

「人は“作業”することで健康になれる」

—人と環境と作業から—

テキスト(案)



平成22年3月

社団法人 日本作業療法士協会

はじめに

「人は作業をすることで健康になれる」という、単純で、明快な理論と実践の下、作業療法は国民の健康に寄与してきた。しかし、その考え方やサービスは専らリハビリテーション医療の領域でしか活かされてこなかった。

本研究の医療における役割、価値は、「包括マネジメントによる総合的なサービスモデル」が、医療と介護の領域で、「利用者が生活の中で、望む作業（活動）」を行うことで、「元気」になれることを証明し、「総合的なサービスモデル」を提示したことである。つまり、利用者本位の医療、生活重視の医療、医学モデルから社会モデルへの変換など、さまざまな提案がなされてきた中で、それらを可能にするための具体的な評価、支援計画、支援方法を明らかにしたのである。今後、このシステムが医療、介護の中で活用されることを切に願っている。

さて、「包括マネジメントによる総合的なサービスモデル」の特徴は、利用者の望む生活の実現に向けて、利用者と共に計画を立案し、利用者、ボランティアやサポーターが主体となって実践していく評価から実践までの一連の連携と関わり方である。今後、全国で普及を図るためには、評価方法の簡便化、支援ツールの標準化とマニュアル作成、効果検証のためシステム化、支援スタッフの養成などが多くの課題を抱えているが、来年度も引き続き、普及にむけた調査と普及のための研修などが実践されることを願っている。

本モデルのあと一つの特徴は、地域住民の活性化である。これの検証は、来年度の普及事業の中で明らかにされる予定であるが、上記のように、利用者の望む作業（活動）は、買い物であったり、地域住民とのコミュニケーションであったり、さまざまな内容が予測されるが、それらは、現行の施設や在宅サービスに含まれないことが多い。例えば、「買い物」の希望があった場合、さまざまなリスクや移動能力や作業遂行能力の評価が必要であり、これらは、作業療法士などの専門家が行うことになる。専門家と利用者間で一定の能力が獲得されたら、次の過程として、生活の場で継続させるための支援となる。それらは、専門のサポーターやボランティアなどを養成して、地域住人の手でその役割を担っていただくことを計画している。

このように、利用者も生活者の一員として消費者となり、地域の高齢者や社会的な役割を担えない方々にもサポーターやボランティアとして役割が与えられる機会を提供し、それらが有機的に機能することで、住民参加型の相互支援に基づく新しい地域包括ケアシステムとなる。

地域に「作業」を提供し、地域が「元気」「健康」になっていくものと考えている。

本研究は、以上のように、単に利用者の生活の健康という側面と、地域の活性化の側面をもっており、全国的に普及し、日本の国の「健康」に寄与することを祈念している。

平成 22 年 3 月 31 日  
(社) 日本作業療法士協会  
会長 中村 春基

# 目次

はじめに

第1章 高齢者を取り巻く社会情勢	1
第2章 全ての人に作業を	6
第3章 作業療法の成果指標の提案	13
第4章 「その人にとって意味のある”作業”」 に焦点を当てた支援～包括マネジメント～	18
第5章 包括マネジメント演習～人と作業と環境の考え方～	25
第6章 医療における包括マネジメントの活用	48
第7章 地域における包括マネジメントの活用	53

## 第1章 高齢者を取り巻く社会情勢

### I. 高齢者の現状および予測（太字ゴシックは東内委員資料より引用）

日本の総人口は12,756.6万人（2009.6.1）で2004年（12,779.7万人）をピークに徐々に減少傾向に転じている。2025年には12,000万人を下回り、2046年には10,000万人を割り込む（2055年には9,000万人を割る）と推計されている。

生産年齢人口（15～64歳）は8,175.5万人で総人口の64.1%、年少人口（0～14歳）は1,712.3万人で総人口の13.4%となっている。一方、65歳以上の高齢者人口は、2,868.7万人（2009.6.1）で総人口の22.5%を越えている。男性は1,225.8万人、女性は1,643万人であり、男女比は74.6:100となっている。高齢者人口のうち前期高齢者（65～74歳）は1,515.6万人で総人口の11.8%、後期高齢者（75歳以上）は1,353.1万人で総人口の10.6%を一割を越えている。

日本社会における高齢者人口の増加推移は、1950（昭和25）年に総人口の5%にみたなかったものが1970（昭和45）年には7%を超え「高齢化社会」となった。その後、1994（平成6）年には14%を超え「高齢社会」に突入し、現在5人に1人以上が高齢者であり、さらに10人に1人以上が後期高齢者となっている。高齢者人口推計では2012年に3000万人、2018年には3500万人を超え、**2025年には3,635万人（現在より29%増加）**に達するとされている。減少傾向に転じた総人口に比して高齢者人口は増加が続き、高齢化率は2013年に25%（4人に1人）を超し、2035年に33.7%（3人に1人）となり、40%を超す時が来ると推計されている。後期高齢者の増加も著しく、2017年には前期高齢者数を上回り、**2025年には2,167万人**、さらに21世紀中期には総人口の4人に1人となるとされている。

図1-1、高齢者人口の推移

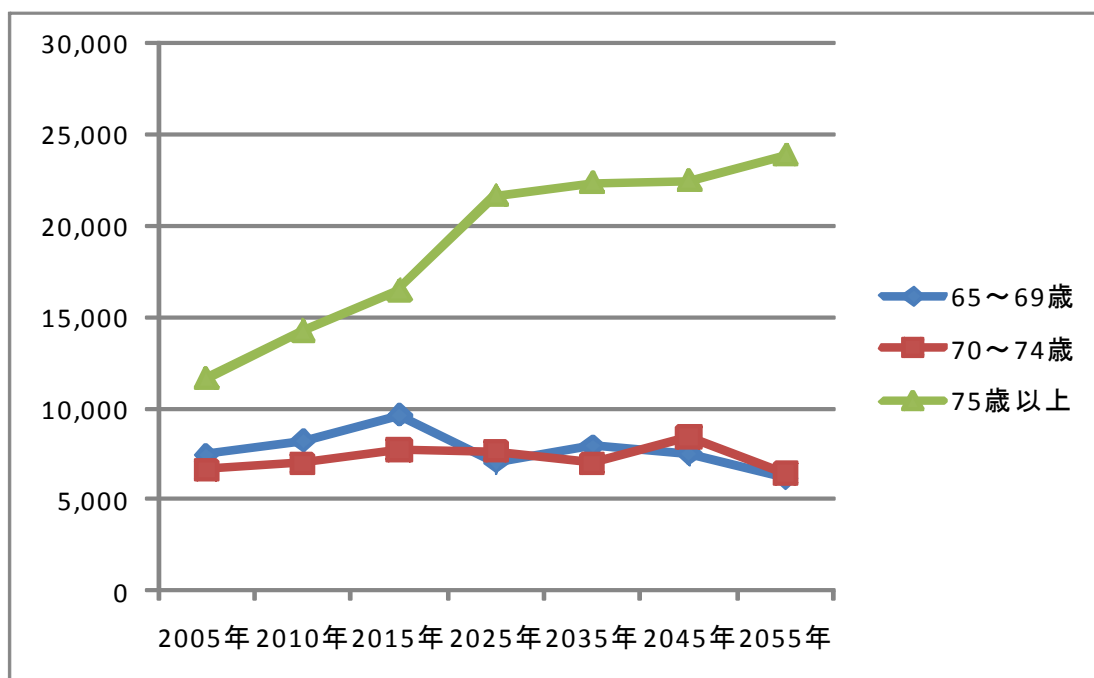
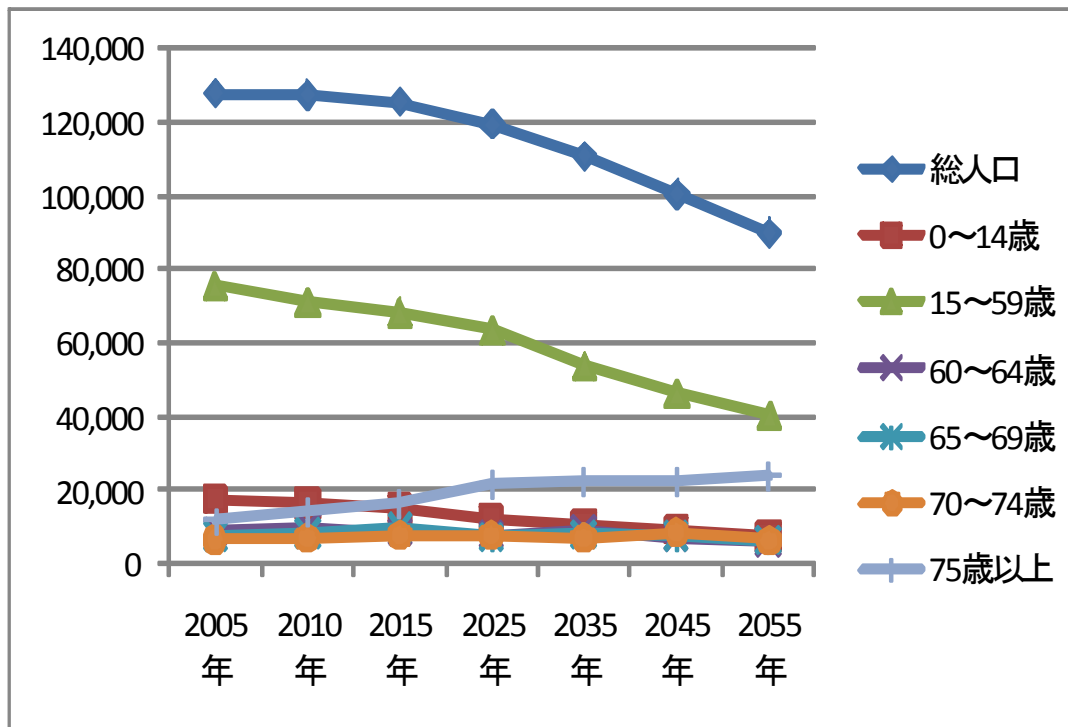


図 1-2. 総人口、生産年齢人口、年少人口と高齢者人口



## 2. 高齢者を支える状況—さらなる少子化—

年少人口は出生数の減少とともに **2025年には1,196万人(現在より30%減少)**に減り2039年に1,000万人を割り込み2055年には750万人まで減少すると推計されている。この減少は生産年齢人口に波及し、2012年に8,000万人を割り込み、**2025年には7,096万人(現在より14%減少)**、2055年には4,600万人まで減少する。

1960(昭和35)年は高齢者1人あたり11.2人の生産年齢人口で支えていた。しかし、2009年は2.8人で支えている。家庭で考えると、隠居した高齢者を生産年齢人口に属する現役の息子・嫁と働き始めた1人の孫で支えている図式となる。しかし、高齢化率はさらに上昇し現役の世代の割合は減少するので、2055年には高齢者人口1人に対する生産年齢人口は1.3人にまで至る。ちなみに**2025年の現老比率(64歳以下と65歳以上の人口比)は1:0.44**と推計されている。

## 3. 地域ごとの違い

高齢者人口の増加はすべての都道府県で認められるが、東京・愛知・大阪の三大都市圏で低く、それ以外の道府県で急増している。島根県では県民総人口の28.2%を高齢者が占め、つづいて秋田県・山口県・山形県の高齢者人口が多い現況である。今後も各都道府県で高齢化が続き秋田県は2035年に41%に達するが、三大都市圏では急激な高齢化にさらされる。なかでも埼玉県の高齢者人口増減率は全国一高く、高齢者人口の割合が全国一低い2005年の16.4%から2009年には19%、2025年は29.7%をへて2035年には33.8%に達する。つづいて千葉県が2009年の20%から2035年には34.2%となる。高齢者人口増減率が高い県の3位は神奈川県で、東京圏に勤務地を持ち東京近郊に居住している現役世代が次々と高齢化していくことが予想されている。

一方、地方においても県庁や基幹産業の所在地である都市部周辺で同様な現象を認めると考えられる。市町村別の高齢化率は市より町村が高く(表

1-1)、町村別で高いのは群馬県南牧村 53.4%、三重県紀和町 53.4%、福島県昭和村 52.4%で低いのは東京都小笠原村 8.5%、愛知県三好町 10.5%、愛知県長久手町 11.0%となっている。市別で高いのは北海道夕張市 39.7%、北海道三笠市 38.3%、大分県竹田市 38%で低いのは千葉県浦安市 9.1%埼玉県和光市 11.9%、埼玉県戸田市 12%である。現在高齢化率の低い浦安市・和光市や戸田市は東京圏に、三好町と長久手町は愛知圏に属し、今後急激な高齢化が予想される。

#### 4. 高齢化の要因

高齢化が 22.5%となりさらに高齢化が進展する要因は、少子化による年少人口と生産年齢人口の減少と平均寿命の延長に支えられての高齢者人口の増加による。特に戦後の生活環境と食生活・栄養の改善と医学・医療の進歩による若年者の健康状態が良くなり死亡率が低下したことが影響している。また急激な高齢化が予想されるのは、団塊の世代が高齢期に達するからでもある。

#### 5. 団塊の世代について

1947年、1948年と1949年に生まれた者は約806万人に達し団塊の世代と称された。現在この世代の人口は670万人とされ、人口に占める割合は約5%強である。高齢者に入るのは2012年からであり毎年約100万人ずつ高齢者が増大する。

団塊の世代は高学歴化の象徴でもあった。高校進学率は64%を越し短期大学・大学への進学率も向上したため受験戦争なることばも生まれた。進学により出身地を離れた者だけでなく就職のため三大都市圏へ居住地を移した者も多い。集団就職や就職列車などのことばは戦後1946年以降に使われ始めたが、集団就職は農漁村部の次男以降の若者が大都市周辺の企業に被雇用労働者として採用されるために出向く時に用いられた。集団就職の数も団塊の世代の時にピークに達しているが、現在の団塊の世代の多くは被雇用者（約7割）で

ある。出身地から離れ三大都市圏で居住（約5割）して家族をもうけているため、サラリーマン核家族の代表的な存在でもある。この世代が生活や就業にたいして懐く希望は多様であり、70歳まで収入を伴う仕事を希望する者は23.9%に留まっている。60歳以降は短時間勤務の就業を希望する者が多くなり、拘束されない自由な時間を自分の趣味やボランティア活動・地域住民活動に費やしたと考えている。また、大学紛争を経験した世代でもあるからか自分の権利意識・他の権利擁護に関心の高い世代でもある。

表 1-2 「団塊の世代」の居住地区（万人）

	1950年	2005年
全国総計	774	678
三大都市圏	243(32.7%)	334(49.2%)
その他地域	501(67.3%)	345(50.8%)

#### 6. 家族と居住空間

65歳以上の高齢者を家族に含む世帯は1,829万世帯（2006）で全世帯数の38.5%を占めている。このうちの過半数は、老夫婦のみの世帯（540万世帯 29.5%）と単独世帯（410万世帯 22.4%）である。高齢者が子どもとの同居を希望する割合は年々減少する傾向があり、現在同居していても将来別居を希望する者も少なからず存在する（5%弱）。出身地から離れ核家族を構成してきた団塊の世代は、親の世話から解放された経験から自分たちの子どもにも世話をさせたくないとの思いがあり、一緒に居住空間には住まないが近隣に住む子どもとの多からず少なからずの頻度での接触を希望していると推測される。また、子育てや子どもの教育に配慮していた妻が、サラリーマンである夫の定年を機に離婚する場合も増え（離婚率の急増）ている。そのため、老夫婦のみの世帯は1985年に16.2%であったものが1988年に20%を越し増加を続け、**2025年には594万世帯（31.2%）**に達する。単独世帯は1980年に10.7%で

あったものが 2002 年に 20%を超したが増加してきたが、2015 年からは微減し **2025 年には 393 万世帯 (20.7%)** と推測されている。

しかし、こころの支えとなる存在は、配偶者について子どもをあげる者が多い。高齢者に至った時点で、ひとりで生活することに不安を感じていると考えられる。住宅の居住年数は 31 年以上が 6 割を占め、身体が虚弱になってもそのままの居住空間で住み続けると希望する者は 37.9%、住宅改造し住みやすくする者は 24.9%存在している。愛着のある家・地域で継続して生活することを望む者が多いと考えられる。しかし、身体機能低下をきたし自力移動に介助が必要になった場合、現在の住居では問題があると認識している者は 7 割近くいるが、改造費用が高額であることも影響し経済的理由から改造に至っていない者も 6 割存在する。

## 7. 経済状況

経済的に心配がある者は 1 割増え 37.8%となっている。リーマンショック以降の経済的先行きの不透明も影響し昨年より悪くなったとする者が増えている。所得格差も大きく 1 千万円以上の年収のある者は 2.6%存在するが、百万円以下 15.7%、百万～2 百万円 27.1%、2 百万円～3 百万円 18.5%と全体の 6 割が年収 3 百万円以下で生活している。収入の内訳は、公的年金・恩給は 7 割、稼働所得 18%、仕送り等 5.7%で年金以外の社会保障給付金が 0.8%である。高齢者で生活保護給付を受けている者は 39.8%で、多くが女性の単身世帯であり、徐々に増加している。一方で、若いときに老後の生活に資するためにと貯蓄してきた者も多く、高齢者の 1 世帯平均で 2,429 万円保持しているし、4,000 万円以上の貯蓄を持つ世帯も 19%存在する。稼働所得が 2 割に充たないため就業を希望する高齢者は多いが、目的は「収入を増やすため」よりは「自分の持つ知識や技能を活かして社会に貢献する」や「健康を維持するた

めに規則正しい勤めを続けたい」が多い。そのため短時間就労の形態での雇用を希望している。

## 8. 健康と医療・福祉

老化は、加齢に伴って起こる生存ならびに適応機能の低下的变化（否定的側面）といわれ、原則成熟期以降に惹起する。心身機能・身体構造面では、視聴覚、味覚、前庭覚、触覚、固有受容覚などの感覚器とその機能や筋、骨、靭帯、関節などの運動器、そして循環器、呼吸器、消化器と全ての器官系で生じてくる。神経系の老化は、心理・感情、精神、記憶、注意などの高次脳機能でも生じてくる。そして、活動・参加面にも影響を及ぼし閉じこもり、生活要介助などの状況を呈してくる。

高齢者が健康に留意していることは、健康雑誌の発刊数・部数の増大やテレビショッピングなどの通信販売量・金額の伸びから推察できる。しかし、高齢者の半数が何らかの自覚症状を訴え、前期高齢者より後期高齢者に訴えが多い。そのため日常生活活動のうち更衣や食事などの身辺処理活動に影響あるとする者が多い。女性の場合、日常的に調理材料や生活材などを買いに外出することが多いため、高齢となると外出することに影響するとの訴えも増えてくる。特に北陸から北海道にかけての積雪地帯では、冬の足場の悪さから転倒を警戒し閉じこもってしまうことにもつながる。

自覚症状や身体の不調から医療機関を受診する場合も多く、高齢者の受療率（対 10 万人）は外来受診 11,948、入院 3,639 となっており、外来受診を 65 歳以下の年齢層と比べると生産年齢人口の 1.5 倍、年少人口の 3 倍に達している。入院の主な疾患は、脳血管障害、癌であり、外来受診では循環器障害（高血圧、心疾患など）、脊柱障害（脊柱管障害、圧迫骨折など）である。

要医療状態から脱してもケアを必要とする状態から脱しきれない場合が多い。介護保険制度で要介護者もしくは要支援者と認定された者は、制度発足時の 218 万人から 2007 年度には 450 万人に達

している。2025年には776万人、2035年には現在の約2倍である899万人になると推測されている。介護保険制度に費やされた費用は、制度発足時に3.6兆円、2008年に7.4兆円であったので、2035年には15兆円に達する。

後期高齢者ほど要介護の認定を受ける割合が上昇し、介護度も高くなっている。要介護とされた原因は、脳血管障害25.7%、高齢による衰弱16.3%、骨折・転倒10.8%、認知症10.7%となっている。介護者の続柄は、妻16.5%、嫁19.9%、娘11.2%と半数を女性が占めている。妻の場合に多くみとめられることであるのが介護者も高齢者となっている状態であり、いわゆる「老々介護」となっている。

表 1-1 高齢化率が高い市町村及び低い市町村 (%)

