

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

社団法人 日本作業療法士協会

目次

はじめに

第1章 研究概要	2
第2章 地域包括支援センター事例調査結果報告	
1 事例調査報告	8
実践事例	19
2 地域包括支援センター活動実態調査	58
3 地域包括支援センター意見交換会開催結果	64
4 市区町村相談実践事例報告	67
第3章 通所リハビリテーション検証事業	86
第4章 先進地事例からみる地域における作業療法士の活動 「イギリスの紹介」	115
第5章 作業療法士教育の現状と課題	121
参考資料	138

1 はじめに

障害をもつということは、その人が行ってきた「作業」ができなくなる、あるいは、しにくくなること意味し、それは個人的あるいは社会的な役割や生きがい、社会参加や活動の制限をきたすこととなります。障害や高齢のために、これまで行ってきた作業（仕事、趣味的活動、基本的な身の回り動作等）が出来なくなると、多くの人はその作業を行うことをあきらめてしまい、活動の質、量が減少し、廃用性の機能低下や病気を引き起こしたりします。つまり、作業を継続することは健康を保障しその人らしい生活を支えることに大きく寄与していると考えられます。

作業療法の40年以上にわたる歴史において、障害の程度に関係なくその人なりの主体的な作業を行うことが、その人らしさの復活や新たな役割の創設、生活範囲の拡大など、様々な変化を見出すことが明らかになっています。これを可能にしている要素は、障害を医学的な観点で評価し、改善のためのプログラムの立案し、心身機能の改善や作業環境調整、やり方の工夫、福祉用具の適応など、その人に必要な個別的な目標にそった包括的なアプローチができることなどであります。

(社)日本作業療法士協会は、上記のような作業療法を介護保険領域における普及、啓発を願ってきましたが、厚生労働省の平成20年度「老人保健健康推進等事業 高齢者の持つ能力を引き出す地域包括支援のあり方研究」事業を受託することができました。

この受託事業の目的は、上記に述べた作業療法が、介護保険領域で有効であるかを明らかにすることです。本研究の内容は通所リハビリテーション等によるモデル的介入を行い、作業聞き取りシートの開発、包括マネジメント、作業遂行向上プログラム立案と実践を通して、その有効性を検討しました。

今年度の取り組みは、作業療法の視点からありますが、今後の介護保険領域でのサービスの軸を集団から個別に変化させるための、あるいは利用者主体の支援のあり方へ変化させるための提案の一つであります。本研究が介護保険領域のサービスの向上に寄与できたら望外の喜びであります。

最後に、昨年10月からの短期間の調査・研究期間にもかかわらず、ご協力いただいた利用者の方々、施設職員の方々には心よりこの場をかりて感謝申し上げます。

平成21年3月吉日
(社)日本作業療法士協会
会長 杉原 素子

第1章 研究概要

【要旨】

高齢者が介護される人から、主体的で積極的な生活をする人になるためには、疾病や老化による心身機能の低下でできなくなった作業が方法や工夫によってできるということ知り、生活への意欲を高め、またその作業を再獲得するプログラムを受けることで、自己実現に向け積極的・活動的生活を営めるよう支援することが大切である

平成20年度、作業療法の理念である「作業をすることで人は健康になれる」を基に当事業で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た。また高齢者の有する能力（＝作業遂行力）を見つけ、ICFに基づくアセスメントの視点において整理し、自立に向けた生活総合マネジメント方法を検討した。さらに高齢者が作業をする能力を発揮しやすい作業環境の調整や主体的作業体験の繰り返しによる習慣化ができるプログラムを検討した。その試行により、高齢者の手段的ADL及び生活の満足感が高くなり、主体的・積極的な活動を展開するようになるという効果を得た。

1 研究目的

高齢者の生活は本人にとって意味のある作業の集合によって成り立っている。ある人にとって調理は意味のある作業であるが、ある人にとっては意味のない作業である場合がある。高齢者にとって意味のある作業が疾病や老化による心身機能の低下、環境の変化などにより遂行できなくなってしまったことで、家事などの手段的 Activity of Daily Living (以下 ADL と略す)や起居やトイレ動作、入浴動作などの身の回りの基本的 ADL が低下し、さらに生活意欲をなくし、要介護状態になることが推測される。

そこで本研究では、高齢者の生活をより活動的で積極的なものに変容するため、高齢者の作業に注目し、作業療法的支援として、

- ①高齢者個々の趣味や役割を含む本人にとって意味のある作業を見つけだす視点
- ②包括的な生活機能のアセスメント、本人の作業を遂行する能力（＝作業遂行力）を見つけ出す視点
- ③主体的作業体験の繰り返しによる習慣化の作業遂行力向上プログラム等

のあり方と効果をまとめ、要介護の介護予防あるいは自立維持に資するためのより有効な地域包括支援のあり方を提言する。

2 研究組織

研究組織は、(社)日本作業療法士協会会員を中心に編成した。

委員氏名	所属	備考
中村春基	兵庫県立西播磨 総合リハビリテーションセンター	協会副会長 事業総括・ 副 先進地事例まとめ
太田睦美	(財)竹田総合病院	事業副総括 通所プログラム担当
村井千賀	石川県立高松病院	事業担当 副 事例調査担当
桐竹清文	琴の浦リハビリテーションセンター	主 事例調査担当
渡辺忠義	あさかホスピタル	主 市町村調査担当
田辺美樹子	練馬区立心身障害者福祉センター	副 市町村調査担当

安本勝博	津山市役所	主通所プログラム担当
池田正人	せんだんの丘	副通所プログラム担当
榎森智絵	通所リハビリテーション TRY	副通所プログラム担当
大丸 幸	北九州市保健福祉局障害福祉部 障害福祉センター（更生相談所）	主先進地事例まとめ
能登真一	新潟医療福祉大学	主統計・教育担当
竹内さをり	甲南女子大学	副統計・教育担当
片岡愛子	ハートフルクリニック	先進地事例まとめ
庄司志保	(社)日本作業療法士協会	事務局

3 研究方法

(1) 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委員会の開催

高齢者の生活をより活動的で積極的なものに変容するための作業療法的支援のあり方を開発するため、必要な下記の評価表を選定し作成、研究の方針について決定する位置づけ、開催した。

①「作業遂行力聞き取りシート」の開発（資料1）

高齢者が生活する上で意味のある作業を明らかにするため、作業療法の評価方法の一つである COPM を参考に「作業遂行力聞き取りシート」を開発した。

「作業遂行力聞き取りシート」は高齢者が重要であると思う生活の目標を3つ挙げ、目標毎に現在の作業の遂行度、満足度を10点満点で自己評価する。遂行度は作業がどの程度遂行できているのかを10点満点中何点かで答える。満足度はその遂行がどの程度満足しているか、10点満点中何点かで答える。高齢者が生活の目標が述べられない場合、作業スクリーニングシートを示し、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聞き取りによりチェックする。また、チェックがあった項目は、いつ、どこで、誰と、どんな風に、どの程度に「しているのか」、「してみたい」のかを確認し、その内容を記入する。さらに、「興味がある」と答えた場合は、どのように興味があるのか、どのような条件があればするのかが確認できるようになっている。

②生活総合マネジメントの開発（資料2）

高齢者が遂行を希望する生活の目標について、本人の現状（受け止め方）と望み（希望・要望）、その遂行を阻害している生活機能を ICF に基づき評価し、本人内部の全体的因果関係と本人を取り巻く作業環境との関係性を俯瞰的に見て取れるアセスメントシートを提示した。また、ICF の項目ごとにリスク因子や弱みという意味で今後主体的な作業に取り組む時に注意する必要がある点「要配慮点」、可能性や強み（ストレングス）「活要点」で分け把握できるよう構成した。その上で、全体を俯瞰し、項目間の関係性を読み、高齢者の持てる能力（作業遂行力）を理解することができる。

プラン表は、6ヶ月先の具体化できる実現可能な生活課題を確認・記入、1ヶ月先、3ヶ月先などの区切りをつけ、段階的にどのような作業をするか、毎日の暮らしの中でどんな作業に計画的に取り組むかを記入した。そのための具体的な支援方法を、物理的・人的・サービス・動作指導援助、その他として区分し、具体的な調整計画を記入する。また、支援後の目標達成状況を検証として本人と確認の上、その結果を記入するものである。

③作業遂行評価表の開発（資料3）

高齢者の意味のある作業である生活の目標を達成するために、作業遂行力を見出す「作業遂行評価表」を開発した。「作業遂行評価表」は、まず「作業遂行力聞き取りシート」で見出した生活の目標から大目標と約3か月で達成できる小目標を設定する。次いで目標設定の妥当性を検証するために、小目標に挙げた作業の実行において“問題を生じさせている要因”を検討。それらの要因を基に、“作業目標の達成可能な理由と根拠”を分析し、対象者にとって達成可能なレベルの作業を設定する。達成可能なレベルの作業遂行に必要な要素を次の作業遂行過程に沿って分析する。

企画力：主体的に作業に取り組むための実施前計画を立てる力

準備力：作業を実施するうえで必要な環境を準備する力

実行力：作業を達成するプロセスとして実際に行う一連の作業活動

検証力：達成に向けて行われた実行（一連の作業活動）と目標とする作業との適合、検証を行う力

完了力：検証の結果、達成の可否について評価し、その過程を基に次の企画へとつなげる力

また、これらの力に対する対象者の現状能力を5段階で評価し、作業分析と能力評価結果から遂行力向上を目指した“具体的な支援計画（＝作業遂行力向上プログラム）”を立案する。

（2）地域包括支援センター等で働く作業療法士の事例調査と活動実態調査

地域包括支援センター等において、委員会で開発した作業遂行力聞き取りシート及び包括マネジメント、作業遂行力向上プランを立案し、支援後の目標達成状況を評価と、その支援の有効性をまとめ、検証する。また、地域包括支援センターでの作業療法士の活動実態を明らかとする。

調査対象：作業療法士が配置されている地域包括支援センター19カ所

方法及び詳細については、第2章に記載する。

（3）通所リハビリテーション検証事業

作業遂行力評価表、作業遂行力向上プログラムを試行的に実施し、その有効性を検証する。

調査対象：せんだんの丘通所リハビリテーション

通所リハビリテーションTRY

方法及び詳細については、第3章に記載する。

4 研究結果

（1）地域包括支援センター等で働く作業療法士の事例調査及び活動実態調査

作業遂行力聞き取りシートから、その人にとって意味のある作業が基本的ADLのみならず、手段的ADL・趣味・社会参加の作業まで幅広いニーズを持っていることがわかった。今回、作業遂行力聞き取りシートを活用し、本人の実行度、満足度の評価を行った。本人自身が、自分が頑張ったことを評価し、自分の強いところ、弱いところを理解し、できることは実践する働きかけがこのシートを活用することで評価できると考えられた。また、作業遂行力聞き取りシートでは生活上では困っていないが、生活の質の上でさらに充実したいと思っている余暇活動など「人の生活」の包括的なニーズを把握でき、その目標を支援することで満足度が向上できた。また、プランでの支援方法では、介護保険のサービス提供だけではなく、高齢者の訪問宅でアセスメントと同時に作業療法士が動作指導や環境調整を行っている実態があった。アセスメントを行い、能力を見極め、その場での指導ができる作業療法士が積極的にプランに関わることで、介護状態になることを予防することができるものと推察された。

今回は事例自身の自己評価や生活のアンケートで改善が見られたが、障害高齢者の日常生活自立度評価表では変化があまりなかった。今後は事例数を増やし、生活の広がりや質を測定する評価を導入し、介入による効果を検証したい。

(2) 通所リハビリテーション検証事業

本研究では、作業遂行評価表を用いて小目標に対する障害因子を検討し、目標とする作業遂行が実行可能かどうかの根拠を検討した。その過程において、作業療法士は目標とする作業を実施するうえでの、対象者の心身機能、活動と参加、環境因子を評価し、それらの評価結果から現状の能力の把握や予後予測を行い実行の可能性についての見立てを行っていることが分かった。また、企画力から完了力へ向けての段階を踏まえた支援をすることで目標とする作業遂行への到達が可能となるが、本研究により作業療法士はその過程に必要な段階を分析し示せることが分かった。また、これら力の各段階を対象者が遂行できるか、できないかを判断し、できない部分の遂行力を向上させることで目標の作業実現が可能となる。作業療法士はできないと評価した段階に対するプログラムを立案し、実施していた。

今回、通所リハビリテーションで実施されたプログラム内容は、基礎的アプローチが中心であった。基礎的アプローチで作業遂行のための基礎的能力を高め、実際の日常生活への実行力を向上するための繰り返し行い強化する作業体験を通したアプローチを通所リハビリテーションでは行えるといえる。また、実践アプローチが必要とされた事例は、家族や本人へ通所リハビリテーションで向上した結果を基に、家庭で実践してみるよう促し、実施結果を聞き取るなどの間接的介入を行っていた。

作業遂行力を向上するうえでより効果あるアプローチを実践するためには、実際の生活の場所にも出向き直接的介入ができる訪問リハビリテーションを合わせて提供するために必要なスタッフを確保するなどの検討が今後の課題である。

この事業に参加して元気が出たとするものは18名(78.2%)、今後もこのような取り組みがあれば取り組みたいとするものが19名(82.6%)いた。対象者が主体となり目標を立案したこと、作業療法士が対象者の意思に沿い方向性を見失わずに目標実現に向けた解決策を見出したこと、見出した解決策について具体的プログラムを立てたこと、またそのプロセスを共有しながら実践したことが対象者にとって、また取り組みたいと思える結果につながったと考える。

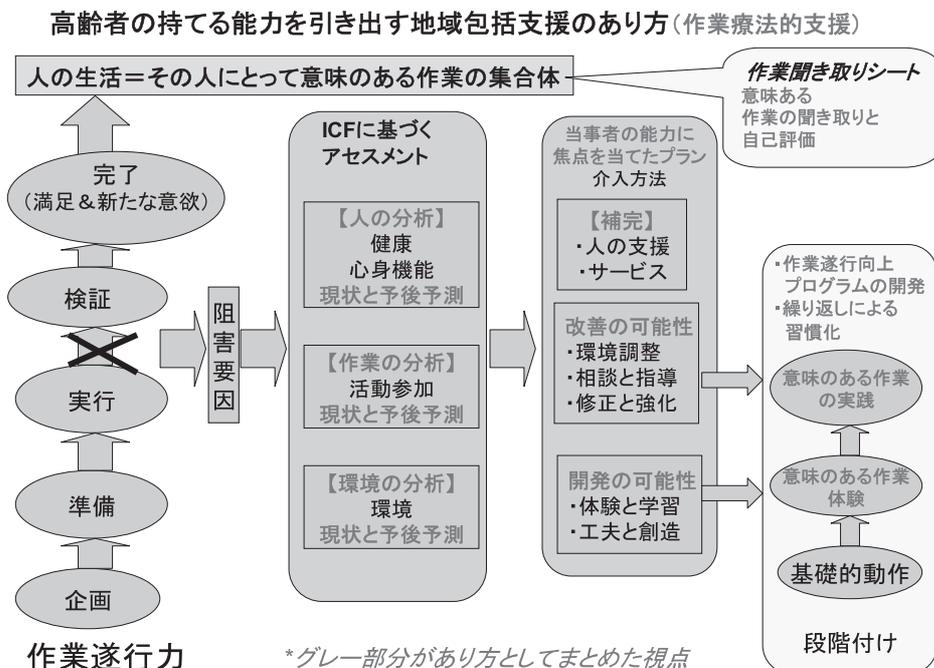
今回の作業遂行力に焦点をあてた介入が本人のQOL、特に身体や心理的な側面での向上を図ることが出来ていた。これは設定した目標に対する満足度の変化からも明らかであり、OT介入が対象者本人の主観的な幸福をもたらしているようである。今後は、作業に焦点をあてた介入が対象者の主観的な幸福感や満足度にとどまらず、実際に何を変化させるのか、あるいは実際の活動向上にどのようにつながっているのかということ客観的に示すことのできるアウトカム指標を探すことが不可欠である。

5 研究まとめ

(1) 高齢者の生活の目標は、基本的ADLである身辺処理動作が滞りなくできるだけでなく、毎日の生活においていかに意味のある作業を行なうことができるか、その作業の結果から満足感や充実感が得られているか、そのような生活習慣によって元気でい続けられることができているかにある。高齢者の生活の目標を把握するためには、まずその人にとって「意味ある作業」を見つけ出すことが不可欠である。今回開発した作業遂行力聞き取りシートでは高齢者の身辺処理動作の基本的ADLの他、趣味・社会参加に関する生活の目標を広く聞き取ることができた。作業遂行力聞き取りシートは「意味のある作業」を見つけ出すツールとして活用できる。

(2) また、高齢者自身による「取り組み評価」を導入することにより、行動に変容が生じたり、より積極的な生活への習慣化が図られる。今回、作業遂行力聞き取りシートには、生活の目標に対する取り組みとしての実行度、その取り組みに対する満足度の評価を導入した。作業に焦点を当てた支援を受けた結果として、実行度にはばらつきがあるもののほとんどの高齢者で満足度が高くなった。高齢者自身の取り組みを促すためには、高齢者自身による課題の気づきとしての目標設定と「取り組み評価」を行うことが重要である。

