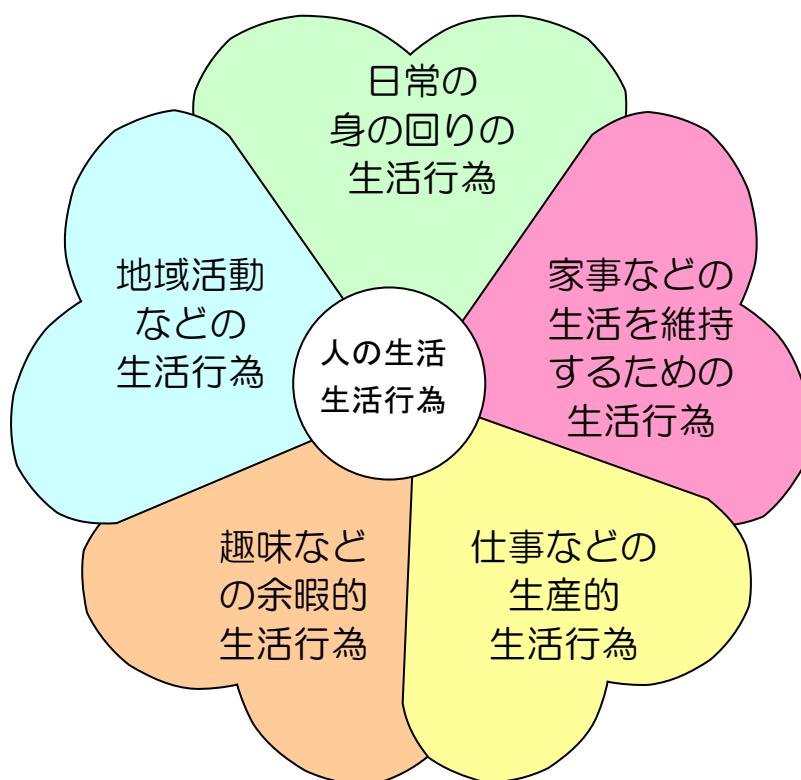


平成24年度老人保健健康増進等事業
生活行為向上の支援における介護支援専門員と
作業療法士との連携効果の検証事業

人は作業をすることで元気になれる

～生活行為の自立を目指して～



平成25年3月

一般社団法人 日本作業療法士協会

生活行為に焦点を当てた支援の提案

○ 私たちの生活は、365日24時間のその人にとって「意味のある生活行為」の連続から成り立っている。

私たちの生活は、日常生活などの身近処理動作が滞りなくできるだけだけでなく、趣味、生きがい、社会参加などその人にとって「意味のある・したい作業」を毎日の生活で続け、その作業の結果から満足感や充実感を得るという生活習慣を習得・維持することにより元気でいられます。

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

そこでここでは、生き生きとした活動的な生活を送るために、高齢者が継続したいと思っているその人にとって「意味のある・したい生活行為」を再び行えるようにする生活行為向上のための支援のあり方を提案することとしました。

○ 自立と自立に必要な支援

自立とは、自ら自分で行う力を指します。特に高齢者では、「私のしたいこと」を自身が決めること、実行することが大切です。そのことで高齢者は有能感や達成感を得ることができます。有能感や達成感を得た高齢者は、主体的に生活を送ることができます。主体的に生活できる高齢者は、老化や障害を持ちながらも心身ともに充実した生活を送ることができます。そして、さらに新しい「私のしたいこと」を増やすために色々なことへチャレンジしたいといった意欲が生まれるきっかけになります。

私たちができる自立に必要な支援で、最も重要なことは高齢者自身の「持っている力＝できる力」の見極めと、できる力を伸ばし、発揮できるよう支援する「見守る力」が大切です。「できる力」の見極めを得意とする作業療法士と「見守る力」を得意とする介護福祉士がチームを組むことで高齢者の自立生活を効率的・効果的に支援することができると考えています。

○ 生活行為向上マネジメントの紹介

平成22年度、一般社団法人作業療法士協会では、高齢者が継続したいと思っている365日24時間の生活行為に焦点を当てた支援方法として「生活行為向上マネジメント」を開発しました。

生活行為向上マネジメントは、高齢者が生活をする上で困っている、または、問題を感じている事柄（する必要があるのにできていないこと、なんとかやっているがあまりうまくできていないことなど）で、やってみたい、もっとうまくできるようになりたいと思う生活行為を再びできるように支援するための支援方法です。作業療法の技術の一部を分析し、シートに思考の流れをわかりやすい形で落とし込んであります。

