

平成23年度老人保健健康増進等事業

生活行為向上マネジメントの
普及啓発と成果測定研究事業

事例報告集 ①
(早期医療)

社団法人 日本作業療法士協会

はじめに

当協会は、平成 20 年度から 4 年に渡り厚生労働省老人保健健康増進事業の研究を受託し、「作業をすることで人は健康になれる」サービスのあり方を提案してきた。

平成 20 年度は、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な意味のある作業を見つけ、高齢者の有する能力をアセスメントし、自立を支援する生活行為向上マネジメント方法を開発した。また、生活行為向上マネジメントにより、セルフケアの ADL や家事などの IADL の他、余暇活動までの幅広い人の作業を把握できることがわかった。

平成 21 年度は、生活行為向上マネジメントを医療から地域包括支援センター等、通所リハビリテーションで実践、その効果を検証した。その結果、生活行為向上マネジメントにより高齢者が生活行為や余暇活動などを主体的・積極的に展開するようになるという効果を得た。また、医療から介護、在宅へ連続した支援ツールとしても活用でき、健康関連 QOL の成果指標に影響を与えることがわかった。これらの取り組みから介護が必要な状態であっても、重度の疾病や障害があっても「健康だ」と思える新たなサービスモデルを提案した。具体的には、その人にとって意味のある作業の支援方法である生活行為向上マネジメントの考え方の普及、通所と訪問の一体的提供、生活を支援する訪問介護との連携、作業を地域で継続できる支援センターの必要性を提案した。

平成 22 年度は、平成 21 年度介入した事例を追跡し、対象者の地域活動への展開の可能性とその支援方法を検討した。また、通所系サービスだけでなく介護老人保健施設など入所系サービスや急性期医療での生活行為向上マネジメントの幅広い活用の可能性を検討した。さらに作業が地域で継続できる先駆的取り組み事例を収集した。さらに訪問介護との連携し自立支援のあり方の有効性の検討し、介護の現場で活用できるよう生活行為向上マネジメントの般化方法を模索した。昨年は、医療介護連携において生活行為向上マネジメントを活用した事例を整理し、「事例報告集」として提出した。

平成 23 年度は、生活行為向上マネジメントの介入が個々のケースの改善だけではなく、経済的効果にも効果があることをケースの追跡調査により検証をした。高齢者の活動性を高め、生活行為のを向上と自立生活を推進するために、介護に従事する福祉職と作業療法士の共通理解を図る方法を試行した。また、作業療法士がその場になくとも訪問介護や通所介護で介護職が対象者の生活行為向上の支援ができるツールを開発した。一方、医療機関が提供する作業療法サービスにおける活用の可能性と早期から生活行為向上マネジメントを行った場合の効果と地域連携の効果を検討した。さらに、一般高齢者に対して、生活行為を維持することが健康の秘訣であるという啓発普及媒体の開発と普及のあり方を検討した。

昨年は、生活行為向上マネジメントを活用した事例を整理し、医療連携班 9 例、通所班 13 例、訪問介護連携班 2 例、典型例として疾患別事例 3 例と先駆的作業拠点の実践事例を掲載した「事例報告集」として提出した。今年も、医療と介護のよりよい連携をめざすため、本研究事業の早期医療で実践された事例を整理し、国民に分かりやすい作業療法の例を示すべく「事例報告集」とした。

平成 24 年 3 月

厚生労働省老人保健健康増進事業

「生活行為向上マネジメントの啓発普及と成果測定研究事業」
主任研究員 岩瀬義昭 (社団法人日本作業療法士協会)

目 次

はじめに

早期における目標聞き取りのポイント……………	1
医療と介護のよりよい連携のために……………	2
マネジメントシート使用方法・記入内容……………	3
事例集……………	10
Q&A集……………	73

早期における目標聞き取りのポイント

急性期病棟入院中の対象者にとっては、やりたいことや目標を聞かれても困惑することも多いと思います。そのような時は、「興味関心チェックリスト」を使用したり、入院前の生活歴・作業歴を聞いて本人の興味や役割を聞きだすことも手がかかりとなります。

1. 時期による配慮

急性発症して入院した対象者は、入院前とは異なる自分の状況を受容できていない人が多くみられます。そのような状況で関係性ができていないうちは、聞き取りも難しく、配慮が必要です。時期によって聞きやすい・聞き難い内容を挙げてみました。

- ・入院直後から聞きやすい内容
入院前の生活状況（動作・習慣・役割）
家屋構成，家屋状況・・・など
- ・関係がとれてから聞くほうがよい内容
家族関係，今後の仕事について，本人や家族の“思い”・・・など

治療が進むにつれて、経験の差もありますが、信頼関係が築けて聞き取りがしやすくなるかと思えます。

日々の何気ない会話から対象者の気持ちを読み取れることもあります。対象者との関係がとれてからも、対象者の言葉を大切に、作業療法士の思い込みや先入観を入れすぎないことも重要です。

2. 対象者の特性による配慮

対象者に合った接し方というのがありますが、聞き取りのときにも対象者の特性を知った上で行ったほうがよいでしょう。急性期でよく経験する2つのタイプを挙げてみました。

- ・不安で仕方がない人
実際に退院後と同じ環境での練習を行い安心してもらう。作業療法士も一緒に行い安心して実施するなかで，成功体験につなげるようにする。
- ・大丈夫と過信している人
現実検討ができていないかを評価する。できる部分は褒め，出来ない部分については，具体的な活動の結果や失敗を通して理解してもらうようにする。

目標を共有することにより、対象者が主体性をもって作業に取り組むことができ、満足度も上がる、という報告がされています。退院後も作業が継続して行われて、ADL や機能、QOL が維持・向上できるような支援をしていきたいものです。

医療と介護のよりよい連携のために

急性期病棟からの早期退院例では、退院後の不安があるが相談窓口がわからなかったり、対象者が本当の気持ちをケアマネジャーに伝えきれない状況も予測されます。そこで、作業療法士が具体的な生活の仕方や動作の注意点とともに、対象者にとっての意味のある作業を後方支援部署へ申し送ることは、非常に有効であり、需要も高いと考えられます。

1. 急性期から必要な在宅生活の予測

退院時に後方支援部署に申し送りをする時は、入院中と退院後の環境の違いをしっかりと把握した上で後方支援のスタッフと話しができ、入院中の様子を伝えることが必要になります。特に急性期では、まだ対象者の能力が向上することも予測され、ケースによっては「これができるようになればこの活動も可能」「今後できる可能性がある作業を達成できるようにこのサービスが必要」というような具体的な案を提示することも重要な役目のひとつになります。予後予測や退院後の生活の予測はとても重要です。

2. 後方支援サービスを知る、連携する

入院期間が短い場合は、地域包括支援センター等の後方支援部署につながらないまま退院に至る可能性もあります。入院中から退院後のサービスの必要性を予測してケースワーカー等に働きかけておくとスムーズになるでしょう。日頃から地域にある介護保険のサービスを知っておくことは大切です。

ケアマネジャーへの情報提供では、ケアプランが生活介護のためのサービスの導入にばかりにならないように、対象者にとって意味のある作業やできること・今後できそうなことを伝えましょう。「作業をすることで元気になる申し送り表」がADLだけでなく、社会参加やQOLも維持・向上できるように活用されていけるとよいですね。



マネジメントシート使用方法・記入内容

医 ー ー本人

1-a

作業聞き取りシート 使用方法

相談者		年齢	歳	性別	男 女
-----	--	----	---	----	-----

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

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

初回時に評価を記入

作業の目標	<input type="checkbox"/> A(具体的に作業の目標が言える) 目標 1	自己評価	初回	最終
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px;"> 目標は一つでもよい。機能面の目標を挙げた場合、それができたら何がしたいか、という作業目標を聞き出し、目標とする。 </div>	実行度	/10	/10
		満足度	/10	/10
		達成の可能性	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px;"> 退院時にさく、退院後でないとできないものもある為、実行度は「できそうかどうか」の実行予測度でよい。その場合「できそうか」を問い評価してもらう。 </div>				
	<input type="checkbox"/> B (具体的にイメージができない)	→興味・関心 チェックリストへ		

家族に対して使用。
必須ではなく必要に応じて使用する。

医 — 一 家族

1-b

作業聞き取りシート 使用方法

相談者		年齢	歳	性別	男 女
-----	--	----	---	----	-----

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

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

作業の目標	<input type="checkbox"/> A(具体的に作業の目標が言える) 目標 1 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> 目標は一つでもよい。機能面の目標を挙げた場合、それができたら何をしてほしいか、という作業目標を聞き出し、目標とする。 </div>	自己評価	初回	最終
		実行度	/10	/10
		満足度	/10	/10
		達成の可能性	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	<input type="checkbox"/> A(具体的に作業の目標が言える) 目標 2	実行度	/10	/10
		満足度	/10	/10
		達成の可能性	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
<input type="checkbox"/> B(具体的にイメージができない)	→興味・関心 チェックリストへ			

目標の聞き取りのときに、目標がなかなか出てこない場合などに補助的に使用する。

興味・関心チェックリスト 使用方法

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

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



作業聞き取りシートへ

作業目標	「聞き取りシート」で本人が立てた目標	達成可能なニーズ	アセスメント表の予後予測から在宅生活を見据えたもので達成可能なものをあげる。急性期では本人の挙げた作業目標に達しない場合はその一段階前のものなどを検討
------	--------------------	----------	---



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"> 身体機能：麻痺・筋力低下・可動域制限、感覚障害、痛みなど 認知症、高次脳機能障害、精神機能障害 感情・性格：不安、心配など 	<ul style="list-style-type: none"> 目標作業に関連する活動・参加 運動の例：長距離歩行で痛みが出現、立ち上がりに手すりが必要 移動能力の例：10m程度しか歩けない セルフケア能力の例：トイレ動作介助 機会の減少の例：長距離歩行をしていない、入院後調理をする機会がない 	<ul style="list-style-type: none"> ハード面：店が家から遠い、不整地がある、必要な物が高い場所にある、など ソフト面：家族が過度に心配し活動を制限している、協力者や支援サービスがない、など
現状能力 (強み)	<ul style="list-style-type: none"> 目標に関連する身体機能で良い点 (例：上肢の麻痺は軽度、右下肢の筋力は保たれている、など) 精神機能・性格 (例：本人は意欲的、など) 	<ul style="list-style-type: none"> している活動や参加のプラス面 運動の例：手すりがあれば段差昇降可能 耐久性がある 移動能力の例：車椅子自乗可能 セルフケアの例：ベッド周囲動作自立 	<ul style="list-style-type: none"> ハード面で修正・改修可能なもの：1階の部屋に寝室を移せる、住宅改修が可能、福祉用具が使える ソフト面での協力・理解：家族が協力的、介護保険でのサービスが受けられる、など
予後予測	<ul style="list-style-type: none"> 身体機能の改善予測 認知面・高次脳機能の改善予測 障害受容や治療の進行による精神面の変化予測 	どこまでの活動ができるかの予測 (例：杖歩行自立レベル、手すりがあればトイレ自立、自助具を使用して包丁動作が可能、など)	<ul style="list-style-type: none"> 改善した環境下や支援を受けた場合にできる活動の見込み。それを受けた家族等の支援者の変化、など
作業目標達成可能な理由と根拠			

評価： 1. 一人で可能 2. 手掛かりや見本があれば可能 3. 練習により可能 4. 一部手助けが必要 5. ほとんど手助けが必要

達成可能なニーズ	作業工程分析	評価		基礎練習	基本練習	応用練習	社会適応練習		
		前	後						
企画準備力 PLAN 実行力 DO 検証完了力 SEE	<ul style="list-style-type: none"> 活動の計画 準備 <p>前後で評価する</p>	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	ニーズ達成に必要な練習を記入。練習メニューの分類を参照。 分類は厳密に行う必要はなく、メニューが挙げられていればよい。 * 実際に患者にプログラムを実施する場合は、そのプログラムが「達成可能なニーズ」に対してどのような意味をもつのか、どの段階のものかを説明して、意識させて行うとよい。 * プログラムの追加・修正があれば書いておく					
	活動の工程	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5					本人	<ul style="list-style-type: none"> OT現場で行う 自主練習 自己評価 OTや家族への報告・相談
	<ul style="list-style-type: none"> 活動に対する評価 (改善点、危険な点等の振り返り) 次に行う活動のイメージ <p>退院時に本人・家族にさく</p>	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5					家族	<ul style="list-style-type: none"> 本人の活動を見守る・評価する・手伝う OTとの連絡（心配なところを伝えるなど情報交換）
								支援者	<ul style="list-style-type: none"> OT：本人への指導、家族への報告・指導、他職種との連携 OT・家族以外の支援者：介護保険サービスの担当者、病棟スタッフなど
	本人 達成評価(退院時)			達成	変更達成	未達成	(理由)	中止	
	家族 達成評価(退院時)			達成	変更達成	未達成	(理由)	中止	

作業をすることで元気になる申し送り表 (生活総合アセスメント表) 記入内容

リハビリ継続の必要
あり・なし

医

記入日： 年 月 日

○で囲む

対象者： _____ 機関名： _____ 担当者名： _____

【元気な時の生活状態】
入院前のADL、役割、活動性、
性格など

【今回のアキシデント】
 徐々に生活機能が低下
 発症 ()
 その他 ()

【ご本人のしたい・できるようにしたいこと】
「作業さきとりシート」での目標を中心として、きかれた目
標・希望

【現在の生活状況】
病棟ADLの様子、精神状態、OT場面での活動状況

【不安・心配なこと】
患者本人から聞き出した不安・心配を中心に、OTからみ
て心配なことを加える

【現在の状態をもたらしている基本原因】
心身機能・高次脳機能・認知機能・精神機能・性格・環境

【改善・活用できる項目】
心身機能の改善見込み、改善できる環境、サービスや支
援者の活用

【アセスメントまとめ】
作業を目標として行ってきたOTの簡単な経過、作業目標について現在どの段階までできているか、現時点で行える活動、今後継続
してもらいたいことを中心に。

事例集

- 事例 1 「ドライブがしたい」 模擬的練習により自信がつき、自宅退院した右麻痺軽度の A さん
- 事例 2 「妻の負担を減らしたい」 機能訓練を通じて家事動作を再獲得し、自宅退院した軽度麻痺の B さん
- 事例 3 「料理くらい自分でしたい」 軽度四肢麻痺，めまい・頭痛の時期がありながら，意欲を保ちつつ自宅退院した C さん
- 事例 4 「掃除がしたい」 回復段階にあり，自宅退院後も生活範囲が拡大した、独居の D さん
- 事例 5 「料理ができた」 気持ちの変化により自信を獲得し，自宅退院した、失語症の E さん
- 事例 6 「早く家に帰りたい」 模擬練習や家庭訪問を通じて危険認識を高め，自宅退院した F さん
- 事例 7 「畑仕事がしたい」 外出練習やケアマネとの連携により，自信をもって自宅退院した G さん
- 事例 8 「また陶芸がしたい」 想いをケアマネにつなぎ自宅退院した，軽度左麻痺・認知症があり自発性低下のあった I さん
- 事例 9 「トイレができるように」 元々ベッド上生活で両麻痺になったが，家族・ケアマネへ能力を伝え自宅退院した I さん
- 事例 10 「板前に復帰したい」 右上肢の機能訓練をしつつ，目標をもって回復期へつないだ J さん
- 事例 11 「書道をやってみたい」 左麻痺・左半側空間無視があり，ADL 全介助状態から自主性が高まり，回復期へつないだ K さん
- 事例 12 「料理がしたいけど…まずは食事自立から」 段階的な目標をもって回復期へつないだ，重度左麻痺，高次脳機能障害のある L さん

事例1：「ドライブがしたい」模擬的練習により自信がつき、自宅退院した右麻痺軽度のAさん

1. 事例紹介

50代後半、男性、診断名はアテローム血栓性脳梗塞。X年Y月22日、夜の工作中、右半身の脱力感あり、24日朝、右手で箸が持てなくなり当院受診し入院となった。入院翌日より理学療法・作業療法・言語聴覚療法が開始となった。嚥下・構音機能に特に問題なく、言語聴覚療法は経過観察となった。

2. 事例の作業歴

妻との2人暮らしで、独歩にてADL・IADL共に自立していた。夜間の荷物の仕分けの仕事を行っており、自動車を使用し通勤していた。妻が車の運転が出来ず、自宅周辺の環境からも移動手段が確保されていないため、本人の運転で買い物に出かけていた。また、娘が他県に在住しており、小旅行で自動車を使用していた。

3. 関連職種からの情報

医師からは職場復帰が目標で、復職に必要な身体能力が獲得でき次第退院という方針が示された。

4. セットツール活用の実際

① 作業聞き取りシート：7病日目より生活行為向上マネジメントを導入した。入院前よりプライベートや仕事で自動車を使用しており、今後も仕事や買い物等の移動手段として必要であるとのことであった。「娘のところにでもドライブに行きたいな」との発言も聞かれた。妻からも自動車運転の希望があった。満足度・実行度としては、入院中の為実際に自動車の運転が行えていないことから共に1、達成の可能性としてはあるとの回答であった。最終は実際に運転していないからとの理由で1と変化がなかった。

② 作業遂行アセスメント表：右片麻痺が軽度であり、独歩にて病院内ADL自立レベルであった。高次脳機能についても大きな問題は見られなかったため、退院後自動車の運転をするというニーズは達成可能ではないかと考えられた。

③ 作業遂行向上プラン表：企画・準備力として目的地・地図を確認すること、具体的な実行力は車に乗るところからキーを入れる、ハンドル・ブレーキ・アクセル・ウィンカーを操作するなどの作業とし、検証力としては本人へのフィードバックと家族からの感想を聞くこととした。実際に入院中には運転することはできず、未達成となった。

④ 作業をすることで元気になる申し送り表：退院後リハビリテーションの必要性はないと判断し、地域包括支援センターへの申し送りを行った。

5. 実施した作業療法プログラムと経過

初回介入時より身体状態はBrunnstrom stage 上肢V・手指V・下肢VIであり、歩行とADL共に自立レベルであったため、復職に向けた練習を開始した。7病日目より作業聞き取りシートを使用した。本人家族共に「自動車の運転」という共通の目標があがったため、復職と同時進行でアプローチを実施した。運転に関しては上下肢の協調性・瞬発性・注意力・危険回避力などへのアプローチを実施した。身体機能・高次脳機能面において著明な能力低下は認められなかった。退院前の外泊時に医師より運転許可が下りたため、ドライブを行うことを勧めたが、息子が自動車を使用していたため実際に運転を行うことができなかった。29病日目、実際に自動車の運転が出来ない状態での自宅退院となった。

6. 結果と考察

Aさんは麻痺が軽度でコミュニケーションも良好であり、早期から積極的な導入が可能であった。実際に自動車の運転が行えなかった状態での退院となったが、1か月後の調査で「(退院した)最初は不安であったが、乗ってみたら大丈夫であった」との回答が得られた。「家族での旅行はまだ実現していないが、

今後計画を立てていく」と前向きな話もあった。

今回、「自動車の運転」という目標があがったが、どのようなアプローチが最適なのが悩んだ。しかし、作業遂行アセスメント表と作業遂行向上プラン表を用いることで、運転に必要な要素を十分に検討する機会となった。十分な検討を行った上で対象者と一緒に「運転」について考え、必要と思われる能力を紙面に書き出すことで理解も得られやすく、更にはリハビリテーションを行う目的と内容を共有することで練習が明確になり、導入がスムーズにできたと考える。

7. まとめ

今回、運転に関する動作能力は問題ないレベルまで改善したが、入院中は実際に運転のシミュレーション等の練習が行えなかった。本人と作業療法士と共に入院中は身体能力を考慮しても自動車の運転は出来ると考えていたが、実際に運転する場面となったとき、想定される集中力や瞬発性等に対して不安が残っていた。退院後に運転を行ったことで自信がついた事例であった。

①作業聞き取りシート

本人	□A(具体的に作業の目標が言える) 目標 1 ドライブがしたい (最終満足度は1点だが、退院したらできるから満足していると)	自己評価	初回	最終
		実行度	1/10	1/10
		満足度	1/10	1/10
		達成の可能性	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
家族	□A(具体的に作業の目標が言える) 目標 1 家の中のことが出来る (電気の付け替えや雪かきなど)	自己評価	初回	最終
		実行度	1/10	1/10
		満足度	1/10	1/10
		達成の可能性	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	目標 2 自動車の運転ができる	実行度	1/10	1/10
		満足度	1/10	1/10
		達成の可能性	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

事例 1 : A 様

②作業遂行アセスメント表

年齢：50 歳代後半 性別：男性 職歴：荷物仕分け 生活歴：独歩にて ADL・IADL 共に自立していた。夜間の荷物の仕分けの仕事を行っており、自動車を使用时通勤していた。妻が車の運転が出来ず、自宅周辺の環境からも移動手段が確保されていないため、A さんの運転で買い物に出かけていた。また、娘が他県に在住しており、小旅行で自動車を使っていた。

疾患名：アテローム血栓性脳梗塞 合併症：高血圧、高脂血症、右第 2・3 指切断、左 2・3・4 指切断 家族構成：妻との 2 人暮らし。

現病歴：X 年 Y 月 22 日、夜の仕事中、右半身の脱力感あり。24 日朝、右手で箸が持てなくなり当院受診し、入院。

作業目標	本人ニーズ：ドライブがしたい 家族ニーズ：家の中のことが出来る 自動車の運転ができる	達成可能な ニーズ	自宅退院後自動車に乗って家族と出かける
------	--	--------------	---------------------



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"> 軽度だが右片麻痺あり (Br. stage 上肢 V・手指 V・下肢 VI) 右肩、肘、手が同時に動かしにくい 右手の握力が低下している 右手の巧緻性がわずかに低下している 	<ul style="list-style-type: none"> 長時間座位を取る時間が少ない 長距離の歩行は疲れやすい 自動車に乗る（長距離）体力がない 	<ul style="list-style-type: none"> 入院中であり医師から許可が下りていない 自動車を運転する機会がない 集中力、瞬発力を発揮する場がない
現状能力 (強み)	<ul style="list-style-type: none"> 右上下肢の麻痺は軽度である 感覚が保たれている 麻痺、筋力共に回復段階にある 目標に対して本人は意欲的 認知面・高次脳面ともに良好 物事を判断する力が保たれている 	<ul style="list-style-type: none"> 日常生活動作、歩行が一人で行える 集中してリハビリに取り組める 外泊もしており、自宅内での動作が問題なく行える 適度に休みを取りながら活動することができる 	<ul style="list-style-type: none"> 自宅退院後は家に自動車がある 家族の希望でもあり、協力を得られる
予後予測	<ul style="list-style-type: none"> 右手の使いにくさが軽減する 手足の動きが自動車の運転に支障がない程度まで向上する 	<ul style="list-style-type: none"> 活動性の向上により、体力向上し疲れやすさが軽減する 長時間（1 時間程度）の座位活動ができる 	<ul style="list-style-type: none"> 家族の協力も得られ、退院後に自動車を運転することができる
作業目標達成可能な理由と根拠			