	市		町村	
高い市町村	北海道夕張市	39.7	群馬県南牧村	53.4
	北海道三笠市	38.3	三重県紀和町	53.4
	大分県竹田市	38	福島県昭和村	52.4
	石川県珠洲市	37.3	山梨県芦川村	51.8
	北海道歌志内市	36.8	福島県金山町	51.8
低い市町村	千葉県浦安市	9.1	東京都小笠原村	8.5
	<b>埼玉県和光市</b>	11.9	愛知県三好町	10.5
	埼玉県戸田市	12	愛知県長久手町	11
	茨城県守谷市	12.1	宮城県富谷町	11.4
	滋賀県栗東市	12.2	沖縄県西原町	11.9



## 第2章 全ての人による作業を

### I. 作業がある人は幸せ

映画監督・新藤兼人、女優・森光子。人生を貫く作業がある人は幸せである。有名人でなくとも、畑仕事をする祖父母、自営の工場で製品を作る職人、ねんりんピックに参加する人々、書道や茶道の先生たちを思い描いてみよう。これまでの経験を生かし、現在から未来へと挑戦を続けている。

「たいへん」だけれど「好き」だから続けるのだ。

「することがある」というのは幸せである。何でもよいわけではない。その人にとって意味がなければならぬ。作業とは、当事者にとって意味のある活動のまとまりである。

「転倒リスクを考えれば車いす」、「ねたきりにならない」、「意欲を引き出し、活動性を高める」。在宅ケアや高齢者施設でよく聞くフレーズである。いつから人間は身体機能の状態によって定義されるようになってしまったのだろうか。「急性期、回復期、維持期」。リハビリテーション医療における区分である。ひとたび病気になったら人生をこのような区分で語られなければならないのだろうか。

「86歳女性、右視床出血左片麻痺、高次脳機能障害があり、食事行為、整容以外のADL要介助」。こうした医学的定義を誰がいつまで必要とするのだろうか。戦争中に青春時代を過ごし、絵を描くことが好きだったけれど、勉強することができず、終戦後は結婚、子育てに追われ、孫の世話も一段落ついたところで、夫が亡くなり・・・といった個人史から切り離された患者を対象に、作業療法を行うことはできない。なぜなら、医学情報から意味のある作業を見出すことはできないからである。作業療法士は、作業を通して健康を促進することについての専門職である。作業に意味がなければ健康を促進する力は半減する。

### II. 生活は作業で成り立つ

人の生活は、その人なりのさまざまな作業から成り立っている（図2-1）<sup>1)</sup>。自分の生活が自分らしいのは生活を構成する作業に馴染みがあるからである。白米を食べ、作業療法の話をし、リハビリテーション関連の新聞記事を読むことは私の日常であるが、クロワッサンを食べ、豪華客船の旅行日程を組み、企業の株価を確認することは私の日常ではない。自分らしい作業の連続が自分らしい人生を創る。

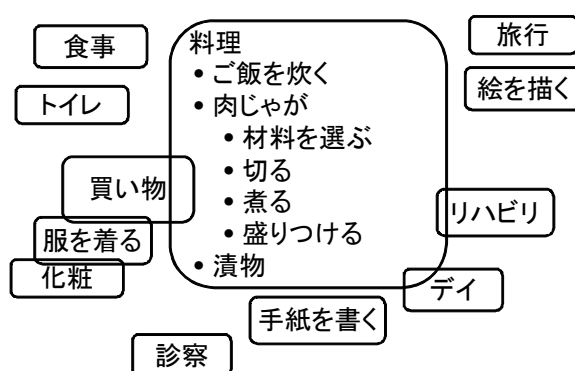


図2-1 作業は意味のある活動のまとまり

女学生の頃、絵を描くことが好きだったという高齢女性は、当時の様子を詳細に語る。その語り口は、認知症という診断がついていることを忘れさせる。絵を描いてみる。風景画もいいということになり、外に出て描きたい景色を探す。筆や絵の具を買いに画材店に出かけてみる。描き上がった絵を親戚や友人に送る。絵手紙を受け取った人が遠方から訪ねてくるというので、料理を作る練習をする。ある作業が別の作業を行う機会となり、生活圏が拡大し、ソーシャルネットワークも構築される。歳をとっても、病気になっても、障害があっても、その人なりの健やかで豊かな生活が、作業を重ねることで蘇ってくる。

久しぶりに会った人の所作が懐かしかったり、重度な障害を負った後に行われた作業の中に、その人らしさを見出したときに嬉しかったりする。どんな作業をどのように行うかが、その人がどん

な人かを物語る。共に作業を行うことで人間関係が作られ、発展する。作業の後の産物として残された作品や記録は、誰が何をしたのかを知る手がかりとなるばかりではなく、過去から未来を方向づけるような解釈を生み出すこともある。

人が行う作業から、過去を理解し現在を位置づけることができるが、さらに進んで未来を創造することもできる。「ライフスタイル再構築」と名付けられた作業療法プログラムは、高齢者が自分の生活の中の作業を見つめ、生活をデザインし直すものである<sup>2-4)</sup>。自分の人生のテーマは変わらないこともあるし、変わることもある。自分がどんな作業をして、どんな自分になるか、生まれた時代や育った環境から決まる場合もあるが、周囲の人々と共に自分が環境を変えていける場合もある。

### Ⅲ. 環境を変える方が早い

作業療法士は、加齢による心身機能の低下を代償するために、作業のやり方を変えたり、道具を使ったり、環境を調整する知識と技術をもっている。この作業療法士の知識と技術を、本人がよかったと思えるような作業をできるようにするために使うことができるはずだ。

作業をできるようにすることが作業療法士の得意技だとすれば、早く上手にできるにはどうしたよいかを知る必要がある。作業ができるためには、本人の機能を向上させるより、環境を変えた方がずっと早い。床の物を拾うために、関節可動域訓練をするよりリーチャーを使った方が早いし、日時を知るためには、現実検討のセッションに参加して見当識障害を改善するより、音声お知らせ付きの時計を買った方が早いし確実である。エレベーターやスロープが完備されていれば、杖で歩くより車いすを使った方が、楽に一人で安全に効率よく外出や旅行ができる。みんなが手話を知っていればろうあ者はコミュニケーションに不自由することはないし、高齢者が難聴になっても困らない。

作業ができないのは、その人に原因があるので

はなく、人と環境と作業が合っていないからなのだ。単純な怪我や軽症の病気ならば、人が回復するのを待たば作業ができるようになる。しかし、回復を待たなくとも、あるいは回復しなくとも、作業を工夫したり、環境を調整すれば、作業ができるようになる。

環境が変われば、言うことやすることが変わる。スタッフが白衣を着て、身体訓練機器が揃っていて、高齢者が筋力トレーニングをしている環境で、したいことは何かを問えば「身体がよくなるようなことをしたい」と答えるだろう。各人が自分に似合う服を着ており、さまざまな作業を行うことのできる道具や材料があり、いろいろな作業をしている人がいる環境で、したいことは何かを問えば「あの人がしているあれは何か、私もあれをやってみよう」という答えが期待できる。「人は考える葦である」というのはパスカルの人間観だが、作業療法の間観は「人は作業する存在」である。考えることも作業することも漠然と行うことはできない。何かを考えるのであり、何かの作業をするのである。さらに「作業をする（作業遂行）」場合には、場所（環境）が必要である。このように、人（どんな人が）と環境（どこで）と作業（何を）の関わりを常に考えることが、作業する存在として人を捉えることである。人と環境と作業は、別々に評価しても、特定の作業が特定の環境でどのようにできるかはわからない。作業がどのようにできるかは、人と環境と作業をセットにして観察したり、話したりしなければわからない。「何かしたいことはありますか」、「する必要があるのでできないことはありますか」、「周囲があなたにしてほしいと思っていることがありますか」などの質問に、すぐに答えられる人もいれば、答えられない人もいる。過去の作業経験を話したり、さまざまな作業に参加してみることで、自分に有益な作業を見つけることができる（図 2-2）。作業療法士が、作業をすることが健康になるように仕事をするとは、名が体を表すことにもなる。

作業療法の説明をするために、「リハビリテーションの中の理学療法でない方」などと言う必要はない。

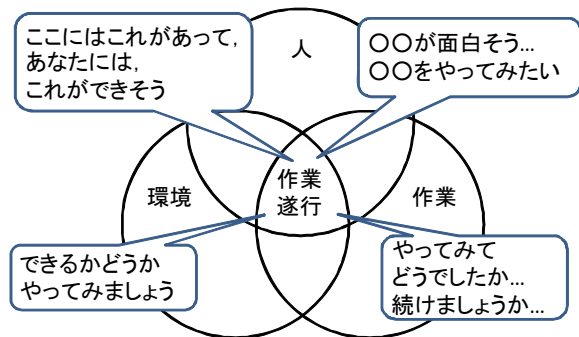


図 2-2 人—環境—作業の相互作用

#### IV. きっかけ

新藤兼人さんは「裸の島」を撮ったこと、森光子さんは「放浪記」の舞台で主役を務めたことが、転機となった。何かのきっかけがそれまでの作業を飛躍させ、さらなる展開を生むのである。私が本当に「作業療法とは何か」と疑問をもったのは、勤務していた大学で医学部として 3 名の職員削減が打ち出された際に、当時医療短期大学部内にあった作業療法学科の職員 1 名が減らされた時だった。理由は明確だった。作業療法が軽視されているからだ。「理学療法士・作業療法士法」もあいうえお順なら「さ」が「り」より先なのに。おかしい。作業療法の重要性を説明しようとした。できなかった。もっと作業療法のことを知ったら説明できるだろうと思って大学院へ行った。

アメリカの大学院に入ろうと決めてから英語の作業療法文献をよく読むようになった。帰国後も読み続けている。第 6 版の翻訳で止まってしまった Willard & Spackman の作業療法は約 5 年ごとに改定版が出て、現在は第 11 版になっている<sup>5)</sup>。公衆衛生に作業療法を位置づけた本<sup>6)</sup>、作業の学問として誕生した作業科学<sup>1)</sup>、世界作業療法連盟による教育基準の改定 (2002 年) と作業療法の定義の改定 (2004 年)、1990 年代後半から 2000 年代にかけて作業療法は音を立てて動いているように感

じた<sup>7)</sup>。

カナダ作業療法士協会の出版物を翻訳し<sup>8-10)</sup>、2000 年から日本で AMPS 講習会を開催するようになって、講演依頼が来るようになった。2005 年に作業療法学会 (茨城) で「クライアント中心の実践と研究エビデンスに基づいた実践：COPM と AMPS」と、全国研修会 (大阪) で「全ての人は作業をすることで今よりよい自分になれる」と題した講演をした。その後出版社から執筆依頼があり、2008 年に出版した<sup>1, 11)</sup>。この出版物が、今私がかこれを書くことにつながっている。

作業のきっかけは、ふとしたはずみで生まれることがある。星野富弘さんが詩画を描くきっかけになったのは、体育教師の時に跳び箱を跳んで頸髄損傷になった数年後、入院中に看護師から布を巻いたマジックを口にくわえて文字を書くことを勧められたことだった<sup>12)</sup>。それまで詩や絵を描くことはなかったそうだが、今では詩画集を出版し、美術館ももっている。

#### V. 自分流のやり方

作業をどのようにするか、やり方に満足できるかという、作業に対する個人の主観は重要である。ハウレンソウのおひたしで、株の部分は少し短く切らなければならないとか、物干しにタオルを干すときは、陽に当たる側を少し短くするとか、自分流のやり方がある。自分のやり方に合致していると満足できるが、違うやり方だったり、自分流のやり方がうまくできないと不満を感じる。

作業のやり方には、上手から下手までの幅がある (図 2-3)<sup>11)</sup>。楽に、効率よく、安全に、一人でできると上手にできたということになるし、苦勞して、手間暇かかって、危険で、他人の援助が必要ならば上手とはいえない。子どもが自分で服を着れるようになることも、自転車に乗れるようになることも、料理を作ることも、練習を重ね、熟練することによって上手になる。本人が着たくない服を、作業療法士が決めた手順で反復練習し、

更衣動作を自立させようというプログラムは、自分流のやり方の否定である。この人にとっての身支度は、どんな作業かを評価し、当事者が上手にできたと思える目標に向かって、一緒に練習するプログラムが必要なのである。

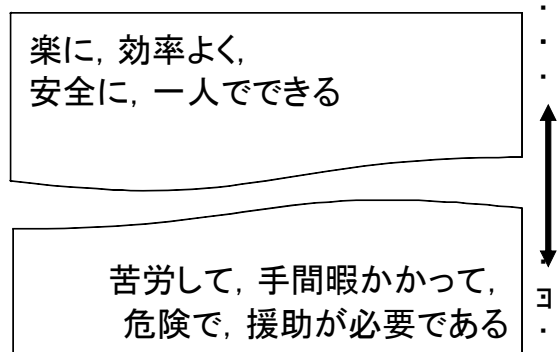


図 2-3 作業遂行の質

## VI. 作業療法士が描く理想

「全ての人に健康を（ヘルス・フォー・オール）」という宣言が出され、「ヘルスプロモーションのためのオタワ憲章」を受けて、国民的健康作り運動が推進されている<sup>13)</sup>。これは、健康を疾病治療の結果として得られるものとして捉える見方から、健康を日々の生活の資源として捉える見方への転換である。今ある健康を元手に、充実した人生を送ることが推奨されているのである。「その気になって考えてやってみればもっと健康な自分になれる」<sup>14)</sup>という言葉は、作業療法とヘルスプロモーションの密接な関連性を指摘している。作業をすること（doing）により、自分がどのような人かが決まり（being）、将来どんな人になっていくかも決まり（becoming）、どんな集団に所属するかも決まる（belonging）<sup>6)</sup>。固定的な身分制度がある社会では、何をして一生を過ごすかは、どこに生まれるかで決まっていた。しかし、自由で民主的な社会では、人はどんな作業を行うかを選ぶことができるのである。心身機能障害のために、できないことがたくさんあったとしても、有能な作業療法士に出会うことができれば、できる作業を選ん

だり、行い方を工夫したり、環境を調整することにより、行うことができ、それによってなりたいた自分になれる可能性がある。

全ての人が、作業を通して充実した健康な生活を送れる社会が、作業療法士が目指す理想である。

「作業を通しての健康と公正」<sup>10)</sup>は作業療法の理想である。作業療法士は、作業に関心をもち、作業ができるように（作業の可能化のために）仕事をする。作業療法士がもつべき技能は、作業ができるようにする技能である。その人がより健康になるために必要な作業ができるように、初期から代償法を含めた関わりをすることが作業療法士の役割である。作業ができるように代償法を使うことは、時間も費用も節約できる場合が多い<sup>15)</sup>。環境を変えたり、作業を変えたりして、作業ができるようになることを成果とすれば、代償という方法は成果をあげる。筋力の増大や認知機能向上といった、人が変わることを成果としているから、環境や作業を変えることに目が向かないのである。

ゴルフの代わりにグランドゴルフをしたり、社交ダンスの代わりにフォークダンスをしたりする高齢者は、自らの心身機能低下を嘆いてはいない。スポーツ選手から解説者へ、勤労者からご隠居へ、メンバーからご意見番へ、経験を生かした作業ができるのは、高齢期だからこそなのである。

## VII. 作業療法の対象と役割の拡大

作業療法は、道徳療法やアート・アンド・クラフト運動（工場で大量生産されたものよりも手作りの一品を大切にしようという呼びかけ）をきっかけに専門職として誕生し、精神障害や身体障害に関する治療技術と共に発展した<sup>16)</sup>。非科学的だと批判されたり、実践が多様すぎてアイデンティティ・クライシスに陥ったりした歴史がある。万人に共通する日常繰り返し行う身体動作に熱心に取り組んでいる作業療法士は、理学療法士と区別がつかなくなり、精神機能や心理面を重視して話

してばかりいる作業療法士は、心理士と区別がつかなくなり、人間関係や社会資源の調整ばかりしている作業療法士は、ソーシャルワーカーと区別がつかなくなった。しかし1980年代から作業療法は、作業に対する独自の視点を明確にし、世界的連帯をもつ強力な専門職として成長しつつある。

国際障害分類が国際生活機能分類へと改定された際に、分類対象が障害者から全ての人へと拡大した。病人と障害者を対象としてきた作業療法も、全ての人々の作業を考える時代を迎えた。どんな人でも慣れない作業や劣悪な環境では作業がうまくできない。作業療法士は、人と環境と作業の兼ね合いを的確に評価し、より効率的で効果的な介入ができる。作業療法の出番が社会の中で拡大していることを自覚しよう。何を、どうすればできるようになるかを、当事者や関係者と共に考え、行動していくことが、これからの作業療法士の役割である。作業療法士は、当事者や関係者と共に取り組むことで、次のような疑問に答えることができる。加齢により心身機能が低下しても、生活の質を維持するためにはどんな作業ができればよいのか、認知症になっても暮らし続けることのできる環境はどのようなものだろうか、転倒や病気など将来の不安への対処法は何か、人とのつながりを維持するための作業にはどんなものがあるか、などである。

#### VIII. 日本社会の特徴を生かした戦略

患者の自己決定権、利用者主体のサービス提供、インフォームド・コンセント推進の流れは、「クライアント中心の作業療法」<sup>8-10)</sup>と同方向にある。評価も介入も記録も成果も作業で示すことができれば<sup>15)</sup>、作業療法は世の中の誰にとってもわかりやすくなり、後輩たちが道に迷うことも減るだろう。当事者の選択や決定を重視する考えの根本には、他者は当事者になり代わって、物事の判断や決定をすることができないという前提がある<sup>17)</sup>。また、

作業ができるためには公正な社会が必要である。高齢者だから、障害者だからという理由で参加できない作業があるような地域では、有益な作業を実現することはできないのである。多様な価値観を相互理解できるような文化的に豊かな社会になれば、あらゆる当事者の主張を知る機会が得られる。世界作業療法士連盟<sup>18)</sup>は、文化と多様性のガイドラインを作成し、作業療法士が違いに敏感になり、個々の状況に合わせて適切な行動をとることを求めている。

世界の作業療法は、クライアント中心の作業に焦点を当てた実践に大きく動きつつある<sup>7)</sup>。歴史的に特に明治以降、多くの外来思想が日本に入り定着してきた。加藤<sup>19)</sup>は、こうした「日本化」の特徴として、理論的な面の切り捨て、実際的特殊領域への還元、彼岸的体系の此岸的再解釈、体系の排他性の緩和があると述べている。最近の例では、ICFの日本化に上記の影響がみられると思う。医学モデルと社会モデルの統合といった理論的な面に言及されることは少なく、1枚のシートに状況を書き込むといった特殊なやり方が普及し、今まさにこの時の状況といった此岸性が強調され、作業療法士がこれまで行っていたやり方と相反することなく受け入れられているように見える。さらに加藤<sup>20)</sup>は、日本社会の深層にある基本特徴として、競争的集団主義、現実主義（此岸性）、時間の概念における現在主義、形式主義と主観主義、外に対する閉鎖的態度をあげている。これは、さまざまな組織にみられる。集団の和を重視しながらも、成員間での比較が行われ、長期展望より直近の対応に追われ、一時の感情で物事が決まり、外部と認識されたものを無視する傾向があるという。作業療法を進めるうえで、こうした特性を踏まえることは有効かもしれない。日本の作業療法士にとって、海外から始まった理論や考えを受け入れることは難しいが、日常に役立つものは日本化されて受け入れられるだろう。「今、ここで」という現実の感情を重視することも、患者や利用者

の主観を重視する作業療法を展開しやすくなると考えられる。Rowe<sup>22)</sup>は、一期一会 (one time、one chance) という日本語を紹介し、「今、ここで (here-and-now)」行うこと (doing) の重要性を指摘している。住宅改修や福祉用具の受け入れの際にも、実際に今ここで役立つ提案であれば、従来の価値観やライフスタイルとの葛藤を経験せずに進むかもしれない。携帯電話やメールの技術的発展と急速な普及に、現代的「日本化」の力強さを感じる。日本の作業療法士は、理論を知らなくても今この目前にいる当事者の生活が、どんな作業によって、健康的になるかを試行錯誤しながら見つけ出し、その作業を発展させることができようである。ある高齢男性は、作業療法室にあったピアノを弾いてみた後、家で孫が持っていたキーボードを借りて練習し、孫のピアノ発表会に出かけたり、片麻痺になってから左手で演奏しているピアニストの演奏を聞いたりするようになった。若い頃にコーラスをしていたことはあるようだが、ピアノは今回が初めてだった。

