

平成25年度老人保健健康増進等事業
医療から介護保険まで一貫した
生活行為の自立支援に向けた
リハビリテーションの効果と質に関する評価研究事業
報告書Ⅱ

第四章 生活行為向上マネジメントの質の評価方法の開発と

質の向上の在り方検討事業

資料：生活行為向上マネジメント事例集

第四章 生活行為向上マネジメントの質の評価方法の開発と質の向上の在り方検討事業

I. 生活行為向上マネジメントの紹介

生活行為向上マネジメントは、老人保健健康増進等事業を通して、地域包括ケアの推進に貢献できる作業療法的手法の一つとして、人の生活行為¹に焦点をあて、その課題解決のために開発されたマネジメントツールである。

生活行為向上マネジメントは、個々人の「したい」「望む」生活行為の24時間、365日の連続から構成される生活に焦点をあて、病気や老化などの様々な要因によって障害されたその生活行為の連続を、再び取り戻すために生活機能の視点からマネジメントする手法である。

生活行為向上マネジメントツールは、

- ①個々人の「したい」「望む」生活行為を把握するための「生活行為聞き取りシート（資料1）」と「興味関心チェックシート（資料2）」、
 - ②したい生活行為の実現のために、24時間365日の生活を客観的に把握、優先順位をつけるとともにそれを予後予測し、適切に課題分析をするとともに、人生・在宅生活をイメージし、心身機能の回復などの基本練習や活動と参加の回復のための応用練習、環境に対するアプローチである社会適応練習など各練習を段階づけ計画する「生活行為向上マネジメントシート（資料3）」、
- の三枚のシートから成り立っている。
- ③さらに、他機関・他職種への申し送りを行うための「生活行為申し送り表（資料4）」がある。

II. 生活行為向上マネジメントの質の評価方法の開発

1. 背景

2025年へ向けて、高齢者が尊厳を保ちながら、住み慣れた地域で自立した生活をおくることができるよう、医療、介護、予防、住まい及び生活支援サービスが、日常生活の場で切れ目なく提供できる地域での体制（地域包括ケアシステム）づくりが急務となっている。これを実現するためには、①専門多職種の協働のもと、公的サービスのみならず他の社会資源も積極的に活用しながら、高齢者個人の課題分析と在宅生活の限界点を上げるための支援の充実に向けた検討を行い、これらの個別ケースの検討の積み重ねを通じて、高齢者の自立支援に資するケアマネジメントを地域全体に普及することにより、地域で高齢者を支えるネットワークを強化するとともに、②高齢者の自立を支援するための具体的な地域課題やニーズを行政に吸い上げ、社会基盤整備につなげる必要があり、その一つの手法が地域ケア会議である。

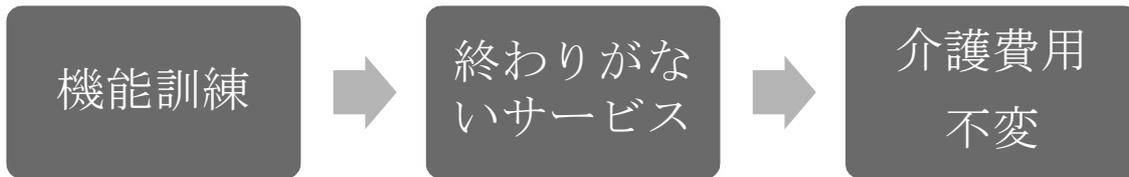
我々は、これまで急性期、回復期の医療機関、老人保健施設、通所リハビリテーション、訪問介護・通所介護・介護支援専門員との連携とさまざまな領域で高齢者の生活行為に焦点を当てた「生活行為向上マネジメント」を実践してきた。その結果、高齢者自身の満足度をはじめ、ADL、IADL、QOLの自立が図られる等の介入効果を確認した。しかし、介入する作業療法士のマネジメントの質には改善の余地があり、多くは自己の実践をプランニングできるレベルに留まっていた。地域ケア会議に参画し、地域包括ケアシステムに資する人材の育成が喫緊の課題となっている状況を鑑みると、マネジメントの質を高め、多職種協働や地域づくりにまで踏み込んでオーガナイズできるレベルの作業療法士を増やしていく必要がある。

そこで、生活行為向上マネジメントの質の評価方法の開発と質の向上の在り方検討事業（本事業）では、「生活行為向上マネジメント」の質の評価と教育に資する様式（課題分析モニタリング表）を作成し、それと研修を組み合わせてマネジメントの質を向上させるための教育を行い、また事例報告システムを利用して教育効果を評価する試みを行った。

2. 質を評価するための「課題分析モニタリング表（資料5）」の開発

生活行為向上マネジメントは、対象者個々の「したい」・「望む」生活行為の把握からはじめて、それを阻害している要因を分析し、それがよりできるように支援するものである。それゆえ、機能訓練のように介護費用の削減に寄与しない終わりなきサービスとは一線を画すものであると考えられていた。

¹生活行為とは生活動作の完結までの一連の流れをいう

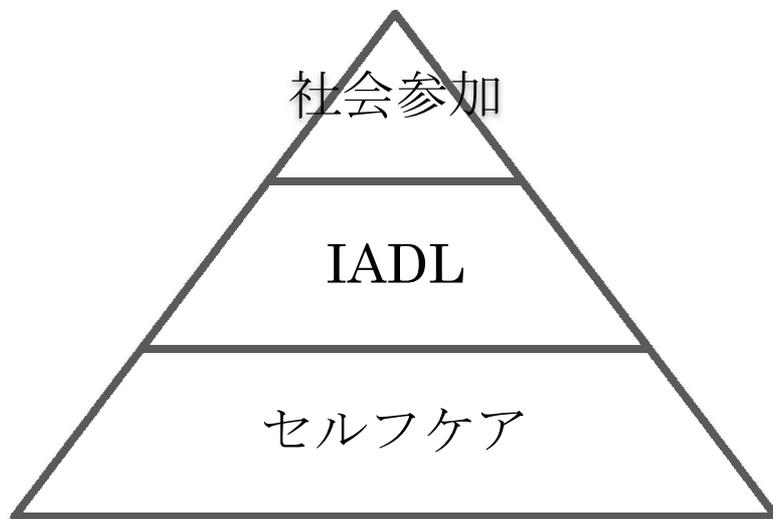


しかしながら、生活行為向上マネジメントの使用も、対象者の 24 時間の生活行為を顧みず、対象者の望む生活行為にのみ特化してサービスを展開した場合、要介護状態は不変であり、地域包括ケアシステムへの貢献が制限されることが明らかになってきた。



そこで、アセスメントにおいて、対象者の望む生活行為に関係した要因のみに目をむけるのではなく、改善の余地のある ADL や IADL も見落とさないように誘導するツールがマネジメントの質の向上には必要と考え、外部委員も参加して課題分析モニタリング表の作成をおこなった。

本表の活用により、生活行為向上マネジメントを地域包括ケアシステムにおける自立支援に資するツールに拡張可能と考えられた。この場合、生活行為向上マネジメントは対象者の望む生活行為から解決を図るというトップダウンアプローチの全体像を有しながらも、活動と参加領域では、ADL や IADL が作業参加の基礎をなすというボトムアップ的な考え方も内包することになった。



3.課題分析モニタリング表を用いた事例研究と事例登録

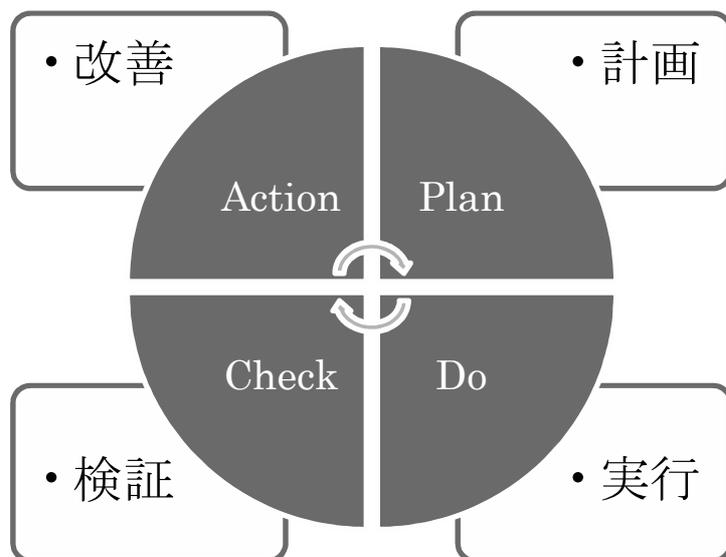
各都道府県からの研究協力者に対する研修と事例提出に関する説明会（資料6）を実施した。参加者は、各都道府県より推薦の研究協力者 91 名＋自費参加者 10 名、研究員 23 名であった。そして、介入を経て、研究協力者 77 名、自費参加者 5 名、研究員 19 名から計 199 事例が集積された。

4.事例審査方法の開発と審査

1) 方法

まず、事例審査員である研究員 22 名が 4 回に分けて和光市地域ケア（コミュニティケア）会議に参加した。見学だけではなく、各回の代表 1 名は外部講師として会議で意見を述べることもできた。この機会をとおして、地域ケア会議における作業療法士の役割を深く考察すること（資料 7）ができ、事例審査の理念的構えが形成されたと考えられた。

次に、外部審査員を交えて、審査基準案づくりと事例審査を繰り返し、審査表を完成させた（資料 8）。本審査表は、PDCA サイクル（マネジメントサイクル）の考えに基づいて構成されている。P:Plan（計画）は、課題分析に基づいて課題解決目標と実行計画を策定するプロセスである。本審査表では、第一段階から第五段階にあたる。D:Do（実行）は計画実行。C:Check（検証）は、目標達成度の確認またはアウトカム指標の再評価プロセスである。本審査表では、第六段階にあたる。A:Action（改善）は、目標達成に至らなかった原因を検討して、実行計画の見直しを図るプロセスである。本審査表では、第七段階にあたる。



次に、審査表を活用して、審査員（研究員）5 人 1 組の合議制で事例審査を実施し、事例登録システムを用いて結果を事例執筆者（研究協力者）へフィードバックした。

2) 結果

審査結果は、おおまかに、A：合格、B：修正合格、C：大幅修正が必要、D：別事例での再提出に分類された。事例執筆者（研究協力者）のうち、2 事例合格 14 名、1 事例合格 45 名、それ以外 42 名であった。2 事例合格の 14 名のうち、研究員を除いた 10 名に外部有識者審査へのエントリーを案内した。

5. 外部有識者による事例プレゼンテーション評価

1) 方法

まず、事例登録時に使用した事例審査表を簡略化するとともにプレゼンテーション能力を評価する項目を加えて、「外部審査評定票(資料9)」を作成した。

次に外部審査会を開催した。事例報告者に、以下の手順でプレゼンテーションを実施させた。

- ①基本情報より事例の概要
- ②本人・家族の意向
- ③課題分析モニタリング表より課題分析課程の説明
- ④マネジメント表より介入計画と介入経過
- ⑤課題分析モニタリング表より結果と考察

一般社団法人介護支援専門員協会	鷺見よしみ
和光市保健福祉部	東内京一
社会保障・人口問題研究所企画部	川越雅弘
(株)ケアプラネット	葉山靖明

プレゼンテーション後に、外部審査員は発表者との質疑応答をおこなった後、外部審査評定票を用いて審査を実施した。外部審査員は、表のとおりであった。鷺見はケアマネジメントの専門家、東内は行政マネジメントの専門家、川越はケアマネジメントの研究者、葉山は障害当事者であり、審査の妥当性は担保されていると思われる。

2) 結果

10人全員合格と認められた。平成26年1月31日付のシルバー新報にこの時の模様が掲載された(資料10)。なお、この10人に、研究員の中で事例提出・合格した15名を加えた25名を生活行為向上マネジメント熟練者として名簿登録した。熟練者の勤務する都道府県及び施設名を資料11に示す。

3) 考察

外部審査の過程を通じて認識・考察したことを以下にまとめる。

- (1) 地域ケア会議の場面では、個々の事例についての生活行為向上マネジメントにとどまらず、作業療法士として医療介護連携の中でのマネジメントの視点を持つ必要がある。またその能力を培って力を発揮しなければならない。在宅生活をどう支援するかの具体的な助言が求められるからである。つまり、チームの一員ではあるが、これから作業療法士はそのチームをマネジメントできるくらい力を持つ必要があるということ。
- (2) マネジメントの際には、当事者だけではなく当事者家族に与える影響や、関係職種との連携についても目を配らなければならない。家族の生活スタイル、方法、価値観なども大きくケアに影響する。どうしても対象者中心になりがちだが、継続的で将来を見越したマネジメント、他職種による具体的な支援内容も提案できるようなマネジメントが重要である。具体的な協業を通して、介護支援専門員に作業療法士が必要な職種だと認めてもらわないといけない。
- (3) マネジメントに際して、対象者がどう生活していくのかを具体的にイメージできることが重要である。また、マネジメントの目標に対するアウトカムを明確に示すことも重要である。対象者とともに合意した目標が達成されることだけではなく、24時間365日の対象者の生活にどう影響するのについても想像できないといけない。マネジメントをすることで対象者の生活が変わらないと、地域包括ケアシステムに資するマネジメントとはいえない。
- (4) 生活行為あるいは作業が対象者にとってどのような意味を持つかを重視しなければならない。そのためには、個人因子に関する情報を得ることが重要となる。作業療法らしさを打ち出す必要があるということ。Living、Life、Spiritualのどの局面に焦点をあわせたマネジメントなのかをたえず意識すべきである。
- (5) 高次脳機能障害や認知症に対応するサービスが確立していないので、作業や生活行為を通しての具体的な介入例を示す必要がある。
- (6) 予防期から終末期までのどの時期に、どういった対象者に生活行為向上マネジメントが力をもっとも発揮するかということを考えておく必要がある。また、どの時期に関わるか、あるいはどういった制度下に関わるかにより、マネジメントで重視することや、知っておいておかなければいけないことの割合も変わると考えられる。

Ⅲ. 事例供覧

外部審査会プロセスを対象に事例審査がどのようにおこなわれたかを示す。順番は、①登録事例本文、②質疑応答のダイアログ、③審査員の審査評定票のコメント、④外部審査を受けて修正加筆した部分とする。なお、事例の詳細は事例集をご参照いただきたい。

1. 登録事例本文

趣味活動、家事活動を通して生活を再構築した事例

1) 報告の目的

今回、在宅生活を送る独居高齢者を対象に生活行為向上マネジメントを活用したアプローチを実施した。9年前に脳梗塞を発症し夫婦2人暮らしをしていたが、半年前に妻と死別し、それ以降不活発な生活となっていた。作業療法士とともに活動を経験することで、以前から行っていた「電車で旅行し写真を撮る」という活動を再開できるようになった。対象者の意味のある作業を獲得することで生活に変化がみられたので、経過を報告する。

2) 事例紹介

A氏60歳代半ば男性、脳梗塞右片麻痺。要支援1、寝たきり度A1、認知症自立度は正常。9年前に脳梗塞発症し、救急搬送。発症2週間後に回復期病院転院。4ヶ月の治療を経て自宅復帰となる。退院時、独歩自立レベル、右上肢は補助手レベル、ADLは自立しており、妻との2人暮らしで特に介助を要することなく生活していた。また趣味である「電車での旅行、写真を撮ること」を妻と楽しみながら過ごしていた。しかし、半年前に妻と死別し、それから外出の頻度が減少し、自宅内で閉じこもりがちな生活であり、家事全般は配食サービスや訪問介護を利用していた。A氏の担当であるB町の地域包括支援センターの担当ケアマネジャーより相談を受け、C地区の在宅リハビリテーション広域支援センターの相談事業の一環で、今回、生活行為向上マネジメントを導入し、アプローチを実施した。

3) 作業療法評価

作業目標の聞き取りでは「電車で旅行したい。一眼レフカメラで写真を撮りたい」との希望が聞かれた。心身機能面の状態は、右片麻痺（Brunnstrom Stage 上肢・手指4、下肢5）、補助手レベル。強みは利き手交換にて左上肢主体での片手動作可能、認知面、精神面問題なし、元々は活発な性格などが挙げられた。右上肢は使い方次第で補助手にもなり得ることが予測されたが、一眼レフカメラは重量もあり、両手での巧緻性を求められるため、現状の機能では困難な作業と予測された。

活動参加面では、片手動作を余儀なくされているが、強みは左上肢主体でのセルフケアは全自立。また洗濯や簡単な料理などは片手で遂行可能であったが、訪問介護に任せている状態であった。移動は、屋内外ともに独歩自立であったが、外出頻度の減少により耐久性、体力の低下を認めた。以前は5km程度の連続歩行可能であったが、現在は1km程度で疲労感を訴える。年齢や以前の体力も考慮したうえで、全身耐久性も活動量が増える事で向上することが予測できた。

環境面では、趣味活動を行う仲間がいない。強みは、近隣にスーパーや駅が近い事（1km圏内にある）があり、歩行能力向上とともに、A氏の生活に必要な場所への外出が可能と予測できた。

以上の評価より、「D会社主催のウォーキングに電車にて参加し、デジカメで写真を撮る」という目標を設定した。開始時の実行度1、満足度1であった。

4) 介入の基本方針

電車で旅行をする、デジカメで写真を撮ることが実現できるようになり、閉じこもりがちな不活発な生活からの脱却を図りたい。また、家事動作に関しては能力もあり、作業聞き取りの中のA氏の「味噌汁ぐらいは自分で作れば」という意見からも、自宅内ADL以外の活動を見直し、家事等も一部行えるようになるという方針で、基本・応用・社会適応プログラムを実施していく。

5) 作業療法実施計画

IADL 面の低下予防が重要。屋外歩行や外出に関しては、妻死別後に外出頻度が減少したことや、人的環境も乏しいことが要因であると考えた。また家事動作に関しては、これまでは妻が家事は担っており、片手での家事活動の経験不足や、片手動作での困難さもある。片手での家事活動の要領を得ていないことや、工夫次第では両手動作での洗濯なども可能になるが、その指導もなされていないことが大きな要因として考えられる。

それらの要因を踏まえ、作業療法実施計画を考えた。基本的プログラムとして、OT と共にリュックサックを背負っての屋外歩行訓練（不整地や階段昇降も含め）、左上肢主体でのデジカメ操作訓練を実施し、その後本人の自己訓練へと移行する。また洗濯や簡単な調理（味噌汁作り）訓練を行い、右上肢の補助手での作業訓練を実施する。

応用的プログラムでは、屋外歩行の安全性が確認できれば、実際に電車を使っての移動訓練と近隣にあるスーパーでの買い物訓練を OT と共に実施する。買い物訓練にて自立を確認できれば、歩行の耐久性向上を目的に本人 1 人で自己訓練として買い物に歩行で週 3 回程度行くことを計画する。

社会適応プログラムでは、実際に D 会社主催のウォーキングに申し込み、参加する。初回は OT とともに参加し、その中で動作確認、デジカメでの写真撮影訓練も行うこととした。ウォーキング体験後は写真を現像し、振り返りを行うこととした。

6) 介入経過

生活行為向上マネジメントシートにて合意した「D 会社主催のウォーキングに参加し、デジカメで写真を撮る」という目標の達成のため、まずは具体的に参加する日程を検討した。初期評価、予後予測の結果、2 ヶ月で目標達成できる機能・能力を有していると判断し、また 2 ヶ月後に近隣の E 市で開催されるウォーキングがあることが判明したため、2 ヶ月後に参加する事を定めた。その目標に向けて、週に 1 回、1 時間程度の頻度で開始した。まずは体力向上、屋外歩行能力確認も含め、荷物を持っての屋外歩行訓練を実施。初回は体力の低下もあり、思うように連続した歩行は困難であったが、介入から 2 週間程度で自己訓練（自宅周囲の散歩）の効果もあり、連続して 2~3km 程度の歩行を獲得した。また、それに合わせて、自宅内で左手でのデジカメ操作、上下反転させてカメラを操作する事や、座位や立位にて洗濯物を右上肢を補助手として使用しながらの作業や味噌汁作りなども併せて指導した。

1 ヶ月後には屋外歩行は耐久性、安全性ともに実用的となり、近隣のスーパーに OT とともに味噌汁の具などを買いに行く訓練も導入し、また電車の利用も行い、安全を確認できた。A 氏も目標を明確に持てたことや徐々に体力も向上してきたことで、意欲的に活動に取り組めるように変化してきた。

導入から 2 ヶ月後には、実際に電車にて集合場所まで移動し、OT とともにウォーキングに参加した。5km 程度のコースを 2 時間程度かけて散策し、その際、デジカメで花の写真を撮るなどした。参加後は自宅にて撮影した写真をパソコンにて現像したが、「撮り方が下手になっている。次はもっと上手く撮るぞ」など、またチャレンジする言葉も聞かれた。普段の生活においても、洗濯やご飯や味噌汁程度であれば自分で用意するようになり生活全般の質的变化を認めた。

7) 結果

A 氏との合意した目標「D 会社主催のウォーキングに参加し、デジカメで写真を撮る」は 1 回の経験ではあるが、ほぼ達成された。自己評価における実行度は 8 となり、満足度は 5 となった。満足度に関しては、まだ写真が上手く撮影できなかったことから A 氏の自己評価は低い結果となっている。また、合意目標に加えて、家事活動などの IADL への関わりを通して、片手主体での動作指導、また洗濯や調理に関しても麻痺側上肢を補助手として使用する指導も行った結果、洗濯や簡単な調理も行えるきっかけはできた。食事の用意や片づけ、洗濯においても評価上の点数としての変化はないが、質的な変化は大きくあったと考える。評価結果としては、BI は初期同様に 100 点、家事活動への参加や屋外での活動も増えたことから老研式活動能力指標は 7 点から 8 点、FAI は 14 点から 23 点へと点数が向上した。HUI に関しては大きく変化はないが、歩行や全体的健康状態で改善がみられた。

また、ウォーキングに参加した翌日に担当ケアマネジャーに電話を入れ「久しぶりに楽しかった。」と満足した様子を伝えていたとの事であった。

8) 考察

今回はA氏の担当である地域包括支援センターの担当ケアマネジャーより相談を受け、C地区在宅リハビリテーション広域支援センターの相談事業の一環で、地域包括支援センターと連携し、在宅で生活する独居高齢者を対象に生活行為向上マネジメントを活用したアプローチを実施した。

A氏の生活が不活発になっている経緯としては妻との死別にあった。これまでは夫婦で旅行に出かけたり、妻の協力のもと一眼レフカメラで写真撮影をしていたり、共通の趣味として行っていたことがA氏の話から伺えた。もともと社交的で外出も多い活発な生活を送っていたA氏にとっては作業に取り組む何かしらのきっかけが必要であったと考える。そのきっかけとして生活行為向上マネジメントにおける合意目標や作業療法の介入が大きな意味を持ったと考える。

また生活行為アセスメントシートでは、A氏の生活行為を妨げる要因のみではなく、強みの部分を共有できたことが、本来気づきにくい対象者自身の当たり前でできていること、それが強みであり、対象者自身も健康な部分が十分にあるという認識を持つことができたとも考える。A氏の今後の課題としては、このような活動を継続、共感できる仲間作りが必要となる。地域の社会資源から模索し必要な人的環境整備を行う必要がある。

A氏のように脳梗塞の既往はあるものの、ADLには問題がない対象者や、また予防期にある対象者に対して、趣味活動やIADL活動の経験を通して関わることが、将来的なADL低下予防、ひいては生活全体の活性化に繋がると考える。今後も本ツールを活用し、対象者にとって価値があり、意味を持つ作業に焦点をあてたアプローチを展開したい。

9) 文献

吉川ひろみ：「作業」って何だろう 作業科学入門、医歯薬出版株式会社、2008

2. 質疑応答のダイアログ

事例報告者K氏と外部審査員とのやりとりを以下に記載する。

川越委員：広域支援センターは継続的な関わりはできますか。

K氏：専門学校が相談支援業務として関わっているため、月に1回の頻度で継続可能です。

川越委員：仲間やネットワークができて能動的に活動ができるようになれば終了でもいいケースだと思います。

K氏：まだそこまでのレベルにはいっていません。

村井研究員：ヘルパーの支援内容を教えてください。

K氏：右上肢の麻痺のため、トイレの届かない部分の掃除と風呂掃除です。ヘルパーには見守りを依頼していますが、「やらないといけない」と思っているようです。

鷺見委員：ヘルパーに見守りの必要性を説明するべきだと思います。

東内委員：危険察知をして、行為のどの部分を見守るのかを明確にして伝える必要があると思います。それを個別援助計画に入れていく必要があります。このケースの場合は、卒業が近いので、広域支援センターと訪問リハが月1回連携してフォローしていくのか、地域支援事業に移行するのかななどを検討して、今後の再発予防や閉じこもり予防を落とし込んでいくことが重要だと思います。元職場のネットワークや友人とのネットワークも確認し、社会福祉協議会のおたすけサービスを利用することも検討してみると思います。66歳という年齢を考慮すれば就労よりも趣味を重視する視点でいいですね。

鷺見委員：ケアマネジャーの目標が「自宅内で安全に生活する」とあり、OTの目標との乖離がありますが、この目標を立てたのは地域包括支援センターのケアマネジャーですか。

K氏：はい。当初のケアマネジャーの目標でしたので、現在はすり合わせを行って変わってきています。

鷺見委員：年金は厚生年金か国民年金かを教えてください。

K氏：厚生年金です。

葉山委員：今回の対象者は効果が出やすいケースだと思います。

鷺見委員：もう少し先のことを見据えてプランを立ててもいいと思います。

東内委員：家族のことや終の棲家のこととも考える必要があると思います。権利擁護のことも含めて、OTがジェネラルマネジャーの役割をしてもいいと思います。

川越委員：このような事例から、地域ケア会議の場で地域の問題点を抽出して、課題を提案すると思います。事業中は良くなるが、事業が終了すると悪くなるケースもあります。

葉山委員：カメラで何の写真をとっていましたか。

K氏：主に風景です。本人が撮り鉄だったこともあり、駅に行って電車を撮ることもありました。

葉山委員：そういった人間臭さの部分を報告の中に入れて欲しいと思います。OT がケア会議で本人の人となり伝えることが重要だと思います。

村井研究員：生活歴の中に、そういった個人因子を追加してください。

東内委員：このケースは若い方ですので、趣味を重視するとしても可能性を追求して欲しいと思います。保育園の写真撮影などのボランティアやシルバー人材センターと連携するなど、地域事業と絡めていくと、地域の課題解決にもなります。

葉山委員：リビングなのかライフなのかが大事ですね。

鷲見委員：キーパーソンが不在となっていますが、本人のことを心配してくれる人はいるのではないのでしょうか。キーパーソンの把握は重要だと思います。生活歴の部分に、学歴や職歴を記入していますが、妻とのエピソードなど人生の流れを記載する方が重要だと思います。

川越委員：支援に繋がる部分の情報が重要です。

村井研究員：8回の訪問でここまで改善したことも記入してください。

3. 審査員の審査評定票のコメント

1) A 評価者

総合評価は「大変よい」であった。コメントとして、「広域支援センターの機能として、ヘルパーの方に見守り方、自立型ケアのあり方などを（研修の企画なども含めて）きちんと指導していくことが重要だと思います。この様な事例をベースに地域資源のあり方や整備推進にも貢献していくべきでは」と記載。

2) B 評価者

総合評価は「普通」であった。コメントとして、「介護保険卒業後を考える。介護保険（訪問介護）の役割がない。短期・長期目標の記載なし」と記載。

3) C 評価者

総合評価は「よい」であった。コメントはなかった。

4. 外部審査を受けて修正加筆された部分

今回の審査を終えて、事例報告者に修正・加筆を求めた。本事例において、課題分析モニタリング表の考察になされた加筆・修正部分は以下の下線部である。

（修正前）

今回、生活行為向上マネジメントを活用し、本人との合意した目標でもある「電車で旅行し、デジカメで写真撮影を撮影する」を本筋としてアプローチを行った。その結果、屋外歩行や外出の頻度は増加できた。また家事動作に関しても、片手主体での動作指導、また洗濯や調理に関しても麻痺側上肢を補助手として使用する指導も行い、全てではなく、また毎日ではないが、洗濯や簡単な調理も行えるきっかけはできた。食事の用意や片づけ、洗濯においても評価上の点数としての変化はないが、質的な変化は大きくあると考える。維持期また予防期にある対象者に対して趣味活動や IADL 活動を通したアプローチを展開することが、将来的な ADL 低下の予防、ひいては生活全体の活性化に繋がると考える。

（修正後）

今回、生活行為向上マネジメントを活用し本人との合意した目標でもある「電車で旅行し、デジカメで写真撮影する。朝食作りや洗濯ができる」を本筋としてアプローチを行った。2ヶ月間、8回の訪問の結果、ウォーキングに参加し写真撮影ができた。また家事活動に関しても、片手主体での動作指導、また洗濯や調理に関しても麻痺側上肢を補助手として使用する指導も行い、洗濯や簡単な調理も行えるようになった。またヘルパーへの家事支援のポイント指導により自立支援を考慮した適切な家事支援も行え、週3回の支援から週2回への支援へと変化した。維持期また予防期にある対象者に対して趣味活動や IADL 活動を通したアプローチを展開することが、将来的な ADL 低下の予防、布いては生活全体の活性化に繋がると考える。

Ⅲ 生活行為向上マネジメントの質の向上のあり方

1. マネジメント実施上の課題

本事業を通じて以下のマネジメント実施上の課題がみえてきた。

- ① 本人のしたい生活行為の把握がなされていない。従来の生活動作としての把握となっている。
- ② 課題分析で、している ADL に対し、自立に向けるという視点がないものがある。安易に入浴などの要介助のままとなっている。
- ③ 課題分析で、優先順位が適切に選択されていない。たとえば改善の見込みがあると見立てているが、課題として挙げられていないなど
- ④ 要因分析が、24 時間 365 日の生活に焦点があたりず、本人が提示した生活目標のみに焦点が当たっている。たとえば、つりにいきたいという目標であれば、つりに行くことのみで分析されている。これは、生活行為向上マネジメントの Ver.1 である「生活の捉え方・・・」を参考にした者がいたためと考えられる。
- ⑤ アセスメント表で心身機能の分析が ICF で把握されていない。もしくは、しっかり把握されていない。たとえば、認知症の方について、「認知機能の低下がある」の一行で終わっている。ここは医療職としての見せ場。
- ⑥ プランについても同様、在宅生活をイメージしたプランではなく、現時点のプランとなり、見越したプランとなっていない。たとえば、病院では院内のトイレの自立だけに焦点があたる。在宅生活に向けた社会適応練習の中に在宅のトイレの環境に対する陳述がなく、院内環境のみの記述となっている。退院後を予測することで、退院前訪問や申し送りの必要性を知り、自らの仕事場の環境に対しその必要性を働き掛けるというアクションにつながる。これが生活行為向上マネジメントの特徴である。
- ⑦ また、生活全体のプランではなく、本人のしたい生活行為のみに焦点を当てたプランとなっている。
- ⑧ さらに、本人のしたいを実現するために、家族がその行為を支援する。またはそのきっかけのみを提供するといったプランがある。たとえば、図書館にいきたいといていたので、タクシーを呼ぶ練習をして、タクシーに乗って図書館にいった。つりに行きたいので、家族に連れて行ってもらった。といった短絡的なものが散見された。全く否定するものではないが、他職種の理解が得られるかどうかという疑問が残る。その前提に ADL/IADL へのアプローチがあれば問題はないと考えられる。
- ⑨ PT のアプローチと変わらないプランが見受けられた。これは公開審査のときに委員からの指摘もあった。急性期では入院前の在宅はこのような生活を送っていたので、たぶん退院後はこんな生活をするだろうから、急性期では、在宅への段取りの中で、予後予測を踏まえリスクを最小限とし、何をするのかといった記載が必要と考えられる。
- ⑩ 結果として、地域在住ケースで介入によりサービス量が軽減した（費用削減した）ものの割合が ADL 改善群でも、わずかな数値に留まっていた（下表）。

	人数	パーセント
全体(87人)	3	3.4
改善群(22人)	1	4.5
非改善群(65人)	2	3.1

2. 事例登録と書式についての課題

事例登録システムと審査書式において以下のような課題が考えられた。

- ① 従来の事例登録には、介入から結果まで丁寧に記載されているのだが、生活行為向上マネジメント表はほぼ真っ白であった事例があった。本事例登録はマネジメント表の記載が重要であり、負担軽減のためにも従来の事例登録の書式を省くことはできないか。結果及び考察は課題分析表で読める。
- ② 課題分析モニタリング表の総合計画の中に他職種との役割分担に関する記載がないものがあった。同様マネジメント表のプランにもないものがあった。
- ③ マネジメント表の空白が少なかったため、升目にこだわりそこに書こうとして書ききれなかった可能性もある。

④ 今回の事例登録と従来のものとの違いを下表に示す。

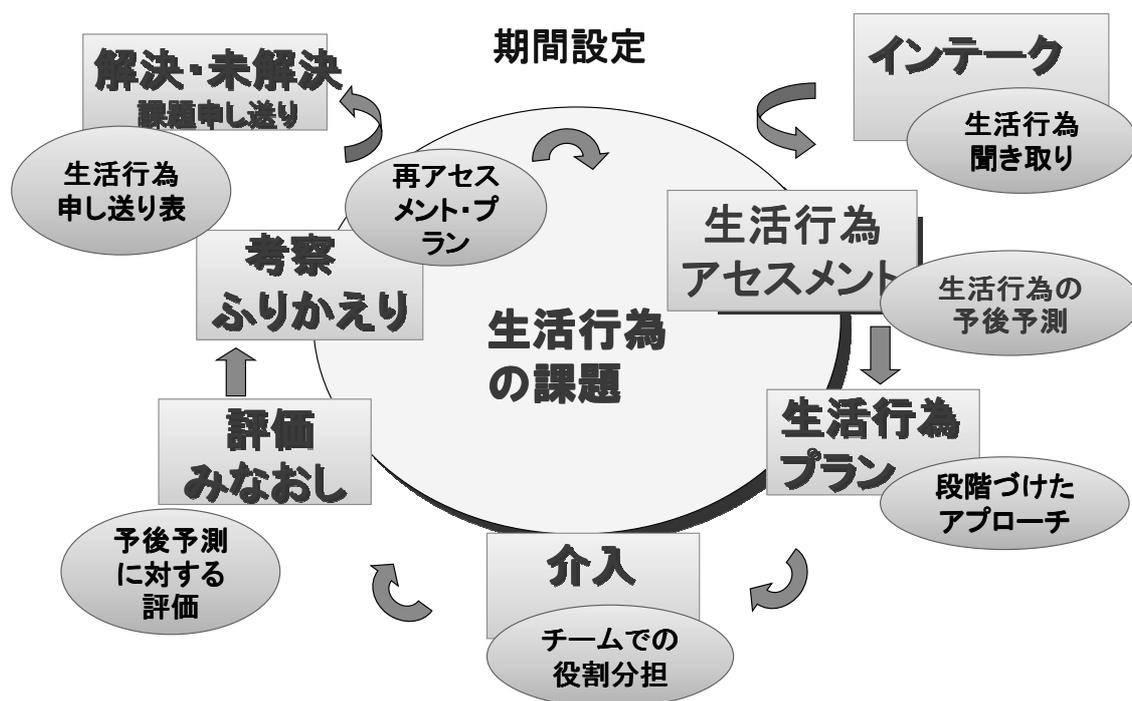
	従来事例登録	今回の事例登録
事例登録の視点	作業療法として、ニーズの把握から評価、介入、考察までを、頭の中の作業療法の流れとして、まとめられている。	生活行為を把握し、マネジメントできている。
様式	事例登録の様式	ケースの基本情報シート 課題分析シート(マネジメントプロセスを評価するもの) 生活行為向上マネジメントシート
審査方法	・三名で審査 ・随時審査	・審査員がマネジメントの視点について不慣れなため、グループでの審査 ・審査表にて審査 ・年二回
公開審査目的		・他職種へのプレゼンテーション能力を評価 ・年二回評価を予定

3.生活行為向上マネジメントの活用のあり方

上記の課題をふまえて、地域包括ケアシステムにおける生活行為向上マネジメントの活用においておさえておかなければならないポイントについて提案する。

- ① 個々人の「したい」「望む」生活行為を把握できているか。生活行為とは生活動作の完結までの一連の流れである。
- ② 意味のある生活行為の実現のために、24時間365日の生活を客観的に把握、優先順位をつけるとともにその予後予測を適切に課題分析しているか。
- ③ プランに、人生・在宅生活をイメージした計画まで段取りをつけながら、記載されているか。
- ④ 他職種との役割分担と協働方法についても記載されているか。
- ⑤ ①～④までを適切なマネジメントサイクル(下図)の中で実行しているか。

生活行為向上マネジメントのサイクル



4. 今後の課題

今後の課題として、以下のものが考えられる。

①生活行為向上マネジメントにおける卒前教育のあり方

卒前教育においては、作業療法における生活行為向上マネジメントの意義や位置づけについて概説し、理解を促すためのカリキュラムの検討が必要である。

②マネジメントの質を担保するための事例審査のあり方

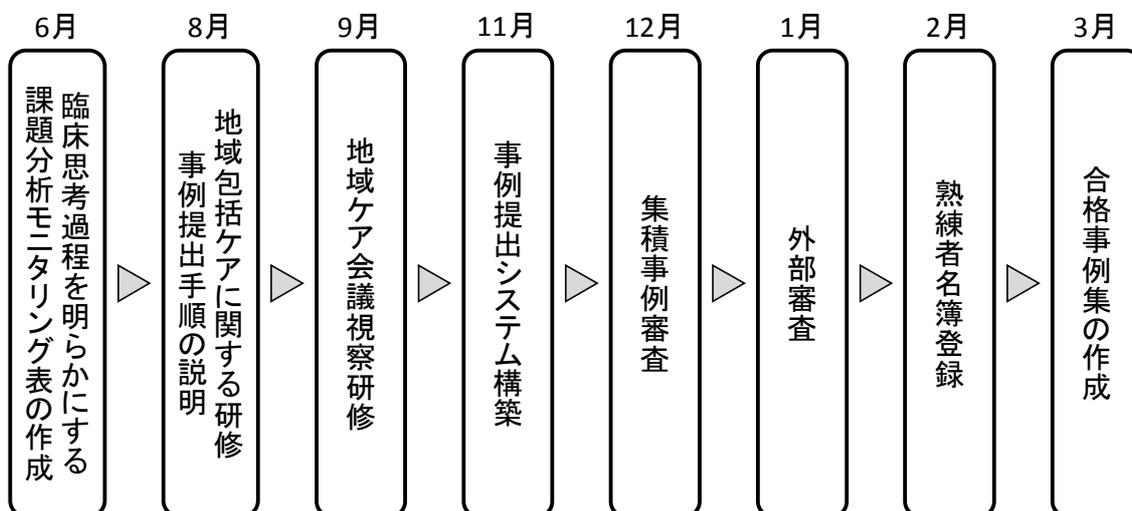
今年度の審査実績から、質を担保するためには事例審査の在り方について、さらに検討していく必要性が明らかになった。引き続き質的に優れた報告の提出と審査のためのシステムを検討していきたい。

③熟練者の位置づけ

生活行為向上マネジメントにかかわる協会事業において、熟練者は実際にマネジメントに携わるだけでなく、研修や後進の教育・指導の役割を担うことになる。協会組織の中にその役割を明確に位置づけることが望ましいと考える。

IV サマリー

1. 生活行為向上マネジメントの質の評価方法の開発プロセス



2. 事例集積と事例審査結果

- ① 研究協力者に対する研修参加者は、各都道府県より推薦の研究協力者 91 名 + 自費参加者 10 名、研究員 23 名。
- ② 介入を経て、研究協力者 77 名、自費参加者 5 名、研究員 19 名から計 199 事例が集積された。
- ③ 審査員（研究員）5 人 1 組の合議制で事例審査を実施し、2 事例合格 14 名、1 事例合格 45 名、それ以外 42 名。2 事例合格者から研究員を除いた 10 名に外部審査を案内。
- ④ 外部審査にて 10 名合格。研究員で事例合格した 15 名を加えて、25 名を生活行為向上マネジメント熟練者とした。

3. 生活行為向上マネジメントの質の向上に寄与する視点

- ① 個々人の「したい」「望む」生活行為を把握できているか。生活行為とは生活動作の完結までの一連の流れである。
- ② 意味のある生活行為の実現のために、24 時間 365 日の生活を客観的に把握、優先順位をつけるとともにその予後予測を適切に課題分析しているか。
- ③ プランに、人生・在宅生活をイメージした計画まで段取りをつけながら、記載されているか。
- ④ 他職種との役割分担と協働方法についても記載されているか。
- ⑤ ①～④までを適切なマネジメントサイクルの中で実行しているか。

資料一覧

- 資料 1 生活行為聞き取りシート
- 資料 2 興味・関心チェックシート
- 資料 3 生活行為向上マネジメントシート
- 資料 4 生活行為申し送り表
- 資料 5 課題分析モニタリング表
- 資料 6 平成25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質の評価方法の開発と質の向上のあり方検討事業 研究説明会 プログラム
- 資料 7 平成25年度老人保健健康増進等事業 医療から介護保険まで一貫した生活行為の自立支援に向けたリハビリテーションの効果と質に関する評価事業 報告
- 資料 8 事例審査票
- 資料 9 外部審査評定票
- 資料 1 0 シルバー新報記事（平成26年1月31日付）
- 資料 1 1 生活行為向上マネジメント熟練者の勤務先一覧（2014.1.7 現在）

生活行為聞き取りシート

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

記入者名： _____ (職種 _____)

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生活行為を維持し、参加していることが重要です。

- 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、2つほど教えてください。
- もし、生活行為の目標がうまく思い浮かばない場合は、興味・関心チェックリストを参考に確認してみてください。
- 生活行為の目標が決まりましたら、次にそれぞれについて1～10点の範囲で思う点数をお答えください。
 - ①実行度・・左の目標に対して、どの程度実行できている（頻度）と思うか。
十分実行できている場合は実行度10点、まったくできない場合は実行度1点です。
 - ②満足度・・左の目標に対して、どのくらい満足にできている（内容・充実感）と思うか。
とても満足している場合は満足度10点、まったく不満である場合は満足度1点です。

生活行為の目標	自己評価	初回	最終
□A(具体的に生活行為の目標が言える) 目標 1 合意目標：	実行度	/10	/10
	満足度	/10	/10
	達成の可能性	□有 □無	
□A(具体的に生活行為の目標が言える) 目標 2 合意目標：	実行度	/10	/10
	満足度	/10	/10
	達成の可能性	□有 □無	

ご家族の方へ

利用者のことについて、もっとうまくできるようになってほしい。あるいは、うまくできるようになる必要があると思う生活行為がありましたら、教えてください。

生活行為向上マネジメント™

興味・関心チェックシート

以下の生活行為について、現在しているものには「している」に、現在していないがしてみたいものには「してみたい」に、する・しない、できる・できないにかかわらず興味があるものには「興味がある」に○を付けてください。いずれにも該当しないものは、「している」の列に×をつけてください。リスト以外の行為に思い当たるものがあれば、空欄を利用して記載してください。

生活行為	している	してみたい	興味がある	生活行為	している	してみたい	興味がある
自分でトイレへ行く				生涯学習・歴史			
一人でお風呂に入る				読書			
自分で服を着る				俳句			
自分で食べる				書道・習字			
歯磨きをする				絵を描く・絵手紙			
身だしなみを整える				パソコン・ワープロ			
好きなときに眠る				写真			
掃除・整理整頓				映画・観劇・演奏会			
料理を作る				お茶・お花			
買い物				歌を歌う・カラオケ			
家や庭の手入れ・世話				音楽を聴く・楽器演奏			
洗濯・洗濯物たたみ				将棋・囲碁・ゲーム			
自転車・車の運転				体操・運動			
電車・バスでの外出				散歩			
孫・子供の世話				ゴルフ・グランドゴルフ・ 水泳・テニスなどのスポーツ			
動物の世話				ダンス・踊り			
友達とおしゃべり・遊ぶ				野球・相撲観戦			
家族・親戚との団らん				競馬・競輪・競艇・パチンコ			
デート・異性との交流				編み物			
居酒屋に行く				針仕事			
ボランティア				畑仕事			
地域活動 (町内会・老人クラブ)				賃金を伴う仕事			
お参り・宗教活動				旅行・温泉			

生活行為向上マネジメントシート

生活行為向上マネジメント™

利用者： _____ 担当者： _____ 記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

生活行為 アセスメント	生活行為の目標	本人					
		キーパーソン					
	アセスメント 項目	心身機能・構造の分析 (精神機能,感覚,神経筋骨格,運動)	活動と参加の分析 (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)			
	生活行為を妨げ ている要因						
	現状能力 (強み)						
	予後予測 (いつまでに、どこま で達成できるか)						
	合意した目標 (具体的な生活行為)						
自己評価*	初期	実行度 /10	満足度 /10	最終	実行度 /10	満足度 /10	

*自己評価では、本人の実行度（頻度などの量的評価）と満足度（質的な評価）を1から10の数字で答えてもらう

生活行為 向上 プラン	実施・支援内容	基本的プログラム	応用的プログラム	社会適応プログラム	
	達成のための プログラム				
	いつ・どこで・誰が 実施	本人			
		家族や 支援者			
	実施・支援期間	_____年 _____月 _____日 ~ _____年 _____月 _____日			
達成	<input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 変更達成 <input type="checkbox"/> 未達成（理由： _____） <input type="checkbox"/> 中止				

生活行為申し送り表

平成 年 月 日作成

氏名 _____ 様について、退院後も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（脳梗塞など） □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	してい ないが 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"/>		
平地歩行	<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"/>	【日常生活の主な過ごし方】	
交通機関利用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
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】						

生活行為向上マネジメント™

課題分析モニタリング表

(資料5)

アセスメント項目	現状能力	予後予測		課題 重要性	課題個々の要因分析	評価	考察
		このまま推移	介入後				
基本動作	未把握	未把握	未把握			未把握	
起き上がり	未把握	未把握	未把握			未把握	
立位保持	未把握	未把握	未把握			未把握	
床からの立ち上がり	未把握	未把握	未把握			未把握	
床のものを拾う	未把握	未把握	未把握			未把握	
食事	未把握	未把握	未把握			未把握	
イスとベッド間の移乗	未把握	未把握	未把握			未把握	
A D L (B I)	自立	自立	自立			自立	
トイレ動作	未把握	未把握	未把握			未把握	
入浴	未把握	未把握	未把握			未把握	
平地歩行(車椅子駆動)	できない	できない	できない			できない	
階段昇降	監視or介助	監視or介助	監視or介助			監視or介助	
更衣	未把握	未把握	未把握			未把握	
排便コントロール	時に失禁	時に失禁	時に失禁			時に失禁	
排尿コントロール	全介助	全介助	全介助			全介助	
食事の用意	週3回以上	週3回以上	週3回以上			週3回以上	
食事の片付け	週3回以上	週3回以上	週3回以上			週3回以上	
洗濯	週1回以上	週1回以上	週1回以上			週1回以上	
掃除や整頓	週1回以上	週1回以上	週1回以上			週1回以上	
力仕事	週1回以上	週1回以上	週1回以上			週1回以上	
買物	週1回以上	週1回以上	週1回以上			週1回以上	
外出	週1回以上	週1回以上	週1回以上			週1回以上	
屋外歩行	週1回以上	週1回以上	週1回以上			週1回以上	
趣味	週1回以上	週1回以上	週1回以上			週1回以上	
交通手段の利用	週1回以上	週1回以上	週1回以上			週1回以上	
旅行	週1回以上	週1回以上	週1回以上			週1回以上	
庭仕事	定期的	重作業可能	重作業可能			重作業可能	
家や車の手入れ	中等度作業	中等度作業	中等度作業			重作業可能	
読書	月2回以上	月2回以上	月2回以上			重労働	
仕事	週30時間以上	週30時間以上	週30時間以上			月2回以上	
年金などの書類を	書けない	書けない	書けない			週30時間以上	
新聞などを	読んでいない	読んでいない	読んでいない			書けない	
本や雑誌を	読んでいない	読んでいない	読んでいない			読んでいない	
健康についての記事や番組に	関心がない	関心がない	関心がない			読んでいない	
友達の家を訪ねること	ある	ある	ある			関心がない	
家族や友達の相談にのること	ない	ない	ない			ある	
病人を見舞うこと	できない	できない	できない			ない	
若い人に自分から話しけること	ある	ある	ある			できない	
	未把握	未把握	未把握			ある	
他	未把握	未把握	未把握			未把握	
					課題解決目標		
					(チームの)総合的援助方針		

資料6

平成 25 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質の評価方法の開発と質の向上のあり方検討事業 研究説明会

目的：生活行為向上マネジメントの質の評価方法を確立するとともに、市町村が開催する地域包括ケアに貢献できる人材の養成を試行的に実施し、カリキュラムや今後の在り方も検討する。そこで、国がすすめる地域包括ケアなどの市町村の機能などを学ぶとともに、全国から生活行為向上マネジメントの熟練者を選考するための事例報告の方法及び審査について説明会を開催する。

対象：各都道府県平成 25 年度老人保健健康増進等事業 研究協力者

開催日程：平成 25 年 8 月 17 日（土）～8 月 18 日（日）

開催場所：タイム 24 ビル（東京都江東区青海 2-4-32）5 階

8 月 17 日（土） ※全国推進会議と合同

9:30～	受付	
	本研究の趣旨及び概要説明	
10:00～(30分)	一般社団法人日本作業療法士協会会長兼主任研究員	中村 春基 氏
	当説明会の趣旨説明	
	生活行為向上マネジメントの質に関する評価研究班長	小林 隆司 氏
10:30～(60分)	地域包括ケアについて	
	厚生労働省老健局振興課長	朝川 知昭 氏
11:30～(60分)	～休憩～	
12:30～(60分)	自治体機能と地域ケア会議について	
	和光市保健福祉部長	東内 京一 氏
13:40～(60分)	ケアプランの課題と課題分析表について	
	株式会社日本総合研究所総合研究部門主任研究員	齊木 大 氏
14:50～(60分)	マネジメントとは	
	国立社会保障・人口問題研究所企画部第 1 室長	川越 雅弘 氏
16:00～(90分)	生活行為向上マネジメントについて	
	研究員	村井 千賀 氏
17:30頃	終了	

8 月 18 日（日）

	医療機関における生活行為向上マネジメントの活用と留意点	
9:00～(180分)	研究員	長谷川 敬一 氏
	老人保健施設における生活行為向上マネジメントの活用と留意点	
	研究員	石井 利幸 氏
	通所リハビリテーションにおける生活行為向上マネジメントの活用と留意点	
	協力員	谷川 良博 氏
12:00～(60分)	～休憩～	
	研究説明	
13:00～(120分)	研究班長	小林 隆司 氏
	事例登録制度	
	研究員	東 登志夫 氏
15:00頃	終了	

医療から介護保険まで一貫した生活行為の自立支援に向けたリハビリテーションの効果と質に関する評価事業**和光市「地域ケア会議（コミュニティケア会議）」参加報告**

～地域包括ケアに貢献しうる職種であるために～

地域ケア会議は、地域包括ケアシステムの心臓部分となる仕組みである。地域包括支援センター等が主催し、①医療、介護等の多職種が協働して高齢者の個別課題の解決を図るとともに、介護支援専門員の自立支援に資するケアマネジメントの実践力を高める、②個別ケースの課題分析等を積み重ねることにより、地域に共通した課題を明確化する、③共有された地域課題の解決に必要な資源開発や地域づくり、さらには介護保険事業計画への反映などの政策形成につなげる、等の役割をもつ。

作業療法士が地域包括ケアシステムにおいて重要な役割を担う（職域を拡大する）ためには、地域ケア会議に参画できるだけのチームケアマネジメント能力と地域課題分析能力の養成が喫緊の課題である。そこで、厚生労働省より交付された老人保健健康増進等事業の補助金を基盤とした「生活行為向上マネジメントの質の評価方法の開発と質の向上の在り方検討事業」班の研究者が 4 つのグループに分かれて、日本で最も注目を集めている埼玉県和光市の地域ケア会議に参加し、作業療法士が今後開発していくべき素養について考えたので報告する。

【和光市の地域ケア会議】

午前 9 時過ぎ、市役所にある会議室の口の字型のテーブルに 30 数人が着座した。集まったのは、市役所職員、市内全 4 ヶ所の地域包括支援センターの全職員、そして外部講師として招聘されている管理栄養士、歯科衛生士、理学療法士、薬剤師などの専門職である。今回特別に OT 協会からの参加メンバーのうち 1 名が外部講師としての席を与えられ、発言を求められることになった。さらに 20 数名の視察者が見守る中、会議の幕が開いた。

はじめに司会者から、「地域ケア会議とは市民の安全のため、自立支援と今後を見据えたケアプランになっているかを確認、調整する場である」という趣旨説明があった。本会議の目的は「①ケース調整、②OJT、③多職種との連携」と明快である。頻度は週 1 回、一次予防、二次予防も含めた予防の全プラン、地域密着型サービス（小規模多機能、グループホーム）の利用者の全プランなどが会議にかけられる。今回の会議は市全体が一丸となる「中央レベルの地域ケア会議」と呼ばれるもので、他に各地域包括が主催して行う「包括別レベルの地域ケア会議」もある。この会議が功を奏し、和光市では財源の大幅な節約

にも繋がっている。

机上には本日検討される 6 例分の膨大なフェイスシート、アセスメントシートやケアプラン表などがあつた。和光市では ADL7 項目、IADL11 項目の「生活機能評価」というアセスメント表を独自に作成し、全事業者が統一して使用している。参加者は事前に資料の情報を把握している様子であつた。ピリピリとした緊張感の漂う中、1 ケース約 20 分（内訳はケアプラン作成者から説明約 4 分、事業者から評価、今後の方針約 4 分、全参加者から質問・意見約 10 分、まとめ約 2 分で進められた。）司会者からは報告者に対して、情報の補足と評価の仕方についての助言、ニーズ・生活課題の焦点化と優先順位付け、目標の妥当性、ケアプランの内容まで詳細かつ具体的な指摘があつた。また、市役所職員や外部講師陣からも鋭い意見が飛び交い、対象者の 24 時間の生活を考慮した評価やプランが立てられているか、数ヶ月、数年先の対象者の予後を見据えた課題解決や目標達成に向けたアプローチ・プランニングが求められ、今後の支援のあり方までが話し合われた。行政と現場をつなぐこの会議の臨場感は、まさにオンザ・ジョブ・トレーニング（以下 OJT）の真骨頂といえる。

【見えない障害への対応】

「高次脳機能障害へのアドバイスは作業療法士が一番だ」と司会者が太鼓判を押した事例があつた。ケアプランの中では、「高次脳機能障害」の一言で症状を包括的に表現されることが多いと思う。資料でも、高次脳機能障害がある→服薬管理できない・洗濯ができない→そのためヘルパーを毎日介入すると紹介されていた。すべての事例において、司会者からは「～ができない」ではなく、「～ができない原因」を示すように何度も指導されていた。しかし、高次脳機能障害が絡むとその人が持つ能力やアセスメントにおける原因追及が不鮮明になる印象だつた。生活機能評価の『予後予測』も、ただ△とか○で改善ありと漠然と記載している印象があつた。作業療法士が、高次脳機能障害の詳細と生活行為の結びつきについて解説し、どの部分で、どのように出来ないのかを明確化して、対処方法を介護支援専門員や訪問ヘルパーにわかりやすく説明するならば、より一層作業療法士の存在価値が高まると思われた。

【生活史に沿った支援の提案】

在宅で暮らしている初期～中等度の認知症の検討事例がたくさんあつた。ケアプランでは、分析的推論と叙事的推論を組み合わせる目標設定がなされるが、認知症のケースの場合は、なぜこの目標を本人と家族が表現したのか分かりづらい場合が多かつた。

本人の意向に焦点を当てた議論のきっかけとして、作業療法士が「病前の性格はどうだつたのか。どういうことを大事にして生きてきたのかを知ると、プランに盛り込める」と発言をすると、司会者によって「若い頃の趣味などをもう一度しっかり聞き取って」「聞けないなら、誰を使えば聞けるのかという視点を持つこと」と展開されていった。介護支援

専門員がそれにうんうんとうなずく場面が見られた。ケアプランの情報を ICF の視点で整理していくことも重要である。個人因子や環境因子の制限等は推測するのではなく、実際に確認してみることで議論の裾野を広げていくことができると思う。

【プレゼンテーション能力が問われる】

外部講師陣は場慣れしている。たくさん情報がある中、必要な部分のみを抽出しての情報処理は秀逸だった。時間の制約もある中、自分達の職種としてコメントする要点を明確に理解していた。また、和光市のケア会議のスタイルは、医療、介護、市の社会資源、税金などのシステムを熟知した行政職が主導で行う会議であり、やはり司会者の会議ファシリテート技術に圧倒される。「これは作業療法士さんが答えてくれる」「作業療法士の言いたいことがわかりますか？」など意見を求められることも多く、「生活行為」という言葉が何度も口にされた。

作業療法士には、対象者のこれまで、そして今の生活の姿を分析し、これからの対象者がその人らしくいきいきと生活できる姿を表現することが求められていると思う。事例検討に要している時間や話題性に注力しながら、発言のタイミング等を見極めることも必要である。そして、主張することは主張するも、他職種講師陣とのバランスを考慮しつつ、丁寧なコミュニケーションを心がける必要があるだろう。

【連携力をつける必要性】

「病院で多職種が密に連携しているように、地域でも多職種がうまく連携できることを目指してほしい」と司会者が述べていたのがとても印象的だった。地域ケア会議にて作業療法士が発言すべき内容は、基本的に病院やデイケアなどで行われる多職種とのカンファレンスや退院前の担当者会議と同様である。日々の臨床にて、対象者の目標や生活行為の予後予測について介護支援専門員や介護職員等へ、実践のノウハウを伝達していく繋がりがとても大切である。

現在、このような地域ケア会議が全国各地で開催されているが、作業療法士が専従でない状態が非常に残念である。作業療法士の強みを活かす地域ケア会議において、生活行為向上マネジメントシートが補足資料として提出される事例があれば、より一層、住民の健康に寄与できると考える。

審査表

段階	審査項目	審査基準				memo
		よい	まあまあ	少し修正	かなりNA	
第一段階 本人・家族の意向確認	本人のしたい生活行為をとらえているか 本人が(本当は)どのレベルまで達成したいのかを把握ないし推測しているか 家族の意向を確認しているか 本人の意向を達成するために何をアセスメントすべきかが認識できているか					
第二段階 アセスメント	アセスメントの内容(健康状態(病名・症状・合併症・薬の内容)・心身機能(身体機能・精神機能(人格と気質など)・健康状態(水分・血圧・栄養状態)・適切性(ADLとIADL、実行状況と能力)・参加(仕事・社会交流・地域活動など)・環境因子)・個人因子(生活歴・職歴・性格)) 上記の各領域をすべて網羅しているか					
第三段階 専門職としての課題の設定	24時間365日(関わっている時間以外)の生活行為に焦点をあてているか 生活行為の予測は適切か 本人の意向と現状を比較して、課題が適切に設定されているか 複数ある課題の優先順位づけは妥当か 課題の根本原因の分析が妥当か					
第四段階 合意形成	本人・家族との合意形成が適切におこなわれているか 他の職種との合意形成や役割分担が適切におこなわれているか マネジメント担当者との合意形成が適切におこなわれているか 居宅生活を意識した援助計画となっているか					
第五段階 個別援助計画の作成	長期目標を見据えた上で、短期目標が適切に設定されているか 作業工程分析が適切におこなわれているか 短期目標の解決に向け、各プログラムが段階づけられた実施内容になっている 課題解決に向けた担当者間の役割分担が適切におこなわれているか 地域の社会資源の活用も検討されているか					
第六段階 モニタリング	計画した各プログラム(基本的・応用的・社会適応)が適切におこなわれたか 短期目標が達成できているか 介入が対象者及び家族の生活に好影響を与えているか マネジメント担当者が策定する全体計画の修正に関わったか 退院後の関係職種に適切な情報提供をおこなったか					
第七段階 計画の修正・振り返り	未達成部分に関し原因の分析が適切におこなわれているか 原因分析に応じた次で個別援助計画の見直しが適切におこなわれたか 匿名性の確保(作成の手引きP8)					
その他	報告の目的が明確					
<コメント>						

外部審査評定票

被審査者氏名:	審査年月日: 年 月 日	審査員名:			
審査項目		評価			コメント
マネジメント能力評価		大変よい	よい	普通	要改善
第一段階 本人・家族の意向確認	本人のしたい生活行為をとらえているか 本人が(本当は)その生活行為をどのレベルまで達成したいのかを把握ないし推測しているか 家族の意向を確認しているか 本人の生活機能、関連因子である健康状態、個人因子、環境因子が、総合的にアセスメントされているか 心身機能や健康状態が適切に評価できているか 活動と参加が適切に評価できているか 環境因子や個人因子が適切に評価できているか 24時間365日(関わっている時間以外)の生活行為に焦点をあてているか 生活行為の予後予測は適切か	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
第三段階 課題の設定	本人の意向と現状を比較して、課題が適切に設定されているか 複数ある課題の優先順位づけは妥当か 課題の根本原因の分析が妥当か	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
第四段階 合意形成	本人・家族との合意形成が適切におこなわれているか 他の職種との合意形成や役割分担が適切におこなわれているか マネジメント担当者との合意形成が適切におこなわれているか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
第五段階 個別援助計画の作成	居宅生活を意識した援助計画となっているか 長期目標を見据えた上で、短期目標が適切に設定されているか 作業工程分析が適切におこなわれているか 短期目標の解決に向け、各プログラムが段階づけられた実施内容になっているか 課題解決に向けた担当者間の役割分担が適切におこなわれているか 地域の社会資源の活用も検討されているか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
第六段階 モニタリング	計画した各プログラム(基本的・応用的・社会的・社会的)が適切におこなわれたか 短期目標が達成できているか 介入が対象者及び家族の生活に好影響を与えているか マネジメント担当者が策定する全体計画の修正に関わったか 退院後の関係職種に適切な情報提供をおこなったか 未達成部分に関し原因の分析が適切におこなわれているか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
第七段階 計画の修正・振り直し	原因分析に応じたかたちで個別援助計画の見直しを適切におこなわれたか プレゼンテーション能力評価	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
事例の説明	話し方がわかりやすく簡潔か 話している内容に一貫性があるか 時間通りに話せるか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
評価者とのやりとり	質問の意図を的確に理解しているか 十分な回答をしているか 礼儀正しく、はきはきと応答しているか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
総合評価		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

「生活行為向上」へ

OT協会 模擬地域ケア会議で事例検討



「この方にとって本当には書道だったのか」「特養ホームからの退所は視野に入れていないのか」。テーブルを囲む様々な立場の介護関係者から、事例を発表した作業療法士に（OT）厳しい指摘も飛び出す。日本作業療法士協会（中村春基会長）が1月28日に都内で開催した「模擬地域ケア会議」のようすだ。

地域包括ケア担う人材育成

同協会が普及を目指して、作業の方法や工夫など、いる生活行為向上マネジメントの研究事業の一端だ。全国から200事例を集め、選ばれた10人が発表した。生活行為向上マネジメントは、本人にとって意味のある生活行為（作業）を、作業の方法や工夫などにより再びできるようにすることも、活動的な生活につながるっていくよるにする支援方法。訪問介護のサービス提供責任者が訪問リハビリのセラピストと連携した場合に算定できる生活機能向上連携加算として介護保険にも既に取り入れられている。脳梗塞を発症して家事から離れていった女性の「料理をしたい」という希望に応えるために、デイケアで料理実習を実施したことが成功体験になり、本人だけでなく、家

