地域包括ケアシステム参画の手引き

～作業療法士に求められる生活行為向上の視点を用いて～

第　２　版

一般社団法人日本作業療法士協会
地域包括ケアシステム推進委員会

巻頭言

地域包括ケアシステム参画の手引き　～作業療法士に求められる生活行為向上の視点を用いて～ 第２版の発刊にあたって

一般社団法人 日本作業療法士協会
地域包括ケアシステム推進委員会
担当理事　佐藤　孝臣
谷川　真澄
委 員 長　辰己　一彦

わが国の高齢化は、世界的に例をみないスピードで進行しており、団塊の世代（約 800 万人）が 75 歳以上となる 2025 年以降は、国民の医療や介護の需要がさらに増加することが見込まれています。そのため、2025 年を目途に、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される仕組み、いわゆる地域包括ケアシステムの構築が全ての市町村で進められています。

高齢者分野を出発点とした地域包括ケアシステムは、構築の過程における実践・議論・改善を経て、今ではすべての分野を対象とした「地域共生社会」を実現するための仕組みへと発展しています。制度・分野ごとの「縦割り」や、「支え手」「受け手」という関係を超え、地域住民や地域の多様な主体が参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えつながることで、住民一人ひとりの“暮らし”や“生きがい”を地域全体で創っていく社会が地域共生社会です。

こうした流れとともに、2017 年（平成 29 年）６月２日に「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律（地域包括ケア強化法）」が公布されました。この法律は、「地域包括ケアシステムの深化・推進」と「介護保険の持続可能性の確保」の二つの柱で構成され、介護保険法をはじめ、医療法、社会福祉法、障害者総合支援法、児童福祉法など 31 の法律の関連箇所を束ねて改正するものです。

この中に位置づけられた「自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化等の取組の推進」では、保険者による地域診断・目標設定とプランニング・実行・評価・インセンティブというマネジメントプロセスが示され、その実行部分に、「リハビリテーション職等と連携して効果的な介護予防を実施すること」「保険者が、多職種が参加する地域ケア会議を活用しケアマネジメントを支援すること」が明記されています。また、インセンティブに関連する保険者機能強化推進交付金の指標では、リハビリテーション専門職の活用や連携が多数示されています。

このように、今求められているのは、地域包括ケアシステムおよび地域共生社会の実現という方向を一緒にみながら、保険者はリハビリテーション専門職等を積極的に活用し、私たちリハビリテーション専門職等は保険者へ積極的に貢献していくという協働的な関係です。そして、「尊厳の維持」「自立生活の支援」「住民一人ひとりの“暮らし”や“生きがい”づくり」「効果的な介護予防」「ケアマネジメント支援」といったキーワードは、どれも作業療法との親和性が高く、そのニーズを汲みとることができます。

そこで、当委員会では、全国約 1,700 の市町村すべての地域包括ケアシステムに作業療法士が参画できるよう種々の活動を進めてまいりました。こうした活動を通して見えてきた課題があります。

●作業療法士個人の準備課題

・各事業それぞれの参画目的・果たすべき役割・必要な心得の学習と理解不足
・ケアマネジメントプロセスの学習と理解不足
・学習の機会への積極的参加意欲

●作業療法士個人の実践課題

・参画の現場での専門的支援力不足

●職能団体としての課題

・各士会が実施する人材育成研修会の受講者数が少ない
・研修会等の内容と講師の力量のばらつき
・地域包括ケアシステム推進委員会の士会支援不足（人材育成システム）

●行政との連携課題

・受講した人材と各市町村における地域支援事業との

マッチングが図れていないこと

●参画実数の伸び悩み

・以上の課題から、全国的に作業療法士の参画不足

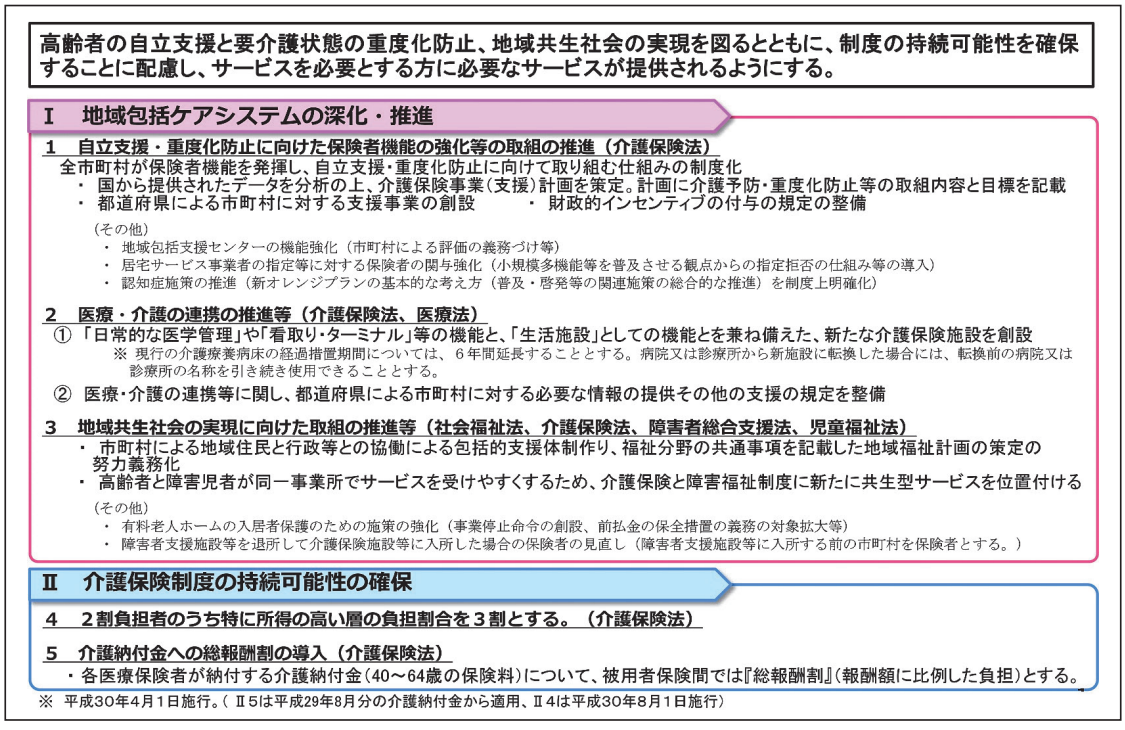
今後、これらの課題を解決していくためには、作業療法士自身が専門性を自覚し、適切な実践力を高めることが重要です。地域包括ケアシステムにおける作業療法士の役割､求められる専門性は､医学的知識をベースとした ADL、IADL に関連する生活行為のアセスメントと向上のための助言、指導です。

日本作業療法士協会（以下協会）が平成 20 年度から老人保健事業として取り組み、その後生活行為向上マネジメント推進プロジェクト特設委員会（以下 MTDLP 委員会）が設置され、現在も一貫して普及・推進されているのが、生活行為向上マネジメント（以下 MTDLP）です。MTDLP は対象者からの聞き取りや生活行為の課題の分析、達成可能な目標設定、具体的なプラン作成、実行、モニタリングといったプロセスや多職種の支援を計画し可能な限り活動と参加を目指していくためのマネジメントで、各種シートによってツール化されています。協会としては、作業療法の見える化を図ろうとしたものであり、既に全会員の約 5 割が MTDLP 基礎研修を履修し、MTDLP 指導者も 241 名（2022 年 12 月末現在）となり、養成教育でも MTDLP の講義が積極的に推進されています。

協会は MTDLP を普及推進する目的として、当初から「地域包括ケアシステムへの寄与とその人材育成」を掲げてきました。MTDLP 委員会が平成 29 年度で終了するにあたり、地域包括ケアシステム参画に MTDLP をどう活かすのかについて、平成 29 年度中に MTDLP 委員会と当委員会間で協議され、当委員会平成 30 年度事業として本手引き作成の運びとなりました。

そして、平成 31 年度に第 1 版が発行され、多くの作業療法士にご活用いただきました。発行後 3 年が経過し、当初よりも多くの作業療法士が地域支援に関わるようになりました。対応範囲も幅広く様々な知識が求められています。そこで今回、より幅広く地域で作業療法士が活躍できるように改訂を行いました。本手引きは、個人にとっての ADL・IADL、つまり「生活行為」の課題解決の一番の助言者として国から期待されている作業療法士（P８図１）が、MTDLP の概念やツールの活用を念頭に置きながら、地域包括ケアシステムのどのような場面（事業）でどのような助言・指導・支援ができるのかを整理し、それらをできるだけ具体的に示したものとなっています。実際には、地域ごとに様々な事例や地域課題があり、作業療法士が求められるすべてにお応えできるものではありませんが、本手引きを一つのツールとして是非ご活用いただき、協会・各士会・各会員間の一層の有機的連携をもとに、各市町村における作業療法“士”ニーズの拡大を図る一助になることを願っています。

令和５年３月吉日



目　次

Ⅰ　地域包括ケアシステム参画に必要な生活行為向上 8
1．日本作業療法士協会の方針
2．地域包括ケアシステムが作業療法士に求めていること
3．生活行為向上
4．生活行為向上マネジメント（MTDLP）
5．介護予防アセスメントの在り方と MTDLP の活用のポイント

Ⅱ　多（他）職種、行政、地域との連携のための関係づくり 11
1．行政・地域包括支援センターとの連携について 13
1）行政（地方公共団体）の仕組み
2）行政への働きかけ
3）期待される総合事業への関与とそのポイント
2．地域ケア会議・総合事業の評価と政策形成への提言 15
1）地域アセスメントの捉え方
2）都市部の地域課題と郡部の地域課題
3．個人の持つ課題と地域がもつ課題の関係性と政策提言 17
4．地域包括ケアシステムから地域共生社会へ 18
1）地域包括ケアシステムの構築
2）地域包括ケアシステム構築の課題
3）地域共生社会の実現

Ⅲ　地域ケア会議と生活行為向上 20
1．自立支援型ケアマネジメントと地域ケア会議 20
1）自立支援型ケアマネジメントと作業療法士の貢献のしどころ
2．地域ケア会議への作業療法士の関わり方 21
1）地域ケア会議の分類とその役割
2）地域ケア会議のこれまでの流れと今後の展望
3）介護予防のための地域ケア個別会議の目的と意義
4）個別ケースの検討を行う地域ケア会議が有効と考えられる事例
5）地域ケア個別会議の資料と確認のポイント
6）生活課題の明確化と背景要因の確認
7）作業療法士が理解すべきケアマネジメントプロセス
8）地域ケア個別会議の実際
9）地域ケア個別会議での助言の要点化

Ⅳ　介護予防・日常生活支援総合事業と生活行為向上支援 37
1．総論 37
1）総合事業の分類
2）総合事業の概要

2．生活行為向上の視点を生かした総合事業への関わり ……42
1）多様な関係性の上での関わり
2）合意形成の場や事業の企画段階への関わりの重要性
3．介護予防・生活支援サービス事業における作業療法士の役割と関わり方 ……44
1）サービス A
2）サービス B
3）サービス C
4）サービス D
5）介護予防ケアマネジメント
6）実践事例
4．一般介護予防事業における作業療法士の役割と関わり方 ……57
1）介護予防把握事業
2）介護予防普及啓発事業
3）地域介護予防活動支援事業
4）一般介護予防事業評価事業
5）地域リハビリテーション活動支援事業
6）実践事例

V　生活行為向上のための生活課題分析とその助言のポイント ……68
1．総論 ……68
1）生活課題分析がなぜ必要か
2）人と環境と作業の関係
3）生活行為工程分析
4）生活行為向上のための生活課題分析
5）ADL・IADL の分析と課題解決
【ADL 編】……71
1．食事 ……71
1）自立支援型地域ケア個別会議やサービス C で見られる食事活動の課題
2）食事動作がもたらす心身機能・活動・参加への効果
3）食事活動の多様性と普遍的自立に向けた助言
4）疾患に応じた動作の工程分析と生活行為自立に向けた助言例
＜運動器疾患＞＜中枢疾患＞＜呼吸・循環器疾患＞
5）事例紹介
6）工程分析から助言まで
2．更衣 ……74
1）自立支援型地域ケア個別会議やサービス C で見られる更衣活動の課題
2）更衣動作がもたらす心身機能・活動・参加への効果
3）更衣活動の多様性と普遍的自立に向けた助言
4）疾患に応じた動作の工程分析と生活行為自立に向けた助言例
＜運動器疾患＞＜中枢疾患＞＜呼吸・循環器疾患＞
5）事例紹介
6）工程分析から助言まで
3．入浴 ……79
1）自立支援型地域ケア個別会議やサービス C で見られる入浴活動の課題
2）入浴動作がもたらす心身機能・活動・参加への効果
3）入浴活動の多様性と普遍的自立に向けた助言

４）疾患に応じた動作の工程分析と生活行為自立に向けた助言例
＜運動器疾患＞＜中枢疾患＞＜呼吸・循環器疾患＞
５）事例紹介
６）工程分析から助言まで
４．排泄 85
１）自立支援型地域ケア個別会議やサービスＣで見られる排泄活動の課題
２）トイレ動作がもたらす心身機能・活動・参加への効果
３）排泄活動の多様性と普遍的自立に向けた助言
４）疾患に応じた動作の工程分析と生活行為自立に向けた助言例
＜運動器疾患＞＜中枢疾患＞＜呼吸・循環器疾患＞
５）事例紹介
６）工程分析から助言まで
５－１．整容（口腔ケア・整髪・手洗い・洗顔） 91
１）自立支援型地域ケア個別会議やサービスＣで見られる整容活動の課題
２）整容動作がもたらす心身機能・活動・参加への効果
３）整容活動の多様性と普遍的自立に向けた助言
４）疾患に応じた動作の工程分析と生活行為自立に向けた助言例
＜運動器疾患＞＜中枢疾患＞＜呼吸・循環器疾患＞
５）事例紹介
６）工程分析から助言まで
５－２．整容（化粧） 96
１）自立支援型地域ケア個別会議やサービスＣで見られる化粧活動の課題
２）化粧動作がもたらす心身機能・活動・参加への効果
３）化粧活動の多様性と普遍的自立に向けた助言
４）疾患に応じた動作の工程分析と生活行為自立に向けた助言例
＜運動器疾患＞＜中枢疾患＞＜呼吸・循環器疾患＞
５）事例紹介
６）工程分析から助言まで
【IADL、QOL 編】 100
１．掃除 100
１）自立支援型地域ケア個別会議やサービスＣで見られる掃除活動の課題
２）掃除動作がもたらす心身機能・活動・参加への効果
３）掃除活動の多様性と普遍的自立に向けた助言
４）疾患に応じた動作の工程分析と生活行為自立に向けた助言例
＜運動器疾患＞＜中枢疾患＞＜呼吸・循環器疾患＞
５）事例紹介
６）工程分析から助言まで
２．洗濯 106
１）自立支援型地域ケア個別会議やサービスＣで見られる洗濯活動の課題
２）洗濯動作がもたらす心身機能・活動・参加への効果
３）洗濯活動の多様性と普遍的自立に向けた助言
４）疾患に応じた動作の工程分析と生活行為自立に向けた助言例
＜運動器疾患＞＜中枢疾患＞＜呼吸・循環器疾患＞
５）事例紹介
６）工程分析から助言まで

3．調理 112
1）自立支援型地域ケア個別会議やサービスＣで見られる調理活動の課題
2）調理動作がもたらす心身機能・活動・参加への効果
3）調理活動の多様性と普遍的自立に向けた助言
4）疾患に応じた動作の工程分析と生活行為自立に向けた助言例
＜運動器疾患＞＜中枢疾患＞＜呼吸・循環器疾患＞
5）事例紹介
6）工程分析から助言まで
4．買い物 117
1）自立支援型地域ケア個別会議やサービスＣで見られる買い物活動の課題
2）買い物動作がもたらす心身機能・活動・参加への効果
3）買い物活動の多様性と普遍的自立に向けた助言
4）疾患に応じた動作の工程分析と生活行為自立に向けた助言例
＜運動器疾患＞＜中枢疾患＞＜呼吸・循環器疾患＞
5）事例紹介
6）工程分析から助言まで
5．QOL 122
1）自立支援型地域ケア個別会議やサービスＣで見られるQOLの課題
2）QOLがもたらす心身機能・活動・参加への効果
3）QOLに必要な視点
4）事例紹介

Ⅵ　多様な人々への支援と生活行為向上 126
1．「地域共生社会」の実現に向けた地域づくりに関するこれまでの経緯
2．生活行為向上に向けた支援
発達障害がある人と生活行為向上 126
1．はじめに
2．発達障害の現状
3．地域社会に参加する子どもの権利
4．インクルーシブ社会の実現に向けて
5．地域システム…地域が育つこと（変わっていくこと）への関与
6．発達障害領域での作業療法士への関わり
7．事例
精神障害がある人と生活行為向上 134
1．はじめに
2．現在の精神科医療
3．精神障がいにも対応した地域包括ケアシステムと作業療法
4．地域で精神障害者を支える視点
5．対象者の地域生活を支える医療資源とその利用
6．対象者の地域生活を支える福祉制度と資源
7．対象者の権利を擁護する制度と資源
8．事例

認知症がある人と生活行為向上 ……139
1．認知症がある人の生活行為の課題
1）認知症とは？
2）認知機能と生活行為の関連性
3）認知症を作業療法士としてどのように捉えるか
4）認知症のリハビリテーション
5）生活行為を捉えることの複雑さ
6）認知症の行動心理症状
7）権利擁護
2．認知症がある人への作業療法士の関わり方
1）早期からの診断と診断後の支援体制づくり
2）認知症の本人が主体となる支援に向けて
3）アセスメントのポイント
4）BPSD について
3．実践例
就労支援と生活行為向上 ……146
1．はじめに
2．障害者の就労状況
3．福祉施策（障害者総合支援法）
4．労働施策（障害者雇用促進法）
5．制度から見る作業療法士への期待
6．他機関連携
7．就労支援の今後の方向性
8．事例紹介
地域移動支援と生活行為向上 ……151
1．地域移動支援の課題
1）高齢運転者の事故実態と対策
2）高齢運転者の運転適性の問題
3）運転中止や免許返納の健康への影響
2．地域移動支援に対する作業療法士の関わり方
1）高齢者の運転能力の評価
2）運転継続への支援
a．安全運転に関する教育
b．運転寿命延伸への支援
c．補償運転行動とチェックリストの活用
3）運転中断への支援
a．中断への準備
b．本人主体の中断決定への支援
c．運転免許の自主返納制度
d．代替手段
3．事例紹介

※表紙　上段マークの出典
三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング「平成 27 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業＜地域包括ケア＞
地域包括ケアシステムと地域マネジメント（地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業）」

Ⅰ　地域包括ケアシステム参画に必要な生活行為向上

1．日本作業療法士協会の方針

日本作業療法士協会（以下協会）は、令和４年度に「第四次作業療法５ヵ年戦略（2023-2027）」を策定しました。大きな柱として、「地域共生社会５ヵ年戦略」と「組織力強化５か年戦略」の２本を立てて推進していきます。今回の５ヵ年戦略は、スローガン＞最上位目的＞上位目的＞中位目的＞下位目的＞具体的取組という階層構造になっています。「地域共生社会５か年戦略」のスローガンは、人々の活動・参加を支援し、地域共生社会の構築に寄与する作業療法です。最上位目的は、作業療法士が地域のさまざまな場（医療・介護・福祉・保健・教育・労働・司法等の領域）にいて、地域に根差しながら、専門職間のつながりはもとより、そこで共に暮らしている健康な人・障害のある人を含む老若男女すべての人を対象に（または協働して）、作業（生活行為）に焦点を当てた支援や調整によって、人と人とのつながり、人との社会のつながりを創り出し、人々の健康と幸福を促進するとしています。作業療法の専門性は何なのかどのようなニーズに関わるべきなのか未来を見据えた舵は切られているのです。

2．地域包括ケアシステムが作業療法士に求めていること

そもそも作業療法とは、理学療法士法作業療法士法の中で「～主としてその応用的動作能力又は社会適応的能力の回復を図る～」ことを役割としており、コメディカルでありながら実際の生活に近いポジションで活動と参加の支援をする職種と言えます。地域包括ケアシステム構築の大きな鍵は、住民の主体的で自立的生活を維持向上させるためのリハビリテーション専門職の助言や指導、介入です。作業療法士はその中において、「認知機能などの心身機能や入浴動作などのADL、調理などのIADL、余暇活動、道具の選定や環境調整などの能力の見極めや支援方法の助言指導」が期待されています（図１）。

2017 年以降、全国すべてで新総合事業が実施され、

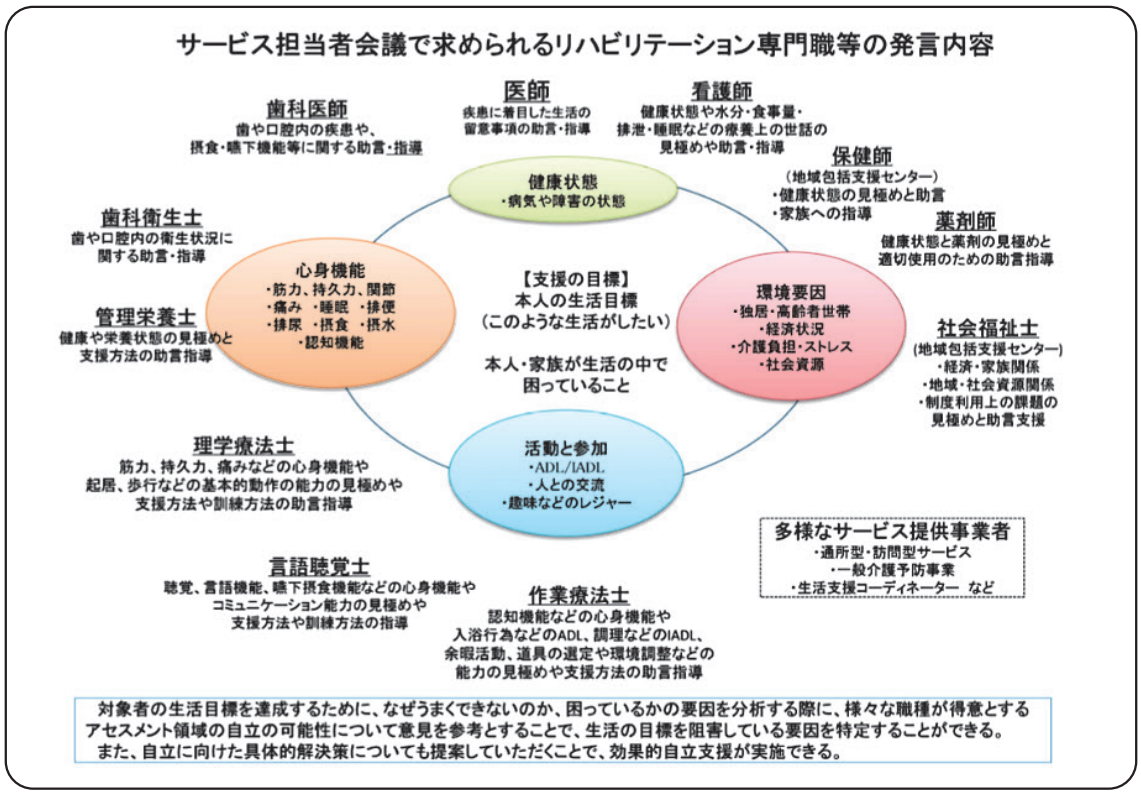


図１　地域包括ケアシステムで求められる作業療法士の専門性

介護予防の水際はより元気な高齢者へ押し広げられました。心身機能へのアプローチに偏らない活動と参加に向けたリハビリテーションの概念が重要であり、リハビリテーション専門職の介入が期待されています。そのため、総合事業における作業療法士の役割は実に多様となります（図２）。本誌ではこのような多様な関わりについて具体的な介入方法をご紹介しています。

３．生活行為向上

2015 年３月、「生活行為」は国の言葉として定義され、2015 年４月、通所リハビリテーションに、「生活行為向上リハビリテーション実施加算」が新設されました。一言で言うと、リハビリテーション専門職が生活行為の向上を図り、６ヶ月間でサービスを終了とする介入です。2018 年４月の医療・介護同時改正でこの加算は、対象を要介護から要支援へ広げる制度変更がありました。また、医療・介護それぞれのリハビリテーション計画書書式の同一化が実施されました。このような経過から分かるのは、医療でのリハも介護領域でもどのような障がいの過程であれ、生活課題を解決に向け、その人らしい生活を地域で継続していくために地域生活を見据えた働きかけを継続していくことが求められていることです。生活行為は個人の ADL、IADL、活動と参加の形・質であり、「生活行為向上」はリハビリテーションが目指す「生活の復権」、「QOL の向上」そのものと言えます。表１の用語の定義を参考にして下さい。

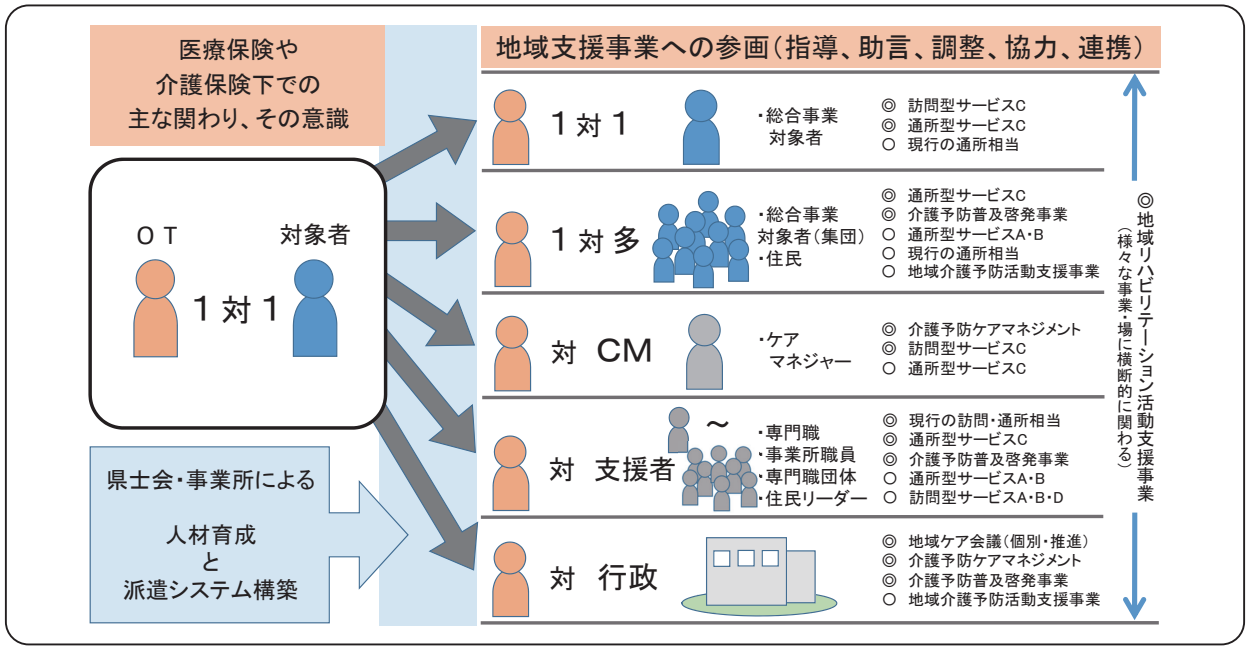


図２　地域支援事業における作業療法士の関わり方、その多様化

表１　生活行為向上マネジメントの関連用語

用　語	定　義
生活行為 (Daily life performance)	人が生きていく上で営まれる生活全般の行為と定義する。生活全般の行為とは、セルフケアを維持していくための日常生活動作（ADL）の他、生活を維持する手段的日常生活動作（IADL）、仕事や趣味、余暇活動などの行為すべてを含む（作業療法関連用語解説集　改訂第２版　P65．2011．より） 個人の活動として行う排泄する行為、入浴する行為、調理をする行為、買い物をする行為、趣味活動をする行為等の行為をいう（厚生労働省　介護報酬（訪問通所サービス等）の実施上の留意事項について。老企第 36 号第２の８（12）．2015 より）
生活行為向上 (Improvement of daily life performance)	各生活行為について利用者が本来もっている能力を引き出し、在宅生活で実際にその能力を活かすこと、もしくは活かされよう、身体的・精神的な支援を行うこと。
生活行為向上マネジメント Management tool for daily life performance)	生活行為向上を図るために必要な要素を分析し、改善のための支援計画を立て、それを実行すること。

4．生活行為向上マネジメント（MTDLP）

協会は、前述した「生活行為向上リハビリテーション実施加算」ができる 7 年前から作業療法の「作業」と「生活行為」を同義語と捉え、厚生労働省老人保健健康増進等事業に取り組み、生活行為向上マネジメント（以下 MTDLP）を研究・開発、平成 27 年度から MTDLP 研修制度を実施し、普及推進してきました。生活行為向上は作業療法の目的であり、そのための専門的介入ができるのが作業療法士なのです。専門的介入のベースとして活用したいのがこの MTDLP です。MTDLP を詳しく学ぶためには、MTDLP 研修を履修すること、協会が出版している関連書籍等を熟読されることをお勧めします。

本誌作成に当たっては、地域包括ケアシステムへの作業療法士参画に必要な専門的介入の助けになるよう MTDLP の概念、プロセス、視点、ツールをどのように参画に活用するかを文中に表すことを念頭に作成しています。

5．介護予防アセスメントの在り方と MTDLP の活用のポイント

国が示す「介護予防アセスメントの在り方」の中で述べられていることは非常に重要なことです。

MTDLP はここに書かれていることを、具現化、プロセス化し、対象者や支援者に対して見える化したツールと言えます。作業療法士は MTDLP の概念、具体的手段を常に念頭に置きながら地域支援事業に専門的に関わることが求められます（表 2）。

表 2　介護予防ケアマネジメントと MTDLP

国が示す「介護予防アセスメントの在り方」 出典　平成 27 年度　地域包括推進事業　介護予防ケアマネジメント実務者研修資料（平成 28 年 2 月）	介護予防アセスメントの在り方を具現化している MTDLP
利用者の臨む生活（＝「～したい」）という意欲も踏まえ、自立支援に向けた動機付けをいかにするかが重要。	聞き取りシート、興味関心チェックシートを活用して簡潔に主体的で具体的な意向を把握できます。そこには動機づけを同時に進める聞き取り技術が OT に求められます。
高齢者自身が、要介護状態とならないための予防やその有する能力の維持向上に努めるよう、日常生活上の課題とその原因、介護予防の取り組みを行うことによる状況改善のイメージなどについて、利用者が気づき、ケアマネジメント実施者と共有したうえで、本人のセルフマネジメントを推進していく視点でそのプロセスを進める。 利用者が自分の課題に気づき、そこから「したい」「できるようになりたい」という意欲につなげ、具体的な生活を実現できるための取り組みが必要。	対象者が、自ら課題に気づくには、より良き説明者が必要です。MTDLP のアセスメントは人－作業－環境のモデルと ICF の枠組みで阻害因子や強みから予後予測を立て達成可能な目標（支援を受けた後の状況改善のイメージ）を対象者に分かりやすく説明した上で合意を取る手続きとなっています。
そのような支援を通して、利用者による主体的な取り組みを支援し、できることはできるだけ利用者本人が行いながら、できない部分を支援し、利用者の自立を最大限引き出すよう支援をすることが求められる。	MTDLP のプランは課題となる生活行為の工程を分析し、できるようになるための道筋を人－作業－環境の視点で検討していきます。 できることはできるだけ利用者本人が行いながら、できない部分を支援し、利用者の自立を最大限引き出すように進める考えは、その見極めが重要となります。作業分析は OT の専門領域内でもより専門性が発揮できるところです。
そのうえで、地域の力を借りながら、新しい仲間づくりの場や楽しみとなるような生きがい活動の場への参加に焦点を当て、できるようになった生活行為の維持に引き続き取り組むところまで結びつけるケアマネジメントが求められる。 利用者の状況に応じて、様々なサービスや介護保険制度外の住民の健康づくり活動等の利用や、予防給付、介護給付とも切れ目のない支援を行うような配慮も必要。	MTDLP は目標立案の際、地域の力を借りながら、新しい仲間づくりの場や楽しみとなるような生きがい活動の場への参加していくことにも焦点を当てています。実際の社会資源である活動や環境の場を分析し、生活行為向上プランシートを使って地域住民も支援者として協力依頼する等、マネジメントしていきます。

Ⅱ　多（他）職種、行政、地域との連携のための関係づくり

はじめに、多（他）職種、行政、地域との連携について、都道府県士会の取り組みを中心に概要を記載します。

厚生労働省は、2017年2月に「地域共生社会」の実現に向けて（当面の改革工程）を示しています（図1）。「地域共生社会」の実現に向けては、地域包括ケアの理念を普遍化し、高齢者のみならず、生活上の困難を抱える障害者や子どもなどが、地域において自立した生活を送ることができるよう包括的な支援体制を構築し、切れ目ない支援を実現していくことが示されています。

保健医療福祉の各専門職については、地域生活の中で本人に寄り添って、人々の多様なニーズを把握し、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく観点が求められています。

このような中、作業療法士は行政や関係する各種の専門職能団体、医療機関や各種事業所と連携し、地域の実情や特性に応じた地域づくりに寄与することが必要となります。そのためには、病院や施設内での患者・利用者への支援のみならず、行政職や他職種と協働して、連携した取り組みを進めるための仕組みづくりや事業活動に参画し、生活行為の向上を目指す作業療法士の視点を地域づくりに活かすための方策と活動が必要となります。

都道府県士会（以下、士会）では、市区町村が主催する事業で活動できる会員の育成と同時に、①都道府県庁の関係組織へのアプローチ（三次医療圏域）、②保健医療福祉圏域（二次医療圏域）および市区町村（一次医療圏域）の実態把握と関係事業への積極的な参画、③地域包括支援センターへのアプローチと協働した取り組みなどを視野に入れ、計画的に士会事業を展開する必要があります。

連携・協働の相手となる都道府県や市区町村の行政職は、所属する部、局、課、係の所管業務が主要業務

図1　厚生労働省「地域共生社会」の実現に向けて（当面の改革工程）【概要】

となること、定期的な異動により担当者が変わっていくことが想定されます。一方、各自治体の事業に委員や助言者、講師として参画する作業療法士は、その自治体の各部局の所管業務を超えて市区町村の事業や政策を見渡すことができます。また、経年的に事業の変遷に関わることができることから、自治体事業の全体を横断的かつ縦断的に助言や意見を提案することができると考えられます。

都道府県士会の取り組みとしては、三役が都道府県の保健医療に係る計画を通して施策の方向性を確認するとともに、関係事業の進捗状況を把握し、士会の全体的な方針を定めます。また、担当する部・局の役員はそれらの方針や地域の実情に応じた具体的な事業計画を立案します。保健医療福祉圏域や市区町村を担当する役員は、地域の特性や実情を把握した上で各種研修会の企画・運営や所属組織への出務調整、他団体との連携等、市区町村や地域包括支援センター事業に出務するための計画的な体制作りを行うことが必要となります（図２）。

行政職および他職種へのアプローチを行う際には、関係事業に関するキーパーソンが誰であるかを把握することも事業を進める上で重要となります。また、行政事業への参画に関しては、対象となる事業の予算策定の時期（都道府県であれば８月～９月）に間に合うように、士会の事業計画と予算編成を実施年度の前年に準備しておくことなども必要となってきます。

他職種の職能団体との連携した取り組みでは、他職種が主催するイベントへの積極的な参加から、関連する研修会や事業、イベントを協働して企画・運営することなどをとおして、「顔が見える」から、「他職種を理解し合える」さらに「信頼し合える」関係構築まで高めることを目指します。さらに、多職種との交流からは、様々な領域の専門的知識や情報を得ることができ、多職種の中の作業療法士の役割をより俯瞰することができます（図３に、例として理学療法士会、作業療法士会、言語聴覚士会での各士会専門職別の研修会と、共同で企画・運営する研修会のあり方を示す）。

この章では、１．行政・地域包括支援センターとの連携、２．地域ケア会議・総合事業の評価と政策形成への提言、３．個人のもつ課題と地域がもつ課題の関係性と政策提言について詳しく記載します。

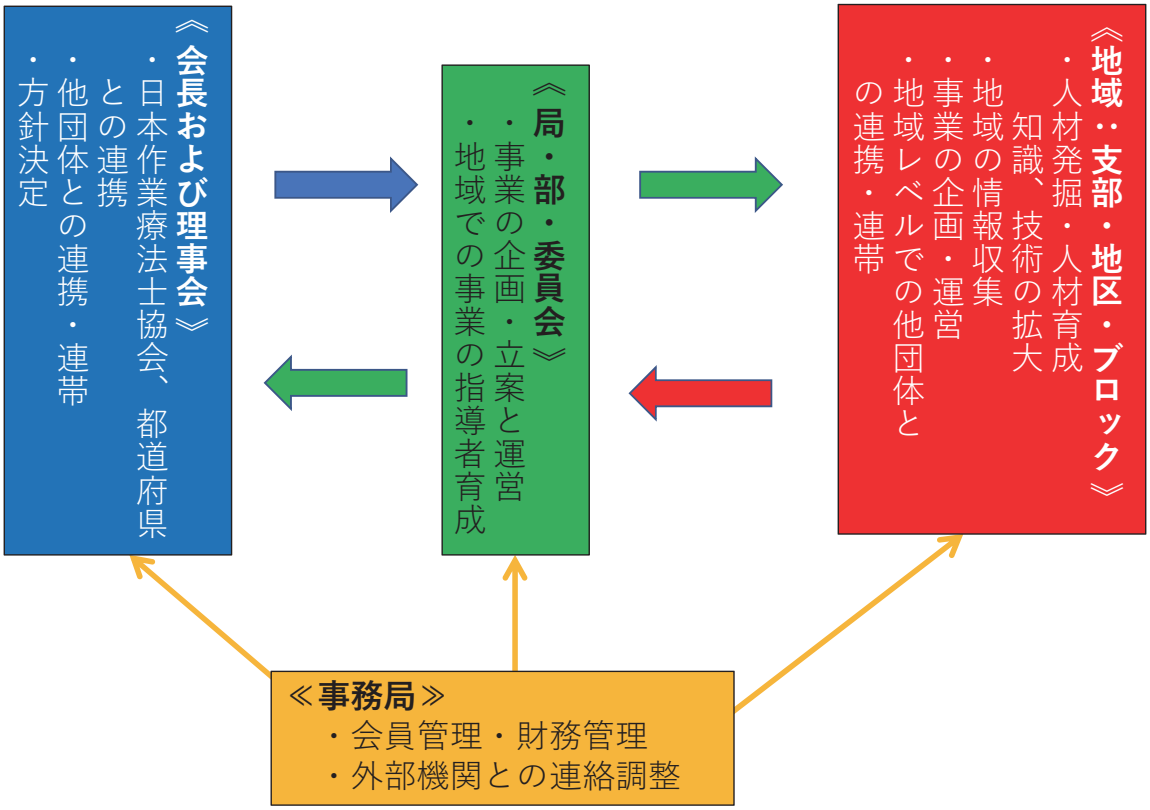


図２　都道府県士会組織の役割分担と連携の例（福岡県作業療法協会）

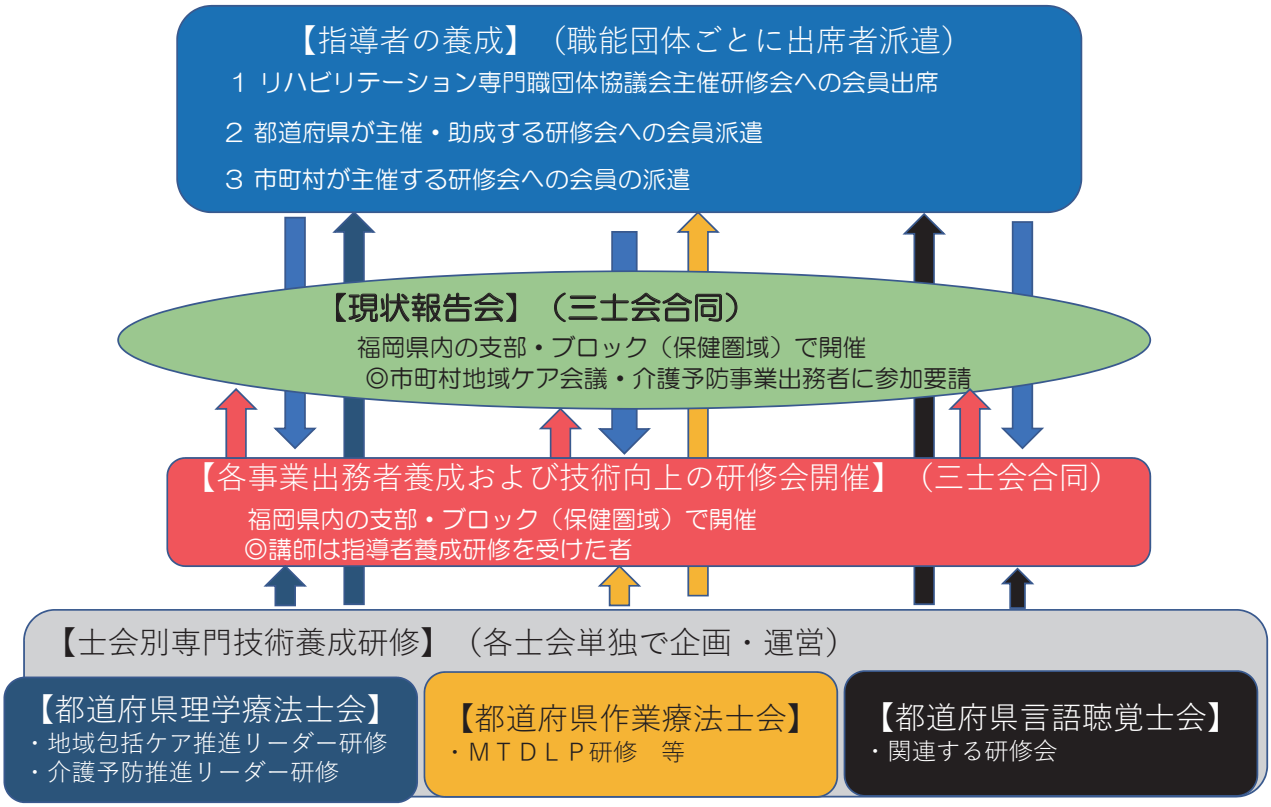


図３　多職種で対応する従事者の養成例（福岡県三団体）

１．行政・地域包括支援センターとの連携について

行政とは国を運営する機能のうち、立法（議会）や司法（裁判所）を除いたものと一般的に言われており、公共の目的の実現を目指して法律等に基づいて執行されます。現在、作業療法士の関与が期待されている地域支援事業（総合事業）については、特に地方公共団体と呼ばれる都道府県（都道府県庁・保健所）や市町村（地域包括支援センター）との連携が重要となります。

１）行政（地方公共団体）の仕組み

都道府県と市町村は、それぞれ住民サービスを行う対等な行政機関ですが、所管する地域の範囲や役割が異なります（表１）。

表１　地方公共団体の役割等

	都道府県（保健所）	市町村
単位	広域的地方公共団体	基礎的地方公共団体
対象	一つ又は複数の市町村で構成される広域	コミュニティ等　身近な地域（中学校区単位）
役割	市町村が処理することが適当でないもの（専門的かつ技術的な指導及び支援）	住民に身近なサービスの提供

例えば、地域支援事業においては、市町村は地域ケア会議を運営し、地域住民の個別マネジメントを通じて、サービスの調整や地域課題の把握、地域課題に応じた政策の立案等を行います。一方、都道府県は全ての市町村が円滑に自立支援に向けた地域ケア会議や、地域課題の抽出、施策の展開を実施できるよう、国や全国の先進的な取組の情報の提供、必要な専門職の確保や人材育成を行う等の役割があります。

地域包括支援センターは、介護保険法に基づいて地域支援事業の包括的支援事業を行う中核機関として、市町村の責任のもと設置される機関となります。おおむね人口２～３万人に１か所の設置が想定されており、市町村が直接運営している場合や、市町村が外部の法人等に委託をして業務を行っている場合があります。

このように行政の仕組みの中でも都道府県や市町村、地域包括支援センター等それぞれに役割があり、国（厚生労働省）が事業を進めるために定める実施要綱等に基づいて、それぞれの地域の実情に応じて事業を進めています（図４）。このため、作業療法士は行政への働きかけを行うにあたり、可能な限り国が示す施策の方向性や事業の要綱等、行政と同じ情報を共有しておく必要があります。

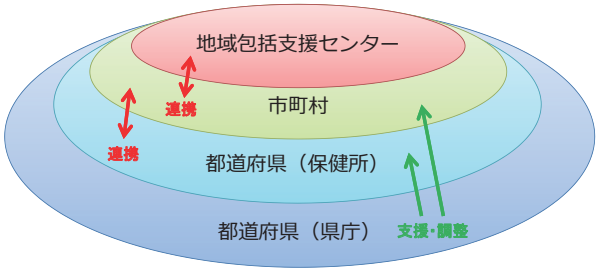


図４　地方公共団体と地域包括支援センターの関係性

2）行政への働きかけ

前述のとおり都道府県と市町村、地域包括支援センターは役割が異なります。そのため、地域支援事業に作業療法士が参画するためには、その役割の違いを知った上でそれぞれに働きかけを行う必要があります。下記の表には働きかける際の事前準備や心づもりができるようそれぞれの機関とのやりとりについて主な項目を例示しています（表２）。

行政機関によっては、総合事業を進めるために係や課が集約されている場合もありますが、関連事業等を含めると、係や課をまたぎ、所掌事務が分かれていることが多いです。そのような場合､それぞれに担当者、係長、課長がいるため、実際に都道府県や市町村に働きかける場合は、ホームページや直に電話連絡等で組織と所掌事務の確認を行い、どの部署の誰にアポイントをとるべきか事前の準備をしておくことが必要です。一例として滋賀県の所掌業務を表に記載します（表３）。滋賀県では総合事業や介護予防活動普及展開事業、認知症対策は一つの課で担当していますが、一つの課の中でもそれぞれ別々の係が各事業を担当している状況です。

表３　行政組織と所掌事務の一例（滋賀県健康医療福祉部）

	部	課	所掌事務（一部抜粋）
知事	健康医療福祉部	健康福祉政策課	・福祉のまちづくり ・低所得者自立援助 ・災害救助対策
		医療政策課	・保健医療計画の推進 ・医療施設整備 ・医療人材の確保 ・医療介護総合確保基金
		健康寿命推進課	・健康づくり、母子保健、周産期医療 ・がん、疾病対策 ・環境保健関連 ・リハビリテーションの推進
		医療福祉推進課	・介護保険制度関連 ・認知症対策 ・介護予防活動普及展開事業 ・介護予防、総合事業 ・医療と介護の連携、在宅看取り ・介護福祉人材の確保
		障害福祉課	・障害者総合支援法関連 ・障害者計画、障害福祉計画 ・障害認定、難病関連 ・精神障害、高次脳機能障害関連
		薬務感染症対策課	・薬事衛生の推進 ・血液事業の推進 ・感染症対策
		生活衛生課	・安全な水道水関連 ・食の安全推進 ・動物保護、管理
		医療保険課	・国民健康保険 ・後期高齢者医療制度
		子ども・青少年局	・子育て支援 ・子ども虐待防止 ・少子化対策

3）期待される総合事業への関与とそのポイント

総合事業においては、これまでの機能回復訓練に偏った取組から「心身機能」「活動」「参加」にバランスよくアプローチすることが求められており、対象者の活動や参加がサービス終了後も維持されるよう、対

表２　関係機関への働きかけの例

区分	行政からの情報収集例	行政への情報提供例
都道府県（県庁）	・国の補助金等に関すること ・国モデル事業（介護予防活動普及展開事業）に係る国動向や都道府県内の市町村の動向 ・各市町村の総合事業や地域ケア会議の実施状況や関与している専門職の状況 ・事業の課題や今後の方針、研修企画等	・都道府県士会としての取組方針 ・作業療法士が何ができるか ・都道府県と一緒に何ができるか ・実施している研修会の内容等 ・人材育成状況 ・人材派遣体制
都道府県（保健所）	・保健所所管地域の各市町村の総合事業や地域ケア会議の実施状況や関与している専門職の状況（どこの専門職が関与しているか等） ・保健所所管地域の課題と今後の方針	・都道府県士会としての取組方針 ・作業療法士が何ができるか ・保健所と一緒に何ができるか ・保健所所管地域で実施している研修会内容等 ・保健所所管地域の人材育成状況 ・人材派遣体制
市町村	・総合事業や地域ケア会議の実施状況 ・所管の地域包括支援センターの状況等 ・地域の特性（住民や地域の人材や機関等インフォーマルなものを含む地域資源等） ・事業の課題と今後の方針	・都道府県士会としての取組方針 ・作業療法士が何ができるか ・市町村と一緒に何ができるか ・市町村地域で実施している研修会内容等 ・市町村地域の人材育成状況 ・人材派遣体制

象者本人へのアプローチだけでなく、生活環境の調整や地域で生きがいや役割をもって生活できる居場所と出番づくり等、総合的なアプローチが期待されています。このようなアプローチを進めるためには、対象者の生活行為課題に着目したアセスメントが必要であり、まさに作業療法の思考過程が求められているところです。

地域ケア会議では、様々な専門職が出席しますが、健康状態や心身機能に係る課題抽出が多い傾向にあります。そういった中で、作業療法士においては、生活課題を明確にし、MTDLP の思考から、住民の QOL の向上に向けた目標指向型の助言や指導を行うことができます。

全国の市町村においては、総合事業に移行し、作業療法士を含めた専門職活用を進めているものの、住民の QOL に資する総合事業が展開できているかどうか、そのアウトカムの抽出まではまだまだ未踏の状況です。このような中で、行政に対して働きかけや参画を行う際は、最初から完璧に助言・指導ができる作業療法士である必要はありません。もちろん事前の学び、準備は必要ですが、市町村の保健師らとともに相互に互いの専門性に基づく気づきを提案していく、その積み重ねが住民にとってより良い地域を作り上げていくことにつながると言えます。

作業療法士は今後、医療・介護のみならず、保健・障害福祉の領域も含めた地域包括ケアの推進に寄与していくことが期待されており、現場からニーズの声があがるとともに、各地域で具体的な展開も進められつつあります。図５の参画プロセスを理解し、行政への働きかけを行っていくことで、高齢者だけでなく地域共生社会推進の中で、さらにあらゆる分野（子ども、障害者、教育、就労、スポーツ等）で作業療法士の活躍の裾野が広がっていくと考えられます。

ステップ９：OT としての地域課題の提言、資源づくり政策の立案提言。
ステップ８：参画の場で OT としての必要な実践スキルを養い様々なネットワークをつくる。
ステップ７：実際に参画の機会を得る。
ステップ６：自分の地域の地域包括ケアシステム構築状況を把握する。
ステップ５：行政各関連機関との関係づくりで地域への参画のきっかけをつくる。
ステップ４：規範的統合の必要性を理解し、自事業所、対象者へ働きかける。
ステップ３：介護予防マネジメントを理解する。
ステップ２：「リハ職」と「OT」の役割を理解する。
ステップ１：制度を理解する。

図５　地域支援事業参画までのプロセス
（日本作業療法士協会総合事業実践事例集　谷川真澄氏資料参照）

２．地域ケア会議・総合事業の評価と政策形成への提言

１）地域アセスメントの捉え方

保健医療福祉分野の地域アセスメントとは、地域の住民の健康状態を記述し、健康状態に影響を与える主な要因を明確化し、これに対応するための活動を明確化するための一連のプロセスです。

（１）情報収集

実態調査のように意図的に情報把握されたものもあれば、日常の業務や活動で得られた情報等があります。地域の状況に関する統計資料等は、市町村、都道府県、厚生労働省、総務省等から得ることができます。

（２）情報の分析とアセスメント

（１）で収集された情報は、他地域と比較したり、経年変化を読み取るなどして分析を行います。その中で、課題の背景や関連要因を探ります。

（３）情報相互の関連性の検討

また、個々の情報をアセスメントするだけでなく、情報相互の関連を推考してみます。

（４）『住民がどう生活をしたいか』、目的の明確化

（２）と（３）の経過を踏まえ、『住民がどう生活したいか』を明らかにし、関連機関や住民と共有する中で、住民･コミュニティのエンパワメントを引き出し、課題解決ではなく、目的達成に向けた意識の醸成を図ることが必要となります。

上記は、これまで作業療法士が対象としてきた個人への働きかけと同様に地域に対して PDCA サイクルを継続的に永久に行うものです。

地域アセスメントは、前述したように健康状態に影響を与える主な要因に対して行います。地域住民の健康や暮らしに係る現状を把握し、目指す姿（目的）を明らかにした上で、目標を設定し具体的な活動を行うものです。

地域アセスメントを行うための情報の例を挙げると以下のとおりとなります（表４）。

地域アセスメントの情報は上記の内容に留まらず、前述のとおり行政が把握している保健統計等の既存資料でまとめられているものがあり、都道府県や市町村のホームページ、刊行されている統計書においてほと

表４　コミュニティ・アズ・パートナーモデルによるアセスメント視点の例（高齢者）「行政リハビリ専門職のための手引き」P14 より引用）

領域	項目	データの例	アセスメントの視点の例
物理的領域	地　域 気　候	面積、位置、地形、住環境 気候、気温、降水量	高齢者にとっての住みやすさなど
経済	産　業	産業別人口、失業率 高齢者の就業状況	基幹産業の状況、高齢者の社会参加、・就労の状況など介護予防の位置づけ、施策
政治と行政	政　策	まちづくりの方針、基本計画	
教育	学校教育	学校数、スクールバス	学校を核とするコミュニティ活動の状況など
	社会教育	生涯学習教室	
安全と交通	交通手段	バス、鉄道、免許返納率	高齢者の日常の交通の便、 災害時の避難・救助体制
	災害時の安全	危険地域、災害時要援護者	
コミュニケーション・情報	地区組織 集 会 所	町会・自治会の活動状況 公民館、集会所等の施設数 配置状況	高齢者の交流・活動の場の充足状況、各種活動への参加のしやすさ、アクセスのしやすさなど
	老人クラブ等 サ ロ ン	種類、数、加入率、参加率、活動状況 数、参加率、活動状況	
レクリエーション	娯楽施設 スポーツ施設	数、配置、稼働状況	高齢者の身近な場所の有無、アクセスのしやすさ
（保健医療と福祉）	介護サービス	各サービスの事業所数	機能低下に応じた教室の設置・開催状況、参加状況、身近な地域で開催、アクセスのしやすさ
介護予防	介護予防	予防事業対象者数、参加状況 プログラムの実施回数	

んどの物が公開されています。しかしながら、アクセスは容易な反面、内容が限定的であったり、地域ごとのデータがない場合やデータ加工が難しい場合があります。また、行政に従事する保健師が日常の保健活動の中で得ている情報もあるため、作業療法士が単独で情報収集をして、地域アセスメントを全て行うというよりは、身近な市町村や地域包括支援センターの保健師が持つ情報を把握し、共にアセスメントを行う中で、目指す地域づくりに向けた役割や取り組みの検討・実施を行うとともに、事業評価や政策形成に参画していくことが必要だと考えられます。そのためには、作業療法士自身も様々な情報がいかに健康に影響を与える可能性があるか、その想像力を研ぎ澄ます必要があると言えます。

２）都市部の地域課題と郡部の地域課題

地域アセスメントにおいて、今後、社会情勢に大きな影響を与える課題が少子高齢化による人口減少です。これは、地域によっては中学校区単位で実情が異なるため、関与する自治体の状況を知っておく必要があります（図６）。

一例として、岡山県の状況を挙げます。政令指定都市である岡山市（人口約 72 万人、令和４年 10 月現在）は、人口増加と自動車利用を前提とした都市づくりを行ってきました。しかし、今後、人口減少・少子高齢化が進むと、中心市街地の活力の低下や空き家などの都市機能としての問題、車を運転できない高齢者の増加による移動手段の課題などが出てくることが想定されています。

一方、中山間地域である備前市（人口約３万２千人、令和４年 10 月現在）は、高齢化率の増加と高齢者も含めた人口減少が進んでいます。すでに路線バスなどの公共交通機関が撤退した地域もあり、車を運転出来ない高齢者の移動の問題が今まさに浮き彫りとなっています。隣近所とは家が１Km 以上離れた地域もあり、歩いて行ける通いの場などのコミュニティが作りにくい現状もあります。

また、備前市の離島では高齢化率 100％の島もあり、定期便の連絡船の便数も少なく医療が受けにくいなど、交通や医療等、高齢化に伴う問題が多岐の分野にまたがる地域もあります。

このように、都市部と郡部では共通の課題がある一方で、その課題に直面する時期や規模、それぞれの地域の資源等が異なるため、解決の方策や取り組みの優先順位が異なることを踏まえる必要があります。都市規模が大きいが故に問題が大きいのであれば、都市規模が大きいからこそできることもあるという発想を持つ等、関与する市区町村では、どのような状況の中で、どのような地域の姿を目指そうとしているのか、情報を把握するためのアンテナを張っておく必要があります。

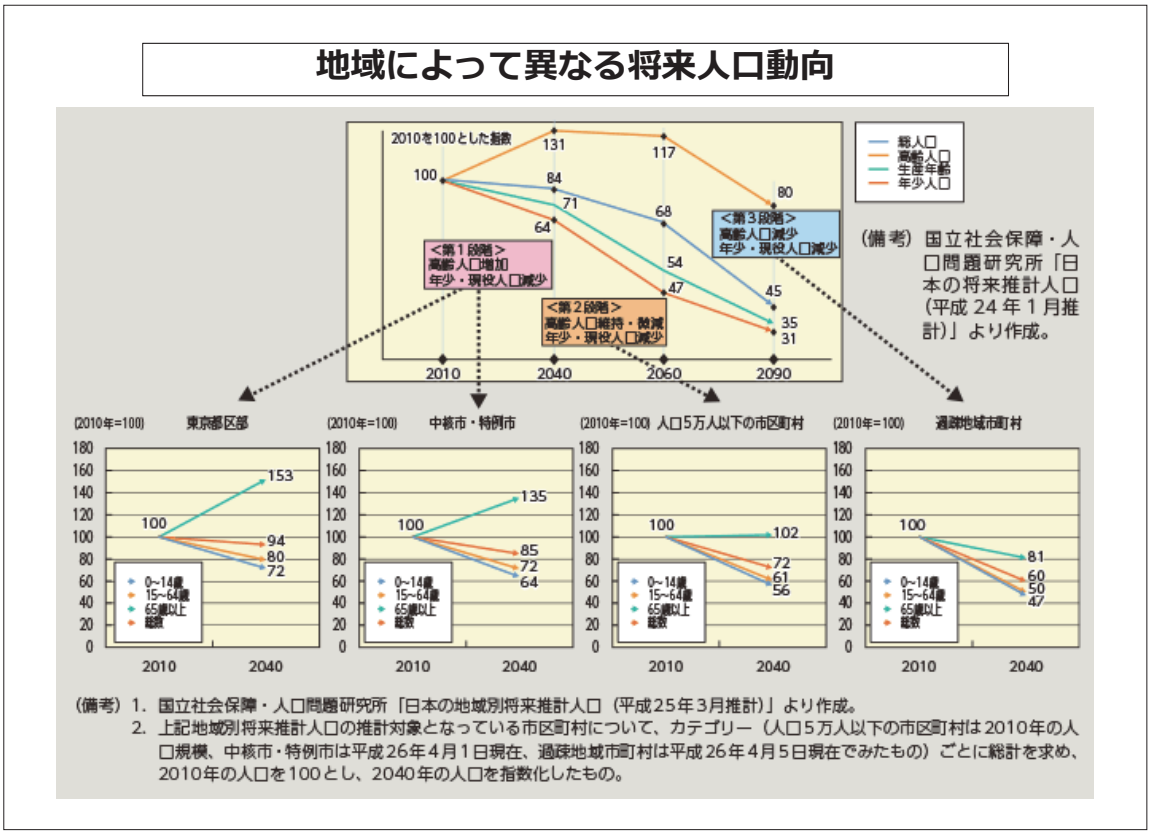


図6　内閣官房まち・ひと・しごと創生本部事務局「まち・ひと・しごと創生長期ビジョン　参考資料集」

3．個人のもつ課題と地域がもつ課題の関係性と政策提言

現状、多くの作業療法士が医療現場で患者・利用者に対して1対1の「個別支援・直接的アプローチ」を主に行っています。個人がもつ課題を見るためには、心身機能だけでなく、その人を取り巻く人的・物的・地域の資源・システム等あらゆる環境因子への視点が必要となります。また、それら環境因子の充実のためには「地域支援」や「間接的アプローチ」を行う視点を持つことが必要になってきます。多職種で行う地域ケア会議を積み重ねて個人を丁寧に見ていくことにより、医療現場とは違った視点から地域に足りない資源や仕組みが見えてきます。それが地域課題であり、地域に足りないならそれを創るという政策・地域づくりに繋げていくことが必要となります。

備前市では平成28年度から作業療法士が地域包括支援センターに配置されました。その経緯は、まず作業療法士が行政に直接働きかけ、地域包括支援センターで“作業療法士が何ができるか”を認識してもらいました。そして介護予防の推進や自立支援を考える時に、作業療法士の視点が有効だということを地域包括支援センターの3職種（保健師、社会福祉士、主任ケアマネジャー）に理解してもらったことが配置につながる大きな要因となりました。現在では、地域包括支援センターの作業療法士が窓口となり、医療機関や介護施設で働くリハビリテーション専門職と行政の接点ができ、両者の関係性が深まりつつあります。両者が協働して介護予防を目的とした「生き粋びぜん体操」を作成し普及啓発したことで、介護予防の取り組みも大きく前進しました。このように地域に活かすことができる作業療法士の視点を行政等に積極的にアプローチしていくことが、その地域における作業療法士の職域の拡大につながるとともに、住民のQOLの向上に向けて取り組む関係者間の連携促進にもつながります。

これからの作業療法士は、住民個人への介入のみならず「地域」の状況を知り、それに対して行政とともに住民に対して「間接的」に介入し、その結果「地域」が変わっていくことに存在価値を見出せるような思考への転換が必要になってきます。つまり、ICF（国際生活機能分類）において、対象者の健康状態につながる環境因子（用具等物的環境、人と自然環境、住民同士のつながり、多機関・多職種連携、地域包括ケア構築に向けたサービスや政策）に対しても作業療法士は

働きかけることができ、職能を発揮できる職種であると自覚し、責任を果たすことが必要となります。そのため、個人の健康状態と環境因子のつながりを行政とともに考えながら一緒に取り組む姿勢が今後、これまで以上に大切になってくると言えます（図７）。

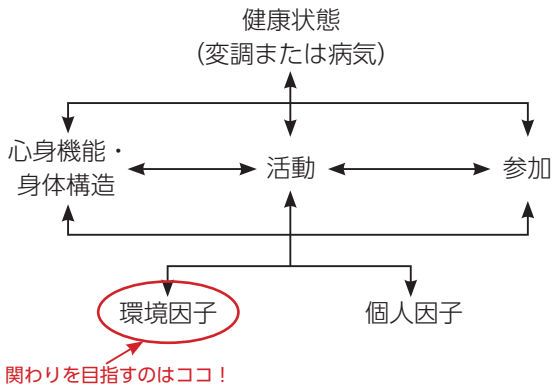


図７　ICF（国際生活機能分類）構成要素間の相互作用

４．地域包括ケアシステムから地域共生社会へ

１）地域包括ケアシステムの構築

2025 年には団塊の世代が 75 歳以上となり、超高齢社会を迎えることが確実視されています。この 2025 年を目標に、現在、医療、介護、介護予防、住まい、生活支援の各機能を円滑につないで連携させる「地域包括ケアシステム」の構築が進められています。この地域包括ケアシステムは、高齢者の医療と介護、認知症対策などを目的に、病院、施設、民間事業者、地域包括支援センター、社会福祉協議会など保健医療福祉のサービス関係者と、地域の住民が連携・協力することで、安心して暮らせる高齢社会の実現を目指しています。現在、市町村が中心となり、高齢者の相談支援を行う地域包括支援センターを中核に、中学校区など身近な生活圏域での地域ケア会議、この圏域をまたいだ広がりでのネットワーク会議、全域を調整する推進会議など、サービス関係者を中心に段階的な調整の仕組みが設けられ、この地域包括ケアシステム構築へ向けた取組みが進められています。

２）地域包括ケアシステム構築の課題

地域包括ケアシステムには、これまでの取組みから既にいくつかの課題が指摘されてきています。この新しいシステムは、サービス関係者による各機能の連携・協力と並んで、地域の住民に生活支援の機能と役割を期待しています。この生活支援の取組みは、声かけや見守り、サロン活動など自治会やボランティアを中心に多くの地域で行われてきています。しかし、地域間でばらつきがあるなど市町村の対応がまだ遅れているのが実情です。一方、身近な生活圏域では、地域包括支援センターなどの相談窓口に介護に留まらない多様で複雑な問題が寄せられています。老老介護、障がいを抱える子と要介護の親の同居（ダブルケア）、閉じこもりや虐待、ごみ屋敷などの問題です。これらは“制度の狭間”の問題として、既存の制度やサービスでの対応が難しい状況です。さらに市町村では、高齢者だけでなく、障がい者や子育ての分野でも身近な地域での相談支援体制の構築が取り組まれてきています。高齢者の地域包括支援センターに加えて、障がい者の相談支援事業所、子ども子育ての地域子育て支援拠点の整備が進められています。市町村の限られた人材・資源や財源の面、また利用のしやすさからすれば縦割りではなくサービス関係者間の調整と共同の必要が生じています。

３）地域共生社会の実現

こうした状況を受けて、国は「我が事・丸ごと」地域共生社会本部を立ち上げ、その実現に向けた取組みに着手しました（平成 28 年６月）。その趣旨説明の中で、福祉は与えるもの、与えられるものといったように、「支え手側」と「受け手側」に分かれるのではなく、地域のあらゆる住民が役割を持ち、支え合いながら、自分らしく活躍できる地域コミュニティを育成し、公的な福祉サービスと協働して助け合いながら暮らすことのできる「地域共生社会」を実現することの必要を掲げています。具体的には、「他人事」になりがちな地域づくりを地域住民が「我が事」として主体的に取り組む仕組みを作っていくこと、また市町村には、その地域づくりの取組みの支援と、地域での課題を公的な福祉サービスへつないでいくための、縦割りではなく「丸ごと」の総合相談支援の体制整備を進めていくことの必要を求めています。これからの地域での福祉を、支え手と受け手に分けて捉えるのでなく、住民それぞれが自分らしさを活かして担い関わり合う“支え合い”の関係として、公的なサービスと協働する中から新しく創り直す。これが目指される地域共生社会の姿です。この新しく創られようとする地域共生社会の中に、今後、地域包括ケアシステムは組み込まれる形で構築されていくことになります。市町村には、高齢者のみならず全ての人を対象とした支え合いの総合支援体制の新たな整備が求められます。

【文献】

1）一般社団法人日本作業療法士協会他：行政リハビリ専門職のための手引き. 一般財団法人日本公衆衛生協会, 2017.
2）藤内修二他：保健医療福祉行政論第 4 版．医学書院, 2017.
3）田中康之他：地域包括ケアにおける PT・OT の役割. 文光堂，2016.
4）一般社団法人日本作業療法士協会：総合事業実践事例集．一般社団法人日本作業療法士協会，2018.
5）一般社団法人日本作業療法士協会：作業療法マニュアル 35 ヘルスプロモーション．一般社団法人日本作業療法士協会，2009.
6）株式会社日本能率協会総合研究所：地域づくりによる介護予防を推進するための手引き．株式会社日本能率協会総合研究所，2017
7）厚生労働省：地域共生社会のポータルサイト

Ⅲ　地域ケア会議と生活行為向上

2025 年から 2040 年の 15 年間における人口動態に伴い、さらなる社会問題の進行や発生が見込まれています。一言で表すと、高齢者数がピークを迎える一方で、現役世代が急減し、いわゆる世代間不均衡がさらに顕著化・深刻化します。

2040 年には、我が国の人口は約 1 億 1,000 万人と約 1,000 万人減少する中、高齢者人口は約 4,000 万人とピークに達する見込みです。かつ、高齢人口のうち、85 歳以上が 3 割を占めることとなり、高齢世代がさらに高齢化します。また、高齢世帯において単独世帯が約 4 割を占め、高齢世代の孤立化・困窮化、認知症の罹患数の増加等をはじめ、大なり小なり“何らかの暮らしにくさ”を抱える方々が急増します。

こうした社会問題への対応が迫られる中、支える側となる現役世代は、2040 年までに約 1,000 万人急減する見込みであり、1 人の高齢者を 1.5 人の現役世代で支える比率となります。これに伴い、社会保障費は今よりも 1.6 倍に膨れ上がる見込みです。このような背景において、一人ひとりの健康寿命の延伸や QOL 向上、地域住民すべてが暮らしやすい街づくりを進めていかなければなりません。

1．自立支援型ケアマネジメントと地域ケア会議

1）自立支援型ケアマネジメントと作業療法士の貢献のしどころ

第 1 版の手引きでは、団塊の世代がすべて 75 歳以上となる 2025 年を見据えた視点で地域ケア会議について述べました。喫緊の課題である、要支援への移行防止・要介護への移行防止といった水際支援、要介護者の重度化予防等に対して、速やかに・効果的に・効率的に自立支援型のケアマネジメントを実践・普及・展開する主たるツールとして、また、その要の存在である介護支援専門員のケアマネジメントを後方支援するツールとして、様々な専門職が一堂に会して協議する地域ケア会議が、今では全国約 1,700 の市町村すべてで開催されています。

介護保険法では、第 1 条に、「要介護者が尊厳を保持し、その有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保険医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行う」と規定されています。ADL・IADL のできることと、できないことを評価して、できることは自身で行い、できうる部分をできるようにしていくという自立支援が介護保険法の基本理念です。

その基本理念である自立支援を「アセスメント」「計画作成」「実行」「モニタリング」「再アセスメント」の流れで実践していくことが自立支援型ケアマネジメントであり、最初に行う ADL・IADL のアセスメントの精度がとても重要です。

生活における「できること」と「できないこと」のアセスメントは対象者からのヒアリングだけでは不確定な部分が多く、実生活での各種生活行為を、作業療法士の専門的視点を用いてアセスメントすることで明確になります（or アセスメントすることが有用です）。この部分でキーとなるスキルが ADL・IADL の工程分析であり、各 ADL・IADL を工程毎にアセスメントすることで、自立を阻害している要因が抽出しやすくなります。併せて、その阻害要因に対する解決策・改善策を見出し、速やかにアプローチをする動きが必要です。

また、実際の生活場面での ADL・IADL 訓練と併せて、運動・口腔・栄養・服薬など様々な側面にバランス良く働きかけることも大事です。そして、対象者が「元気になったら実現したい」活動や参加の目標を設定する必要があります。「やりたいことは？」と問うても、「特に何もない」と返ってくることが少なくありません。その場合は「興味･関心チェックシート」の活用をして、対象者の無意識（「無意識下」or「無意識層」）にある「思い」を顕在化・言語化し、合意をとって、具体的かつ固有性のある目標設定をすることがポイントとなります。この合意目標の設定に至るまでのプロセス、いわゆる合意形成プロセスを丁寧かつ速やかにたどっていくこと（「進めていくこと」の方がよい？）が重要です。そして、その後の定期的な「モニタリング」では、必要に応じた支援内容や目標設定の点検・修正を行っていきます。

このように、「やりたいことの引き出し」「生活行為の工程分析」「ICF の各側面の関連づけ」「固有性のある目標設定」など、自立支援型ケアマネジメントのプロセスには、作業療法士が貢献できる・貢献すべき

スキルがたくさん潜んでいます。

以上、自立支援型ケアマネジメントの実践・普及・展開のツールとして各市町村で地域ケア会議が開催されており、この会議では、個別課題の解決に向けた多職種による協議、解決に資するネットワークの形成、そして、個別課題の集積からみえてくる地域課題の抽出、並びに、それら地域課題解決に向けた政策提言を主たる機能として運営されています。ここに作業療法士が参加するにあたっては、「地域ケア会議の位置づけとその機能」と「作業療法士の貢献のしどころ」を“事前に理解したうえで参加すること”が必要です。その理解のために、各士会において人材育成研修会が用意されていることが多いですので、積極的に参加することをお勧めします。

2．地域ケア会議への作業療法士の関わり方

1）地域ケア会議の分類とその役割

（1）地域ケア会議の目的と内容

目的と内容は、多職種協働による協議、自立を阻害する要因の追及、医療との連携、インフォーマルサービスの活用、地域課題の発見・解決策の検討、参加者の OJT 等です。そしてケアプランの実行・評価・見直しを行い、ADL・IADL そして QOL の向上を目指します。

（2）自立支援型地域ケア個別会議

「要支援者等の生活行為の課題の解決等、状態の改善に導き、自立を促すこと」引いては「高齢者の QOL の向上」を目指しています。地域ケア会議は、高齢者個人に対する支援の充実と、それを支える社会基盤の整備とを同時に進めて地域包括ケアシステムの実現に向けた手法とされています[1)]。

［地域ケア会議の５つの機能］

①個別課題解決機能、②ネットワーク構築機能、③地域課題発見機能、④地域づくり・資源開発機能、⑤政策形成機能が挙げられます[2)]。

具体的には、

①医療、介護等の多職種が協働で高齢者の個別課題の解決を図るとともに、介護支援専門員は自立支援に結び付くケアマネジメントの実践力を高められます。（個別の課題解決機能）

