

記入日：平成 20 年 12 月 3 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：

利用者氏名： K・H

6ヶ月先の 具体的な生活目標	段階付 ()月まで この状態になっている	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)
			物理的 人的 サービス 指導・援助 その他	物理的 人的 サービス 指導・援助 その他	
C1 自宅内を転倒せず に、安全に暮らした い。	1月まで 転倒を防ぐ、安全な 環境設定を行う。	転倒を防ぐことが できるように、動作 の確認を行い、その 後、必要に応じて自 宅内の環境を整え る。	住宅改修・福祉用具の 検討を行う。 安全に自宅内で過ごせる ように動作指導を行う。	住宅改修や福祉用 具導入の環境整備 を行ったことによ って転倒の心配な く、安全に自宅内を 生活でききるよう になった。	
C2 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。	1月まで 1日1回外に出て、 庭を散歩する。	現在よりも体を動 かす機会を作る。	週2回デイサービスに 通所する。 歩行補助用具の検討	1月よりデイサービ 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。	



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12月12日																
受付経路	介護予防教室での把握																
主な相談内容	8月から1カ月程度、急性腎症で入院した。その後、足腰が少し弱った感じがすること、冬になると調子が悪くなるのが不安。																
家族状況	妻と次男の3人で暮らしている。妻が家事全般を行なっているが、自分でできる事は自分で行なうようにしている。道の向かいに長男家族が住み、交流がある。病院受診時には長男が運転し連れて行ってくれる。																
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：小学校・中学校・高等学校を卒業。高校生の時は、文学部に所属していた。</p> <p>職歴：高等学校を卒業後、会社に勤務する。30歳頃、転職し配送のトラックドライバーとして働く。</p> <p>生活歴：45歳頃、肺のう胞症と診断され左肺の手術を受ける。60歳の時、脳梗塞で倒れる（右不全麻痺）。リハビリを行ない、独歩出来るまでに回復。ごく軽度の麻痺が残る。現在も少し歩くと呼吸がつかなく、散歩が出来にくい。自転車に乗ると楽であるため、近くへの移動にも自転車を利用している。冬になると呼吸がつかなく外出が難しい。</p> <p>趣味歴：働いている時は、趣味と言えるものは、ほとんどなかった。脳梗塞になってから川柳を始め世の中の出来事に興味をもつようになった。新聞を読み、ラジオもよく聞いている。</p>																
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</td> <td>【友人との交流状況】</td> </tr> <tr> <td>6:30 起床・朝食</td> <td>・Aセンターに行った時に、気が合う人と話しをする</td> </tr> <tr> <td>8:00 午前中新聞を読んで過ごす</td> <td>【主な外出先】</td> </tr> <tr> <td>12:00 昼食</td> <td>・Aセンター（自転車をゆっくりこぎ、休憩を取りながら移動する。最近行く回数が減っている）</td> </tr> <tr> <td>14:00 Aセンターへ行く</td> <td>【地域への参加状況】</td> </tr> <tr> <td>16:00 Aセンターから帰る</td> <td>・近所とのつきあいはほとんどない状況。</td> </tr> <tr> <td>18:00 夕食</td> <td></td> </tr> <tr> <td>22:00 就寝</td> <td></td> </tr> </table>	一日の過ごし方	【友人との交流状況】	6:30 起床・朝食	・Aセンターに行った時に、気が合う人と話しをする	8:00 午前中新聞を読んで過ごす	【主な外出先】	12:00 昼食	・Aセンター（自転車をゆっくりこぎ、休憩を取りながら移動する。最近行く回数が減っている）	14:00 Aセンターへ行く	【地域への参加状況】	16:00 Aセンターから帰る	・近所とのつきあいはほとんどない状況。	18:00 夕食		22:00 就寝	
一日の過ごし方	【友人との交流状況】																
6:30 起床・朝食	・Aセンターに行った時に、気が合う人と話しをする																
8:00 午前中新聞を読んで過ごす	【主な外出先】																
12:00 昼食	・Aセンター（自転車をゆっくりこぎ、休憩を取りながら移動する。最近行く回数が減っている）																
14:00 Aセンターへ行く	【地域への参加状況】																
16:00 Aセンターから帰る	・近所とのつきあいはほとんどない状況。																
18:00 夕食																	
22:00 就寝																	
経済状況	厚生年金受給																
保険・他法情報	国民健康保険																
現在利用しているサービス	特になし																

◎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（脳梗塞後遺症・肺のう胞症）発症年月日（H6年2月・S55年頃）</p> <p>■医療機関名（B医院）</p> <p>【精神・身体機能】</p> <p>□摂水（ ） □摂食（ ） ■排尿（急性腎症既往あり） □排便（ ）</p> <p>□体重（ ） □脈（ ） □血圧（ ） □皮膚（ ）</p> <p>□睡眠</p> <p>（その他 労作時、息切れ著明）</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> <p>（非常に頑固で妻の言う事を聞かない面あり）</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> <ul style="list-style-type: none"> ・食事・更衣・排泄については自立。 ・屋外歩行・呼吸がつかなくなるため、あまり屋外歩行していない。温度差によってもつらさが違う。近くへ行くにも自転車を利用し、途中で休みながら移動する。 ・入浴・気温が低いと呼吸がつかなく、入らない。暖かい日を狙って入っている。
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> <ul style="list-style-type: none"> ・調理・掃除・洗濯・ゴミ集め、出しは、妻が行なっている。調理に関しては、簡単なもので昼食用のうどん等は作ることが出来る。急性腎症の既往あるため、妻の協力で塩分控えめにしている。 ・病院が遠いため、受診時は、長男の運転で妻が付き添っていく。
居住環境	<p>国道より少し入った便利な地域の新興住宅地。</p> <p>一般的な住宅で、脳梗塞発症後、和式トイレを洋式トイレに改修し、L字型手すりを取り付けている。</p>

地域の情報

<p>介護保険サービス：通所介護 1カ所・通所リハビリテーション 1カ所・居宅介護支援事業所 1カ所</p> <p>地域のサービス：・高齢者サロン・公民館での介護予防教室（地域包括支援センター）</p> <p>・Aセンターでの体操の会（自主活動）</p> <p>主な交通機関：徒歩20分程度のところにJRの駅あり</p> <p>対象者の家の周辺：スーパー等近くにあり、比較的便利な地域。高齢者が多い地域だが、近所との交流はあまりない地域</p>
--

生活総合アセスメント表

記入日：H20. 12. 12

利用者氏名： Y

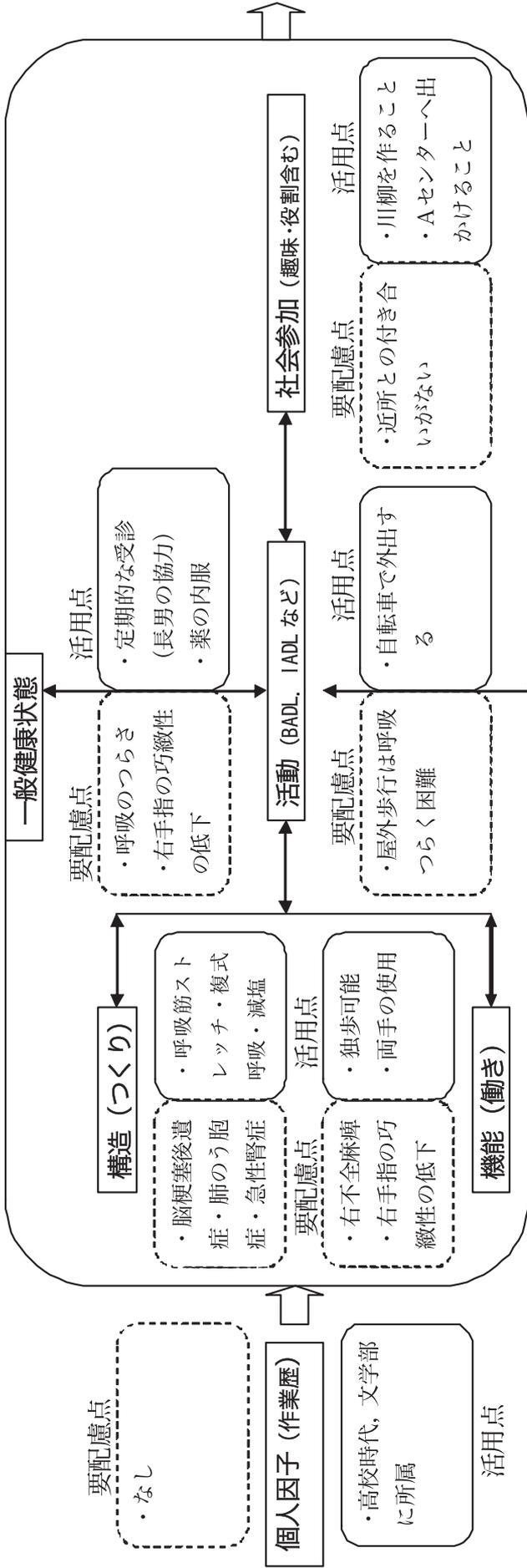
主な相談内容

不安・課題

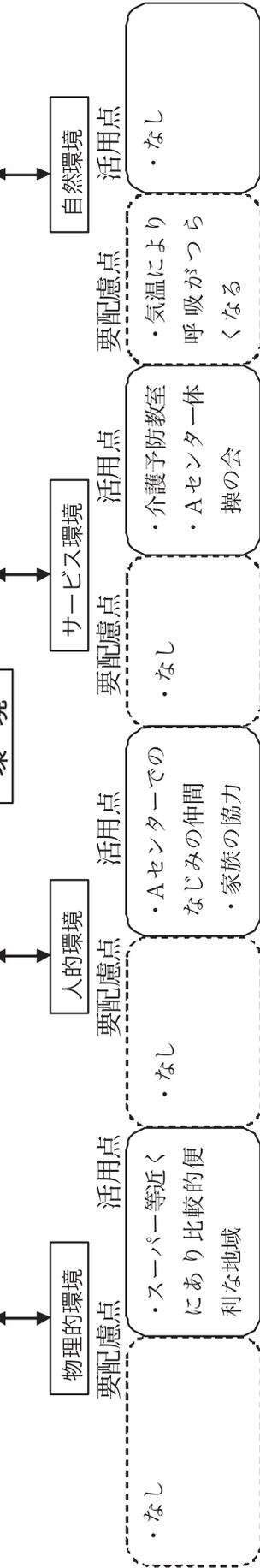
希望・要望

退院後足腰が弱っている感じがする
呼吸がつからなくなるので不安

元気に過ごして川柳を作りたい
右手で上手に字を書いて作文（自分史）を作りたい



環境



2 地域包括支援センター活動実態調査

(1) 調査目的

平成19年度(社)日本作業療法士協会の調査により、全国で19の地域包括支援センターで作業療法士が働いていることがわかった。また、地域包括支援センターの活動実態調査から、地域における作業療法士の関与が自立支援の方法を広く普及し、高齢者が持てる能力を十分に発揮し、望む生活を実現していく地域づくりに貢献できる可能性が示唆された。

そこで、先駆的に地域包括支援センターに働く作業療法士の活動実態を把握し、地域包括支援センターにおける作業療法士に期待されている役割やその活動から自立支援に必要な取り組みについて明らかにするとともに、今後作業療法士の地域における活動のあり方を考察する。

(2) 調査対象

市町村対象の地域包括支援センター調査結果から、作業療法士を配置していた19市町村に勤務する作業療法士に対し、事例調査を行った。

(3) 調査期間

平成20年11月20日～12月20日。

(4) 調査方法

①電子メールにて調査表を送付、回答を得た。

②調査内容(巻末調査票参照)

- ・市町村地域包括支援センター概況調査(人口規模、包括支援センターの形態等)
- ・地域包括支援センターに働く作業療法士活動実態調査(業務内容等)

(5) 結果

①回収率

調査対象である19市町村の内10市町村から回答が得られた。回収率53.0%。

②人口割合

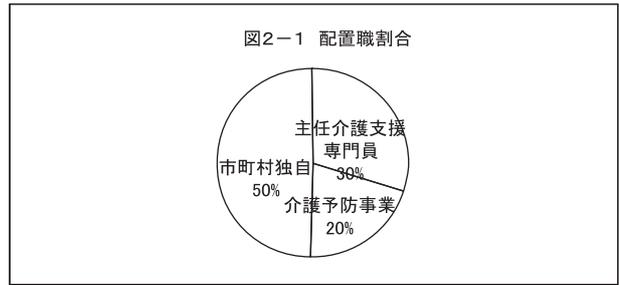
市町村人口規模では、表2-13に示すように、2万人未満が1市町村、5万人未満が5市町村、10万人未満が2市町村、10万人以上が2市町村であった。

表2-13 作業療法士が配置されている地域包括支援センターの市町村別人口

人口数	市町村数	エリア
2万人未満	1	宮城県(山元町)
2万人以上5万人未満	5	北海道(滝川市)、山形県(寒河江市)、 石川県(能美市、野々市町)、福岡県(中間市)
5万人以上10万人未満	2	岡山県(総社市)、山口県(萩市)
10万人以上	2	東京都、石川県(白山市)

③配置された理由（図2-1）

主任介護支援専門員として配置が3名（30%）、
 予防事業の実施のための配置が2名（20%）
 市町村独自として配置が5名（50%）であった。



④業務内容について（表2-14）

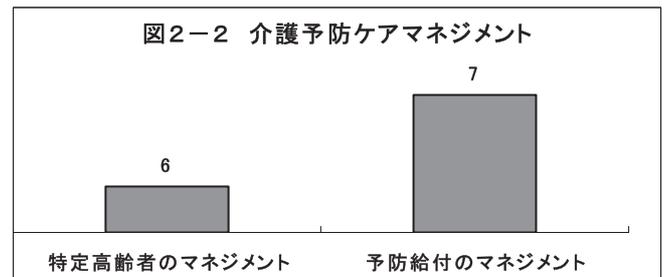
業務内容として総合相談業務や住宅改修・福祉用具の相談支援及び介護予防事業に主に関与していた。

また、地域包括支援センター以外での関与では、①障害保健福祉関係は、補装具・住宅改修・福祉用具の相談指導や障害者ケアマネジメント及び認定審査・認定審査会及び対象者のADL・IADL等の自立に向けた動作指導の支援、②健康増進関係は、健康づくり等地区組織の育成や機能訓練事業、③市町村独自の取り組みは、障害者・児童健康づくりに関する事業や一般学童対象の講座及び認知症サポーター養成講座、と様々な業務に関与していた。

⑤介護予防ケアマネジメントの関与状況について

（図2-2）

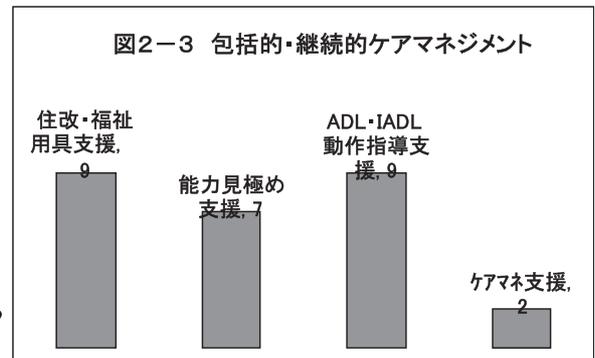
特定高齢者のケアマネジメントを行っている者が6名（60%）、予防給付ケアマネジメントを行っている者が7名（70%）で、回答者の8名（80%）が介護予防ケアマネジメントに関わっていた。



⑥包括的・継続的ケアマネジメントへの関与状況

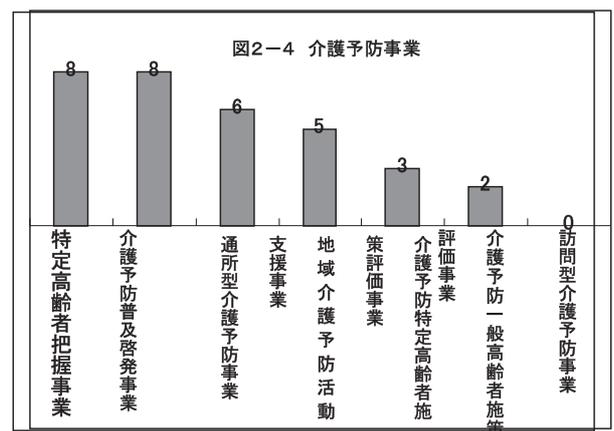
（図2-3）

福祉用具や住宅改修支援や指導業務を行っている者が9名（90%）、対象者のADL・IADL等の自立に向けた動作指導・支援を行っている者が9名（90%）、であった。また、対象者の能力見極め支援を行っている者が7名（70%）であった。介護支援専門員の支援を行っている者が2名（20%）であった。



⑦介護予防事業への関与状況（図2-4）

介護予防事業を何らかのかたちで行っている者が9名（90%）、行っていないのが1名（10%）であった。具体的な関与状況は、複数回答で求めたところ特定高齢者把握事業に8名（80%）、通所型介護予防事業に6名（60%）、介護予防特定高齢者

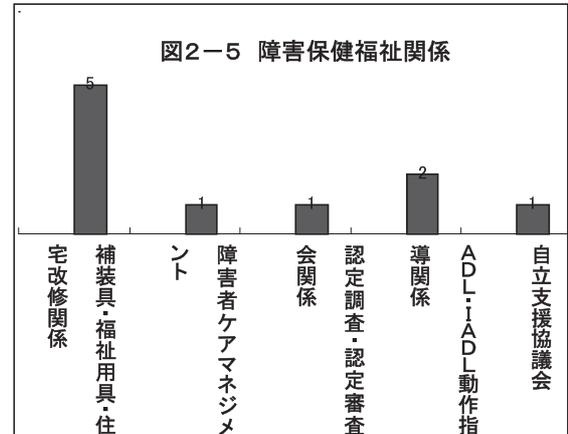


施策評価事業に3名

(30%)、介護予防普及啓発事業に8名(80%)、地域介護予防活動支援に5名(50%)、介護予防一般高齢者施策評価事業に2名(20%)、であった。

⑧障害保健福祉関係への関与状況(図2-5)

障害保健福祉関係に関わっている者が5名(50%)で、具体的な関与状況を複数回答で求めたところ、補装具福祉用具・住宅改修に関する相談指導・助成に5名(50%)、障害者ケアマネジメントに1名(10%)、認定調査・認定審査会に1名(10%)、ADL・IADL等の自立に向けた動作指導・支援に2名(20%)、等であった。



⑨医療機関との連携推進への関与状況

医療機関との連携推進に関わっている者が4名(40%)であった。

⑩地域包括支援センターに関する業務でのその他の実施状況

健康増進関係業務を行っている者が4名(40%)で、具体的な関与状況は、障害者・児の健康づくり関係に2名(20%)、機能訓練事業に1名(10%)、健康づくり等地域組織の育成に1名(10%)が関わっていた。

