



介護予防・日常生活支援総合事業
短期集中予防サービス
(サービス・活動 C)

実践事例集

Ver.1.0

2025年 6 月

短期集中型サービスの参加促進事業

一般社団法人 日本作業療法士協会

地域社会振興部 地域事業支援課 地域包括ケア推進班

目 次

はじめに	3
実践事例 支援内容による分類	4
実践事例 1（新潟県新発田市）	5
◎通所型サービス・活動 C で作業療法士の強みを活かした関わり ～自己効力感を高められるよう関わり方を意識した結果～	
実践事例 2（東京都町田市）	10
◎短期集中予防サービス(サービス・活動C)によるセルフマネジメント力向上の効果 ～3年後の再訪問時も、地域活動への参加が継続されていた事例～	
実践事例 3（鳥取県鳥取市）	14
◎術前の生活を取り戻すために作業を用いた事例	
実践事例 4（広島県呉市）	17
◎「茶飲み友だちが欲しい！」に応えたい	

実践事例 5（静岡県菊川市） 20

◎転倒後閉じこもりとなった高齢女性への訪問型サービス・活動 C での作業療法介入

実践事例 6（静岡県富士市） 23

◎訪問型サービス・活動 C の取り組みを通して趣味活動が再開出来た事例

～意味のある作業に焦点をあてて～

実践事例 7（富山県南砺市） 27

◎自立支援のための作業療法士による訪問型サービス・活動C

実践事例 8（京都府福知山市） 31

◎地域包括支援センターと連携して訪問型サービス・活動 C の介入を行い、
閉じこもりを予防し、ボランティア活動を再開できた事例

実践事例 9（東京都墨田区） 35

◎通所型サービス・活動 C を利用して

閉じこもりから運動や趣味のサークル参加が習慣化できた事例

実践事例 10（宮城県仙台市） 39

◎ 医療機関から退院直後に活用し地域へ繋いだ事例

はじめに

令和 6 年度の地域支援事業実施要綱の改正において、総合事業の多様なサービスは、高齢者の「活動の選択肢」の拡充をはかるものであることを明確化するため、短期集中予防サービス事業(サービス C)」は、「短期集中予防サービス(サービス・活動 C)」へと名称が変更されました。

サービス・活動 C は、従来の介護予防サービスのように長期間支援を続けるのではなく、短期間で集中的に支援を行い、高齢者の自立(自律)を促進することを目的としています。主に介護予防・日常生活支援総合事業事業対象者や要支援 1・2 といった軽度者の生活機能の向上を通所、訪問といったスタイルで、リハビリテーション専門職が中心となって要介護状態への移行を防ぎ、かつインフォーマルな社会資源の活用、自分が主体となって営む以前の生活への復帰を目指そうとするものです。

平成 26 年の介護保険制度改正以降、介護予防の考え方は、機能訓練に偏重していた従来のアプローチから、「活動」「参加」「役割」「生きがい」といった生活全体に焦点を当てた支援へと大きく転換されました。サービス・活動 C においても、サービス提供期間中だけでなく、終了後の生活においても、高齢者がいきいきとした暮らしに寄与することを通じて健康的な生活を継続できるよう支援することが重視されております。私たち作業療法士は、リハビリテーション専門職の一員として、日常生活(ADL)や家事(IADL)、社会活動における「生活課題の改善」に取り組むだけでなく、その先の暮らしの広がりをも的確に見立てつつ、そこに導くように ICF の視点で支援・マネジメントできることを強みとしています。こうした支援・マネジメントは、サービス・活動 C の目的や内容と高い親和性を持っているといえます。

現在、本格的に実施されているサービス・活動 C は、高齢者の自立支援のみならず、介護給付費の抑制にも寄与しているという報告もあります。しかしながら、令和 5 年度の介護予防・日常生活支援総合事業(地域支援事業)におけるサービス・活動 C の事業実施率は、いまだ十分とはいえない状況です。

○訪問型サービス・活動 C:455 市町村(26.13%) ○通所型サービス・活動 C 型:741 市町村(42.56%)

【参考文献】厚生労働省、介護予防・日常生活支援総合事業(地域支援事業)の実施状況(令和5年度実施分)に関する調査結果より引用。
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/r5sogojigyo_surveyresults.html(参照:2025-05-24)

本書では、全国の作業療法士および関連する多職種の方々と連携しながら収集した多様な実践事例を紹介しています。各市町村での取り組み概要や、それぞれの地域課題に応じた創意工夫、そして作業療法士の専門的な視点や、実践の中で培われた工夫が随所に盛り込まれており、現場での支援に直結する具体的かつ実用的な内容となっています。この事例集が、多くの専門職の方々の活動に資すること、そしてサービス・活動 C のさらなる発展につながることを、作業療法士の皆様が国民一人ひとりの生活をより豊かにするために、引き続きご尽力いただけますことをお願い申し上げます。

最後になりますが、本事例集の作成にあたり、事例提供にご協力いただいた多くの関係者の皆様、そして何よりも、事例提供をご承諾、ご協力いただいた各事例の当事者様に対し、心より感謝申し上げます。

実践事例 支援内容による分類

実践事例集の内容を、体制や支援内容別にまとめましたのでご参考になさってください。

事 例		支援内容						
		日常生活	家事	趣味役割	移動	就労 ボランティア	社会資源	口腔・栄養
事例1（通所）	P 5		○					○
事例2（通所&訪問）	P10				○	○	○	○
事例3（訪問）	P14	○	○		○			
事例4（訪問）	P17	○		○				
事例5（訪問）	P20				○			○
事例6（訪問）	P23			○	○			
事例7（訪問）	P27	○	○	○	○			
事例8（通所&訪問）	P31		○	○	○	○		
事例9（通所）	P35	○		○	○		○	
事例10（通所&訪問）	P39	○		○	○			

実践事例1 通所

通所型サービス・活動Cで 作業療法士の強みを活かした関わり ～自己効力感を高められるよう 関わり方を意識した結果～

一般社団法人 新潟県作業療法士会

丸山 智栄

(医療法人愛広会介護老人保健施設 豊浦愛広苑)

本報告においては、事例対象者からの承諾を受けております。

【はじめに】

柴田¹⁾は作業療法の強みと魅力は、「心身へのアプローチができること」「作業活動は生活に根付いた応用的な実践能力を高めるために活用できること」「対象者の想いや価値観に寄り添い、障害受容の過程に応じた関わりを介して適応させることができること」「対象者に能動的に気づきを与えていくことができること」と述べている。

通所型サービス・活動C(以下、通所C)の対象者は、フレイル状態となっていることが多い。フレイルは筋力低下や歩行速度の低下などの身体的側面のみならず、記憶力の低下や気分の落ち込みなどの精神・心理的側面、独居や経済的な問題などの社会的側面があり、様々な要因が複雑に絡み合っているため、包括的に捉え複合的にアプローチすることが重要と言われている。

通所Cにおいて、作業療法士の強みを活かした関わりをした結果を以下に報告する。

【新潟市の概要】

新潟市は北西部に日本海、東部には山々がそびえる新潟県北部の中核都市である。人口 93,058 人、高齢化率 33.3%、要介護認定率 17.0%(令和 5 年 9 月末)、要介護認定率に関しては令和元年度以降減少傾向にある。

【事業参画の経緯】

新潟市では平成 28 年度に介護保険の卒業者の受け皿として、住民主体の通いの場を立ち上げ、展開している。平成 29 年度には自立支援型地域ケア個別会議(以下、地域ケア会議)を開始し、筆者も助言者として参加している。地域ケア会議を進めていく中で、フレイル予防や介護予防が着目されるようになり、短期集中予防サービスの重要性が認識されるようになった。

令和 3 年度より通所Cが開始され、令和 5 年度より当施設でも通所Cの事業委託を開始した。現在当施設では、リハビリ専門職として、理学療法士 1 名、作業療法士 1 名、言語聴覚士 1 名が通所Cに携わっている。

【事業内容報告】

新潟市で実施している通所C事業は、大分県の「デイサービス楽」での取り組みに基づいた内容を実施している。当施設においても、通所C開始にあたり、「デイサービス楽」の講師による研修を受け、支援方法やポイントなどを学び実践している。利用時間は週 1 回・2 時間であり、ストレッチ体操や 3 点セット(図 1)を用いた筋力トレーニング、全身体操などを実施している。利用時は毎回、5m 歩行・TUG・握力・片脚立位・CS-30 の体力測定を実施している。また、毎月自宅を訪問し、家事活動の状況や外出状況など、自宅での活動状況についての評価を行っている。

月に 1 度のカンファレンスでは、新潟市の担当者と地域包括支援センター(以下、包括センター)の担当職員、管理栄養士、当施設のスタッフが参加しリスク管理や目標の妥当性、卒業の判断や卒業後の社会参加、生活不活発になる可能性のあるポイントなどについて話し合う。



図1 「3点セット」

【事例紹介】

1. 事例紹介

【年齢・性別】70代 女性 【診断名】高血圧
糖尿病 高脂血症

【通所C利用の経緯】夫が亡くなったことを機に、市の体操教室への参加が減少。その後、コロナ禍となり外出頻度がさらに減少した。地域の体操教室へ参加したものの、下肢の踏ん張りづらさや筋力低下を自覚する。体操教室以外の日にはベッドで横になっている時間も長く、調理の際は長時間の立位作業で疲労が見られるようになった。また、物干し竿に洗濯物を干す作業に困難さや掃除機かけの際に腰痛が出るなど、家事のやりづらさも感じるようになり、通所Cへの参加を希望した。

2. 作業療法評価

【利用前訪問時の所見】利用前の訪問時では、笑顔はほとんど見られず緊張されている印象だった。体格はBMI29.2と肥満傾向。家事動作では「高い所に手を伸ばすのが大変」と物干し竿への洗濯物を干す動作や高い所の食器棚の奥に食器を片付ける動作に困難さを感じていた。また、本人より「仏壇のお参りの際に正座ができない」と訴えが聞かれた。正座姿勢時に股関節周囲から大腿四頭筋にかけて痛みがあり、膝立ち位でお参りをしていた。長距離歩行時では右膝関節痛があり、屋内・屋外とも独歩可能も転倒に対する不安から、すり足でゆっくりとした歩行であった。

3. 合意目標

目標は、①物につかまらず段差昇降ができる、②正座をして仏壇のお参りができる、③調理や洗濯などの家事が楽にできる、とした。

4. 介入経過

【利用開始～1ヶ月】初回利用時の体力測定の結果は、5m歩行3.23秒、TUGは9.51秒、片脚立位右3.73秒・左3.77秒、CS-30は12回であった。生活状況の評価は生活機能評価表を用いて評価した(表1)。利用開始前は転倒への恐怖心から歩行はゆっくりであり、長時間の立位姿勢で疲労感を感じるなど、筋力・体力低下が見受けられたが、利用2回目には「檀家さんの家を30分くらいかけて

数件回ったけど、何だか歩くのも軽くなったみたいに感じた」と語った。1ヶ月を経過した頃の体力測定の結果は、5m歩行2.71秒、TUGは7.74秒、片脚立位右7.10秒・左10.99秒、CS-30は12回と歩行速度、バランス能力の改善が見られた。

作業療法士は体力測定の結果を伝える際、改善している項目を中心に伝え、生活の変化はないか都度確認した。本人から「トイレまでの距離が短くなった感じがする」と話があった際には、体力測定の結果と照らし合わせながら、歩行速度やバランス能力の改善が生活動作の変化に繋がっていることを伝え、自己効力感を感じられるような声掛けに努めた。

【利用開始～2ヶ月】利用開始から2ヶ月目に入ると「食器棚の奥の方に食器を片付けることができた」と嬉しそうに語られた。この頃には正座姿勢となると大腿四頭筋にツッパリ感はあるものの、利用時に比べて踵に臀部がつくようになった(図2)。しかし、親戚や知り合いに不幸があり気落ちされ、自宅での運動を中止していた期間が1週間程度あった。その影響もあってか、利用開始後2ヶ月の時点での体力測定の結果は、5m歩行3.03秒、1は8.39秒、片脚立位右3.85秒・左7.88秒、CS-30は16回と目立った改善は見られなかった。



図2 通所C開始前と卒業時での正座姿勢の変化

作業療法士からは「CS-30の回数の増加は下肢筋力が向上している結果」とプラスのフィードバックを行った。本人からは、地域の輪投げクラブに参加した際に「いつもの手前の所を狙っていたけど、最近では奥の方を狙って輪を投げられるようになりました。腕の力だけでは遠くに投げられないから、足の力もついてきたということですかね」と語られ、身体機能の改善を自覚されてい

た。生活機能の評価は表(表1)にあるように、入浴・掃除・洗濯などの項目で改善が見られた。

表1 生活機能評価

		事前	備考	中間	変化点	最終	変化点
A D L	室内歩行	○2	独歩可能もすり足でゆっくり。壁などつかまる所があると手を伸ばすことあり	○1	壁などに手を伸ばすことなし	○1	歩行スピード・歩幅ともにアップ
	屋外歩行	○2	転倒の不安から歩行ゆっくり	○2	右膝の痛み軽減	○1	片道300m程のかかりつけ医まで歩いて休まず行けるようになった。右膝痛なし
	外出頻度	○2	地域の体操教室(週1回)、輪投げ・婦人会に隔週で参加	○1	家族と外食などで外出の機会あり	○1	親戚の家に遊びに行くことあり
	排泄	○2	尿漏れ、残尿感がありパット使用	○2	トイレまでの距離が短く感じられるようになった	○2	
	食事	○1	ごく稀にむせることあり。たまにカップ麺などを食べる	○1	むせは気にならなくなった	○1	口腔体操を2回/日程度実施
	入浴	○2	転倒の不安あり。慎重に入浴している	○1	浴槽の歩き動作が楽になった	○1	
	着脱衣	○1	下衣は立位で穿くこともあるがふらつくことあり。支持物のそばで穿いている	○1	支持物につかまることなく下衣操作できるようになった	○1	
I A D L	掃除	○2	スティック型掃除機で自室を掃除するが腰の痛みが少しあり	○1	食器棚の高い位置に食器を片付けることができた	○1	家族から風呂掃除も頼まれた時実施
	洗濯	○2	つま先立ち、体幹の伸展動作が辛い。物干し竿にかかる動作が困難	○1	以前はシーツをハンガーにかけて干していたが物干し竿に直接かけることができた	○1	つま先立ち・体幹の伸展ができるようになり、シーツを干したりしている
	買物	△1	時々買い物に行くが、基本的には家族にお願いしている	○2	車を運転し時々買い物に行くことあり	○2	
	調理	○2	屋食のみ自炊。長時間の立位作業で疲労あり	○2		○1	立位作業での疲労感は軽減。調理に対して意欲的になった
	ごみ出し	○2	自宅前のごみ捨て場に歩いて行く	○1	問題なく実施できている	○1	
	通院	○1	車を運転して通院	○1		○1	内科は歩いて行くことができたようになった
	服薬	○1	飲み忘れなし	○1		○1	
	金銭管理	○1		○1		○1	
	電話	○1		○1		○1	
	社会参加	○2	週2回程度は地域の運動教室などに通っているが、以前より外出頻度減少	○2		○1	地域の新年会などへ参加

