

The Journal of True Care

2015
増刊号
Special

【Vol.25】

》 INDEX

P04-07	20年目を迎えた今 ～地域包括ケアシステムの構築について～	社長 二神 雅一
P08-10	① 岡山ブロック通所における介護度改善率 ～平成26年4月～平成27年1月末までのデータから～	岡山ブロック ブロック長 介護福祉士 小林 正幸
P11-15	② 介護度改善率分析について ～倉敷ブロック通所部門～	倉敷ブロック 訪問看護リハビリステーション 理学療法士 仲野 真治 千葉 好浩
P16-19	③ 生活援助とは ～今後の生活援助の発展～	本部センター ヘルパーステーション倉敷 介護職 隠土 知恵
P20-26	④ 訪問作業療法において短期での卒業に至った事例 ～MTDLPを活用した実践～	本部センター 訪問看護リハビリステーション 作業療法士 三木 惇郎
P27-30	⑤ リハビリ倶楽部のご利用者様の就労に向けたアプローチ	吉備センター リハビリ倶楽部吉備 介護職 藤田 寛也 難波 真由
P31-37	⑥ 未来想造舎和一久の支援モデルについて ～「利用者」から「生活主体者」へ 真の自立を目指して～	未来創造舎和一久 和一久ステップ茶屋町 介護福祉士 佐藤 将一
P38-39	⑦ あっぱれ! 制度と定着率の相関関係の分析	本社支援本部 業務管理 あっぱれ制度事務局 白神 光章
P40-43	⑧ ラダー教育プログラムの作成 訪問看護を見える化するために	本部センター 訪問看護リハビリステーション 看護師 宇野百合子 榎原実知子
P44-46	⑨ ヘルパーステーション、求人活動を通じて	本部センター 営業本部長 介護福祉士 田中 真允
P47-49	⑩ 生活の中で卓球をすることが楽しみとなっている事例 ～SWOT分析アプローチを用いて～	中洲センター 訪問看護リハビリステーション 作業療法士 川端 貴弘
P50-53	⑪ アイドルへのファンレターを一緒に作成する事で活動への視野が広がった事例 ～不定愁訴が多く、ベッド上での生活が中心のご利用者様～	岡山センター 訪問看護リハビリステーション岡山 理学療法士 田邊 由人

	⑫ 施設入所を選ぶとき ～家族の葛藤に注目した援助終結の2事例から～ 本部センター 本物ケア推進部 主任介護支援専門員 佐藤 健志
P54-57	⑬ 活動と参加に向けてのケアマネジメント ～パーキンソン病の2つの事例検討を通じて～ 本部センター 居宅介護支援センター倉敷 介護支援専門員 荻野由起子
P58-62	⑭ 認知症のご利用者の見当識障害が改善した一事例 ～音楽療法介入を通して～ 笹沖センター 五感リハビリ倶楽部 音楽療法士 上田 紘花
P63-65	⑮ 地域性を活かしたピアグループ形成支援 ～児島楽喜（ラッキー）タイム～ 児島センター リハビリ倶楽部児島 介護職 武田 和樹 守屋佳代子
P66-72	⑯ 地域包括ケアシステムの構築における、医療・介護連携 ～倉敷圏域版「医療・介護連携シート」の作成と周知活動～ 本部センター 本物ケア推進部 主任介護支援専門員 佐藤 健志
P73-76	⑰ 面接から生活史を聴取、プログラムを再考した結果、 生きがいを見出した事例について 本部センター 訪問看護リハビリステーション 作業療法士 二宮 孔起
P77-80	⑱ 生活行為向上マネジメントを使用し、活動性の向上を図った症例 琴浦センター 訪問看護リハビリステーション 作業療法士 土谷 俊輔
P81-87	⑲ 「衣替え」という作業に焦点を当てたトップダウンアプローチ ～面接を通した利用者様との協働関係の構築へ～ 吉備センター 訪問看護リハビリステーション 作業療法士 大塚 寛之
P88-92	⑳ 不安ばかりの在宅生活にて「できる」をもっと知ること でピアサポーターに移行した事例 岡山センター 訪問看護リハビリステーション岡山 作業療法士 四角 修造
	㉑ ヴィジョントレーニングについて 玉野総合医療専門学校 作業療法学科 学科長 認定作業療法士 北山 順崇
P93	MEMO
P94	謝辞 第8回本物ケア学会実行委員一同

※⑫は、論文の性質上抄録への収録を見送らせて頂きました。

※㉑は、演題発表のみで論文の収録はされておりません。
ご了承ください。

第 8 回 本物ケア学会開催にあたり

今年も皆様のお力添えによって、「第 8 回 本物ケア学会」を開催できますことを、まずは厚く御礼申し上げます。

昨年の「第 7 回 本物ケア学会」では、発表のテーマ別に 4 部構成として、みなさんの日々の取り組みと成果を発表して頂きました。また、パネルディスカッションによる会場質疑という、本物ケア学会では初となる取り組みも行いました。

さらに、「第 7 回 本物ケア学会」で発表された中から、泉伸也さん、三木惇郎さん、井上直樹さんの事例を、全国介護事業者協議会事例発表会 中国地区予選に選出し、いずれも大変優秀な成績を収められました。さらに井上直樹さんの事例は、全国大会でも優秀賞を受賞されました。これは、第 6 回の河相裕子さんに続く快挙であり、我々実行委員一同、大変うれしく感じております。

さて、「第 8 回 本物ケア学会」について。

今学会は、会場を「マービーふれあいセンター」に移して行うこととなりました。これまでにない、大きな会場を使つての学会開催となります。前回同様に、発表はテーマ別に構成しておりますが、発表数が増えたことによって、午後は分科会による学会運営となりました。

午前中は、介護度の改善率をテーマに、岡山ブロック対倉敷ブロックのプレゼンとディスカッションに始まり、19 期の基本方針である「創心流 C S R」を推進する取り組みと発表を集めました。

午後からは、会場を 2 会場に分け、センターでの取り組みや、事例に対する考察や研究を発表していただく事になっています。参加者の皆様は、2 つの会場の間を自由に移動して頂き、学びを深める機会として頂きたいと思ひます。

さらに、玉野総合医療専門学校の北山順崇先生にもご参加頂き、創心会で行われているビジョントレーニングの効果について、ご報告頂く事になっております。皆さんの日頃の取り組みの意味を、確認していただく機会となるのではないかと考えております。

毎回、進化（深化）を続ける本物ケア学会。

今回も、皆さん“楽しんで”勉強いたしましょう！

第 8 回本物ケア学会 実行委員一同

20年目を迎えた今

～地域包括ケアシステムの構築に向けて～

社長 二神 雅一

平成8年5月に個人事業として「創心会在宅ケアサービス」を創業して以来、丸19年が経過し、20年目に突入しました。思い起こせば様々な困難に見舞われ、心が折れそうになることも多々ありましたが、多くの方々に支えていただき、ようやくここまで来られたかなと思います。創心會を取り巻く全ての方々に心からの感謝を申し上げます。これからも地域に根ざした事業運営が継続できるように精進を重ねていきたいと思います。

さて、このタイミングでこれからのビジョンについて少々触れておきたいと思います。

まず、現在は大きな時代の変化の荒波の中に居るということを自覚しておかなければなりません。少子高齢化による人口構造の変化、税と社会保障の問題、世の中の変化のスピードは、我々の状況を考慮して立ち止まってはくれません。変化は外部環境によって求められる、すなわち、組織体として生き残る為には、外部環境の変化に自らが変化・適応していく、正に「主体変容」こそ我々に必要なアティテュードです。

介護業界は報酬単価が切り下げられ一段と競争が激しくなるでしょう。これからは質が問われ、結果が求められる時代です。顧客のシェアはもとより、働き手の確保も事業に多大な影響を及ぼすでしょう。社会環境の変化に適応しながら、顧客にとっても働く社員にとっても魅力的な環境を創造していかなければなりません。この難題に、社員が一丸となって取り組んでいくことを望みます。その為にも、我々の存在意義である原点に立ち戻り、理念の理解を深め、理念の下に一体化する必要があります。はっきり申し上げますが、理念の理解は社員の義務です。そして、理解を促すのは上長の使命です。そこを怠らないようにしてください。よろしくお願いします。

次に、今後の事業を計画するにあたっては、国が方針として示す「地域包括ケアシステムの構築」にどのように向き合うかが重要なカギになります。保険事業を行っている以上、この方針に沿って、我社の強みと顧客のニーズをすり合わせながら事業を展開していくことが必要です。これまでになく事業の困難性を感じてはいま

すが、「やるべきことが沢山あるということは、人生を豊にする要因である」という私自身の信条に基づき、困難と戯れながら人財の育成と事業展開を進め、次の世代に確実に繋げていきたいと考えます。

さて、「地域包括ケアシステムの構築」についてですが、現在全国で「地域包括ケアステーション実証開発プロジェクト」が取り組まれています。詳細はオレンジクロス財団のホームページ <http://orange-cross.org/> をご覧いただきたいと思います。このプロジェクトに（一社）日本作業療法士協会が参加することになったのですが、協会より特命を受けて、創心會グループがこの事業を行なうことになりました。この実証実験の結果は次の（平成30年）制度改正に反映されることになります。この様な大きな責任のある仕事に取り組めるチャンスはそうそうあるものではありません。選ばれし者の責任において、しっかりとした成果を出していく覚悟です。ここで、我々が提出した事業計画を抜粋してお見せします。社員の皆様もその主旨や、期待されている内容などをしっかり理解しておいてください。

1. 事業名称

「地域包括ケアステーションとソーシャル・インクルージョン社会づくり実証開発プロジェクト」

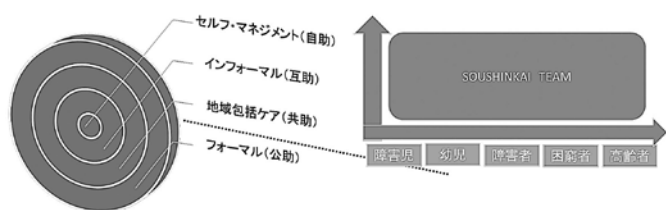
2. 事業計画

・事業実施目的

2025年に向けた地域包括ケアシステムの構築に向けた持続可能な社会保障制度、介護保険制度の在り方である、中重度の要介護者等を支援、活動・参加に焦点を当てたリハビリテーションの推進、自立支援に資するマネジメント、急増する医療ニーズへの対応を設置する地域包括ケアステーション（以下、ステーション）において「看護」「介護」「リハビリテーション」「ケアマネジメント」「医療」を訪問・通い・泊まり機能によって包括的に提供するとともに、多職種協働・連携によるケアの価値を高め、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で生活し続けることのできる提供体制、自立支援を推進し主体的な活動、参加の場づくり、参加を促し好循環な改善の流れを構築実

証していく。

さらに当プロジェクトでは、地域社会の全ての人々を年齢や障害の有無、障害の区別なく地域の中で自助・互助・共助・公助をシームレスな環境でコーディネートし、社会的な孤独や孤立、排除や摩擦から援護し、健康で文化的な生活の実現につなげるよう、社会の構成員として包み支え合うことを支援できる半歩前のステーション実証、コミュニティ形成にもチャレンジし、ステーションが地域の中心となり「まち・人・仕事づくり」への貢献性も考察していくものとする。



・取り組み内容

ICFの考えにおける「心身機能」「活動」「参加」へのアプローチを、リハビリテーションの理念に基づき、バランスよく多職種チームにて実践することにより、生活意欲を高め、ADL/IADL等の生活機能向上はもとより、参加レベルの範囲を、自宅から地域へ、地域社会の中で居場所と住民主体による役割創りへと拡げていくことが出来るまちづくりのモデルを構築する。

(1) 活動」と「参加」への取り組み

まずはデイサービス内での生産的活動を増やし、障害があっても再就労へ繋げていく機会として、就労継続・移行事業所につなげ、介護保険サービスから障害者総合支援サービス、さらには一般就労への移行を段階的にコーディネートしていく。この移行に際しては、医師、作業療法士、介護支援専門員、看護師、社会福祉士、介護福祉士等の専門職が協働で、利用者の思い、生きがいを含めたきめ細やかなアセスメントと情報共有を行い、支援の流れを構築していく。

具体的取り組み内容としては、地域のコミュニティスペースとして開設予定のコミュニティーカフェ、パン工房における模擬的就労や、就労継続支援における生産的活動や農業生産法人における「楽しみとしての農」への参加、就労移行支援に於ける復職への支援などを予定している。さらに、地域コミュニティの場の一つとして、

高齢者や障害者が働く、活動・参加の場として、農業（農園）と福祉の連携、6次産業化の実践活動の提供も計画している。



(2) 「訪問」「通い」「泊り」機能を生かした地域づくりの取り組み

加えて、介護保険事業を中心とした「訪問」「通い」「泊り」機能を生かした、生活機能の維持、改善、リハビリテーションによる認知症のケア、地域づくり等について、多職種協働によるチームアプローチによる地域包括ケアステーションの役割、機能を実証したいと考えている。



(3) 障害者支援における取組

障害者支援においても地域包括ケアステーションのはたす役割は大きいと考えている。発達支援事業においては、地域の「看護」「リハビリテーション」「教育」「子育て」機能を有機的に提供できる体制の構築に取り組む。また、成人期の障害者においては、相談支援事業、就労移行・継続事業等の実践の中で、地域のインフォーマル、フォーマルサービスの活用と育成に取り組む。さらに、同施設内には事業所内保育所が併設されており、子供を持つ女性の社会参加の支援を行なうと同時に、障害の有無に関わらず、乳幼児から高齢者まで幅広い世代間交流が行な

えるまちづくりについて提案を行う。



(4) 地域での交流の場の促進

コミュニティーカフェなど集いの場を設け、地域の高齢者と利用者及び介護者等との交流を促す。また、ピアグループの形成やピアサポーターの養成を支援する。さらに、地域住民参加型のイベントやセミナーを企画・開催し、障害や要介護状態に対する啓発活動を実施していく。これらの過程を通じて、住民サポーターやボランティア資源の開発を促し、住民主体の地域づくりの支援を行っていく。

・期待される成果

(1) 「活動」と「参加」への取り組み

デイサービス内での「活動」の経験を通して、利用者が具体的な「活動」「参加」のイメージを持ち、高齢であっても、障害があっても、地域活動や就労といった、自分らしい生活、生きがいのある生活を再構する。また、その過程における、利用者主体の「看護」「介護」「リハビリテーション」「ケアマネジメント」「医療」等の協働の在り方、地域包括ケアステーションの役割、機能について提案する。

(2) 「訪問」「通い」「泊り」機能を生かした地域づくりの取り組み

「訪問」「通い」「泊り」機能をワンストップで提供できるケアステーションにおいて、「医療」「看護」「介護」「リハビリテーション」を一体的に提供し、生活機能を改善し、在宅生活の継続を図る。また、認知症ケアにおいては、リハビリテーションにおける改善モデルを研究しそれを地域に啓発する。

(3) 障害者支援における取組

介護保険サービス対象者に限らず、障害者・児等の多様な対象者を地域で支え合うモデルを構築する。その中で、年齢や障害、制度、機関、地域の垣根を越えた、また、自助、互助のインフォーマルサービスの活用を含めた地域包括ケアの在り方を提案する。



(4) 地域での交流の場の促進

コミュニティーカフェなど集いの場の有効性を明らかにし、その運用のノウハウを整理する。合わせて、住民主体の地域づくりについての取り組みをまとめる。

以上、抜粋ここまで。



今回の実証開発プロジェクトは、超高齢社会に対応する為に介護保険を中心とした制度構築が優先されますが、本来、地域包括ケアシステムは高齢者の為だけのものではありません。地域包括ケア研究会では「元来、高齢者に限定されるものではなく、障害者や子供を含む、地域のすべての住民のための仕組みであり、すべての住民の関わりにより実現する」と報告されています。これに対し、我々はピアグループの形成支援、NPO 法人の立ち上げと就労支援、ど根性ファームの立ち上げ、児童発達支援「心歩」、ハートスイッチによる「就労移行支援」などの事業を手がけ、介護保険外での障害者のライフサポートにも積極的に関与してきました。今後は更に深化させると共に、本体事業との融合一体化を進め、他社の追随を許さない魅力ある事業展開を推し進めていきたいと思っています。特に、第20期はパイロット事業として、本部である茶屋町をベースに次世代に向けた各種事業を推進していきますので、各ブロック、センターの皆様も注目しておいてください。尚、地域包括ケアシステムの構築に向けた方針については、第20期の経営計画書の中で明らかにしていく予定です。

最後に介護保険事業について少し述べておきます。

このたびの報酬改定のポイントを抜粋しますと、①24-365 体制で地域で支える仕組みの整備 ②通い・訪問・泊まりの一体化体制～効率化 ③複合型のサービス～多職種連携～効率化 ④短期入所の充実～在宅支援の更なる強化 ⑤ADL・IADLの維持向上目的の機能訓練 ⑥活動・参加に焦点を当てたリハビリテーション ⑦看取り期における対応の充実 ⑧介護職員の処遇改善 以上のようなことが挙げられます。そして、最も大きく変化したのは軽度者への対応です。今後3年間で要支援者の訪問・通所介護は市町村の総合事業へ移管されるということ、同時にデイサービスでの要支援者の報酬単価は20%という介護保険始まって以来の大幅ダウンとなりました。弊社における影響も甚大なものとなっています。報酬減という国からのメッセージは、軽度の方々は市町村を中心に住民ボランティアやサポーターを組織して互助の関係作りをして支えあってくださいねということと、事業者はより専門性が必要とされる重度化した要介護者や認知症への対応へ軸足を移してくださいねということが読み取れます。また、リハに関しては延々と身体機能訓練を中心としたメニューを提供していることへの批判が聞かれるようになりました。そこで短期集中であったり、活動参加へのアプローチというキーワードが盛んに使われるようになりました。

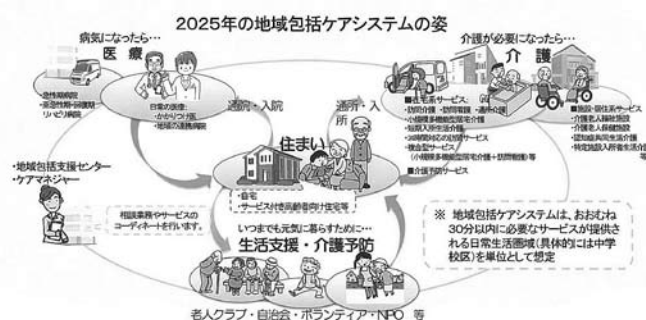
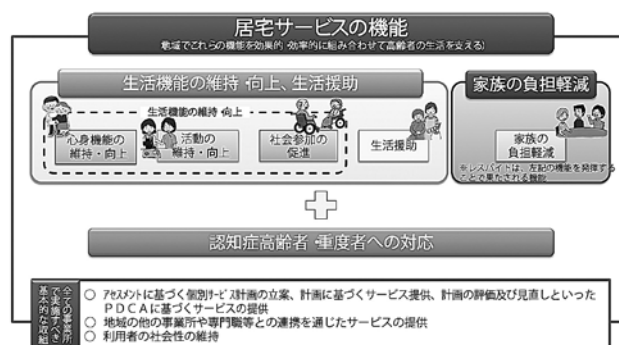
以上のことから、今後の介護保険事業は、先に述べた「地域包括ケアシステムの構築」に加えて、①重度化への対応 ②認知症対応 ③活動参加型リハの提供 これらが大きなポイントになるということです。こうした変革期と言うのは大きなチャンスが転がっています。時代の流れを正確に理解して「主体変容」できれば、大きな成長に繋がります。

今後の介護保険事業は専門職種のそれぞれの専門性を高めることが重要です。例えば今後は重度要介護者や認知症を在宅で支えていくことになります。介護職であれば基礎的な介護技術力に加えプラスアルファの専門性、例えば認知症ケア、医療対応力、機能訓練指導力等々…、こうした能力を磨くことで活動の場所が広がり活躍が保障されていくでしょう。生活相談員であれば、在宅環境アセスの能力やネットワーク構築力を高めることで、より専門性が活かせるようになります。また、看護師は在宅重度化の流れが一層進むことによって健康管理力、医療管理力、看取り力等、その専門性は大いに期待されることになります。更に一步進んで期待したいところは、介護スタッフへ分かりやすくサポートできる力やケア

チームを構成する力&マネジメント力等です。いずれにしても、地域包括ケアステーションにおいては、中心的に役割を担う職種といえます。療法士は対利用者のみを意識している人、中でも身体機能訓練を中心に行っている療法士は早晚淘汰されることになります。勿論きちんと身体機能へのアプローチができての話ですが、活動・参加へアプローチできること、特に参加イメージからトップダウン思考ができるようにならなければなりません。これにはちょっとしたコツと経験が必要です。また、在宅のみならず地域そのもののへアプローチするような意識が必要になります。そして、多職種と協働する力、多職種で構成されるケアチームをマネジメントする力をつけてもらいたいと思います。ケアマネジャーはなんと言ってもアセスメント力です。特に現状評価に終始せず予後評価ができる力を身に付けなければいけません。また、課題解決手法を増やすことです。いずれにしても、目的を持った事例検討会の実施をお勧めします。

以上のような基礎的技術力プラスアルファの専門性は、外部環境の変化を分析して、それぞれの個性・特性が活かせるように自分にあったものをターゲットに定め取り組んでいくことです。一つで良いので「これなら私に任せて」と言えるように、皆さんの主体変容能力と大きな成長に期待しています。

居宅サービスに求められる機能（イメージ）



岡山ブロック通所における介護度改善率 ～平成 26 年 4 月～平成 27 年 1 月末までのデータから～

岡山ブロック ブロック長 介護福祉士 小林 正幸

1. はじめに

我々、通所サービス従事者は、チームケアによってご利用者様、ご家族様の思いに応えて、可能な限り状態の維持、又は改善を目指してケアや訓練メニューの提案を行っている。そして、ご利用者様の活動・参加へのアプローチを行い、QOL の向上を図ることが我々ケアチームの使命である。またスタッフ一人ひとりが専門職として、ご利用者様の将来イメージをもち、ケア実施している。この度、平成 26 年 4 月から平成 27 年 1 月末までのデータを基に岡山ブロックの通所改善率の評価、ブロック内のアプローチ方法を紹介する。

2. リハビリ倶楽部の改善率の結果

(期間：平成 26 年 4 月～平成 27 年 1 月末)

介護度の変化による評価

- 1) リハビリ倶楽部益野 介護保険更新者又は期間対象者数 104 名
維持 70% (73 名) 改善 15% (16 名)
- 2) リハビリ倶楽部築港 介護保険更新者又は期間対象者数 62 名
維持 72% (45 名) 改善 3% (2 名)
- 3) リハビリ倶楽部東岡山 介護保険更新者又は期間対象者数 70 名
維持 75% (53 名) 改善 7% (5 名)
- 4) リハビリ倶楽部邑久 介護保険更新者又は期間対象者数 87 名
維持 77% (67 名) 改善 9% (8 名)

＜リハビリ倶楽部事業所別更新データ、割合＞

	維持	改善	悪化		維持	改善	悪化
益 野	73	16	15	益 野	70%	15%	15%
築 港	45	2	15	築 港	72%	3%	25%
東岡山	53	5	12	東岡山	75%	7%	18%
邑 久	67	5	12	邑 久	77%	9%	14%
合計	238	28	57	合計	74%	9%	17%

＜リハビリ倶楽部要介護度別更新データ、割合＞

	維持	改善	悪化		維持	改善	悪化
要支援 1	38	0	18	要支援 1	68%	0%	32%
要支援 2	37	11	6	要支援 2	69%	20%	11%
要介護 1	69	7	16	要介護 1	75%	8%	17%
要介護 2	48	5	8	要介護 2	79%	8%	13%
要介護 3	36	5	5	要介護 3	78%	11%	11%
要介護 4	8	3	1	要介護 4	67%	25%	8%
要介護 5	2	0	0	要介護 5	100%	0%	0%
合計	238	28	57	合計	74%	9%	17%

＜リハビリ倶楽部 利用回数別更新データ割合＞

利用回数	維持	改善	悪化
1 回	76%	7%	17%
2 回	79%	11%	10%
3 回	78%	11%	11%
4 回	42%	30%	28%
5 回	100%	0%	0%
合計	74%	9%	17%

今回、評価期間が短く、岡山ブロック内では維持のご利用者様が 7 割、ブロック内で改善率が高かったのは、リハビリ倶楽部益野であった。しかしながら、事業所を比較する上で、登録者数、年齢、疾患、目標、地域性等を考えると正確な比較とはいえないが、対象期間で結果を出せたリハビリ倶楽部益野の特色やアプローチ方法を紹介する。

現在、リハビリ倶楽部益野は定員 40 名で月～土曜日での営業を行い、営業時間は 9 時 30 分～ 16 時 40 分（7－9 時間）のサービス提供時間を中心にサービスを実施している。火・土曜日には要支援の方の短時間（AM・PM）サービスの対応も行っている。スタッフの体制としては、作業療法士の常勤専従と看護職員の配置により、個別機能訓練加算Ⅰ、個別機能訓練加算Ⅱ、運動機器向上加算を算定している。

岡山ブロックの他事業所と異なる点は、ご利用者様に朝の来所時にスケジュールを組んでいただいている。その為、より主体性を引き出すことができている。また環境面でいうと 50 名以上のご利用者様に対応できるフロア面積の為、フロアが広く、歩行訓練に関するアプローチを実践的に行うことができ、油圧式のマシンや有酸素運動を行えるマシン、BWSTT も設置できている。毎月、

益野ニュースを発行することで、ご利用者様や外部の方にも成功事例を発信することができている。今後の課題としては定員を上げていく中で、充足率が高まれば、机の設置が必要になり、広いフロア面積のメリットはなくなる為、サービスメニューの見直しが必要である。

3. 益野ニュースで掲載をした成功事例

(要介護2から要支援2に改善されたご利用者様)

【基本情報】

症例：A様 年齢：72歳 性別：女性 補助具：なし

【医学・服薬情報】

既往症：脳梗塞（右麻痺） 失語（運動性失語様の症状がみられる）

【社会的情報】

家族構成：娘様ご夫婦と3人暮らし

家屋状況：一戸建ての二階建て 廊下には手すりが数か所設置

保険情報：要介護2 利用サービス：デイサービス週2回 訪問介護週2回

A様は脳梗塞発症後、病院でのリハビリを熱心にされ、ADLは見守りレベルにまで回復がみられたが、右手が上手く使えない為に訪問介護を週1回利用し、家事援助を受けていた。一人での外出も身体のふらつきがあり、不安が強く困難で外出機会も殆どなくご自宅に閉じこもりがちであった。A様の「デイサービスを利用して、適度な運動をして健康状態を改善したい。また外出の機会をもちたい。」という想いもあり、H22年9月より当デイサービスの利用が開始となる。意思疎通は行えていたが、初めの言葉がでにくい為、一つひとつ考えながら発語されており、声も小さく言葉がでないときには困惑されている状態であった。また、歩行時に対する不安定さも強く感じていたが、デイサービスでの訓練を行うことで筋力の向上や関節の柔軟性の向上が見られ、ご家族様や友人と一緒に外出を行われるようになる。また右手の握力及び巧緻性の低下がみられ、右手はほとんど使用されていない。右手の握力が弱い為、行える家事が制限されていたが、ピンチングや棒たて、セラピーパテなどを使用した手指の訓練を行う事で、徐々に握力も向上し、細かい作業が行える様になった。そしてH23年2月には実践調理の「ちらし寿司」作りに参加、右手で包丁を使いニンジンの千切りが出来、大変喜ばれる。

そんな中、A様はH25年2月に「右手で字を書ける

ようになりたい。書けるようになってお世話になった人に手紙を書きたい」と言う強い想いを持たれていた。字が書ける様になる事が、A様にとって言語以外のコミュニケーション手段として有効と考え、そこで「字が書ける様になる」という目標を立て、スタッフと共に右手での書字訓練を開始した。

訓練開始当初のA様は線を引いた際に線が上下や左右にぶれることが多く、字も形を整えて記入する事が困難な状態だった。その為まず線を真っ直ぐに引くことが出来るようになることを目標に線引き訓練と実際の書字訓練を開始した。線引き訓練ではゆっくりと線を引いていたため、早く引くことを意識し繰り返し線を引くことで線も安定し、真っ直ぐ引くことが出来るようになり、速度を遅くしても細かくぶれることなく引くことが出来るようになる。書字訓練ではカタカナや漢字などの曲線が少なく書きやすい字から開始した。カタカナや漢字での書字は線が直線に近づくことで、角を付けた字を書くことが出来るようになる。しかし、平仮名などの曲線が多い字では思うように書けず、特に「あ」や「ぬ」などの曲線が多い字では顕著に見られる。丸を大小それぞれ書く訓練を行い、曲線を付けた平仮名を書けるようになる。

訓練を続ける事で、A様は字を書く事に少しずつ自信をもたれる様になったため、スタッフより手紙を書く事を提案する。しかし、A様は「まだ字がしっかり書けるかどうか分からない。最初は一緒に作ってほしい」という想いがあり、スタッフと一緒にまず絵手紙を作成する事にしました。絵手紙を作成される際には一緒にテーマを決め、スタッフが下絵を描き、その下絵を見本に御自宅で絵を描いてこられる。また、筆使いや色使いを考えながら絵に色をつけ、最後に文字を入れて見事完成する事ができた。絵手紙が完成出来た事をA様は大変喜ばれ、次は手紙を書く事にチャレンジされる。書きたい事をまず箇条書きにし、その内容を文章化し、最後にボールペンでの記入する事が出来た。この様な事から、次第にA様は書く事を楽しみに感じる様になり、2014年12月には、年賀状を50枚書いて、古くからの友人や知人に郵便される。

結果、手紙を書く事がA様のコミュニケーションツールを増やすきっかけともなり、友人と手紙や電話で、旅行の計画をたてるなど対人交流も拡大している。

言葉に不自由さを感じているA様が手紙を書く事で、大切な人に想う気持ちを伝える事が出来、個性を表現する機会となり、再びA様の心を豊かに出来る事を学ばせ

ていただいたケースである。今後も利用者様の残存機能を生かし、その人らしく暮らせるに QOL の向上に繋がる支援をさせていただきたいと思う。

～益野ニュースより一部抜粋～

4. 五感リハビリ倶楽部の改善率の結果

(期間は平成 26 年 4 月～平成 27 年 1 月末)

介護度の変化による評価

五感 介護保険更新者又は期間対象者数 27 名

維持 74% 改善 0% 悪化 26%

五感リハビリ倶楽部は利用されているご利用様が進行性の認知症の為、ADL の維持ができていても、認知面の低下により、改善は難しい面がある。その為、どれだけ生活習慣と ADL を維持していただけるかが重要になってくる。維持が 70%以上ということで、今後も繰り返し日常生活動作訓練、脳活性トレーニング、筋力強化を行い、ご家族様の介護負担の軽減や、ご利用者様の生活の質の向上を目指していく。ご家族様の介護負担の軽減を図らなければ施設入所に繋がってしまう。

5. 考察

＜リハビリ倶楽部＞

4 事業所の分析を行うにあたり、各事業所の特色を示す。

	加算形態	ソフト面、ハード面、重点取り組み	利用 者 特 徴
益 野	I、II	・OT 専従 ・BWSTT ・7-9 メニューで選択性 ・施設内通貨支払いメニュー豊富	・平均介護度は要介護 2。 ・7-9 比率 90%以上 ・主体性をもって活動されている。
築 港	II	・ウエイト式マシン ・生活動作行動メニュー ・実践調理	・要介護 1～3 の利用者が多い。 ・7-9 比率 57% ・維持率が高い。
東岡山	I、II	・ウエイト式マシン ・7-9 メニュー選択性	・要支援の利用者が多い。 ・4 事業所で 1 番介護度が低い事業所。 ・7-9 比率 90%以上
邑 久	II	・PT 専従 ・ウエイト式マシン ・7-9 基本動作訓練	・要支援 2～要介護 3 の利用者が多い。 ・7-9 比率 70% ・維持率が高い。

＜五感リハビリ倶楽部＞

4 事業所の分析を行うにあたり、各事業所の特色を示す。

岡 南	機能訓練 加算取得	畑での作業が可能。	・登録は 12 名充足できている。 ・7 割が男性のご利用者様
益 野	機能訓練 加算取得	畑での作業が可能	・多い日で 8 名、1 日平均 6 名 ・7 割が女性のご利用者様
邑 久	機能訓練 加算取得	・畑での作業が可能 ・油圧式マシン	・多い日で 8 名、1 日平均 6 名

今後のリハビリ倶楽部は改善率で結果を出して、各事業所が独自性を出していく必要性である。その為にはアセスメントを定期的に行い、自宅の家屋調査をケアマネ

と連携して実施していくことが必要である。またスタッフがご利用者様の将来イメージを共有して、チームケアを行う事が重要で、機能訓練加算は 3 ヶ月に 1 回見直しを行う。そのため、短期目標と、長期目標に応じたプログラムをチームで検討して、3 ヶ月で良い結果を出せるように、ご利用者様の状態や目標をチームでタイムリーに把握していく。そして、ご自宅でも継続して行っただけの環境を整えていく必要がある。今後は認知症のご利用者様がさらに増えてくる事が予測される為、リハビリ倶楽部としても、軽度の認知症の方に対するアプローチ方法を検討しなければならない。また五感リハビリ倶楽部は、様々な認知症の症状のご利用者様の対応を行い、できれば軽度のご利用者様の卒業を目指せるようにアプローチをして、さらにご家族様の介護負担の軽減を目指していくことが重要になってくる。

6. 謝辞

この度、岡山ブロックの通所事業所の改善率を分析する機会をいただきましてありがとうございました。今後も改善率を意識してチームで精進して参ります。

介護度改善率分析について ～倉敷ブロック通所部門～

倉敷ブロック 訪問看護リハビリステーション 理学療法士 仲野 真治
訪問看護リハビリステーション 理学療法士 千葉 好浩

1. はじめに

介護保険法第4条では、国民は自ら要介護状態となることを予防すると定義されている。その為、要支援1～要介護2の予防が大切である。また、全国平均では通所リハビリより通所介護の改善率が高いデータが示されている為、通所介護に携わる専門職として現在のサービスにおける介護度の改善率を把握、分析することで今後の改善率を更に高めるサービスの在り方、サービスの質に繋げる一つの指標とする。

2. 方法

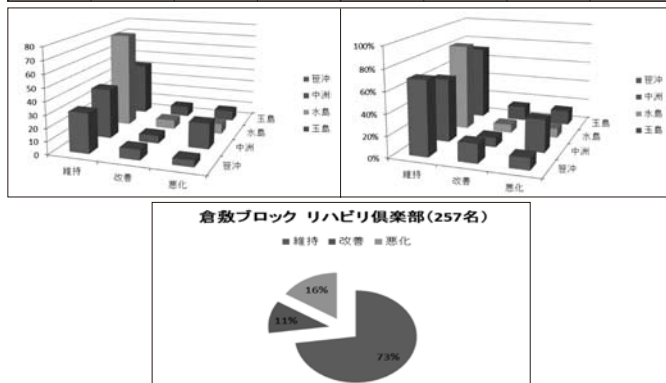
H26.4～H27.1の間に介護保険の更新があった利用者を対象。データ収集の事業所はリハビリ倶楽部（笹沖、水島、中洲、玉島）、元気デザイン倶楽部（笹沖、総社）、五感リハビリ倶楽部（笹沖、玉島）とした。介護保険更新のあった利用者の介護度の変化（改善、維持、悪化）を要介護度別、利用回数別（要介護者対象）で行った。

その後、各事業所に要因分析を個人単位で行い、要因の共通点を分析した。

3. 結果

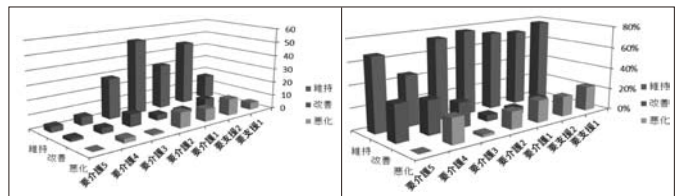
＜リハビリ倶楽部事業所別更新データ、割合＞

	維持	改善	悪化		維持	改善	悪化
笹沖	31	8	5	笹沖	70%	18%	11%
中洲	39	6	20	中洲	60%	9%	31%
水島	75	7	8	水島	83%	8%	9%
玉島	42	8	8	玉島	72%	14%	14%
合計	187	29	41	合計	73%	11%	16%



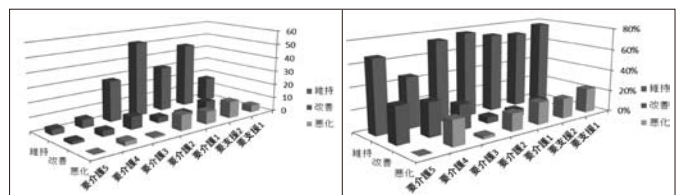
＜リハビリ倶楽部要介護度別更新データ、割合＞

	維持	改善	悪化		維持	改善	悪化
要支援1	17	0	5	要支援1	77%	0%	23%
要支援2	46	7	12	要支援2	71%	11%	18%
要介護1	32	3	9	要介護1	73%	7%	20%
要介護2	53	4	11	要介護2	78%	6%	16%
要介護3	29	9	1	要介護3	74%	23%	3%
要介護4	6	4	3	要介護4	46%	31%	23%
要介護5	4	2	0	要介護5	67%	33%	0%
合計	187	29	41	合計	73%	11%	16%



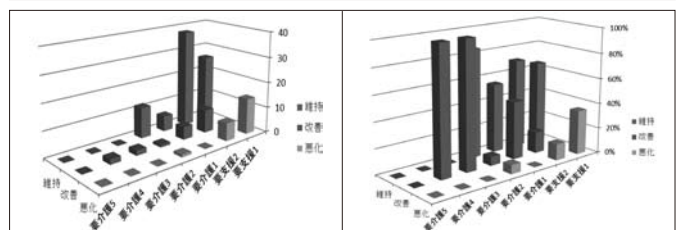
＜リハビリ倶楽部利用回数別更新データ、割合＞

	維持	改善	悪化		維持	改善	悪化
1回	32	3	9	1回	50%	7%	43%
2回	53	4	11	2回	65%	13%	22%
3回	29	9	1	3回	67%	22%	11%
4回	6	4	3	4回	43%	43%	14%
5回	4	2	0	5回	50%	50%	0%
合計	33	11	13	合計	58%	19%	23%



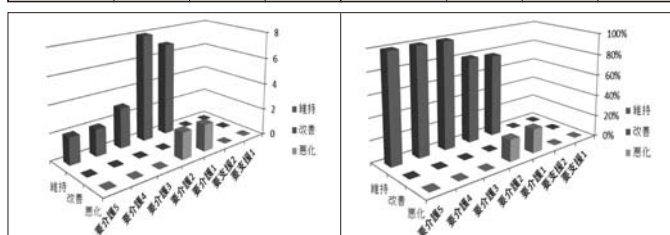
＜元気デザイン倶楽部介護度別更新データ、割合＞

	維持	改善	悪化		維持	改善	悪化
要支援1	26	0	14	要支援1	65%	0%	35%
要支援2	38	9	7	要支援2	70%	17%	13%
要介護1	6	5	0	要介護1	55%	45%	0%
要介護2	12	1	1	要介護2	86%	7%	7%
要介護3	0	2	0	要介護3	0%	100%	0%
要介護4	0	2	0	要介護4	0%	100%	0%
要介護5	0	0	0	要介護5	0%	0%	0%
合計	82	19	22	合計	67%	15%	18%



＜五感リハビリ倶楽部介護度別更新データ、割合＞

	維持	改善	悪化		維持	改善	悪化
要支援 1	0	0	0	要支援 1	0%	0%	0%
要支援 2	0	0	0	要支援 2	0%	0%	0%
要介護 1	7	0	2	要介護 1	78%	0%	22%
要介護 2	8	0	2	要介護 2	80%	0%	20%
要介護 3	3	0	0	要介護 3	100%	0%	0%
要介護 4	2	0	0	要介護 4	100%	0%	0%
要介護 5	2	0	0	要介護 5	100%	0%	0%
合計	22	0	4	合計	85%	0%	15%



4. 考察

＜リハビリ倶楽部＞

4 事業所の分析を行うにあたり、各事業所の特色を示す。

	加算形態	ソフト面、ハード面、重点取り組み	利用 者 特 徴
笹沖	I、II	・OT 専従 ・ウエイト式マシン ・7-9メニュー選択性 ・施設内通貨支払いメニュー豊富	・要介護 2～4の利用者が多い。 ・4事業所で1番介護度が高い事業所。 ・7-9比率 72% ・要介護 2～5の改善率が高い。
水島	II	・ウエイト式マシン ・生活動作行動メニュー ・実践調理	・要介護 1～3の利用者が多い。 ・7-9比率 57% ・維持率が高い。
中洲	II	・リハケア専門士3名 ・油圧式マシン ・7-9メニュー選択性 ・旅倶楽部	・要支援の利用者が多い。 ・4事業所で1番介護度が低い事業所。 ・7-9比率 70% ・要支援 1～要介護 1の悪化が多い。
玉島	I、II	・OT 専従 ・油圧式マシン ・7-9基本動作訓練	・要支援 2～要介護 3の利用者が多い。 ・7-9比率 94% ・維持率が高い。

（改善）改善しているに共通することは、デイのみの活動にとどまらず、自宅での活動時間が長く、その活動内容も充実しており、畑作業や家業の手伝い・地域の役割・趣味活動など、ご自身が明確な目標を持って、活動されている傾向である。また、家族関係が良好で、外出援助がなされている。デイでは他者との交流を進んで行われており、他者からの刺激を受けながら訓練に積極的に取り組まれている。創心流リハケアの視点の POINT ⑥の生活環境の活性化、POINT ⑦の生活空間・対人交流の拡大が改善にとって大きな影響があると考えられる。

つまり、POINT ①～POINT ⑤までの段階を既にクリアしている方が改善の対象といえる。

また、入院中の認定で在宅復帰半年後に状態が改善したケースも多い。

データから利用回数が多いほど改善する方も増える結果となっている。

（維持）維持に共通していることは、休まずデイを利

用していること、訪問リハビリを併用しているご利用者様が多く、両事業所間で情報共有したサービス提供、自宅でのADL自立に向けて、安全に自宅内の移動が出来るエンパワーメント的環境整備、ご家族が自宅での自主的運動を促すことで、ご利用者様が意欲的に訓練に取り組まれている背景も共通点としてあった。また、ご家族も過剰介護にならないよう意識されていることが挙げられる。データからは週3回の利用の維持率が最も高くなっている。

（悪化）介護度の悪化に共通していることは、病態の悪化や転倒により、入院・短期入所で活動量が低下することが大きな要因となっている。特に認知症や進行性疾患を持たれているご利用者様は悪化傾向が強い状態であった。また、複数の内部疾患、整形疾患、神経疾患を併発しているケースにおいても介護度の悪化が多いことが挙げられる。少数ではあるが、難聴や言語障害が基因して、コミュニケーションが取りにくい状態となり、他者との交流が少なくなり介護度の悪化につながっているケースもある。