⑪地域包括支援センター業務以外でのその他の実施状況

その他の取り組みとして、具体的には、市町独自で住宅改修・福祉用具に関する相談指導を行っている者が6名(60%)、介護給付費適性化事業に関わっている者が3名(30%)、一般学童対象の講座を行っている者が1名(10%)、認知症サポーター養成講座を行っている者が1名(10%)、自立支援協議会に1名(10%)が関わっていた。

⑫自立支援に必要な取り組みと思われる点(自由記載)

- ・対象者を正しくアセスメントし、対象者と家族の本当のニーズを知り、チーム・地域で支援し、対象者の方が自己決定してより満足できる生活をする。
- ・認定者の方や地域の方の生活に直接携わるOTをもっと増やし、対象者の残存能力を活かしたADL・IADLを具体的に指導できるようにする。そのためには、介護職員も同じような視点で日々支援できる要請が必要。
- ・自ら積極的に活動したくなるような環境づくり(仲間づくりや教室の企画・運営)や定期的なフォローアップの機会が必要。
- ・個々のケースの心身状況や生活状況や住環境に応じ、適時に、適切な専門的相談や支援が気軽に

受けられるような体制が整えられること。

- ・具体的な問題点と支援方法の抽出、(ケアマネであるなら) 依頼、サービス機関との連携が必要。
- ・介護予防への意識を高め、自ら行動し、生活変容できるよう支援すること。また、地域でサポートしてくれる人材を育成していくこと。
- ・「介護予防」は、人それぞれとらえ方が異なる。地域住民が欲している「介護予防」と、行政が働きかけようとしている「介護予防」はちぐはぐなイメージ。意見を聞き、住民に参画してもらい、思いをすり合わせ形にする作業が必要。
- ・常日頃からの動機づけ、意識づけが重要であり、地域での啓発活動が必要。

(6) 考察

- ①地域包括支援センターで主に従事している業務として、総合相談業務や住宅改修・福祉用具の相談支援、特定高齢者の把握事業及び介護予防教室などの介護予防事業を行っていた。
- ②総合相談業務では、高齢者、障害者ともに住宅改修、福祉用具、日常生活動作 (activity of daily living: A D L) の動作指導や能力の見極めなどに作業療法士が期待され、活動している実態が読みとれた。
- ③また、包括的・継続的ケアマネジメントでは、要支援者の持つ残存能力を評価し、自己実現に向けた自立支援のための動作指導や支援に関与し、介護支援専門員への助言・指導も含め、積極的に関与していた。
- ④さらに地域包括支援センターで働く作業療法士の6名(86%)が、市町村独自の住宅改修・福祉用具に関する助成事業での相談や給付の可否の判定、事業者への指導を行ったり、医療との連携の推進が2名(29%)、介護給付費適正化事業が2名(29%)、認知症サポーター養成講座を行っている者等、地域包括支援センター業務以外にも幅広く活動していることが伺えた。福祉用具・住宅改修については、対象者の能力を見極め、できないところを環境・用具で調整するなど個別の指導支援が重要なことから、その必要性も含め、作業療法士の技術が求められていることが推察された。また、医療機関との連携では作業療法士自身が医療職であることから、疾患の特徴、治療内容等を理解した上での共通言語での連絡を得意とすることから、ケースを通した病院のリハビリテーション専門職との連携などを率先して推進していることが伺えた。さらに介護給付費適正化事業でも、福祉用具・住宅改修同様、対象者の持てる能力を見極めることができることから、過剰な支援、サービスについては適正に判断でき、その能力を買われ、適正化事業に参画していることが示唆された。
- ⑤以上のことから、地域における作業療法士の関与を増やし、自立支援の方法を広く普及していくことが、高齢者が持てる能力を十分に発揮しつつ、望む生活を実現していく地域づくりに貢献できるものと考えられる。

表2-14 各地域包括支援センター概況と活動実態集計表（平成20年4月1日現在）

所属名	県名	人口						OT配置部署と数	事業分担	身体障害者数	精神障害者	知的障害者	認定者合計	認定率(1被保険者)	非該当者数(19年度)	包括数	プラン数
		人口	男性	女性	高齢者人口	高齢化率	75歳以上人口										
1 滝川市地域包括支援センター	北海道	44394	20977	23417	11395	25.7	5227	包括(1名)		2630(者) 34(児)	145	250(者) 60(児)	1772	15.5	16	1	0
2 寒河江市地域包括支援センター	山形県	43354	21149	22205	11084	25.5	6007	高齢・介護保険関係課(1名)	1.介護予防ケアマネジメント関係 2.予防給付管理 3.機能訓練事業実施関係 4.住宅改修・福祉用具の相談関係	1834	162	191	1513	94	—	1	0
3 山元町地域包括支援センター	宮城県	17168	8357	8811	4967	29.4	2602	包括(1名)	1.住宅改修・福祉 2.リハビリ相談 3.特定・一般高齢者施策事業 4.介護保険適正化事業 5.介護保険認定調査	781	81	118	680	13.3%	7	1	0
4 高齢者サービス課介護予防係	東京都	312054	155204	156850	57198	18.3	27830	高齢・介護保険関係課(1名) 発達支援センター(1名)	1.地域支援事業 2.予防給付 3.区内9箇所の地域包括支援センターの後方支援	9727	1181	1094	10825	18.5%	344	10	0
5 鶴来・白山ろく地域包括支援センター	石川県	113222	55182	58040	21637	19.1	10513	支所・保健福祉関係課(1名) 支所・包括(1名)	1.本庁 健康増進関係課 ①健康づくり等地区組織の育成②健康づくりの推進③要支援・介護者や障害者・児の福祉用具、住宅改修、ADL・IADL等の指導・助言 2.支所 保健福祉関係課 ①支援費関係業務、②生活保護関係業務 ③要支援・介護者や障害者・児の福祉用具、住宅改修、ADL・IADL等の指導・助言 3.支所 地域包括支援センター ①包括的・継続的ケアマネジメント業務 ②特定高齢者関係業務、③介護予防ケア	107	104	32	3466	15.5%	26	2	0
6 能美市介護長寿課辰口高齢者支援センター	石川県	48167	23710	24457	9509	19.7	4625	高齢・介護保険関係課(3名) 包括(3名)	1.介護予防事業 2.総合相談支援事業(住宅改修・福祉用具・介護全般) 3.主任介護支援専門員(兼務) 4.介護予防ケアマネジメント業務 5.介護認定調査	1675	152	274	1605	23.3%	10	1	0
7 野々市町地域包括支援センター	石川県	44341	22165	22176	6421	14.5	2873	包括(1名)	なし	1208	118	219	909	94.6%	18	1	4
8 総社市地域包括支援センター	岡山県	68127	33153	34974	14792	21.71	7435	介護保険包括(1名)	1.介護予防事業(一般高齢者施策) 2.特定高齢者デイサービス事業 3.特定高齢者把握事業 4.介護予防プラン	34	9	96	2640	17.85	31	1	4
9 萩市西地域包括支援センター	山口県	57079	26221	30858	18860	33	10077	障害保健福祉関係課(1名) 包括(1名) 病院・施設(1名)	1.介護予防ケアマネジメント 2.介護予防事業 3.相談業務 4.障害福祉関係	118	18	227	3236	16.61	18	2	17
10 中間市地域包括支援センター	福岡県	46726	5325	7576	12901	27.6	6187	包括(1名)	なし	2480	220	288	2552	19.3	28	1	0

3 地域包括支援センター意見交換会開催結果

(1) 目的

介護予防の必要な対象者に対し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」という理念のもと、地域包括支援センターにおける作業遂行、環境、対人交流、興味など本人の能力を見極めるためのアセスメントツールの開発・作成する目的で事例調査をおこなった。

また、先駆的に地域包括支援センターに働く作業療法士の活動実態を把握し、作業療法士が立案する介護予防ケアプランの特徴を解析、国に対し、作業療法士の役割や位置づけについて報告する目的で事例調査をおこなった。

そこで、小児から高齢者や障害者に対する残存能力の把握と自立に向けた支援のあり方や地域のリハビリテーション機関のネットワーク形成における作業療法士の役割や、今後の作業療法士が働くことでのメリット・デメリットについて検討するため、実際に地域包括支援センターで働く作業療法士が意見交換を行った。

(2) 対象及び方法

前述の事例調査で事例の提出のあった者でかつ当日の意見交換会への参加が可能だった地域包括支援センターに働く作業療法士5名と小児発達障害・身体・知的・精神障害者の市町村の総合相談窓口で働く作業療法士2名で、①事例を通したプランの内容、OTの関わることでのメリット・デメリット、②地域包括支援センターでのOTの役割（メリット・デメリット）等について意見交換を行った。

(3) 主な意見交換の結果

①自立支援に向けた介護予防ケアプランに必要な視点

- ・ライフステージ毎の聞き取る力が大切である。
- ・本人のやり残したことややりたいこと、その人に意味のある作業を支援することが大切である。
- ・対象者と一緒にプランをつくる。具体的に段階づけて目標を示す。対象者の達成感が持てる目標を提示する。
- ・自立意欲のあるケースの場合、自立する方法を教えて欲しいという傾向がある。その場合はその方法を提示し、助言できることが必要である。相談に対し、タイムリーにかつ適切に助言できることが大切である。

②介護予防ケアプランに作業療法士が関わるメリット又はデメリット

- ・年齢や疾病の種類にかかわらず、地域で生活する視点でニーズを掘り下げることができる、隠された言葉を見つけることができる。
- ・なぜ困るのか、聞き取りの時に生活のイメージを作って、応用的能力をみることができる。また、人の発達からもみることができる
- ・失った機能と残されている機能、失われていく機能がわかる。予後予測ができる。
- ・環境（人、地域、社会資源）に対し段階づけてアプローチすることができる。
- ・家族と本人に対する指導ができる。
- ・対象者にサービスを割り当てるのではなく、対象者の心身機能の見極めから自立に向けたワンプッシュを作業療法士はできる。
- ・医療職であるが故に、リハビリテーションの成功例についていろいろな情報を提供することで、対象者に自立に向けた動機づけができる。

③地域包括支援センターに作業療法士がいることのメリット又はデメリット

- ・地域包括支援センターは対象者を介護保険利用者に関わらず、総合的に相談対応することができる。
- ・作業療法士は対象者の能力の見極めができることにより、事業者からの技術支援依頼があり、事業者へのスーパーバイズ機能を担うことができる。
- ・介護職の現場の自主勉強会、グループホームやヘルパーによる勉強会に専門的アドバイザーとして参加を依頼されることが多い。
- ・身体障害のある者や特定疾患の場合、福祉系より医療系のケアマネージャーに相談し易いという感がある。特に医療依存の高いケースは、作業療法士は医療職であるため、医学的見地から医師への在宅生活に向けた提案ができる。
- ・主任ケアマネージャーと連携し、医師会と合同の勉強会を開催し、ネットワークづくりに力を入れている。医療職であるため、医師と共通言語で連絡できることにより、医師からの受けが良いようである。
- ・住民に高齢者の心身機能面から具体的に寝たきりにならない、運動や生活の継続の必要性など説明ができる。
- ・地域支援事業では、運動リスクを持つ人に対する必要な運動のリスク等を説明し、理解してもらう働きかけができる。地域支援事業は高齢者が要介護状態になることを予防している。
- ・介護予防事業の企画推進ができる。
- ・介護予防事業など評価の視点が定まらないときに作業療法士の視点が求められることが多い。

④地域包括支援センターに作業療法士が関わる上での今後の課題

- ・介護支援専門員とリハビリスタッフ間との連携に働きかけていきたい。しかし、病院のリハビリ職のスタッフには連携は必要ないとの意見が聞かれた。リハスタッフ側の意識づけが必要である
- ・退院前のワーカーからの連絡も増えている。退院前訪問にも同行し、共通認識を得ながら支援をしている。退院後の生活支援も行っている。医療機関には退院後の生活をイメージした支援が少ないと思っている。
- ・関係機関とのシステムづくりなど地域で働くための卒前教育が必要である。

(4) 考察

- ①自立支援に向けた介護予防ケアプランに必要な視点では、高齢者個々人のライフステージなど個人因子を把握し、その人にとって意味のある作業を支援者が一緒に理解することが重要であると改めて認識できた。料理がある人にとって意味のある作業だとしても、ある人は調理の行為が生活の中ではあまり意味がなく、総菜を買ってきた方が良いということもある。人によって意味のある重要な作業は異なり、それらの作業の集合によって生活が形成されている。それらの作業の遂行ができなくなったまたは阻害されたとき困るということが起きる。個々人の作業に視点をおいた支援が必要である。
- ②また、支援を要する人の中には、自立するための方法を知りたいという人もいと意見があった。高齢者自身が取り組むことができるよう支援する視点が自立支援の中には求められる。さらにその取り組みを自身が達成できたという評価を示すことで、それが自信につながり、個々人の活動性の向上が図れることが推察される。

- ③支援のあり方では、個々人の能力を評価し、自立する可能性があるのかという予後予測の視点が重要であるという意見が多かったことから、高齢者自身がどのように生活をするのかという支援のあり方が求められると考える。併せてそのあり方について、家族や支援者に対しても理解していただけるよう働きかけることが大切である。
- ④作業療法士はその人にとって意味のある作業を用いて治療する専門職であることから、作業の必要性の理解者であり、個々の能力を評価し予後予測をし、具体的に動作方法や環境調整などの指導助言ができる技術をもっている。今後は、医療機関からの連携推進や通所リハビリテーション・訪問リハビリテーションを通して、作業療法士の支援技術を積極的に示していく他、地域における高齢者の自立支援にどのように関わっていけるかを検討していくことが求められる。

4 市区町村相談実践事例報告

保健所や保健センター等の保健福祉行政に所属する作業療法士は、現在、全国で 250 人程度である。その作業療法士のほとんどは高齢期障害者への支援を主体に行っている。

また都道府県や大規模な市区行政レベルでは、高齢者支援業務以外に、障害者自立支援法による障害者支援、児童福祉法による発達障害者支援への作業療法士配置も見受けられる。しかし小規模市町村においては、予算規模や各課の充当職員の割合から、発達障害から高齢期までその業務を一人の作業療法士が引き受けていることも多い。

本稿では、市区町村での身体障害者、精神障害者、発達障害者の相談対応をした作業療法士の具体的な活動をアセスメントとマネジメントの視点から紹介する。

(1) 障害者福祉における相談支援の実践事例

①事例 1<身体障害>

作業療法士が事例 1 へ関与した契機は、ギャッジベッド交付申請のため町保健センターに母親が来所相談したことであった。

事例 1 は年齢 30 歳、男性。障害等級 1 種 1 級。若年性関節リウマチで 12 歳頃より服薬開始。ステロイド剤等の服用により副作用、後遺症が頻発。循環障害による四肢壊死（左Ⅲ指・右Ⅱ～Ⅳ指 PIP 関節、両足リスフラン関節より切断）、脊柱関節崩壊、両側股関節崩壊（偽関節形成）、両側肩肘強直による可動域制限、背部を主とした全身関節痛（痛みによる体位変換困難）、消化器系疾患、白内障、感染による発熱頻発など、ほぼ毎日、病院を受診し痛み止め及び抗生剤等の点滴を受けていた。自宅では日中ベッド臥床（テレビ・ビデオ視聴）し、身辺動作ほぼ全介助、移動も母親の背負いに依存していた。

作業療法士の訪問に、事例や母親から次のような想いが聞かれた。母親からは「息子は 20 歳時に運転免許を取得し障害者用に改造した車両を一昨年まで運転していた。しかし全身状態悪化により運転を諦めざるを得なかった。現在、車両の車検は切れ、運転免許証の更新もしていない。本人は運転免許を持っていたという事実に強くこだわっており、せめて運転免許証所有履歴者証明書の発行をさせたい。」と話していた。事例からは「外出は母親と一緒に。母親がいなければ何もできない。買物も同様である。いつも身近で見守ってくれる姉や姪へのお礼として、母親の助けなしでプレゼントを購入し贈りたい。」と話していた。また母親は「本人から『自分では何もできなくなりました。自分なんか、いない方がいい。次に苦しい時があっても助けられないでほしい。』と叫ばれる時があり、親としてはどうしてやることもできない。」との切なさも漏らしていた。

事例支援に際し、まず“母親に頼らず自分で買物をしたい”というニーズを達成するために電動車椅子の交付を検討した。このニーズは事例の部屋に大量に飾られていたミニカーや自動車のプラモデルなどからもその想いの裏づけができた。



写真 2-1

しかし交付のためには身体障害者相談会（補装具判定会）参加が必須であった。相談会への参加は現在の身体状況から心身への過度のストレスを発生させるとの不安があり、本人、家族ともに相談会への出席は困難と判断された。そこで、かかりつけ病院内での身体障害者相談会を設定し（写真 2-1）、事例専用の電動車いすの交付に至った。電動車いすの採寸やオプション設定に際しては、作業療法士がケースの関節破壊の状況や切断指、痛みを踏まえ、上肢の可動範囲など身体機能の評価に基づき、有効な上肢側やコントローラーのタイプなどについて車椅子製作者や県福祉担当者に助言した。また全身状態が不良の際はリクライニング機能が必要であるとの要望に対し、日常的に電動車いすを搭載することになる母親の軽自動車のリアシートに積み込み可能なサイズ設定を依頼した。

電動車いすが給付されると、スーパーの中を電動車椅子で駆け回り、姉への秘密の贈り物を購入してきた。「ここ数年耳にしたことがない張りのある元気な声で店員とやり取りしていた。」と母親が伝えてくれた。

また強烈な全身痛のため体位変換ができず、排泄介助に困難を起すことに対しては、臥位のまま排泄が可能で体位変換が極力少なくなるように、母親の協力で便器を差込むための凹みをつけた敷布団を作製した。

さらに全身状態が安定していれば立位保持が可能であることから、ベッドから車椅子やポータブルトイレへの移乗を自力で行うよう勧めた。足指切断による立位の不安定さを解消するため、補装具製作者にその状況を説明し、足指にあわせた靴の中敷の製作を依頼した。（写真 2-2）



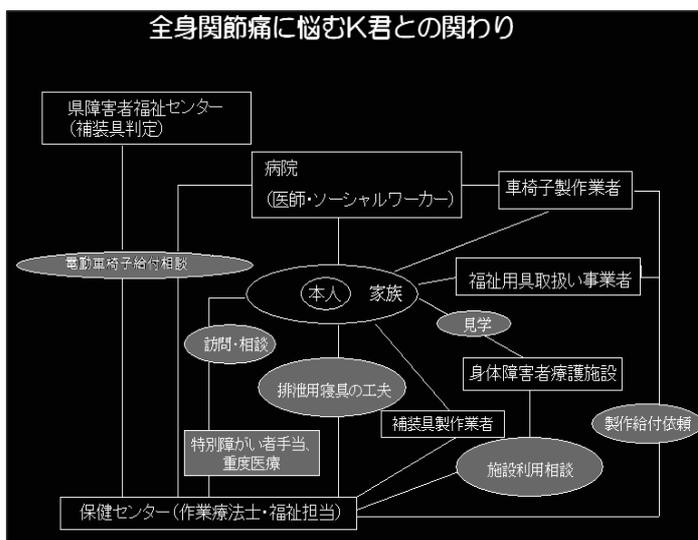
写真 2-2

本事例では、電動車いす交付以外に図 2-5 のとおり通所による身体障害者療護施設の利用も検討し、社会との接点をつくりたいという想いに答える作業も行った。身体障害者療護施設に関する情報提供と作業療法士同行での施設見学を行い、全身状態が落ち着いている日に利用することとした。

