

事例 1

対象者：. H・Y 年齢：73歳 性別：女性 職歴：元農家。新聞配達 生活歴：ADL 自立、家事・畑仕事・新聞配達を行う。 性格は明るく活発。疾患名：脳梗塞 合併症：高血圧・腰痛 家族構成：夫と二人暮らし。

現病歴：X年9月、朝方歩いていて、左上下肢に力が入らず新聞配達時も何度か転倒していた。その後救急搬送され脳梗塞の診断にて入院。左麻痺は上肢に優位で四点杖歩行・ADL は一部介助レベルで発症から2週間で回復期病棟転入となる。

支援目標	家族のニーズ：病前のように生活して欲しい 本人のニーズ：みそ汁を一人で作る	達成可能な ニーズ	みそ汁を一人で作る
------	--	--------------	-----------



アセスメント項目		心身機能の分析 (精神機能、痛み・感覚、神経筋骨格・運動)	活動と参加の分析 (運動・移動能力、セルフケア能力)	環境因子の分析 (用具、環境変化、支援と関係)
作業遂行の問題を生じさせている要因		<ul style="list-style-type: none"> 左片麻痺 Br.stage 上肢IV手指IV下肢V 左手部に浮腫あり 腰部の痛みあり 軽度の構音障害あり 	<ul style="list-style-type: none"> 物を持つての歩行、長時間の立位は不安定さあり。 ADL は入浴で介助が必要 病棟の移動は車椅子 	<ul style="list-style-type: none"> 夫と二人暮らしで家事は対象者の仕事。 娘が車で40分程度のところに住んでいるが、仕事があり手伝いはできない
作業目標達成可能な理由と根拠	現状能力 (強み)	<ul style="list-style-type: none"> 左上下肢の随意性向上してきている 認知面良好 	<ul style="list-style-type: none"> 立位での両手動作ができる トイレ・更衣動作は自立 T杖・独歩の利用は見守りがあればできる。 	<ul style="list-style-type: none"> 自宅と病院の環境が似ている
	予後予測	<ul style="list-style-type: none"> 主に右手を使い、必要な場面では両手動作をしながら調理できる。 病前のような環境設定での調理が可能。 	<ul style="list-style-type: none"> 立位・独歩の移動で調理ができる 	<ul style="list-style-type: none"> 病前と同じような環境で調理ができる

支援プラン表（作業療法を中心に）

達成可能な ニーズ	作業工 程分析	達成のための方法・プログラム (いつ、どのようにする、いつまでか)			達成
		本人	家族	作業療法	
みそ汁を一 人で作る	企画・ 準備力 (PLAN)	<ul style="list-style-type: none"> 材料を書き出す 調理の工程を考える 		<ul style="list-style-type: none"> 考えがまとまるように声かけをする 	<p>□達成</p> <p>15 週目 回復期病棟転入 トイレ動作・更衣訓練実施</p> <p>入浴以外のADL 自立 少しずつ家事訓練を進める</p> <p>19 週目 初回カンファレンス実施 病棟内は T 杖歩行自立 みそ汁の調理訓練実施 おかず 2 品の調理訓練実施</p> <p>退院となる</p> <p>22 週目 自宅退院 介護保険は申請せず、サー ビスの利用はなし。</p>
	実行力 (DO)	<p>段階付けて練習をしていく</p> <ul style="list-style-type: none"> 食器洗いの練習をする 食器を立位で両手を使って洗う 台拭きの練習をする 台拭きを両手で絞り、移動しながら 台拭きをする 包丁の練習をする りんごの皮を剥いて、食べやすく切 る。左手は補助的に使う。 みそ汁の調理をする 材料・道具を準備する 材料を切る・煮る 味付けをする。片付けをする。 工程はすべて立位で行う 		<ul style="list-style-type: none"> 安全にできるように見守る 道具の場所などわからないこと を教える 左手を使用するときに代償した 動きにならないように見ている 	
	検証・ 完了力 (SEE)	<ul style="list-style-type: none"> 感想を話す 上手くいったところ・できなかつ たところを話す 	<ul style="list-style-type: none"> 調理訓練の結果を伝える 	<ul style="list-style-type: none"> できるところをアドバイスする 次へつながるように声かけをす る 	