③作業遂行向上プラン表

利用者： A 様

担当者：OTR

記入日： 〇年 〇月 〇日

達成可能なニーズ	作業工程分析	評価		達成のためのプログラム	基礎練習	基本練習	応用練習	社会適応練習	
		前	後						
自宅退院後は自動車に乗って家族と出かける	<ul style="list-style-type: none"> 目的地を決める ガソリンを確認 地図を手チェックする 	③	①	本人 家族 支援者 いつ・どこで・誰が支援して行うか	①手指、手、筋力練習 ②巧緻動作練習 ③協調動作練習 ④集中力・注意力向上練習	①坐位耐久性向上練習 ②座位での上肢操作練習 ③歩行練習 ④階段練習	①瞬発力練習 (ブレーキ操作を含む) ②上肢・右下肢同時運動 (ハンドル・アクセル操作を含む) ③自動車への乗り降り練習	①自動車を実際に運転する(家族とともに)	
	<ul style="list-style-type: none"> 自動車に乗る シートベルトをしめる キーを入れる ハンドル・ブレーキ・ウインカー等を操作する 運転をして目的地まで行く 	③	③		①④をOTと訓練時に一緒に練習し、日中起きている時間の増やす	①③をOTと訓練時に一緒に練習	①自宅で行う ②③をOTと訓練時に一緒に練習	①自宅で行う ②③をOTと訓練時に一緒に練習	①自宅で行う ②③をOTと訓練時に一緒に練習
	<ul style="list-style-type: none"> 本人と危険なところはなかつたか確認 家族に感想を聞く 	①	①		①④の練習の中から自主として出来る動作を指導する(OT)	③を外泊時に実際に自動車の乗り降りをして確認する	①同乗して状況を確認し、本人へ感想を伝える	①同乗して状況を確認し、本人へ感想を伝える	①同乗して状況を確認し、本人へ感想を伝える
本人 達成評価(退院時)		<input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 変更達成 <input checked="" type="checkbox"/> 未達成 (理由：まだ運転していないから) <input type="checkbox"/> 中止							
家族 達成評価(退院時)		<input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 変更達成 <input checked="" type="checkbox"/> 未達成 (理由：まだ運転していないから) <input type="checkbox"/> 中止							

④作業をすることで元気になる申し送り表 (生活総合アセスメント表)

記入日：平成 ○年○月○日

対象者： A 様

機関名： ○○病院

担当者名： OTR

【元気な時の生活状態】

- ・ADL 自立
- ・荷物の仕分けが主な仕事（夜間）
- ・妻が運転出来ない為、買い物や旅行時に本人が運転していた

【今回のアクシデント】

- 徐々に生活機能が低下
- 発症（脳梗塞）
- その他（ ）

【現在の生活状況】

歩行・ADL 共に自立レベルですが、右手の巧緻性がわずかに低下しており、上肢使用時のコントロールが不十分な状態です。右肩関節の屈曲と外転の筋力低下も見られますが、日常生活や仕事には特に支障はないと考えられます。

【ご本人のしたい・できるようにになりたいこと】

ドライブがしたい

【不安・心配なこと】

- ・運転中に危険な場面で瞬発力が発揮できるか
- ・長距離運転でも集中力・注意力が維持できるか
- ・入院前と同様の体力が維持されているか

【現在の状態をもたらしている基本原因】

- ・軽度の右片麻痺
- ・入院中であり、運転する機会がない
- ・体力も低下している

【改善・活用できる項目】

- ・右片麻痺が回復段階
- ・リハビリ時集中して取り組める
- ・退院が近くなり医師からは運転許可済み
- ・家族の希望でもあり、協力的
- ・体力は改善する

【アセスメントまとめ】

ご本人より「ドライブに行きたい」ご家族より「自動車に乗れるようになってほしい」という希望があり、自動車を運転する際に必要な能力を検討し、麻痺の改善に対するアプローチの他に、運転に必要な体力向上や手指の巧緻性向上・注意力・瞬発力等の能力向上を目的としたリハビリを実施しました。身体能力は徐々に改善し、生活を送る上で特に問題はありません。退院前にはご本人も生活や運転に対する不安はなく、「早くドライブに行きたいな」と楽しみにしております。身体能力についても問題なく、家族の協力も得られるため、一緒に自動車で旅行に行く楽しみを今後も継続していただけることを期待します。

事例2：「妻の負担を減らしたい」機能訓練を通じて家事動作を再獲得し、自宅退院した左麻痺軽度のBさん

1. 事例紹介

60代、男性、右急性硬膜外血腫 外傷性くも膜下出血 多発脳挫傷。

現病歴：X年Y月Z日、外で倒れているのを近隣者が発見。当院へ救急搬送される。JCS：II-10、左不全片麻痺見られ、右頭頂部に打撲挫創痕を認めた。CTで右急性硬膜外血腫、外傷性くも膜下出血、多発脳挫傷と診断あり、早急な減圧が必要であり、同日緊急で開頭血腫除去術を行った。

入院時評価：Brunnstrom stage（左）：上肢V・手指V・下肢VI、HDS-R：26/30、BI：55/100、FIM：70/126、主観的健康感：2、老研式活動能力指標：5/13、JSS-DE：脳卒中うつスケール1.99 脳卒中情動障害スケール0.55

2. 事例の作業歴

元タクシードライバーで、現在は洗濯や道掃除など、妻の手伝いを行っていた。

3. 関連職種からの情報

担当医からは、術中に大量に出血されているので、頭痛や貧血などに注意して実施するようにと指示があった。ソーシャルワーカーは自宅退院の方向で支援を進める方針との情報があった。

4. セットツール活用の実際

① 作業聞き取りシート：3病日目より、生活行為向上マネジメントを導入。聞き取りでは、「洗濯が出来るようになりたい」との話が聞かれ、事例と作業療法士が家事を手伝いたいというニーズを共有することができた。

② 作業アセスメント表：身体機能としては、麻痺は軽く、感覚障害も軽度で、バランス能力や認知面も保たれており、基本動作やADLは概ね見守りにて可能であった。加えて、活動意欲も高かった為、事例のニーズは達成可能ではないかと考えられた。

③ 作業遂行プラン表：企画・準備力として、一連の動作にかかる所要時間や天気の確認を挙げ、実行力の部分では洗濯の一連の動作として「洗濯機を回す」「洗濯物を取り出す」「運ぶ」「干す」「取り込む」「たたむ」「しまう」を挙げた。

④ 作業することで元気になる申し送り表：介護保険の申請予定はないが、総合アセスメントとして作成。

5. 実施した作業療法プログラムと経過

入院時より、麻痺も軽度で、身体機能も高く、認知面も良好であった為、事例のニーズは達成可能ではないかと考えられた。その為、麻痺側随意性の向上と共に、セルフケアの自立をショートゴールとし、その後、目標とする家事動作へと繋げられるよう、作業療法プログラムを立案した。計画したプログラムの必要性を、本人に説明して実施しようとしたが、応用練習・社会適応練習に対しては「家でするからしなくていい」と拒否があり、実施困難であった。その為、基礎・基本練習を中心に、目標に繋がるような別の作業を導入する事で、今後自宅に帰って、目標とする作業を行えるかどうかの評価を行った。

6. 結果と考察

入院時と退院時を比較すると、Brunnstrom stage（左）：上肢V⇒VI・手指V⇒VI・下肢VI、HDS-R：25/30、BI：55⇒95/100、FIM：70⇒125/126、主観的健康感：3（普通）、老健式活動能力指標：5⇒7/13、JSS-DE：変化なし（満点）と、Brunnstrom stage、BI、FIM、HUI、老健式活動能力指標 において向上が見られた。主観的健康感に関しては3（普通）と低下した。JSS-DEには変化が見られなかった。目標に対する実行度・満足度に関しては大幅な向上が見られた。退院1ヶ月後の聞き取り調査では、BI、主観的健康感以外の評価において低下が見られた。

今回、生活行為向上マネジメントツールを使用した本事例において、入院時から退院時における能力の向上が大きく見られた。元々身体機能は保たれていた方ではあったが、発症後早期から本マネジメントを

用いて、明確に目標を共有した事が、本人の意欲の向上・作業療法アプローチの基盤になったのではないかと考える。

JSS-DE に変化がなかったのは、元々物事を前向きに捉える方であることや、身体機能も比較的保たれていたことに基因するのではないかと考える。

本事例は応用や社会適応練習の拒否があったにも関わらず、結果的に目標に対する実行度・満足度に関して大幅な向上が見られた。その理由として、本マネジメントを用いて目標が明確になったことで運動に対する意欲は向上したことと、基礎・基本練習などの運動が目標達成にどのような効果があるかを実感しながら取り組むことができたことが推察された。

7. まとめ

本事例は、応用や社会適応練習の拒否があったにも関わらず、大幅な能力の向上が見られた。それは、本事例がマネジメントシートを用いて目標を明確にできたことに基因する。明確な目標があったことで、実際の動作に対して拒否があっても、リハビリテーションに対する意欲は損なわれずに実践できた。目標を具体的に持ち、より主体的にプログラムに取り組むことができたのは大変良かったのではないかと考える。

① 作業聞き取りシート

作業の目標	<input type="checkbox"/> A(具体的に作業の目標が言える) 目標 1 自宅周辺の道掃除、草刈りが できるようになりたい	自己評価	初回	最終
		実行度	1 / 10	8 / 10
		満足度	2 / 10	10 / 10
		達成の可能性	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	<input type="checkbox"/> A(具体的に作業の目標が言える) 目標 2 洗濯が出来るようになりたい	実行度	1 / 10	9 / 10
		満足度	3 / 10	7 / 10
		達成の可能性	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	



事例 2 : B 様-1

②作業遂行アセスメント表

作業目標	自宅周辺の道掃除、草刈りができるようになりたい	達成可能なニーズ	自宅にて家族見守りの下、自宅周辺の道掃除、草刈りができるようになる
↓		↑	
アセスメント項目	心身機能の分析 (精神機能、痛み・感覚、神経筋骨格・運動)	活動と参加の分析 (運動・移動能力、セルフケア能力)	環境因子の分析 (用具、環境変化、支援と関係)
作業遂行の問題を生じさせている要因	<ul style="list-style-type: none"> ・左片麻痺 ・左上肢の表在、深部感覚軽度鈍麻 ・頭痛 ・眩暈 ・バランス機能低下 	<ul style="list-style-type: none"> ・歩行時のふらつき ・歩行が見守りレベル ・階段昇降は見守りが必要 	<ul style="list-style-type: none"> ・妻と二人暮らし ・介護保険が使えない為、退院後の運動の機会が減る ・家族が危険なのでさせたくないと考えている
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"> ・基本動作、ADL 動作が見守り～自立で可能 ・一本杖歩行は見守りで可能 ・階段昇降が見守りで可能 	<ul style="list-style-type: none"> ・自宅がバリアフリーで、環境が整っている ・見守りできる家族がいる ・自宅周囲に坂はない
	予後予測	<ul style="list-style-type: none"> ・杖を使わずに物を持ち運びできるようになる ・応用歩行(物を拾いながら歩行すること)ができるようになる ・杖歩行が自立できる ・階段昇降が自立できる 	<ul style="list-style-type: none"> ・家族が見守りの下、本人と一緒に作業を行い、できる能力を確認して頂く。その上で作業をさせても良いという考えになり、本人の希望を実現することができる

事例 2 : B 様-2

②作業遂行アセスメント表

作業目標		洗濯ができるようになりたい	達成可能なニーズ	自宅にて一人で洗濯の一連の動作ができるようになる
 				
アセスメント項目	心身機能の分析 (精神機能、痛み・感覚、神経筋骨格・運動)	活動と参加の分析 (運動・移動能力、セルフケア能力)	環境因子の分析 (用具、環境変化、支援と関係)	
作業遂行の問題を生じさせている要因	<ul style="list-style-type: none"> 左片麻痺 左上肢の表在、深部感覚軽度鈍麻 頭痛が起こる可能性がある 眩暈が起こる可能性がある バランス機能低下 	<ul style="list-style-type: none"> 歩行時のふらつきがある 歩行が見守りレベル 階段昇降は見守りが必要 	<ul style="list-style-type: none"> 家族が危険なのでさせたくないと考えている 介護保険が使えない為、退院後の運動の機会が減る 	
現状能力 (強み)	<ul style="list-style-type: none"> 麻痺が軽度 ROM 制限がない 筋力が十分 認知機能面が良好 高次脳機能障害がない 意欲が高い 	<ul style="list-style-type: none"> 基本動作、ADL が見守り～自立で可能 一本杖歩行は見守りで可能 階段昇降が見守りで可能 洗濯を行っていた経験がある 	<ul style="list-style-type: none"> 自宅がバリアフリーで、環境が整っている 洗濯物干し場が屋内から手の届く距離にある 妻と二人暮らしで、見守りができる家族がいる 	
予後予測	<ul style="list-style-type: none"> 筋力、耐久性、バランス機能が向上し、ふらつきなく歩行することができる 手指の巧緻性が向上し、細かい動作もできる 	<ul style="list-style-type: none"> 杖を使わずに歩行ができ、物を持ち運ぶことができるようになる 洗濯の一連の動作ができるようになる 杖歩行が自立できる 階段昇降が自立できる 	<ul style="list-style-type: none"> 家族が見守りの下、本人と一緒に作業を行い、できる能力を確認する。その上で洗濯を行っても良いという考えを促し、本人の希望を実現する事ができる 	
作業目標達成可能な理由と根拠				

③作業遂行向上プラン表

利用者： B様-1 記入日： 〇年 〇月 〇日

担当者：OTR

達成可能なニーズ	作業工程分析	評価		達成のためのプログラム	基礎練習	基本練習	応用練習	社会適応練習
		前	後					
自宅にて家族見守りの下、自宅周辺の道掃除、草刈りができる	企画準備力 PLAN	①家族といつ行うか確認する ②天気を確認する ③道掃除、草刈りに必要な道具を準備する	3	1	①筋力増強練習 ②認知神経課題 ③上肢機能練習 ④協調性・巧緻動作練習 ⑤立位バランス練習	①基本動作練習 ②歩行練習 ③階段昇降練習 ④ADL動作練習 ⑤床からの立ち上がり・しゃがみ練習	①応用歩行練習（物を拾いながら歩く） ②応用歩行練習（屋外を両手で荷物を持ったまま歩く）	①外泊 ②自宅にて実際に作業を行う
	実行力 DO	①道掃除、草刈りする範囲を決める ②草刈りをする ③後片付け、掃除をする	3	2	①～⑤をOTと行う	①～⑤をOTと行う	①・②をOTと行う	①時期を決めて家族と行う ②範囲を決めて家族と実施する
	検証完了力 SEE	①できた部分を確認する ②難しかった部分、危なかった部分を確認する ③家族に感想を聞く	3	2	本人	OTから身体機能やADL活動の情報を得る	OTから動作の実行状況を聞く	①・②家族ができる範囲で持続的に実施する
本人 達成評価(退院時)				■未達成（理由：まだ実際にやっていないから。達成の可能性はある）				

評価： 1. 一人で可能 2. 手掛かりや見本があれば可能 3. 練習により可能 4. 一部手助けが必要 5. ほとんど手助けが必要

③作業遂行向上プラン表

利用者： B様-2

担当者：OTR

記入日： 〇年 〇月 〇日

達成可能なニーズ	作業工程分析	評価		達成のためのプログラム	基礎練習	基本練習	応用練習	社会適応練習
		前	後					
自宅にて一人で洗濯の一連の動作ができるようになる	企画準備力 PLAN	①家族といっ行うか確認する ②天気を確認する ③どのくらい時間で洗濯が終わるかを確認する	3	1	①筋力増強練習 ②認知神経課題 ③上肢機能練習 ④協調性・巧緻動作練習 ⑤立位バランス練習	①基本動作練習 ②歩行練習 ③階段昇降練習 ④ADL動作練習 ⑤床からの立ち上がり・しゃがみ練習 ⑥リーチ動作練習	①応用歩行練習（両手で荷物を持ったまま平地・階段を歩く） ②洗濯動作練習（模擬的な洗濯の一連の動作）	①外泊練習 ②自宅にて実際に洗濯を行う
	実行力 DO	①洗濯物を入れて洗濯機を回す ②洗濯物を取り出す ③洗濯物を運ぶ ④洗濯物を干す ⑤洗濯物を取り込む ⑥洗濯物をたたむ ⑦洗濯物をしまう	3	2	①～⑤をOTと行う	①～⑥をOTと行う	①・②をOTと行う	①時期を決めて家族と行う ②範囲を決めて家族と実施する
	検証完了力 SEE	①できた部分を確認する ②難しかった部分、危なかった部分を確認する ③家族に感想を聞く	3	2	本人 家族 支援者	OTから身体機能やADL活動の情報を得る	OTから動作の実行状況を聞く	①・②家族ができる範囲で持続的に実施する ②OTが家族に、本人の希望とできる能力・難しい動作を伝える
本人 達成評価(退院時)				■未達成（理由：まだ実際に行っていないため。達成の可能性はある）				

評価： 1. 一人で可能 2. 手掛かりや見本があれば可能 3. 練習により可能 4. 一部手助けが必要 5. ほとんど手助けが必要

④作業をすることで元気になる申し送り表 (生活総合アセスメント表)

リハビリ継続の必要
あり・なし

記入日： ○年 ○月 ○日

対象者： B様

機関名： ○○病院

担当者名 OTR

【元気な時の生活状態】
 ・妻との二人暮らし
 ・身辺動作は自立しており、妻の手伝いで自宅周囲の草刈りや、家事なども行っていた
 ・元タクシードライバー

【今回のアクシデント】
 徐々に生活機能が低下
 発症
 (外傷性クモ膜下出血)
 その他()

【現在の生活状況】
 軽度の左片麻痺、感覚障害もあり、リハ開始時は見守り歩行であったが、徐々に改善し、現在は院内は階段昇降も含め、歩行自立となった。日中はベッドから離れて生活し、積極的に廊下歩行や他患者の見舞いなど行われていた。

【ご本人のしたい・できるようにになりたいこと】
 自宅周辺の道掃除や草刈り、洗濯ができるようになりたい

【不安・心配なこと】
 自宅での転倒

【現在の状態をもたらしている基本原因】
 ・軽度の左片麻痺・感覚障害
 ・発症による不安感

【改善・活用できる項目】
 ・本人はリハビリに対して意欲的
 ・左麻痺も改善し、巧緻動作が可能になっている
 ・妻の面会もあり、家族の理解・協力が得られる

【アセスメントまとめ】
 歩行や身辺動作、左上肢・手指の機能は改善し、身体機能としては病前とほぼ同じ状態になっています。日中は意欲的に歩行し、ベッドからは離れて生活されておりました。能力の向上も認められた為、目標とする「草刈りや道掃除、家事動作」は遂行可能になると考え作業療法を実施してきました。しかし、挙げた目標に関しては、人前ではしたくないという気持ちも強くなり、立案したプログラムは実施できませんでした。その為、目標の動作に繋がるような、基礎・基本動作を中心に実施してきました。基礎・基本練習の様子からの評価では、目標とした「草刈りや道掃除、家事動作」は可能かと思われず。今後、自宅でご家族の見守りの下から、実施していければと思います。宜しくお願い致します。

事例3：「料理ぐらい自分でしたい」軽度四肢麻痺、めまい・頭痛の時期 がありながら、意欲を保ちつつ自宅退院したCさん

1. 事例紹介

60歳代、女性、橋梗塞(正中・両側)、四肢麻痺。

現病歴：X年Y月末に転倒。翌月中旬に当院受診し、脳梗塞診断にて入院となる。翌日、理学療法、作業療法、言語療法開始。7病日目より頭痛や体調不良が続き、3日に1日程度の頻度でリハビリテーションを休む期間があったが、ADLの改善・屋内活動自立となったことから、45病日目に自宅退院。その後、外来作業療法にて継続フォローした。81病日目に歩行能力の改善、ADL・IADLの拡大がみられたため、外来作業療法を終了した。

開始時評価：Brunnstrom stage 上肢V・手指V・下肢V-VI(右>左)、BI 70点、HDS-R28点、握力右5.1/左(5kg未満)、主観的健康観5(悪い)、両手掌・足底部しびれあり(VAS 7/10)。

2. 事例の作業歴

飲食店のパート勤務。夫、息子との3人暮らしで家事全てを担う。友人が見舞いに来る頻度が多く、交流は多い。

3. 関連職種からの情報

神経内科医師からは、眩暈の状態に合わせて介入を進めるようにとのこと、病棟看護師からは、立位時にふらつきがあり、病棟での転倒歴があるとのことであった。

4. セットツール活用の実際

① 作業聞き取りシート：7病日目より、生活行為向上マネジメントを導入。聞き取りにおいて、家庭内での役割を再獲得したい、との希望がきかれた。なかでも特に希望が高い「料理が一人で行えるようになる」ということを目標として確認した。

② 作業遂行アセスメント表：身体機能面において、両手・足部のしびれや、四肢・体幹の失調症状により立位での作業活動に軽介助が必要な状態であった。しかし、麻痺が軽度であること、認知機能が良好であり、リハビリテーションの意欲があることから、調理活動は達成可能ではないかと考えられた。

③ 作業遂行向上プラン表：実行力では、基本練習・応用練習を中心に、調理の模擬的な練習から実践練習までを、全身状態や訓練状況に合わせて実施した。特に、しびれのある両手の握力や巧緻性の向上に要点を置いた。検証力としては、作った料理を他者が食べ、本人に感想がフィードバックされることも検証する一助とした。調理訓練後は笑顔が多くなり、本人からの希望や要望の発言が多くなった。

④ 作業をすることで元気になる申し送り表：自宅退院直後のフォローは当院での外来作業療法であった為、申し送り表は外来作業療法終了時に作成した。介護保険は非該当相当だった為、今後アセスメントが入る際の事前情報として、地域包括支援センターへ口頭・文書にて申し送りを行った。「一人で買い物に行きたいけど、うまく歩けるか不安」との不安要素もあり、今後は外出などの活動に焦点を当てて活動量が増えると望ましいと伝えた。

5. 実施した作業療法プログラムと経過

生活行為向上マネジメントを用いて、最も希望の高い調理活動に焦点を当て、心身機能の問題点・利点、工程別の評価に合わせた練習を整理した。基礎練習としては立位・歩行時のふらつきに対し立位バランス訓練を実施し、また両上肢の操作性や握力の向上を目標に、手指巧緻性および筋力訓練を行った。リハビリテーションの意欲があり、麻痺が軽度であったため、調理活動の獲得・自宅退院は早期に可能であると思われた。7病日目から度々のめまいや頭痛の出現にて、本人の意欲とは反対にリハビリテーション実施困難である日が続く、本人に焦りやストレスが生じ、リハビリテーション実施日においても涙する様子も見られた。その間も、作業療法室や病室

にて全身状態や病棟生活の様子などの話を聴いた。23 病日目には、実際の調理活動にて、不十分な能力(眩暈、立位のふらつき、握力など)をお互いに口頭にて確認し、どの部分の練習が必要であるかを再確認した。めまい・頭痛の改善によるリハビリテーション再開後は、調理活動の不十分箇所である、握力や手指巧緻性の向上を目的に、洗濯物動作や書字活動などを実施した。

退院時評価：Brunnstrom stage 上肢 V・VI・手指 VI・下肢 VI、BI90 点、HDS-R28 点、主観的健康観 3(ふつう)、両手掌・足底部しびれは軽減(VAS5/10)となった。