- (3) 今回開発した作業遂行力向上のためのアセスメントは、ICFに基づき、総合的に分析することで障害要因とその関係性を理解すること、その人が持てる能力を把握することにより適切な作業環境など現状を包括的に把握することができる。またこのアセスメントの中で、現状のみならず能力を引き出すための可能性について明らかにする予後予測の必要性が見えた。
- (4) 高齢者が主体的に意味のある作業に取り組むようになるには、高齢者の能力に焦点をあてた上で、目標とする作業が現在の持てる能力について、どのような動作方法で、どのような道具や場所（環境）を使って、どの程度その作業を繰り返すことで強化・改善が可能なのかという「改善の可能性」や新たな動作などを習得する必要があるのかという「開発の可能性」、改善の見込みがない場合は人の支援やサービスの導入による「補完」などの支援方法を提案することが大切である。
- (5) 高齢者の持てる能力を引き出すための介入方法の1つに作業に焦点をあてたプログラムがある。作業を遂行する上でのプロセスを作業遂行力評価表（意味のある作業）から分析した結果、遂行するための筋力や体力など心身機能の改善に焦点をあてた基礎的動作練習が必要なのか、具体的作業に介入し作業の準備（準備力）や誤りなどの修正、失敗したときの対応（検証力）などの一連の作業を遂行し繰り返しの体験練習が必要なのか、実際に遂行するため、企画力ややりとげる力である完了力を高めるための実践による練習が必要なのか、集中した作業遂行力の向上のためのプログラム（段階づけ）が必要なことについて見極めることが必要であることがわかった。
- (6) また、今回の研究でやり遂げたという完了力がQOLの満足感と関係し、高齢者が目標とした基本的ADL、手段的ADLを改善することがわかった。今後は作業遂行力を高めることがADL、IADL、QOLにも改善をもたらすのみならず、より多くの事例集積により高齢者の行動をより積極的な生活に変容させ、活動的な生活を送ることができることを検証できる評価指標を用い、アプローチの効果を明らかにしていきたい。



<参考文献>

- 1) 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
- 2) 江藤文夫他：老年者のADL評価法に関する研究 日本老年医学会誌 29：841-848 1992
- 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2章 地域包括支援センター事例調査結果報告

1 事例調査報告

(1) 目的

高齢者の活動的な生活を支援するため、「作業をしている人は元気で健康である」という作業療法の理念のもと、日常生活を送る上で、一人一人の高齢者にとって意味のある作業が継続でき遂行されることが健康を維持し、要介護状態になることを予防できると考えられる。

そこで、今回地域の高齢者の総合相談窓口である包括支援センターに働く作業療法士に対し、作業療法士が立案する介護予防ケアプラン事例の特徴を解析し、高齢者にとって意味のある作業である生活の目標を明確にするプロセスシートの開発や高齢者が作業を遂行する能力（＝作業遂行力）を引き出すアセスメントの視点と支援の特徴を明らかとする。その上で、包括的な自立支援計画のあり方を提案する。

(2) 調査対象：作業療法士が配置されている地域包括支援センター19ヵ所

作業療法士1名につき、1事例の提出を依頼した。10事例について回答があったが、2回目の介入評価をできた8事例について検討した。

(3) 方法

①調査方法：郵送により調査

②事例調査内容及び手順

ア まず、平成20年11月20日～12月20日に相談のあった新規または既存事例について、「作業遂行力聞き取りシート」を用いて事例にとって意味のある作業を面接による聞き取りにて明らかにした。その上で事例に作業の日常での実行度、その実行に対する満足度を記入した。次いで、基本チェックリストや障害高齢者の日常生活自立度、事例の生活状況を確認するため、江藤ら⁹⁾が開発したADL-20に、要支援者が困難とする洗体・洗髪、洗濯、掃除、整理整頓、ゴミ出し、通院、余暇活動の項目を追加し、要支援者が容易なベッドでの寝返り、室内歩行、整容、コミュニケーションの項目は削除した計20項目からなる生活のアンケートを事例への聞き取りで評価した。さらに、事例が答えた各生活の項目について、作業療法士が改善の可能性について「環境調整で改善可能」「自立する能力あり」「方法を工夫して改善可能」の視点でチェックした。

イ 次いで、意味のある作業を生活の目標とし、生活の目標が解決できるようICFに基づく「生活総合アセスメント表」で課題を分析した。明確となった生活の課題を解決するため、作業遂行向上プラン表に基づき、支援プランを立案し、プランに基づきほぼ2ヶ月の介入を行った。

ウ 介入結果については、平成21年1月20日～2月20日の期間に訪問等により状況を確認し、支援結果を作業遂行向上プラン表に検証（達成状況の確認）として記入した。併せて効果を見るため、事例自身が評価する作業遂行力聞き取りシートの実行度・満足度や聞き取りによる生活のアンケート及び基本チェックリスト、作業療法士の判断による障害高齢者の日常生活自立度を調査した。

(4) 結果

①事例概況

事例は、男性4名、女性4名の8事例で、平均年齢80.9±5.3歳、介護認定を受けている者が5名、基本チェックリストの平均点数は8.4±1.8点であった。

表2-1 事例概況

基本情報		合計	男	女
人数	(人数)	8	4	4
年齢	平均年齢 (歳)	80.9±5.3	79.3±4.6	82.0±6.2
介護認定	有 (人数)	5	2	4
	無 (人数)	3	2	1
基本チェックリストの平均点数 (点)		8.4±1.8	8.3±1.9	8.5±1.9

②基本チェックリストの状況

対象者の平均合計点数は、8.1点で「階段を手すりや壁をつたわらず昇っていますか」に「いいえ」と答えた者8名(100%)、「友人の家を訪ねていますか」、「椅子から何もつかまらずに昇っていますか」、「転倒に対する不安は大きいですか」7名(87.5%)、「バスや電車で一人で外出していますか」5名(62.5%)であった。運動器機能向上の5項目すべてにチェックのあった者はいなかった。

栄養改善では、「6ヶ月間で2～3kgの体重減少がありましたか」にチェックのあった者が2名、BMIが18.5未満の者はいなかった。口腔機能向上の3項目すべてにチェックのあった者が2名いた。閉じこもりの項目にチェックがあった者が2名いた。認知症予防の項目のいずれかにチェックのあった者が5名いた。うつの項目の2項目以上にチェックのあった者が2名いた。

表2-2 基本チェックリストの各項目のチェック状況

項目	人数	%
バスや電車で1人で外出していますか	5	62.5%
日用品の買い物をしていますか	3	37.5%
預貯金の出し入れをしていますか	3	37.5%
友人の家を訪ねていますか	7	87.5%
家族や友人の相談にのっていますか	4	50.0%
階段を手すりや壁をつたわらず昇っていますか	8	100.0%
椅子から何もつかまらずに立ち上がっていますか	7	87.5%
15分位続けて歩いていますか	4	50.0%
この1年間に転んだことがありますか	3	37.5%
転倒に対する不安は大きいですか	7	87.5%
6ヶ月間で2-3kgの体重減少がありましたか	2	25.0%
BMI(平均)	23.3	
半年前に比べ固い物が食べにくくなりましたか	2	25.0%
お茶や汁物でむせることがありますか	4	50.0%
口の渇きが気になりますか	3	37.5%
週に1回以上は外出していますか	2	25.0%
昨年と比べ外出の回数が減っていますか	3	37.5%
周りの人から物忘れがあると言われますか	2	25.0%
自分で電話番号を調べて電話をかけていますか	1	12.5%
今日が何月何日かわからないことがありますか	2	25.0%
毎日の生活に満足していますか	2	25.0%
これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなっ	0	0.0%
以前は楽にできていたことがおっくうに感じられる	4	50.0%
自分が役に立つ人間だと思えない	3	37.5%
わけもなく疲れたような感じがする	0	0.0%
合計	81	

③障害高齢者の日常生活自立度

障害高齢者の日常生活自立度は、J1が1名(12.5%)、J2が6名(75.0%)、A1が1名(12.5%)であった。

④生活のアンケートの結果

表2-3 は介入後の回答があった8事例について、介入前の困っている項目と解決のための支援方法及び介入後の困っている項目の人数について示している。

生活の中で困っている項目として、「屋外歩行」が最も多く4名、次いで「床からの立ち上がり」「階段昇降」「買い物」「通院」「掃除」「外出」が3名であった。改善の可能性については「方法を

工夫し改善可能が最も多く、「環境調整で改善可能」が11名であった。

一方、困っていない、どちらでもないと答えた者10名についても、「方法を工夫し改善可能」6名、「環境調整で改善可能」5名と改善の可能性があると答えていた。

表2-3 生活のアンケート結果（単位：人数、N=8）

生活の項目	困っていると答えた人数			困っていない、どちらでもないと答えた人数				
	人数	改善の可能性			人数	改善の可能性		
		環境調整で改善可能	自立する能力あり	方法を工夫し改善可能		環境調整で改善可能	自立する能力あり	方法を工夫し改善可能
床からの立ち上がり	3	2	0	1	0	0	0	0
階段昇降	3	2	0	1	0	0	0	0
屋外歩行	4	1	1	2	1	0	1	0
浴槽の出入り	2	1	0	1	1	0	1	1
洗体・洗髪	0	0	0	0	0	0	0	0
更衣	0	0	0	0	0	0	0	0
口腔衛生	0	0	0	0	0	0	0	0
トイレ	1	1	0	0	0	0	0	0
食事の準備	2	1	0	1	0	0	0	0
熱源の取扱い	1	0	0	0	1	1	0	0
財産管理	0	0	0	0	1	0	0	1
電話	0	0	0	0	0	0	0	0
自分の薬の管理	0	0	0	0	1	1	0	1
通院	3	0	1	0	1	1	0	1
買い物	3	1	0	0	0	0	0	0
掃除	2	1	0	0	0	0	0	0
洗濯	1	0	0	1	1	1	0	0
ゴミ集め・出し	2	0	0	1	0	0	0	0
整理整頓	1	0	0	0	1	1	0	0
余暇活動	1	1	0	1	1	0	0	1
外出	3	0	0	2	1	0	0	1
合計	32	11	2	11	10	5	2	6

⑤作業遂行力聞き取りシートにより、事例が挙げた生活の目標について

表2-4に示すとおり、作業遂行力聞き取りシートから、対象者にとって意味のある作業である生活の目標が8事例で20件、1事例あたり2~3件が把握された。生活の目標では手段的 Activity of Daily Living（以下手段的ADLと略す）と趣味・社会参加に関する目標が8件と多かった。

⑥作業遂行力聞き取りシートでの生活の目標とプランでの生活の課題

作業遂行力聞き取りシートで対象者が生活の目標に挙げた表2-5に示す20項目のうち、プランでは17項目を取り組み課題である生活の課題として取り上げ、1項目を新たに追加し、計18の生活の課題が挙げられていた。

表2-4 事例が挙げた生活の目標

基本的 ADL(4項目)	手段的 ADL(8項目)	趣味・社会参加
トイレ動作を行いたい	買い物の回数を増やす	暖かくなったら公園のラジオ体操に参加する
自宅のお風呂に入浴したい	近所へ行き買い物したい	温泉教室に休まず参加して体力づくり
浴槽で立ち上がれないことがある。	部屋の片づけができ、掃除機かけの回数を増やす	高齢者体操教室への参加
歩きにくくなってきたため、もう少しうまく歩けるようになりたい。	転ばず、つかれても長く休まずに、掃除をきれいにできる	「生きがいづくり的な活動」を見出し実践
	足に負担をかけないよう掃除・調理・洗濯をする	来年も菊作りを続けるため、冬も花を育てたい。
	「家事」や「自宅内や自宅周辺の管理」に関する活動の継続・向上	自宅でちぎり絵を続け、作品集を完成させたい。
	「孫」に関連した世話や活動の向上	川柳をつくりたい
	転ばず、疲れても長く休まずに物干しを早くできる	右手で上手に字を書いて自分史を書きたい

表2-5 作業療法士が把握した事例の生活の課題（複数回答あり）

表 作業遂行力聞き取りシートによる生活の目標とプランでの生活課題

NO	生活の目標	NO	プランで取り上げた生活課題
1	買い物の回数を増やす	1	買い物の回数を増やす
2	部屋の片づけができ、掃除機の回数を増やす	2	部屋の片づけができ、掃除機の回数を増やす
3	暖かくなったら公園のラジオ体操に参加する	3	暖かくなったら公園のラジオ体操に参加する
4	もう少しうまく歩けるようになりたい。	4	自宅で安心して入浴できる。
5	浴槽で立ち上がれないことがある。	5	自宅内移動に自信が付き、トイレに間に合うことが多くなる
6	来年も菊作りを続けるため、冬も花を育てたい。	6	来年も菊作りを続けるため、冬も花を育てたい。
7	自宅でちぎり絵を続け、作品集を完成させたい。	7	自宅でちぎり絵を続け、作品集を完成させたい。
8	「家事」や「自宅内や自宅周辺の管理」に関する活動の継続・向上	8	自宅での役割や、生きがいづくりの活動を見出し実践する。
9	「孫」に関連した世話や活動の向上		
10	「生きがいづくり的な活動」を見出し実践		
11	転ばず、つかれても長く休まずに、掃除をきれいにできる	9	転ばず、つかれても長く休まずに、掃除をきれいにできる
12	転ばず、疲れても長く休まずに物干しを早くできる	10	転ばず、疲れても長く休まずに物干しを早くできる
13	足に負担をかけないよう掃除・調理・洗濯をする	11	足に負担をかけないよう掃除・調理・洗濯をする
14	温泉教室に休まず参加して体力づくり	12	温泉教室に休まず参加して体力づくり
15	高齢者体操教室への参加		
16	川柳をつくりたい	13	元気に過ごして川柳をつくりたい
17	右手で上手に字を書いて自分史を書きたい	14	右手で上手に字を書いて作文（自分史）を作りたい
18	自宅のお風呂に入浴したい	15	自宅内を転倒せずに、安全に暮らしたい。（お風呂、トイレ動作）
19	トイレ動作を行いたい		
20	近所へ行き買い物したい	16	体力をつけ、散歩できるようになり、近所まで買い物に出かけられるようになりたい。
		17	生活リズムの改善
合計	20項目		17項目

⑦生活の課題に対する支援方法

支援方法では、表2-6のとおり、サービスを活用した支援が12件と最も多く、その内訳は通所介護利用が5件、介護予防事業への参加が3件、通所リハ・訪問介護、住宅改修・福祉用具が2件であった。次いで多かった支援方法は、動作指導の10件で、具体的な動作指導や実施方法の工夫、能力の見極めなど対象者に直接説明し指導していた。また、物理的支援では、従来の福祉用具の選定の他、道具を工夫する、環境を利用するなどの支援を行っていた。人的支援では、家族の支援が最も多く、次いで妻、友人であった。その他として、病院へ受診を進めたであった。

表2-6 生活の課題と支援方法

NO	生活の課題	物理的支援内容	人的支援内容	サービスとして支援内容	動作指導等の支援内容	その他の支援内容
1	買い物の回数を増やす		友人	介護予防事業	心理的支援参加への促し	
2	部屋の片づけができ、掃除機かけの回数を増やす		友人	介護予防事業	実施への促し	
3	暖かくなったら公園のラジオ体操に参加する	記載なし				
4	自宅で安心して入浴できる。	福祉用具の選定		福祉用具購入	入浴動作指導	
5	自宅内移動に自信が付き、トイレに間に合うことが多くなる					神経内科紹介
6	来年も菊作りを続けるため、冬も花を育てたい。	自宅のビニールハウスを利用	家族	通所介護		
7	自宅でちぎり絵を続け、作品集を完成させたい。		家族	通所介護		
8	生活リズムの改善	薬箱の改善	主介護者・息子・孫	通所介護		
9	自宅での役割や、生きがいづくりへの活動を見出し実践する。		主介護者・息子・孫	通所介護	役割や簡易作業の提示	
10	転ばず、つかれても長く休まずに、掃除をきれいにできる			通所リハ・訪問介護	動作指導を行う 心理的支持	
11	転ばず、疲れても長く休まずに物干しを早くできる			通所リハ・訪問介護	能力的に困難と判断し説明した	
12	足に負担をかけないように掃除・調理・洗濯をする	道具の工夫			作業方法・時間の配分指導	
13	温泉教室に休まず参加して体力づくり	歩いて行ける所に参加する		介護予防事業	工夫する点を評価、指導した	
14	元気に過ごして川柳をつくりたい		妻		呼吸筋ストレッチ・腹式呼吸カレンダーに実践の記録をする	
15	右手で上手に字を書いて作文(自分史)を作りたい	筆記用具の持ち手の工夫	妻			
16	自宅内を転倒せずに、安全に暮らしたい。			住宅改修・福祉用具	動作指導を行う	
17	体力をつけ、散歩できるようになり、近所まで買い物に出かけられるようになりたい。	歩行補助用具の検討		通所介護		
合計		7件	8件	12件	10件	1件

