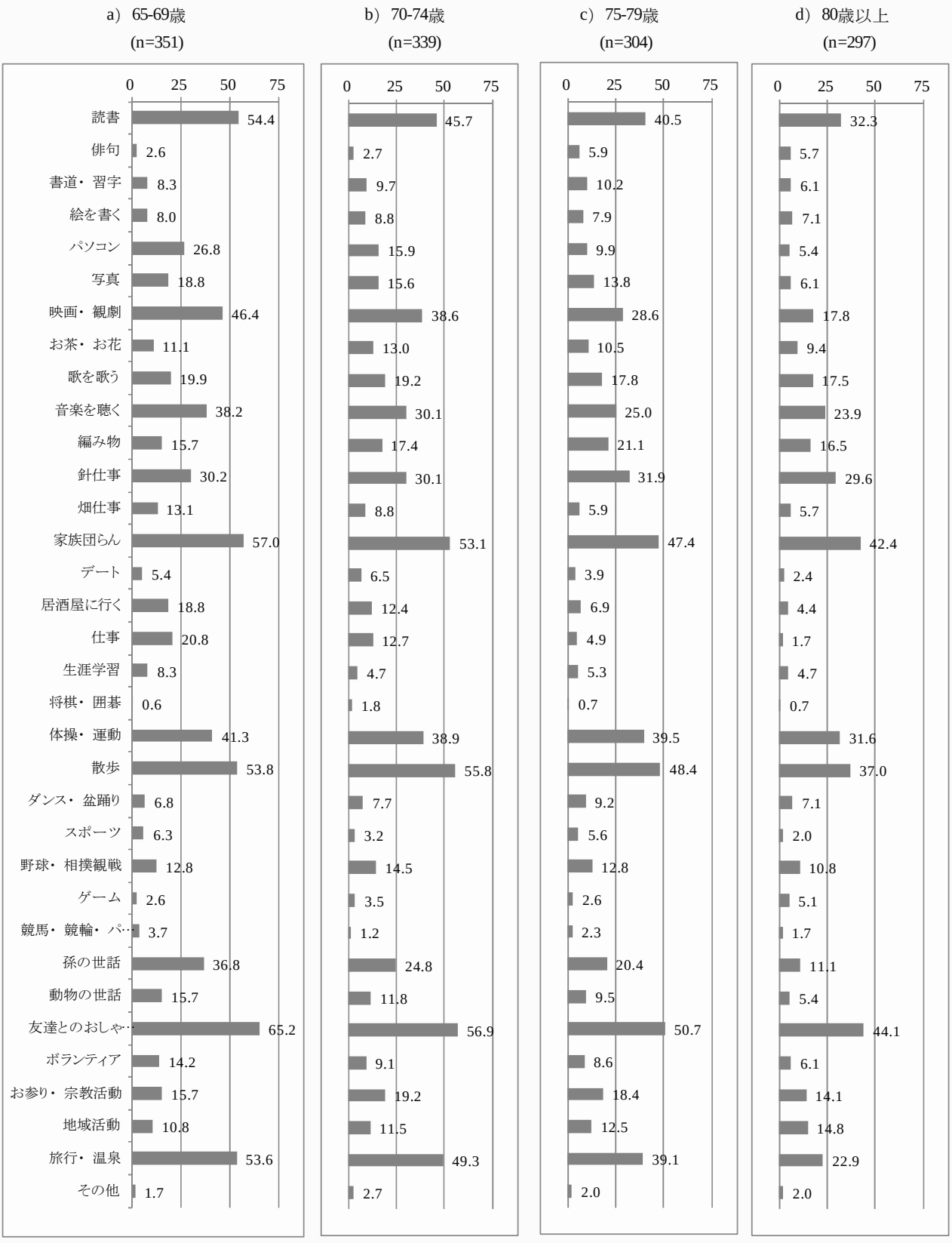
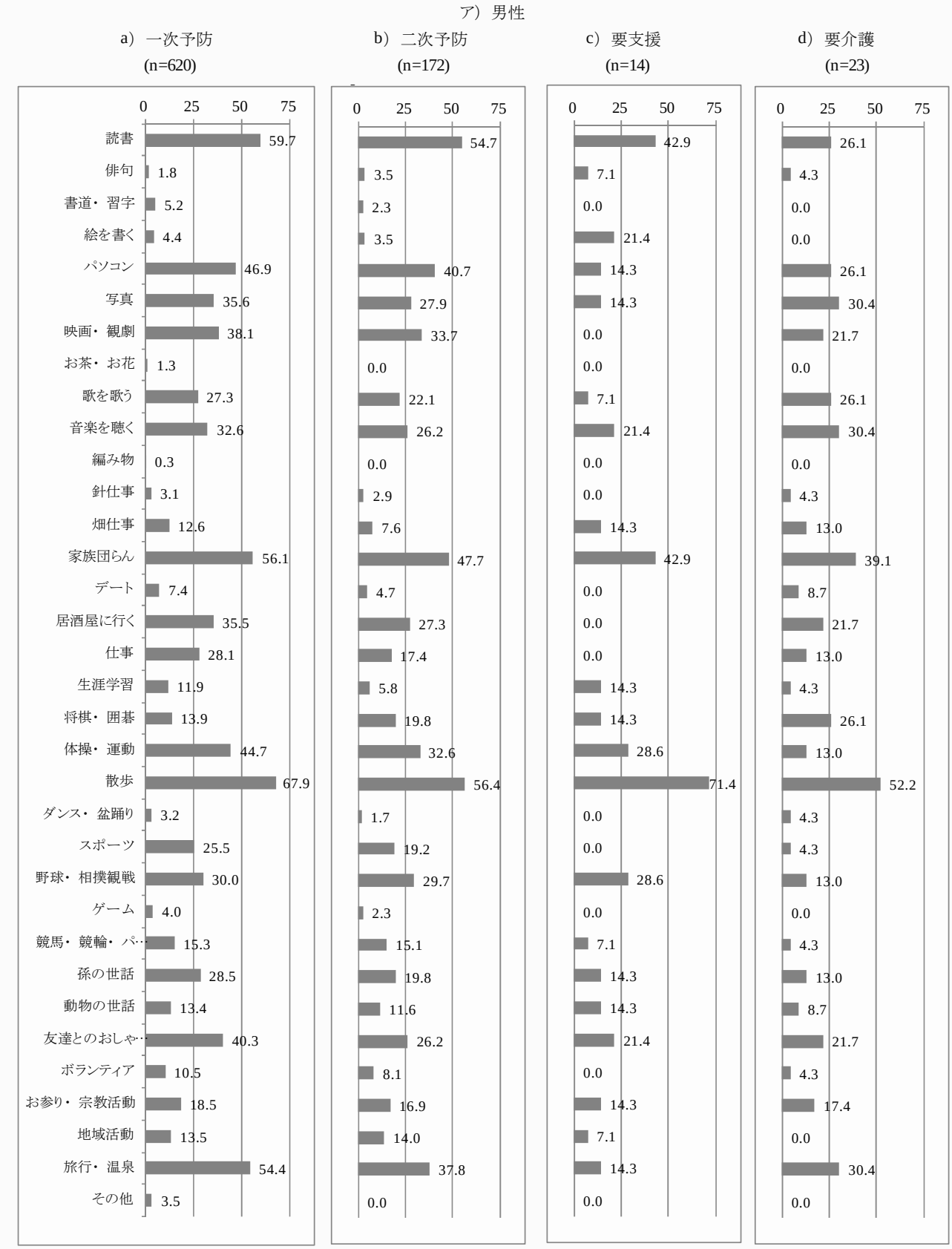
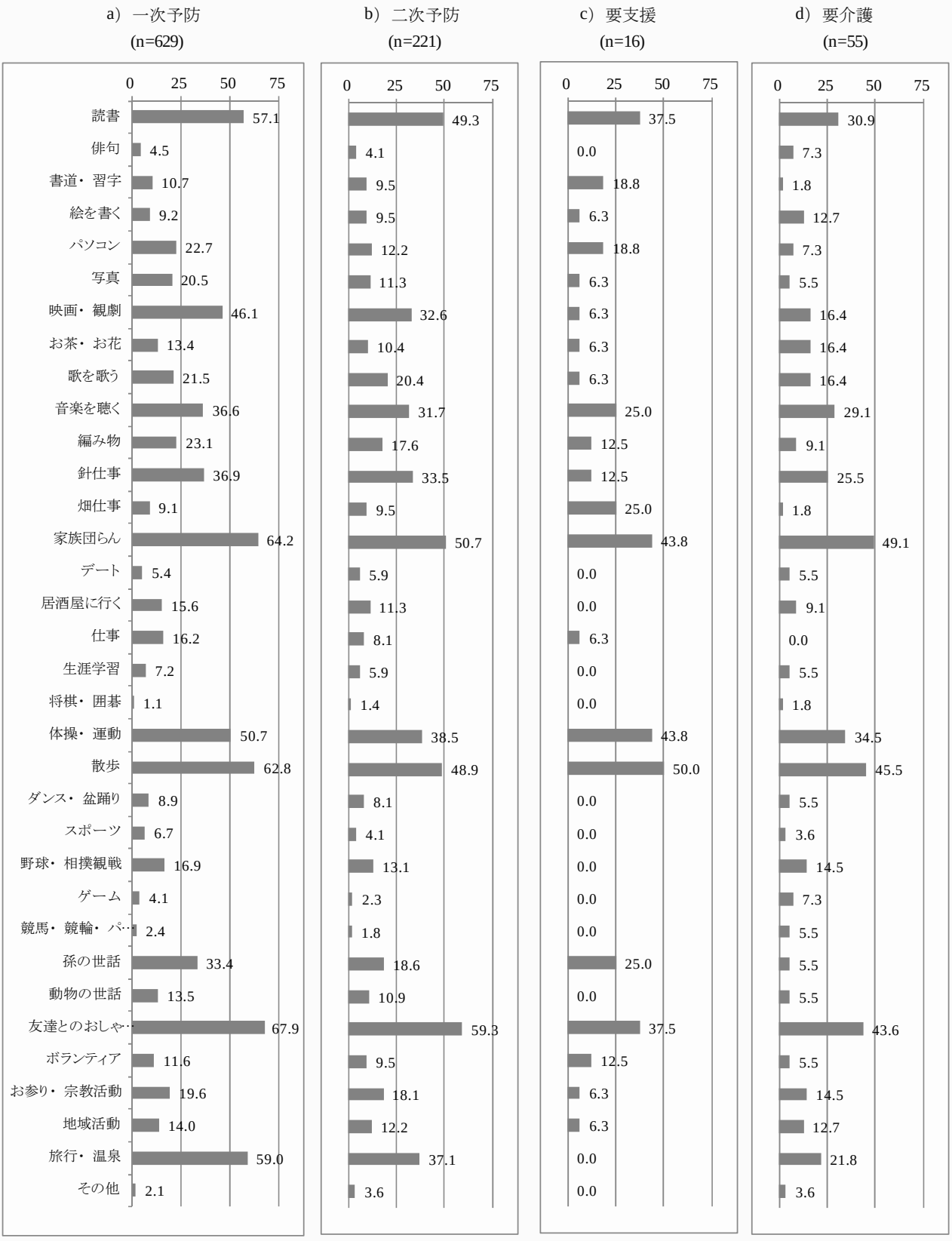

a）65-69歳
(n=351)
b）70-74歳
(n=339)
c）75-79歳
(n=304)
d）80歳以上
(n=297)
0 25 50 75
読書 54.4 45.7 40.5 32.3
俳句 2.6 2.7 5.9 5.7
書道・習字 8.3 9.7 10.2 6.1
絵を書く 8.0 8.8 7.9 7.1
パソコン 26.8 15.9 9.9 5.4
写真 18.8 15.6 13.8 6.1
映画・観劇 46.4 38.6 28.6 17.8
お茶・お花 11.1 13.0 10.5 9.4
歌を歌う 19.9 19.2 17.8 17.5
音楽を聴く 38.2 30.1 25.0 23.9
編み物 15.7 17.4 21.1 16.5
針仕事 30.2 30.1 31.9 29.6
畑仕事 13.1 8.8 5.9 5.7
家族団らん 57.0 53.1 47.4 42.4
デート 5.4 6.5 3.9 2.4
居酒屋に行く 18.8 12.4 6.9 4.4
仕事 20.8 12.7 4.9 1.7
生涯学習 8.3 4.7 5.3 4.7
将棋・囲碁 0.6 1.8 0.7 0.7
体操・運動 41.3 38.9 39.5 31.6
散歩 53.8 55.8 48.4 37.0
ダンス・盆踊り 6.8 7.7 9.2 7.1
スポーツ 6.3 3.2 5.6 2.0
野球・相撲観戦 12.8 14.5 12.8 10.8
ゲーム 2.6 3.5 2.6 5.1
競馬・競輪・パ… 3.7 1.2 2.3 1.7
孫の世話 36.8 24.8 20.4 11.1
動物の世話 15.7 11.8 9.5 5.4
友達とのおしゃ… 65.2 56.9 50.7 44.1
ボランティア 14.2 9.1 8.6 6.1
お参り・宗教活動 15.7 19.2 18.4 14.1
地域活動 10.8 11.5 12.5 14.8
旅行・温泉 53.6 49.3 39.1 22.9
その他 1.7 2.7 2.0 2.0

図9. 性別状態像別にみた各種趣味活動の実施状況



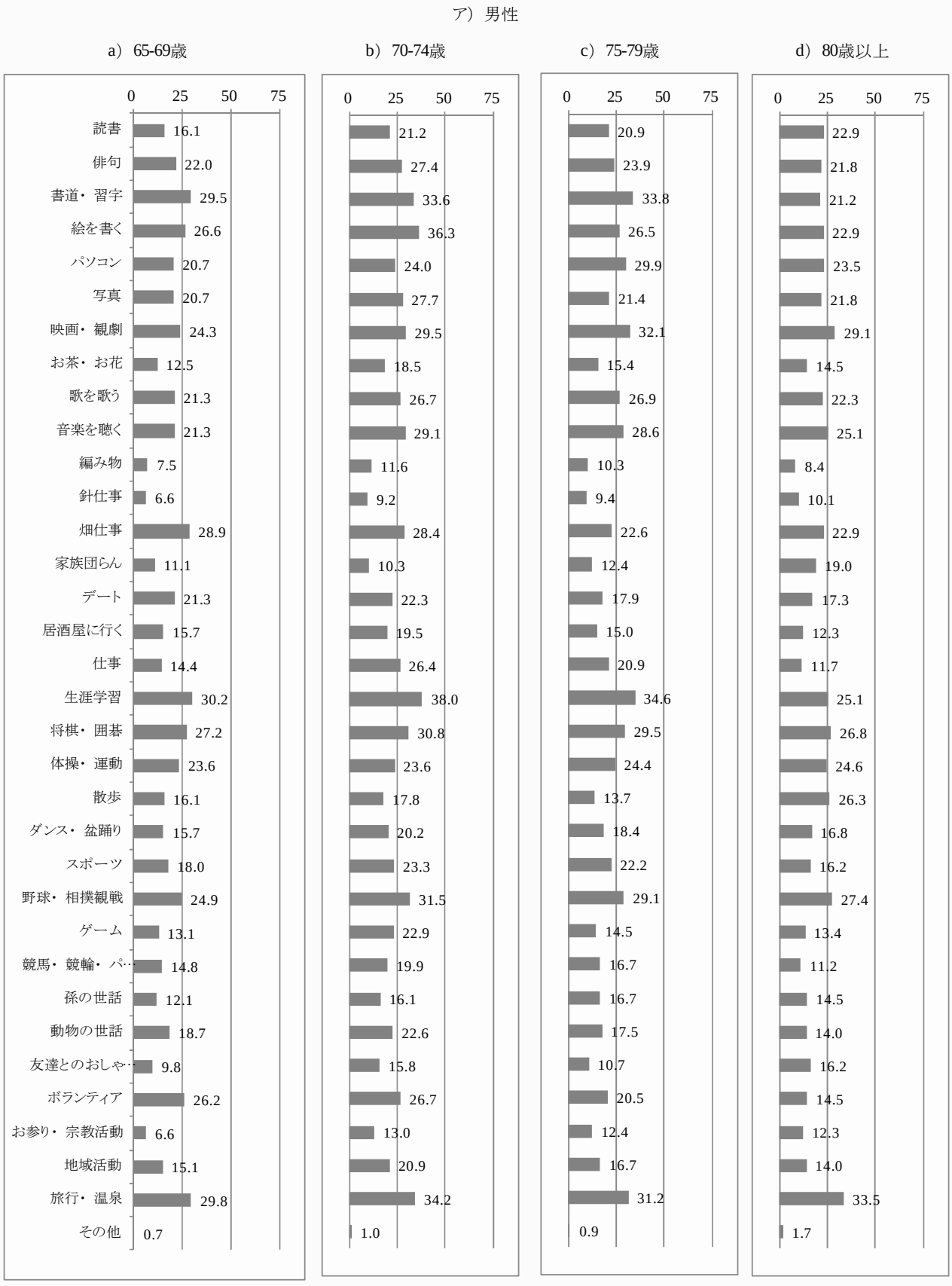
注.この数字は、有効回答者（ 生活行為調査票が白紙回答であった者を除く）のうち 、各趣味活動等を現在行っている人の割合のこと。

イ）女性



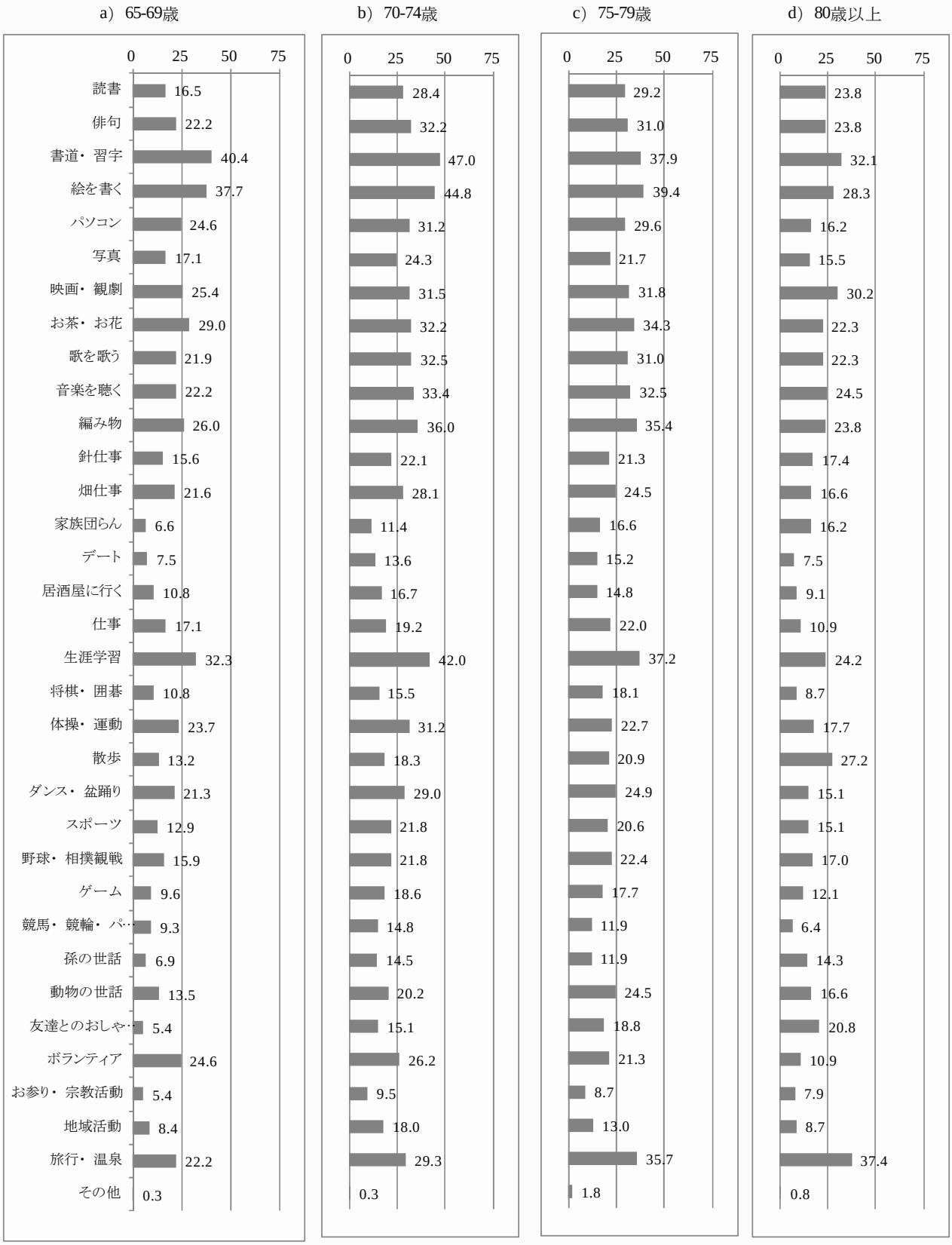
注.この数字は、有効回答者（ 生活行為調査票が白紙回答であった者を除く）のうち 、各趣味活動等を現在行っている人の割合のこと。

図10. 性別年齢階級別にみた各種趣味活動を「してみたい」割合



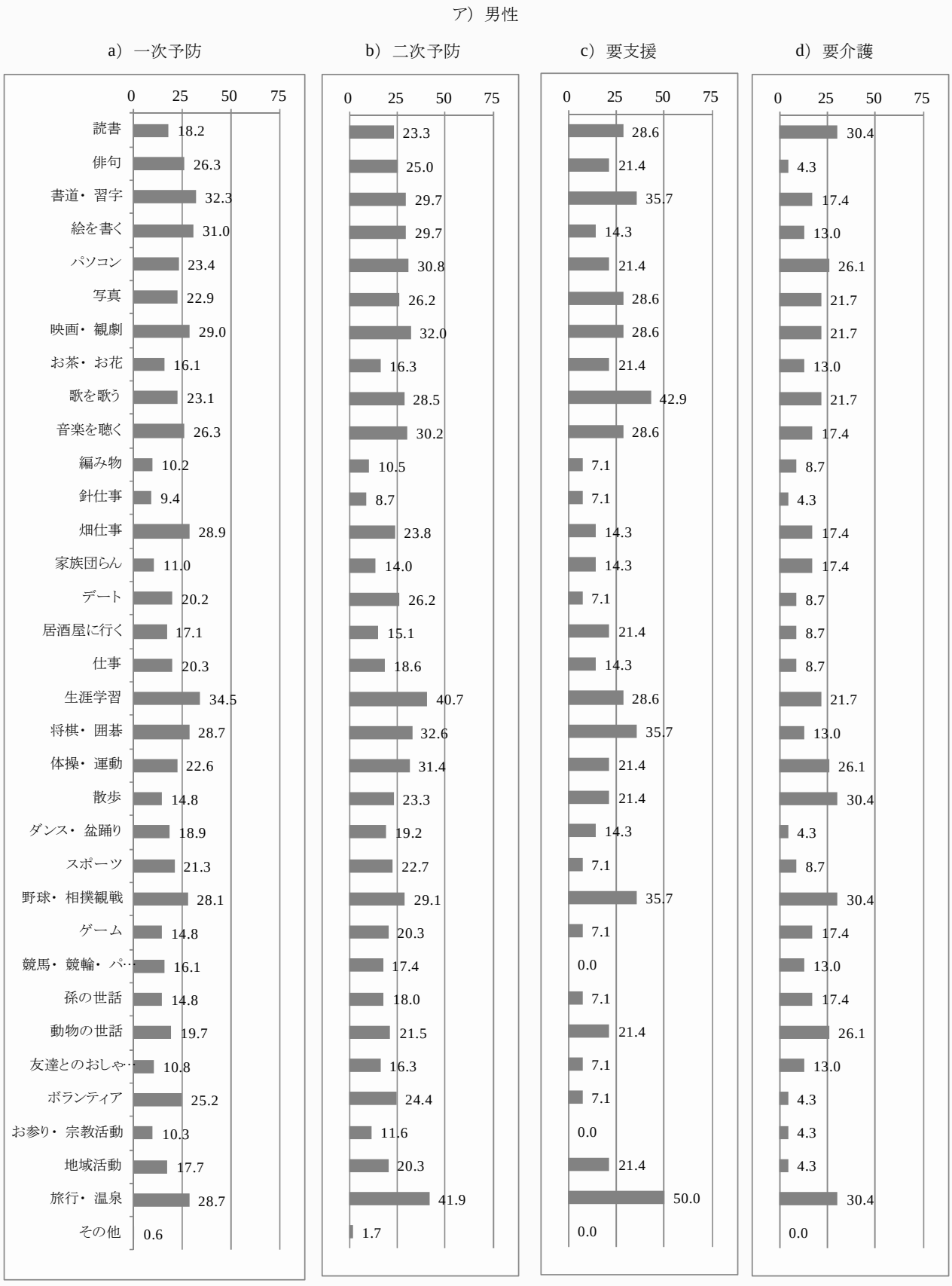
注.この数字は、現時点では各趣味活動等を行っていない人のうち、”興味がある”または”してみたい”と回答した人の割合のこと。