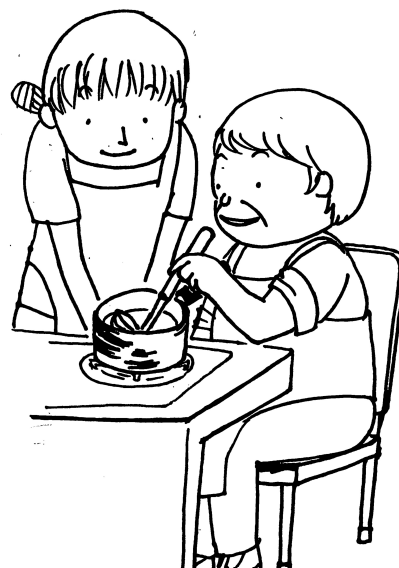
6. 結果と考察

両手部・足部の痺れは残存したものの、当初の希望であった調理活動や洗濯物動作は自立となり、書字活動においても改善が見られた。自宅退院後においても、実際に生活していく中で、「一人で買い物をする」などの更なる目標を自ら掲げ、自主練習をするなど努力する姿勢が見られた。外来リハビリテーション終了時(退院 1 カ月後)には、BI 100 点、握力 11. 5/11. 9 kg、主観的健康観 2(まあまあ健康)、両手掌・足底部しびれは軽減(VAS3~5/10)となった。

本事例は、入院中に状態不良によりリハビリテーション非実施期間があったことで、自宅生活へのイメージができなかつたり、リハビリテーションの意欲低下を来す可能性があった。しかし、早期より目標を明確にしてきたことと本人・家族・作業療法士間で目標を共有したことで、その期間においても自宅生活へのモチベーションを維持し、リハビリテーションに取り組むことができ、円滑に自宅退院へとつなげることができたと考えられる。

7. まとめ

本症例は、めまいや頭痛などの活動制限があったにも関わらず自宅退院へのモチベーションを維持することができ、円滑に自宅退院することができた。発症直後は、在宅生活のイメージが難しく、また、全身状態の改善が見られない時期だと悲観的なイメージを持ちがちである。リハビリテーションにおいて、本人・家族の具体的な希望を聞き、目標を共有することは、より円滑な介入につながると再確認できた。



①作業聞き取りシート

作業の目標	<input type="checkbox"/> A(具体的に作業の目標が言える) 目標 1 料理が 1 人でできるようになる	自己評価	初回	最終
		実行度	1/10	7/10
		満足度	1/10	7/10
		達成の可能性	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

②作業遂行アセスメント表

事例 3 : C 様

作業目標	料理が 1 人でできるようにしたい	達成可能なニーズ	煮込み料理等、連続した立位保持での作業が少ない工程の料理を作る
------	-------------------	----------	---------------------------------



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"> めまい、頭痛が度々あり 両手足のしびれが常にあり 両手握力の低下 四肢・体幹の失調症状 リハビリ以外の時間は臥床 生活をしていく上で自信をなくしている 易疲労、体力低下あり 	<ul style="list-style-type: none"> 動的立位時や歩行時にふらつきあり、見守り～軽介助レベル 物品操作時に上肢失調症状あり、拙劣で時間を要する 両手での物品固定力が不十分でふらつきあり、時間を要する 	<ul style="list-style-type: none"> 息子様の希望が低く、現在、家事には不自由していない。(本人が行わなくても良い状況) 調理器具の配慮(力の入りやすい包丁やまな板など)が必要 実際の調理環境での実施が困難、機会不足
作業目標達成可能な理由と根拠	<ul style="list-style-type: none"> 認知面は保たれておりコミュニケーション良好 麻痺は軽度 リハビリ意欲あり 料理や家事活動への意欲あり 	<ul style="list-style-type: none"> 座位での動作は自立 開眼静的立位は見守り つたい歩きは数 m は見守りで可能 (めまい・頭痛がない場合)食事は自立、トイレは見守り 	<ul style="list-style-type: none"> OT 室で調理訓練が可能 調理器具の準備は可能
現状能力 (強み)	<ul style="list-style-type: none"> 両手足のしびれは軽減し、それに伴って握力も改善する 四肢・体幹失調症状の改善 活動性の向上に伴い、体力が向上する 「できる動作」が増えることにより自信がついてくる 	<ul style="list-style-type: none"> つたい歩きは自立、屋内移動手段(杖歩行など)の獲得が可能になる 立位でのふらつきが軽減し、立位動作も安定する 両上肢の操作性・固定性が向上し、包丁操作が見守りで可能となる 	<ul style="list-style-type: none"> 休憩用椅子の配置など、台所の環境調整と作るものを考慮すると自宅での調理が可能 OT での調理練習を息子様に伝えることで自宅でも行えるようにする
予後予測			

③作業遂行向上プラン表

利用者： C 様

担当者：OTR

記入日： 〇年 〇月 〇日

達成可能なニーズ	作業工程分析		評価		達成のためのプログラム	基礎練習	基本練習	応用練習	社会適応練習
	企画準備力 PLAN	実行力 DO	検証完了力 SEE	前					
煮込み料理等、連続して立位保持での作業が少ない工程の料理を作る	①作る物・量を考える ②必要な材料を考える ③必要な道具を考える ④材料を揃える	1 ② 3 4 5	1 2 3 ④ 5	1 ② 3 4 5	①握力・ピンチ力増強練習 ②立位バランス向上練習・持久力向上練習 ③両上肢協調性練習	①立位での両手動作練習 ②物の運搬練習(歩行) ③箸操作練習 ④「切る」動作練習	①調理練習(下ごしらえ：切る・剥く) ②フライパン、鍋の操作練習 ③器に盛る練習 ④器の運搬練習 ⑤後片付け	①環境調整 ②自宅で調理を行う	
	①道具を準備する ②材料を準備する ③下ごしらえ(野菜を洗う・切るなど)をする ④煮る・炒める・ゆでる ⑤味付けをする ⑥器に盛る ⑦器を運ぶ ⑧後片付けをする	1 ② 3 4 5	1 2 ③ 4 5	① 2 3 4 5	①は病棟にて自主練習 ②・③はOTと一緒に 行う	①～④OTと一緒に 行う ③は病棟にて自主練習、自宅退院後も継続する	①～⑤をOTと一緒に 行う。 行えたことを家族に 伝える	・どの程度のことができるか把握し、 自宅で行うイメージをする。 ・退院後は自分の状態を確認しながら ら実施する	
	①味見する ②うまくできたか確認する ③他者に食べてもらう	1 ② 3 4 5	1 ② 3 4 5	① 2 3 4 5	OTから家族はできる能力の情報を得る	OTから家族はできる能力の情報を得る	家族は自宅で本人ができる範囲を見直す	①OTの指示の下 実施 ②本人に対し(一部でも)、調理を行う う役割を与え、間 接的に支援する	
本人 達成評価(退院時)					<input checked="" type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 変更達成 <input type="checkbox"/> 未達成 (理由：) <input type="checkbox"/> 中止				

評価： 1. 一人で可能 2. 手掛かりや見本があれば可能 3. 練習により可能 4. 一部手助けが必要 5. ほとんど手助けが必要

④作業をすることで元気になる申し送り表 (生活総合アセスメント表)

リハビリ継続の必要
なし

* 外来作業療法終了時に作成

記入日： ○年 ○月 ○日

対象者： C様

機関名： ○○病院

担当者名： OTR

【元気な時の生活状態】
ADL自立、家事もしていた。
肉屋の仕事(パート)や家庭菜園も実施、入院前から膝痛あり。

【今回のアクシデント】
 徐々に生活機能が低下
 発症 (脳梗塞)
 その他 ()

【現在の生活状況】
・在宅生活自立。パートは入院後に退職。現在は主婦業のみ実施。(夫、息子の3人暮らしだが日中は一人)
・洗濯物を干す際は、カゴを持ってそのまま外へ出て行っている。買い物は夫や息子の運転で一緒に行く。友人と自宅から数キロ先まで歩いたり、自宅近辺を1人で歩行練習をしたりなどしている。畑仕事は行っていない。

【ご本人のしたい・できるようにしたいこと】
- 買い物をして1人で行きたい。 - 車の運転がしたい。
- 畑仕事をしたい

【不安・心配なこと】
- 1人で外出(遠出)すること。 - 混雑したところを歩くこと。
- 歩行時の耐久性・体力 - 書字の際に力が入りにくい。

【現在の状態をもたらしている基本原因】
- 体力の低下
- 両手・足の痺れの残存
- 本人の自信回復が不十分
- 地面に座る姿勢(畑)が不安定

【改善・活用できる項目】
- 歩行距離の拡大、体力の向上
- 自信をつけていく
- 地面に座るときの環境設定(低い椅子を使用するなど)

【アセスメントまとめ】
平素よりお世話になっております。当院退院後、外来リハビリにて継続し、このたび、リハビリ終了となった方です。入院中は、両上下肢の失調に対して、アプローチしながら、調理練習を中心に紹介してまいりました。入院時に設定しておりました作業である、調理活動を含めた屋内の生活動作は自立されましたが、屋外・長時間の活動ではまだ付き添いが必要な状態です。本人も不安が残っているため、積極的に外に出て行くことは控えめにしているようです。また、同居のご家族様2人が仕事に出ていることもあり、日中、家事以外で行うことがなく、時間をあましてしまっているような状態です。
外来リハビリ終了時にも生活の中で積極的に参加していただくよう指導いたしました。今後、外出の機会も増えてくるかと思われませんが、屋内のみの生活となりますと、体力的にも精神的にも、本人の作業活動に影響してくると思われまます。貴センターにてアセスメントを行う際には、屋外活動への参加に配慮していただくと幸いです。

事例4：「掃除がしたい」回復段階にあり、自宅退院後も生活範囲が拡大した独居のDさん

1. 事例紹介

70代 男性 左ラクナ梗塞

現病歴 X年Y月昼頃から症状出現。症状改善なく受診。MRIにて左放線冠のラクナを認め、急性期加療の目的で入院。リハビリテーションは翌日より開始。3日間集中治療室へ入院し4病日目に一般病棟へ。性格はおっちょこちょい、頑張り屋、落ち込みやすい。

介入時評価 Br. stage 右上肢IV・手指IV・下肢IV FIM64点 BI:55点 主観的健康感:3点 老研式:8点 JSS-DE:うつ6.17、情動障害9.13 病棟生活:ADL全般に介助を要していた。早期の段階で車椅子駆動は自立し、病院内を車椅子で散歩している事が多い。

2. 作業歴

退職後、友人と囲碁や将棋、ひとりでテレビゲームなど余暇活動を楽しんでいた。現在独居生活であり掃除・洗濯など家事全般はひとりで行っていた。買い物は、車で10分程度のスーパーへ行き、定期的に近所の病院へ外来通院していた。また週に数回、息子・娘がDさんの自宅へ訪問していた。

3. 関連職種からの情報

入院当初は、カンファレンスでは今後回復期リハビリテーション病院への転院を検討されていた。経過の中で再度カンファレンスを行い、各担当スタッフより本人の自宅退院への希望が強いことを確認し、主治医とも相談を行い、自宅退院の方向となる。また、MSWより、「家族から見ても落ち込みやすい性格である」との家族の情報を得た。

4. セットツール活用の実際

① 作業聞き取りシート：今後の自宅での生活について聴取する中で、「家事動作など身の回りのことは自分で行いたい」との話が聞かれた。特に掃除についての重要性が高いことがわかった。そのため、本人が特に重要と感じている作業である『自宅の掃除は自分で行いたい』を目標としてあげた。自己評価は、満足度6/10・実行度5/10・達成は可能とのことであった。

② 作業遂行アセスメント表：身体機能面の低下から、立位、歩行不安定、病棟内ADLに介助が必要な状態であり、現状では掃除を行うことは難しい状態であった。しかし、(入院後の経過において)徐々に身体機能面・ADL動作能力向上が認められており、今後、自宅内の掃除動作の獲得は可能と考えた。また、自宅周囲は坂が多く、冬の時期は積雪により路面環境が不安定となる可能性が考えられた。そのため、本人と細かい掃除内容を相談し、『自宅内の掃除を自分で行えるようになる。』を達成可能なニーズとした。

③ 作業遂行向上プラン表：壁を拭く・床を掃除するなど実際の作業工程内の動作能力向上を中心としてプランを作成した。道具の使用練習などは、自宅で使用している道具を聞き取り、雑巾やモップなどを練習時に使用した。

④ 作業をすることで元気のでる申し送り表：退院前で、本人の大切とする作業である『掃除』については、自信を持つことができ、実施可能とのことであった。しかし、血圧の変動や買い物について不安な点があるとのことであった。これらの事項に合わせ、再度ご本人の今後の生活や不安などについて話を聞いていただくようケアマネジャーへ依頼した。

5. 実施した作業療法プログラムと経過

入院当初は身体機能面やADL面の低下から日常生活に介助が必要な状態であり、回復期病院へ転院の方向であった。作業療法では、掃除を行う際に雑巾を利用するとの話があり、タオルを用いた基礎練習など、実際場面でも使用する物を取り入れるように心がけた。また、他職種へ本人にとって自分で掃除を行うことの重要性や自宅での生活スタイルについて情報提供を行った。徐々に身体機能面・ADL能力向上が認め

られ、発症から約 20 日が経過し病棟生活が見守り～自立レベルとなり、今後の方向性について具体的にミーティングが行われた。各職種との情報交換が行え、家族のフォロー体制・本人の意思などが具体的に把握できた。結果、方向性は自宅退院方向へと変更となった。練習内容としては、基礎練習などを自主練習としながら応用練習の時間を増やし、自宅訪問時に実際に掃除の練習を行った。また、自宅退院に向け、介護サービスの利用検討を行い、作業をすることで元気になる申し送り表にてケアマネジャーへの情報提供も実施した。退院後 1 カ月が経過し、自宅内生活に不自由はなく、退院時に不安を抱えていた買い物など自宅外の活動も行っている。本人からは、「今後はより遠い場所へも公共交通機関を利用して行きたい」などと、今後の活動範囲拡大が期待できる発言が聞かれている。

6. 結果と考察

退院時評価としては、Br. stage 右上肢 V・手指 V・下肢 V、FIM126 点・BI : 95 点、主観的健康感 : 4 点、老研式 : 12 点、JSS-DE : うつ 2.74、情動障害 6.84、病棟生活 : ADL 自立。杖歩行にて病院内歩行は自立となった。また、目標への自己評価については、満足度 7/10、実行度 6/10 と改善した。上記の内容からいくつかの評価項目の向上が認められた。これは、「掃除を自分で行いたい」という本人が重要と思っている作業を聴取し対話を行うことで、本人と作業療法士間で目標の共通理解を行うことができ、それにより、練習内容が明確となり、スムーズな段階的リハビリテーションを行うことができたと考えられる。また、その内容について、他職種と情報共有を行なったことで、各職種が自宅生活を意識した関わりを可能とし、自宅退院に至る事ができたと思われる。今回、生活行為向上マネジメントを用いた作業療法を行った中で、D さん自身も、今後の在宅生活をイメージでき、モチベーション向上へ繋がった。また、少なからず作業の大切さを実感してもらうことができ、自宅退院後も、活動的な様子やより活動範囲拡大を目指した行動が認められ、作業の連続性が途絶えることなく、現在の生活に行きついているのではないかと考えられる。

7. まとめ

本事例は独居生活であり、自宅退院を目指す上で解決する問題点が多く認められていたが、本人の求める「自力で掃除を行いたい」という思いを共有することで、作業療法が具体化されスムーズな介入を行うことができた。また、練習を重ねる中で本人が自宅での作業活動を具体的にイメージすることができ、課題や不安な点が明確となった。退院後、本人より「家で生活してみて、作業の大切がすごく伝わってくる」との話が聞かれ、本事例へ生活行為向上マネジメントを活用した作業療法を行い良かったと感じた。

①作業聞き取りシート

作業の目標	□A(具体的に作業の目標が言える) 目標 1 自宅の掃除を自分でしたい	自己評価	初回	最終
		実行度	5/10	6/10
		満足度	6/10	7/10
		達成の可能性	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

事例 4 : D 様

②作業遂行アセスメント表

年齢：70歳代 性別：男性 職歴：元会社員 生活歴：独居生活を送っており、ADLは自立。家事全般を一人で行っていた。買い物は近くに商店があるものの、自動車にて10分程かけて近所のスーパーへ買いに行く。性格はおちょこちよいで、頑張り屋な反面、落ち込みやすい性格であった。

疾患名：左ラクラナ梗塞 合併症：高血圧 家族構成：独居生活。定期的に息子・娘が訪問している。

現病歴：風頃から症状出現。症状改善なく受診。MRIにて左放線冠のラクナを認め急性期加療の目的で入院。リハビリは、翌日より開始

支援目標	自宅の掃除は自分で行いたい	達成可能なニーズ	自宅周囲は、手伝ってもらい、 自宅内は、自力で掃除を行う
------	---------------	----------	---------------------------------



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"> ・ 上肢・手指随意性低下(Br. stageIV) ・ 上肢操作能力低下 ・ 感覚鈍麻(中程度) ・ 耐久性低下 ・ 動作時、右上肢周囲に痛みあり ・ 右上肢に脱力あり 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 基本動作(立ち上がり)見守りレベル ・ 立位バランス低下 ・ 中腰での動作不可で移動や立位動作でのADL要介助 ・ 歩行困難 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 独居にて掃除を行うところが多い ・ 家屋内に段差があり ・ 自宅周囲は坂が多い ・ 冬期間、積雪により地面が滑る
作業目標達成可能な理由と根拠	<ul style="list-style-type: none"> ・ 認知面問題なし ・ 左上肢機能問題なし ・ ROM制限なし ・ 自宅での掃除実施へのモチベーションが高い ・ リハビリリハ意欲的 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 端座位は静的・動的とも保持可能 ・ 支えがあることで立位動作可能 ・ 道具の使用法は問題なく可能 ・ タオルを絞ることが可能 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 自宅では今まで行っていた動作である ・ 自宅には道具が揃っている
予後予測	<ul style="list-style-type: none"> ・ 現在、発症早期であり今後の随意性向上の期待が持てる状態。それに伴い、身体機能向上、掃除動作可能と思われる ・ 疲労度に関しては、動作練習による慣れ、負担がかからない動作方法の指導が必要となる 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 現状で、座位での掃除は十分可能。立位動作に関しても、不安定ながら左右どちらかの上肢で支えることで可能。 ・ 今後、立位動作・歩行安定が安定すること、徐々に徐々に掃除動作能力は向上していくと考えられる 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 慣れた環境ではあるが、身体面の変化から、うまく行えない可能性がある ・ 今後、家屋調査による環境状況の確認や実際の動作練習を行うことで、自宅退院後、より行いやすい状況で掃除を行うことが可能となる

③ 作業遂行プラン表

利用者： D様

担当者： OTR

記入日： 〇年〇月〇日

達成可能なニーズ	作業工程分析	評価		達成のためのプログラム	基礎練習	基本練習	応用練習	社会適応練習
		前	後					
自宅周囲は手伝ってもらい 自宅内は自力で掃除を行う	企画準備力 PLAN	1 2 ③ 4 5	① 2 3 4 5	本人 家族 支援者	①関節可動域訓練 ②上肢機能練習 ③手指機能練習	①立ち上がり練習 ②立位練習 ③歩行練習	①道具の使用練習 ②掃除動作練習 ③病棟スタッフへの情報提供（退院後の生活について）	①家庭訪問指導実施 ②自宅にて掃除を行う ③ケアマネジャーへの情報提供
	実行力 DO	1 2 ③ 4 5	① 2 3 4 5		①～③ OTと一緒に 緒に行う ②、③徐々に自主練習へ	①② OTと一緒に 自家環境を OT に伝える		
	検証完了力 SEE	1 2 3 ④ 5	① 2 3 4 5		OTが①～③実施。②、③は自主練習も指導する	病棟歩行の促し・評価（OTとPTで情報交換しつつスタッフへ依頼）	OTは本人に自家環境や使用していた道具を聴取し、自家環境に近い形で①②を実施する。 ③は病棟スタッフと情報を共有し、病棟生活でも確認を促す	OT同行で①②実施 ③その結果を踏まえてケアマネジャーへ情報提供する
達成				<input checked="" type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 変更達成 <input type="checkbox"/> 未達成（理由： ） <input type="checkbox"/> 中止				

評価： 1. 一人で可能 2. 手掛かりや見本があれば可能 3. 練習により可能 4. 一部手助けが必要 5. ほとんど手助けが必要

④作業をすることで元気になる申し送り表 (生活総合アセスメント表)

記入日：○年 ○月 ○日

対象者： D 様

機関名： ○○病院

担当者名： OTR

【元気な時の生活状態】

ADL 自立レベル。独居生活にて家事全般 1 人で行っていた。買い物は、車使用し近くの店へ通っていた。家族は、定期的に訪問していたとの事。

【今回のアクシデント】

- 徐々に生活機能が低下
- 発症（脳梗塞）
- その他（ ）

【現在の生活状況】

- ・右麻痺は軽度まで改善。病棟 ADL は自立レベル。移動に関しては、やや右下肢に痛みが出現しており、歩行器使用にて移動行っています。独歩可能な状況です。入浴に関しては、本人希望にてシャワー使用。夜間は、本人の希望より尿瓶対応を行っています。
- ・屋外歩行練習や家屋調査時の練習から、自宅での生活のイメージが付いて来たようです。

【ご本人のしたい・できるようにしたいこと】

- ・家の掃除は自分で行いたい
- ・以前行っていたゲームを再度実施したい

【不安・心配なこと】

- ・血圧のコントロール・変動について不安あり（やや朝の血圧高いとの事・夜間トイシに行くことに不安があり）
- ・買い物（人込み疲れてしまう。できればあまり行いたくないとの事）

【現在の状態をもたらしている基本原因】

- ・動的立位バランス軽度低下
- ・上肢巧緻性
- ・片脚立位不安定
- ・下肢の痛みあり
- ・耐久性低下

【改善・活用できる項目】

- ・夜間尿瓶にて対応（動作的には、夜間トイシ可能レベル）
- ・ヘルパーや宅配サービスの利用
- ・下肢の痛み軽減→立位バランス向上
- ・耐久性向上

【アセスメントまとめ】

当初は、ADL 軽介助レベルでしたが、徐々に改善認められ、徐々に自立レベルとなりました。リハビリ介入時、ご本人と相談し、家の掃除や以前行っていたゲームを今後も行っていくように目標設定を行いリハビリを実施しました。現在、動作能力として現目標は実施可能レベルと思われませんが、自宅退院により環境が変化することや色々な事を自己判断で行ってしまう様子が認められ、疲労面など心配な点が認められます。ご本人としては、元々、人込みは嫌いであり、今回の発症で買い物へ行くことに抵抗感が生まれているようです。「できればヘルパーなど利用できれば」との話が聞かれていたため、対応の程よろしくお願ひします。また、自宅退院後の生活について色々と考えており、不安と思っていることもいくつか認められています。作業療法では、上記2つの話が聞かれていますが、直接聴取などとして頂けるとご本人さん安心できるのではと思いますのでよろしくお願ひします。