本事例との関わりでは、日常的に介護に携わる母親のみならず、そばで見守る家族の一人ひとりの存在が支えになっていた。

本事例の支援を通じ、緊急性や優先性に配慮し、隠れた課題の掘り起こしと解決が重要であることが示唆された。また事例や家族がどのような生活を目指しているのかをともに考える姿勢が必要であり、いつでも相談にのれることを伝え、十分に信頼関係を構築することも重要であった。さらに支援内容の選択や決定は事例自らの意思であることが重要であり、スーパーで店員と存分にやり取りできたという“その人らしさ”や、自ら姉への贈り物が購入できたという“高い満足感”が生活のあらゆる場面でできるだけ多く成立する

図 2-6



ように配慮した。

今後、疾病特性により心身状況、残存能力も変化することを踏まえ、長期的な視点で地域生活の支援が必要になることをわきまえておかなければならない。

作業遂行力を高めるアプローチの評価、介入方法の標準化と提案

市町村事例 1

主な相談内容

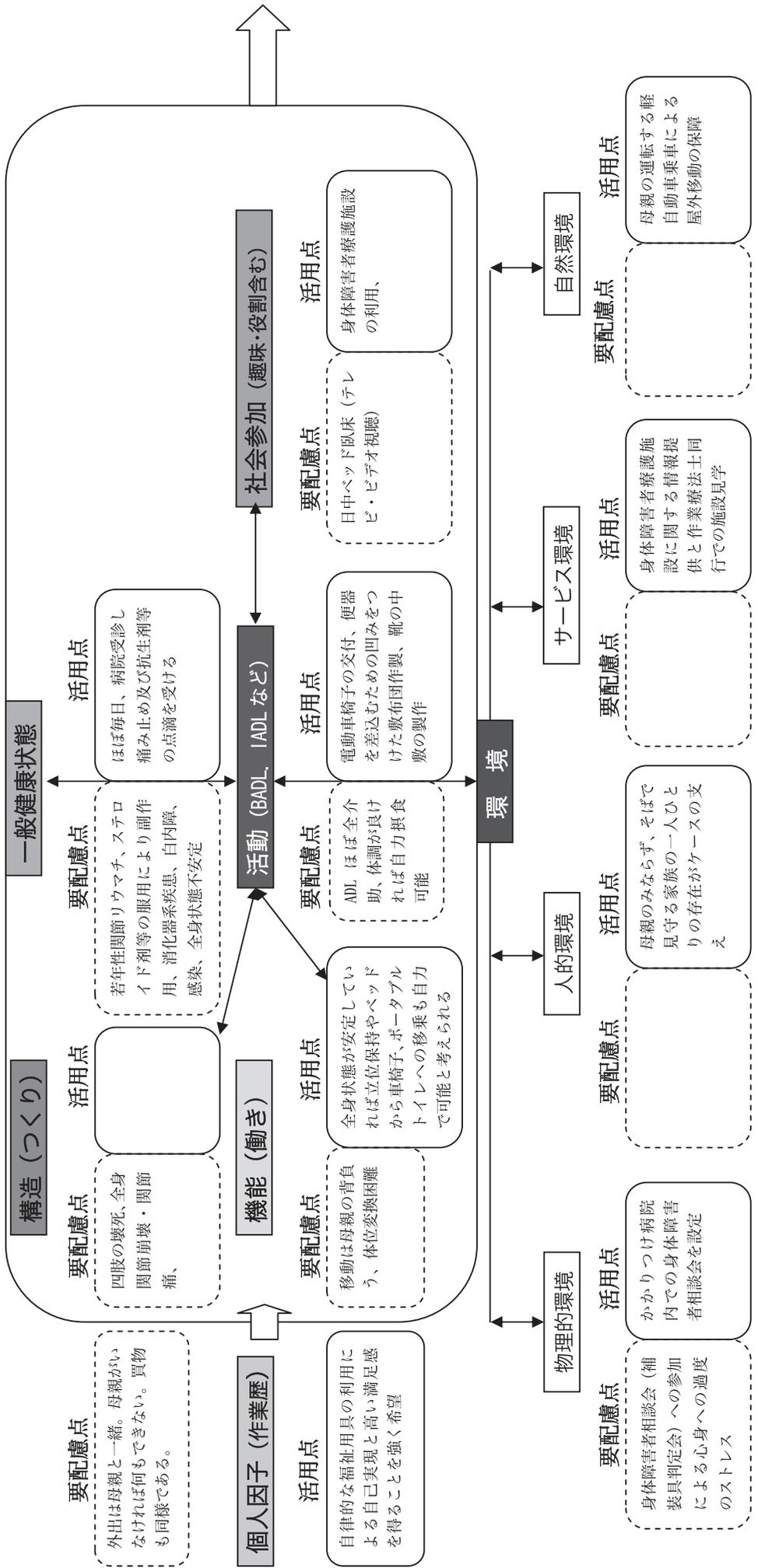
作成日： X年 記入者： T W

不安・課題

・外出は母親と一緒に。母親がいなければ何もできない。買物も同様である。
 ・『自分では何もできなくなってしまう。自分なんか、いない方がいい。次に苦しい時があっても助けられない。』との叫びに親としてはどうしてやることができない。

希望・要望

・いつも身近で見守ってくれる姉や姪への贈り物を母親の助けなしで購入したい
 ・他の障害者との接点を持ちたいとの思いあり



市町村事例 1

主体的な作業目標と作業遂行力向上プラン表

作成日: X年 記入者: T W

具体的な生活目標	()月まで	段階付 この状態になっている	達成のための方法 (どのような作業する)	物理的 人的 サービ 指導・援助 その他	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)
C1 ・いつも身近で見守ってくれる姉や姪への贈り物を母親の助けなしで購入する	平成〇年〇月	・病院受診に合わせ身体障害者相談会(補装具判定会)に出席する	・電動車椅子製作に係る作業に協力する	物理的 人的 サービ 指導・援助 その他	・病院での身体障害者相談会実施 ・車椅子製作業者、県障害者福祉センター、主治医、病院ソーシャルワーカー ・病院受診に合わせ身体障害者相談会(補装具判定会)実施の調整 ・身体障害者相談会への作業療法士参加とケース能力に応じた車椅子製作に係る提案	身体障害者相談会実施2カ月後、電動車椅子交付。スーパースーパーの電動車椅子中を電動車椅子で駆け回り、姉への贈り物を購入、贈呈
	平成〇年〇月	・病院受診のついでに隣接するスーパーで電動車椅子を利用し買い物をする	・交付後、病院で電動車椅子の操作方法を習得する	物理的 人的 サービ 指導・援助 その他	・車椅子製作業者、病院ソーシャルワーカーが操作方法を指導する ・自宅(含む周辺)での電動車椅子利用の可能性を検討する ・買い物の際、母親は見守りに徹することを確認	
C2 ・他の障害者との接点を持つ	平成〇年〇月	・通所サービ事業所を家族とともに見学および利用体験をする	・家族で話し合い見学希望日を設定する	物理的 人的 サービ 指導・援助 その他	通所サービ事業所担当者 ・作業療法士が見学同行し利用上の留意点を確認する。 ・通所サービ事業所担当者への橋渡し(事前の情報提供)	全身状態が安定している時は、病院受診の帰りに通所サービ事業所を利用(含む入浴)
	平成〇年〇月	・身体障害者療養施設の通所サービ事業所を利用し、メンバーの方々と場面を共有する	・利用に際し、不安や要望を整理し、その解決方法を考える	物理的 人的 サービ 指導・援助 その他	・事業所の送迎サービ範囲になく、母親による送迎 ・通所サービ(含む入浴) ・利用上の課題整理	
・人に頼らず自分のことは自分でしたい(ベッドから起き上がり、ポータブルトイレに移譲する)	平成〇年〇月	・福祉用具の試行的利用を試みる(電動ベッド、ポータブルトイレ、成型靴)	・電動ベッド(デモ機)を試行的に利用する ・靴中敷き製作に協力する	物理的 人的 サービ 指導・援助 その他	・電動ベッドの利用、成型靴(中敷きの工夫) ・福祉用具取扱事業者、補装具製作業者 ・電動ベッドの交付 ・靴中敷きの製作	・動作の頻度等モニタリングは未実施
	平成〇年〇月	・体調良好時には自力でポータブルトイレに座る	・移乗動作方法を習得する	物理的 人的 サービ 指導・援助 その他	・電動ベッドの利用、成型靴(中敷きの工夫)、ポータブルトイレ ・安全な移乗動作方法の指導 ・母親による靴装着援助	

②事例 2<精神障害>

事例は 30 代男性。大学卒業後スーパーに勤務するも約 1 年で退職。その後、新聞店に就職し寮生活となった。就労中に神経衰弱と診断され不定期ではあったが外来通院となっていた。

X 年 4 月昏迷状態呈し精神科病院入院し新聞店退職。事例の収入の一部を生活費に充てていた母親から、生活困窮の訴えと入院費支払いに不安を募らせ、保健センターに来所し関わりが始まった。また病院退院後も事例と母親の劣悪な生活に対し地域住民から不安の声が保健センターに寄せられはじめていた。

事例の診断名は解離性障害、恐怖性不安障害とされ、強度の不安、恐怖感及び緊張が持続するという特徴があった。疎通性は良好で自らの状態は説明可能であり、異常体験や知覚に対する訂正も可能であったが、長期の外来治療が必要と判断されていた。事例との関わりを以下(表 2-15)に示す。

事例の特徴として、就労への強迫観念、短期間就労の繰り返し、転職のたび生じる対人関係の不満や不安があった。作業療法士との面接では意思疎通は問題なく助言も受け入れていたが、自己の過大評価や職場同僚への誹謗中傷が目立っていた。通院や服薬は継続していると自己申告されていた。作業療法士は事例との面接を繰り返しながら受容的な関わりを続けた。一方で強迫的な就労への執着を解消し、他者との関わり方、精神状態悪化を早期に察知し対処する方法(早期警告サインの理解と対処)などを学ぶために精神科デイケアの利用を勧め、医療機関への協力も図った。しかし事例は求職活動や短期就労から逃れることができないでいた。また劣悪な生活状態に対しては、頻回に訪問しホームヘルパーの導入を説明したが母親の反対により受け入れられることはなかった。しかし事例家族の生活状況に問題が生じると、近隣住民や民生委員、地区長などから情報が寄せられ、随時、訪問を繰り返していた。

事例に特徴的であった短期間就労は失敗体験を増幅させ、さらに就労に対する焦りを助長するものと考えられた。就労に関する相談では、障害者就業・生活支援センターやハローワークなど就労支援の専門相談機関との連携や、就労活動によって惹起される課題の整理、解決方法、就労中のフォロー体制などを十分に検討することが必要であったが、事例はその提案を受け入れることはなかった。

数年の後、母親の死亡、一人暮らしが要因となり重度の抑うつ状態に陥った。親族との相談により医療機関と調整連絡を図り入院となった。入院後、親族の協力を要請し、事例の自律的な生活再生を目的に精神障害者生活訓練施設(援護寮)の利用について検討をすすめた。利用に際し主治医をはじめとした医療機関のバックアップも得、入院中に面接を行い、事例の施設利用理解を待った。

施設利用まで時間は要したが、事例の了解のもと入所となった。入所後にも施設を訪問し、面接とともに施設職員から事例の生活状況の情報収集を図った。

本事例の支援では、医療との接点を常に保つこと、本人・家族の了解のもと医療機関との情報交換や連携は密に図ること、事例に関わる多くの支援者が互いの役割を確認し合えるよう調整しておくことが重要であり、その役割を行政作業療法士が担った。

また地区住民や民生委員は、地域で生活する障害者家族の情報発信者であることが多く、障害者本人や家族の生活を適度な距離で見守り、その情報は貴重な支援材料となり適時対応につながっていた。

本事例の地域生活は約 4 年間ではあったが、その間、生活を維持できたことは住民との連携、調整が奏功したといえる。

時期	ケース(家族)の状況	行政作業療法士の関わり
X年 4~6月	・昏迷状態で病院入院	・母親より生活保護申請相談あり訪問。本人の入院医療費支払い、退院後の生活について母親へ説明。 ・母親に「こころの健康相談」利用を勧め、医師面接しケースとの関わり方について説明。
7~11月	・退院後、外来通院 ・就労に対するあせり ・求職活動と短期アルバイトを繰り返す	・住民から在宅生活しているとの連絡受け退院後の生活状況確認のため訪問。精神デイケア等の利用を勧め、医療機関に対応依頼。 ・生活状況確認のため面接を繰り返す。
12月	・離職の不安、求職活動継続	・本人より面接希望。通院、服薬確認と就労に関して医師との相談を促す。
X+1年 2月	・リストカット	・状況確認するがケースから状況説明は得られず。
3月	・障害年金申請	・障害年金申請相談対応。
4月	・屋内外の不衛生さや劣悪な生活	・地区住民からの情報収集。地区民生委員へ見守り依頼。 ・訪問の度に母親からは「困っていることはない」と返答。
10月 ~X年+4年 2月	・母親の異常行動出現	・親族に関する情報収集。親族へ支援協力を要請。 ・民生委員、近隣住民、行政が生活状況確認の連絡や訪問を頻回に行う。
3月	・母親の病状悪化 ・母親の状態は落ち着くが受診には至らず。	・母親の不衛生な行動に対し病院受診を勧める。 ・生活立て直しのためヘルパー利用を勧める。
10月	・約1ヶ月契約社員	・就労による年金受給停止の不安について相談。
11月	・約2ヶ月パート勤務	・就労上の不安(人間関係)について相談。
X年+5年1月	・母親急性心不全で死亡	
1~4月	・強度の食欲減退、抑うつ気分出現し病院入院	・母親死亡後、親族とともに今後の生活について相談。ケースの精神状態不良と判断し医療機関へ支援協力を要請。 ・民生委員に空き家となった自宅の見守りを要請。 ・親族とともに精神障害者生活訓練施設利用について相談。 ・入院中のケースと面接。生活状況確認。
4~6月	・精神障害者生活訓練施設利用開始。	・施設訪問。生活状況確認。

精神障害者の地域支援ではまず病状管理が重要であり、定期受診の確認、訪問看護の要否判断など医療機関との連携は欠かせない。現在、障害者自立支援法による生活支援マネジメントは、市町村委

託相談支援事業所または都道府県指定相談支援事業所に委ねられている。しかし小規模市町村では十分な相談支援体制が整っているとはいえ、精神科疾患を有する方のリスク管理や支援のための連絡調整は後追的になりがちである。また精神障害者支援の専門家が不在となれば、放置せざるを得ない状況にもなる。

どのような地域であっても精神障害者の地域生活支援には支援のためのチームが必要である。作業療法士はその一翼を担うための医療的知識、生活支援に関する保健、福祉の知識を持ち、他職種と連携が図りやすい立場にある。具体的な支援計画の策定、支援役割の適切な分担など支援マネジメントに基づく精神障害者への介入に作業療法士は適材と考えられる。

また近年、精神障害者の地域生活支援として、住み慣れた地域で安心して暮らし続けることを目的とした集中型・包括型ケースマネジメントプログラム（ACT：Assertive Community Treatment）の試みが千葉県や岡山県等で始まっている。多職種チームによるサービスの直接提供、積極的訪問活動、1日24時間365日体制などスタッフの役割や支援構造なども具体的に示されている。脱施設化推進の有力なモデルとして推進されはじめ、作業療法士もそのスタッフの一員となっている。

