

20周年  
記念

# 第 九 回 學 會 物 業



株式会社創心會® 機関誌『増刊号』Vol.27

*The Journal of True Care*

題字 福山センター 廣川一美様

# The Journal of True Care

2016  
増刊号  
Special

【Vol.27】

## » INDEX

P005-012	①生活行為向上マネジメントを用いてガーデニングに焦点を当てた作業療法を実践した事例 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 竹本 光之輔
P013-016	②環境整備とダイレクトアプローチにより家庭内役割を再獲得できた事例 児島センター 訪問看護リハビリステーション 理学療法士 谷川 徹
P017-022	③ご家族様の入浴介助がきっかけで、A様らしさを取り戻していかれた事例 総社センター 訪問看護リハビリステーション 作業療法士 荒木 未久
P023-027	④引きこもりがちな生活から友人の店へ買い物に行けるようになった事例 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 水口 勝貴 作業療法士 金刺 弥幸
P028-032	⑤目標を共有することで役割の再獲得に繋がった事例 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 青木 貴嗣
P033-039	⑥就労を目指す方へのアプローチ 岡山センター リハビリ俱楽部築港 介護職員 湯浅 純也
P040-047	⑦「自宅復帰困難」と思われたご利用者様がご家族様・訪問看護リハビリテーション・デイサービスの連携により「在宅生活可能」となった事例 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 塩見 拓也 中洲センター リハビリ俱楽部中洲 介護職員 岡田 美弥
P048-052	⑧職業歴を活かしたデイサービス内の役割作り 今センター リハビリ俱楽部今 作業療法士 銀持 瞳
P053-060	⑨世代間交流による効果 ~認知症高齢者と保育園児の交流を通じて~ 本部センター グループホーム心から 社会福祉士 植田 貴也
P061-068	⑩認知症の方に対する子どもとのふれあいの効果分析と 今後の地域交流について 本部センター 五感リハビリ俱楽部茶屋町 介護福祉士 浦道 さとみ
P069-074	⑪グループホーム心から・五感リハビリ俱楽部茶屋町が 合同で行う運営推進会議 本部センター グループホーム心から 介護福祉士 森 和也
P075-077	⑫地域包括ケアに向けて ~病院から在宅へ、不安なく戻ることができるために~ 福山センター 創心会リハビリ俱楽部新涯 社会福祉主事 池本 慎二

P078-081	<b>⑬他職種連携によって、祭りへ参加するという目標を達成できた事例</b> 福山センター 訪問看護リハビリステーション福山 作業療法士 井上 直樹
P082-095	<b>⑭外国人介護人材受け入れ実証報告</b> 本社 内部監査室 社会福祉士・介護福祉士 宮内 祥
P096-100	<b>⑮事例検討会を通した社会参加へのアプローチ</b> 陵南センター リハビリ俱楽部陵南 介護職員 山田 祥子
P101-105	<b>⑯若年性認知症利用者の就労アプローチ</b> 本部センター リハビリ俱楽部茶屋町 社会福祉主事 信原 由佳 柔道整復師 小林 加奈
P106-113	<b>⑰中重度対応 DSにおける他職種連携により活動量が向上した事例</b> 本部センター 百年煌俱楽部茶屋町 介護福祉士 繢木 準
P114-119	<b>⑱農福連携に向けて ~見えてきたもの~</b> 笠岡センター 訪問看護リハビリステーション 作業療法士 鈴木 啓吾
P120-125	<b>⑲職員に対するメンタルウェルネストレーニングの実践と効果に関する考察 vol.2 ～創心会の全スタッフを対象として～</b> 本部センター 本物ケア推進部 介護支援専門員 佐藤 健志 笠岡センター リハビリ俱楽部笠岡 生活相談員 東谷 知恵 株式会社ハートスイッチ 研修担当 井上 美由紀
P126-129	<b>⑳認知症高齢者に対する音楽療法アプローチ ～気分評価と作業遂行機能評価を用いた効果検証～</b> 笹沖センター 五感リハビリ俱楽部笹沖 音楽療法士 上田 紘花 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
P130-132	<b>㉑在宅医療における連携について考える ~事例から~</b> 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 實知子
P133-138	<b>㉒放課後等デイサービスでの支援にて、高等支援学校までの 通学手段を獲得した事例 ~MTDLPを活用して~</b> 本部センター 創心会児童発達支援ルーム心歩茶屋町 作業療法士 西江 勇太
P139-145	<b>㉓特別支援学校と就労移行支援事業所との「縦横連携」と今後の展望</b> 株式会社ハートスイッチ 社会参加支援事業部 宇野 京子
P146-150	<b>㉔Travel Rehab Circle(通称:旅リハ®)実践報告</b> 本社 内部監査室 社会福祉士・介護福祉士 宮内 祥 本部センター 創心会リハビリ俱楽部茶屋町 健康運動実践指導者 泉 伸也
P151	<b>MEMO</b>
P152	<b>謝辞</b> 第9回本物ケア学会実行委員一同

## 第9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り、「第9回 本物ケア学会」を開催できることを、まずは厚く御礼申し上げます。

昨年の「第8回 本物ケア学会」では、過去最高の演題数ということもあり、初めて2会場を使用しての発表となりました。毎年、演題数が増加していることを、実行委員一同、大変うれしく感じております。また、前回、前々回同様に「第8回 本物ケア学会」で発表された中から、藤田寛也さん、難波真由さん、二宮孔起さんの事例を、全国介護事業者協議会の事例発表会中国地区予選に選出させて頂きました。その中から藤田寛也さん、難波真由さんの事例は、中国地区代表として全国大会にも選出され優秀賞を受賞されました。本物ケア学会からの事例が3年連続で全国大会に選出されたことは快挙であり、我々実行委員のモチベーション向上に繋がっております。

さて、「第9回 本物ケア学会」は、会場を早島町の「ゆるびの舎」に移して開催することになりました。前回同様に、発表はテーマ別に構成しておりますが、前回より更に演題数が増え24演題になりましたので、3部構成による学会運営にしております。1部は「活動参加へのアプローチ」について若手のリハスタッフが発表されます。2部ではポスターセッションを今回初めて取り入れました。ポスターセッションは「連携」「認知症」「包括ケア」「事例」の4テーマで分類しています。ぜひ、参加者の皆様は、ご自身の興味がある分野の発表を聞いて頂き、発表者の方としっかりディスカッションをしてみてください。3部は創心会の強みと期待ていきたいテーマに分類しています。

これまで、午後3時頃まで時間をかけておりましたが、今回は昼食をなしにして1時頃には終了できるようにコンパクトな学会運営にしておりますが、中身はこれまで以上に充実した内容になっていると考えております。発表者の日頃の取り組みや成果を聞くことで、明日からのサービスに繋がっていくのではないかと実行委員一同考えております。ぜひ、皆様楽しみながら学会に参加してみてください。

「第9回 本物ケア学会」を皆さんと共に盛り上げていきましょう。

第9回本物ケア学会 実行委員一同

## 第9回 本物ケア学会 進行表

時 間	進 行 の 予 定			
9:00	会 場			
9:30	第1部 パネルディスカッション			
10:35	① 竹本光之輔 ② 谷川 徹 ③ 荒木 未久 ④ 水口 勝貴・金刺 弥幸 ⑤ 青木 貴嗣			
10:45	第2部 ポスターセッション			
	連 携 ⑥ 湯浅 純也 ⑦ 塩見 拓也 岡田 美弥 ⑧ 銀持 瞳	認 知 症 ⑨ 植田 貴也 ⑩ 浦道さとみ ⑪ 森 和也	包括ケア ⑫ 池本 慎二 ⑬ 井上 直樹 ⑭ 宮内 祥	事 例 ⑮ 山田 祥子 ⑯ 信原 由佳 小林 加奈 ⑰ 繁木 準
11:35	※後半はフリーディスカッション			
11:45	第3部 口述発表			
13:00	⑯ 佐藤 健志・東谷 知恵・井上美由紀 ⑰ 上田 紗花・北山 順崇(玉野総合医療専門学校) ⑱ 宇野百合子・榎原 実知子 ⑲ 西江 勇太 ⑳ 宇野 京子 ㉑ 宮内 祥・泉 伸也			
13:10	閉 会			

### 【第9回 本物ケア学会 運営上のお願い】

- 1) 会場は9:00からです。開会前には理念の唱和を致しますので、9:20頃までに入場できるようご協力を願います。
- 2) 「ゆるびの舎 文化ホール」は、飲食禁止となっております。
- 3) 第1部と第3部は文化ホールで、第2部は文化ホール後方のホワイエで実施します。
- 4) 第1部は、いったんすべての発表者が口述発表を行った後、パネルディスカッションを行います。質疑応答はそのときにお願いします。
- 5) 第2部のポスターセッションは、前半に発表者によるプレゼンテーションを行い、後半は自由に移動して質疑応答ができます。
- 6) ゆるびの舎は全館禁煙となっております。ご協力を願います。
- 7) 本学会の発表には、ご利用者様の表情をお伝えする写真などが使用されているスライドもございますので、参加者の皆様には、個人情報保護と倫理上の配慮をお願いいたします。
- 8) アンケートは、今学会の出欠確認も兼ねておりますので、からずご提出いただきますようお願いいたします。アンケートの内容は、発表者の皆様へのフィードバックに活用させて頂くほか、今後の学会運営の参考資料とさせていただきます。

## 生活行為向上マネジメントを用いてガーデニングに焦点を当てた作業療法を実践した事例

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 竹本 光之輔

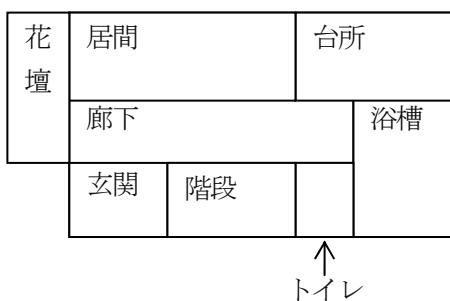
### 1. はじめに

今回、80歳代前半のご利用者様を担当させていただくに当たり、ご利用者様が行いたい作業を継続していくよう支援した。そこで、生活行為向上マネジメント（MTDLP）を活用し、ご利用者様の「ガーデニング」という作業に焦点を当て、ご利用者様、ご家族様、担当者が協力して目標設定を行った。

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. 事例紹介

- (1) 氏名：A様 性別：男性 年齢：80歳代前半 介護度：要介護1
- (2) 家族構成：再婚で実子はないが長女様、奥様と同居中。
- (3) 生活歴：60歳で退職され、その後は奥様と共に旅行、釣り、ガーデニング等を楽しんで生活している。現在は奥様とドライブに出かけている。
- (4) 家屋状況：改修済、手すりあり、玄関段差：30cm、上がり框16cm  
 ベッド：高さ48cmで座位から立位へ(発症時)、ソファ：高さ40cm  
 浴槽内：高さ60cm、浴槽からタイルの高さ35cm、すのこ板  
 花壇：※写真1



※写真1. 花壇の様子

- (5) 既往歴：心不全、肺気腫

主疾患：転倒骨折(恥骨骨折)

現病歴：X-10年に大動脈弁狭窄症手術を行っている。X年4月に転倒され、急遽ショートステイを利用されるが、本人の強い希望により自宅に戻る。その2週間後、主治医と相談し、ベッ

ド上での生活ばかりではいけないとのことで、訪問看護でのリハサービス開始となった。

(6) サービス利用状況：通所 2/w、訪問リハビリ 2/w

(7) 本人のデマンズ：上手に歩けるようになりたい。

家族のデマンズ：ベッドからトイレまで行き、トイレ動作を行えるようにしてほしい。

### 3. 作業療法評価(介入2週目)

(1) FIM 81/126 点 (3点以下の項目のみ記載) (a)運動評価 46/91 点

清拭(1点) : 少しの動きで喘鳴があるため、短時間で行われる。

更衣(下半身)(2点) : 膝まで通すと残りは自分で行う。靴下等は全介助

トイレ(2点) : 握まり立ち可能だが、ズボンの上げ下ろし介助。自分で拭く

ベッド(3点) : 手を添えてもらい、ある程度の引き上げで立ち上がりが可能。

シャワー(3点) : 介助者にいくらか持ちあげてもらい、自分で身体を回すことができる。

歩行(1点) : ベッド上での生活が多く、手すりを用いて何とか立位を保つことができる。

階段(1点) : 昇降動作を行っていない。

(2) 興味・関心チェックシート (別紙1、2参照)

家・庭の手入れ : 興味あり、転倒される前はガーデニングを行っていた。

山登りをしており、そこで見つけた草花を鉢に植え、育てられていた。

旅行・温泉 : 興味あり、転倒される前は奥様とドライブに出かけられていた。

コメダコーヒーの回数券を買い、モーニングを食べていた。

サービスエリア、百貨店に行って買い物をしていた。

※以前に行っていたものや、「こうしていきたい」という希望があったものの記載。

### （3）立位バランス

外乱刺激では前方、後方、左右へのふらつきが見られる。特に後方へのふらつきが強く、足趾への荷重が行えていない。片足立位：右0秒、左0秒

### 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3参照)

### 5. 作業療法計画

これまでの身体状態についてご利用者様、奥様から話を聞き、長期目標を

①コメダコーヒーに安全に行き、モーニングを食べる。

②ガーデニングを妻と安全に楽しんで行う。

とする。期間は20週とし、環境設定を行う。今回、FIMで減点項目のあったものに関してアプローチを行う。

8週：ベッドからトイレ、ベッドから玄関を安全に移動できるようになる。

12週：車椅子なしで外出できるようになる。

16週：自身の心肺機能、運動量を把握し、実際に長期目標①②を行っていく。

### 6. 生活行為向上プラン演習シートによるプログラム (別紙4参照)

## 7. 作業療法介入・経過

(1) 8週目：ベッドからトイレ、ベッドから玄関を安全に移動できるようになる。

ベッドからトイレ、ベッドから玄関を安全に移動できるようになるという目標を共有した次週、屋内歩行を実施した。部屋からトイレまでには2cmほどの敷居があり、歩行器を用いると前輪が引っかかってしまい、転倒の危険性があった。祖母がおられた際に廊下の手すりを付けていたため、それを使用して移動訓練を行った。

次週、訪問に伺うと長女様がトイレ周囲に手すりを設置してくださり、奥様から「娘が手すりを新しく付けてくれて、かなり楽に行えるようになった。」と話を伺うことができた。ベッド付近での立ち上がり訓練、歩行訓練を行うことで歩行動作、立位姿勢が安定し、ベッドからトイレ、ベッドから玄関を安全に移動できるようになった。

(2) 12週目：シルバーカーを用いて外出できるようになる。

8週目に歩行訓練、立位訓練を実施したため、見守りでの歩行が可能となった。また、恥骨骨折による疼痛の訴えもなくなり、自主トレーニングを行えるようになった。自主トレーニングを通して、ベッドからトイレ、ベッドから玄関を往復しても疲れない体力を獲得することができた。

これにより長期目標①を達成し、シルバーカーを用いて奥様とコメダコーヒーに行くようになった。

(3) 16週目：自身の心肺機能、運動量を把握し、実際に長期目標①②を行っていく。

長期目標②を達成するためにガーデニング動作を行い、動作の拡大を促していく。また、安全に動作を行うためにシャワーチェアを導入し、鉢を手入れする際に使用する台を本人と一緒に作成した。ご利用者様から「これなら安全にできる」との発言もあり、座位、立ち上がり、立位、移動バランスは安定した。奥様とガーデニング、外出をされるようになり、リハビリ以外の生活の中で再び趣味を行えるようになった。ガーデニングの動作訓練を通して、さらに手入れを長時間行えるようになった。

そこで、以前から行っていた心肺機能や運動量の把握による対策を取った。歩行訓練及びガーデニングの動作中、酸素量とバイタルの変化を伝え、ご利用者様、奥様と疲労具合、数値を確認した。

これまでの介入の実行度・満足度について本人に再度質問したところ、「8点(10段階中)」と聴取することができた。「あと2点は何が足りないのか。」という問い合わせに対して、「以前と比べてしまうところがある」との発言があった。

## 8. 考察

今回、生活の中で趣味活動を行えるようになった要因としては、面接による情報収集で目標共有ができたこと、目標の達成期間を明確にしたことが挙げられるのではないかと考える。A様とリハビリの内容や作業に対する想いを共有できたことも趣味活動につながる一因だったと思われる。

リハビリでは、主に立位訓練、歩行訓練、ガーデニング時の動作訓練、環境設定を中心に行った3)4)。ご利用者様の疾患からADLを予後予測して、ご利用者様自身と奥様が安心して趣味を行っていくことが重要だと考えたからである。

サービス利用当初はベッドで横になっていることが多く、立位姿勢も安定していなかった。しかし、「ガーデニング、釣り、山登りをしたい。」という発言があり、度々趣味の話題になることがあった。そこで生活行為向上マネジメントの興味関心チェックシートを用いて、ご利用者様にとって意味のある作業活動とは何か知ることができた。Rogersは、「人間には自ら健康になろうとする力や自己実現に向かう力が備わっており、セラピストはそれに寄り添って、クライエント自身が力を發揮できるように援助する存在であるべき」7)だと述べている。ここに焦点を当て、ご利用者様、奥様と目標を共有し、アプローチを行った

ことで、ガーデニングや外出だけでなく、今後、夫婦で生活していく上で重要な作業活動を取り戻せたのではないかと考える。その後は、夫婦でサービスエリアに行ったことや、友人と釣りに行ったことが聴取でき、自己実現に向かっていく瞬間を感じ取ることができた。

## 9. まとめ

MTDLP を用いることで、目標期間、内容を共有することができた。そしてご利用者様の意味ある作業に対して援助でき、積極的にガーデニングを行われるようになった。ご利用者様、ご家族様から「最初からは考えられないくらい良くなつた。」との発言があった。

今回、生活の中で良い変化があり、生活の幅が広がったため、今後も意味のある作業を行って頂きたい。

## 10. 謝辞

今回の論文作成に際し協力していただいたご利用者様、ご家族様、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。

## 11. 参考文献

- (1) 中野敦：心不全の予後を予測することはできるのか？  
心不全数式化への挑戦 医学のあゆみ、医歯薬、252(7): 822-823, 2015.
- (2) 三矢聰：骨盤輪骨折・寛骨臼骨折に対する内固定時に  
追加併用する恥骨上枝 cerclage wiring の有用性、37(4): 977-981, 2015.
- (3) 石川齋：作業療法技術ガイド第3版、文光堂、pp614-615、2011
- (4) 湯原実郎：老年医学テキスト第3版、メディカルビュー社、pp104-105、2008
- (5) 日本作業療法士協会：生活行為向上マネジメント、pp50-55、2015
- (6) 齋藤祐樹：作業で語る事例報告、医学書店、pp5、2015
- (7) Rogers : クライエント中心療法 ロジャーズ主要著作集2、岩崎学術出版社、2005

## (別紙1) 興味・関心チェックシート

氏名： A様 年齢： 80歳代 性別（男）

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

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

生活行為向上マネジメント

## (別紙2) 生活行為聞き取りシート

相談者	A様	年齢	80歳代	性別	男
-----	----	----	------	----	---

記入者名： 竹本 光之輔 (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。

- 1 そこで、あなたが困っているまたは問題を感じている（もっとうまくできるようになりたい、あるいは、うまくできるようになる必要があると思う）事柄で、良くなりたい、改善し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。
- 2 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。
- 3 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 ガーデニングを妻と安全に楽しんで行う。 合意目標：移乗移動は妻の見守りで行う ガーデニング動作は自分で行い、準備は妻に行ってもらう。	実行度	2/10	9/10
	満足度	1/10	8/10
	達成の可能性	□有 □無	
□A(具体的に生活行為の目標が言える) 目標2 合意目標：	実行度	/10	/10
	満足度	/10	/10
	達成の可能性	□有 □無	

## ご家族の方へ

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。

移乗や歩行など、日常生活を安全に行えるようになっていきましょう。

## (別紙3) 生活行為アセスメント演習シート

生活行為目標		A様 年齢：80歳代 性別：男）	
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)	
アセスメント項目 生活行為を妨げている要因	<ul style="list-style-type: none"> <li>心身機能・構造の分析 (精神機能、痛み・感覚、神経筋骨格・運動)</li> <li>立位保持が不安定である</li> <li>立位バランスが不安定である</li> <li>易疲労性である</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>立位保持が不安定である</li> <li>トイレ：つまり立ち可能だが、ズボンの上げ下ろしに介助を要する。自身で拭くことはできる。</li> <li>歩行：ベッド上で生活が多く、手すりを用いて何とか立位を保つことができる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>玄関に上がり框を使った15cm2段の段差がある</li> <li>ベッドから廊下まで手すりがない</li> <li>玄関の段差も手すりなし</li> </ul>
現状能力 目標達成可能な理由と根拠 予後予測	<ul style="list-style-type: none"> <li>上下肢の可動域に問題はない</li> <li>上肢の筋力に問題はない</li> <li>座位バランスは良好である</li> <li>リハ意欲は高い</li> <li>アクティビティは高い</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>手すりを用いることで立位を保つことができる</li> <li>他者行動は良好</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>妻が医療職であり、夫の体調管理を行っている</li> <li>住宅改修が可能である</li> <li>歩行器、車椅子をレンタルしている</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>介助を要している面が多いが、予後予測から恥骨部の疼痛が漸減していく。</li> <li>訪問リハビリを継続し、自主トレを導入することで、機能面の維持につなげることができる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>動作練習を行っていくことで動作を学習し、自走力を導入することで、動作の安定性が増すと考えられる。</li> <li>また行えそうな動作、行えるようになつた動作から実施し、妻と動作指導していくことで安全に実施可能となると考える。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>車椅子を用いて妻と移乗動作を行うことで、まずは移乗動作を安定させる。</li> <li>手すりを設置し、歩行器を用いて、妻の見守りの下、動作が安全に行えるようになるのではないかと考える。</li> </ul>

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。

## (別紙4) 生活行為向上プラン演習シート

氏名： A様 年齢： 80歳 性別（男）

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	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			
移動は妻の見守りで行う。 ガーデニング動作は自分で行い、準備は妻に行つてもらう。	・ガーデニングを行いう動作、移動動作をイメージする ・安全に行えるための環境設定を行う	・ベッドから起ききて手すり把持にて立つ ・歩行器を用いてガーデニング用の椅子まで歩き、座る ・ガーデニングを行い、ベッドまで戻る ・ガーデニングの動作、移動動作確認を行う ・家族、CMから評価する ・動作後、日中のガーデニングの話を伺う	①上下肢のROM、筋力訓練 ②立位保持訓練 ③歩行訓練 ④自主トレ導入	①ベッドから玄関の移動訓練 ②ベッドからトイレの移動訓練 ③椅子への移乗訓練	①ガーデニングの動作訓練 ②ガーデニングの環境設定 シャワーチェアを導入し、机を作成
検証完了力SEE	いつ・どこで・誰が支援して行うか	本人 家族 支援者	④自主トレ内容を確認し、 実際に行つた内容に聞いて番号を振る	①-③療法士と実施後、妻と実施	①②療法士と実施
達成	【結果サマリー】ガーデニングを妻の見守りで行えるようになった。	■達成 □変更達成 □未達成（理由： ） □中止	①-③妻に見守つていただき、本人、妻と相談して調整する ①②訪問スタッフが訪問時に動作訓練を実施する	①②訪問スタッフが訪問時に実施	①②ガーデニングに対する感想を聴く

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。

## 環境整備とダイレクトアプローチにより家庭内役割を再獲得できた事例

児島センター 訪問看護リハビリステーション 理学療法士 谷川 徹

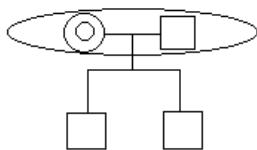
### 1. はじめに

今回、近隣のショッピングモールまで歩いて買い物に行くことを目標としたご利用者様（以下、A様）に対しリハビリテーションを実施する中で、「できるADL」から「しているADL」に変化し、自信獲得につなげられた過程を経験したため報告する。

### 2. 事例情報

(1) 事例：氏名 A様  
年齢 70歳代  
性別 女性  
介護度 要介護2

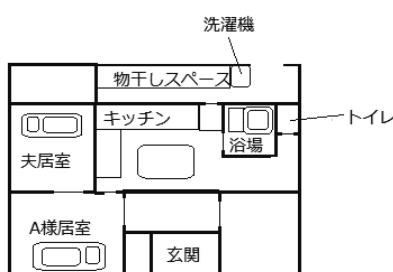
(2) 家族構成：夫と2人暮らし。夫は心疾患を患っているため介護困難。息子様が2人、県内に在住。電話での連絡をよく行っている。



(3) 主疾患：胸椎破裂骨折(後方固定術施行)、関節リウマチ（以下、RA）

(4) 現病歴：X年12月中旬に起床後転倒し、近院の整形外科を受診し検査を受けたが問題なし。その後も腰痛は持続しており、両下肢の痺れ、筋力低下を自覚していた。同月下旬、トイレに行こうとして転倒し、腰痛のため歩けなくなり緊急入院となった。その後、X+1年1月上旬、後方固定術施行、1月下旬にレントゲン画像でスクリューの逸脱を認め、軟性コルセットから硬性コルセットに変更となった。

(5) 家屋状況：平屋の一戸建て。居室は畳部屋。介護ベッドをレンタル。夫の居室はA様の隣の部屋。裏の勝手口に約30cmの段差があり、勝手口を出た先に洗濯機、物干し竿がある。トイレに縦手すりを設置している。玄関から道路までに7段の階段あり。浴槽は和式でシャワーチェアをレンタルしている。



(6) デマンズ：近隣のショッピングモールまで歩いて買い物できるようになりたい。

(7) サービス利用：週1回2単位 訪問看護（リハビリ）→X+7年より週2回3単位

週2回 通所リハビリテーション

週3回 訪問介護（以下、ヘルパー）→掃除、洗濯、調理を支援

### 3. 理学療法評価

#### (1) 観察・面接

「近くのショッピングモールまで歩いて買い物ができるようになりたい」と希望あり。家事全般の支援をヘルパーから受けており、活動量低下に伴う易疲労性と骨折再発の不安が意欲低下を助長し、生活不活発な状況であると観察された。

#### (2) ADL・IADL

評価	結果	詳細
FAI	3/45	加点項目：食事の片づけ1点 屋外歩行1点 交通手段の利用1点
老研式活動能力指標	4/13	手段的ADL1/5 知的ADL2/4 社会的ADL1/4
katz index ADL	判定B	入浴…通所リハビリテーションで体前面は自立。背部を全介助。入浴動作は軽介助。自宅はシャワー浴で、ヘルパーによる背部の洗体時に全介助。浴槽内への入浴は行っていない。
FIM	124/126	[運動項目] 入浴：5点 洗髪は自立。洗体は背部をヘルパーにより介助。

#### (3) GMT：ベッド上での筋力訓練

両下肢4～5程度。持久性は高い。

#### (4) 歩行動作

屋内：独歩にて自立。

屋外：歩行器、T-cane（2点動作歩行）見守りレベル。RAのため頸部の可動域制限があり、周囲の確認が困難。

#### (5) TUG：8.6秒

補助具は使用していない。

### 4. 介入方針

サービス時には長距離歩行訓練を中心に筋力・体力の向上を図る。また、サービス時以外に活動量が増えるように、自宅内役割を担いやすい環境整備を行い、動作の確認・指導を並行して実施するよう計画した。

また、プラスのフィードバックを隨時行い、モチベーションの向上を図る。

### 5. 経過

#### (1) 第1期：介入開始時

A様はかつて近隣住民との交流があったが、転倒の不安から外出を行えておらず、交流関係が途絶えている状態であった。安全に外出できた成功体験を繰り返し、プラスのフィードバックで不安が軽減していく

けるように促した。

そのため、安全な歩行能力獲得と体力向上に向け、約300mの長距離歩行訓練を杖歩行（T-cane）で実施。また、活動性向上に向け、自宅内役割（洗濯物干し）が担えるよう動作訓練と環境整備（勝手口に手すりと段差解消台を設置し、物干し竿の高さを調整）を行い、できた活動について翌週フィードバックを行う。

#### （2）第2期：介入3か月（歩行器の導入により歩行距離が向上した時期）

バランスの向上を図り買い物した商品を持ち帰りやすくするため、前任者と相談し、歩行器を導入した。これにより、休憩は2回必要だが、約500mの歩行が可能になった。上り坂を歩く際に疲労感を訴えられたため、休憩を行った。歩行器の使い方にまだ慣れておらず、休憩時にブレーキをかけ忘れることが頻回に見られたが、声掛けを行い注意を促すことで忘れる事はなくなった。

歩行中に知人に会うことがあり、立ち止まり会話をされていた。久しぶりに会ったようで表情も良かった。ショッピングモール付近まで歩行が可能になり、帰宅後には夫に嬉しそうに報告していた。プラスのフィードバックを夫からも行き、更に自信をつけて頂いた。

#### （3）第3期：介入7か月（ショッピングモールまで歩行し、買い物が出来た時期）

環境設定を行い、裏の勝手口の段差軽減のため段差解消台を設置。洗濯物を安全に運べるように置き型手すりも設置した。ショッピングモールまで歩行し、少量の買い物をして帰ることが可能となった。歩行時バイタルの変動があり、約2kmの間で4回休憩を行った。RAの影響で頸部の可動域制限があり、交差点等の左右の確認が不足していた。そのため、一度立ち止まるように声掛けを行い、体幹の回旋、カーブミラーでの確認を行っていただくようにした。

病前は毎日通っていたため知人の方が多く、声をかけられ笑顔で会話をすることが多く見られた。中には約1年ぶりに会う方もおられ、「来てよかったです。」と言われていた。目標を達成したため前向きな発言が増えてきた。また、天候の影響でヘルパーが利用できず、自分で食事と買い物をしなければならない場面があり、「やってみたらできた。」と後日笑顔で報告を受けた。「できるを知る」を得たことを前任者、ケアマネジャー（以下、CM）と共有し、プラスのフィードバックを行った。この後、少しずつ家事動作を行うようになり自宅内役割を取り戻すようになった。

#### （4）第4期：介入9か月（入浴動作訓練を開始した時期）

ショッピングモールまでの歩行を継続。食材や菓子を中心に購入しており、購入量が増えたが、大袋を2つ持つことが可能になった。休憩は買い物後と帰る途中の2回に減った。500m地点と到着時のバイタルに変化がなくなり、息切れも見られなくなった。

A様より「自宅の風呂に浸かれるようになりたい」と希望があり、CMとの相談を行った。週2回に増日し、長距離歩行と並行して入浴動作訓練を行った。当時、入浴は通所リハビリテーションで行っており、自宅ではヘルパーからシャワー浴の支援を受けていた。浴槽の跨ぎ動作は可能。浴槽底面からの立ち上がりが困難であったため、下肢・体幹の機能訓練を行った。また、動作訓練・指導を行い、入浴の反復練習を実施。動作手順を動画で撮り、フィードバックを行うことで動作獲得に繋がった。さらに、浴槽内踏み台を導入し、動作の改善を図った。これらにより入浴までの安全な手順を理解し、浴槽内での立ち座りを容易に行うことができた。A様から通所リハビリテーションにできたことを報告し、訓練を行うようになった。

## 6. 再評価（X+9年、変化点のみ記載）

評価	初期	最終	改善点
FAI	3/45	12/45	加点項目：食事の用意2点、食事の片づけ2点、洗濯2点、掃除や整頓2点、屋外歩行2点、交通手段の利用2点
老研式活動能力指標	4/13	10/13	手段的ADL4/5 知的ADL4/4 社会的ADL2/4

## 7. 考察

初期評価から、A様は家事動作や外出をする能力はあるが、転倒の不安により行えず、活動量が低下していると考えた。そのため、不安の軽減とモチベーションの向上を目的とし、A様の希望であるショッピングモールでの買い物に焦点を当てたアプローチを行った。また、活動量向上のため、自宅内役割の獲得に向けたアプローチも並行して行った。

A様は外出の機会ではなく、自宅でヘルパーの支援を受けて生活されていたが、第3期でショッピングモールに買い物に行くという目標を達成した。その要因として、ダイレクトアプローチの反復により運動機能が向上したこと、歩行器を導入したことにより転倒の不安が軽減したことが考えられる。マズローの欲求階層説では、安全の欲求が満たされることで社会的欲求が発生するとされている。今回、歩行器導入と運動機能向上により安全な移動が確保されたため、上位の欲求段階に移行することができたのではないか。また、ヘルパーのサービスが受けられない状況が外発的動機付けとして有効に機能し、自身で挑戦することで「できるを知る」ことに繋がったのではないかと考えた。その結果、第4期では、A様より「自宅の風呂に浸かれるようになりたい」と新たな目標が挙がった。

夫・多職種で共同してプラスのフィードバックを行ったことや、成功体験の蓄積もA様のモチベーションを向上させた要因として考えられる。再評価では、FAI、老研式などの点数が向上し、「できる活動」から「している活動」への変化が見られた。このことから、A様の生活主体者としての心構えが形成されてきたのではないかと考えた。

今後はA様の新たな目標である入浴動作に対し、福祉用具での環境整備やヘルパーによる自立支援、通所リハビリテーションでの入浴訓練を実施することで動作獲得を目指す。また、以前は友人と買い物に出掛けられていたため、地域の互助を得ることができれば、A様にとって買い物は対人交流の機会になり、生活も豊かに変わっていくのではないかと考える。

## 8. まとめ

今回、A様の希望に沿ってダイレクトアプローチやプラスのフィードバックを行い、A様のモチベーションと活動・参加への意欲が向上した。「できる」を知っていただき、新たに目標を定めることもできた。

A様が更に挑戦し、成功体験を重ね、生活主体者として自立した生活を送れるよう多職種、地域で共同して支援していきたい。

## 9. 謝辞

今回の論文の制作に当たって、ご協力頂いたA様、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。

## 10. 参考文献

- (1) 細田多穂：理学療法評価学テキスト
- (2) 創心流リハケア講座資料

## ご家族様の入浴介助がきっかけで、A様らしさを取り戻していかれた事例

総社センター 訪問看護リハビリステーション 作業療法士 荒木未久

### 1. はじめに

体動時の強い痛みから活動性が著しく低下し、ご家族様も介護に苦慮されていたが、自宅での夫の介助による入浴がその後のご利用者様の精神的な活動性を引き出し、趣味活動の拡大につながった事例を経験させて頂いたため以下に報告する。