事例5：「料理ができた」気持ちの変化により自信を獲得し、自宅退院した失語症のEさん

1. 事例紹介

60代、男性、脳梗塞、失語症。

病前の生活：妻、長男との3人暮らし。元々無口で社交的ではなかった。

現病歴：X年Y月、朝から会話が困難となり受診し、脳梗塞による失語症と診断され入院した。

身体機能：著明な麻痺はなく独歩可能で、身辺動作は促しが必要だが見守りで行えていた。簡単な従命は可能だが換語困難、保続、遅延がみられ戸惑う様子があった。また意欲低下が著明で臥床していることが多かった。

2. 事例の作業歴

入院前は自動車整備関連の仕事をしていた。元々無口で社交的ではなかったが、趣味である旅行に出かけたり、妻の手伝いとして料理をしたりすることもあった。

3. 関連職種からの情報

医師からは、リハビリテーションに対して特に制限はないため体調に合わせてアプローチするようとの指示であった。看護師からは日中臥床傾向が強く、疲れやすさもある様子と話があった。

4. セットツール活用の実際

① 作業聞き取りシート：目標を設定するにあたり希望や興味を聞くが「気分じゃない」と消極的な様子がみられた。そこで興味・関心チェックリストを実施したところ料理の欄にチェックがついたため。料理を行うことを提案すると、「やってみるか」と意欲的な発言が聞かれたため簡単な料理を作ることを目標として共有した。実行度・満足度ともに現在行っていないため1となった。

② 作業アセスメント表：失語症により意志表出が困難なことが問題となったが、体力が低下しているため疲れやすいことも大きな問題として挙げられた。しかし麻痺はみられないことや、動作的には身辺動作が自立レベルであること、ご家族の協力が得られることから簡単な料理を作ることが可能だと考えられた。

③ 作業遂行向上プラン表：調理の手順が明確になるように本人と話し合いながらプラン表を作成した。外出の機会が持てるように買い物を工程に組み込み、また自ら調理の感想を話すことや、自信をつけてもらえるよう家族などに食べてもらい、感想を聞くプランを立てた。

④ 作業をすることで元気になる申し送り表：ADL動作は自立レベルとなり、料理についても意欲的に行う様子が見られたが、体調の悪化があり、自信のないような発言も聞かれた。自宅で本人が役割をみつけられるよう支援を依頼した。

5. 実施した作業療法プログラムと経過

介入当初は身辺動作自立・体力維持のため、簡単な体操を会話をしながら行った。YES/NO反応は可能であったが、ジェスチャーで言いたいことを示そうとするが伝わらないことが多いため苛立ち、表情も暗かった。今後の生活の話となると特に思い詰めた様子を見せた。希望や興味のあることを聞くが、「気分じゃない」「だめだ」と消極的な語りが聞かれた。マネジメントを導入し、興味・関心チェックリストを実施したところ、料理の欄にチェックがついたため料理を行うことを提案すると了解が得られ、本を読み作ってみたい料理を示す等、自ら興味を持って取り組む様子が見られた。マネジメントシートと一緒に作成し、簡単な調理から行うことを決めると「できそうだ」と意欲的な語りが聞かれた。調理実習は問題なく行え、笑顔が多く「うまいな」「家でもできる」と嬉しそうな様子であった。スタッフにも試食してもらい感想を伝えられると「良かった」と笑顔が見られた。調理練習後は屋外歩行練習も積極的に実施し笑顔が見られ、日常生活においても自発的に整容や入浴を行い、自信を持ったような行動

が増えた。その後は狭心症による心臓カテーテル検査、腹痛、鼻ポリープのための鼻出血が続いたため疲労の表情が見られ、再び消極的な語りが聞かれた。しかし、体調改善に合わせ軽めのストレッチや体操から参加を促したところ、拒否なく意欲的に行う様子がみられ、「これぐらいなら毎日できるな」と自発語や笑顔が増えた。身辺動作は自立し、家族やスタッフ等慣れた相手や環境であればコミュニケーションが円滑に行えるようになり、自宅へ退院となった。

6. 結果と考察

Eさんは失語症となってしまった自分に対して戸惑い、今後の生活に対しての不安や自信の無さが言動に表れ、気持ちを上手く伝えられず他者との関わりを避けていた。作業療法士自身も希望や思いを汲み取ることを難しく感じていた。しかし、今回マネジメントを導入しチェックリストを用いて料理という作業を見出し、マネジメントシートで目標・プログラムと一緒に検討し明確化することができた。このことがEさんと作業療法士との間で作業を共有することができ、「思いが伝わる」「自分の気持ちを理解してもらえる」という気持ちの変化を生み、Eさんにとって自信を持った行動に繋がり、今後の生活に希望を持てるようになったのではないかと考えられる。Eさんのように理解は良好だが意思表示が困難な失語症のある対象者に対し、マネジメントやチェックリストを活用することで作業療法士と対象者が「意味のある作業」を共有し、協働的アプローチが可能になるということを実感した。

①作業聞き取りシート

作業の目標	<input type="checkbox"/> A(具体的に作業の目標が言える) 目標 1 料理をしてみたい	自己評価	初回	最終
		実行度	1/10	8/10
		満足度	1/10	8/10
		達成の可能性	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

事例5：E様

②作業遂行アセスメント表

年齢 60 歳代 性別：男性 職歴：自動車整備。 生活歴：元々無口で社会的ではなかった。
 疾患名：脳梗塞 合併症：脳卒中、高血圧、鼻ポリープ 家族構成：妻、長男との3人暮らし。
 現病歴：X年8月、朝から会話が困難となり受診。脳梗塞による失語症と診断され入院。

作業目標		料理をしてみたい		達成可能なニーズ		簡単な料理を作る	
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"> 思ったことをスムーズに話すのが難しい 体力が低下し疲れやすい 気分が乗らない日がある 	<ul style="list-style-type: none"> 階段昇降や長時間の立ち仕事で疲れ易い 身の回りのことを、看護師の見守りで行っている 日中、寝ている時間が多い 	<ul style="list-style-type: none"> 入院中のため料理を行なう機会がない 最近では自宅でも料理をしていなかった 				
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"> 麻痺や痛みがなく、細かい動作もできる 感覚に問題がない 道具の扱いや使用方法に問題がない 簡単なコミュニケーションであればとれる リハビリテーションに参加ができる 	<ul style="list-style-type: none"> 身の回りの動作はほとんど一人でできる 歩行が安定している 屋外の移動や物を持つての移動もできる 物品の操作ができる 	<ul style="list-style-type: none"> 奥さんや娘さんの協力が得られる 自宅の台所は使い慣れている 元々、奥さんの手伝いで料理を行なった経験がある 			
	予後予測	<ul style="list-style-type: none"> 体力の向上により疲れやすさが改善される 包丁など危険物や細かい物の操作が安全にできる 失語症の改善により、コミュニケーションに対する意欲が向上する 	<ul style="list-style-type: none"> 立位耐久性が向上する 長時間の立位での活動も行なえる 自宅内で身の回りのことが一人で安定してできる 	<ul style="list-style-type: none"> 慣れれば簡単な料理を作れる 退院後、家族の手伝いができる 			

③作業遂行向上プラン表

利用者： E 様

担当者：OTR

記入日： 〇年 〇月 〇日

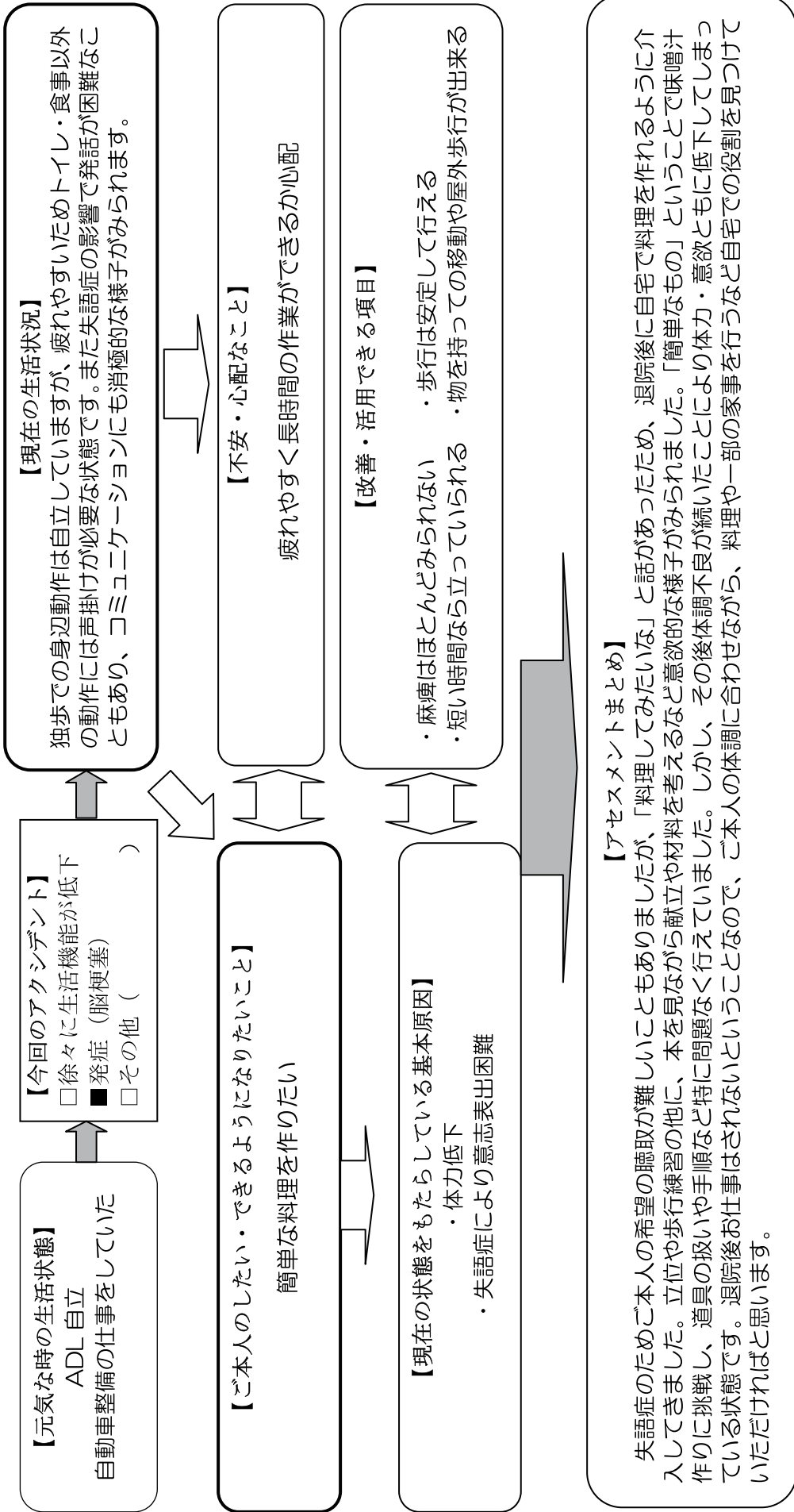
達成可能なニーズ	作業工程分析	評価		達成のためのプログラム	基礎練習	基本練習	応用練習	社会適応練習
		前	後					
簡単な料理をつくる	企画準備力 PLAN	⑤	④	本人 いつ・どこで・誰が支援して行つか	①立位保持練習 ②立位バランス練習 ③筋力トレーニング	①歩行練習 ②階段昇降練習 ③練習前後の体調や感想・思いを伝える練習	①包丁操作練習 ②調理練習 ③屋外歩行練習	①買い物に行く練習 ②外泊時に一品作ってみる
	実行力 DO	⑤	③		①～③をOTと一緒に 行う 病棟スタッフとも行な う	①～②をOT室で行う。 ③病院の近くをOTと一 緒に散歩する。 ②の感想を家族に伝え る ②後に他スタッフにも 試食してもらおう	①OTと一緒に買 い物に行ってみ る。 ②外泊時に行な う。	
	検証完了力 SEE	④	③			①②動作を確認する ②調理後の感想を聞く	①②外泊時一緒に 行って確認す る。	
本人 達成評価(退院時)				□達成 □変更達成 <input checked="" type="checkbox"/> 未達成 (理由：買い物や外泊時の料理ができなかった。)		□中止		
家族 達成評価(退院時)				□達成 □変更達成 <input checked="" type="checkbox"/> 未達成 (理由： 同上)		□中止		

評価： 1. 一人で可能 2. 手掛かりや見本があれば可能 3. 練習により可能 4. 一部手助けが必要 5. ほとんど手助けが必要

④作業をすることで元気になる申し送り表 (生活総合アセスメント表)

記入日：平成〇年 〇月 〇日

対象者： E様 機関名： 〇〇病院 担当者名： OTR



事例6:「早く家に帰りたい」模擬練習や家庭訪問を通じて危険認識を高め、自宅退院したFさん

1. 事例紹介

70代、男性、脳梗塞。

現病歴：X年8月午前、田んぼにて左下肢不全麻痺出現し転倒。午後にAクリニック受診し、脳梗塞疑われ、当院紹介入院となった。2病日目より理学療法・作業療法・言語聴覚療法開始。開始当初、麻痺は軽度であったが3-4病日で麻痺の進行を認めた。元々の腰痛の影響もあり、座位・立位バランス能力は低く、動作時後方へ崩れることが多々見られたため病棟では起居や移乗を伴う動作で介助を要した。また本人からは、楽観的な発言が多く、危険認識が乏しい様子が観察された。7病日目、生活行為向上マネジメントを導入した。43病日に家庭訪問実施、80病日目に自宅退院となった。

開始時評価：Brunnstrom stage 上肢V・手指V・下肢III、HDS-R：26点、BI：45点、主観的健康観：4（あまり良くない）。

2. 事例の作業歴

職業は農業。主に稲作や畑で大根、ほうれん草などを栽培していた。発症前は自宅から所有する水田まで自家用車を使用して行き来していた。月に1、2回妻と車で買い物に行ったり、犬の散歩などを行っていた。

3. 関連職種からの情報

内科医からは、特に禁忌事項は無し。MSWからは介護保険の認定を受け自宅退院の方向で検討しているとのこと。

4. セットツール活用の実際

① 作業聞き取りシート：「今まで自分のことは自分でやってきたし、妻も小柄だから妻の手をなるべくかけず、早く家に帰りたい」との強い希望があった。具体的には「寝室が2階だから家の階段を上られるように」ということが目標として挙がり、実行度、満足度は共に1であった。

② 作業アセスメント表：中等度の左片麻痺と元々腰痛があり、腰部周囲の筋力低下を有していることから、動的座位や立位バランスは不良な状態であった。セルフケア自立に対する強い希望と、発症より早期であり身体機能面の回復が見込めるため、達成可能なニーズを「自宅に帰るために、杖を使用してトイレに行く」とし、環境面を整備しながら自立して出来る動作の獲得を図ることとした。

③ 作業遂行向上プラン表：症例はやや楽観的な言動が多くあったためどのような場面で危険があるか、どのような方法なら安全にできるかを共に考えながら1階部分の移動に関する工程分析を行った。病棟ともニーズを共有し、日中の排尿誘導の確認や介助が必要になる場合に備えて、家族に対する介助法の指導内容の検討もプログラムに組み込み立案した。

④ 作業をすることで元気の出る申し送り表：在宅での1階部分の移動に関しては概ね介助を必要としないまでの向上がみられたが、日内差があることや排泄管理が曖昧なことが不安として残った。退院は80病日であり、今後も緩やかながら能力向上は想定できるため、次の段階の目標やご家族からの希望等へのアプローチの必要もあると思われ記入した。

5. 実施した作業療法プログラムと経過

発症当初、座位で靴を履く際後方へ崩れるなど動作の不安定さが目立っていた。立位時、靴の有無で安定性が大きく違うため、屋内でも履き物を使用させていただくことを提案し、基礎練習として下肢の可動域訓練や座位バランス練習を取り入れ、靴の着脱の自立から介入を開始した。在宅での移動方法を考慮する際「階段は登れるよ」など症例の性格由来の楽観的な言動も多かった。そこで、アセスメント表を通して作業療法士からみた能力の評価を伝えたり、病棟生活場面での動作や自宅内での移動についての工程分析を症例と一緒にいき、危険箇所等を共に検討しイメージや現実検討を促した。また病棟とも連携を図り、ニーズを共有し、病棟では排尿誘導を行う事となった。

43病日目に家族・担当ケアマネジャー同行の上、家庭訪問し、家屋調査・移動を中心とした実地練習を

行った。寝室は1階和室に配置転換し、福祉ベッドを使用することを提案をした。トイレは洋式便座への変更や入口左枠に縦手すりを設置する改修を提案した。動作練習での危険な箇所として、廊下から居室の段差でつまづきやすさがみられたが「この段差を登るときに爪先がひっかかって危ない」との発言が聞かれた。工程分析での確認やリハビリテーション室での模擬的動作の反復を通して危険認識を促せた効果と感じた。

70 病日目より妻に段差昇降の方法や歩行介助方法の指導を数回行い、自宅内を移動する上で、つまづきやすい箇所を伝達した。動作能力は安定してきているものの日内差があり、特に朝方の歩き始めでは退院後しばらく注意してみていただく必要があると伝えた。

退院後 1 ヶ月評価：Brunnstrom stage 上肢VI・手指VI・下肢IV、HDS-R：28 点、BI：80 点、主観的健康観：2（まあまあ健康）。

6. 結果と考察

退院時、在宅生活において自宅1階の移動はT字杖を使用して見守りまで向上したが、日内差があり特に朝方には軽い介助が必要な状況となった。実行度・満足度の自己評価は共に1で変わらなかった。

発症当初、危険箇所の認識が不十分な点が多々あった。しかし、視覚的に分かりやすいアセスメント表の提供や工程分析でのイメージを行うことで、身体機能の認識や危険箇所の予測が可能になってきたようであった。アセスメント表とプラン表によって、家族に対しても症例の現在の状況から目標決定までのプロセスをわかりやすく伝えることができ、且つ目標決定に対する根拠の説明において有効に活用できることを経験した。

退院1ヶ月後、自宅訪問した際には屋内歩行は自立していた。症例は、好きなコーヒーを飲むためにマグカップを持って食堂まで行き、注いで戻ってくるなど応用的な歩行も行っていった。その中でも「ここは危ない箇所なんだ」「この段差はこの棚につかまった方が安全なんだ」と危険を考慮する発言も聞かれ、危険に対する認識を促し、安全性を確保したことが、退院後の症例の生活の幅を拡げるきっかけになっていると考えられた。

7. まとめ



中等度の左片麻痺を生じ、日常生活では介助を要する症例であった。発症から早期という自分の身体に起きた急激な変化を認識しづらい時期に加え、性格と左麻痺による危険認識の低下がみられた症例だったが、マネジメントシートや自宅を想定した模擬練習によって能力についての客観的評価を促すことができた。その上で家庭訪問時を行い、実際に動作が確認でき、より具体的な指導ができた。また、模擬的練習が実際場面に活かされている様子が見られ、マネジメントの成果を感じた。特に早期からの自宅退院の場合は、退院後の自宅での活動の拡がりのためにも、マネジメントシートの使用や模擬訓練・家庭訪問は重要と感じた。

①作業聞き取りシート

作業の目標	<input type="checkbox"/> A(具体的に作業の目標が言える) 目標 1 早く帰りたい 寝室が2階だから家の階段を上げられるように	自己評価	初回	最終
		実行度	1/10	1/10
		満足度	1/10	1/10
		達成の可能性	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

事例6:F様

②作業遂行アセスメント表

作業目標	妻の手をなるべくかけず、早く家に帰りたい →寝室が2階なので家の階段を上がれるように	達成可能なニーズ	自宅に帰るために、杖を使用してトイレに行ける
 			
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"> ・ 左上下肢麻痺 (中等度)、感覚軽度低下 ・ 特に左足首の自動運動が乏しい ・ 左下肢に軽度の外旋制限 ・ 元々腰痛あり、腰部周囲の筋力低下 ・ 現状の能力をやや過信している傾向 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 靴を履かないと立位は不安定 ・ 座位で足を組もうとするとバランスを崩す ・ 平行棒内歩行は軽介助 ・ トイレし動作軽介助 (移乗：手すりを使用して軽介助、下衣：軽介助) ・ 排泄管理は曖昧な部分あり 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 自宅はベッドではなく布団を使用している。 ・ 寝室へ行くのに階段を使う
現状能力 (強み)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 右上下肢は大きな影響なし ・ 左下肢は振り出し可能 ・ 痛みの出現はなし 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 立ち上がりは右側に手すりがあれば可能 ・ 日常生活動作に、左手の参加がみられる (補助手レベル) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 寝室は1階に変更可能 ・ 妻は日中、在宅している
予後予測	<ul style="list-style-type: none"> ・ 左上下肢麻痺の改善が期待される ・ 筋力トレーニングより腰部周囲の安定を図ることが可能と思われる ・ ADL に必要な可動域の獲得が可能と思われる 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 杖を使用して屋内移動をすることが出来る ・ 日常生活場面で左上肢の参加頻度が増えると予測される ・ 排泄管理は安定すると予測される 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 日中ほぼ一人で1階部分の移動・生活が可能と思われる
作業目標達成可能な理由と根拠			

③作業遂行向上プラン表

利用者： F 様

担当者：OTR

記入日： 〇年 〇月 〇日

達成可能なニーズ	作業工程分析		評価		達成のためのプログラム			基礎練習	基本練習	応用練習	社会適応練習
	企画準備力 PLAN	実行力 DO	検証完了力 SEE	前	後	本人	家族				
自宅に帰るために、杖を使用してトイレに行ける	①靴、装具を履く方法を確認する ②杖を使う必要性を確認する ③どこに危険があるか確認する ④トイレに行きたい感覚を感じる	4	1	①関節可動域練習（特に左下肢外旋） ②感覚練習 ③上肢機能練習 ④座位・立位バランス練習	①足を組む練習 ②立ち上がり練習 ③立位で下衣操作練習 ④立位で方向転換練習	①病棟での歩行練習 ②病棟でのトイレ動作練習 ③自宅環境を想定した歩行・トイレの模擬練習 ④排尿誘導	①在宅での歩行練習 ②在宅でのトイレ動作練習 ③家族の介助方法練習 ④家庭訪問による実際場面での歩行・トイレ練習、環境調整				
	①靴・装具を着用する。 ②立ち上がる ③移動する ④ドアを開ける ⑤下衣操作をする	4	4	①～④をOTと行う ①・③OT 指導後、病棟にて自主練習	①～④をOTと行う	①～⑤をOTと行う	①～④をOT・家族・ケアマネジャーの前で実際に行う				
	①危険性はなかつたか確認する ②身だしなみは整えられているか確認する ③靴・装具がきちんとつけられているか確認する ④尿便意を感じる時間帯をおおまかに把握する	5	2	OTにて①～④実施	①～④について現状での能力をOTなどから情報を得て、把握する	OTにて①～⑤実施。 ⑤は看護師と情報交換しつづける ⑤病棟で看護師が誘導し、時間や尿便意の評価を行う	③④家族はOTから実際の生活場面での介助方法の指導を受ける ①～④OTが家族・ケアマネジャーに本人の希望と現在の能力を伝える ④ケアマネジャーが介護保険サービスの調整を行う				