族の意識変容にもつながったというケースをみても分かるように、介護保険の自費支援そのものであり、ケ

族の意識変容にもつながったというケースをみても分かるように、介護保険の自費支援そのものであり、ケ

族の意識変容にもつながったというケースをみても分かるように、介護保険の自費支援そのものであり、ケ

族の意識変容にもつながったというケースをみても分かるように、介護保険の自費支援そのものであり、ケ

族の意識変容にもつながったというケースをみても分かるように、介護保険の自費支援そのものであり、ケ

（出展：シルバー新報、平成26年1月31日）

資料11

生活行為向上マネジメント熟練者の勤務先一覧（2014.1.7 現在）

都道府県	所属施設
北海道・東北	
北海道	函館脳神経外科病院
福島	竹田総合病院
福島	介護老人保健施設 ひもろぎの園
福島	竹田総合病院
関東甲信越	
茨城	日立製作所 日立総合病院
茨城	介護老人保健施設 ゆうゆう
茨城	牛久愛和総合病院
埼玉	リハビリテーション天草病院
埼玉	リハビリ&デイサービス ダイアリー
新潟	サンクス米山
東京	(有)多摩たんぽぽ介護サービスセンター
中部	
石川	県立高松病院 作業療法科
石川	県立高松病院 作業療法科
福井	(有)なるざ
静岡	市立御前崎総合病院
関西	
大阪	特別養護老人ホーム ベルライブ
奈良	西大和リハビリテーション病院
兵庫	県立リハビリテーション中央病院
中四国	
山口	介護老人保健施設 ペあれんと
愛媛	放射線第一病院
九州・沖縄	
福岡	介護老人保健施設 あやめの里
福岡	(株)光となごみ アクティブ応援館かめsun
佐賀	医療福祉専門学校 緑生館
長崎	長与病院
宮崎	(株)OT-Road 活きがい発電所えびの

第四章 生活行為向上マネジメントの質の評価方法の開発と

質の向上の在り方検討事業

生活行為向上マネジメント事例集

事例集

- 事例 1 発症早期から生活行為向上マネジメントを導入して趣味活動再開を目指した症例
- 事例 2 できる見通しがたったことで自信がつき外出が可能となった事例
- 事例 3 趣味活動、家事活動を通して生活を再構築した事例 A 氏
- 事例 4 右片麻痺を呈した症例に対し生活行為向上マネジメントを用いた仕事復帰へのアプローチ
- 事例 5 閉じこもりの生活から野菜作りを通して、主体性を取り戻した症例
- 事例 6 がんとともに生きる人の社会的活動を支援 - ライフレビューの制作
- 事例 7 裁縫を通じて短時間の帰宅が可能となった特養入所者の事例
- 事例 8 簡単な家事動作を獲得した事で自宅復帰可能となった慢性硬膜下血腫を受傷したHD患者
- 事例 9 数年ぶりに実施した料理を通して家事動作の拡がりを見せ始めている事例
- 事例 10 生活行為向上マネジメントにより「自宅退院後の妻との散歩」が実現した1症例
- 事例 11 地域から退院を拒否されている妄想性障害の高齢女性に対して退院支援を行った一例
- 事例 12 陶芸の再開により在宅復帰に対し前向きになった事例
- 事例 13 趣味活動の再開により身体機能が改善し、能動的な生活を取り戻した事例
- 事例 14 満足できる余暇活動を獲得し、主体的な生活を構築できるようになった高齢女性の事例
- 事例 15 排泄動作は介助量軽減したが、自宅復帰できなかった症例～家族に想いを伝える大切さ～
- 事例 16 洗濯物を干す作業の改善によって主観的健康感が向上した事例
- 事例 17 住み替えを機に 15 年ぶりに掃除を習慣化させた事例
- 事例 18 買い物を目標に実用歩行を練習し、外出機会が増えた一例
- 事例 19 余命宣告された癌患者に対し生活行為向上マネジメントを使用した一例
- 事例 20 片麻痺になったことを第二の人生と位置付け会社社長として再出発した事例
- 事例 21 主体的な野菜作りをすることで受動的な身体機能訓練のみに執着しなくなった症例

発症早期から生活行為向上マネジメントを導入して趣味活動再開を目指した症例

1. 報告の目的

今回右 PCA 領域・両側放線冠・右小脳半球に脳梗塞を発症し、左片麻痺を呈した症例を担当した。初回カンファレンスで回復期病院転院してから自宅退院の方針・予後予測になり、発症早期から対象者の興味・関心を聴取し、生活状況を踏まえて評価・計画をした。その方法として生活行為向上マネジメントを導入し、急性期から回復期・生活期へ繋がるように多職種で評価・共有をしたので、その経過を踏まえて報告する。

2. 事例紹介

80 代前半、女性、診断名脳梗塞(PCA 領域・両側放線冠・右小脳半球)、既往は高血圧・10 年前に左 TKA 術後をしている。現病歴は X 月 X 日にふらつき、右側頭部の頭痛があったが様子を見ていた。次の日左上肢が動かしくなくなった為当院救急外来受診したが来院時は神経学的所見に異常なく帰宅となった。しかし車から降りようとしたところ左上下肢が動かしくなり再度救急外来受診、左上下肢麻痺、左視野障害と構音障害を認め、MRI 上でも PCA 領域に脳梗塞を認めた為同日当院神経内科入院になった。リハビリは 2 病日目から自宅復帰に向けて処方が出された、病前生活状況は長男夫婦・孫と同居、キーパーソンは長男であるが嫁とも関係は良好、入院中は主に嫁が来院していた、入院前は近隣の集会場で行っている書道教室に 17 年間習いに行っていたとのことだった。

3. 作業療法評価

初回評価時意識レベル JCS3、GCS14 (E4V5M5)、右同名半盲があるが認識出来ている様子、麻痺は Brunstrom stage(以下 Br.s)上肢 3 手指 2 下肢 5 レベル、日常生活動作は Barthel Index(以下 B.I.)5 点、寝返り全介助・排泄オムツ・バルーンカテーテル管理、食事・整容はセッティングで実施可能、その他 ADL は全介助の状況。高次脳・認知面では HDS-R 22/30、MMSE23/30、多弁で抑制困難、前頭葉検査でも FAB6 点で抑制・切り替え等困難であった。

4 病日目に多職種での目標共有を目的に生活行為向上マネジメントを導入した、まず興味チェックリストを実施したが、多弁傾向で実施困難、会話の中で情報収集して作業を聴取した。本人は書道を 17 年間していた、社交ダンスをしていたとのことで活動的な方で、書道に関して希望が強かった。

【本人のしたい作業】入院前していた書道をしたい(満足度・遂行度共に 2/10)

【共有した目標】急性期病院では車いす乗車した状況で書道など机上で実施すること、最終的には元々行っていた集会場で書道をしたい

【ADL 予後予測】当院の入院期間は発症から 2・3 週と予測、転院直前には車いす乗車しての食事まで可能、起居・移乗に関しては軽介助レベルで可能、車いす乗車で 30 分程度は可能、運動量調整すれば机上課題も可能と予測された。

4.介入の基本方針

初回評価より得られた目標に向けて基本動作訓練・病棟 ADL 訓練を立案した。また基本動作・運動量を PT と、高次脳機能評価・食事動作については ST と、病棟 ADL を看護師と情報共有することとした。また離床が進み耐久性向上に伴い机上課題などを設定し本人の希望である書道に関して開始することを立案した。また特に今回は脳血管疾患専門の病棟ではなかった為、情報共有・動作指導なども中心に計画した。

5.作業療法実施計画

初回評価より得られた目標に向けて基本動作訓練・病棟 ADL 訓練をまず立案した。特にベッド上でも可能な ADL(食事・整容)の動作方法・姿勢評価・訓練と、机上の Activity 等の実施を検討した。それに対して基本動作・運動量を PT と、高次脳機能評価・食事動作については ST と、病棟 ADL を看護師と情報共有することとした。特に今回症例が入院していた病棟は脳血管疾患専門ではなかった為、動作方法等の情報共有・動作指導なども十分・念入りに実施することを計画した。

また離床が進み耐久性向上に伴いリハ室での机上課題を設定し、本人の希望である書道に関して開始することを立案した。また作品展示等の環境調整を立案、Activity を実施している他患との時間調整なども考慮して時間設定を立案した。

6.介入経過

1期：発症より離床迄(1週目)

多弁なことに加えて体調不良の訴えが著明でなかなか離床が進まなかった。またアテローム性の脳梗塞であり離床までの時間がかかることが予測されベッド上での訓練が中心になって行った。その為ベッドサイドでの廃用予防訓練と同時に興味チェックリストや ST と高次脳評価の継続、またベッドサイドでできる Activity や食事等の ADL セットアップ等をバイタルに注意しながら実施し身体機能・認知機能の廃用を予防していった。また家族の意向を聴取して、病棟スタッフに本人・家族の情報を提供していった。

2期：ADL 拡大・作品作製・転院迄(2-3週目)

車いす乗車可能になり離床を開始した、PT と基本動作の評価・訓練・運動量調整を実施し、離床時間が少しずつ増えて ADL 拡大を病棟看護師と進めて行った。身体機能は大きく変わらなかった、疲労感訴えが多いものの、訓練内容が進むにつれて、表情も明るくなっていった。

2 回目のカンファレンスでも離床時間を多くすることが医師からも言われ、病棟での活動量も増えていった。急性期でありデイルーム等はないがベッドサイドにテーブルセッティング・車いすセッティング等を看護師と調整して離床時間・訓練時間を調整して本人の疲労感などを調整していった。また早期に回復期病院転院への方針が出され、PT・ST と共に身体機能・高次脳機能・ADL の予後予測を情報共有していった。

また転院する際にも回復期病院への情報提供書として生活行為申し送り表の要素を地域連携パスに入力して作成し、急性期からの目標設定を共有するように情報提供していった。

7.結果

27 病日目の最終評価時身体機能面では麻痺は Br.s 上肢 3・手指 2・下肢 5 レベルと大きく変化はなかったが、静的端座位が安定、高次脳面では HDS・R23/30、MMSE22/30、多弁傾向は変わらずであった。ADL は B.I.55 点、基本動作は性急さが見られ依然介助必要であったが介助量は軽減、看護師が 3 食車いす乗車実施したこと、トイレも移乗は軽介助になったことに変化が見られた、B.I.としては 45/100 と変化した。FAI でも 0 点、老健式活動能力指標でもほぼ困難なのは変化なかった。

ただし作業活動に対して積極的でリハを楽しみに待っている等、楽しそうに他患と話している場面が見られるようになり疲労感の訴えも少なくなっている、またリハ室でも訓練時間以外でも実施したいとの話も出てくるようになった。

8.考察

今回生活行為向上マネジメントを導入し、本人のしたい作業である書道について焦点を当て目標を設定した。本人にとって書道ができることは重要かもしれないが、場の設定等動作以外の部分も考慮してプログラム設定しなければならないと感じられた。特に作品を通してのコミュニケーションを取ることや展示することは、本人にとっても以前からの重要な作業であろうと考えられた。以上のような作業・成功体験を発症早期から中心に実施することで、リハビリに対しての意欲が出てくると思われたし、本人が自分の今後の生活状況を描くことができたのではないかと思われる。今回特に生活行為向上マネジメントを導入し、ICF の参加からプログラムを設定することにより、本人の主体的な活動を引き出すことが出来たのではないのかと思われる。

また生活全体をマネジメントすることで多職種に整理してわかりやすく伝えることが出来たのではないかとも思われる。特に PT・ST には OT の目標を共有することで他職種も機能訓練に拘るのではなく、目標を症例・リハスタッフで共有できたのではないかと思われる。病棟スタッフに対しても動作方法を病棟で練習をするだけでなく、病棟スタッフに目標を伝え理解できることにより、より納得して病棟訓練を進めてもらうことが出来たのではないかと思われた。またこれらの同意した目標を地域連携パスに含めて回復期病院にも申し送りをしたが、地域連携パスの中に生活行為向上マネジメントの要素を含めたことで、維持期・生活期にも一貫した目標設定が出来たのではないかと思われた。

生活行為向上マネジメントシート

記入日： 2013年 08月 15日

生活行為 アセスメント	生活行為の目標		本人	車いす乗車して書道をすることが出来る(以前していた趣味)				
			キーパーソン	身の回りのことができるようになって欲しい				
	アセスメント項目		心身機能・構造の分析 (精神機能,感覚,神経筋骨格,運動)		活動と参加の分析 (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)	
	生活行為を妨げている要因 (ICF コード)		b760 左片麻痺 b164 高次脳機能障害 b220 右同名半盲		d415 姿勢保持困難 d410 起居動作困難 d420 移乗動作困難 d530 排泄行為困難		e355 病棟 ADL 制限 e155 自分用車いすなし e310 家族があまり来院しない	
	現状能力 (強み) (ICF コード)		b730 右上肢使用可能 b310 会話可能		d550 食事可能 d520 歯ブラシ可能		e355 病棟スタッフ協力的	
	予後予測 (いつまでに、どこまで達成できるか)		身体機能は大きく変わらないと予測 高次脳機能障害も残存すると予測される		・回復期病院では椅子座位で食事摂取可能 ・回復期退院後は軽介助レベルで車いす乗車可能		安静度が上がり次第車いすを病棟スタッフとセッティングできそう	
	合意した目標 (具体的な生活行為)		趣味活動を再開したい(書道)当初は車いす乗車して実施					
	自己評価*		初期	実行度 2/10	満足度 2/10	最終	実行度 3/10	満足度 4/10

*自己評価は本人の実行度(頻度などの量的評価)と満足度(質的な評価)を1から10の数字で答えてもらう

実施・支援内容		基本的プログラム	応用的プログラム	社会適応プログラム	
生活行為向上 プラン	本人	計画	上肢の自主訓練	病棟 ADL を看護師と実施	自身で書字の内容等決定する
		結果	時々実施していたとのこと	起居・移乗軽介助 トイレ動作軽介助	自分から何かを書きたいとの話あり
	家族	計画	来院した際に自主訓練のチェック実施		出来た作品については褒めて欲しい
		結果	自主訓練を促していたとのこと		褒められたと本人が笑顔になった
	支援者 (職種明記)	計画	OT: 訓練実施, 課題の設定, 量の調整, 自主訓練方法を病棟と相談	OT: Activity 実施後に飾る, 表出方法の設定, 病棟 ADL セッティングを共有	OT: Activity 実施時の時間セッティング, 完成した作品の展示等
		結果	身体機能は変わりなし, 座位保持軽介助で可能	車いす姿勢は安定し机上での作業活動実施可能	作品作製に意欲的になっている
実施・支援期間		2013年 08月 12日 ~ 2013年 09月 05日			
達成		<input type="checkbox"/> 達成 <input checked="" type="checkbox"/> 変更達成 <input type="checkbox"/> 未達成(理由:) <input type="checkbox"/> 中止			

課題分析モニタリング表

課題	アセスメント項目	現状能力	予後予測		課題重要性	考察
			このまま推移	介入後		
基本動作	起き上がり	全介助	全介助	一部介助	2	急性発症してから意識障害も残存して介助量が多かったが、意識障害が改善するに連れてベッド上での活動量も多くなってきている。カンファレンスで利上時間を多くし、廃用予防を多くし、廃用予防を実施していくこと、動作方法を共有することが重要ではなかったかと思われ。看護師もADLの予後予測は難しく、リハスタッフが今後の身体状況の予測を踏まえた介入方法を指導し、目標を共有したことが重要ではなかったかと思われ。また作品等本人が趣味活動で作成したものを褒められる等も意欲の向上に繋がったのではないかと思われ。
	立位保持	全介助	全介助	一部介助		
	床からの立ち上がり	全介助	全介助	全介助		
	床のものを拾う	全介助	全介助	一部介助		
	食事	部分介助	自立	自立		
	A D L (B I)	部分介助	監視or軽介助	監視or軽介助	3	
	イスとベッド間の移乗	要介助	要介助	自立		
	トイレ動作	全介助	部分介助	部分介助	1	
	入浴	要介助	要介助	要介助		
	平地歩行(車椅子駆動)	できない	できない	車いす		
階段昇降	できない	できない	できない			
更衣	部分介助	部分介助	部分介助	2		
排便コントロール	全介助	時に失禁	自立	4		
排尿コントロール	全介助	時に失禁	自立	4		
I A D L (F A I)	食事の用意	していない	していない	していない		課題解決目標 発症直後ではあるが4-5か月後の回復期病院退院後を予測すると車いすレベルでの退院が予測される。その為日中車いす乗車ができること、福祉サービスを利用しながらの退院を想定して、基本動作・ベッド周りのADLを中心に介入を当初実施していく。
	食事の片付け	していない	していない	していない		
	洗濯	していない	していない	していない		
	掃除や整頓	していない	していない	していない		
	力仕事	していない	していない	していない		
	買物	していない	していない	していない		
	外出	していない	していない	していない		
	屋外歩行	していない	していない	していない	5	
	趣味	していない	していない	していない		
	交通手段の利用	していない	していない	していない		
老研式抜粋	旅行	していない	していない	していない		(チームの)総合的援助方針 カンファレンスでのリハスタッフ・病棟スタッフの援助方針としては早期転院を予測して、食事・トイレ動作を中心に対応、病棟では日中活動性を向上すること、リハでは基本動作を向上することを方針として立案した。また介助方法を共有することを立案している。
	庭仕事	していない	していない	していない		
	家や車の手入れ	していない	していない	していない		
	読書	していない	していない	していない		
	仕事	していない	していない	していない		
	年金などの書類を	書けない	書けない	書けない		
	新聞などを	読んでいない	読んでいない	読んでいない		
	本や雑誌を	読んでいない	読んでいない	読んでいない		
	健康についての記事や番組に	関心がない	関心がない	関心がない		
	友達の家を訪ねること	ない	ない	ある		
家族や友達の相談にのること	ない	ない	ない			
病人を見舞うこと	できない	できない	できない			
若い人に自分から話しかけること	ない	ない	ない			
他	未把握	未把握	未把握	未把握		
	未把握	未把握	未把握	未把握		
	未把握	未把握	未把握	未把握		
	未把握	未把握	未把握	未把握		

生活行為向上マネジメント基本情報

提出者 所属・氏名	問い合わせ ID		ID:
	連絡方法		メール:
事例種別	【医療】 <input checked="" type="checkbox"/> 一般急性期 <input type="checkbox"/> 一般回復期 <input type="checkbox"/> 維持期 <input type="checkbox"/> 精神・認知症 <input type="checkbox"/> 小児 <input type="checkbox"/> その他() 【介護】 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員・地域包括支援センター <input type="checkbox"/> その他() 【自立支援】 <input type="checkbox"/> 身障 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 【その他】 <input type="checkbox"/> その他()		
主疾患名	脳梗塞(PCA 領域・両側放線冠・右小脳梗塞)	発症からの期間	2 病日目より介入
現病歴	2013 年〇月〇日ふらつき・右側頭部の頭痛があったが様子をみていた, 次の日に明らかに左上肢に麻痺見られたため救急外来受診, 受診時一時麻痺改善するものの帰宅時に再度左片麻痺発症, 再度救急外来受診し当院神経内科入院となった		
既往疾患	1循環器系: 高血圧, 脳卒中, 心臓病, その他 2内分泌・栄養・代謝障害: 糖尿病, 高脂血症, その他 3呼吸器系, 4消化器系, 5泌尿器・生殖器系, 6筋骨格系, 7外傷、中毒系: 骨折, その他, 8がん, 9血液・免疫系, 10 感染症, 11 精神・行動障害: 認知症, その他, 12 神経系: 神経難病, その他, 13 目の病気, 14 耳の病気、 15 皮膚の病気, 16 歯科, 17 その他(), 18 なし		
性別	男性・ <input checked="" type="checkbox"/> 女性	年齢	84 才
配偶者	あり・ <input checked="" type="checkbox"/> なし	家族構成	5 人
生活保護	あり・ <input checked="" type="checkbox"/> なし	本人以外の家族人数	4 人
要介護度	要支援 1・2・要介護 1・2・3・4・5		
介護者の有無	1 配偶者 <input checked="" type="checkbox"/> 2 息子・娘 <input checked="" type="checkbox"/> 3, 息子・娘の配偶者 4, 孫 5, 兄弟・姉妹 6, その他		
介護者の年齢	<input checked="" type="checkbox"/> 1, 65 歳未満 <input type="checkbox"/> 2, 65~74 歳 <input type="checkbox"/> 3, 75~84 歳 <input type="checkbox"/> 4, 85 歳以上		
生活歴 (学歴・職歴・ 趣味を含む)	主婦業・趣味として書道教室に 17 年来通っていた。他にも社交ダンスをしたり活動的だった		
日常生活自立度 (寝たきり度)	正常・J1・J2・A1・A2・B1・ <input checked="" type="checkbox"/> B2・C1・C2		
痴呆性老人の 日常生活自立度	正常・I・IIa・IIb・ <input checked="" type="checkbox"/> IIIa・IIIb・IV・M		
住宅・住処	1. 持ち家 2. 賃貸住宅・借家 3. ケア付き住宅 4. その他()		
年金の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 国民年金 2. 厚生年金 3. 共済年金 4. 老齢福祉年金のみ 5. その他()		
収入の有無	1. 収入のある仕事をしている <input checked="" type="checkbox"/> 2. していない		

地域移行・連携・社会資源情報

入院・入所またはサービス利用開始からの期間		2 日
介入期間		21 日
地域移行支援 取組みの有無	退院前訪問 あり・なし	退院時カンファレンス参加 あり・なし
	退院リハ指導 あり・なし	退院後訪問指導 あり・なし
社会資源	介入時	介入後
ケアマネ等関与	あり・なし	あり・なし
サービス 利用状況	1. 医療のデイケア(回・週) 2. 通所介護・生活支援施設(回・週) 3. 訪問リハ(回・週) 4. 訪問介護(回・週) 5. 訪問看護(回・週) 6. 配食サービス(回・週) 7. 福祉用具・補装具(内容:) 8. 住宅改修有 9. ショーステイ(回・週) 10. 就労支援施設 11. 地域活動支援センター等相談機関 13. 機能訓練施設等(通園・療育・通所リハ) (回・週) 12. その他()(回・週) 12. 利用なし	1. 医療のデイケア(回・週) 2. 通所介護・生活支援施設(回・週) 3. 訪問リハ(回・週) 4. 訪問介護(回・週) 5. 訪問看護(回・週) 6. 配食サービス(回・週) 7. 福祉用具・補装具(内容:) 8. 住宅改修有 9. ショーステイ(回・週) 10. 就労支援施設 11. 地域活動支援センター等相談機関 13. 機能訓練施設等(通園・療育・通所リハ) (回・週) 12. その他()(回・週) 12. 利用なし
その他の社会資源 利用状況	1. 一般就労・シルバー人材センター 2. 教育(学校・養護学校・訪問教育・寿大 学・通信教育・生涯学習を含む) 3. 健康増進施設 4. 市町村等が実施する介護予防事業 5. サロン等老人クラブ活動等(自助グルー プ、患者会を含む) 6. カルチャー教室 7. ボランティア活動 8. 老人会等地区組織活動 9. その他()	1. 一般就労・シルバー人材センター 2. 教育(学校・養護学校・訪問教育・寿大 学・通信教育・生涯学習を含む) 3. 健康増進施設 4. 市町村等が実施する介護予防事業 5. サロン等老人クラブ活動等(自助グルー プ、患者会を含む) 6. カルチャー教室 7. ボランティア活動 8. 老人会等地区組織活動 9. その他()
ケアマネの設定し た課題	(できれば2表のコピーを匿名化して添付)	

できる見通しがたったことで自信がつき外出が可能となった事例

1.実施報告の目的

病前は様々な趣味や生活習慣があり活動的に過ごしていたが、膝の痛み、手術により閉じこもりがちな生活となっていた対象者に対し生活行為向上マネジメントを活用し介入を行った結果、対象者の生活範囲拡大に繋がったので、その経過を報告する。

2.事例紹介

77歳男性、変形性膝関節症、左第5中足骨不全骨折、要支援2、寝たきり度J2、認知症自立度自立。18歳で兄を頼ってA市に移り住み、19歳より鉄工会社に就職。後輩の面倒もよく見ながら定年まで勤めた。退職後は庭木の手入れや畑、毎日公園でラジオ体操や散歩、妻とパチンコに行くなどして毎日を過ごしていた。年に1回会社のOB会に出席することを楽しみとしていたが、73歳時膝の痛みが出始めてからそれらを行えなくなり閉じこもりがちな生活となっていた。75歳時右膝人工関節全置換術施行、76歳で通所介護開始となった。妻と2人で市営住宅の5階に住んでおり、受診以外の外出機会はほとんどなかった。ADLは自立、移動はT字杖使用にて見守りレベル、短距離の歩行でも息切れがあり易疲労、社交的な性格で他利用者や職員との会話を積極的に楽しんでいて、通所介護での介入により以前の生活習慣であった散歩が開始できるようになっていた。

3.作業療法評価

作業目標は「バスに乗れるようになりたい」とのことであった。膝を患ってから外出はタクシーか娘の運転する車でしか行っていなかったため、バスでの外出に不安が強く自信はないとのことであったが、「できれば好きな時に妻と買い物に行ったりご飯を食べに行ったり出来るようになりたい」と意欲的であった。

心身機能面では、バス乗降に不安感が強く、左膝に痛みがあった。痛みが強くなったときは自分で休憩を入れるなどして調整することができており、目標達成に対する意欲もあったことから、痛みのコントロールをしながら外出可能と判断した。

活動・参加面では、移動能力は屋内伝い歩きにて自立、屋外はT字杖使用し見守りで250m程度の連続歩行は可能、市営住宅の5階までは手すりT字杖使用にて妻の見守りで可能なレベルであった。バスと同等のステップ昇降の経験がないこと、周囲に人がいると焦ってしまい歩行が不安定になることがあったが、20cm程度の階段昇降が可能であり練習によってバスと同等のステップ昇降が可能になると判断した。またOTと実際にバスに乗ってみることで漠然と感じていた不安感を解消でき具体的な課題としてあげられるのではないかと感じた。

環境面では、バス停までは無理なく歩いて行けること、バスのステップ乗降の際には手すりがあること、妻の協力が得られることから、妻と一緒にバスに乗って外出可能と判断した。

4.介入の基本方針

対象者はしばらく行っていないバスでの外出に対し不安が大きいため、基本プログラム・応用的プロ

グラム・社会適応プログラムを組み合わせ、具体的なイメージを抱けるよう、また自信を持って行えるよう支援する。疲労や痛みの程度など自身の身体的特徴を実際に動いて確認でき、無理なく安全に外出できるよう支援することを基本方針とした。

5.作業療法実施計画

基本プログラムとして、体力向上トレーニング、段差昇降練習を立案した。最初はOTと一緒に実施し、後に他職員とも実施するようにした。左膝の痛みがある場合は適宜休憩を取りながら実施することとした。また疼痛緩和のため歩行車を使用しての屋外歩行練習も合わせて実施することとした。

応用的プログラムとして、坂道や段差を含めた屋外歩行練習を立案した。最初はOTと一緒に実施し、後に他職員とも実施するようにした。また自宅で行うものとして週2回から3回程度の散歩を妻と一緒に計画した。

社会適応プログラムとして、実際にバスに乗っての外出練習を立案した。基本プログラム・応用プログラムを行う中である程度の自信がつき「やってみよう」と思った時にOTに声をかけてもらうようにした。

6.介入経過

それぞれのプログラムを実施する中で、具体的なイメージを持って練習に取り組んだ。バスのステップと同等の段差昇降練習では「これが出来たらバスの段も上がれますね」、屋外歩行練習では「これくらい歩いたら〇〇まで行けますね」など対象者と確認し実際の外出先を想定した内容であることを意識しながら実施した。

自宅でのプログラムの実施状況は通所介護来所時に対象者に確認し、また送迎時に妻に確認をした。出来た時は賞賛し継続して実施できるよう関わった。歩行時にどの程度で疲れたか、痛みが出たかなど確認し、その前に休憩を取るようにした。バスに乗車する前の準備として金銭の準備や運賃、バスの時刻の確認を行い「お金は慌てないように準備していたらいいですね」など自発的に調べ準備ができた。通所での実施状況は送迎時に妻に伝達した。対象者の心の準備が整ったところでバスでの外出練習をOTと実施する旨伝達した。

介入を開始して約1か月半後対象者より「今度バスに乗ってみたいです」と訴えがあり実施した。OTとバスに乗る時は「何年かぶりだから緊張しますね」「座れんやったらどうしよう」など不安気な様子もあったが、実際に乗ってみて「今の人は優しいのでこっちがふらふらしていたら席を譲ってくれますね」「運賃表が見えるようにこのあたり座ればいいですね」「分からん時は聞けばいいですね」など気づきがあり、具体的な解決策を見つけることができた。また実際にやってみることで「何年かぶりに出来ました。やるまでは色々心配だったけど思っていたより上手にできた。後もそんなに疲れなかったし痛みもでなかった。バスを降りて久しぶりに町並みを見ながら歩いて懐かしかった。今度は妻と相談して一緒に行ってみます。」と自信がついた様子であった。

妻に実施状況を伝えると、「今度一緒に出掛けてみます」との返答があり生活場面での実施に至った。

7.結果

BI、老研式活動能力指標に変化はなかったが、FAIは10点が16点、生活行為聞き取りシートでの実

行度は1が5、満足度は1が7となった。実行度については「まだ家では1回しか行っていないから」とのことで5と評価、満足度は「出来ないと思っていたのができたから嬉しい」とのことで7と評価した。

歩行耐久性は向上し350m程度は膝の痛みの増強はなく安定して歩行できるようになった。歩行車使用については「これがあると楽だけどバス乗降の時に大変だから」との理由で実際の使用には至らなかった。

自宅での散歩も週2回か3回実施できており、バスと同等の段差は手すりを持って見守りで実施できるようになった。バスに関する情報収集や事前の金銭の準備は自分で行えた。生活場面では妻と一緒にバスに乗って買い物に行くことができ目標は達成された。ケアマネジャーには毎月デイサービス、自宅での実施状況、目標達成について報告し、情報共有ができた。

今後は「自分の目で色々見て回りたいから今より長歩きができるようになりたい。できれば杖で外出したいけど、歩行車を使ったら楽だったので検討してみたいと思う。」と次回の目標を決めた。

8. 考察

対象者が持っている自己能力のイメージはやや低く、また不安が大きかったためバスに乗って買い物に行くことができず、生活を狭小化させている原因の一つとなっていた。作業の可能化の見通しは「何か」に挑戦し「そうなるかもしれない」「何かできるかもしれない」と考えることである¹⁾。今回の経過からも、バスに乗るという作業目標を達成するために、より具体的なイメージを持って基本プログラム、応用プログラムを積み重ねたことで「バスに乗る」という作業が可能になる見通しを立てられたと思われる。OTは対象者がプログラム遂行の中で成功の予測を抱けるように関わった。また週2回のみ通所介護での関わりであるため自宅での生活の在り様が重要と考え、外出先でも安心して歩行できるよう週2回から3回の散歩を実施することを本人と決め家族にも協力を得た。家族も同じ思いでいたことから協力が得られやすい状況であり、自宅でのプログラムを遂行できた。

社会適応プログラムでは「思っていたより上手にできた」との言葉からも表されているように、実際の作業を通して現状能力と目標間の溝を埋めることにつながったと思われる。漠然とした不安感やまだできないだろうという思いを払拭でき自信に繋がったと考える。その結果対象者は疾病により一時中断されていた作業の再開に至った。

今回生活行為向上マネジメントを活用することで「できるかもしれない」という気持ちを引出し「できる」に変容することができた。今後も対象者と協働して目標を定め大切な作業に取り組めるよう支援していきたい。

9. 参考文献

1) エリザベス・タウンゼント、ヘレン・ポラタイコ編著、吉川ひろみ、吉野栄子 監訳：続・作業療法の視点、大学教育出版、2011

利用者： B 担当者： 記入日： 年 月 日

生活行為 アセスメント	生活行為の目標	本人	バスに乗って外出できるようになりたい。			
		キーパーソン	いつもタクシーなのでバスに乗って外出できるようになってほしい。			
	アセスメント項目	心身機能・構造の分析 (精神機能,感覚,神経筋骨格,運動)		活動と参加の分析 (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)
	生活行為を妨げている要因 (ICF コード)	b280 左膝の痛みあり b152 バス乗降に不安感強い		d460 バスと同等のステップ昇降の経験がない		e120 バスのステップは 30 cm 程度が 2 段、手すりあり、バス停まで約 50m 平地
	現状能力 (強み) (ICF コード)	b117 知的機能問題なし b126 社会的な性格 b130 意欲あり		d450 250m 程度の連続歩行可能、d460 手すりがあれば 20 cm 程度の階段昇降可能、 d350 コミュニケーション良好		e410 妻の協力が得られる
	予後予測 (いつまでに、どこまで達成できるか)	左膝の痛みはあるが自制内、適宜休憩を入れれば外出可能と思われる。		繰り返しの練習で自信をつけることが出来ると思われる。		妻の見守りのもと外出可能と思われる。
	合意した目標 (具体的な生活行為)	自分で (時には妻と一緒に) バスに乗って買い物 (晩酌用のビールとつまみを買う) に行く。				
自己評価*	初期	実行度 1/10	満足度 1/10	最終	実行度 5/10	満足度 7/10

*自己評価は本人の実行度 (頻度などの量的評価) と満足度 (質的な評価) を 1 から 10 の数字で答えてもらう

生活行為向上プラン	実施・支援内容		基本的プログラム	応用的プログラム	社会適応プログラム
	いつ・どこで・誰が・何を実施・支援	本人	計画	段差昇降練習 体力向上トレーニング	屋外歩行練習 (通所介護周辺、自宅周辺) 休憩場所確認、外出先の下調べ
結果			週 2 回通所介護利用日に実施できた	週 2 回通所介護利用日に実施できた	情報収集は自宅で実施できた
家族		計画		散歩を週 2 回程度妻と一緒に行う	バスに乗って外出 (妻同行)
		結果		週 2、3 回自宅近くの公園までの散歩実施できた	在宅で実施できた
支援者 (職種明記)		計画	OT と通所介護内で実施	OT と通所介護利用日に実施。Nrs は疼痛や疲労の程度を確認。	OT 同行のもとバスに乗って外出。実施状況はケアマネジャーに報告し情報を共有。
		結果	週 2 回利通所介護利用日に実施できた	週 2 回通所介護利用日に実施できた	通所介護利用日にバスに乗って外出できた
実施・支援期間	H25 年 5 月 1 日 ~ H25 年 7 月 31 日				
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				

課題分析モニタリング表

課題	アセスメント項目	現状能力	予後予測		課題重要性	課題個々の要因分析	評価	考察
			このまま推移	介入後				
基本動作	起き上がり	自立	自立	自立		左膝痛、歩行耐久性の低下、外出に対する不安感、病気をしからの公共交通機関未使用で経験不足のため、バスを利用しての外出が困難。	自立	外出への不安が大きかったためバスに乗って買い物に行くことができず、生活を狭小化させている原因の一つとなっていた。プログラムを遂行する過程でOTは対象者が成切の予測をかけるように関わった。また週2回のみの通所介護での関わりであるため自宅での生活の在り様が重要と考え、週2回から3回の散歩を実施することを本人と決めた。
	立位保持	自立	自立	自立			自立	
	床からの立ち上がり	見守り	見守り	見守り			自立	
	床のものを拾う	見守り	見守り	見守り			自立	
	食事	自立	自立	自立			自立	
	イスとベッド間の移乗	自立	自立	自立			自立	
	整容	自立	自立	自立			自立	
	トイレ動作	自立	自立	自立			自立	
	入浴	自立	自立	自立			自立	
	平地歩行(車椅子駆動)	自立	自立	自立			自立	
	階段昇降	監視or介助	監視or介助	監視or介助			監視or介助	
	更衣	自立	自立	自立			自立	
IADL(F A I)	排便コントロール	自立	自立	自立		課題解決目標 屋外歩行耐久性向上、バス乗降に関する動作の獲得、練習により具体的なイメージを持ち自信をつける。	自立	社会適応プログラムで漠然とした不安感やまだできないだろうという思いを払拭でき自信に繋がったと考える、「これで好きな時にお金をかけずに外出ができる」と目標達成に喜んでおり、生活範囲の拡大が期待される。
	排尿コントロール	自立	自立	自立			自立	
	食事の用意	自立	自立	自立			自立	
	食事の片付け	自立	自立	自立			自立	
	洗濯	自立	自立	自立			自立	
	掃除や整頓	自立	自立	自立			自立	
	力仕事	自立	自立	自立			自立	
	買物	自立	自立	自立			自立	
	外出	自立	自立	自立			自立	
	屋外歩行	週1回以上	週1回以上	週1回以上			週1回以上	
	趣味	週1回以上	週1回以上	週1回以上			週1回以上	
	交通手段の利用	まれに	まれに	時々			時々	
老研式抜粋	旅行	自立	自立	自立		(チームの)総合的援助方針 しばらく行っていないバスでの外出に対し不安が大きいため、基本プログラム・応用的プログラム・社会適応プログラムを組み合わせた具体的なイメージを抱けるよう、また自信を持って行えるよう支援する。疲労や痛みの程度など自身の身体的特徴を実際に動いて確認でき、無理なく安全に外出できるよう支援する。Nrsは疼痛管理、SWは実施状況をケアマネジャーに報告し情報共有する。家族はデイサービスでの練習状況を踏まえて自宅での散歩を実施する。	自立	
	庭仕事	時々	時々	時々			時々	
	家や車の手入れ	自立	自立	自立			自立	
	読書	時々	時々	時々			時々	
	仕事	自立	自立	自立			自立	
	年金などの書類を	書けない	書けない	書けない			書けない	
	新聞などを	読んでいる	読んでいる	読んでいる			読んでいる	
	本や雑誌を	読んでいる	読んでいる	読んでいる			読んでいる	
	健康についての記事や番組に	関心ある	関心ある	関心ある			関心ある	
	友達の家を訪ねること	ない	ない	ない			ない	
	家族や友達の相談にのること	ある	ある	ある			ある	
	病人を見舞うこと	できない	できない	できない			できない	
若い人に自分から話しけること	ない	ない	ない		ない			
他	未把握	未把握	未把握		未把握			
	未把握	未把握	未把握		未把握			

生活行為向上マネジメント基本情報

提出者 所属・氏名	所属: 氏名:	問い合わせ ID 連絡方法	ID: メール:
事例種別	【医療】 <input type="checkbox"/> 一般急性期 <input type="checkbox"/> 一般回復期 <input type="checkbox"/> 維持期 <input type="checkbox"/> 精神・認知症 <input type="checkbox"/> 小児 <input type="checkbox"/> その他() 【介護】 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input checked="" type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員・地域包括支援センター <input type="checkbox"/> その他() 【自立支援】 <input type="checkbox"/> 身障 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 【その他】 <input type="checkbox"/> その他()		
主疾患名	変形性膝関節症	発症からの期間	4年
現病歴	4年前 変形性膝関節症 2年前 右膝人工膝関節全置換術		
既往疾患	1循環器系:高血圧, 脳卒中, 心臓病, その他 2内分泌・栄養・代謝障害:糖尿病, 高脂血症, その他 3呼吸器系, 4消化器系, 5泌尿器・生殖器系, <input type="checkbox"/> 6筋骨格系, <input type="checkbox"/> 7外傷、中毒系:骨折, その他, <input type="checkbox"/> 8がん, 9血液・免疫系, 10 感染症, 11 精神・行動障害:認知症, その他, 12 神経系:神経難病, その他, 13 目の病気, 14 耳の病気、 15 皮膚の病気, 16 歯科, 17 その他(), 18 なし		
性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男性 · 女性	年齢	77才
配偶者	<input checked="" type="checkbox"/> あり · なし	家族構成	2人
生活保護	あり · <input checked="" type="checkbox"/> なし	本人以外の家族の人数	1人
要介護度	要支援 1 · <input checked="" type="checkbox"/> 2 · 要介護 1 · 2 · 3 · 4 · 5		
介護者の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 配偶者, 2 息子・娘 3, 息子・娘の配偶者 4, 孫 5, 兄弟・姉妹 6, その他		
介護者の年齢	1, 65歳未満 <input checked="" type="checkbox"/> 2, 65～74歳 3, 75～84歳 4, 85歳以上		
生活歴 (学歴・職歴・ 趣味を含む)	18歳で兄を頼ってA市に移り住み19歳で鉄工会社に就職。見習い後、60歳の定年まで同会社に勤めた。退職後は畑や庭木の手入れ、妻とパチンコに行く、毎朝公園でラジオ体操をする、散歩をするなどして過ごしていた。年に1回の会社のOB会を楽しみにしていたが、膝を悪くしてからは行かなくなった。		
日常生活自立度 (寝たきり度)	正常 · J1 · <input checked="" type="checkbox"/> J2 · A1 · A2 · B1 · B2 · C1 · C2		
痴呆性老人の 日常生活自立度	<input checked="" type="checkbox"/> 正常 · I · IIa · IIb · IIIa · IIIb · IV · M		
住宅・住処	1. 持ち家 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 賃貸住宅・借家 3. ケア付き住宅 4. その他()		
年金の種類	1. 国民年金 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 厚生年金 3. 共済年金 4. 老齢福祉年金のみ 5. その他()		
収入の有無	1. 収入のある仕事をしている <input checked="" type="checkbox"/> 2. していない		

地域移行・連携・社会資源情報

入院・入所またはサービス利用開始からの期間		150 日
介入期間		90 日
地域移行支援 取組みの有無	退院前訪問	あり・なし
	退院リハ指導	あり・なし
社会資源	介入時	介入後
	ケアマネ等関与	あり・なし
サービス 利用状況	1. 医療のデイケア(回・週) 2. 通所介護 ・生活支援施設(2回・週) 3. 訪問リハ(回・週) 4. 訪問介護(回・週) 5. 訪問看護(回・週) 6. 配食サービス(回・週) 7. 福祉用具・補装具(内容:) 8. 住宅改修有 9. ショーステイ(回・週) 10. 就労支援施設 11. 地域活動支援センター等相談機関 13. 機能訓練施設等(通園・療育・通所リハ) (回・週) 12. その他()(回・週) 12. 利用なし	1. 医療のデイケア(回・週) 2. 通所介護 ・生活支援施設(2回・週) 3. 訪問リハ(回・週) 4. 訪問介護(回・週) 5. 訪問看護(回・週) 6. 配食サービス(回・週) 7. 福祉用具・補装具(内容:) 8. 住宅改修有 9. ショーステイ(回・週) 10. 就労支援施設 11. 地域活動支援センター等相談機関 13. 機能訓練施設等(通園・療育・通所リハ) (回・週) 12. その他()(回・週) 12. 利用なし
	その他の社会資源 利用状況	1. 一般就労・シルバー人材センター 2. 教育(学校・養護学校・訪問教育・寿大 大学・通信教育・生涯学習を含む) 3. 健康増進施設 4. 市町村等が実施する介護予防事業 5. サロン等老人クラブ活動等(自助グルー プ、患者会を含む) 6. カルチャー教室 7. ボランティア活動 8. 老人会等地区組織活動 9. その他()
ケアマネの設定し た課題	市営住宅の5階の階段を安全に昇り降りすることができる。 (できれば2表のコピーを匿名化して添付)	

1. 報告の目的

今回、在宅生活を送る独居高齢者を対象に生活行為向上マネジメントを活用したアプローチを実施した。9 年前に脳梗塞を発症し夫婦 2 人暮らしをしていたが、半年前に妻と死別し、それ以降不活発な生活となっていた。作業療法士とともに活動を経験することで、以前から行っていた「電車で旅行し写真をとる」という活動を再開できるようになった。対象者の意味のある作業を獲得することで生活に変化がみられたので、経過を報告する。

2. 事例紹介

A 氏 60 歳代半ば男性、脳梗塞右片麻痺。要支援 1、寝たきり度 A1、認知症自立度は正常。9 年前に脳梗塞発症し、救急搬送。発症 2 週間後に回復期病院転院。4 ヶ月の治療を経て自宅復帰となる。退院時、独歩自立レベル、右上肢は補助手レベル、ADL は自立しており、妻との 2 人暮らしで特に介助を要すことなく生活していた。また趣味である「電車での旅行、写真を撮ること」を妻と楽しみながら過ごしていた。しかし、半年前に妻と死別し、それから外出の頻度が減少し、自宅内で閉じこもりがちな生活であり、家事全般は配食サービスや訪問介護を利用していた。A 氏の担当である B 町の地域包括支援センターの担当ケアマネジャーより相談を受け、C 地区の在宅リハビリテーション広域支援センターの相談事業の一環で、今回、生活行為向上マネジメントを導入し、アプローチを実施した。

3. 作業療法評価

作業目標は「電車で旅行したい。一眼レフカメラで写真を撮りたい、味噌汁作り」との希望が聞かれた。

心身機能面の状態は、右片麻痺(Brunnstrom Stage 上肢・手指Ⅳ、下肢Ⅴ)、補助手レベル。強みは利き手交換にて左上肢主体での片手動作可能、認知面、精神面問題なし、元々は活発な性格などが挙げられた。右上肢は使い方次第で補助手にもなり得ることが予測されたが、一眼レフカメラは重量もあり、両手での巧緻性を求められるため、現状の機能では困難な作業と予測された。

活動参加面では、片手動作を余儀なくされているが、強みは左上肢主体でのセルフケアは全自立。また洗濯や簡単な料理などは片手で遂行可能であったが、訪問介護に任せている状態であった。移動は、屋内外ともに独歩自立であったが、外出頻度減少により耐久性、体力の低下を認めた。以前は 5km 程度の連続歩行可能であったが、現在は 1km 程度で疲労感を訴える。年齢や以前の体力も考慮したうえで、全身耐久性も活動量が増える事で向上することが予測できた。

環境面では、趣味活動を行う仲間がいない。強みは、近隣にスーパーや駅が近い事があり、歩行能力向上とともに、A 氏の生活に必要な場所への外出が可能と予測できた。

以上の評価より、「D 会社主催のウォーキングに電車にて参加し、デジカメで写真を撮る、朝食作りや洗濯ができる」という目標を設定した。開始時の実行度 1、満足度 1 であった。

4. 介入の基本方針

電車で旅行をする、デジカメで写真を撮ることが実現できるようになり、閉じこもりがちな不活発な生活からの脱却を図りたい。また、家事動作に関しては能力もあり、作業聞き取りの中でも A 氏は「味噌汁ぐらいは自分で作れ

れば」という意見からも、自宅内 ADL 以外の活動を見直し、家事等も一部行えるようになるという方針で、基本・応用・社会適応プログラムを実施していく。

5. 作業療法実施計画

屋外歩行や外出に関しては、妻死別後に外出頻度が減少したことや、人的環境も乏しいことが要因であると考えた。また家事動作に関しては、これまでは妻が担っており、片手での家事活動の経験不足や要領を得ていないこと、工夫次第では両手動作での洗濯なども可能になるが、その指導もなされていないことが大きな要因として考えられる。

それらを踏まえ、作業療法実施計画を考えた。基本的プログラムは、OT と共にリュックサックを背負っての屋外歩行訓練（不整地や階段昇降も含め）、左上肢主体でのデジカメ操作訓練を実施し、その後本人の自己訓練へと移行する。また洗濯や簡単な調理（味噌汁作り）訓練を行い、右上肢の補助手での作業訓練を実施する。

応用的プログラムは、屋外歩行の安全性が確認できれば、実際に電車を使っての移動訓練と近隣にあるスーパーでの買い物訓練を OT と共に実施する。買い物訓練にて自立を確認できれば、歩行の耐久性向上を目的に本人 1 人で自己訓練として買い物に歩行で週 3 回行くことを計画する。

社会適応プログラムは、実際に D 会社主催のウォーキングに申し込み、参加する。OT と参加し、その中で動作確認、デジカメでの写真撮影も行い、その後写真を現像し、振り返りを行うこととした。また訪問介護とも連携を図り、朝食は自己で作る、洗濯は見守り、事例が困難なトイレや風呂の掃除を行ってもらうなどのポイントを指導し家事支援を減らしていく。

6. 介入経過

生活行為向上マネジメントシートにて合意した「D 会社主催のウォーキングに参加し、デジカメで写真を撮る、朝食作りや洗濯ができる」という目標の達成のため、まずは具体的に参加する日程を検討した。初期評価、予後予測の結果、2 ヶ月で目標達成できる機能・能力を有していると判断し、また近隣の E 市で開催されるウォーキングがあることが判明したため、2 ヶ月後に参加する事を定めた。その目標に向けて、週に 1 回、1 時間程度の頻度で開始した。まずは体力向上、屋外歩行能力確認も含め、荷物を持つての屋外歩行訓練を実施。1 回目の訪問で安全性は確認、その後自己訓練（自宅周囲の散歩）へと移行した。2 回目訪問から自宅内で左手でのデジカメ操作、上下反転させてカメラを操作する事や、座位や立位にて洗濯物を右上肢を補助手として使用しながらの作業や味噌汁作りなども併せて指導した。3 回目の訪問では訪問介護と同行してもらい、朝食作りや洗濯活動の能力を共に確認してもらい、見守りなどの自立支援のポイントを指導、また困難なトイレや風呂の掃除を行ってもらうなど指導した。

1 ヶ月後には屋外歩行は耐久性、安全性ともに実用的となり、近隣のスーパーに OT とともに味噌汁の具などを買いに行く訓練も導入し、また電車の利用も行い、安全を確認できた。A 氏も目標を明確に持てたことや徐々に体力も向上してきたことで、意欲的に活動に取り組めるように変化してきた。

導入から 2 ヶ月後には、実際に電車にて集合場所まで移動し、OT とともにウォーキングに参加した。5km 程度のコースを 2 時間程度かけて散策し、その際、デジカメで花の写真を撮るなどした。参加後は自宅にて撮影した写真をパソコンにて現像したが、「撮り方が下手になっている。次はもっと上手く撮るぞ」など、また前向きな発言も聞かれた。また、洗濯やご飯や味噌汁程度であれば自分で用意するようになり生活全般の質的变化を認めた。

7. 結果

A 氏との合意した目標「D 会社主催のウォーキングに参加し、デジカメで写真を撮る、朝食作りや洗濯ができる」は、ほぼ達成された。自己評価における実行度は 8 となり、満足度は 5 となった。満足度に関しては、まだ写真が上手く撮影できなかったことから A 氏の自己評価は低い結果となっている。また、家事活動などの IADL への関わりを通して、片手主体での動作指導、また洗濯や調理に関しても麻痺側上肢を補助手として使用する指導も行った結果、洗濯や簡単な調理も可能となった。また訪問介護への家事活動の支援ポイントなど指導も行え、自立を目指した支援へと変化し、訪問介護の回数は週 3 回から週 2 回(事例が困難なトイレや風呂の掃除などは訪問介護が実施)へと変化した。評価結果は、BI は初期同様に 100 点、家事活動への参加や屋外での活動も増えたことから老研式活動能力指標は 7 点から 8 点、FAI は 14 点から 23 点へと点数が向上した。HUI に関しては歩行や全体的健康状態で改善がみられた。

また、ウォーキングに参加した翌日に担当ケアマネジャーに電話を入れ「久しぶりに楽しかった。」と満足した様子を伝えていたとの事であった。

8. 考察

今回は A 氏の担当である地域包括支援センターの担当ケアマネジャーより相談を受け、C 地区在宅リハビリテーション広域支援センターの相談事業の一環で、地域包括支援センターや訪問介護と連携し、在宅で生活する居居高齢者を対象に生活行為向上マネジメントを活用したアプローチを実施した。

A 氏の生活が不活発になっている経緯としては妻との死別にあった。以前は夫婦で旅行に出かけたり、妻の協力のもと一眼レフカメラで写真撮影をするなど、共通の趣味として行っていたことが A 氏の話から伺えた。もともと社交的で活発な生活を送っていた A 氏にとっては作業に取り組む何かしらのきっかけが必要であったと考える。そのきっかけとして生活行為向上マネジメントにおける合意目標や作業療法の介入が大きな意味を持ったと考える。

また生活行為アセスメントシートでは、A 氏の生活行為を妨げる要因のみではなく、強みの部分を共有できたことが、本来気づきにくい対象者自身の当たり前に行っていること、それが強みであり、対象者自身も健康な部分が十分にあるという認識を持つことができたとも考える。A 氏の今後の課題としては、このような活動を継続、共感できる仲間作りが必要となる。地域の社会資源から模索し必要な人的環境整備を行う必要がある。

A 氏のように脳梗塞の既往はあるものの、ADL には問題がない対象者や、また予防期にある対象者に対して、趣味活動や IADL 活動の経験を通して関わることで、将来的な ADL 低下予防、布いては生活全体の活性化に繋がると考える。今後も本ツールを活用し、対象者にとって価値があり、意味を持つ作業に焦点をあてたアプローチを展開したい。

生活行為向上マネジメントシート

記入日：H25年 9月 6日

生活行為 アセスメント	生活行為の目標		本人	電車で旅行したい。一眼レフカメラで写真を撮りたい。味噌汁作り			
			キーパーソン	※独居の為、介護者なし。聴取不可。			
	アセスメント項目		心身機能・構造の分析 (精神機能,感覚,神経筋骨格,運動)	活動と参加の分析 (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)		
	生活行為を妨げている要因 (ICFコード)		b760 右片麻痺 (BRS 上肢・手指IV、下肢V) b455 全身耐久性低下	d155 片手での一眼レフカメラの使用困難 d630、640 家事全般の経験不足 d470 1人での交通機関利用は経験不足	e310 妻が亡くなり、独居生活。 e320 共通の趣味をもつ友人がいない。		
	現状能力 (強み) (ICFコード)		b700 左上下肢機能が正常 b100 精神・知的機能は正常 活発・社交的な性格	d450 屋外歩行独歩可能 d500 セルフケア全自立 妻と共に外出機会は多かった。	e140 写真撮影の道具は揃っている。 e575 社会サービスはある。 近隣に駅やスーパーがある。		
	予後予測 (いつまでに、どこまで達成できるか)		右上下肢の機能向上は望めないが、つまむ、押さえるなど補助手としての役割は獲得できる。全身耐久性も活動量の増加に伴い向上も可能。	屋外含め歩行は独歩にて自立しており、体力向上に伴い歩行距離の延長も望める。また家事動作も意欲をもっており動作指導にて遂行可能となる。	本人の能力で移動できる範囲に必要な施設が整っているため、外出は可能となる。また写真撮影に必要な道具も揃っており、操作可能となる。		
	合意した目標 (具体的な生活行為)		①D 会社主催のウォーキングに電車にて参加し、デジカメで写真を撮る ②朝食作りと洗濯が行える。				
自己評価*		初期	実行度 1/10	満足度 1/10	最終	実行度 8/10 満足度 5/10	

*自己評価は本人の実行度（頻度などの量的評価）と満足度（質的な評価）を1から10の数字で答えてもらう

生活行為向上プラン	実施・支援内容		基本的プログラム	応用的プログラム	社会適応プログラム	
	いつ・どこで・誰が・何を実施・支援	本人	計画	屋外歩行訓練、右上肢の自己管理、右上肢での補助手訓練	デジカメの操作訓練、電車の利用訓練、買い物訓練、調理や洗濯訓練	ウォーキングに実際に参加し、写真撮影。家事活動をヘルパーと分担し行う。
結果			右上肢機能変化はないが、補助手としての参加は若干増加。	左手主体でデジカメ操作は獲得。買い物や洗濯、簡単な調理も可能。	2ヶ月後、ウォーキングと写真撮影の実施は可能。家事活動も可能な事は遂行している。	
家族		計画				
		結果				
支援者 (職種明記)		計画	週1回 OT と共に屋外歩行訓練を実施し、その後自宅周囲の散歩へと移行する。	2回目訪問以降で調理訓練。活動確認後、ヘルパーと同行訪問にて支援確認、指導。	2ヶ月後、ウォーキングへ参加。家事活動はヘルパーへポイントを指導。	
		結果	OT との歩行訓練、自己訓練もあり、4回日の訪問時には5km 歩けるようになった。	4回目訪問で買い物、洗濯、味噌汁作りも可能、ヘルパー見守りによる自立支援も定着。	洗濯はヘルパー見守りのもと可能。訪問介護介入は週2回になる。	
実施・支援期間		H25年 9月 6日 ~ H25年 10月 25日				
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				

課題分析モニタリング表

課題	アセスメント項目	現状能力	予測		課題重要性
			このまま推移	介入後	
基本動作	起き上がり	自立	自立	自立	
	立位保持	自立	自立	自立	
	床からの立ち上がり	自立	自立	自立	
	床のものを拾う	自立	自立	自立	
	食事	自立	自立	自立	
	A D L (B I)	自立	自立	自立	
	食とベッド間の移乗	自立	自立	自立	
	整容	自立	自立	自立	
	トイレ動作	自立	自立	自立	
	入浴	自立	自立	自立	
I A D L (F A I)	平地歩行(車椅子駆動)	自立	自立	自立	
	階段昇降	自立	自立	自立	
	更衣	自立	自立	自立	
	排便コントロール	自立	自立	自立	
	排尿コントロール	自立	自立	自立	
	食事の用意	時々	自立	週3回以上	5
	食事の片付け	時々	自立	週3回以上	
	洗濯	時々	自立	週1回以上	6
	掃除や整頓	していない	していない	週1回以上	
	力仕事	していない	していない	まれに	
老研式抜粋	買物	まれに	していない	週1回以上	7
	外出	まれに	していない	週1回以上	3
	屋外歩行	時々	していない	週1回以上	1
	趣味	まれに	していない	時々	2
	交通手段の利用	していない	していない	時々	4
	旅行	していない	していない	時々	
	庭仕事	していない	していない	時々	
	家や車の手入れ	していない	していない	軽作業	
	読書	月2回以上	月2回以上	月2回以上	
	仕事	していない	していない	していない	
他	年金などの書類を	書ける	書ける	書ける	
	新聞などを	読んでいる	読んでいる	読んでいる	
	本や雑誌を	読んでいる	読んでいる	読んでいる	
	健康についての記事や番組に	関心ある	関心ない	関心ある	
	友達の家を訪ねること	ない	ない	ない	
	家族や友達の相談にのること	ない	ない	ない	
	病人を見舞うこと	できない	できない	できない	
	若い人に自分から話しかけること	ない	ない	ない	

課題個々の要因分析

IADL面の低下予防が重要。屋外歩行や外出に関しては、妻死別後に外出頻度の減少や、人的環境も乏しいことが要因。また家事動作に関しては、これまでは妻が家事は担っており、片手での家事活動の経験不足や、片手動作での困難さもある。片手での家事活動の要領を得ていないことや、工夫次第では両手動作での洗濯なども可能になるが、その指導もなされていないことが大きな要因。IADLの頻度減少は生活を不活発にし、最終的にはADLの低下にもつながる。今の時期に社会参加や家事活動を継続することが生活全体の予防に繋がると考える。

課題解決目標

目標は、本人の希望でもある「旅行する、写真撮影をする」をOT共に実現可能なものとし、それをきっかけに外出頻度の増加、社会参加の習慣を獲得する事。またIADL活動の頻度減少は活動量低下に繋がることが懸念されるため、洗濯や簡単な調理動作(毎朝の味噌汁作り)は、片手動作での動作習得、また補助手としての麻痺側の参加獲得を目指すし、指導を行う。

(チームの)総合的援助方針

屋外歩行の安定、外出頻度の増加、活動量の向上を図り、不活発な生活からの脱却を図る。そのためにも、まずはOTの介入をきっかけとして、できる活動を増やし、できる実感を得てもらおう。また訪問介護とも連携を図り、朝食は自己で作れ、洗濯は見守り、事例が困難なトイレや風呂の掃除を行ってもらうなどのポイントを指導し家事支援を減らしていく。また社会資源の活用、同じ趣味をもつ仲間作りも今後の活動を継続していくこととして、重要になることが考えられる。

評価

自立
週3回以上
時々
週1回以上
まれに
まれない
週1回以上
時々
週1回以上
まれに
まれに
まれに
まれない
まれない
月2回以上
月2回以上
書ける
読んでいる
読んでいる
関心ある
ない
ない
できない
ない

考察

今回、生活行為向上マネジメントを活用し本人との合意した目標でもある「電車で旅行し、デジタルカメラで写真撮影する。朝食作りや洗濯ができる」を本筋としてアプリ作りを行った。2ヶ月間、8回の訪問の結果、ウォーキングに参加し写真撮影ができた。また家事活動に関しても、片手主体での動作指導、また洗濯や調理に関しても麻痺側上肢を補助手として使用する指導も行って使用し、洗濯や調理も合理的に行えるようになった。またヘルパーへの家事支援のポイント指導により自立支援を考慮した適切な家事支援も行え、週3回の支援から週2回への支援へと変化した。維持期また予防期にある対象者に対して趣味活動やIADL活動を通してアプリ作りを展開することが、将来的なADL低下の予防、布いでは生活全体の活性化に繋がると考える。

生活行為向上マネジメント基本情報

提出者 所属・氏名	所属: 氏名:	問い合わせ ID 連絡方法	ID: メール:
事例種別	【医療】 <input type="checkbox"/> 一般急性期 <input type="checkbox"/> 一般回復期 <input type="checkbox"/> 維持期 <input type="checkbox"/> 精神・認知症 <input type="checkbox"/> 小児 <input type="checkbox"/> その他() 【介護】 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員・地域包括支援センター <input type="checkbox"/> その他() 【自立支援】 <input type="checkbox"/> 身障 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 【その他】 <input checked="" type="checkbox"/> その他(在宅リハビリテーション広域支援センター)		
主疾患名	脳梗塞	発症からの期間	約9年
現病歴	脳梗塞後遺症 右片麻痺		
既往疾患	1循環器系(高血圧、脳卒中) 心臓病, その他 2内分泌・栄養・代謝障害:糖尿病, 高脂血症, その他 3呼吸器系, 4消化器系, 5泌尿器・生殖器系, 6筋骨格系, 7外傷、中毒系:骨折, その他, 8がん, 9血液・免疫系, 10 感染症, 11 精神・行動障害:認知症, その他, 12 神経系:神経難病, その他, 13 目の病気, 14 耳の病気、 15 皮膚の病気, 16 歯科, 17 その他(), 18 なし		
性別	<input checked="" type="radio"/> 男性 <input type="radio"/> 女性	年齢	66才
配偶者	<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	家族構成	1人
生活保護	<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	本人以外の家族の人数	妻死別後、独居(介護者なし)
要介護度	<input checked="" type="radio"/> 要支援 1・2・要介護 1・2・3・4・5		
介護者の有無	1 配偶者, 2 息子・娘 3, 息子・娘の配偶者 4, 孫 5, 兄弟・姉妹 6, その他		
介護者の年齢	1, 65歳未満 2, 65～74歳 3, 75～84歳 4, 85歳以上		
生活歴 (学歴・職歴・ 趣味を含む)	大学卒業後は建築会社勤務、60歳で退職後、現在でも会社の同僚などとは交流はある。半年前に妻を亡くしそれ以降は1人暮らし。閉じこもりがちな生活。子供は2人いるが、いずれも家族を形成しており、交流は年に2～3回程度。娘が時折相談相手になっている。以前より電車好きで時刻表を眺めることや電車での旅行、電車や風景を撮影することを好む。また古い一眼レフカメラや三脚などを持っており、カメラに対するこだわりは強い(定年後、妻生前までは一緒に趣味を楽しんでいた)。		
日常生活自立度 (寝たきり度)	正常・J1・J2・ <input checked="" type="radio"/> A1・A2・B1・B2・C1・C2		
痴呆性老人の 日常生活自立度	<input checked="" type="radio"/> 正常 I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
住宅・住処	<input checked="" type="radio"/> 持ち家 2. 賃貸住宅・借家 3. ケア付き住宅 4. その他()		
年金の種類	1. 国民年金 <input checked="" type="radio"/> 2. 厚生年金 3. 共済年金 4. 老齢福祉年金のみ 5. その他()		
収入の有無	1. 収入のある仕事をしている <input checked="" type="radio"/> 2. していない		