②個別事例の課題分析等を積み重ねることにより、課題の優先度を判断できるようになり、関係者の共通認識と連携が図れます。（地域包括支援のネットワー

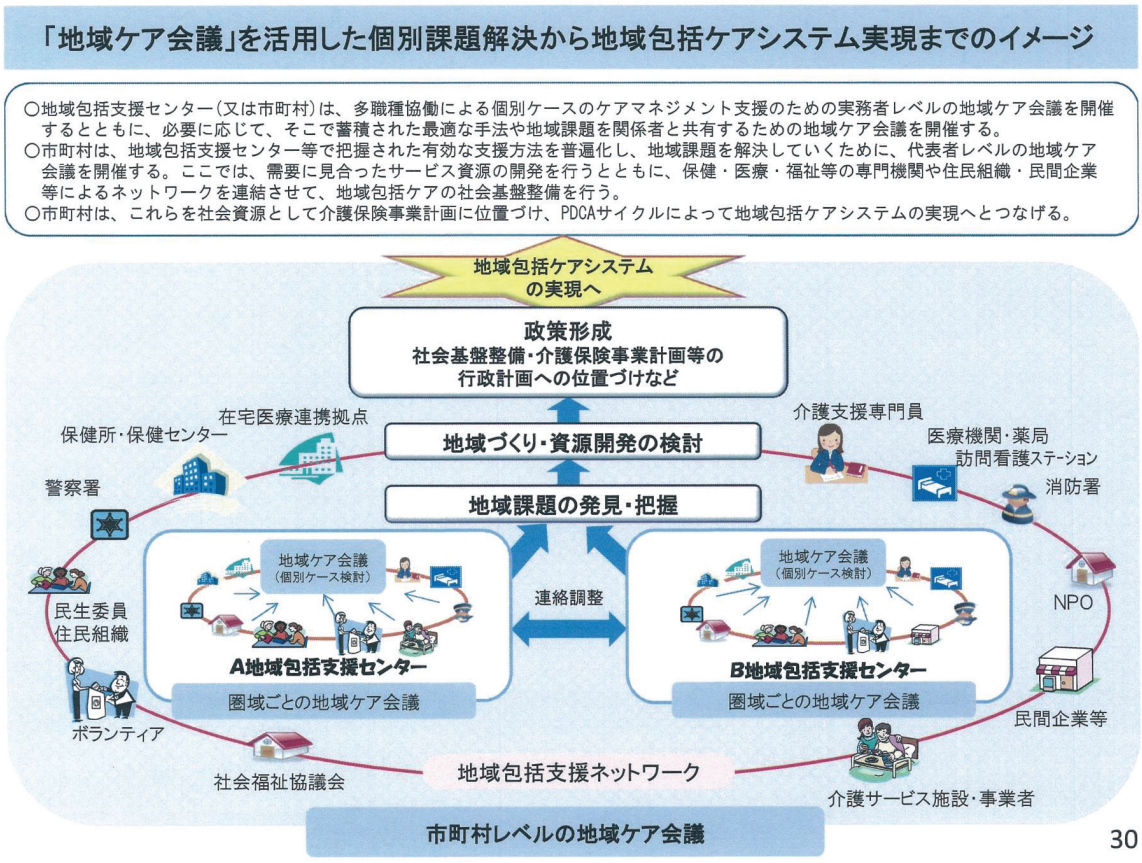


図１　「地域ケア会議」を利用した個別課題解決から地域包括ケアシステム実現までのイメージ

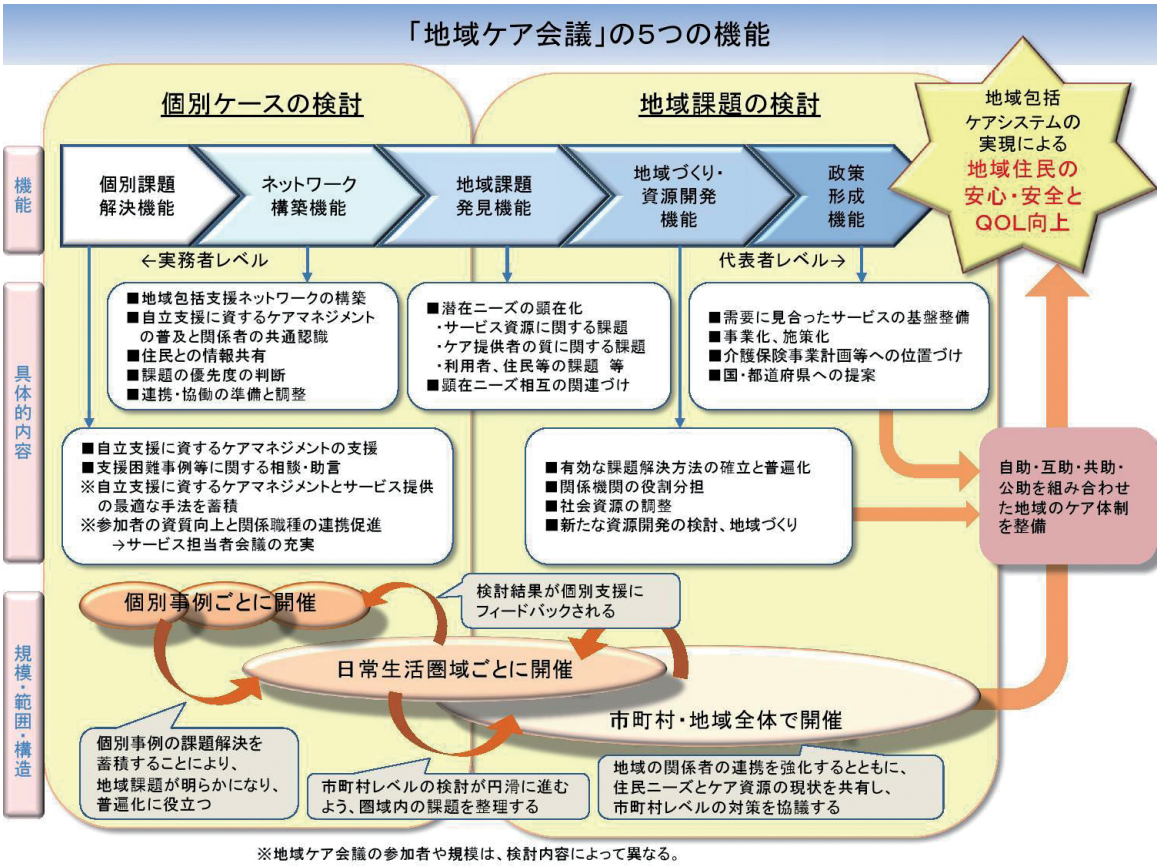


図２　「地域ケア会議」の５つの機能

クの構築機能）

③また、個別事例の蓄積によって地域の潜在的ニーズや共通した課題が明確化され、併せてサービス資源に関する課題も見えてきます。（地域課題の発見機能）

④共有された地域課題に対する有効な課題解決法を確立し、普遍化することで関係機関の役割も明確になります。（地域づくり資源の開発機能）

⑤地域づくりを実践するためには、新たな資源開発の検討も必要となるため、政策を立案・指導が必要となります。（政策の形成機能）

以上、地域ケア会議には５つの機能があり、これらの機能を高めることで地域包括ケアシステムが実現され、地域住民の安心と安全と QOL の向上へ繋がっていきます。

2）地域ケア会議のこれまでの流れと今後の展望

2015 年度から在宅医療・介護連携、介護予防・日常生活支援総合事業など、多様な事業や取組が組み込まれ、2018 年度からは、保険者機能強化推進交付金（インセンティブ交付金）が導入されました。地域包括ケアシステムの推進・深化は各保険者の責務として位置づけられるとともに、インセンティブ交付金の評価指標は、プロセス評価・ストラクチャー評価に加えて、アウトカム評価の項目が増えつつあります。

こうした流れと併せて、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの必要性、ダブルケア、8050 問題への対応など、多分野にまたがる複合的な課題が生じていることから、これまで高齢者を中心に運営されてきた地域ケア会議は、現在では多分野を扱う幅広い運営が展開され始めています。このように、今後は高齢者分野のみならず、「あらゆる人々が地域で共に生きる社会の実現」いわゆる「地域共生社会の実現」を目指した地域ケア会議が、各市町村で展開されていくこととなります。

よって、各士会においても、地域共生社会に資することのできる人材育成の戦略を、計画的に・具体的に進めていくことが求められます。

3）介護予防のための地域ケア個別会議の目的と意義

（1）地域ケア会議の開催は、目的と方法により２種類に分類できます[2)]。

①地域ケア個別会議：個別事例の課題検討を行います

②地域ケア推進会議：地域に必要な取り組みを明らかにして、施策の立案・提言を行います。

（2）意義[3)]

・介護予防のための地域ケア個別会議では、参加者が事例に対して多職種の専門的な視点に基づく助言を通じて、自立支援ケアマネジメントの視点やサービス等の提供に関する知識・技術を習得することができます。
・介護予防のための地域ケア個別会議で検討する事例を積み重ねることにより、地域に不足する資源などの行政課題の発見・解決策の検討に繋げられます。

4）個別ケースの検討を行う地域ケア会議が有効と考えられる事例[4)]

地域ケア会議で検討する個別ケースは多様ですが、有効だと考えられる主なケースとして、下記①～⑤が考えられます。どのような事例でも自立支援の視点から作業療法士は適切な助言ができるように備えておくことが必要です。

①支援者が困難を感じているケース
②支援が自立を阻害していると考えられるケース
③必要な支援につながっていないケース
④権利擁護が必要なケース
⑤地域課題に関するケース

平成 30 年度からは、「厚生労働大臣が定める回数及び訪問介護」（平成 30 年厚生労 働省告示第 218 号）で定める回数以上の生活援助中心型サービスを位置づけたものについて、地域ケア会議等を活用して、多職種の視点から届出のあったケアプランについて議論を行うこととなりました。作業療法士は「お世話型サービス」から「自立支援型サービス」への視点を持つ必要がありますが、一定回数以上であっても、疾患特性や環境因子、個人因子等から利用者にとって必要なサービスであるならば、作業療法士の分析からその根拠を提示することも大切です。

5）地域ケア個別会議の資料と確認のポイント

（1）資料・様式選定の観点

地域ケア個別会議（以下、会議）で使用する資料・様式は、会議を運営する各市区町村の方針に基づき決められています。なお、使用する資料・様式の選定にあっては、以下の 2 点に留意する必要があると示されています。

①事例提出者の負担を軽減すること
②会議の参加者全員が共通認識を持てるような理解しやすい資料であること

①の「事例提供者の負担を軽減すること」に関しては、生活課題の抽出・解決に必要な情報が簡潔に示せるもの（要約化・要点化されたもの）が推奨されています。

②町内会長や民生委員、交番の警察官、コンビニの店長といった方々が参加することもあるため、保健・医療・介護・障害福祉分野を業としない方々にも理解しやすい資料・様式を用意することが必要とされています。①②の観点をもつことで、事例提供の促進の一助となり、会議の効果的・効率的な運営に資することができるとされています。また、共通の見解が得られやすくなることで、参加者・傍聴者の OJT 効果が望める利点もあります。

（2）一般的に使用されている資料・様式

表 1　地域ケア個別会議の資料一覧（例）

情報			情報収集・資料作成者	
			プラン作成担当	介護サービス事業所
A	利用者に関する情報	・ 利用者基本情報（性、年齢、要介護度、自立度、家族構成、既往歴等） ・ 基本チェックリスト ・ 興味・関心チェックシート など、検討する事例の全体像を把握する情報	○	
B	アセスメント情報	・ 課題整理総括表	○	
C	ケアプラン	・ ケアプラン	○	
D	提供されているサービスの情報	・ 各事業所における個別援助計画		○
E	その他	・ 主治医意見書 ・ お薬手帳のコピー ・ 会議の要点をまとめたもの		

出典：介護予防活動普及展開事業　市町村向け手引き　Ver1

介護予防活動普及展開事業の市区町村向け手引き（ver.1）には、以下のように記載されています。

＜利用者に関する情報＞

※図 3 ～ 12 については、紙面の都合上、十分な掲載サイズが設けられず、見えづらい部分があります。詳しい確認が必要な場合は、出典元にアクセスしていただきますようお願いいたします。

◆図 3－1・3－2：利用者基本情報
◆図 4：基本チェックリスト
◆図 5：興味・関心チェックシート

図３－１　利用者基本情報
出典：介護予防活動普及展開事業　市町村向け手引き　Ver1

図３－２　利用者基本情報
出典：介護予防活動普及展開事業　市町村向け手引き　Ver1

図４　基本チェックリスト
出典：介護予防活動普及展開事業　市町村向け手引き　Ver1

図５　興味・関心チェックシート
出典：介護予防活動普及展開事業　市町村向け手引き　Ver1

＜アセスメントに関する情報＞

◆図６：課題整理総括表　　◆図７：ケアプラン（支援方針・計画に関する情報）

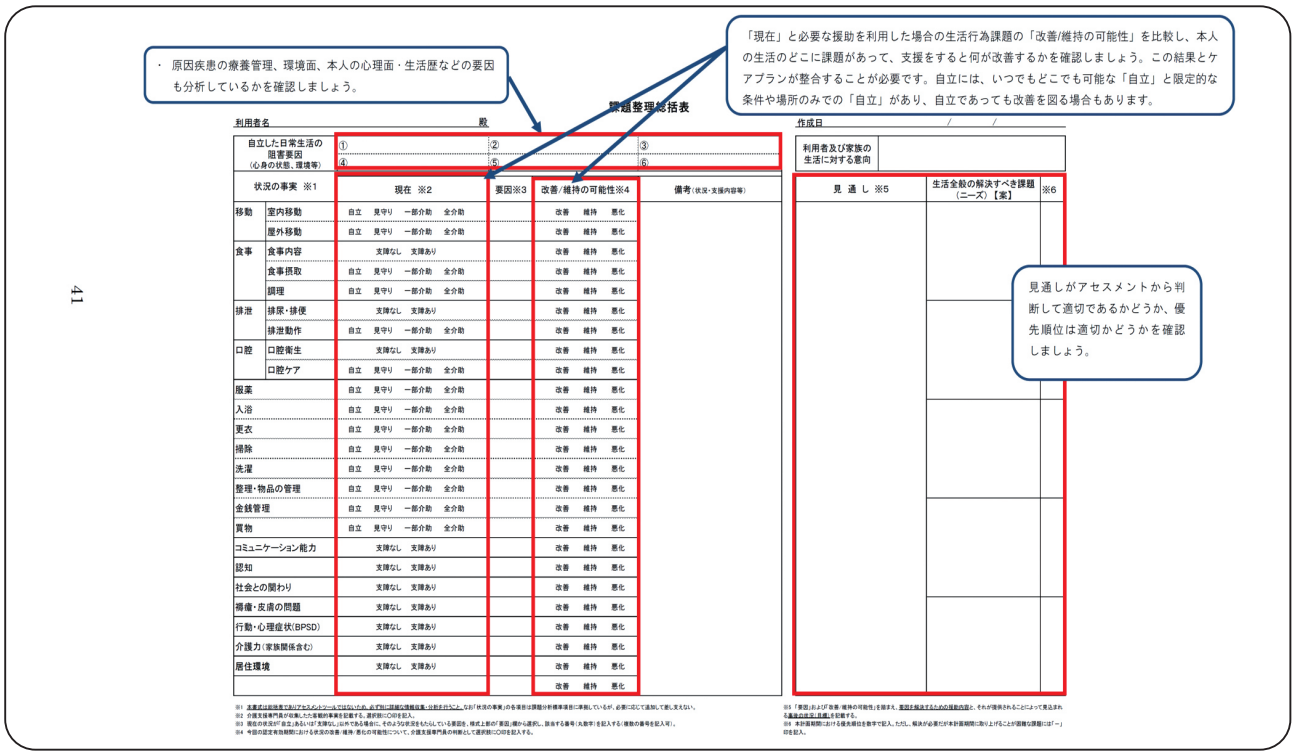


図６　課題整理総括表
出典：介護予防活動普及展開事業　市町村向け手引き　Ver1

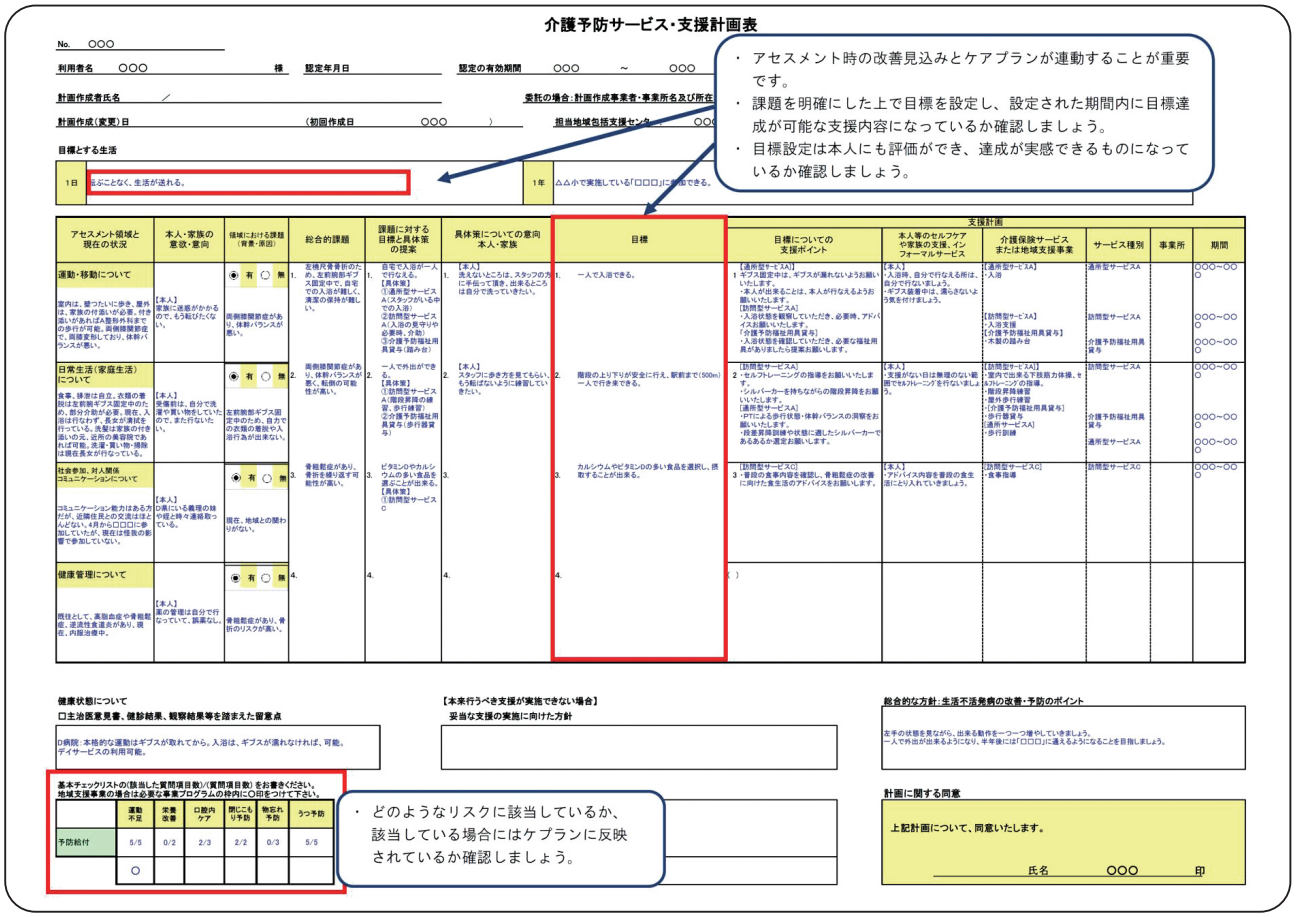


図７　ケアプラン（介護予防サービス・支援計画書）
出典：介護予防活動普及展開事業　市町村向け手引き　Ver1

＜提供されているサービスに関する情報＞

◆各事業所における個別援助計画

＜その他、必要に応じて提供すべき情報＞

◆図８：主治医意見書

◆お薬手帳のコピー

なお、これらに代えて、生活課題に環境面が深く関わる場合には、住宅の平面図、立面図、写真、工事の見積書などが追加される場合もあります。

作業療法士が助言者として会議に参加するにあたり、各士会レベルとして、人材育成の担当者が、各市区町村でどんな資料・様式を使用しているのかを把握のうえ、人材育成研修会等を通じて発信と学習機会を提供することが求められます。

（3）資料確認のポイント

有用な助言をするための前提として、次の２点が重要です。

①資料自体の学習 ②情報を読み取って統合するトレーニング

①に関しては、それぞれの資料が何を目的としてどんな情報を記載するものなのかを予め学習しておくことが必要です。

②については、実際の会議の場でリアルタイムに有用な助言するためには、“情報を的確に読み取る（入力）”→“それらの情報を統合する（統合）”→“明日から役立つような具体的な助言として平易な表現で簡潔に伝える（出力）”という一連のスキルを磨くことです。

このスキルアップの近道は、やはり数をこなすことです。なお、出力のスキル、つまり伝えるスキルに関しては、たとえ入力・統合のスピードとスキルが向上しても、自動的に向上するわけではなく、具体的な助言をすることは勿論ですが、事例提供者の介護支援専門員はじめ、会議に参加している方々の顔ぶれ・経験度・思考性・反応や表情などに応じて、表現・速度・口調などを変えて伝える必要があります。

6） 生活課題の明確化と背景要因の確認

介護支援専門員のアセスメントの特徴は「幅」であり、課題分析標準項目に則り、人の生活にかかわる要素全般をアセスメントし、自立した日常生活の阻害要因（生活課題）を抽出します。また、抽出した生活課題の緊急度･優先度を判断しつつプランニングします。一方、各専門職のアセスメントの特徴は「奥行き」で

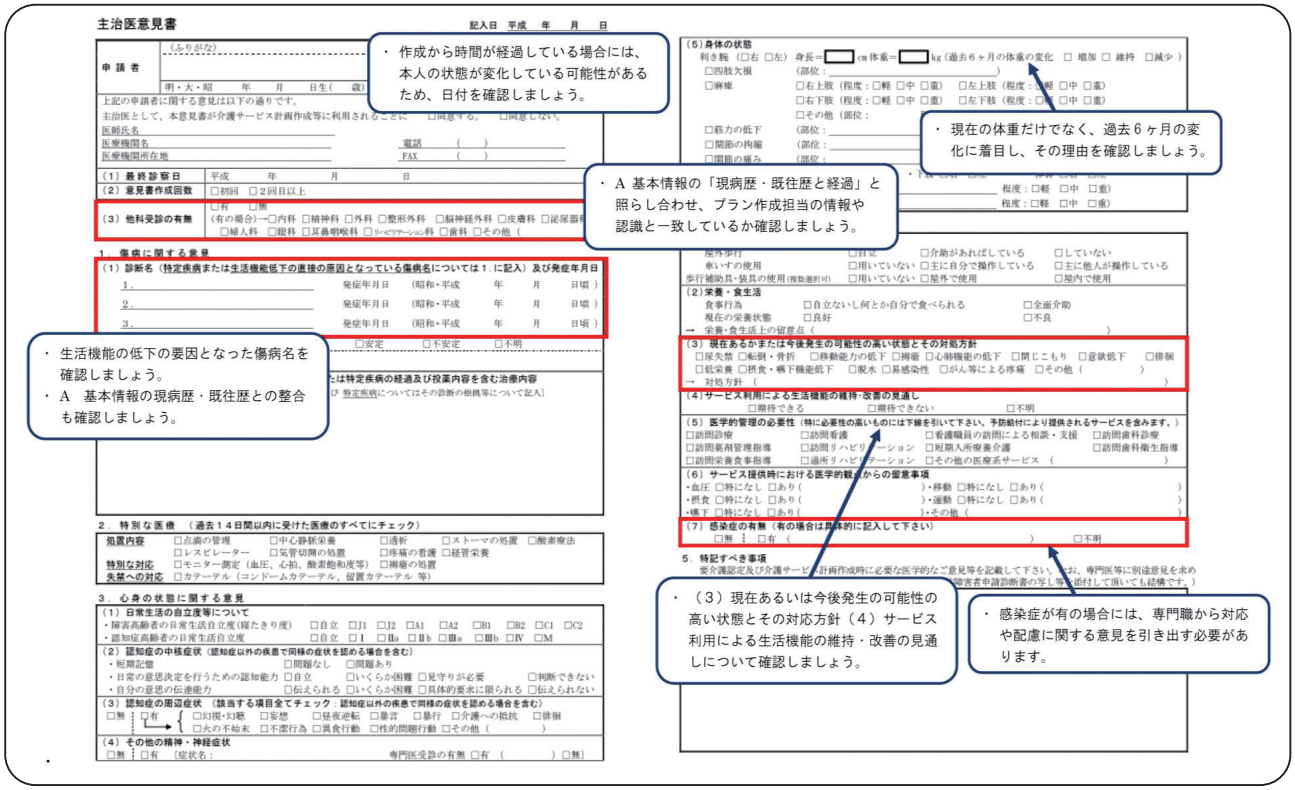


図８　主治医意見書

出典：介護予防活動普及展開事業　市町村向け手引き　Ver1

あり、作業療法士であれば活動・参加、歯科衛生士であれば口腔ケアといったように、それぞれの専門分野におけるアセスメントの深さです。地域ケア会議は、介護支援専門員のアセスメントの「幅」に、各専門職のアセスメントの「奥行き」を加えていく協働作業の場ともいえます。

Ⅰ．基本的な考え方
介護サービス計画作成の前提となる**課題分析については、介護支援専門員の個人的な考え方や手法のみによって行われてはならず、要介護者等の有する課題を客観的に抽出するための手法として合理的なものと認められる適切な方法を用いなければならない。**

この課題分析の方式については、「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準について」（平成11年7月29日老企第22号厚生省老人保健福祉局企画課長通知。以下「基準解釈通知」という。）第二の3（運営に関する基準）の（7）⑥において、別途通知するところによるものとしているところであるが、当該「基準解釈通知」の趣旨に基づき、**個別の課題分析手法について「本標準課題分析項目」を具備することをもって、それに代えることとする**ものである。

図９　介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について①
出典：平成 11 年 11 月 12 日 老企第 29 号 厚生省老人保健福祉局企画課長通知 別紙 4 の別添

基本情報に関する項目

No	標準項目名	項目の主な内容（例）
1	基本情報（受付、利用者等基本情報）	居宅サービス計画作成についての利用者受付情報（受付日時、受付対応者、受付方法等）、利用者の基本情報（氏名、性別、生年月日・住所・電話番号等の連絡先）、利用者以外の家族等の基本情報について記載する項目
2	生活状況	利用者の現在の生活状況、生活歴等について記載する項目
3	利用者の被保険者情報	利用者の被保険者情報（介護保険、医療保険、生活保護、身体障害者手帳の有無等）について記載する項目
4	現在利用しているサービスの状況	介護保険給付の内外を問わず、利用者が現在受けているサービスの状況について記載する項目
5	障害老人の日常生活自立度	障害老人の日常生活自立度について記載する項目　（※ 次ページ参照）
6	認知症である老人の日常生活自立度	認知症である老人の日常生活自立度について記載する項目　（※ 次ページ参照）
7	主訴	利用者及びその家族の主訴や要望について記載する項目
8	認定情報	利用者の認定結果（要介護状態区分、審査会の意見、支給限度額等）について記載する項目
9	課題分析（アセスメント）理由	当該課題分析（アセスメント）の理由（初回、定期、退院退所時等）について記載する項目

図 10　介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について②
出典：平成 11 年 11 月 12 日 老企第 29 号 厚生省老人保健福祉局企画課長通知 別紙 4 の別添

課題分析（アセスメント）に関する項目

No	標準項目名	項目の主な内容（例）
10	健康状態	利用者の健康状態（既往歴、主傷病、症状、痛み等）について記載する項目
11	ＡＤＬ	ＡＤＬ（寝返り、起きあがり、移乗、歩行、着衣、入浴、排泄等）に関する項目
12	ＩＡＤＬ	ＩＡＤＬ（調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況等）に関する項目
13	認知	日常の意思決定を行うための認知能力の程度に関する項目
14	コミュニケーション能力	意思の伝達、視力、聴力等のコミュニケーションに関する項目
15	社会との関わり	社会との関わり（社会的活動への参加意欲、社会との関わりの変化、喪失感や孤独感等）に関する項目
16	排尿・排便	失禁の状況、排尿排泄後の後始末、コントロール方法、頻度などに関する項目
17	じょく瘡・皮膚の問題	じょく瘡の程度、皮膚の清潔状況等に関する項目
18	口腔衛生	歯・口腔内の状態や口腔衛生に関する項目
19	食事摂取	食事摂取（栄養、食事回数、水分量等）に関する項目
20	問題行動	問題行動（暴言暴行、徘徊、介護の抵抗、収集癖、火の不始末、不潔行為、異食行動等）に関する項目
21	介護力	利用者の介護力（介護者の有無、介護者の介護意思、介護負担、主な介護者に関する情報等）に関する項目
22	居住環境	住宅改修の必要性、危険個所等の現在の居住環境について記載する項目
23	特別な状況	特別な状況（虐待、ターミナルケア等）に関する項目

図 11　介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について③
出典：平成 11 年 11 月 12 日 老企第 29 号 厚生省老人保健福祉局企画課長通知 別紙 4 の別添

助言者の留意点としては、双方のアセスメントの特徴を押さえたうえで助言をすることです。これをしない場合、知らずに助言の押し付けになってしまうことがありますし、介護支援専門員にとって助言の洪水状態となり、緊急度・優先度を整理しづらくなってしまうこともあります。

そこで、事例情報を読む際には、一度介護支援専門員の思考に立って、自立した日常生活の阻害要因（生活課題）を抽出し、それらの緊急性・優先性を整理のうえ、介護支援専門員が抽出したものとすり合わせを行ってみます。そのための前提として、ケアマネジメントプロセスを理解しておくことが必要です（次項参照）。なお、緊急度・優先度の整理にあたっては、客観的 QOL（図 12：客観的 QOL）の分類を用いて振り分ける方法があり、原則的に「生物（生命）レベル」に属する課題は緊急度・優先度が高いといえます。なお、「生物（生命）レベル」に属する課題が、廃用性の筋力低下のように根本的に解決できるものなのか、それとも、糖尿病や重度片麻痺のように根本的な解決が難しいため、進行防止や二次的な機能低下を予防すべきものなのかを判別することが重要です。

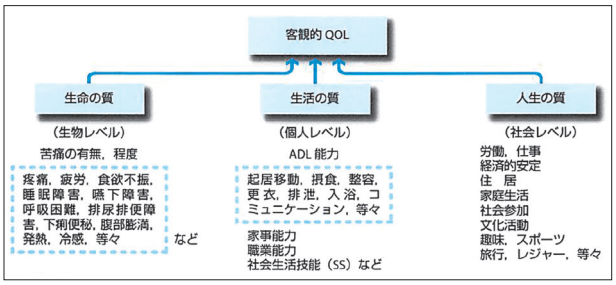


図 12　客観的 QOL
出典：上田敏 リハビリテーション医学の世界より

7）作業療法士が理解すべきケアマネジメントプロセス

地域ケア個別会議の中心的な目的が、個別ケースの支援内容の検討を通した「介護支援専門員による自立支援に資するケアマネジメントの支援」であり、助言者の役割・責務はここに寄与することです。事例提供した介護支援専門員に、「なるほど！」「事例提供してよかった！」「勉強になった！」「この作業療法士とチームを組んでみたい」と思ってもらえるような有用な助言をすることです。そのためには、介護支援専門員の思考過程であり実行過程であるケアマネジメントプロセスを知る必要があります。

そのプロセスは「マネジメント」という共通項をもつ MTDLP と同様で、本人・キーパーソンからの意

向聴取、アセスメント、プランニング、実行、再アセスメントによる見直しというPDCAサイクルをもつものです。このプロセスに沿うように助言をすると介護支援専門員の理解に繋がりやすくなります。このことを押さえつつ、作業療法士として、対象者一人ひとりの個性を活かし、活動・参加レベルの向上を通じたQOL向上のために必要な考え方や方法、プロセスについて助言することが求められます。

（1）介護支援専門員の資格背景

地域ケア会議の主たる目的が、介護支援専門員による自立支援に資するケアマネジメントの支援であることを考えると、助言者として参加する作業療法士は、介護支援専門員が行うケアマネジメントプロセスの理解のために、各士会レベルでの地域ケア会議・総合事業の人材育成研修会の中にケアマネジメントプロセスの講義を入れたり、MTDLPの実践や事例報告をしてみたり、５年以上の実務経験がある方は、是非介護支援専門員の資格取得にチャレンジすることをお勧めします。

（2）介護支援専門員のアセスメントの課題

（図13：介護支援専門員のアセスメントに関する課題）の介護支援専門員が感じているアセスメント上の課題として、「１．課題分析標準項目（図９・10・11）に関する情報収集が不十分」「２．収集した情報を分析に活用できない･活用の仕方が分からない」「３．課題の原因・背景が分からない」「４．見立て・予後の予測ができない」の４点に集約されています。作業療法士として、特に２．３．４の部分を補完するような助言が求められます。

◆「収集した情報を活用できない・活用の仕方が分からない」

ICF視点でのアセスメントを基にして、具体的な生活行為と5W1Hの視点を含めた目標、そしてプログラムとの関連付けについて丁寧に助言することが求められます。

◆「課題の原因・背景が分からない」

例えば、入浴行為において「浴槽のまたぎ」ができない場合、それが「個人因子由来」なのか「環境因子由来」なのか？個人因子由来であれば、身体機能由来なのか？認知機能由来なのか？身体機能であれば、下肢筋力の低下なのか？関節可動域制限があるのか？下肢筋力の低下であれば、不活発習慣が原因なのか？低栄養が原因なのか？といったように、工程分析とICFの視点を用いて丁寧に具体的に助言することが求められます。

◆「見立て・予後の予測ができない」

抽出された生活課題の原因が、不活発由来による体力低下・筋力低下などの場合は、根本的な解決が可能であることが多く、状態像そのものの改善が期待できます。一方で、重度片麻痺などの疾患由来の場合は、根本的な解決が困難であることが多く、進行防止・悪化防止に資するような対処方法･動作方法･介助方法･環境設定・福祉用具の選定・サービス調整等の支援が必要となります。このように、生活課題の原因・背景に基づいて、その解決方法や向き合い方、そして、その後に見込める状態像や生活像について丁寧に具体的に説明することが求められます。

（3）ケアマネジメントプロセスに沿った助言

予め介護支援専門員の思考過程であり実行過程であるケアマネジメントプロセスを理解しておくことが必要です。この理解のために作業療法士として最も有用な方法は、「マネジメント」という共通項をもつMTDLPの思考過程を学習し､実践しておくことです。さらにはケアマネジメントプロセスとMTDLPのプロセスの違い、重視する視点の違いを認識し専門的な支援に心がけることが重要です。以下に、マネジメントプロセスにおける要点を記載します。

全体	課題分析標準項目に関する情報収集が不十分	収集した情報を分析に活用できない､活用の仕方がわからない	課題の原因･背景がわからない	見立て･今後の予測ができない	その他	特に課題はない	無回答
4772	3874	538	423	833	167	440	162
100.0%	81.2%	11.3%	8.9%	17.5%	3.5%	9.2%	3.4%

図13　介護支援専門員のアセスメントに関する課題
出典：平成27年度介護法主改定の効果検証および調査研究に係る調査

①本人・キーパーソンからの意向聴取

「元気になりたい」「もっと歩けるようになりたい」といった心身機能面や ADL 面に留まらず、「足腰が強くなった先にしてみたいことは？」「もっと歩けるようになった先にしてみたいことは？」といったように、活動・参加領域において“ してみたい生活行為 ”まで聴取するような関わり方が作業療法士に求められるスキルです。もしも、聴取を試みた際に、対象者が自発的に述べることができないような場合は、興味・関心チェックシート（図５）を使用し、一緒に会話しながら聴き取る方法もあります。目の前に具体的な項目があると意向を述べていただけることが多いですし、活動・参加に対する本人の思考などを垣間見ることもできます。

併せて、キーパーソンの意向も聴き取っておくことが大事です。キーパーソンは最も身近な支援者であることが多いため、本人の意向との一致性を確認しておくことが不可欠です。意向が一致している場合は、大きな強みとなることが多いですし、相違している場合はすり合わせる作業が必要となります。

②アセスメント・目標設定

対象者およびキーパーソンの意向の聴き取りの後に（もしくは並行して）、ICF アセスメントによる課題と強みの抽出、そして予後予測を行います。そのうえで、「意向や個性を活かした」「一定期間で達成可能な」「5W1H が含まれた具体的な目標」を対象者・キーパーソンと一緒に組み立てていくことが作業療法士に求められるスキルです。また、「してみたい生活行為」のほかに、「する必要のある生活行為」「することが期待されている生活行為」も同時に整理することが作業療法士に求められるスキルです。

時として、対象者は「歩いて友人宅に遊びに行きたい」「家の中の掃除習慣を再開したい」、一方で、キーパーソンは「無理をせず自宅でサービスに頼って生活して欲しい」といったように、意向が相違する場合もあります。この場合は、アセスメントをもとに双方の思考をすり合わせ、合意を図っていく作業が必要です。そのためには、アセスメントにより抽出された課題が、不活発由来によるものか、疾患由来によるものかを判別し、前者であれば、活動性を高めることによって改善が見込めることが多いため、不活発を原因として生じている課題や、不活発習慣の延長線上に新たに生じうるリスクを丁寧に説明し、日々の活動性を高めることが重要であることに理解を得ることが必要です。その際、イラストや日頃の役割（IADL）と運動量の関係性を伝える資料などを使用すると効果的です。

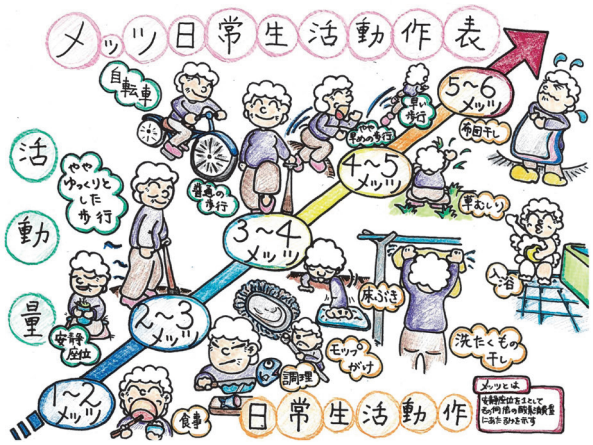


図 14　メッツ・日常生活動作表

出典：介護予防に関する事業評価・市町村支援事業　介護予防のための地域ケア会議に関する多職種合同セミナー

行動	消費カロリー (kcal)	歩数換算 (歩)	行動	消費カロリー (kcal)	歩数換算 (歩)
電機掃除機かけ	33	1000	草むしり	33	1000
ぞうきんかけ	49	1500	入浴	33	1000
窓ふき	40	1200	テレビを見る	13	400
洗濯干し・取り込み	35	1100	読書	12	400
アイロンがけ	21	650	車の運転	15	450
食事作りと後片付け	27	900	デスクワーク	16	500

※カロリー消費は 60kg の人が 10 分間行った目安

図 15　生活行為は何歩に換算されるか

出典：オリンパス健保ホームページ http://www.olympus-kenpo.or.jp/kenko/walking/calorie/calorie1.html#02

一方、後者の場合は、それらの課題が疾患に帰属しているため、根本的な課題解決が難しいことが多いことから、課題とのつき合い方や重度化防止の方法、状態に応じた環境設定、代替え手段やケア方法の工夫を含めた手厚い支援について提案することが求められます。

③プランニング・実行

ICF アセスメントに基づき、本人の有する能力を見極めること、そして、その能力を活用した支援策を組み立てることが作業療法士に求められるスキルです。つまり、対象者の「できていること」「できうること」「できないこと」の見極めのもと、支援が必要な部分に関しては、見守りで可能か、声掛けがあれば可能か、見せて示せば可能か、部分的な介助が必要か、全面的な介助が必要かを見極めることが求められます。さらに、それらの支援者は誰が適当なのかを見極めることも必要です。例えば、ご家族で対応が可能な

のか、それとも、訪問介護での対応が必要なのか、または、初期段階はリハ職が行い、連携を図りつつ、数ヶ月後に訪問介護やご家族に置き換えていくことが必要なのかといった具合に、対象者の有する能力、人的・物的環境、地域のサービス資源等と照らし合わせて、最も適当な支援者を見極めることも必要です。

MTDLP の生活行為向上プラン演習シートで示されている生活行為工程分析（企画準備力、実行力、検証完了力）の視点を照らし合わせ、重要な点が見過ごされていないか検討が必要になります。また、同シートではプランの具体的内容が基本的・応用的・社会適応的プログラムに分けられ、そのプログラムがいつ・どこで・誰が、いつまでに行うのかが表として見える化されています。計画を整理し、頭の中でその作業ができるトレーニングが必要となります。

8） 地域ケア個別会議の実際[5)]

介護予防のための地域ケア個別会議は、自立支援・介護予防の観点を踏まえて実施され、対象者は「サービス事業対象者」「要支援者」を想定した「自立支援型」の介護予防のための地域ケア個別会議としています。

それ以外の対象者（例えば要介護者や困難事例等）については地域の実情に合わせて徐々に範囲を広げていくことも可能です。

先行市町村においては下記の視点で優先順位をつけて選定しています。

- サービス事業対象者及び要支援者全員
- サービス事業対象者及び要支援者のなかでも福祉用具の貸与や住宅改修を伴う事例
- 生活行為に課題が生じる大腿骨頸部骨折等の筋骨格系疾病により要介護認定に至った事例

助言者として地域ケア会議に参加する専門職は、医師、歯科医師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士等が考えられます。

助言者は、対象者の希望や生活行為の課題等を踏まえ、運動・口腔・栄養等の幅広い観点から、自立に資する助言をする役割を担います。

【地域ケア会議の流れ】

会議時間は、市町村毎で異なりますが先行市町村では２～３時間で約４～６事例を実施しています。

①資料の読み込み（４～６分）

ここでのポイントは、短時間でどれだけ要点を把握できるかです。そのためには介護保険関係の帳票・書類の見方を知っておくことはもちろんですが、基本となる医学的情報、環境因子、生活背景も詳細まで把握できる能力が必要となります。

②プラン作成者の概要説明（４～６分）

介護支援専門員から対象者の自立を妨げている要因の説明があります。また、助言者に訊きたい質問等も投げかけられます。

③事業所からサービス計画の説明（４～６分）

通所や訪問事業者から介護サービス計画書の説明があります。生活の自立を阻む要因に対する支援内容の説明が主となります。

④質問・助言（10 ～ 12 分）

質問に対しては具体的な助言が必要です。質問者が医療職でない場合もあるので、医学的専門用語をわかりやすく伝えることです。また、誰が何をいつ、どこでどの部分に注意して実行するかもリスク管理を踏まえて助言が必要になります。

⑤まとめ（２～４分）

事例ごとに課題の明確化と今後の方向性をチーム全体で確認します。ここで明確な課題や自立に向けた支援内容がまとめとして提示されなければ、助言が適切に伝わっていないことがわかります。

9）地域ケア個別会議での助言の要点化

地域ケア個別会議では、作業療法士は主に応用的動作能力（食事・排泄等）、社会的適応能力（地域活動への参加・就労等）の心身両面から回復・維持、悪化の防止の観点で生活行為向上の助言を行います（表２）。

（1）作業療法士の果たす役割

①個別課題への助言

ケア会議における作業療法士の役割は非常に重要です。まずケア会議の手法としては生活機能の課題を明確にするところから開始します。ADL・IADL のできること、できないことの能力評価から始まり、そして ADL・IADL の自立を阻む要因を導き出し、助言をします。

以下に事例を通してケア会議における作業療法士の関わり方を紹介します。

【事例】生活の不活発で下肢機能の低下が著明（要支援２）、課題として洗濯ができない方です。期間は６カ月､当初ケア会議に挙がったケアプランの目標は｢訪問介護のサービスを利用して一緒に安全な洗濯を実施する」とします。しかし、洗濯動作の工程分析をせずにすべての工程で訪問介護がサービス介入すると、できた洗濯動作もできなくなります。そこでケア会議では「洗濯ができない原因は何か」を助言します。洗濯動作の工程の中でどの動作が困難なのか、洗濯機の操作なのか、洗濯物を干場までの移動ができないのか、干す動作ができないのか、取り込み動作ができないのか、を分析し課題を明らかにします。たとえば、｢下肢筋力低下により洗濯物が干すができない」といった洗濯動作の自立を阻む要因が明らかになったら、その課題に対する支援方法の助言を行います。下肢筋力の強化を行うには、どんな運動を、どこで、誰が、いつまで、どんなリスク管理に注意して行うか、を助言します｡リスク管理と予後予測が重要な助言となります。何もつかまる所がなければ、手すりをどの場所に設置するか､その理由を含めて住宅改修業者に助言します。肩関節の可動域制限で干す動作が困難であれば、物干しの高さを変える等、洗濯動作の自立に向けての支援内容の助言も行います。また、阻害要因としては身体機能の他に認知機能があり、認知機能に関しても課題抽出の方法や支援内容の助言が必要となります。家族や個人の性格等の個人因子や環境因子も自立の阻害因子として考える必要があります。

②地域課題への助言

地域ケア会議は、個別課題だけを議論する場ではなく、地域課題に対しても議論して、行政へ政策提言を行っていきます。そのためにはケア会議に参加する市町村の介護保険策定計画の詳細を把握して、地域の情報収集にも努めていく必要があります。

地域ケア会議における作業療法士の課題
・助言でなく質問が多い
・専門用語が多くわかりにくい
・上から目線で威圧的である
・話が長く、分かり難い
・助言が具体化されていない
・助言者によってスキルに差がある
・地域課題を把握してない

今までは施設内で、限られた専門職のみで仕事をしていた作業療法士が、ケア会議では市町村職員、介護支援専門員、介護福祉士、社会福祉士、セラピスト、福祉用具の事業所等、また会議においては一般市民が参加することもあります。その中で作業療法士として苦労するが一番大事なことは「難しいことを簡単に説明する」ことです。専門的な言語を普遍化することです。この部分は、参加者の表情や司会者の発言、最後のまとめでも確認できるので、伝わってない場合は反省とともに助言者としての課題整理が必要です。

・説明は端的に述べる
・専門用語を解りやすく説明する
・質問でなく、助言を具体的にする
・謙虚に丁寧な助言を意識する
・地域課題に対しても助言を行う

地域ケア会議における助言者として
留意すべきこと
1．社会人としての常識（挨拶、服装、時間厳守など）を守る
2．多くの情報を端的に読み取る能力を養う
3．作業療法以外の専門的知識の習得（運動、口腔、栄養、服薬など）
4．誰が、いつ、どこで、何を、なぜ、どのように（5W1H）を意識した助言
5．自立を阻む生活課題を明確にする
6．質問や指摘でなく助言を意識する
7．謙虚で相手の立場に立った助言を意識する
8．市町村の地域課題を把握する
9．難しいことを簡単に説明する
10．活動から参加を意識した助言

（2）介護予防のための地域ケア個別会議の実際

最後に、A 町地域包括支援センターで開催された地域ケア個別会議を参考に、作業療法士の助言内容と多職種の助言に解説を加えた会議の流れを例示します（表３）。紙面の都合上、地域ケア個別会議で使用する帳票類は割愛しています。

表２　作業療法士の助言ポイント[6)]

ステップ	専門職としての視点、具体的な確認や推察の内容
事例の理解と確認	・具体的に介護・支援が必要になっている ADL や IADL の状況を確認する ・認知・精神機能障害の程度を確認する ・家屋や自宅周辺の環境状況を確認する､どのような生活をおくっているか（閉じこもり傾向があるか）確認する ・交流の機会の有無や多寡を確認する ・趣味活動や地域活動は行っていたかなど、一日の余暇時間の過ごし方について確認する
課題の明確化と背景要因の確認	・ADL は「できる」動作なのか「している」動作なのか、また IADL の状況はどうなのかを確認する ・できない動作は「何で」できないのかが明確にされているかを確認する ・家族や地域の協力が得られるかを把握する ・福祉用具や住宅改修等の環境整備で、生活行為の課題の改善が可能かを検討する
目標と支援内容の確認	・目標が心身機能に関する項目に偏っていないかを確認する ・「活動」・「参加」への目標設定が設定されているかを確認する
実践につながる助言のポイント	・サービスの関与が心身機能に関する項目に偏っておらず、「活動」・「参加」も含まれているか確認した上で助言する ・本人の残存機能を引き出すよう助言する ・日中の役割の再獲得や確保、本人の趣味などから社会参加に向け必要な社会資源などについて助言する

表３

【A 町地域包括支援センターの概要】
・月２回、１事例 15 分～ 20 分で自立支援に向けた地域ケア個別会議を実施している。
・参加者には匿名化された事例資料がおよそ１週間前までに会議参加者に郵送される。
・構成は司会者、プラン作成担当、支援センター職員、各専門職からなる助言者、介護サービス事業所、生活支援コーディネーターである。
【助言者】
保健師、作業療法士、理学療法士、薬剤師、栄養士、歯科衛生士
【日常生活圏域の特徴】
郡部にある農業の盛んな町で、人口は 5,000 人強、高齢化率は 37.3%と、人口減少と高齢化の進行が進んでいる。
【圏域内の医療サービスと介護サービス】
医療：病院１箇所（内科、外科、整形外科、小児科、リハビリテーション科）
介護保険施設：通所介護、通所リハ、訪問介護、老人保健施設、老人福祉施設、グループホームがいずれも１箇所のみ。
総合事業：通所型サービスＣ、訪問介護、訪問型サービスＣ、地域リハビリテーション活動支援事業

参加者	発言内容	解説
司会	今回の事例は要支援２の 84 歳女性です。有効期限は２年です。資料は事前に送っており、事例の読み込みはされていると思いますので、E さんのケアプランの検討を始めます。 プラン作成担当は簡単に E さんの説明をお願いします。	
プラン作成担当	８年前に腰椎圧迫骨折で手術をしてから徐々に下肢筋力低下がみられています。左膝に痛みもあります。昨年にはレビー小体型認知症の疑いが診断されています。玄関や庭先で話声が聞こえる、洗濯物が干してあるように見えることがありますが、娘さんに説明されると納得され、生活に支障は無いようです。 ADL は概ね自立していますが、腰痛と膝痛により床からの立ち上がり、長時間の歩行と立位が困難です。痛みが少ないときは杖歩行で 300m くらい散歩しますが、休憩が必要です。２年前に家屋評価を行い、浴槽出入りは自立していましたので膝痛に対して浴槽台を購入しています。また、起床時にふらつきからくる転倒がありましたのでベッド横に手すりを設置しています。設置後、屋内での転倒はありませんが、畑では後方や側方への転倒が多いようです。	・事前に読み込んだ資料とプラン作成担当者の説明を比較しながら聴き取りましょう。 ・以前出来ていて現在できないこと、困難になったことを時系列で整理します。 ・動作の工夫や自助具等で改善の可能性があることについて

	IADL はなるべく自分で行うようにしていますが、掃除機は腰が辛いので同居の娘に頼んでいます。両手に振戦があり、調理動作でも細かいことは娘に頼んでいます。	イメージしながらプラン作成担当者の説明を聴き取りましょう。
	課題 ①夏は畑仕事があるが、冬はさらなる体力低下が予測される。 ②腰痛により長時間の歩行と立位が大変になり、外出の機会が減っている。 ③難聴があるが補聴器があわず装着していない。耳が聞こえないことでコミュニケーションが苦痛となっている。を挙げています。 痛みがありますが、今後も元気に生活するために合意された目標は①毎年元気に畑仕事を続けたい、②約 1 km 先のスーパーに歩いて買い物に行きたい、③家事を自分で続けてやりたい、ということです。 そのためにデイサービスを進めましたが、利用時間が長すぎて嫌だということです。90 分の通所 C であれば行ってもいいかと気持ちが傾いています。	・プラン作成担当者が「自立を阻害している要因」を見落としていないか、優先度をどのように考えているかを確認しながら説明を聴き取りましょう。 ・自立に向けた具体的な目標であるかどうか、どのような目標が事例に必要かを考えましょう。
司会	現在は家事などのできることは自分で行い、ADL も自立している方ですが、改善可能な日常生活についてもご意見を頂きたいと思います。 各専門職から、気が付いた点や助言をできるだけ具体的にお願いいたします。	
作業療法士	私からは３点あります。 １点目は転倒と現在の身体機能についてです。E さんは手の震えがあり、歩行がゆっくりであること、後方や側方への転倒が多いことから、レビー小体型認知症の方にみられるパーキンソン症候群により、バランスや体の動きが悪いのかも知れません。お薬をみますとパーキンソン治療薬（メネシット）も服用されていますね。調子の悪いときに寝返りが困難なことも腰痛だけが原因ではないかも知れません。日によって状態が違うパーキンソン症候群の特徴が生活に出ている可能性があります。畑仕事でも中腰や座った姿勢から立ち上がった直後に姿勢の調整が間に合わずに後方に転倒しているかもしれません。 ２点目は入浴についてです。家屋評価が 2 年前なので、現在の E さんの状態に合わせたお住まいの整備が必要かと思います。特に入浴動作は作業療法士による再評価をおこなって、本人が不安に思っていることの解決に向けたらいかがでしょうか。手すりが必要かも知れません。 ３点目は家事動作についてです。E さんは休憩を入れ、腰痛とつきあいながら家事を行っていることはとても良いことです。家事での立位動作はお腹の筋肉も活動させているので腰痛予防にもなります。しかしながら、先に述べたパーキンソン症候群の影響が出ていないか訪問 C 等による生活行為のアセスメントを再度実施してはいかがでしょうか。	・まず、いくつの点について発言するか述べましょう。 ・助言は優先度を考慮しながら2〜3点に端的にまとめましょう。 ・病気や疾患の特徴はなるべく専門用語を使わずにわかりやすい言葉を用いましょう。 ・既に家屋評価や住環境整備が済んでいても、現状にあっているかどうかという視点が大切です。 ・継続されている生活行為は対象者の「強み」であることを伝えましょう。 ・必要な生活行為の評価には作業療法士（リハ専門職）の積極的な活用をおすすめしましょう。
プラン作成担当	なるほど、歩行や転倒については、すくみ足や突進歩行が無いので腰痛や筋力低下が主な原因と考えていました。また､家屋評価や生活行為の確認について、作業療法士（リハ専門職）への依頼も検討いたします。	
司会	お薬のことが出ましたが薬剤師さんから助言を頂けますか？	
薬剤師	起床時のふらつきがあると記載されていますが、現在服用しているお薬を見ると脳を抑制する副作用があるお薬は無いようです。パーキンソン治療薬の調整が必要かも知れませんので、受診時は娘さんに同席してもらって、神経内科医に生活の様子を細かくお伝えしたほうが良いと思います。	・薬剤師が出席していない場合は医療的知識を持つ作業療法士に助言が求められる場合もあります。高齢者に特有な症状への代表的な治療薬は押さえておきましょう。
司会	腰痛のことが出ましたが理学療法士さんから助言を頂けますでしょうか。	

理学療法士	私からは２点あります。 １点目ですが、コルセットはお持ちでしょうか？装着が面倒とか、暑いとかの理由でいつのまにか使用していない方も多いです。畑仕事や長距離の散歩、台所に立つときなど、痛みが強くて動作が困難なときだけでもコルセットを使用するのも良いでしょう。また、正しい装着ができているか確認も必要になりますね。 ２点目ですが、杖で約１km 先のスーパーへ買い物に行くことが目標です。かご付きの歩行車等を利用して、まずは近くのコンビニを目標にしてはいかがでしょうか。	・理学療法士が出席していない場合、身体機能についてリハ専門職の立場から助言が求められる場合があります。疼痛対応や運動負荷など指導のポイントを押さえておきましょう。
プラン作成担当	コルセットを持っているかどうか確認してみます。 また、シルバーカーや歩行車の利用を提案してみます。	
保健師	通所 C の利用を予定していますが、90 分のプログラムで体力が持つのか心配です。	
理学療法士	E さんには休憩を多くとりながら、段階的なプログラムを提案したいと思います。	
司会者	難聴の影響で人に会うのを好まないということですが、そのあたりはいかがですか？	・難聴を含むコミュニケーションの問題も地域ケア会議で多いです。言語聴覚士が出席していない場合は助言ポイントを押さえておきましょう（嚥下や咀嚼等も含む）。
プラン作成担当	補聴器は雑音がひどく頭が痛くなるからと、E さんは補聴器を使用する気が無いと言っています。再度、耳鼻科受診か補聴器の点検を勧めてみたいと思います。	
生活支援コーディネーター	E さんの住む地区には不定期的ですが住民の集会があります。E さんは通っていますか？	・圏域内にサロンや通いの場がどれくらいあるのかも事前に把握しましょう。
プラン作成担当	難聴を理由に消極的でした。	
作業療法士	難聴の問題はあるかと思いますが。社会参加は大切ですね。	・社会参加、社会交流は自立支援に重要です。地域資源との繋がりについて助言しましょう。
プラン作成担当	参加を促してみます。	
司会者	半年前から体重が２kg減少していますが､栄養士さんから助言をお願いします。	・栄養と活発な生活は分けて考えられないため、ある程度の栄養に関する知識は押さえておきましょう。
栄養士	BMI は 24.8 で現在は維持されているようですが、食事内容をアセスメントしたいと思います。	
作業療法士	パーキンソン症候群の影響により、食事のスピードや箸の使用に問題ありませんか？必要であればアセスメントしたいと思います。	・食事量と道具使用の問題が関連している場合もあります。また、食事は社会交流の面から考えることも大切です。
プラン作成担当	指が動かしにくいので、人前で食事したくないとの思いもあるようです。デイサービスを利用したくない理由の一つにもなっています。	
作業療法士	手の震えもありますので､食べこぼしを見られるのが嫌なのかも知れませんね。使いやすい箸やスプーンをご提案できます。	

司会者	基本情報には義歯に関して、「歯茎が痩せて合わない感じはするが痛みはない」と記載されていますが、歯科衛生士さん助言をお願いします。	・口腔と栄養、運動の問題は関連し合っていることが多いので全体像に振り返ることが大切です。
歯科衛生士	痛みが出ていない今のうちに調整することが大切です。柔らかいものだけ選んで食べている可能性もありますね。タンパク質など栄養摂取の面にも関係している可能性がありますね。	
司会者	プラン担当者は総合事業による期間的自立支援のイメージで通所Ｃを第１選択としていますが、この件に関してご意見ございませんでしょうか？	・生活不活発病のように期間的自立支援による介護保険の卒業を目指すのか、認知症や脳血管疾患、進行性疾患のように永続的自立支援が必要かを分けて考えましょう[7]（図 16）。 ・個別課題から地域課題の顕在化へと提言しましょう。
作業療法士	レビー小体型認知症疑いとパーキンソン症候群の疑いがありますので、予防給付の対象となるかと思います。しかし、Ａ町の予防給付サービスには本人が望むような、短時間の通所リハや通所介護が整備されていません。地域課題として「予防給付に短時間の通所サービスが整備されていない」ことを挙げてはいかがでしょうか。	
司会者	それではまとめます。プラン作成担当者は神経内科の受診を勧め、コルセットの確認をして下さい。また以下をケアプランに反映させましょう。 ①神経内科医に動けないときの様子や時間帯を伝え、転倒や動きにくさのモニタリングを実施する。 ②訪問Ｃで作業療法士が生活行為のアセスメントと家屋評価を実施する。 ③通所Ｃで理学療法士が本人の状態にあったプログラムを作成指導する。 ④生活支援コーディネーターは居住地区の集会について、介護予防の場になるように進める。 ⑤社会参加と交流のため、補聴器の調整を勧める。 個別検討から導かれた地域課題は「短時間の通所サービスが整備されていない」としたいと思います。	・作業工程分析や疾患に合わせて見立てた助言が反映されていると、より段階的なステップを踏んだ目標達成となるでしょう。
プラン作成担当	皆さんのご意見から、３か月後の目標は、 ①住環境整備と動作指導により、一人で不安なく入浴できる。 ②シルバーカーでスーパーに買い物に行けるようになる。 ③転倒せずに現在できている家事や畑仕事が継続できる こととします。	
司会者	それでは３か月後にモニタリング結果の報告をお願いいたします。 これでＥさんの検討を終了いたします。	

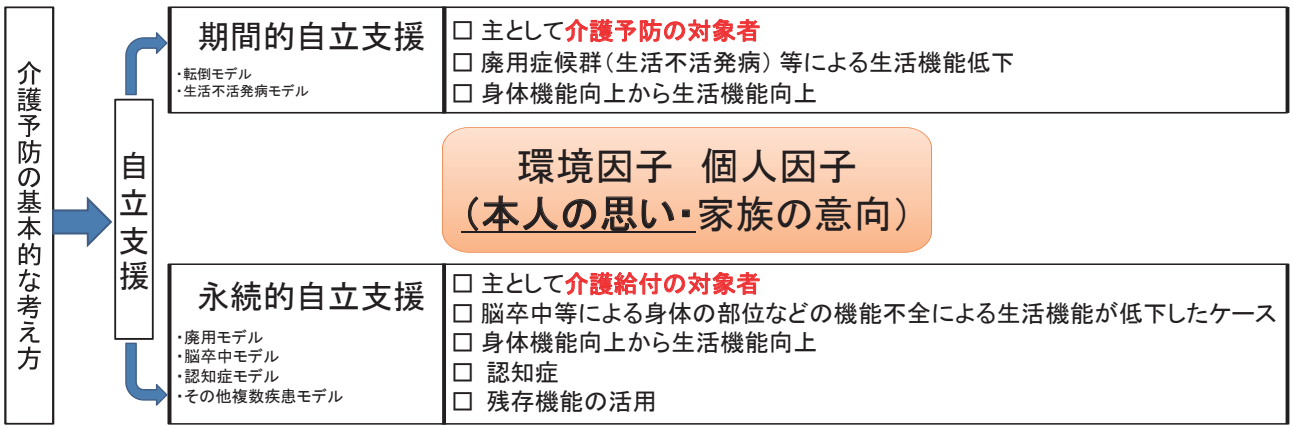


図 16　自立支援の考え方
出典：介護保険の保険者機能強化に関する調査研究報告書（一部改変）

【文献】
1）厚生労働省　老健局老人保健課：介護予防活動普及展開事業～専門職向け手引き～ Ver.1，p5，2017.
2）厚生労働省　老健局老人保健課：介護予防活動普及展開事業～専門職向け手引き～ Ver.1，p6，2017.
3）厚生労働省　老健局老人保健課：介護予防活動普及展開事業～専門職向け手引き～ Ver.1，p7，2017.
4）一般財団法人　長寿社会開発センター：地域ケア会議運営マニュアル　P42-P60，2013.
5）厚生労働省　老健局老人保健課：介護予防活動普及展開事業～専門職向け手引き～ Ver.1，p9-p13，2017.
6）厚生労働省　老健局老人保健課：介護予防活動普及展開事業～専門職向け手引き～ Ver.1，p24，2017.
7）三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティング：介護保険の保険者機能強化に関する調査研究報告書，P183，H26年３月.

Ⅳ　介護予防・日常生活支援総合事業と生活行為向上支援

1．総論

地域支援事業は、介護予防･日常生活支援総合事業、包括的支援事業、任意事業に分かれます。介護予防・日常生活支援総合事業は略して「総合事業」と呼んでいます（以下、総合事業）（図１）。

1）総合事業の分類

総合事業は「介護予防・生活支援サービス事業」と「一般介護予防事業」とに分かれます（図２）。

「介護予防・生活支援サービス事業」は、介護予防訪問介護・介護予防通所介護に相当するものと、それ

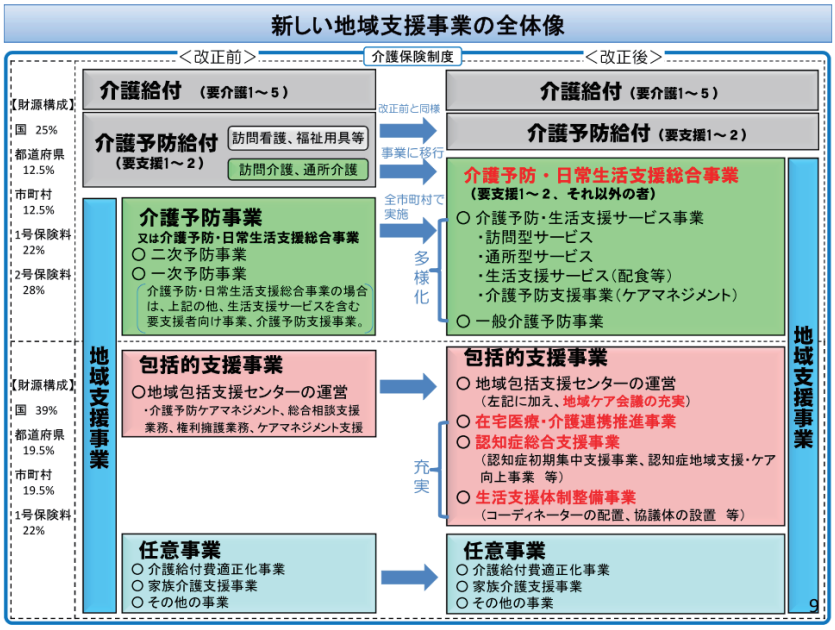


図１　介護予防・日常生活支援総合事業の全体像
出典　介護予防・日常生活支援総合事業 ガイドライン（概要）　厚生労働省老健局振興課
厚生労働省　ホームページ

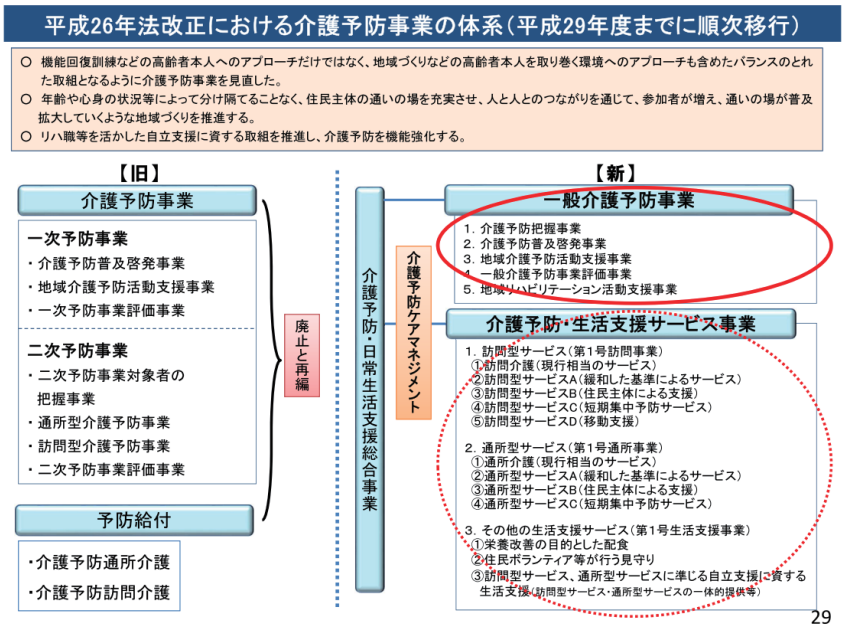


図２　平成 26 年法改正における介護予防事業の体系
出典　一般介護予防事業等について　厚生労働省老健局老人保健課　厚生労働省　ホームページ

以外のＡ～Ｃの類型に分けられる多様なサービス、その他の生活支援サービス、介護予防マネジメントからなります。主に訪問型・通所型サービスＣと介護予防マネジメントにおいて作業療法士の関与が求められています。

「一般介護予防事業」は５種類あり、主に作業療法士の関与が求められているものが、介護予防活動の普及・啓発を行う「介護予防普及啓発事業」、地域における住民主体の介護予防活動の育成・支援を行う「地域介護予防活動支援事業」、地域における介護予防の取り組みを強化するために、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民主体の通いの場等へのリハ専門職等の関与を促進する「地域リハビリテーション活動支援事業」の３つで、そのほか「介護予防把握事業」、「一般介護予防事業評価事業」があります（図３）。

２）総合事業の概要

総合事業では住民団体やボランティア、元気な高齢者同士の相互の助け合い等、新たな支援の担い手の確保による支援、民間企業の有料による生活支援サービス等、その地域に応じた介護保険以外の多様な地域機能をつくることが求められています。ますます高まる介護需要に対して、介護予防と生活支援のサービス量を増やし、在宅生活の安心確保を図ることを目指しています（図４、５）。

（１）介護予防・生活支援サービス事業の概要

現行相当の介護予防訪問介護・介護予防通所介護以外のサービスとして、サービスＡ型は緩和した基準により提供される介護予防訪問介護・介護予防通所介護サービス、サービスＢ型は有償、無償のボランティア等により提供される住民主体の事業、サービスＣ型は保険・医療の専門職により提供される支援で、３～６か月の短期間で行われるものとしています。訪問系においてはサービスＤ型として移動支援や移送前後の生活支援があります（表１、２）。

以下、特にリハビリテーション専門職の関与が重要とされているサービスＣおよび介護予防ケアマネジメントについて示します（表３）。

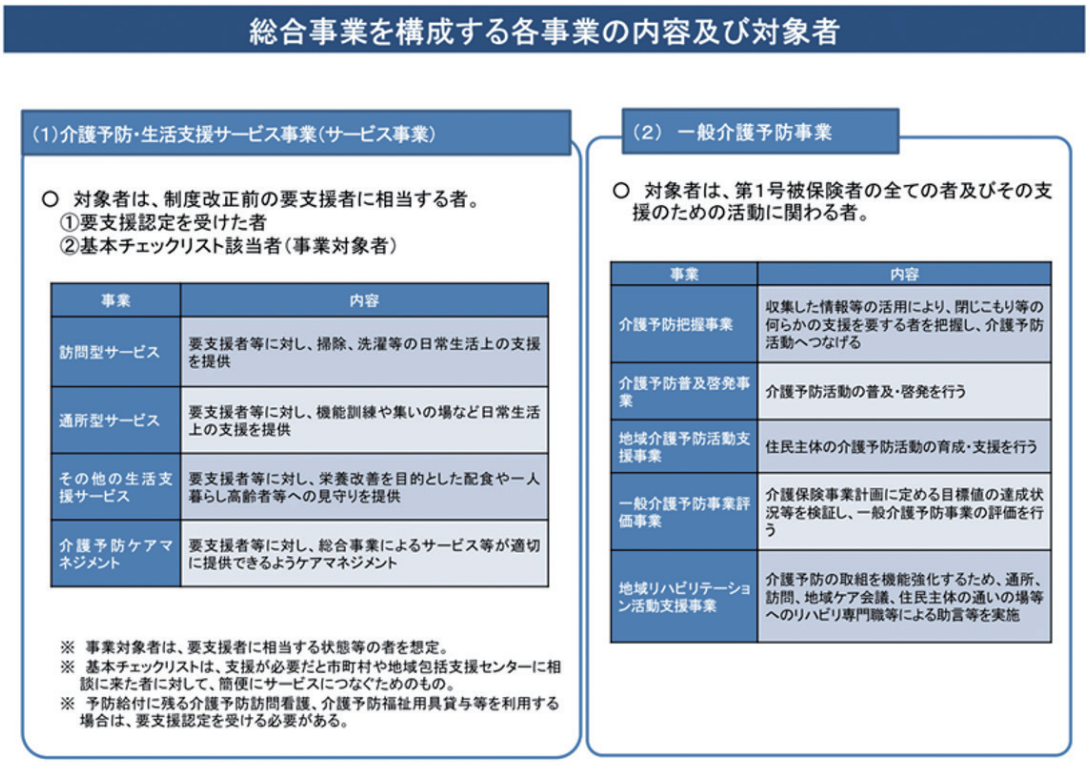


図３　総合事業を構成する各事業の内容及び対象者
出典　専門職の効果的・効率的な関与の具体的方策について　厚生労働省ホームページ

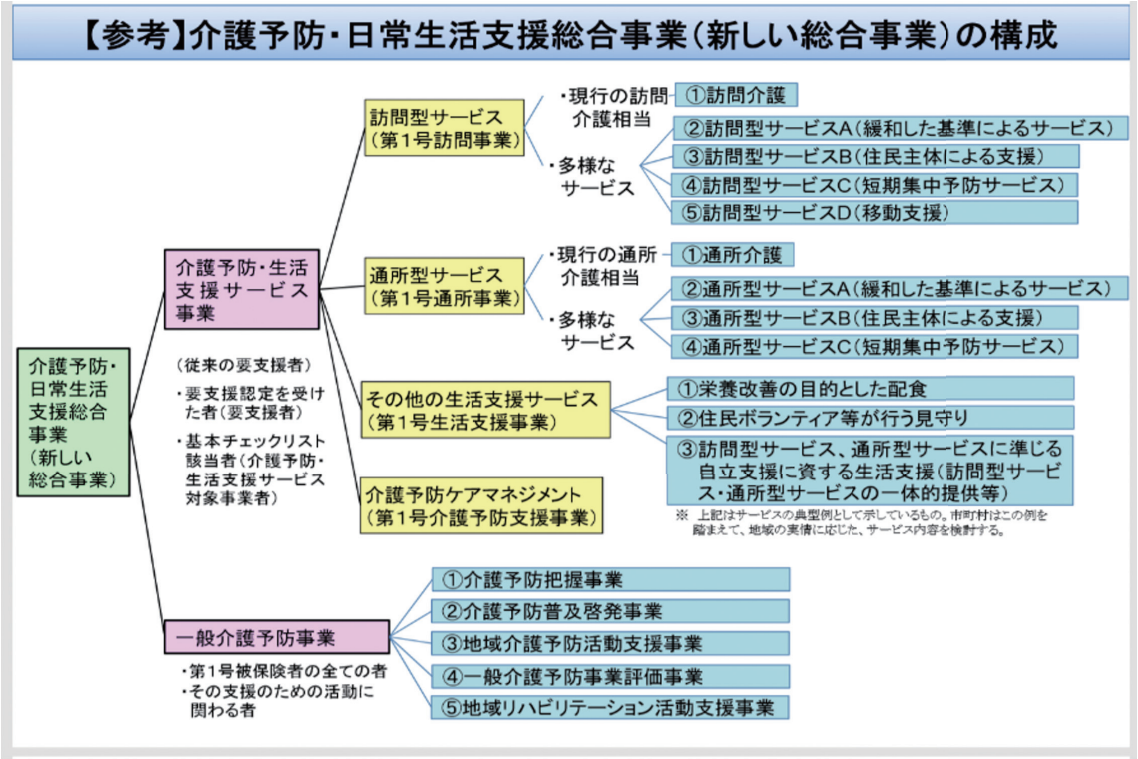


図４　介護予防・日常生活支援総合事業（新しい総合事業）の構成例
サービスの典型例を示しているため、市町村はこれらの例を踏まえて、地域の実情に応じたサービス内容を検討
出典　介護予防・日常生活支援総合事業 ガイドライン（概要）　厚生労働省老健局振興課　厚生労働省　ホームページ

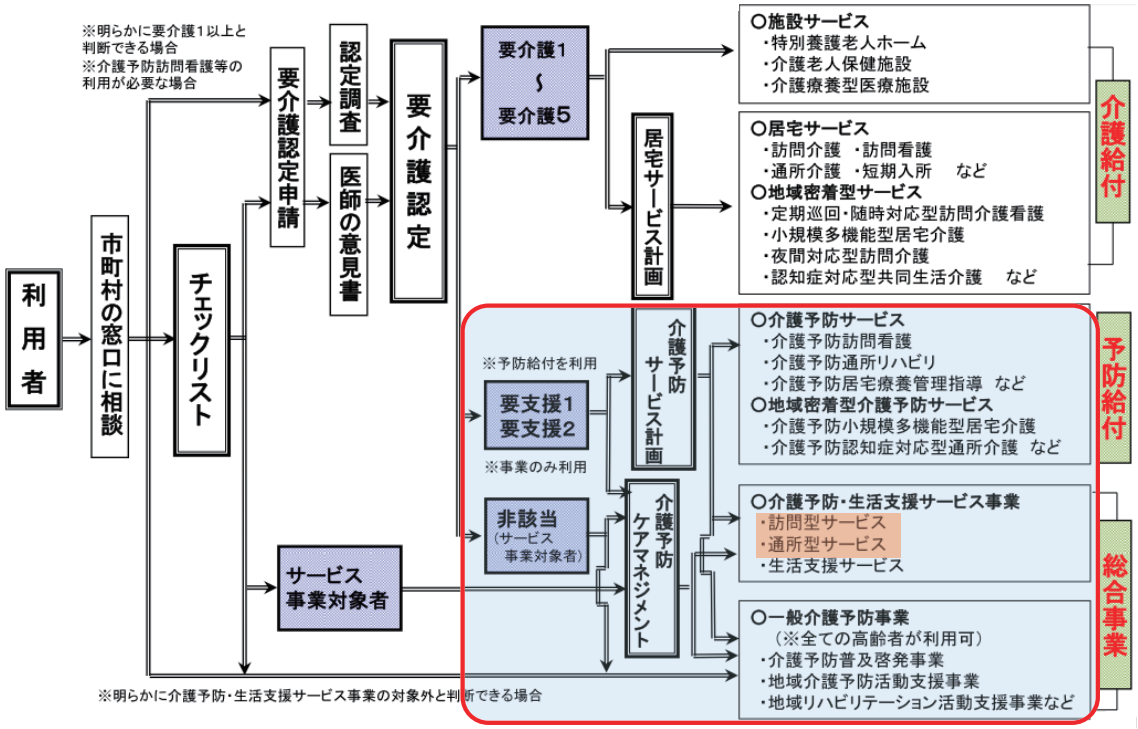


図５　サービス提供の流れの中の訪問型・通所型サービスの位置づけ
出典　介護予防・日常生活支援総合事業 ガイドライン（概要）　厚生労働省老健局振興課　厚生労働省　ホームページ