⑧介入後の生活の課題の達成状況

介入後の生活の課題の達成状況を表2-7に示す。生活の課題17項目のうち、達成できたものが10項目(58.9%)、一部達成できたものが3項目(17.6%)、達成できなかったものが3項目(17.6%)、結果の記載のなかったものが1項目(5.9%)と、13項目のほぼ8割が達成できていた。

生活の課題別では、趣味・社会参加が7件42.2%と最も改善していた。

表2-7 介入後の生活の課題別達成状況 (単位：件数)

生活の課題	達成	一部達成	達成できず	不明	合計
基本的 ADL	2	1	1	0	4 (23.5%)
手段的 ADL	2	2	2	0	6 (35.3%)
趣味・社会参加	6	0	0	1	7 (42.2%)
合計	10 (58.9%)	3 (17.6%)	3 (17.6%)	1 (5.9%)	17 (100%)

⑨介入後の生活の課題の実行度・満足度の変化

各20件の生活の目標における対象者が感じている実行度、満足度の変化について、介入前後で変化のないものと1点でも改善したものを維持・改善とし、1点でも低下したものを悪化とし、生活の目標毎に表2-8に示した。

実行度が手段的 ADL に関する生活の目標で1件のみ開始前に比較し低下したと評価されたが、他の7件は維持・改善していた。基本的 ADL、レジャー・趣味はすべてにおいて維持・改善したと評価されていた。満足度はすべてにおいて維持・改善していた。

表2-8 生活目標とした作業の実行度・満足度の介入前後の変化(単位：件数)

生活の目標	N	実行度		満足度	
		維持・改善	悪化	維持・改善	悪化
基本的 ADL	4	4	0	4	0
手段的 ADL	8	7	1	8	0
趣味・社会参加	8	8	0	8	0

⑩介入前後の生活のアンケートの変化

介入前後での生活のアンケートの変化を表2-9に示す。介入前後で困っている項目の変化を見ると、「ゴミ集め・出し」の項目で2名が改善、「階段昇降」「屋外歩行」「トイレ」「通院」「買い物」「余暇活動」「外出」でそれぞれ1名が改善していた。一方、「掃除」「整理整頓」で1名が悪化していた。全体では困っていたと答えた32項目が23項目に減少していた。

表 2-9 介入前後の生活のアンケートの変化

(単位：人数、複数回答)

生活の項目	基本的ADL								手段的ADL								趣味・社会参加			合計		
	床からの立ち上がり	階段昇降	屋外歩行	浴槽の出入り	洗体・洗髪	更衣	口腔衛生	トイレ	食事の準備	熱源の取扱い	財産管理	電話	自分の薬の管理	買い物	掃除	洗濯	ゴミ集め・出し	整理整頓	余暇活動		通院	外出
介入前 人数	3	3	4	2	0	0	0	1	2	1	0	0	0	3	2	1	2	1	1	3	3	32
介入後 人数	3	2	3	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	2	3	1	0	2	0	2	2	23

⑪障害高齢者の日常生活自立度の変化

障害高齢者の日常生活自立度の変化を表 2-10 に示す。1 名が支援後 J 2 から J 1 へ改善、1 名が J 2 から A 1 へと低下した。

表 2-10 障害高齢者の日常生活自立度の変化

(単位：人数)

自立度		介入前			合計
		J1	J2	A1	
介入後	J1	1	1		2
	J2		4		4
	A1		1	1	2
合計		1	6	1	8

⑫生活の課題の達成状況と事例が評価した実行度、満足度の関係

生活の課題の達成状況と事例が評価した実行度、満足度との関係を表 2-11 に示す。

事例 1 の「部屋の片づけができ、掃除機かけの回数を増やす」で、居間には息子のものが多くあるので片づかないと答え、目標が達成されなかったが、本人の評価である実行度、満足度は各 2 点増加していた。

事例 4 の生活の課題の「生活のリズムを整える」では、支援結果が服薬管理や通院支援に関する内容であり、課題の内容と一致していない状況がみられた。また、作業遂行力聞き取りシートの生活の目標として本人は挙げていないなどがみられ、支援者側の課題をどのように本人に説明し、家族の理解を得たのか不明な点が多い。

事例 5 の生活の目標の「物干しができる」では、両手で洗濯物を持った状態での立位の継続に本人に不安があり実施していないという結果であった。そのため、本人評価である実行度は 1 点減少していたものの、満足度は改善していた。また、支援者から現在の能力では困難であると本人に説明があり、物干しについてはあきらめたと記載があった。

その他の事例については、目標の達成もでき、実行度、満足度とも増加していた。

⑩生活の目標と生活のアンケートの結果について

介入後の生活の目標と生活のアンケートとの関係について、表 2-12 に示す。

事例 1 では、生活の目標の「部屋のかたづけができ、掃除機かけの日数を増やす」が実行度 2 点、満足度 2 点と増加したが、生活のアンケートの「整理整頓」では介入前は困っていなかったが、介入後は

困っていると低下した。

事例2では、生活の目標の「浴槽で立ち上がれないことがある」が実行度、満足度とも5点増加、生活のアンケートの「浴槽の立ち上がり」が介入後改善した。「うまく歩きたい」が実行度、満足度とも2点増加したが、実際の生活では改善なく困ったままであった。

事例1、3、4、6、7とも生活のアンケートの「余暇活動」では困っていなかったが、生活の目標では余暇活動に関することを上げ、事例3が実行度3点、満足度3点の増加、事例6が実行度、満足度とも10点増加した。

事例8では生活の目標の「お風呂に入りたい」、「トイレ動作を行いたい」で実行度、満足度とも増加し、実際の生活でも改善していた。「近所へ行き買い物をしたい」は、実行度、満足度には変化がなかったが実際の生活では改善していた。

表2-11 プランでの支援内容と目標の達成状況

ID	生活の目標	支援結果	目標達成の有無	実行度	満足度
1	買い物の回数を増やす	ほぼ毎日買い物に行っている	○	5点増加	変化なし
	部屋の片づけができ、掃除機かけの回数を増やす	居間には息子のものも多くなるので片付かない	×	2点増加	2点増加
	暖かくなったら公園のラジオ体操に参加する	記載なし	不明	3点増加	3点増加
2	自宅で安心して入浴できる。	時間はかかるが一人で入浴できるようになった。	○	4点増加	4点増加
	自宅内移動に自信が付き、トイレに間に合うことが多くなる	通所リハビリ開始。	△	5点増加	5点増加
3	来年も菊作りを続けるため、冬も花を育てたい。	①家族協力による園芸作業、②通所介護や自宅での体操を実施している	○	1点増加	1点増加
	自宅でちぎり絵を続け、作品集を完成させたい。	ちぎり絵の材料は家族と買い物し、また少しずつ難しい内容のちぎり絵にも挑戦している。作品も増えている。	○	1点増加	1点増加
4	生活リズムの改善	薬は介護者の判断でのませたりのませなかったりしている。受診も不定期。午前中は起床。	×	該当なし： プランで追加	
	自宅での役割や、生きがいづくりへの活動を見出し実践する。	妻の声かけにて豆より作業や、天候がよければ歩行器を使用して散歩している。	○	10点増加	10点増加
5	転ばず、つかれても長く休まずに、掃除をきれいにできる	居間・寝室の床ふきは継続している。	△	変化なし	変化なし
	転ばず、疲れても長く休まずに物干しを早くできる	両手に衣類を保持して、立位継続するには不安があり、行えず。	×	1点減少	2点増加
6	足に負担をかけないよう掃除・調理・洗濯をする	掃除や洗濯、調理については、工夫をしながら実施している。	○	変化なし	変化なし
	温泉教室に休まず参加して体力づくり	ほぼ休まずに、介護予防教室などに参加している。	○	変化なし	変化なし
7	元気に過ごして川柳をつくりたい	Aセンターへ週2回以上(天気の良い日)は自転車で出かけ、友人と川柳の意見交換をしている	○	2点増加	2点増加
	右手で上手に字を書いて作文(自分史)を作りたい	鉛筆、ボールペンの持ち手を太くし、ノートに1ページずつ書く事が出来ている	○	1点増加	1点増加
8	自宅内を転倒せずに、安全に暮らしたい。	環境整備を行い、転倒の心配なく、安全に自宅内を生活できるようになった。	○	該当項目なし	
	体力をつけ、散歩できるようになり、近所まで買い物に出かけられるようになりたい。	デイサービス週2回通所し、毎回1時間ずつ運動するようになった。近所への散歩はまだ行えないが、1日1回庭へ出るようになり、体を動かす習慣がついた。	△	変化なし	変化なし

*○は達成、△一部達成、×は達成できず。

表2-12 生活の目標と生活のアンケートの結果

ID	作業遂行力聞き取りシートの結果								生活のアンケート																合計									
	目標1				目標2				目標3				基本的ADL								手段的ADL					趣味・社会参加								
	実行度(点)	達成度(点)	実行度(点)	達成度(点)	実行度(点)	達成度(点)	実行度(点)	達成度(点)	床からの立ち上がり	階段昇降	屋外歩行	入浴	洗体・洗髪	更衣	口腔衛生	トイレ	食事の準備	熱源の取扱い	財産管理	電話	自分の薬の管理	通院	買い物	掃除		洗濯	ゴミ集め・出し	整理整頓	余暇活動	外出				
3	買い物の回数を増やす		5	5	部屋の片づけができ、掃除機かけの回数を増やす		4	4	暖かくなったら公園のランジオ体操に参加する		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1		
	10	10	6	6	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2			
4	歩きにくくなってきたため、もう少しうまく歩けるようになりたい。		1	1	浴槽で立ち上がれないことがある。		5	5																								6		
	5	5	10	10	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5		
5	来年も菊作りを続けるため、冬も花を育てたい。		5	5	自宅でちぎり絵を続け、作品集を完成させたい。		7	7																								0		
	6	6	8	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
6	「家事」や「自宅内や自宅周辺の管理」に関する活動の継続・向上		5	5	「孫」に関連した世話や活動の向上		5	5	「生きがいづくり的な活動」を見出し実践		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	6	6	5	5	10	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
7	転ばず、つかれても長く休まずに、掃除をきれいにできる		7	3	転ばず、疲れても長く休まずに物干しを早くできる		5	3																								5		
	7	3	4	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4		
8	足に負担をかけないよう掃除・調理・洗濯をする		8	8	温泉教室に休まず参加して体力づくり		9	9	高齢者体操教室への参加		9	9	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	7
	8	8	9	9	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	7	
9	川柳をつくりたい		5	5	右手で上手に字を書いて自分史を書きたい		5	5																								1		
	7	7	6	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
10	自宅のお風呂に入浴したい		4	4	トイレ動作を行いたい		7	6	近所へ行き買い物したい		5	3	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12	
	8	10	5	3	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5		

* 網掛けは対象者が挙げた生活の目標に対応した生活のアンケートの項目
 * 生活のアンケートは、困っている場合1点、困っていない場合0点

(5) 考察

① 作業療法士の技術の一つを般化した作業遂行力聞き取りシートは、対象者の生活の目標について、表2-2より基本的ADLの内容の他、幅広い生活全般の趣味・社会活動や手段的ADLなど事例にとって意味のある作業である生活の目標を聞けることがわかった。人の生活はその人にとって意味のある作業の集合によって成り立っている。ある人にとって調理は重要であるが別の人にとって調理は重要ではないことがある。今回の研究では、生活のアンケートで把握した生活上は困っていないと事例が答えた趣味・社会参加などの作業についても把握でき、その目標を支援することで事例が今回の取り組みに対し、満足度を向上させることができた。このことから、作業遂行力聞き取りシートではできないことに焦点を置く支援ではなく、高齢者にとって生活を送っていく上で意味のある作業に焦点を当て、生活意欲を高め、活動性を高める支援ができると思う。

その人にとって意味のある作業が老化や疾患による心身機能の低下、環境の変化により阻害され、できなくなったことが自信喪失、否定感などにより意欲の低下、不活発化を引き起こす可能性がある。また、ライフスタイルの変化から高齢期は自由時間の過ごし方も課題になっている。作業は個々の生活歴や嗜好、趣味、ライフスタイルなど個人因子に起因する要素が多く、一人一人異なる。生きがいを持った活動的な生活を送ってもらうためには、その人にとって意味のある作業を知り、その遂行の継続を支援し、また新たな作業の体験を提供するなどの作業に視点を置いた支援が重要である。

② また、作業遂行力聞き取りシートに事例自身が作業の実行の程度を評価する実行度、取り組みに関

する満足度という自己評価を組み込んだ。今回、実行度の一部は低下してもすべての生活目標で満足度は改善していた。事例5では洗濯干しに改善は見られず、本人評価の実行度の低下があったものの、自分の能力を理解することで満足度は改善していた。2ヶ月程度の介入であったが、事例は取り組み、ある程度満足していた。これまでは支援者側の評価が主に論議されることが多かったが、本人自身が頑張ったことに対し評価でき、できることは取り組もうとする当事者主体の動機付けがこのシートを活用することでできる。

- ③ 作業は、高齢者自身の心身機能から、その人の個々の作業である活動と参加、その作業を取り巻く環境などが複合的に関係しあい、遂行されていく。その遂行が阻害された場合、どのような動作が問題となっているのか（動作分析）、作業の遂行のどこに支障があるのか（作業分析）、作業を取り巻く場所、道具、人的・制度・自然・社会などの社会資源を含む環境はどうなっているのか（環境分析）を作業療法士は、事例の生活で困っている、困っていないに関わらず、その改善の可能性を予後予測していた。予後予測により、生活のリスクを予測し、要介護状態になることを未然に防ぐことができるものとする。今後は、改善の可能性をICFを用いて分析するプロセスをさらに明確にするアセスメント表を作成し、予後予測のプロセスが理解できるシートを開発していきたい。
- ④ プランでは、支援方法として作業療法士は実際の現場で生活が容易になるまたは遂行できるための動作指導を、アセスメントと同時に行っている実態があった。高齢者の中には、力が入りにくくなってきた人への自助具の指導をはじめ、立ち上がりや掃除の動作の工夫など日常の生活動作の工夫で今までの生活を継続し、自立できるようになる人も少なくない。高齢者の相談やアセスメント・プランの中で、高齢者の作業遂行力を見極め、その場での指導ができる作業療法士がプランに積極的に関与するだけで介護状態になることを予防することができるものとする。
- ⑤ 今回の支援による効果を事例の生活で困っている生活を聞き取った生活のアンケート、高齢障害者の日常生活自立度で確認した。その結果、困っていた項目が32項目から23項目に減少し、生活面で改善がみられた。日常生活自立度では、1名が改善、1名が低下していた。今回は生活のアンケートにおける基本的ADLや手段的IADLなどに改善を認めたが、高齢者の行動がどの程度活性化したのかまでは検証できなかった。今後は、活動性を測定できる評価指標を用い、作業の介入によりどの程度、高齢者の行動が変容し、活動的になったかを事例数を増やし、検証したい。

高齢者には脳卒中モデル以外は感覚器や心身機能の老化により、だんだんと生活機能がうまく維持できなくなってきた人が多くいると考えられる。できなくなってきたため、その役割を実行することをあきらめるのではなく、いつまでも継続できるよう支援していくことが尊厳を維持し、活動的な生活を構築する上で大切である。高齢者が介護を受ける人、サービスを受ける人という支援のあり方だけでなく、本人自身が「意味のある作業」ができるようにその方法や仕方を助言し、理解し、本人が取り組めるよう支援することが、生きる意欲を向上させる支援のあり方が重要であるとする。また、家族及び介護サービス提供者にも、高齢者の作業遂行力を向上させる支援のあり方を理解してもらえよう働きかけていくことが大切である。

今後は事例の集積により、意味のある作業に焦点を当てたその関わりの有効性について、さらに明らかにしていきたい。

(6) まとめ

- ① 高齢者にとって意味のある作業は、基本的な日常生活活動だけではなく、余暇や楽しみとしている趣味までの幅広い「人の作業」に及んでいることがわかった。高齢者の望む生活を実現するためには、人の作業に焦点をあてた支援のあり方が重要である。今回作成した作業聞き取りシートは、その人にとって意味のある作業の連続である「人の作業」を引き出すツールとして活用できていた。
- ② また、作業聞き取りシートには本人の自己評価を入れたことにより、本人自らが理解した取り組みを促進することができた。生活で困っていることのいくつかは解決したが、障害高齢者の日常生活自立度ではあまり変化がなかった。今後は、高齢者の生活が活動的に変化したことを測定できる評価指標を用いて、作業による介入の効果を測定したい。
- ③ 作業遂行力向上プランには、作業遂行が可能になるかどうかという視点を入れ込んだアセスメントプロセスが重要であり、また、支援にはサービスだけではなく、アセスメントの段階でサービスだけではなく、事例自身が何をするのか、家族は何をするのか、地域の環境をどのように活用するかなどの環境分析と支援の視点をプランの支援項目に盛り込むことが重要である。
- ④ 今後はさらに事例を蓄積し、支援期間を要介護認定の見直しができる期間設定をとし、高齢者自身の生活の変容、活動性を測定できる評価指標を用いながら、意味のある作業による介入の効果を測定していきたい。