地域移行・連携・社会資源情報

入院・入所またはサービス利用開始からの期間		日
介入期間		51日
地域移行支援 取組みの有無	退院前訪問	あり・なし
	退院リハ指導	あり・なし
社会資源	介入時	介入後
ケアマネ等関与	あり・なし	あり・なし
サービス 利用状況	1. 医療のデイケア(回・週) 2. 通所介護・生活支援施設(回・週) 3. 訪問リハ(回・週) 4. 訪問介護(3回・週) 5. 訪問看護(回・週) 6. 配食サービス(7回・週) 7. 福祉用具・補装具(内容:) 8. 住宅改修有 9. ショーステイ(回・週) 10. 就労支援施設 11. 地域活動支援センター等相談機関 13. 機能訓練施設等(通園・療育・通所リハ) (回・週) 12. その他()(回・週) 12. 利用なし	1. 医療のデイケア(回・週) 2. 通所介護・生活支援施設(回・週) 3. 訪問リハ(回・週) 4. 訪問介護(2回・週) ※トイレや風呂掃除 5. 訪問看護(回・週) 6. 配食サービス(7回・週) 7. 福祉用具・補装具(内容:) 8. 住宅改修有 9. ショーステイ(回・週) 10. 就労支援施設 11. 地域活動支援センター等相談機関 13. 機能訓練施設等(通園・療育・通所リハ) (回・週) 12. その他()(回・週) 12. 利用なし
その他の社会資源 利用状況	1. 一般就労・シルバー人材センター 2. 教育(学校・養護学校・訪問教育・寿大 学・通信教育・生涯学習を含む) 3. 健康増進施設 4. 市町村等が実施する介護予防事業 5. サロン等老人クラブ活動等(自助グルー プ、患者会を含む) 6. カルチャー教室 7. ボランティア活動 8. 老人会等地区組織活動 9. その他()	1. 一般就労・シルバー人材センター 2. 教育(学校・養護学校・訪問教育・寿大 学・通信教育・生涯学習を含む) 3. 健康増進施設 4. 市町村等が実施する介護予防事業 5. サロン等老人クラブ活動等(自助グルー プ、患者会を含む) 6. カルチャー教室 7. ボランティア活動 8. 老人会等地区組織活動 9. その他()
ケアマネの設定し た課題	地域包括支援センター「自宅内で安全に生活ができる。」 (できれば2表のコピーを匿名化して添付)	

右片麻痺を呈した症例に対し生活行為向上マネジメントを用いた仕事復帰へのアプローチ

1. 報告の目的

今回、右片麻痺を呈する回復期病棟入院中の症例を担当した。症例は、仕事復帰という目標があった。仕事は飲食店の店長をされており、店では会計・商品発注など事務作業や調理等を行っていた。仕事復帰に向けての目標は 1：通勤手段の獲得、2：事務作業が出来ること、3：簡単な調理や片付け等が出来る事であった。生活行為向上マネジメントを利用して 3 か月間の介入後、仕事復帰が可能な状態となって退院できた為に報告する。

2. 事例紹介

30 代前半の男性。脳出血による右片麻痺、失語症。利き手は右手。現病歴は、X 年 5 月下旬に右片麻痺が現れ救急搬送となった。搬送先の病院にて開頭血腫除去術を施行し、X 年 7 月中旬に当院に転院となった。既往歴は、高血圧症があったが服薬はしていなかった。家族構成は、妻と二人の子供がいる。家屋環境は、2 階建ての一軒家。仕事は、飲食店の店長をされており、仕事の内容は、調理・会計・食材発注業務・片づけなど多岐に渡るが、従業員へ指示を出す事や経営の戦略を考えるなど、身体機能を求められる現場の仕事ではなかった。職場へは車で通勤されており、店舗が駅から離れた場所にある為に電車の利用は難しい状況であった。仕事が忙しい為に休日は少なく、仕事が生きがいとなっていた。趣味は特にないとのことだが、休日はパチンコに行くことがあるとのことだった。

3. 作業療法評価

目標設定の為にインタビューすると「仕事復帰したい」という目標があった。また、その為に必要な事を聴取すると「右手を使って調理すること」を挙げていた。その時点では、屋外歩行や杖なしの歩行が難しい状態であったが、通勤の事や店の中で物を持って移動する事等に考えが及んでいない様子だった。話し合にて仕事復帰に向けての目標は、まずは通勤や店内で物を持って歩く為にも杖なしで歩行できる事とした。次に事務作業が出来ること、簡単な調理や片付けが出来る事とした。実行度は 2/10 点、満足度は 3/10 点だった。心身機能面は、BrunnstromStage が上肢 2 手指 2 下肢 4 であり、上肢は廃用手であった。感覚障害は深部感覚・表在感覚共に中等度鈍麻であった。高次脳機能障害は、失語症により言葉の想起に時間が掛かるが、日常会話は概ね可能であった。その他の高次脳機能障害として、計算、失行、注意障害などは大きな問題が見られなかった。

活動・参加面は、日常生活動作は、BI は 90 点であり、入浴は監視を要したがその他は自立していた。

病棟内の移動は、杖歩行で平地は移動できたが階段昇降・屋外は未自立であった。

環境面は、家庭内にも段差や階段があるが、予後予測は家庭内 ADL は全て自立すると考えられた。職場の立地条件として電車通勤が難しく車での通勤が必要であった。また、店での役割は多岐に渡るが、まずは事務作業をこなす必要があった。

4. 介入の基本方針

生活行為向上マネジメントを基に介入する。年齢が若く、子供の養育費のためにも所得が必要になる

ため、仕事復帰することが症例にとり最も必要な事と考えられた。介入にあたり、職場までの移動と職場内での移動の自立を最優先課題とし、調理や後片づけなどの両手動作を要する場面は、利き手交換を進めながら片手動作で出来るように介入していく。

5.作業療法実施計画

年齢が若い事と回復期の段階のため、身体機能が今後も回復すると考えられた。そのため介入の割合は、基本練習による身体機能回復への介入を多く実施しつつ、仕事復帰に向けての社会適応練習を適宜導入していくこととした。また、3か月の介入のうちに、前半1か月半は基本練習を中心に実施し、後半の1か月半は応用練習や社会適応練習を増やして介入することとした。

基本練習は、麻痺側上肢・下肢の筋緊張の調整、座位・立位のバランス練習、麻痺側上肢のリーチ動作の練習、歩行練習などを行う。実施頻度は、前半は毎日実施し症例の潜在的な身体能力を出来るだけ回復できるように介入することとした。

応用練習は、階段昇降練習や屋外歩行練習を行う。前半は未自立な動作の為にセラピストと実施していくが、自立するに従って徐々に自主トレーニングに切り替わるように促していく。また、PTと連携のもと屋外歩行用に装具の検討を行う。

社会適応練習は、仕事復帰を想定して利き手交換しながら、食器を片づける事や調理の練習を行う。事務作業のために左手でのパソコン操作や書字動作の練習を行う。また、通勤手段の獲得の為に、車への乗車練習や模擬的な車の操作練習を行うこととした。

6.介入経過

身体機能面は、年齢が若い事もあり前半では日を追うごとに回復された。麻痺側上肢よりも下肢の回復が早く、8月下旬には短距離の屋外歩行が自立した。歩行中に麻痺側上肢の痙性が高まる事が増えた為、上肢機能向上の練習も行いながら痙性の減弱を図った。9月上旬には、肘関節の伸展と手指の随意性が若干回復した事もあり、廃用手ではあるが歩行中に痙性が高まる事が少なくなった。10月になると物を抑える為に麻痺側上肢を使用する等も見られたが、操作性は低く退院時も廃用手であった。活動面は、1時間30分ほど屋外歩行できるようになり、階段昇降は手すりを使用するが、15cm程の高さならば支持物なしでも段差昇降ができるようになった。入浴も含めてADLは全て自立となり、外泊時のADLも自立して行えた。社会参加においては、車の乗降は出来るようになったが、車の操作ではアクセルを左側に改造が必要であった。ご家族様に情報提供を行った結果、自動車免許センターに相談の上で、車の改造を行う予定となり職場までの通勤も可能となった。調理は、片手動作で行い、食材を切る際には釘付きのまな板やピーラーなどの調理補助具を使用し、時間は要するがカレーライスを作ることができた。また、後片付けも片手であるが、食器を洗うことや食器を運びながら歩く事もできた。ご本人さまは、片手での動作の為に時間が掛かることや不自由感がある為に、調理活動に対する満足度は低い、店内の仕事も「少しは出来るかもしれない」と自信をのぞかせる発言もあった。パソコンの操作や書字動作も若干の時間を要するが、利き手交換にて左手で出来るようになった。心理的な変化は、介入の前半時は上肢に対して悲観的な発言があり、仕事に対しても不安感がある様子だった。しかし、片手動作の獲得や屋外歩行の自立などで、出来るが増えるに従って仕事復帰に対して前向きに考えられるようになった。

7.結果

心身機能面は、BrunnstromStage が上肢 3 手指 3 下肢 5 となったが、上肢は依然として廃用手であった。上肢の機能回復を強く望んでいた事もあり、上肢については悲観的な様子が伺われた。失語症が残存している為に接客の際に不安があるが、仕事を行う上ではさほど支障をきたさないレベルまで回復した。活動面は、日常生活作は、BIは100点となり全て自立した。病棟内は、独歩で移動し、屋外も1時間30分程度歩行が出来るようになった。社会参加の仕事復帰については、車通勤できる状態となり、店長としてお店の経営管理や事務作業をこなすことが可能と思われる状態となった。しかし、調理や後片付けの多くは、従業員に行って頂く必要がある状態である。ご本人さまは、「不安はあるけれど、やらなければならないだし、時間かければできますよ」と不安と自信が入り混じっているような発言があった。目標としていた、仕事復帰の為に屋外歩行、片手での事務作業などの実行度は8、満足度も8となり初回評価時より改善した状態で退院を迎えることが出来た。退院後は、当院の外来リハビリ訓練を継続にてフォローアップしながら仕事復帰する事になった。

8.考察

今回、仕事復帰が一番大切な生活行為と考えられる症例を担当した。そこで、生活行為向上マネジメントを用いて症例の仕事復帰に関わった。症例は飲食店の店長をしており、仕事復帰に必要な事を評価すると、職場までの通勤、事務作業、調理や後片付けなど現場業務の3つに別ける事ができた。目標について話し合う中で、まずは職場までの通勤手段の獲得、次に事務作業の為にパソコン操作や書字動作、次に現場の業務が出来る事であった。

通勤や仕事の為に歩行の安定が重要課題であった為、介入の前半ではバランス訓練や歩行訓練を中心にを行い、介入から1か月程で屋外や段差昇降も可能となった。また、利き手交換を進めながら調理や食器の片付け等の練習を行う中で、時間を要するが片手でも出来ることは多くある事を体験し、仕事復帰に向けて自信が取り戻してきた様子があった。自信の獲得の為に自己効力と自尊心が必要1)と述べられており、自己効力感は最初からあるものではなく、作業を経験し重ねることによって構築されるものである2)と述べられている。本症例も作業遂行による成功体験の繰り返しが自己効力感の向上に繋がり、仕事への自信の回復に至ったと思われる。

麻痺側の機能低下により、介入の前半では悲観的な発言が聞かれ、精神的に大きくショックを受けている印象を受けた。しかし、仕事に復帰するという目標を見据えて介入していくことで、表情が明るくなり、心持も前向きな状態になっていった。このような事から、生活行為向上マネジメントを用いて、主体的な目標を設定して介入する事は有効だと感じた。

9.文献

- 1) 作業療法のとらえかた PART2 (文光堂) P294 より引用
- 2) “作業”の捉え方と評価・支援技術(医歯薬出版株式会社)P66 より引用

生活行為向上マネジメントシート

記入日：25年 8月 19日

生活行為 アセスメント	生活行為の目標		本人	仕事(飲食店の店長)に復帰したい。			
			キーパーソン	仕事に復帰して欲しい。			
	アセスメント項目		心身機能・構造の分析 <small>(精神機能,感覚,神経筋骨格,運動)</small>	活動と参加の分析 <small>(移動能力,セルフケア能力)</small>	環境因子の分析 <small>(用具,環境変化,支援と関係)</small>		
	生活行為を妨げている要因 (ICFコード)		下肢の支持性が乏しい。上肢は廃用手。失語症により言葉の想起に障がいがある。	病棟内は杖で歩行が可能であるが、屋外での歩行は難しい。ADLは入浴の監視以外は自立。	職場に行く為に車の運転が必要な為にアクセルの変更が必要。職場内の段差に手摺りがない。		
	現状能力 (強み) (ICFコード)		不安定であるが、立位保持が可能。失語症による障がいはあるが、仕事上の会話は概ね可能。	屋内の歩行ができる。手すりがあれば段差昇降が可能。ADLは概ね自立している。	店長として簡単な事務作業や商品の発注業務はこなせる。非麻痺側下肢でアクセル操作が可能。		
	予後予測 (いつまでに、どこまで達成できるか)		失語症による換語困難は残存。上肢は廃用手。動的バランスは安定する。	屋外歩行と段差昇降が可能。利き手交換で仕事での簡単な作業が出来る。	車のアクセルを左足で踏めるように改造することで、車の運転が可能。		
	合意した目標 (具体的な生活行為)		仕事復帰に向けて、屋外歩行と段差昇降が自立し、職場に行くために車が運転できるようになる。片手での事務作業と現場の作業(食器の片付け等)ができるようになる。				
自己評価*		初期	実行度 2/10	満足度 3/10	最終	実行度 8/10	満足度 8/10

*自己評価は本人の実行度(頻度などの量的評価)と満足度(質的な評価)を1から10の数字で答えてもらう

実施・支援内容		基本的プログラム	応用的プログラム	社会適応プログラム		
生活行為向上プラン	本人	計画	上肢・下肢の機能向上訓練、バランス訓練、	屋外歩行訓練、片手動作の練習	模擬的な車運転練習、仕事を想定した調理等の訓練、事務作業の練習	
		結果	上肢は廃用手。長時間でも立位保持が可能。	1時間半歩行が可能。利き手交換で書字等可能。	時間を要するが片手での事務作業・調理が可能。	
	家族	計画	なし	面会時に屋外歩行を行って頂く。	車の改造の依頼。	
		結果		屋外歩行が自立。	退院後に車を改造する予定となった。	
	支援者 (職種明記)	計画	PT・OTが関わる。	はじめは訓練時間だけで行うが、徐々に自主トレに移行する。	車についての情報提供。仕事復帰に向けての訓練を行う。	
		結果	上肢は廃用手。長時間でも立位が可能。	自主トレも積極的に行えた。	仕事復帰が概ね可能な状態となった。	
実施・支援期間		25年 8月 19日 ~ 25年 11月 15日				
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				

本シートの著作権(著作人格権、著作財産権)は一般社団法人日本作業療法士協会に帰属しており、本シートの全部又は一部の無断使用、複写・複製、転載、記録媒体への入力、内容の変更等は著作権法上の例外を除いて禁じます。

課題分析モニタリング表

課題分析モニタリング表	アセスメント項目	現状能力	予後予測		課題重要性
			このまま推移	介入後	
基本動作	起き上がり	自立	自立	自立	
	立位保持	自立	自立	自立	
	床からの立ち上がり	自立	自立	自立	
	床のものを拾う	自立	自立	自立	
	食事	自立	自立	自立	
	イスとベッド間の移乗	自立	自立	自立	
	整容	自立	自立	自立	
	トイレ動作	自立	自立	自立	
	入浴	要介助	自立	自立	
	平地歩行(車椅子駆動)	自立	自立	自立	4
A D L (B I)	階段昇降	監視or介助	自立	自立	
	更衣	自立	自立	自立	
	排便コントロール	自立	自立	自立	
	排尿コントロール	自立	自立	自立	
	食事の用意	していない	まれに	まれに	
	食事の片付け	していない	まれに	まれに	
	洗濯	していない	時々	時々	
	掃除や整頓	時々	週1回以上	週1回以上	
	力仕事	していない	時々	週1回以上	
	買物	時々	時々	時々	
I A D L (F A I)	外出	していない	時々	週1回以上	2
	屋外歩行	していない	時々	週1回以上	
	趣味	まれに	時々	時々	
	交通手段の利用	していない	まれに	まれに	3
	旅行	していない	まれに	まれに	
	庭仕事	していない	していない	していない	
	家や車の手入れ	していない	軽作業	軽作業	
	読書	月2回以上	月2回以上	月2回以上	
	仕事	していない	週30時間以上	週30時間以上	1
	年金などの書類を	書ける	書ける	書ける	
老研式抜粋	新聞などを	読んでいる	読んでいる	読んでいる	
	本や雑誌を	読んでいる	読んでいる	読んでいる	
	健康についての記事や番組に	関心ある	関心ある	関心ある	
	友達の家を訪ねること	ない	ある	ある	
	家族や友達の相談にのること	ある	ある	ある	
	病人を見舞うこと	できない	できる	できる	
	若い人に自分から話しけること	ある	ある	ある	
		未把握	未把握	未把握	
		未把握	未把握	未把握	
	他	未把握	未把握	未把握	
課題個々の要因分析					
<p>①仕事:通勤が困難、利き手に麻痺がある為に利き手交換しないと事務作業が困難、調理や片付け等の実務動作が難しい。②屋外歩行:下肢の支持性の低下、バランスが不安定。</p> <p>③交通手段の利用:通勤の為に車も運転したいが、右下肢に麻痺があるためアクセルの操作が出来ない。</p> <p>④階段昇降:手摺があれば監視にて可能であるが、麻痺側下肢の支持が不安定である。</p> <p>※重要性では仕事が一番であるが、自立する順番としては、屋外歩行と交通手段の利用が優先となる。</p> <p>課題解決目標</p> <p>仕事復帰が目標となる。そのために、屋外歩行の獲得、車の運転の獲得、利き手交換にて書字やパソコンなどの事務作業が出来た事、調理や片付けが出来る必要がある。</p> <p>(チームの)総合的援助方針</p> <p>チームの目標も、仕事復帰することであり、その為に各部署ごとにアプローチする。Nrs:病棟生活の自立支援。PT:屋外歩行や段差昇降の為に、バランスの安定化や歩行の安定性・耐久性の向上。ST:仕事復帰出来るレベルに言語能力の向上。OT:仕事で必要な作業である、事務作業、片手での調理、片付けなどの為に利き手交換の練習。ご家族さま:通勤の為に車の改修を検討。管理栄養士:再発予防の為に塩分やカロリー制限などの栄養指導。</p>					
考察					
仕事復帰を望んでいる年齢が若いこともあり、仕事復帰が症例にとつて重要な生活行為と考えられた。仕事復帰の為に、職場までの通勤、事務作業、調理や後片付けなど現場業務が必要であった。利き手交換を進めながら調理や食器の片付け等の練習を行うなかで、時間を要するが片手でも出来ることも多くあることを体験し、仕事復帰が可能と思われ、車の運転は下肢の麻痺の為にアクセルを踏む事が難しい。自動車免許センターに行く事と、自動車の改修により車の運転が再獲得でき、車を情報提供した。麻痺による機能低下により、介入の前半では悲観的な発言が聞かれ、精神的に大きなショックを受けている印象を受けていた。しかし、仕事に復帰するという目標を見据えて介入することで、表情が明るくなり、心持ちも前向きな状態になった。このようにことから、主体的な目標を設定して介入する事は有効だと感じた。					
評価					
自立 自立 自立 自立 自立 自立 自立 自立 自立 自立 まれに まれに 時々 週1回以上 していない 時々 週1回以上 週1回以上 時々 していない していない していない 軽作業 月2回以上 週30時間以上 書ける 読んでいる 読んでいる 関心ある ある ある できる ある 未把握 未把握					

生活行為向上マネジメント基本情報

提出者 所属・氏名	所属: 氏名:	問い合わせ ID 連絡方法	ID: メール:
事例種別	【医療】 <input type="checkbox"/> 一般急性期 <input checked="" type="checkbox"/> 一般回復期 <input type="checkbox"/> 維持期 <input type="checkbox"/> 精神・認知症 <input type="checkbox"/> 小児 <input type="checkbox"/> その他() 【介護】 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員・地域包括支援センター <input type="checkbox"/> その他() 【自立支援】 <input checked="" type="checkbox"/> 身障 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 【その他】 <input type="checkbox"/> その他()		
主疾患名	脳出血	発症からの期間	70日
現病歴	X年5月下旬にパチンコ店にて発症された。救急搬送された後に開頭血腫除去術しこうされた。同年7月中旬にリハビリ目的で当院に転院となった。		
既往疾患	1循環器系: <u>高血圧</u> , <u>脳卒中</u> , 心臓病, その他 2内分泌・栄養・代謝障害: 糖尿病, 高脂血症, その他 3呼吸器系, 4消化器系, 5泌尿器・生殖器系, 6筋骨格系, 7外傷・中毒系: 骨折, その他, 8がん, 9血液・免疫系, 10 感染症, 11 精神・行動障害: 認知症, その他, 12 神経系: 神経難病, その他, 13 目の病気, 14 耳の病気, 15 皮膚の病気, 16 歯科, 17 その他(), 18 なし		
性別	<u>男性</u> ・女性	年齢	31才
配偶者	<u>あり</u> ・なし	家族構成	4人
生活保護	あり・ <u>なし</u>	本人以外の家族の人数	3人
要介護度	要支援 1・2・要介護 1・2・3・4・5		
介護者の有無	<u>1</u> 配偶者, 2息子・娘 3, 息子・娘の配偶者 4, 孫 5, 兄弟・姉妹 6, その他		
介護者の年齢	<u>1</u> , 65歳未満 2, 65~74歳 3, 75~84歳 4, 85歳以上		
生活歴 (学歴・職歴・趣味を含む)	高校を卒業後に調理師学校に通われた。21歳に料理店に勤務されたのち、28歳で飲食店の店長となった。趣味は特にないとのことだが、パチンコに行くことと本を読むことが好きとのこと。		
日常生活自立度 (寝たきり度)	正常・J1・J2・ <u>A1</u> ・A2・B1・B2・C1・C2		
痴呆性老人の 日常生活自立度	<u>正常</u> ・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
住宅・住処	<u>1</u> . 持ち家 2. 賃貸住宅・借家 3. ケア付き住宅 4. その他()		
年金の種類	1. 国民年金 <u>2</u> . 厚生年金 3. 共済年金 4. 老齢福祉年金のみ 5. その他()		
収入の有無	<u>1</u> . 収入のある仕事をしている 2. していない		

地域移行・連携・社会資源情報

入院・入所またはサービス利用開始からの期間		25日
介入期間		87日
地域移行支援 取組みの有無	退院前訪問 あり <u>なし</u>	退院時カンファレンス参加 <u>あり</u> ・なし
	退院リハ指導 <u>あり</u> ・なし	退院後訪問指導 あり <u>なし</u>
社会資源	介入時	介入後
ケアマネ等関与	あり・ <u>なし</u>	あり・ <u>なし</u>
サービス 利用状況	1. 医療のデイケア(回・週) 2. 通所介護・生活支援施設(回・週) 3. 訪問リハ(回・週) 4. 訪問介護(回・週) 5. 訪問看護(回・週) 6. 配食サービス(回・週) 7. 福祉用具・補装具(内容:) 8. 住宅改修有 9. ショーステイ(回・週) 10. 就労支援施設 11. 地域活動支援センター等相談機関 13. 機能訓練施設等(通園・療育・通所リハ) (回・週) 12. その他()(回・週) <u>12.</u> 利用なし	1. 医療のデイケア(回・週) 2. 通所介護・生活支援施設(回・週) 3. 訪問リハ(回・週) 4. 訪問介護(回・週) 5. 訪問看護(回・週) 6. 配食サービス(回・週) 7. 福祉用具・補装具(内容:) 8. 住宅改修有 9. ショーステイ(回・週) 10. 就労支援施設 11. 地域活動支援センター等相談機関 13. 機能訓練施設等(通園・療育・通所リハ) (回・週) 12. <u>12.</u> その他(医療保険での外来リハビリ)(1 回・週) 12. 利用なし
その他の社会資源 利用状況	<u>1.</u> 一般就労・シルバー人材センター 2. 教育(学校・養護学校・訪問教育・寿大 学・通信教育・生涯学習を含む) 3. 健康増進施設 4. 市町村等が実施する介護予防事業 5. サロン等老人クラブ活動等(自助グルー プ、患者会を含む) 6. カルチャー教室 7. ボランティア活動 8. 老人会等地区組織活動 9. その他()	<u>1.</u> 一般就労・シルバー人材センター 2. 教育(学校・養護学校・訪問教育・寿大 学・通信教育・生涯学習を含む) 3. 健康増進施設 4. 市町村等が実施する介護予防事業 5. サロン等老人クラブ活動等(自助グルー プ、患者会を含む) 6. カルチャー教室 7. ボランティア活動 8. 老人会等地区組織活動 9. その他()
ケアマネの設定し た課題	(できれば2表のコピーを匿名化して添付)	

閉じこもりの生活から野菜作りを通して、主体性を取り戻した症例

1. 報告の目的

アルツハイマー型認知症を呈し、居室に閉じこもりがちになった症例に対して生活行為向上マネジメントを適用した。日常生活動作に介助を要し、心気的な訴えや帰宅願望も多かった症例であったが、野菜作りという「意味のある作業」の実現を通して、心気的な訴えも少なくなり杖歩行やトイレ動作の自立に繋がった。その結果、閉じこもることも少なくなり主体的に生活する場面が増えていった。その内容について報告する。

2. 事例紹介

症例は80代、女性、診断名はアルツハイマー型認知症、不安神経症、妄想気分。要介護2。農家の家庭で生まれ、小さい頃は田んぼや畑仕事の手伝いをして育っていった。結婚後は建具屋を営んでいた夫とともに、建具屋の手伝いをして生計をたてていた。症例も建具を作ったりお客さんを接待したりと、苦勞をしながら一生懸命働いていた。2人の子どもにも恵まれていたが、子どもが独立した後は夫と二人暮らしの生活となった。その後、早くに夫が他界し一人暮らしとなったが、畑仕事を続けながら隣近所のお茶会を楽しみに生活してきた。80代前半に短期記憶障害を認めアルツハイマー型認知症の診断を受けるが、小規模多機能型居宅介護を受け在宅生活は継続していた。その後、妄想様言動が著しくなったためショートステイ利用となったが、認知症状から在宅生活困難と判断され、施設入所となった。

3. 作業療法評価

施設では食事や入浴以外は居室に閉じこもり、頭痛等の心気的な訴えや、膝痛、帰宅願望を訴えることが多かった。BIは55点。移動は車いすが、リハビリ時は5m程の杖歩行は可能。排泄時は下衣の上げ下げは全介助。介助時「私を立たせて」と依存的な言動が聞かれていた。HDS-Rは13点。言葉の遅延再生は不正解。FAIは0点、老研式活動能力指標も0点、HUIの7番目の感情はeに該当し、趣味や他者との交流を楽しむ機会はほとんどなかった。初回面接より生活行為向上マネジメントを適用。作業聞き取りシートでは「早く家に帰りたい」と言ったため興味関心チェックリストを使用。その結果、「元気に歩けるようになって、またブドウ作りがしたい」という思いがあることがわかった。閉じこもりがちだったため、心身機能として「膝が痛い。何もできない。」と自己効力感の低下や上・下肢筋力・持久力の低下があったが、成功体験を積み活動性が向上すれば杖歩行での生活が獲得されると判断。活動・参加として対人交流は少ないが、特定の人とは楽しく会話、畳み物等の軽作業にも取り組むことができた。人との交流や日課活動が増えることで精神面の安定に繋がると予測した。また環境面の強みとして、施設に畑があることが挙げられた。以上より、「杖歩行が安定し、施設の畑で野菜作りができる」ことを目標とし症例とも合意。作業は行っていないため実行度は1、満足度も1となった。

4. 介入の基本方針

症例にとって「意味のある作業」と考えられた畑での野菜作りの実現を目指し、生活行為向上プランを作成。症例と目標を共有しながら、畳み物などの軽作業、体操、OTRとの歩行練習などを生活の中に

組み込み、段階的に成功体験を積み重ねていく。活動性が向上し、作業への自己効力感が回復してきたら、畑へ行く機会を作り、野菜作りへと移行。症例が主体的に活動できる機会を増やしていく。

5.作業療法実施計画

症例と合意した「杖歩行が安定し、施設の畑で野菜作りができる」を目標に、作業工程分析、達成のためのプログラムを立案し、生活行為向上プランを作成した。基本的プログラムとしては上・下肢筋力訓練、歩行練習、集団訓練（週 1 回）、エプロン・清拭たみなどの軽作業、個人回想法を取り入れた。基本的に OTR の個別訓練で行うが、軽作業に関しては日課として組み込めるよう介護士の協力を得た。応用的プログラムとしては立位での作業練習、育てたい野菜の選定、苗を植える、水やり、追肥、草取り、野菜の収穫を取り入れた。症例と一緒に野菜の本を見ながら育てたい野菜を選んでもらい、育て方のポイントについては症例が教え、OTR が指導されるという役割関係を取りながら進めていった。社会適応プログラムとしてはユニットでのレクへの参加を促し交流を図る、育て中の野菜の写真や収穫した野菜を仲間や職員にみせることを取り入れた。レクは毎日介護士がユニット内で行い、野菜作りがない日でも畑のことを話題に会話できるよう、個別訓練で撮った野菜の写真はユニット内の症例が見える場所に掲示。写真を介して会話が促進されるよう介護士の協力を得た。

6.介入経過

第一期：（痛みや帰宅願望の訴えが多い中、少しずつ野菜作りに意識が向き始めた時期：第 1～3 週）OTR との個別訓練では杖での歩行練習や筋力訓練に取り組むが、頭痛や膝の痛み、帰宅願望を訴えることが多く、その都度傾聴し対応した。介護士も軽作業を提供した時は訴えも少なくなるため、できるだけ日課として取り入れていった。2 週間後、15m 程なら安定した杖歩行が可能になったため、介護士の見守りで車いすから杖歩行に移行した。転倒もなく過ごし、個別訓練で園芸の本を見ながら畑に植える野菜を選んでいると「ナスがいい」と、ナスの育て方のポイントを OTR に指導してくれるようになった。

第二期：（肯定的な言動が増え、仲間との野菜作りを楽しみ始めた時期：第 4 週～6 週）帰宅願望は続いていたが、畑の話をする「今度皆で畑にいこうさ」と仲間を誘うようになった。仲間と一緒に畑まで車いすで行くと、「ナスはあまり水をやらないほうがいいのよ」と自ら立ち上がり作業をするようになった。草取りや芽摘み等の作業にも取り組み、OTR にも指導しながら「こんな楽しい畑は初めてだ」と作業を楽しむ様になっていった。それ以外の余暇時間でも、仲間と冗談を言い合ったり、しりとりを誘ったりする場面が増えていった。

第三期（収穫を期に、主体的に仲間と交流する場面が増えてきた時期：第 7 週～）この時期には生活の中での杖歩行も安定しており、整容やトイレ動作も自立。収穫した野菜の写真をユニット内に展示すると、写真を見ながら仲間との会話を楽しみ、OTR のことを「ナスの兄ちゃん」と呼ぶようになっていった。畑で採れたきゅうりに味噌をつけて食べると、「頭が痛いのが治ったわ」と笑うようになり、心情的な訴えも少なくなっていった。また進んで食器洗いをしたり、軽作業に取り組んだりする様になり、主体的に作業に取り組み仲間と交流する場面が増えていった。

7.結果

目標としていた「杖歩行が安定し、施設の畑で野菜作りができる」は達成され、実行度は 8、満足度も

7と改善した。実行度も満足度も10まで届かなかった理由は、施設の畑が自宅の畑に比べ規模が小さ過ぎると理由を話していた。

BIは90点。依存的な言動もなくなり、杖歩行やトイレ動作は自立。HDS-Rは22点(+9点)、物品記銘や言葉の遅延再生で改善がみられた。FAIは3点、老研式活動能力指標は1点、HUIの7番目の感情はcに該当し、趣味や他者との交流を楽しむ機会が増えたことが加点に繋がった。時々、帰宅願望を訴えることはあるが、野菜作りを楽しんだり仲間と交流したりすることが気分転換となり、介入前より痛みや帰宅願望を訴える時間は減少していった。

8.考察

行動観察や各評価結果より、生活行為向上マネジメントを活用したOTRとの関わりは、症例らしい主体的な人生を取り戻すのに有効であった。畑仕事に精を出しながら隣近所とお茶会を楽しみに生きてきた症例にとって、畑仕事や仲間との交流がない閉じこもりがちな生活は症例らしい人生が失われた状態であったと言える。その状況の中、初期から生活行為向上マネジメントを活用したことによって、症例が目標とする生活を具体的にイメージできたこと、そしてそれに向けて成功体験を積み重ねることができたことが有効であったと考えられた。症例らしい人生の目標、すなわち「畑で野菜作りができる」という意味のある作業に向けた目標がなければ、杖歩行獲得だけのために苦痛になりがちな繰り返しの筋力訓練や歩行訓練が行われ、モチベーションの低下もまねきやすい。しかし、「膝が痛い。何もできない。」と自己効力感が低下し希望を見失っていた症例であっても、具体的に野菜を選び、畑を見に行き、畑で目標の実現に向けた成功体験を積み重ねることで、モチベーションを維持することができた。その結果、以前のような肯定的な自己を少しずつイメージすることができ、生きがいのある主体的な生活を取り戻すきっかけになったと考えられた。「意味のある作業」の実現は、主体的な生活と、その方らしい人生を取り戻すことへと繋がる。すなわち、生活行為向上マネジメントを活用した関わりは、機能の回復だけではなく、その方らしい「人生の回復」へと繋げるツールとして有効であると考えられた。

生活行為向上マネジメントシート

記入日：平成 25年 5月 8日

生活行為 アセスメント	生活行為の目標	本人	元気に歩けるようになって、またブドウ作りがしたい			
		キーパーソン	施設を利用し精神的に穏やかに生活してほしい			
	アセスメント項目	心身機能・構造の分析 (精神機能,感覚,神経筋骨格,運動)		活動と参加の分析 (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)
	生活行為を妨げている要因 (ICF コード)	b730 上・下肢筋力低下 b280 右膝に痛みがある b445 全身持久力の低下 b130 自己効力感の低下 b117 認知機能障害 (短期記憶、思考、理解力の低下)		d450 杖歩行可能だが、疲労により足取り悪くなる d230 自己効力感の低下から、居室に閉じこもりがち。その結果、不安等のストレスが蓄積され、BPSD (心氣的訴え、妄想)へと繋がる。		e425 施設になれていないため、同じユニットの入所者や職員となじみの関係が築けていない e140 ユニット内にブドウや野菜作りができる環境がない
	現状能力 (強み) (ICF コード)	b180 建具屋をしていたという自尊心は高い b755 立位バランスは比較的良好 b730 歩行が可能な筋力は維持 b144 長期記憶やエピソード記憶は保持されやすい		d920 ブドウ作りの他にも、畑での野菜作りに興味がある d450 杖を使用し短距離歩行可能 d640 軽作業を促せば取り組む d350 特定の方と楽しく会話可能 d920 集団リハに参加している		e340 杖歩行は可能な範囲で職員の見守り可能 e140 施設の敷地内にブドウの木はないが、野菜を作れる畑がある
	予後予測 (いつまでに、どこまで達成できるか)	・一日の活動量が増えることで、全身の筋力、持久力が改善する ・成功体験を繰り返すことで、自己効力感が回復する		・自己効力感の回復と共に、畑仕事や軽作業が生活の中に組み込まれ、閉じこもる時間が減少、BPSD が軽減する。 ・杖歩行、トイレ動作が自立する		・施設の畑を利用し、OTR との個別訓練で、野菜の栽培を楽しむことができる。 ・ADL が改善し BPSD が軽減すれば、グループホームへ退所可能
	合意した目標 (具体的な生活行為)	杖歩行が安定し、施設の畑で野菜作りができる 退所後も趣味としてブドウ作りや野菜作りを楽しむ				
	自己評価*	初期	実行度 1/10	満足度 1/10	最終	実行度 8/10 満足度 7/10

*自己評価は本人の実行度 (頻度などの量的評価) と満足度 (質的な評価) を 1 から 10 の数字で答えてもらう

生活行為向上 プラン	実施・支援内容	基本的プログラム	応用的プログラム	社会適応プログラム	
	いつ・どこで・誰が・何を実施・支援	本人	<ul style="list-style-type: none"> 上・下肢筋力訓練 棒体操等の上肢機能訓練 歩行練習 ・集団訓練 エプロン、清拭たたみなどの軽作業 個人回想法 (ライフレビュー) 	<ul style="list-style-type: none"> 立位での作業練習 育てる野菜を選び苗を植える 水やり ・追肥を行う 草取りをする・収穫する 収穫した野菜を仲間や職員にみせ、一緒に食べる 	<ul style="list-style-type: none"> ※退所後はグループホームを利用。 ブドウの木を植える 水やり、消毒、棚つくり等の管理を行う 野菜作りも継続する
		結果	杖歩行が安定。トイレ動作も自立。訓練や軽作業を通して成功体験を積むことができ、BPSD も軽減。活動への意欲が向上した。	立位での作業練習後、野菜の栽培を行う。ナスやトマトなど4種類の野菜を作った。収穫した野菜を仲間や職員と食べ、一緒に収穫の喜びを味わうことができた。	未実施
	家族	計画			<ul style="list-style-type: none"> ・家族 (息子、娘) が一緒にブドウの木を植える ・面会時に一緒に水やり等を行う
		結果			未実施
	支援者 (職種明記)	計画	OTR が中心に行う。軽作業は余暇時間に介護職が提供する。	OTR の個別訓練で実施する。野菜の本を参考に、育てたい野菜を選んでもらう。	ブドウ作り、野菜作り、水やり等の管理は、施設の介護職員や家族が本人と一緒に ※BPSD が出現せず、穏やかな本人らしい生活ができる作業活動や対応について、OTR が家族や関係職員に助言する
		結果	軽作業は介護職の協力で、OTR 介入以外の余暇時間に提供できた。	ナスを選び、OTR にナスの育て方のポイントを教えてくれた。OTR を「ナスの兄ちゃん」と言う様になり、よい関係作りができた	未実施
実施・支援期間	平成 25年 5月 8日 ~ 平成 25年 7月 8日				
達成	<input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 変更達成 <input checked="" type="checkbox"/> 未達成 (理由：退所の目標が未達成) <input type="checkbox"/> 中止				

本シートの著作権 (著作人格権、著作財産権) は一般社団法人日本作業療法士協会に帰属しており、本シートの全部又は一部の無断使用、複写・複製、転載、記録媒体への入力、内容の変更等は著作権法上の例外を除いて禁じます。

課題分析モニタリング表

課題	アセスメント項目	現状能力	予測		課題重要性	課題要因分析	評価	考察
			このまま推移	介入後				
基本動作	起き上がり	自立	自立	自立		1、趣味 作業への自己効力感が低下。また、日中に興味のあることができなくなったため閉じこもりがちになっている。その結果、不安等のストレスが蓄積されBPSD(心気的訴え、妄想)の要因となっている。今後生活の意欲に対する支援が必要であり、また症例がしたい作業である野菜作りやブドウ作りには、2、3の動作が必要になってくる。 2、平地歩行 下肢筋力低下、右膝の痛み、全身持久力の低下があり、短距離で疲労を訴える 3、床のものを拾う 下肢筋力低下、右膝の痛みあり、膝関節屈曲位での立位動作ができない 課題解決目標 1、趣味 作業療法士との個別訓練で、施設の畑での野菜作りを楽しむ。また退所後は、GHで介護職員や家族と一緒に野菜やブドウ作りを楽しむ。 2、平地歩行 日常生活での杖歩行が自立する。 3、床のものを拾う 畑での草取りや収穫作業ができるように、立位での畑作業ができるようになる。 (チームの)総合的援助方針 ・野菜作りやブドウ作り、日課活動、仲間作りを行いBPSDが軽減することで、症例らしい生活が送れるよう支援していく。・OTRIはMTDLPを活用し、個別訓練時に症例が意欲的に野菜作りに取り組みめるよう関わっていく。 ・介護職はADLの介助以外に、レクや作業などの日課活動を生活の中に取り入れる。 ・ケアマネジャーはOTRからの助言や介護職から生活の様子を聞き、退所に向けてのケアプランを立案し、調整を行っていく。	自立	
	立位保持	見守り	見守り	自立			自立	
	床からの立ち上がり	一部介助	一部介助	一部介助			一部介助	
	床のものを拾う	一部介助	一部介助	見守り			見守り	
	食事	自立	自立	自立			自立	
	A D L (B I)	イスとベッド間の移乗	監視or軽介助	監視or軽介助			自立	
		整容	要介助	要介助			自立	
		トイレ動作	部分介助	部分介助			自立	
		入浴	要介助	要介助			要介助	
		平地歩行(車椅子駆動)	車いす	車いす			自立	
I A D L (F A I)	階段昇降	できない	できない		2	監視or介助		
	更衣	部分介助	部分介助			自立		
	排便コントロール	自立	自立			自立		
	排尿コントロール	自立	自立			自立		
	食事の用意	していない	していない			していない		
	食事の片付け	していない	していない			していない		
	洗濯	していない	していない			していない		
	掃除や整頓	していない	していない			していない		
	力仕事	していない	していない			していない		
	買物	していない	していない			していない		
老研式抜粋	外出	していない	していない			していない		
	屋外歩行	していない	していない			していない		
	趣味	していない	していない			週1回以上		
	交通手段の利用	していない	していない			していない		
	旅行	していない	していない			していない		
	庭仕事	していない	していない			していない		
	家や車の手入れ	していない	していない			していない		
	読書	していない	していない			していない		
	仕事	していない	していない			していない		
	年金などの書類を	書けない	書けない			書けない		
新聞などを	読んでいない	読んでいない			読んでいない			
本や雑誌を	読んでいない	読んでいない			読んでいない			
健康についての記事や番組に	関心がない	関心がない			関心がない			
友達の家を訪ねること	ない	ない			ない			
家族や友達の相談にのること	ない	ない			ない			
病人を見舞うこと	できない	できない			できない			
若い人に自分から話しかけること	ない	ない			ない			
他	未把握	未把握			未把握			
	未把握	未把握			未把握			
	未把握	未把握			未把握			
	未把握	未把握			未把握			

生活行為向上マネジメント基本情報

提出者 所属・氏名	所属: 氏名:	問い合わせ ID 連絡方法	ID: メール:
事例種別	【医療】 <input type="checkbox"/> 一般急性期 <input type="checkbox"/> 一般回復期 <input type="checkbox"/> 維持期 <input type="checkbox"/> 精神・認知症 <input type="checkbox"/> 小児 <input type="checkbox"/> その他() 【介護】 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員・地域包括支援センター <input type="checkbox"/> その他() 【自立支援】 <input type="checkbox"/> 身障 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 【その他】 <input type="checkbox"/> その他()		
主疾患名	アルツハイマー型認知症	発症からの期間	6か月
現病歴	アルツハイマー型認知症 不安神経症		妄想気分
既往疾患	1循環器系(高血圧)脳卒中, 心臓病, その他 2内分泌・栄養・代謝障害:糖尿病, 高脂血症, その他 3呼吸器系, 4消化器系, 5泌尿器・生殖器系, 6筋骨格系, 7外傷・中毒系:骨折, その他, 8がん, 9血液・免疫系, 10感染症, 11精神・行動障害:認知症, その他, 12神経系:神経難病, その他, 13目の病気, 14 耳の病気 , 15皮膚の病気, 16歯科, 17その他(), 18なし		
性別	男性・ 女性	年齢	86才
配偶者	あり・ なし S54 死亡	家族構成	4人
生活保護	あり・ なし	本人以外の家族の人数	3
要介護度	要支援 1・2・要介護 1・ 2 ・3・4・5		
介護者の有無	1 配偶者, 2 息子・娘 3, 息子・娘の配偶者 4, 孫 5, 兄弟・姉妹 6, その他		
介護者の年齢	1, 65 歳未満 2, 65~74 歳 3, 75~84 歳 4, 85 歳以上		
生活歴 (学歴・職歴・ 趣味を含む)	農家の家で育ち、小さい頃から田んぼや畑の手伝いに一生懸命だった。結婚後は夫婦で建具屋を営み、仕事ができて頼りになる夫と一生懸命仕事をしてきた。家にお客を呼んでお茶会	をするのが楽しみだった。夫が亡くなり子どもも自立した後は、自宅で一人暮らしをしていた。趣味は畑仕事。家でぶどうを作ることもあった。近所の仲間とはお茶会を通して交流していた。	
日常生活自立度 (寝たきり度)	正常・J1・J2・A1・A2・ B1 ・B2・C1・C2		
痴呆性老人の 日常生活自立度	正常・I・IIa・IIb・ IIIa ・IIIb・IV・M		
住宅・住処	1. 持ち家 2. 賃貸住宅・借家 3. ケア付き住宅 4. その他()		
年金の種類	1. 国民年金 2. 厚生年金 3. 共済年金 4. 老齢福祉年金のみ 5. その他()		
収入の有無	1. 収入のある仕事をしている 2. していない		

地域移行・連携・社会資源情報

入院・入所またはサービス利用開始からの期間		17日
介入期間		60日
地域移行支援 取組みの有無	退院前訪問 あり なし	退院時カンファレンス参加 あり なし
	退院リハ指導 あり なし	退院後訪問指導 あり なし
社会資源	介入時	介入後
ケアマネ等関与	あり ・なし	あり ・なし
サービス 利用状況	1. 医療のデイケア(回・週) 2. 通所介護・生活支援施設(回・週) 3. 訪問リハ(回・週) 4. 訪問介護(回・週) 5. 訪問看護(回・週) 6. 配食サービス(回・週) 7. 福祉用具・補装具(内容:) 8. 住宅改修有 9. ショーステイ(回・週) 10. 就労支援施設 11. 地域活動支援センター等相談機関 13. 機能訓練施設等(通園・療育・通所リハ) (回・週) 12. その他()(回・週) 12. 利用なし	1. 医療のデイケア(回・週) 2. 通所介護・生活支援施設(回・週) 3. 訪問リハ(回・週) 4. 訪問介護(回・週) 5. 訪問看護(回・週) 6. 配食サービス(回・週) 7. 福祉用具・補装具(内容:) 8. 住宅改修有 9. ショーステイ(回・週) 10. 就労支援施設 11. 地域活動支援センター等相談機関 13. 機能訓練施設等(通園・療育・通所リハ) (回・週) 12. その他()(回・週) 12. 利用なし
その他の社会資源 利用状況	1. 一般就労・シルバー人材センター 2. 教育(学校・養護学校・訪問教育・寿大 学・通信教育・生涯学習を含む) 3. 健康増進施設 4. 市町村等が実施する介護予防事業 5. サロン等老人クラブ活動等(自助グルー プ、患者会を含む) 6. カルチャー教室 7. ボランティア活動 8. 老人会等地区組織活動 9. その他()	1. 一般就労・シルバー人材センター 2. 教育(学校・養護学校・訪問教育・寿大 学・通信教育・生涯学習を含む) 3. 健康増進施設 4. 市町村等が実施する介護予防事業 5. サロン等老人クラブ活動等(自助グルー プ、患者会を含む) 6. カルチャー教室 7. ボランティア活動 8. 老人会等地区組織活動 9. その他()
ケアマネの設定し た課題	有意義に過ごしたい 安心して穏やかに生活してほしい (できれば2表のコピーを匿名化して添付)	

1.報告の目的

がん患者は増加しており、治療技術の進歩により生命予後が改善している。がんとともに生きる人を支援するリハビリテーションの必要性は高まっていると思われる。病気によって生じた身体機能喪失、治療に伴う副作用を始めとした心身の不具合を抱えながら、病後も使命感を持った社会的活動を継続していきたいと望み努力している事例に、生活行為向上マネジメントを実施して心身両面からの活動継続支援を行ったので報告する。

2.事例紹介

A 氏 80 代男性。下咽頭がんが見つかり腫瘍を声帯とともに切除し失声。術後の放射線治療を含め半年間の入院を経て自宅復帰した。介護保険を申請し要介護 2 が認定され、通所リハ利用となった。目的は発声代替器機である電気式人工喉頭を用いての発語獲得と体力回復である。作業療法士が担当し目標に病前ライフワークとして取り組んでいた講演活動への復帰を設定、プログラム立案とともにチームアプローチを実施し、一年後には念願の活動復帰を果たした。現在通所リハ利用開始より 2 年が経過、さらに肺にもがんが見つかり咳込みや痰の量が増えるといった呼吸器症状が出現し、話す活動の継続に対して心身面での不安が生じた。職歴は消防士、消防署長、退職してから講演活動に取り組み、国内外で多数回講演をし、また伝統芸能に携わるなど精力的に活動してきた。40 代頃より始めた日本画は美術展に出品し、資料館や病院、公民館などに常設展示されている。

3.作業療法評価

講演活動の継続を目標として、生活行為向上マネジメントのアセスメントを行った。がんによって生じた心身機能面の変化は、声を失ったこと、放射線治療により生じた味覚障害からの体重減少、および体力低下、咳や痰の呼吸器症状が出ていることと病気の進行による不安がある。強みとしては社会的活動を行うことへの使命感と意欲があげられ、老研式活動能力指標では 12/13、現在も外部から様々な活動依頼があり多忙な日々を送っている。活動と参加の変化は、発語のため用いる電気式人工喉頭の特徴から生じる。時折発音が不明瞭になる、音量が調整できない、抑揚がない独特な機械音である等である。強みとしては、表現手段として文才や絵を描く高い能力があることである。非言語的表現の併用で伝えたい事を補助できる。環境因子として、発声補助器機を利用すれば活動遂行に役立つことを挙げる。多くの人の前で話す機会が多い A 氏の場合、音量が足りない場面もあり増幅器が必要であると考え福祉器機として携帯マイクの導入を図った。それら器機類の操作やメンテナンスが必要である。基本動作、ADL、歩行は自立。時折立ち上がりのときなどにふらつきがみられることがある。BI 95/100 入浴時のみ喉の永久孔へ水が入らないようにするため、介助が必要。生活関連動作面では FAI 24/45 家事などは殆ど妻が行っている。

4.介入の基本方針

A 氏にとって、大切な意味のある生活行為とは、講演などの社会的活動を行うことである。活動遂行

のため心身両面からの支援プログラムを立てて実施する。身体面へは、体力作りと基本発語練習、心の面ではがんの進行から生じる不安を軽減し諸活動に対する意欲を引き出す目的で自己効力感を得られる作業活動としてライフレビューの制作を行うこととした。そして実践に向けて準備することも必要と考えた。

5.作業療法実施計画

基本プログラムとして、体力作りと発語練習を設定した。体力は長時間に及ぶ講演活動等続け、がんの治療を受けるために必須と考え、通所リハで展開している各種集団運動とマシンを使った有酸素運動のウォーキングを選択、臥床を含む休息時間の設定も行った。多職種の協業にて実施していく。発語の基本練習はより明瞭で聞き取り易い発語を目的に、言語聴覚士と作業療法士により個別リハで実施していくこととした。

応用プログラムとして、これまでの活動を絵や写真と文章で綴って絵巻の作品にする計画を立てた。意図したところは、このライフレビューとなる作品の制作で病状の進行に伴って生じた不安に対しての心理面からの働きかけで、心身の安寧と自己有能感を感じてもらふことと、作品を使って今後の活動に役立ててもらふ事である。

社会適応プログラムとして、実践のための場面設定を計画した。通所来所時に他利用者や来客の前で話をする場面を設定し、咳き込まないで話が出来るか、言いたい事を伝える事が出来るか、また聴衆の理解度や反応、言葉の届き具合を実感してもらうことを計画した。動画で撮影しフィードバックしながら、改善点などを話し合いより実践に役立ててもらふ事とした。

6.介入経過

基本プログラムの体力作り運動は週2回の来所時、A氏が自主的に取り組んだ。肺のがんが見つかり咳や痰が増え始めた頃は表情が冴えず臥床時間が長くなって、運動量が減ったが、A氏の地元にある中学校から生徒への伝統芸能の指導を頼まれた9月後半より次第に元気を取り戻し提案した運動プログラムに積極的に取り組めるようになった。週2回の個別リハで、STとOTで1回ずつ担当し連携しながら発声練習を行った。口腔周囲の筋をよく動かし明瞭度を上げるための練習を繰り返した。電気式人工喉頭は練習量に比例して上達するとのことで訪問リハSTも含め週3回練習の機会を持った。動画を利用したフィードバックも活用した。応用的プログラムとして提案した作業活動である絵巻物の制作は、通所来所時に集団の形態で絵画制作を設定して何度か実施したのち、本人より自宅で集中して制作をしたいとの申し出があった。3週間ほどで完成し「出来ました」と持参してくれた。その内容は、前半はこれまでの活動、後半は病後からリハビリを経て講演活動に復帰するまでを地元テレビ局がドキュメンタリー番組としてA氏に密着取材して制作した番組を用いて、自分で考えたストーリーに適した画面を自らカメラ撮影し印刷する作業を行い、それを巻き紙に貼付け、それぞれの絵や写真に文章をつけて、全長4m63cmに及ぶ絵巻を作りあげた。

社会適応プログラムとして、来訪者や他利用者数名の前で、自身の体験と感じた事、メッセージなどを語ってもらう場面を作り実施した。制作した絵巻を表現の補助手段として使用したスピーチをした時、聴衆の中には涙を浮かべて聞き入っている人もいたことで、しっかりと伝えることが出来たと思われる。

7.結果

運動機能検査を実施し、体力の維持が確認された。日常的にも近隣への買い物、散歩などの外出は一人で行っており、交通機関を用いて遠出をした際一時間程妻と一緒に町中を不安なく歩く事が出来たと話を聞き、体力面での回復は図られたと考える。

作業療法として制作した絵巻物は、A氏のこれまでの歩みが綴られ、まさにライフレビューとなった。作品には、A氏の考えの軌跡も表現されていた。スピーチの練習に使いながら満足そうな表情がみられた。10月下旬に開催された第5回通所作品展に出品し、病気と闘う他利用者が食い入るように見入って感動したと感想を述べてくれた。

目標としていた講演活動は、秋の2ヶ月間で予定されていた3回とも遂行することが出来た上、いずれもうまく伝えたい事を話せ、しかも聴衆から感動したという感想文が送られてきたと嬉しそうに語っていた。1時間にも及ぶ講演をしている時は日常で頻発していた咳も痰も全く出る事無く無事語れたとのことであった。

実施期間を通じての自己評価結果は、満足度 10/10 達成度 10/10 であった。

8.考察

老人になっても病気をしても「社会の役に立つ人でありたい」と強い意志を抱いていたA氏だが、共に活動してきた仲間が亡くなったり、自身も病気の進行がみられたり、心身ともに辛そうな様子が続いた。どんな支援が適切なのかとても悩み、患者の身体的問題だけでなく心理的問題にも積極的に取り組むのが作業療法と解説した本に出会った。そこで回想法、ライフレビューの有効性を知り、支援の一環として取り入れてみた。出来上がった作品は素晴らしく心を打ち勇気づけられる物であった。作品を見て、何らかの病いに苦しんで闘っている他の利用者に勇気づけられたと語ってくれた人もいて、達成感を感じてくれた様子であった。

個別で1対1で発語や朗読の練習をしている時よりも、興味を持って聞き入ってくれる人を前に話をする方が、いきいきとし言葉の明瞭度が格段に上がる。特に若い人たちが聴衆であると体全体から表現が発せられとても熱意がこもる。咳といった呼吸器症状も出てこない。語る内容は壮絶な実体験も伴っているからこそそこから発せられるメッセージは重みがある。社会適応練習として聴衆のいる場面を設定出来た事は有効であった。やりたいことが明確でそのための支援を軸に据えて生活行為向上マネジメントを実施した。全体を見渡しながら基本、応用、社会適応と段階別に考えながらアプローチ出来た事は有意義であったと考える。

9.文献

島崎寛将 編集「緩和ケアが主体となる時期のがんのリハビリテーション」(2013.7初版刊行)から抜粋した次の部分を今回の作業実践作品作りの理由付けと根拠とした。“ライフレビューは、人生の統合を促進する振り返りの手段として自分をより肯定的に受容できるよう導き、自尊感情の回復や情動の安定化、不安・抑うつ軽減に有効な活動として、がん患者のケアに広く用いられている。ライフレビュー活動を作業療法アプローチとして高齢進行がん患者に実施し、Spiritual well-being と自己効力感の改善、不安・抑うつ軽減に有効であった。”

生活行為向上マネジメントシート

記入日：介入前 H25 年 9 月 2 日 介入後 H25 年 11 月 10 日

生活行為 向上 ア セ ス メ ン ト	生活行為の目標		本人 語り部活動を続ける			
			キーパーソン やりたいことをして元気に生活して欲しい			
	アセスメント 項目	心身機能・構造の分析 <small>(精神機能,感覚,神経筋骨格,運動)</small>		活動と参加の分析 <small>(移動能力,セルフケア能力)</small>		環境因子の分析 <small>(用具,環境変化,支援と関係)</small>
	生活行為を妨げ ている要因 (ICF コード)	s330 失声 b250 味覚障害 b440 肺機能障害 b450 咳や痰といった呼吸器症 状の出現 体力持久力低 下 b152 疾患、症状に起 因する気持ちの落ち込み がある		d330 聞き取りにくい不 明瞭な発音がたまにあ る。器機特性から他者 には分かりづらいことが ある。 d450 歩行時のふらつき が時々ある		e125 情報伝達に用いる 器機に充電等管理が必要 発声補助器具と音量増幅 器具が必要
	現状能力 (強み) (ICF コード)	b117 認知機能良好 b122 社会的活動を行う 使命と意欲を維持		d360 発声補助器具であ る電気式人工喉頭を使っ て話をする事が出来る d170d163 書く事考える ことに関して高い能力を 有する。		e310e325 家族、支援者の 強力なバックアップがあ る
	予後予測 (いつまでに、どこま で達成できるか)	気持ちを立て直し、体力 を維持し、症状をコント ロール出来るようになる		語り部活動の集大成とし て提案した、ライフレビ ュー絵巻制作を 10 月中 に完成させる。そして 10 月末に JR 駅ホールで実 施予定の作品展に出品し 多くの人に見てもらおう。		発声補助器具の機器類を 調整しながら使用し、10 月に予定されている語り 部活動を行える
	合意した目標 (具体的な生活行為)	語り部活動を続ける。 病気の進行に伴って話す活動への不安が生じている。不安を軽減し意欲を取り 戻すための精神面への働きかけを目的とした作業活動として、高い能力を有す る文才、画才、構成能力を活かした、自身のライフレビューを作成する。それ は絵巻の形で表現することとする。作品は、通所で実施を予定している作品展 に出品したり、今後の語り部活動に役立てたりする。				
自己評価*	初期	実行度 8/10	満足度 8/10	最終	実行度 10/10	満足度 10/10

*自己評価は本人の実行度（頻度などの量的評価）と満足度（質的な評価）を 1 から 10 の数字で答えてもらう

実施・支援内容		基本的プログラム	応用的プログラム	社会適応プログラム
生活 行為 向上 プラン	本人	計画 体力向上トレーニングを行う。 発語練習	スピーチ練習 絵や写真と文章でライフレビュー（絵巻）を制作する。	器具のチェック 各種活動への参加
		結果 棒体操、錘を使った筋トレ、体幹の運動、トレッドミルでのウォーキングを実施 体力維持した	本の音読、朗読練習、ライフレビューの絵巻は通所で数回実施した後自宅で完成させた。全長4.6m に及ぶ大作でこれまでの活動を俯瞰でき、意欲の維持が出来た。	小中学生への語り部活動を実施した。伝統芸能の伝授を中学生に行った。絵巻を用いて語り部の実践練習を行った。
	家族	計画 健康管理	家族との会話	
		結果 食事面始め、生活全般の配慮で体調維持出来た	日常会話を実施した。	
	支援者 (職種明記)	計画 看護師によるバイタルチェックと指導 介護士と OT による身体面へのケア 運動指導員による運動指導。 ST、OT と発語のための基礎練習実施	ST、OT 音読、応用練習 通所職員や利用者との会話を行う OT による作業活動：絵巻の制作を働きかける	OT 実践練習の場면을セッティングし実行する
		結果 看護師介護士による身体面へのケアが実施された 基本練習後の明瞭度は向上した	OT 絵巻制作を実行した。 作品展への出品を果たした。	絵巻を使って読み上げ練習を行った
実施・支援期間		平成 25 年 9 月 1 日 ～ 平成 25 年 10 月 30 日		
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		

課題分析モニタリング表

課題	アセスメント項目	現状能力	予後予測		課題重要性	考察
			このまま推移	介入後		
基本動作	起き上がり	自立	自立	自立		自立
	立位保持	自立	自立	自立		自立
	床からの立ち上がり	自立	自立	自立		自立
	床のものを拾う	自立	自立	自立		自立
	食事	自立	自立	自立	3	自立
	A D L (B I)	自立	自立	自立		自立
	整とベッド間の移乗	自立	自立	自立		自立
	整容	自立	自立	自立		自立
	トイレ動作	自立	自立	自立		自立
	入浴	要介助	要介助	要介助		要介助
	平地歩行(車椅子駆動)	自立	自立	自立		自立
	階段昇降	自立	自立	自立		自立
更衣	自立	自立	自立		自立	
排便コントロール	自立	自立	自立		自立	
排尿コントロール	自立	自立	自立		自立	
I A D L (F A I)	食事の用意	自立	自立	自立	4	自立
	食事の片付け	時々	時々	時々		時々
	洗濯	していない	していない	していない		していない
	掃除や整頓	週1回以上	週1回以上	週1回以上		週1回以上
	力仕事	していない	していない	していない		していない
	買物	週1回以上	週1回以上	週1回以上		週1回以上
	外出	週1回以上	週1回以上	週1回以上	2	週1回以上
	屋外歩行	週1回以上	週1回以上	週1回以上		週1回以上
	趣味	週1回以上	週1回以上	週1回以上		週1回以上
	交通手段の利用	週1回以上	週1回以上	週1回以上		週1回以上
	旅行	まれに	まれに	まれに		まれに
	庭仕事	していない	していない	していない		していない
家や車の手入れ	軽作業	軽作業	軽作業		軽作業	
読書	まれに	月2回以上	月2回以上		まれに	
仕事	していない	していない	していない		していない	
老研式抜粋	年金などの書類を	書ける	書ける	書ける		書ける
	新聞などを	読んでいる	読んでいる	読んでいる		読んでいる
	本や雑誌を	読んでいる	読んでいる	読んでいる		読んでいる
	健康についての記事や番組に	関心ある	関心ある	関心ある		関心ある
	友達の家を訪ねること	ない	ない	ない		ない
	家族や友達の相談にのること	ある	ある	ある		ある
他	病人を見舞うこと	できる	できる	できる		できる
	若い人に自分から話しかけること	ある	ある	ある		ある
	社会的活動(講演)を続ける事	自立	自立	自立	1	自立
		未把握	未把握			未把握

地域移行・連携・社会資源情報

入院・入所またはサービス利用開始からの期間		2年
介入期間		60日
地域移行支援 取組みの有無	退院前訪問 あり・ なし	退院時カンファレンス参加 あり・ なし
	退院リハ指導 あり・ なし	退院後訪問指導 あり ・なし
社会資源	介入時	介入後
ケアマネ等関与	あり ・なし	あり ・なし
サービス 利用状況	1. 医療のデイケア(回・週) 2. 通所介護・生活支援施設(回・週) ③. 訪問リハ(1回・週) 4. 訪問介護(回・週) ⑤. 訪問看護(1回・週) 6. 配食サービス(回・週) ⑦. 福祉用具・補装具(内容：電気式人工喉頭) 8. 住宅改修有 9. ショーステイ(回・週) 10. 就労支援施設 11. 地域活動支援センター等相談機関 ⑬. 機能訓練施設等(通園・療育・ 通所リハ介護保険) (2回・週) 12. その他()(回・週) 12. 利用なし	1. 医療のデイケア(回・週) 2. 通所介護・生活支援施設(回・週) ③. 訪問リハ(1回・週) 4. 訪問介護(回・週) ⑤. 訪問看護(1回・週) 6. 配食サービス(回・週) ⑦. 福祉用具・補装具(内容：電気式人工喉頭) 8. 住宅改修有 9. ショーステイ(回・週) 10. 就労支援施設 11. 地域活動支援センター等相談機関 ⑬. 機能訓練施設等(通園・療育・ 通所リハ介護保険) (2回・週) 12. その他()(回・週) 12. 利用なし
その他の社会資源 利用状況	1. 一般就労・シルバー人材センター 2. 教育(学校・養護学校・訪問教育・寿大 学・通信教育・生涯学習を含む) 3. 健康増進施設 4. 市町村等が実施する介護予防事業 5. サロン等老人クラブ活動等(自助グルー プ、患者会を含む) 6. カルチャー教室 ⑦. ボランティア活動 8. 老人会等地区組織活動 9. その他()	1. 一般就労・シルバー人材センター 2. 教育(学校・養護学校・訪問教育・寿大 学・通信教育・生涯学習を含む) 3. 健康増進施設 4. 市町村等が実施する介護予防事業 5. サロン等老人クラブ活動等(自助グルー プ、患者会を含む) 6. カルチャー教室 ⑦. ボランティア活動 8. 老人会等地区組織活動 9. その他()
ケアマネの設定し た課題	健康に注意して、今より悪くならないようにしたい。人工咽頭を利用し語り部などの活動が続けられる。リハビリを継続し痛みを緩和したり、身体の動きをよくしたい。転倒することなく安全に入浴でき、清潔を保った生活を送ることができる。	