本支援事例への行政作業療法士の活動を事例1と同様に生活総合アセスメント表、作業遂行力向上プラン表に整理したのでご参照願いたい。

作業遂行力を高めるアプローチの評価、介入方法の標準化と提案

作成日：X年 記入者：T W

市町村事例 2

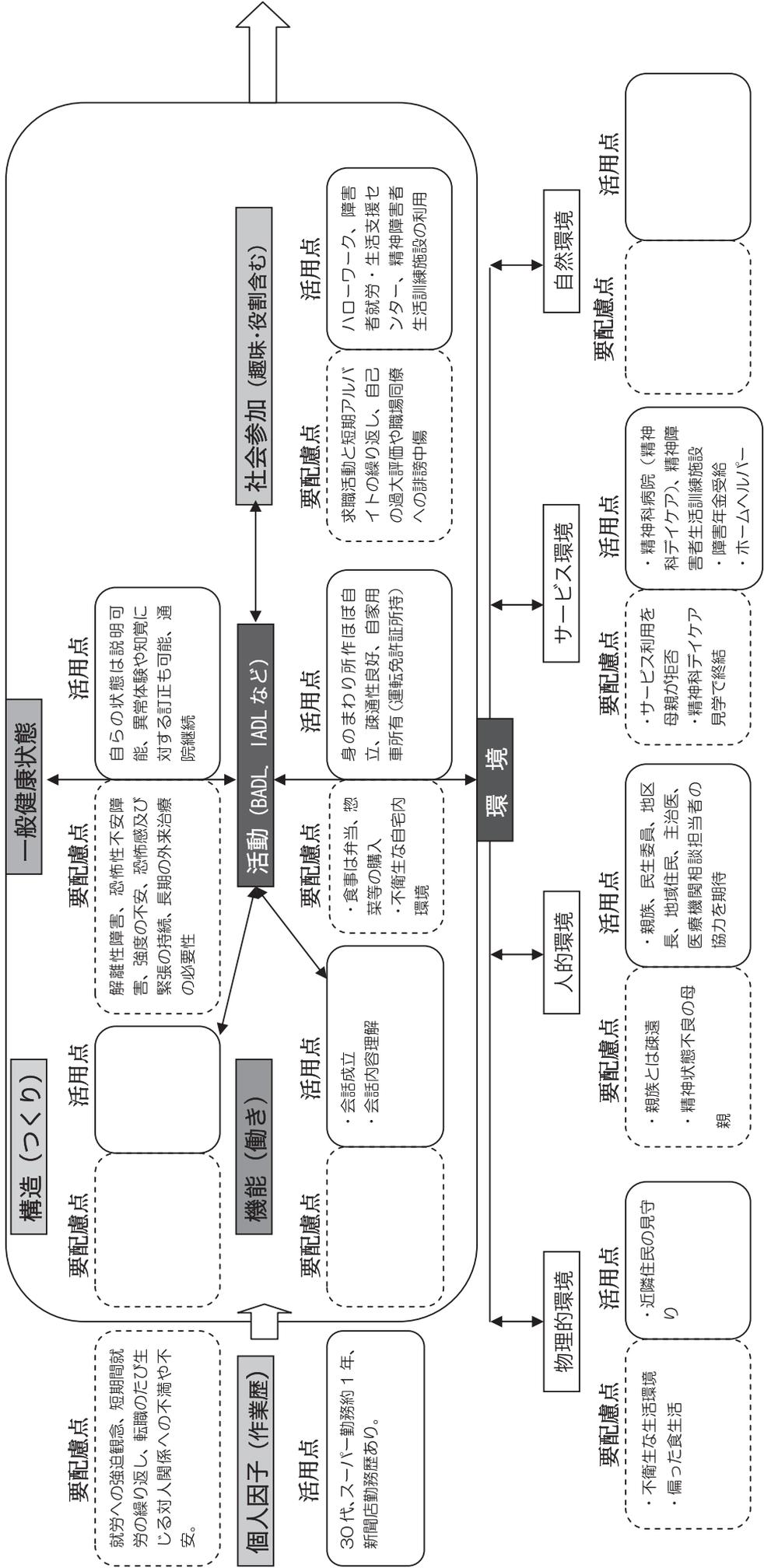
主な相談内容

不安・課題

希望・要望

- ・退院後の外来通院継続不安、病状に対する理解不良
- ・経済的不安
- ・就労に対するあせり、離職の不安、職場内対人関係不良

- ・疾病特性を理解したい、服薬の必要性を理解したい
- ・仕事に就きたい
- ・生活の立て直し



主体的な作業目標と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 (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			
C1 ・自己の疾病状況と服薬の必要性について正しい理解を図りたい	平成〇年〇月	<ul style="list-style-type: none"> ・定期受診を確実にしている ・自己の疾病状況について主治医より説明を受け納得する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・疾病に対する不安が発生した時には、作業療法士に相談する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・主治医、病院ソーシャルワーカー ・作業療法士がデイケア見学の調整を行う。 ・本人了解のもと、在宅生活状況について病院に情報提供を行う。 ・随時、本人からの求めに対し相談調整を図る。 ・地域住民による見守り 	<ul style="list-style-type: none"> ・疾病に対する不安について、自ら作業療法士に連絡し、保健センターに連絡、面接相談した。精神科デイケアは、見学のみにで終結となった。
C2 ・仕事に従事し、経済的に安定したい	平成〇年〇月	<ul style="list-style-type: none"> ・服薬の必要性について自覚でき ・早期警告サインについて理解し、再発を防ぐ。 	<ul style="list-style-type: none"> ・精神科デイケアを利用し、再発予防の心理教育、活動プログラムに参加する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・病院ソーシャルワーカー ・精神科デイケア ・心理教育 ・地域住民による見守り 	<ul style="list-style-type: none"> ・主治医、障害者就労生活センター ・障害年金の給付継続 ・作業療法士が障害者就労生活支援センターとの接点をつくる。
C3 ・生活の立て直し	平成〇年〇月	<ul style="list-style-type: none"> ・精神障害者生活訓練施設を利用し、他者との交流を成立させる 	<ul style="list-style-type: none"> ・定期的に就労状況を報告する 	<ul style="list-style-type: none"> ・主治医 ・就労に係る課題整理 	<ul style="list-style-type: none"> ・主治医との就労に係る相談は消極的であった。また短期間就労の繰り返しと焦りの助長が伺われた。



③事例3<知的障害>

事例は両親、祖母により支えられながら28歳を迎えた。事例の生活課題が家庭内から近隣へ影響し始め、事例の叔父からの相談が契機となり、事例の両親や祖母との接点が得られた。まず事例の知的能力や行動特徴を正しく認知していただくために、療育相談会に行政作業療法士とともに参加していただくことを促した。

療育相談会では中程度の知的障害と判断された。事例の行動特徴は、虚言や興奮、昼夜を問わず納得できないことがあると自宅を飛び出すこと、さらに金銭の無断持ち出し、過剰な買い物などが繰り返されることであった。行政作業療法士と事例との関わりを以下(表2-16)に示す。

表2-16 ケースの生活状況と関わりの経過

年月	ケース(家族)の状況	行政作業療法士の関わり
X年 9月	<ul style="list-style-type: none"> ・家を飛び出し知人に保護される。 ・父親は、ケースの障害認定を受け入れられず、関係機関の支援を拒否。 ・ケースと両親が来所し、障害認定等の相談を希望。 	<ul style="list-style-type: none"> ・状況確認のための訪問。 ・障害認定申請のための生育、生活状況確認。
10月	<ul style="list-style-type: none"> ・療育相談会に参加。 	<ul style="list-style-type: none"> ・療育相談会に同行。 ・相談会后、事例支援検討会実施。
X年+1年 1月	<ul style="list-style-type: none"> ・障害者小規模作業所(以下「作業所」)見学及び利用相談。 ・父親が作業所を訪問し、職員や利用者との面接。 ・ケースと父親が自宅から作業所までの経路を辿り、所要時間を確認。 	<ul style="list-style-type: none"> ・作業所への利用者受け入れの確認。 ・作業所見学同行。 ・本人、両親へ作業所利用の意思確認。 ・作業所職員の役割の明示と事例への接し方について検討。
2月	<ul style="list-style-type: none"> ・作業所利用開始。 ・家族とともに弁当を作り作業所に持参する。作業所での不安はほとんどない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・作業所訪問し導入状況確認及び本人との面接。
3月以降	<ul style="list-style-type: none"> ・作業所内での役割遂行。作業所利用者間関係良好。 ・家族が作業所主催の奉仕作業に参加。 ・障害年金の申請。 	<ul style="list-style-type: none"> ・作業所定期訪問。 ・障害年金申請相談対応。

事例の支援には両親だけではなく、想いを十分にそして冷静に受けとめる第三者が必要であることを伝え、その第三者役割として行政作業療法士が協力できる旨説明し、両親から了解が得られた。

また事例の行動特徴を表2-16のように分析、整理した。家族がその特徴を再確認しなければならないこと、特徴を踏まえた家族支援のあり方や役割を見直すことも必要であることを伝えた。

両親との数回の面接で、「事例を支えることへの限界と疲労感がある」「近隣住民への迷惑行為に

常に不安を感じている」「事例の障害は成長とともに何とかするという慢心があった」「支援について誰かと相談しなければというあせりもあった」などの発言が聞かれた。これまで両親も精一杯事例を支え、社会との未熟なつながりに困惑しながらも自立への期待を持ちつづけていたことが打ち明けられた。面接は、事例同様、両親のつらかった想いを解放させる場面でもあった。

事例からは、「ここ（この地域で）で生活したい。ここには友達がいる。家を離れるのはいやである。」という想いが聞かれ、自宅から離れた保護的施設利用という安易な判断は避け、事例の意思を尊重しながら関わりを続けた。

しかし事例の生活には助言や援助が必要で、保護、指導の下で支援、見守りが適切と考えられた。また事例の理解力の限界を両親が認知しておらず、両親に対しても障害者支援に関する学習の機会が必要であると考えられた。家族指導も含め、地域に存在する障害者小規模作業所（以下「作業所」）の利用を支援の柱に据えた。事例、両親が自らその利用を望むように、行政作業療法士は作業所利用の意義や紹介にとどめ、あわせて圏内の通所授産施設や通所更生施設などの福祉サービス施設の情報も提供した。

数日後、父親から作業所利用の希望があった。事例のスムーズな活動導入のために、まず作業所職員と支援内容の検討を行った。作業所指導員らにより保護的支援を保障していただくこと、また家族も障害者家族と接することで障害への理解が膨らむ場面づくりを検討していただくよう依頼した。さらに作業所利用は生活リズムを修正し、基本的生活習慣を獲得することが目的であることを事例、家族、作業所職員とともに確認、共有した。

作業所利用当初は緊張により過度なストレスを感じやすく、通所拒否に陥ることが危惧されたため利用を隔日とした。また作業所利用により発生する作業工賃の授受は、衝動的な反応を回避するため、まずは両親が受け取り、事例に渡すこととした。

表2-17 ケースの生活特徴

特徴	特徴としての理解および考えられる原因
・自宅金庫から無断で金銭を持ち出す。	・日常生活において抱く不安感や焦燥感に対する気分解消手段と考えられる。
・お金を手にすると行動が衝動的になり、過剰な買物をする。	・話を聞き入れてくれる人や場所が商店に限られている。優しく対応してもらえることにより、さらに過剰な買物への悪循環が生じる。
・興奮すると自宅を飛び出し、帰宅しない。	・家族による過度の叱責への反応。
・虚言が多く、周囲の者を振りまわす。	・自己防衛の手段として、自分に都合のよい話をつくる。または事実を自分なりに解釈している。
・気分の波が大きい。	・生活スケジュールが定まっていない。
・不快なことがあると自室に閉じこもる。	・注意や促しに対し、自分の思いを言葉に整理し、伝えることができない。
・食器洗いや洗濯など家事役割を担うが、途中で投げ出してしまうことがある。	・能力を出し切っているというケースの充実感や達成感、肯定感が、「もっときれいに洗いなさい」と叱咤激励する両親の期待により、満たされないでいる。

知的障害の衝動的行動にはそれを惹起する理由があり、今回その理由のほとんどは事例と家族との勝手な解釈や思い込みによると考えられた。衝動的行動の引き金は、両親の事例に対する過大な社会適応への期待と、それを感じ取れない事例の陰性感情であったと理解できた。

また家族への関わりとして、育て方や援助のあり方が不適切であっても即座に否定的な見解を家族に加えることはせず、むしろその苦勞に敬意を表し、労いの言葉を伝えることが重要であった。

知的障害の評価は、生活の視点での分析が必要であり専門機関との十分な連携を図らなければならない。また支援内容や支援機関を事例、家族が十分に理解するまで分かりやすく説明することや見学場面を設定し、支援メニューの選択を委ね、意志を引き出すことも重要であった。

施設利用にあたっては利用目的を明確にし、支援機関の受け入れ体制も考慮しながら調整を図らなければならない。また利用開始直後は頻回な活動状況の確認と面接など丁寧な支援が必要であった。

作業遂行力を高めるアプローチの評価、介入方法の標準化と提案

市町村事例 3

主な相談内容

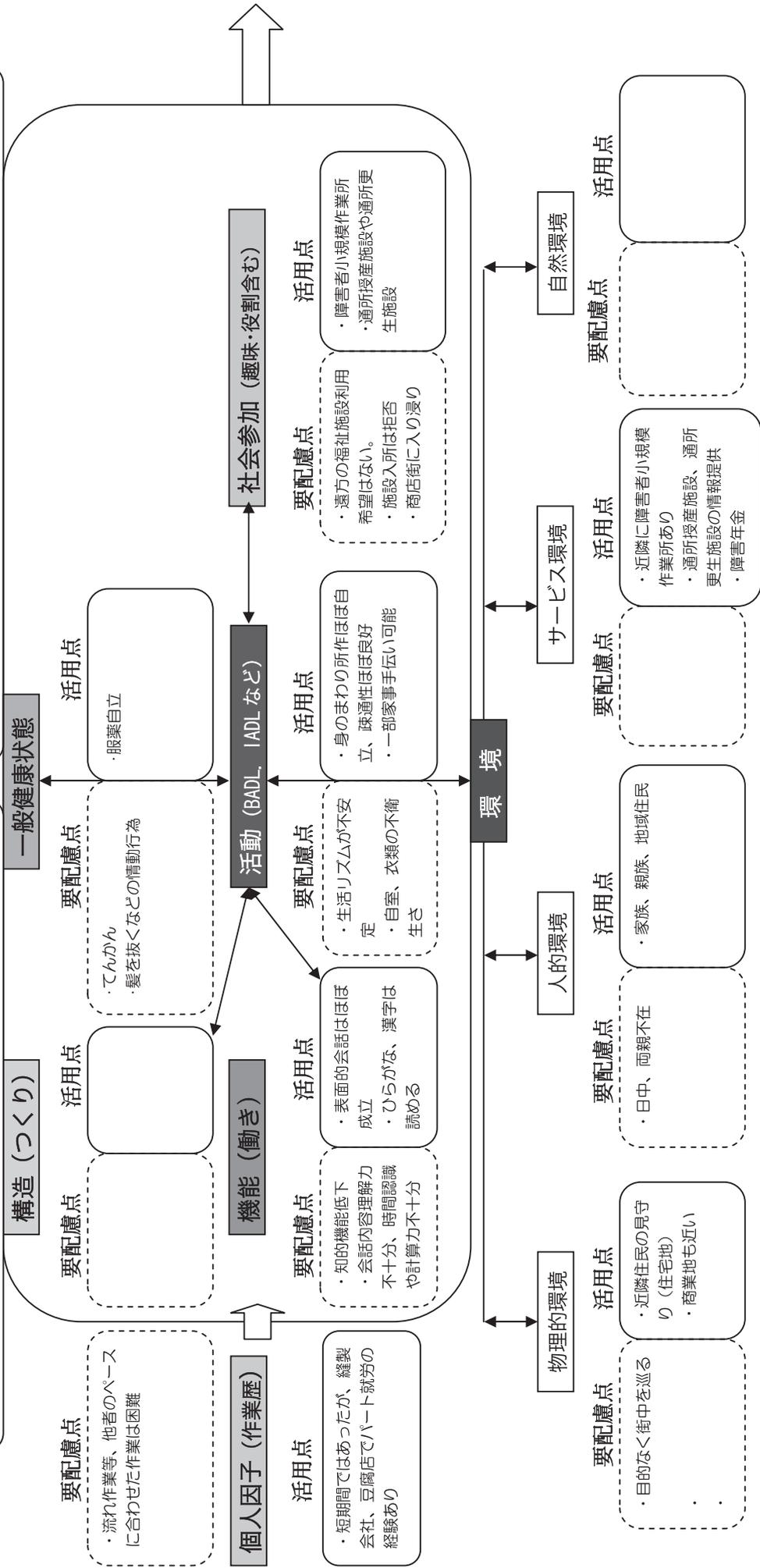
作成日：X年 記入者：T W

不安・課題

・自宅金庫から無断で金銭を持ち出す。お金を手にすると行動が衝動的になり、過剰な買物をする。興奮すると自宅を飛び出し、帰宅しない。虚言が多く、周囲の者を振りまわす。気分の波が大きく不快なことがあると自室に閉じこもる。家事役割を途中で投げ出してしまっている。

希望・要望

・ここ（この地域で）で生活したい。
・家を離れるのはいやである。
・ミシンを使った作業をしたい。教えてくれる人がいるとうれしい。



主体的な作業目標と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 (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	その他	
C1 ・正しい生活習慣を身につけ自宅での生活を続ける。	平成〇年〇月	<ul style="list-style-type: none"> ・定時に起床する。 ・自分で弁当を詰める(調理は母親が行う)。 ・毎日着替える。 ・作業所への持参品を自分で用意する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・母親と一緒に弁当を詰める。 ・母親に作業所への持参品を確認してもらう。 ・両親は作業所での一日の出来事などについて話題づくりをする。 	<ul style="list-style-type: none"> ・両親、作業所職員、保健センター職員、地域住民 ・障害者小規模作業所 ・作業療法士はケースと両親との良好な関係づくりのための家族指導を行う。 ・両親は、本人の適応行動をできるだけほめる。 ・作業所職員は作業の無理強いをしない。 ・地域住民による見守り 	<ul style="list-style-type: none"> ・ほぼ休みなく、作業所に通う。家族間トラブルは発生せず、父親も作業所主催のボランティア活動等に参加する。 	
	平成〇年〇月	<ul style="list-style-type: none"> ・定期的に保健センターに来院し、作業所利用状況を報告する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・作業所利用開始前に父親と通勤経路の下見をする。 ・保健センター来院日時を決める。 	<ul style="list-style-type: none"> ・保健センター職員 ・活動状況の確認 		
C2 ・作業指導を受けながら仕事をします。	平成〇年〇月	<ul style="list-style-type: none"> ・1ヶ月間は週3回、作業所に通う。 ・一人でできる作業指導を受け、作業を理解する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・竹炭づくり作業工程をひとつずつできるようにする。 	<ul style="list-style-type: none"> ・両親、作業所職員、障害者小規模作業所 ・作業療法士は作業所職員の指導不安解消を図る 	<ul style="list-style-type: none"> ・段階的作業所利用により、無理なく作業導入となり、作業を投げ出したり、飽きることなく実施。また他メンバーとの会話を業しむ。 	
	平成〇年〇月	<ul style="list-style-type: none"> ・作業の準備から片付けまで一人で行う。 	<ul style="list-style-type: none"> ・得意な作業工程は、作業目標を設定して行う。 	<ul style="list-style-type: none"> ・両親、作業所職員 ・障害者小規模作業所 ・作業療法士の作業所定期訪問 		



(2) 市町村におけるケースマネジメント事例報告 (子ども)

①市町村における作業療法士の配置

市町村に所属する作業療法士は少数であるが、子どもに関する事業では、「肢体不自由児」や「重症心身障害児」、「知的障害児」を対象とした「通園事業」と「乳幼児の健診事業」や「子ども・子育てに関する相談事業」への関与が確認できる。

配置部署としては、市町村直営の「肢体不自由児通園施設」「知的障害児通園施設」「重症心身障害児通園事業」等や障害者自立支援法における「児童デイサービス事業」、保健所・保健センターや子育て支援施策を担当する部署、特別支援教育・養護学校などがある。

また、発達障害者支援法制定後は、市町村において「子ども発達支援センター」などの名称を持つ機関・施設が設置されており、作業療法士の配置が確認できる。(参照資料:「平成20年度地域保健総合推進事業」における市町村雇用実態調査より抽出)

②市町村で子どもに関わる作業療法士の業務内容

子どもへの支援は、国の施策としても検討中の段階にあり、実施されている市町村毎に特徴のある実態となっている。

作業療法士が関与している各市町村の業務は、ア乳幼児健診事業に関連する業務、イ「通園事業」における支援、ウ保育園・幼稚園での支援業務、エ子育て支援機関での支援、オ学校生活への支援業務などがある。またこれらの業務は、ア特別な支援を必要とする子どもの早期発見、イ個々の子どもの発達を直接支援、ウ子どもの生活環境(家庭、保育園や幼稚園での生活)、環境調整への支援である。

乳幼児健診事業に関する業務	① 健診時の専門相談 ② 健診後の「気になる子ども」のフォロー支援 ③ 医療・療育支援機関への紹介調整
通園事業における支援	① 子どもの発達評価と療育支援(個別と小集団) ② 保護者支援(日常生活での対応、地域資源の活用、就園、就学に向けての助言など) ③ その他(保育園・幼稚園支援、啓蒙啓発活動など)
保育園・幼稚園での支援	① 「気になる子ども」や「障害児」の観察・評価 ② 職員や保護者への助言 ③ 医療・療育支援機関への紹介調整
地域小学校・中学校への支援	① 「気になる子」や「障害児」の観察・評価 ② 教員や保護者への助言 ③ 医療・療育支援機関への紹介調整
子育て支援機関での支援	① 子育てに関する相談支援 ② 「気になる子ども」の早期発見 ③ 医療・療育支援機関への紹介調整