### 2. 対象・方法

#### (1) ご利用者様紹介

A様 80歳代 女性 要介護4

主疾患：慢性腎不全、腰椎圧迫骨折（保存治療）、骨粗鬆症、認知症

既往歴：悪性膀胱内乳頭粘液産生腫瘍

デマンズ：（本人）腰の痛みを何とかしてほしい （夫）痛みの少ない介助方法を教えてほしい

主介護者：夫。歯科や内科の受診が1回／月ある。家事全般を行っている。

介護保険利用状況：福祉用具：電動ベッド、馬蹄型歩行器、四点杖、介護用車椅子、シャワーチェア

介護タクシー：透析時、受診時

訪問看護（リハビリ）40分：2回／週

#### 【生活歴】

同県内で出生、結婚。趣味は漫画（学生～現在）、バレーボール（学生～子育て期）、園芸（子育て終了～現在）。小学校の購買の仕事を、腎不全で体調を崩されるまで勤めていた。小学生や近所の同世代の方と社交的に関わっておられた。

現在は息子夫婦との二世帯住宅に居住。息子夫婦との関係は良好であるが、生活についてお互いに干渉しないようにしている。

#### 【担当させていただくまでの経緯】

X-23年 慢性腎不全により透析治療開始

X-5年 腰椎圧迫骨折受傷

弾性コルセットを使用し治療するが、退院後、活動性が著明に低下する。体動時の疼痛が強く寝たきりの状態となる。

X-1年 夫介助による寝返り・起居動作でも疼痛が強くなる。仙骨部に褥瘡が出現し、透析治療に通院する病院で治療が行われる。物忘れ・幻覚も見られ、痛みによる介護の困難さがあり、訪問看護（リハビリ）を担当させていただく。

#### (2) 評価

	開始時	最終時
健康状態	褥瘡仙骨部ステージII（※1） 透析治療中	褥瘡完治 透析治療中
心身機能・身体構造	精神面：NMスケール26点（※2） (軽症認知症) 腰部の痛み 体動時・座位保持時 他動的関節可動域 股関節屈曲 20°	精神面：NMスケール43点（境界） 腰部の痛み 歩行時のみ 他動的関節可動域 股関節屈曲 60°
活動 FIM	64 ( 39/25 )	102 ( 67/35 )

(運動／認知)	寝返り～移乗まで夫の介助が必要 室内移動はコマ付き椅子を使用 コミュニケーション時の理解は繰り返しや言い換えが必要 コミュニケーション時の表出は遅延することが多い 問題解決は表出が乏しいため夫の介助が必要	寝返り～移乗は手すりの使用で自立 室内移動は4点杖でトイレ・台所まで遠位見守り コミュニケーション時の理解・表出は複雑な内容も自立 問題解決では自身で解決、もしくは夫に依頼できる
参加	夫と一緒に日中の留守番をする	日中一人で留守番をする 家族の外出・帰宅の際に声をかける 夫と庭の花の生育を見守る 漫画を読む

### (3) 支援の基本方針

痛みを軽減して、食事を無理なく楽しむことで栄養状態と褥瘡を改善することができる。A様が主体的な活動を行うことができるよう、できる可能性をA様とご主人が感じることができる。A様の身体面・精神面の変化に併せて、主体的な活動時間を作ることができる。

### (4) 取り組み内容

#### ① 1期

短期目標：身体機能と動作方法の改善によりA様に合った介助方法が獲得でき、体動時の腰部の痛みが緩和できる。A様・夫のADLの負担が軽減するとともに、今後の生活目標を具体的にイメージできるようになる。

実施内容：①ベッドの高さの調整、②寝返り～立ち上がりの動作の手順をA様・夫に指導、③④の動作練習と確認、⑤生活歴を中心にA様・夫から聴取

#### ② 2期

短期目標：ベッド端座位30分の耐久性を得ることができ、食事・テレビの視聴を楽しむことができる。

実施内容：①関節可動域訓練、②下肢筋力訓練、③視聴した新聞・テレビの確認、④起立～馬蹄型歩行器歩行訓練

#### ③ 3期

短期目標：杖歩行能力を獲得し、庭へ歩いて出て植物の状態の確認・必要な世話の判断と依頼をすることができる。

実施内容：①4点杖の導入を提案、②4点杖歩行訓練、③居室～庭までの応用歩行訓練

## 3. 経過

### (1) 1期：1年ぶりに浴槽へ入浴でき、生活の中に楽しみが生まれる。

夫介助による寝返り・起居動作で腰背部の痛みが強くあり、食事・入浴・受診（透析治療）以外はベッドに臥床して過ごしていた。仙骨部の褥瘡は、透析を行っている病院で治療を受けている途中であった。

A様はベッドに臥床したまま宙をぼんやりと見ている様子で、私の話しかけに対し関心を示す様子はなく、ご主人の話しかけに対しても返答がなかったり、辯論の合わない相槌を打つ様子が見られた。ご主人は「とにかく痛みのない介助方法を教えてほしい、少しでも痛みを取ってほしい」「認知症かもしれないか

ら進行しないようにしてほしい」と希望された。A様の身体状況を確認し、関節拘縮を改善するための機能訓練、自主訓練指導・ご主人への介助指導を中心に支援を行った。夫はA様と会話をすると返事がなかったり、食い違ったりすることが辛いと話され、必要以上の会話は見られない状態であった。

開始時、A様のベッドはA様の身長に対し低く設定されていた。そのため起居動作の介助を行う際、夫はベッドサイドに中腰で立ち、A様の右上腕を掴み、背中の左側から背中の後ろに手を回して引き起こしていた。半分起き上がるとA様自身が下肢を少しずつベッドから下ろし、夫がさらに体を支えて起こすことでベッド端座位を取った。室内の移動手段であるコマの付いた椅子をA様の右側に置き、A様は左手でベッド柵を持ち、右腋窩と臀部を夫が支えて立ち上がり、A様も中腰の姿勢のまま椅子へ移乗していた。終始A様は眉を顰め、夫も介助を終えると「はーやれやれ」と腰を伸ばしておられ、お二人とも疲労や痛みがあった。

まず、ベッドの高さを変更し、A様が端座位で足底が床に着き、膝より大腿がやや高くなるように設定した。起居動作ではまずA様の膝を立て、A様の膝と右手を持ち、右手で左側のベッド柵を持つように促しながら側臥位を取っていただくようにお伝えする。その後、A様に足を下ろすよう指示を出し、首の下から手を入れてゆっくり体を起こすように介助してほしいとお伝えした。実際に夫に行っていただき、A様への指示は口頭では一度に伝わりにくいため、動かしてほしい場所を少し介助しながら伝えていただくこと、起立性低血圧が起こりやすいため、力を強く入れずA様の動きに併せてゆっくり起こしてほしいことを再度お伝えした。その結果、A様は力む様子や痛みの訴えもなくなり、夫も疲れが見られなくなった。移乗動作では、立ち上がる前に足を引くことができるよう前へ少しずついざるように指示すること、軽くお辞儀をするように介助をして立ち上がり、体が起きるところまで起こして方向転換してもらうようお伝えした。立ち上がる際には痛みがあったとのことだが、夫が体重を支える必要がほとんどなくなり、移乗後の痛みの訴えが減少した。

訪問開始から、夫の介助で起居から移乗までの動作中の痛みの訴えはほとんど聞かれなくなった。背もたれのある椅子座位の保持では痛みが軽減した。訪問開始から2週間経過時に夫から「風呂に入れた」と報告がある。寝たきりの状態となってからはシャワー浴のみ行っていた。洗体時間で腰の痛みに耐えられなくなるとA様は訴えていたが、椅子座位で介助による洗体後も腰痛が少なくなり、試しに浴槽を跨いだとのことであった。和洋折衷型の浴槽はシャワーチェアと同じ高さに設定し、洗体後は座位のまま足を上げて跨ぐことができるようになっている。A様は浴槽周囲の手すりを把持し、夫が立ち座りを介助することで強い痛みの訴えなしに入浴することができていた。A様は笑顔を見せられ、はつきりと入浴の感想などを話されることが増えた。浴槽への入浴が可能になるとA様は入浴する日を楽しみにされ、自ら「今度はいつだったかな」と新聞を見て日付を確認するようになった。徐々に寝返り・起居動作時の腰痛が減少し、全身の関節可動域の改善が見られ始めた。寝返り～起き上がりまでゆっくり自力で行えるようになる。毎朝ご主人が枕元に新聞を準備され、日付の確認とともに一面の見出しを確認することが習慣になる。それまで夫の声かけに対して受動的な活動がほとんどであったA様にとって、主体的に楽しみを持ちながら行う活動となつた。

## (2) 2期：連続テレビ小説をきっかけにA様の社交的であった頃の積極的な会話が増えてくる。

表情も豊かに表出され、ぼんやりとする様子や会話の内容の食い違いも見られなくなる。A様から「もう少し長く座っておれたら」と話される。食事はベッド端座位で行っており、依然として腰痛のために何度も横になって休んでいるとのこと。食事・排泄・週2回の入浴・週3回の透析治療のための移動（片道10分程度）以外は臥床して過ごされていた。ニッカウイスキーに関して夫と共に通の思い出があり、同時期にそれを題材とした新ドラマが開始されたことから、離床する時間を確保するため、朝の連続テレビ小説（15分）を座って見ることを提案する。それまでテレビは臥床したままぼんやりと眺める程度であったが、

新ドラマに強く興味を示され、毎朝座って 15 分テレビを見ることを決められる。食事後、臥床して休憩をした後に再び起きてテレビを見ることになる。

開始直後は番組残り数分のところで臥床するが多くあったが、1週間ほどで端座位で 15 分、視聴することができるようになった。さらにご主人との会話の量も増え、お互いに笑いながらドラマの内容や思い出話をされるようになる。それ以外の場面でも、軽快にユーモアのある会話をされることが増える。徐々に座位時の腰痛が減少し、座位保持可能な時間が拡大し、食事中もケアマネジャーの訪問時にも最長 1 時間座って会話することができるようになる。会話の中で言葉やスピードに特別な配慮を必要としなくなった。

### (3) 3期：自己表現をする活動が行えるようになる。

2期より馬蹄型歩行器での歩行を開始していた。歩行時の腰痛の軽減も見られ A 様の意欲も向上しており、「庭をゆっくり見たい」との希望が聞かれていた。徐々に話を聞いていくと「夫と 2 人で外出できたら良いけれど、車椅子や大きい歩行器を車に積む作業は夫の負担になる。杖を使いながら夫の手に掴まってでも歩けるようになれば」と希望が分かる。馬蹄型歩行器による歩行訓練では、歩行器の持ち方の変更により徐々に歩行器の支持を減らすことで、良好な姿勢で 20m 連続して歩行可能になる。

訪問時に 4 点杖を持参し、杖と介助を利用して歩行訓練へ移行する。開始当初は杖のつき方で戸惑い、姿勢が不良になり、連続した歩行距離が減少したが、A 様は歩行器のない状態でも歩くことができることに喜ぶ声が聞かれた。徐々に歩行時の姿勢も安定し、不整地にも合わせた杖の使い方など歩行能力の向上が見られる。4 点杖でトイレ・台所まで往復 5 m は見守りで安定したため、馬蹄型歩行器のレンタルを中止し 4 点杖のレンタルを開始する。右手に杖を持ち、左手は介助者の前腕部分を持つ歩行訓練を継続することで安定性・耐久性の向上が見られ、30m 連続して歩行が可能となる。

以前は手入れをしていたさつきが咲き始めた頃、それまで「まだまだ外を歩くには早い」と話されていた A 様が自ら「見に行かないと」と言われ、初めて屋外へ杖歩行で出られる。玄関の上がり框には手すりがあり、杖と両方使って昇降することができる。右手は杖、左手は介助者の手を持つことで玄関前の段差 2 段の昇降も行うことができる。地面の凹凸や砂利の摩擦を目で見て確認しながら安定を確保し、「やっぱり中とは違って歩きにくい」と言われながらも、終始笑顔で庭の様子をゆっくり眺めながら歩かれる。さつきの鉢植えの前に椅子を準備していただき、端座位でさつきの観察をされると、「枝がまばらに伸びている。花芽もいつもより少ない。肥料を今年はやってなかったから」と話される。ご主人に必要な肥料などを買ってほしいと、ホームセンターの広告を見ながら依頼されていた。

その後、玄関前の段差昇降・歩行介助方法の練習を夫と行い、バイタルサインの変動が大きくならない活動量、体調の変化など、注意点を確認していただきながら屋外歩行訓練を実施する。座位での腰痛は見られなくなっている、夫の協力で庭に椅子を用意していただき、透析治療のない日には短時間庭に出るようになり、夫が庭の手入れをする様子を見ることが増える。この頃お嫁様が季節の植物の寄せ植えを買ってきて A 様の見えやすい位置に置かれ、感想など会話をする機会があった。息子夫婦は外出時には A 様に一言声をかけ、A 様も「気をつけて」と声をかける機会が増えた。息子夫婦からプレゼントをもらうことはあっても贈ることがなかったとのことで、夫と 2 人でカタログからプレゼントを選んで贈るなど、A 様は色々なことを思いつかれ、それを実行するようになった。

## 4. 考察

A 様は内科疾患に加え腰椎圧迫骨折を合併し、体動時の強い痛みのため著しく活動量が減少していた。身体機能のみではなく精神的な活動性も大きく低下しており、日常的な夫との会話でも声掛けには繰り返しや簡単な言葉への置き換えが必要で、表出には時間がかかるっていた。夫は A 様の腰の痛みの軽減などを

デマンズとして挙げられていたが、訪問を開始すると「最近 A はぼけたことばかり言う」「このままではぼけてしまう」「痛いばかり言うからどうしようもない」という訴えが多く、A 様の認知機能が低下している様子に不安や焦燥を覚え、介護をしている自身の無力感のようなものが感じられた。

1 期で起居動作～移乗動作までの介助指導、ベッドの高さの調整を行ったことで、A 様の動作時の痛みが軽減し、夫の負担も減少した。また、A 様自身の動きを誘導するよう介助を行っていただいたことで、腰痛の減少とともに徐々に A 様自身の力で動作を行えるようになったと考えられる。起居動作は、背部の伸展筋が優位となっていたため、筋や脊椎への負担も大きく痛みを助長していたと考えられる。介助方法により、過剰に腰背部の筋を使用せず、腹筋群も使用した動作が行えるようになったと考えられる。

入浴が行えたことについては、元々シャワーチェアや手すりなど浴室の環境が整っていたことに加え、上記のような A 様自身の身体面の変化や、ご主人の介助方法の変更があったからではないかと考える。入浴活動は、特に日本人にとっては、一時的に心身のストレスを解消できるという特性がある<sup>1)</sup>。入浴により、A 様自身は痛みから解放された快い時間を過ごすことができたと考えられる。また、A 様が入浴を行ったことを夫が担当者へ教えてくださったときの笑顔や明るい声の調子から、実際に A 様の入浴を介助しているときにもその笑顔があつたことが想像できた。さらに、繰り返し A 様に「気持ちよかつたよな、よかつたな」と話しかけられ、それに対して A 様も笑顔で相槌を打つ様子があった。それまで一緒に痛みを耐えてきた夫婦で快い時間を共有し、それを繰り返し確認することで、夫は A 様に快い時間を作ることができたという効力感を感じられ、A 様も夫から向けられる笑顔によって、自身の存在に肯定的な感情を持つことができたのではないかと考えられる。

2 期では依然として臥床傾向にあった生活の中で、座位で楽しむ活動を持つことができるようになった。骨粗鬆症による慢性的な腰痛と体幹筋力の低下等による持久力の低下により、座位保持は 10 分程度で食事中にも 2～3 回の休憩が必要であった。日中は寝返り～起居動作を見守り、夜間は軽介助で行えるようになったことで動作負担が少なくなり、A 様自分で動作を行うことで体幹筋力の出力が増大し端座位保持の耐久性が向上してきたこと、夫との会話が活発になり毎日 15 分見ることのできるテレビ番組に興味を持つことができたことで、日常生活の中で座位時間を確保することができたと考えられる。以前は会話も少なく、A 様は周囲への関心が低下していたが、入浴体験を通して夫との会話も増え、新聞を確認する習慣からも日にちや大きなニュースなど周囲への関心が増えてきたことが分かる。さらに入浴体験が「やつてみればできるかもしれない」という効力感を得るきっかけとなっており、担当者の「番組を 15 分座つて見ませんか」という提案に応じられ、日々継続することができたのではないかと考えられる。また、そのテレビ番組をご主人と一緒に見ることで、楽しみを共有する存在感も得ることができたと考えられる。その効力感や存在感を夫の表情や会話からフィードバックされることで、さらに A 様の主体性が引き出される。そして、新聞のテレビ番組の紹介記事を見てテレビ番組を主体的に楽しんだり、趣味であった漫画の読書を再開したりすることができ、徐々に A 様の自己表現につながる希望に近づくことができたと考えられる。

## 5.まとめ

今回、A様の痛みが強く介助が困難になり、夫以外の人が入浴サービスを実施し、自宅以外の場所で入浴する援助を行っていたら、A様の精神的な活動性の向上、それに伴う趣味活動の拡大には繋がらなかつたのではないかと考えられる。

ご利用者様の動作時の安楽やご家族の介護負担の軽減だけを考えたサービスの選択ではなく、ご家族とご利用者様の関係、行為・活動がそれぞれに与える影響、その後の発展を予測することの重要性を学ばせていただいた。

## 6. 謝辞

論文作成を了承くださったA様とご家族様、論文作成の機会を与えて頂いた実行委員の方、忙しい業務の中で助言くださったパートナー、先輩方に深く御礼申し上げます。ありがとうございました。

## 7. 参考文献

- (1) 澤田雄二 考える作業療法 文光堂
- (2) 奈良勲ほか 老年学 医学書院
- (3) 中村利孝ほか 標準整形外科学 医学書院
- (4) 大田仁史 新・芯から支える 荘道社

## 引きこもりがちな生活から友人の店へ買い物に行けるようになった事例

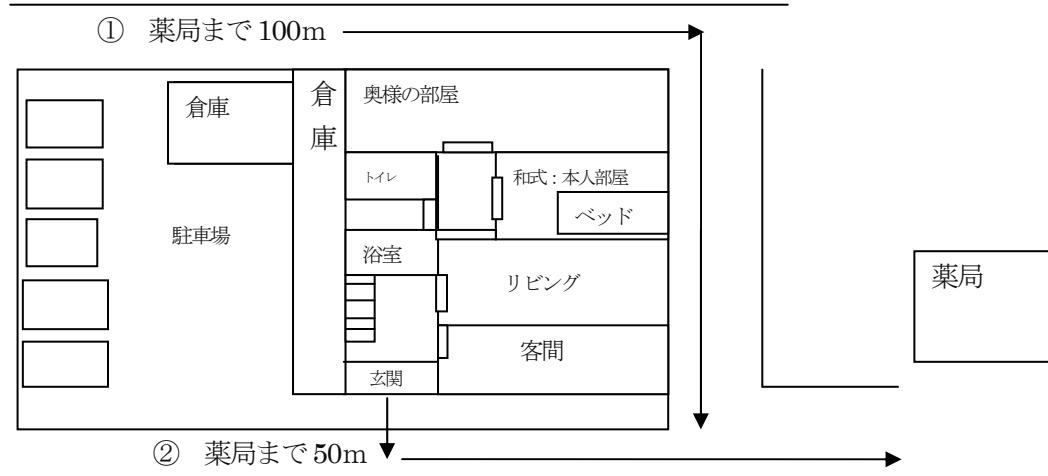
本部センター 訪問看護リハビリステーション 作業療法士 水口 勝貴  
作業療法士 金刺 弥幸

### 1. はじめに

今回、右外果骨折され、不安が強く外出に対する意欲が低下し引きこもりがちな生活となった方の事例を担当させて頂く機会を得た。変化する精神状態に合わせた段階付けを細かく行いサービスを提供したことで、その方は「できる」を知ることにより自信がつき、再び友人が経営する店を訪ねることができたため、以下に報告させて頂く。

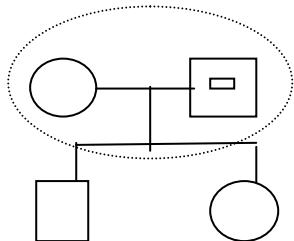
### 2. 事例紹介

- (1) 氏名：A様 年齢：70歳代後半 性別：男性 介護保険：要支援2
- (2) 診断名：右外果骨折
- (3) 既往歴：第3腰椎圧迫骨折、脊柱管狭窄症、高脂血症
- (4) 現病歴：X年Y月に右外果骨折。2か月間保存療法にて治療。受傷前はデイサービスや買い物へ行く意欲があり、地域近隣との交流も頻繁であったが、受傷後は自宅内に引きこもりがちな生活となり、活動意欲や地域との交流頻度も低下している。
- (5) 趣味：囲碁（テレビゲーム）
- (6) 性格：社交的で明るい。自分が決めたことは曲げない性格であるため、納得のいかないことがあれば一切受け入れない。
- (7) 住宅環境



## (8) 家族構成：下図参照。

退職までは義母の兄が経営していたガソリンスタンドを継ぎ、妻と経営されていた。現在はキー・ペーションの妻と2人暮らし。家事全般は妻が支援され、運転免許はお互い持っていない。自動車が必要な時は長女、長男が訪問して支援している。長女は市内にいるため週に何度か訪問に来る。



## (9) サービス：訪問看護（リハビリ）週3回、福祉用具（電動ベッド、歩行器の利用）

**3. 初期評価（X年Y月）**

## (1) 身体・精神機能

MMT 体幹3 レベル。右下肢3～4 レベルで左下肢は4。ROM-T は右足関節背屈10 度、底屈35 度。血圧 114～148／66～80mmHg・脈拍 60～90 回／分・整脈であり、静止時・運動時ともに安定している。歩行に関しては歩行器使用ですり足が目立ち、15m歩行可能。地面の傾斜によりややふらつきがあり、下肢耐久性及び動的バランス能力の低下を認める。

受傷前は地域近隣との交流も多く、友人が訪れたりこちらから会いに行っていたが、現在交流は少なく、自宅に閉じこもっている。

## (2) ADL

FIM：合計 110／126。減点項目のみ記載。

項目	点数	詳細
更衣・下半身	4点	靴下不可。下衣・下着可。
ベッド・椅子移乗	6点	手すり使用。
トイレ移乗	6点	手すり使用。
浴層・シャワー	5点	手すり使用。見守り必要。
歩行	5点	歩行器にて 15m 可能。

**4. リハビリテーション実施計画**

まず始めに、初回訪問時に精神状態の確認及び目標聴取のため面接を実施。この時点では骨折部の荷重及び歩行に対する不安が大きく、目標設定には至らなかった。不安要素を取り除くため、基礎筋力訓練や段階付けた荷重訓練を実施。そして徐々に不安が解消し、「友人の店へ買い物に行きたい。」という意見が聴取できた。合意目標を【友人の経営する店へ歩行車で週3回行き、買い物及び友人と会話が楽しめる。】

(4か月) とし、安定した歩行を獲得するための積極的な歩行訓練及び歩行動作指導、活動性向上のための家庭内役割の提案、自主訓練等のプログラムを本人の精神状態に合わせ、兼任療法士同士で情報共有し立案した。

## 5. 介入経過

### (1) 第1期【退院後、細かな段階付けて「できる」を知り、不安解消した時期】

退院当初、骨折部位への不安があり「まだ、体重をかけたらいけん。もう次こけたらおえんで。歩けんようなるで。」という発言が介入の度に聞かれた。リハビリでは不安を助長させずにできる動作から徐々に自信をつけて頂くために、プログラムを細かく段階付けて提供した。

まずは、臥位で徒手抵抗による足関節底背屈運動、座位で足関節底背屈運動を実施。このプログラムを週3回のリハビリで統一して実施。実施の際の反応はその日の業務後に兼任療法士間で情報共有を行い、今後のプログラムの検討へと繋げた。この時は「意外と動かせる、痛みはない。」と発言された。

次に、手すり支持ありでの立位で、両側同時に足関節底背屈運動を実施。この段階で「動かしても大丈夫そう。この調子だったら杖でも歩けそう。」と発言された。最終的には手すり支持ありの片脚立位姿勢で、足関節底背屈運動を行った。足関節のROMは1か月で底屈35度となり、この数値の上昇を踏まえて本人にも正のフィードバックを実施。すると、「これならまた杖で歩けそう。店へ行ってみたい。」と意欲の向上と捉えることのできる発言が聞かれた。生活内では、退院当初はトイレまで行くことに対しても時間がかかっていたとのことだが、この発言が聞かれてからは不安なく円滑にトイレまで移動できるようになったと話された。

### (2) 第2期【歩行に対し自信が付き、歩行距離が伸びた時期】

骨折部への荷重不安が改善し、介入1か月から積極的な歩行訓練の開始となる。本人の家の隣には広い駐車場があり、歩行訓練を行うには十分なスペースとなっている。友人の店まで行くには車通りの多い道路を通れば50m程度で辿り着くが、車通りを避けると100m以上の距離が必要となる。A様も車通りの多い道での歩行に対して恐怖心があると訴えられたため、A様及び兼任療法士と話し合い、100m以上の距離を歩行車で安定して移動する方向でリハビリを実施することとした。

まずは歩行車を用いて自宅隣の駐車場内の歩行から実施。歩行訓練は約20m×3周を週3回から始めた。歩容としてはすり足が目立ち、足底全面接地の歩行で地面の傾斜によりふらつく傾向となり、やや不安定な状態であった。そのため、訓練時にはすり足とならないよう股関節屈曲を促す声掛けや、地面を蹴り歩くような足関節底背屈の動きに意識を促す指導を実施。指導時は指導どおりすり足とならない歩行が行えるが、しばらく経つとすり足へと戻る。できた動作に対しては正のフィードバックを即座に行った。すると、できていない時でも一言声をかけるのみで修正可能となり、安定した歩行へと繋がっていった。歩行前の血圧130/78mmHg、脈拍72拍であったが、歩行後も140/82、82拍と著変はなかった。

介入2か月後、歩行リハを中心に行つたことでA様より「大分歩けるようになったで。前は腰も曲がつとったけどな。これなら来月には店に行けそう。」との発言があった。また骨折前のように杖で歩きたいという希望も聞かれたため、徐々に歩行距離を延長し、駐車場内は5周（内1周は杖歩行）とリハビリ内容も変更した。また駐車場だけではなく、車通りの少ない道路へ実際に出て歩行訓練も実施した。その際は自ら左右確認をされたり、周囲を気にされたりと非常に注意深く安全確認を行われた。近隣の方とも挨拶をされたり、近所に住む方々の家を紹介してくださった。

歩行の安定性も順調に向上してきたが、天候や体調にも左右される訪問リハだけでは時間が限られており、普段の生活でも歩行頻度が少ないため、自主訓練と家庭内役割の提供を行った。歩行バランス及び足関節の動きが不足していたことから、自主訓練は骨折前に行っていた内容に手すりでの伝い歩き、足関節の底背屈運動を追加した。家庭内役割では、今まで面倒臭さで行えておらず妻に任せきりであった、ポストからの郵便物回収を毎日行うように依頼した。行ったことがA様にも分かりやすいものとなるように、チェックシートを作成し配布した。チェックシートを用いることにより、A様も「分かりやすい」とモチベーションの向上につながった。このように週3回のリハビリと自宅内訓練・役割を約2か月継続し、い

よいよ友人の経営する店への訪問に至る。

### (3) 第3期【友人の店に行き、新たな目標を見い出した時期】

友人の家に行くために車通りの少ない道での歩行訓練を実施してきたが、歩行車で友人の家へ向かう当日（介入4か月後）、A様より「骨折する前の道で行きたい。行けると思う。」との発言があった。A様の想いを尊重すべく、療法士はその場で交通量の確認、信号の変わったタイミング、道路の形状を確認し、今日までの歩行の評価・体調面から実施可能であると判断した。そして車通りの少ないタイミングを見計らい、声掛けを行いながら友人の店を目指した。道中は転倒リスクなく歩行可能であったが、店前の下り坂ではややふらつく場面が見られた。

店に到着すると友人が出て来られ、笑顔で再会することができた。「おお歩いてきたんな。また会えて嬉しい。これからも来てよ。」と声をかけられ、笑顔で会話を楽しんでいた。約10分程度会話され店を後にする。帰路では「次は別の店へも買い物へ行ってみたい。」と話された。詳しく話を伺うと、セニアカーを所持されているとのことであった。さらに歩行に関しても杖を持たずに歩けるようになりたいなど、意欲溢れる発言が聞かれた。

## 6. 結果

### (1) 身体・精神機能

MMT 体幹3レベル。下肢は左右共に4レベル。ROM-T 右足関節背屈15度、底屈45度。バイタルに関しては著変なし。歩行に関しては杖と歩行器を使い分け、すり足は軽減された。地面の傾斜によるふらつきに変わりはないが、歩行可能距離は100m以上になり、下肢の耐久性向上も認められた。

### (2) ADL

FIM：合計110／126。変化項目のみ記載。

項目	初期	最終	詳細
浴層シャワー移乗	5点	6点	何かにつかまれば自力で可能。
歩行	5点	6点	歩行器及び杖にて50m以上可能。

A様の精神状態に合わせ兼任療法士間で情報共有を行い、細かな段階付けを行ったことで、A様は成功体験を積み自信がついた。その結果「友人の店へ行きたい」という前向きな発言が聞かれ、リハを継続して友人の店へ行くことができた。さらに、遠く離れた店へセニアカーを使って買い物へ行きたいという前向きな意見も聞かれた。

地域近隣との交流も増え、自ら交流の場へ出向いて他者と触れ合う機会が増えた。

## 7. 考察

今回右外果骨折され、不安が強く外出に対する意欲が低下し、引きこもりがちな生活となった方の事例を担当させて頂く機会を得た。その方は、変化する精神状態に合わせた段階付けを細かく行いプログラムを提供することで、「できる」を知ることにより自信がつき、再び友人の経営する店を訪ねることができた。さらに新たな目標が見いだせたことに対して、重要なと思われる2点について以下に考察する。

1点目は「精神状態に合わせ細かく段階付けたプログラムで自信がついた。」という点である。リハでは初回面接で目標を決めることが重要であるが、A様は歩行に対する不安が大きく閉じこもりとなっていたため、初回面接では内発的動機付けは難しいと考えられた。そして、言葉による外発的動機付けよりも、できる動作を知って頂くことが最大の動機付けになると考えた。リハでは不安な精神状態を確認しつつ、細かく段階付けたプログラムを提供した。部分的な動作練習から臥位、座位、立位と姿勢を変更し、徐々

に自重に耐えられることを認識して頂いたことで、A様の許容動作範囲が拡大し、不安解消に繋がったと考える。そのような小さな成功体験を積み重ねたことで自信がつき、A様の心に「歩けそう・歩きたい」という変化が芽生えたことも考えられる。また、兼任療法士間でリハ後の様子を話し合い、次回の訪問時にフィードバックを行ったことはA様の「できた」という気持ちを思い出させ、より高い自信へ繋がったのではないかと考えられる。情報共有を行うことはA様へのフィードバックのみならず、様々な視点からプログラムを立案することにつながった。それにより、プログラムの内容がA様の希望により沿つたものとなり、円滑な成功体験の積み重ねに繋がっていったと考えられる。

2点目は「他者との交流は閉じこもりを改善させ、更なる意欲を湧きたたせる。」という点である。創心流リハケア講座では、閉じこもりは生活空間や対人交流が狭小化することで起こるとされている。A様は受傷前は他者との交流機会が多く、友人が来られるか自ら会いに行くかのどちらかを頻繁にされていた。しかし、今回受傷された後はその機会が極端に減少していた。このことから、A様の重要な役割として他者交流が考えられた。友人の経営する店へ再び行きたいという発言も、この他者交流が関係して行われたものであると推測される。実際に友人に会うことができた時、リハでは見られないような笑顔で会話が盛り上がり、友人も喜ばれていた。A様の社会的欲求が満たされたことで心に余裕ができ、新たに買い物へ行きたいなど意欲溢れる意見が聞かれたと考えられる。

以上の2点が、今回目標達成できた大きな要因であると考えられる。今後もご利用者様の人柄、精神状態に合わせた細かなプログラムを提供することにより、その人らしさを引き出していきたい。

## 8. 謝辞

今回、論文作成に当たりA様とご家族様及び協力して下さったスタッフの方々に深く御礼申し上げます。

## 9. 引用・参考文献

- (1) 作業で語る事例報告
- (2) 創心流リハケア講座資料

## 目標を共有することで役割の再獲得に繋がった事例

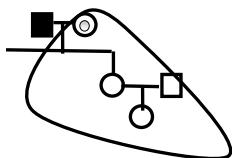
本部センター 訪問看護リハビリステーション 作業療法士 青木 貴嗣

### 1. はじめに

3度の腰椎圧迫骨折のため臥床傾向となり、それまで行っていた自営業の雑貨屋の店番ができなくなった。会話の中から雑貨屋に対する想いを聴取することができ、雑貨屋の店番という役割の再獲得に向けたアプローチを実施した。目標を共有し作業に対する目的を明確にすることでモチベーションが維持され、役割の再獲得に繋がった事例を以下に報告する。