本人 達成評価(退院時) 達成 変更達成 未達成 (理由：) 中止

評価： 1. 一人で可能 2. 手掛かりや見本があれば可能 3. 練習により可能 4. 一部手助けが必要 5. ほとんど手助けが必要

④作業をすることで元気になる申し送り表 (生活総合アセスメント表)

リハビリ継続の必要
あり・なし

対象者： F 様

機関名： ○○病院

担当者名： OTR

記入日： ○年 ○月 ○日

【元気な時の生活状態】

- ・日常生活動作は自立
- ・植木や草取り、犬の散歩で屋外へ出る機会があった
- ・月に2-3回車でスーパーへ買い物に出かけていた

【今回のアクシデント】

- 徐々に生活機能が低下
- 発症（脳梗塞）
- その他（ ）

【ご本人のしたい・できるようにになりたいこと】

- ・妻の手をなるべくかけずに早く家に帰りたい
- ・家の階段を上がれるようにしたい
- ・植木など庭仕事ができるようにしたい

【現在の生活状況】

- ・左上肢は軽度、左下肢は中等度の麻痺があり、元々の腰痛由来の筋力低下も影響し、病棟内 ADL において移動は車椅子で自立、その他入浴以外見守り、リハ中は T 字杖で 40m 程度見守りで歩行可能
- ・「一人でトイレに行くとは危ない」との発言など、安全性に配慮する様子がかがえるようになってきている。失禁頻度は軽減したが、稀にある

【不安・心配なこと】

- ・家に帰ってトイレ等生活動作が自分でできるようになるか
- ・トイレが近く、間に合わないこともあることが不安

【現在の状態をもたらしている基本原因】

- ・左下肢中等度の麻痺、腰部周囲の筋力低下により立位バランス、歩行動作がやや不安定
- ・同じ日でも、その時によって動作が不安定な場合がある
- ・排泄管理が曖昧

【改善・活用できる項目】

- ・本人は、リハに対し意欲的であり、麻痺や筋力低下、バランス能力等の機能向上が見込める
- ・転倒しそうな箇所をあらかじめ把握するなど、危険認識の向上が見込める
- ・妻は日中家におり、軽い介助なら協力が得られる

【アセスメントまとめ】

家に帰りたい希望が強く、本人とどうすれば家で生活できるかを話してきました。退院時の目標を、『一人で1階部分の移動ができるようになる』ことを目標に麻痺、腰部周囲の筋力低下、バランス能力等機能回復を図り、現在 T 字杖 40m 見守り、棟内生活動作も見守りレベルで可能となっています。本人の不安としてトイレが間に合わないことがあります。時間誘導を病棟にお願いし、在宅でも行うよう奥様にお伝えしました。家の環境において階段の使用は危険を伴うため、寢室を1階に変更していただく旨をお伝えしました。家庭訪問にて転倒に注意が必要な場所の確認等を行いました。歩行能力に関して、リハ中では見守りで可能ですが、在宅では細かい段差が多く、能力の日内差もあるため、場合によっては軽い介助も必要になると判断し、奥様に介助方法の伝達をしました。改善に伴い、奥様からは家で入浴させたい、二人で外を散歩したいとの希望も聞かれており、今後それに向けてのアプローチも必要かと思われます。

事例7:「畑仕事がしたい」外出練習やケアマネとの連携により、自信をもって自宅退院したGさん

1. 事例紹介

80代半ばの女性Gさん。

現病歴：X年8月小脳梗塞にて入院した。3病日理学療法、作業療法を開始した。7病日より生活行為向上マネジメントを導入し、15病日に自宅に退院した。

生活行為向上マネジメント実施前評価は7病日に実施。左半身に失調による軽度企図振戦があった。HDS-Rは24点、握力は右21kg、左19kg、BIは55点で、食事・移乗・トイレ・更衣・歩行は部分介助、排尿・排便自制は可能であった。歩行時に右膝関節痛があった。主観的健康感（健康感）は4（あまり良くない）で、老研式活動能力指標（老研式）は1点であった。JSS-DEの脳卒中うつスケールで（うつ）が2.26、脳卒中情動スケール（情動）が1.78であった。

2. 作業歴

ADLは自立していた。野菜の収穫を楽しみとして自宅の隣と離れた場所にある2箇所の畑で1日中畑仕事を行っていた。週1回は近所へお茶を飲みに行っていた。要介護度1で通所介護を週1回利用していた。

3. 関連職種からの情報

主治医から「リスク管理下で、状態に応じてADL拡大と在宅復帰を目指すように」と指示があり、MSWからは「娘夫婦との3人暮らしで、娘は無職のため日中もいくらか介護可能」との情報があった。

4. セットツール活用の実際

① 作業聞き取りシート：7病日目に生活行為向上マネジメントを導入した。興味・関心チェックリストを用いた聞き取りでは「入院前は1日畑にいた、野菜作りが楽しみ」と笑顔で話した。娘の希望は「元の生活に戻ってほしい」であり、「畑仕事を行う」を達成可能なニーズとし、Gさんと共有した。本人評価では実行度・満足度ともに4で、「こんな体ではもう畑はできない・・・、ここでは何もできない」と不安がみられた。

② 作業遂行アセスメント表：マネジメント開始当初は血圧の変動が大きく全身状態は不安定であった。企図振戦がみられ、歩行・ADLは一部介助だったが、筋力や認知機能面は良好で、リハビリテーションに意欲的な様子から、「畑仕事を行う」というニーズは達成可能と考えた。

③ 作業遂行向上プラン表：企画・準備力としては自宅での動作のイメージを持つために、平面図を作成しながら動線や障害物を確認した。また、動作訓練では無理のない姿勢や作業量を確認しながら行った。実行力と検証力では動作練習の中で安全な動作を確認した。娘やケアマネジャーには、実際に動作を見てもらい、Gさんの能力や自宅できそうなことを共有した。

④ 作業をすることで元気になる申し送り表：屋内外の移動は安全に行えるまで娘に見守りをお願いした。退院決定時には申し送り表をケアマネジャーに送り、病前の生活リズムを取り戻すまでの間は入院前に通っていた通所介護の頻度を増やすことを提案した。

5. 実施した作業療法プログラムと経過

7病日は点滴治療中で血圧変動も著明であった。リスク管理下で機能訓練、歩行・ADL訓練を実施した。徐々に全身状態が安定し、歩行はT字杖を使用し見守りで可能となり、ADLは向上した。畑仕事の話題では笑顔になる反面、「できるかどうか・・・」と不安もみられた。作業療法士は会話の中でできそうなこと、難しいことをGさんと確認した。9病日より自宅を想定した入浴動作や床上動作、段昇降、玄関の出入り練習等の応用練習を進め、13・15病日には外出練習も試みた。凸凹道や坂道を歩き「これだけ歩けば畑仕事ができるかもしれない」と自信がみられた。12病日に娘、14病日にケアマネジャーへ実際の動作場面を通じて見守りの必要性を伝えた。また、畑仕事に対する不安が軽減し、自信がついてきたという心境の変化も伝え、娘とケアマネジャーにも活動を継続することの重要性について理解を促した。ケアマネジャーには病前同様に活動ができる生活状況に戻るまでは通所介護を週2回に増やし、活動性を

高める援助を提案した。退院時は企図振戦及び右膝関節痛は病前程度に軽減し、HDS-Rは26点、握力は著変なし、BIは80点に向上し、入浴・階段昇降・更衣以外は自立した。健康感3(ふつう)、老研式は7点、JSS-DEのうつが2.3、情動が1.05となった。「畑仕事」に対する実行度と満足度は7に改善し、「畑仕事ができそうだ」と自信がみられた。

6. 結果と考察

退院1ヶ月後にBIは95点に向上し、階段昇降のみ見守りを要していた。健康感2(まあまあ健康)、老研式は11点、JSS-DEのうつ1.99、情動0.55と改善した。退院直後から娘の見守りのもとで移動し、徐々に畑仕事を行った。数日後には安全に歩行及び畑仕事が行え、退院1週間後には病前同様に生活することができた。その為、通所介護は頻度を増やさずに週1回のままとした。

急性期からリスク管理下で機能訓練、ADL訓練と並行して病前の役割であった畑仕事に焦点を当てた訓練を行った。Gさんは機能及びADL向上に伴い、できることは増えたが、畑仕事を経験できないことから不安が目立った。そこで段階的な応用練習と外出練習を行うことで自信がみられるようになった。「畑仕事がしたい」というGさんの想いと作業療法の経過は娘とケアマネジャーとも共有し、退院後の協力も得られ、病前の生活に戻ることができた。ケアマネジャーは作業療法士からの情報を参考にケアプランを作成したとのことだった。達成可能なニーズや本人の可能性を家族やケアマネに伝えていくことは、退院後の対象者の活動性を高めることにもつながり、有効であったと考える。

7. まとめ

Gさんは発症から早期で血圧などが不安定な時期もあり、リスク管理や廃用症候群の予防・改善をという視点から機能訓練及びADL訓練を実施した。その中で病前の役割であった畑仕事ができることを目標にアプローチを行った。病院という環境の制限もあるが、可能な範囲で模擬的な訓練を行ったことが、Gさんの自信に繋がった。また、家族やケアマネジャーの理解も得ることで、作業をすることで元気になる申し送りはケアプランへ反映され、退院後も活動性が低下することなく病前の生活に戻ることができた。対象者本人の希望する生活・活動を伝えて維持・向上を支援する為に、作業療法士が生活行為向上マネジメントを活用して、家族やケアマネジャーとの連携を図ることは有効であると感じた。



①作業聞き取りシート

作業の目標	<input type="checkbox"/> A(具体的に作業の目標が言える) 目標1 畑仕事がしたい	自己評価	初回	最終
		実行度	4/10	7/10
		満足度	4/10	7/10
		達成の可能性	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

②作業遂行アセスメント表

事例7:G様

年齢85歳 性別：女性 職歴：専業農家 疾患名：小脳梗塞 合併症：高血圧
 生活歴：夫と2人で専業農家を営む。夫の死去後も畑仕事は継続。自宅で食べる量の野菜作りと収穫が役割である。ADLは自立、数百メートルの長距離歩行時には右膝の荷重痛あり、不定期で整形外科を受診している。性格は真面目、温厚。
 家族構成：娘夫婦と3人暮らし。娘夫婦は仕事のため日中は不在。
 現病歴：小脳梗塞を発症し入院。3病日理学療法、作業療法開始。8病日目より生活行為向上マネジメント開始。15病日自宅退院。

支援目標	本人のニーズ：畑仕事をやりたい 家族のニーズ：自分のことは自分でしてほしい	達成可能なニーズ	自宅の隣にある畑の手入れ（水まき）や野菜の収穫ができる
------	--	----------	-----------------------------



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"> 全身状態不安定（血圧変動大きい） 発症前からある歩行時の右膝の痛み 左半身の軽度失調症状（企図振戦） 安静臥床のために起こった廃用症候群による体力の低下 身長 147 cm、体重 73 kgとやや肥満 	<ul style="list-style-type: none"> 立位は1分程度可能、片足立位は困難 歩行はT字杖または点滴スタンド使用し、見守りが必要 排泄、更衣、整容、入浴動作は介助 左手の協調性及び巧緻性は低下、動作が拙劣 点滴ルート管理に声かけが必要 点滴治療を受けているため外出困難 	<ul style="list-style-type: none"> 発症前とは違う身体状況になってからの活動は未経験 病院という環境により実際の経験が足りないことによる不安
作業目標達成可能な理由と根拠	<ul style="list-style-type: none"> 全身の筋力は十分。MMT5レベル 精神機能は正常。HDS-R：24点 コミュニケーション良好 リハビリには意欲的に取り組む 	<ul style="list-style-type: none"> 活動意欲がある 見守りがあれば、T字杖歩行による移動が可能 入院前はADL自立 	<ul style="list-style-type: none"> 入院前は日中は殆ど屋外で生活していた。近所へお茶のみに週1回は外出していた。・娘が協力的 介護保険サービスの利用が可能
予後予測	<ul style="list-style-type: none"> 全身状態はやがて安定する 運動時の右膝の痛みは軽減 日常生活では問題にならない程度に失調症状は改善すると思われる 活動性向上によって廃用症候群が改善する 	<ul style="list-style-type: none"> 立位や歩行の安定性は向上し、入院中にADLと院内歩行は自立する 歩行やADLが自立し、外出を経験することで自信に繋がると思われる。 	<ul style="list-style-type: none"> 実際に行う環境を想定したりハビリを行うことで自信につながり、退院後も畑での活動が可能 必要に応じて介護保険サービスを利用して活動量を増やしていく



③作業遂行向上プラン表

利用者： G様

担当者：OTR

記入日： 〇年 〇月 〇日

達成可能なニーズ	作業工程分析	評価		達成のためのプログラム	基礎練習	基本練習	応用練習	社会適応練習	
		前	後						
自宅の隣にある畑の手入れ（水まき）や野菜の収穫ができる	企画準備力 PLAN	1 2 3 4 5 1 2 3 4 5	1 2 3 4 5 1 2 3 4 5	本人	①筋力増強練習 ②左上下肢と体幹の協調性の向上訓練 ③立位バランス練習	①排泄動作練習 ②更衣、整容動作練習 ③入浴動作練習 ④歩行練習 ⑤床上動作練習	①模擬的排泄動作練習 ②模擬的入浴動作練習 ③屋外歩行練習 ④段差昇降練習 ⑤玄関の出入りの模擬練習	①家族へ動作の安定性や危険性に関する指導 ②ケアマネジャーと情報共有 ③外出練習（病院周辺の思路）	
	実行力 DO	1 2 3 4 5 1 2 3 4 5	1 2 3 4 5 1 2 3 4 5		家族	①～③をOTと一緒に 行う	①～⑤を病棟スタッフまたはOTと一緒に 行う。④は退院後も自宅またはデイサービスにて継続する	①～④をOTと一緒に 行う。退院後は家族と一緒に 行う	①～③をOTと一緒に 行う。退院後は家族と一緒に 継続して行 う
	検証完了力 SEE	1 2 3 4 5 1 2 3 4 5	1 2 3 4 5 1 2 3 4 5			OTは実施すること で身体機能を高め る	OTから①～⑤の様子 や身体機能、生活動作 の情報を得る	OTから①～④の情報 を得る。退院後は見守 りを行い、できる部分 とできない部分を本人 と確認する	OTから①～③の情報 を得ながら継続的に 支援し、ケアマネジャ ーと情報を共有する
達成				<input checked="" type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 変更達成 <input type="checkbox"/> 未達成（理由： ） <input type="checkbox"/> 中止					

評価： 1. 一人で可能 2. 手掛かりや見本があれば可能 3. 練習により可能 4. 一部手助けが必要 5. ほとんど手助けが必要

④作業をすることで元気になる申し送り表 (生活総合アセスメント表)

記入日： ○年 ○月 ○日

対象者： G 様

機関名： ○○病院

担当者名： OTR

【元気な時の生活状態】

ADL 自立。歩行は T 字杖を使用し、日中は農作業を行い屋外にて過ごす。近所へお茶飲み週 1 回は出かける。デイサービスを週 1 回利用

【今回のアクシデント】

- 徐々に生活機能が低下
- 発症 (脳梗塞)
- その他 ()

【ご本人のしたい・できるようにしたいこと】

- ・畑仕事をやりたい
- ・玄関前の畑 (玄関から数m) の手入れ (種や肥料、水まきや草むしり) や野菜を収穫したい

【現在の状態をもたらしている基本原因】

- ・左上下肢と体幹の軽度失調症状
- ・発症後の活動性低下から廃用症候群による筋力・体力の低下
- ・病前からの右膝に荷重時の痛みがある

【現在の生活状況】

- ・ADL は食事、更衣、排泄、整容動作は自立し、入浴動作や T 字杖歩行での病棟内移動は見守りにて可能。日中はほぼベッド上長坐位にて過ごす。ナースコールを押さず、一人で病棟内を T 字杖歩行にて移動し、整容動作やトイレ排泄を行うこともあった
- ・リハビリでは床からの立ち座りや階段昇降、屋外歩行を実施。リハスタッフ見守りのもと T 字杖歩行にて可能であった

【不安・心配なこと】

- ・左半身は前とは違い疲れやすくなった為、畑仕事ができるか不安。
- ・動くとき右膝が痛い

【改善・活用できる項目】

- ・病前の生活リズムに戻ること廃用症候群は改善する見込み
- ・病前から使用していた T 字杖は使用可能で、入院中に適切な高さに調整済
- ・「また、畑仕事をやらなければ」と活動意欲がある

【アセスメントまとめ】

脳梗塞により左半身に軽度失調症状がみられますが、身の回り動作では問題にならない程度になっています。入院後は廃用症候群による筋力・体力の低下と病前からの右膝の痛みがいくらか悪化しましたが、現在は順調に改善し、応用動作や屋外歩行訓練によりご本人も自信を取り戻したようです。病棟での ADL はほぼ自立し、自宅では屋内外ともに自立して移動可能と思います。ただ、屋外歩行は慣れるまでご家族が見守る予定です。退院後は病前の生活リズムに戻ること更なる身体機能の改善も期待できます。また、病前の役割であった農作業を少しずつ行い、継続することで活き活きとした生活を送ることができると考えます。退院後しばらくの間は廃用症候群を予防する為にデイサービスの利用回数を増やすことも良いと思います。

事例 8 : 「また陶芸がしたい」想いをケアマネにつなぎ自宅退院した、軽度左麻痺・認知症があり自発性低下のあった H さん

1. 事例紹介

80 代、女性、ラクナ梗塞

現病歴：X 年 Y 月午前中よりふらつきあり、14 時頃自宅で倒れているところを発見され救急来院し入院。左不全片麻痺を認め、3 病日目より理学療法、作業療法開始。4 病日目車椅子移乗、歩行練習開始。元々軽度認知症はあるが介入には支障ないレベル。

初期評価：Brunnstrom Stage：上肢VI・手指V・下肢VI、HDS-R：23 点、握力：右 12kg・左 8kg、BI：45 点、老健式：2 点、主観的健康感：5

2. 事例の作業歴

介護保険サービスを利用して夫と二人暮らしをしていた。セルフケアは自立しているが家事はヘルパーと近所に住む嫁が行う。趣味は陶芸だが息子宅の近くに転居してからは行っていない。

3. 関連職種からの情報

神経内科医から「安静度は特に制限なく、症状をみながらアプローチするように」、ケアマネジャーから、「入院前から活動性は低く、家では寝て過ごすことが多い」という情報を得た。

4. セットツール活用の実際

- ① 作業聞き取りシート：4 病日目より生活行為マネジメントを導入。作業聞き取りシートを用い、「昔していた陶芸をまたしたい」という目標が挙げられた。しかし、現在の住居には窯がないため最近は行っておらず、実行度・満足度ともに 1 であった。
- ② 作業遂行アセスメント表：軽度の左片麻痺はあるが座位での両手作業が可能であること、また短期記憶は低下しているが陶芸に関する記憶は保たれていること、自発性低下はあるが陶芸の意欲はあることから症例のニーズは達成可能ではないかと考えた。しかし現在の住居には窯がなく、環境が限られてくるため達成可能なニーズを「粘土で花瓶を作る」とした。
- ③ 作業遂行向上プラン表：企画・準備力として必要物品をあげ、粘土や花瓶の土台となるコップを準備した。実行力としては粘土細工で花瓶を作成し、検証力としては作業場面や完成品を家族やケアマネにもらい、自宅での作業継続や陶芸活動の再開を促した。
- ④ 元気になる申し送り表：粘土作業中は腰痛の訴えなく作業に集中できること、陶芸に対するモチベーションは高いこと、夫や嫁が協力的であることから粘土作業の継続・陶芸再開の検討を申し送った。

5. 実施した作業療法プログラムと経過・効果

作業療法開始時、麻痺は軽度で伝い歩き可能であり、ADL 動作は見守り～軽介助で行えるレベルであったが、発動性の低下を認め食事やトイレ以外は自発的に行動することはなく臥床傾向にあった。4 病日目より車椅子にてリハビリテーション室へ出向き、生活行為向上プログラムの導入を開始した。「昔していた陶芸をまたしたい」と目標が挙げられたので、作業遂行アセスメントにて達成可能なニーズを「粘土で花瓶を作る」と設定した。座位バランスは安定し、両手作業が可能であったことから 8 病日より通常行っている ADL 練習やメンタル練習に加え、粘土作業を導入した。前日行った事や聞いた事は覚えていない症例であったが、陶芸の工程は覚えており、細かい指示なしに粘土で花瓶を作成することができた。また、粘土作業中は腰痛を訴えず集中して取り組み、症例の生き生きとした姿がみられた。

自宅退院前、家族とケアマネジャーに症例が ADL 動作や粘土作業を行う姿を見学していただいたところ、運動能力は入院前と同等であり、転居前の住居に窯があることが確認できた。また、症例の陶芸に対するモチベーションは高いので、在宅復帰後、陶芸再開の検討を家族・ケアマネジャーに申し送った。

6. 結果・考察

入院中に粘土細工を導入した結果、「昔していた陶芸をまたしたい」という作業目標に対する実行度は 1（初期）→5（最終）、満足度 1→5 となった。

在宅復帰後、ケアマネジャーより情報提供がなされ、通所介護にて粘土作業を継続しており、自宅で土こねや成形作業を座位で行っているとのことである（セッティングは嫁）。更に症例の姿に夫も触発され、共に陶芸活動を行っているという。陶芸の時間以外は臥床傾向にあるとのことだが、通常のアプローチのみを行っていた場合と比べ、一定の活動時間を確保できたことは有効だったと考える。

今回、活動性の低下した方へ「生活行為向上マネジメント」を導入し、本人にとって意味のある作業を行うことで、自発的に活動する機会を提供でき、生き生きとした姿をみることができた。急性期病院から直接在宅へ戻る症例も多い中、地域への申し送りに生活行為向上マネジメントを活用することで作業療法士らしい医療と介護の連携に貢献できると感じた。

7. まとめ

軽度の左片麻痺や認知症、発動性低下はあるが、陶芸作業の記憶は保たれ、モチベーションも高い症例に、達成可能なニーズを「粘土で花瓶を作る」と設定しアプローチを行った。ケアマネジャーや家族に実際場面を見てもらい、連携することで周囲の協力体制が整い、現住居での窯購入を検討するまでに至った。



①作業聞き取りシート

作業の目標	<input type="checkbox"/> A(具体的に作業の目標が言える) 目標 1 昔していた陶芸をまたしたい	自己評価	初回	最終
		実行度	1/10	5/10
		満足度	1/10	5/10
		達成の可能性	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

②作業遂行アセスメント表

事例 8 : H 様

年齢 86 歳 性別 : 女性 生活歴 : 脳梗塞の既往があるが、セルフケアは自立しており介護保険サービスを利用して夫と二人暮らしをしている。家事はヘルパーにお願いしていた。軽度の認知症はあるが、コミュニケーションは良好。
 疾患名 : ラクナ梗塞 既往歴 : 半年前に脳梗塞、12 年前に胃がん
 家族構成 : 夫と 2 人暮らし。近所に息子夫婦が住んでおり、嫁が様子を見に来てくれる。
 現病歴 : X 年 8 月午前中よりふらつきあり、14 時ごろ自宅で倒れているところを娘に発見され救急搬送され当院入院となる。左不全麻痺を認め、3 病日目より理学療法、作業療法開始。元々軽度認知症はあるが介入には支障ないレベル。