④乳幼児健診事業に関連する支援事例

健診事業への作業療法士の関与は、保健所や保健センター、子ども発達支援センター等の業務

に見られる。作業療法士の評価の視点が、特に広汎性発達障害児の早期発見、早期療育へのコーディネートにおいて求められている。健診後の「気になる子」の相談、観察・評価支援のためのフォロー事業の運営スタッフとして作業療法士が参加している市町村がある。

⑤通園事業での支援

市町村が直接運営する「通園事業」の多くは、「肢体不自由児通園施設」や「知的障害児通園施設」、「重症心身障害児通園事業」、「児童デイサービス事業」として実施されているが、市町村の一部は単独事業として実施している。

市町村により実施方法は異なるが、「通所事業」の対象は、就学前の子どもを対象としている市町村が多く、就学後の子どもを対象としている市町村は少なかった。就学前の子どもを対象に、保育園・幼稚園未就園児と就園後の子どもを対象とした事業を実施していた。

通園利用までの手順等は市町村により異なるが、作業療法士は療育支援スタッフの一員として参加しており、小集団と個別での支援を実施している。

作業療法士は、子どもの遊びや日常の行動特性を観察・評価しその子どもの発達の特徴、行動特性、苦手なことや得意なことを次の成長段階に導く「作業・遊び活動」を提案し、他スタッフとの協業による療育を実施している。

作業療法士の業務は、対象児への直接支援だけではなく、保護者や他の療育スタッフ、保育園や幼稚園の職員への情報提供や地域資源の活用、子どもを取り巻く地域住民への啓蒙啓発活動も担っている。

⑥保育園、幼稚園での支援

市町村によっては、保育園や幼稚園に障害児を受け入れ、巡回相談や専門家を派遣する支援体制を整えている。この専門職や巡回相談の指導員として作業療法士を配置している市町村がある。定期的に巡回し、ア園のスタッフが気になっている子どもを観察・評価し、イ職員や保護者への助言や日常の処遇方法を検討する、ウ必要であれば医療・専門療育支援の利用紹介を調整するなどの支援業務を行っている。

⑦地域小学校・中学校への支援

教育基本法改正に伴い、都道府県計画、市町村計画として特別支援教育の体制整備が進められている。作業療法士を雇用し、学校現場への専門職派遣を実施している市町村がある。特別支援校や特別支援学級の子どもへの対応のための常勤雇用や、巡回指導員の一員として雇用している市町村がある。また、子ども発達支援センターなど、市町村に雇用されている作業療法士が関与している事例がある。作業療法士に求められている役割は、ア子どもの観察・評価、イ学校生活での教科や日常生活への助言であるが、対象児の特性を作業遂行能力としてみることのできる職種の特徴が求められている。

⑧子育て支援機関での支援

「子ども家庭支援センター」の活動に作業療法士を配置している市町村がある。また、「子ども発達相談センター」等の職員として作業療法士を雇用し、「子育てひろば」など子ども家庭支援センターに巡回して関与している市町村もある。

作業療法士は、子育てや子どもの発達に不安のある保護者の相談や子ども過程支援センターの職員への助言とともに「気になる子」の早期発見を担うとともに、発達障害に関する啓蒙啓発活動なども担っている。

参照資料：「地域保健総合推進事業」の市町村雇用実態調査から抽出

「地域保健総合推進事業」は財団法人日本公衆衛生協会の事業である。社団法人日本理学療法士協会と共同で「行政の理学療法士・作業療法士が関与する効果的な事業展開に関する研究」を実施している。平成 20 年度研究事業の基礎調査として、全国 1816 市町村における理学療法士と作業療法士の雇用実態調査を実施した。その結果、回答率 80%で全市町村の 30%に理学療法士或いは作業療法士が配置されていることを確認した。その中から医療保険以外の業務に常勤で作業療法士が関与している 141 市町村を抽出し、参照資料を作成した。

(3) 事例支援から考える市町村総合相談窓口機能としての作業療法士の役割

①障害福祉は市町村ではマイノリティの分野であるが、作業療法士はその人にとって意味のある作業を切り口にすべての障害領域に関与し、生活支援のマネジメントができ、支援チームづくりを推進できる。

②作業療法士は、住環境の状態、家族のつながり、近隣住民との関係など対象者の生活空間を知るだけでなく、対象者にとって何が生きる意欲となっているか、残存能力を生かす生活をしているのか、地域生活におけるキーパーソンは誰か、インフォーマルな支援は期待できるかなど、その在宅生活の実情に照らし合わせた支援資源を評価し探り出す。

特に精神障害者の訪問活動では、住環境の劣悪さと精神状態悪化は結び付きやすい。玄関やトイレの乱雑さ、足の踏み場もないほどの居室、玄関先まで漂う異臭など、障害者宅では寝食の場の確保・維持の困難さに出くわす。また精神障害者の訪問では、その課題解決に緊急性や即応性が求められることも多く、行政部署間での連携も重要となる。

精神科医療の知識を持つ作業療法士にとって、訪問活動は大きな武器であり、直接支援の現場となる。また地域には何らかの障害を持って、あきらかに生活障害を抱えているという事例であっても、医療機関に結びついているとは限らない。そのような時、訪問活動により行政作業療法士は医療、保健、福祉のあらゆる視点から関わりを開始することができる。

③障害者への直接的支援とともに関係機関との連携調整や地域住民との協力体制づくりも必要となる。有効な支援を構成する場面づくりや人づくりなど間接的支援にも力を注ぐ必要がある。

行政作業療法士には地域生活に作業を通して夢が描ける場面づくりと、そこで醸成される充実感や達成感づくりをすることができる。

第3章 通所リハビリテーション検証事業

1 研究目的

高齢者自身や家族が住みなれた地域でいつまでもいきいきと生活を継続するための基本的な条件として、セルフケアのみならず生活の中で意味のある作業に出会い、気づき、実践するという一連のプロセスを経験する中で、高齢者の生活意欲を高めることが挙げられる。

今回、意味のある作業を選び、実践するツールとして「作業遂行評価表」を作成した。本研究では作業遂行評価表を用い、その作業が効果的・効率的に遂行できる能力（作業遂行力）を具体的に高める方法（作業遂行力向上プログラム）を検討する。また作業遂行評価表から、どのようなプログラムが考えられているのか、プログラムのカテゴリー化やプログラムの実施による作業遂行力の改善の有無などからプログラムの般化について検討する。さらに作業遂行力を高めることでADL、IADL、QOLにどのような影響を与えるのか検証する。

2 対象

対象は、2008年11月～2009年2月に通所リハビリテーション「TRY」、「せんだんの丘」に通所している者とした。本調査実施にあたり、対象者には研究の目的、概要、不参加の場合でも何ら不利益を被らないこと、プライバシーの保護、データ管理は厳重に行うこと、等を明記した研究協力依頼文を用いて、対象者を担当する作業療法士から口頭にて説明した上で、紙面に署名する形で同意を得た25名を対象とした。このうち解析可能であった23名を最終的な対象とした。

3 方法

評価・プログラム立案に用いた指標を以下に示す。

(1) 作業遂行評価表

作業遂行評価表は、

- ① 対象者にとって重要で意味のある作業（大目標・小目標）を作業遂行力聞き取りシートをもとに決定
 - ② 作業の遂行を困難にしている要因を整理
 - ③ 身体状況、作業分析、環境から重要で意味のある作業の到達レベルを予測
 - ④ 重要で意味のある作業を効果的・効率的に遂行できる能力（作業遂行力）を把握するため、達成プロセス順に「企画力」「準備力」「実行力」「検証力」「完了力」に分け、各能力を詳細に分析
 - ⑤ 具体的支援計画の立案
- というプロセスで行われる。

大目標及び小目標は、現在は遂行困難であるが、生活の中で大切な作業、もっとうまく行いたい作業、幸せな気分になれる作業を探し、目標として設定する。大目標は特に期間を定めないが、小目標は研究期間に合わせて今回は3ヵ月後に達成の可能性があるものとした。

作業の遂行を困難にしている要因は、最大4項目を記入式で行い、どのような要因（心身機能・活動と参加・環境因子 等）が阻害要因となるのか整理を行えるようにした。

作業の到達レベルの予測では、身体状況、作業分析、環境の各項目に分け記入することとした。ここから、現状能力を的確に判断し、心身機能の改善の可能性や代償活動の検討、環境要因の確認など複合的な要因を総合して、対象者の予後予測を行えるよう配慮した。

作業遂行力を把握するために上述の5つの能力に分け、能力を「1 一人で可能」「2 手がかりや見本があれば可能」「3 助言があれば可能」「4 介助があれば可能」の4段階に分類した。

「企画力」とは、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

考え、検討できる能力をいう。具体的には生活意欲が高まるよう生活目標を意識できたり、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。

「準備力」とは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。

「実行力」とは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い、基礎的動作の反復や意味のある作業体験等が含まれる。

「検証力」とは生活目標と実際に達成に向けて行われた実行（一連の作業活動）との間の適合作業を行う能力をいう。実行するためにどのような配慮や注意点が必要だったかを含め、達成に必要な条件を自ら検証できる力をさす。

「完了力」とは検証の結果、達成の可否について評価し、その結果を基に次の企画へとつなぐことのできる能力をいう。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。

具体的支援計画では、最大5項目の記入式とした。

(2) 作業遂行力聞き取りシート

本人にとって意味のある作業を確認し、その作業がどの程度うまくできていると感じる(実行度)か、またどの程度その作業を行うことに満足しているか(満足度)を1から10段階で判定する評価尺度として今回新たに作成した。

(3) 生活に関するアンケート

NPO法人地域保健研究会編集 介護予防通所介護における介護予防プログラム開発及び介入評価に関する報告書より主要部分を抜粋した。基本的ADLと手段的ADLに分類し、各ADLを「困っている」「困っていない」「どちらとも言えない」の3段階に分類している。また実施状態や改善の可能性・能力の有無についてもあわせて聞き取る内容となっている。

(4) 体力測定記録表(握力・開眼片足立ち・5m歩行速度・TUG・エクササイズ量)

握力はデジタル握力計(TL110 堤製作所製)を使用し、立位をとらせ上肢を自然に下げた状態で測定した。開眼片足立ちはバランス能力を簡便に計測できることから種々の研究で報告がなされており、本研究では立位で視線を前方にとらせ、使用脚は任意に片足での立位保持がしやすいことを条件に行った。5m歩行は、なるべく早く歩くよう指示を行い、歩行時間を測定した。TUGは高齢者の転倒危険性を予測するために開発された動的バランスの検査法である。椅子座位を開始肢位とし、計測始めの合図とともに椅子から立ち上がり、椅子から3mの距離に設置したコーンを回って再び椅子に座るまでの時間を計測した。エクササイズ量は、歩数計にて計測が可能な機種を選定し、カロリー消費量で計測した。

(5) FIM評価表

FIMとは、機能的自立度評価表(Functional Independence Measure)の略で、1983年にGrangerらによって開発されたADL評価法のことで、具体的には、食事や移動などの“運動ADL”13項目と“認知ADL”5項目から構成され、1点が介護時間1.6分と設定されており、1週間以内にFIM得点が10以上低下するような状態を、“急性増悪”とみなせるとされている。

(6) QOL評価表(WHO QOL26)

WHOでは1992年から5年余りの歳月をかけ、異文化間でも結果の比較が可能なQOL調査票の開発を行い、世界22カ国が調査票開発のプロジェクトに参加しており、日本では、1997年に初版が刊行された。

(7) 基本チェックリスト

要支援・要介護に至るリスクの程度を測定して、特定高齢者の候補者であるかどうかを判定するために使用される。25項目の質問のうち、最初の5項目(No.1-No.5)は手段的日常生活活動に関する質問である。次の5項目(No.6-No.10)は運動器の機能向上に関するもの、次の2項目(No.11-No.12)

は栄養改善に関するもの、次の3項目 (No. 13～No. 15) は口腔機能の向上に関するもの、次の2項目 (No. 16～No. 17) は閉じこもり予防・支援に関するもの、次の3項目 (No. 18～No. 20) は認知症予防・支援に関するもの、そして最後の5項目 (No. 21～No. 25) はうつ予防・支援に関する質問である。その結果、以下の4つのうちいずれかに該当する者を特定高齢者の候補者として選定する。① うつ予防・支援関係の項目を除く1～20までの項目のうち10項目以上該当する者、② 運動器の機能向上3項目以上該当する者、③ 栄養改善2項目全て該当する者、④ 口腔機能の向上2項目以上該当する者。

(8) 障害高齢者の日常生活自立度

行動範囲とそれに伴う介助の有無で生活の自立度を判定するもので、J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2の4ランク8段階に分類される。

(9) 認知症高齢者の日常生活自立度

高齢者の認知症の程度を踏まえた日常生活の自立度を判定するもので、I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・Mの5ランク7段階に分類される。

4 研究結果

(1) 対象者の特性 (n=23)

対象者はせんだんの丘が9名、TRYが14名の合計23名であった。施設による比較では年齢と認知自立度において差が認められたが、対象者数が少ないこともあって両者を合計した母集団23名で以下の集計並びに統計処理を行うこととした。

平均年齢は75.1歳で男女比は男性12名、女性11名であった。障害高齢者の日常生活自立度（障害自立度）と認知症高齢者の日常生活自立度（認知自立度）は表3-1に示すとおりとなった。

表3-1 対象者の特性

区分	合計	せんだんの丘	竹田総合病院 TRY	p 値
人数	23	9	14	—
年齢 (才)	75.1±10.1	78.7±10.2	72.9±9.7	0.033
性別 (男性/女性)	12/11	5/4	7/7	0.795
障害自立度				
J1	10	4	6	0.558
J2	5	1	4	
A1	8	4	4	
認知自立度				
自立	16	3	13	0.002
I	7	6	1	
身長 (cm)	156.1±10.4	158.2±9.8	154.7±10.8	0.328
体重 (kg)	57.1±9.3	54.2±5.1	59.0±11.0	0.313

* データは平均値±SD, 統計処理は Mann-Whitney の U 検定および χ^2 検定

(2) 作業遂行評価表から見えた作業遂行力向上プログラム

①作業遂行力聞き取りシートにより対象者が挙げた生活の目標について

作業遂行力聞き取りシートにより対象者が挙げた生活の目標の内容を「基本的ADL」、「手段的ADL」、「趣味・社会参加」に分類し、その内容を示す。対象者が目標とする作業項目として、手段的ADLが20項目、次いで趣味・社会参加が14項目、基本的ADL8項目の順に多かった。

表3-2：作業療法士が把握した対象者の生活の目標

基本的ADL(8項目)	手段的ADL(20項目)	趣味・社会参加(14項目)
階段昇降の安定性	洗濯物干し・洗濯がしたい	家族で旅行
歩行バランスの向上	押入れの整理整頓をしたい	友人宅を訪ねたい
重量物を持つての歩行	季節ごとの衣類の交換がしたい	近所の家にお茶のみに行きたい
家の中を安全に歩けるようになりたい	掃除がしたい	温泉に行きたい
畳に座る, 立つができるようになりたい	暖房器具の清掃がしたい	釣りに行きたい
椅子からの立ち上がりを楽にしたい	料理をしたい	カラオケのステージに立つ
着替えができるようになりたい	流しに立って長時間調理をしたい	カラオケ教室への参加
食事を皿からかき込まず食べられるようになりたい	針仕事で服の修繕などしたい	ボランティア活動への参加
	近くの店に買い物に行けるようになりたい	お花(華道とまではいかないが, 四方盛り)
	杖歩行で買い物に行きたい	を月に1度程度勉強したい
	散歩を30分以上できるようにになりたい	習字をしてみたい
	一人で散歩ができるようになりたい	絵を描きたい
	外出したい	針仕事をして子供服を作りたい
	自動車を運転して自由に外出したい	庭いじりができるようになりたい
	バスを利用して外出したい	復職したい
	雪かき	
	灯油入れ	
	草取りやフェンスの塗装などの手入れ	
	市役所の書類などに名前をきちんと書けるようになりたい	
	ゴミ出しが安全に行えるようになりたい	

②作業遂行評価表に記述された、小目標の作業遂行評価表において設定された小目標の内容を表3-3に示す。

作業遂行力聞き取りシートに挙げられた生活の目標を基に、大目標を設定し、その目標を達成するために3か月でできることとして設定された小目標はより具体的な動作や作業が設定されていた。

小目標の内容としては、基本的ADLが多く19項目、次いで手段的ADLが多く13項目が挙げられている。また、基本的ADLは通所リハ内で実施できる内容であり、手段的ADLは対象者の生活環境内の実施を想定した内容が設定されている。

表3-3 小目標の設定内容

基本的 ADL(19 項目)	手段的 ADL(13 項目)	趣味・社会参加(4項目)
病院の2階まで手すり使用で階段昇降ができる	体力が付き、家の周りを散歩することができる	お花を習える所を探す
階段昇降の安定	30分以上散歩できる	通所リハ利用中にデッサン、スケッチ
重量物を持った歩行の安定	1人で安全に屋外歩行ができる	のレベルで絵を描くことができる
立位保持が安定する	屋外歩行や階段昇降などが転倒の不安	低頻度にて自宅での手芸を再開する
歩行の安定を図る	なく安全に行え、自由に外出できる	日帰り旅行へ行くことができる
物を落とす突発的な出来事が起きた際に転倒せず安全に対処できる	近所の店へ買い物に行く	
自宅内での歩行安定性向上、転倒防止	杖歩行で神明通りへ軽い荷物程度の買い物に行くことができる	
院内歩行は15分程度 シルバーカーを使用して歩行できる	娘や嫁などの見守りのもと、バスを利用し受診することができる	
安全に継続して、平地30m歩けるようになる。	最寄りのバス停まで歩いていけるようになる。	
1時間くらいの連続歩行ができる	夫が安心して動作遂行の見守りをしている	
屋外歩行の安定	食事の用意を行う回数を増やす	
椅子からの立ち上がり動作の安定	家事をする、年末に向けて大掃除をする	
椅子への立ち座りを安全に行うようになる	立位耐久性の向上を図り、立ち仕事が少しでも長くできる	
物を運ぶ、棚に上げる、しゃがむなどの動作が安定する	ごみを持つての階段降りが安全に行える	
床からの立ち上がり、座り動作、畳での座位姿勢の獲得		
蹲踞姿勢の保持と、そこからの立ち上がりが容易に行える		
左肩の痛みの軽減		
体力がつく		
着替えができる		