## IX. まとめ

自分にぴったりの作業を見つけた人は幸せである。ぴったりかどうかを知っているのは当事者なので、当事者から学ぶ姿勢が常に必要である。生活は当事者の作業から成り立っている。どの作業をするのか、その作業が満足いくレベルまでできるようになったかは、当事者が決める。作業とは、当事者にとって意味のある活動のまとまりであり、誰が (人) どこで (環境) 何をするのか (作業) を合わせてみていく必要がある。作業ができない場合、環境を変えればできるようになることが多い。

- 1) 吉川ひろみ：「作業」って何だろう。医歯薬出版、2008
- 2) Clark F、 Azen SP、 Zemke R、 et al： Occupational therapy for

independent-living older adults。 A randomized controlled trial。 JAMA 278： 1321-1326、 1997。(加藤貴行訳：自立して生活する高齢者への作業療法。JAMA (日本版) 19： 74-81、 1998)

- 3) 齋藤さわ子：南カリフォルニア大学による The Well Elderly Study。 OT ジャーナル 37(8)： 842-845、 2003。
- 4) 齋藤さわ子：南カリフォルニア大学ライフスタイル再構築プログラムの紹介。 OT ジャーナル 37(10)： 1003-1006、 2003。
- 5) Crepeau EB、 Cohn ES、 & Schell BAB、 Willard and Spackman's Occupational Therapy 11<sup>th</sup> ed。 Lippincott Williams & Wilkins、 2009。
- 6) Wilcock AA： An Occupational Perspective of Health 2nd edition。 Slack、 Throfare、 2006 (初版は 1998 年)。
- 7) 吉川ひろみ：作業療法研究・作業療法の理論的枠組みに関するこの 10 年と今後。OT ジャーナル 40： 257-265、 2006。
- 8) Law M、 Baptiste S、 Carswell A、 McColl MA、 Polatajko H、 et al (吉川ひろみ訳)： COPM カナダ作業遂行測定 第 4 版。大学教育出版、2006 (原著 2005、初版 1990)。
- 9) カナダ作業療法士協会 (吉川ひろみ監訳)：作業療法の視点—作業ができるということ。大学教育出版、2000 (原著 1997 年)。
- 10) Townsend E & Polatajko H (吉川ひろみ、吉野英子監訳)：続・作業ができるということ：「作業を通しての健康と公正」という作業療法の理想を目指して。大学教育出版、2010 (原著 2007)。
- 11) 吉川ひろみ：作業療法がわかる COPM・AMPS スターティングガイド。医学書院、2008。
- 12) 星野富弘：鈴のなる道—花の詩画集。偕成社、1986。
- 13) 安本勝博他：作業療法マニュアル 35 ヘルスプロモーション。日本作業療法士協会、2009。

- 14) Reilly M: Occupational therapy can be one of the great idea of 20th century medicine. American Journal of Occupational Therapy 16: 1-9、 1962。
- 15) Fisher A: Uniting practice and theory in an occupational framework. American Journal of Occupational Therapy 52、 509-521、 1998。  
(齋藤さわ子：学びたい世界の作業療法。OT ジャーナル 37、 410-414、 2003)
- 16) ギャーリー・キールホフナー (山田孝他訳)：作業療法の理論原著第3版。医学書院、2008 (原著 2004)
- 17) Garrett TM、 Baillie HW、 Garrett RM: Health Care Ethics: Principles and Problems 5<sup>th</sup> ed. Prentice Hall、 Boston、 2009。
- 18) World Federation of Occupational Therapists: Guiding Principles on Diversity and Culture. 2010。
- 19) 加藤周一：日本文学史序説上。ちくま書房、1975。
- 20) 加藤周一：日本社会・文化の基本的特徴。加藤他、日本文化のかくれた形、岩波書店、1984、pp. 17-46。
- 21) Rowe N: The Drama of Doing: Occupation and the Here-and-Now. Journal of Occupational Science: 11、 75-79、 2004。

### 第3章 作業療法の成果指標の提案

#### I. 成果指標とは

厚生労働行政など行政の評価では、どれだけのサービスを提供したかという「アウトプット」、そこからどれだけの成果がもたらせたかという「アウトカム」、さらにそこからどれだけの波及効果があったかという「インパクト」の3つのレベルに分けられる。一方、医療の評価については、Donabedian<sup>1)</sup>が「An Introduction to Quality Assurance in Health Care (医療の質的保証)」の中で図3-1のようなスキームを示している。これによると、医療の質の評価はハード面や人材といった「構造」、診断・治療の技術やガイドラインなどからなる「プロセス」、さらに死亡率や検査値など様々な指標で示される「成果 (アウトカム)」という3つの側面からなる。Donabedianは「アウトカム」について、医療の質を評価する際に最も成熟した段階で重視される側面であるとした上で、死亡率や寿命、身体機能の回復といった健康上の結果と患者および医療者の満足という2つのレベルに大別している。

本研究事業では、行政評価としての「アウトプット」、さらに医療の評価としての「アウトプット」という位置づけに注意を払いながら、種々の成果指標を選択した。そこでは、量的なデータが得られること、標準化された指標であること、一般化された尺度であることなどを条件に検討した。

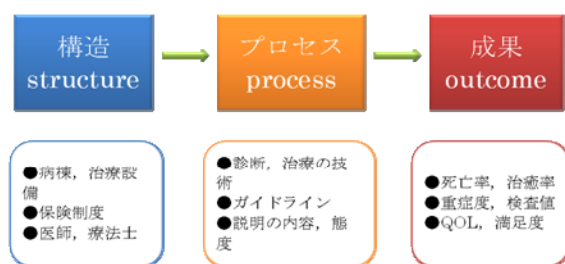


図3-1. 医療の質の評価

#### II. 機能評価から健康関連 QOL 評価へ

作業療法をはじめとしたリハビリテーションでは、従来から機能レベル、能力レベル、QOLレベル、そして社会的レベルの成果指標が用いられてきた。機能レベルには筋力や関節可動域をはじめ身体活動量、認知レベルなどが含まれ広く用いられてきている。また能力レベルにはADLやIADL、さらに介護度などが含まれ、Barthel IndexやFIMに代表されるようにリハビリテーションの成果指標の代名詞のように汎用されている。これらに加えて、QOLレベルや入院期間やコストといった社会レベルの成果指標も今後は重要な側面となり得ることは周知の事実である。

特にQOLに関しては近年注目されているが、我が国のような先進各国で平均寿命が格段に伸びてきたことが影響している。つまり、人々の健康への関心が単に長生きをするという量としての寿命から、どれだけ健康な状態で長生きするかという質の側面を加えた健康寿命へとその関心が移りつつあることが背景の一つとしてあげられている。そもそもQOLとはQuality of Lifeのことであり、日本語では生活の質、人生の質などと訳されているが、医療の成果指標として用いる場合には健康に関連したQOLに限って用いられるように世界中でコンセンサスが得られてきた。つまり、健康に関連しない生きがいや経済状態、交友関係などを除いた健康に関連するQOLを健康関連QOL(Health Related Quality of Life; HRQL)と呼び、区別している(図3-2)<sup>2)</sup>。ここでいう健康とは、WHOの定義する身体的・精神的・社会的に健康な状態を指すことは言うまでもないが、そのような点からHRQLには様々な属性から成るという多属性(あるいは多要素性)という本質がある。さらにHRQLを測定するための測定用具としては、特定の疾患に用いられる疾病特異尺度と対象疾患や対象年齢などを問わず使用可能な包括的尺度に分けられている。このうち包括的尺度は一般的健康像と期待効用理論に基づいた健康効用値にさらに分けられている。



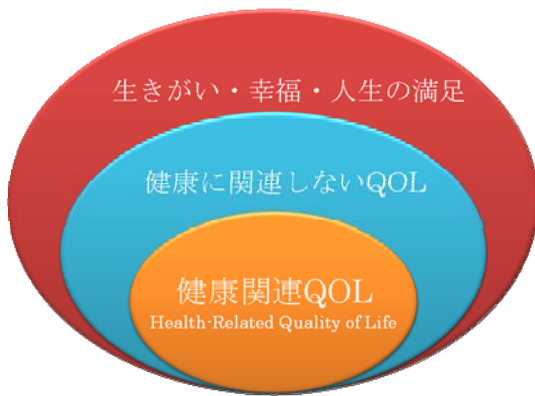


図 3-2. QOL の概念図

### Ⅲ. 本研究事業で用いた成果指標

本研究事業のスローガンは「人は作業をすることで健康になれる」である。この命題を達成すれば、活動性が向上したり、介護度が軽減したり、IADL の何らかの活動を獲得できたり、さらには QOL が向上すると考えた。それらを測定するために我々は以下のような成果指標を選んだ。

- ◆ 要介護度認定調査票
- ◆ 身体活動量 (アクティマーカー)
- ◆ Physical Activity Scale for the Elderly (PASE)
- ◆ 老研式活動能力指標
- ◆ 主観的健康感
- ◆ Health Utilities Index (HUI)

#### 1. 要介護度認定調査票

要介護度認定に用いられている調査票を利用し、ADL や介護負担の観点から各動作を評価した。

#### 2. 身体活動量 (アクティマーカー)

身体活動量について、従来の万歩計では測定ができなかった座位での活動や上下左右の活動をも測定可能な 3 軸加速度センサーを搭載しているアクティマーカー (パナソニック製) を用いた。この器具では厚生労働省が規定する EX 量をはじめ、0.1METs 単位の活動時間や消費カロリーなどが測

定可能である。

#### 3. Physical Activity Scale for the Elderly (PASE) <sup>3)</sup>

Washburn らによって開発された高齢者のための活動指標である。スポーツやレクリエーション、家事や雑用、さらには介護やボランティアなどの活動について、それぞれの活動の重みに頻度を乗じることによって 1 週間の活動量を測定する。

#### 4. 老研式活動能力指標 <sup>4)</sup>

東京都老人総合研究所が開発した IADL の評価指標である。手段的自立、知的能動性、社会的役割からなる 13 項目について、「はい」か「いいえ」で回答するもので、満点は 13 点となる。

#### 5. 主観的健康感 <sup>5)</sup>

自己評価で健康感を測定するものであり、HRQL に含まれる。Rating Scale で健康感を評価するが、本研究事業では図 3-3 のように 5 段階で尋ねた。単純な指標であるが、生命余後の予測妥当性を持っていたり、通院日数、身体の痛み、身体活動性などとの相関が報告されている <sup>6)</sup>。

#### 6. Health Utilities Index (HUI)

McMaster 大学の Torrance ら <sup>7)</sup> によって開発された健康効用値を測定するための尺度である。健康効用値とは 1 を完全に健康な状態、0 を死とする間隔尺度であるが、HUI は視力・聴力・会話・移動・器用さ・感情・認

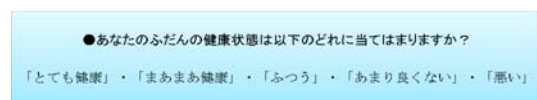


図 3-3. 主観的健康感

知・疼痛という 8 つの寄与領域から 972,000 通りの健康状態を表すことができる。

#### IV. 本研究事業の結果

本研究事業の介入研究は通所リハビリテーションと医療介護連携の2部門により実施されたが、いずれも研究デザインや対象者の選定方法、さらには介入方法の強度の問題により必ずしも信頼できるデータが集まったとは言えない。この部分の詳細については他稿に委ねるが、今回用意した成果指標がどのような変化を示したかについて報告するとともに、成果指標ごとに問題点や限界について考察してみる。

##### 1. 要介護度認定調査票

調査票の下位項目ごとに変化を見てみるとほとんど項目で介入群、対照群ともに変化はなかった。「外出頻度」だけは両群とも有意に増加した。そもそもこの調査票は要介護度認定のためのものであり、本来は要介護度が変化するかどうかを問うものである。下位項目についても、3～5段階評定で能力や介護度を問うものであり、感度が高い指標ではない。さらに下位項目を個別に取り上げてその変化を追っても一般的な尺度とはなり難いという面もある。

##### 2. 身体活動量（アクティマーカー）

アクティマーカーは厚生労働省が生活習慣病予防のための指標として示したEX（エクササイズ）量を測定するために、3METs以上の活動を累積できるように開発された機器である。3METsに相当する活動としては、歩行をはじめ床掃除や庭仕事などがあげられるが、要介護状態の高齢者にとってこれらの活動は容易なものとは考えにくい。よって、これらのEX量を増加させることができた対象者はわずかであるが、3METs未満の身体活動量を介入前後で比較し、成果指標として

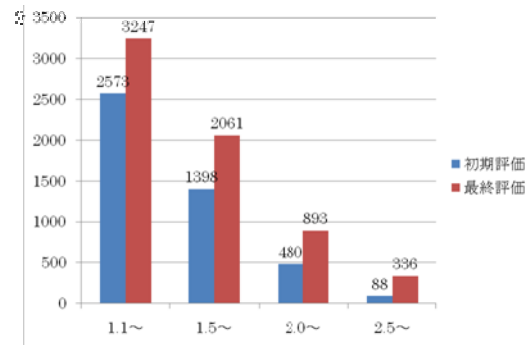


図 3-4. 3METs 未満の活動量の変化

活用できる可能性がある。図 3-4 のように、0.5METs ごとに区切った活動量では、明らかに介入後に増加した対象者が散見された。

ただし、この機器の取り扱いについては、対象者が装着するのを忘れていたり、トイレに落下させたりという管理上の問題点が指摘された。さらに、このような評価機器を装着することによるプラセボ効果が予測されるため、どこまでの実用性があるかは今後の課題として残った。

##### 3. Physical Activity Scale for the Elderly (PASE)

PASEは前述のとおりスポーツやレクリエーション、家事や雑用、さらには介護やボランティアなどの活動量を数値化する指標である。先のアクティマーカー同様に、これらの活動は3METs以上に相当し、要介護状態の高齢者に対する作業療法の成果指標としては成果の上がり難い指標であった可能性が高い。しかしながら、医療介護連携の部門では介入群、対照群ともにPASE合計点の増加が認められており、成果指標として一定の価値があると考えられた。対象者を自立歩行が可能なレベルに絞ればより有効な成果指標になり得るであろう。

##### 4. 老研式活動能力指標

本指標はIADLの各動作について、「はい」か「いいえ」で回答するものであり、短期間の作業療法

介入での成果を反映しにくい。特に本研究事業の治療戦略では短期間で複数の活動をターゲットにすることは難しかったと考えられ、有効と判断されるだけの成果は得られなかった。ただし、通所リハ部門で対照群の本指標が低下したのに対して、介入群で増加したことは注目に値する。

### 5. 主観的健康感

図 3-5 に通所リハ部門における主観的健康感の変化を示すが、介入群において有意な改善（数値は低下）を認めた。この介入では対象者の個々のニーズに即して作業療法を提供するため、主観的な満足は向上したのかもしれない。肝心なことは、作業療法介入が対象者の健康感にどのように作用したのかについて根拠を示すことができない、少なくとも関連性が明らかではない点である。このような観点からすると、主観的健康感アウトカム研究の成果指標としては限界があるのかもしれない。

### 6. Health Utilities Index (HUI)

HUI も主観的健康感と同様に、通所リハ部門で介入群にのみ有意な改善を認めた。ただし、両群の初期評価の値に差があることもあり、介入の有無と時間の交互作用は認められなかった。

HUI では多属性の健康効用値である Global score とともに、前述した 8 つの寄与

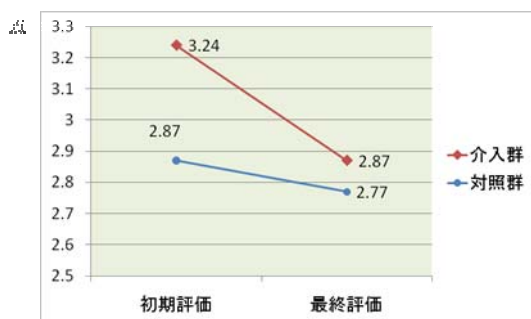


図 3-5. 主観的健康感の変化

表 3-1. HUI の Single score の変化

Single score	介入群 (n=77)	p 値	対照群 (n=79)	p 値
Vision	0.876 0.896	0.474	0.914 0.921	0.350
Hearing	0.962 0.975	0.157	0.973 0.965	0.705
Speech	0.971 0.975	0.317	0.972 0.978	0.257
Ambulation	0.619 0.611	0.621	0.670 0.643	0.012
Dexterity	0.793 0.808	0.233	0.901 0.901	0.705
Emotion	0.830 0.859	0.043	0.889 0.900	0.161
Cognition	0.868 0.857	0.220	0.840 0.846	0.715
Pain	0.763 0.802	0.039	0.861 0.854	0.497

\*値は上段が初期評価、下段が最終評価

\*統計手法は Wilcoxon の順位和検定

領域ごとの Single score を求めることができる。Single score の変化を表 3-1 に示す。これによると、介入群の感情と疼痛の 2 領域で統計的に有意な健康効用値の改善を認めている。

ただ、Global score ともあわせて、HUI によって測定された健康効用値がどれだけ改善すれば作業療法の効果があったのかという、臨床的に意味のある差 (Minimally Clinical Important Difference: MCID) がまだ明らかではない。また、同じ HRQL を測定している主観的健康感と HUI の相関が極めて低いことから、両者はそれぞれ別の HRQL を測定している可能性がある。先の感情と疼痛という改善のみられた 2 つの寄与領域になぜ改善がみられたのかというメカニズムも明らかではない。

## V. まとめ

今回、高齢者に対する作業療法の成果指標を検討し、機能面から ADL、QOL に至るまでの種々の指標を選定し用いた。研究デザインや対象者の選定方法など研究方法にはいくつかの問題点はあったが、少なくとも主観的健康感と HUI によって求められる健康効用値の 2 つの成果指標で作業療法の介入効果を認めることができた。これら 2 つに指標については、今後まだまだ検討すべき課題は残されているが、高齢者に対する作業療法が対象者の健康関連 QOL を改善し得るとする知見を得たことは一定の成果と言えよう。特に HUI は海外でも高齢者に対する作業療法の成果指標に用いられており<sup>8)</sup>、我が国の作業療法でも活用が期待される<sup>9)</sup>。これらの反面、高齢者に対する作業療法の成果指標に関しては、身体部位機能の改善や具体的な身体活動量と言った一属性の成果指標では測りきれない可能性があるということが言えるのかもしれない。

いずれにしても、我が国の作業療法現場に求められていることは、高齢者に対する作業療法の介入研究で各種成果指標のデータの蓄積を進めることと、成果が認められた場合に作業療法の効果と成果指標との因果関係を明らかにしていくことである。

### 【文献】

1. Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. Oxford University Press. New York. 2003. pp46-57.
2. 福原俊一。いまなぜ QOL かー患者立脚型アウトカムとしての位置づけ。池上・他編、臨床のための QOL 評価ハンドブック、医学書院、東京、2001、pp2-7。
3. Washburn. J, Smith KW, Jette AM, et al. : The physical activity scale for the

elderly (PASE): development and evaluation. Clinical Epidemiology 46: 153-162、1993。

4. 古谷野亘、柴田博、中里克治、芳賀博ほか：地域老人における活動能力の測定；老研式活動能力指標の開発。日本公衛雑誌 34：109-114、1987。
5. 芳賀博、七田恵子、永井晴美、他。健康度自己評価と社会・心理・身体的要因。社会老年学 20: 15-23、1984。
6. 藤田利治、野脩一。地域老人の健康度自己評価の関連要因とその後 2 年間の死亡。社会老年学 31: 43-51、1990。
7. Torrance GW、Furlong W、Feeny D。Multi-attribute preference functions。Health Utilities Index。Pharmacoeconomics7: 503-520、1995。
8. Hay J、LaBree L、Luo R、et al。Cost-effectiveness of preventive occupational therapy for independent-living older adults。J Am Geriatr Soc 50: 1381-1388、2002。
9. 能登真一、上村隆元。HUI。赤居正美編、リハビリテーションのための評価法ハンドブック、医歯薬出版、東京、2009、pp278-282。

## 第4章 「その人にとって意味のある”作業”」に焦点を当てた支援 ～包括マネジメント～

### 1 これからの高齢者支援のあり方

私たちの生活はその人にとって「意味のある作業」の連続から成り立っている。

その人にとって「意味のある作業」を続け、その作業の結果から満足感や充実感を得て、健康であると実感する。

高齢期は、老化や病気による心身機能の低下によりこれまでできていた家事や余暇活動が困難になり、退職や家族構成の変化により自由時間が増えるなど、様々な生活を送る上での作業の作り直しが求められる 時期でもある。