データから、悪化率が高いのは、週1回利用の方がもっとも高い。介護度別に見ると要支援1・2、要介護1、要介護4の方が20%前後となっており、平均より高い状態である。

これらは、各疾患・ご利用者様に対してリスク管理が重要である。運動量にも注意を払い、過用症候群、廃用症候群などが引き金となり、体調の不安定さに繋がっている事も考えられる。

＜元気デザイン倶楽部＞

今回の結果を分析するにあたり、要介護認定についてケアマネジャーから情報を収集した。要介護認定は認定調査員からの生活状況などを踏まえた聴取と主治医からの意見書により認定結果が決まり、その中でも認定調査員からの聴取が結果を大きく作用しているとのこと。改善率を上げるためには調査項目で「できない or 介助」と評価された項目において、次回の認定調査時にご本人様・ご家族様から「できない or 介助」と評価された項目を専門的に分析し、「できる」、「している」にするサービスを提供し、調査項目上の「できない or 介助」を減らしていく必要がある。

上記の内容を踏まえると要支援者、要介護者の維持率が全体の中でも高い割合を示すのは調査時の評価項目に大きな変化が無いことが想定される。実際に今回の更新結果が「維持」となったご利用者様のデマンドや目標で

も「今よりもっと歩けるようになりたい」や「もっとスムーズにできるようになりたい」など実際に「できている」ことの効率性を改善したいというケースも多く見られた。

「維持」結果のご利用者様の改善率を高めるためにはデマンドをクリアしながら、認定調査上での改善項目をケアマネジャーとの連携の中から明確にし、予後予測を含めたニーズと擦り合わせを行い、ホープ目標を明確にしてアプローチできることが大切になるのではないかと考える。また、元気デザイン倶楽部の訓練上で「できた」ことを訪問系サービスやご家族との連携を高めることにより、自宅で「している」に変化させ、ご本人様やご家族にも安心していただくことで改善率を高められるのではないかと考える。

要支援1の改善率が0%、悪化が22%の結果については更新を迎えるにあたり、介護保険でのサービスを利用できなくなることへのご利用者様・ご家族の不安が大きく関係していることが考えられる。また、要支援1の認定者はご家族に対しての介護や趣味活動など多い。その一方で、サービスを利用できなくなることで健康維持などに不安を持たれる方も多く、現場でも「地域包括支援センターの方から、今度は自立ができるかもしれないと言われた。」などの不安を相談されることもある。この不安が強くなるため調査時に「できない」ことを強く表現される結果、認定が維持や悪化に偏ってくることも考えられる。このような事を踏まえ、介護保険を利用せず要支援者の健康維持が行える出口を考える必要があるのではないかと考える。

要介護1の改善率が45%と全体の改善率に比べ高値を示したのは、5名中3名が入院により一時的に要支援から要介護1になっていたケースと2名が認知症や高次脳機能障害があるケースが報告されている。

入院により一時的に介護度が悪くなっているケースでは、サービスを利用することで運動習慣の確保など行え、入院前までの状態まで機能回復が行えている事が挙げられる。

<五感リハビリ倶楽部>

（改善）笹沖、玉島ともに改善者はいなかった。

服薬調整や五感リハビリ倶楽部でのアプローチでは、周辺症状の改善が期待できたり、中核症状の進行を緩やかにすることができたとしても、認知面での改善まで導くことが難しいのが実際である。

調査項目では身体面の評価は25項目、認知面・精神

面は24項目あるため、認知面の改善が見られなければ改善することも少ないことが示唆される。

過去のデータでは、身体機能訓練実施にて歩行状態が安定し、介護度が改善した例が2件見られた。これは認知項目の変化はないが、廃用性症候群に対する身体項目の向上による結果であると考ええる。

（維持）維持については92.5%と高い結果となっている。利用回数については、笹沖、玉島で比較するが、利用回数と維持率との関係性は得られなかった。維持された方の傾向として2点ある。

1点目は他の通所サービスとの併用がなく、創心会五感リハビリ倶楽部のみ利用されており、他サービスではショートステイの利用のみとなっていること、2点目は、サービスを休むことが少なく、月に1度休まれるかどうかといったことが共通して見られた。サービスの利用状況としては、来所拒否されるような方や帰宅願望などがなく、五感リハビリ倶楽部が息抜きとなっている方、役割を持たれている方など、何らかの楽しみを持っておられる方が多い傾向である。

（悪化）悪化は笹沖のみで、15%であった。悪化したご利用者様3名の内1名は、五感リハビリ倶楽部を週1回、5-7での利用であり、五感リハビリ倶楽部で行っているアプローチ時間が不十分であり、周辺症状に対する改善が見られなかった。また、他通所サービスとの併用もあり、混乱から不安が増し、周辺症状が顕著に見られたこと、また急激な聴力の悪化が介護度を悪化させた原因であると考ええる。また、悪化した原因のひとつに、認定調査でのご家族の訴えや、その日のご本人様の状態の変化が大きく関係していたことが報告されている。その中で、ご家族との折り合いが悪く、身体機能や認知レベルに顕著な低下が見られないにも関わらず、介護が改善することで、デイサービスの利用回数が制限されることを恐れ、認定調査時に、ご本人様ができないこと、ご家族が困っていることを中心に調査員に訴えていたとのことである。また、認定調査時の認知力検査にて、いつもは答えられるはずの質問に答えることができなかったなど、認知症の症状によく見られる「日や時間帯による状態の変化」が作用したと考えられる。

5. まとめ

<リハビリ倶楽部>

データ収集の期間（10ヶ月）より、各事業所における分析の信頼性が高いとは言えないが、リハビリ倶楽部

笹沖は、要介護3から要介護5の改善度が高い。併設している元気デザイン倶楽部、五感リハビリ倶楽部との連携と18期下期からのOT専従とリハビリ倶楽部のコンセプトに沿った中・重度者に対するアプローチがしっかり行っていた結果であると考えます。

リハビリ倶楽部玉島は19期よりOT専従での機能訓練指導員の配置と7-9比率が90%を超えている為、基本動作訓練やアプローチメニューに携わる時間が多いことが示唆される為に、改善率が高いと考える。

笹沖・玉島センターの共通点は五感リハビリ倶楽部が併設されており、ご利用様のニーズ、特徴に沿ったサービスプランを提供できていること、OT専従も改善率が高い要因ともいえる。今後は、OT専従での機能訓練加算Iの効果を証明していく必要がある。

リハビリ倶楽部水島においては維持率が高いが、改善が少ない。ここからどのように改善という効果を出すが今後の課題と言える。7-9比率が他の事業所に比べ低いことも検討の余地がある。

リハビリ倶楽部中洲においては要支援者の悪化率が高い。これは元気デザイン倶楽部とも被ることであるが、要支援者は介護保険でのサービスを利用できなくなることへのご利用者様・ご家族の不安が大きく関係していることが考えられる。一方で要支援者が地域、在宅で安心して介護保険に頼らず、生活することへのアプローチ不足ともとれる。今後の課題である。

利用回数と介護度の改善の因果関係はデータの通り、利用回数が少ない程、悪化率が高い。特に週1、2回利用の悪化率が高いことからリハビリ倶楽部の利用回数は、週3回以上の効果が出やすいと言える。週4、5回利用はご家族様のレスパイトの理由もあるが、維持・改善が見られている。要介護4、5に対してのアプローチは基本動作訓練を通所介護で繰り返し行うことで脳内のマップが増大していく。このように創心流リハケアの理論に基づいてアプローチを行うことが大切である。

<元気デザイン倶楽部>

元気デザイン倶楽部笹沖・総社で改善率を分析した結果、利用することでの改善率を高めていくためには、調査時に「できない or 介助」となった項目をケアマネジャーとの連携を強化し、情報をしっかりと収集する。また、生活相談員やスタッフの自宅環境の評価やアセスメント力強化し、課題解決力を高めていく。DSで「できた」行為、行動などは訪問系サービスやご家族と連携し「している」まで変化させる必要がある。また、要支

援者の維持者を改善にするためには出口を考えていく。笹沖元気デザイン倶楽部は会員制などもあることを内部・ご利用者様へアピールしていく。また、サービス品質を高め、保険外サービスとして確立させることが重要だと考えた。この上記の2つの課題を解決するためには包括的本物ケアチームの確立が最重要だと感じる事ができた。今後も改善率はサービスの質の1つの指標として分析を継続していく。

地域性として総社市は「平成24-25年度の市町村介護予防強化推進事業」(予防モデル事業)に取り組んでおり、「岡山県総社市～徒歩圏内に住民運営の体操の集い～」と言われるサロン形式の内容で地域包括支援センターを中心に取り組んでいるため、介護認定の予防比率は倉敷・岡山よりも低い。また、サロンに参加していない方も多くおられ、生活改善や介護が必要になるまで空白時間がある。一方、要支援者にも比較的、生活動作などを改善・介助が必要なレベルの方が多く、状態が良くないケースも報告されている。要介護の認定になると認知症や入浴・食事介助などが必要なケースが目立つ。医療の中心になる病院は倉敷市の病院を利用しているケースが多く、多くの地域病院はデイケアを併設しているケースが多い。これらを含め、地域分析を行った結果としてサロンに参加できないご利用者様や自宅に引きこもりをされる方が元気デザイン倶楽部総社を利用し、活動・参加が高まり維持・改善するケースは多く見られている。また、往診される医者もいるため、医療と連携がしっかりとできたケースは改善している。しかし、老々介護の現実や高齢者独居も多く見られるため包括的本物ケアシステムを構築したい気持ちは高まる。

<五感リハビリ倶楽部>

改善については0%と、改善したご利用者様を出すことができなかった。しかし今後、認知面での大きな改善は難しいが、その代わりに身体機能面での改善は期待することができるのではないかと考える。五感リハビリ倶楽部は人員の配置が多いのがひとつの特徴であり、認知症のご利用者様に対し、1対1での筋力トレーニングを十分実施することが可能である。今後も生活力デザイナーを中心とし、さらには訪問系サービスと連携し、ご利用者様の身体レベル向上に力を入れ、周辺症状にアプローチができる能力を、スタッフはつけていくことが大切である。

また、悪化についてはご家族のストレスが介護度を悪化させているひとつの原因である。定期的な家族会や電

話でのやり取り等、ご家族の話し、悩みを聞く時間を設け、ストレスが蓄積されないよう、ご家族のケアも必要である。

維持については、92.5%と高い結果となったが、他事業所の併用を行うと周辺症状の悪化が見られる為、五感リハビリ倶楽部単体でのサービス利用が好ましいと考える。選んでいただく為には、ご利用者様一人ひとり違った感性を大切に、個々に合った対応力を身に付けるとともに、何が楽しみなのか、何に興味を持っておられるのかを探りながら、五感リハビリ倶楽部を楽しみにしていただけるような取り組みを行っていきたいと考えている。認知症の対応力と、さらにはアセスメント能力を向上させ、ご家族、ご利用者様の要望を視野に入れながら、身体機能維持、向上に向け取り組んでいきたい。

スタッフの皆様、また、論文作成・調査の依頼をくださった本物ケア実行委員の皆様にご心より深く感謝申し上げます。

6. 今後の課題

今回は介護度・利用回数別でデータを取ったが、分析の信憑性を高めていく為に、疾患と年齢なども比較し、それぞれの相関性を出すことが重要ではないだろうか。今後もデータを取り続けていき、我々のサービス提供の在り方が正しい方向に向かっているかのひとつの指標としていく必要性を感じる。

要支援者の出口戦略の幅を拡げていくことも大きな課題となる。これが介護保険利用継続に固執してしまうひとつの要因となっている。各ご利用者様が就労だけでなく地域で安心して自ら介護予防に努める事が出来る環境を整えていくことも介護保険に携わる我々の使命である。また、介護保険更新の際にケアマネジャーの手元には認定調査項目の情報がある。特に、介護保険から脱却できない要支援者に対してサービスに携わる我々とケアマネジャーが情報共有し、適切なアプローチを実施していくことも必要である。

もう一方で、状態と介護度が見合っていないケースもある。これは、認定調査時に、出来ないことでも出来ると発言される場合や、ご家族の見栄などが影響しているとの報告もあった。ご利用者様の状態に見合った介護度を認定更新の事前に我々が予測していく必要性も感じる。現在の状態に対して本当に必要な介護度を見極め、支援していく体制も不可欠ではないだろうか。

7. 謝辞

今回の調査に際し、お忙しい中にもかかわらず、データを収集、分析にご協力して下さった倉敷ブロックの

生活援助とは ～今後の生活援助の発展～

本部センター ヘルパーステーション倉敷 介護職 隠土 知恵

1. はじめに

今回私が訪問介護に於ける“生活援助”というサービスを中心に本物ケア学会のテーマとして挙げたのは、二つの理由がある。一つ目の理由として私自身が“生活援助”というサービスを難しいと感じていることにある。二つ目としては自身のスキルアップのためにヘルパー資格を取得している方は多くいるが、実際に介護業界で働いているスタッフは少なく、実際に訪問介護員（以下：ヘルパー）として働いた経験のあるスタッフは、更に数少ない現状があるということである。療法士はリハビリを提供する。看護師は医療的処置を提供するといった役割が明確になっているが、ヘルパー業務は業務内容も他職種に比べ特にわかりにくいものとなっているために、このような現状も生まれているのではないかと感じている。では、ヘルパーは訪問で何を提供しているのかそのことについて論じながら、他部門スタッフに対してヘルパー業務の理解を深めるとともに、昨今訪問介護の基準・報酬について見直しを検討されていることに対して今後、創心会ヘルパーステーション倉敷（以下ヘルプ倉敷）として変化していかざるをえない生活援助というサービスについて考察した。

2. 「身体介護」、「生活援助」とは

「身体介護」

1) ご利用者様の身体に直接接触して行う介助サービス（そのために必要となる準備、後片付け等の一連の行為を含む）

2) ご利用者様のADLや意欲の向上のためにご利用者様と共にを行う自立支援のためのサービス

3) その他専門的知識・技術（介護を要する状態となった要因である心身の障害や疾病等に伴って必要となる特段の専門的配慮（食事にとろみをつける、刻む等））をもって行うご利用者様の日常生活上・社会生活上のためのサービス

例）入浴介助、排泄介助、食事介助、更衣介助、清拭、身体整容、移動介助、服薬介助等

身体 1	身体 2	身体 3
20 分未満	20 分以上 30 分未満	20 分以上 1 時間未満
170 単位	255 単位	404 単位

平成 26 年 12 月現在

「生活援助」

掃除、洗濯、調理等の日常生活の援助（必要な一連の行為も含む）であり、ご利用者様が単身、家族が障害・疾病等のため、本人や家族が家事を行うことが困難な場合に行われるサービス。単にご利用者様や家族が家事を行ったことが無いためという理由ではサービスには入れない。

例）調理、洗濯、掃除、生活必需品の買い物、ゴミ出し、ベッドメイキング、衣類の整理、衣類の補修、薬の受け取り等

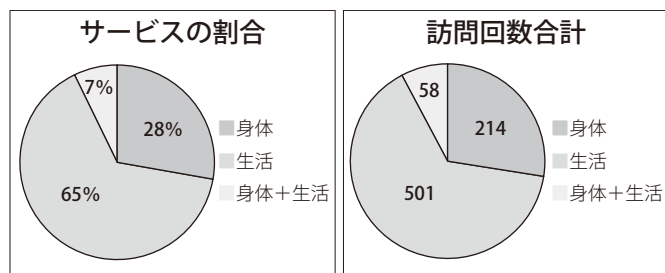
生活 2	生活 3
20 分以上 45 分未満	45 分以上
191 単位	236 単位

平成 26 年 12 月現在

3. ヘルプ倉敷においての生活援助

ヘルプ倉敷で行われている生活援助と身体介護の割合をグラフで示した。（平成 26 年 12 月における 1 カ月間）

ヘルプ倉敷のサービス統計は身体介護 28%に対し、生活援助は 65%で約 2.6 倍である。しかし単価で見ると生活援助よりも身体介護の単位数が多い。ヘルプ倉敷では、家事援助のサービスの依頼よりも、自立を促すためにご利用者様と一緒に調理などを行う身体介護としてケアマネジャーに提案している。これは、創業時にさかのぼり、以前から創心会の自立支援サービスの考え方としてヘルパーステーションのサービスの在り方の根幹となっているところである。しかし、身体介護で訪問に入ることは生活援助よりも単位数や料金が多く必要となるため、詳しく説明することによって理解してくださるケアマネジャーもいるが、中には本当に身体介護の必要性があるのかと疑いの目を向けられることもあった。（このことに関しては我々の説明の仕方にも課題があるものと考えている。また、自立支援に対するエビデンスの理解が十分でなかった点も考えられる）生活援助とは先程も述べたとおり、本来はご利用者様の自立を促す目的であり、同居家族がただ単に家事ができない、またはしたことがないという理由では、生活援助はサービスとして成立しない。



4. ヘルプ倉敷におけるサービス内容

ご利用者様6名の実際のサービス内容を生活援助の中で特にご利用者様によって大きな時間と内容の幅が生じやすいサービスである“買い物”“掃除”“調理”の3つに着目する。

“買い物”は、ご利用者様自身が購入品のメモを作成しヘルパーに依頼されるA様と、購入品は7割程度ヘルパーが管理しているB様のように方法が異なる。

A様は日々、自律的に生活主体者として生活されているが、体力低下や歩行能力低下といった身体機能の低下と、タクシーでスーパーに行けたとしても店内を回するには時間と他者の助けが必要なため、買い物に行くことが難しい状況である。そのため、日々の生活に必要な物品、足りなくなった物品などをメモにし、ヘルパーに託されている。

B様は、身体的な要因もあるが、不安が先行してしまい、“外出することが怖い”と感じているために、一人での買い物が難しく、家族も遠方にいるためヘルパーに買い物を託されている。目についた必要な物品はメモを作成しているがこちらから欲しい物や足りていない物、食べたい物等を聞き出さなければならない。そのため、購入品確認の時間がA様よりも多く必要になる。ヘルパーが提案した内容でこれはどうか、あれはどうかと質問し促すことによってご利用者様から返答があるが、決まった時間や各ご利用者様の経済状況の中で、ご利用者様の全ての購入希望を聞き出し実行することは難しい。また、買い物へ行かなければご利用者様が困るため、提供する際に最も配慮を要する点である。

A様 生活2 ・あいさつ 2分 ・体調確認 2分 ・購入品確認 4分 ・お金確認 2分 ・買い物へ 25分 ・購入品片付け 2分 ・ポータブルトイレ（以下：Pwc）処理・掃除 2分 ・トイレ掃除 1分 ・お金計算、確認 2分 ・記録記入 退出 3分 計 45分	B様 生活3 ・あいさつ 2分 ・体調確認 2分 ・購入品確認 6分 ・お金確認 2分 ・買い物へ 27分 ・購入品確認 2分 ・台所片付け、食器洗い 10分 ・調理 希望の品 10分（主に味噌汁、フルーツカット等） ・お金計算 確認 2分 ・記録記入 退出 3分 計 66分
--	--

“調理”は、ご利用者様の生活歴や嗜好、口腔内の状況、義歯や持病の状況によって食材や味付け、調理方法が変わる。まずは、ご利用者様の現状、生活歴を、コミュニケーションを取りながら知ることが大切である。そして、調理は他のサービスと比較してご利用者様の経験値が少ないことを補うために介入することが多い。そのため、献立を他者に任せる、食べたい物が分らないと言われるご利用者様もいる。

C様は、家事全般を今までしてきた経験が無い方で、義歯の状態もあまりよく無いため、煮込み料理が必然的に多くなる。献立も希望の品と言われることは少なく、ヘルパーに任せっきりのことが多い。

D様は、家族が金銭管理をされている。そのため、“ピフテキ”や“お寿司”を食べたい”と言われても、経済的な理由により難しいことを伝えたと「何でも良い」と言う方である。ヘルパーが金銭面、栄養面を考慮した調理が必要である。

C様 生活2 ・あいさつ 2分 ・体調確認 2分 ・メニュー（希望）を聞く 1分 ・（洗濯物確認 多ければ洗濯する二週式）1分 ・米飯確認 残3個で炊飯 1分 ・調理 35分 - お茶沸かし - おかず5品 - 炊飯小分け 5分 ・（洗濯機回していれば洗濯物干す） ・時間がある時にトイレ掃除、居室掃除 ・記録記入 退出 3分 計 50分	D様 生活3 ・あいさつ 2分 ・体調確認 3分 ・居室、寝室整備（通販など確認）5分 ・酸素濃縮器のフィルター清掃 3分 ・灯油 お茶確認 1分 ・米飯確認 残3で炊飯 1分 ・調理 30分 - 昼：メイン1品 - 夕：おかず3品 ・トイレ掃除 1分 ・時間がある時に居室、寝室掃除機がけ、水拭き 7分 ・服薬確認 デイサービス準備 3分 ・記録記入 退出 3分 計 59分
---	---

“掃除”は、生活歴において主婦をしてきたご利用者様、外で仕事をしていたため家事を主体的にしていなかったご利用者様では、全く異なる習慣であることは明らかである。よって、掃除と一言でいっても掃除機を掛けるだけで掃除終了と考えるご利用者様もいれば棚を拭き、掃除機をかけ、水拭きを行い、更に水気をモップで拭きとって終了するまでを掃除としてとらえているご利用者様もいる。また軽量化が進んでいる掃除機だが、女性のご利用者様には掃除機は重たく、自分で掃除をしたいが出来ない、というご利用者様が多い。E様は、生活歴において主に家事をされてきた経験はなく、ヘルパーへの精神的依存が大きい方である。ご自分で行なえることは多くあるが、少し体調が優れないと何もされなくなる。

E様 生活2 ・あいさつ 2分 ・体調確認 3分 ・台所片付け（食器片付け、整理整頓）（体調が優れない時には洗い物が散乱しているのを洗い物も）18分 ・掃除機がけ（脱衣場→トイレ→台所→玄関→居室→寝室）20分 ・トイレ内掃除 水拭き 2分 ・加湿器補充 1分 ・記録記入 退出 3分 計 48分

生活援助のサービスは単一のサービスを提供することは少なく、複数のサービスを組み合わせて行なっている。そのため、洗濯機を回しながら調理を行い、調理を行ないながら居室整備を行なう等、サービスを同時進行で行なうことが多い。また、同居家族がいるにも関わらず生活援助のサービスで介入しているケースも多くある。生活援助のサービスはご利用者様のみにサービス提供することが基本だが、線引きがとても難しいサービスである。

5. 考察

サービスの組み立てやサービスの見直しを分析する過程において、介護保険サービスの理解をご利用者様のみならず、ケアマネジャーおよびサービスを提供する私達も十分に把握しておかなければ、創心流のリハケアアプローチを提供することが難しい。

そういった理解も深めていかなければ過剰サービスの提供や介護不足・必要なサービスに対する優先順位の矛盾が生じてしまうと考えられる。

ヘルプのサービスにおいて、ご利用者様がその人らしい最低限度の生活が確保されているかどうか重要であり、そのために各ご利用者様の生活歴や性格、家族関係等を考慮しつつ現在のご利用者様の生活が継続できるように生活援助のサービスを提供している。創心會のサービス提供スタッフとして、ご利用者様がその人らしく生活する上でサービス提供側がご利用者様の“できる”を奪うことになってしまわないように常時、各部門と連携しコミュニケーションをとる必要性がある。また、ご利用者様の言動等からも“できるADL”と“しているADL”を正確に分析し管理者、サービス提供責任者、サービス担当者、ケアマネジャーと相談、サービス内容の変化に繋げていくことが重要であると考えられる。

身体介護の場合には、ご利用者様に直接接している中でコミュニケーションを図る時間は大いにある。しかし、生活援助のサービス提供時間内にコミュニケーションを図る時間はほとんど無いに等しい。生活援助では調理であれば台所に、掃除であれば各部屋に移動しており、一か所にずっと留まっていることは少ない。調理をしながら洗濯機を回し、煮物を煮ながら掃除を行う。ご利用者様との会話の時間は最初のあいさつ、体調確認と、最後の記録記入の時間のみということもある。サービス提供時間の短縮は、先に述べたようなご利用者様とのコミュニケーションを図る時間や、会話をする時間が減少することを意味する。コミュニケーション不足は、以前はヘルパーとの会話の中で見えていた変化に気づけないこと

によって、ご利用者様のアセスメントを正確に行えないことに繋がり、ご利用者様の“できる”を奪うことにもなりかねない。

私は、各ご利用者様の個人因子に着目し、その方を知ることがサービスの質の向上に繋がると考える。買い物や掃除、調理他、全てのサービスにおいてご利用者様の生活歴や価値観、身体状況などがサービス提供の際に大変重要になってくるためである。

また、生活援助のサービス時間が短縮されることにより、従来のサービスでは行えていたことを削らざるを得ない状況になる。その際には優先順位を決めなければならない。その方の生活の中で何に重きを置いているのかを知るためにも、ご利用者様の個人因子に着目することは必要不可欠である。ケアマネジャーの中には、サービス提供時間の延長を内容の多さではなく、ヘルパーの手際の悪さだと考える方もいる。果たして手際が悪いのか、内容が多いのか判断の難しい所であるが、今回の研究テーマは、その手掛かりと成り得るものではなかろうか。

今後の展開として、先にも述べたようなヘルプ倉敷が勧めていた、ご利用者様と共に調理などを行い、ご利用者様の自立を促すサービス作りが必要ではないだろうか。身体的要因で行えない方を除き、共に行うことで“できるADL”を“しているADL”にすることにも繋がる。しかし、単位数の問題でどうしても生活援助を身体介護に変更し、サービスを行なうことが難しいご利用者様もいる。そのような方に対してのアプローチとして、動作の習得に向けての練習を行なうため、デイサービススタッフや療法士、看護師、福祉用具担当スタッフとの連携や、介護保険外でのサービスを考えるべきではないだろうか。ご利用者様の自立を促すためにもケアマネジャーやデイサービス、ショートステイ、療法士、看護師、福祉用具スタッフとの連携を密に行い、ご利用者様の在宅での状況や個人因子、健康状態、活動、参加のレベル等を報告、相談し合えるよう関係性を築くことが大切である。そのためにも日頃から多部門との共同ミーティングを行ない、サービス内容の共有や理解に努める必要がある。また、介護保険外でご利用者様の生活を支える為に必要なサービスを提供する事になるだろう。しっかりとした枠組みを作っておかないと、サービス提供困難な場面が出てくることが増えることが予測される。介護保険外のサービスは、全額自己負担になるので経済的にゆとりがある方

でなければ難しいが、悪い事ばかりではない。独居のご利用者様で買い物に行きたいが一人では行くことが出来ない方に対し、今まではヘルパーが買い物に行くサービスを提供していたが、介護保険外のサービスであれば同行する事が出来る。ご利用者様の外出支援や自己決定を行なう場面が増える事に繋がるのである。

6. まとめ

今回の研究を通じて私は、ヘルパーという仕事はご利用者様の在宅での生活を支える上で、重要な役割を果たしていると改めて実感することができた。ご利用者様の生活を支えることは命をつなぐことであり、非常に奥深くやりがいのある仕事である。ご自宅に訪問し、安否確認から環境整備、食による健康管理、服薬管理、医療的知識、コミュニケーション技術等の専門性を極めることはヘルパーとして必要不可欠なことであると再認識することができた。

また、私はICFの重要性について再確認する事も出来た。ICFの項目にご利用者様一人ひとりを当てはめて考える事によって健康状態だけでなく、その方の個人因子について深く知ることができ、生活歴や価値観、優先事項等を理解する事ができる。訪問介護のサービスにおいて、ご利用者様の個人因子を理解しておくことは何よりも重要な事である。論文制作以前は、ご利用者様との会話の中で得られた生活歴や価値観について、抽象的に理解する事はあってもICFに当てはめて具体的に図表化する事はなかった。実際に図表化する事によって、より明確に理解する事ができ、また言語として落とし込むことによって、スタッフ間で情報を共有、認識する事が出来るようになったと感じる。

先ほど述べたように多部門との連携が今後のご利用者様の在宅生活を支える上で必須条件になってくる。ヘルパーが訪問時に得た情報をいかに多部門、他スタッフに効率よく的確に伝える事が出来るか考えていきたい。

また、今後は医療依存度の高いご利用者様が在宅に復帰される事も増える。医療従事者だけが医療についての知識を知っておけばいいものではない。介護スタッフも医療行為を行なわないにしても、知っている知らないでは大きな差が開く事は間違いのない事実であり、喀痰吸引のような介護スタッフでも資格が取得できれば行なえる行為などもある。

現状、喀痰吸引を必要とされているご利用者様がいないため、せっかく取得した資格だとしてもご利用者様に

提供する際には不安がある。その不安を取り除き、ご利用者様に安全な行為を提供するためにも、看護との勉強会を定期的に開催し、看護師が喀痰吸引しているご利用者様の訪問に同行する等、常日頃から喀痰吸引という行為に触れておくことが必要だと感じる。

介護保険外での相對サービスはご利用者様の“できる”を広げることに関すると考える。現在ヘルパーとして介護保険内でサービスとして行えないことが多くある。介護保険外でサービスを行なうことによって、ご利用者様やケアマネジャーの御用聞きにならないようなサービス体系を築くことが重要であり、何よりも難しい点である。しかし、日々のサービスの中で全額自己負担でも利用したいと考えるご利用者様は多くいると私は感じている。

ご利用者様にとってよりよい在宅生活を長く過ごせられるように今後もアプローチしていきたい。

7. 謝辞

今回の学会発表にあたり、忙しい中ご協力いただいた上長や先輩方、実行委員の皆様にご心より感謝申し上げます。

8. 参考文献

- 1) 創心流リハケア講座資料
- 2) 太田仁：新・芯から支える、
- 3) 社会保障審議会一介護給付費分科会 第82回 (H23.10.17) 資料1-1 訪問介護の基準・報酬について
- 4) 介護保険・生活援助に関するアンケート調査：NPO 法人高齢社会をよくする女性の会・大阪 代表 小林敏子
- 5) 田中由紀子：訪問介護における生活援助の役割、2005年
- 6) 大和田猛 加賀谷真紀：ホームヘルパーにおける生活援助としてのコミュニケーションスキル ー青森県内におけるホームヘルパーのアンケート調査結果を通してー、2008年
- 7) 介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律（平成23年法律第72号）の施行関係 平成23年11月 厚生労働省

訪問作業療法において短期での卒業に至った事例 ～ MTDLP を活用した実践～

本部センター 訪問看護リハビリステーション 作業療法士 三木 惇郎

1. はじめに

現在、訪問リハビリテーションの利用方法に関して、とくに訪問リハビリテーションの長期利用が利用者を固定化することになり、利用者を新規に受け入れることが困難になるということや、介護保険給付費の増加に繋がるという懸念から問題視されている。^{①②}訪問リハビリテーションと訪問看護ステーションからのリハビリテーションのリハビリ内容や、利用者内容に差異はないとの研究^③から、訪問看護からのリハビリテーションについても同一の問題があるといえるだろう。一方、作業療法士協会では、生活行為向上マネジメント（以下 MTDLP）の活用により、通所サービスでは ADL 自立度と健康関連 QOL、入所系サービスでは IADL 自立度と健康関連 QOL に対して影響を与える事が研究されており^{④⑤}、協会では MTDLP の使用を推進している。^⑥しかし、訪問リハビリテーションや、訪問看護ステーションからのリハビリ等の訪問サービスにて、MTDLP を使用した実践報告や研究は少ないのが現状である。

今回、脊髄海綿状血管腫術後に、余暇的作業及びその準備段階の作業遂行が困難となったクライアントに対し、MTDLP を活用し 3 ヶ月（訪問 10 回）という短期の訪問看護ステーションからの作業療法介入にて、複数の余暇的作業遂行及び ADL に改善を認め、訪問サービス卒業に至った事例を経験した為、以下に報告する。

2. 事例紹介

80 歳代の男性。病前は、繊維加工会社に定年まで勤め、その後木の剪定等の仕事をしていた。趣味としては料理や釣り、木彫りであった。X 年 Y-3 月頃から歩行が不安定となり（介護保険で要支援 2 認定）、X 年 Y 月歩行困難で（変更申請し要介護 3）、脊椎の腫瘍除去の為 A 病院で手術となる。リハ目的で B 病院へ転院するが、本人の強い希望で Y+2 月に退院となる。退院と同時に当事業所へと依頼があり、Y+2 月に訪問看護 15（以下訪問リハ）と同事業所の通所介護（以下通所）利用となる。退院後はベッド上にてテレビを見ている事が多く日中臥床傾向である。

1) 主疾患：脊髄海綿状血管腫

2) 既往歴：心筋梗塞（カテーテル術後）、糖尿病（入院前からインシュリン注射勧められていたが拒否。今回の入院で注射実施しコントロール、退院後は内服へと変更）

3) 介護保険：要介護 3

4) 日常生活自立度：自立度 B1 認知症 自立

5) 家族構成：右図参照

キーパーソンは長男の嫁（脊椎狭窄・両膝関節 OA あり力仕事の負担大）

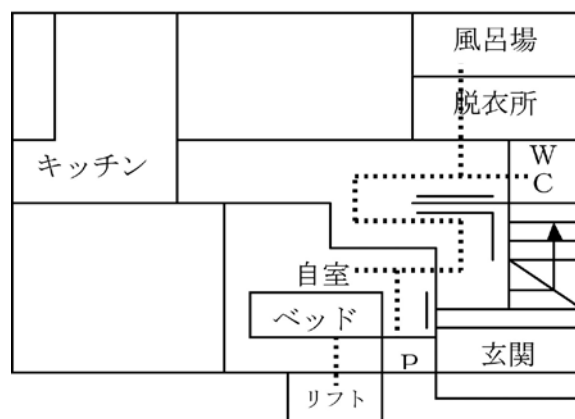
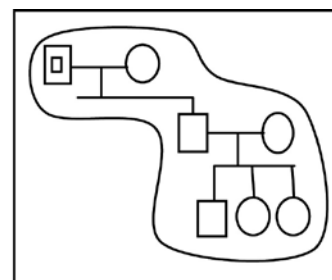
6) 住宅環境・移動状況：右図参照（図の P はポータブルトイレ）

点線は動線を記載。入浴・トイレ・段差昇降器（リフト）までは家族の軽度介助で手すり使用にて移動。夜間は P トイレまで手すり使用し移動。

7) サービス利用状況：訪問リハ：1/w（2 単位）

通所：4/w（7-9 利用）

福祉用具：特殊寝台、介助バー、段差昇降器、歩行器の 4 点貸与



3. 作業療法評価 (X 年 Y + 2 月・訪問 1 回目実施)

1) 身体・精神機能

MMT 上肢 4 + 下肢・体幹 4 - レベル (右 > 左)。感覚検査では表在感覚 (触覚) 足底部軽度鈍麻、深部感覚 (運動位置覚) 足関節中等度低下 (左右差なし)。バイタルは BP=108-136/58-76mmHg・p=56-64 回 / 分・整脈と安静時・運動時ともに安定しているが、手すりや固定式歩行器使用での 10m 程度の歩行には時折膝折れが見られ、下肢耐久性の低下認める。発言では「まだまだやりたい事がある。挑戦していきたい」といった事が聞かれており、性格は内的統性傾向である。

2) ADL・IADL

FIM 総合 100/126 (減点項目を記載)

項 目	点数	詳 細
清 拭	4 点	殿部洗体介助
更衣 (上半身)	5 点	衣服の片付け介助
更衣 (下半身)	3 点	下衣更衣・靴の着脱介助
トイレ動作	6 点	手すり使用
車椅子移乗	4 点	ふらつきある為、腋窩介助
トイレ移乗	6 点	昼間は自宅トイレ、夜間 P トイレ使用
浴槽移乗	4 点	跨ぎ動作時両下肢介助
移動 (歩行)	4 点	歩行時、家族が指尖介助

評価名	点数	加点項目
老健式活動能力指標	2/13 点	11. 家族や友だちの相談、13. 若い人に自分から話しかける
改訂版 FAI	0/45 点	加点項目なし

4. 作業療法計画

初回訪問にて MTDL P の生活行為目標聴取の面接実施。本人目標として「買い物に行きたい」、家族からの要望として「家の中を危険なく歩けるようになってほしい」と聴取した。MTDL P シートのアセスメントにより合意目標として『介助無く安全に屋外に出て、家族 (嫁) 運転のもと近所のスーパーへ行き車椅子にて買い物を楽しむ事ができる』(期間を 2 ヶ月) とし、生活行為向上プランとしてプログラムを立案した。この際の合意目標の実行度・満足度は、退院後未実施である為いずれも 1/10 であった。(MTDL P シートは別紙①参照)

5. 介入経過

第 1 期：買い物作業獲得に向けた時期 (訪問 2-5 回目)

介入前の段差昇降器利用での外出までの動作を観察。ベッド横に家族がブルーシートを敷き、車椅子を準備することで縦手すりを把持し、家族の指尖介助にて移乗。家族介助にて靴の着脱をし、車椅子を押してもらい自室外の段差昇降機にて移動。段差昇降器操作も家族が行っ

ていた。

介入では、MTDL P シートのプログラムに基づいて実施。2、3 回目の訪問では基本的プログラム中心に介入した。立位バランス訓練や下肢・体幹筋力訓練、歩行訓練は滑り止め靴下を用いて行った。バランス・バイタル共に安定して行えた為、自宅・通所で行うよう自主トレーニングを指導した。4 回目の訪問時に滑り止め靴下を履く事で、手すりを把持してのトイレまでの移動が安定し指尖介助から自立になったと家族からの情報があつた。

その為、4 回目の訪問では応用的プログラム中心に介入。靴の着脱訓練、車椅子駆動訓練 (屋外のコンクリート上にて 30m 程度) を実施。靴の着脱ではベッド横の縦手すりを把持する事で、ベッド端坐位にて安定して行えたが、車椅子駆動訓練では自操経験がない為、方向転換操作等で動作拙劣さ認めた。これらのプログラムも家族見守りのもと行ってもらようよう促した。

5 回目の訪問では、社会適応プログラム中心に介入。段差昇降器の操作指導、歩行器使用での歩行訓練、車の乗降訓練を実施した。5 回目訪問時には自主トレーニングも継続して実施していた為、下肢耐久性向上・歩行時の足部への視覚からのフィードバックが習慣化し、20m 程度の歩行器歩行や車への乗降も、膝折れなく安定して行う事が出来た。また 4 回目の訪問時に拙劣であった方向転換等の車椅子駆動も、スムーズに行えていると家族からの情報があつた。以上の介入により①ベッドにて靴の着脱、②歩行器用いて段差昇降器へと移動、③段差昇降器操作、④歩行器での車へ乗り込み、⑤店内での車椅子駆動までの作業プロセスが自立して行えることが確認された。介入時には家族も毎回見学していた為、家族・本人と情報共有し上記の手順にて買い物に行くよう促したところ、訪問後に目標達成した事を本人・家族より聴取した。(合意目標の再評価：実行度 8/10 満足度 7/10) なお、基本的プログラムでの自主トレーニングは継続して行って頂く事とした。

第 2 期：新たな作業への想いを聴取し料理作業獲得へ向けた時期 (訪問 6-7 回目)

初回面接での買い物に関する合意目標達成した為、訪問 6 回目に再面接を実施。面接の中では「病前は料理も趣味としてよく行っていた。買い物で買った食材で空いた時間に料理もやっていきたい」と本人からの表出があつた。料理動作の観察後、MTDL P シートを再作成し合意目標を『台所へ安全に移動し介助無く料理を作る事ができる』とした。(実行度・満足度はともに 1/10 であった)

料理動作（台所までの移動を含む）の観察では、「台所までの支持物がない場所での歩行が不安定（歩行器はサイズが大きく屋内では使用困難）」「立位での料理動作が不安定」といった点が作業を妨げる主な要因として見られた。

訪問7回目には「台所までの移動」では伝い歩きは安定しているという強みの面から、支持物が無い場所へ家具の場所を移動する事で、伝い歩きを行い安全に移動が出来る事が確認された。料理の実動作では座位での動作を考えたが「キッチンの下に足が入らず行いづらい」との本人からの表出があった。その為、キッチンの流し台へと下腹部を当てて料理の実動作を行ったところ、立位での両手動作が安定して行うことができた。また、調味料の準備動作ではキッチン上下の扉・冷蔵庫開閉も片手で支持物を把持し、動作安定する事が確認された。訪問後には「一人で料理を行った」と本人から聴取された。（合意目標の再評価：実行度 7/10 満足度 10/10）

第3期：園芸作業獲得に向けて支援し訪問サービス卒業へと至った時期（訪問8-10回目）

2つ目の料理に関する合意目標についても達成した為、訪問8回目には再度面接を行った。すると今度は「園芸も昔は毎日、趣味としてやっていた。また園芸をやりたい」との表出があった。そこで、段差昇降器から屋外に出て椅子を家族に用意してもらうことを提案したが「段差昇降器は起動するまでの用意に手間がかかる」と家族からの表出があった。その為、MTDLPシートを再作成し合意目標を『玄関から屋外に出て園芸道具（プランター・土・椅子）の準備を家族にしてもらう事で園芸を楽しむ事ができる』とした。（実行度・満足度ともに 1/10）

玄関から外出し、園芸動作に至るまでの作業遂行場面の観察では、「玄関での二段の段差に支持物が無い為、靴を履きかえる為の立ち座りが困難」「長時間座位での園芸動作（屈む動作）では腰痛が出現する事」が作業を妨げる主な要因として見られた。玄関での立ち座りの点については家具の移動では難しかった為、ケアマネジャー（以下CM）へ相談し縦手すり（ベストポジションバー）を、福祉用具専門相談員に訪問9回目に取り付けてもらう事となった。縦手すり設置後、玄関にて靴の着脱・段差の立ち座りを何度か練習する事で、安全に実施できた。「園芸動作での腰痛出現」に関しては、家族にプランターの位置を高くするように促したところ、プランター下に簀を置く事で腰痛出現せず、座位で園芸作

業が行える事が確認された。訪問10回目には「家族が用意する事で花を植える事が出来た」と笑顔を浮かべて本人が話してくれた。（合意目標の再評価：実行度 8/10 満足度 5/10）

本人が希望する複数の作業も獲得でき、家族からの要望である安全な屋内移動についても遂行できるようになった為、担当者会議を開き通所は継続し訪問リハ終了となった。また、担当者会議の中で本人から「玄関の段差での立ち座りがまだ少し行いにくい」と表出があった。その為、通所介護にて牛乳パックの台を作製し、その台に座り靴の着脱及び立ち座り訓練を行ってもらった事となった。訪問リハ終了時、通所にて継続して頂きたいメニューをMTDLPの生活行為申し送り表に記載し、家族・通所スタッフとCMに配布した。（通所への生活行為申し送り表は別紙②参照）

6. 結果 (X年Y+5月)

1) 身体・精神機能

MMTは上下肢・体幹4+と下肢・体幹筋力に僅かな向上を認めた。また、歩行器や手すり使用での歩行での膝折れは見られなくなった。感覚検査・バイタルに関しては大きな変化なし。

2) ADL・IADL

FIM 総合 113/126 (変化した項目のみ記載)