シートは図1のように対象者の目標とする生活行為を理解するための「作業聞き取りシート」、生活行為の目標を達成するために、それを阻害している要因をICFに基づき、アセスメントする「生活行為アセスメント表」筋力や立ち座り動作などの「基本練習」や生活行為そのものの練習「応用練習」、実際の生活場面での練習「社会適応練習」と段階付けて練習するプログラムを立案する「生活行為向上プラン表」で構成されています。

また、生活行為の継続した支援が行われるように、連携のツールとして活用する表1の「生活行為申し送り表」があります。

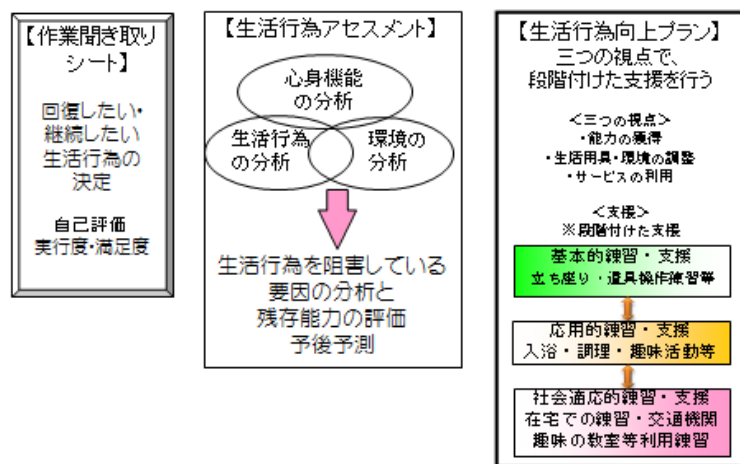


図1 生活行為向上マネジメント

表 1 生活行為申し送り表

平成 年 月 日作成

氏名 _____ 様について、健康や生活行為を維持するため、下記のとおり指導いたしました。引き続き継続できるよう日常生活の中で頑張ってみましょう。

【元気な時の生活状態】					【今回入院きっかけ】 □徐々に生活機能が低下 □発症（脳梗塞） □その他（ ）	【ご本人の困っている・ できるようになりたいこと】
【現在の生活状況】（本人の能力を記載する） ※該当箇所にしをつける					【リハビリテーション治療における 作業療法の目的と内容】	
ADL 項目	して いる	でき る	改善 見込み 有	支援が 必要	特記事項	
食べる・飲む	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
移乗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
整容	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
トイレ行為	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
階段昇降	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
屋内移動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
屋外移動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
交通機関利用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	【日常生活の主な過ごし方】	
買い物	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
食事の準備	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
掃除	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
洗濯	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
整理・ゴミだし	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
お金の管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
電話をかける	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
【アセスメントまとめと解決すべき課題】						
【継続するとよい支援内容またはプログラム】						

表2 介護支援専門員と作業療法士が共通で持つとよいアセスメント項目

モデル名	確認すべきアセスメント項目	視点と理由の例
心身機能	共通	<p>転倒後、移動に不安を感じ、行動範囲を制限するリスクが予測できる 転倒場所を把握することで、再転倒を予防する環境のリスクを予測できる 関節の変形がみられた場合、痛みのリスクと起居や移動の困難さが予測できる 麻痺や筋肉のやせ、筋力の低下から起居などの生活行為の困難さの予測ができる 不整脈や呼吸数から、生活行為の耐久性を予測できる。認知症では抗利尿剤の服用の有無で夜間せん妄などのリスクを予測できる。むくみは心疾患などのリスクや転倒のリスクを予測できる 夜間の排尿回数は不眠や摂水制限、尿閉などのリスクを予測できる 一週間便秘は認知症の方の場合不穏や体調不良の原因となる。 下痢は脱水のリスクとなる</p> <p>記憶や見当識などの低下の有無から、生活の支障のリスクを把握する</p>
	脳卒中と廃用	<p>むせの有無を把握し、肺炎などのリスクを予測する 構音障害など会話のしづらさを予測する</p>
	認知症 廃用	<p>視力障害、難聴による生活の支障のリスクを予測できる 低栄養を把握し、認知機能や体力の低下のリスクを予測する 一日の水分摂取量から脱水を把握し、認知機能の低下のリスクを予測する</p>
	脳卒中 認知症	<p>ぼーとしているまたはつじつまの合わないことを言うなど意識機能の低下は疾患や全身状態の悪化のリスクを把握できる 失行症状を把握することで、様々な生活行為の支障を理解することができる 会話やコミュニケーションの支障を予測できる</p>
	認知症	<p>睡眠の低下は意識機能低下による不穏や家族の介護負担を予測できる 睡眠薬の利用は、転倒のリスクを予測できる いつもの状態に比較して、落ち着きがない、攻撃的、眠らないなどの気分が高い、何もしたくない、落ち込んでいるなどの抑うつなど、気分の変動による精神行動障害から、受診のタイミングを予測できる</p>
活動と参加	共通	<p>□している 実行状況」 □している していないにかかわらず、できる 能力の状況」 □したい 実施の希望」 □する必要がある 必要性」 などの視点で把握する。 そのことで、できる限り生活行為に積極的に参加を図り、活動的な生活を送ることは廃用症候群を防止し、高齢者自身が自己有効感を感じることができる。 要介護状態になることを防止するためにも役割や余暇活動などでできること、したいことを少しでも行い、積極的な生活を送ることが求められる。 人は生活行為を自分らしい方法でできることで元氣だと思えることができる。</p>
	脳卒中 廃用	<p>□公共交通機関の利用 □車の運転</p>
環境因子	共通	<p>在宅生活を送る上で家族との交流や関係は重要である。関係によって家族の介護負担感も変わる。また、孤立状況の把握はうつや閉じこもりのリスクを予測できる 利用の有無または必要性の有無を把握する 適切な支援をうけているのかなどを把握する 転倒のリスクやさまざまな事故のリスクを予測する 生活行為の支障の有無から、用具の必要性などを予測する 外出先や利用できる社会資源を把握することで、参加に関する生活の支障を予測する 生活行為を容易にするための生活用具の工夫の必要性の有無を把握する 趣味や役割を継続できる地域の社会資源やアクセス、家庭環境を把握する</p>
	脳卒中 廃用	<p>□経済 就労の可能性と支援の必要性の有無を把握する</p>