ケアマネージャーさんへ

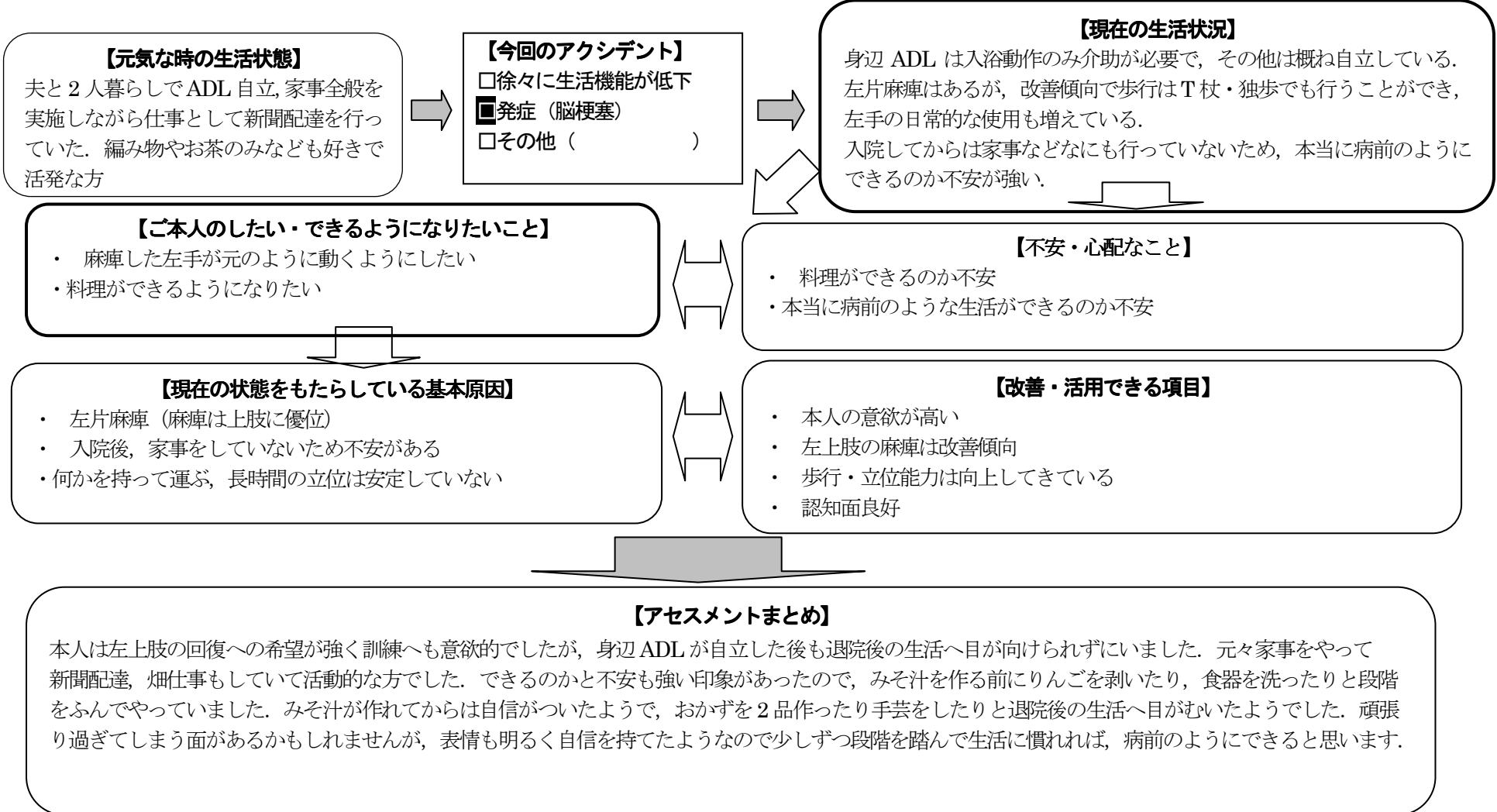
作業をすることで元気になる申し送り表

記入日： 22年 11月 21日

対象者： _____

機関名： _____

担当者名： _____



事例2

対象者：Y.M 年齢：85歳 性別：女性 職歴：自営業 生活歴：結婚後は夫と駄菓子屋を営んでいた。温厚で明るく社交的で、友人が訪ねてくることや旅行に行くことなどが多かった。X-7年に夫が他界し店を閉め、独居生活となる。X-3年より隣町の息子と暮らすようになった。息子が仕事でいないときには犬の面倒を見ながらテレビを見るなどしてぼんやりと過ごしていることが多い。近所に親類はおらず、友人が訪ねてくることもほとんどない。