項 目	初期	最終	詳細 (最終評価時)
清 拭	4点	6点	滑り止めマット(担当者会議時 OT が導入提案)使用・修正自立
更衣 (上半身)	5点	7点	自立
更衣 (下半身)	3点	6点	手すり使用し修正自立
車椅子移乗	4点	6点	手すり使用し修正自立
トイレ移乗	6点	6点	夜間も自宅トイレで手すり使用し修正自立(点数変化なし)
浴槽移乗	4点	6点	滑り止めマットと手すり使用し修正自立
移 動	4点	6点	歩行器・車椅子使用し修正自立

評価名	点数	最終	加点点目 (初期と比較しての増点点目は太字にて記載)
老健式活動能力指標	2/13点	6/13点	2.日用品の買い物、3.食事の用意、7.新聞、9.健康について 11.家族や友だちの相談、13.若い人に自分から話しかける
改訂版 FAI	0/45点	6/45点	1.食事の用意(2点)、6.買物(1点)、8.屋外歩行(1点) 9.趣味(1点)、12.庭仕事(1点)

3) MTDLP

MTDLP 合意目標	初回評価		最終評価		介入期間
	実行度	満足度	実行度	満足度	
買い物に関する合意目標	1/10	1/10	8/10	7/10	訪問 2-5 回目
料理に関する合意目標	1/10	1/10	7/10	10/10	訪問 6-7 回目
園芸に関する合意目標	1/10	1/10	8/10	5/10	訪問 8-10 回目

※「今後も買い物や料理や園芸は続けていきたい」と本人からの表出があった。また、日中は料理・園芸を毎日行われ買い物も週3回程度行かれている。また、最終

評価時に園芸・買い物に関しては家族の介助要している為、「もう少し一人で出来るようになりたい」との表出があった。

7. 考察

今回、脊髄海綿状血管腫術後に余暇的作業の遂行困難となったクライアントに対し、MTDLPを活用して訪問10回という短期の訪問リハ介入にて、複数の余暇的作業遂行及びADLに改善を認め、訪問リハ卒業となった。

MTDLPを使用し、短期間での訪問リハ卒業に至った大きな要因として2つ考えられる。

1つ目として、詳しい目標設定・支援内容の明確化をし、それを本人・家族と共有した事が挙げられる。Levackらは「意思決定の共有 (Shared Decision Making: SDM)」の効果に関して、SDMはリハ医療における治療構造への積極的参加を導き、そのプロセスによる目標設定が患者の動機を高め、生活の自立を促すとされている⁽⁷⁾⁽⁸⁾。また、ト部らは訪問リハビリテーションにおいて、機能回復や動作改善という点だけの目標では、訪問リハを中止するという動機づけが働く可能性が低いことを明らかにしている⁽⁹⁾。今回の介入（初回の目標の場合）では『買い物に行く』という生活行為の目標を、本人との初回面接により明らかにした。次にMTDLPを使用し、目標を妨げている要因・現状能力の強み・予後予測を「心身機能・身体構造」だけでなく「活動・参加」や「環境因子」の項目に分類し、目標に関わる因子について詳しくアセスメントを行った。その結果2ヶ月の期間で『介助無く安全に外出し、家族運転のもと近所のスーパーへ行き車椅子にて買い物を楽しむ事ができる』と5W1Hで明確な目標を本人・家族と共有することができた。その事で、単なる活動の目標設定では無く、本人の価値観を尊重した達成可能な目標を設定できたと考える。リハ卒業後の作業遂行の習慣化に関しても、本人の性格である内的統性傾向の影響もあるが、目標設定の明確化と共有が大きく関わっていると考えられる。

また、支援内容の明確化について、MTDLPでは「基本動作訓練」「応用動作訓練」「社会適応訓練」に分け、家族やサービス支援者の役割分担や、通所や自宅での訓練等の訓練場所も決めてプログラムを立案する。これに加え書面での可視化により、家族や本人も目標達成に向けて、どの部分をどのように訓練（支援）すればよいかが明確となり、目標への繋がりを意識でき、訪問リハ以外の時間も高い達成動機を維持したまま訓練を行えた

と考える。支援内容で、訪問リハでは主に「応用動作訓練」「社会適応訓練」を行い、リハ内容を伝達した上で「基本動作訓練」を自主トレーニングとして通所や自宅にて役割分担して行う事で、訪問リハに依存せず短期間での卒業に繋がった要因の一つであると考えられる。

2つ目として、卒業後に繋がられるよう詳しい申し送りを、通所スタッフとCMへ行った事が挙げられる。太田らは地域の作業療法について、本人への直接的支援以上に関係機関との連携や、地域住民の協力が必要と述べている⁽¹⁰⁾。

今回の介入では、卒業時にMTDLPの生活行為申し送り表を使用し、通所スタッフへとリスクマネジメントやどんな希望を持っているのかを記載し、それに向けての具体的な支援内容を提示した。その事により、訪問リハ卒業後も、より質の高い生活行為目標へのプログラムを行え、その上で転倒等のリスク少なく生活を安全に継続することが出来たと考える。今回の事例の様な内的統性傾向が強く、自らの希望を積極的に表出が出来る方に対しては、訪問リハにて行いたい作業の獲得と、今後の生活の安全性を確認し、その上でそれ以上の作業の質の向上に関しては、卒業後も継続できるよう具体的な申し送りを通所スタッフ・CM・家族に対して行い、サービスの移行を行う事も短期卒業に対して大切だと考える。

以上の事から訪問リハの短期間卒業が可能になったと考えられ、訪問リハでのMTDLPの有用性が示唆された。今後も訪問リハの短期卒業にMTDLPが有用か事例を増やして検証していきたい。

8. 参考・引用文献

1) 引用文献

- ①矢野秀典ほか：訪問リハビリテーションの適切な継続期間に関する検討：リハビリテーション連携科学4(1): 111-116(2003)
- ②岡本美佐子：Care Critique 訪問リハビリテーションが長期化にある原因分析と今後の課題：月刊総合ケア14(4)：65-68(2004)
- ③平成25年老人保健健康増進等事業：訪問リハビリテーションと、訪問看護ステーションからの理学療法士等による訪問の実態に関する調査研究事業：厚生労働省(2013)
- ④日本作業療法士協会：平成20年度老人保健健康増進等事業「高齢者の持てる能力を引き出す地域包括支援のあり方研究報告書」：(2009)

- ⑤日本作業療法士協会：平成 21 年度老人保健健康増進等事業「自立支援に向けた包括マネジメントによる総合的なサービスモデル調査研究報告書」：(2010)
- ⑥日本作業療法士協会：作業療法マニュアル 57 生活行為向上マネジメント：12(2014)
- ⑦ Levack WM：Is goal planning in rehabilitation effective?：739-755(2006)
- ⑧ Moser A：Competency in shaping one`s life：autonomy of people with type 2 diabetes mellitus in a nurse-led, shared-care setting a qualitative study . Int J Nurs Stud,43：417-427(2006)
- ⑨ト部吉文他：訪問リハビリテーションにおける長期継続利用に至るプロセス：1(2013)
- ⑩太田睦美他：作業療法学全書改訂第 3 版 地域作業療法学第 13 巻：協同医書出版社 67(2012)

2) 参考文献

- ①齊藤佑樹ほか：作業で語る事例報告：医学書院 (2014)
- ②藪脇健司ほか：高齢者のその人らしさを捉える作業療法 大切な作業の実現：文光堂 (2015)
- ③湘南 OT のかけら資料
- ④リハケア講座資料

生活行為向上マネジメントシート

利用者 A 様 担当者：三木 惇郎 記入日： X 年 Y + 2 月 D 日

生活行為 アセスメント	生活行為の目標	本人	買い物に行きたい				
		キーパーソン	家の中を危険なく歩け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	足関節深部覚中等度低下 下肢耐久性低下 疲労時立位バランス不良		ベッド臥床の時間が多い 退院後買い物・車椅子駆動の経験なし 車椅子移乗移動・靴着脱介助		玄関先が砂利道段差 2 段 玄関の 2 段に支持物なし 屋内移動で靴下が滑る 段差昇降器操作は介助	
	現状能力 (強み)	上下肢・体幹 MMT4 買い物への意欲がある バイタル安定 (運動時) 知的機能良好		支持物あれば静的・動的立位 バランス安定		スーパーには段差なし 家族が協力的 (嫁が車を保持) 自室外に段差昇降器あり 車椅子及び歩行器をレンタル ベッド横に縦手すりが設置	
	予後予測 (いつまでにどこまで達成できるか)	深部感覚低下については視覚からフィードバックにより足関節位置の意識付けができ、活動性向上により下肢耐久性向上し短距離 (10m 程度) であれば歩行器使用し安定して歩行できると考えられる。 また、支持物あれば車椅子移乗・ベッド端坐位での靴の着脱は自立し、車椅子の自操ができる事で店内移動自立、買い物が習慣化する事で活動性向上すると考えられる。 環境面では、滑り止め靴下履くことで屋内移動安定性向上し、段差昇降器操作練習する事で屋外に出る事が自立して行えと考え、その結果嫁の車に乗り買い物に行けると予測した					
	合意した目標 (具体的な生活行為)	介助無く安全に屋外に出て家族運転のもと近所のスーパーへ行き、車椅子にて買い物を楽しむことができる					
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 7/10	

* 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		基本プログラム	応用的プログラム	社会適応的プログラム
	達成のためのプログラム		①立位バランスex ②下肢・体幹筋力ex ③歩行器・手すり使用での歩行ex (視覚からのFB)	①靴の着脱ex ②車椅子駆動ex	①滑り止め靴下へ変更 ②段差昇降器操作指導 ③歩行器使用での屋外歩行ex ④車への乗降ex
	がいつ・どこで・誰が実施	本人	①③家族見守りのもと実施 ②OT指導後自宅と通所にて自主トレ	①② 家族見守りのもと実施	①家族購入 ②③④OT実施で安定確認次第実際の買い物にて実施
		家族や支援者	①②③ 訪問時にOTと実施	①② 訪問時OTと実施	②③④ 訪問時OTと実施
	実施・支援期間		X 年 Y + 2 月 E 日 ~ X 年 Y + 3 月 F 日		
達成		☒ 達成 ☐ 変更達成 ☐ 未達成 (理由：) ☐ 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。

生活行為申し送り表

氏名：A 様 年齢：80 歳代 性別：(男)・女 作成日：X 年 Y + 4 月 Z 日
 担当者氏名：三木 惇郎 所属・創心會訪問看護ステーション 職種：作業療法士
 当事業所通所 訪問サービス終了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。
 管理者へ 引き続き継続できるよう日常生活や通所のなかでの支援をお願いいたします。

担当者：【元気な時の生活状態】 定年まで勤められ、その後は毎日のように木の剪定や料理、買い物に行かれたりして生活を楽しまれておりました。		【今回訪問リハ介入きっかけ】 ☐ 徐々に生活機能が低下 ☐ 発症（脊髄海綿状血管腫 ope 後） ☐ その他		【ご本人の困っている・できるようになりたいこと】 買い物を 1 人で行きたい、園芸準備も 1 人でできるようになりたい。		
【現在の生活状況】 （本人の能力を記載する）※該当箇所に V をつける						
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	【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】 買い物や料理や園芸といった余暇活動へ向けたアプローチ中心に介入させて頂き、家族様やサービス関係者の方々が積極的な支援して下さった事もあり Y + 4 月には家族様介助にて行えるようになりました。また、上記アプローチによる機能向上や環境整備により ADL 上での困っていた入浴やトイレ動作や更衣に関しても福祉用具等を用いながら自立して行えることができています。 【日常生活の主な過ごし方】 現在は ADL も自立し屋内移動も安全に介助無く移動できています。余暇活動としては、ご家族様と週 2~3 回買い物に出かけられたり、毎日趣味として料理や園芸を楽しんでいます。疲労している日にはベッド上で TV を見て過ごされる事もあるそうです。
食べる・飲む	☒	☐	☐	☐	ダイニングにて自立	
移乗	☒	☐	☐	☐	車椅子用意により自立	
整容	☒	☐	☐	☐	自立	
トイレ行為	☒	☐	☐	☐	修正自立（手すり使用）	
入浴	☒	☐	☐	☐	修正自立（滑り止め・手すり使用）	
平地歩行	☒	☐	☐	☐	歩行器使用で 20m の耐久性	
階段昇降	☐	☐	☒	☐	玄関の段差昇降は手すり用い自立	
更衣	☒	☐	☐	☐	自立	
屋内移動	☒	☐	☐	☐	手すり・伝い歩きにて自立	
屋外移動	☒	☐	☐	☐	車椅子・歩行器使用して自立	
交通機関利用	☐	☐	☐	☒	電車・バス使用機会なし	
買い物	☒	☐	☐	☐	娘様車運転にて週 2-3 回	
食事の準備	☒	☐	☐	☐	料理・準備ともに自立	
掃除	☐	☐	☐	☒	奥様・娘様実施	
洗濯	☐	☐	☐	☒	奥様・娘様実施	
整理・ゴミだし	☐	☐	☐	☒	ゴミだしは奥様・娘様が実施	
お金の管理	☐	☒	☐	☐	現在は娘様が実施	
電話をかける	☒	☐	☐	☐	番号聞くことで友人にかけている	
服薬管理	☒	☐	☐	☐	ワーファリンコントロール良好	
【アセスメントまとめと解決すべき課題】 ①玄関の立ち上がりについて、「まだ少し立ち上がり辛い」という思いがある点 ②園芸（土・プランターの準備介助）について、もう少し一人で出来るようになりたいという点 ③買い物（娘様運転・車椅子の用意介助）について、もう少し一人で出来るようになりたいという点						
【継続するとよい支援内容またはプログラム】 ①玄関の段差に座り楽に立ち上がれるように、担当者会議にて話されていた牛乳パックの台を通所にて作成 ②プランターや土を運べるように台車を安全に押す訓練や座位にて床から床へ重錘を用いた物品の移動訓練の実施 ③体幹・下肢筋力向上のための歩行訓練や左足部への荷重訓練、平地ではない場所での車椅子駆動訓練、段差昇降訓練 これらをリスクマネジメント（感覚障害に対して視覚からの足関節位置の意識付け、動悸・眠気等の低血糖症状時の糖分摂取）しつつ通所や自宅にて取り組んで頂くことで、より楽しみも拡大できるのではないかと考えています。以上簡単ではありますが申し送りとさせていただきます。						

リハビリ倶楽部のご利用者様の就労に向けたアプローチ

吉備センター リハビリ倶楽部吉備 介護職 藤田 寛也
難波 真由

1. はじめに

創心流リハケアの視点において、「社会参加への支援」がある。今回、その視点のもとリハビリ倶楽部吉備の中で就労出来る能力のあるご利用者様に対し、NPO 法人未来想造舎和一久（以下和一久）との連携を図り、就労継続支援 B 型利用に向けての取り組みを行った。その経過について以下に報告する。

2. 症例紹介

氏名：A 様 性別：男性 年齢：50 代後半
介護度：要介護 3
疾患名：脳梗塞（右上下肢不全麻痺・ウェルニッケ失語）
平成 22 年発症
既往歴：なし
BRS：上肢Ⅰ 手指Ⅰ 下肢Ⅲ
意思疎通：言葉を出して会話することは困難だが、「うん」「ううん」等の発語と、身振り手振りや表情などの非言語にて、他者との交流はデイスサービス（以下 DS）内で円滑に行えている。挨拶についても語尾の「ます」のみの発語が多いが可能である。一音ずつならば「おはよう」等の発声は可能である。また、「ぼっけえ」「さみい」などの残語による感情の表出もあり、それによってコミュニケーションを取ることができている。

記憶力に大きな問題はないが、細かい部分についての記憶が曖昧なことがある。しかし、繰り返し行うことで順調に定着していくことができる。

病前はトラックの運転手をしており、現在も乗り物への関心は強い。

身体機能：現在、短下肢装具と T 字杖にて歩行されている。歩行中のふらつきも見られない。階段昇降は手すりを使用し、健側患側どちらからでも段差昇降が可能である。右肩亜脱臼があり、患側である右肩の可動域は狭いが日常生活に問題はない。

自宅での生活：自宅は持ち家で奥様と長男一家と同居されているが、ご家族様は日中、仕事へ出ている為、帰宅するまでは独居の状態である。自宅にいるときは洗濯物たたみ等を行うが、時間の大半をベッドで過ごされている。キーパーソンは奥様で、身の周りのことは奥様が

ほとんどされている。

社会資源：H 22 年より週 6 回創心会 DS 利用をし、リハビリを継続している。また、月 2 回、病院で言語訓練に取り組んでいる。

3. 支援に至った背景

A 様は自宅での生活の継続、家族とのコミュニケーションをより円滑に取れるようになること、家庭内での役割を持つ事を目的として DS を利用されていた。

平成 27 年度の保険制度改正に伴い、病院での言語訓練が打切りとなる。平成 26 年 7 月に行った担当者会議にて、言語訓練の代わりとなる社会参加の場がないかとご家族様と話し合いを行った。A 様は病前トラック運転手をされており、仕事の一環として洗車を行っていた為、和一久での洗車作業を紹介した。その後和一久と情報共有しながら、DS にて和一久での就労も視野に入れた洗車作業を含める機能訓練を行った。

4. アプローチ方法と経過

前項で示した和一久での洗車作業は夏季のみ実施しており、A 様が実際に就労継続支援 B 型にて行った就労内容は別のものとなった。しかし A 様に就労への意欲を維持・向上していただく為、DS ではまず洗車作業の訓練からしていただくことにした。

従って、本論文では「アプローチ方法と経過」において二部構成をとることとした。

1) - 1 洗車時に必要となる動作獲得へのアプローチ

A 様が実際に洗車を行う上でどのようなアプローチが必要なのかアセスメントを行った。アセスメントの結果、以下の 2 点を中心にアプローチを行う必要があると考えられた。

①体幹バランスの強化

②マシン拭き

①では、作業中は杖無しでブラシ等の作業道具を持って移動しなければならない。この動作の獲得を図る為、肋木での左右への体重移動や横歩き・屈伸を実施した。

②では、DS でリハビリに使用しているマシンを拭く

ことにより、洗車の模擬動作が行える為実施した。その際、スタッフ見守りの下、手首や指の動きを意識して細かい部分まで屈みながら拭いていただいた。

以上の事を安全に行う事ができるようになった為、実際に A 様に洗車していただくこととなった。

1) - 2 洗車作業の経過

[H26 年 8 月下旬]

- ・週2回程のペースで送迎車の撥水加工をして頂いた。撥水液が過去にA様の使用していたものと同じであった為、嬉しそうな表情をされていたが、使用方法は忘れられており理解できていなかった。
- ・洗車作業はこちらが指示をして行っていた。指示内容として、撥水液が塗れていない部分がある等の細かい指示のみ必要に合わせてさせていただいた。動作自体は安定して行えていた(図1)。洗車後、本人に「洗車が行えてよかったですか」「次回もまた洗車をしたいですか」と尋ねると笑顔で「うん」と答えられた。



図1. 撥水加工作業の様子

[H26 年 9 月初旬]

- ・9月9日、A様が帽子を被って来所されるようになった。ご家族様から話を伺うと、病前に使用していた仕事用帽子で、自宅を出る際にA様の意思で被ってこられたとのことだった。A様に帽子の件について尋ねると送迎車を指さされた。「仕事だからですか」とこちらが問うと「うん。うん。」と真剣な表情で頷かれた。この日以降、A様は帽子を被って来所されるようになった。

これをきっかけに A 様の「働く」ことへの意欲が引き出され、A 様の就労へ向けてチーム全体が本格的に動き出すことになった。さらに、ご家族からの就労への強い希望もあり、就労後後押しする強い

力になった。

- ・継続して洗車を行っていただき、声をかけると「よっしゃ」と言われ洗車に取りかかれるようになった。
- ・撥水加工だけだった作業もワックスがけや車全体のタオルでの拭き取り作業が可能になり、A様も喜ばれている様子だった。作業全体の流れで迷っている部分はまだあるが、順番に使用する道具を渡すと作業を理解し取り組まれた。
- ・洗車作業に慣れ、洗い忘れ等の細かい部分にもご自分で気付くようになった。時折A様自身の腕時計で時間を確認し時間管理も可能になった。

[H26 年 11 月下旬]

- ・タイヤを洗う作業を追加で開始した。A様にタイヤ用洗車スプレーをお渡しすると、初めてしていただくにも関わらず作業をすぐに理解された。こちらが指示を出す前に屈みこみ、タイヤの洗車を開始された。
- ・洗車作業が上達し、細かな部分の作業を一人で行う事が可能になった(図2)。

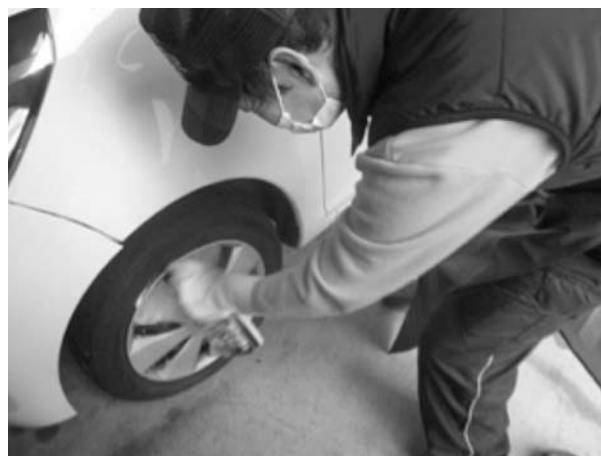


図2. タイヤを洗う作業の様子

2) - 1 就労内容へのアプローチ

CM・和久・ご家族様との連携を継続していく中で、実際に就労継続支援 B 型で行って頂く作業内容が決定した。和久で行っていただく作業は椎茸の柄のカットと清掃作業となった。

洗車と同様に、まず A 様が実際に仕事を行う上で、どのようなアプローチが必要なのかアセスメントを行った。実際の仕事を想定し、DS 内で作業を実施した。アセスメントの結果、以下の3点を中心にアプローチを実施した。

- ①環境負荷歩行(杖無し)

②就労内容への動作訓練（椎茸カット、清掃作業）

③コミュニケーション能力の向上

①では、就労場所には凹凸や段差のある場所が多くあり、杖を使用しない状態で転倒なく清掃作業を行わなければならない。その為、就労場所の環境を想定した環境負荷歩行や段差昇降を実施した。

②では、実際の就労内容として椎茸の柄のカットをすることとなったが、その際、裏返した椎茸の柄をはさみを横にして切る作業が困難であった。そこでまずペグボードを行っていただき、ペグボードにて立てた棒を椎茸の柄に見立て、それを洗濯ばさみで横から挟むようにしていただいた。実際の作業と同じような動作を指示しつつ繰り返していただくことで作業でのエラーを軽減できるよう実施した。

清掃作業の動作訓練では、DS 内で箒とチリトリを使用し、床に置いたゴミを箒で集め、チリトリに入れる作業を行っていただいた。各々の動作が安定した後、緩やかな下り坂等の足元が不安定な場所で清掃作業を行っていただいた。

③では、持参の言語プリントの継続と、挨拶をはっきりと発音が可能になる為に実施した。言語プリントの継続は単語の理解と発声を維持・向上させる為に行った。さらに、挨拶をスムーズに行うことが出来るようになるため、スタッフとの挨拶の際、スタッフがゆっくり一音ずつ「お・は・よ・う・ご・ざ・い・ま・す」と発声しそれを模倣していただくアプローチを行った。

2) - 2 就労の経過

A 様と CM と DS スタッフで和久の見学を行った。実際に他の和久の利用者様が仕事をしている様子を見て、A 様に出来そうですかと尋ねると「うん」と答えられた。作業場はビニールハウス内の為、足元は舗装されておらず凹凸の多い場所であったが歩行時にふらつきやつまづきもなく、杖無しでも移動は安定していた。慣れない環境下での歩行であったが、A 様に疲れの有無を確認すると首を横に振られた。

見学を終え A 様の能力は十分に作業を行えると判断した為、12 月中旬より B 型の研修を週 2 回、1 ヶ月間行って頂いた。前述の見学の時同様、作業動作は順調に行っていた。研修中の様子について A 様に問うと「えれえ」と答えられ、続けて仕事に対し不安があるかと問うと「うん」と答えられた。そのため、A 様のモチベーションを高めるようにプラスの声掛けを

行った。研修後に再度同じ内容を質問した際には首を大きく横に振り、否定された。他者とのコミュニケーションも行えている様子で、笑顔も多く見られた。また、研修中に和久スタッフと連携し A 様の様子を確認した。和久での作業動作は円滑に行っていたが、和久スタッフから作業服のマスクと帽子的着衣に時間がかかるとの報告を受けた。そこで、和久にて使用しているマスクと帽子をお借りし、新たに DS で行うアプローチとして着衣の訓練をすることとした。訓練開始当初は動作が分からず、一つひとつ動作確認をしながら行った。動作が定着した後、時間を計測しながらの着衣動作を DS 利用時に毎回 5 回程度行うようにしていただいた（図 3）。

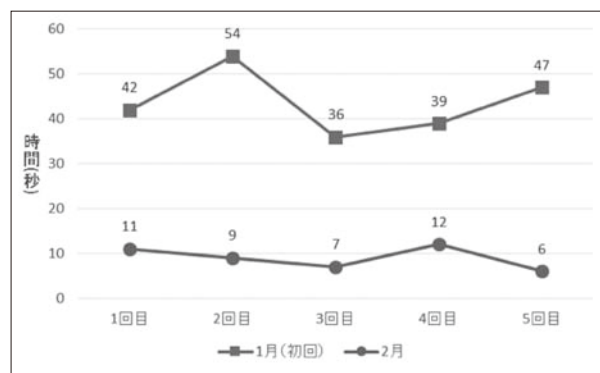


図 3. 作業服の着衣動作所要時間の差

研修が終了し、2 月上旬より正式に和久の就労継続支援 B 型事業での就労が決定した。

現在はゴミの分別など新たな作業にも取り組まれている。

5. 結果

指示が通りづらいが、作業内容が定着するスピードは速く、作業を重ねるごとに熟練度が高まっていた。新しくできることが次々と増え、A 様もご家族様も嬉しく思われている。研修中は和久の環境に慣れず、帰宅後は疲れた様子だった。しかし、次第に作業に慣れ、帰宅されてからも疲れは研修中よりも少なくなった様子だった。休憩時間中、うなずき等で他の利用者様とコミュニケーションを取られ、笑顔が多く見られた。

6. 考察

今回 A 様に対して就労支援を行い、和久での研修を終え、業務を開始していただくことが可能になった。これまでの就労支援のポイントは次の 2 点であると考え

られる。

一つは関係機関との情報共有、連携が細かく行えたことである。和久での就労内容について事前に見学に行き確認することで、A 様自身の就労に対するイメージと就労内容に沿ったリハビリ提供の双方を具体化することができた。具体的になることでチーム全体がどのように動いていくかが明確になった。研修中に新たに挙げられた課題に対しても、和久と CM の連携を密にとることで即時対応することができた。また、DS と和久が同じグループ企業ということもあり連携が取りやすい状況であった。

二つ目は A 様のやる気を引き出し、その気になっていただけたことである。A 様の病前の生活歴や興味のあることに注目しアプローチをしていくことで、今回であれば病前に使用していた仕事用の帽子を被って来所されるというような大きな変化が表れたのではないかと考えられる。さらに、ご家族様も全面的に A 様の就労に協力してくださり、A 様の自宅での変化などを手帳で伝えてくださった。ご家族様の存在があったからこそ A 様が就労に向け、前向きになりモチベーションを維持できたのだと考える。元々 A 様は就労を目的としてリハビリをされていた訳ではないことから、今回の事例において A 様のその気を引き出したことが成功の最も大きな要因であると言えるだろう。

トラックの運転手をしていた A 様にとって洗車とは、仕事の一部だった。このことが DS へ行き、送迎車の洗車をする事と重なり、洗車をする事が特別な意味を持ち、「働く」ことへの意識付けを行う事ができたのだと考えられる。実際に就労として行っていた作業は洗車とは違ったが、モチベーションを維持しリハビリに前向きに取り組むことができたのは、アプローチしていく中で A 様自身がただ洗車をするだけでなく、就労ということを意識するようになったことが要因だろう。A 様と仕事について話すと、仕事に対しての責任と自覚を持たれていることが感じられる。また、就労までの流れが段階を踏んで徐々に行っていたことと、事前情報により就労内容を想定したリハビリができたことが、就労開始後のモチベーション維持に繋がっていると考えられる。

7. まとめ

今回の就労支援での成功要因は、まず、DS 内だけでなく CM やご家族様、外部との情報交換が細かく行え、

チームで A 様を支え、モチベーションを維持できたこと、二つ目に A 様にその気になっていただく為興味のある作業から行っていただくようにしたことが挙げられる。

今回の就労支援を通して、ご利用者様の可能性を広く捉えること、またその気を引き出すことの大切さを深く感じた。今回のような支援を他のご利用者様に対しても行っていく為には、ご利用者様のできることに目を向け、やる気を引き出す為に趣味・趣向に合わせたアプローチを考えていくことが必要である。これによりご利用者様の新たな「できる」可能性を見つけ広げていくことができる。そして、そこからさらに「できる」を増やしていくようにモチベーションを維持していくことが必要である。さらに、ご家族様またご利用者様だけではなくその方を取り巻く環境、ご家族様や他事業所の想いや役割を理解し、連携しながら支援を行っていくことが必要である。そして事業所を越え、チームとして一人のご利用者様を支援していく体制を今後も継続していきたい。

8. 謝辞

今回、論文の作成、就労への取り組みを通して、ご利用者様、ご家族、CM、協力して下さったスタッフ並びに NPO 法人未来創造舎和久のスタッフの方々に深くお礼申し上げます。

9. 参考文献

「第 6 回 創心流リハケア講座資料」 2014
太田仁史 (2006) 「芯から支える」 荘道社

未来想造舎和一久の支援モデルについて ～「利用者」から「生活主体者」へ 真の自立を目指して～

未来創造舎和一久 和一久ステップ茶屋町 介護福祉士 佐藤 将一

1. はじめに

創心會グループでは、ケアの概念の基軸として、「創心流リハケア理論」を用いてサービス提供を行っている。創心流リハケアの視点には「社会参加への支援」の概念があり、グループ全体で社会参加支援のための仕組みづくりを行っている。

障がいを負われた方、また高齢者の社会参加支援事業として運営している未来想造舎和一久の活動を軸に、社会参加支援の概念とサービスモデルについて改めて紹介する。

2. 社会参加支援 ～創心流リアケアの視点から～

私達在宅ケアサービスの従事者は、主に介護保険法に則り、利用者の自立を支援すべく日々のサービスを提供している。それでは「自立」とはどのような状況を指すのだろうか。

創心會では、リハビリテーションとケアを融合させ、在宅ケアの新たな形を創造してきた。また、創心流リハビリテーション理論の根底にある ICF の概念（図1）は、生活機能と背景要因から成り、これらの構成要素全てが相互に作用して、人の健康状態があると考えられている。つまり、障がいを持った人々にとっての自立とは、いわゆる ADL・IADL の自立だけではなく、個人因子や環境因子などに介入、把握をしながら、「活動」「参加」への支援を具体的に行うことこそ、創心流リハケアにおける「自立支援」と考えている。

1) 未来想造舎和一久設立の背景

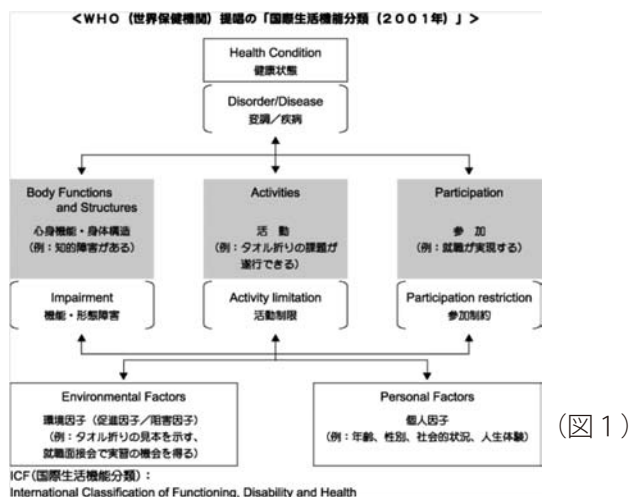
① 地域ケアの課題と制度上の問題

現在、地域における高齢者及び中途障がい者の在宅ケアは、主に介護保険制度を運用していることが多い。しかし、介護保険制度に位置づけられているサービスはいわゆる ADL、IADL の遂行及び機能向上、または補填をするためのサービスが主である。当然ながら介護保険制度は、要介護状態にある高齢者、障がい者が日常生活を安全かつ円滑に送るために必要な環境や介護を提供することを主たる目的に施行されるものであり、それ自体の運用は間違っていない。

こうした中、創心會では 20 年に渡りリハビリテーション理論に基づいた、「自立支援的在宅ケアシステム」の構築、普及を図ってきた。在宅ケア領域において、リハビリの重要性や機能訓練の普及については、地域の競合介護事業所のコンセプトや、ハード・サービスプログラムを見渡しても、パイオニアとしての一定の効果をもたらしたことは明白である。それにより医療からのソフトランディングも円滑に行われるようになり、在宅でのリハビリ、介護の考え方も大きく変わってきた。だが、地域における高齢者、障がい者が在宅で日常生活を安心して過ごせる環境が整いつつある中で、新たな課題が生まれた。

それは、身体機能が改善した障がい者、高齢者が、「自分らしく」人生を送る、QOL の質的な向上を図るためのインフラ、社会資源があまりにも未整備なことであった。

しかし、前述したように介護保険制度の中には、いわゆる QOL の質的な向上を支援するために特化した支援体系は位置づけられていない。創心會では、創心流リハケア理論に「社会参加支援」を謳いながらも、事業の主体は介護保険制度の中であるため、制度上どうしても支援を行うことには限界がある。しかし、利用者の人生は、法制度やサービス種別によってセパレートされるものではなく、過去から現在、未来まで継ぎ目なく続いているものである。彼らの活動能力の向上の先にある QOL の質的向上を支援するためには、介護保険や医療保険では果たしきれない支援機能を見



（図1）

出す必要があった。

② ある利用者の言葉

ある時、創心會サービスを利用されていた方が会社に車で来られこのように言った。

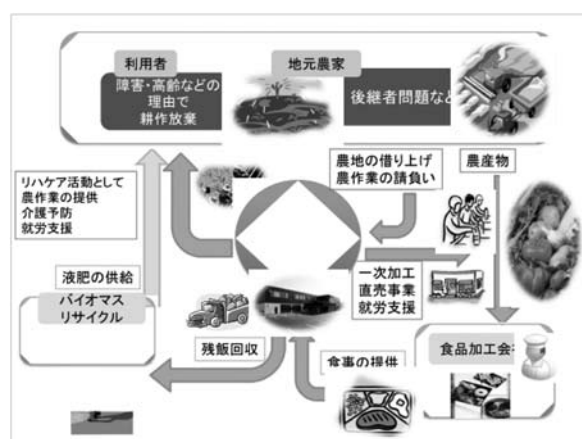
「先生のおかげで車にも乗れるようになった。車に乗ってどこにでも行けるようになった。ありがたいことです。・・・でも、どこにも「行く場所」がないんです。」

在宅でリハビリテーションの提供を普及させることで、利用者の ADL や IADL は維持されやすく、また向上すらも見られるようになった。動作能力が向上し生活空間も拡大した。しかし、「行く場所」がないとその利用者は言ったのである。たとえば車が運転できるようになっても、どこにでも行けるようになっても、「行く場所」つまり「目的」や「居場所」が社会の中になければ、彼らの QOL の質は向上しないということだったのである。

③ リハケアファームプロジェクト

前述のような QOL への支援機能の模索と並行しつつ、創心會の今後のリハビリテーションケアのひとつとしても注目していたものに「農業」があった。岡山のような地域では特に、現役時もしくは障がいを負う前に農業に携わっていた方が非常に多い。地域によっては、創心會の拠点での利用者数の約 25%にものぼる事が分かった。中には障がいを負ったことで農業を諦めた方もいる。

しかし、土に触れることや土を踏みしめて歩くことなどの農作業は、認知症予防に効果が高いことが研究論文などでも多く発表されている。そこで、農作業を活動媒体としたリハビリ（作業療法）や介護予防、認知症ケア、そして障害者の就労につなげることができないのではないか、ということで始まったのが「リハケアファームプロジェクト」だった。（図 2）



（図 2）

これが現在の「未来想造舎和一久」や「ど根性ファーム」の前身となっている。

リハビリテーションケアの流れの中で、農業活動を媒体として予防・機能維持向上・認知症予防・社会参加までの支援を一貫して行うというモデルである。

2) 和一久の社会的存在意義と目的

① ビジネスモデルの概念

未来想造舎和一久は、このような社会的課題や、自立支援における必要な社会資源があまりに不足している状況の中、いわゆる障がいを持たれた就労弱者や高齢者の活躍の場を創造する、という目的をもって設立された。

現在、社内外の通所支援事業所への配食事業、地域の独居高齢者世帯へのお弁当の宅配事業を行う「障害者就労継続支援 A 型」という就労事業所と、農産物の加工、出荷調整、販売事業、資源ごみの回収・分別などのリサイクル事業などを中心とした「障害者就労継続支援 B 型」の 2 つの社会参加支援事業を行っている。

和一久の社会参加支援事業は、前述したような介護保険サービス利用者が、「行く場所」、つまり社会の中に「居場所」を持てること、そしてその中で、必要とされる「役割」や「出番」を持ち、再び生産者として、あるいは主体的な生活者として活躍できる環境を創るために生まれたのである。これは、創心會グループが提唱している「創心流リハケア理論」の中にある「社会参加への支援」を担う新たな支援モデルである。（図 3、4）



（図 3）



(図4)

利用者の人生を支援するには、介護保険という限られた社会保障制度の中では制限があるため、法の枠を横断して新たな概念の自立支援モデルを確立することが必要であった。

つまり、未来想造舎和一久の事業とは、単独で成立するものではなく、生活期における障がいを負った方や高齢の方が、終末期におけるまで自立的に人生・生活を送るための支援システムの中のひとつの機能を担っているものでもあり、その根幹には、創心會が提供しているリハビリテーションを軸とした支援機能が横たわっているのである。

「生活機能の安定化」、「生活継続の保障」、「生活機能の向上」、これらを支援するサービスが相互に作用することで初めて、和一久のような社会参加支援サービスが機能できるのである。

② 障害者就労継続支援事業

障害者就労継続支援事業とは、「障害者総合支援法」という福祉法に位置づけられている福祉サービスである。就労継続支援A型は、一般企業に近い雇用環境の中で、作業能力、対人スキルなどのソーシャルスキルを修得し、一般就労を目標にした支援を「働きながら」行う事業体であり、現在多くの法人が参入している事業である。「支援」と「雇用」が両立している、社会福祉制度の中では珍しいサービス事業であり、障がいの者の経済生活を担保するための機能も有している。

未来想造舎和一久では、A型のサービスを図5のようにイメージしている。

就労継続支援B型は、A型と違い「雇用」は伴わず、主に就労活動を媒体とした「支援」「訓練」の要素が強い通所型の事業である。A型と最も違うところは、

「雇用を伴わない」「年齢の上制限がない」「給与ではなく工賃」の3点が最も大きく映るのではないだろうか。

未来想造舎和一久では、B型のサービスを図6、7のようにイメージしている。



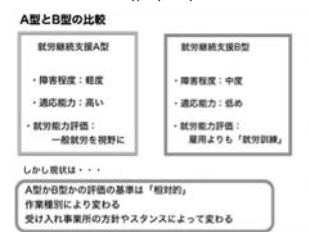
(図5)



(図6)



(図7)



(図8)

3. 和一久の支援モデル

未来想造舎和一久は、リハビリテーションにより活動能力・生活能力が高まった方が、社会における様々な制約や制限により、社会の中に参加できない状況を「諦める」のではなく、その方その方の「できる」事に目を向け、社会参加を実現するための仕組みを構築し、その方が「自分らしく」人生を送るための支援を行うことが目標である。

未来想造舎和一久の社会参加支援事業の柱となるのは以下の要素である。

1) 食の見える化・・・ピアの相互刺激作用

デイサービスの利用者でもあり、和一久のスタッフでもあるその方が、「これ私が野菜切っているんだよ。」「私でもできるんだからあなたでもできるよ」というピアが形成される。また、「この野菜は誰が作っているの?」「〇〇のデイに通われている利用者さんが作っているらしいよ」というような事例が会話の中で上がることで、介護保険利用者の意識を刺激し、社会参加への現実的な意欲を持ち、自分でも「できる」んじゃないかと思える環境を創ること

2) 農福教連携・・・リハケアファームプロジェクト

前述のように、農業活動をリハビリテーションとして、そして「社会参加」への媒介とすることである。また、農業を通じた就労に向けた「スクール」を就労移行事業として行い、社会参加への間口を創ること

と

3) 循環型社会の形成・・・社会貢献活動

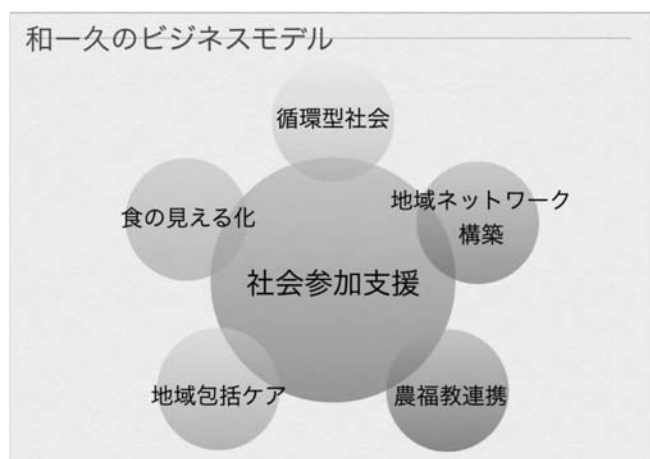
リハケアファーム事業における「耕作放棄地」の
再活用→野菜の自給自足
資源ごみ分別回収によるごみのリサイクル
ゆくゆくは残飯を回収し、液肥への再生産→農地へ、
または販売規格外食材の
加工による再活用

4) 地域ネットワーク・・・地域社会への貢献、地域に根ざす

地域の農家の「商品にならない」野菜などの買い上げ、加工
地域農家への農作業の請負、またはお手伝い
配食事業において、「地産地消」の実践

5) 地域包括ケア・・・社会参加支援機能になること

一般・中途問わず障がいを持たれた方の社会参加
推進機関としての機能
農地や作業場を活用し、リハビリサービスのアク
ティビティとして実際の利用者が社会参加のきっかけとして関わりやすい環境づくり
高齢の方の雇用も視野



(図5)

4. 出口戦略

創心會グループでは、介護保険利用者や要介護状態の障がい者、高齢者が自立主体的に社会の中に参加し、いわゆる「お世話になる」立場から文字通り「生活主体者」になるための自立支援のプロジェクトを「出口戦略」と呼んでいる。実際に介護保険利用者の社会参加支援体系については確立されていない。模索しながらではあるが、実践を通じながらそのノウハウを確立していく。