### 2. 事例紹介

- (1) 事例 : A様、80歳代後半、女性
- (2) 家族構成 : 娘夫婦、孫、A様の4人暮らし



- (3) キーパーソン : 娘
- (4) 主疾患 : 腰椎圧迫骨折
- (5) 既往歴 : 上腕骨骨頭骨折、糖尿病、高血圧
- (6) 生活歴 : 舅の介護をしながら、食料品・煙草を中心とした小さな雑貨店を営んできた。夫はX-27年に胃癌で死亡。娘家族と同居。40代から糖尿病の内服治療をしていた。X-8年からインスリン自己注射を開始した。X-14年に自動販売機が倒れ、右大腿骨を骨折。X-10年に、自転車で転倒し腰椎圧迫骨折となった。X-7年1月にも踏み台から転倒して再び圧迫骨折となり、1か月間入院した。X-2年12月心不全のため2週間の入院。X-1年12月31日に玄関先で転倒。右肩骨折と腰椎圧迫骨折のため入院となる。
- (7) 介護度 : 要介護2
- (8) 趣味 : 以前は編み物をしていたが、視力低下や手先の痺れのため現在は行っていない。
- (9) 友人、地域との関係 : 公民館の集会・サークル活動は苦手。仕事柄地域住民との交流がある。
- (10) サービス利用状況 : 訪問リハビリ 2/w (60分)、デイサービス (以下DS) 1/w
- (11) A様のデマンズ : 腰が痛い
- (12) 家族様のデマンズ : 腰痛があり、介護が負担となっている
- (13) 介入経緯 : ご家族様の要望により、弊社の訪問看護を週1回サービス利用再開となる。受傷から4か月経過した頃より引継ぎ介入となる。

### 3. 作業療法評価

- (1) Manual Muscle Test (以下MMT) . 下肢4、上肢4
- (2) Range Of Motion (以下ROM) . 上下肢に著明な制限なし
- (3) 座位
  - ・立位バランス : 観察にてバランス評価を実施。
    - 座位 : 外乱刺激に対し立ち直り反応が見られる。
    - 立位 : 後方への動搖が見られるが外乱刺激に対し立ち直り反応が見られる。片脚立位は転倒リスクを考慮し未実施。閉眼で動搖増大している。

(4) Visual Analogue Scale (以下 VAS) 9/10

(5) Functional Independence Measure (以下 FIM) 91/126、運動項目 60/91、認知項目 31/35 (主な減点項目を記載)

運動項目	得点
更衣 (下半身)	2点
トイレ動作	3点
移動 (歩行)	2点
移動 (階段)	1点

(6) 聞き取り :

A様は受傷以来臥床傾向にあり、食事は娘が準備し、自室ベッド上端坐位にて食事。入浴は娘が介助し、2日に1回程度自宅で入浴していたが、腰痛もあり娘の介助の限界を感じ、受傷後3か月目に他社DSで週1回の入浴となっている。排泄では尿意・便意を感じると自室にあるブザーを鳴らす。起居動作を介助し、馬蹄型歩行器を使用して、後方介助でトイレまで移動している。

腰椎圧迫骨折の影響により、何をするにも疼痛が出現している。前回の腰椎圧迫骨折ではすぐに歩けるようになったが、今回は疼痛が強く出現し、良くならないことに対するイライラが強く、精神面に波があり不安定な状況である。また日中の活動性の低下、長期臥床により下肢・体幹筋力の低下も進行している。疼痛出現の不安からできることもしていないことが多い。

#### 4. 作業療法実施計画

作業療法評価から、腰部の疼痛による日中の臥床傾向により基礎体力や筋力低下が見られ、活動量も減少している。まずは筋力訓練、体幹のリラクゼーション、歩行訓練を実施し、基礎体力の向上、室内移動の耐久性向上、腰部の疼痛軽減の獲得を図る。腰部の疼痛に不安も見られ、できることはあるが現在行っていないことも多く、環境整備やADL動作の指導を実施し、ADL動作の獲得を図る。

療法士は毎回の作業に対する目的を明確化し、説明を実施する。ご家族様、ケアマネジャーと情報を共有し、即時でのプラスのフィードバックを行う。

##### 【目標設定】

###### ①第1期の目標

短期目標	トイレまでの歩行が安全に行える。
長期目標	日中、娘様と散歩に出かけることができる。

###### ②第2期、第3期の生活行為目標

病院や歯医者まで杖なしで歩きたい	
合意目標	歩行器を用い娘様と歯医者まで行く
実行度 1/10	満足度 1/10
お店を再開したい	
合意目標	一時間店番を行う
実行度 1/10	満足度 1/10

## 5. 介入経過

### (1) 第1期：できることを知ることで目標の設定ができた時期

訪問リハビリでは、トイレまでの移動動作の獲得を目的とした筋力向上訓練、起居動作訓練、座位保持訓練と基礎体力向上訓練を実施した。介入当初は腰痛が良くならないことに対する不満から、「前はすぐに良くなった」「イライラする」という発言が見られる。起居動作訓練では、動作を細かく段階付けた動作指導を行い、環境面では介護用ベッドの高さの調整を行った。基礎体力の向上、動作指導、環境調整により、起居動作時の腰部の疼痛が軽減した。

この時期より、ベッド上の訓練から屋外へ向けた歩行訓練・段差昇降訓練を開始した。屋内歩行では4点杖を使用し、トイレまでの往復約10mの歩行訓練を実施した。当初は左右のふらつきがあり、軽介助から即時介助レベルであったが、反復して実施することで見守りレベルまで歩行の耐久性・バランス能力の向上が見られた。屋外歩行では歩行車を使用し、友人の家までの約50mの歩行訓練を実施した。休憩を取りながら何とか歩行可能であるが、疲労感・疼痛が出現する。歩行時には腰部の疼痛から過度に歩行器へ体重をかけるため前傾姿勢となり、左肩関節にも疼痛が出現するようになった。また歩行時は足指が地面から離れずすり足になっており、口頭指示により歩幅を拡大し歩行を促すが、歩容の改善には至らなかった。

段差昇降では、段差が高く段差自体が不安定である。左側にある手すりを持って昇るが、重心が後方にあり後方介助で殿部を支えるため、中等度の介助が必要である。また反対側は手すり等がなく、戸棚を持ちバランスも不安定であるため、ご家族様と話し合い住宅改修の検討を行った。

起居動作時の疼痛が軽減し、歩行の機会が増え、A様が「できる」ということを知り「もう少し歩けるようになれば、店に出られるかもしれない」という発言を聴取することができた。A様と話し合い、具体的な生活行為目標を再設定し、本人様、ご家族様、ケアマネジャーと共有する。腰部の疼痛に対する発言は見られるものの、「できることができてきた」というプラスの発言が多くみられるようになった。

### (2) 第2期：歩行の安定によりトイレ・雑貨屋までの導線が獲得できた時期

この時期に住宅改修を行った。自室から雑貨屋までの移動時の段差を低くして、安全性を確保した。また、雑貨屋の家具の配置を変更し、休憩椅子の設置を行う。段差昇降では環境整備を行うことで、中等度介助から努力的ではあるが見守りで可能となった。屋外へ出る際には部屋着から外出用の服へ着替えるよう促しを行うが、他者との交流にまで目が行かず「このままでええな」と言われる。屋外歩行訓練では耐久性が向上し、最寄りの歯医者までの約300mを安定して歩行することが可能となった。腰部の疼痛の減少により歩行時の前傾姿勢も改善され、大股で歩くことを意識することですり足も改善され、「足のする音が聞こえんようになったな」と言われる。屋外へ出ると、地域や雑貨屋の常連客と会うことが多くあった。その際に「歩けるようになつとるな」「はよ、店に出えよ」等の声掛けがあり、「もう少ししたら店も出れる」等モチベーションの向上にもつながっている。お盆の時期には、お彼岸の花の注文を自室でされる姿があった。受傷以来店の手伝いをすることはなかったが、モチベーションの日常場面での変化も見られるようになった。

### (3) 第3期：トイレや更衣などの店に出る準備が出来た時期

屋内歩行では、独歩で雑貨屋からトイレまで約20mを往復することが可能となった。屋外歩行訓練では、最寄りの病院までの約800mを休憩なく実施できるようになった。この時期から、屋外歩行の際には「何か着ていこうか」という発言があり、着替えをして実施した。準備は必要であるが、下位更衣では左右の履く順番等の動作指導を実施すると、時間はかかるが見守りで実施可能であった。腰部の疼痛が減少したことにより体幹の前屈も可能となり、端座位で足指まで手が届くようになることで、靴下の着脱やベッド

周辺の片づけもできるようになった。また、下位更衣が安定してできるようになることでトイレ動作も娘様の見守りで可能となり、介助負担の軽減が見られる。

担当者会議での話し合いにより、A様の体力面の不安から変更できていなかったが、DSの利用を週1回から週2回へ変更することとなった。福祉用具も室内は馬蹄型歩行器を使用していたが、歩行車へ変更となった。

会話から「気分がたいぶ楽になった。」「起き上がったりするのが億劫でない」というプラスの発言も多く聞かれる。また、以前は娘様と車で歯医者や病院を受診していたが、この時期から娘様の促しのもとではあるが、歩行器を使用して娘様と一緒にに行くようになり、「怪我してから初めてリハビリ以外で外を歩いた」とできたことを実感し、その話を嬉しそうにする場面が見られた。訪問時にもベッドで横になっていることが減少し、ベッドに座り正月のハガキの注文など雑貨屋の作業をされていることが多くなった。「電話が忙しい」「私がせんといけん」等仕事の話をされることも多く見られ、店番にも数回はあるが1時間ほど出ることができた。

## 6. 結果

(1) VAS 初回9/10、最終4/10

(2) 初回91/126、最終104/126 (加点項目のみ記載)

項目	初回91/126	最終104/126
更衣(下半身)	2点	5点
トイレ動作	3点	5点
移動(歩行)	2点	5点
移動(階段)	1点	5点

(3) 生活行為目標

生活行為目標	初回	最終
①病院の歯医者まで杖なしで歩きたい 合意目標：歩行器を用い娘様と歯医者まで行く	実行度1/10 満足度1/10	実行度7/10 満足度5/10
②お店を再開したい 合意目標：一時間店番を行う	実行度1/10 満足度1/10	実行度2/10 満足度1/10

下肢・体幹の筋力、基礎体力が向上し、動作指導により起居動作の腰部の疼痛が軽減したことで、日中の臥床傾向が減少した。また、FIMより更衣、トイレ動作、移動、階段昇降の機能的自立度の向上が見られた。バランス向上、歩行の耐久性向上により、病院受診の際は娘と歩行器を使用している。腰部の疼痛が軽減したことにより、現在では起居動作をスムーズに行うことができ、気分の変動が少なくなったことで「気分が楽になった。」という発言があった。日中はベッドに座り、ハガキやお彼岸の花の注文や電話での対応を行っている。さらに、ご家族様が店にいない時には長時間ではないが、1時間程度店番をすることができている。

## 7. 考察

今回、3度の腰椎圧迫骨折のため臥床傾向となり、それまで行っていた自営業の雑貨屋の店番ができなくなったA様を担当する機会を得た。会話の中から雑貨屋に対する想いを聴取することができ、雑貨屋の店番という役割の再獲得に向け、目標を共有し作業に対する目的を明確化することでモチベーションが維持され、生活場面に変化が見られた。生活場面の変化に至った大きな要因として以下の3点が考えられる。

1つ目として、目標・目的を明確化し、それをA様・家族・ケアマネジャーと共有したことが挙げられる。本来であれば初回の時点での具体的な目標設定を行うことができず、基礎体力向上に向けた訓練を主に

実施していた。その際の会話の中から「雑貨屋」というキーワードを聴取することができた。20歳代から雑貨屋を営み、A様にとって大切な役割であることが窺えた。A様も「店に出たい」という強い希望があり、目標の再設定を行った。本人様の価値観に沿った目標を設定できたことでA様の内発的動機付けとなり、モチベーションが維持されたと考える。更には目標を家族・ケアマネジャーと共有することで環境も見直すことができ、歯医者や病院受診の際にも娘様が付き添い歩いて行くという活動場面の拡大にもつながったと考える。

2つ目として、「できる」ということを知り、「できた」という成功体験を積み重ねることで自信となり、大きな効果が得られたのではないかと考える。また、できしたことに対し、プラスのフィードバックを即時に行うことによりリハビリ効果が増大し、報酬系に働き掛け快刺激を与えたのではないかと考える。それまでは具体的な目標設定を行うことができず、基礎体力向上に向けた訓練を主に実施していたため、実現可能な動作も行っていないことが多かった。成功体験を多く積み重ねることができたことで、「できることが増えてきた」「もう少し歩けるようになれば、店に出られるかもしれない」という発言に繋がったのではないかと考える。

3つ目として、屋外歩行訓練中に地域の方々との交流の場が生まれ、「早く店に復帰して」という声が多く聞かれたことで、A様にとって社会参加の場である雑貨屋への復帰の意欲が向上し、同時に自己効力感も高まったのではないかと考える。また、結果から更衣動作の改善が見られ、更衣動作では屋外歩行の際、着替えを促しても着替えることはなかった。しかし、起居動作の獲得、疼痛の軽減により動作が拡大したことに加え、季節を感じることや他者を意識することに目が向き、「何か着て行こうか」という発言となり動作の改善に繋がったのではないかと考える。

## 8.まとめ

今回の生活行為目標である「①歩行器を用い娘様と歯医者まで行く」に対しては、実行度7/10、満足度5/10とA様の活動範囲の拡大ができた。「②お店を再開したい」という目標は実行度2/10、満足度1/10とA様にとって役割の再獲得までには至らなかった。しかし、訪問時に自室でお彼岸の花の注文や正月の年賀ハガキの電話をしている様子を確認することができた。また、A様から「電話が忙しい」「やっぱり私がせんといけん」という発言があった。以上の2点から、雑貨屋の仕事に携わることや役割の再獲得ができたのではないかと考えられる。

今後もサービスを継続し、A様がご自宅での生活を有意義に過ごすことができ、雑貨屋の店番を行うことができるよう支援していきたい。雑貨屋に出ることで、地域との交流の場を作り、A様らしい生活を送って頂きたい。

## 9. 謝辞

今回論文作成に当たり協力して下さったA様とご家族様、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申し上げます。ありがとうございました。

## 10. 参考文献

- (1) 作業で語る事例報告
- (2) 創心流リハケア講座資料

## 就労を目指す方へのアプローチ

岡山センター リハビリ俱楽部築港 介護職員 湯浅 純也

### 1. はじめに

岡山ブロックではリハビリ俱楽部・五感リハビリ俱楽部の各事業所が事例を持ち寄り、一つの事例に対して看護師、作業療法士、理学療法士、言語聴覚士、介護福祉士、生活相談員、介護支援専門員などで検討する多職種事例検討会を設けている。今回、リハビリ俱楽部築港から挙げている事例について多職種事例検討会で話し合い、様々な視点から意見を頂き支援を行った。

リハビリ俱楽部築港（以下、デイ）では、就労支援B型のNPO法人未来想造舎和一久（以下、和一久）に通われ始めた方を事例として挙げており、和一久での活動を通して、A氏の就労に対する意識や働く上で必要な身体のケアに変化が見られたので、その経過について以下に報告する。

### 2. 事例紹介

- ・A氏 性別：男性 年齢：50歳代前半 身長：169cm 体重：83.3kg

- ・介護度：要介護1

- ・疾患名：脳梗塞（高次脳機能障害、失語症、右片麻痺） X年発症

- ・既往歴：糖尿病

糖尿病のコントロールに対する意識はご利用開始時と比べると良くなっているが、X+9年8月4日に病院で血液検査を実施するとヘモグロビンA1cが7.9と高値を示す。食生活・飲酒のコントロールと運動療法が必要である。

- ・服薬状況：エクア錠50mg コレステロール：258mg/dL（基準値134～220）

- ・血糖値：236mg/dL（基準値80～110） ヘモグロビンA1c：7.9%（基準値4.6～6.2）

- ・趣味：園芸・飲酒・夜釣り（夜釣りに関しては現在行われていない。）

- ・BRS（ブルンストロームステージ）：上肢III 手指IV 下肢III

右片麻痺の症状は、痛覚・触覚ともに右上下肢鈍麻である。また、右上肢は普段からあまり使っておらず、和一久での様子を見ると物を押さえたりシールを剥す動作はできているが、効率の悪さが窺える。肘関節は自力で伸ばすことは可能だが、曲げる動作が行えない。また、麻痺手指先の曲げ伸ばしも行えない。母指と示指のつまみの動作は行えるがピンチ力は弱い。

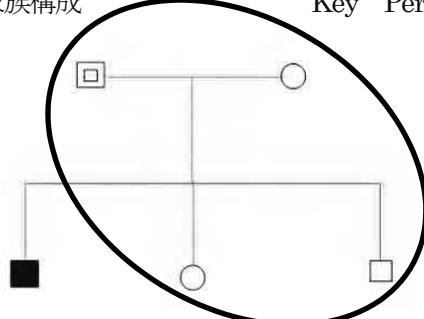
- ・失語症の状況：表出は単語のみで伝えたり、表情やジェスチャーを上手く活用し他者とのコミュニケーションを図っている。理解に関しては、3語文までは理解できている。

- ・バイタルサイン：（血圧：141/80mmHg 心拍数：72回/分 体温：36.8°C いずれも1か月当たりの平均値）

- ・ADL：概ね自立している。歩行は一本杖歩行で安定されている。階段昇降は壁に寄り掛かるようにして杖なしで行っており、昇る際に数回躊躇が見られる。

家族構成

Key Person : 妻



- ・家屋状況：市営住宅の5階に居住。階段は1段25cmで手すりは付いていない。今後2階への引っ越しが決定している。家屋内は段差等が少ない環境である。
- ・家族内役割：買い物（歩いてスーパーやホームセンターへ行く）、家庭菜園の世話
- ・デマンズ：園芸を続けたい。最終目標はデイを卒業し就労したい。趣味活動（釣り）の再開
- ・ご家族様希望：役割である買い物を続けて、現状維持が目標。
- ・サービス利用：デイ：2回／週 和一久：2回／週
- ・和一久利用経緯：A氏は家庭内で役割（買い物や家庭菜園の世話）を持って活動され、デイの訓練でも階段昇降や床体操に積極的に参加され、上下肢の筋力維持、体力向上を図っていた。デイの中でも役割（植物や野菜の水やり等）を持つ中で社会復帰を目指にし、そのためには和一久に行くことから始めてみるのはどうかと提案した。元々、就労に対して興味を持たれていたが、和一久へ通うと公共交通機関を利用するようになるため、収入と交通費を考えるとマイナスの収支になってしまうこと、お一人での移動に自信がないことを気にされていた。しかし、送迎付きでの就労という提案をすると、「それなら行ってみたい」と前向きに気持ちが変化し、X+9年6月4日から見学を開始されることが決定した。6月中に5回の見学予定であったが、6月末に身内にご不幸がありメンタル面での落ち込みが見られ、暫く和一久に通われなくなる。その後8月から徐々に状態が良くなってきたため、9月から本格的に2回／週で利用開始。
- ・第一印象：笑顔も発語も少ない印象であった。
- ・現在：訓練の意欲が高まり、新しいメニューを提案させて頂くと喜んで取り組むようになっている。訓練には真剣な表情で臨んでおり、担当者が正のフィードバックを行うととても嬉しそうな表情を浮かべる。また、就労支援に参加することで、趣味として行っていた釣りも再開したいという言葉が聞かれるようになった。

### 3. デイや和一久での活動内容

- (1) デイ：来所され血圧測定を実施。すぐに、デイで役割として栽培されている野菜の水やり・採取を行う。その後、フィジカルトレーニングを黙々と行われ、1回／週ベッド上で右上肢を中心にストレッチを実施したが、背中から腰に掛けて張りが目立つために椅子にて担当者がストレッチを実施。A氏でもストレッチを実施している。1回／週で2階に上がり、床体操を実施。正しい呼吸法を理解され、入念にストレッチを行っている。機能訓練には自主的に取り組んでいる。午後になると、集団メニューでの脳活性トレーニングに参加し、その後は持参しているナンバープレイスの問題を仲の良いご利用者様と同じ席に座り解かれる。デイの中では、自立して歩行や訓練の準備を行っている。
- (2) 和一久：作業内容は日によって異なっている。契約書の製本作業や用紙を半分に折る作業、カルテのインデックスを順序通りに並べる、椎茸男のシール貼り、木材を電動のこぎりで切る等様々な作業を行っている。製本作業ではシール貼りを行う際に右母指のつまみの動作が時間を要することと、細かい物を掴むことにやりにくさがある。電動のこぎりの作業は切る板を長椅子に乗せ、その上に座り、健側手で器用に電動のこぎりを使用する等、麻痺があることも忘れるほどに動作されているとの担当者の声も聞かれる。どの作業においても、A氏が工夫して作業されている。

#### 4. 長期目標、短期目標

長期目標（期間：約1年後のX+11年3月）：デイを卒業しB型就労に完全移行する。

短期目標（期間：3か月後のX+10年2月、5月）：デイ2回／週で和一久3回／週へ移行。麻痺手で商品の袋を押さえ、左手でシールを貼る動作が〇分で〇袋できる。

- (1) 長期目標はA氏と話し合い、約1年後のX+11年3月中に達成できるよう設定する。卒業後B型就労に完全移行するためには、一般の方とのコミュニケーションが上手く取れるようになること、デイは利用されないため、A氏の身体のケアや食事の管理を徹底して行えるようになると、作業効率が向上し、全ての仕事が完璧に行えていると和一久の担当者から評価されることが必要であると考える。A氏の最終目標である一般就労は、デイが最後まで携わることは難しいと考えたため、B型就労又はA型就労先の担当者へ引き継ぎ、A氏の意向に沿った就労支援が実現できるよう支援する。
- (2) 短期目標の「デイ2回／週で和一久3回／週へ移行」はX+10年2月、「麻痺手で商品の袋を押さえ、左手でシールを貼る動作が〇分で〇袋できる」はX+10年5月に達成できるよう設定する。A氏が最もやりににくいと感じている作業を効率的に行えるようになることが重要であり、この短期目標を達成するため、疑似動作訓練としてティッシュを摘まんで取ることやペグ動作訓練を提案する。趣味活動に関しては、A氏の「釣りをしたい」という希望を冬に聞いたことから、暖かくなつてから実行できるよう、夏に入る前のX+11年6月～7月頃に達成できるよう支援する。動作面で釣竿を患側上肢で持ち、リールを健側で巻く動作や、餌を取り付ける動作、立位でのバランス保持等が上がっており、デイでの疑似訓練を実施する。

#### 5. 介入経過

##### (1) 初期（～1か月目）

X+9年6月の1か月間の体験で、初めの2回の体験後に、担当者が「昨日はお疲れ様でした。どのような作業をされたんですか？」と問うと、A氏から「シール貼りとイカを袋に詰めた。」と嬉しそうに話していた。また、A氏から「必ず和一久で今後も活動を続けていきたい。」との発言が見られ、前向きに進んでいたが、当月末にA氏の親族のご不幸によりメンタル面での低下が見受けられる。それに伴いデイを翌月のご利用まで休むと同時に、残りの和一久での体験を途中で辞めてしまった。

##### (2) 中期（2か月～3か月）

X+9年7月1日から8月26日まではメンタル面でのサポートを行う。就労に対する意欲がなかなか湧かない中でも、A氏は「落ち着いたらまた再開する」と話していたため、デイではご不幸に関しては触れることなく、これまで通り和一久で働く上で必要な体幹トレーニングを中心に取り組むよう支援した。その間にA氏も落ち着かれた様子であり、X+9年8月27日に和一久での体験を再開した。そして、X+9年9月から本格的に和一久での就労が決定する。

##### (3) 後期（3か月～8か月）

X+9年9月からX+10年2月に至るまで、和一久に休むことなく通えている。また、X+9年12月には和一久での活動を1日増やす提案を行い、検討しながらデイと和一久を併用する。一方で、座つて行う作業が比較的多いため、X+10年1月下旬に腰痛の訴えがあった。そのため、作業の合間にスト

レッヂを行いながら、座り続ける時間を短くしていく。デイでは和一久の担当者と連携を取り、椅子座位での上肢のストレッチや腰部のリラクゼーションを実施し、就労で疲れを溜めないために身体面でのケアを行う。同時に、床体操での体幹トレーニングも継続する。

\*今回、サービス提供をしていく中で、自事業所のみではなく冒頭でも記載したブロック内での多職種による検討を行い、その内容を自事業所に持ち帰り、再度検討しサービス提供を実施。その検討内容の一部を添付する。



<多職種事例検討会の質問等>

(第1回検討会・質問)

Q: 53歳の若さで旦那、父親の中での役割を明確にできればよいのではないか?

A: 今後、B型からA型に移行する場合、耐久性、作業能力の分析を行い、就労での様子を観察する。

また、家事等できることは行っている。買い物に一人で行かれている(食材や畑に必要なもの等)。

Q: 腰痛悪化に対する具体的アセスメントは取れているか?就労で困っていることはないか?

A: 麻痺手の緊張が強い(就労中)ため、手のストレッチを行っている。就労で困っていることは特にない。

Q: コミュニケーションはどの程度取れるのか?家庭菜園の内容や頻度はどうなのか?

A: コミュニケーションに関しては、言葉を発するようになっている。難しい言葉を思い出すのには時間がかかるが、意思は伝えて下さる。家庭菜園は毎朝水やり、時間がある時は左膝を突いた状態で草抜きをされている。大根や春菊・水菜を栽培し、家で食べるのを目的とされる。デイで春菊を栽培予定(10月中)。

(第2回検討会・質問)

Q: 旅リハ等の参加は?

A: 集合場所への移動手段に不安がある様子。休みは奥様とゆっくりしたいとの思いや経済的な理由から、現段階での参加の意思は見られない。

Q: 就労はどのような内容なのか?

A: 電動のこぎりを使って木を切ったり、袋に食品を詰め込む作業を行っている。

Q: 通勤手段は?

A: 送迎車で通われている。今後、社会復帰に向け、バスでの通勤も考えている。

Q: 失語症や運動麻痺の程度のアセスメントは取れているのか?

A: 失語症の程度としては、3語文までは理解できている。また、ジェスチャーを上手く使い意思の表出を図られている。運動麻痺の程度は、集中して作業をすると筋緊張が出てしまう。

## 6. 結果

長期目標として掲げた「デイを卒業しB型就労に完全移行」の達成を1年後に控えながら、今回は短期目標である「デイ2回/週、和一久3回/週へ移行」について、X+10年2月から利用体系の変更を行い、目標達成することができた。今後は1日ずつ和一久の回数を増やすとともに、デイの利用回数を減らしていくよう支援する。「X+10年5月に、麻痺手で商品の袋を押さえ、左手でシールを貼る動作が〇分で〇袋できるようになる」は、つまむ動作の擬似訓練であるペグやおはじき掴み等を継続することで達成できるようにしていく。和一久での取り組み状況を見学に行けるよう連携を取る必要を感じている。また、趣味活動に対するアプローチも並行して行っており、A氏もやる気で「まずは安全な場所での川釣りから」と話している。このように、趣味活動にも再び取り組もうという気持ちが表れる結果が出せている。

## 7. 考察

今回の短期目標達成は、関わる方全ての方々のサポートはもちろん、目標に対して一番強い思いを持っていたA氏の努力によるものだと感じている。デイでは何をする時にも、まずA氏自身で工夫をしながら介助なしで解決しようとされている姿が目に付く。担当者としても、できることはA氏に行ってもらうことはもちろん、できるかどうか分からぬことにもチャレンジして、「できる」を知って頂く機会を作ることができたことがよかったです。

また、「就労したい」や「趣味活動を再開したい」という気持ちの余裕が出ているのは、意思の疎通が上

手く図れるようになってきてから、A氏も考え方や想いを担当者に伝えることができ、ストレスの軽減が図られているためではないかと考える。

活動面では、働く上で障害を感じさせないほどの動作や工夫ができているため、和一久での作業をより効率的に、全ての作業を完璧に行えることが長期目標を達成するための大変なポイントになると考える。

現在デイでは、和一久での作業でやりにくく感じているシールを剥す動作の訓練を、ペグやティッシュを取り出す動作により行っている。

今後もできることを多く知って頂きながら、自信を身に付け、1日でも多く和一久に通える環境を整えていく必要がある。

## 8. 今後の課題

作業効率を上げるために取り組んで頂きたいことは、麻痺手母指のピンチ力強化である。和一久で行われている作業では、上手く患側を活用（物を押さえる等）できているが、シールを貼る作業にやりにくさを感じている。考察にも記載したように、全ての作業が効率よく行えるようになるためにも、つまむ動作の訓練を行う必要があると考えている。

## 9. 謝辞

今回論文作成に当たり協力して下さったA氏、論文執筆の機会を下さった皆様、ご指導、ご協力頂いた担当者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。

## 10. 参考文献

- (1) 創心流リハケア講座資料
- (2) 大田仁史：新・芯から支える

## 「自宅復帰困難」と思われたご利用者様がご家族様・訪問看護リハビリテーション・デイサービスの連携により「在宅生活可能」となった事例

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 塩見拓也  
中洲センター リハビリ俱楽部中洲 介護職員 岡田美弥

### 1. はじめに

左被殻出血により重度の右片麻痺を呈し、病院では「自宅復帰は困難ではないか」と考えられていたご利用者様が、ご家族様の協力・訪問看護リハビリテーション(以下、訪看リハ)・リハビリ俱楽部中洲(デイサービス)の連携により「在宅生活が可能」となった事例を経験したため、以下に報告する。

### 2. 事例紹介

50歳代後半の男性(以下A様)。生後3ヶ月で両神経性難聴と診断され「聾」となる。6歳の時、聾学校に通うため寮での生活を経験する。そのため、「1人になること」や「孤独」に対して嫌悪感があり、病前から家族に「自分が病気になつても施設だけは入りたくない」との発言があった。

性格は几帳面、短気、寂しがりで不安が強い。病前から妻に高圧的な態度を取ることも多かった。

仕事は電気製品ラインに勤めた後、バイク修理屋の仕事を行なうが、人間関係が原因で1週間で辞めている。その後は定職に就かず、実家の自営業(農業)の手伝いを日々行なっていた。病前の生活スタイルは、昼間寝ることが多く、夜間に自分の好きなことをしていた。

趣味は、バイクに乗ること・テレビを観ること・ペットを飼うこと。

(1) 現病歴:X年Y月、自宅前で倒れているところを近所の人が見つけ、A病院に搬送される。その後、B病院にリハビリ目的で転院する。X年Y+7月に本人の強い希望で自宅退院となり、同時に訪看リハ・デイサービスの利用となる。

(2) 主疾患:左被殻出血

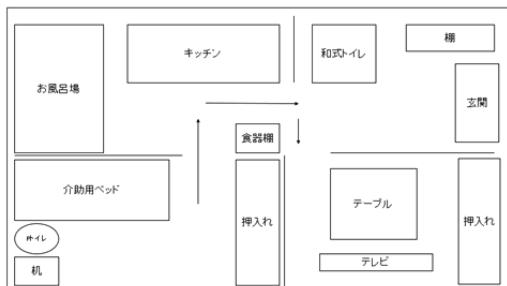
(3) 既往歴:聾・高血圧

(4) 介護保険:要介護3

(5) 家族構成:妻と同居。娘2人(県内在住)、孫5人、キーパーソンは妻。

(6) 住宅環境:借家で狭く、2部屋の通路は50cm程度で車椅子での移動は困難。自宅退院に伴いレンタルベッド、ポータブルトイレを設置。また、屋外の出入り用に簡易スロープを購入。

(7) サービス利用状況:訪看リハ2/W(2単位)、デイサービス:4/W(7-9利用)



### 3. 作業療法評価(X年Y+7か月)

(1) 身体・精神機能

- ①BRS:上肢II・手指II・下肢II
- ②非麻痺側筋力(MMT):非麻痺側上下肢4(Good)
- ③感覚検査:精査困難も右上下肢(表在・深部)重度麻痺

- ④高次脳機能障害：観察評価より全般性注意障害、記憶障害、軽度右半側空間無視、脱抑制  
 ⑤言語障害：運動性失語、理解（2～3文節レベル）、表出（表情表出、ジェスチャー）  
 ⑥起居動作：監視レベル（患側管理の配慮不足）  
 ⑦座位保持：座位保持可能（後方重心）、動的やや不安定  
 ⑧立位保持：支持物把持にて安定（患側下肢荷重困難）、動的不安定  
 ⑨移乗動作：中等度介助  
 ⑩歩行：4点杖にて中等度介助

## (2) ADL・IADL評価

①FIM：57／126

1. 運動項目	点数	詳細
食事	5点	食材を小さく切るなどの準備と食事の際に声かけが必要。
整容	3点	口腔ケアに介助が必要。
清拭	4点	少量の介助が必要。
更衣（上半身）	2点	健側上肢を通す動作は可能。
更衣（下半身）	2点	健側下肢を通す動作は可能。
トイレ動作	2点	お尻を拭くこと以外介助が必要。
排尿管理	6点	頻尿で回数が非常に多い。
排便管理	7点	自立。
移乗（ベッド・車椅子）	3点	身体を支えることが必要。
移乗（トイレ）	3点	同上。
移乗（シャワー室）	1点	機械入浴。
歩行	3点	下肢の振り出し誘導が必要。
階段	2点	最大介助が必要。
2. 認知項目	点数	詳細
理解	2点	2-3文節かつ書字が必要。
表出	1点	表情とジェスチャーのため伝わらないことが多い。
社会的交流	2点	他者の声かけに反応が見られないことが多い。訓練拒否あり。
問題解決	2点	声かけを無視して行動されることがある。
記憶	3点	曜日感覚の薄れあり。

## 4. 作業療法計画

A様希望「自宅で生活をしたい」と奥様希望「自宅で生活させてあげたい」の実現に向けて、ご自宅での生活全般的負担・介助量軽減を目標にサポートする。また、A様の「テレビの部屋まで歩いていきたい」、奥様の「家族で旅行に行きたい」を聴取した。リハビリテーション計画として、介助量軽減のためのADL自立を目指し、短期目標（3か月）を「ポータブルトイレへの移乗自立」「短下肢装具の着脱自立」、長期目標（6か月）を「テレビの部屋まで妻の介助で歩いて行く」「トイレ動作自立」「家族との外出」と設定した。

## 5. 介入経過（デイサービス／訪看リハ）

(1) 第1期（デイサービス）：奥様の心の変化が、A様の心を変化させた（介入から1か月頃）

デイサービス初日、施設に嫌悪感を抱かれているA様は「帰りたい」と帰宅願望が強く、頭を下げられ

落ち込まれた様子が見られる。デイサービス1週間経過頃、お迎え時ベッドからなかなか起きて来られず休まれることもあり、デイサービス管理者と訪看リハ担当者でご自宅に伺い、今後について奥様と話を行った。2週間程度、同状態が続き奥様も限界の末、A様に「もう好きなようにすればいい、施設に入れる！」と強い口調で言った。その日からA様はデイサービスに休むことなく来所されるようになった。奥様はA様の生い立ちや性格から強く言うことはできなかったが、自分とA様の今後のために心を鬼にして言われた。