イ）女性



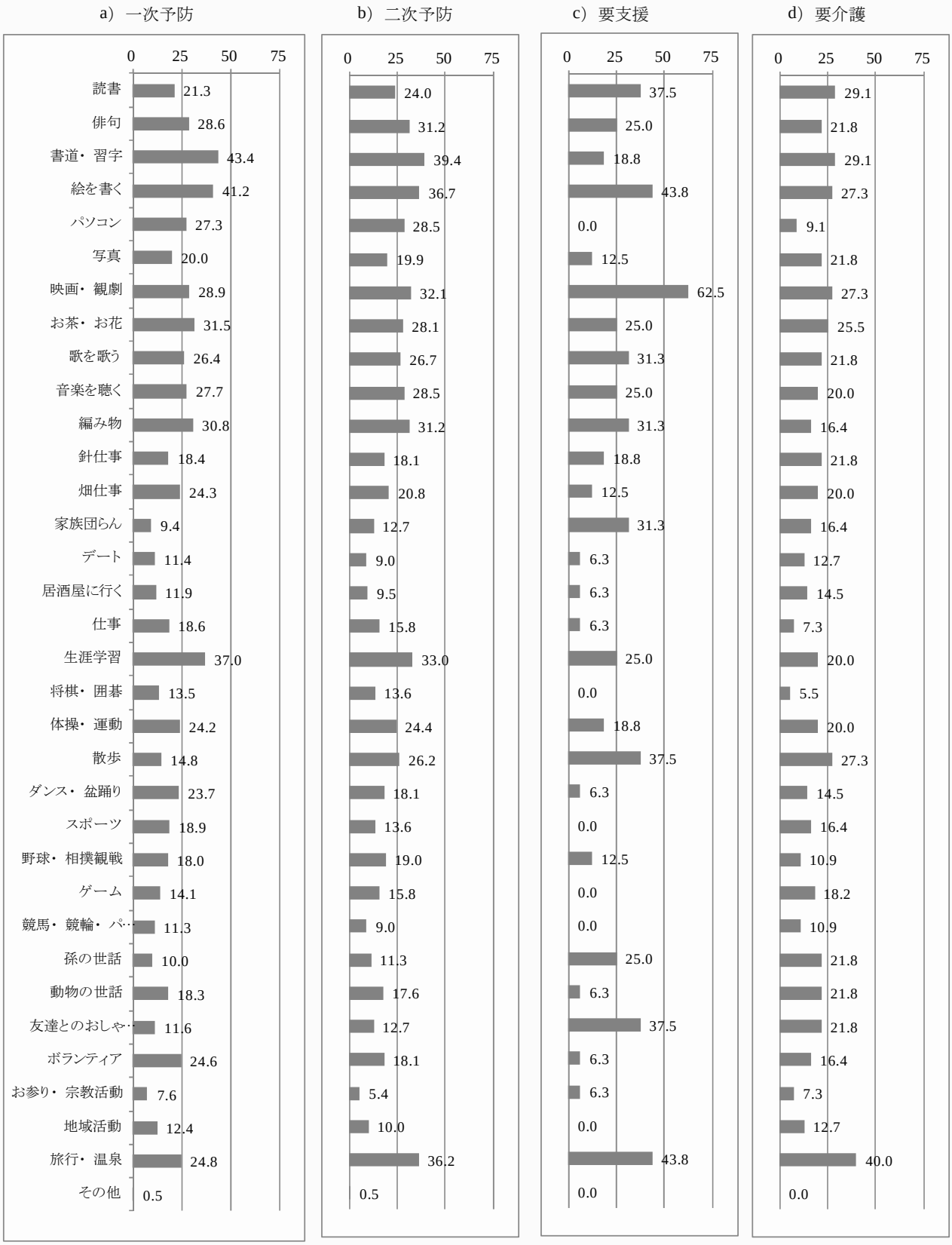
注.この数字は、現時点では各趣味活動等を行っていない人のうち、”興味がある”または”してみたい”と回答した人の割合のこと。

図11. 性別状態像別にみた各種趣味活動を「してみたい」割合



注.この数字は、現時点では各趣味活動等を行っていない人のうち、”興味がある”または”してみたい”と回答した人の割合のこと。

イ）女性



注.この数字は、現時点では各趣味活動等を行っていない人のうち、”興味がある”または”してみたい”と回答した人の割合のこと。

（8）考　察

①「していない」生活行為

○男女とも年齢が高齢になるとともに「していない」生活行為が増加していた。男女共に 65 歳と若い年齢から「自動車運転」が挙げられ、この地域が都市部であり電車やバスなどの交通の便がよく、元々自動車の運転をしていない者が多い可能性が考えられた。また、「草むしり」も同様、都市部の地域特性が考えられた。

○性別状態像別の「していない」生活行為では、介護状態になるほど「していない」項目が増えていた。「一次予防から二次予防者になると男性は掃除で増加、女性は特に変化はない。二次予防から要支援になると男女ともに、「聞く」「見る」などの感覚器の障害が増加し、ADL/IADL の「していない」という側面からみると感覚器の低下が要支援の要因になっている可能性が考えられた。

○それ以外では「ペン拾い」「階段昇降」「下着の脱着」などの姿勢変換が要求される項目が、女性では「爪切り」「ペットボトルの蓋開け」「広口瓶の蓋開け」など握力を要求される項目で増加がみられる。いずれも日常生活の中でよく要求される行為であり、「していない」はずはなく、「していない」と答えた中に「うまくできず困っている」といった回答の要素が含まれている可能性が考えられた。二次予防から要支援にならないためには、生活行為向上の視点からは「姿勢変換」や「握力」を高める運動の必要性が示唆された。

○要支援と要介護者では、男女ともに「重い物の運搬」に増加以外はあまり「していない」生活行為の項目に増加はなく、介護の必要な状態と生活行為の実施の有無にはあまり関係がないことが伺えた。

②「不自由を感じる」生活行為

○男性に比較して女性に特徴的に不自由を感じる生活行為として、「広口瓶の蓋開け」「整理整頓」「洗濯物干し」が挙げられていた。女性は家事に従事しているため、特に不自由を感じていると考えられた。

○「広口瓶の蓋開け」はノンスリップマットを活用することで開けやすくなり、「洗濯物干し」は物干しの工夫をするとしやすくなる。また、男女ともの共通の不自由な生活行為である「重い物の運搬」については、歩行車を活用することで容易になる。このように生活行為はちょっとした生活道具の工夫や生活動作の工夫により容易にできるようになることが多い。しかし、多くの者は大変だなと感じながら生活していることが多く、できなくなってきた段階で、しなくなる可能性がある。

○住民に対し、「年齢とともに不自由を感じやすい生活行為」と「その生活の工夫」についての情報提供をすることで、工夫により容易に生活行為ができるということ知る機会を提供し、高齢になっても生活行為が継続できるよう広報や地域の教室を通して周知していくことが大切であると考える。

○併せて、生活行為は様々な方法や工夫でいつまでもできるのだといった啓発普及に併せ、「相談する」ということについても相談窓口を周知し、具体的な工夫の仕方についてアドバイスしていくことが求められる。

○一次予防者と二次予防者とでは、生活行為の不自由さが IADL を中心に明らかに増加していた。また、高齢者の状態像別「していない ADL/IADL」では、女性ほど要支援の状態になると「していない」生活行為が多く増加していた。「生活行為確認表」は要支援となり「していない項目」しなくなる項目が増える前の不自由を感じている段階の早期の生活行為の障害を把握できる可能性が示唆された。

○生活行為に対し、「しなくなる」以前の早期に具体的に解決に向けた生活の工夫の仕方を積極的に情報提供することが重要であると考えられる。

○生活行為の項目数では、65 歳以上でも生活行為の 5 項目以上に不自由を感じている者に対しては、支援の必要性が推測された。必要に応じて作業療法士との同行訪問により、環境の調整や自助具などの活用を助言するなど支援を実施することが重要であり、具体的介護予防につながると考えられる。

③高齢者嗜好調査

○高齢者の活動性を維持し、高めていくためには、男女とも生涯学習、書道・習字、絵を書くなどの「してみたい」「興味がある」といった活動ニーズがあった。広域地域での高齢者向け生涯学習の充実、地域での運動教室の実施についても健康や運動に関する知識など生涯学習の要素を入れた普及方法などが好まれる可能性が考えられた。また、歩いて行ける範囲での公民館活動などで高齢者向け「書道・習字」「絵」の講座を充実することが求められると考えられた。

○このような地域のアクティビティを社会資源として構築していく上で、「高齢者嗜好調査表」は活用できると考える。

○高齢者嗜好調査表は、介護状態になり、通所事業利用者に対しても活用できることから、要支援・要介護者に対する通所事業サービスでのプログラムを考える際の参考になると考える。要介護状態でも「したい趣味活動」の提供を通し、生活に対する意欲を高め、その活動参加をきっかけに地域の社会資源「書道教室」への参加へと広がりができる「アクティビティ」に焦点を当てたサービス提供の在り方を検討していくことができると考えられた。

（８）まとめ

①「生活行為確認表」は、ADL/IADL の「していない項目」つまりしなくなる項目が増える前の不自由を感じている段階で、早期の生活行為の障害を把握できる可能性が示唆された。併せて地域の特性も把握できると考えられた。

②地域のアクティビティを社会資源として構築していく上で、「高齢者嗜好調査表」は活用できると考えられた。

③生活行為は「生活道具の工夫」「環境の調整」「動作の方法」でいつまでも容易にできる可能性があることを住民に啓発普及していくことが介護状態になることを予防する上で大切であると考えられた。

④併せて、広報や地域の教室を通して具体的生活の工夫を周知していくことが大切である。

⑤生活行為の複数項目で不自由を感じている者には、在宅で具体的な解決に向けた作業療法士の訪問による指導の必要性も考えられた。

⑥状態像別「していない」生活行為からは、姿勢の変換や握力に関する運動の必要性が示唆された。

Ⅱ　生活行為支援モデル事業の実施

１．佐賀県での取り組みの概要

佐賀県では鳥栖地区在宅リハビリテーション広域支援センター(佐賀県健康福祉本部健康増進課からの委託事業)及び佐賀県在宅生活サポートセンター(佐賀県健康福祉本部長寿社会課からの委託事業)の２つのセンター事業の一環として生活行為向上マネージメントのツールを介して、①在宅で生活する方々が意味のある作業を実践することで元気で生きがいのある生活が送れるようなること、②地域包括支援センターの職員や介護支援専門員をはじめとして在宅生活の支援に関わる方々が“人は作業をすることで元気になれる”を理解できるようになる事、同時に作業療法士との連携がとれるようになることを目的に研修会を開催した。

１）啓発普及テキストの作成

研修会を開催するにあたって､①在宅生活を送られている住民の方々には｢市民向け概要版のテキスト｣(平成 23 年度老人保健健康増進事業　生活行為向上マネージメントの普及啓発と成果測定研究事業の成果物)を用いた。②地域包括支援センターの職員や介護支援専門員をはじめとして在宅生活の支援に関わる方々には「介護福祉士向けのテキスト」(平成 23 年度老人保健健康増進事業　生活行為向上マネージメントの普及啓発と成果測定研究事業の成果物)を基に生活行為向上の支援における介護支援専門員と作業療法士の連携効果の検証事業(平成 24 年度老人保健健康増進事業) から得られた効果を盛り込んで介護支援専門員や地域包括支援センターの職員向けに作成したテキストを用いた。(資料 1)介護支援専門員や地域包括支援センターの職員向けに作成したテキストの主なポイントは３つの提案である。概要を以下に記載する。

【生活行為向上支援に向けた介護支援専門員との効果的連携の提案】

その１（ADL/IADL の改善見通しや環境因子に関する）アセスメントの質の向上では作業療法士が作成・提供する「生活行為申し送り表」により、介護支援専門員が、利用者の ADL/IADL の改善見通しを掴み、それを実現するための具体的なケア内容を捉えやすくなること。また、そのことにより介護支援専門員が自立支援型のケアプランを作成しやすくなること。

その２　利用者・家族の合意形成の促進では門職である作業療法士が同行訪問等の機会に利用者・家族に対して生活行為向上のための具体的な生活行為を提案・説明することにより、介護支援専門員が単独で説明するよりも具体的・専門的な説明が可能となり、利用者・家族がその内容に納得しケアプランの合意形成が図りやすくなること。

その 3 個別サービスの質の向上が挙げられているでは作業療法士がサービス担当者会議に出席したり、「生活行為申し送り表」を提供したりすることにより、通所介護や訪問介護の介護職が利用者に対するケアの意味を理解したり、支援内容を改善したりし、個別サービスの質が高まりやすくなることを挙げている。

【効果的な連携の実現に向けた提案】

その１　作業療法士と介護支援専門員との効果的連携方法では「退院前訪問」実施時、医療機関の作業療法士が退院後の生活を予測し、介護の必要な利用者については介護支援専門員と、自立や支援の利用者については地域包括支援センターと同行訪問を行い、地域社会資源の活用についても検討できること。

その２　介護支援専門員への情報提供のフローでは作業療法士が把握した予後予測や生活行為の目標（解決すべき生活課題)、具体的解決方法（サービス内容）がケアプランを立案する際、参考になること。

その３　介護支援専門員と作業療法士が共通で持つとよいアセスメント項目では介護支援専門員と作業療法士との連携の効果は、特にケアプランの作成時におけるアセスメントにおいて見られることから、両職種間で共通のアセスメントの視点を持つことが有効であること。

その４　作業療法士の地域ケア会議への積極的な参画では生活行為向上マネジメントができる作業療法士が地域ケア会議に参画することは、介護支援専門員のアセスメントやプラン作成の支援や、個別ケアを提供する通所介護や訪問介護等のサービス提供事業者の質の向上に貢献できることを挙げている。

【生活行為向上支援システムの提案～地域で高齢者がしたい生活行為が継続できるために～】

その１　医療から介護への連携では生活行為向上のためには、対象者の「できる能力」や「生活行為の目標」の入手のためにも、医療からの連続した支援システムが必要であり医療と介護の連携強化が不可欠であること。

その２　生活行為向上支援を効果的に展開するためでは介護支援専門員をはじめ、介護サービス提供事業所に対しては、①自立支援に有効な生活行為向上の考え方を啓発普及する。②生活行為マネジメントに基づく対象者の「できる能力」の見極めを行い、「生活行為を向上できるプログラム」を実践の必要性を普及する。③必要に応じてリハビリテーション専門職と同行訪問を行い、対象者の生活の場での生活用具の工夫や環境調整について直接的指導を行うなどができる体制が必要であることを挙げている。詳細は資料１を参照。

2）生活行為向上マネージメントの普及活動について

（１）　住民向け研修会

鳥栖地区広域市町村圏組合が委託している６つの地域包括支援センターの内、基山町地域包括支援センターと連携して佐賀県三養基郡基山町のサロン 5 か所に通う高齢者に生活行為向上マネージメント研修会を実施した。

【対象者】

①男性　36 人、平均年齢　74.3 歳（最高　90 歳、最低 61 歳）
②女性　62 人、平均年齢　76.6 歳（最高　96 歳、最低 60 歳）
③年齢構成

	６０歳代	７０歳代	８０歳以上
男	10	20	6
女	10	29	23

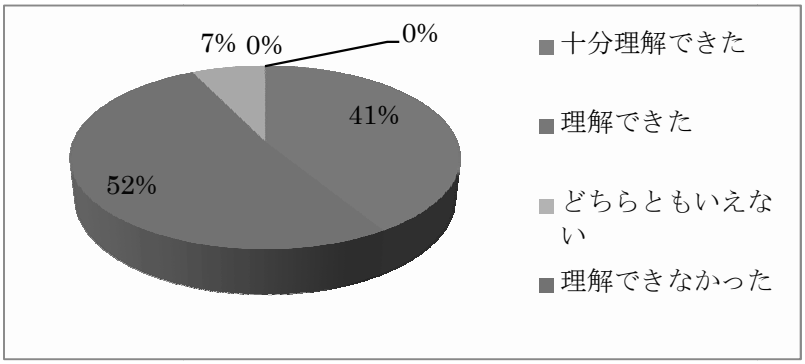
【方法】

①研修スタイル：テキストを用いての講義（使用テキストは「市民向け概要版のテキスト」：平成２３年度老人保健健康増進事業　生活行為向上マネージメントの普及啓発と成果測定研究事業の成果物）
②研修時間：１時間程度
③研修会場：各地区の公民館（サロン会場）
④研修内容：・鳥栖地区在宅リハビリテーション広域支援センター紹介
・人は作業をすることで元気になれる
⑤その他：・基山地域包括支援センター職員２名が同伴
・研修会終了後アンケート（資料２）を実施

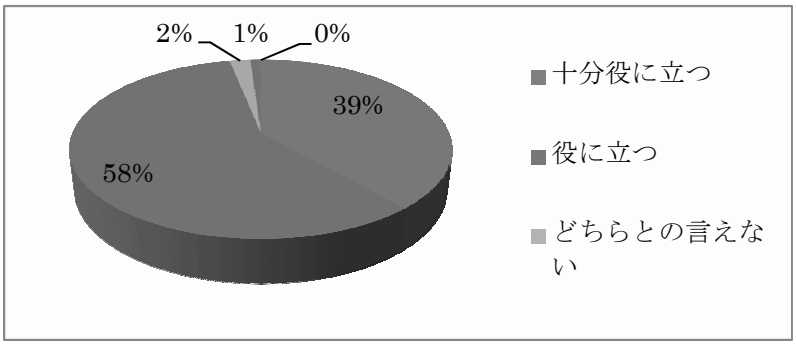
【アンケートの結果】

①回答数 98（回収率　100%）

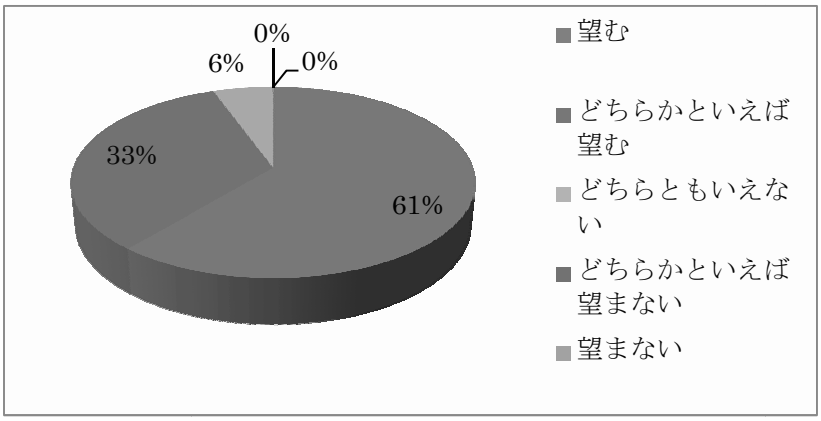
②今回の講習会の内容は理解できましたか。



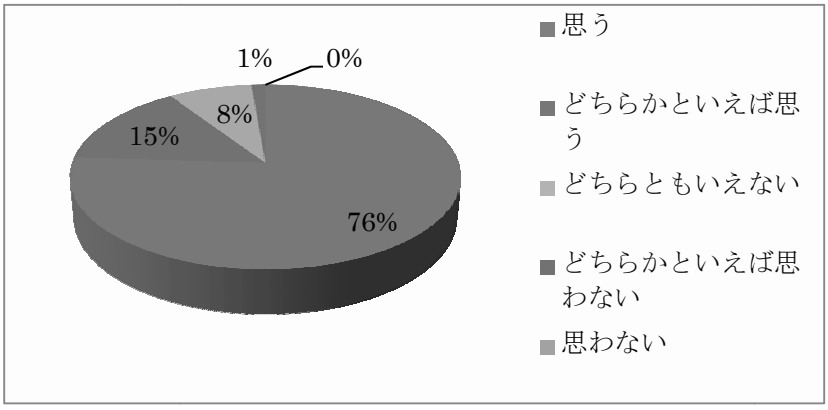
③今回の講習会は、ご自身の今後の生活に役立ちそうですか。



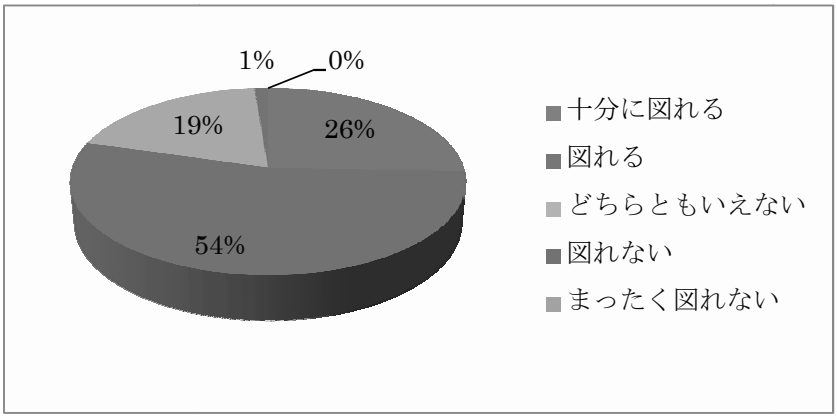
④皆さんが参集するこのような会で、今後も「人は作業をすることで元気になれる」ことの継続的な講習会の開催を望みますか。



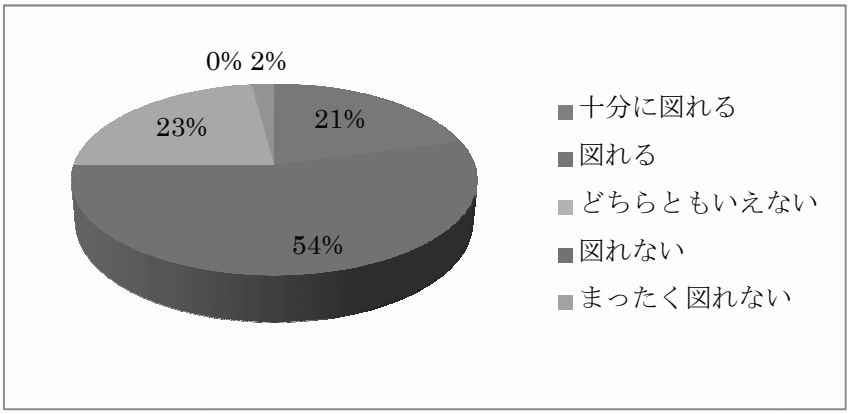
⑤「人は作業をすることで元気になれる」ことを他の方にも伝えたいと思いますか。



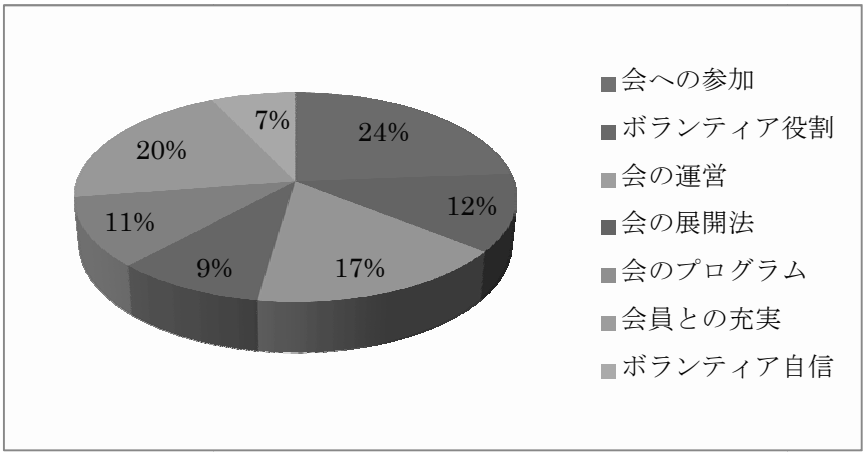
⑥今後、皆さんが参集するこのような会で、「人は作業をすることで元気になれる」ことを意識した活動の展開が図れそうですか。



⑦ボランティア（リーダー）として、今後、皆さんが参集するこのような会で、「人は作業をすることで元気になれる」ことを意識した活動の展開が図れそうですか。（回答数　48 人）



⑧　⑦で、「十分に図れる」または「図れる」と回答した方は、その理由としてあてはまるもの。



⑨今回の講習会について自由にご感想やご意見をお聞かせください（何でも結構です）

・あまり考え過ぎず自然に活動（動く、考える）と良いと感じた。
・今やっている作業を続けたい
・今日参加できてよかった
・元気エクササイズの実践をお願いしたい
・元気なうちは何でも自分ですること。歳だからと休まない事
・参考になることが沢山あった
・専門的な知識のある方からの講義、大変分かり易い話でした
・大変勉強になりました

・大変良い話が聞けて良かったです
・大変理解しやすい説明でした
・とても参考になり良かったと思う
・年に 1～2 回の開催を希望する
・年々歳を取っていくが頭・身体を大いに使い認知症になることなく PPC で人生を送りたい
・初めて聞く話興味あり
・不参加の人に参加させることが大切
・料理を１つしよう
・老後の生活についてとても参考になりました

【考　察】

①市民向け概要版のテキストについて
○研修スタイルが講義形式なのでテキストに基づいて実施できることは利点であった。今回２人の作業療法士が担当して研修会を開催したがテキストがあるために伝える内容が違うこともなかった。今後、市民向けの研修会を実施する機会が増えると考えるが伝える内容の基軸が一緒だということが重要だと考える。

②普及啓発について
○主な結果は 93%が理解できた。97%が今後の自分の生活に役立つ。94%が継続した講習会の開催を希望すると回答している。感想の中にも「参加できてよかった・参考になることが沢山あった」という意見が複数あることや「老後の生活についてとても参考になりました」など肯定的感想が多かった。今後も高齢当事者に“人は作業をすることで元気になれる”という生活行為向上マネージメント研修を開催していく必要性を感じた。
　また、ボランティア（リーダー）として、今後、皆さんが参集するこのような会で、「人は作業をすることで元気になれる」ことを意識した活動の展開が図れそうですかに 48 人（全参加者の半数）が回答し、75%が図れると回答している。“人は作業をすることで元気になれる”ということをサロン活動への参加の呼びかけや運営に役立つと参加者が考えられたことに大きな意味があると考える。
○課題として､「サロン活動や地域活動に参加しない人が今日の研修会に来てくれて話を聞いてくれたらよいのに」など参加者同士で話し合われていた。全くその通りで「サロン活動や地域活動に参加しない人」への対応について検討する必要がある。

③鳥栖地区広域市町村圏組合及び地域包括支援センターとの連携について
○鳥栖地区在宅リハビリテーション広域支援センターと鳥栖地区広域市町村圏組合は研修会の開催や地域密着型サービス運営委員会等で連携していた。また、鳥栖地区広域市町村圏組合が委託している６つの地域包括支援センター職員へは鳥栖地区広域市町村圏組合の主催で昨年度、生活行為向上マネージメント研修会を開催していた。今年度、基山町地域包括支援センターと鳥栖地区在宅リハビリテーション広域支援センターが連携して住民向け研修会を開催することができた。鳥栖地区広域市町村圏組合や地域包括支援センターでは介護予防・日常生活支援総合事業の実施が迫られている。また、地域ケア会議も平成２７年度の開催に向けて準備が進められている。鳥栖地区広域市町村圏組合や地域包括支援センターの職員はこれらの事業や会議で生活行為向上マネージメントの有用性を理解した上で介護予防・日常生活支援総合事業及び地域ケア会議に反映できるように作業療法士との連携に積極的である。今後、作業療法士自身もこれからの動きを理解した上で介護保険保険者や地域包括支援センターとの連携の在り方を模索する必要がある。