1) 介護保険事業との連携の形

現在介護保険サービス利用者の就労に至るまでの

流れは、就労継続支援事業所管理者（以下サビ管）が窓口となり相談を受け付けている。

- ①相談を受けた時点で、サビ管が該当利用者の情報を相談者より受領する。
- ②家族、ケアマネジャーなど含め、就労の提案について合意を得られているか確認
- ③本人、もしくは家族・ケアマネジャー交えて就労についての説明の実施
- ④作業現場見学・・・作業環境、作業動作などのリスク、能力面の簡易アセスメント 相談者もしくはケアマネジャーや家族などに同行依頼
- ⑤体験実習・・・3日～5日が原則。→様子を相談者など関係機関と情報共有
- ⑥サービス等利用計画の策定（総合支援法により定められた相談支援専門員、もしくはケアマネジャーが作成する、「障害福祉サービス版ケアプラン」）→策定者に相談支援専門員が必要な場合は介入を依頼
- ⑦「障害福祉サービス受給者証」の申請・交付
- ⑧契約 → 就労開始

(図10)

上記のような流れで、就労に至るまでの連携を図っている。

実際に見学に来られた時に、環境面や動作面での困難を認識する場合もあり、そういった場合には、それぞれサービス事業所に対して機能訓練の提案や具体的な動作能力などの必要状況をフィードバックしながら、本人の社会参加への支援の流れを切らないように伝えていく。

5. 今後の社会参加支援事業の展望

今後 2025 年問題など、超高齢化が進み、脳卒中患者の増加など社会の中で様々な制限や制約により「就労弱者」が増加することが想定される。また、一般障がい者も増加の傾向をたどっている。社会福祉の観点からも、より「社会参加支援」の必要性が求められると考える。

また、創心會グループとしては、創心流リハケア理論を基礎にした「本物ケア」において、生活の質、人生の質の向上への支援システムを構築し、普及することが最上の目的である。介護保険サービス利用時から社会参加を目指すことが当たり前になる社会づくりのパイオニアとしての役割を担っていきたい。

今後、未来想造舎和久は、就労継続支援事業を軸に、障がいを持たれた方や高齢の方が、自身の「できる」力を以って社会に参加して「居場所」を創ること、そして彼らが「役割」を果たせる機会を生み出していくこと、また農業等を媒介として、循環型社会貢献活動や地域農家との連携を通じて、社会参加を推進する支援体系を展開していきたいと考える。

6. 課題

未来想造舎和一久は、開設4年目を迎える。未だ介護保険からの出口戦略の事例も決して多くはない。また、グループ内においても「社会参加支援」の概念についての認知も十分ではないと考える。私達も実際の事例を通じて、活動を通じて、社内外に対して発信していく必要があると感じている。

そして、在宅ケアにおける社会参加の支援システムの体系化という大きな課題がある。アセスメントの手法、現場における支援の手法、さらには一般就労への支援手法、障害特性ごとの作業適性を見極めなど、支援を体系化するためにはまだまだ果たすべき取り組みが多いと感じている。

7. まとめ

在宅ケアにおける「社会参加支援」はまだまだ未開拓である。そして障がいを負った方、高齢になられた方の「可能性」にも多くの開拓の余地がある。私達は、まだまだ現役世代の方や仕事をしたいと希望する方が、いつまでも介護施設やリハビリ施設に通い続けたり、そのことが目的化してしまうことをよしとするのではなく、その方が「自分らしく」生きていくために「できる」事に目を向け、家庭や地域、そして社会の中で「役割」や「居場所」を見つけ、「やりがい」や「生きがい」を感じながら、主体的に生きていくための環境づくりに挑戦し続けなければならないと考える。

たとえ障がいを持っていたとしても、高齢になったとしても「できる」事は山ほどある。彼らが自分の「できる」ことを活かして、主体的に社会と繋がり合える仕組みづくりに、未来想造舎和一久として、そして創心會グループとしてこれからも取り組みをつづけていきたい。

次からは、具体的な症例を紹介していく。

8. 症例紹介1

氏名：G様

年齢：70代

性別：男性

介護度：要介護2

既往歴…脳出血による右上下肢麻痺、高次脳機能障害（失語、右半側空間無視、コミュニケーション障害）、水頭症

家族構成…妻、息子夫婦、孫

性格…責任感がとても強い。（仕事に対するプライドを

持っている）

利用サービス：創心会DSを週3回利用されている。

経過：

平成X年 脳出血を発症され、リハビリ倶楽部笠岡（以下DS）のご利用を開始される。

リハビリに積極的に取り組み、DSではテーブル拭き、ごみ拾いをご自分の役割として行っていた。ご自宅でも洗濯たたみ、朝食のコーヒー入れ、皿洗いなどご自分の役割を持っており、「ご自宅での生活の継続」「ご家族との旅行の継続」を目標にリハビリに取り組んでおられた。

平成25年4月 和一久ステップ笠岡開設の話をすると「いくらでも働くで」と目を輝かせ、満面の笑みで答え、その反面「こんな身体で出来るのか」という不安も口にしていた。発症前は、長年左官業をお仕事としてされており、働くことを生きがいとしておられる一面もあった。

平成25年6月 和一久ステップ笠岡にて1週間体験実習を行った。片麻痺があるため片手での作業が行いやすいよう自助具を用意していたが、自助具を使用しなくても左手で器用にネギの皮を剥くことができていた。作業スピードも速く、すぐにコツを掴まれた様子だった。仕事に対する責任感がとても強く「出荷時間に間に合うか」と気にされながら、作業中は黙々と集中して作業に取り組まれていた。

1週間の実習を終え、ご本人様、奥様、CM、リハビリ倶楽部笠岡職員を交え、今後の利用についてカンファレンスを実施。本人様「体験実習に参加してますます働く意欲が出てきたので毎日働きたい。作業中は黙って黙々とやりたい。」奥様「和一久の作業をし始めて生活にハリが出た。病気をしてから読まなくなった新聞をまた読み始めたり、帰ってきてからよく話をしてくれるようになった。以前（発症前）のお父さんに戻ったみたいで嬉しい。」と言われた。

DSでの他者との交流、活動量の確保、リハビリの必要性を考慮し、週3回（月・水・金）DS利用でしたが、平成25年7月1日より週3回（月・火・水）和一久を利用し、週2回（木・金）DSの利用となる。

平成25年7月15日 利用開始早々事業所入り口の段差で転倒され、その後身体状況が悪化した為、しばらくお休みされることになった。その間、DSでは歩行の安定、生活動作の安定のため、リハビリに取り組まれた。

平成25年9月22日 リハビリの甲斐があり、歩行状態が安定してきた頃、創心會の motto 「できる」をもつ

と「知ろう」祭りにご家族と来場され、会場で行っていたねぎの調整作業に自ら参加される。その時にご家族から再度和久を利用することを検討しているとのご相談を受けた。本人様は「すぐにでも和久に復帰したい」という気持ちが強く、復帰を心待ちにしておられる様子が見えた。しかし奥様は、転倒への不安が大きく、和久への復帰を悩んでいた。

そこで、DSでの活動状況や歩行状態について様子を聞き、OTより「フラットな場所での歩行は問題ない。和久の環境でリスクを感じるのは、玄関の段差、作業場の狭い場所での歩行。段差を上がる時に、身体が後方に傾くので、その改善の為に個別メニューでの訓練を行っている。」との意見を頂いた。

OTによる身体状況の評価、DSでの訓練状況について奥様に報告し、再度奥様の意向を伺った。奥様は「歩行は安定してきている」と感じておられ、身体状況よりも本人様から生活に対しての意欲が感じられないのが不安だと話された。「目標がないからかもしれない。創心會のお祭りでねぎの作業をしていた時の表情を見たら、和久を利用することで以前のような意欲的なお父さんに戻ってくれるのかもしれない。和久を利用させない事は私のエゴで、お父さんから楽しみを奪っているのかもしれない。」と悩んでおられた。また、「11月に旅行に行こうと思っているので、転倒前出来ていた床からの立ち上がり動作ができるようになって欲しい。現在、旅行に対しても意欲的になっていない。」と本人様の生活意欲や積極性の低下を一番に心配しておられた。

そこで、以前のように訓練や日常生活へのモチベーションを向上させ、本人様の生きがいを作り、QOLの向上を図るため、11月から週1回で様子を見ながら和久の利用を再開することとした。本人様は和久復帰に向けてモチベーションが向上しているとのことで、10月中は、和久復帰に向け、DSにて歩行・段差昇降の安定、床からの立ち上がり動作の訓練を継続して行って頂いた。本人様は和久復帰に向けてモチベーションが向上しており、DSでは、意欲的に訓練に取り組んだ。

そして、平成25年11月18日およそ4カ月の休養を経て、和久へ復帰。和久に復帰できた事をご本人様はとても喜んでおられ、週1回のご利用であったが、「いつでも仕事をするからねぎが多い時は呼んでくれ」と言って下さるなど、とても意欲的に仕事に取り組まれた。また、仕事に対する積極的で責任感のある行動は他の若いスタッフのお手本となった。年齢や障害が異なる方々

とも積極的にコミュニケーションをとり、ムードメーカーとして職場の雰囲気明るくしてくださった。

利用再開から、およそ5ヶ月が経ち、週1回の和久利用に身体が慣れていった頃、本人様より「週2回働きたい」との申し出があった。ご家族も、本人が働くことで生きがいを感じていることを喜んでおられ、体調・身体状況を考慮し、相談をした結果、平成26年4月週2回のご利用となった。

そして現在も、働くことに生きがいを感じながら、週2回和久で働いてくださっている。

本人様も「こんな身体になってまさか働けるとは思ってもみなかった。仕事を始めてこんな自分でもまだ出来ることがいっぱいあるということに気づかせてもらい気持ちが前向きになった。」と言われている。社会での役割を見つけ、生きがいを感じながら生活することで、日常生活にも変化がみられ、より意欲的に旅行や畑仕事、ご自宅での役割に取り組んでおられる。今後も、和久を継続して利用していくことで、G様が生きがいを持ちながら、楽しく生活が送れるよう支援したい。

9. 症例紹介2

氏名：T様

年齢：50代

性別：男性

介護度：要支援2

既往歴：脳内出血後遺症による左上下肢麻痺

家族構成：両親とは死別、姉がいるが連絡はほとんど取っていない。

性格：真面目、きれい好き

利用サービス：利用開始時は近隣医療法人の訪問リハを週2回利用されていた。

経過：

平成X年に脳内出血を発症され、左片麻痺となり創心会リハビリ倶楽部笠岡を利用された。リハビリをして身体的にも精神的にも安定した頃、病気を発症する前に働いていた鳥取の会社（警備会社）から「戻ってきてまた働かないか」との話があり、職場復帰に向けて、さらにリハビリに一生懸命取り組まれていた。しかし、いざ職場に戻ってみると、身体状況的に働くのは難しいということを感じ、再雇用は見送られてしまい、職場復帰を果たせないまま実家のある岡山に戻ってきた。岡山に戻って来てからは、身体機能を維持するために訪問のリハビリを週2回利用しながら、サービスのな

いは一日自宅でテレビ等を見て過ごすこともあったとの事だった。

平成 25 年 6 月

和一久ステップ笠岡が開設され、ケアマネジャーを通じて就労の話をさせて頂いたところ、本人も意欲的で「何が自分に出来るか分からないが自分の出来る作業ならぜひ働いてみたい」との希望があった。

平成 25 年 8 月

見学、体験を経て、なんとか自分でも出来そうな気がするとのことで、平成 25 年 8 月下旬より利用に繋がった。農作業の経験があるわけでもなく、利用開始当初は慣れない作業にとまどうことも多くあったが、自分なりにどうすれば上手く、かつ効率よく作業が出来るかを考えながら一生懸命取り組んで下さっていた。

また T 様は社会経験も豊富なため他の若いスタッフに対して働くとはどういうことか、ということを行動や態度でしっかり示して下さり、他の方の良き手本となってお下された。そのころから、将来的には元々の想いである一般就労を目指したいとのことで、自分なりにどんな仕事なら出来るかしっかり考えられながら働かれていた。

和一久利用当初は、事業所の送迎車にて送迎を行っていたが、一般就労に向けていずれは自分で通えるようにならないといけない、との想いを強く持たれており、障害年金や工賃を貯め、H26 年 3 月に車を購入されてから現在に至るまで、自家用車にて事業所までご自分で通って来られている。

平成 26 年 10 月

支援員や和一久の職員ともいろいろ相談した結果、いきなり一般就労するのではなく、まずは A 型の事業所にて訓練を積んで、ステップアップしていく方が良いのではないかとこのことで、ハローワークの登録や A 型事業所の見学等、精力的に動かれた。自宅から通える A 型事業所を数件見学し、その中で笠岡市内にある車部品の製造などの請負をしている事業所で、まずは実習からやってみようと奮起された。

ハローワークを通じて面接をされ、その後 5 日間の実習に臨まれた。慣れない作業で、片手でやるには難しい作業もある中で、どうすれば効率良く作業が出来るか常に工夫しながらの作業となった。5 日間をやり終え、本人としては自分の持てる力を十分に発揮し、やっていく自信もあったようだったが、結果としては、その事業所が今後内職作業を縮小していくため、本人に合った作業が用意出来ないかもしれないということと、身体障害者

の受け入れ実績がほぼないとのことで、残念ながら不採用という結果になった。しかし、T 様は落ち込むことなくすぐに気持ちを切り替え、次の就労先を探されていた。

平成 27 年 2 月

自宅からすぐ近くのところにある箸入れなどの内職作業をする A 型事業所を紹介され、面接・実習をされた。作業自体は問題なく出来たとのことだったが、積極性やコミュニケーションの部分で少し課題があり、残念ながら今回も採用には至らなかった。しかし、今回の実習を通して自分自身の課題にも気づくことが出来たようで、今はその課題としっかり向き合って和一久での作業に取り組んで下さっている。

和一久の利用開始から 2 年近く経過したが、利用当初から仕事に対する思いは全くブレることがなく、信念を持って働いて下さっている。背伸びをするのではなく、今の自分に出来ることを一つひとつ積み重ね、もっと出来る自分を知ったことで、自分に自信を持つことが出来たのではないかとと思われる。これまでの T 様の取り組みに関わらせて頂いた中で感じるのは、T 様は自分で限界を決めるのではなく、「とりあえずなんでもやってみよう」という思いで、色んなことに挑戦していくことの大切さを、身を持って表現して下さったのではないかとこのことである。そしてその想いの積み重ねこそが次へのステップにつながるということを実感することができた。今後も今の前向きな気持ちで取り組んでいけば、いつか必ず自分の力を十分発揮出来る職場に出会うことが出来、よりいきいきとした豊かな人生を送ることが出来るのではないかと考えている。

10. 謝辞

今回の論文の作成にあたり、ご協力くださったご利用者様、スタッフ、関係者の皆様に深く感謝いたします。ありがとうございました。

11. 引用

創心流リハケア講座 資料

「あっぱれ！制度と定着率の相関分析」

本社支援本部 業務管理 あっぱれ制度事務局 白神 光章

1. はじめに

「あっぱれ！制度」は、スタッフ自らが主体的に歓働環境を創造する仕組みとして導入している。職場における良い取り組み、スタッフ間の感謝の気持ち等に着目し、内発的モチベーションと幸福感を高めることを目的としており、制度に支配されるのではなく、スタッフが創意工夫して、主体的に楽しめる仕組みにしていけるものである。「あっぱれ！制度」のキーワードは「感謝の気持ち」「長所伸展」そして「遊び心」であり、全てのスタッフが楽しんで参加して頂ける制度である。

あっぱれ！制度は、感謝の気持ちをダイレクトにお伝えする、良い仕事ぶりを共有する「あっぱれ！カード」業務効率向上や、新しいサービスの導入に向けた「提案シート」創心會グループ内で行われるボランティアや、数多く存在している勉強会、プロジェクト等の対価としての「アクティビティーポイント」の三つの柱でできている。制度の運用から三年が過ぎ、創心會グループの中で定着してきている。

今回は、あっぱれ！カード、提案シート、アクティビティーのあっぱれ！獲得枚数上位者を対象に、離職率との相関分析を行い、あっぱれ！制度の効果測定を行った。

前回はセンター平均のあっぱれ！獲得枚数を基に調査した。その結果、あっぱれ！制度は離職率の低下に効果があるという事が、あっぱれ！カードとアクティビティーに関しては実証されたが、提案シートには相関が見られなかった。

2. 方法

実態把握について「平成 24 年 5 月～平成 26 年 4 月」までのあっぱれ！制度集計データと「平成 25 年 4 月～平成 27 年 3 月」までの人事の離職者データを使用し、分析を行う。

トップ 50	2012 秋	2013 春	2013 秋	2014 春
あっぱれ！カード (ありがとうカード)	10%	8%	8%	6%
提案シート	12%	6%	4%	4%
アクティビティ	16%	12%	6%	6%

※参考 医療・福祉分野の離職率は 15.2%
(平成 25 年度厚生労働省調べ)

離職率算出方法＝対象者の一年間の離職者数 ÷ 対象者数 (50 人で計算)

3. 分析と結果

あっぱれ！制度の三つの柱の有効性に応じた分析を試みたいと思う。

1) 1 あっぱれ！カード

日常の中での「ありがとう」や感謝の気持ちを見える化し、より良い歓働環境を作る事。また、良い取り組みを全社的に共有する為に作られたものである。あっぱれ！カードを多く流通させているスタッフは、他者行動への感受性が高く、「感謝・調和・信頼」を基本に人間関係の輪を大切に作る習慣をつけており、自分の心をコントロールすることが出来、定着に繋がるのではないかと予測する。

1) 2 結果・考察

あっぱれ！カードの集計の結果、二年間の平均離職率が 10%を下回っている事が分かった。特徴として、二年間ほとんどトップ 50 の顔ぶれが変わっていないことが挙げられる。これはありがとうカードを渡すことが癖付けされているという事であり、継続力のあるスタッフが多いという事がデータから読み取れる。他者にありがとうの気持ちを伝える行為を繰り返し行う事で、周囲の方との調和がとれ、好循環を生み出すようになり、定着に繋がっているのではないかと考える。まさに、制度導入によって期待される効果「ありがとうが溢れる環境」になっているといえる。

2) 1 提案シート

「こんなことをやってみたい」「ここを〇〇したらもっと良くなる」といった現場レベルでの声を汲み取り、形にし、良い環境を作っていく事や、自主性を促すための取り組みである。提案シート & 改善報告の提出枚数が多いスタッフは、現場の業務効率向上や、サービスの質の向上にむけ、様々なことにチャレンジしたいと考えている前向きな人材であると考えている。また、提案実現を支えようと様々なスタッフが協力し、その結果、縦のつながりだけではなく、横の繋がりとも強固な信頼関係を築くことができ、定着率に繋がるのではないかと予測する。

2) 2 結果・考察

提案シートの集計の結果、二年間の平均離職率が 10%を下回っている事が分かった。特に 2013 年～

2014 年では 4 % と秀逸な結果となった。提案シートの上位者の傾向として、入社歴が三年以上のスタッフが多く、また、正社員が多いというのが特徴であった。このことから考察すると、まず自分の業務がきちんに行えている事を前提として、提案シートを出しているという事が考えられる。そういった事から、業務面での不安が少ないスタッフが多い＝離職のリスクが少ないという事も離職率の低さに繋がっているのではないかと考える。この事から、職場環境を良くしたいといった提案（業務マニュアル作成、業務効率化への取り組み）は、多くの職員が関わりながら進めていけば、より良い効果に繋がるのではないかと感じた。

3) 1 アクティビティー

創心會グループ内でのボランティア活動、プロジェクト、勉強会に対して、申請が通った取り組みへポイントで還元していく仕組みである。アクティビティーポイントを多く所持しているスタッフの傾向として、フォーマル・インフォーマルコミュニケーションの機会が多くあるスタッフが挙げられる。フォーマル・インフォーマルな関わりが多ければ多いほど、帰属意識が高まり、定着率に繋がるのではないかと予測する。

3) 2 結果・考察

アクティビティーの集計の結果、2012 年～2013 年の離職率は 14 %

2013 年～2014 年の離職率は 6 % という結果であった。2013 年～2014 年に掛けて、アクティビティーが更に全社的に浸透し、アクティビティー申請を滞りなく行うことができ、6 % という離職率を導くことが出来たのではないかと考える。上位者の特徴として、勉強会に継続的に参加されている方、様々なプロジェクト活動に関わられている方が多く見られた。

主体的に勉強したいと思われているスタッフや、会社の為にプロジェクト活動を通して貢献されている方は、帰属意識が高く、また働き甲斐を感じており、高い定着率に繋がっているのではないかと考える。

4. まとめ

今回の調査では、センター毎ではなく、三つの柱のトップ 50 のスタッフに着目し、離職率との関連性を分析した。全体を通して感じた事を大きく三点にまとめる。

1) 「あっぱれ！制度」は定着率に繋がる可能性が高い。

企業において、定着率を上げることはとても大切な事である。現在の日本では様々な観点から企業の在り方に

ついて取り上げられており、その中でも離職率が高い企業＝ブラック企業であるという風潮が世間の中で確立しつつある。そういった中で、今回の調査では、あっぱれ！獲得枚数上位者は、全国平均と比べて離職率が低いことがデータから導き出すことが出来た。このデータをどう捉え、どう活かしていくのかを考えることがとても大切であると考え。

2) 「あっぱれ！制度」の導入から時が経つにつれスタッフへ浸透してきている。

第3回集計では、一人当たり 30 あっぱれ！獲得していたが、第6回集計では一人当たり 50 あっぱれ！獲得している。

特にアクティビティーに関しては、会社で開催されている勉強会やミーティング等の申請が増え続けており、きちんと還元されている事で、よりデータに深みが増し、今回の結果に繋がったのではないかと考える。

(2012～2013 年では離職率が 14 % だったが、2013～2014 年では 6 % に改善した)

3) 「あっぱれ！制度」は CSR 活動にも効果をもたらす可能性がある。

創心會の今期の経営方針には、事業活動の社会的価値を高める＝CSR の向上という確固たる方針がある。この CSR を高める為には、職員のサービス力の向上はもちろんの事、人間としての資質、専門職としての技術、社会人としての道德観を磨き上げることが大切である。そして、それらを伸ばすためには、職場環境が飲働環境であるという事が前提になると考える。ありがたいが溢れる環境を作り出すあっぱれ！カード、色々な事に挑戦することが出来る提案シート、勉強会やボランティア等、様々な経験をすることで、自らを磨くことが出来るアクティビティー。これらを活用することは、間違いなく飲働環境に繋がると感じている。

以上の事をまとめとして述べさせて頂いたが、私が一番お伝えしたいことは、「あっぱれ！制度」は定着率の向上だけではなく、様々な可能性を秘めているという事である。制度開始から三年が経ったが、まだ生まれて間もない制度である。たくさんのスタッフがあっぱれ！制度を活用することで、制度がブラッシュアップされ、さらに効果が出てくればとても素晴らしいことだと考える。今後も継続してあっぱれ！制度が有効であるという事を、データを蓄積し、検証していきたい。

5. 謝辞

今回の調査に関わって頂いたすべての方に、この場をお借りして厚く御礼申し上げます。

ラダー教育プログラム作成 ～訪問看護に見える化のために～

本部センター 訪問看護リハビリステーション 看護師 榎原 実知子 宇野 百合子

1. はじめに

2025 年の「地域包括ケアシステム」の構築に向けてますます訪問看護の役割が期待されている。以前に比べると訪問看護に興味をもつ看護師は増えているが、実際に自分が訪問看護師になるのは難しいと感じている人が多いのが現状である。その大きな理由の一つとして「一人で訪問するため、責任が重い」という理由で敬遠されていると日本訪問看護振興財団では分析している。私自身の看護師仲間でも、「一人で、どんな事ができるのか？」とか「判断できるのか」等の不安があるため、他の職場の方を選んでしまうという声を聞く事が多い。今回クリニカルラダーを学習する事により私達訪問看護師の仕事を「見える化」し活用することで同僚はもちろん、病院看護師等にも理解が得やすくなるのではないかと考えた。また、仕事内容を言語化することで、私達訪問看護師の新たな意識づけになると思った。そこで、訪問看護連絡協議会の課題検討委員会が作成した訪問看護ラダーを基準に、創心會の理念に添った教育プログラムを検討した。今後、訪問看護の認知度を高めると共に不安なく仕事ができる為のツールにしたいと考えている。また、ツールについては内容に変化を加える事で全事業所においても利用できるものではないかと思い紹介する。

2. クリニカルラダーとは

クリニカルラダーとは、新人看護師からエキスパートナースへと段階を踏んで、看護実践能力を育成するシステムである。パトリシア・ベナーの理論を基本におき、利用者中心の看護の質の向上と看護師のエンカレッジ（励ます・勇気づける・承認する）をねらいとし、教育と評価をするものである。

岡山県訪問看護連絡協議会では、平成 25 年に課題検討委員会を立ち上げ、訪問看護における課題を抽出して検討を続けている。課題の中でも「人材育成」は大きなテーマであり、そのひとつの手段として訪問看護独自のクリニカルラダー作りをしている。看護実践能力を 4 レベル（新任、一人前、中堅、エキスパート）に分けて作成される予定で、新任レベルがこの 3 月に完成した。今回紹介するのはその新任レベルのラダーである。また、

ラダーとセットで使用するための技術チェックリストも作成されたので、参照されたい。

3. クリニカルラダーシステムの目的

- ・個々の看護者の能力を適切に評価し、さらに向上するための動機づけとする
- ・看護者の仕事への満足度を高める
- ・看護者の個々のキャリア開発に役立て、教育的なサポートの基準にする
- ・人事考課の一要素とする

4. 紹介プログラムについて

今回紹介する訪問看護ラダーはまず、創心會の理念を、岡山県訪問看護連絡協議会が作成した教育プログラムと融合させている。

新任看護師として押さえておきたいスキルにリハケアで学習した実践理論を盛り込み、創心會の理念を反映させた創心會オリジナルのラダーを目標とした事である。

5. 使用方法

- ・スタンダードブックに綴じ込みいつでも見られるようにする（技術チェックリストとセットにしておく）
- ・目標管理の一環である管理者との面談に使用する（面接前に自己チェックと自己評価を行う）

6. 期待される事

- ・訪問看護業務を明確化でき不安なく仕事ができるようになる
- ・どんな事をしているのか、どんなスキルが必要なのか他者にもわかる
- ・個人のレベルを上げるだけでなく、全体のボトムアップに繋がる
- ・指導が明確になる事で、目標がより具体的になる
- ・目標管理において客観的な評価が可能になる

創心會の経営計画書には「笑顔と感謝の法則」について触れており「笑顔」と「感謝」が溢れるところに「ツキ」がやってくる。いいエネルギーが入ってくる。いい人が集まってきて、いい事が集まってくる。そして、全てが

良くなっていく。その結果、みんなが幸せになる。と記載されている。

訪問看護は「大変そう」というイメージばかりが先行しているのではないかと考える。

人材不足を解消するためにも、訪問看護のよいイメージをステーションから発信する事が必要であり、まずは私達が仕事に自信と誇りを持つことが重要である。その為のツールとして、創心會の理念に基づいた訪問看護ラダーが有効ではないかと考える。

7. 課題

- ・日常業務が煩雑であり継続して使用するのが、難しいと考えられる。
- ・評価の際に判断基準にあいまいさが残る。

以上のような課題が考えられるため、管理者面談時に定期的に個人で記入を行い、それを元に今後の課題や評価をしていき日常的に使用できるものとしたい。

また、当ステーションでのマニュアル作りを完成させ、サービスレベルに差がないようにすると共に、判断基準を明確にしていく工夫を検討していきたい。

8. 引用文献・参考文献

- 1) 訪問看護ステーション 経営のコツ 日本訪問看護振興財団 編 日本看護協会出版会 P9
- 2) よくわかる在宅看護 学研
- 3) 創心會 経営計画書

訪問看護ラダー別教育プログラム（新任期・レベル1）

到達目標		訪問看護師として基本的態度を身につけ、 ステーションメンバーとして活動できる	評価の視点	自己評価 A：一人でできる B：指導の下出来る C：出来ない D：未経験	
大項目	中項目				
訪問看護師としての基本項目	基本姿勢	新任期、レベル1			
		・事業所の理念・看護目標を理解する	(事業所の理念、活動目標を具体的に述べる事が出来る)		
		・創心會の理念・三大目的・基本的心構えを理解する	創心會の理念・三大目的・基本的心構えを述べる事ができる		
			自己の目標を明確にする		
			ステーションのロジックツリーの全体像が理解できる		
		・訪問看護師のマナーを知る	(新任教育を受け、訪問時のマナーの基本が守れる)		
			管理者に報告・連絡・相談ができる		
			訪問時玄関で一礼し、帰る時も一礼できる 靴の着脱のルールが実践できる		
			事業所に来客や電話があった際、適切に対応できる		
			電話対応で自分の部署と名前が言える		
			来客者に「いらっしやいませ」「ありがとうございました」のあいさつができる		
		・目的地を事前に把握する	安全に時間内に目的地に着くことができる		
			10分以上遅れるときは利用者に連絡をすることができる		
		・時間のマネジメントができる	1日の自己のタイムマネジメントができる		
			定められた時間でケアを提供できる		
	倫理	日本看護協会の倫理綱領を理解する			
		・人間の生命、人間としての尊厳及び権利を尊重する	利用者・家族の人権や自由が脅かされることに対して気付いている		
		・対象となる人々に平等に看護を提供する	利用者・家族の意思を常に尊重している		
			利用者・家族の心に創う姿勢が持てる		
		・対象となる人々との間に信頼関係を築く	利用者・家族と目標を共有している		
		・知る権利及び自己決定の権利を尊重し、擁護する	個人情報保護の必要性を理解し、守っている		
	コミュニケーション能力	・守秘義務を遵守し、個人情報の保護に努める	守秘義務を果たしている		
			利用者が特定されるような話題をさけている		
		・看護師が責任を持つ人は利用者である	得られた個人情報外部に漏洩しないように留意している		
			カルテを持ち歩かない、出したカルテはすぐ元の位置にもどしている		
		・コミュニケーションを通して、利用者・家族との良好な関係をつくる	利用者や家族との約束、依頼されたことについて誠実に対応している		
		・利用者・家族の持つ力（強み）を信じる	できること、できないことを利用者や家族に明確に説明する		
	組織内部の連携		契約書の説明内容を理解している		
			利用者・家族の想いを聴く姿勢を持っている		
		・自分の悩みを表出する	組織内部で報告・連絡・相談する能力を身につける		
		・感動環境を形成する	ありがとうカードの活用ができる		
		・1人で判断が困難な問題に関して、同僚・管理者にすみやかに相談する	1人で判断が困難な問題に関して、同僚や上司等に速やかに相談することができる		
		・職場の1員としての所属感を持つ	チームとしてケアを提供していることを自覚する		
	指導		スタッフ間で利用者の情報について情報共有ができる		
			他部門との連携の必要性について理解している		
		・指導を受けながら、在宅療養に必要な教育指導を利用者・家族に行う	指導を受けながら、またはマニュアルにそって指導ができている		
	自己啓発・研究	・知識・技術・態度などの不足を補うために自己学習する	自己の実践を振り返り、不足している部分について、積極的に自己学習し（研修・研究会など）補う努力を行っている		
			社内外への研修へ積極的に参加している		
			リハケア講座を受講している		
		・経験をまとめ、考察できる	事例をまとめる		
			事例を振り返り客観的に見直す事ができる		
			本物ケア学会に向けて客観的に看護行為を見直せる		
	自己啓発・研究	・文献の活用ができる	文献を読んでいる		

訪問看護ラダー別教育プログラム（新任期・レベル1）

到達目標		訪問看護師として基本的態度を身につけ、ステーションメンバーとして活動できる	評価の視点		自己評価 A：一人でできる B：指導の下出来る C：出来ない D：未経験	
大項目	中項目	新任期、レベル1				
訪問看護専門的能力	メンバー	・利用者・家族の持つ力（強み）を信じる	・利用者・家族の良い所を評価できる ・利用者・家族を励まし、プラス発想を引き出す必要性が理解できる			
	支援族	・利用者と家族を一単位の看護の対象として認識する	・利用者だけでなく家族も含めて看護の対象としてとらえている ・利用者と家族が互いに影響し合う存在として認識する			
	資源社会	・利用者・家族をとりまく環境を把握する	・利用者・家族の環境が述べられる ・利用者が利用しているサービスについて述べられる			
	在宅看護知識技術	・在宅看護に必要とされる最低限の看護知識・技術を身につける	・チェックリストにそって技術を磨くことができる ・チェックリストにそって必要な技術の習得に努めている			
	在宅における	・スタンダードプリコーションの基本を理解し、実施する	・訪問前後に正しい方法で手洗いを実践し、感染予防に努めている ・防護用具（マスク・ガウン・手袋等）を適切に使用し感染予防に努めている ・スタンダードコンプライエーションについて説明できる ・擦式手指消毒剤を必要に応じて使用している			
			・安全に医療廃棄物の取り扱いを行う	・医療廃棄物が出た場合、決められた方法で処理することができる ・使用した物品を適切に処理できる ・感染を疑うことができる ・利用者家族の情報により感染を疑う事ができる		
	感染管理					
	組織的能力	リスクマネジメント	・リスクマニュアルにそって行動ができる （災害・苦情・感染・事故・個人情報・針刺し・背任行為→パワハラ・セクハラ・暴力・暴言） ・インシデントを報告し、報告書を提出できる	・リスクが何であるかがわかる ・リスクに遭遇した時、マニュアルにそって行動ができ、報告が出来ている		
連携地域		・多職種連携の必要性を理解する	・多職種連携の必要性が述べられる			
組織運営管理		・組織の一員として行動できる ・経営的視点を考えることができる	・訪問看護での報酬体系を理解する ・経営的視点を考えることができる ・事業所の売り上げ目標や実績について説明できる			

コメント

ヘルパーステーション、求人活動を通じて

本部センター 営業本部長 介護福祉士 田中 真允

1. 要旨

この度、創心會の訪問介護部門に関わり課題に取り組んでみようと思ったきっかけは、今後、地域に医療依存の高い方が増加していく中で、訪問診療、訪問看護だけでみていくことは限界がある。また今後の改正の動きに伴い、訪問介護の必要性も薄いものになっていく可能性があることで、創心會として訪問介護のあり方を見直す良いチャンスだと感じたからである。以上を踏まえ検討していく中で、創心會が訪問介護をどうしていくか、結論を先に述べると、訪問介護が医療的なサービスで入ることが可能な範囲で、要介護者の身体介護に的を絞ることがポイントだと考えている。そのためにはまず、医療処置を看護師の代行に行えることを学ぶ必要が出てくるであろう。創心會訪問介護ステーションのスタッフは、そのために時間を割くことが求められる。そこで、今回まずは管理者、サービス提供責任者の時間を作するために求人への動き、創心會スタッフに促しをかけさせてもらい、今後の動きに弾みをかけることを試みた。しかし、結果は求人採用1名(常勤パート)、異動1名(デイサービス)の+2名のみであった。創心會19期にジョブローテーションを打ち出し、まず3事業所に依頼して実質3名の研修を組み1名異動可能、デイサービス求人として募集があったスタッフにヘルパーステーションへの想いを伝え、1名採用となっている。創心會として在宅へのダイレクトアプローチをうたいながら、本当にその魅力をスタッフに魅せることができているのかが課題である。今からのヘルパーステーションのあり方を改めて伝えていく必要があると感じている。

2. はじめに

今後、国において「地域包括ケアシステム」の構築が進められていく中で、訪問介護事業をどのように考えて行くのかがポイントとなっている。地域包括ケアの実現に向けて、医療も介護も急いで準備にあたっているところであるが、その背景には「団塊の世代」が後期高齢者となる2025年以降、社会保障費が増加することが予想されている。同時に、死亡者数が増加する中において、佐藤は「死をどこで迎えるのか」というテーマがクロー

ズアップされてくる、と述べている。現状では病院での看取りも限界を迎えつつあり、今後40万人増えるという年間死亡者の多くを在宅で看取る地域力が必要となる。一方で、医療・介護サービスの利用者数の増大を抑えるために、健康維持への活動、すなわち元気な高齢者をつくることも重要な課題となる。¹⁾

3. 序文

まず、訪問介護の歴史を概観しておきたい。

我が国での訪問介護員(ホームヘルパー)の起源は、昭和31年に長野県で開始された家庭養護婦派遣事業である。当時のサービス内容は、現在の高齢者、障害者を対象としたものとは異なり、不治の疾病、障害等のため家庭内の家事に支障を来す場合に、短期的に派遣される、というものであった。その後、大阪市の臨時家政婦制度(翌年より家庭奉仕員派遣制度)、布施市(現東大阪市)の独居老人家庭奉仕員派遣制度が開始され、全国各地へと広がっていった。

昭和37年には、厚生省(当時、以下略)により「家庭奉仕員制度設置要綱」が制定され、広く全国に普及するきっかけとなり、翌38年には、老人福祉法の制定により「老人家庭奉仕員」として制度化された。老人家庭奉仕員の整備については、設置市町村の割合は、昭和40年度末に7%に留まっていたが、昭和48年には、89%へと急速に伸びることとなった。

一方で、昭和42年には身体障害者家庭奉仕派遣事業、昭和45年には心身障害児家庭奉仕員派遣事業がそれぞれ創設され、対象が身体障害者、心身障害児にも広げられていった。厚生省は、昭和57年に家庭奉仕員の派遣事業の改正を行い、家庭奉仕員の資質の向上を図るために、採用時には70時間の研修制度が導入され、昭和62年からは、家庭奉仕員講習会推進事業が創設され、研修時間が360時間へと拡大された。平成3年には、「家庭奉仕員」から「ホームヘルパー」へと名称の変更が行われ、1～3級という段階別の研修が導入された。平成7年に、ホームヘルパー養成研修の新カリキュラムが示され、訪問介護員養成研修へ、また平成25年4月からは「介護職員初任者研修」(130時間)になった。

平成 12 年には、介護保険制度が導入され、従来の措置制度から、利用者との契約という形に変更され、利用者がサービスを選択するという形に、大きく転換した。さらに、平成 18 年の 4 月から施行された改正介護保険法では、介護予防予防サービスが導入された。²⁾

それでは、本物ケアを追究していく創心会訪問介護ステーションには何が求められるのか。佐藤は「介護事業者には居宅で高齢者の生活を支え、看取ることができるサービスの質を高めていくことがますます求められてくる」と述べている。³⁾ 単に身体介助、生活援助を行うことだけではなく、そこに合わせて創心会らしさを魅せていくことでトータルケアサービスになると考える。そのサービスを求め時流の先駆者となるためには、在宅をイメージでき創心会グループとしての発想、連携が求められると感じている。そこで創心会全体として訪問介護の知識、理解を図り進めていくことを目的として調査を行う。

4. 方法

1) 2014 年 4 月～ 求人活動リスタート

常勤パート増への意向を考え求人票をハローワークへ提出。

求人票(主なところ抜粋)

①求人事業所名 株式会社 創心會

②仕事の内容等

職種：常勤ヘルパー

仕事内容：在宅における身体介護、生活援助のサービスを自立支援の視点で提供。稼働の無い時は事務所でサービス実施記録のチェック等の補佐業務。未経験の方、1 対 1 のケアに不安のある方もご安心下さい。不安が消えるまで先輩スタッフが同行指導致します。※各種研修、勉強会の参加支援を行い自己実現できるよう支援します。

③労働条件

時間額 800 円～(稼働手当 1 回当たり 100～140 円)

就業時間 7:00～20:00 の間の 6 時間程度

2) 2014 年 5 月～

①社内デイサービス 3 事業所にヘルパーステーションへのジョブローテーション提案

目的：ヘルパーステーションを知ってもらい、働いてみたい思いを持ってもらう。

②ヘルパーステーションから社内デイサービスジョブローテーションへの提案

目的：人員欠の事業所自ら、デイサービスに入り、他職種を知ること、部署ごとの壁を無くしていくこと。そこから社内求人をかけていく。

3) 2014 年 9 月 就職面接会実施

4) 2015 年 2 月～ 社内デイサービス 1 事業所にジョブローテーションへの提案

5. 結果

1) 創心会訪問介護ヘルパーステーション倉敷

【求人応募状況：平成 26 年 4 月～平成 27 年 2 月】

事業所	職種	雇用形態	人数
倉敷	タクシー	パート	3
	訪問介護	パート	4

併せてタクシーの応募も行っていたことから 3 名求人があり内 2 名が採用、1 名は事業所内のデイサービスの送迎職員として雇用となった。訪問介護に 4 名の応募があったが、採用となったのは 1 名のみだった。残り 3 名は採用までには至らないケースであった。なお創心会ヘルパーステーション岡山でも同様に厳しい状況であった。

事業所	職種	雇用形態	人数
岡山	訪問介護	パート	1
	訪問介護	正社員	1

2) 社内デイサービス 3 事業所提案：1 事業所からは前向きな動きで 1 名(正社員)がヘルパーステーションに異動となった。その他 2 事業所からはリアクション薄く、2 名の同行研修となったが、提案までで終わっている。

ヘルパーステーションスタッフ、ジョブローテーションの提案：正社員 1 名を社内デイサービスへ異動の準備を整えていく途中で、該当職員が退職となった。その後の代わりとしての動きはなし。

3) 就職面接会 結果 0 名

社外的な告知としてハローワークを活用、社内に告知も行う。

4) 社内デイサービス 1 事業所提案

2 月の提案から、デイサービスの介護職員 5 名が興味を示してくれる。そこから同行研修に入る。今後はデイサービスとヘルパーステーション兼務で、デイサービス付近の利用者様のサービスに入る目標まで立てることができている。

6. 考察

方法 1) から 4) を通じて分かったことであるが、今

後の訪問介護の成り行き、社内での課題を理解し、そこを前向きに捉え説明できたかが、1) から3) までと4) の違いと考えられる。実際に4) までに+2名の職員が追加となったが、この際も2名には面接、面談で大きく期待を伝えさせて頂いた。その内1名はこれまで他会社の施設経験の中で求人で創心會のことを知り、在宅への興味が湧いたとのことであった。そこから見学研修を通じて、実際に創心會のサービスの中で、在宅でのアプローチを進めていきたい想いを感じ希望をして下さっている。4) に関しては事業所の責任者の理解と意識が強く、またその期待に行動で応える職員がいることが分かった。今回の方法を通じて、地域にも社内にもまだ、今後の訪問介護の大切さを受け止める余力が十分あるということが言えると思う。

方法2)、4) により2回デイスサービスへのジョブローテーションの提案を2度行い1名は異動が可能となったが、2名は訪問介護への異動に難色を示し一緒に働くことは難しくなった。また提案したものの実現しなかった取り組みもあり、ヘルパーステーションのスタッフのモチベーション低下にも繋がってしまった。ここで完全異動になったスタッフ1名へのアプローチを聞くと、会社としての人事異動は当たり前の発想、また創心會として在宅で利用者様を見ていくことへの興味がもちろんあったとのこと。デイスサービス経験の中から、在宅生活との繋がりが大切だということを理解して下さったことが異動の決め手となった。また方法4) では異動ではなく兼務という形で、今後の地域包括ケアの視点から創心會のデイスサービスの送迎範囲は、中学校区に分かれていることもあり、近隣の利用者様を見てデイスサービスの視点だけでなく、在宅での生活をよりイメージしてサービスに入れる相乗効果が生まれると推測できる。また地域の方にも顔が分かるサービスができ、安心を生むことにも繋がる。