支援目標		昔していた陶芸がまたしたい	達成可能なニーズ	粘土で花瓶を作る
アセスメント項目	<p>心身機能の分析 (精神機能、痛み・感覚、神経筋骨格・運動)</p> <ul style="list-style-type: none"> 左不全片麻痺 Br-stage VI-VI 左上肢の筋力低下 腰痛がある 軽度の認知症 体力が低下している 	<p>活動と参加の分析 (運動・移動能力、セルフケア能力)</p> <ul style="list-style-type: none"> 入院後は 30 分以上座った経験がない 食事・トイレ以外は自発行動がなく、臥床傾向 	<p>環境因子の分析 (用具、環境変化、支援と関係)</p> <ul style="list-style-type: none"> 現住所に陶芸の窯がない 環境による経験不足 	
作業目標達成可能な理由と根拠	<p>現状能力 (強み)</p> <ul style="list-style-type: none"> 短期記憶は低下しているが (HDS-R : 23 点)、陶芸に関する記憶は保たれている コミュニケーションは良好 握力が右 12 kg、左 8 kg ある 	<p>陶芸に対して意欲がある</p> <ul style="list-style-type: none"> 座位バランスは保たれている 両手作業が可能である 伝い歩きが可能である ADL の動作は見守り～軽介助で可能である 	<ul style="list-style-type: none"> 元の住居に窯やロクロがある 夫も陶芸の経験がある 夫と嫁の支援が期待できる 	
予後予測	<ul style="list-style-type: none"> 活動時間を延長することができる 	<ul style="list-style-type: none"> 座位での両手作業で粘土をこねることができ 集中して目的物を形成することができ 	<ul style="list-style-type: none"> 形成した粘土細工を家族で見ること とで、本人の出来る能力を確認し、希望実現へとつなげていくことが出来る 	

③作業遂行向上プラン表

利用者： H 様 担当者： OTR 記入日： 〇年 〇月 〇日 評価： 1。

達成可能なニーズ	作業工程分析	評価		達成のためのプログラム	基礎練習	基本練習	応用練習	社会適応練習
		前	後					
粘土で花瓶をつくる	企画準備力 PLAN	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	本人 いつ・どこで・誰が支援して行うか	①座位練習 ②上肢筋力トレニング	①何を作るか検討する ②作る手順を検討する ③粘土をちぎる ④粘土をこねる ⑤座位時間を延長する	①花瓶の底を形成する ②細長くした粘土を、花瓶の底に積み上げていく ③全体の形を整える ④花瓶の表面に凶案を描く	①「陶芸をしたい」と家族・ケアマネに伝える ②現在の本人の能力と環境をふまえて、陶芸再開に向けて具体的な方法を考える
	実行力 DO	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5		①②作業療法室でOTと一緒に行う	①②OTと相談しながら決定 ③④⑤作業療法室で行う	①～④作業療法室で行う	①本人から伝える ②ロクロを用いない作成方法や作品の大きさを検討する
	検証完了力 SEE	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5		家族			①～④実際の作業場面を見学する
	達成			支援者	①②OTが方法を指導する。徐々に一人でを行う	①②OTが相談にのる ③④⑤方法を指導する→徐々に一人で→時間延長する	①～④OTが助言をしながら完成へ導く	①OTが家族・ケアマネに伝える。 ②本人の能力をケアマネ・家族に伝え、方法を検討する
				達成	<input checked="" type="checkbox"/> 達成	<input type="checkbox"/> 変更達成	<input type="checkbox"/> 未達成 (理由：)	<input type="checkbox"/> 中止

評価： 1. 一人で可能 2. 手掛かりや見本があれば可能 3. 練習により可能 4. 一部手助けが必要 5. ほとんど手助けが必要

④作業をすることで元気になる申し送り表 (生活総合アセスメント表)

リハビリ継続の必要
あり・なし

記入日： ○年 ○月 ○日

対象者： _____ H 様

機関名： ○○病院

担当者名： OTR

【元気な時の生活状態】
 ・夫婦二人暮らしで屋内移動は自立
 ・家事はヘルパーさんを利用
 ・家では寝て過ごすことが多かった

【今回のアクションポイント】
 徐々に生活機能が低下
 発症 (脳梗塞)
 その他 ()

【現在の生活状況】
 ・軽度左片麻痺と入院生活のため活動性が低下し、臥床してることが多い
 ・ADLの動作は見守り～軽介助で可能である
 ・尿意を訴え、リハ中はトイレでの排尿可能 (近位監視のみ) しかし病室では間に合わず失禁することがある

【ご本人のしたい・できるようにになりたいこと】
 以前のように陶芸を楽しみたい

【不安・心配なこと】
 ・陶芸をしたいけど、今の住居には窯がない (以前の住居にはあった)
 ・近所に息子夫婦がいるし、ヘルパーさんも来るので他に心配はない

【現在の状態をもたらしている基本原因】
 ・左片麻痺 (軽度) による左上肢筋力低下
 ・腰痛 (特に運動開始時)
 ・発動性低下

【改善・活用できる項目】
 ・日常生活動作練習による筋力・持久力および腰痛の改善
 ・興味のある作業 (粘土作業) による自発性と認知能力の改善

【アセスメントまとめ】
 現在、ADLについては、見守り～軽介助で行っています。この度ご本人に将来やってみてほしい作業について伺いましたところ、「以前していた陶芸をしたい」という希望が出されました。昨日したことや聞いたことを忘れることがある方がありますが、陶芸の手順や注意事項は記憶されており生き生きと話をされます。入院中は粘土 (陶芸用の土がないため) を用いて土こね・蹴とり・形成作業を両手で行い、徐々に左上肢の筋力は改善しております。またこの作業中は腰痛を訴えることもなく、集中して作業継続が可能です。ご本人が関心のある作業を継続することで、心身を動かし日常の活動性を維持できればと願っております。なおご主人も陶芸経験者とのことです。ご自宅でのご本人・ご主人の状況を確認いただき、ご助言いただければ幸いです。現時点では紙粘土工作は可能です。今後のご指導の程よろしくお願い申し上げます。

事例9：「トイレができるように」元々ベッド上生活で両麻痺になったが、 家族・ケアマネへ能力を伝え自宅退院したIさん

1. 事例紹介

80歳代女性。X年Y月、起床時より左口角下垂、声量低下を認め、左手足に力が入りにくいとのことで近医を受診。翌日当院を紹介され右ラクナ梗塞の診断で入院となった。既往歴に一年前の脳梗塞による軽度の右片麻痺があり（Brunnstrom stage 上肢VI・手指VI・下肢V）、右下肢の不随意運動が残存したため歩行は困難であった。今回の左片麻痺についても軽度であった（Brunnstrom stage 上肢VI・手指V・下肢V）。見当識障害、記憶力低下など認知機能の低下を認めたが、話好きな性格であり対人交流は良好である。自宅退院の方針でリハビリテーションは入院翌日より開始となった。

2. 事例の作業歴

長男と二人暮らし。一年前の脳梗塞の時は、回復期リハビリ病棟より自宅退院となった。右片麻痺は軽度であったが、下肢にバリスムを認めたため歩行は困難であった。在宅生活はベッド上であり、食事はセッティングにて自立、トイレは介助でのポータブルトイレ使用、もしくはオムツ内での排泄であった。在宅生活での趣味活動や楽しみは特になく、主たる介護者は長男である。

3. 関連職種からの情報

理学療法士より：平行棒や手すりにつかまれば起立・立位可能だが立位保持時間は数秒ほど。もともとベッド上生活主体でADL能力が低いため、今回の左片麻痺によるADLへの影響はないと思われる。
MSWより：入院前の要介護度は4であり、週2回の通所介護、週1回の訪問看護、週2回のヘルパーを利用していた。

4. セットツール活用の実際

発症8日目（作業療法開始7日目）、作業聞き取りシートを用いて作業目標を聴取した。「トイレが一人でできるようになりたい」、「絵を描きたい」、「散歩に行きたい」との希望が聞かれた。全ての作業目標の遂行度・満足度は1であった。その中からオムツでの排泄を不快に思っていたということから「トイレが一人でできるようになりたい」の作業目標を対象者とともに選択し、作業アセスメント表を用いて対象者の身体機能、認知機能を評価した結果、「ポータブルトイレを利用する際、移動用バーにつかまり立位を保ち、下衣の介助を受けられるようになる事」を達成可能なニーズとした。次にそのニーズに対するプログラムについて、作業遂行向上プラン表を用いて立案した。対象者・長男にはそれらのシートを開示し、これからの作業療法で取り組む目標とアプローチの内容について説明し、共有した。自宅退院時には担当ケアマネジャーに対して「作業をすることで元気のでる申し送り表」を作成し郵送した。

5. 実施した作業療法プログラムと経過

基礎練習として筋力増強運動、座位練習、立位練習を、基本練習では移乗動作練習を実施した。また応用練習では模擬トイレ動作としてベッドから移動用バーにつかまりポータブルトイレへ移乗する動作を練習した。その様子を長男に見ていただき、介助方法を指導した。入院前の在宅でのトイレは、立位保持が困難であるため長男がベッド上で下衣を下し、全介助でポータブルトイレへ座らせる方法を取っていたが、リハビリテーションでつかまり立ちが数秒可能なこと事があったため、在宅でのトイレ介助方法を検討することを長男に提案した。長男は対象者が数秒であっても立てる事に驚き、在宅でも実施してみるとの事であった。急遽自宅退院が決まった為、生活行為向上マネジメントを用いた介入は二日間で終了した。対象者は入院前より介護サービスを利用していたため、「作業をすることで元気になる申し送り表」を作成し、担当ケアマネジャーへ郵送した。申し送り表には、当院での経過と今後のケアプランに反映して欲しい内容や予後予測に関する情報を記載した。

6. 結果と考察

作業聞き取りシートの最終評価では、トイレに関する作業目標の達成度と満足度に向上は見られず初回時と同様に「1」のままであった。また作業アセスメント表で設定した達成可能なニーズについても未達成のまま終了となった。しかし、当院でリハビリテーションを実施した事で、長男の知らなかった対象者

の残存機能を見つける機会となった。対象者は一年前の脳梗塞発症後よりベッド上での生活となった後は、ADL向上を目的としたリハビリテーション介入の機会が得られなかった。そのため現在の立ち上がりや立位の能力低下は廃用による筋力低下の影響が強いと考えられた。ケアマネジャーへの申し送り表には身体機能の残存能力や予後について、また余暇活動や対人交流の機会の提供の必要性などについても記載した。後日、担当ケアマネジャーに実施した申し送りの内容に関するアンケート調査では、作業療法士からの情報提供は有効であり、特に予後予測に関する情報を期待する、との回答が得られた。医療の場にいる作業療法士からケアマネジャーへの情報提供は、対象者のケアプラン作成において有効な情報と思われ、医療と介護との連携の強化の必要性を感じた。

7. まとめ

急性期病院では在院日数の短さから継続的な介入が困難であるが、入院中の短い介入期間であってもその後の生活に関わる介入が可能となれば急性期における作業療法士のやりがいにも通じる。この生活行為向上マネジメントは、対象者を中心に作業療法を展開することができ、地域への情報提供手段としての活用が期待できると思われる。

①作業聞き取りシート

作業の目標	<input type="checkbox"/> A(具体的に作業の目標が言える) 目標 1 トイレが1人でできるように	自己評価	初回	最終
		実行度	1/10	1/10
		満足度	1/10	1/10
		達成の可能性	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 介助方法の改善は見込めそう </div>				

事例9: I様

②作業遂行アセスメント表

年齢80歳代 性別:女性 職歴:なし 生活歴:一年前の脳梗塞で軽度右片麻痺があったがリハビリ病院を経て自宅退院した。しかし歩行は困難であったため、在宅生活はベッド上であった。介護は同居している長男が担っていた。介護認定は要介護4、週2回の通所介護、週1回の訪問看護、週2回のヘルパーを利用していた。

疾患名:右ラクナ梗塞 合併症:陳旧性脳梗塞、SLE、高血圧 家族構成:長男と2人暮らし。長男は隠居生活。
 現病歴:X年Y月 起床時より左口角下垂、声量低下を認め、左手足に力が入りにくいとこのことで、近医受診し当院を紹介される。翌日、当院 神 経内科受診され、検査の結果、右ラクナ梗塞の診断で同日入院。入院翌日よりリハビリ開始となる。

支援目標	トイシに一人で行けるようになりたい	達成可能なニーズ	ポータブルトイレ利用の際、移動用バーつかまり立位を保ち、下衣の介助を受けられるようになる
アセスメント項目	<p>心身機能の分析 (精神機能、痛み・感覚、神経筋骨格・運動)</p> <ul style="list-style-type: none"> 両片麻痺 Br.stage(右/左) 上肢VI/V/VI/ 手指VI/V 下肢V/Vレベル 右下肢にパリスム(不随意運動)あり 全身筋力低下 認知機能低下 	<p>活動と参加の分析 (運動・移動能力、セルフケア能力)</p> <ul style="list-style-type: none"> 後方へ倒れやすく座位不安定 (軽介助～見守り) つかまり立ち見守り～軽介助 移乗全介助 トイシ動作全介助 尿意の訴えが曖昧 	<p>環境因子の分析 (用具、環境変化、支援と関係)</p> <ul style="list-style-type: none"> 家族が本人の立位保持能力を把握しておらず、トイレ使用の下衣着脱の介助は臥位で行われていた 移乗用バーを上手く利用できていない
<p>作業遂行の問題を 生じさせている 要因</p>	<ul style="list-style-type: none"> 麻痺は軽度で実用手レベル 右握力10kg コミュニケーション能力良好 	<ul style="list-style-type: none"> 手すりがあれば、立位が数秒保持可能 	<ul style="list-style-type: none"> 在宅には介護用ベッド。移動用バー、ポータブルトイレ導入済み。 家族の介護力がある
<p>作業目標達成可能な理由と根拠</p>	<ul style="list-style-type: none"> 今回発症の脳梗塞による左片麻痺は Br. stageVI程度までの改善が見込める 	<ul style="list-style-type: none"> 手すり使用しての立位保持獲得が見込める 	<ul style="list-style-type: none"> 家族の協力があればポータブルトイレ利用時に移乗用バー使用し立位保持中に下衣の介助をする方法の獲得が見込める

③作業遂行向上プラン表

利用者： I様 担当者： OTR 記入日： 〇年 〇月 〇日

利用日： 〇年 〇月 〇日

達成可能なニーズ	作業工程分析	評価		達成のためのプログラム	基礎練習	基本練習	応用練習	社会適応練習	
		前	後						
ポータブルトイレ利用の際、移動用バーにつかまり立位を保ち、 下衣の介助を受けられるようになる	① 尿便意を感じ、家族を呼ぶ	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	本人 家族 支援者	① 関節可動域訓練 ② 上肢筋力増強練習 ③ 握力増強練習 ④ 坐位練習 ⑤ 立ち上がり練習 ⑥ 立位保持練習	① 移乗動作練習	① 模擬トイレ動作練習 ② 尿意・排尿パターンの評価	① トイレ介助の家族指導 ② 環境整備 ③ ケアマネジャーへの情報提供	
	① ベッドから起きる ② 移動用バーにつかまり立ち上がる ③ バーにつかまり立位を保持する ④ 下衣を下げてもらい、トイレに座る	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5		①～⑤をOTと一緒に 行う	① OTと一緒に練習	① OTと一緒に ② 病棟にて尿意がわかれば訴える	OT・家族と行う	OTの指導のもとトイレ介助を実施。必要に応じて環境を準備する
	① 排泄が終了した事がわかる ② 立ち上がりの際、右下肢の状態を確認する	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5		OTにて①～⑤実施し、 本院の能力を家族に伝える	① OTにて実施。	① OTにて実施。病棟スタッフにも伝える ② 病棟スタッフが尿意と排尿パターンの評価をする	① 家族指導を行う ② ③ 環境や動作方法を伝える ④ ケアマネジャーに伝える (OT)	① 家族指導を行う ② ③ 環境や動作方法を伝える ④ ケアマネジャーに伝える (OT)
達成				<input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 変更達成 <input checked="" type="checkbox"/> 未達成 (理由：立位保持は5秒程度であったため) <input type="checkbox"/> 中止					

いつ・どこで・誰が支援して行うか

評価： 1. 一人で可能 2. 手掛かりや見本があれば可能 3. 練習により可能 4. 一部手助けが必要 5. ほとんど手助けが必要

④作業をすることで元気になる申し送り表 (生活総合アセスメント表)

記入日： 〇年 〇月 〇日

対象者： _____ 様

機関名： _____ 〇〇病院

担当者名： _____ OTR

【元気な時の生活状態】

入院前よりベッド上中心の生活。食事は自己摂取可。トイレはポータブルトイレがあるが、オムツ使用で失禁多い。トイレ動作、移乗全介助レベル。生活の中の趣味活動や楽しみはない。

【今回のアクシデント】

- 徐々に生活機能が低下
- 発症 (脳梗塞)
- その他 ()

【現在の生活状況】

- ・ 食事は車いす乗車してセッティングすれば自己摂取可能
- ・ トイレは未使用。オムツ内失禁で経過
- ・ 食事以外のADLはほぼ全介助レベル
- ・ 入院中のリハビリは一日二回実施。疲労感なく協力的に取り組んでいる。スタッフとの交流も良好

【ご本人のしたい・できるようになりたいこと】

- ・ トイレに一人で行けるようになりたい
- ・ 歩けるようになりたい。公園に散歩に行きたい
- ・ 絵を描きたい。昔水彩画をやったことがある

【不安・心配なこと】

ご本人は今できていることが今後できなくなるのではないかと心配しております。(認知機能低下が見られますが、自己の能力の認識は比較的保たれており、ご自身のできることで、出来ないことの判断ができております。)

【現在の状態をもたらししている基本原因】

元々の右片麻痺と今回の脳梗塞による左片麻痺による両片麻痺。麻痺の程度は軽度だが、右下肢に不随意運動が見られており立位や移乗動作の阻害因子となっています。またベッド上中心の生活のため、廃用による四肢筋力低下も認めています。認知機能は一般的に低下を認め、見当識、記憶力で特に問題を認めます。

【改善・活用できる項目】

今回の左片麻痺麻痺は軽度で改善傾向です。両下肢の筋力も廃用による筋力低下の要素もあるため、継続した訓練によって手すりつかまり立ちや立ち上がり能力向上が見込めるのではないかと考えられます。(ただし右下肢の不随意運動は残存が予測され、注意が必要になります)認知機能低下がありましたがコミュニケーションや交流は比較的良好です。作業療法で実施した塗り絵では集中して取り組む姿勢が見られました。

【アセスメントまとめ】

当院での作業療法では、ポータブルトイレ動作の介助量軽減を目標に在宅と同様にベッド移動用バーを想定しての手すりつかまり立ち訓練を中心に実施いたしました。両下肢に軽度の麻痺や右下肢の不随意運動がありますが、現在は5秒程度つかまり立ちが可能になっています。今後ともつかまり立ちや立ち上がり能力は向上が図れると思われ、トイレ動作での下衣の上げ下げの介助量軽減につながればと思います。また、認知機能は低下しておりますが、他者とのコミュニケーションは良好であることから、なるべく他者との交流の場を増やすことで認知機能低下の予防につながると考えられます。また、ご本人の希望が聞かれた絵に関しては当院では塗り絵の活動では、課題に集中して取り組むことができていると見受けられます。今後の在宅生活においてもご本人の興味や関心のある精神的作業を提供することで認知機能低下の予防に有効と思われ、その他のご本人の希望は屋外への散歩などがあります。今後の在宅生活での支援をよろしくお願い致します。

事例 10:「板前に復職したい」右上肢の機能訓練をしつつ、目標をもって回復期病棟へつないだ J さん

1. 事例紹介

50 代前半男性。右利き。めまい、気分不快、右手脱力にて受診し、意識レベルは JCS1 であった。左中大脳動脈領域に散在する脳梗塞の診断にて入院した。Bare's Arm Sign は右上肢で回内し 5cm 下垂、Mingazzini Leg Sign では右下肢で 5cm 下垂がみられた。既往に高血圧があった。病前の ADL は全て自立していた。3 病日目より理学療法と作業療法を開始した。生活行為向上マネジメント開始時である 17 病日の評価では、意識レベルは JCS1、Brunnstrom stage は上肢 V・手指 II・下肢 V で、BI は移乗、整容、トイレ動作、入浴、移動、階段昇降、更衣で減点あり 60 点であった。HDS-R は 11 点であった。

2. 作業歴

職業は旅館で板前の仕事をしていた。自動車の運転は行っておらず、長距離移動は主に自転車を利用していった。家族構成は母親、妻との 3 人暮らしであった。

3. 関連職種からの情報

医師による安静の制限なし。

4. セットツール活用の実際

① 作業聞き取りシート：作業の目標は職場復帰。調理の仕事であり、盛り付けのための箸の操作、包丁操作、勤務時間中の立位で過ごすため耐久性向上があげられた。初回自己評価の実行度・満足度は共に 3/10 であった。最終評価では、実行度・満足度は共に 5/10 であった。

② 作業アセスメント表：作業遂行の問題要因は、右上肢、手指の機能障害、耐久性の低下が中心であった。予後は、右上肢は補助手から実用手になる、数時間の立位動作獲得ができると予測した。達成可能なニーズは、復職に向けて長時間の立位作業と、右手が補助手として利用ができることとして対象者と確認し共有した。

③ 作業遂行向上プラン表：プログラムでは、基礎練習として、自動関節可動域訓練、巧緻動作訓練、低周波による機能的電気刺激上肢訓練を作業療法士の指導のもと行い、視覚及び作業療法士によるフィードバックを重視した。応用動作は病棟内歩行、階段昇降とし、訓練時及び自主トレーニングで行い、本人の体調を評価しながら活動を促していった。社会適応練習では、認知面の低下に対し、作業療法士が認知・記憶に関する話題を提供するとともに、面会の方との会話を多く持つように設定した。

④ 作業をすることで元気のでる申し送り表：右上肢は補助手程度と予測していたが、麻痺が回復し、認知機能も良くなり、実用手に近い状態まで改善が見込まれるようになった。実際の調理訓練を含め復職へ向け関わってもらおうよう申し送りを行った。

5. 実施した作業療法プログラムと経過

17 病日目、自動 ROM 訓練を実施した。手指、手関節の動きを視覚で確認してもらいながら動作介助を行った。自らが動かしている感覚を確認してもらうことに主眼をおいた。同様に低周波による機能的電気刺激も実施した。病棟での臥床時間が多かったため、疲労度を自己評価しながら日中はなるべくベッド上でも座位で過ごす時間を多く取り、読書やテレビを座位で行うように指導した。

18 病日目、自動 ROM 訓練、機能的電気刺激、上肢のプレイングを実施した。前日よりもわずかであるが、随意運動がみられた。視覚での確認や声かけにより、改善を実感できたとのことであった。また前日の離床状況を確認し継続できるよう促した。面会者にも会話の時間を増やしてもらうよう依頼した。

19 病日目、前日同様のプログラムを実施した。手指の麻痺は Brunnstrom stage IV まで改善した。離床に関しては疲労感も軽減し、歩行も安定してきた為、院内を見守り無く動けるようになった。会話の中で認知機能面の問題も目立たなくなってきた。