（２）専門職研修会

鳥栖地区広域市町村圏組合主催で鳥栖地区居宅支援事業所及び通所介護、ホームヘルパーへの生活行為向上マネージメント研修会を実施した。

【対象者】

①参加人数：１９人

②内訳：介護支援専門員　14 人、看護師　２人、介護福祉士　１人、ヘルパー　１人、その他　１人

③経験年数：3 年未満　４人、3～4 年　２人、5～9 年　７人、10 年以上　６人

介護支援専門員	3 年未満	3～4 年	5～9 年	10 年以上
経験年数	3	2	5	4

④年齢構成：20 歳代　０人、30 歳代　５人、40 歳代　６人、50 歳代　８人、60 歳代　０人

【方法】

①研修スタイル：テキストを用いての講義（使用テキストは今回、介護支援専門員や地域包括支援センターの職員向けに作成したテキスト及び福祉職のための生活行為向上プログラム実施の手引き）

②研修時間：2 時間程度

③研修会場：鳥栖市保健センター

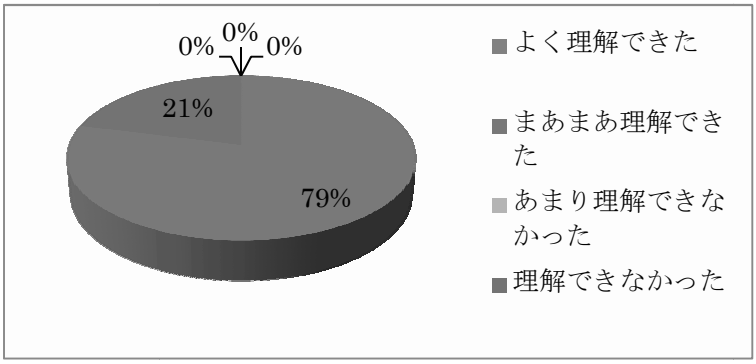
④研修内容：・鳥栖地区在宅リハビリテーション広域支援センター紹介
・生活行為向上マネージメント

⑤その他：・鳥栖地区広域市町村圏組合職員２名が事務担当
・研修会終了後アンケート（資料３）を実施

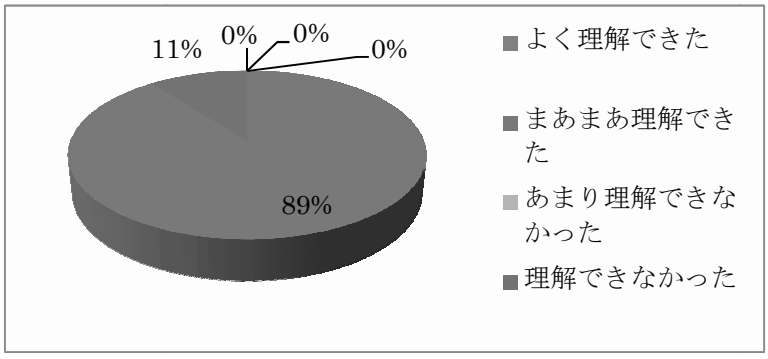
【アンケートの結果】

①回答数 19（回収率　100%）

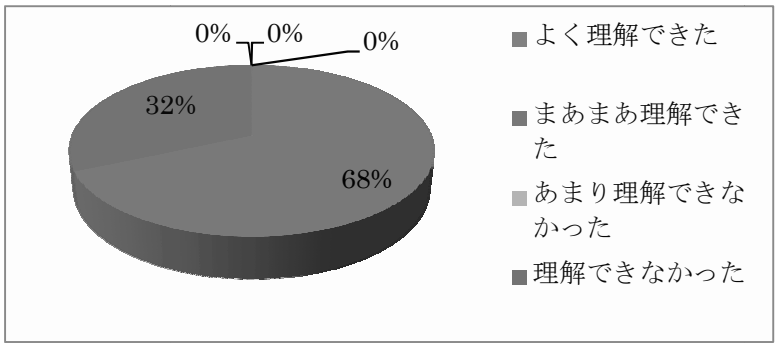
②“生活行為に焦点を当てた支援”の必要性について、理解できましたか。



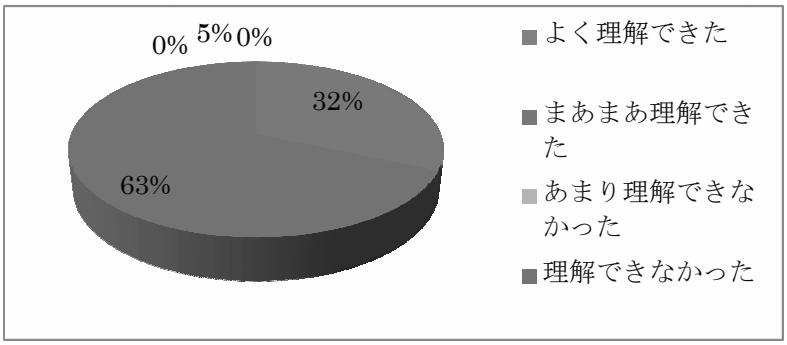
③“本人にとって意味のある生活行為”を見つけ支援することの重要性について理解できましたか。



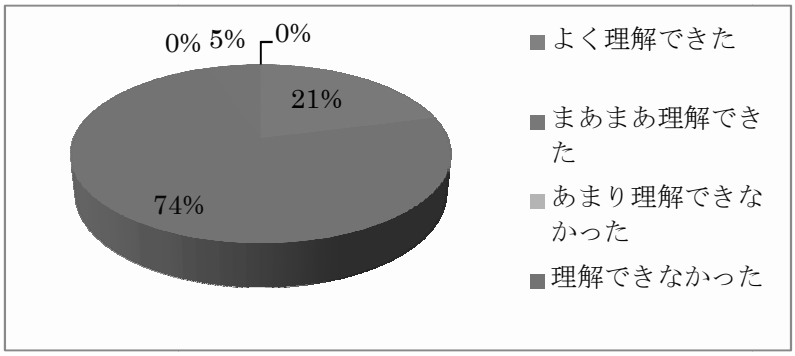
④本人の「したい、やってみたい生活行為」を導きだすことの大切さについて理解できましたか。



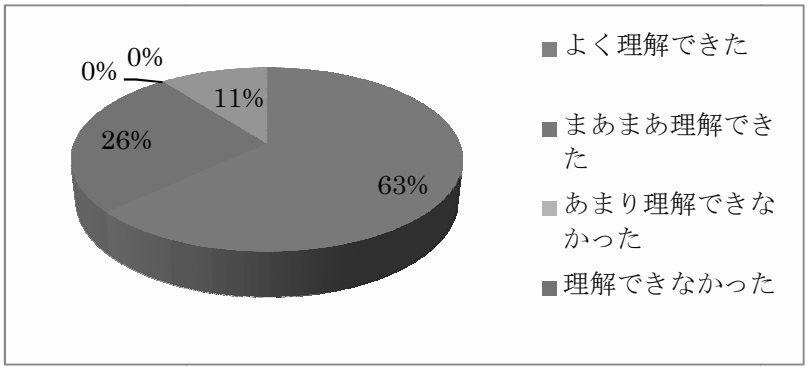
⑤本人の「したい、やってみたい生活行為」を進めるための３つの支援の視点（人への提案、環境への提案、生活行為の仕方の提案）について、理解できましたか。



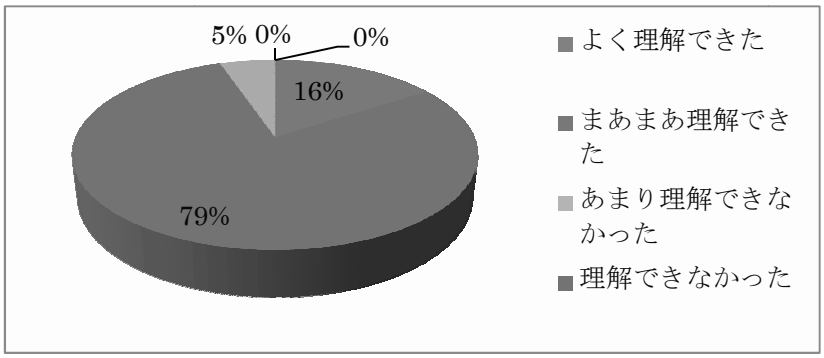
⑥「生活行為聞き取りシート」の内容はおおむね理解できましたか。



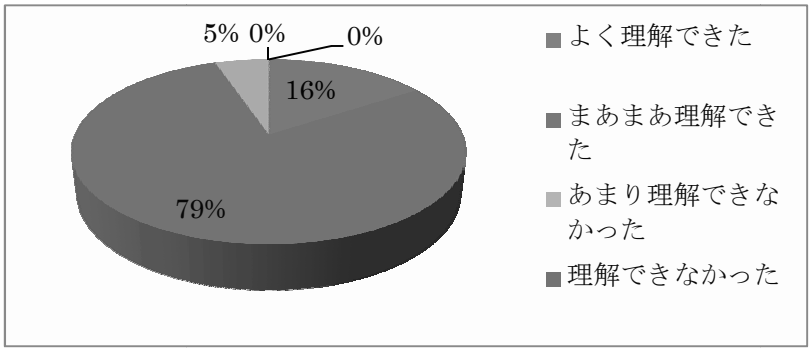
⑦本人のしいたい作業（生活行為）に対する支援の効果について、理解できましたか。



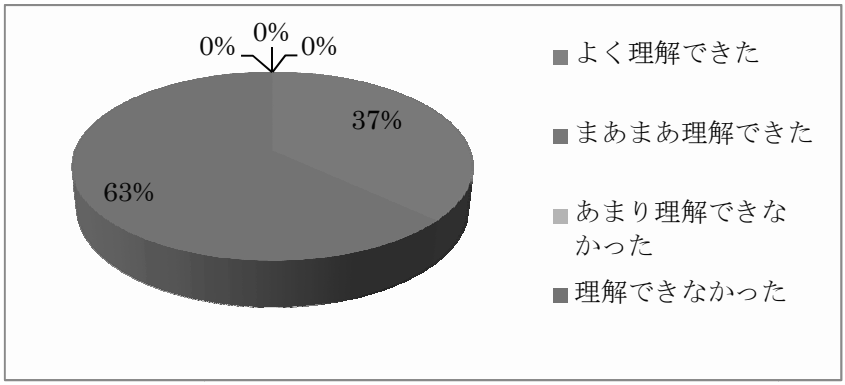
⑧作業療法士との効果的な連携方法について、理解できましたか。



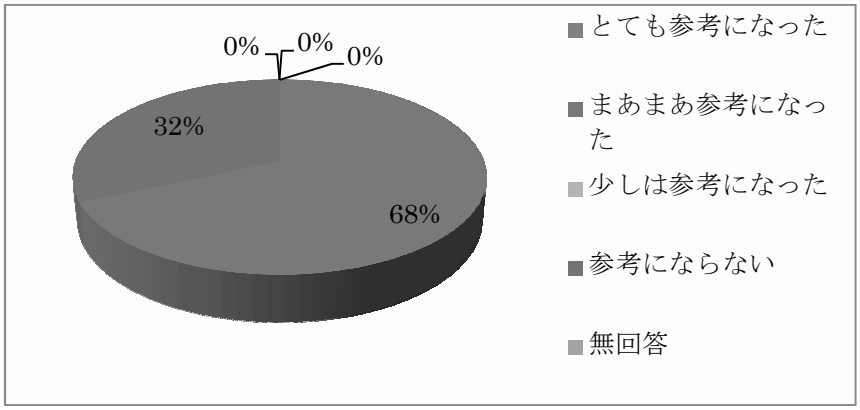
⑨「退院時リハビリテーション指導書」として作業療法士に“生活行為向上の申し送り”を依頼すれば、ケアプランや介護計画などの立案の参考になることが理解できましたか。



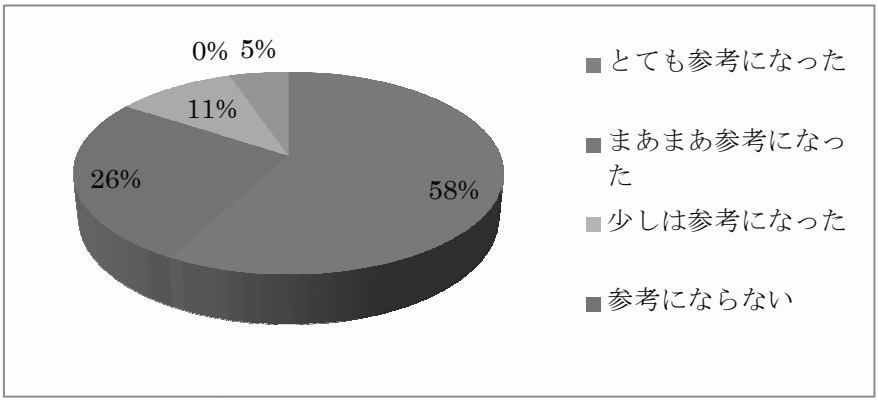
⑩本日の講義内容は全体としておおむね理解できましたか。



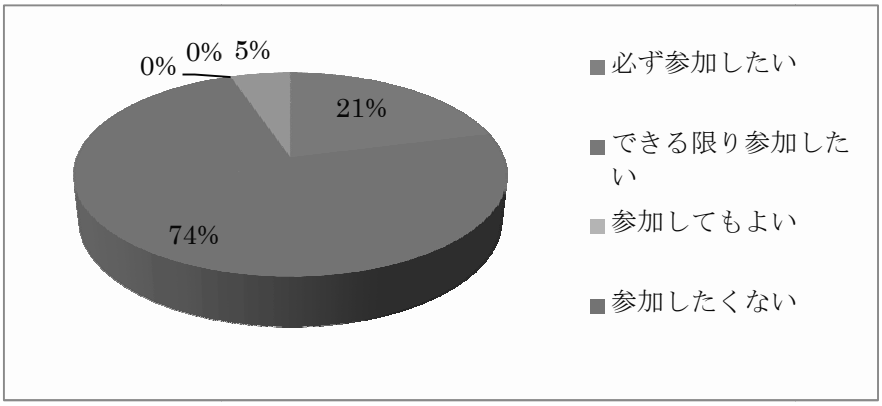
⑪本日の講義内容はあなたの現在の業務の参考になりましたか。



⑫自立生活支援の具体的イメージや理解の参考になりましたか。



⑬本日の講義内容をさらに深める研修があったらまた参加したいと思いますか。



⑭講義内容について、特に参考になった点や印象に残った内容があれば教えてください。

・“したいと思っている作業、意味のある作業”を個別に共に見つけていくことの大切。心が動けば、身体が動くとのことば、すべての作業がリハビリになる→現場がどう働きかけていくかの大切さ
・DVD が印象的だった。シートはあまり分からないが OT さんともっと連携とれたらアセスメントやプランが分かるだろう
・介護より支援を行っていきたいですね。利用者にもっと話を聞いてみたいです
・講義内容が DVD 鑑賞でさらに分かり易く、現場の状況がよく分かりました
・心が動けば体が動くということ。楽しみや生きがいの持てる生活がとても大切だということを改めて感じました
・個人の輝けるところを見つける。それがリハビリになる
・生活行為向上にためのプログラムシート等のツールがあるという事を知れたのが良かった
・生活行為向上プログラムを使った利用者への支援を行っていきたいと思った
・生活行為向上マネージメントについて、いろんな工程について順番付けをやっていき、できないところを補うという基本的なことの見直しとなりました
・生活に注視しながらケアプランにつなげたい
・単に元気になりましょうではなく、できることを見つけていくこと（意味のある作業）。どこで躓いているのかの確認、できなくなったところだけを補うとできるようになる
・日常生活の作業に根ざしたリハビリの必要性を感じました
・本人にとって意味のある作業を引き出すことが大切ということ、生きがい、役割を持つ→果たす喜び→能力↑↑
・本人のしたいという気持ちが意欲につながるという事が 1 番印象に残りました

⑮あなたの職場や事業所で取り組みたい、あるいは取り組むべきだと思ったことはありましたか

ある　14 人、ない　1 人、無回答　4 人

＊ある場合、できればその内容を教えてください.

・DC や SS、GH でももっといきいきと笑顔で過ごして頂けるような働きかけがもっと必要だと思いました
・OT との連携をもっととれるようにしていきたいです
・今度近々骨折後退院される方がいるのでぜひ、退院時リハビリテーション指導書についてお願いしてみたいと思います。ケアマネがゆっくり話を聞きながらシートを一緒に埋めて考えていくのは難しいかなと思いました
・作業療法士に研修内容を伝達し、私たちの事業所で取り組めないか検討したい
・シートの活用
・支援の行い方がもっと自立に向けた事にしたい
・趣味活動の個別実施を行いたいが職員の人数等の問題で難しい
・生活行為向上プログラムシートの活用をして、通所リハ、通所介護、訪看とう使用して、本人の意欲向上、元気になる方を少しでも増えることを考える
・生活行為申し送り票などの活用
・1 人 1 人の生きがい・やりがいをもっと知る
・プランを作る際にサービスに結び付けるのではなく、本人の希望、やりたい事に注視できるように活用したい
・本人に生活行為プログラムシートを使った聞き取り、OT さんや通所、訪問事業所にもシートの活用など相談していきたい
・やりたいことを支援したい

⑯本日の講義内容について、わかりにくい点、もっと詳しい説明が欲しい点など、 ご意見やご感想、ご要望など自由にお書きください。

・自立支援に向けてやる気を引き出すような働きかけを行う側の聞き出す度量などが必要になってくると思います

【考察】

①介護支援専門員や地域包括支援センターの職員向けに作成したテキスト及び福祉職のための生活行為向上プログラム実施の手引きについて

○研修スタイルが講義形式なのでテキストに基づいて実施できることは利点であった。今回、生活行為向上マネージメントがなぜ必要なのかを解説した介護支援専門員や地域包括支援センターの職員向けに作成したテキストで概要が理解できること。また、生活行為向上マネージメントを具体的にイメージするツールとして福祉職のための生活行為向上プログラム実施の手引きが活用できた。今後もこの 2 つのテキストを利用することが重要と考える。

②普及啓発について

○主な結果は参加者すべての人が“生活行為に焦点を当てた支援”の必要性や“本人にとって意味のある生活行為”を見つけ支援することの重要性、本人の「したい、やってみたい生活行為」を導きだすことの大切さについて理解できたと回答している。また、本日の講義内容をさらに深める研修があったらまた参加したいと思いますかでは 95%が参加したいと答えている。今回の研修は生活行為向上マネージメントを周知することや作業療法士との連携について意識してもらえることが主な目的であったがそれ以上の関心を持ってもらえたと考える。同時に意見中にも作業療法士との連携というものが複数挙げられているのである程度目的は達成できたと考える。

○課題として、作業療法士自身が生活行為向上マネージメントについて理解できているかや連携できる体制作りだと考える。

③鳥栖地区広域市町村圏組合及び地域包括支援センターとの連携について

○今回の研修は基山町地域包括支援センターが要支援者に生活行為向上マネージメントに則ったケアプランを作成してもそれを受けてくれる通所介護事業所や他の介護支援専門員が理解できないのではないか。鳥栖地区での通所介護事業所や他の介護支援専門員向けの研修会をした方が良いのではないかという提案に鳥栖地区在宅リハビリテーション広域支援センターと鳥栖地区広域市町村圏組合で検討して開催の運びとなった。このような経過をたどったのは生活行為向上マネージメントというツールが高齢者等の支援に役立つものだという認識があったからだと考える。また、鳥栖地区広域市町村圏組合及び地域包括支援センターと密に連携し意見交換できるような環境も影響していると考える。

（３）専門職研修会

佐賀市管轄の地域包括支援センターの職員へ生活行為向上マネージメント研修会を実施した。

【対象者】

①参加人数：31 人

②内訳（回答した 24 人）：介護支援専門員　14 人、看護師　3 人、保健師　3 人、社会福祉士　4 人、

③経験年数（回答した 24 人）：3 年未満　13 人、3～4 年　2 人、5～9 年　4 人、10 年以上　5 人、

介護支援専門員	3 年未満	3～4 年	5～9 年	10 年以上
経験年数	8	1	2	3

④年齢構成（回答した 22 人）：20 歳代　2 人、30 歳代　6 人、40 歳代　6 人、50 歳代　7 人、
60 歳代　1 人

【方法】

①研修スタイル：テキストを用いての講義（使用テキストは今回、介護支援専門員や地域包括支援センターの職員向けに作成したテキスト及び福祉職のための生活行為向上プログラム実施の手引き）

②研修時間：2 時間程度

③研修会場：佐賀市役所 大財別館

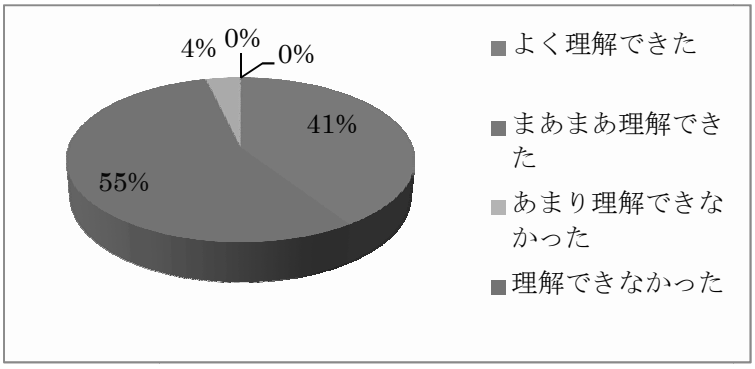
④研修内容：・佐賀県在宅生活サポートセンター紹介
・生活行為向上マネージメント

⑤その他：　・研修会終了後アンケート（資料３）を実施

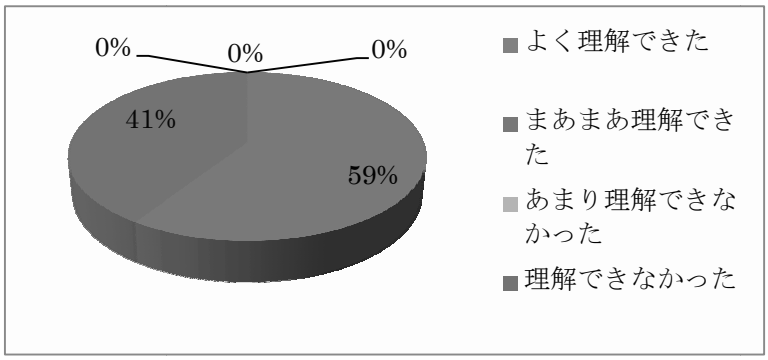
【アンケートの結果】

①回答数 27（回収率　87%）

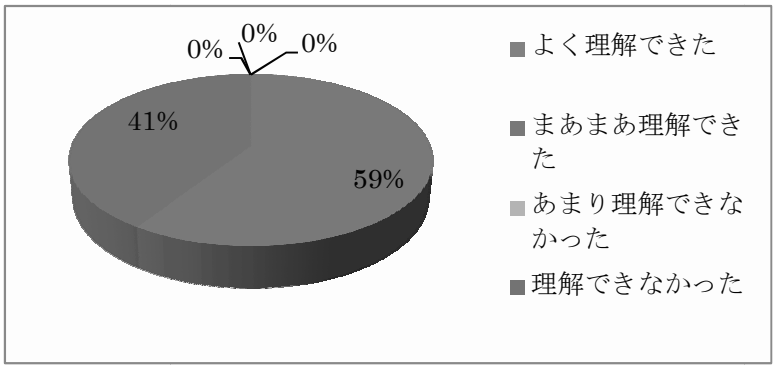
②“生活行為に焦点を当てた支援”の必要性について、理解できましたか。



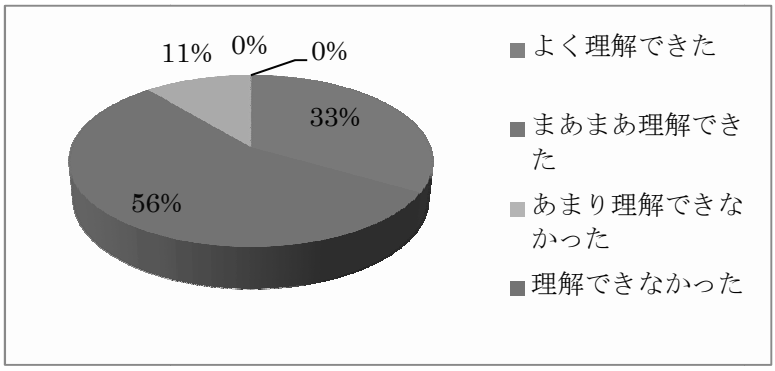
③“本人にとって意味のある生活行為”を見つけ支援することの重要性について理解できましたか。



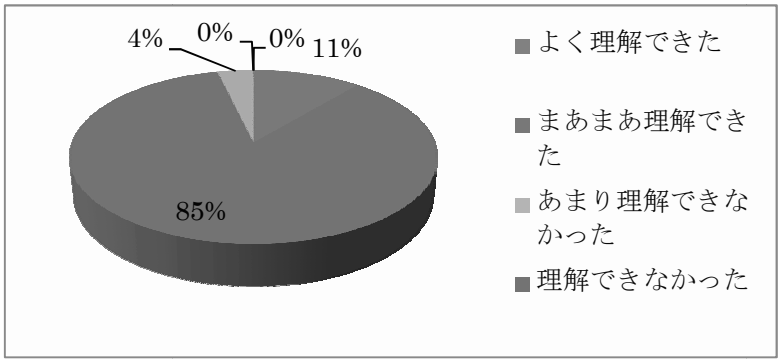
④本人の「したい、やってみたい生活行為」を導きだすことの大切さについて理解できましたか。



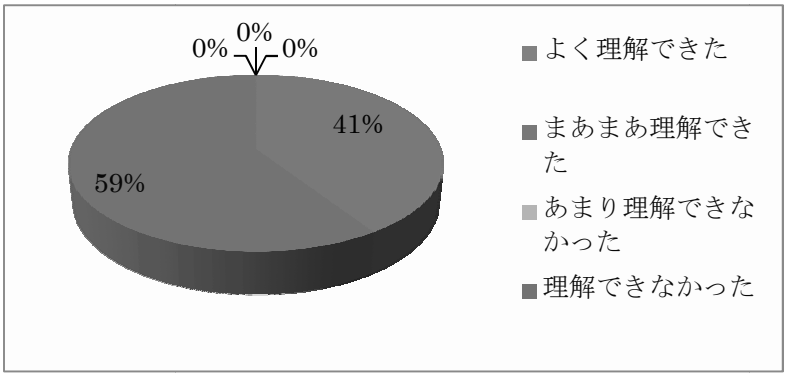
⑤本人の「したい、やってみたい生活行為」を進めるための３つの支援の視点（人への提案、環境への提案、生活行為の仕方の提案）について、理解できましたか。