表１　サービスの類型（典型的な例）①訪問型サービス
出典　専門職の効果的・効率的な関与の具体的方策について　厚生労働省老健局老人保健課　厚生労働省　ホームページ

サービスの類型（典型的な例）

○ 要支援者等の多様な生活支援のニーズに対して、総合事業で多様なサービスを提供していくため、市町村は、サービスを類型化し、それに併せた基準や単価等を定めることが必要。

①訪問型サービス

※ 市町村はこの例を踏まえて、地域の実情に応じた、サービス内容を検討する。

○ 訪問型サービスは、従前の訪問介護に相当するものと、それ以外の多様なサービスからなる。
○ 多様なサービスについては、雇用労働者が行う緩和した基準によるサービスと、住民主体による支援、保健・医療の専門職が短期集中で行うサービス、移動支援を想定。

基準	従前の訪問介護相当	多様なサービス			
サービス種別	①訪問介護	②訪問型サービスA（緩和した基準によるサービス）	③訪問型サービスB（住民主体による支援）	④訪問型サービスC（短期集中予防サービス）	⑤訪問型サービスD（移動支援）
サービス内容	訪問介護員による身体介護、生活援助	生活援助等	住民主体の自主活動として行う生活援助等	保健師等による居宅での相談指導等	移送前後の生活支援
対象者とサービス提供の考え方	○既にサービスを利用しているケースで、サービスの利用の継続が必要なケース ○以下のような訪問介護員によるサービスが必要なケース （例） ・認知機能の低下により日常生活に支障がある症状・行動を伴う者 ・退院直後で状態が変化しやすく、専門的サービスが特に必要な者　等 ※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要。	○状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進		・体力の改善に向けた支援が必要なケース ・ADL・IADLの改善に向けた支援が必要なケース ※3～6ケ月の短期間で行う	訪問型サービスBに準じる
実施方法	事業者指定	事業者指定／委託	補助（助成）	直接実施／委託	
基準	予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準	個人情報の保護等の最低限の基準	内容に応じた独自の基準	
サービス提供者(例)	訪問介護員（訪問介護事業者）	主に雇用労働者	ボランティア主体	保健・医療の専門職（市町村）	

6

表２　サービスの類型（典型的な例）②通所型サービス
出典　専門職の効果的・効率的な関与の具体的方策について　厚生労働省老健局老人保健課　厚生労働省　ホームページ

②通所型サービス

※ 市町村はこの例を踏まえて、地域の実情に応じた、サービス内容を検討する。

○ 通所型サービスは、従前の通所介護に相当するものと、それ以外の多様なサービスからなる。
○ 多様なサービスについては、雇用労働者が行う緩和した基準によるサービスと、住民主体による支援、保健・医療の専門職により短期集中で行うサービスを想定。

基準	従前の通所介護相当	多様なサービス		
サービス種別	① 通所介護	② 通所型サービスA（緩和した基準によるサービス）	③ 通所型サービスB（住民主体による支援）	④ 通所型サービスC（短期集中予防サービス）
サービス内容	通所介護と同様のサービス 生活機能の向上のための機能訓練	ミニデイサービス 運動・レクリエーション　等	体操、運動等の活動など、自主的な通いの場	生活機能を改善するための運動器の機能向上や栄養改善等のプログラム
対象者とサービス提供の考え方	○既にサービスを利用しており、サービスの利用の継続が必要なケース ○「多様なサービス」の利用が難しいケース ○集中的に生活機能の向上のトレーニングを行うことで改善・維持が見込まれるケース ※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要。	○状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進		・ADLやIADLの改善に向けた支援が必要なケース　等 ※3～6ケ月の短期間で実施
実施方法	事業者指定	事業者指定／委託	補助（助成）	直接実施／委託
基準	予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準	個人情報の保護等の最低限の基準	内容に応じた独自の基準
サービス提供者（例）	通所介護事業者の従事者	主に雇用労働者 ＋ボランティア	ボランティア主体	保健・医療の専門職（市町村）

③その他の生活支援サービス

○ その他の生活支援サービスは、①栄養改善を目的とした配食や、②住民ボランティア等が行う見守り、③訪問型サービス、通所型サービスに準じる自立支援に資する生活支援（訪問型サービス・通所型サービスの一体的提供等）からなる。

7

表３　短期集中予防サービス（サービス C）について
出典　専門職の効果的・効率的な関与の具体的方策について　厚生労働省　ホームページ

短期集中予防サービス（サービスC）について

地域支援事業実施要綱（抜粋）

(イ)　訪問型サービス
④保健・医療の専門職により提供される、3～6か月の短期間で行われるサービス（以下「訪問型サービスC」という。）
(b) サービス内容
特に閉じこもり等の心身の状況のために通所による事業への参加が困難で、訪問による介護予防の取り組みが必要と認められる者を対象に、保健・医療専門職がその者の居宅を訪問して、その生活機能に関する問題を総合的に把握、評価し、社会参加を高めるために必要な相談・指導等を実施する短期集中予防サービスである。その際、**サービス終了後も引き続き活動や参加が維持されるよう、地域の通いの場や通所型サービス等社会参加に資する取組に結びつくよう配慮すること**。また、当該サービスは、効果的な取り組みができると判断される場合には、通所型サービスCと組み合わせて実施することができる。
なお、当該サービスにおける保健・医療専門職とは、保健師、看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士等である。

（ウ）　通所型サービス
④ 保健・医療の専門職により提供される、3～6か月の短期間で行われるサービス（以下「通所型サービスC」という。）
(b) サービス内容
個人の活動として行う排泄、入浴、調理、買物、趣味活動等の生活行為に支障のある者を対象に、保健・医療の専門職が、居宅や地域での生活環境を踏まえた適切な評価のための訪問を実施した上で、おおよそ週1回以上、生活行為の改善を目的とした効果的な介護予防プログラムを実施する、短期集中予防サービスである。単に高齢者の運動機能や栄養といった心身機能にだけアプローチするのではなく、高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチも含めたバランスのとれたものとすることにより、サービス利用の結果、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加につなげるものであること。その際、**サービス終了後も引き続き活動や参加が維持されるよう、地域の通いの場等への参加に結びつくよう配慮すること**。また、当該事業は、効果的な取り組みができると判断される場合には、訪問型サービスCと組み合わせて実施することができる。
なお、当該サービスにおける保健・医療専門職とは、保健師、看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士等である。

8

訪問型サービス C

このサービスは、保健・医療の専門職から提供される訪問による支援で、３～６ヶ月の短期間で行なわれるサービスです。「保健師等による‥」とありますが、実態としては現在 OT、PT を中心にリハビリテーション専門職が実施している地域が多く、実施自治体の中には、１回目評価、２回目助言・指導、３回目モニタリングの３回完結で実施しているところや、目標達成時点で終了としている等、やり方は様々ですが、専門職の介入により成果を見込んだ事業となっています。１回あたりの報酬額も訪問リハビリテーションなどの単価を参考にしている自治体が多いようです。また、実施方法は直接実施よりも委託が圧倒的に多く、委託も事業所、職能団体、個人と様々です。サービス終了後も引き続き活動や参加が維持されるように、余暇やボランティア活動、地域の通いの場等の社会参加に資する取り組みに結びつくような配慮が求められます。

通所型サービス C

このサービスは、保健・医療の専門職から提供される通所における支援で、３～６ヶ月の短期間で行なわれるサービスです。個人の活動として行う排泄、入浴、調理、買い物、趣味活動等の生活行為に支障のある者を対象に、保健・医療の専門職が運動器の機能向上や栄養改善等のプログラムを実施します。居宅や地域での生活環境を踏まえるために、訪問での評価をプラスした事業形態にしている場合もあります。 週１回以上、生活行為の改善を目的とした効果的な介護予防プログラムを同様な課題を持った対象集団に実施する、短期集中予防サービスです。実態としては 現在 OT、PT、ST、看護師、栄養士、歯科栄養士、介護職など様々な専門職が関わっており、事業所委託がほとんどです。単に高齢者の運動機能や栄養といった心身機能だけにアプローチするのではなく、高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチを含めたバランスのとれたものとすることで、サービス利用の結果、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加につなげるものであることが求められます。

訪問型サービス C と通所型サービス C の併用

通所型サービス C に訪問機能を１回、２回以上、あるいは適時回数加えての実施事業が増えています。運動プログラムを中心とした通所サービスと、生活環

境と生活行為を踏まえた訪問機能の介入の組み合わせで柔軟かつ効果的な短期集中事業が可能となります。

介護予防ケアマネジメント

介護予防ケアマネジメントは、適切なアセスメントの実施により、利用者の状況を踏まえた目標を設定し、利用者本人がそれを理解した上で、その達成のために必要なサービスを主体的に利用して、目標の達成に取り組んでいけるよう、具体的に介護予防・生活支援サービス事業等の利用について検討し、ケアプランを作成していくこと（平成 27 年６月５日厚生労働省老健局振興課長通知より抜粋）とされ、対象者の主体的な取り組みを活かしていくことが重要とされています。

介護予防ケアマネジメントにおいては、対象者の自立支援を考えながら、対象者と目標やその達成のための具体策を共有し、対象者が介護予防の取り組みを自分の生活の中に取り入れ、自分で評価し、実施できるよう支援することが求められます。 そのためには、より身近に、分かりやすい情報や専門職の助言、サービス事業の利用による効果などを得られる体制を作りつつ、対象者がそれらを理解して、自身の行動を変えていくよう、ケアマネジメントのプロセスにおいて、対象者の状態等について説明しながら、共有していくことが必要であると考えます。

（2）一般介護予防事業の概要

一般介護予防事業は、通いの場など住民主体の取り組みにおいて進めることに留意して、医療・介護の専門職だけでなく、多様な専門家や学生、一般のボランティアまで、地域の幅広い人材や資源による連携のもと推進される事業です（図６）。平成 29 年介護保険法改正で都道府県の役割が明確化され、都道府県による支援のもと、全国の全市町村で取り組まれています。また、保険事業と介護予防事業の一体的な実施の推進により、平成 30 年から保険者機能強化推進交付金が創設され、さらに専門職の活用促進が図られています。作業療法士が継続的に関与できる体制づくりも含めた取り組みの強化が求められています。

2．生活行為向上の視点を生かした総合事業への関わり

1）多様な関係性の上での関わり

介護予防や自立支援を促進させるためには、リハビリテーション専門職の関わりが鍵となります。作業療法士が事業に参画することで、住民の「生活行為」「活

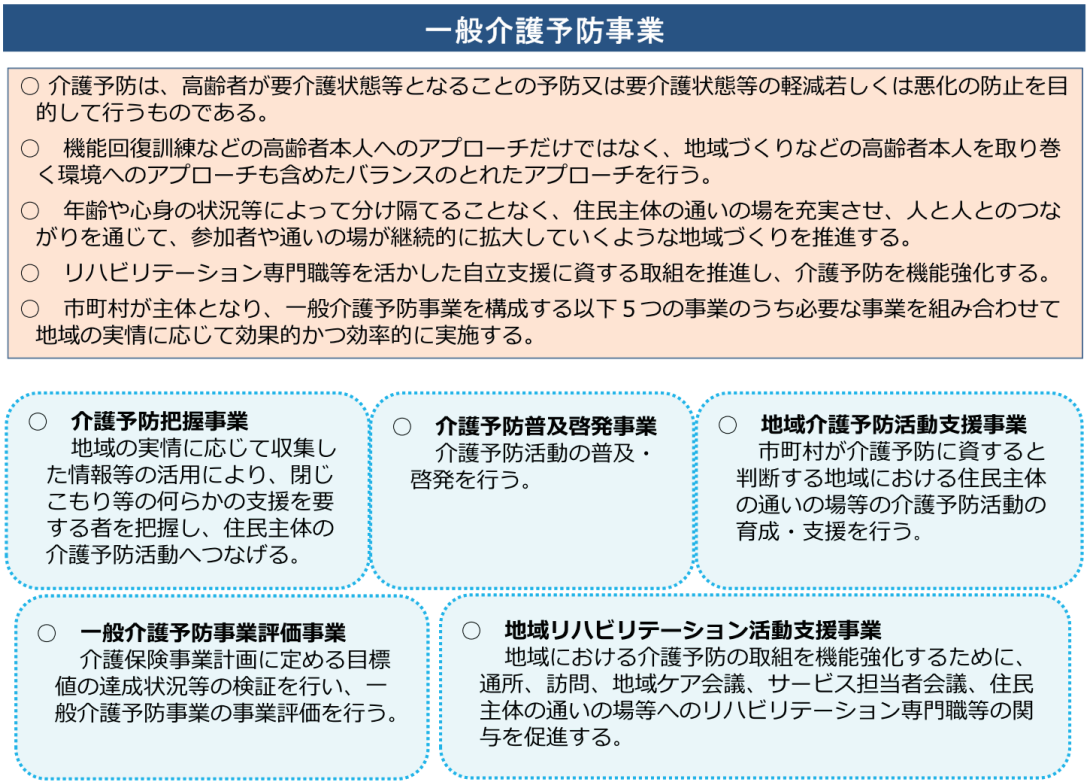


図６　一般介護予防事業
出典　一般介護予防事業等について　厚生労働省老健局振興課　厚生労働省　ホームページ

動と参加」に対する意識が高まり、一律化された生活支援の視点でなく、個別的で意味のある活動や地域でそれを支える互助機能に対する意識が高まることが期待できます。

具体的には、リハ職は体操教室で大勢に指導するなど直接的な関わりだったのが、これからは当事者同士で主体的にサロンを運営していただくために、元気な高齢者に体操の指導方法を伝え、サロン内における作業や活動の助言、地域のリーダー役を担っていただくような運営の指導まで関わることが考えられます。いわば間接的なかかわり方であり、支援の輪がこれまで以上に地域全体に広がっていくことになり、「１対１」から「１対多」、「多職種連携」、「行政連携」の関係性へと広げることにより、専門職の技術や知識をより広く波及させることになります。

総合事業の運営は、地域住民を舞台に立たせて、行政は黒子に徹する関係が重要と言われています。この舞台を回すために、作業療法士は行政のサポート役を担うことで生活行為向上の視点から効果的で具体的な意見を提案できるようになります。県市町村の中にはすでに先進的、精力的に総合事業に取り組み、作業療法士がキーマンになっているところもあり、作業療法士は潜在的にそのようなマネジメントの役割を担うべきであることを認識すべきです（図７）。

２）合意形成の場や事業の企画段階への関わりの重要性

MTDLP で示される作業療法プロセスの要である「聞き取り（インテーク）」から「目標設定」までの工程では、対象者や家族、支援者との合意形成が重要とされています。つまり取り組み前に本人、支援者自身が課題を認識がなければ､主体的な取り組みにならず、本人の実感が伴わない、成果が期待されないものになりかねないのです。

総合事業の実施においても、対象者や参加住民個々として、または通いの場などの集団としての主体的な取り組みが求められます。そのためには、対象者個人または集団の意思をいかに取り込み、事業に反映できるか、事業目的を分かりやすく理解していただけるかが重要となります。作業療法士は、養ってきた１対１の作業療法プロセスの初めの手続きを応用して、事業への導入や、その企画の段階から関わることが可能です。図８は、MTDLP における対象者個人との合意形成の過程を示しています。対象者（または集団）が無意識に持つ思いを明確化（生活行為の聞き取り・興味関心チェックシートの活用など）し、計画段階で具体的な取り組みと見通しを提示することによって、対象者の中で取り組み全体が主体的となります。このように、合意形成を重視した作業療法士の介入方法は、地域支援事業の様々な場面においても活用できるのです。

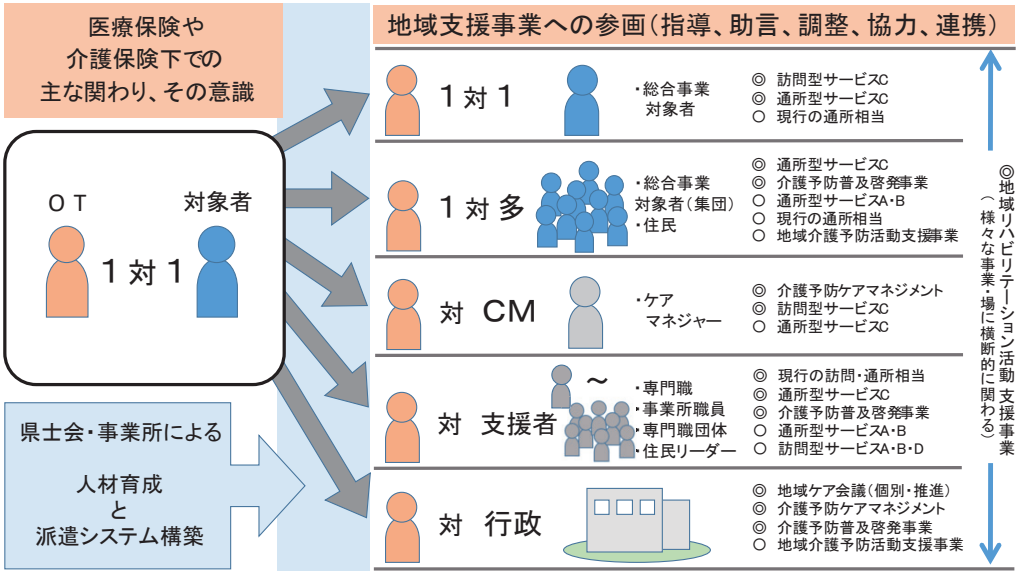


図７　総合事業における作業療法の対象と事業（※第１章図２の再掲）

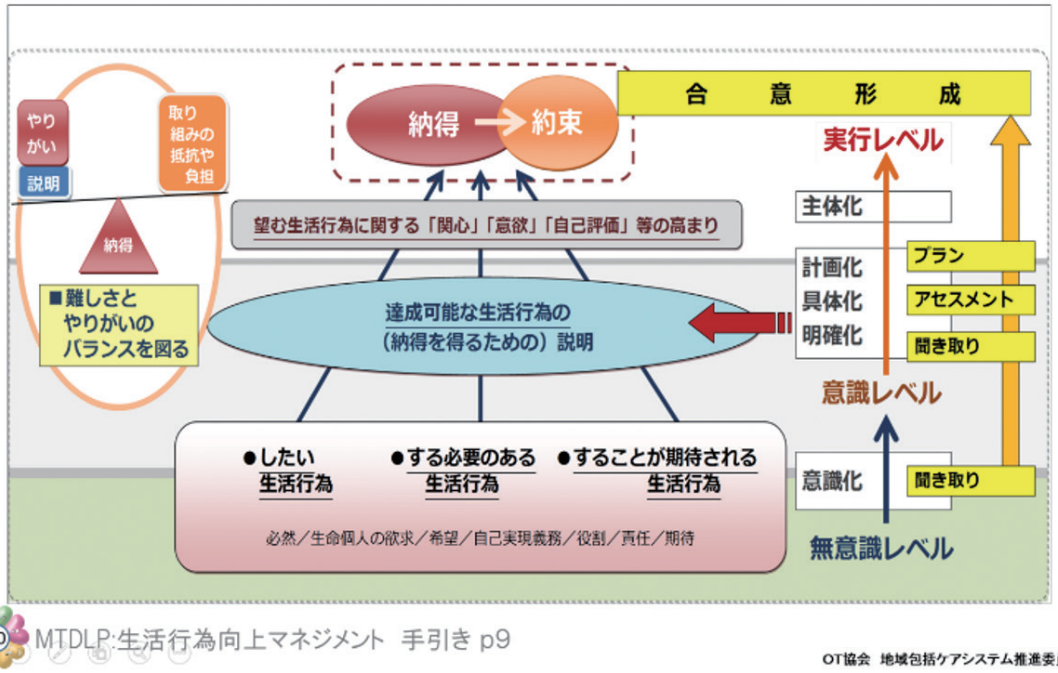


図８　合意形成のプロセス

3．介護予防・生活支援サービス事業における作業療法士の役割と関わり方

1）サービス A

サービス A 事業は、人員などを緩和した基準下でサービス内容や時間を限定し、事業所等で提供される支援です。事業所職員だけでなく、ボランティアの活用も推奨されており、住民主体による通所 B 事業のリーダーの育成を担う場としての機能もあります。その点に関連して職員の指導を依頼される場合があり、自立支援の視点をしっかりと伝えていく必要性があります。

2）サービス B

サービス B 事業は、住民主体による支援で、主にボランティアが主体に提供するサービスです。作業療法士は、県や市区町村、地域包括支援センターの担当者や他職種、また多様な支援者と協力し、立ち上げから活動内容、継続支援を行います。ここでも作業療法士は自立支援の視点を参加者、支援者に伝えながら、実際の通いの場の活動から個々の生活にも活かせるようなプログラムや活動方法を具体的に提示し、参加者個人および集団としての通いの場の自立を支援していく役割を担うことになります。

3）サービス C

●基本的姿勢（サービス C 共通）

①地域ケア個別会議等や、介護予防ケアマネジメントから、生活課題の焦点化が提示されていれば、その課題を軸に対応していく。

②通所介護からの改善を図るケースや在宅生活継続が困難予測されるケース、どのような経過かを把握する。

③支援センターや市の保健師などから有力な情報が得られることも多く、普段から顔のみえる関係で情報交換し、密に連携しておくことが重要。

④対象者の心身機能や生活状況、自宅周辺環境の調査、公共交通機関の有無や合意目標の達成場所の評価などに加え、家族や友人、隣人や地域の世話人などの人的資源についての情報収集をしておく必要がある。

⑤合意目標を現実化するための過程を具体的に提示し、対象者の動機付けを高めることを重視する。

⑥対象者自身が生活課題とそれを解決する事業内容を理解し、維持改善に向けて意欲的に取り組めるよう支援すること。

⑦対象者がしたい、またはできるようになりたい生活行為を、興味・関心チェックシート等を活用し、具体的な目標を明確化すること。それを事業実施中一貫して共有すること。

⑧生活行為の維持と拡がり（24 時間 365 日）を見越して進めること。
⑨経過に応じてカンファレンスを開催し併用しているサービスがあれば、情報を共有する。
⑩生活機能が低下した場合に再び相談できるよう対象者に伝え、関係者も把握できるようにしておく。
⑪生活機能を自立させ、さらに継続を狙う事業の仕組みを行政がどのように計画し、実施結果を評価するかが重要である。作業療法士はこのような事業の企画や評価の場に積極的に参画して、効率的・効果的な事業になるような意見を述べる。

（1）訪問型サービスＣ（短期集中予防サービス）

●作業療法士の役割

作業療法士が訪問することで生活行為のアセスメントを専門的に的確に行い、その情報をケアマネジャーや支援者と共有し、生活場面への短期集中的・個別的・直接的介入により実際に生活行為向上の成果を示すことができます。社会適応プログラムを中心として、基本的プログラムや応用的プログラムは、自主トレや併用するサービス事業所連携で実施します。

●介入のポイント

①人・環境・作業の視点から、対象者の能力と生活環境のマッチング、作業方法の変更などの助言や指導を実施する。
②MTDLP の概念やシートの一部活用、MTDLP の直接実施も可能であり、積極的に実施する。
③生活空間に入るため、個人因子・環境因子の強みを引き出すとともに、家族や近隣の人と直接会って支援調整ができる。
④併用しているサービスがあれば、生活の場での取り組みでの成果をあげるために連携を図る。
⑤体力改善＝体操ではなく、家事、散歩や大工作業など、主体的に行い習慣化される日常の生活行為を通して心身機能を維持向上できることの理解を図る。

（2）通所型サービスＣ（短期集中予防サービス）

●作業療法士の役割

作業療法士は通所利用の複数対象者に対して、生活行為のアセスメントを専門的・効率的に的確に行い、短期集中的に生活行為向上の成果を目指します。基礎・応用・社会適応の各プログラムを個別的アセスメントに基づきながら、集団プログラムを主に実施していくことになります。

●介入のポイント

①通所の特性は、その空間自体が社会であり、適応力を引き出すところにある。「通所」の場は、社会的所属感、自己存在感、共感、協力、競争といった心の動きや行動化を個々の目的のために活用する。
②「～教室」などの看板を掲げる等、物理的な環境を整えることで対象者が参加しやすく、意欲が向上する。そういった環境要素も含め事業をマネジメントしていく。
③単に運動器の機能向上活動のみを行うのでなく活動と参加を見越した介入が必要だが、事業の仕様・設定など、事業主体者側がどこまで求めているか（運動メニュー提供による心身機能の維持改善か、生活課題の解決か等）を市町村に確認するとよい。
④個別の目標達成のために、集団プログラムと個別プログラムを併用し、プログラムの効率化を図りながら、集団対応と個別対応を使い分けて事業全体のマネジメントをすることで、個人ごとの生活機能向上の効果を導く。
⑤人・環境・作業の視点から、対象者の能力と生活環境のマッチング、作業方法の変更などの助言や指導を実施するが、通所時は集団による基本的、応用的アプローチ、訪問ができれば社会適応プログラムが実施可能。
⑥個人因子・環境因子の把握は、ケアマネジャー等からの基本情報と、訪問機能があればそこからしっかり把握しておく。
⑦聞き取りによって個々の生活課題を具体的に挙げて合意をとるなど、MTDLP のプロセスや概念活用、シートの活用が可能。
⑧対象者と職員に対して、課題、目標、そのためのプログラムを関連づけて分かりやすく説明する。
⑨個の課題を参加者で共有、みんなで解決し合うピアサポートを利用することも可能。
⑩終了後のイメージを持って参加してもらうため、目標設定も具体的に示すことが重要。能力の高い参加者は卒業後もここでできた関係から新たな地域機能（自主グループ活動）へと発展するようであれば支援する。
⑪通所型サービスＣでも、認知症予防に特化した事業を実施する地町村も見られる。脳トレや見当識の維持改善のプログラムの他、生活行為に着目したプログラムや家族への介入方法など、多面的な介入が可能。

（3）通所Ｃ・訪問Ｃの併用

●作業療法士の役割と介入のポイント

①対象者の参加意欲を維持できる環境づくりや適切なアセスメントを行い、住環境整備を含めた一貫したモニタリングとケアプランを反映させることができる。

②通所型サービスＣで指導された自主練習が実際に自宅で継続できているか確認できる。

③獲得できた運動機能を活かした活動・参加レベルでの動作指導を直接行える。

④実行状況を自宅で確認することができ、都度フィードバックし不安を軽減することができる。

4）サービスＤ

サービスＤは移送サービスで、移送前後の支援を行います。作業療法士としての関わりは少ないですが、通所サービス利用者の移動手段や自宅への出入り等の評価および方法提示などの支援の可能性が見込まれます。

5）介護予防ケアマネジメント

介護予防ケアマネジメントにおいては、対象者の自立支援を考えながら、対象者と、目標やその達成のための具体策を共有し、対象者が介護予防の取り組みを自分の生活の中に取り入れ、自分で評価し、実施できるよう支援することが求められます。そのためには、より身近に、分かりやすい情報や、専門職の助言、サービス事業の利用による効果などを得られる体制を作りつつ、対象者がそれらを理解して、自身の行動を変えていくよう、ケアマネジメントのプロセスにおいて、対象者の状態等について説明しながら、共有していくことが必要であると考えます。

作業療法士の役割と介入

作業療法士は、対象者の主体性を活かした地域での自立支援に関して、ケアマネジャーやサービス提供者に対し、MTDLP の考え方を通して分かりやすく助言や提案を行い、視点を共有していく必要があります。アセスメントから導き出された必要な支援と対象者の希望をすり合わせて主体的な活動につなぐ目標設定や、対象者の状態に合わせ、従来の介護保険の枠組みにとらわれず、様々な資源の中から適切なサービスや活動を選定する提案なども、介護予防ケアマネジメントにおけるこれからの作業療法士の役割のひとつであると考えます。

ケアプラン作成の過程への介入方法

①地域リハビリテーション活動支援事業（後述）として、ケアプラン作成（特にアセスメント）の支援を実施している市町村があります。対象者の居宅や活動の場にケアマネジャーに同行して、課題となる生活行為の抽出や環境評価に関する助言を行います。

②ケアマネジャーのケアプラン作成に関して、自立支援や生活行為向上といった考え方を指導、助言するために、行政が実施するケアプラン作成支援相談会に出席したり、ケアマネジャー団体が実施する研修会の講師を担ったりします。

具体的な助言のポイント

①アセスメントとプラン作成

地域ケア会議等の中で、ケアプラン、各介護サービス事業所における個別援助計画に関して、作業療法の視点で助言します。第Ⅲ章の地域ケア会議での助言で詳しく説明されているのでご参照ください。考え方の方法として、ケアマネジャーが実施するケアプランを軸とするケアマネジメントプロセスと MTDLP のプロセスを重ねてみることです。介護予防ケアマネジメントの「介護予防」に関連し、作業療法士の専門的な部分（以下）について助言をすることになります。

・主体性を重視する視点（聞き取りの内容、合意形成の結び方等）
・生活課題の抽出（工程分析や能力の見極め、改善の見通し、予後予測等）
・具体的な目標設定（達成可能か、指標の明確性、以降の目標につなげる適正目標か等）
・具体的なプラン（基本的、応用的、社会適応の戦略的構成になっているか、支援体制のマネジメント、インフォーマル資源・活動の活用、期限の設定等）

②サービスの選択

状態からどのようなサービスが最適か、活用できる資源は何かを生活行為向上の視点で助言します。以下の事例をマネジメントする場合、「生活不活発の 要素が大きく、短期間での筋力・体力の向上、日常生活動作の改善が見込めるのではないか」との見通しが立てられます。そこからこの事例は「事業対象者」として総合事業の通所型サービスＣに、実際場面での日常生活動作の評価や指導を行うために訪問型サービスＣを組み合わせて使用するという期間限定的な支援を提案できます。

事例
・70 代後半の女性.
・ADL・IADL は、ほぼ自立だが以前よりきついと感じるようになった.
・変形性膝関節症と不整脈があり膝の痛みと不整脈に対する不安から活動量が低下. 不整脈に関しては治療中で運動制限はないと医師にいわれている.
・本人は以前と比べて筋力・体力の衰えを感じている. 近隣のスーパーへ歩いていくのがつらくなってきた. 外出頻度も減っている。
・友人から、外出目的でデイサービス利用を勧められ、地域包括支援センターへ相談にきた. 認定により要支援 1 の判定がでた為デイサービスの利用を開始.
・デイサービスにはリハ職がいない.

6）実践事例

①訪問 C　士会での事業委託
②通所 C　医療介護連携
③通所 C・訪問 C　士会での事業委託
④通所 C　地域資源活用
⑤通所 C　コロナ禍
⑥通所 C・訪問 C 併用　行政直営・ケア会議連動
⑦介護予防ケアマネジメント

事業分類 ： 訪問C 士会での事業委託

総合事業サービス実践事例①（事業事例）

奈良県天理市における訪問C型事業「天理市いきいき訪問」

取り組みのポイント　自立支援型地域ケア会議⇒訪問C利用の検討
～他事業とも連携し社会参加・自己実現を促進～

自治体名 ： 奈良県天理市
実施事業所名 ： 奈良東病院 / 宮城医院
担当者名 ： 奈良県作業療法士会　西浦 正典
（天理市生活支援コーディネーター）

地域情報：
天理市は奈良県北中部にあり、面積は86.42㎢、人口は約6.4万人、高齢化率は26.6%で、65歳以上の高齢者人口は17,079人、要介護認定率は21.5%である（令和2年9月末時点）。4圏域に地域包括支援センターが設置され、生活支援コーディネーター（以下SC）の内、2名が療法士（PT・OT）が担っている。

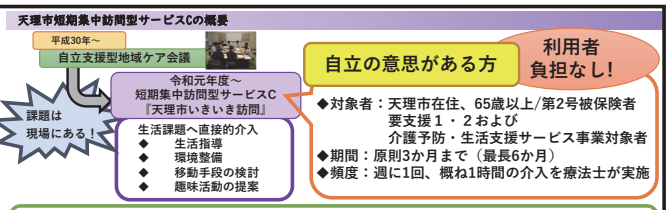
行政との関わり：
平成30年～　地域包括支援センター単位での自立支援型地域ケア会議開始　助言者としてPT・OT参加
平成31年1月　訪問Cの必要性を市担当課へプレゼン⇒採択
平成31年4月～　訪問C開始（2法人と契約、PT・OT派遣）
市内全域対象の自立支援型地域ケア会議開始

令和2年7月～　第一層SC配置
令和4年4月～　第二層SC配置（2圏域）
令和4年11月～　地域リハビリテーション活動支援事業
ケアマネジメントのアセスメント同行開始

実施体制：
・訪問Cは天理市からの委託事業、市内2ヶ所の法人と契約
・訪問Cの依頼件数に応じ、業務時間内で調整し対応
概ね週1回、1時間の介入、期間は原則3ヶ月（最長6ヵ月）の介入を療法士が実施

事業内容：
＜訪問C事例の選定＞
・毎月定例の天理市自立支援型地域ケア会議で事例検討
（市担当課・地域包括支援センター・訪問C実務者・SC
薬剤師会・栄養士会が参加）
・事例のアセスメント、支援内容を検討し訪問Cの選定
・判断が難しい場合は地域リハビリテーション活動支援事業によるアセスメント同行支援を実施し判定
・通いの場などの社会参加につながる事例はSCと連携し介入

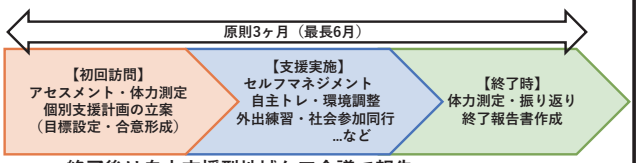
＜訪問C介入について＞
・初回訪問時に個別支援計画の立案
・初回と終了時に体力測定
（立位バランス・5回立ち上がり・5m歩行など）
・非接触の介入（全身状態把握、運動・生活指導、環境調整）
・通いの場や買い物、外出同行など支援の自由度は高い
・支援のイメージ
◆訪問C終了後は通いの場へ繋ぐ、地域の教室に参加するなど社会参加をイメージする
◆生活課題をアセスメントし、療法士の助言や介入で、本人が気づいたできる行為やできるようになった行為を定着させる
（「できる行為」を「している行為」へ変換）



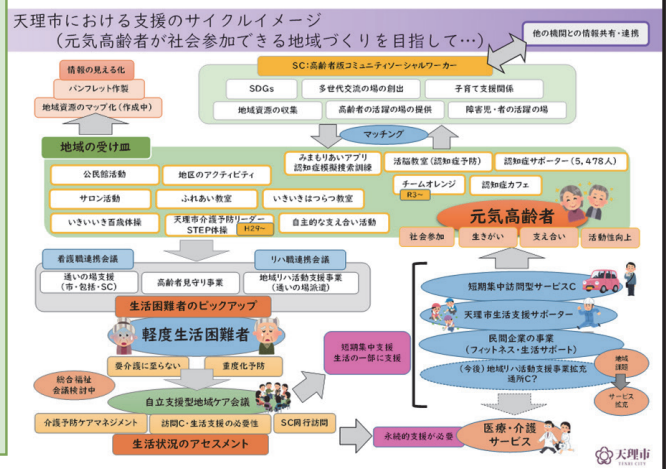
目的：地域住民の一人ひとりの社会参加や自己実現を促進し
活動的で生きがいのある生活を送ることが出来るよう支援すること

【介入について】
◆初回アセスメントから目標設定の具体化
◆非接触の支援（身体的な評価を除く）
◆全身状態の把握、環境整備、運動・生活指導
◆趣味活動支援、外出支援、通いの場同行…など
◆介入前後での体力測定
※比較的支援の自由度は高く、介入頻度は週一回を基本に柔軟に対応

終了時には…
運動習慣の継続、外出頻度の向上、通いの場や介護予防教室、ボランティア活動などの社会参加へつなげる
（訪問・通所介護や福祉用具貸与の卒業も視野に入れて）



終了後は自立支援型地域ケア会議で報告
⇒半年後を目安に実務者がモニタリングし担当課へ報告
⇒社会参加に繋がった事例はSCと連携しモニタリング継続



成果・課題：

＜総合事業参加のメリット＞
◆実際に療法士が訪問することで生活課題や支援方法が明確になる。
（机上の事例検討では支援の提案には限界がある）
◆地域の高齢者の生活・行動様式のマネジメントができる。
◆地域の社会資源を知り、不足している社会資源について行政や担当機関に提言できる。
◆社会参加に向けて、SCとの連携もスムーズに図れる。

＜総合事業参加のデメリット＞
◆派遣できる療法士に偏りがある。
（事業所のマンパワー不足・個人のスキルや事業の理解度に差がある）
◆訪問Cだけでは日々の運動量が担保できない。
⇒地域の通いの場や社会参加の居場所づくりなども連動する必要がある。

事業分類 ： 通所C　市町村からの事業委託

総合事業サービス実践事例②ー1（事業事例）

和歌山県有田川町における、通所C型事業

取り組みのポイント　**応援日記を通じて、活動・運動の定着**

自治体名 ：和歌山県有田川町
実施事業所名 ：　エクササイズケアしみず園
担当者名 ：小向耕平

地域情報：
有田川町のシンボルで有名なあらぎ島！日本の棚田百選に選ばれ綺麗な景観で有名な町です。和歌山県の中部に位置する有田川町の人口は２万６千人、事業所のある旧清水町は、山間部で高齢化率５０％の過疎地。

行政との関わり：
当施設は、有田川町の指定管理で運営。有田川町の意向に沿って運営されている。Ｈ２９年から有田川町唯一の短期通所型サービス（通所C）を実施している。

実施体制：
・有田川町からの委託事業
・運営主体は、社会福祉法人昭仁会双苑
エクササイズケアしみず園
・作業療法士１名、健康運動指導士１名、介護福祉士２名
・午前、午後の２部制（運動型通所介護）
・要介護、要支援者と合同で開催
・定員１０名

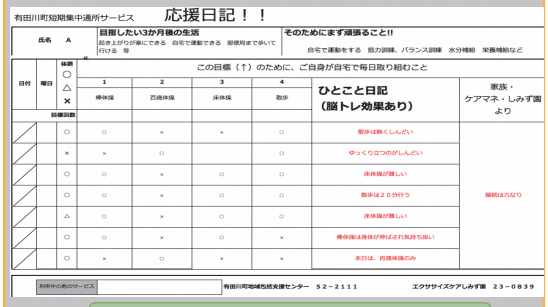
事業内容：
対象者：要支援１、２、事業対象者
（主たる対象者は新規申請者）
目的：介護予防教育を通じて、介護予防・重度化防止を目的に事業を展開している。
参加に必要な要件：主治医の運動可否判定が必要
主治医、CMとの連携：必要時は適宜、月末は報告書
期間
３ヶ月から６ヶ月
費用
利用者負担なし
方法
在宅でできる体操を指導し、応援日記を使用して自主練習の定着を目指す。
応援日記では、対話方式のやり取りをで自由に記載でき質問や些細なことでも記載できるように工夫をしている。
生活課題を明確にし、本来の介護保険の在り方を習得しいつまでも在宅で生活できる支援を実施。

運動＋栄養＋口腔＝健康→生活課題の解決（生活の質を高める）

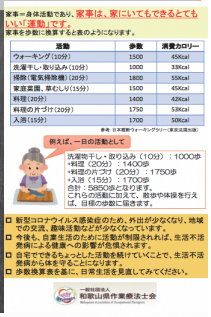
通所Cの流れ
地域包括支援センター→CMとの同行訪問→アセスメント→プログラム→応援日記→sosシート→移行先

一日のスケジュール
０９：００～バイタル測定
応援日記にて個別アセスメント
０９：２０～足吊り体操、ストレッチ
０９：５０～セルフ体操指導、体力測定（回/1M）
１０：２０～生活課題動作練習
１０：４０～レッドコード（全身運動）
１１：００終了

地域の体操につながる体操
ながら体操
簡単体操
家事動作も運動
健康への意識付け



目標に向かって活動訓練



成果・課題：
＜総合事業参加のメリット＞
受け身のサービスではなく、自らが能動的に介護予防に取り組め、将来の介護保険の財源が確保できる。
地域での作業療法士の認知度が上がる。
元気な高齢者の増加。
活動・参加を促進

＜総合事業参加のデメリット＞
通所C利用者像が不明確。利用人数が少なく経営面に問題。
発展途上のサービスであり、行政の裁量で実施することから各市町村によって温度差がある。

事業分類　:通所C

退院から通所Cを利用し活動･参加に結びついた事例

取り組みのポイント　多発性筋炎から廃用性症候群にて活動制限されていた対象者
応援日記にて心身への気づき
介護予防教育を習得した事例

自治体名:和歌山県有田郡有田川町
実施事業所名:社会福祉法人　昭仁会
双苑　エクササイズケアしみず園
担当者名:作業療法士　小向耕平

地域情報：
有田川町のシンボルで有名なあらぎ島！日本の棚田百選に選ばれ綺麗な景観で有名な町です。和歌山県の中部に位置する有田川町の人口は２万６千人、事業所のある旧清水町は高齢化率５０％の過疎地。

実施体制：
・有田川町からの委託事業
・運営主体は、社会福祉法人昭仁会双苑
エクササイズケアしみず園
・作業療法士１名、健康運動指導士１名、介護福祉士２名
・午前、午後の２部制（運動型通所介護）
・要介護、要支援者と合同で開催
・定員１０名

・事例情報：A氏　７２歳　男性
疾患名； 多発性筋炎
既往歴； 間質性肺炎
要支援２
障害高齢者の日常生活自立度：A1
認知症高齢者日常生活自立度： 自立
家族構成； 独居　自宅横に会社経営
生活歴；以前から多発性筋炎と診断されていたが症状の悪化もなく会社経営されていた。全身の脱力感が著明となり、病院に入院。回復期リハビリテーション病院を経て退院となる。退院３週間前から徐々に動けるようになり、ADL能力低下しているが、集中的に活動を実施すれば改善する可能性、また、新規利用者で年齢も若いこともあり、通所Cサービスを６ヶ月行うようになった。
現在の生活状況； 在宅での移動は車椅子、段差昇降機を使用。伝い歩行１０M程度可能。夜間の排泄は、PWC、入浴は困難。知人の協力もあり、調理や身の回りのお世話をしてもらっている。

・実践内容（右の図参照）
開始前訪問　生活課題の抽出と目標の設定
改善に向けた取り組み内容
・まとめ
開始前訪問でのアセスメント
生活動線、生活課題、運動、栄養、口腔面の評価を動画、画像で他職種と共有
利用中は、毎月の体力測定、身体の変化、動作の変化を共有。応援日記にて、運動、活動の習慣化。
送迎時に、実際の生活場面での確認、アドバイス
体調、動作の変化時に地位行き包括せんたーCM、主治医と共有
卒業
SOSシートで決定した項目にチェックがつけば地域包括支援センターへ連絡

事例の卒業に向けて

○地域包括支援センターCMと最終カンファレンスを行う前

当事業所のスタッフとのカンファレンス
・ 運動：体力測定の結果より筋力、バランス力向上　１０分程度歩行可能
・栄養：バランスの良い食事を摂取されている（知人の支援あり）

生活機能評価 | R２年９月 | 備考
屋内歩行 | △１→○２ | T字杖歩行可能（疲労感なし）
屋外歩行 | ×１→△１ | T字杖歩行可能
入浴 | ×１→○２ | L字手すりを把持すれば浴槽の跨ぎ動作可能
排泄 | △１→○２ | 夜間もWCに可能
調理 | ×１→△１ | 知人と協力して調理に参加

目標は達成
①３ヶ月後に夜間のトイレへの排泄ができるように歩行能力を向上できる
②６ヶ月後に家の横の会社、カラオケに行けるように屋外歩行３０M可能になる。
③浴槽への跨ぎ動作、浴槽からの立ち上がりができる
④知人と一緒に調理動作に参加できる（立位時間１０分）

今後の方針（sosシート）
・浴槽の跨ぎ動作が楽にできる　・仕事に必要な坂道昇降能力　・車の運転ができ現場や病院受診できる

○地域包括支援センターとの最終カンファレンス
・上記内容を地域包括支援センターCMと検討
・介護予防給付にて６ヶ月の期限を設けサービスを実施

成果・課題：【終了時】目標としていた夜間のトイレへの移動・カラオケに行く・浴槽に入る・調理動作は達成できたが、新たな課題が見つかり期限付きで予防給付でのサービス利用開始となる。一見難病を患っている利用者は永続的なサービスになることが多い。しかしA様は通所Cサービスを通じて介護保険の目的を理解し、目標を持って能動的に取り組んでいる。今回の事例を通じて介護保険制度の本来の在り方、このようなサービスは作業療法士の醍醐味であると改めて認識した。

事業分類 ： 通所C・訪問C 士会での事業委託

総合事業サービス実践事例③ー1（事業事例）

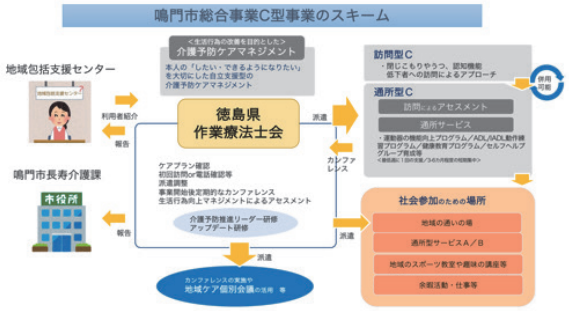
徳島県鳴門市における、通所・訪問C型事業

取り組みのポイント　**訪問-通所-通いの場への一貫した流れMTDLPの実践**

自治体名 ： 徳島県鳴門市
実施事業所名：徳島県士会
担当者名 ： 大久保病院 吉野 哲一

地域情報：
鳴門市は四国東部、徳島県東北端に位置し、鳴門海峡をへだて淡路島に対峙。本州 と結ぶ四国の東玄関。面積は 135.66㎢、人口は約 5.6万人。 高齢化率は2020年度末35.0%で、65歳以上人口は19,540人。 要介護認定率は2020年18.8%。

行政との関わり：
H26.年7月～鳴門市長寿介護課主催 研修会参加、第１回チーム会議参加。包括支援センターと連携し対象者・支援、運営方法の検討。同年12月～総合事業を見据えたモデル事業として開始。
H28年4月～総合事業として通所・訪問C型サービスを開始。



実施体制：
・県士会への委託事業
・運営主体は鳴門市
・業務に対する作業療法士派遣として実施
・週1回または、隔週1回で通所C；2名、訪問C；1名
・鳴門市３地区15名程度のOTで担当

徳島県作業療法士会における事業目的

心身機能の維持・向上だけでなく、
対象者の活動を知り社会参加への促進を図ること

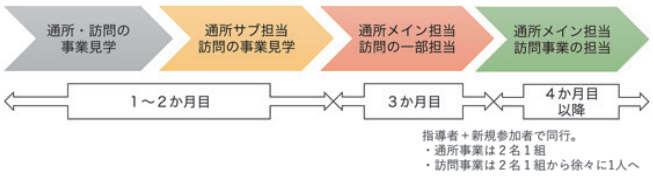
通所型：「いきいき百歳体操」を用いた健康増進指導や体力測定、体操指導による集団介入

訪問型：MTDLPを活用した生活行為への個別介入

徒手的介入を用いず,MTDLPによる
「やりたい」を支援するマネジメント中心の介入

事業内容：
＜事業参加条件＞
・介護予防推進リーダー研修全過程修了
・理事会承認
・所属施設長承認
＜事業参加中の保険＞
NPO活動総合保険に士会が加入
対象者・セラピスト自身の怪我の補償
車両事故による自動車保険料等級ダウンの部分的な補償等
「作業療法士総合保障保険制度」への加入 ※推奨
＜公文書の発行＞
協力OTと所属施設代表者宛に県士会より公文書を発行
＜方針・対応＞
・訪問、通所両方の利点を生かす！ 生活行為向上マネジメント（MTDLP）の導入
・運営方法の検討複数担当制によるOT間の活発な意見交換
・所属施設の勤務体制に無理が生じないシステムづくり
→チーム制の導入
・目標設定を「痛みの改善」や「しびれの改善」等の状態目標とするのではなく、
「～がしたい」等 の行動目標にすることが大切

事業の流れについて



指導者＋新規参加者で同行。
・通所事業は２名１組
・訪問事業は２名１組から徐々に1人へ

通所C型の流れ

＊動作確認とリスク管理を行いながら

訪問C型の流れ

初回訪問	2回目以降	最終訪問（3ヶ月後）
アセスメント 目標となる生活行為の抽出 支援プログラムの立案	支援プログラムの指導 実施状況の確認 ホームエクササイズ指導 環境調査など	効果判定 生活目標の達成状況の確認 介入による日常生活への波及効果の確認

カンファレンスの実施

各班ごとに隔週1回の頻度で開催
情報共有と各種連絡調整を担っている

成果・課題：
＜総合事業参加のメリット＞
・地域の高齢者の生活様式や行動様式を知ることができる
・地域や町の資源や課題を知ることができる
・総合事業の経験が院内でのOT実践の際に活かすことができる
・社会的認知度が向上

＜総合事業参加のデメリット＞
・業務を空けてしまう
・所属施設長や上司の理解を得ることが難しい、など。
●2040年問題を見据えた作業療法士の総合事業参加は、2040年以降の作業療法のあり方を考える上での準備として必要不可欠。

事業分類 ： 通所C・訪問C

心身機能の維持・向上だけでなく、対象者の活動を知り社会参加への促進を図ることを目標とした取り組み

自治体名 ： 徳島県鳴門市
実施事業所名：徳島県士会
担当者名 ： 大久保病院 吉野 哲一

取り組みのポイント

訪問-通所-通いの場への一貫した流れ、
徒手的介入を用いず、MTDLPによる「やりたい」を支援するマネジメント中心の介入
通所型：「いきいき百歳体操」を用いた健康増進指導や体力測定、体操指導による集団介入
訪問型：MTDLPを活用した生活行為への個別介入

地域情報：
鳴門市は四国東部、徳島県東北端に位置し、鳴門海峡をへだて淡路島に対峙。本州と結ぶ四国の東玄関。 面積は 135.66㎢、 人口は約 5.6万人。高齢化率は2020年度末35.0%で、65歳以上人口は19,540人。 要介護認定率は2020年18.8%。

実施体制：
・県士会への委託事業
・運営主体は鳴門市
・業務に対する作業療法士派遣として実施
・週1回または、隔週1回で通所C;2名、訪問C;1名
・鳴門市３地区15名程度のOTで担当

事例情報： 70歳代女性 要支援２
疾患名；変形性膝関節症
既往歴；逆流性食道炎、左大腿骨骨折術後、高コレステロール血症
障害高齢者の日常生活自立度：A1
認知症高齢者日常生活自立度：自立
家族構成；一戸建てに一人暮らし、隣町にKPの次女が住んでいる。

生活歴；21歳で結婚。電気屋に従事。40歳代から60歳まで病院で介護助手をした。30歳で交通事故で左大腿骨骨折し手術後から歩行不安定。跛行あり、長距離歩行は辛く、エアロバイクを使ってリハビリをしていた。左膝痛が強まり手術を決心。H30年1月左膝人工関節手術施行、術後リハビリ目的で転院。同年4月に車の運転の許可がおりないまま退院。日常生活の不便さを強く感じ、5月住宅改修工事施工。

現在の生活状況；朝は家事を行い、昼からはゴロゴロしている。自家用車を所持し、医師からの運転許可は出ているが出かけていない。

実践内容：
＜生活行為アセスメント＞
合意目標
自動車運転ができるようになり、買い物や近隣の集会所で実施しているサロンに参加できるようになる
目標に対する実行度と満足度（初回）
・実行度 0/10　・満足度 0/10
＜プログラム内容＞
基本的プログラム
・ストレッチ、筋力トレ等の習慣化と運動指導
・バランストレーニングの運動指導
応用的プログラム
・自動車運転のための練習
・近所を運転する（家族、OTと一緒に）
社会適応的プログラム
・買い物、サロンへの参加
・友達を電話で誘って一緒に参加する

通所C型の流れ

＊動作確認とリスク管理を行いながら

訪問C型の流れ

初回訪問	2回目以降	最終訪問（3ヶ月後）
アセスメント 目標となる生活行為の抽出 支援プログラムの立案	支援プログラムの指導 実施状況の確認 ホームエクササイズ指導 環境調査など	効果判定 生活目標の達成状況の確認 介入による日常生活への波及効果の確認

生活行為向上プラン

生活行為向上プラン	実施・支援内容	基本的プログラム	応用的プログラム	社会適応的プログラム
	達成のためのプログラム	・関節可動域、筋力強化、バランス機能を高める体操を行なう。	・自動車運転を近い距離から徐々に行なっていく。	・買い物やサロンに参加する計画を立てる。
いつ・どこで・誰が実施	本人	・自主訓練としてストレッチ、筋力強化、バランス訓練を習慣的に行なう。	・近所の店舗での買い物、集会所での体操、受診などを行なう。	・友人と連絡を取り、一緒に参加するように段取りをする。
	家族や支援者	・OTが自主訓練の指導を訪問時に行なう。	・家族やOTが訪問時に経路を確認し、運転や参加に際して、危険がないかを見極め、判断を助ける。	・家族やOTが訪問時に経路を確認し、運転や参加に際して、危険がないかを見極め、判断を助ける。
	実施・支援期間	H30年 7月 20日 ～ H30年 11月 30日		
	達成	■達成 □変更達成 □未達成（理由： ）		□中止

訪問・通所事業の風景

初回評価
握力；左20.3kg、右19.0kg
開眼片脚立ち；左17.5秒、右20.18秒
CS-30；11回
５m最大歩行時間；5.11秒
Barthel Index；95／100
HDS-R；29/30　LSA（生活空間）；非実施
老健式；9/13　FAI（IADL）；非実施

最終評価
握力；左21.5kg、右24.7kg
開眼片脚立ち；
左37.67秒、右35.35秒
CS-30；12回
５m最大歩行時間；4.85秒
Barthel Index；95／100
HDS-R；29/30
老健式；11/13
LSA；65/120
FAI；30/45
＊赤字は改善

成果・課題： 【終了時】・目標にしていた自動車運転の再開により、買い物が可能となる。
・その他、サロン活動へ参加するようになり、生活範囲が拡大した。
【目標に対する実行度と満足度（最終）】
・実行度 10/10　・満足度 10/10

事業分類 ： 通所C　地域資源活用

総合事業サービス実践事例④（事業事例）

石川県羽咋郡志賀町における、通所C型事業

取り組みのポイント　**地域資源を活かすために実施場所の変更をOTから提案**

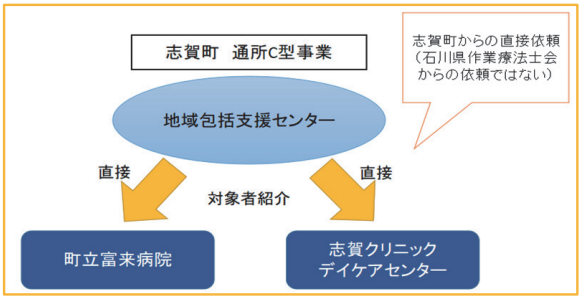
自治体名 ： 石川県羽咋郡志賀町
実施事業所名 ： 志賀町地域包括支援センター
担当者名 ： 町立富来病院　加藤孝之

地域情報：
志賀町は石川県能登半島の西海岸沿いにあり、2022年9月時点で人口約19000人、65歳以上が約8500人、高齢化率は45.2%。
要介護認定率は65歳以上で17.9%、75歳以上では29.9%
地域包括支援センターは役場内1カ所のみ。通所C型の委託先は町立病院と町立デイケアの2か所。

行政との関わり：
H25年～H26年に町内各地区の住民集いの場へ認知症やロコモティブシンドロームについて講演や運動指導を実施。
H27年4月より事業委託され病院リハビリ室で通所C型を開始。
R元年4月より地域資源活用のため「とぎ地域福祉センター」に場所を変えて通所C型事業実施。

実施体制：
・町立富来病院への直接委託事業
・運営主体は志賀町地域包括支援センター
・事業に対して、主担当OT1名、サブPT1名を派遣
・通所期間は基本3か月、最長6か月
・週1回、木曜午後から実施
・生活環境を評価するため送迎もOT・PTが実施
・志賀町は生活圏域が志賀地域・富来地域の2つに分かれている。高齢化率の高い富来地域を担当
・対象者の選定は地域包括支援センターでおこなわれる自立支援会議で決まる。対象者選定にOTはまだ関われていない
・通所C型実施中に担当保健師に来てもらい、その場でモニタリング担当者会議をおこなうよう依頼

事業内容：
＜事業担当条件＞
・訪問リハ、通所リハを担当する介護部門スタッフ
・石川県リハビリテーションセンター主催の「市町事業に関わるリハ専門職育成導入研修・シンポジウム」受講者
・所属施設長、部門長からの推薦者
＜事業実施中の保険＞
・志賀町地域包括支援センターが保証
＜事業実施に関する費用＞
・利用者負担　1回　450円（ひと月毎に支払い）
・OTの人件費は訪問リハビリ半日分相当を町に請求
＜事業の実施場所変更について＞
・病院リハビリ室で実施すると運動機能向上は可能だが、自立支援・社会参加には繋がりにくい
・地域住民がいつでも利用でき、卒業後に気軽に通える場所で実施できないか、OTから地域包括支援センターに提案
・とぎ地域福祉センターを選んだ理由、アクセスしやすく、興味・関心がわくポイントが多く、通所C型を卒業後に地域住民と交流しやすいと考えたため
※町コミュニティバス停留所あり、天然温泉、ボランティア教室の定期開催、トレーニングルーム、カラオケ設備、軽食喫茶（酒類）営業、土日の営業、など



病院リハビリ室で通所C型をやってみて

週1回、2時間（集団体操・個別運動・作業活動・生活相談）
入院・外来の患者さんと同じ時間・スペースで実施

良かった点	反省点
• 病院への敷居が低くなった • 医療の相談がしやすい • もしもの急変時に対応可能 • 作業活動の種類が多い	• ごちゃまぜがマイナス • 卒業後の具体的な生活のイメージがわきにくい • スペースが狭い

自立支援・社会参加につなげるために

実施場所変更！

とぎ地域福祉センター　トレーニングルーム

週1回、2時間（集団体操・個別運動・作業活動・生活相談・パワトレ）
一般の利用客も使用している時間帯に実施

実施場所変更後の改善点	実施場所変更による課題
• 卒業後の提案しやすい • 圧迫感がなくなった • 活動量が多くなった • 一般利用者に波及	• 作業活動の種類が限定・・・ • もしもの急変時対応が・・・ • 一般利用客のじゃまかも・・・ • 卒業して通う人が少ない・・・

成果・課題：
＜総合事業参加のメリット＞
・担当した地域の生活様式や行動様式を知ることができる
・生活様式・行動様式を知ることによって院内OTに活かせる
・活用しきれていない地域資源を発掘することができる
・送迎をすることで地域を細かく知ることができる

＜総合事業参加のデメリット＞
・他スタッフが院内業務をカバーすることになる
・必要書類の確認等、本業務以外の時間が必要
＜今後の課題＞
・対象者選定時点から担当OTが関わっていくことで成果がより上がると考える

事業分類 ： 通所C コロナ禍

総合事業サービス実践事例⑤（事業事例）

コロナ感染対策！！自宅で通所型短期集中サービスC

取り組みのポイント　新たな感染症流行時にも、持続可能な支援体制

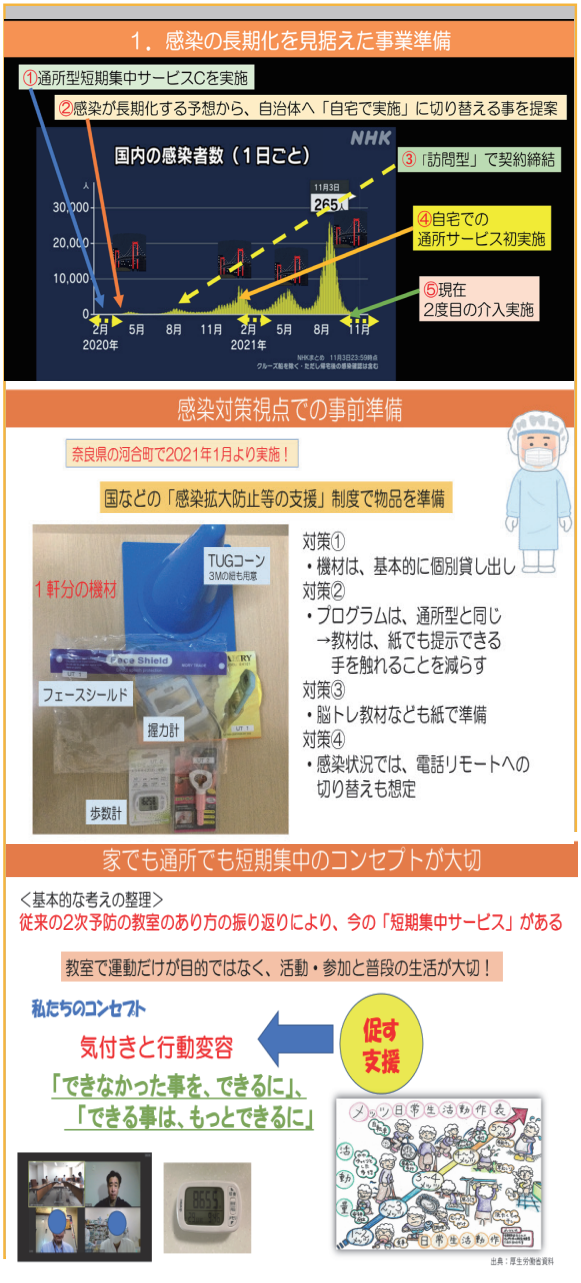
自治体名 ： 奈良県北葛城郡河合町
実施事業所名：株式会社コミュニティケア
担当者名 ： 安井 敦史

地域情報：
河合町は奈良盆地の西部,なだらかに起伏する馬見丘陵の北東部に位置し,総面積約8.23平方キロメートル,人口約1.7万人の町。
令和3年10月の推計高齢化率,39.45％と県平均32.15％を上回る。

行政との関わり：
平成27年頃より,町や他職種・県職員と有志勉強会を開催し,地域包括ケア・自立支援について幾度となく意見を交わし,地域支援の具体的方法を検討・試行した。その後,町内通所介護施設で「通所型短期集中サービスC」を開始した。
平成31年初頭、新型コロナウイルス感染症の流行が始まり,コロナ禍での自粛生活より住民の「生活不活発」が加速することを警戒し、コロナ禍でも持続可能なサービス継続体制を検討した。

実施体制：
平成31年4月末の時点で,今後の感染状況が改善しない予測見通しから,既存の通所型での事業継続は困難と判断し,通所型のプログラムを,感染対策を講じ,各自宅で提供できないか？といった視点で,担当課との協議を開始した。
協議開始時には、完全リモートも視野に準備を進め,町担当者とも情報共有を行い,「コロナ禍でも自立支援を止めない」との考えから自宅で行う通所サービスの仕様書作成を実施した。
改変した仕様書により,自宅での通所型短期集中サービスCは,令和元年5月より開始となった。

事業内容：
「人が集まる」ことへの不安感は続いていたが,感染対策を講じた専門職が個別訪問することへの不安の声は少なく,概ね「自宅で短期集中サービスC」は受け入れられたと考える。
実施内容は,自宅でできる効果的な運動メニューを提示し,普段の生活の中で実行してもらい、貸与した歩数計をもとに,1日の歩数と日々の暮らしを自分で記録してもらうことで自分の活動量を「見える化」した。利用者には,自己練習メニューを行い,「自宅でもこまめに動く」ことや「買物や散歩など活動機会を増やす」ことが大切であることを理解してもらうことを心掛けた。
「生活が不活発な状態」が将来の暮らしを脅かす要因であることを理解してもらうため「運動」「栄養」「口腔」の観点から毎訪問時には「講話」を実施した。
新しい総合事業における「短期集中サービスC」は,自立支援を目的に,「活動」「参加」を意識することが重要なコンセプトと示されている。
一般的には,「訪問型サービスC」は,自宅環境の調整や各種動作指導を行う形式というイメージが強い印象だが、今回の事業実施を通して,住み慣れた自宅や地域で暮らし続けるためには,不活発な暮らしから「日々の生活での活動量を増やす」といった「行動変容」が重要で「通所型」「訪問型」といった実施形態での差はないと感じた。



成果・課題：

＜総合事業参加のメリット＞
・実施形態に関わらず「自立支援」を届けることができた。
・短期集中サービスCの適応基準を行政と考えることができた。
・自宅で実施したので,介入が迅速に行うことができた。
・コロナ禍でも,通常に近い体制で参画できた。

＜総合事業参加のデメリット＞
・短期集中サービスCの適応者が明確になっていない。
・地域の医療・介護施設の参画が浸透していない。
・一部では,従来の「2次予防」の影響が残っている。

事業分類　：通所C・訪問C併用　行政直営　ケア会議連動

総合事業サービス実践事例⑥（事業事例）

広島県竹原市における、通所・訪問C型事業

取り組みのポイント　**通所C・訪問C・ケア会議が連動し柔軟に介入**

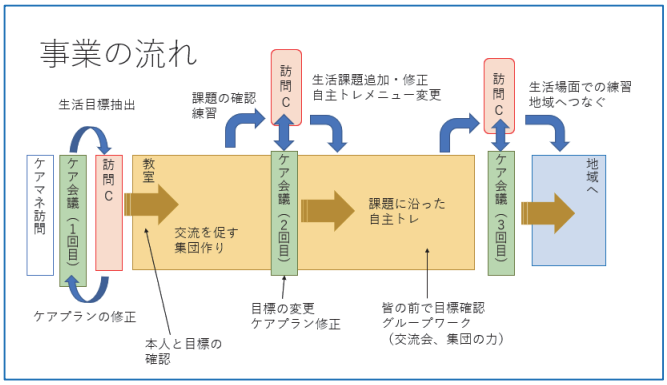
自治体名　：　広島県竹原市
実施事業所名　：　竹原市
担当者名　：　安田病院　本林真貴子

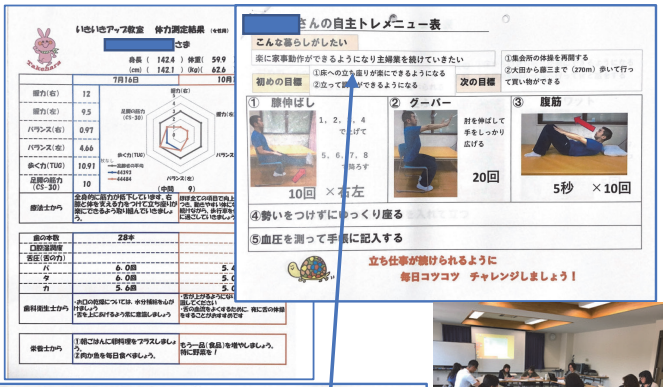
地域情報：
竹原市は広島県沿岸部の中央に位置し、瀬戸内海の温暖な気候。 面積は 118.3km、 人口は約 2.4万人。 高齢化率は2020年度末で41.2%で、65歳以上人口は10,163人。要介護認定率は2020年19.4%。一つの日常生活圏域で構成される小さな市。

行政との関わり：H18～二次予防事業に関わり市内療法士と行政の連携が開始。H28、市内専門職と行政で構成された「コミュサポネット竹原」発足、連携会議・研修を定期開催。H29～通所C・訪問C開始。

実施体制：
・竹原市の直営
・当法人への派遣契約
・業務に対する療法士派遣として実施
・通所C：OT1名、PT1名
　担当者：OT／PT／NS／保健師（行政）／歯科衛生士
　　管理栄養士／生活支援コーディネーター
　　※担当者はクールを通して固定
　実施回数：前期　14回（7月～10月）
　　後期　14回（12月～3月）
・訪問C：不定期（1クール3回上限）、1名
・ケア会議（1クール3回）：OT1名、PT1名

事業内容
ケア会議1回目：スタッフ間の情報の共有。課題の把握・方向性の統一
訪問C1回目：生活課題の確認、生活の様子を把握。具体的な「なりたい姿」を確認
通所C開始：1回目に体力測定実施。測定結果とケア会議・訪問Cの結果を統合し本人と目標を合意、ケアプランに反映。集団の力でモチベーション維持。課題に沿った個別自主トレ作成、目標を段階付け、随時修正。
ケア会議2回目：教室の様子や訪問Cの結果報告。方向性や目標の修正、チーム内での統一。後半での課題とアプローチの選択
訪問C2回目：目標行為へのチャレンジ、達成への後押し。目標の修正、残る課題の確認。その後の生活イメージを持つ、生活意欲を高める。自宅内外・地域での生活動作を確認
終了時：自己評価アンケート実施。終了後の生活へつなげるため必要時訪問C3回目実施
ケア会議3回目：終了後フォローの方針確認・共有





ケア会議

卒業生との交流会

毎週の聞き取り

通所C風景

終了後訪問C

成果・課題：＜通所C・訪問C・ケア会議を連動し効果を発揮する工夫＞
1.生活課題を導き出す工夫
　スタッフ間で協力
2.身体機能の改善と生活内での変化の連動
　課題も随時修正
3.タイミングを逃さない
　心が動くきっかけをつかみ、柔軟に介入
4.固定メンバーで関係作り、集団の力

＜総合事業参加のメリット＞
1.生活全体を広く長く捉える視点
2.生活課題の具体的な抽出
3.段階付けた自主トレの提示
4.集団の利用
5.イベントによる仕掛け
6.心の動きを感じる、引き出す
7.生活が変わる、気持ちが変わる喜び

事業分類 ： 介護予防ケアマネジメント

兵庫県西宮市でのリハビリテーション専門職によるケアマネジメント支援事業

取り組みのポイント　３つの工程分析に基づいたケアマネジメントへの反映

自治体名：兵庫県西宮市
実施事業所名：宝塚ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ病院
担当者名：小南　陽平

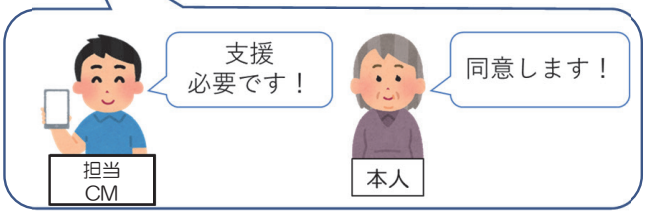
地域情報：
西宮市は兵庫県南東部、阪神間にあり、大阪・神戸両市のほぼ中間に位置する中核市。総面積100.18㎢に及ぶ南北に長い市域は、北部の山地部と南部の平野部に分かれている。
市域：東西約14.2 km、南北約19.2 km　人口：48万3,155人
高齢者人口：11 万7,939人　高齢化率：24.4％

行政との関わり：
①H24年～西宮いきいき体操
②H29年～自立に向けたｹｱﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ会議
（自立支援型地域ｹｱ個別会議）
③H30年～ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ専門職 によるｹｱﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ支援事業

会議は5つの地域包括ケア連携圏域毎に概ね月1回開催
（ただし北部圏域は3ヵ月に2回の開催）

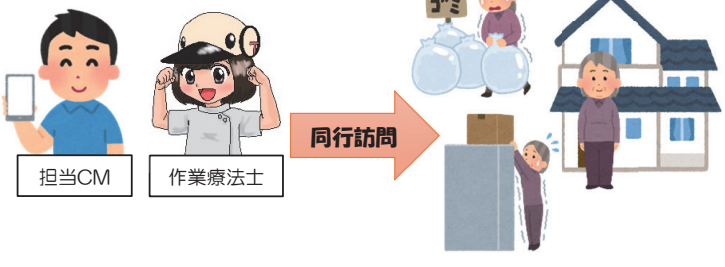
地域包括ケア連携圏域	地域包括支援センター
中央	安井 ・ 今津南 ・ 浜脇 ・ 西宮浜
鳴尾	小松 ・ 高須 ・ 浜甲子園
瓦木	上甲子園 ・ 深津 ・ 瓦木
甲東･甲陽園	甲山 ・ 甲武 ・ 甲東
北部	塩瀬 ・ 山口

実施体制：
・運営主体は西宮市。
・自立に向けたｹｱﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ会議から派生した事業。
・会議に参画している法人へ西宮市から委託。
・業務に対する作業療法士派遣として実施 。
・ｹｱﾌﾟﾗﾝ作成者へ支援の必要性が生じた場合且つ、本人の同意が得られた場合に実施。



事業内容：
・初回検討した療法士のうち１名が同行訪問を行う。
・同行する療法士は専門的見地から対象者の心身状況および環境等を確認し、生活課題の原因分析を実施する。ｹｱﾌﾟﾗﾝ作成者に対して対象者により良いｹｱﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄを行えるよう具体的な対応策に関する助言・提案を行う。
・支援は１回あたり概ね１時間程度。
※あくまで間接的ｱﾌﾟﾛｰﾁであり、対象者ではなくCMのｹｱﾌﾟﾗﾝが自立支援の考え方に繋がる提案を行う。
・同行訪問実施後、同行したﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ専門職は事業実施報告書を作成し、西宮市へ提出する。

取り組みのポイント：
◎同行訪問実施前のCMとの事前打ち合わせを行う！
◎「企画準備力」「実行力」「検証完了力」
3つの工程分析に基づいて生活課題を分析する！
◎分析した生活課題と今後の取り組みの提案を伝え、ｹｱﾌﾟﾗﾝに組み込むことが可能か協議する！
◎ｾﾙﾌﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄに繋がる助言・提案を伝え、CMとも共有！
◎本人・家族・CMへ称賛できるところは思いっきり称賛する！



「企画準備力」
生活行為を実施するために、「いつ、どこで、誰と、何を、どのように」行うのかを企画したり準備する能力

「実行力」
実際に実施をするときに必要な能力

「検証完了力」
生活行為を遂行しながら、うまく進んでいるかを検証し、間違いや、より良いやり方に途中で気づいて修正したり、しっかりと完了できたり、次回の遂行につなげることができる能力

＜本事業の成果・ﾒﾘｯﾄ＞
・令和元～3年度　実施件数：69件
・ﾌﾟﾗﾝ作成者へのｱﾝｹｰﾄより（回答数：41件）
＜問＞事業を利用されていかがでしたか？
＜答＞「とても役立つ、やや役に立つ」（100％）
・訪問をきっかけに意欲向上、活動性向上した事例など複数報告あり。
・本事業利用群の方が、対象者・家族またはｻｰﾋﾞｽ事業所の変化が非利用群に比べて大きい。
＜本事業の課題点＞
・会議参加派遣までが限界で、同行訪問まで対応できる事業所が少ない。

4．一般介護予防事業における作業療法士の役割と関わり方

1）介護予防把握事業

把握事業では、主に市町村や包括支援センター勤務の作業療法士が、リストアップされた住民の健康状態の把握において、リハビリテーション専門職の視点の評価が必要な場合に、電話での聞き取りや保健師等の専門職との同行訪問を行い、支援につなげるといった関わりを持つことが多いようです。通所・訪問サービスC、一般介護予防事業などへの適応の判断や、実際に利用につなぐ働きかけを行っています。