裁縫を通じて短時間の帰宅が可能となった特養入所者の事例

1. 報告の目的

ADLの自立度は高いが、余暇を無為に過ごす右片麻痺を呈した特養入所者に対し、生活行為向上マネジメントを活用し、裁縫という意味のある作業を通して目標が見つかり、自己効力感の向上につながった事例について報告する。

2. 事例紹介

70代後半の女性。X年に脳梗塞を発症し、後遺症として利き手側の右上肢に重度麻痺が残っていた。退院後は通所サービスとヘルパーを利用し、団地の4階(エレベーターなし)で会社員の娘と2人暮らし、昼間独居となっていた。身辺動作は左上肢のみを使用し自立していたが、つたい歩きで移動する際に転倒することがよくあった。X+1年に転倒により腰椎圧迫骨折を受傷し、歩行能力の低下から屋内歩行と階段昇降が困難となり、介護老人保健施設へ入所し、在宅復帰を目指した。しかし娘の在宅介護に対する不安が強くなり、X+2年には当施設へ入所となった。

40代で夫を亡くし、働きながら2人の子供を大学まで卒業させた。また和裁を得意とし、呉服屋の下請けや家族の着物を縫うなど日常的に裁縫をされていた。娘は週に1~2回面会あり、息子は他府県在住ながらも年5~6回の面会がある。毎日家族に電話をして近況を報告し合うなど関係は良好のようであった。息子の子である孫も年2~3回は面会があり、面会時は共に過ごす事が多く事例を慕っている様であった。

3. 作業療法評価

身体機能面：Br。 Stageは上肢I、手指I、下肢V。感覚は表在・深部覚とも軽度鈍麻。著明な拘縮や痛みはないが肩関節亜脱臼予防のため三角巾固定が習慣化していた。左上下肢は特記すべき問題点はなかった。

認知・精神機能面：HDS-R20点で軽度の見当識障害および記銘力障害が認められた。また、軽度の注意障害および構成障害も見られた。

施設内での移動は主として車椅子を使用しており移乗や移動は自立であった。入浴時の浴槽への出入りや洗身動作には介助が必要であった。

コミュニケーション能力は良好で他者との交流を好み、集団体操やレクリエーションなどへは積極的に参加していた。しかし、個別の書字訓練や作業活動への参加には「できません」との消極的な発言が多かった。

在宅生活では、注意散漫になりやすく屋内歩行時には転倒を繰り返していた。自室からトイレ、台所への動線には段差があり、支持物の設置が困難な状況であった。階段昇降も手すりがあれば可能であったが、強い疲労と階段近くでの転倒歴があった。転倒により怪我を繰り返した事もあり、娘は事例の昼間独居に対して強い不安感を抱くようになったと話していた。

生活行為の目標については「家に帰りたい」「和裁がしたい」「お墓参りに行きたい」と3つが挙げられた。施設生活で早期に達成可能と思われた和裁に着目し、裁縫という要素を活動に取り入れた。また家

に帰りたいという事例の希望の実現と、娘の在宅介護に対する不安を軽減させ成功体験を積めるよう短時間の帰宅を試みることにした。帰宅に際して、必要な歩行と階段昇降をプログラムに組み込んだ。

和裁については「右手があかんから何もできない」と言いながらも「昔は子供や孫に晴れ着や小物等を縫った」と笑顔で語り、誇りに感じている様だった。左手での裁縫動作は可能と予測できたが、発症後の経験がなく実行度・満足度とも1という結果であった。会話の中で、他府県在住の孫の話は特に表情が良いのが印象的で関係は良好と思われた。そのため目標を「裁縫で作品を作り、自宅で孫にプレゼントする」とし、合意した。

4.介入の基本方針

長年培った和裁に対し自信や誇りを持っていたが、発症後初めて行うことや非利き手での細かな作業であることを考慮し、刺し子やクロスステッチなど工程の単純なものから導入することとした。作業の粗は指摘せずに正のフィードバックを心掛け、自信を付けてもらうことから開始し、徐々に難易度を上げていくことにした。歩行に関しては毎日行うことで動作学習と転倒予防のための注意点を自分で認識できるよう関わり、家族にも介助の方法や注意点などを理解していただくこととした。

5.作業療法実施計画

歩行・階段昇降能力を維持するため、以下の通りプログラムを計画した。

1.平地歩行練習（平行棒歩行・杖歩行）、階段昇降練習

OT や介護士の見守りのもと、毎日訓練室にて実施。

事例は右足先のつまずきに気をつけながら歩行する。

階段は自宅と同じ設定の右側手すりですり約 50 段の昇降を行う。

危険な場面があれば、その都度事例と確認し合い、注意するよう意識付けを行う。

息切れが見られれば無理せず休憩する。

家族とともに練習する機会を作る。

2.施設内つたい歩き練習、屋外歩行練習

OT や介護士の見守りのもと、週 1 回施設内および施設周辺にて実施。

施設の家具を使ったつたい歩きの練習や道路や砂利道の杖歩行練習を行う。

つまずきへの注意、危険な場面の対応、休憩にタイミングは上記同様。

3.自宅への短時間帰宅の実施

自宅環境の確認。

階段昇降や自宅内移動の介助方法や注意点を家族と確認する。

自宅環境における動作の注意点を事例と確認する。

自宅への短時間の帰宅を行う。

また、裁縫グループへの参加を通して作品作りに取り組めるよう、以下の通りプログラムを計画した。

1 孫へのプレゼントを決める

実施する作業を事例自身で選択し、決定する。

孫の好みそうな柄の情報収集、その情報をもとに刺し子布を選ぶ行為を自身で行う。

2 裁縫グループへの参加を促す

生産的活動ではなく、楽しみの活動と位置付ける。

自信につながるよう失敗体験にならないように配慮する。

他者交流がある中での作業提供を行う。

自身で行える裁縫動作（運針）は行う。

両手動作を要する工程や環境設定は OT が介入する。

作業をしたくない場合は見学のみでもよいことを示す（心理的負荷軽減を目的）

3 孫へ作品をプレゼントする

プレゼントの日程調整を娘と行い、ラッピング方法や手紙の準備を OT と行う。

帰宅時にプレゼントし、孫の反応をみる。

6.介入経過

歩行・階段昇降練習については介入開始当初より意欲的で、4週目までは毎回あった右足先のつまずきが、それ以降は徐々に減少し、時折見られる程度となった。家具に囲まれてのつたい歩きや道路及び砂利道などでの歩行ではつまずく頻度は減ったが、特に屋外では人や車に気を取られ、注意散漫になりやすい傾向が終始見られた。

裁縫に関して、介入開始～3週目はお針子クラブへの参加を促すと必ず興味を示し参加していた。しかし自ら作業を行う事はなく「こんなのできません」と見ているだけであった。時折利用者間でハサミの受け渡しで仲介役を担うなど間接的な参加は見られていた。OTは事例が今まで和裁で仕上げた着物や小物についての会話や苦労話を聞くことで、和裁に対する興味を探った。4週目に「やってみようかな」という発言が聞かれるようになり、練習と称して柄つきの刺し子布巾を作成した。方法はスムーズに理解され、運針を1人で行っていた。作業参加に慣れた5週目で、孫へプレゼントする作品を作るため、事例から家族へ連絡し孫の欲しいものを調査してもらったところ、「学校で使える巾着袋」を作る事となった。布選びや柄の選択も迷いながら事例自身が行い、自己決定される場面も増加した。6週目以降、間違いに気づいた時は「ほどいてやり直します」と完成度を高くしたいという意欲も伺えた。8週目より、娘にも作品を見てもらいやすいよう居室へ未完成の作品を置いたところ「これ前より進んでるね」と褒められる機会が増えた。介護士や看護師にも事例が孫への作品作りを進めている事を OT から伝えておく事により職員から称賛される事も増えた。作業を通して他者と会話をする事が増えた。作品が出来上がった時には「喜んでくれるかな」と笑顔で話していた。16週目にはラッピングをした巾着袋が完成した。娘の協力により息子家族の帰省日に合わせて自宅へ短時間帰宅することが決まり、事前に娘とともに歩行・階段昇降の練習を行い、注意点の説明を行った。当日は階段・屋内移動とも家族の見守りのもと転倒なく移動し、自宅で孫に巾着をプレゼントすることができた。「おばあちゃんありがとう、大切に使うね、と言って喜んでもらえました」と翌日満面の笑顔で語ってくれた。また「次は嫁さんに何か作らなあかな」と次回作への意欲も伺えた。

7.結果

短時間であったが帰宅することができ、なおかつ作品をプレゼントすることができ、目標は達成した。自己評価では実行度5、満足度7とどちらも向上した。実行度があまり高くならなかった理由は「和裁ではないからなあ。」と本来したいと思っていた作業ではなかったことであった。しかし「もう一度裁縫

ができると思ってなかった。家にも帰れたし、ホッとしました。孫にも喜んでもらえて本当によかったです。」と語り、孫以外の家族へのプレゼントも検討するなど作業に関する意欲は維持していた。

娘からは「家に帰れたと喜んでくれて良かったです。また連れて行ってあげたいと思います。でも階段昇降や自宅での歩く姿は危なっかしくて不安でした。」との発言が見られた。

目標達成後も裁縫グループへの参加は自発的で継続できている。グループ活動のなかで、物の貸し借りや自身がコミュニケーションの仲介役となる事を通して他者交流も深める事ができ、作業を通して娘やスタッフとのコミュニケーション量も増えた。

8.考察

事例は右片麻痺をきっかけに和裁の全工程ができなくなったと思い込んでいると共に、在宅復帰への自信を喪失していた。特に、圧迫骨折後は娘の在宅介護への不安感が強まり、より一層在宅復帰を困難にさせていた。その事が事例にとっては、「私は何にもできない」と自己効力感を低下させる大きな要因になっていると考えられた。

今回、生活行為向上マネジメントを用いて事例の帰りたいという思いと和裁がしたいという思いに焦点を当てて介入した。それに関連して在宅介護に強い不安を抱く娘に対し成功体験を積んでもらう目的でもアプローチを行った。

その結果、事例の目標に対する満足度と自己効力感が向上した。これは、諦めていた裁縫や自宅への帰宅を実際に体験できたことが大きな要因ではないかと考えられる。しかし実行度は5に留まっており、その要因は事例の思い描いていた和裁ではなかったためであった。和裁に関しては構成障害の残存と、非利き手での作業となることから病前のような運針は困難な状態で、事例自身うまくできないと気付いている様子もある。裁縫にこだわらず、事例の自己効力感をうまく引き出せる作業を見つける事が今後の課題であると考ええる。

また自宅への短時間帰宅は、単に自宅に帰るだけでなく、事例にとっては住み慣れた我が家が変わりない事を確認するという意味もあり、この体験を通じて自宅とのつながりを感じる事ができたのではないかと考えられる。娘にとっても、在宅復帰に対する不安を軽減するための第1歩となったのではないかと考えられる。短時間帰宅という体験を通して、在宅復帰に対する漠然とした不安が具体的な課題につながり、それを事例・娘・OT（支援者）間で認識する事ができた。在宅復帰へは、娘の不安感をより一層軽減する事が必要であり、さらなる成功体験の蓄積や団地環境の改善が必要と考えられる。当面は施設で過ごしながら、短時間の帰宅を繰り返し行い事例と家の繋がりを保ちながら両立をはかれるようにアプローチを継続していく必要があると考ええる。

生活行為向上マネジメントシート

記入日： X年 8月 19日

生活行為向上マネジメント	生活行為の目標		本人 もう1回和裁をしたい、家に帰りたい			
			キーパーソン できる範囲で動いてほしい			
	アセスメント項目	心身機能・構造の分析 (精神機能,感覚,神経筋骨格,運動)	活動と参加の分析 (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)	
	生活行為を妨げている要因 (ICFコード)	b 760 右片麻痺 b 780 右利き b 760・780 左手巧緻動作拙劣 b 210 視力低下 b 156 構成障害	d 155 両手動作困難 d 155 病後裁縫経験なし d 920 臥床時間多い d 620 骨折後、自宅へ帰宅していない d 220 同時に複数の事に注意を向けられない d 460 歩行中に転倒する		e 140 裁縫の材料を持っていない e 155 自宅が団地の4階である e 155 自宅内に段差あり e 155 自宅内は支持物の設置が困難 e 410 娘は在宅介護に不安が強い	
	現状能力 (強み) (ICFコード)	b 760 左上肢の運動正常 b 210 眼鏡あれば見える b 760 左下肢の運動正常 b 760 右下肢の麻痺軽度	d 920 レクへの興味あり d 350 人との会話を好む d 500 セルフケア自立 片手動作可能 d 450 杖歩行見守りで可 d 450 階段昇降は見守りで可		e 310 家族は協力的 e 410 孫は事例を慕っている e 140 裁縫の物品は施設にある e 355 施設では支援者が常時在中している e 155 自宅階段には手すりがある(昇段時右側)	
	予後予測 (いつまでに、どこまで達成できるか)	麻痺の回復は困難 左手での裁縫動作は可能 左手・上肢の疲労に注意 歩行機会を毎日持つことで能力の維持が可能 階段昇降も継続した練習機会があれば能力維持が可能	楽しみができ自信回復につながる 人の役に立てる 左手で裁縫動作可能 短距離であれば見守りで杖歩行可 階段昇降も片側手すりがあれば見守りで可 家族の見守りのもと自宅への外出が可能		自宅への短時間の帰宅は可能 帰宅が可能となる事で自宅との繋がりができる 娘の在宅介護への不安が少し軽減する(成功体験を積める)	
	合意した目標 (具体的な生活行為)	裁縫で作品を作り、自宅で孫にプレゼントする				
	自己評価*	初期	実行度 1/10	満足度 1/10	最終	実行度 5/10 満足度 7/10

*自己評価は本人の実行度(頻度などの量的評価)と満足度(質的な評価)を1から10の数字で答えてもらう

実施・支援内容		基本的プログラム	応用的プログラム	社会適応プログラム
生活行為向上プラン いつ・どこで・誰が・何を実施・支援	本人	計画 左手指・上肢体操 作る物を決める 材料を選ぶ 平地歩行練習 階段昇降練習	運針、道具の準備、 進行具合の確認 施設内のつたい歩き練習 屋外歩行の練習 危険な場面を理解する	お針子クラブへ参加する 孫に作品をプレゼントする 自宅への外出機会を持つ
		結果 体操は毎日継続(自主的) 歩行・階段練習は毎日継続 自力で作品を決める	自分で運針、準備した 歩行練習も休まず実施 歩行時のつまずきが減少した 危険な場面の認識は薄く 同じ指摘を受けている	毎回お針子クラブに参加し、他者交流が深まった 孫へ作品をプレゼントした 自宅へ短時間帰宅し、安心できた
	家族	計画 A氏からの相談を受ける	面会時進み具合を確認 適宜褒める(娘)	息子家族の帰省日程について調整する(娘) 自宅への帰宅時に同行し、介助する(娘、息子夫婦) プレゼントを受け取る(孫) プレゼントの際に同席(娘、息子夫婦)
		結果 電話や面会時に協力した	進み具合を見て称賛した	日程を合わせ、事例と自宅へ帰宅した 事例が喜んでくれて良かったと感じ、また連れて行きたいと思った 階段昇降や自宅内移動には不安が残った
	支援者 (職種明記)	計画 個別体操プログラム作成(OT) 歩行・階段昇降練習見守り、転倒に対しての注意点を伝える(OT・CW)	裁縫時の両手動作介助、 準備補助(OT) 歩行状態を観察し危険な場面を事例と確認する(CW・OT) 称賛する(OT・CW・NS)	お針子クラブの開催(OT) ラッピング方法や渡し方など一緒に考える(OT) 自宅環境の確認(OT) 家族と介助方法を確認する(OT)
		結果 8/20に体操プログラムを説明して渡した 毎日歩行・階段昇降練習実施した	介助・補助は継続 危険な場面を確認するも、同じ現象が起きているため繰り返し説明している 褒めるたび事例は笑顔	毎週お針子クラブを開催した 迷いがあったため、ともに考えた 自宅環境に合わせた介助方法を家族に伝えた
実施・支援期間		X年 8月 19日 ~ X年 12月 26日		
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		

本シートの著作権(著作人格権、著作財産権)は一般社団法人日本作業療法士協会に帰属しており、本シートの全部又は一部の無断使用、複写・複製、転載、記録媒体への入力、内容の変更等は著作権法上の例外を除いて禁じます。

課題分析モニタリング表

アセスメント項目	現状能力	予測		課題重要性
		このまま推移	介入後	
基本動作 A D L (B I)	起き上がり	自立	自立	
	立位保持	自立	自立	
	床からの立ち上がり	一部介助	一部介助	
	床のものを拾う	自立	自立	
	食事	自立	自立	
	バスとベッド間の移乗	要介助	要介助	
	整容	自立	自立	爪切り
	トイレ動作	自立	自立	
	入浴	要介助	要介助	
	平地歩行(車椅子駆動)	部分介助	部分介助	1
	階段昇降	監視or介助	監視or介助	2
	更衣	自立	自立	
	排便コントロール	自立	自立	
	排尿コントロール	自立	自立	
	食事の用意	していない	していない	
	食事の片付け	していない	していない	
	洗濯	していない	していない	
掃除や整頓	していない	していない		
力仕事	していない	していない		
買物	していない	していない	4	
外出	していない	していない	3	
屋外歩行	していない	していない	6	
趣味	していない	していない	5	
交通手段の利用	していない	していない		
旅行	していない	していない		
庭仕事	していない	していない		
家や車の手入れ	していない	していない		
読書	していない	していない		
仕事	していない	していない		
年金などの書類を	書けない	書けない		
新聞などを	読んでいない	読んでいない		
本や雑誌を	読んでいない	読んでいない		
健康についての記事や番組に	関心ある	関心ある		
友達の家を訪ねること	ない	ない		
家族や友達の相談にのること	ある	ある		
病人を見舞うこと	できる	できる		
若い人に自分から話しかけること	ある	ある		
他	未把握	未把握	未把握	
	未把握	未把握	未把握	

課題個々の要因分析	課題解決目標
脳梗塞、右片麻痺あり。右上肢の麻痺は重度、右下肢の麻痺は軽度である。ベッド・車いすを利用してADLはほぼ自立している。 1 右手があかかんから何もできないと趣味活動は現在行っておらず、余暇時間を無為に過ごすことが多い。昔行っていた和裁には興味があり「和裁がしたい」という発言が見られる。左上肢は特に問題がないためセッティングすれば運針は可能である。 1 家に帰りたい「お墓参りに行きたい」との希望も聞かれる。右下肢の麻痺は軽度で平地歩行・階段昇降は注意障害のため見守りを要する可能性がある。在宅生活時に自宅内にて繰り返し軽い運動し大きな怪我を何度もした事により娘が恐怖心を抱いており、在宅復帰は困難であった。しかし家族の面会が多く関係が良好で理解があることから、短時間の帰宅なら実現可能と判断する。	和裁の中の運針を自身で行う事により、施設の中で楽しみの活動を持つ。 歩行・階段昇降能力を維持し、家族と自宅へ短時間の帰宅をすることで、事例は満足感が得られ、娘は在宅介護に対する成功体験を積める。
(チームの)総合的援助方針	

課題	評価	考察
自立	自立	事例は右片麻痺をきっかけに和裁の全工程ができなくなったりと自信を喪失していた。特に、在宅復帰への折後は娘の在宅介護への不安感が強まり、より一層在宅復帰を困難にさせていた。その事が事例にとっては何れもできないと自己効力感を低下させる大きな要因になっていたと考えられた。
要介助	要介助	今回、生活行為向上マネジメントを用いて事例の帰りたいという思いと和裁がしたいという思いの両方を当てて介入了。それに関連して在宅介護に強い不安を抱く娘に対して成功体験を積んでもらう目的でもアプローチを行った。
自立	自立	その結果、事例の目標に対する満足度と自己効力感が向上した。これでは、諦めていた和裁や自宅への帰宅を実際に体験できたことが大きな要因ではないかと考えられる。しかし実行度は5に留まっており、和裁ではなかったためであった。和裁に関しては構成障害の残存と、非利き手の作業となることから病前のような運針は困難な状態で、事例自身うまくできないと気付いている様子もある。継続にこだわらず、事例が自己効力感を感ずる作業を思いつける事が今後の課題であると考える。
週1回以上	週1回以上	また自宅への短時間帰宅は、単に自宅に帰るだけでなく、事例につきは住み慣れた我が家を確認でき、この体験を通じて自宅とのつながりを感じる事ができたのではないかと考えられる。頻にとっても、在宅復帰に対する不安を軽減するたための第1歩となつたのではないかと考えられる。短時間帰宅という体験を通して、在宅復帰に対する漠然とした不安が具体的な課題につながり、それを事例・娘・OT(支援者)間で認識する事ができた。在宅復帰へは、娘の不安感をより一層軽減する事が必要であり、さらなる成功体験の蓄積や田地環境の改善が必要と考えられる。当面は施設で過ごしながら、短時間の帰宅を繰り返して行い事例と家の繋がりを探しながら両立をはかれるようにアプローチを継続していく必要があると考える。
未把握	未把握	
未把握	未把握	

生活行為向上マネジメント基本情報

提出者 所属・氏名	所属: 氏名:	問い合わせ ID 連絡方法	ID: メール:
事例種別	【医療】 <input type="checkbox"/> 一般急性期 <input type="checkbox"/> 一般回復期 <input checked="" type="checkbox"/> 維持期 <input type="checkbox"/> 精神・認知症 <input type="checkbox"/> 小児 <input type="checkbox"/> その他() 【介護】 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員・地域包括支援センター <input checked="" type="checkbox"/> その他(特別養護老人ホーム) 【自立支援】 <input type="checkbox"/> 身障 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 【その他】 <input type="checkbox"/> その他()		
主疾患名	脳梗塞、腰椎圧迫骨折	発症からの期間	2年
現病歴	X年脳梗塞を発症。一度在宅復帰を果たしたが、X+1年腰椎圧迫骨折受傷。歩行能力低下により在宅復帰困難となり、老健を経てX+2年特養へ入居。		
既往疾患	1循環器系:高血圧、脳卒中、心臓病, その他 2内分泌・栄養・代謝障害:糖尿病, 高脂血症, その他 3呼吸器系, 4消化器系, 5泌尿器・生殖器系, 6筋骨格系, 7外傷、中毒系:骨折, その他, 8がん, 9血液・免疫系, 10 感染症, 11 精神・行動障害:認知症, その他, 12 神経系:神経難病, その他, 13 目の病気, 14 耳の病気、 15 皮膚の病気, 16 歯科, 17 その他(), 18 なし		
性別	男性・ 女性	年齢	79才
配偶者	あり・ なし	家族構成	2人
生活保護	あり・ なし	本人以外の家族の人数	1人
要介護度	要支援 1・2・要介護 1・2・ 3 ・4・5		
介護者の有無	1 配偶者, 2 息子・ 娘 3, 息子・娘の配偶者 4, 孫 5, 兄弟・姉妹 6, その他		
介護者の年齢	1, 65歳未満 2, 65~74歳 3, 75~84歳 4, 85歳以上		
生活歴 (学歴・職歴・ 趣味を含む)	30代で看護師資格を取り働いていた。 40代で夫を亡くし女手一つで2人の子 供を大学まで卒業させた。	結婚前より和裁が得意で呉服屋の下 請けや子供たちの晴れ着を縫ったり、 小物作りをしていた。	
日常生活自立度 (寝たきり度)	正常・J1・J2・A1・A2・ B1 ・B2・C1・C2		
痴呆性老人の 日常生活自立度	正常・ I ・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
住宅・住処	1. 持ち家 2. 賃貸住宅・借家 3. ケア付き住宅 4. その他()		
年金の種類	1. 国民年金 2. 厚生年金 3. 共済年金 4. 老齢福祉年金のみ 5. その他()		
収入の有無	1. 収入のある仕事をしている 2. していない		

地域移行・連携・社会資源情報

入院・入所またはサービス利用開始からの期間		60 日
介入期間		120 日
地域移行支援 取組みの有無	退院前訪問 なし	退院時カンファレンス参加 なし
	退院リハ指導 なし	退院後訪問指導 なし
社会資源	介入時	介入後
ケアマネ等関与	あり	あり
サービス 利用状況	1. 医療のデイケア(回・週) 2. 通所介護・生活支援施設(回・週) 3. 訪問リハ(回・週) 4. 訪問介護(回・週) 5. 訪問看護(回・週) 6. 配食サービス(回・週) 7. 福祉用具・補装具(内容：) 8. 住宅改修有 9. ショートステイ(回・週) 10. 就労支援施設 11. 地域活動支援センター等相談機関 12. 機能訓練施設等(通園・療育・通所リハ) (回・週) 13. その他()(回・週) 14. <u>利用なし</u> ※特養入居のため	1. 医療のデイケア(回・週) 2. 通所介護・生活支援施設(回・週) 3. 訪問リハ(回・週) 4. 訪問介護(回・週) 5. 訪問看護(回・週) 6. 配食サービス(回・週) 7. 福祉用具・補装具(内容：) 8. 住宅改修有 9. ショートステイ(回・週) 10. 就労支援施設 11. 地域活動支援センター等相談機関 12. 機能訓練施設等(通園・療育・通所リハ) (回・週) 13. その他()(回・週) 14. <u>利用なし</u> ※特養入居のため
その他の社会資源 利用状況	1. 一般就労・シルバー人材センター 2. 教育(学校・養護学校・訪問教育・寿大 学・通信教育・生涯学習を含む) 3. 健康増進施設 4. 市町村等が実施する介護予防事業 5. サロン等老人クラブ活動等(自助グルー プ、患者会を含む) 6. カルチャー教室 7. <u>ボランティア活動(施設訪問型レク)</u> 8. 老人会等地区組織活動 9. その他()	1. 一般就労・シルバー人材センター 2. 教育(学校・養護学校・訪問教育・寿大 学・通信教育・生涯学習を含む) 3. 健康増進施設 4. 市町村等が実施する介護予防事業 5. サロン等老人クラブ活動等(自助グルー プ、患者会を含む) 6. カルチャー教室 7. <u>ボランティア活動(施設訪問型レク)</u> 8. 老人会等地区組織活動 9. その他()
ケアマネの設定し た課題	生活範囲内は安全に歩けるようになって、家に外出できる能力を維持する。 楽しみや役割を持ち離床時間の拡大を図る。 (できれば2表のコピーを匿名化して添付)	

簡単な家事動作を獲得した事で自宅復帰可能となった慢性硬膜下血腫を受傷したHD患者

1.報告の目的

慢性硬膜下血腫発症と同時期に人工透析が開始となり自宅復帰は困難と思われた症例に対し生活向上マネジメントを活用した。「料理をしたい」という目標達成のために意欲的にリハビリに取り組めるようになり、ADL全般の改善、QOLの向上につながった。また、調理活動を通じて症例は自分の能力を見直すことができ、ご家族の心情にも変化がみられ、支援は受けながらも自宅復帰を果たす事ができたので報告する。

2.事例紹介

90代半ばの女性。大阪の娘宅に旅行中に左上下肢の脱力あり、2日後に地元の脳神経外科受診。右慢性硬膜下血腫を認めたが経過観察。腎機能が悪化していた為、かかりつけ医である当院へ転院。1週間後、血腫増大がみられ再度脳神経外科に転院し穿頭血腫吸引術施行、翌日当院へ再入院となる。術後6病日より、理学療法、作業療法開始。開始時、HDS-Rは12点、Br. Stageは上肢・下肢・手指共にVレベルであったが、握力の低下が著しかった。静的な端座位は可能であるが、目眩の訴えも強く、耐久性が乏しかった。また、熱発もしばしばみられた。25病日より人工透析が週2回の定期実施となった。53病日より生活行為向上マネジメントを実施し、110病日に自宅退院に至った。

症例は今まで介護保険の利用もなく、娘が大阪に嫁いでからは一人暮らしで家事も全てこなしていた。屋外歩行はシルバーカーを利用し、買物や近所の銭湯に毎日通っていた。

3.作業療法評価

本人が実現したい生活行為を尋ねると「料理がしたい」という回答がみられた。初期時の自己評価は実行度・満足度ともに1であったが、達成の可能性は「今はできないが、手伝ってもらえれば、足が丈夫になれば実行できる」との事であった。ADLは食事、整容、更衣動作は自立であるが、その他の動作に関しては介助が必要であった。自宅は借家で築年数もかなり経っており、また、大家さんとの関係がよいとは言えず住宅改修は難しい。その為、娘さんは自宅への退院は困難で、施設入所もしくは大阪に来ることを望んでいたが、本人は自宅に戻りたいと強く希望していた。

生活行為向上マネジメント開始時のHDS-Rは24点、Br. Stageは上肢・下肢・手指共にVレベル、握力は初期時より若干改善したものの弱い(5kg以下)。その他の問題点として立位バランス能力・耐久性の低下、易疲労性、注意力散漫、危険に対する認識力低下があげられた。しかし、右手は十分使用でき、座位バランスや耐久性は向上してきた為、座位で簡単なものであれば調理可能であると考えられた。また、平行棒内歩行も徐々に行えるようになってきており、移動、移乗、立位での動作が安定してくればトイレ動作の自立も期待できた。本人と話し合った結果、自宅復帰を考慮し「日中は一人になるためトイレ動作の自立と共に誰かと一緒に短時間でできるものを調理するなど在宅での役割を担う」という目標を立てた。

4.介入の基本方針

病院での調理であれば座位での調理環境を整え、すぐにでも実施する事が可能であるが、自宅の環境を考慮した場合、調理をするには立位での動作は避けられない。その為、調理の実践や左上肢・手指の機能回復だけでなく、立位バランスや体力向上を図る事も重要である為、全身運動や歩行訓練、バランス訓練もしっかりと行う。また、自宅退院を考えた場合、トイレ動作ができる事は清潔な住環境を保つ為に重要であるため獲得をめざす。

5.作業療法実施計画

基本方針に従い基本的プログラムとして、棒体操・Ball・Ex・上肢機能訓練・バランス訓練・歩行訓練を理学療法と共同で毎日実施するようにした。疲労感等も考慮し、また、できるだけ日中離床を図る目的で、人工透析以外の日は理学療法と作業療法は午前・午後と分けて実施する事にした。

応用的プログラムとして、模擬的な調理訓練を実施するようにした。玩具の野菜を使用して左手では押さえの練習、右手では包丁を使用する練習や鍋に水を入れたり、移動させたりする練習等を行った。これらの動作は、立位バランスの安定・耐久性の向上を目指し、できるだけ立位で行うようにした。また、ズボンの上げ下げの練習の実施とともに、日中はオムツからリハビリパンツに変更してもらい、リハビリ中に尿便意があれば実際にトイレに行き、練習を行うようにした。

社会適応プログラムとして実際の調理実習を計画した。発熱でリハビリを休む事は少なくなってきたものの、目眩に関しては出現すると休憩（数分で落ち着く）を入れ、ひどい時には横になる必要があった。調理実習は刃物や火を使用するため安全を考慮して、目眩の出現がもう少し落ち着いてから実施するように本人・家族とも相談し決定した。トイレ動作に関しては、家族及び看護師の見守り下で昼間はシルバーカーで歩いていきフロアトイレにて行い、夜間はポータブルトイレにて実施するようにした。

6.介入経過

開始当初は目眩の出現があった為、基本的プログラム・応用的プログラムを理学療法と共同でリハビリ室にて毎日実施した。目眩の出現が落ち着き、立位での動作が比較的安定し、トイレ動作も大分安定して行えるようになった 71 病日目に調理実習を企画した。透析食である為、栄養部とも相談した上で献立を決め、初回は肉じゃがとした。必要な材料を尋ねるとさっと答えることができ、彩りとして絹さやを入れるというこだわりもみられた。1 週間後本人の昼食に合わせて調理を行った。皮むきなどは座位にて行う予定であったが、本人の意向でずっと立位で行った。スタッフや他患が見に来ると切っている途中でもそちらに気が向いてしまうなど注意がそれる傾向がみられた。その結果、皮むき時に掌を包丁で軽くつくトラブル（軽傷：圧迫ですぐに止血）も発生した。ずっと立位で工程を進めていた為、味付けの頃には疲れてしまい、肝心の味付けは味見係となってしまったが、料理をリハスタッフと一緒に食べ、とても満足そうであった。調理ができて、それを食べるという事も嬉しいが、それよりも他人に食べてもらえる事がとても嬉しいとの事であった。

その 3 週間後 2 回目の調理実習を実施した。本人の希望でカボチャの煮付けを作る事とした。前回の反省を踏まえ、できるだけ調理現場に OTR と娘さん以外の方が寄っていかないよう配慮して調理を行った。今回は特にトラブルもなく、ほぼ一人で完成させる事ができた。娘さんも「これは時々作ってもらわないかん」と嬉しそうに話していた。

入院中に介護保険を初めて申請し、要介護2を得た。担当者会議等にて生活行為申し送り表等を利用することで、症例の現状能力・課題、入院中にやってきたこと、必要な環境調整、今後もやりたいこと等を本人、家族、退院後の援助者にうまく伝達することができた。簡単な環境調整を行い110病日目に娘さんが同居する形で自宅退院となった。

7.結果

プログラムを通じて立位動作の安定性、耐久性が向上し、屋内移動はシルバーカーにて可能となった。ADLも入浴と階段昇降以外は自立となり、BIも60点から90点へと改善した。老研式活動能力指標は8点から9点に改善。HUIは感情・歩行・身の回りの動作・全体的健康状態と身体・精神両面に改善がみられた。FAIは初期、退院時共に1点であったが、退院1ヶ月後に尋ねると14点に向上した。デイケアに週2回通い、娘さんに温泉に連れて行ってもらっているとの事で以前よりも外出の機会は増えている。

調理実習は2回行った。自己評価は初期では実行度・満足度はともに1であったが、最終では実行度5、満足度は8と各々改善がみられた。実行度があまり高くない理由としては、準備や片付けを手伝ってもらい迷惑をかけたという感情からだと思われる。調理実習を通じて本人は以前のように調理ができた事で自信がつき、娘さんも調理に対して協力的となり、退院後も企画や準備をして頂けるようになった。「このような機会を与えて頂き（中略）感謝しております」という内容のお手紙も娘さんから頂いた。退院後も週に1回程度は調理を行っているとの事である。

8.考察

今回、生活行為向上マネジメントを使用し、まず効果があったのはADL全般の改善である。「料理をしたい」という目標がある事で他の訓練に対しての意欲が向上し、さぼりがちであった歩行も意欲的に取り組め、結果シルバーカー歩行迄行えるようになった。次に本人と娘さんの心情に変化があった。調理活動を通じて本人は自分が思っている能力と現状能力の差を認識できるようになった。また、以前のように調理ができた事で自信がつき、QOLも向上した。娘さんも調理に対して協力的となった。退院は最終的に娘さんと同居という形での自宅退院となったが、これは今回の取り組みを通じ認知面がしっかりし、ADL能力が改善した事でご家族が本人の意向を汲み入れたのだと思われる。

現在、生活全般を娘さんが援助する形で生活をしている。しかし、娘さんの生活の拠点は大阪であり、いつまで同居できるか分からない。現状では、娘さんの負担も大きいため一人暮らしの手だてを考えてみる。デイケアの回数を増やし、24時間対応の訪問介護看護と腎臓食の配食サービスを整える。近所の姪御さんに時々様子を見に来て頂く。という形で対応ができるかもしれない。そして時々、調理や買物もヘルパー等と一緒にいき、QOLの向上を図りたい。

FAIは退院後に14点と大きく回復した。入院中は改善がみられなかったが、環境的にする機会がなかった事が大きな要因であると思われる。やはり、入院中にできる事は限られてくるため、我々OTが環境を整え、早く在宅生活へ戻れる援助していく必要があると感じた。退院を見据え、関係職種の協力を構築できるこの生活行為向上マネジメントは有効なツールであると思われる。

生活行為向上マネジメントシート

記入日： 25年 9月 1日

生活行為 アセスメント	生活行為の目標	本人 キーパーソン	料理がしたい 身の回りの事をしゃんとできるようになって欲しい			
	アセスメント項目	心身機能・構造の分析 (精神機能,感覚,神経筋骨格,運動)		活動と参加の分析 (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)
	生活行為を妨げている要因 (ICFコード)	b760 左片麻痺 b610 慢性腎不全→人工透析、週2回 b240 立位バランスの低下 b140 注意力散漫・危険予知力低下 b455 易疲労性 b240 b550 突発的な発熱・目眩		d160 集中力低下 d240 危険に対する認識力低下 d430 左手に力が入りにくい(握力低下) d460 歩行不安定、見守り、易疲労性 d415 立位での動作不安定、 d510 入浴は特浴で全介助。		e410 長女は「調理は危険でまだできない」と思っており、実施には消極的。 e115 今まで量での生活を送っていた。 e150 通っていた近くの銭湯は閉店した。 e155 自宅に風呂はない。 e155 自宅の住宅改修は困難
	現状能力 (強み) (ICFコード)	b117 認知機能は保っている(HDS-R:24点) b740 座位は安定している b710 右手の使用可能。 b760 左上肢・手指ともに力は弱い動きは良好である。		d630 元来、料理好きで発症まで実際に調理を行っていた。HD食も自分で作っていた。 d530 トイレの後始末は一人で可能 d440 左手及び器具使用にて固定が可能 d445 右手で調理器具の使用ができる		e310 家族は介護全般に関して協力的である。
	予後予測 (いつまでに、どこまで達成できるか)	発症から2ヶ月であるため、今後もリハビリの実施にて上肢・手指機能の回復が見込める。また、発熱や目眩等も軽減してきており、立位での動作や体力の向上も期待できる。		座位であれば、皮を剥く、切る、味付け等工程は可能である。移動・移乗、立位が安定し、体力が向上してくれば調理全般及びトイレ動作に関しては可能になると思われる。入浴は一人で入るのは難しい。		退院後、ベッドを導入し、ポータブルトイレの設置も検討。移動能力が向上すればフロアトイレに。一人での調理は難しい。家族・ヘルパーの協力があれば調理も可能と思われる。入浴はデイサービス利用を検討。
	合意した目標 (具体的な生活行為)	日中は一人になるためトイレ動作の自立と共に誰かと一緒に短時間でできるものを調理するなど在宅での役割を担いたい。				
	自己評価*	初期	実行度 1/10	満足度 1/10	最終	実行度 5/10

*自己評価は本人の実行度(頻度などの量的評価)と満足度(質的な評価)を1から10の数字で答えてもらう

生活行為向上プラン	実施・支援内容		基本的プログラム	応用的プログラム	社会適応プログラム
	いつ・どこで・誰が・何を実施・支援	本人	計画	棒体操・Ball-Ex 上肢機能訓練 バランス訓練・歩行訓練	模擬的な調理訓練(野菜切り・鍋操作等) ズボンの上げ下げの練習 セラピストと共にトイレ動作を行う
結果			上肢・手指機能向上し、握力も向上した。 屋内移動はシルバーカーにて見守りにて可能となった。	立位動作の安定性、耐久性が向上した。 トイレ動作を安定して行えるようになった。	できた事による満足感と自信がついた。また、本人が思っていた以上に疲れてしまうという事を体験を通じて知る事ができた。
家族		計画	心理的援助・応援 自室での指の運動等の実施	材料調達 心理的援助・応援	材料調達 心理的援助・応援
		結果	本人が休みたいという時も積極的にリハビリに参加するよう促しもらい、本当に体調が優れない時以外は休まず参加できた。	初めは実施に懐疑的であったが、実施を適宜報告、また見学をする事で、調理ができそうであると考えが変わっていった。	本人の調理の実施にも前向きになった。 毎日のトイレと整容時の付き添いを実施してくれるようになった。
支援者 (職種明記)		計画	OT: 課題の調節 PT: 歩行訓練	OT: 見守り・アドバイス 実施困難な工程の援助 家族へ実施内容を伝え、実施の協力依頼	OT: 見守り・アドバイス、実施困難な工程の援助、栄養部との調整(腎臓食) CM: 退院時カンファレンス
		結果	HD後など疲労感も考慮しながら、治療を実施した。	立位を伴う動作は初めは付きっきりで援助。次第に遠位監視で可能となった。トイレ動作も安定し、家族や看護サイドにお任せできるようになった。	調理実習は2回実施した。退院時カンファにて症例の現状能力・課題、入院中にやってきたこと、必要な環境調整、今後もやりたいこと等を申し送った。
実施・支援期間	25年 7月 1日 ~ 25年 8月 29日				
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				

本シートの著作権(著作人格権、著作財産権)は一般社団法人日本作業療法士協会に帰属しており、本シートの全部又は一部の無断使用、複写・複製、転載、記録媒体への入力、内容の変更等は著作権法上の例外を除いて禁じます。

課題分析モニタリング表

課題分析モニタリング表	アセスメント項目	現状能力	予後予測		課題重要性	課題分析	評価	考察
			このまま推移	介入後				
基本動作	起き上がり	一部介助	一部介助	自立	1	ADLは座位で行うものは比較的良好に行えるが、立位を伴うものには介助を要する。 ・発熱等で臥床を余儀なくされた時期もあり、体力等も低下している。 ・立位を伴う動作では転倒などの恐怖心を訴える一方で、危険予知が欠如している動作や言動がみられる。 ・入院中でありIADLに関して、現在は全く行えていない。 ・自らできている能力と他者が客観的にみた能力とに解離がある。(老健式手段的自立の項目など)	自立	「料理をしたい」という目標がある事で他の訓練に対してのモチベーションの向上につながっている。本人は自分が思っている能力と現状能力の差を認識できているように、また、以前のよりに調理ができたことで自信がもつた。認知面がしっかりと、ADL能力が改善したことでご家族が本人の意向を汲み入れたのだと思われる。 現在も週2回の通院透析を行っている、生活全般を娘さんが援助する形で生活をしている。しかし、娘さんの生活の拠点は大阪であり、いつまで同居できるか分からない。現状では、娘さんの負担も大きいので一人暮らしの手だてを考えている。ケアの回数を増やし、24時間対応の訪問介護看護、管職食の配達サービス等を整える。また、近くにいる姪御さんに時々様子を覗いて来て頂く事で対応ができるかもしれない。また、調理や買物も時々ヘルパーと一緒に、QOLの向上を図りたい。 FAIは退院後に14点と大きく回復した。入院中は改善がみられなかったが、環境的にする機会がなかった事が大きな要因であると思われる。やはり、入院中にできる事は限られてくるため、我々OTが環境を整え、早く在宅生活へ戻るのを助していく必要があると感じた。退院を見据え、関係職種との協力を構築できるこの生活行為向上マネジメントは有効なツールであると思われる。
	立位保持	見守り	自立	自立				
	床からの立ち上がり	一部介助	一部介助	見守り				
	床のものを拾う	一部介助	一部介助	見守り				
	食事	自立	自立	自立				
	A D L (B I)	監視or軽介助	自立	自立				
	イスとベッド間の移乗	自立	自立	自立				
	整容	部分介助	部分介助	部分介助				
	トイレ動作	要介助	要介助	部分介助				
	入浴	部分介助	部分介助	部分介助				
平地歩行(車椅子駆動)	部分介助	部分介助	自立	2	STG:立位バランス・持久性の向上 歩行能力向上 トイレ動作の自立 簡単な料理を作る 軽介助にて入浴できる LTG:時々娘さんと買い物に行き、料理をする。 ADL動作の自立	自立		
階段昇降	できない	できない	監視or介助					
更衣	自立	自立	自立					
排便コントロール	時に失禁	時に失禁	自立					
排尿コントロール	時に失禁	時に失禁	自立					
食事の用意	していない	していない	まれに					
食事の片付け	していない	していない	まれに					
洗濯	していない	していない	まれに					
I A D L (F A I)	掃除や整頓	していない	していない					
力仕事	していない	していない	していない					
買物	していない	していない	まれに					
外出	していない	していない	時々					
屋外歩行	していない	していない	まれに					
趣味	していない	していない	まれに					
交通手段の利用	していない	していない	していない					
旅行	していない	していない	していない					
庭仕事	していない	していない	していない					
家や車の手入れ	していない	していない	していない					
読書	まれに	まれに	時々					
仕事	していない	していない	していない					
年金などの書類を	書ける	書けない	書けない	3	(チームの)総合的援助方針 生活行為目標の達成に向け、PTは歩行能力の向上、体力の向上を、OTは、立位での動作の安定、作業耐久性、ADL、IADLの意欲を高める。Nsは本人ができることはできるだけ自分で行うようにし、最低限の介助をおこなうようにする。また、OTは自宅復帰に向け、ADL全般の改善および必要な介護サービスの検討や環境調整を行う。	書けない		
新聞などを	読んでいない	読んでいない	読んでいない					
本や雑誌を	読んでいる	読んでいる	読んでいる					
健康についての記事や番組に	関心ある	関心ある	関心ある					
友達の家を訪ねること	ない	ない	ない					
家族や友達の相談にのること	ある	ある	ある					
病人を見舞うこと	できない	できない	できない					
若い人に自分から話しかけること	ある	ある	ある					
他	未把握	未把握	未把握					
	未把握	未把握	未把握					

生活行為向上マネジメント基本情報

提出者 所属・氏名	所属: 氏名:	問い合わせ ID 連絡方法	ID: メール:
事例種別	【医療】 <input type="checkbox"/> 一般急性期 <input checked="" type="checkbox"/> 一般回復期 <input type="checkbox"/> 維持期 <input type="checkbox"/> 精神・認知症 <input type="checkbox"/> 小児 <input type="checkbox"/> その他() 【介護】 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員・地域包括支援センター <input type="checkbox"/> その他() 【自立支援】 <input type="checkbox"/> 身障 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 【その他】 <input type="checkbox"/> その他()		
主疾患名	右慢性硬膜下血腫	発症からの期間	2ヶ月
現病歴	大阪の娘宅に旅行中、左上下肢の脱力がみられた。2日後に帰宅し、地元の脳神経外科受診。右慢性硬膜下血腫を認めたと緊急オペの適応ではなく経過観察、腎機能障害が進行していた為、当院へ転院。1週間後血腫増大みられたため再度脳神経外科に転院し穿頭血腫吸引術施行、翌日当院へ再入院となる。		
既往疾患	1循環器系:高血圧, 脳卒中, 心臓病, その他 2内分泌・栄養・代謝障害:糖尿病, 高脂血症, その他 3呼吸器系, 4消化器系, 5泌尿器(慢性腎不全)・生殖器系, 6筋骨格系, 7外傷、中毒系:骨折, その他, 8がん, 9血液・免疫系, 10感染症, 11精神・行動障害:認知症, その他, 12神経系:神経難病, その他, 13目の病気, 14耳の病気、 15皮膚の病気, 16歯科, 17その他(), 18なし		
性別	男性・ <u>女性</u>	年齢	92才
配偶者	<u>あり</u> ・なし	家族構成	1人
生活保護	あり・ <u>なし</u>	本人以外の家族の人数	
要介護度	要支援 1・2・要介護 1・ <u>2</u> ・3・4・5		
介護者の有無	1配偶者, 2息子・ <u>娘</u> 3, 息子・娘の配偶者 4, 孫 5, 兄弟・姉妹 6, その他		
介護者の年齢	1, 65歳未満 <u>2</u> , 65~74歳 3, 75~84歳 4, 85歳以上		
生活歴 (学歴・職歴・ 趣味を含む)	夫は戦死。 住宅販売の営業、自宅で和裁の仕事をしていた。娘が大阪嫁いでは一人暮らしをしていた。 近所に姪がいて時々様子を見に来てくれていた。	料理好きで腎臓食になってからも自分で調理して食べていた。家に風呂はなく、毎日近くの銭湯にシルバーカーで通っていた。	
日常生活自立度 (寝たきり度)	正常・J1・J2・A1・ <u>A2</u> ・B1・B2・C1・C2		
痴呆性老人の 日常生活自立度	正常・I・IIa・ <u>IIb</u> ・IIIa・IIIb・IV・M		
住宅・住処	1.持ち家 2. <u>賃貸住宅・借家</u> 3.ケア付き住宅 4.その他()		
年金の種類	1.国民年金 <u>2</u> .厚生年金 3.共済年金 4.老齢福祉年金のみ 5.その他()		
収入の有無	1.収入のある仕事をしている <u>2</u> .していない		

地域移行・連携・社会資源情報

入院・入所またはサービス利用開始からの期間			110日
介入期間			57日
地域移行支援 取り組みの有無	退院前訪問	あり なし	退院時カンファレンス参加 あり ・なし
	退院リハ指導	あり ・なし	退院後訪問指導 あり ・ なし
社会資源	介入時		介入後
ケアマネ等関与	あり なし		あり ・なし
サービス 利用状況	1. 医療のデイケア(回・週) 2. 通所介護・生活支援施設(回・週) 3. 訪問リハ(回・週) 4. 訪問介護(回・週) 5. 訪問看護(回・週) 6. 配食サービス(回・週) 7. 福祉用具・補装具(内容:) 8. 住宅改修有 9. ショーステイ(回・週) 10. 就労支援施設 11. 地域活動支援センター等相談機関 12. 機能訓練施設等(通園・療育・通所リハ) (回・週) 13. その他()(回・週) 14. 利用なし		1. 医療のデイケア(2回・週) 2. 通所介護・生活支援施設(回・週) 3. 訪問リハ(回・週) 4. 訪問介護(回・週) 5. 訪問看護(回・週) 6. 配食サービス(回・週) 7. 福祉用具・補装具(内容:ベッド・車椅子) 8. 住宅改修有 9. ショーステイ(回・週) 10. 就労支援施設 11. 地域活動支援センター等相談機関 12. 機能訓練施設等(通園・療育・通所リハ) (回・週) 13. その他(介護タクシー)(2回・週) 14. 利用なし
その他の社会資源 利用状況	1. 一般就労・シルバー人材センター 2. 教育(学校・養護学校・訪問教育・寿大 学・通信教育・生涯学習を含む) 3. 健康増進施設 4. 市町村等が実施する介護予防事業 5. サロン等老人クラブ活動等(自助グルー プ、患者会を含む) 6. カルチャー教室 7. ボランティア活動 8. 老人会等地区組織活動 9. その他()		1. 一般就労・シルバー人材センター 2. 教育(学校・養護学校・訪問教育・寿大 学・通信教育・生涯学習を含む) 3. 健康増進施設 4. 市町村等が実施する介護予防事業 5. サロン等老人クラブ活動等(自助グルー プ、患者会を含む) 6. カルチャー教室 7. ボランティア活動 8. 老人会等地区組織活動 9. その他()
ケアマネの設定し た課題	(できれば2表のコピーを匿名化して添付)		

数年ぶりに実施した料理を通して家事動作の拡がりを見せ始めている事例

1.報告の目的

脳梗塞発症後、10年以上経過し、自宅での家事動作はすべて同居する娘が担っている対象者に対して、生活行為向上マネジメントを活用し、やりたい作業を尋ねたところ「料理がしたい」と挙がり、その希望に基づいて支援を実施した。その結果、長期に渡って家事動作から離れていた対象者が、家庭で調理を行うなど、行動の変容や生活に対する意識の変化が生まれ始めている経過を以下に報告する。

2.事例紹介

A氏、60歳台後半、女性。脳梗塞右片麻痺、要介護度2、寝たきり度A2、認知症自立度正常。13年前に脳梗塞を発症し右片麻痺出現。入院生活を送り、退院後も長らく外来リハに通う。制度の改定後は、介護保険によるデイケアの利用に変更し、リハビリテーションを継続して受けている。

現在は、娘家族（娘、娘婿、孫）と同居。移動は一本杖で自立しているが、精神的な不安定さがあり、それに伴い、体の痛みの訴えが強くなり、車椅子を利用する日もある。ADLに関して、入浴以外は概ね自立している。退院直後は、料理などの家事も行っていたが、現在はすべての家事は娘が担っており、本人は参加することはない。

発症前は、ダンスや山登りを行うなど多趣味であった。現在も、他者との交流は活発に行っている。発症から10年以上経過しているが、「右手がもっと動くようにならない？何をするのもこの状態では。」などと悲観的に発言することがある。

3.作業療法評価

A氏に生活行為の目標の聞き取りを行ったところ、「料理をしてみたい。」と発言があった。しかし、「右手が動かないから自信はない。退院直後は料理をしていたが、数年間していない。娘も危ないからやってはいけないと言う。」とのことであった。

心身機能面では、右上肢は補助手レベルであり、包丁使用の際、食材の固定は、不随意的に動く危険があるが、理解力は良好であり、釘つきまな板などの環境調整や反復練習を行えば、危険は回避できると判断した。また、日によって、体の痛みを訴えることがあり、車いすを利用しなければならない日もあるが、精神的な面の影響が一因としてあり、料理が定着することで、精神面が安定し、痛みの訴えも減少する可能性があると考えた。

活動・参加面は、料理を含めた家事動作を一切行っていなかったが、自宅内は杖歩行、短距離であれば独歩も可能であり、転倒歴はなく、入浴以外のセルフケアも自立していた。長時間の作業では疲労感が出ることも考えたが、理解力も良好なため、休憩のタイミングなどを覚えれば、問題ないと考えた。

環境面は、娘から「危ないからやってはいけない。」と言われているが、動作を確認した上で見守りを依頼し、娘も実際の動作に触れる機会を得れば、不安は和らぐと考えた。

以上より、「娘の見守りや支援のもと、自宅で調理活動を少しずつ行っていく」という目標の合意に至った。実行度は1、満足度は1であった。

4.介入の基本方針

料理活動を実際に行い、本人の自信をつけるとともに、自宅生活での料理活動が定着していくように、家族に対してフィードバックを行い、自宅での料理を提案・依頼する。また、自宅内での役割を定着化させていく。

5.作業療法実施計画

基本練習は、上肢機能練習として、主に物を固定する練習と体力の向上を目的にマシントレーニングを実施した。上肢機能練習は、OTと一緒に実施し、徐々に自主トレとして行うように指導を行った。応用練習として、物を運搬する歩行訓練と調理訓練を実施した。調理訓練では、最初は野菜を切る練習を主に行い、それと並行して、デイケアでの調理訓練する際のメニューを自分で考えてきてもらい、調理訓練を実施することとした。また、訓練の様子をOTは、写真などを用いながら家族にフィードバックする。社会適応練習としては、デイケアでの料理の状況をOTが家族にフィードバックした上で、自宅で実際に娘の見守りのもと、料理をしてもらうように依頼し、実践してもらうこととした。

6.介入経過

片手での料理を行いやすくするため、釘つきまな板を作成して、野菜を切る練習を中心に実施した。はじめは、「やっぱり片手で切るのは難しい。出来ない。」などと悲観的な発言もあったが、回数を重ねると、「コツがわかってきた。これなら出来そうね。」と発言が変容した。また、実際に料理を行っている片麻痺の利用者から、具体的なアドバイスを直接もらう場面が見られるようになり、片手で料理をするイメージが再びもてるようになっていた。

デイケアで実際に料理を作るために、自分でメニューを考え、材料の分量を考えて来てもらうように依頼。その後、材料の準備をご家族に依頼する。娘と一緒に買い物に出かけ、準備した材料をデイケアに持ち込み、豚汁を作成する。作成した豚汁は、スタッフなどに振る舞い、賞賛の言葉を受ける。

それらの様子を写真に撮り、娘にどの場面に支援が必要か、不必要かなど、コメントを添えて配布、その後、開催された担当者会議で再度状況を説明し、自宅での料理を出来る範囲で行って頂けるように依頼した。

現在までに数回、娘が自宅にいる際に料理を行っている。また、食器洗いや洗濯物たたみなど自宅で行う家事動作の拡がりも見られている。「もう少しすれば、私のいない時でも（料理を）作ってもらえるかしら。そうなったら、助かるね。」と娘から言葉をかけてもらったと本人より発言がある。

7.結果

目標である「自宅に娘さんがいる時に、見守りをしてもらいながら調理をする」は、期間内に達成された。自己評価に関して、実行度は1→5、満足度は1→7と上昇している。自己評価からも、長年、料理を行っていなかった本症例が、生活行為向上マネジメントを利用したことで、料理を行う自信を取り戻し、家庭でも定期的に料理を行う習慣が出来つつある。加えて、当初は反対していた娘も協力的に支援する存在となり、発言内容の変容も見られてきており、本症例の家庭内の役割の変化が見られ始めている。右上肢の機能の改善に固執する発言はいまだに聞かれるものの、以前はたびたび見られていた体の痛みを訴え、車いすを使用する頻度も少なくなっている。

ADLなどの数値は著変ないものの、料理以外の食器洗いや洗濯物たたみなどの家事動作の拡がりは見られ始め、FAIでも5点から11点へと数値の上昇を認めており、活動量の高まりが示唆される。

以上のとおり、本症例がニードである料理を行ったことにより、身体の不調を訴えることが減り、家庭で以前は行えていなかった家事動作を行い、活動量の増加や家庭内での役割の再獲得を果たすことが出来た。

8. 考察

本症例の希望である料理に焦点を当てた支援は、長年行っていなかった料理をデイケアで実施し、成功体験を経験したこと、その過程で生まれた同じ境遇の他利用者との関わりなどによって、本人の意識の変容に繋がった。また、料理を行うにあたって、材料の準備の依頼などを家族に行い、デイケアでの料理実施後に本症例の能力や想いを伝達したことは、家族の意識の変容に繋がっていったと考える。本症例のように、直接支援を行った料理に留まらず、食器洗いや洗濯物たたみなど、他の家事動作への広がりを見せたことに関しては、一つの目標が達成することにより、他の作業への意識の拡がり、意欲の向上など、ニード以外への波及効果をもたらし、暮らし方の変化が期待できることを示唆している。

中途障害者は、入院中や退院した直後は行えていた作業が、地域生活を送るなかで、家族などの周囲の人の行き過ぎた支援によって、行わなくなり、徐々に作業に対する自信や意欲を失い、最終的に作業が行えなくなるケースは少なくない。これらの悪循環は、活動量の低下にとどまらず、心身機能の悪化、自立度の低下、介護度の悪化などに繋がる恐れがある。本症例のように、本ツールを用いて、長期間諦めていた大切な作業に焦点を当てて支援することは、作業と現在のその方の状態と環境を調整し、数回の成功体験を積み重ね、本人、家族などへフィードバックしていくことにより、意識の変容をもたらす効果が期待できる。その結果、デイケア内の作業に留めることなく、本人を中心とした暮らしのなかで行う作業へと結びつき、その方の暮らしの変化をもたらし、自立度の高い生活へと繋がっていくと考える。

生活行為向上マネジメントシート

記入日 2013年 8月 28日

生活行為向上マネジメント	生活行為の目標		本人	調理がしたい				
			キーパーソン	母がやりたいことをして欲しい				
	アセスメント項目		心身機能・構造の分析 (精神機能,感覚,神経筋骨格,運動)		活動と参加の分析 (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)	
	生活行為を妨げている要因 (ICF コード)		b760 右片麻痺 b455 耐久性低下 b130 精神面の不安定さ		d630 料理は長年非実施 d640 その他家事も非実施		e410 娘が料理を実施することに対して心配している	
	現状能力 (強み) (ICF コード)		左上下肢の機能は良好 b177 知的機能は問題なし b130 料理の意欲あり		d500 セルフケア入浴以外自立 d430 物を持っての歩行も短距離は可能		e5800 デイケア週3回 e410 娘はデイケアでの料理訓練は理解あり 娘と同居	
	予後予測 (いつまでに、どこまで達成できるか)		環境設定を行うことで、主に左手を使い、必要な場面で両手動作をしながら調理が出来る。 感覚鈍麻であるが視覚的代償をすれば問題なし。		料理の経験を数回することで、自信が付き、自宅でも料理が行えるようになると思う。		デイケアでの料理訓練を行い、動作能力を踏まえた見守りや支援のポイントを伝達することで自宅での娘の協力を得られることは可能と考えられる。	
合意した目標 (具体的な生活行為)		娘の見守りや支援のもと、自宅で調理活動を少しずつ行っていく (一品程度)						
自己評価*		初期	実行度 1/10	満足度 1/10	最終	実行度 5/10	満足度 7/10	

*自己評価は本人の実行度（頻度などの量的評価）と満足度（質的な評価）を1から10の数字で答えてもらう

生活行為向上プラン	実施・支援内容		基本的プログラム	応用的プログラム	社会適応プログラム		
	いつ・どこで・誰が・何を実施・支援	本人	計画	上肢機能練習（麻痺側の固定性を高める練習） マシントレーニング	物を運搬する歩行訓練 野菜等を包丁で切る練習 デイケアでの調理訓練 (メニュー・材料・必要物品を考える、調理)	自宅で作成するメニューを考え、OTに相談する 自宅での調理	
結果			デイケア利用日に意欲的に取り組むことが出来た	野菜を切る練習や豚汁の調理を行った	娘がいる時に自宅での調理が少しずつできるようになった		
家族		計画		デイケアでの調理訓練の際に材料の準備	自宅での調理を見守り、必要に応じて介助（支援）		
		結果		調理の材料の買い物に行ってもらえた	娘が見守りを行った		
支援者 (職種明記)		計画	OTと一緒にデイケアで実施	OTが釘つきまな板を紹介・作成し、実際に野菜などを切る練習を実施 調理時の様子を写真撮影し、家族に配布、それらを基に本人・家族へフィードバックする	本人が考えたメニューを聴取し、どの行為に注意した方が良いかなどを本人と確認する 自宅での調理の実施状況を本人から聴取、把握し、必要に応じてアドバイスを 行う 必要に応じて、ヘルパーと連携して調理の実施を提案する(担当者会議において)		
		結果	プログラムを段階づけて実施	本人・家族に調理する際のポイントを確認できた	娘がいる際に料理を実施するようになった		
実施・支援期間		H25年 9月 1日 ~ H25年 10月 31日					
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					

本シートの著作権（著作人格権、著作財産権）は一般社団法人日本作業療法士協会に帰属しており、本シートの全部又は一部の無断使用、複写・複製、転載、記録媒体への入力、内容の変更等は著作権法上の例外を除いて禁じます。