#### (2) 第1期(訪看リハ)：ポータブルトイレへの移乗訓練と歩行訓練の開始（介入から2か月）

A様は入院時、尿閉から頻尿となり、自宅退院直後から1時間に1回以上の間隔でポータブルトイレを使用していた。その度に妻の介助が必要となり、トイレ動作は妻の負担となっていた。この理由からポータブルトイレの移乗訓練を導入した。起居動作は重度感覚障害と患側下肢の管理が乏しいため、物にぶつけることが多くあった。そのため、患側下肢に注意を向けるように支持を行い、健側下肢で持ち上げるように指導した。暫くすると患側下肢への注意も向くようになり、起居動作は安全に可能となった。立ち上がり動作は、ベッドのL字バーを把持することで自立。そして、移乗はL字バーを把持したまま健側下肢を中心に方向転換し、把持した健側上肢と健側下肢へ交互に体重を移し小刻みにケンケンをするように移乗する。患側下肢にはほとんど体重は乗らず、踵は浮いている状態で動作時不安定のため患側上肢の腋窩を支える必要がある。重度感覚障害のため患側下肢への荷重は困難と判断し、移乗動作獲得のため動作の反復訓練を実施した。上手に移乗できた際は手でOKサインを作って伝え、正のフィードバックとした。反復訓練により徐々に支えも必要なくなり、2か月後には見守りレベルで可能となった。

移乗訓練と併行して4点杖にて歩行訓練を実施した。テレビのある部屋まで歩行介助にて実施したが、歩行バランスもふらつきがあり不安定で、通路も狭く誘導が困難であったため、現段階では妻の介助では難しいと判断し中断した。居室が狭いために歩行訓練はデイサービスで実施することとし、デイサービスで訪看リハ担当者が実際に介助指導を行った。

#### (3) 第2期(デイサービス)：デイサービスでのリハビリテーションに意欲的に参加される（介入から2か月～）

デイサービスでのリハビリテーションは、訪看リハでは困難な4点杖での歩行訓練を中心に肋木での立ち上がり訓練、筋力訓練マシーン、個別訓練を実施する。麻痺側を指し「悪い」「痛い」と訴えられることもあった。その際は、A様の思いを傾聴し訓練メニューの変更や負荷の調整を行った。当初は自ら参加されることはなかったが、介入2か月後には笑顔も増えて自ら肋木に来られることもあり、また歩行訓練の距離も自然と伸びていった。訪看リハ担当者から装具の着脱練習の実施を頼まれて実施するなど、A様の状態に合わせて訓練メニューの調整を行った。

#### (4) 第2期(訪看リハ)：装具の着脱訓練開始と奥様の工夫によりテレビの部屋に行く（介入3か月～）

ポータブルトイレの移乗が安定したため、短下肢装具の着脱訓練を開始した。開始時は装具を把持し動かすだけで「できん」と表情、ジェスチャーで言われた。訪看リハ担当者が「足を組みます」とジェスチャーで伝えると健側上肢で患側下肢を持ち上げ、足を組むことができた。しかし、装具を装着しようとすると難しく諦められた。いきなりの着脱は困難と判断し、装具のベルクロの着脱から開始した。始めにベルクロを輪に通すことを伝え実施していただくと、輪に上手く入れることが難しく何度も挑戦されていた。何度も繰り返すことで輪を立てておくことに気付かれ、手指を器用に使い通すことができた。次に装具を脱ぐ訓練を実施した。軽度の右半側空間無視が残存しているために、ベルクロの右端を掴むことができず、その都度指示を行った。これも実施するごとにスムーズにできるようになり、ベルクロの着脱は可能とな

った。デイでも個別訓練の際に装具の着脱を行って頂く様にデイスタッフに伝えた。

この頃、奥様から「最近、テレビの部屋に行くんです」と訪看リハ担当者に報告があった。方法は、車椅子で狭い通路まで行き、狭い通路で4点杖把持にて起立し、奥様が車椅子を畳み通路を移動させ、また車椅子に座り部屋に行くというもので、奥様が考えてされていた。この方法でA様はテレビを見る作業が可能となり、夕方の食事後は決まってテレビの部屋に行かれるようになった。

#### (5) 第3期 (デイサービス) : A様と他の利用者様・スタッフとの交流が増えた、またご家族様と外出をされる (介入から3か月~)

デイサービスご利用3か月頃、他の利用者様（以下、B様）から「A様と話してみたい」との希望があった。B様は以前よりA様と話してみたいという気持ちを持たれており、ホワイトボードを用いた筆談で自己紹介をされ、「友達になろう」「飲みに行こう」とお話をされていた。A様も表情良く、真剣に筆談の内容を見られて声を出して笑う様子も見られた。それから、A様はB様に会うと挨拶をされ、様々な話をされるようになった。また、その様子を見られた他のご利用者様がA様に握手を求めるなど他のご利用者様との交流も増えて行った。この頃から、デイサービスの送迎時に奥様に対して手を振って行かれるようになった。

同時期に、奥様から「この前、サウスピレッジとお寿司屋と娘の新居に行って来たんです」とデイサービスの手帳に記入があった。娘様家族が協力されて、車への乗り降りや外出先のトイレも介助にて可能だったと話された。自宅復帰後初めての外出にA様も喜ばれていた。その後も、娘様はお孫さんを連れて来られ、ご家族様でA様の誕生日会やクリスマス会等をされており、A様もお孫さんが来られた時は笑顔が多く見られる。また、2度目の外出では、病前から好きであったペットショップに行かれて外食もされている。ご家族様と過ごす時間が少しずつ増えている。

#### (6) 第3期 (訪看リハ) : リハビリテーション拒否が顕著に現れる (介入4か月頃)

テレビの部屋に行けるようになり、ご家族様との外出も増えてきた頃、訪看リハで「起きたくない」とリハビリテーション拒否が顕著に現れてきた。A様の頑固な性格も考慮し、無理に実施することは関係性の悪化に繋がると考え、ベッド上での関節可動域訓練、ストレッチ、リラクゼーションを基本に実施し、A様の心の変化を「待つ」こととし、この頃から訪問終了後に握手をするようにした。聾と失語症がありコミュニケーションを取ることが難しいため、スキンシップでのコミュニケーションを大切にした。握手では強く握り返すことも多くあった。その後、拒否はなくなった。

#### (7) 第4期 (デイサービス) : フロアから送迎車までの歩行と乗車 (介入5か月)

デイサービスからお帰りの際は車椅子で車まで行き乗車されていたが、その日は玄関から近い所の椅子に座り待たれており、介護職員が「車まで歩いて行きませんか?」と杖を差し上げると仕方なくといった表情で立ち上がり歩行にて乗車された。その様子を写真に撮り、奥様に報告するととても喜ばれていた。その後はお帰りの際は歩行にて乗車されるようになった。同時期、奥様から「歩いてテレビの部屋まで行きました」と報告があった。訪看リハでの立位バランスの向上と、デイサービスでの歩行訓練が実った結果であった。これにより、退院時の目標であり、長期目標としていた「奥様介助で、テレビの部屋に歩いて行く」が達成された。この頃からデイサービスでの行事に積極的に参加されるようになり、おやつ作りやしめ縄作り、折り紙などに自ら参加されるようになった。奥様からは「元々手先は器用なので」とのお話もあり、喜ばれている。ご自宅で訪看リハ担当者も折り紙を指し、褒めるとA様にも笑顔が見られている。

(8) 第4期(訪看リハ)：トイレ時のズボン着脱の自立を目指し立位保持訓練の実施、歩いてテレビの部屋まで行く(介入5か月～6か月)

長期目標のトイレ動作自立に必要な、立位保持でのズボンの着脱訓練を開始した。A様は把持物ありの立位保持は安定しているが、把持物なしでは腰が引け、患側後方へ倒れてしまい立位保持は困難であった。A様は発症後ベッドで横になることが多く、重心も後方へ移動していると判断し、座位での前方重心移動訓練を実施した。方法はベッド端座位で訪看リハ担当者が持ったペンを健側上肢で取って頂くものである。距離を近いところから実施し、徐々に距離を遠くしていった。リハビリテーション意欲の低いA様もこの方法だと実施され、徐々に前方への重心移動が可能となった。同時に立位保持訓練も実施し、前方重心訓練後、即座に行った。立位保持は健側優位ではあるが、保持時間0秒から2秒、5秒、10秒と伸びていった。開始から1か月位経つと、A様自らL字バーを持したり離したりとリハビリテーションに協力的な態度が見られるようになった。このタイミングで「では立ったままズボンを下ろしましょう」と指示すると、立位でバランスを取りながら、健側上肢で少しずつズボンを下ろすことができた。さらにズボンを下ろした状態で「ではトイレへ移ってください」と指示すると、ズボンを下ろした状態でポータブルトイレへ移乗することができた。

## 6. 結果(X年Y月+1年1か月)※変化項目のみ記載

### (1) 身体・精神機能

- ①非麻痺側筋力(MMT)：非麻痺側上下肢5(normal)
- ②高次脳機能障害：観察評価より軽度右半側空間無視軽減
- ③言語障害：表出に発語が見られることがある
- ④起居動作：自立
- ⑤座位保持：座位保持可能(後方重心)、動的も安定
- ⑥立位保持：支持物把持にて安定(患側下肢荷重困難)、動的やや安定
- ⑦移乗動作：監視レベル
- ⑧歩行：4点杖にて軽度介助

### (2) ADL・IADL評価

- ①FIM：67/126

1. 運動項目	点数	詳細
トイレ動作	5点	ポータブルトイレは監視レベル。
移乗(ベッド・車椅子)	5点	監視レベル。
移乗(トイレ)	5点	監視レベル。
歩行	4点	軽介助で可能。
2. 認知項目	点数	詳細
社会的交流	5点	介護職員・他の利用者様に声かけ可能。訓練拒否減少。

※トイレ動作訓練によりトイレ動作が向上し、歩行訓練により歩行が向上した。デイサービスでご利用者様とのコミュニケーションにより社会的交流が活発になり点数が伸びている。

## 7. 考察

今回、50歳代後半という若さで左被殻出血を呈し、病院から「自宅復帰困難」と判断されながらも、ご利用者様とご家族様の強い希望で自宅退院された。そのご利用者様に対して、デイサービス、訪看リハの連携とご家族様の協力によって「在宅生活が可能」となった。

急性期病院でA様と同病・同残存機能の症例を現在までの施設間データで調べると、最終転帰先は自宅

が50%と少なく、最終到達自立度は全介助が38%を占めており、奥様の介護負担を考えると自宅復帰は困難であると判断した。また、入院時から奥様に高圧的な態度を取ることも多くあり、病院のリハ担当者は今後の自宅生活を心配した。それでも、奥様は自宅で見たいと自宅復帰を希望された。その理由はA様の生い立ちと病前の発言にあった。A様は生後3か月で聾となり、6歳という幼い年齢で寮生活を余儀なくされ、寂しい経験をされていたため、「施設」といった離れる・見放されるなどを連想させる場所への嫌悪感が強くあった。また、病前から奥様へ「自分が病気になっても施設だけは入りたくない」と何度も言われており、奥様もA様の意向を尊重し施設には入れず、自宅で見ることを病前から決めていた。

今回、在宅生活が可能となった大きな要因として「適切な他職種連携」、「ご家族様の協力」の2つが挙げられる。

1つ目の「適切な他職種連携」では、今回の事例は全てのサービスを自社で行い、ケアマネジャー、デイサービス、訪看リハ、福祉用具、ショートステイ全てが連携し、在宅生活をサポートした。

ご自宅での奥様の介護負担ができる限り軽減するため、1週間のうち4日はデイサービスをご利用して頂くことが必要であった。しかし、A様は施設に嫌悪感があり、当初デイサービスでも「帰りたい」と発言され、「行きたくない」と拒否されることもあった。その対策として、ケアマネジャー、デイサービス管理者、訪看リハ担当者と奥様の間でどのようにすればA様が来所できるか話をする機会を設けた。その会話の中で、「デイサービスに行く必要性をA様に感じて頂く」「デイサービスに行こうと思わせるような対応をする」そして「奥様自身が介護の限界をA様に伝える」など様々な意見が出た。その結果、奥様の「もう好きなようにすればいい、施設に入れる！」という強い発言により、スムーズに来所されるようになった。この結果をもたらした背景として、問題が起きてから即座に他職種で連携し、対応できたことが挙げられる。病院のリハ担当者からの申し送りで、奥様がA様に対して強く当たれることも不安で、今後の自宅生活では奥様の精神面の強化も必要になると話されており、この度の話し合いの中で奥様に提案した。在宅生活では当事者本人が生活主体者として生活することが必要とされ、今後のA様のためにも奥様の「もう好きなようにすればいい、施設に入れる！」というA様に対する発言は効果的であったと考えられる。

今回の「デイサービス」の役割は大きく2つあり、1つ目は「A様にデイサービスに休まず来て頂く」ことである。これは奥様の介護負担を軽減することに繋がる。奥様の一言で来所されるようになり、介護職員もA様と積極的にコミュニケーションを取り、A様が来所しやすい環境を作るよう工夫した。これにより、A様の笑顔も増え、A様から介護職員への発言や、さらには他のご利用者様とのコミュニケーションも自ら行うようになり、A様は拒否なく来所されるようになった。

2つ目は「歩行訓練」である。自宅のスペースを考えると訪問リハでの歩行訓練は困難なため、当初より歩行訓練はデイサービスで行うようになっていた。訪看リハ担当者が実際にA様の歩行訓練を実施し、介護職員に介助方法を指導することでデイサービスでの歩行訓練もスムーズに行えたと考える。訪看リハで不可能なことをデイサービスで実施するなど、リハビリテーション環境を考慮した連携も良い点だったと考えられる。

「訪看リハ」の役割は大きく3つあり、1つ目は「本人のADL能力向上と奥様の介護負担軽減」である。A様は極端にADLの自立度が低く、奥様の介護負担を考慮し、ADLの自立を目標に設定した。「トイレ動作」「装具の着脱」の2つを実施したが、A様はリハビリテーション意欲も低く、病前から昼間に寝るという生活リズムにより覚醒度が低いこともあって、リハビリテーションの進行も遅く順調とは言えなかつた。そのため、A様の精神状態も考慮し、無理な訓練は実施せず、A様のその日の状態に合わせて少しづつリハビリテーションを実施した。また、A様は聾もありコミュニケーションを取ることは容易でなく、リハビリテーションの細かい伝達は困難であった。そのため、表情や態度、動作で自分の思いを伝えるように心がけ、動作訓練で上手くできた時は笑顔でOKサインを行い、強く握手をするなどノンバーバルなコミュニケーションを活用し、関係性の構築を図った。ベッド端座位での前方重心移動では訪看リハ

担当者が持ったペンを取って頂く訓練を提供したが、覚醒度の低い状態でもこの訓練は実施可能で、何とか取ろうと手を伸ばし、浅く腰掛けるなど目的通り訓練を実施できた。A様の性格に負けず嫌いな面もあり、訓練にゲーム感覚的要素を入れることで刺激となり実施可能となったと考える。対象者の性格も考慮して訓練内容を考える必要性を学んだ。

2つ目は「生活主体者の自覚と役割を感じて頂く」ことで、リハビリテーション中はA様とのコミュニケーションにホワイトボードを使用した。「良くできていました」などの正のフィードバックとともに、「自分のためにも頑張りましょう」と生活主体者の自覚を持って頂くようなフィードバックも行った。また、A様にはお孫さんが5人もおられ、年齢も低いため、「おじいちゃん」としての役割も担って頂く必要があると考えた。お孫さんは頻繁にご自宅に遊びに来られるため、訪看リハの際に来られていることも多くあった。その時、1歳のお孫さんが袋に入ったおもちゃを訪看リハ担当者に「開けて」と持って来られた。A様もその様子を見ておられたため、訪看リハ担当者は渡された袋をA様に渡した。A様は受け取り一生懸命に口を使い、袋を開けてお孫さんに渡した。喜ぶお孫さんの顔を見てA様は笑顔で頷かれていた。このような光景は障害を負う前のA様にも自然にあった出来事であり、小さいお孫さんの世話や要望に応えることは「おじいちゃん」としてのA様の役割ではないかと考え、在宅の現場で仕事を行う訪問スタッフはクライエントと家族をつなぐ役割もあると考える。

3つ目は「奥様を含めご家族様の精神的サポート」である。訪看リハ担当者は直接ご自宅へ伺うため、奥様とコミュニケーションを取りやすく、A様に対する不安や相談、困りごとを傾聴し、時にはアドバイスを行うなど一緒に考えるというご家族の精神的サポートの役割があると考えられる。当初は不安なことなどネガティブな内容が多くあったが、関係性の構築が進むことでA様のパーソナル情報やご家族様のこと、外出した話などポジティブな会話も増え、奥様の笑顔も多く見られるようになった。また、奥様からの情報をケアマネジャーや介護職員に伝達することも大切な役割で、奥様と他職種を繋げる役割もある。これに関しては、デイサービスと訪看リハで情報伝達している「デイ・リハ連携シート」を有効に活用することで、ご利用者様の情報やご家族様の発言をデイとの間でスムーズに共有できたと考えられる。

在宅生活が可能となった要因の2つ目に挙げた「ご家族様の協力」は、A様のリハビリテーションに大きなプラス因子となった。A様のご家族様は娘夫婦を含め、全員がA様のリハビリテーションに積極的かつ協力的であったことが「在宅生活」実現の一番の要因だと考えられる。奥様はA様のために精神的に強くなり、夜間のトイレ介助、日々の生活全般を介護され、娘様家族はお孫さんをご自宅に連れて来ることでA様のやる気を引き出した。また、外出時には娘様の夫も駆け付け、A様の車の乗り降りやトイレ介助をされるなど、ご家族様全員が協力してA様の人間的復権をサポートされ、このことがA様の生きる意味にも繋がっていると考えられる。

今回の症例は、「適切な他職種連携」と「ご家族様の協力」の2つの大きな要因が重なり合うことで、A様の「自宅復帰」という強い希望が可能になった事例である。その要因がご家族様の介護負担軽減につながり、さらに事業所内でのサービスの連携・情報共有でA様の要望に柔軟に対応できたことにより、在宅生活の実現が達成されたと考えられる。また、今回は退院直後の介入で、地域の病院、介護事業所を集めた地域連携の勉強会でも症例として発表した事例である。病院との密な情報共有・交換が行えたことも良い結果に繋がったと考えられる。ご利用者様は退院後、在宅生活へ移行したとき、「病院ではできていたことが在宅ではできない」、「家族の間でも孤独感を感じる」など多くの障害を経験することがある。これらの障害を越えて行くためにも、病院と介護事業所の連携を積極的に行うことが必要である。今回の事例を通して、他職種とご家族様の適切な連携、そのご利用者様に合ったコミュニケーション、やる気にさせる心に添った対応を行うことがご利用者様の在宅生活をより意味のあるものへ導くと考えられる。

## 8. 参考文献

- (1) 大田仁史：新・芯から支える (2006)
- (2) 岩崎テル子：作業療法評価学 (2011)
- (3) 第8回 本物ケア学会ジャーナル (2015)
- (4) 第56回 倉敷脳卒中リハ地域連携会資料 (2015)

## 職業歴を活かしたデイサービス内の役割作り

今センター リハビリ俱楽部今 作業療法士 鋸持睦

### 1. はじめに

私たちが関わらせていただいているご利用者様の中には、病気の発症を機に、役割の喪失を経験している方が少なくない。また、役割の変化と混乱は、元気がなくなる理由にもつながっている。

そこで、私たちはリハビリ俱楽部今(以下、デイサービス)を利用されているご利用者様(以下、A様)に対し、A様の化粧品販売という職業歴や元来の社交的な性格、人のために何かをしたいという思いを活かし、デイサービス内で他のご利用者様にネイルを提供するという役割を提案した。今回は、その後のA様の取り組まれている経過を以下に報告する。

### 2. 事例紹介

(1)事例： A様 60歳代前半 女性 要介護3

(2)主疾患： 左被殻出血

(3)心身機能状態：

- ・右片麻痺(BRS：上肢II 手指II 下肢III～IV)
- ・右肩関節亜脱臼(2～1横指)←アームスリング使用
- ・ウェルニッケ失語：長文の言語理解は難しく、2～3語文だと把握しやすい様子。しかし、ご利用者様や担当者に対し、スムーズに挨拶が行えるようになっている。また、良い・悪い等の意思表示も行えるようになっている。担当者のみならず他のご利用者様とのコミュニケーションも、落ち着いて話すよう促すことで、住んでいる地名やしたいこと等を少しずつ話すことが可能になってきている。
- ・短期記憶障害：記憶を保持することが困難
- ・身体失認：右上下肢を忘れることが時々ある
- ・左右失認：左右の識別が難しく、更衣時・段差昇降時などに戸惑うことが多い
- ・精神面：利用当初は不穏から感情失禁されることもあったが、現在は精神的に落ち着いている

(4)性格： 社交的 多少我が強い 好き嫌いがはつきりしている

(5)家族構成・生活環境：

エレベーター付きマンションの6階に、夫・三女と室内犬2匹と同居している

他に4人の子ども様と8人のお孫様がいる 次男の嫁・子ども(孫)がよく訪問される

(6)職業歴： 化粧品販売(週3回) 退職後は専業主婦

(7)活動状況：

①ご自宅： 移動はほぼ車椅子であるが、声掛けがあれば見守り歩行(四点杖使用)による移動も可能である。起居動作は夫がほぼ全介助している。

②デイサービス

整容： 物品を準備することで口腔ケア、髪を乾かす・梳くといった動作が可能

入浴： 洗髪はほぼ自立(右耳付近に手が届きにくい)。髪の毛が多く、綺麗に洗うため担当者が介助することもある。洗身は背中・左上肢・右足裏以外はご自身で洗うことが可能。

トイレ時： 右殿部の上げ残しがみられ、声かけや担当者の介助にて改善する。

活動意欲： 何をすればいいか明確なことに対しては意欲が高い。

「分からぬ」「何で」という発言は多いが、声掛けにて行うことができる。

その他： 施設内通貨を貯める習慣がある。最近では、A様がしたい・欲しいと思った時に、何の

ための何ま～ブルかを説明することで、支払いをすることもできている。

#### (8) サービス利用状況 :

- ・訪問看護ステーションからのリハビリテーション（以下、訪看リハ） 週2回 3単位（1時間）  
自主性の向上やご自宅での役割として料理を家族に作る、また生活環境に合わせた整容動作、言語や歩行へのアプローチをしている。また、デイサービスとご家族様との情報共有が困難な場合は、間に入ってご家族様との懸け橋となっている。
- ・通所介護 週4回（7～9利用） 全日入浴あり  
発症後は外出が極端に減り、デイサービスは主な外出の機会になっている。

#### (9) デマンズ

ご本人様： 身だしなみを整えたい 料理を作つてみたい 仕事をしてみたい 旅行に行ってみたい

ご家族様： 再発が怖い とりあえず悪くならないこと 言語リハをしてほしい

#### (10) ニーズ

- ・自主性の向上
- ・ご家族様の介護負担軽減
- ・自分の要求を適切に相手に伝えられる

### 3. 目標

- ・左手で整髪、化粧、服装などの身だしなみを整えられるようになる。更に他の人に対し、化粧やネイルをしてあげることができるようになる。デイサービスに継続してきていただくことで、活動性の維持・向上、またご家族様の介護負担軽減を図る。
- ・適切に自分の要求を相手に伝えることができるようになる。また、書くことでも伝えることができるようになる。

### 4. 介入方法

#### (1) A様のネイル提供までの流れ

- ①ご利用者様から担当者にネイルのお願いが入る。（中には、「A様にしてもらいたい」と担当者に伝えてくださるご利用者様もいる。）
- ②担当者がご利用者様にA様もネイルを提供できることを伝える。
- ③A様でも良いと言ってくださるご利用者様には、ご利用者様・A様が空いている時間にA様がネイルを提供する。

#### (2) ネイル提供時の介入

- ①ご利用者様・A様に改めて声かけをする。
- ②A様の左隣か正面にご利用者様が座る環境を作る。ネイルグッズの入っている箱を担当者が準備する。
- ③ほとんどの場合、A様がキャップを開けられない時や困った時に呼んでもらうことが多い。  
手指の筋緊張が強いご利用者様に提供する時には、担当者がご利用者様の手指を広げて保持している。
- ④最後に、綺麗に塗れているかの確認を担当者が行う。

#### (3) A様とのコミュニケーションに関して

担当者はA様が何かを伝えたい際に、A様の発言を待つ、ものを指さして示してもらうといった関わり方をする。また、個別に言語訓練を実施する。

## 5. 経過

### (1) 第1期【A様ご自身のネイル体験】

はじめはA様に施設内通貨を使用してもらうという思いや、またA様も身だしなみやネイルに興味があり、A様自身に体験をして頂くことから始める。担当者がA様の右手を広げて保持することで、A様ご自身でA様の右手にマニキュアを塗る。A様は、非麻痺手(左手)で震えながらでも塗れたことが嬉しかったのか、担当者や周りのご利用者様にマニキュアを塗った指を笑顔で見せてくださる。

### (2) 第2期【ご利用者様へ初めてのネイル提供】

ネイルの提供は、以前は担当者がご利用者様に提供していた。

B様(A様と近くに座ることが多いご利用者様)が担当者にネイルをお願いする際、「あのお姉ちゃん(A様)でもできるん?」と担当者に聞かれる。その際にA様が頷かれ、B様のネイルをA様に提供してもらう。終了後、B様から笑顔で「ありがとう」と言わされたことで、A様も笑顔になる。この時、A様は爪を万遍なく塗ることができておらず、担当者が最後に整える作業を行う。



(写真1 B様に提供されている場面)

### (3) 第3期【指名してもらえるようになる】



B様がC様(A様と同じ出身地だと分かったことでA様と仲良くなったご利用者様)に、A様にしてもらったネイルをした指を見せたことで、C様がA様に「私もして」と言われる。ネイル提供時、A様はC様の爪を塗ることに集中しており、B様の時に比べほぼ塗り残しなく行えている。

(写真2 C様に提供されている場面)

### (4) 第4期【徐々にA様のネイル提供が普及】

B様・C様がA様からネイルを提供された後、B様・C様はネイルを塗り直す際にA様を指名してくださるようになる。その際にB様・C様からA様に直接ネイルのお願いをしたり、近くにいる担当者にB様・C様が声をかけたりすることで、提供ができるようになる。

また、「あの人(A様)にしてもらいたいの」とD様(軽度の片麻痺のあるご利用者様)が塗ってほしいマニキュアを持参されてくる。終了後、D様は喜んで下さり、A様も笑顔を返される。ネイル提供後から、以前のお二人の関係に比べ、A様もD様に挨拶をよくされるようになる。

リハビリ俱楽部今は、トレーニングができる場所とネイルを提供するテーブル席がある場所がつながっており、一つのフロアである。そのため、A様がご利用者様にネイルを提供している場面を他のご利用者様も見ることができる。最近では、ネイルをお願いされる際にスタッフが、A様が提供してもいいかを伺うと、快く承諾してくださるご利用者様が増えており、塗り残しなく実施できることが多くなっている。



(写真3 A様のネイル提供を周囲のご利用者様が見ている風景)

## 6. 結果

- ・A様の満足度： X年Y月 8／10点 6か月後 10／10点
- ・A様が自分の爪にネイルをしたことや、他のご利用者様にネイルを提供されたことは、手帳を通じて家族様に報告をさせていただく。

## 7. 考察

A様は脳卒中を患われたことで、利き手だった右半身に麻痺が残り、また失語症・記憶障害などの高次脳機能障害もみられている。そのためA様は、思ったように自分の意思を伝えることができない、思ったように動くことができないという様々な戸惑いを経験されている。そのような元気がなくなる様々な理由に直面する中で、A様は在宅生活を再開されている。

利用当初、A様ご自身も発症前の自分が難なくできていたことが、障がいを持った自分だと思うようになれないことに戸惑いを感じていた。さらにデイサービスに通うに当たり、知らない場所へ行くことに加え、知らない人がたくさんいる環境に戸惑うことが多く、利用当初A様からも「私の戸惑い」という発言が多く聞かれていた。また、そのような感情不安定な状態であったため、利用当初は感情失禁が見られることがあった。

しかし、徐々にデイサービスで同病者や担当者との関わりを持つことにより、A様の表情が和らぎ、A様の元々の社交的な部分を感じられるようになる。A様がデイサービス内の仕事・役割としてネイルをご利用者様に提供することの効果として、関わることの少ないご利用者様とも関わる機会が増えている。また以前から親しくされていたご利用者様とは、より密に関わることができているのではないかと思われる。さらに、A様のネイルを利用されたご利用者様の中には「あのお姉さん(A様)は?」という発言も見られ、A様に興味を持たれている様子が窺える。このように、A様のご利用者様との関わりが増えたことで、A様がご利用者様や担当者へスムーズに挨拶を行えるようになるといった変化がみられている。人にとって意味のある作業とは、それを行う人に自信をもたらし、他の作業への取り組みを促し、満足感や喜びを感じられるものであると定義されている<sup>1)</sup>。また、意味のある作業での成功体験は、能動的な行動を産出する契機となる<sup>2)</sup>。これらのことから、A様の主体的な行動につながったのではないかと考えられる。

A様にとってデイサービスは、主な外出の場になっている。そのようなデイサービスでA様がネイルをご利用者様に提供することは、デイサービス内でのA様の存在役割を確立することにつながったのではないかと思われる。また、以前の職業歴を活かしているため、責任を持って取り組むこともできているのではないかと考える。

A様がネイルを提供することは、A様の他者交流にもつながっている。他者交流の手段は、言葉だけが全てではない。とくに、A様のような失語症のある方は、思うように発言ができないというストレスから、他者交流を控えることがある。しかし、今回他者交流として、爪にマニキュアを塗るという細かい作業をA様とご利用者様の間に挟むことにより、提供中はお互い塗る・塗られることに集中する状況を作ることができる。そのため、A様は課題である言葉を必要以上に交わさなくても済む状態であった。そのことにより、A様もスムーズに他者交流を行うことができ、ネイルを提供することがA様とご利用者様の良好な雰囲気作りにつながったのではないかと考える。また作業に集中することにより、塗り残しが減るといった出来上がりの質も向上し、A様のネイルを利用されるご利用者様にも満足して頂ける。そのご利用者様の満足感も、A様との良好な関係に良い影響を与えたのではないかと考えられる。

元々A様は、人の役に立ちたいという思いが強い方である。ネイルという作業が、A様の人の役に立つという思いを叶えつつ、他の利用者様とも円滑な交流につながっている。人は意味のある作業に従事することにより、生活の中で満足感や幸福感を得ることができる。そのため、A様の満足度が向上し、デイサービスでのA様のたくさんの笑顔につながっているのではないかと考える。

今後もA様の思いを傾聴しながら、A様にネイルの提供に継続して取り組んで頂きたいと考えている。また、A様のコミュニケーションに関しても、現在A様はデイサービスで行っているボイストレーニング教室に継続して参加されている。その中でしっかりと声を出したり、歌を歌ったりすることができている。さらに、今回の取り組みで得た人間関係を活かし、他者を交えた集団でA様に言葉を発してもらう機会を作り、A様の発言を促している。現在、A様から挨拶以外にも担当者やご利用者様の名前が出たり、行きたいところを単語で言えたりすることができている。今後、A様は他者交流を図る中で、短い文章で人に思いを伝えることができるようになるのではないかと思われる。そのように、A様らしさを表現できる機会を作り、A様のこれから的人生の楽しみにつながっていけたらと考える。

## 8. 謝辞

今回の論文作成に当たり、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。

## 9. 参考・引用文献

### (1)引用文献：

- ①Kielhofner G(山田孝・監訳)：作業療法の理論
- ②小檜山修平ほか：早期からの意味のある作業の実践～調理活動の協業からのセルフケアが自立した症例

### (2)参考文献：

- ①リハケア講座資料
- ②工藤梨紗ほか：意味のある作業への支援が役割獲得をもたらし習慣の変化に至った一症例～養護老人ホーム入所者に対する外来作業療法のあり方～

**世代間交流による効果 ~認知症高齢者と保育園児の交流を通じて~**

本部センター グループホーム心から 社会福祉士 植田貴也

**1. はじめに**

現代社会は多世代交流などが大変難しい社会である。ネット社会が進み、SNSなどが普及することで人間関係の在り方が変化してきている。ネットを通じての交流が主になりつつあり、関わる世代や人間が限定されてきている。また、核家族や単独世帯が増加する一方、三世代世帯は減少し続けている。平成27年版高齢社会白書によると、1980年は核家族や単独世帯が全体の37.4%だったのに対し、三世代世帯は全体の50.1%も占めていた。しかし、2015年は核家族や単独世帯が全体の76.5%と増加したのに対し、三世代世帯は全体の13.2%までに減少した。時代が進むにつれてサザエさんに見られるような家族の形が珍しくなっているのは明白であり、そこに描かれているような日常的な世代間交流や人間関係などが少なくなってきた。

幼老統合研究会代表である多胡光宗氏によると、認知症高齢者を含めた高齢者の生きがい作りや教育効果の観点から、高齢者が子育てに参加することが必要であるとしている。またケアの一方的な受け手であった高齢者や子供がケアの与え手になることで、ケアの相互性や相乗効果が生まれるとしている。

今回の研究では、グループホーム（以下、GH）利用者から2名選出し、ぽつ歩保育園へ訪問する利用者A様（以下、A様）と訪問しない利用者B様（以下、B様）を比較し、世代間交流によって認知症高齢者にどのような効果をもたらすか、さらに今後の課題や可能性を考察していく。

**2. 実施方法**

(1) 活動内容：A様はぽつ歩保育園へ行き、砂場や室内で園児と触れ合い、時間を共有する。子どもが幼いためどのような触れ合い方をするかは固定することが難しく、その時々により変化する。