20 病日目、前日同様のプログラムを実施した。翌日回復期リハビリテーション病棟への転棟が決定した。

6. 結果と考察

急性期のリハビリテーション終了時 20 病日目の評価で、Brunnstrom stage 上肢 V・手指 IV・下肢 VI、BI95 点で階段昇降のみ見守り、HDS-R は 24 点であった。その後回復期リハビリテーション病棟でリハビリテーションを継続し、60 病日後には復職可能となった。

対象者本人より生活行為向上マネジメント実施に関して「かなり良かった」とコメントがあった。その理由としてとても安心して回復期リハビリテーション病棟に移行できたこと、前向きになれたことを挙げていた。急性期のリハビリテーションでは、疾病管理や機能回復が重要となる時期であり、機能訓練が中心となりえる。しかし、アセスメント表やプラン表の内容を対象者と共有し、同じ目標を持ちながら作業療法を実施したことが、病棟転棟後の将来の生活イメージにつながり、安心感を得られた可能性が示唆される。また、機能回復が十分でない急性期では環境を整えるアプローチも重要と考える。今回は、17 病日後から包括マネジメントを用いて回復期リハビリテーション病棟転棟までの 4 日間作業療法を実施と短期間であった。急性期であっても、対象者に意識レベルやコミュニケーションの問題が無い場合は、心理面に考慮すればより早期から活用できる見込みがある。急性期では、実際の作業目標そのものにアプローチが難しい時期であるが、具体的な作業目標を転院先に申し送ることで、対象者の思いをつなげることは重要と感じた。

目標設定に関しては、予後予測も重要であると感じた。現在、急性期の予後予測に関しては様々な報告がなされているものの定着されたものが無いのが現状である。今後、予後予測に関する精度を上げた上で目標を共有していくことが期待される。

7. まとめ

急性期病棟入院中に「復職」という具体的な目標をもって作業療法を提供できた。急性期において、また提供回数が少なくても、対象者と目標を共有することで、回復期リハビリテーション病棟転棟に際し、安心感が得られた。目標設定について、急性期病棟においても予後予測の精度を高め、後方支援部署に申し送りをする事は、対象者の思いをつなぐことや、その後の円滑なアプローチのために有効であると感じた。

①作業聞き取りシート

作業の目標	□A(具体的に作業の目標が言える) 目標 1	自己評価	初回	最終	
		実行度	3 / 10	5 / 10	
	板前の仕事に復帰したい (盛り付け、包丁動作、立ち仕事ができる)		満足度	3 / 10	5 / 10
	達成の可能性	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			

事例 10 : J 様

②作業遂行アセスメント表

年齢 50 代前半 性別：男性 職歴：板前 生活歴：入院前はADL自立。職業は旅館で板前の仕事をしていた。自動車の運転は行っておらず、長距離移動は主に自転車を利用していた。
 疾患名：脳梗塞 合併症：高血圧 家族構成：母親、妻との3人暮らし
 現病歴：めまい、気分不快、右手脱力にて受診。意識レベルJapan coma scale 1。左中大脳動脈領域に散在する脳梗塞にて入院。Bare's Arm Sign は右上肢、回内し5cm下垂。Mingazzini Leg Sign は右下肢5cm下垂。3病日目より理学療法・作業療法開始 17病日後、生活行為向上マネジメント開始。

支 援 目 標	職場復帰（板前）	達成可能なニーズ	長時間の立位作業と右手を補助手としての利用が可能になり、職場復帰を目指す
---------	----------	----------	--------------------------------------



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"> ・ 右上肢、手指 随意性低下 ・ 右上肢、手指 巧緻性低下 ・ 記憶力低下 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 耐久性低下 ・ 急性期のため過活動困難 ・ 歩行能力低下 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 長期間の休業が困難
作業目標達成可能な理由と根拠	<ul style="list-style-type: none"> ・ リハビリへの意欲あり ・ 右下肢麻痺軽度 ・ 右上肢・手指機能改善傾向みられる 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 身の回りの動作は自分で行える ・ 右下肢の使いにくさはあるものの、見守りにて階段昇降可能 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 家族の面会が多く協力的
予後予測	<ul style="list-style-type: none"> ・ 右上肢は補助手から実用手まで回復が見込める 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 身の回りの動作を積極的に行うことで、耐久性向上、数時間の立位動作が獲得できる 	

③作業遂行向上プラン表

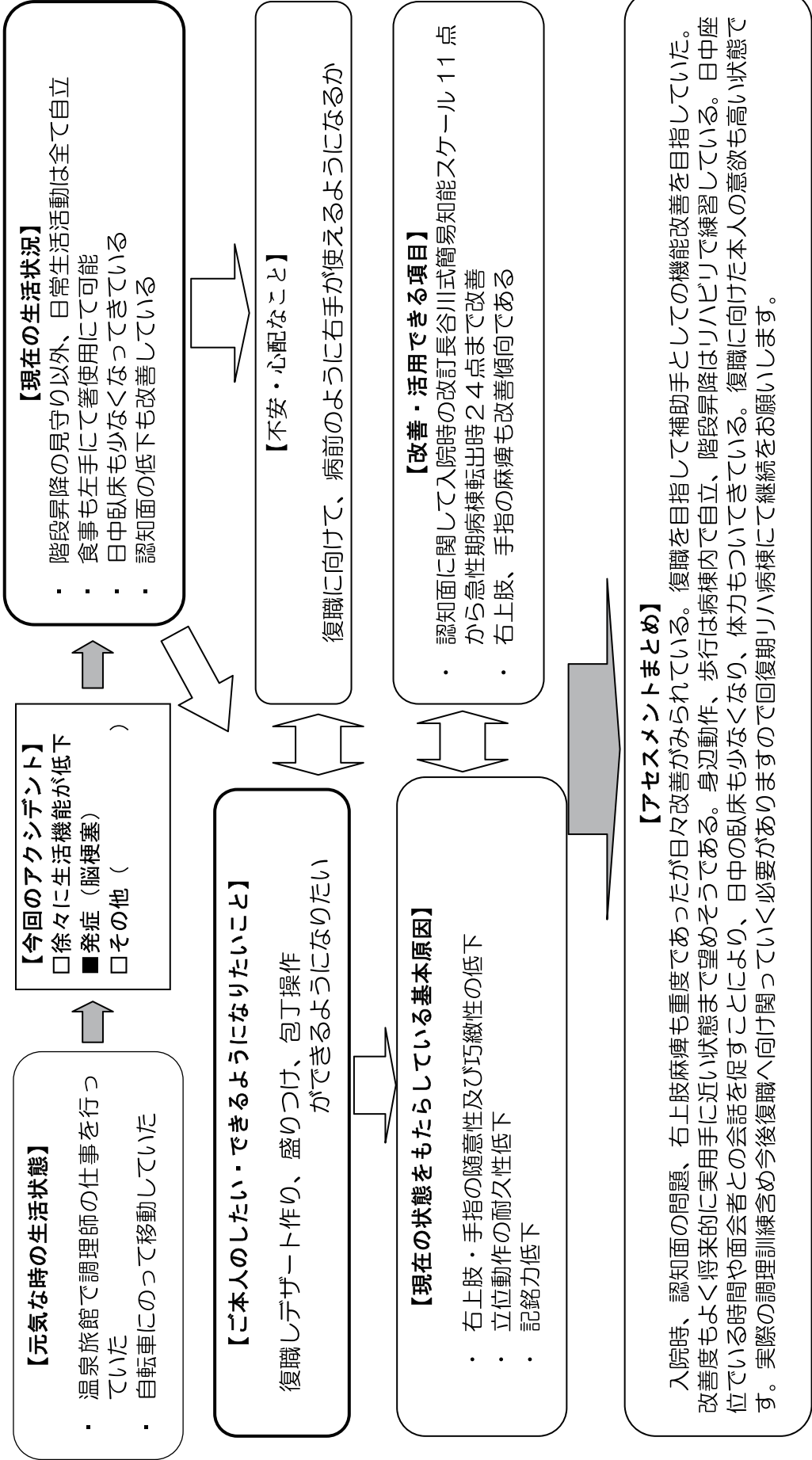
利用者： J様 担当者： OTR 記入日：〇年 〇月 〇日

達成可能なニーズ	作業工程分析	評価		達成のためのプログラム	基礎練習	基本練習	応用練習	社会適応練習			
		前	後								
立位作業と右手を補助手としての利用が可能になり、職場復帰を目指す	① 耐久性の把握 ② 麻痺手の右手の評価 ③ 必要物品の準備 企画準備力 PLAN	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	① 関節可動域訓練 ② 機能的電刺激による随意性向上練習 ③ 巧緻動作練習 ④ 上肢機能練習 ① 立位動作練習 ② 階段昇降練習 ③ 病棟内歩行練習 ④ 日中の座位時間をとる	① 立位動作練習 ② 階段昇降練習 ③ 病棟内歩行練習 ④ 日中の座位時間をとる	③ 病棟内歩行練習 ④ 日中の座位時間をとる	会話の時間をもつ（認知面の低下に対してアプローチ）				
	① 長時間の立位動作ができる ② 右手を補助的に使える（包丁動作時） ① 長時間の立位動作ができる ② 右手がどこまで使えるか評価する ③ 安全性の確認をする ④ 職場復帰に向けて総合的に評価する 実行力 DO	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5					①④をOTと一緒に行う ①②はOTと実施 ③は病室で自ら行なう 面会時などに座位を促す OTが日中病室での座位での活動を促す。本人の体調に合わせて離床の計画を本人・家族に提供する	①④をOTと一緒に行う ①②はOTと実施 ③は病室で自ら行なう 面会時などに座位を促す	①②はOTと実施 ③は病室で自ら行なう 面会時に実施	
	① 立位耐久性の評価ができる ② 右手がどこまで使えるか評価する ③ 安全性の確認をする ④ 職場復帰に向けて総合的に評価する 検証完了力 SEE	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5								OTが①～④を実施。視覚での確認やOTがフィードバックを行う
達成		いつ・どこで・誰が支援して行うか		達成		達成					
達成		いつ・どこで・誰が支援して行うか		達成		達成					

評価： 1. 一人で可能 2. 手掛かりや見本があれば可能 3. 練習により可能 4. 一部手助けが必要 5. ほとんど手助けが必要

④作業をすることで元気になる申し送り表 (生活総合アセスメント表)

対象者： _____ J様
 記入日： ○年 ○月 ○日
 機関名： _____ ○○病院
 担当者名： _____ OTR



事例 11:「書道をやってみたい」左麻痺・左半側空間無視があり、ADL 全介助状態から自主性が高まり、回復期へつないだ K さん

1. 事例紹介

70 歳代前半、男性、右被殻出血

現病歴：X 年 8 月某日深夜釣りをしていたが、急に左手が動かなくなったため、救急車にて当院搬送、入院となった。第 3 病日理学療法・作業療法開始。

開始時評価：Brunnstrom Stage 上肢Ⅲ・手指Ⅰ・下肢Ⅳ。左上下肢知覚鈍麻。HDS-R：27/30、軽度左半側空間無視あり、BI：20 点、主観的健康感：3、老研式活動能力指標：9 点。性格は真面目で努力家、好奇心旺盛、話好き。妻は協力的で、頻繁に面会あり。

2. 作業歴

元エンジニア。管理職を経て定年後も就業していた。趣味は、釣り・ゴルフ・物作り・パソコン等多彩であった。洗濯・掃除等家事も一部行っていた。外出手段は自動車。妻と二人暮らし。

3. 関連職種からの情報

主治医より、ベッドサイドにて座位からリハビリテーション開始。第 6 病日から離床許可との指示あり。

4. セットツール活用の実際

① 作業聞き取りシート：症例は多くの趣味をもっていたが、「いつかやってみたいと思っていた書道」へ挑戦したいとの意欲が強かったため作業目標として設定した。経験がないため、実行度は 2、満足度は 1 であった。

② 作業遂行アセスメント表：心身機能面では左片麻痺や左半側空間無視を認め、ADL 全般に介助が必要だった。ただし認知機能が保たれていること、リハに対して意欲的であること、利き手が非麻痺側であることから作業目標は達成可能であると考え、「作業療法室で手本を見ながら筆で字を書く」を達成可能なニーズとして設定した。

③ 作業遂行向上プラン表：企画準備力には、着替えやトイレを済ませておくことや作業療法室への車椅子駆動を含めた。実行力には、実際に筆で字を書く作業の他、後片付けも取り入れた。

④ 作業をすることで元気のでる申し送り表：入浴以外の ADL は見守りから軽度介助で可能となった。左上肢・手指の運動麻痺は改善し補助手として実用レベルとなってきており、意味のある作業に目を向けられるよう回復期病院の作業療法士へ申し送った。

5. 実施した作業療法プログラムと経過

作業聞き取りシートを使用し本人と話し合い、作業療法室で手本を見ながら筆で字を書くことを達成可能なニーズとして設定した。ADL 練習（起居・移乗、更衣、整容、車椅子駆動）、左手での把持練習とともに、第 14 病日から筆の使用を開始。学生の頃の思い出を楽しそうに話しながら書く様子が見られた。字を書いている時は他者に話しかけられることが多く、作品を褒められると症例は嬉しそうにしていた。妻はリハビリテーションに同行し、本人用の道具を購入したり、書いた作品を褒めたりアドバイスをを行う等協力的であった。第 16 病日、流しにて後片付け（筆洗い）を開始。近位監視にて立位で筆洗いができることを確認できた。それから転院するまで、その他のプログラムと併行して書道に取り組んだが、左手の把持練習を自ら工夫して行う場面も見られた。第 20 病日には起居・移乗、更衣、整容、排泄が見守りレベルとなり、症例からは「病室でもできることは自分でしている」との発言が聞かれた。書道は 5 回実施し、第 28 病日に回復期病院へ転院となった。実行度は 6、満足度は 7 となった。

6. 結果と考察

転院時、Brunnstrom Stage 上肢Ⅳ・手指Ⅳ・下肢Ⅴ。HDS-R：30/30、左半側空間無視改善、BI：75 点、主観的健康感：2、老研式活動能力指標：6 点、であった。運動麻痺は改善し、左手は分離運動が可能となった。ADL はトイレ・入浴・歩行・階段が部分介助となり、その他は自立した。

今回作業目標として設定した「筆で字を書く」ことにより、症例はチャレンジした作業でも「やればで

きる」という思いと、後片付けを通して立位での作業に自信をもつことができた。これらの経験は症例の日常生活にも影響を与え、病室でも自発的に整容動作等を行えるようになった。また作業遂行アセスメント表・作業遂行向上プラン表を使用して問題点や目標を症例と担当セラピストが共有できたことにより、「自分のことは自分です」という意識が高まり、ADLを拡大させることにつながった。さらに、発症後も余暇活動を楽しめることを知り、退院後も新しいことに取り組めるという自信を持てたのではないかと考える。

ただ、転院の際に症例から「左上肢や手指の機能訓練をもっとしたかった」という言葉が聞かれた。作業療法開始時より左手のアプローチも行っていたが、左上肢機能の改善が著しい時期であったため、「字を書く」よりも左上肢訓練をもっと実施してほしいという気持ちもあったのだろう。この点については、左手の機能改善のみに焦点を当てたアプローチではなかったことが症例の自主性を引き出したとも考えられ、急性期病院における生活行為向上マネジメント導入の有効性が伺われた。

7. まとめ

急性期の対象者は機能回復を希望することが多いが、本症例は当初「書道にチャレンジしたい」と希望し、その企画準備・実行を通して自主的な行動が増え、結果的にADL拡大につながった症例である。



①作業聞き取りシート

作業の目標	<input type="checkbox"/> A(具体的に作業の目標が言える) 目標 1 書道ができるようになりたい	自己評価	初回	最終
		実行度	2/10	6/10
		満足度	1/10	7/10
		達成の可能性	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

事例 11 : K 様

②作業遂行アセスメント表

作業目標	書道ができるようになりたい	達成可能なニーズ	OT室で手本を見ながら筆で字を書く
------	---------------	----------	-------------------



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"> ・ 左上下肢・手指の運動麻痺 ・ 左上下肢・手指の知覚障害 ・ 立位バランス低下 ・ 左半側空間無視（広い空間にて） 	<ul style="list-style-type: none"> ・ ADL 全般に介助が必要（起居・移乗、更衣、排泄、入浴、整容） ・ 歩行困難（介助にて平行棒内歩行） ・ 移動は車椅子全介助 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 病室には書道用具がない ・ 作業経験がないため、本人・妻ともどの程度できるかわからないと不安感がある
現状能力 (強み)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 非麻痺側が利き手 ・ リハビリに対して意欲的 ・ 認知機能は保たれている ・ 全身状態が安定している ・ 性格は真面目で努力家 ・ コミュニケーション能力が良好 ・ 合併症がない 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 起居・移乗は中等度介助で可能 ・ 食事自立 ・ 介助にて車椅子でリハビリ室まで移動できる ・ 右手にて筆の使用が出来る 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 妻がほぼ毎日付き添っている ・ 妻が協力的である。道具の準備を依頼することも可能 ・ OT 室に書道用具がある
作業目標達成可能な理由と根拠 予後予測	<ul style="list-style-type: none"> ・ 左手は補助手として使用ができる ・ リハビリにより立位バランスは向上している ・ 左半側は意識することで認識でき、自己管理ができる 	<ul style="list-style-type: none"> ・ ADL は見守りで可能となる ・ 見守りで車椅子駆動して病室→リハビリ室を見守りで移動できる ・ 少しの手伝いで準備や後片付けができる 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 実際に作業を経験することで不安なく作業できる ・ 妻の付き添いの下、リハビリ室で書道できる

③作業遂行向上プラン表

利用者： K様 担当者： OTR 記入日： 〇年 〇月 〇日

達成可能なニーズ	作業工程分析	評価		達成のためのプログラム	基礎練習	基本練習	応用練習	社会適応練習
		前	後					
OT室で手本を見ながら筆で字を書く	企画準備力 PLAN	1 2 3 4 ⑤	1 2 3 ④ 5	本人 家族 支援者	①左腕・左手のストレッチ ②左手で紙を押さえる練習 ③把持練習	①起き上がり・乗り移りの練習 ②着替えの練習 ③トイレの練習 ④広い歩ぎで物を運ぶ練習	①車椅子を動かす練習(病室→リハビリ室) ②机の上で書道をする ③準備・片付けをする ④感想を述べる ⑤家族に意見を求める	①退院後の環境調整 ②作業継続に向けた申し送り等
	実行力 DO	1 2 3 4 ⑤	1 2 3 ④ 5		①②をリハビリ室の机やキッチン台で練習する	①～④をリハビリ室のベッドで練習する	①～③をリハビリ室、リハビリ室と病室の間で、練習する。 終了後、④⑤を行う。	①②自分でも退院後のイメージをもち、準備などできそうなことを評価する
	検証完了力 SEE	1 2 3 ④ 5	1 2 3 ④ 5		①②を行う際に、奥様が付き添う	①～④実施時にリハビリ室で付き添う。動作が安定すれば、奥様の見守りで①～④を病室にて行う	①～③実施時に、奥様が付き添う。 ④を聞き、⑤を行う	①奥様は必要物品の準備やOTの情報をともに環境整備する
本人 達成評価(退院時)		本人 達成評価(退院時)		<input checked="" type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 変更達成 <input type="checkbox"/> 未達成 (理由：) <input type="checkbox"/> 中止		評価： 1. 一人で可能 2. 手掛かりや見本があれば可能 3. 練習により可能 4. 一部手助けが必要 5. ほとんど手助けが必要		

④作業をすることで元気になる申し送り表 (生活総合アセスメント表)

対象者： K 様

機関名： ○○病院

担当者名： OTR

記入日： ○年 ○月 ○日

リハビリ継続の必要
(あり) ・ なし

【元気な時の生活状態】

- ・ 妻と二人暮らし
- ・ ADL 自立、自動車運転もしていた
- ・ 釣り、ゴルフ、物作り等多趣味
- ・ 洗濯や掃除等の家事も一部していた

【今回のアクシデント】

- 徐々に生活機能が低下
- 発症 (脳梗塞)
- その他 ()

【現在の生活状況】

ADL:食事；修正自立、整容・更衣・排泄；軽度介助～見守り、入浴；中等度介助。車椅子駆動；見守り。病室でも自主的に動作練習を行っている。見守りで室内(個室)トイレを伝い歩きにて使用中。T 杖での移動は軽度介助。妻がほぼ毎日付き添っており、介助・見守りをしている。

【ご本人のしたい・できるようにしたいこと】

書道が出来るようになりたい

【不安・心配なこと】

- ・ 左手が治るかどうか
- ・ スムーズに家で生活できるようになるか

【現在の状態をもたらしている基本原因】

- ・ 左片麻痺・左半側空間無視(広い空間にて)により自力での歩行や車椅子移動が難しい
- ・ 左手を実用的に使うことができない
- ・ 物を持って移動ができない
- ・ ADL に介助が必要

【改善・活用できる項目】

- ・ 左手を補助的に使用できる
- ・ 妻がほぼ毎日付き添っており、協力が得られる
- ・ 書道は作業療法士が道具を準備すれば実施可能

【アセスメントまとめ】

現在の ADL はリハビリ・病室ともに浴槽移乗以外は見守り～軽度介助で可能となっています。今回作業療法では、機能訓練や ADL 訓練に加え、退院後に行いたい作業にも取り組みました。いつか書道をやってみたいと思っていたということで、“リハビリ室で書道をする”を目標に、ADL 練習(更衣・排泄・車椅子駆動)や把持練習に加えて書道を実施してきました。ご本人はリハビリに対して意欲的であり、協力的な奥様が付き添っていらっやいます。書道は 2 週間程度しか行えませんが、楽しんで書いていらっやった印象です。ただし、機能回復(特に左手)に対する希望も強く、現在は把持練習等の方に意欲的に取り組む様子が見受けられました。入院前から多趣味で好奇心旺盛な方です。機能回復練習も継続していただきたながら、本人の意向を聞きながら本人の希望する作業が行えるよう、ご支援頂ければと思います。

事例 12:「料理がしたいけど…まずは食事自立から」段階的な目標をもって回復期へつないだ、重度左麻痺、高次脳機能障害のあるLさん

1. 事例紹介

70代半ば女性。右利き。自宅にて起き上がれず救急車で来院し、右視床出血の診断にて入院した。意識レベル JCS II-1。軽度の構音障害があるがコミュニケーションは可能であった。既往に心疾患があり、脈拍変動がみられた。病前のADLは全て自立していた。BIは100点。3病日より理学療法・作業療法・言語聴覚療法を開始した。生活行為向上マネジメント開始前の7病日の作業療法評価では、HDS-Rは27点、Brunnstrom stageは上肢・手指・下肢ともにII、感覚は表在・深部ともに重度鈍麻であった。重度の左半側空間無視があり、動作は全介助でBIは0点で、翌日より嚥下食の摂食開始予定であった。主観的健康感「1:とても健康」の評価であり、病識低下の影響もみられた。作業療法では嚥下訓練と座位訓練を実施した。座位は自力保持困難で麻痺側に倒れ、血圧変動もみられた。