そこで、生き生きとした活動的な生活を送るためには、高齢者が継続したいと思っている「意味のある作業」を再び行えるようにする支援のあり方が求められている。

従来、健康の評価指標は、平均寿命、病気の有無を示す有病率や障害の有無を示す傷病率などで示されてきた。しかし、高齢化社会の到来とともに無病息災が一病息災に変わり、寝たきりにならず生涯自立できる期間「健康寿命」が健康の尺度として用いられるようになった。

介護保険の施行に伴い、寝たきりになっても家族の介護負担を社会で保障することができるようになった。その結果、高齢者本人への自立支援の在り方がクローズアップされるようになった。

80, 90 歳になっても自立しなさいというのは酷であるとの意見をよく聞く。高齢者が満足だ、健康だと思える社会の実現のためには、自分でできることは自分で言い、自己有効感を高め、がんのターミナルでも要介護5になっても健康だと思える事ができる支援が求められると考える

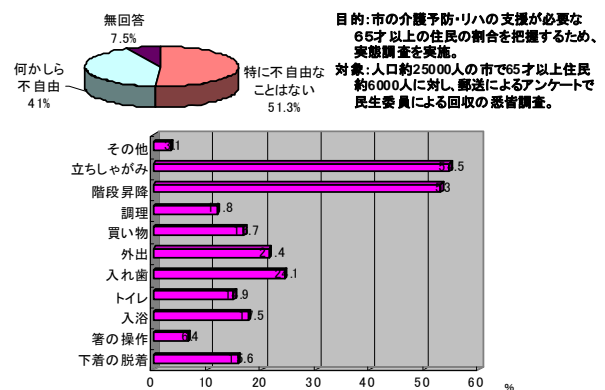
### 2 高齢者の実態

病気により、心身機能の低下により、作業の実

施に障害された高齢者は医療機関で把握することができる。しかし、特に疾患はないものの高齢者は老化により、生活の中でなんらかの不自由を感じている者が4割近くいて、最も困っていることが立ちしやがみや階段昇降、入れ歯の手入れ、外出などがあげられている。今回の研究事業でも病院に入院する前に家事や外出などの手段的日常生活動作（Insturement activity daily living:以下 IADL）や社会参加が低下している者がいたとの報告があった。また一方、人の生活は社会参加から IADL、ADL と順に低下するとの報告もあり、社会参加や IADL の低下を予防することが要介護状態になる事を予防し、健康な生活を維持できると考えられる。

病気だけを診るのではなく、高齢者を捉えるとき、入院前の生活を把握することは重要である。また、地域の中で生活し、身の回りのことで不自由を感じている高齢者に対し、相談支援を行うことで自立した生活を維持することができる。

リハビリテーションニーズ実態調査から  
～身の回りの不自由の有無とその内容～ (平成16年度8月～11月実施)



このように人の作業は包括的であり、如何に障害された作業を回復、改善に向け、支援していくのかが包括的ケアには重要になってくる。今回の研究事業でも、作業が再びできるよう支援した結果、健康度に大きな改善が得られ、「作業をすることで人は健康になれる」を証明することができた。

### 3 人の営みは作業の連続で成り立っている

私たちの生活はその人にとって「意味のある作

業」の連続から成り立っている。その人にとって「意味のある作業」を続け、その作業の結果から満足感や充実感を得て、健康であると実感する。

高齢期は、老化や病気による心身機能の低下によりこれまでできていた家事や余暇活動が困難になり、退職や家族構成の変化により自由時間が増えるなど、様々な生活を送る上での作業の作り直しが求められる時期でもある。

そこで、生き生きとした活動的な生活を送るためには、高齢者が継続したいと思っている「意味のある作業」を再び行えるようにする支援のあり方が求められている。



#### 4 作業障害の考え方

人が日常的に行っている作業が病気や老化、長年の生活習慣、環境によって影響を受け、その作業が継続できなくなる、うまくできなくなる。作業が再び獲得できるためには、何が原因でできなくなっているのか、多角的に捉える必要がある。そういう意味では、ICF で作業の実施を障害しているのは何の要因によるものなのかをアセスメントすることは重要である。

##### 1) 脳卒中等の疾患による障害

疾病やそのことによる心身機能の障害を呈し、これまで実施してきた生活の営みであるその人にとって意味のある作業が阻害され、できなくなるまたは縮小され、その結果生活機能が低下する。

##### 事例①

脳梗塞を発症したことにより、左上下肢にマヒが発生し、そのことで歩行やトイレ、更衣、入浴ができなくなるまたはしづらくなった。

##### 事例②

心疾患により、日常生活の中で心臓等循環器に負担になる日常生活の入浴や畑、旅行が疲れやすくしづらくなったまたは自信がなくなった。

##### 2) 廃用等による障害

高齢により、目が見にくい、聞こえにくい、指先の感覚がにぶくなったなどの感覚器の障害や変形性関節症による膝や腰が痛い、立ち座りなどの基本動作がしづらいなどの筋骨格系の障害などにより、作業の遂行に障害や縮小が生じる。

##### 事例①

目が見にくいため、新聞を読めなくなった。手元がよく見えなくなり、大根の千切りができなくなった。足の爪切りがうまくできない。

##### 事例②

聞こえにくいため、人の集まりにいくことが億劫になった。電話に出られなくなった。

##### 3) 生活習慣による障害

長年の物を持ち上げる、デスクワークの悪い姿勢や動作などの習慣により、腰痛などの支障が生じる。

##### 4) 環境による障害

家族や住んでいる地域・住環境、社会の価値観などの環境もその人にとって意味のある作業に影響を及ぼす。

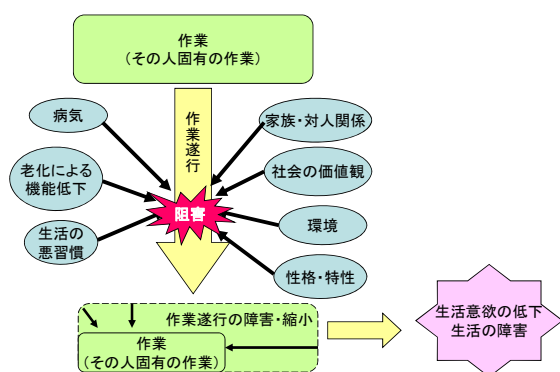
##### 事例①

唯一の交通機関がバスで、そのバスが一日に2本しかない地域では、車が運転できないと買い物や病院への受診などがなかなかしづらい。

##### 事例②

一人暮らしや家族との同居では、従事する家事の内容が異なる。

## 作業遂行障害の考え方



## 5 包括マネジメントの考え方

今回研究事業を通して、高齢者が生活する上で重要で意味のある作業を見つけだす作業聞き取りシートを開発し、高齢者の有する能力（＝作業遂行力）を見つけ、自立に向けたマネジメントのあり方を検討した。

そこでここでは作業に焦点を当てた、作業の遂行を障害している要因を特定し、再びできるようにするための方策を立案する方法をここでは包括マネジメントと呼ぶこととした。

また、包括マネジメントの実践をとおして、以下の三つの包括的な軸があることも明らかとなった。

- ①人を心身機能などのパーツで理解するのではなく、人の心身機能から人生までの生きる上で営まれる作業をする人として捉えるという包括の視点
- ②医療が必要になった人のリハビリテーションアプローチとして、入院前の生活から退院後の生活まで一貫した患者の生活を理解し支援するという包括的なアプローチの視点
- ③作業の継続という個の活動から地域の社会資源の活用までを幅広く捉える包括の視点

以上の包括の視点を実行可能とする支援方法として包括マネジメントツールを開発した。

## 6 包括マネジメントの方法

(1) 元々の作業の遂行状況を把握する。

作業歴、職歴、生活歴、趣味、24時間の生活時間などから、相談前または発病前、利用前の生活内容を把握する。目指す生活の目標を推察する上で重要な情報を入手することが、対象者の希望する生活・作業を把握する手がかりとなる。また、目指す支援目標となる。

今回の研究では「生活確認表」を作成し、介護医療連携のあり方研究で活用した。詳しくは介護・医療連携班で解説、結果を報告する。

(2) その人にとって意味のある作業を把握する。

平成20年度当事業で作業に焦点を当てた支援のあり方を研究するため、COPMを参考にその人にとって意味のある作業を把握するための「作業聞き取りシート」を開発した。また、作業が思いつかない、何もないと答えた場合、聞き取りのヒントとして興味・役割チェックリストを活用した。20年度は2箇所の通所リハビリテーション（以下、通所リハ）で実施、21年度は同様12箇所で実施した。「作業聞き取りシート」を活用することで、ほとんどの対象者が自分の作業を答えることができた。その結果、表1に示すADL以外のIADLや社会活動に関する幅広い作業ニーズを把握することができた。

また、以下の効果もみられた。

事例①作業を聞かれても言えなかったが、事業を進める中でスタッフに自分の気持ちとして伝えることができるようになった者もいた。

事例②機能訓練人生の人が、作業を聞かれ気づいたことで、生活に広がりが見られ、機能訓練人生からの脱却がみられた。

事例③作業に気づいたことで、自ら積極的に（元気に）生活するようになった。

事例④作業を聞き取ることで、職員も実現できるよう協力する姿勢が見られ、通所リハにも活気が出た。

表1 作業聞き取りシートから把握できた作業ニーズ

基本的ADL(15種類)	人数		手段的ADL(30種類)	人数		趣味・社会活動(38種類)	人数	
	M	F		M	F		M	F
歩行	8	3	料理	17	17	散歩	17	9
排泄	6	2	買物	12	3	旅行	7	6
衣服の着脱	2		外出	12	3	書道	6	3
ボウリングを覚える	1	1	犬の散歩	4	2	花の世話、植える	3	2
ズボンのファスナーを覚える	1	1	植木の手入れ	3	2	ボランティア	3	3
2階で生活する	1		洗濯・洗濯物干し	3	3	カメラ・望遠レンズ操作	2	2
洗拭	1	1	知仕事	3	1	グラブゴルフ	2	1
階段昇降	1		ミシン	3		鑑み物	1	1
スムーズに話す	1	1	書き	2	1	アンガリア	1	1
餅を焼く	1		家事	2	2	園芸・狩猟	1	1
爪さり	1	1	簡単な調理	2	2	折り紙	1	1
ADLのサポートアップ	1		食事づくり	2	2	絵画	1	1
入浴(浴槽の出入り)	1		庭・庭木の手入れ	2	2	カラオケづくり	1	1
朝スムーズに起きる	1	1	パソコン	2	2	キャッチボール	1	1
現状の生活を保つ	1		カーテンを洗う	1	1	パッチワーク、手芸	1	1
その他(5種類)			家事の手伝い	1	1	コーラス	1	1
元気でいる	1		草むしり	1	1	ゴルフ・スキー	1	1
趣味を作る	1		車の運転	1		山歩取り	1	1
楽しさを増やす	1		新聞の読み	1	1	山野草の世話	1	1
左手を使う	1	1	デパートづくり	1	1	仕事(自分で稼ぐ)	1	1
ない	1	1	電話しながらメモをとる	1	1	社交ダンス	1	1
			友達に会う	1	1	手工芸	1	1
			友達が欲しい	1	1	水耕園芸を学ぶ	1	1
			メールを送る	1		種まき	1	1
			針仕事	1	1	土いじり	1	1
			物品の選択	1	1	釣り	1	1
			布団の上げ下ろし	1	1	同窓会に出席	1	1
			フランス料理を作る	1	1	図書館で本を読む	1	1
			物の運搬	1	1	日曜大工	1	1
			店から物を捨てる	1	1	ネット手芸	1	1
						パークゴルフ	1	1
						結婚写真(カラオケ)の撮影	1	1
						ペーパーブロック	1	1
						麻雀	1	1
						園芸に力をつける	1	1
						夏の祭りの試合観戦	1	
						モチーフを縫む	1	1
						野菜づくり	1	1

(平成21年度通所リハビリテーション検証事業結果から)



さらに、本人から確認を取ることが困難な重度の認知症の方では、家族に「作業聞き取りシート」をとることで、家族が当事者を介護しつつどのような生活を送りたいと思っているのかを把握することができる。双方に聞き取りシートを活用することで本人と家族の思いのズレを把握でき、双方への介入の手がかりを得ることができる。

作業を把握するとともに、高齢者自身が作業の実行状態（実行度）、その状態についての満足状況（満足度）を自己評価できるようにした。平成20年度の研究では、高齢者自身の作業を作り直すため具体的に作業を実施するよう支援した結果、作業の遂行に関する満足度が改善し、QOL26で評価した生活の満足感が高くなり、高齢者の家事などの手段的ADLに改善がみられた。「作業聞き取りシート」は高齢者自身が自己評価でき、支援の結果をモニタリングすることにも活用できる可能性がある。

(3) 作業の遂行を障害している要因を特定する。

平成20年度に実施した当事業で、「作業聞き取りシート」から明らかになった作業を実現するために、その阻害要因を特定するアセスメントの現状を地域包括支援センターや通所リハに勤務する作業療法士のアセスメント及びプランの内容を分析した。

その結果アセスメントでは、作業療法士は心身機能の分析（人の分析）、活動分析（作業の分析）、環境の分析を行い、そこからどの程度改善が見込めるか、どの程度達成できるかという予後についての予測を行っていることがわかった。これらのアセスメント技術は作業に焦点をあて効果的・効率的に遂行できるよう解決に向けていく作業療法士特有のアセスメント手法であることが考えられた。これらのアセスメント手法を「作業遂行アセスメント」と呼ぶこととした。結果として、国際

生活機能分類(ICF)と類似した分析に基づき、予後予測を行った上でアセスメントをしていた。

これらのアセスメントから、さらに具体的に実現可能なまたは達成可能な目標を設定していた。

(4) 作業の遂行力を回復するために

プランでは、作業療法士は、実現したい作業について、その作業がうまくできるための当事者の能力を、どのように作業をどこでどのように行うのかという段取りを考える「企画力」、次いでその作業を行うために必要な物などを用意する、リスクを推測する「準備力」、実行する「実行力」、実行の結果でさらに完成に結びつけるために修正する、うまくいったかどうかを検証する「検証力」、最後に作業が完成し、後かたづけをする、それを正しく評価し、次の新たな作業に結びつける「完了力」の5つの段階に分け、把握していた。また、その能力を「一人で行えるのか」「環境を変える、手がかりがあればできるのか」「練習によってできるのか」「手助けが必要なのか」の大きく4段階で評価、具体的に支援方法を計画していることがわかった。

21年度の研究では、12研究協力機関の実践現場から、「企画力」と「準備力」及び「検証力」と「完了力」はほぼ並行して遂行されることが多いとの意見があり、作業をうまく遂行するための能力（以下、作業遂行能力）を「企画・準備力(Plan)」「実行力(Do)」「検証・完了力(See)」の3段階で把握することとなった。

作業遂行能力（うまくできるための能力）を高めるための具体的支援方法として、新たな能力、方法の「開発」や能力を高めるための練習、環境を調整するなどの「改善」、できない場合サービスを調整する「補完」などの視点でアプローチしていることもわかった。また、作業遂行能力を「開発」「改善」するた

めに、プランとして、本人、家族、その他の支援者のそれぞれに分け、「いつ」「どのように」「何をするのか」「いつまでに」と具体的にプログラムを立案し、アプローチしていた。

平成 21 年度の研究から、作業療法での具体的なプログラムとして、以下のプログラムを段階づけて実施していることもわかった。

- 1) 基礎練習：筋力向上トレーニング、ROM 訓練、巧緻性訓練、協調性訓練、ストレッチなど
- 2) 基本練習：立ち上がりなどの基本動作訓練、歩行訓練、トイレ動作練習など
- 3) 応用練習：散歩、料理、書道、畑、トイレ行為更衣練習など
- 4) 社会適応練習：自宅での調理、掃除練習、公共交通機関利用練習など

通所リハで行われている各プログラムの実施割合を表 2 に示す。さらに、今回の研究事業の実践から、下記の意見が聞かれた。

- ・通所だけではなく、効果的に利用者が望む作業が実現できるためには訪問による社会適応練習を併せて実施していくことが必要。

- ・個別訓練加算や利用者が機能訓練を希望することが多く、基礎、基本練習の割合が多くなりがちであるが、作業に焦点を当てたプログラムの実践により、活動的、元気になったと思える事例が多々見受けられるようになった。通所内で作業の理解を得、応用練習が取り組めるようにしたい。

- ・利用者のしたい作業をプログラムに組み込んだ結果、調理教室や利用者によるボランティアグループが結成されるなど多様なカリキュラムや社会活動につながった。

- ・特に訪問は重要であり、身体機能としては改善の見込めないケースでも、自宅での環境を整えることにより、洗濯や料理などの家事が遂行できるようになった。

表 2 実施プログラムの割合と平均実施時間 N=78

実施プログラム	人数	( % )	平均実施時間(分)
基礎練習	72	( 92.3 )	25.3
基本練習	62	( 79.5 )	12.6
応用練習	55	( 70.5 )	14.9

#### (5) 作業が継続されるために

一方、在宅での作業の継続的を促すため、家族や介護支援専門員と連携し、見守り体制を整える。作業遂行能力が「できない」と判断され、他の人またはサービス利用による「補完」が必要とされた場合には、その人の作業遂行能力を介護支援専門員に提案し、過介護にならないよう指導する。など、当事者の作業遂行能力を阻害されないよう、適切な支援が得られるよう、当事者の望む作業が在宅でも地域でも継続されるため、介護支援専門員との共同プランの立案、サービス担当者会議への参加、ヘルパーとの同行訪問、申し送りによる連携を行っていた。

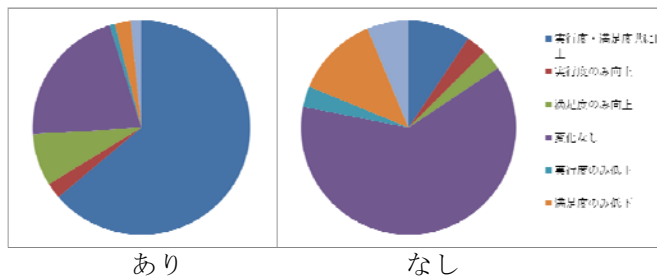
具体的連携のあり方については、医療介護の連携班で述べる。

これらの一連の包括マネジメントにより、当事者の望む作業の実現及び継続が図られる。

## 7 包括マネジメントの効果

平成 21 年度研究事業では、効果測定として、「作業聞き取りシート」の遂行度、満足度の自己評価、身体活動量(三軸加速度計による)、PASE、HUI、介護認定調査表で評価を行った。具体的結果については評価指標班の報告の通りである。その他、包括マネジメントの実践と自己評価を比較してみると図 1 に示すように実行度、満足度が向上している対象者は、アプローチで目標とする作業そのものを用いて実施していることがわかった。

図 1 実行度・満足度の応用プログラムの有無による介入前後の差



以上から、包括マネジメントを実施することで、健康感や満足など「健康である」という QOL に影響を及ぼすことが認められた。

がんのターミナルでも要介護 5 になっても、高齢者が満足だ、健康だと思えるためにはく包括マネジメントは有効であると考ええる。

<参考文献>

- 1) 社団法人 日本作業療法士協会：平成 20 年度老人保健健康増進等事業「高齢者の持てる能力を引き出す地域包括支援のあり方研究」報告書 2009 年 3 月
- 2) 吉川ひろみ訳：COPM (Canadian Occupational Performance Measure) [カナダ作業遂行測定] 第 4 版  
大学教育出版 2007
- 3) 地域保健研究会：老人保健健康増進等事業「介護予防通所介護における（在宅版）介護予防プログラム開発及び介入・評価に関する研究報告書」平成 19 年度
- 4) 吉川ひろみ：作業って？2000 医歯薬出版
- 5) 山根 寛，二木俊子，加藤寿博：ひとと作業・作業活動 三輪書店 2004
- 6) 山根 寛：精神障害と作業療法 三輪書店 2004
- 7) 社団法人 日本作業療法士協会：作業療法ガイドライン実践指針（2008 年度版）

