

アセスメントを基に、身体機能向上に合わせて、一人暮らしのための洗濯・調理など、具体的な家事動作や日課を管理する方法を取り入れるなかで、記憶の代償手段の獲得や本人が考える一人暮らし生活のイメージが作れるようプラン（表参照）を立てた。プランは本人、家族、支援者に分けて記載。上段に計画、下段に実施した結果を記している。

人は作業をすることで元気になれる

生活行為向上プラン いつ・どこで・誰が・何を実施・支援	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
	本人	計画	立位バランス・歩行訓練 メモリーノート活用練習	病棟でのADL練習 家事動作練習	自宅訪問練習 娘さんと外出・外泊練習
		結果	立位・歩行可能 ノート活用を促し記入可能	病棟ADL見守りで可能 家事動作環境設定で可能	自宅での生活可能との確認可
	家族（娘）	計画	飼い猫の餌をあげる 近所の方の近況を報告	外出・外泊練習で独歩でのADLを体験する	継続した外出・外泊訓練を実施する
		結果	猫を飼い続けられる 近隣友人関係を続ける	独歩での屋内移動・ADL可能	週末の外出・外泊を実施
	支援者	計画	Ns・PT：歩行器評価導入 ノート記入促し MSW：早期訪問調整 / ケアマネ連携	Ns: 病棟 ADL 歩行を促し見守る (不安時は近位見守り)	ケアマネ: 退院後の生活を話し合い、継続支援を行うことを本人に理解してもらう
		結果	独歩可能・ノート記入促し可能 早期訪問可能・ケアマネと病院間の連携可能	独歩でのADL可能	退院後の生活に対し、前向きな発言みられる

その結果、日中は独歩、夜間は歩行器による歩行が可能となり ADL も入浴時の見守り以外は自立となった。当初 1/10 レベルであった本人の実行度（やれるという気持ち）と満足度は、最終確認時には 9/10 へと向上した。地域のサービススタッフと連携し、メモリーノートを活用して自分で家事を行い、訪問介護に実施確認をしてもらい、転院から 3 カ月後に退院となった。退院後はプールのある通所介護に週2回通い、友達と外出するなど、楽しみと生きがいを持って暮らしている。

提案 5

生活行為申し送り表の活用

“生活行為向上マネジメント”では、医療機関からの退所時に同職種間や介護支援専門員などの関係職種との連携ツールとして「生活行為申し送り表」を活用します。

生活行為申し送り表は、①元気な時の状態、②本人の困っている・できるようになりたいこと（本人の意向）、③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、④日常生活の主な過ごし方、⑤現在の生活状況（ADL/IADL の能力）、⑥アセスメントのまとめと解決すべき課題、⑦今後継続するよい支援内容またはプログラム（具体的支援方法）、の7つの項目を申し送ります。

これらの項目は、ケアプランの第二表と連動するように配慮されています。作業療法士が把握したADLや手段的ADL能力や生活行為向上に向けた支援の方法について記載した「生活行為申し送り表」は、高齢者の自立支援に向けたケアプラン作成を行う上で、大変参考となります。

✓ 生活行為申し送り表を受け取った介護支援専門員の声

- 対象者の全体像を把握することができた。
- どの程度の動作や活動が可能なのかよくわかった。
- 本人の意向や将来に向けての気持ちがしっかりアセスメントされており、在宅へ戻ってからの支援の参考になった。
- 家事を含む細かい生活状況が分かり、支援するポイントが理解しやすく大変参考になった。
- 各事業所に受け取った内容を情報提供することで、情報を共有するきっかけができた。

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。◆	
<p>【元気な時の生活状態】 入浴： おむつ交換： 食事： 服薬： トイレ： 入浴： おむつ交換： 食事： 服薬： トイレ： お風呂： 尿管：</p> <p>【現在の生活状況】(本人の能力を記述する) * 該当箇所にしめて下さい。 おむつ交換： 食事： 服薬： トイレ： 入浴： お風呂： 尿管：</p> <p>【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】 特記事項：</p> <p>【ご本人の困っている・できるようになりたいこと】 できるようになります。</p> <p>【日常生活の主な過ごし方】 お風呂： 尿管：</p> <p>【アセスメントまとめと解決すべき課題】 お風呂： 尿管：</p> <p>【継続するよい支援内容またはプログラム】 お風呂： 尿管：</p>	