2. 作業歴

独居で長男が近くに住んでいる。靴屋を経営しており、おしゃれや買い物、読書、料理を好んで行っていた。明るく前向きな性格とのことであった。

3. 関連職種からの情報

医師による活動度は座位までとの指示であった。カンファランスでは、長男宅への退院を目指し、回復期リハビリテーション病棟への転棟の方針となった。

4. セットツール活用の実際

① 作業聞き取りシート：聞き取りで挙げた作業は「嫁や娘と料理をすること（料理）」で、初回自己評価の実行度・満足度は共に1/10であった。「料理」は急性期病棟入院中には達成不可能な目標であると予測された為、達成可能なニーズは、その前段階に必要な活動を設定した。最終評価では目標である「料理」に対する実行度・満足度は共に1/10であった。

② 作業アセスメント表：重度の左片麻痺と感覚障害、左半側空間無視のため座位の耐久性低下が問題であった。セッティングにより食事が自力摂取できると見込んだ。急性期病棟入院中の達成可能なニーズは「ベッドアップ座位で食事が自力でとれる」とし、料理の前段階として料理に必要な座位や認知機能について本人と確認し共有した。

③ 作業遂行向上プラン：プログラムは、基礎練習・基本練習中心に実施した。左半側空間無視もあるため、座位バランス練習や感覚入力アプローチを行い、基本練習では、車いす座位での活動を行なった。本人にも、右手で麻痺側の左手をマッサージすることを自主訓練としてもらい、左への注意を促した。その他に食事場面での環境調整や病棟への申し送りを実施した。

④ 作業をすることで元気のでの申し送り表：26病日に回復期リハビリテーション病棟へ転棟になった。徐々に座位耐久性やバランスは改善し、左半側空間無視も改善がみられている。食事場面では、ほぼ見守りで食事摂取可能になり、ベッドアップ座位での姿勢の崩れも軽減した。本人の希望する作業は「料理」であり、今後は食事のみならず、様々なADL、座位での活動を継続してほしい旨を伝えた。

5. 実施した作業療法プログラムと経過

8病日目より生活行為向上マネジメントに基づく作業療法を開始した。感覚入力練習、座位練習や嚥下訓練を実施したが、便秘による腹痛があり、離床がなかなか進まなかった。そのためベッド周囲で実施することが多かった。

14病日よりリクライニング車いす、18病日より車いす座位での離床を開始した。

17病日より増粘剤つき嚥下食が3食となった。自力摂取が困難であったため、セッティングや本人への摂食指導を行った。24病日には左手でスプーンを用い自力摂取可能になった。摂食後に自分で汚れた口の周りを拭くこともできた。

26病日に回復期リハビリテーション病棟転棟となった。

6. 結果と考察

急性期病棟でのリハビリテーション終了時である26病日目の評価で、Brunnstrom stageは上肢・手指・下肢ともにIIであった。BIは5点でセッティングにより嚥下食をほぼ自力摂取することが可能になった。HDS-Rは24点、主観的健康感は「3：ふつう」であった。

Lさんは麻痺や感覚障害が重度で、半側空間無視や病識低下などの高次脳機能障害もみられた為、生活行為向上マネジメントの目標や達成可能なニーズの設定に苦渋した。急性期で機能障害が重度であるにも関わらず、「料理」という目標を挙げたLさんの気持ちを尊重し、ゆくゆくは作業目標にも繋がるようなADLでのニーズを考えた。

生活行為向上マネジメント実施に関して対象者は、目標を決めるとそれに向かって頑張れてよいと話していた。急性期で実施したプログラムは基礎練習・基本練習中心であったが、プログラムの実施では随時アセスメント表やプラン表を見てもらい、目的を説明しながら行った。そのためか、リハビリテーションの流れや目的がわかりやすいという感想も得られた。また、Lさんは急性期病棟退院1ヵ月後の評価において、「料理をするためには自分で歩けない」と発言しており、マネジメント導入当初は病識低下もみられていたLさんだったが、目標に至る段階を意識できるようになっていたようだ。生活行為向上マネジメントの実施は、自分の能力を適切に評価することや、目標とした作業を達成するまでの作業の段階付けや回復過程のイメージ促す効果が示唆された。

7. まとめ

重度の機能障害をもつLさんに対し、急性期から生活行為向上マネジメントを用いた作業療法アプローチを提供した。

重度な対象者の場合には達成可能なニーズの設定が難しいが、その時点で獲得が必要な課題や回復過程の予測を共有することは、現実見当を促したり、モチベーションを高めたりと、長期的にみて有効である可能性がある。

①作業聞き取りシート

作業の目標	<input type="checkbox"/> A(具体的に作業の目標が言える) 目標 1 嫁や娘と料理がしたい	自己評価	初回	最終
		実行度	1/10	1/10
		満足度	1/10	1/10
		達成の可能性	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	



料理の前に、現在困っていて、行いたいことを聞くと「自分で食事がとれるように」とのこと

事例 12：L様

②作業遂行アセスメント表

年齢 70代 性別：女性 生活歴：日常生活活動全て自立。Barthel Index 100点。職業は靴屋経営。明るく前向きな性格で身なりにも気を遣っていた。買い物や読書、料理が好きだった。疾患名：脳出血 合併症：高血圧、心房細動
 家族構成：独居。長男が近くに住んでおり、退院後は長男家族と同居予定。
 現病歴：めまい、気分不快、右手脱力にて受診。意識レベル Japan Coma scale 1。左中大脳動脈領域に散在する脳梗塞にて入院。Bare'Arm Signは右上肢で回内し5cm下垂。Mingazzini Leg Signは右下肢5cm下垂。3病日目より理学療法・作業療法開始。17病日後、生活行為向上マネジメント開始。

支援目標	娘か嫁と一緒に簡単な料理が作れる	達成可能なニーズ	ベッドアアップ座位で食事が自力でとれる
------	------------------	----------	---------------------



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"> 重度左麻痺 重度感覚障害 左半側空間無視 座位耐久性低下 血圧変動あり 	<ul style="list-style-type: none"> 起居動作・座位保持全介助 ADL全介助 嚥下障害あり、食事は未実施・腹痛があり、離床が進まない 	<ul style="list-style-type: none"> 点滴治療あり・酸素投与中・入院前は独居である
現状能力 (強み)	<ul style="list-style-type: none"> 認知面良好 リハビリに対して意欲的・リハビリでの座位耐久性は少しずつ上がってきている 	<ul style="list-style-type: none"> 安静度が車椅子可で、調子をみて離床を行っている 嚥下訓練にて経口摂取がはじまった 	<ul style="list-style-type: none"> 長男夫婦が協力的 (退院後は同居予定)
作業目標達成可能な理由と根拠 予後 予測	<ul style="list-style-type: none"> 麻痺側上下肢の管理を自分で行うことができる 耐久性は向上し座位保持ができるようになる 左半側空間無視改善し、正中を向けるようになる 出来ることが増えることで自信がつく 	<ul style="list-style-type: none"> 最終的には車椅子レベル 移乗は軽介助 食事はセッティングにて可能になる 	<ul style="list-style-type: none"> 入院中の食事動作では病棟スタッフに情報提供し、見守り等の支援が得られる。 状態が落ちつけば長男夫婦の協力が得られる

③作業遂行向上プラン表

利用者： L 様 担当者： OTR 記入日： 〇年 〇月 〇日

達成可能なニーズ	作業工程分析		評価		達成のためのプログラム	基礎練習	基本練習	応用練習	社会適応練習
	企画準備力 PLAN	実行力 DO	検証完了力 SEE	前					
ベッドアップ座位で食事が自力摂取できる	① 食器のふたを取る ② 食器を食べやすい位置におく	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	2 3 4 5	本人 いつ・どこで・誰が支援して行うか	①座位バランス練習 ②随意性向上練習 ③感覚入力 ④起居動作練習 ⑤自主練習指導	①動的座位練習 ②空間認知改善練習 ③リーチ動作練習 ④車椅子駆動練習	①整容動作練習 ②机上活動 (パズル、塗り絵、日記など)	①環境調整（食事時のセッティングを検討、病棟へ伝える）
	① スプーン、箸を使用し、食べる ② 食べている間の姿勢を保つ。	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5		①～④はOTと行なう ⑤は右手で麻痺側の左手のマッサージを自分でベッド上で行なう	①・②をOTと実施 整容を病棟スタッフと行なう		面会時に食事の様子を見守り、評価する
	① 姿勢が崩れたら自分でなおす ② 食べこぼしがないか確認する ③ 食べ残しがないか確認する	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5		OTにて①～④実施 ⑤はOTが指導して本人に実施してもらおう	OTにて①～④実施 OTにて①～④実施	OTにて①②実施 ①では、病棟生活のなかで病棟スタッフの顔拭き、整髪を本人に促す	①OTは環境評価・調整を実施。病棟スタッフに食事のセッティングを伝え、実施してもらう
達成									

評価： 1. 一人で可能 2. 手掛かりや見本があれば可能 3. 練習により可能 4. 一部手助けが必要 5. ほとんど手助けが必要

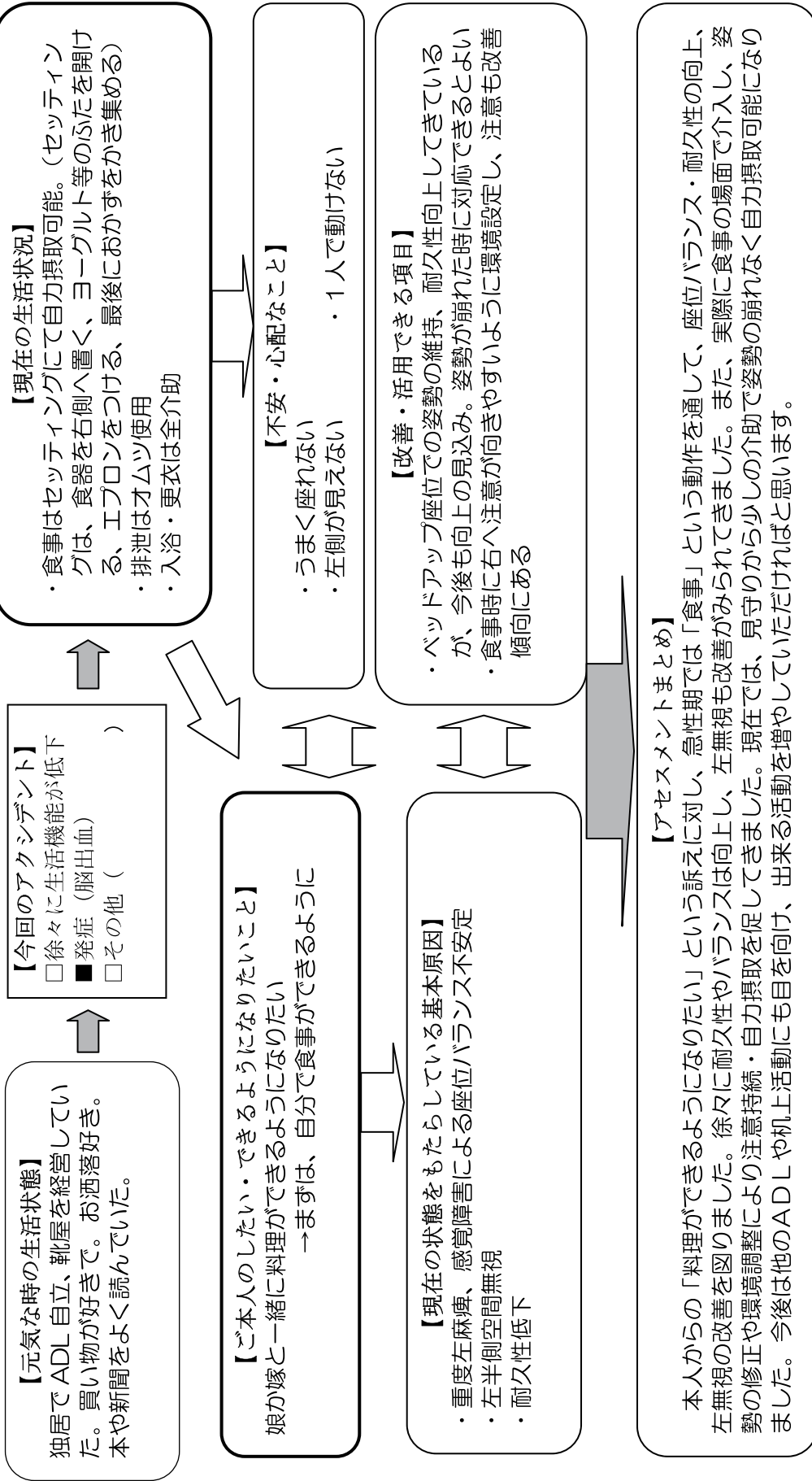
④作業をすることで元気になる申し送り表 (生活総合アセスメント表)

記入日： ○年 ○月 ○日

対象者： 上様

機関名： ○○病院

担当者名： QTR



Q & A集

Q 1	はじめて生活行為向上マネジメントに取り組みたいと思います。どのような対象者が導入しやすいでしょうか。
A 1	失語症や認知症がなく、意志表示ができる方、病識がある人などで自宅復帰を目標としている方などが導入しやすいと思います。

Q 2	生活行為向上マネジメントの適応疾患はありますか。
A 2	適応疾患として制限される疾患や病態はありません。作業療法の対象となる方ならば、生活行為向上マネジメントの適応であると考えます。作業療法を提供する場合は、積極的に生活行為向上マネジメントの導入を試みてください。

Q 3	意思疎通がとれない状態の方に生活行為向上マネジメントを行うのは難しいと思います。そのような場合はどうすればよいでしょうか。
A 3	作業療法開始時から無理に導入する必要はありません。状態が改善して意思疎通がとれるようになってから導入すると良いと思います。 ただし、場合によっては家族に聴取する、本人に作業聞き取りシートを見てもらう等により導入が可能なのもありますので、「この人にはまだ無理」と安易に決めないように注意しましょう。

Q 4	生活行為向上マネジメントはいつから始めればよいのでしょうか。発症間もない人でも使用できますか。
A 4	対象者が自分の意思表示ができるような状況であれば、いつから始めても構いません。発症間もない早期からの導入は難しいと考えられがちですが、全国7ヶ所の急性期病院で実施された本事業の結果では、多くのOTが発症から1週間程度の早期からでも生活行為向上マネジメントを実践できたと報告しています。

Q 5	生活行為向上マネジメントシートを作成するのに時間がかかりそうですが、どの程度かかりますか。
A 5	初めて作成する場合は、本シートに不慣れなために60分以上かかる場合があります。しかし、何例か経験し慣れていくことで作成時間は短縮されます。 はじめは大変ですが、まず5例ほど事例集などを参考にシートを作成してみましょう。導入時の面接のスキルがアップすると同時に、各シートの特性を理解できスムーズに作成することができるようになります。

Q 6	<p>急性期病院では、対象者の入院期間が短く、数日で退院される場合も少なくありません。生活行為向上マネジメントを実施するために、OT 実施回数は何回以上必要ですか。</p>
A 6	<p>本マネジメントで立案した全てのプログラムを実施できなくても構わないので、回数にこだわる必要はありません。入院期間中に実施可能なところまでを行い、不足なものや未達成なものなどは、その旨を「元気のでる申し送り表（総合アセスメント表）」にまとめて、後方の支援機関（地域包括支援センター、通所リハ施設や訪問看護ステーション、回復期リハ病棟等）に申し送るとよいでしょう。本事業では、マネジメント後の介入3日で回復期病棟へ移り、申し送りを実施したケースもありました。</p> <p>大切なことは、機能面やADL面の情報だけでなく、その人にとって意味のある作業を伝えていくことだと思います。</p>

Q 7	<p>対象者から聞き取った作業目標が、入院期間中に達成できない（施設面など都合からその作業が実施できない）ものであった場合はどうしたらよいですか？（例：運転がしたい。ゴルフをしたい等）</p>
A 7	<p>まず対象者の目標を OT がはじめから否定せず、対象者と目標を共有します。それから、作業遂行アセスメント表を用いて、達成可能なニーズを対象者と決めていきましょう。</p> <p>入院期間中の環境では具体的な作業ができないものが目標となる場合もありますので、その目標達成のために必要な動作を、模擬的場面において可能な範囲で幾つか練習し、評価をしてみましょう。</p> <p>その際、作業目標に必要な機能や能力を説明して、現状の能力を意識してもらうことが重要です。具体的な作業を行わなくても、目標とする作業の現実的な検討や、これから実際に行う時のイメージ作りができ、自信や自己能力を正しく理解することにつながることもあります。</p>

Q 8	<p>対象者から聞き取った作業目標が、その人の能力（将来の予測も含め）よりもかなり高く、入院期間中に達成できないものであった場合はどうしたらよいですか？</p>
A 8	<p>その作業を選択した理由を尋ねるなどして、対象者の思いをしっかりと理解するようにしましょう。そして対象者にとってその作業を行う目的が、対象者の持つ能力で行える他の作業で達成できないかを考えます。一方で環境や方法を変えることで達成できないかも検討します。</p> <p>それでも達成が難しい場合は、その希望する作業を達成する前に必要な前段階の作業などを「達成可能なニーズ」として設定するといいいでしょう。</p>

Q 9	対象者から聞き取った作業目標が、生活するうえで意味のある作業目標というより身体の機能改善であった場合はどうしたらよいですか？（例：歩きたい、手が動くようになりたい等）
A 9	<p>機能的な問題を、より具体的な作業目標にすることが必要になります。例えば歩いてどこに行きたいのか、手が動くようになったら何をしたいのか、その機能を獲得して何を行いたいのかを聞き取り、具体的な作業目標にしましょう。</p> <p>ただし、どうしても難しい場合は無理をせずに、傾聴の姿勢を崩さずに機会を改めること必要かもしれません。</p>

Q10	作業をすることで元気になる申し送り表はどこに提出するのですか？
A10	<p>在宅復帰される場合はケアマネジャーあるいは地域包括支援センターに提出します。転院となった場合は、転院先に地域連携パスとともに提出します。ただし、いきなり申し送り表を送られても、相手方の介護支援専門員さんが混乱するかもしれません。事前に申し送りの旨を打診するか、日頃からより連携がとれる関係を心がけておくことが大切です。</p> <p>また、「作業をすることで元気になる申し送り表」は申し送り表に加え、総合アセスメント表としての意味合いもあり、生活行為向上マネジメントのまとめ（総括）にもなります。このシートは、対象者をよく知ることができる一つのツールとしてとらえてみてください。</p>

Q11	生活行為向上マネジメントをすることでデメリットはないのですか
A11	<p>あえて言えば、対象者の思いを聞き出す労力と時間がかかることがデメリットでしょうか。</p> <p>ただし、労力と時間をかけたことで「OT と対象者が目標を共有できた」「軽症例にも深く関わられるようになった」「忘れられない対象者が増えた」などの良い意味での報告も多数ありましたので、まずは本マネジメントを経験してみてください。</p>

Q12	急性期病院（関わる期間は短く、担当患者も多い）で行うための工夫はありますか
A12	必ずしも全症例に行う必要はありません。Q 1 を参考に導入しやすい対象者にまず行ってみてください。

Q13	家族のニーズと本人のニーズが異なる場合はどうすればよいですか
A13	<p>原則として本人の意見を尊重しましょう。</p> <p>可能であれば、本人の考えを家族に伝えたり、本人と家族と一緒に考える機会を提供することで、家族も本人の思いを知ることができ、理解や協力が得られやすくなります。</p> <p>家族が安全性を重要視し、本人が希望する目標を否定的に感じている場合は、より安全な作業の提供が必要になります。</p> <p>ただし、本人の現実検討ができていない場合には、家族のニーズも考慮した調整が必要です。</p>

Q14	アセスメント表に書き込む際に、心身機能の分析なのか活動と参加の分析に入れるべきか迷う場合はどうすればよいですか
A14	迷ったときには、どちらに記入しても構いません。事例集も参考にしてください。一番近いと思われるところに、まず記入してみましょう。

Q15	「達成可能なニーズ」は3ヶ月程度で達成できる水準とされていますが、発症直後の脳卒中者の予後予測に悩む場合はどうするのですか
A15	病院で使用する場合は、在院日数も短いと思われるので、1ヶ月または退院までの期間で考えるとよいと思います。

Q16	目標達成のためのプログラムを立案する際に基礎・基本練習は記載できますが、社会適応練習が記載出来ない場合はどうすればよいですか
A16	<p>空欄があっても構いません。例えば、社会適応練習の段階ではない対象では無理に埋める必要はありません。ただし、作業遂行を重視した評価であることを忘れなように検討してください。</p> <p>基礎・基本練習と対象者の作業遂行との関連を考察することが大切です。</p>

Q17	シート作成が大変で、なかなか埋められません
A17	目的はシートを作成することではなくて、対象者と目標を共有することが最大のメリットです。シート作成にこだわらず、目標共有の過程や検討のなかで、対象者を捉えることに重きを置きましょう。

Q18	家族への聞きとりは必要ですか？
A18	本人が意思表示をしっかり行えるのであれば、家族への聞き取りは行わなくて構いません。 家族への聞き取りは、本人の意思を正確に聞き取れない場合や本人と家族の思いにずれがありそうな場合など、必要に応じて行っていただければ結構です。

Q19	発症直後で、達成可能なニーズ設定に悩む場合はどうすればいいですか
A19	再度アセスメント表を見直して、心身機能や活動と参加の分析、環境因子のそれぞれの項目ごとに1ヶ月後の状態を検討します。 作業目標達成に到らない場合は、目標を達成するのに必要な前段階での作業を達成可能な目標ニーズにするとよいでしょう。

Q20	予後予測が難しく苦勞しました。どうすればよいでしょうか。
A20	確かに予後予測は難しいものです。経験のある先輩OTに相談してみることも参考になります。また、主治医や看護師など他職種からの意見も参考になるでしょう。 しかしここで注意しなければならないのは、予後予測というと麻痺が改善するかどうか、歩けるのかどうかという身体機能面のみの視点になりがちですが、その人の生活行為、その人が行いたい作業が継続して実施できるかどうかという視点で考えることが大切です。ですから、機能が改善するかどうかだけでなく、環境を変えればできそうか、動作や道具を工夫するとできそうかなど、いろいろな角度から検討するとよいでしょう。

Q21	聞き取りシートの評価で、本人の思う実行度・満足度の評価が現実検討のズレによって差があるようですが、それでもよろしいですか？
A21	あくまでも本人の主観的な点数で構いません。実施できていなくても実行度が高い場合や病識が向上し満足度が下がる場合もあります。

Q22	生活行為向上マネジメントを使用したいと思っています。書式の入手は可能ですか？
A22	生活行為向上マネジメントシートは（社）日本作業療法士協会が開発したシートです。（社）日本作業療法士協会会員であれば、生活行為向上マネジメントの書式を使用することは可能です。 （社）日本作業療法士協会のホームページからダウンロードすることができます。

Q23	生活行為向上マネジメントを使用した論文作成や学会発表を行いたいのですが、許可は必要ですか？
A23	（社）日本作業療法士協会会員であれば、特別な許可は不要です。

平成23年度老人保健健康増進等事業
生活行為向上マネジメントの普及啓発と成果測定研究事業
事例報告集①（早期医療）

2012年3月

発行：社団法人 日本作業療法士協会
〒111-0042 東京都台東区寿1-5-9 盛光伸光ビル7階
電話 (03) 5826-7871
FAX (03) 5826-7872