7. 今後の課題・展望

まず今後の創心會ヘルパーステーションの力を付けていくことが大前提であり、現状の反省、今後の期待をスタッフ自らが話せることが大切である。

パート雇用勤務の方は、様々な家庭環境などから創心會の求人にエントリーし、勤務して下さっていることへの感謝はもちろんであるが、創心會はその地域にリハケアを通して、介護サービスを極力利用しないですむ環境をつくる追究するべきである。そのために最終の砦とな

るキーパーソンの理解が必要であり、ヘルパーステーションのあり方は、大きければ大きいほど介護サービスの利用の軽減にも繋がってくる。

地域包括ケアを進めていくところでもヘルパーステーションの存在は必要不可欠である。課題となる人員をどの様に補っていくかを、ヘルパーステーションだけでなく創心會として理解し、それぞれが計画実行に移していくことが様々な啓発になることを信じて進めていきたいです。

謝辞

論文作成にあたり協力してくださいました学会委員の皆様へ深く感謝申し上げます。ありがとうございました。

参考文献・引用文献

- 1、3) 佐藤優治「サ責」を知る・育てる ―サービス提供責任者の確保・定着・育成を考える―
一般財団法人『民間事業者の質を高める』全国介護事業者協議会
- 2) 日本ホームヘルパー協会
<http://nihonhelper.sharepoint.com/Pages/default.aspx>
介護労働者の労働条件の確保・改善のポイント
<http://www.mhlw.go.jp/new-info/kobetu/roudou/gyousei/kantoku/dl/090501-1.pdf#search='%E5%8A%B4%E5%9F%BA+%E7%99%BB%E9%8C%B2%E3%83%91%E3%83%BC%E3%83%88+%E4%BB%8B%E8%AD%B7'>

生活の中で卓球をすることが楽しみとなっている事例 ～SWOT 分析アプローチを用いて～

中洲センター 訪問看護リハビリステーション 作業療法士 川端 貴弘

1. 要旨

身体機能面重視のアプローチから興味・関心チェックリスト評価用紙、SWOT 分析を用いてご利用者様（以下、A 様）にとっての関心の高い活動（卓球）に向けて再びアプローチを実施した。結果、A 様の表情や行動にも変化が見られ、ICF における活動・参加に焦点を当てることが A 様の活動意欲、身体機能向上に繋がったと考えている。A 様は、現在でも卓球に関連した作業を行うことで、生活を有意義なものにされている。

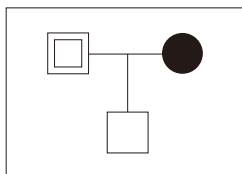
2. はじめに

今回、退院直後で訪問リハビリ（以下、リハ）への受け入れが思わしくないご利用者様（以下、A 様）に出会った。身体機能にのみ焦点を当てていた私に対して、A 様の発言も伴い趣味活動へのアプローチを行い、有意義な生活へと変化している事例を経験したため、報告する。

3. 症例紹介

1) 事例：A 様、70 代後半、男性、要介護 3

2) 家族構成：右図参照



*介入当初は奥様、息子様と 3 人で生活されていたが、介入中に奥様が亡くなる。息子様は持病の影響で職につかず、生活する上で金銭的に苦しい状態である。

3) 生活歴：

X 年 Y 月、歩行のつまずきやタバコが手から落ちるなど自覚症状出現。徐々に麻痺症状が進行し転倒を繰り返すようになったため、同年 Y 月入院、Y 月 +2 月退院する。その後は、創心會訪問看護（リハ）介入となる。

4) 主疾患・障害：右放線冠梗塞（左麻痺）

5) Br-Stage：上肢 V、手指 V、下肢 IV

6) サービス利用状況：

当初は訪問看護（リハ）2 回/週、状態が改善されてきたため介入後 4 か月後に 1 回/週に変更。

7) 精神状況：

退院して時間が経っておらず、生活感覚のとまどいもみられ、介入当初は訪問リハへの受け入れも良くは無かった。背景の 1 つには金銭的な問題と、無理な動作や A 様の発言より病識欠如が考えられる。ただ、病院と比較すると「家の方が落ち着くし、もう病院には戻りたくない。」といった前向きな発言も聞かれていた。

8) 移動状況：

左下肢には装具使用せず、屋内ではつたい歩き屋外では T-cane 歩行にて生活されている。左下肢足関節の背屈がほとんど見られず、つまずきやひきずりが見られていた。麻痺の影響により、左下肢の支持性が低下し、体幹・股関節周囲筋の低下により方向転換時にふらつき見られ屋内での転倒リスクは高いと考えられた。分回し歩行のように左下肢遊脚期には骨盤を挙上し腰部を回旋する。介入当初は病院受診、買い物以外に外出での歩行機会は無かった。

9) A 様の Demands：

「自分のことはなるべく自分でしていきたい。」

10) ご家族様（息子様）の Demands：「少しでも前のように戻って、1 人で何でもしてもらいたい。」

3. 作業療法評価（Y+1 月）

1) FIM：112/126 点

① 運動項目 80/91 点

項 目	点数	詳細
清 拭	4 点	未実施であり、退院時の評価参照。
トイレ動作	5 点	和式トイレで手すり設置はしたものの息子様の見守り必要。
浴 槽	5 点	浴槽をまたぐ際に見守り必要。

*7・6 点項目は省略している。

② 認知項目 32/35 点

項 目	点数	詳細
記 憶	5 点	訪問時間変更の際に時折忘れ、息子様に教えてもらっている状況。

*7・6 点項目は省略している。

2) 坐位・立位バランス

前後左右からの体幹上部への外乱刺激、観察にてバランス評価を実施。

① 坐位：

外乱刺激に対しては立ち直り反応が出ている。ご自宅では椅子に座った生活はほとんどなく、地べたに座っての生活が多い。地べたに座っての外乱刺激に対しても立ち直り反応が出ている。

② 立位（T-cane なし）：

外乱刺激に対しては前後左右立ち直り反応が出ている。

3) 興味・関心チェックリスト

興味・関心が強いものとして、映画鑑賞、卓球が挙げられた。映画鑑賞においては、現在A様または息子様の運転により近くのレンタルショップに行きレンタルされ日中の時間を通して鑑賞されているため、卓球の優先度を高めた。

4) SWOT 分析評価

活動・参加につなげる SWOT 分析において利用者の強み、弱み、外的なプラス要因、マイナス要因に区別し、クロス SWOT によるアプローチ戦略の組み立てを実施した。SWOT 分析においては、利用者の強み・外的なプラス要因の組み合わせが最も効果的と言われている。そのため、アプローチ戦略として「地域の小学校で卓球台を借り、A様の運転で小学校に行く。息子様、訪問スタッフと会話を交え楽しく卓球をすることを目標とする。」こととした。（別紙参照①）

4. 作業療法計画

退院して数日経過した時点でサービスに入ったため、A様自身も生活へのとまどいもあり、介入当初は目標の抽出が困難であった。そのため、介入当初は明確な目標の無いまま身体機能にのみ焦点化していた。しかし、状態の改善が見られ始め、訪問リハを週2回から週1回に変更したことで、SWOT 分析からA様、息子様と話を重ね「高校性以来の卓球を行うことで、生活の中での楽しみとする。」を目標とした。また、週1回のサービスであり、訪問リハ以外の時間の多くが生活の主体となるため、介入当初より自主訓練メニューの定着化を図ることを重視していった。また、「暖かくなってから卓球をしよう。」というA様の発言と、卓球という前後左右へのバランスが重要視される作業ということで目標期間を5カ月とした。

FIM での減点項目である清拭、トイレ動作に関しては最終評価実施時に、安全に動作されていた。浴槽をまたぐ動作においても住宅改修により転倒のリスクは軽減さ

れている。記憶に関しては、現在息子様配慮のもと生活に支障が出ていないため優先度を低く設定したため、「卓球をする」という目標に向けて再度介入を始めた。

5. 作業療法介入・経過（Y月+4ヶ月～）

第一期：介入当初から3カ月

私がA様に介入して3カ月が経つまで、身体機能にのみ着目し機能訓練のみの実施であった。退院直後ということもあり、抗重力筋（前脛骨筋、大腿四頭筋、腹筋群、頸部屈筋群、下腿三頭筋、ハムストリングス、大殿筋、脊柱起立筋群）の強化を図ることで身体機能は向上していった。そのため、A様より「最近は家の中でこけることが少なくなった。」という発言も聞かれるようになった。ただ、介入3カ月が過ぎても病院受診、買い物以外の外出機会は無く、私はA様をどのような形であれ外出する機会を持っていただき生活の中で楽しい時間を作っていただきたいと強く考えるようになっていた。

第二期：応用歩行訓練（介入後4カ月～）

介入後4カ月目に、突然奥様が亡くなりA様の精神機能面も大きく低下していた。そのため、A様の話を傾聴・共感し訪問リハの継続に努めていた矢先にA様より「先生、最近歩きよるんよ。」と私の顔を下から覗き込み満面の笑みでおっしゃられた。そのため週1回の訪問で500～600mの応用歩行訓練を実施することとした。玄関外には手すりが設置してありT-cane、手すり把持にて階段昇降は問題なく実施出来ている。分回し傾向の歩行は軽減されてはいるものの、500m以降には下肢の挙上が見られず、ひきずる場面も見られていた。この時期より室内での転倒は無くなった。また、2日に1回の散歩の継続を促したが、実現には至らずA様のペースにより実施となる。

第三期：卓球に向けてのバランス向上（介入後5カ月～）
バランスマット使用でのステップ、足踏み、左右への反復横とびをバランス良く実施した。また、A様より「ラケットくらい買っとくわ。」といった発言があり、実際に購入に至り、「安物じゃけどええわな。」と笑いながら見せて下さった。そして、寒い日には散歩を避けていたA様が2日に1回の散歩の継続をされ、バランス面はさらに向上し屋内・外での転倒は聞かれなくなった。

第四期：卓球に向けての実際にラケット使用（介入後6カ月～）

1～2週目：ラケットを使用しての素振り

3～4週目：ボールをラケットに付け屋内歩行（目と

手の協調性向上)

5～6週目：近距離でのボールの打ち合い

散歩、素ぶりは2日に1回ずつ交互に実施するように促しを行った。気温の変化により散歩は3日に1回となった時期もあったが、継続は出来ている。素振りに関しては2日に1回欠かすことなく実施しておりA様からも実施後の笑顔も見られている。

6. 考察

今回の介入で特に大きく変化があったと感じる点は①今後生活の楽しみとして卓球実施に至るまでのA様の思いや行動が見出せたこと②自主訓練の継続により身体機能面の向上が見られ、日常生活では転倒なく生活出来、A様の視点が屋内から屋外へと移り生活の幅が広がってきている2点である。

A様は脳血管障害により、利き手利き足である左半身に麻痺を呈したことで生活を前向きに捉えていくことが出来ず否定的な発言も多く聞かれていた。日中の時間の中で楽しみを持っていただきたく、活動・参加につなげるSWOT分析を参考にし、「高校性以来の卓球を行うことで、生活の中での楽しみとする。」を目標に介入を始めた。介入を進めるにあたり、「卓球ラケットくらい買っとくわ。」「もう少し温かくなったら卓球が出来るかもしれない。」といった前向きな発言も聞かれるようになった。また、卓球に絡めた自主訓練の提供を行うことで確実に実施していただけるようになった。その背景には、A様の「したい」ことであり実現に向かっているからだと考える。また、活動・参加に焦点を当て目標とすることでA様の意欲向上に繋がり、相乗効果として身体機能も向上したと考える。

7. 今後の課題・展望

今後は安全面に配慮し、実際に卓球台を使用し卓球をしたいと考えている。「出来るならもう一度卓球をしたい。」とはA様の発言から何度も聞かれているため、可能な限り実現していきたいと考えている。

一方で、現在息子様以外での他者との関わりが少ないため、多勢の障がいを負われた方と関わりを持つことで常に前向きで一定のモチベーションを維持出来るのではないかと考えている。A様や息子様と話を重ね、ピアグループの形成支援を目指していきたい。しかし、金銭面であったり持病持ちの息子様が気がかりな点といった生活環境には十二分に配慮し、今後もA様にとっての必要

な作業に従事出来るよう支援していきたいと考えている。

8. 謝辞

今回の論文作成にあたり協力してくださいましてご利用者様、ご家族様、学会委員、先輩スタッフの皆様に深く感謝申し上げます。ありがとうございました。今後もしもご指導・ご鞭撻の程よろしくお願い致します。

9. 参考文献・引用文献

- 1) 齋藤佑樹他：作業で語る事例報告 作業療法レジメの書きかた・考え方
- 2) 太田仁史：新・芯から支える 実践リハビリテーション心理

アイドルへのファンレターと一緒に作成する事で活動への視野が広がった事例 ～ベッド上での生活が中心のご利用者様～

岡山センター 訪問看護リハビリステーション岡山 理学療法士 田邊 由人

1. はじめに

高齢者における不活動は心身機能低下や虚弱を招く原因となる為、生活機能の維持・向上の為に日常生活活動（ADL）における活動量の維持・向上が重要視されている¹⁾。

創心流リハケアの視点での Mental Attitude の形成支援から、A 様のファンであるアイドルにファンレター作成を提案し、在宅生活での楽しみを作るアプローチを図った。その結果、心理的な要素による不動から活動への視野が広がった変化が見られた為、ここに報告する。

2. ファンレター作りに至った経緯

A 様より、昔からのファンであるアイドルに手紙を送りたい話を伺った。しかし、方法が分からず宛先や送り方を調べてきて欲しいと要望を受けた。

ファンレターの作成を取り入れた理由として、調べた結果を A 様に報告した際、活動への意欲的な面が見られた。趣味を活かしたアプローチの実施が参加への導入や信頼関係の構築に繋がると考えた為である。

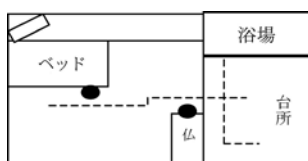
3. 症例紹介

1) 一般情報

氏名：A 様 性別：女性

年齢：70 代

家族構成：独居。夫とは離婚。



息子 2 人が同じ区内に在住している。

職業：かつては夫が会社を経営しており、その会社の事務員として働いていた。夫との離別後、喫茶店を経営していた。

趣味：アイドルが出演する番組をテレビで観る事。

第一印象：派手好きで、部屋の配色や頭髪を赤色で統一している。ご自身の考えを明確に持たれ、物事に対しての意見を正直に話す。身体の状態を否定的に捉える傾向があり、人との関係に好き嫌いな面が見られる。

主訴：「アイドルへファンレターを送り、応援している事を分かって欲しい」

ニーズ：ファンレターを作成する事で活動への意欲向上、

ベッドからの離床時間増大を図り、身体・精神的に良好な状態を保つ。

家屋状況：右見取り図参照。たちあっぷ、移動線を点線で記す。

一日の過ごし方：

トイレや台所へ行く、食事を取るなど、必要最低限の活動以外はベッド上で生活している。時折、ヘルパーや息子と家周辺の銀行やコンビニまで介護用タクシーや車いすを利用し外出する。調子の良い日は見守り状態での応用歩行も実施している。

介護度：要介護 3

利用サービス：訪問看護（リハビリ） 週 1 回

訪問介護 毎日 午前・午後

2) 医学的情報

疾患：狭心症（AC バイパス術後）、高血圧症、下肢不安定症、脳梗塞右片麻痺（60 代）

心臓ペースメーカー（40 代、不整脈の為）

4. PT 評価

○ FIM：98/126 点（減点項目のみを記載）

[運動項目]

入浴：1 点。洗体・洗髪は訪問介護による全介助。

更衣（上衣）：2 点。袖を通す動作に介助が必要。

更衣（下衣）：3 点。ズボンの裾を通す動作に介助が必要。

移乗（浴槽）：5 点。浴槽の縁を跨ぐ為にシャワーチェア、すのこ、壁や浴槽の手すりを用いる。

歩行：5 点。監視にて、50m の独歩が可能。

階段：1 点。転倒リスクを考慮し、見実施。

[認知項目]

社会的交流：5 点。スタッフ間との会議参加など、慣れていない場面で発言へのフォローが必要となる。

問題解決：6 点。服薬の管理は行なえている。一人での解決が困難な際には、電話を使用し対処しようとする。

○立位保持：35.3 秒（開眼） 20.5 秒（閉眼）

○基本動作：ベッド上での寝返り動作は自立。起居動作では側臥位から両下肢をベッド縁から外

し、たちあっぷで身体を起こしながら端座位へと移る。立ち上がり動作においてもサイドバーでの上肢支持にて自立。

○ GMT：ベッド上での基本的な筋力訓練から

両下肢の筋力 3+ ～ 4。瞬発的な筋出力見られるが持久性に軽度の低下が認められる。

○ HDS-R：28/30 (減点項目：数字の逆唱、3つの言葉の想起)

○ E-SAS

- ・生活のひろがり：17.5/120点
生活空間レベル3。1ヵ月に1回程度、ヘルパーと近所のコンビニのATMを利用する。
- ・ころばない自信：30/40点
長距離歩行の実施困難から、家周辺を歩く事に「あまり自信がない」、簡単な買い物する事に「全く自信がない」と返答する。
- ・自宅での入浴動作：2/10点
着替え、浴室の移動、洗髪についてはヘルパーによる見守り・介助を受けている。浴槽の出入りについては、福祉用具の使用により自立。
- ・歩くチカラ(TUG)：20.7/秒
補助具は使用していない。
- ・休まず歩ける距離：10m～50m未満
近所のコンビニへお金を降ろす際、マンションの1階入り口まで歩く事が出来る。
- ・人とのつながり：6/30点
外へ歩かないようになってから人との付き合いが無くなった。顔合わせや手助けの求めが可能なのは息子だけとの事 (スタッフは除外)。

5. 目標設定

短期目標：ファンレターの文章作成。ワープロによる代筆から完成を目指す。

長期目標：作成したファンレターをポストまで届ける為の体力づくり。最終的にポストまで自立して投函する。

6. 介入方針

目的：趣味活動を通じた活動・参加の実施。

方法：セラピストから宛先・送付方法などの情報提供。手書きによる作成はA様への疲労、手指の巧緻性低下からワープロによる代筆で実施した。それに加えて写真と手書きでのA様の気持ちを一言添えてもらう。

予測：ファンレターの作成がA様の活動・参加への意欲向上に繋がる。

7. 経過

第1期：訪問リハビリ開始期(1ヵ月)

介入初期の会話にて、「私の病気の症状に対し、医者から元に戻らないと言われている」、「身体を動かす事がしんどく、必要以上にベッドから起きたり、立って歩きたい」と否定的な発言が多く見られ、必要最低限はベッドから離床していない情報を聴取する。

ベッド上訓練にて、両下肢のリラクゼーションを実施。傾聴的な態度で話を伺い、A様の機能の状態を褒めるなど、プラスとして捉えられるフィードバックを行う。

「そんなに褒めてくれるなら私が動ける所を見せてあげる」とA様自身から積極的な離床や訓練への参加が見られた。

良好な信頼関係を築くにつれ、心身状況への不安な発言から好きなアイドルが出演している番組など、プライベートな内容をA様自身から話す。その際、以前からアイドルに手紙を送りたかったが、方法が分からないとの訴えを聴取する。

第2期：ファンレター作成期(2ヵ月)

主訴に伴い、ファンレターの作成に宛先などの情報提供、ワープロを使用しA様が伝えたい内容を筆者が代わりに文章化、ポストに郵送する方法を提案する。

作成の中で、「自分の気持ちをもっと伝えたい」、「上手く伝わる為にどの様に書けばいいか教えて欲しい」と積極的な意見を聴取する。

長期的な目標への受け入れも良くなり、意欲的な様子が伺える。また、「アイドルから返事が来るかもしれない事を考えると、凄く楽しみになる」と笑顔も多く見られた。

第3期：ファンレター完成期(3ヵ月)

完成した手紙の内容を見せると、「凄く良くできている」と感心している様子が伺えた。

ファンレターの郵送を報告した際には、「本当にありがたい」、「心から感謝している」、「これからも担当をお願いしたい」、「次回の訪問も楽しみにしている」とA様自身から立ち上がり、握手を求めるなど感謝している様子が伺えた。また、「もっと自分の気持ちを伝えて、アイドルから返事を貰いたい」とA様自身から再度ファンレター作成の希望を聴取する事ができた。

心身の状況への不安に対する否定的な発言は少なく

なった。屋外への活動意欲など、長期的な目標をA様から話す時間が増え、息子と家周辺の店に外出したとの報告を受けた。また、生活上で楽しみが作れた事により、ベッドから離床する動作にA様からすぐに起床し、歩く行動を認める様になった。

8. 考察

今回、A様に趣味活動の実施を通して活動・参加への意欲向上を図った。手段として、A様が以前から行いたいと思っていた好きなアイドルへのファンレターの作成および送付を用いた。

FIMやGMT、基本動作などの評価からA様の機能的なレベルは高く、ヘルパーからの生活支援や福祉用具の使用により、独居での生活は行えていた。しかし、易疲労性ならびに歩行時でのふらつきから転倒のリスクは認められており、身体状態に対して否定的な捉え方をする傾向が強い為、ベッドからの離床や活動への意欲は低い状態だった。そこでA様の主訴から得られた、「好きなアイドルにファンレターを送りたい」といった内発的な動機を元にファンレターの作成・送付といったアプローチを実施する事で、完成による成功体験が活動への視野を拡大させ、意欲向上へと繋がるのではないかと予測した。結果として、以下の項目からA様の変化が認められる様になった。

- ①手紙を作成する目標が、A様自身からの離床を実施するきっかけとなった。
- ②手紙の作成について、A様から主張が増えるなど主体的な活動意欲が認められた。
- ③ファンレターの作成・完成により笑顔が多く見られ、楽しんでいる様子や達成感が伺えた。

①・②の原因については、A様からの主訴ならびに趣味に沿ったアプローチを実施した事が大きいと考える。A様は熱狂的なアイドルのファンであり、サービス中にいつからファンになったのか、今まで出演したドラマでどれが一番好きなのかを熱心に話す程であった。創心流リハケア講座では、期待理論について、刺激に対する捉え方が目標に対するモチベーションの変化に繋がると述べている。今回、A様にとってファンレターの作成が趣味であるアイドルへの活動に沿った内容であり、プラスとして捉えられるアプローチの実施が①・②の結果を得る事ができたと思う。身体面に着目し、機能訓練から活動・参加レベルを向上させる目標を作成した場合、A様が否定的に捉えている自身の身体状態を把握する必要がある

あると考える。その場合、受け入れ困難や拒否へと繋がり、今回の様な結果は得られなかったと考える。

E-SASにて、「ころばない自信」の項目から長時間での立位・歩行に対し、自信が無い事が分かる。下肢不安定症の疾患やTUGの結果から機能的においても転倒リスクが高い事が分かる。しかし、ファンレター作成の経過から積極的な離床、プラス的な発言が多く見られる様になった。創心流リハケア講座では、「障害の悪化や再発の不安」を元気がなくなる理由の一つとして挙げており、転倒による身体状態悪化への恐怖心がA様にとって強い傾向にあると考える。また、マズローの欲求階層説をもとに、A様の「アイドルへファンレターを作りたい」目標を社会的な欲求、セラピスト側の「離床時間の増大を図り、身体・精神的に良好な状態を保つ」目標は安全の欲求として捉えた。ファンレターを作成するという目的を立てる事で、ベッドからの離床時間増大、心身の向上に繋がると考え、A様の欲求を中心に目標を立てた。ご利用者様の主体的な行動を起こす為には、目標の必要性を明確にし、内的動機づけを引き起こす必要がある。今回、ニーズであるアイドルへのファンレター作成に目標を合致させた事が、①・②での考察と同様にA様がプラスとして捉れるアプローチによる不安の軽減、本来の動作能力を引き出す事に成功したと考える。

③の結果については、信頼のある人と共同作業を成し遂げた事が、より良好な達成感や満足感に繋がったと考える。A様の発言より、自身の身体状態に退行的な考え方、人との関係に極端な好き嫌いが分かれている印象を受けた。創心流リハケア講座では、退行が回復しない原因について、ご利用者様の気持ちがスタッフへ届かず思い通りにならない葛藤から、マイナスの感情を向ける事が多くなると述べている。また、今回サービスの介入開始から間もなく、筆者がどのような人物像か把握も不十分な状況でサービスを受ける事は、A様以外のご利用者様でも警戒心や不安な気持ちを和らげる事は困難だと考える。訪問リハビリ開始時期より、A様から身体状態に対して傾聴的な態度、好きなアイドルに手紙を送りたい主訴にアプローチを図った事で否定的な発言が少なくなり、自主的な行動を得られたと考える。

今回、ファンレターの作成という趣味に沿ったアプローチを中心に実施する事が、A様の身体を動かす心創りのきっかけとなり、その気にさせるMental Attitude形成支援の構築に繋がったと考える。また、A様が自身の状態の把握に不十分な状況の中で、パーソナルな領域

からアプローチを図れた事は意欲を引き出す手掛かりになったと考える。

将来的な目標について、ポストまでファンレターを A 様自身で届ける事を最終目標として挙げている。今後、家内から屋外へと活動範囲を拡大していき、QOL や参加の向上を図っていきたいと考える。その為には、A 様から主体的なニーズに沿った目標の設定とアプローチの提供が重要になると考える。

9. まとめ

今回、アイドルへのファンレター作成を通して、A 様の活動性・生活の広がりが認められた。その理由として、創心流リハケア講座で学んだ内容に沿った、アプローチの実施が大きいと考える。ファンレターを作成し、A 様の主体的な活動や信頼関係の構築を直接実感できた事は、参加に繋げるリハビリの視点を知る良い経験になったと感じる。また、自身のスキルアップ向上にも繋がり、ご利用者様との関わり方や距離感を掴むきっかけにもなった。今回の経験を活かし、各個人の希望に沿ったアプローチの提案・実施に結び付けていきたい。

10. 謝辞

今回の論文作成にあたって、ご協力を頂いた A 様、スタッフの皆様、学会委員の皆様に深く感謝申し上げます。ありがとうございました。

11. 参考文献・引用文献

- 1) 橋立博幸 [他]: 屋外活動が困難な地域在住高齢者における屋内生活空間での日常生活動作と離床時間の縦断的变化の関連
- 2) 創心流リハケア講座資料

活動と参加に向けてのケアマネジメント ～パーキンソン病の2つの事例検討を通じて～

本部センター 居宅介護支援センター倉敷 介護支援専門員 荻野由起子

1. はじめに

白澤によれば、ケアマネジメントは「利用者の社会生活上のニーズを充足させるため、適切な社会資源と結びつける手続きの総体」と定義される。ケアマネジメントを構成する基本要素は、第1にケアマネジメントを必要とする「対象者」と、第2に利用者が生活を継続していく為に必要なニーズを充足する「社会資源」、第3に利用者と社会資源を結びつけるケアマネジメント実施機関に属する「援助者」である。

また、創心流リハケアの視点で考える長期目標とは参加レベルで、短期目標は活動レベルで考えると教わった。

とはいえ、ケアマネジャーの仕事の領域は極めて広く、ご利用者様やご家族の心情、地域社会とのつながりや虐待などの社会的課題に対しても目を向けていかねばならず、時に答えの無い迷路に迷い込んでしまう事もある。そのような時、多数の目で事例を鳥瞰する事例検討が有効な手段となる。

今回、ケアマネジメントの基本定義を踏まえつつ、その中で、創心流のリハケアマネジメントの有り方についてどのように実践レベルで融合できるのか、2つの事例の事例検討を同時に行うことで比較、考察し、明らかにしていく試みを行ったので報告する。

2. 方法

創心会の居宅で担当している事例から、介護度、健康状態が似ている事例を選定。両ケースの事例検討を行い、プラス要因とマイナス要因を整理。それを比較することによって、リハケアの視点がご利用者様の活動や参加レベルにどのように影響しているのかを考察する。

3. 事例1

1) 概要

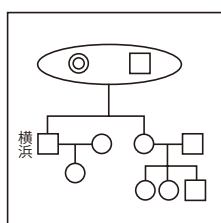
A様 60代女性 要介護2

夫婦のみ世帯

2) アセスメント

健康状態：パーキンソン病、脳下垂

体せん腫術後、腰痛、膝痛、右股関節人工関節置換術



ADL：FIM 107点

移動…T字杖、入浴…見守り、着脱（下肢は介助）

膝と腰の痛みによって活動性が低下傾向。

目標：関東に住む孫に、新幹線に乗って会いに行きたい。

水墨画の展示会に出展したい。友人にとって大切な思い出のライラックの花の水墨画をプレゼントしたい。水墨画で賞を取りたい。古着をほどいてミシン掛けをしてリサイクルしたい。

サービス：通所介護（週3回）7-9 自社 DS 利用

3) 支援の概要

要支援からの支援。要介護2になっている。パーキンソン病の勉強会に夫婦で参加している。パーキンソン病の日内変動、定まらない箇所痛みが出現することの不快感がある中、デイサービスで親しい友人ができたことを機に先方のケアマネ（自社）の配慮もあり同じ日に利用日を増やし、お互いを励まし合っておられ見守っていた。平成26年春には膝、股関節の手術を相次いで受けられたが、入院の際も前任ケアマネが直ぐに病院を訪問していた。

退院後も早々に、デイサービスで熱心にリハビリに取り組み、同年秋には水墨画の作品展の準備の為自宅内で作業がしやすい環境にするために、福祉用具の購入の手配をした。5日間の作品展開催中も来所者にT字杖で歩行されながら作品の説明をされた。

期間中にはDSスタッフや前任ケアマネも作品展に出かけて行った。作品展終了後も応募期限が迫る中で作品作りに没頭され応募され受賞された。夜中も起きては資料を見ておられたとの事。初動時から担当していたケアマネより平成26年6月から引き継ぎの際に訪問時には十分に時間を取って傾聴することがポイントとのアドバイスがあった。

4) 現状

平成26年10月、倉敷美術館にて墨絵の展示会に出展された。その後も応募にて作品を出され賞を取られた。

親しいご友人は他界され、ご本人に墨絵の絵をお渡しすることはできなかったがご家族に渡したいと話されていた。好きな裁縫も、手が震えて針に糸が通せな

いと言われていたが、ズボンの裾上げができたことをきっかけに、墨絵を描かれる合間の調子がいい時にお手玉を数個作られており、紬の着物をほどいてコートを作りたいとも話しておられる。パーキンソン病の痛みは今も続いておられる。

4. 事例2

1) 概要

B様 80代 女性 要介護1
息子と二人暮らし（日中独居）

2) アセスメント

健康状態：パーキンソン病、メニエール病、高血圧、腸閉塞、逆流性食道炎

ADL：FIM 111点

移動…屋外と夜間・調子の悪い時のみ歩行器使用、入浴…見守り

排泄…夜間・調子悪い時のみPトイレ使用

ON/OFF 症状によって、活動量が左右される。

目標：病気と上手に付き合っていきたい。

（不安が強く、他に目が向きにくい）

サービス：訪問看護（週2回）、訪問リハビリ（週3回）、訪問介護（週2回）

シルバー人材センターによる家事援助（週2回）

3) 支援の概要

要支援から要介護1となり、包括支援センターより紹介依頼。

初回面談の際、「便が出ない」という事に対する不安を強く訴えられる。「サービスがたくさん入っているので、気になってトイレもゆっくりできない」「緊張ろうと思っても、力が入らない」という病状に関する不安を多く聴取できた。淡々と困っていることを話されており、前向きな目標や、外に目が向いていない状況だった。

月に1回の訪問の際には、パーキンソン病の進行に関する不安、病院の対応への不満、思い通りにならない体へのいら立ちといった話が中心となり、他の話はほとんど出ない。生活歴を聴取しようとするが、本人の話は身体のことにと終始して、あまり詳しいことが分らない。

パーキンソン病の本を読んで、自分の病気の予後を知っており、ある程度把握はされているが、不安を生

む原因ともなっている。

4) 現状と課題

動く能力があり、家事を頑張ろうという意識はあるが、外に目が向いていない状況で、詳しく本人の話を聞くことも難しく、どのように支援していけばよいかを迷う。

5. 事例検討

この2つの事例は、年齢の差はあれども、いずれもパーキンソン病で、ADLはほぼ同じ程度である。事例1は、趣味を楽しんだり、外出したりと、他者との交流に積極的であるが、事例2は病気に対する不安が強く、外に目が向かない事に、私は「このままでよいのだろうか」と疑問を感じた。本人の不安解消に努めれば先に進めるのではと考え、支援してきたが、状況はほとんど変わることとは無かった。

そこで、ケアマネジャーの合同ミーティングの場で両事例の事例検討を行って、参加レベルの差を生む要因がどこにあるのかを、検討することにした。

まず、事例1を、「参加に繋がったケース」と捉え、事例2を「参加に繋がたいケース」と捉える。そして、両事例を読み込み、プラス要因とマイナス要因を整理する作業を行った。

1) 1 事例1のプラス要因

- ・夫が病状への理解があり、本音で話せる関係ができている。
- ・体調が安定して趣味に取り組める意欲が出てきた。
- ・デイサービスでの友人が体調不良となり、「何かしてあげたい」という気持ちになった。
- ・もともと、参加意欲が高い。
- ・孫が時々帰って来て、気持ちの支えになっている。
- ・ケアマネとの付き合いが長い。
- ・デイサービスで小さな成功体験の積み重ねがあった。
- ・デイサービスでピアサポートが機能していた。
- ・作品展のタイミングもちょうどよかった。

1) 2 事例1のマイナス要因

- ・受診頻度が3ヵ月に1度と少ない為、パーキンソン病の状態観察が不十分。
- ・薬の飲み忘れがあり、状態が変わりやすい。（うまく調整ができていない）
- ・家事はすべて夫が担当しており、介護疲れが見られる。

- ・家庭内の役割があまりない。
- ・夫と子供以外の親族と疎遠で、葛藤関係。
- ・血圧の変動、腰痛、膝痛の痛みの程度によって、活動性が制限される。
- ・デイサービスの友人が亡くなった。

1) 3 事例1のまとめ

A様は、元々趣味を楽しむ性格であり、デイサービスに通うことで、ピアグループが形成され、そこから小さな目標が導き出され、一つひとつそれを達成することで、様々な参加レベルを高める活動を引き出すことに繋がったのではないかとと思われる。

ご家族の理解もあり、夫の支援が得られる環境であったことも大きな要因と言えるが、一方で家族の介護負担の軽減をいかに図るかが、今後の支援を行う上で、重要なポイントとなると考えられた。

2) 1 事例2のプラス要因

- ・「息子の為」という家庭内役割と使命感が、本人を支えている。
- ・「息子には頼らない」という自立心が強い。
- ・病状の理解が深く、医師に明確に主訴を伝えられる。
- ・医療的な観察、関わりが多くできている。
- ・サービスを自己選択できている。
- ・電話の利用や、金銭管理、最低限の町内の付き合いが自立している。
- ・外食には定期的に出かけている。
- ・インフォーマルなサービスが入っているので、臨機応変な対応ができる。
- ・生け花や、パッチワークの趣味がもともとあった。メールをすることに興味がある。

2) 2 事例2のマイナス要因

- ・病気への不安が強く、他の話ができない。自己解釈している為、話をあまり聞かない。
- ・震災を他者に見られるのが嫌なので、他者と交流したがない。
- ・同居家族の介入がほとんどない（本人が嫌がる）。
- ・外出の機会や、サービス以外の他者と交流する機会が少ない。
- ・日内変動があり、病状のコントロールがうまくいかない。
- ・生活歴がほとんど見えない。
- ・会話の糸口がつかめない。

2) 3 事例2のまとめ

B様は、プライドが高く、他者からの見られ方を非常に気にしてしまう。そのため、パーキンソン病になってからは、他者との交流の幅が極端に減ってしまい、そのことにより、病気と向き合う対象が自分しかなくなり、病気の理解が深まることにより気持ちがふさぎ込み、結果として不安を助長させてしまっているのではないかとと思われる。

一方で、日内変動がある中でも、できる家事は継続しており、母親としての家庭内役割を自覚して生活をしている。事例検討を通じて、こうした本人の「強み」に気付くことができた。今後、加齢や病状が進行していく中で、不安は増えることが予想されるが、B様の強み、趣味やメールなど、本人が興味を持てるようなアプローチポイントから働きかけ、芯から安心できる環境を作っていくことが今後の支援のポイントとなると考えた。

6. まとめ

今回の事例検討、比較を通じて、事例2の担当ケアマネである私は、自らの視野が本人の訴えるデマンドに支配されている傾向があることに気付くことができた。特に、B様の「強み」に気付くことができたのは、今後のアプローチの仕方に大きな影響を与えられよう。

居宅ミーティングでは、こうした事例検討を定期的で開催しており、一つもしくは二つの事例を、多数の目で見て掘り下げることで、表面的な課題の奥にある「真のニーズ」を引き出そうとする試みを行っている。

これは、「奥川式グループスーパービジョン（OGSV）」を応用した方法で、ケアマネジャー間の事例検討として、広く浸透している方法でもある。「はじめに」でも述べたが、ケアマネジャーの職域は極めて広く、あふれる情報を上手く整理できずに課題を見失ってしまうような状況に陥ることがあり、そうした時にはサポートティブに、グループでそのケアマネジャーをサポートするような視点、方法を身に着けることが必要となるのである。

また、ご利用者様の生活の質についての考え方は、その方の生活歴や家族関係など、色んな要因によって左右され、その価値観もそれぞれである。私達支援者もご利用者様も、知らず知らずのうちに、物事を一面から見て決め付けるステレオタイプな考え方、見方、イメージを持ちがちであり、そのことが支援の場で意見の相違として現れる。支援の本質を見極めるために、私たちはご利用

用者様のあるがままを受け入れ、一個人として見つめていく必要がある。人の数だけ人生があり、ご利用者様が最後まで自分らしい人生を自力で歩んでいけるよう、人生の伴走者として寄り添っていきたいと思う。

その上で活動と参加を高めることは、ご利用者様にどんな意味をもたらすのか？この自問自答を繰り返しながら、利用者様一人ひとりの支援の質を高めていきたいと思う。

7. 謝辞

今回の準備を通じて、様々なご指摘を頂いた居宅部門のケアマネジャーの皆様、リハケア講座を通じて、重要な視点を教えて頂いたリハケア専門士の皆様ならびに、A様とB様にこの場をお借りし、感謝申し上げます。

8. 引用・参考文献

白澤政和（1992）「ケースマネジメントの理論と実際」
10－17、中央法規出版
創心流リハケア講座

認知症のご利用者の見当識障害が改善した一事例 ～音楽療法介入を通して～

笹沖センター 五感リハビリ倶楽部 音楽療法士 上田 紘花

1. はじめに

1) 五感リハビリ倶楽部について

私が所属している創心会五感リハビリ倶楽部は、認知症高齢者を対象とした地域密着型サービスである。五感リハビリ倶楽部のコンセプトとして、感覚へのアプローチとある。感覚の中でも五感刺激を大事にしており、例をあげると視覚はビジョントレーニング、嗅覚はアロマオイル、味覚はお食事や口腔ケア、触覚はタクティールケアや園芸、そして聴覚は音楽療法がある。これらの刺激を多く与えていくことで脳への刺激となり、現在の機能の維持や改善につなげている。

2) 認知症について

近年、認知症高齢者は増加傾向にある。認知症とは、いったん獲得された知的能力¹⁾が脳の組織に変化が生じ²⁾、それが原因でさまざまな症状がおこる。代表的な定義として、世界保健機関（WHO）が定めた ICD - 10 精神および行動の障害臨床記述と診断ガイドラインには以下のように記されている。

「脳疾患による症候群であり、通常は慢性あるいは進行性で、記憶、思考、見当識、計算、学習能力、言語、判断を含む多数の高次皮質機能障害を示す。意識の混濁はない。認知障害は、普通、情動の統制、社会行動あるいは動機づけの低下を伴うが、場合によってそれらが先行することもある。」²⁾

認知症の症状は、記憶障害、見当識障害、失行や失認などがある。認知症の症状を大きく分けると、中核症状と周辺症状に分けられる^{3) 4)}。中核症状とは、認知症の主となる症状のことで³⁾、記憶障害、思考の障害、理解の障害、見当識障害、判断の障害などの障害^{3) 4)}のことを言い、周辺症状とは BPSD ともいわれ、行動や精神症状が含まれる。具体的に述べると、徘徊、暴力、暴言、異食、失禁、抑うつ状態、幻聴や幻覚などがある。さまざまな症状があるが、認知症のレベルによって発症する症状は異なる。また、認知症の種類によってはこれらの症状が発症する順番や特徴が異なる。

認知症の種類には、アルツハイマー型認知症、レビー小体型認知症、脳血管性認知症がよく知られている。アルツハイマー型認知症とは、脳萎縮が原因で⁵⁾女性に

多く発症し⁶⁾脳機能の全般が低下してくと言われてい⁵⁾る。レビー小体型認知症とは、脳細胞が病的に死滅することが原因で、幻覚や幻視、パーキンソン症状⁷⁾も症状にある。脳血管性認知症とは、脳血管障害からおこる認知症である⁸⁾。特徴として、脳梗塞や脳出血により脳の部分が障害され、その部分の機能が損なわれる⁷⁾。

3) 音楽療法とは

音楽療法と聞いて、リラックス効果や気分を上げるといった効果をイメージする人は多いだろう。音楽療法の目的にこのようなことも含まれるが、身体的アプローチや言語的アプローチなどと目的は幅広い。音楽療法では、音楽を治療的な媒体として用いられる⁹⁾。

音楽療法にも他職種同様に定義がある。日本音楽療法学会は、「音楽の持つ、生理的、心理的、社会的働きを、身体の障害の回復、機能の維持改善、生活の質の向上に向けて、意図的、計画的に活用して行われる治療技法」と定めている。定義にある音楽の持つ生理的、心理的、社会的働きとは、音楽が神経細胞や自律神経系、運動中枢や記憶などに働きかけ、リラックス作用や感情表現が容易になる。また、懐かしの曲を聴いてその曲の曲名や歌手、時代背景などの長期記憶を引き出したり、感情に働きかけ音楽を聴くだけで涙を流されたり笑顔が増える。また、タイミングを合わせて歌うことや曲のテンポに合わせて手拍子を行うことで、他者同士が互いに注意を払うため、社会的働きが生じる。これらの働きを身体の障害の回復や機能の維持改善、生活の質の向上に向けて意図的、計画的に活用していくことが音楽療法である。

音楽療法の対象となる年齢は児童から高齢者まで幅広い。本研究では、認知症高齢者を対象に音楽療法を実施している。認知症高齢者の音楽療法の目的には、コミュニケーション能力の向上、短期記憶や長期記憶へのアプローチ、他者交流への援助などがあげられる^{10) 11) 12)}。対象者各々のニーズに合わせて目標を設定し、音楽療法介入を行っていくのだ。また、音楽療法の活動も複数あり、歌唱活動、楽器活動、身体活動、音楽鑑賞がある¹³⁾。歌唱や楽器、身体活動のように対象者が動いたり歌唱をしたりと、活動に参加しながら行うものを能動的音