【判定基準】

自立度	自立		一部介助		全介助	
困難度と改善可能性	楽にできる	改善可能性高い	改善可能性高い	楽にできる	改善可能性高い	改善可能性高い
判定	○1	○2	△1	△2	×1	×2

【利用開始～3 ヶ月】体重の変化は見られなかったが、食事内容を記載したメモをもとに管理栄養士に自ら相談し「おやつを食べる時は成分表のカロリーを見て調整している」と語り、健康面への意識が高まっている様子が見られた。最終日の体力測定の結果は、5m 歩行 2.84 秒、TUG は 7.07 秒、片脚立位右 2.74 秒・左 4.25 秒、CS-30 は 21 回だった。片脚立位の結果は利用時で波があり安定しなかった。しかし、その他の項目にて改善が見られ、下肢筋力やバランス能力のさらなる向上が認められた。

他の利用者に対して「(運動して)疲れるのは体をしっかり動かしている証拠だよ」と語り、運動の効果を自覚していた。生活機能の評価は表(表 1)より、屋外歩行・調理の項目で改善が見られた。「今までご飯作りは億劫だったけど、今は何を作ろうかなと考えることもあります。孫が茶碗蒸し好きだから作ろうかな」と調理活動に対して意欲的な発言が聞かれた。

利用最終日には、「周りの人からも恰好が良くなったねと言われました。今度、孫に会いに行くのに電車で行ってみようかと考えています」と社会参加に対しても意欲的な発言が聞かれた。

【作業療法士介入の成果】

猿爪ら²⁾は、作業療法を通じて対象者の行動変容を起こすには、対象者にとってポジティブな行動の結果が期待される作業を取り扱い、その作業の遂行に対して自己効力感を感じられるように介入する必要があると述べている。

作業療法士は、体力測定の結果は改善点ができるよう、毎回数値の変化をその場で見せながらフィードバックし達成感を与えた。また、身体機能の変化だけでなく、ADL や IADL の状況や気持ちの変化などを聞き取り、改善している部分について褒め、ポジティブフィードバックの強化に努めた。石毛³⁾らは、他者に賞賛されることで運動行動の強化につながり、自己効力感の向上に寄与すると述べていることから、ポジティブフィードバックが本人の自信につながり、自己効力感が向上し目標達成に至ったと考える。

【今後の課題および展望】

新発田市では、通所 C 卒業から 6 ヶ月後に包括

センターの担当者が卒業者の生活状況等をモニタリングしている。当施設において、卒業者のうち 6 ヶ月後の生活機能評価で悪化していた方が 4 人(40%)、維持 3 人(30%)、改善 3 人(30%)であった。卒業後の社会参加の状況をみると(図 3)、悪化者と維持・改善者の間で自立度に差が見られた。武内⁴⁾らの研究では、社会参加をしている人は 3 年後のフレイル発症リスクが低く、フレイル対策の一環として社会参加の促進が有用であると報告している。

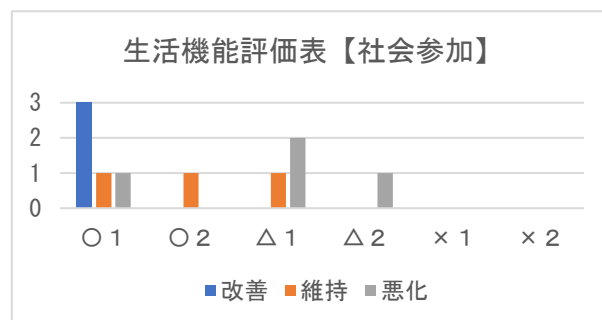


図 3 「卒業後の参加の状況」

コロナ禍で老人会などの活動の場が中止となり、そのままやめてしまう人も多い。また、地域によっては通いの場が近くになく参加が難しい等の地域課題もある。通所 C を利用し改善した機能を再び低下させないためにも、社会参加の促進は重要と考える。しかし、筆者自身、施設での勤務をしながら通所 C に携わる中で地域資源や地域課題を十分に把握できていないことも課題と感じている。通所 C 卒業後、社会参加にスムーズに移行するためには、利用開始時より卒業後の生活を見据えて支援することが重要である。

市や包括センターと連携し、地域資源等について情報共有を図ると共に、地域ケア会議や住民主体の体操教室などへの参加を通し、地域事業への関心をより高め、地域資源の把握に努めていきたい。そして、通所 C を通し、高齢者が生き生きと暮らせるまちづくりに貢献できればと感じている。

【参考文献】

- 1) 柴田克之：作業療法の独自性と可能性. 作業療法, 41, 7-12, 2022.
- 猿爪優輝, 高橋香代子：本人にとって重要な作業に対する自己効力感の変化に着目したことで目的や意味のある作業に従事することができた事例.

日本臨床作業療法研究, No. 8, 88-94, 2021.

2) 石毛里美, 柴喜崇, 上出直人, 大塚美保, 隅田祥子: 地域在住虚弱高齢者の身体活動セルフ・エフィカシー向上のための取り組み. 理学療法学, 第 37 巻第 6 号, 417-423, 2010.

3) 竹内寛貴, 井手一茂, 林尊弘, 阿部紀之, 中込敦士, 近藤克則: 高齢者の社会参加とフレイルとの関連. 日本公衆衛生雑誌, J-S T A G E 早期公開, d o i 10.11236/jph.22-088

実践事例2 併用

短期集中予防(サービス・活動C)による セルフマネジメント力向上の効果 ～3年後の再訪問時も、地域活動への 参加が継続されていた事例～

一般社団法人 東京都作業療法士会
遠藤 康博
(鶴川リハビリテーション病院)

本報告においては、事例対象者からの承諾を受けて
おります。

【はじめに】

今回の事例は、新型コロナウイルス感染症の蔓延により活動量が著しく低下して、既往の変形性膝関節症が悪化した。そして、膝の不調により徒歩での外出がほぼ出来なくなり、他者との交流や地域活動がほとんど行えなくなった事でフレイルに陥った。

この事例に、町田市の短期集中予防サービス(サービス・活動C)「町DAP(マチダップ)」を実施し、心身機能、活動、参加の全てに改善が見られたので報告する。また、プログラム終了から3年後まで介入効果が持続していた事例なので、3年後の訪問時の様子も報告する。

町DAPは「町田で元気アップ」の意義があり、セルフマネジメント力を高める関わりを重要視している。作業療法士として「どのような生活がフレイルからの脱却に必要なか」「行いたい活動をするにはどのようなステップが必要か」を共に考え、解決策を段階的に実践した。

【町田市の概要】

町田市は東京都の最南端(島しょ部を除く)に位置し、人口43万人(2023年1月1日現在)。都内では東京23区、八王子市に次いで3番目に人口が多く、東京都のベッドタウンとしても知られている。高齢者人口は2020年時点で約116,000人であり、高齢化率は約27%。2035年には、高齢者人口は約133,000人まで増加し、高齢化率は国

に並ぶ約32%に達し、その後、国の高齢化率を上回る見込み。

【事業参画の経緯】

すでに総合事業に関わっていた市内の作業療法士からの声掛けでサービス・活動Cに興味を持ち、町田市からの説明を受けた。高齢化が進む地域で作業療法士として介護予防に貢献できると感じ、所属する法人の許可を取り参加した。

【事例報告】

1. 事例紹介

70歳代後半で要支援1の女性。定年までは市役所の職員だった。既往として、左変形性膝関節症、脊柱管狭窄症などあり。戸建てに夫と二人暮らしで子供は独立している。自宅周辺は坂が多い地域。日常生活動作は自立し、自動車を運転し買い物や通院をしていた。地域活動が好きで、自治会館の花壇の世話や、体操自主グループ・コーラス・ノルディックウォーキングなどへ参加していた。新型コロナウイルス感染症の蔓延で、外出が激減したことで心身機能の低下が生じ、元々あった左膝の痛みと可動域制限が増悪する。その後、立ち上がりに時間を要すようになり、ふらつく事が増えた。しゃがむ動作が必要な浴槽掃除などを負担に感じるようになり、それらを夫に任せるようになり、行える家事動作は徐々に減少していく。そして、自宅周辺への外出でも自動車を使用するようになり、徒歩での外出は激減。徐々に地域活動、隣人との交流がなくなっていった。高齢者支援センターより、短期集中予防サービスの適応と連絡を受け、約3か月の集中プログラムを実施することとなる。

2. 作業療法評価

【精神機能面】認知機能は年齢相応で、日常的なやり取りは問題なし。新型コロナウイルスの蔓延前と比べ、活気が低下し表情が晴れない様子が増えた。老研式活動能力指数、老年期うつ病評価尺度では問題とならないレベルだが「もう少し元気を取り戻したい」「長くは歩けない」と発言あり。

【身体機能面】左膝関節に軽度の変形(O脚)と痛みがあり、屈曲90°で可動域制限あり。筋力は、

左膝関節周囲に軽度低下あり。

【基本動作】全て自立だが、椅子からの立ち上がりに時間を要す。歩行は連続50m程度で休憩が必要で、傾斜地では速度が落ち、疲れやすくなる。床へのリーチ動作は左膝の痛みが影響して十分に行えない。

【日常生活動作】全て自立。買い物や家事動作もある程度できているが、十分にしゃがめないので浴槽掃除や床拭きは行えない。

また、自宅周囲に坂が多いこともあり、近所でも車を使用する傾向あり。自宅から300m程度の自治会館にも車で出かける。徒歩での外出が非常に少ない生活だった。

【自宅・家族】2階建ての戸建て。室内は数か所に段差があるが、段差周辺には手すりあり。玄関前に10段の階段あり。同居の夫は心臓に持病があり、体調は万全ではないが日常生活動作は自立している。

3. 介入の基本方針

町田市の短期集中予防サービス（サービス・活動C）町DAPは「セルフマネジメント力を高める」がコンセプトで、「自らの意思と行動でフレイルから脱却できるようになる」ことを重視した関わりとなる。運動特化ではなく、面談を重視し、サービス終了後も現状の維持が出来る事を目標とする。訪問と通所の比率は、担当する作業療法士（または理学療法士）が必要に応じて決める事ができる。

関与する専門職は、ケアマネジャー、作業療法士（または理学療法士）以外に、管理栄養士、言語聴覚士または歯科衛生士が関わり、栄養指導、口腔機能評価・嚥下体操指導等が2～3回行われ、多角的にフレイルの改善を図る。

本人、ケアマネジャー、作業療法士の3者で「3か月後までに徒歩で近所の自治会館まで行き、知人らと一緒に会館の花壇の世話等を行う」を目標

に設定し、生活に徒歩での移動を組み込む事を重視した。

4. 作業療法実施計画

週に1回。3か月間。1回約90分。通所と訪問の比率や実施のタイミングの設定は自由なので、訪問は事前1回、途中1回、終了後1回として、その他は通所で実施する。事前訪問、終了後訪問の2回を含め計14回の関わりで計画を立てる（図1）。

全体を大まかに3つの時期に分けて考えた。1ヶ月目は導入とフレイル予防の概念や方法の理解。膝の痛みの緩和。2ヶ月目は運動量のアップと運動方法の理解・習慣化。3ヶ月目は活動範囲の拡大や苦手な日常生活動作の実践。プログラム終了後の生活スタイル等の確認をする。

5. 介入経過

1～4回までは、フレイル予防の概念を伝え、体操やストレッチを指導。基礎体力の向上と左膝の可動域拡大、体操習慣の獲得に努め、知識の補充と自宅での運動習慣をつけた。

5～8回は、上記に加え、自宅前の散歩、下肢筋力トレーニング、栄養指導・嚥下体操指導などを実施。通所場面での歩行量を増やし、訪問では自宅周囲の歩行や自宅での掃除動作の確認などを行った。9～12回は、休憩をしながらの長距離歩行（1km程度）の実施や自治会館の花壇周辺での動作チェック。集中プログラム終了後の生活スタイルのアドバイスや運動継続の重要性の伝達を中心に実施した。

6. 結果

設定した目標の、近所の自治会館までの徒歩での移動が定期的に行えるようになり、自主的な運動や体操の実施が習慣化した。浴槽掃除は苦手なままだったが、自治会館の花壇の世話はなんとか



図1 通所と訪問の組み合わせ

実施できるようになった。

終了から約3か月後の訪問評価では、運動習慣や活動性が維持され、目標の範囲以上の徒歩移動が定着していた。握力、片足立ち、歩行速度などの運動機能チェック項目は維持されていた。

終了後訪問を含めた約6か月間の関わりを通して、コロナ禍で低下した心身機能や活動範囲が改善され、「フレイルに陥らない生活スタイル」を理解・実践する事が出来るようになった。当面は、自らの意思・判断で、活動的に生活し、健康的・主体的な生活を継続できる状態で短期集中プログラムが終了した。

さらに、約3年後に自宅を訪問した際にも、徒歩や自動車での外出は継続されており、近所の自治会館の花壇の世話、隣人との交流、友人との外出を日常的に行っていた。出来るだけ自動車を使用しない生活を心掛けており、自宅から自治会館までの坂道を含めた300mの歩行は休憩が不要で、所用時間は三分の一程度まで短縮されていた。膝の不調が再燃する事もあるが、休養と運動を自身で調整して、大きく活動性を落とさない生活を送っていた。プログラム終了時に苦手だった床へのリーチ動作も容易に行えるようになり、床掃除、浴槽掃除、草むしりが行えていた。(3年後の訪問時の様子・図2)

サークル活動は、体操、コーラス、ボランティアなどに月に数回ずつ参加しており、フレイルに陥る前と同等の活動量まで戻っていた。介護度は要支援1のままで、介護サービスは使用していない。

7. 考察

町DAPは短期集中プログラムなので、プログラム終了後は作業療法士の介入は無くなる。しかし、セルフマネジメント力が向上しているので、自身の判断や行動で活動的な生活の維持が可能だった。また、介入の初期で膝の不調の緩和や痛みの出にくい動作の指導を丁寧に行ったことも、活動量の拡大や維持に有効だった。3か月の期間で週に1回90分の関りが出来たことで、フレイル予防の概念、身体機能を高める運動や生活スタイルを十分に知ることができた。それがセルフマネジメント力の向上につながり、介入後3年以上経っても変わらない生活レベルの維持につながった。3年後の訪問時には「あなたから教わった内容は

今でも守っています」「車を出来るだけ使わない」「脚の運動は毎日やっています」など、意識の変化からの行動変容が定着していた。

【作業療法士の介入成果】

作業療法士の強みである「生活を捉える力」「健康や幸せを重視する介入」「生きがいや楽しみの尊重」などを活かして介入する事で、心身機能、活動、参加の全てにバランスの良い介入が行えた。結果として、目標の設定や共有がしやすく、対象者が求める生活の再獲得と継続につながりやすかったと考える。

また、「対象者が元気になる生活」を目標とした事で、他の専門職らも対象者を捉えやすくなり、チームとして一貫性のある関わりが出来たと感じた。

【今後の課題および展望】

全国で作業療法士が介護予防事業に参加し、多くの改善例が生じている。しかし、対象者の抽出や関わる専門職の確保は簡単ではなく、必要性が高い高齢者に介入しきれていない状況があると感じる。今後も様々な専門職が努力や工夫を続けていくことで、介護予防の実践数はまだ増やせると考える。これからも事例を重ね、啓蒙活動や研修を繰り返し、参加する専門職の人数と選出される対象者数を増やしていくことで、改善例の増加や質の高い介護予防の実践につながっていくだろう。