## 第5章 包括マネジメント演習 一人と作業と環境の考え方

### I. 包括マネジメントプログラムの立案について

高齢者にとって意味のある作業に着目し、その作業を遂行できる力を高めるための作業療法的支援を行うこと（包括マネジメント）を目的とし、平成20年度～21年度にかけて評価表を作製、通所リハビリテーション事業所にて試用した。

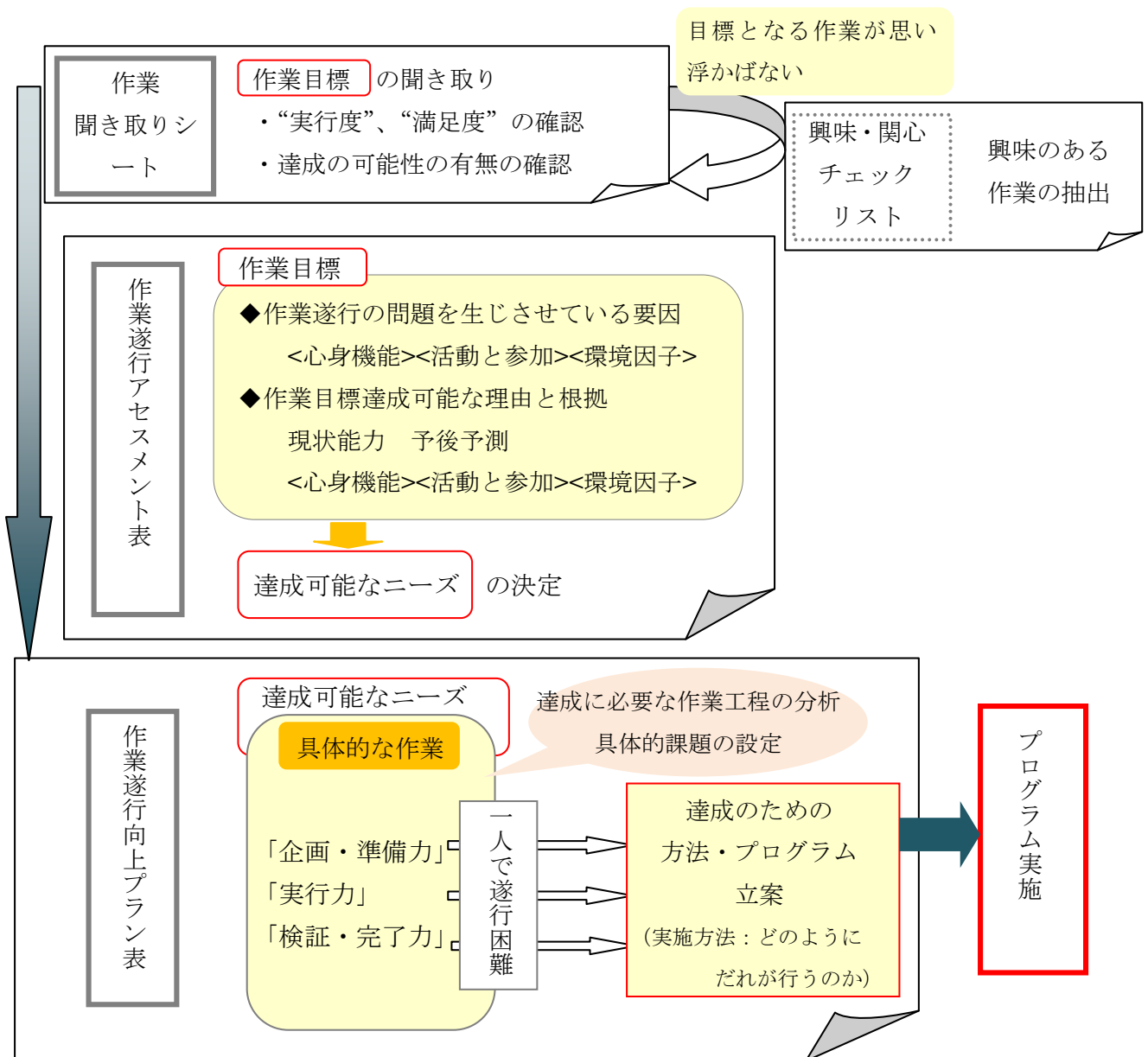
通所リハビリテーションにて、包括マネジメントプログラムを立案するために「作業聞き取りシート」「興味・関心チェックリスト」「作業遂行アセスメント表」「作業遂行向上プラン表」の4種類の評価表を活用した。

マネジメントプログラムを用いたアセスメントからアプローチの流れを図5-1に示す。

まず、「作業聞き取りシート」を用い、対象者の目標とする作業を聞き取り、実行度・満足度、達成可能性の有無を確認する。目標とする作業が思い浮かばない場合は、「興味・関心チェックリスト」を用いて興味のある作業を抽出し、それを参考に作業目標を決定する。

次いで「作業遂行アセスメント表」を用い、目標とする作業に対して本人の状態を検討し、作業遂行の問題を生じさせている要因を分析、作業目標達成可能な理由と根拠を導き出す。これら検討を基に本人が挙げた目標を環境や実施状況の条件づけをす

図5-1：各シートを用いたアセスメントからアプローチの流れ



るなどして、より具体的な達成可能なレベルである“達成可能なニーズ”を設定していた。

“達成可能なニーズ”である作業について、作業遂行向上プラン表を用いて、作業の工程を「企画・準備力」「実行力」「検証・完了力」に分析し、本人が一人でできるか、練習が必要かを判断し、一人で遂行困難な場合に、達成可能となるための方法（プログラム）を検討する。プログラム実施にあたっては、どこで、誰がどのように支援し行うのかを具体的に記述するという流れでアセスメント、プランを立案していた。

さらにこれら評価表に加えて、医療介護連携の検証を行った医療介護連携班にて開発した「生活状況確認表」「作業することで元気になる申し送り表」を加えて、包括マネジメントプログラムとした。

これら評価表の活用方法を記す。

## 1. 初回評価

### 1) 生活状況確認表（資料 5-1）

作業療法開始時に使用し、これから行う包括マネジメントプログラムにおいて、本人が望むもとの生活についての聞き取りを行う。現在の状態を生じさせたアクシデント以前の状態を聞き取り、今後のプログラム立案に役立てる。この聞き取り結果を参考にプログラムの立案を行う。

#### （1）記入者

本人が記入またはスタッフが聞き取りながら記入する。

本人が回答困難な場合は家族から聞き取りを行う。

#### （2）方法

入院する前の生活について、一般健康状態、身辺処理動作、IADL・趣味・社会参加の各項目について問題があったか、なかったかを記入。課題があった場合には、どのような状態であったのかを詳しく記入する。

### 2) 作業聞き取りシート（資料 5-2）

対象者が生活するうえで意味のある作業を明らかにする。

#### （1）記入者

本人が記入またはスタッフが聞き取りながら記入する。

#### （2）方法

① 本人が重要であると思う生活の目標を1～3つ聞き取る。

##### <聞き取り方>

「あなたが困っている、または問題を感じている（もっとうまくできるようになりたい、あるいは、うまくできるようになる必要があると思う）事柄で、良くなりしたい、改善してみたいと思う事柄があれば3つほど教えてください。」

② ①で聞き取った各目標ごとに現在の作業がどの程度実行できているのか（実行度）、その実行に対してどの程度満足できているのか（満足度）をそれぞれ10点満点で自己評価する。

とともうまくできている場合、実行度10点、とても満足している場合は満足度10点とし、全くできていない場合、実行度1点、まったく不満である場合、満足度1点とする。

③ さらに①であげた作業目標の達成の可能性が有ると思うか、無いと思うかを本人が自己評価する。

### 3) 興味・関心チェックリスト（資料 5-3）

作業聞き取りシートによる目標を設定する際に、対象者が生活の目標を述べることでできない場合に使用する。

#### （1）記入者

本人が記入またはスタッフが聞き取りながら記入する。

#### （2）方法

① 本人が好きな趣味・役割またはしたいと思っていることを「興味・関心チェックリ

スト」の各項目について聞き取りチェックする。

- ② チェックがあった項目について、いつ、どこで、誰と、どんな風に、どの程度「しているのか」「してみたいのか」を確認。興味があると回答のあった項目については、どのように興味があるのか、どのような条件であれば実施するのかを確認する。
- ③ 回答があった項目をもとに作業聞き取りシートの目標を本人とともに決定し、実行度、満足度、達成の有無を記入する。

#### 4) 作業遂行アセスメント表 (資料 5-4)

作業聞き取りシートにて聞き取った作業目標から、その作業目標の遂行を困難にしている要因と現状の能力、予後予測を行い、本人が達成できる作業(達成可能なニーズ)を決定する。

##### (1) 記入者

作業療法士

##### (2) 方法

- ① 作業目標の遂行を困難にしている要因を検討する。抽出した要因を、ICF に基づき本人の心身機能、活動と参加、環境因子に分類し記入する。
- ② ①を参考に、作業目標を遂行するための現状能力と今後の予後予測について検討し、心身機能、活動と参加、環境因子に分類し記入する。
- ③ ②の検討結果から本人が達成できる作業の水準を見極め、“達成可能なニーズ”として記述する。

アセスメント表は、記述した結果を本人にも確認し進める。そのため、記述にあたっては、分かりやすい言葉で簡潔的な記載に務める。

#### 5) 作業遂行向上プラン表 (資料 5-5)

4) のアセスメント表にて見極め“達成可能なニーズ”とした作業について、その作業を実践するために必要となる力「企画・準備

力(PLAN)」「実行力(DO)」「検証・完了力(SEE)」について本人の現状能力を検討する。検討の結果、困難な点について具体的プログラムと実施方法を決定する。このプラン表をもとにアプローチを実践していく。

「企画・準備力(PLAN)」: いつ、どこで、誰と、何を、どのようにすれば生活目標が達成できるか本人が主体的に考え、検討できる能力および企画したことを実行に移すために、具体的な準備を自ら行うことのできる能力をいう。

具体的には生活意欲が高まるよう生活目標を意識できる、実施に当たり具体的な生活目標を検討できる能力をさす。

「実行力(DO)」: 生活目標を達成するプロセスとして実際に行なわれる一連の作業活動を遂行する能力をいう。基礎的動作の反復や意味のある作業体験等が含まれる。

「検証・完了力(SEE)」: 実行するためにどのような配慮や注意が必要だったかを含め、達成に必要な条件を自ら検証する。検証の結果、達成の可否について評価し、その結果を基に今後の筋道を立て、次の企画につなぐことのできる能力をさす。

##### (1) 記入者

作業療法士

##### (2) 方法

- ① “達成可能なニーズ”として挙げた作業を実践するために必要な「企画・準備力(PLAN)」「実行力(DO)」「検証・完了力(SEE)」の現状能力について、次の4段階で評価する。

- 1 : 一人で可能
- 2 : 手掛かりや見本があれば可能
- 3 : 練習により可能
- 4 : 手助けが必要

※各力の内容について研究事業では記載していたが、評価表の記述量が多く負担となること、また記述する内容は作業療法の専門とする活動分析であるため頭の中で処理

できるという実施者からの意見に基づき記載を省くこととした。

- ② ①において「1：一人で可能」以外の評価とした各力を獲得するための方法、プログラムを検討し、記述する。誰がいつどのように、いつまでに行うのかといった方法を決定する。

記述にあたっては、本人がどのような過程を経て不足している力を獲得するのかが分かるように分かりやすい言葉で簡潔に示す。

- ③ ②で決定した内容をプログラムとして実践し経過を記録する。

## 6) 作業することで元気になる申し送り表 (資料 5-6)

本人の状態について他機関に申し送る際に利用する。作業遂行を行ううえでの課題とその要因、改善できる内容を示したうえで、現状についてまとめ本人および関連スタッフと共有する。

申し送り表の作成は、包括マネジメントプログラム立案時の情報共有や他職種の支援を求める場合、プラン実施後の情報共有や他職種のフォローが必要な場合に行い活用する。

### (1) 記入者

作業療法士(本人と確認しながら記入)

### (2) 方法

#### ①元気な時の生活状況

1) の生活状況確認表や本人、家族からの情報を基に元気な時の生活状況について記述。

#### ②今回のアクシデント

今回、作業療法介入に至った要因についてチェックする。

#### ③現在の生活状況

現状の生活状況について記述する。プラン実施後(たとえば通所リハビリテーションの利用終了時)の情報伝達に使用する場合は、その地点での状況について記述する。

#### ④不安・心配なこと

在宅生活や今後の生活を送るうえで、本人が感じている不安、心配について記述する。

- ⑤ご本人のしたい・できるようになりたいこと、本人が感じている、やりたい、できるようになりたいことを記述する。

#### ⑥現在の状態をもたらしている基本原因

本人がしたい・できるようになりたいことに対して課題となっている原因(心身機能、活動と参加、環境面)について記述する。

#### ⑦改善・活用できる項目

⑥の現在の状態をもたらしている基本原因について、⑤の本人がしたい、できるようになりたいことを実現するために改善できる項目や、活用できる環境、支援について記述する。

#### ⑧アセスメントまとめ

①～⑦をもとに、申し送りたい現状でのアセスメントのまとめを記述する。

## 2. プログラム実施後

「作業聞き取りシート」「作業遂行アセスメント表」「作業遂行向上プラン表」を用いた評価、プログラムの立案、実施を行った後、目標とした期間(3 か月程度)の本人の状態について結果を記述する。

### 1) 作業聞き取りシート

#### (1) 記入者

本人が記入またはスタッフが聞き取りながら記入する。

#### (2) 方法

プログラム実施後に実行度と満足度を10点満点で自己評価する。とてもうまくできている場合、実行度10点、とても満足している場合は満足度10点とし、全くできていない場合、実行度1点、まったく不満である場合、満足度1点とする。

### 2) 作業遂行向上プラン表

“達成可能なニーズ”として挙げた作業遂行に必要な各力(企画・準備力、実行力、検証・完了力)のプログラム実施後の能力

について、4段階で評価する。

- 1：一人で可能
- 2：手掛かりや見本があれば可能
- 3：練習により可能
- 4：手助けが必要

また、作業獲得状況について「達成」「変更達成」「未達成」「中止」のいずれであったかを記述し、実践結果の評価とする。

「達成」：達成可能なニーズとして挙げた作業が実施できるようになった場合。

「変更達成」：達成可能なニーズとして挙げた作業レベルではなく、環境や条件などを変更して達成できるようになった場合。

「未達成」：達成可能なニーズとして挙げた作業が達成できなかった場合。

「中止」：途中何らかの事情により中止した場合。

※「達成」以外の場合はその理由を記述。



表 5-1： 作業療法士が把握した対象者の生活の目標

基本的ADL(15種類)	手段的ADL(30種類)	趣味・社会活動(38種類)
歩行	料理	散歩
排泄	買物	旅行
衣服の着脱	外出	書道
ボタン、ファスナーをとめる	犬の散歩	花の世話、植える
ズボンのファスナーをとめる	植木の手入れ	ボランティア
2階で生活する	洗濯・洗濯物干し	カメラ・望遠レンズ操作
洗体	畑仕事	グランドゴルフ
階段昇降	ミシン	編み物
スムーズに話す	書字	アンダリア
顔を拭く	家事	囲碁・将棋
爪きり	簡単な調理	折り紙
ADLのスピードアップ	食事に行く	絵画
入浴(浴槽の出入り)	庭・庭木の手入れ	カラオケに行く
朝スムーズに動ける	パソコン	キャッチボール
現状の生活を保つ	カーテンを洗う	パッチワーク、手芸
<b>その他(5種類)</b>	家事の手伝い	コーラス
元気になる	草むしり	ゴルフ・スキー
趣味を作る	車の運転	山菜取り
楽しみを増やす	新聞の荷造り	山野草の世話
左手を使う	デパートに行く	仕事(自分で稼ぐ)
ない	電話しながらメモをとる	社交ダンス
	友達に会う	手工芸
	友達が欲しい	水彩画を描く
	メールを送る	種まき
	針仕事	土いじり
	物品の選択	釣り
	布団の上げ下ろし	同窓会に出席
	フランス料理を作る	図書館で本を探す
	物の運搬	日曜大工
	床から物を拾う	ネット手芸
		パークゴルフ
		紐結び(カマ三脚の固定)
		ペーパーブロック
		麻雀
		孫に会いに行く
		孫の野球の試合観戦
		モチーフを編む
		野菜づくり

## II. 作業遂行向上プログラム実施事例による活用方法の紹介

本プログラムは平成20年度に2か所、平成21年度に12か所の通所リハビリテーション事業所の協力を得て活用した。その実践例をもとに具体的活用方法について紹介する。

### 1. 作業聞き取りシートの記述について

作業聞き取りシートでは、高齢者が重要であるとする作業を1～3つ挙げるが、平成21年度の実践では、目標とする作業項目として趣味・社会参加が38種類、次いでIADLが30種類、基本的ADL15種類が挙げられた(表5-1)。高齢者はこのように様々な作業を目標として実施したいと考えていることが分かった。

### 2. 作業遂行アセスメント表および作業遂行向上プラン表の記述について

#### 1) 実践事例紹介

通所リハビリテーション事業所(以下、通所リハ)において包括マネジメントプログラムを立案し実施した事例を示す。

年齢：64歳 性別：女性

#### ①作業聞き取りシート(図5-2)

目標1「料理をしてみたい」

実行度：1/10 満足度：1/10

達成の可能性：有

#### ②作業遂行アセスメント表(図5-3)

目標「料理をしてみたい」に対して

##### ◆作業遂行の問題を生じさせている要因

- ・心身機能：左片麻痺
- ・活動と参加：左手の固定に不十分さあり
- ・環境因子：家族に危ないと止められている

##### ◆作業目標達成可能な理由と根拠

- ・心身機能  
(現状能力)：中等度左片麻痺  
(予後予測)：右手でできる簡単なことは十分できる

- ・活動と参加

(現状能力)：座位であれば安定して調理器具などの使用が可

(予後予測)：短時間で工程が簡単な調理なら可能

##### ・環境因子

(現状能力)：自宅での調理環境は整っている

(予後予測)：椅子を必要な場所に配置することができる

##### ◆達成可能なニーズ

『短時間で簡単に調理できるものを作る』

#### ③作業遂行向上プラン表(図5-4)

達成可能なニーズ『短時間で簡単に調理できるものを作る』について本人の現状の各力を分析し、プログラムを立案する。

図 5-2：実践事例「作業聞き取りシート」

作業聞き取りシート					
相談者	実践事例	年齢	64 歳	性別	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>
作業 の 目標	<input checked="" type="checkbox"/> A（具体的に作業の目標が言える） 目標 1  <span style="font-size: 1.2em;">料理をしてみたい</span>	自己評価	初回	最終	
		実行度	1/10	/10	
		満足度	1/10	/10	
		達成の 可能性	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		

図 5-3 : 実践事例「作業遂行アセスメント表」

### 作業遂行アセスメント表

相談名： 実践事例

作業目標	料理をしてみたい		達成可能なニーズ	短時間で簡単に調理できるものを作る
アセスメント項目	<b>心身機能の分析</b> (精神機能、痛み・感覚、神経筋骨格・運動)	<b>活動と参加の分析</b> (運動・移動能力、セルフケア能力)	<b>環境因子の分析</b> (用具、環境変化、支援と関係)	
作業遂行の問題を生じさせている要因	左片麻痺	左手の固定性に不十分さあり	家族に危ないと止められている	
作業目標達成可能な理由と根拠	現状能力 (強み)	中等度の左片麻痺	座位であれば安定して調理器具などの使用ができる	自宅での調理環境は整っている
	予後予測	右手でできる簡単なことは十分できる	短時間で工程が簡単な調理ならできる	椅子を必要な場所に配置することができる