生活行為の自立を目指して



生活行為向上マネジメント

Management Tool for Daily Life Performance

一般社団法人 日本作業療法士協会

提案1

生活行為に焦点を当てた支援の提案

私たちの生活はその人にとって「意味のある作業」の連続から成り立っている。

私たちの生活は、日常生活における身の回りの動作が滞りなくできるだけでなく、趣味、生きがい、社会参加などその人にとって「意味のある、したい作業」を日々の生活の中で続け、その行為から満足感や充実感を得ることで、元気な充実した生活を送ることができます。

しかし、高齢期では加齢や病気による心身機能の低下により、これまでできていた家事や余暇活動といった生活の行為が困難になる、退職や家族構成の変化により自由時間が増え生活のリズムが変化するなど、生活を送る上で様々な作業の作り直しが求められます。

そこでここでは、生き生きとした活動的な生活を送るために、その高齢者にとって生活意欲を高めるもとなる「意味のある、したい生活行為」を再び行えるようにする生活行為向上のための支援のあり方を提案することとしました。

「自立」と「自立に必要な支援」

『自立』とは、自ら自分で行う力（自己選択・決定をする力）を指します。特に高齢者の場合、「私のしたいこと」を自分で決めること、それを実行に移せることができ、主体的に生活を送るうえで、とても重要なことです。主体的な生活が送れる高齢者は、老化や障害を持ちながらも心身ともに充実した生活を送ることができるでしょう。そして、さらに新たな「私のしたいこと」を増やすために、色々なことにチャレンジしたい気持ちが生まれるきっかけとなります。

私たち支援者は、高齢者自身の「持っている力=できる力」の見極めと、できる力を伸ばしそれが発揮できるよう支援する「見守る力」を持たなければなりません。高齢者の自立生活を効果的・効率的に支援するためには、「できる力」の見極め得意とする作業療法士と「見守る力」得意とする介護関連職種がチームを組むことが有効であると考えています。

提案2 その人の生活にとって大切で必要な生活行為を見つけよう！

一般社団法人日本作業療法士協会は、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”を平成20～22年度老人保健健康増進等事業を通して開発してきました。“生活行為向上マネジメント”による介入を受けることで、ADL（日常生活活動）や家事などの手段的ADL、健康感などの健康関連QOLが改善することがわかりました。

① 高齢者の生活行為を向上するための支援の視点

高齢者の生活行為を向上するための支援として、以下の3つの視点が考えられます。

- ① 体力、身体機能のトレーニングで良くならないか
- ② 動作そのものの変更で改善しないか
- ③ 道具や環境の調整・整備で容易にならないか



② 生活行為を容易にするための生活用具の選定と工夫が大切

生活用具とは、食事用具、調理器具、掃除用具、家具など、物を作ったり何かをするために生活に用いるすべての道具を指します。生活用具には、用途に合わせて様々なものがあり、手の力が弱い場合には、弱い力でも使えるピーラーを用いることでジャガイモの皮をむくことができるといったように、その方の状態に応じた生活用具を選定することで、生活行為を容易にすることができます。場合によっては、自助具※などを活用し、力を補ったり、工夫することでその行為ができることがあります。

※自助具とは日常生活で困難を来している行為を、容易に行えるように工夫された道具です。

使用の例

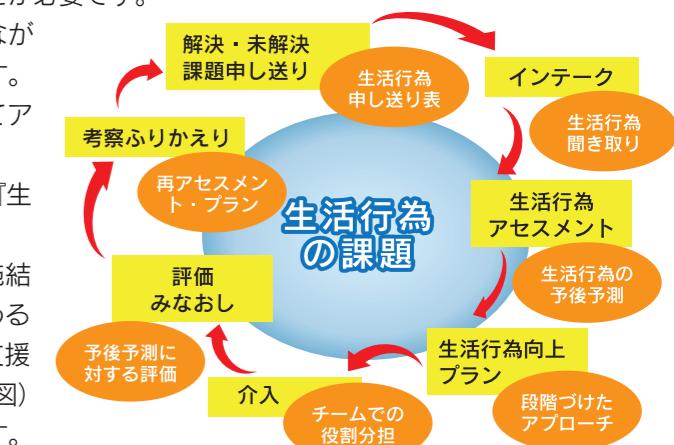
- 手の力が弱い人が瓶の蓋を開ける時には、オープナーを使う
- 物忘れがあって鍋をかけたことを忘れる恐れのある人は、ガスではなくIH調理器を使う
- 掃除機が重くて使いにくい方が、ほうきやフローリングワイパーを使う