私個人としては、これからも対象者が「どのような生活を送りたいか」「その為には何をすべきか」を作業療法士として丁寧に、親身になって、共に考えていきたい。対象者の生活を理解し、気持ちを動かすことで生活を変える事が出来る。そう信じて今後も介護予防事業に関わっていきたい。



苦手だった床へのリーチ動作は容易に



階段昇降は横向きから正面に変わっていた



続けている運動を見せてくれた場面



坂道でも休まず歩き続けられる



日常的に花壇の世話や草むしりを行っている

図2 3年後訪問時の様子

実践事例3 訪問

術前の生活を取り戻すために 作業を用いた事例

一般社団法人 鳥取県作業療法士会
○原田 伸吾 叶内 夢摘
下石 勝哉 長田 啓
(株式会社つむぎ)

本報告においては、事例対象者からの承諾を受けております。

【はじめに】

株式会社つむぎは、2012年に設立した、鳥取県鳥取市を中心に介護・福祉事業を営む会社である。弊社には、作業療法士が21名、理学療法士が10名所属しており、自立支援と介護予防に取り組んでいる。短期集中予防サービスには作業療法士が中心となって取り組んでおり、作業の可能化によって長期的な介護予防に繋げることを目指している。今回は、取り組みの1事例を紹介する。

【鳥取市の概要】

鳥取市は日本海に面し、日本一の鳥取砂丘を有する。古くに城下町として生まれ、江戸時代は、鳥取藩池田家32万石の城下町として栄えた。2025年1月のデータでは、人口179,215人の都市で、高齢化率が約31%となっている。

【事業参画の経緯】

2019年5月に鳥取市短期集中予防サービス業務委託プロポーザルが行われた。そこで弊社も手を挙げて、鳥取市短期集中予防サービス事業に参画した。弊社の短期集中予防サービスの信念は、作業の可能化によって長期的な介護予防に繋げるという点である。そのため、サービス開始時に、健康と作業の関係を講義してから目標設定する流れをとっている。サービスの内容としては、通所と訪問を対象者に合わせて併用し、基本的には個別の対応をしている。

【事例報告】

1. 事例紹介

事例は70歳代後半の女性A氏である。次男一家、夫と2世帯で同居している。長男も近所に住んでおり、買い物に連れて行ってくれるなど協力的な家族関係である。以前は、ジムや散歩で運動しながら、栄養管理も気遣うなど、健康意識が高かった。また、習字教室に通ったり、近所の人や友人と交流したりと、コミュニティへの参加も多かった。買い物やジムへは自転車で行っており、4km程運転することもあった。しかし、右の変形性股関節症と診断されてから十数年経過したX年、右大腿骨頭置換術を受け、退院後からは活動量が低下し近所を散歩する程度となった。術式は後方アプローチで、禁忌肢位は股関節屈曲・内転・内旋の複合運動である。X年+4か月、杖で歩行するA氏を見かけた近所に住む知人が短期集中予防サービス（以下、サービス・活動C）を紹介し、弊社が行うサービス・活動Cの利用開始となる。

2. 作業療法評価

1) COPM (表1)

更衣について、股関節屈曲動作の恐怖心から靴下が履けず、夫に手伝ってもらっている。入浴について、股関節屈曲動作の不安感から右足が十分に洗えない。浴槽跨ぎと浴槽内でのしゃがみ込みにも不安がある。買い物について、長男と夫の手伝いのもと買い物には行けている。しかし、3世帯分の調理を作るためには買い物の回数が少ないこと、重いものを持つこと、疲労感なく15分程歩行することが難しいことから、A氏の満足度は低い。以前は毎日買い物を行っており冷蔵庫が満たされた状態で料理を考えるのが好きだった。掃除について、床の拭き掃除とお風呂掃除ができるようになりたい。役割でもあり、趣味でもあったた

表1 COPM: 括弧内は3か月後の最終評価

作業名	重要度	遂行度 (最終)	満足度 (最終)
更衣	10	8→(10)	9→(10)
入浴	10	5→(10)	5→(10)
買い物	10	4→(10)	3→(10)
掃除	10	1→(10)	5→(10)
散歩	10	2→(8)	2→(8)
平均スコア		4.0→(9.6)	4.8→(9.6)

め綺麗にしてスッキリしたいが、股関節屈曲の硬さと恐怖心がある。散歩について、毎朝 40 分程散歩に出ていた。運動のためでもあるが、地域の人と交流をとったり考えを整理したりする時間でもあった。今は 3-5m で休憩を挟まないと疲れてしまう。杖を使わずに疲労感なく散歩ができるようになりたい。「転んだらいけん」とみんなから言われ、何をするにも不安感がある。

その他、自転車(6)、庭の手入れ(7)、調理(10)が挙げた(括弧内は重要度)。

2) 観察評価

④靴下の着脱について、椅子に座って行おうとしたが、恐怖心から行うことができなかった。⑤草取りについても四つ這いで行おうとしたが、恐怖心があり行うことができなかった。

検査・測定(括弧内は3か月後の最終評価)

④30秒立ち上がりテスト:12回(20回)⑤片脚立位バランステスト:右2.75秒(32秒),左60.00秒(43.4秒)⑥Timed Up and Go Test(以下,TUG):10.25秒(6.18秒)⑦MMT:右股関節4「動かし方が分からない」との発言が聞かれる。⑧認知機能検査 Touch Panel-type Dementia Assessment Scale (TDAS):0点(0点)⑨生活習慣記録機:1日の平均歩数7,758歩(11,337歩),1日の平均活動時間91.8分(117.2分),1日の平均歩行距離4.6km(7.9km)。

3. 解釈と介入の基本方針

脱臼肢位の理解が不十分であることから、脱臼や転倒に対する不安が強く、活動量が減少していた。活動量の低下が更なる右股関節周囲の筋力低下、バランス能力低下に繋がっており、やりたいと思っている作業を諦めている状態であった。認知機能、健康意識が高いという強みがあるため、脱臼肢位に対する学習を促しながら、実動作練習を行い、作業の可能化を図る。

4. 作業療法目標(3か月)

- 脱臼肢位を理解し、靴下の着脱・入浴・掃除を行うことができる
- 疲労感なく40分程の散歩ができ、地域住民との交流機会を持てる
- 息子家族の分の調理をすることができる

5. 介入経過と結果

1) 肢位についての講義

禁忌肢位について誤認があったため、姿勢、動作指導を行った。本人は脱臼をおそれ過度な活動制限をしていたため、今後は草取りと掃除ができそうと話した。翌日より草取り、床拭き掃除、靴下の着脱、入浴を一人で行うことが出来るようになった。

2) 買い物と散歩のための歩行

ストレッチや筋力トレーニングの自主トレメニューを作成し、自宅にて行ってもらうことに加えて、自宅周辺の散歩コースと自宅からスーパーまでの歩行練習を行った。同時に荷物を持ちながらの歩行練習も行った。徐々に持久力が高まり、3か月後には1.4kmを休みなく歩けるようになった。

3) その他の作業への拡がり

自転車運転練習を数回行うと自信が改善し、距離のあるスーパーまでも買い物へ出かけられるようになった。その結果、以前のように家族分の食材の買い出しから調理までを行うことが出来るようになった。また、自転車で片道約5km距離のある駅まで友人へ会いに行くなど、活動範囲が広がった。現在サービス終了から1年経過しているが、家族分の料理を作る頻度が多くなるなど、さらに活動量は増えている。

6. 考察

OTはA氏の不安の元となっている脱臼姿位に関して講義し、A氏が正しくリスク管理できるように介入した。さらに、靴下の着脱など実動作を用いて介入することによって、安全に安心して作業を行うことができることを経験してもらった。この作業ができたという成功体験によって、A氏の自己効力感は改善し、自転車運転や買い物、家族のための料理を行うことが出来るようになった。この自己効力感の改善からもたらされた作業の拡がり、更なる活動量の増大に繋がり、筋力を維持・向上し続ける結果となり、介入が終了した1年後の介護予防の効果を生み出していると考えられる。

【作業療法士介入の成果】

作業療法士が介入する成果として、自分の健康のためには、どのような作業を継続すること、または、できるようになることが必要かを、対象者

自身が選択し、決定するということが挙げられる。
また、作業の可能化によって、活動量が増加し、作業が継続されることによって、介護予防が長期的に可能となることも作業療法士が介入する成果であると考えている。

【今後の課題および展望】

弊社が抱えている課題としては、対象者ひとりひとりの作業の可能化を行うため、ほとんどマンツーマンでの関りとなり、多くの対象者に貢献できていない点にある。今後の展望としては、1対多でも現状のように対象者自身が作業を自己選択・自己決定し、自身の健康のために取り組める方法を通所で確立し、訪問と併用することで、より多くの方の作業の可能化を達成したい。

実践事例4 訪問

「茶飲み友だちが欲しい！」に応えたい

一般社団法人 広島県作業療法士会
中村 玲子
(訪問看護ステーションうらにわ)

本報告においては、事例対象者からの承諾を受けております。

【はじめに】

筆者は約 4 年間で 14 名の利用者に訪問型サービス・活動 C を実施し、事例を重ねることでその効果や課題が少しずつ見えてきたのでここに紹介する。

【呉市の概要】

呉市は広島県の南西部に位置し、沿岸部と内陸部、島しょ部で構成されている。

筆者が勤務している訪問看護ステーションの活動地域は呉市島しょ部のひとつである安芸灘地域で、主に 4 つの島から構成されている。この 4 つの島は本土や島々を結ぶ橋でつながっており、総面積の合計は約 50 km²、柑橘栽培が盛んな地域である。2024 年 1 月時点での人口は約 5,000 人、高齢化率は 66% である。

【事業参画の経緯】

安芸灘地域での訪問型サービス・活動 C は、2021 年 4 月に安芸灘地域包括支援センターのケアマネジャーからの依頼で始まった。この時までこの地域で本サービスを検討したケアマネジャーはまだおらず、筆者も依頼されたことはなかったが、「使ってみないとこのサービスのことが分からないので、やってみましょう」とのケアマネジャーの言葉に賛同し、取り組むこととした。この地域で訪問型サービス・活動 C を実施しているリハビリテーション職は 2025 年 2 月現在まで筆者 1 名であり、6 名のケアマネジャーから本サービスの依頼を受けている。

【事例報告】

1. 事例紹介

事例 A 氏は 86 歳男性、独居。2 人の娘が度々帰省して支援している。要支援 1。通所リハビリを週 1 回利用。2 年前から呉市内の楽器店でハーモニカを習っている。脊柱管狭窄症のため腰痛があり、長年続けてきた柑橘栽培をやめ、毎週鍼治療を受けている。妻や近所の知人友人が次々と亡くなり、人と話す機会が激減したことで気分の落ち込みがある。本人が「茶飲み友だちが欲しい」と担当ケアマネジャーに相談し、訪問型サービス・活動 C が開始となった。

2. 作業療法評価

A 氏はとても社交的な方で、車の運転ができ、ハーモニカの練習は每晚欠かさずしていた。腰痛のため長距離は歩けず、することがないため日中はベッドで寝て過ごすことが多かった。食欲がわかず昼食は取らないことが多く、不眠傾向でもあった。デイケアとハーモニカ教室、月数回の受診や買い物で出かける他は家で過ごしていた。

3. 介入の基本方針

A 氏が他者交流できなくなったのはご本人に原因があるのではなく、交流する相手や場がなくなったことに原因がある。以前は妻と一緒に暮らし、近所の人との家の行き来があり、地域の行事や祭りもあった。コロナ禍がきっかけで地域行事や祭りは中止となり、高齢化も進んだため現在もほとんどが再開できていない。

「他者交流ができる場への参加」を目標とし、地域にある集いを紹介して A 氏の意向を聞きながら検討していくこととした。

4. 作業療法実施計画

A 氏へ介入した時期の本サービスは 1 時間の訪問を 2 週に 1 回、3 か月が基本であった。計 6 回の訪問で、①目標の確認と評価②交流の場への参加提案③～⑤参加しての感想や改善点の聞き取り⑥振り返りを行う計画とした。

5. 介入経過

A 氏の住んでいる地域では百歳体操をしているサロンが週 1 回開かれていた。自宅から歩いて行

ける距離の会場だったので参加を提案すると「自分の苦手な人が参加しているので行きたくない」との返答だった。自宅近辺にはそれ以外の集いの場はなく、A氏は車の運転ができるため、他地域での集いの場を探すこととした。

筆者の所属する訪問看護ステーションでは、地域の住民を対象に「健康教室」というイベントを毎月行っていた。看護師が健康に関するテーマの話をし、その後ケーキを食べながらおしゃべりをするという内容である。A氏の自宅から車で30分の場所で開催しており、参加を提案したところ「母親の里で、子どもの頃よく行っていました。懐かしいなあ」と喜ばれ、参加を決めた。

事前にハーモニカ演奏を依頼し、当日は昔の流行歌を数曲演奏してもらった。演奏に合わせて参加者が一緒に歌う場面もあり、A氏は大変喜ばれた。他の参加者と昔の話が弾み、参加を楽しみにするようになった。娘さんからもケアマネジャーにお礼の電話があったという。

自宅では次の健康教室で演奏したい曲のハーモニカ練習をするようになり、「忙しくなったよ」と笑って話された。散歩を再開し、昼食も取るようになった。

作業療法士は訪問時に最近の生活の様子を聞き、必要に応じて助言したり励ましたりしていたが、最終日に「この訪問で少しでも良かったことがありましたか」と聞くと「そりゃ全然違うよ、元気が出る」と即答された。

6. 結果

訪問型サービス・活動C終了時には呉市に報告書などを提出することになっており、この「生活状況評価表」(表1)もその一つである。サービス実施前後での自己評価であり、ここから「腰痛は変わらないし相変わらず不眠もあるけれど、散歩をしようという意欲が出て、気持ちが明るくなった」という結果が読み取れる。

7. 考察

ケアマネジャーがA氏の話丁寧聞き、思いをきちんと拾い上げてサービスにつなげたことでA氏の生活が好循環したと考える。「腰痛があるから身体機能へのアプローチを」と考えてケアプランを立てていたならば今回の結果にはつながって

いないだろう。

		そう思う	ややそう思う	変わらない	あまりそう思わない	そう思わない
運動面	1 歩くのが楽になった		○			
	2 痛みがやわらいだ			○		
	3 身体が軽くなった		○			
	4 身体を動かすようになった	○				
	5 この教室以外に何か運動を始めた	○				
	6 運動をすることが習慣になった	○				
精神面	1 気持ちが明るくなった	○				
	2 元気が出た	○				
	3 会話を楽しめるようになった	○				
	4 他の参加者と会話が楽しくなった					
	5 生活にはりが出てきた	○				
	6 何かしてみたいという意欲が出てきた		○			
その他	1 体調が良くなった		○			
	2 よく眠れるようになった				○	
	3 生活が規則正しくなった		○			
	4 食事が美味しく感じるようになった			○		
	5 身なりを気をつけるようになった			○		
	6 友達ができた(増えた)					
		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1 「生活状況評価表」

人と関われる外出先ができ、ハーモニカ演奏の発表の場ができたことで張り合いが生まれた。昼食や散歩が復活するなど生活習慣も改善し、少しずつ自信を取り戻すきっかけとなっている。A氏の希望通り「人との関わりがあれば元気になれる」ということが証明された形となった。