③生活の目標を達成するうえで問題を生じさせている阻害要因

ICFの「心身機能」「活動と参加」「環境因子」に分類し、記載された小目標を達成するうえで問題となる阻害要因の件数を表3-4に示す。

問題となる要因は心身機能が最も多く、次いで活動と参加、環境因子であった。心身機能では、筋力低下をはじめとする神経筋骨格と運動に関する機能の低下が要因として最も多く、次いで痛みであった。活動と参加では移動や階段昇降といった運動、移動能力が要因として多かった。

また、これらICFに分類される以外の要因として、「体調不良後実施する機会がない」(7名)、「機会がないことによる慣れ」(2名)があった。

表3-4 問題を生じさせている要因の分類（ICFに基づく）

単位：件数

心身機能			活動と参加		環境因子		
精神機能	痛み 感覚	神経筋骨格と運動に関する機能	運動移動能力	セルフケア能力	生産品と用具	環境変化	支援と関係
5	11	17	14	1	3	1	3
33			15		7		

④生活の目標が達成可能な理由根拠

作業遂行評価表で立てた生活の目標が達成可能かどうかを判断する理由と根拠について記述された内容を心身機能、活動と参加、環境因子に分類し、一例を示す。

表3-5より「心身機能」、「活動と参加」、「環境因子」の視点で分類した内容は、小目標を達成するうえで必要な「心身機能」の現状能力と予後予測、「活動と参加」の現状能力と予後予測、「環境因子」に関する現状と予後予測について記述していることが分かった。

表3-5 作業目標達成可能な理由根拠を「心身機能」、「活動と参加」、「環境因子」に分類（一部事例抜粋）

小目標	心身機能	活動と参加	環境因子
体力がつき、家の周りを散歩することができる	痛み、疲れのため長く歩けない	院内2本杖歩行可 体力向上により歩行改善可	家周辺は段差、坂道なし
娘や嫁などの見守りのもと、バスを利用し受診することができる	注意力十分あり	バス段差の昇降は練習し手すりつかまれば可能	市内バスに手すりは必ずある
2階まで手すり使用で階段昇降ができる	筋力向上により痛み軽減する	痛みが軽減することにより階段昇降可能	手すり・杖あれば膝負担軽減可
1人で安全に屋外歩行ができる		坂道歩行時軽介助、杖使用で昇れる時もある 歩行器使用にて歩行時の痛み悪化が防げる	坂道が多い
歩行の安定を図る		長距離歩行可能な体力あり 段差昇降は見守りが必要	杖、壁伝い、手すり使用すれば安定歩行可能
床からの立ち上がり、座り動作、畳での座位姿勢の獲得	身体能力が高い	床上動作は手順の習慣化により動作獲得可能	背もたれがあれば床座位で長時間座ることができる
ごみを持つての階段降り及安全に行える		右下肢の強化により、階段を降りる際の安全性を増すことができる ゴミ袋を小さくし運ぶ際の負荷を軽減することで安全性を増すことができる	

表3-5の結果より、作業遂行評価表で立てた生活の目標が達成可能かどうかを判断する理由と根拠について記述された内容をICFの「心身機能」、「活動と参加」、「環境因子」の視点で現状能力と予後予測に分類した。結果として、23事例全ての事例において、生活の目標達成可能な理由と根拠に示された内容は、この分類に当てはまった。

表3-6 小目標が達成可能かどうかを判断する理由と根拠

心身機能		活動と参加		環境因子	
現状能力	予後予測	現状能力	予後予測	現状能力	予後予測
6	10	12	14	12	11

⑤生活の目標の達成可能な水準の見極めから、解決すべき生活の課題（以下ニーズと記す）へ達成可能な理由根拠を明確にした後、生活の目標を達成可能な水準を見極め、ニーズとしていた。生活の目標に挙げられていても達成が困難であると判断された場合はニーズとして取り上げていない事例や生活の目標を簡略化し、動作レベルの課題に変更し設定し、支援プログラムに落とし込めるようにした事例（表3-7）、生活の目標に条件を付加し具体的支援がわかるように設定した事例（表3-8）、複数あった小目標を1つにまとめて設定した事例（表3-9）など課題についてさまざまな表現方法を具体化していた。

表3-7 生活の目標を動作レベルのニーズに変更

	小目標	達成可能なニーズ
例1	30分以上散歩できるようになりたい	30分以上歩行ができる
例2	1人で安全に屋外歩行ができる	安定した長距離歩行ができる

表3-8 生活の目標に条件を付加しニーズへ設定（一部事例抜粋）

	小目標	達成可能なニーズ
例1	杖歩行で神明通りへ軽い荷物程度の買い物に行くことができる	<u>休みながら杖歩行で軽い物のみ買い物できる。</u> <u>食材などはシルバーカーで行う。</u>
例2	通所リハ利用中にデッサン、スケッチのレベルで絵を描くことができる	デッサン、スケッチのレベルで、 <u>一緒に題材をみつけて描く</u>
例3	低頻度にて自宅での手芸を再開する	<u>道具の管理が定着してくれば低頻度にて自宅での手芸を再開することが可能</u>
例4	床からの立ち上がり、座り動作、畳での座位姿勢の獲得	床からの立ち上がり、座り動作は台なしで行い、座位保持は <u>座椅子(背もたれあり)があれば可能。</u>
例5	ごみを持つての階段降りが安全に行える	<u>手すりと杖を使用し、ゴミ袋は背負うようにして安全性を確保して行う</u>

表3-9 複数あった小目標を1つにまとめたニーズに設定

	小目標	達成可能なニーズ
例1	1時間くらいの連続歩行ができる(体力がつく)	日帰り温泉など車で2時間くらいの距離の旅行ができる
	左肩の痛みの軽減	
	日帰り旅行へ行くことができる	
例2	椅子からの立ち上がり動作の安定	立位での作業に疲れたら座れる環境をつくり、座ってできる作業は座って行うことで、椅子からの立ち上がりを安全に行い、立位での両手動作で炊事を行える。
	立位保持が安定する	

⑥生活の課題（ニーズ）とプログラム

ア) プログラム内容

作業遂行力向上のために立案、実行したプログラムは次の3つの項目に分類できた

- ・基礎的アプローチ：筋力向上や痛みの軽減、体力の向上といった心身機能および基本となる起居移動動作の練習
- ・意味のある作業の体験アプローチ（応用）：目標としたその人にとって意味のある作業そのものの実動作を練習

・意味のある作業の実践アプローチ（社会適応）：体験した作業を実際の生活の場面で実施

また、通所リハビリテーション事業所（＝通所リハ）内では、基礎的アプローチを繰り返し行っている傾向がみられた。基礎的アプローチの内容は、下肢、体幹の筋力向上やバランス力向上、体力向上といった心身機能面の向上や移動、階段昇降などの基本動作が多かった。意味のある作業の体験アプローチは、杖等の導入では通所リハ内での歩行等の練習時に杖を導入し繰り返しの使用方法を訓練する、ADL動作などの作業を繰り返し行う練習をしていた。意味のある作業実践アプローチが必要な事例については、作業療法士は自宅周辺環境で本人が単独で行うことを指導、助言あるいは家族の支援を受けながら実践する、その実践結果は、来所時に確認するという方法をとっていた。

表3-10 達成可能なニーズの作業遂行に必要な具体的な項目と能力、プログラム、達成度
遂行能力：1＝一人で可能、2＝手がかりや見本があれば可能、3＝助言があれば可能、4＝介助が必要 未

	達成可能な ニーズ	具体的な作業項目と本人の遂行能力 (前＝実施前, 後＝実施後)	能力		プログラム			達成	
			前	後	基礎的 動作	作業 体験	実践		
事例 1	受診時に娘や嫁と一緒にバスを利用して みることで本人にも 自信が付き、1人で バスを利用しての受 診が可能となる。	企画力	通院にバスを利用することを家族へ提案する	3	1			○	○
		準備力	受診日のバス時刻表を調べる	1	1		○		
			バスの時刻に間に合うように家族に連絡する				○		
		実行力	家族と一緒にバス通院する	3	1			○	
			安全にバスの段差昇降ができる	4	1	○	○		
		検証力	バス利用時の不安点や家族の不安について確認	3	1			○	
次回通院時のバス時刻確認	1		1		○				
完了力	1人での通院への自信と家族の同意を得る	3	1			○			
事例 2	安定した長距離歩行 ができる。	企画力	自分でできる運動量を決め目標をもって運動を行う	3	2			○	○
		準備力	杖や歩行器を準備する	1	1		○		
			自主トレ表を準備する	1	1		○		
		実行力	杖と歩行器を使い分け安全に歩行する	2	1	○	○		
			自主トレ内容の実施	2	1	○			
		検証力	自らの体力を知り屋外歩行の自信をつける	1	1		○		
通所リハの送迎時は1人で外へ出る	1		1			○			
完了力	散歩を始める	1	1			○			
事例 3	安楽な動作、安全な 歩行手段の獲得で 家事の実施を増や すことができる	企画力	転倒しやすい動きを把握し注意、予防する	3	2		○	○	
		準備力	杖をしっかりと付き安定した歩行ができる	3	1		○		
		実行力	床からの立ち座りや方向転換時には手すり等を用い安定性を高める	3	1	○			
			動作が安定することで夫の不安を減少し見守りでの動作を増やす	3	2		○		
		完了力	家での料理の回数を増やす	3	2				○
洗濯もの干しや掃除機をする	3		2			○			
事例 4	休みながら杖歩行で 軽い物のみ買い物 できる。食材などはシ ルパーカーで行う。	企画力	天候、体調に応じて買い物に行くことを決定できる	1	1			○	○
		準備力	必要な手荷物を準備する	1	1		○		
			身だしなみを整える	1	1		○		
		実行力	杖歩行にて買い物に出かける	未	1	○		○	
			無理なく行ける店や所要時間を把握する	3	1		○		
		検証力	体調、膝の調子に応じて休息する	3	1		○		
疲労具合や膝の調子を把握し移動距離や荷物量を考え買い物できる	3		1			○			

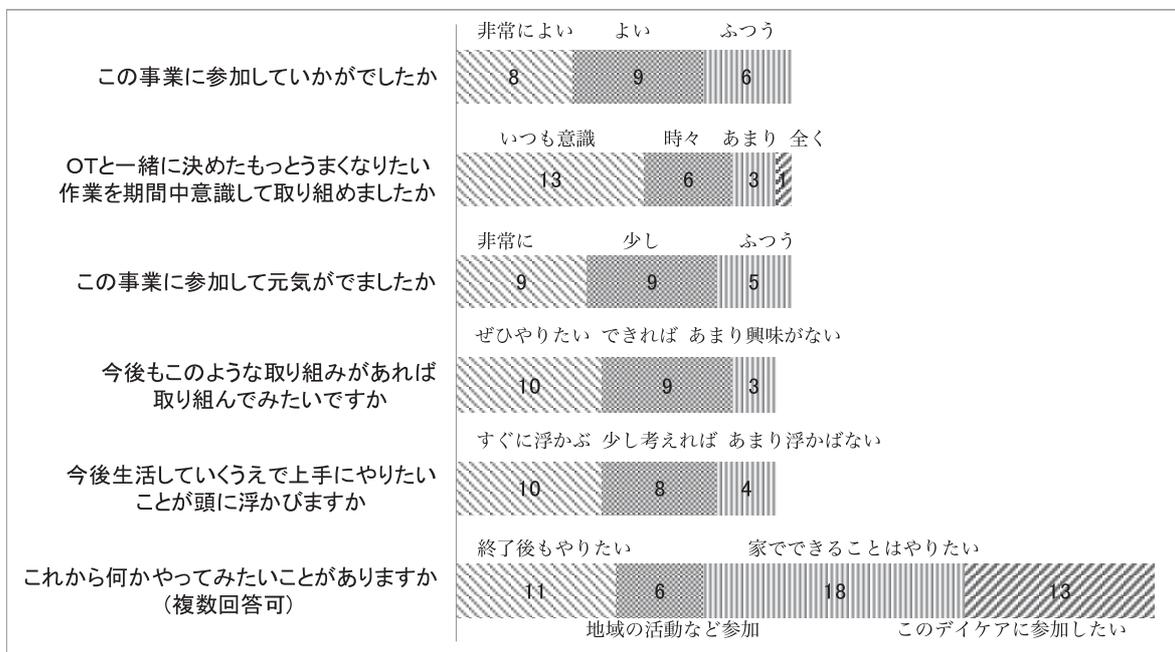
⑦終了時アンケート結果

本調査実施後、作業遂行力聞き取りシート、作業遂行評価表を用いた取り組みについてプログラム参加者の感想を聞き取った。その結果を図3-1に記す。

作業遂行力聞き取りシート、作業遂行評価表を用いた取り組みに参加して良かったとするものは17名(73.9%)、よくなかったとするものは0名であった。生活の目標を意識して取り組めたものは19名(82.6%)、あまり取り組めなかったもの3名(13.0%)、取り組めなかったもの1名(4.3%)という結果であった。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%)で、あまり興味がないとするもの3名(13.0%)であった。今後生活していくうえでやりたいことが頭に浮かぶかという質問に対しては、すぐに浮かぶ10名(43.7%)、少し考えれば浮かぶ(34.7%)、あまり浮かばない4名(17.4%)であった。

これから何かやってみたことがあるかとの問いに対して、家での生活で自分でできることはなるべく自分でやりたいとするもの18名(78.2%)、終了後もやりたい作業を自分で決めて生活したいとするもの11名(47.8%)、地域の行事や敬老会など少しずつでも参加してみたいとするもの6名(26.0%)、引き続きこのデイケアに参加したいとするもの13名(56.5%)という結果であった。

図3-1 終了時アンケート結果



(3) 作業遂行力向上プログラムの効果

①体力測定の結果

体力測定測定の結果を表 3-11 に示す

体力測定では、握力が左右それぞれ 20.8 kg, 17.4 kg であった。片足立ちでは、右 8.5 秒, 左 11.8 秒と左側の方が長くなった。通常歩行スピードは介入前 7.6 秒に対し、介入後 7.4 秒であった。これら指標は介入後にも変化はなかった。

一方、最大歩行スピードは介入前 6.4 秒に対し、介入後 5.8 秒と有意に速くなった ($p=0.020$)。同様に、TUG においても 13.9 秒から 12.6 秒へと早くなった ($p=0.022$)。

逆に、Ex 量は介入前 47.6kcal に対して、介入後 2.4kcal ($p=0.527$)、歩数についても介入前 11,191 歩から介入後 8483 歩となり ($p=0.0048$)、それぞれ減少した。

表 3-11 体力測定の結果

	介入前	介入後	p 値
握力 右	20.8±7.3	21.7±6.9	0.177
左 (kg)	17.4±6.9	19.7±7.2	0.055
片足立ち 右	8.5±16.3	9.6±17.6	0.717
左 (sec)	11.8±20.2	11.8±18.9	0.449
通常歩行 (sec)	7.6±4.4	7.4±5.1	0.224
最大歩行 (sec)	6.4±4.7	5.8±4.9	0.020
TUG (sec)	13.9±8.6	12.6±8.7	0.022
Ex 量 (kcal)	47.6±149.7	2.4±2.6	0.527
歩数	11191±7485	8483±6939	0.048

* データは平均値±SD, 統計処理は Wilcoxon の符号付き順位検定

②ADL (FIM)

FIM の結果を表 3-12 に示す。FIM は介入前 119.3 点, 介入後 119.1 点であり変化は認められなかった。下位項目の比較では、階段が介入前 5.5 と最も低くなり、次いで低いのが浴槽移乗の 5.9 であった。それらは介入後にそれぞれ 5.4, 5.9 となり、変化はなかった。

表3-12 FIMの変化

	介入前	介入後	p 値
総計	119.3±4.8	119.1±4.9	0.655
食事	7.0±0.0	7.0±0.0	1.000
整容	6.8±0.6	6.8±0.7	1.000
清拭	6.3±1.2	6.3±1.3	1.000
更衣上	6.6±0.8	6.7±0.8	1.000
更衣下	6.6±0.7	6.6±0.7	1.000
トイレ	6.8±0.4	6.8±0.4	1.000
排尿	6.9±0.3	6.9±0.3	1.000
排便	7.0±0.0	7.0±0.0	1.000
移乗	6.8±0.4	6.8±0.4	1.000
トイレ移乗	6.7±0.5	6.7±0.5	1.000
浴槽移乗	5.9±1.1	5.9±1.1	1.000
移動	6.3±0.6	6.3±0.5	1.000
階段	5.5±1.3	5.4±1.6	0.655
理解	6.8±0.5	6.8±0.5	1.000
表出	6.8±0.5	6.8±0.5	1.000
社会交流	6.9±0.3	6.9±0.3	1.000
問題解決	6.8±0.5	6.8±0.5	1.000
記憶	6.7±0.7	6.7±0.8	1.000

* データは平均値±SD, 統計処理は Wilcoxon の符号付き順位検定

③QOL (WHO/QOL26)

WHO/QOL26 では, 4つの大項目(身体的領域, 心理的領域, 社会的関係, 環境)と26の小項目ならびに総平均で検討した(表3-13).

身体的領域としては介入前後で平均値が2.9から3.1となり有意な向上を認めた($p=0.038$). 中でも日常生活動作($p=0.015$), 仕事の能力($p=0.050$)といった下位項目が有意な向上を示した. 心理的領域については, 小項目でいずれも差が見られなかったものの, 全体としては向上を認めた($p=0.000$). 社会的関係と環境については, 大項目, 小項目ともに差を認めなかった.

全項目の総平均は介入前に2.5であったものが, 介入後には3.2と有意な向上を認めた($p=0.000$).