提案3

生活行為向上マネジメントサイクル

“生活行為向上マネジメント”は、高齢者が生活をする上で困っていること、または、困難を感じている事柄でやってみたい、もっとうまくできるようになりたいと思う生活行為を支援する作業療法の思考過程を示したものです。“生活行為向上マネジメント”は、次の方法で生活行為の課題に対する支援策を検討し、アプローチを行います。

- 『インテーク』：最初に、本人が望む生活行為の聞き取りを行います。
- 『生活行為アセスメント』：聞き取りによって明らかになった本人のしたい生活行為について、その行為を制限している要因をICF（国際生活機能分類）に基づき、①認知機能や筋、関節、感覚、生理機能などの心と体の機能（心身機能・身体構造）、②日常生活活動や家事活動、仕事や趣味など（活動と参加）、③住宅や道具、家族や支援者、住んでいる地域の特性など（環境）について把握します。その上で、現状での強み（している能力）と、改善の可能性のある予後予測（できる能力）をアセスメントします。
- 『生活行為向上プラン』：本人が望む生活行為ができるよう支援するには、生活行為を遂行するために必要な段取りや準備する力「企画・準備力（Plan）」、生活行為を実施する力「実行力（Do）」、実施した内容をうまくできたか検証し、次につなげる力「検証・完了力（See）」が必要です。これらのそれぞれの力を高めるには、「どのような練習をどの場所で、誰の支援を受けながら、いつまでに実施するのか」を具体的に計画し、段階づけて行うことが必要です。
- 『介入』：本人が主体となり、家族、支援者それぞれが役割分担しながらサポートし、本人の望む生活行為の向上に必要な練習を行います。
- 『評価・見直し』：一定期間の介入後には、改めて予後予測についてアセスメントを行い、計画を見直します。
- 『考察・振り返り』：必要に応じて再度『生活行為アセスメント』や『生活行為向上プラン』の立案を行います。
- 『解決・未決：課題申し送り』：生活行為向上マネジメントの実施結果や経過は“生活行為申し送り表”を活用して本人の支援に関わる介護支援専門員や介護職など他職種へ生活行為の向上に必要な支援の方法等について申し送ります。これら一連の過程はサイクル（図）となり、高齢者の新たな生活行為向上への取り組みにつながります。



提案4

生活行為向上マネジメント実践例

生活行為向上マネジメントを用いて作業療法士が支援を行った事例を紹介します。

事例は80歳代女性、4年前に夫と死別。プールや友人との交流を大切にしながら一人暮らしをしていたが、脳梗塞を発症し入院。今後の生活を想像できず生活全般を受身で過ごしていた。

発症1ヶ月後、回復期リハビリテーション病院へ転院し、作業療法にて生活行為向上マネジメントを用いて介入を行うこととなった。本人の希望は、『プールは行けなくても、家で一人暮らしの生活をしたい』であった。本人の希望に対する阻害因子や、強み、予後予測をICFに基づいてアセスメント（表参照）し、「車いすなしで身の回りのことをしたい。調理・洗濯を自分で行い、家に帰って一人暮らしをしたい。』という目標を共有した。

生活行為アセスメント	生活行為の目標	本人	1人暮らしに戻りたい	
		キーパーソン	本人の慣れ親しんだ地域で暮らし続けたい希望を尊重したい	
アセスメント項目	心身機能・構造の分析		活動と参加の分析	環境因子の分析
生活行為を妨げている要因	立位バランス低下 全身耐久性低下 記憶障害など認知面低下	立位・歩行でのADL未経験 家事動作未経験 外出・外泊の未経験	立位・歩行でのADL未経験 家事動作未経験 外出・外泊の未経験	病院入院中 安全のため車いす使用 ADL見守り実施
現状能力（強み）	上下肢の麻痺は軽度 上肢巧緻性は残存	コミュニケーション良好 両上肢使用可能 ADL見守り	コミュニケーション良好 両上肢使用可能 ADL見守り	娘さんの協力が得られる 近隣に友人が数名いる 自宅段差は少ない
予後予測	立位・歩行はバランス再学習により獲得可能なレベル	立位・歩行が可能となれば、ADL全般可能となる	立位・歩行が可能となれば、ADL全般可能となる	娘・友人の協力、介護サービス利用で1人暮らし可能
合意した目標（具体的な生活行為）	①車いすなしで身の回りのことをしたい ②調理・洗濯を自分で行い、家に帰って一人暮らしをしたい		①車いすなしで身の回りのことをしたい ②調理・洗濯を自分で行い、家に帰って一人暮らしをしたい	
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 9/10	実行度 9/10