2）介護予防普及啓発事業

介護予防普及啓発事業とは介護予防活動の普及・啓発を行うもので、作業療法士は介護予防教室などでの生活行為向上の指導・教育を行います。一般高齢者に向けて、作業療法士は元気なうちに生活行為向上を意識する生活の考え方を、分かりやすく解説できます。

【実践例】

●公民館を地域包括支援センターの職員と一緒に回り、これからの介護、リハビリについて話す
●月１回程度とか、○回連続週１回の介護教室などで目標を決めて個別、集団メニューを実施
●認知症について、サロンや老人クラブ、企業や事業所の研修会などで、参加者の年代や希望する内容に応じて、症状から治療、支援や予防活動の実技まで対応する分かりやすい講座
●県と専門職団体で自立支援に向けた取り組みについての手引きを作成する
●終活セミナーで、無理なく自立した生活を維持するための体操や日常生活上の工夫などを紹介
●職場のリハビリ部門で行う体操教室や認知症予防講座を、地域包括支援センターの協力を得て広報し、公民館や通いの場に出張して行う。

（1）介護予防活動の考え方の提示

介護予防の取り組みというよりは、現在の自身の状況に合わせた健康づくり、と言った説明のほうが理解が得られやすいでしょう。個々が自身の希望と心身の状態や環境状況を認識し、小さくても目標を持って取り組む主体的な活動や、家族の協力や通いの場の仲間との活動、社会資源の活用などによる社会参加活動の重要性を伝えます。

> 【例】「友人と旅行に行きたい」→「長い距離を疲れずに歩けるようになる必要がある」→「毎日体操や散歩をする」というように、運動をすることが目的ではなく、運動や散歩が、したいこと、したい生活を実現するためのひとつの手段となる。

単に“介護予防”という言葉を多用しすぎると、要介護状態に対して否定的なイメージを与えてしまう可能性があります。目指しているのは「その有する能力に応じ自立した日常生活を営むこと」（介護保険法第５条）であり、要介護状態にあっても主体的で健康的な生活を送ることです。

（2）介護予防教室、講座等でのプログラム提示

①**プログラム内容**は、個人・集団でも行えるもの、心身機能から活動と参加までカバーできるものを提供します。効果を普段の生活行為に反映できるようにすること、また集団活動・社会参加活動の遂行支援を継続支援として提案して行くことが重要です。

> 【例】自宅での生活行為の向上を目指す、または日常生活のセルフマネジメントを向上させる運動メニュー、認知症予防メニュー、変化を実感・把握できるようにするための測定メニュー、集団活動メニュー、集団活動・社会参加活動の運営支援（計画から実施、振り返りまでのプロセス提示）、活用できる社会資源と利用方法の提示など。

②**測定プログラム**は、参加者主体で行う場合は、短時間で運動をかねて行えるような、簡便で安全に実施できるもの、結果の改善率の高いものを活動意欲の維持の手段として活用すると有用です。支援者の協力や精度の求められるものは、最初と定期（半年毎など）に実施し、効果変化を客観的に提示すると有用です。測定結果の向上が見られなくても、維持されていることが重要なこと、低下が見られる場合はそこを補う活動につなげることが重要、という考え方を伝えます。興味関心チェックシートで自身の意識づけの機会や、認知症予防に関連した検査スケールの活用なども有効です。

③**実際のプログラム提示**では、目的・生活行為の項目をあげて普段の生活の中で実施する場面や方法を具体的に提示し、どう活かされるのかを理解して取り組めるようにします。現在できていることも方法や量を調整したり、用具を工夫したり、遂行しやすくすることで、したいこと、したい生活の継続につながることを伝えます。

【例】体幹と肩甲帯のストレッチと筋力トレーニングです、といった提示ではなく、洗濯は自分でしたい、でも干す時に腕が上がりにくい、という希望や困りごとに対するプログラムとして、「腕だけでなく、腰や肩も伸ばし、胸を開いて無理なく腕を上げる運動です。」「洗濯物干しだけでなく、布団の上げ下ろし、神棚のお供え物の上げ下げなどにも役立ちます。」「気をつけて行うことで、普段の家事でストレッチができます。」「肩や腰に痛みがある場合は、物干し台を低くして、痛みが出ないくらいの動きで洗濯物を掛けられるように調整すると、無理なく続けられます。」など、生活行為の遂行と関連付けて提示する。

長く続けているメニューに“付け足し”的に短時間（10 分程度）で実施できるプログラムを複数提示して日替わり、週替わりなどで選択し、目的別にローテーションするなど、通いの場の状況に合わせて実施できるようにしたり、難易度で段階付けして提示し、身体状況に合わせて実施したり、ステップアップできるようにすることも有用です。

④継続支援としては、リーダーの負担軽減と、参加者それぞれが得意なことを生かして無理なく運営に携わり、役割として遂行できるような仕組み作りに協力できます。活動遂行のためのプロセスを、MTDLP のプランニングの手法、マネジメントの視点を取り入れて役割分担から地域資源の活用、さまざまな支援者や団体とともに活動することも検討できるように、書き込み式の会議録兼計画書のような書式を用いるなどして、分かりやすく提示できます。また、通いの場の中での活動にとどまらず、地域での社会参加活動へつなげていく支援として、地域行事への参加や社会貢献活動の具体例の提示、実際の地域活動や行事の企画・運営に協力できます。さらに、必要に応じて運営上の困りごとに迅速に対応できるような定期・不定期の支援が不可欠です。何かあった時には気兼ねなく相談してもらえるような支援者との関係作りと、できるだけ迅速に対応できるよう、各士会での協力体制作りも重要です。

（3）パンフレットなどの資料への作業療法（MTDLP）の視点の反映

市町村等が企画するパンフレットや冊子、活動記録手帳などの作成に参画できる場合は、協働する行政職員や他専門職に、自己決定を尊重した活動支援が、主体的な活動の広がりや自立支援へとつながるという視点について理解を得、共有することが必要です。また、使用や普及において、パンフレットや冊子などは、参加者用、行政用、ボランティア用など、対象別の情報量の調整、DVD など映像を用いて分かりやすく伝える工夫と、配布後も必要に応じて専門職が有効性や実施方法の説明を直接行い、主体的な活用・定着支援に協力できる仕組み作りも重要となります。

3）地域介護予防活動支援事業

地域介護予防活動支援事業は、地域における介護予防活動の育成・支援（住民主体のサロン等の立ち上げ支援）です。

作業療法士は、住民が主体的に地域に参加の機能をつくろうとするときに、意味のある地域の活動の提案を住民と一緒に考える事ができます。作業療法士はさまざまな生活行為の阻害を解決できる活動の仕組みを地域の特性（文化、環境、人材等）を基にプロデュースできます。

【実践例】

- ●県の事業で他職種と総合的なプログラム集を作成、実地検証として老人クラブのリーダー研修会で使用してもらい、意見をプログラムに反映させる
- ●市町村職員と舞踊サークルの方々と一緒にご当地体操とＤＶＤを作り、各町内会で指導する
- ●サロンの認知症講座で認知症予防としての社会参加活動の一つとして、認知症の方への支援を学んでもらう
- ●郵便局員や銀行職員等へ向けた研修会を開催し、認知症と支援について学んでもらう
- ●市の映画イベントと共催して同会場内で認知症カフェを開催し、映画の合間のミニレクチャーの実施、地域包括支援センターや多職種の相談ブースを設置した
- ●村の特産品をモチーフにした軽スポーツの考案と各サロンへの普及、大会運営への参画

（1）住民主体の通いの場立ち上げ支援について

市町村や地域包括支援センターなどの担当者と協力し、住民に伝える情報の整理を行い、健康な生活を続けていくために主体的な活動と社会参加の重要性や、活動の場を支援者と一緒に作り上げていくことが社会参加活動になるといった有用性を伝えます。また、住民が主体的に取り組むきっかけになるようなプログラムの作成、提示方法の工夫などに協力できます。新しいプログラムを作る場合に、内容に日常の生活行為向上に応じた運動を取り入れたり、題材に地域特性を活かしたり、検証に地域の人材や通いの場の参加者の協力を得たりして、皆で作り上げられるような、主体的

な社会参加活動のひとつとすることも作業療法士の重要な役割になります。さらに、リーダーの支援、参加者以外の住民の力も活かすサポーターの養成、必要に応じて運営上の困りごとに対応できるような、行政やボランティアによる定期・不定期の支援体制作りに協力できます。また、作業療法士自身も依頼を受けるのでなく一人の住民・サポーターとして支援に協力できます。

（2）支援者の人材育成について

行政、専門職団体、市民活動団体（体育・文化・NPO など）やボランティア等、一般的な支援者への研修で、通いの場が主体的な社会参加活動の場であること、個人・集団の活動を、それぞれが目標を持って実施できるように支援することの重要性を伝えます。

【例】単に“足腰の力が衰えないように体操しましょう”だけでなく、“畑が続けられるように”“孫と散歩できるように”“スーパーで買い物できるように”“神社へのお参りを続けたい”“洗濯は自分でしたい”など、どんなに小さいものでも、より具体的なものがよい。

運営では、提供側に“おまかせ”や“やらされた”では続かないこと、適切な支援がなければ続けられないこと、できることを活かし役割を持つことで、やりがいや意欲が高まること等、より意味のある活動になるよう支援することの大切さを伝えます。主体性を引き出すための具体的な支援方法として、興味関心チェックシートなどの活用の提案、また参加者が自身の希望や状況を確認でき、そこから目標を導き出せるような独自のシートの作成・使用の協力などを行います。支援者として専門職が関われる場合(直接支援)は、改善の見込みのある所に着目して取り組みを提案できるようにすることも有用です。「プログラムをたくさん教えてほしい」という希望がよく聞かれます。確かに、効果的な複数のプログラムの提供は、参加者・支援者双方のモチベーションの維持のために重要です。しかし、ただ次々とこなすのではなく、集団としての方向性をみんなで考えて決め、見合った内容のプログラムを選び、効果や目的を理解したうえで、それぞれが目標を持ってじっくり取り組む事も、集団として主体的な活動を継続していくために重要なプロセスになることを伝えていく必要があります。さらに、支援活動が支援者自身の健康づくりにもつながっていることを伝えることで、互助の考え方を伝えることができます。

4）一般介護予防事業評価事業

評価事業では、事業および個人の効果結果の評価を行います。主に市町村または包括支援センター勤務の作業療法士が、ニーズ調査や通いの場参加者の体力測定やアンケート調査の結果などから評価を行う、などの取り組みへの関与があげられます。担当でなければ関与しない場合もあります。

5）地域リハビリテーション活動支援事業

地域リハビリテーション活動支援事業は、地域における介護予防の取り組みを機能強化するために､通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民運営の通いの場等へリハビリテーション専門職の関与を促進します（図９）。前述した作業療法士が関与する介護予防普及啓発事業や地域介護予防活動支援事業も介護予防に資する内容であれば市町村の判断で、地域リハビリテーション活動支援事業として実施することも、介護予防普及啓発事業＋地域リハビリテーション活動支援事業とすることも可能です。作業療法士は、地域支援事業全般にわたり、横断的・限定・限局的に生活行為向上の視点で地域住民の主体性を引き出す活動の提案ができます。１対１、１対多、あるいは１対行政等と、関与の形は様々です。計画に基づいて効率的効 果的に配置され、派遣・介入するには、作業療法士が所属する組織（都道府県士会、勤務する事業所等）と依頼する市町村との協力・連携が必要です。派遣者の育成及び質の担保を図る研修会等の実施や欠員が出た場合の補充など、バックアップの体制がある状態で、派遣者個人の努力のみによらず、組織的に取り組み、確実に対応していく必要があります。

【実践例】

●県と多職種と一緒に地域ケア会議助言マニュアルを作成する

●市町村地域包括ケアセンター職員と同行して自宅や事業所を訪問し、地域ケア会議の助言をプランや日常的なケアに活かすための取り組みを実地で助言、検討する

●県と他職種と一緒に住民主体の通いの場で参加者が主体的に取り組めるプログラム集を作成、実施に際して支援を行う

●介護支援専門員向けに自立支援の考え方に関して、MTDLP を活用して紹介する

●通所介護事業所の介護職員の研修会で、各施設の自立支援の取り組みで工夫している点や力を入れてい

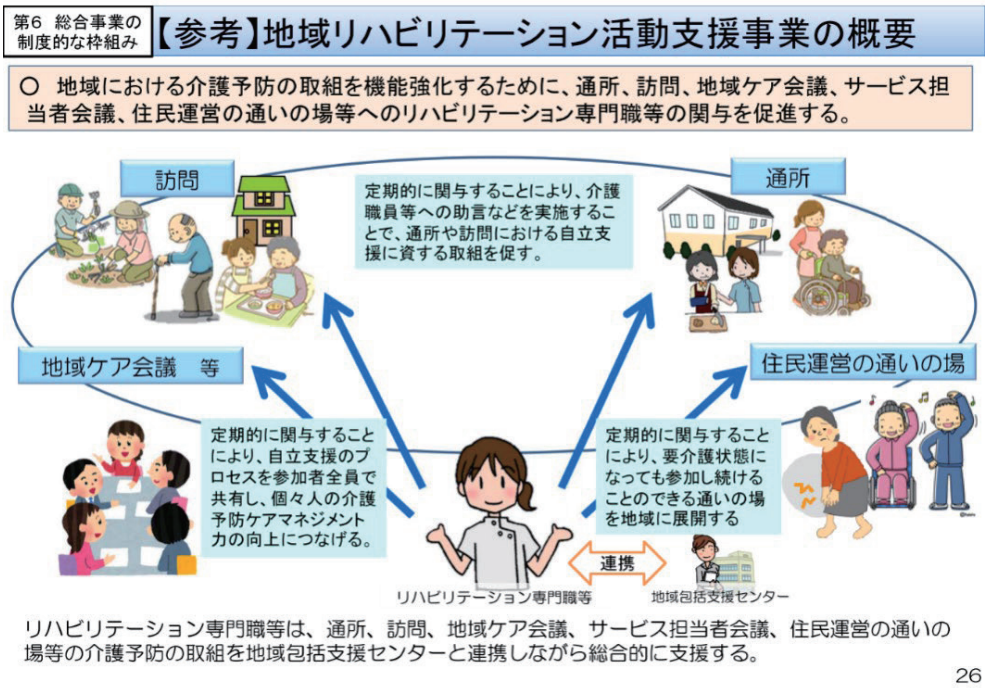


図９　地域リハビリテーション活動の概要における利用者の流れ

る点の発表に対し、内容の支持と根拠の提示、作業療法の視点からの助言を行う

（1）５つの関わり方と具体的内容（図７→P43）

作業療法士１　対　対象者１

多くの作業療法士にとっては経験値も高く、なじみのあるスタイルで、訪問・通所のＣ型ではこのような介入が可能です。内容としては、個別に生活課題や希望する生活について聞き取り、助言、プログラムを立てます。具体的には、MTDLP の実施、興味関心チェックリスト、生活行為確認表、生活行為自己確認シートの活用等が挙げられます。

作業療法士１　対　対象者多

地域リハビリテーション事業として多様な事業で多く見られるもので、前出の介護予防普及啓発事業、地域介護予防活動支援事業における、通いの場や一般向けの研修会、イベント時のプログラム提供などの活動がこれにあたります。複数の対象者に対しての講義や説明会の開催で、大切な生活行為の考え方を指導します。ここでも、興味関心チェックリスト等が活用できます。規範的統合（国が示す自助や互助の考え方を国民全体が理解すること）は、作業療法士が（対象者中心で本人の意思を起点にしている）MTDLP を用いながら、生活行為向上の考え方を分かりやすい言葉に変えて、多くの対象者へ説明することで図られます。行政が行うべき事業の構築に、作業療法士の存在は不可欠といっても過言ではありません。介護教室や説明会等において、ボランティアや家族等身近な対象者以外の支援者向けに生活行為の考え方や支援の方法、活動と参加に必要な環境について分かりやすく伝えていくことは、生活行為の自律の支援者を増やしていく活動となります。規範的統合を拡散させる方法といってよいでしょう。

対　ケアマネジャー

ケアマネジメントに必要な自立支援の視点について、ケアマネジャーへ直接助言が求められることがあります。市町村によっては、ケアプラン作成時に対象者宅へケアマネジャーと同行訪問し、アセスメントから支援計画までリハビリテーション専門職が助言する事業を実施しています。通所型・訪問型サービスＣでは、短期集中で目標達成を目指す事業であり、ケアマネジャーとの綿密な連携が求められます。

対　支援者

リハ専門職のいない事業所の職員向けの研修会や、事業所アドバイザー派遣等事業の際には、体操などのプログラムの提示、個別の心身機能評価のみにとどまらず、自立支援の視点での介助方法、個別の生活行為目標を達成するためのプログラムをいかにして日常的なケアや日課に落とし込むかをわかりやすく提示します。事業所や通いの場の支援者にアドバイスを行う場合は、一方的にならずできるだけ困りごとの内容、工

夫している点、施設環境の問題等を聞きとり、まずはニーズに応える対応が重要です。

また、多職種との協業により事業の立ち上げやマニュアルの作成などに携わる場合にも、主体的な取り組みとなる生活行為向上の視点、方法等を提示していきます。

対　行政

地域ケア会議への助言者としての出席はもちろん、包括的事業から制度づくりまで助言、指導、情報提供することで市町村、県行政に関わることができます。リハビリテーション専門職が行政職員となっている市町村もありますが、そうでない場合、地域課題の解決や事業計画、政策立案の過程でリハビリテーション専門職の意見を求める必要が出てきます。地域ケア推進会議や、行政内で行われる事業計画会議にオブザーバーとして出席を依頼されることもあります。

機能訓練に偏らず自立を目指す制度の説明やリーフレットづくりといった行政の窓口機能の向上等介護予防ケアマネジメントプロセスの適正化への支援も可能です。また、地域介護予防活動支援事業を一緒に実施する行政職員に対しては、自立支援の考え方、主体的な活動の有用性、住民の力を活かす視点を提示できます。

（2）作業療法士に求められること

作業療法は本来、人の生活を支え、豊かにするものです。地域支援事業に関わる作業療法士が念頭に置かなければいけないのは、①生活行為向上のプロである意識を持つこと、②行政や他職種との連携力を高めること、この２点に集約できます。地域支援事業と作業療法は対象者である生活者の「自立」、「自律」、「主体」という同じ目的とテーマに向かっています。国の課題解決のために、作業療法士は、疾病、生活機能、環境因子（ICF）を踏まえた生活行為向上のための専門的助言ができる最適な専門職であることを自負し、地域包括ケアシステムの構築に寄与に努める責任があるのです。

MTDLP は、日本作業療法士協会の生涯教育制度内に段階的研修がすでに位置付けられています。このMTDLP 研修を受講することで、活動と参加に向けた本来の作業療法を再認識することができます。多様な関わり方が求められる地域支援事業の中、作業療法の専門性を各事業のニーズに活かすためには、作業療法士自身が作業療法の考え方やプロセス・具体的介入方法等、全体を整理し理解しておく必要があります。MTDLP は作業療法士のためのテンプレートである一方で、作業療法の「見える化」を目指す目的もあり、作業療法士以外に向けた「伝達」のためのツールとしての活用をお勧めします。

今後更に、MTDLP の活用も含めた様々な参画の具体的手段とその成果を検証し、有効な参画方法について共有化を図っていかなければなりません。部分的時限的な参画から、１人の対象者地域全体へのマネジメントへと活躍の幅は無限と言って良いのです。

サービス類型と MTDLP をベースにした作業療法士の参画について整理し（表４）端的に理解することも重要です。日本作業療法士協会が 2018 年３月に発行した「総合事業実践事例集」もご参照ください。

６）実践事例

⑧介護予防普及啓発事業
⑨地域介護予防活動支援事業
⑩地域リハビリテーション活動支援事業
⑪地域リハビリテーション活動支援事業

表４　新しい地域支援事業の類型と MTDLP をベースにした作業療法士の参画

新しい地域支援事業の類型				MTDLPをベースにしたOTの参画
新しい介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）	介護予防生活支援サービス事業（現要支援者、特定高齢者）	訪問型サービス	●現行の訪問介護相当 ●A（緩和した基準） ●B（住民主体） ●C（短期集中）	A、Bでは「地域リハビリテーション活動支援事業」を活用して１対多の関わり、CはOTが訪問することで生活行為のアセスメントを専門的に的確に実施し、ケアマネジメントにつなげられる。訪問の限定的継続は実際に生活行為向上の成果が期待できる。ABCの組み合わせは柔軟に実施するとより成果が上がりやすい。
		通所型サービス	●現行の通所介護相当 ●A（緩和した基準） ●B（住民主体） ●C（短期集中）	A、Bでは「地域リハビリテーション活動支援事業」を活用して１対多の関わり、CではOTが基礎・応用・社会適応の各個別集団プログラムでじっしができる。C→A→Bへと生活行為をベースに参加機能を高める移行のイメージ。
		その他の生活支援サービス	●訪問型、通所型サービスの一体的提供	一体的提供は関わるスタッフが同じであるというメリットがあり、生活の自立を地域をベースに連続的に関われる。
		介護予防ケアマネジメント	●アセスメント、ケアプランの作成 ●サービス担当者会議への参画	新規、更新の要支援者等のケアマネジメント（ケアプラン作成）そのものにOTが関わることで、身体機能を含めた生活行為の視点、自立支援の視点でプランを計画できる。地域包括ケアセンター職員は会議の中で生活行為の視点が高められる。
	一般介護予防事業（第1号被保険者）	介護予防普及啓発事業	●介護教室での生活行為向上の指導・教育	月１回程度の介護教室、○回連続週１回の介護教室等、一般高齢者に向けて、OTは元気な内に生活行為向上を意識する生活の考え方を、分かりやすく解説できる。
		地域介護予防活動支援事業	●地域における介護予防活動の育成・支援（住民主体のサロン等の立ち上げ支援）	住民が主体的に地域に参加の機能を作ろうとするときに、意味のある地域の活動の提案を住民と一緒に考えることができる。OTは様々な生活行為の阻害を解決できる活動の仕組みを地域の特性（文化、環境、人材等）を基にプロデュースできる。
		地域リハビリテーション活動支援事業等	●活動と参加促進のために各事業へ横断的に関与通所・訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民運営の通いの場等への関与	地域支援事業全般にわたり、横断的、限定・限局的に生活行為の考え方をベースに介入できる。主に１対多、あるいは１対行政の関係での事業が対象にになると考えられる。OTが少ない地域ではここに介入できるOTは計画に基づいて効率的効果的な介入が必要となっていく。
包括的支援事業	地域ケア会議		●生活行為に着目した アセスメントへの助言 ●自立(自律)を促すケア方針決定への助言	地域包括ケアが言われ始められたころから、会議の参画する必要性が言われてきた。具体的に専門家として何を求められているのか、OTのみの視点以外の視点をどう理解し、連携するのかが求められる。OTは「認知機能などの心身機能や入浴行為などのADL、調理などのIADL、余暇活動、道具の選定や環境調整などの能力の見極めや支援方法の助言指導」と国は示している。
	認知症施策の推進		●認知機能の評価、生活機能評価 ●行為や作業に着目したプログラムの計画、実行、指導	対象者の作業歴の把握、それに基づいた活動提供、生活習慣の提案、生活行為を維持向上するための代償（環境調整）をOTは具体的に提案できる。家族や支援者にそれを分かりやすく説明ができる。
	生活支援サービスの体制整備		●コーディネーターとの連携、コーディネーターとして参画 ●協議体への参画、自立支援型の地域機能の提案	コーディネーターは、地域ケア会議等と連携しながら、地域の中で生活支援や参加の機会となる場を開発し、コーディネートしていく。OTは生活行為向上の視点で、個人・地域の課題分析ができ、活動と参加の環境を提案できる。インフォーマルな社会資源にも主体的選択的な活動の考え方を導入できる。

谷川　OTジャーナル　2015　8月号　介護予防・日常生活総合事業と作業療法から　OT協会　地域包括ケアシステム推進委員会

事業分類 ： 介護予防普及啓発事業

総合事業サービス実践事例⑧（個別事例）

コロナ禍において閉じこもり高齢者へのリモート支援をした一例

自治体名 ： 茨城県鉾田市
実施事業所名 ： 茨城県士会
担当者名 ： 多機能型事業所
シードリーフ神栖　新堀 拓

取り組みのポイント　**他職種との連携による支援を実施した一例**
通常の支援が難しい状況においても、柔軟な対応が出来た。
リモートでの相談を行う事で、途切れない支援の提供に繋がった。

地域情報：
茨城県南東部に位置し、農業が基幹産業。
東京まで90km圏内、水戸市まで30km圏内に位置。
面積は207.61㎢、人口は約4.7万人。高齢化率は2025年に35.6％が予想される。リハビリテーション専門職は約40名（OTは10名前後）

実施体制：鉾田市役所より社会福祉協議会へ事業委託。閉じこもり高齢者への予防が目的。
市内４地区に対し、月２回の隔週開催。
リハビリテーション専門職は茨城県リハビリテーション専門職協会を通じた派遣にて月１回に参加。（月１回×１２か月×４地区）

事例情報：80歳代女性　介護保険の認定なし
疾患名；腰部脊柱管狭窄症
障害高齢者の日常生活自立度：J1
認知症高齢者日常生活自立度：自立
家族構成；一戸建てに一人暮らし

生活歴；
定年後より当市へ転居し、旧大洋地域に在住している。

現在の生活状況；
独居であるが、近所に家族が住んでいる。
庭作業などを趣味にしている。
陽だまりサロンへは数年前から参加しており、明るくリーダー的な立ち位置で、集団内のムードメーカーを担っていた。
教室で作成した制作作品を持ち帰り、自宅でも作成し近隣の方へプレゼントするなど自宅での活動量増加や、他者交流の獲得に繋がっていた経過がある。

実践内容：
1回120分で介護予防運動や制作活動を実施。
OTが参加する場合においては制作活動に季節を感じられる物を多く取り入れ、作業工程やこだわりを引き出せるよう工夫をしていた。
COVID-19の影響により教室開催が中止となり支援が途切れた。そのため、月１回の電話によるリモート支援という代替方法にて再開した。
電話にて支援した際に、配布されたパンフレットなどで運動や散歩を行っているとのことだったが、転倒や腰痛悪化のエピソードも聞かれ、元気がない様子だった。
他者交流機会の減少と意欲低下による抑うつ傾向のリスクがあり、フレイルへ繋がる状況であった。
早急な訪問を社協職員へ助言、電話での状況確認も続けるよう提案した。
教室再開後も不参加であったが、電話対応を継続し、関わり続けた。
教室再開後2回目にて教室へ参加して頂くことが出来た。

令和2年3月
- コロナウイルス感染症拡大の影響を受けて教室の開催が中止。

4月
- 当事業は閉じこもり高齢者に向けた支援を目的としているため、社協職員より代替方法の支援について相談を受ける。

5月
- 社協職員と茨城県リハビリテーション専門職協会事務員とWEB会議を実施。

6月
- 電話による支援の実施。運動や散歩は実施しているが、転倒や腰痛悪化のエピソードが聴取され、活気が低下している様子が伺えた。

7月
- 感染対策を実施して教室が再開されたが、A氏は不参加。不参加の場合には電話支援を継続。

8月
- 再び教室に参加することが出来るようになり、他参加者と交流が生まれ、以前のように制作活動に意欲的な様子が観察された。

作業療法士の関わり

感染状況を鑑みて、市内のセラピストで電話対応できるよう派遣調整を実施。

他社交流機会の減少による孤独感がフレイルに繋がり、意欲低下を招いている可能性を社協職員に情報共有。運動機会の提供ではなく訪問による状態の経過観察が必要と助言。
同様のケースが増えないよう、早急に教室再開が必要と伝える。

電話での個別支援を継続。「気が乗らない」と精神面の落ち込みが悪化。社協職員と情報共有し、関係が途切れないよう電話相談をしていくよう助言。

成果・課題：　状態観察とアセスメント、情報共有や関わり方への助言を続けたことで、参加への動機付けに繋がった一例であった。
非接触型での介入は経験がなく、状態把握の難しさや動機付けなど、より工夫が必要と感じた。

事業分類 ： 地域介護予防活動支援事業　通所の企業での事業委託

沖縄県沖縄市における通所事業

取り組みのポイント　**社会課題と高齢者本人のスキルをマッチング**

自治体名 ： 沖縄県沖縄市
実施事業所名 ： WAN STYLE
担当者名 ： 知花　朋弥

地域情報：沖縄市の人口は130.249人、面積は49㎢。
沖縄市では2020年の高齢化率20.5%、2040年には26.9%まで上昇することが予測されている。要介護認定率は、平成28年3月末の19.7%をピークに減少傾向にあり、令和2年3月末は17.4%となっている。

地域との関わり：総合事業を含めた介護・福祉を支援していくことを決意し、2017年に「WAN STYLE」を開設。
下記の取り組みなどを実施してきた。

・憩いの場や交流の場
　デイサービスのサービス提供時間後、事業所を「サロン」として開放し、地域高齢者の運動習慣のサポートや小学生が放課後に宿題をする場ともなっている。

・地域活動に積極的に参加(地域課題を知る)
　地域の清掃活動や体操教室での運動指導などへ積極的に参加し、地域課題を知る機会としている。また、2020年度より沖縄市生活支援体制整備事業の委員として地域の介護・福祉分野の仕組みづくりに携わっている。

・ラジオのパーソナリティ(地域住民の声を聞く)
　地域の介護・福祉をテーマとしたラジオ番組のパーソナリティを務め、発信だけでなく地域が求めていることを聴ける大切な機会となっている。

・イベント開催(福祉の専門家と商店街との連携)
　福祉の専門家が中心となり、商店街と連携して地域の福祉関係者が語り合うイベント「Fukushi Bar」を開催し、地域の顔の見える連携のきっかけ作りを担っている。

取り組み紹介：
【総合事業で「やりたいこと」を支援する】

①「マスクプロジェクト」の参加
　COVID-19感染の拡大に伴い、各地でマスク不足が懸念された。特に子ども用のマスクが不足し、「市マスクプロジェクト」が発足された。そこで、WAN STYLEでは、以前にミシン縫製店を営んでいた事業対象者Aさんと協力してプロジェクトに参加した。長年愛用している自慢の工業用ミシンを使用して作業に取り組んだ。趣味活動を通じて社会へ貢献できることに喜びを感じ、利用日には黙々と作業を進めた。結果、制作したマスクはAさんが直接プロジェクト管理者の市長へ届けることが出来た。

②案内板の設置
　事業所近隣の小学校の案内板が台風被害で破損してしまい、字が読めない状態となっていた。そこで、小学校PTAを通じて校長先生へ相談し案内板づくりを計画した。元大工の事業対象者Bさんは廃材を再利用して枠組みを作り、芸術アートを趣味とする利用者と協力して「○○小学校入口」とポップな模様をつけて表現した。完成後、案内板制作に携わった利用者で直接校長先生へ贈呈し、一緒に設置まで行った。また、新聞記者からの取材にも利用者が応じ、制作中のエピソードなどが語られた。

成果・今後の展望：
上記の2つの取組では、利用者自身でマスクの贈呈や案内板の設置ができたことが重要であり、作業(活動)における達成感だけではなく、「社会に求められる存在」であることを確認する機会を作ることができた。
高齢者を「支える」、「ケアする」という観点ではなく、「共生する」という思考が大切であると考える。これまでの常識にとらわれず、作業療法士として地域の一員として、これからもさまざまなことに取り組む。

事業分類:地域リハビリテーション活動支援事業

総合事業サービス実践事例⑩（事業事例）

住民主体の「通いの場」の立ち上げに参画して
ー「くまもと元気くらぶ」の実践ー

取り組みのポイント　「いきいき百歳体操」を用いた健康増進指導や体力測定、体操指導による介入、住民主体の活動への移行支援

自治体名 ： 熊本県熊本市
実施事業所名 ： ケアサポートメロン
担当者名 ： 松本　将平

地域情報：
熊本市南区は総人口12万7,769人(2015年国勢調査より)、高齢化率24.2%。2025年に向けても総人口は減少し、高齢者人口および後期高齢者人口は増加が見込まれている。

行政との関わり：
熊本市では平成29年4月より新しい総合事業が開始。7月からは一般介護予防事業の一環として、「くまもと元気くらぶ」と題し、住民主体の「通いの場」の立ち上げ支援の募集を開始した(図1)。今回、当法人が同市よりその立ち上げ支援の依頼を受け参画する機会を得た。

実施体制：
・運営主体は熊本市・当法人が3名程度で担当

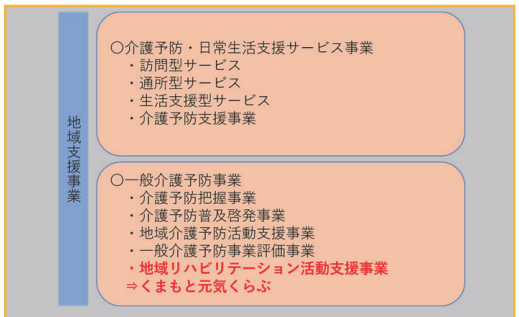


図1　熊本市における新しい介護予防・日常生活支援総合事業

「くまもと元気くらぶ」における事業目的
介護予防を目的として、「住民主体」で「身近な場所」に集まり、「仲間と一緒」に運動を取り入れた活動（介護予防活動）に継続的に取り組む地域の高齢者グループを支援する事業

	1回目	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
受託事業者	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
活動支援事業	○	○			○			○			○	○

図2

事業内容：
〈支援内容〉
・活動支援補助金
・立ち上げ支援（受託事業者）
→週1回×12回出向き、自主活動や運営等について住民と一緒に考え、話し合いながら支援
・リハビリテーション専門職の派遣（活動支援事業）
→年6回まで出向き、運動の指導や運動機能を評価

〈実践開始〉
今回は、「立ち上げ支援（受託事業者）」と並行し「リハビリテーション専門職の派遣（活動支援）」を行った(図2)。

1.準備期間
自治会長に行政や地域包括支援センターも交え開始条件(活動内容、保険加入等）の確認を行う
2.住民説明
活動開始する会場にて説明。体操の効果を説明。活動参加は「強制ではないこと」「住民主体であること」も　併せて説明
3.活動初期(1～4回)
1回目運動機能評価、IADL・ADL・趣味についてセルフチェック
2回目結果フィードバック、目標の設定、体操の指導
4.活動中期(5～8回)
体操の指導、先輩利用者にはインストラクター役を担って頂く
5.活動後期(9～12回)
参加者のみにて体操実施、運動機能評価およびフィードバック

百歳体操実施

開眼片脚立位に改善を認める

活動中にみられた互助の風景

重りの装着補助

会場の準備・片付け

参加者からの声
住民説明時「住民主体でうまくいくかな」などの不安な声が聞かれた
→私たちも一緒に考えていくことを伝えた

活動重ねていくことで「階段が楽になった」「体操を話題に家で家族の会話が増えた」などの声が聞かれた

成果・課題：
＜総合事業参加のメリット＞
・事業立ち上げ時より介入、意義や目的の共有がしやすい
・住民主体へ移行する際の住民の意見を直接聞くことができる
・住民の課題や活動・参加の部分の変化を知ることができる
・地域への作業療法士に対する社会的認知度が向上
・地域にいる軽度の認知症をもつ方が表に出てくる機会になる
・コミュニティー（自助・互助）に繋がりやすい

＜総合事業参加のデメリット＞
・総合事業を参加している事を知らない作業療法士が多い
・データの蓄積による実証された活動としていくことが必要となってくる。など

事業分類　：地域リハビリテーション活動支援事業

総合事業サービス実践事例⑪（事業事例）

『地域』に関わる！作業療法士としての活動

取り組みのポイント

総合事業や一般介護予防事業、その他、地域での活動が、市民の「出番づくり」と「地域づくり」に繋がった実践例

自治体名 ： 岐阜県瑞穂市
実施事業所名 ： 岐阜県士会
担当者名 ： 医療法人清光会
老健 巣南リハビリセンター　坪内貴志

【地域情報】
岐阜県瑞穂市は、県内南西部に位置し、県内人口第1位の岐阜市と第2位の大垣市に挟まれた地方中小都市。人口約5,4000人、高齢化率は20.4％、「富有柿」発祥の地として名を馳せている。

【行政や地域包括支援センターとの関わり】
2015年（平成28年）より、法人として総合事業（通所型サービスＡ・Ｃ）を受託。作業療法士の業務の他に、行政や地域包括支援センターとの調整役を担う。また、ボランティアの育成事業や認知症カフェの企画運営、さらに市民ボランティアとして、認知症の啓発活動等を行っている。

〈地域での活動事例〉

●ボランティア運営者の育成事業

2014年度（平成27年）より、『みずほ生き活きサポーター養成講座』と、その後のフォローアップ研修（月一回）の講師を務める。運動や体操の実施方法だけではなく、意欲を高めるための声掛け等の実践的な内容を伝える。養成されたサポーターは、住民主体の介護予防カフェ「くつろぎカフェ」の運営スタッフとして活躍されている。

●認知症カフェの立ち上げと運営

行政の委託を受け、2017年度（平成29年）より市内初の認知症カフェ「みんなずっとほっとカフェ」を開催する。当カフェは、認知症の方とそのご家族だけでなく、地域の方々も集える場所となるよう「お寺」を会場に選んで開催。運営は、事前に「認知症サポーター研修」を受講してもらった檀家さんたちにお願いしている。お寺という空間が緩やかな時間の流れと独特の空気感を創り出し、参加者が一体となったカフェとして運営している。

●認知症サポーター養成講座「キャラバンメイト」の活動

2017年度（平成29年）より、市民ボランティアとして、認知症サポーター養成講座の講師（キャラバンメイト）を務めている。この活動は、認知症地域支援推進員を中心として、市内の介護事業所の職員で構成されるメンバーで、企業や公共団体、小中学校等で、認知症を正しく理解してもらうための出張講座を開催している。

●『RUN伴＋（ぷらす）みずほ』の開催

キャラバンメイトで実行委員会を立ち上げ、2018年（平成30年）から、認知症啓発イベント『RUN伴＋みずほ』を開催している。市内の企業に協賛を募り、地元の介護事業所や大学、岐阜県作業療法士会等の協力を得ながら、市民を巻き込んだ大々的な啓発イベントとなっている。

～それぞれの活動が繋がり「出番づくり」そして「地域づくり」へ～

これらの事業や活動の始まりは、それぞれ違った目的である。しかし、活動していく中で、少しずつ自然な繋がりが生まれるようになった。認知症サポーター研修を受講した方々が認知症カフェのサポーターとして活躍する、養成した介護予防ボランティアの方々が、RUN伴＋のランナーとして参加する、RUN伴＋のイベントに参加した方が認知症の啓発に興味を持ち、キャラバンメイトとして活動する等の繋がりである。そして、これらは作業療法士の得意とする「役割づくり」や「出番づくり」に繋がっていると考える。さらに、微力ながら「地域づくり」へも貢献していると感じている。

●作業療法士が地域に関わる（第一歩を踏み出す）ためのポイント

- **地域の現状の把握：行政の事業や地域づくりに関する取り組みにアンテナを張り巡らせ、常に情報を得るようにする**
- **知識とアイデアの整理：他の市町の事例を学び、知識とアイデアを詰め込んでおく（資料は見返せるように印刷・保存）**
- **馴染みの関係づくり：行政や地域の担当者と「お役に立ちたい精神」で、何でも相談される馴染みの関係を築く**
- **事業の提案（営業活動）：市町の実情に応じた具体的な提案を行っていく。これはある意味「営業活動」と言える**
- **断らない精神：相談や依頼があった際には絶対に断わらない。多少、思想に相違があろうとも、まずは引き受ける**
- **確実にお役に立つ：小さなことでもいいので確実にお役に立った実績をつくる**

これらを積み重ねていくことが、地域に関わるためのポイントである

【文献】
1）谷川真澄「介護予防・日常生活支援総合事業と作業療法」作業療法ジャーナル　vol.49　No10　2015　1000-1007
2）谷川真澄「通所型サービス」作業療法ジャーナル　vol.51 No 4　2017 299-306
3）地域づくりによる介護予防を推進するための手引き（平成 28 年 3 月　株式会社日本能率協会総合研究所）
4）作業療法マニュアル 63　作業療法士ができる地域支援事業への関わり方
5）小南陽平　総合事業 5 分間講読　日本作業療法士協会誌　第 113 号 2021 年 8 月
6）新堀拓　　総合事業 5 分間講読　日本作業療法士協会誌　第 111 号 2021 年 6 月
7）知花朋弥　総合事業 5 分間講読　日本作業療法士協会誌　第 112 号 2021 年 7 月
8）松本将平　総合事業 5 分間講読　日本作業療法士協会誌　第 75 号 2018 年 6 月
9）坪内貴志　総合事業 5 分間講読　日本作業療法士協会誌　第 88 号 2019 年 7 月

Ⅴ　生活行為向上のための生活課題分析とその助言のポイント

1．総論

1）生活課題分析がなぜ必要か

地域ケア個別会議の定着を進める理由は、ケアプランの質、自立支援を軸としたサービス・事業の実行に課題があるからです。そのためには、アセスメントから支援計画に基づくサービスや事業の実施・インフォーマルサービスの活用まで、この一連の一時的または継続的な支援をワンセットで捉える必要があります。居宅において本人が有する能力を活かした自立的な生活につながっているのか、効果的な取り組みになっているのか、いわゆるお世話型になってないか、今、あるべき介護保険の質を国は本腰で問い始めています。

その質を高めるためには、ケアプランが生活課題を適切にアセスメントし、居宅における ADL、IADL、社会参加活動などについて具体的に働きかける支援実行の流れが必要となります。したがって、ケアマネジャーには生活課題の分析力と戦略的な支援計画力が求められます。地域ケア個別会議ではケアマネジャーの生活課題分析に対して各専門職からの助言を参考にしてケアプランがより精度の高いプランに変わることになります。

作業療法士は専門職の中でも、生活行為の分析と生活行為向上を専門とする立場であり、生活課題分析に対して様々な助言ができる重要な役割を担うことになります。作業療法士の専門である生活行為の視点は「心身機能」「活動と参加」「環境因子」「個人因子」を包括的にアセスメントし、様々な支援を組み合わせながらマネジメントする MTDLP の経験と知識を活かすことが重要です。

2）人と環境と作業の関係

生活行為（作業）に焦点を当てると、何をどのように行うかは、環境とセットで見ていくことになります。身体障害があって思うように動けなくても、調整された環境で、興味のある作業を行えば、うまく作業遂行ができることがあります。行う必要があると分かっている作業でも、慎重な性格で自信が無く、道具や環境が整備されていないと、作業遂行はうまくできなかったり、行った作業遂行に満足できないことがあります。作業に焦点を当てるということは、人と環境と作業がセットになったときに作業遂行がどのようになるかを見つめていくことを意味します（図１）。

人と環境と作業は生活行為（作業遂行）のためにそれぞれが補いながら、その人らしい生活を継続させているとも言えます。作業療法士は、課題となっている生活行為に対して、人と環境と作業の兼ね合いを的確に評価し、作業の予後予測を立て、より効率的・効果的な介入が求められます。対象者の身体の機能回復だけでなく、新たな方法で行為を行うための練習や、福祉用具の利用などの環境調整、実際に行う場所での練習も含めて全体的に必要な練習や支援の検討を行います。生活行為（作業遂行）を向上、継続させることで、人、環境、作業も変化していきます。台所のシンクの高さや使いやすい調理道具の使用をきっかけに大好きだった調理行為が再開、習慣化した人が、立位保持能力や認知機能の改善もその後見られた‥といった事例は、環境と作業への助言指導によって心身機能も改善された例であり、このような結果も分析・予測した上で関わっていくことが重要です。

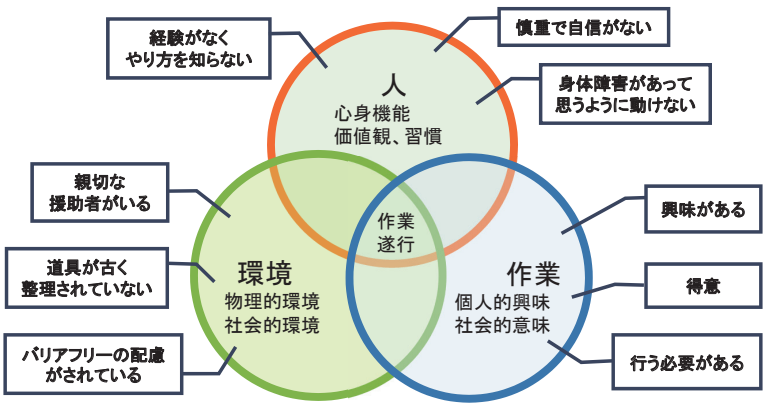


図１　人と環境と作業の関係

3）生活行為工程分析

ケアプランや作業療法士のアセスメントによって合意された目標となる生活行為に対して、それを実際に行うために必要になる条件を MTDLP の生活行為向上プラン演習シートでは、生活行為を時系列で見る生活行為工程分析として、企画・準備力（PLAN）、「実行力（DO）」、「検証・完了力（SEE）」に分けて考えます（表１）。

表１　生活行為工程分析項目

企画・準備力	生活を行うには、「いつ、誰と、どこで、どのような方法で、何の準備が必要か」を事前に考える能力
実行力	実際に実施するうえで必要となる能力
検証・完了力	生活行為を行いながらうまく進んでいるかを検証し、間違いやよりやりよいやり方に途中で気付いて修正する能力、また、しっかり完了できたことを確認し、次の実施につなげることができる能力

生活行為向上プラン演習シートでは、考えた各力を「生活行為工程分析」欄に記入します。「生活行為工程分析」に記した内容を、対象者が現段階でできるものとできないものに分けます。目標とする生活行為を行うためには、「生活行為工程分析」で記した内容のうち「できない」とした内容ができるようになるためのアプローチを考えていきます。前述の「人と環境と作業の関係」でのアセスメントと合わせて、二つの方法を組み合わせて課題分析を進めていきます。

アプローチは生活行為向上に必要な心身機能の維持改善のための練習「基本的プログラム」、具体的生活行為のシュミュレーションを伴う活動と参加に関する練習、実際の生活場面を模した、もしくは生活行為そのものの練習「応用的プログラム」、環境因子によって影響を受ける生活行為をその環境で適応できるよう働きかける練習「社会適応プログラム」に分けられます。

作業療法士が実施することは、地域ケア個別会議では「助言」、総合事業では「助言、指導、調整、練習」です。総合事業での「練習」は時限的であり、前述した「応用的プログラム」「社会適応プログラム」を実施することになります。また、通所サービスでは複数の参加者に対応し、生活の場ではないので、この実施は難しいことを考慮しなければなりません。

4）生活行為向上のための生活課題分析

（1）地域ケア個別会議への役立て方

事例提供者であるケアマネジャーとサービス事業所担当者が、会議の初めに事例の概要と生活課題を抽出し、ある程度生活課題の焦点化を図った内容について作成したケアプラン等を資料として報告します。作業療法士は、生活行為向上のための生活行為工程分析という専門的観点を基に以下の①～②に関して会議中に質問・助言する必要があります。

①生活課題の抽出から焦点化～目標立てまで適切か（アセスメントに関する助言）

A　聞き取りなど本人の意向や意欲に基づいているか

B　人－環境―作業、心身機能―活動と参加の観点から課題の因果関係の捉え方が妥当か

C　生活課題が具体的な生活行為で捉えられているか

D　一連の行為のどこができていて、どこができていないのか生活行為工程分析を基に把握し具体的に表現されているか

E　課題となる生活行為について本人に課題の自覚はあるのか（合意形成過程の確認）

F　目標立ては本人が自覚できる具体的な生活行為であって、達成指標が確認できる表現になっているか

②支援計画（目標の達成、生活行為向上のために必要な手段への助言）

A　サービスの種別の選定は自立支援型アセスメントに基づき適当か（お世話型になるリスクはないか）

B　必要な専門職種の支援や連携が盛り込まれているか

C　本人のセルフケア、インフォーマルサービスの活用（情報提供）の可能性はないか

D　「企画・準備・実行・検証・完了」生活行為工程分析の観点から本人、支援者、環境それぞれについて詳細な助言の必要がないか

E　生活行為工程分析の見通しから、目標が達成する見込みとしての期間は適当か

（2）総合事業への役立て方

ここでは短期集中型サービスを想定して説明します。

短期集中型サービスにおける作業療法士の役割は、情報を基にして助言する地域ケア個別会議の場と違

い、事業対象者と直接接することになります。訪問型サービスはもちろん、通所型サービスであっても自宅環境や自宅での生活課題である行為の様子など確認することが推奨されています。地域包括支援センターやケアマネジャー、家族ら支援者と連携を取りながら、事業の中で直接指導、助言、環境整備等実施していきます。

①生活課題の抽出から焦点化～目標立てまで

A　訪問の前に、基本情報やケアプランから読み取れる生活課題を押さえておく

B　聞き取りを実施。ケアプラン内容の確認と課題となる生活行為に関する情報を収集する

C　実際の生活環境の場に入って環境と環境下における生活課題の状況を把握する

D　人－環境―作業、心身機能―活動と参加の観点から課題の因果関係の捉える

E　一連の行為のどこができていて、どこができていないのか生活行為工程分析を基に把握する

F　課題となる生活行為について本人に課題の自覚はあるのか（合意形成過程の確認）

G　目標立てを本人が自覚できる具体的な生活行為とし、達成指標が確認できる表現とする

②実施計画

A 「企画・準備・実行・検証・完了」生活行為工程分析の観点から本人、支援者、環境それぞれについて、助言、指導等の計画を立てる

B　本人のセルフケア、インフォーマルサービスの活用の必要性はないか事業介入終了後を見据えた検討をする

5）ADL・IADL の分析と課題解決

「Ⅴ 生活行為向上のための生活課題分析とその助言のポイント」では以下の ADL、IADL、QOL に分け、「地域ケア個別会議や短期集中サービスで見られる主な生活行為の課題」、「活動がもたらす心身機能への効果」、「活動の一般的な工程と課題に対する助言例」、「活動の多様性と普遍的自立に向けた助言」、「事例」の順に、詳しく説明します。

◎ ADL 5 項目　1）食事　2）更衣　3）入浴　4）排泄　5）整容

◎ IADL・QOL 5 項目　1）掃除　2）洗濯　3）調理　4）買い物　5）QOL

＜ここで取り上げる「活動の多様性と普遍的自立に向けた助言」について＞

活動は、環境と作業方法から多様性があり無限です。特に近年では ICT（情報通信技術）の発達、高齢者問題等によって、新しい画期的な道具や方法が日々生まれています。作業療法士は、対象者の生活行為の課題を補う多様な情報を知り得た上で実践できる準備をしておかねばなりません。昨日まで作業遂行ができなかったのが、今日はできる状況かもしれません。

「普遍的自立」は、ある条件でしかできない状況、「限定的自立」の対局の状況を指します。活動範囲の拡がりや、求める活動の質によって「普遍的自立」の形が目標となっていきます。

【文献】

1）一般社団法人　日本作業療法士協会（編）：事例で学ぶ生活行為向上マネジメント，P24-P27，P207-P208，医歯薬出版株式会社，2015.

Ⅴ　生活行為向上のための生活課題分析とその助言のポイント【ADL 編】

日常生活動作は、食事・更衣・入浴・排泄・整容に分類されます。整容を除いた ADL 項目は性別に限定されないで、誰もが毎日繰り返して行われる作業です。しかし、整容動作は、洗顔、洗髪、整髪、手洗い、歯磨き等は男女共通ですが、女性の場合は化粧、男性ではひげ剃りが特異な活動として挙げられます。高齢の女性においては、化粧を「する・しない」は重要な課題であり、「できない」から「できる」への変化は社会へ踏み出す意欲の向上へつながると考えられます。そこで、整容動作については、「化粧」も含め解説します。

1．食事

1）自立支援型地域ケア個別会議やサービスＣで見られる食事活動の課題

要支援者、事業対象者では食事動作自体は自立しているものの、意欲の低下や耐久性の低下に伴い、起こってくる課題があります。

①３食食事が取れておらず痩せてきている。
②偏食が多く、栄養が偏っている。
③硬いものが食べられなくなっている。
④暑い時期に水分が取れていない。むせやすくなっている。

孤食による食事自体への意欲の低下、噛む力や嚥下機能の低下につながっているケースが見られます。

2）食事動作がもたらす心身機能・活動・参加への効果

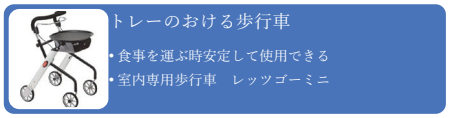
食事を３食続けて行う事で生活リズムが整い、規則正しい生活習慣への１歩となります。また必要な栄養素をとる事により、ADL，IADL の継続、本人が希望する作業活動への基礎となります。食事動作自体は座位での活動のため活動量（1.5METs）が少ないのですが、継続して行い、栄養を考えることで行動変容や認知面への効果が期待できると思われます。

食事では外食や会食等いつ誰とどんな目的で食べるかによって、社会活動が拡がる機会が多くあります。コロナ感染予防策により、人との外食や会食が少なくなっていますが、食を通じた関り（子供食堂、地域配食等）により地域での居場所や地域とのつながりを取り戻すきっかけになると思われます。

3）食事活動の多様性と普遍的自立に向けた助言

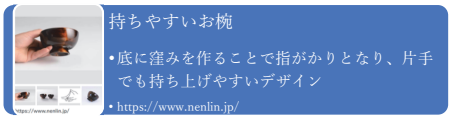
食事活動において誰かと一緒に食べられる事はとても大事です。食事動作でこぼす、すくいにくい、落とす事で食事自体への意欲がそがれていきます。ここでは食べたい意欲をサポートする福祉用具を紹介します。

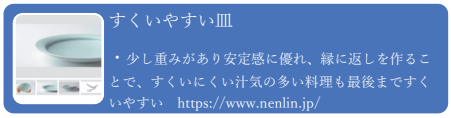
＜食事でこぼす対策＞

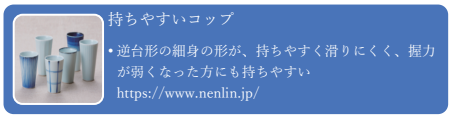


＜食事をすくいにくい対策＞

＜食事で落とす対策＞







＜その他＞
・生活知恵袋（食事）：http://chiebukuro.life/category/%e9%a3%9f%e4%ba%8b/
・生活知恵袋（飲み物）：http://chiebukuro.life/category/%e9%a3%b2%e3%81%bf%e7%89%a9/

4）疾患に応じた動作の工程分析と生活行為自立に向けた助言例

＜運動器疾患＞

運動器疾患の多くの方は関節等の痛みによる可動域制限と巧緻性の低下がみられます。また立位での動作バランスの不良もあります。この点をポイントに助言例を説明します。また主だった共通する事項もこの章で紹介します。

＜中枢疾患＞

自立支援型のケア会議にあがる脳血管障害等の方の多くは麻痺等による巧緻性の低下や感覚障害等の課題により食事の意欲が低下または偏食や生活の不安定さによる栄養不足があります。この点をポイントに助言例を紹介します。

＜呼吸・循環器疾患＞

呼吸・循環器疾患の方は耐久性の低下や痩せ、浮腫による体重増加、食事量の低下の課題が挙がることがあります。この点をポイントに助言例を紹介します。

＜運動器疾患＞

工程	アセスメントのポイント（身体・認知・環境）	生活行為自立に向けた助言（動作変更への助言・環境調整への助言・プログラムへの助言・行動変容への助言）	
①食事を運び、席に着く	＜身体機能面＞ ・関節等の痛みのコントロール ・関節機能の予後予測 ・食事を運ぶバランス能力 ・食事席までの移動能力 ＜認知機能面＞ ・予定から食事の時間や人、場所を決められる ＜環境面＞ ・移動に安全な導線 ・食事を運びやすく衛生的な環境	助言例	・サポーターや歩行車等（おぼんのおける歩行車等）の利用 ・寝食は分離する（生活リズムの意識付け） ・台所と食卓机の距離を短くする ・食卓に日付つきの時計やカレンダーを設置（服薬等の関り）
		プログラム	・物を持っての移動プログラム ・関節の状況を考慮した立位バランス、歩行の向上への関り ・痛みの状況に応じて受診後外来リハビリでのプログラム実施 ・予後良好等であれば通所Ｃでのプログラム実施
		行動変容	・一緒に誰かと食べる機会を持つ（家族・友人、サロン・子供食堂等） ・屋外での食事や外食をしてみる ・空腹を感じられる様活動を行う ・次の食事に食べたいものを用意しておく
②箸を使う、皿を持つ、口に運ぶ	＜身体機能面＞ ・箸を操作する手指巧緻性 ・皿を持つ、押さえる動作 ・視野・視力（見えやすさ） ・上肢のリーチ・口までのリーチ ・上腕の回旋動作 ・食べ物を落とさない把持力 ＜認知機能面＞ ・道具の用途で使い分ける ＜環境面＞ ・使用している食器や箸の種類 ・机と椅子の高さ	助言例	・骨盤をサポートするクッションの使用（腰痛を予防） ・皿の工夫（すくいやすい皿、ワンプレート、見えやすい色付きの皿） ・割りばしや先の細い箸等つかみやすい箸の使用 ・熱いものでも持てる木製のコップや持ちやすいお椀の使用
		プログラム	・デイサービス等利用している場合は福祉用具を利用しての昼食等を検討 ・訪問Ｃやケアマネジメント同行訪問等での評価、調整 ・家族等へ福祉用具購入等の助言
		行動変容	・こぼさない、落とさない食事動作を行えることで活動範囲や他者との食事につなぎやすい ・安易なスプーンの使用だけではなく箸で使用しやすいものを提案することで、食べる意欲につなげる
③口に取り込み、飲み込む	＜身体機能面＞ ・嚥下力 ・舌での取り込み	助言例	・嚥下の予後予測 ・口腔・歯への関り：入れ歯等の確認⇒歯科受診 ・とろみ剤や代替品（あんかけ等） ・服薬ゼリー等の市販品を使用
		プログラム	・住民主体の通いの場でのかみかみ体操等の実施 ・歯科衛生士、言語聴覚士等による訪問Ｃ ・嚥下力の低下では耳鼻科等で評価
		行動変容	・見ためが変わらない食事への配慮 ・食事の変更に対して説明と理解へのアプローチ：受診や医師よる説明により、必要性を理解する機会を持つ

＜中枢疾患＞

工程	アセスメントのポイント（身体・認知・環境）	生活行為自立に向けた助言（動作変更への助言・環境調整への助言・プログラムへの助言・行動変容への助言）	
①食事を運び、席に着く	＜身体機能面＞ ・麻痺の状態の把握（歩行） ・できる機能の把握（歩行、運び） ＜認知機能面＞ ・本人の意向の把握（どう食べたいか） ・うつ状態、高次脳機能障害等の把握 ＜環境面＞ ・移動に安全な導線 ・食事を運びやすく衛生的な環境	助言例	・屋内を安全に歩ける調整（装具、室内ばき、手すり） ・椅子に座りやすい工夫（軽い椅子） ・机等で伝い歩きや把持できるものの設定
		プログラム	・ケアマネジャー、保健師等と同行訪問による状況の把握と家族への提案 ・ケアマネジャーへの評価（聞き取りポイント）の助言（うつ状態や高次脳機能障害のポイント等）
		行動変容	・本人の意向にそった食事の在り方に沿うアプローチの提案（話を聞く） ・自分の定位置を作る（食事席は自分の居場所）座りたい場所へのアプローチ
②箸を使う、皿を持つ、口に運ぶ	＜身体機能面＞ ・麻痺の状態の把握 ・できる機能の把握 ・巧緻性の把握 ＜環境面＞ ・使用している食器や箸の種類 ・机と椅子の高さ	助言例	・使いやすい箸やすくいやすい皿の使用 ・こぼしても気にならないエプロンではない食事用のベスト等の使用 ・家族と同じような見た目の食器や箸の使用
		プログラム	・ケアマネジャー等による状況の把握と家族への提案 ・ケアマネジャーへの評価（聞き取りポイント）の助言 ・デイサービス等利用している場合は福祉用具を利用しての昼食等を検討 ・訪問Ｃやケアマネジメント同行訪問等での評価、調整
		行動変容	・早く食べられることへの配慮も必要な時あり（みんなと同じ速さで） ・こぼさない工夫での自尊心の尊重
③口に取り込み、飲み込む	＜身体機能面＞ ・嚥下力の予測 ・舌での取り込み	助言例	・嚥下の状態が脳血管障害によるものかそれ以外かを把握し、予後予測をつける ・嚥下状態に応じては医療での嚥下訓練・評価が必要か検討 ・再発の条件等への配慮と助言
		プログラム	・医療が必要と判断した場合は嚥下評価ができる耳鼻科や脳外科等を紹介する ・ケアマネジャー等が家族に食事の様子を聞き取りする ・住民主体の通いの場でのかみかみ体操等の実施 ・歯科衛生士、言語聴覚士等による訪問Ｃ
		行動変容	・むせることが食事の意欲を低下させることがあることへの配慮 ・食事の見た目が本人の意向に沿うよう配慮する

＜呼吸・循環器疾患＞

工程	アセスメントのポイント（身体・認知・環境）	生活行為自立に向けた助言（動作変更への助言・環境調整への助言・プログラムへの助言・行動変容への助言）	
①食事を運び、席に着く	＜身体機能面＞ ・息切れ、喘鳴等の所見 ・体格（痩せ・浮腫による体重増加） ・浮腫等の把握 ・動作時の疲労度	助言例	・食事の回数を増やす：食事量が減っている場合は回数を増やすことで全体の食事量増加を図る ・息切れや喘鳴の頻度が増え、浮腫増悪の状況では医療への受診の確認
		プログラム	・息切れ時の対処（口すぼめ呼吸）や通い等の参加者であれば運動量の設定を療法士や包括等支援スタッフが参加する時にチェックする
		行動変容	・通いの場やサロンでの軽食等の機会を持つ ・すぐに食べられるものを食卓において、食事や栄養補給が億劫にならないようにする

工程	アセスメントのポイント （身体・認知・環境）	生活行為自立に向けた助言 （動作変更への助言・環境調整への助言・プログラムへの助言・行動変容への助言）	
②箸を使う、皿を持つ、口に運ぶ	＜環境面＞ ・使用している食器や箸の種類	助言例	・体幹や骨盤をサポートするクッションや椅子の使用（疲労を軽減） ・軽い食器等の使用（持ちやすい軽い皿やコップ）
		プログラム	・デイサービス等利用している場合は福祉用具を利用しての昼食等を検討 ・家族等への福祉用具購入等への助言
		行動変容	・食事の１回の量やかかる時間を把握し、小さい皿に入れたり、少量で栄養価の高いものを組み合わせる工夫を行い、多い量を食べなくてもよい見た目の工夫を行う。
③口に取り込み、飲み込む	＜身体機能面＞ ・嚥下力 ・舌での取り込み ・咀嚼回数	助言例	・疲労により咀嚼回数が減ったり、軟らかいものばかり食べようとする傾向にある。 ・食事の時間の前後の休憩や１回の食事時間の短縮等検討。
		プログラム	・住民主体の通いの場でのかみかみ体操等の実施や体操での耐久性の向上を図る

5）事例紹介　A さん

80 代女性。要支援１。娘と孫と暮らしているが二人とも就労しているので日中は独居です。家族のために食事の準備をしていましたが、自宅でベッドからずり落ち、腰椎圧迫骨折で入院治療を受けました。退院後は長時間の立ち仕事が辛くなり、食事の準備はできなくなりました。入院時に介護保険を申請しましたが、A さんの意欲低下がみられ、勧められたデイサービスを断りました。日中はベッドで過ごし、昼食は寝たまま菓子パンやおにぎりを食べています。家族から、「最近、むせることが多くなり、声も小さくなった」との報告がありました。

基本チェックリストでは【運動不足】４/５、【栄養改善】０/２、【口腔内ケア】１/３、【閉じこもり予防】２/２、【物忘れ予防】１/３、【うつ予防】３/５です。

6）A さんの工程分析から助言まで

A さんの場合、腰痛の影響から寝て過ごすことが多くなり、全身の廃用が進んでいると予測されます。意欲低下の要因として、「家族に食事を作る」役割が骨折後の身体能力の低下により失われたことが挙げられます。昼食は菓子パンを中心に摂っていますが、パンは水分が少ないことや寝た姿勢で摂取しているので誤嚥の危険性があります。できるだけ座位姿勢で摂食するように指導します。そして、菓子パンに野菜などを添えて栄養バランスのとれた食事へと移行していきます。オーラルフレイルを防ぐことや体力を回復させるために訪問 C を導入すること、さらにはデイケアや通いの場で他者との交流も勧めます。

このように食事動作そのものへの働きかけと同時に、全身の賦活や食事環境、意欲など周辺状況にアプローチすることで改善する可能性が高い事例には積極的に関わります。歯に問題がある場合は歯科受診も勧めます。体力の回復が得られたら、骨折前のように食事の準備などの家事動作を増やして役割をもてるようにします。

2．更衣

1）自立支援型地域ケア個別会議やサービス C で見られる更衣活動の課題

①肩の痛みから、かぶり式のシャツ・トレーナーなどの脱ぎ着が困難になる。
②下肢筋力の低下から立ってズボンを履くことが難しくなり、座って行っている。
③腰痛のためにかがむことが難しくなり、ズボンを足先に通せない、靴下が履けない。
④手指の痛み、つまむ力の低下からズボンを腰元までしっかり上げきれない。

⑤ボタンのかけ外しができなくなり、最近はボタンのある服を着なくなった。
⑥認知機能低下により、動作手順に戸惑う、乱れに無頓着になっている。

整形外科疾患などにより、肩、腰の痛みから身体の動きの制限が生じて、着替えにくさに繋がっていることが多いですが、痛みを我慢して脱ぎ着していることもあります。独居で更衣が大変な人は、ヘルパーさんや家族が来るまで同じ服を着続けることもあります。

2）更衣動作がもたらす心身機能・活動・参加への効果

＜心身機能への効果＞

衣服は、上衣、下衣、靴下と種類が多いだけでなく、形状や材質も様々なものがあります。加えて、装具や靴の着脱があり、コロナ禍、マスクの着脱も更衣動作に新たに含まれています。衣服の種類や特徴に左右されない関節可動域、筋力、立位、座位でのバランス機能が要求されます。用途、気候に合わせた衣服の選択や正しい動作手順を踏む認知機能も必要であり、更衣動作を続けることは心身機能の維持・向上につながります。好みの衣服を身に着けることは、自分らしさの保持、意欲の向上につながります。

＜活動・参加への効果＞

休日に人と会う予定がなく、自宅に居る際にはパジャマ等ラフな家庭着で一日過ごすこともありますが、お客さんを迎える、通院や買い物等にて外出する活動が一旦生じると、用途や気持ちに応じた衣服を選ぶことになります。家庭着を脱いで、TPO（Time・Place・Occasion）による生活場面や用途、気持ちに応じて衣服を選び、装うことは、社会参加と自己表現の手段となります。仲の良い友人に会う、公民館に出掛け地域住民と交流するといった社会参加の第一歩は、家庭着を脱いで、自分の気持ちに沿った衣服を着る事から始まります。

3）更衣活動の多様性と普遍的自立に向けた助言

衣服の材質や形態、留め具により衣服の着やすさは変化し、衣服はその人らしさ（個性）を表現するものです。女性の場合、スカートやワンピース、ヒールのある靴、ストッキングやタイツの使用など男性よりも服の選択肢が多くあります。また、着やすさを優先するあまり、それまでの服の趣味とは異なる物を選択しなければならない方もいます。上着は着やすさを優先する場合、前開きのシャツやダボっとした大き目の服など、首、肩、肘が抜けやすい服を提案します。ズボンタイプの下衣は伸縮性のある繊維（素材）の物は楽に脚を通すことができます。また、股関節や膝関節に可動域制限がある場合は足台を使用することで腰をかがめることなく裾を通せる事ができます。靴下が履きにくい場合はソックスエイドなど紹介します。失敗体験をしない為には、入浴や外出など更衣が生じるタイミングに合わせた助言、本人が出来る事は時間がかかっても見守ることも大切です。

4）疾患に応じた動作の工程分析と生活行為自立に向けた助言例

＜運動器疾患＞

＜中枢疾患＞

＜呼吸・循環器疾患＞

＜運動器疾患＞

工程	アセスメントのポイント（身体・認知・環境）	生活行為自立に向けた助言（動作変更への助言・環境調整への助言・プログラムへの助言・行動変容への助言）	
衣服を選ぶ	＜身体機能面＞ ・タンス等への出し入れ ＜環境面＞ ・衣類の保管場所（タンス、ケース等） ・椅子を利用するスペース	助言例	・肩・肘関節の動きに可動域制限がある際には、前かぶりよりも、前あきを選択する ・関節リウマチでは軽く柔らかい伸縮性の素材でゆとりをもったデザインのものを選ぶ ・椅子座位で出し入れし易い場所（タンスの中段、高さ調整したハンガーラック等）に衣類を移す ＜行動変容（動機付け）＞ 健康維持、更衣の自立の為だけでなく、 ・色や柄など本人の好みに合わせた衣服を選ぶ ・自分好みの衣類を買って、おしゃれを楽しむ ・自分らしさの表現を大切にする
上衣を着る・脱ぐ ズボンを履く・脱ぐ 靴下を履く・脱ぐ 装具をつける・外す 靴を履く・脱ぐ	＜身体機能面＞ ・着脱動作に大きく影響する肩および肘関節可動域 ・関節リウマチで手およびまた・膝関節の動きが悪い際のズボン・パンツの上げ下ろし、前かぶりの頭の出し入れ ・THA 後の下肢の禁忌肢位 ＜環境面＞ ・着替える場所（ベッド、椅子等） ・自助具の有無 ・介助者の有無	助言例	・THA（後方アプローチ）後､端座位では屈曲・外転・外旋のあぐら肢位、立位では股関節中間位・膝屈曲位で行う（過屈曲＋内転・内旋の複合動作、股関節を深く曲げる動作を避ける） ・握りやすいボタンに取り換える、ボタンエイドを利用する。手指の変形が強い際には、形が固定されているボタンよりも、手指の機能によって加減ができるようなひも結び型の留め具がやさしいものとなる ・（衣服の）ファスナーや（装具の）ベルクロに取手を付ける ・袖通しで衣服を反対側へ移す際や足元など手の届かない所は、リーチャー、孫の手、ソックスエイド等を利用するが、薄い素材は破損する恐れがあり、自助具の重さに注意する ・靴の着脱に椅子や足元の台を利用する ・ワンサイズ上の衣服は、着脱し易い一方で、首回りが空いて首筋が冷える、だらしない印象となることに注意する ＜プログラム＞ 通所リハビリ又は訪問リハビリにて、 ・疾患の特徴に合わせた ADL 動作方法を確認する ・自助具の適応評価、使用方法の確認をする ＜行動変容（知識）＞ ・関節リウマチでは、体調の日内変動、週内変動など、その時々の体調を考慮する ・関節リウマチの女性の場合、装いに気を遣い、比較的長期にわたり機能が保たれることが多い為、彼女らの自己決定権を尊重し、更衣や素敵な装いの実現を支援する
全身を確認する	＜身体機能面＞ ・視力	助言例	・着替える場所に鏡を設置する ＜行動変容（強化因子）＞ 用途や季節に合っているかの判断、服が乱れていないかの確認以外に、 ・自己効力感が高まる声掛けをする

＜中枢疾患＞

工程	アセスメントのポイント（身体・認知・環境）	生活行為自立に向けた助言（動作変更への助言・環境調整への助言・プログラムへの助言・行動変容への助言）	
衣服を選ぶ	＜身体機能面＞ ・タンス等への出し入れ ・かがむ動作 ＜認知機能面＞ ・用途、気候に合わせた衣類の選択 ＜環境面＞ ・衣類の保管場所（タンス、ケース等）	助言例	・立位で手の届き易い、出し入れし易い場所（タンスの上段等）に衣類を移す ・タンスの前に椅子を置いて、座位姿勢で出し入れを行う ・視認や出し入れのし易い、クローゼットやハンガーラックを利用する ＜行動変容（動機付け）＞ 健康維持、更衣の自立の為だけでなく、 ・色や柄など本人の好みに合わせた衣服を選ぶ ・自分好みの衣類を買って、おしゃれを楽しむ ・自分らしさの表現を大切にする
上衣を着る・脱ぐ ズボンを履く・脱ぐ 靴下を履く・脱ぐ 装具をつける・外す 靴を履く・脱ぐ	＜身体機能面＞ ・頭、袖、裾を入れる、脱ぐ ・衣類を引きあげる、引きさげる（引っ張る） ・ねじれを直す ・ボタン、ファスナー、ベルクロをとめる、外す ・（座位で）足元に手を伸ばす ・背中に手を伸ばす ・お尻に手を伸ばす ・座位で足を組む ＜認知機能面＞ ・動作手順の理解度 ・衣服や装具、靴の前後、左右（裏表）の理解度 ＜環境面＞ ・着替える場所（ベッド、椅子等） ・手摺など支持物の有無 ・自助具の有無 ・介助者の有無	助言例	・事前に衣服、装具の上下・左右・裏表の位置関係を確認する ・麻痺側から着る、非麻痺側から脱ぐ ・壁に寄りかかり立位姿勢を保持する ・座位でズボンを膝上まであらかじめ引き上げ、立位で臀部まで引き上げる ・寝たまま足元からズボンを通す ・袖や裾をまとめて把持してから腕や足を通す ・着ている途中で常に変なねじれを作らない様にしておく ・座面の高さが低い（目安は 40㎝以下）と、膝関節より股関節の位置が低くなり、麻痺側下肢を組んでもずり落ちにくいことを利用する ・目印として衣服の袖や肩部分にテープを張り付ける ・握りやすいボタンに取り換える、ボタンエイドを利用する ・（衣服の）ファスナーや（装具の）ベルクロに取手を付ける ・手の届かない所は、リーチャー、ソックスエイド等を利用する ・座位姿勢保持や足元のリーチを補う為に椅子、足台を利用する ・動作手順に迷う際に、介助者があらかじめ着る順番に並べておく、又は手渡しする ＜プログラム＞ 通所リハビリ又は訪問リハビリにて、 ・疾患の特徴に合わせた ADL 動作方法を確認する ・自助具の適応評価、使用方法の確認をする ＜行動変容（知識）＞ 本人が失敗体験しない様に、 ・入浴や外出など更衣が生じるタイミングに合わせて助言する ・本人が出来る事は可能な限り時間がかかっても見守る
全身を確認する	＜身体機能面＞ ・視力 ＜認知機能面＞ ・ボディイメージ	助言例	・着替える場所に鏡を設置する ＜行動変容（強化因子）＞ 用途や季節に合っているかの判断、服が乱れていないかの確認以外に、 ・自己効力感が高まる声掛けをする