【事例調査協力者】

- | | |
|--------------------------|--------|
| ・秋田県上小阿仁村地域包括支援センター | 齊藤 貴明氏 |
| ・宮城県山元町地域包括支援センター | 武田 綾子氏 |
| ・石川県白山市鶴来・白山ろく地域包括支援センター | 森 由紀子氏 |
| ・石川県能美市辰口高齢者支援センター | 杉浦 良道氏 |
| ・石川県能美市寺井高齢者支援センター | 宮下 信子氏 |
| ・石川県野々市町地域包括支援センター | 瀬川 朋美氏 |
| ・岡山県総社市地域包括支援センター | 河原いづみ氏 |
| ・山口県萩市西地域包括支援センター | 細田有希子氏 |
| ・福岡県中間市地域包括支援センター | 河野めぐみ氏 |

実践事例

事例シート

◎基本情報に関する項目

	年齢 80 歳 女性	
受付年月	平成 18 年 9 月 11 日	
受付経路	本人より TEL にて	
主な相談内容	平成 18 年 9 月当初 高齢者サービス事業の見直しに伴い、夫婦とも介護保険申請をすすめられ、認定を受ける。デイサービス、ヘルパーの利用意向があり相談。	
家族状況	80 歳代の夫（要介護 1）と 2 人暮らし。子供は 3 人おり隣市に息子家族在住	
生活歴（友人との交流、主な外出先、地域活動状況を含む）・職歴	<p>生育歴・学歴 関西方面にて出生。女学校卒業する。</p> <p>職歴： 工場の会計事務をしていた。</p> <p>生活歴： 21 歳で結婚。夫の転勤が多く転々としていた。（西日本方面） S 50 年前半に現在地在住。その後、子宮筋腫手術、胆石手術、乳腺炎手術、早期胃がん手術歴あり。 椎間板ヘルニアの治療あり。 H20 年 6 月 腰部脊椎管狭窄症手術</p> <p>趣味歴： 茶道（師範）、華道（師範）、習字（師範）、コーラス、編み物</p>	
生活状況 （主に余暇時間を把握する）	<p>一日の過ごし方</p> <p>6:30 起床（ベッド） 朝食準備</p> <p>8:00 朝食 TV を見る 洗濯、編み物など</p> <p>11:30 昼食 TV を見る 横になって過ごす</p> <p>17:00 夕食 18:00 入浴 19:00 寝床に入って TV を見る 21:00 就寝 夜間 3 回くらい トイレ覚醒あり</p>	<p>【友人との交流状況】</p> <p>【主な外出先】</p> <p>【地域への参加状況】</p>
経済状況	年金	
保険・他法情報		
現在利用しているサービス	週 3 回（月・水・金曜）宅配弁当を夕食に利用	

◎アセスメントに関する項目（*問題のない場合は□にチェックしない。）

健康状態	<p>■疾患名（腰部脊椎管狭窄症）発症年月日（H19年1月） ■医療機関名（内科（ ））</p> <p>【精神・身体機能】</p> <p>□摂水（ ） □摂食（ ） □排尿（ ） □排便（ ）</p> <p>□体重（ ） □脈（ ） ■血圧（降圧剤服用（ ）） □皮膚（ ）</p> <p>□睡眠（その他（ ））</p>
認知・精神面	<p>□意識 □記憶 □注意 □実行機能 □失行 □感情 □理解 □判断（ ）</p>
本人のADL	<p>*生活のアンケートを記入する。 生活のアンケート以外の項目で、記載することがあれば記入する。</p>
本人のIADL	<p>*生活のアンケートを記入する。 生活のアンケート以外の項目で、記載することがあれば記入する。</p>
居住環境	<p>2階建ての一戸建て 2階に寝室あり。夜間のトイレはポータブルトイレ使用。 玄関、浴室、トイレ、2階への階段に手すり設置。</p>

地域の情報

<p>介護保険サービス： ひととおりそろっている</p> <p>地域のサービス： 在宅高齢者自立支援事業、介護予防通所サービス事業、「食」の自立支援事業、配食サービス事業、生活管理指導員派遣事業、紙おむつ給付事業、住みよか事業、緊急通報体制等整備事業、シルバーハウジング等あり</p> <p>主な交通機関： 徒歩2分程度のところに私鉄あり</p> <p>対象者の家の周辺： 徒歩2分程度のところにコンビニ、2～3分程度のところにクリニック（かかりつけ医）あり。 徒歩3～4分のところに交番</p>
--

生活総合アセスメント表

記入日：H20年12月12日

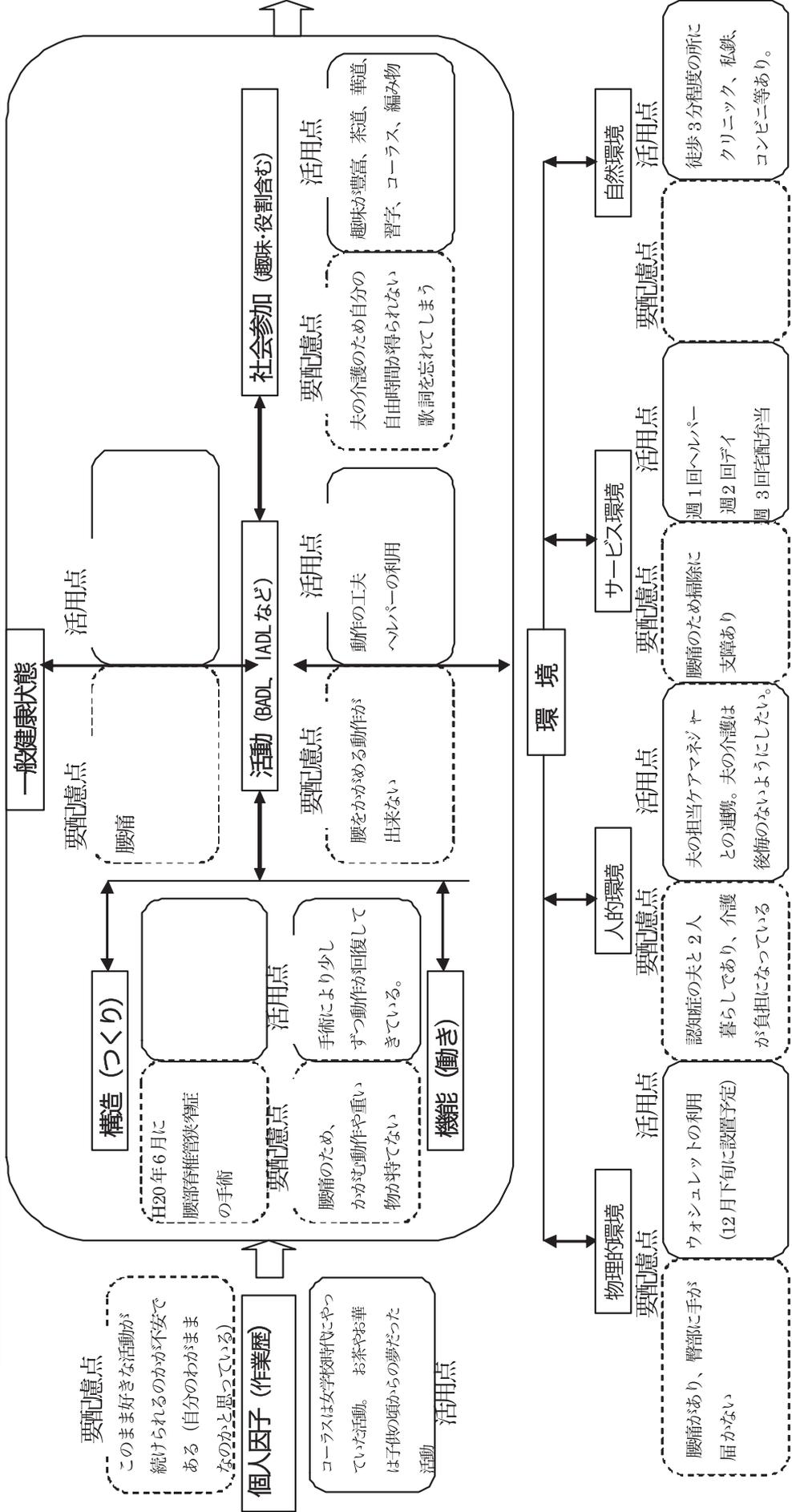
利用者氏名： O氏

主な相談内容

不安・課題 希望・要望

・認知症の夫（要介護1）の介護が不安
 ・現在利用しているサービス（NLP・デーイ）がこのまま利用できるのか不安

・できるだけ人に迷惑がつかないようにしたい。 ・健康でコーラスを続けたい
 ・ドレスを着てコーラスの発表会に出たい。 ・お茶会に出たい。
 ・夫の介護は後悔のないように出来る限りのことをしたい



記入日：H20年12月12日

主体的な作業の繰り返し（習慣化）による作業遂行力向上プラン 記入者：

利用者氏名：O氏

6ヶ月先の 具体的な生活目標	段階付		達成のための方法 (どのような作業する)	支援方法 (作業しやすい環境をどのように調整する)		検証 (達成状況確認)
	()月まで	この状態になっている		物理的 人的	サ ー ビ ス	
C1 健康を保ちながら コーラスを続けて いくことができ、 来年の 発表会に出演する ことが出来る。	平成21年 5月	週1回(水曜日)の コーラスへ参加す ることが出来る。	歌詞を忘れてしま うため、自分なりの勉強 方法で覚えていく。	物理的 人的	他 サービス 指導・援助 その他	コーラスのパート別（アルトを担 当）のカセットテープを毎日聞いて いる。聞かないと眠れない。睡眠薬 のようなものと話される。人の3倍 は練習しないといけないと努力さ れている。
	平成21年 4～5 月	ドレスを着て発表 会へ出演すること ができる	週1回のコーラスの練 習を続けていく。 発表会当日、夫が安心 して過ごせる場を確 保する。	物理的 人的	他 サービス 指導・援助 その他	4/26(日)に県外でシルババー合唱祭 の出演予定があり、それに向けて練 習中。夫はショートステイ利用依頼 したいと考えている。夫のケアマネ と相談しながら進めていく。
C2 お茶会の例会に出 席することができ る。	平成21年 1月	デイサービスでお 茶会を開催する。	デイでのお茶会開催 に向けて、デイへ相談 調整を図っていく。	物理的 人的	他 サービス 指導・援助 その他	デイの開催に向けて、デイスタッフ の企画提案中。 本人もスタッフより声がかかれば、 やってみたいと意欲的である。
	平成21年 5月	月1回(金曜日)に 開かれているお茶 会に参加すること が出来	夫が安心して過ごせ るようにデイを利用 する本人はデイ利用 日を休んでお茶会へ 出席することへ気兼 ねがある。	物理的 人的	他 サービス 指導・援助 その他	夫に申し訳ない気持ちがあり、デイ を休んでまでは参加できない。しか しお茶会の場所が今年に変更する かもしれないため、その時には参加 してみたい意向が見られる。

事例シート

◎基本情報に関する項目

	年齢 75 歳 女性		
受付年月	平成 20 年 3 月 23 日		
受付経路	H 市民病院のMSW		
主な相談内容	住宅改修の希望があり、入院中に介護保険の申請をした。身体的には要支援と思われるため、今後の対応をお願いしたい。		
家族状況	夫は 15 年前に病死。三女があり、本人は長女と同居。 次女は県内（車で一時間）、三女は隣県に在住。		
生活歴（友人との交流、主な外出先、地域活動状況を含む）・職歴	<p>生育歴・学歴 H 市出身。7 人兄弟姉妹の 6 番目。中学校までを故郷で過ごす。甥や姪の世話をしながら、家業の農業・漁業を手伝う。</p> <p>職歴： 結婚後は夫と共に農業に従事。また土木関係の仕事も 5 年前まで行う。</p> <p>生活歴： 漁業が盛んな故郷から農業が主体の山間地に嫁いで後は、地域の農協婦人会、佛教婦人会等に所属し活動する。三女を通じて PTA のつながりもあり、小規模な地域であるため社会交流は密。また夫が病死して後は、町内会活動や神社の氏子の集まり等にも参加していたが、膝を悪くしたのをきっかけに地域活動は長女にまかせることが多くなった。</p> <p>趣味歴： 田畑の世話をし、農産物を親戚に配ることが楽しみ。田をやめた今も、畑での収穫を娘や親戚に送っている。</p>		
生活状況 （主に余暇時間を把握する）	<table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <p>一日の過ごし方</p> <p>6:00 起床。朝食を整える。</p> <p>8:00 掃除、洗濯の後畑仕事。週に 2 回はディサービス、週に 1 回は通院。</p> <p>12:00 昼食の後テレビを観ながら休息。</p> <p>14:00 畑仕事。時に休息、昼寝。</p> <p>16:00 洗濯物の取り入れ。夕食の準備。相撲の時期はテレビ。</p> <p>18:00 長女の帰宅を待ち夕食、その後入浴。テレビ観賞。</p> <p>21:00 就寝。</p> </td> <td style="vertical-align: top; border-left: 1px dotted black;"> <p>【友人との交流状況】 近所には三世帯、頻回に行き来あり。週 1 回の通院時に、友人や親戚の家を訪ねることもある。 週 2 回のディサービスで、同じ集落の知人と会う機会があり楽しみにしている。</p> <p>【主な外出先】 徒歩 2～3 分の近所、医療機関、友人・知人宅、ディサービス。</p> <p>【地域への参加状況】 農協や町内会の集まり、寺社の集まりには同居の長女が参加。 町内のサロンは開催場所が遠いため参加せず。 夏に回ってくる田の水まわりの役目は、日中の仕事でもあり歩行器を利用して行う。</p> </td> </tr> </table>	<p>一日の過ごし方</p> <p>6:00 起床。朝食を整える。</p> <p>8:00 掃除、洗濯の後畑仕事。週に 2 回はディサービス、週に 1 回は通院。</p> <p>12:00 昼食の後テレビを観ながら休息。</p> <p>14:00 畑仕事。時に休息、昼寝。</p> <p>16:00 洗濯物の取り入れ。夕食の準備。相撲の時期はテレビ。</p> <p>18:00 長女の帰宅を待ち夕食、その後入浴。テレビ観賞。</p> <p>21:00 就寝。</p>	<p>【友人との交流状況】 近所には三世帯、頻回に行き来あり。週 1 回の通院時に、友人や親戚の家を訪ねることもある。 週 2 回のディサービスで、同じ集落の知人と会う機会があり楽しみにしている。</p> <p>【主な外出先】 徒歩 2～3 分の近所、医療機関、友人・知人宅、ディサービス。</p> <p>【地域への参加状況】 農協や町内会の集まり、寺社の集まりには同居の長女が参加。 町内のサロンは開催場所が遠いため参加せず。 夏に回ってくる田の水まわりの役目は、日中の仕事でもあり歩行器を利用して行う。</p>
<p>一日の過ごし方</p> <p>6:00 起床。朝食を整える。</p> <p>8:00 掃除、洗濯の後畑仕事。週に 2 回はディサービス、週に 1 回は通院。</p> <p>12:00 昼食の後テレビを観ながら休息。</p> <p>14:00 畑仕事。時に休息、昼寝。</p> <p>16:00 洗濯物の取り入れ。夕食の準備。相撲の時期はテレビ。</p> <p>18:00 長女の帰宅を待ち夕食、その後入浴。テレビ観賞。</p> <p>21:00 就寝。</p>	<p>【友人との交流状況】 近所には三世帯、頻回に行き来あり。週 1 回の通院時に、友人や親戚の家を訪ねることもある。 週 2 回のディサービスで、同じ集落の知人と会う機会があり楽しみにしている。</p> <p>【主な外出先】 徒歩 2～3 分の近所、医療機関、友人・知人宅、ディサービス。</p> <p>【地域への参加状況】 農協や町内会の集まり、寺社の集まりには同居の長女が参加。 町内のサロンは開催場所が遠いため参加せず。 夏に回ってくる田の水まわりの役目は、日中の仕事でもあり歩行器を利用して行う。</p>		
経済状況	社会保険 国民年金		
保険・他法情報			
現在利用しているサービス	ディサービス週 2 回 歩行器のレンタル		