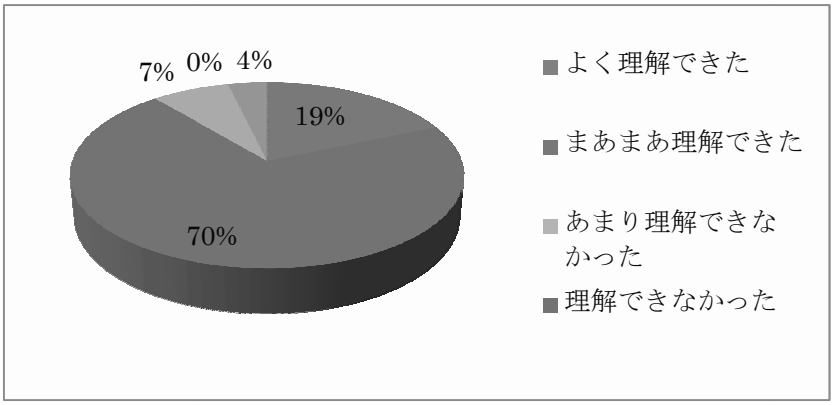
⑥「生活行為聞き取りシート」の内容はおおむね理解できましたか。



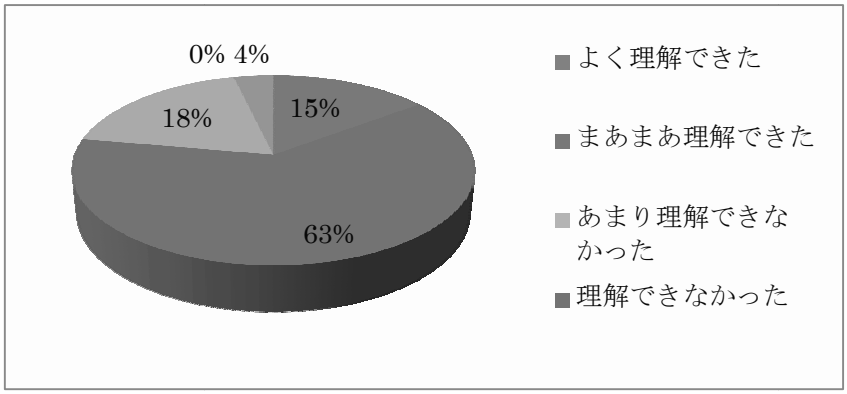
⑦本人のしいたい作業（生活行為）に対する支援の効果について、理解できましたか。



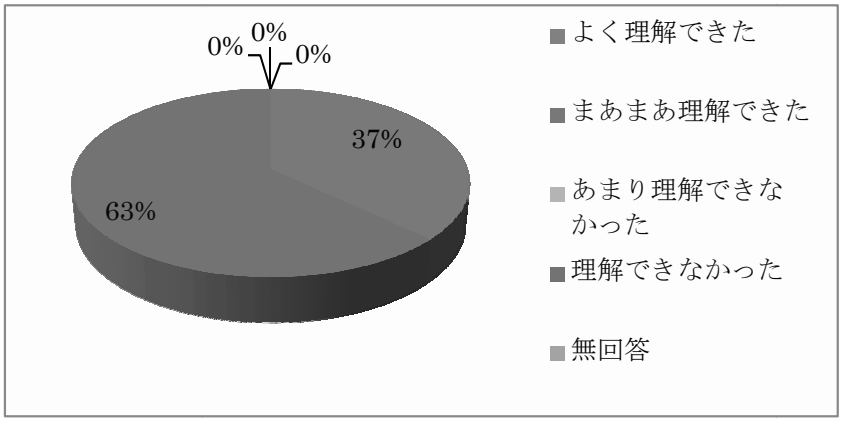
⑧作業療法士との効果的な連携方法について、理解できましたか。



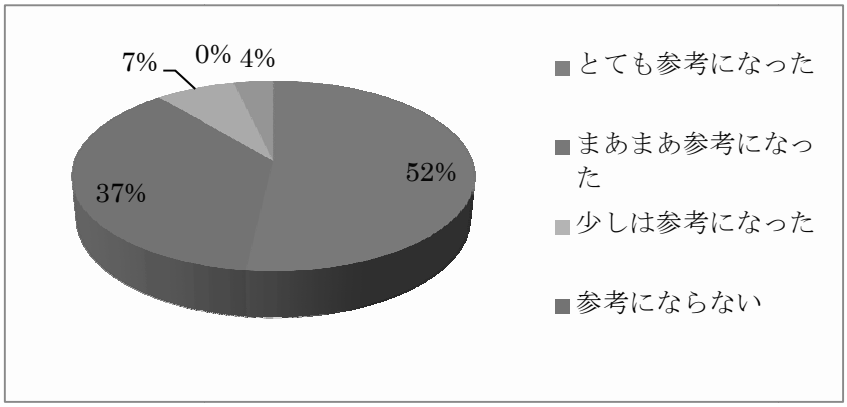
⑨「退院時リハビリテーション指導書」として作業療法士に“生活行為向上の申し送り”を依頼すれば、ケアプランや介護計画などの立案の参考になることが理解できましたか。



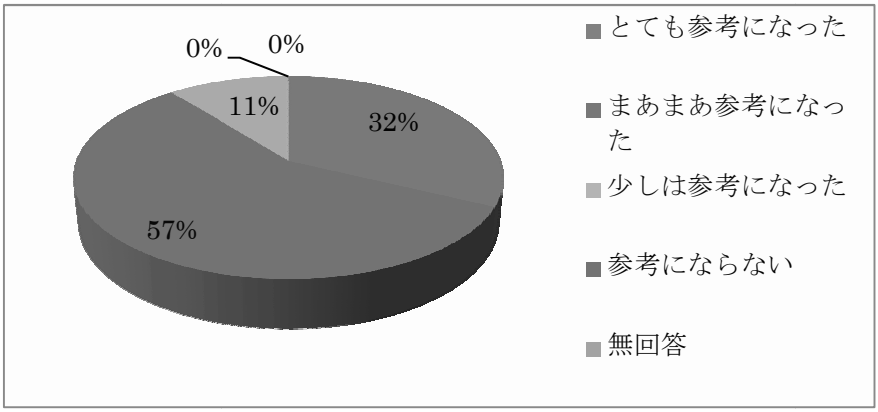
⑩本日の講義内容は全体としておおむね理解できましたか。



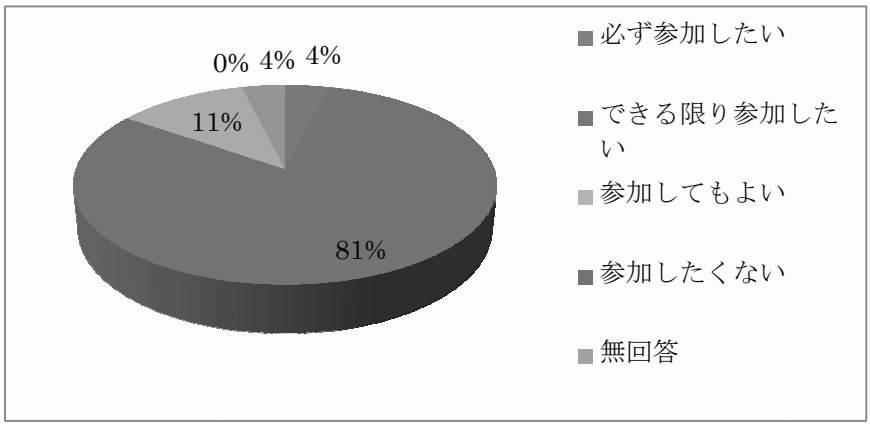
⑪本日の講義内容はあなたの現在の業務の参考になりましたか。



⑫自立生活支援の具体的イメージや理解の参考になりましたか。



⑬本日の講義内容をさらに深める研修があったらまた参加したいと思いますか。



⑭講義内容について、特に参考になった点や印象に残った内容があれば教えてください。

・OT が関わる事の大切さを知りました。介護に重点を置かれがちだが余暇や生活、生きがいをもってのプランの作成は必ず必要
・TV の実話は良かったです
・今後の包括としての取り組まなくてはならないことの参考になった
・シートを用いながら具体的な方法について学ぶことができた。PT・OT と接する機会が少ないので参考になりました
・生活行為向上プログラムというものがあること自体知らなかったため、大変参考になりました
・対象者一人一人の意欲を向上させ、生きがいを見つけて生活することは素晴らしいことだと思います。退院時の住宅改修や福祉用具活用、住宅の現状で PT の人との関わりは良好にありますが、実際に一人一人に合った“できること”“したいこと”を増やして支援することができるようにして OT の人、PT の人との連携も大切であると思いました。顔が見える場をたくさん作って連携を図れたらなと思います
・デイサービスでの取り組みの DVD が印象に残りました。職員が何でも指導するのではなく、利用者が人に教えることによって、生きがいを見つけ、生活に楽しみができ、デイサービスのあり方を考えさせられました
・できることに着目すること、ついできないことに目が行ってしまう。出来ないことを介護サービスで補うという考え方に偏っていたので今後はできること、できない事の前に躓きに気付いていきたいと思います
・日常生活の中で目標の無いリハビリは本人の意欲につながりませんが小さな日常生活の目標であれば頑張っていけますので良い点だと思います
・日本の医療、特に入院日数が長いと思います。先生が言われたようにリハビリ室で PT・OT さんがリハビリを行うのではなく、生活の中で療法をして頂ければと思います。Ns も本人さんの実態がわかられると感じました
・認知症の人でも力が（できる能力）残っていて、それを活かすリハビリをすればもっと在宅生活ができるという点
・1 人 1 人が輝ける場所を今後対応したい
・本当に必要な支援を行うために基本訓練（単なる残存能力の維持向上やできる限りの機能回復）を本人の生活に密着し、習慣等も重視し、応用訓練を生活動作を具体的な作業として、専門家の OT との連携のより、生きがいを得られる支援が可能に成ることによって、今後のアセスメントからプランへ参考になった
・私たちの生活は様々な作業の連続で成り立っている。5 つのパートを組み合わせることでその方を支援する方法が見いだせる。いや、やりたいことが無いという人はアセスメントの不十分さではと気付く

⑮あなたの職場や事業所で取り組みたい、あるいは取り組むべきだと思ったことはありましたか

ある　17 人、ない　1 人、無回答　9 人

＊ある場合、できればその内容を教えてください。

・「できる」に着目したプランニング
・OT、PT さんからの支援のやり方、流れがよく分かってよかったです
・新しい視点でのマネージメントができると思います
・いつも包括で作成したプランを担当者会議の中で OT・PT に手渡すことはありましが、OT・PT からのプランを頂いたことはありませんので、今後このような向上プログラムを作成されるのであれば、ぜひ経過の中で頂きたいです
・介護予防の考え方、目標の立て方（できるようになりたい事）等
・介護予防の目標やそのための取り組みをあげる際、考え方として参考にして頂きたい
・サロンの開催の方法
・シートの活用（2 人）
・自立支援の視点を変えて、それをプランに活かしていく
・生活行為向上プログラムシート、詳しく内容が明記され良いツールと思う
・積極的な専門職との連携について（日常生活を具体的にできる作業についての相談や支援 etc）
・地域です。個別でやりたいことや楽しみを知り、それを活かすネットワークを作りたい
・どの工程で躓くのか、工程表の活用。出来ない事より、できることでのプラン作り
・プランの中にその方の余暇の生きがい、またはできることを入れること
・やりたいこと発見シートの活用
・ゆっくりプランを立てる時間をもうけたい

⑯本日の講義内容について、わかりにくい点、もっと詳しい説明が欲しい点など、 ご意見やご感想、ご要望など自由にお書きください。

・OT 等も含めて、グループワーク中心の事例検討会を開催して頂ければ参加したい
・今の自分の力量では「介護している」や「支援している」というにはおこがましい感じがする。今日の講義もわかったような気がするという表面的なものです。これは私の力不足だからです
・医療の知識、対応にはただただ驚かされる。聖論、定義の基、対応されているが福祉の現場は同じなのか？連携するには他の領域の仕事内容を知らないとダメと思う
・作業療法士との連携
・作業療法の重要性がよく分かりました
・シートの活用は大変有効ですが取り入れるとなると難しい部分も多いかなと思います。自立支援の視点をどう取り入れていくかが課題だと思いました
・もっとゆっくりと時間をかけて聞いてみたかった。一度の講義で実際の場面での活用は無理だと思う

【考察】

①介護支援専門員や地域包括支援センターの職員向けに作成したテキスト及び福祉職のための生活行為向上プログラム実施の手引きについて

○研修スタイルが講義形式なのでテキストに基づいて実施できることは利点であった。今回、生活行為向上マネージメントがなぜ必要なのかを解説した介護支援専門員や地域包括支援センターの職員向けに作成したテキストで概要が理解できること。また、生活行為向上マネージメントを具体的にイメージするツールとして福祉職のための生活行為向上プログラム実施の手引きが活用できた。今後もこの 2 つのテキストを利用することが重要と考える。

○課題としては 2 時間の研修時間ではすべてを教えることは困難である。決まった時間で何を教授していくのか検討する必要がある。同時に講師としての技能を身に付ける手段についても検討する必要がある。

②普及啓発について

○主な結果は 96%が “生活行為に焦点を当てた支援”の必要性について理解できた。参加者すべて

が“本人にとって意味のある生活行為”を見つけ支援することの重要性や本人の「したい、やってみたい生活行為」を導きだすことの大切さについて理解できたと回答している。また、作業療法士との連携や作業療法の重要性がよく分かりましたなどが挙げられている。今回の研修は生活行為向上マネージメントを周知することで作業療法の見える化につながると考えられる。
○課題として、作業療法士自身が作業療法や生活行為向上マネージメントについて伝える技術の向上が求められる。

③地域包括支援センターとの連携について
○今回の研修は佐賀県在宅生活サポートセンター運営協議会の委員の一人に佐賀市高齢福祉課課長に委嘱していた。協議会の中で佐賀市の地域包括支援センターは佐賀市高齢福祉課が掌握しているので連携できないかという提案があり、研修会が開催できた。
○課題としては意見の中にもあったように一度の講義で実際の場面での活用は無理なので、作業療法士が地域包括支援センター職員と連携して実際の場面に出向き共同で支援していくよう体制作りが望まれる。

３）地域包括支援センターとの連携

○鳥栖地区２カ所の地域包括支援センター及び唐津地区地域包括支援センターの職員と作業療法士が連携して、支援を必要としている方の居宅を訪問して、生活行為向上マネージメントに則った支援を行った。
○鳥栖地区２カ所の地域包括支援センターは鳥栖地区在宅リハビリテーション広域支援センターに所属する作業療法士が実地指導の一環として実施した。
○唐津地区地域包括支援センターは唐津地区の佐賀県作業療法士会会員３名が交替で月に１回実施した。3名の会員の施設長へ佐賀県作業療法士会から会員の唐津地区地域包括支援センターへの派遣依頼を出し、承認を得た後に実施した。
○地域包括支援センター職員に在宅生活支援に生活行為向上マネージメントの有用性や作業療法士との連携の必要性を認識できた。
○作業療法士自身、在宅での生活行為向上マネージメントを実践できる場が確保でき、精通することができるようになった。また、担当した２事例を日本作業療法士協会に事例として登録した。（詳細は事例１・２を参照）

４）まとめ

○今回、佐賀県において生活行為向上マネージメント研修を実施した。参加者した大半が理解できたと回答が得られた。これは生活行為向上マネージメントが誰にでも分かり易いツールであり、必要とされているということである。
○今年度、実施して考えたことの一つは実施できる体制作りである。今回は鳥栖地区在宅リハビリテーション広域支援センター事業及び佐賀県在宅生活サポートセンター事業で半公的な立場で介護保険組合や地域包括支援センターに働きかけやすかったことが挙げられる。
○二つ目は研修会を実施して内容が理解できても実践に結び付けるのは難しいということである。その為、県内２カ所の地域包括支援センターの職員と作業療法士が連携して支援を必要としている方の居宅を訪問して、生活行為向上マネージメントに則った支援を行った。これらの連携を通してお互いに生活行為向上マネージメントの効果について確認できた。
○課題は大半の作業療法士は病院に勤務しており、地域包括支援センターの職員と連携する施設からの許可や時間が確保できるかであると考える。

趣味活動、家事活動を通して生活を再構築した事例　　A 氏

1. 報告の目的

今回、在宅生活を送る独居高齢者を対象に生活行為向上マネジメントを活用したアプローチを実施した。9 年前に脳梗塞を発症し夫婦 2 人暮らしをしていたが、半年前に妻と死別し、それ以降不活発な生活となっていた。作業療法士とともに活動を経験することで、以前から行っていた「電車で旅行し写真をとる」という活動を再開できるようになった。対象者の意味のある作業を獲得することで生活に変化がみられたので、経過を報告する。

2. 事例紹介

A 氏 60 歳代半ば男性、脳梗塞右片麻痺。要支援 1、寝たきり度 A1、認知症自立度は正常。9 年前に脳梗塞発症し、救急搬送。発症 2 週間後に回復期病院転院。4 ヶ月の治療を経て自宅復帰となる。退院時、独歩自立レベル、右上肢は補助手レベル、ADL は自立しており、妻との 2 人暮らしで特に介助を要すことなく生活していた。また趣味である「電車での旅行、写真を撮ること」を妻と楽しみながら過ごしていた。しかし、半年前に妻と死別し、それから外出の頻度が減少し、自宅内で閉じこもりがちな生活であり、家事全般は配食サービスや訪問介護を利用していた。A 氏の担当である B 町の地域包括支援センターの担当ケアマネジャーより相談を受け、C 地区の在宅リハビリテーション広域支援センターの相談事業の一環で、今回、生活行為向上マネジメントを導入し、アプローチを実施した。

3. 作業療法評価

作業目標の聞き取りでは「電車で旅行したい。一眼レフカメラで写真を撮りたい」との希望が聞かれた。

心身機能面の状態は、右片麻痺（Brunnstrom Stage 上肢・手指Ⅳ、下肢Ⅴ）、補助手レベル。強みは利き手交換にて左上肢主体での片手動作可能、認知面、精神面問題なし、元々は活発な性格などが挙げられた。右上肢は使い方次第で補助手にもなり得ることが予測されたが、一眼レフカメラは重量もあり、両手での巧緻性を求められるため、現状の機能では困難な作業と予測された。

活動参加面では、片手動作を余儀なくされているが、強みは左上肢主体でのセルフケアは全自立。また洗濯や簡単な料理などは片手で遂行可能であったが、訪問介護に任せてる状態であった。移動は、屋内外ともに独歩自立であったが、外出頻度の減少により耐久性、体力の低下を認めた。以前は 5km 程度の連続歩行可能であったが、現在は 1km 程度で疲労感を訴える。年齢や以前の体力も考慮したうえで、全身耐久性も活動量が増える事で向上することが予測できた。

環境面では、趣味活動を行う仲間がいない。強みは、近隣にスーパーや駅が近い事（1km 圏内にある）があり、歩行能力向上とともに、A 氏の生活に必要な場所への外出が可能と予測できた。

以上の評価より、「D 会社主催のウォーキングに電車にて参加し、デジカメで写真を撮る」という目標を設定した。開始時の実行度1、満足度1であった。

4. 介入の基本方針

電車で旅行をする、デジカメで写真を撮ることが実現できるようになり、閉じこもりがちな不活発な生活からの脱却を図りたい。また、家事動作に関しては能力もあり、作業聞き取りの中でも A 氏は「味噌汁ぐらいは自分で作れれば」という意見からも、自宅内 ADL 以外の活動を見直し、家事等も一部行えるようなるという方針で、基本・応用・社会適応プログラムを実施していく。

5. 作業療法実施計画

IADL 面の低下予防が重要。屋外歩行や外出に関しては、妻死別後に外出頻度が減少したことや、人的環境も乏しいことが要因であると考えた。また家事動作に関しては、これまでは妻が家事は担っており、片手での家事活動の経験不足や、片手動作での困難さもある。片手での家事活動の要領を得ていないことや、工夫次第では両手動作での洗濯なども可能になるが、その指導もなされていなことが大きな要因として考えられる。

それらの要因を踏まえ、作業療法実施計画を考えた。基本的プログラムとして、OT と共にリュックサックを背負っての屋外歩行訓練（不整地や階段昇降も含め）、左上肢主体でのデジカメ操作訓練を実施し、その後本人の自己訓練へと移行する。また洗濯や簡単な調理（味噌汁作り）訓練を行い、右上肢の補助手での作業訓練を実施する。

応用的プログラムでは、屋外歩行の安全性が確認できれば、実際に電車を使っての移動訓練と近隣にあるスーパーでの買い物訓練をOTと共に実施する。買い物訓練にて自立を確認できれば、歩行の耐久性向上を目的に本人 1 人で自己訓練として買い物に歩行で週 3 回程度行くことを計画する。

社会適応プログラムでは、実際にD会社主催のウォーキングに申し込み、参加する。初回はOTとともに参加し、その中で動作確認、デジカメでの写真撮影訓練も行うこととした。ウォーキング体験後は写真を現像し、振り返りを行うこととした。

6. 介入経過

生活行為向上マネジメントシートにて合意した「D 会社主催のウォーキングに参加し、デジカメで写真を撮る」という目標の達成のため、まずは具体的に参加する日程を検討した。初期評価、予後予測の結果、2ヶ月で目標達成できる機能・能力を有していると判断し、また2ヶ月後に近隣のE市で開催されるウォーキングがあることが判明したため、2ヶ月後に参加する事を定めた。その目標に向けて、週に1回、1時間程度の頻度で開始した。まずは体力向上、屋外歩行能力確認も含め、荷物を持っての屋外歩行訓練を実施。初回は体力の低下もあり、思うように連続した歩行は困難であったが、介入から 2 週間程度で自己訓練（自宅周囲の散歩）の効果もあり、連続して2～3km 程度の歩行を獲得した。また、それに合わせて、自宅内で左手でのデジカメ操作、上下反転させてカメラを操作する事や、座位や立位にて洗濯物を右上肢を補助手として使用しながらの作業や味噌汁作りなども併せて指導した。

1ヶ月後には屋外歩行は耐久性、安全性ともに実用的となり、近隣のスーパーにOTともに味噌汁の具などを買いに行く訓練も導入し、また電車の利用も行い、安全を確認できた。A 氏も目標を明確に持てたことや徐々に体力も向上してきたことで、意欲的に活動に取り組めるように変化してきた。

導入から2ヶ月後には、実際に電車にて集合場所まで移動し、OTともにウォーキングに参加した。5km 程度のコースを 2 時間程度かけて散策し、その際、デジカメで花の写真を撮るなどした。参加後は自宅にて撮影した写真をパソコンにて現像したが、「撮り方が下手になっている。次はもっと上手く撮るぞ」など、またチャレンジする言葉も聞かれた。普段の生活においても、洗濯やご飯や味噌汁程度であれば自分で用意するようになり生活全般の質的変化を認めた。

7. 結果

A氏との合意した目標「D会社主催のウォーキングに参加し、デジカメで写真を撮る」は1回の経験ではあるが、ほぼ達成された。自己評価における実行度は8となり、満足度は5となった。満足度に関しては、まだ写真が上手く撮影できなかったことからA氏の自己評価は低い結果となっている。また、合意目標に加えて、家事活動などの

IADL への関わりを通して、片手主体での動作指導、また洗濯や調理に関しても麻痺側上肢を補助手として使用する指導も行った結果、洗濯や簡単な調理も行えるきっかけはできた。食事の用意や片づけ、洗濯においても評価上の点数としての変化はないが、質的な変化は大きくあったと考える。評価結果としては、BI は初期同様に 100 点、家事活動への参加や屋外での活動も増えたことから老研式活動能力指標は 7 点から 8 点、FAI は 14 点から23 点へと点数が向上した。HUI に関しては大きく変化はないが、歩行や全体的健康状態で改善がみられた。

また、ウォーキングに参加した翌日に担当ケアマネジャーに電話を入れ「久しぶりに楽しかった。」と満足した様子を伝えていたとの事であった。

8. 考察

今回は A 氏の担当である地域包括支援センターの担当ケアマネジャーより相談を受け、C 地区在宅リハビリテーション広域支援センターの相談事業の一環で、地域包括支援センターと連携し、在宅で生活する独居高齢者を対象に生活行為向上マネジメントを活用したアプローチを実施した。

A 氏の生活が不活発になっている経緯としては妻との死別にあった。これまでは夫婦で旅行に出かけたり、妻の協力のもと一眼レフカメラで写真撮影をしていたり、共通の趣味として行っていたことが A 氏の話から伺えた。もともと社交的で外出も多い活発な生活を送っていた A 氏にとっては作業に取り組む何かしらのきっかけが必要であったと考える。そのきっかけとして生活行為向上マネジメントにおける合意目標や作業療法の介入が大きな意味を持ったと考える。

また生活行為アセスメントシートでは、A 氏の生活行為を妨げる要因のみではなく、強みの部分を共有できたことが、本来気づきにくい対象者自身の当たり前にできていること、それが強みであり、対象者自身も健康な部分が十分にあるという認識を持つことができたとも考える。A 氏の今後の課題としては、このような活動を継続、共感できる仲間作りが必要となる。地域の社会資源から模索し必要な人的環境整備を行う必要がある。

A 氏のように脳梗塞の既往はあるものの、ADL には問題がない対象者や、また予防期にある対象者に対して、趣味活動や IADL 活動の経験を通して関わることが、将来的な ADL 低下予防、布いては生活全体の活性化に繋がると考える。今後も本ツールを活用し、対象者にとって価値があり、意味を持つ作業に焦点をあてたアプローチを展開したい。

大正琴や家事活動を通して生きがいを取り戻した事例　A 氏

1. 報告の目的

転倒をきっかけに、家にこもる生活が始まり、膝の痛みも併発し不活発な生活となっていた女性高齢者に対し、生活行為向上マネジメントを活用したアプローチを実施した。転倒をきっかけに生活意欲が低下していた対象者が、自宅でできる趣味・家事活動を再獲得することにより、生活意欲が向上した。生活行為向上マネジメントの有用性と在宅生活を送る要支援対象者に対する作業療法の役割についても検討したので以下に報告する。

2. 事例紹介

A 氏 80 歳代女性、既往で X-13 年に心不全（ペースメーカー植込み術）、X-5 年に右変形性膝関節症、また加齢による視力低下、難聴もあり。夫と 2 人暮らしであったが、X-8 年に夫が他界、以後は息子家族と同居生活。知らない土地で、友人もいないが、近隣への買い物や公園への外出、また自宅の家事をするなど役割を持ち、大正琴や編み物、ジャム作りなど多くの作業をしてきた方であった。