図 5-4 : 実践事例「作業遂行向上プラン表」

### 作業遂行向上プラン表

相談者名： 実践事例

記入日： 年 月 日

達成可能な ニーズ	作業工程 分析	評価		達成のための方法・プログラム (いつ、どのようにする、いつまでか)			達 成
		前	後	本人	家族	支援者 (誰か)	
短時間で簡単に調理 できるものを作る	企画・ 準備力 (PLAN)	1. 一人で可能 ② 手掛かりや見本があれば可能 3. 練習により可能 4. 手助けが必要	1 2 3 4	①短時間で簡単に調理できる ものを考える (調理工程、材 料、必要物品) ②工程や必要なものを紙に記 入 ③家にある野菜で何ができる のか考える。		①通所リハにて OT ができるもの、作り たいものを確認。(工程、材料、必要物 品) ②本人が主体的に伝える ③家にある野菜について問い、何が作 れるか考える。	<input type="checkbox"/> 達成  <input type="checkbox"/> 変更達成
	実行力 (DO)	1. 一人で可能 ② 手掛かりや見本があれば可能 3. 練習により可能 4. 手助けが必要	1 2 3 4	工程どおりに食材、調理器具 を使い、通所リハで調理を実 施する。	通所リハでの実施状 況を知る	本人が主体となり実施し、OT が必要に 応じて助言 (できたこと、できなかつ たこと、休憩が必要な場面) する。 送迎スタッフが実施状況を家族に伝え る。 連絡帳に記載する。	<input type="checkbox"/> 未達成
	検証・ 完了力 (SEE)	1. 一人で可能 ② 手掛かりや見本があれば可能 ③ 練習により可能 4. 手助けが必要	1 2 3 4	工程に無理はなかったかうま くできたかを考え、改善点をあ げる。 次回実施時の配慮点をあげる 家族に実施状況を伝える。 家でできる調理を考える。	家の調理実施を見守 る	改善点、配慮点について助言する (OT)。 家族に本人から伝えるように促す (OT、 送迎スタッフ)。 結果を次の利用時に確認する (OT。スタ ッフ)	<input type="checkbox"/> 中止

機関名： \_\_\_\_\_

担当者名： \_\_\_\_\_

#### 「企画・準備力 (PLAN)」

◆評価：2 (手がかりや見本があれば可能)

◆達成のための方法・プログラム

本人：短時間で簡単に調理できるものを考える (調理工程、材料、必要物品)。

工程や必要なものを紙に記入する。

次いで、家にある野菜で何ができるのかを考える。

支援者：通所リハにてOTができるもの、作りたいものを確認 (工程、材料、必要物品)。

次いで本人が主体的に考える。

家にある野菜について問い、何が作れるか考える。

#### 「実行力 (DO)」

◆評価：2 (手掛かりや見本があれば可能)

◆達成のための方法・プログラム

本人：工程どおりに食材、調理器具を使い通所リハで調理を実施する。

家族：通所リハでの実施状況を知る。

支援者：本人が主体となり実行し、OTが必要に応じて助言 (本人ができたこと、できなかったこと、休憩が必要な場面) する。

送迎スタッフが通所リハでの調理実施状況を家族に伝える。連絡帳にも記載する。

#### 「検証・完了力 (SEE)」

◆評価：3 (練習により可能)

◆達成のための方法・プログラム

本人：工程に無理はなかったかうまくできたかを考え、改善点をあげる。

次回の実施時の配慮点をあげる。

家族に実施状況を伝える。

家でできる調理を考える。

家族：家で調理実施を見守る。

支援者：改善点、配慮点について助言する (OT)。

家族に本人から伝えるように促す (OT、送迎スタッフ)。

結果を次の利用時に確認する (OT、スタッフ)。

#### ④実施プログラム

- ・調理動作練習
- ・自宅へ訪問：環境確認、実施への促し
- ・座位での片手動作練習

#### ⑤最終結果

- ・作業聞き取りシート  
実行度：10/10 満足度 9/10
- ・作業遂行プラン表  
企画・準備力：1 (一人で可能)  
実行力：2 (手掛かりや見本があれば可能)  
完了力：1 (一人で可能)  
達成度：達成 (夫と共に簡単な調理が実施できるようになった)

### III. 演習問題

作業聞き取りシート、作業遂行アセスメント表および作業遂行向上プラン表を用いて、次の事例に対するアセスメント、プランを立案してみてください。

#### 1. 事例紹介

年齢：69歳 性別：女性

疾患名：脳梗塞 障害名：左片麻痺

経過：半年前に脳梗塞発症。入院時に理学療法および作業療法施行し退院。自宅での役割の向上、心身機能の向上を目的に通所リハビリテーションを週2回利用。現在は、歩行練習と机上作業を実施している。集団での創作活動など片手で行う作業は器用にこなしている。今回、包括マネジメントプログラムを用いプランを立案することとなる。

家族構成：夫 (70歳。定年にて自宅に居る) と二人暮らし

性格：温和、何事にも前向きに取り組む

趣味：料理、裁縫、友達とおしゃべり

身体機能：左片麻痺 Br. stage

上肢Ⅲ 手指Ⅲ 下肢Ⅳ

感覚障害 なし

高次脳機能障害 なし

知的機能 問題なし

コミュニケーション良好

ADL : 歩行 屋内屋外共にAFO装着、杖利用にて自立 段差昇降 杖または手すりを活用して自立

起居動作 自立

立ち上がり、しゃがみ動作 自立。

床から立ち上がり、しゃがみ動作は台を活用して自立。

食事 自立

更衣 自立 装具装着も自立

整容 爪切りは夫に介助してもらっている。以外は自立。

排泄 洋式トイレ、手すりあれば自立。自宅にても環境整備実施し自立。

入浴 浴室改修し手すり、座位にての出入りで自立。シャワーチェア利用。洗体時に夫が手伝ってくれる。

I ADL : 調理 簡単な調理なら可能。片手での包丁使用もできる。自宅では夫とともに実施。

後片付け 食器洗浄機利用。たまに実施するが、概ね夫がしてくれる。

買い物 買うものを示し、夫に買ってきてもらう。たまに一緒に出かける。

掃除 夫が行う。掃除機かけが困難 テーブルを拭くなどできることはしている。

洗濯 干す、取り込むことは夫が実施。たたむ、洗濯機操作は行っている。

<事例からの返答>

ミシンで袋を縫って友達にプレゼントしたい。病気になってからミシンができないから。

2) 実行度、満足度、達成の可能性の有無について聞き取ってください。

<事例からの返答>

実行度は1、満足度も1。

何か工夫をしたり、やり方を教えてもらえばできると思う。ミシンを常時出しておけるスペースが無いので、居間の押し入れから毎回出し入れしないといけないが重くて運べない。頼めば夫が手伝ってくれるかもしれない。

3) 作業遂行アセスメント表を事例紹介および下記情報を基に記入してください。

<事例からの情報>

以前からミシンはよく使っていた。孫にも袋などをよく縫っていた。病気になる前に手芸店によく行き沢山布を買っている。家には袋を縫える布や糸がたくさんあると思う。

以前は外出して、友人とお茶を飲みに行っていたが、病気になってからは家に友達がよく尋ねてきてくれる。

4) 作業遂行向上プラン表を記入してください。

5) 作業することで元気になる申し送り表の記述方法については、回答例の資料を参照してください。

### 3. 演習課題回答例

資料5-7～10 参照

## 2. 包括マネジメントプログラムの活用

1) 作業聞き取りシートを用い、事例が希望する作業について聞き取ってください。

## 生活状況確認表

対象者 \_\_\_\_\_

記入日： 年 月 日

相談または入院、サービス利用前の生活状況についてお伺いします。

	No	質問項目	回答		(特記事項)
一般健康状態	1	痛いところや調子が悪いところがありましたか。	なかった	あった	
	2	深く心配なことはありましたか。	なかった	あった	
	3	食事は毎日美味しく食べていましたか。	いた	なかった	
	4	夜は良く眠れていましたか。	いた	なかった	
	5	お通じは定期的になりましたか。	あった	なかった	
		(コメント)		/5	/5
身辺処理	6	立ち・座り、階段の登り・降り、室内歩行に支障はありましたか。	なかった	あった	
	7	家の周囲(約1km)を歩くのに支障はありましたか。	なかった	あった	
	8	食事をするのに支障はありましたか。	なかった	あった	
	9	トイレ(排尿・排便)をするのに支障はありましたか。	なかった	あった	
	10	着替えや身だしなみをするのに支障はありましたか。	なかった	あった	
	11	お風呂に入るのに支障はありましたか。	なかった	あった	
	12	その他、特に不具合なこと、不都合なことはありましたか。」	なかった	あった	
		<コメント>		/7	/7
I A D L ・ 趣味 ・ 社会参加	13	お金の支払や薬の管理は、ご自分でしていましたか。	いない	いた	
	14	服装や身だしなみには気を配っていましたか。	いない	いた	
	15	新聞や雑誌、本などを読んでいましたか。	いない	いた	
	16	日記や手紙など字を書かいていましたか。	いない	いた	
	17	近くの店に買い物に行っていましたか。	いない	いた	
	18	家のことを何かしていましたか。(例、掃除・調理・洗濯、留守番)	いない	いた	
	19	何か好きなことはありましたか。好きなことをしていましたか。	いない	いた	
	20	自家用車やタクシー、バスや電車などで他の市町村まで出かけていましたか。	いない	いた	
	21	家族とお話しをしていましたか。	いない	いた	
	22	ご近所やお友達のところに訪問していましたか。	いない	いた	
	23	地域や世の中の動きについて関心がありましたか。	いない	いた	
	24	地域の集まりに参加していましたか。(例、お祭り、老人会など)	いない	いた	
	25	地域で何らかの役をしていましたか。(役員、ボランティアなど)	いない	いた	
	<コメント>		/13	/13	
			不調・不具合項目		/25

機関名： \_\_\_\_\_

記入者名： \_\_\_\_\_ (職種 \_\_\_\_\_)



## 作業聞き取りシート

相談者		年齢	歳	性別	男女
-----	--	----	---	----	----

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

- そこで、あなたが困っているまたは問題を感じている（もっとうまくできるようになりたい、あるいは、うまくできるようになる必要があると思う）事柄で、良くなりたい、改善してみたいと思う事柄がありましたら、3つほど教えてください。
- 次に、それぞれについて今の自分はどのくらいうまくやれているか（実行度）と、そのやり方にどのくらい満足しているか（満足度）を1～10点の範囲で思う点数をお答えください。  
とてもうまくできている場合実行度10点、とても満足している場合満足度10点です。  
まったくできない場合実行度1点、まったく不満である場合満足度1点です。

作業の目標	□A(具体的に作業の目標が言える) 目標1	自己評価	初回	最終	
		実行度	/10	/10	
		満足度	/10	/10	
		達成の可能性	□有 □無		
	□A(具体的に作業の目標が言える) 目標2	実行度	/10	/10	
		満足度	/10	/10	
		達成の可能性	□有 □無		
	□A(具体的に作業の目標が言える) 目標3	実行度	/10	/10	
		満足度	/10	/10	
		達成の可能性	□有 □無		
	□B(具体的にイメージができない)		→興味・関心 チェックリストへ		

## 興味・関心チェックリスト

以下の作業療法について、現在しているものには「している」、過去にしていたがしてみたい・してみたいができないと思ってしていないものに「してみたい」、する・しないにかかわらず興味があるものに「興味がある」に、○をつけてください。

作 業	し て い る	し て み た い	興 味 が あ る	作 業	し て い る	し て み た い	興 味 が あ る
掃除				ボーリング			
料理				水泳			
買い物				テニス			
家の手入れ				野球			
洗濯				ダンス・踊り			
車の運転				体操・運動			
畑				散歩			
友人との交流				音楽を聴く・演奏会			
洗濯物たたみ				楽器演奏			
園芸				お茶・お花			
ラジオを聴く				おしゃべり			
テレビを見る				生涯学習			
歌を歌う				旅行			
映画を見る				編み物			
パズルゲーム				針仕事			
手工芸				歴史			
読書				ボランティア			
将棋・囲碁				写真			
観劇				ゴルフ・グランドゴルフ			
絵を描く				温泉			
新聞を読む				子どもの世話			
俳句				動物の世話			
謡曲・詩吟				賃金を伴う仕事			
書道・習字				地域活動 (町内会老人クラブ)			
つり				日曜大工			
パソコン・ワープロ				その他 ( )			
宗教活動				その他 ( )			



作業聞き取りシートへ

## 作業遂行アセスメント表

相談者名： \_\_\_\_\_

作業目標	
------	--

達成可能なニ ーズ	
--------------	--



アセスメント項目		心身機能の分析 (精神機能、痛み・感覚、神経筋骨格・運動)	活動と参加の分析 (運動・移動能力、セルフケア能力)	環境因子の分析 (用具、環境変化、支援と関係)
作業遂行の問題を 生じさせている要因				
作業目 標達成 可能な 理由と 根拠	現状能力 (強み)			
	予後予測			

## 作業遂行向上プラン表

相談者名： \_\_\_\_\_

記入日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

達成可能な ニーズ	作業工程分 析	評価		達成のための方法・プログラム (いつ、どのようにする、いつまでか)			達成
		前	後	本人	家族	支援者(誰か： )	
A1	企画・ 準備力 (PLAN)	1. 一人で可能 2. 手がかりや見本があれば可能 3. 練習により可能 4. 手助けが必要	1 2 3 4				<input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 変更達成 <input type="checkbox"/> 未達成 <input type="checkbox"/> 中止
	実行力 (DO)	1. 一人で可能 2. 手がかりや見本があれば可能 3. 練習により可能 4. 手助けが必要	1 2 3 4				
	検証・ 完了力 (SEE)	1. 一人で可能 2. 手がかりや見本があれば可能 3. 練習により可能 4. 手助けが必要	1 2 3 4				

機関名： \_\_\_\_\_

担当者名： \_\_\_\_\_

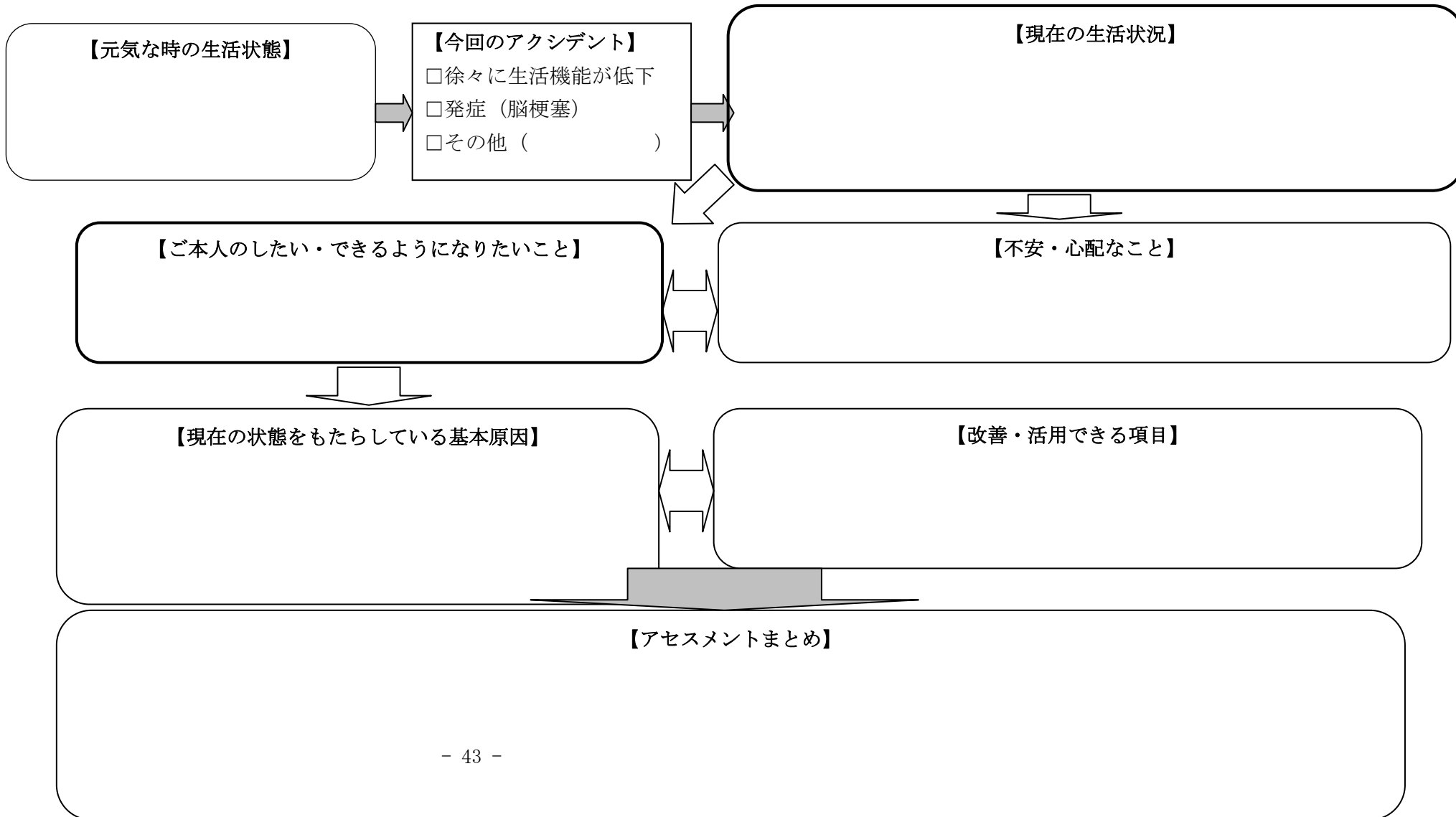
# 作業をすることで元気になる申し送り表

記入日：            年    月    日

対象者： \_\_\_\_\_

機関名： \_\_\_\_\_

担当者名 \_\_\_\_\_



## 作業聞き取りシート

相談者	●● ●●	年齢	69歳	性別	男 <b>女</b>
-----	-------	----	-----	----	------------

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

- そこで、あなたが困っているまたは問題を感じている（もっとうまくできるようになりたい、あるいは、うまくできるようになる必要があると思う）事柄で、良くなりたい、改善してみたいと思う事柄がありましたら、3つほど教えてください。
- 次に、それぞれについて今の自分はどのくらいうまくやれているか（遂行度）と、そのやり方にどのくらい満足しているか（満足度）を1～10点の範囲で思う点数をお答えください。  
とてもうまくできている場合遂行度10点、とても満足している場合満足度10点です。  
まったくできない場合遂行度1点、まったく不満である場合満足度1点です。

作業の目標	<input checked="" type="checkbox"/> A(具体的に作業の目標が言える)	自己評価	<input type="checkbox"/> 初回	最終
	目標 1	実行度	1/10	/10
	ミシンで袋を縫って友達にプレゼントしたい (病気になってからミシンができないから)	満足度	1/10	/10
		達成の可能性	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	<input type="checkbox"/> A(具体的に作業の目標が言える)	実行度	/10	/10
	目標 2	満足度	/10	/10
	A2	達成の可能性	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	<input type="checkbox"/> A(具体的に作業の目標が言える)	実行度	/10	/10
	目標 3	満足度	/10	/10
	A3	達成の可能性	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	<input type="checkbox"/> B(具体的にイメージができない)	→興味・関心 チェックリストへ		

### 作業遂行アセスメント表

相談者： ●● ●●

作業目標	ミシンで袋を縫って友達にプレゼントしたい
------	----------------------

達成可能なニーズ	通所リハで作ったものを友達にプレゼントし、自宅でも実践できるようになる
----------	-------------------------------------



アセスメント項目		心身機能の分析 (精神機能、痛み・感覚、神経筋骨格・運動)	活動と参加の分析 (運動・移動能力、セルフケア能力)	環境因子の分析 (用具、環境変化、支援と関係)
作業遂行の問題を生じさせている要因		左片麻痺 (中等度)	杖歩行可能も、重い物を持つての歩行困難 脳梗塞発症後、ミシンを使用した経験がない	ミシンを常時置いておく場所がなく出し入れが必要 ミシンが重い
作業目標達成可能な理由と根拠	現状能力 (強み)	座位で片手での作業は通所リハ利用時にもしており、耐久性も十分にある。 やる気、理解力も十分あり。	現在も右手片手で家事をこなしている。	通所リハにも片手で操作できるミシンがある。 家のミシンも片手で操作が可能。 夫が何にでも協力的。布も自宅にある。 プレゼントする友達も家に訪ねてきてくれている。
	予後予測	麻痺の状態は現状から大きな変化は見込めず、左手の補助的な使用は困難であるが、片手での作業を積極的に実践できる。	方法を提示し、片手でのやり方を経験すればミシンを使用した袋作製を一人で遂行可能。	通所リハでミシンを使って袋を作製することができる。 自宅では、夫に卓上ミシンの出し入れをしてもらうことで可能となる。 満足のいく完成度の作品を友人にプレゼントする。