◎アセスメントに関する項目（*問題のない場合は□にチェックしない。）

健康状態	<p>■疾患名（変形性膝関節症・肩関節周囲炎） 発症年月日（平成12年頃）</p> <p>■医療機関名（H市民病院）</p> <p>【精神・身体機能】</p> <p><input type="checkbox"/>摂水（ ） <input type="checkbox"/>摂食（ ） <input type="checkbox"/>排尿（ ） <input type="checkbox"/>排便（ ）</p> <p><input type="checkbox"/>体重（ ） <input type="checkbox"/>脈（ ） <input type="checkbox"/>血圧（ ） <input type="checkbox"/>皮膚（ ）</p> <p><input type="checkbox"/>睡眠</p> <p>（その他 ）</p>
認知・精神面	<p><input type="checkbox"/>意識 <input type="checkbox"/>記憶 <input type="checkbox"/>注意 <input type="checkbox"/>実行機能 <input type="checkbox"/>失行 <input type="checkbox"/>感情 <input type="checkbox"/>理解 <input type="checkbox"/>判断</p> <p>（ ）</p>
本人のADL	<p>*生活のアンケートを記入する。</p> <p>生活のアンケート以外の項目で、記載することがあれば記入する。</p>
本人のIADL	<p>*生活のアンケートを記入する。</p> <p>生活のアンケート以外の項目で、記載することがあれば記入する。</p>
居住環境	<p>二階建ての日本家屋。農業を営んでおり、納屋がある。</p> <p>公道～玄関：10段ほどの石段とゆるやかなスロープが続く。石垣につかまり昇降。</p> <p>玄関：上がり框は25cmほど。柱や下駄箱につかまり昇降。</p> <p>勝手口：上がり框は40cmほど。改修により、踏み台と手すりを設置。</p> <p>トイレ：改修により、汽車式の和便から洋式に変更。合わせて手すりを設置。</p> <p>居室：ベッドを使用。</p> <p>台所：食卓はテーブルと椅子。台所仕事の間に休憩する椅子を用意している。</p>

地域の情報

<p>介護保険サービス： H地域に</p> <ul style="list-style-type: none"> ・居宅介護支援事業所13箇所 ・訪問介護事業所4箇所 ・訪問リハビリテーション事業2箇所 ・訪問看護事業所2箇所 ・通所介護事業所11箇所 ・通所リハビリテーション事業所3箇所 ・福祉用具貸与事業所7箇所 他 <p>地域のサービス：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・配食サービス ・緊急通報システム 他 <p>主な交通機関：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・バス（運行曜日限定） <p>対象者の家の周辺：</p> <p>山間部の農村地帯。近所は数軒あるが、子どもの家に引き取られたり、入院等で実際に居住しているのは3軒。</p>

生活総合アセスメント表

利用者氏名： N・Y

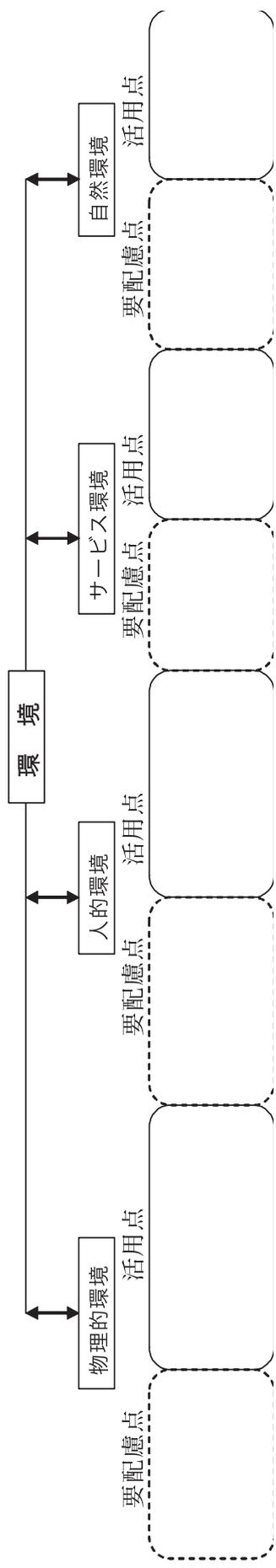
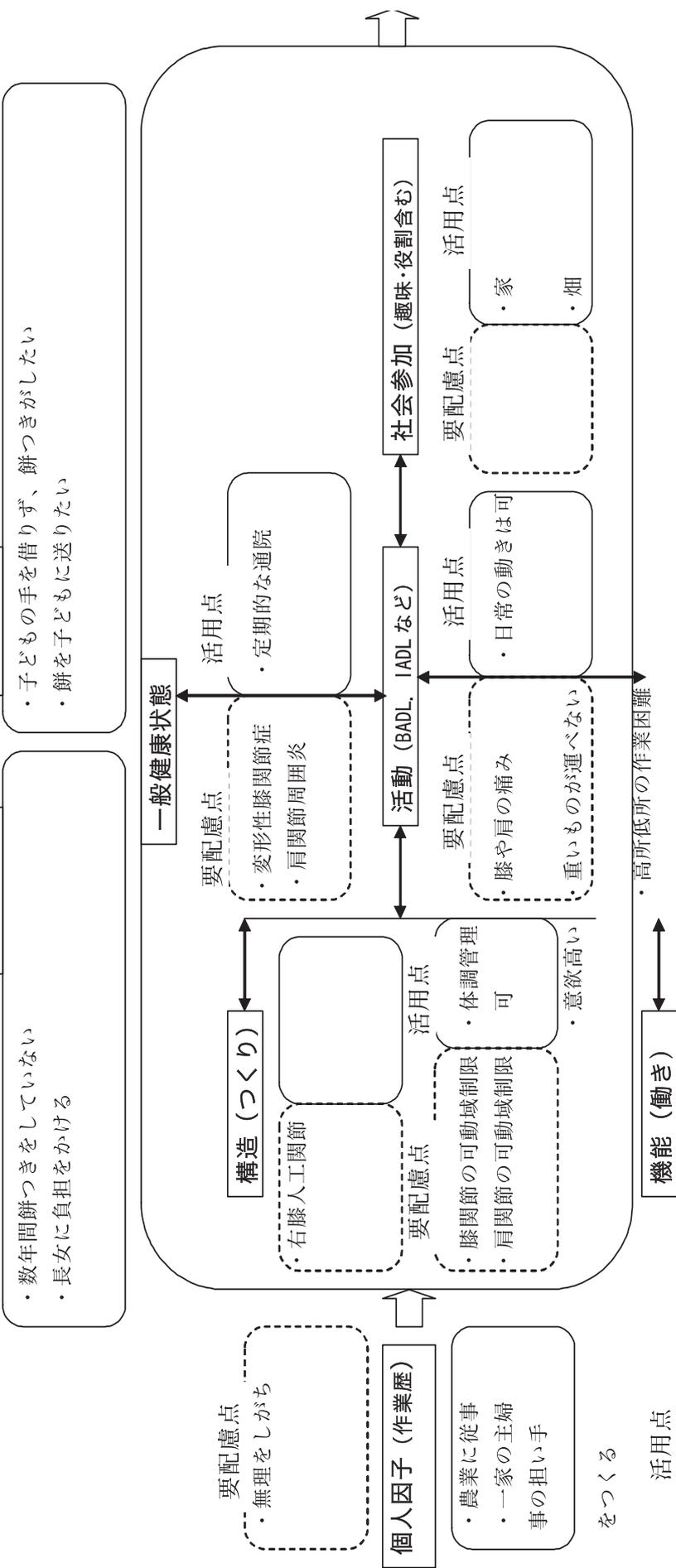
主な相談内容

不安・課題

希望・要望

記入日： H20.12.17

記入者：



主体的な作業の繰り返し（習慣化）による作業遂行力向上プラン表 記入者：

利用者氏名： N・Y

6ヶ月先の 具体的な生活目標	段 階 付		達成のための方法 (どのような作業する)	支援方法 (作業し易い環境をどのように調整する)		検証 (達成状況確認)
	() 月まで	この状態になっている		物理的	人的	
一人で餅つきをしたい。ついた餅を子どもに送りたい。	1月まで	長女と餅をつく。 作業を通して、直接支援を得る部分、準備してあれば可能な部分を自身で可能な部分を意識する。	段取りを長女に伝える	物理的 人的 サービス 指導・援助 その他	動線を考え、椅子を利用 長女の仕事が休みの日に共に行う	
	3月まで	長女と餅をつく。 ①よもぎを摘み、洗ってゆで、切る ②餅つき機やテーブル、餅台の準備を長女と共にする ③もち米をとぎ、かす ④餅つき機でつく ⑤つきあがった餅をテーブルに移す ⑥餅をちぎり、丸める ⑦餅を餅棚に移す ⑧後片付けを長女と行う	日々の調理の中で、鍋の移動方法やテーブルへの運搬方法を考え、工夫し、実行する。	物理的 人的 サービス 指導・援助 その他	動線を考え、椅子を利用 長女に欲しい支援を伝える 作業場所間を移動しやすいように各作業を行う場所を考慮する。少しずつ分けて運ぶ	



事例シート

◎基本情報に関する項目

	年齢 82 歳 女性	
受付年月	平成 20 年 6 月 7 日	
受付経路	窓口相談	
主な相談内容	外出が億劫、物忘れもするようになった、これから先が不安 介護認定あり（要支援 1）	
家族状況	夫 10 年前亡（CVA 再発） 長男 50 代（単身）閉じこもり傾向、本人が生活の世話をしている（食事・洗濯） 長女 40 代（単身）就労中、虚弱、本人が生活の世話をしている（食事・洗濯）	
生活歴（友人との交流、主な外出先、地域活動状況を含む）・職歴	生育歴・学歴 職歴：なし 生活歴：ラジオ体操・町会での旅行に参加していた 趣味歴：いけばな・詩吟（カルチャーセンター） カラオケ（K 館）	
生活状況 （主に余暇時間を把握する）	<p>一日の過ごし方</p> <p>6:00 起床、朝食準備</p> <p>8:00 片付け・洗濯</p> <p>12:00 昼食</p> <p>買い物</p> <p>16:00</p> <p>18:00 夕食 テレビ</p> <p>22:00</p> <p>24:00 就寝</p>	<p>【友人との交流状況】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ K 館でのカラオケ教室の友人 <p>【主な外出先】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ K 館 <p>【地域への参加状況】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 以前はラジオ体操に参加していたが現在はしていない
経済状況	年金・資産	
保険・他法情報	国保	
現在利用しているサービス	介護予防教室参加中（要支援 1 認定取消し後特定高齢者決定） 介護サービス利用での浴室改修済み（段差解消、手すりの設置）	

◎アセスメントに関する項目（*問題のない場合は□にチェックしない。）

健康状態	<input checked="" type="checkbox"/> 疾患名（高血圧）発症年月日（約10年前） <input type="checkbox"/> 医療機関名（近医かかりつけ医） 【精神・身体機能】 <input type="checkbox"/> 摂水（ ） <input type="checkbox"/> 摂食（ ） <input type="checkbox"/> 排尿（ ） <input type="checkbox"/> 排便（ ） <input type="checkbox"/> 体重（51kg） <input type="checkbox"/> 脈（ ） <input checked="" type="checkbox"/> 血圧（管理できている） <input type="checkbox"/> 皮膚（ ） <input type="checkbox"/> 睡眠 （その他 両膝痛の訴えあり）
認知・精神面	<input type="checkbox"/> 意識 <input type="checkbox"/> 記憶 <input type="checkbox"/> 注意 <input type="checkbox"/> 実行機能 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 感情 <input type="checkbox"/> 理解 <input type="checkbox"/> 判断 （先日財布がないと娘を巻き込んで騒いだが見つかった）
本人のADL	<ul style="list-style-type: none"> ・床からの立ち上がりはそばにある棚などを支えにして動作ができています ・階段昇降は手すりを利用してできています ・屋外歩行は杖やショッピングカー利用し15分程度できています、雨天外出しない ・入浴は手すりの設置や段差解消したので安全にできるようになった ・洗体、洗髪、更衣、口腔衛生など自立 ・トイレは手すり利用し自立
本人のIADL	<ul style="list-style-type: none"> ・食事準備、熱源の取り扱い自立 ・財産管理は自立だが今後の管理について不安を訴えている ・電話、服薬管理、通院自立 ・買い物はショッピングカー利用し自立 ・掃除機は時々かけるが、掃除・片付け・整理は苦手、ものが見つからないことがある、娘に叱られた ・買い物、K館は近いので出かけるがそれ以外はできなくなった
居住環境	住宅地、戸建（2階建て） 商業施設や公共施設が比較的近所（15分以内）にあるので生活は便利である 徒歩3分のところにK館あり

地域の情報

介護保険サービス：サービス事業者多数あり 住宅改修済み（浴室と廊下の段差解消・浴室手すりの設置） 介護予防教室参加希望があり、認定取消し申請を行った 地域のサービス：民間カルチャーセンターあり（詩吟所属） 主な交通機関：徒歩・電車・バス 対象者の家の周辺：住宅街、商店街、駅・バス停が近くにあり便利、医療施設多い 公的施設（スポーツ施設、健康増進、いきがい関連）あり

生活総合アセスメント表

記入日：20.12/25

利用者氏名： MS

記入者：

主な相談内容

不安・課題

- ・いつまでも動ける体でありたい（肩・膝の痛みがある）
- ・子供の健康に対する不安がある（50代、閉じこもり）
- ・財産管理の不安

希望・要望

- ・作りをしたい（部屋の片づけがうまくなりたい）
- ・ラジオ体操や町会の旅行にまた参加したい
- ・子の健康が回復してほしい
- ・財産管理について話し合いたい

一般健康状態

要配慮点

- ・肩膝の痛みがある
- ・家事の耐久性がない（体力の低下）

構造（つくり）

- ・入浴が楽しめるようになり膝の調子がよい

要配慮点

- ・高血圧

要配慮点

- ・通院・服薬管理できている

要配慮点

- ・ラジオ体操
- ・カラオケ
- ・介護予防教室
- ・町会の旅行

個人因子（作業歴）

- ・家事の役割

活動（BADL, IADL など）

- ・家事をしている（子の世話含め）

社会参加（趣味・役割含む）

機能（働き）

環境

物理的環境

- ・浴室手すりあり、浴室段差解消済み
- ・K館まで3分

人的環境

- ・カラオケの友人
- ・介護予防教室の参加者

サービス環境

- ・介護予防教室
- ・必要に際し任意後見相談

自然環境

- ・活用点

利用者氏名： MS

記入日：12月25日

主体的な作業の繰り返し（習慣化）による作業遂行力向上プラン表

記入者：

6ヶ月先の 具体的な生活目標	段 階 付		達成のための方法 (どのような作業する)	支援方法 (作業し易い環境をどのように調整する)		検証 (達成状況確認)
	1 2月まで	この状態になっている		物理的	人的	
毎日の家事動作を通して 体力の向上（自信回復）が 得られ、町会のバスハイク に参加する C2	買い物回数を週4回以上に する（シルバーカー利用）	体力の向上により週4回以上 買い物ができるようにな っている	・毎日家事をする ・テレビ体操（自宅） ・介護予防教室参加	物理的 友人と一緒に教室参加する	物理的 友人と一緒に教室参加する	・体の柔軟性ができず いても踏ん張れるようにな った ・ほぼ毎日買い物に行っ ている、帰ると疲れ休憩す る ・居間には息子のものも多 くあるので片付かない、も の探しを時々する（財布が 見つからない） ・掃除機かけは週1回位
	居間と廊下の掃 除機かけを週2 回する	居間と廊下の掃除機かけが できるよう片づけができ ている	上記同様	物理的 上記同様	物理的 上記同様	
体力の向上（自信回復）に より町会のバスハイクに 参加する C2				物理的	物理的	・12月バスハイク参加し た、疲れたが楽しかった
				人的 サービス 指導・援助 その他	人的 サービス 指導・援助 その他	



事例シート

◎基本情報に関する項目

	82歳 男性		
受付年月	平成20年11月5日		
受付経路	本人からの電話連絡		
主な相談内容	歩きにくくなってきた。外を歩くことが不安で出かけない。 また、筋トレ教室へ行くことで、前のように歩けるようになりたい。		
家族状況	妻、息子の3人暮らし。 息子は日中仕事に出かけ、通院などの外出時には妻が付き添う。		
生活歴（友人との交流、主な外出先、地域活動状況を含む）・ 職歴	生育歴・学歴 職歴： 定年まで郵政に勤務、定年後は守衛の仕事を74歳まで勤める。 生活歴： 趣味歴： 囲碁		
生活状況 （主に余暇時間を把握する）	<table border="1"> <tr> <td> <p>一日の過ごし方</p> <p>6:00</p> <p>7:30 起床</p> <p>8:30 朝食 歯磨き30分</p> <p>寝 たり起きたり</p> <p>12:00 昼食 歯磨き30分</p> <p>寝 たり起きたり</p> <p>19:00 夕食 歯磨き30分</p> <p>22:00 就 寝</p> </td> <td> <p>【友人との交流状況】</p> <p>【主な外出先】 通院のみ</p> <p>【地域への参加状況】 基会所へ行っても畳から立ち上がれないため最近は何も行っていない。</p> </td> </tr> </table>	<p>一日の過ごし方</p> <p>6:00</p> <p>7:30 起床</p> <p>8:30 朝食 歯磨き30分</p> <p>寝 たり起きたり</p> <p>12:00 昼食 歯磨き30分</p> <p>寝 たり起きたり</p> <p>19:00 夕食 歯磨き30分</p> <p>22:00 就 寝</p>	<p>【友人との交流状況】</p> <p>【主な外出先】 通院のみ</p> <p>【地域への参加状況】 基会所へ行っても畳から立ち上がれないため最近は何も行っていない。</p>
<p>一日の過ごし方</p> <p>6:00</p> <p>7:30 起床</p> <p>8:30 朝食 歯磨き30分</p> <p>寝 たり起きたり</p> <p>12:00 昼食 歯磨き30分</p> <p>寝 たり起きたり</p> <p>19:00 夕食 歯磨き30分</p> <p>22:00 就 寝</p>	<p>【友人との交流状況】</p> <p>【主な外出先】 通院のみ</p> <p>【地域への参加状況】 基会所へ行っても畳から立ち上がれないため最近は何も行っていない。</p>		
経済状況			
保険・他法情報			
現在利用しているサービス	なし		

生活総合アセスメント表

利用者氏名： S. K.