X-5 ヶ月に自宅前での転倒を契機に、家に閉じこもり、不活発な生活となった。日中、家族が仕事のため、1 人でテレビを見るなどぼんやり過ごしていた。その後、活動量低下に伴う筋力低下、右膝痛が増悪、外出頻度も減少してきたため B 町の地域包括支援センターより C 地区の在宅リハビリテーション広域支援センターの作業療法士に訪問依頼があり、介入を行った。X 年現在、要支援 2、寝たきり度 A1、認知症自立度は I であった。

3. 作業療法評価

作業の聞き取りでは「こんな体で何もできない」とのことであり、興味関心チェックリストを使用し聞き取りを行った。結果「大正琴が弾きたい、散歩をしたい、自分で食べる分の食事や洗濯を家族の為にしたい」とかつては行っていた活動への希望が聞かれた。

心身機能面は、右膝 OA、心不全の既往により、右膝痛、全身耐用性低下、また加齢に伴う視力低下や難聴、廃用に伴う下肢筋力低下を認めた。強みは、認知、精神機能良好、座位での作業は可能で巧緻性含めた上肢機能は良好であり、してみたい作業への意欲は低いがもっていた。

活動参加面は、歩行での移動能力低下、視力低下や難聴、下肢筋力低下による立位での家事活動困難、趣味活動困難であった。強みはセルフケアは自立しており、家事活動や趣味活動も半年前までは行っていた経験値はあった。

環境面では、機能、能力面を補完するための道具（眼鏡や膝補装具など）が整っていない。また自宅周囲が坂道が多いといった物理的阻害要因、コミュニティとの関わりが薄いことなどが挙がった。家族などの人的環境において、外出支援は協力的であるが、一方で立位での家事活動など転倒を危惧する活動は制限していた。

以上の評価を A 氏と共有し、優先順位を踏まえ、目標を検討したところ、まずは「眼鏡を新調し、自宅で大正琴が弾けるようになる。」という目標を設定した。開始時の実行度1、満足度1であった。

4. 介入の基本方針

「大正琴が弾ける」作業の獲得を契機に、生活意欲向上を図る。大正琴や家事を行っていない要因は、視力低下、転倒を契機とした生活への意欲低下がある。上肢機能は良好で補助具などの環境調整を行うことで活動は可能である。家事動作に関して、転倒への危険性からの家族の制限も大きい。これらの作業に関して、家族の協力・理解が必要であり、物理的・人的環境を整備する方針で、基本・応用・社会適応プログラムを実施する。

5. 作業療法実施計画

合意した目標でもある「自宅にて大正琴が弾けるようになる」を実現可能とし、加えて食事の用意や洗濯の遂行、また自宅周辺の散歩を行い下肢筋力の維持に努める事を目標とした。既往の疾患による機能低下というよりは、廃用症候群や加齢に伴う心身機能、能力の低下によるものが主となるため、活動性の向上と、機能面の維持、機能面の代償や活動の経験を通じて安全に動作が行えること、また家族の協力も含めたプログラムを計画した。

まずは、環境への取り組みとして補助具の整備から開始する。視力低下の代償として眼鏡を新調、補聴器の調整を家族に依頼する。基本的プログラムとして、下肢筋力向上や膝痛軽減を目的に筋力訓練指導、自己訓練に移行する。また屋外歩行訓練は、膝痛を考慮し、膝補装具の正しい使用や着脱を指導し、OT と共に自宅周辺から開始し家族と共に行えるよう指導する。

応用的プログラムは、大正琴の練習とし、道具の準備は家族の協力のもと遂行する事を計画する。食事の準備、片づけに関しては、台所での立位作業を基本とするが、椅子を整備し下肢への負担を考慮する。洗濯は環境整備、安全な動作指導を行う。社会的プログラムとは実際にそれらの作業が自宅で遂行できるよう、家族に能力、状況を確認してもらい、協力してもらうこととした。予後予測含め、2ヶ月で目標達成できると判断し、開始1ヶ月間は週 2 回、1 時間程度、2ヶ月目からは週 1 回と計画した。

6. 介入経過

まずは環境整備として、眼鏡の新調、膝補装具の使用を家族含め進めた。それと併せて、筋力訓練パンフレットを作成し、指導、自己訓練として導入した。また屋外歩行訓練も開始し、膝補装具の必要性を説明、着脱方法を指導した。「散歩したのは久しぶり楽しい、膝も大丈夫そう」と発言が聞かれた。

開始 2 週間後には眼鏡も新調され、大正琴の練習も開始した。「目が見やすくなったのでできそう」と発言され、大正琴の準備は家族に依頼し OT との 1 回の練習後は日々の作業として定着するよう確認を行った。食事の準備、片づけ訓練も開始した。手順や両手動作に関しては問題はなかったが、膝痛を認めるため立位作業の耐久性を評価し、15 分で椅子に座るよう指導した。洗濯は洗濯機の操作から干す、取り込む、畳む作業訓練を行った結果、動作可能となり、家族と確認した。訓練後は「家族に迷惑かけずにすむ」と発言が聞かれた。家事活動に関しては、家族に見守りでの支援を依頼した。

1ヶ月後には耐久性は低いが、屋外歩行も安定し、家族との外出時には膝補装具の使用も定着できた。A 氏も「まだ 1 人では十分に歩けないけど、膝の痛みは少しは軽くなった気がする。」「大正琴ができて良かった。」「食事の準備はまだまだ十分ではないか、家族の手を取らなくて良くなった」など前向きな発言が聞かれ、また体力も徐々に向上してきたことで、意欲的に活動に取り組めるように変化してきた。

訓練開始2ヶ月後には、自宅で大正琴を弾き、またハーモニカーを吹いたりと目標以外の新たな活動を自ら行うようになった。また、夕食を除く食事の準備や片づけは定着した。一方で、家族に活動への取り組みの状況、説明など行ってきたが、自宅外での活動である洗濯は庭へ干す際の転倒への危険性が拭えず、また近くへの公園への散歩も転倒への危険性を感じており、生活への定着は図れなかった。

7. 結果

合意した目標「自宅にて大正琴が弾けるようになる」は生活への定着も図れ目標達成となった。自己評価における実行度・満足度は、ともに 7 となった。大会や披露する場所への参加を促すも、「聞かせるものではない、自分で楽しめればいい」との返答であった。加えてハーモニカを吹いてみるなど、自ら他の趣味活動を再開する行動にまで変化を認めた。また、合意目標に加えて、朝・昼食の食事の準備や片づけも椅子などを利用し身体に無

理がない形で作業遂行が可能となった。洗濯は家族の不安もあり、洗濯物を畳む作業の一部遂行に留まったが、「家族の手伝いが少しでもできたのでいい」と満足感はある様子であった。自宅周囲の散歩も定着には至らなかったが、膝補装具装着は定着し、外出時は家族と歩行での移動は行えており、膝痛などの心身機能の予防・維持に繋がった。評価結果としては、BI は初期同様に 100 点、老研式活動能力指標は初期同様に 5 点、趣味活動の定着、家事活動への一部遂行している事から FAI は 8 点から 15 点へと点数が向上した。HUI に関しては近位視力、感情、全体的健康状態で改善がみられた。

8. 考察

今回、地域包括支援センターより在宅リハビリテーション広域支援センターの作業療法士に訪問依頼があり、在宅で生活する女性高齢者を対象に生活行為向上マネジメントを活用したアプローチを実施した。

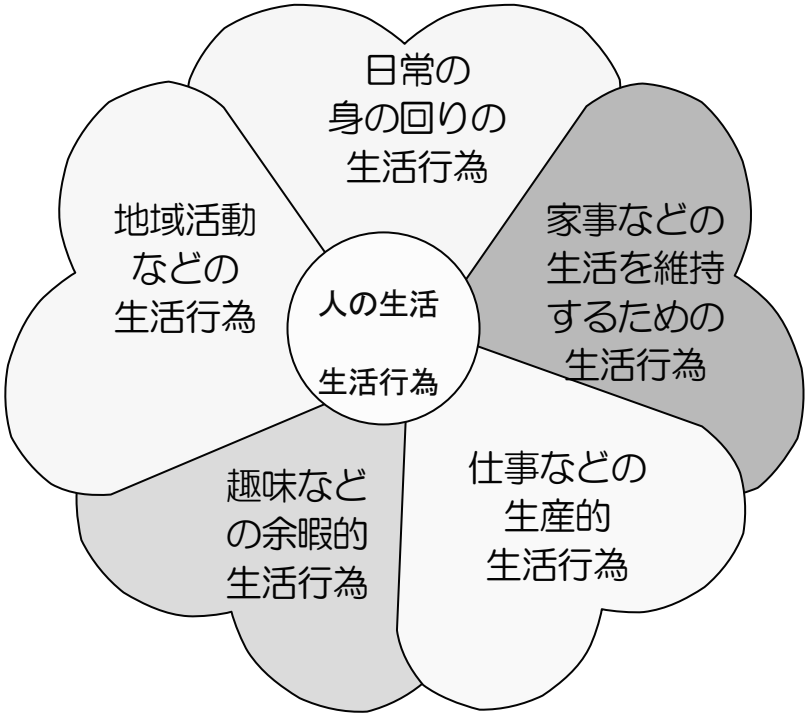
対象者は右膝 OA や心不全を既往として抱えつつも数十年は本人らしい生活を送っていた。しかし加齢にともなう心身機能の変化や転倒を契機に不活発な生活になり、社会的役割の喪失、作業へのあきらめや意欲の低下を起こしていた。もともとは家事等家庭での役割を持ち、様々な作業を行ってきた方であったため、動機づけとなる作業として大正琴や食事・洗濯活動を通じて生活意欲を高める事ができたと考える。また作業定着を図るためには家族の支援も重要であった。そのための情報共有や家族を含めたチームアプローチに今回、生活行為向上マネジメントのアセスメントやプラン表が家族にも理解しやすく、有用性があったと考える。

A 氏のように既往疾患はあるものの、ADL には問題なく、しかしながら老化や不活発な生活で徐々に生活機能が低下している在宅高齢者は多く存在する。今回の事例のように、自分にあった眼鏡に変える、膝痛を考慮した補装具の必要性や家事の時の環境整備など、些細な関わりでも生活は変化する。在宅生活における要支援者に対しては、いかに予防できるか、また予後予測を含めて早期に対応できるかが重要となる。また身体機能のみではなく、対象者の価値観や生活に対する意欲も鑑みてその方の生活を包括的にアプローチできる作業療法士の介入は重要と考える。地域に作業療法士が積極的に関与し、イニシアティブを取り、予防対象者への包括支援を行える体制づくりが急務である。

資料１

人は作業をすることで元気になれる

～生活行為の自立を目指して～



一般社団法人　日本作業療法士協会

生活行為に焦点を当てた支援の提案

○ 私たちの生活は、365 日 24 時間のその人にとって「意味のある生活行為」の連続から成り立っている.

私たちの生活は、日常生活などの身辺処理動作が滞りなくできるだけでなく、趣味、生きがい、社会参加などその人にとって「意味のある・したい作業」を毎日の生活で続け、その作業の結果から満足感や充実感を得るという生活習慣を習得することにより元気でいられます。

しかし、高齢期は老化や病気による心身機能の低下により、これまでできていた家事や余暇活動が困難になる、退職や家族構成の変化により自由時間が増えるなど、生活を送る上での様々な作業の作り直しが求められます。

そこでここでは、生き生きとした活動的な生活を送るために、高齢者が継続したいと思っているその人にとって「意味のある・したい生活行為」を再び行えるようにする生活行為向上のための支援のあり方を提案することとしました。

○自立と自立に必要な支援

自立とは、自ら自分で行う力を指します。特に高齢者では、「私のしたいこと」を自身が決めること、実行することが大切です。そのことで高齢者は有能感や達成感を得ることができます。有能感や達成感を得た高齢者は、主体的に生活を送ることができます。主体的に生活できる高齢者は、老化や障害を持ちながらも心身ともに充実した生活を送ることができます。そして、さらに新しい「私のしたいこと」を増やすために色々なことへといった意欲が生まれるきっかけになります。

私たちができる自立に必要な支援で、最も重要なことは高齢者自身の「持っている力＝できる力」の見極めと、できる力を伸ばし、発揮できるよう支援する「見守る力」が大切です。「できる力」の見極めを得意とする作業療法士と「見守る力」を得意とする介護福祉士がチームを組むことで高齢者の自立生活を効率的・効果的に支援することができると考えています。

○生活行為向上マネジメントの紹介

平成 22 年度、一般社団法人作業療法士協会では、高齢者が継続したいと思っている 365 日 24 時間の生活行為に焦点を当てた支援方法として「生活行為向上マネジメント」を開発しました。

生活行為向上マネジメントは、高齢者が生活をする上で困っている、または、問題を感じている事柄（する必要があるのにできていないこと、なんとかやっているがあまりうまくできていないことなど）で、やってみたい、もっとうまくできるようになりたいと思う生活行為を再びできるように支援するための支援方法です。作業療法の技術の一部を分析し、シートに思考の流れをわかりやすい形で落とし込んであります。

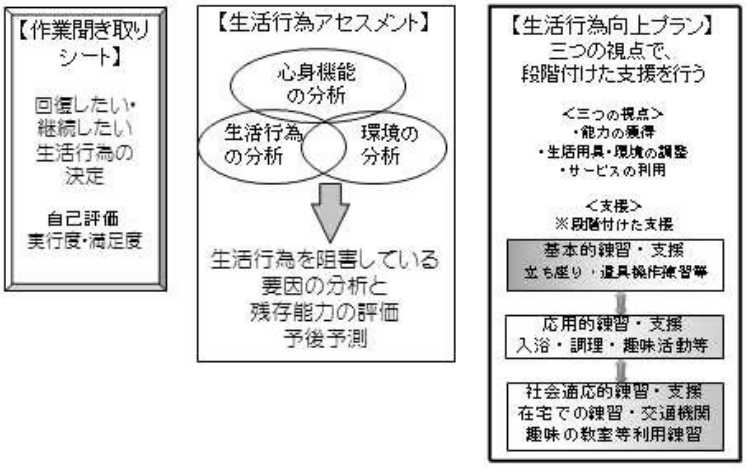


図1 生活行為向上マネジメント

シートは図１のように対象者の目標とする生活行為を理解するための表１「生活行為聞き取りシート」、生活行為の目標を達成するために、それを阻害している要因を ICF に基づきアセスメントする「生活行為アセスメント表」、筋力や立ち座り動作などの「基本練習」や生活行為そのものの練習「応用練習」、実際の生活場面での練習「社会適応練習」と段階付けて練習するプログラムを立案する「生活行為向上プラン表」で構成されています。

また、生活行為の継続した支援が行われるように、連携のツールとして活用する表２の「生活行為申し送り表」があります。

表1 生活行為聞き取りシート

＊さあ、記入してみましょう！

①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、改善してみたいと思う事柄がありましたら、３つほど教えてください。

②次に、それぞれについて今の自分はどのくらいうまくやれているか（遂行度）と、そのやり方にどのくらい満足しているか（満足度）を１～１０点の範囲で思う点数をお答えください。
とてもうまくできている場合遂行度１０点、とても満足している場合満足度１０点です。
まったくできない場合遂行度１点、まったく不満である場合満足度１点です。

※なかなか「生活行為の目標」が言えないまたは聞き取れない場合は、下表の「興味・関心チェック表」を活用して、聞きとってみましょう。

相談者氏名		年齢		性別	
相談の主訴	（身体や生活で困っていること、不安に思っていること）				
生活行為の目標	□（具体的に生活行為の目標が言えない場合は下表の「興味・関心チェック表」を活用して、聞き取ってみましょう!）			実行度	／
				満足度	／
				達成の可能性	□有　□無

※興味・関心チェック表（下記の項目で好きな、興味のある、してみたいものに〇をつけて下さい。）

掃除	ボーリング	手工芸	歴史	ラジオを聴く	洗濯	おしゃべり
料理	水泳	読書	ボランティア	テレビを見る	車の運転	生涯学習
買い物	テニス	将棋・囲碁	写真	歌を歌う	畑	旅行
家の手入れ	野球	観劇	ゴルフ・グランドゴルフ等スポーツ	映画を見る	友人との交流	編み物
洗濯物たたみ	ダンス・踊り	絵を描く	温泉	パズル・ゲーム	賃金を伴う仕事	針仕事
子どもの世話	体操・運動	新聞を読む	楽器演奏	つり	音楽を聴く･演奏会	日曜大工
動物の世話	散歩	俳句	書道・習字	園芸	地域活動	お茶・お花
謡曲・詩吟	パソコン･ワープロ	宗教活動				

○効果的にその人にとって「意味のある生活行為」を探すために

「生活行為聞き取りシート」を対象者とともに効果的に利用するためには、下記の ICF の個人因子を把握していると便利です。

・どんなお仕事をしていましたか（職歴）。
・生活の中で楽しみにしていたこと、趣味、好きなことを教えていただけますか。（趣味）
・病気になる前などこれまでどのような生活を送っていましたか（生活歴）。

○生活行為聞き取りシートから把握できた高齢者個々のしたい生活行為のニーズ

病気や高齢で病院に入院や施設入所、通所リハビリテーション利用，訪問介護による家事援助を受けている人を対象に調査を行いました．その結果，表３に示すように幅広い生活行為を聞き取ることができました．高齢者は、サービスの領域に関わらず、これまで主な支援項目となっている ADL などのセルフケアのみならず、社会参加まで幅広い生活行為のニーズを持っていることがわかります。

表３　生活行為聞き取りシートから把握できた高齢者個々のしたい生活行為のニーズ

サービス	ADL・セルフケア	家事などIADL	趣味活動	社会参加
医療機関	ADL自立 歩行の安定 バランスの向上	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	スロットができる 家庭菜園への参加 ゴルフを再開 仲間との山登り 近所まで定期的な外出 温泉 旅行	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
老人保健施設	トイレ動作 車椅子自操 靴下を履く	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	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 木工 踊り ｳｲﾝﾄﾞｳｼｮｯﾋﾟﾝｸﾞ 古民家見学	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
通所リハビリテーション	信号を渡る・坂道など屋外歩行 階段昇降 立ちしゃがみ動作 更衣 爪切りを含む整容 普通の食事を食べる 浴槽の出入り 洗体動作 うまく話す	一人で病院受診 友人宅を訪ねる ２階の窓の開閉	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・卓球などのスポーツ ゴルフ・グランドゴルフ 釣り そばうち 手を使った仕事	孫へのプレゼント作成 理容室でひげを剃る 外食・らーめん屋に行く
訪問介護	洗顔	風呂掃除 洗濯たたみ	詩を作る 新たな趣味	

＊重複項目は、除外して記載。例えば、医療と重複した項目は施設、通所、訪問介護のサービスでは記載していない。また、医療、施設と重複した項目は通所、訪問介護では記載していない。以下同様。

高齢者の生活行為を向上するため支援の視点の提案

高齢者の生活行為を向上するため支援として、以下の大きく３つの視点が考えられます。
その①：体力、身体機能のトレーニングで良くならないか。
その②：動作そのものの変更で改善しないか。
その③：道具や環境の調整・整備は必要ないか。


体力


動作


環境

これらを総合的に判断していくつもの改善方法を検討していくことが大切です。

たとえば、手に力が入らずジャムびんのふたが開かないときには、手の力の入る動作方法を提案するでしょう(人への提案)。また、びんのふたをあけるための道具（自助具）を提案するかもしれません（環境への提案)。びんのふたを軽く火で暖める方法を提案するかもしれません（生活行為の仕方への提案)。このように如何に楽に効率よく、安全に一人でできるよう提案することが大切です。

○生活行為を容易にするための生活用具の選定と工夫が大切

生活用具とは、食事用具、調理器具、掃除用具、家具など物を作ったり何かをするために生活に用いるすべての道具を指します。手の力が弱い高齢者が生活行為を容易にするためには、活用しやすい日常の生活用具の種類の選定が大切です。場合によっては、自助具などを活用し、力を補完したり、工夫することが求められます。生活行為の自立のためには、生活用具にも焦点を当てた支援が求められます。

※ 自助具とは日常生活で困難を来している行為を、容易に行えるように工夫された道具です。

（使用の例）
・手の力が弱い方が料理をする際に、包丁ではなくピーラーを使って野菜の皮をむく
・指先の細かい動きが難しく箸がうまく使えない人が盛り合わせや炒める際にトングを使う
・物忘れがあって鍋をかけたことを忘れる恐れのある人はガス台ではなく IH 調理台を使う
・掃除機が重くて使いにくい方が、フローリングワイパーを使う
・膝に痛みがあって床からの立ちしゃがみがしにくい方が居間で椅子やソファを使う

高齢者自身がしたい生活行為に対する取り組み支援の効果

○満足の高い生活の獲得ができました！

「**生活行為聞き取りシート**」表１では、高齢者自身がしたい生活行為の実行状態（実行度），その状態についての満足状況（満足度）を自己評価できるようにしました。

高齢者自身がしたいと思っている生活行為を作り直しするため、通所リハビリテーションで具体的に「したい生活行為」をプログラムで実施してみました。実際に「したい生活行為」ができるようになるための練習をした利用者の方が、実行度・満足度がともに改善していました。

○基本動作や日常生活が自分でできるようになりました！

通所リハビリテーションで「したい生活行為」プログラムを利用者42名に対し、３ヶ月間実践しました.介護認定調査票による評価では，従来の個別機能訓練プログラムの実践者に比較して、身体・基本動作関連項目で改善のあった者が平均4.2名(10%)、身の回りのことなどの日常生活動作（以下、ADL）関連項目で2.2名(5.2%)，家事などの手段的日常生活動作（以下、IADL）関連項目は3.5名(8.3%)と改善した者の人数が多い結果が得られました。項目毎では，基本動作関連項目の立位保持、移乗，IADL項目の意志決定，集団生活への適応の項目で統計的に有意な改善を認めました，このことは，「したい生活行為」をすることで利用者の意欲が高まり、日常の生活の中でも主体的に行動するようになったためと考えています。施設の介護職員や家族からは、機能訓練人生の利用者が生活に目を向け、人生の夢を語るようになった。とても元気になった、家での生活も主体的になったなどの声が聞かれました。

○健康だと思う利用者が増えました！

健康と直接関係しない生きがいや経済状態、交友関係などを除いた健康に関連する生活の質(以下，QOL）のことを健康関連QOLと呼びますが、健康関連QOLの評価では、今回の「したい生活行為」プログラムの実践は有効であることがわかりました。

○社会参加へ活動が展開！

通所リハビリテーションで介入を行った事例の１年後を追跡した結果、対象者は家での調理や洗濯をするなどの家事の役割を継続している他、陶芸教室や大正琴教室に参加するなどの趣味の広がり、図２にあるような地域の様々な活動に参加していた。生活行為向上マネジメントは、対象者がこれまで困難であると感じていた生活行為が遂行できたことにより、高齢者のさらなる活動への広がりを得たものと考えられます。

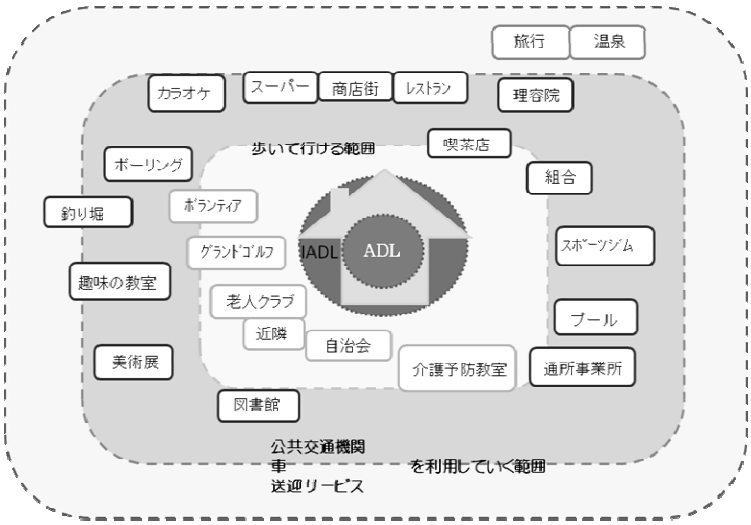


図２ 地域への展開

また施設では、研究参加後、提供するプログラムの充実と施設外での活動の取り組む機会を設けるなど通所利用以外の活動にも配慮するようになった.その結果、利用者が活動に意欲的に取り組むようになったことで,支援に消極的な家族の理解を得ることにもつながり、利用者の参加率が増加したとの報告がありました。

生活行為向上支援に向けた介護支援専門員との効果的連携の提案

ケアマネジメントにおける利用者の生活行為向上の支援の推進を図るため、ケアプラン作成時点における介護支援専門員と作業療法士との効果的な連携のあり方について、医療機関から退院する「脳卒中モデル」、在宅で老化などにより虚弱となった「廃用モデル」、「認知症モデル」の連携モデルで取り組んでみました。

その結果、介護支援専門員と作業療法士との連携について、３つのモデルに共通して以下のような効果が認められました。

その１（ADL/IADL の改善見通しや環境因子に関する）アセスメントの質の向上

作業療法士が作成・提供する「生活行為申し送り表」により、介護支援専門員が、利用者の ADL/IADL の改善見通しを掴み、それを実現するための具体的なケア内容を捉えやすくなります。また、そのことにより介護支援専門員が自立支援型のケアプランを作成しやすくなります。また、作業療法士が介護支援専門員と利用者宅を同行訪問することにより、環境因子に関わるアセスメントが具体的に実施されやすくなります。

その２　利用者・家族の合意形成の促進

専門職である作業療法士が同行訪問等の機会に利用者・家族に対して生活行為向上のための具体的な生活行為を提案・説明することにより、介護支援専門員が単独で説明するよりも具体的・専門的な説明が可能となり、利用者・家族がその内容に納得しケアプランの合意形成が図りやすくなります。

その３　個別サービスの質の向上

作業療法士がサービス担当者会議に出席したり、「生活行為申し送り表」を提供したりすることにより、通所介護や訪問介護の介護職が利用者に対するケアの意味を理解したり、支援内容を改善したりし、個別サービスの質が高まりやすくなります。

効果的な連携の実現に向けた提案

その１　作業療法士と介護支援専門員との効果的連携方法

図３のように「退院前訪問」実施時、医療機関の作業療法士が退院後の生活を予測し、介護の必要な利用者については介護支援専門員と、自立や支援の利用者については地域包括支援センターと同行訪問を行い、地域社会資源の活用についても検討できるとよいでしょう。併せて、サービス担当者会議が本人と家族を交え開催できることで支援方針を共有でき、効果的でした。