B様は訪問せず、GHで通常通り過ごしていただく。

(2) 活動期間：平成27年9月中旬～11月末の約3か月間。

(3) 活動頻度：週1回。30分～1時間程度。

(4) 場所：ぽつ歩保育園。

(5) 対象：A様（週1回、ぽつ歩保育園へ訪問）

年齢：87歳 性別：女性 要介護度：2

既往歴・現病：レビー小体型認知症、誤嚥性肺炎、右上腕骨骨幹部骨折

生活歴：結婚後、専業主婦となる。子どもが独立してからは17年間農協で働く。また、民生委員も17年間していた。

全体像：入所当時からGHでの生活の受け入れが良く、帰宅願望はなかった。長期・短期記憶ともに良く、他者の顔をよく覚えている。他者に苦言を含むアドバイスをすることもあり、トラブルになることもしばしばある。洗濯物たたみや食器拭き、調理の手伝いなど家事をすることを好み、自身の役割として認識している。他者と話すことや家事が好きである。

B様（ぽつ歩保育園へ訪問しない）

年齢：96歳 性別：女性 要介護度：2

既往・現病：老年性認知症、心不全、心房細動、胆石

生活歴：ミシンの内職やビジネスホテルの受付をするなど60歳まで就労していた。60歳ま

で長男夫婦と同居し、60歳～85歳までは独居であった。

全体像：入所当時からGHでの生活の受け入れが良く、帰宅願望はなかった。長期・短期記憶ともに良く、他者の顔をよく覚えている。気分のムラが大きい。洗濯物たたみや食器拭き、調理の手伝いなど家事をすることを好み、人の役に立ちたいという思いがある。一方で自室にて過ごすことが多く、長時間フロアで過ごされることがあまりない。散歩や外出などあまり好まれない。スタッフと外出の約束をするも、行く直前に拒否されることが多い。



写真1 A様 室内での交流



写真2 A様 砂場での交流



写真3 B様 GHでの様子



写真4 B様 GHでの様子

### 3. 評価

#### (1) PGC モラールスケール（以下、PGC）による調査（H27年9月～H27年11月）。

園児との交流前のご利用者様の状態や交流後の変化を調べるために、ぱつ歩保育園への訪問後に毎回測定する。

※通常の回答は「はい」「いいえ」などの2択だが、効果の変化を詳しく調べるために回答に「やや」「どちらでもない」「あまり」を加えた5択へと変更した。仮に数値「5」が良い状態であるとし、前回測定時の数値が「3」の質問をした時、今回測定時に数値が「1」であれば主観的QOLの悪化を示すことになる。逆にプラス方向に変動しているなら主観的QOLの向上を示すことになる。

PGCの詳しい内容については別表に示す。

#### (2) 長谷川式簡易知能評価スケール（以下、HDS-R）による調査。

（H27年9月～H27年11月）

上記と同様に交流前のA様とB様の状態や交流後の変化を調べるために月1回測定する。ただし、

交流による効果が一時的なものではないことを調べるために、交流直後ではなく、不定期で測定する。

※30点満点中20点以下が認知症の可能性が高いと診断される。

#### 4. 結果

##### (1) PGC の結果 (平均は第1回～8回までのもの)

表1

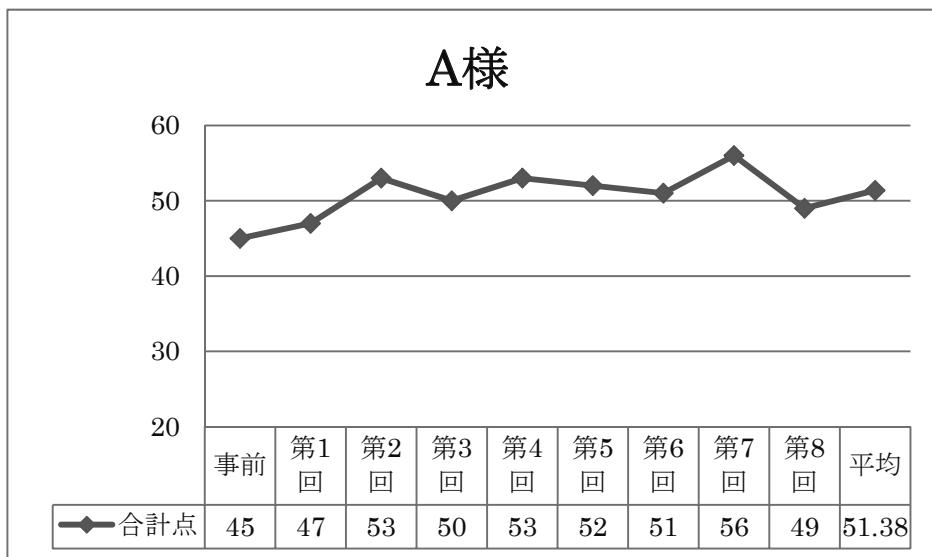
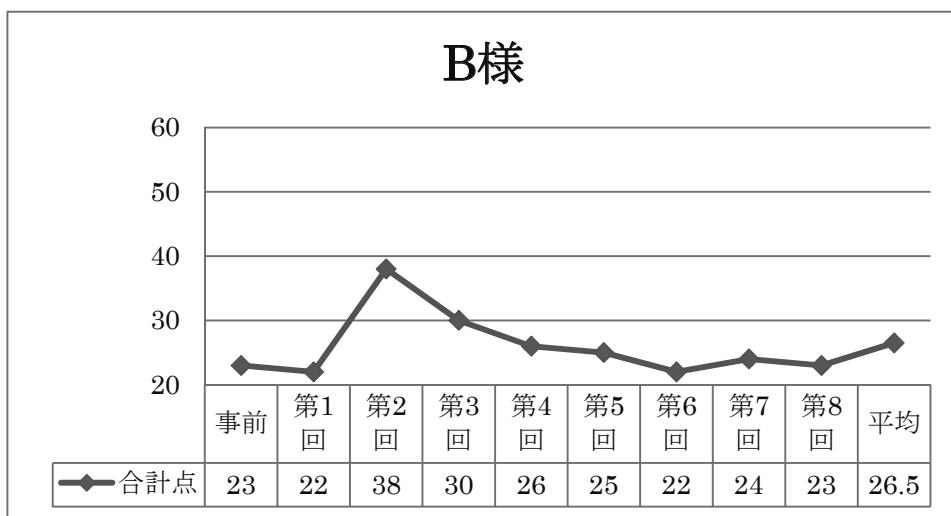


表2



##### (2) HDS-R の結果

###### A様 (表3)

9月	10月	11月
12点	8点	7点

###### B様 (表4)

9月	10月	11月
18点	16点	21点

## 5. 考察

### (1) A様について（表1、3参照）

ぽっ歩保育園の園児との交流後にPGCを実施すると、事前の評価点数と比較して点数の向上が見られた。また、点数の伸びも大きく、最大で11点向上しており、第1回～第8回平均では6.4点の向上が見られる。17個の質問項目の中で点数が下がったのは4項目のみで、その他13項目は全て点数の向上が見られた。問⑦、⑩、⑪、⑫は1点以上の向上であり、中でも問⑩の「老いに対する態度」の質問項目で3点の上昇が見られた。これは自分のひ孫と同世代である園児と交流することで、自身の老いを肯定的に捉えることができた結果なのではないだろうか。実際、A様は身体的な不自由さもあるためか、園児に対してもあまり自分から積極的に関わろうとする姿は見られず、園児の反応を見ながら活動を共にしているようであった。このことから自身の身体状況を正しく把握し、園児と活動を共にすることで心身の老いを改めて認識したのではないかと考えられる。一方では、老いても何らかの形で園児と活動できるということを認識し、そこに自己肯定感や幸福、存在意義などを見出したのではないだろうか。結果、老いを前向きに捉え、点数が向上したと考えられる。

また、これら以外にも本人の言動に変化が見られた。訪問を重ねるとぽっ歩保育園に行くことを覚えており、「行くのを楽しみにしちゃった」や「また連れてってな」など前向きな発言が増えた。「次、いつ行くん？」とスタッフに聞くこともあり、園児との交流を楽しみにしていることは発言から明らかである。これも園児との交流に幸福などを見出していた結果なのではないだろうか。

これらの結果から、園児との交流がA様の心に大きな影響を与え、基本的な満足感や主観的幸福感を高めているのは事実であり、心豊かな生活を送るための有効性は明らかである。

PGCでは点数が向上したが、HDS-Rでは点数が低下した結果となった。病状より、日内変動などが起きて、その時々によりムラが生じたことも考えられるが、この結果のみからは長期にわたって認知機能面についてはあまり有意な結果を及ぼさないことが窺える。点数が低下した理由としては、ほとんどの活動が園児主導であったため、認知機能に作用する要因が少なかったからではないかと考えられる。

### (2) B様について（表2、4参照）

事前評価と比較して、PGCにおいて多少の点数の向上が見られる。最大で15点の向上はあるが、それ以外の点数の伸び幅は小さく、第1回～第8回平均で3.5点しか向上しなかった。また、一時的に点数が向上したのみで、それ以降は徐々に下がり、事前評価とほぼ横ばいの点数しか出なかった。さらに、1点以上向上した質問項目が存在しなかった。この結果から、外出をせず閉鎖的空間に断続的に居続けると、基本的な満足感や主観的幸福感を高めることができないことが考えられる。

人によって個人差はあるが、ある実験によると、閉鎖された空間で長期間過ごすと精神の不安定をきたすと言われる。B様の状況と照らし合わせると、B様も似たような心理状態になっていたため、PGCの点数の乱高下が一時的にあったのではないかと考えられる。

一方、HDS-Rではしっかりととした点数の向上が見られた。日内変動などによって、その時々に生じたムラの影響が大きいと考えられる。加えて、B様は皿拭きや洗濯物たたみなどの家事を毎日積極的に行っており、それが生活リハとなっていた。その結果、それが認知症進行予防となり、HDS-Rも向上したのではないかと考えられる。

家事などを毎日することはB様にとって役割であり、特別なことではない。そのため、園児と交流するような非日常的で特別なことがなければ、基本的な満足感や主観的幸福感を高めることは難しいことが検証結果から明らかである。

### (3) 園児の変化

園児も交流を通して変化が見られた。人見知りだった園児が自分から近寄ったり、一緒に遊ぶ姿が見られた。帰り際にお辞儀をしてくれたり、門を自ら開けてくれるなど礼節や気遣いをしてくれる園児もいた。

数値では図っていないが、このことから、高齢者と関わることで園児は思い遣りやコミュニケーションスキルなどを自然と身に付け、人格形成にプラスの影響を受けていたと考えられる。

多世代交流を体験した子どもがどのように育っていくかは、子どもの視点で追跡調査を実施しなければならないが、幼いときから高齢者と日常的に関わって成長していく子どもと、閉鎖的な集団の中で育っていく子どもとでは、人格形成にも大きな差異をもたらすのではないだろうか。

## 6. 結論

実験結果から、認知症高齢者にとって園児との交流は基本的な満足感や主観的幸福感を高め、心理面を前向きにすることができるのではないか。また、園児と関わったA様と関わっていないB様では満足感などの伸びしろが2倍近く違うことが分かった。各利用者様によって異なるかもしれないが、継続して実施することで一定の満足感を感じ続けることができる可能性があると言える。

今後の課題として、イベント型交流のみでなく、日常的な交流が行えるシステムや環境作りが必要である。厚生省の「保育所における感染症対策ガイドライン」によると、「日々感染防止の努力を続けていても、園内への様々な感染症の侵入と流行を完全に阻止することは不可能であるということを認識し、保護者へも理解を求め、更にその上で感染症が発症した場合には、その流行の規模を最小限にすることを目標として対策を実行します。」<sup>1</sup>としている。予防は重要であるが、そのために閉鎖的空間になってしまいとは言われていない。一昔前は風邪を引いていようが、高齢者と子どもが同じ空間にいることが当たり前であった。しかし昨今では、良くも悪くも感染症に対する意識が高くなり、予防に焦点が当たり、風邪を引くと隔離することが当たり前になっている。その影響なのか、施設などでは感染症の流行期になると、予防の視点から交流が禁止されることが日常となっている。そのため多世代交流による重要性が影を潜め、その効果も認識されなくなっている。日常的な交流が行えるシステムや環境作りをしていくには、まずは多世代交流が高齢者と子どもに大きな影響を与えることをスタッフが再認識していく必要がある。そして、そのプラス効果をご家族に理解、実感してもらえるよう事業所間で協力していくなければならないのではないか。

そのためにも、スタッフは①認知症高齢者の理解②子どもの特性についての理解③交流方法などへの配慮④専門性を生かした連携と協働⑤衛生に関する知識と感染などの予防に対するスキルなどを身に付けていくことが必要であると考えられる。これらを踏まえた上で、各々の生活スタイルを理解し、それを活かした支援をすることにより良い認知症ケアや子どもの成長に繋がると考えられる。

## 7. 謝辞

本実践報告に際し、多大な協力を賜りましたご利用者様、ぱっ歩保育園のスタッフの皆様並びにGHスタッフの皆様、ご利用者様、園児のご家族様に深く感謝します。

## 8. 参考・引用文献

- (1) 多湖光宗：幼老統合ケアの理論と実践～「高齢者福祉」と「子育て」をつなぐケアの実践と相乗効果～
- (2) 七木田敦・上村眞生・岡花祈一郎・若林紀乃・松井剛太：世代間交流が幼児・高齢者に及ぼす影響に関する実証的研究
- (3) 林谷啓美・本庄美香：高齢者と子どもの日常交流に関する現状とあり方

<sup>1</sup> 2012年改訂版 保育所における感染症対策ガイドライン 厚生省

- (4) 内閣府：平成27年版高齢社会白書
- (5) 2012年改訂版 保育所における感染症対策ガイドライン 厚生省
- (6) The Journal of True Care 2015冬号 Vol. 26

## 別表

## QOL PGC モラールスケール

問：あなたの現在のお気持ちについて伺います（回答の数字が得点となる）

## 質問事項

①あなたの人生は、年をとるにつれてだんだん悪くなってゆくと思いますか？

1. 思う 2. やや思う 3. どちらでもない 4. あまり思わない 5. 思わない

②あなたは去年と同じように元気だと思いますか？

5. 思う 4. やや思う 3. どちらでもない 2. あまり思わない 1. 思わない

③さびしいと感じことがありますか？

1. 思う 2. やや思う 3. どちらでもない 4. あまり思わない 5. 思わない

④最近になって小さなことを気にするようになったと思いますか？

1. 思う 2. やや思う 3. どちらでもない 4. あまり思わない 5. 思わない

⑤家族や親せき、友人との行き来に満足していますか？

5. 思う 4. やや思う 3. どちらでもない 2. あまり思わない 1. 思わない

⑥あなたは、年をとって前よりも役に立たなくなったと思いますか？

1. 思う 2. やや思う 3. どちらでもない 4. あまり思わない 5. 思わない

⑦心配だったり、気になったりして、眠れないことがありますか？

1. 思う 2. やや思う 3. どちらでもない 4. あまり思わない 5. 思わない

⑧年をとるということは、若い時に考えていたよりも、良いことだと思いますか？

5. 思う 4. やや思う 3. どちらでもない 2. あまり思わない 1. 思わない

⑨生きていても仕方がないと思うことがありますか？

1. 思う 2. やや思う 3. どちらでもない 4. あまり思わない 5. 思わない

⑩あなたは若い時と同じように幸福だと思いますか？

5. 思う 4. やや思う 3. どちらでもない 2. あまり思わない 1. 思わない

⑪悲しいことがたくさんあると思いますか？

1. 思う 2. やや思う 3. どちらでもない 4. あまり思わない 5. 思わない

⑫あなたは心配なことがたくさんありますか？

1. 思う 2. やや思う 3. どちらでもない 4. あまり思わない 5. 思わない

⑬前よりも腹を立てる回数が多くなったと思いますか？

1. 思う 2. やや思う 3. どちらでもない 4. あまり思わない 5. 思わない

⑭生きることは大変きびしいと思いますか？

1. 思う 2. やや思う 3. どちらでもない 4. あまり思わない 5. 思わない

⑮今の生活に満足していますか？

5. 思う 4. やや思う 3. どちらでもない 2. あまり思わない 1. 思わない

⑯物事をいつも深刻に考えるほうですか？

1. 思う 2. やや思う 3. どちらでもない 4. あまり思わない 5. 思わない

⑰あなたは心配事があると、すぐにおろおろするほうですか？

1. 思う 2. やや思う 3. どちらでもない 4. あまり思わない 5. 思わない

/85 点

<詳細>

1975 年に Lawton は 17 項目の質問からなる改訂 PGC モラールスケールを紹介している。

「心理的動搖」6 項目 4.7.12.13.16.17 「老いに対する態度」5 項目 1.2.6.8.10 「孤独感・不満足感」6 項目 3.5.9.11.14.15 という 3 つの下位因子で構成される。

Lawton はモラールが高いとは「基本的な満足感をもっていること」「自分の居場所があるという感じをもっていること」「努力しても動かせない事実は事実として受容できていること」としている。

評価尺度は原則的に「はい」・「いいえ」もしくはそれに応じた二者択一方法をとります。点数の算出方法は、各項目の回答に1点(モラールが高いほう)または0点の点数を与え、合計得点(17点)が高いほど「主観的幸福感」が高くなる。

**認知症の方に対する子どもとのふれあいの効果分析と今後の地域交流について**  
**本部センター 五感リハビリ俱楽部茶屋町 介護福祉士 浦道 さとみ**

**1. はじめに**

認知症高齢者の方のうつ症状の改善など、子どもとのふれあいが認知症高齢者の方に有効であることはよく知られている。昨今メディアでも取り上げられ、多湖光宗氏が代表の幼老統合研究会も発足している。多湖氏は、“幼老統合ケア (intergeneration)” 分野の草分け的存在であり、同氏らは、認知症高齢者が子どもと交わることによって生き生きとなり、むしろ認知症が予防されていくことがわかつてきただ。ということは、子ども世代との接触が、高齢者にとって如何に重要なことがわかつてきただということであろう。それは、本能的に高齢者の情動をうながすからであろう。<sup>1)</sup>と説いている。

しかし、具体的な数値測定はされていない。目に見える主観的な側面のみならず、見えない部分の変化を客観的に数値で示すことで、効果を裏付けできるように調査を行った。どのような効果があつたのかを検証考察したので報告する。

**2. 方法**

## (1) 調査対象者：安定した交流が図れるよう、週3回以上の利用頻度がある方

アルツハイマー型認知症の方とした。

A 氏 90 歳代後半 女性 要介護3

B 氏 80 歳代前半 女性 要介護3

C 氏 80 歳代後半 女性 要介護2

## (2) 調査期間

平成 X 年 8 月～平成 X+1 年 2 月の間、1か月に1回以上 30 分程度のふれあいの時間を設け、「自分のことを知ってもらうコミュニケーション」や「芋ほり」、「クリスマス」など季節の行事を一緒に行った。年代は、乳幼児から小学生までとした。

ふれあいの時間の 30 分～1 時間後に評価を行った。

	交流内容	評価
8月	実施前	○
8月	コミュニケーション	-
9月	コミュニケーション	○
10月	芋ほり・ハロウィン・コミュニケーション	○
11月	コミュニケーション	-
12月	クリスマス会・コミュニケーション	-
1月	コミュニケーション	-
2月	節分・コミュニケーション	○

## (3) 調査材料

## ① 実施中の積極性の評価を4段階に分ける。

関心なし・・・0点

関心はあるが行動に出ない・・・1点

関心があり行動しようとしている・・・2点

関心があり自ら行動している・・・3点

## ② 実施中の表情の変化

Unhappy・・・0点

Normal・・・1点

Happy・・・2点

③ QOL テスト (PGC モラール・スケール) 別紙①参照<sup>2)</sup>

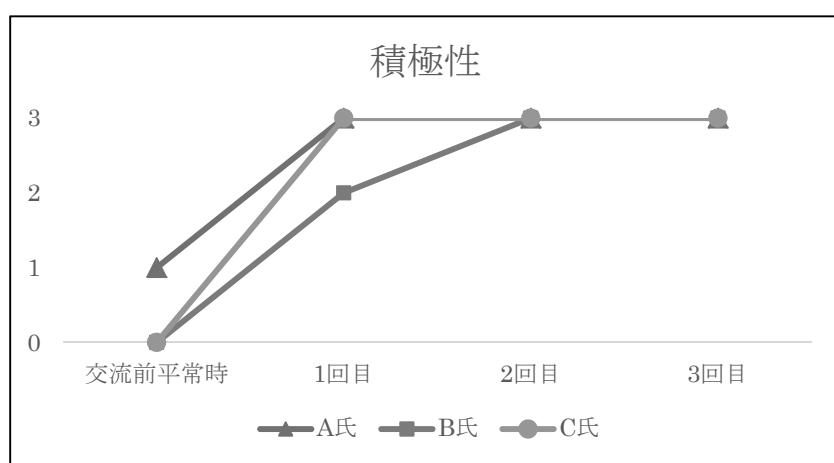
## ④ HDS-R

## ⑤ 家族への関心度 (家族の名前を何人想起できるか)

## ⑥ ナンバータッチ 25 60秒

**3. 結果**

## ① 積極性

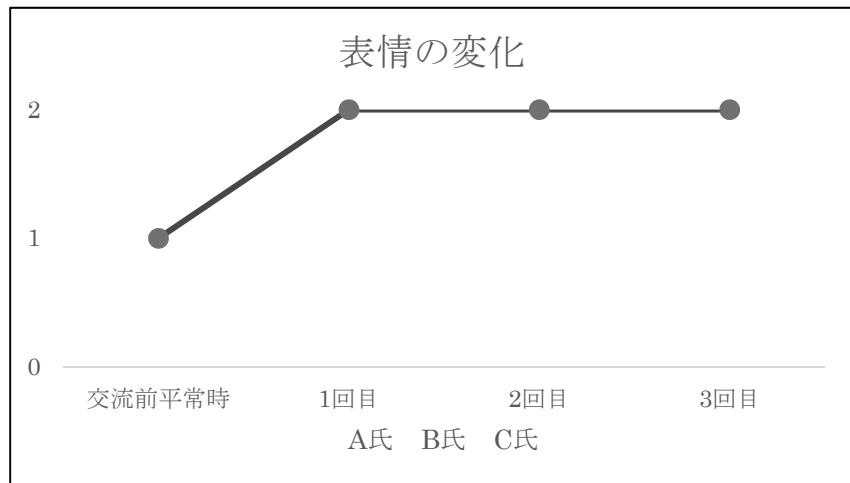


A 氏：交流前平常時は、「関心があるが行動に出ない1点」。1回目～3回目までは「関心があり自ら行動している3点」。平常時に自分から積極的に活動されることはほとんどなく、スタッフが提案した機能訓練等を実施している。体力低下があり、機能訓練時も消極的な発言が多く聞かれていた。交流会時には、毎回自分から立ち上がり子どもたちに声をかけ、交流を図っていた。

B 氏：交流前平常時は、「関心なし0点」。1回目が「関心があり行動しようとしている2点」。2回目～3回目は「関心があり自ら行動している3点」。平常時、声かけがなければ椅子に座ったまま過ごされることが多い、声かけにて活動に参加されている。スタッフが提案した機能訓練等に参加されるが、実施方法の理解が得られないことが多く、目的に合った活動ができていないことがある。そのため、自ら行動を起こされることはほとんどない。しかし、子どもたちとの交流時には「かわいい。ほら見てごらん。」と他のご利用者様へ話しかけられたり、立ち上がって子どもたちへ駆け寄り話しかけられている。

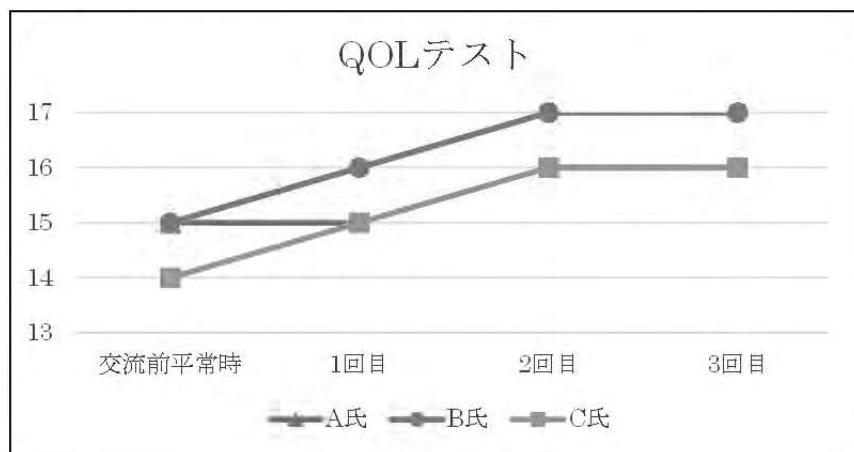
C 氏：交流前平常時は、「関心なし0点」。1回目～3回目は「関心があり自ら行動している3点」。平常時、声かけがなければ椅子に座ったまま傾眠されることが多い、昼夜逆転傾向のため、日中の活動性を保つため頻回に声かけと活動への誘導が必要であった。他者への関心も低く、自分からスタッフに声をかけられることはあったが、他のご利用者様へ声をかけられることはほとんどなかった。しかし、子どもたちとの交流時には「かわいいね」と他のご利用者様へ話しかけられたり、立ち上がってプレゼントを渡しに行くなど、自ら子どもたちと交流を図っていた。

## ② 表情の変化



A 氏、B 氏、C 氏ともに交流前平常時は「normal」、1回目～3回目は「happy」となっている。子どもとの交流実施時、いずれにおいても表情に大きな変化があった。

## ③ QOL テスト



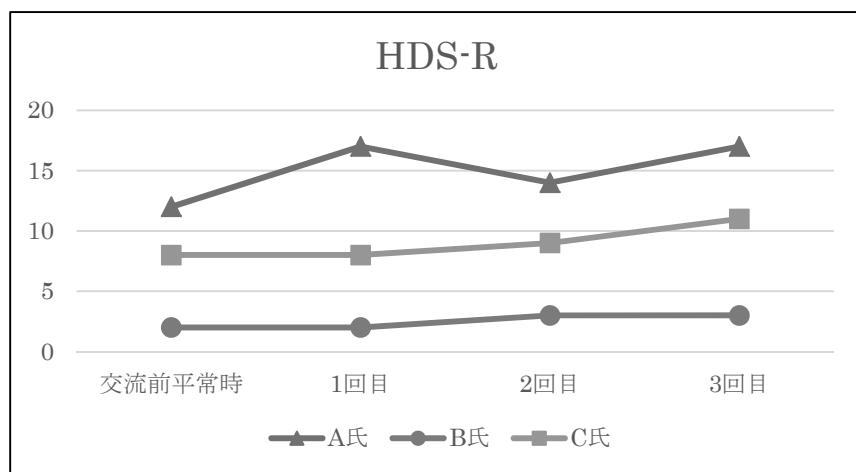
A 氏：交流前平常時は、「15 点」。「あなたは、年をとって前よりも役に立たなくなったと思いますか」「年をとるということは、若い時に考えていたよりも、良いことだと思いますか」という設問で加点がされていない。1回目も同様である。2回目、3回目は「15 点」「年をとるということは、若い時に考えていたよりも、良いことだと思いますか」という設問においてのみ加点がされていない。しかし、設問に対しての回答が「良い」「同じ」「悪い」と設定されているが、交流前平常時と1回目は「悪い」と答えられていたが、2、3回目は「同じ」と答えられている。その他の設問には全てプラスの返答があり、人生への満足度は高い。

B 氏：交流前平常時は、「15 点」。「あなたには心配なことがありますか」「今の生活に満足していますか」という設問で加点がされていない。1回目は「16 点」。「物事をいつも深刻に考える方ですか」という設問で加点がされていない。2回目、3回目は「17 点」。すべての設問にプラスの回答が聞かれ、人生への満足度は高い結果となった。しかしオウム返しのように答えておられる部分も窺えた。

C 氏：交流前平常時は、「14 点」。「あなたは、年をとって前よりも役に立たなくなったと思いますか」「悲しいことがたくさんあると感じますか」「物事をいつも深刻に考える方ですか」という設問で加点がされていない。1回目は「15 点」。「あなたは、年をとって前よりも役に立たなくなったと思いますか」「物事をいつも深刻に考える方ですか」という設問で加点がされていない。2回目、3回目は「16

点」。「物事をいつも深刻に考える方ですか」という設問で加点がされていない。プラス的回答が多く聞かれ、人生への満足度は高い結果となった。

#### ④ HDS-R

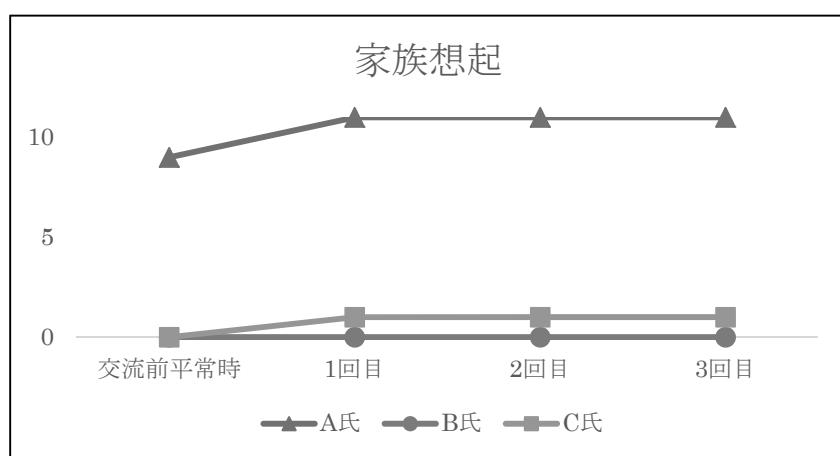


A 氏：交流前平常時は、「12 点」。「日時の見当識」「数字の逆唱」「言葉の遅延再生」で加点がされていない。1回目は「17 点」。「数字の逆唱」「言葉の遅延再生」「言葉の流暢性」で加点できていた。2回目は「14 点」。「言葉の遅延再生」「言葉の流暢性」が1回目に比べ下がっていた。「日時の見当識」では、「月」を答えることができていた。3回目は「17 点」。2回目に比べると「言葉の遅延再生」と「言葉の流暢性」で加点できていた。

B 氏：交流前平常時と1回目は、「2点」。「言葉の即時記憶」で加点があった。2回目は「3点」。「数字の逆唱」で加点されている。3回目も「3点」。「数字の逆唱」では加点できていないが、「言葉の即時記憶」加点ができている。

C 氏：交流前平常時と1回目は、「8点」。「日時の見当識」「言葉の遅延再生」「言葉の流暢性」で点数が加点されていない。2回目は「9点」。「数字の逆唱」で加点ができていた。3回目は「11点」。「言葉の遅延再生」「物品記憶」で加点されていた。

#### ⑤ 家族への関心度（家族の名前を何人想起できるか）



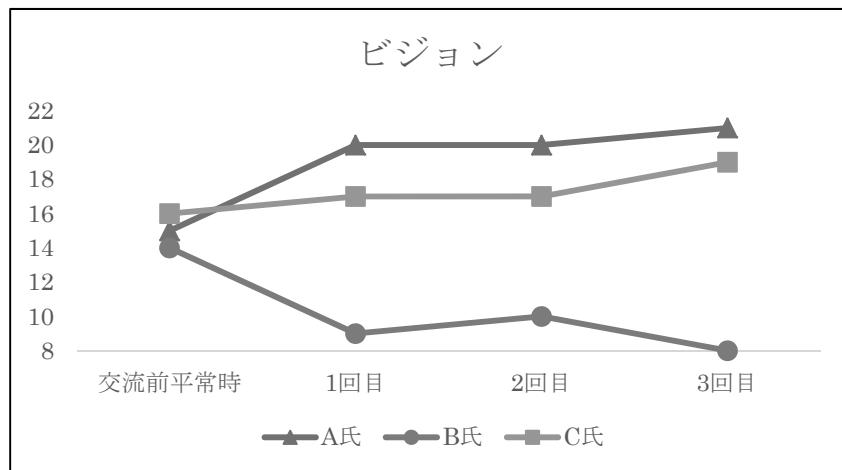
A 氏：交流前平常時は、「9人」。別居している孫の名前が出て来なかった。1回目～3回目までは、「11人」で孫まで全て答えることができていた。

B 氏：交流前平常時と全ての評価時に、「0人」。「おじいちゃん」「おばあちゃん」「おかあさん」との発言は毎回聞かれた。

C 氏：交流前平常時は「0人」。交流会実施1回目～3回目までは全て「1人」、娘の名前を答えることが

できている。

#### ⑥ ナンバータッチ 25 60秒



A氏：交流前平常時は、「15」。1回目、2回目は「20」、3回目は「21」。

B氏：交流前平常時は、「14」。1回目は「9」、2回目は「10」、3回目は「8」。

C氏：交流前平常時は、「16」。1回目は「17」、2回目は「17」、3回目は「19」。

#### 4. 考察

本研究では、子どもとのふれあいが認知症高齢者に有効であるということを具体的に数値で表せるかを研究した。

今回の調査項目では、A氏、C氏はすべての項目において向上が確認できた。B氏の調査結果においては、向上が見られた項目とそうでない項目があった。前者と後者の違いについても併せて考察したい。

##### (1) 活動、精神面評価「積極性」「表情」「QOL」

3名は、平常時は、自発的な活動への参加はほとんどなかった。認知症中等度になると自発的な言動が難しくなる。記憶障害や実行機能障害など様々な中核症状により、不安や抑うつ、その他の周辺症状が出現し、活動への参加を阻害している。

子どもとの交流時は、交流開始から半年後には3名ともに積極性、自発性、QOLが向上しており、自ら行動に移すことができていると確認できた。対象者が全て女性であり子育ての経験があることから、遠隔記憶を呼び覚まし、自然と身体が動き、不安要素で行動が遮断されず、「かわいい」と口に出していた。プラスの欲求が働いたと考えられる。QOLテストにて生活への満足度の向上が見られたと考える。