平成 24 年度老人保健健康増進等事業の取り組み

ケアマネジメントにおける利用者の生活行為向上の支援の推進を図るため、ケアプラン作成時点における介護支援専門員と作業療法士との効果的な連携のあり方について、医療機関から退院する脳卒中者を対象とする「脳卒中モデル」、在宅で老化などにより虚弱となった高齢者を対象とする「廃用モデル」、認知症を対象とする「認知症モデル」の3つの連携モデルで取り組みました。

その結果、介護支援専門員と作業療法士との連携について、3つのモデルに共通して以下のような効果が認められました。

○（特に ADL/IADL の改善見通しや環境因子に関する）アセスメントの質の向上

作業療法士が作成・提供する「退院時リハビリテーション指導書」により、介護支援専門員が、利用者の ADL/IADL の改善見通しを掴み、それを実現するための具体的なケア内容を捉えやすくなります。また、そのことにより介護支援専門員が自立支援型のケアプランを作成しやすくなります。また、作業療法士が介護支援専門員と利用者宅を同行訪問することにより、環境因子に関わるアセスメントが具体的に実施されやすくなります。

○ 利用者・家族の合意形成の促進

専門職である作業療法士が同行訪問等の機会に利用者・家族に対して生活行為向上のための具体的な作業を提案・説明することにより、介護支援専門員が単独で説明するよりも具体的・専門的な説明が可能となり、利用者・家族がその内容に納得しケアプランの合意形成が図りやすくなります。

○ 個別サービスの質の向上

作業療法士がサービス担当者会議に出席したり、「退院時リハビリテーション指導書」を提供したりすることにより、通所介護や訪問介護の介護職が利用者に対するケアの意味の理解が深まり、支援内容が改善することにより、個別サービスの質が高まりやすくなります。

効果的な連携の実現に向けた提案

(1) 作業療法士と介護支援専門員との効果的連携方法

図2のように「退院前訪問」実施時、医療機関の作業療法士が退院後の生活を予測し、介護の必要な患者については介護支援専門員と自立の患者については地域包括支援センターと同行訪問を行い、地域社会資源の活用についても検討できるとよいです。併せて、サービス担当者会議が本人と家族を交え開催できることで支援方針を共有でき、効果的でした。

また、連携の場に参加できなかった場合でも、今回の研究では「退院時リハビリテーション指導書（生活行為申し送り表）」で本人のできる ADL/IADL のアセスメント情報や具体的なプログラムは、介護支援専門員がケアプランを立案する上でとても参考になったという意見をいただきました。申し送りによる連携も有効でした。

(2) 介護支援専門員への情報提供のフロー

作業療法士が把握した予後予測や生活行為の目標（解決すべき生活課題）、具体的解決方法（サービス内容）がケアプランを立案する際、参考になったとの意見が多かったです。作業療法士と介護支援専門員との効果的連携を推進するため、退院時リハビリテーション指導書を活用したケアプランへの反映方法を図3