課題分析モニタリング表

課題	アセスメント項目	現状能力	予測		課題重要性	課題	要因分析	評価	考察
			このまま推移	介入後					
基本動作	起き上がり	自立	自立	自立		<p>食事の用意: 右片麻痺発症後、一定の時期は行っていたが、数年間は作業から離れている。しかし、数回の実践練習などで実施が出来るレベルにはある。</p> <p>食事の片づけ: 動作能力的には行えるレベルにはあるが、現在は娘が担う作業となり、本人も行う必要性をあまり高くは感じていない。</p> <p>洗濯: 動作能力的には行えるレベルにはあるが、現在は娘が担う作業となり、本人も行う必要性をあまり高くは感じていない。</p> <p>課題解決目標</p> <p>短期: 料理を家族などの支援者の見守りのもと実施する。</p> <p>長期: 料理を一人でも数品作ることが出来るようになる。</p> <p>調理以外の食器洗いや洗濯物たたみなど出来る家事活動を増やし、定着させる。</p> <p>(チームの)総合的援助方針</p> <p>現在、家庭内(家族間)での役割の獲得を目指す。特に、本人のニードである調理を中心とした家事活動(調理や食器洗い)などを定着させる。</p> <p>そこで、現在は自宅内の入浴などが主な目的のヘルパーの支援や家族介護を家事活動支援など、徐々に自立支援を視点にした支援への移行を検討する。</p>	<p>本症例の希望である料理に焦点を当てた支援は、長年行っていなかった料理をデイケアで実施し、成功体験を経験したこと、その過程で生まれた同じ境遇の他利用者との関わりなどによって、本人の意識の変容に繋がった。また、料理を行うにあたって、材料の準備の依頼などを家族に行い、デイケアでの料理実施後に本症例の能力や想いを伝達したことは、家族の意識の変容に繋がった。また直接支援を行った料理に留まらず、食器洗いや洗濯物たたみなど、他の家事動作への広がりを見せたことに関して、一つの目標が達成することにより、他の作業への意識の拡がり、意欲の向上など、ニード以外への波及効果をもたらし、暮らし方の変化が期待できることを示唆している。</p>		
	立位保持	自立	自立	自立					
	床からの立ち上がり	自立	自立	自立					
	床のものを拾う	自立	自立	自立					
	食事	自立	自立	自立					
	イスとベッド間の移乗	自立	自立	自立					
	整容	自立	自立	自立					
	トイレ動作	自立	自立	自立					
	入浴	要介助	要介助	要介助					
	平地歩行(車椅子駆動)	自立	自立	自立					
	階段昇降	自立	自立	自立					
	更衣	自立	自立	自立					
	排便コントロール	自立	自立	自立					
排尿コントロール	自立	自立	自立						
I A D L (F A I)	食事の用意	していない	していない	時々	1				
	食事の片付け	していない	していない	時々	2				
	洗濯	していない	していない	まれに	3				
	掃除や整頓	まれに	まれに	まれに					
	力仕事	していない	していない	していない					
	買物	していない	していない	していない					
	外出	まれに	まれに	まれに					
	屋外歩行	していない	していない	していない					
	趣味	時々	時々	時々					
	交通手段の利用	していない	していない	していない					
	旅行	していない	していない	していない					
	庭仕事	していない	していない	していない					
	家や車の手入れ	していない	していない	していない					
老研式抜粋	読書	まれに	まれに	まれに					
	仕事	していない	していない	していない					
	年金などの書類を	書けない	書けない	書けない					
	新聞などを	読んでいない	読んでいない	読んでいない					
	本や雑誌を	読んでいない	読んでいない	読んでいない					
	健康についての記事や番組に	関心ある	関心ある	関心ある					
	友達の家を訪ねること	ある	ある	ある					
	家族や友達の相談にのること	ある	ある	ある					
	病人を見舞うこと	できない	できない	できない					
	若い人に自分から話しかけること	ある	ある	ある					
		未把握	未把握	未把握					
		未把握	未把握	未把握					
	他	未把握	未把握	未把握					

生活行為向上マネジメント基本情報

提出者 所属・氏名	所属: 氏名:	問い合わせ ID 連絡方法	ID: メール:
事例種別	【医療】 <input type="checkbox"/> 一般急性期 <input type="checkbox"/> 一般回復期 <input type="checkbox"/> 維持期 <input type="checkbox"/> 精神・認知症 <input type="checkbox"/> 小児 <input type="checkbox"/> その他() 【介護】 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input checked="" type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員・地域包括支援センター <input type="checkbox"/> その他() 【自立支援】 <input type="checkbox"/> 身障 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 【その他】 <input type="checkbox"/> その他()		
主疾患名	脳梗塞	発症からの期間	13年
現病歴	詳細不明		
既往疾患	1循環器系:高血圧,脳卒中,心臓病,その他 ②内分泌・栄養・代謝障害: 糖尿病 高脂血症,その他 3呼吸器系,4消化器系,5泌尿器・生殖器系,6筋骨格系, 7外傷,中毒系:骨折,その他,8がん,9血液・免疫系, 10感染症,11精神・行動障害:認知症,その他, 12神経系:神経難病,その他,13目の病気,14耳の病気, 15皮膚の病気,16歯科,17その他(),18なし		
性別	男性・ <input checked="" type="radio"/> 女性	年齢	68才
配偶者	あり・ <input checked="" type="radio"/> なし	家族構成	3人
生活保護	あり・ <input checked="" type="radio"/> なし	本人以外の家族の人数	
要介護度	要支援 1・2・要介護 1・ <input checked="" type="radio"/> 2・3・4・5		
介護者の有無	1配偶者,2息子・娘,3息子・娘の配偶者,4孫,5兄弟・姉妹,6その他		
介護者の年齢	<input checked="" type="radio"/> 1,65歳未満 2,65～74歳 3,75～84歳 4,85歳以上		
生活歴 (学歴・職歴・ 趣味を含む)	仕事は地元企業に就職し、子供が生まれるまで働いていた。子供が生まれてからは、主婦業に専念していた。	また、発症前まではダンスや登山など多趣味で活発に暮らしていた。	
日常生活自立度 (寝たきり度)	正常・J1・J2・A1・ <input checked="" type="radio"/> A2・B1・B2・C1・C2		
痴呆性老人の 日常生活自立度	<input checked="" type="radio"/> 正常・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
住宅・住処	<input checked="" type="radio"/> 1.持ち家 2.賃貸住宅・借家 3.ケア付き住宅 4.その他()		
年金の種類	1.国民年金 2.厚生年金 3.共済年金 4.老齢福祉年金のみ 5.その他(不明)		
収入の有無	1.収入のある仕事をしている <input checked="" type="radio"/> 2.していない		

地域移行・連携・社会資源情報

入院・入所またはサービス利用開始からの期間		約7年
介入期間		60日
地域移行支援 取組みの有無	退院前訪問	あり <u>なし</u>
	退院リハ指導	あり <u>なし</u>
社会資源	介入時	介入後
ケアマネ等関与	<u>あり</u> ・なし	<u>あり</u> ・なし
サービス 利用状況	1. 医療のデイケア(回・週) 2. 通所介護・生活支援施設(回・週) 3. 訪問リハ(回・週) <u>4.</u> 訪問介護(3回・週) 5. 訪問看護(回・週) 6. 配食サービス(回・週) <u>7.</u> 福祉用具・補装具(内容：車いす) 8. 住宅改修有 9. ショーステイ(回・週) 10. 就労支援施設 11. 地域活動支援センター等相談機関 <u>13.</u> 機能訓練施設等(通園・療育・ <u>通所リハ</u>) (3回・週) 12. その他()(回・週) 12. 利用なし	1. 医療のデイケア(回・週) 2. 通所介護・生活支援施設(回・週) 3. 訪問リハ(回・週) <u>4.</u> 訪問介護(3回・週) 5. 訪問看護(回・週) 6. 配食サービス(回・週) <u>7.</u> 福祉用具・補装具(内容：車いす) 8. 住宅改修有 9. ショーステイ(回・週) 10. 就労支援施設 11. 地域活動支援センター等相談機関 <u>13.</u> 機能訓練施設等(通園・療育・ <u>通所リハ</u>) (3回・週) 12. その他()(回・週) 12. 利用なし
	その他の社会資源 利用状況	1. 一般就労・シルバー人材センター 2. 教育(学校・養護学校・訪問教育・寿大学・通信教育・生涯学習を含む) 3. 健康増進施設 4. 市町村等が実施する介護予防事業 5. サロン等老人クラブ活動等(自助グループ、患者会を含む) 6. カルチャー教室 7. ボランティア活動 8. 老人会等地区組織活動 9. その他()
ケアマネの設定した課題	安定した歩行が出来るようにリハビリを続ける 家族以外の人と交流機会を持つ (できれば2表のコピーを匿名化して添付)	

生活行為向上マネジメントにより「自宅退院後の妻との散歩」が実現した1症例

1.報告の目的

胸髄損傷により下肢、体幹の運動麻痺および感覚障害を呈した症例は、回復期リハビリテーション病棟（以下回復期リハ病棟）入院初日に、「退院したら、病前に散歩していた公園を妻と一緒に散歩したい」と話した。症例の自宅退院に先立ち、生活行為向上マネジメント（以下 MTDLP）を用いて、病院から地域への移行を支援した。その結果、本人の希望する目標が実現したので、経過に考察を加えて報告する。

2.事例紹介

症例は、70歳代男性で、16年前に頸椎症性脊髄症に対し頸椎脊柱管拡大術施行、9年前より徐々に両手の巧緻運動障害の進行を認めていた。今回受傷前は屋内は伝い歩きで自立、階段昇降、更衣、排泄動作には介助を要していた。現病歴は、X年Y月Z日、自宅の階段で手すりを持ち損ねて転落、直後より対麻痺（T2以下 Frankel 1A）となり、救急搬送される。T1-2骨損傷性頸胸椎移行部脊髄損傷の診断にて、翌日にC5-T4後方固定術施行。受傷から約60日後に、当院の回復期リハ病棟に入院となった。入院時は、頸椎部アドフィットブレイス常時装着、リクライニング車いすに乗車、尿道バルーンカテーテル留置の状態であった。A氏は妻と2人暮らしで、演劇を見るために外出したり、温泉旅行や近所の公園を散歩することを楽しみにしていた。近所には2人の娘が住み、A氏宅と娘宅を互いに行き来することも多かった。

3.作業療法評価

MTDLPの導入は入院から約100日後であった。本人の挙げた生活行為の目標は、「観劇や散歩の為に外出がしたい」であった。心身機能・構造の分析では、両上下肢の筋力低下と感覚障害、立位バランスの不安定さや歩行の耐久性低下を認めた。認知機能に問題はなく、下肢筋力や感覚障害は改善傾向で、立位バランスや歩行能力も改善傾向にあった。活動と参加の分析では、院内は車椅子移動で、更衣や排泄に介助を要していた。屋外歩行の経験は無く、屋外歩行に自信も持てなかった。しかし、屋内では20m程度のロフトランド杖歩行が軽介助で可能であり、歩行能力も改善中であることから、2ヶ月後の自宅退院時には屋外でのロフトランド杖歩行が介助下で30m程度は可能となると予測した。環境因子の分析では、入院中であり、公園への外出も困難であった。妻は専業主婦で介護にも協力的で、自宅退院後も屋外での歩行練習を継続し、本人と妻の不安が軽減すれば、妻の介助で近隣の散歩や目標としていた公園の散歩ができると予測した。そこで、本症例との合意した目標は、「訪問リハビリで継続して屋外歩行の練習をし、妻と一緒に公園を散歩する」こととした。公園への散歩の目的については、「運動のため」「妻とずっと前から行っていた場所だからまた2人でいきたい」と話した。MTDLPの介入初期の実行度は1/10、満足度は1/10であった。

4.介入の基本方針

入院期間中は、病院周囲の屋外歩行練習を行い、屋外歩行を軽介助で行えることを目標とする。退院

までに、合意した目標を妻、介護支援専門員、退院後に訪問リハビリを担当する理学療法士（以下 PT）に伝達し、「妻と一緒に公園を散歩する」ことを含めた退院支援を行う。

5.作業療法実施計画

入院期間中の基本的プログラムおよび応用的プログラムは、1回を60～90分とし、6～7回/週で、約40日間とした。退院後は訪問リハビリでの応用的プログラムと社会適応プログラムを行い、1回を60分とし、1～2回/週で、約40日間とした。基本的プログラムは、下肢筋力や持久力の向上、歩行の安定性向上を目的に、起立練習、下肢の筋力トレーニング、院内での歩行練習とした。また、本人と共に入院前に散歩していた公園へ外出し、散歩コースや休憩場所などの確認を行うこととした。さらに、退院後に担当する訪問リハビリのPTに、MTDLPについての説明と症例の情報提供を行った。応用的プログラムは、作業療法士との病院周囲での屋外歩行練習を行った。また、妻への介助指導を行い、妻の介助での屋外歩行練習を実施し、本人と妻の不安の軽減にも努めた。退院後は、訪問リハビリのPTと共に自宅周辺の散歩を行い、屋外歩行の安定性向上を図った。また、妻への介助指導も継続して実施し、本人と妻の双方が散歩に自信を持てることを目標とした。社会適応プログラムは、入院前に散歩していた公園での散歩を実施することとした。

6.介入経過

介入開始時は、作業療法室での起立練習や歩行練習を行った。下肢および体幹の筋力・持久力低下が顕著であり、軽介助で可能な歩行距離は右手でロフトランド杖を支持して屋内を20m程度であった。歩行の持久力低下に加え、起立にも中等度介助を要していた。妻は入院時から毎日面会に来ており、病室で手すりを支持しての起立練習を妻の介助下で実施することを提案した。しかし、妻に起立や歩行の介助を行った経験は無く、開始時は両者から「不安です」との声が聞かれた。介入から2週間が経過すると、症例は「妻との練習にも慣れてきました」と話し、妻も「何とか毎日出来ています」と話した。介入から約20日後には、ロフトランド杖で屋内を40m程度歩行可能となり、妻への歩行の介助指導を実施した。この時期に、病院周囲の屋外歩行を導入した。開始時は、段差や傾斜に対応が出来ずに中等度の介助を要し、歩行可能な距離は10m程度であった。介入から約40日後には、ロフトランド杖で屋内を100m程度歩行可能となり、病院周囲を軽介助で30m程度歩行可能となった。この時期に、訪問リハビリ担当のPTとの練習を実施し、症例の能力を把握してもらえるように調整を行った。さらに、病院周囲の屋外歩行も妻の介助で実施した。屋外歩行の導入時には不安な様子も見られたが、数回の練習後には「これなら家でも出来そう」との発言が聞かれた。介入から約40日後に自宅へ退院し、訪問リハビリ担当のPTとの練習へ移行した。退院初期は自宅内の起居動作、排泄動作、入浴動作などの練習より開始した。自宅内でのセルフケアが妻の介助で安全に行えることを確認した後に、PTの見守り下で自宅周囲を妻と散歩することにした。数回の自宅周囲の散歩を行った後に、PTと症例と妻で目標としていた公園へ出掛け、妻の介助で散歩を行った。訪問リハビリでの進行状況は適宜PTより情報収集を行った。

7.結果

介入開始から約90日後（自宅退院した約40日後）に、合意した目標を達成した。介入初期～最終の実行度は1/10～8/10、満足度は1/10～10/10であった。症例は、「入院時より希望していたことが実現し

たので嬉しいし、自信が持てた」と話した。自宅退院後は、外出する事はほとんど無かったが、散歩の実現後には買い物や娘の家を訪問するなど外出の機会が増加した。

8. 考察

病院から自宅へ退院する際には、医療保険から介護保険への移行が必要となる。そのため、支援者の変更も余儀なくされることで、入院時から一貫した目標や支援計画を持つ事が難しい場合も多い。しかし、今回は、入院時から **MTDLP** を用いたことで、入院中と退院後の支援者が目標とプログラムを共有することが可能となり、目標の実現に至ったと考える。本症例は、自宅へ退院後は、屋内の移動やセルフケアにおいても解決すべき課題が多く、直後には目標達成には至らなかった。しかし、口頭の伝達や紹介状に加えて、他職種で **MTDLP** のマネジメントシートの内容を共有したことで、自宅での課題を解決した後に目標の達成に至ったと考える。入院時から、本人、妻、作業療法士、訪問リハビリの **PT** も「公園での散歩」に向けた支援を行えたことが、実行度や満足度の向上に繋がったと考える。本人より聴取した、公園の散歩の主な目的は運動であった。しかし、妻との散歩は 16 年前に頸椎の手術を施行以来、継続して行っており、散歩は自宅での妻との生活に含まれる習慣と捉えることもできた。単純な運動習慣の再獲得ではなく、本人の希望する場所で、希望する人との散歩が実現したことが満足度の向上に寄与したものと考ええる。

MTDLP を用いた作業療法を医療機関入院時より実践し、地域へ移行する際に内容を他職種で共有することで、支援者や制度の枠を超えて、対象者の希望に即したサービスの提供が行える可能性がある。

生活行為向上マネジメントシート

記入日：平成 25 年 7 月 20 日

生活行為 アセスメント	生活行為の目標		本人	観劇や散歩の為に外出したい			
			キーパーソン	家の中のトイレ動作や移乗動作を安全に行って欲しい			
	アセスメント項目	心身機能・構造の分析 (精神機能,感覚,神経筋骨格,運動)	活動と参加の分析 (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)		
	生活行為を妨げている要因 (ICF コード)	b730 両上下肢の筋力低下 (握力は右 2.0 kg、左 0.0 kg) b260 両上下肢の感覚障害 b755 立位バランスが不安定 b770 歩行の耐久性が乏しい	b465 現在の移動は車椅子 b540 更衣や排泄に介助を要する b460 屋外歩行の経験がない b460 屋外での歩行に自信が持てない		e580 入院中 e115 自宅の玄関、寝室、廊下、トイレ、浴室などの環境は未調整		
	現状能力 (強み) (ICF コード)	b110 意識鮮明で意欲的 b730 下肢筋力や感覚障害は改善傾向 b730 立位バランスや歩行の能力は改善傾向	b460 屋内ではロフトランド杖歩行が軽介助 b460 歩行で数センチの段差は昇降できる		e310 妻は専業主婦で介護にも協力的 e120 リビングや寝室は車椅子で移動可能 e115 廊下、トイレ、浴室等の改修を行えば、妻の介助で生活できる		
	予後予測 (いつまでに、どこまで達成できるか)	退院時まで、立位バランスや歩行の安定性が向上する。	介助下であれば屋外歩行も 30m程度可能となる。		住宅改修を行えば、セルフケアを妻の介助で行えるようになる。 妻の介助で近隣の散歩や目標としていた公園の散歩ができる。		
	合意した目標 (具体的な生活行為)	趣味であり、日課であった公園の散歩ができるようになりたい					
自己評価*	初期	実行度 1/10	満足度 1/10	最終	実行度 8/10	満足度 10/10	

*自己評価は本人の実行度（頻度などの量的評価）と満足度（質的な評価）を 1 から 10 の数字で答えてもらう

実施・支援内容		基本的プログラム	応用的プログラム	社会適応プログラム	
生活行為向上プラン	本人	計画	起立練習・下肢の筋力トレーニング 院内での歩行練習 公園に行き、下見をする	病院周囲での屋外歩行練習 妻の介助で歩行練習	退院前訪問で住宅改修案やセルフケアの動作方法を確認する 訪問リハビリの理学療法士と妻と一緒に公園を散歩する
		結果	下肢筋力や持久力の向上 歩行の安定性向上 必要な歩行距離が分かる	屋外歩行の安定性向上 屋外歩行に自信が持てるようになる	妻の介助でセルフケアを行える 妻と一緒に散歩ができる
	家族	計画	妻と本人で、病室での起立練習を実施	妻が介助指導を受けて、院内や病院周囲で介助歩行を行う	妻と本人で、一緒に公園に行き散歩する
		結果	本人の能力を知る	介助方法が分かり、介助に慣れる	本人の能力を把握し、不安なく介助できる
	支援者 (職種明記)	計画	院内での歩行練習やセルフケアの練習と、妻への介助指導（作業療法士） 本人の情報収集（訪問リハビリの理学療法士）	退院前カンファレンスで、本人の目標、退院後に必要な情報を支援者に伝える（作業療法士） 院内で本人と練習を行い、退院後には自宅周辺の屋外歩行練習を行う（訪問リハビリの理学療法士）	取り組みについて知り、目標達成のためのケアプランを作成（介護支援専門員） 家族への介助歩行の指導を行う（訪問リハビリの理学療法士） 妻と本人と公園の散歩に同行する（訪問リハビリの理学療法士）
		結果	本人の動作能力の改善と妻の介助への不安軽減 本人の情報を得る（訪問リハビリの理学療法士）	支援者が本人と妻の目標を知る 屋外歩行が安定し、本人と妻の不安も軽減する	安全が確認された後に、公園を散歩できるようになる
	実施・支援期間		25年7月15日 ～ 25年10月1日		
	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		

本シートの著作権（著作人格権、著作財産権）は一般社団法人日本作業療法士協会に帰属しており、本シートの全部又は一部の無断使用、複写・複製、転載、記録媒体への入力、内容の変更等は著作権法上の例外を除いて禁じます。

課題分析モニタリング表

課題	アセスメント項目	現状能力	予後予測		課題重要性	課題個々の要因分析	評価	考察	
			このまま推移	介入後					
基本動作	起き上がり	一部介助	一部介助	一部介助		今回入院前より、既往の頸椎症による四肢麻痺により、IADLは未実施の項目が多かった。セルフケアは一部介助が必要であり、屋外歩行も妻の介助下で可能であった。	一部介助	入院中より、妻へのセルフケアの介助指導と並行して、妻との屋外歩行練習などを行なった。入院中より、妻に対しても介入やことで、セルフケアや病院の玄関周囲の屋外歩行に自信を持つことが出来た。しかしながら、自宅での生活や夫婦のみでの外出には不安も多々あった。そこで、退院後は訪問リハビリテーションでの継続しての支援を行ったことで、目標の実現に至ったと考える。	
	立位保持	見守り	見守り	自立	○		自立		
	床からの立ち上がり	全介助	全介助	全介助			全介助		
	床のものを拾う	全介助	全介助	全介助			全介助		
	食事	自立	自立	自立			自立		
	A	イスとベッド間の移乗	監視or軽介助	監視or軽介助	自立		○		要介助
	D	整容	自立	自立	自立				部分介助
	L	トイレ動作	部分介助	部分介助	部分介助				要介助
	(B)	入浴	要介助	要介助	要介助		○		部分介助
		平地歩行(車椅子駆動)	部分介助	部分介助	部分介助		○		監視or介助
IADL	階段昇降	監視or介助	監視or介助	監視or介助		課題解決目標 立位保持や移乗動作の介力量軽減を図り、主介護者の妻が安全に介助できることを目指す。入院前より介助で行っていた動作(更衣、排泄)は介助方法を再度検討する。本人の希望である、散歩の実現のためにロフトストランド杖を用いての屋外歩行を見守りで行えることを目標とする。	監視or介助		
	更衣	部分介助	部分介助	部分介助			部分介助		
	排便コントロール	自立	自立	自立			自立		
	排尿コントロール	自立	自立	自立			自立		
	食事の用意	自立	自立	自立			自立		
	食事の片付け	自立	自立	自立			自立		
	洗濯	自立	自立	自立			自立		
	掃除や整頓	自立	自立	自立			自立		
	力仕事	自立	自立	自立			自立		
	買物	自立	自立	自立			自立		
L	外出	自立	自立	自立	○	(チーム)総合的援助方針 入院時より、セルフケアは妻の介助で行えるように支援を行う。また、病院周囲の屋外歩行に関しては、療法士との練習と並行して妻への介助指導を行う。退院時には、介護支援専門員や訪問リハビリテーション担当の理学療法士に本人の目的とする作業内容(妻と公園を散歩する)を申し送り、自宅周囲や目的とする公園での、歩行練習を行う。	自立		
	屋外歩行	自立	自立	自立	○		時々		
	趣味	自立	自立	自立			時々		
	交通手段の利用	自立	自立	自立			週1回以上		
	旅行	自立	自立	自立			自立		
	庭仕事	自立	自立	自立			自立		
	家や車の手入れ	自立	自立	自立			自立		
	読書	自立	自立	自立			自立		
	仕事	自立	自立	自立			自立		
	年金などの書類を	書ける	書ける	書ける			書ける		
老研式抜粋	新聞などを	読んでいる	読んでいる	読んでいる		読んでいる			
	本や雑誌を	読んでいない	読んでいない	読んでいない		読んでいない			
	健康についての記事や番組に	関心ある	関心ある	関心ある		関心ある			
	友達の家を訪ねること	ない	ない	ある		ある			
	家族や友達の相談にのること	ある	ある	ある		できる			
他	病人を見舞うこと	できない	できない	できる		ある			
	若い人に自分から話しかけること	ある	ある	ある		未把握			
		未把握	未把握	未把握		未把握			

生活行為向上マネジメント基本情報

提出者 所属・氏名	所属: 氏名:	問い合わせ ID 連絡方法	ID: メール:
事例種別	【医療】 <input type="checkbox"/> 一般急性期 <input checked="" type="checkbox"/> 一般回復期 <input checked="" type="checkbox"/> 維持期 <input type="checkbox"/> 精神・認知症 <input type="checkbox"/> 小児 <input type="checkbox"/> その他() 【介護】 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員・地域包括支援センター <input type="checkbox"/> その他()		
主疾患名	T1-2 骨損傷性頸胸椎移行部脊髄 損傷	発症からの期間	160 日間
現病歴	X 年 Y 月 Z 日、自宅の階段で手すりを持ち損ねて転落、直後より対麻痺 (T2 以下 Frankel 1A) となり、救急搬送される。T1-2 骨損傷性頸胸椎移行部脊髄損傷の診断にて、翌日に C5-T4 後方固定術施行。受傷から約 60 日後に、当院の回復期リハ病棟に入院となった。		
既往疾患	1 循環器系: 高血圧, 脳卒中, 心臓病, その他 2 内分泌・栄養・代謝障害: 糖尿病, 高脂血症, その他 3 呼吸器系, 4 消化器系, 5 泌尿器・生殖器系, 6 筋骨格系, 7 外傷、中毒系: 骨折, その他, 8 がん, 9 血液・免疫系, 10 感染症, 11 精神・行動障害: 認知症, その他, 12 神経系: 神経難病, その他, 13 目の病気, 14 耳の病気、 15 皮膚の病気, 16 歯科, 17 その他(16 年前より頸椎症性脊髄症), 18 なし		
性別	<input checked="" type="radio"/> 男性 <input type="radio"/> 女性	年齢	70 才
配偶者	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	家族構成	2 人
生活保護	あり・ <input checked="" type="radio"/> なし	本人以外の家族の人数	
要介護度	要支援 1・2・要介護 1 2 ・3・4・5		
介護者の有無	<input checked="" type="radio"/> 1 配偶者, <input type="radio"/> 2 息子・娘 3, 息子・娘の配偶者 4, 孫 5, 兄弟・姉妹 6, その他		
介護者の年齢	1, 65 歳未満 2, 65~74 歳 3, 75~84 歳 4, 85 歳以上		
生活歴 (学歴・職歴・ 趣味を含む)	特殊自動車の会社で営業職として定年まで勤務していた。退職後は妻と二人暮らしで、演劇を見るために外出したり、温泉旅行や近所の公園を散歩することを楽しみにしていた。近所には 2 人の娘が住み、本人宅と娘宅を互いに行き来することも多かった。		
日常生活自立度 (寝たきり度)	正常・J1・J2 A1 ・A2・B1・B2・C1・C2		
痴呆性老人の 日常生活自立度	<input checked="" type="radio"/> 正常 I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
住宅・住処	<input checked="" type="radio"/> 1 持ち家 2. 賃貸住宅・借家 3. ケア付き住宅 4. その他()		
年金の種類	1. 国民年金 2. 厚生年金 3. 共済年金 4. 老齢福祉年金のみ 5. その他()		
収入の有無	1. 収入のある仕事をしている 2. していない		

地域移行・連携・社会資源情報

入院・入所またはサービス利用開始からの期間		約 100 日
介入期間		80 日
地域移行支援 取組みの有無	退院前訪問 あり なし	退院時カンファレンス参加 あり なし
	退院リハ指導 あり なし	退院後訪問指導 あり なし
社会資源	介入時	介入後
ケアマネ等関与	あり なし	あり なし
サービス 利用状況	1. 医療のデイケア(回・週) 2. 通所介護・生活支援施設(回・週) 3. 訪問リハ(回・週) 4. 訪問介護(回・週) 5. 訪問看護(回・週) 6. 配食サービス(回・週) 7. 福祉用具・補装具(内容:) 8. 住宅改修有 9. ショーステイ(回・週) 10. 就労支援施設 11. 地域活動支援センター等相談機関 13. 機能訓練施設等(通園・療育・通所リハ) (回・週) 12. その他()(回・週) 12. 利用なし	1. 医療のデイケア(回・週) 2. 通所介護・生活支援施設(回・週) 3. 訪問リハ(1~2回・週) 4. 訪問介護(回・週) 5. 訪問看護(回・週) 6. 配食サービス(回・週) 7. 福祉用具・補装具(内容: 車いす、手すりのレンタル) 8. 住宅改修有 9. ショーステイ(回・週) 10. 就労支援施設 11. 地域活動支援センター等相談機関 13. 機能訓練施設等(通園・療育・通所リハ) (回・週) 12. その他()(回・週) 12. 利用なし
その他の社会資源 利用状況	1. 一般就労・シルバー人材センター 2. 教育(学校・養護学校・訪問教育・寿大学・通信教育・生涯学習を含む) 3. 健康増進施設 4. 市町村等が実施する介護予防事業 5. サロン等老人クラブ活動等(自助グループ、患者会を含む) 6. カルチャー教室 7. ボランティア活動 8. 老人会等地区組織活動 9. その他()	1. 一般就労・シルバー人材センター 2. 教育(学校・養護学校・訪問教育・寿大学・通信教育・生涯学習を含む) 3. 健康増進施設 4. 市町村等が実施する介護予防事業 5. サロン等老人クラブ活動等(自助グループ、患者会を含む) 6. カルチャー教室 7. ボランティア活動 8. 老人会等地区組織活動 9. その他()
ケアマネの設定した課題	妻との外出への支援、本人の動作能力の維持、妻の介助負担軽減 (できれば2表のコピーを匿名化して添付)	

1.報告の目的

今回、レビー小体型認知症が疑われる妄想性障害の74歳女性を担当した。10年来の隣人トラブルにより入院となり、地域からは退院を拒否されていたが、本人の望む作業である「自宅で編み物や園芸をして穏やかに暮らしたい」の実現を目指して生活行為向上マネジメントを用いた支援を行ったので報告する。

2.事例紹介

74歳の女性。診断名：妄想性障害、レビー小体型認知症疑い。合併症：白内障、右変形性膝関節症。生活歴：幼少期から外向的で世話好きであった。20代で結婚し、長男が出生したが長男が幼少時に離婚。30代に再婚し、小学校の用務員として働いていた。子どもの世話や花を育てることが好きだった。60代で現在の住居に転居し、68歳で夫が死去、長男と二人暮らしとなった。その後、隣人に対して「汚いものを家の前に置いていく」と苦情を言いに行くようになり、「盗聴器が仕掛けられている」と自宅内のコンセントをテープで閉じ、隣人側の窓をすべて目張りした。隣人から警察を呼ばれることがあり、73歳でA病院に3か月間入院となった。薬物療法で症状は軽快したが、退院後に通院・服薬を中断して症状が再燃した。現病歴：X年Y月に隣人から警察に通報があり、本人の興奮やまとまらない言動が激しいため、警察同伴で当院に医療保護入院となった。

3.作業療法評価

入院2週目に面談・評価を実施した。

主訴：夜になると近所の人が家に入ってきて、枕元にアリをまかれて腹が立った。自分は悪くないのに病院に入れられて納得がいかない。

本人の希望：自宅に帰って穏やかに過ごしたい。編み物や園芸を続けたい。

精神機能面として、MMSE：20/30点、HDS-R：23/30点、BPRS：22/108点であった。注意の配分の低下に加えて、五角形模写の際に「線がモジャモジャして見える」と視知覚の異常があり、発言から家の汚れや枕のシミ、雪の落ちる物音などをすべて隣人からの嫌がらせと認識しており、思考の内容の障害（被害的・関連付け）が著明であった。面談時に、視知覚障害と枕のアリのエピソードを説明したが、受け入れは悪く認知の柔軟性や洞察といった高次認知機能の低下もみられた。活動と参加の面では、FAI：22/45、老健式活動能力指標：8/13でセルフケアと家事は自立しているものの、地域活動や余暇活動の機会はなく、隣人や自治体職員との対人関係が非常に悪い状態であった。右膝痛みのために長距離歩行は困難で、買い物の際には福祉バスを利用しており、将来的に屋外歩行や運搬が困難となることが予測された。環境因子の問題点として、地域の受け入れ体制と家族のサポート不足があげられた。同意された目標：要介護認定を申請し、家事を継続しながら通所先で編み物や園芸を続ける。実行度：3、満足度：10。

4.介入の基本方針

生活行為向上マネジメントを用い、本人の生活行為の目標である「自宅で編み物や園芸をして穏やかに暮らしたい」の実現のためにプランニングを行った。

長期目標：要介護認定を受けて、家事を継続しながら通所先で編み物や園芸を行う。

短期目標：退院後も継続できる余暇活動の導入。隣人とトラブルにならないように、問題解決技能を身につける。家事や草むしりを楽にできるように歩行車の導入と環境の調整。

5.作業療法実施計画

基本プログラムとして、心身の廃用症候群の予防を目的に病棟内の集団運動プログラム（60分：ストレッチ・リズム体操など）に導入する。右膝痛を悪化させないために、座位で実施するように声をかける。右膝痛の悪化予防と屋外移動と運搬を安楽にすることを目的に歩行車を導入する。面談・評価後に作業療法室への出療を開始し、座位での軽運動（20分）に加えて、本人の好きな編み物と草むしりに導入する。編み物に関しては、繰り返しが多く単純な課題であるスティック手織りから開始する。作業を行いながら、視知覚の異常と隣人トラブルなどのエピソードとを関連付けて説明し、病気の理解を促す。

応用プログラムとして、入院1ヵ月目から調理評価を行い、複雑な課題がどの程度遂行可能かを評価し、退院後に必要なサービス内容を検討する。社会適応プログラムとして、要介護認定後、介護支援専門員や地域包括支援センター職員とともに退院前訪問を行い、屋外歩行での歩行車の試用や自宅周囲の環境の評価（隣人宅など）とトラブルにならない対処方法を検討する。退院前には、PSWに依頼して長男と介護支援専門員、自治体職員を交えてケア会議を開催し、本人の病気の特徴と対処方法、退院後の本人のニーズを説明し、受け入れ体制の調整をしていく。

6.介入経過

入院5日目より、病棟内の集団運動プログラムに自発的に参加を開始した。入院2週目に面談・評価を行い、翌日より歩行車の導入と作業療法室への出療を開始した。歩行車に関しては、入院中の利用は拒否したが、「買い物の際に使ってみたい」と退院後の利用を希望した。作業療法室では、座位の軽運動とスティック手織り、草むしりに導入した。スティック手織りでは、視知覚障害のため毛糸の掛け違いもあったものの、「退院時にこの台を購入して家でも続けたい」と話し、作業の受け入れは良好であった。OT後、「目がモジャモジャして疲れます」と訴えることがあり、視知覚障害と思考の内容の障害の関連を説明すると、一部理解する場面もみられた。主治医・看護師・PSWと検討し、介護保険を申請してサービス調整の後に自宅退院を目指す方針となり、まずは自治体職員を交えたケア会議を開催することとなった。主治医から薬物療法と環境調整により精神症状は落ち着いていること、作業療法士から本人の病気の特徴と行動の要因を説明した結果、退院後の支援の了承を得た。入院6週目に調理評価（ナスの味噌炒め）を実施。注意の配分の障害により、水の閉め忘れや冷蔵庫の閉め忘れはあるものの、火の扱いには問題がなく、自身で閉め忘れに気づいて修正可能であったことから、自宅での家事の継続は可能と判断した。要介護認定に時間を要し、息子も外泊への不安を訴えていたため、入院8週目に作業療法士と看護師が退院前訪問を実施し、自宅周囲と住環境の評価と歩行車の試用を行った。自宅の玄関や壁には監視カメラが設置しており、訪問中も隣人の悪口を言いながら浴室の汚れを「隣の犬がおしっこをしていった」と訴えるなど、環境により思考の障害が表面化することを確認した。

7.結果

目標の達成状況としては、現在も入院中のため未達成。実行度：5、満足度：3であり、「好きなことはできているけど、気楽じゃないから」と満足度は低かった。精神機能面としては、MMSE：22/30点、HDS-R：24/30点、BPRS：5/108点であり、入院時よりも得点の改善がみられるものの、注意の配分・視知覚機能・思考機能・高次認知機能の障害は大きな変化を認めない。隣人に対しては、「見ざる・聞かざる・言わざる」を徹底して直接苦情を言いに行くことはしないと約束している。活動と参加の面では、FAI：14/45、老健式活動能力指標：12/13であり、屋外歩行の頻度は低下したものの、趣味や読書の頻度が増加した。今後は、要介護認定が決まり次第、介護支援専門員と自治体職員、地域包括支援センターを交えて本人・長男の支援体制を構築していく予定である。

8.考察

本事例の生活目標を達成する上での問題点として、10年来の隣人トラブル、視知覚障害と注意障害、高次認知機能などの精神機能の低下、地域活動や余暇活動の喪失の3点が考えられた。隣人トラブルの要因として、精神機能の低下と対人関係の問題からくる重度の思考の内容の障害があり、仲介に入っていた自治体職員も本人の状態像を把握できないために対応に苦慮していた。また、元々は世話好きで外交的な気質であったことから、転居後に地域活動や余暇活動に参加できないことが大きなストレスとなり、活力レベルの亢進・攻撃性へと繋がっていたことが考えられた。そのため、OTでは入院中の廃用症候群の予防を図りつつ、退院後も継続可能な余暇活動を見つけ、自宅以外の場所で過ごす時間を持つようにプランニングし、プログラムを導入した。要介護認定や退院調整に時間を要したため、現在も入院中で継続支援中だが、BPRSやMMSE・HDS-R得点の改善からも、軽運動とスティック手織りの導入は精神機能の維持・改善の面で有効であったと考える。しかし、退院前訪問の際に明らかになったように、自宅環境になると隣人への攻撃性が増強することから、通所系のサービスを可能な限り利用する必要がある。本事例のようなADL・IADL自立の場合、介護認定が要支援と判断され、自治体の介護予防事業の対象となる。その場合、通所手段が問題となり、サービス利用に繋がらないケースもあるため、インフォーマルな移動援助などの社会資源の開発が望まれる。

生活行為向上マネジメントシート

記入日：H25年 9月 4日

生活行為 アセスメント	生活行為の目標		本人	自宅で編み物や園芸をして穏やかに暮らしたい。		
			キーパーソン	隣人とトラブルなく過ごして欲しい。		
	アセスメント 項目	心身機能・構造の分析 (精神機能,感覚,神経筋骨格,運動)	活動と参加の分析 (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)		
	生活行為を妨げ ている要因 (ICF コード)	b140 注意の配分の低下 b156 視知覚の異常 (もじやもじ ゃに見える) b160 思考の内容の障害 (関連付 け・被害的) b164 認知の柔軟性と洞察の低下 b280 右膝 OA (整形外科治療中)	d175 問題解決困難 d220 同時に複数課題を行うこと は困難 d720 隣人の言動と家の汚れを関 連付けて攻撃をする。 d740 民生委員・自治体職員とは 関係不良。 d910・d920 地域活動や余暇活動 の機会なし	e310 息子と二人暮らし。息子は 無職で支援は期待できない e425/e440 隣人の態度 e440 自治体職員と民生委員が関 与しているが、退院に拒否的。 e580 介護保険は未申請。		
	現状能力 (強み) (ICF コード)	b126 入院中は温和で礼節は保た れている (誠実性)。	d460 屋外歩行可能 d470 バス・タクシーの利用可能 d5/d6 ほぼ問題なし。	e310 姉が市内に在住 (徒歩 30 分) e570 厚生年金受給中		
	予後予測 (いつまでに、どこま で達成できるか)	・視知覚の障害と思考の障害につ いては退院 (2~3 ヶ月) までに 対処技能を身に付ける必要あり。 ・将来、右膝 OA の悪化により階 段昇降や買い物は困難となる。	・2~3 週で退院後も継続できる 余暇活動を導入し、定着させる。 ・1ヶ月後までに調理評価。 ・退院までに隣人に直接攻撃をせ ずに、相談者に連絡する対処技能 を習得する。	・可及的早期に介護保険の申請。 (要支援または要介護 1 が予測) ・2ヶ月後に退院前訪問で自宅周 囲の環境を評価・調整。 ・退院 (2~3 ヶ月) までに、介 護支援専門員や地域包括支援セ ンターを含んだ支援体制を構築。		
	合意した目標 (具体的な生活行為)	要介護認定を受けて、家事を継続しながら通所先で編み物や園芸を行う。				
	自己評価*	初期	実行度 3/10	満足度 10/10	最終	実行度 5/10

*自己評価は本人の実行度 (頻度などの量的評価) と満足度 (質的な評価) を 1 から 10 の数字で答えてもらう

生活行為 向上 プラン	実施・支援内容		基本的プログラム	応用的プログラム	社会適応プログラム
	いつ・どこで・誰が・何を 実施・支援	本人	<ul style="list-style-type: none"> ・運動プログラム (廃用予防) に参加。 ・スティック手織り・草むしりに導入 ・歩行車導入 ・隣人への対処方法の獲得 	・調理評価 (1 か月後)	<ul style="list-style-type: none"> ・退院前訪問 ・退院時カンファレンス ・退院後は通所サービスを利用
		結果	<ul style="list-style-type: none"> 運動、スティック手織りに参加。 歩行車は本人が拒否 	・調理評価実施。	・退院前訪問実施。
	家族		・外泊の手配と、屋外歩行での歩行車 利用の促し	・本人の病状を理解して、対応する。	

		結果		・外出は行ったが、外泊は 11 月末を予定。	
	支援者 (職種明記)	計画	・運動プログラムに導入 ・歩行車の適合・導入 ・テキスト・草むしりに導入 ・視知覚と病状の特徴を本人に説明。	OT：調理評価・本人にフィードバック	OT：退院前訪問で環境調整と指導 退院時カンファレンス PSW：介護保険申請、サービス調整。
		結果	・運動プログラム・テキストに導入。 ・歩行車は拒否される。 ・病気について「目もじゃもじゃ勘違い病」と説明。勘違いの場合もあるため、直接苦情を言わないことを約束。	OT：・調理評価実施。同時に複数課題の実施は困難、一工程ずつを指導。	OT：ケア会議で自治体職員に書面で情報提供（精神機能の特徴と対処法）。 退院前訪問で環境調整と歩行車導入。 PSW：介護保険申請手続き実施。
	実施・支援期間		H25年8月20日～H25年10月31日		
	達成		<input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 変更達成 <input checked="" type="checkbox"/> 未達成（理由：入院中で継続支援中） <input type="checkbox"/> 中止		

本シートの著作権（著作人格権、著作財産権）は一般社団法人日本作業療法士協会に帰属しており、本シートの全部又は一部の無断使用、複写・複製、転載、記録媒体への入力、内容の変更等は著作権法上の例外を除いて禁じます。

課題分析モニタリング表

課題	アセスメント項目	現状能力	予後予測		課題重要性	課題要因分析	評価	考察	
			このまま推移	介入後					
基本動作	起き上がり	自立	自立	自立		<p>・趣味に関して、10年前に引越して環境が変わったことと長男の病气、本人の視覚障害、OAIによる膝痛が重なり、園芸や編み物といった余暇活動の機会が喪失した。元々、活力が高く外交的な氣質であり、自宅で家事・セルフケアだけしている状況にストレスを感じ、徐々に隣人に対する被害妄想と関連付けに至った。</p> <p>・庭仕事に関しては、右膝痛のため頻回の立ちしゃがみは困難となり、気晴らしの草むしりが徐々にできなくなっていくと考える。</p>	自立	趣味に関しては、現在も入院のため毎日編み物(ステック手織り)を行っており、今後はデイサービスや地域サロンなどに通所して継続できるように、担当者会議や退院時リハビリテーション指導で作業の継続を行っていく予定。	
	立位保持	自立	自立	自立			自立	自立	庭仕事に関しては、自宅の庭が狭いこと、草むしりを膝伸展位のま
	床からの立ち上がり	自立	自立	自立			自立	自立	前傾位で行っており、特に問題を感じな
	床のものを拾う	自立	自立	自立			自立	自立	かった。本症例の一
	食事	自立	自立	自立			自立	自立	番の問題点は、対人
	イスとベッド間の移乗	自立	自立	自立			自立	自立	関係(隣人)の悪化で
	整容	自立	自立	自立			自立	自立	あり、本人とトラブル
	トイレ動作	自立	自立	自立			自立	自立	に至らない対処方法を
	入浴	自立	自立	自立			自立	自立	を検討し、「直接苦情
	平地歩行(車椅子駆動)	自立	自立	自立			自立	自立	は言わずに支援者ま
	階段昇降	自立	自立	自立			自立	自立	たは訪問看護に相
	更衣	自立	自立	自立			自立	自立	談することとした。し
排便コントロール	自立	自立	自立		自立	自立	かし、退院前訪問の		
排尿コントロール	自立	自立	自立		自立	自立	際に自宅環境下で		
食事の用意	週3回以上	週3回以上	週3回以上		週3回以上	週3回以上	は、隣人に対する被		
食事の片付け	週3回以上	週3回以上	週3回以上		週3回以上	週3回以上	害的で攻撃的な発言		
洗濯	週1回以上	週1回以上	週1回以上		週1回以上	週1回以上	がみられたため、でき		
掃除や整頓	週1回以上	週1回以上	週1回以上		週1回以上	週1回以上	る限り通所系サービ		
力仕事	していない	していない	していない		していない	していない	スを利用する必要が		
買物	週1回以上	週1回以上	週1回以上		週1回以上	週1回以上	あると考える。		
外出	時々	時々	時々		時々	時々			
屋外歩行	時々	時々	時々		時々	時々			
趣味	していない	していない	していない		していない	していない			
交通手段の利用	していない	していない	していない		していない	していない			
旅行	していない	していない	していない		していない	していない			
庭仕事	時々	時々	定期的		時々	時々			
家や車の手入れ	していない	していない	していない		していない	していない			
読書	していない	していない	まれに		まれに	まれに			
仕事	していない	していない	していない		していない	していない			
年金などの書類を	書けない	書けない	書けない		書けない	書けない			
新聞などを	読んでいない	読んでいない	読んでいない		読んでいない	読んでいない			
本や雑誌を	読んでいない	読んでいない	読んでいない		読んでいない	読んでいない			
健康についての記事や番組に	関心ある	関心ある	関心ある		関心ある	関心ある			
友達の家を訪ねること	ない	ない	ない		ない	ない			
家族や友達の相談にのること	できない	できない	できない		できない	できない			
病人を見舞うこと	ある	ある	ある		ある	ある			
若い人に自分から話しけること	未把握	未把握	未把握		未把握	未把握			
	未把握	未把握	未把握		未把握	未把握			
他									

生活行為向上マネジメント基本情報

提出者 所属・氏名	所属: 氏名:	問い合わせ ID 連絡方法	ID: メール:
事例種別	【医療】 <input type="checkbox"/> 一般急性期 <input type="checkbox"/> 一般回復期 <input type="checkbox"/> 維持期 <input checked="" type="checkbox"/> 精神・認知症 <input type="checkbox"/> 小児 <input type="checkbox"/> その他()		
	【介護】 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員・地域包括支援センター <input type="checkbox"/> その他()		
	【自立支援】 <input type="checkbox"/> 身障 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 【その他】 <input type="checkbox"/> その他()		
主疾患名	妄想性障害	発症からの期間	10 日
現病歴	隣人から警察に「物を投げ込まれた」と通報があり、警察が現場位に行くと、本人が大声を出して興奮し、「2 階から隣人が入ってきてゴキブリやアリを入れてくるのに、何で私だけ」とまとまらない言動があったため、警察同伴で当院を受診・医療保護入院となった。		
既往疾患	1循環器系:高血圧, 脳卒中, <input type="checkbox"/> 心臓病, その他 2内分泌・栄養・代謝障害:糖尿病, 高脂血症, その他 3呼吸器系, 4消化器系, 5泌尿器・生殖器系, <input type="checkbox"/> 6筋骨格系, 7外傷、中毒系:骨折, その他, 8がん, 9血液・免疫系, 10 感染症, 11 精神・行動障害:認知症, その他, 12 神経系:神経難病, その他, <input type="checkbox"/> 13 目の病気, 14 耳の病気、 15 皮膚の病気, 16 歯科, 17 その他(), 18 なし		
性別	男性 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 女性	年齢	74 才
配偶者	あり ・ <input checked="" type="checkbox"/> なし	家族構成	2 人
生活保護	あり ・ <input checked="" type="checkbox"/> なし	本人以外の家族の人数	1
要介護度	<input checked="" type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 要支援 1 ・ 2 ・ <input type="checkbox"/> 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5		
介護者の有無	1 配偶者, <input checked="" type="checkbox"/> 2 息子・娘 3, 息子・娘の配偶者 4, 孫 5, 兄弟・姉妹 6, その他		
介護者の年齢	<input checked="" type="checkbox"/> 1, 65 歳未満 2, 65～74 歳 3, 75～84 歳 4, 85 歳以上		
生活歴 (学歴・職歴・ 趣味を含む)	2 度の離婚歴あり。定年まで学校の用務員。 65 歳:現住所に新築、転居 趣味:生け花や花の剪定 68 歳:夫と死別後、息子と二人暮らし。		
日常生活自立度 (寝たきり度)	正常 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2		
痴呆性老人の 日常生活自立度	正常 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M		
住宅・住処	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 持ち家 2. 賃貸住宅・借家 3. ケア付き住宅 4. その他()		
年金の種類	1. 国民年金 2. 厚生年金 <input checked="" type="checkbox"/> 3. 共済年金 4. 老齢福祉年金のみ 5. その他()		
収入の有無	1. 収入のある仕事をしている <input checked="" type="checkbox"/> 2. していない		

地域移行・連携・社会資源情報

入院・入所またはサービス利用開始からの期間		14日
介入期間		72日
地域移行支援 取組みの有無	退院前訪問 あり ・なし	退院時カンファレンス参加 あり ・なし
	退院リハ指導 あり (予定) ・なし	退院後訪問指導 あり ・ なし (訪問看護を依頼予定)
社会資源	介入時	介入後
ケアマネ等関与	あり・ なし	あり (予定) ・なし
サービス 利用状況	1. 医療のデイケア(回・週) 2. 通所介護・生活支援施設(回・週) 3. 訪問リハ(回・週) 4. 訪問介護(回・週) 5. 訪問看護(回・週) 6. 配食サービス(回・週) 7. 福祉用具・補装具(内容:) 8. 住宅改修有 9. ショーステイ(回・週) 10. 就労支援施設 11. 地域活動支援センター等相談機関 13. 機能訓練施設等(通園・療育・通所リハ) (回・週) 12. その他()(回・週) 12. 利用なし	1. 医療のデイケア(回・週) 2. 通所介護・生活支援施設(2回・週) 3. 訪問リハ(回・週) 4. 訪問介護(回・週) 5. 訪問看護(1回・2週) 6. 配食サービス(回・週) 7. 福祉用具・補装具(内容: 歩行車) 8. 住宅改修有 (玄関・階段に手すり) 9. ショーステイ(回・週) 10. 就労支援施設 11. 地域活動支援センター等相談機関 13. 機能訓練施設等(通園・療育・通所リハ) (回・週) 12. その他()(回・週) 12. 利用なし
その他の社会資源 利用状況	1. 一般就労・シルバー人材センター 2. 教育(学校・養護学校・訪問教育・寿大 学・通信教育・生涯学習を含む) 3. 健康増進施設 4. 市町村等が実施する介護予防事業 5. サロン等老人クラブ活動等(自助グルー プ、患者会を含む) 6. カルチャー教室 7. ボランティア活動 8. 老人会等地区組織活動 9. その他(民生委員の介入あり)	1. 一般就労・シルバー人材センター 2. 教育(学校・養護学校・訪問教育・寿大 学・通信教育・生涯学習を含む) 3. 健康増進施設 4. 市町村等が実施する介護予防事業 5. サロン等老人クラブ活動等(自助グルー プ、患者会を含む) 6. カルチャー教室 7. ボランティア活動 8. 老人会等地区組織活動 9. その他()
ケアマネの設定し た課題	(できれば2表のコピーを匿名化して添付)	

陶芸の再開により在宅復帰に対し前向きになった事例

1.報告の目的

事例 B 氏は、老健施設に入所しており、自宅での独居生活よりも、安全・安住できる施設での永続的な入所を家族共に希望していた。B 氏に対し、インテーク面接から生活行為向上マネジメントを用いた作業療法士の介入により、生きがいとしていた陶芸の再開を通して、「家に帰ってみようか」という前向きな発言が聞かれるようになったので、経過を以下に報告する。

2.事例紹介

B 氏、90 代女性。要介護度 2。食道裂孔ヘルニア、腰椎・胸椎圧迫骨折。日常生活自立度 A1、認知症無。軍医の夫とともに病院を開業し、自らも看護師となり夫と共に働いた。趣味は木彫り、陶芸、編み物、手芸と多彩。長男夫婦と同敷地内に住んでいたが、15 年前に夫を亡くしてからは独居生活を送っていた。1 年前頃から転倒が増え要支援 2 という認定を受け、週 2 回介護予防訪問入浴介護、家族の支援を受けながら生活していた。半年前より、腹痛、食指不振が続き、部屋でうずくまっているところをヘルパーに発見され、病院受診。食道裂孔ヘルニア、逆流性食道炎の診断で入院となる。入院中に腰椎・胸椎の圧迫骨折が判明、コルセット着用により痛みも軽減し、ADL 改善する。退院許可でも、自宅生活に対する不安があり、実姉が入所中の老人保健施設に入所となる。ADL 改善に伴い施設より退居を勧められ、親戚の伝手を頼って別の老健施設へ入居となる。

3.作業療法評価

BI：95 点、FAI：2 点、老研式活動能力指標：6 点、心身機能面では、HDS-R：26 点（計算、遅延再生で減点）、MMSE：20 点、COGNISTAT：注意・記憶で減点あり。短期記憶障害と軽度の判断能力の低下あり。円背による肩関節屈曲可動域制限が軽度認められる。腰部コルセット着用、時に腰痛が発生する。長時間の座位で腰部に不快感が生じることあり。両下肢筋力 4 レベル。右膝は変形性膝関節症により、屈曲 95° で制限有るも疼痛はない。活動・参加面では、円背の影響から支持なしでの立位保持困難で、U 字型歩行器を使用して施設内の平地歩行は可能。居室内は、伝い歩きで移動可能。居室の掃除・食事の後片付けなど能力的には可能であろうと推察されたが、施設入所という環境下で、家事等の役割活動実施の機会を絶たれた状況であった。物忘れの自覚もあり、行動等はメモを残すなど生活上の工夫も行っている。作業目標の聞き取りでは、「腰をしゃんと伸ばして歩きたい」「陶芸を再開したい」と明確な目標を自ら提案でき、「もうこの歳になったら、先の事より、一日を楽しく過ごすことを考えたい」と前向きな発言も聞かれる。自宅復帰に対しては、インテーク時から消極的で「この歳になったら、施設で暮らす方が安心」との発言もあり。家族も今後の方向性として施設を選択、自宅復帰の可能性についても 10 の絶対の難しいを選択。自宅復帰は難しいように思われた。

4.介入の基本方針

B 氏は、ADL はほぼ自立していたが、円背、腰椎圧迫骨折による腰痛、施設入所生活という環境要因によって、外出や趣味活動・役割活動が行えず、自宅生活に不安を感じ、施設生活継続を希望していた。

従って、屋外歩行が自立し、安心して外出ができるようになること、絶えている趣味・役割活動を再開することができ、活動への自信を取り戻すことで、再び自宅での生活を考えることができるようになることを介入の基本方針とした。

5.作業療法実施計画

屋外歩行が可能になることを目標に、週 3 回、基本的プログラムとして全身運動（認知機能を多く用いる四肢の体操）、肋木での背筋のストレッチ、座位での体幹前後屈自動運動を開始する。応用的プログラムとしては、U 字型歩行器での屋内歩行訓練から始め、徐々に歩行時間・距離を伸ばしていく。また背中を伸ばして歩きたいという希望もあり、同時にシルバーカーでの歩行練習も併用していく。生活場面上においては介護職と連携し、現在の歩行能力を伝達し、生活の中でも歩行機会を多く持つように働きかけていく。陶芸活動が再開できるように、座位作業の耐久性向上を目的に腰痛の発生に留意しながら、リハビリ室での座位での活動を組み入れ、最終的に1時間程度の陶芸活動が行えるように延長していく。リハ室の陶芸活動と並行して、施設内でのクラブ活動としての陶芸クラブを作り、クラブへの参加ができるように環境調整していくこと、またユニットの生活の場面の中でも介護職の協力のもと、居室の掃除・整頓、庭の草抜きなど役割や趣味活動を再開し、自信につなげていこうという計画を立案した。

6.介入経過

リハビリ室への道順やエレベーター操作を数回の援助で覚え、指定された時間に U 字型歩行器でユニットから来室可能となった。座位活動では、推理・判断を必要とする認知課題を提供し、腰痛の発生に留意しながら 10 分から徐々に時間延長。歩行は U 字型歩行器での施設内散策（約 10 分）も可能となり、自宅にあったシルバーカーを持参してもらい、歩行練習を導入した。U 字型歩行器では、腰部屈曲状態での歩行であったが、シルバーカーでは姿勢が改善され歩行の満足度も向上した。この時点でユニットでの移動方法をシルバーカーに変更、腰痛の発生、安全性に留意して見守ってもらうことを伝達した。陶芸再開については、座位活動が 30 分程度可能になった時点で、リハビリ室での実施を促すも「私はへたくそ。先生がいないとできないわよ」とリハビリ室での実施には至らなかった。「先生は、お年寄りが好きだから、頼めば来てくれるかも」との発言あり。この時点で OT がご家族にお願いし、陶芸の先生に連絡をとっていただく。先生より「B さんは能力が高いから、みんなに教えることは可能だと思います。それができるようになるまでの援助なら協力しますよ」と快諾、陶芸クラブ発足の運びとなる。月 2 回の実施ということで、現在まで 1 回のみクラブが開催され、B 氏も先生とともに他の参加者の方を熱心に指導される姿が見られた。終了後感想を聞いてみると、「久しぶりに陶芸ができて楽しかった。月 2 回ってというのが残念だけど。家では毎日でもできるのにね。たまには家に帰ってみたいね」。少しずつではあるが在宅への方向に意識が向きつつある様子が感じ取れた。その後、家族の協力で窯元へ外出したり、姉の施設を訪問したりと外出機会も増加した。ユニット生活でも、職員と一緒に、居室掃除や片付け、針仕事など行われるようになり、「家ではもっと動いてたのよ」と 95 歳とは思えない活動性の高い生活を送られている。

7.結果

約1カ月の短い介入期間ではあり、身体機能面においては変化はみられなかったが、FAIでは2点から14点と向上し、家事活動、外出、趣味活動、屋外歩行の項目で向上が見られた。老健式活動能力指標では6点が8点になり、社会的役割において改善が認められた。HUIでは痛み・不快感、感情面でのプラスの変化が見られた。ユニットでの生活において、特に家事活動の機会が増し、「私がやります」「自分でできる」という発言も増え、活動性が向上してきた。シルバーカーを使用しての屋外歩行が安定したことにより、外出への自信もつき、家族の協力のもと週1回は窯元の先生に会いに行ったり、親戚を見舞ったりと、施設外の交流の場も広がってきた。生きがいである陶芸は、現在まで1回実施しただけであるが、陶芸活動を通して、施設入所前の自身の有能感を取り戻すことができ、在宅生活に対してのプラスの感情が出現した。

8.考察

今回、生活行為向上マネジメントを使用して、1カ月という短期間であったが、本人の目標である「好きな陶芸を再開し、週1回は窯元の先生の所に通う」という目標が達成できた。B氏は転居時より、ADLは階段昇降を除いては自立しており、生活意欲も高く、円背や腰痛による歩行能力低下、座位保持能力低下以外は、心身機能面での問題はみられなかった。しかし、施設入所という庇護的環境のもと、自宅で行っていた趣味活動や役割活動とは無縁の状態であり、環境がB氏の活動・参加能力を阻害していたとも言える。95歳という高齢で、施設生活という環境におかれたことにより、入所前の生活に戻る事への不安が生じたのは、当然の結果であるかもしれない。今回、陶芸をリハビリ室で開始する計画を立てたが実行に至らず、現時点でクラブ活動として1回実施できただけである。しかしこれが自分が会いたいと思っていた窯元の先生とのコラボレーションの機会となり、また他の参加者へ陶芸の方法を指導するという活動やユニットにおける役割活動や趣味活動の再開の中で、再度自身の有能感を得ることができ、在宅生活は無理というマイナスの感情から、「家に居たらこんなこともできるのに」という前向きな発言につながったのではないかと考える。同時に歩行補助具を再検討し、シルバーカーを利用して屋外歩行が可能となり、外出の機会が増えたことも、在宅生活に戻る事へのプラスの感情につながったのではないかと考える。生活行為向上マネジメントを使用した今回の介入により「人は望む作業によって生かされる」こと、人間にとっての「意味ある作業」の大切さをB氏の事例を通して実感することができた。

9.文献

「生活行為向上マネジメントを活用した“作業”のとらえ方とその評価・支援技術研修」～作業が人を健康にする」テキスト、平成23年8月日本作業療法士協会

生活行為向上マネジメントシート

記入日： H25年 10月10日

生活行為 アセスメント	生活行為の目標		本人	陶芸を再開したい。			
			キーパーソン	ぜひまた陶芸をやらせたい。母の生きがいだから。			
	アセスメント項目		心身機能・構造の分析 <small>(精神機能,感覚,神経筋骨格,運動)</small>	活動と参加の分析 <small>(移動能力,セルフケア能力)</small>	環境因子の分析 <small>(用具,環境変化,支援と関係)</small>		
	生活行為を妨げている要因 (ICF コード)		腰痛発生の恐れがある (b28013) 円背がある(b7305)	座位での活動が集中して行えない(d4153) 長時間の外出に不安がある (U字型歩行器では外出できない) (d465) 半年近く陶芸を行っていない (d9203)	陶芸を行う場所・機会がない (d9203) 指導者がいないので一人でやるのは自信がない(e340)		
	現状能力 (強み) (ICF コード)		知的能力が保たれている(b117) 活動意欲が高い(b130) 上肢・手指の著明な活動制限がない 下肢筋力の低下は軽度である (b730)	ADLは自立しており、余暇時間を十分に持つことができる)	外出に際し、家族の協力が得やすい。(e310)		
	予後予測 (いつまでに、どこまで達成できるか)		腰痛も軽減してきており 訓練時に座位の活動を増加させていくことで座位の耐久性が向上する可能性がある。	座位耐久性を向上させ、 陶芸を行う環境を調整すれば再開できる可能性あり シルバーカーでの移動が可能になれば屋外の移動も可能になる可能性あり	家族の協力があれば、作品を窯元に持っていき、完成させることができるのでは？		
	合意した目標 (具体的な生活行為)		好きな陶芸を再開し、週1回は窯元の先生の所に通う。				
自己評価*		初期	実行度 1 /10	満足度 1/10	最終	実行度 5/10 満足度 6 /10	

*自己評価は本人の実行度（頻度などの量的評価）と満足度（質的な評価）を1から10の数字で答えてもらう

生活行為向上プラン	実施・支援内容		基本的プログラム	応用的プログラム	社会適応プログラム	
	いつ・どこで・誰が・何を実施・支援	本人	計画	全身運動10分・肋木での背筋のストレッチ・座位での体幹前後屈運動・平行板周囲歩行練習（片手平行板支持・片手杖）	・施設内歩行訓練（U字型歩行器⇒シルバーカー） ・屋外歩行訓練（シルバーカー） ・リハ室で陶芸を行う ・座位での活動実施（認知課題実施）	・クラブ活動として他の利用者と一緒に陶芸行う（指導者的役割） ・ユニットで自室の掃除や片付けなどの役割活動をスタッフと一緒にやる
結果			運動の順番もしっかり覚えられ、疲労・腰痛の訴えも軽減	「指導者がいないとできない」と言われ、個人的には行われず。座位の耐久性向上（1時間）歩行はシルバーカーで可能	・自室で縫い物をされたり部屋の片づけをされたりする。 ・陶芸クラブ活動に参加	
家族		計画			・窯元の先生と連絡をとり、ボランティアとしての協力依頼	
		結果			・ボランティア協力可能というお返事をいただく	
支援者 (職種明記)		計画	OTが実施	・歩行：OTが実施 ・座位活動：自主トレ ・OT：陶芸活動を行うための環境調整	・OT・ユニットスタッフ：ご家族との情報交換 ・ユニットスタッフ：掃除などの役割活動を一緒にやる。	
		結果		リハ室での陶芸は行われず	陶芸クラブ活動を1回実施	
実施・支援期間		H25年 10月 15日 ～ H25年 11月 16日				
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				

本シートの著作権（著作人格権、著作財産権）は一般社団法人日本作業療法士協会に帰属しており、本シートの全部又は一部の無断使用、複写・複製、転載、記録媒体への入力、内容の変更等は著作権法上の例外を除いて禁じます。