## 作業遂行向上プラン表

対象者名： ●● ●●

記入日： 年 月 日

達成可能な ニーズ	作業工程 分析	評価		達成のための方法・プログラム (いつ、どのようにする、いつまでか)			達 成
		前	後	本人	家族	支援者（誰か）	
通所リハで作ったものを友達に プレゼントし、自宅でも 実践できるようにする	企画・ 準備力 (PLAN)	1. 一人で可能 2. 手掛かりや見本があれば可能 3. 練習により可能 4. 手助けが必要	1 2 3 4	①通所リハ利用時にやってみようという気持ちになり、家族にも気持ちを伝える。 ②袋のイメージをする ③材料や道具をメモする ④自宅から布を持参する ⑤必要な材料、道具を準備する	自宅では本人がミシンの準備を頼んだ際に運ぶ協力をする	通所リハにて実施し、慣れてきたら自宅での実施をすすめる ①OT が声かけし袋作製を促す。夫に取り組みについて伝える（連絡帳や送迎時）。 ②どのような袋を作るか本人が主体的に考えるよう OT が支援。 ③必要な材料や道具が検討できているか OT が確認する。次第にケアスタッフに移行。 ④布の持参を促す（OT、ケアスタッフ）。 ⑤本人の指示のもと準備（OT、ケアスタッフ）。	<input checked="" type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 達成
	実行力 (DO)	1. 一人で可能 2. 手掛かりや見本があれば可能 3. 練習により可能 4. 手助けが必要	1 2 3 4	通所リハ利用時に ①型紙づくり ②裁断 ③ミシンの操作（糸通し含む） ④製作 一人でできれば家で実施する。	夫が家での実施状況について確認	①OT が方法を提示し、実施することを促す。 ②同時にケアスタッフにも確認してもらい一緒にできるようになる。 ③本人が一人でできるように見守る（OT、ケアスタッフ）。 ④家での実施を促す（OT、ケアスタッフ）。	<input type="checkbox"/> 未達成
	検証・ 完了力 (SEE)	1. 一人で可能 2. 手掛かりや見本があれば可能 3. 練習により可能 4. 手助けが必要	1 2 3 4	①誤りに気付き、修正する。 ②片づけを行う。できないところを依頼する。 ③完成品の満足度の表現 ④次の作品への意欲の表現 ⑤満足のいくものは友達へプレゼントする。	①家での実施時にミシンの片づけを手伝ってもらおう ②完成品に対する感想を述べてもらう	①誤りで本人が気付かない点は OT が声かけし、修正する。 ②本人ができない片づけはケアスタッフを手伝う。 ③、④OT、ケアスタッフと確認。他利用者にもみてもらう。 ⑤自宅へ完成品を持ち帰ることや、友達へのプレゼントを促す。	<input type="checkbox"/> 中止

機関名： \_\_\_\_\_

- 46 -

担当者名： \_\_\_\_\_



# 作業をすることで元気になる申し送り表

記入日： 年 月 日

対象者名： ●● ●●

機関名： 担当者名：

## 【元気な時の生活状況】

- ・専業主婦として家事全般を行っていた。
- ・趣味として料理、裁縫、友人とのおしゃべりなどを楽しんでいた。
- ・発症までは、既往歴なし
- ・車の運転をしていた

## 【今回のアクシデント】

- 除々に生活機能が低下
- 急性発症
- その他

## 【現在の生活状況】

- ・家事全般は夫の協力を得て実施
- ・買い物は夫の車で一緒に出かける。一人での買い物は行っていない。
- ・ミシンの出し入れは夫に手伝ってもらい裁縫をしている

## 【ご本人のしたい・できるようになりたいこと】

- ・もっと素敵な袋を作って友達にプレゼントしたい
- ・一人で手芸の材料を買いに行きたい

## 【不安・心配なこと】

- ・長く歩くことに自信がない
- ・横断歩道を時間内に渡れるか心配

## 【現在の状態をもたらしている基本原因】

- ・左片麻痺により、重い荷物の運搬ができない
- ・長距離歩行ができない

## 【アセスメントまとめ】

- ・友達へのプレゼントのため、もっと素敵な作品を作り

いが、今は家にある材料で作っている。新しい布を買いに行きたいが、長く歩くことは困難である。夫と行くとせかされて、じっくり買い物ができないので、バスを利用すれば一人で買い物に行くことができると考える。ただし、バスの利用は未経験なため実践での経験が必要であると考え。・ミシンの運搬については持ち上げは可能なので、運搬のみワゴンを利用することで解決する。

## 第6章

### 医療における包括マネジメントの活用

#### I. はじめに

「人は作業することで健康になれる」を基に開発された包括マネジメント手法を、入院中の作業療法においても退院支援においても活用し、生活の場所が移り変わっても本人にとって意味のある作業が連続して行えるよう支援するための方法について紹介する。

なお以下の内容は平成 21 年度老人保健健康増進事業「自立支援に向けた包括マネジメントによる総合的サービスモデル調査研究事業」において、入院医療機関から在宅生活へ移行する方を対象に包括マネジメントを試用した結果にもとづいたものである。

人が生活している以上たとえ住まう場所が移動しても、作業する人の状態に違いが生じても、1) 作業療法を提供するうえで共通した方法であること、2) 本人の連続性や生活の連続性を実現するためには本人にとって意味のある作業が途切れることなくつながることが必要であること、3) 本人の思いや願いの実現に向けて支援することが作業療法の基本であること、4) そのためには包括マネジメントが有効であったことなどから、この手法が入院作業療法においても活用できると考え、その基本的内容について紹介する。

#### II. 流れ

入院作業療法の開始から退院支援までの流れを表 6-1 に示す。

##### 1) 作業療法開始前の準備

作業療法士は入院作業療法をはじめるにあたり診療録から本人のプロフィールや診断名、その疾患によって生じた症状、作業療法処方の目的と禁忌事項などについて情報を収集し、読み取り、仮の対象者像を描き初回の作業療法の実施に向けて準備をする。

##### 2) 入院前の生活状況の確認

表 6-1 【入院作業療法の流れ】

- 1) 作業療法開始前の準備
- 2) 入院前の生活状況の確認（生活状況確認表）
- 3) 思いの確認（作業聞き取りシート）
- 4) 思いの可能性（作業遂行アセスメント表）
- 5) 思いの具体化（作業目標の設定）
- 6) 思いの実現（作業遂行向上プラン表）
- 7) リハビリテーション目標への反映
- 8) 思いの達成度（結果検証）
- 9) 退院時医療介護連携

初回または数回の作業療法を行ったらなるべく早めに「生活状況確認表」を用いて、入院前の生活状況を確認しましょう。

その理由は、特に高齢者は入院前から何らかの不調や不具合を抱えながら生活していることが多く、そのために作業遂行の仕方や安全性の度合い、必要な時間や物品などいろいろな点で個別性が高く、目標もその達成に向けた方法も個人ごとに違うからである。

「生活状況確認表」は、一般健康状態に関する質問項目が 5、身辺処理項目（＝基本的日常生活動作、以下 BADL）7、IADL や趣味や社会的活動が 13、計 25 項目の質問から成り立っていて、入院前の生活状況全体を把握することができる。

質問の過程で「不調・不具合」の回答があった場合は、その内容について確認し備考欄に記録しよう。

ここで配慮することは、

- ・無理して一度に全項目を確認しようとせず、対象者の状態に合わせてながら進めること。
- ・特に不調や不具合が確認できた場合は、「○○なのによく頑張ってくれましたね」などの慰労や賞賛のことばをかけながら進めること。
- ・不調や不具合が全く確認できなかった場合は、「若くて元気な生活をされてこられたようで素晴らしいですね」などと褒め讃えること。

今回の研究事業での調査結果を表 6-2 に示す。

### 3) 思いの確認

数回の作業療法を実施したら「作業聞き取

#### 表 6-2 【不調や不具合の割合】

- 一般健康状態 (5 項目) →30%
  - ・特に痛み不調やお通じで
- 基本的日常生活動作 (7 項目) →28%
  - ・特に起居移動動作や美味しい食事で
- IADL・趣味・社会活動 (13 項目) →43%
  - ・特に地域での役割, 地域での集まりに参加, 遠出, 身だしなみ, 近所への訪問, 読書で
- 全体 (25 項目) →37.5%
  - ・入院する前から多くの方が健康や生活機能に課題を抱えていた

りシート」を用いて本人の思いを確認しましょう。

人の思いは3つのグループに分けることができる。1つは「不快感の軽減」に関する事。これは“痛みや苦しさ、つらさ・切なさや不安”などが含まれる。2つに「日常性や恒常性の維持」に関する事。“毎日欠かさずにしてきたこと”などで、例えば排泄は絶対トイレでしたい、毎朝夫の位牌に手を合わせたい、日記を書き続けたいなどである。3つに「向上」に関する事。“したいこと、やってみたいこと、できるようになりたいこと”などである。

入院中特に入院当初での聞き取りでは、「不快感の軽減」に関する事がたくさん上がるだろう。「日常性の維持」や「向上」に関する事を上げる事は少ないかもしれない。また「向上」に関する事では現実離れた、達成の可能性が全く無いような事を言う人もいるだろう。結果聞き取る事への意味を疑いたくなることもあるだろう。

大切な事は実現の可能性があるかどうか

ではなく、そのような思いをもった人が目の前に居て、その思いを抱えつつも伝えられないでいた人が居て、今やっと自分の思いを聞いてくれたことに嬉しく思い、根拠があることではないが思いつく望みを伝えてくるという事実を受け止めることである。

その他の疑問に Q&A 方式で説明する。

Q 1. ご本人の思いと疾病名や症状などから総合的に判断した結果に大きな差があった場合、どのように対応すればよいか。

A 1.

- ・そのまま全てを受け入れること。
- ・実現に向けて一緒に取り組んでいくことを伝えること (〇〇に向けて一緒に取り組んでいきましょう・・・など)。
- ・作業遂行アセスメントや作業遂行向上プランの段階で徐々に現実化していけばよい。

Q 2. 中重度の認知症があつて意思疎通ができない。それでも聞き取る必要があるのか。家族からの聞き取りでいいのではないか。

A 2.

- ・まず本人にキチンと聞いて下さい。真摯で誠実な態度が大切です。
- ・日常の何気ない会話の中で表出されることが多いです。観察を大切にしましょう。
- ・家族の聞き取りは本人の代弁としてではなく、家族自身が行う作業として位置づけて聞き取りをしましょう。

Q 3. 「不快感の軽減・解消」に関する事だけをたくさんあげ、その他には「元の体に戻ればいい」としか言わない人がいる。どうすればいいか。

A 3.

- ・そうです。本人の言うように元に戻ればいいのです。では「元」とは具体的にどういう状態でしょう、何を、どのようにしていた状態を「元」というのでしょうか。本人から教えていただきましょう。

今回の研究事業で「退院直前での在宅生活確認用紙 (作業聞き取りシート)」を用いて調

**表 6-3 : 【不安なこと・心配なこと】**

- 1人平均2項目。
- 歩行など起居移動動作や自宅での入浴、家事（特に調理）など、BADLに関する項目で不安・心配を抱えている。

**表 6-4 :**

**【やりたいこと・できるようになりたいこと】**

- 1人平均2項目。
- 家事（料理、洗濯、掃除など）、手芸など創作、庭の手入れ、外出、買い物とIADLや趣味などに関する項目が多かった。

査した結果を表 6-3、4 に示す。

思いをなかなか言えない方がいる。その思いを引き出すには面接技術が必要である。引き出す際に配慮すると良いことを紹介する。

**【骨折者の場合】**

- ・「骨折＝骨が治れば元通り」、「治癒＝元の生活」、「リハビリテーション＝機能訓練」というイメージを持ち、受身的な方が多い。
- ・手術前後は、本人の思いと身体状況とが合わない場合も多い。
- ・日々変化する治療・ADLの変化に応じ、思いも変化する。

**【認知症者の場合】**

- ・BPSD治療のため入院になった認知症高齢者の場合、混乱、落ち着きない行動、攻撃的になっていることが多い。実際の状況と今後の状況について繰り返し説明し理解を得ることで不安を軽減することで、結果本人の思いを聞き取り易くなる。
- ・認知症高齢者が在宅生活を継続するためには家族の思いを聞きとり、介護の負担軽減を図るといった視点も重要である。

**【急性期病棟の場合】**

- ・入院直後は入院前の生活状況（動作・習慣・

役割）、家族構成、家屋状況などを中心にし、関係がとれたら徐々に広げること。

- ・治療が進みリハビリに積極的に取り組むようになると思いも聞き出しやすい。
- ・日々の会話から読み取れることもある。
- ・チェックシートを使うと聞き漏らしがない。

**【回復期リハ病棟の場合】**

- ・入院前の一日の生活、家での役割、仕事の内容や立場、趣味や今後の人生設計など様々な背景を理解しておくこと。
- ・ベッド回りや所持品などからも生活を想像できる。
- ・本人に1日/1週間/1か月を具体的に考えていただき、説明してもらう。
- ・上手く想像できない場合は「こう思っているのではないですか？」と気づかせてあげることも大切。

**【中・重度で長期入院の場合】**

- ・中等度以上の要介護者の場合十分なコミュニケーションを図ることが困難で、長期入院によって家族と本人との思いにズレが生じやすい。
- ・傾聴：穏やかな表情と口調で対象者の言葉を待ち、話を促すような相槌を打つ、受け入れる姿勢を保つ。
- ・同調：表出された言葉は否定せず、共感の態度を示す。
- ・何気ない言葉や振る舞いから本人の言葉の奥にある本音を推察する。
- ・言葉に障害がある場合はYes - NOで答えられるように質問に工夫すると良い。
- ・家族からみたご本人の思いを聴取することも参考になる。

**4) 思いの可能性**

1つの作業を成し遂げる（作業遂行）には、本人の作業遂行力をもっていかに環境と適応するかである。本人の作業遂行力が弱くとも環境を調整することで本人の作業遂行は変わる。作業環境には物理的環境と人的環境、社会的環境（医療・介護保険サービスや福祉サ

ービスなど) などがある。

本人自身の作業遂行力は一般健康状態(疾病含む)と機能と構造、作業遂行の特性(個性)より成る。

また1つの作業は、P(Plan:企画・準備力)、D(Do:実行力)、S(See:検証・完了力)の3つの過程が滞りなく流れることで成り立つ。

「作業遂行アセスメント表」は、この3つの視点から本人の作業遂行を把握できる。

作業遂行アセスメントを行う場合、後述する「作業することで元気になる申し送り表」を用い、要素間全体の相互関係と時系列での因果関係を把握することで、より深く広いアセスメントが可能となる。

#### 5) 思いの具体化

作業目標には2つある。1つは作業していること自体を目標として設定すること、もう1つは具体的な達成度・状態や達成時期を設定する仕方である。この2つを上手く組み合わせるとよい。なお、作業目標は具体的な生活目標とすべきである。

作業目標を設定するには期限の設定も重要である。つまり“いつまでに〇〇している・できている”である。入院中であれば1ヶ月、入所や在宅であれば3か月先が適当であろう。もし6か月や1年先の目標を設定するのであれば、まずは第1段目の目標を設定すべきである。期間が長いと目標も抽象的になり易い。小刻みなステップ・アップがコツである。

今回の研究事業で設定された退院後約3ヶ月後の作業目標を、表6-5に紹介する。

#### 6) 思いの実現(作業遂行向上プラン)

設定した作業目標を実現するために「作業遂行向上プラン表」を用いて支援計画を立てましょう。これはまさに作業療法実施計画書である。

支援には2つある。

1つは本人の作業遂行力が向上するための取り組み計画である。直接的作業療法と間接的作業療法(作業療法士が直接関わらない時

間・場所での作業)のプログラムよりなる。

表6-5: 作業目標の例(一部)

- ・掃除, 洗濯, 料理の下準備, お茶入れ準備や片づけが定期的にできる.
- ・3ヶ月後家族と一緒に近所に外出できる.
- ・安全に一人で入浴できる.
- ・姉, 甥, ヘルパーの援助を受けながら, 必要である服薬管理を行い, 一人暮らしを継続する.
- ・楽しみの1つとして庭の手入れができるようになる.
- ・アルコールを飲まないため, 家では気を紛らわす手工芸や老人福祉センタ

もう1つは物理的・人的環境調整などが内容となる。これは、特に間接的作業療法プログラム立てる際に重要な要素となる。

この2つの支援計画を実施するには、本人の主體的取り組みや作業療法士の直接的作業療法に関する知識と技術だけでなく、看護師や介護職、家族等との協業によって成り立つので、次の7)につなげていきたい。

#### 7) リハビリテーション目標への反映

6)で述べたように、特に間接的作業療法の実施や本人の思いを実現するには、関係者一同が情報を共有し、共通の目標達成に向け役割分担と連携・協業をもって統一した支援をする必要がある。そのためには、既存の書類で運用されている「リハビリテーション実施計画書」の目標を決める時、本人が望む目標を設定するように、2)~5)までの内容を簡潔明瞭に説明し提案するとよい。

この繰り返し根拠のある作業療法、作業療法士にしかできない領域を築き上げることになる。

#### 8) 思いの達成度(結果検証)

結果検証には4つある。

1つは設定した作業目標の達成度評価であ

る。途中で変更してもできるだけ達成するよう働きかけることが大切である。理由は“成功・達成体験”によって次の作業に向かうエネルギーを醸成するからである。

2つには達成・未達成した原因を探ることである。この探求作業が次の支援方法を立てる時に重要な資料となる。

3つにはこの取り組みによって本人の作業遂行力がどう変化したかである。本人がどう変容したかを評価する必要がある。

4つ目は提供した作業療法に対する検証である。

なお今回の研究事業で設定した作業目標の達成度は、達成が50%、まあまあ達成(途中変更達成含む)が38%、約9割の方が作業を継続し続け、達成をしていた。

#### 9) 退院時医療介護連携

退院時医療介護連携には4つの段階がある。

(1)在宅生活遂行のためのデザイン(案)と、移行のために必要な支援項目(案)の作成し、本人や家族、支援関係者が理解・判断できる資料を提供する。

退院後の住まう場所が決まれば、安全でスムーズな移行支援を行う。

#### (2)退院前支援

担当者会議への出席と説明、退院前訪問(可能であれば介護支援専門員と同行)、在宅生活を想定したチェックと練習など、在宅生活移行に向けた準備をする。

#### (3)介護支援専門員への申し送り

退院前に地域包括支援センター(非該当者や要支援認定者)や居宅介護支援事業所(要介護認定者)の介護支援専門員に、作業の連続性を目的とした「作業することで元気になる申し送り表」や「作業遂行向上プラン表」をもって申し送りをしましょう。今回の研究事業において、特に「退院時生活機能総合アセスメント表(作業することで元気になる申し送り表)」が好評であった。

介護支援専門員と連携をとる時のコツは、

- ・指導・助言という態度ではなく、一緒に考えましょう、相談にのっていただくという姿勢で。

- ・専門用語は使わず、誰にでもわかる言葉で
- ・気軽に連絡・相談できる雰囲気づくり。

- ・できることできないこと、安全なこと危険なことを伝える。

- ・文字情報+フェイス・ツウ・フェイスでの伝達・相談。

#### ④退院後訪問

退院前に在宅生活を想定してものと、実際に退院してからの生活には違いがある場合が多い、退院直後の訪問はその調整をするのに有効である。

その後のフォローについては、地域にある支援機能に委ねるのが適当であろう。

### III. おわりに

介護支援専門員対して「医療介護連携でOTに期待することは」で質問した結果を表6-6に、本人に包括マネジメントを用いて地域移行支援をした結果を表6-7に示す。

#### 表6-6:【医療介護連携でOTに期待すること】

- ・「福祉用具や住宅改修の評価・選定・指導」
- 「同行訪問による本人・家族への直接指導」
- 「同行訪問による評価とアドバイス」
- 「担当者会議への出席」が上位を占めた。

#### 表6-7:【本人へのアンケート調査結果】

- ・安心でスムーズな移行であった。
- ・退院前よりも3か月の今の方が元気と答える方が多かった。

住まいの場所は移っても自分自身の状態が変化しても、本人にとって意味のある作業が連続して行えることは生活するうえで、生きるうえで大切なことである。

よい作業意味のある作業が途切れることな

く連続することを作業療法の共通した考え方にしていきましょう。その手法が包括マネジメントである。

## 第7章

### 地域における包括マネジメントの活用

#### I. 地域包括支援センターの役割

介護保険制度が実施され、介護の必要な高齢者の介護を公的な制度として保障する仕組みが作られた。更に、高齢者人口が30%以上になる2025年を目標に、高齢者が住みなれた地域で安心していつまでも住み続けられる支援のシステム構築が求められている。このシステム構築を担う重要な拠点として、平成18年の介護保険制度改正において、地域包括支援センターが創設された（介護保険法第115条の39）。