＜呼吸・循環器疾患＞

工程	アセスメントのポイント（身体・認知・環境）	生活行為自立に向けた助言（動作変更への助言・環境調整への助言・プログラムへの助言・行動変容への助言）	
衣服を選ぶ	＜環境面＞ ・衣類の保管場所（タンス、ケース等） ・酸素濃縮器の置き場所	助言例	・カニューレを外す必要のない場所に衣類を移す ・椅子座位で行える場所（タンスの中段等）に衣類を移す ・立位で手が届き易い、動作手順の少ないハンガーラックを利用する ・前かぶりは腕を高くあげる、カニューレを外すなどの操作が必要な為、前あきの服を選択する ＜行動変容（動機付け）＞ おしゃれに関心が高い際には、 ・自分好みの衣類を買って、自分らしさの表現を大切にする ・色や柄など本人の好みに合わせた衣服を選ぶ 労力軽減を優先したい際には、 ・ゆったりした衣服を選択する
上衣を着る・脱ぐ ズボンを履く・脱ぐ 靴下を履く・脱ぐ 装具をつける・外す 靴を履く・脱ぐ	＜身体機能面＞ ・靴下等を脱ぐ際にかがむ（腹部を圧迫する）動作 ・上衣を脱ぐ際に腕をあげる動作 ・上衣等を操作する際の腕の反復動作 ・前かぶりを脱ぎ着する際の息をとめる動作 ＜環境面＞ ・着替える場所（ベッド、椅子等） ・手摺など支持物の有無 ・介助者の有無	助言例	・シャツや上着の脱ぎ着では、息を吐きながら動作を行う ・袖を通すときはあまり腕を高く上げないように気を付ける ・サイズは深呼吸しても窮屈でないものが良い ・汚れた服は皮膚呼吸を妨げるため、こまめに着替える ・呼吸にあわせてゆっくり行う（頭を入れる等する際に、息をとめない） ・靴下やズボンは足を組んで行う ・腹部への圧迫を減らす ・無駄な動作を省く ・椅子などに座ってゆっくり着替える ・息苦しい服（革製品などの重い衣服やスーツ、ベルトなで締め付ける衣服）は避ける ＜プログラム＞ 通所リハビリ又は訪問リハビリにて、 ・疾患の特徴に合わせた ADL 動作方法を確認する ・自助具の適応評価、使用方法の確認をする ＜行動変容（知識）＞ 本人がおっくうにならない様に、 ・入浴や外出など更衣が生じるタイミングに合わせて行い、更衣動作の頻度を減らす ・動作の自立よりも、動作に伴う労力軽減を優先する（必要時は手伝う）
全身を確認する	＜身体機能面＞ ・疲労感	助言例	・着替える場所に鏡を設置する ＜行動変容（知識）＞ ・（人に合う用事がない際には）見た目よりも更衣動作に伴う疲労感、労力を優先する

5）事例紹介　Bさん

80 代前半の女性。介護保険非該当。夫を亡くし、現在は一人暮らし。子どもたちは市内在住ですが、交流は週末に限定されています。腰椎圧迫骨折の既往があり、腰痛を抱えた生活の中で、最近、徐々に動くことが億劫になってきています。オシャレをして友達と外食に行くことも無くなってきており、通院や買い物以外は自宅にて過ごし、寝間着のまま一日居間にいる事も増えています。外出時服装はズボンにシャツ、セーターを着用しますが、椅子に座って前かがみになり、ズボンの裾通しや靴下の着脱を行う際に疼痛が生じ、シャツのボタンを留め外しする際に時間がかかるようになっています。更衣動作に労力が増してることも、外出機会が減っている要因になっています。

基本チェックリストでは【生活機能全般】3／5、【運動不足】3／5、【栄養改善】0／2、【口腔内ケア】1／3、【閉じこもり予防】0／2、【物忘れ予防】0／3、【うつ予防】1／5です。

6）Bさんの工程分析から助言まで

Bさんは現在一人暮らしです。腰椎圧迫骨折の影響や加齢に伴う柔軟性の低下から身体をかがめること、手先の細かい動作が難しくなっています。今はまだ何とか在宅で生活されていますが、一人暮らしであることや子供たちがすぐには駆けつけられないことから、外出機会が減っているだけでなく、身の回りの生活への不安を感じております。このままの生活が続くと生活不活発病に陥る可能性も高くなっています。

Bさんが更衣動作の労力軽減を感じて､再び､オシャレをして外出する気持ちになるためには、疾患、症状に合わせた動作方法の獲得や適切な自助具の活用等に関する助言が重要になってきます。具体的には、椅子に座り、足元に手を伸ばす代わりに、片足を反対側の大腿部に載せて、出来るだけ腰を曲げない姿勢でズボンや靴下を履く事、ソックスエイドといった自助具を活用することがあります。また、動作前後に腹式呼吸をして､腰部の筋肉の緊張を和らげることも有効です。ボタンの留め外しにおいては、握りやすいボタンに切り替える、ボタンエイドといった自助具を活用することができます。腰痛や手先の細かい動作が難しいことは、他の ADL や IADL にも影響していることが考えられ、訪問サービス C 型を利用し、更衣動作を含めて労力を感じている動作、徐々に出来なくなっている動作を評価し、助言を得ることが出来ます。本人がその気になるためには、動作を改善するだけでなく、友達からの誘いを受けることや、本人のおしゃれに関して自己効力感が高まる声掛けをすることも大切です。本人を取り囲む家族や友人等の協力を得て、本人が出来る事と、周りが助けることを統一して関わっていく事が必要になってきます。

【文献】

1）山根寛、菊池恵美子、岩波君代：着る・装うことの障害とアプローチ、三輪書店、2006
2）澤田雄二：考える作業療法　活動応力障害に対して、文光堂、2008
3）富士武史：ここがポイント！整形外科疾患の理学療法 改定第 2 版、金原出版株式会社、2006
4）千住秀明：呼吸リハビリテーション入門第 4 版、神陵文庫、2005

3．入浴

1）自立支援型地域ケア個別会議やサービス C で見られる入浴活動の課題

①アセスメントの課題：複数の動作の一部が困難になったことで、自宅での入浴が困難と見立ててしまっていることがあります。何ができて何ができないのか十分にアセスメントし課題を明らかにすることが重要です。加えて、ご家族も使用する場合は、ご家族の使い勝手についても考慮する必要があります。

②サービス提供者との連携：アセスメント内容が十分に共有されていないため、デイサービス・訪問介護での入浴支援が過介助となっている場合があります。自立支援に向けた具体的な目標設定に合わせた援助内容を支援者で統一することが重要です。

③浴室内での動作方法:浴室という狭小スペースでは、方向転換・後退動作・横歩き、また浴槽でのまたぎ・立ち座りなどの転倒リスクの高い動作が求められます。安全な環境設定に合わせて、本人が浴室の中でどのような動作・工程で行うかを確認し、安全な動作方法を助言することが必要です。

④心理面への配慮：転倒またはヒヤリハットが一度でもあると、恐怖・不安により本人・家族が自宅での入浴を諦めてしまうことがあります。本人の能力を活用する一方で、より安全に動作を行えるように環境設定や支援者の配慮が必要です。

⑤外気温・室温・湯温との温度差：特に冬季には温度差に順応できず「体温上昇」「低血圧」による「意識障害」を起こし溺死といったリスクが高いと言われています。入浴全体の温度・時間等のマネジメントについても注意が必要です。

⑥疾患特性に合わせた支援:入浴場面では、中枢疾患・運動器疾患・循環器疾患の特性に合わせて、適切な動作・方法の助言・指導が必要です。(後述)

2）入浴動作がもたらす心身機能・活動・参加への効果

＜心身機能への効果＞

①洗体、浴槽へつかる行為は、皮膚の清潔や細菌感染を予防し、油分や臭いが取り払われます。

②血液やリンパの循環が促進され、筋肉の疲労・緊張を和らげリラックス効果を得ることができます。

③入浴における複数の動作は、一定の筋力、可動性、バランス能力、認知・判断能力が求められます。入浴動作の継続により､心身機能の維持が図られます。

＜活動・参加への効果＞

日本文化における入浴は自宅内での内風呂に対し、外風呂といった共同浴場や温泉を目的とした旅行といった側面もあります。例えば共同浴場という日本独特のスタイルは、社会的コミュニケーションの場として利用されており、居住区域のより密度の高い地域とのつながりを持つ重要な場として有効です。さらに、旅行といった趣味・楽しみといった娯楽の要素も含んでおり、本人の意欲を引き出すための重要な行為となります。難易度の高い行為とはなりますが、近年旅行をサポートするサービスや施設のバリアフリー化により、事前の情報収集と準備によって旅行がしやすい環境となっています。活動・参加へつなげるには、地域資源の情報を持つことも重要な要素となります。

3）入浴活動の多様性と普遍的自立に向けた助言

【浴槽】

浴槽形状には、和式浴槽、洋式浴槽、和洋折衷式浴槽があります。

浴槽の形状は、和式浴槽から 1980 ～ 1990 年代にはユニットバスが登場し和洋折衷式浴槽へ変化しました。

近年の洋式浴槽はメーカー毎に特殊な形状をした浴槽が展開されており、福祉用具が適用しない場合もあるため、確認が必要です。

・特徴

（1）和式浴槽

以前は標準的に和式浴槽が使用されていましたが、浴槽が深く高齢者にとっては出入り動作が困難であり、転倒を伴いやすいです。

（2）洋式浴槽

この形状は、浴槽が長く浅いので立ちまたぎが容易であり、膝を伸ばしやすいのが特徴です。しかし、湯に浸かった後は起き上がりや立ち上がり動作が行いにくいため、高齢者にとっては不適切です。

（3）和洋折衷式浴槽

和式浴槽と洋式浴槽の折衷の浴槽形状です。住環境整備では、この形状の浴槽を用いることが多いです。

【入浴用福祉用具】

（1）簡易手すり

浴槽の縁に挟み込んで簡易に取り付けられる手すりです。座位で浴槽をまたぐ場合には障害物になりやすいため、立ちまたぎでの使用になります。

（2）浴槽内腰掛け（浴槽台）

股関節や膝関節の屈曲に制限があり、浴槽底面に臀部を下ろすことが出来ない場合などに用いる浴槽内の腰掛けです。出入り動作で浴槽底面に足が届きにくい場合の踏み台としても活用できます。入浴時は肩が浴槽よりも高くなりますので半身浴となります。

（3）バスボード

バスボードは板状のボードを浴槽の縁に渡して、座りながらまたぎ動作が可能となります。また、支持面が広く、プッシュアップでのいざり動作も行いやすい環境となります。浴槽へ入った際にボードが邪魔になるので、外す際に介助者の支援が必要になります。

（4）浴槽リフト

バスリフトと、吊り上げ式の２種類があります。主に、浴槽内への移乗や浴槽内での立ち座りが困難な方が対象になります。バスリフトについては、浴槽の形状によっては使用が困難な場合もあります。（特に近年の洋式浴槽は確認が必要）

（5）シャワーチェア

主に洗体時の座位姿勢を安定させ、立ち座り動作が行いやすくなります。加えて、背もたれのない椅子や回転式の椅子は座りながら方向転換ができ、浴室内における立位での移動や方向転換のリスクを軽減できます。また浴槽の高さが合えば移乗動作としても応用が可能です。

4）疾患に応じた動作の工程分析と生活行為自立に向けた助言例

＜運動器疾患：肩・股・膝疾患＞

＜中枢疾患：片麻痺＞

＜呼吸・循環器疾患＞

＜運動器疾患：肩・股・膝疾患＞

<table>
<tr><th>工程</th><th>アセスメントのポイント
（身体・認知・環境）</th><th colspan="4">生活行為自立に向けた助言
（動作変更への助言・環境調整への助言・プログラムへの助言・行動変容への助言）</th></tr>
<tr><td>脱衣所・浴室の移動</td><td>＜身体機能面＞
・移動能力（裸足）
＜環境面＞
・段差の有無
・扉のタイプ
（開き・引き・折れと開放の向き）
・床材の種類（滑りやすさ）
・床の傾斜（椅子の不安定さ）
・冷暖房環境</td><td>助言例</td><td colspan="2">・歩幅を通常よりも狭くし、痛みの少ない方の足の方向へ方向転換する
・シャワーチェア（背もたれなし・回転式）を利用し座りながら方向転換を行う
・手すりの設置
⇒入口に縦手すりを設置
（オフセットタイプが良い）
・段差解消のため浴室内にすのこを設置
・開き戸の場合、後退動作による転倒リスクや浴室内に設置したシャワーチェア等と干渉するため、引き戸や折り畳み戸への改修を検討する

出典：https://jp.toto.com/products/ud/bath/</td></tr>
<tr><td>洗体・洗髪</td><td>＜身体機能面＞
・基本姿勢（床・座位・立位）
・立ち座り動作の評価
・頭部、背面、足先へのリーチ
・シャワーヘッドへのリーチ、把持
＜環境面＞
・シャワーヘッドの位置、種類
・洗剤の種類（固形・液体）</td><td>助言例</td><td colspan="2">・つま先が洗いにくい場合は低めの浴室用腰掛けの上に足を載せる
・洗髪時に肩が上がりにくい場合、両肘を膝に乗せながら頭を下げると頭部へ手が届きやすい
・自助具の利用
⇒長柄ブラシ、足洗マット
・洗体、洗髪用の洗剤、道具、シャワーヘッドは、座った位置からとれる場所へ設置する
・シャワーヘッドは、角度調整やボタンで止水が可能なタイプを導入</td></tr>
<tr><td rowspan="7">浴槽へ入る</td><td rowspan="7">＜身体機能面＞
・またぎ動作能力
・ゆっくりと床に座る動作
・主に股・膝関節の可動域
・浴槽内椅子や滑り止めマットの利用
＜環境面＞
・浴槽の状況
⇒形状、高さ、深さ、長さ</td><td rowspan="6">助言例</td><td rowspan="2">人工股関節置換術後</td><td>前方系</td><td><u>禁忌・注意姿勢：股関節伸展・内転・外旋</u>
股関節の過度な動きは抑え、主に膝関節を屈曲させながらまたぐ。不安定な場合は、簡易手すりの導入を検討する。</td></tr>
<tr><td>後方系</td><td><u>禁忌・注意姿勢：股関節屈曲・内転・内旋</u>
股関節の過度な動きは抑え、主に膝関節を屈曲させ、足を後方へ持ち上げるようにまたぐ。簡易手すりを導入する場合は、浴槽の端に設置し、足の動きを阻害しないような空間を開ける。</td></tr>
<tr><td colspan="2">人工股関節置換術後</td><td><u>禁忌・注意姿勢：過度な膝関節屈曲</u>
膝は軽度屈曲肢位とし、股関節を伸展させ、足を後方へ持ち上げるようにまたぐ。簡易手すりを導入する場合は、浴槽の端に設置し足の動きを阻害しないような空間を開ける。</td></tr>
<tr><td colspan="2">脊柱管狭窄症</td><td><u>禁忌・注意姿勢：体幹伸展（腰椎前弯）</u>
簡易手すり等の支持物を前方に設置し、体幹屈曲姿勢となるように設定する。またぐ際は、膝を抱えるように曲げて持ち上げるようにする。</td></tr>
<tr><td colspan="2">脊椎圧迫骨折</td><td><u>禁忌・注意姿勢：体幹屈曲（脊柱後湾）</u>
浴槽と並行に立ち、できるだけ体幹は屈曲姿勢とならないように、自身の肩の高さ程度で壁に手を着く。主に膝関節を屈曲させ、足を後方へ持ち上げるようにまたぐ。</td></tr>
<tr><td colspan="3">・福祉用具の導入
⇒バスボード、移乗台、シャワーチェア、滑り止めマットの利用
・浴槽が深い場合浴槽内椅子を階段代わりに利用
・浴槽の埋め込み、深さが大きい場合はすのこの利用も検討
・手すりの設置については、浴槽に入る動作方法に合わせて設置を検討する
・湯量は多くした方が浮力による立ち座りが楽になる</td></tr>
<tr><td>プログラム</td><td colspan="3">＜自宅環境のアセスメント＞
・地域リハ活動支援事業・訪問サービスＣ等の短期支援にて環境・実施方法についての助言を実施。家族、関係スタッフへ伝達
＜通所サービス支援＞
・個別機能訓練等で禁忌動作に注意しながら片脚立位・足上げ練習を実施
・入浴サービス時での練習
＜訪問サービス＞
・リスクの大きな動作のため訪問リハ・介護の利用を検討</td></tr>
</table>

工程	アセスメントのポイント （身体・認知・環境）	生活行為自立に向けた助言 （動作変更への助言・環境調整への助言・プログラムへの助言・行動変容への助言）	
浴槽へ入る		行動変容	またぎ動作は、利用者に求められる機能が高く、同時にリスクの高い動作である。 動作の側面のみを支援するのではなく、以下の心理的な面（恐怖心）も含めた支援が重要となる。 ＜情報＞ ・恐怖心への共感（何が心配・怖いと思っているか） ・安全策の提示（専門職の活用：具体的プランの説明） ・入浴することによる身体的な効果 ＜強化因子＞ ・安全な方法の習熟と定着（訪問サービス） ⇒恐怖心はすぐに消えない。自信付けまでの段階付け伴奏型支援が必要
浴槽へ浸かる	＜身体機能面＞ ・浴槽内での座位姿勢をとるための股関節・膝関節の可動域 ・座る向き ＜環境面＞ ・浴槽の状況 ⇒形状、高さ、深さ、長さ ・カラン、栓の位置	助言例	・浴槽内の壁に手足を突っ張りながら姿勢を保持する（浴槽の大きさと構造） ・浴槽内手すり（挟み込み・吸盤タイプ）で座位姿勢を保持する ・浴槽台使用（床面の構造に合わせて滑り止め、吸盤タイプを選択） ・滑り止めマットの使用（床面の構造に合わせて滑り止め、吸盤タイプを選択）
		行動変容	＜情報・動機付け＞ ・暖かいお湯、浮力があり関節への負荷が少ない環境での関節運動が有効 ・浮力のある環境では股関節・膝関節・足関節の最大可動域の姿勢が取りやすい

＜中枢疾患：片麻痺＞

工程	アセスメントのポイント （身体・認知・環境）	生活行為自立に向けた助言 （動作変更への助言・環境調整への助言・プログラムへの助言・行動変容への助言）	
※更衣については、別項を参照			
お風呂の準備（お風呂をためる）	＜身体機能面＞ ・カランの操作 ・お風呂の蓋の操作 ＜認知機能面＞ ・湯温の設定 ・お湯をためる時間の設定 ＜環境面＞ ・浴槽の蓋の種類 ・給湯システムの種類	助言例	・軽量の蓋の利用（アルミシート・分割タイプ） ・風呂水温計の利用（スマホ連携タイプ） ・タイマーの利用
		行動変容	＜動機付け＞ ・長らく自宅で入浴していない場合、「お風呂場が汚れているから入りたくない」気持ちが助長される。訪問サービスを利用し一緒に掃除を行い環境面の改善を実施することにより「清潔になったお風呂で気持ちよく入浴したい」といった気持ちへの支援行う ・入浴頻度が少ない場合、入浴に関連する作業を実施することで入浴への関心が高まり入浴頻度が増加することが期待できる（掃除・修理） ＜強化因子＞ ・入浴後に好物が飲める、食べられる ・孫が背中を流してくれる
脱衣所への移動	＜身体機能面＞ ・移動能力（装具の有無） ・衣類等の運搬能力 ・浴室までの距離 ＜認知面＞ ・必要な衣類、道具の準備 ＜環境面＞ ・廊下の環境（照明・段差など）	助言例	・運搬を補助する自助具・福祉用具の導入 ⇒移動・運搬用のトレー付き歩行器等の導入 ⇒リュックサックや専用の巾着袋を用意する ・廊下の照明を人感センサー付きの電球への変更 ⇒注：コンセントタイプは場所や照度が限られる ・服、タオルはあらかじめ脱衣所に収納しておくと運ぶ手間がなくなる
浴室の移動	＜身体機能面＞ ・移動能力（裸足） ＜環境面＞ ・段差の有無 ・扉のタイプ （開き・引き・折れと開放の向き） ・床材の種類（滑りやすさ） ・床の傾斜（椅子の不安定さ） ・冷暖房環境	助言例	・歩幅を通常よりも狭くし、非麻痺側へ方向転換する ・極力後退動作がないようにする ・可能であれば、椅子に座るまでは装具を着用する ・シャワーチェア（背もたれなし・回転式）を利用し座りながら方向転換を行う ・手すりの設置 ⇒入口に縦手すりを設置（オフセットタイプが良い） ⇒注意：タオル掛けを手すりとしては利用しない ・段差解消のため浴室内にすのこを設置 ・開き戸の場合、後退動作による転倒リスクや浴室内に設置したシャワーチェア等と干渉するため、引き戸や折り畳み戸への改修を検討する

工程	アセスメントのポイント （身体・認知・環境）	生活行為自立に向けた助言 （動作変更への助言・環境調整への助言・プログラムへの助言・行動変容への助言）	
洗体・洗髪	＜身体機能面＞ ・基本姿勢（床・座位・立位） ・立ち座り動作の評価 ・頭部、背面、足先へのリーチ ・シャワーヘッドへのリーチ、把持 ＜認知機能＞ ・洗体部位の確認 ・洗い残し、流し残し ・洗剤の種類と選択 ＜環境面＞ ・シャワーヘッドの位置、種類 ・洗剤の種類（固形・液体）	助言例	・洗い残しの確認 ⇒体のゾーンに区切って順番に洗う、流す ⇒洗う順番を全身のイラスト（絵カード）で確認 ・つま先が洗いにくい場合は低めの浴室用腰掛けの上に足を載せる ・洗髪時に肩が上がりにくい場合、両肘を膝に乗せながら頭を下げると頭部へ手が届きやすい ・自助具の導入 ⇒ループタオル・ 長柄ブラシ ⇒指の力が弱い場合は、自助具または市販の洗髪ブラシを使用 ・U 字型シャワーチェアに座り、臀部を前方へずらすと座位のまま肛門部を洗える ・洗体、洗髪用の洗剤、道具、シャワーヘッドは、座った位置からとれる場所へ設置する ・シャワーヘッドは、角度調整やボタンで止水が可能なタイプを導入 ・洗剤の種類がわかるように大きく表記する
		プログラム	＜専門職の活用＞ ・訪問サービス C、訪問リハ等を利用しての個別にて支援を実施。環境、実施方法、自助具の導入についての助言を実施 ＜支援方法＞ ・通所、訪問サービス時に練習を実施 ・自助具の導入については操作の習熟支援が必要 ・洗体の過程、結果についてフィードバック
		行動変容	＜情報＞ ・洗体による皮膚ケアの効果を伝える ＜動機付け＞ ・使いやすい且つ特別な洗体道具の導入 ⇒電動ボディブラシ、足洗マット ・好きな香りの洗剤の導入 ＜強化因子＞ ・「きれいになった」「いいにおい」結果へのフィードバック
浴槽へ入る	＜身体機能面＞ ・立位・座位バランス能力 ・またぎ動作能力 ・立ち座り動作（床） ・主に股・膝関節の可動域 ・感覚障害の有無 ＜認知機能面＞ ・湯温の確認 ＜環境面＞ ・浴槽の状況 ⇒形状、高さ、深さ、長さ	助言例	・立位から座位でのまたぎ動作へ移行 ・湯温の確認のため非麻痺側から浴槽へ入る ・福祉用具の導入 ⇒バスボード、移乗台、シャワーチェア、バスリフト、滑り止めマットの利用 ・浴槽が深い場合浴槽内椅子を階段代わりに利用 ・浴槽の埋め込み、深さが大きい場合はすのこの利用も検討 ・手すりの設置については、浴槽に入る動作方法に合わせて設置を検討する ⇒改修またはバスグリップ、吸盤タイプの手すりの利用 ・湯量は多くした方が浮力による立ち座りが楽になる
		プログラム	＜専門職の活用＞ 地域リハ活動支援事業・訪問サービス C 等の短期支援にて環境・実施方法についての助言を実施。家族、関係スタッフへ伝達。 入浴時における立ち座り動作は、装具がなく、努力性の動作により麻痺側下肢の支持が得られ難い状況となるため、介助量が増大する場合多い。麻痺側下肢の足の位置を修正すなど、利用者の能力最大限に活用し、介助量の軽減を図るため助言が重要となる。 ＜支援方法＞ ①個別機能訓練等で低い椅子からの立ち上がり、またぎ動作の訓練を実施 ②リスクの大きな動作のため訪問リハ・介護の利用を検討 ③熱傷や長湯による意識低下、転倒への注意喚起を行う
		行動変容	＜情報＞ ・入浴による温熱は、血流の促進、筋肉の緊張の緩和などの効果がある ＜動機付け＞ ・福祉用具の導入や回収により安全に浴槽へはいれる環境をつくる（恐怖心を軽減させる）

工程	アセスメントのポイント （身体・認知・環境）	生活行為自立に向けた助言 （動作変更への助言・環境調整への助言・プログラムへの助言・行動変容への助言）	
浴槽に浸かる	＜身体機能面＞ ・股関節、膝関節の可動域 ・浴槽内での座位姿勢 ・座る向き ＜環境面＞ ・浴槽の状況 ⇒形状、高さ、深さ、長さ ・カラン、栓の位置	助言例	・麻痺側が浮いてしまう場合は、非麻痺側下肢で押さえる ・浴槽内の壁に手足を突っ張りながら姿勢を保持する ・浴槽内手すり（挟み込み・吸盤タイプ）で座位姿勢を保持する ・浴槽台使用（床面の構造に合わせて滑り止め、吸盤タイプを選択） ・滑り止めマットの使用（床面の構造に合わせて滑り止め、吸盤タイプを選択） ・動作上浴槽内の突起物（栓など）がある場合、傷をつけないよう浴槽内用クッションを利用

＜呼吸・循環器疾患＞

工程	アセスメントのポイント （身体・認知・環境）	生活行為自立に向けた助言 （動作変更への助言・環境調整への助言・プログラムへの助言・行動変容への助言）	
※浴槽・更衣については、別項を参照			
入浴準備	＜身体機能面＞ ・負荷量（Mets）の確認 ・バイタルチェック ＜環境面＞ ・浴室内の気温、湿度 ・酸素療法の有無	助言例	＜呼吸器疾患＞ ・口すぼめ呼吸の実施 ・連続した動作とならないように休憩を入れながら実施 ・パルスオキシメーターでの入浴前後、入浴中の SpO_2 の確認を実施する ・本人の息苦しくない湿度管理の調整 ・在宅酸素療法の検討 ＜循環器疾患＞ ・負荷量の確認 ＜その他＞ ・事前に浴室内を温める
洗体洗髪	＜身体機能面＞ ・姿勢変化による負荷 ・連続動作による負荷 ＜環境面＞ ・浴室内の気温、湿度 ・活動時間 ・酸素療法の有無	助言例	・椅子座位にて実施 ・体幹前屈姿勢をとらない ・頭上での反復動作は休憩を入れる ・顔に水が掛からないようにする ・足先の洗体には長柄ブラシを利用 ・低い足台があると楽に足先に届く ・シャンプーハットの利用 ・洗髪用の長柄ブラシの利用
		プログラム	・疾患の状態は個別性が高いため、訪問サービス等を利用し環境設定に加え動作指導を行う
浴槽へ浸かる	＜環境面＞ ・浴槽の型 ・酸素療法の有無	助言例	・胸の高さまでお湯につからない ・できるだけ足を延ばした姿勢をとる ・狭い浴槽で膝を曲げた姿勢は息苦しくなりやすいため、浴槽内椅子利用し、膝を抱え込まない姿勢をとる

5）事例紹介　Cさん

80代女性で小柄、1人暮らし。要支援2。右変形性膝関節症にて痛みが生じ歩行が不安定でありますが、自宅内は伝い歩き、外出時は4点杖を使用されています。浴室に手すりが無く浴槽からの立ち座り、出入りに転倒の危険性があります。浴槽は和式タイプで半埋め込み型です。昨年、入浴時に転倒してから自宅での入浴は実施できなくなってしまった。現在は、通所介護相当サービスを週2回利用し、入浴を目的に利用されています。本人は慣れ親しんだ自宅での入浴を希望しています。また、介護予防訪問介護相当サービスⅠを週1回利用中です。

基本チェックリストでは【運動不足】4／5、【栄養改善】0／2、【口腔内ケア】0／3、【閉じこもり予防】0／2、【物忘れ予防】0／3、【うつ予防】0／5です。

6）Ｃさんの工程分析から助言まで

Ｃさんが自宅で入浴できない原因は、浴室の環境が整っていないこと、右変形性膝関節症から生じる膝の痛みにより動作が不安定になっていること、浴室での転倒経験から自宅での入浴に対する恐怖心が残っています。環境調整により、浴槽タイプを変更することは経済的負担が大きいためできません。入浴補助用具の導入と身体機能の向上を図り、自宅での入浴を目標とします。浴槽は和式タイプで半埋め込み型のため、浴槽への出入りが困難です。そこで、シャワーチェアーを用いて、浴室内での立ち上がりを補助します。シャワーチェアーを浴槽横に設置し、座位のまま浴槽縁をまたぐことを提案します。

現在のサービスに加え、自宅での入浴動作の獲得に向けて訪問サービスＣを利用し環境調整・福祉用具の導入・動作の習熟・関係者への介護指導を実施します。開始時にリハビリ専門職のアセスメントを実施し、より具体的な動作方法と今後の見通しも含めた目標を設定します。

通所介護施設には、右膝関節の痛みを軽減できるように膝関節周囲の筋力強化トレーニング、自主トレーニングの提案を行ってもらいます。さらに通所介護施設での入浴の際には、自宅の浴室動作を想定し、浴槽台を利用し座ったままでのまたぎ動作の練習を実施してもらいました。介護予防訪問介護では、自宅での入浴動作を実際に確認します。ケアマネジャー、通所介護施設・リハビリ専門職と連携しながら、自宅での入浴自立を進めていただきます。特に転倒に対する恐怖心がある場合、定期的なフォローアップをしながら成功体験を積み重ねることが重要です。こういった継続的支援はその結果、入浴動作の自信が得られれば、日頃のストレスの軽減や疲労回復につながり、さらに温泉旅行などの提案を行うことで、外出意欲向上を目指します。

【文献】
1）入浴関連事故の実態把握及び予防策に関する研究について

4．排泄

1）自立支援型地域ケア個別会議やサービスＣで見られる排泄活動の課題

排泄動作では、加齢により上肢・手指機能の低下、消化器機能の低下による排泄コントロールの問題、さらに認知機能などの低下により尿・便意の有無が課題となります。

排泄活動の課題として以下の例があげられます。

①排尿・排泄障害にかかわる診断
②頻尿や尿漏れなどの訴え
③洋式便座などから立ち上がる不自由さ
④トイレまで行く動線
⑤トイレ環境の段差や狭さなどの環境的な問題
⑥福祉用具導入の有無

また、外出先で使いやすいトイレの設置の有無が気がかりになり、自ら行動範囲を制限する場合もあります。

2）トイレ動作がもたらす心身機能・活動・参加への効果

＜心身機能への効果＞

トイレへ移動やトイレ内移動で、関節可動域、筋力、座位・立位でのバランス機能が必要となり、下衣操作では、立位バランスや手指の巧緻性や感覚機能が要求されます。トイレ内座位での排泄や後始末では、体幹の支持性や回旋動作が要求され、トイレットペーパーを取る、お尻を拭く、水を流す場合には、上肢のリーチやバランス機能が必要とされます。また、環境が同じでも排尿なのか、排便なのかによって動作工程や手順が変わってくるので認知機能や注意機能も要求されます。

＜活動・参加への効果＞

排泄動作の介助は、精神的負担が大きい動作であり、できる限り自立支援を目標にすることが基本と考えます。また、生理的な現象であるため１日何度か、トイレへ行く事が活動となります。着替えなど関連した動作も含まれています。また、自宅外としては、通いの場や外出するにはトイレへ行く事が出来ずに自宅内で生活しています。トイレへ行く事が出来れば行動範囲を拡大することや行動範囲を拡大する動機付け、自信にも繋がります。トイレ動作の獲得は自宅内・外においても活動・参加への効果は大きいです。

3）排泄活動の多様性と普遍的自立に向けた助言

洋式便器については、シャワー洗浄は勿論のこと脱臭･消臭、室内暖房、オート開閉、リモコン付き、オート便器洗浄など機能も増えてきています。また、コンパクト便座や高座便器、蹴込みが確保されている物も販売されているので便器の変更を考えている場合には検討が必要となります。

手すりの設置については、対象者の便器からの立ち上がり動作用の手すりは縦手すりを基本とします。た

だし、障害特性や動作特性によって、横手すりを用いる場合もあります。

排泄用福祉用具について、特にポータブルトイレは高さ調整が可能な物、跳ね上げ式、暖房機能、ソフト便座、ウォシュレット、分解・丸洗い、消臭などの機能がある。排泄物の処理方法もバケツタイプ、ラップタイプ、バイオタイプがあります。

（1）洋式便器

高齢者の身体的状況によって不安定な姿勢で腰掛ける場合があるため注意が必要です。便座の高さは、下腿長や排泄姿勢の安定性を重視して決定します。

（2）立ち上がり動作用縦手すりの配置（図1）

立位保持が出来る対象者の便器からの立ち上がり動作用の手すりは縦手すりを基本とします。ただし、障害特性や動作特性によって、横手すりを用いる場合もあります。

（3）補高便座

補高便座は排泄姿勢が不安定になるため注意が必要です。また、補高便座を使用したときには、温水洗浄装置は利用できません。

（4）便器洗浄リモコン

タンクに付いたレバーまで手が届かない場合や操作が困難な場合などに用います。高齢者にとっては、ボタン操作が難しいこともありますので確認が必要です。最近では、排泄後立ち上がると自動的に洗浄するものもあります。

4）疾患に応じた動作の工程分析と生活行為自立に向けた助言例

＜運動器疾患＞

生活習慣から腰や膝などへ影響を受け、立ち座り動作や歩行へ支障が出ます。1日何度も繰り返す動作にも関わらず、老化現象として対象者捉え、生活動作を変えずに過ごすことで悪循環になってしまいます。対象者の個人因子を捉えて、環境因子の変更をすることで自立した生活、活動や参加の拡大に繋がるような助言が必要となります。

＜中枢疾患＞

身体面､認知機能低下など障害特性を確認した上で、代償動作で自立した生活で行えるものか、環境を変更したことで自立した生活が行えるのかを考えながら助言が必要となります。

＜呼吸・循環器疾患＞

呼吸・循環器疾患では、トイレ内で後始末や更衣で上肢することで息苦しさや疲労感が出ること、在宅酸素利用者では、チューブがドアなどに挟まらないように環境を確認することも必要となります。

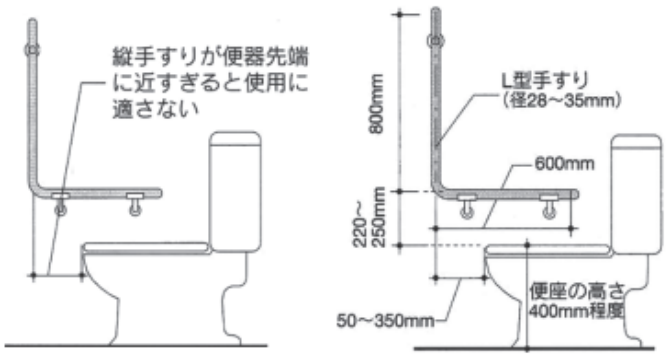


図1　便器と手すりの位置関係

＜運動器疾患＞

工程	アセスメントのポイント（身体・認知・環境）	生活行為自立に向けた助言（動作変更への助言・環境調整への助言・プログラムへの助言・行動変容への助言）	
扉を開ける 電気をつける 扉を閉める	＜身体機能面＞ ・扉の開け閉めで、膝や腰の痛みはないか ・開き戸、引き戸の操作で倒れたりしないかのバランス能力 ・扉や電気スイッチまでのリーチ ・扉や電気スイッチが視界や視力があり、見えているか ＜認知機能面＞ ・扉や電気のスイッチなどの認識 ＜環境面＞ ・段差 ・電気スイッチの位置	助言例	・廊下や入り口にセンサーライト設置 ・内開き戸の場合、外開き戸や引き戸に変更 ・外開き戸の場合、扉の取っ手側に縦型手すりを設置 ・ドアノブは球型からレバータイプへ変更 ・和式の場合、据え置き便器の使用、洋式化する ・便器の蓋は自動開閉装置を使用 ・便器の色は排泄物を確認しやすい白色にする
		プログラム	・扉を開ける際にふらつかないように立位バランス練習（片足立ちなど） ・食卓の椅子など掴まれるものを利用して、ステップ練習 ・手すりを使用して横歩きや後ろ歩きなどの応用歩行練習
ズボン、 下着を下ろす	＜身体機能面＞ ・下衣操作をしている際の膝や腰の痛みの有無 ・下衣操作中の立位バランス能力 ・ズボンや下着を操作する巧緻性 ＜認知機能面＞ ・ズボンと下着の認知 ・衣類着脱手順の認知 ＜環境面＞ ・手すりの位置	助言例	・壁と手すりに体をもたれかけて行う場合、縦手すりを肩よりも 10cm ほど高く設置する ・下衣操作のための縦手すりの設置
		プログラム	・洗濯バサミなどを衣服に付けてのリーチやつまみ動作連取 ・手すりや椅子を利用してのスクワット
便座に座る （あるいは立位のまま）	＜身体機能面＞ ・下肢の筋力、支持性が保たれゆっくりとした座り込みが可能か ・立位のままの場合は、一定時間痛みなく立保保持が可能か ＜認知機能面＞ ・便座の認識 ＜環境面＞ ・手すりの位置 ・便座の高さ	助言例	・便座と体の位置を調整するために床に目印をつける ・補高便座を使用 ・ポジショニングバー使用
		プログラム	・柔らかいクッションやバランスボールなどを利用しての座位保持練習
排尿・排便をする	＜身体機能面＞ ・便座に座っている際に、両足足底が支持できているか ・便座に一定時間座っていることが可能か、座位バランスを崩すことはないか ＜認知機能面＞ ・ズボンと下着の認知 ・排泄状況の把握 ＜環境面＞ ・手すりの位置	助言例	・両足が地面に付いておらず、座位バランスが不安定であれば、足底を接地させ安定性を取る
		プログラム	・柔らかいクッションやバランスボールなどを利用しての座位保持練習
後始末をする	＜身体機能面＞ ・お尻を拭く際は、立位バランスやリーチ範囲を確認する ・トイレットペーパーを掴むなどの巧緻性や手指の感覚を確認する ＜認知機能面＞ ・拭きやすいペーパーの形成 ＜環境面＞ ・手すりの位置 ・便座の高さ	助言例	・ペーパーを切りやすいホルダーに変更 ・紙切板の上に重りを乗せておくと切りやすい ・ウォシュレットの使用 ・携帯ウォシュレットの使用
		プログラム	・座位で体幹を上手く動かすことが出来るようにボール体操 ・手指をうまく使えるよう洗濯ばさみを使った練習

工程	アセスメントのポイント （身体・認知・環境）	生活行為自立に向けた助言 （動作変更への助言・環境調整への助言・プログラムへの助言・行動変容への助言）	
衣服をつける ズボン・下着を戻す	＜身体機能面＞ ・下衣操作をしている際の膝や腰の痛みの有無 ・下衣操作中の立位バランス能力 ・ズボンや下着を操作する巧緻性 ＜認知機能面＞ ・ズボンと下着の認知 ・衣類着脱手順の認知 ＜環境面＞ ・手すりの位置 ・便座の高さ	助言例	
		プログラム	・便座から立ち上がることが出来るためにスクワット練習
流す、扉を開ける、 照明を消す、扉を閉める	＜身体機能面＞ ・扉の開け閉めで、膝や腰の痛みはないか ・開き戸、引き戸の操作で倒れたりしないかのバランス能力 ・扉や電気スイッチまでのリーチ ・扉や電気スイッチが視界や視力があり、見えているか ＜認知機能面＞ ・レバーやスイッチの認知 ＜環境面＞ ・手すりの位置 ・便座の高さ	助言例	・センサー付きの自動洗浄のものに変更 ・リーチ範囲に流すボタンを押す環境。リモコンを設置 ・室内センサーライトの設置

＜中枢疾患＞

工程	アセスメントのポイント （身体・認知・環境）	生活行為自立に向けた助言 （動作変更への助言・環境調整への助言・プログラムへの助言・行動変容への助言）	
扉を開ける 電気をつける 扉を閉める	＜身体機能面＞ ・扉の開け閉めで、膝や腰の痛みはないか ・開き戸、引き戸の操作で倒れたりしないかのバランス能力 ・扉や電気スイッチまでのリーチ ・扉や電気スイッチが視界や視力があり、見えているか ＜認知機能面＞ ・スイッチなどの認識 ＜環境面＞ ・段差 ・電気スイッチの位置 ・電気スイッチの押し方	助言例	・センサーライト設置 ・内開き戸の場合、外開き戸や引き戸に変更 ・外開き戸の場合、扉の取っ手側に縦型手すりを設置 ・ドアノブは球型からレバータイプへ変更 ・和式の場合、据え置き便器の使用、洋式化する ・便器の蓋は自動開閉装置を使用 ・便器の色は排泄物を確認しやすい白色にする
		プログラム	・扉を開ける際にふらつかないように立位バランス練習（片足立ちなど） ・食卓の椅子など掴まれるものを利用して、ステップ練習
ズボン、 下着を下ろす	＜身体機能面＞ ・下衣操作中の立位バランス能力 ・ズボンや下着を操作する巧緻性 ＜認知機能面＞ ・ズボンと下着の認知 ＜環境面＞ ・手すりの位置	助言例	・壁と手すりに体をもたれかけて行う場合、縦手すりを肩よりも 10cm ほど高く設置する ・手すりの設置 ・素材など余裕がある衣類を選択する

工程	アセスメントのポイント （身体・認知・環境）	生活行為自立に向けた助言 （動作変更への助言・環境調整への助言・プログラムへの助言・行動変容への助言）	
便座に座る（あるいは立位のまま）	＜身体機能面＞ ・体幹・麻痺側下肢の支持性が保たれゆっくりとした座り込みが可能か ・立位のままの場合は、一定時間の立保保持が可能か ＜環境面＞ ・手すりの位置 ・便座の高さ	助言例	・便座と体の位置を調整するために床に目印をつける ・補高便座を使用 ・ポジショニングバー使用 ・非麻痺側に手すりを設置
排尿・排便をする	＜身体機能面＞ ・便座に座っている際に、両足足底が支持できているか ・便座に一定時間座っていることが可能か、座位バランスを崩すことはないか ＜認知機能面＞ ・ズボンと下着の認知 ＜環境面＞ ・手すりの位置	助言例	・立位で排泄する場合は手すりの利用も検討する
後始末をする	＜身体機能面＞ ・お尻を拭く際は、どのような姿勢で行うか、座位バランスなどの確認 ・お尻を拭く際のリーチ範囲を確認する ・トイレットペーパーを掴むなどの巧緻性や手指の感覚を確認する ＜環境面＞ ・手すりの位置 ・便座の高さ	助言例	・片手でペーパーを切りやすいホルダーに変更 ・紙切板の上に重りを乗せておくと切りやすい ・ウォシュレットの使用 ・携帯ウォシュレットの使用
		プログラム	・座位で体幹を上手く動かすことが出来るようにバランス練習 ・手指をうまく使えるよう洗濯ばさみを使った練習
衣服をつける ズボン・下着を戻す	＜身体機能面＞ ・下衣操作をしている際の膝や腰の痛みの有無 ・下衣操作中の立位バランス能力 ・ズボンや下着を操作する巧緻性 ＜環境面＞ ・手すりの位置 ・便座の高さ	助言例	・手すりなどの支持物の提案
		プログラム	・便座から立ち上がることが出来るためにスクワット練習
流す、扉を開ける、照明を消す、扉を閉める	＜身体機能面＞ ・扉の開け閉めで、膝や腰の痛みはないか ・開き戸、引き戸の操作で倒れたりしないかのバランス能力 ・扉や電気スイッチまでのリーチ ・扉や電気スイッチが視界や視力があり、見えているか ＜認知機能面＞ ・空間認知 ・スイッチの認識 ＜環境面＞ ・手すりの位置 ・便座の高さ	助言例	・センサー付きの自動洗浄のものに変更 ・リーチ範囲に流すボタンを押す環境。リモコンを設置 ・室内センサーライトの設置

＜呼吸・循環器疾患＞

工程	アセスメントのポイント（身体・認知・環境）	生活行為自立に向けた助言（動作変更への助言・環境調整への助言・プログラムへの助言・行動変容への助言）	
扉を開ける 電気をつける 扉を閉める	＜身体機能面＞ ・在宅酸素利用者はチューブを管理しながらの移動能力 ・開き戸、引き戸の操作で倒れたりしないかのバランス能力 ・扉や電気スイッチまでのリーチ ・扉や電気スイッチが視界や視力があり、見えているか確認 ＜認知機能面＞ ・スイッチなどの認識 ・在宅酸素利用者はチューブ管理、扉に挟んだりしないか確認 ＜環境面＞ ・段差 ・電気スイッチの位置	助言例	・センサーライト設置 ・内開き戸の場合、外開き戸や引き戸に変更 ・外開き戸の場合、扉の取っ手側に縦型手すりを設置 ・ドアノブは球型からレバータイプへ変更 ・和式の場合、据え置き便器の使用、洋式化する ・便器の蓋は自動開閉装置を使用 ・便器の色は排泄物を確認しやすい白色にする
ズボン、下着を下ろす	＜身体機能面＞ ・下衣操作中の立位バランス能力 ・ズボンや下着を操作する巧緻性 ・下衣操作中の息苦しさなどの確認 ＜認知機能面＞ ・ズボンと下着の認知 ＜環境面＞ ・手すりの位置	助言例	・壁と手すりに体をもたれかけて行う場合、縦手すりを肩よりも 10cm ほど高く設置する ・手すりの設置
便座に座る（あるいは立位のまま）	＜身体機能面＞ ・下肢の筋力、支持性が保たれゆっくりとした座り込みが可能か ・立位のままの場合は、一定時間痛みなく立保保持が可能か ＜環境面＞ ・手すりの位置 ・便座の高さ	助言例	・便座と体の位置を調整するために床に目印をつける ・ポジショニングバー使用
排尿・排便をする	＜身体機能面＞ ・便座に座っている際に、両足足底が支持できるいるか ・便座に一定時間座っていることが可能か、座位バランスを崩すことはないか ・排泄時間が長くなり、息苦しさは出ないか ＜認知機能面＞ ・ズボンと下着の認知 ＜環境面＞ ・手すりの位置	助言例	
後始末をする	＜身体機能面＞ ・お尻を拭く際は、どのような姿勢で行うか、座位バランスなどの確認 ・お尻を拭く際のリーチ範囲を確認する ・トイレットペーパーを掴むなどの巧緻性や手指の感覚を確認する ・後始末中の息苦しさなどの確認 ＜環境面＞ ・手すりの位置 ・便座の高さ	助言例	・ペーパーを切りやすいホルダーに変更 ・紙切板の上に重りを乗せておくと切りやすい ・ウォシュレットの使用 ・携帯ウォシュレットの使用
		プログラム	・座位で体幹を上手く動かすことが出来るようにボール体操 ・手指をうまく使えるよう洗濯ばさみを使った練習

工程	アセスメントのポイント（身体・認知・環境）	生活行為自立に向けた助言（動作変更への助言・環境調整への助言・プログラムへの助言・行動変容への助言）	
衣服をつける ズボン・下着を戻す	＜身体機能面＞ ・下衣操作中の立位バランス能力 ・ズボンや下着を操作する巧緻性 ・下衣操作中の息苦しさなどの確認 ＜環境面＞ ・手すりの位置 ・便座の高さ	助言例	
		プログラム	・便座から立ち上がることが出来るためにスクワット練習
流す、扉を開ける、照明を消す、扉を閉める	＜身体機能面＞ ・在宅酸素利用者はチューブを管理しながらの移動能力 ・開き戸、引き戸の操作で倒れたりしないかのバランス能力 ・扉や電気スイッチまでのリーチ ・扉や電気スイッチが視界や視力があり、見えているか確認 ＜環境面＞ ・手すりの位置 ・便座の高さ	助言例	・センサー付きの自動洗浄のものに変更 ・リーチ範囲に流すボタンを押す環境。リモコンを設置 ・室内センサーライトの設置

5）事例紹介　D さん

80 代女性、１人暮らし。要支援２、腰椎圧迫骨折にて入院治療し、術後から腰部コルセットを常用しています。身体機能が低下し、長時間歩行が苦痛です。本人は移動することに不安を感じています。また、過活動性膀胱のため、頻回にトイレに行きますが、和式トイレにかぶせるだけの腰掛け便座を使用しており、便座高が低く､腰部に痛みもあるため苦労しています。また、切迫性尿失禁を生じることがあります。もっと安心して楽に排泄行為を行いたいという要望があります。現在、介護予防通所介護相当サービスを週２回利用し運動を行っています。また、介護予防訪問介護相当サービスも週２回利用しています。

基本チェックリストでは【運動不足】５/５､【栄養改善】０/２､【口腔内ケア】０/３､【閉じこもり予防】１/２､【物忘れ予防】０/３､【うつ予防】４/５です。

6）D さんの工程分析から助言まで

D さんが安心・安全に排泄行為を行うことができない原因は、腰椎圧迫骨折後の身体機能低下、腰痛、切迫性尿失禁、トイレ環境が整っていないことです。環境調整では洋式化が可能であれば洋式化を行います。難しければ縦手すりの設置や補高便座を使用し、立ち座りが行いやすいよう調整します。

切迫性尿失禁に対しては、介護予防通所介護施設にて骨盤底筋群トレーニングの実施、自主トレーニングの提案をします。また、排泄リズムを把握するために排尿状況を記録して、看護師、訪問介護スタッフ、ケアマネジャーらと情報を共有します。また、下肢筋力低下から歩行時のふらつきもみられるため、介護予防通所介護施設にて下肢筋の筋力強化も図ります。さらに、排泄時の下衣着脱動作安定を図るため、壁にもたれながら行う方法を指導します。夜間の排泄は、廊下からトイレまでの廊下が暗いため、センサーライトを設置し精神的不安を軽減します。本人が安心して排泄動作が行えるようになるにつれて、旅行など外出についての話をして､外出機会の増加も検討していきます。排泄行為は１日に複数回も繰り返し、人の尊厳保持に関わる非常に重要な行為です。特に夜間の安全性を確保するためにセンサーライトの設置などの環境整備を行い、安全かつ効率的にできる方法を指導し、自立を継続させて行くことが重要です。近年、便利な機能がついた高機能便器が普及していますが、高齢者にとってはボタンやスイッチが多く、使いにくいこともあるため単純機能便器を検討することも必要です。排泄行為の自立が活動への意欲を高め、社会参加が可能となります。

5－1．整容（口腔ケア・整髪・手洗い・洗顔）

1）自立支援型地域ケア個別会議やサービス C で見られる整容活動の課題

整容は、生理的欲求として現れる活動ではありませんが、日常生活の中で習慣的に行われています[1)]。しかし、次のような要因により整容動作自体を行わなくなっ

てしまうことがしばしば課題として挙がってきます。

①身体機能の低下により、動作が難しくなった

②意欲・関心の低下

③認知機能の低下

また、口腔ケアが難しくなると、義歯が合わなくなったり残歯が減ったりし、摂食・嚥下、栄養、健康そのものに影響を与えます。ケア会議では口腔ケアを怠ったり、歯科受診をしたがらない事例もよく見られ、歯科衛生士・言語聴覚士との連携、他職種の職域の理解が課題解決に必要となってきます。

2）整容動作がもたらす心身機能・活動・参加への効果

整容動作は、洗面所までの移動手段を確保出来れば座位でも可能な動作が殆どです。自立しやすい反面、整容を怠っても生活は成り立つため、動機付けが難しい場合もあります。

整容を行うことで、衛生、健康、生活リズムを維持できます。身だしなみを整えることで自己肯定感が高まります。口腔ケアを行うことで、歯周病や口臭の予防が出来ます。こういった準備をすることで、相手に不快感を与えず、気持ちよくコミュニケーションをとることが出来ます。

近年、新型コロナウイルス感染症の流行で、社会参加・他者交流の重要性が見直されました。社会参加が心身の廃用予防、認知機能の賦活化に効果があることは言うまでもありません。整容動作は社会参加の重要な準備となるものです。

3）整容活動の多様性と普遍的自立に向けた助言

整容動作は、移動・道具の準備・動作・仕上がりの確認・片付けの一連の動作を言います。個人の今までの習慣が強く反映されるため、支援前に習慣を把握しておくとよいでしょう。

動作の特徴としては、顔や髪までのリーチと道具の操作が挙げられます。後頭部など見えない場所へのリーチも必要なため､感覚機能が重要となってきます。動作遂行にあたっては、移動・姿勢保持、道具の選択とリスク管理、仕上げの各工程で評価を行い、安全に行える方法や使いやすい道具の提案・工夫、習慣化の助言を行います。整容への意欲が低い対象者に向けては、他者交流の場をキーワードに動機付けを行い、社会参加に繋げます。

4）疾患に応じた動作の工程分析と生活行為自立に向けた助言例

＜運動器疾患＞[2) 3)]

運動器疾患の対象者は、転倒の既往が多く、転倒が骨折に繋がることもあります。ご家族・福祉用具業者と連携して安全な環境調整が必要となります。関節リウマチの対象者には、道具操作、自助具に関して助言を行います。

＜中枢疾患＞

片まひの場合、移動・立位でのリーチによる転倒が課題として挙がります。感覚障害がある対象者は道具使用時の安全性の確保も必要です。高次脳機能障害がある対象者に対しては動作手順の簡略化、環境の整備が自立に繋がります。

＜呼吸器・循環器疾患＞[4)]

呼吸器疾患の対象者は、動作中に息切れが生じやすいため、日常生活で「してはいけない動作」を具体的な場面に応じて助言します。動作を楽に行えるよう環境調整の助言を行います。循環器疾患の対象者は心負荷がかからないよう、動作の助言を行います。

＜運動器疾患＞

<table>
<tr><th>工程</th><th>アセスメントのポイント
（身体・認知・環境）</th><th colspan="3">生活行為自立に向けた助言
（動作変更への助言・環境調整への助言・プログラムへの助言・行動変容への助言）</th></tr>
<tr><td rowspan="2">移動</td><td rowspan="2">＜身体機能面＞
・洗面所までの移動
＜認知機能面＞
・スケジュール管理
＜環境面＞
・洗面所までの動線、環境</td><td>助言例</td><td colspan="2">・足下が滑りやすい場合は、滑り止め付きの靴下や屋内履きも検討する
・洗面所までの動線を整理する</td></tr>
<tr><td>プログラム</td><td colspan="2">【ご本人、ご家族】
・片付けを行う
【訪問系サービスでのプログラム案】
・歩行評価、環境評価、環境調整の助言
【通所系サービスでのプログラム案】
・歩行練習、通所洗面所までの移動練習</td></tr>
<tr><td rowspan="8">道具の準備・動作</td><td rowspan="8">＜身体機能面＞
・座位・立位での整容動作の評価
・転倒リスクの評価
＜認知機能面＞
・道具の使用方法
＜環境面＞
・洗面台の構造、高さ、使用する道具の置き場所
・水栓の形状（ハンドル、レバー、センサーなど）</td><td rowspan="5">助言例</td><td colspan="2">・立位で行う場合は、洗面台で身体を支える。
・椅子を準備する
・取り出しやすい位置に道具を整理する
【人工股関節術後の対象者】
・タオル掛けの位置が捻ってはいけない方向にないか確認し、環境調整をする
【関節リウマチの対象者】
・ノブ式水栓は、工事でレバー式水栓・自動水栓に変更するか、後付けのレバーハンドルに変更することを提案</td></tr>
<tr><td>口腔ケア</td><td>・コップは軽量の物や、持ち手の大きな物を提案（100 円均一にある）
・歯磨き粉はワンタッチキャップが使いやすい。フィルム材チューブを押し出す工程が不要
・顎関節症で口が開きにくい場合は、子ども用の歯ブラシやヘッドが薄い歯ブラシを使う。歯ブラシは太柄にすると持ちやすい
・手指が使いにくい時は電動歯ブラシを使う
・義歯を洗うことが難しい場合は、洗浄器の販売もある</td></tr>
<tr><td>整髪</td><td>・スタンド鏡を準備して机上で行う。肘をついてブラシを操作する
・柄の長いブラシ、軽量のドライヤーの提案</td></tr>
<tr><td>手洗い</td><td>・吸水性の高いタオルを使うと手指の変形があっても水気を拭き取りやすい
・両手の変形があり石けんを泡立てにくい時は泡状になった石けんを使う</td></tr>
<tr><td>洗顔</td><td>・頸部に負担を掛けないため、柄の長い洗顔ブラシを使う
・手指の変形により水を手掌面に溜められない場合は、蒸しタオルを使う。タオルを絞る時は水道の蛇口にタオルを引っかけて両手で捻る</td></tr>
<tr><td>プログラム</td><td colspan="2">【訪問系サービスでのプログラム案】
・関節リウマチの「してはいけない動作」の指導、ポイントをまとめた物を作成する
【通所系サービスでのプログラム案】
・食後の口腔ケア、排泄後の手洗い、入浴時の洗顔・整髪動作時に直接介入し、繰り返しの動作で習得を図る
【歯科衛生士】
・口腔状態の確認、口腔ケアの助言・指導、義歯の取り扱いの指導</td></tr>
<tr><td>行動変容</td><td colspan="2">・歯の汚れを落とすことで歯周病、虫歯の予防になり、自分の歯で食事を続けられる
・口腔内を清潔にすることで食事が美味しく感じられる
・身支度を調えることで他者とのコミュニケーションが円滑に行え、自信をもって社会参加できる</td></tr>
</table>

＜中枢疾患＞

<table>
<tr><th>工程</th><th>アセスメントのポイント
（身体・認知・環境）</th><th colspan="2">生活行為自立に向けた助言
（動作変更への助言・環境調整への助言・プログラムへの助言・行動変容への助言）</th></tr>
<tr><td rowspan="2">移動</td><td rowspan="2">＜身体機能面＞
・洗面所までの移動
＜認知機能面＞
・スケジュール管理
＜環境面＞
・洗面所までの動線、環境</td><td>助言例</td><td>・足元が滑りやすい場合は、滑り止め付きの靴下や屋内履きを検討
・洗面所までの動線を整理</td></tr>
<tr><td>プログラム</td><td>【ご本人、ご家族】
・片付けを行う
【訪問系サービスでのプログラム案】
・セラピストによる歩行評価、環境評価、環境調整の助言
【通所系サービスでのプログラム案】
・歩行練習、通所洗面所までの移動練習</td></tr>
<tr><td rowspan="6">道具の準備・動作</td><td rowspan="6">＜身体機能面＞
・座位・立位での整容動作の評価
・転倒リスク
＜認知機能面＞
・道具の使用方法
・動作の手順
＜環境面＞
・洗面台の構造、高さ、使用する道具の置き場所
・水栓の形状（ハンドル、レバー、センサーなど）</td><td rowspan="5">助言例</td><td>・洗面台で身体を支え、立つ姿勢を安定させる。
・椅子を準備する
・取り出しやすい位置に道具を整理する
【高次脳機能障害】
・注意障害　→　注意すべき点を工程毎に伝える
・遂行機能障害　→　一連の動作の練習を直接場面で行う
・失行　→　道具の使用方法の再学習</td></tr>
<tr><td>口腔ケア</td><td>・麻痺側に磨き残しがないか、鏡で確認しながら歯磨きをする</td></tr>
<tr><td>整髪</td><td>・スタンド鏡を準備して机上で行う
・ブラシタイプのドライヤーの使用</td></tr>
<tr><td>手洗い</td><td>・ノズルを上に向けた自助具、押すと上向きに泡が出てくる商品、オートディスペンサーなど、片手で石けんや消毒液を手に出せる道具を提案
・吸水性の高いタオルの使用
・タオル掛けに手を伸ばす時にバランスを崩す場合は首にタオルを巻いておく</td></tr>
<tr><td>洗顔</td><td>・蒸しタオルの使用も提案。タオルを絞る時は水道の蛇口にタオルを引っかけて片手で絞る</td></tr>
<tr><td>プログラム</td><td colspan="2">【訪問系サービスでのプログラム案】
・自助具の作成、福祉用具の紹介、環境調整
【通所系サービスでのプログラム案】
・食後の口腔ケア、排泄後の手洗い、入浴時の洗顔・整髪動作時に直接介入し、繰り返しの動作で習得を図る
【歯科衛生士】
・口腔状態の確認、口腔ケアの助言・指導、義歯の取り扱いの指導
【言語聴覚士】
・口腔機能の評価、作業療法士との連携</td></tr>
<tr><td>行動変容</td><td colspan="2">・歯の汚れを落とすことで歯周病、虫歯の予防になり、自分の歯で食事を続けられる
・口腔内を清潔にすることで食事が美味しく感じられる
・身支度を調えることで他者とのコミュニケーションが円滑に行え、自信をもって社会参加できる</td></tr>
</table>

＜呼吸器・循環器疾患＞

工程	アセスメントのポイント（身体・認知・環境）	生活行為自立に向けた助言（動作変更への助言・環境調整への助言・プログラムへの助言・行動変容への助言）	
移動	＜認知機能面＞ ・移動評価、息切れ、呼吸苦 ＜環境面＞ ・洗面所までの動線 ・HOT のチューブが折れ曲がらずに届くか	助言例	・洗面所までの動線を整理する ・背もたれ・肘掛けがあり、少し高めの椅子を準備する
		プログラム	【ご本人、ご家族】 ・片付けを行う 【訪問系サービスでのプログラム案】 ・セラピストによる歩行評価、環境評価、環境調整の助言 【通所系サービスでのプログラム案】 ・歩行練習、通所洗面所までの移動練習
道具の準備・動作	＜身体機能面＞ ・息切れ、呼吸苦 ＜認知機能面＞ ・SpO_2 の計測、流量の調整 ＜環境面＞ ・HOT の本体からチューブが届く範囲か	助言例	・道具は肩の高さより高い位置に置かない ・前屈みになって息切れが強くならないよう高めの椅子を使う
		口腔ケア	・座って、洗面台に肘をついて歯を磨く ・電動歯ブラシの使用も提案
		整髪	・スタンド鏡を準備したら机上でも行える ・肘をテーブルにつけ、頸を傾けながらブラシをかける。息を吐きながら行う
		手洗い	・座って手を洗う間、洗面台の縁で胸部を圧迫しないよう注意する
		洗顔	・洗顔の間は息を止めず、息を吐きながら行う ・蒸しタオルを利用する場合は、口や鼻を塞がないよう注意する
		プログラム	【訪問系サービスでのプログラム案】 ・「してはいけない動作」の指導、福祉用具の紹介、環境調整 【通所系サービスでのプログラム案】 ・食後の口腔ケア、排泄後の手洗い、入浴時の洗顔・整髪動作時に直接介入し、「してはいけない動作」の習得を図る 【歯科衛生士】 ・口腔状態の確認、口腔ケアの助言・指導 【言語聴覚士】 ・摂食・嚥下機能の評価、作業療法士との連携
		行動変容	・動作方法を習得することで、息苦しさを減らし、楽に身支度が出来るようになる ・身だしなみを整えることで他者とのコミュニケーションが円滑に行え、自信をもって社会参加できる

5）事例紹介　E さん（※5－2　整容（化粧）の事例と同一）

70 歳代後半女性。要支援 2。40 歳代前半の長男と 2 人暮らし。関節リウマチの治療中です。右肘関節が曲がりにくく、痛みが強くなったため、整形外科を受診したところ、変形性肘関節症との診断でした。人工関節置換術を勧められましたが、手術に不安があり行っていません。右肩は腱板損傷後挙がりにくく、両変形性膝関節症もあります。両手指に尺側変形・足趾に変形（外反母趾、槌指）がありますが、身の回りのことは自分で出来ています。E さんは右利きですが、右肘関節の負担を軽減するようできるだけ左手を使うようにしています。昨年から体力が落ちてきたのか、トイレや風呂掃除が大変になり、長男が行うようになりました。以前から朝は手指がこわばって動きにくいという傾向がありましたが、2 ヶ月ほど前から髪を梳かすことや化粧に更に時間がかかるようになり、整容が面倒になってきました。元々友人との食事や旅行が好きでしたが、外出が億劫になり、全く外に出ていません。食料品は長男が休みの日にまとめ買いをしています。これではいけないと思っていますが、身支度が上手くできないためなかなか意欲が湧きません。友人が心配して時々電話をしてきますが、悪いと思いながらお誘いを断っています。

6）E さんの工程分析から助言まで

整容動作は、移動・道具の準備・動作・仕上がりの確認・片付けの一連の工程を言います。整容には個人差があるため、評価時に E さんの習慣やこだわりを聴取しておきます。

Eさんは、移動はご自身で可能であるため、道具の準備・動作について助言を行います。

①肩の痛みがあるため、道具はなるべく低い位置に置くよう環境調整を行います。頻繁に出し入れしなくて良いよう、洗面台の横にホームセンター等にある洗面所用のラックやトレーを準備し、そこに収納するようにします。

②手指の変形もあることから、ノブ式水栓は関節を痛める危険性があります。出来ればレバー式水栓に変更出来ないか、難しいなら後付けできるレバーハンドルもあることを提案します。

③膝に負担をかけないよう、少し高めの椅子を準備するとよいでしょう。

④洗顔は手掌面に水をためることが難しい時は、蒸しタオル（レンジで1分ほど濡れたタオルを温める）を使用します。タオルを絞る時に手指の関節に負担がかかりやすいため、蛇口にタオルを掛け、両手でねじる方法を紹介します。

⑤歯磨きは左手で行うようにし、巧緻性の低下により磨き残しがある時は、電動歯ブラシも提案します。座って洗面台に肘をつき、体幹・頭部を前屈して行うよう助言します。

⑥整髪では肩が挙がりにくいことから、リーチを補うため、長柄のくし・ブラシを紹介します。また握力の低下もあることから、柄の太いブラシの使用や柄を太くする方法も助言します。関節を守るため、軽量の物を勧めます。

道具の工夫はご自身やご家族では難しい場合もあるため、通所や訪問系サービスのセラピストに助言・道具の加工を依頼したり、セラピストが常駐している市町村の福祉用具相談窓口などに相談したりするとよいでしょう。

整容動作に時間を取られず、ストレスなく動作が行えるようになると、生活リズムが整ってきます。身支度が調うと、また外出をしたいという意欲に繋がります。整容動作を行えることで、友人と会って食事をしたり、おしゃべりをしたりといった良好な関係を取り戻し、社会参加に前向きに取り組めるようになります。

【文献】

1）長﨑重信監修、木之瀬隆編集：作業療法学　ゴールド・マスター・テキスト　日常生活活動学（ADL）改訂第2版、p132-139、メジカルビュー社、2022

2）生田宗博：I・ADL　作業療法の戦略・戦術・技術第3版 p279-288、三輪書店、2012

3）作業療法ジャーナル編集委員会、内田正剛：p78-82、三輪書店、2014

4）福地義之助、植木純：呼吸を楽にして健康増進－呼吸のセルフマネジメント－、照林社、2011

5－2．整容（化粧）

1）自立支援型地域ケア個別会議やサービスCで見られる化粧活動の課題

化粧は自己表現の一つです。しかし、巧緻性を要する化粧動作が難しくなったり、億劫になったりすることで、次のような課題が挙がってきます。

①身だしなみ

②喪失感や自己肯定感の低下

③自分や周囲への関心の低下

④生活リズムの崩れ

⑤外出機会の低下

化粧「できない」から「する」への変化は、自分と社会に対する関心をもつ足がかりとなり、ひいては社会へ踏み出す意欲の向上に繋がると考えられます。

2）化粧動作がもたらす心身機能・活動・参加への効果

化粧動作は小さな道具を使って眼や唇などの狭い部分に化粧品を塗る必要があります。そのため、他の整容動作と違い、巧緻性、物品操作能力、構成能力を必要とします。化粧をすることでそれらの能力を維持・改善できます。化粧の動作手順は概ね決まっており、動作を毎日行うことが遂行機能の維持・改善に繋がります。

また、毎日概ね同じ時間帯に化粧をすることで、生活にメリハリがつき、気分の切り替えが行え、きれいに仕上がることで満足感が高まります。感情が活性化し、外出をして友人に会うといった行動の活発化が期待されます。また、他者に見られるという期待から自己と他者への関心が高まります。化粧は服、装飾品とも密接に関わり、自身をコーディネートすることから、自己肯定感を高め、他者とのコミュニケーションを増進する効果があります。

3）化粧活動の多様性と普遍的自立に向けた助言

化粧動作はスキンケアとメイクアップに分けられ、手順や容器の形状、道具も様々です。

作業療法士は化粧のどの工程で難しさを感じているのか、心身の状態を生活歴や潜在的なニーズを含めて評価し、道具の工夫や環境調整を提案し、化粧動作の

再獲得を支援します。化粧道具は似た性質のものが多く､助言をきっかけに自身で道具を使いやすくしたり、代替となる物を探したり、積極的に化粧動作に関わることが出来るようになるでしょう。動作がしやすくなると、億劫に思えていた化粧活動を生活リズムの中に再度取り込むことが出来ます。

作業療法士は化粧の仕上がりに良いフィードバックを与えます。化粧活動を通じて自己肯定感を高め、社会参加への意欲を取り戻す支援をします。

4）疾患に応じた動作の工程分析と生活行為自立に向けた助言例

＜運動器疾患＞

運動器疾患の対象者は、転倒の既往が多く、転倒が骨折に繋がることも多いです。ご家族・福祉用具業者と連携して安全な環境調整が必要となります。関節リウマチの対象者には、道具操作、自助具に関して助言を行います。

＜中枢疾患＞

片まひの場合、移動・立位でのリーチによる転倒が課題として挙がります。感覚障害がある対象者は道具使用時の安全性の確保も必要です。高次脳機能障害がある対象者に対しては動作手順の簡略化、環境の整備が自立に繋がります。

＜呼吸・循環器疾患＞[1) 4)]

呼吸器疾患の対象者は、動作中に息切れが生じやすいため、日常生活で「してはいけない動作」を具体的な場面に応じて助言します。動作を楽に行えるよう環境調整の助言を行います。循環器疾患の対象者は心負荷がかからないよう、動作の助言を行います。

＜運動器疾患＞

工程	アセスメントのポイント（身体・認知・環境）	生活行為自立に向けた助言（動作変更への助言・環境調整への助言・プログラムへの助言・行動変容への助言）	
スキンケア	＜身体機能面＞ ・関節の痛み ・道具をつまむ力、握力 ・関節の動く範囲、顔までのリーチ ・細かい動作 ＜認知機能面＞ ・道具の使用方法 ・動作手順 ＜環境面＞ ・化粧を行う環境の確認	助言例	【関節リウマチの対象者】 ・道具は１つの容れ物にまとめ、すぐ取り出せるようにする ・机上で行う。化粧をする場所に道具を置いておく ・握力の低下がある時は、化粧水の瓶に滑り止めを巻き、キャップにもシリコンシートをかぶせて開けやすくする（100 円均一にあるシリコンラップは滑り止めとして便利） ・プッシュタイプのものを使用すれば、手指の変形があっても出しやすい ・手指の変形があると化粧水を手ではたきにくいため、コットンを使用する ・容器にコットンを入れ、化粧水に浸しておくと使いたい時にすぐ使用できる
		プログラム	【関節リウマチの対象者】 ・してはいけない動作の学習 【訪問系・通所系サービスでのプログラム案】 ・自助具の製作、福祉用具の紹介
メイクアップ		助言例	【関節リウマチの対象者】 ・手指の変形で細かい作業が難しい時は、肘を机について書く ・刷毛、鉛筆など柄の細い道具は、太柄にしたり、柄を長くしたりする ・アイシャドウなどに付属しているチップは持ちにくいため、別売りの筆を購入 ・握力が低下して蓋が開かない場合は、滑り止めやシリコンマットを使用して開ける ・ハサミがうまく使えない時は、電動の眉毛シェーバーもある
		プログラム	【関節リウマチの対象者】 ・してはいけない動作の学習 【訪問系・通所系サービスでのプログラム案】 ・自助具の製作、福祉用具の紹介
		行動変容	・化粧をすることで気分転換でき、気持ちが高揚する ・外出への自信が湧き、生活に楽しみが出来る ・外出して友人に会うなど、具体的なプランが立てられる

＜中枢疾患＞

工程	アセスメントのポイント（身体・認知・環境）	生活行為自立に向けた助言（動作変更への助言・環境調整への助言・プログラムへの助言・行動変容への助言）	
スキンケア	＜身体機能面＞ ・片まひ、利き手交換の状況 ＜認知機能面＞ ・感覚障害によるリスク管理 ・道具の使用方法、動作手順 ＜環境面＞ ・化粧をする環境の評価	助言例	・机上で行う ・立って化粧する場合は、洗面所に椅子を準備し、洗面台に寄りかかって動作を行う ・コットンを机に置き、プッシュ式のボトルを使用すると化粧水を出しやすい ・キャップ式のボトルは、片手で開閉できる
メイクアップ		助言例	【高次脳機能障害の対象者】 ・注意障害　→　書き残しはないか、左右対称か、全体の仕上がりの確認 ・遂行機能障害　→　動作手順の再学習 ・失行　→　道具の使用方法の再学習
		プログラム	【訪問系・通所系サービスでのプログラム案】 ・化粧動作の評価、道具の提案、動作の工夫の助言 ・仕上がりに対して良いフィードバックを行い、自信をつける
		行動変容	・化粧をすることで気分転換でき、気持ちが高揚する ・外出への自信が湧き、生活に楽しみが出来る ・外出して友人に会うなど、具体的なプランが立てられる

＜呼吸・循環器疾患＞

工程	アセスメントのポイント（身体・認知・環境）	生活行為自立に向けた助言（動作変更への助言・環境調整への助言・プログラムへの助言・行動変容への助言）	
スキンケア・メイクアップ	＜身体機能面＞ SpO_2 の低下や息切れはないか ＜認知機能面＞ SpO_2 の計測、流量の調整 ＜環境面＞ 化粧をする環境の評価	助言例	【呼吸器疾患の対象者】 ・HOT の場合、チューブが折れ曲がらないように注意する ・道具は肩の高さより高い位置に置かない。メイクアップは机に肘をついて描く ・前屈みになって息切れが強くならないよう高めの椅子を使う ・化粧中に息をとめないようにする。休憩を入れながら行う 【循環器疾患の対象者】 ・居室⇔洗面所の寒暖差に注意する
		プログラム	【訪問系・通所系サービスでのプログラム案】 ・してはいけない動作の指導・助言
		行動変容	・化粧をすることで気分転換でき、気持ちが高揚する ・外出への自信が湧き、生活に楽しみが出来る ・外出して友人に会うなど、具体的なプランが立てられる

5）事例紹介　E さん（※5－1　整容の事例と同一）

70 歳代後半女性。要支援 2。40 歳代前半の長男と 2 人暮らし。関節リウマチの治療中です。右肘関節が曲がりにくく、痛みが強くなったため、整形外科を受診したところ、変形性肘関節症との診断でした。人工関節置換術を勧められましたが、手術に不安があり行っていません。右肩は腱板損傷後挙がりにくく、両変形性膝関節症もあります。両手指に尺側変形・足趾に変形（外反母趾、槌指）がありますが、身の回りのことは自分で出来ています。E さんは右利きですが、右肘関節の負担を軽減するようできるだけ左手を使うようにしています。昨年から体力が落ちてきたのか、トイレや風呂掃除が大変になり、長男が行うようになりました。以前から朝は手指がこわばって動きにくいという傾向がありましたが、2 ヶ月ほど前から髪を梳かすことや化粧に更に時間がかかるようになり、整容が面倒になってきました。元々友人との食事や旅行が好きでしたが、外出が億劫になり、全く外に出ていま

せん。食料品は長男が休みの日にまとめ買いをしています。これではいけないと思っていますが、身支度が上手くできないためなかなか意欲が湧きません。友人が心配して時々電話をしてきますが、悪いと思いながらお誘いを断っています。