記入日：2008/12/18

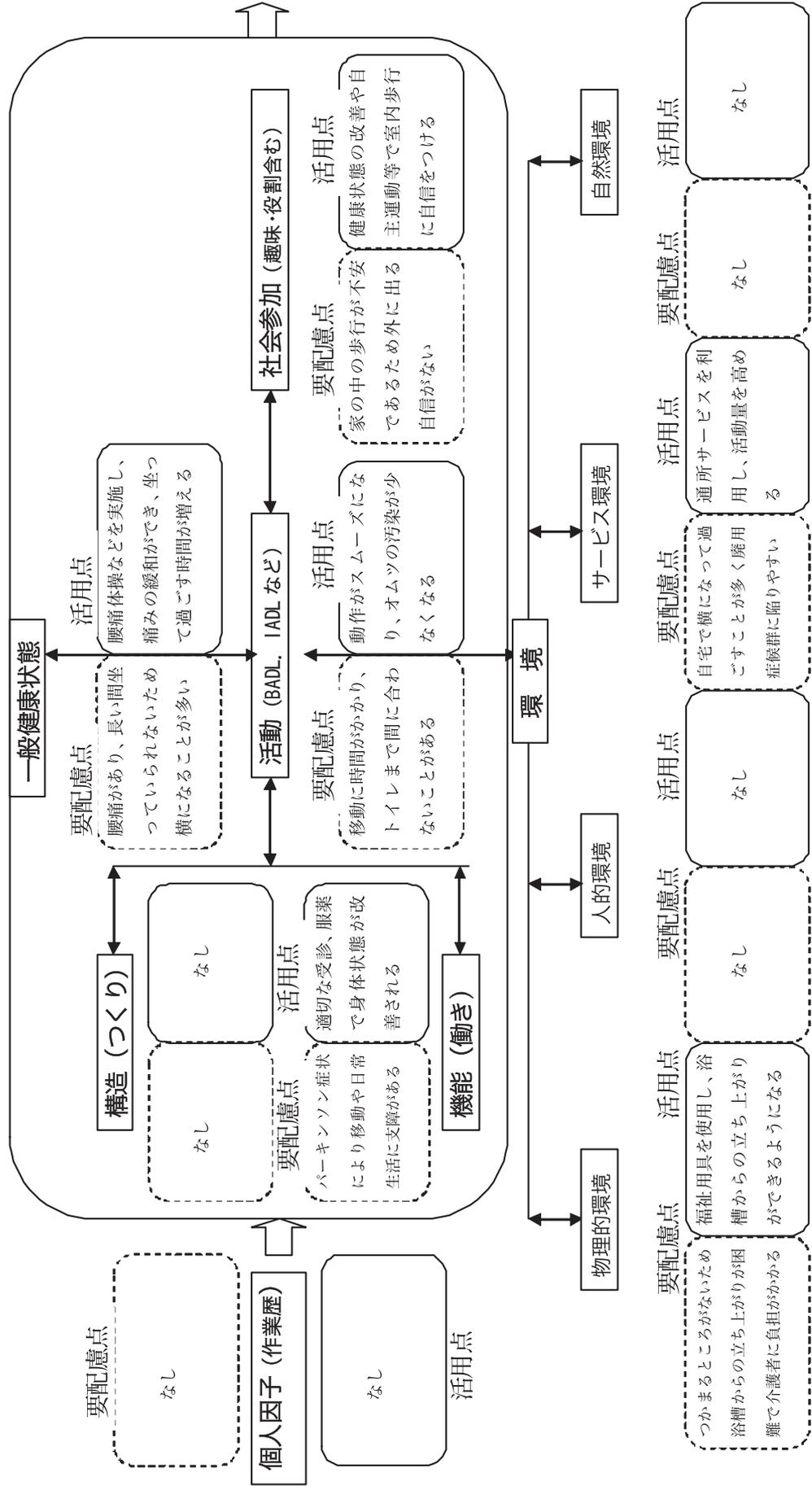
記入者：

主な相談内容
不安・課題
希望・要望

・歩きにくくなってきた。外を歩くことが不安で出か
けない。また、筋トレ教室へ行くことで、前のように
歩けるようになりたい。

・歩ぎにくくなってきたため、もう少しうまく歩けるようにな
りたい。

・浴槽で立ち上がれないことがある。



記入日： 2008/12/18

主体的な作業の繰り返し（習慣化）による作業遂行力向上プラン表 記入者：

利用者氏名： S. K.

6ヶ月先の 具体的な生活目標	段階付		達成のための方法 (どのような作業する)	支援方法 (作業しやすい環境をどのように調整する)		検証 (達成状況確認)
	() 月まで	この状態になっている		物理的	人的	
自宅で安心して入浴 できる。	H21.2	浴槽からの立ち上がり が介助なくできる。	福祉用具の検討、使用	バスグリップ、浴槽台の試用	なし	
自宅内移動に自信が つき、トイレに間に合 うことが多くなる。	H20.12	適切な科の受診、服薬 を行い、動作が少しで も円滑になる。	神経内科の受診	物理的	なし	近隣の神経内科を受診。 レボドパ複合剤を服用 し始める。開始 2 週間 後、少し動きがスムーズ になったと感じる。
				人的	なし	
	H21.3 (サービス 開始 3 カ月 後)	外出により活動量が増え、体 操等により腰の痛みの軽減、 動きが円滑になり自宅でも 座って過ごす時間が増え、自 主トレも行える。	通所サービスにて自分 でできる体操などを実 施。自宅でも実施する。	物理的	なし	
				人的	なし	
				サービス	体操の指導	
				指導・援助	自宅での体操の促し	
				その他	なし	
				物理的		
				人的		
				サービス		
				指導・援助		
				その他		

事例シート

◎基本情報に関する項目

	歳 男性												
受付年月	平成20年12月 17日												
受付経路	介護者の妻より、高齢者支援センターのケース担当に電話相談あり。												
主な相談内容	通所介護に週1回利用する以外は、自宅では何もしないで日中もボーッとしたりウトウトと寝てばかりいる。自分からは何もしようとしない。												
家族状況	介護者の妻との二人暮らし。息子家族が隣に家を建てて住んでいる。長女と次女は市外にて家庭を持ち住んでいる。												
生活歴（友人との交流、主な外出先、地域活動状況を含む）・職歴	<p>生育歴・学歴 同町にて生まれ育った。商業高校を卒業。</p> <p>職歴： 貿易関係の仕事に勤務し 九谷焼を商品として扱っていたが、地元の九谷焼業者で住みこみで勤務し、その後は自営にて九谷焼きの絵付けや販売を行っていた。</p> <p>生活歴： 貿易関係の仕事に勤務していたときは県外に在住し、その後は市内にて九谷焼関係の仕事に携わってからは住みこみで勤務していたが、結婚を機に自営業を始め、市営住宅に住むこともあったが、現在は生まれた町内で自宅と会社を建てて住んでいる。仕事は妻ができる範囲内のみの業務を行っている。</p> <p>趣味歴： 以前は、麻雀・バレーボール・器械体操・ハーモニカ・トランペットなど多趣味だったが、現在はなし。</p>												
生活状況 （主に余暇時間を把握する）	<table border="0"> <tr> <td>一日の過ごし方</td> <td>【友人との交流状況】</td> </tr> <tr> <td>9:00 起床 着替え・床上げなど</td> <td>無し。</td> </tr> <tr> <td>11:00 朝食 テレビ観賞・ 新聞をみる 傾眠</td> <td>【主な外出先】 ・通所介護（週1回） ・病院受診（月1回） ・散歩（近所のみ・天候が良ければ） ※閉じこもり状態</td> </tr> <tr> <td>13:30 昼食 テレビ観賞 散歩（天候が良ければ） 傾眠</td> <td>【地域への参加状況】 ・老人会活動 ⇒参加せず。 ・いきいきサロン ⇒以前は妻の積極的な声かけで何とか月1回は参加していたが、最近は声かけしても行かなくなった。</td> </tr> <tr> <td>19:00 夕食</td> <td>・お参りなどの寺活動 ⇒参加せず。</td> </tr> <tr> <td>20:00 就寝 夜間に何度か起きる （トイレ・飲水・喫煙等）</td> <td>・ボランティア活動 ⇒参加せず。</td> </tr> </table>	一日の過ごし方	【友人との交流状況】	9:00 起床 着替え・床上げなど	無し。	11:00 朝食 テレビ観賞・ 新聞をみる 傾眠	【主な外出先】 ・通所介護（週1回） ・病院受診（月1回） ・散歩（近所のみ・天候が良ければ） ※閉じこもり状態	13:30 昼食 テレビ観賞 散歩（天候が良ければ） 傾眠	【地域への参加状況】 ・老人会活動 ⇒参加せず。 ・いきいきサロン ⇒以前は妻の積極的な声かけで何とか月1回は参加していたが、最近は声かけしても行かなくなった。	19:00 夕食	・お参りなどの寺活動 ⇒参加せず。	20:00 就寝 夜間に何度か起きる （トイレ・飲水・喫煙等）	・ボランティア活動 ⇒参加せず。
一日の過ごし方	【友人との交流状況】												
9:00 起床 着替え・床上げなど	無し。												
11:00 朝食 テレビ観賞・ 新聞をみる 傾眠	【主な外出先】 ・通所介護（週1回） ・病院受診（月1回） ・散歩（近所のみ・天候が良ければ） ※閉じこもり状態												
13:30 昼食 テレビ観賞 散歩（天候が良ければ） 傾眠	【地域への参加状況】 ・老人会活動 ⇒参加せず。 ・いきいきサロン ⇒以前は妻の積極的な声かけで何とか月1回は参加していたが、最近は声かけしても行かなくなった。												
19:00 夕食	・お参りなどの寺活動 ⇒参加せず。												
20:00 就寝 夜間に何度か起きる （トイレ・飲水・喫煙等）	・ボランティア活動 ⇒参加せず。												

経済状況	国民年金 厚生年金
保険・他法情報	介護保険 (要支援1)
現在利用しているサービス	・通所介護 (週1回:運動器加算:作業療法士常勤配置)。 ・福祉用具貸与 (屋外用歩行器)

◎アセスメントに関する項目 (*問題のない場合は□にチェックしない。)

健康状態	<p>■疾患名 (うっ血性心不全) 発症年月日 (H17.3.24) □医療機関名 (H 病院) 疾患名 (心筋梗塞) 発症年月日 (不詳) □医療機関名 (H 病院) 疾患名 (僧帽弁閉鎖不全症) 発症年月日 (不詳) □医療機関名 (H 病院) 疾患名 (アルコール性肝炎) 発症年月日 (不詳) □医療機関名 (H 病院)</p> <p>【精神・身体機能】 □摂水 () □摂食 () □排尿 () □排便 () □体重 () □脈 () □血圧 ()</p> <p>■皮膚 (帯状疱疹:頭部・顔面) ■睡眠 (日中も入眠傾向) その他 ()</p>
認知・精神面	□意識 □記憶 □注意 □実行機能 □失行 □感情 □理解 □判断 (軽度の物忘れや、軽微な日常の中でのミスが生じてきている。)
本人の ADL	<p>*生活のアンケートを記入する。 生活のアンケート以外の項目で、記載することがあれば記入する。 入浴:入浴行為自体があまり好きではないため頻度は少なめ。最近では浴槽への出入りや洗体動作に見守りや声かけや一部介助することが少しずつみられてきている。 通所介護では入浴はしない (帯状疱疹の関係があり、かなりぬるめのお湯でないと痛みが生じるために他者と合わせられないなど) 口腔:歯磨きはあまりしない。ゆすぐ程度。</p>
本人の IADL	<p>*生活のアンケートを記入する。 生活のアンケート以外の項目で、記載することがあれば記入する。 買い物:しない。妻任せ。 調理 :ほとんどしない。妻任せ。たまに盛り付け程度。 洗濯 :妻が依頼して声かけすれば、自分の分のみを、干す・取り込む・たたむ。 掃除 :妻が依頼して声かけすれば、玄関掃除や自宅周辺の落葉掃除や孫用のおもちゃの片付けは行う。 金銭管理:小遣い程度。妻任せ 家の手入れ:妻が依頼して声かけすれば、照明交換や、自宅周辺の草むしりや落葉掃除。 その他:妻が依頼して声かけすれば、布団の上げ下げ。</p>
居住環境	自宅内は、夫婦二人専用の平屋に建て替えたときにバリアフリーに配慮して設計しており、自宅は時に問題なし。

地域の情報

<p>介護保険サービス:(自宅がある市内の「T地区」におけるサービス事業所状況): 居宅介護支援事業所(4) 通所リハビリ(1)、通所介護(運動器加算有:1、無:2) 訪問リハビリ(1)、訪問看護(1)、訪問介護(2) 福祉用具貸与事業所(0)、 グループホーム、(2)小規模多機能(建設中)、 介護老人保健施設(1)・介護老人福祉施設(0)</p> <p>地域のサービス:町内ボランティアによる閉じこもり予防活動(いきいきサロン) 民生委員や福祉推進員による活動 市社会福祉協議会による諸活動(地域福祉関係)</p> <p>主な交通機関 :コミュニティバス(公営の市内巡回バス)、民間の公共バス、H病院の送迎バス 対象者の家の周辺:自宅前が県道のため外出時に危険性はある。</p>
--