【作業療法士介入の成果】

作業療法士は対象者の希望する生活の実現に向けて、心身機能のみならず活動や参加へもアプローチする職種である。A氏の心身機能の評価や日常生活の聞き取りをしていく中で、A氏の持つ強みを生かす形で集いの場を検討し、提案することができた。

これまでも、筆者は訪問型サービス・活動Cの中で「家で料理が出来るようになりたい」「趣味のコーラスの会場まで歩いて行けるようになりたい」など対象者の希望に対して実現に向けて取り組んできた。「やりたいことなのに、今できていないのはなぜか」を明らかにするために、対象者の話を聞き、心身機能や環境をみる。「できるようになるためには何が必要なのか」を考えて対象者や環境に働きかける。それが作業療法士のアプローチである。

【今後の課題および展望】

今回のように「利用者本人が達成したい具体的な目標をもっていること」が、本サービスの成功に大きく関わってくる。初回の面接で利用者本人、ケアマネジャー、作業療法士とで明確な目標を合意できるのが理想であり、その目標は活動や参加に関することであることが望ましいと考える。このサービスを通じて、利用者本人が、どんな生活をしていれば自分は元気でいられるのかを理解して、実践し続けられるようになると良い。

この訪問型サービス・活動 C はケアマネジャーや地域住民にまだまだ十分には知られていない。これまでに訪問型サービス・活動 C を利用者に提案したケアマネジャーは、この地域で活動するケアマネジャーの 3 分の 1 である。

何度も利用者に訪問型サービス・活動 C を提案したケアマネジャーは「このサービスをもっと地域住民に知ってもらい、住民自ら『私もこのサービスを使って元気になりたい』と申し出てくれたらいい」と言い、筆者と一緒に訪問型サービス・活動 C のちらしを作成した。このちらしは地域包括支援センターの職員が相談対応時に利用しており、また、地域の民生委員にも配布して説明している。

また、対象者の心身状態が悪くなってしまったからのサービス利用となると、願ったような効果が出ないこともある。入院などの体調変化、家族など人間関係の変化などにより、高齢者の心身状態は容易に変化してしまう。その兆候があればできるだけ早期にこのサービスを利用できるのが望ましいと考える。

本地域には地域包括ケア病棟を持つ病院がある。筆者はその病院のリハビリテーションスタッフや医師にも訪問型サービス・活動 C の紹介をし、退院後にこのサービスを利用することが望ましいと思われる対象者がいれば連絡をしていただきたい旨を伝えている。

実践事例5 訪問

転倒後閉じこもりとなった高齢女性への 訪問型サービス・活動Cでの 作業療法介入

一般社団法人 静岡県作業療法士会
山下 拓朗
(菊川市立総合病院)

本報告においては、事例対象者からの承諾を受けております。

【はじめに】

訪問型サービスCで転倒後閉じこもりとなった高齢女性を担当した。閉じこもりの背景には口腔フレイルから体重減少、そして転倒恐怖心があることが分かった。馴染みの活動である散歩を用い、また口腔・栄養状況を確認しながら関わったことで閉じこもりが解消された。この訪問型サービス・活動Cでの作業療法介入を報告する。

【菊川市の概要】

菊川市は静岡県西部に位置する人口約4.7万、世帯数は約1.9万世帯のまちで、市内の丘陵地にある茶農園地帯ではお茶の生産が盛んに行われている。高齢化率は28.0%、要介護等認定率14.3%、市内には地域包括支援センターが2ヶ所ある。

【事業参画の経緯】

平成27年から市の長寿介護課から筆者の勤務する病院のリハビリテーション科に介護予防事業への協力依頼があり、訪問型介護予防事業(のちに訪問型サービス・活動C)を作業療法士が担当する事となった。市立病院という立場から、以前より行政と病院で協力し合える関係性があったことが参画のきっかけだったと考える。

菊川市の訪問型サービスCではまず初回にオリエンテーション訪問、その2週間後に第1回訪問、その後は1ヶ月毎に第2回、第3回訪問(最終)と計4回の訪問を行っている。毎回、作業療法士1名と長寿介護課もしくは地域包括支援センターの

職員1名で訪問している。初回オリエンテーション訪問では対象者本人との顔合わせと生活の様子や困りごとの聴取、第1回訪問では初回オリエンテーションの情報を基に必要な評価(心身機能評価およびADLや活動の実動作評価)の実施、目標設定、生活動作の指導や運動プログラムの紹介、第2回では指導した生活動作や運動プログラムの実施状況確認、必要に応じてそれらの再指導・修正、最終の第3回訪問では第1回目で行った心身機能等の再評価と目標達成の確認、地域包括支援センター職員への今後の申し送りを行っている。

【事例報告】

1. 事例紹介

70歳代女性、夫と2人暮らし、家事全般は事例が担っていた。特記する既往はなく、腰痛と膝痛があるものの塗り薬で軽快する程度であった。1年前より体重減少、毎月1kg減のペースで現在は35~36kgも、かかりつけ医では血液検査で問題無しとされていた。半年前に転倒して左肋骨骨折受傷、先月末にも転倒があり転倒恐怖感があった。1回目の転倒後に地域包括支援センターへ相談され、市の栄養相談を受けていた。いつからかは不明だが前歯の一部欠損があり、元々噛みにくさがあった。次第に軟らかい物を食べる事が多く、肉や魚は食べられなくなっていた。栄養相談で勧められたこともあり義歯を作成、まもなく完成する予定であった。2回目の転倒後に基本チェックリストを行い、リスク項目が運動3/5、栄養2/2、口腔3/3、うつ3/5で該当となり、当訪問型サービス・活動C事業の対象となった。通所型ではなく訪問型となった理由は夫が病気となり、家を空けることができないためであった。

2. 作業療法評価

初回オリエンテーション訪問と第1回訪問時に評価を行った。本人の希望は「また散歩をしたい」であった。運動機能評価として、握力、3m折り返し歩行時間、開眼片足立ち時間、5m歩行時間(通常、最大)を測定した結果、同性の特定高齢者と比較すると握力のみ低かった(右15.1kg/左13.6kg)。実際に一緒に近所を散歩してみると、運動前後でのバイタルの変化、歩行時のふらつき、

腰や膝の痛みには特に問題がなかった。散歩後には以前は近所の池の周りを一周する事が日課であったが、転倒恐怖感からずっと控えていたことが事例から聞かれた。義歯については完成していたが着け方が分からず、この時はほとんど使っていなかった。そのため食事でも煮物など柔らかい物を変わず食べていたが、以前栄養士から指導された蛋白質の摂取を事例は気にしていた。体重は訪問前の情報と変化なく 35 kg であった。また、事例が使っていた携帯電話に万歩計機能がついており、確認するとこの時点では 1 日約 3000 歩であった。

3. 介入の基本方針

運動機能に関しては握力だけが低値であった事や特に既往がない事から全身筋力の低下だけが問題であると考えた。また、前歯がない事や硬い物が食べられなくなった事から口腔フレイルにより栄養不足や心身の機能低下を引き起こし、さらに転倒してしまった恐怖心から閉じこもりとなってしまうと推察した。そこで口腔・栄養に関してはすでに義歯作成や栄養指導の内容を事例が理解している事から経過観察していく事とした上で、閉じこもりに関しては本人の希望や馴染みの活動である散歩を用い、その成果を数値化・見える化する事で自信が付き行動が変化することを期待した。そこで本事業の目標を「晴れた日は毎日家の近くの池を 1 周散歩する」とし、この目標を本人と共有した。

4. 作業療法実施計画

携帯電話の万歩計機能を使用し、国民健康・栄養調査を基に 70 歳以上女性の平均以上となるように 1 日 5000 歩を目標とし、毎日の歩数を記録してもらった。具体的には、まず 1 ヶ月後には週 2 回家から池まで散歩をする事、2 ヶ月後は晴れた日は毎日散歩する事とした。また、義歯の着け方に関しては歯科医に再度相談してもらい、訪問時には食事形態と体重を確認した。

5. 介入経過

初回から 1 ヶ月後の訪問時、平均歩数/日は 5100 歩と目標を上回っていた。義歯は着け方のコツが分かったと常時着けるようになり、以前の栄養指導のことを思い出して挽き肉をよく食べるように

なると聞かれた。体重は 36 kg であった。事例からは外に行くのも嫌だったけど今は外にいることが多くなったと聞かれた。

6. 結果

初回から 2 ヶ月後の最終訪問時に評価を行った。運動機能評価として、握力、3m 折り返し歩行時間、開眼片足立ち時間、5m 歩行時間(通常、最大)は初回と比べ大きな変化が無かった(握力右 14.3 kg/左 13.7 kg)。天候の影響で外出できない日もあり平均歩数/日は 4650 歩であったが、目標であった「晴れた日は毎日家の近くの池を 1 周散歩する」は達成されていた。体重は 37 kg で徐々に増加、食事ではたくあんを噛めるようになっていた。時に義歯がくしゃみで外れてしまうそうだが訪問翌日に歯科医に行くと聞かれ、困った事があっても事例自身で解決できていた。初回訪問時以降、転倒も無かった。今後については「今後も 5000 歩歩くようにしたい」と運動を継続する意向や「みんなで運動ができる場所に行きたい」「外出、旅行に行きたい」と交流や新たな活動への興味が向いている言葉が聞かれた。

7. 考察

本事例は口腔フレイルから柔らかいものしか食べられなくなり体重減少、そして転倒をしてしまい恐怖心から閉じこもりとなった高齢女性であった。始めは「転倒後の閉じこもり事例」という情報だけだったので、転倒してしまった理由を探るための運動機能評価や義歯や食事の状況について聴取を行い、加えてなぜ閉じこもりとなった経緯をリーズニング(上記の口腔フレイルが発端であった)を行った。筋力低下については事例の馴染みのあった活動である散歩に結び付けて自主トレ指導(万歩計を用いて数値化・見える化)、口腔フレイルに関しては以前に歯科が義歯作成、栄養士が栄養指導で関わってくれた内容を再確認した。結果、体重は増加、散歩も習慣化し歩数も増加、閉じこもりは解消し、さらに外出、旅行への意欲が聞かれるようになった。

よくある閉じこもり事例だと思うのだが、本事例では閉じこもりとなった経緯・リーズニングの説明を丁寧にし、介入は馴染みのある活動で且つ行ったことが可視化できるような工夫をし、そし

てその結果のフィードバック(褒める、称賛する)を行った。これらが不安を少なくする事や自信をつけてもらう事に繋がり、功を奏したと考える。

【作業療法士介入の成果】

心と体と頭(認知)、そして作業と環境を評価でき、そこから対象者の生活の困り事を推論し解決の支援ができること、この作業療法士としては普通の事が対象者だけではなく行政や地域包括支援センター職員にも喜ばれたことが1番の成果だと思っている。ポピュレーションアプローチに比べ個別性が高い訪問型サービスは集団を変化させられず効果が分かりにくい側面があるかと思うが、個別性の高さを生かした細かい気づきや関わりも市まちの健康づくりに必要とされていると実感している。また、目標を作業や活動で表すという作業療法らしさも、対象者にとって将来自分がどのような姿になっているのかが分かりやすく目標にコミットしやすい、また事業終了後にも対象者がその活動を継続しやすい、これらも作業療法ならではの成果だと考える。

【今後の課題および展望】

コロナ渦前は年間 2~3 人の対象者へ訪問を行ってきたが、コロナ渦以降は訪問件数が0件となってしまうている。筆者は市が行っている介護予防対象とした地域ケア個別会議にも参加しており、訪問サービスが必要な事例には担当ケアマネジャーに訪問型サービス・活動Cを提案しているのだが、なかなか上手くいかない状況である。この現状の調査、分析が必要であるが、改めて本事業について行政担当者と話し合い、あるべき姿のイメージを合わせることも必要かと考える。

【参考文献】

- 1) 大淵修一:運動器の機能向上マニュアル(改訂版)。「運動器の機能向上マニュアル」分担研究班. 厚生労働省, 2009.
- 2) 健康局健康課栄養指導室. 令和元年「国民健康・栄養調査」. 厚生労働省, 2020.

実践事例6 訪問

訪問型サービス・活動 C の取り組みを 通して趣味活動が再開出来た事例 ～意味のある作業に焦点をあてて～

一般社団法人 静岡県作業療法士会
上野 真由子
(湖山リハビリテーション病院)

本報告においては、事例対象者からの承諾を受けております。

【はじめに】

富士市は目指す高齢者像を「活力と魅力ある 85 歳」(通称『ふじパワフル 85 計画』)を立案し、地域包括ケアシステムや地域共生社会の実現に向けて包括的な支援体制整備を整えている。本市における訪問型サービス・活動 C (以下訪問 C) は 2021 年から開始され、年々実施件数は増えているが、対象者の受け入れ方法や支援方法等、事業は発展途上にある。

今回、運動指導を目的に訪問 C の依頼があった事例に対して、作業療法士として意味のある作業に着目した支援を実施し、趣味活動を再開することが出来た。支援経過を振り返り、作業療法士が関わったことでの成果と今後の展望を踏まえて報告する。

【富士市の概要】

富士市は、日本の静岡県東部に位置する市であり、北に日本一高い富士山を仰ぎ、南に日本一深い駿河湾を望む、標高差は約 3,680m におよび、海岸線から富士山までを市域に含む唯一である。面積は 244.95 km²、人口は 2024 年 4 月時点で 247,121 人と静岡県内では 3 位の人口規模であり、高齢化率は 28.9%、後期高齢者率は 54.5%、要介護認定率は 15.7%である。鉄道やバスなど交通形態は形成されているが、地形の高低差の影響もあり駅やバス停までの移動が困難なことから、移動手段は自動車(自分で運転と他者の運転する自動車に乗車含む)の割合が 71%となっており、全国平均

46.5%、静岡県内平均 63%の数値から見ても高い数値と言える。

富士市の訪問 C 事業は月 1～2 回程度で最大 6 回とし、訪問時間は 1 回当たり 60 分程度と定められ、運動指導や ADL, IADL に関する支援を事業内容としている。

【事業参画の経緯】

2021 年より専門学校 富士リハビリテーション大学校が本事業の委託を受け始動した。2024 年度からは上記学校を事務局兼支援者として 2 名、更に訪問リハビリテーションに携わっている 3 医療機関の作業療法士 3 名が委託を受け、計 5 名で実施している。富士市は 8 つの包括支援センターが設置されており、1 施設で 2 つの圏域を担当し支援にあたっている。筆者は 2024 年度より事業に参画することとなった。

【事例報告】

1. 事例紹介

A 氏は 80 歳代男性、訪問 C 開始する 3 ヶ月前に要支援 1 の介護認定を受けていた。既往歴は胃癌のみであり自覚症状なく、本人希望により未治療であった。A 氏は 2 年前に妻が死別し後に運転免許返納され、娘と 2 人で生活されていた。日中は独居となり家族以外と話すことも少なく、ベッド上で過ごされ閉じこもった生活を送られており、敷物の段差に躓き転倒することがあった。家庭内の役割として、洗濯干しやごみ捨てを行っていたが、ごみ捨ての移動時は右側に傾いてしまい、途中で止まりながらゴミ捨て場まで歩かれていた。事例からは「歩きが不安定で困る」「車がないと坂ばかりで大変」と訴えが聞かれ、「運動のやり方を教えて欲しい」と希望が聞かれた。娘からは「セニアカーが使えるようにならないか」と希望が聞かれた。