楽療法といい¹⁴⁾、鑑賞などの聞くことを中心とした活動を受容的音楽療法という¹⁵⁾。

認知症への音楽療法にはさまざまな先行研究がある。岡部¹⁶⁾らは、アルツハイマー認知症患者に対し小グループによる音楽療法を週に2回の計6ヵ月間実施し、コミュニケーション能力や、社会性に対してアプローチを行った。歌謡曲にまつわる回想を随所に取り入れ、回想だけでなく今の気持ちも表現するきっかけ作りを行った。結果、自発性が高まりアイコンタクトをとる時間が増加し、介入初期にはクローズドクエスションにのみ返答があったが、3ヶ月を経過したところから単語が文章に変わりオープンクエスションに対しても返答がみられるようになった。中には、クライアント同士で会話を行うようになった。

田原¹⁷⁾は、BPSD（周辺症状）の軽減を目的に音楽療法を実施した。週に1回で合計60回行い、作業療法士と連携をしながら実施をしている。不安感や焦燥感があり集中できない方や、徘徊や不穏が強い方が集団の中にいることができなかったが、なじみの曲や音楽が途切れないように配慮を行っていくことで、その場が安心して集団の中にいられる場所となり、BPSDの軽減や参加率の増加につながった。

4) 本研究の目的と意義

認知症に対する音楽療法には、さまざまな研究もあるが見当識障害についてアプローチを行った事例はまだ少ない。そのため本研究では、見当識障害がみられる軽度認知症高齢者に対し音楽療法アプローチを行い、改善がみられるか検討する。その後、音楽療法がどのような影響をえるのかを検討する。

2. 方法

本研究では集団音楽療法を実施し、集団の中でターゲットとなるご利用者様を設定した。対象としたご利用者様はA様である。A様は、昭和6年1月14日生まれの80代の要介護度2の男性である。平成20年より認知症の診断を受け、見当識障害や判断力の低下がみられる。普段の様子は、ご自分から他者に話しかけることはあまりないが、話しかけられるとその方と一緒に会話を楽しまれる。普段の会話の中で笑顔が見られることは少ない。バイタルチェックが終わると、ご自分から新聞を手に取り読まれる。機能訓練や脳トレーニングに対して意欲的に取り組み、トレーニングの合間にはご自分で足のマッサージをすることもあり、休憩をはさみながら

訓練に取り組まれる。音楽療法実施前実施したMMSEの点数は19点で、季節や日付に関する見当識の質問は6点中0点だった。また、短期記憶は3つのうち1つ記憶しているが、「わからん」というマイナスな発言もみられている。

実施前に音楽療法アセスメントセッションを行った。音楽療法の中では笑顔が多くみられ、実施前に行ったMMSE評価では答えることができなかった本日の日付を正確に答えることができた。見当識に関する質問を行うと、適確な返答があり十分に理解をしているようだった。歌はお好きなようで歌詞カードを見ながら歌われ、音楽療法士が「この曲はしていますか」と尋ねると、「そりゃ知っとる」というような発言も見られた。美空ひばりの顔写真を見せると、「美空ひばりじゃが」とすぐに誰であるかを答えられ、人物に対する理解も十分にあると判断された。

A様の目標として「音楽療法実施後のMMSEの見当識に関する質問に対し、1問でも答えることができるようになる。」とし、音楽療法実施時の目標として、「毎回の音楽療法セッション時に見当識に関する質問を行い、毎回正確に答えることができる」とした。

音楽療法の期間は、X月～X+1月の2ヶ月で実施を行い、計6回の音楽療法を実施した。X+1月には、インフルエンザが流行しA様も休まれたため、2週間音楽療法介入を行っていない。実施時間は午後の脳トレーニング時間に、毎回30分程度の能動的音楽療法を実施した。内容は必ずその日の日付の確認と季節の確認を行い、季節の歌を中心にプログラムを進め、見当識に関する質問や長期記憶に対する質問を行った。A様より自発的な発言が無い時は筆者が名前を呼んでA様が答えられる環境作りを行った。

音楽療法評価では、実施中の様子をボイスレコーダーで録音し、記述記録を行う。また、痴呆用愛媛式音楽療法評価表¹⁸⁾を実施し、毎回の点数の変化を記録した。痴呆用愛媛式音楽療法評価表とは、渡辺、西川らを中心とし、作成された評価方法である。評価項目には、歌唱、リズム、身体運動、認知面、発言、集中力、表情、参加意欲、社会性の9つの項目があり、すべて5段階で評価を行う。本研究では、認知症状に関連のある認知面、発言、表情、参加意欲、社会性の5つの項目を抜粋し評価を行う。以下に評価内容を記載する。

表1 痴呆用愛媛式音楽療法評価 (5 種目の評価軸)

	認 識 面	発 言	表 情	参加意欲	社 会 性
1	指示が全く理解できない	全く発言しない	表情の変化が全くない	表情の変化が全くない 活動に拒否的で参加しない	何事にも無関心である。または、他人に対して暴力行為がある
2	何度も指示して介助すればできる	発言はあるが場違いな発言する	表情の変化が働きかけをした時のみ見られる	活動に拒否的であるが参加する	働きかけがあれば一人の人と交流できる。 (一対一の縦の関係)
3	一対一で何度か指示すれば理解できる	個別の働きかけがあれば発言する	セッションの途中で時々笑顔や生き生きとした表情がみられる	意欲は不鮮明ながら否定はしない	働きかけがあれば複数の人と交流することができる。 (一対一の縦の関係)
4	一対一でほぼ動くことができる	集団への働きかけに対し自主的に発言できる	セッションが始まってしばらくすると笑顔がみられ、表情が生き生きとしている	受け身的であるが、あるいは働きかけがあつて気持ちよく参加する	受け身的な面もあるが、周囲のひとと協調できる。 (横の関係)
5	集団内での指示でも十分理解できる	積極的に発言できる	セッションが始まってすぐ終始笑顔が見られ、セッション後も生き生きとした表情が見られる	自主的に参加する	自ら積極的に周囲のひとと協調し、時にリーダーシップも取る

3. 経過と結果

結果から述べると、A 様は音楽療法目標の「毎回の音楽療法セッション時に見当識に関する質問を行い、毎回正確に答えることができる」を達成した。日付の質問を行ったが、A 様は 6 回中全て間違えることなく正確に答えられた。始めは淡々と日付を答えられ、答えるときにも指で数字を作り筆者にだけ分かるように答えられていた。4 回目以降は、日付の質問をすると、「〇〇さん、わかるじゃろー。」と笑顔で他者へ話しかけるようになった。また、質問をすると瞬時に答えられた。音楽療法介入中に評価を行った痴呆用愛媛式音楽療法評価の結果は以下の表である。

表2 痴呆用愛媛式音楽療法評価結果

	1回目	2回目	3回目	4回目	5回目	6回目
認 知 面	5	5	5	5	5	5
発 言	4	3	4	5	5	5
表 情	5	5	5	5	5	5
参加意欲	5	5	5	5	5	5
社 会 性	4	4	5	5	5	5

見当識以外の音楽療法中の様子を述べる。1 回目の様子は、「冬といえば」という質問に対し、「年末の掃除」と答えられ「もうすぐ正月がくるから家の掃除を手伝わないけん。」という発言があり、ご自分の家での様子などを話されたが、ご自分から他者へ話しかけることは少なかった。

2 回目は、質問に対しては自発的な発言はなかった。この日は常に外を見ていた。音楽療法の時間に駐車場を歩いていた人物が気になり、音楽療法に集中できていなかった。筆者が名前を呼び参加を促したが、数回は名前を呼ばれていることに気づいていなかった。

3 回目は「お富さん」という歌を歌ったことがある人を尋ねると、「加山雄三かな」と自発的な発言がみられた。また、「二人は若い」という歌にちなんで夫婦のことをお聞きすると、笑顔を見せながら質問に答えられ他者にも話しかけていた。

4 回目は、隣に座っていた仲の良いご利用者様に対してご自分から話しかけていた。青い山脈を筆者が冒頭を歌い、続いて歌うように促しを行うと、自然と歌詞が出てきており正確に歌を歌っていた。この時歌詞カードは使用していない。青い山脈を歌っていた歌手を聞くと発言はないが、始めの文字をお伝えするとすぐに答えを言われた。

5 回目には、曲のタイトルに「宿」がつく曲を尋ねると、A 様が「北の宿からがある」とすぐに発言をされた。歌手をお聞きするとはじめは発言がなかったが、始めの名前をホワイトボードに書くと、「はるみじゃ」とすぐに言われた。他にも 1 曲歌ったが、質問をするとすべて A 様が答えられた。

6 回目には、千昌夫の歌で有名な「北国の春」と「星影のワルツ」を歌った。歌手名を尋ねる際に「千・・・」と音楽療法士がいうと、「昌夫」とすぐに答えられ、昌夫という漢字も正確に答えた。また、星影のワルツ歌った時に「昭和 41 年には何をしていましたか」という質問に足して、「その時は〇歳で、〇〇におった」と答えられ、すぐに年齢を言われた。

音楽療法実施後に MMSE を行ったが、23 点であった。その中でも、日付に関する見当識については 0 点から 2 点に上がった。また、計算問題も 2 点から 5 点に上がった。しかし、短期記憶に関しては 1 点から 0 点に下がってしまった。

4. 考察

本研究では、地域密着型デイサービスにて認知症高齢者での集団音楽療法を実施し、1名を対象とした音楽療法介入を行った。音楽療法では、見当識訓練として日付の確認を行ったり、季節の歌を歌い曲にちなんだ季節に関する質問を聞いたりした。また、その質問を通し参加者全体で会話が弾むような工夫を行い、音楽療法介入前後にはMMSE評価を行った。その結果、A様はMMSEの点数が見当識と計算の項目にて4点上がり、介入前に答えることができなかった見当識の項目で1問答えることができた。その他の副次効果として、A様から他者に話しかけることが増え、自発的な会話がみられた。また、認知症が軽度なため長期記憶が保持されており曲について質問を行うと正確に答えられた。それらのことより、¹⁾ 音楽療法と見当識について、²⁾ 音楽療法と記憶、社会性について、この3点について考察を行う。

1) 音楽療法と見当識について

A様は介入前のMMSEの際には本日の日付や季節を答えることはできなかった。しかし、音楽療法の場では答えることができた。音楽療法の目的の1つに「リラックスした状態の増進とストレスの軽減」とある¹⁹⁾。誰でも個室に呼ばれ、急に検査を行うとなったら緊張や不安を感じるだろう。おそらくA様も緊張や不安を感じ、本来答えることができた日付や季節も答えることができなかったと考えられる。本研究では季節の歌を中心にプログラムを構成した。片桐²⁰⁾は季節や自然に関する曲は、童謡、唱歌や歌謡曲などであり、曲に含まれるキーワードが記憶の想起を促進すると提唱しており、飯干²¹⁾は、日付の記憶は時間の概念も加わり、日々変化し時間的な前後関係を伴う特徴を持つため、記憶訓練は効果がない、と述べている。しかしA様は、リラックスした状態だと日付を答えることができたため、時間の概念があると判断される。音楽療法の場がA様にとって安心して参加をすることができる環境であり、そのような環境で繰り返し日付の確認や季節の歌を歌い、今の季節に関する質問を行うことがA様にとって見当識訓練となり、MMSEの点数が増加した可能性がある。

2) 音楽療法と記憶、社会性について

本研究にてA様は、曲の歌詞や歌手を思い出し自発的に答えら、毎回1番に答えられた。また、6回目の音楽療法中には「昭和41年は、〇歳じゃろ」とすぐに答え、その時にどこにいて何をしていたかもすぐに答えることができた。これは、A様が歌を通して回想を行ったのだ

ろう。回想法とは、「計画的にクライアントの人生を振り返り、過去の出来事や経験を思い出すものである」とバトラーは定義している²²⁾。普段回想法を行うときは写真を使用することが多いが、音楽療法の現場では音楽を使用する。使用する音楽は文部省唱歌や歌謡曲などの懐かしい曲（なじみの曲）を歌うことで、昔のことを思い出し語り出すことがある²³⁾。今の高齢者が生活していた時代背景には、テレビがなくラジオで音楽を聴いて過ごしていた。テレビは昭和28年に日本で普及されはじめたが、当時の月給3万円に対し1台30万円前後し、全家庭が購入できるわけはなかった。一方でラジオは大正14年に普及し、昭和6年におこった満州事変では戦争の様子をラジオでも放送するようになり、一家に一台普及した。それだけでなく、ラジオで音楽やラジオドラマなどが放送されるようになり、昭和初期の娯楽の主役であった。従って歌は今までの思い出と結びついていることが多く²⁴⁾、柴田²⁵⁾は高齢者を対象とした回想法では、過去経験を多く思い出せることで脳の活性化を図ることが大切な課題であることから、回想をするために個人にとって懐かしい曲を用いることが重要である、と述べている。また、懐かしい曲を使用することで、記憶が想起され発話数が増加する²⁶⁾とも述べている。音楽療法の場では皆様になじみの歌を使用した。また、使用した曲に関する質問を行ったことから、回想につながり会話が增加したと考えられる。そして、A様もご自分から自発的に発言をすることが増えた。これらのことより、A様にとって懐かしの曲を活動で使用したことにより記憶が想起され、発話数の増加や自発的な発言がみられたといえる。また、音楽療法には社会性の向上も目的の1つである。歌を集団で歌うときには、音程・声量・テンポ・タイミングなどを合わせる必要がある²⁷⁾。これらの要素はすべて社会性である。音楽があふれた空間の中で楽しみながら参加することで、他者と一緒に歌っていることを意識し、自然と社会性が強化された。

5. 今後の課題や発展

本研究では、一人のご利用者様の変化をまとめた。音楽療法は対象となる方のニーズに合わせて目標設定を行うため、社会性の向上を目標とした場合グループセッションも可能である。今後、五感リハビリ倶楽部において本研究の見当識訓練を対象としたグループセッションを行い、音楽がそれぞれにどのような働きを及ぼすか検討する。また、見当識訓練以外にも音楽療法の研究事例

を増やしていく。笹沖センターにはリハビリ倶楽部・元
気デザイン倶楽部とあるため、他事業所と連携し事例検
討を行い、本物ケア学会などを通して音楽療法の発信を
積極的に行っていきたい。

6. 謝辞

論文作成にあたり協力してくださいましたご利用者
様、ご家族様、学会委員の皆様に深く感謝申し上げます。
ありがとうございました。

7. 引用文献

- 1) 藤本禮子：高齢者の音楽療法楽器演奏のすすめ、春
秋社、16、2012
- 2) 一般社団法人日本認知症コミュニケーション協議
会：認知症ライフパートナー検定試験 基礎検定公
式テキスト 第2版、中央法規出版株式会社、13、
2013
- 3) 一般社団法人日本認知症コミュニケーション協議
会：認知症ライフパートナー検定試験 基礎検定公
式テキスト 第2版、中央法規出版株式会社、17、
2013
- 4) 藤本禮子：高齢者の音楽療法楽器演奏のすすめ、春
秋社、19、2012
- 5) 一般社団法人日本認知症コミュニケーション協議
会：認知症ライフパートナー検定試験 基礎検定公
式テキスト 第2版、中央法規出版株式会社、14、
2013
- 6) 室原良治 大塚裕一：音楽療法士のためのわかりや
すい医療用語ハンドブック、あおぞら出版、130、
2006
- 7) 一般社団法人日本認知症コミュニケーション協議
会：認知症ライフパートナー検定試験 基礎検定公
式テキスト 第2版、中央法規出版株式会社、15、
2013
- 8) 室原良治 大塚裕一：音楽療法士のためのわかりや
すい医療用語ハンドブック、あおぞら出版、131、
2006
- 9) ウイリアム・B・デイビス他：音楽療法入門 第2
版上 理論と実践、一麦出版社、28、2006
- 10) 藤本禮子：高齢者の音楽療法楽器演奏のすすめ、
春秋社、23、2012
- 11) 日野原重明他：標準音楽療法入門 下 実践編
改訂版、春秋社、156、2002
- 12) 佐々木和佳他：認知症ケアと予防の音楽療法、春
秋社、26、2009
- 13) 藤本禮子：高齢者の音楽療法楽器演奏のすすめ、
春秋社、41、2012
- 14) 貫行子：高齢者の音楽療法 新訂、音楽之友社、
111、2009
- 15) 栗林文雄：音楽療法、ヘルスカウンセリング学会
年報、10：1-6、2004
- 16) 岡部多加志 他：アルツハイマー型認知症の音楽
療法、バイオメカニズム学会、30：71-76、2006
- 17) 田原ゆみ：BPSD（認知症の行動・心理症状）の軽
減を目的とした音楽療法の試み「安心できる場」と
いう観点からの一考察、
- 18) 渡辺恭子 他：痴呆患者を対象とした音楽療法、
認知リハビリテーション、59-64、2000
- 19) ウイリアム・B・デイビス他：音楽療法入門 第
2版上 理論と実践、一麦出版社、240、2006
- 20) 片桐幹世：音楽療法による認知症高齢者の長期記
憶の想起に関する検討、東京福祉大学・大学院紀要、
2(2)：191-196、2012
- 21) 飯干紀代子：アルツハイマー型痴呆患者に対する
記憶訓練一日常生活上の問題点に即したアプロ
ーチ、失語症研究、327：65-72
- 22) ウイリアム・B・デイビス他：音楽療法入門 第
2版上 理論と実践、一麦出版社、245、2006
- 23) 佐々木和佳他：認知症ケアと予防の音楽療法、春
秋社、27、2009
- 24) 佐々木和佳他：認知症ケアと予防の音楽療法、春
秋社、157、2009
- 25) 柴田（小林）麻美：高齢者が懐かしさを感じる音
楽が引き出す回想内容と気分との関係、日本音楽療
法学会誌、9：136-143、2009
- 26) 篠田知章：高齢者のための実践音楽療法、中央法規、
69、2000
- 27) 藤本禮子：高齢者の音楽療法楽器演奏のすすめ、
春秋社、42、2012

8. 参考文献

- 1) 日野原重明他：標準音楽療法入門 上 実践編 改
訂版、春秋社、5-11、2002
- 2) 日野原重明他：標準音楽療法入門 下 実践編 改
訂版、春秋社、157-160、2002

地域性を活かしたピアグループ形成支援

～児島 楽喜(ラッキー) タイム～

児島センター リハビリ倶楽部児島 介護職 武田 和樹
本部センター リハビリ倶楽部茶屋町 介護職 守屋佳代子

1. はじめに

児島センターでは、2012年5月より楽喜タイムという独自の活動を行っている。この楽喜タイムの特徴は、その名前も、活動内容も、ご利用様が主体となって作り上げているピアグループであるという点である。創心流リハケアの視点で、ピアグループの形成支援は“障害者が障害者として生きていく中で何ができるのか、どのような価値観をもてるかという事など健常者からとの関わりからではなく同じ障害を持ったピアとの関わりがカウンセラー的存在になる”と定義されている。

この度、楽喜(ラッキー)タイムの活動について振り返り、ピアグループがどのように生まれ、発展してきたのかを明らかにすることで児島の楽喜タイムでの活動がどのようにピアグループの形成に繋がったのかを報告する。

2. 活動初期

(楽喜タイムの誕生 2012年5月～2012年11月)

楽喜タイムが始まる前、児島センターで課題となっていたのは、15時以降の過ごし方についてである。この頃、輪になって体操をするなどしていたが、ご利用様の参加率は決して良いとは言えず、スタッフの間にもどこか空回りしているような感覚が広がっていた。特に、ご利用者様からの主体性を引き出すことに苦労しており、どうすれば皆様に生活主体者としての心構えを持って活動参加して頂けるのか、抜本的な対策が必要であった。

この時重視したのは、ご利用者様自身の主体性と自発性である。活動初期は、スタッフが中心となって1か月の活動スケジュールを提示していたが、次第にご利用者様のほうからも、取り組みたい活動の案が上がるようになってきた。この頃取り組んでいたのは、おやつ作り、園芸、貼り絵などの、ご利用者様発案の作品作りであった。

1) 名前を決める過程

楽喜タイムの名前は、午後のご利用者様主体の時間という事を意識し、ご利用者様自身で決めて頂くことを考えた。そこでご利用者様に午後の時間についてどんな名前を付けて過ごしていくか、アンケートを行って名前を

決めることにした。こうして決まった「楽喜タイム」の名前には、ご利用様が主体となって考え、実行していく時間を楽しく過ごし、みんなで喜ぶことができる時間にしていこうという意味が込められている。

2) 児島らしいピアグループ

楽喜タイムが始まったことにより、ご利用者様で自身から「休まずこよう」や「来週も頑張ろうな」というような声が自発的に上がるようになった。また次の楽喜タイムの活動内容の確認を、ご利用者様同士で声を掛け合う姿や、活動の中で片麻痺のご利用者様同士で工夫して、できる作業を一緒に行われている姿も見られるようになった。その活動の様子を見ていく中で、児島の地域特性を生かして、もっとやりがいがあり、継続して取り組める「こと」がほしいと考えていた。

3. 活動中期

(藍染工房の活動 2012年12月～2014年12月)

児島地域の特徴は染色会社やジーンズの加工会社が多いことである。利用者様の中には、職業経験として、ジーンズの藍染めや、ミシン加工の過程を経験し、繊維業をしている方が多かった。こうした生活歴の聴取から、藍染を行っていくことが、ご利用者様の「強み」を活かせる、児島センターらしいピアグループに繋がっていくのではないかと考えた。

こうして始まった「藍染工房」の活動は、開始当初よりご利用者様全体を巻き込んで展開されたが、最初の頃はただ布を染めるという工程だけであり、出来た「藍染」は、ご利用者様に持って帰って頂いていたが、我々としては、この楽喜タイムを使って、もっと発展的な作業ができるのではないかと考えていた。

1) 「大祭り」への参加に向けて

染める作業に慣れてきたことで、ご利用者様自身から、「少しは縫ったりしてみよう」という話が出てきた。そこで「藍染コースター」を作成することとなった。上記の通り、児島地域は伝統的に繊維業が盛んで、女性だけではなく、男性もミシンが使える方が多いこともあり、性別に関係なく参加できる活動になると考えた。また、ご利用者様の生活歴の振り返りともなり、存在役割への

アプローチに繋がると考えた。

この時注意したのは、自己満足の活動に終わらせてはならない、という事であった。そのために目標を決めて、そこに向けて活動していくことが必要だと考えていた。そうした中で話が上がったのが、「創心会大祭り」である。

以前から楽喜タイムで取り組んでいた「おやつ作り」で、人気のハッ橋を販売することにした。児島で行っていた楽喜タイムの取り組みを知ってもらうために、ハッ橋を買って頂いた方に“おまけ”としてコースターを付けて販売することにした。ハッ橋の味を決め、どのように作って販売していくのか、どうしたらうまく作れるのかという事もご利用者様と話し合い、検討していった。また、コースターの作成個数もスタッフが決めるのではなく、ご利用者様からも「あと何個作ってほしい」などと、大祭りまでの目標個数を決めて作成を進めていくことができた。大祭り当日は、児島センターのご利用者様も、販売スタッフを務めてくださった。

2) 新たな作品作り

大祭りでの体験は、ご利用者様にとって「作ったものが人の手に渡り、使ってもらえる」という、大きな成功体験となった。次の目標を探していた時、ご利用者様の方から、「このポーチ、古くなってきているよね」という声が上がった。この言葉が、次の作業のきっかけとなった。

そこで取り組むことになったのが、「まーブルポーチ」の作成である。スケジュールを決める話し合いをする中で、他センターでも欲しい方がいれば、販売までできたらよいのではないか、などと話し合った。

ポーチ作りはコースターの時より作業工程が多くなり、格段に難しくなるが、少しずつご利用者様の役割ができていき、分担しての作業になり効率も上がっていった。ひとつひとつの工程を見ても、染付の過程で布を縛るところから、少しずつレベルが上がっていき、より完成度の高い作品が出来上がるようになった。難しい工程もあったが、ご利用者様の身体状況にも気を付けながら、その方に出来ることを意識して行って頂き、成功体験を積み重ねていくことを意識しながら支援した。ご利用者様の反応も良く、楽喜タイムの時間になると、ご利用者様の方から「やろうやろう」と声をかけてくださった。

また、ご利用者様の中には地域で藍染体験をして練習をしてきて下さり、工房で使うジーンズ生地を探して下さる方までいた。以前縫製の仕事をしていた方から、障害を負ってから、「もう2度とミシンを使うことができ

ない」と思っていたと話されながら取り組んでくださる方もおられた。自分でも役割分担すれば出来ることがあるとわかり、作品作りを楽しみにされる方も増えてきた。次に作る試作品を利用者様に見せると、「早く作りたい」と盛り上がってくれる人が増えてきた。試作を積み重ねていき、片麻痺の方でも使いやすいようチャックを無くしたり、ポケットを二つ作ることで手帳も入れることが出来るようにしたりと、工夫していった。

この工程は、「ポーチをただ作っている」のではなく、このポーチ作り作業を細かくして段階付け、ご利用者様の「活動」と「参加」レベルにアプローチしていったのである。

3) まーブルポーチ作成の作業工程

ステップ1

染めるさらしを切ってから縛る。つまむ、握る動作が多いので手指トレーニングとなる。またさらしを縛っていく動作で、指先の巧緻性や脳活性の効果も得られる。どう縛ればどのような染め上がりになるのかを工夫しておこなっていく。布を切断する際に指を切らないように注意して行う。

ステップ2

縛ったさらしを染める。染め上がったさらしをお湯につけて絞る動作が、手指や手首の強化トレーニングとなる。出来上がりの色が出るワクワク感が、認知機能を高める。また布をさらしに巻いてあるゴムをほどこき、広げて干すという動きは目と手指の協調性の向上にもなる。お湯を使用するため、火傷に注意して行う。

ステップ3

アイロンがけを行う。布を広げて乾かし物にアイロンをかける動作が手指の動作と協調性のトレーニングになる。火傷に注意して、行っていく。

ステップ4

ポーチの大きさに、裁断していく。布に線を引く、裁ちばさみで切るなどの動作を手指のトレーニングとなる。片麻痺の方でも、片麻痺の方同士で一人が布を押さえて、一人が切るという協力した作業に繋がった。指など切らないように注意して行う。

ステップ5

縫製下準備、縫製。ミシンや手縫いの動作が指先の巧緻性のトレーニングになる。また指先を使うことで、脳活性にも繋がる。指を針で刺さない事や、ミシンに指が巻き込まれないよう注意して行う。

ステップ6

ポーチに名札付けを行う。名札にヤスリをかけ、紐を通す。名札を一つ一つ、ポーチに付けていく。紐で結び付けるため、指先の巧緻性のトレーニングになる。

ステップ 7

ポーチの検品。出来た物を再度確認し、縫い代に問題がないか確認を行う。

ステップ 8

ポーチの包装。袋詰め動作が手指トレーニング、指先の巧緻性のトレーニングになる。ラベルを作る(左手で字を書く練習をしている方に書いて頂く)、片手で作業参加が難しい方も検品、数を数えて箱詰めを行う。

4. 現在の活動と今後の展開 (2015 年 1 月～)

平成 26 年末まで、この活動は継続できており、児島センターの登録利用者全員分のポーチが完成した。そして去年の年末、登録利用者へポーチをお渡しすることができた。この成功体験を通して、よりご利用者様と継続した作品作りを行うためにはどうすればよいのかという事を検討していった。その中で他のセンターにまーブルを絡めて販売することが出来ないかと考えた。まーブルポーチを児島の特産品として他センターに販売し、他センターでも楽喜タイムのような活動を誘発したいのである。現在新しい取り組みとして、まーブルを頂き、他センターから藍染をしてほしいという物を預かり、染めてお渡しする事を検討している。そのためにさらし以外の物がどのように染まるのか、タオルやパンツなどでも藍染を実施している。そして将来的に藍染商品でのカタログ作りを行い、ご利用者様の出来る作業工程も増やしていき、商品を他センターにまーブルで販売できるようにしていく予定である。この活動を通して、楽喜タイムを盛り上げていき、もっとご利用者様を増やしていければと考える。ご利用者様も、他センターへ藍染商品をまーブルで販売する日を目標にしてくださっている。

ご利用者様主体という事を大切に、アプローチを行っていくことで、自身で予定などを決めて行動していくことが日常生活にも繋がると考える。その中で他のご利用者様と関わりを持つことでピアグループそのものの自発性を高めるという効果もある。スタッフの関与を極力減らして、ご利用者様自らが全体の工程を管理し、計画することをこれからも意識しながら継続する予定である。楽喜タイムの取り組みを通して、「活動」と「参加」として一つの形にすることが出来たと考える。

5. まとめ

この楽喜タイムでの取り組みから、ご利用者様の中の自主性向上やピアグループの形成に繋がったと考える。児島の楽喜タイムによって作品ができる喜びや楽しさを感じて頂くことが出来た。またみんなでアイデアを出し合ったり、協力したりすることで今まで関わりのなかったご利用者様同士のコミュニケーションも増やしていくことができた。工夫したり、取り組みの中で働くという事をイメージし、一緒に検討して実行していくことで意欲を感じたりしながら『まーブルコースター』や『まーぶるポーチ』作りに取り組むこともできた。ご利用者様それぞれが自分のできる事を探し、役割を持って頂く事ができ、その役割の中で出来ない、役に立たないと感じていた気持ちに変化していった。何かの役に立つ事、私達でも出来るんだという事を感じて頂くことでやりがい、喜びを感じていた頂くことができたと考える。

藍染の活動を通して社会参加のイメージができ、「活動」と「参加」を目指しての第一歩に繋がったと感じる。これからも楽喜タイムを通して、ご利用者様に作ることは、やりがい、やりがいは、生きがいに繋がるという事を感じて頂く。そして、ご利用者様のピアグループの形成を支援していく活動を今後も継続していきたい。

6. 謝辞

今回論文作成に当あたり、ご協力頂きました本物ケア実行委員の皆様へ深く感謝を申し上げます。また、このような活動取り組みの機会をくださったご利用者様にもこの場を借り、感謝申し上げます。

7. 参考資料

- 1) 創心流りハケア講座 資料
- 2) 大田仁史 『新・芯から支える』

地域包括ケアシステムの構築における、医療・介護連携 ～倉敷圏域版「医療・介護連携シート」の作成と周知活動～

本部センター 本物ケア推進部 主任介護支援専門員 佐藤 健志

1. はじめに

「地域包括ケアシステム」とは、団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度の要介護状態となっても、できる限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・介護予防・生活支援が一体的に提供される、ネットワークが構築されるシステムをいう。ここでいう「住み慣れた地域」とは、自転車又は徒歩によって、30分で移動できる範囲と定義され、これを「日常生活圏域」と呼ぶ。

「地域包括ケアシステム」における、5つの構成要素の中には、住民参加型の生活支援や介護予防も含まれているが、重度の要介護状態となっても、住み慣れた地域で暮らし続けるためには、専門的サービスである「医療」と「介護」の連携が欠かせない。しかし、この両者間は、声高に連携が求められながら、結果として十分につなげられていないとされているのが現状である。

その理由は様々であるが、なかでも地域における連携の手順やルールが全く決まっていない事がある。各事業所や医療機関は、それぞれに職種ごとに自分たちで作成した情報連携書式を作成し、必要と感じる任意の相手に、特に決まった手順もないまま情報をやり取りしている。中には、現場対応に追われ、他機関と連携する意識が育たない現場もあると見られている。こうしたことでは、地域に多職種連携の意識を根付かせることは困難と言わざるを得ない。

つまり必要なことは、職種や職域を超えて連携するためのグランドルール策定なのである。私はこの4年間、倉敷圏域（倉敷市、総社市、早島町）における地域包括ケアシステム構築に向けて、特に医療・介護連携構築の上で、重要な意義を持つ「医療・介護連携シート」の作成と周知活動、実態調査に関わる機会を得たので、ここに報告する。

2. 医療・介護連携シートの作成

倉敷圏域版の「医療・介護連携シート」作成に関して、中心的な役割を果たしたのが、倉敷リハビリテーション病院に事務局を置く、「倉敷地域リハビリテーション広

域支援センター連絡協議会」である。

同協議会は、医師をはじめとする各職種や職域の代表者から構成される、30名あまりの組織である。倉敷市、総社市、早島町の3市町における地域リハビリテーションの推進を目的として、備中保健所から4年間の委託事業として設置された。私は、介護支援専門員の立場から参加させて頂いており、特に平成24年度は、4年間の委託期間における第3年度、「医療・介護連携シートの作成」に取り組んだ年である。この年度だけで、関係者によるワーキンググループや打合せは30回以上に及んだ。

介護支援専門員は、医療・介護連携に於いて、医療情報と介護・生活情報をコネクトするポジションにいる。そのため、この協議会に於いては、介護側が必要とする情報を、医療側に対して纏めて代弁する役割が求められることが多かった。最初の頃は、なかなか本音が表に出ない時期もあったが、回数を重ねるごとに相互理解が進み、次第に意思疎通が図れるようになり、“言いたいことが言いあえる関係”が出来てきたように感じている。

さて、そもそも「医療・介護連携シート」は、地域ごとに特色のある様式が採択され、活用されている。そこでまず我々が検討したのは、先進的な地域ないし組織で、すでに作成されていた連携パス、連携シートを利用させて頂くのか、あるいは当地で新規に作成するののかの問題であった。討議の初期段階では、「連携ツールを自分たちで作る過程が重要である」「自分たちで作って初めて活用が進む」という意見と、「既存の連携パスあるいは連携シートに慣れている」「新規作成するための時間的余裕がない」という意見に大きく別れており、後者に結論が落ち着きそうな状況もあった。しかし、これは倉敷圏域における、医療・介護連携のグランドルールを策定する重大な分岐点であるため、さらに詳細な検討を行うこととなり、その議論を通じて、以下のように我々の求める「連携シートの条件」が明確となった。

- 1) 自分たちが求めている連携ツールの条件を確認する。
- 2) それを受けて既存の連携ツールを比較検討する。
- 3) 地域内には連携パス・連携シートと呼ばれていないが、各職種が必要に迫られて工夫し作成したいいくつかの連絡票等のツールがあるが、これをどう位置付ける

か。

さらに地域内においては、所属する組織や機関の性格の違いや、職種の違い等からくるいくつかの連携場面があり、それぞれの場面によって連携の有り方や、必要な情報内容に差があると考えた。そこで、地域内を包括する連携図を作り、どのような情報連携の場面があるのかを検討した。こうした討議の過程を経て、我々が求める「医療・介護連携シート」の6条件が導き出された。

3. 「医療・介護連携シート」の特徴

以下に、前述した「6条件」の概要を説明する。それはそのまま、倉敷圏域版「医療・介護連携シート」の特徴とも繋がる。

1) 患者・利用者並びに家族中心の内容である。

連携シート作成の初期段階では、本人や家族が自分で持ち歩くことができる運用方法を考えていた。本人や家族は、手元のシートに自分の想いや要望、困っていることなどを自由に記載することができる。一見すると、確かに「患者中心」を形にした方法であるともいえるが、場合によっては本人が知らない方が良いと思われる情報（たとえば未告知の病名が記載されてしまう等）が含まれることに配慮が必要な場合があり得る。こうしたことから、本人が持ち歩くという方法は、本人中心主義のアプローチ法とは違うのではないか、という認識に至った。

この1)の条件を、最も表しているのが、共通シートにおける「本人の願い・望む生活」と「家族の願い・役割への期待」の項である。これを記載することにより、医療者、介護従事者に、当事者のデマンドを届けることが可能となる。この項は、本人や家族の訴えや希望をできるだけ加工せず、記入する。そこに対応する形で、医療者や在宅チームが導いた目標設定の項目が設けられている。ここに記載するのは、ケアプランで言う「総合的な援助方針」に該当するものであり、医療・介護の両サイドがケアプラン第1票の要点を共有できる、という意味も含まれている。

2) 連携図に示される連携の各場面に対応して包括的である。

連携図とは、地域内における情報の流れを図式化したものである。連携と一言に言っても、地域内には様々な情報の流れ、連携場面が存在する。連携の一例を挙げれば、退院時には、急性期から在宅、急性期から回復期を経て在宅、急性期から回復期を経て施設、といった流れがあり、逆方向の流れ（入院、入所時等）も存在する。

疾病の特性によって、退院時に必要となる調整のあり方も異なる。また、生活期には、主治医とケアチーム間の情報連絡が存在する。またケアマネジャーとサービス事業者間の流れも存在する。それぞれの場面で、どのような様式を使って、どのように連携しているのか。各々が、自分の思うような方法で連携を取っているのは、タイムリーで機能的な連携とはなりえない。

そこで我々は、様々な連携場面を連携図で模式図化し、重要性の高い情報連携場面を見極める作業を行った。どのようなタイミングで、どのような情報が地域内を動いているのか。こうした流れを整理、集約していく過程で、最終的には主に垂直連携で用いる「縦パス」と、水平連携で用いる「横パス」に、運用をまとめることができた。

3) 情報の受け手が欲しい情報と、情報の提供側が是非伝えたい情報を、擦り合わせたものである。もちろん、連携の双方向性からはお互いに立場は逆になりえる。連携する相手にとって、どのような情報が必要なのか、また、その得られた情報を、専門家が、専門的視点からどのように解釈するかと言うのは、簡単に理解できるものではない。我々が目指したのは、医療、介護の両サイドにとって、「もらってうれしい情報」であることであった。そして、伝える側にとっても「是非伝えたい内容」であることを両立する必要があった。

いわゆる「敷居の高さ」を現場の介護スタッフが感じているとしたら、日頃もっとも高い頻度で利用者に関わっているはずの、ヘルパーやデスタッフからの生活情報が「上がってこない」ということを意味する。こうした「敷居」は、事業所内にも存在するし、サービス事業所とケアマネジャーの間にも存在するし、介護と医療の間にはさらにひときわ高い「敷居」が存在すると考えられる。相互理解を達成するためには、この「敷居の除去」が必要となる。

そのため、各専門職種間で取り交わされている施設間連絡票等を参考にしながら、「送りたい情報」と「欲しい情報」を医療側・介護側で突き合わせ、いずれかにバランスが偏ることなく、特に優先されるべき情報を集約、選定することに、この協議の中でももっとも多くの時間を費やしたのである。

4) 前項の意味からも両サイド（医療と介護）が共同して作成する。

医療側と介護側が、普段のやり取りから分かったつもりになっていることが、実は全く理解できていなかった、という事がある。例えば、医療用語は介護職には理解し

づらく、逆にまた介護業界で一般的に使用する用語が医療職に通じない場合がそれである。こうした「知っているつもり」は、連携の阻害因子となり得る。

連携シートを作成する過程で、我々は実に 30 回以上、話し合いの場を持った。その過程で、時には激しく主張する場面もあった。その徹底した討議の中で相互理解は進み、よりお互いの求める連携のあり方に近づいて行けたのではないかと考えている。

真の相互理解を達成するためには、たまに顔を合わせて、差し障りのない話をしているだけでは十分とは言えない。お互いの「考え方」を擦り合わせる為には、互いに汗をかいて、人となりを知り、専門職としての価値観を知る努力をすることが必要なのである。

5) 医療情報と在宅での生活情報がバランスを保った形で提供されている。

この項目は、前 2 項とも関連する。既存の連携シートにおいてしてみると、医療情報と生活情報の一方に力が入ったものが多い。これは特定の、あるいは特殊な連携の場面を想定して連携シートが作られてきたためであろう。

この様な背景を考えると、作成母体にとって必要性が高い情報に重点が置かれるのは当然ともいえる。この場合、病院間地域連携クリティカルパスの延長としての在宅連携がまずあった。それは、医療の継続に対する関心が高かったためでもある。すると、おのずと情報も医療情報が中心となる。

やがて、地域包括ケアシステムの論点が成熟し、医療機関側からも在宅への関心が高まり、在宅介護を中心とした視点が求められるようになり、生活情報中心の連携シートが生まれた。よって、このような連携シートでは、生活歴などの具体的なエピソードを記入する項目が、多く取り入れられる傾向がみられる。

実は、この両者は相容れないものではない。医療サイドでは、入院期間短縮の動きが加速する中で、在宅や施設に医療依存度の高い患者を、いかに「退院調整するか」という事に関心が集まるようになってきているし、介護サイドでは、どのように医療ニーズに対応して、医療依存度の高い方を円滑に在宅移行するか、在宅生活を維持していくか、という点に関心が高まっている。

退院調整が注目され、広く展開中の今日、病院から在宅への移行場面、在宅から入院する場面、いずれにおいてもバランスのとれた情報が必要とされる訳だが、医療側又は介護側の、いずれかが主になって作成したとして

も、バランスを保つことが困難となる。こうした意味からも、医療・介護の両サイドで連携シートを作り上げることに大きな意味が存在する。

6) 記入と内容把握がともに容易なコンパクトかつ視覚に訴える形にしたい。

記入や内容把握が簡便であることは、医療・介護連携シートが地域内で広く使われるようになるために、必ず達成しなくてはならない条件である。日頃多忙な各専門職種が、「書こう」と思えるような様式は、いかに詳細であっても、労力を要するものであってはならない。また、情報が簡便すぎるものであれば、必要な情報が伝わらないという問題が起きる。

さらに、どのような職種の人でも、ある程度把握や評価が可能なように書き方を工夫しておかなくては、「わかったふり」をしていい加減な情報を提供してしまうという問題も起こるだろう。あいまいで、事実と異なる情報が提供されるような事態は、著しくリスクを高める問題に直結する。

このような観点から、分かりやすく、記入が簡単で、コンパクトであることが連携シートに求められることになった。この工夫は、第三年度の活動でギリギリの段階まで続けられ、最終的な案がまとまったのは、3月30日の夜であった。

4. シートの普及活動

このような過程を経て出来上がった「医療・介護連携シート」について、倉敷市、総社市、早島町の病院、開業医、介護施設、ケアマネジャー、訪問看護師、訪問リハビリ等、連携に深くかかわる者に対して周知活動を行った。実に 26 回の研修を各地域で実施し、職種ごとにも行うなどして、「顔の見える連携」を現場レベルで実践していただく為の“意識作り”に取り組みさせて頂いた。

5. シート運用状況の調査

1) 介護支援専門員に対するアンケート (図 1)

調査主体 岡山県介護支援専門員協会 倉敷支部

調査対象 岡山県介護支援専門員協会倉敷支部会員

133 名

調査方法 郵送による自記式アンケート調査 (返信用封筒を同封、未記名)

調査実施 平成 26 年 4 月 10 日～5 月 31 日

調査回収 45 名 (回収率 33.8%)

2) 医療機関に対するアンケート (図 2)

調査主体 岡山県備中保健所
 調査対象 岡山県南西部倉敷地域（倉敷・総社・早島）
 の病院 41 病院
 調査方法 郵送による自記式アンケート調査（FAX ま
 たは郵送による回収）
 調査実施 平成 26 年 8 月
 調査回収 41 病院（回収率 100%）