生活総合アセスメント表

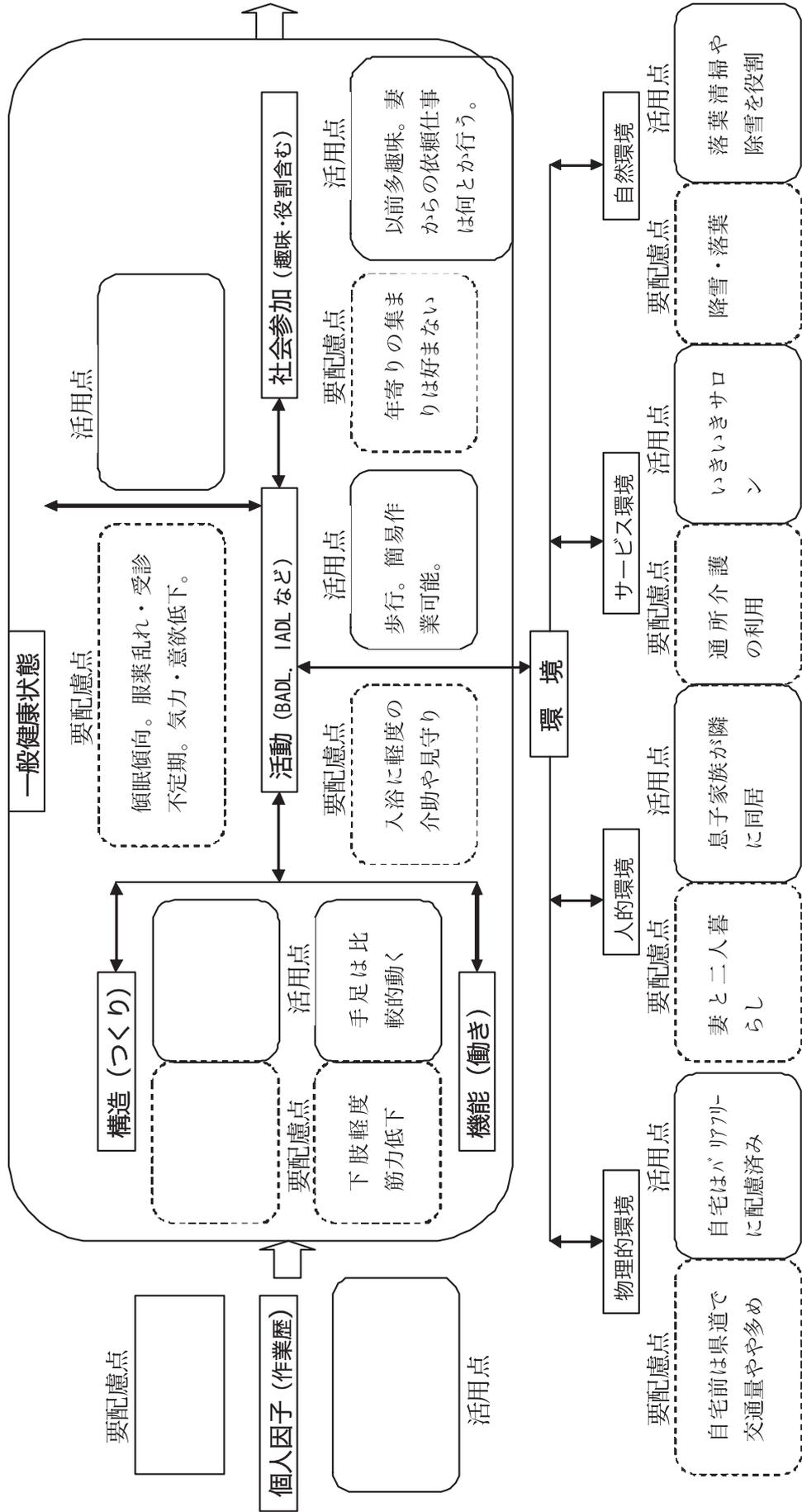
記入日：
記入者：

主な相談内容
希望・要望

不安・課題

本人：のほほんとしていたい。テレビをぼかんとみているほうが体に楽で良い。
介護者：体を動かしたり、家のことを自分からしてほしい。

自宅では介護者の声かけや促しがないと何もしないでボーンとしたり傾眠している。起床や朝食時間がだんだん遅くなり生活リズムに乱れあり。



主体的な作業の繰り返し（習慣化）による作業遂行力向上プラン表

具体的な生活目標	段階付		達成のための方法	支援方法		検証 (達成状況確認)
	月まで	この状態になっている		物理的 人的	服薬箱の改善 介護者・息子による管理	
C1 生活リズムの改善	1月中旬	<p>この状態になっている</p> <p>次回の受診は、家族同伴で行い、常時傾眠状況・服薬の乱れ・生活リズムの乱れについて医師に的確に説明され医療的側面での確認や対応がされる。</p>	<p>介護者か息子による付添での受診。介護者による服薬管理。受診間隔日数と服薬処方数を合わせる。</p>	<p>物理的</p> <p>人的</p> <p>サービス</p> <p>指導・援助</p> <p>その他</p>	<p>服薬箱の改善</p> <p>介護者・息子による管理</p> <p>通所介護での指導</p>	<p>服薬管理は妻が毎回手渡しして服用させるようになった。しかし、介護者が、服用の必要性に対する認識が低く、介護者の判断でのませたりのままなかつたりしている。受診は、病院送迎バスの時間には寝ている間に合わないことや、服薬がかなり残っていることを理由に受診はしていない。再三の受診勧奨で、2月中には受診する約束は何とかがしてくれている状況。</p>
	1月中旬	<p>生活習慣において起床と朝食時間が改善。日中における、傾眠やボーッと座っているのみの無意義な余暇時間が減る。</p>	<p>関家庭や孫に係する役割や簡易作業を見出し、実践に努めていく。</p>	<p>物理的</p> <p>人的</p> <p>サービス</p> <p>指導・援助</p> <p>その他</p>	<p>役割や簡易作業の提示</p> <p>介護者・息子・孫</p> <p>通所場面で活動の習得</p>	<p>午前中は何とか起きているようになってきているが、朝は午前9時に起床。通所サービスの利用日のみ午前8時起床。 大豆のより分け作業を介護者に準備されてもらうようになった。</p>
C2 自宅での役割や、生きがいづくりへの活動を見出し実践する。	1月中旬	<p>介護者からの促しや声かけを必要としながらも、落葉掃除・除雪などの男性的役割として導入しやすいことから毎日の習慣的な実践へ。</p>	<p>関家庭や孫に係する役割や簡易作業を見出し、実践に努めていく。 落葉掃除・除雪など 孫のためにも昔のおもちゃ作成など</p>	<p>物理的</p> <p>人的</p> <p>サービス</p> <p>指導・援助</p> <p>その他</p> <p>人的</p> <p>サービス</p> <p>指導・援助</p>	<p>役割や簡易作業の提示</p> <p>介護者・息子・孫</p> <p>通所場面で活動の習得</p>	<p>テレビ観賞が多いが、妻の声かけにて豆より作業や、天候がよければ歩行者を使用して散歩している。 何かしなくてはいけないという認識レベルはやや向上している。</p>

事例シート

◎基本情報に関する項目

	83歳 女性		
受付年月	平成20年4月 日		
受付経路	前任より引継		
主な相談内容	独居生活を継続したいが、足腰の痛みもあり、家族も遠方におり、安心して生活したい。調理や掃除機がけは1人ではできない。		
家族状況	独居。2男1女の子等は県外。		
生活歴（友人との交流、主な外出先、地域活動状況を含む）・職歴	生育歴・学歴・職歴・生活歴・趣味歴： 県外出身。県内で育ち、織物会社勤務。戦時中は県外の海軍工場で挺身隊の経験あり。県内で結婚しS24年に現住所に在住し、夫と魚屋を営みながら子を育て、畑などもしていた。子供が独立し、S56年夫死亡し、1人暮らし。平成17年ごろまでは地域の手芸の会などに参加していた。親しい友人が死亡し、交流することも減少した。		
生活状況 （主に余暇時間を把握する）	<table border="1"> <tr> <td>一日の過ごし方 6:00 起床 朝食 8:00 新聞・テレビ・一休み 家事 12:00 昼食 家事・一休み 16:00 18:00 夕食 入浴 22:00 就寝</td> <td> <p>【友人との交流状況】 2人と電話程度。</p> <p>【主な外出先】 かかりつけ医受診（月1～必要に応じ） 介護予防通所リハ（週1回）</p> <p>【地域への参加状況】 町内のいきいきサロン（2月に1回程）</p> </td> </tr> </table>	一日の過ごし方 6:00 起床 朝食 8:00 新聞・テレビ・一休み 家事 12:00 昼食 家事・一休み 16:00 18:00 夕食 入浴 22:00 就寝	<p>【友人との交流状況】 2人と電話程度。</p> <p>【主な外出先】 かかりつけ医受診（月1～必要に応じ） 介護予防通所リハ（週1回）</p> <p>【地域への参加状況】 町内のいきいきサロン（2月に1回程）</p>
一日の過ごし方 6:00 起床 朝食 8:00 新聞・テレビ・一休み 家事 12:00 昼食 家事・一休み 16:00 18:00 夕食 入浴 22:00 就寝	<p>【友人との交流状況】 2人と電話程度。</p> <p>【主な外出先】 かかりつけ医受診（月1～必要に応じ） 介護予防通所リハ（週1回）</p> <p>【地域への参加状況】 町内のいきいきサロン（2月に1回程）</p>		
経済状況	国民年金、厚生年金遺族年金		
保険・他法情報			
現在利用しているサービス	介護予防通所リハ（週1回）、介護予防訪問介護（週1回2時間：調理・掃除） 市緊急通報装置設置		

◎アセスメントに関する項目（*問題のない場合は□にチェックしない。）

健康状態	<p>■疾患名（左大腿骨骨折・骨粗しょう症・脳梗塞）発症年月日（H20. 5. 6 その他） □医療機関名（ ）</p> <p>【精神・身体機能】</p> <p>□摂水（ ） □摂食（ ） □排尿（ ） □排便（ ）</p> <p>□体重（ ） □脈（ ） ■血圧（高血圧症） □皮膚（ ）</p> <p>□睡眠（その他 ）</p>
認知・精神面	<p>□意識 ■記憶 □注意 □実行機能 □失行 □感情 □理解 □判断（なべ焦がしが時折ある）</p>
本人のADL	<p>*生活のアンケートを記入する。 生活のアンケート以外の項目で、記載することがあれば記入する。</p>
本人のIADL	<p>*生活のアンケートを記入する。 生活のアンケート以外の項目で、記載することがあれば記入する。</p>
居住環境	<p>在所の端にある1軒屋に在住。500メートル先に個人の商店あり。隣家の人と交流あり、簡単なことは相談している。1キロメートル先に大型スーパーあり。</p>

地域の情報

<p>介護保険サービス：</p> <p>地域のサービス：</p> <p>主な交通機関： タクシー、市内循環バス</p> <p>対象者の家の周辺： 500メートル先に個人の商店あり。隣家の人と交流あり、簡単なことは相談している。1キロメートル先に大型スーパーあり。</p>

生活総合アセスメント表

利用者氏名： T. E.

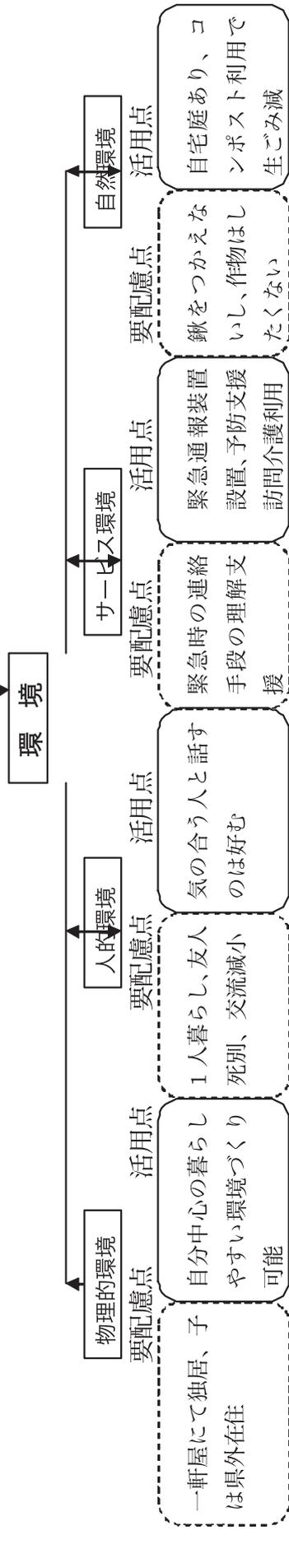
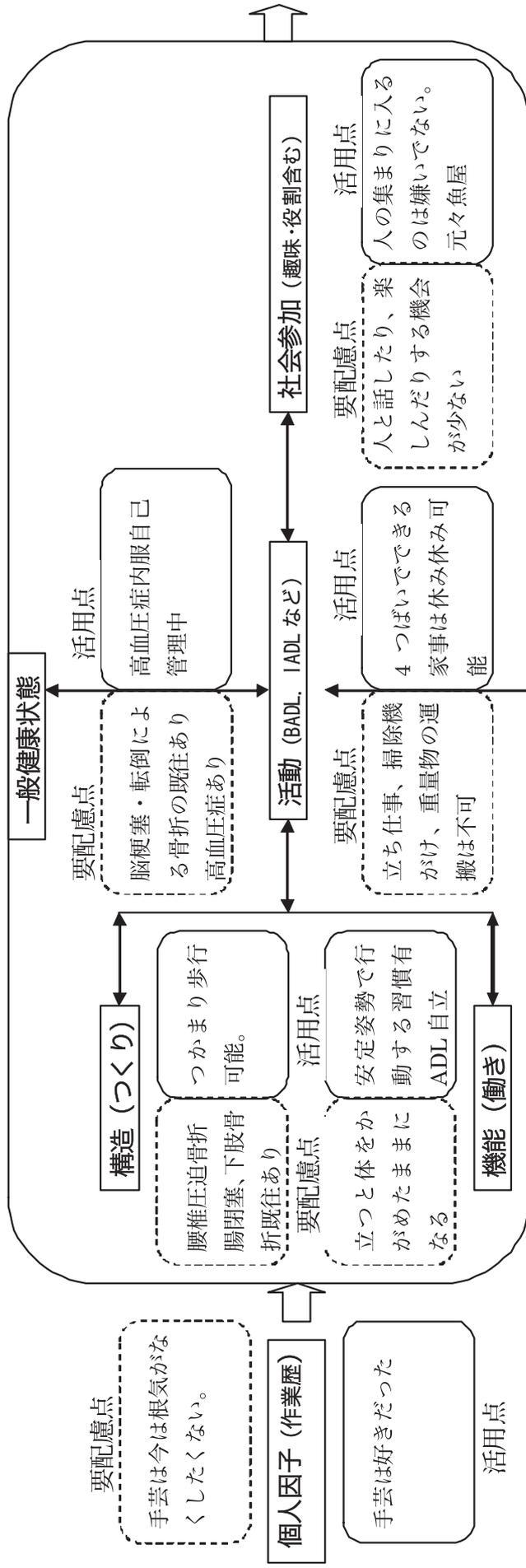
記入日： H20.12.19

記入者：

主な相談内容
不安・課題
希望・要望

家事をすするとお腹に力がはいらず、疲れるため時間がかかる。転ぶ心配がある。

転ばずにきれいに掃除をし、洗濯物干しが早くできるよ
うになりたい。



記入日：H20.12.19

主体的な作業の繰り返し（習慣化）による作業遂行力向上プラン表

記入者：_____

利用者氏名： T. E. _____

6ヶ月先の 具体的な生活目標	段 階 付		達成のための方法 (どのような作業する)	支援方法 (作業し易い環境をどのように調整する)	検証 (達成状況確認)
	(1)月まで	この状態になっている			
C1 転ばず、つかれても長く休まずに、掃除をきれいにできる		転倒せずに、掃除の一部ができています。行き届かない部分は支援してもらい、できることは協力する。	下肢機能、耐久性改善。 できる掃除の継続。 できない掃除や行き届かない部分の依頼。	物理的 人的 サービス 指導・援助 その他 通所リハ・訪問介護利用 介護予防支援 シルバークリニック	
				物理的 人的 サービス 指導・援助 その他	
C2 転ばず、疲れても長く休まずに物干しを早くできる		転倒せずに、短い休みで疲れすぎずに物干しをする。大きなものは支援してもらおう。		物理的 人的 サービス 指導・援助 その他 通所リハ・訪問介護利用 介護予防支援	
				物理的 人的 サービス 指導・援助 その他	



事例シート

◎基本情報に関する項目

	89歳 女性																						
受付年月	平成 19 年 9 月 21 日																						
受付経路	民生委員さんからの独居高齢者訪問より																						
主な相談内容	<ul style="list-style-type: none"> ・ひとり暮らしで外出の機会が少ない。 ・介護保険を利用するほどではないが、年々体力の低下があり、体力づくりをしたい。 																						
家族状況	ひとり暮らし。 同じ町に、息子が二人住んでいるが、二男のみ行き来している。 長男とは絶縁状態。本人は、12人きょうだいの第1子である。																						
生活歴（友人との交流、主な外出先、地域活動状況を含む）・職歴	<p>生育歴・学歴 北海道 E 町にて、出生。本人は、12人きょうだいの第1子。12歳まで小学校卒業し、13歳より農家に奉公にでる。その後、17歳で結婚。子どもは、5人。(T市在住2名。他はE町在住)</p> <p>昭和59年に、夫が体調不良となり、離農し、長男を頼ってT市に転居。</p> <p>職歴： 自営業（農家）を夫と一緒にしていた。(本人 68歳まで)。 その後は、専業主婦（主に夫の介護）。</p> <p>生活歴： 実家も、奉公先も、嫁ぎ先も農家であるので、小さい時から、畑や水田の作業をしている。平成6年まで。大変苦勞をしたようで、奉公先も嫁ぎ先も親が決めた通りにすごしてきている。</p> <p>趣味歴： 畑仕事以外は、趣味はない。自宅ではテレビやラジオを聴いている。</p>																						
生活状況 (主に余暇時間を把握する)	<table border="0"> <tr> <td>一日の過ごし方</td> <td>【友人との交流状況】</td> </tr> <tr> <td>6:00 起床</td> <td>近所に、同郷の方がいるのでときどき遊びに行く。</td> </tr> <tr> <td>8:00 朝食</td> <td>【主な外出先】</td> </tr> <tr> <td>掃除・洗濯など</td> <td>病院（ついでに買い物）</td> </tr> <tr> <td>12:00 昼食</td> <td>介護予防事業（特定）</td> </tr> <tr> <td>昼寝</td> <td>体操教室</td> </tr> <tr> <td>16:00</td> <td>※身内の家にはいかない。</td> </tr> <tr> <td>夕食</td> <td>次男が2週に1回くる。</td> </tr> <tr> <td>18:00</td> <td>【地域への参加状況】</td> </tr> <tr> <td>21:00 就寝</td> <td>町内会の活動には時々参加する。</td> </tr> <tr> <td></td> <td>地域に老人クラブがない。</td> </tr> </table>	一日の過ごし方	【友人との交流状況】	6:00 起床	近所に、同郷の方がいるのでときどき遊びに行く。	8:00 朝食	【主な外出先】	掃除・洗濯など	病院（ついでに買い物）	12:00 昼食	介護予防事業（特定）	昼寝	体操教室	16:00	※身内の家にはいかない。	夕食	次男が2週に1回くる。	18:00	【地域への参加状況】	21:00 就寝	町内会の活動には時々参加する。		地域に老人クラブがない。
一日の過ごし方	【友人との交流状況】																						
6:00 起床	近所に、同郷の方がいるのでときどき遊びに行く。																						
8:00 朝食	【主な外出先】																						
掃除・洗濯など	病院（ついでに買い物）																						
12:00 昼食	介護予防事業（特定）																						
昼寝	体操教室																						
16:00	※身内の家にはいかない。																						
夕食	次男が2週に1回くる。																						
18:00	【地域への参加状況】																						
21:00 就寝	町内会の活動には時々参加する。																						
	地域に老人クラブがない。																						
経済状況	年金 月約5万円 次男さんが時々お米を持ってきてくれるが、非常に生活に困窮している様子。 節約して生活している。																						
保険・他法情報																							
現在利用しているサービス	特定高齢者介護予防事業 民間の宅配車（生鮮食品を車に積んで販売する）																						