疾患名：頸肩腕症候群、変形性膝関節症 家族構成：息子と二人暮らし、息子は夜勤を含む三交代勤務で、週ごとに勤務時間が変わる。

現病歴：息子と同居するようになってから、知らない土地で知人もいないため、家にこもって生活するようになった。膝の痛みが出現してきたこともあり、ますます活動量が減り、近所の店にも出掛けられないようになった。もともと話すことが好きで、人と関わりたいと思っており、またこのままでは体が弱る一方だと心配し、X-2年に知人を通して介護保険の申請を行い、要支援1の認定を受け、対人交流と転倒予防を目的に、週1回通所リハ利用開始となった。X年時点では要支援2。

作業目標	もう少し楽に洗濯物を干せるようになりたい。	達成可能な二ーズ	もう少し楽に洗濯物を干せるようになる。
------	-----------------------	----------	---------------------



アセスメント項目		心身機能の分析 (精神機能、痛み・感覚、神経筋骨格・運動)	活動と参加の分析 (運動・移動能力、セルフケア能力)	環境因子の分析 (用具、環境変化、支援と関係)
作業遂行の問題を生じさせている要因		<ul style="list-style-type: none"> ・体幹・下肢の筋力低下 ・左下肢感覚軽度鈍麻 ・立位バランスの低下（重心が移動するほどは手を伸ばすことができない） ・体力の低下（ゆっくりとした20m程度の歩行で休憩が必要な程度） ・右肩関節可動域制限（疼痛あり） ・左膝関節疼痛あり 	<ul style="list-style-type: none"> ・寄りかかると、洗濯物を干すことができない。 ・物干し竿にズボンなどを通す際に、物干し竿を支柱から一度外す必要があり、この動作に不安がある。 ・疲労しやすいため、何度か休憩が必要となり、干すのに時間がかかる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・物干し竿の位置が高いので、干す動作でバランスを崩しやすい。 ・ズボンを干すときに、物干し竿の端を持ち上げたまま、ズボンの裾を通さなければならないので、バランスを崩しやすい。 ・縁台があるが、物干し竿から少し離れている。 ・地面が芝生なので、立位が安定しにくい。
作業目標達成可能な理由と根拠	現状能力 (強み)	<ul style="list-style-type: none"> ・両手で何かを持ちながらでもゆっくりであれば5m程度は歩くことができる。 ・ 	<ul style="list-style-type: none"> ・病気になってからも、自分で続けてきている。 ・洗濯物を入れたかごを引きずって縁台まで移動することができる。 ・物干し竿の支柱に寄りかかれば干すことができる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・息子が協力的で、物干し竿の支柱を倒れにくくする工夫などを行ってくれている。 ・地面が芝生なので、転んでも怪我しにくい。 ・息子との二人暮らしのため、自分の役割であると認識しており、毎日欠かさず行っている。
	予後予測	<ul style="list-style-type: none"> ・筋力や体力、立位バランスを改善することは難しいが、維持することはできると考えられる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・干し方の工夫や椅子などの活用により、時間はかかっても安心して疲労も少なく動作を行えるようになる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・物干し竿の高さを調節できる。 ・物干し竿の近くに、椅子を設置する。