地域包括支援センターは、高齢者や家族が、いつまでも健やかに住みなれた地域で生活していけるように、介護保険だけではなく保健、医療、福祉など、さまざまなサービスを適切にコーディネートし、多方面から総合的に支援する役割を担っている。

その具体的機能には、①介護予防事業のケアマネジメント（自立生活支援）、②高齢者や家族に対する総合的な相談・支援（介護保険外のサービスも含む）、③高齢者に対する虐待の防止や早期発見、成年後見制度、地域福祉権利擁護事業等の権利擁護事業、④包括的・継続的ケアマネジメントのための支援業務（ケアマネジャーへの支援等）がある。地域包括支援センターに配置すべき職種として社会福祉士、保健師、主任ケアマネジャーの3職種が明記されている。主任ケアマネジャーには、介護支援専門員の資格を持ち、ケアマネジメント業務において指導的立場での業務を行うことが求められている。

地域包括支援センターの活動には、対象者に必要なサービス、地域資源に関する情報の収集・提供だけではなく、その地域に不足している資源を明らかにし、その資源を開発する役割、高齢者が住みなれた自宅や地域でできる限り自立した生活を継続するための仕組

み作りを構築する役割も課せられおり、対象者の支援を通じての地域づくりが期待されている。

地域包括支援センターの設置は、身近なところでの支援が可能となるように、各市町村で中学校区域に1箇所を目安として、全国で約5,000箇所の整備が進められている（平成21年4月末、4,056箇所）。また、地域包括支援センターには、当該地域全体を統括する基幹型と、サテライト機能を持つ地域型があり、基幹型は市町村の直営、地域型は在宅介護支援センターや居宅介護支援事業所など、多くは介護保険の事業所等に併設した業務委託として実施されている。

#### II. 地域包括支援センターでの作業療法士の業務実態と課題

昨年度研究事業において、作業療法士を主任ケアマネジャーとして、あるいは3職種以外の位置づけとして独自に配置している市町村があることを確認した。今年度研究事業では、地域包括支援センターの作業療法士の業務実態と現状の課題を郵送アンケート調査と意見交換及び事例により確認した。

19箇所の地域包括支援センターに作業療法士が所属しており、90%が資格取得後10年以上、69%が常勤での配置だった。

地域包括支援センターの基本業務への関与では、介護予防マネジメント95%、包括的・継続的ケアマネジメント89%、総合相談支援84%、権利擁護事業63%であり、支援の対象年齢は、多い順に80歳代、70歳代、60歳代であった。

作業療法士が相談を受ける内容は、病状やADL、福祉用具、住環境に関することが多く、相談対象は本人に限らず、家族や本人の関係者や関係機関にまで対応しており、電話相談から窓口相談、そして自宅や関係機関への訪問まで多岐にわたった対応方法を行っていた。また、一般相談よりも専門相談の対応機会は



多いが、相談者への直接支援以上に関係機関等との間接的支援に多くの時間を割いていた。支援のための課題分析には、80%はアセスメント票やケマネジメント票、家屋環境調査票などを利用していた。

業務実態調査と意見交換から以下の現状と課題を把握した。

①住環境調整に関しては、専門職として対象者の能力を評価し、必要な住宅改修や福祉用具利用を支援する役割を担っている。②専門職として、住環境調整、IADL 獲得を支援し、本人の望む地域生活を支援した事例があった。③しかし役割分担が行われていない場合は、窓口や電話での一次相談、家族やサービス提供事業者などへの対応に時間が取られ、対象者本人との直接面談や家庭訪問の機会が制限され、望む生活イメージの把握と作業遂行力の評価までは行えていない現状もある。④この結果から、地域包括支援センターでの一次相談の後に、家庭訪問や通所サービスの中で、本人の望む生活イメージの把握と作業遂行力の評価を行い、作業獲得のための支援「包括マネジメント」が実施されるように支援のあり方を見直すことが必要である。また、地域包括支援センターの作業療法士の業務は、95%が従事している介護予防事業のケアマネジメント（自立生活支援）においても対象者個人への支援に留まっており、個々への支援結果をセンター全体での支援総数として取りまとめ分析するなどの事業評価を行い、地域の課題を抽出するなど、地域全体を包括する業務までは関与できていない現状にあった。

### Ⅲ. 包括マネジメントから地域への展開

#### 1. 事例でみる地域支援のあり方

高齢者の在宅生活には、対象者の能力が活かせる住環境が整備され、対象者の持てる能力が発揮された「包括マネジメント」の実施により、日常生活での作業が確保され活動性

が高まる支援が重要である。そのためには、一人ひとりにとっての意味のある作業をどのように聞き取り、その実現のための支援をどのように行うかが課題である。

本研究では、その人にとって意味のある作業を「人の生活作業」として図 7-1 のように分類した。

図 7-1 人は作業することで健康になれる



住み慣れたところで住み続けるための支援、その人がその人らしく生活し続けられるための地域支援について、介護予防事業（自立支援）事例を基にシュミレーションし、事例から地域づくりの展開例を提示する。

#### 【事例】

##### 1) 一般情報：

80 歳代、女性。子育てや家事中心に生活。20 年前に夫が他界し一人暮らしとなる。趣味は編み物やカラオケ。老人会の役員やお寺の世話役などの社会貢献的な活動を行っていた。大腿骨骨頭壊死による人工関節置換の治療のため入院。

##### 2) 相談の契機：

入院先の PT より電話相談あり。3 日後に外出訓練として自宅に向く。退院に向けての住宅改修等検討したいので、と同席を要請される。

(資料 7-1：支援経過)

### 3) 支援、調整：

要支援2の判定を受けたが退院前に住環境評価及び支援内容の検討と調整を開始し、入院前と同じ社会参加・社会貢献の作業を獲得することを生活の目標に据え、住宅改修と福祉用具利用の調整、訪問介護、訪問リハ、通院リハをコーディネートした。9ヵ月後には、IADLが自立し、町内会の役員活動が行えていた。

#### 【事例を通した支援の姿】

本人の望む生活を獲得するために、目標達成までのプロセスの中で自らが行うべきこと、支援してほしいことを適時整理し、本人が自己決定することを支援している。

支援のタイミングについては、相談依頼では自宅への外出訓練時の同席を求められているが、電話相談の翌日にも入院先を訪問している。対象者に面談し本人の退院後の生活イメージ、状態に関する情報や退院予定日などを確認し、家庭訪問時には住宅改修業者や訪問介護の担当者が同席した検討会議の場づくりを意識的に設定し、医療から在宅への生活が円滑に移行されるようにコーディネートしている。

また日常業務の中で、本人が通院する病院に別用件で訪問するような場合でも、本人の存在を意識し、偶然の出会いも利用し本人の生活状況を聞き取るなど、対象者の地域生活での行動を把握した支援が実施されている。

地域包括支援センターが中学校区域を単位に設置されることで、対象者の日常生活が見える地理的条件を活かした支援が可能となっている。

この事例では、包括マネジメントを活用した有効な介護予防事業のケアマネジメントが実施できている。更に、地域包括支援センターに求められている地域支援のシステム構築となる業務に発展させるためには、ケアマネジャー支援や地域の資源収集・活用のシステ

ムづくりとなる業務への展開が求められる。

### 2. 事例支援からの地域づくり

地域包括支援センターでは、公助、共助、互助、自助を含めた地域の様々なサービス資源の情報を把握し、その情報を提供するとともに活用することでの地域づくりが求められている。

作業療法士にとって、対象者の個別の特徴に合わせたサービス利用の調整支援は、容易な業務ではあるが、個別の支援から地域の課題を発見し、その解決、調整を図っていくことについては、十分に意識されていない業務かもしれない。

平成13年度の地域保健総合推進事業の研究において、担当業務を整理・分析し、業務評価を行い、地域課題を見つけるための「業務把握シート」が開発されている(資料7-2：業務把握シート)。

このシートを利用し、先に提示した事例の住宅改修を基に業務評価、課題確認の方法を例示する(資料7-3：事業実施手順の確認)。

個々人への住環境調整支援を、地域包括支援センターでの年間の「住環境調整支援」という事業としてまとめ・分析することで、住環境支援の実施結果から、効果的で効率的な住宅改修の根拠の裏づけが得られる。また、地域資源としての住宅改修事業者リストや各事業者の特徴の把握に結びつく情報が得られる。

個別の支援は、担当職員一人の業務であるが、地域包括支援センター全体での事業総体として実施結果をまとめることで、地域全体からの情報と課題分析のための資料を収集することとなり、地域の課題を整理できる。

個別の支援から地域の課題を見つけ、地域づくりに関与できることを認識し、地域包括支援センターでのより積極的な役割を果たす作業療法士の活躍を期待する。

資料 7-1

<支援経過>

【入院生活から在宅生活へ】

いつ	どこで	支援内容	所要時間等
X+3年9月初旬 (要請電話の翌日)	入院先の病院 (訪問)	○退院に向けて、本人の意思確認。必要なサービス内容、サービス事業者を本人と相談しながら選択。	○退院後の在宅生活に向けての調整 (対応時間：約1時間)
3日後	自宅 (訪問)	○病院 PT、住宅改修事業者、ヘルパー同席し支援内容を検討。①住宅改修調整(玄関、トイレ、浴室、脱衣室、洗濯物干し場への出入り部分)、福祉用具(シャワーチェア)購入、②訪問介護(掃除、買い物中心)は週2回利用、③訪問リハは週1回を1ヶ月間、送迎付きの通院リハを週3回利用。	○支援検討会議 (対応時間：約1時間30分)

【在宅生活安定に向けて】

いつ	どこで	支援内容	
X+3年9月中旬 (退院1週間後)	自宅 (訪問)	○認定結果(要支援2)と住宅改修状況、生活状況を確認(退院当日にあわせて住宅改修が完了しているように着工を調整)。	○モニタリングと訪問リハ終了の見極め (対応時間：約1時間)
10月中旬	自宅 (訪問)	○生活状況確認。家の中は杖使用せず歩行可能。近隣友人の支援もあり、地域のカラオケへの参加を始める。予定どおり訪問リハ終了。	○サービス利用調整 (対応時間：約40分)
11~12月中旬	自宅 (訪問)	○生活状況確認。屋外歩行は、近隣有人の支援もあり、買い物や地域のカラオケへの継続的参加を確認。予定通り通院リハ終了を確認	○サービス利用調整 (対応時間：約40分)
12月中旬	電話	○生活状況確認。	○サービス利用調整

【地域社会参加】

いつ	どこで	支援内容	
X+4年1月	電話	○本人申し出により、町内役員に状況説明し、町内会活動再開に際し本人への配慮を依頼する（町内会役員活動に久しぶりに参加）。	○社会参加に向けた地域住民との支援調整
2月	自宅 (訪問)	○認定結果は要支援1。本人申し出により訪問介護(掃除中心)を週1回に変更。 ○歩行訓練の必要性とその意識を強く持っており、通院に際しては独歩であることを確認。	○更新申請を受けてのサービス担当者会議 (対応時間：約40分)

いつ	どこで	支援内容	
3月	通院先 病院	○近況の確認（週3回程度、物理療法目的に片道約20分の距離を杖なし自立歩行で通院）。 ※偶然の出会い	○活動性拡大の見守り支援と自信の強化
4月	通院先 病院	○近況を確認（本人より「そろそろヘルパーさんに来てもらうのを終わりにしようかと思っている」との発言あり。※偶然の出会い	
5月	自宅 (訪問)	○訪問介護事業所のサービス提供責任者と調整。 ○本人の状態と生活状況を把握後、掃除用具の工夫等を提案し、1ヵ月後に本人確認の上、サービス利用終了に向けた調整を行う。	○サービス利用調整 (対応時間：約40分)
6月 (9ヵ月後)	電話	○予定通りサービス終了となる。	○サービス利用調整
X+5年1月	電話	○認定更新の連絡 ○介護保険制度利用の更新申請はしないとの意思確認。 ○町内会の役員活動も継続中。近隣友達の相談を受け、介護保険申請の方法をアドバイスする等、社会参加・社会貢献の状況もみられる。	○モニタリング

## 業務把握シート

### 1. 地域情報の確認

地域特性に合わせた事業実施のための基礎情報を確認しておく。

※実施業務に関連する所属市町村の地域情報 (例)

人口規模		高齢化率	
介護保険認定者		独居高齢者	

### 2. 事業実施背景の確認

担当事業について施策上の位置づけ、目的、実施計画を確認する。

事業名	
事業の位置づけ	事業実施要綱等から、施策における事業の位置づけや事業実施の根拠となっている法制度等を確認する。
目的	事業を実施する目的を確認する。事業のねらい、事業実施により期待できる変化、得られる効果の予測。
事業構成要素	事業の対象者、対象者の選定、実施場所や頻度、事業実施に関係する機関・組織との連携および事業運営方法など、事業実施に必要な要件を確認する（関わる人・職員体制と役割など）、事業実施に必要な人（対象者と運営に関わる人）、物（実施場所）、金（予算・費用）に関すること等

### 3. 事業実施手順の確認（事業のフローチャート）

事業対象の個人評価だけでなく、地域課題解決手段としての事業結果を整理、確認する。

対象者把握方法	事業の参加対象者、選定方法など	
評価	事業目標の達成度を参加対象者の変化で確認するための手段（評価内容）、事業評価のための手段	
支援計画	事業実施計画・実施の手順	
実施	実施した内容	
再 評	個別再評価	参加者の事業終了後の変化
	事業評価	事業効果
次年度の事業計画	実施結果を踏まえた次年度計画	

## ＜事業実施手順の確認＞

## 業務把握シート

## 1. 地域情報の確認

地域特性に合わせた事業実施のための基礎情報を確認しておく。

※実施業務に関連する所属市町村の地域情報（例）

人口	約 46,000 人	高齢者数	約 13,000 人	高齢化率	約 28%
独居高齢者数	約 3,300 人	行政区割数	小学校区 6 中学校区 4	町内会数	63
老人会数	46	要介護認定者	約 2,500 人	要支援 1	約 700 人
要支援 2	約 1,000 人	ボランティア 活動団体数	20	介護サービス 事業所数	59
住宅設備機器・ 改修業者数	21	福祉用具貸与 販売業者数	1	その他の資源 数	

## 2. 事業実施背景の確認

担当事業について施策上の位置づけ、目的、実施計画を確認する。

事業名	介護予防給付事業（住環境調整支援）
事業の位置づけ	介護保険法の介護予防給付事業の一環として実施。
目的	介護予防ケアマネジメントすることにより、要支援の認定を受けた方々の心身の状態悪化を予防し、生活機能の維持向上を図り、高齢者本人の自己実現達成を支援すること。
事業構成要素	<p>①事業の対象者：要支援 1 及び 2</p> <p>②対象者の選定：在宅生活への移行に伴う相談や支援が必要な方</p> <p>③支援実施場所や頻度：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i) 地域生活移行前に集中訪問：医療機関、自宅</li> <li>ii) 地域生活移行前後に集中調整及び見守り期適時：サービス事業所</li> <li>iii) 地域生活移行前後に電話及び訪問調整：居住地域町内</li> <li>iv) 地域生活移行後に電話及び訪問：自宅、サービス事業所</li> </ul> <p>④事業実施に関係する機関・組織との連携および事業運営方法など： 介護予防アセスメント及び支援計画書（ケアプラン）に基づく支援</p> <p>⑤事業実施に必要な要件（関わる人・職員体制と役割など）：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i) 支援マネジメントに必要な最新のサービス事業所情報収集</li> <li>ii) 地区情報等を入手</li> <li>iii) 本人の社会参加情報を整理</li> </ul>

事業構成要素	⑥事業実施に必要な人（対象者と運営に関わる人）、物（実施場所）、金（予算・費用）に関すること等：		
	人	物	金
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 本人、家族、親族</li> <li>・ 医療機関</li> <li>・ 住宅改修、福祉用具取り扱い事業者</li> <li>・ 介護サービス事業者</li> <li>・ 近隣者</li> <li>・ 町内会役員</li> <li>・ 社会福祉協議会</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療機関</li> <li>・ 自宅</li> <li>・ サービス事業所</li> <li>・ 居住地域町内会</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 後期高齢者医療</li> <li>・ 介護予防給付費</li> </ul>

### 3. 事業実施手順の確認（事業のフローチャート）

事業対象の個人評価だけでなく、地域課題解決手段としての事業結果を整理、確認する。

対象者把握方法	（事業の参加対象者、選定方法など） ①事業の対象者：要支援1及び2 ②対象者の選定：在宅生活への移行に伴う相談や支援が必要な方	
評価	（対象者の評価内容、事業評価のための手段など） ・介護保険認定結果、HUI (Health Utilities Index)、PASE (Physical Activity Scale for the Elderly)、老研式活動能力指標、作業聞き取りシート、作業遂行アセスメント票、作業遂行力向上プラン票など。	
支援計画	（事業実施計画・実施の手順） ・介護予防アセスメント及び支援計画書（ケアプラン）に基づく支援。	
実施	（実施した内容） ・サービス実施に関する相談、調整。	
再評価	個別再評価	（参加者の事業終了後の変化） ・本人が生活全般に対して自信を得て、納得・同意により介護サービスの給付を終了できた。 ・町内会の役員活動への参加など社会参加を果たした。
	事業評価	（事業効果） ・事業参加者の個別支援結果は確認したが、「介護予防給付事業（住環境調整支援）」としての事業効果検討は未実施。 ・安全で良好な住環境調整と適正な介護サービスの提供につながった。 ・介護保険サービスを利用せず在宅で安心した生活を過ごすことができた。 ・介護保険適正化事業への貢献が示唆された。
次年度の事業計画	（実施結果を踏まえた次年度計画） ・支援に際し、関与した時間や調整機関との作業量についてデータ化し、本事業に係る総業務量の見込みと業務計画を設定する必要がある。	

### 研修カリキュラム案

研修内容	時間	主な内容
社会情勢と作業療法士の活動展開	60分	<ul style="list-style-type: none"> <li>・社会情勢や制度の動向</li> <li>・地域の社会資源について</li> <li>・作業療法士の地域など新たな領域での活動の実態</li> </ul>
作業概論	60分	<ul style="list-style-type: none"> <li>・当事者にとって意味のある活動のまとめりである作業の捉え方の理解</li> <li>・人と作業と環境の考え方の理解 (特に環境について具体的に説明を加える)</li> </ul>
包括マネジメント総論	90分	<ul style="list-style-type: none"> <li>・具体的事例を通して、包括マネジメントの流れについて説明を加える。</li> <li>・各シートについて詳しく説明する。</li> <li>・作業環境の作り方や、具体的な支援方法や練習方法についても説明する。特に達成すべきプログラムを支援、練習とどう関連づけるのかイメージができるよう解説する。</li> </ul>
包括マネジメント演習	360分	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「作業聞き取りシート」の説明と演習、面接技術の演習をする。60分</li> <li>・以後、各シートの説明と演習を丁寧に説明する。</li> <li>・まず、演習用の事例演習を行う。120分</li> <li>・各自の持参した事例で演習できると望ましい。 180分</li> </ul>
評価指標の考え方	90分	<ul style="list-style-type: none"> <li>・成果、効果、評価の考え方について理解する。</li> </ul>
包括マネジメントの医療での活用	90分	<ul style="list-style-type: none"> <li>・急性期から維持期までの流れを具体的事例を通して解説する。</li> </ul>



## 執筆者

中村春基	兵庫県立西播磨リハビリテーションセンター	リハビリテーション西播磨病院
岩瀬義昭	鹿児島大学	
村井千賀	県立高松病院	
太田睦美	竹田総合病院	
田辺美樹子	練馬区心身障害者福祉センター	
吉川ひろみ	県立広島大学	
竹内さをり	甲南女子大学	
能登真一	新潟医療福祉大学	
桐竹清文	琴の浦リハビリテーションセンター	

順不同

2010年3月

発行：社団法人 日本作業療法士協会

〒111-0042 東京都台東区寿 1-5-9 盛光伸光ビル7階

TEL (03) 5826-7871 FAX (03) 5826-7872