6）E さんの工程分析から助言まで

化粧の工程は順番があり、スキンケアからベースメイクまでは順序が変更出来ません。しかし、使う道具は工夫次第で使いやすくなります。動作評価時に、E さんの習慣やこだわりを聴取しておきます。

①手指の変形、握力の低下があることから、化粧品のキャップや蓋を開けづらいため、すべりどめを使用したり、メイクアップ用品がワントレーになっているものを使用すると開閉のストレスが減ります。

②手指の変形があり化粧水を手掌面にためにくいため、コットンの使用を勧めます。コットンを蓋付きの容器に入れ、上から化粧水を掛けておくと、すぐ使うことが出来ます。使わなかった分は蓋をして冷蔵庫で保存できます。

③右肘の制限があるため、ファンデーションは左手で塗ります。リキッドタイプは伸びがよく、時短になります。

④つまみ動作が難しいため、自助具で筆を太くして持ちやすくします。机に肘をつくと細かい動作が行いやすく、仕上がりが良くなります。アイシャドウの付属のチップは小さいため、長い柄のチップを購入したりキャップを使って延長します。

道具の工夫はご自分では難しいことがあるため、通所や訪問系サービスのセラピストに動作の助言・自助具の選定や製作を依頼できないか確認します。セラピストが常駐している市町村の福祉用具相談窓口もあります。道具を破損した場合に備え、ご家族に写真で説明し、理解や協力を仰ぎます。化粧の仕上がりを評価し、良いフィードバックを与えましょう。

E さんが社会参加に向けて前向きな気持ちになり、外出できるようになることが介入のゴールです。友人とまた食事に出掛けられるようになってきたら、日常生活全体の活動性が向上し､良いサイクルが回ります。

【文献】

1）長﨑重信監修、木之瀬隆編集:作業療法学　ゴールド・マスター・テキスト　日常生活活動学（ADL）改訂第２版、p132-139、メジカルビュー社、2022

2）生田宗博：I・ADL　作業療法の戦略・戦術・技術第３版 p279-288、三輪書店、2012

3）作業療法ジャーナル編集委員会、内田正剛：p78-82、三輪書店、2014

4）福地義之助、植木純：呼吸を楽にして健康増進－呼吸のセルフマネジメント－、照林社、2011

Ⅴ　生活行為向上のための生活課題分析とその助言のポイント【IADL、QOL 編】

1．掃除

1）自立支援型地域ケア個別会議やサービスＣ で見られる掃除活動の課題

要支援者では生活不活発による体力や筋力、あるいは精神や認知機能の低下等のさまざまな原因により、掃除機がけや風呂掃除、換気扇のなどの大掛かりな掃除が困難になります。また、視力の低下によりゴミやホコリが見えにくくなったり、軽度認知障害（MCI）では掃除の手順やゴミの分別、ゴミ出しの曜日が分からなくなることもあります。

掃除活動の課題として以下のものがあげられます。
①移動動線が確保されていない
②床に物が置かれて転倒の危険性がある
③掃除機の使用方法がわからず掃除が出来ない
④掃除機の吸引の影響でバランスを崩して転倒の危険性がある
⑤賞味期限が切れたものを食べる、飲む危険性がある
⑥衛生面的に感染症や呼吸器に影響を及ぼす
⑦ゴミ捨て場までゴミを持っていけずに自宅にゴミが溜まる
⑧ゴミの分別がわからずゴミが溜まる

汚れの放置は、ダニ、カビ、ホコリなどを原因としたアレルギー症状や呼吸器疾患の悪化や、床に散乱したごみや物につまずいて転倒するなどのリスクにつながる危険もあります。また、ゴミの分別やゴミ出しに困難が生じ始めると、いわゆるゴミ屋敷化し、本人の健康上のリスクに留まらず、悪臭や害虫被害など近隣トラブルにも発展するケースもあります。

2）掃除動作がもたらす心身機能・活動・参加への効果

＜心身機能への効果＞

掃除機の使用には、関節可動域、上肢･手指の筋力、立位バランス､応用歩行などの機能が必要となります。掃除機を片付ける、掃除機のスイッチを入れた瞬間やコードがあるものでは、体幹や下肢の支持性が要求されます。

ほうきなどの簡易道具では、掃除機と同様に機能はもちろん、握力、リーチ能力、巧緻性なども必要とされます。

水回りの掃除については、掃除をする場所によりますが細かいことを行うには巧緻性が必要となり、バケツやホースを利用する場合は、筋力や上肢機能が必要となります。

ゴミの分別には、箱を崩したり、ラベルを剥がしたりするため握力、ピンチ力、巧緻性、上肢機能は身体機能と必要となり、分別を考えると燃えるゴミや燃えないゴミなどを分ける認知機能は重要となります。

ゴミを出すことついては、住んでいる場所、自治体でルールが違うことを確認し、ゴミを出す場所までの体力、筋力を確認し、ゴミを持って歩くことを考えるとバランス能力が必要となります。また、出すためにはゴミ袋を縛ったりするためのピンチ力、巧緻性も必要となります。

どの場所を掃除する必要があるのか、これまで使用していた掃除用具は使用できるのか、一連の工程の獲得を目指すのか、あるいは一部の工程の獲得を目指すのかについて、対象者のニーズを把握します。また、一連の工程のうち、できていない工程を明確にし、できていない工程の原因について身体機能、認知機能、環境要因から検討を行います。

＜活動・参加への効果＞

掃除やごみを出すことについては、座位、立位バランス、歩行・応用歩行も必要になります。浴室を歩く場合は、バランスが必要となり、念入りにトイレや浴槽など掃除をする場合は、屈んだり、立ち上がったりする能力も必要となります。

掃除をすることで自宅内に人を招くこと、家庭内の掃除担当などの役割が出来ます。また、ゴミを収集場所まで出しに行く事で途中や収集場所で近所の方などと交流や挨拶をすることで活動は確保されます。

3）掃除活動の多様性と普遍的自立に向けた助言

現在の家庭で使用されている掃除機の種類は、最も一般的なキャニスター型（ノーマル型)、コードレスで使いやすいスティック型（スタンド型)、持ち運びがしやすいハンディ型、自動で掃除が可能なロボット型に分類されます。掃除機の種類によって操作や使用方法が異なるため、対象者がどのような掃除機を使用

しているかの情報は押さえておく必要があります。

4）疾患に応じた動作の工程分析と生活行為自立に向けた助言例

掃除は家事の中でも運動量が多いため、筋力維持やバランス機能の維持に適しています。しかし、掃除の内容は多岐に渡ることやゴミ捨てや掃除機操作など重量物の運搬も含まれていることから過負荷になる危険性もあります。そのため、疾患特性に応じた助言は必須であり、安全かつ負担の少ない方法を熟知しておく必要があります。

＜運動器疾患＞

掃除動作では、屈む動作や手を遠くまで伸ばす動作など粗大運動が多く必要となります。肩・肘・手関節などの上肢、腰などの体幹、膝、股関節の下肢と対象者の症状を見極めて関節や筋への負担を軽減、強化が出来るような助言が必要となります。

変形性膝関節症では膝関節の頻回な屈伸や重量物の運搬、長時間の歩行が痛みを増長します。

⇒掃除機をかける時はノズルを前に伸ばしてかけるのではなく、掃除機から身体が離れないようにして、30cm 幅ずつ小刻みにかけます。母趾側に力を入れながら掃除機をかけると、膝の外側にかかっていた体重が分散するため痛みが軽減します（図１）。

＜中枢疾患＞

掃除動作の助言としては身体面を中心にすることがあると思いますが、掃除内容によっては、細かい動作や滑りやすい所など認知機能が担保されている必要とされます。本人のニーズも含めて、リスク管理や操作手順などを踏まえた助言が必要とされます。

脳卒中などの片麻痺を呈する対象者が立位で掃除機を操作するためには、安定した移動能力やバランス機能、しゃがみ動作のための下肢機能が必要となります。

⇒立位バランスが良好な場合は、掃除機のノズル→麻痺側下肢→非麻痺側下肢の順で前進し、一旦止まりながら掃除機をかける、を繰り返します。コンセントの付け外しは、非麻痺側が壁側に来るようにし、非麻痺側下肢に体重を乗せながらコンセントに手を伸ばします。

＜呼吸・循環器疾患＞

掃除動作中に埃や塵などを吸い込む事への注意が必要であったり、浴室などの掃除などでは湿度にも意識をしなければならないなど配慮が多い活動となります。呼吸状態を理解した上での助言が必要となります。

呼吸器疾患患者は上肢の挙上、腹部を圧迫する動作、反復動作、息を止める動作で呼吸困難感を誘発しやすくなります。掃除機の準備や片付け、掃除機がけ、物の移動などが含まれるため負荷が高く、SpO_2 が低下しやすくなります。

⇒上肢を頼って掃除機をかけると、スピードも速くなり息切れも強くなります。上肢は体につけるように固定し、体全体を前後に動かして体重移動を利用してかけるとスピードが遅くなり息切れを軽減できます。掃除機のホースは長めにし、前かがみの姿勢を避けます（図２）。

図１　ノズルの動かし方

図２　掃除機のかけ方

＜運動器疾患＞

場所		工程	アセスメントのポイント（身体・認知・環境）	生活行為自立に向けた助言（動作変更への助言・環境調整への助言・プログラムへの助言・行動変容への助言）	
水回り以外	玄関・リビング・寝室・廊下など	汚れを認知する 汚れに合わせて道具を選択する 掃除しやすいように物を片付ける（どかす） 掃除する（箒で掃く・掃除機をかける・モップでふくなど） 道具を片付ける	＜身体機能面＞ ・フローリングや畳など床素材によっての移動能力の違い ・上がり框や段差を跨ぐなどの移動能力 ・掃除機などを持つ、上肢、下肢、体幹の筋力 ・掃除機や箒を利用する際のバランス能力 ・道具などを取る際に屈む動作時のバランス能力 ・掃除機のスイッチなどを操作する巧緻性 ＜認知機能面＞ ・汚れを認知 ・汚れに適した道具を選択 ＜環境＞ ・床の形状（絨毯、畳、フローリングなど） ・使用する道具（掃き掃除：掃除機・箒・ブラシなど、拭き掃除：床用洗剤、ぞうきん、フローリングシート、モップなど）	助言例	・膝や腰に痛みがあり、屈めない場合は長柄のモップなどを利用する ・膝や腰が痛み床のものを拾えない時は、マジックハンドやトングなど利用する ・物を拾う際、バランスが崩れそうな場合は手すりなど支持物がある所で行う ・ロボット掃除機を利用する ・普段から動線には物を床へ置かないように配慮する
水回り	キッチン・洗面台・トイレ・浴室	汚れを認知する 汚れに合わせて道具を選択する 掃除しやすいように物を片付ける（どかす） 道具を片付ける	＜身体機能面＞ ・浴室など水回りを歩く移動能力 ・浴槽などの水回りで屈んだり、立ち上がるバランス能力 ＜認知機能面＞ ・汚れを認知 ・汚れに適した洗剤や道具を選択することができる ・油汚れや水汚れが落ちていることが分かる ＜環境＞ ○キッチンの広さ ・キッチンの形状、広さ ・シンクの高さ ・キッチンの配置（シンク・レンジなど） ・洗剤やスポンジの収納 ・洗面所の広さ ・洗面台の高さ、形状 ・洗面所の配置（収納場所やタオルの位置など） ○風呂場の広さ ・洗い場の床材 ・浴槽の配置 ・浴槽の深さ、高さ ・段差の有無 ・手すりの有無 ・掃除道具の収納	助言例	〈キッチン〉 ・食器を洗う際は食洗機を利用する ・膝や腰が痛い場合、連続的にシンクなどを掃除すると疲労するため、椅子を近くに置き休憩する ・シンクなど遠い部分を洗う際は柄が付いたブラシなどを利用する ・キッチンなどハンドシャワー式に変更する 〈洗面台〉 ・膝や腰が痛い場合、連続的に洗面台などを掃除すると疲労するため、椅子を近くに置き休憩する ・洗面台など遠い部分を洗う際は柄が付いたブラシなどを利用する ・便器を掃除する際は、柄がついたブラシを利用し、決まった位置にブラシを置くようにする 〈トイレ〉 ・膝や腰に痛みがあり、屈めない場合はトイレの床は長柄のモップなどを利用する ・物を拾う際、バランスが崩れそうな場合は手すりなど支持物がある所で行う ・便器を掃除する際は、柄がついたブラシを利用し、決まった位置にブラシを置くようにする ・中腰やしゃがみ込みが難しい場合は、スペースに余裕があれば便器の前にベンチを置いて、ブラシや使い捨てシートを使って掃除をするか片膝を床につけて便器を抱え込むように掃除する 〈浴室〉 ・浴槽、浴室を掃除する際は、柄がついたブラシを利用し、決まった位置にブラシを置くようにする ・物を拾う際、バランスが崩れそうな場合は手すりなど支持物がある所で行う ・コードレスの充電式電動ブラシ（バスポリッシャー）や長柄のバスブラシを使用すると安全に効率よく洗浄できる

場所		工程	アセスメントのポイント（身体・認知・環境）	生活行為自立に向けた助言（動作変更への助言・環境調整への助言・プログラムへの助言・行動変容への助言）	
水回り	キッチン・洗面台・トイレ・浴室		○収納場所 ・使用する道具（長柄ブラシ・スポンジ・モップ・電動モップ・浴室用洗剤など）	助言例	

＜中枢疾患＞

場所		工程	アセスメントのポイント（身体・認知・環境）	生活行為自立に向けた助言（動作変更への助言・環境調整への助言・プログラムへの助言・行動変容への助言）	
水回り以外	玄関・リビング・寝室・廊下など	汚れを認知する 汚れに合わせて道具を選択する 掃除しやすいように物を片付ける（どかす） 掃除する（箒で掃く・掃除機をかける・モップでふくなど） 道具を片付ける	＜身体機能面＞ ・麻痺側下肢が段差など躓かずに歩く歩行能力 ・箒やモップを持って歩く応用歩行能力 ・掃除機などを立位で操作できるかのバランス能力 ・タンスなど高い所を掃除する場合の上肢やリーチ能力 ・雑巾などを絞る握力や筋力 ＜認知機能面＞ ・汚れを認知 ・汚れに適した道具を選択 ＜環境＞ ・床の形状（絨毯、畳、フローリングなど） ・使用する道具（掃き掃除：掃除機・箒・ブラシなど、拭き掃除：床用洗剤、ぞうきん、フローリングシート、モップなど）	助言例	・屈めない場合は長柄のモップなどを利用する ・屈むことが出来ず床のものを拾えない時は、マジックハンドやトングなど利用する ・物を拾う際、バランスが崩れそうな場合は手すりなど支持物がある所で行う ・ロボット掃除機を利用する ・普段から物を床へ置かないように配慮する

場所		工程	アセスメントのポイント （身体・認知・環境）	生活行為自立に向けた助言 （動作変更への助言・環境調整への助言・プログラムへの助言・行動変容への助言）	
水回り	キッチン・洗面台・トイレ・浴室	汚れを認知する 汚れに合わせて道具を選択する 掃除しやすいように物を片付ける（どかす） 道具を片付ける	＜身体機能面＞ ・浴室など水回りを歩く移動能力 ・ハンドル水栓金具などを操作する握力、上肢機能 ・雑巾などを絞る握力や筋力 ＜認知機能面＞ ・汚れを認知 ・汚れに適した洗剤や道具を選択することができる ・油汚れや水汚れが落ちていることが分かる ＜環境＞ ○キッチンの広さ ・キッチンの形状、広さ ・シンクの高さ ・キッチンの配置（シンク・レンジなど） ・洗剤やスポンジの収納 ○洗面所の広さ ・洗面台の高さ、形状 ・洗面所の配置（収納場所やタオルの位置など） ・掃除道具の収納場所 ○トイレの広さ ・便器の形状（洋式・和式） ・手洗いの位置 ・手すりの有無 ・掃除道具の収納場所 ・使用する道具（ブラシ・ぞうきん、使い捨てシート・使い捨てブラシ・便器用洗剤など） ○風呂場の広さ ・洗い場の床材 ・浴槽の配置 ・浴槽の深さ、高さ ・段差の有無 ・手すりの有無 ・掃除道具の収納 ○収納場所 ・使用する道具（長柄ブラシ・スポンジ・モップ・電動モップ・浴室用洗剤など）	助言例	〈キッチン〉 ・食器を洗う際は食洗機を利用する ・洗剤など片手で動作が出来るようにポンプ式のものを利用する ・物を拾う際、バランスが崩れそうな場合は手すりなど支持物がある所で行う ・連続的に立位作業で疲れる場合は、椅子などを近くに置き、休憩を入れる ・普段から動線には物を床へ置かないように配慮する 〈洗面台〉 ・膝や腰が痛い場合、連続的に洗面台などを掃除すると疲労するため、椅子を近くに置き休憩する ・洗面台など遠い部分を洗う際は柄が付いたブラシなどを利用する 〈トイレ〉 ・便器を掃除する際は、柄がついたブラシを利用し、決まった位置にブラシを置くようにする ・手が屈めない場合はトイレの床は長柄のモップなどを利用する ・物を拾う際、バランスが崩れそうな場合は手すりなど支持物がある所で行う 〈浴室〉 ・浴槽、浴室を掃除する際は、柄がついたブラシを利用し、決まった位置にブラシを置くようにする ・物を拾う際、バランスが崩れそうな場合は手すりなど支持物がある所で行う

＜呼吸・循環器疾患＞

場所		工程	アセスメントのポイント（身体・認知・環境）	生活行為自立に向けた助言（動作変更への助言・環境調整への助言・プログラムへの助言・行動変容への助言）	
水回り以外	玄関・リビング・寝室・廊下など	汚れを認知する 汚れに合わせて道具を選択する 掃除しやすいように物を片付ける（どかす） 掃除する（箒で掃く・掃除機をかける・モップでふくなど） 道具を片付ける	＜身体機能面＞ ・在宅酸素を利用している場合は、チューブ管理をしながらの箒など持ち歩く能力 ・床や低い所を拭き場合のスムーズに立ち、座り動作が出来るか ＜認知機能面＞ ・汚れを認知 ・汚れに適した道具を選択 ＜環境＞ ・床の形状（絨毯、畳、フローリングなど） ・使用する道具（掃き掃除：掃除機・箒・ブラシなど、拭き掃除：床用洗剤、ぞうきん、フローリングシート、モップなど）	助言例	・息切れなどで屈めない場合は長柄のモップなどを利用する ・息切れなどで屈むことが出来ず床のものを拾えない時は、マジックハンドやトングなど利用する ・物を拾う際、バランスが崩れそうな場合は手すりなど支持物がある所で行う ・ロボット掃除機を利用する ・普段から物を床へ置かないように配慮する
水回り	キッチン・洗面台・トイレ・浴室	汚れを認知する 汚れに合わせて道具を選択する 掃除しやすいように物を片付ける（どかす） 道具を片付ける	＜身体機能面＞ ・浴室など水回りを歩く移動能力 ・ハンドル水栓金具などを操作する握力、上肢機能 ・雑巾などを絞る握力や筋力 ＜認知機能面＞ ・汚れを認知 ・汚れに適した洗剤や道具を選択することができる ・油汚れや水汚れが落ちていることが分かる ＜環境＞ ○キッチンの広さ ・キッチンの形状 ・シンクの高さ ・キッチンの配置（シンク・レンジなど） ・洗剤やスポンジの収納 ○洗面所の広さ ・洗面台の高さ、形状 ・洗面所の配置（収納場所やタオルの位置など） ・掃除道具の収納場所 ○トイレの広さ ・便器の形状（洋式・和式） ・手洗いの位置 ・手すりの有無 ・掃除道具の収納場所 ・使用する道具（ブラシ・ぞうきん、使い捨てシート・使い捨てブラシ・便器用洗剤など）	助言例	〈キッチン〉 ・食器を洗う際は食洗機を利用する ・物を拾う際、バランスが崩れそうな場合は手すりなど支持物がある所で行う ・連続的に立位作業で疲れる場合は、椅子などを近くに置き、休憩を入れる ・普段から物を床へ置かないように配慮する 〈洗面台〉 ・膝や腰が痛い場合、連続的に洗面台などを掃除すると疲労するため、椅子を近くに置き休憩する ・洗面台など遠い部分を洗う際は柄が付いたブラシなどを利用する 〈トイレ〉 ・便器を掃除する際は、柄がついたブラシを利用し、決まった位置にブラシを置くようにする ・屈めない場合はトイレの床は長柄のモップなどを利用する ・物を拾う際、バランスが崩れそうな場合は手すりなど支持物がある所で行う 〈浴室〉 ・浴槽、浴室を掃除する際は、柄がついたブラシを利用し、決まった位置にブラシを置くようにする ・物を拾う際、バランスが崩れそうな場合は手すりなど支持物がある所で行う

場所		工程	アセスメントのポイント （身体・認知・環境）	生活行為自立に向けた助言 （動作変更への助言・環境調整への助言・プログラムへの助言・行動変容への助言）	
水回り	キッチン・洗面台・トイレ・浴室		○風呂場の広さ ・洗い場の床材 ・浴槽の配置 ・浴槽の深さ、高さ ・段差の有無 ・手すりの有無 ・掃除道具の収納 ○収納場所 ・使用する道具（長柄ブラシ・スポンジ・モップ・電動モップ・浴室用洗剤など）	助言例	

5）事例紹介　A さん

A さん。80 歳代前半の女性。要支援 1 。独居。以前から老人会の集まりや俳句の会などに参加し充実した生活を送っていました。きれい好きで家事には自信を持っていました。5 年前に肺気腫と不整脈と診断されましたが、定期受診と服薬によりコントロールできていました。今夏、脱水症状により意識朦朧としていたところを尋ねてきた友人が発見し入院しました。退院後は、歩行の不安と動作時の息苦しさからほとんど臥床してすごしていました。身の回りのことは概ね自分でできていましたが、簡単な食事の準備、下着程度の洗濯以外の家事は体力的に自信がなく行っていません。友人が頻回に訪ねてきてくれており見守り体制はできていましたが、様子を心配した遠方に住む娘により要介護認定の申請に至りました。A さんとしては、友人が訪ねてきた際に恥ずかしくないよう、居間とトイレだけは掃除をしておきたいと思っています。

6）A さんの工程分析から助言まで

A さんの場合、廃用症候群による全身の筋力低下および心肺機能低下（運動耐用能低下）に加え、既往である肺気腫による息苦しさが活動性の低下を引き起こしていると考えられました。これまでの役割を再獲得するためには、疾患特性に留意しながら日常生活の活動量を向上させることはもちろん、A さん自身が脱水を繰り返さないような知識の獲得とセルフマネジメントを含めた支援も併せて必要となります。今回は、A さんの掃除動作の工程分析で明らかになった「掃除機をかけながら室内を移動する」、「狭いトイレでの便器の清掃」の困難さの解消を中心に助言しました。A さんが日常的に使用していた掃除機はキャニスター型（ノーマル型）で、型が古く重いものでした。また、掃除機を収納している場所は廊下の突き当たりの押し入れであり、掃除のたびにそこから掃除機を取り出さなければなりません。重い掃除機を持ち上げながら出し入れすることは息苦しさを誘発しやすいため、1 階部分のみであれば、掃除機をキャスターつきの収納台に乗せ、引っ張りながら出し入れするよう提案しました。また、経済的に余裕があれば、スティック型（スタンド型）の掃除機の購入を勧めました。掃除機をかける動作は前傾姿勢になりやすく、上肢のみを使って掃除機をかけると、スピードも速くなり息切れも強くなるため、ホースは長めにして片手で持つことで前傾姿勢を防ぎ、上肢だけでなく前後の体重移動を利用しながらかけるようにしました。掃除の際はしっかり換気をしながら行うか、マスクを着用するようにしました。また、しゃがんだ状態での便器掃除は横隔膜の動きを妨げるため息苦しさを誘発します。その際は、立った状態で長柄のブラシや使い捨てブラシを使用しゆっくり拭く程度にするか、泡タイプのスプレー式洗剤を使用するよう提案しました。また、床の掃除はフローリングワイパーを用いて立ったまま軽く拭き上げる方法に変更しました。

2．洗濯

1）自立支援型地域ケア個別会議やサービス C で見られる洗濯活動の課題

①アセスメントの課題：洗濯動作は大きく分けて「運搬」「干す」といった転倒リスクの高い動作から「畳む」といった導入しやすい作業が含まれています。アセスメントにおいて、一部のリスクの高い作業が困難となった場合、本来できる作業についても困難

と見立ててしまっていることがあります。

②洗濯機の操作について：現在利用されている多くの洗濯機については自動設定で操作も簡易的です。しかし、高齢者や認知面の低下が伴う場合、機器の操作から洗剤の選択・投入など困難となる場合が多いと言われています。

③立位・移動動作：立位での動作が多く、独歩やしゃがみ動作に必要な下肢機能とバランス能力が求められます。また、洗濯機の設置場所、洗濯物を干す場所、乾いたものを畳む場所などが複数ヶ所にまたがることが多いため、運搬時の安定した移動能力も必要です。

④スケジュールの管理：洗濯動作は「洗う」「干す」といった動作にある程度待機する時間を有する行為です。そのため、洗い忘れ・干し忘れ・しまい忘れ等が課題となる場合もあります。時間・天候・洗濯物のたまり具合に合わせて洗濯動作をマネジメントする必要があります。

2）洗濯動作がもたらす心身機能・活動・参加への効果

＜心身機能への効果＞

洗濯は､洗濯機の操作や洗濯物の取出しといった「洗い」の動作から、干し場への「運搬」、布巾やシーツ・バスタオルなどの大きさの違う洗濯物を「広げて干す」動作、乾いた洗濯物を「取り込む」動作、皺にならないように「畳む」動作など作業工程は多岐にわたり、工程ごとに作業をする場所も変更になることが多くなります。また、この工程には立位での動的バランス能力や歩行などの移動能力、上肢の関節可動域や握力・ピンチ力、目と手の協調性などの上肢機能といったさまざまな身体機能が要求されるため、家事動作の中でも活動量が多い作業です。洗濯動作の継続はこれらの身体機能の維持・向上につながります。

＜活動・参加への効果＞

洗濯は自分以外の同居者の衣類もまとめて行う場合が多く、洗濯自体が家族内での家事の役割となる場合が多いです。また、洗濯物たたみは簡易的な作業であるため､心身機能の低下がある場合でも実施できます。通所サービスなどではお手伝いとして実施している施設も多く、洗濯物たたみを通して役割の獲得だけでなく利用者同士の交流の場ともなっています。

3）洗濯活動の多様性と普遍的自立に向けた助言

（1）洗濯機の種類と特徴

現在の家庭で使用されている洗濯機の種類は、二槽式、全自動洗濯機、ドラム式洗濯乾燥機、縦型洗濯乾燥機のいずれかです（表 1）。洗濯機の形状によって

表 1

型 ＼ 特徴	二槽式	縦型	ドラム式
メリット	・高齢者になじみがあり操作が単純 ・洗浄能力が高い ・水量の調節やすすぎの回数の変更など自由がきく ・洗濯、すすぎ、脱水が同時にできる ・壊れにくい	・泥汚れに対する洗浄能力が高い	・皮脂汚れに対する洗浄能力が高い ・乾燥機能が強力
デメリット	・洗濯→脱水層が手動 ・水に直接触れるため冬場は冷たい ・一度に洗濯できる量が少ない ・音がうるさい	・取り出し口が上にあるため洗濯槽の最下部にある洗濯物が取り出しにくい ・衣服が傷みやすい ・皺になりやすい	・洗浄能力が縦型に比べてやや劣る ・洗濯物の取り出し口が低い位置にあるためかがみ込むかしゃがまなければ取出しにくい ・広めの設置場所が必要 ・重量が重い
コスト	・本体価格が安価 ・節水	・本体価格が安価 ・たくさんの水が必要	・本体価格が高い ・節水

操作や使用方法が異なるため、対象者がどのような洗濯機を使用しているかの情報は押さえておきましょう。また、洗濯機の購入を検討する場合は、置き場所のスペースや間口との関係、ドアの高さと開閉方向、ボタン操作のしやすさ、表示の見易さ等について、使用する対象者に合うものを選択します。近年、高齢者向けに洗濯槽を浅くした縦型洗濯機も発売されています。また、IOT が搭載された洗濯機は、スマホから洗濯機を操作・確認ができるため、同居していない家族が操作の支援や、使用状況を確認し安否を知ることが出来ます。最新の機器情報についても情報を得ることが重要です。

4）疾患に応じた動作の工程分析と生活行為自立に向けた助言例

※日常生活で課題となりやすい工程を中心に記載します。

＜運動器疾患＞

洗濯動作では、各関節に負担となる負荷量の大きい動作が含まれます。各関節への負荷量を軽減するための方法・環境への助言が重要となります。

＜中枢疾患＞

片麻痺に対する代償方法の提示に加え、感覚障害や高次機能障害に影響（特にリスク管理）も考慮する必要があります。

＜呼吸・循環器疾患＞※呼吸器疾患を中心に記載

個々の疾患特性のアセスメントに加え、バイタルサイン・メッツ等の負荷量を踏まえて検討する必要があります。

＜運動器疾患＞

工程	アセスメントのポイント（身体・認知・環境）	生活行為自立に向けた助言（動作変更への助言・環境調整への助言・プログラムへの助言・行動変容への助言）	
洗濯物を取り出す	＜身体機能面＞ ・洗濯槽内へのリーチ ・洗濯物を移動する際の立位バランス（回旋・後退） ＜環境面＞ ・洗濯機の種類（縦型・ドラム） ・洗濯槽の深さ ・場所（屋内・屋外）	助言例	・肩関節疾患がある場合、洗濯槽内へのリーチや、濡れて重くなった洗濯物の取り出しは症状悪化のリスクが大きい ⇒痛みのない方の上肢で実施する ⇒一枚ずつ両手で取り出す ⇒乾燥機付きの場合、乾燥させてから取り出した方が軽く負担を軽減できる ・小物は洗濯ネットに入れることで、取り出す回数を少なくさせる ・籠は台のすぐ近くにおけるスペースを作り、回旋・後退動作等の転倒の危険性のある動作を最小限にする ・ドラム型の洗濯機の利用
干し場へ運ぶ	＜身体機能面＞ ・重い洗濯物を持つ能力 ・洗濯物を持っての運搬能力 ＜環境面＞ ・干し場の場所（屋内・屋外、晴天・雨天） ・干し場までの距離、段差の有無	助言例	・干し場への移動においてリスクが高い場合、干し場を室内の安全な場所へ変更する ・運搬は小分けにして、重量物の運搬は避ける ・運搬用の歩行器の利用 ⇒場所によって、ピックアップタイプか、車輪タイプを検討 ・洗濯物かごとピックアップ歩行器の併用例 ⇒洗濯物が取りやすく、バランスを崩した際の支持物となる（現場での評価は必須） ・乾燥機の利用（軽く乾かすことでも軽量化が図れる）
		プログラム	＜通所サービス＞ ・利用時に歩行器を利用し運搬する練習をする ＜訪問サービス＞ ・自宅での福祉用具の使用及び運搬動作の練習をする ・干し場までの動線の環境整備
洗濯物を干す・取り込む	＜身体機能面＞ ・立位での両手動作 ・上方へのリーチ範囲（洗濯物を干す動作） ・洗濯ばさみのピンチ動作 ・下方へのリーチ（洗濯物をとる動作） ＜環境面＞ ・干し場の環境（屋内・屋外） ・干し場の高さ ・干す道具（ハンガー・ピンチ等）	助言例	・座位にて実施する ⇒脊柱の変形（円背）による体幹・股関節の伸展制限により後方へバランスが崩れやすい ⇒前後左右へのステップや方向転換は転倒リスクが高いため避ける ・パラソルハンガーの活用 ⇒自身が動かずに座位・立位姿勢で干すことが可能 ・上方のリーチを軽減するため物干しさおの高さを低くする ⇒肩関節周囲炎の場合、肩の屈曲、外転、外旋姿勢は避ける ・しゃがまなくてもいいように洗濯物を置く台を利用する ・乾燥機の利用
		プログラム	＜通所サービス＞ ・座位でできる簡単なタオル干しを行う ・立位での両手動作訓練 ・自宅環境を想定した上での実際の干し作業訓練 ・変形性質関節症では、足趾の親指に力を入れて作業すると痛みが軽減する ＜訪問サービス＞ ・干し場の環境の確認と実施方法について助言を実施
		行動変容	＜情報提供＞ ・干す動作においては、痛みのない範囲での大きな運動は関節機能の維持に有効 ＜動機付け＞ ・自身以外の衣類を干すことを役割として意識できる ・干し場までの移動（屋外への移動）は生活範囲の拡大（外出）のきっかけになる

＜中枢疾患＞

工程	アセスメントのポイント（身体・認知・環境）	生活行為自立に向けた助言（動作変更への助言・環境調整への助言・プログラムへの助言・行動変容への助言）	
洗濯物を洗う	＜身体機能面＞ ・立位バランス ＜認知機能面＞ ・衣類の判断と選別 ・洗剤の適切な量が分かる ・操作の順番が分かる ・洗濯のスケジュール ＜環境面＞ ・洗濯機の種類（縦型・ドラム） ・使用している洗剤の種類（顆粒・液体・ジェル等） ・スイッチの形状や位置・場所	助言例	・色物と白色の洗濯物を脱ぐ際に分類しておく ・洗濯ネットで分類 ⇒ネットに多量の洗濯物を入れると重量が増加するため複数のネットを使用 ・ドラムタイプの洗濯機の利用 ⇒しゃがみ動作のリスクがある場合は縦型を利用 ・オムツを間違えて入れてしまう場合、オムツのラベルを書いたごみ箱を用意する ※ラベルの内容については、本人の自尊心・羞恥心に注意し記載する ・操作ボタン及び手順書の作成、提示 ・洗剤は片手で操作可能なプッシュタイプの容器を利用 ・洗剤、柔軟剤を兼ねた操作、選択が簡易なタイプのものを利用
洗濯物を取り出す	＜身体機能面＞ ・洗濯槽内へのリーチ ・洗濯物を移動する際の立位バランス（回旋・後退） ＜認知機能面＞ ・取り残しの確認 ・洗濯時間の管理 ＜環境面＞ ・洗濯機の種類（縦型・ドラム） ・洗濯槽の深さ ・場所（屋内・屋外）	助言例	・リーチャー、マジックハンドの利用 ・複数の洗濯ネットに入れておくと取り出しやすい ・乾燥機付きの洗濯機であれば少し乾かしてから取り出す ・洗濯機が離れた場所にある場合は、タイマーを併用し持参しておく ・IOT の活用（洗濯の終了がスマホへ通知が来る）
干し場へ運ぶ	＜身体機能面＞ ・重い洗濯物を持つ能力 ・洗濯物を持っての運搬能力 ＜認知機能＞ ・天候等の確認 ＜環境面＞ ・干し場の場所（屋内・屋外、晴天・雨天） ・干し場までの距離、段差の有無	助言例	・運搬用の歩行器の利用 ⇒片手で操作できる運搬歩行器・カート ⇒洗濯物かごの大きさと歩行器の荷台大きさを確認 ・段差等の課題なければ、その場で干してキャスター付きのハンガーラックにかけてそのまま干し場へ運搬する ・乾燥機の活用 出典：https://onl.sc/im7PUFu
		プログラム	・通所サービス利用時に、福祉用具（歩行器）を利用し運搬する練習をする ・訪問サービスを利用し、自宅での福祉用具の使用及び運搬動作を練習する ・干し場までの動線の環境整備、改修を実施する
洗濯物を干す・取り込む	＜身体機能面＞ ・立位バランス ・両手動作の能力 ・麻痺側上肢の把持、ピンチ機能 ＜認知機能面＞ ・衣類に応じた道の選択具（ハンガー・ピンチ等） ・干す時間や取りこむ時間のマネジメント ・乾いているかの確認 ＜環境面＞ ・干し場の環境（屋内・屋外） ・干し場での履物（サンダル等） ・干す道具（ハンガー・ピンチ等）	助言例	・座位にて実施する ⇒前後左右へのステップや方向転換は転倒リスクが高いため避ける ・乾燥機の利用・片手でできる道具の活用 ⇒折り畳みハンガー ⇒片手用ピンチハンガー 出典：https://onl.sc/QAZuFSY ・パラソルハンガーの活用 ⇒自身が動かずに座位・立位姿勢で干すことが可能 ・上方のリーチを軽減するため物干しさおの高さを低くする ⇒肩関節周囲炎の場合、肩の屈曲、外転、外旋姿勢は避ける ・しゃがまなくてもいいように洗濯物を置く台を利用する ・サンダル等の簡易的な履物は転倒リスクが高い ⇒履き替えを省略し、洗濯物が落ちても汚れない環境設定 ⇒すのこ、人工芝 出典：https://onl.sc/LrsQ9VM
		プログラム	＜リハ専門職による自宅環境のアセスメント＞ ・干し場の環境の確認と実施方法について助言を実施 ⇒訪問系サービス、または通所リハビリでの担当者会議の時に確認 ＜通所サービスでの支援＞ ・片手で使えるピンチハンガーの試用 ・机に広げてハンガーで干す

工程	アセスメントのポイント（身体・認知・環境）	生活行為自立に向けた助言（動作変更への助言・環境調整への助言・プログラムへの助言・行動変容への助言）	
洗濯物を畳む	＜身体機能面＞ ・両手動作の能力 ・麻痺側上肢の把持、ピンチ機能 ＜認知機能面＞ ・衣類の認識 ・構成能力 ＜環境面＞ ・洗濯物を畳む場所（床・机・椅子等）	助言例	・テーブルに衣類を広げて畳む ・シャツ類はハンガー掛けのまま収納する ・座位及び机を利用して実施する ・洋服畳み様の自助具の活用
		プログラム	・テーブルの上でタオルなどの簡単なものから畳む練習をする ・自助具を利用し衣類を畳む練習する
		行動変容	・自助具等を利用し、効率面や畳み方の出来栄えなどが改善することで実施する意欲につながる ・通所サービスでの具体的な役割となる ・グループで作業が行えるため仲間づくりにつながる

＜呼吸・循環器疾患＞※呼吸器疾患を中心に記載

工程	アセスメントのポイント（身体・認知・環境）	生活行為自立に向けた助言（動作変更への助言・環境調整への助言・プログラムへの助言・行動変容への助言）	
洗濯物を取り出す	＜身体機能面＞ ・疾患及び症状 ・負荷量及び注意すべき姿勢 ＜環境面＞ ・洗濯機の種類・高さ・洗濯槽の深さ・手すり等の有無	助言例	・前屈姿勢（腹部圧迫）や負荷量の大きな取り出す作業の連続は避ける ・口すぼめ呼吸を実施しながら行う ・ドラムタイプの洗濯機の利用及び、椅子座位での作業 ・ネットで小分けにして、取り出す回数を少なくする ・乾燥機で乾かしてから取り出す
干し場へ運ぶ	＜身体機能面＞ ・重い洗濯物を持つ能力 ・洗濯物を持っての運搬能力 ＜環境面＞ ・干し場の場所 ・干し場までの距離	助言例	・干し場への移動において、距離がある、階段を上がる場合、場所の変更を検討 ・休憩及び口すぼめ呼吸の実施 ・呼吸にあわせた歩行 ・水分を吸った洗濯物は重量があるため運搬用のワゴンを利用する ・乾燥機の利用 ・洗濯機周辺で干す ⇒置き型の干し台の利用 ⇒浴室乾燥機・除湿器の利用
洗濯物を干す・取り込む	＜環境面＞ ・干し場の環境（屋内・屋外） ・干す道具（ハンガー・ピンチ等）	助言例	・上肢を挙上した作業は息苦しさが増強するため、目線の高さ程度で干し作業を行う ・口すぼめ呼吸を行いながら実施する ・干し場の高さを低くする ・事前に座った状態でハンガー掛けにしておいてまとめて干す ・引っ張ると外れるピンチハンガーを利用する ・乾燥機の利用

5）事例紹介　H さん

H さん。70 歳代後半の女性。要支援 1 。独居。要介護状態の妹を自宅で介護していましたが、3 か月前に死去。その後、生活への張り合いと気力を喪失し、心身共に活動量の低下が認められています。友人の娘のケアマネジャーの勧めで要介護認定を申請。長年の介護による腰痛や膝痛（3 年前に変形性膝関節症と診断）があります。洗濯物の干し場は 2 階で、階段昇降時に膝の痛みがあること、ベランダに出る扉が開きにくいこと、洗濯物を物干し竿へ干す際や取り込み時に腰痛が出る、との訴えがあります。できる限り人の世話にはならず、できることは自分で行いたいと思っていますが、膝や腰の痛みとの付き合い方が分からず、悪化しないようになるべく臥床して過ごしています。

6）H さんへの工程分析から助言まで

H さんの場合、妹との死別直後の強い落ち込み（抑うつ状態）から活動量の低下が引き起こされていると考えられます。日中活動量の低下から全身の耐久性や筋力低下につながり、もともとあった変形性膝関節症や腰痛を悪化させていると考えられます。また、これまでの役割を再獲得するためには、日常生活の活動量を向上させることはもちろん、H さん自身が妹の喪失と向き合い、解決の糸口を見つけて乗り越えるための心理的サポートや、孤立防止を含めた支援も併せて必要となります。

今回は、H さんの洗濯動作の工程分析で明らかになった「洗濯物を 2 階のベランダへ運ぶ」、「洗濯物を物干し竿へ干す・取り込む」の工程の困難さ解消を中心に助言を行いました。H さん宅は 1 階が台所や風呂・トイレなどを含めた 1 DK のみのため、1 階部分には洗濯物を干すスペースがなく、どうしても 2 階に上がらなくてはなりません。そのため、洗濯物は一度に持って上がらず複数回に分けて運ぶこと、階段は膝の痛みが少ない脚から上り、痛みのあるほうから降りることを習慣づけるようにしました。また、洗濯物はため込まず、頻回に洗濯することで 1 回の洗濯物の量を減らし、何度も往復しなくてすむようにしました。床上から 160cm に設置された物干し竿は小柄な H さんには高く、無理な姿勢での作業が腰痛を引き起こしていることが考えられたため、つりさげ部分に大きめの S 字フックを取り付け、物干し竿を目線の高さまで下げることで作業をしやすくしました。ベランダへの扉が開けにくいことについては、取っ手の取り付けを提案しました。

7）おわりに

洗濯動作自体は作業する場所の移動や上下の重心移動を伴うダイナミックな動作が多く転倒のリスクを伴いがちです。しかし、洗濯動作は調理などとは違い、動作に連続性がないため動作を中断しても問題になることは少なく、本人のペースに合わせた動作の変更や環境調整、道具の変更などを調整できる特徴があります。早期からの動作チェックにより、未然にリスクを回避し安全な洗濯動作の継続を促すことは重要です。

3．調理

1）自立支援型地域ケア個別会議やサービス C で見られる調理活動の課題

要支援者は、独居や老夫婦世帯となり、意欲の低下や耐久性の低下、遂行機能の低下に伴い、起こってくる複合的な課題があります。

①家事経験の少ない高齢男性が調理を担う。
②以前行っていたように調理をすすめるが、複数の調理を同時に行えなかったり、調理中であることを忘れてしまったり、食品の管理ができなくなる。
③調理が面倒になり、献立が考えられず総菜や菓子類等を食べて、栄養のバランスが悪くなる。
④身体機能の低下により調理時間が長くなり、調理できず食事がおろそかになっている。

2）調理動作がもたらす心身機能・活動・参加への効果

＜心身機能への効果＞

調理は献立と食材を考え（食事計画）、必要な食材や調味料の調達・準備、そして実際に調理加工して、食卓に並べる（配膳・食卓構成）、後片付けまでが含まれます 。作業は一連の流れに沿って立位または座位で行うため、身体的および耐久性向上のトレーニングとして活用できます。3 食調理を行い、続けることによって生活リズムを整え、調理に伴う活動を行う事によって体力、耐久性が維持できます。

＜活動・参加への効果＞

調理は空腹を満たし、生命の維持・健康の増進のための栄養を摂取する目的だけでなく、盛り付けや食卓構成によっても演出されおいしく調理された料理を食することだけで生活に豊かさや満足感を与えるなどの意義もあります 。調理を広くとらえると、また、調理ができることで、生活の自立度が高まる場合が多いので、QOL の向上としても大きな意味を持ちま

す。地域活動の中でも男性の料理教室やサロン活動等調理を行う中で地域とのつながりを作る機会もあります。

3）調理活動の多様性と普遍的自立に向けた助言

（1）キッチンの形状

キッチンの形状は、I 型キッチン、アイランドキッチンなどその仕様も多岐にわたっています（図３）。現状のキッチンを使用することが多く、キッチンの形状に合わせて動線等の配慮が必要となります。

（2）キッチンのレイアウト

使いやすいキッチンレイアウトのポイントとして、キッチンの動線を考慮する必要があります。動線が悪いと使い勝手も悪く、効率的に家事を行うことができません。一つの動線の組み立て方として、コンロ、シンク、冷蔵庫の３点を結ぶ三角形の辺の合計が 510cm だと快適な作業が出来るレイアウトが目安です。また、シンクの環境は、「洗う（洗浄）」「切る（調理）」「火を扱う（加熱）」の作業が一直線でできるようにすると効率が上がります（図４、５）。

（3）調理時間の簡素化

何を作るか、１品あたりにかかる作業時間がどれくらいなのかを把握することで、食べる時間からの逆算が予測できます。また、複数品作る場合は、一番時間がかかる品から作成するように工程を組み立てます。最近ではスーパーの総菜や缶詰を活用した手軽にできる調理本も作成されており、長時間の立位が困難な場合は作業工程を簡略化することで、無理なく調理が継続できます。

4）疾患に応じた動作の工程分析と生活行為自立に向けた助言例

＜運動器疾患＞

運動器疾患の多くの方は関節等の痛みによる可動域制限と巧緻性の低下がみられます。また立位での動作バランスの不良もあります。この点をポイントに助言例を説明します。また主だった共通する事項もこの章で紹介します。

＜中枢疾患＞

自立支援型のケア会議にあがる脳血管障害等の方の

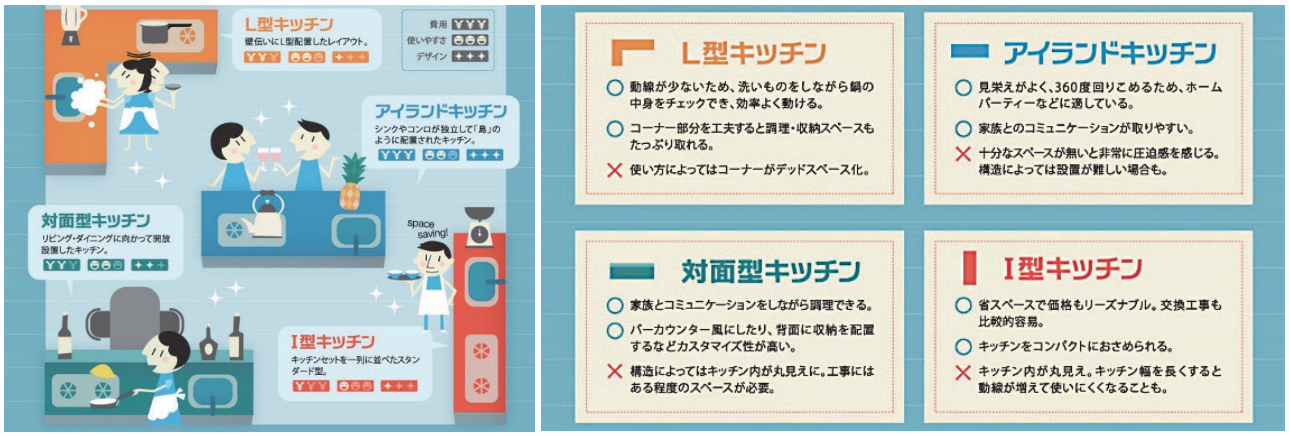


図３　キッチンの形状　種類と特徴

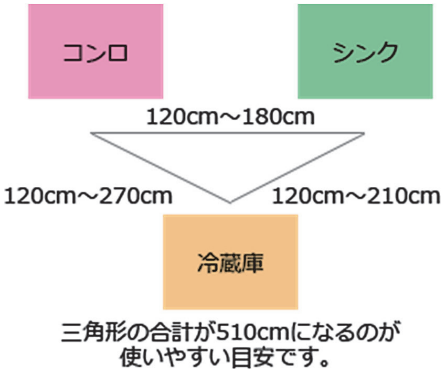


図４　キッチン内の動線を考えるキッチントライアングル

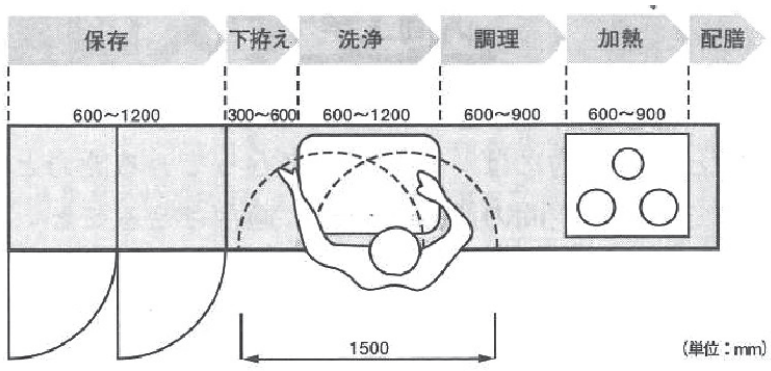


図５　作業の種類を考えた収納位置

多くは麻痺等による巧緻性の低下や感覚障害等の課題により調理が困難になることや時間がかかるケースがあります。この点をポイントに助言例を紹介します。

＜呼吸・循環器疾患＞

呼吸・循環器疾患の方は耐久性の低下の課題が挙がることがあります。この点をポイントに助言例を紹介します。

＜運動器疾患＞

工程	アセスメントのポイント（身体・認知・環境）	生活行為自立に向けた助言（動作変更への助言・環境調整への助言・プログラムへの助言・行動変容への助言）	
①献立を考える	＜認知機能面＞ ・食材の中から選んで献立を考えられる ・調理時間を考慮して開始時間を決められる ・手順・工程を理解している ・食品の賞味期限等の把握ができている	助言例	・チラシやカタログ等で献立セットになっているものを参考に献立を考えてみる ・調理本や簡単調理のレシピアプリ等の利用 ・冷蔵庫の前にホワイトボードを貼り、中身の書き出しを行う ・献立セットになっている物の購入（切った具材や調味料のセット）
		プログラム	・男性調理教室等に参加してみる ・通いの場やサロン等で栄養士さんに話を聞き、他参加者の方の献立を聞きあう
②材料をそろえる、洗う、切る	＜身体機能面＞ ・食材や調理道具をキッチンに運べる ・材料を洗う、切る等の巧緻動作 ・材料や器具を持っての移動 ＜認知機能面＞ ・作る量に応じた材料を揃えられる ・食品の賞味期限等の把握ができる ＜環境面＞ ・棚や冷蔵庫の位置や距離 ・水道等の蛇口の形状 ・シンクの高さ、深さ	助言例	・トレーに入れて両手や台車で運ぶ、滑らせて運ぶ、キッチンに寄りかかりながら運ぶ ・棚や冷蔵庫内の手が届く場所へ道具・材料を置く ・人数にあった調理器具を使用する。（以前使っていた大きい鍋等を使用している事がある） ・長時間の立位が困難な場合椅子等を活用 ・持たれて行えるような福祉用具を使用する。 ・蛇口の形状をレバー式にする ・包丁等の形状、大きさ、包丁だけでなくキッチンバサミ・スライサー等の使用 ・電子レンジ（材料を柔らかくする） ・カット野菜、冷凍野菜の利用
		プログラム	・家族等に調理器具や冷蔵庫の状況の確認依頼をする ・家族等に取りやすい位置への場所移動や使いやすい器具への変更を依頼する ・福祉用具事業者等へ依頼する
③調理し、盛り付ける	＜身体機能面＞ ・調理器具を持てる、動かせる ＜認知機能面＞ ・加熱時の注意が払える（途中で場所を離れない等） ＜環境面＞ ・コンロの火事予防機能	助言例	・座って行えるように机に加熱調理機（ホットプレート、IH 等）をおいて調理する ・タイマーを使用し、調理時間を忘れない ・電子レンジでの調理（シリコンスチーマー等） ・トングの使用 ・電気鍋での調理 ・軽い食器やワンプレート等検討 ・魚焼きグリル等の使用
		プログラム	・チラシ等での紹介 ・サロン等で他者の調理方法の情報収集 ・物を持っての移動プログラム ・関節の状況を考慮した立位バランス、歩行の向上への関り ・痛みの状況に応じて受診後外来リハビリでのプログラム実施 ・予後良好等であれば通所 C でのプログラム実施
④片づける	＜身体機能面＞ ・洗う動作 ＜環境面＞ ・洗った物を置く位置	助言例	・シンクに置いたまま洗う ・シンクにもたれて洗う ・食器洗い機の使用。 ・滑り止めシートや固定ブラシの使用
		プログラム	・ケアマネジャー、福祉用具事業所との同行訪問 ・片手や座っての動作での YouTube の紹介

＜中枢疾患＞

工程	アセスメントのポイント（身体・認知・環境）	生活行為自立に向けた助言（動作変更への助言・環境調整への助言・プログラムへの助言・行動変容への助言）	
①献立を考える	＜認知機能面＞ ・手順等の遂行機能が保たれているか	助言例	・短時間で行える献立の検討（アプリやインターネット利用）
		プログラム	・片手調理をしている YouTube 動画の参考例を見る ・片麻痺の調理教室等に参加してみる
②材料をそろえる、洗う、切る	＜身体機能面＞ ・両手動作か片手動作か ＜認知機能面＞ ・衛生的な管理を行える ・作る量に応じた材料を揃えられる ・食品の賞味期限等の把握ができる ＜環境面＞ ・水道等の蛇口の形状 ・シンクの高さ、深さ	助言例	・長時間の立位が困難な場合椅子等を活用 ・シンクに寄りかかり動作を行う ・片手の場合ボールやざる等を使用する。固定用に濡れ雑巾等を敷く ・持たれて行えるような福祉用具を使用する ・蛇口の形状をレバー式にする ・キッチンバサミ・スライサー等の使用 ・電子レンジ（材料を柔らかくする） ・カット野菜、冷凍野菜の利用 ・棚や冷蔵庫内の手が届く場所へ道具・材料を置く ・片手用等の調理器具を使用する。（以前使っていた大きい鍋等を使用している事がある）
		プログラム	・家族等に調理器具やシンクの利用状況の確認や変更を依頼する ・福祉用具事業者等へ依頼する
③調理し、盛り付ける	＜身体機能面＞ ・調理器具を持てる、動かせる ＜認知機能面＞ ・加熱時の注意が払える（途中で場所を離れない等） ＜環境面＞ ・コンロの火事予防機能	助言例	・座って行えるように机に加熱調理機（ホットプレート、IH 等）をおいて調理する ・タイマーを使用し、調理時間を忘れない ・電子レンジでの調理（シリコンスチーマー） ・トングの使用 ・電気鍋での調理 ・ワゴン等の利用 ・魚焼きグリル等の使用 ・軽い食器やワンプレート等検討
		プログラム	・チラシ等での紹介 ・サロン等で他者の調理方法の情報収集 ・通所 C でのプログラム実施
④片づける	＜身体機能面＞ ・洗う動作 ＜環境面＞ ・水温の管理 ＜環境面＞ ・洗った物を置く位置	助言例	・シンクに置いたまま洗う ・シンクにもたれて洗う ・食器洗い機の使用 ・滑り止めシートや固定ブラシの使用
		プログラム	・通所 C でのプログラム実施

＜呼吸・循環器疾患＞

工程	アセスメントのポイント（身体・認知・環境）	生活行為自立に向けた助言（動作変更への助言・環境調整への助言・プログラムへの助言・行動変容への助言）	
①献立を考える	＜認知機能面＞ ・食材の中から選んで献立を考えられる ・調理時間を考慮して開始時間を決められる ・手順・工程を理解している ・食品の賞味期限等の把握ができている	助言例	・調理本や簡単調理のレシピアプリ等の利用 ・少ない量で食事回数を増やし、食べやすいものを用意する ・献立セットになっている物の購入（切った具材や調味料のセット）
		プログラム	・チラシやカタログ等で献立セットになっているものを参考に献立を考えてみる ・通いの場やサロン等で栄養士さんに話を聞き、他参加者の方の献立を聞きあう
②材料をそろえる、洗う、切る	＜身体機能面＞ ・材料を洗う、切る等の巧緻動作 ・材料や器具を持っての移動 ＜認知機能面＞ ・作る量に応じた材料を揃えられる ・食品の賞味期限等の把握ができる ＜環境面＞ ・棚や冷蔵庫の位置や距離	助言例	・トレーに入れて両手や台車で運ぶ、滑らせて運ぶ ・棚や冷蔵庫内の手が届く場所へ道具・材料を置く ・長時間の立位が困難な場合椅子等を活用 ・シンクに寄りかかり動作を行う
		プログラム	・家族等に調理器具や冷蔵庫の状況の確認依頼をする ・家族等に取りやすい位置への場所移動や使いやすい器具への変更を依頼する
③調理し、盛り付ける	＜身体機能面＞ ・調理器具を持てる、動かせる ＜認知機能面＞ ・加熱時の注意が払える（途中で場所を離れない等） ＜環境面＞ ・コンロの火事予防機能	助言例	・座って行えるように机に加熱調理機（ホットプレート、IH 等）をおいて調理する ・タイマーを使用し、調理時間を忘れない ・歩行車やワゴンの利用
		プログラム	・チラシ等での紹介 ・サロン等で他者の調理方法の情報収集 ・通所 C でのプログラム実施 ・物を持っての移動プログラム
④片づける	＜身体機能面＞ ・洗う動作 ＜環境面＞ ・洗った物を置く位置	動作変更	・シンクに置いたまま洗う ・シンクにもたれて洗う
		環境調整	・食器洗い機の使用 ・滑り止めシートや固定ブラシの使用

5）事例紹介　I さん

I さん。80 代女性。要支援 1 。転倒による右橈骨遠位端骨折を受傷、シーネ固定による保存的加療。骨癒合後も手関節部の不快感があること、転倒の際に腰も打撲したことにより体調が優れず活動量が低下しています。次男と二人暮らしで、以前は家事全般を担っていました。現在は次男ができる範囲で行っていますが、次男の勤務が不規則なため生活のペースが乱されストレスが溜まっています。せめて調理は自分でしたいと思っていますが手関節の痛みや腰痛の悪化が怖く、自信がありません。

6）I さんの工程分析から助言まで

I さんの場合、転倒後に活動量が低下し今までできていたことが出来なくなっています。これまでの役割を再獲得するためには、まず主治医に相談しながら手関節の痛みと腰痛のコントロールが必要です。何をしている時にどれぐらい痛むのかを把握することに加え、これまで行っていた調理について、どのような工程で行っていたのか、所要時間はどれぐらいなのか、台所の環境などについて振り返ります。次に、現在 I さんの能力をマッチングさせていくことが大切です。身体機能面を向上するために、まずは 1 日の活動量を増やすことが求められます。ただし、痛みがある場合は無理をしないことを第一に考え、活動量については主治医に確認を取る必要があります。痛みのコントロールを行いながら、まずは腰痛悪化防止のために体操を行います。腰を支えるハムストリングスを伸ばす

事は腰痛の症状を緩和し、予防効果に繋がり、床座位や椅子座位にて行うことができます。右関節部に関しては手指・手関節の関節可動域を自分で動かすことで拘縮を予防します。入浴後など患部を温めて行うと痛みが緩和されます。また、手指の筋力をつけるためには、手に納まるぐらいのゴムボールをつかみ、握り離しを繰り返したり、バネ力の異なる洗濯ばさみの取り外しを行うと良いでしょう。ただし、やり過ぎて疲労感が残らない程度に行うように留意します。次に、調理を行うための環境調整としては、キッチン用の椅子に座りながら作業を行います。キャスターのついているものはキッチン内の移動には便利ですが、転倒の危険性もあるため固定性脚部が望ましいです。さらに、食器洗いは、シンクにもたれかかることで腰痛を緩和できます。最近は一人暮らし用の食器洗い器も販売されており、調理工程を簡素化することも検討が必要です。調理工程は複雑で変化に富んだ活動です。今までのやり方を見直し、適度に“ 手を抜き ”ながら継続して取り組めるためにはどうしたら良いのかを考えることも必要となります。

4．買い物

1）自立支援型地域ケア個別会議やサービス C で見られる買い物活動の課題

買い物は生命を維持するため、生活に欠かせない行為です。加齢に伴い徐々に買い物が難しくなったという事例は、ケア会議でよく取り上げられています。

①対象者自身の課題

歩行能力の低下、運転免許証の返納、認知機能の低下、行動範囲の狭小化など。

②支援体制の課題

単身もしくは高齢夫妻の単独世帯であり買い物支援をしてくれる人が居ない、配達エリア外など。

③生活環境の課題

過疎・中山間・離島などの交通困難地、スーパーが遠い、店舗入口が駐車場から遠い、店内が広い等。

作業療法士は、工程分析から動作の工夫や環境調整を行い、対象者に即した買い物への動機付けを行います。そして、１つの事例から、居住地域の特性・課題の抽出を行い、ケア会議から政策提言に向けて他職種と協業していきます。

2）買い物動作がもたらす心身機能・活動・参加への効果

心身機能への効果として、物品の運搬やリーチなど､応用歩行能力が維持されます。歩数計や歩行距離･時間をカウントすることで、目標の継続・達成感、健康への意識が高まり、また買い物や外出をしようという動機付けが生まれます。一緒に外出する家族や友人がいれば、会話を楽しめます。買い物や外出には、計画を立て、外出し、必要な物を購入するという一連の動作の中に、楽しさ、期待感、満足感、達成感等、精神面に良い影響を与える効果もあります。店舗では複数課題の処理による認知機能の活性化が期待されます。

少子高齢化社会で独居や単独世帯の高齢者が急増していますが、買い物や外出は地域に自分から関わる活動であり、地域社会と自身を結びつけ、居場所を作るきっかけとなります。高齢者が積極的に外出することで、社会的にも介護費・医療費などのコスト削減、地域活性化や消費拡大などの効果を与えることが期待されています。

3）買い物活動の多様性と普遍的自立に向けた助言

（1）必要な装備と準備

近年の気候変動に伴い、天候の確認、外出する時間帯の検討、熱中症やヒートショックの対策等が必要となってきました。また、安全な外出のためには、状態に合った福祉用具、足に合った靴の選定も必要となります。

（2）歩行の安定と荷物の運搬

①福祉用具の活用

買い物は、荷物を持って屋外を移動する動作となるため、歩行状態に合った福祉用具を検討します。訪問系サービス・同行訪問のセラピスト・福祉用具業者と相談し、試用してから福祉用具を選定します。保管場所があるか（集合住宅で共用スペースに保管する場合は管理人に確認が必要な場合があります）、ご自身で出し入れ出来るかも評価のポイントです。

②リュックサック、たすき掛け出来るバッグの活用

（3）買い物を容易にするために

①買い物かごの運搬

店内ではショッピングカートを利用し、歩行が不安定な場合は歩行車やシルバーカーを勧めます。

②支払い

財布の出し入れ、お金の出し入れが難しい場合は、キャッシュレス決済も紹介します。

③重たい物の購入

２リットルの水や米、食用油などの重い物は、購入後、配達してくれるスーパーがあります。

表２　移動に必要な福祉用具の比較

歩行車	シルバーカー	シニアカー（電動四輪車）
・歩行が不安定な対象者向け ・ハンドルが側面にあり、体重をかけて歩ける ・本体や車輪が大きめで安定性がある ・抑速ブレーキ付きもある ・重量は様々のため確認が必要 ・折り畳めるため、乗用車に積み込み可能 ・介護保険適用（福祉用具貸与）	・自立歩行が可能な対象者向け ・荷物を収納できる ・小型で軽量 ・歩行車に比べて安定性に欠ける ・歩行車やシニアカーに比べて安価であり、広く販売されている ・介護保険適用外	・ハンドル型電動車いす（JIS） ・運転免許証は不要。歩行者扱いのため、歩道を走行できる ・非課税 ・要介護２以上で介護保険レンタル可能 ・販売価格が高い ・家庭用電源で充電可能 ・手動でも動かせるが重い

（4）お店に行かずに買い物をする

①生協など

会員登録すると、ネットやアプリで入力したり、カタログを見て注文書に記載したりすることで、品物を注文できます。カット野菜や冷凍挽肉など少量から注文でき、一人暮らしや単独世帯に便利です。

②ネットスーパー

配達エリアの指定はありますが（一部送料負担）、ネットやアプリで品物を選び、配達を依頼できます。買い物カゴに１つ追加する毎に計算されるため、予算を考えながら買い物することが出来ます。

③ネットコンビニ

一部地域ではコンビニにある品物をアプリで発注し､配達するサービスがあります。ドローンを用いて、過疎地や中山間、離島へ配達する実験（一部実用化）も行われています。

④食材の宅配サービス

あらかじめ献立を選んでおくと、献立に必要な食材を配達してくれるサービスがあります。食材は生野菜以外調理済みの場合が多く、カロリー計算もされており、解凍・加熱など簡単な工程で仕上げることが出来ます。

⑤移動販売

買い物が難しい過疎・交通困難地には、コンビニの移動販売、スーパーによるバスの運行等、買い物を支援する取り組みが進められています。買い物はもちろん、住民の孤立を防ぎ、見守りや安否確認の役割も担います。

4）疾患に応じた動作の工程分析と生活行為自立に向けた助言例

＜運動器疾患＞

転倒・骨折の既往がある対象者の場合は、歩行耐久性と移動手段の確認が必要です。必要に応じて訪問系・通所系サービスのセラピストに助言を求めると良いでしょう。買い物動作はバランス能力、物の運搬、目的の物を探しながら歩く応用歩行、商品棚に手を伸ばすリーチ、認知機能など、一体的に評価する必要があります。どの工程で難しさを感じているか、他職種の情報も得ながら助言をします。

＜中枢疾患＞

片まひのある対象者については、歩行耐久性と共に適切な時間で移動出来るか（横断歩道など）、歩道や段差で転倒の危険性はないか、注意機能（車の往来、信号機など）、移動手段の選定が必要となります。訪問系・通所系サービスのセラピストに助言を貰えると良いでしょう。高齢者に対する転倒予測のカットオフ値は Time Up and Go Test で 13.5 秒です。お一人で外出出来るかどうかの目安になります。また、高次脳機能障害が残存している場合は、リスク管理や遂行機能も合わせて評価し、誰にどの工程で支援を貰えるとよいなど具体的な助言をします。

＜呼吸・循環器疾患＞

呼吸器疾患の対象者に対しては、歩行耐久性の他、携帯酸素の自己管理が出来るかどうかも確認が必要です。主治医にあらかじめ運動時の酸素流量、SpO_2 の値を確認しておきます。労作時の息切れが課題となるため、「してはいけない動作」について工程を絞って具体的に助言をします。交通手段の利用を勧めます。

循環器疾患の対象者に対しては、運動耐久性・運動時の禁忌事項について主治医に事前に確認しておきます。血圧の自己管理や心負荷のかかりやすい状況での外出（熱中症やヒートショックの危険性が高い気象条件での長時間の歩行、階段昇降、食後すぐの外出、睡眠不足等）を避けるよう助言します。交通手段の利用も勧めます。

＜運動器疾患＞

工程	アセスメントのポイント（身体・認知・環境）	生活行為自立に向けた助言（動作変更への助言・環境調整への助言・プログラムへの助言・行動変容への助言）	
買い物の計画・準備	＜認知能面＞ ・天候の確認 ・在庫を調べ、購入品を決める ・距離、店舗の規模、店内の環境（トイレの場所、通路の幅、休憩場所の有無など）から、行き先を決定 ・経路、移動手段の選択	助言例	・日頃から買い物しやすい店を探しておく ・チラシや店舗の Web 広告などで、価格を把握する ・購入するものはカテゴリごとに書き出しておく
		プログラム	【訪問系サービスのプログラム案】 ・買い物計画、移動手段の評価、福祉用具の選定 【通所系サービスのプログラム案】 ・買い物外出練習や移動販売の参加
		行動変容	・大型商業施設は、天候に関わりなく買い物や食事が出来、平坦な道をかなり歩くことが出来るため、運動にもなる ・一週間分の主菜だけをあらかじめ決めておくと、買う物を絞りやすく、日々の献立のストレスが減る。食材を使い切ることで食品ロスを減らし、食費の節約が出来る
店舗までの移動	＜身体機能面＞ ・移動能力（どのくらいの距離を歩けるか、適した移動形態、荷物を持った移動） ・車の乗降での禁忌肢位の確認 ＜認知機能面＞ ・目的地までの移動手段の検討 ・所要時間、距離、交通費の検索 ＜環境面＞ ・目的地までの道路状況	助言例	【移動】 ・総合ナビゲーションアプリ等を利用し、行程・交通費を確認する ・一人で外出が不安な場合は、家族や友人などに同行を依頼する 【移動における疾患別助言】 ・関節リウマチ→日内変動があるため、動きやすい時間帯に活動する。疲れやすいため休憩を多めにとる。膝関節、手指の関節に負担をかけないよう前腕支持型の歩行車を使う 【車の乗降における疾患別助言】 ・人工股関節術後→禁忌事項に注意し、座席に座ってから足を入れる 後方挿入　：　股関節が内向きに入らないようにする ・人工膝関節術後→膝を大きく曲げない ・脊椎圧迫骨折→深く前かがみしない
		プログラム	【ご本人、ご家族】 ・乗降手順を確認しながら車に乗る ・１日おき程度の頻度で自宅周囲を散歩し、屋外を歩き慣れておく 【訪問系サービスでのプログラム案】 ・自宅周辺の歩行練習、福祉用具の選定・使用の練習 ・近隣のスーパーの往復 ・車の乗降について注意点をまとめたものを渡す。 【通所系サービスでのプログラム案】 ・福祉用具の選定、使用の練習 ・他利用者と一緒に屋外歩行練習 ・送迎車を使用し、車の乗降の助言・指導
		行動変容	・歩数計をつけたり、アプリで歩数・距離・時間を計測、記録したりすることで、外出のモチベーションが上がる ・市町村やヘルスケア関連のアプリやポイントカードでは、歩数がポイントに加算され、貯まったポイントを買い物に利用できるものもある
買い物	＜認知機能面＞ ・周囲の状況の確認、危険予知 ・準備したメモを見ながら陳列棚を効率よく回る ・持って帰れるか考えながら買い物をする ＜環境面＞ ・陳列棚の配置は、店内の案内図を確認する	助言例	・不安な時はご家族や友人に同行を依頼する ・高い場所、低い場所へ手を伸ばす時は、転倒に注意する 【疾患別助言】 人工股関節術後 →　前方侵入：高い所の物を取る時、患側の足を後方に引かない 後方侵入：低い所の物を取る時は、患側の足を一歩引いてからしゃがむ 人工膝関節術後　→　深くしゃがんで低い所の物を取らない 脊柱管狭窄症　→　身体を反って高い所の物を取らない 関節リウマチ　→　手指の関節に負担をかけないよう店内はカートを押して移動する。エコバッグは提げずに前腕にかけて持ち歩く

工程	アセスメントのポイント （身体・認知・環境）	生活行為自立に向けた助言 （動作変更への助言・環境調整への助言・プログラムへの助言・行動変容への助言）	
買い物		プログラム	【訪問系サービスでのプログラム案】 ・近隣のスーパーでの買い物練習、直接場面での禁忌肢位の指導 ・リスク管理、福祉用具の使用方法について助言・指導 【通所系サービスでのプログラム案】 ・買い物外出練習 ・リスク管理、福祉用具の使用方法について助言・指導
		行動変容	・手術した箇所や疾患によるしてはいけない動作を守れるようになれば、安全に買い物外出できるようになる

＜中枢疾患＞

工程	アセスメントのポイント （身体・認知・環境）	生活行為自立に向けた助言 （動作変更への助言・環境調整への助言・プログラムへの助言・行動変容への助言）	
移動	＜身体機能面＞ ・移動能力（どのくらいの距離を歩けるか、適した移動形態、荷物を持った移動） ・歩道、横断歩道などの応用歩行能力 ・転倒リスク ＜認知機能面＞ ・高次脳機能障害 ・認知機能障害 ・他者とコミュニケーションをとる場合は失語症も大きな障壁になる ＜環境面＞ ・段差・傾斜、不整地、長距離、天候、道路交通状況、交通手段など、複数の状況を加味する	助言例	・最初はご家族や友人と一緒に外出する ・階段は非麻痺側から上がり、麻痺側から降りる ・車は座面に腰掛けて乗降する ・バスステップの昇降が不安な場合は、乗務員に協力を求める
		プログラム	【ご本人、ご家族】 ・近隣を散歩し、外出に慣れる 【訪問系サービスのプログラム案】 ・自宅周辺の歩行練習、福祉用具の選定、車の乗降の助言・指導 ・買い物計画、近隣のスーパーの往復 ・リスク管理、福祉用具の使用方法について助言・指導 【通所系サービスのプログラム案】 ・福祉用具の選定 ・他利用者と一緒に屋外歩行練習 ・外出練習 ・送迎車を使用し、車の乗降の助言・指導 ・リスク管理、福祉用具の使用方法について助言・指導
		行動変容	・安全に外出できたという成功体験が次の外出に繋がる
買い物	＜身体機能面＞ ・カートを押しながらの移動、他者との離合 ・商品棚へのリーチ、転倒リスク ＜認知機能面＞ ・注意機能（商品を探しながら歩く、メモを確認する等）、計算能力 ＜環境面＞ ・店内の広さ、通路の幅、混雑具合、陳列棚の高さ	助言例	・カートを押して他の客との離合が難しい場合は、スマホで店内の混雑具合を事前に確認するとゆっくり買い物できる
		プログラム	【ご本人】 ・日常生活の中で高い所に手を伸ばしたり、しゃがんで低い所の物を取ったりする動作を積極的に取り入れる（洗濯、掃除、棚から物を取るなど） ・散歩の時はリュックサックにペットボトルを入れて持ち歩き、物を運搬する練習を兼ねる ・コンビニ等広さの限られた店舗から買い物を始め、スーパーでの買い物に移行する 【訪問系サービスでのプログラム案】 ・近隣のスーパーでの買い物練習 ・リスク管理、福祉用具の使用方法について助言・指導 【通所系サービスでのプログラム案】 ・買い物外出練習 ・リスク管理、福祉用具の使用方法について助言・指導
		行動変容	・安全に高い所や低い所に手を伸ばせるようになると、自分で商品を手に取って確認することができ、欲しい物を選んで買うことが出来る