表3-13 WHO/QOL26の変化

	介入前	介入後	p 値
身体的領域	2.9±0.5	3.1±0.5	0.038
日常生活動作	2.5±1.2	2.9±1.1	0.015
医薬品と医療への依存	3.6±1.4	3.5±1.2	0.414
活力と疲労	2.9±1.0	3.2±1.1	0.070
移動能力	2.7±1.3	2.7±1.3	0.807
痛みと不快	2.8±1.1	3.0±1.0	0.414
睡眠と休養	3.5±1.4	3.5±1.1	1.000
仕事の能力	2.3±1.2	2.7±1.1	0.050
心理的領域	2.4±0.5	2.9±0.6	0.000
ボディ・イメージ	2.9±1.0	3.0±0.9	0.589
否定的感情	2.7±1.2	2.5±0.8	0.417
肯定的感情	3.1±1.0	3.1±1.0	1.000
自己評価	2.6±1.3	2.8±1.1	0.132
精神性／宗教／信条	3.0±1.0	2.9±0.9	0.157
思考, 学習, 記憶, 集中	3.0±0.9	3.0±0.8	0.660
社会的関係	3.2±0.8	3.2±0.8	0.918
人間関係	3.7±1.1	3.8±1.2	0.603
社会的支援	3.6±1.1	3.6±1.2	0.951
性的活動	2.5±1.0	2.4±1.1	0.180
環境	3.5±0.6	3.5±0.5	0.909
金銭関係	3.1±1.4	3.0±1.4	0.680
自由, 安全と治安	3.7±1.2	3.7±0.9	0.564
健康と社会的ケア	3.9±1.2	3.9±1.1	0.655
居住環境	3.7±1.2	3.7±0.9	0.222
新しい情報と技術の獲得の機会	3.7±0.9	3.7±1.2	1.000
余暇活動の参加と機会	3.7±1.1	3.7±0.9	0.861
生活圏の環境	3.0±1.7	3.0±1.2	1.000
交通手段	3.5±0.9	3.5±0.9	0.705
全般的な生活の質			
生活の質	3.7±1.1	3.1±0.9	0.655
自分の健康状態	3.1±0.8	2.5±1.2	0.034
総平均	2.5±0.3	3.2±0.4	0.000

* データは平均値±SD, 統計処理は Wilcoxon の符号付き順位検定

④作業遂行力聞き取りシートにおける実行度と満足度

作業遂行力聞き取りシートによって目標が設定されたのは、目標1が23名、目標2が18名、目標3が12名であった。それらの結果を表3-14に示す。

それらに対する実行度と満足度については、まず目標1では実行度が介入前3.6に対し、介入後には4.7と向上した ($p=0.008$)。満足度についても介入前3.1であったものが、介入後に4.2へと有意に向上した ($p=0.021$)。目標2については、実行度は3.1から3.7へと向上したが統計的には差は認められなかった ($p=0.284$) が、満足度は2.4から3.4へと有意に向上した ($p=0.017$)。目標3では実行度、満足度ともに変化はなかった。

散布図にて個々の内訳を見てみると、まず目標1に対する実行度では23名中、16名で向上している (図3-2)。満足度についても同様に23名中16名の値が増加しているが、2名は低下して

いる (図3-3)。また目標2については、実行度で向上6名, 変化なし9名, 低下3名となり (図3-4), 満足度では, 向上8名, 変化なし9名, 低下1名となった (図3-5)。目標3に対する実行度, 満足度はグラフには示さなかった。

表3-14 実行度と満足度の変化

	介入前	介入後	p 値
目標1 (n=23)			
実行度	3.6±2.3	4.7±2.4	0.008
満足度	3.1±2.1	4.2±2.0	0.021
目標2 (n=18)			
実行度	3.1±2.5	3.7±1.8	0.284
満足度	2.4±2.0	3.4±1.9	0.017
目標3 (n=12)			
実行度	2.9±1.4	3.0±1.6	1.000
満足度	3.0±1.8	3.0±1.9	1.000

* データは平均値±SD, 統計処理は Wilcoxon の符号付き順位検定

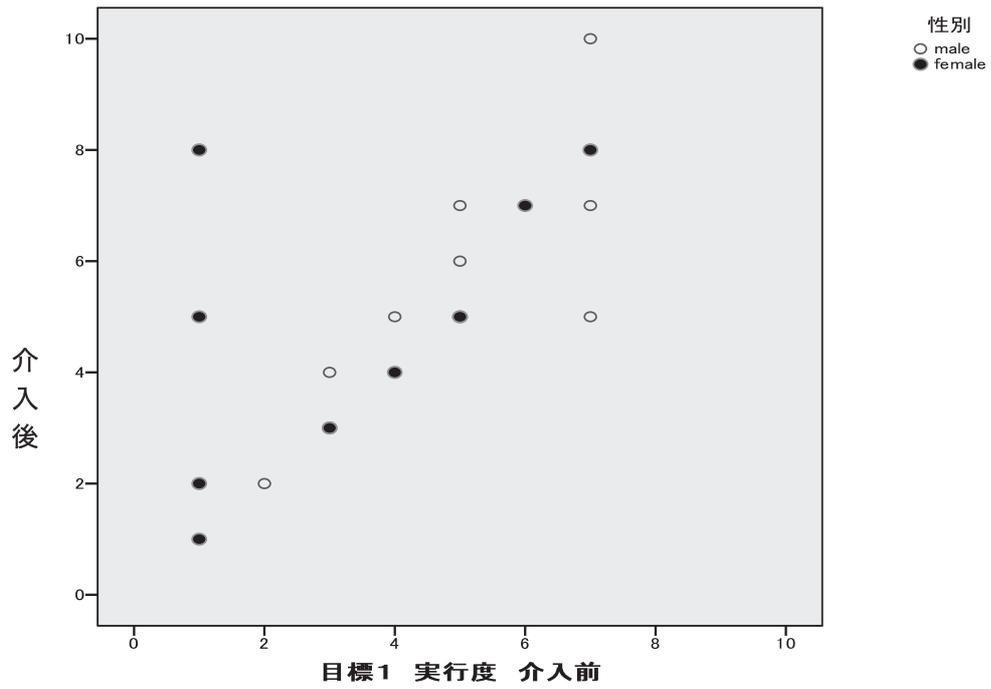


図3-2 目標1における実行度の変化

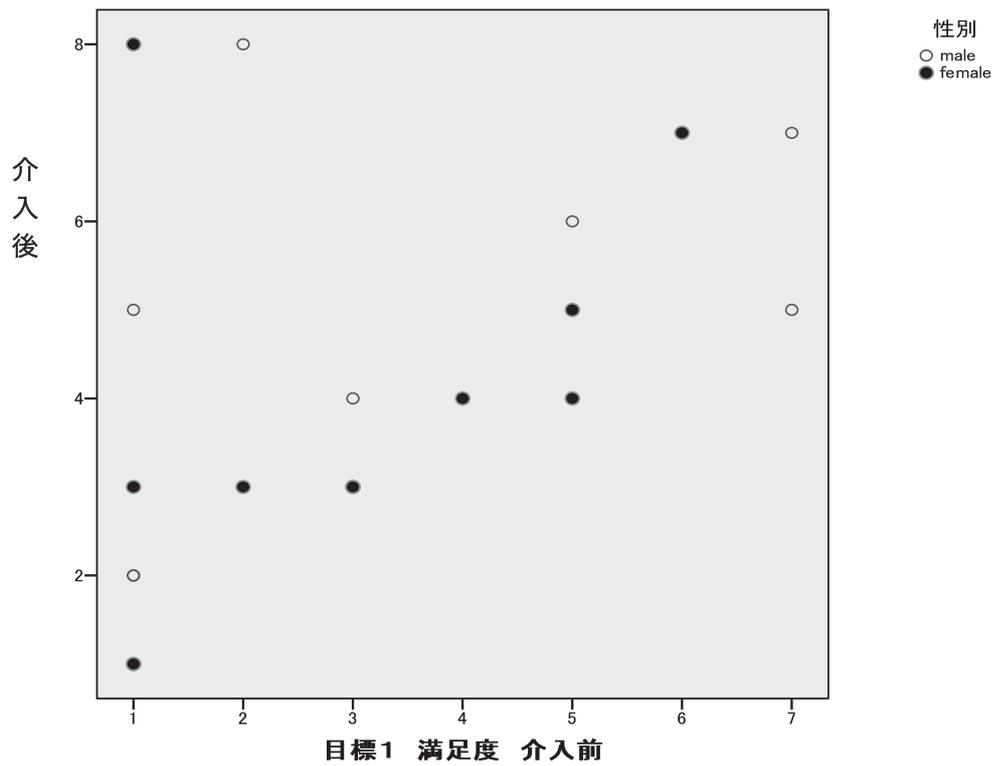


図3-3 目標1における満足度の変化

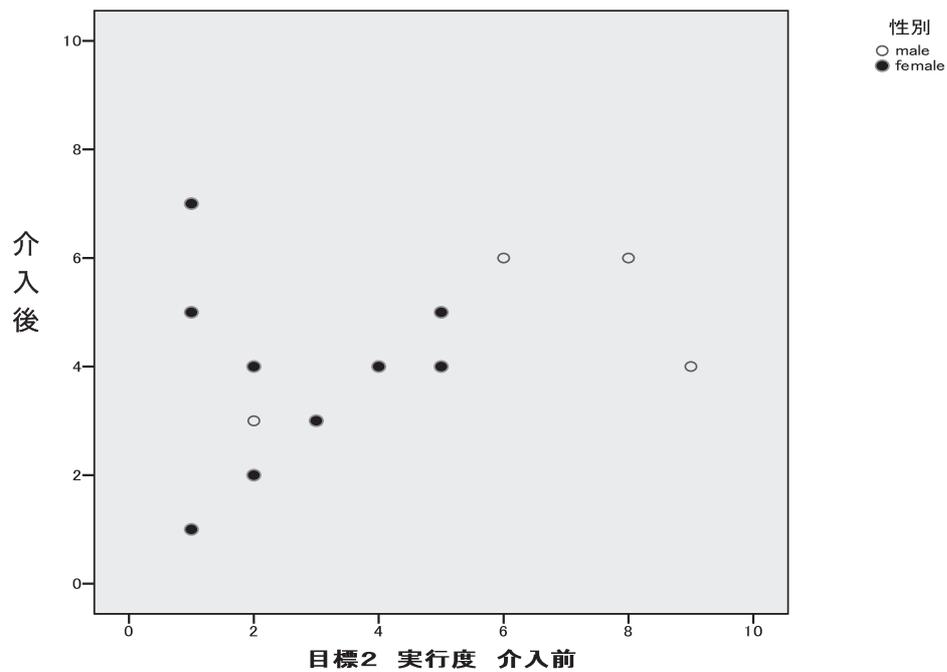


図3-4 目標2における実行度の変化

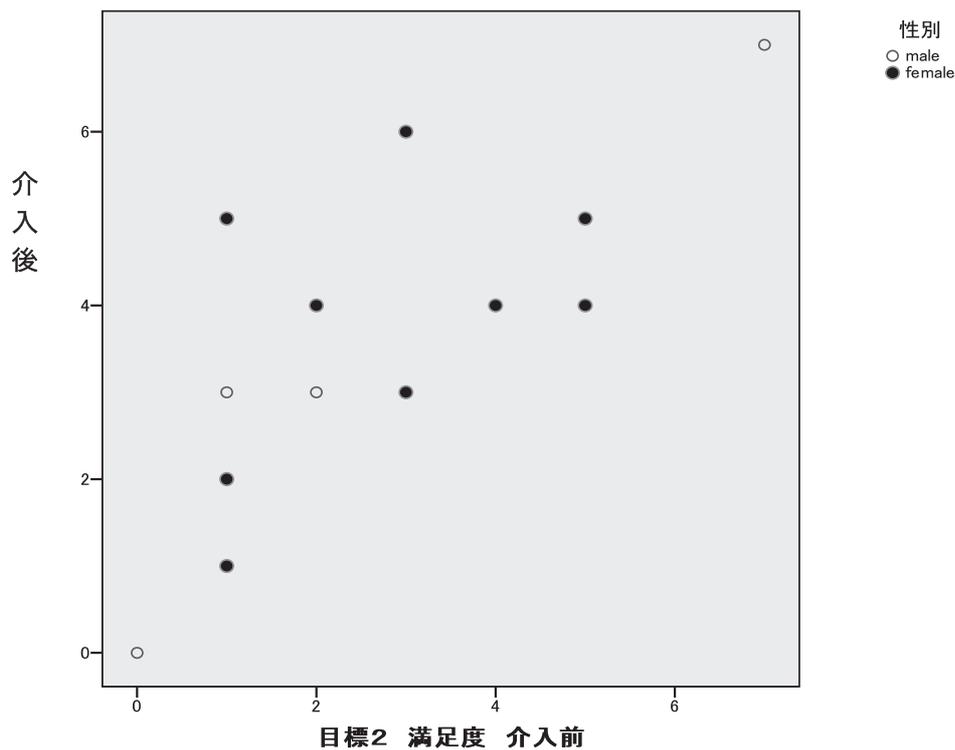


図3-5 目標2における満足度の変化

⑤作業遂行評価表における企画力，準備力，実行力，検証力，完了力

企画力，準備力，実行力，検証力，完了力については，完了力以外の4つにおいて有意に低下（改善）した（表3-15）。完了力も2.7から2.2へと低下したが，統計的な差は認められなかった。

それぞれの変化率（介入前後の差を介入前の値で除したもの）は、企画力-20.5%、準備力-21.5%、実行力-31.5%、検証力-22.0%、完了力-19.3%であった。

表3-15 企画力、準備力、実行力、検証力、完了力の変化

	介入前	介入後	p 値
企画力 (n=21)	2.2±1.0	1.7±0.9	0.011
準備力 (n=22)	2.0±1.2	1.6±0.9	0.024
実行力 (n=19)	2.8±1.1	1.9±1.0	0.002
検証力 (n=22)	2.2±1.0	1.7±0.9	0.039
完了力 (n=20)	2.7±0.9	2.2±1.0	0.123

* データは平均値±SD, 統計処理は Wilcoxon の符号付き順位検定

⑥QOL26 と生活の目標1 に対する実行度・満足度および企画力、準備力、実行力、検証力、完了力の相関
今回の結果で有意差の認められた指標について、それらの相関を介入前後でそれぞれ比較した。

まず介入前では、相関関係が認められたものは作業遂行力聞き取りシートの生活の目標1 に対する実行度と満足度、作業遂行評価表の中の企画力と準備力・完了力の3つの指標、さらに実行力と検証力、検証力と完了力であった。とくに、実行力と完了力はその値が0.660 と高くなった。作業遂行力聞き取りシートの実行度および満足度と作業遂行評価表の各項目との相関関係は認められなかった。またQOL26 については、いずれの指標とも相関は認められなかった(表3-16)。

介入後の比較では、作業遂行力聞き取りシートの生活の目標1 に対する実行度と満足度が0.792 と高くなった他、実行度は完了力と、満足度は企画力と準備力・完了力との相関が認められた。さらに、作業遂行評価表中では企画力と準備力・完了力が、準備力はさらに完了力と、実行力は準備力とそれぞれ相関関係が認められた。その一方で、QOL26 と検証力は他の指標との相関が認められなかった。(表3-17)。

表3-16 QOL26 と実行度・満足度、企画力、準備力、実行力、検証力、完了力の相関(介入前)

	QOL26	実行度	満足度	企画力	準備力	実行力	検証力	完了力
QOL26	—	.093	.138	.025	-.301	-.260	-.296	-.265
実行度	.093	—	.620 ^{††}	-.091	-.033	.128	.260	-.083
満足度	.138	.620 ^{††}	—	-.156	-.378	-.056	.410	-.197
企画力	.025	-.091	-.156	—	.484 [†]	.236	.333	.500 [†]
準備力	-.301	-.033	-.378	.484 [†]	—	.310	.072	.483 [†]
実行力	-.260	.128	-.056	.236	.310	—	.590 ^{††}	.660 ^{††}
検証力	-.296	.260	.410	.333	.072	.590 ^{††}	—	.543 [†]
完了力	-.265	-.083	-.197	.500 [†]	.483 [†]	.660 ^{††}	.543 [†]	—

* データは平均値±SD, 統計処理は Spearman の相関

† : 相関は5%で有意, †† : 相関は1%で有意

表3-17 QOL26と実行度・満足度、企画力、準備力、実行力、検証力、完了力の相関（介入後）

	QOL26	実行度	満足度	企画力	準備力	実行力	検証力	完了力
QOL26	—	.312	.203	-.096	-.070	-.145	-.171	-.211
実行度	.312	—	.792 ^{††}	-.284	-.317	.055	.028	-.434
満足度	.203	.792 ^{††}	—	-.440 [†]	-.533 [†]	-.219	.061	-.503 [†]
企画力	-.096	-.284	-.440 [†]	—	.578 [†]	.372	.356	.550 ^{††}
準備力	-.070	-.317	-.533 ^{††}	.578 ^{††}	—	.567 ^{††}	.204	.574 ^{††}
実行力	-.145	-.055	-.219	.372	.567	—	.401	.330
検証力	-.171	.028	.061	.356	.204	.401	—	.378
完了力	-.211	-.434 [†]	-.503 [†]	.550 ^{††}	.574 ^{††}	.330	.378	—

* データは平均値±SD, 統計処理は Spearman の相関

† : 相関は 5% で有意, †† : 相関は 1% で有意

(4) 作業遂行力向上プログラムの取り組み

① TRY 取り組み報告

ア 施設周辺の地域概要

会津若松市

人口：12万人

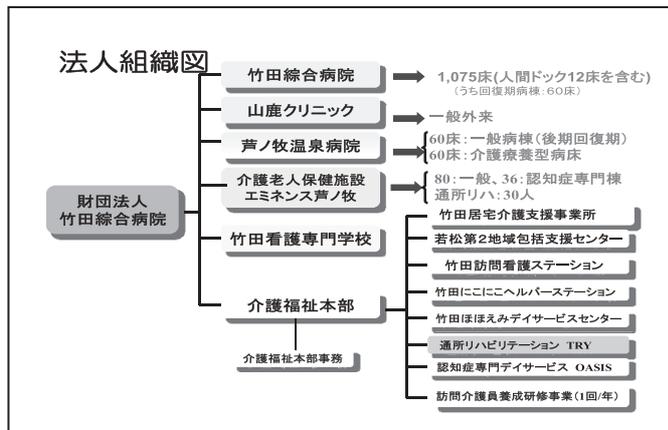
面積：383平方km

総合病院：3ヶ所

通所リハビリ事業所：6ヶ所



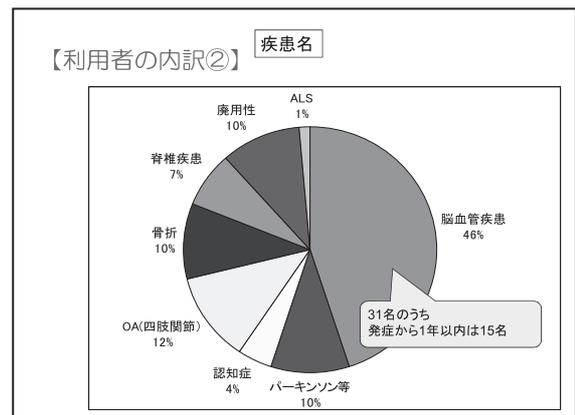
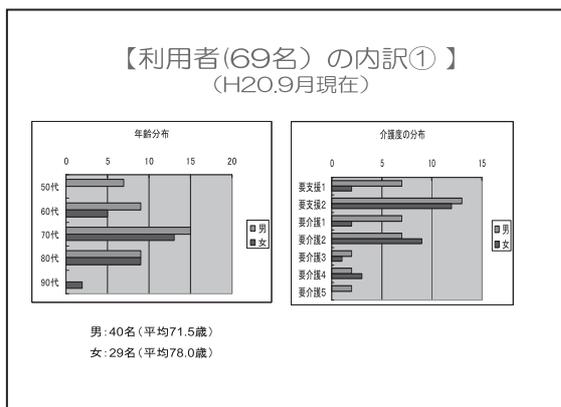
イ 施設の概要