##### (2) 脳活性評価「HDS-R」「家族想起」「ナンバータッチ 25」

A氏、C氏において向上が見られた。枝川氏は、記憶を司る海馬と情動を司る偏桃体がお互いに神経結合を形成して、脳内に構造的にも情動が記憶形成に大きな影響を及ぼす<sup>3)</sup>と説いている。快の情動が働くことで、脳が活性化されていると考えられる。HDS-Rで、言葉の遅延再生や物品記憶で点数が加点されていることから、記憶保持再生の改善ができたと考えられる。A氏の2回目は芋ほり実施後であったため、疲労が表れており、調査実施の集中力に欠けていた。体力が維持されているとさらに効果が出やすかったのではと考えられる。このことから、体力の維持も認知症予防につながると考える。

家族想起では、A氏は、孫の名前まで全て想起することができていた。C氏は、交流会後には娘の名前を想起することができていたが、評価を行っていない平常時に度々質問したが、答えることができなかつた。このことから、C氏は子どもとの交流が大事な一人娘を投影し、娘と過ごしてきた時間を想起するきっかけになっていると考えられる。

ナンバータッチでは、子ども達を目で追い、傍へ行こうとする行動から眼球運動が向上できていたと考えられる。眼球運動が向上することで、入力できる情報が増え、情報処理能力が向上した。そして、脳が活性化され目と手の協調運動も促進したと考えられる。

### (3) A 氏・C 氏と B 氏の調査結果の違い

B 氏は症状が重度であり、調査実施時に「そうそう」「はい」「わからんない」「そうじやない」などの返答やオウム返しのような反応をされることが多く、設問の内容の要点をまとめて理解することが難しかったように考えられる。また、当初予定していなかった茶屋町小学校の実習が 10 月、11 月に 7 回あり、A 氏・C 氏はいずれも利用日のため児童とのコミュニケーションの機会が多くあったが、B 氏には 1 回のみの参加となったことも結果に影響している可能性もあり、認知機能の改善には頻度も関係していることが考えられる。

今回の研究では、期間が短く、被調査者の人数や交流の機会が少なかったため、効果を断定することはできないが、子どもとの交流は認知症高齢者の人生の満足度の向上や認知症予防に有効である。考察の 2 で述べたように、疲労度の高い状態が良い結果を生み出さないことから、基礎体力を維持することも必要であると考え、体力作り、イベントの種類や参加方法も一人ひとりに合ったものを検討し提供する必要性がある。考察の 3 で述べたように、交流の機会が多くかった A 氏・C 氏とそうでない B 氏で結果が分かれたことから、交流の機会が多くある方が脳が活性化しやすいと考えられるため、日常的な交流の機会を設け、満足度の向上や脳活性を行う回数を増やすことが今後の進行予防には必須である。

すなわち、地域交流イベントだけではなく日々の交流の機会を創るために、創心会リハケアタウンのような常に子どもたちがいるというハード面の環境設定が望まれる。今後そのような施設が増え、認知症の予防を行うとともに QOL が向上し、幸福感を持って生活できる方が増えることを望んでいる。また、交流の機会を日課とし、期間を長くして重度の方にも効果があるかを研究したいと思う。

## 5. まとめ

今回、認知症重度者の方については、脳の活性化が確認できなかった。「子どもとのふれあい」が効果をもたらすためには、個人を良く知って、アプローチ方法を模索しながら評価し、時間をかけ一人ひとりに合った方法で実施することが重要であると感じた。

また、子どもとのふれあいが活動、参加のきっかけ作りになったが、体力がなければ、疲労が溜まり逆効果を生みだす可能性もあるので、日々の機能訓練の重要性を改めて痛感した。

子どもとのふれあいで多くの笑顔を引き出せたことは大きな成果となったが、QOL テストで「年をとって役に立たなくなった」と回答されることが多かったことから、自身の役割を感じられない関わりしかできていなかった自分に憤りも感じ、関わりを見直すきっかけになった。人生の満足度を少しでも高められるように、励んでいきたいと思う。

## 6. 謝辞

今回の論文執筆に当たり、ご協力いただいたご利用者様、学会委員の皆様、スタッフの皆さんに深く感謝申し上げます。ありがとうございました。

## 7. 参考・引用文献

- (1) 多湖光宗：少子高齢化も安心！幼老統合ケア
- (2) 古谷野 亘：老年精神医学領域で用いられる測度 QOL などを測定するための測度(2). 老年精神医学雑誌 1996;7:431-441
- (3) 枝川 義邦：情動による記憶強化のしくみ.生活工学研究 第8巻 第2号 (2006)

(4) 大田仁史：新 芯から支える

(5) 創心流リハケア講座資料

別紙①

## QOL PGモラルスケール

題：あなたの現在のお気持ちについて伺います。（回答の数字が得点となる）

質問事項	回答
1 あなたの人生は、年をとるにつれてだんだん悪くなつてゆく と思いますか。	0 そう思う 1 そうは思わない
2 あなたは来年と同じように元気だと思いますか	0 はい 1 いいえ
3 喜びしいと感じることがありますか	0 ない 1 気付かない 2 始終感じる
4 最近になつて小さなことを気にするようになつたと思いますか	0 はい 1 いいえ
5 家族や親戚、友人との行き来に満足していますか	0 満足している 1 もっと欲しい
6 あなたは、年をとつて前よりも段々立たなくなつたと思いますか	0 そう思う 1 そうは思わない
7 心配がたり、頭になつたりして、眠れないことがありますか	0 ある 1 ない
8 年をとるということは、悪い時に備えていかによりも、良いことだと 思いますか	0 上い 1 同じ 2 悪い
9 困っていても仕方がないと思うことがありますか	0 ある 1 あまりない 2 ない
10 あなたは、若い時と同じように幸福だと思いますか	0 はい 1 いいえ
11 悲しいことがたくさんあると感じますか	0 はい 1 いいえ
12 あなたには心配なことがありますか	0 はい 1 いいえ
13 前よりお腹をかかれてる回数が多くなつたと思いますか	0 はい 1 いいえ
14 行きることは大変がれいだと思いますか	0 はい 1 いいえ
15 今の生活に満足していますか	0 はい 1 いいえ
16 物事をいつも頭腦に考えるほうですか	0 はい 1 いいえ
17 あなたは心配事があると、すぐにおろおろするほうですか	0 はい 1 いいえ
17 点満点で、高得点ほどQOL（モラル）が弱いに 判断される。 地図往生漏歴答での参考基準値は、8~15点。	

（吉野 茂、60歳を越えるための健康！） 東北精神医療連絡会議会員登録用紙

**グループホーム心から・五感リハビリ俱楽部茶屋町が合同で行う運営推進会議**  
**本部センター グループホーム心から 介護福祉士 森和也**

### 1. はじめに

グループホーム心からでは、開設してから2か月に1回のペースで運営推進会議を開催しており、平成27年7月で50回目を迎えることができた。これは、長くグループホームを運営してきたからではない。グループホームは地域密着型サービスであることから、長年近隣地域の方に支えられてきた証であると私は感じている。

この運営推進会議をより有効に活用し、地域の方々に役立つ会議にしたいと思い、またグループホームだけで運営推進会議の全てを完結させて良いのかと考えた結果、共に地域密着型サービスであり、通い・入居と事業形態は異なるものの、認知症の方を対象としている点で共通することが多い、創心会五感リハビリ俱楽部茶屋町との合同開催に至った。

本稿では、合同開催による効果、課題、今後の方向性を考察する。

### 2. 運営推進会議とは

運営推進会議は介護保険法の「指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準(運営基準)」で定められており、認知症対応型共同生活介護及び小規模多機能型居宅介護事業所ごとに設置・開催が義務づけられている。

主な目的として、

- ① 事業所運営の透明性を確保すること
- ② サービスの質の確保、向上すること
- ③ 利用者の「抱え込み」を防止すること
- ④ 地域との連携を図り、地域交流等の体制を築くこと

などがあり、事業所指定の要件にもなっていることから、「運営推進会議が設置・開催されていない」場合、行政指導（勧告・指定更新の拒否等）の対象となる。

グループホーム心からでは、平成27年7月の運営推進会議より、創心会五感リハビリ俱楽部茶屋町と合同で開催している。その目的は以下の通り。

- ①グループホームと認知症デイサービスをお互いに知り、情報を共有すること。
- ②認知症デイサービスを地域の参加者の方々に知って頂くこと。

主な参加者（会議の構成員）は、地域包括支援センターの職員、地区の民生委員、愛育委員、地域における他社のグループホーム職員、ご家族様、自社他事業所のスタッフ（ケアマネジャー、看護師等）など数名である。

### 3. 実践報告

今回は、合同開催となった平成27年7月を1回目とし、以後4回にわたる会議の様子を報告させて頂く。

#### (1) 第1回目

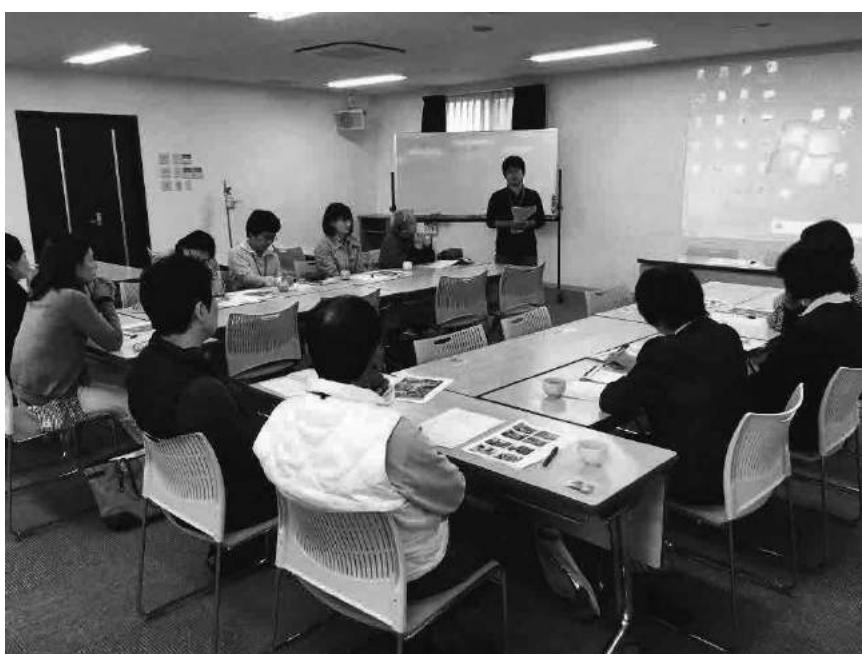
平成27年7月15日（水）13:30～ 場所：本部センター東館研修室

合同開催の1回目ということもあり、創心会五感リハビリ俱楽部茶屋町からは多くのご家族様が参加して下さり、興味を持ってサービス中の様子などを聴いて下さった。内容として、グループホーム心からでの生活の中での活動報告、入居者の状況などをお話しして頂いた。

創心会五感リハビリ俱楽部茶屋町のご家族様からは、様々な質問、意見を頂いた。具体的には、「夜間、

寝ない方への対応はどうしているのか」、「外へ出ようとしている人へはどのように対応しているのか」など、家庭で実際に認知症の方と生活しているご家族から、生の声を聞く事ができた。一方、言葉で説明しても状況が上手く理解して頂けず、頭をひねる方もおられた。また、グループホームでの生活の事ばかり話したため、「入居を勧められている気がする」という意見もあった。実際、そのような意図で開催したわけではないが、進行が上手く行かず多くの反省が残った会であった。

(写真：推進会議の様子)



## (2) 第2回目

平成27年9月28日（月）13:30～

場所：本部センター 本館グループホーム 1Fリハビリユニット

2回目は、1回目の開催で質問があつた認知症の勉強会を主に実施した。認知症の種類、症状などの基本的な話が中心であったが、参加者の中には「勉強になった」という声が多く聞かれた。ご家族様の中には、認知症に対する知識が乏しい方も多く、認知症の方に対して怒ったり、感情的になるなど、間違った対応をしていることも多々見られる。こういった点から、今後も定期的に事例を交えた勉強会などを開催する必要があると感じた。

また、お月見の時期であったため、会議の参加者を「お客様」と見立てて、白玉入りのぜんざいを入居者全員で作った。ご利用者様にも会議に参加して頂き、来客者一人ひとりへお茶とお菓子を出す場面を作り、「活動」と「参加」を会議に盛り込んだ。この成果として、創心会五感リハビリ俱楽部茶屋町のあるご家族様より、帰り際に個別で入居相談を受けた。このような経験から、関連するサービス間で情報交換し、支援を継続することは、とても価値のあることだと感じられた。これまで、創心会五感リハビリ俱楽部茶屋町のご家族様と関わる機会がなかったため、合同開催ならではの効果があったと考える。

また、Chaya-Caféのパンの新作の試食会など自社の取り組みも合わせて報告でき、2回目の合同開催は、大きな手ごたえがあった。

(写真：推進会議の様子)



### (3) 第3回目

平成27年11月18日（水）13:30～ 場所：本部センター東館研修室

3回目は、家庭での認知症の方と家族の関わり方の寸劇と防災をテーマに実施した。寸劇ではスタッフ2名がそれぞれ認知症の高齢者役と家族の役になり、家庭での望ましい対応と望ましくない対応の仕方を実際に演じた。寸劇は参加者からはとても好評で、別のケア事例も見てみたいとの意見もあったため、定期的に実施していく必要があると感じている。

防災関係では、茶屋町地区のハザードマップを基に、津波や洪水時の避難場所の確認、災害時の備蓄品をチェックリストにして参加者に各自確認して頂いた。参加者からは、「知らなかつた」、「帰って備蓄品を準備してみます」などの意見を頂いた。災害に対するテーマで初めて会議を行い、防災への意識づけができたと考える。

### (4) 第4回目

平成28年1月20日（水）15:00～

場所：本部センター北館 創心会五感リハビリ俱楽部茶屋町

1月の会議では、机を囲む会議ではなく、季節の行事として餅つきを実施した。グループホーム心から、五感リハビリ俱楽部茶屋町のご利用者様や地域の方々の活躍もみられた。

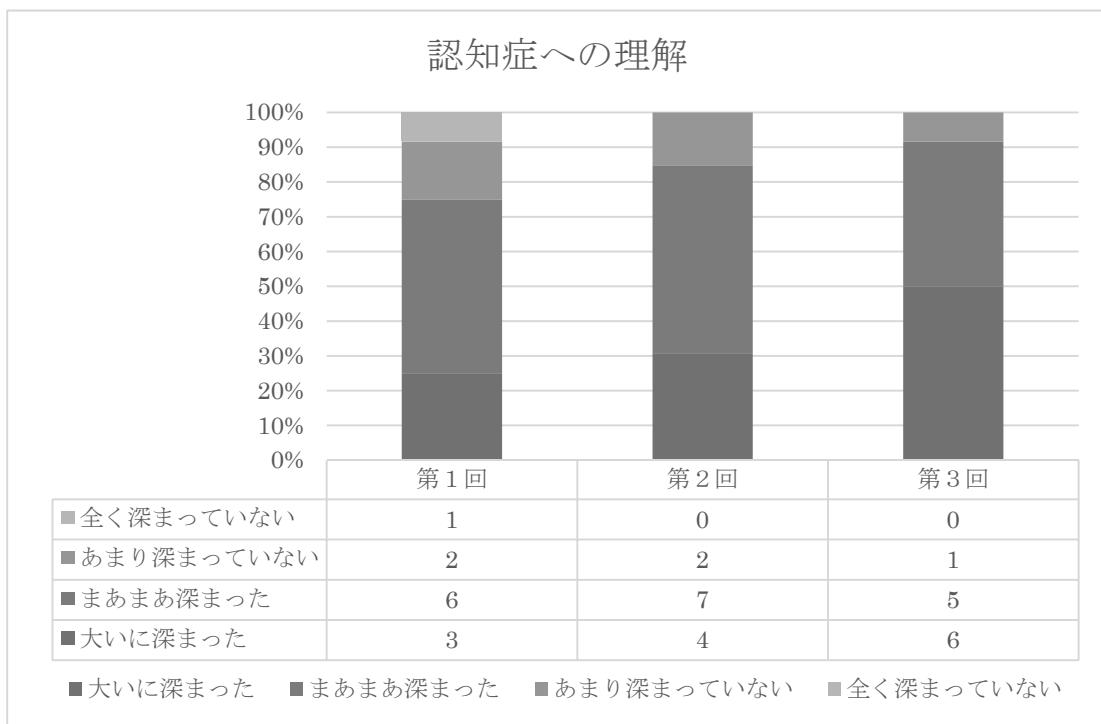
地区の民生委員の方やご利用者様から餅つきについて教えて頂くこともあり、参加者も楽しく実施できました。

(写真：餅つきの様子)

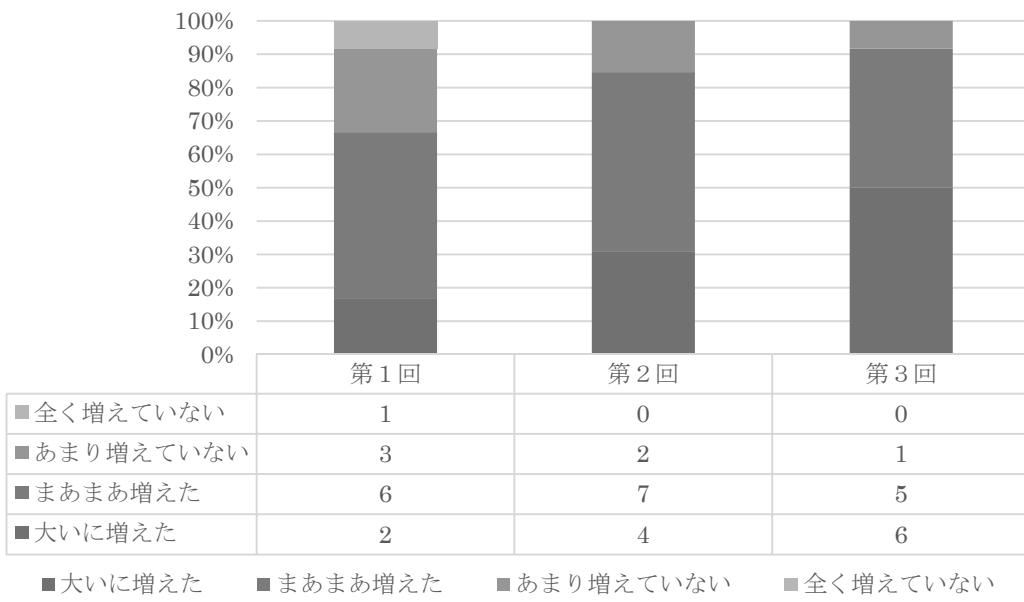


#### 4. 結果

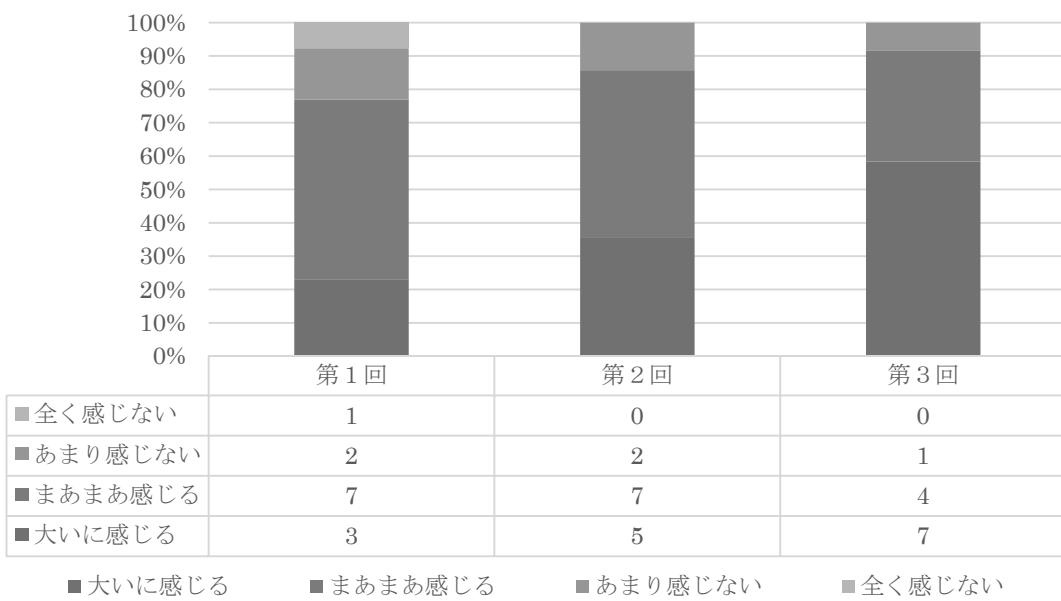
- (1) 1年を通して、定期的に合同開催をすることができた。また、運営推進会議だけでなく、センター長と各事業所管理者で、毎月1回30分、互いの事業所の取り組みや利用者情報の共有を行う場として、認知症会議を実施している。
- (2) アンケート結果を、以下の3つの観点からまとめた。



## 地域住民との自然な交流は増えたか？



## 運営推進会議は充実しているか？



合同開催を始めた当初と比べ、少しずつではあるが、参加者からは各項目（認知症に対する理解、地域住民との自然な交流、会議の充実度）について肯定的な回答が増えており、合同開催には一定の効果があったと考える。

## 5.まとめ

これまで、運営推進会議はグループホームが主体となって単体で開催してきたが、今まででは会議を開くこと自体が目的化し、「会議のための会議」となっていた感が否めない。まだ4回ほどの試みではあるが、創心会五感リハビリ俱楽部茶屋町との共同開催は、視野と視点の広がりを我々にもたらしてくれた。

次年度の目標として、地域生活を送っている認知症の人、あるいは認知症に留まらず、防災や虐待に対する意識付けや、介護予防へのアプローチなども視野に入れて、運営推進会議を有効に機能させていきたい。

地域という幅を更に広げ、毎月実施している幼稚園への訪問など、今後は多世代の交流の場を構築し提供できたらと考えている。我々介護事業者が先頭に立ち、主催者だけでなく、地域の参加者の方と課題を見つけて目標を掲げ、今後も開催していきたいと考える。

本当の意味での運営推進会議は、まだ始まったばかりである。

## 6. 謝辞

本実践報告に際し、多大な協力を賜りました、地区の民生委員、愛育委員、地域包括支援センターの職員、地域における他社のグループホーム職員、居宅介護支援事業所のスタッフ、創心会五感リハビリ俱楽部茶屋町のご利用者様、ご家族様、スタッフの皆様、グループホームのご利用者様、ご家族様、スタッフの皆様に深く感謝致します。

## 7. 参考・引用文献

運営推進会議の設置について

**地域包括ケアに向けて ~病院から在宅へ、不安なく戻ることができるために~**

福山センター 創心会リハビリ俱楽部新涯 社会福祉主事 池本 慎二

**1. はじめに**

病を発症し、病院へ入院されてから、在宅へソフトランディングをするためには医療・介護の連携が必要となってくる。病院から退院の際に不安を抱えている方もおられ、病院ではできていた動作が在宅に帰った途端、人的環境や家屋環境の変化により困難となってしまうことがある。身体面だけでなく、心理面（不安やストレス）の問題が起きてしまうと、簡単には解決できない状態になってしまう。当事者だけではなく、ご家族様へも様々な問題が生じる。例えば、介護に使う時間が膨大となるため、自身の時間が少くなり、社会との交流も減ってしまうこと、経済的な問題、ストレスなど心理的な問題である。

病院にいる間は、健康面や身体的な問題についてすぐに相談できる専門家が常駐しているが、在宅での生活は病院での生活とあらゆる面で異なっている。住み慣れた地域で、住み慣れた自宅で生活していくためにも、先に述べた問題を解決していきたいと考え、福山センターにおいて実施している取り組みを報告・紹介させていただく。

**2. 経緯**

創心会 19 期の基本方針は、「事業活動の社会的価値を高める」である。福山センターで必要なこと、地域に根差し選ばれる企業となるために必要なことは何か考えた時に、在宅生活へもっと視点を向けていくこと、在宅生活を支援していくために様々な職種とのチームで関わっていくことが重要であると考えた。

ご利用者様・ご家族様は勿論、病院関係者、地域の方々に創心会を知っていただくことが必要であったが、創心会（以下：当社）が病院の有する居宅介護支援事業所との関わりが少ない状態であったため、退院後すぐのご利用ができ、安心して住み慣れた地域・住み慣れたご自宅へ戻ることができるよう支援できることを知っていたとき、連携を取って包括的なケアをさせていただきたいと思い、今回の取り組みをさせていただいた。

**3. 実施方法**

病院の居宅介護支援事業所との関係性を持つために、まず当社の広報誌を持って、センターから片道 15 分以内にある急性期・回復期病院が有する 3か所の居宅介護支援事業所へ、直接的に取り組み等の発信を行った。片道 15 分以内と決めたのは、ケアマネジャーの方々が出先の帰りなどに立ち寄りやすく、居宅介護支援事業所の近辺となると土地勘もあり、地名や住所でどこに当社があるか分かりやすいと考えたからである。

また、毎月、各居宅介護支援事業所へ直接広報誌を持って取り組み等の発信を実施した。A回復期病院の有する A 居宅介護支援事業所（以下、A 居宅）に対しては関係性がほぼなかったので、パンフレットなどを用い、まずは当社の成功事例等の話をさせていただいた。福山市には通所介護が 186 施設、通所リハビリテーション事業所が 49 施設の合計 235 施設の通所系サービスがあり、その中でも当社のサービスの独自性、高品質の発信を主に行ってきた。

B 急性期・回復期病院の B 居宅介護支援事業所（以下、B 居宅）については、以前から数名のご利用者様の紹介・利用があったため、できしたことや気になる点などをその日の内に連絡することや、家屋評価を実施することで、継続して紹介を頂くことができている。

C 回復期病院の有する C 居宅介護支援事業所（以下、C 居宅）についても B 居宅と同様となっており、ご利用者様が利用途中で入院された際には、病院療法士が行うリハビリテーションを見学させていただくこともできるようになっている。

#### 4. 結果・考察

成果として、取り組みを始めて3か月でA居宅との関係性を深めることができた。A回復期病院の主治医から、A居宅のケアマネジャーを通して、退院が控えているご利用者様がいるとの話があった。主治医はデイサービスでできるリハビリテーションについて知りたいとのことで、資料を作ってほしいとの依頼を受けた。そこで、デイサービスのリハビリテーション器具の写真を撮り、センター所属の作業療法士と説明文を作成し、翌日持参させていただいた。その後、正式に利用希望の連絡をいただき、利用へと繋がっている。これを機に、A居宅からの依頼を多くいただくことができている。利用後から転倒やヒヤリハットの回数が減ってきたこと、写真などを持参して、ご利用者様ができたことをケアマネジャーに報告していたことが、ご利用者様・ご家族様だけでなく担当のケアマネジャーからの信頼につながったと考える。

また、サービス担当者会議前には必ず、少し早めにご自宅へ伺って家屋評価をさせていただき、ご利用者様・ご家族様の不安や家の中で動作をする上で恐怖感がある箇所などの聞き取りを行い、デイサービスで実施するリハビリテーションメニューの提案等を行ってきてている。成功事例として、退院前には、主治医・病院療法士・医療ソーシャルワーカー・ケアマネジャー・ご利用者様・ご家族様で開催されるカンファレンスに参加させていただくことができている。

また、退院を控えたあるご利用者様の紹介を医療ソーシャルワーカーよりいただき、ご家族様に見学に来ていただくことができた。その方は退院を約1か月後に控え、在宅に帰ることをご家族様・ご利用者様も望まれているが、脳梗塞発症による麻痺が残っており、在宅へ帰ることにご家族様が大きな不安を持たれていた。ご利用者様だけでなくご家族様の相談にも乗らせていただくこと、在宅生活を意識してリハビリテーションを行っていることを伝えることで少し不安が取れたと話され、退院後すぐの利用が決定となつた。

また、退院前カンファレンスの前に、病院療法士が行うリハビリテーションの見学をさせていただき、その際に継続してほしいリハビリテーションやご利用者様が外泊された時の様子などをお伝えすることができた。退院前カンファレンスが開催され、退院となり在宅へ帰られる際には、ご家族様より自宅の環境を見てほしいとの依頼を受けた。その際、センター所属の作業療法士と共に伺い、実際に自宅環境の把握、動線の把握等のアセスメントを行い、病院療法士から事前に伺っていた内容と実際のご利用者様の身体状況を基に、注意点をお伝えしている。病院療法士の方にもデイサービスのパンフレットをお渡ししており、デイサービスでのリハビリテーションへの意見等をいただける環境設定をさせていただいている。

このように、退院約1か月前からご家族様にデイサービスへ見学に来ていただき、早期に利用を決定した上で、退院と同時に支援する「予約からのサービス利用」をしていただく基盤を完成することができた。病院で行われていたリハビリテーションの継続ができ、さらに、在宅生活で課題となる部分へのアプローチができることもメリットである。

取り組みを始めて約1年6か月でA・B・C居宅との関わりを深めることができた。紹介をいただき、利用された方の中には、要介護から要支援の認定が出てデイサービスから卒業したり、終末期の方が最期までご自宅で過ごすことができたなどの事例もある。退院から在宅へのソフトランディングを可能とする体制を整えることができ、元気のなくなる理由の一つである「生活感覚のとまどい」の排除に視点を当た取り組みが現在、成果となって表れている。図1に表記しているように、アプローチさせていただいた急性期・回復期病院の有する居宅介護支援事業所からは、継続して新規のご利用者様のご紹介をいただくことができている。ケアマネジャーだけではなく、主治医・病院療法士の方々との関わりを持ち連携を行い、情報共有していくことで、ご利用者様・ご家族様が安心して在宅へ戻ることができる。このような体制の構築は、ご本人様・ご家族様だけでなく、ケアマネジャー・病院療法士・主治医にとっても双方に安心を与えることができていると考える。

図1

平成28年2月末

居宅介護支援事業所	福山センターからの距離	病床数	契約数	病院療法士との関わり
A	約4.0km 約12分	103	9	○
B	約2.5km 約8分	180	4	○
C	約600m 約5分	99	4	○

今回のように、「予約からのサービス利用」については、デイサービスだけではなく、訪問看護にも活かしていくことができると言える。経営目標にあるように、「予防から終末期までのケアを住み慣れた地域で完結するために」、私たちの提供するサービスを、ご利用者様が関わりを持つすべての機関の方々に知っていただくことが必要である。その上で結果を残し、地域包括ケアを実現していくためにも、「リハビリテーション理論に基づいた包括的本物ケアシステムを構築・提供・発信・普及して」いくことが求められる。

今回の内容は、地域包括ケアシステムの構築の足掛かりになると想るので、今後も継続して地域の多くの方々に知りていただくことができるよう、取り組みの幅を広げていきたい。

## 5. 今後の展望

今回は、病院から在宅へ円滑で不安なくソフトランディングができるようにアプローチを行ってきた。今後は、今回のA居宅のような「予約からのサービス利用」が可能となる居宅介護支援事業所や病院との関係性を深めるとともに、地域に認められるオンリーワンのサービス事業所となることができるようにしていく。デイサービスだけでなく、訪問看護等においても同じような関わりを増やし、医療・介護の連携の土台を構築するとともに、地域との連携強化を図り、地域包括ケアシステムの構築をしていきたいと考える。

今回の取り組みを継続し、在宅にソフトランディングできるセーフティネットを、今回関わりを持たせていただいた病院以外とも構築していき、医療サイドと介護サイドの課題を解決しながら、創心流リハケアイノベーションを実現させていきたい。

## 6. 謝辞

今回の執筆に当たり、協力いただいた病院関係者の方々、ケアマネジャーの皆様に深く感謝いたします。

## 7. 参考文献

- (1) 大田仁史(2006)『新・芯から支える』荘道社
- (2) 創心會経営計画書

## 他職種連携によって、祭りへ参加するという目標を達成できた事例

福山センター 訪問看護リハビリステーション福山 作業療法士 井上 直樹

### 1. はじめに

2025年問題の中で、訪問療法士には、活動・参加に焦点を当てたリハビリテーションが推奨されている。今回、ベッド上の生活が主となっていたご利用者様に対し、訪問リハを通じて多職種連携を行うことで機能改善し、「日常生活動作の改善」「地域の祭りへの参加」という目標を達成することができたため報告する。

### 2. 症例紹介

医学的情報

主疾患：X-6年 右下肢静脈瘤術後・左下肢潰瘍による足関節拘縮  
：X年 左第4腰椎圧迫骨折

一般情報

氏名：Y様

年齢：80代 男性

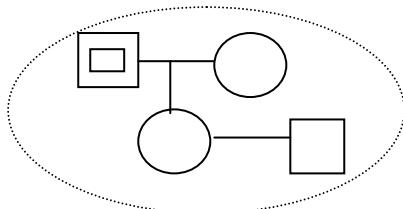
介護認定：要介護4

日常生活自立度：B1

認知症高齢者の日常生活自立度：IIa

生活状況：妻が常に傍におり、支援している。長女は施設で介護の仕事をしている。

キーパーソン：妻、長女



介護サービス利用：福祉用具（ベストポジションバー、タッチアップ、上り框用手すり）

訪問看護によるリハビリ週2回

生活歴：もともと、現住所に近い場所で生まれ生活されてきた。民謡が好きで、町内の祭りでは囃子をされていた。

町内のお世話もしており、地域のために尽力されてきた。

家屋環境：平屋の二階建て。居室からトイレまでの導線は板張りの廊下で段差があり、壁面はガラス戸のため手すり設置不可能。

ニーズ：ベッド上の生活からの脱却。

デマンズ：トイレまで歩けるようになりたい。

全体像（初回訪問時）

精神的項目：非常に頑固な性格であり、主治医からの内服指示も「薬毒」と拒否することもあり。

身体的項目：左下肢（下腿前面）潰瘍による足関節拘縮。腰椎圧迫骨折による腰痛により起き上がり、立ち上がりが困難な状態。

生活状況：ADLは家族による全介助レベルであり、ベッド上の生活となっている。

寝返り、起き上がりは自立レベル。座位保持可能。

#### 目標設定

初期：自宅トイレまでの手すり歩行の獲得。（1か月）

後期：病院まで一本杖で歩行し受診する。（3か月）

### 3. 介入経過と結果

(1) 訓練内容：四肢関節可動域訓練・筋力強化訓練・バランス訓練・階段昇降訓練・歩行訓練・  
自主訓練指導

(2) 経過

① 1か月目

週2回で開始している。バイタル：血圧 90／50 mmHg、脈拍 56 回。

寝返り、起き上がり動作は自立、端坐位は支持物ありで自立している。

環境設定として、ベッドの横に据え置きの手すりを設置。右側に手すりがあることで、立ち上がり動作を見守りで行うことができ、立位保持は30秒から1分30秒実施可能。

立ち上がり動作後、血圧が150／100へと一度上昇することがあり、呼吸数の上昇も見られ、全身持久力の低下あり。

日中、ベッドで横になって過ごすことが多いため、座位で行える自主練習を提案し、離床時間を長くすることで全身持久力の向上を図る。

Y様は「今にでも歩いてトイレでも行こうと思うんだけど・・」と歩行への意欲が高いため、まずは全身持久力の向上を図りながら、立ち上がり動作の獲得を目指す。ベッドの高さが約30cmと低いため、高さを調整して、腰部の痛みに負担とならないように立ち上がり動作練習を実施していく。