2. 作業療法評価

幼少期の怪我による右足関節の可動域制限と軽度変形、体幹筋力、立位バランス低下が認められた。移動は屋内外独歩にて移動されていたが、自宅内の段差では壁に手をつき昇降していた。自宅環境は平屋の持ち家で事例による手製の柵や手す

りが取り付けられていた。段差上がりの場所には敷物が敷かれていた。自室中心にベッドが置かれ、周囲には趣味であった動画編集の機材がそろっており、部屋中に妻との旅先の写真や家族写真が飾られていた。自宅周囲の公道は傾斜や坂道が多く、ごみ捨て場までは片道 150m 程であり、移動では屋内移動時よりも歩幅を狭め、速度を落とし歩かれていた。路肩を歩くが徐々に中心部によるまたは側溝に近寄る様子が見られた。日中はテレビや撮影した動画を見て過ごす生活を送られていた。興味関心チェックリストの聞き取りでは「買い物」「散歩」「旅行」「車の運転」に興味を示され、「パソコン」「もの作り」はしている項目として挙げられた。

3. 介入の基本方針

評価結果より、転倒や歩行バランスの低下は不活発な生活からくる廃用性の機能低下が影響と考え、①生活リズムの構築、②している作業を通した生活環境の調整、③歩行バランスを改善し、外出に自信をもつことでセニアカーの導入をし、『セニアカーで近隣の公園まで行き公園内を散歩出来るようになる』事を目標とした。事例の強みを生かし主体的に取り組み、成功体験を積み重ねことで自己肯定感を高め、活動意欲を引き出し趣味活動の再開のきっかけとする事を方針とした。

4. 作業療法実施計画

- 1 回目：初回評価、自主トレーニングの提供と生活のアドバイス
- 2 回目：自助具の提供と屋外歩行練習
- 3 回目：セニアカーの操作評価
- 4 回目：公園までの操作練習
- 5 回目：最終評価、インフォーマルサービスの紹介

5. 介入経過

初回支援時、評価結果を事例と家族に説明し、生活行為の目標を合意目標として立案した。

この時点では趣味活動の話題は多く話されるも、再開に関しては躊躇される様子が見られたため目標としては具体化せず、支援の中で促しをかけることとした。自主トレーニングはその場で手書きのメニューを提供し、強みであった「パソコン」「もの作り」を生かし、次回まで文字起こしとト

レーニング用の道具(踏み台)の作成を依頼した。生活のアドバイスは日中の生活習慣の見直しと自宅の段差に敷かれていた敷物を吸着式の敷物への変更を提案した。

2 回目支援時には、前回提示した課題は全て遂行されていた。次に歩行を安定させるための右足変形に対する自助具(足底板)を作成し、歩行の改善が見られた。そのため、自助具の作成方法を事例に助言し、複製を依頼した。非常に意欲的に取り組む様子が見られ、作業療法士が動画編集のコツなどを話題にすると、事例自ら話され話題を広げる様子が見られた。

3 回目支援時には、手持ちの靴に足底板を入れ活用されていた。ケアマネジャー、福祉用具業者立ち合いの下、セニアカーの操作評価を行い、操作方法、交通ルール等の理解度を確認し、導入に至った。作業療法士がこれまで編集した動画を話題に出すと、事例が過去に撮影された動画の上映会を行ってくださった。

4 回目支援時には、目標であった近隣の公園まで走行練習を行った。操作は問題なく遂行出来、走行時の注意点の説明をすることが出来ていた(図1)。公園に行った際には、写真スポットや公園内で見頃となる花が咲く時期などの話題を提示すると、どこからカメラ撮影すると良いかと撮影者として作業療法士に助言をされるようになった。



図1

5 回目支援時には、目標であった公園には複数

回行かれており、公園にて動画撮影や編集をされるようになった(図2, 3)。また、セニアカーに乗る際に使う道具や動画編集のための道具などを購入するためにホームセンターなどにも行かれるようになった。目標達成につき、支援終了とした。



図2

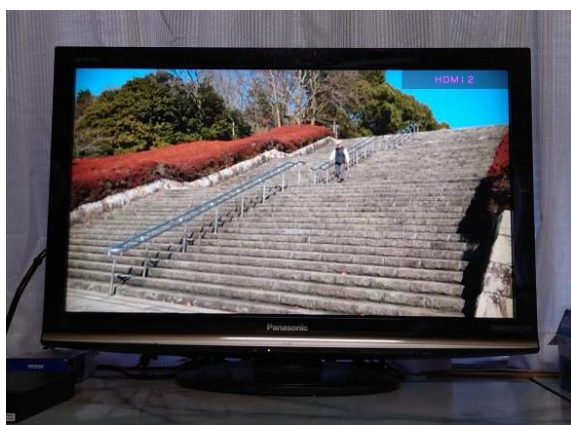


図3

6. 結果

生活リズムや生活環境が整備され、廃用性の機能低下は改善され歩行に対する不安の訴えが消失しゴミ捨て場までは休憩せずに行くことが出来るようになった。また、積極的に活動されるように

なり、庭先の草花いじりや部屋の片づけなども行われるといったように、手段的日常生活動作と生活範囲に拡大が見られた。目標であったセニアカーでの外出も可能となり、事例からは「歩くことに自信が持てて、出かけることが楽しみになった」と週4日以上外出されるようになった。それに伴い、「また映像編集をしようと思えるようになった」「映像編集の趣味のある仲間を探したい」など更なる活動に対して意欲的な発言が聞かれた。

7. 考察

本事例は自立した生活を送られていたが、妻の死や運転免許返納による喪失感から自発性が失われ、閉鎖的な生活となり歩行能力が低下されていたと思われる。訪問Cの支援を通し、自身を客観的に捉えるようになり自助力が向上され、事例の強みを生かした計画的支援を担当の作業療法士と協同することによって自己肯定感が高められ、課題解決の連続により更なる活動意欲につながったと予測される。

【作業療法士介入の成果】

目標達成には開始時のアセスメント、評価と生活課題に即した具体的目標と計画立案が重要と言える。作業療法士が介入した成果として、支援開始時と支援中の2つに分けて記載する。

支援開始時は、事例や家族が提示した作業だけでなく、している作業や意味のある作業に焦点を当てることで強みを引き出す事で多角的な支援に展開することが出来る。また、終了時期を開始時に明示することでモチベーションを高い状態で維持することが出来、終了後の生活を事例がイメージしやすくなる。これらの内容を家族やケアマネジャーと共有することで、合意形成した目標達成に向かう準備を整えることが出来たと思われる。

支援中は、出来ている作業に対する称賛をし、自己肯定感を高めるエンパワーメント支援を行う。強みとなる作業を話題提供し、具体的方策を提示することで、更なる活動意欲を引き出すことが出来、開始時には躊躇されていた趣味活動を再開出来たと思われる。

【今後の課題および展望】

訪問C事業を実施する中で、事業に携わってい

る 5 名の作業療法士とチームを組み、現状の課題と今後の対策を検討し話し合う機会を設けている。現状、年々訪問 C 依頼件数が増加傾向にあるが、対応する作業療法士のマンパワーが不足しており、携わる療法士の増員が急務となっている。人材が増えることで質の確保も重要であり、対象者の生活課題の解決に留まらない包括的なエンパワーメント支援の方法の確立や終了後のフォローアップ体制なども行政側と検討していく必要があると考える。また、訪問 C 事業に携わり、『ふじパワフル 85 計画』の下、富士市民がいつまでも住み慣れた地域で自分らしく暮らしていくためには、個別課題だけでなく地域課題においても作業療法士として目を向ける必要性があると感じた。地形構造にあった移動手段の検討やインフォーマルサービスの拡充など高齢者の自己実現に向けて、地域作りに取り組んでいきたい。

実践事例7 訪問

自立支援のための作業療法士による 訪問型サービス・活動 C

一般社団法人 富山県作業療法士会

○齋藤 洋平

(南砺市地域包括支援センター兼健康課健康増進係)

石崎 麻貴

齋藤 愛佳

高橋 佳孝

(南砺市訪問看護ステーション)

本報告においては、事例対象者からの承諾を受けております。

【はじめに】

富山県南砺市の地域包括支援センターは直営 1 カ所で、高齢者の自立支援を目的に、介護予防・日常生活支援総合事業（以下、総合事業）を担っている。また、令和 4 年 4 月から常勤で作業療法士が配置され、リハビリテーション専門職の視点も含めた総合事業が行える体制となった。

今回、高齢者の自立支援を目的に、作業療法士が関わった訪問型サービス・活動 C の事例について報告する。

【富山県南砺市の概要】

富山県南砺市は、石川県と岐阜県に隣接する県南西部に位置し、2004 年 11 月に 8 つの町村が合併して誕生した。

人口は、少子高齢化の進行や若者世代を中心とした市外への転出の影響で減少し、2024 年 9 月末時点で 46,255 人となっている。また、南砺市の高齢者数は、平成 29 年をピークに減少傾向にあるが、令和 6 年 3 月末の高齢者は 18,543 名、高齢化率は 39.6%と全国平均より約 11.0 ポイント、富山県平均より約 7.0 ポイント高くなっている。一方、南砺市の要介護認定率は 18.5%であり、全国平均、富山県平均と比較し約 1.0 ポイント低く、高齢福祉施策等の効果があるものと思われる。

しかし、引き続き高齢化率や要介護認定率が伸

び続けることが予想され、さらなる自立支援が求められている。

【事業参画の経緯】

南砺市民病院は富山県から地域リハビリテーション広域支援センターと地域包括ケアサポートセンターの指定を受け、南砺市誕生前から地域リハビリテーションや地域包括医療ケアに取り組んできた。作業療法士が関わっている事業は、通所・訪問型サービス・活動 C の他、地域リハビリテーション活動支援事業、一般介護予防事業がある。また、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業にも作業療法士が関わるなど、リハビリ専門職と地域包括支援センターと連携が取れている地域である。

訪問型サービス・活動 C は、平成 31 年から南砺市訪問看護ステーションへ委託された。介護支援専門員からのニーズは年々増加し、令和 5 年度の実績は、開始初年度に比べ約 6 倍となっている。以前は、退院後のリハビリ継続目的での利用がほとんどであったが、最近では、家事や趣味など社会参加を目的とした利用が多くなっている。

【事例報告 1】

安全な生活や趣味再開を目指した
作業療法士の介入

1. 事例紹介

90 歳代男性。独居で子供 2 人は他県在住。若い頃からカメラや唄、三味線、ペタンク等、活動的な方であった。令和 4 年に要支援 1 の認定と同時に運転免許証を返納した。加えて、妻が亡くなったことで、意欲低下、食欲低下、不眠などのため閉じこもり傾向となり、通所介護サービス、訪問介護サービスが開始となった。しかし、その後も自宅内での転倒したり社会参加に繋げることはできなかった。

令和 6 年新型コロナウイルス感染症罹患後、廃用による ADL や IADL の低下に対して、作業療法士による訪問型サービス・活動 C が開始となった。

2. 作業療法評価

認知機能は保たれているが、身体機能や運動耐容能の著明な低下のため、T 字杖 10m 往復でふら

つきや息切れあり。通所介護サービス以外の外出はなく、趣味も中止していた。

3. 介入の基本方針

家族からは、独居を継続し、意欲的な利用者に戻ってほしいとの希望があった。また、本人も一人で買物に行ったり、外出したりしたいとの希望があった。そして、近所へ買い物や趣味に出かけることを本人・家族、介護支援専門員、作業療法士で目標として合意を図った。

4. 作業療法実施計画

①300m先のスーパーまで歩いて買い物することができる

①-1. 自宅でできる運動や体操の指導

①-2. 買い物へ行くことができるよう、歩行補助具の紹介と休憩できる場所の設定

②趣味のために外出することができる

- ・写真を撮る動作の指導や環境整備

③安全な生活環境作り

- ・転倒既往のある玄関や寝室の環境整備

5. 介入経過

①-1. 自宅でできる運動や体操の指導

- ・自宅にあるものを使った運動や体操を指導。しかし、自主訓練として継続することが難しかったため、実施記録ノートを作成し、訪問時に称賛する等、動機付けを図った。

①-2. 買い物へ行くことができるよう、歩行補助具の紹介と休憩できる場所の設定

- ・歩行が安定しない時期にノルディックポールを使用し、その後T字杖へ移行した。また、スーパーまで同行し、休憩場所や悪路等の確認と応用的な歩行訓練を繰り返し行った。

②写真を撮る動作の指導や環境整備

- ・訪問時に写真を撮りに行き、写真撮影動作の指導、工夫などを指導した。

③転倒既往のある玄関や寝室の環境整備

- ・ベッド柵を枕元に移設し、立ち上がる位置に滑り止めマットを設置した。しかし、これによって布団が落下してしまうため、布団落下防止対策も並行して行った（図1）。

- ・屋外への歩行訓練や玄関手すりを使った安全な移動方法を指導した。また、セニアカーのある車

庫の出入り練習を行った。



図1

6. 結果

全12回の訪問を実施し、転倒歴のある場所を環境整備したり、動作指導することで、転倒することはなくなった。また、スーパーへの買い物や写真撮影を再開（図2）し、現在は、さらに遠方まで、セニアカーで行ったり、パソコンを使って写真を編集したものを通所介護サービスでお披露目されたりしている。訪問終了後、通所リハも追加し、さらなる自立支援を目指している。



図2

【事例報告2】

障害を持ちながらも安全な生活を目指した作業療法士の介入

1. 事例紹介

70歳代女性。子供と2人暮らし。令和3年頃か

ら、脊椎疾患等による神経症状のため歩行能力低下がみられた。令和5年新型コロナウイルス感染症罹患後、肺炎や圧迫骨折合併し、要支援2となった。その後、福祉用具や歩行補助具を導入したが、ADLやIADLに課題がみられたため作業療法士による訪問型サービス・活動Cが開始となった。

2. 作業療法評価

すくみ足や足を横に広げた歩行であり、わずかな段差でも介助が必要で、数十m・5分程度の歩行であった。ADLやIADLに軽度の介助を要し、受診以外の外出機会がなかった。