6. 考察と課題

この様な経緯によって、活用が始まった医療介護連携シートであるが、利用が順調に進んでいるとはまだまだ言い難い。関係職種から寄せられた意見では、「仕事の時間が増えた」「字が小さく読みづらい」「入力すると表が崩れてしまう」といった問題点が指摘されている。

さらに、情報項目は、コンパクトであることが求められたこともあり、“あらゆる職種が見てわかる”という必要最低限の項目設定となった。これによって、専門職種間で交わされるべき情報は、添書を付けるなど、別の方法も併せて行う必要が生じている。

また、この書式作成は、「倉敷地域リハビリテーション広域支援センター連絡協議会」という、多職種の代表者が集う合議体で作成された、という点も重要なポイントである。“多職種の代表者が、ひざを突き合わせて、徹底的に話し合っただけ”項目であるから、簡単に変更することができず、更新には一定の“場”を必要とする。それがゆえに、この書式は医療職、介護職間で取り交わされる「公認文書」として通じるものと言えるのだが、書式の更新には多大な労力も、手間も要する。こうしたことが、時代の求めるニーズに適合していけるか。この点については、今後も絶えず検証が必要と言える。

アンケートでは、特に備中保健所が行った結果から見ると、1年の間にかなり運用が進んだ様子がうかがえる。倉敷圏域の医療機関では、80%の医療機関で使用経験があり、94%の医療機関が受け取った経験がある、という結果が出ている。とはいえ、これは1件でも使用したり、受け取ったことがあるかを示すデータであるため、活用の実態は未知数である。次の段階として、各医療機関で何例の使用（受け取り）があったか、シートの使用によってどのような効果があったのかを調査する必要がある。

また、現状として、この「医療・介護連携シート」は、紙媒体のやり取りが基本となっている。これは、多職種、多機関でのやり取りを促進するために、IT環境が未整備であったり、使用に慣れていない人々が、連携の輪から

取り残されることがあってはいけない、という配慮から、紙ベースの運用を決定したものである。今後は、効率的、効果的な連携を促進するためにも、ITを活用して、より早く、より正確に、ストレスなく情報交換が行えるように環境整備していくことが求められる。

また、今後の展開として、「医療・介護」と限定された場面で使用される目的で作られた情報連携様式を、地域の多様な連携に面展開していくことが考えられる。まずは、地域のサービス事業者や社会資源を結ぶ、フェイスシートとしての機能を発揮することが求められている。

最終的には、この「医療・介護連携シート」を活用したことによって、在宅生活の継続期間が延びた、介護度が改善した、身体機能が改善したというような、アウトカムの形成を目指したい。あらゆる場面での使用状況を開発、促進しながら、今後も定点観測し、明確なエビデンスを形成していきたい。

こうした活動を、官民一体となって今後もさらに加速していくことで、地域包括ケアシステムの基盤を整え、だれもが安心して在宅で可能な限り生活が続けられるような、そのような地域作りの一助となれば、幸いである。

7. 謝辞

論文作成にあたり、様々な角度からご意見を頂いた本物ケア学会実行委員の皆様、「医療・介護連携シート」作成過程を通じて、多岐にわたるご指導ご鞭撻を頂いた先生方に、この場をお借りして、深く感謝申し上げます。

8. 引用文献・参考文献

- 1) 引用文献
 - ①阿部泰昌、他：倉敷圏域の「医療・介護連携シート」の作成・普及事業について 第34回日本リハビリテーション医学会中国・四国地方会 抄録集 2014：51-52.....
 - ②岡山県備中保健所：「医療・介護連携シート」の活用に関するアンケート調査結果について 医療・看護・介護連携推進会議 議事録
- 2) 参考文献
 - ①公益社団法人 日本リハビリテーション医学会：リハビリテーションと地域連携・地域包括ケア
 - ②高橋紘士・武藤正樹：地域連携論 ―医療・看護・介護・福祉の協働と包括的支援―
 - ③筒井孝子：地域包括ケアシステムのサイエンス integrated care 理論と実際

図1) 介護支援専門員に対するアンケート

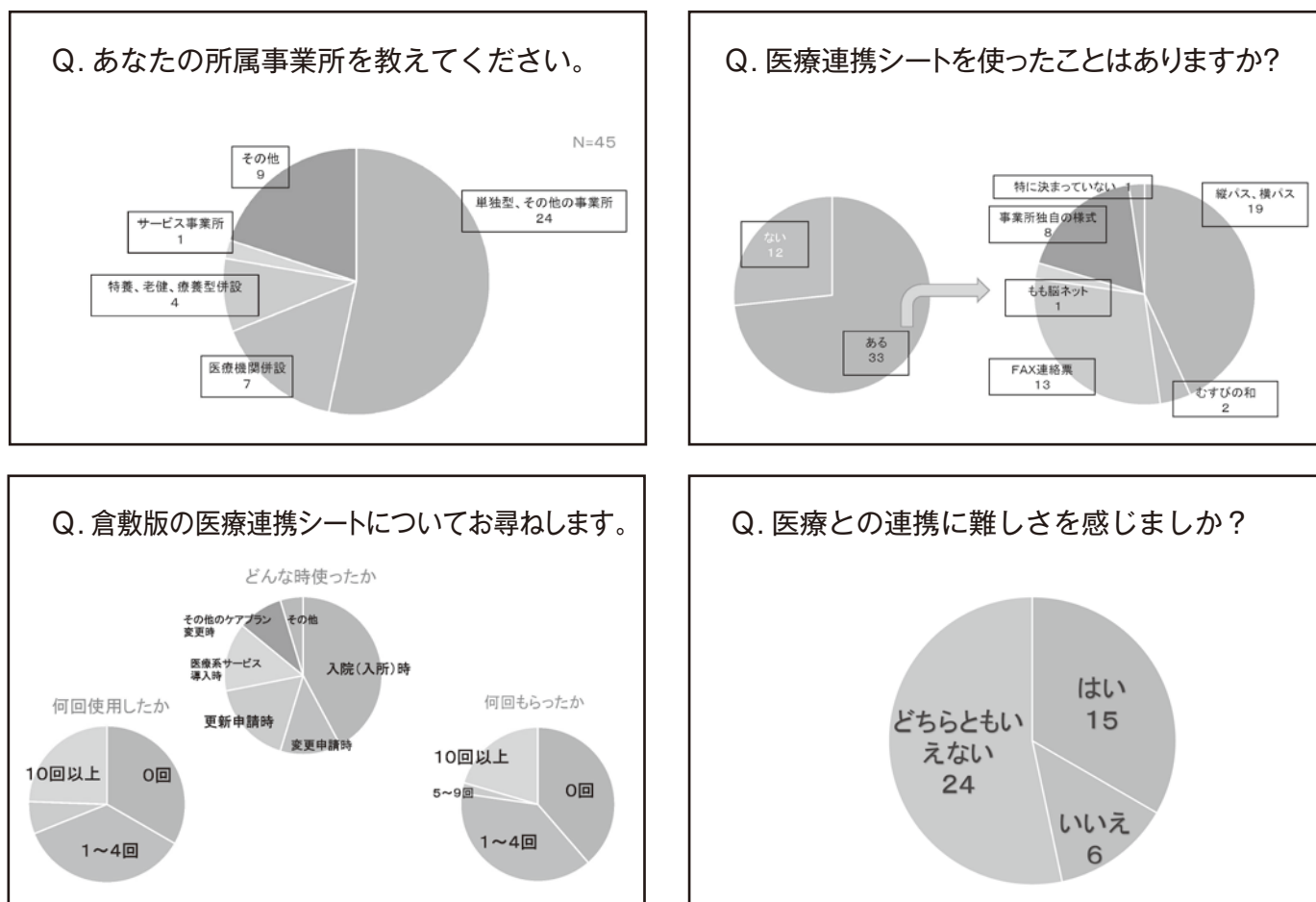
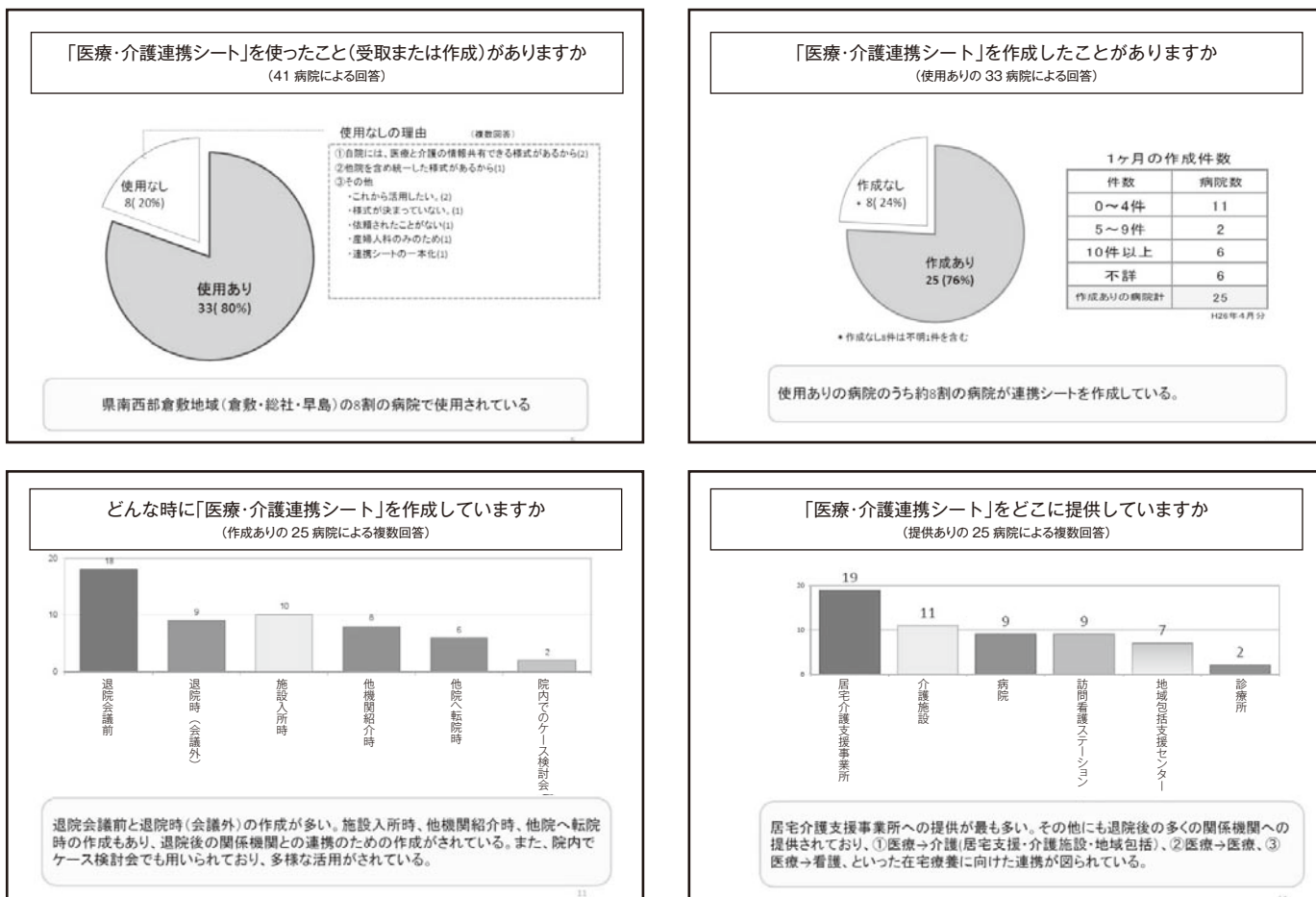


図2) 医療機関に対するアンケート



記入者:

職種:

⇒

連携先:

様

シート①

No.1

医療・介護連携シート(縦パス)

【作成日】

平成

年

月

日

フリガナ			性別	住 所		生 年 月 日	年齢
氏 名	様		☐ 男 ☐ 女	電話番号		☐ M ☐ T ☐ S ☐ H 生	歳
入院日	入院日 年 月 日		退院(予定)日 年 月 日				
要介護度	☐ 申請中 要支援 ☐ 1 ☐ 2 要介護 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5		有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日				
障害者手帳等	☐ なし ☐ あり ()級 障害名()						

入院・入所にかかわる病名(又は症状)								
併存症 既往歴・感染症の有無	☐ 高血圧 ☐ 心疾患 ☐ 糖尿病 ☐ 結核 ☐ 精神疾患 ☐ 呼吸器疾患				HBs-Ag ☐ 陽性 ☐ 陰性 ☐ 不明 HCV-Ab ☐ 陽性 ☐ 陰性 ☐ 不明 TPHA ☐ 陽性 ☐ 陰性 ☐ 不明 MRSA ☐ 陽性 ☐ 陰性 ☐ 不明			
アレルギーの有無	☐ なし ☐ あり (薬剤: 食物: その他:) その他()							
身体状況	四肢欠損	☐ なし ☐ あり [部位: ☐ 右上肢 ☐ 右下肢 ☐ 左上肢 ☐ 左下肢 ☐ その他()]						
	麻痺	右:上肢[☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重] 下肢[☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重] 左:上肢[☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重] 下肢[☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重]						
	筋力低下	右:上肢[☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重] 下肢[☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重] 左:上肢[☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重] 下肢[☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重]						
	嚥下障害	☐ なし ☐ あり [☐ 咀嚼 ☐ 咽頭への送り込み ☐ 咽頭期 ☐ その他()] ☐ 不明						
	その他	[失語: ☐ なし ☐ あり ☐ 不明] [難聴: ☐ なし ☐ あり] [視力障害: ☐ なし ☐ あり]						
日常生活自立度等	障害高齢者の日常生活自立度 ☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2 認知症高齢者の日常生活自立度 ☐ 自立 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M							
認知症中核症状	日常生活において、[短期記憶: ☐ 支障なし ☐ 支援を要す] [意思決定: ☐ 支障なし ☐ 支援を要す] [伝達能力: ☐ 支障なし ☐ 支援を要す]							

これまでの経過 (詳細は看護要約等、別紙添付でも可)

ADL等の状況			特記事項
薬	服薬	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	
	自己管理	☐ 可 ☐ 不可	
食事(栄養)	方法	☐ 経口 ☐ 経管 ☐ 中心静脈	
	動作	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	
	内容	主食: ☐ 米飯 ☐ おかゆ ☐ その他()	
		副食: ☐ 常菜 ☐ 軟菜 ☐ その他()	
	形態	熱量 kcal たんぱく質 g 塩分 g ☐ 普通 ☐ ひと口大 ☐ きざみ ☐ ペースト	
口腔ケア	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助		
	義歯 上: [☐ あり ☐ なし] 下: [☐ あり ☐ なし]		
	残存歯数: ☐ 20本以上 ☐ 19~10本 ☐ 9~0本		
排泄	尿	尿意	☐ あり ☐ なし [排尿回数: 回/日]
		方法	☐ トイレ ☐ ポータブル ☐ 尿器 ☐ ストマ ☐ カテーテル
			☐ 布パンツ ☐ 尿取りパット ☐ リハビリパンツ ☐ おむつ
	便	動作	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助
		便意	☐ あり ☐ なし [排便回数: 日 回]
		方法	☐ トイレ ☐ ポータブル ☐ 便器 ☐ ストマ ☐ おむつ
動作	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助		
入浴	方法	☐ 一般浴 ☐ 監視浴 ☐ 介助浴 ☐ 機械浴 ☐ その他()	
	洗身	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	
移動・移乗	補助具	☐ なし ☐ ()杖 ☐ ()歩行器 ☐ 車いす	
	移動動作	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	
	移乗動作	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	
夜間睡眠	状況	☐ 良 ☐ 不良	
	せん妄	☐ なし ☐ あり	
褥瘡	☐ なし ☐ 既往あり ☐ あり(部位:)		
	体位変換: ☐ 不要 ☐ 要()時間毎		

貴院から転院・転所時には本シートのコピーをご提供ください。

No. 2につづく

氏名:		M T S H		生		共通シート No.2		
実施中の医療的処置と留意事項	☐ 中心静脈栄養 [部位:]		☐ 酸素療法 [安静時: L, 労作時:]		☐ 自己注射 [種類:] [回数: 回/日]			
	☐ 疼痛管理 [種類:]		☐ 吸引		☐ 気管カニューレ [サイズ(Fr)]			
	☐ 人工肛門 [種類:]		☐ 人工呼吸器 [種類:]		[使用状況: ☐ 常時 ☐ 夜間のみ ☐ その他()]			
	☐ 尿カテーテル等 (No.1 排泄の項参照)		☐ その他 ()					
サービス提供時における留意事項	(必要性の高いものにチェックして下さい)				・移動 ☐ 特になし ☐ あり ()			
	・血圧 ☐ 特になし ☐ あり ()				・運動 ☐ 特になし ☐ あり ()			
	・摂食 ☐ 特になし ☐ あり ()				・福祉用具 ☐ 特になし ☐ あり (★ 下記意見欄に詳細のご記入ください)			
	・嚥下 ☐ 特になし ☐ あり ()				・その他 ☐ 特になし ☐ あり ()			
医学的管理留意事項	(必要性の高いものにチェックして下さい)							
	☐ 訪問診療		☐ 訪問看護		☐ 看護職員の訪問による相談・支援		☐ 訪問歯科診療	
	☐ 訪問薬剤管理指導		☐ 訪問リハビリテーション		☐ 短期入所療養介護		☐ 訪問歯科衛生指導	
	☐ 訪問栄養食事指導		☐ 通所リハビリテーション		☐ その他の医療系サービス ()			
医療・介護サービス利用状況	月		火		水		木	
	金		土		日			
	午前							
	午後							
生育歴・生活歴(今回の入院まで)	備考							
本人の願い・望む生活								
主治医/在宅チームの導いた実現可能な目標設定								
転記先 (☐ 在宅 ☐ 施設 ☐ 転院)		家族構成図				キーパーソン名		
						TEL		
						主な介護者		

関係職種からの意見

記載日/職種名	留意内容(疾患管理・ケア・継続依頼したいこと等)
平成 年 月 日 職種[] 職種[] 宛	
平成 年 月 日 職種[] 職種[] 宛	
平成 年 月 日 職種[] 職種[] 宛	
平成 年 月 日 職種[] 職種[] 宛	
平成 年 月 日 職種[] 職種[] 宛	
平成 年 月 日 職種[] 職種[] 宛	

記入者の医療機関/事業所名	医師 氏名		PT 氏名		薬剤師 氏名	
	看護師 氏名		OT 氏名		管理栄養士 氏名	
	MSW ケアマネ 氏名		ST 氏名		その他担当 者(職種)	
TEL:	FAX:					

面接から生活史を聴取、プログラムを再考した結果、 生きがいを見出せた事例について

本部センター 訪問看護リハビリテーション 作業療法士 二宮 孔起

1. はじめに

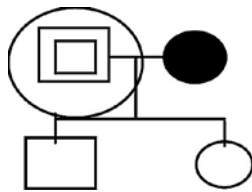
今回、新規の80歳代後半のご利用者様を担当させて頂くにあたり、「もう一度カメラで写真を撮りたい」というデマンドに沿ったリハビリテーションを実施した。その結果、家族や他職種のご協力のもと余生に楽しみを得ることが出来、生きがいを見出せた。その過程をまとめ、ここに報告する。

2. 事例情報

1) 事例：A様、80歳代後半、男性、要介護5

2) 家族構成（右図参照）

独居であるが、近くに息子様夫婦が住まれている。夜間は長男のお嫁様が宿泊している。キーパーソンは長男の嫁。長男嫁は元看護師でありA様にインスリン注射やの身の回りの世話をを行っている。



3) 主疾患、現病歴

主疾患：重症心不全

現病歴：X-10年以上前より、心房細動・慢性心不全・糖尿病の治療を続けている。X-5年前より高齢により心不全が重症化していた。病前は危険物の資格を取ったり、デジカメの使い方を覚えたりしていた。趣味は盆栽である。X-1年6月より浮腫、全身倦怠感が増加し入院を断固拒否されるため、多剤内服薬で対応していたが治療は不十分である。その後容体悪化し、ベッドへ寝たきりとなる。その後X年Y+2月B病院に入院し、PT処方されるが、主治医とご家族により早期退院が望ましいという意見があり、間もなく退院されX年Y+2月に訪問看護（リハビリ）が介入となる。

4) サービス利用状況

訪問看護 15・2超 2/週

デイサービス（以下DS） 3/週

5) A様のデマンド

「車に乗りたい」「カメラで写真を撮りたい」

6) ご家族様のデマンド（長男の嫁）

「盆栽を見ることによって昔のように戻ってほしい」

3. 作業療法評価（介入2か月後）

1) FIM 103 / 126点（5点以下の項目のみ記載）

a) 運動評価 74 / 91点

整容（5点）：義歯の洗浄はお嫁さんが行う

清拭（5点）：DSにて背部洗体介助

更衣（下半身）（5点）：ズボン着脱に介助

b) 認知項目 28 / 35点

問題解決（3点）：基本的な判断は出来るが、服薬、スケジュールの確認はお嫁さんが行う。

記憶（4点）：食事したことを時折忘れたり、スタッフの名前が思い出せないことがある。

2) 興味・関心チェックシート（生活行為向上マネジメントシートより）

自転車・車の運転： 興味あり（病前は車に乗って様々な場所を訪れたり、友達に会いにいたりしていたようである。現在は免許も失効し、車もないため非常に困っている）

写真：興味あり（病前は自宅で管理している松の盆栽の写真を撮って個展を開いたりしていた。今は使っていたカメラがどこにあるのか分からない。出来ることならまた始めてみたい）

※その他多くのものに興味があったが、語りの多かったもののみ記載

※盆栽については草取りなど自分に出来ることはしている。

3) 移動状況

現在特別な装具は装用しておらず、室内では杖なしで自立。話に夢中になったり歩行開始時などに体幹動揺が見られる。屋外歩行ではT字杖を使用している。リハ、DS時は安全のためにT字杖を使用している。趣味の盆栽をするために屋外に出る際は支持目的というよりもリズムをとるためにT字杖を使われている。

4) 立位バランス

外乱刺激では後方にふらつきが見られるが、側方に関しては立ち直り反応が来ている。なお片脚立位では両脚とも約5秒程出来るが右脚立位の時には右方向への体幹動揺が多くみられた。A様も「こっちのほうが出来んなあ。」との発言あり。

5) 観察、聞き取り（家族も含めて）

バイタル測定中などは閉眼し傾眠となる。座位で測定中など体幹動揺はないが「眠たい。」との発言あった。長男嫁からは退院後に夜間排泄後の洗面所での転倒と、トイレに行く際居間での転倒があったとの発言あった。

4. 作業療法計画

これまでの語りや身体状況から、体幹動揺はあるものの杖での歩行が可能なことや、セニアカーの紹介やレンタル出来ることを説明することで本人デマンドの「車に乗りたい」という希望が達成出来ると考えたが、家族からもう一度話を聞くと、過去に物損事故や対人事故をX-1年6月に起こしており、現在は免許を失効しているということが分かった。また、糖尿病の影響で白内障を患っており視力が悪くぼやけて見えることから安全面での配慮が難しいことも分かった。セニアカーはA様が「車に乗りたい」と強く拒否されたため実行出来なかった。そこで過去に行っていた写真に着目し、A様、家族で「もう一度写真を撮る」という目標を共有した。

今回 FIM で減点項目のあった点に関しては、長男嫁の介護負担がそれほど多くなかったため優先順位としては低く設定した。

5. 作業療法介入・経過

第1期：A様の目標達成のために物品の準備、家族の協力を依頼した時期（介入3か月～）

まずは、以前使っていたカメラが現在も残っているのか、使用できるのかを長男嫁に確認したところ現在もあるということだったので準備して頂いた。また、この時期に夜間トイレに行く時に転倒が見られていた。そのため滑り止めのマットを提案した。そしてマット購入の際に足元灯も購入し、トイレまでの道に設置した。そして長男嫁が夜間は安全管理のため宿泊することになった。



図1 準備して頂いたカメラ
一眼レフのカメラであり重量もあるフィルム式のカメラであった。



図2 座位、立位時のカメラ動作

手に取り構えていただくと自ら覗く場面も見られ、危惧されていたバランスもふらつくことなく行うことが可能であった。

この時にはフィルムが入っていなかったため撮影は出来なかったが、後日フィルムを準備して頂くように協力をお願いした。

またカメラを構える際に足を一步前に出して撮るよう指示し、足元の盆栽を撮る際にバランスを崩さないように指示した。これは立位バランスにおいて不安定さを認めていたことと、盆栽の剪定をする時に足元の盆栽の手入れを立位で安全に行えるようにすることが出来るためである。指示後立位バランスが安定した。

第2期：実際にカメラ動作を行い、生活に汎化、獲得した動作に広がりをもたせた時期（介入4か月～）

フィルムも購入して頂き、趣味で現在もされている盆栽に焦点を当て「盆栽の写真を撮ってアルバムにしませんか？」と提案をすると、「昔はアルバムにもしとった」との発言があり、アルバム作りも並行して行うこととした。フィルム式であるため現像に時間はかかるが、出来た写真では見事に写真が完成されていた。さらに家族で旅行にも行かれたようで旅先での写真も撮られており、リハビリ以外の時間でもA様の生活の中に「カメラ」が出来るようになってきていると実感できる出来事になった。

この頃には今まで週2回のDSでの利用が「風呂が楽しみ」という発言から3回に増えた。その事でDSでの出来事や発言が多く、「あの人はなんていう名前やったかのう」と顔は思い出せても名前が思い出せないことが多く「DSスタッフの名前が覚えられん」という発言もあったので、「カメラで写真を撮らせてもらったかどうか？」と提案をし、DSスタッフの許可を得てスタッフの顔写真と名前、一言を記載した「スタッフノート」を作ることを追加した。

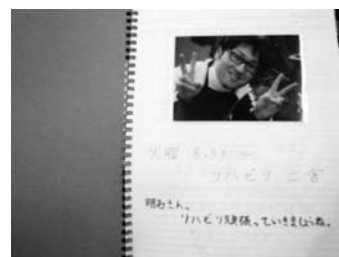


図3 スタッフノートの一部

第3期：一連の流れを通して写真撮影（アルバム作り）にいたるまで（介入5か月～）



図3 盆栽の手入れを行うA様

アルバム作りやカメラ動作の訓練を通してさらに良い作品を作ろうと、盆栽への手入れに力を入れるようになり、余暇時間は盆栽の手入れをする時間が増えた。手入れによって傷を作ることもしばしば見られたため、釣りの手袋を装着して保護することで対策をとった。また、これまでの介入を振り返る目的で、介入満足度を聴取すると「4（10段階）」と聴取できた。発言では、「もっと中腰でとらんといけん」「逆光にも気をつけんといけん」との発言があった。さらに満足度については「5（10段階）」であった。「もっとうまく撮りたい」という発言であり写真技術に満足がいけないという発言も聞かれた。

6. 考察

今回重症心不全を患い、要介護5の認定を受けられたA様に対して「生きがいを持つ」ということを目的として支援した。介入当初は転倒が多く、環境整備によって改善があり、整備後に転倒は減少した。A様に対しては、面接による情報聴取で、リハビリの方向性や作業への思いを共有できたこと、実際にカメラを使ってもう一度写真撮影を行えたことは、今後A様が生きがいを持って余生を送ることが出来た糸口となったと思われる。

支援のなかで大きな変化が見られたのは、サービス以外での時間を活用できるようになったことである。リハビリテーションでは、主に安全な動作指導や反復練習、転倒対策の為の環境整備を中心に行った。その結果夜間の転倒は無くなり、日中は写真撮影や盆栽の手入れに力を入れるようになった。これは作業療法士の役割として作業導入時の介入からA様自身が進んで趣味に没頭していたため安全に趣味に没頭できるような配慮が重要だと考えたからである。

これまでのA様は、車に乗る事も出来ず、以前行っていた写真撮影もカメラがどこにあるのか分からないという状況であった。そのため、目標や生きがいもなく日々を過ごされており、サービス時間以外ではベッドにて横になる時間が多く、ふらつきもあったことで転倒す

ることがあった。しかし、要介護5でありながら立位や歩行が可能であった。病院からの申し送りでも回復については不明であった。また、「車に乗りたい」という気持ち強く、その事以外では特に自発的な発言はなかった。なぜ「車に乗りたい」という気持ちに固執したのかというと、ある日自動車免許の更新のハガキが自宅に届き、書類の管理や申請などはキーパーソンの長男嫁に任せており、申請の手続きはしているものだと思っていたようである。長男嫁は、過去に対人事故や白内障もあり、運転については危険を伴うという理由で更新はしなかった。その説明がA様にはされなかったため、A様は理由も分からず失効したことだけを知り、納得がいかなかったため「車に乗りたい」という気持ちが強かった。サービス中もしばしば車のことを話されていた。

そこで生活行為向上マネジメントシートより、興味関心チェックリストを用いて生活史を聴取し、もう一度自分自身のことを振り返る機会を設けたことで「写真」という意味のある作業活動を私自身知ることが出来た。生きがいの特徴を神谷は「珍しい、変わったものではなく、草木を育てることや俳句や編み物、陶器作り、他人のためにつくすことなど、目立たぬものも生きがいであり、軽重の比較を超えたものである」⁵⁾と述べている。そこに焦点を当ててA様、家族様と目標を立て、共有しアプローチすることで単にカメラで写真を撮るという動作ではなく、これまで趣味として何年もの歳月をかけて育ててきた大切な松の盆栽を「アルバム」にし記録として残すことは、A様がこれまでやってきたことを証明できる物になり、生きがいを得ることが出来たと考える。盆栽の剪定の際に手を怪我することが多かったため、釣りの手袋をお渡しすることで安全に剪定を行なうことが出来るようになり、写真をよりよいものにするために剪定をする時間が増えた。さらに、今回カメラ動作訓練では、立位時での構えや、シャッターボタンやしぼりの方法などを介入時に説明したが、その後はA様ご自身で動作獲得にむけて息子様やお嫁様にやり方を聞き、実際に盆栽の写真を撮っていた。今までカメラがどこにあるのか分からないA様に「カメラ」という物品を準備することだけでも生活に広がりが見えた瞬間であった。

齊藤らによると「高齢者の生きがいは趣味に没頭するという個人的な側面と、他者（社会）との関わりのなかで生じる側面があり、定年を迎えて社会の一線から退いた高齢者は、新しい仲間とのつながりをつくり、家族とのこれまでの関係を修正しながら生活している。そのた

め、高齢者の生きがいを考える上では、個人的な側面と同時に、他者との関わりの中で生じる生きがいについての検討が必要であろう。」⁵⁾と述べている。A様の場合、趣味である盆栽に没頭することと、「もっと中腰で撮らんといいけん」といった向上心が感じられる発言があるという個人的な側面や、入浴しか楽しみのなかったDSでスタッフの写真を撮影するといった入浴以外の楽しむ時間が増え、カメラ動作や準備を頼むことが生きがいの獲得につながったと考える。

A様は80歳代後半であり事前情報と介護認定時での語りから「在宅死を望んでいる」という発言があった。そこで今まで行ってきた盆栽を今回の介入により、再獲得出来た「写真」という形で残すことは、自分の趣味の範疇だけではなく、生活を支えてくれる家族やアルバム作りやA様を支援するスタッフ一同からの反応が「誰かの為に何か出来た」ということからA様自身の存在を認めることが出来た。また、A様がそこにいたという「存在役割」としていつまでも家族の中に残るものでないかと考える。

7. まとめ

今回介入したA様は、写真動作だけでなくこれまで行っていた盆栽の手入れもより積極的に行うことが出来るようになり、A様からは「いやー良くなったわ」で家族からは「本当に元気になりました」との語りもあった。アルバム作りは継続して行い、今後は静かに余生が送られるようにカメラでの写真撮影を利用して弊社の秋祭りなどに個展として写真を出品して頂きたいと考えている。

8. 謝辞

今回の論文作成において協力して頂いたA様、カメラの準備、現像を快くお引き受け頂いたご家族様、写真撮影に協力して頂いたスタッフの皆様には深く感謝を申し上げます。

9. 参考文献・引用文献

- 1) 斉藤佑樹ほか 作業で語る事例報告 医学書院
- 2) 創心流 リハケア講座資料
- 3) 第7回本物ケア学会ジャーナル
- 4) 太田仁史 新・芯から支える
- 5) 斉藤静 高齢期における生きがいと適応に関する研究ーネットワークの観点からー p66

生活行為向上マネジメントを使用し、活動性の向上を図った症例

琴浦センター 訪問看護リハビリステーション 作業療法士 土谷 俊輔

1. はじめに

自室にこもりがちで社会参加の機会が少ないご利用者様に対し、生活行為向上マネジメントとリハケア理論を用いたアプローチを行った。その結果、ご利用者様の活動に変化が見られたので報告する。

2. 症例紹介

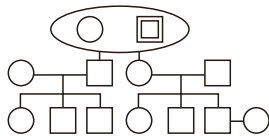
氏名：A様 性別：男性 年齢：80代前半

職業：工場で働いていたが、退職し市役所の職員として定年まで勤める。その傍らコンビニエンスストアの店長を勤めていた。

介護度：要介護3→要介護2(X+10年3月より)

趣味：カラオケ、競艇、飲酒

家族構成：



主疾患：脳梗塞後遺症、右片麻痺

既往：高血圧症、糖尿病

- ・X年脳梗塞を発症したが症状は軽く、X+8年脳梗塞を再発し身体機能の低下が著明となる。医師の指示書からは歩行時の動揺と気分の波に注意とのこと。
- ・構音障害もあるが大きな問題なく、コミュニケーション能力は良好。
- ・家屋状況：二階建ての日本家屋。居室は1階洋室。浴室、トイレへの距離は段差なく居室から各10m程度(リビングを通り、手すりはない)。居室から廊下までの間に20cm程度の段差がある(廊下の左側の壁に横手すり設置)。
- ・玄関には3段の階段あり(1段あたりの高さ15cm程度で、手すり設置)。
- ・駐車場まで20m程度の距離があり、緩やかな坂道である。
- ・近隣に息子夫婦の自宅がある。

Demands:A様…外を歩けるようになりたい。外が歩けるようになれば、買い物やカラオケ、居酒屋にも行きたい。

奥様…外を散歩できるようになって欲しい。転倒が多いため気兼ねなく外出できない。

サービス利用

訪問看護(以下訪リハ)：2/週 通所介護(以下デイ)：2/週

デイは休みがちで、現在2～4/月の頻度で利用。

3. 作業療法評価

1) 生活行為聞き取り

「まずしっかり歩けるようになりたい」と本人の希望があった。歩けるようになってどうしたいか尋ねると「居酒屋に行って酒をのみたい」「カラオケに行きたい」との発言があった。奥様からは「家の中だけでなく外にも出て欲しい」とのご意見をいただいた。A様によると酒を飲むと足元がふらつくとのことで、今回は近い将来に実現可能と考えられるカラオケに焦点を絞った。生活行為アセスメント演習シートにより合意目標を設定した。

2) 生活行為アセスメントシート要点

①心身機能・構造の分析

- (1)生活行為を妨げている要因：歩行の耐久性の低下。外出の不安。人に見られたくない。車椅子での外出は特に周りの目が気になる。モチベーションに波がある。腰痛により歩行の安定性に波がある。
- (2)現状能力：左上下肢での動作に問題がない。認知機能は良好。デイでの体力測定の結果で自信がついてきている。
- (3)予後予測：屋外への移動が安全に行えれば自信がつく。T字杖ならば周りの目が気にならない。

②活動と参加の分析

- (1)生活行為を妨げている要因：日中の活動性の低下。歩行時に細かい段差での躓きが見られる。
- (2)現状能力：ADLは準備以外は自立。近位監視レベルで駐車場まで(20m程度)T字杖での移動が可能。屋内移動はT字杖で自立。自室にカラオケの機器があり好きな曲を歌われている。携帯電話を活用出来る。
- (3)予後予測：時間を構造化することで、日中の活動量の向上が期待できる。時間や場所を明確にすることで、カラオケへの参加が促される。

③環境因子の分析

- (1)生活行為を妨げている要因：自宅の玄関には3段の階段があるが、手すりが設置されている。駐車場まで20m程度の距離があり緩やかな坂になっている。
- (2)現状能力：玄関には腰掛け台がある。近隣に息子夫婦の自宅がある。病院への通院は奥様または息子の車で行く。以前からカラオケによく行かれておりカラオケ店には知人も多い。知人からカラオケに誘われることがある。廊下の暖簾を取り外すことで、廊下での躓きは軽減している。
- (3)予後予測：知人の営むカラオケ店に行けるようになれば、外出の目的もできコミュニケーションの場も増える。
必要に応じて息子夫婦にも協力を仰げる。

以上の分析から、目標をA様・奥様と相談し「タクシーまたはご家族様の車で知人の営むカラオケ店に行ける」と設定した。A様より「暖かくなってから行きたい」と要望があり5ヶ月後の3月に設定した。この時点での、実行度は2/10・満足度は4/10であった。

4. 作業療法計画

まず目標達成のための作業プロセスとして以下に記載する。

1) 企画準備力

- ①服を着る
- ②玄関までの移動
- ③玄関の階段を降り、靴を履く
- ④駐車場まで移動し、車に乗る

2) 実行力

- ⑥車を降りてカラオケ店に入る
- ⑦カラオケ店での移動、トイレ等
- ⑧歌う、話す

3) 検証完了力

- ⑨ご家族様又はタクシーに連絡
- ⑩店を出て車に乗る
- ⑪車を降りて自宅までの移動

5. 作業療法プログラム

1) 基本的プログラム

下肢・体幹の筋力増強訓練、屋内・長距離歩行訓練
訪リハは機能訓練、歩行訓練の見守り、自主訓練指導を行う。A様は自主訓練を実施。デイでは機能訓練、筋力増強訓練（マシンの負荷量調整）を行う。

2) 応用的プログラム

カラオケの練習、駐車場までの移動、車の乗り降り。

3) 社会適応プログラム

実際にカラオケ店に行き、交流を図る。

ご家族様に車を出していただく、またはA様にタクシーを呼んでいただく。ご家族様にはカラオケ店まで付き添ってもらう。

全ての工程で訪問担当作業療法士（以下OTR）・担当ケアマネジャー（以下CM）・デイサービススタッフはブラスのフィードバックを行う。

6. 作業療法介入・経過

1) 第1期（X+9年7月～9月）関係づくりと屋内歩行訓練、腰痛対策

7月から介入させて頂き、筋力増強訓練や歩行訓練を行った。特に腰痛の訴えが多く、体幹の筋力増強訓練やストレッチを重点的に行った。この時期は体調不良や腰痛が続き、デイの利用はほとんどなくなったためか筋力低下や持久力の低下が見られた。また自宅での転倒も多く、奥様も安心して出かけられないとのことだった。歩行は不安定で廊下の段差で躓きが見られた。廊下には暖簾が掛かっており、視野が狭窄してしまうため奥様に暖簾の取り外しを提案し、その結果段差での躓きは少なくなった。

自宅では、日中ほとんどの時間をテレビを見て過ごす。自主訓練を行っているがA様は言われるが、奥様によると行っていないとのことで、運動の機会は介護保険サービス時のみに偏る状態がみられた。そのためアプローチの見直しを行い、日中の訪問時以外の活動量増加を図ることにした。

2) 第2期（X+9年9月中旬～11月）面接、目標設定・長距離歩行への促し、訓練内容の見直し

歩行能力低下により、9月に再評価を行いA様、奥様と生活行為向上マネジメントを用い面接を実施した。結果、タクシーまたはご家族様の車で知人のカラオケ店に行くことを目標に設定した。この時期は体調の改善が見られ、歩行能力の耐久性向上が見られた。長距離歩行の促しも行うが、A様はまだ自信がないと言われ実施することができなかった。また外出用に車椅子や四支点杖での歩行を提案するが、人に見られたくないとのことで導入には至らなかった。

しかし、少しではあるが以前より自主訓練をされるようになり、手すりを使った自主訓練方法の指導を行った。

また、月に数回ではあるがデイにも行くようになり、体力測定の結果とデスタッフ、OTRからのフィードバックにより少し自信がついたとの発言が見られ、A様と相談し寒くなる前の12月初旬に長距離歩行の実施を予定した。

3) 第3期 (X+9年12月) モチベーションの低下、カレンダーでのスケジュール管理

12月初旬に予定していた長距離歩行は寒さのため延期となった。この時期には腰痛が再発し歩行の安定性は低下、自主訓練も中止された。12月中旬には腰痛は緩和したが、モチベーションは低下しており、デイの利用頻度も少なくなった。そのためカレンダーにデイと訪リハの予定を書き込み、スケジュールの管理を促した。日記や一日のスケジュールも提案するがA様は望まれず導入には至らなかった。

モチベーションの低下に対し、CMにもプラスのフィードバックを依頼した。目標を再度共有し、長距離歩行への促しを行った。その結果、12月下旬には出口の階段を降りて靴を履き替えるまでの訓練を行うようになった。靴を履くまでの動作は長らく外出していないためか疲労感が見られた。また、手すりをもって降りる際に手すりに近づくことで転倒リスクの軽減を行った。靴を履く時は、階段に座り見守りで行えた。年末には自主訓練表を渡し、日中の活動性の向上を図った。

4) 第4期 (X+10年) 運動イメージ法・長距離歩行開始

年末年始が過ぎ、訪リハの介入を再開した。特に大きな変化は見られず、歩行も安定していた。また少しずつデイへも行かれるようになり、他のご利用者様との交流も図れていた。この時期は運動イメージ法を実施し、歩行訓練前に動画で正常歩行を見てもらい自分で歩く姿を想像していただいた。すぐに結果は出ていないが、A様はデイの他の利で用者様の歩行を見るようになったとのことだった。

階段の移動や階段に座る動作も安定してきた。1月下旬には自ら「靴を履こうか」との発言が見られ、駐車場までの歩行訓練を行うようになった。その際、疲労感があり、A様に繰り返しの練習が必要なことを伝え、継続して長距離歩行を促した。

奥様は自主訓練をしていることを否定されていたが、A様が奥様に隠れて自主訓練をしているところを目撃されたようで、奥様からもプラスのフィードバックをしていただいた。

5) 第5期 (X+10年2月) 自主訓練の継続 参加への意欲向上

この時期になっても自主訓練、長距離歩行は継続して実施できた。デイは体調不良によって休まれることもあったがモチベーションは維持できているようだった。居室でのカラオケは近隣住民への影響を考慮して行えていないとのことだったが、マイクを使わず歌われる場面が見られた。

長距離歩行での疲労感は少なくなっており、少しずつ距離を延長していった。歩行訓練の際に、近隣住民の方に出会いお話されることもあった。A様に尋ねると数年ぶりに会ったとのこと、奥様に伝えると喜ばれていた。

今後の歩行距離の目標についてA様と相談した際には、「近所に住んでいる息子夫婦の家までは歩きたい」との発言が見られた。また「暖くなればカラオケも行きたい」と発言が見られた。