また、連携の場に参加できなかった場合でも、表２の「生活行為申し送り表」で本人のできるADL/IADLのアセスメント情報や具体的プログラムは、介護支援専門員がケアプランを立案する上でとても参考になったという意見をいただきました。

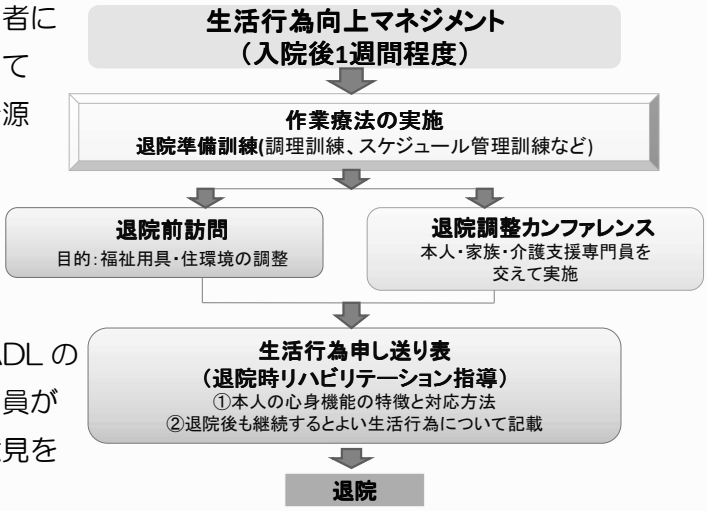


図３　効果的連携方法について

その２　介護支援専門員への情報提供のフロー

作業療法士が把握した予後予測や生活行為の目標（解決すべき生活課題）、具体的解決方法（サービス内容）がケアプランを立案する際、参考になったとの意見が多くありました。作業療法士と介護支援専門員との効果的連携を推進するため、生活行為申し送り表を活用したケアプランへの反映方法を図４のとおり提案します。

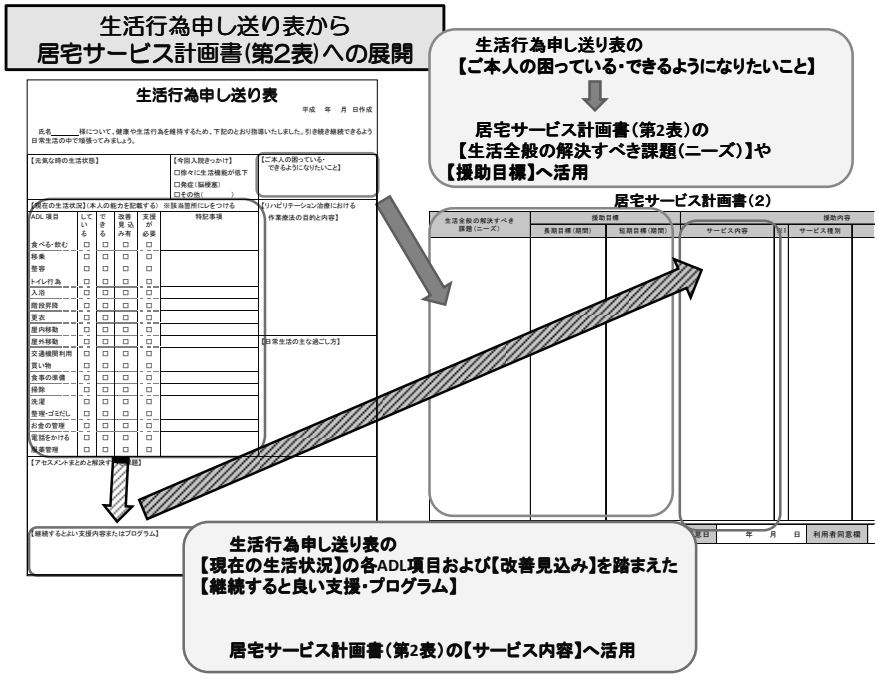


図４　介護支援専門員への情報提供のフロー

その３　介護支援専門員と作業療法士が共通で持つとよいアセスメント項目

介護支援専門員と作業療法士との連携に限らず、多職種連携においては、その職種間で共通の視点を持つことが重要です。介護支援専門員と作業療法士との連携の効果は、特にケアプランの作成時におけるアセスメントにおいて見られることから、両職種間で共通のアセスメントの視点を持つことが有効と考えます。

そこで、本研究で実施した３つの各モデルにおける介護支援専門員との連携を通して、対象者の自立した生活行為を維持するために介護支援専門員に支援をする上で押さえておいてほしいアセスメント項目を表４のとおり整理しました。

その４　作業療法士の地域ケア会議への積極的な参画

現在、地域包括ケアの核を担う機能として地域ケア会議の開催が取り上げられています。作業聞き取りシートは介護ニーズ以外の高齢者が大切にしているまたはしたいと思っている生活行為のニーズを把握することができます。また、余暇活動を含む幅広いニーズを把握することができます。

生活行為向上マネジメントができる作業療法士が地域ケア会議に参画することは、介護支援専門員のアセスメントやプラン作成の支援や、個別ケアを提供する通所介護や訪問介護等のサービス提供事業者の質の向上に貢献できるものと考えます。

しかし、今はまだ作業療法士の全てが生活行為向上マネジメントに慣れているわけではない現状があります。今後、地域ケア会議に参加し、ケアプランを読み込み適切に助言指導できる人材の育成が急務であり、日本作業療法士協会も、職域団体として、各地域に地域包括ケアシステムの構築に貢献できる作業療法士を輩出できるよう、生活行為向上マネジメントのスペシャリストを養成できるシステムに取り組んでいます。

生活行為向上支援システムの提案
～地域で高齢者がしたい生活行為が継続できるために～

その１　医療から介護への連携では

生活行為向上のためには、対象者の「できる能力」や「生活行為の目標」の入手のためにも、医療からの連続した支援システムが必要であり医療と介護の連携強化が不可欠です。

発症間もない急性期・回復期の医療機関入院中から生活行為向上プログラムは開始されるべきものであり、急性期医療では身体・精神機能の回復を中心に、回復期を担う病床では生活行為の回復訓練を中心に、また必要に応じ応用練習、社会適応練習なども積極的に行われることが大切です。在宅復帰に際しては、退院前訪問を行い、実際の自宅環境、地域環境を想定し、スムーズな在宅生活が獲得されるよう、不足気味な応用練習、社会適応練習を実践することが強く望まれます。

また、生活行為向上マネジメントによって作成された「生活行為申し送り表」を用いて、医療機関から地域包括支援センター、居宅介護支援事業所などの在宅支援部門に対し、生活行為で「できる能力」の受け渡しを行い、連携を図ることが大切です。（図５）

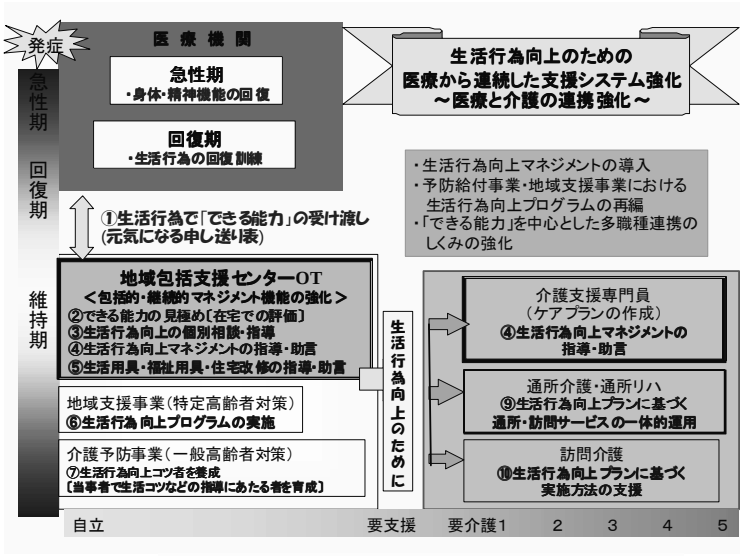


図５　医療から介護への連携

その２　生活行為向上支援を効果的に展開するため

介護支援専門員をはじめ、介護サービス提供事業所に対しては、

①自立支援に有効な生活行為向上の考え方を啓発普及する

②生活行為マネジメントに基づく対象者の「できる能力」の見極めを行い、「生活行為を向上できるプログラム」を実践の必要性を普及する。

③必要に応じてリハビリテーション専門職と同行訪問を行い、対象者の生活の場での生活用具の工夫や環境調整について直接的指導を行うなどができる体制が必要です。

また、住民に対しては、

④実際に高齢者で心身に障害があっても様々な生活上の工夫（コツ）をして自立した生活を送っている「生活のコツ者（達人）」による社会参加のお誘い、

⑤住民に生活行為を継続することで元気になれるという考え方を理解し、自らの現役時代のスキルを生かして相互に教えあうボランティア「アクティビティサポーター」の養成を行い、社会参加をサポートする、

⑥地域で向上した能力を継続的に活用し社会参加を促すための社会資源の開発などの社会参加への地域づくりを併せて行う必要があります。

発行：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　盛光伸光ビル７階
電話（03）5826-7871　FAX（03）5826-7872

表２　生活行為申し送り表

平成　　年　　月　　日作成

氏名＿＿＿＿＿＿様について、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中で頑張ってみましょう。

【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）
□その他（　　）

【ご本人の困っている・できるようになりたいこと】

【現在の生活状況】（本人の能力を記載する）　※該当箇所にレをつける

ADL 項目	している	できる	改善見込み有	支援が必要	特記事項
食べる・飲む	□	□	□	□	
移乗	□	□	□	□	
整容	□	□	□	□	
トイレ行為	□	□	□	□	
入浴	□	□	□	□	
階段昇降	□	□	□	□	
更衣	□	□	□	□	
屋内移動	□	□	□	□	
屋外移動	□	□	□	□	
交通機関利用	□	□	□	□	
買い物	□	□	□	□	
食事の準備	□	□	□	□	
掃除	□	□	□	□	
洗濯	□	□	□	□	
整理･ゴミだし	□	□	□	□	
お金の管理	□	□	□	□	
電話をかける	□	□	□	□	
服薬管理	□	□	□	□	

【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解決すべき課題】

【継続するとよい支援内容またはプログラム】

表３　介護支援専門員と作業療法士が共通で持つとよいアセスメント項目

	モデル名	確認すべきアセスメント項目	視点と理由の例
心身機能	共通	□ここ一週間の転倒履歴	転倒後、移動に不安を感じ、行動範囲を制限するリスクが予測できる 転倒場所を把握することで、再転倒を予防する環境のリスクを予測できる
		□関節可動域制限の有無	関節の変形がみられた場合、痛みのリスクと起居や移動の困難さが予測できる
		□筋力低下の有無	麻痺や筋肉のやせ、筋力の低下から起居などの生活行為の困難さの予測ができる
		□不整脈 □呼吸数	不整脈や呼吸数から、生活行為の耐久性を予測できる。認知症では抗利尿剤の服用の有無で夜間せん妄などのリスクを予測できる。むくみは心疾患などのリスクや転倒のリスクを予測できる
		□むくみ	
		□排尿回数と一回の量	夜間の排尿回数は不眠や摂水制限、尿閉などのリスクを予測できる
		□一週間の排便回数	一週間便秘は認知症の方の場合不穏や体調不良の原因となる。
		□下痢	下痢は脱水のリスクとなる
		□日時、場所の見当識障害 □記憶 □判断力の低下	記憶や見当識などの低下の有無から、生活の支障のリスクを把握する
	脳卒中と廃用	□むせ	むせの有無を把握し、肺炎などのリスクを予測する
		□構音障害	構音障害など会話のしずらさを予測する
	認知症 廃用	□視力 □聴力	視力障害、難聴による生活の支障のリスクを予測できる
		□食事の量や内容	低栄養を把握し、認知機能や体力の低下のリスクを予測する
		□一日の水分摂取量	一日の水分摂取量から脱水を把握し、認知機能の低下のリスクを予測する
	脳卒中 認知症	□ぼっーとしている	ぼっーとしているまたはつじつまの合わないことを言うなど意識機能の低下は疾患や全身状態の悪化のリスクを把握できる
		□つじつまの合わないことをいう □道具の使い方がわからない □キツネの指模倣がうまくできない □言葉 書字の理解がうまくできない	失行症状を把握することで、様々な生活行為の支障を理解することができる
		□言葉 書字の表出がうまくできない	会話やコミュニケーションの支障を予測できる
	認知症	□一日の睡眠量または睡眠時間	睡眠の低下は意識機能低下のよる不穏や家族の介護負担を予測できる
		□睡眠薬使用	睡眠薬の利用は、転倒のリスクを予測できる
		□気分が高い □気分が沈んでいるように見える	いつもの状態に比較して、落ち着きがない、攻撃的、眠らないなどの気分が高い、何もしたがらない、落ち込んでいるなどの抑うつ的など、気分の変動による精神行動障害から、受診のタイミングを予測できる
活動と参加	共通	□掃除 整理整頓 ゴミ出し □洗濯 洗濯物たたみ □買い物 □食事の用意 片づけ □通院など外出 □金銭管理 □電話 PC □畑仕事 草むしり 水やり園芸 □屋内移動 運搬 □床からの立ち上がり □階段昇降 坂道昇降 □食事行為 □排泄行為 □更衣行為 □洗体 洗髪 □口腔 歯のケア □趣味や関心事への取り組み □生活の場以外での取り組み	□している 「実行状況」 □している もしていないにかかわらず、できる 「能力の状況」 □したい 「実施の希望」 □する必要がある 「必要性」 などの視点で把握する。 そのことで、できる限り生活行為に積極的に参加を図り、活動的な生活を送ることは廃用症候群を防止し、高齢者自身が自己有効感を感じることができる。 要介護状態になることを防止するためにも役割や余暇活動などでできること、したいことを少しでも行い、積極的生活を送ることが求められる。 人は生活行為を自分らしい方法でできることで元気だと思うことができる。
	脳卒中 廃用	□公共交通機関の利用 □車の運転	
環境因子	共通	□家族との交流 関係	在宅生活を送る上で家族との交流や関係は重要である。関係によって家族の介護負担感も変わる。また、孤立状況の把握はうつや閉じこもりのリスクを予測できる
		□友人との交流 関係	
		□サービス利用	利用の有無または必要性の有無を把握する
		□専門職との関係	適切な支援をうけているのかなどを把握する
		□居宅 住宅の環境	転倒のリスクやさまざまな事故のリスクを予測する
		□福祉用具 補装具の必要性	生活行為の支障の有無から、用具の必要性などを予測する
		□地域の生活圏域の環境	外出先や利用できる社会資源を把握することで、参加に関する生活の支障を予測する
		□生活用具の活用	生活行為を容易にするための生活用具の工夫の必要性の有無を把握する
		□趣味 役割活動の環境	趣味や役割を継続できる地域の社会資源やアクセス、家庭環境を把握する
	脳卒中 廃用	□経済	就労の可能性と支援の必要性の有無を把握する

資料 2 （一般市民・在宅高齢者研修会）

「人は作業することで元気になれる」講習会アンケート

「人は作業することで元気になれる」講習会にご参加いただき、誠にありがとうございます。今回の講習会は、「人は作業をすることで元気になれる」を市民の皆さんに普及し、皆さん自身の健康づくりにも役立てたいと考え開催いたしました。

つきましては、今後の事業の参考にしたく以下のアンケートにお答えいただければ幸いです。なお、ご記入いただいたアンケートは研究事業以外に利用することはありません。また本件に関する情報の管理は徹底し、皆様にご迷惑をおかけしないことを申し添えます。

〇次の質問にお答えください。

【質問 1】

年齢を記入してください。 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿歳

【質問 2】

性別を選んでください。 □ 男 □ 女

【質問 3】

今回の講習会の内容は理解できましたか。

□十分理解できた □理解できた □どちらともいえない

□理解できなかった □まったく理解できなかった

【質問 4】

今回の講習会は、ご自身の今後の生活に役立ちそうですが。

□十分役立つ □役立つ □どちらともいえない

□役立たない □まったく役立たない

【質問 5】

皆さんが参集するこのような会で、今後も「人は作業をすることで元気になれる」ことの継続的な講習会の開催を望みますか。

□望む □どちらがといえば望む □どちらともいえない

□どちらかといえば望まない □望まない

【質問 6】

「人は作業をすることで元気になれる」ことを他の方にも伝えたいと思いますか。

□思う □どちらかといえば思う □どちらともいえない

□どちらがといえば思わない □思わない

裏へ

【質問 7－1】(参加者の方、お答えください)

今後、皆さんが参集するこのような会で、「人は作業をすることで元気になれる」ことを意識した活動の展開が図れそうですか。

□十分に図れる　□図れる　□どちらともいえない
□図れない　□まったく図れない

【質問 7－2】(ボランティアの方、お答えください)

ボランティア(リーダー)として、今後、皆さんが参集するこのような会で、「人は作業をすることで元気になれる」ことを意識した活動の展開が図れそうですか。

□十分に図れる　□図れる　⇒質問 8 へ
□どちらともいえない　□図れない　□まったく図れない　⇒質問 9 へ

【質問 8】(ボランティアの方、お答えください)

【質問 7－2】で、「十分に図れる」または「図れる」と回答した方は、その理由としてあてはまるものすべてを☑してください。

□会への参加が人を元気にすることを再確認できた
□ボランティア(リーダー)の役割を再確認できた
□会の運営のヒントを得ることができた
□会の展開法のヒントを得ることができた
□会のプログラムを考えるヒントを得ることができた
□会員との充実したコミュニケーションの必要性を再確認できた
□ボランティア(リーダー)としての自信を持つことができた
□その他

【質問 9】

今回の講習会について自由にご感想やご意見をお聞かせください(何でも結構です)

～ ご協力ありがとうございました ～

資料３　　（地域包括支援センター・介護支援専門員等研修会）

アンケートのお願い

本日の研修内容に関するアンケートにご回答いただけますようお願い申しあげます。今後の研修計画等に活かしたいと考えております。

1）“生活行為に焦点を当てた支援”の必要性について、理解できましたか。
［ **よく理解できた　まあまあ理解できた　あまり理解できなかった　理解できなかった** ］

2）“本人にとって意味のある生活行為”を見つけ支援することの重要性について理解できましたか。
［ **よく理解できた　まあまあ理解できた　あまり理解できなかった　理解できなかった** ］

3）本人の「したい、やってみたい生活行為」を導きだすことの大切さについて理解できましたか。
［ **よく理解できた　まあまあ理解できた　あまり理解できなかった　理解できなかった** ］

4）本人の「したい、やってみたい生活行為」を進めるための３つの支援の視点（人への提案，環境への提案、生活行為の仕方の提案）について、理解できましたか。
［ **よく理解できた　まあまあ理解できた　あまり理解できなかった　理解できなかった** ］

5）「生活行為聞き取りシート」の内容はおおむね理解できましたか。
［ **よく理解できた　まあまあ理解できた　あまり理解できなかった　理解できなかった** ］

6）本人のしいたい作業（生活行為）に対する支援の効果について、理解できましたか。
［ **よく理解できた　まあまあ理解できた　あまり理解できなかった　理解できなかった** ］

7）作業療法士との効果的な連携方法について、理解できましたか。
［ **よく理解できた　まあまあ理解できた　あまり理解できなかった　理解できなかった** ］

8）「退院時リハビリテーション指導書」として作業療法士に“生活行為向上の申し送り”を依頼すれば、ケアプランや介護計画などの立案の参考になることが理解できましたか。
［ **よく理解できた　まあまあ理解できた　あまり理解できなかった　理解できなかった** ］

9）本日の講義内容は全体としておおむね理解できましたか。
［ **よく理解できた　まあまあ理解できた　あまり理解できなかった　理解できなかった** ］

10）本日の講義内容はあなたの現在の業務の参考になりましたか。
［ **とても参考になった　まあまあ参考になった　少しは参考になった　参考にならない** ］

11）自立生活支援の具体的イメージや理解の参考になりましたか。
［ **とても参考になった　まあまあ参考になった　少しは参考になった　参考にならない** ］

ウラにつづく

12）本日の講義内容をさらに深める研修があったらまた参加したいと思いますか。

［ **必ず参加したい　　できる限り参加したい　　参加してもよい　　参加したくない** ］

13）講義内容について、特に参考になった点や印象に残った内容があれば教えてください。

14）あなたの職場や事業所で取り組みたい、あるいは取り組むべきだと思ったことはありましたか。

［ **ある　　ない** ］　＊ある場合、できればその内容を教えてください。

15）本日の講義内容について、わかりにくい点、もっと詳しい説明が欲しい点など、ご意見やご感想、ご要望など自由にお書きください。

16）最後に，あなたの職種や業務，経験年数，年齢について教えてください。

主たる業務の職種（介護支援専門員・介護福祉士・看護師・保健師・PT・OT・ヘルパー・その他）
主たる業務の経験年数（3 年未満・3～4 年・5～9 年・10 年以上）
現在の年齢（20 歳代・30 歳代・40 歳代・50 歳代・60 歳以上）

ご協力ありがとうございました。

２. 長野県茅野市生活行為ニーズ調査からプログラムの作成の取り組み

１） 長野県茅野市東向ヶ丘地区調査の結果

生活行為確認表と興味･関心チェックリストを使って健康高齢者 109 名の生活の不自由感と参加したい趣味活動を調査した。

高齢者が不自由を感じた生活行為は図１のとおり、雪かき 42%、もの忘れ 39%、階段昇降 28%の順に多かった。

また、因子構造の分析によって、不自由な生活行為は「基本動作」「手指の力」「感覚・記憶」「道具の操作」「手指の巧緻性」などの 5 因子に分類された（表１）。

興味・関心チェックリストからは、している興味・関心項目（以下、しているアクティビティ）はテレビ鑑賞 94%、新聞を読む 83%、買い物 82%が多く、してみたいアクティビティはボーリング 22%、旅行 20%、書道･習字 19%、興味があるアクティビティは歴史 23%、ボランティア 17%、観劇 16%の順に多かった（表２）。

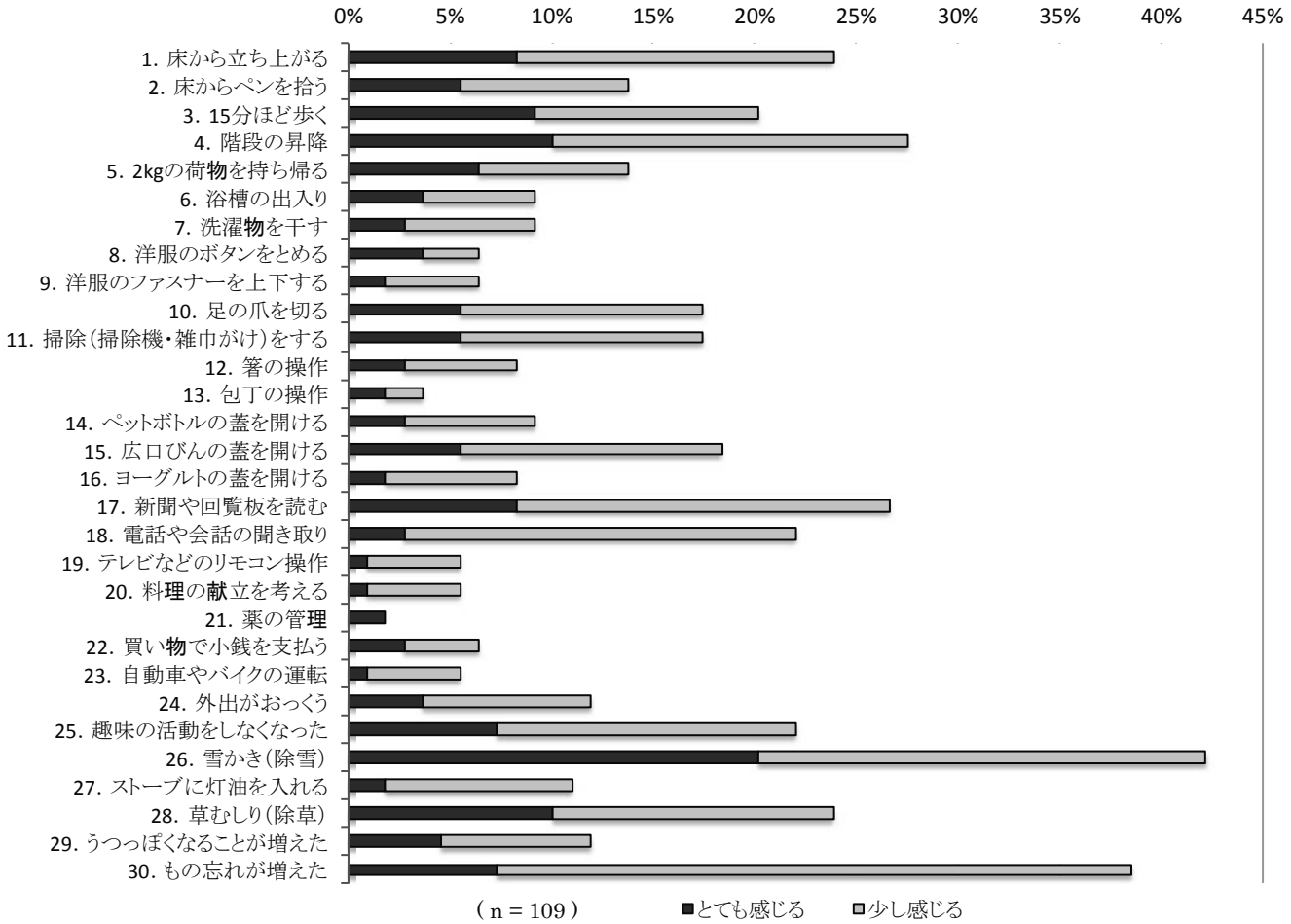


表１　生活行為確認表（Ver.1.0）の因子構造

項目	パターン行列	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	第5因子	因子名
	Cronbach’s α	0.93	0.90	0.72	0.73	0.82	
4	階段の昇降	0.94	-0.04	0.09	-0.01	-0.15	
11	掃除をする	0.86	-0.07	0.00	0.14	-0.13	
3	15分ほど歩く	0.84	-0.19	0.18	0.05	-0.02	
7	洗濯物を干す	0.81	0.03	-0.12	0.13	-0.01	
27	ストーブに灯油を入れる	0.74	-0.04	-0.18	0.01	0.24	
1	床から立ち上がる	0.74	0.06	0.13	-0.03	0.08	
6	浴槽の出入り	0.69	0.19	-0.17	-0.01	-0.07	基本動作
2	床からペンを拾う	0.64	0.17	-0.02	0.14	-0.10	
28	草むしり(除草)をする	0.63	-0.08	0.00	0.04	0.33	
10	足の爪を切る	0.59	-0.09	0.17	0.34	-0.11	
26	雪かき(除雪)をする	0.58	-0.02	0.19	-0.23	0.16	
5	2kgの荷物を持ち帰る	0.56	0.49	-0.20	-0.31	-0.04	
23	自動車やバイクの運転	0.42	-0.24	0.03	0.35	0.29	
16	ヨーグルトやヤクルトの蓋を開ける	-0.16	0.89	0.03	0.37	-0.03	
9	洋服のファスナーを上下する	-0.17	0.78	0.03	0.32	0.11	
14	ペットボトルの蓋を開ける	0.02	0.74	0.01	-0.13	0.28	手指の力
15	ジャムなどの広口ビンの蓋をあける	0.24	0.63	0.30	-0.16	-0.12	
19	テレビなどのリモコン操作	0.24	0.42	0.14	0.13	-0.13	
17	新聞や回覧板を読む	-0.02	0.11	0.92	-0.06	0.01	
18	電話や会話の聞き取り	-0.02	0.08	0.51	0.00	0.17	感覚・記憶
21	薬の管理	0.12	0.06	0.24	0.17	0.18	
12	箸の操作	-0.01	0.27	0.00	0.72	0.16	道具の操作
13	包丁の操作	0.46	0.19	-0.23	0.51	-0.01	
22	買い物で小銭の支払い	-0.14	0.14	0.10	0.16	0.88	手指の
8	洋服のボタンを留める	0.07	0.36	0.05	0.14	0.50	巧緻性