3. 介入の基本方針

発症前の自宅内の生活や家族との外出ができるよう、本人・家族、介護支援専門員、作業療法士で目標として合意を図った。

4. 作業療法実施計画

①安全なADLのための環境作りと動作訓練

①-1. 浴槽環境を整え、立ち上がりなども安全にできるよう動作指導

①-2. 玄関や屋外などの危険個所の確認と環境整備

①-3. 数百mの歩行訓練が行えるよう、歩行訓練とともに歩行補助具などの紹介

②座って仏壇参りができる

②-1. 安全な動作方法の指導や環境整備

②-2. 下肢のストレッチや筋力増強訓練等の自主訓練指導

③家族と買い物に行くことができる

・家族でも屋内外で介助できるよう、安全な動作の指導や歩行補助具等の紹介

5. 介入経過

①-1. 浴槽環境を整え、立ち上がりなども安全にできるよう動作指導

・シャワーいすの導入や立ち上がりせずに浴槽へ入りする方法を指導した。

①-2. 玄関や屋外などの危険個所の確認と環境整備

・屋外までの動線にある手すりの使い方や段差の昇降方法を繰り返し練習した。

①-3. 数百mの歩行訓練が行えるよう、歩行訓

練とともに歩行補助具などの紹介

・屋外歩行は、訪問の際に、作業療法士との訓練から開始し、数百mまで徐々に延長した。

②-1. 安全な動作方法の指導や環境整備

・立位から正座までの動作練習を反復して行った。1人の時間の安全を考慮し、低床いすも導入した。

②-2. 下肢のストレッチや筋力増強訓練等の自主訓練指導

・下肢のこわばり軽減のために下肢のストレッチを指導したり、筋力増強訓練等の自主訓練を指導した。

③家族と買い物に行くことができる

・買い物に行くことを想定し、歩行や段差昇降の介助方法や注意点を指導した。

6. 結果

シルバーカー使用し、数百mの歩行が可能となった。また、ショッピングカートを使用することで、家族と買い物ができるようになった。仏壇参りは安全のため、1人の時は低床いすでのお参りとしたが、家族の見守りがあれば、正座でお参りができるようになった。その他、浴室、玄関等も動作訓練を反復したことで、自立や見守りでの動作が可能となった。

7. 考察

2つの事例で共通しているのは、利用者のニーズと予後予測を踏まえ、介入当初から明確な目標を立てると共に、利用者・家族と介護支援専門員で明確な目標の合意を図っていることである。そして、目標を達成するために、機能訓練ばかりではなく、利用者に影響を与える要因のアセスメントを行ったうえで、同時に適切な介入を行っていた。これらが、効果的な自立支援のための訪問型サービス・活動Cに繋がったと考えられる。

さらには、2つの事例には、訪問型サービス・活動Cの利用後、新たな社会参加がみられる。これは、訪問型サービス・活動Cが利用者とその家族に貢献したとともに、社会参加への汎化をもたらすことを示している。

【作業療法士介入の成果】

作業療法士による訪問型サービス・活動Cは自立支援であり、新たな障害や課題を抱えた利用者

にとっては、社会への再適合である。このためには、障害がありながらも、住み慣れた場所で、どのように暮らしていくかが大切な視点である。また、成果として、新たな社会参加がみられたことから、今後の高齢者の自立支援のために、作業療法士による「応用的動作能力又は社会的適応能力」の訪問型サービス・活動Cが、大きな役割を担っていると考えられる。

【今後の課題および展望】

訪問型サービス・活動Cは、適切なタイミングで速やかに利用に繋げることが大切である。利用者は、退院後や増悪後のサービス利用が多いが、開始までに時間が空くことがある。

円滑に繋げるためには、日頃から、地域ケア個別会議で地域資源の情報を共有したり、サービス担当者会議や退院前カンファレンスなど、多職種で利用者の状況を共有することだと考える。また、地域包括支援センターや行政機関に作業療法士が配置され、自立支援のために総合事業を活用したり、緊急訪問や福祉用具の相談等、即座に対応できることが理想である。

そして、いかなるサービスや事業であっても、利用者のリハビリテーションへの依存を作らず、利用者の自主性を高めることが大切である。過去の様々な事業を振り返ってみると、最大の課題は依存であったように思う。作業療法士がその役割を適切に発揮することができれば、総合事業がさらに有益な事業になるのではないかと考える。

実践事例8 併用

地域包括支援センターと連携して 訪問型サービス・活動 C の介入を行い、 閉じこもりを予防し、 ボランティア活動を再開できた事例

一般社団法人 京都府作業療法士会
○大久保 洋平
(市立福知山市民病院リハビリテーション科
兼福知山市役所健康福祉部 高齢者福祉課)
高岡 克弘
(福知山市南陵地域包括支援センター)

本報告においては、事例対象者からの承諾を受けて
おります。

【はじめに】

国道沿いを通りかかると、真夏でも寒い冬でも、歩道の手すりを雑巾で拭かれている姿を時々見かける。商店街であいさつを交わすこともある。地域で生活されている一人の高齢の女性である。以前、歩くことに不安感があり買い物に行けず、配食サービスを利用されることになった女性である。そこへ訪問した地域包括支援センターの職員が、配食サービスの利用だけでは閉じこもりになると判断して、訪問型サービス・活動 C の利用へすみやかにつなげ、3か月の介入期間を経て、運動器の機能改善のみでなく、ボランティア活動の再開に至った事例である。

【福知山市の概要】

京都府北部の福知山盆地に位置する福知山市は、人口約 75,000 人 京都市からは 60 km、大阪市からは 70 km の距離にある。

高齢化率は 2022 (令和 4) 年では、国の値より 1.2 ポイント高い、30.2% である。

また、要支援・要介護認定者の状況は、2023 (令和 5) 年 3 月末現在における第 1 号被保険者数は 22,842 人、要支援・要介護認定者数 (第 2 号被保険者数を含む) は 4,973 人で、第 1 号被保険者数に対する認定者数の比率 (認定率) は

21.8% である。

要支援・要介護認定者数及び認定率は、2018 (平成 30) 年以降、増加傾向にあったが、2022 (令和 4)・2023 (令和 5) 年には若干減少 (低下) している⁽¹⁾。

【事業参画の経緯】

訪問型サービス・活動 C (以下、訪問型 C) を担当している作業療法士 (筆者) は、市立福知山市民病院と福知山市役所高齢者福祉課を兼務し、市役所に常駐している。サービス C 事業のほか、介護予防普及啓発事業、福祉用具住宅改修支援事業、一般介護予防事業等も担当している。

福知山市の短期集中予防サービス事業 (以下、サービス C) は、通所型サービス・活動 C (以下、通所型 C) と訪問型 C を組み合わせて実施している。2023 (令和 5) 年度より訪問型 C 単独利用も可能としている。

利用期間は基本 3 か月、必要に応じて最大 6 か月まで延長あり。週に 1 回 (全 12 回) 通所型に通い、月に 1 回程度 (期間内 4 回程度) リハビリテーション専門職が自宅を訪問する。通所型 C は、市内のリハビリ型デイサービス事業所に業務委託されており、市内 4 会場で実施している。通所型 C は送迎がある。

訪問型 C は先述の作業療法士 (筆者) が市内全域を訪問している。通所型 C・訪問型 C とともに利用者の費用は無料としている。

2023 (令和 5) 年度の利用実績は、通所型 C は 73 名 (延べ参加 744 回)、訪問型 C は 85 名 (延べ訪問回数 304 回)、訪問型 C のみの利用は 6 名であった。通所型 C と訪問型 C の利用人数の差は、初回訪問から通所型 C 開始までに 6 名が疾患の増悪などで利用中止となっているためである。

サービス C 利用の流れは、サービス C 利用を希望する場合、担当のケアマネジャー、地域包括支援センターまたは高齢者福祉課に相談いただき、担当ケアマネジャーが高齢者福祉課へサービス C 利用申請書を提出する。その後、市役所のサービス C 担当 (筆者兼務) が通所型 C 事業所、ケアマネジャー等とサービス C 開始へ向けた日程調整等を行う。

利用希望者については全例、市から主治医に対してサービス C 利用に関する注意事項など意見照

会（サービス C 参加意見照会票という、書類作成費用は福知山医師会と単価契約）をしている。

初回の訪問日は、サービス担当者会議を兼ねて実施。利用者、担当ケアマネジャー、通所型 C 担当者、訪問型 C 担当者、必要に応じて福祉用具貸与の事業所担当者が集まり、問題点、課題の抽出と、利用者の意向や希望を確認する。身体機能面のみでなく、日常生活動作の改善や、社会参加（通いの場への参加）できるよう、具体的な短期目標、長期目標を定めて、プログラム内容を共有しながらサービス C を実施する。

【事例報告】

1. 事例紹介

70 代・女性 一人暮らし

X 年 3 月 脳出血発症し、A 病院で 3 週間入院治療し、リハビリテーションの途中であったが希望退院したとのこと。退院後、スーパーへ買い物に行った帰り道で、買い物袋を持ったまま転倒し、通りがかりの人に助けてもらい帰宅する。

その後、外出の不安があり、配食サービスを利用するため、民生委員より地域包括支援センターへ相談が入る。民生委員と地域包括支援センター職員 2 名が自宅訪問し、これまでの状況や本人の身体状況を確認し、回復の可能性があるかと判断し、サービス C の利用を勧め、同時に介護認定の申請をされた。脳出血後、1 か月以内にサービス C 利用開始となった。

2. 作業療法評価

X 年 4 月 サービス C 初回訪問実施

主訴：「足のスネボン（膝）が痛い」特に右膝の痛みが強いとのこと

「目が先の方は二重・・・」複視があったが、軽快傾向とのこと

初期評価

麻痺：明らかな運動麻痺は認めず。明らかな運動失調なし

筋力：下肢筋力低下あり

（特に左股関節外転が弱い）

痛み：両膝関節痛あり（夜間痛：なし 安静時

痛：なし 歩行時痛：あり）

両膝金属支柱付きサポーター使用中（かかりつけ

の整形外科で処方）

開眼片足立ち：右 1 秒 左 2 秒

歩行：歩隔が広い（足を広げて歩いている） 屋外は T 字杖使用

社会参加：国道沿いの花壇の手入れや、歩道の手すりを拭いたり清掃をボランティアで行っていたが、転倒した後からは歩行不安感があり実施していない。

3. 介入の基本方針

一人暮らしを維持するため、歩いて買い物に行けることを中期的な目標とした。

長期目標（社会参加）は、歩行持久力が改善することで、元々行っていた、歩道の清掃や花壇の手入れなどのボランティアを再開・継続につながり、フレイル予防（閉じこもり予防、社会的フレイル予防）になると考えた。

また、脳出血発症前より、膝関節痛による運動制限があり、フレイル（身体虚弱）が進行していた可能性が高いため、まずは安全に歩行できるための下肢筋力の改善を目指した運動を実施する。併せて、膝関節痛の軽減のためにストレッチ運動も指導することとした。

4. 作業療法実施計画

1) 筋力強化練習

方法：立位で股関節の外転運動

目的：中臀筋を強化し、立位バランスを改善する。

2) ストレッチ運動

方法：椅子座位で膝の自動屈伸運動

目的：ダイナミックストレッチを行い、膝関節周囲筋の柔軟性を改善することで、膝関節痛の軽減や、関節可動域の改善も期待して実施

3) 歩行練習

方法：実際に屋外で歩行練習を行う（筋力強化の状況に応じて実施）

目的：歩行持久力を改善し、歩行不安感を軽減させる。

4) 通所型 C との連携

サービス C 期間中を通して、身体状況や目標を情報共有し、運動の習慣化を促す。

5. 介入経過

初回訪問後、自主練習メニュー（やってみよう

メニュー) (図1) を作成し、2回目訪問日までに手元に届けて、運動を促した。

通所型Cでは、体力測定後に、バイタルや膝関節痛の状態を確認しながら運動を実施した。歩行不安感は徐々に軽減し、花壇の手入れができるようになるなど、生活範囲が拡大していった。



図1 やってみようメニュー

6. 結果

1) 「草引きができるようになった」「杖を忘れて、忘れて」

屋外歩行も杖が無くても歩けるようになった。草引きをするなど生活範囲の拡大ができています。開眼片足立ちも改善している (図2)。握力もわずかながら改善あり (図3)。

2) 「こばれんほど痛いではない」 (我慢できないほど痛いことはない)

開始8週目頃より、通所型Cでの膝関節痛の痛み訴えがなくなった。

自主練習による膝関節の痛み増悪の訴えなし。

3) 「葉ボタンの種まきした」

TUGテスト (Timed Up & Go Test) の改善あり (図4)。

花壇の手入れができるようになった (図5)。

病院や買い物へ歩いて行けるようになった。

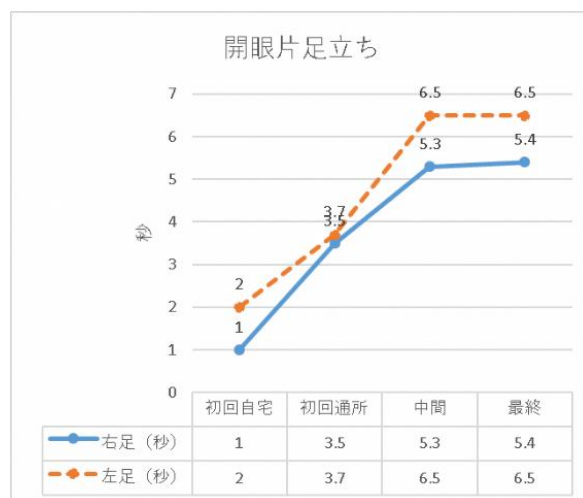


図2 開眼片足立ち

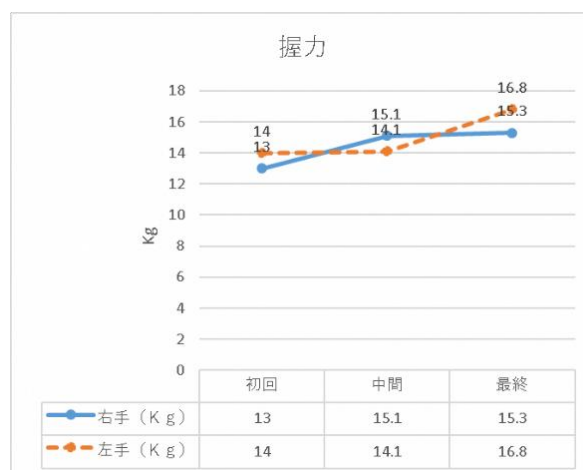


図3 握力

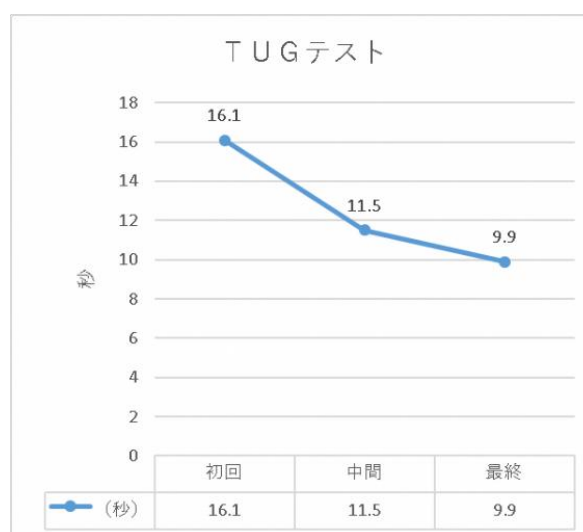


図4 TUGテスト



図5 種から育てた葉牡丹

7. 考察

厚生労働省によると、ボランティア活動は自己実現への欲求や社会参加意欲が充足されるとされ、ICF(国際生活機能分類)の「活動と参加」の領域に該当している。

今回の事例は、「買い物に行く」という生活に必要な活動と、「ボランティア活動の再開」という社会参加を、サービスC終了後も継続する目標に設定しサービスCを行った。

目標を設定するために、作業療法士は身体機能面の評価と生活面(住環境、趣味や興味を含めて)の評価を行う。身体機能面では麻痺の程度や、筋力や関節の状態を評価し、利用者と通所型Cの職員に現状や改善の可能性、改善までの予想期間を伝えることで、段階的な目標設定がしやすくなり、自主練習の継続も促されていると考える。改善できた運動器の機能を実生活に活かせるように、訪問型Cでは実生活の場で活動を評価し、ときには一緒に買い物に行くなど実動作で練習できることがサービスCの利点であると考え。