課題分析モニタリング表

課題分析モニタリング表	アセスメント項目	現状能力	予後予測		課題重要性	課題個々の要因分析	評価	考察
			このまま推移	介入後				
基本動作	起き上がり	自立	自立	自立		<p>課題個々の要因分析</p> <p>円背、腰椎圧迫骨折による腰痛により、座位の持久性の低下、歩行能力に低下あり。 そのため長時間の外出が困難である。 また施設入所に伴い、自宅で行っていた趣味活動や役割活動の実施が絶たれている状態にある。</p>	自立	今回の生活向上マネジメントを使用している関わりにより、「好きな陶芸を再開し、週1回は窯元の先生に会いに行く」という目標は達成した。リハビリ室での定期的な陶芸活動再開には至っていないが、月2回のクラブ活動への参加意欲は十分にある。屋外歩行もシルバーカーで安全に可能となり、家族の援助のもと、週に1回は窯元の先生に会いに行くことも行われている。
	立位保持	自立	自立	自立			自立	具体的目標設定により、対象者自身が何を行わないといけないのかが明確になったこと、また入所により絶たれていた役割活動をユニットの中で再開できるようになったことで、自信付にもつながったと考える。
	床からの立ち上がり	自立	自立	自立			自立	今後は自宅での陶芸活動が可能になるという目標イメージを共有し、自宅復帰、あるいは高専実などの住宅への転居を目指していく。
	床のものを拾う	自立	自立	自立			自立	
	食事	自立	自立	自立			自立	
	A D L (B I)	自立	自立	自立			自立	
	食とベッド間の移乗	自立	自立	自立			自立	
	整容	自立	自立	自立			自立	
	トイレ動作	自立	自立	自立			自立	
	入浴	自立	自立	自立			自立	
I A D L (F A I)	平地歩行(車椅子駆動)	自立	自立	自立	○	<p>課題解決目標</p> <p>「好きな陶芸を再開し、週1回は窯元の先生の所に通う」という生活目標に対し、まずは安全に外出できることを担保するため、①シルバーカーで屋外の移動が可能になることを目指す また陶芸の再開に関しては、②座位での活動の持久性を向上させ、実際にリハ室での陶芸活動を再開させることにより、自信をつけ最終的にはクラブ活動として他利用者の指導的役割を担えるようにしていく。</p>	自立	
	階段昇降	監視or介助	自立	自立	○			
	更衣	自立	自立	自立				
	排便コントロール	自立	自立	自立				
	排尿コントロール	自立	自立	自立				
	食事の用意	自立	自立	自立				
	食事の片付け	自立	自立	自立				
	洗濯や整頓	自立	自立	自立				
	力仕事	自立	自立	自立				
	買物	自立	自立	自立				
老研式抜粋	屋外歩行	自立	自立	自立	○	<p>(チーム)総合的援助方針</p> <p>援助の方針として、屋外歩行自立に向けてリハビリでは姿勢の調整、補助具の選択、屋内外歩行訓練を行い、ユニットでは作業療法士と連携をとり、生活の中での移動状況を見守っていく。また陶芸再開に関して、リハビリでは座位活動の持久性の向上や実際の陶芸実施の環境を提供していき、ユニットでは活動再開への自信付けのため庭の草抜き、自室の整理・整頓などの役割活動を一緒にやっていく。</p>	自立	
	趣味	自立	自立	自立				
	交通手段の利用	自立	自立	自立				
	旅行	自立	自立	自立				
	庭仕事	自立	自立	自立				
	家や車の手入れ	自立	自立	自立				
	読書	自立	自立	自立				
	仕事	自立	自立	自立				
	年金などの書類を	書ける	書ける	書ける				
	新聞などを	読んでいる	読んでいる	読んでいる				
本や雑誌を	読んでいる	読んでいる	読んでいる					
健康についての記事や番組に	関心ある	関心ある	関心ある					
友達の家を訪ねること	ない	ある	ある	○				
家族や友達の相談にのること	ある	ある	ある					
病人を見舞うこと	できない	できる	できる					
若い人に自分から話しかけること	ある	ある	ある					
他	未把握	未把握	未把握					
	未把握	未把握	未把握					
	未把握	未把握	未把握					

生活行為向上マネジメント基本情報

提出者 所属・氏名	所属： 氏名：	問い合わせ ID 連絡方法	ID： メール：
事例種別	【医療】 <input type="checkbox"/> 一般急性期 <input type="checkbox"/> 一般回復期 <input type="checkbox"/> 維持期 <input type="checkbox"/> 精神・認知症 <input type="checkbox"/> 小児 <input type="checkbox"/> その他() 【介護】 <input checked="checked" type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員・地域包括支援センター <input type="checkbox"/> その他() 【自立支援】 <input type="checkbox"/> 身障 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 【その他】 <input type="checkbox"/> その他()		
主疾患名	食道裂孔ヘルニア	発症からの期間	6カ月
現病歴	半年前から腹痛、嘔気などあり。庭で倒れているところを発見され入院。診断を受ける		
既往疾患	1循環器系： <input checked="checked" type="checkbox"/> 高血圧、 <input checked="checked" type="checkbox"/> 脳卒中、 <input checked="checked" type="checkbox"/> 心臓病、 <input type="checkbox"/> その他 2内分泌・栄養・代謝障害：糖尿病、高脂血症、その他 3呼吸器系、4消化器系、5泌尿器・生殖器系、6筋骨格系、 7外傷、中毒系： <input checked="checked" type="checkbox"/> 骨折、 <input type="checkbox"/> その他、8がん、9血液・免疫系、 10感染症、11精神・行動障害：認知症、その他、 12神経系：神経難病、その他、13目の病気、14耳の病気、 15皮膚の病気、16歯科、17その他(), 18なし		
性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	年齢	95才
配偶者	<input checked="checked" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	家族構成	1人(敷地内別居：長男・嫁
生活保護	<input checked="checked" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	本人以外の家族の人数	
要介護度	要支援 1 <input checked="checked" type="checkbox"/> 2 要介護 1 2 3 4 5		
介護者の有無	1 配偶者、 <input checked="checked" type="checkbox"/> 2 息子・娘 3 息子・娘の配偶者 4 孫 5 兄弟・姉妹 6 その他		
介護者の年齢	1, 65歳未満 <input checked="checked" type="checkbox"/> 2, 65～74歳 3, 75～84歳 4, 85歳以上		
生活歴 (学歴・職歴・ 趣味を含む)	宇部出身。軍医をしていた夫とともに小倉に移り住み、長男出産。終戦後宇部で病院を開業、看護師の免許を取り、夫を手伝って働いた。夫が80歳で退職した後は体調を崩した夫の看病をし、15年前に夫を看取る。以後は長男夫婦の援助を受けながら独居生活を送る。趣味は陶芸・木彫り・手芸など多彩		
日常生活自立度 (寝たきり度)	正常 J1 J2 <input checked="checked" type="checkbox"/> A1 A2 B1 B2 C1 C2		
痴呆性老人の 日常生活自立度	<input checked="checked" type="checkbox"/> 正常 I IIa IIb IIIa IIIb IV M		
住宅・住処	1. 持ち家 2. 賃貸住宅・借家 3. ケア付き住宅 4. その他()		
年金の種類	1. 国民年金 2. 厚生年金 3. 共済年金 4. 老齢福祉年金のみ 5. その他()		
収入の有無	1. 収入のある仕事をしている 2. <input checked="checked" type="checkbox"/> していない		

地域移行・連携・社会資源情報

入院・入所またはサービス利用開始からの期間		60 日
介入期間		59 日
地域移行支援 取組みの有無	退院前訪問 あり・なし	退院時カンファレンス参加 あり・なし
	退院リハ指導 あり・なし	退院後訪問指導 あり・なし
社会資源	介入時	介入後
ケアマネ等関与	あり・なし	あり・なし
サービス 利用状況	1. 医療のデイケア(回・週) 2. 通所介護・生活支援施設(回・週) 3. 訪問リハ(回・週) 4. 訪問介護(回・週) 5. 訪問看護(回・週) 6. 配食サービス(回・週) 7. 福祉用具・補装具(内容:) 8. 住宅改修有 9. ショーステイ(回・週) 10. 就労支援施設 11. 地域活動支援センター等相談機関 13. 機能訓練施設等(通園・療育・通所リハ) (回・週) 12. その他()(回・週) 12. 利用なし	1. 医療のデイケア(回・週) 2. 通所介護・生活支援施設(回・週) 3. 訪問リハ(回・週) 4. 訪問介護(回・週) 5. 訪問看護(回・週) 6. 配食サービス(回・週) 7. 福祉用具・補装具(内容:) 8. 住宅改修有 9. ショーステイ(回・週) 10. 就労支援施設 11. 地域活動支援センター等相談機関 13. 機能訓練施設等(通園・療育・通所リハ) (回・週) 12. その他()(回・週) 12. 利用なし
その他の社会資源 利用状況	1. 一般就労・シルバー人材センター 2. 教育(学校・養護学校・訪問教育・寿大学・通信教育・生涯学習を含む) 3. 健康増進施設 4. 市町村等が実施する介護予防事業 5. サロン等老人クラブ活動等(自助グループ、患者会を含む) 6. カルチャー教室 7. ボランティア活動 8. 老人会等地区組織活動 9. その他()	1. 一般就労・シルバー人材センター 2. 教育(学校・養護学校・訪問教育・寿大学・通信教育・生涯学習を含む) 3. 健康増進施設 4. 市町村等が実施する介護予防事業 5. サロン等老人クラブ活動等(自助グループ、患者会を含む) 6. カルチャー教室 7. ボランティア活動 8. 老人会等地区組織活動 9. その他()
ケアマネの設定した課題	(できれば2表のコピーを匿名化して添付)	

趣味活動の再開により身体機能が改善し、能動的な生活を取り戻した事例

1. 報告の目的

脳幹梗塞発症から約 6 ヶ月の入院を経て自宅復帰した事例。退院当初は身体機能の回復や職場復帰に対する不安や焦燥感が強かったが、熟考の末に復職を断念した。その後はリハビリテーションの目標を身体機能の向上と趣味活動の再開に再設定した。結果として身体機能や ADL、IADL、趣味などの活動性が向上したので報告する。

2. 事例紹介

50 代後半の男性、地方公務員。58 歳で脳幹梗塞を発症し左片麻痺、嚥下障害、右半身の失調症を呈した。発症後直ぐに急性期病院に入院し薬物療法、理学療法および作業療法を開始。左片麻痺は緩やかに回復、また、嚥下障害は消失した。約 6 ヶ月の入院治療によって見守りで杖歩行可能となり自宅退院となった。退院前に介護保険を申請し、要介護 3。在宅復帰時に住宅改修および福祉用具を導入し、居宅サービスでは訪問リハビリテーション、訪問看護、通所リハビリテーション、通所介護を利用開始した。妻、次男と 3 人暮らし（長女、長男は自立し、別居している）。発症前は役所勤務の傍らで、農業（稲作）を営み、休日には釣りや料理、読書、日曜大工など多彩な趣味をもっていた。

3. 作業療法評価

通所リハビリにおける初期面接では「できれば復職したいと考えているが、定年までに（職場復帰するに為には）時間が足りないと思う。復職できなければ、今までしていた趣味の魚釣りや魚料理が出来るようになりたい」と訴えていた。復職については時間的な制約（定年まで 11 か月）と身体機能、復職能力、職場環境の調整、主治医および家族の意見など様々な要因から総合的に判断し、復職を断念した。この後、通所リハビリの目標を 1)ADL 自立（特に入浴、移動）、2)身体機能の回復、3)趣味活動の再開を目標に改めた。心身機能面は左上肢は補助手、右上肢は失調症状が軽度あるが実用レベルであった。移動は簡易足関節装具を装着し T 字杖で屋内自立、屋外は見守りレベル、歩行耐久性は 10 分（300 メートル程度）。活動は、入浴を除く身辺動作は自立している。週 3 回の通所リハビリ以外では、庭の手入れ、読書、妻の運転での外出（買い物など）を行っている。社会参加としては通所リハビリ時の脳卒中ピアグループ参加、自宅に訪れる友人や職場同僚との電話などでの交流があった。自宅では住宅改修と福祉用具により入浴以外の ADL はほぼ自立していた。主たる介護者は妻で、帰省中の子や孫の世話を担っているため、夫には自分のことを安全にしてほしいと願っている。通院や買い物などの外出には妻が運転して夫に付き添うなど協力的である。

4. 介入の基本方針

麻痺側の上下肢機能の回復が見込まれ、日常生活の諸活動への麻痺側上肢の使用および移動能力の向上が予測された。心身機能の改善と日常生活能力の向上を図り、病前の趣味活動などが能動的に再開できることを基本方針とした。

5.作業療法実施計画

基本練習として、麻痺側上下肢の機能回復を促す訓練、立位バランス訓練、歩行訓練など身体的基礎能力を向上する練習を週 3 回通所リハにおいて実施する。応用練習として、両手動作、道具操作、立位動作、全身体力向上など総合的能力向上を目的とするために木工作業を導入する。基礎練習と併せて、週 3 回通所リハにおいて実施する。木工では、魚を燻製加工する燻製器を作製することとした。社会適応練習として、趣味活動（魚の調理）の実用性を見極めることを目標に、1)スーパーマーケットまで歩いて行き、生魚を購入する、2)魚の調理（鮮魚の下準備と燻製加工）を実際に行うことを計画した。

6.介入経過

基礎練習および応用練習では、通所リハにおいて個別リハビリの 20 分間は身体機能回復訓練に費やした。機能の回復とともに、自主訓練として左手の作業への使用を促す活動に木工作業を導入した。物を押さえる、支えるなど補助的に使っていた左上肢であったが、体重負荷と筋緊張の関連性や道具操作の工夫点などの OT のアドバイスにより、左手の積極的使用が促され、麻痺の回復と非麻痺側の上肢の負担軽減につながった。社会適応練習として病前からの趣味である調理訓練を計画した。病前は魚を釣って、その魚を調理するという趣味であったが、今回は食材を購入することとした。屋外歩行については訪問リハビリ理学療法士と連携し耐久性向上訓練を依頼した。通所施設から目的地であるスーパーマーケットまでは 500 メートルの道程を歩く必要がある。また買い物に伴う籠の把持、運搬、支払、袋詰めなど一連の買い物に必要な物品などのイメージし、準備を進めた。買い物当日は、国道を歩くという体験、歩道が蒲鉾上に傾斜していることなど通所や自宅周囲の環境とは異なることを改めて認識し、応用歩行などの必要性を強めた。買い物ではストラップベルトを自ら用意し、買い物籠に取り付けて肩掛けにするなどの工夫が見られた。調理作業は鮮魚を調理するという活動は木工作業と異なり、対象物（魚）が滑りやすく、包丁を使うことによる外傷のリスクを伴う作業であるが、麻痺手を使用し両手動作によって生の鰻 5 匹を開きにすることができた。燻製は煙で燻す調理法であるために、施設屋上にて作業した。燻製のチップや炭などは本人が自宅から用意してきた。鰻の開きや他の食材についても適切に燻製器に入れ、火加減も本人が付ききりで完成させた。出来上がりは、ピアグループのメンバーに振舞われ、試食会は盛況であった。

7.結果

身体機能は左上下肢が回復し実用的な上肢となり、下肢は安定した歩行能力を獲得できた。ADL は入浴動作、応用歩行（屋外歩行、階段昇降）が自立した。生活行為の目標として 1)歩いて買い物に行くことについて、買い物当日までに訪問リハビリの理学療法士や妻と屋外歩行訓練を重ね、耐久性も 500 メートルまで向上した。また、買い物に必要なマイバックには肩掛けストラップを取り付けるなどの工夫し準備していた。2)鮮魚を下処理し燻製調理するという 2 つの活動は、麻痺側上肢の実用的な使用と安全な刃物の使用が確認できた。また、燻製器の使用はかつての趣味の経験から、必要な物品などを自ら準備し、調理することができた。通所以外の余暇時間の過ごし方も介入前に比して変容し、庭の手入れや植物への水やり、簡単な調理、買い物など能動的な生活時間が増加した。最終的な実行度、満足度ともに 5 から 7 へ向上した。

8. 考察

本事例は復職という長期目標も視野に入れた通所リハビリでの関わりであった。しかし年齢が定年退職時期に切迫していたために、焦燥感と不安感が強く通所開始当初は表情が険しい日が多かった。復職の可否を判断する時期が近づき、身体や精神機能、通勤や職場における移動能力、職場側への働きかけ（配置転換や環境整備）など復職に必要な条件が現実的に揃っていないことが明らかになり、最終的には主治医と家族、本人が復職を断念することで合意した。このような背景があり、リハビリテーションの目標を改めて設定する際に、趣味活動の再開を目標に掲げてマネジメントを行った。第二の人生を生き活きと送るためには、以前からの趣味の再開とそれに必要な身体能力の獲得であった。基礎練習と応用練習を並行して行うことにより、日常生活活動に麻痺側の上肢が積極的に参加する機会となり、機能の改善につながった。また、応用練習の手段が病前からの趣味であった木工作業であり、目的と手段が一致したことによる相乗効果もあったと考えられる。調理したものを同僚に振舞うなどの社会的な行動も病前からの楽しみであり、職業復帰は断念したが、第二の人生を楽しく生きることが目標の再設定に結び付いた。今回の介入により、社会適応訓練の一部に「買い物」を取り入れ、一連の活動が様々な体験をすることができた。また、通所リハビリの施設職員以外にも訪問理学療法士やケアマネジャー、家族に対しての様々な情報発信と協力依頼によりケアチームとして事例の目標を達成できたと考えられる。

生活行為向上マネジメントシート

記入日：平成25年9月3日

生活行為 アセスメント	生活行為の目標	本人	自分で釣った魚を料理したい。(魚釣り と 料理)			
		キーパーソン	妻：自分のことを安全に行ってほしい。			
	アセスメント項目	心身機能・構造の分析 <small>(精神機能, 感覚, 神経筋骨格, 運動)</small>	活動と参加の分析 <small>(移動能力, セルフケア能力)</small>	環境因子の分析 <small>(用具, 環境変化, 支援と関係)</small>		
	生活行為を妨げている要因 (ICF コード)	b760 左不全片麻痺 b770 歩行耐久性低下	d475 自動車運転適性について留保されている d460 応用歩行能力低下	e210 慣れない環境での作業		
	現状能力 (強み) (ICF コード)	b117 知的能力が高い。 b130 目的意識明確、意欲的である。	d230 スケジュール管理、遂行能力が高い。 d450 杖歩行可能。	e310 家族の理解がある。 e320 知人の協力が得られる。		
	予後予測 (いつまでに、どこまで達成できるか)	麻痺肢は緩やかに改善し実用的な上下肢機能となり、両手動作が可能になる。	自動車運転が再開できるようになれば、釣り場まで自分で行けるようになる。	家族、友人の協力を得て、釣り、料理が出来るようになる。		
	合意した目標 (具体的な生活行為)	鮮魚店で生の魚を購入し、自分で調理する。また自ら作成した燻製器で燻製料理を作る。				
自己評価*	初期	実行度 5/10	満足度 5/10	最終	実行度 7/10	満足度 7/10

*自己評価は本人の実行度（頻度などの量的評価）と満足度（質的な評価）を1から10の数字で答えてもらう

実施・支援内容		基本的プログラム	応用的プログラム	社会適応プログラム	
生活行為向上 プラン	本人	計画	上肢機能訓練 バランス訓練	立位での木工作業 応用歩行訓練	買い物訓練 調理動作訓練
		結果	通所だけでなく自宅でも訓練ができた	自ら計画し作業を遂行した	計画通りに実行できた
	家族	計画		屋外歩行の付き添い 台所環境の整理整頓	店までの送迎、付き添い調理を見守る
		結果		屋外歩行と調理に必要な環境を整えた	送迎と付き添いに協力できた
	支援者 (職種明記)	計画	OT：基本訓練の実施	通所 OT：見守り、助言 訪問 PT：屋外歩行訓練	OT：家族・CM への依頼 調理動作訓練 CM：サービスの調整
		結果	計画通りに実施できた	計画通りに実施できた	計画通りに実施できた
実施・支援期間		平成25年9月6日 ～平成25年10月5日			
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			

本シートの著作権（著作人格権、著作財産権）は一般社団法人日本作業療法士協会に帰属しており、本シートの全部又は一部の無断使用、複写・複製、転載、記録媒体への入力、内容の変更等は著作権法上の例外を除いて禁じます。

課題分析モニタリング表

課題	アセスメント項目	現状能力	予後予測		課題重要性
			このまま推移	介入後	
基本動作	起き上がり	自立	自立	自立	
	立位保持	自立	自立	自立	
	床からの立ち上がり	見守り	見守り	自立	
	床のものを拾う	自立	自立	自立	
	食事	自立	自立	自立	
	食卓とベッド間の移乗	自立	自立	自立	
	整容	自立	自立	自立	
	トイレ動作	自立	自立	自立	
	入浴	要介助	要介助	自立	○
	平地歩行(車椅子駆動)	自立	自立	自立	
ADL (B I)	階段昇降	監視or介助	監視or介助	自立	○
	更衣	自立	自立	自立	
	排便コントロール	自立	自立	自立	
	排尿コントロール	自立	自立	自立	
	食事の用意	まれに	まれに	まれに	
	食事の片付け	していない	していない	していない	
	洗濯	していない	していない	していない	
	掃除や整頓	週1回以上	週2回以上	週3回以上	
	力仕事	まれに	まれに	週1回以上	○
	買物	週1回以上	週1回以上	週1回以上	○
I A D L (F A I)	外出	週1回以上	週1回以上	週1回以上	○
	屋外歩行	週1回以上	週1回以上	週1回以上	○
	趣味	時々	時々	週1回以上	○
	交通手段の利用	していない	していない	週1回以上	
	旅行	していない	していない	していない	
	庭仕事	時々	定期的	定期的	
	家や車の手入れ	軽作業	軽作業	中等度作業	
	読書	月2回以上	月2回以上	月2回以上	
	仕事	していない	していない	していない	
	老研式抜粋	年金などの書類を	書ける	書ける	書ける
新聞などを		読んでいる	読んでいる	読んでいる	
本や雑誌を		読んでいる	読んでいる	読んでいる	
健康についての記事や番組に		関心ある	関心ある	関心ある	
友達の家を訪ねること		ある	ある	ある	
家族や友達の相談にのること		ある	ある	ある	
病人を見舞うこと		できない	できない	できない	
若い人に自分から話しかけること		ある	ある	ある	
		未把握	未把握	未把握	
		未把握	未把握	未把握	
他					

課題個々の要因分析

心身機能: 左不全片麻痺と右失調症があり、両手動作や屋外歩行の妨げとなっている。
 活動: バランス低下のため入浴に介助を要している。転倒などのリスクから家族が付き添わなければ屋外活動が出来ない。
 参加: 交通機関の利用に支障があり、通所リハビリ以外には外出の機会が少ない。
 環境: 中山間地域在住のため、自動車運転や家族の協力がなければ外出できない。

課題解決目標

短期目標
 ・ADL(入浴、移動)が自立できる。
 ・歩行能力が高まり、屋外や段差昇降などの応用歩行が可能となる。
 長期目標
 ・家人の協力を得て、買い物や趣味活動が可能となる。

(チームの)総合的援助方針

・出来ることを増やし、生活にハリを感じられるように支援する。
 ・身体機能向上のためにリハビリテーションを継続する。
 ・社会参加のために仲間との交流の機会を持つ。
 ・安全な入浴のために通所での入浴も利用する。
 ・自立生活のための福祉用具の活用。

考察

本人の意欲、目的意識が心身機能および活動と参加の改善の基礎となっている。身体機能は上肢、下肢共に緩やかに改善した。左上肢は補助手から美用へ、下肢は応用歩行が可能なしベルに改善した。これは基礎練習に加え、作業に両手動作や立位動作などが要求される木工作業を通して、麻痺側上下肢の能力向上につながったと考える。
 入浴や屋外歩行などは、通所および訪問リハにおいて練習を継続して実施したこと、家人の協力により日常的に動作を遂行できたことが自立につながっている。
 外出においても、家人の協力が得られたことにより、通所以外にも買い物や散歩、庭の手入れなどが出来るようになった。

評価

自立
 自立
 自立
 自立
 自立
 自立
 自立
 自立
 自立
 時々
 していない
 していない
 まれに
 週1回以上
 週1回以上
 週1回以上
 週1回以上
 週1回以上
 していない
 していない
 重作業可能
 中等度作業
 月2回以上
 していない
 書ける
 読んでいる
 読んでいる
 関心ある
 ある
 ある
 できない
 ある
 未把握
 未把握

生活行為向上マネジメント基本情報

提出者 所属・氏名	所属: 氏名:	問い合わせ ID 連絡方法	ID: メール:
事例種別	【医療】 <input type="checkbox"/> 一般急性期 <input type="checkbox"/> 一般回復期 <input type="checkbox"/> 維持期 <input type="checkbox"/> 精神・認知症 <input type="checkbox"/> 小児 <input type="checkbox"/> その他() 【介護】 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input checked="" type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員・地域包括支援センター <input type="checkbox"/> その他() 【自立支援】 <input type="checkbox"/> 身障 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 【その他】 <input type="checkbox"/> その他()		
主疾患名	脳幹梗塞	発症からの期間	10ヶ月
現病歴	平成24年10月30日発症、6ヶ月入院し内服とリハ、4月22日自宅退院		
既往疾患	①循環器系: <u>高血圧</u> , 脳卒中, 心臓病, その他 2内分泌・栄養・代謝障害: 糖尿病, 高脂血症, その他 3呼吸器系, 4消化器系, 5泌尿器・生殖器系, 6筋骨格系, 7外傷、中毒系: 骨折, その他, 8がん, 9血液・免疫系, 10 感染症, 11 精神・行動障害: 認知症, その他, 12 神経系: 神経難病, その他, 13 目の病気, 14 耳の病気, 15 皮膚の病気, 16 歯科, 17 その他(), 18 なし		
性別	<u>男性</u> ・女性	年齢	59才
配偶者	<u>あり</u> ・なし	家族構成	3人
生活保護	あり・ <u>なし</u>	本人以外の家族の人数	2
要介護度	要支援 1・2・要介護 1・2・ <u>③</u> ・4・5		
介護者の有無	① 配偶者, 2 息子・娘 3, 息子・娘の配偶者 4, 孫 5, 兄弟・姉妹 6, その他		
介護者の年齢	① 65歳未満 2, 65～74歳 3, 75～84歳 4, 85歳以上		
生活歴 (学歴・職歴・ 趣味を含む)	大学卒業後、市役所に勤務する。実家は農業を営んでいて、兼業で田畑作業も担っていた。趣味は多彩で魚釣り、調理、日曜大工、読書などであった。		
日常生活自立度 (寝たきり度)	正常・J1・J2・ <u>Ⓐ</u> ・A2・B1・B2・C1・C2		
痴呆性老人の 日常生活自立度	<u>正常</u> ・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
住宅・住処	① 持ち家 2. 賃貸住宅・借家 3. ケア付き住宅 4. その他()		
年金の種類	1. 国民年金 2. 厚生年金 ③ 共済年金 4. 老齢福祉年金のみ 5. その他()		
収入の有無	① 収入のある仕事をしている (傷病休職中) 2. していない		

地域移行・連携・社会資源情報

入院・入所またはサービス利用開始からの期間		190日
介入期間		30日
地域移行支援 取組みの有無	退院前訪問 あり ・なし	退院時カンファレンス参加 あり ・なし
	退院リハ指導 あり ・なし	退院後訪問指導 あり ・なし
社会資源	介入時	介入後
ケアマネ等関与	あり ・なし	あり ・なし
サービス 利用状況	<ol style="list-style-type: none"> ① 医療のデイケア (3回・週) 2. 通所介護・生活支援施設(回・週) ③ 訪問リハ (2回・週) 4. 訪問介護(回・週) 5. 訪問看護(回・週) 6. 配食サービス(回・週) 7. 福祉用具・補装具(内容:PAFO) 8. 住宅改修 有 9. ショーステイ(回・週) 10. 就労支援施設 11. 地域活動支援センター等相談機関 13. 機能訓練施設等(通園・療育・通所リハ) (回・週) 12. その他()(回・週) 	<ol style="list-style-type: none"> ① 医療のデイケア (3回・週) 2. 通所介護・生活支援施設(回・週) ③ 訪問リハ (2回・週) 4. 訪問介護(回・週) 5. 訪問看護(回・週) 6. 配食サービス(回・週) 7. 福祉用具・補装具(内容:プロフッター) 8. 住宅改修有 9. ショーステイ(回・週) 10. 就労支援施設 11. 地域活動支援センター等相談機関 13. 機能訓練施設等(通園・療育・通所リハ) (回・週) 12. その他()(回・週)
その他の社会資源 利用状況	<ol style="list-style-type: none"> 1. 一般就労・シルバー人材センター 2. 教育(学校・養護学校・訪問教育・寿大学・通信教育・生涯学習を含む) 3. 健康増進施設 4. 市町村等が実施する介護予防事業 5. サロン等老人クラブ活動等(自助グループ、患者会を含む) 6. カルチャー教室 7. ボランティア活動 8. 老人会等地区組織活動 9. その他() 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 一般就労・シルバー人材センター 2. 教育(学校・養護学校・訪問教育・寿大学・通信教育・生涯学習を含む) 3. 健康増進施設 4. 市町村等が実施する介護予防事業 5. サロン等老人クラブ活動等(自助グループ、患者会を含む) 6. カルチャー教室 7. ボランティア活動 8. 老人会等地区組織活動 9. その他()
ケアマネの設定した課題	<p>①出来ることを増やし少しでも自立したい。②他者との交流の中で自分を見つめることができる。③安全に入浴したい。④病気はあるが健康は維持したい。通院も安全にできる。⑤移動動作が安全にでき、自立した生活を送りたい。⑥介護者は家のことを一人でしておりその負担も大きい。(できれば2表のコピーを匿名化して添付)</p>	

満足できる余暇活動を獲得し、主体的な生活を構築できるようになった高齢女性の事例

1. 報告の目的

施設に入所して約 3 年が経過するが、主体的な生活を見出せず不活発に過ごしていた高齢女性に対して、生活行為向上マネジメントを活用した作業療法アプローチを実施した。余暇活動を獲得することを目的にアプローチしたところ、満足できる余暇活動を獲得し、その作業を「無くてはならないもの」とした。生活状況も一変し、生活を構築できるようになり、新たな目標も見出した。その経過および考察を以下に報告する。

2. 事例紹介

70 歳代前半の女性。脳梗塞による右片麻痺、運動性失語。要介護度 3。約 5 年前に脳梗塞を発症し、運動麻痺や失語症、高次脳機能障害が出現した。入院中約 2 年にわたりリハビリテーションを実施したが、在宅生活は難しく、約 3 年前に当施設に入所した。基本動作は見守り、移動は車椅子で自立、セルフケアは食事以外要介助だった。失語症のためか他者に話しかけることはなく、対人交流は乏しかった。生活構築は難しく、受身的で不活発に過ごしていた。機能訓練中心の作業療法を続けていたが、機能的には維持のレベルであり、約 1 年前からは貼り絵や編み物などの作業活動を導入していた。しかし、継続的なものではなく、余暇活動とはなっていなかった。

生活歴としては、長年小学校の教員として勤務し、校長も務めた。交友が広く、友人とのお喋りが楽しみだった。結婚歴がなく独居だったが、入院を機に甥が養子となった。

3. 作業療法評価

生活行為の目標の聞き取りでは、「余暇に何かしたい」という希望が聞かれた。

心身機能・構造では、生活行為を妨げている要因として、右片麻痺、高次脳機能障害、運動性失語症があった。強みとしては、知的機能が維持されていること、自己認識が適切なこと、活動意欲が高いこと、左上下肢機能が維持されていることが挙げられた。麻痺側は維持レベルで、実用的な使用は困難と予測された。

活動と参加では、生活行為を妨げている要因として、左手の活動経験の不足、余暇の準備や用具の管理が不十分なこと、右手の巧緻性低下、スロープの移動制限があった。強みとしては、左手の操作・巧緻性が維持されていること、手工芸の作業経験があること、会話理解が良好でスケジュール把握が可能なこと、セルフケアが一部自立していることが挙げられた。左手での活動経験により手工芸活動などを遂行可能であると予測された。

環境因子では、生活行為を妨げている要因として、余暇を楽しむ場や機会、道具がない状況だった。強みとしては、家族や友人の面会があり協力的であることが挙げられた。場や機会、道具があれば継続的な余暇活動の遂行は可能であり、人的環境もプラスに作用するものと予測された。

以上を検討し、「日々の楽しみ、余暇活動として貼り絵を行うことができる」という同意目標に至った。実行度は 4、満足度は 6 だった。

4.介入の基本方針

行いたい作業に従事することができ、それが楽しみや満足できる余暇活動になるように支援していく。そして、余暇活動として習慣化することができるように支援し、本人なりの主体的な生活を構築できるようにしていく。不活発な生活から脱却し、良好な作業機能状態となるようにしていく。

5.作業療法実施計画

機能的に維持レベルにあったことから、基本的プログラムは実施しないこととした。

応用的プログラムは、作業療法の場で行う週 5 回の貼り絵の練習とし、小さく切った折り紙片をノリで貼る作業を行うこととした。OT は、助言や設定の工夫などの間接的なかわりを行うこととした。なお、経験のある作業活動であったため、確認の意味合いが強く、1 週間程度の実施とし、その後は社会適応プログラムに移行することとした。

社会適応プログラムは、生活の中での余暇活動として貼り絵を行うこととした。OT は、道具の準備や場の設定を行い、本人の要望やレベルにあった難易度の題材を準備することとした。生活の場で行うこととし、場所と時間を設定して週 5 回の頻度で実施することとした。習慣化することを意識してもらうようかかわることとした。また、家族には面会時に感想などを述べてもらうようにした。

6.介入経過

介入初期は、応用的プログラムのみを実施した。貼り絵は経験のある作業であったため、戸惑うことなく行えていた。隙間があったり枠からはみ出したりとやや粗雑な面があり、うまくできないことを気にすることもあった。しかし、徐々に遂行レベルは向上し、貼り絵を通してできることを確認し、有能感を得ていった。

応用的プログラムは 1 週間で終了し、社会適応プログラムへと移行した。実施する場所と時間を設定し、生活の中での余暇活動であることを意識づけるよう介入した。習慣化ということ意識して介入することで、時計を見てスケジュールに合わせた行動するようになった。生活リズムが確立し、本人なりの生活を構築するようになった。

貼り絵の作業場面では、徐々に作業速度や完成度が向上し、作品へのこだわりも出てきた。「できる」「できない」といった技能の良し悪しに関する語りが減り、作品を見直したり修正したり「どのように仕上げようか」といった質にこだわるようになっていった。また、OT は作品の難易度を調整したり助言したりするだけでなく、下絵や色の選択など自己選択・決定の機会を作るようにした。はじめは困難だったが、徐々に選択・決定ができるようになり、「～をしたい」などと主張や提案をするようになった。完成した作品は施設内に展示することとし、さらに友人にプレゼントすることも提案した。この提案には同意してくれ、新たな目標とした。それに伴って、OT は貼り絵に対して、余暇活動だけでなく自己表現や自己実現という意味を付加するようかかわることとした。

このような過程の中で、作業を通して会話機会が増え、以前は単語レベルだった発話は文章レベルになった。コミュニケーション能力向上に伴い、本人の希望を他職種も把握することができ、定期的に図書館へ外出することにもつながった。生活の中にまた新たな楽しみが増えた。

7.結果

生活の中に貼り絵という余暇活動が習慣化された。活発な生活リズムが確立し、本人なりの生活を構築するようになり、目標は達成された。実行度は7点、満足度は8点で、その理由を「もっと上手になりたいし、もう少し多くやりたいから」とした。貼り絵という作業については、「無くてはならないもの」「楽しみ」と語った。貼り絵の遂行能力も向上し、自己選択・決定ができるようになった。また、コミュニケーション能力も向上し、主張や提案をするようになった。さらに、貼り絵という作業の意味も変化し、余暇や楽しみだけでなく、作品を展示して鑑賞してもらうことや友人にプレゼントすることという新たな目的も加わった。

基本動作とADLに変化はなく、BIの点数は変わらなかった。しかし、IADLと参加の状況には変化があり、FAIは11点（外出、趣味、読書で加点）、老研式活動能力指標は5点（若い人に自分から話しかけるで加点）に上昇した。

8.考察

不活発な生活から満足できる余暇活動のある主体的な生活へと激変したのには、目標やプログラムを協力的に作り上げるプロセスが有効に働いたものと考えられた。そして、アプローチの中で、ただ作業を行えるようになるのではなく、習慣化することや生活全体の作業のバランスを考えるとといった視点も変化に大きく寄与しているものと考えられた。

また、一連の作業療法の中で、クライアントにとっての貼り絵という作業の意味の変遷があったものと推測された。つまり、介入当初はできるようになるための作業であり、訓練という意味合いが強かった。それは次第に自分の能力を高めるための作業、換言すると、挑戦の意味を持った作業に変化していった。そして、習慣化したことで楽しみや余暇活動としての作業へと意味が変化した。最終的には、作品を展示して鑑賞してもらうという自己表現や、友人にプレゼントするという自己実現の意味も付加された。貼り絵という一作業であるが、多様な意味を有しており、クライアントの文脈の中で作業の意味が変化していったものと考えられた。このような作業の意味の変遷については、セラピストが十分に把握していく必要があり、作業に意味を付加させたり意味を変化させたりといったことを支持するアプローチの重要性も示唆された。

今回の経験を通して、作業療法士がクライアントを変化させるのではなく、意味のある作業への従事がクライアントを変化させるということを再認識させられた。生活行為向上マネジメントは、まさに意味のある作業への従事を促進させるツールであり、その有効性と重要性を実感した。

生活行為向上マネジメントシート

記入日： 25年 11月 13日

生活行為向上マネジメント	生活行為の目標		本人		余暇に何かをしたい。			
			キーパーソン					
	アセスメント項目		心身機能・構造の分析 (精神機能,感覚,神経筋骨格,運動)		活動と参加の分析 (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)	
	生活行為を妨げている要因 (ICF コード)		b760 右片麻痺 b167 高次脳機能障害(色や形の認識が不適切なことがある) b320-339 運動性失語症		d440 右手の巧緻性低下 d155 左手での活動経験の不足 d465 車椅子での移動の制限(スロープ) d650 余暇の用具の管理不十分		e140 余暇を楽しむ場や機会、道具がない。	
	現状能力 (強み) (ICF コード)		b180 (能力の)自己認識が適切 b130 活動意欲が高い b117 知的機能の維持 b760, b780 左上下肢機能の維持		d440 左手の操作・巧緻性の維持 d920 手工芸の経験あり d310 会話の理解良好 d230 スケジュール把握が可能 d510-569 セルフケア一部自立		e410 家族の面会が週2回あり、協力的である。 e420 友人が多く、時々面会に来ることがある。	
	予後予測 (いつまでに、どこまで達成できるか)		機能的に維持レベルである。麻痺側上肢の実用的な使用は難しいが、補助的な使用は可能と考えられる。		左手の活動経験により、手工芸活動の遂行が可能と判断される。そしてセルフケアなどの質の向上にも繋がるものと予測される。		場や機会、道具があれば、継続的な余暇活動の遂行は可能なものと考えられる。人的環境もプラスに働く可能性がある。	
	合意した目標 (具体的な生活行為)		日々の楽しみ、余暇活動として貼り絵を行うことができる。					
自己評価*		初期	実行度 4/10	満足度 6/10	最終	実行度 7/10	満足度 8/10	

*自己評価は本人の実行度(頻度などの量的評価)と満足度(質的な評価)を1から10の数字で答えてもらう

実施・支援内容		基本的プログラム		応用的プログラム		社会適応プログラム		
生活行為向上プラン	本人	計画		貼り絵の練習 ・のりで紙を貼る		生活の中での余暇活動として貼り絵を行う。		
		結果		やや粗雑ではあったが、徐々に遂行レベルは向上した。大きな問題はなく、1週間で終了した。		ほぼ毎日実施し、生活構築能力が向上した。貼り絵を「なくてはならないもの」「楽しみ」とした。		
	家族	計画				面会時などに、作品を見ての感想を伝える。		
		結果				面会時に正のフィードバックとして感想を伝えていた。		
	支援者 (職種明記)	計画			OT リハの場での実施、確認、助言、設定の工夫など		OT 生活の中での実施、準備と場の設定、難易度の調整と助言	
		結果			段階的な難易度調整、設定の工夫をした。遂行状況は良好で介助量も激減し、1週間で終了した。		活動が主体的なものとなるよう工夫した。作業のさらなる目的、意味の付加を行った。	
実施・支援期間		2013年 7月 1日 ~ 2013年 10月 31日						
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						

本シートの著作権(著作人格権、著作財産権)は一般社団法人日本作業療法士協会に帰属しており、本シートの全部又は一部の無断使用、複写・複製、転載、記録媒体への入力、内容の変更等は著作権法上の例外を除いて禁じます。

課題分析モニタリング表

課題	アセスメント項目		現状能力	予測		課題重要性
	このまま推移	介入後		このまま推移	介入後	
基本動作	起き上がり	自立	自立	自立	自立	
	立位保持	見守り	見守り	見守り	見守り	
	床からの立ち上がり	全介助	全介助	全介助	全介助	
	床のものを拾う	一部介助	一部介助	一部介助	一部介助	
	食事	自立	自立	自立	自立	
	A D L (B I)	監視or軽介助	監視or軽介助	監視or軽介助	監視or軽介助	
	整容	要介助	要介助	要介助	要介助	
	トイレ動作	部分介助	部分介助	部分介助	部分介助	
	入浴	要介助	要介助	要介助	要介助	
	平地歩行(車椅子駆動)	車いす	車いす	車いす	車いす	
階段昇降	できない	できない	できない	できない		
更衣	部分介助	部分介助	部分介助	部分介助		
排便コントロール	自立	自立	自立	自立		
排尿コントロール	自立	自立	自立	自立		
I A D L (F A I)	食事の用意	していない	していない	していない	していない	
	食事の片付け	していない	していない	していない	していない	
	洗濯	していない	していない	していない	していない	
	掃除や整頓	週1回以上	週1回以上	週1回以上	週1回以上	
	力仕事	していない	していない	していない	していない	
	買物	していない	していない	していない	していない	
	外出	していない	していない	していない	していない	
	屋外歩行	していない	していない	していない	していない	
	趣味	していない	していない	していない	していない	1
	交通手段の利用	していない	していない	していない	していない	
老研式抜粋	旅行	していない	していない	していない	していない	
	庭仕事	していない	していない	していない	していない	
	家や車の手入れ	していない	していない	していない	していない	
	読書	していない	していない	していない	していない	
	仕事	していない	していない	していない	していない	
	年金などの書類を	書けない	書けない	書けない	書けない	
	新聞などを	読んでいる	読んでいる	読んでいる	読んでいる	
	本や雑誌を	読んでいる	読んでいる	読んでいる	読んでいる	
	健康についての記事や番組に	関心ある	関心ある	関心ある	関心ある	
	友達の家を訪ねること	ない	ない	ない	ない	
他	家族や友達の相談にのること	ある	ある	ある	ある	3
	病人を見舞うこと	できない	できない	できない	できない	
	若い人に自分から話しかけること	ない	ない	ない	ない	2
		未把握	未把握	未把握	未把握	

課題個々の要因分析

脳卒中発症からの経過が長く、基本動作やADLはゴールのレベルである。機能や活動ではなく参加(IADLを含む)への介入により、より豊かな生活へと変化させることが可能と考えられる。仕事的活動はなし、ADLは一部介助、余暇的活動はなしという状態であり、不活発な状態(作業機能障害)といえる。機能・活動は維持レベルということや施設生活という環境を考えると、仕事的活動の導入は難しいが、余暇的活動の導入は可能と考えられる。そして、能動的な余暇活動を導入・実施することで、活発でバランスのとれた生活(良好な作業機能状態)に転換できるものと考えられる。さらに、能動的な余暇的活動(趣味活動)を通して新たなコミュニケーションが生まれ、対人交流の拡大にも繋がるものと推測される。

課題解決目標

- (3~4か月以内に)本人なりに満足のできる余暇的活動(趣味活動)を獲得することができる。
- (3~4か月以内に)余暇的活動のある活発な生活リズムを確立することができる。
- (3~4か月以内に)その余暇的活動を通して話すことが増え、さらに対人交流機会が増える。

(チームの)総合的援助方針

行いたい作業に従事できるようにし、それが本人なりに満足できる余暇的活動(趣味活動)になるように支援していく。はじめはリハビリの場で基礎練習と応用練習を行い、段階的に生活の場での社会適応練習へと移行していく。
また、その余暇的活動はより能動的なものとし、主体的に趣味活動として行えるように設定していく。そして、ただ行うだけでなく、生活の中の余暇的活動(趣味活動)として習慣化するよう支援していく。さらに、作業を介したコミュニケーション拡大を図り、意思表出や自己選択・決定にも繋がるようにしていく。

考察

基本動作、ADLに変化はなかったが、趣味活動(貼り絵)を獲得することができた。また、貼り絵を通して会話機会の増え、対人交流面での社会的役割も獲得した。さらに、会話機会の増えたことは、意思表出や自己選択を促進し、外出や読書の獲得にもつながった。そして、生活の中に趣味活動がある活発な生活リズムを確立することができた。
このような変化を得ることができたのは、作業の意味に着目した支援を行ったからと考えられる。今回の場合、貼り絵(余暇活動)として捉え、その作業の意味を共有するよう支援した。一つの活動として実施することではなく、その作業の意味に着目することの重要性と有効性を改めて感じ取った。また、今回、不活発な生活から脱却し、生活の中に趣味活動(余暇活動)がある活発な生活へと転換することができた。貼り絵を趣味活動(余暇活動)として習慣化させることを協力的に行ったことの効果と考えられる。また、作業を一つの活動としてミクロに捉えて、生活のリズムやバランスを調整していくことの重要性も示唆された。
さらに、本マネジメントは、対象者の希望を支援に反映する点、予測予測が明確に協業を促進する点、トップダウンの支援で生活に変化を与えられる点等の特徴があるものと示唆された。

評価

自立
見守り
全介助
一部介助
自立
監視or軽介助
要介助
部分介助
要介助
車いす
できない
部分介助
自立
自立
していない
していない
していない
週1回以上
していない
していない
時々
していない
週1回以上
していない
していない
していない
週2回以上
していない
書けない
読んでいる
読んでいる
関心ある
ない
ある
できない
ある
未把握
未把握

生活行為向上マネジメント基本情報

提出者 所属・氏名	所属: 氏名:	問い合わせ ID 連絡方法	ID: メール:
事例種別	【医療】 <input type="checkbox"/> 一般急性期 <input type="checkbox"/> 一般回復期 <input type="checkbox"/> 維持期 <input type="checkbox"/> 精神・認知症 <input type="checkbox"/> 小児 <input type="checkbox"/> その他() 【介護】 <input checked="" type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員・地域包括支援センター <input type="checkbox"/> その他() 【自立支援】 <input type="checkbox"/> 身障 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 【その他】 <input type="checkbox"/> その他()		
主疾患名	くも膜下出血, 脳梗塞	発症からの期間	約5年
現病歴	5年前にくも膜下出血および脳梗塞を 回復期病院に転院し、約1年間のリハ 発症し、右片麻痺と失語症を呈した。 の後、約4年前に当施設に入所した。		
既往疾患	1循環器系: 高血圧, 脳卒中, 心臓病, その他 2内分泌・栄養・代謝障害: 糖尿病, 高脂血症, その他 3呼吸器系, 4消化器系, 5泌尿器・生殖器系, 6筋骨格系, 7外傷、中毒系: 骨折, その他, 8がん, 9血液・免疫系, 10 感染症, 11 精神・行動障害: 認知症, その他, 12 神経系: 神経難病, その他, 13 目の病気, 14 耳の病気、 15 皮膚の病気, 16 歯科, 17 その他(), 18 なし		
性別	男性・ <input checked="" type="checkbox"/> 女性	年齢	72 才
配偶者	あり・ <input checked="" type="checkbox"/> なし	家族構成	2 人
生活保護	あり・ <input checked="" type="checkbox"/> なし	本人以外の家族の人数	1 人
要介護度	要支援 1・2・要介護 1・2・ <input checked="" type="checkbox"/> 3・4・5		
介護者の有無	1 配偶者, <input checked="" type="checkbox"/> 2 息子・娘 3, 息子・娘の配偶者 4, 孫 5, 兄弟・姉妹 6, その他		
介護者の年齢	1, 65 歳未満 2, 65~74 歳 3, 75~84 歳 4, 85 歳以上		
生活歴 (学歴・職歴・ 趣味を含む)	小学校の教師(最終的には校長)とし て働いた。退職後は図書館の館長など を務めた。社交的で友人が多く、友人 との食事やお喋りが趣味だった。婚姻	歴はなく、長年独居生活だったが、発 症後は甥が世話や家の管理などをし ている。	
日常生活自立度 (寝たきり度)	正常・J1・J2・A1・ <input checked="" type="checkbox"/> A2・B1・B2・C1・C2		
痴呆性老人の 日常生活自立度	正常・I・ <input checked="" type="checkbox"/> IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
住宅・住処	1. <input checked="" type="checkbox"/> 持ち家 2. 賃貸住宅・借家 3. ケア付き住宅 4. その他()		
年金の種類	1. 国民年金 2. 厚生年金 <input checked="" type="checkbox"/> 3. 共済年金 4. 老齢福祉年金のみ 5. その他()		
収入の有無	1. 収入のある仕事をしている <input checked="" type="checkbox"/> 2. していない		

排泄動作は介助量軽減したが、自宅復帰できなかった症例～家族に想いを伝える大切さ～

1.報告の目的

症例は、発症により、左片麻痺・重度の右半球症状で車いす生活となり、ADLのほとんどに介助が必要となった。また、精神的に不安定で、夫人に対し感情的になる面あった。

自宅退院を目標とし、生活行為向上マネジメントを活用し、トイレ動作を共通目標としアプローチを行った。介助量は軽減したが、夫人との関係が悪化し、方向性が施設に変更となり、自宅復帰が困難となった。その経過について報告する。

2.事例紹介

60代後半の男性、小柄で筋肉質。5月に脳梗塞発症し急性期病院に救急搬送、保存的加療を行うが、再開通なく右MCA狭窄による右側頭葉広範囲の脳梗塞を呈し、重度左片麻痺。7月中旬にリハビリテーション目的で当院入院し、当日よりPT・OT開始した。

診断名は、脳梗塞、高次脳機能障害、高血圧、高コレステロール血症、高尿酸血症。

家族は、奥さんと息子の3人暮らしで、持ち家の一戸建てに居住。病前の生活は、50代で管理職定年し、日中は散歩やゴルフ、夜は夜釣りや近所の居酒屋に行き、たくさんの友人との交流を大切にしながら気ままな生活を過ごしていた。

仕事は、施行管理技師の資格を持ち、大手の会社で現場代理人という管理監督業務を行っており、日本中を長期出張（単身赴任）していた。

性格は、医師からの指摘があっても治療を自己中断するなど、家族や他人の意見に耳を傾けない、思い込みが強いタイプであると話されていた。

3.作業療法評価

多弁で明るい印象だが、気分も落ち込みやすく、精神的に不安定な状態であった。

身体機能面は、入院時のBRSは上肢・手指が2、下肢3で感覚は重度鈍麻で、上肢は肩の痛みが強く、夜間良眠できないと訴えていた。また、動的座位バランス不良や左半身の認識の低下がみられており、起居動作でも左上下肢の管理が不十分で、動作全般介助が必要であった。

高次脳機能面は、言語的な記憶は良好だが、重度左無視や注意障害、右半球症状が著明で、動作性急であった。HDS-Rは29点で、病識は、以前と違うという認識はあるが、修正が行なえない状況であった。

ADLでは、食事はスプーンを使用、左側の食べ残しがあり、食器の入れ替えや声かけが必要であった。移動は車いす介助で、自走を行うと左側へのぶつかりがあり、ブレーキやフットレスト忘れがあった。排泄は、尿意はあるものの切迫尿意で夜間は失禁であった。他ADLは介助で行っており、動作の安全性の低さが伺われた。

まず、本人の身体や左の空間に認識向上を行い、起居や座位バランス訓練、また、上肢の痛みの除去と上下肢の管理を目的に、身の回り動作を行えるよう作業療法を開始した。

1ヶ月後に、生活行為向上マネジメントを導入、自宅退院を長期目標とし、「トイレに自由に行きたい」

との症例の希望より、共通目標を「トイレ動作が見守りでできるようになる」とした。この時点での実行度 5・満足度 2 であった。

4.介入の基本方針

トイレ動作の獲得には、左の身体・空間の認識の向上を行い、安全な立ち上がりと着座動作の獲得・動的立位保持可能・下衣の上げ下ろし動作の獲得が必要であると考えられた。

車いすからの動作を想定し、ブレーキやフットレストの管理も含めた一連動作を行えるようにする。また、注意障害が重度であるため、完全自立は目標とせず、看護師・看護助手・家族が見守りを行ったなかでの安全な動作獲得を目標とした。

5.作業療法実施計画

個別 OT、週 6 回、1 回 40～60 分の実施。

まず、痛みを生じている要因として、左上肢の管理不十分、筋緊張のアンバランス、体幹機能低下があげられた。そのため、左身体の認識向上・痛み除去を目的に、モビライゼーションや筋緊張コントロールのためのリラクゼーションを行い、神経筋再教育の実施。また、夜間時のポジショニングを看護師と連携し、写真をベッドサイドに掲示し、メンバーで共有する。

次に、安全な立ち上がりや着座と立位保持を阻害している要因として、座位・立位のボディイメージの歪みや、右半球症状によるプッシャー現象、左下肢の随意性の低下があり、体幹や頭頸部の正中位の再学習や左下肢の促通を行い、安定した静止立位保持を行った後に、支持物を使用した立ち上がり・着座訓練を導入する。

安定した静的立位保持が獲得した後に、下衣上げ下ろしのための立位バランス訓練を導入し、下方や臀部へのリーチや上肢操作時の立位安定を目指す。

病棟での更衣（ズボン）の練習を行い、ベッドサイドでの下衣操作練習も実施する。

また、随時動作が行える段階において、病棟看護師や看護補助員と連携し、病棟トイレでの車いす設置位置やブレーキやフットレストの動作の注意喚起や介助動作の統一を行う。

さらに、車いす移動・更衣や食事・整容など、ADL 全般の安全な動作の獲得と介助量軽減もすすめていく。

6.介入経過

上肢の痛みの軽減がみられ、座位・立位のバランスも向上し、動的立位の改善がみられた。動作時の立位バランス不良に対する介助や、声かけは必要であったが、トイレでの一連動作が行えるようになった。そのため、症例と話し合い、病棟での動作訓練に移行した。

病棟では、「介助してくれる人の声かけや感じで上手く行えないことがある」とあり、毎回、訓練の最後に病棟まで移動し、看護師や看護助手に見学を促し病棟での動作定着と連携に努め、在宅生活の環境を設定し移行することにした。

方向性は、以前より夫婦関係は複雑で、自宅と施設入所を悩んでおり、ソーシャルワーカーが早期より介入し、施設や療養病院の見学など複数回面談を行った結果、夫人より、「ここに入れるのは可愛そう。そういう気持ちが残っていたみたいです」と自宅となった。

介護支援専門員に病院での見学を行ってもらい、在宅生活に向け、訪問予定であったが、前日に夫人より、症例の言動で傷つき、「やっぱり、思い遣りのないこの人と暮らすのは無理です」と訪問中止となった。方向性が施設となり、症例に夫人から伝えるが、施設に3ヶ月入所後、自宅で生活すると勘違いしており、夫人に対する言動は変化が無かった。

トイレ動作は見守りでできるが、ブレーキ忘れは残存し、病識の欠如による行動障害が根底にあると考え、毎日、訓練時に、訓練内容や今の気持ちについて振り返るための感想文を導入した。左無視や注意障害、訓練内容を毎日確認する中で、症例が思っている以上に間違いや忘れることを認識し、高次脳機能障害に対する気づきの発言が少しずつみられるようになった。施設入所を控え、夫人と話し合い、はじめて労わる言葉をかけたと症例より恥ずかしそうに報告があった。話を傾聴し、今の気持ちを紙に記すよう促すと、「女房に対して感謝 お互いの思いやりを忘れない」と記し、気持ちの若干の変化が伺えた。

7.結果

身体機能面は、BRS 上肢3・手指2・下肢4となり下肢は改善が見られ、短下肢装具にて見守り介助歩行練習を行っているが安全性は低く、また、上肢の痛みは消失し、管理は向上したが。

高次脳機能面は、注意障害や左無視は重度残存しているが、左を見落とすことや、ブレーキ忘れを認識できるようになった。

ADLは、食事(箸使用)・整容は車いすで自立、移乗・車いす移動・トイレは見守りで行え、更衣は状況に応じ、できたり出来なかつたりしている。また、入浴は軽介助となった。

これらの結果により、「トイレに自由に行きたい」という共有目標に対して、生活行為向上マネジメントの症例評価は、実行度9・満足度10となった。

現在、施設の入所待ちではあるが、病棟看護師と連携し、在宅生活の可能性を見据えたアプローチを継続している。しかし、夫人には症例が労わりの声かけをしたとの認識は得られておらず、右半球障害によるコミュニケーション障害は残存しており、今後も方向性は永続した施設入所となっている。

8.考察

症例は、重度の左無視や右半球症状が残存した中でADL介助が多い生活の中で、自宅復帰を見据えた中で、「トイレに自由に行きたい」との共通目標を掲げ、作業療法を実施してきた。また、排泄に牽引されるかたちとなり、他のADLも見守りでできるようになり、入院生活での介助量は軽減した。

現在は、安全面の配慮から、見守りで行うことを約束したうえで動作を行っており、いざという時には、自分でできる実感を得ることができたため、高い実行度・満足度が得られたと考える。

しかし、車いすブレーキなど安全管理は未だ不十分で、見守りは必須であり、また、高次脳機能障害に対する認識は未だ低いため、現状を軽く見積もっている傾向もあり、高い評価になったとも考えられる。

さらに、自宅復帰を目標としたアプローチとしては、夫人との関係が良好ではなく、症例の元来の性格を評価できていたものの、右半球症状からくる文脈の理解の低下、病識の欠如などに対する評価や早期からのアプローチが不十分であったと考える。早期より介入することで、他者について配慮できることや現状を把握することを増やすことができたのではないかと反省している。

今回の症例を通し、生活行為向上マネジメントでの治療と、家族関係基盤や感謝の想いを家族に伝えることの大切さを改めて感じる事ができた。

今後、症例は、老健への施設入所予定であり、入院中の状況や経過を次の担当 OT 等関るスタッフへ連携し、症例と家族の双方が満足できる在宅生活への可能性につなげていきたい。

生活行為向上マネジメントシート

記入日： 2013年 10月 21日

生活行為アセスメント	生活行為の目標		本人	トイレに自由に行きたい			
			キーパーソン	身の回りのことが少しでもできるようになってほしい			
	アセスメント項目		心身機能・構造の分析 <small>(精神機能, 感覚, 神経筋骨格, 運動)</small>	活動と参加の分析 <small>(移動能力, セルフケア能力)</small>	環境因子の分析 <small>(用具, 環境変化, 支援と関係)</small>		
	生活行為を妨げている要因 (ICF コード)		b 760 左片麻痺 BRS 上肢・手指Ⅱ, 下肢Ⅲ b 280 左上下肢感覚重度鈍麻 b 780 動的座位・立位低下 b 140 左無視 b 164 右半球症状	d 500ADL 全般に介助ADL 動作未実施 d 455 車いす移動ぶつかる d 110 ブレーキ・フットレスト忘れがある	e355 病院入院中 e440 病棟看護師・看護助手の協力が得られやすい		
	現状能力 (強み) (ICF コード)		b 730 右上下肢の筋力は強い b 126 社交的な性格	b 167 コミュニケーション良好 b 130 意欲的に訓練に参加	e 310 夫人は協力できる		
	予後予測 (いつまでに、どこまで達成できるか)		下肢の随意性向上により、立位安定できる	動的立位バランス獲得後、一連のトイレ動作が見守りのできる	自宅でもトイレ動作が見守りで行える		
	合意した目標 (具体的な生活行為)		トイレ動作が見守りのできるようになる				
	自己評価*		初期	実行度 5/10	満足度 2/10	最終	実行度 9/10 満足度 10/10

*自己評価は本人の実行度（頻度などの量的評価）と満足度（質的な評価）を1から10の数字で答えてもらう

実施・支援内容		基本的プログラム	応用的プログラム	社会適応プログラム	
生活行為向上プラン	本人	計画	座位練習・安全な立ち上がり動作獲得	動的立位保持練習	病棟での実際のトイレ動作練習
		結果	動的座位保持可能 支持での立ち上がり可能	見守りで下衣の上げ下ろしができる	見守り・声かけでトイレ動作が一連行える
	家族	計画	訓練を見学してもらい、経過を見守ってもらう	訓練を見学してもらい、動作や危険を理解する	自宅環境を調整し、手すり設置
		結果	見学はできたが、症例の態度不良。	見学は行えるが、理解不十分。	自宅への方向性ではなく、実施不可
	支援者 (職種明記)	計画		看護師・看護助手声かけの統一	看護師・看護助手・家族が見守りで行える
		結果		ブレーキとフットプレート の注意喚起ができる	看護師・看護助手全員の 見守りで行える
実施・支援期間		2013年8月 22日 ~ 2013年 11月 15日			
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			

本シートの著作権（著作人格権、著作財産権）は一般社団法人日本作業療法士協会に帰属しており、本シートの全部又は一部の無断使用、複写・複製、転載、記録媒体への入力、内容の変更等は著作権法上の例外を除いて禁じます。

課題分析モニタリング表

アセスメント項目	現状能力	予測		課題重要性	課題要因分析	評価	考察
		このまま推移	介入後				
基本動作 A D L (B I)	起き上がり	一部介助	自立		①立位保持：左上下肢麻痺、重度感覚障害、左上下肢の認識の低下、状況判断能力低下、動的座位バランス低下、右半球症状（pusher症候群）による立位バランス低下・下肢の位置や体幹の傾きを確認し安全な立位上がり動作困難・ゆっくりとした着座困難 ②トイレ動作：動的立位バランスの低下（手すりから手を放して下衣の上げ下ろし動作のためのリーチやバランス不十分）・プレーキフットレストの操作忘れ、車いすの正しい設置困難、立ち上がりの下肢の位置確認不十分、手すりを保持して立位で回転困難、便座や車椅子への着座位置のずれ	自立	左上下肢の認識が向上し、位置の確認や安全な立ち上がりができるようになり、見守りで動作が行えるようになった。 しかし、ブレーキのかけ忘れが残存し、自立にはいたっていない。 また、病棟環境では、行えているもの、他の環境になると手順が変るため、混乱しバランスや安全性の低下が見られると予測される。 方向性が、自宅から施設入所に変更となり、今後、施設での動作の定着の必要があると考えられる。また、可能であれば、自宅復帰に向けての動作の確認を行い、その可能性を次のOTにつないでいきたい。
	立位保持	全介助	見守り	1		見守り	
	床からの立ち上がり	全介助	一部介助			一部介助	
	床のものを拾う	全介助	一部介助			見守り	
	食事	部分介助	部分介助			自立	
	A	全介助	座位は可能			監視or軽介助	
	D	全介助	自立			自立	
	L	全介助	部分介助	2		部分介助	
	(要介助	要介助			要介助	
)	部分介助	部分介助			自立	
I A D L (F A I)	平地歩行(車椅子駆動)	できない	部分介助		課題解決目標 ①上下肢の管理ができる(痛み除去も) ②左の身体・空間の認識を拡大する ③動的座位バランスの獲得 ④安全な立ち上がりと着座ができる ⑤立位で臀部や膝までのリーチができる ⑥声かけにより、ブレーキとフットレストができる	監視or介助	
	階段昇降	全介助	部分介助			部分介助	
	更衣	時に失禁	時に失禁			自立	
	排便コントロール	時に失禁	時に失禁			自立	
	排尿コントロール	時に失禁	時に失禁			自立	
	食事の用意	していない	していない			していない	
	食事の片付け	していない	していない			していない	
	洗濯	していない	していない			していない	
	掃除や整頓	していない	していない			していない	
	力仕事	していない	していない			していない	
老研式抜粋	買物	していない	していない		(チームの)総合的援助方針 ①動作時は必ず、ブレーキとフットプレートを確認する。もし忘れていている場合は声をかけて自分で行ってもらう。 ②下衣の上げ下ろし動作が可能となったら、声かけや見守り方法を統一し、動作手順が違ふところのみを修正する。また、上手にできたところは、正のフィードバックも必ず行う。	していない	
	外出	していない	していない			していない	
	屋外歩行	していない	していない			していない	
	趣味	していない	していない			していない	
	交通手段の利用	していない	していない			していない	
	旅行	していない	していない			していない	
	庭仕事	していない	していない			していない	
	家や車の手入れ	していない	していない			していない	
	読書	していない	していない			していない	
	仕事	していない	していない			していない	
他	年金などの書類を	書けない	書けない			書けない	
	新聞などを	読んでいない	読んでいない			読んでいない	
	本や雑誌を	読んでいない	読んでいない			読んでいない	
	健康についての記事や番組に	関心がある	関心がある			関心がある	
	友達の家を訪ねること	ない	ない			ない	
	家族や友達の相談にのること	ない	ある			ある	
	病人を見舞うこと	できない	できない			できない	
	若い人に自分から話しかけること	ある	ある			ある	
		未把握	未把握			未把握	
		未把握	未把握			未把握	