最尤法，Kaiserの正規化を伴うプロマックス法．[「認知機能」と「気分」に関連する5項目（20 料理の献立を考えるのに，24 外出がおっくうになった，25 趣味活動をしなくなった，29 うつっぽくなることが増えた，30 物忘れが増えた）を分析から除外した．

表２　している・してみたい・興味がある作業（ n=108, 上位 15 項目）

順位	している作業	人数	%	してみたい作業	人数	%	興味がある作業	人数	%
1	テレビを見る	102	94.4	ボーリング	24	22.2	歴史	25	23.1
2	新聞を読む	90	83.3	旅行	22	20.4	ボランティア	18	16.7
3	買い物	88	81.5	書道・習字	20	18.5	観劇	17	15.7
4	友人との交流	84	77.8	体操・運動	20	18.5	水泳	17	15.7
5	掃除	82	75.9	手工芸	15	13.9	絵を描く	16	14.8
6	家の手入れ	81	75.0	観劇	15	13.9	俳句	15	13.9
7	車の運転	79	73.1	散歩	15	13.9	ボーリング	15	13.9
8	料理	73	67.6	音楽を聴く・演奏会	15	13.9	将棋・囲碁	14	13.0
9	洗濯物たたみ	73	67.6	映画を見る	13	12.0	音楽を聴く・演奏会	14	13.0
10	洗濯	71	65.7	パズルゲーム	13	12.0	生涯学習	14	13.0
11	散歩	62	57.4	絵を描く	13	12.0	畑	13	12.0
12	ラジオを聴く	60	55.6	楽器演奏	13	12.0	書道・習字	13	12.0
13	温泉	57	52.8	畑	12	11.1	テニス	13	12.0
14	園芸	56	51.9	お茶・お花	12	11.1	野球	13	12.0
15	旅行	56	51.9	つり	11	10.2	お茶・お花	13	12.0

２）生活行為向上に向けたプログラムの作成

（１）生活行為を改善するための「生活のヒント集・生活のあれこれ」の作成

調査結果を参考に、高齢者が不自由を感じやすい項目を抽出し、長野県作業療法士会生活行為向上マネジメント推進委員会が「生活のヒント集；せいかつのあれこれ」生活行為確認表に基づき、不自由さを解決するための資料１の生活のヒント集を作成した。

今後は住民向けに、広報や各啓発普及教室の教材として活用していたいと考えている。

（２）生活行為向上体操の作成

因子構造の分析によって明らかとなった不自由な生活行為の「基本動作」「手指の力」「感覚・記憶」「道具の操作」「手指の巧緻性」の５因子から、その要素を向上させるための生活行為向上体操（ちのどんぱんバージョン）を資料２のとおり作成した。

３）今後について

今年度、プログラムの作成のみとなってしまったが、今後は開発または作成したプログラムを通して、具体的に下記の点について介入を実践し、不自由な生活行為がどの程度改善されたか、介護予防に役に立ったかを評価し、地域の介護予防プログラムとして提案していきたいと考える。

○生活行為のヒント集から抜粋し、高齢者に対し生活行為の不自由さを改善するヒントを広報などシリーズで周知していくことを提案していきたい。

○高齢者の教室などで生活行為の不自由さに対する具体的改善方法に関する講座を「生活行為のヒント集」活用し、啓発普及し、積極的に生活に取り組むよう支援していきたい。

○地域の高齢者サロンや公民館活動などで、生活行為向上体操や「興味・関心チェックシート」活用した「してみたい・興味あるアクティビティ」として挙げられていた地域で継続的に取り組める書道・習字、歴史の勉強会などをプログラムとして取り組んでみたいと考える。

○また、「興味があるアクティビティ」としてボランティアが挙げられていたことから、ボランティアのニーズを明らかにしつつ、地域の高齢者の活動性を高める取組に生かしていきたいと考える。

第五章　生活行為支援モデル事業

生活のヒント集「生活のあれこれ」

～生活のヒント集～

『生活のあれこれ』



日本作業療法士協会

はじめに

毎日の生活でお困り事はありませんか？

人の生活は、身の周りのことから家事や仕事、余暇活動など、数多くの生活行為（作業）で構成されていますが、これらが出来なくなってくると、生活そのものに支障をきたす場合があります。

反対に、ちょっとした工夫で生活上の困り事が解決する場合もあります。

毎日の生活を、いろいろな作業の視点から見つめ、

生活の困り事に対する解決方法を提供するのが、

私たち『作業療法士』の仕事の一つです。

この冊子には様々な生活のヒントが書かれています。

「気になる項目」を探しご覧になって下さい。

このヒント集が皆さんの生活のお役にたてることを願っています。

また、日々の生活でお困りの事があれば、

お近くの作業療法士にご相談下さい。

一般社団法人　長野県作業療法士会

ホームページ URL：http://www.ot-nagano.org/

目　次

～以下の項目でお困りのことはありませんか？～

＜立ち座り、移動に関すること＞

１、床から立ち上がる　→3 ページ
２、立って床から物を拾う　→4 ページ
３、階段の昇り降り　→5 ページ
４、重い荷物を運ぶ　→6 ページ
５、バスの乗り降りを行なう　→7 ページ
６、自動車やバイクを運転する　→8 ページ

＜家事や仕事に関すること＞

７、掃除（掃除機がけ）をおこなう　→9 ページ
８、料理をつくる　→10, 11 ページ
９、整理整頓をする　→12 ページ
１０、草をむしる（草を引く）　→13, 14 ページ
１１、洗濯ものを干す　→15 ページ

＜身支度（食事やトイレ、きがえなど）に関すること＞

１２、洋服のボタンを留める　→16 ページ
１３、足の爪を切る　→17 ページ
１４、下着を脱着する　→18 ページ
１５、入浴で身体や頭を洗う　→19, 20 ページ
１６、食事で箸を使う　→21 ページ
１７、ペットボトルのふたをあける　→22 ページ
１８、広口瓶（ジャムなど）のふたをあける　→23 ページ

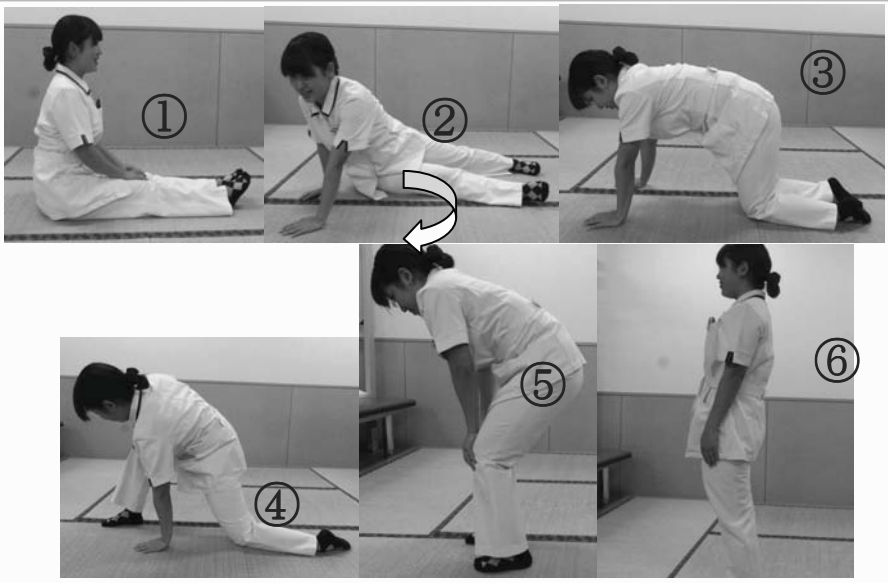
＜目や耳でおこなうこと＞

１９、電話や会話を聞き取る　→24 ページ
２０、新聞や回覧板を読む　→25 ページ

１．床からの立ち上がりに不自由さを感じている方へ

楽な立ち座り方の手順

①長坐位（足を伸ばして座る）の状態で体の横に手をつきます
②体をねじって四つ這いになります
③片膝を立てます
④もう一方の膝を立てて高這いの姿勢になります
⑤片手を床から離して膝の上に置き，反対の手も同じように膝に置き立ち上がります



＊座る時はこの逆の手順で行います！

道具の工夫

（１）寝具を布団からベッドに交換すると楽に立ち上がれます
（２）台や椅子の座面などの利用
　　四つ這いになった時に手の置きやすい位置に台があると立ち上がりやすくなります
（３）立ち上がり手すりの利用
（４）昇降座椅子（立ち上がり補助椅子）の使用
　　座面の高さが自由に変えられ立ち上がりやすくなります

ご購入は
福祉機器等取扱業者にご相談下さい



立ち上がり用手すり



昇降座椅子

玄関での立ち上がり

玄関の上がり框も高さによっては立ち上がりが困難となる場所のひとつです。上に示した立ち上がり手すりの使用とともに、玄関（土間）に椅子を置いて安全に靴を着脱してから立ち上がる方法も考えられます。

2. 立って床から物を拾うことに不自由を感じる方へ

膝や腰に痛みがあると、とても大変になります。
バランスも崩しやすい動作です。
また、この動作がきっかけで、腰や膝を痛めてしまう場合もあります。
でも、正しく行うことで、筋力強化につながることもあります。

良い動作のポイント

◎できるだけ、どの関節も均等にゆっくりと
動かします。背中を丸めるのではなく、
股関節から曲げるイメージで、
しっかり膝も曲げていきます。



◎右手で物を拾う時は左足を前に、
左手で物を拾う時は右足を前にして動きます。



＜良い方法＞



＜腰を痛めやすい方法＞

痛みがある場合

◎壁や台などに手をついて行います。



◎マジックハンド（リーチャー）を使います。





膝の曲げ伸ばし（スクワット動作）

しゃがんで立ち上がる**スクワット動作は**、下半身の大きな筋肉を鍛える運動です。
意識してしっかり膝を曲げてしゃがみ、立ち上がるというクセを身につけると、
日常生活の中で鍛えることができ、痛みの予防にもなります。

３．階段の昇降に不自由を感じる方へ

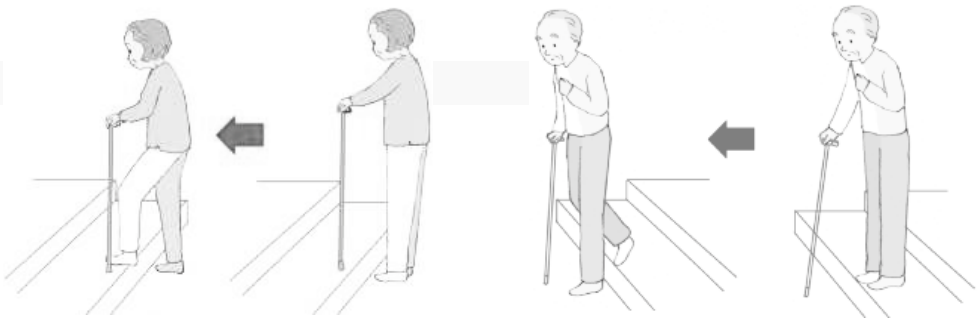
階段の上り下りの工夫

☆股関節や膝が痛い場合のポイント！

行きは良い良い、帰りは怖い

◆行き（昇段）は、良い方の脚から昇る。
◆帰り（降段）は、怖い（悪い）脚から降りる。

と覚えましょう！！



環境の工夫

１）手すりを使う！

使い慣れた杖の高さに合わせます。
棒を握ったときに軽く肘が曲がる程度が、丁度良い高さです。

２）滑り止めを付ける！

階段の端にすべり止めテープを貼ると、転倒予防になります。





３）見やすくする！

足元灯をつけて、
段差を見やすくしましょう。



4. 重い荷物を運ぶことに不自由を感じる方へ

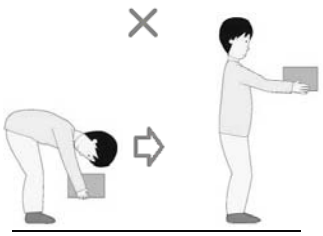
重い荷物を運ぶことは腰痛を引き起こす危険があります。ご自分で運ばないことが一番ですが、運ぶ場合は運び方に注意することが大切です。

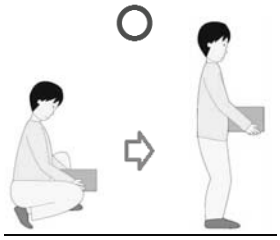
ご自分で運ばないために

重い物を購入する場合、事前に配達してもらえるか確認しましょう。
地域の移動販売や配達業者を知っておくのも良いでしょう。

ご自分で持ち運ぶ場

ポイント 1
膝を曲げて腰を下ろし持ち上げます。
腰は垂直に保ちましょう。
荷物は、身体に密着させましょう

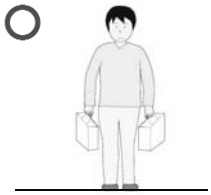




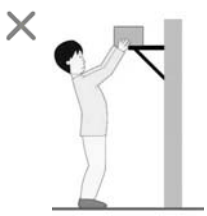
ポイント 2

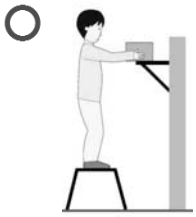
小分けにして、両手にバランスよく持ちましょう。





ポイント 3
高い所の物は、踏み台を使いましょう。





ポイント 4
運ぶ道具を活用しましょう。

○荷物を載せて
押して歩きます。




買い物カート


台車


ワゴン

○背中に背負って
運びます。





☆荷物を運んだ後は、ゆっくり腰を伸ばしたり、廻して筋肉をほぐすようにしましょう。

５．バスの乗り降りを行う際に不自由を感じる方へ

茅野市内の路線バスは主に下記の 3 タイプのバスが走っています。

福祉バスビーナちゃん　：どなたでもご利用可能

市内に住所を有する 65 歳以上の方及び障害をお持ちの方は、茅野市が発行する福祉。バス利用者証を運賃支払い時に提示すると、1 回当たり上限 300 円で乗車できます。



ステップは下から 20 ㎝　23 ㎝　22 ㎝と家の階段程度の高さです。
向かって右側に手すり(路面から 50～120 ㎝)があります。

問い合わせ先：
バスの運行や運賃に関することは、
アルピコ交通茅野営業所(☎0266-72-7141)又は
アルピコ交通茅野駅前案内所(☎0266-72-2151)
へお問い合わせください。
利用者証については、茅野市役所健康福祉部
地域福祉推進課(☎0266-72-2101)までお願いします。

茅野交通乗り合いバス



ステップは下から 20 ㎝　20 ㎝　22 ㎝と家の階段程度の高さです。
手すりは付いていません。

問い合わせ先：茅野バス観光(☎0266-73-5858)

アルピコ交通



ステップは下から 40 ㎝　32 ㎝と家の階段の 1.5～2 倍の高さです。
向かって右側に手すり(路面から 80～130 ㎝)があります。

問い合わせ先：アルピコ交通(☎0266-72-1181)

＜バスの乗り降りを容易にするために＞

立った姿勢で膝の曲げ伸ばしの運動を行うことで、足の筋力が向上します。(膝や腰に痛みがある方は痛みの様子を見ながら行ってください)
立った姿勢が不安定な方は、テーブルなど動かないものに手をかけて行ってください。

6. 自動車やバイクの運転に不自由を感じている方へ

高齢者の運転特性

高齢運転者は、自分で安全運転を心掛けるつもりでも、他人が客観的にみると安全とはいえないところがあると言われています。その理由としては、個人差はありますが、

・注意力や集中力が低下していること
・瞬間的な判断が低下していること
・過去の経験にとらわれる傾向にあること

などが考えられます。

それにより、事故発生の原因として

・脇見をしていた、考え事をしていたなどによる発見の遅れ
・相手が譲ると思った、予測が適切でなかったなどの判断の誤り
・アクセル、ブレーキの踏み間違いなどの操作上の誤り

などが挙げられます。

このようなことを認識したうえで**早めのライト点灯や安全な速度での運転**を心がけましょう。

さらに、70 歳以上のドライバーの方は次のような制度が設けられています。

運転免許更新時の「高齢者講習」の受講

ちなみに茅野市では茅野自動車学校（茅野市宮川坂室 5299 TEL0266-72-4111）で受講できます。

講習日：月曜日～金曜日
　　午前の部　9：30～12：30
　　午後の部 13：15～16：15
内　容：講習、視力検査、実技講習など
料　金：75 歳以下 5800 円　　75 歳以上 6000 円

ご予約の際に時間・料金などお問い合わせください。

高齢運転者マークの表示




画像：高齢運転者標識　（高齢運転者マーク）

走り慣れた道路でも、基本に立ち返り、正しいルールと技能を再確認し、適度な緊張感を持って運転すること大切です。

さらに運転に不安を感じて自信がなくなってきた方、家族から「運転が心配」と言われた方は、お近くの警察署や免許センターにご相談ください。運転免許の自主返納という方法もあります。

7.掃除（掃除機かけ）に不自由を感じている方へ

掃除機が重くて操作しにくかったりしないですか？
掃除機のコードに引かれ動かしにくかったりしませんか？
雑巾をかけるとき屈むことが苦労ではありませんか？

掃除機の工夫

非常に軽く操作できる掃除機やコードレスタイプの掃除機が販売されています。



スティック型　　ｺｰﾄﾞﾚｽ ｷｬﾆｽﾀｰ型

コードレスタイプでは足を引っ掛ける心配がなく、またどんな場所にも移動がしやすいというメリットがあります。他にも掃除機には肩掛け式のもの、スタンド式のものハンディタイプのものなどがあり、できるだけ高齢者が安全で安楽に掃除を継続できるよう、軽量で取り扱いやすいものを選びましょう

ほうきなどの活用

ほうきを使用して最後に掃除機を使用するとよい時もあります。
長ほうきやちりとりであれば体を屈めることなく使用できます。
フローリングでは簡単に拭き掃除ができる道具もあります。
絨毯などは粘着シートを使った掃除道具もあります。



ほうき



フローリングワイパー



粘着シート

これらは家電量販店やホームセンターなどで販売されています。
さまざまな種類がありますので詳しくは販売員などにおたずね下さい。

雑巾がけ

四つ這いでの拭き掃除は体力増強やバランス練習に良いことから、掃除とトレーニングを兼ねた拭き掃除もとても良いと考えられています。

８．料理を作るのに不自由を感じる方へ

料理方法の工夫

１）皮むきの工夫



・かぼちゃ：切ったカボチャを電子レンジで加熱し、
身と皮の間にスプーンを入れる。→

・小芋：一度塩ゆですると、手で簡単に剥けます！



【お助けグッズ】

●グローブ型皮むき：手にはめ野菜をこするだけ！→

２）材料を切る

〈手に力が入りにくい方〉

・滑り止め機能付きのビニールテープを包丁の柄に巻き付け、柄を太くする。

・固い素材を切る→ラップに包み、電子レンジで加熱してから切る。

【お助けグッズ】

●スライサー：スライス、細切り



●フードプロセッサー：みじん切り、ペースト



３）加熱する

①電磁調理器（通称 IH）の利用

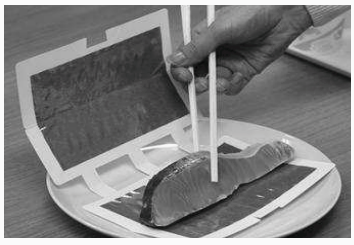
⇒引火や立ち消えを防ぎ、持ち運びしやすく、手入れもしやすい。

※心臓ペースメーカーが入っている方は注意が必要

②電子レンジの利用

【お助けグッズ】

●魚焼きパック



電子レンジで切り身の
魚が焼けます。

●シリコンスチーマー



電子レンジを使って
多種の料理ができま

●レンジでパスタ



水とスパゲッティ、塩を入れ、
電子レンジで加熱するだけ。

③その他：オーブントースター、電気炊飯器を使用した料理もたくさんあります。

環境の改善

1）動きやすい配置にする

⇒ワゴンやテーブルの位置を検討するだけでも移動に無駄がなくなります。

2）設備機器を使いやすくする

⇒手が届く範囲内に調理用具が置けるようにしておくと便利

3）椅子を置いて座って行う

4）段差がなく、滑りにくい床面

⇒ビニール系床シートやフローリングは濡れると滑りやすくなります。毛足の短いマットは、かえってつまずきの原因になる場合がありますのでよく検討してください。

冷蔵庫整理の工夫

●ブックスタンドで立てて収納



立てておくことでスッキリ。

●牛乳パックを切って活用



きゅうりなどの細長いものは、牛乳パック1つ分。

●ラベルを使って日付管理



日付を書けば腐らせる心配もなくなりそう。

●ビニールテープを利用



日付や食材が分かりやすい。

●引き出せる収納ケースを利用



奥のものも取り出しやすい。

●食品別にカゴを利用



高さは低いカゴが良い。

９.整理整頓に不自由さを感じている方へ

整理整頓に困ったり、部屋の中が雑然としていませんか？

まずはじめに　～整理整頓のポイント～

１）いるものといらないものを区別する　→　いらないものは捨てる！
２）いるものの置き場所を決める　→　使ったら必ず元に戻す！

いるものといらないものの区別がついたら整理整頓を始めましょう。

家の中の通り道の工夫

家の中でよく歩く場所は片付いていますか？
通り道が片付いていないと、
物につまづき、転倒する恐れがあります。

悪い例　**良い例**



整理整頓の工夫　**通り道が片付いたら、細かな整理整頓に移りましょう。**

１）洋服

タンスや衣装ケースに「名札」や「シール」を貼り、中身を分かりやすくする。

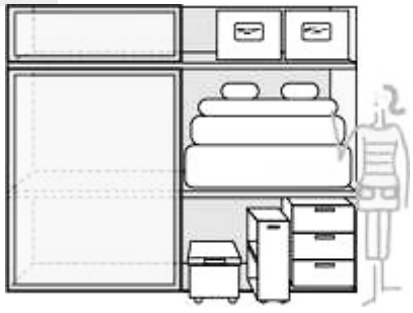




何がどこに入っているのか一目で分かり、洋服が雑然とならない。

２）押入れ

あまり使わないものは「上の棚」、布団など毎日使うものは「真ん中」、除湿・加湿器や扇風機など季節で入れ替える家電製品は「下段」にいれるなど、工夫する。



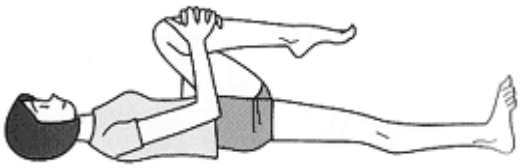
※今回紹介したシールは 100 円ショップやホームセンターで購入することが出来ます。
※どうしても整理整頓が難しい場合は、ご家族に手伝ってもらうのも一つの方法です。

10、草をむしる（草を引く）ことに不自由を感じている方へ

草をむしる（草を引く）動作は、足腰の柔軟性・足腰の筋力が必要になってきます。

ポイントは膝・足首の可動性、太ももの前の筋肉（大腿四頭筋）の筋力アップです。

膝のストレッチ



① 足を伸ばして仰向けになる。
② 片足を曲げ、その膝を両手で抱えて、痛みのない範囲で胸に引き寄せる
③ この状態で 10 秒間保つ。これを 5～10 回繰り返す。
反対側も行う

足首のストレッチ

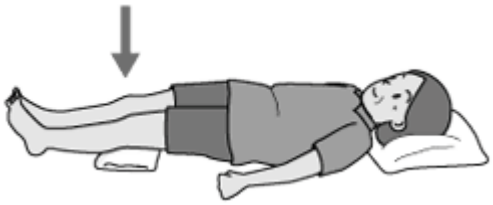




① 壁や手すりの前に立ち、足を前後に開く
② 前側の膝を軽く曲げ、反対側の腰を前に押し出すようにする。このとき腰が反らないように気をつける。
③ この状態で 10 秒保ち、これを 5～10 回繰り返す。
反対側の足も行う。
ポイント：頭の先から踵までがまっすぐになるよう意識する。

太ももの筋肉（大腿四頭筋）のトレーニング





① 仰向けに寝て、両膝の下に座布団などを入れる。
② 膝の裏側で押さえるように力を入れる。
10～20 秒、力を入れた状態で保つ。
反対側も行う。

道具の活用

膝や腰に強い痛みがある場合はしゃがむことは避け、**長柄草かき**や**低い椅子**などを使用してください。


長柄草かき


ｴﾝｼﾞﾝ式草刈り





電動式草刈り

長柄の道具を使用することで､かがまずに作業ができます



ブロアー

刈り取った草を吹き飛ばしたり、吸い取って集めます



草焼バーナー

雑草を燃やして除去します



移動椅子

草取りにも使えるタイヤ付の移動椅子です
しゃがまずに作業ができます



防草砂



防草シート

草取りをしたくない方は
防草砂やシートを敷くだけで
雑草を抑制します
除草剤などの成分は含まれていません

熱中症対策

究極の熱中症対策なんていったらどんなものかと思われるかもしれませんが、じつはとても簡単な話で「**暑いときには草刈り・草取りをしない**」これだけです。熱中症の対策として、まず気を付けておきたいのは服装です。暑い夏場の作業はどうしても薄着でやりがちですが、肌の露出は少ない方が疲労しにくいです。風通しの良い、薄手の長袖を着るようにすると日焼けも防げるし、虫刺されの予防にもなります。また、麦わら帽子も有効です。そして、作業中はこまめに水分をとることと、休憩も小刻みにとりましょう。水分の補給もただの水だと汗で奪われた塩分を補えないので、スポーツドリンクなどを用意するのも良いでしょう。