【作業療法士介入の成果】

・「サービスCは非常に好評で、卒業後も訪問時に指導を受けた体操を続けている、と話される方が多いです」

・「身体機能の維持向上だけでなく、気持ちも前向きになられたり、楽になったと言われる方も多数おり、サービスCは利用者の方にとっても好評です」

・「専門職の視点で対象者をみられ、勉強になる。本人も自身の身体のこと、気になっていたところのことを説明を受け、参考になっている」

これらは、令和4年度にサービスC事業につい

て高齢者福祉課が、地域包括支援センターと在宅介護支援センターに向けてアンケートを行ったときの、意見等に記されていた一部抜粋である。筆者はコロナ禍も休むことなく、約7年間、訪問型Cを一人で行っている。アンケート当時、意見の多くが好意的なものであったことに安堵したことを覚えている。作業療法士が介入するためには、依頼が無いことには始まらない。一つひとつの事例に、確実に結果を残していくことが、他職種の信頼につながり、作業療法士が専門性を発揮できる場が与えられると考える。

【今後の課題および展望】

サービスCが、いつでも安全で効果的なものであるよう、専門性を維持し、多職種連携の中で、サービスCが日常生活・介護予防の中で普遍的な制度となるよう自己研鑽に努める。

【参考文献】

1) 第10次福知山市高齢者保健計画（第9期福知山市介護保険事業計画）、2024

実践事例9 通所

通所型サービス・活動 C を利用して 閉じこもりから運動や趣味の サークル参加が習慣化できた事例

一般社団法人 東京都作業療法士会
中里 武史
(東京都作業療法士会 事務局)

本報告においては、事例対象者からの承諾を受けております。

【はじめに】

東京都作業療法士会（以下、当会）では東京都墨田区からの依頼により通所型サービス・活動 C 事業（以下、通所 C）を受託した。通所 C とは自治体が事業対象者や要支援者の日常生活に支障のある生活行為を改善するため専門職により短期間に集中して実施する介護予防の通所事業である。この度の通所 C では介護予防のセルフマネジメントの向上を主の目的として、個別面談を重視したプログラムを実施している。

【東京都墨田区の概要】

墨田区は東京都の東部に位置し、西は隅田川、北から東は荒川に囲まれている。区の形は南北にやや長く、地形は平坦な低地で面積は 13.77 km² と東京都 23 区中 17 番目の広さである。

2023 年 10 月時点の総人口は 283,931 人、高齢化率は 21.1%。東京圏への転入超過の影響で総人口は増加傾向で推移しており、区の南部には両国や錦糸町、隅田川に面する西側中央部に東京スカイツリーが位置する。区の南部に比べて北部の高齢化率が高い傾向にあり、今回の事例対象者の住む圏域は高齢化率 24.7%、後期高齢化率 14.1% である（墨田区高齢者福祉総合計画第 9 期介護保険事業計画を参照）。

【事業参画の経緯】

本事業は墨田区からの委託を受け、セルフマネジメントの向上を主の目的とした事業として一般

社団法人東京都作業療法士会、公益社団法人東京都理学療法士協会、東京体育機器株式会社の 3 社協同事業として開始となった。

通所 C の実施にあたり開始 1 か月前には作業療法士が利用者の自宅へ担当ケアマネジャーとともに事前訪問し、予め事業の説明と生活状況の確認を行い、利用目的の共有を図っている。定員は 10 名、全 12 回、週 1 回 90 分送迎付きのプログラムで、「活動日誌」として毎日の活動をノートに記録していただいている。通所において作業療法士はグループワークやフレイル予防の講話を担当しつつ、体操のプログラムと並行して理学療法士とともに毎回 15 分程度で利用者 1 人ずつと取り組み状況と毎週の生活について個別面談を実施する。また、通所終了 1 か月後、3 か月後にはフォローアップを実施し、終了 3 か月後には再度体力測定や生活状況の評価を行っている。

【事例報告】

1. 基本情報

A さん、80 代女性、事業対象者。ネクタイ加工を生業にしていた自宅にて三女と同居。夫が亡くなった後は廃業と感染症予防により利用開始までの 1 年はほとんど外出しない閉じこもりの生活であった。主な家事は三女が担っており、日中はほとんどジグソーパズルを行って過ごしている。歩行の不安から地域包括支援センターへの相談時に体操の自主グループに誘われ参加するようになる。会場まで行き来するだけでも疲労がつよく 10 分歩くと呼吸が苦しくなる状況であった。医療機関受診にて運動は制限なしと診断され、社会参加する機会を増やしたい想いもあり、通所 C の利用へと至った。

2. 事前訪問と目標の確認

利用申し込み後に担当ケアマネジャーと作業療法士にて自宅に訪問し、通所開始前にプログラムの説明と目標の確認を行った。手芸、編み物、パッチワークが好きで手芸本が最近出てきたので家でもやりたい、自主グループに楽に通えるようになりたいと話される。通所での目標として、自主グループへの参加継続と合わせて「小物をつくって人にあげられるようになりたい」として共有した。

3. 通所の経過

【1回目～3回目】

「日頃からどのような健康の取り組みを行っているか」というテーマで利用者間の理解や交流の促進を図るグループワーク（図1）を実施したが、通所開始当初は交流も遠慮がちであった。週1回の自主グループには歩行補助具の使用なく休み休み会場に向かい参加を継続していた。通所3回目頃より朝の散歩を開始するようになり、無理のない歩数として1日4000歩から目標とすることを確認した。ケアマネジャーから自宅に残っている生地で地域包括支援センターに飾るパッチワークをつくってほしいと頼まれたと話し、自宅でもミシンを出して手芸をしようと試み始めている様子が見られるようになった。



図1 「通所の様子(講話・グループワーク)」

【4回目～6回目】

朝の散歩が継続され、毎朝会う人と挨拶したりおしゃべりしたりするのが楽しいと話されるようになった。自宅では依頼されたパッチワークと趣味のジグソーパズルを交互に行って過ごしていた。対人交流の意欲向上が伺えるようになったものの、手芸については「こんな出来でよいのか、色選びはセンスがない」といった自己有能感の低さが伺える発言がみられていたため、個別面談の際に「目標に掲げたので残りの期間で通所利用者の皆さんにプレゼントをつくりませんか？デザインや作るものは自分で考えましょう。」という提案を行い自宅にて実践していただいた。

【7回目～12回目】

朝の散歩と自主グループ参加が習慣や楽しみとして続けられるようになり、呼吸苦は徐々に軽減傾向となった。通所利用者の方々へのプレゼントに

については自ら「蓋を開ける滑り止め」と「アクリルたわし」（図2）を選択して自宅にて作成を進めていただいた。自宅にある材料で作れるという話であったが、ほしい材料があったとのことでショッピングセンターまで出かけたと話され、呼吸苦がある中でも活動範囲の広がりが伺えるようになった。通所中も他利用者と笑顔で自発的に交流することが増え、最終日に他の利用者の方々へ作品をプレゼントすると、つくったものが人に喜んでもらえる嬉しいと話された。



図2 「利用者さんにプレゼントした作品」

4. 結果

活動日誌の記録（図3）や面談を通じてAさんの健康推進のポイントは「社会交流」と「手芸」であることを本人とも共有しながら通所での面談による支援を行った。その結果、朝の散歩と自主グループへの参加が習慣化し、社会交流を楽しく感じることで相乗的に手芸にも意欲的に取り組むようになった。体操グループだけでなく、通所終了後

8/21 ()	したこと	散歩行く	😊😊😊😊😊😊		
内容	1. 朝の散歩と朝の挨拶が楽しくなった。				
人と交流した	人のためになった	楽しんだ	頑張った	新しいものを得た	
8/22 ()	したこと	1. 朝の散歩と朝の挨拶	😊😊😊😊😊😊		
内容	2. 朝の散歩と朝の挨拶が楽しくなった。				
人と交流した	人のためになった	楽しんだ	頑張った	新しいものを得た	
8/23 ()	したこと	朝 散歩	😊😊😊😊😊😊		
内容	3. 朝の散歩と朝の挨拶が楽しくなった。 ボランテアでお願いがあった。 8月23日は				
人と交流した	人のためになった	楽しんだ	頑張った	新しいものを得た	

図3 「Aさんの活動日誌の記載」

に手芸のグループにも参加するようになり、終了後3か月後のフォローアップ時には体力測定の結

果はさらに向上していた（表1）。川沿いを歩く自主グループにも新たに参加してみると話されており、活動範囲がより広がって社会参加機会も増えている。通所でプレゼントとして作った滑り止めを町会など他の場面でも同じように配ったところ好評で喜んでもらっていると経過について話され、達成感や自己有能感も向上した様子が伺えるようになった。

表1. Aさんの体力測定結果の変化

体力測定結果	初回時	終了時	3か月後
握力	22.9 kg	21.4 kg	24.8 kg
開眼 片足立ち	24.1 秒	18.3 秒	24.9 秒
通常5m歩行時間	1.25 m/秒	1.13 m/秒	1.25 m/秒
最大5m歩行時間	1.38 m/秒	1.42 m/秒	1.47 m/秒
TimeUp&Go Test	8.5 秒	7.2 秒	8.0 秒
主観的健康観	ふつう	まあよい	まあよい

5. 考察

Aさんは閉じこもりの期間があったことで、通所開始時には息切れがあり、交流も内向的で自己有能感の低さも伺えていた。心身機能面においては通所期間も自主グループへの参加を継続し、散歩での交流の楽しさも感じられたことで運動機会を増やすことにつながった。散歩を習慣化できたことで自己の取り組みにも自信が付き、手芸作品を通所利用者へプレゼントしたことで課題であった自己有能感にも働きかけることができた。また、手芸を通じて新たなグループの参加にもつながったことで、通所終了後も健康状態が維持向上できていたと考えられる。

このたびの支援では個別面談を重視して本人の生きがいや活動の波及効果の見込める作業（今回の場合は社会交流や手芸）を後押しした。対話を通じて課題や目標を共有しAさんの意思決定を実践したことで、通所終了後も健康的な活動が継続でき、セルフマネジメントの向上を図ることができた。また、担当ケアマネジャーとも事前訪問の

時点から方針や目標を共有したことで、自宅でのパッチワークや新たな手芸グループの参加に向けた円滑な支援や連携につなげることができた。

【作業療法士介入の成果】

厚生労働省は、「介護予防とは、単に高齢者の運動機能や栄養状態といった心身機能の改善だけを目指すものではなく、心身機能の改善や環境調整などを通じて、日常生活の活動性を高め、家庭や社会への参加を促し、それによって一人ひとりの生きがいや自己実現のための取組を支援して、生活の質（QOL）の向上を目指すものである。」としている。今回の通所Cを通じて、自治体や地域包括支援センターに対して、対話による関わりが心身機能だけでなく生活習慣やセルフマネジメントの向上にも効果があることを示すことができた。

作業療法士は一つの生活行為から波及効果として将来の活動や社会参加に発展する可能性を意識して支援を行う。対象者のこれまでの生活背景、過去の経験や価値観を踏まえてポイントとなる生活行為を見極めて対話をすることで、行動の変化や意欲につながる効果的なフィードバックが行えたと考えられる。また、作業療法士は生活機能に影響を与える「背景因子（環境因子・個人因子）」を踏まえた働きかけを行う。

通所の特性を活用して利用者間の関わりやそれぞれが取り組んでいることへの理解を深める働きかけをしたことで、他者から受ける刺激やフィードバックの機会が増し、自信や有能感、交流への意欲を有効に引き出すことにもつながることができた。

取り組みをわかりやすく支援者や住民に情報提供してことが課題である。他の介護予防事業や地域の取り組みとも連動していくことで、地域における自立支援・重度化防止の課題により密接した事業とできるように今後も努めていきたいと考えている。

【引用・参考文献】

1) 厚生労働省ホームページ：介護予防マニュアル 第4版

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_25277.htm
1 (2025年1月28日)

2) コーチ・エイ(著), 鈴木 義幸(監修)：コーチ

ングの基本. 日本実業出版社, pp18-19, 2009

3) 日本作業療法士協会：作業療法マニュアル

75 生活行為向上マネジメント改訂第 4 版, 2022

実践事例10 併用

医療機関から退院直後に活用し 地域へ繋いだ事例

一般社団法人 宮城県作業療法士会
太宰 あすか

(医療法人社団東北福祉会 仙台市介護予防・日常生活支援総合事業 セんだんの丘ぷらす)

本報告においては、事例対象者からの承諾を受けております。

【はじめに】

せんだんの丘ぷらすは、開設当初から「地域に根差した介護予防」を方針として、積極的に地域へ赴き介護予防を図ってきた。この度総合事業が通所型サービス・活動C事業を利用することで地域住民の方の介護予防へ貢献できた成果を事例を基に報告する。

【仙台市の概要】

仙台市は宮城県のほぼ中央に位置し、伊達政宗公の時代から、東北地方の中心都市として発展してきている。

東北地方で唯一の政令指定都市である仙台は、109万人の人口を擁し、首都圏からの良好なアクセスもあいまって、周辺市町村を含めて約150万人の仙台都市圏を形成し、東北地方の商業の中心となっている。

仙台市の面積は、宮城県全体の10%に過ぎないが、県内の都市機能の多くは仙台に集中しており、域内総生産は県全体の半分以上を占めている。東北地方で見ても、東北地方全体の域内総生産のうち、約15%を仙台市1市で生み出している(仙台市HPより引用)。

高齢化率は令和6年時点で29.5%となっており、年々増加している。高齢者は市立の文化施設を半額又は無料で利用できるなど高齢者向け減免制度は多数ある一方で、介護予防事業所数は横ばいで推移している。

【事業参画の経緯】

せんだんの丘ぷらすは、今回の通所型サービス・活動C事業(以下通短サービス)の委託元である仙台市より、前身となったモデル事業を平成20年に受けた過去がある。介護予防には早期の介入が重要だと考えていたので、今回の通短サービスもモデル事業の段階から公募により選定され、地域住民のために仙台市へ現場からの声を届けたいと思い、令和6年度の新規事業も引き続き公募に応募し選定された。

【事例報告】

1. 事例紹介

薬剤性間質性肺炎にて入院しX年11月に退院した時点で、動作時に息切れがひどく歩行時のふらつきが顕著で自宅内でも転倒リスクが高かった70代女性。要支援1の認定を受けたが、本人は介護保険を使わずに自立生活を目指したいとご希望があり、地域包括支援センターから同年11月中旬に相談があった。せんだんの丘ぷらす以前に立ち上げた、地域住民主体の自主活動グループ(以下自主グループ)に参加していた方だったので、人物像の共有がスムーズであった。

日常生活動作の低下が著しく、早急な介入が必要と思われたが、仙台市からの委託事業である通所サービス・活動C事業は原則として直近に入院していた方は対象外となるため、各方面へ確認をした上でせんだんの丘ぷらす独自事業の「転倒無士(てんとうむし)クラブ」(無料)を利用し、状態を鑑みて通短サービスへの移行を検討することとした。