＜呼吸器疾患＞

工程	アセスメントのポイント（身体・認知・環境）	生活行為自立に向けた助言（動作変更への助言・環境調整への助言・プログラムへの助言・行動変容への助言）	
移動	＜身体機能面＞ ・パルスオキシメーターを持参し、SpO_2 を確認する習慣をもつ ＜認知機能面＞ ・酸素ボンベを携行する場合は、酸素の残量、流量、同調 / 連続、ボンベの交換、電池の残量、アラーム等を確認 ・「してはいけない動作」の理解 ＜環境面＞ ・移動距離、時間、休憩場所 ・道路状況 ・移動手段	助言例	・息切れが強い時は、立ち止まるかどこかに座り、口すぼめ呼吸をする ・重たい荷物は手に提げず、肩に担ぐか歩行器などで運ぶ ・車の乗降では、椅子に座ってから酸素ボンベを引き上げる ・歩行車や電動車いす、シニアカーを使用し、呼吸器への負担を減らす ・してはいけない動作の学習
		プログラム	【訪問系サービスでのプログラム案】 ・してはいけない動作の指導・助言 ・移動評価・練習、歩行器等の選定、使用方法の指導 【通所系サービスでのプログラム案】 ・してはいけない動作の指導・助言 ・屋外歩行練習 ・送迎車での乗降手順の練習、ボンベの積み下ろしの練習
		行動変容	・外出せずに自宅で座ってばかりいると、胸が硬くなって全身の筋力が低下し、息切れが悪化してしまう。外出することで息切れの改善効果が期待でき、気分転換もできる ・呼吸を楽に移動するコツを覚えると、外出のハードルが下がる
買い物	＜認知面＞ ・自宅周辺を歩き、SpO_2 を計測。流量、疲労感（Borg スケール）等をメモし、休憩のタイミングを把握する ・携帯用酸素ボンベの持続時間を確認し、外出計画を立てる ＜環境面＞ ・陳列棚の高さ	助言例	・陳列棚の高い所の物は店内スタッフに取ってもらう。低い所は片膝立ちで取る ・こまめに休憩を入れる。口すぼめ呼吸を心掛ける ・休憩所のある店舗を選ぶ ・歩行車に座って休憩をとる時はブレーキのかけ忘れに注意する
		プログラム	【訪問系サービスでのプログラム案】 ・してはいけない動作の指導・助言 ・移動評価（歩行耐久性など）、近隣のスーパーまでの歩行練習 ・移動補助具の選定、使用方法の助言・指導 ・高い所、低い所の物をとる練習 【通所系サービスでのプログラム案】 ・してはいけない動作の指導・助言 ・屋外歩行練習
		行動変容	・注意事項を守ることで活動範囲が広がる ・やりたいことを「息切れするから」と諦めず、専門職の協力を得てやれるようになることで、生活の質が高まる

＜循環器疾患＞

工程	アセスメントのポイント（身体・認知・環境）	生活行為自立に向けた助言（動作変更への助言・環境調整への助言・プログラムへの助言・行動変容への助言）	
移動	＜認知面＞ ・バイタル値の自己管理ができる ・きつい時は無理をしない ＜環境面＞ ・移動距離、時間、休憩場所 ・道路状況 ・移動手段	助言例	・高温・高湿度・寒冷時の外出は避ける ・息切れが強い時は、休憩を入れる
		プログラム	【ご本人】 ・主治医に運動時の血圧・脈拍数の上限、運動中止基準を確認する ・血圧手帳をつけ、自己管理をする習慣をつける ・スマートウォッチなど数値で確認できるものを携行する 【訪問系サービスでのプログラム案】 ・バイタル測定の習慣づけ（自己管理指導） ・移動評価・練習、移動補助具の選定、動作指導 【通所系サービスでのプログラム案】 ・バイタル測定の習慣づけ（自己管理指導） ・屋外歩行練習
		行動変容	・ご自身で体調管理できるようになることで、安心して外出できるようになる

5）事例紹介　D さん

80 歳代女性。要支援 2 。独居。自宅トイレで転倒し、右大腿骨頸部骨折。人工骨頭置換術のため 2 ヶ月入院していました。リハビリを続けた結果、 1 本杖歩行まで改善し、自宅退院しました。自宅内の移動は伝い歩き。身の回りのことは何とか自分のペースで取り組んでいますが、右大腿部と腰に痛みが出るため、出来るだけ歩きたくないと思っています。退院してから庭や近所に出ることはなく、買い物にも行っていません。調理は何とか行えています。D さんの自宅から 3 km 圏内にスーパーはありません。隣町に住んでいる長男は会社勤めをしており、週末に買い物を代行しています。D さんは昔から近所づきあいがあり、週に 2 回程度、近隣の人が野菜や手作りの惣菜を持ってきてくれます。長男も閉じこもりを心配し、週一回は一緒に買い物や外出が出来ればよいと思っています。

6）D さんの工程分析から助言まで

Dさんの課題は、右大腿部・腰部の運動時痛より歩行に消極的になり、閉じこもり傾向にあることです。入院により活動量が減少し、それに伴い体力・運動耐久性が低下しています。また、居住地の近隣にスーパーがないことも外出機会を減らす一因となっています。一方、D さんの強みは、 1 本杖で移動出来ること、身の回りのことは自分のペースで取り組めていること、ご家族の支援があること、近隣との交流が続いていることです。

現在、D さんは痛みにより買い物や外出を控えていますが、ご家族と近所の人の協力によりそれほど困っていない状況です。そのため、生活行為の聞き取りにて、D さんが「買い物に行きたいか」どうかを確認する必要があります。その上で目標の合意形成を図り、D さんが買い物に行くためにどうしていくかを検討します。

D さんの身体機能を向上させるために運動時痛のコントロールが必要です。D さんから主治医に相談し、服薬処方や適度な活動量の確認を行います。主治医の指示の下、通所リハビリテーション施設で下肢・体幹筋力練習や立位バランス練習、歩行車の選定・操作練習を行います。歩行能力が改善してきたら、買い物計画、リーチ練習、運搬練習、財布の出し入れや会計など、応用的買い物練習を行います。可能であれば、通所リハビリテーション施設での買い物外出練習に参加します。一連の買い物行為を通じて、D さんには自分で店に足を運び、品物を選ぶことの楽しさを再確認してもらい、買い物への動機付けを行います。練習の最終段階でご家族にフィードバックを行います。なるべく時間をおかず、週末にご家族の車で買い物外出をして頂き、状況や感想を聞き取ります。

プログラム終了時には、買い物行為の内容を振り返り、ご家族やケアマネジャーに申し送りをします。

ご家族と一緒に買い物に行き、好きな惣菜やパンなどを購入することから始め、夕食の献立を決めて生鮮食品を自分で選んで購入する等の段階付けを行うと、買い物が D さんの日常に取り入れられ、活動性の向上に繋がると考えます。

【文献】

1）福地義之助、植木純：呼吸を楽にして健康増進－呼吸のセルフマネジメント－、照林社、2011

2）長﨑重信監修、木之瀬隆編集：作業療法学　ゴールド・マスター・テキスト　日常生活活動学（ADL）改訂第 2 版、メジカルビュー社、2022

5．QOL

1）自立支援型地域ケア個別会議やサービス C で見られる QOL の課題

作業療法における QOL の向上は、生活行為の向上として置き換えることができます。私たちの暮らしは、24 時間、365 日連続して生活行為から成り立っています。生活行為を継続することで、健康を維持・増進しつつ、その人らしい生き方を探索し慣行することができると言えます。すなわち、生活行為（その人固有の生活行為）やその人にとって「意味のある行為」が狭小化、障がいされてしまうと、その人の「生活の質」も低下すると言えます（図 6 ）。

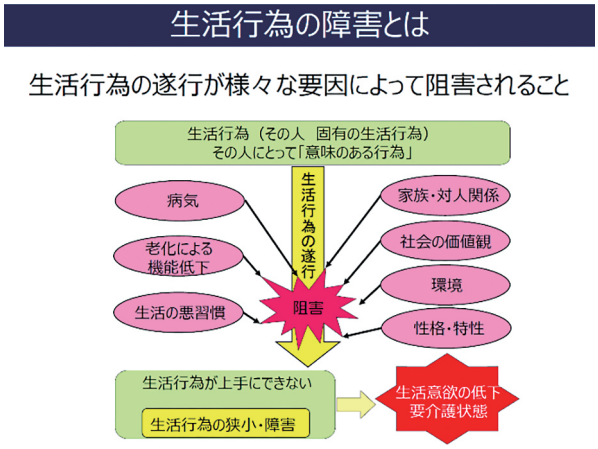


図 6

自立支援の為の QOL アセスメントは生活行為の５つの領域からアセスメントを行います（表３）。

２）QOL がもたらす心身機能・活動・参加への効果

＜心身機能への効果＞

QOL は、「生活の質」「生命の質」「人生の質」などと訳されます。すなわち、「ただ単に生活するのではなく、どれだけ自分らしく生き生きとした生活を送れるか」ということを尺度としてとらえる概念です。WHO の QOL の定義では、「個人が生活する文化や価値観の中で、目標や期待、あるいは基準、および関心に関連した個人の人生の状況に対する認識」とされています。QOL が高いということは、身体的・精神的にも健康で充実した毎日を活き活きと生活できる状態です。QOL を保つためには、身体的・精神的な健康を維持することが重要です。

＜活動・参加への効果＞

活動を行うことや社会参加することは、加齢にともなって低下していく筋力低下を予防し、姿勢保持や歩行能力の維持・改善につながります。活動を通じて、人と接し会話することは、認知機能の維持・改善につながります。また、運動をすることは生活習慣病の予防となり、身体機能の低下を予防することができます。その人にとって「意味のある行為」を実行することは、満足感を高め、生活を豊かにします。

社会との関わりは、外出をして地域住民と交流する、友人と会うと必ずしも自宅を出て行う活動とは限りません。自宅でソーシャルネットワークを通じて共通の趣味をもった仲間と交流する、時事に関する意見を新聞の投稿コーナーにあげるといった様に自宅内で出来る活動もあります。社会の関わり方は様々あり、対象者にとって「意味のある行為」を通じて社会と関わることが、対象者の QOL 向上に繋がります。

３）QOL に必要な視点

（１）社会参加活動

対象者の社会参加活動を促進させるためには、対象者の「作業の継続性」を念頭に置きながら、個人の活動から地域の社会資源の活用まで幅広く包括的にとらえていく必要があり、社会資源の把握が不可欠となります。社会資源とは、利用者がニーズを充足したり、問題解決したりするために 活用される各種の制度・施設・機関・設備・資金・物 質・法律・情報・集団・個人の有する知識や技術等を総称して言います（『精神保健福祉用語辞典』中央法規より）。市町村、地域包括支援センター、社会福祉協議会の職員やホームページ、社会資源マップ等から情報収集が行えます。

社会資源の活用としては、自治会や町内会で行われている①見守り・声かけ活動②自主グループサロン等の交流活動③生活支援等の助け合い活動や、認知症カフェ、地域サロンなどの情報を支援に結び付けていくことがあります。例えば、地域住民の協力を得るために認知症に関する学習の機会を設け見守り活動につなげたり、買い物や通院に出掛ける際の移動手段がない辺境地で活動の担い手の発掘やニーズ把握を目的とした調査活動の支援などを行ったりすることが考えられます。それぞれの地域の課題を把

表３

日常生活活動	手段的日常生活活動	生産的生活行為	余暇的生活行為	社会参加活動
• トイレ	• 掃除	• 賃金を伴う仕事	• 趣味，読書	• 高齢者クラブ
• 入浴	• 料理	• 畑	• 俳句，書道	• 町内会
• 更衣	• 買い物		• 絵を書く	• お参り
• 歯磨き	• 庭の手入れ		• パソコン，写真	• ボランティア
• 整容	• 洗濯		• 観劇，演奏会	
• 睡眠	• 自転車		• お茶，お花，歌	
	• 自動車運転		• 囲碁	
	• 公共交通機関		• 散歩，スポーツ	
	• 子どもの世話		• 競馬	
	• 動物の世話		• 手工芸，旅行	

握したうえで、連携や活動の提案を行っていくことが大切となります。ただし , こうした支援はすべて一個人で行えるものではなく、市町村、社会福祉協議会や地域包括支援センターなどと協働して関わっていくことが望ましいです。

（2）生産的・余暇的生活行為

対象者の生活を､過去から現在､そして将来まで「連続している生活」として理解し、支援する包括的視点が必要となります。特に、主要な項目は個人因子である性別、年齢、健康状態、生育歴、教育歴などを踏まえたうえでの個人の心理的資質や価値観、社会的背景と、環境因子である対象者を取り巻く家族や地域住民、友人たちとの関係性、公民館やお店へのルートや交通手段をアセスメントすることが必要となります。料理が好きな対象者が、自宅で一品料理することから始め、品数を増やす中で身体機能の向上を図り、自宅に友人たちを招いて一緒に料理する、或いは、地域住民の協力を経て公民館での調理活動へ参加する中で、対人交流を築いていく事が考えられます（利用者基本情報､興味･関心チェックシート等の活用)。

（3）日常生活・手段的日常生活活動

単に動作が行えるということではなく、対象者にとって役割や楽しみ、習慣として継続して活動出来ることが大切になります。例えば、更衣動作をアセスメントする際に、心身機能、活動レベルだけでなく、対象者はおしゃれに関心が高く衣服にこだわりがあるので、着やすさに加えて色や柄など本人の衣服に関する好みを確認する、独居生活でリズムを整える為に訪問時に着替えの声かけをしていくタイミングを話し合う等個人因子、環境因子に関する情報も把握していくことが必要になります。

（4）主観的 QOL の把握

聞き取りからアセスメント「本人が元気になったらどんな生活をしたいのか（主観的な QOL の把握)」を聞き出すことから始まります。対象者の活動と参加の中に､その人らしい生活行為を聞き取っていきます。それを聞きだす方法（コツ）として、以前の生活歴の確認や興味関心チェックシートを用いながら「本人が元気になったらどんな生活をしたいか」を聞き出します。

4）事例紹介　K さん

K さん。80 代女性。要支援 1 。変形性膝関節症（O 脚）による右膝の痛みが出現しています。その為、最近は杖歩行になっています。膝の腫れはそれほど見られませんが、立ち上がり時や階段昇降時に痛みが発生していました。また、床からの立ち上がり動作も困難となっています。現在は夫と二人暮らし。以前は家事全般を担っていましたが、膝の痛みが強くなるにつれゴミ出しや買い物、今までの役割であった集会所でのお茶会の段取りなどもできなくなっています。最近では徐々に生活の範囲が狭まり、近所の人との交流もなくなっています。「もうだめかな」などの発言も見られ、基本チェックリストの No21 ～ No25（こころ）では 5/ 5 となっています。本人の希望は「もう、年だからしかたない」「今よりも悪くならないようにこころがけます」と話されています。

※集会所には 3 段の階段があり手摺はついていません。自宅から集会所までの距離は 500m あり舗装された平坦な道となっています。

※以前の生活歴：集会所まで歩いて行き友人と会話をしていました。集会所では、自分が主となりお茶会を開催していました。鍵の開け閉め、道具の準備などすべて一人で行う世話役をしていました。友人もお茶会に参加しておしゃべりするのを楽しみにしていました。

※現在の生活：ゴミ出しが難しい立ち上がりや階段の上り下り時に痛みが発生しています。買い物に行く機会が少なくなっています。集会所に行くことができていません。

※興味関心チェックシート：友達とおしゃべり（してみたい）

※基本チェックリスト：運動機能 No 6 ～ No10 5/ 5　うつ No21 ～ No25　3/ 5 以前まで外出して友人と話すなどの活動はされていましたが現在は行われていないようです。本人はしてみたい活動となっていますが、基本チェックリストからわかるように意欲の減退が見られています。

（1）QOL 向上の工程と課題に対する助言例（表4)

（2）集会所参加に向けた助言

①痛みに関する助言

・痛みスケールを用いて痛みが軽い時は活動を行ってもらいます。

②移動に関する助言

・移動手段の確認をして補助具などのアドバイスをします。（杖の有無、長さ･使い方確認、シルバーカーの導入、手摺の使い方、階段の上り下りの方法など）

表４　集会所への参加と役割の再獲得

	工程	動作の変更への助言	道具や環境調整への助言	心身機能の向上への助言
企画・準備力	集会所まで 500 ｍの距離を移動	・杖の正しい使い方を助言する ・痛みの程度を主観的に 10 段階で判断し、活動量を調整する	・シルバーカーの活用 ・杖の高さ調整 ・天気予報を確認	・下肢筋力トレーニング（大腿四頭筋，内転筋群） ・歩行動作訓練 ・患部のホットパック ・体重管理を行う（BMI20 を目標）
	3 段の階段を上る	・かかとからゆっくり着地する ・足の裏をできるだけ長く床につけるようにしながら、徐々にかかとを上げていく		
	集会所の予約、鍵の管理	・世話役を一人でするのではなく，友人に手伝ってもらい当番制にする		
	お茶会の道具の準備	・立ち座りが伴う動作は控える ・友人に手伝ってもらう	・ワゴンカートなどを活用する	
実行力	お茶会の開催		・テーブルで行う	
検証・完了力	道具の後片づけ	・立ち座りが伴う動作は控える ・友人に手伝ってもらう	・ワゴンカートなどを活用する	
	集会所の掃除	・立ちながら行える拭き掃除，掃き掃除を担当する ・洗い物はシンクにもたれながら行う		
	家までの移動（500m）	・痛みが強い時は休憩を入れながら移動する	・シルバーカーの活用	

③自主訓練に関する助言

・膝の痛みが生じにくい訓練方法を提示して痛みの軽減を図ってもらいます。

④日常生活に関する助言

・今までできていたが最近できていない活動を聞き取り、自分ができる範囲から行ってもらいます。

例）調理や掃除など行うときはテーブルにもたれながら始めると良いですね。

⑤環境に関する助言・集会所まで歩くイメージの提供をしていきます。いつ、どこで、どのようにできるかを具体的に伝えていきます。

例）集会所までの距離が 500m なので、通常 6 分程度（徒歩時速　4 km/h）かかります。10 分間の歩行が可能になれば、余裕をもって集会所に行けるでしょう。

・今までの自分の役割であったお茶会の段取りを友人などに共有してもらいます。

（3）QOL の変化と活動と参加について

今回の事例は、膝の痛みが原因でお茶会に参加できなくなりました。ただ単にお茶会に参加できなくなっただけでなく、この方の役割の喪失、しいては身体機能や精神機能の低下にまでつながってしまっていました。もう一度、以前の生活を取り戻すためには、自助努力で行えること、周りの人に助けてもらいながら行えること、環境の設定や工夫で行えることについて、これをすることでどんな効果があるのか（心と体への効果）をわかりやすく伝える必要があります。

今回は、「集会所に行きお茶会の世話役を担い、友達と楽しくおしゃべりできるように」を目標に①痛みとの付き合い方、改善方法②移動手段の獲得③周りの友達の協力などを提示しました。先にも述べたように、QOL とは「ただ単に生活するのではなく、どれだけ自分らしく生き生きとした生活を送れるか」ということを理解することが大切です。 自分の大切な作業を行えることはすなわち、QOL が高いと置き換えることができますし、生き生きとした生活ができるということは、身体的・精神的にも健康で充実していると言えます。活動を維持・増進しつつ、その人らしい生き方を探索し慣行できるよう助言していくことが大切です。

Ⅵ　多様な人々への支援と生活行為向上【発達障害がある人と生活行為向上】

はじめに

この章では、今後、地域共生型社会に向けて、作業療法士が多様な人々へ支援していく必要性を踏まえ、高齢者に限らないさまざまな障害者に対して、生活行為向上に向けた考え方などを記載しています。

1．「地域共生社会」の実現に向けた地域づくりに関するこれまでの経緯

第Ⅱ章で掲載した通り、地域共生社会の実現に向けて、高齢者のみならずすべての人を対象とした支え合いの総合支援体制の新たな整備が求められています。

【今までの主な経緯】

・平成 27 年 9 月に「新たな時代に対応した福祉の提供ビジョン」(「新たな福祉サービスのシステム等のあり方検討 PT」報告)
・平成 28 年 7 月に「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部が設置
・平成 29 年 2 月に「地域共生社会」の実現に向けて (当面の改革工程)」を「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部で決定
・平成 30 年 4 月に改正社会福祉法が施行され、令和元年 5 月に地域共生社会推進検討会 (地域共生社会に向けた包括的支援と多様な参加・協働の推進に関する検討会) の設置

上記の通り、地域共生社会に向けた取り組みが推進されており、制度･分野ごとの「縦割り」や「支え手」「受け手」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が「我が事」として参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えて「丸ごと」つながることが必要とされています。そして、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会に、我々作業療法士が貢献していくためには、発達障害、精神障害、認知症、就労支援、地域移動支援など多くの領域や分野の知識・支援技術が求められています。

2．生活行為向上に向けた支援

第Ⅰ章に掲載した通り、生活行為向上に向けて MTDLP の概念、プロセス、視点、ツールの重要性をお伝えしました。今後、障害の有無に関わらず、より一層アセスメントやマネジメントが求められます。MTDLP の活用により、本人のしたい作業を分析し、自分でできること、行うこと、周囲の人に手伝ってもらうこと、環境を整えることなど、作業の多様な形を提案できます。また作業療法士が MTDLP を用いて、対象者のしたい作業を掘り起こし、個の活動から、地域の社会資源の活用まで提案することもできます。生活課題の解決に向け、その人らしい生活を地域で継続していくために専門的介入のベースとして MTDLP を活用することをお勧めします。

発達障害がある人と生活行為向上

1．はじめに

発達障害領域と他領域の違いとして、「成長」という要素が加わることが大きく、子どもの発達段階に応じた目標設定や活動の支援が求められることです。また子どもの特性として評価や課題のため設定した活動に応じにくいことや、主訴の主体が保護者であることが多く、作業療法士が難しさを感じる一因ともなっています。一方で、出来ない事が出来る様になった時は、わが子の様に保護者や関係者と一緒に、子どもの成長を分かちあい喜び合うことや、子どもの発達の面白さや奥深さを考えさせられることは、発達障害領域の醍醐味でもあり、この領域の虜になる要因ではないでしょうか。

本稿では発達障害児の現状と課題を知ると共に、発達障害児がどのように地域生活を送り、どのようなことを困難とし、作業療法士がどのように具体的な支援内容を行っているかを共有し、発達障害領域の作業療法士が地域包括ケアシステムの中で活躍できる一助となれれば幸いです。

2．発達障害の現状

日本では、周産期医療の発展により、500g で産まれても命が助かる一方で、胃ろうやたんの吸引、人工呼吸器といった医療的ケアやデバイスと共に生きる障害児「医療的ケア児」はここ 10 年で約 2 倍に増えています。また、診断基準の確立や発達障害という概念の社会的拡がりにより、発達障害児が急増しています。学校基本調査によると、特別支援学級に在籍する児童生徒数は、2010 年の 14 万人に対して、2020 年は

2倍の30万人に増え、なかでも「自閉症・情緒障害」の児童生徒数は、10年間で2.7倍にまで増えています。さらに、先進国のインクルーシブ概念の浸透もあり、医療的ケア児や発達障害児が在宅、幼稚園、保育園、学校等の地域で生活するケースも増えています。これらを背景に地域で生活する多様な障害児の増加と並行して、作業療法士に対する社会的ニーズも高くなっています。一方で発達障害領域を専門としている作業療法士は全体の5%（JAOT 2021年9月号）と非常に少ない状態が続いています。発達障害領域の作業療法士の人材育成は急務ですが、この領域特有の難しさがあり、成り手不足であることも課題となっています。

3．地域社会に参加する子どもの権利

障害の有無に関わらず、全ての子どもには地域社会に参加する権利があります。障害があってもなくても子どもが育ち、社会参加できる地域社会であることが必要です。障害によってその権利が阻害される場合は、可能な限り地域の保育、教育等の一般的な子ども施策を受けられるようにすることはもちろん、同年代の子どもとの仲間づくりや、障害のない子どもと同様に様々な経験や体験ができて、あたりまえに地域で過ごすことが出来るようにすることが重要です。障害のある子どもは障害のない子どもと比べ、活動の内容や範囲、人間関係が相対的に狭いことが想定され、かつ大人の監視下に置かれる時間が圧倒的に多いこともあり、地域での様々な体験や経験を積み重ねる機会を保障することが重要です。子どもが地域の中にある様々な資源や場所と繋がり、社会参加の体験や経験の機会は、“地域の中でできる限り当たり前に過ごす”ことを実現するためには必要不可欠です。

4．インクルーシブ社会の実現に向けて

障害者権利条約では、障害を理由とするあらゆる差別（「合理的配慮」の不提供を含む。）の禁止や障害者の地域社会への参加・包容（インクルージョン）の促進等が定められ、障害のある子どもの支援に当たっては、子ども一人一人の障害の状態及び発達の過程・特性等に応じ、合理的な配慮が求められます。また、地域社会で生活する平等の権利の享受と、地域社会への参加・包容（インクルージョン）の考え方に立ち、障害の有無にかかわらず、全ての子どもが共に成長できるようにしていくことが必要です。厚生労働省の児童発達支援のガイドラインでは、地域社会への参加・包容（インクルージョン）の推進と合理的配慮の実現を目標に掲げています。文部科学省は、共生社会の形成を目標に掲げています。「共生社会」とは、これまで必ずしも十分に社会参加できるような環境になかった障害者等が、積極的に参加・貢献していくことができる社会です。それは、誰もが相互に人格と個性を尊重し支え合い、人々の多様な在り方を相互に認め合える全員参加型の社会です。このような社会を目指すことは、我が国において最も積極的に取り組むべき重要な課題です。学びにおいては、文部科学省では「インクルーシブ教育システム」の構築を目指しています。文部科学省は、共生社会の形成に向けて、障害者の権利に関する条約に基づくインクルーシブ教育システムの理念が重要であり、その構築のため、特別支援教育を着実に進めていく必要があると考えています。具体的には小・中学校における通常の学級、通級による指導、特別支援学級、特別支援学校といった、連続性のある「多様な学びの場」があります。同じ場で共に学ぶことを追求するとともに、個別の教育的ニーズのある幼児児童生徒に対して、自立と社会参加を見据えて、その時点で教育的ニーズに最も的確に応える指導を提供できる、多様で柔軟な仕組みの整備を行っています。この様に国としても、障害の有無に関わらず、全ての子どもに地域社会への参加が出来るようにし、できる限りあたりまえに地域で過ごすことができる社会を実現しようとしています。

5．地域システム…地域が育つこと（変わっていくこと）への関与

障害児支援の背景として、一人の子どもに複数の関係者や関係機関が関わっている事が多いため、情報共有がされにくいです。また乳幼児期（小学校入学前まで）、学齢期、卒業後のライフステージごとに関係機関が変わっていくことに対応した地域のネットワーク体制が構築されていないという課題もあります。障害のある子どもが地域で健やかに発達・成長していくためには、地域の関係者や関係機関による地域の体制作りが不可欠です。たとえば、緊急災害時、連携網ができていることで早急な対応が可能となる、また虐待等があった場合にも早期に発見・対応することが可能となります。各関係機関がコミュニケーションをとりながら重厚な地域の支援体制を構築していくことが求められています。子どもへの支援に関わる関係者や機関はさまざまあり、目的により連携の仕方は異なります。各機関との連携の前提として、虐待等の緊急性を要すること以外は、子どもと保護者の同意を得ること、ま

た、他機関との連携の前に必ず子どもや保護者との信頼関係を築いておくことが必要です。連携には「支援の連携」と「地域づくりの連携」の２種類あります（図１）。「支援の連携」は子どもや保護者へ対しての連携であり、今の課題に対して短期的な連携になります。具体的な連携方法としては、日々の情報交換の場で積極的に連絡したり、送迎時に声をかけたり、担当者会議に出席するなど､様々な連携できる機会はあります。信頼関係は一朝一夕で築かれるものではなく、日々の連携を積み重ねていくことで、信頼関係が築かれていくと考えます。このように関係者と連携を密にし、情報を共有することで、障害のある子どもの姿を多面的に捉え､理解を深めることができます。支援の方向性、目標、内容が一致すれば、支援の質が向上し、その結果として、子どもたちの生活が豊かになり、保護者にとって子育てが楽になることへつながっていきます。「地域づくりの連携」とは「支援の連携」の延長線上にあり日々の連携を積み重ねていくことで作られていくもので長期的な連携になります。「地域づくりの連携」は、上記の連携を積み重なっていくことで関係機関と顔の見える関係性を構築していきます。このような関係性を構築と並行して、自立支援協議会や職能団体等で地域の課題を共有したり協議を行ったりすることも「地域で育つ」ための地域システムを作るためには必要なことで、地域の様々な活動へ積極的に参加をしていく姿勢は大切です。

６．発達障害領域での作業療法士への関わり

発達障害領域のおける作業療法士の関わりの期待としては、活動と参加の支援です。活動と参加とは、特に参加とは、単に保育所や幼稚園に通っている、学校に通っている、その場にいることが参加ではなく、その場にいて、そしてそこでの生活の在り様が検討されるべきことです。生活の在り様を検討すること、充実しているかどうかは、単に求められる能力スキルの高い活動に従事できているかどうかではなく、本人の状態や能力に応じた活動に、参加できているかどうかです。作業療法士が実現したいことは、様々な支援を提供することによって、活動と参加が実現することなのです。不器用を支援するとは、不器用を改善することだけでなく、不器用な事態を生きている子ども自身への支援を行うことであり、いわゆる二次障害の予防を視野に入れながら、活動と参加を支援することです。

７．事例

注意欠陥･多動症（ADHD）である小学校１年生（７歳）、男児の事例を紹介します。家族構成は父、母、児の３人暮らしであり、父は仕事が多忙で、母がワンオペで子育てを行っています｡学校は通常級に在籍し、授業中はノートをとることもなく、前席の児童や外の車を見ていることが多く、授業に集中出来ず先生から怒られることが多い状況です。飽きてくると立ち上がり、うろうろと歩き回り授業に参加できません。先生は立って歩くことを叱りますが、先生が注意しても無視することもあり、男児にどのように関わったら良いか悩んでいます。友達は、話しかけるが無視されることが多く、男児が一人でいることが多いです。母は、授業でいつもクラスのみんなに迷惑かけている後ろめたさが強く、相談できる人がいません。就学前は児童発達支援センターで発達支援を行っていましたが、現

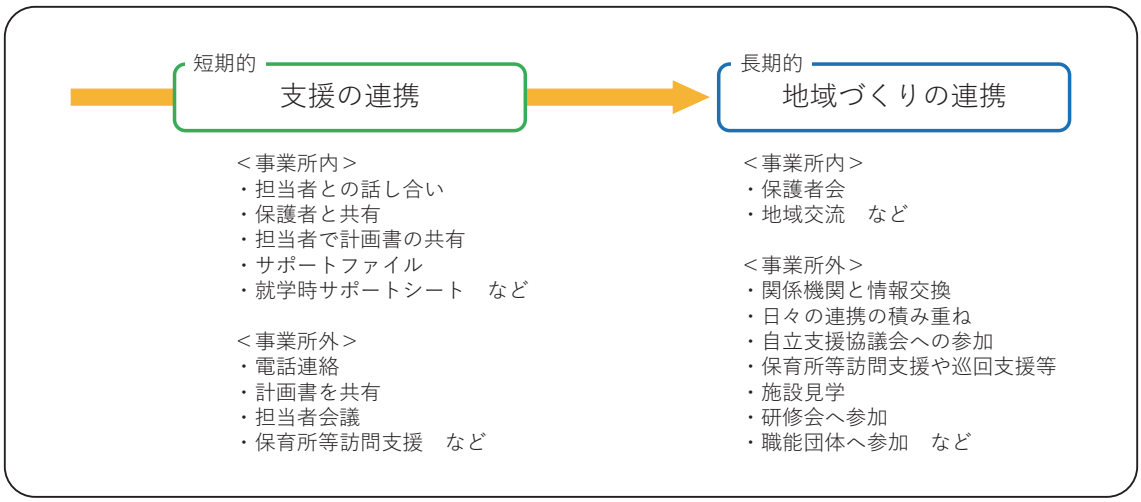


図１　こどもの育つ地域をつくるヒント

在は福祉サービスの利用なく、主治医より障害児通所支援事業所の勧めがあり、放課後等デイサービスにて２回／週（個別療育・集団療育）開始となります。

まず、この様なケースを発達障害領域の作業療法士はどのように捉えるかというと、様々な整理の仕方はありますが、PEO モデル（図２）を使って考えます。このPEOモデルとは､人がもっている特性や能力【人】と、本人を取り囲む【環境】、そして、どんな【作業】活動に取り組んでいるのかという３つの要素、【人－環境－作業】の相互作用の結果として生じるものであると考えられております。上記の３つの要素が重なり合う部分が、作業遂行と言い、その人にとってちょうど良い、活動や経験ができる状態になります。端的に言うと、こどもにとって難しくてできない状態でもなく、簡単すぎるわけでもなく、本人の成長できる活動や経験できる状態になります。

今回の事例を PEO モデルに当てはめて、行動の背景を分析すると、図３の通りとなります。

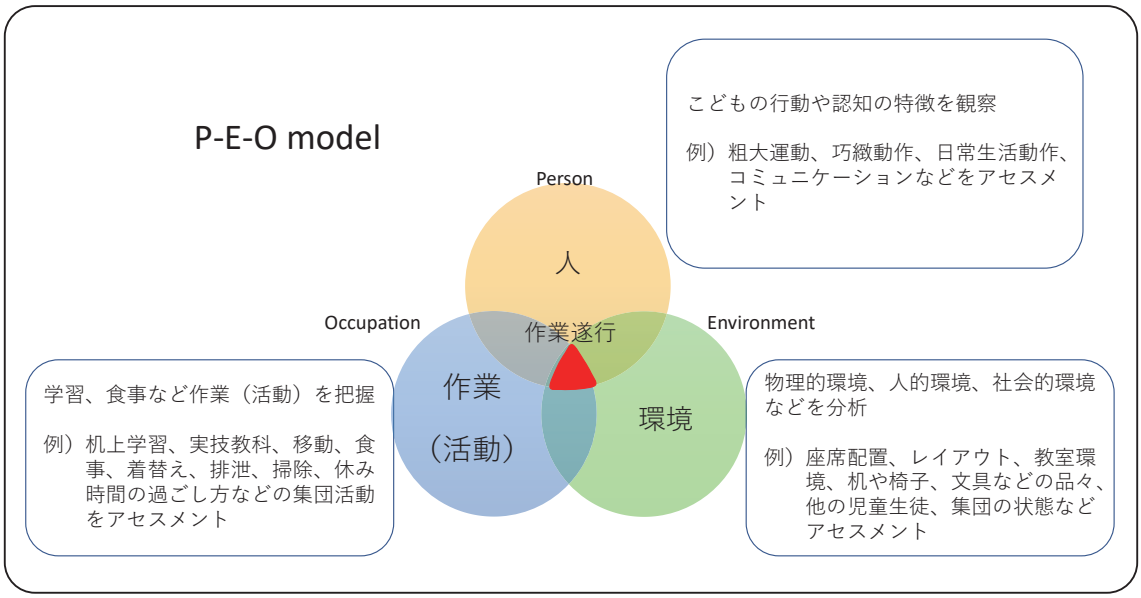


図２　発達領域における作業療法士の視点

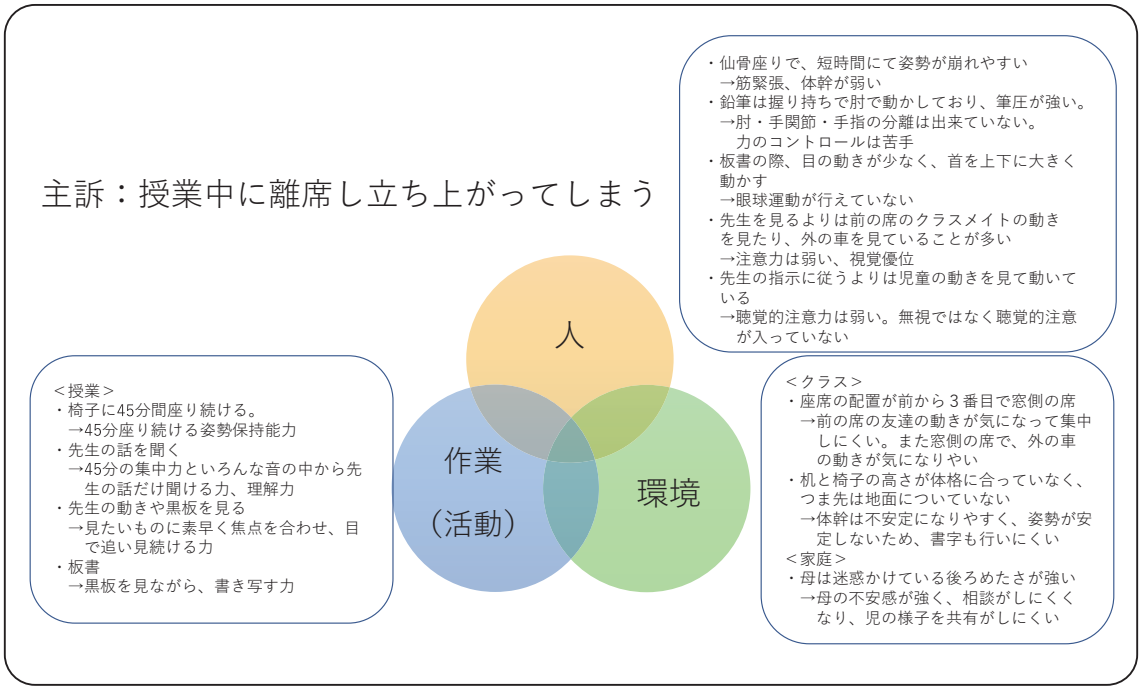


図３　行動の背景を分析

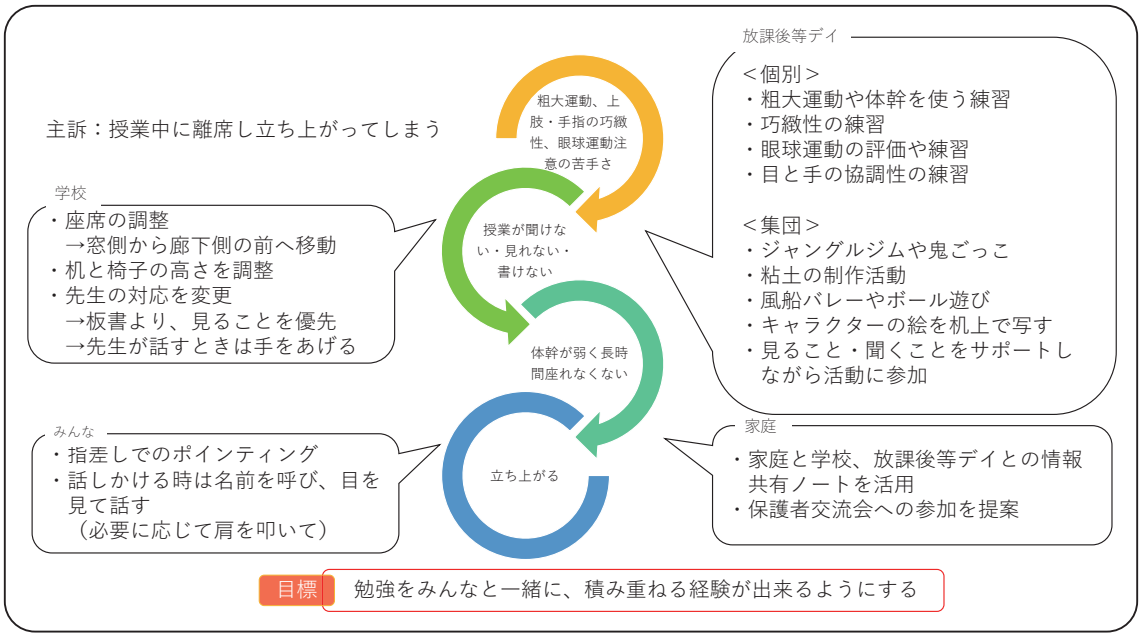


図４　分析結果を統合し、関わり方を考える

さきほどの PEO モデルの分析した結果を統合し関わり方を考えます（図４）。分析結果を統合すると男児が授業中に離席し立ち上がるのは、もともと粗大運動、手指の協調運動、注意力、眼球運動の苦手さがあり、授業を聞く、見る、書くことは困難であり、さらに体幹も弱く長時間の座位保持が困難であるため、立ってしまう行動に繋がっていると考えます。次に分析し統合した内容から、目標と関わり方を考えます。目標は先生と母と本人の希望も合わせて考えていきます。まずは一つひとつの経験が積み重なっていかないため、積み重なるような経験をみんなと一緒にしていくという目標を参加者で立てました。それをもとにそれぞれの関係者が行っていくことを決めていきます（図４）。このような関わりをしながら目標である勉強をみんなで一緒に、積み重ねる経験が出来るようにすることを目指していきます。

ここで行った作業療法士の支援を考えてみると、人、作業、環境を分析・統合し、こどもだけだはなく、学校、家庭にとってちょうど良いを支援作っています。ちょうど良いというのは、お子さんができることを、積み重ねられ、先生も無理なく家庭でもできる支援方法になります。この様に PEO モデルを使い、こども、保護者、地域支援がむりなく現実的な「ちょうどよい支援」を作ることができます。

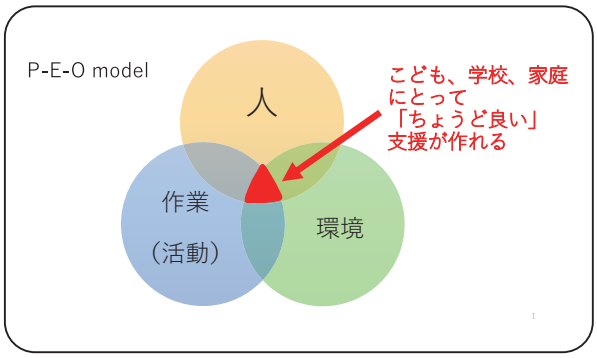


図５　OT の支援

具体的な作業療法士の支援は、どのように進めていくか説明します。様々な課題があるケースですが、今回は例として板書ができるようになるまでの支援のプロセスを説明します。いきなり板書ができるように目標を立てるのではなく、スモールステップで達成が可能な目標を立てていきます。このケースであれば、まずは、STEP1 では、筋緊張や体幹が弱いため、粗大運動の経験を最初の目標にし、力の調整が出来る様にしたのちに、STEP2 の巧緻動作の目標に進めていきます。指先など運動や感覚が育ってきたら、STEP3 より眼球運動の練習をしていきます。最後に STEP4 で、指先と目をあわせた協調性の運動を目標にしていきます。ステップ２の巧緻動作の獲得を細かくみていくと、すべて事業所で行うわけではなく、個別･集団･学校と行う活動を分けて考えていきます。こちらは個別・集団・学校と活動によって獲得できることが違う

ため、その活動のなかで獲得できることを考えていきます。この様に一つの STEP の中に、個別・集団・学校と段階がありスモールステップを進めやすくしております。具体的には、まずは個別でブロックやはさみを用いて、橈側・尺側分離の練習し、小集団の集団療育では、サポートしてもらいながら粘土や折り紙を行い指先の分離を促していきます。生活の場である学校で鉛筆補助具を使い分離を促しながら書字を行います。これが足し算の支援と言われており、できないことがあれば図６のように個別療育や集団療育という台をおいてできるようにしていきます。また出来るようになったら継続的にサポートしているわけではなく、台を減らしていき、通常に戻していきます。これが引き算の支援になります。出来ないことであれば台を足して、できるようにしていき、出来るようになったら台を外して、通常に戻していきます。

実際は１つの練習がインパクトをあたえて出来るようになることは少ないです。図７の様に基本的には繰り返し経験していくことでできるようになるため、様々な場所で経験できるように支援しています。特性や障害があり経験や体験されにくい場合は、意図的に経験できる機会を繰り返しつくっていくことが成長へ繋がります。

その後、男児は黒板からの板書はできませんが、プリントからは写すことは出来るようになり、離席することは圧倒的に減りました。先生が話かける際に肩を叩き、名前を呼びながら話すことで理解することも増えています。また名前を呼んで､目を見て話すことは、クラス全体として取り組む様にしており、周りの生徒も男児に対して行うようになりました。その結果、男児も話が理解しやすくなり、友達とのやり取りは増えてきました。母は、情報共有ノート先生へ相談する機会は増え表情も柔らかくなり、笑顔が増えました。先生は、事業者や母からの情報で、男児がどんなことが得意で、どんなことに困りやすいのか分かるようになり、事前に対応方法を考えることができるようになりました。友達は、男児と関わることができるようになり、男児が困っていれば、友達から「どうしたの？」と話かけ、思いやり気持ちも育ってきて、男児と一緒に遊び場面も徐々に増えてきました。このケースで良かったこととしては男児だけではなく、みんなが成長できたということです。お母さん､先生､周りの友達も。男児の成長ももちろんですが、ともに成長した母親、先生、周りの友達の存在も大きかったのではないかと感じました。このケースから、様々な経験が積み重なったことが成長に繋がったことは、もちろんですが、友だち、先生、保護者など周りの環境因子の人々が変化したことで、男児の成長への影響へつながっていったことも大きかったと思っています。

こちらのケースを ICF（図８）で振り返ってみると、心身機能と構造を個別療育で向上させ、活動レベルでは集団療育で小集団を経験し、実際の参加の場所である学校では、みんなと一緒に授業を受けることへ繋げ

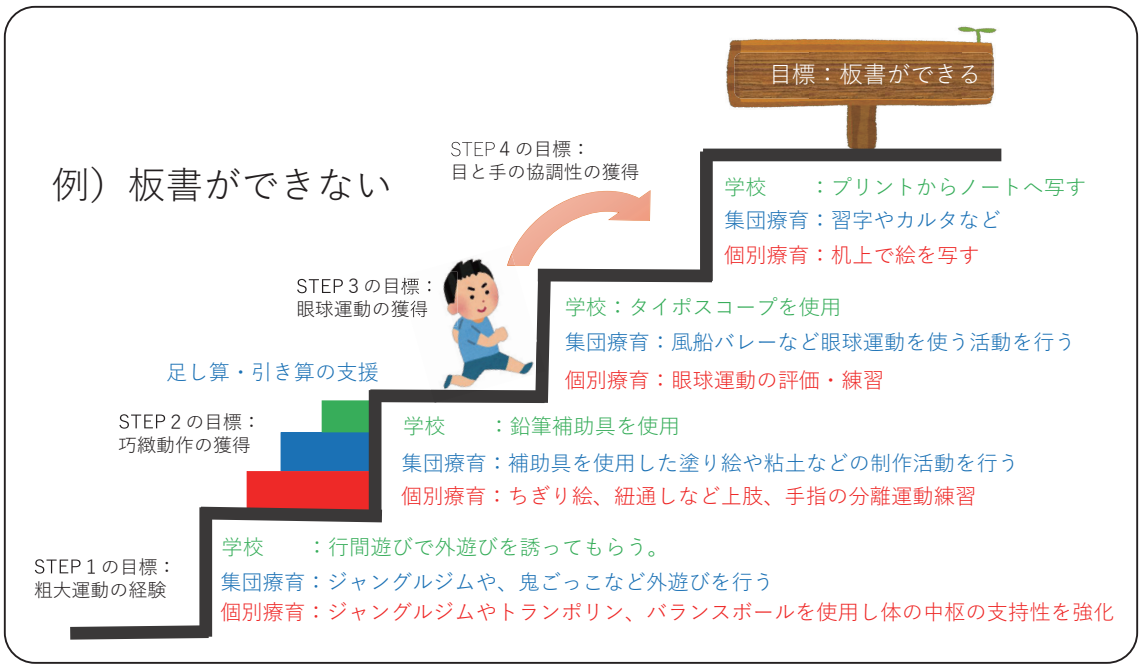


図６　OT が考える「ちょうど良い」支援のスモールステップ

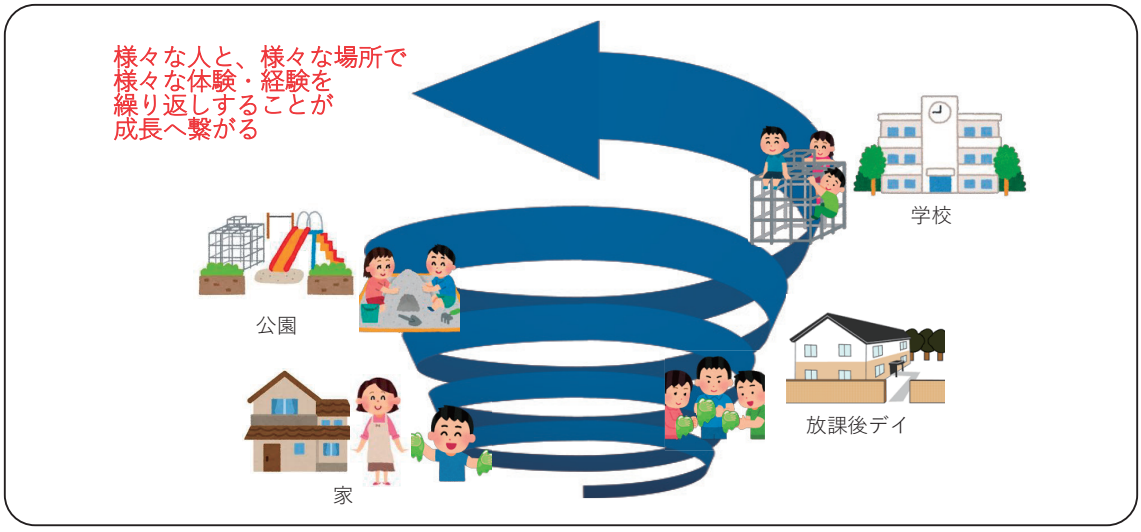


図７　様々な経験や体験を積み重ねていくイメージ

ていきました。また適宜、学校と電話のやり取りや訪問などにより情報共有および相談・助言などを行い、参加に繋がるように支援を行いました。さらに参加に繋げるために環境因子である座席や椅子や机の調整をしたり、最も大きな環境因子の先生や母、生徒への関わりを変化させていきました。結果として個人因子である自信や自己肯定感を高める結果となったのではないかと考えています。図８の青の矢印のように活動参加へつなげるだけではなく、同時にオレンジの矢印のように参加の場や合理的な配慮など環境因子を変化させるアプローチも行っていくことが大切です。作業療法は、感覚統合の専門家ではなく、運動や指先の専門家でもなく、あくまでこども全体の生活をみていている職種だと思っています。感覚統合や指先はその一部であり、作業療法士は、さまざまなお子さんの生活を分析・統合したうえで活動・参加が出来るように支援をする職種になり、それが生活の専門家の作業療法であると考えています。

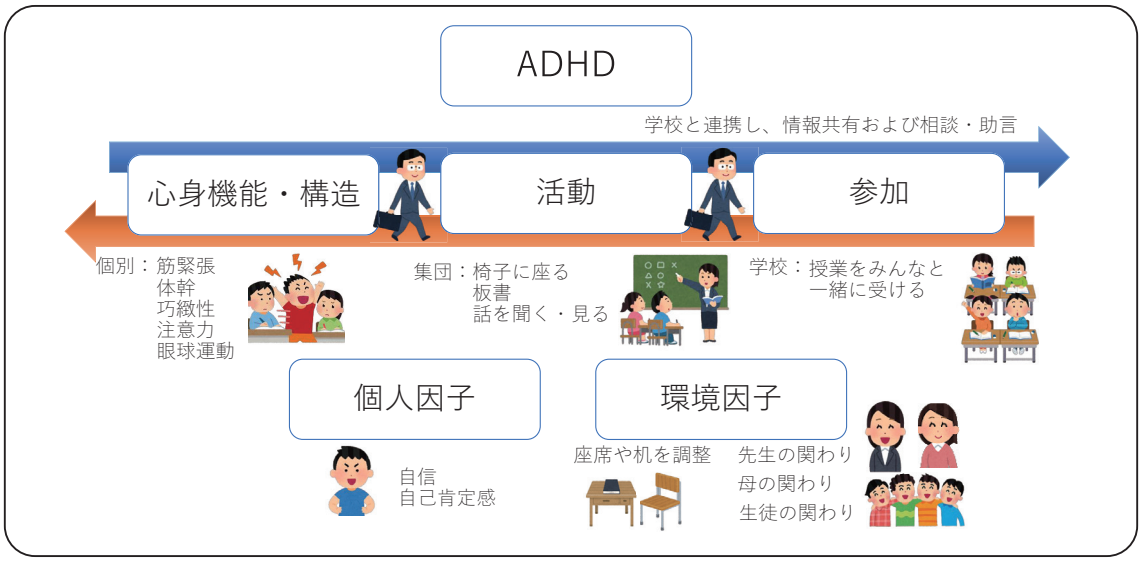


図８　活動・参加につなげるアプローチ

【文献】
1）新版障害児通所支援ハンドブック．一般社団法人全国児童発達支援協議会／監．エンパワメント研究所．2020
2）ライフステージから学ぶ地域包括リハビリテーション実践マニュアル．河野眞／編．羊土社．2018
3）作業療法学ゴールド・マスター・テキスト地域作業療法学．長崎重信／監．株式会社メジカルビュー．2016
4）発達支援の指針．　一般社団法人全国児童発達支援協議会．2016
5）児童発達支援ガイドライン．厚生労働省 HP.
https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/0000171670.pdf
6）放課後等デイサービスガイドライン．厚生労働省 HP.
https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/0000082829.pdf
7）共生社会の形成に向けて．文部科学省 HP.
https://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chukyo3/siryo/attach/1325884.htm
8）保育所等訪問支援の効果的な実施を 図るための手引書．厚生労働省 HP.
https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/0000166361.pdf
9）障害児支援の在り方に関する検討会　報告書の参考資料，地域における「縦横連携」のイメージ及び障害児の地域支援体制の整備の方向性イメージ．厚生労働省 HP.
https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/0000172903.pdf

Ⅵ　多様な人々への支援と生活行為向上【精神障害がある人と生活行為向上】

精神障害がある人と生活行為向上

1．はじめに

我が国における精神科医療の歴史は長らく、大型の精神科病院への収容という側面を保ち続けました。詳しくは他稿に譲りますが、その間に積み上がった課題が今なお解決されずに山積しています。病棟の建て替え、機能分化、病院名の変更等で、暗いイメージが一新され地域に開かれたように見えますが、閉鎖病棟や保護室での虐待ニュースは後を絶ちません。精神保健福祉法改定を前にした今、作業療法士は治療だけでなくケアマネジメントやアドボカシーの視点を持つ事が求められています。本稿では精神科医療の現状を概観した後、精神障害者が地域生活を送る上でよく利用する資源についてまとめ、その後ケースを元に具体的な支援内容を共有し、最後は今後のあり方や、精神科作業療法士に求められることをまとめます。

2．現在の精神科医療

2021 年の日医総研リサーチによると、我が国の精神科病床数は 329,692 床で約 33 万床となっています。この数は世界的に見ても多く、日本を除く先進 7 カ国において人口 1,000 人あたりの精神科病床数は 0.55 床であるのに対して日本は 2.6 床です。

また、強制入院率も年々増加しており医療保護入院のあり方が議論され、2022 年 10 月現在、精神保健福祉法の改正案が国会に提出されたタイミングとなっており、今後はより開かれた入院環境をつくる事が病院には求められそうです。

日本作業療法士協会の会員統計資料によると、全会員の約 1 割にあたる 9.1% が精神科領域に従事しています。また 2021 年度精神科における作業療法実態調査によると、精神科病院において実施している作業療法の主な対象は 60 歳代であり徐々に高齢化しているといえます。一方で認知機能リハを中心とした治療的アプローチや、各種疾患に対する認知行動療法等エビデンスに基づく介入も多くなっています。

3．精神障がいにも対応した地域包括ケアシステムと作業療法

厚生労働省のホームページによると、精神疾患を有する患者の数は増加傾向にあり、平成 29 年には約 420 万人となっており、傷病別の患者数をみると脳血管疾患や糖尿病を上回る結果となっています。こうした中、平成 29 年 2 月には「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」報告書において、精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労）、地域の助け合い、教育が包括的に確保された「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築を目指すことを新たな理念が打ち出されました。

そういった背景の中で、日本作業療法士協会は、2017 年度に第三次作業療法 5 ヵ年戦略（2018-2022）を策定し、重点事項として「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムに寄与する作業療法のあり方を学術的観点からも検討し提示する」ことを具体的行動目標としました。また文中には、対象者の望む退院後の生活をイメージし評価、計画を立て、個別の取り組みを行う事が推奨されています。今後は入院中から対象者の地域生活をイメージして具体的な生活のしづらさに寄り添う姿勢が重要になるといえます。また、就労や教育、ピアサポーターとの協働等、幅広い領域で作業療法士が力を発揮できるよう人材の育成も急務といえます。

4．地域で精神障害者を支える視点

1）関係性を築く

当然のことでありますが、対象者本人との関係性なく支援は始まりません。特に地域では、自宅等本人のパーソナルスペースに立ち入る場面が多くなるため、本人が安心して接していられる関係性が必要になります。強制入院等、支援行為自体が本人にとって辛い体験となっている方もおり、信頼関係を築くのに時間がかかる場合も多いです。焦らずに安定した距離感で接し、信頼に足る関係をつくり維持することは初期だけでなく常に意識が必要なところです。

2）困りごとに触れる

「症状は生活の歪み」という言葉がある程、生活の困りごとや、うまくいかない事がある場合に状態は悪

化するという面もあります。裏を返せば、スムーズな生活を送ることは状態を安定させることにつながります。ADL、IADL について生活の場で遂行度や満足度を把握する事は重要です。本人の中で困り感が顕在化していない場合もありますが、実際に生活支援を行う中でどちらが生活しやすいかを経験し選択してもらう事もいいでしょう。共に生活を再構築しようとするプロセスにも大きな意味があり、「自分の生活を良くしてくれようとしている人」という認識がされると支援の深度が深まります。

3）周りの困りごとに触れる

本人の状態次第では、近隣住民が困っている場合もあります。訪問をすると支援者に地域からの苦情が寄せられることもあります。周囲を困らせている行動にも本人なりの意味と目的は確実に存在するために、その事をしっかりと聞き取る事から始めます。本人の言い分を聞き「それならこの行動をとるのもしょうがないか」と支援者が思えるまで聞くことが重要です。そこまで聞かないで、行動を正そうとしたり、間を取り持とうとすると関係性を崩し、拒絶につながることも多いです。

4）情報を集め繋ぐ

対象者本人との関係性を築き、同意を得た上で医療や福祉、家族と情報交換をしていく事で支援に深みが出てきます。精神科病院は、地域連携室、相談課の外来担当等の部署が対応する事が多いです。福祉事業は、相談支援事業所が情報を集約してるので外すことはできません。本人が「この人にだったら話してもいい」と思える人を増やしていくことが重要で、そのために本人の切実な思いに触れた場合には丁寧に関連機関に伝えていきます。

5）選択を委ねる

支援者からすると勧められない選択をする場合もありますが、見込みを提示した上で、本人を追い越さずにその経過を見守りサポートするスタンスが関係性を維持するうえで重要です。支援をしていると、勧めてもうまくいかないだろうし、止めたら関係性がうまくいかないだろうという葛藤に苦しむ場合は多いです。こういった葛藤やモヤモヤを抱えながら関係を維持することにも意味があるので、結論を急がないでよいです。

5．対象者の地域生活を支える医療資源とその利用

1）外来受診

多くの対象者が医療資源を定期的に利用しながら地域生活を継続しています。その中でも外来受診は主治医との関係構築と維持、処方薬の調整という意味で重要です。受診時に主治医と満足な意思疎通がはかれているかの評価、そうでない場合は事前に言いたい事を紙に書いてまとめたり、ロールプレイを用いて練習したり、場合によっては同席し心理的サポートをする場合もあります。

2）訪問看護

病院から来る病院訪問看護と、地域にある訪問看護ステーションの２通りあります。病院から来る訪問看護は、主治医との連携がとりやすいという面や、入院や外来時に馴染みのなるスタッフが訪問する場合もあり退院初期に導入される事が多いです。主に看護師による病状の把握や服薬に関する相談が多いです。一方訪問看護ステーションは、生活における幅広い相談にのってくれる事が多いです。いずれも作業療法士が訪問する場合があり、本人の望む地域生活についてアセスメントとマネジメントが重要になります。

3）デイケア・デイナイトケア

比較的長期療養後の利用者が多いですが、最近では機能や対象特化型のデイケアも多くなっています。若年者に対象を絞ったデイケア、就労支援に特化したデイケア、発達障害に特化したデイケア等です。プログラムもその施設によって特徴的なので、利用を検討する場合には内容や対象を詳しく把握することはもちろんですが、実際に見学や体験をしながら選択することが重要です。

6．対象者の地域生活を支える福祉制度と資源

1）相談支援事業

相談支援事業所はその役割によって分類されています。まず一番身近なのは福祉サービスを利用する際に必要となる計画を作成する特定相談支援事業（通称：計画相談）です。介護保険制度におけるケアマネジャーに当たる相談支援専門員が生活の様子や今後の希望を聞き取り、制度利用についてケアマネジメントを行う役割です。他にも退院支援を行う地域移行、地域定着支援をおこなっている一般相談支援事業もあります。また、利用契約まで至らないひきこもりがちな方や、利用中断している方に対応する市町村から委託を受け

た委託相談支援事業などもあります。いずれも制度や人と資源を繋いだり、その間をうめる役割を果たし、重要な役割です。

2）就労支援事業

近年作業療法士が福祉専門職配置加算に職名明記された事により、作業療法士の配置が増えている領域です。一般就労を目指したトレーニング事業である就労移行、その定着を支援する定着支援事業、福祉的就労の場として就労継続支援Ａ型・Ｂ型とあります。いずれの事業も､その業務(作業)内容が幅広いため､サービスの種類だけで選ぶのではなく、実際に見学や体験を経て選択していく事が重要です。また利用期限がある事業もあるので就労支援の章を参照ください。

3）その他通所

上記事業以外にも、精神障がい者が地域生活を送るためによく利用している事業はあります｡自立訓練(生活訓練）退院後の地域生活を円滑に送るための支援を受けることができます。生活介護も近年増えており、入浴サービスが受けられる、軽作業により工賃が発生する事業所もある等、その幅は広いです。

4）居住系事業

地域での生活を安定して送るためには、落ち着け安心できる個人的空間が必要です。そのベースとなる居住スペースは言うまでもなく生活の中心を占める重要な要素です。グループホームは一戸建てで４・５人が共同生活を行うタイプや、アパート個室タイプ、また世話人も常時滞在する施設もあれば朝と夕のみ等決まった時間にしかいない場合もあります。最近は制度外でシェアハウス形式で共同の場を提供している事業者もあります。より多くの関わりが必要な方には、宿泊型生活訓練という事業もあります。

7．対象者の権利を擁護する制度と資源

1）成年後見制度

知的障害、精神障害、認知症等によって財産の管理や契約時の判断において支援が必要な方に、本人に代わって財産を管理したり、一度本人がした契約を取り消すことができる制度です｡本人の判断能力によって、後見人も、補助、補佐、後見と責任範囲に段階があります。家庭裁判所に申し立てて慎重に判断される制度ですが、一度利用するとその後解除することが難しくなるので導入には丁寧な評価が必要です。

2）地域福祉権利擁護事業

成年後見制度を利用するまでではありませんが、日常的な金銭管理や書類の管理に困難さを抱えている方には、市町村社協がこの制度を用いて支援をおこなってくれます。利用には利用料が発生します。

8．事例

実践１：「家族と幸せに暮らしたい」Ａさんへの子育て＆介護支援

＜ケース概要＞

Ａ（39 歳）と夫Ｂ（会社員 45 歳）と長男Ｃ（５歳）と次男Ｄ（６ヶ月）で､夫Ｂの実家で生活しています。実家には認知症の疑いがある姑Ｅ（71 歳）がいます。

Ａが 30 歳の時に結婚。長男出産後、抑うつ気分により情動が不安定となり、母子保健担当課の保健師の勧めによりメンタルクリニックの受診歴があります。

Ｅは３年前に脳梗塞となりました。身体的介護は必要でないものの、認知症の症状（見当識障害と失行）があり、介護には苦労が絶えず地域包括支援センターが実施する認知症カフェにて相談をしていた夫Ｂの協力のもと、市担当保健師からの助言をうけ、Ｅをデイサービスに通わせることで、介護の不安が軽減しました。その後妊娠、次男Ｄ出産後から頭痛、動悸、気分不安定で生活を悲観することが多くなり、次男の夜泣きも重なり眠れない日が増えました。夫に「介護も子育ても出来ない私は、嫁として母親として失格」など自暴自棄に話すことが増えてきました。Ｄの６ヶ月健診当日の朝、幼稚園から「Ｃが怪我した」と連絡がありました。Ａは、姑とタクシーで幼稚園に到着するも、落ち着かず右往左往し過呼吸となりました。夫の迎えによって帰宅しました｡健診に来なかったため、母子担当課の保健師が自宅を訪問しました。母子保健担当課の保健師が介護と育児に生活課題があると見立て、地域包括ケア支援センターに相談しました。

【作業療法士の視点と提言】

・ＡとＢの「強み」に着目するよう提言
・ＡとＢの本人が望んでいる生活像、ＡとＢが望んでいる支援内容を確認する必要があると提言
・Ａが過去の不調時の対処方法を確認し、可能な限り自分でも対処できるように提言
・関係機関が多くあり、Ａや家族が使い分けできるよう支援する必要性を提言
・これを機に地域でメンタルヘルスの理解を促す事業や地域の精神科クリニックとの連携構築を提言

【経過】

・A と夫 B、E の同意のもと、早期に関係者間で支援者会議を実施
・支援のプランニングと連携方法を確認した
　参加者：幼稚園、子育てコーディネーター、民生・児童委員、メンタルクリニック（精神保健福祉士）、ケアマネジャー、子育て担当保健師、地域包括支援センター保健師
・「A と B が望む生活」のイメージを共有、「どのように寄り添い、伴走していくのか」支援プランを確認した
・A と E 及び支援チーム担当者の役割を確認。支援効果を定期的に確認した

実践 2：精神疾患を抱える息子が心配で介護サービスを利用しない A さんへの支援

＜ケース概要＞

80 代男性 A。妻は 5 年前に他界。工事のためにアパートを管理する不動産会社が訪問したところ、家に大量のごみがありました。不動産会社は地域包括支援センターに連絡しました。

地域包括支援センターが介入したところ、同居するひきこもりがちな生活をする長男 B（50 歳）の存在が明らかとなりました。父は要支援の認定となりデイサービス利用開始となりますが、B のことが心配でサービス利用に合意がなかなかできないでいました。

B は、日中自室で寝たり、パソコンをしたりして過ごしていますが、夜になると居間に出てきてテレビを見るなどしております。食事は A がコンビニで買ってくることが多く、家の中は容器やペットボトルで床が見えない状態でした。

B は、過去に精神科医療機関の受診歴がありましたが、支援の滞りが続いていました。

【作業療法士の視点と提言】

・まずは、A との関係作り及び B の関係作りのために、今の状況を動かすより、いつでも相談に乗ることができるスタンスで苦労を傾聴と共感することを提案
・B は、A による干渉または支援の拒否や放任のため、生活に必要なスキルを学んでいない可能性や意思決定の機会が少なかったとも考えられる。B ができることを確認し、B に支援できることをわかりやすく伝えることを提言。
・A は「自分がやらねば」と責任を感じていることが多いので、A の意見も重要視していくことが必要と提言
・住居の確保が重要であるために、これを機に不動産会社や住民へのメンタルヘルスの啓発も提案

【経過】

・地域包括支援センターの職員が訪問して、A に「まずは自分を大切に」ということを繰り返し伝えていったことで、サービス利用と A の訪問看護に同意できました。
・職員が B にも事情を説明しますが、ほとんどやりとりはできない状況でした。
・地域包括支援センターの職員と散歩したり、一緒に簡単な掃除を行い関係を構築しました。
　その後 B に、今後の家での生活について具体的な提案（訪問看護、清掃ボランティアの利用や配食サービスについての使い方）を書面にして伝えたところ、本人は首を縦に振り契約へと進むことができました。
・現在は訪問看護が週 1 回程度の訪問をして、健康と生活の状況をチェックしています。

＜その他、地域ケア会議であがる精神障害者の事例と対応＞

平穏に見える事例

○地域で平穏な生活しているが、家族の転機で本人の生活が崩れるタイプ

・本人なりの一貫した生活習慣（生活リズム、食事習慣、家事）があり、変更を嫌がる
・自ら自立するほどの収入はなく、家族に金銭的に依存
→現状で困っていることがないことが多く、支援につながりにくい
→もしもに備えて、セーフティネットの構築のために、今後の話をしていく必要がある

ご近所さんが心配・不安になる事例

○上記に加え、ゴミ問題や災害時の避難で、地域の人が心配・不安になるタイプ

・地域からの注意があっても改善されることはない
・健康上の問題についても配慮が必要
→関係構築に時間を費やすことがある
→本人のできることと支援者のできることを明確にする
→一度改善しても、再度起こることが多いので継続的な対応が必要

金銭的に困窮する事例

○収入がない、または浪費や管理の難しさから生活を維持できないタイプ

・就労への意欲、またはスキルがなく就業することが難しい

・収入があっても、本人の興味・関心・嗜好への浪費で収支が合わない

・収入から計画的なお金の支出を検討することが難しい

・お金について他者の介入を拒否することもある

→生活保護を活用し、後見人制度などで支出の制限ができないかも検討

→就労支援へつながるように、具体的な提案をしていく

相談は積極的だが、支援の動き出しに時間を要する事例

○さまざまな相談機関に家族や本人が相談に行くが具体的な動きにはつながりにくいタイプ

・実際的な動きの話題になると消極的になる

・他罰的な対応をとることがある

→各事業所が支援会議を通して、それぞれの役割を明確にしておく

→家族、本人の自己決定を尊重して支援を開始していく

→不安が強いために、傾聴的態度が必要

【文献】

1）前田由美子、日本医師会総合政策研究所、リサーチエッセイ vol.102、2021 年3月 22 日、https://www.jmari.med.or.jp/download/RE102.pdf

2）一般社団法人　日本作業療法士協会、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムに寄与する作業療法のあり方　検討委員会報告書、2019 年、P10

3）一般社団法人　日本作業療法士協会、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムに寄与する作業療法のあり方　検討委員会報告書、2019 年、P12

4）厚生労働省、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築について、1、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築にむけた取り組み、https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/chiikihoukatsu.html

5）日本作業療法士協会、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムに寄与する作業療法のあり方（検討会報告書）、Ⅰ地域包括ケアシステムと作業療法３精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に寄与するための精神科作業療法の課題　6P

Ⅵ　多様な人々への支援と生活行為向上【認知症がある人と生活行為向上】

認知症がある人と生活行為向上

1．認知症がある人の生活行為の課題

1）認知症とは？

そもそも、認知症という言葉が意味するものは何でしょうか？「認知症」という言葉は、非常に認知度が高く多くの国民が知る言葉ですが、「認知症」という言葉の定義や意味はまだ十分に理解されておらず、認知症の本質的な定義を説明できる方はほとんどいません。

そもそも認知症は、一度正常に発達した認知機能が、何らかの原因によって日常生活が自立できないほどに慢性的に低下した状態を指します。例えば、介護保険法施行令第一条の二では、認知症を「アルツハイマー病その他の神経変性疾患、脳血管疾患その他の疾患による後天的な脳の障害により、日常生活に支障が生じる程度までに認知機能が低下した状態」と定義しています。WHO（世界保健機関）によるICD-11（国際疾病分類第11回改訂版）においては、加齢に起因するものでなく、記憶障害に限らず認知機能が以前より低下し、日常生活動作の実行における自立を著しく妨げるものとしています。また、米国精神医学会によるDSM-５（精神疾患の診断・統計マニュアル第５版）では、認知機能６領域のいずれか１つ以上で日常生活の自立が阻害される程度に低下した状態を定義しています。つまり、認知症とは何らかの原因疾患等による認知機能の低下によって、今までの社会生活の自立が障害されること（生活障害）なのです。

2）認知機能と生活行為の関連性

人が様々な生活行為を遂行する際、運動機能だけでなく認知機能もその遂行の質に大きな影響を与えます。それも、わずかな機能の低下でその遂行の質に影響が出てきます。例えば、うっかり約束を忘れてしまったり、失くし物や忘れ物をしたり、同じ話を繰返したり、電子レンジの中から昨日のおかずが出てきたりと、ちょっとした日常生活でのミスは誰もが経験します。しかし、これは生活障害ではなく、注意機能の低下などによって生じる行為のエラーです。加齢とともに注意機能やワーキングメモリは低下しますし、多忙でストレス過多な状況でもミスは生じ易くなります。さらには、生得的な注意機能の得手不得手（個体差）も影響します。この様に、認知機能は身体機能（運動機能）と比べて視覚的に分かりにくく個体差もあるため、生活行為と認知機能との関連性は見落とされがちです。しかし、認知機能は日常の生活行為のあらゆる場面に影響を与えるため、生活行為における課題を明らかにするためには、丁寧に認知機能と生活行為の関連性をアセスメントすることが求められます。そして、認知機能には注意や記憶、言語、遂行、社会的認知など多様な認知領域があり、障害される認知領域によって生活上で生じる課題も異なります（表１）。つまり、「認知症だから」といった発想ではなく、どの領域の認知機能がどの程度低下し、本人の生活行為にどのような影響を及ぼしているのかといった発想とそれに基づくアセスメントが重要になります[1)]。

表１　各認知領域と低下することで生じる生活上の困りごとの例（文献１より）

認知領域	普段の地域社会での生活において苦手になること
注意	置き忘れや、探し物、火の不始末等、複数同時作業が苦手になる
学習と記憶	同じ話を繰返し、同じものの買いだめ、約束の忘却が増える
言語	他者との会話や言葉を介したやり取りが苦手になる
実行機能	効率的な作業や先を見据えた行動が苦手になり、時間がかかる
知覚―運動	衣類の着脱や道具の操作が苦手になり、道に迷う
社会的認知	相手に配慮した言動や社会的ルールの遵守が苦手になる

3）認知症を作業療法士としてどのように捉えるか

認知症は脳血管疾患や骨折などと異なり、ある日を境に発症するものではありません。徐々に認知機能が低下することで少しずつ生活にほころびが生じ、あるタイミングで「認知症」と医学的に診断されるものです。例えば、アルツハイマー型認知症を例に考えると、認知症を発症する20年以上前からアミロイドβの異常な蓄積など脳内の病理的変化が生じます（図１の緑色部分）。しかし、本人には自覚症状も客観的な認知機能低下も認めません。その後、徐々に病理的変化が

進行し、海馬を中心とした神経細胞の脱落が生じると、それに応じて近時記憶障害などの認知機能の低下が生じます（図1の紫色部分）。つまり、客観的な認知機能の低下を認めるようになり、軽度認知障害（mild cognitive impairment; MCI）となります。そうなると「あれ？何かおかしい。もしかして認知症なのか？」など強い不安を感じる様になりますが、社会生活が自立できていれば認知症ではありません。それが、徐々に認知機能の低下が生じることで、お金や薬の管理などIADLも含めた社会生活の自立が難しくなると、認知症となります（図1のオレンジ色部分）。そして更に認知機能が低下し、失行症や視空間認知障害、遂行機能障害などの影響で身辺動作の自立も難しくなります（図1の黄色部分）。この段階では、行為のエラーも増えてきて、本人も日常生活で混乱を生じることが多く、落ち着かない言動が増えてきます。

この様に、認知症は徐々に進行していくものであり、その時々の状態に応じた専門的支援が必要です。これまでは、進行してセルフケアの自立が難しくなり、医療や介護施設等を利用されている方が作業療法の対象となることが多かったです。しかし、これからは、より早期のMCIや極軽度の認知症の人に対し、地域生活の継続に向けた支援が望まれます。