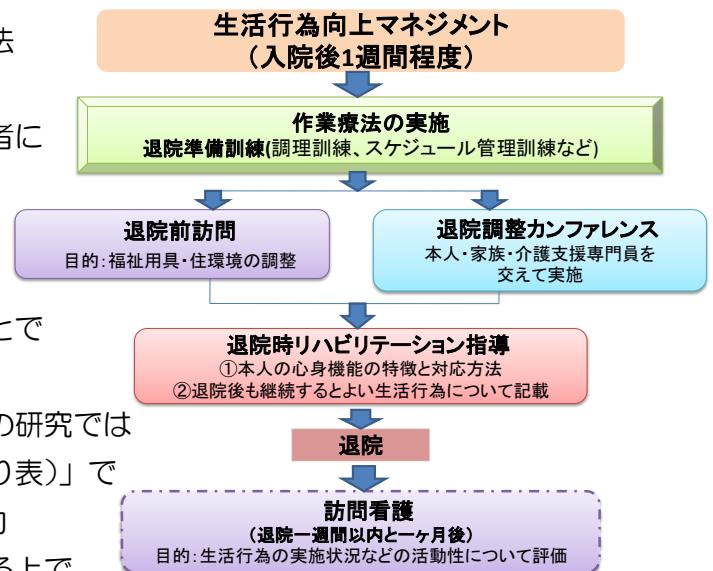


図2 退院に向けた支援の流れ

のとおり提案します。

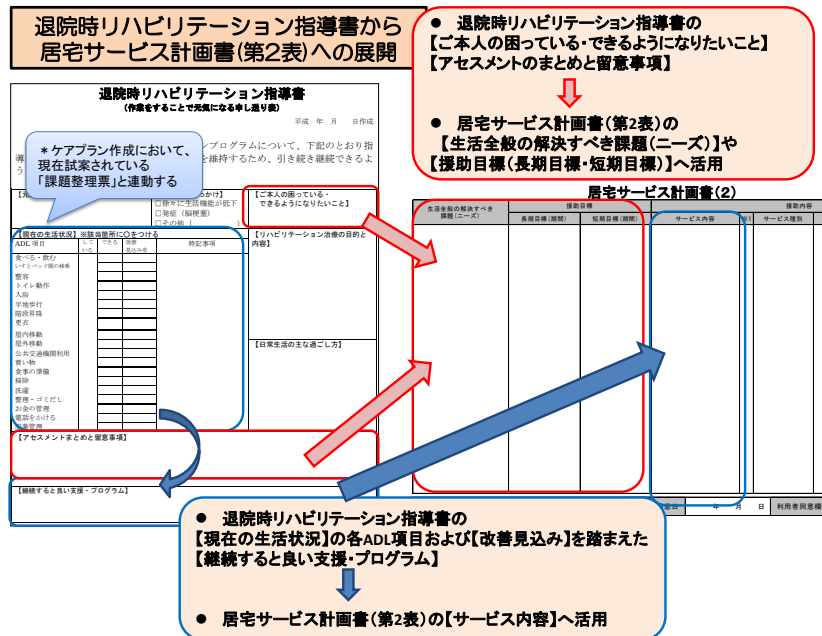


図3 介護支援専門員への情報提供のフロー

(3) 介護支援専門員と作業療法士が共通で持つとよいアセスメント項目

介護支援専門員と作業療法士との連携に限らず、多職種連携においては、その職種間で共通の視点を持つことが重要です。介護支援専門員と作業療法士との連携の効果は、特にケアプランの作成時におけるアセスメントにおいて見られることから、両職種間で共通のアセスメントの視点を持つことが有効と考えます。

そこで、本研究で実施した3つの各モデルにおける介護支援専門員との連携を通して、対象者の自立した生活行為を維持するために介護支援専門員に支援をする上で押さえておいてほしい項目を表2のとおり整理しました。

(4) 作業療法士の地域ケア会議への積極的な参画

現在、地域包括ケアの核を担う機能として地域ケア会議の開催が取り上げられています。作業聞き取りシートは介護ニーズ以外の高齢者が大切にしているまたはしたいと思っている生活行為のニーズを把握することができます。また、余暇活動を含む幅広いニーズを把握することができます。

生活行為向上マネジメントができる作業療法士が地域ケア会議に参画することは、介護支援専門員のアセスメントやプラン作成の支援や、個別ケアを提供する通所介護や訪問介護等のサービス提供事業者の質の向上に貢献できるものと考えます。

しかし、今はまだ作業療法士の全てが生活行為向上マネジメントに慣れているわけではない現状があります。今後、地域ケア会議に参加し、ケアプランを読み込み適切に助言指導できる人材の育成が急務であり、日本作業療法士協会も、職域団体として、各地域に地域包括ケアシステムの構築に貢献できる作業療法士を輩出できるよう、生活行為向上マネジメントのスペシャリストを養成できるシステムに取り組んでいます。

**平成24年度老人保健健康増進等事業
生活行為向上の支援における介護支援専門員と
作業療法士との連携効果の検証事業
2013年3月**

発行：一般社団法人 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