2. 作業療法評価

椅子やベッドからの立ち上がりではふらつきがあり、手すりが必須となっていた。手に頼りがちな動作となっているので、効率よく動くためのポイントをその場で伝えると動作の改善が見られ、習得のスピードは速いと判断した。

入院中に歩行器操作を練習したと話していたが、玄関からの出入りでは筋力低下の影響で性急な動きが見られ、公道までの階段ではどちらの足から乗降した方が安定するかも分からない様子だった。寝室が2階なので階段は必須となるが、毎度四つ這いで乗降している。自身の体がこういった姿勢

になっているか顧みないままで動くことに加え、両足の浮腫みによって感覚が入りづらい様子が伺えた。洗濯物を干そうとすると後方へバランスを崩し、食事の用意・片付けでは長く立っていると呼吸が苦しくなるなど応用的な生活動作は難しくなっており、殆ど夫に頼んでいる現状を申し訳ないと思っている。

今は主治医が車の運転を禁止されているが、以前は集会所での自主グループへ地域住民を送迎したり民生委員を担ったりしていた過去もあり、地域での役割活動が生きがいになっていた。

3. 介入の基本方針

作業療法評価をサービス提供に関わる全職員で共有し、医療的リスクを考慮しながら段階づけることで身体機能の向上を図る。自宅内動作の安定だけではなく社会活動も見据え、安全に移動できる範囲を拡大することとした。また、通短サービス修了後も自立した生活を確立するため、生活自体をレベルアップし自己管理できるようにしていく。

4. 作業療法実施計画

3ヶ月後に達成したい長期目標は「歩行器や杖を使い分けて転倒なく歩く事ができる」「近所の集会所やコンビニまで歩いて行く事ができる」と設定した。初回到体力測定(表1)と体成分分析を実施。客観的な評価を基に課題を理解してもらい、目標だけでなく達成までの過程もご本人と共有する。

表1 介入計画

	テーマ	実施内容
1回目	初期評価・訪問	体力測定※、体成分分析、動作・歩行評価
2回目	初期評価・講話	口腔・栄養評価、運動講話、基礎トレーニング
3回目	運動機能・生活指導	基礎トレーニング、自主トレーニングの提案
4回目	運動機能・生活指導	立位バランストレーニング、自主トレーニングのチェック・アドバイス(以降毎回実施)
5回目	運動機能・評価	立位下肢トレーニング、体力測定
6回目	運動機能・講話	基礎トレーニング復習、栄養・口腔講話
7回目	運動機能	立位バランストレーニング(静的)
8回目	運動機能	立位下肢トレーニング
9回目	会議・運動機能	中間応援会議、立位バランストレーニング(動的)
10回目	運動機能	基礎トレーニング、体幹トレーニング
11回目	運動機能・生活指導	基礎トレーニング(復習)
12回目	会議・評価・運動機能	最終応援会議、体力測定※、床トレーニング
13回目	運動機能・生活指導	基礎トレーニング最終チェック

1ヶ月目は基礎的トレーニングと自主トレーニングの定着、2ヶ月目からは立位でのトレーニングで負荷を増やし更なる身体機能向上を図り、3ヶ月目以降には卒業後を見据えたプログラムを実施することとした(表1 介入計画)。

通短サービスに関わらず、介護予防では「生活が主軸であり重要」とせんだんの丘ぷらすは考えているため、運動内容や指導のポイントは全て生活を見越して精選する。

自宅生活を主軸に考えた際、サービスの提供場面のみ安定しても意味はないので、自宅訪問を積極的に行ない、福祉用具の選定や実地場面での評価を適宜実施した。その場で評価だけでなく指導も行ない、1人での動作の遂行自体がトレーニングになるよう図った。また、その都度ケアマネジャーへ情報提供していき進捗状況と方針は理解してもらえた。

通短サービスは送迎が可能となっているが、活動範囲の拡大が目標になっているので歩行機会の確保と安全に歩いた経験を積むことが必須であるため、初回のみ自宅前まで送迎を行ない、「現在安全に歩いて行ける地点」での送迎に切り替えていくこととした。

※評価項目：豊齢力チェックリスト・身長・体重・握力(左右)・開眼片足立ち(左右)・5m 通常歩行・5m 最大歩行・TUGT(動作評価含む)・ADL 及び IADL 評価、他歯科衛生士と管理栄養士による反復唾液嚥下テスト・オーラルディアドコキネシス・頬のふくらまし・オーラルフレイルチェック・栄養チェック

5. 介入経過

1ヶ月目には自宅内を安定して移動できるようになり、自主トレーニングも早期に始められた。実施した日付と運動の番号を記載したチェック表を毎回提出し、作業療法士がコメントを記入していく。基本的には基礎トレーニングを自主トレーニングとして実施していただいていたが、調子に合わせてメニューを選択できるように体幹や床(ベッド)でのトレーニングも指導し選択肢を増やした。小集団での運動が中心だが、必要に応じて個別に指導の時間を設けた。

歩行は、連続して歩くことができる距離が徐々に延びたので、送迎地点を小まめに変更した。歩

行器の出し入れ及び歩行を 1 人で行なう機会が増えたことにより体力が改善し、徐々に自宅から離れた場所で待ち合わせできるようになった。サービス利用期間の中盤にはサービス後の帰りも待ち合わせ場所から歩いて自宅へ帰ることができるようになった。

後半には市民センターへ安全に歩いて行けるように歩行評価を実施し、歩道の傾斜に合わせた歩行器操作や、目的によって選べるようにルートを複数選定した(図 1)。



図1

1 回の開催を義務付けられている応援会議は、中間と最終の 2 回実施し、中間会議では本人・ケアマネジャー・作業療法士の三者でサービス利用の進捗状況や地域資源を確認し合った。最終会議では今後の予後予測を確認、考え得るリスクも含めて自身ではどう対策を講じていくかを話した。

6. 結果

最終体力測定では全項目で数値が向上した(表 2)。

表 2 運動器体力測定結果

運動器測定項目	初期	最終
握力	右16.6kg	右19.0kg
開眼片足立ち	右7.7秒	右27.9秒
5m歩行速度(最大)	4.9秒	4.2秒
TUGT(動作評価含)	11.7秒	9.4秒

特に開眼片足立ちが 20 秒近く延びており、片足で踏ん張る力が強化されたことで、歩行時のふらつきや階段昇降時の安定性が改善した。仙台市の豊齢力チェックリストでは初期に 4/5 該当していた運動不足の項目が終了時には 0/5 に改善した。日常生活ではゴミ捨てや回覧板など定期的な外出だけでなく、ふとした時にコンビニに買い物へ行ったり集会所まで歩いて民生委員の会議に参加したりするなど活動量が増えた。

サービス修了後 3 ヶ月後に自宅へ訪問し聞き取りを行なったところ、集会所にも継続して行くことができおり、最近では家族と山形へさくらんぼ狩りに行くことができたとのことだった。

7. 考察

早期から座位の運動は自主トレーニングへ移行したことで自宅での実施にも繋がり、来所時も立位のプログラムも実施しやすかった。評価は高頻度かつ多角的に行なうことで介入の質を上げられたと考えている。

サービス開始前の事前訪問に始まり、サービス提供後や別日に積極的に時間を設け、単なる運動器や動作の評価だけではなく生活におけるリスクの想定や本人の人生観まで見ていった。

その後必ず様々な形で他職員(多職種)へ申し送り、支援のポイントや方針を伝えておくことで、サービスに関わる全員が同じ生活を見据えていく。これによって、本人自身も 3 ヶ月間を計画的に過ごすことができ、生活の改善に繋がったと思われる。

評価を基に、サービスの提供内容を熟慮し、運動の提供だけではなく、セルフケアの「習得と習慣化」を徹底したことで、本人が主体となって活動量を増やしていくことが出来たと考えられる。また、必要に応じて個別に動作指導や訪問を行なったことで個別性を確保し、社会活動という「その人らしさ」に着目した介入ができたと思われる。

【作業療法士介入の成果】

①生活を見据えた評価：作業療法士が介入することで生活に結びつけた評価と介入をすることができ、ただの運動提供にならないことは介護予防サービスに置いて代えがたい利点であると言える。今回の事例も退院後の身体機能向上だけを目標に

してしまうと、運動自体が目的になってしまい、サービス終了後に運動の継続を目的として介護保険を使う可能性があった。

②本人と足並みを揃えた取り組み：自立した生活の再獲得と継続を目標にした場合、サービス提供中だけでなくむしろそれ以外の時間がとても大切になってくる。その為には本人が能動的に取り組むことが必至であり、自主トレーニングのチェック表をサービス提供前に確認し、出来ているところを共に確認したり負担なく行なうため助言したりして、モチベーションを維持できるように配慮した。目標達成までの段階も細かく設定して本人と共有した。

③多職種との協同：リハビリの専門職だけでサービスを提供している訳ではないので、多職種との協同が必須である。あらゆるサービスの先には日常生活があるという意識を多職種にも持ってもらい、社会的な活動を見据えて介入できた。

【今後の課題および展望】

① 医療機関との連携について

転倒などによる入院後に在宅復帰を予定している者と、「自立生活の再獲得・継続」を目指す通短サービスの対象者は符合することが少なくない。今回の事例に関わらず、入院歴が直近にあると通短サービスの開始までにどうしても空白の期間が生まれてしまう。退院できるまでに回復したにもかかわらず、自宅へ戻ってきてから自立度が下がる・新たな課題が生まれるといったことが起きかねない。利用者の生活を第一に考えた時、途切れないサービス提供ができるようにしていくためには、医療機関と連携の上リスク管理を徹底することが課題である。

② 訪問の必要性について

空白の期間は退院後に限ったことではなく、クール制の導入によっても起きることである。申し込んだ次の月から3ヵ月のサービスが始まるのではなく、予めサービス提供の開始日が決められているクール制では、申し込みのタイミングによっては3ヵ月近く待つ(例：4月1日に申し込みすると参加は7月1日からの3ヵ月)。

今回の事例は、空白の期間を埋めるためにせん

だんの丘ふらすの独自事業を利用したが、全サービス提供者が無償で行なうのは難しい。

これを解消するために、昨年度からは「訪問・通所型サービス・活動C事業」(以下、訪通短サービス)が開始となった。申し込みからサービス開始までの間に専門職が自宅へ訪問する「待機訪問」が認められ、空白の期間を埋める対策がとられたのである。

しかし実情として待機訪問の件数は少ない。理由として、空き状況の問い合わせ並びに申し込みが早い段階で来ても、本人への参加伺いや担当者会議の開催に時間を要することが多いからである。結果、早期に申し込みがあっても実際に担当者会議が開かれるのは開始日の前週、ということが起こる。

ケアマネジャーが「今必要」と思った時からすぐ対応できること・空白の期間を少しでも減らす重要性をしっかりと報せていくことが必要である。

③対象者の選出について

通短サービスの参加申し込みは地域包括支援センターからが主である。ケアマネジャーの事前評価によって抽出された課題に対し、解決の手段として通短サービスを選択するのだが、ケアマネジャーからは対象者の具体的なイメージがつかめないといった声も聞かれている。既に参加経験のあるケアマネジャーですら悩ましい時もあるということだった。

訪通短サービスでは、待機訪問同様サービス開始前に認められている「アセスメント訪問」があり、リハビリの専門職が訪問して訪通短サービスへの参加によって生活課題を改善しうるか判断しケアマネジャーへ伝える。場合によっては別のサービスでの課題解決を提案することもある。これがまだまだ周知されていない以上は、ケアマネジャーが申し込みを躊躇ってしまうことも防げないのではないかと。

アセスメント訪問はサービスを開始するにあたっての訪問でもあるが、サービスを開始するか否かの訪問でもあるということをもっと伝えていかなければならない。同時に、課題解決の手段として通短サービスを選択しやすくなるよう、サービスの目的や仙台市の意図を伝える機会も増やしていかなければならないと思われる。

今回の事例はせんだんの丘ぷらすが地域支援として立ち上げた自主グループの参加者だったのでケアマネジャーも当事業所もよく知る事例だったため、迷わず申し込みした側面がある。だからこそ我々介護予防の事業所はしっかり地域に赴いて、地域の課題を知っておくべきだと考える。

④サービスの活用について

せんだんの丘ぷらすはモデル事業の時代から事業に参加して、生活の現場である自宅や周辺地域へ訪問することの重要性など様々な具申を行ない、新たな訪問の義務化など訪通短サービスに反映されたことで課題解決の糸口が見えたことも多い。それでもまだ、サービス修了後に「送迎があるから」と介護保険の利用を希望する参加者や、デイサービスの無料体験として参加申し込みをするケースもある。

通短サービスは、介護保険を使わない生活を目指す為のサービスである。しかしその参加にあたっては、介護保険の申請が必要であった。また、原則として送迎はないが、生活に課題が出ている参加者は送迎を要することが多く、送迎がなくとも来ることができる参加者は他事業の対象になりうるが多い。こういった相反する側面が課題そのものである。

現在、地域住民の生活レベルは要介護認定などで細かく分けているのに対し、通短サービスは事業対象者から要支援2までを対象としているように、サービスの対象者は広くそして重なっていることが多い(図1)。

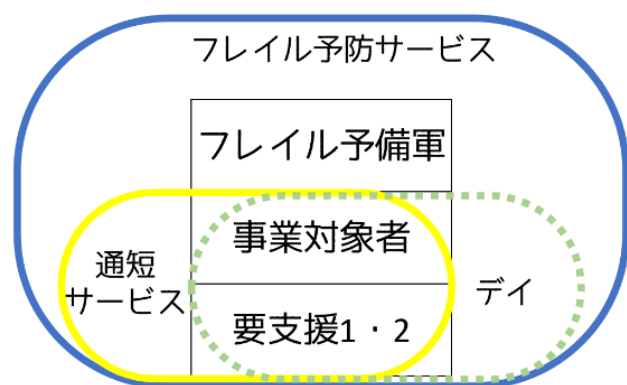


図1

事業対象者と要支援1・2を一括りにせず、細分化して対象サービスを整理することで、段階別に

サービスを住み分けし、専門性を高めることを試みても良いのではないかと(図2)。その上で、各サービス事業者がお互いに情報共有し合い円滑な移行ができれば途切れのないサービス体制が確立していくと思う。

まだ解決すべき課題が山積みだが、試行錯誤しながら、行政と情報共有していき、地域へ貢献していきたい。

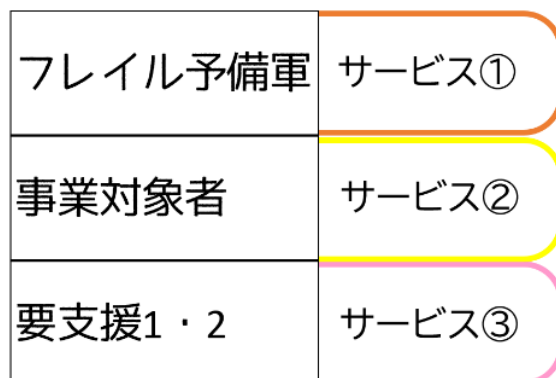


図2

短期集中予防サービス(サービス・活動 C)実践事例集

2025 年 6 月 10 日 第 1 版発行

発行者 一般社団法人日本作業療法士協会

〒 111-0042 東京都台東区寿 1 丁目 5-9 盛光伸光ビル 7F

電話:03-5826-7871

※ 本誌の著作権(著作人権、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、本誌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。