◎アセスメントに関する項目（*問題のない場合は□にチェックしない。）

健康状態	<input checked="" type="checkbox"/> 疾患名（両膝変形性関節症・心肥大）発症年月日（20年前から） <input checked="" type="checkbox"/> 医療機関名（T市立病院） 【精神・身体機能】 <input type="checkbox"/> 摂水（ ） <input type="checkbox"/> 摂食（ ） <input type="checkbox"/> 排尿（ ） <input type="checkbox"/> 排便（ ） <input type="checkbox"/> 体重（ ） <input type="checkbox"/> 脈（ ） <input type="checkbox"/> 血圧（ ） <input type="checkbox"/> 皮膚（ ） <input type="checkbox"/> 睡眠 （その他 ）
認知・精神面	<input type="checkbox"/> 意識 <input type="checkbox"/> 記憶 <input type="checkbox"/> 注意 <input type="checkbox"/> 実行機能 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 感情 <input type="checkbox"/> 理解 <input type="checkbox"/> 判断 （ ）
本人のADL	<ul style="list-style-type: none"> ・時間をかければ、食事・更衣・入浴など可能。 ・入浴は、昨年、自立支援事業（T市独自サービス 上限5万まで3割負担）にて、福祉用具（浴槽台とグリップを購入している）
本人のIADL	<ul style="list-style-type: none"> ・買い物：病院の帰り以外は、ほとんどいかない（膝が痛いので荷物を持ってない）。2週に1回、移動販売の車が自宅前に来てくれる。 ・交通機関はかろうじてバスに乗ることを1度試みたが、転倒している。病院以外は外出しないが、タクシーで移動している。 ・預貯金の出し入れなどは近くの郵便局まで歩く。
居住環境	中古住宅を昭和59年に購入して、転居してきた。 玄関とトイレに、手すり設置している。 風呂に福祉用具。 住宅地のため、近所とのつきあいあり。 買い物のできる店までは、片道20分以上歩く必要がある。

地域の情報

介護保険サービス：(滝川市内) 特別養護老人ホーム（1） 経費老人ホーム（1） 養護老人ホーム（1） 有料老人ホーム（3） 介護老人保健施設（1） グループホーム（5） 通所介護（デイサービス）（5） 通所リハ（デイケア）（2） 訪問介護（5） 訪問看護（2） 訪問リハ（1） 居宅介護支援事業所（6） 地域のサービス：(地域のサービスって？ 市の福祉のサービスと民間のサービスと両方でいいですか?) 配食サービス（市：1 民間：2） 自立ヘルパー 緊急通報 福祉除雪 地域支援事業（介護予防事業他） 主な交通機関： 対象者の自宅からバス停まで10分程度歩く。他はなし。 対象者の家の周辺： 昭和50年代に、住み始めた人ばかりの地域なので、平均年齢70歳くらい。独居と高齢者夫婦が多い地区。

生活総合アセスメント表

利用者氏名: MT

主な相談内容

不安・課題

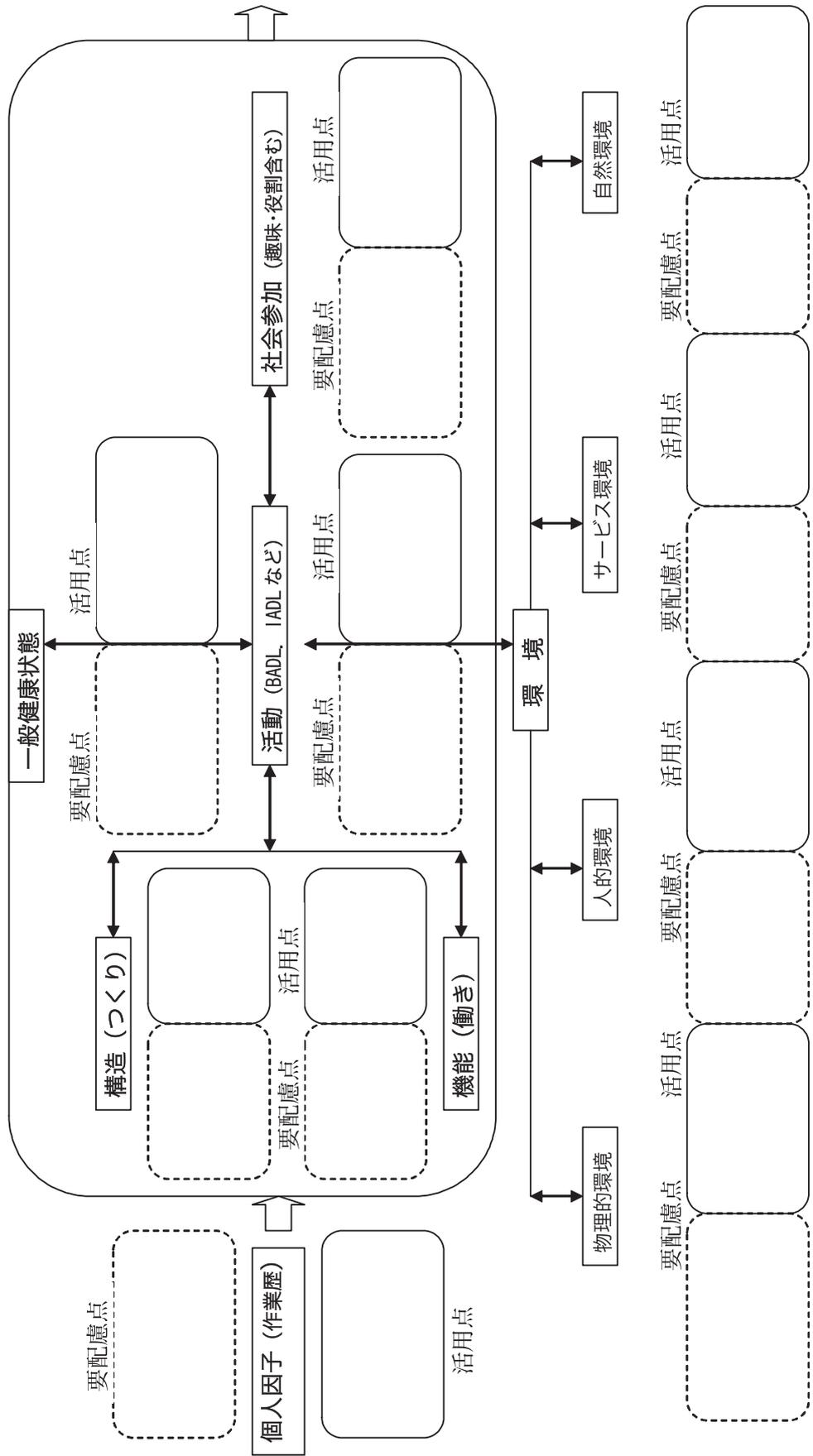
希望・要望

記入日: H20.12.18

記入者:

歩けなくなるとひとり暮らしができなくなる。
経済的に大変である。

体力低下しないようにしたい。
生活を工夫して節約して生活したい



主体的な作業の繰り返し（習慣化）による作業遂行力向上プラン表 記入者：

利用者氏名： M T

6ヶ月先の 具体的な生活目標	段階付		達成のための方法 (どのような作業する)	支援方法 (作業し易い環境をどのように調整する)		検証 達成状況確認)
	()月まで	この状態になっている		物理的	人 的	
C1 健康で過ごして、ひとりで暮らしを続けたい。 掃除や洗濯、調理を今と同じようにしていきたい。			膝の痛みに気をつけて、無理をしないようにする。作業の時間や休息の方法を自己コントロールできながら進める。 うに相談しながら進める。	物理的	順番や道具の工夫	掃除や洗濯、調理については、自分で工夫をしながら実施していた。
				人 的	作業方法・時間を確認	
C2 介護予防教室（温泉教室）や地域の体操教室に通い、運動し他の参加者と楽しく続けたい。			出かけるところがほとんどないので外出が少ない。 体力づくりと閉じこもり予防の目的のため、介護予防事業や体操教室に通って	物理的	送迎をする。歩いていける所に参加する。	ほぼ休まずに、介護予防教室などに参加している。体調や、生活で努力しすぎないか確認をした。
				人 的	介護予防事業	
				サービス	体調・日常生活にて無理をしないか工夫する点がないか確認する。	
				指導・援助		
				その他		



事例シート

◎基本情報に関する項目

	82歳 男性
受付年月	平成20年12月 4日
受付経路	要介護認定
主な相談内容	本人：足腰が弱り、菊作りができなくなると、困る。ボケるのは不安。
家族状況	息子夫婦、孫2人と5人暮らし。
生活歴（友人との交流、主な外出先、地域活動状況を含む）・ 職歴	生育歴・学歴：現住所地の近くで生まれ、旧制高校を卒業する。 職歴：農業関係の職場に長年勤務する。 生活歴：定年後は菊作りを続けていた。約15年前に妻が池界し、飲酒量が徐々に増加する。約5年前から自室で臥床することが増え、菊作りの会への参加が減る。約2年前に飲酒も影響した転倒をきっかけに、主治医の勧めで介護保険サービスを利用するようになる。 趣味歴：菊作り
生活状況 （主に余暇時間を把握する）	一日の過ごし方 6：30～起床、お参り、 7：30～朝食 8：00～テレビ、園芸 12：00～昼食 13：00～テレビ、ラジオ 18：00～夕食 20：00～就寝 【友人との交流状況】 不定期であるが、菊作り仲間との交流はある。 【主な外出先】 週1回息子との買い物 【地域への参加状況】 菊作りの会
経済状況	厚生年金
保険・他法情報	後期高齢者医療保険
現在利用しているサービス	週1回通所介護

◎アセスメントに関する項目（*問題のない場合は□にチェックしない。）

健康状態	<input checked="" type="checkbox"/> 疾患名（糖尿病）発症年月日（H12年頃） <input checked="" type="checkbox"/> 医療機関名（T病院） 【精神・身体機能】 <input type="checkbox"/> 摂水（ ） <input type="checkbox"/> 摂食（ ） <input type="checkbox"/> 排尿（ ） <input type="checkbox"/> 排便（ ） <input type="checkbox"/> 体重（ ） <input type="checkbox"/> 脈（ ） <input checked="" type="checkbox"/> 血圧（高血圧） <input checked="" type="checkbox"/> 皮膚（老人性乾燥肌） <input type="checkbox"/> 睡眠（その他 ）
認知・精神面	<input type="checkbox"/> 意識 <input type="checkbox"/> 記憶 <input type="checkbox"/> 注意 <input type="checkbox"/> 実行機能 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 感情 <input type="checkbox"/> 理解 <input type="checkbox"/> 判断 （やや理解力の低下はあるが、生活に支障なし。）
本人のADL	*生活のアンケートを記入する。 生活のアンケート以外の項目で、記載することがあれば記入する。
本人のIADL	*生活のアンケートを記入する。 生活のアンケート以外の項目で、記載することがあれば記入する。
居住環境	2階建ての1階に自室あり。段差は敷居程度。

介護保険サービス：

生活圏域に介護老人福祉施設1箇所、グループホーム2箇所、通所介護施設3箇所、訪問介護事業所1箇所、訪問看護ステーション1箇所あり。

地域のサービス：

生活圏域に配食サービス事業所1箇所、老人福祉センター1箇所あり。

主な交通機関：

通学時間を除きバスは1時間に1～2本程度。

対象者の家の周辺：

住宅地。近隣にスーパーマーケットはある

主体的な作業の繰り返し（習慣化）による作業遂行力向上プラン表 記入者：

利用者氏名：S. M

6ヶ月先の 具体的な生活目標	段階付		達成のための方法 (どのような作業する)	支援方法 (作業し易い環境をどのように調整する)		検証 (達成状況確認)
	()月まで	この状態になっている		物理的	人的	
来年も菊作りを続けたい。 め、冬も花を育てたい。	1月	花の芽を枯らさない。	①家族と園芸用品を買い物する。 ②毎日園芸作業を行う。 ③体力維持のため、毎日自宅でも体操を行う。 ④転倒予防および糖尿病悪化予防のため、お酒を飲み過ぎないようにする。	①自宅にあるビニールハウスを利用する。	家族→①本人と園芸用品を買い物する。②園芸作業の重い荷物の運搬などは手伝う。③飲酒量の管理を行う。	転倒もなく、①家族協力による園芸作業、②通所介護や自宅での体操は実施されている。飲酒量も正月以外は増量していない。花の芽も育っている状況である。
				通所介護→①運動器機能向上メニューを提供する。 ケアマネ→①全般調整を行う。		
自宅でちぎり絵を続け、作品集を完成させたい。	1月	ちぎり絵の作品を増やす。	①家族とちぎり絵の材料を買い物する。 ②自宅で1週間に1作品を完成させる。	物理的	家族→①本人とちぎり絵の材料を買い物する。 通所介護→①ちぎり絵の下絵を提供する。 ケアマネ→①全般調整を行う。	ちぎり絵の材料は家族と買い物し、また少しずつ難しい内容のちぎり絵にも挑戦している。作品も増えている。
		人的		サービス		

事例シート

◎基本情報に関する項目

	74歳 男性	
受付年月	平成20年11月25日	
受付経路	担当ケアマネージャーからの相談	
主な相談内容	パーキンソン病・自宅内転倒し、腰椎圧迫骨折の既往あり。 便器からの立ち上がり・入浴動作が困難になってきたので、住宅改修を行いたい。	
家族状況	夫と二人暮らし。 長女は、町内。長男は、近隣の市に住んでいる。 時々、訪問してくれ、病院に連れてってくれたり、買物や掃除をしてくれている。	
生活歴（友人との交流、主な外出先、地域活動状況を含む）・ 職歴	<p>生育歴・学歴： 看護学校、保健婦学校卒業</p> <p>職歴： 保健師・養護教員として勤務</p> <p>生活歴： 結婚し、二人の子どもを育てながら、58歳まで働く。 退職後は、ボランティア会へ入り、平成18年まで活動していた。</p> <p>趣味歴： 編み物、日舞、書道</p>	
生活状況 （主に余暇時間を把握する）	<p>一日の過ごし方</p> <p>6:00 起床 朝食</p> <p>8:00 新聞・テレビを見て過ごす</p> <p>12:00 昼食</p> <p>15:00 夕食準備 } 長時間の立 位が困難。 16:00 } 2回に分け 17:00 夕食準備 } て準備する。 18:00 夕食</p> <p>20:30 入浴 21:30 就寝 22:00</p>	<p>【友人との交流状況】 3ヶ月に1回、旅行・食事会</p> <p>【主な外出先】 病院、スーパーマーケット</p> <p>【地域への参加状況】 月2～3回、近所の方とお茶のみ 入院前は、3. 7. 11月に旅行（2泊3日）も行ってきた。</p>
経済状況	年金暮らし	
保険・他法情報		
現在利用しているサービス	生協の宅配サービス	

◎アセスメントに関する項目（*問題のない場合は□にチェックしない。）

健康状態	<p>■疾患名（パーキンソン病）発症年月日（H14年10月）■医療機関名（M病院）</p> <p>【精神・身体機能】</p> <p>□摂水（ ） □摂食（ ） □排尿（ ） □排便（ ）</p> <p>□体重（ ） □脈（ ） □血圧（ ） □皮膚（ ）</p> <p>□睡眠 （その他 ）</p>
認知・精神面	<p>□意識 □記憶 □注意 □実行機能 □失行 □感情 □理解 □判断 （ ）</p>
本人のADL	<p>*生活のアンケートを記入する。 生活のアンケート以外の項目で、記載することがあれば記入する。</p>
本人のIADL	<p>*生活のアンケートを記入する。 生活のアンケート以外の項目で、記載することがあれば記入する。</p>
居住環境	<p>自宅、2階建て ご本人の自室は、1階にある。</p>

地域の情報

<p>介護保険サービス： 住宅改修、福祉用具購入、デイサービス検討中である。</p> <p>地域のサービス： 以前は、地区のネットワークのお世話役として活躍していた。</p> <p>主な交通機関： 入院前は、電車・タクシー等を利用。現在は、子供たちの車に乗せてもらい、出掛けている。</p> <p>対象者の家の周辺： 自宅から、2 km以内に、駅や商店がある。</p>
--

生活総合アセスメント表

利用者氏名： K・H

記入日：平成 20 年 12 月 3 日

記入者：

主な相談内容

不安・課題

希望・要望

自宅内で転倒の危険がある。
これ以上、足の力を弱くしたくない。

自宅内の環境を整え、安全にできるだけ転倒の不安なく、生活を送りたい。