② 2か月目

全身状態として収縮期血圧110～130mmHg、拡張期血圧70～80mmHg、脈拍60回前後。潰瘍の痛みは時々あるようだが、腰部の痛みは日が経つにつれて軽減している。

据え置き型の手すりをベッド横に設置したことで、ダイニング椅子への移乗が可能になり、折り畳みの机を使用して、食事はベッドから離床してとることができるようになった。

移乗可能の時期から固定型歩行器を使用して歩行練習を開始する。歩行器での操作は問題ないが、1m歩行で、息切れ(+) 血圧は150/80 mmHgと上昇する。

歩行器での歩行訓練を継続して実施することで歩行距離が延長してきたため、約10cmの段差昇降練習を開始する（トイレまでの導線に解消できない段差があるため）。段差昇降は支持物があれば可能であったため、ベッドからトイレまでの環境整備を検討する。

ベッドから廊下までは歩行器使用、ベストポジションバーと据え置き型の横手すりを設置することで、トイレまでの導線を確保し、リハの中で継続して実施することで妻の介助でトイレまで歩いて行く目標は達成することができた。

今後の目標としてY様の意向も考慮し、病院受診の再開とした。目標に向けて歩行器での病院受診には近所の目もあり抵抗があるため、一本杖での歩行の獲得を課題とした。

③ 3か月目

収縮期血圧120～140mmHg、拡張期血圧80mmHg前後、脈拍60回前後（時折、1/min不

整あり)。

腰部の痛みはほとんどなく、日常生活で支障を来していることはない様子。

日常生活の活動性を高めるために、食事を台所まで移動して摂ることを促した。導線を確認し、リハの中で継続することで台所まで歩いて移動され食事をとられるようになり、トイレも手すりを使って一人で歩いて行けるようになった。

リハ以外の時間で歩く機会が増えたことで、歩行能力が向上していった。そのため、レンタルしていた歩行器は返却し、自宅内手すりや杖を使用して歩行自立。また手すりでの歩行が定着したこと、お風呂までの移動も可能となり、以前と同様、長女の介助とシャワーチェアで、自宅でのシャワー浴が可能になった。

一本杖での歩行を進めるに当たり、潰瘍のある左下肢への荷重についてのリスクと管理が必要と考えた。潰瘍の医学的知識の不足を補うために自事業所内の訪問看護師に依頼し、Y様の潰瘍の確認のための同行訪問を行った。その後、主治医、看護師、療法士で話す機会を設け、潰瘍への荷重の許可をとり、家族・本人と共有することで「病院まで一本杖で歩行し受診する。」を目標として設定した。

リハでは一本杖歩行の練習を積極的に行い、見守りで20mほど歩けるようになり、実際場面で受診の練習を行うことで訪問リハの中で受診することが可能になった。暑さによってY様の意欲低下が見られたが、週6日、ご家族様と病院受診が可能になった。

#### ④4か月目

全身状態として収縮期血圧120～140mmHg、拡張期血圧80mmHg前後、脈拍60前後（時折、不整あり）。病院受診に毎日歩いていくこと、トイレへの移動、食事の際の移動などをご家族様の手も借りながら運動習慣がついてきた。

日常生活での安定性・活動性が向上したため、社会交流などを考慮し通所利用の検討をしたが、本人の拒否もあり移行ができなかった。

役割や参加に対して話をしていくと、新規面談の際、以前、祭りで囃子を行っていたことを話されており、参加の機会になると思い提案したが、「無理だろう」と拒否あり。

本人にとってやりがいとなる作業であり、同時に参加にもなる活動であるため、療法士の想いもあり「介助必要なら手伝いますし、行ってみましょう」と話をすると、「そこまで言ってくれるなら」と祭への参加を決意された。

送迎はお婿様にお願いし、Y様・妻・長女・療法士の4人で祭りに参加した。会場までの歩行は、毎日行っているため、療法士の介助で実施可能であり、祭中は持参したパーソナルチェアで過ごすこととした。会場では地域の方々に声を掛けられ、また自身の弟子達の歌う姿を見ながら過ごされた。弟子の一人が「歌いねえ」と声を掛けて来られ、囃子での参加となつたが、椅子座位で3時間歌い続けることができた。

帰宅の際の歩行、移動も問題なく行うことができ、疲労感などの訴えも後日聞き取りをしても訴えはなく、歌つたことの楽しさや満足感を笑顔で話されている。

#### 4. 考察

今回、寝たきりの状態からスムーズに身体機能回復、活動参加へのアプローチを訪問リハを通じて実施することができた。

要因として

- 1) 本人に「トイレまで歩いていきたい」という明確な意思、目標があつたこと。

- 2) 妻・長女が介助、自宅でのリハに積極的に参加されたこと。
- 3) 状態変化に合わせて、福祉用具事業所が訪問リハ提供時に現場に調整を兼ねて用具の手配で連携できしたこと。
- 4) 日常生活=リハビリの共通認識をチームで持つことができたこと。
- 5) 祭りへの参加に向け療法士、ご家族様ともにフォローする姿勢を伝えることができた。
- の5点があると考えられる。
- 1) に関して、訪問リハ実施に当たり、生活主体者としての意思が確立されており自主訓練の継続性は確保できなかったが、日常生活動作に落とし込むことで継続して運動することが可能であった。
- 2) に関して、妻、介護の仕事をしている長女が訪問リハ・自宅でのリハに協力的であった。日常生活をなるべく自身で行うことが最大のリハになることを理解して下さり、自主訓練の促し、自宅でのADLの介助の方法を療法士と共有しながら、毎日の生活動作として継続して実施することができたため、早期のADL回復につながったと考える。
- 3) に関して、起き上がり～ADLの再構築に向けて身体機能の変化がある際には毎回同行する連携を図り、訪問リハの現場で望ましい環境をその都度設定することで、Y様が自身の能力を最大限使用できる環境となり、生活意欲の向上、活動性の向上につながったと考える。
- 4) チームの中で自宅での活動性を向上させるための環境設定や、「できることは自分でして頂く」ことの認識を共有することで、福祉用具の選定、サービスのない日の家族の介入方法、本人の役割、療法士のサービス内容に一貫性を持つことができた。
- 5) 祭りへの参加に関しては、Y様の行きたい気持ちを感じることはできたが、具体的な手段のイメージを持つてもらうことができていなかった。ご家族様と共に療法士が現場までの同行と介助などのフォローを約束することで、Y様の「その気」を引き出すことができたと考える。今回は、「ここまで言ってくれるなら」という発言から、特に外部の人間（今回は療法士）が「その気」になっている姿勢を見せることが、心を動かすことができた要因であると考える。

## 5. まとめ

活動・参加に向けてのリハが推奨される中で、その実現のためには、療法士個人の力だけでは難しいことを改めて感じた。多職種連携においては、他事業所など顔を合わせて話をすることが難しい部分も出てくると思うが、地域包括ケアシステムの中でも医療・介護連携の土台を担っていけるように動いていきたい。

## 6. 謝辞

今回、事例を通して、多職種連携・活動参加のアプローチの重要性と、参加による笑顔を見られる嬉しさと楽しさを実感できた。協力して下さったすべての皆様に御礼申し上げます。

## 外国人介護人材受け入れ実証報告

本社 内部監査室 社会福祉士・介護福祉士 宮内 祥

### 1. はじめに

現在の日本の人口構造及び過去からの推移（図1参照）を見ると、団塊の世代（1947年（昭和22年）～1949年（昭和24年）第一次ベビーブームに生まれた世代）が60歳を迎えることから、今後10～15年で後期高齢者になることが見て取れる。2025年以降も、この後期高齢者層は30年以上維持される見込みである。一方、高齢者世代を社会保障面で支えるために必要となる生産労働人口（15歳以上～65歳未満）は先細りの傾向にある。唯一の厚い層が団塊Jr.世代（1970年代に生まれた世代）と言われる層である。

しかし、1979年生まれは既に36歳を迎えており、今後10～15年後は40代後半となる。いわゆる、親の世代の介護離職問題が付きまとうことになる。さらに、日本の人口は2015年7月1日付発表（総務省）で1億2,616万人、前年比で約27万人減少している。その内訳は14歳以下が1,631万18人（12.93%）、15歳～64歳7,717万2,787人（61.17%）、65歳以上が3,268万764人（25.90%）である。外国人登録者は206万2,907人と前年比2.9%増である。

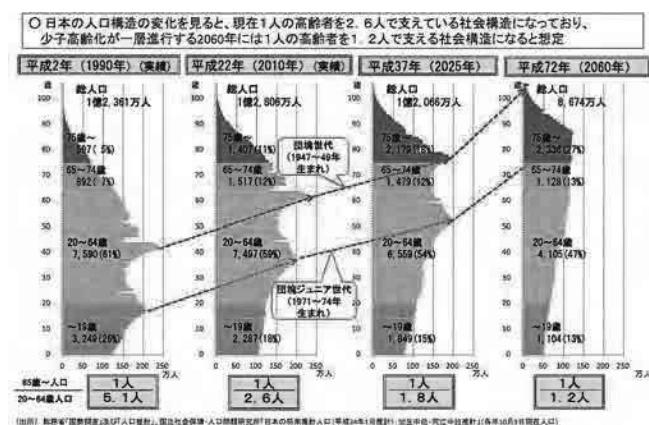


図1 総務省「国税調査」及び「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来人口推計」

### 2. 介護従事者と介護事業者の状況

介護従事者の状況（図2参照）を見ると、年齢構成比では30～39歳 24%、40～49歳 22.4%で、併せて全体の約50%を占めている。一方、50～60歳以上は31.7%、20歳未満～29歳は21.2%となっており、介護従事者では若年層の占める割合が低いことが見て取れる。この傾向は今後も続くと予想され、10年後はこの構成比がそのまま動くと、高年層が介護労働者の主力となることが考えられる。先に述べた生産労働人口層と介護従事者の年齢構成は、介護事業及び介護人材確保を考えるうえで大変重要なテーマとなる。

また、介護の専門資格である介護福祉士の登録者数は118万9,979人だが、そのうち介護職として現に従事している者は66万546人と約6割である（図3参照）。

介護職員の現状				
○ 介護職員の年齢構成は、介護職員(施設等)については、30~49歳が主流となっているが、訪問介護員においては、60歳以上が約3割を占めている。				
○ 男女別に見ると、介護職員(施設等)、訪問介護員いずれも女性の比率が高く、男性については40歳未満が主流であるが、女性については40歳以上の割合がいずれの職種も過半数を占めている。				
1 就業形態				
	正規職員	非正規職員	うち常勤労働者	うち短時間労働者
介護職員(施設等)	56.5%	41.4%	17.2%	24.2%
訪問介護員	17.5%	38.4%	6.1%	70.3%

注: 正規職員 常用している労働者雇用契約の定めゆきり者。非正規職員 正規職員以外の労働者(契約職員、嘱託職員、パートタイム労働者等)。  
 訪問介護員 30歳未満の労働者(正規職員)、30歳以上の労働者(正規職員)、30歳以上の労働者(非正規職員)。  
 ①介護職員(施設等)、訪問介護員いずれも女性の比率が高く、男性については40歳未満が主流であるが、女性については40歳以上の割合がいずれの職種も過半数を占めている。  
 ②平成25年度介護労働実態調査 (厚生労働省認定セミナー)

2 年齢構成(性別・職種別)						
	20歳未満	20~29歳	30~39歳	40~49歳	50~59歳	
介護職員(施設等)	1.2%	19.0%	24.0%	22.4%	19.7%	12.0%
男性 (23.3%)	1.3%	30.1%	33.6%	17.1%	32.2%	7.3%
女性 (73.0%)	1.1%	15.5%	21.0%	24.1%	23.1%	13.5%
訪問介護員	0.2%	4.3%	11.6%	22.9%	27.5%	31.6%
男性 (7.0%)	0.9%	15.0%	24.1%	20.2%	16.7%	18.8%
女性 (88.6%)	0.2%	3.5%	10.6%	23.3%	28.2%	32.5%

注: ①調査における被用労働者のものがあるため、合計しても100%ではない。  
 ②平成25年度介護労働実態調査 (厚生労働省認定セミナー)

図2 社会・援護局福祉基盤課福祉人材確保対策室「平成25年度介護労働実態調査」

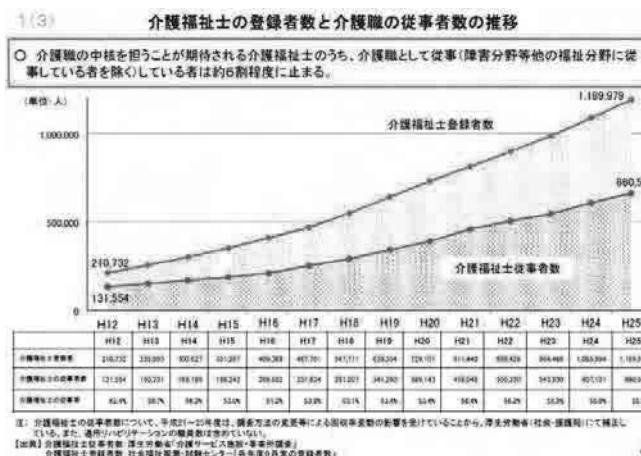


図3 厚労省「介護サービス施設・事業所調査」、社会福祉振興・試験センター「各年度9月末の登録者数」

介護人材の需給見込み (2025年度)	253.0万人
現状推移シナリオによる供給見込み (2025年度)	215.2万人
需給ギャップ	37.7万人

厚労省が平成27年6月24日付で発表した2025年に向けた介護人材にかかる需給推計（確定値）

平成26年度前半には100万人規模とも言っていた人材不足が大幅に減少した要因は、総合的な確保方策及び対象者（要介護認定者）の認定数の抑制、総合事業への切り離しなどによるものと推察できる。

しかし、なお37.7万人の確保及び現従事者の定着に取り組まなければ、人材不足（人員基準不足）により介護事業者の統廃合及び撤退や廃業が起きてくることも考えられる。その傾向は徐々に出てきており、27年度報酬改定の影響もあいまって、東京商工リサーチは平成27年9月30日、介護事業者の倒産件数は27年度既に55件に達し、昨年度の年間倒産件数54件を上回ったと発表した。

### 3. 総合的な確保方策とは

厚労省が打ち出した総合的な確保方策とは

- (1) 人材のすそ野を拡大する（多様な人材活用）
  - 就業していない女性

- 他業種からの転職
  - (未就業状態の) 若者
  - 障害者
  - 中・高年齢者
- (2) 労働環境の整備
- キャリアパスの形成
  - 定着率の促進
- (3) 資質の向上
- 専門性の明確化・高度化
  - 人材ごとの業務の機能分化

が挙げられている。この方策に対して介護事業者がしっかりと対応していくことで体制加算、処遇改善加算というメリットを得られ、他介護事業者との採用競争（給与・待遇）にも勝つ見込みがでてくると考えられる。

しかし、他産業の有効求人倍率の上昇を受け失業率は改善傾向にあるが、一方で介護職種の有効求人倍率も上昇の一途である（図4参照）。

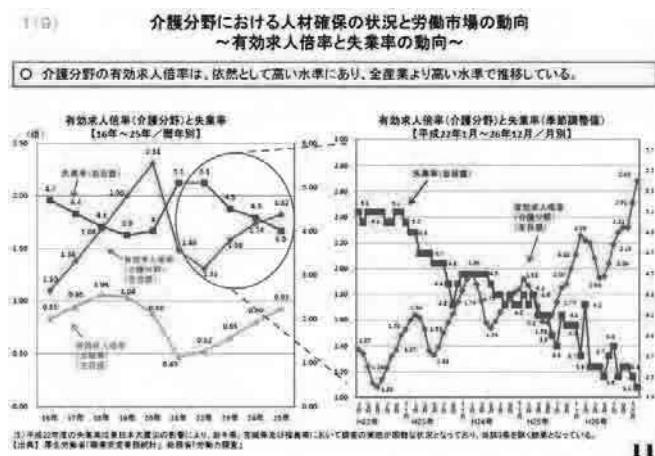


図4 厚労省「職業安定業務統計」、総務省「労働力調査」

このような状況下で（1）の就業していない女性の活用、他業種からの転職、若者の確保により、他産業との人材獲得競争に勝っていく必要がある。しかし、他産業においても小売業、飲食業等は人材確保に窮しており、方策通りに進むとは安易に見込めない状況にある。そのような背景を受け、社会保障政策とは異なるところで議論が進んでいる政策がある。

#### 4. EPA と技能実習制度

EPA（二国間経済連携協定）により人材の流動化を促進する一環で、看護師・介護福祉士候補者の受け入れが始まった（図5、6、7参照）。

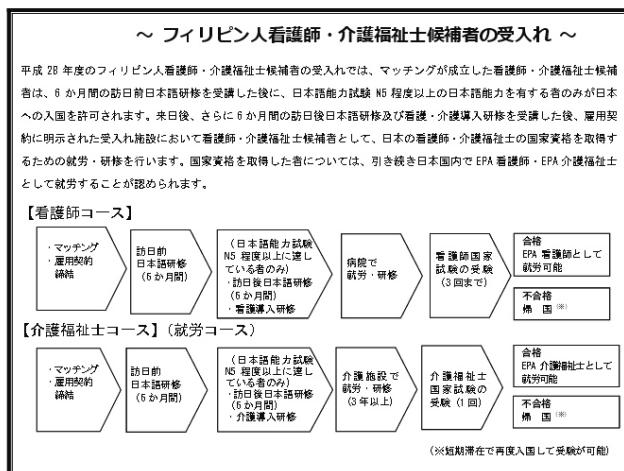


図5 公益社団法人国際厚生事業団 介護福祉士候補者受入資料

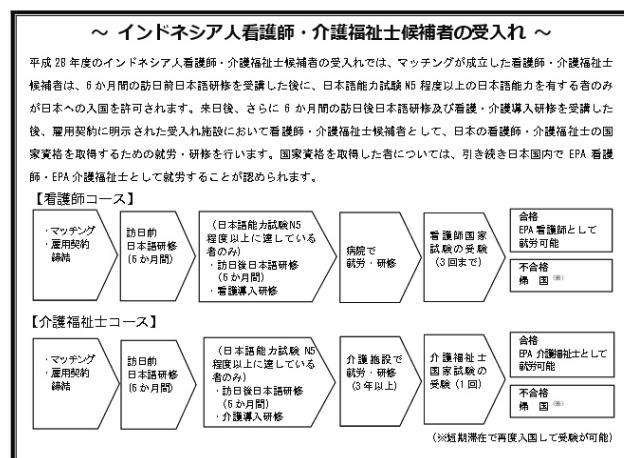


図6 公益社団法人国際厚生事業団 介護福祉士候補者受入資料

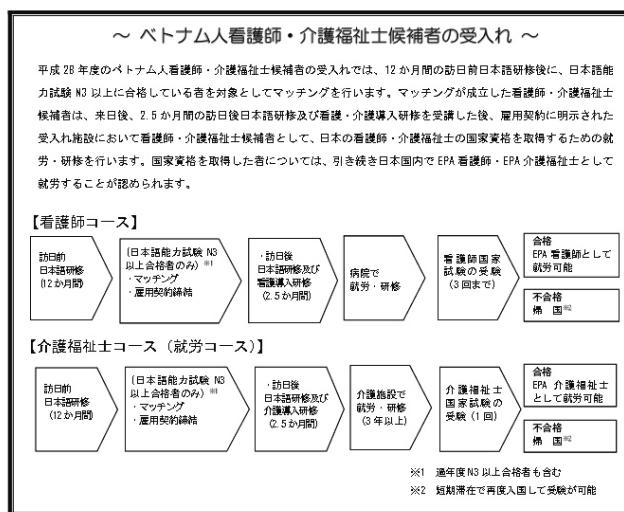


図7 公益社団法人国際厚生事業団 介護福祉士候補者受入資料

### 受入れは

- ① 面接・選考
- ② 訪日前研修（6か月～12か月）
- ③ 訪日後研修（3か月～5か月）

の流れで、受入施設での勤務は選考から約1年後となる。現在、EPAによる候補者の受け入れ数は「平成27年度介護福祉士候補者学習支援事業公募要領」によると

年度	全国 合計	岡山県 (全国受入数順位)	国別		
			インドネシア	フィリピン	ベトナム
23年	103名	7名 (第5位)	52名	51名	未締結
24年	129名	8名 (第4位)	69名	60名	未締結
25年	191名	32名 (第1位)	106名	85名	未締結
26年	288名	43名 (第1位)	145名	143名	117名

という状況にあり、全国で見ても岡山県の受け入れは積極的であるといえる。EPA介護福祉士候補者（以下、候補者）の受け入れ施設は社会福祉法人など特別養護老人施設又は併設施設に限られており、入居施設の人材確保が厳しい状況にあることが窺える。また、平成28年1月からの通常国会において、EPAによる候補者の受け入れ施設の拡大及び国家試験合格後の従事サービスの範囲も見直しがなされそうである。候補者は年間約300名の状況にあり、今後は候補者数を増やす可能性も高い。しかし、受け入れ施設要件から民間事業者が対象とならない現状がある。この課題対策として民間事業者は技能実習制度に期待している。全国介護事業者協議会（通称「民会協」）が平成27年8月に緊急アンケートをした結果、約400社の加盟企業のうち約50%が介護の技能実習生受け入れに関心があると回答し、受け入れたい国は「ベトナム」が約50%の支持を集める結果となった。また、協会が加盟企業に向けて仲介できるように監理団体の設立も視野に入れて検討している（シルバー新報記事 平成27年9月18日発行紙面）。技能実習制度は法務省管轄の入国管理法に定められた在留資格「技能実習」において在留許可が認められたものになる。

この技能実習制度の労働者は「実習生」と言われ、技能を習得し母国への技能転換が目的で来日している。この制度では規定された職種でなければ実習が認められておらず、「介護職種」の適応は平成27年春に技能実習制度改革の閣議決定を受け、同年の通常国会において審議された後に職種追加の予定であったが、他審議の延長などにより継続審議となり平成28年1月からの通常国会で審議される予定である。これによる介護職種の技能実習生受け入れは28年度下半期以降となる。また、在留資格に「介護」項目を追加する法案も進んでいる（図8参照）。

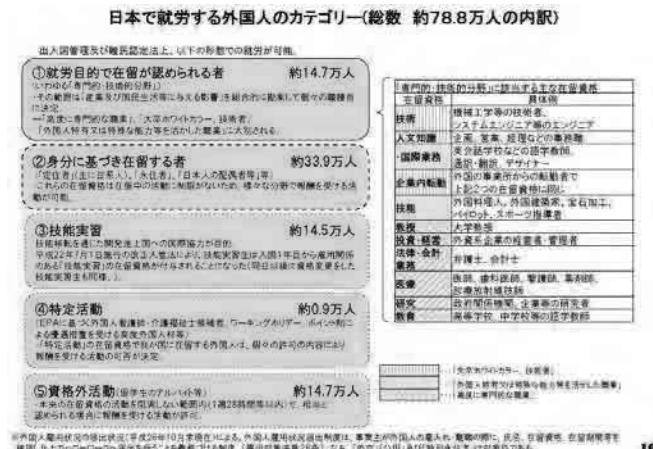


図8 外国人雇用状況届出制度「外国人雇用状況の届出状況」

## 5. 留学生の雇用と受け入れ

日本の大学等と日本語学校に留学している、いわゆる留学生は在留資格「留学」という枠で入国している。留学生は資格外活動の許可を受け、学費、生活費を得るために週28時間以内の労働時間条件で働いている。近年、首都圏、関西圏では外国人アルバイトを扱う人材紹介会社、求人サイトが増えている。岡山县においても留学生は増加傾向（東日本大震災直後数年は減少）にある（図9参照）。

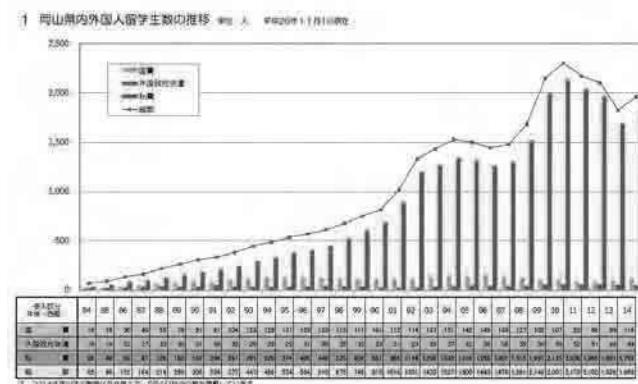


図9 岡山県留学生交流推進協議会 「岡山県内 外国人留学生の受入に関する調査平成25年11月1日」

## 6. ベトナム人看護師の雇用と目的

弊社は社会・経済・雇用環境の変化を背景に、平成27年4月より日本語学校のベトナム人留学生4名（いずれも母国で短期大学、専門学校において看護課程を卒業した者）をアルバイト雇用している。これは、介護人材確保に対する準備とともに、本格的な人材確保難に陥った際の受け入れ経験を積んでおくためである。この取り組みを始めてから情報を整理していくと、全国各地の社会福祉法人を始め介護事業者は、留学生の進学支援やアルバイト雇用、正社員採用、さらには海外展開まで準備、着手している状況にあることに気づかされる。また、介護福祉士養成施設への留学生は平均約50名が進学している（図10参照）。

## (1) 養成施設の留学生の状況 【図表1】

受け入れ養成施設数 (%) 66 (23%) N=291

留学生数 N=66 校

年度(平成)	当該年度留学生入学者数(人)
23	34
24	24
25	73
26	59
累計	190

図 10 外国人介護人材の受け入れの在り方に関する検討会「介護福祉士養成施設における外国人留学生の受け入れに関する状況」

現在継続審議中の出入国管理等法が改正されると、高等教育機関を卒業し介護福祉士を取得した外国人が介護施設で介護職として勤務することが可能になる（図 11 参照）ため、図 10 の数値も上昇していくことが考えられる。

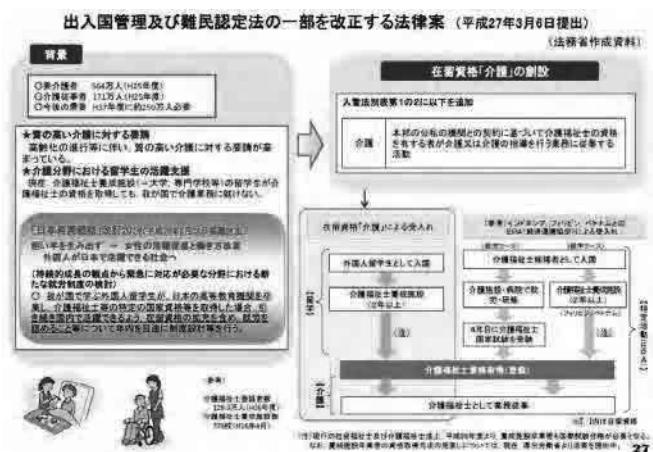


図 11 法務省 出入国管理等法改正資料

## それらを見据えて、留学生受け入れ姿勢の介護福祉士養成施設

- A 短期大学部（愛媛県）
  - 大手介護施設提携
- A 医療福祉専門学校（広島県）
  - 日本語学科併設
- A 専門学校（広島県）
  - 日本語学科併設
- A 国際福祉専門学校（和歌山県）
  - 日本語学科併設
- A 福祉専門学校（千葉県）
  - 日本語学校併設

社会福祉法人による日本語学校設立

- 社会福祉法人 A 福祉会（大阪府）

日本語学校での介護職員初任者研修

- A 国際学院（大阪府）

の取り組みを既に進めている法人がある。

例えば、日本語学科併設の専門学校等は初期教育で日本語学科へ留学後、進学として介護福祉士科などの進学を想定している。社会福祉法人による日本語学校設立は留学生のアルバイトとして関連福祉施設へ勤めることを想定している。その他にも東南アジア現地で日本語学校開設など、介護人材確保事業として様々な方法を試行している。このように、人材の安定・継続的な確保が事業成長や維持に欠かせない状況になってきていることが分かる。

## 7. 外国人介護士の育成と経過

平成 27 年 4 月 28 日 2 名、5 月 8 日 2 名入国、日本語学校にて授業開始となる。

- 4 時間／日 週 5 日通学（年約 800 時間）

日本語学校 校内語学レベル	平成 27 年 5 月入国時	平成 27 年 12 月（目標値）	平成 28 年 7 月（目標値）
留学生 A	N5 レベル	N3 レベル	N2 レベル
留学生 B	初期	N3 レベル	N2 レベル
留学生 C	N4 レベル	N3 レベル	N2 レベル
留学生 D	初期	N3 レベル	N2 レベル

※N は日本語能力検定の略称

平成 27 年 5 月 25 日

ベトナム人留学生 4 名を雇用し、ショートステイにて 3.5 日／週（28 時間／週）勤務開始する。

「介護」のイメージ（図 12 参照）においては、介護の概念や考え方、コミュニケーション能力が土台となっているが、日本語を母国語としない介護士を育成する（看護課程卒業者）にあっては言語的コミュニケーションが最も難関であり、これを前提条件に教育することは現実的ではないと想定される。人材ごとの「業務の機能分化」を踏まえて考えることが大切であり、概念やコミュニケーション能力を日本人介護福祉士が補い、マネジメントを図りつつ直接的な介護業務を OJT（On The Job Training）していくことが必要である。

また、並行して実際の業務で見えてくる必要な言語や用語理解を支援できる資料作りを行う。当面は介護の身体介護以外の支援業務より従事していくことで日本での学業と生活を安定させ、職場環境に順応していくことを最優先にする。

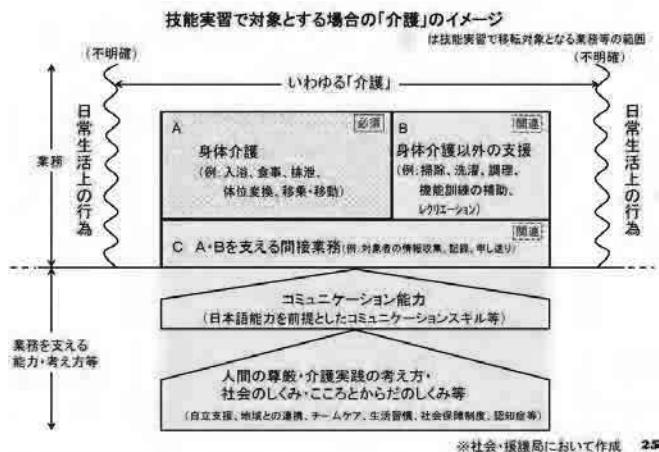


図 12 外国人介護人材受け入れに関する検討会資料

## 最終、留学生が 2 年後に担える業務（想定）

- 身体介護（入浴、食事、排せつ、体位変換、移乗・移動）
- 身体介護以外の支援（清掃、洗濯、調理、訓練補助など）

5月 25 日～30 日

OJT にて業務指導する。居室の環境整備、食堂・機能訓練室の清掃、食事の盛り付け、配膳・下膳、食事中の見守りを行う。



6月上旬

留学生 C 体調不良（寒気、体温 37.5°C）のため病院受診に同行する。後に、ベトナム人の平均体温が 37°C 前後であることを知る。環境変化と日中の日差しによる熱中症の可能性が高く数日間、様子見のため仕事を休むことにする。

6月下旬

地域にお住いの日本語教師の方が創心会 東館 1 階にある地域交流スペースにて日本語教室をボランティアにて開講する。週 3 回開講。留学生 4 名も週 1 回～2 回参加する。

- 日本語教室 17:30～19:30  
2 時間／回（年約 100 時間）



7月中旬

経営発表会・懇親会に参加する。



7月 23 日

岡山県中小企業団体中央会主催「ベトナム ジョイントセミナー」に参加する。技能実習制度のベトナム側送り出し機関と日本側監理団体が主に参加しており、送り出し機関と情報交換するも日本政府の法整備が進んでいないため介護職種人材の送り出し準備はわずか3社／30社であった。技能実習制度の介護職種送り出しの準備は法整備後の動きのため準備不足の送り出し機関は多いと予想される。

8月 1 日～8月 23 日

留学生は夏季休業期間のため40時間／週の勤務が可能となる。ショートステイ勤務日以外を百年煌俱楽部(以下、デイサービス)にて入浴介助補助として勤務を行う。週2回～3回の勤務であるが、入浴介助を担当するパート介護職員から「積極的に利用者へ関わるし、業務を熱心にしてくれる。覚えも早い」と報告を頂く。



8月中旬

留学生同士の関係悪化。個別面談を実施する。

8月下旬

夏祭りに参加し日本文化を体験する。



ショートステイで勤務し約3か月、デイサービス約1か月の留学生に対するアンケートを職員に実施する。

<アンケート結果>

今後も一緒に働きたいか?

	はい	いいえ
ショートステイ	11	0
デイサービス	9	0
合計	20	0

来年度の留学生アルバイトを受け入れたいか?