- 営業日：日曜日・年末年始(12/30～1/3)を除く毎日
- 利用時間：9:30～15:30
- 利用定員：20名/1日
- 送迎区域：会津若松市内(大戸・湊・北会津・河東地区を除く)ワゴン車3台にて送迎
- 入浴：なし
- 利用期間：6ヶ月間(最長でも9か月)

ウ 対象者：

- ・ 退院・退所直後の要支援者・要介護者
- ・ 生活機能の改善や再構築が必要となった在宅にいる要支援者・要介護者



エ スタッフ：

医師1名，理学療法士1名，作業療法士2名，介護福祉士2名，看護師2名（交代），介護アシスタント1名（障害者雇用）

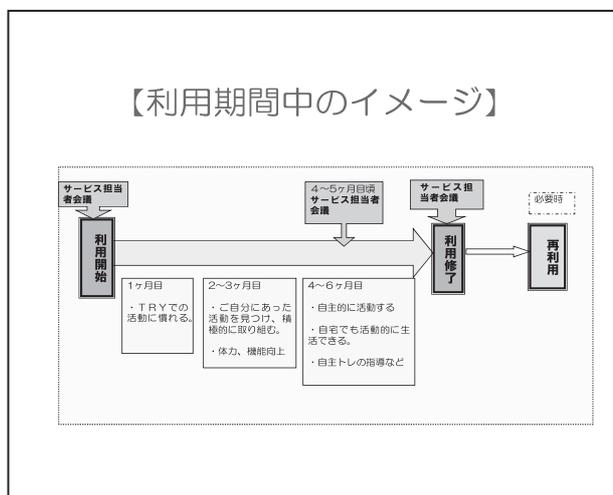
オ 1日の流れ：

- 9：30 朝の会，健康チェック，今日のスケジュールを立てる
- 9：40 午前の部開始 個別リハビリ 9：40～11：20
- 10：00 グループ体操
- 10：30 自由時間（自主トレーニング，個人活動など）
- 11：15 後片付け，手洗いうがい
- 11：30 音読の会（嚙下体操，音読など）
- 12：00 昼食，昼休憩
- 13：30 午後の部開始 個別リハビリ 13：40～15：20
- 自由時間（自主トレーニング，個人活動など）
- 15：15 後片付け，帰宅準備
- 15：30 帰りの会，終了

カ 特徴：

利用期間6ヶ月に限定

- 期間を限定することにより，目的を明確にする
 - 集中したりハビリが必要な時期に，短期間行う
 - 利用修了後は
 - 自宅で自主訓練などをしながら生活
 - デイサービス利用へ
 - 他の通所リハビリ利用へ
 - 訪問リハビリへ
- 機能低下の危険性が生じたら，再利用へ



キ 主体的な活動に向けての関わり

- 今日のスケジュールを立てる
 - ・健康チェックで自分の体への意識を向ける
 - ・今日のスケジュールを立てることで，1日の流れをつかむ，やりたいことが自分へもスタッフへもわかるようになる
 - ・今日の振り返りをするすることで，1日何をして過ごしたのか，充実感・達成感はどうか，次回への目標へとつなげる
- 自立支援の取り組み
 - ・できることは自分で行うことが一番の生活リハビリであることを伝える
 - ・作業活動は一から教えるのではなく，作り方を見ながら作業し，わからないときにスタッフが教えるようにする

【今日のスケジュール】

自分の健康管理に意識を向ける

氏名		様		平成	年	月	日	曜日	
健康チェック				今日のスケジュール					
朝の目覚め	良い	普通	悪い	個別リハビリ	時	分から	担当	石田・榎森・古川	
朝の食欲	旺盛	普通	ない	グループ活動	体操	創作	カラオケ		
朝の排便	あり	なし		午	自主訓練	筋力訓練	自転車こぎ	歩行訓練	柔軟体操
今日の気分	良い	普通	悪い	前		バランス訓練	その他()		
今日の体調	良い	普通	悪い	個人活動	ぬいえ	はり絵	針仕事	写経	
						福トレ	その他()		
今日の振り返り				グループ					
充実していた	普通	もの足りなかった		午	自主訓練	筋力訓練	自転車こぎ	歩行訓練	柔軟体操
感想				後		バランス訓練	その他()		
				個人活動	ぬいえ	はり絵	針仕事	写経	
						福トレ	その他()		

1日を振り返る感想など

1日の予定を立てる
利用者自身が主体的に自分のやりたい活動を行なう。

ク 今回のモデル事業取り組み

i) 対象者選定：

期間内に 12 回利用する予定のある、要支援 1・2 の方を 15 名選出。TRY は 6 ヶ月で終了するため、事業開始の 11 月の段階では 14 名の該当者しかいなかった。そのため 12 月からの利用者 1 名を追加した。

ii) 職員に向けて：

- ・ 個別リハビリの代行の可能性もあるため、PT にも説明に参加してもらった。
- ・ 内容は、事業の目的、同意書について、万歩計の使い方、シートの使い方、評価のしかた、プログラムの立てかた、事業計画の説明を行った。
- ・ 対象者名簿を作成し、利用曜日、万歩計を渡す日・回収する日、初回評価日、最終評価予定日などを表示し、担当スタッフが休みの時でも代行しやすいようにした。
- ・ 最初に同意の取り方、面接、評価、目標設定、計画などを 1 例実施し、それを見本にしながら実施してもらった。

iii) 対象者への支援：

(a) 目標設定・プログラム段階で

- ・ 整形疾患などで徐々に生活機能が低下した方は、「足が良くなれば、何でもできるから、足が元に戻ればいいんだ」と身体機能面に目が向いており、具体的な作業の目標が明確に出ない傾向がある。興味関心チェックリストを使用し、その中から、一緒に作業の目標を見つけ出していった。
- ・ 小目標を決定する時にも、対象者と話し合いながら進め、その目標のためにプログラムをこのように立てたと説明し、これから取り組むことへの動機付けとした。

(b) 経過の段階で

- ・ 目標を忘れないよう、個別リハビリの時に確認しながら行った。(週 2 回利用者は比較的忘れにくい、週 1 回利用者は忘れがちであった。)
- ・ 改善されたところは対象者にどこがどのように改善されたと伝え、自信をつけていくような関わりをした。
- ・ 目標が家事動作や外出などの場合は、利用時間内では対応しきれないため、家族の協力を得るために、連絡票を活用したり、送迎時に話をするなどして、報告していった。

(c) どのような体制で：

- ・ 面接は1対1で実施。
- ・ 初回評価、最終評価のチェックについては、基本1対1だが、対象者複数に同時進行で実施し、分からないところは質問するようしてもらった。理解力が低い場合はさらに説明を加えた。
- ・ 個別リハビリは現状どおりの担当で実施。(代行時はPTあり。)

iv) 結果

(a) 職員の反応

- ・ お茶やカバンの出し入れなどを頼みがちな利用者へセルフサービスの精神を訴えるようになった。
- ・ 目標が明確になったため、個人活動の時間に作業を提供しやすくなった。(共同作業の下書きを書いてもらう、書道をするなど)
- ・ 血圧の管理、生活の仕方など看護師からのアドバイスが自然と出てきた。
- ・ 自主トレをしている利用者への声かけが増えた。

(b) 対象者の変化

- ・ 目標達成した方は、自信を持ち、次の目標へむけ、チャレンジしているが、達成しなかった方は、悔しい思いをし、最終評価後に勇気をもって外出したなどの変化があった。
- ・ 目標達成することで確実に自信を取り戻していった。
- ・ 目標を確認することで、対象者の意識も変わり、あと何日で達成しなければという声も聞かれ、やる気が出ている様子が見られた。

(c) 取り組んだ感想

- ・ TRYは要支援の方へも個別リハビリを20分実施しているが、その中では機能訓練が中心となってしまう、実際的な活動(たとえば、バスにのること、料理を作ること、買い物へ行くことなど)は実施できにくい状況である。目標がADL面であれば利用時間内の生活の中で練習することができるが、介護予防の方はADL以外の部分の目標が多いため、本人の自信つけや家族の理解と協力が必要となる。逆にいえば、本人が自信を持ち、また、家族が利用者に協力してくれるかどうかで目標達成が変わってくると感じた。
- ・ 在宅生活していてTRYに紹介されるケースは、機能が低下した、何かができなくなったからとの理由で紹介されることが多く、機能面への意識が高い。しかし、2、3か月経過して機能が向上すると、次への活動が見えてくるようであった。また、退院直後などの場合は機能面への意識も高いが、できなくなった活動についても意識しているため、こうなりたい自分がイメージしやすいのではと感じた。
- ・ 要支援の方は外出を希望されることが多いため、生活活動範囲の評価表があればと思う(たとえば自室、自宅、隣家、町内、など)。
- ・ 目標を立てることでその目標の大半を達成したようなものだと感じた。OTは現在の状態でも目標を達成するために代償的な方法を考えることができるため、希望する方法ができない場合でも、方法を変えて達成することができると思った。

v) 今後の感想、課題

- ・ 事業前からTRYでは半年間で達成できるような具体的な目標を立てるようにしていたため、抵抗なく事業へ参加できた。ただ、初回面接での目標からあまり変更なく経過してきたことが多いので、今回の事業で、利用開始から3ヶ月くらい経過者に目標を聞いた時に、新たな目標を口にしたので、目標の再確認・再設定は大切だと感じた。
- ・ 今後もこのような調査には、協力したいと思う。自分たちのやってきたことの振り返りや見直しになり、刺激になった。効果や成果を突き詰めなければと思いつつもなかなかうまくできなかったのも、

今後は、要支援だけでなく、要介護の方へも具体的な目標を持ち、一つ一つ達成させながら、関わってほしいと思う。

vi) TRY個別事例の支援経過

(a) 事例紹介

79才 女性 脳梗塞 右片麻痺軽度 要支援2 週2回通所リハビリテーション利用

(b) 利用目的（地域包括支援センターより）

安全に外出できるようになりたい、他者との関わりを通して言語の回復をめざしたい。
H20年10月より利用開始。筋力訓練、バランス訓練、歩行・階段訓練、自主トレーニングの指導と確認、歌・おしゃべり、手芸などを実施していた。言語については流暢に話すことが可能であったが、ごくたまに言葉が出にくいことがあるという程度に回復。会話に夢中になって不注意がみられることがあった。

(c) 作業遂行力聞き取りシートによる価値ある作業の決定プロセス

11/20 初回評価

生活の目標：バスを利用して外出したい。（段差があり心配、家族に止められている）

習字をやってみたい（以前やっていた、今は寒くてできない）。

本人は、ひとり暮らしで、自分のことは自分でやりたい、子供たちの手を借りたくないという気持ちの強い方であること。家族は、転んで怪我でもしないかと心配して、行動を制限させていること、できるだけ安全に一人暮らしを継続してほしいと考えていること、同居はしていないが、毎日会いに来るなど協力的であること。これらの背景をふまえて、①本人には安全に外出できる身体機能と注意力をつける、②本人がバスに乗ることができるという自信をつける、③家族に本人ができることを認めてもらうことが必要だと考えた。

(d) 作業遂行評価表による目標達成のためのアセスメント

生活の目標

大目標：一人でバスを利用し外出することができる（買い物、受診など、発病前の生活がしたい）

小目標（3ヶ月後だが、利用者は12月修了を目標にしていたため1ヶ月半後）

：娘や嫁などの見守りのもと、バスを利用し、受診することができる

↓

作業遂行の問題を生じさせている要因

1. 軽い左片麻痺と両側変形性膝関節症があり、段差昇降が困難
2. 脳梗塞発症後まだバスを利用したことがなく、自信がない
3. 家族が万が一と心配し、止めている

↓

生活の目標達成可能な理由・根拠

活動・動作分析：手すり等つかまる所があれば段差昇降可能になると思われる（初回評価の段階で、院内階段は手すり使用で自立していたため）。注意力は十分あり、発症前までは一人でバスを利用していた

環境分析：市内のバスは手すりが必ず付いている。バスの段差は院内階段より高いが、訓練にてクリアできると思われる

達成可能なレベル：受診時に家族と一緒にバスを利用する（家族の心配があるため本人の動作を家族に見せる必要がある。）→一人でバスを利用し外出することができる（本人が自信をつけ、家族も安全にできていることを確認すれば一人でのバス利用の許可が出て目標を達成できる）

企画力：通院時に家族の見守りでバスを利用することを家族へ提案する
準備力：受診日のバス時刻を調べる，時刻に合うよう家族へ待ち合わせの連絡をする
実行力：家族と一緒にバスで受診する，安全にバスの段差昇降ができる
検証力：バスの利用が安全にできたか，自信はあるか，家族は心配しないか確認する
完了力：次回の時刻の確認，一人での受診への自信と家族の許可を得る

(e) 達成に向けての具体的支援

1. 下肢筋力強化訓練，バランス訓練，院内階段昇降練習，自主トレ指導・確認・変更
2. 手すり使用での30cm台昇降練習（擬似体験）
3. 送迎ワゴン車乗降時，1段抜かしをする（擬似体験）
4. 連絡票を通して家族へ状況をお知らせし，バス利用に向けての協力をアピール（できれば12月の受診をバスで行っていただくように）

(f) 経過

- 11/24 休み
- 11/27 院内の階段昇降を安全にできるようにした
手すりは左右どちらでも昇降できるように院内の様々な階段で練習した
- 12/1 床上動作でのポイント指導
- 12/4 腰痛あり階段練習はお休み，痛みがあるときは無理しないように指導
- 12/8 受診日が近いため，バスへのチャレンジを後押しした，利用時間内に実際にバスにのることはできないため，30cm台を利用した段差昇降の練習をし，「手すりさえあれば大丈夫」と強く伝え，本人の自信へとつなげた。
安全にできることを確認の上，本人も自信がついてきたため，連絡票へ家族の見守りでバスを利用してほしいことを伝えた。
- 12/11 家族の日程調整しているうちに本人が一人でバスに乗って受診してきた（目標達成），家族も本人を認め，その後はバスを利用して外出する許可を得た，次の目標は「習字をしたい」
- 12/15 動作の確認
- 12/18 年賀状作りで筆をもった，いきいきした表情で楽しんでた，書道については，道具の準備，後始末が面倒だということで，筆ペンでの落書きから始めるようにアドバイス。
利用時間内に何枚か書いて，これなら自宅でも簡単に気が向いたときに書けるということで始まった。
- 12/22 習字を何枚か書き作品として持ち帰った，それを見て，家族が教本をプレゼントしてくれた，本人のやる気も上がり，楽しめるようになった。
- 12/25 最終評価：3ヶ月を利用期間としていたため，TRY修了に伴い，研究も終了となった，小目標は達成，大目標は受診はできたが，まだまだ買い物などへも行きたいのでそのために実行度，満足度ともにマイナス2点（8点）とのこと，習字については少しずつ始まったところで，続けていきたいということで5点。
- 12月末で修了となったが，発症前は階段昇降が大変だったが，今では楽に昇降できるようになった，自主トレーニングは暇を見て実施し，筋力訓練やバランス訓練をして身体機能を維持している，現在も転倒なく，安全に生活している，書道はまだ寒いので，こたつにあたりながらの筆ペン書道をしているとのことだった。
- 週2回デイサービスを利用（発症前から利用していた事業所）

(g) 支援した作業療法士の所感

要支援のレベルになると、日常生活は自立しているため、外出や家事活動などが目標となることが多い。利用時間内に実際の活動を通しての訓練をすることは、時間的、人間的にも余裕がないとなかなかできない現状にあるため、家族の協力と本人の「やれる」という自信が必要だと感じた。逆にいうならば、家族に協力してもらうように働きかけること、本人にできる自信をつけてあげることがOTの役割ではないかと感じた。

もともと3ヶ月という期間で利用していた方であるが、調査の開始の段階で、利用当初より歩行が安定し、歩いて買い物へ行くことができていたため、ほぼ利用開始時の目標は達成できていた。中間評価の時期と調査開始が重なったため、あらためて目標を確認することになった。1ヶ月半の短い期間で、機能面も向上し、活動も広がったことはやはり、目標を持つことが本人のやる気につながり、自信につながり、生活を変えることにつながるのだと感じた。

②せんだんの丘取り組み報告

ア 施設周辺の地域概要

仙台市の高齢化率は約17%、市内から少し外れた住宅街に位置する当施設の周辺3中学校区は約20%となっているが、通所系事業所は、過当競争地域であり車で5分圏内に8事業所が密集し、サービスの差別化・多様化が事業の成否を握る背景を持っている。

イ 施設の概要

当施設は、平成12年4月単独型100床の老健として開設した。入所・居宅事業に理学・作業療法士を19名、歯科衛生士2名を常勤配置し、通所リハビリテーション（以下、通所リハ）、居宅介護支援事業所、訪問（看護・リハビリ・介護）事業、福祉用具貸与・販売事業、介護予防通所介護事業、オムツ宅配・訪問理美容サービスなど地域生活支援事業に特に力を入れてきた。作業療法士（以下、OT）を軸にした通所リハでは、開設当初より短時間型サービスを導入し、利用者の多様なニーズに対応できる事業所として機能してきたが、通所リハ卒業後の受け皿に加え、要支援の地域生活自立支援の必要性が高まり、介護予防通所介護事業所を開設した。さらに、特定高齢者の地域支援事業も受託し、主体的な生活の支援を目的とした様々なサービスをシームレスに展開している。

通所リハには、介護職員7名、看護職員1名、歯科衛生士を1名配置し、口腔ケアプログラムも日常的に実施している。OTは3名を専従配置とし、利用定員40名に対し、生活場面での課題を念頭に置いたりハビリを実施している。それを具体的に実現するために、個別リハビリだけでなく、送迎から排泄、入浴、食事にいたるまで介護職員・看護職員・OTは常に場面を共有し、すべての生活場面に関わることを基本としている。これは、直接的な生活場面の評価を重視するとともに、時間で区切られるサービスの弊害になる情報の共有化を補い、職員同士、また、本人・家族・関連事業所への情報連携を円滑に行なうことを目的としている。この情報共有化に基づく連携は、在宅での生活場面における自立支援に効果的に結びつけることを可能にしている。

平成12年の開設当初より導入している短時間型サービスでは、リハビリテーションコース（以下、リハコース）として、火・木曜日に午前3時間未満（送迎無）、午後3～4時間（送迎有）で個別リハビリテーションを提供している。短期集中など目的を明確にすることで、短時間の個別リハビリを効果的に実施している。また、施設系の通所サービスを敬遠する利用者の受け皿にもなっている。

月・水・金曜日はリラクゼーションコース（以下、リラクコース）として4～6時間、6～8時間、8時間～とし、各種アクティビティ、個別・集団リハビリテーション、入浴、食事などの包括的サービスを行っている。午前中に集中的に個別リハビリを実施、並行して個別アクティビティ、グループアクティビティを導入している。入浴に関しては、利用者の状況に応じて時間帯を午前から午後に変更するなどし、個別浴支援を通じた自宅での自立浴に結びつく支援を行っている。