4）認知症のリハビリテーション

実際に、認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）[3]では、認知症のリハビリテーションについて「実際に生活する場面を念頭に置きつつ、有する認知機能等の能力をしっかりと見極め、これを最大限に活かしながら、ADL（食事、排泄等）やIADL（掃除、趣味活動、社会参加等）の日常の生活を自立し継続できるよう推進する。」こととしています。つまり、繰り返しになりますが「認知症」という漠然とした捉え方ではなく、原疾患に基づく認知機能低下が、その人のやりたい生活行為にどのような障害となって表現されているのかを分析（評価）し、その行為を継続できるようにするための手立てをしっかりと提案できることが作業療法士に求められるのです。

5）生活行為を捉えることの複雑さ

ただし、ひとの生活は様々な交絡要因があり、生活を捉えるということは非常に曖昧で複雑なことです。例えば、年代や性別による役割の違い、世帯構成による家庭内役割の違い、支援に協力的な周囲の人の有無などの要因は生活が自立できるかに大きく影響します。さらには、性格や生活習慣、文化圏によって、その行為において本人や社会が求める行為の実施方法（手順や利用道具）や行為の質（達成度）もまた異なります。この様に、生活行為というもの自体が障害となるか否かは、多くの交絡要因に影響を受けるため、本人またはその周囲の家族がどの程度困っているのかといった主観的な指標も重要となります。

6）認知症の行動心理症状

認知症の行動心理症状（behavioral and psychological symptoms of dementia; BPSD）は、国際老年精神医学会の専門家会議にて「認知症患者にしばしば出現する知覚や思考内容、気分あるいは行動の障害の症状」と定義されたものです。過去にわが国では、中核症状と周辺症状という言葉があり、「BPSD＝周辺症状」と解釈されている書籍なども未だ見かけますが、厳密には異なります。国際老年精神医学会では、BPSDの背景には生物学的要因（神経伝達物質や脳の器質的変化など）に加え、心理的または個人的な要因、周囲の社会環境や介護者による影響など、多彩なものがあることを指摘しています（表2）。認知

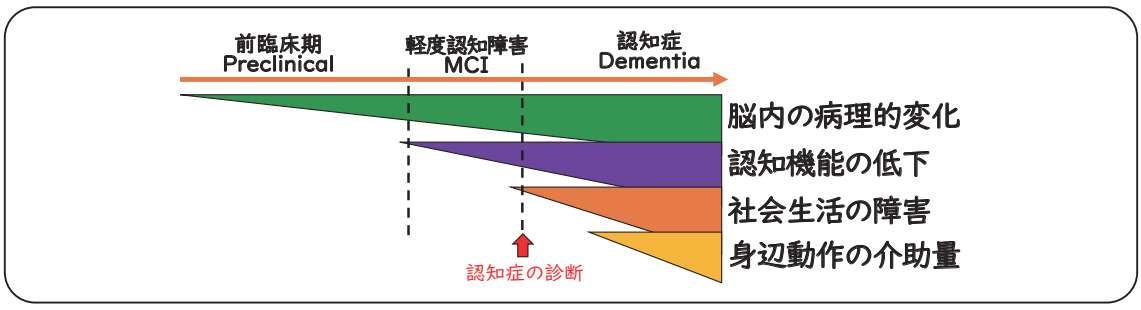


図1　認知症に移行するまでのイメージ（文献2より作成）
アルツハイマー病やレビー小体病などの代表的な神経変性疾患において、原疾患の発症から認知症の状態に移行するまでの過程を表している。病理的変化の進行で認知機能が徐々に低下すると軽度認知障害となり、さらに認知機能が低下して日常生活に支障を来すと認知症となる。

表２　BPSD の背景にある要因とその具体例（文献４より筆者作成）

BPSD の原因	具体例
生物学的要因（遺伝的・神経伝達物質・構造的変化）	認知症の原疾患や脳機能の障害程度、委縮した脳の部位など
臨床的要因	年齢・性別・合併症・身体機能など
精神的・個人的要因	抑うつ傾向や過敏性、病前性格など
社会的・環境要因	不快刺激の多さ、入所施設の規模など
介護者要因	介護者のかかわり方や介護者との関係性など

症の人が、道に迷ってしまったり（徘徊）、不安で焦燥感が強まって大声をあげてしまったりといった言動を単に「BPSD」とひとくくりにしてしまっては、具体的な対応方法も検討することもできません。大声をあげてしまった背景には、生物学的な要因として、前頭前野の萎縮があるのか、抗認知症薬（代表的なコリンエステラーゼ阻害剤はたまに易怒性を強める場合がある）の投薬後に強まっているのか、または病前から家族との関係性に課題があったのか、または介護者が本人を怒らせてしまう様な発言をしたのか、その背景を探ることが具体的な支援とその助言につながります。専門職が BPSD を適切に評価できるようになることが重要です。

7）権利擁護

特に独居や高齢夫婦のみの世帯では、詐欺被害の予防をはじめとした権利擁護も、在宅生活の継続において重要な課題になります。代表的な公的制度に成年後見制度がありますが、認知症の本人が騙されて契約したものを無効できるということは、逆に考えれば本人の権限を奪うことにもなりかねません。手続きも煩雑で、関わる人も多数存在すると、かえって不安や混乱、猜疑心を強めてしまうこともあります。本人とより良い管理方法について時間をかけて話し合うなかで、都道府県・指定都市社会福祉協議会が実施する日常生活自立支援事業などの活用にとどまる場合もあります（早期の場合）。それ以外にも様々な制度がありますが、それぞれにメリット・デメリットがあるため、地域包括支援センターや介護支援専門員、家族などと連携を取りながら、安心して地域生活が送れるような体制整備を行います。

2．認知症がある人への作業療法士の関わり方

1）早期からの診断と診断後の支援体制づくり

認知症の診断後から介護保険サービスを利用開始するまでの期間が長いほど、介護家族の負担感が高くなるとの指摘[5]がある一方で、早期から介護保険サービスの利用を開始すればよいというものではありません。認知症があっても、地域社会の中でその人がやりたいと思う活動を通して、社会参加が実現できるための地域づくりが求められています。

2019 年（令和元年）度から、認知症サポーターなどの住民を主体とした支援者と、認知症の人の身近な生活支援のニーズをコーディネートする仕組みとして「チームオレンジ」の整備が進んでいます（図２）。これは、単に認知症サポーターなどが一方的に支援体制を整備するのではなく、認知症の本人もチームの一員として、認知症になっても安心して住み続ける地域づくりを目指すものです。また、2021 年（令和３年）度には認知症疾患医療センターにおける診断後等支援機能が明確化されると共に、認知症の人の生きがい支援や日常生活上の工夫等の助言、介護家族への助言などを継続的に行う認知症伴走型支援事業もスタートしました。認知症は地域における大きな課題であり、地域住民の大きな関心事です。そのため、様々な施策が提言されていますが、重要なことは認知症になっても

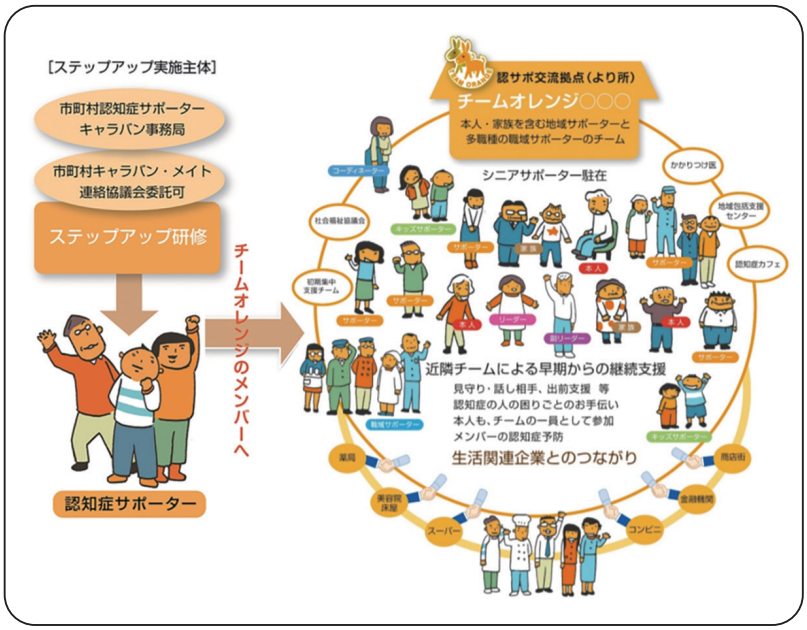


図２　チームオレンジの取り組みイメージ
出典：チームオレンジとは
特定非営利活動法人 地域共生政策自治体連携機構ホームページ

誰も取り残されることなく安心して過ごせる地域を目指すために、各施策や事業が有機的に連携しながらその目標達成を図ることです。認知症疾患医療センターや認知症初期集中支援チーム、チームオレンジ、認知症カフェなど、各事業を立ち上げることが目標ではありません。作業療法士は、様々な認知症施策や事業に関与する機会があります。単に実施要綱に基づいて事業を展開するのではなく、自分が所属する地域の社会資源を見渡した際に、どの様な役割を担うべきか意識することが大切です。

2）認知症の本人が主体となる支援に向けて

認知症になっても安心して過ごせる地域づくりは、専門職だけが考えることではなく、認知症である当事者の意見を取り入れながら組み立てることが重要です。特に多くの作業療法士は医療機関や介護福祉施設等で働いているため、地域で生活している認知症の人のニーズを知る機会が少ないです。その点、チームオレンジの様な活動に職能団体や一市民として参加することは、作業療法士としてのスキルアップにもつながります。認知症の当事者である丹野氏は、自身が介護施設に行った際の経験として、医療福祉従事者は自分が認知症だと分かると家族に名刺を渡し、サービスの説明も家族にされたとして「誰のためのサービスなのか間違わないで欲しい」とその気持ちを表現しています[6)]。

日本では、2014 年には認知症の当事者たちが日本認知症ワーキンググループを立ち上げ、2018 年には「認知症とともに生きる希望宣言」が表明されました。また、厚生労働省は 2018 年に、認知症の人を支える周囲の人において行われる意思決定の基本的考え方や方法、配慮事項などを整理した「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」を公表しました。近年では、認知症施策推進大綱の「普及啓発・本人発信支援」として、認知症の本人を「希望大使」として任命し、国が行う認知症の普及啓発活動に参加や協力をしてもらうという取り組みも進んでいます。認知症の人は支援される人という従来の発想ではなく、認知症の人の意思の尊重という当たり前の社会の流れをしっかりと理解し、本人のニーズに応じた支援を提供することが求められています。

3）アセスメントのポイント

評価の視点として、医療職である作業療法士には、まず医学的な視点が重要です。認知症の原因疾患がアルツハイマー型認知症なのかレビー小体型認知症なのか、前頭側頭型認知症なのかで、生じる可能性のある認知機能障害だけでなく、配慮すべき合併症なども異なります。例えば、レビー小体型認知症ではパーキンソニズムに加え、起立性低血圧などの自律神経症状や視覚認知障害の影響から、転倒リスクはアルツハイマー型認知症よりも約 10 倍高いと言われます。また、初期から抑うつ的な症状を認めることがあり、幻視に対する言動がきっかけで家族とトラブルになることもあります。さらに、比較的短期間で認知機能が低下する場合は、正常圧水頭症や慢性硬膜下血腫などの治療可能な認知症やせん妄などが混在している場合もありますし、投薬内容の変更に伴い焦燥感が強まる場合などは、かかりつけ医に早急に情報提供する必要があります。

以上の様な医学的事項への配慮を踏まえ、実際の生活行為を評価する際には、本人が課題と感じる生活行為において、どの工程で生活に躓き、その背景にはどの認知領域が影響しているのかを適切に見定める必要があります（P.139　1．2）の表 1 参照）。そのうえで、課題となっている生活行為に対し、人と環境、作業の兼ね合いを的確に評価し、効率的に介入する方法を本人や家族と共に検討していくことが求められます（図 3）。例えば、人という要素では、アルツハイマー型認知症で見当識障害や記銘力障害が生じていたとしても、本人がやりたい作業を実施する環境（物理的な環境だけでなく介護家族のサポートなども含めて）や作業の実施方法や工程を工夫することで、その人の作

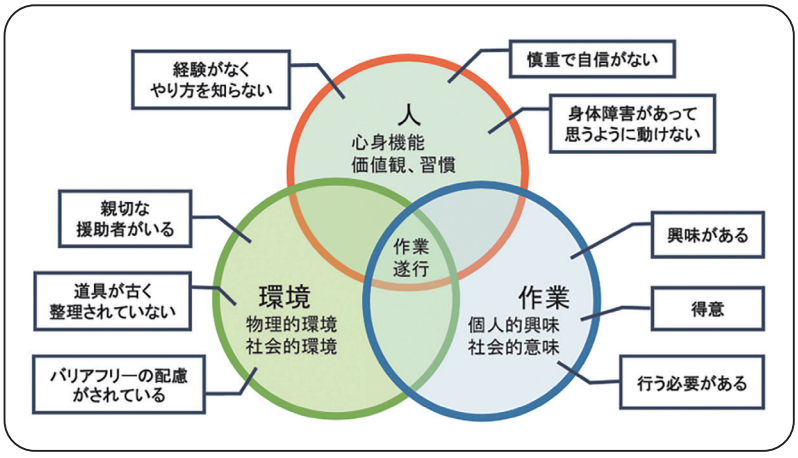


図 3　人と環境と作業の関係（※第Ⅴ章図 1 の再掲）

業遂行の質が改善します。この様に、医療職としての視点を踏まえた生活行為の専門家としてのアセスメントが求められます。

4）BPSD について

認知症の行動心理症状 BPSD の背景は、1．6）の表２で述べた通り、生物学的要因から社会的・環境要因や介護者の要因など非常に多岐にわたります。まずは、医療職として疾患特異的な背景や服薬状況などを確認しつつも、本人の言動の背景を丁寧に探っていく必要があります。認知症の本人が落ち着きなく質問や訴えを繰り返し、易怒性や介護拒否などの言動を認める場合は、本人自身も強い不安や混乱の中で苦しみ、そのような言動に常時接する介護家族も疲弊していることが多いです。この様な悪循環をできる限り早期に断つことが BPSD の悪化予防で重要になります。

近年はスマートフォンの普及率も向上し、誰でも手軽に情報を入手できるため「認知症の本人を叱らない」「家族が怒ると逆効果」など、認知症の人への関わり方の基本原則は介護家族もよく理解されています。とはいえ、介護家族にも余裕がないと、つい本人のミスを指摘したりてしまいます。それがきっかけで、本人はさらに怒り出し、介護家族は怒ってしまったことに対し自責の念に駆られるという悪循環に陥っている場合もあります。その様な場合、頭で理解していてもそれに対応できない家族の葛藤に共感を示しつつ、介護家族会などの情報を提示します。同じ状況の人がいることを知るだけでも介護家族にとっては心が穏やかになる場合もあります。

BPSD に対する支援として、専門職には本人の言動の背景因子を丁寧にアセスメントする力が求められます。周囲の対応方法はもちろん、本人にとって不快な刺激を避け、落ち着いて安心して過ごせるための環境調整をしたり、場合によっては主治医と相談して薬剤調整を依頼したりといった多面的な支援の構築が必要になります。

3．実践例

具体的な生活行為のうち、特に認知症の初期段階から地域生活上で課題になりやすい行為に着目して、以下に関わりの具体例を示します。

1）服薬管理

高齢者は複数の薬を服用している方が多く、薬の種類が増えるほどに、その管理が難しくなります。服薬管理は認知症の初期段階から難しくなる行為の１つです。管理が難しくなってきた場合は、早期から主治医や薬剤師と相談し、最低限の服薬回数で済むように１日１回の一包化も含めて検討をします。特にアルツハイマー型認知症では、初期から見当識障害や遂行機能障害を認める場合が多く、飲み忘れが増えますが、初期段階から薬の管理方法を検討しておくと、ある程度進行しても管理し続けられることが多いです。

最近では、様々なタイプの服薬支援機器もあり、初期から本人が便利なものとして認識して使い続ければ､比較的進行しても使用し続けることができますが、進行してからでは導入が難しいことが多いです。一包化した袋を本人と一緒にカレンダーに貼付け、横に電子カレンダーを置くという管理方法を早期に取り入れたことで、数年間はその方法で管理できた事例も経験します。専門職は図４の様なタペストリーを紹介しがちですが、１日４回の服用を月～日曜日ごとに繰り返す方法は、遂行機能や見当識が低下している認知症の人には混乱の原因となります。服薬管理を考えるうえで重要なことは、本人と管理方法を考え、本人が納得した方法を導入することです。

図４　服薬管理用のタペストリー

また、抗認知症薬は大きく薬理作用で分けるとコリンエステラーゼ阻害薬と NMDA 受容体阻害薬の２種類があります。そして、薬の形態も口の中で溶ける口腔内崩壊錠やパッチになっている貼付剤など、様々なものがあります。本人の残存機能に併せて管理しやすい方法を主治医や薬剤師と相談するなどの工夫も必要です。

2）調理

調理動作はその工程が複雑なため、どの工程でミスが生じるか丁寧に分析することが支援に向けた第一歩です。例えば、献立を考えて食材を購入するという行為だけでも、冷蔵庫内の食材や直近のメニューを覚えておき、栄養バランスや家人の嗜好に配慮するなど、記憶や注意、遂行機能といった様々な認知機能が必要

です。そして、食材の火の通りやすさや食べやすさなどを配慮して切り、生食と加熱調理が必要なものとを区別し、火気や包丁などの鋭利な物を安全に扱うなどの行為も、高度な認知機能が必要となります。一方で、アルツハイマー型認知症をはじめとした多くの認知症では、包丁さばきや加熱調理などの作業工程自体は手続き記憶を基に、上手に実施できることが多いです。そのため、ヘルパーや介護家族の見守りの元で、出来る作業を実施してもらう工夫が必要になります。

また、調理は単に食事を作る行為だけでなく、役割としての側面や趣味活動としての側面もあります。調理動作時にサポートが得られにくい環境で、失敗を繰り返してしまうことは、本人にとっても辛いことです。普段は惣菜や配食サービスを活用し、たまに家人やヘルパーと気晴らしに料理をするのでも良いです。下味冷凍（事前に下味をつけた肉や魚を冷凍保存し、必要時に加熱調理）などの便利な調理法を活用するのも一つの選択肢です。いずれにせよ、本人がどうしたいかを選ぶということが重要なポイントになります。軽度認知障害 MCI から認知症の初期段階で、記憶障害や注意障害により作業遂行が上手くできない場合は、視覚的な手掛かりを活用するなどで代償できる場合もあります（図５）。

3）金銭管理

金銭管理も認知機能が軽度に低下するだけで、難しくなる行為の１つです。お金の大切さや管理の重要性、詐欺被害への注意喚起、金銭トラブルがきっかけの事件などは、日頃からよく耳にすることです。それが故に、自分の財産は気軽に他人へ託すことができませんし、お金に対する不安が強いと盗害妄想など不穏な言動につながります。そういった事を避けるためにも、金銭管理は自己判断できる早期のうちから今後の方針を本人とよく確認し、その記録を本人が見返して納得できる様に残しておくことが重要になります。

また、初期段階では、自分自身でお金を管理できる様な工夫が必要になります。例えば、月々の計画的な収支管理が難しい場合は、封筒などに区分して書き出しながら管理することで全体の収支を把握しやすくなります（図６）。支払い時の不安が強ければ、お釣りを気にせずに高額紙幣で支払ってしまうという割り切りも重要です。お金や通帳に対する盗害妄想は多くの家族から頂く相談ですが、本人が通帳を家人に託したことを忘れて盗られたと疑ってしまったり、所在が不

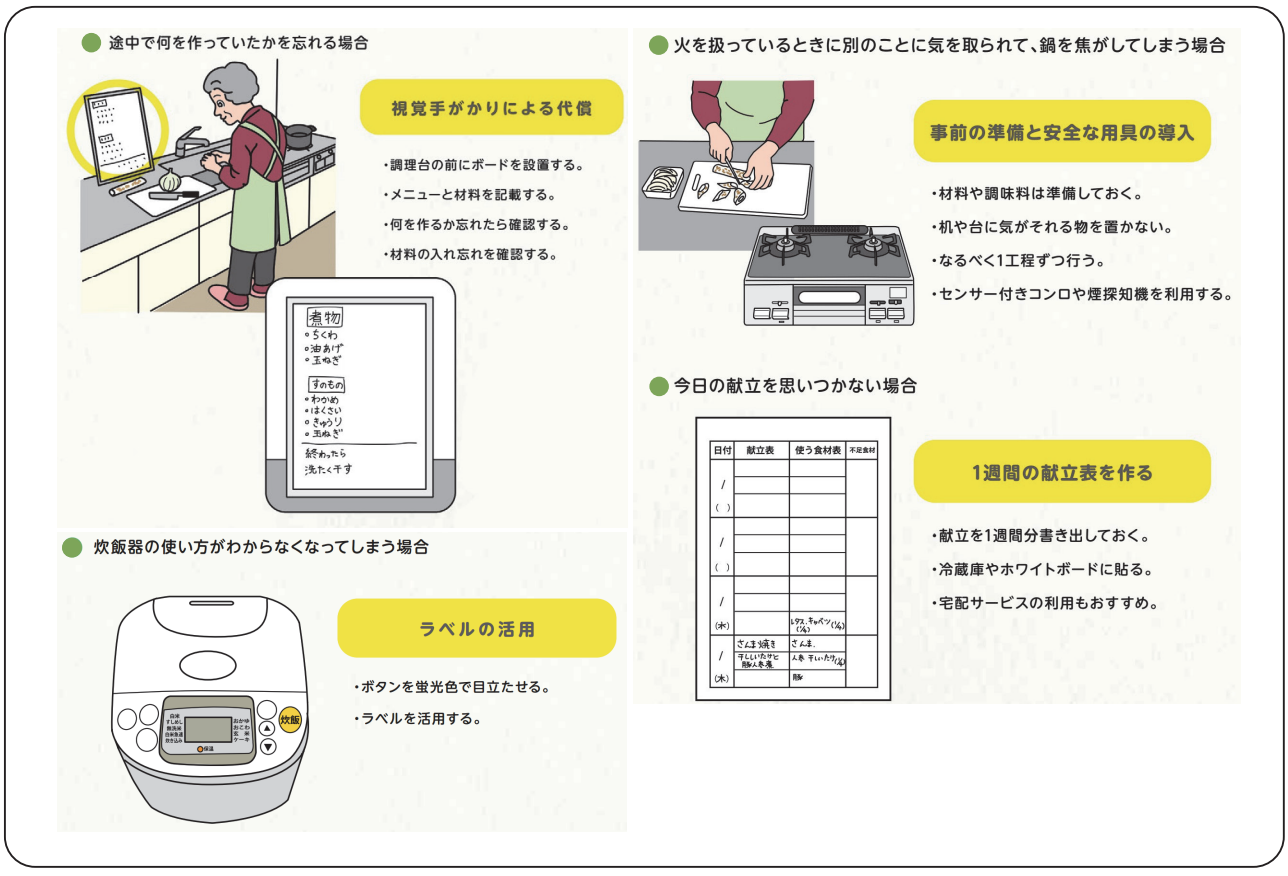


図５　調理動作における工夫例（文献７より）

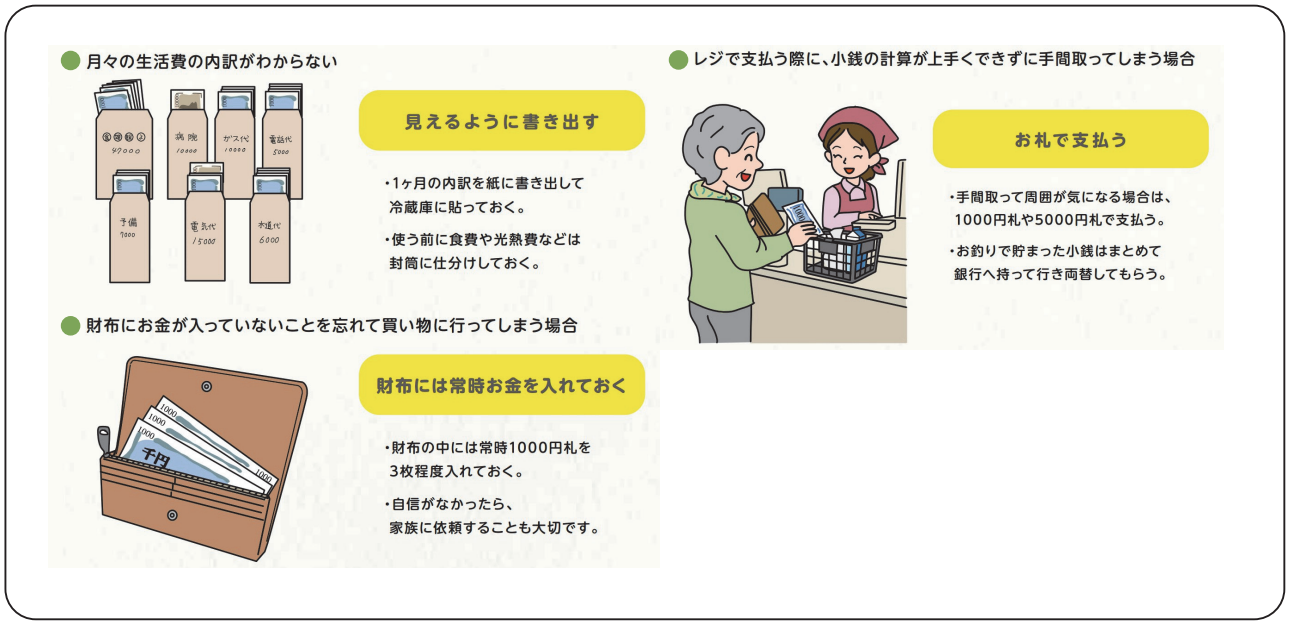


図６　金銭管理の工夫例（文献７より）

安で執拗に確認の電話をしたりでトラブルになることもあります。本人がいつ誰に預けたのか記録した自筆のメモを、普段通帳を保管していた場所などに置いておくと、そういったトラブルを防げる場合も多いです[8]。これも本人の納得の元で、本人の残存機能に配慮した工夫が必要です。

4）認知症の人の地域生活を支える作業療法士の視点

この章では、認知症の事例を基にその支援経過を例示することが求められているのかもしれません。しかし、そもそも「認知症」に対する支援という、特別な支援方法はありません。山口さんの「認知症」にアプローチするのではなく、「山口さん」が認知症を抱えながらどの様に在宅生活を継続するかの支援が求められます。それには、認知症の原因疾患に関する医学的知識を基に、疾患特異的症状とその進行に配慮し、他職種と連携しながら、認知機能低下による生活（ADL/IADL だけでなく、社会参加や周囲との関係性維持も含める）障害に対し、専門職としてのアセスメントと本人の意向を基に、具体的支援を検討するという基本姿勢こそが重要なのです。

【文献】

1）山口智晴：「認知症とともに生きる」ために「活かす」作業療法士の視点．OT ジャーナル 56（11）：(in press)，2022.
2）山口智晴：認知機能の低下と認知症予防．Medical Rehabilitation 206: 17-23, 2017.
3）厚生労働省：「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～（新オレンジプラン）」について．2015 年 1 月 27 日．https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000072246.html
4）International Psychogeriatric Association：Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia,, Better Mental Health for Older People; BPSD slide kit, 2011.
5）認知症介護研究・研修仙台センター：老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業），認知症の家族等介護者支援に関する調査研究事業報告書，2018. https://www.dcnet.gr.jp/pdf/download/support/research/center3/322/s_h29kazokushienn_doc.pdf
6）丹野智文，香山明美：対談　認知症の人がその人らしく生きる．OT ジャーナル 56（11）：(in press)，2022.
7）日本作業療法士協会：老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業），認知症のリハビリテーションを推進するための調査研究事業，「認知症のリハビリテーションに基づく生活行為を続けるためのヒント集」2016.
8）山口智晴：IADL ケア．内田陽子（編）：認知症 plus 行動・心理症状のケア．日本看護協会出版会，pp105-118, 2022.

Ⅵ　多様な人々への支援と生活行為向上【就労支援と生活行為向上】

就労支援と生活行為向上

1．はじめに

地域包括ケアシステムで示されている、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供されること[1]に向け、様々に制度改定や支援体制が構築されつつあります。その目標は、多様な人々が「支え手」「受け手」という関係を超えて支え合うことを通して、多様性を尊重し包摂する地域文化を醸成していく「地域共生社会の実現」です[2]。地域への社会参画の方法として、就労もその一つであり、疾病、障害の有無に関わらず、人生の長期間を占める重要な生活行為であると言っても過言ではありません。障害者の就労状況や、法・制度、昨今の情勢や作業療法士に求められることについて、以下に記します。

2．障害者の就労状況

わが国における障害者の雇用状況は、雇用障害者数597,786.0 人（対前年度比 103%、対前年差 19,494 人増加）であり、年々増加の一途を辿っています。障害種別にみると、身体障害者 359,067.5 人、知的障害者 140,665.0 人、精神障害者 98,053.5 人です。そのうち、新規雇用では、身体障害者 22,985.5 人（対前年度比 91.4%）、知的障害者 12,845.5 人（対前年度比 95.7%）、精神障害者 19,250.0 人（対前年度比 101%）です。企業規模別にみると、法定雇用率達成状況では従業員数 1,000 人以上は 2.42 %、500 ～ 1,000 人未満は 2.20%、300 ～ 500 人未満は 2.08%、100 ～ 300 人未満は 2.02 %、45.5 ～ 100 人未満は 1.81 %、43.5 ～ 45.5 人未満は 1.77 %です[3]。これらより、精神障害者の雇用者数が増えてきていることと、大企業ほど雇用率を達成している傾向にあることが分かります。

3．福祉施策（障害者総合支援法）

就労支援を行う社会サービスとしては様々に存在しますが、ここでは障害者総合支援法における就労支援に関するサービスを示します。障害者総合支援法の障害福祉サービスは、主に介護給付と訓練等給付に 2 分されます。訓練等給付には、共同生活支援（グループホーム）や自立訓練などの生活支援関連のサービスも含まれますが、就労系障害福祉サービスはここに位置付けられます。具体的には、就労移行支援（利用期間は 2 年間。対象は通常の企業に雇用されることが可能と見込まれる者）、就労継続支援 A 型（利用期間は制限なし。対象は通常の企業に雇用されることが困難であり、雇用契約に基づく就労が可能である者）、就労継続支援 B 型（利用期間は制限なし。対象は通常の企業に雇用されることが困難であり、雇用契約に基づく就労が困難である者）、就労定着支援（利用期間は 3 年間。対象は就労系サービスの利用を経て企業に雇用され、就労移行支援等の職場定着期間の 6 ヶ月を経過した者）の 4 つが制度化されています。

4．労働施策（障害者雇用促進法）

障害者雇用促進法におけるサービスを示します。公共職業安定所・ハローワーク（求人の開拓・条件指導、職業指導、就職後の助言・指導、企業に対する助言・指導等）、地域障害者職業センター（職業評価・職業準備訓練、企業に対する助言、職場適応援助者の養成・研修、関係機関に対する技術的助言等）、障害者就業・生活支援センター（企業における障害者に対する差別の禁止及び合理的配慮の提供義務等）の 3 つが、職業リハビリテーションの推進に関する事業として制度化されています。また、本法では、障害者の雇用義務等として法定雇用率制度、雇用調整金・雇用納付金制度、差別禁止に関しても定められています。これらより、障害者本人に対する事業や制度ではなく、企業など対象者の周辺への関与についても示されています。

5．制度から見る作業療法士への期待

就労支援において作業療法士の有用性については、作業療法の歴史的な背景や専門性からも明らかです。さらに、昨今の動向としては、障害者総合支援法の就労移行支援において、福祉専門職員配置等加算において資格保有者として、新たに作業療法士を加えて評価してはどうかと検討され[4]、2018 年度より加算対象の資格と認められました。また、就労移行支援と同様に、就労継続支援についても、一般就労へ

の移行の更なる促進を見込み、作業療法士を有資格者として新たに評価することが検討され、2021 年度より就労継続支援 A 型および就労継続支援 B 型の福祉専門職員配置等加算の資格として、作業療法士が認められました[5)]。

作業療法士へ期待されていることは、上記の制度改定より、いずれの就労系障害福祉サービスからも一般就労への移行が求められています。昨今の就労系障害福祉サービスの利用者の傾向としては、精神障害者や発達障害者などの障害種が、大きな割合を占めています。また、高次脳機能障害者においても、就職や復職への支援を求め、サービスを利用する対象者も増えてきています。当然、重複する障害も生じることから、障害特性の多様化への対応、また医療的介入、医療連携などが求められています。就労支援に携わる様々な専門職のうち、作業療法士は医療従事者として側面もあるため、これらの求めに関与できる数少ない職種です。医学モデルとして障害を捉える場合、基礎医学・臨床医学的視点、治療学的視点を持ち、就労支援の実践をすることが必要であり、養成教育においても多くの学修時間を費やしてきたものと思われます。この点は、就労支援の分野において、作業療法士の強みの一つであると思えます。また、就労支援の対象者は、病期で捉えると、一般的には維持期・生活期であることが多いです。その上で、対象者に生じている障害については、対象者ごとの個別性による社会モデルとしての考え方が重要です。対象者が人生において辿ってきた生活歴や経験歴、対象者の周囲を取り巻く環境因子（人的環境、物的環境、制度）など、これらによって障害像は大きく変化し得るということは既知のことと思われます。鈴木らは、「就労支援において、対象者が『したい』『する必要がある』『しなければならない』仕事に就くことを支援する際に、仕事だけ、もしくは対象者だけを評価・分析することはよりよい支援とは言えない。仕事、人、環境の相互作用を含めて評価支援することが、よりよい支援につながると述べている。また、同時に、Mary Law の人－環境－作業モデル（Person-Environment-Occupation Model）より、人と環境、作業のダイナミクスな相互作用によって作業遂行が実現する。重なり合う作業遂行の部分が最大となるときが最適状態である」と説明しています[6)]。就労支援においては、このように多角的な評価により、状態像を捉えることが求められています。

ハーバートは、仕事治療と題して、以下のように述べています。「手と心を適当に使うことが個人においても地域社会においても、その身体的・精神的及び道徳的健康を維持するうえに非常に強力なファクターであることは、反駁のおそれなく主張できるだろう。その反面、正しい種類の仕事は適切に行われれば、不適切な作業が習慣になった場合、適切な作業が誤用された場合、ある種の機能的神経疾患に対して有効な治療法になるであろうということも、あまり強調させないにしても認められている」[7)]、としています。作業療法士は、作業を手段的にも目的的にも取り扱う職種です。就労を作業と置き換え考えると、目標でもあり、仕事を手段として治療的活用としても用いることができます。この際に、仕事という作業が、対象者にどのような影響を与えるのか、作業療法士は十分に分析、活用することでできるものと考えます。就労支援においては、作業療法士にはこのような関与の仕方が求められます。

6．他機関連携

前述したように、就労支援においては、対象者の障害の多様化に伴い、医療機関もはじめ、様々な支援機関や他職種と連携することが必要です。他の分野では関わることはそれほど多くはないかもしれない、就労系障害福祉サービス事業所や、雇用制度における支援事業所など、特有な連携も求められます。また、地域生活支援という観点から、就労支援に特化した支援事業所のみならず、生活を支える支援事業所との連携も欠かせません。さらに、職場実習、施設外就労・施設外作業、求職活動、就労定着においては、企業との連携が生じることとなります。企業規模や産業によっても、企業内のどの立場の従業員と関わるのか、例えば、人事課などの人事管理を行う従業員、同部署の上司や主任、または経営者との直接の連携ということも想定されます。企業における文化は、作業療法士として一般的に関与が多い保健、医療、福祉分野のものとは異なることもあり、連携の技術としては更なる研鑽が求められます。

連携を図る目的は、情報収集の効率化と、それに伴う支援の方向性をより効果的に設定するため、また役割を分担して協業することなどです。対象者の評価を行う上で、環境因子により状態像が変わり得るものであるのは、前述の通りです。多角的な視点で捉えるためには、作業療法士一人で評価した結果以外にも、多様な立場、専門性のもと捉えた情報が有益であるのは言うまでもないことと思われます。この連携を考える際に、保健、医療、福祉などのフォーマル（専門的）

な支援の観点のみならず、企業や地域住民などのインフォーマルな社会資源との連携も十分に行う必要があります。対象者は、あらゆる側面で障害がある状態ではなく、障害が生じる場面と、そうではなく地域に対して役割を果たすことができる場面と混在しているはずです。そのように考えると、フォーマルな制度下だけで生活が成り立つように目指すのではなく、対象者が社会参画できるために、どのような体制整備が必要なのか考える必要があります。

7．就労支援の今後の方向性

2020 年 10 月より、厚生労働省内において「障害者雇用・福祉施策の連携強化に関する検討会」が開催されています。前述したように、障害者の就労支援においては、福祉行政施策と労働行政施策が混在しています。支援の実践においては、制度ごとに支援を運用することはなく、多様な支援事業所間が協業して支援を行っています。それに伴い、就労支援においてどのような課題があり、対策が必要であるのか、行政部署を超えた検討がされています。そこでは３つの分科会が形成され、議論がされており、それぞれのテーマは以下の通りです。①障害者のニーズの把握と就労能力や適正の評価の在り方、②障害者就労を支える人材の育成・確保、③障害者の就労支援体系の在り方の３つです。①においては、障害者の就労能力について、さらに言えば一般就労の可能性を判断するにあたって、支援者の主観的評価になっていないかということが問題提起され、専門的評価の実施が求められています。②においては、就労支援の支援者の知識・技術の向上に対して、様々な研修制度があるが、分野・職種を超えた横断的･統一的な専門性の向上が必要ではないか。さらには、より専門性を高める研修制度、専門職の養成が必要ではないかと検討されています。③においては、障害者の多様なニーズに伴い、例えば企業等で働き始めの時期、一時的な不調時、加齢等により雇用継続が困難な場合など、福祉的就労と一般就労を混合させた働き方ができるよう柔軟な体制整備について検討されています。2024 年度の法改正・報酬改定に向けて議論が継続されていますが、全体を概観すると、障害者の多様なニーズに合わせ、より高度な専門性の発揮が求められています。このような動向を踏まえ、就労支援にどのように作業療法士が関与していくのか、また専門性を生かすことが求められているのか、視野を広げて支援を行う必要があります。

8．事例紹介

就労移行支援事業所における片麻痺・高次脳機能障害を呈された方への就労支援
～ハローワークと連携し就労に至ったケース～

【基本情報】

A さん、30 代後半の男性。右被殻出血による左片麻痺・高次脳機能障害。身体障害者手帳２級。両親と３人家族。身体機能については、Brs stage 左上肢・手指Ⅲ～Ⅳ、下肢Ⅴ～Ⅵであり ADL・APDL 自立。下肢の麻痺は軽度であり長距離歩行や立位耐久性も高く、自動車運転も可能。主訴・ニードは、できるだけ早く就職したいと希望が聞かれました。

【病歴・経過】

発病前から離職・転職を繰り返していました。業務中に発症し緊急搬送され、急性期・回復期病院にて加療。退院後、自力で就職活動を行うが採用に至りませんでした。外来リハの担当作業療法士からの紹介で就労移行支援サービスを利用開始。半年ほど利用され製造会社のごみ収集業務に就職。欠勤することなく勤務され評価もされていましたが、ステップアップしたいという気持ちが強くなり入職から２年で退職。自力で転職活動を行い物流センターに転職。３年勤務されましたが、事業所閉鎖に伴い退職することとなり、産業雇用安定センターに数社再就職の斡旋をしてもらいましたが採用に至りませんでした。

その後、ハローワークや就業・生活支援センターに相談し、複数社見学や面接に行かれましたが片手では難しい業務も多く採用には至りませんでした。再度、職業適性や働き方の検討をするために障害者職業センターでの職業評価も実施されました。医療的な視点でのサポートを期待され、就労移行支援サービス再利用に至っています。

【アセスメント】

- 再利用に至るまでに、複数社実習を経験されていますが、自身の身体機能や高次脳機能障害についての理解が不十分な面があり、自身の「できる」という思いと、企業側が「安全にできる」という評価に差があり採用に至らないことが続いており、ご本人は納得のいかなさを感じている様子でした。
- 身体機能面としては、左片麻痺であるが下肢の麻痺は軽く移動能力や体力は問題はなし。
- 高次脳機能障害としては、注意障害、半側空間無視、記憶障害、遂行機能障害を認める。作業場面においても計画的に物事をすすめることが難しく見落としや見誤りを認めることがありました。

・精神機能面に関しては、就労への焦りがあり定期的にハローワーク専門窓口に相談に行っていました。気になる求人があれば、すぐにでも見学・実習をしたいと希望が聞かれています。他者の状況や思いを想像することが難しく、自身の希望や要求が通らないと不満に感じやすいようでした。
・離職から８カ月が経過しており、就寝時間も遅く生活リズムも乱れていました。
・希望職種や条件としては体を動かす業務でフルタイムの仕事で、潔癖症があるため清掃業務や体が汚れる仕事は避けたいと希望が聞かれています。

介入経過

【介入の基本方針】

（１）生活リズムの再構築を図る。
（２）様々な作業体験を行うことで適性のある業務を整理する。
（３）再利用で障害の把握や関係性構築はできていることより、ハローワークと連携しながら求職活動を実施し、可能な限り最短での就労を目指す。

【支援経過】

○第一期（利用開始～１カ月）：関係機関との連携、生活リズムの構築

Ａさんを支援してこられた支援機関（ハローワーク、障害者・就業・生活支援センター、職業センター）に連絡し、支援経過の確認と職業評価データの収集を行いました。ご本人が週１回ハローワークに求職相談に行かれていることもあり、ハローワーク担当者とは定期的に情報共有を行っていくこととしました。

生活リズムについては、毎日利用することで規則正しい就寝・起床リズムの構築ができました。

○第二期（１カ月～２カ月）：適性のある業務を整理する

事業所内での作業訓練や興味のある求人の企業見学・体験実習を実施。様々な作業を体験することで、苦手なこと・できる事の整理を行いました。片手作業や注意障害の影響で作業遂行に時間を要すためスピードやノルマを求められない作業が望ましいこと、また自身では大丈夫であると思っていることも、会社側のリスク管理や生産性といった観点からマッチしないと採用には結びつかないことなどの整理を行いました。

○第三期（２カ月～８カ月）：求職活動

就労への焦りもありご本人が興味のある求人を矢継ぎ早に持参され企業見学の希望をされました。支援者と一つ一つ業務内容や条件を見合わせ、取捨選択や優先順位を一緒に検討しました。一度決定したことも「そんなこと言ってましたか？」と記憶が曖昧になったり、企業見学を調整していても新しい興味のある求人みつけたり、逆にインターネットでネガティブな企業情報を目にすると途中で見学をキャンセルしたいと決断が揺らぎやすい面がみられました。

そのため、支援方針として企業見学は優先順位をつけて一つ一つ実施し同時進行はしないこと、企業見学など一度調整したものは変えないこと、不安になるためインターネット検索をしすぎないことなどをＡさんと確認し、ハローワーク担当者とは統一した支援方針で関われるように情報共有を行いました。

企業見学はハローワークが連絡調整を行い、就労移行支援事業所の作業療法士が同行し、片手で遂行可能な業務か、安全性は担保されているか、会社の求める生産性とマッチするかという視点で確認し、ご本人の適性のある業務がみつかるまで複数箇所見学を行いました。８箇所目の印刷・製造業でのインク缶洗浄業務は、缶を固定することができれば片手でも業務が行える作業と思われたため、体験実習を依頼し、固定器具や滑り止めマットなどの自助具を提案し、自力で遂行できる様子を企業スタッフに確認を頂きました。また企業側も洗浄業務以外の片手で行える在庫管理や発注業務も切り出して頂き、１週間実習の様子をみられた企業担当者からの評価も良く、トライアル雇用（３カ月）での採用が決定となりました。

まとめ

今回のケースでは、就労移行支援サービスを利用されるまで、様々な地域の就労支援機関を利用していたケースであったため、ご本人了解のもと利用経過や職業評価結果などを情報収集し、支援計画の立案に活かすことができました。求職活動はご本人の作業能力と企業が求める能力や生産性がマッチせず難渋しましたが、ハローワークと連携をとり根気強く活動を行うことで最後は就労に至ることができました。

【文献】
1）三菱 UFJ リサーチ＆コンサルティング：地域包括ケア研究会報告書，2018，https://www.murc.jp/sp/1509/houkatsu/houkatsu_01/houkatsu_01_1_2.pdf（閲覧日 2022 年 12 月 1 日）
2）厚生労働省：「地域共生社会」の実現に向けて（当面の改革工程），2016，https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000150632.pdf（閲覧日 2022 年 12 月 1 日）
3）厚生労働省：令和 3 年障害者雇用状況の集計結果，2021，https://www.mhlw.go.jp/content/11704000/000871748.pdf（閲覧日 2022 年 12 月1日）
4）厚生労働省：就労移行支援に係る報酬・基準について，2017，https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/0000182983.pdf（閲覧日 2022 年 12 月 1 日）
5）厚生労働省：令和 3 年度障害福祉サービス等報酬改定の概要，45-51，2021，https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000734440.pdf（閲覧日 2022 年 12 月 1 日）
6）中村俊彦・鈴木達也　他：就労支援の作業療法，医師薬出版株式会社，2022，32-35
7）冨岡詔子・秋元波留夫　他：新 作業療法の源流，三輪書店，2001，109-117

Ⅵ　多様な人々への支援と生活行為向上
地域移動支援と生活行為向上

地域移動支援と生活行為向上

1．地域移動支援の課題

我々が住み慣れた地域で暮らし続けるためには、行きたい時に行きたい所へ容易に行ける、すなわち交通権の保証が重要です。しかし、地方や都市部の郊外では公共交通の衰退が問題となっており、地域生活者にとって自家用車の運転は自立生活の生命線です。また、都市生活者でも高齢者や障害を持つ者などの移動困難者は、運転が出来なければ自立生活が困難になる者も少なくありません。一方で自動車の運転は他者の生命を左右する社会的責任の重い作業活動であり、地域の交通安全は住民全体にとって重要な問題です。それゆえ地域生活の支援者には、対象者の生活行為向上のみならず地域全体の利益とのバランスを考慮した指導・助言が求められます。ここでは、地域ケア会議などで話題に出る移動の問題について取り上げます。

1）高齢運転者の事故実態と対策

近年、高齢者が引き起こす交通事故の報道で、その危険性が伝えられる一方で、高齢運転者だけが危険なのではなく、権利を守るべきだという意見も聞かれます。われわれ支援者が適切な助言を行うには、まず実態を掴んでおくことが重要です。令和４年版交通安全白書[1)]によると交通事故死者数は、過去 10 年以上減少傾向にあり、高齢者においても同様です。しかし年齢層別での交通事故死者数は、年齢層が高くなるにつれその構成率は高くなり、昨年は交通事故による全死者数の半数以上が 70 歳以上となりました（図１）。この死者数は、高齢者人口の増加を背景として、加齢による脆弱性の影響も大きく、「高齢者は交通事故のような衝撃を含む外力に脆弱である」ことが反映されていると考えられます。

また、免許保有者 10 万人当たりの交通死亡事故発生件数を見ると、30 ～ 69 歳までの各年齢層では３件未満であるのに対し、30 歳未満および 70 歳以上の層ではそれを超え、80 歳以上では、8.2 件であり倍以上のリスクがあることがわかります（図２）。こちらは高齢運転者の危険性をある程度反映していると考えられますが、運転者自身の死亡が含まれていることに注意が必要です。すなわち、高齢者における自家用車の運転は、当人にとっても相応のリスクであり、「80 歳以上の高齢運転者は、事故を引き起こす可能性は相対的に高く、加害者になるだけでなく運転者自身にも被害が及ぶことがある」といえます。この傾向は 75 歳前後から顕著であり、健康状態に関わらず年代に応じた一定の情報提供を行うことが重要です。また、高齢運転者の事故の特徴として、他の年代と比して追突事故は少なく出合い頭事故が多いことが明らかになっています。

警察庁は、高齢運転者対策として 1998 年より高齢者講習制度を創設し、2009 年には 75 歳以上の免許

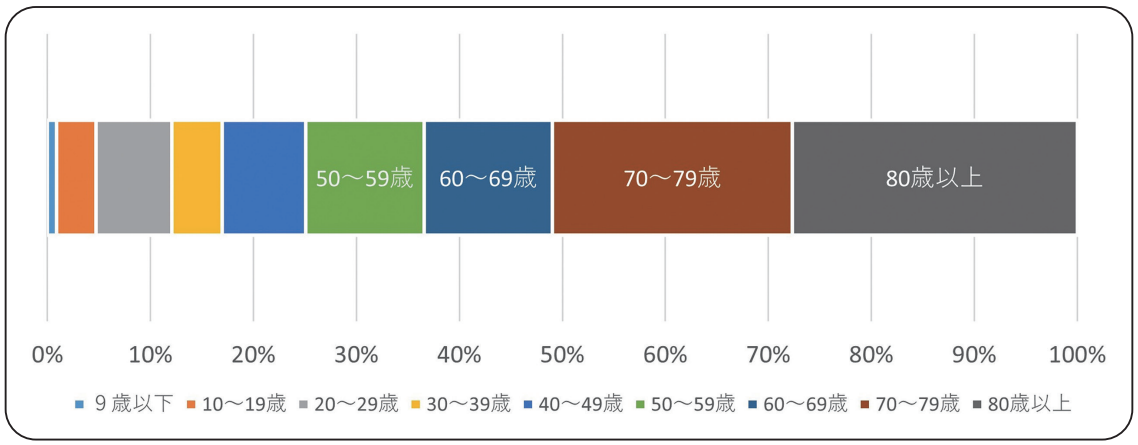


図１　年齢層別交通事故死者数

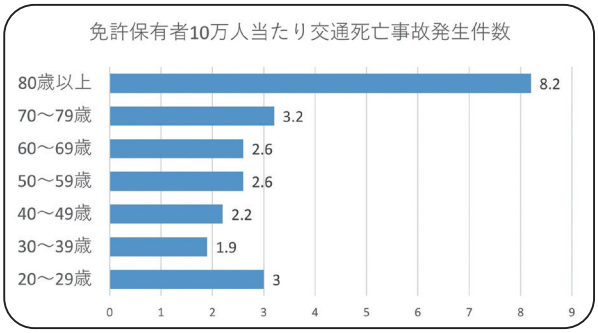


図２　免許保有者 10 万人当たり交通死亡事故発生件数

更新者に対して更新時認知機能検査が開始されました。また 2017 年の改正道路交通法では、更新時認知機能検査により認知症が疑われる者全てに医師診断書の提出を義務付けました。さらに、高齢者は様々な病気を持ちつつ生活する者も少なくありませんが、2016 年の改正では、免許の更新時に運転に支障のある一定の病気に関する質問票の提出を義務付け、その内容に応じて相談の実施や診断書の提出を求めています。対象となる疾患等を表１に示します。加えて、違反や交通事故を繰り返す高齢運転者への実効的な対策として、2022 年の改正では、75 歳以上で信号無視などの違反歴がある者は、運転技能検査に合格しなければ免許の更新ができなくなりました（図３）[2)]。

２）高齢運転者の運転適性の問題

まず最初に、視機能は運転に必要な情報の９割以上

表１　運転に支障のある一定の病気等

道路交通法での規定	下位法令や通達、事務連絡等に含まれる具体的疾患名や条件
認知症	介護保険法第５条の２に規定する認知症
アルコール、麻薬、大麻あへん又は覚醒剤の中毒	
幻覚の症状を伴う精神病であって政令で定めるもの	統合失調症（自動車等の安全な運転に必要な認知等に係る能力を欠くこととなるおそれのある症状を呈しないものを除く）
発作により意識障害又は運動障害をもたらす病気であって政令で定めるもの	てんかん（発作が再発するおそれがないもの、発作が再発しても意識障害及び運動障害がもたらされないもの並びに発作が睡眠中に限り再発するものを除く）
	再発性の失神（脳全体の虚血により一過性の意識障害をもたらす病気であって、発作が再発するおそれがあるもの）
	無自覚性の低血糖症（人為的に血糖を調節することができるものを除く）
自動車等の安全な運転に支障を及ぼすおそれがある病気として政令で定めるもの	そううつ病（自動車等の安全な運転に必要な認知等に係る能力を欠くこととなるおそれがある症状を呈しないものを除く）
	重度の眠気の症状を呈する睡眠障害
	自動車等の安全な運転に必要な認知等に係る能力を欠くこととなるおそれがある症状を呈する病気
目が見えないことその他自動車等の安全な運転に支障を及ぼすおそれがある身体の障害として政令で定めるもの	体幹の機能に障害があって腰をかけていることができないもの 四肢の全部を失ったもの又は四肢の用を全廃したもの その他、自動車等の安全な運転に必要な認知又は操作のいずれかに係る能力を欠くこととなる身体の障害（運転免許に条件を付することにより、その能力が快復することが明らかであるものを除く）

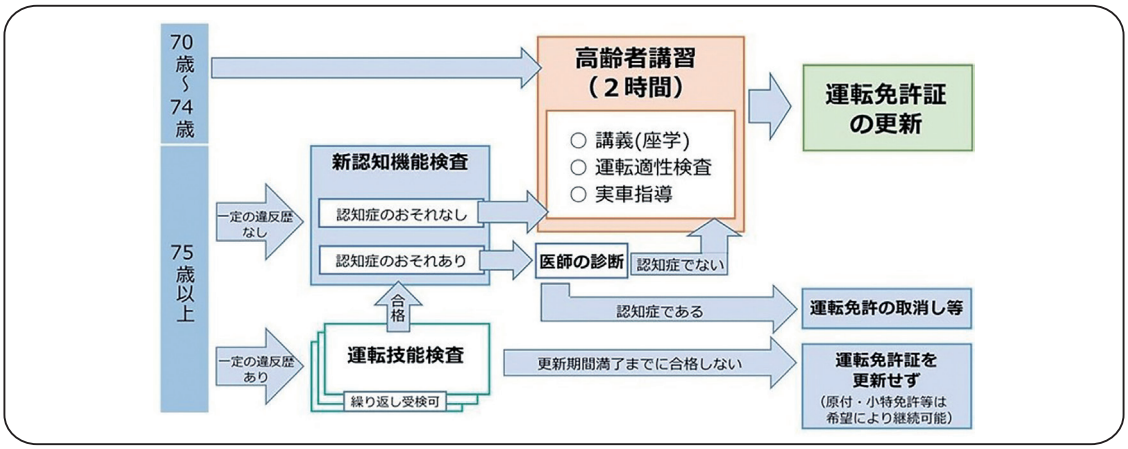


図３　2022 年度道路交通法改正

を視覚から得ると言われているため重要です。免許更新時の視力検査に合格するレベルであっても、白内障や緑内障などの眼科系疾患がある場合は運転に影響すると考えられ、特に緑内障などは、自覚がない者が多いことが報告されているため注意が必要です。次に運動機能は、操作能力に影響するだけでなく、乗降り時や耐久性の問題にも関わるため運転に関わるさまざまな動作について問題がないか確認が必要です。さらに認知機能は、75 歳以上の更新時に認知機能検査が行われていますが、これは認知症か否かのスクリーニングであり運転適性との関係は報告されていません。それゆえ無事に更新できたから運転に関する認知機能に問題がないとは言えないことに注意が必要です。運転に関する認知機能および神経心理学的検査は、主に注意機能や視知覚認知に関する評価が多く実施されています[3) 4)]。また、同乗している家族や周囲からの情報も重要です。これらの加齢による高齢者の諸機能の低下は個人差が大きいと言われていますが、80 歳以上では 72％が運転に自信を持っているという報告もあり、実際の能力と自己認識に乖離がある者も少なくありません。指導の際は、この自己認識を踏まえた対応が重要です。

3）運転中止や免許返納の健康への影響

高齢者の免許返納制度は 1998 年から開始されましたが、当初年間 1 万件未満であった自主返納者数はその後徐々に増加し、2012 年には 10 万件を超えました。2015 年の道路交通法改正で認知機能が低下した者全員に診断書を求めることとなってから自主返納はさらに増加し、2017 年は 42 万件を超えました。しかし、高齢者の運転中止の影響についての海外のシステマティックレビューでは、うつ状態になるリスクが 2 倍であることや健康状態にさまざまな悪影響をおよぼすことが知られており、本邦でも ADL や移動能力の低下、要介護度の上昇に関係があると報告されています。

2．地域移動支援に対する作業療法士の関わり方

高齢運転者にとって地域移動手段の中心である自動車運転は、生活や役割、生きがいに密接に関係がある、人生のプライドを伴う大切な作業活動です。同時に、生涯を運転者として現役を全うできる方は少ないのも現実です。支援者としての作業療法士は、安全な運転継続への支援とともに、出来るだけ納得した運転中断への支援にも携われるように取り組むことが期待されています。なお、支援の際には、対象者本人だけではなく出来る限りご家族も併せて支援に取り組むことが重要なポイントとなります。

1）高齢者の運転能力の評価

高齢運転者に限らず安全な自動車運転が可能かどうかは、年齢ではなく、運転能力の有無・程度によると考えられます。従って運転継続の可否に関しては、高齢者の運転能力についての客観的な把握が重要となります。

運転支援を始める際には、まず対象者の運転関連情報の収集を行いましょう。項目としては、運転免許の種類、次回更新日、免許歴、事故・違反歴、運転している車種（軽自動車･普通乗用車、オートマ車･マニュアル車）、運転頻度、運転経路、運転時間・時間帯、運転目的などがあります。生活行為である運転目的は、例えば、通勤、仕事、買い物、通院、外食、趣味、家族・友人知人宅への訪問、旅行・ドライブ、家族の送迎、銀行・郵便局などの利用等が挙げられます。

次に安全な運転が可能かどうかを見極めるには、大別して医学的情報、服薬状況、視機能、認知機能、身体機能の 5 項目の評価・確認が必要となります[5)]（表 2）。条件があれば教習所での実車評価が加われば より詳細に評価できますが、地域の高齢者の場合はそのような機会は少ないと思いますので、前述の 5 項目を総合的に評価・確認しましょう。

医学的情報、服薬状況、視機能は医師による診断が必要です。これらの医療情報を正確に収集し、家族を含めた支援者間で共有することが大切です。作業療法士は認知機能と身体機能の把握が直接出来る機会が多いので、可能であれば直接評価し医療情報と合わせて安全な運転が可能か、検討しましょう。

運転能力に関して、支援者のみの情報共有・理解にとどめず、対象者本人が自身の状態を把握、理解できるようにわかりやすい説明の機会も検討しましょう。但し、運転をしてよいか、控えた方がよいかといった可否判断の権限は地域の支援者や医療機関にはありません。運転免許に関する行政機関として公安委員会・運転免許センターが唯一権限を有しています。このことは対象者や支援者の中で誤解がないように明確に説明を行いましょう。

2）運転継続への支援

a．安全運転に関する教育

安全な運転を続けるためには、対象者本人が高齢者

表 2　高齢運転者の運転能力に関する評価項目

医学的情報	転倒歴、歩行障害、末梢神経障害、起立性低血圧、失神歴、脳卒中、TIA、再発性低血糖、視覚障害、めまい、神経変性疾患、認知機能障害、生活機能障害 (ADL、IADL)、せん妄、アルコールや薬物
服薬状況	抗コリン薬、抗けいれん薬、抗精神薬（ベンゾジアゼピン）、アヘン剤、パーキンソン治療薬、睡眠導入薬、非定型抗精神棒薬、筋弛緩剤、覚せい剤、抗不安薬
視機能	眼科疾患 (緑内障、白内障、網膜症、加齢黄斑変性症）の有無、視野、奥行き知覚、** 視力（両眼で 0.7 以上かつ片眼で 0.3 以上、片眼 0.3 未満の場合他眼の視力が 0.7 以上で視野が左右 150 度以上。眼鏡等使用可)、** 色彩識別能力（赤、青、黄の識別ができる）
認知機能	視覚性情報処理、視覚性注意、遂行機能、視空間認知、短期記憶、ワーキングメモリ
身体機能	体力、左右後方確認、** 座位保持、** ハンドル・アクセル・ブレーキ操作、** 車内機器操作、** 聴力（日常会話を聴取できる。10 メートルの距離で 90 デシベルの警音器の音が聞こえること） ・・・** 運動能力：運転に必要な操作能力に支障がないこと、あるいはあっても条件を満たせば可能（補助手段の使用は可）

＊文献 5）より引用改変
** 第一種普通免許適性試験合格基準関連

の運転に関する正しい知識を持つことが必要です。例えば、運転席の座り方、停止距離と空走距離・制動時間、ブレーキとアクセルの踏み間違い、運転とカロリー、免許更新制度の変更（改正道路交通法)、ながら運転、合流の留意点、運転中断による健康への影響、免許返納制度、運転中断理由などが紹介されています[6]。機会をつくって対象者に運転関連知識を説明しましょう。

b．運転寿命延伸への支援

「運転寿命延伸」とは、現在の安全な運転能力を出来るだけ長く継続させ、安全に運転できる期間を延ばすことです。運転寿命延伸のための具体的な方法を対象者と一緒に体験して継続的に取り組んでもらえるように支援していきましょう。

具体的な延伸方法の例としては、日本自動車連盟 (JAF）の「高齢運転者エイジド・ドライバー総合応援サイト」[7] の「ドライビングストレッチ」や内閣府調査研究事業で開発された「頭と体のトレーニング」[8] などの運転前の準備運動があります。このような身体機能の維持につながる運動プログラムはぜひ習慣化してほしいものです。

また、眼球の動きをスムースにし、視野を広げて安全確認の範囲を広げるための「ビジョントレーニング」も運転には大切なものです。スポーツ界や障害者支援でも注目されており、Web 上に様々な方法が紹介されています。左右、上下、斜め、奥行きへの眼球運動を習慣的に行えるように指導しましょう。

「交通脳トレ」と言って、視覚性の配分性注意と変換性注意をトレーニングする机上課題を行うことも運転での同時処理への対策として大切です。Trail Making Test のような要素を持つ認知リハの課題が用いられています。

「危険予測トレーニング」は、自信過剰傾向が強いと言われる高齢運転者にとって重要なトレーニングです。運転中の危険への感受性を磨きなおし、危険予測を意識する習慣化を図りましょう。教材はプリントや静止画もありますが、動画を活用した方がより効果的です。JAF の KYT（危険予知トレーニング）動画は、多くのシーン別動画があり Web にて活用可能です。対象者と一緒に見ながら危険に関する認識を深めるように対話を行いましょう。

c．補償運転行動とチェックリストの活用

補償運転行動とは、例えば、暗い中では見えにくい場合には夜間や荒天で視界不良の場合の運転を控える、などといった、条件に合わせて運転の仕方や環境を選択する行動を言います。安全に運転を続けるための対策の一つであり、高齢者に限らず高次脳機能障害者への運転再開支援でも用いられている考え方です。補償運転行動の例を表 3 に記載しています[9]。

対象者がこの補償運転行動を行うには理解と納得が必要です。そのためには現在の運転能力を知ることが必要になります。詳細な評価が出来ない場合では簡便に運転能力を把握するためにチェックリストの活用が考えられます。様々なチェックリストが作成されていますが、その中には「令和 3 年度内閣府高齢者の交通安全対策に関する調査研究事業」[10] で日本作業療法士協会が作成に協力した「高齢運転者のための運転行動チェックリスト」(図 4)[8]があります。運転行動チェックリストを活用して現状の運転行動を本人と作業療法士で確認しましょう。この際、本人が気づいていない運転行動を家族が気づいていることが往々にしてあります。できるだけ家族が参加して確認することは現状

表３　補償運転行動の例

運転前の行動	運転中の行動
余裕を持った運転計画を立てる	制限速度を守り運転する
体調を整えてから運転する	スピードは控えめに運転する
車の点検をする	危ない車や自転車には近づかない
長距離の運転を控える	狭い道で対向車がきたら停止して待つ
夜間の運転を控える	後方から車が来たら脇により先に行かせる
雨など荒天の日の運転を控える	イライラしたり、焦らずに運転する
	考え事をしないで運転する
	ラジオ等を聞かずに運転する
	わき見をしないで運転する

＊文献９）より引用改変

図４　内閣府調査研究事業「高齢運転者のための運転行動チェックリスト」

＊文献８）より引用

把握に有効となります。そして何か気になる点が確認された場合には補償運転行動を検討しましょう。その際、対象者が理解、受け入れやすいように理由と危険性をわかりやすく説明するように心がけましょう。また、補償運転行動を提案した後には、継続しているかどうかの確認を行いましょう。運転チェックリストの活用をするなかには、安全な運転が危うくなっていることが把握できることもあります（例：無意識のセンターライン越え、車庫での接触等）。その場合は総合的な運転能力評価を行うように働きかけましょう。

3）運転中断への支援

多くの高齢運転者は人生が終わる前に自動車運転を卒業（中断）することになります。中断後の人生をより豊かにするためには、出来るだけ納得した形での中断を行うように支援することが大切です。

a．中断への準備

支援者は､対象者がまだ運転継続しているうちから､「運転しない生活のイメージづくりや体験」､「役割や生きがいの再検討」など、運転中断に向けた準備のための機会を少しずつつくる支援を心がけることが大切です。その際には、本人にとっての運転が持つ意味、思いを傾聴し共感する時間を持つことが重要となります。本人自身が人生の中での運転についてご自分の言葉で話し振り返ることで徐々に整理が出来てくることもあります。また、いずれ運転を卒業することがあるかもしれない、という思いにもつながることもあります。出来るだけ運転中断を受け入れやすい状態に整える支援を工夫してみましょう。

b．本人主体の中断決定への支援

運転中断は、本人が決める場合と家族や支援者が決める場合があります。本人が十分納得しないまま運転中断を進めると、家族への不満が残り家族を責めるなどのネガティブな状態につながりかねません。また、医療機関が関係した場合には医療不信や医療中断なども生じることも指摘されています[11)]。可能な限り本人が納得して運転中断を決められるように、本人との話し合いを十分行い、運転経歴への尊敬とともに、危険性と責任、代替手段の提案・体験を行うなど中断への支援に取り組みましょう。

c．運転免許の自主返納制度

身体機能や認知機能の低下などのために安全な運転への不安を感じたり、運転する必要がなくなった場合に、運転免許を自主返納することができます。

返納の手続きは、居住地の警察署もしくは運転免許センターにて行え、予約不要で経費も無料です。本人の申請が原則ですが、本人が入院中など申請できない場合は代理人による申請が可能です。警察庁が設置した全国統一相談専用ダイヤル「#8080」は、居住地

の運転免許センターの相談窓口「安全運転相談係」につながり、免許返納の相談などを行うことができます。

しかし、なかには納得して免許返納を行ってもその後に認知症が進行し、返納したことを忘れて免許証を探したり、無免許で運転する例もみられています。忘れても確認できるように「いつ、どうして、運転免許を返納したこと」を返納時にご本人の筆跡で紙に書いて、いつでも確認できるようにしておくなど、トラブル対策も考えましょう。

運転免許を自主返納すると、「運転経歴証明書」の交付を受けることができます。「運転経歴証明書」の申請手続きは免許返納後５年以内でも可能ですが、身分証明書の確保という意味でも免許返納と同時に行うのがよいでしょう。申請は警察署か運転免許センターにて、手数料（千円程度）、申請用顔写真が必要です。運転経歴証明書による各種サービスがありますが、自治体ごとに異なりますので居住地域のサービスを確認し、返納を検討するタイミングで対象者に説明しましょう。

d．代替手段

自動車に代わる移動手段としては、バス、電車、タクシーといった「公共交通機関の利用」と、シニアカー（ハンドル型電動車いす）、自転車、簡易型電動車いす等といった「パーソナルモビリティの利用」、という対象者本人が新たな移動手段を使って移動する方法と、家族や知人による送迎、介護タクシー、福祉有償運送等「他者による移動」があります（表４）。

公共交通機関は地域により利便性に差が大きいため、提案に際しては各地域の公共交通機関の情報を正確に把握することが求められます。活用できる公共交通機関があった際には、単独での利用が安全、適切にできるかどうかの見極めが必要です。パーソナルモビリティについて提案する場合は安全に活用できるかどうか、対象者の機能評価と関連動作も含めた操作能力の評価、使用目的と環境の把握が必要となります。特に電動アシスト自転車を含む自転車は軽車両であり、リスクも高いためより慎重に支援する必要があります。電動車いすとハンドル型電動車いすは介護保険対象であり、ハンドル型電動車いすは原則要介護２以上で対象となります。ケアマネージャーと連携して支援を行いましょう。

表４　主な代替移動手段の種類

公共交通機関	路線バス・地域循環バス
	電車（JR、私鉄、路面電車等）
	デマンドタクシー
	デマンドバス
パーソナルモビリティ	シニアカー
	自転車（電動アシスト自転車を含む）
	電動車椅子（簡易型等）
他者による移動	知人や家族の送迎
	介護タクシー
	福祉有償運送
	地域住民によるボランティア運送

３．事例～多様な人々への支援と生活行為向上～

１）事例紹介

Ａさん。70 歳代前半の男性。要支援２。70 代前半の妻と二人暮らし。長男と長女は近くに住んでいて、週末は支援が可能です。40 代の頃より糖尿病で近医に通院中で、70 歳時に腰椎圧迫骨折の既往があります。１年前に兄の他界後、気分の落ち込みや、身体的な不調の訴えが続くようになりました。物忘れも多くなり、自動車の鍵を探すことや給油時に戸惑うことが多くなりました。便秘や残尿感、目の違和感、耳鳴り等を訴え、専門の病院を受診しましたが、検査の結果明らかな異常は認めませんでした。自宅に閉じこもりがちとなり、ぼんやりしていることが多くなったため、家族が介護保険を申請し、要支援２の認定がおりました。基本チェックリストの No16 ～ No17（閉じこもり）2/2、No18 ～ No20（認知症）2/3、No21 ～ No25（うつ）3/5 となっています。興味関心チェックリストで、してみたい･興味のある活動は、自動車･車の運転、電車・バスでの外出、散歩、野球・相撲等観戦でした。外出の機会を持ち、同世代の人との交流を図ることで閉じこもりや認知機能低下防止のため週２回通所介護が導入されました。自動車の運転に関しては、次の更新まで１年半ほどあり、これまで大きな事故や違反はありません。慎重に運転しており、車体に傷などもみられません。家族は高齢者の事故のニュースやＡさんに物忘れがあることから返納をすすめていますが、Ａさんは次の更新時まで運転したいと言っています。運転に関して、家族との意向が異なるために、家族との口論が増えています。地域ケア会議における事例の課題として、Ａさんが運転を中断するためにどのような方法があるかが挙がりました。

２）Ａさんへの工程分析から助言まで

Ａさんの場合、兄の死を契機とした抑うつ傾向が長期化し、物忘れや外出の機会の減少など心身ともに不活発な状態になっています。Ａさんの強みは、身の

回りのことは自分ででき、意思の表出が可能なことです。また、妻と同居しており、長男や長女も協力できるため、運転を止めても生活に大きな支障はありません。しかし、生活行為の聞き取りにて本人は「運転はできればやめたくない」と言っています。運転を止めることで、ますます意欲が低下し外出の機会が減ることが予測されます。運転の中断が、家族主導で進んでいるため、A さんがなぜ運転をやめたくないのかを聞き取り、自己決定を促す必要があります。運転の中断に関しては、運転免許の拒否等を受けることになる一定の病気に該当するかを見ていきます。A さんは、意欲低下や物忘れに関しては、診断がついていません。糖尿病の内服治療を受けていますので、主治医に相談し、運転の可否やうつ病や認知症等の精査を勧めてもらうとよいかも知れません。運転が可能な状態であるならば、運転寿命延伸に向けた介護予防プログラムを導入することで、意欲向上の可能性もあります。ただし､運転免許の拒否等の一定の病気に該当しなくても、老化により身体能力は低下するため、運転をやめる準備をしていくことをおすすめします。A さんと家族の運転に関する意向の食い違いが家庭内での不和につながっているため、家族を含めた運転教育の機会や運転能力のチェックができると、A さん自身が納得して運転を止めることができるかもしれません。代替移動手段が確保できるかも運転中断の決定に重大な影響を与えます。運転をしていた用途ごとに代替方法を検討する必要があります｡居住地の交通機関､使用できるサービスや資源を収集し、代替手段のメリット、デメリットを含め A さんが実際に活用できる方法を考えます。その際に、訪問リハ等を活用し訓練することも良いかもしれません。運転中断後の生活の不自由さは、高齢者の自立の阻害因子になりますが、地域に使用できる資源が少ないのも現状です。個別事例で解決できなかった課題は、全国の先進的な取り組み事例などを参考に、今後どのようなサービスがあればよいのか地域ケア推進会議にかけていくことも必要です。

【文献】

1）内閣府，令和 4 年版交通安全白書，https://www8.cao.go.jp/koutu/taisaku/r04kou_haku/pdf/zenbun/1-1-1-2.pdf，（参照 2022-12-10）

2）警察庁，高齢者の運転免許証の更新に必要な手続，https://www.npa.go.jp/bureau/traffic/r2kaisei_koushin.html，（参照 2022-12-10）

3）三村將，藤田佳男．安全運転と認知機能．日本老年医学会雑誌，55（2），191-196. 2018

4）藤田佳男．軽度認知障害の人に対する自動車運転と QOL. MEDICAL REHABILITATION, 273, 32-37. 2022.

5）Morgan, E. (2018). Driving Dilemmas: A Guide to Driving Assessment in Primary Care. Clin Geriatr Med, 34(1), 107-115.

6）佐々木努，高齢者の自動車運転と作業療法．運転と作業療法研究会応用研修講義資料．2022.10.29.

7）日本自動車連盟，エイジド・ドライバー総合応援サイト，https://jaf.or.jp/common/safety-drive/online-training/senior（参照 2022-12-3）.

8）大田原市危機管理課，高齢運転者のための交通安全啓発，https://www.city.ohtawara.tochigi.jp/docs/2022070600032/，（参照 2022-12-3）

9）日本交通心理学会監修：高齢ドライバーのための安全運転ワークブック．企業開発センター．2008（現在入手困難）

10）内閣府，第 2 章 高齢運転者が安全に運転を続けるための教育プログラムの作成，令和 3 年度高齢者の交通安全対策に関する調査報告書，https://www8.cao.go.jp/koutu/chou-ken/r03/kourei/pdf/file2.pdf.（参照 2022-12-3）

11）松浦篤子：高齢者の自動車運転～認知症者の運転中断と代替手段の獲得～．運転と作業療法研究会応用研修講義資料．2022.10.29

【編集・執筆者一覧】

地域包括ケアシステム推進委員会

佐藤　孝臣	谷川　真澄	辰己　一彦	若林　佳樹	三浦　　晃
遠藤　陵晃	小岩　伸之	岸本　直子	三原　裕子	三宅　神奈
籾井　剛士	河野　　隆	加納　　彰	高多真裕美	有馬　正人
小河　周平	元廣　　惇	松岡麻由子		

Ⅳ．事例提供者

西浦　正典	小向　耕平	吉野　哲一	加藤　孝之	安井　敦史
本林真貴子	小南　陽平	新堀　　拓	知花　朋弥	松本　将平
坪内　貴志				

Ⅵ．執筆者

嘉門　邦岳	仲地　宗幸	小松　洋平	山口　智晴	野崎　智仁
千葉由香里	藤田　佳男	小倉　由紀	松浦　篤子	

地域包括ケアシステム参画の手引き
～作業療法士に求められる生活行為向上の視点を用いて～

2019 年 3 月　　第 1 版　発行
2023 年 3 月　　第 2 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
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．