地域移行・連携・社会資源情報

入院・入所またはサービス利用開始からの期間		日
介入期間		日
地域移行支援 取組みの有無	退院前訪問 あり・なし	退院時カンファレンス参加 あり・なし
	退院リハ指導 あり・なし	退院後訪問指導 あり・なし
社会資源	介入時	介入後
ケアマネ等関与	あり・なし	あり・なし
サービス 利用状況	1. 医療のデイケア(回・週) 2. 通所介護・生活支援施設(回・週) 3. 訪問リハ(回・週) 4. 訪問介護(回・週) 5. 訪問看護(回・週) 6. 配食サービス(回・週) 7. 福祉用具・補装具(内容:) 8. 住宅改修有 9. ショーステイ(回・週) 10. 就労支援施設 11. 地域活動支援センター等相談機関 13. 機能訓練施設等(通園・療育・通所リハ) (回・週) 12. その他()(回・週) 12. 利用なし	1. 医療のデイケア(回・週) 2. 通所介護・生活支援施設(回・週) 3. 訪問リハ(回・週) 4. 訪問介護(回・週) 5. 訪問看護(回・週) 6. 配食サービス(回・週) 7. 福祉用具・補装具(内容:) 8. 住宅改修有 9. ショーステイ(回・週) 10. 就労支援施設 11. 地域活動支援センター等相談機関 13. 機能訓練施設等(通園・療育・通所リハ) (回・週) 12. その他()(回・週) 12. 利用なし
その他の社会資源 利用状況	1. 一般就労・シルバー人材センター 2. 教育(学校・養護学校・訪問教育・寿大 学・通信教育・生涯学習を含む) 3. 健康増進施設 4. 市町村等が実施する介護予防事業 5. サロン等老人クラブ活動等(自助グルー プ、患者会を含む) 6. カルチャー教室 7. ボランティア活動 8. 老人会等地区組織活動 9. その他()	1. 一般就労・シルバー人材センター 2. 教育(学校・養護学校・訪問教育・寿大 学・通信教育・生涯学習を含む) 3. 健康増進施設 4. 市町村等が実施する介護予防事業 5. サロン等老人クラブ活動等(自助グルー プ、患者会を含む) 6. カルチャー教室 7. ボランティア活動 8. 老人会等地区組織活動 9. その他()
ケアマネの設定し た課題	(できれば2表のコピーを匿名化して添付)	

洗濯物を干す作業の改善によって主観的健康感が向上した事例

1. 報告の目的

通所リハビリテーション（以下、通所リハ）における作業療法では、対象者が在宅生活で不具合を感じている作業を楽に行えるようになることや、可能な限り在宅生活を継続してもらうことを目的としている。今回、生活行為向上マネジメント（以下、マネジメント）を用いて、毎日の洗濯物を干す作業の改善を目標として作業療法を実施した結果、洗濯物を干すこと以外にも主観的健康感が向上した事例を経験したので報告する。

2. 事例紹介

A 氏、80 歳代女性、息子と二人暮らし。主たる診断名は変形性膝関節症。夫と駄菓子屋を営み、友人の訪問が多かったが、夫の他界後は店を閉め独居生活となった。X-3 年に隣町の息子宅に転居したが、息子は三交代勤務のため一人でぼんやりと過ごすようになった。近所に知人はなく、家に閉じこもりがちになり、膝の疼痛で活動量がさらに減少した。日常生活活動（Activities of Daily Living ; ADL）や手段的日常生活活動（Instrumental Activities of Daily Living ; IADL）は自立していた。元来話し好きで人と関わりたいとの希望があり、このままでは体が弱ると心配し、X-2 年に知人を通して自ら介護保険を申請した。要支援 1 の認定を受け、対人交流と転倒予防を目的に、当通所リハを週 1 回利用することとなった。なお X 年時点では要支援 2 であった。

3. 作業療法評価

通所リハ利用から 1 年半後には膝の痛みが強くなりはじめた。マネジメントを用いて改めて生活の中で困っていることを聞き取ると、「もう少し楽に洗濯物を干せるようになりたい」とのことだった。A 氏は家事を一人で行っており、特に毎日行う洗濯では、干すときに転んでしまったり、干し終わると疲労のためしばらく休憩しなければならない状態であった。洗濯物をうまく干せない原因として、心身機能面では、体幹・下肢の筋力低下、立位バランス低下、易疲労性が考えられた。活動と参加の面では、支柱に寄りかけられる範囲でないと干せない、ズボンを通すために竿を支柱から外す動作でバランスを崩しやすい、休憩を取りながら行うため干し終わるまでに時間がかかる状況であった。環境因子では、物干し竿が高い、縁台が物干し竿から離れている、芝生で立位が安定しにくいことなどが分かった。3 ヶ月後の予後予測としては、干し方の工夫や椅子などをうまく活用すれば、時間はかかっても安心して疲労も少なく動作を行えるようになると考えた。これらのことから、作業療法の目標は本人の希望通り、もう少し楽に洗濯物を干せるようになることとした。この目標に対する実行度は 10、満足度は 3 であった。また、主観的健康感を、とても健康、まあまあ健康、ふつう、あまり良くない、悪い、の 5 件法で聞き取ると、あまり良くないと回答した。

4.介入の基本方針

身体機能の改善によって洗濯物を干す動作が楽になることを目指すのは困難と予測されたため、洗濯物を干す場所の環境調整と、その環境における最適な動作方法を考案することとした。さらに、通所リハで模擬的な環境を設定して動作練習を行ってから、自宅での実践的な練習を行うこととした。

5.作業療法実施計画

基本的プログラムとしては、現在の身体機能を維持していくことを目的として、体幹・下肢の筋力トレーニングを自主トレーニングとして行ってもらったこととした。洗濯物を干す動作に関連した内容としては、支柱によりかかれぬ位置で干す際に必要な動作の練習として、手放し立位での物の上げ下ろしの練習を行うこととし、芝生の上を安定して歩けるように柔らかい足場での歩行練習を立案した。応用的プログラムとしては、施設の屋上にある、スタッフが普段使用している物干し竿を用いて、模擬的環境での動作練習を行うこととした。社会適応プログラムとしては、作業療法士（以下、OT）が自宅を訪問して、物干し竿周囲に椅子を設置した状態で、動作を練習することとした。そのために、まず息子に使えるような椅子などがないかを検討してもらい、OTが自宅に訪問し活用できそうな道具や方法を検討することにした。また、椅子の設置後には、雨の日や風が強い日など、必要に応じて息子に椅子を片付けてもらうなどの協力を要請することとした。

作業療法の実施は、基本的に週1回の通所リハ利用時とし、介入時間は1回約30分間とした。1ヶ月目は基本的プログラムを行い、2ヶ月目には基本的プログラムに加えて応用的プログラムも実施し、自宅訪問をして椅子などの環境設定を検討し、3ヶ月目には自宅での社会適応プログラムを実施することとした。

6.介入経過

1ヶ月目には、重錘バンドを用いた下肢筋力の自主トレーニングと、パワーリハビリテーションの機器を用いた体幹の筋力トレーニングを実施した。手放し立位での物の上げ下ろしでは、低い位置から胸の高さまで物を持ち上げる際には動作が安定しているが、それ以上高くなるとバランスを崩しやすかった。また、マットレス上での不整地歩行は安定し、物を持った状態でもふらつくことはなかった。しかし洗濯物が全部入る大きさの袋や籠になると、持ち運ぶのは困難であった。2ヶ月目の初めには自宅訪問を行い、活用できそうな物を探したが、風雨にさらされても構わないような物はなかった。そこで、施設の倉庫を探すと、一升瓶を入れるプラスチックケースが数個あり、事務を確認すると廃棄する予定とのことだったので3個もらった。このケースを間を開けて3個並べ、座面となる板を乗せれば、簡易的な椅子になると考え、施設内の木工工房に勤務している大工に、余っている板をもらえないか交渉し、長さ約2mの板を譲ってもらうことができた。通所リハ利用時に、施設の洗濯物干し場にて、物干し竿に沿ってこの椅子を設置して、A氏に実際に干す動作を行ってもらおうと、座面の高さもちょうどよく、本人からは「これなら楽にできそう」と感想があった。そこで、この方法で動作を練習し、3ヶ月目には実際に家に設置することとした。3ヶ月月中旬に再び自宅を訪問して椅子を設置した。この時点で立位バランスの改善は見られなかったが、物干しの洗濯バサミに服をセットするときは座って行うことにし、立たずに手を伸ばせばハンガーを掛けられるように、竿の高さを調整した。ズボンの干し方は以前と同じ方法だったが、椅子があることで安心して動作を行えるようになった。また、洗濯籠は持ち上げて運べ

ないため、紐をつけて地面を引きずって運ぶことにした。

7.結果

A 氏からは、自宅に椅子を設置した次の日から、いままでよりずっと楽に洗濯物を干すことができた
と報告があり、雨の日には、息子が板を外して軒下に立てかけてくれているとのことだった。椅子に座
って動作を行い、そのまま手を伸ばして洗濯物を竿にかけられるようになったことで、実施後の疲労も
軽減した。さらに、洗濯物を干すことがとても楽しくなり、毎日のこの時間が楽しみになったとのこと
で、OT に対する感謝の言葉を何度も述べて下さった。また、近隣に住む同年代の女性が庭越しに訪ねて
来て、この椅子と一緒に座っておしゃべりをしたり、持って来てくれた白菜を椅子の上で切って漬物の
準備をするなど、いろいろと役に立っていると話してくれた。実行度は以前と変わらず 10 であったが、
満足度は初回評価時の 3 から 10 へと大幅に向上した。また、主観的健康感について再度聞き取ると、当
初の「あまり良くない」から「まあまあ健康」に向上がみられた。

8.考察

A 氏は要支援 2 であり、ADL は自立しており、息子と二人暮らしのため家事などの IADL も自分の役
割として毎日行っていたため、ある程度の活動性が保たれていた。そのため、OT は現在の生活を維持す
ることを目標に考え、A 氏が感じていた生活の中での不具合を十分に把握していなかった。しかし今回、
生活行為向上マネジメントを用いたことで、A 氏が毎日の洗濯でやりにくさを感じていることが分かり、
焦点を絞った評価・介入を行うに至った。身体機能については、それ以前の関わりでも改善が難しく、
今後も出来るだけ維持することを目指すことしかできないと考えられた。自宅訪問を何度も行ったこと
によって、洗濯物を干す動作をどのような環境で行うのかを十分に評価することができ、環境調整の具
体的な方法を考案することができた。通所リハでの作業療法内容も、自宅環境を十分に考慮して実践に
役立つ内容を考案することができ、週に 1 回の利用で 3 ヶ月という少ない関わりの中でも、洗濯物を楽
に干せるようになることができた。以前の A 氏は対人交流が盛んであったが、現在は生活範囲が縮小し
たことに加えて、毎日の洗濯物を干す作業に苦勞していたことなどから、主観的にもあまり健康でない
生活を送っていると感じていた。今回の介入によって洗濯物を楽に干せるようになったことで、以前の
生活のような充実感は得られないまでも、生活の中に楽しみを見出すことができ、主観的健康感の向上
につながったものと考えられる。本事例を通して、対象者の在宅生活を丁寧に把握するという基本的な
事柄がいかに重要であるかを再確認することができた。

生活行為向上マネジメントシート

記入日： 2009年 9月 15日

生活行為向上マネジメント	生活行為の目標		本人	もう少し楽に洗濯物を干せるようになりたい		
			キーパーソン			
	アセスメント項目	心身機能・構造の分析 (精神機能,感覚,神経筋骨格,運動)		活動と参加の分析 (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)
	生活行為を妨げている要因 (ICF コード)	b730 体幹・下肢の筋力低下 b280 両膝関節の疼痛 b265 左下肢感覚軽度鈍麻 b755 立位バランス低下 b740 体力低下(20m 歩行で要休憩)		d640 寄りかかれぬ範囲に干せない d640 竿を支柱から外す動作に不安 d640 干し終えるまでに時間がかかる		e115 物干し竿の位置が高い e115 縁台と物干しが少し離れている e115 芝生で立位が安定しにくい
	現状能力 (強み) (ICF コード)	b770 両手で物を持ちながらでもゆっくりであれば5m 程度歩ける		d640 病後も自分で続けている d640 洗濯籠を引きずって運べる d640 寄りかかれれば干すことができる		e410 家事はA氏の役割である e210 芝生で転んでも怪我しにくい e410 息子が協力的
	予後予測 (いつまでに、どこまで達成できるか)	・筋力や体力、立位バランスの改善は難しいが、維持は可能		・時間はかかっても安心して疲労少なく行えるようになる		・物干し竿の高さを調節できる ・物干し竿脇に椅子を設置できる
	合意した目標 (具体的な生活行為)	もう少し楽に洗濯物を干せるようになる				
自己評価*	初期	実行度 10/10	満足度 3/10	最終	実行度 10/10	満足度 10/10

*自己評価は本人の実行度（頻度などの量的評価）と満足度（質的な評価）を1から10の数字で答えてもらう

実施・支援内容		基本的プログラム	応用的プログラム	社会適応プログラム	
生活行為向上プラン	本人	計画	実施場所：通所リハ ・筋力維持練習(体幹・下肢) ・手放し立位で物の上げ下ろし練習 ・不整地歩行練習	実施場所：通所リハ ・施設の干し場で模擬的環境を設定して動作を練習	実施場所：自宅 ・物干し竿脇に椅子を設置して動作を練習
		結果	同上	同上	同上
	家族	計画			実施場所：自宅 ・活用できそうな物を探す ・悪天候時の椅子の片付け
		結果			同上
	支援者 (職種明記)	計画	実施場所：通所リハ、支援者：OT ・リハ室にて上記のプログラムを実施	実施場所：通所リハ、支援者：OT ・A氏を干し場まで案内して上記のプログラムを実施	実施場所：自宅、支援者：OT ・安全な動作方法を本人と一緒に確認・練習
		結果	同上	同上	同上
実施・支援期間		2009年 9月 15日 ～ 2009年 12月 15日			
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			

課題分析モニタリング表

課題	アセスメント項目	現状能力	予後予測		課題重要性	課題個々の要因分析	評価	考察
			このまま推移	介入後				
基本動作	起き上がり	自立	自立	自立		<p>本事例は、ADLおよびIADLは自立しており、毎日の生活の中で家事全般も自分の役割として行っている。屋内での作業は、ゆっくりと行うことでやりにくさをそれほど感じていないが、洗濯物を干す作業は、屋外で行うために難易度が高く、しかも毎日行う作業であるため負担が大きい。</p> <p>下肢筋力低下や膝の疼痛、易疲労性などにより、上記のような状態になっていると考えられる。</p>	自立	本事例はもともとADL、IADLが自立していた。しかし、生活範囲は主に家の中に限られており、洗濯物を干すときだけは庭に出ている。
	立位保持	自立	自立	自立			自立	
	床からの立ち上がり	自立	自立	自立			自立	
	床のものを拾う	自立	自立	自立			自立	
	食事	自立	自立	自立			自立	
	イスとベッド間の移乗	自立	自立	自立			自立	
	整容	自立	自立	自立			自立	
	トイレ動作	自立	自立	自立			自立	
	入浴	自立	自立	自立			自立	
	平地歩行(車椅子駆動)	自立	自立	自立	○		自立	
ADL (B I)	階段昇降	監視or介助	監視or介助	監視or介助		<p>課題解決目標</p> <p>身体機能の改善はこれまでの経過から考えても難しく、維持していくことを目標とすることが現実的と考えられる。そこで、特に不具合を感じている洗濯物を干す作業を改善するためには、物干し竿周囲の環境調整と動作方法を工夫することによって改善することを目指す。</p>	監視or介助	本評価項目においては当初と最終評価との変化はないものの、洗濯物を干す作業については、同じ自立でも大幅な改善がみられた。それは身体機能面へのアプローチではなく、環境調整を主とした関わりによる効果であった。毎朝行う洗濯物を干す作業が楽になったことにより、心理的な余裕が生まれ、以前よりも狭小化した生活の中にあっても満足感を感じることができるようになったものと思われる。
	更衣	自立	自立	自立			自立	
	排便コントロール	自立	自立	自立			自立	
	排尿コントロール	自立	自立	自立			自立	
	食事の用意	週3回以上	週3回以上	週3回以上	○		週3回以上	
	食事の片付け	週3回以上	週3回以上	週3回以上	○		週3回以上	
	洗濯	週1回以上	週1回以上	週1回以上	○		週1回以上	
	掃除や整頓	週1回以上	週1回以上	週1回以上	○		週1回以上	
	力仕事	していない	していない	していない			していない	
	買物	まれに	まれに	まれに			まれに	
IADL (F A I)	外出	まれに	まれに	まれに		<p>(チームの)総合的援助方針</p> <p>通所リハビリテーションの利用は週1回と頻度が少ないため、数回の自宅訪問を合わせて行い、できるだけ実際の環境に合わせた練習を行っていくと共に、実際に家でも動作練習を行っていくようにする。</p>	まれに	
	屋外歩行	週1回以上	週1回以上	週1回以上	○		週1回以上	
	趣味	していない	していない	していない			していない	
	交通手段の利用	していない	していない	していない			していない	
	旅行	していない	していない	していない			していない	
	庭仕事	していない	していない	していない			していない	
	家や車の手入れ	していない	していない	していない			していない	
	読書	月2回以上	月2回以上	月2回以上			月2回以上	
	仕事	していない	していない	していない			していない	
	年金などの書類を	書ける	書ける	書ける			書ける	
老研式抜粋	新聞などを	読んでいる	読んでいる	読んでいる		<p>通所リハビリテーションの利用は週1回と頻度が少ないため、数回の自宅訪問を合わせて行い、できるだけ実際の環境に合わせた練習を行っていくと共に、実際に家でも動作練習を行っていくようにする。</p>	読んでいる	
	本や雑誌を	読んでいる	読んでいる	読んでいる			読んでいる	
	健康についての記事や番組に	関心ある	関心ある	関心ある			関心ある	
	友達の家を訪ねること	ない	ない	ない			ない	
	家族や友達の相談にのること	ない	ない	ない			ない	
	病人を見舞うこと	できない	できない	できない			できない	
	若い人に自分から話しかけること	ある	ある	ある			ある	
		未把握	未把握	未把握			未把握	
		未把握	未把握	未把握			未把握	
	他	未把握	未把握	未把握			未把握	

住み替えを機に 15 年ぶりに掃除を習慣化させた事例

1. 報告の目的

脳梗塞発症により、掃除への関心がなくなり、掃除の習慣がなくなっていた対象者に対して、住み替えを機に、掃除作業が可能になるよう OT 介入を実施した。目標設定には家族の意向が反映され、実施には家族の協力が欠かせなかった。掃除機使用による掃除作業の動作の獲得をめざし、さらにそれを習慣化するために戦略を立てアプローチし成果を得たので報告する。

2. 事例紹介

B さん (70 代女性)、夫と二人暮らし、150cm、65Kg。

47 歳でクモ膜下出血。59 歳に脳梗塞、発症から 15 年が経過。身のまわり動作は夫の助けを借りて何とか可能。入浴とリハビリ目的で週 2 回のデイケア、6 年前から OT・看護師の訪問により機能維持訓練、ADL 指導、健康管理や食事指導など利用してきた。現在、前傾姿勢で連続歩行 20m 独歩可能。左上肢に軽い左片麻痺、手指に拘縮見られるが、補助手レベル。要介護 1、日常生活自立度 A1、認知症高齢者の自立度 2A。

B さんは病気になる以前、夫とともに自営である縫製業を営みながらも、主婦として家事をこなしていた。病気後は身体が自由に動かないこともあり、掃除に関心が薄れ、掃除は全く行われなくなった。町内に住む長男夫婦が定期的に掃除し、書類の手続きや、生活費の管理をサポートしてきた。今回、50 年以上住み続けた木造の古い住宅から、集合住宅に住み替えが行われた。

3. 作業療法評価

住み替えを機に、衛生的な環境で健康的な生活を維持してほしい長男。借りるのだからきれいにしたという夫。B さんは掃除には積極的な発言はなかったが、ヘルパーによる掃除を本人は拒否した。家が狭くなることで運動不足が不安だと話した。

身心機能面では軽度左片麻痺 BRS 下肢 4、上肢 5、手指 6、手指の拘縮により指先の細かい作業は困難だが、両手の協調動作は可能。両連続歩行など持続的な運動は息があがり易く、高血圧のリスクがある。掃除機がけの 15 分位の立位動作は可能であるが、認知機能の低下もあり、手順を繰り返し教える必要がある。

活動と参加面では、方向転換などの応用歩行がやや困難で、雑巾を絞れず、床ぶき姿勢がとれない。杖なしで屋内移動可能で、物を持って運ぶなど移動しながらの上肢操作も日常的に行われていることは強みであり、掃除機がけであれば、動作遂行は可能と思われる。

環境面では、屋内が狭くなり、運動不足による機能低下が懸念された。主な介護者である夫も認知機能に不安があるが、協力的、長男家族は近所に住んでいつでも支援できる体制がある。部屋が隣接して掃除しやすく、訪問看護などの指導も期待できる。

以上のアセスメント内容をから、達成可能な目標を「掃除機を使って毎日部屋を掃除することを習慣化する」とすることに B さんの合意を得た。実行度 2、満足度 3、BI : 85 点。FAI : 13 点。老研式活動能力指標 : 4 点。

4.介入の基本方針

掃除動作を可能にするための練習を工程に分けて行い、次に習慣化のための環境アプローチを行う。きれいな住宅状況を保ち、運動機能の低下を防止することで、健康で能動的な生活を支援する。夫や長男家族の協力は必須で、プログラムへの理解を得る。

5.作業療法実施計画

週1回、1回60分のOT自宅訪問を約半年間実施。

基本プログラムとして左上下肢関節可動域維持拡大他動運動、立位バランス練習を実施した。訪問看護師にも実施してもらった。

応用プログラムとして、テーブル周りや部屋から部屋へと片手で何かにつかまりながらの屋内歩行、床のものを拾い上げながら歩くなどの動作練習を実施。

社会適応プログラムは、A：掃除機の使用準備の練習、B：掃除機の操作の練習、C：掃除機のかけ方の練習、D：決まった時間に実施するため（習慣化）の指導とした。Aでは夫が掃除機を収納場所から取り出す協力を求めた。Bでは掃除機の操作方法を、Cでは掃除機のノズルの扱い方、部屋の隅までノズルを運ぶ進め方などを指導、練習した。Dでは夫に、毎日実行するよう声かけしてもらった。息子夫婦には細部の掃除とともに実行状況に対して声かけや励ましを言ってもらった。出来たことを示す実行表で、実行状況を関係者で確認した。掃除機を扱うスキルを向上させつつ、それらを段階的に進めた。

毎回、基本、応用、社会適応の順で各プログラムを実施、1か月後からは習慣化のために、夫と掃除の場所を分担、実施時間も決め実施を促した。

6.介入経過

掃除機をかける動作は、病前は可能だったので、動かし方のイメージはできていた。ノズル式掃除機の操作として、(1)掃除機を取り出すのに、夫の協力が必要 (2)本体を引っ張る際、ノズルやコードが動きを邪魔する、(3)狭いところにノズルを伸ばす時など、強い重心の安定が必要 (4)指先に力がある本体から電源コードを引っ張り出す動作、(5)コンセントの抜き差し動作は、かがみながらのリーチ動作で全身的に負担が大きい (6)スイッチの場所がすぐ思い出せず、毎回あちこち押すなど細かい課題が見えてきた。(7)普通だったら目につくゴミも、視力低下もあり、捉えられないこともあった。また、かけた場所か、まだかけていない場所かの認識が不十分となり、(8)かけ残しがでることも課題であった。プログラム経過中に、スティック式掃除機に入れ替えたことで、(1)～(4)の問題は軽減した。抜き差ししやすいプラグで(5)は軽減、(6)は掃除機にスイッチの目印を付けるなど工夫した。(7)、(8)の問題はこの時点では、長男夫婦が週末など来てフォローをお願いした。

実行の習慣化はA～Eの順で時間をかけ実行した。A：掃除の分担表を使い、どの場所を誰が掃除するか役割分担を明確にした。B：実施時間の長さは問わず、毎日朝7時30分～朝8時の間で実施。毎日、わずかな時間でも実施してもらった。C：手順を見直した（掃除機を取り出してから実施して片付けるまでを、無駄のない動作工程をつくり、パターン化し、訪問時に繰り返し実施）。D：やるべきことの可視化、やれたかの可視化（掃除の分担表で誰が、どの場所を、掃く、拭くのかを常に確認でき、それらが実行されたのかを1か月分の実行表として、冷蔵庫の扉に貼り、実行したら自分で○をつけてもらった）。

E：遂行を助ける環境の工夫（スティック式掃除機への変更、洋服を片付け易くするパイプハンガーの設置）。

7.結果

掃除機をかける動作が練習で可能となり、「掃除分担表」「実行表」の活用によって、大雑把だが、毎日15分程度の掃除機による掃除が習慣化した。また、夫、長男家族が掃除を分担し、手伝う体制が整った。掃除機動作の習慣化もあってか、身体機能は維持された。

「(掃除は)初めは面倒だったけど慣れたわ」と、Bさんから聞かれた。掃除内容は細かいゴミが残っているなど、細部を見れば不十分である。体重は、開始時より2～5kgの範囲で減量傾向を示した。この習慣化に付随して、テーブル拭きや棚の整頓やプランターの水やりなど課題とは別の作業が習慣化された。また、細かな生活の注意が同じような方法(貼紙など)で、常に喚起され守れるようになった。長男宅が近くなり、きれいな部屋が維持され、孫が遊びに来るようになり、Bさんは喜んでいる。

FAI：13点から18点に、BI：85点、老研式活動能力指標：4点で変化なし、実行度2から8、満足度3から10へ変化した。

8.考察

Bさんは「掃除をほとんどしなかったので、やり方が分からない」と話し、作業に関する自己の能力評価ができない不安があった。できるという有効感も低下していると思われた。OTは、できる範囲から始めればよい、やりやすい方法を一緒に練習しましょうと励ました。介入前だけでなく、途中も話し合いの場を作り、家族の考えや想いを直接聞くこと、また、家族やOTの前で行うべき課題をB氏が明言することで、強い動機づけを促した。作業、工程の単純化、必ず実行していくしくみ、作業しやすい道具の選定など作業内容、環境の調整を図った。本人、OT、家族は日々の結果を評価し、できていることを視覚的にあるいは言葉で返し続けた。それら多様なアプローチが、毎日の行動パターンを安定化させ、作業の習慣化を進めたと考える。

他のIADLは不自由ながらも可能な限り行ってきたSさんが、掃除のための訪問ヘルパーを家に入れようとしなかったのは、主婦としてのプライドがあったからなのかもしれない。そのような、掃除をすることが当たり前だった以前の自身らしさの認識や、「子に迷惑をかけたくない」、「期待に応えたい」という長男家族との関係性とそこにある感情が、この作業遂行の価値を支えていると思われた。そのような個人的文脈があるからこそ、この経験と結果が、自己効力感を高めている。

掃除作業については、まだ、掃除機で部屋を隅々までかけられるレベルではない。掃除の結果、「きれいにする」の質を問えば限度がない訳だが、その後のOTの介入として、作業手順や動作の応用練習方法を変え、「きれいに掃除する」ことも目標に加え、アプローチを継続している。

9.文献

Kielhofner G (編)。山田 孝 (監修)：人間作業モデル—理論と応用。改定版2版。協同医書出版社。1997

生活行為向上マネジメントシート

記入日：2013年 11月 10日※

生活行為 アセスメント	生活行為の目標	本人	広くて古い平屋の住宅からコンクリートの集合住宅1階に引っ越し、きれいな環境を維持するために掃除をする。屋内が狭くなったが、以前のように運動量を行う。			
		キーパーソン	夫			
	アセスメント項目	心身機能・構造の分析 (精神機能,感覚,神経筋骨格,運動)		活動と参加の分析 (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)
	生活行為を妨げている要因 (ICFコード)	b760 左上下肢軽度運動麻痺 b710 手指の拘縮、左は巧緻性低い b755 立位バランスの低下 b144 軽い物忘れあり b455 息があがりやすく血圧も高い、肥満 150 cm、65 kg。		d460 室内での歩行は可能だが、方向転換や掃除機を扱うことは病気後、経験がない d440 コロコロシートめくれない d445 雑巾での床拭きは、雑巾を絞ることが困難、拭き姿勢もとりにくい d135「掃除方法が分からない」		e155 50年以上住んだ広くて古い平屋の住宅から、コンクリートの集合住宅1階に引っ越ししたばかり。トイレも近くなり、楽になったが運動不足 e310 夫と二人暮らし。夫も認知機能の軽い低下がある
	現状能力 (強み) (ICFコード)	b760 手指は補助手レベル、両手の協調動作も可能 b455 ゆっくりであれば15分の連続作業は可能 b730、b770 下肢に筋力、15mくらいはつかまらず歩ける		d410 基本的な姿勢の変換が可能 d450 歩行はワイドベースで小股だが杖を使わず移動可能 d430 5kg位であれば片手で持って移動することができる		e155 新居はコンパクトな3LDK掃除実行は動機づけやすい e410 夫は、妻の介護には協力的。長男家族は近くに住んでおり協力が得られる
	予後予測 (いつまでに、どこまで達成できるか)	現状の身体・認知機能、動機づけを考慮すると、掃除機がけが適。活動が習慣化されれば、機能維持される。手順を繰り返し指導する必要がある。		指先の細かい動作でなく、掃除機がけくらいであれば準備から掃除機を持つての動きまでを提示し繰り返し指導すれば、動作遂行は可能。		準備や掃除範囲の段階づけは夫の協力作業で可能。訪問看護スタッフや長男家族が実施状況を確認する体制をとり、繰り返し指導で、習慣化が進む。
合意した目標 (具体的な生活行為)	掃除機を使って毎日部屋を掃除することを習慣化する。					
自己評価*	初期	実行度 2/10	満足度 3/10	最終	実行度 8/10	満足度 10/10

*自己評価は本人の実行度（頻度などの量的評価）と満足度（質的な評価）を1から10の数字で答えてもらう

生活行為向上プラン	実施・支援内容		基本的プログラム	応用的プログラム	社会適応プログラム
	いつ・どこで・誰が・何を実施・支援	本人	計画	①左上下肢関節可動域維持拡大のための他動運動 ②重心移動等の立位バランス練習	①片手で何かに掴まりながら屋内を歩く練習 ②床のものを拾い上げ片付ける練習
結果			・機能は維持された。	・掃除機をかける時の動きが引き出された。	・大雑把だが、毎日15分程度の掃除機による掃除が習慣化した。
家族(夫)		計画		・普段の生活でも本人が屋内移動したり床のものを片付けたりするよう声かけ、協力する。	・掃除機の出し入れ準備を手伝う。・毎日実行するよう本人に声かけしていく。・「実行表」のチェックを行う。
		結果		・あまり協力は得られなかった。	・長男家族は細部の掃除を手伝った。 ・実行表により夫婦ともが習慣づけられた。
支援者(職種明記)		計画	・①～②OTが訪問にて一緒に実施。・訪問看護師および通所リハビリ機能訓練でも①を実施してもらう。	・①～②OTが訪問にて一緒に実施。	・①～④の直接指導。・誰がどこを掃除するのか「掃除分担表」作成と屋内掲示。・出来たことを示す「実行表」の作成。・スティック型掃除機の紹介など道具等の環境整備。
		結果	・週2回訪問にて実施	・週2回訪問にて実施	・①～③は段階づけて導入された。④には家族支援者への周知徹底が必要だった。・「掃除分担表」「実行表」が活用された。
実施・支援期間	2010年 2月 25日 ～ 2010年 8月 26日				
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				

※過去支援時に作成した作業遂行アセスメント表、作業遂行向上プラン表を基に本シートを作成。

本シートの著作権（著作人格権、著作財産権）は一般社団法人日本作業療法士協会に帰属しており、本シートの全部又は一部の無断使用、複写・複製、転載、記録媒体への入力、内容の変更等は著作権法上の例外を除いて禁じます。

課題分析モニタリング表

課題	アセスメント項目	現状能力	予後予測		課題重要性	課題分析	評価	考察
			このまま推移	介入後				
基本動作	起き上がり	自立	自立	自立		掃除整頓は住み替え前の住宅ではどうせ汚いかと、ほとんど行っていないかった。住み替えを期にきれいな部屋を保つてほしいという家族の要望が強かった。住み替え後の屋内面積が狭くコンパク的な間取りにより、歩行の機会が減り、機能低下が進む恐れがある。屋外へ出る4段の階段は手すりが付いているので何とか昇降が可能だが、下肢筋力が少しでも低下すると困難になる。週に2～3回欠かさず行ってきた洗濯も同様に行いが困難になって行く恐れがある。	自立	住み替えという生活環境の変化により、今後の本人の生活にプラス要素もマイナス要素も存在した。本人、家族の要望をすり合わせて、達成可能で合意した目標を一つに絞った。目標達成へ目指す過程で、夫の家事協力も引き出し、2人で行うことで実効性があった。掃除作業を習慣化することで移動能力の維持につながった。住み替えの機会があったから、掃除への取り組みが可能だったかもしれない。掃除をする習慣が、プランターに花を植え育てる作業へ広がった。
	立位保持	自立	自立	自立			自立	
	床からの立ち上がり	自立	自立	自立			自立	
	床のものを拾う	見守り	見守り	見守り			見守り	
	食事	自立	自立	自立			自立	
	A D L (B I)	自立	自立	自立			自立	
	食とベッド間の移乗	自立	自立	自立			自立	
	整容	自立	自立	自立			自立	
	トイレ動作	自立	自立	自立			自立	
	入浴	要介助	要介助	要介助			要介助	
	平地歩行(車椅子駆動)	部分介助	部分介助	部分介助	2		部分介助	
	階段昇降	監視or介助	監視or介助	監視or介助	3		監視or介助	
	更衣	自立	自立	自立			自立	
	排便コントロール	自立	自立	自立			自立	
	排尿コントロール	自立	自立	自立			自立	
I A D L (F A I)	食事の用意	週3回以上	時々	週3回以上		週3回以上		
	食事の片付け	週3回以上	時々	週3回以上		週3回以上		
	洗濯	週1回以上	時々	週1回以上	4	週1回以上		
	掃除や整頓	まれに	まれに	週1回以上		週1回以上		
	力仕事	していない	していない	していない	1	していない		
	買物	していない	していない	していない		していない		
	外出	していない	していない	していない		していない		
	屋外歩行	まれに	まれに	まれに		まれに		
	趣味	時々	時々	時々		時々		
	交通手段の利用	していない	していない	していない		していない		
	旅行	していない	していない	していない		していない		
	庭仕事	していない	していない	していない		していない		
	家や車の手入れ	していない	していない	していない		していない		
	読書	していない	していない	していない		していない		
	老研式抜粋	仕事	していない	していない	していない		していない	
年金などの書類を		書けない	書けない	書けない		書けない		
新聞などを		読んでいない	読んでいない	読んでいない		読んでいない		
本や雑誌を		読んでいない	読んでいない	読んでいない		読んでいない		
健康についての記事や番組に		関心がない	関心がない	関心がない		関心がない		
友達の家を訪ねること		ない	ない	ない		ない		
家族や友達の相談にのること		ない	ない	ない		ない		
病人を見舞うこと		できない	できない	できない		できない		
若い人に自分から話しかけること		ある	ある	ある		ある		
他		未把握	未把握	未把握		未把握		
		未把握	未把握	未把握		未把握		
		未把握	未把握	未把握		未把握		
		未把握	未把握	未把握		未把握		
		未把握	未把握	未把握		未把握		
		未把握	未把握	未把握		未把握		
	未把握	未把握	未把握		未把握			

1.報告の目的

対象者は、転倒事故の後遺症で歩行障害が出現し、要介護状態となったため、息子夫婦と同居することになった。本人のしたい作業を聴取したところ、「外出し、買い物に行く」という目標を立て、歩行補助具を選定し、実用的な歩行練習に取り組んだ。さらに、自宅から買い物の店に行く行程を確認し、実際に買い物をすることが動機付けを強め、外出機会が増えたので報告する。

2.事例紹介

88歳女性、要介護2。現病歴は、2年前、転倒事故による坐骨骨折、左膝蓋骨骨折を受傷し、歩行障害となった。生活歴は、開業歯科医の妻として会計事務を担当し経営を支えていた。夫との死別後は一人暮らしをしていたが、転倒受傷を機に介護認定を受け、独居生活は困難と判断され、息子夫婦宅に呼び寄せられて同居生活を始めた。見知らぬ土地に来て近隣に友人もなく、単独の外出も控えていたため、閉じこもりがちの生活となった。ケアマネジャーは、外出機会の提供と社会的交流を図る目的で当通所介護（デイサービス）を勧め、利用を開始した。デイサービスでは当初、身辺活動の自立を目標に杖歩行を中心とした機能訓練を実施していた。その結果、自宅や施設内では手すりのつたい歩きと2本杖を併用して、室内歩行が自立となった。ちょうどこの頃、本人は「散歩できるようになりたい。買い物もしたい」と希望するようになった。

3.作業療法評価

心身機能面は、両側下肢の軽度運動麻痺と感覚障害、下腿～足部の浮腫のため歩行バランスが不安定で、時々、自宅で転倒事故があった。近隣に知人もなく、日中は独居となり、閉じこもり傾向になっていた。

活動・参加面は、移動は自宅で手すりや支持物のつたい歩き、施設内は2本杖で自立している。屋外の杖歩行は速度が遅く、持久力も低下しており、実用的ではなく、遠距離の外出は車いす介助で移動していた。ADLはBI：75/100点。トイレ動作に見守りが必要で、入浴は浴槽のまたぎ動作中の転倒経験があるためデイサービスで入浴介助を受けている。IADLはFAI：12/45点。家事のうち洗濯は全自動洗濯機で可能だが、食事の用意、掃除、買い物など困難なことは嫁が代行している。

環境面は、息子夫婦と同居しており、二人とも仕事があるため日中は独居となる。自宅は一軒家で住宅街に立地し、玄関から門までのアプローチには一段ずつの段差が3カ所ある。

個別機能訓練の結果、つたい歩きと2本杖の併用で室内歩行が自立となった。この頃、本人は「散歩できるようになりたい。買い物もしたい」と希望するようになった。そこで、目標を立て直すため、生活行為向上マネジメントによる聴き取りを実施したところ、合意した目標は「歩行器を使い、自宅から約300mのコンビニ店まで買物に行く」となった。この時の自己評価は実行度3/10、満足度3/10であった。

4.介入の基本方針

自宅や施設内ではつたい歩きや2本杖歩行が自立していることから、屋外用歩行器が適応となれば、近所への外出や買い物が可能になると考えた。まず、適切な歩行器を選定し、デイサービスで適合に向けた練習を行う。買い物は実際の場面で評価、実践し、自己効力感を高めていく。家族は、散歩を兼ねた屋外歩行練習に付き添う。

5.作業療法実施計画

屋外用歩行器を使用して外出し、コンビニ店で買い物ができることを目標にする。デイサービスで週3回の個別機能訓練、自宅で自主トレと屋外歩行練習に取り組むこととする。買い物に行きたいと考えた一番近いコンビニ店までは、約300mの距離を歩き、横断歩道を渡る必要があり、店で一連の買い物行為ができるかを評価する必要があった。また、家族には散歩を兼ねた歩行練習に付き添うように協力を依頼する。

基本練習として、運動プログラムでストレッチ、下肢の筋力増強、立位バランスの訓練を受け、自宅でも自主トレを実施する(40分)。足浴にジェットバスを用いて、浮腫と感覚障害の軽減を図る(20分)。家族、ケアマネジャー、福祉用具相談員と連携し、適切な歩行器を選定する。デイサービスには屋外用歩行器を持参し、施設周囲の路上で歩行練習を実施して適合を図る(30分)。

応用練習として、一連の買い物行為を実際の店内で行い、評価と練習を並行して実施する(20分)。

社会適応練習として、自宅から店までの道程を確認し、家族が歩行練習と買い物に付き添う。担当ケアマネジャーには、目標と訓練計画、介入経過を伝え、家族の協力を調整してもらうように依頼する。

6.介入経過

介入前は2本杖の歩行練習に取り組み、室内歩行は自立となったが、屋外歩行は歩行速度が遅く、持久力も低下していたため実用的ではなかった。そのため、ケアマネジャーと連絡をとり、適切な歩行補助具の選定を検討した。歩行器の選定には、家族、ケアマネジャー、福祉用具専門相談員、筆者(OT)が同席し、屋外用歩行器2種類の中から、実際に自宅玄関外の段差越えがバランスを崩さずにできる歩行器を選んだ。本人は「これなら外を歩けるかも」、家族は「この歩行器を使えば、お母さんの散歩に付き添えます」と話した。

介入開始から1カ月は、機能訓練でストレッチ、下肢筋力の増強、立位バランスを実施し、下肢の浮腫の軽減と感覚刺激を目的に足浴を継続した。歩行練習はデイサービスに歩行器を持参し、施設の駐車場内100mをスタッフ見守りで実施した。2カ月後、トイレ動作は自立し、自宅での転倒事故は聴かれなくなった。歩行練習は一般道路に出て段差越えの練習を取り入れた。下肢の感覚障害は存続するものの、浮腫は消退した。3カ月後、自宅では時々、家族が20分程度の散歩に付き添うようになった。また、「自分の朝食くらいは作る」、「雨戸の開け閉めは自分の仕事になった」と話し、新たに家事ができるようになった。デイサービスでは、買物プログラムで自宅から一番近いコンビニ店に行き、自宅からの距離や経路を確認した。店の前の横断歩道は、スタッフ見守りで渡り切ることができた。店内を歩行器で見て歩き、商品を選んで運搬し、レジで会計を済ませる一連の行為を練習した。店員とは顔なじみとなり、できないことは協力してもらえ関係が築かれた。4カ月後、デイサービスでの歩行練習、自宅での付き添い散歩を継続している。対象者は「日曜日に息子たちとレストランに行ったんです」と嬉しそうに話

し、「もう少し頑張れば、コンビニまで買い物に行けるかもしれない」と見通しをつけた。

7.結果

心身機能面では、下肢の運動麻痺と感覚障害は存続したものの、浮腫は消失した。立位の動的バランスは改善し、自宅で転倒することはなくなった。

活動・参加面は、ADLでBI: 85/100点となり、トイレ動作が自立となった。IADLはFAI: 19/45点、老研式5/13点に向上し、軽食の用意と片付け、雨戸の開閉ができるようになった。外出は屋外用歩行器を使用して、家族の付き添いで散歩に出かけ、横断歩道を渡ることができるようになった。買い物は、コンビニ店で商品を選んで歩行器に乗せたかごで運搬し、レジで会計を済ませる一連の行為ができた。目標「歩行器を使い、自宅から約300mのコンビニまで買物に行く」の自己評価は、実行度5/10、満足度7/10となった。

8.考察

対象者は、息子夫婦宅に呼び寄せられたが、歩行障害のため外出が制限された上、家族以外は会う知人もなく、近隣情報に乏しい状況で生活しており、社会的に孤立の状態にあった。そのため、デイサービスの利用を開始し、杖を使用した歩行練習を続けていたが、屋外歩行は実用にならなかった。

そこで、本人のしたい作業の聴取から「外出し、買い物に行く」という目標を立て、歩行補助具を2本杖から屋外用歩行器に変更し、実用歩行の適合練習に取り組んだ。家族は、歩行器の選定場面に参加することで対象者の能力と安全性・実用性を確認でき、目標が達成可能であることを認識した。その結果、家族による付き添い散歩の協力が得られるようになった。さらに、自宅から一番近いコンビニ店に行く行程を確認し、実際に買い物をすることが本人の動機付けをいっそう強めた。また、目標とする店の店員と顔なじみになったことも安心感を与え、外出への意欲が向上したものと考えられる。

今回の介入期間では、単独で外出し、買い物ができるまでには至っていない。しかし、家族との散歩や外食の機会が増えたことは外出支援の成果といえる。ただ漫然と機能訓練で杖歩行の練習を繰り返していただいただけでは、生活行為の向上には結びつかず、対象者の生活圏の拡大と外出機会の増加にはつながらなかったと思われる。対象者の具体的な生活課題からトップダウンで目標を合意し、適切な福祉用具を活用しながら、実際の現場で作業を評価・実践できるように社会資源を用いたことが外出支援に有効であった。

生活行為向上マネジメントシート

記入日：2013年 7月 10日

生活行為 アセスメント	生活行為の目標		本人	歩行器で外出し、買い物に行きたい。		
			キーパーソン	本人が外出を希望するときは、なるべく付き添いたい。		
	アセスメント項目	心身機能・構造の分析 (精神機能,感覚,神経筋骨格,運動)	活動と参加の分析 (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)		
	生活行為を妨げている要因 (ICF コード)	b270 下肢の感覚低下 b280 下肢抹消部の痛み b760 両下肢の運動麻痺	d450 歩行不安定 d465 杖・歩行器を使用 d620 買物に行けない	e120 歩行器の使用に慣れていない		
	現状能力 (強み) (ICF コード)	b130 できることは自分でしたいと考えている b117 知的機能は良好	d300 コミュニケーション能力は良好 d860 物品購入の金銭の使用が正確にできる	e580 デイサービスに通所し、個別機能訓練に参加している		
	予後予測 (いつまでに、どこまで達成できるか)	機能訓練により下肢機能や平衡機能が改善する。	歩行器を使用した歩行練習により、近所で買物ができる。	時々、家族が散歩に同行してくれる。 歩行器を買物に使える。		
	合意した目標 (具体的な生活行為)	歩行器を使い、自宅から約 300m のコンビニ店まで買物に行く。				
自己評価*	初期	実行度 3/10	満足度 3/10	最終	実行度 5/10	満足度 7/10

*自己評価は本人の実行度（頻度などの量的評価）と満足度（質的な評価）を1から10の数字で答えてもらう

生活行為向上 プラン	実施・支援内容		基本的プログラム	応用的プログラム	社会適応プログラム	
	いつ・どこで・誰が・何を実施・支援	本人	計画 ・筋力増強訓練 ・立位バランス訓練 ・歩行器歩行練習	・買物の練習 (商品を選ぶ、商品を運搬する、会計する)	・買物の店を選定する ・家族に同行を依頼する ・実際に買物に行く	
		結果	・杖から歩行器に変更し、見守り屋外歩行が可能。	・買物行為はできるようになった。	・自宅と店の往復は介護者の付き添いが必要。	
	家族	計画	・ジェットバスの足浴 ・自宅で自主トレを息子夫婦が見守る		・息子様またはお嫁様が買物に同行し、歩行、買い物場面を見守る	
		結果	・足の浮腫が軽減した。 ・自宅内の転倒なし。		・付き添い歩行なら支援できることが分かった。	
	支援者 (職種明記)	計画	・デイサービス OT による個別機能訓練 ・福祉用具相談員と OT は歩行器を選定・適合	・デイサービス OT・介護士は外出訓練、買物プログラムを実施する	・デイサービス OT・介護士は買物に同行、家族、ケアマネに様子を報告	
		結果	・見守り屋外歩行が可能。 ・歩行器の使用に慣れた。	・買物行為はできるようになった。	・ケアマネが家族に協力依頼した。	
	実施・支援期間		平成 25 年 7 月 10 日 ～ 平成 25 年 11 月 2 日			
	達成		<input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 変更達成 <input checked="" type="checkbox"/> 未達成（理由：介入を継続中） <input type="checkbox"/> 中止			

本シートの著作権（著作人格権、著作財産権）は一般社団法人日本作業療法士協会に帰属しており、本シートの全部又は一部の無断使用、複写・複製、転載、記録媒体への入力、内容の変更等は著作権法上の例外を除いて禁じます。

課題分析モニタリング表

課題	アセスメント項目	現状能力	予後予測		課題重要性	
			このまま推移	介入後		
基本動作	起き上がり	自立	自立	自立		
	立位保持	自立	自立	自立		
	床からの立ち上がり	自立	見守り	自立		
	床のものを拾う	自立	一部介助	自立		
	食事	自立	自立	自立		
	イスとベッド間の移乗	監視or介助	監視or軽介助	自立		
	整容	自立	自立	自立		
	トイレ動作	要介助	自立	自立		
	入浴	部分介助	要介助	部分介助		
	平地歩行(車椅子駆動)	監視or介助	監視or介助	監視or介助	1	
	階段昇降	監視or介助	監視or介助	監視or介助		
	更衣	自立	部分介助	自立		
	排便コントロール	自立	自立	自立		
	排尿コントロール	自立	自立	自立		
I A D L (F A I)	食事の用意	時々	時々	時々		
	食事の片付け	時々	時々	時々		
	洗濯	週1回以上	まれに	週1回以上		
	掃除や整頓	していない	していない	まれに		
	力仕事	していない	していない	していない		
	買物	していない	していない	時々	4	
	外出	していない	していない	時々	3	
	屋外歩行	していない	していない	時々	2	
	趣味	時々	時々	時々		
	交通手段の利用	していない	していない	時々		
	旅行	していない	していない	時々		
	庭仕事	していない	していない	まれに		
	家や車の手入れ	していない	していない	していない		
	読書	月2回以上	時々	月2回以上		
老研式抜粋	仕事	していない	していない	していない		
	年金などの書類を	書けない	書けない	書けない		
	新聞などを	読んでいる	読んでいる	読んでいる		
	本や雑誌を	読んでいる	読んでいる	読んでいる		
	健康についての記事や番組に	関心ある	関心ある	関心ある		
	友達の家を訪ねること	ない	ない	ない		
	家族や友達の相談にのること	ない	ない	ない		
	病人を見舞うこと	できない	できない	できない		
	若い人に自分から話しかけること	ない	ない	ない		
	バスや電車を使って一人で外出	全介助	全介助	一部介助		
	日用品の買物	全介助	全介助	見守り	5	
	課題個々の要因分析	課題解決目標				
		①自宅から歩行器歩行で往復可能な店で買物ができることを目標にする。②家族、ケアマネージャー、福祉用具相談員と連携し、適切な歩行器を選定する。③一連の買物行為がで練習をする。④自宅から店までの道程を確認し、家族が付き添い練習に協力することを依頼する。				
		(チームの)総合的援助方針				
#1. デイサービスの作業療法士は個別機能訓練として、歩行器の歩行練習を実施する。#2. 作業療法士はデイサービスの買物プログラムで一連の買物行為を評価する。#3. ケアマネージャー、福祉用具相談員、作業療法士は適切な歩行補助具を選定し、適用を評価する。#4. 家族は本人の散歩に付き添い、屋外歩行の機会を増やす。						
考察		課題個々の要因分析				
		①平地歩行と②屋外歩行、③外出は関連しており、歩行の安定性が得られれば、④⑤日用品の買物に行くことが実現できそうである。歩行練習では杖を使用しているが、より安定するには歩行補助具を歩行器に変更することを試してみてもよいのではないかと。				
		自立	自立	自立	自立	歩行器の選定場面に家族が同席したこと
		自立	自立	自立	自立	で、安全性が確認され、家族による付き添い散歩の機会が増えた。実際に目標とする買物の店までの経路を確認し、店内で買物をいっそう強めることができた。
		自立	自立	自立	自立	
		自立	自立	自立	自立	
		自立	自立	自立	自立	
		自立	自立	自立	自立	
		自立	自立	自立	自立	
		自立	自立	自立	自立	
	自立	自立	自立	自立		
	部分介助	部分介助	部分介助	部分介助		
	監視or介助	監視or介助	監視or介助	監視or介助		
	監視or介助	監視or介助	監視or介助	監視or介助		
自立	自立	自立	自立			
自立	自立	自立	自立			
自立	自立	自立	自立			
自立	自立	自立	自立			
週3回以上	週3回以上	週3回以上	週3回以上			
週3回以上	週3回以上	週3回以上	週3回以上			
週1回以上	週1回以上	週1回以上	週1回以上			
していない	していない	していない	していない			
時々	時々	時々	時々			
していない	していない	していない	していない			
時々	時々	時々	時々			
時々	時々	時々	時々			
していない	していない	していない	していない			
していない	していない	していない	していない			
まれに	まれに	まれに	まれに			
していない	していない	していない	していない			
月2回以上	月2回以上	月2回以上	月2回以上			
していない	していない	していない	していない			
書けない	書けない	書けない	書けない			
読んでいる	読んでいる	読んでいる	読んでいる			
読んでいる	読んでいる	読んでいる	読んでいる			
関心ある	関心ある	関心ある	関心ある			
ない	ない	ない	ない			
できない	できない	できない	できない			
ない	ない	ない	ない			
全介助	全介助	全介助	全介助			
全介助	全介助	全介助	全介助			

1.報告の目的

右視床出血での入院中に大腸と肝臓に癌が発見され、余命宣告後にショック状態にあった対象者に対して生活行為向上マネジメントを活用し、作業療法を行った。対象者の家族に迷惑を掛けたくない思いを尊重して「一人で昼食を作って食べられるようになる」という目標を設定し、多職種連携を試みたのでここに報告する。

2.事例紹介

Aさん(60代女性)、6人暮らし。夕食の準備中に左片麻痺と左側感覚脱失が出現し、急性期病院へ救急搬送。CTにて右視床出血を認め緊急入院。その後、回復期リハ病棟に転棟してリハビリテーションを継続していた。T杖歩行監視、自助具まな板を使用して調理練習を行えるレベルまで回復し、自宅退院への調整を図っている時期(発症5ヶ月後)に大腸と肝臓に癌が発見され、手術を目的に急性期外科病棟に転棟となった。この時、余命半年と宣告され大きなショックを受けることとなった。

これまでのAさんの生活は、旦那が漁師のため、専業主婦として子育てをしていた。55歳時に近所の知人の新聞配達屋に頼まれて初めて仕事に従事し、約1年間だけバイクでの新聞配達を経験している。趣味は料理、洋裁。入院前は右変形性股関節症が悪化し、庭先の園芸は控えめになっていた。

3.作業療法評価

自宅退院を視野に入れ、癌の術後27日目に生活行為向上マネジメントを導入した。「秋の祭りまでは生きていたい。本当は帰りたいけど、旦那や息子に気を遣わせちゃうから帰りたくないのよ」という不安状態にあった。そのため本人からは、「息子に迷惑が掛からないように家事が出来るようになりたい」との希望が聞かれた。

心身機能面は、左片麻痺(BRS 上肢・手指・下肢ともに6)、左側感覚脱失、右変形性股関節症に加え術後の安静による全身耐久性低下が認められ、動作時不安の訴えも多く聞かれた。右上肢機能や知的機能は良好であり、自分で出来ることは自分でしたい気持ちがあることから、左麻痺手は補助手レベル、リハビリの習慣化により体力向上も見込まれた。

活動・参加面は、左手での活動経験不十分、歩行能力低下、調理などの家事能力低下が認められた。短距離の歩行器歩行や立位バランスが良好であることから、簡単な調理であれば自宅でも可能と考えた。

環境面では、入院中は自宅環境での直接動作練習が出来ないため動作不安の軽減はやや難しく、日中はキーパーソンの長男夫婦が不在のため協力が得られないことが予想された。しかし、自宅の台所に椅子を置くことで休憩ができ、歩行器にカゴを取り付けることで野菜や皿を運べる事が予測できた。

以上の検討から達成可能な目標は「一人で昼食を作って食べられるようになる」で合意した。実行度1、満足度1であった。

4.介入の基本方針

家族に迷惑を掛けたくない A さんの思いを尊重し、調理動作につながる練習を通して、対象者が生活への意欲を取り戻し、余生を自分らしく生きていけるように支援していく。

入院中は、歩行器歩行でのセルフケア自立を目指し、病棟スタッフは見守りの目で支援していく。

5.作業療法実施計画

基本練習と応用練習は病棟や訓練室で行い、社会適応練習は自宅生活の中で行ってもらうこととする。

まず基本練習として、体力向上を目的に訓練室と病棟内での歩行練習を実施し、PT と Ns に関わってもらう。左手は感覚障害が強いため視覚を用いた把持やつまみなどの巧緻性練習を実施し、OT が指導にあたる。

応用練習として、カゴ付き歩行器で訓練室の物品運搬練習、調理練習をする。A さんと自宅環境を想定しながら実施する。退院直前には介護保険の福祉用具レンタルで前輪型歩行器を借り、OT が歩行器にカゴを取りつけて、屋内で使えるようにする。

社会適応練習は、およそ 1 ヶ月後の自宅退院後の生活で長男夫婦と一緒に行ってもらうこととし、カゴ付き歩行器を使用して冷蔵庫から食材を取り出し、監視の下で一緒に簡単な調理をすることを願う。

左片麻痺や感覚脱失に加えて動作に不安感を持ちやすい性格のため、立位動作時は近位でサポートをして安心できるように配慮する。調理においては、包丁操作時の左麻痺手の危険が予想されるため、OT が注意喚起をしながら一緒に行う配慮をする。

6.介入経過

生活行為向上マネジメント介入時点（術後 1 ヶ月）は、癌の進行による余命宣告のショックが残った状態にあり、自宅退院など考えられる精神状態ではなかった。そこで、A さんと合意した「調理」をきっかけにして、自宅写真を見ながら歩行や動作方法をイメージしてもらった。それにより「注意する動きがわかりました。あと 1 ヶ月で料理と T 字杖歩行に自身が付くように頑張ります」との発言が聞かれた。その後からは、病棟生活で歩行器歩行を練習し、トイレへの往復も Ns 監視の下で可能となり、訓練室では T 字杖歩行を意欲的に練習することが出来るようになった。介入 9 日目には、屋内移動方法・食事場所・調理方法・ベッドの配置、夜間トイレ時の照明、福祉用具の選定について A さんと具体的に検討し、Ns にも伝達した。介入 15 日目には長男の支援の下で外出練習を行った。この日は OT、ケアマネ、福祉用具業者が同席した。そして玄関の段差昇降、開き戸の開閉方法、掘りこたつへの出入り、畳からの起立、台所での動き、風呂場への出入り、寝室のベッドの向き、冷蔵庫の食材運搬方法などの動作確認を行った。介入 26 日目に介護保険でレンタルした前輪型歩行器に 100 ショップで購入したカゴを結紮固定した。介入 29 日目、入浴以外の病棟内 ADL 自立レベルで自宅退院となる。その後、数回の外来 OT にて自宅での生活状況を確認するも日中 1 人での調理実施までには至っていなかった。屋内 ADL は自立し、「歩くスピードも速くなりました。一人で冷蔵庫からペットボトルを出して飲んだり、食べたお皿をカゴに入れて運んだり、皿洗いも出来るようになりました」との生活でしている報告もあった。

7.結果

介入 58 日目、生活目標の「一人で昼食を作って食べられるようになる」は未達成であった。調理の面では A さんは「1 人では包丁を持つのが怖い」と話し、長男は「母に包丁を持たせるのが怖いので、僕が指示通りに切っています」と話す。しかし、準備の面では前輪型歩行器に取り付けたカゴに野菜を乗せて運搬は可能。また、食事の後片付けもお皿をカゴに乗せて移動でき、皿洗い時に立ち疲れた時は台所に置いた椅子に座って休憩することで可能であった。その際、左麻痺手においても不使用にならずに常に意識して視覚下で使うことが出来ていた。実行度と満足度はともに 5 に向上していた。ADL は平地歩行が自立となり、FAI は食事の片付け、洗濯、掃除や整頓、外出の項目で点数が増加した。「余命はあとどれだけかわからないけど、もうくよくよしても仕方がないから、笑って過ごしますよ。時々、娘の車に車椅子を乗せて、ショッピングや映画館に行くんですよ」との近況報告もあり、家族も A さんの余生を大切にしていることがうかがえた。

8.考察

癌の進行による余命宣告のショックにより自宅退院など考えられる精神状態ではなかった A さんが、介入 29 日目に入浴以外の病棟内 ADL 自立レベルで自宅退院となったことに関しては、家族に迷惑を掛けたくない A さんの思いを尊重し、生活目標を一緒に考えた結果「一人で昼食を作って食べられるようになる」となった。その結果、病棟生活でも歩行器を使用する意欲に繋がり、体力向上や左手での生活動作スキルの習得にも繋がったものと考えられる。アウトカム指標となる介入 2 ヶ月後の自宅生活評価より、平地歩行・食事の片付け・洗濯等はカゴ付き歩行器で自立し、掃除や整頓・外出等は部分的支援があれば出来ることが確認できた。これは退院前の環境設定に加え、入院中に計画した基礎練習と応用練習の効果であると考えられる。また OT との連携は、ADL は主に Ns、歩行と体力面は主に PT、退院調整は Ns とケアマネとの情報連携によって自宅退院まで円滑に進められた結果とも考えられる。しかし、退院後に「一人で昼食を作って食べる」という生活目標は未達成であった。これは左片麻痺に加えて動作に不安感を持ちやすい性格の A さんにとって、調理をあまり経験したことがない長男が監視者であったことは少し役不足であった可能性がある。自宅に訪問して的確に操作方法の指導ができるような OT やヘルパーの存在が必要だったのかもしれない。この課題を達成へと導くためには、退院前にヘルパーへの家事動作指導を行い、自宅の台所で A さんと一緒に包丁で切る練習をしてもらうことも 1 つの策であったと考える。本事例を通して、退院後の指導者の選択と伝達方法が検討課題であると考えられた。

生活行為向上マネジメントシート

記入日：2013年 7月 8日

生活行為 アセスメント	生活行為の目標		本人	息子に迷惑が掛からないように家事が出来るようになりたい		
			キーパーソン	日中1人で安全に留守番が出来る		
	アセスメント項目	心身機能・構造の分析 (精神機能, 感覚, 神経筋骨格, 運動)	活動と参加の分析 (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)		
	生活行為を妨げている要因 (ICFコード)	b760 左片麻痺 (BRS 上肢VI, 手指VI, 下肢VI) b265 左感覚脱失 b710 右変形性股関節症 b152 動作時の不安感 b740 全身耐久性低下	d155 左手の活動経験不十分 d450 歩行能力低下 d630 調理能力低下 d640 洗濯や掃除などの家事能力の低下	e150 入院中は、自宅環境での動作練習が出来ない e310 日中はキーパーソンの長男夫婦が不在のため協力が得られない		
	現状能力 (強み) (ICFコード)	b130 自分で出来ることは自分でしたい気持ちがある b710 右上肢機能は良好 b117 知的機能は良好	d465 短距離の歩行器歩行は可能 d415 立位バランス良好	e135 台所に椅子を置くスペースがある e140 前輪型歩行器にカゴを付けられる		
	予後予測 (いつまでに、どこまで達成できるか)	左麻痺手は補助手レベル、リハビリの習慣化により体力向上も見込まれる。	歩行が安定すれば、簡単な調理、屋内への洗濯物干し等は可能と思われる。	台所に椅子を置いて休憩出来る。歩行器にカゴを付けることで野菜や皿を運べる。		
	合意した目標 (具体的な生活行為)	一人で昼食を作って食べられるようになる				
自己評価*	初期	実行度 1/10	満足度 1/10	最終	実行度 5/10	満足度 5/10