この時点で再評価を行い、9月より目標への自己評価が向上していた。

	実行度	満足度
初期評価 (X+9年9月)	2/10	4/10
再 評 価 (X+10年2月)	3/10	5/10

7. 考察

A様は実現可能と思われることも行えていなかったため、心創りに焦点を当ててアプローチを行った。聞き取りの中で「しっかり歩けるようになってカラオケや居酒屋に行きたい」と情報を得ることができた。A様・奥様にしていただくことを明確にするために、生活行為向上マネジメントを使用しアセスメントを行った。またツールを利用して面接を行い、目標が実現可能なものと理解していただいた。今回目標設定で、近い将来に実現可能なカラオケを提案した。これは、達成する事で成功体験になり次の目標を立てていくといった良循環に期待したためである。また目標達成に向けてのアプローチの中でも、第3者からのフィードバックや動作の安定等自信を持てていただくためのアプローチも実施した。

X+10年2月の時点で目標達成には至らなかったが、およそ半年の介入の中で変化が見られた。

1つ目は自主訓練を行うようになったことである。これはOTRや他職種からのプラスのフィードバックや、自主訓練での効果が実際の動作に活かされていると実感できたためだと考える。「自信がついてきた」との発言も多く、腰痛や寒さにより波はあるが、モチベーション

は向上していると考えられる。ただ恥ずかしさがあるため自主訓練は奥様に隠れて行っているとのことだった。そういった面から、今後の介入でも A 様の想いを理解した上で、押し付けにならないアプローチが必要と考えた。

2 つ目は A 様の関心が室内から屋外へ広がっていったことである。以前から外出を促していたが、なかなか外に出ることには消極的で実施することができていなかった。しかし X+10 年 1 月には外に出るために解決しなければならないバリアを超えるための練習 (階段昇降や応用歩行練習) を意欲的に実施される様子がみられた。これは、屋内での歩行が安定してきていることやプラスのフィードバックを、人的環境から受け続けてきたことで自信がついたことや、目標達成に必要なプロセスだと理解したことが要因ではないかと考える。

長距離歩行の際には、隣人と立ち止まってお話される場面も見られ、改めてコミュニケーションができる場への参加が必要なのではないかと感じた。

8. 今後の課題

目標達成のために、A 様に引き続き自主訓練指導を行い主体的な行動を促す。また奥様にも協力して頂き、実施日の詳細な設定を行う。実施日にもご家族様の協力を仰ぐ。

今後、継続して介入させて頂く中で参加に向けたアプローチをより一層意識し、A 様らしさを演出できるようサポートが必要と考える。まず今回の目標を達成することでモチベーションの向上を図り、次の目標を設定する。この成功体験の積み重ねで、A 様が主体的且つ充実した生活が送れるように、包括的に関わっていきたい。

9. 謝辞

今回論文作成にあたり協力してくださった A 様と奥様、論文執筆の機会を下さった皆様、ご協力頂いたスタッフの皆様に深く感謝を申し上げます。ありがとうございました。

10. 参考文献

創心流リハケア講座資料

大田仁史：新・芯から支える 実践リハビリテーション心理

作業療法マニュアル 57 生活行為向上マネジメント
MTDLP

「衣替え」という作業に焦点を当てたトップダウンアプローチ ～面接を通した利用者様との協働関係の構築へ～

吉備センター 訪問看護リハビリステーション 作業療法士 大塚 寛之

1. はじめに

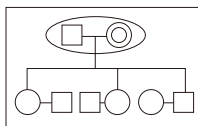
現在、活動的な生活を送るために高齢者が継続したいと思っている作業が再び行えるようにする支援が求められている。そこで、生活行為向上マネジメントを活用し、ご利用者様にとって意味のある作業を継続できるアプローチが重要となってきた。「意味のある作業」にアプローチをするには、利用者様の生活背景や役割、セラピストとの信頼関係の構築が重要となる。そのためにも面接の時間を設ける必要がある。しかし斎藤らの調査では、リハビリ時に面接のみの時間を設けているセラピストは10%ほどで、ほとんどは普段の会話で面接をしているとのことである。またセラピストはご利用者様に作業療法目標について共有していると思っているが、ご利用者様の23%は目標について全く知らないという状況となっている。このような状況から面接を実施し、目標を共有することは非常に重要であるといえる。

今回、家庭内役割が困難になり意欲低下がみられるご利用者様（以下A様）と出会った。A様に対して、面接の時間を設けた。「衣替え」という作業に焦点を当て、A様とセラピストが協働して目標設定をしたことで意欲が向上し、衣替えという作業遂行が以前より改善した事例を経験したため報告する。

2. 事例紹介

1) 事例：A様、80代後半、女性、要介護5

2) 家族構成：右図参照



長女・次女は県外に在住で、長男は県内在住である。長男は仕事が忙しいため、長女が月に1回病院受診や買い物などに行くために帰省される。

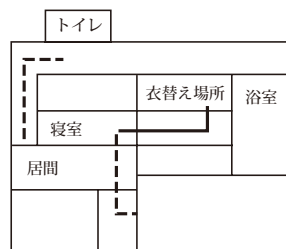
3) 生活歴：

長年、家事をされていた。きれい好きで掃除をよくされており、家のどこに何を置いてあるのかを把握されている。愛育委員や地域の役員もされていた。現在、通われているデイサービスへも長年ボランティアに行かれておりなじみが強い。

4) 家屋状況：右図参照

実線が今回アプローチをした箇所である。

部屋と部屋の間は襖で仕切られており、敷居によりわずかに段差がある。点線は普段歩かれる箇所である。廊下には手すり、寝室から台所まではベストポジションバーを把持し、伝い歩きで移動をされる。寝室と居間の間には15cmの段差がある。



で移動をされる。寝室と居間の間には15cmの段差がある。

5) 主疾患・障害：右小脳出血、アルツハイマー型認知症、高血圧症

6) 現病歴

X年Y月に右脳出血を発症し、B病院で保存的治療後、同年Y+1か月後にC病院へリハビリテーション目的で入院され、Y+7か月後訪問看護ステーションからのリハビリサービス開始となった。

7) サービス利用状況：週6日訪問介護（家事援助月～土）、通所介護（火・木）、通所リハビリ週1日（土）訪問リハビリ（水・金）

8) A様のデマンド：「上手に歩けるようになりたい」

9) 家族様のデマンド：「もっと歩けるようになってほしい」

3. 作業療法評価

1) 面接

①初回面接

A様から、衣替えの時期になると這って箆笥の前に移動をするため大変だと訴えがあった。また現在の歩行器（写真①以下ラビット）よりも軽量の固定型歩行器（写真②）で歩行を行いたいとの訴えもあった。理由を尋ねてみると、ラビットは家の中だと大きすぎて歩きづらいため、小型で軽量なものだと歩きやすいのではないかと



写真①



写真②

のことであった。

衣替えに関しては、長年家事をしていたため、家の箆笥の中にどの服を入れているのかを知っており、ほかの人に指示しているだけではもどかしいので自分でもできるようにになりたいとのことであった。現在は、娘様が帰った時に入れる場所を指示している状況である。そこで、軽い歩行器を借りて実際に歩くことを提案した。

②歩行終了後の面接（初回面接から1週間後）

デモ器を使用しての歩行終了後、A様と家族様とで今回の歩行について話をする機会をつくった。A様と家族様からは、固定型歩行器では、不安定で転倒しそうであったと感想を聞くことができた。そこで、家族様から現在歩行練習で使用しているラビットを使用して、箆笥まで移動して衣替えをするのはどうかと提案があった。A様もその方が良いと思われ、翌週ラビットで実施してみようということになった。

③屋外で使用している歩行器での屋内歩行後の面接（初回面接から2週間）

歩行終了後にA様に感想を聞いてみると、少し危ないところはあったと歩行に関する心配なことについて話をされた。そこで、「練習と環境設定をすることで衣替えができるようになります」と伝え、と、まだ不安そうであったが、衣替えができると聞き、表情が明るくなり、どうやったらできるのかを尋ねられた。そこで、敷居に物を敷き段差解消することと、リハビリの時に屋内で歩行訓練することを提案すると、A様の意欲が向上した。

2) 動作分析

①固定型歩行器での歩行場面（初回面接から1週間後）

実際に固定式歩行器を使用し歩くところを娘様、ケアマネジャー、福祉用具の担当者に見ていただいた。その結果、固定型歩行器では振戦が出て歩行器が左右に揺れ、操作が困難であり歩行が安定しなかった。また、敷居を越えるときに歩行器を持ち上げようとすると後方にバランスを崩し、転倒しそうになった場面があった。

②ラビットでの歩行（初回面接から2週間後）

直線での歩行状態は安定していた。方向転換時に大きくハンドルをきるため部屋の柱にラビットがぶつかりそうになる場面がみられた。また敷居を越える場面では、普段歩いているように段差を越えようとするとラビットの車輪が引っ掛かり進むことが困難であった。さらに、ラビットを体に近づけるように一度引き寄せ、前方に勢いをつけて段差を乗り越えようとすると、バランスが崩

れ転倒しそうになる場面がみられた。しかし、練習と環境設定することで動作の改善がみられると考えた。

3) 作業聞き取りシートによる評価（別紙参照1）

4) 移動状況

普段は、据え置きの手すりを把持して室内を移動している。バランスを崩すことなく動作は安定しており、手すりを把持することにより、約20cmの段差昇降が可能である。

歩行器歩行は、ラビットのような重量があるものでないと安定性が高くない。歩行時には、小脳出血の影響で右上肢の振戦がみられ、左右へ歩行器がふらつく。また、右下肢にも測定障害により歩幅が大きくなりすぎることも、床に足をする場面がみられる。

5) 座位・立位バランス評価

①座位：外乱刺激に対しての立ち直りが可能である。右側へのリーチも可能であるが、測定障害の影響によりつかむ場所を間違える場面がみられる。下方は床まで、上部は頭上までバランスを崩すことなくリーチが可能である。

②立位：外乱刺激に対して立ち直り反応は見られる。把持物がなくても立位は可能であるが不安定である。把持物があると、左右へリーチが可能で物の移動もできる。上方・下方へは、バランスを崩し転倒する危険性がある。

4. 生活行為アセスメント演習シートによる評価のまとめ（別紙参照2）

5. 作業療法計画

面接時に、衣替えは長女様がいるときに行うと話聞いていたため、長期目標を「移動は娘様の見守りで実施する。衣服の出し入れは自分で行い、自分でできないところ（高い場所や移動が困難な場所）は娘様に協力をお願いする。」に決めた。期間は3か月にし、長期目標達成の時期が1月下旬であるため模擬的動作を動画で撮り再評価し、春の衣替え時に不安が少ない状態で衣替えが実施できるように目標設定を行った。

短期目標

- ・1か月目：ベッドから箆笥までの歩行を5往復実施できるようにする。
- ・2か月目：歩行器に服を乗せ箆笥の前に移動し、箆笥の前に設置した椅子に座り、服の出し入れを行う。
- ・3か月目：一連の動作練習を行い、長女様の介助で実際に衣替えを実施する。

6. 生活行為向上プラン演習シートによるプログラム立案 (別紙参照3)

7. 作業療法介入・経過

・1か月目：ベッドから筆筒までの歩行を5往復実施できるようにする。

ラビットで屋内歩行を行うと目標を共有した1週間後に実際に屋内歩行を実施した。屋内では、寝室から筆筒のある部屋まで約3mあり、その間に5cmの敷居がある。そのため歩行器で敷居を越えようとする前輪が引っ掛かり勢いをつけないと昇降が困難であり転倒の危険性があった。そのため、座布団を敷き段差を解消したが、同様に前輪が引っ掛かり転倒の危険性があった。板を持っていなかったため、次週用意して対策を立てることをA様と近くで見ていたご主人様と話しこの日の訓練を終了した。

次週訪問に伺うと、敷居の前後にスロープが置かれていた。ご主人様から「息子が実家に帰ってきたから、段差のことを話してホームセンターまで一緒に買い物に行ってきた」と話を伺うことができた。実際に歩行を行うと、先週よりも段差昇降が楽になり、A様からも「これなら前よりも楽に歩ける」と笑顔が見られた。しかし、少し勢いをつけないといけないためバランスを崩しそうな場面がみられた。はじめはスロープから少し距離があるところで歩行器を引きつけ勢いをつけていたが、勢いがつきすぎてバランスを崩しそうになっていたため、なるべくスロープの手前まで近づいて、歩行器を引きつけ勢いを少し弱め段差を越えることを反復練習した。それにより、段差を超えよときの安定性が増した。当初は慣れていない場所での歩行であったため、3往復で疲労がみられた。しかし、反復練習により徐々に部屋環境に慣れたため、5往復実施しても疲れが少ない体力を獲得することができた。

・2か月目：歩行器に服を乗せ筆筒の前に移動し、筆筒の前に設置した椅子に座り、服の出し入れを行う。

1か月目に歩行訓練を重点的に実施したため、2か月目には見守りでの歩行が可能になった。そのため次のステップとしてラビットの座席に物を乗せて歩くことを提案した。実際に実施すると、右手は歩行器を把持し、左手で衣服を取り、それをラビットの座席に乗せることがバランスを崩すことなく実施可能であった。まずは衣服5着を座席に乗せることを実施し、落とすことなく屋内歩行が可能であった。そのため、徐々に乗せる衣服の数を増やしていき、最終的には10着座席に乗せても落と

すことなく屋内歩行が可能であった。

衣服の移動と同時に筆筒の前に椅子を設置し、椅子へ座る練習と筆筒に服を出し入れする練習を実施した。筆筒の開閉と服の出し入れに関しては、特に問題なく実施可能であった。しかし、筆筒の前に設置した椅子への移乗に転倒のリスクがみられた。ラビットで椅子の前まで移動後、方向転換し後ろ向きで2・3歩歩き、椅子へ近付き座ろうとするが、勢いがついた状態のまま座ろうとし、後方に転倒する危険性があった。そのため椅子の手前まで歩き、そこで方向転換後、ラビットのブレーキをして椅子に座るように指導を実施した。ブレーキのかけ忘れについては、認知症があり忘れてしまいやすいので声掛けを頻繁に実施し、定着を図ったが、2か月目の間に定着をすることが困難であった。しかし、目標としていた動作の8割を達成することができたことを話しA様のモチベーション維持を図った。また、現在の歩行状態について動画を撮り、それを1か月に1回来られる長女様とケアマネジャーに見ていただき、A様に上手くできていると声を掛けてもらうこともお願いした。

・3か月目：一連の動作練習を行い、長女様の介助で実際に衣替えを実施する。

2か月目の長女様が来られていた時に来月は長女様の介助で衣替え動作を実施していただくことを説明し、同意をいただいた。そのための準備として、A様の椅子への移乗動作の安全性向上のために反復練習を実施した。それにより、ブレーキのかけ忘れの頻度が軽減し、移乗動作も向上がみられた。長女様が来られる日まで、一連の動作練習を実施し、リスクが高いところをA様と話し合いその動作の安定性向上を図った。

長女様が来られた日に、転倒リスクが高い動作二点、①スロープを越えるとき、②椅子への移乗時のブレーキを掛け忘れることについてお話しをして、介助方法と見守る位置についての指導も実施した。実際に長女様の介助で衣替え動作を実施すると、お互いに緊張がみられたが、特に問題もなく実施が可能であった。そして、実際の動作を動画で撮って見てもらい、A様と長女様に上手にできていたことを伝え、長女様からは「歩行が上手になってきたから廊下も歩けるようになったら良いな」とA様に期待していることについて発言があった。A様は、褒められたことに恥ずかしそうにされていた。

衣替え動作実施後に再度、実行度・満足度について質問したところ「6点ぐらいかな(10点中)」と前回よりも向上した。「もっとよくするためにはどうしたら良い

か」との問いには「軽い歩行器や自分1人でできるようになったら良いかな」と返答があった。

8. 考察

今回A様が以前より家庭内役割をできるようになったのには、①A様から従事したい作業について発言があったこと、②目標共有のために面接の時間を設けきっちりと目標を共有できたこと、③短期目標の達成期間を細かく明確に設定し、A様のモチベーションを高く保てたこと、が理由としてあげられる。

①に関してA様は昔から家事に従事していたが、障害を抱えたことで、家事をすることができなくなった。しかし、衣替えに関しては、その時期に長女様が来られて、一緒に実施していたのでこれを継続していきたいという気持ちがあったと思われる。衣替えの訓練をする前から、歩行訓練を重点的に実施しており、歩行状態も向上してきたため、A様自身、筆筒まで歩けたらもっと楽に衣替えができると思われ、作業についての発言があったと考えられる。

②に関しては、発言がある以前に一度ADOCを用いての面接を実施しようとしたが、その時は「今は特にしたいことはない」と発言があった。その時に「やりたいこと・する必要があること・することを期待されていること」をできるように支援していくのが作業療法士の仕事であると説明をさせていただいた。それによりA様が自分のしたい作業について振り返り考えられたため、自分から衣替えがしたいと発言をされたと思われる。

また、面接の時間を設けることで、その方がしたい作業に対して抱く思いや、意味などを知ることができ、ご利用者様の心づくりやご利用者様とセラピストの信頼関係の構築にもつながったと考えられる。信頼関係が形成され、利用者様の主体的な行動を支援し、協働して目標を立て、共有することで、主体的に行動をしていることや自分の生活を構築しているという意識を持てるようになると思われる。

③に関しては、短期目標の期間を設定することで、漠然と訓練をするのではなく、1か月とごとに目標に近づいていることが明確になるため、メリハリをもって訓練を実施できることや意欲の向上につながったと思われる。また、A様の様子を動画で撮り、以前と比べてよかったところをA様とご家族様に具体的にフィードバックできたことも意欲の向上につながったのではないかとと思われる。

今回の事例では、作業について聴取後、作業遂行場面を見て評価をし、その後面接の時間をとったため、A様にとっての意味のある作業に焦点を当てた状態で継続してアプローチを実施することが可能であった。斎藤らも対象者の作業遂行文脈をもとに面接を行った後、その作業について、なるべく実際に行われる場面に近い形で観察し、遂行分析を行う。そして、実際に観察された問題に関連する検査を実施し、その結果を解釈することがトップダウンアプローチであると記している。トップダウンアプローチをするためには、面接と観察を行い、作業に焦点を当てた状態でプログラムを実践することが重要であることを、今回A様のリハビリを通して学ぶことができた。

9. 今後の課題・展望

広い屋内でのラビットでの歩行が安定してきたため、A様にも少し自信がついてきた。現在、廊下に手すりを設置しており、廊下のつきあたりにトイレがある。衣替え動作で歩行が安定したことで、狭い廊下の環境でも少しずつ歩行訓練を実施し、ラビットを使用してトイレへ移動ができるように今後練習を実施していきたい。また、障害を抱えてからあまりできていない、家事動作や友人への手紙を書くなど今回の関わりでやりたいことを少しずつ表出されており、それができるように支援していきたいと考えている。

10. 謝辞

今回の論文作成にあたり協力して下さいましたA様、家族様、本物ケア学会の委員の皆様、スタッフの皆様に深く感謝を申し上げます。ありがとうございました。

11. 参考・引用文献

- 1) 斎藤佑樹：作業で語る事例報告. 医学書院. 2014
- 2) リハケア講座資料
- 3) 業療法マニュアル57 生活行為向上マネジメント. 2014

(別紙1) 生活行為聞き取りシート

相談者	A 様	年齢	80代後半	性別	女
-----	-----	----	-------	----	---

記入者名： 大塚 (職種) 作業療法士

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、次のそれぞれについて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 衣替えを一人で行える 合意目標：移動は娘様の見守りで実施する。衣服の出し入れは自分で行い、自分でできないところ（高い場所や移動が困難な場所）は娘様に協力をお願いする。	実行度	2/10	6/10
	満足度	2/10	6/10
	達成の可能性	有	
☐ 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

ご本人のことについて、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。

歩行や日常生活が安全に行えるようになってほしい

(別紙2) 生活行為聞き取りシート

氏名： A 様 年齢： 80 代後半 性別 (女)

生活行為目標 (聞き取り表から転記)		衣替えを一人で行う		合意した目標 (聞き取り表へ)		移動は娘様の見守りで実施する。衣服の出し入れは自分でいい、自分でできないところ (高い場所や移動が困難な場所) は娘様に協力をお願いする。
アセスメント項目	心身機能・構造の分析 (精神機能、痛み・感覚、神経筋骨格・運動)	活動と参加の分析 (運動・移動能力、セルフケア能力)	環境因子の分析 (用具、環境変化、支援と関係)			
生活行為を妨げている要因 (ICFコードを併記)	・小脳出血により振戦や測定障害がある ・認知機能が低下している ・立位バランスが不安定である ・つかれやすい	・方向転換が不安定である ・車いすのブレーキをし忘れることが多い	・約5cmの敷居がある ・筆筒の部屋まで手すりがない ・部屋の入り口部の幅が狭い ・ご主人が高齢であるため介助が困難である			
現状能力 (強み) (ICF併記)	・左上下肢には振戦はみられない ・下肢の可動域に制限はない ・下肢の筋力は問題ない ・座位バランスは良好である。 ・リハビリ意欲は高い	・歩行器での直線移動は安定している ・片手動作で衣服の移動ができる ・座位で筆筒の開け閉めが可能である	・娘様が月に1回帰省される ・住宅改修が可能である ・歩行器をもっている			
生活行為目標達成可能な理由と根拠	・現状能力は、訪問リハビリや通所リハビリでの訓練により維持することができると ・物事を忘れやすいが、継続して声掛けをすることで覚えることが可能である。	・動作練習を反復することで、動作を学習し、安定性が増すと考えられる。またできる動作が多いため、危険性があるところを重点的に実施し、家族指導することで安全に実施可能になると思われる。				

(別紙3) 生活行為聞き取りシート

合意した 目標	生活行為工程分析		達成のためのプログラム	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
	企画準備力 PLAN	実行力 DO				
移動は娘様の見守りで実施する。衣服の出し入れは自分で行い、自分でできないところ（高い場所や移動が困難な場所）は娘様に協力をお願いする。	・服を出し入れする場所をイメージする ・季節に合った服を考える	・ベッドから起き手すりを把持して立つ ・歩行器を把持し、衣服を座席に乗せる ・箆箭の前まで歩き、椅子に座る ・服をしまい、新しい服をとる ・服を置く場所へ移動 ・ベッドに戻る	① ①下肢のROM、筋力訓練 ② 座位でのリーチ練習 ③ 歩行訓練 ① デイサービスや通所リハビリの迎えが来るときに椅子に座りつま先上げやかかと上げなどを実施する。	① 自室から箆箭部屋を往復する歩行訓練 ② 箆箭前の椅子への乗り移り練習 ③ 衣服を歩行器の座席に乗せる訓練	① 衣替え練習 ② 家族の見守りでの衣替え練習	
	・動作の確認を行う ・担当療法士からのフィードバックをもらう ・家族・CMから評価をもらう	① ②③療法士が訪問時に実施する ③ デイサービス・通所リハビリで同様の歩行器を使用して歩行訓練を実施				① 訪問スタッフが訪問時に動作練習を実施 ① CMから動作についてプラスのフィードバック
	検証完了 SEE	① 1か月に1回の帰省時に動作の確認し、感想をいう ② 3か月目に衣替え動作を実施				① 訪問スタッフが訪問時に実施 ① CMから動作についてプラスのフィードバック
達成	■達成 □変更達成 □未達成 (理由： 【結果サマリー】衣替え動作を娘様見守りのもと実施ができた。		本人 家族 支援者 いつ・どこで・誰が支援して行っか			

不安ばかりの在宅生活にて「できる」をもっと知ること でピアサポーターに移行した事例

岡山センター 訪問看護リハビリステーション岡山 作業療法士 四角 修造

Key words : (ナラティブ) ・ (ピアサポーター) ・ 生活
行為向上マネジメント

1. はじめに

今回左変形性股関節症 (以下左 OA) の増悪に伴い人工
股関節全置換術 (以下 THA) 施工後、回復期病院で 1 ヶ
月リハビリを実施しその後退院した。在宅生活に漠然
とした不安を呈する A 様に対し、人間作業モデルスク
リーニングツール (The Model of Human Occupation
Screening Tool : 以下 MOHOST) にて作業機能状態
の概要を評価したうえで生活行為向上マネジメント
 (Management Tool for Daily Life Performance : 以下
MTDLP) を用いて全体像を整理した。そして、リハケア
理論の生活安定継続 Phase の Mental Attitude 形成支
援にて元気がなくなる理由の明確化、共有を継続的行
うことで元来持ち合わせている A 様の社交性が活性化
し友人、近隣住民へピアサポートをすることになった事
例を経験する機会を得たためここに報告する。なお症例
発表に関して A 様からは同意を得ている。

・ MOHOSTとはご利用者様の作業への意志、習慣化、コ
ミュニケーション能力、問題処理技能、環境の6項目を知
ることで作業を行うために必要な要素、背景を知るため
の評価法。

・ MTDLPとは生活から失われた「やりたいこと」を
「できる」ようにして、いきいきとした地域生活を継
続するための支援ツールである。また生活行為とは人
が生きていくうえで営まれる生活全般の行為を指し、
セルフケアを維持していくための日常生活活動 (以下
ADL) の他、生活を維持する手段的日常生活活動 (以下
IADL) 、仕事や趣味、余暇活動等の行為全てを含めた
総称。

2. 症例紹介

A 様、70 歳代後半、女性

- 1) 診断名：左 OA (THA 術後 1 ヶ月目 = x)
- 2) 既往歴：深部静脈血栓症、高血圧、高脂血症、骨粗
鬆症
- 3) 現病歴：左 OA 増悪に伴う今後の在宅生活を制約す
る因子と判断され THA 施行。手術に伴い

要支援 2 から要介護 2 となる。

- 4) 家族構成：長女、次女共に結婚し市内に在住、夫は
中等度の難聴、軽度認知症、術前は夫と
2 人暮らし。術後は孫 (長女の子) と同
居し 3 人暮らしとなる。
- 5) 社会背景：高校卒業後夫と結婚。自宅兼仕事場の 3
階建てのビルで電気屋を営んでいた。術
前は 2 階が寝室で 1 階が居間だった。A
様夫婦は非常に社交的で夫婦で交代しな
がら車輛運転し友人や家族と小旅行に出
かけるのが趣味であった。他にも地域活
動への参加、近隣住民の相談に乗り生活
上のトラブル解決や商業施設への送迎な
どしていた。
- 6) 他サービス：術前は訪問看護 (リハビリ) 週 2 回、
デイサービスを週 2 回利用。術後は訪
問看護 (リハビリ) 週 3 回、デイサー
ビスは中止。
- 7) 介入経緯：A 様とご家族の要望で弊社の訪問看護
 (リハビリ) を週 3 回利用再開となった。

3. 作業療法評価

- 1) MOHOST：合計：72/96点
- ・作業への動機づけ：12/16点
「私はなんでもできなくなってしもた」などの発言から自
分の能力を過小に評価する傾向にあり、励ましが必要
である。
- ・作業のパターン：12/16点
スケジュールに沿った生活が行える。「おじいさんの
ため」と役割には所属感を持っている。
- ・コミュニケーションと交流技能：12/16点
近隣住民、友人との交流関係はよい。
- ・処理技能：11/16点
している事、しようとしている事に関して「この方法
でえんかな」「できるかも知れんけど一人でやるのは
不安」と再保証を頻回に求めるなど自己効力感の低下
を認める。
- ・運動技能：12/16点

援助により作業中の姿勢を維持する事が出来る。動きが硬い、力と努力は一般的に充分である。

・環境：12/16点

空間はほぼ適切である。屋外では段差や不整地があり、歩行に不安がある。

2) FIM：115/126点 (運動)：81/91点 (認知)：34/35点

3) ROM：股関節屈曲：90° (P) 股関節内転10° (P)

股関節内旋：20° (P)

術創部の脱臼への不安及び疼痛にて可動域に制限を示す。

4) MTDLP

▽生活行為の目標：「できる限り身の周りの事は自分でしたい」

▽合意した目標：ADL動作を自立させ妻としての役割を再獲得し、夫の生活を支える。

▽自己評価

[実行度] 3/10

「やろうと思えばできるかもしれないけど自信を持ってできる力がないから出来てないと思う。」

[満足度] 1/10

「今おじいさんに頼りっぱなしで申し訳ない。」

▽心身機能・身体構造の分析

[生活行為を妨げている要因]

左OA(THA術後1ヶ月目)、深部静脈血栓症、高血圧、高脂血症、骨粗鬆症、患側部脱臼に伴う不安、自発性の低下、自己効力感の低下、活動持久力低下。

[現状能力 (強み)]

患肢以外の動作能力は保たれている。

歩行能力は四点杖歩行にて見守り下で約50m可能。

bed上端坐位耐久性は30分可能。

複雑な会話のやり取りが行えるため認知機能は正常。

出来る限り他者に迷惑をかけたくない意志がある。

転倒や脱臼姿勢に注意した行動が行える。

元来社交的な人格。

[予後予測]

股関節の可動時痛は経過と共に減弱する見込みがある。

正のフィードバックを繰り返すことで不安軽減、自己効力感向上する見込みがある。

基礎筋力訓練を繰り返し筋持久力向上に伴い歩行耐久性も向上する見込みがある。

▽活動と参加の分析

[生活行為を妨げている要因]

段差や不安定な足場など応用的な歩行能力は低い。

患側の靴下のみ夫に履かせてもらっている。

立位で10～20分姿勢保持し他の作業を行う全身持久力。

低下に伴い洗濯物干しや、台所での調理動作は困難。

車輛の助手席側 (左側ドア開閉) への移乗が不安。

[現状能力 (強み)]

排泄動作は自立。

コミュニケーション能力は高く誰とでも話せる。

シャワーチェアでの洗体動作は自立。

[予後予測]

靴下の着衣に関してストッキングエイドを導入し禁忌肢位を考慮した動作指導及びオリエンテーション後、繰り返し行うことで習慣化する見込みがある。

運転に関して交通ルールの見直し、動作指導、オリエンテーションを行い距離、交通量、道幅などで段階付け繰り返し練習すると実施できる見込みがある。

入浴に関してバスボードを導入し禁忌肢位を考慮した動作指導及びオリエンテーション後繰り返し行うことで習慣化する見込みがある。

屋外歩行に関して自宅周辺から繰り返し訓練することで習慣化し自立する見込みがある。

▽環境因子の分析

[生活行為を妨げている要因]

家族の全身状態増悪への漠然とした不安。

夫の軽度認知症にともなうトラブル。

家族の早期回復への期待による焦燥感。

居室スペースが2階から1階になることの環境変化。

夫のA様を支えようとする過介助。

[現状能力 (強み)]

PTである孫との同居。

[予後予測]

ADL、IADLが自立し現在行われていない調理や洗濯が再開し夫の支援者という役割、居場所の提供を行うことで術前の様な主体的かつ社交的なアイデンティティの再形成が見込まれる。

4. 作業療法実施計画

<基本的プログラム>

・相談支援

日常生活上の不自由さの傾聴と正のフィードバック。

・環境設定

福祉用具導入、指導によるエンパワーメント的環境整備。

・ADL指導

脱臼をしないための禁忌肢位・姿勢（股関節屈曲・内転内旋、股関節伸展・外転・外旋）に留意した動作指導。

・基礎筋力訓練

ヒップアップ、キッキング、股関節内転外転、足関節の屈曲

伸展に重点を置いた他動運動、自動運動訓練。

・歩行訓練

屋内生活動線上を四点歩行杖、伝い歩行訓練。

両手手すり支持にて階段昇降訓練。

t-cane両手支持による自宅周辺の屋外歩行訓練。

・他職種・家族間の調整

できた内容や今後したい内容、夫の近況（A様と同じCM）をCM、ご家族様、プランニング、Dr.に報告。

<応用的プログラム>

・IADL指導

調理に伴うリスクマネジメント指導、正のフィードバック。

車輻への移乗訓練、運転指導。

<社会適応プログラム>

小旅行に関して不安点を聴取し解決策を一緒に考える。夫との移動距離を延長する。夫以外の交流機会の提案。

5. 介入経過

第一期「ADL・IADLが自立した時期」（x+1ヶ月）

当初は入院に伴い全身の筋力低下がありADL、IADL自立にあるも「お医者さんから脱臼する可能性がまだまだあるからあんまり動いたらいかんと言われてから不安でしょうがないんじゃない」と聞かれていた。患側を中心に下肢、体幹筋の基礎筋力訓練を繰り返すことで「思ったより弱くなってないんじゃない」と徐々に自身の身体機能に向き合えるようになった。その後生活上の悩みの訴えからソックスエイド、手すり、バスボード、シャワーチェアを選定することでADLが自立し「だいたいのことが自分でできたわ」と笑顔が増えるようになった。この頃から徒手的な介入は減少し、一週間通しての生活上の悩みを傾聴する機会が増えた。その際に「この前トイレの前でおじいさんが倒れて救急車呼んだんじゃない」と転倒事故を聞くようになった。原因は夫の服薬ミスに伴うせん妄であった。これを契機にA様から「私がちゃんとみてあげな。私も心配で私も寝れんが」と聞かれた。また

「おじいさん一人で運転させれん。私ものれるようにならないけん」といった意志が聴かれるようになった。その後階段昇降、車輻への移乗訓練、運転のオリエンテーション、夫の服薬カレンダーの設置や声掛けが増え、調理動作も再開し、以前のように助手席へ搭乗する機会や共に外出することも増え妻としての役割が再開するようになりA様から「やっと前みたいな生活ができた」ときかれるようになった。介入ごとに日常のトラブルや会話や表情から心的変化があったエピソードを頻回にケアマネジャー（以下CM）、家族へ報告することでA様への理解が深められ円滑に新たな作業や活動を導入することが出来た。

第二期「ピアサポーター期」（x+3ヶ月〜）(2単位/週1回)

手術前のように夫婦で外出する機会が増え、県内の観光名所や近県への小旅行が出来始め、地域の定期的な老人会への活動が再開した。それに伴い近隣住民、友人との交流機会も増え始めた。この頃から介入時にA様より「私と同じ手術した人に歩き方とか服の着方とか、風呂の入り方教えてあげたんじゃ」とピアサポートが聴かれ始めた。その語りを傾聴し正のフィードバックを繰り返すことで訪問するたび「夫が亡くなってから閉じこもった〇〇さん誘ってドライブしたり、買い物に連れてったら元気になってな、前みたいにおしゃれするようになったんじゃない」、「脳溢血になってから外に出るんが億劫になった〇〇さん誘って、このあたりを週3回ぐらい散歩するようになったんよ。一緒にやったら続けられてええわ」、「パーキンソン病とかいう病気の親戚おるんじゃないけど、最近よう家でこけるようになってこまっとるらしんじゃないけど、どんなんしたらようなるかな」と以前の様に友人との交流機会が再開されたと同時にピアサポートを当たり前のようにされるようになった。

6. 結果

1) MOHOST：合計：96/96点

・作業への動機づけ：16/16点

「気になることがあったらすぐ動きたくなる」と満面の笑みを見せるなど、好奇心、活力を持って新しい作業を試みる等笑顔で楽しみを伝える。「夕日が見えるところが好きでな、すぐおじいさんで行くんよ」と明確な好みと何が重要であるかの感覚を持ち作業目標に向かえる。

・作業のパターン：16/16点

散歩に関しても天候や同病者の体調に合わせて、ス

ケジュールを変更する事が出来る。

- ・コミュニケーションと交流技能：16/16点
療法士が大切な指示をしたり、電話や来訪者が来た際は適切に対応できる。「この前〇〇な人がいたんよ。まゝその人が好きやったらしかたないわなあ」など他人に気付き、友好的で、よい関係を作る。
- ・処理技能：16点
車輛運転では行き先を決めてA様が運転するなど集中力を維持し、順序立てて作業を行う。
- ・運動技能：16/16点
歩行に関して屋外では状況に合わせてt-caneを使用する事が出来る。屋内では独歩にて配膳物を両手で把持し話しながら運搬するなど安全に行える。
- ・環境：16/16点
同病者へのADL・IADL指導や同病者との習慣的な散歩の実施など他者との関わりが増加した。段差や不整地があっても安全に歩行できるようになった。

2) FIM：126/126点 (運動)：91/91点 (認知)：35/35点
3) ROM：股関節屈曲：90° 股関節内転10°
股関節内旋：20°
変化点：疼痛の訴えは消失するも脱臼への不安による可動域制限が遷延している。

4) MTDLP
▽生活行為の目標：「体が動かなくならないように今後今までの生活を夫と続けたい」へ変更
▽合意した目標：「今の生活習慣を継続するために生活上で困ったことがあったら作業療法士に相談する」へ変更
▽自己評価：実行度8/10、満足度6/10
「退院した時よりか、できることは増えたけど、まだおじいさんに頼りよるところがある」
「手術前ほど早くできてないけんまだまだ満足できん」

▽心身機能・身体構造の分析
[生活行為を妨げている要因]
術創部の脱臼に伴う再手術への慢性的な不安。
[現状能力（強み）]
屋内外共に100m程は自信を持って自立歩行可能。
患側t-cane支持にて屋外歩行1000m～1500m可能。
1時間ほど立位での動作可能。
[予後予測]
禁忌肢位に留意すれば自立生活可能な見込みがある。
▽活動と参加の分析
[生活行為を妨げている要因]

なし
[現状能力（強み）]
ADL、IADL自立
車輛運転可能。
誰とでも分け隔てなく関わることができ、困っていることがあれば解決策を一緒に考えられる能力がある。
[予後予測]
自身の体調に留意し無理な活動をしなければ今後も友人、地域社会とのつながりは継続する見込みがある。
▽環境因子の分析
[生活行為を妨げている要因]
夫の軽度認知症の進行への不安。
[現状能力（強み）]
A様の活動、参加を促す家族がいる。
A様の意思決定を保証するチームがいる。
[予後予測]
夫に現在の役割を継続させることは認知症進行予防になる見込みがある。
2) FIM：126/126点 (運動)：91/91点 (認知)：35/35点
3) ROM：股関節屈曲：90° 股関節内転10°
股関節内旋：20°
変化点：疼痛の訴えは消失するも脱臼への不安による可動域制限が遷延している。

7. 考察

本症例では介入方針を決定するためMOHOSTとMTDLPを使用した。MOHOSTを使用することで、できるADL能力は高いも、術創部の再脱臼への不安やA様の意志、動機づけが弱いと、しているADL能力が低いと考える。リハビリ介入場面ではA様の意志や動機づけにアプローチする為に正のフィードバック等支持的対応を繰り返し行うことがADL、IADL自立に必要なと考える。またMTDLPを使用することで心身機能・身体構造、活動と参加、環境因子における現状の強みを明らかにして生活行為の目標と一緒に立案することは訪問看護（リハビリ）における療法士とA様間のリハビリ実施における方向性のずれを小さくすると考える。このようにMOHOSTで対象者の意志や動機づけを分析しMTDLPで心身機能・身体構造、活動と参加、環境因子をまとめて、強み、予後を共有し、目標を立案することは、A様自身に現状能力の内省を促す機会となり外出や友人との交流などの可能性を見出すことができ、再び妻という行動役割の再獲得をする事に繋がると考える。それは元氣

がなくなる理由の排除、生活主体者としてその気になってもらう支援となり自己効力感向上に繋がると考える。結果としてMOHOST、MTDLPの併用は創心流リハケア理論のMental Attitude形成支援がより行い易くなると考える。

介入経過より、第一期にA様のADL・IADLが自立になった理由として、再脱臼の不安や、夫の認知症進行に伴う悩みを傾聴しながら正のフィードバックを繰り返し、動作分析、環境調整・福祉用具の選定をしたうえで繰り返し練習することにより活動が習慣化し自立に繋がったと考えた。また、療法士がA様の想いを要約する事は正のフィードバックとなりA様自身の内省を促す機会となったと考える。心理面において、なぜA様が不安で退院当初は拒み続けた車輛運転に関して目前の課題と判断し「運転できるかな」と克服するための挑戦的な発言が生じたのかを考える。それはADL、IADLの反復練習に伴う自己効力感向上が動作自立、習慣化に繋がり「できる」成功体験を積み重ね、以前の様に妻として夫と小旅行をしたり、友人との交流を再開したいという上位の欲求が芽生えたためと考える。

第二期にA様がピアサポーターとなったことに関して訪問看護（リハビリ）や日常における成功体験の積み重ねが、調理や清掃、近所付き合いや、夫の服薬マネジメント等、妻という行動役割の再獲得に繋がった。このことがA様を取り巻く環境が「障害」、「個人」、「家族」、「地域」へと拡大させる要因と考える。そして再開された近所付き合いから、A様の受傷経験をもとに友人への健康指導、外出支援といったピアサポート支援が行えたと考える。また全体を通し、している内容、したい内容、介入によってできた内容を頻回にCMに伝えチーム全体で共有しA様の現状理解に時差がないようにすることが迅速な福祉用具の導入、車輛運転再開に繋がったと考える。

本症例にとって住み慣れた地域で昔からの近所付き合いがピアグループ形成の根幹にあると考える。これは厚生労働省が推進している、地域包括ケアシステムにも記載されている4つの助け「自助」「互助」「共助」「公助」の内、自分のことは自分で行う「自助」、費用負担が制度的に裏付けられていない自発的で相互的に支え合う関係「互助」に該当している。このことから、ご利用者様の強み、目標を引き出し、生活、人生に根差した目標を立て、「自助」、「互助」を促す具体的な介入能力

が地域で働く専門職にとって必要なことだとA様との関わりから学ぶことが出来た。今回の関わりでA様に今後も夫婦で安心・安全・安楽な在宅生活を過ごして頂きたい。

8. まとめ

今回 MOHOST で作業を行うために必要な要素、背景を知り問題の中核を捉え、合わせて MTDLP を用いることで症例の強みを共有し、生活行為の目標を一緒に立て支持的対応を繰り返した。結果として症例は ADL、IADL が自立し、妻としての行動役割を再獲得し元々の近所付き合いからピアサポーターに至った。

9. 謝辞

本症例を報告するにあたり、ご承諾頂いた A 様とご家族に深く感謝申し上げます。またご指導頂いた本物ケア実行委員会の皆様に深く感謝致します。

10. 参考文献

- 1) Gary・kielhofner 編著 山田孝監訳、第四版人間作業モデル 1-7、117-121、315-325、2013
- 2) (社)日本作業療法士協会、作業療法マニュアル 57 生活行為向上マネジメント、2014
- 3) 創心流リハケア理論資料集
- 4) 地域包括ケアシステム、厚生労働省
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/

第8回本物ケア学会実行委員

学 会 長：佐藤 健志

実 行 委 員：坪井美由樹・多賀 弘明・大野 京子・隠土 知恵・山田 祥子

山本真千恵・山下 静香・菅森 美希・浦山 健介・榎原実知子

藤原 大輔・安藤 寛之・今井 瑞穂・樋之津智恵・石岡 由貴

謝 辞

今回も、無事に本物ケア学会を開催することができました。これもひとえに、創心會で働く皆様のご支援のお陰であると、改めて感謝申し上げます。

本物ケア学会は、現場で働く皆さんの、日頃の成果を発表して頂き、明日から一歩前に踏み出して頂くための機会です。社員がともに認め合い、高め合うことができる機会を作りたい。そんな場を共有したいと考え、準備を進めてまいりました。

皆様が本日の学びを活かし、現場でさらなるサービスの向上や、専門性の向上を果たしてくださることを、実行委員一同、期待しております。

第8回本物ケア学会 実行委員一同