11. 洗濯物を干すのに不自由を感じている方へ

腕を挙げたまま干し物を広げたり、取り入れることが出来ますか？例えば、五十肩などで肩が挙がらない、腰が曲がっている方の中にうまく上の方に洗濯物をかけることができない方はいませんか？洗濯する、干す、たたむが役割となっている方も多いと思います。工夫することで洗濯がいつまでも出来るようにしましょう。

干し方の工夫

椅子に座ったまま洗濯物を干すことで、立っている時間を減らし負担を軽減できます。

乾燥機を使うと干す手間を省くことができます。





高さの工夫

高さ調整の出来る物干し竿や低い物を使用することで、肩を高く挙げる必要がなく、肩への負担を減らすことができます。

頭の高さ



肩の高さ



腰の高さ



低い物であれば、座っても干すことができます。

道具の工夫

干す時に、洗濯籠などを置ける台を用意しておくと、かがむ必要がなく腰痛予防になります。





物干しを置く台

12、洋服のボタンを留めることが不自由な方へ

指先がうまく動かなかったり、力が入らなかったりしないですか？

洋服のボタンや小銭を財布から出すなど、小さな物をつまむことが不自由になっている可能性があります。

ボタンの工夫

・ボタンの数や位置を変えることで、手間を少なくする。

・ボタンをつまみやすいもの（例：縁のあるもの）に
　変える。

※他にも、ボタン穴を大きくしたり、ボタンの糸足を
　長くしたりゴムに変える、といった工夫が出来ます。



つまみにくいボタン



**縁があることで
つまみやすくなる**

マジックテープの活用

ボタンをはずしマジックテープを縫い付けると、留めはずしが楽になります。

さらに楽にするには、取ってのようにリボンを付けます。

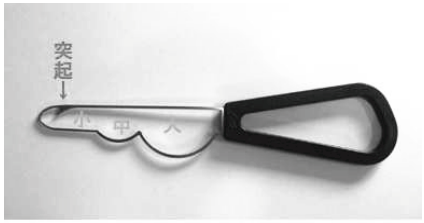
色違いにすると掛け違いも防げます。

※マジックテープはお近くの手芸店やホームセンターで
　購入できます。



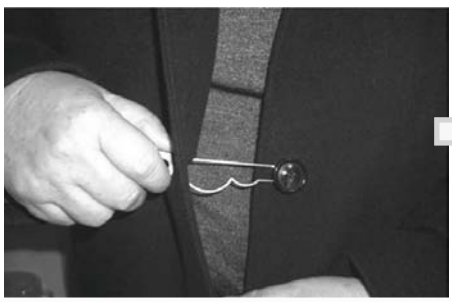
道具の活用

ボタンをはめる為の道具、ボタンエイドを活用します。活用方法は以下の図の通りです。



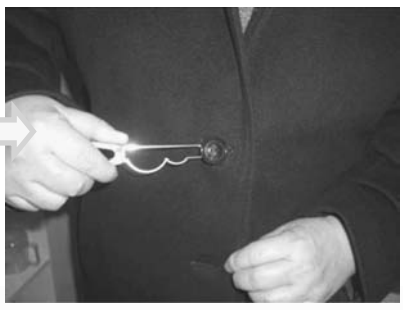
ボタンエイド

**※購入はお近くの
福祉用具取り扱い店へ**



ボタンエイドを穴に差し込み

ボタンを「小」の位置にはめる



洋服の縁を押さえて

ボタン穴の方へボタンエイドを引く

13. 足の爪を切るのに不自由を感じている方へ

足の爪が切れず、爪が割れたり、巻き爪になっていませんか。

歩くのが不自由になり、転倒にもつながるため、足の爪が上手く切れるよう、工夫してみましょう。

やり方の工夫

足浴や入浴後など、
足を温めてから切る→





台の上で切るなど、力が
入りやすくなるよう工夫する。

その他にも・・・

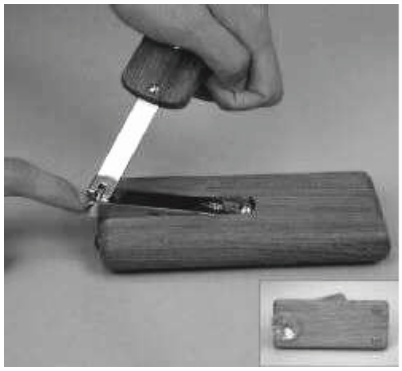
1）足台を使用し、切りやすくする。

2）背もたれ付きの椅子を使用し、安定した姿勢で落ち着いておこなう。

3）巻き爪にならないよう、爪の両角は切らずに真直ぐに切る。　　…といった工夫ができます。

爪切りの種類、道具の工夫

＜柄の大きな爪切り＞
柄が大きく安定して使いやすいです



＜ハサミ型、ニッパー型爪切り＞
堅い爪、厚い爪を切るのに便利です



〇爪ヤスリ（自動、電動）

仕上げに使用しますが、こまめに行うことで爪を切らなくて済みます。

※これらの爪切りは介護用品店、ドラックストアなどで簡単に入手できます。

※視力の問題や、腰などの痛みがある場合は、無理して行わないようにしましょう。

14.下着の着脱に不自由を感じている方へ

加齢などにより下着の着脱が難しくなったり、失禁でお困りの方は意外と多くおられます。

着脱方法

基本的な着脱の順序は、

① 悪い方(痛い・動きにくい)から着る　②良い方から脱ぐ。

素　材

① ゆったりと伸縮性のあるもの

② 前開きのもの

衣類の種類





前が開くことで容易に着脱がしやすくなります。また、ボタンの代わりにマジックテープ（ベルクロ）で装着を楽にします。



前がマジックテープで開閉できるので、足や腰を曲げないで着たり脱いだりできます。足の不自由の方、寝たきり時に体を動かさず、又、車椅子を使っているような人が自分ではく事の出来るパンツです。オムツなどを当てるのにも使用できます



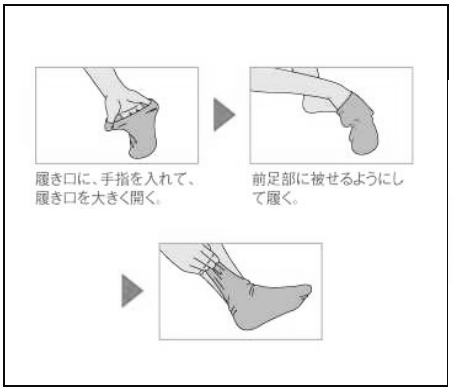
自分の意思と関係なく、おしっこがもれる尿失禁症用のパンツです。入浴時など人前での着脱時でも普段の下着と全く同じデザインですので気兼ねなく使うことができます。

靴下の着脱

素材：① ゆったりしたもの

② くるぶしまでのもの

方法：



工夫：靴下着脱自助具(靴下エイド)の使用



◆ **できるだけ着脱しやすい下着・靴下を選択するようにしてください**

15. 入浴で身体や頭を洗うことに不自由を感じている方へ

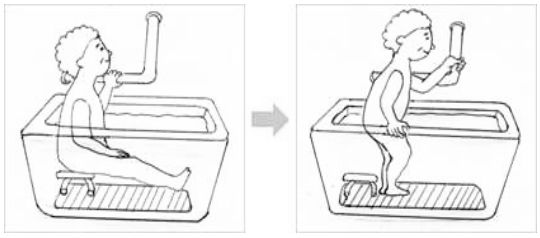
高齢になると筋力低下や関節の動きが悪くなるなどして、身体や頭を洗うこと、浴槽の出入りなど入浴動作の障害がみられるようになることがあります。

浴槽の出入りをしやすくするポイント



浴槽への出入り

立ってまたぐとバランスを崩し転倒の危険を伴う⇒浴槽の縁の高さに合わせた椅子や台に腰をかけてまたぐ。

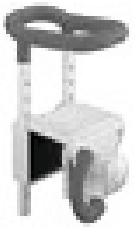


浴槽内の移動や立ち上がり

浴槽内は滑りやすい状態⇒浴槽内に滑り止めマットを敷く。
浴槽内に椅子を設置。浴槽の縁や壁に手すりを設置する

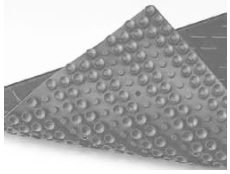


浴槽用手すり





浴槽内椅子



滑り止めマット



シャワーチェアー

身体や頭を洗うための補助具



バナナカーブ ボディブラシ

関節に大きな負担をかけず少ない関節の動きで容易に体を洗うことが出来ます



バナナカーブ ヘアブラシ

手が届きにくいところの髪をとかす為のブラシです



洗指大と



髪先変電



用ヘアブラシ

の力が低下するなどして洗髪がになったときに使用します。手動動があります





ループ付タオル

背中に十分手が届かなかったり、タオルをしっかり握れない方が体を洗う時に使用します



手作りループ付タオル

市販のタオルに紐などを付けることで簡単に作成もできます
紐の部分は握っても、腕に通しても使用できます



身体洗い用手袋

身体を洗う時に使います。5 本指タイプの手袋で、指が自由に動かせるのですみずみまで洗うことができます

入浴の豆知識

＜高齢者の安全な風呂の入り方＞

1．空腹時に入浴しない
2．食後に直ぐに入浴しない
3．夜遅くに入浴しない
4．長湯はしない
5．半身浴で入浴する
6．時間はなるべく定時に入浴する

＜入浴時間＞

10 分～20 分が適当。夏や冬など季節によって変わりますが、お湯からあがって多少汗ばむ程度が健康上優れています。

＜お湯の温度＞

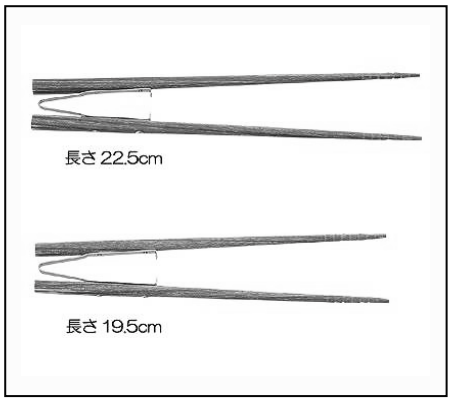
体温よりも5℃以上高い41℃以上のお湯では交感神経が刺激されるため、脳や身体は興奮状態になります。逆にぬるま湯と呼ばれる温度は体温よりも 2～4℃高めの 38～40℃で副交感神経に作用し、リラックス効果をもたらします。廊下と脱衣室で大きな温度差が生じないよう、室温も一定に管理できると良いです。

16. 食事で箸を使うことに不自由を感じている方へ

高齢となると、手の力がなくなったり、手指の変形が出たりして、箸が使えなくなる人が少なくありません。
箸が使えなくなると、その代わりにスプーンやフォークを使用する人が多いようです。
しかし「日本食」はやはり箸で食べた方が美味しいと思う方も多くいらっしゃいます。
そんなときにおすすめなのが「自助具お箸」。自助具お箸を使用する事で、手の力が落ちてしまった方でも、お箸で食事する事が出来るようになります。

箸の自助具紹介（一例）

◎ピンセット型箸（楽々はし）
・左右どちらの手でも使用できます。
・長さはいくつかのタイプから選べます。



◎ピンセット型箸（箸一番がっちりさん）
・漆塗装され箸先は食べ物が滑らないようになっています。
・手作りで大変軽く、箸先の交差がなく麺類、
豆類が掴みやすく、左右どちらでも使用できます。

・箸先がやや広がっており、物がつまみやすくなっています。



◎つまみやすい箸（箸ぞうくん）
・右利き用と左利き用があります。
・麻痺のある方でも使いやすい箸となっています。



◆ 購入方法：ネット通販、福祉機器等取扱業者
◆ 金額：1400～3000 円程度

箸が使いにくいことで疑われる病気

箸が使用しにくくなる原因としては、加齢に伴う巧緻動作（細かい動作）の低下、手指の変形などの他に脳卒中・頚髄症・神経根症・末梢神経障害・神経難病などいろいろな疾患が疑われる場合もあります。
急に使いにくさが進行した場合はお近くの病院などへご相談ください。

17. ペットボトルのフタを開けにくく感じている方へ

加齢と共に指紋が薄れ、握力が弱くなるため開けにくくなる場合があります。
その場合、以下のような工夫で開けやすくなります。



握力のトレーニング

・**ボール握り**

肘を伸ばした状態でゴムボールを握る・離す運動を素早く繰り返す。
（ボールが無い場合にはタオルを丸めた棒なども効果的です。）

開け方の工夫



通常親指と人差し指・中指でつまみながらひねることで開ける場合が多いですが、**中指を軸にして蓋を手のひらで包み込むようにして**ひねった方が、力が入りやすいです。

道具の使用

1）輪ゴムの利用

輪ゴムを蓋部分に固く巻き付け蓋を回す。



2）濡れタオルの利用

濡れタオルを蓋にかぶせた上から回す。



3）ペットボトルオープナーの利用

100 円ショップやホームセンター等に、
ペットボトルオープナーという道具が販売されています。ペットボトルの蓋にはめ込むことで、
力が入れやすい構造になっています。形は様々ありますが、一例を挙げます。







4）ゴム手袋の利用

ゴム手袋をはめてキャップを回す。



18.広口ビンのフタを開けにくい方へ



ジャムや薬などのビンのフタを開ける際の開けにくさは、フタに対して
うまく力が入らないことや、握力の低下が原因の可能性が非常に多いと言われています。
その場合、以下のような工夫で開けやすくなります。

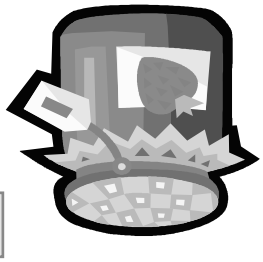
握力のトレーニング

「17.ペットボトルのフタを開けにくく感じている人へ」のページをご覧ください。

開け方の工夫

1）瓶底を叩く

瓶の中は密閉・真空された状態のため若者でも開けにくいとされています。瓶をひっくり返し、瓶底を手のひらで何度か叩くと、中の物が動く音がします。そのあと開けやすくなる場合があります。





2）蓋の脇を固い物で叩く

瓶をひっくり返し、蓋口をスプーンや缶切りのような固いもので叩いていくと、蓋が緩くなることで開けやすくなります。

道具の使用

1）濡れタオルの利用

濡れタオルで蓋を覆い、固定した状態で瓶の方を回す。

2）流水の利用

一度開けた瓶に関しては、蓋と瓶の境目に長めに流水をかけて回す。

3）輪ゴムの利用

蓋に輪ゴムを 2 重～3 重に巻き付けて蓋を掴みながら瓶を回す。

4）ゴム手袋の利用

ゴム手袋（または滑り止め付き軍手）をはめ、蓋を回す。

5）瓶蓋オープナーの利用

ホームセンターや 100 円ショップに売っている、瓶の蓋を開けるグッズを使用すると、
手軽に開けることが出来ます。





19. 電話や会話を聞き取ることに不自由さを感じている方へ

よりよく聞くための２つのポイント

１）適切な補聴器を選択・調整すること

まず、補聴器が必要な状態かどうかのお近くの病院（医師）などへご相談ください。

補聴器には様々な種類があります（下の写真↓）。ご自分のタイプに合わせて補聴器をきちんと調節してくれ、かつアフターケアを十分に行ってくれる販売店を選ぶと良いと思います。購入後は定期的に相談医や専門店を訪れ、常に自分の聞こえに合った状態で使用することが重要です。

表：補聴器の形状と特徴



２）聞きやすい環境を周囲が作ること

付けっ放しのテレビの音など、聞こえの妨げとなる音は消して話しましょう。正面から口の動きや表情を見ながら話しましょう。耳垢が聞き取りにくさの原因となる場合があります。

電話の工夫

＜電話拡声器＞



聞き取りにくい電話の声をサポートします。小型・軽量で装着は電話の受話器にバンドで固定するだけです。



電話に装着するだけで相手の声が大きく聞こえます。

＜難聴者・高齢者用電話機＞



相手の声をより明瞭にし、聞きやすくする機能がついているため、スムーズに会話ができます。着信音も大きな音でお知らせします。

※ ご購入は家電量販店やホームセンターでご相談ください

聞き取りにくい場合の生活上の注意など

屋外の歩行や自動車の運転には十分注意しましょう。

高齢者の場合高い音（声）が聞き取りにくくなる場合があります。低音で話すことで聞き取りやすくなる場合があります。

20、回覧板・新聞を見にくさを感じている方へ

環境の改善

まずは文字が見やすい環境を設定しましょう。

・500 ルクスの明るさ（通常の蛍光灯なら OK です）・自宅など静かな集中できる場所

・窓のある外を見ることのできる場所

眼鏡

自分の視力を知っていますか。適切な眼鏡を使用する必要があります。

また、眼鏡は付け外しが簡単で必要な時にだけ使うことができるので便利です。

拡大鏡





写真のように、手に持つタイプのもの、ライト（電気）のついたものや、眼鏡に取り付けるタイプのものなど、様々な種類があります。

スマートフォン・タブレット端末対応アプリ

普及が広がっているスマートフォンやタブレット端末に対応したアプリケーション『目に優しいルーペ』で細かい文字を見やすくすることができます！

＜スマートフォン＞



＜タブレット端末＞



【搭載機能】

・ズーム機能で自分の見やすい大きさに変更可能／写真撮影をして、見たい部分だけを閲覧

・消音機能もついているので写真撮影の際、図書館などでも安心／ライト／ピント修正

目の体操

疲れた時には目の体操をして気分転換をしましょう。

1）目を大きく開ける、ぎゅっとつむる

2）目を上下に動かす

3）目を左右に動かす

4）目を時計回り、反時計回りに回す　　この体操を 5 回ずつ繰り返しましょう。

第五章　生活行為支援モデル事業

生活行為向上体操

生活行為向上体操

「ちのどんばん」の歌詞に合わせてからだ全体を動かします.

大きな声で歌いながら体操を行いましょう！

動きを間違えても問題ありません！

元気に楽しく体を動かしましょう！

（体に無理のない範囲で行ってください）





１．蓼科山から 便りが届く～♪

（手指・頭の運動）

うでを前に出して，交互に８回

手をグーパーします

★＜解説＞ ボタン留めなど細かい動作の運動になります．頭の体操にもいいです



２．空は青いよ でっかいよ～♪

（手首の運動）

外に１回 / 内に１回，手首をまわします

★ 箸の操作や瓶のふたを開ける動作，洗濯などの手首を使う動作の運動になります



３．みんな出てこい 祭りの広場～♪

（首の運動）

右まわしに１回 / 左まわしに１回

首をまわします

★ 掃除や頭を洗うなど，様々な方向に顔を向ける動作の運動になります



4．今日は 手と手に 花が咲く～♪

（体ひねり運動）

右 / 戻す / 左 / 戻す の順番で

体をひねります

★ 掃除など体をひねる動作の運動になります．腰痛予防にもいいです



５．どんばんどんばん どんばらや～♪

（肩の運動）

外まわしに１回 / 内まわしに１回

肩をまわします

★ 着替えなどの動作の運動になります．肩こりの予防にもいいです



６．どんばんどんばん ちのどんばん～♪

（うでの運動）

前 / 戻す / 上 / 戻す / 前 /戻す / 上

の順番で，うでを伸ばします

★ 掃除や洗濯など，様々な方向に手を伸ばす動作の運動になります



７．白樺みづうみ ボートが揺れて～♪

（全身への手伸ばし）

肩 / 上 / 肩 / 気をつけ / 膝 / 足首 /

膝 / 気をつけ の順番に手を伸ばします

★ 草取りや荷物運びなど，高所や地面に手を伸ばすような動作の運動になります



８．みずの心を うたってる～♪

（しゃがみ運動）

２回ゆっくり膝を曲げます

（座位では左右１回，膝伸ばしをします）

★ 立ち座りなどの動作の運動になります．転倒予防にもなります



９．みんな集まれ おどりの広場～♪

（踏み出し運動）

ゆっくり右足を前に出し / 元に戻し / 左足を前に出し / 元に戻します

（座位ではゆっくりと足踏みをします）

★ 階段の上り下りや歩く動作などの運動になります．転倒予防にもなります



10．丸い輪と輪を ひろげよう～♪

（足挙げの運動）

右手で左の膝にさわり / 元に戻し / 左手で右の膝にさわり / 元に戻します

（座位では肘で膝にさわります）

★ 階段の上り下りなどの動作の運動になります．体幹の運動にもなります



11．どんばんどんばん どんばらや～♪
どんばんどんばん ちのどんばん～♪

（手伸ばし運動）

右 / 元に戻す / 左 で，隣の方に手を伸ばす動作を繰り返します

★ 洗濯など遠くに手を伸ばす動作の運動になります．体幹の運動にもなります

身体の運動について

各ページに紹介されている生活行為を継続して行うための運動をまとめました。

①膝の曲げ伸ばし（スクワット動作）→2、床から物をひろう

しゃがんで立ち上がるスクワット動作は、下半身の大きな筋肉を鍛える運動です。
意識してしっかり膝を曲げてしゃがみ、立ち上がるというクセを身につけると、日常生活の中で鍛えることができ、痛みの予防にもなります。

②脚の筋力トレーニング→3、階段の上り下り

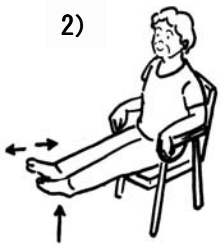
足と骨盤の筋力アップに効果



◆基本姿勢：椅子に腰掛け、上体を真直ぐに保ちましょう！

1）片足上げ

片足を椅子と水平の高さまでゆっくりと持ち上げる。
5 秒間止めてし、ゆっくり下ろします。（5～10 回反復）



2）足首の伸展・屈曲

両足を椅子の高さまでゆっくりと持ち上げ、つま先を上げ下げする。
上げ下げした際、５秒間止める。（5～10 回反復）



3）膝の持ち上げ

両膝をゆっくりと持ち上げ、5 秒間止めて、ゆっくり下ろす。（5～10 回反復）

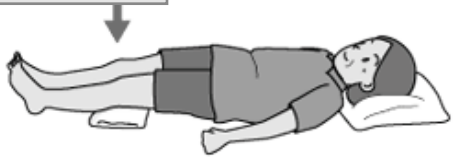
４）椅子に足掛け

両手を腰に当て、椅子に片足を掛け、膝を曲げる。
反対側の足裏は地面につけて、膝を伸ばす。
体重をゆっくりかけ、5 秒間停止した後もとに戻る。（片足 5～10 回反復）



③太もも（大腿四頭筋）のトレーニング→10、草をむしる

①仰向けに寝て、両膝の下に座布団などを入れる。

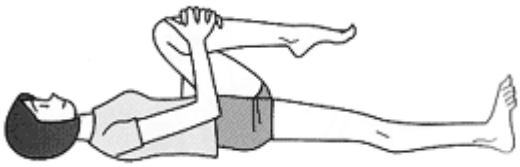


②膝の裏側で押さえるように力を入れる。10～20 秒、力を入れた状態で保つ。



※反対側も行う。

④膝のストレッチ→10、草をむしる



①足を伸ばして仰向けになる。
②片足を曲げ、その膝を両手で抱えて、痛みのない範囲で胸に引き寄せる。
③この状態で 10 秒間保つ。これを 5～10 回繰り返し行う。
※反対側も行う

⑤足首のストレッチ→10、草をむしる





①壁や手すりの前に立ち、足を前後に開く
②前側の膝を軽く曲げ、反対側の腰を前に押し出すようにする。このとき、腰が反らないよう気をつける。
③この状態で 10 秒保つ。これを 5～10 回繰り返し行う。
※反対側の足も行う。
※ポイント：頭の先から踵までがまっすぐになるよう意識する。

⑥握力のトレーニング→17、18、ペットボトル、広口瓶をあける



・ボール握り

肘を伸ばした状態でゴムボールを握る・離す運動を素早く繰り返す。
（ボールが無い場合にはタオルを丸めた棒なども効果的です。）

編集
一般社団法人　長野県作業療法士会
生活行為向上マネジメント推進委員会
諏訪中央病院　上條　一晃
藤森　健仁
諏訪共立病院
大西　美穂
中塚　　聡

執筆協力
諏訪中央病院　作業療法士
諏訪共立病院　作業療法士

研究員および班員

生活行為支援モデル事業

班長　村井　千賀　石川県立高松病院
小林　正義　信州大学
宮永　茂行　鹿教湯三才山リハビリテーションセンター鹿教湯病院
倉富　眞　医療福祉専門学校緑生館

協力者

【長野県茅野市】

小林　正義　信州大学
宮永　茂行　長野県作業療法士協会副会長
上條　一晃　諏訪中央病院
藤森　健仁　諏訪中央病院
大西　美穂　諏訪協立病院
中塚　聡　諏訪協立病院
依田　利文　茅野市東部保健福祉サービスセンター
村井　千賀　石川県立高松病院

【佐賀県鳥栖市】

倉富　眞　医療福祉専門学校緑生館
小林　法一　首都大学東京
川越　雅弘　国立社会保障・人口問題研究所
村井　千賀　石川県立高松病院

【埼玉県和光市】

川崎　玲佳　和光市保健福祉部社会保障制度改革推進プロジェクトチーム
三木　文子　和光市保健福祉部社会保障制度改革推進プロジェクトチーム
東内　京一　和光市保健福祉部長
川越　雅弘　国立社会保障・人口問題研究所
村井　千賀　石川県立高松病院

【石川県津幡町】

東　幾子　津幡町地域包括支援センター
川越　雅弘　国立社会保障・人口問題研究所
村井　千賀　石川県立高松病院

平成 25 年度老人保健健康増進事業
医療から介護保険まで一貫した
生活行為の自立支援に向けた
リハビリテーションの効果と質に関する評価研究

2014 年３月

発行：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　盛光伸光ビル７階
電話（03）5826-7871
FAX　(03) 5826-7872