*自己評価は本人の実行度（頻度などの量的評価）と満足度（質的な評価）を1から10の数字で答えてもらう

生活行為向上プラン	実施・支援内容		基本的プログラム	応用的プログラム	社会適応プログラム
	いつ・どこで・誰が・何を実施・支援	本人	計画	体力向上練習 左手巧緻性練習	カゴ付き歩行器で物品運搬練習、調理練習、病棟内は歩行器歩行
結果			左手も補助手的に作業への参加可。立位耐久性の向上。	物品運搬可。調理動作可。歩行器歩行に自信を持った。	冷蔵庫から野菜を取り出す調理準備は1人で可。
家族		計画			最初は長男の見守りの下で調理をする
		結果			日中、1人で包丁を持つことには不安が残っている。
支援者 (PT・OT・Ns)		計画	OT・PTにて実施。	OT と調理練習を実施。注意点を家族に伝える。Ns は病棟生活で歩行器使用を促す。	OT は長男夫婦への協力依頼。外来通院時に様子を報告してもらう。
		結果	自主トレに取り組める。	歩行器歩行に自信を持った。包丁使用の怖さが残る。	外来通院時に助言をするも包丁を持つことはなかった。
実施・支援期間		2013年 7月8日 ～ 2013年 9月3日			
達成		<input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 変更達成 <input checked="" type="checkbox"/> 未達成 (理由：本人と家族に日中1人で包丁を持つ事に不安がある。) <input type="checkbox"/> 中止			

課題分析モニタリング表

アセスメント項目	現状能力	予後予測		課題重要性	課題個々の要因分析	評価	考察
		このまま推移	介入後				
基本動作	自立	自立	自立		<p>入浴といった日常生活動作 >、食事の用意・食事の片付け・洗濯・掃除や整頓といった家事動作 > に介助を要する原因は、既往の左片麻痺、左感覚脱失に加えて術後の廃用症候群による筋力低下、易疲労性により支障を来している状態と捉えられる。また、病院ではOTと一緒に遂行出来ても自宅では遂行出来ないとといった動作不安が強いタイプであることも困難因子になり得る。自宅環境として、キッチンや浴場に椅子が無い、動線に手すりが無いことも日常生活動作を困難にする要因と考えられる。</p> <p>課題解決目標</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 前輪型歩行器での歩行が出来る 2. 昼間のおかずが1人で作れる 3. シンク内で皿洗いが出来る 4. 前輪型歩行器に洗濯コゴを付けて移動 5. 洗濯機の使用・室内干しが出来る 6. 物品の整頓が出来る <p>(チームの)総合的援助方針</p> <p>日中1人でも自宅生活が出来るよう退院調整をしていく。</p> <p>Dr: 術創管理、肝動注化学療法 Ns: 術創管理、生活面・精神面・服薬 PT: 基本動作、基礎体力向上 OT: 日常生活動作、精神面、自宅環境設定、ケアマネへの情報提供</p>	自立	自立
起き上がり	自立	自立	自立			自立	自立
立位保持	自立	自立	自立			自立	自立
床からの立ち上がり	自立	自立	自立			自立	自立
床のものを拾う	見守り	自立	自立			自立	自立
食事	自立	自立	自立			自立	自立
食卓とベッド間の移乗	自立	自立	自立			自立	自立
整容	自立	自立	自立			自立	自立
トイレ動作	自立	自立	自立			自立	自立
入浴	要介助	要介助	要介助			要介助	要介助
ADL (B I)	要介助	要介助	要介助	1	要介助	要介助	
平地歩行(車椅子駆動)	部分介助	部分介助	部分介助		部分介助	部分介助	
階段昇降	監視or介助	監視or介助	監視or介助		監視or介助	監視or介助	
更衣	自立	自立	自立		自立	自立	
排便コントロール	自立	自立	自立		自立	自立	
排尿コントロール	自立	自立	自立		自立	自立	
食事の用意	自立	自立	自立	2	自立	自立	
食事の片付け	自立	自立	自立	3	自立	自立	
洗濯	自立	自立	自立	4	自立	自立	
掃除や整頓	自立	自立	自立	5	自立	自立	
力仕事	自立	自立	自立		自立	自立	
買物	自立	自立	自立		自立	自立	
外出	自立	自立	自立		自立	自立	
屋外歩行	自立	自立	自立		自立	自立	
趣味	自立	自立	自立		自立	自立	
交通手段の利用	自立	自立	自立		自立	自立	
旅行	自立	自立	自立		自立	自立	
庭仕事	自立	自立	自立		自立	自立	
家や車の手入れ	自立	自立	自立		自立	自立	
読書	自立	自立	自立		自立	自立	
仕事	自立	自立	自立		自立	自立	
年金などの書類を	書ける	書ける	書ける		書ける	書ける	
新聞などを	読んでいない	読んでいない	読んでいない		読んでいない	読んでいない	
本や雑誌を	読んでいない	読んでいない	読んでいない		読んでいない	読んでいない	
健康についての記事や番組に	関心がない	関心がない	関心がない		関心がない	関心がない	
友達の家を訪ねること	ない	ない	ない		ない	ない	
家族や友達の相談にのること	ない	ない	ない		ない	ない	
病人を見舞うこと	できない	できない	できない		できない	できない	
若い人に自分から話しかけること	ない	ない	ない		ない	ない	
他							

生活行為向上マネジメント基本情報

提出者 所属・氏名	所属: 氏名:	問い合わせ ID 連絡方法	ID: メール:
事例種別	【医療】 <input checked="" type="checkbox"/> 一般急性期 <input type="checkbox"/> 一般回復期 <input type="checkbox"/> 維持期 <input type="checkbox"/> 精神・認知症 <input type="checkbox"/> 小児 <input type="checkbox"/> その他() 【介護】 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員・地域包括支援センター <input type="checkbox"/> その他() 【自立支援】 <input type="checkbox"/> 身障 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 【その他】 <input type="checkbox"/> その他()		
主疾患名	肝臓癌術後の廃用症候群	発症からの期間	0ヶ月
現病歴	右視床出血にて入院中に大腸・肝臓に癌が発見され、手術となる。		
既往疾患	1循環器系:高血圧, 脳卒中(右視床出血) 6筋骨格系(右股関節変形症)		
性別	女性	年齢	67才
配偶者	あり	家族構成	6人
生活保護	なし	本人以外の家族の人数	5人
要介護度	要介護 1		
介護者の有無	2息子		
介護者の年齢	1, 65歳未満		
生活歴 (学歴・職歴・ 趣味を含む)	中学校卒業後は洋裁学校へ行き、20歳で結婚。旦那は漁師であったため、専業主婦として子育てをしていた。55歳時に近所の知人の新聞配達屋に頼まれて初めて仕事に従事することとなった。趣味は料理、洋裁。		
日常生活自立度 (寝たきり度)	A1		
痴呆性老人の 日常生活自立度	正常		
住宅・住処	1. 持ち家		
年金の種類	1. 国民年金		
収入の有無	2. していない		

地域移行・連携・社会資源情報

入院・入所またはサービス利用開始からの期間		71 日
介入期間		58 日
地域移行支援 取組みの有無	退院前訪問 あり	退院時カンファレンス参加 あり
	退院リハ指導 あり	退院後訪問指導 あり
社会資源	介入時	介入後
ケアマネ等関与	なし	あり
サービス 利用状況	12. 利用なし	7. 福祉用具・補装具(内容：前輪型歩行器、 T字杖、ポータブルトイレ、床天井支持型 手すり、シャワーチェアー)
その他の社会資源 利用状況	なし	なし
ケアマネの設定し た課題	(できれば2表のコピーを匿名化して添付)	

片麻痺になったことを第二の人生と位置付け会社社長として再出発した事例

1.報告の目的

回復期病棟では、精神面の不安定さと痛みによってリハビリテーションが思うように進まなかった対象者が、退院後職場復帰する中でさまざまな課題と直面することとなった。施設利用から3か月が経過し、意欲的に仕事に取り組む中から生じた外出先での「スーツのズボンの上げ下ろし」という課題に対して、生活行為向上マネジメントを実施した。それによって病前の趣味活動まで再開を果たした経過を報告する。

2.事例紹介

A氏(51歳男性)、脳出血による左片麻痺。要介護度1、寝たきり度A1、認知症自立度は正常。社員80名以上を抱える会社社長。1年前の会議中、左半身の運動麻痺と構音障害が出現、救急搬送。右被殻出血を認め、発症から1か月後に回復期病院に転院。転院当初は起き上がりにも介助を要したが、発症後3か月で短下肢装具とT字杖での歩行が可能となった。左上肢は運動・感覚ともに障害は重く、通所開始当初は浮腫み、硬さ、痛みが著明であった。回復期病院では易怒性、感情のコントロール低下との報告があったが、通所開始時は穏やかで意欲的であった。

水泳の特待生として高校に入学。国体選手として活躍したが、暴走族のリーダーとなり退学。多くの会社を渡り歩き、20歳代前半で結婚。2男1女に恵まれ、建築関係の会社を設立。人づきあいも良く、生活は多忙を極めていた。A氏が発症してからは長男が次期社長として代理を勤めるなど家族の協力が大きい。

3.作業療法評価

利用開始からの3か月は左上肢の随意性を引き出し、室内での歩行を安定させることが行われた。病院では痛みによって進まなかった左上肢の訓練も他動的な動きを引き出し浮腫みの軽減を図ることで随意性が出現し、左手の動きに関心も高まっていった。ちょうど仕事のリズムも出来、精力的に外に出始めた頃、作業目標の聴き取り調査を行った。

ホテルでのパーティへの参加、経営者たちの集まりなど外出が増える中、ゴムのズボンでは格好がつかないし失礼にあたるが、スーツで外出する自信がないという言葉が聞かれた。夏はズボンが薄いことやノーネクタイでも参加できる場が多いが、秋から冬にかけてはスーツでの参加も多くなりトイレを我慢してしまうとのことであった。

心身機能面では、左上肢の感覚鈍麻と可動域制限、立位バランス能力が低下していることがズボンの上げ下げを困難にしていた。

活動・参加においては社会的で、慣れた場所には自分で運転をして出かけるなど行動範囲も広がっていたが、ズボンの上げ下げに関する動作に自信がなく、スーツを着ない、または飲食を控えてしまっていた。そのようなA氏の状況を妻や長男、次男も理解しており、極力スーツでの外出時には同行していたが、A氏自身は家族への負担や自由にできないことをストレスに感じていた。

以上の状況から、社会的交流にも大きく関係するズボンの上げ下ろしを優先課題とした。実行度、満

足度は1であった。

4.介入の基本方針

会社社長という役割を第一に考え、生活の基本を職場、仕事関係での動作に据えることとした。しかし、病前のように動けないことでのストレスや仕事に没頭しすぎる性格を考慮し、ライフワークバランスを保ちながら、社会的交流や職員との関係でも新しいワークスタイルを見つけ、仕事以外に打ち込めるものも同時に考えて行くこととした。

5.作業療法実施計画

基本的プログラムとして、立位バランス訓練、左上肢機能向上訓練を継続することとした。自宅や会社の移動は全て歩行にて行っていたが、手すりやベッドサイドでのスクワット、臥位での左上肢の挙上などの自主トレーニングも導入。

応用的プログラムでは、ipadの操作時や食事時のお椀を持つなどの左手の使用、左手を日常的に補助手として用いることを意識してもらうこととした。家族には外出時に履くズボンを通所時に持って来てもらうことを伝え、練習をすることとした。また、今では自宅でシャワー浴しか行っていなかったが、寒くなってくることも考え、施設で湯船につかる練習も兼ね、週に1回程度は施設での入浴を行うこととした。この中で、更衣動作を介護職を中心に見て行くこととした。

社会適応プログラムでは、家族が同行した場合の外出先での実践を重視することとした。さらに作業療法士が実際に外出に立ち会う機会があれば同行することを提案した。

同時に、A氏から再び水泳に挑戦したいという強い希望が口にされ、A氏自身が交流のあったスイミングクラブの会長と直接交渉し、週に1回のスイミングトレーニングも計画され、作業療法士も同行する計画を立てた。

6.介入経過

当初から立ち上がりや立位保持、歩行において、左への注意・関心が欠如すると左後方へバランスを崩しやすくなり、転倒につながる危険性があった。若くてパワーもある男性のため、右の上下肢のみで修正可能ではあったが、恐怖感が増し、緊張が高まると左への意識がますます向かなくなり、左上肢の痙性が高まっていった。それを繰り返すことで左上肢の硬さが増し、さらに感覚入力が難しくなっていたため、立位にて左に重心をかけていくことや臥位での左上肢の可動域訓練は基本プログラムとして毎回実施した。

通所の回数は週に3回であったが、それ以外の日に仕事が立て込んでおり、通所当日も遅刻や早退しながらでないと回数を確保しにくい状況であった。仕事が忙しかったり、外回りのあった翌日は、左上肢が硬くなっており、動きを引き出すまでに時間を要した。徐々に硬さも取れやすくなり、A氏自身も自宅で左手のポジションを気にしたり、なるべく物を把持するよう意識していくことで随意的な動きを継続することができるようになっていった。

左手のつまみ動作が可能になってきたことで、外出時に家族がいる時は、ズボンのベルト通しに指を入れ、ズボンが落ちないように支えながら、右手でボタンを締め、ベルトを締められるようになったと報告があった。

OT との個別での関わりや入浴での介護職との関わり、屋外歩行訓練やアニマルアシステッドセラピーといった機能訓練に固執しないプログラムの中で、A 氏自身が人生を捉え直そうとしている様子もうかがえた。それがスイミングへの挑戦であった。ズボンの上げ下ろしを目標にしたが、同時にもう一度何かに打ち込みたいという思いから、家族と OT が同行し、週に 1 回スイミングスクールの個別レッスンを受講した。

7.結果

個別的な関わりを通し A 氏の障害に対する受け止め方や他者に対する考え方に変化が見られていった。第一線で働き、毎日が充実していた矢先の脳出血発症は、今までの自分とは違い思うように出来ない歯がゆさや病前の自分に戻りたいという思いを拭いきれない状態であった。そのような中 OT が「第 2 の人生を作りましょう」「障害を負ったから出会えた人たちもいます。それがこれからの会社の経営や職員の教育に新たな視点を与えてくれるかもしれません。」と話したことをきっかけに、「もう一度自分の人生を捉え直してみる」と変化した。それ以後、A 氏からは「昔の自分では考えられないくらい穏やかに社員を見ていられる」という言葉も聞かれるようになった。

スイミングでは国体選手だったこともあり、右の上下肢のみでの泳ぎは驚くほど上達していった。しかし、A 氏は「昔を思い出すと悲しくなる。今は水泳の初心者、ここから始めるのです。」と語った。

その言葉の通り、先日 OT とともに参加した経営者の集まりでは、1 年ぶりに会う仲間と気取らず笑顔で話す A 氏の姿があった。ズボンも冬用を新着して出かけたが、ボタンでつまずき介助を要した。

8.考察

回復期病院では否認・混乱を認め、感情をコントロールすることができず自宅に戻った A 氏にとって、施設での他者との関わりがこの先の人生を見つめ直す時間を与えたと考えられる。前向きに努力する同世代の男性たちの姿は一番の励みになったと同時に刺激にもなっていった。心の変化は、硬さ、痛み、浮腫みに悩まされていた左上肢の動きにも影響を与え、左手が動くようになったという達成感につながっていった。

個別での関わりは機能面のみへのアプローチにとどまらず、対話の時間を作り、過去、現在、未来を整理する場ともなった。施設内の他職種も情報を共有し、語られた内容をケアマネージャーにも伝えていった。家族には毎回の通所記録を連絡帳を通して確認してもらい、自宅での様子も書き込みながら解決すべき課題を明確にしていった。こうした周囲の理解あり、会社社長という役割を保ちながらライフスタイルを再建していくことが可能となったと考えられる。

同時にスイミングへの挑戦は、今まで最も得意だった活動を片麻痺になってから行うことで、思うようにならない体を受け入れ、過去に囚われず新たな自分を作りだそうとするための A 氏の意味のある作業であった。

生活行為向上マネジメントでの聞き取り調査を通して明確になった「ズボンの上げ下ろし」という課題は、小さな目標であったかもしれないが、人生の捉え直しとなる重要なきっかけとなったといえる。

上手く出来なくても「出来なかった」と笑って介助を求められること、片麻痺の姿であっても今までの仲間と同じ空間に立ち会話を交わすこと。実際に共に外出し垣間見た A 氏の姿は明らかに利用開始当初より輝いているように見えた。

生活行為向上マネジメントシート

記入日：2013年 8月22日

生活行為 向上 ア セ ス メ ン ト	生活行為の 目標	本人	仕事における外出先でのトイレ時にスーツのズボンの上げ下ろしを一人で行いたい			
		キーパーソン	同上			
	アセスメント 項目	心身機能・構造の分析 <small>(精神機能,感覚,神経筋骨格,運動)</small>		活動と参加の分析 <small>(移動能力,セルフケア能力)</small>		環境因子の分析 <small>(用具,環境変化,支援と関係)</small>
	生活行為を妨げ ている要因 (ICF コード)	b260・265 麻痺側の感覚鈍麻 b710 左上肢の関節可動域制限 b735 左上肢筋緊張亢進		d415 立位姿勢保持におけるバランス能力不良 d440 ズボンをつまみ、持ち上げ、保持する動作不良 d540 更衣動作において介助要す		フォーマルな場への参加が 多く、常に介助者を同行させ て外出できない
	現状能力 (強み) (ICF コード)	b130 目標が明確で意欲が高い b620 排尿機能問題なし b760 左上肢の随意性向上		d350 コミュニケーション能力良好 メール、電話を使いこなす d475 自分で運転して仕事関係の会議・会合に出席できる d850 会社社長として多くの従業員を雇い仕事に従事している d865 会社を経営する立場から複雑な経済的取引に従事している d910 ライオンズクラブに属し社会活動に参加している d920 スイミングに通っている		e310 妻・次男・長女同居 長男一家近所に居住 e410 妻・長男は本人の経営 する会社社員、次男も会社経 営にて協力的 e430 政治家とつながりあり
	予後予測 (いつまでに、どこ まで達成できるか)	トレーニングにより上肢機能、 歩行機能、バランス機能の向上 が見込まれる		週に何日も外出があり、季節も秋から冬になることでズボンも重 くなるため、実践が増え、手や体の使い方が向上すると考えられ る。そのため、出来栄は問わず出来るようになると予測される		・作業療法士のアドバイスに より、ズボンの形状、履きや すさを妻が工夫してくれる ・外出に慣れて行くと予測
	合意した目標 <small>(具体的な生活行為)</small>	仕事における外出先でのトイレ時にスーツのズボンの上げ下ろしを一人で行えるようになる				
自己評価*	初期	実行度 1/10	満足度 1/10	最終	実行度 10/10	満足度 2/10

*自己評価は本人の実行度（頻度などの量的評価）と満足度（質的な評価）を1から10の数字で答えてもらう

生活行為 向上 プ ラ ン	実施・支援内容		基本的プログラム	応用的プログラム	社会適応プログラム
	いつ・どこで・誰が・何を 実施・支援	本人	計画	立位バランス訓練・マシン訓練 左上肢機能向上訓練	・ipad 操作時、食事時の左手の 使用・左手での物品操作訓練
結果			バランス能力向上、転倒ゼロ	・左手を忘れがち（管理が不十分）、 促せば気付くことが多い	・冬用ズボンでも上げ下げが可能になったと報告あり ・介入後すぐスイミング開始：体の使い方向上
家族		計画	自宅での自主トレの見守り 会社・自宅内での歩行見守り	外出時のスーツのズボンを通所 時に持たせる	家族が同行する外出時にトイレ動作の確認を行う
		結果	自宅での自主トレは欠かさず実施	スーツを持ってくる機会はなく、 実践が多くなった	・不安な場合は家族が介助を行った ・毎週のスイミングに妻、次男、OT 同行し動作確認
支援者 <small>(職種明記)</small>		計画	・OT・PT による上肢、歩行、 バランス、協調性訓練を週3回 (1回1時間) 実施	・介護職による入浴動作、更衣動 作訓練	・スーツを着て OT とともに外出
		結果	・確実に訓練実施・リハビリ+ 週1回スイミング実施（インス トラクターとの1対1)	・麻痺側の脱ぎ着に介助要すが、 左手の参加あり、入浴・更衣動作 安定	・ズボンの種類によってボタンを留められないことあり ・スイミングインストラクターによる水中での歩行、ク ロール、背泳指導順調に実施
実施・支援期間	2013年 8月 22日 ～ 2013年 11月 18日				
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				

本シートの著作権（著作人格権、著作財産権）は一般社団法人日本作業療法士協会に帰属しており、本シートの全部又は一部の無断使用、複写・複製、転載、記録媒体への入力、内容の変更等は著作権法上の例外を除いて禁じます。

課題分析モニタリング表

課題分析モニタリング表	アセスメント項目	現状能力	予測		課題重要性
			このまま推移	介入後	
基本動作	起き上がり	自立	自立	自立	
	立位保持	見守り	見守り	自立	○
	床からの立ち上がり	一部介助	一部介助	見守り	○
	床のものを拾う	見守り	見守り	見守り	○
	食事	自立	自立	自立	
	A I D L (B I)	監視or軽介助	自立	自立	
	イスとベットの移乗	自立	自立	自立	
	整容	自立	自立	自立	
	トイレ動作	自立	自立	自立	
	人浴	要介助	要介助	自立	○
I A D L (F A I)	平地歩行(車椅子駆動)	部分介助	自立	自立	
	階段昇降	監視or介助	監視or介助	自立	
	更衣	部分介助	部分介助	自立	○
	排便コントロール	自立	自立	自立	
	排尿コントロール	自立	自立	自立	
	食事の用意	自立	自立	自立	
	食事の片付け	自立	自立	自立	
	洗濯	自立	自立	自立	
	掃除や整頓	自立	自立	自立	
	力仕事	自立	自立	自立	
老研式抜粋	買物	自立	自立	自立	
	外出	週1回以上	週1回以上	週1回以上	○
	屋外歩行	自立	自立	週1回以上	○
	趣味	自立	自立	週1回以上	○
	交通手段の利用	時々	週1回以上	週1回以上	○
	旅行	まれに	まれに	まれに	
	庭仕事	自立	自立	自立	
	家や車の手入れ	自立	自立	自立	
	読書	自立	自立	自立	
	仕事	週10時間以上	週20時間以上	月2回以上	
他	年金などの書類を	書ける	書ける	週30時間以上	○
	新聞などを	読んでいる	読んでいる	書ける	
	本や雑誌を	読んでいる	読んでいる	読んでいる	
	健康についての記事や番組に	関心ある	関心ある	関心ある	
	友達の家を訪ねること	ある	ある	ある	
	家族や友達の相談にのること	ある	ある	ある	
	病人を見舞うこと	できない	できる	できる	
	若い人に自分から話しけること	ある	ある	ある	
		未把握	未把握	未把握	
		未把握	未把握	未把握	

課題個々の要因分析

・左への注意・関心が欠如すると左後方へバランスを崩しやすくなる。立ち上がり、立位保持においてこの現象は見られる。
 ・トイレ動作の中でスポンを上げ下げする際は立位バランスが要求される。随意的に上手く動かすことができない左手を用いて、スポンのベルト通しに指をかけ、右手で衣類をしまい、ベルトを締める動作では、体を壁にもたれかけさせた状態であっても、両下肢への負担は大きい。
 ・左 upper の可動域制限や随意性の低下によって、洗体動作では右 upper や背中を洗うことが難しく、更衣動作においても左手を通す部分で介助を要す。
 ・現役の社長としての役割が大きく、外出の頻度も高い。同時に自家用車以外の交通手段の利用や、ホテル、お客様の会社などの訪問では歩行させる得ない場合も多いため、応用歩行能力が要求されるが、恐怖心と感覚の鈍さのため不安定な状態である。

課題解決目標

- ①左への注意・関心の強化
- ②立位バランスの向上
- ③左手指の粗大～巧緻性の向上
- ④(屋外、カーペットなどの上での)応用歩行の獲得
- ⑤ストレスのかかる環境を避け、ライフワークバランスへ介入
- ⑥趣味的活動(スイミング)の支援

(チームの)総合的援助方針

・会社社長という役割を第一に考え、生活の基本を在宅生活ではなく、職場、仕事関係での動作に据える。
 ・脳出血後の片麻痺の状態、社長を続けることでのストレスも考え、週3回はデイサービスを組み込み、仕事をしすぎないようケアマネージャーとも調整していく。同時に、次期社長となる長男や会社を熟知した妻とも精神面を含めた体調管理に努める。
 ・片麻痺のスイミング訓練の場を確保し、支援していく。

考察

基本動作はほぼ自立となったものの、更衣動作や入浴動作は介助を要す状態に留まった。
 この部分に対してはOTの介入不足といえる。
 しかし、IADLでは屋外歩行が定期的におこなわれるようになってきたことや、趣味としてスイミングを開始したことなどで大きく変化が戻られた。
 仕事は否応なしに増えて行ったが家族やケアマネージャーの配慮もあり、時間の管理、休憩時間は確保されている。

評価

自立
 自立
 見守り
 見守り
 自立
 自立
 自立
 要介助
 自立
 監視or介助
 部分介助
 自立
 自立
 していない
 していない
 していない
 していない
 していない
 週1回以上
 週1回以上
 週1回以上
 週1回以上
 まれに
 していない
 していない
 月2回以上
 週30時間以上
 書ける
 読んでいる
 読んでいる
 関心ある
 ある
 ある
 できる
 ある
 未把握
 未把握

生活行為向上マネジメント基本情報

提出者 所属・氏名	所属: 氏名:	ID 連絡方法	ID: メール:
事例種別	<input type="checkbox"/> 【医療】 <input type="checkbox"/> 一般急性期 <input type="checkbox"/> 一般回復期 <input type="checkbox"/> 維持期 <input type="checkbox"/> 精神・認知症 <input type="checkbox"/> 小児 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 【介護】 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input checked="" type="checkbox"/> 通所介護		
主疾患名	右被殻出血	発症からの期間	9か月
現病歴	平成24年11月28日仕事中に左片麻痺、構音障害発症。保存的加療施行。12月23日回復期リハ病棟に入院。平成25年4月27日退院。		
既往疾患	1循環器系:高血圧、脳卒中、心臓病、その他 2内分泌・栄養・代謝障害:糖尿病、高脂血症、その他 3呼吸器系、4消化器系、5泌尿器・生殖器系、6筋骨格系、 7外傷、中毒系:骨折、その他、8がん、9血液・免疫系、 10感染症、11精神・行動障害:認知症、その他、 12神経系:神経難病、その他、13目の病気、14耳の病気、 15皮膚の病気、16歯科、17その他(), 18なし		
性別	<input checked="" type="radio"/> 男性・女性	年齢	51才
配偶者	<input checked="" type="radio"/> あり・なし	家族構成	4人(本人・妻・次男・長女)
生活保護	<input checked="" type="radio"/> あり・なし	本人以外の家族の人数	3人
要介護度	要支援 1・2・ <input checked="" type="radio"/> 要介護 1・2・3・4・5		
介護者の有無	<input checked="" type="radio"/> 1 配偶者、 <input checked="" type="radio"/> 2 息子・娘 3, 息子・娘の配偶者 4, 孫 5, 兄弟・姉妹 6, その他		
介護者の年齢	<input checked="" type="radio"/> 1 65歳未満 2, 65~74歳 3, 75~84歳 4, 85歳以上		
生活歴 (学歴・職歴・ 趣味を含む)	クリーニング店の長男。高校中退後、クリーニング店に勤め、結婚。3人の子供に恵まれ、8年間に7社職場を変え生活を支えた。その後、建築関係の会社に入社。それを機に平成12年建築・不動産関係の会社を設立。	水泳の特待生として高校に入学。国体選手として活躍。道が逸れ、暴走族のリーダーとなり退学。陸上、水泳が得意。元気な頃はお酒の付き合いも多かった。	
日常生活自立度	正常・J1・J2・ <input checked="" type="radio"/> A1・A2・B1・B2・C1・C2		
痴呆性老人の 日常生活自立度	<input checked="" type="radio"/> 正常・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
住宅・住处	1. <input checked="" type="radio"/> 持ち家 2.賃貸住宅・借家 3.ケア付き住宅 4.その他()		
年金の種類	1.国民年金 2. <input checked="" type="radio"/> 厚生年金 3.共済年金 4.老齢福祉年金のみ 5.その他()		
収入の有無	<input checked="" type="radio"/> 1.収入のある仕事をしている 2.していない		

地域移行・連携・社会資源情報

入院・入所またはサービス利用開始からの期間		3 か月半
介入期間		生活行為向上マネジメントとしての介入 26 日
地域移行支援 取組みの有無	退院前訪問 あり・ <u>なし</u>	退院時カンファレンス参加 あり・ <u>なし</u>
	退院リハ指導 あり・ <u>なし</u>	退院後訪問指導 あり・ <u>なし</u>
社会資源	介入時	介入後
ケアマネ等関与	<u>あり</u> ・なし	<u>あり</u> ・なし
サービス 利用状況	1. 医療のデイケア(回・週) 2. <u>通所</u> 介護・生活支援施設(3回・週) 3. 訪問リハ(回・週) 4. 訪問介護(回・週) 5. 訪問看護(回・週) 6. 配食サービス(回・週) 7. <u>福祉</u> 用具・補装具(内容：特殊寝台、入浴補助用具、SHB+T 字杖使用) 8. 住宅改修有 9. ショーステイ(回・週) 10. 就労支援施設	1. 医療のデイケア(回・週) 2. <u>通所</u> 介護・生活支援施設(3回・週) 3. 訪問リハ(回・週) 4. 訪問介護(回・週) 5. 訪問看護(回・週) 6. 配食サービス(回・週) 7. <u>福祉</u> 用具・補装具(内容：特殊寝台、入浴補助用具、SHB+T 字杖使用) 8. 住宅改修有 9. ショーステイ(回・週) 10. 就労支援施設
その他の社会資源 利用状況	1. 一般就労・シルバー人材センター 2. 教育(学校・養護学校・訪問教育・寿大学・通信教育・生涯学習を含む) 3. 健康増進施設 4. 市町村等が実施する介護予防事業 5. サロン等老人クラブ活動等(自助グループ、患者会を含む) 6. カルチャー教室 7. ボランティア活動	1. 一般就労・シルバー人材センター 2. 教育(学校・養護学校・訪問教育・寿大学・通信教育・生涯学習を含む) 3. 健康増進施設 4. 市町村等が実施する介護予防事業 5. サロン等老人クラブ活動等(自助グループ、患者会を含む) 6. カルチャー教室 7. ボランティア活動
ケアマネの設定した課題	1. 病状の悪化を防ぐ。安定した状態で過ごしたい。 2. 脳出血の後遺症で左上肢麻痺があり、ADL 機能が低下しないようにリハビリを継続したい。 3. 自宅浴室で安全に入浴したい。 4. 室内における自立的な行動を増やすために、起き上がり、起立動作の自立を図りたい。 5. 左半身麻痺があり、移動時ふらつきあり転倒の危険性がある。 (できれば 2 表のコピーを匿名化して添付)	

主体的な野菜作りをすることで受動的な身体機能訓練のみに執着しなくなった症例

1.報告の目的

通所利用開始して半年経過しても受動的な身体機能訓練及び歩行訓練のみに執着していた対象者に対して、生活行為向上マネジメントを活用した作業療法アプローチを実施した。その結果、通所利用時は主体的に野菜作りの趣味活動を実施できるようになったため、その経過を報告する。

2.事例紹介

A 氏(70 歳代前半男性)、視床出血、右麻痺。要介護 4、寝たきり度 A1、認知症自立度は 2a。11 ヶ月前に発症、急性期病院・回復期病院で発症から 5 ヶ月間、訓練を受け自宅退院した。その後、当デイサービスを週 3 回利用開始となった。開始当初、右上肢は生活場面での参加はみられず、歩行・ADL 全般に見守りから軽介助が必要だった。OT サマリーには「ROM 制限・歩行能力低下、体幹柔軟性低下もあるためリラクゼーション・ストレッチ・基本動作訓練の継続、安全な移動の確認」が挙がっていた。ケアプラン第 2 表にも身体機能維持が課題とあがっていた。生活行為向上マネジメントでの介入まではファシリテーション・歩行訓練中心で介入した。

生活歴として中学を卒業し、家業の農業を手伝った。結婚後も専業農家で生計をたてた。仕事も趣味も野菜作りであり、自宅から 1km 離れた畑で野菜を作り売っていた。野菜作り以外の趣味・興味はなかった。

3.作業療法評価

A 氏への聞き取りで「訓練は楽しくないが治りたい」という思いとともに「車の運転をしたい」と回答が得られた。理由は、「1km 離れた畑で野菜を作りたいため」だった。

心身機能面では、右片麻痺・右上下肢筋緊張亢進による立位・歩行バランス低下、緊張は血圧変動の影響も受けた。右上肢は場面により補助として使用可能なレベルであった。複雑な指示理解は困難もコミュニケーション可能であった。強みとして左上下肢の機能良好だった。

活動・参加面では、四点杖と装具で 50m 程度見守り歩行可能、不整地歩行では実用的な歩行は困難、屋外・長距離は車椅子使用していた。食事以外の ADL は全般に見守りが必要、麻痺側上肢の参加もほぼみられなかった。強みとして座位は安定していた。

環境面では、妻と二人暮らし、妻は介護に協力的も麻痺の治癒への執着や理解力に欠ける点があった。自宅前に畑があり、畑までは整備されていた。車の運転は発症後経験がなく妻と息子が反対していた。通所は週 3 回利用で歩行や日常生活の見守りは可能な環境にあった。

以上を A 氏とともに検討し、達成可能な目標は、「通所利用時に 1 つのプランターの野菜を管理する」「自宅前の庭の畑の一部水やりをする」という 2 つが挙げられた。期間は 1 ヶ月とした。実行度・満足度は、現在この活動を実施していない為ともに 1 であった。

4.介入の基本方針

生きがいであった野菜作りができることを支援することで主体性を取り戻し、その人らしく生きていけるように関わる。そのために、基本練習、応用練習、社会適応練習に加えて介護保険で関わる多職種との連携したアプローチ及び環境調整を行う。

5.作業療法実施計画

週3回通所利用時は、20分程度個別で関わり、基本・応用練習をする計画をたてた。

基本練習として、利き手交換訓練及び応用歩行(狭い場所や椅子へのアプローチ、歩行時の下方リーチ)を実施することとした。

応用練習として通所利用時に 1.プランターの土を整備 2.野菜の選択 3.野菜の植え付け 4.野菜の管理を実施することとした。そのために OT は環境調整(椅子・プランターの高さ・ホースのポジション・ホースの先の工夫)を実施することとした。

社会応用練習として、自宅の前の畑まで歩行し水やりをすることとした。自宅畑で座位での水やりをできる環境づくり及び家族指導について訪問担当 PT に相談する計画をたてた。

6.介入経過

通所利用開始時から「治りたい」との思いが強く受け身的な身体機能訓練と歩行訓練以外の活動(机上での工作・レクリエーションなど)には関心を示されなかった。

ご利用開始6ヶ月経過後、面談・生活行為向上プランを実施した。1つめの目標である通所利用時の野菜作りのプログラムを開始するために OT は安定する場所での椅子のセッティング・のプランターの高さ調整・ホースの延長・ホースの先にノズルをつける工夫を施した。プログラムに対しては受け入れ良好、「面白いな」という発言が開始早々にみられた。血圧を管理しながら週3回、20分程度実施した。肥料や水の量などは自身で調整、野菜も「ネギの苗から」と自身で選択、植え付けも OT は準備のみの介入で可能だった。通所利用でない日の水やりの必要性の有無を OT に申し送るなどプランターのネギの管理を率先して実施できるようになった。また受け身的な身体機能訓練や歩行訓練に執着する発言も少なくなった。

一方、通所でのプログラム開始から10日後、2つ目の目標であった自宅前の畑の水やりプログラムをするために送迎時に妻に目標を説明した。次に訪問リハビリ担当 PT に電話にて畑の椅子の場所などの相談を行った。

訪問 PT からも妻に畑までの歩行や環境面の提案もあったが、妻の受け入れが不良で実施には至らなかった。妻の言い分としては「まずは麻痺が治ってから」ということであった。妻に主導権があり、A 氏との関係性も考慮した上で訪問 PT と相談し、1ヶ月のプログラムでは妻の協力と理解を得ることは困難と判断した。

7.結果

A 氏は通所利用時にプランターまで行くための椅子からの立ち上がり・四点杖歩行・扉を開ける・椅子をひく・椅子に座るといった応用動作も安定し見守りで可能になった。導入時の土を耕す時は誘導・声かけが必要であったが、苗を選択後の植え付けは主体的に実施できた。水や肥料をやることや職員に水

やりを申し送るなど、野菜に必要な手入れに対しての管理が可能となった。

一方、2つ目の目標であった自宅前の畑の手入れ(水やり)をすることに対しては、妻の理解・協力が得られず導入ができなかった。

生活行為向上マネジメントを導入してA氏とともに決めた目標に向かって1ヶ月取り組み、1つ目の目標は達成、2つ目は達成できなかった。この時点でのA氏の実行度は5・満足度は7であった。今後、A氏の意向もあり通所ではプランターの野菜の管理のプログラムは継続することとした。自宅の野菜の手入れに関しては今後の課題として畑までの歩行訓練及び妻の理解を得るため、通所の様子の報告を継続することとした。

要介護度・自立度・BI・老研式活動能力指標は変化なかったがFAIは0点から5点となった。

8. 考察

A氏の意味のある作業は野菜作りと明確であったが、当初それを実現させるためには歩行訓練や麻痺の回復の訓練だというA氏の認識があった。また、その作業が病前の作業イメージであったため、現状能力のできない部分に固執してしまったことも考えられる。

生活行為向上マネジメントツールでA氏とともに現状能力を整理し、意味のある作業をベースに実現可能な目標を挙げることで通所利用時のプログラムはスムーズに受け入れられた。福田ら1)は元々持ち合わせていた意味のある作業を理解し、作業機会を提供することが病後の作業再開に向けた第一歩となるのではないかと考えられると述べている。A氏の作業再開の第一歩が通所利用時の野菜のプランター管理からできたと考えられる。

一方、もう一つ目標に挙げていた自宅前の畑の水やりは、通所で実施のプランター管理と作業の難易度は同等レベルと考えられたが、主介護者の妻が受け入れられず実行できなかった。原因としてそれまでOTが妻と関わる機会がほとんど無く、充分関係がとれていなかったことや説明から導入までの時間が短すぎたことが考えられる。

A氏との関わりを通じて生活行為向上マネジメントを導入し、達成可能なニーズをOTという立場で考えることは、地域で暮らす対象者のQOL向上に有効だと考えられる。そのためには、対象者の真のニーズの聞き取り・分析とともに家族のニーズの把握・多職種との連携が必要であると考えられる。

9. 文献

1) 福田久徳・吉川ひろみ：病後の作業再開を可能にした背景。作業療法 30:451、2011

生活行為向上マネジメントシート

記入日：平成25年 8月21日

生活行為 アセスメント	生活行為の目標	本人	1 km離れた畑まで車を運転して行って野菜を作りたい			
		キーパーソン				
	アセスメント項目	心身機能・構造の分析 (精神機能,感覚,神経筋骨格,運動)	活動と参加の分析 (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)		
	生活行為を妨げている要因 (ICFコード)	b760 右片麻痺(B R S T 上肢IV, 手IV, 下肢IV) b265 表在感覚低下 b735 右上下肢筋緊張亢進 b420 血圧変動による全身状態の日差 b144 健忘症状軽度あり	d450 歩行は四点杖と APS-AFO で見守り必要。 d500 A D L 全般に見守りで可能も時間を要す。	発症後に運転を経験していない。 e410 妻が活動・参加よりも歩行訓練・機能訓練に固執する。妻に逆らえない。		
	現状能力 (強み) (ICFコード)	d440 左上肢の巧緻性良好 b730 左上肢の筋力5レベル d415 座位バランス良好 畑の知識が豊富	d550 食事自立(右上肢で一部補助可能) d460 見守りで屋内歩行可能。 d530 排泄は(移動を伴わない)尿器なら自立。	自宅の前の庭が広く畑がある。		
	予後予測 (いつまでに、どこまで達成できるか)	右上肢の訓練継続により生活場面での一部補助としての参加を増やせることが見込まれる。 降圧剤内服継続により全身状態安定。	見守りで応用歩行も可能と予測。 座位で、左手及び右手の一部補助で、プランターの管理は可能と予測。	訪問リハビリのセラピストや妻の協力が得られれば、自宅前の畑の手入れ(座位で水やり)は一部可能と予測。		
	合意した目標 (具体的な生活行為)	① 通所利用時に庭で1つのプランターの野菜(ネギ)を管理する。(座位) ② 自宅前の庭の畑の手入れをする。(一部水やり)				
自己評価*	初期	実行度 1/10	満足度 1/10	最終	実行度 5/10	満足度 7/10

*自己評価は本人の実行度(頻度などの量的評価)と満足度(質的な評価)を1から10の数字で答えてもらう

生活行為向上プラン	実施・支援内容		基本的プログラム	応用的プログラム	社会適応プログラム
	いつ・どこで・誰が・何を実施・支援	本人	計画	屋内外歩行訓練 両手活動訓練	通所で支援者とともにプランターでの野菜を植える、肥料をやる、水やりを実施。
結果			屋内歩行遠位見守りで可能。 主体的に自宅でも訓練継続。	通所利用時の土作り、作物の選択、苗植え、水やり、肥の管理はセッティングで可能となる。	将来的な目標(ご家族の理解を得ること含め)とし現状では未達成。
家族		計画	歩行訓練見守り継続		自宅前の畑までの動作見守り及び手入れの様子を把握。
		結果	自宅の移動手段は歩行で継続中。 通所利用時の歩行量増加。		見守りや実施に対してのご家族の協力を得られず。

本シートの著作権(著作人格権、著作財産権)は一般社団法人日本作業療法士協会に帰属しており、本シートの全部又は一部の無断使用、複写・複製、転載、記録媒体への入力、内容の変更等は著作権法上の例外を除いて禁じます。

	支援者 (職種明記)	計画	歩行は通所多職種ともADL場 面で実施する。OT介入で椅子へ のアプローチ・下方リーチなど応 用歩行指導。 看護師による血圧管理。	OTが座位でプリンター手入れ できる環境づくり。最初は、OT が庭へ誘導したり、水やりな どの声掛けをする。後に自己管理 して頂き、ご利用のない日の水や りや管理をOTや職員に指示で きるようする。	訪問PTと相談し、家の前の庭ま での歩行や座る場所や椅子の配 置を検討。
		結果	椅子へのアプローチ、リーチ含め 見守りで実施。右上肢が生活場 面での参加増加(器を補助、右手で 左手をかく等)。 血圧は内服コントロール可能。	職員に通所利用しない日の手入 れを指示することが可能となる。 (水やりの必要性の有無など)	ご家族の意向により、畑までの歩 行訓練のみ実施するが畑の手入 れは現状では困難と判断。自宅 での作業は実行に至らず。訪問PT と、ご家族の理解を得るための関 わりを継続することとする。
実施・支援期間		平成25年 9月 1日 ~ 平成25年 9月 30日			
達成		<input type="checkbox"/> 達成 <input checked="" type="checkbox"/> 変更達成 <input type="checkbox"/> 未達成 (理由：) <input type="checkbox"/> 中止			

課題分析モニタリング表

課題	アセスメント項目		現状能力	予測		課題重要性
	このまま推移	介入後		このまま推移	介入後	
基本動作	起き上がり	自立	自立	自立	自立	
	立位保持	自立	自立	自立	自立	
	床からの立ち上がり	一部介助	一部介助	一部介助	一部介助	
	床のものを拾う	見守り	見守り	見守り	見守り	
	食事	自立	自立	自立	自立	
	A Aとベッド間の移乗	監視or軽介助	監視or軽介助	監視or軽介助	監視or軽介助	
	D 整容	自立	自立	自立	自立	
	L トイレ動作	部分介助	部分介助	部分介助	部分介助	
	(B 入浴	要介助	要介助	要介助	要介助	
	(I 平地歩行(車椅子駆動)	部分介助	部分介助	部分介助	部分介助	
I A D L (F A I)	階段昇降	監視or介助	監視or介助	監視or介助	監視or介助	
	更衣	部分介助	部分介助	部分介助	部分介助	
	排便コントロール	自立	自立	自立	自立	
	排尿コントロール	自立	自立	自立	自立	
	食事の用意	していない	していない	していない	していない	
	食事の片付け	していない	していない	していない	していない	
	洗濯	していない	していない	していない	していない	
	掃除や整頓	していない	していない	していない	していない	
	力仕事	していない	していない	していない	していない	
	買物	していない	していない	していない	していない	
A D L (F A I)	外出	していない	していない	していない	していない	
	屋外歩行	していない	していない	していない	していない	
	趣味	していない	していない	していない	していない	
	交通手段の利用	していない	していない	していない	していない	
	旅行	していない	していない	していない	していない	
	庭仕事	していない	していない	していない	していない	
	家や車の手入れ	していない	していない	していない	していない	
	読書	していない	していない	していない	していない	
	仕事	していない	していない	していない	していない	
	年金などの書類を	書けない	書けない	書けない	書けない	
老研式抜粋	新聞などを	読んでいない	読んでいない	読んでいない	読んでいない	
	本や雑誌を	読んでいない	読んでいない	読んでいない	読んでいない	
	健康についての記事や番組に	関心ある	関心ある	関心ある	関心ある	
	友達の家を訪ねること	ない	ない	ない	ない	
	家族や友達の相談にのること	できない	できない	できない	できない	
	病人を見舞うこと	ある	ある	ある	ある	
	若い人に自分から話しかけること	未把握	未把握	未把握	未把握	
		未把握	未把握	未把握	未把握	
	他	未把握	未把握	未把握	未把握	

課題個々の要因分析

右片麻痺・右上下肢筋緊張亢進による立位・歩行パララズ低下、緊張は血圧変動の影響あり。右下肢は場面により補助として使用可能なレベル。複雑な指示理解は困難もコミュニケーション可能で。強みとして左上下肢の機能良好。活動・参加面では、四点杖と装具で50m程度見守り歩行可能、不整地歩行では実用的な歩行は困難、屋外・長距離は車椅子使用。食事以外のADLは全般に見守りが必要、麻痺側上肢の参加もはばみられず。強みとして座位は安定。環境面では、妻と二人暮らし、妻は介護に協力的も麻痺の治癒への執着や理解力に欠ける点あり。自宅前に畑があり、畑までは整備。車の運転は発症後経験がなく妻と息子が反対。通所は週3回利用で歩行や日常生活の見守りは可能な環境。

課題解決目標

目標は、「通所利用時に①プランターの野菜を管理する」「自宅前の庭の畑の一部水やりをする。期間は1ヶ月。基本練習として、サンイング・細手での活動・利き手交換訓練及び応用歩行(狭い場所や椅子へのアプローチ、歩行時の下方向け)」。応用練習として、通所利用時に①プランターの土を整備②野菜の選択③野菜の植え付け④野菜の管理を実施。そのためにOTは環境調整椅子・プランターの高さ・ホースのポジション、ホースの先(工夫)を実施。社会応用練習として、自宅前の畑まで歩行し水やりを実施。自宅畑で座位での水やりができる環境づくり及び家族指導について訪問相当PTIに相談する計画立案。

(チームの)総合的援助方針

生かすことのできる野菜作りができることを支援することで主体性を取り戻し、その人らしく生きていけるようになる。そのために、基本練習、応用練習、社会適応練習に加えて介護保険で関わる多職種との連携したアプローチ及び環境調整を行う。

考察

A氏の意味のある作業は野菜作りと明確であったが、当初それを裏切ったためには歩行訓練や麻痺の回復の訓練などというA氏の認識があった。また、その作業が病前の作業イメージであったため、現状能力でできた部分に固執してしまつたことも考えられる。生活行為向上マネジメントツールでA氏とともに現状能力を整理し、意味のある作業をベースに実現可能な目標を挙げることで通所利用時のプログラムはスムーズに受け入れられた。福田・吉川(病後の作業再開を可能にした)は元々持合をわけていた意味のある作業を整理し、作業機会を提供すること(病後の作業再開に向けた第一歩となるのではないかと考えられる)と述べている。A氏の作業再開の第一歩が通所利用時の野菜のプランター管理からできたと考えられる。一方、もう一つ目標に挙げた自宅前の畑の水やりは、通所での実施のアプローチと作業の難易度は同等レベルと考へられたが、主介護者の妻が受け入れられず実行できなかった。原因としてそれまでOTが妻と関わる機会がほとんど無く、十分関係がとれていなかったことや説明から導入までの時間が短すぎたことが考えられる。A氏との関わりを通じて生活行為向上マネジメントを導入し、達成可能なニーズをOTという立場で考えることは、地域で暮らす対象者のQOL向上に有効だと考えられる。そのためには、対象者の真のニーズの聞き取り・分析とともに家族のニーズの把握・多職種との連携が必要であると考えられる。

評価

自立
自立
一部介助
一部介助
監視or軽介助
自立
部分介助
要介助
部分介助
監視or介助
部分介助
自立
自立
していない
していない
していない
していない
していない
していない
まれに
週1回以上
していない
定期的
していない
していない
していない
書けない
読んでいない
読んでいない
関心ある
ない
ない
できない
ある
未把握
未把握

生活行為向上マネジメント基本情報

提出者 所属・氏名	所属:氏名:	問い合わせ ID 連絡方法	ID: メール:
事例種別	<p>【医療】<input type="checkbox"/>一般急性期 <input type="checkbox"/>一般回復期 <input type="checkbox"/>維持期 <input type="checkbox"/>精神・認知症 <input type="checkbox"/>小児 <input type="checkbox"/>その他()</p> <p>【介護】<input type="checkbox"/>老人保健施設 <input type="checkbox"/>通所リハ <input type="checkbox"/>訪問リハ <input checked="" type="checkbox"/>通所介護 <input type="checkbox"/>訪問介護 <input type="checkbox"/>介護支援専門員・地域包括支援センター <input type="checkbox"/>その他()</p> <p>【自立支援】<input type="checkbox"/>身障 <input type="checkbox"/>知的 <input type="checkbox"/>精神</p> <p>【その他】 <input type="checkbox"/>その他()</p>		
主疾患名	左視床出血、高血圧	発症からの期間	11か月
現病歴	X年10月23日発症。同26日内視鏡下脳空内血腫除去術を施行。11月19日～X+1年3月3日回復期リハ病棟に入院。退院後3月5日より当デイサービスご利用開始。		
既往疾患	<p>①循環器系:高血圧, 脳卒中, 心臓病, その他 2内分泌・栄養・代謝障害:糖尿病, 高脂血症, その他 3呼吸器系, 4消化器系, 5泌尿器・生殖器系, 6筋骨格系, 7外傷、中毒系:骨折, その他, 8がん, 9血液・免疫系, 10 感染症, 11 精神・行動障害:認知症, その他, 12 神経系:神経難病, その他, 13 目の病気, 14 耳の病気、 15 皮膚の病気, 16 歯科, 17 その他(), 18 なし</p>		
性別	<input checked="" type="radio"/> 男性 ・ 女性	年齢	72才
配偶者	<input checked="" type="radio"/> あり ・ なし	家族構成	2人
生活保護	あり ・ <input checked="" type="radio"/> なし	本人以外の家族の人数	1人
要介護度	要支援 1・2・要介護 1・2・3・ <input checked="" type="radio"/> 4・5		
介護者の有無	<input checked="" type="radio"/> 配偶者, 2息子・娘 3, 息子・娘の配偶者 4, 孫 5, 兄弟・姉妹 6, その他		
介護者の年齢	1, 65歳未満 <input checked="" type="radio"/> 2, 65～74歳 3, 75～84歳 4, 85歳以上		
生活歴 (学歴・職歴・ 趣味を含む)	中学を卒業して家業の農業と漁師を手伝う。28才で結婚。息子1人もうける。専業農家で農業で生計をたてる。仕事も趣味も野菜作り。自宅から1km先の畑で野菜を作り売っていた。野菜作り以外の趣味・興味はない。		
日常生活自立度 (寝たきり度)	正常 ・ J1 ・ J2 ・ <input checked="" type="radio"/> A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2		
痴呆性老人の 日常生活自立度	正常 ・ I ・ <input checked="" type="radio"/> IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M		
住宅・住処	<input checked="" type="radio"/> 1. 持ち家 2. 賃貸住宅・借家 3. ケア付き住宅 4. その他()		
年金の種類	1. 国民年金 <input checked="" type="radio"/> 2. 厚生年金 3. 共済年金 4. 老齢福祉年金のみ 5. その他()		
収入の有無	1. 収入のある仕事をしている <input checked="" type="radio"/> 2. していない		

地域移行・連携・社会資源情報

入院・入所またはサービス利用開始からの期間	180 日								
介入期間	30 日								
地域移行支援 取組みの有無	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">退院前訪問</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">あり・(なし)</td> <td style="width: 50%;">退院時カンファレンス参加</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">あり・(なし)</td> </tr> <tr> <td>退院リハ指導</td> <td style="text-align: center;">あり・(なし)</td> <td>退院後訪問指導</td> <td style="text-align: center;">あり・(なし)</td> </tr> </table>	退院前訪問	あり・(なし)	退院時カンファレンス参加	あり・(なし)	退院リハ指導	あり・(なし)	退院後訪問指導	あり・(なし)
退院前訪問	あり・(なし)	退院時カンファレンス参加	あり・(なし)						
退院リハ指導	あり・(なし)	退院後訪問指導	あり・(なし)						
社会資源	介入時								
ケアマネ等関与	介入後								
ケアマネ等関与	(あり)・なし								
ケアマネ等関与	(あり)・なし								
サービス 利用状況	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"> <p>1. 医療のデイケア(回・週)</p> <p>2. 通所介護・生活支援施設(3回・週)</p> <p>3. 訪問リハ(1回・週)</p> <p>4. 訪問介護(回・週)</p> <p>5. 訪問看護(回・週)</p> <p>6. 配食サービス(回・週)</p> <p><u>7.</u>福祉用具・補装具(内容：四点杖、車椅子、上がり框手すり)</p> <p><u>8.</u>住宅改修有</p> <p>9. ショーステイ(回・週)</p> <p>10. 就労支援施設</p> <p>11. 地域活動支援センター等相談機関</p> <p>13. 機能訓練施設等(通園・療育・通所リハ)(回・週)</p> <p>12. その他()(回・週)</p> <p>12. 利用なし</p> </td> <td style="width: 50%;"> <p>1. 医療のデイケア(回・週)</p> <p>2. 通所介護・生活支援施設(3回・週)</p> <p>3. 訪問リハ(1回・週)</p> <p>4. 訪問介護(回・週)</p> <p>5. 訪問看護(回・週)</p> <p>6. 配食サービス(回・週)</p> <p><u>7.</u>福祉用具・補装具(内容：四点杖、車椅子、上がり框手すり)</p> <p><u>8.</u>住宅改修有</p> <p>9. ショーステイ(回・週)</p> <p>10. 就労支援施設</p> <p>11. 地域活動支援センター等相談機関</p> <p>13. 機能訓練施設等(通園・療育・通所リハ)(回・週)</p> <p>12. その他()(回・週)</p> <p>12. 利用なし</p> </td> </tr> </table>	<p>1. 医療のデイケア(回・週)</p> <p>2. 通所介護・生活支援施設(3回・週)</p> <p>3. 訪問リハ(1回・週)</p> <p>4. 訪問介護(回・週)</p> <p>5. 訪問看護(回・週)</p> <p>6. 配食サービス(回・週)</p> <p><u>7.</u>福祉用具・補装具(内容：四点杖、車椅子、上がり框手すり)</p> <p><u>8.</u>住宅改修有</p> <p>9. ショーステイ(回・週)</p> <p>10. 就労支援施設</p> <p>11. 地域活動支援センター等相談機関</p> <p>13. 機能訓練施設等(通園・療育・通所リハ)(回・週)</p> <p>12. その他()(回・週)</p> <p>12. 利用なし</p>	<p>1. 医療のデイケア(回・週)</p> <p>2. 通所介護・生活支援施設(3回・週)</p> <p>3. 訪問リハ(1回・週)</p> <p>4. 訪問介護(回・週)</p> <p>5. 訪問看護(回・週)</p> <p>6. 配食サービス(回・週)</p> <p><u>7.</u>福祉用具・補装具(内容：四点杖、車椅子、上がり框手すり)</p> <p><u>8.</u>住宅改修有</p> <p>9. ショーステイ(回・週)</p> <p>10. 就労支援施設</p> <p>11. 地域活動支援センター等相談機関</p> <p>13. 機能訓練施設等(通園・療育・通所リハ)(回・週)</p> <p>12. その他()(回・週)</p> <p>12. 利用なし</p>						
<p>1. 医療のデイケア(回・週)</p> <p>2. 通所介護・生活支援施設(3回・週)</p> <p>3. 訪問リハ(1回・週)</p> <p>4. 訪問介護(回・週)</p> <p>5. 訪問看護(回・週)</p> <p>6. 配食サービス(回・週)</p> <p><u>7.</u>福祉用具・補装具(内容：四点杖、車椅子、上がり框手すり)</p> <p><u>8.</u>住宅改修有</p> <p>9. ショーステイ(回・週)</p> <p>10. 就労支援施設</p> <p>11. 地域活動支援センター等相談機関</p> <p>13. 機能訓練施設等(通園・療育・通所リハ)(回・週)</p> <p>12. その他()(回・週)</p> <p>12. 利用なし</p>	<p>1. 医療のデイケア(回・週)</p> <p>2. 通所介護・生活支援施設(3回・週)</p> <p>3. 訪問リハ(1回・週)</p> <p>4. 訪問介護(回・週)</p> <p>5. 訪問看護(回・週)</p> <p>6. 配食サービス(回・週)</p> <p><u>7.</u>福祉用具・補装具(内容：四点杖、車椅子、上がり框手すり)</p> <p><u>8.</u>住宅改修有</p> <p>9. ショーステイ(回・週)</p> <p>10. 就労支援施設</p> <p>11. 地域活動支援センター等相談機関</p> <p>13. 機能訓練施設等(通園・療育・通所リハ)(回・週)</p> <p>12. その他()(回・週)</p> <p>12. 利用なし</p>								
その他の社会資源 利用状況	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"> <p>1. 一般就労・シルバー人材センター</p> <p>2. 教育(学校・養護学校・訪問教育・寿大学・通信教育・生涯学習を含む)</p> <p>3. 健康増進施設</p> <p>4. 市町村等が実施する介護予防事業</p> <p>5. サロン等老人クラブ活動等(自助グループ、患者会を含む)</p> <p>6. カルチャー教室</p> <p>7. ボランティア活動</p> <p>8. 老人会等地区組織活動</p> <p>9. その他()</p> </td> <td style="width: 50%;"> <p>1. 一般就労・シルバー人材センター</p> <p>2. 教育(学校・養護学校・訪問教育・寿大学・通信教育・生涯学習を含む)</p> <p>3. 健康増進施設</p> <p>4. 市町村等が実施する介護予防事業</p> <p>5. サロン等老人クラブ活動等(自助グループ、患者会を含む)</p> <p>6. カルチャー教室</p> <p>7. ボランティア活動</p> <p>8. 老人会等地区組織活動</p> <p>9. その他()</p> </td> </tr> </table>	<p>1. 一般就労・シルバー人材センター</p> <p>2. 教育(学校・養護学校・訪問教育・寿大学・通信教育・生涯学習を含む)</p> <p>3. 健康増進施設</p> <p>4. 市町村等が実施する介護予防事業</p> <p>5. サロン等老人クラブ活動等(自助グループ、患者会を含む)</p> <p>6. カルチャー教室</p> <p>7. ボランティア活動</p> <p>8. 老人会等地区組織活動</p> <p>9. その他()</p>	<p>1. 一般就労・シルバー人材センター</p> <p>2. 教育(学校・養護学校・訪問教育・寿大学・通信教育・生涯学習を含む)</p> <p>3. 健康増進施設</p> <p>4. 市町村等が実施する介護予防事業</p> <p>5. サロン等老人クラブ活動等(自助グループ、患者会を含む)</p> <p>6. カルチャー教室</p> <p>7. ボランティア活動</p> <p>8. 老人会等地区組織活動</p> <p>9. その他()</p>						
<p>1. 一般就労・シルバー人材センター</p> <p>2. 教育(学校・養護学校・訪問教育・寿大学・通信教育・生涯学習を含む)</p> <p>3. 健康増進施設</p> <p>4. 市町村等が実施する介護予防事業</p> <p>5. サロン等老人クラブ活動等(自助グループ、患者会を含む)</p> <p>6. カルチャー教室</p> <p>7. ボランティア活動</p> <p>8. 老人会等地区組織活動</p> <p>9. その他()</p>	<p>1. 一般就労・シルバー人材センター</p> <p>2. 教育(学校・養護学校・訪問教育・寿大学・通信教育・生涯学習を含む)</p> <p>3. 健康増進施設</p> <p>4. 市町村等が実施する介護予防事業</p> <p>5. サロン等老人クラブ活動等(自助グループ、患者会を含む)</p> <p>6. カルチャー教室</p> <p>7. ボランティア活動</p> <p>8. 老人会等地区組織活動</p> <p>9. その他()</p>								
ケアマネの設定した課題	(できれば2表のコピーを匿名化して添付)								

研究員および班員

生活行為向上マネジメントの質の評価方法の開発と質の向上のあり方検討事業

班長	小林 隆司	吉備国際大学
	東 登志夫	長崎大学大学院
	石川 隆志	秋田大学
	長谷川 敬一	竹田総合病院
	尾崎 勝彦	市立御前崎総合病院
	寛 智裕	牛久愛和総合病院
	三上 直剛	函館脳神経外科病院
	清野 敏秀	朝日町立病院
	徳本 雅子	中国労災病院
	椎野 良隆	竹田総合病院
	大場 秀樹	東京都リハビリテーション病院
	小出 将志	佐世保中央病院
	柴田 八衣子	兵庫県立リハビリテーション中央病院
	榎森 智絵	自宅
	生駒 英長	いきいきリハビリケアいきいき稲福デイサービスセンター
	有村 正弘	介護老人保健施設さくら苑
	茂木 有希子	幸せの羽訪問看護ステーション
	谷川 真澄	なるぞ
	木村 修介	新緑訪問看護ステーション長津田
	石井 利幸	介護老人保健施設ひもろぎの園
	三浦 晃	介護老人保健施設せんだんの丘
	渡邊 基子	介護老人保健施設ゆうゆう
	猪股 英輔	多摩たんぽぽ介護サービスセンター
	小林 幸治	目白大学
	宮内 順子	介護老人保健施設ぺあれんと
	塩田 繁人	石川県立高松病院
	村井 千賀	石川県立高松病院
	渡邊 忠義	あさかホスピタル
	田辺 美樹子	自宅

事例協力者

磯野 秀樹	日立製作所 日立総合病院
高橋 啓吾	リハビリテーション天草病院
斉喜 真代	特別養護老人ホーム ベルライヴ
宮本 香織	(株) 光となごみ アクティブ 応援館かめ sun
都甲 幹太	介護老人保健施設 あやめの里
小山 智彦	サクス米山

北別府 慎介	西大和リハビリテーション病院
丹生谷 哲哉	放射線第一病院
熊谷 隆史	医療福祉専門学校 緑生館
森田 まゆみ	長与病院

事例外部審査員

川越 雅弘	国立社会保障・人口問題研究所
鷲見 よしみ	一般社団法人日本介護支援員協会
東内 京一	和光市役所
葉山 靖明	デイサービスセンターけやき通り
中村 春基	一般社団法人日本作業療法士協会

平成 25 年度老人保健健康増進事業

医療から介護保険まで一貫した
生活行為の自立支援に向けた
リハビリテーションの効果と質に関する評価研究

2014 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