支援プラン表（作業療法を中心に）

達成可能な ニーズ	作業工 程分析	達成のための方法・プログラム (いつ、どのようにする、いつまでか)			達成
		本人	家族	作業療法	
もっと少し楽に洗濯物を干せるようになる。	企画・ 準備力 (PLAN)	<ul style="list-style-type: none"> 座って動作でしやすい位置に椅子を設置しておく。 洗濯籠を、手を伸ばしやすい位置に置く。 洗濯物の種類に合わせて、洗濯バサミでとめる・竿にかけるなどの干し方を決める。 	<ul style="list-style-type: none"> 使えそうな椅子などを用意してもらう。 雨の日や風が強い日など、必要に応じて椅子を片付けてもらう 	<ul style="list-style-type: none"> 自宅に訪問し、活用できそうな道具や方法を検討する。 	<input type="checkbox"/> 達成 1ヶ月目 <ul style="list-style-type: none"> 目標とする動作に必要な、筋力やバランスなどを再度評価し、基礎練習と基本練習を開始。 模擬的環境での応用練習を開始。 自宅に訪問し、物干し竿周辺の環境を評価し、設置する椅子の高さや大きさなどを検討。 後半は腰痛悪化で利用を休んだり、運動を行えないことがあった。 2ヶ月目 <ul style="list-style-type: none"> 腰痛改善し、基礎～応用練習継続。 自宅に訪問し、簡易的な長いすを設置し、動作練習を行った。 その後の利用時に状況確認すると、ずいぶん楽にできるようになり、動作も安全にできていると報告あり。 再度自宅に訪問し、実際の動作場面をチェック。安全に行えていることが確認できた。
	実行力 (DO)	<ul style="list-style-type: none"> 洗濯物ハンガー（洗濯バサミで止めるタイプ）を使うときは、椅子に座ったまま行う。 必要に応じて、動きやすいよう椅子の位置を修正する。 		<ul style="list-style-type: none"> ①通所利用時には、現在の機能を維持するための基礎練習を行う <ul style="list-style-type: none"> ・筋トレ（体幹・下肢） ・立位バランス ②基本練習： <ul style="list-style-type: none"> ・手放し立位での物の上げ下ろしの動作確認と効率的な動作の練習 ・柔らかい足場での歩行練習 ③応用練習 <ul style="list-style-type: none"> ・施設内の物干し竿を用いて、模擬的環境で動作を練習する。 ④社会適応練習 <ul style="list-style-type: none"> ・自宅で、物干し竿周囲に椅子を設置した状態で、動作を練習する。 ・一人でを行う時に、安全な動作を自分で判断できるようになるために、いくつかの動作方法を本人と一緒に確認・練習する。 	
	検証・ 完了力 (SEE)	<ul style="list-style-type: none"> どこにつかまったらいいかなど、安全に動作を行うための手順を臨機応変に判断できる。 行った干し方などが、最も効率的なものであったのかを考え、椅子や洗濯籠を置く位置などに改良の余地がある場合には、次回に反映させることができる。 			

事例3

対象者：MK 年齢：94歳 性別：女性 職歴：織物工場 畑 生活歴：若い時に夫を亡くし、その後親戚の子供夫婦と養子縁組する。働き者。性格は明朗。

疾患名：アルツハイマー型認知症 合併症：なし 家族構成：養子夫婦と孫の4人暮らし。

現病歴：X-3年3月頃より、物忘れが出現、A病院神経内科受診、アルツハイマーと診断。その後、嫁が自分のものを取った、隠したなどの被害的発言が多くなり、グループホームに入所となる。しかし、帰宅要求が強く、一度自宅に帰宅するもここは自分の家ではないと言い、昔暮らしていた10km先にある古い自宅へ帰ろうとする。徐々に易怒性が高くなり、入院となる。

作業目標	仕事に行きたい。(織物工場)	達成可能なニーズ	全身状態の健康管理を適切に行え、通所事業に通い、好きな手工芸を続けたい。
------	----------------	----------	--------------------------------------

アセスメント項目	心身機能の分析 (精神機能、痛み・感覚、神経筋骨格・運動)	活動と参加の分析 (運動・移動能力、セルフケア能力)	環境・個人因子の分析 (用具、環境変化、支援と関係)
作業遂行の問題を生じさせている要因	<ul style="list-style-type: none"> ・短期記憶、即時記憶の障害がある。 ・長期記憶と現記憶の混乱があり、昔のことと現在のことが連結したり、時系列が混乱したりする。 ・老化によるひがみが生じやすい。 ・心疾患の影響?による水分調整の低下から意識レベルの変動がある 	<ul style="list-style-type: none"> ・家庭の役に立ちたいと思っているが現在94歳であり、特に家庭での役割もない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・養子夫婦と孫の3人暮らし ・94歳 ・現在の養子夫婦の家で暮らしているが、自分の家は10km離れたところにある。直通的交通機関はない。送迎が必要。
作業目標達成可能な理由と根拠	現状能力(強み)	<ul style="list-style-type: none"> ・日常生活動作は自立。 ・長距離歩行になった場合は、杖が必要だが、近所であれば買物に行ったりすることもできる。 ・他者とのコミュニケーションも良好。 ・簡単な調理をすることもできる。 ・手工芸(スティック手織りなど)が好き。視力も問題なくできる。また、手工芸を仕事と呼び、続けたいと思っている。 ・夫の墓参りに行きたいと思っている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・養子夫婦との関係は良好。
	予後予測	<ul style="list-style-type: none"> ・水分をコントロールし意識レベルを維持することで精神機能は安定すると考える。 ・記憶の低下があるので、服薬や水分コントロールを自分で行うことができないため、支援が必要。 	<ul style="list-style-type: none"> ・思考や記憶の混乱を起こす可能性があることから、常時の見守りが必要。仕事をしたがることや社会的なことから、家族の介護負担軽減と本人の自己有効感を高めるためにも通所事業に参加することが望ましい。

作業遂行力向上プラン表

達成可能な ニーズ	作業工程 分析	達成のための方法・プログラム (いつ、どのようにする、いつまでか)			達成
		本人	看護（家族）	作業療法	
	企画・ 準備力 (PLAN)	好きな手工芸を選択する。 毎日作業療法に参加し、生活リズム る。	①全身状態の健康管理を行う。 ・家族に本人の薬の種類や服薬支援の必要性、 水分摂取の必要性について説明し、理解を得 られるよう支援する。 【家族】 ・通所事業への参加をすすめる。必要な物品 を揃える。 ・家での仕事を本人と話し合い決定する。	・入院中のプログラムを立案し、本人に提示、 参加について理解を得る。 ・複雑な工程の作業は記憶力が要求されるた め、単純で繰り返しの工程でできる手工芸か ら、本人の好きなものを選択してもらおう。結 果として、織物であるスティック手織りを選 択する。 ・スティック手織りの準備をする。 ・自宅でできる役割の遂行能力を確認する。	■達成 ・服薬と本人の好 む手工芸の実践 を通して、自分 は役に立てるとの 思いを持ったこ とから、徐々にイ ライラ感が低下。 ・手工芸を楽しみ に生活をするよ うになる。 ・積極的に草むし りにも参加し、他 患にも参加を促 すようになる。 ・ものを探し回る 行動や帰宅要求 もなくなり、安定 した入院生活を 送れる。
①全身状態の 健康管理を適 切に行え、 ②通所事業に 通い、人との 交流を維持 し、 ③好きな手工 芸（自分が役 に立つ仕事） を続けたい。	実行力 (DO)	・選択したスティック手織りを一人で できるよう、毎日練習する。 ・入院により体力が落ちないよう、運 動プログラムに参加する。 ・臥床しないよう、日中はデイルーム で過ごし、他患との交流する。 【退院後】 ②通所事業に行く ・人との交流を維持する。 ・体力を維持するための体操を行う ・好きな手工芸を継続する。 ③自分が役に立つと思える家の仕事 をする。 ・天気の良い日は、家の回りの草むし りをする。	【看護】 ・食後、薬を提供し、服薬の確認をする。 ・水分量に配慮し、摂取を促す。 ・ADLの遂行能力が維持されるよう、支援す る。 ・生活リズムを整えるよう援助する。 【退院後】 【家族】 ・水分と服薬管理をする。 ・家での仕事としての草むしりについて、機 会の提供をする。	・スティック手織りの実施方法を説明、実施 を支援する。 ・スティック手織りの導入から、環境に慣れ、 自己肯定感を促し、情動の安定が得られたら 本人の好きな献立の調理や簡単な茶碗洗いな どの練習と評価をする。家族との話し合いの 結果、家事は入院前からほとんど行ってはい ないとのこと、草むしりが本人の仕事だった。 ・草むしりの能力の評価と練習を行う。	
	検証・ 完了力 (SEE)	・スティック織りで誤りに気づき、自 分で訂正できる。 ・生活や自分のからだのことで不安が あったり、困ったことがあれば相談で きる。	・水分管理について、本人はいらないと言 う傾向があるので、仕事が一つ済むたびに一服 する際にお茶を飲むよう進めるなどの工夫を 提示する。 ・介護支援専門員に上記内容の注意事項など 看護サマリーを提供する。	・本人のできる能力について家族に説明する。 また、本人の認知機能の低下状態とその特徴、 今後起こりうるリスクについても説明し、在 宅で本人の役割が維持されるよう理解を得 る。 ・介護支援専門員にも、「作業をすることで元 気になる申し送り表」を作成し、作業の継続 を依頼する。	入院3ヶ月後 自宅退院となる。 退院後はほぼ毎 日通所介護を利 用する。通所介護 には本人は仕事 に行っていると 捉えている様子。