	はい	いいえ	どちらでもない
ショートステイ	10	0	1 ※1
デイサービス	8	1	0
合計	18	1 ※2	1

※1 の理由

留学生アルバイトの勤務人数による（同一時間帯で2名までなら問題ない）。

※2 の理由

常にサービス理念や関わり方など専門的な言語を理解できるコミュニケーション能力があること、もしくは指導者が常につくこと。

9月18日～10月2日

留学生Aが一時帰国する。家族都合とのことで、中秋節に伴う家族行事と推察。再来日後リフレッシュできたようで明るくなっている。

10月上旬

岡山大学で在日ベトナム人青年部協会 岡山支部が主催したベトナムデーに留学生4名と参加する。岡山大学、IPU 環太平洋大学のベトナム人留学生が中心に出店や出し物などベトナムの文化風習を体感でき、留学生も楽しめた様子である。



以前より日本語教室で語学が進んでいる者が口を挟み過ぎている状況があり、教える内容も遅れている方に合わせなければいけないため、語学レベルが近い者同士で参加できるように留学生の勤務シフトを変更する。勤務開始より約半年、ご利用者様への言葉かけが増えている。語学習得が進み、言葉かけに慣れてきている。また、日本人介護職員のご利用者様への声かけや配慮を見て行っており、一緒に働く職員の影響を受けるようになってきている。

### 11月

ショートステイより週末（土、日）のご利用者様が多く、介護職員の配置が手薄になっている。留学生の勤務ができないかと相談がある。週末は終日勤務できるように調整する。

### 12月

日本語学校 校内語学レベル	平成27年5月入国時	平成27年12月（到達値）	平成28年7月（目標値）
留学生A	N5 レベル	N4 レベル	N3 レベル（下方修正）
留学生B	初期	N4 レベル	N3 レベル（下方修正）
留学生C	N4 レベル	N4 レベル	N3 レベル（下方修正）
留学生D	初期	N4 レベル	N3 レベル（下方修正）

日常でのやり取りの不自由さは入国時に比べて減ってきているが、想定していたより語学習得が進んでいない。特に試験となると難しいのではという印象である。EPA や技能実習生でも度々課題にあがる言語的コミュニケーションの壁は留学生であっても同様に難所のようである。現状を日本語学校へ報告し、想定しているより習得が遅れていることと今後の目標値を伝える。

技能実習制度では介護職種はN4 レベルでの入国と2年目更新時にはN3 レベルが条件という情報があるため、今後は留学生A～D の習得期間と学習時間を目安にしていく。

### 1月

デイサービスより祝日や土曜日に介護職員として留学生の勤務ができないか、という相談があり調整する。祝日は学校が休みのため終日、土曜日は午前半日で入浴介助スタッフとして勤務する。

## 8. 結果

各事業所の実状を聞くと、ベトナム人看護師は外国人介護士として少なくとも人員として期待されており、実働でも必要な業務を担っている。つまり、介護人材確保を考えていく上で選択肢の一つとして考えることが可能である。しかし、指導に当たって介護福祉士などは複雑な日本語に頼らないコミュニケーション能力が求められる。また、業務環境においても言語能力に頼らない仕組み、環境が必要である。

今後、人材確保問題や介護ロボット活用などを考えると「業務の機能的分化」は特別なことではなくなる。その時までに介護専門職は今までのように単に業務を遂行する専門職ではなく、全体を俯瞰して指示や配置調整、指導ができる人材になる必要がある。外国人介護人材を扱う上では特に重要である。外国人

介護人材の語学習得環境としては、N5 レベルから N4 レベルに向けては少なくとも年間約 900 時間が必要ということが分かる。N4 レベルから N3 レベルに向けても同等以上の時間確保が必要であると想定される。短期間で語学力を高めるにはそれ以上の時間を作る必要があると言える。また、業務習得については OJT を中心に言語、専門用語習得ができる資料が必要であり、次年度以降の検討課題とする。

## 9. 考察

EPA 介護福祉士候補者は人材の質が担保されている一方、受け入れ施設要件や割り当てられる人数の問題がある。技能実習制度は送り出し機関、監理団体の質的課題があるが量的確保が行いやすい。留学生は労働時間の制約が多くあるが、量的確保や介護福祉士養成校への進学による資格取得の期待がある。外国人介護人材の受け入れを考える際は、各要件を比較検討した上で状況に応じた確保方法を選択することが望ましいのではないだろうか。また、介護福祉士を始め有資格専門職は多様な業務（多能工）を求めるのではなく、自らが機能的業務（身体介護や医療的ケア）に従事、集中できるよう業務を分担し効率的かつ効果的に働き、質の高いサービス提供体制を実現していくことになるのではなかろうか。

日本介護福祉士会も職能団体として、「日本における外国人介護福祉士の現状を把握すること、そして、外国人も含め、日本の介護全体の質を向上させていかなければならないこと、将来的には日本の介護を土台としてアジア全体の介護を発展させていくことが今後の日本介護福祉士会に求められている役割・取組だ」と述べている（日本介護福祉士会ニュース Vol. 124 平成 26 年 10 月 15 日）。職能者はそのことを踏まえて介護業務に従事していく必要があると考えられる。

今後、日本と送り出し国との人材育成において連携を深め、介護現場で働く意欲、修学意欲、貢献意欲の高い人材を育てていくことができないだろうか。

## 10. 謝辞

この度、ベトナム人看護師の介護人材受け入れを承諾下さったショートステイ、デイサービスの職員、関わらせて頂いた利用者の皆様に深く感謝いたします。また、受け入れ体制が十分でない中、日々学業と介護業務に取り組んでくれている留学生の皆様にも感謝いたします。28 年 4 月から新たに 2 期生となる 3 名の留学生をアルバイト雇用する予定となっている。10 期生が入社する頃には 2025 年である。現在の取り組みが後の介護人材確保に大きく貢献できることを切に願っている。

## 11. 参考・引用文献

- (1) 総務省「国勢調査」及び「人口推計」
- (2) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来人口推計」
- (3) 社会・援護局福祉基盤課福祉人材確保対策室「平成 25 年度介護労働実態調査」
- (4) 厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」
- (5) 社会福祉振興・試験センター「介護福祉士 各年度 9 月末の登録者数」
- (6) 厚生労働省「職業安定業務統計」
- (7) 総務省「労働力調査」
- (8) 公益社団法人国際厚生事業団 介護福祉士候補者受入資料
- (9) 平成 27 年度介護福祉士候補者学習支援事業公募要領
- (10) 厚生労働省「外国人雇用状況の届出状況」
- (11) 岡山県留学生交流推進協議会「岡山県内 外国人留学生の受入に関する調査 調査結果 平成 25 年 11 月 1 日現在」
- (12) 外国人介護人材の受け入れの在り方に関する検討会「介護福祉士養成施設における外国人留学生の

受け入れに関する状況」

- (13) 法務省 出入国管理等法改正資料
- (14) 外国人介護人材受入れの在り方に関する検討会「外国人介護人材受け入れの在り方検討会 中間まとめ 平成 27 年 2 月 4 日」
- (15) 総務省「人口動態調査結果 2015 年 7 月 1 日」
- (16) 厚生労働省「2025 年に向けた介護人材にかかる需給推計（確定値）について 平成 27 年 6 月 24 日」
- (17) 厚生労働省 福祉人材確保専門委員会 「介護人材の確保について 平成 27 年 2 月 23 日」
- (18) 公益社団法人 日本介護福祉士会「日本介護福祉士会ニュース Vol. 124 平成 26 年 10 月 15 日」

## 事例検討会を通した社会参加へのアプローチ

陵南センター リハビリ俱楽部陵南 介護職員 山田 祥子

### 1. はじめに

介護保険制度では、地域包括ケアシステムの実現が推奨されている。包括的なケアを行うに当たり、いざ自分が所属しているセンターを考えると、他部門との連携が充分に図れていないと感じていた。訪問リハビリテーション（以下：訪問リハ）とデイサービスの両方のサービスを受けているご利用者様ならば、訪問リハのスタッフ間や訪問リハとデイサービスのスタッフ間で報告や相談などの連携は図れている。しかし、デイサービスしか利用されていない方に対しては、他部門のスタッフとの連携が図れていない現状がある。

今回、他部門・他センター合同での事例検討会を行う機会があり、デイサービスのご利用者様について他センターの協力を得ながら事例検討会を実施することで、他部門・多職種と連携して支援を提供できた事例を以下に報告する。

### 2. 事例検討会について

対象：吉備ブロックのデイサービススタッフ、吉備ブロック担当の訪問リハスタッフ

開催期間：平成27年8月～平成28年6月

内容：地域包括ケアに向けた支援を目指すために、事例検討会を開催

日時：毎月第3木曜日、18:30～20:00

事例検討会の流れ：担当センターが事例提供→グループに分かれてカンファレンス→各グループのカンファレンス内容をフィードバック→新プラン提案

勉強会終了後には、サービス担当者会議の要点と感想文を提出する。

※なお、2回目以降は初めの10分ほどで前回のプランの実践報告を行う

### 3. 事例の症例紹介

氏名：A様

性別：男性

年齢：70歳代

介護度：要介護3

利用サービス：デイサービス（9:30～16:40）週3回

全体像：身長約170cmで細身、夏はTシャツにジャージのズボン、冬はトレーナーにジャージのズボンで来所される。社交的で、周囲の方に積極的に話しかける。反面、せっかち・短気な面も見られ他のご利用者様の訓練のやり方や過ごし方に対し発言がある。デイサービス利用開始時は、身体への不安から外出は控えているようだったが、X年11月に妻の外出をきっかけに創心会のショートステイを利用され、その後も継続的に利用されている。早く麻痺を良くしたいという気持ちが強く、訓練にも積極的に取り組まれている。昔、ソフトボールの監督をされていた。また、交通安全や小学校のボランティアにも参加されていたようで、現在もやりたい気持ちはある。

現病歴：X年3月 脳梗塞発症

既往歴：発症年は不明 糖尿病

身体状態：後遺症で左麻痺を呈している。左下肢は膝にサポーターを使用され短下肢装具着用、杖は

四点可動式を使用。歩行時の患側の振り上げは可能。跨ぐ動作も安定して行えるため、入浴の際手すりを把持すれば、立位のままで浴槽を跨いでいる。デイサービス利用開始当初（X年7月）はデイサービスでの入浴のみだったが、X年11月より浴槽台、手すりを購入し自宅でも入浴が可能になった。

Brunnstrom stage:上肢 stageⅢ、手指Ⅱ、下肢Ⅳ

#### 4. 事例に至った理由

A様は脳梗塞発症後4か月でデイサービスを利用され始めた。A様のやる気はあるものの、上手く動かない後遺症のある身体に苛立ちを感じているようだった。回復期ということもあり、まだまだできることができると予測し、興味関心シートにてA様の関心を伺ったところ、社会参加に強い希望があることが分かった。しかし、どのような支援がA様に必要なのかを悩んでいたため、今回の事例検討会でサービス内容について意見を頂き、支援を行いたいと考えた。

#### 5. 事例検討会の運営方法

##### (1) 第1回目

- ①検討内容：パーソナル情報から導き出される目標や役割の必要性を検討し、目標設定を行う。
- ②検討結果：デイサービスでの役割設定と就労への可能性が提案される。
- ③実施内容：デイサービス以外のサービス利用の検討として、就労継続支援B型事業所 未来想造社和一久（以下：和一久）への見学を行う。
- ④実施結果：デイサービスでの役割として、窓拭きを実施（写真1、2、3参照）、和一久への見学実施（写真4、5参照）



写真1：窓拭きの様子



写真2：窓の桟を拭く様子



写真3：使用した雑巾を洗う

結果1：窓拭き中の立位保持は安定して行っており、杖を離して窓を拭くことができていた。窓の内側、外側、窓の桟を拭き、指紋や汚れが付いている所は集中的に拭くなど拭き方に拘る様子が見られた。A様が窓を拭く様子を見て、他のご利用者様から「綺麗にしてくれてありがとう」などの言葉を頂いた。窓を拭いた後、汚れた雑巾を洗面台へ持つて行きA様が洗うところまで実施された。



写真4：和一久を見学①



写真5：和一久を見学②

結果2：和一久に同じデイサービスのご利用者様が参加されており、細かい作業などの説明をしてくれた。A様も相槌を打ちながら作業内容を集中して見学していた。見学後感想を伺うと「自分は麻痺があるのであのような作業はできない。」と消極的な発言がみられた。

## (2) 第2回目

- ①検討内容：出来ることをもっと分かつて頂く方法とモチベーションの上げ方について検討した。
- ②検討結果：就労への前向きな気持ちを持って頂く方法として、デイサービスで就労の模擬作業体験を行う。また、出来ることを継続して行い、妻やケアマネジャーへ発信する。
- ③実施内容：窓拭きの様子をプリントに印刷し、担当者会議にてご家族様とケアマネジャーへ発信・報告を行った（図1参照）。また、興味関心シートの取り直しを実施。



図1.配布したプリント

#### ④実施結果 :

結果1：ご家族様とケアマネジャーから称賛され、モチベーション向上に繋がる。

A様もデイサービスでのトレーニング内容や、やり方について詳しく説明されていた。

結果2：興味関心シートを取り直したところ、以前よりやりたいことが増えていた。

## 6.まとめ

今回の事例検討会を通して、チームで支援することの重要性を理解することができた。A様はデイサービスを利用開始された当初は、トレーニングのメニューに対し「できない」との発言や、訓練を拒否されることがあった。今までできていたことができない苛立ちや不安をスタッフに話されることがあり、障害の受け入れが行えていない状態が見られた。この状態のままトレーニングを続けると、元気がなくなる理由の一つである「獲得された無力感」に繋がってしまうのではないかと感じられた。実際どのようなサービスを提供すればよいのか分からず戸惑っていたが、良いタイミングで事例検討会を行う機会を頂いた。A様を事例として挙げ、獲得された無力感に繋がる前に様々な職種からの視点で検討を行い、アプローチに繋げることができた。

事例検討会を実施する中で感じたことは、他センターのスタッフと顔を合わせることのできる貴重な機会があることで、スタッフのモチベーションを上げることができるということだ。私自身、創心會に入社して4年目となるが、他部門・他センターのスタッフと顔を合わせることは少なかった。しかし、事例検討会を行うことで同期の顔を見て話すことができ、お互いの近況報告などコミュニケーションを図ることが可能となり「同期が頑張っている。自分ももっと頑張ろう」という前向きな気持ちを持つことができた。仕事に対するモチベーションの維持向上に繋がり、私自身の心創りにも繋がった。また、ご利用者様に対しても以前より明るい気持ちでサービスを提供することができているように感じられる。さらに、様々な職種や勤続年数のスタッフとA様の支援について検討することで、私自身が思いつかなかつたサービスの提案や、今まで知らなかつたツールなど多くの視点からA様の状態を捉え、共有することができた。また、興味関心シートなどのツールの実施方法を調べ、自分自身の知識を深めることで新しい発想が湧き、提供するサービスの幅を広げることができ、A様のデイサービスでの役割を設けるなど、サービスの質の向上に繋がつたと考えられる。

事例検討会の進行の仕方や実際の検討にどれくらい時間が必要なのかが分からなかつたため、事例検討会の時間を1時間30分に設定した。他部門・他センターのスタッフに集まつてもらうことが必要となるため、同じスタッフが継続して参加することが難しい条件であった。今後は気軽に参加してもらえるよう、実施時間を1時間程度にして、事例検討会を定期的に行えるようにしていきたい。また、吉備ブロック以外のスタッフにも参加して頂けるように声かけをしていきたい。専門的な勉強会や難しい話をする会議として認識されるのではなく、日常業務の中で少し気になったことや気付いたこと、思ったことなどを自己解決や曖昧に済ませてしまわないように、相談できる場として定着するようにしていきたい。定期的に事例検討会を開催することで、スタッフの異動があつても早く周囲の環境やスタッフに慣れることが可能になり、円滑にブロック内の仕事の情報を把握することができると考えられる。また、他部門・他センターと情報共有することで、今までなかつた発想を陵南センターに早く取り入れることができる。多くのトレーニングの提供や発想の転換が可能となり、今までよりもサービスの幅が広がることが期待できる。事例検討会は、個人の成長だけではなくチーム力も高めることが期待できる。陵南センターのチーム力が向上すれば、今まで以上に、ご利用者様のホープ目標に向けた包括的な支援を提供することができると言えている。

## 7. 謝辞

今回、事例検討会という貴重な会を開催するに当たり、運営方法にアドバイスをくださった皆様、事例検討会に参加して下さった吉備ブロックの皆様、また事例として協力いただいたA様に感謝しております。本当にありがとうございました。

## 8. 参考文献

- (1) リハケア資料
- (2) 新・芯から支える - 実践リハビリテーション心理 - 大田仁史

## 若年性認知症利用者の就労アプローチ

本部センター リハビリ俱楽部茶屋町 社会福祉主事 信原 由佳  
柔道整復師 小林 加奈

### 1. はじめに

若年性認知症者数は全国で 3.78 万人と推計されており、女性よりも男性が多く推定発症年齢の平均は  $51.3 \pm 9.8$  歳である。若年性認知症は、①働き盛りの現役世代に多く、②アルツハイマー型・前頭側頭型認知症など進行性の認知症が多いことが特徴である。また、介護家族に対する生活実態調査によると、若年性認知症発症後、家族介護者の 7 割が「収入が減った」と回答しており、経済的な負担が問題になっている。今回、若年性アルツハイマー型認知症を呈したご利用者様が、就労を目標設定し、通所介護を利用して就労継続支援 B 型事業所への就労に至った経緯を紹介する。

### 2. 事例紹介

氏名：A 様 年齢：60 歳代前半 性別：男性

現病歴：若年性アルツハイマー型認知症

既往歴：難聴・バセドウ病（完治）

介護度：要介護 1

生活歴：40 年間事務職として働く。発症からの 2 年間はゴミの収集の仕事をしていた。

日課は、近所まで歩きラジオ体操への参加や、新聞の社説を書写すること。

ADL：食事・排泄：自立

移動・整容：修正自立

更衣：着用する順番に並べて準備すれば可能

入浴：洗髪のみ介助

IADL：指示があれば特定の場所（スーパー）へ行くことができる。

近くの駅（約〇〇m）より自宅までは帰れない。

MMSE：16/30 点（X 年 6 月）

17/30 点（X 年 10 月）

16/30 点（X+1 年 1 月）

減点項目：見当識（時・場所）、注意、記憶、構成

利用サービス：創心会居宅介護支援

創心会リハビリ俱楽部茶屋町（以下：デイサービス）週 3 回（X 年 3 月～利用開始）

就労継続支援事業 B 型事業所 未来想造舎和一久（以下：和一久）週 3 回（X 年 7 月後半～利用開始）

家族構成：妻、次男と同居

デマンズ（本人）：一人の時間は気分が落ち込んでしまう。人と話すことは好き。

デマンズ（家族）：主人が一人で家にいる日が少ない方が安心できる。デイサービスで 1 日ゆっくりとプログラムを進めて過ごして欲しい。

### 3. アプローチ方法と経過

#### （1）デイサービス利用開始（X 年 3 月～）

X-1 年に自転車で出かけて、歩いて帰ってくる。メモを書くように促しているが、書いたことを忘れてしまうなどの認知機能低下の症状が出現し、病院受診にて若年性アルツハイマー型認知症の診断

を受ける。妻が仕事をしており、日中一人で留守番をさせることに対し不安が強く、デイサービスの利用を希望される。A様は仕事がしたいと希望されており、妻も同じ思いであったため、和一久への就労を目指に設定した。デイサービスの利用当初は「帰りたい」との発言が度々聞かれていたが、他のご利用者様が使用したコップ洗いや、机拭きなどのスタッフの手伝いを中心に作業を提供することで、徐々に環境に慣れたようで、「帰りたい」との発言が減少した。

利用3か月頃から就労を目指した作業メニューの提供を開始した。①昼食の準備作業はスタッフの口頭指示のもと行われるが、他のご利用者様も指示をして下さり、他者交流にもつながった。②野菜の収穫作業では、畑にて「草を抜き、土を耕し、苗を植え、水をやり、収穫をする」までの作業をスタッフと計画的に実施した。③洗車では洗い忘れも見られるがスタッフの声掛けにて最後まで洗車をすることが可能になった。作業メニューでは五感を刺激するメニューを中心に提供しており、認知症の進行抑制につなげている。また、デイサービスに来所され、A様には「働きに来ている」という気持ちを持っていただくように、スタッフが作業後「A様にやっていただき、助かりました。ありがとうございました。」と感謝の気持ちを伝えた。



## (2) 和一久就労開始（X年8月）

和一久での就労を開始される前に作業体験を数回したが、「帰りたい」との発言やスタッフが目を離した間に作業所から行方不明になることがあった。事前にA様の情報は和一久に伝えていたが、デイサービスと和一久との情報共有不足や連携不足を痛感した。また、和一久に就労するには障害者手帳が必要になるが、障害者手帳を取得したことにより、「この手帳を持たないといけない。自分には何もできない。」との発言もあり、何度も手帳を見返し涙されるなど、メンタル面の低下が見られた。障害者手帳を取得することに対するA様の心理的影響を考えることができなかつたことは反省点である。A様に対しては、仕事をする上で必要なものであることを伝え、ご家族様・ケアマネジャー（以下「CM」という。）に相談をして手帳を持ち歩かないようお願いをした。

和一久での就労がスムーズに開始できるように、本部ブロックの事例検討会の事例とした。「就労に向けてできる作業」を議題に挙げ、グループワークを行った。話し合いの結果、①和一久での作業メニューに模倣した作業を取り入れる（シール貼り・缶潰し）。②環境も作業場に似せて、集団で行うようにする。③同じ作業を繰り返し行い、手続き記憶の維持を図る。④和一久の環境に慣れていただくために和一久でも作業中の指導員をキーマンにし、同じ作業を繰り返し実施する。⑤利用日の変更を行う。変更前は月・水・金曜日がデイサービス利用であったが、木・金・土をデイサービス利用、月・火・水を和一久利用に変更する。3日間連続で参加していただくことでデイサービス、和一久利用での混乱が起らないようにした。

デイサービスでは事例検討会を通して、デイサービスの昼食で使ったお盆の洗浄作業を提供した。来

所された際には必ず行っていただくように声掛けをした。最初はスタッフが一つひとつ指示をするが、途中で分からなくなってしまうことがあり、スタッフが常に近くにいる状態で実施した。A様に分かりやすくなるように手順を分け、作業を細分化し、更に写真を添付することで視覚的に分かりやすい手順の工程表を作成した。工程表を見ながら作業を実施することにより、スタッフの指示なしでも一人で行うことができるようになった。そして、繰り返し実施することでA様の成功体験となり、デイサービスでの役割として確立することに成功した。また、和一久での作業の模倣として、シール貼りを実施した。できるだけ作業場に環境を近づけるように、複数のご利用者様と一緒に実施した。

和一久にはシイタケの加工や物品運びなど様々な作業があるため、作業の習得については毎回説明を要する。しかし、一つの作業動作に一つのルールであれば理解でき、A様一人でも作業を行うことが可能であり、A様は「仕事」をするという認識を持って和一久に来られている。



### (3) 現在の状況 (X年12月～)

#### ①情報の共有

事例検討会は継続して実施し、CM・和一久にも参加をしてもらい、自宅・和一久・デイサービスの様子や取り組みを参加者と共有し、提供している作業の見直しを図っている。また、より密な情報共有を行うため、月に1回和一久・CM・デイサービス担当者で話し合いを行う場を設定した。

#### ②和一久

契約書の作成やカルテのインデックス作成に取り組まれる。他者とペアになることにより、分からぬことは指示してもらいながら作業が実施できている。また、貼る作業・折る作業をとても正確で丁寧にされるため、できるところや得意なところをA様が実施し、逆に片麻痺の方が不得意な作業をサポートするように役割分担している。現在では和一久で混乱することなく作業され、1日も休みなく和一久を継続利用できている。

#### ③自宅

衣服の着脱が困難、冷凍のパンを食べたなどの認知機能低下の症状が現れることがあるようで、認知機能低下が進行していることが窺える。しかし、(i)ゴミ出しをすること、(ii)仏さまにご飯を出すこと、(iii)洗濯物を取りこむことの3つは自宅で継続して取り組まれており、ご家族様もA様の役割として認識されている。

#### ④デイサービス

和一久・自宅での様子を踏まえ、継続して和一久での模倣作業を行うとともに、自宅での役割の継続を図るために、デイサービスのゴミを集めていただくことや食器・お盆を洗う作業、入浴や昼食準備で出た洗濯物を干して取り込んでいただくことなど、現在自宅で行われている作業の模倣を行い、症状の進行予防に努めている。また、和一久と協力して、和一久・デイサービスで利用終了前に記入する振り

返りシートの準備・回収を実施している。環境の違いはあるが、両社で同じ作業を継続提供し「できる作業」を増やすことで、認知症状の進行を予防できるのではないかと考えている。

#### 4. 考察

デイサービス利用開始から就労継続までの工程において、①デイサービスでの環境に慣れるための役割作り②和一久の作業を模倣した作業提供③和一久見学、就労準備④多職種参加の事例検討会の実施⑤和一久・CM・デイサービス担当者での情報共有などを実践したことで、就労の継続につなげることができ、若年性認知症利用者の就労モデルの確立をすることができたのではないかと考える。

就労モデルのポイントとして、認知症のご利用者様に対し、支援者が就労を行うことに限界を決めずにアプローチを行い続けることが必要である。アプローチ内容としてはまず役割を作ることである。スタッフと一緒に作業を行うことにより、人や環境に慣れていただく。また、「仕事を行っている」という意識を持っていただことにより、スムーズな就労への移行につながったと考える。

また、デイサービスによる支援だけではなく、和一久・ご家族様との協力も重要になる。和一久への就労を行う上で実際に就労場面を見学し、体験就労を行うことや、和一久で行っている作業の模擬をデイサービスで行うことにより、スムーズに就労へ移行することができた。和一久見学中のエスケープやメンタル面への配慮など情報共有不足があったものの、その都度協力体制を見直すことにより、事業所間での情報共有をより意識して行うことができた。また、多職種参加の事例検討会を行うことにより、様々な専門職による視点からのアプローチを実践することができた。MMSE の評価においても認知面で大きな低下をすることなく過ごすことができており、就労することで心身機能の維持を図ることができていると考えられる。

作業内容では、成功体験を一つでも多く作ることを意識して行った。集中力が続かず、また、作業が分からなくなってしまい、できなくなってしまうことはあるが、そのような状況の中でも支援者はできる手段を模索しながら、成功体験を感じられる役割を見出していくことが必要ではないかと考える。その方の以前の職業に関係する作業や細分化され、分かりやすい作業を継続することにより成功体験を積み重ねることで、仕事を混乱なく継続することができていると考える。

現在では、旅リハへの参加や妻との旅行も継続して行うことができており、ご本人様・ご家族様の生きがいにもなっている。楽しみを持ち生活をすることにより、在宅での生活の継続に貢献できているのではないかと考える。今後、進行が考えられる認知症状に対し、就労支援と同時に生活支援の評価も定期的に必要であり、就労支援では和一久と、生活支援ではご家族様・CM とそれぞれに協力しながら、支援の橋渡し役をデイサービスにて担っていきたいと考えている。

#### 5. まとめ

今回の事例を通し、チームでご利用者様を支えることが大切であるということを認識することができた。それぞれのサービスでの取り組みや目標を共有することにより、就労という結果を導き出すことができた。

就労を希望されるご利用者様は増えているが、疾患によって就労の可否が左右されるようなことがあってはならないと考える。今回の事例は若年性認知症のご利用者様に対する就労支援であったが、より多くの方が社会参加の機会を得ることができるよう、今後も継続して就労支援モデルの確立を図っていきたい。

## 6. 謝辞

今回、論文作成、就労への取り組みを通して、A様、ご家族様、CM、協力して下さったスタッフ並びにNPO法人未来想造舎和一久のスタッフの方々に深く御礼申し上げます。ありがとうございました。

## 7. 参考文献

- (1) 独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構 (2012) :「若年性認知症者の就労継続に関する研究 II—事業所における対応の現状と支援のあり方の検討—」
- (2) 厚生労働省 (2009) :「若年性認知症の実態等に関する調査結果の概要及び厚生労働省の若年性認知症対策について」
- (3) 太田仁史 (2006) :「芯から支える」荘道社

## 中重度対応DSにおける他職種連携により活動量が向上した事例

本部センター 百年煌俱楽部茶屋町 介護福祉士 繁木 準

### 1. はじめに

創心会リハケアタウン北館が平成27年4月にオープンし、新たな事業所として「創心会百年煌俱楽部茶屋町」がスタートして半年が経過した。百年煌俱楽部は“中重度対応”をコンセプトとしており、リハビリ俱楽部では受け入れが難しい介護度の高い症例を受け入れ、リハビリの提供とイベントの実施により機能訓練を図るとともに、楽しみをもつていただけるようサービス提供を行っている。

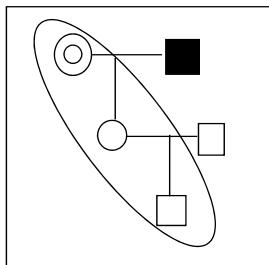
百年煌俱楽部では作業療法士（以下、OT）・言語聴覚士（以下、ST）が常駐しており、機能訓練の提供や評価、フィードバックを実施している。生活力デザイナーやフロアスタッフ、生活相談員などスタッフ間の連携を高めることで、症例一人ひとりに合わせたサービス提供を行っている。

今回、脳梗塞後遺症と高次脳機能障害を有した症例に対して、通所介護・訪問看護リハビリステーション（以下、訪リハ）・ケアマネジャー（以下、CM）との連携により症例の目標や意欲を引き出し、活動量の向上につながった事例を報告させていただく。

### 2. 事例紹介

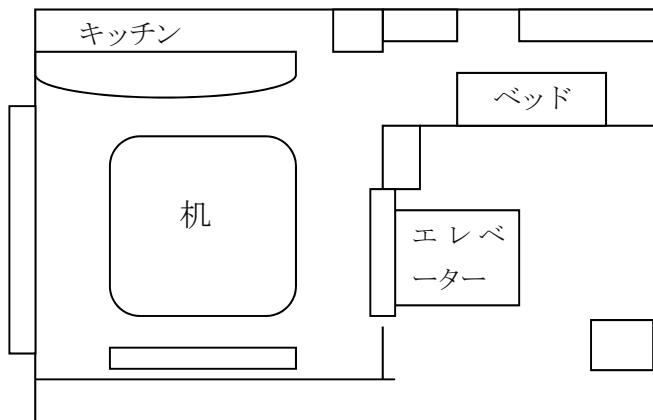
70歳代の女性。長女、孫との3人暮らしであり、キーパーソンは長女である。症例は衣服の着脱や下衣の上げ下ろしなどの生活動作を自分で行うことを望んでいるが、時間がかかり過ぎることもあり、長女が手を出してしまうことが多い。症例は自身の介護が家族にとって負担になっているのではないかと感じており、自身では施設入所も考えている。

（家族構成図）



- (1) 疾患名：脳梗塞（心原性）、高血圧、心房細動
  - (2) 障害名：左片麻痺（BRS 上肢II、手指II、下肢III）、左上下肢感覚重度鈍麻、左上下肢体幹の筋力低下、全身耐久性低下、立位・座位バランス不良、立て直し反射消失、左肩亜脱臼あり、高次脳機能障害（左半側空間無視、左半側身体失認、注意障害）、構音障害
  - (3) 認知機能：日常生活における短期記憶や意思決定、伝達能力は家族の支援を要する。
  - (4) 状態：声量が非常に小さいが意思伝達可能。通所では口数は多くないが、孫の話など話題によっては自身からの積極的な発言がある。
  - (5) サービス利用状況
    - ・百年煌俱楽部（以下DS、1／週、7-9入浴なし）
    - ・訪リハ（2／週、3単位）
    - ・福祉用具レンタル（車椅子、介助バー、マットレス、四点杖、介護用ベッド等）
    - ・訪問介護（2／週）
    - ・ポジリハショート（適宜利用）
- 新たに短時間でマシン特化型の通所介護（1／週）を利用されることになり、DSは1／週となる。訪

間介護は2人介助にて自宅で入浴されているが、立位での安定は良くなっている。  
 (自宅環境図)



#### (6) デマンズ、ニーズ

症例：娘と手をつないで歩き、買い物に行きたい。ズボンの上げ下ろしが自分でできるようになりたい。

家族：今の状態を維持しながら、自宅での生活を支えていきたい。せめてトイレには行けるようになつてほしい。

### 3. 目標

短期目標：見守りでのトイレ移乗、立位での下衣の上げ下ろしが行える。

長期目標：近隣の店へ外出できる。

最終目標：韓国旅行に行く。

### 4. 経過

#### (1) 第1期 訪問リハ開始 (HX年11月～HX+1年5月)

HX年11月、訪問リハの利用を開始する。週3回利用であり定期的な利用ができている。筋力や体力の低下が見られ座位バランスも不安定な状態であったため、筋力訓練や基本動作訓練を開始する。しかし、集中力が途切れやすく、機能訓練の効果が薄い状態であった。

以前はよく料理をされていたとのことで、娘の料理指導や味付けを提案する。キッチンでの立位保持訓練や歩行訓練を実施し、少しずつ意欲の向上が見られる。

この頃から同居している家族に迷惑をかけないよう「自分でトイレがしたい」との発言があり、ポータブルトイレの使用を想定して起き上がり動作や座位保持訓練を重点的に行う。目標があるため気持ちが動いているのが感じられた。また、過介助気味の娘に見守りの大切さを伝える。

4月半ばに「歩ける気がした」と症例自身で動かれ、ベッド横で転倒される。症例の病識の低さを再確認する。気分が落ち込みやすくなり、離床時間が短くなる。

HX+1年5月に担当療法士が変更となり、現担当者のサービスが開始される。

#### (2) 第2期 DS利用開始 (HX+1年6月～10月)

症例は意欲低下があり、デマンズやニーズを確認しながら1か月、3か月後の目標設定を行う。1か月の目標設定を、「立ち上がりを現在よりスムーズに行い、車椅子の移乗自立を目指す。立位安定性の向上を図る。」3か月の目標設定を、「車椅子自走にてトイレへ自走で行き、下衣を下げて排泄が行える。更衣が自力で行える。」に設定する。

#### ① HX+1年7月

活動量の向上を目的としてDSを新規利用となる。自宅では臥床傾向にあり、衣服の着脱や移動・移乗

動作など日常生活動作のほとんどに介助が必要な状態であった。DS 利用時、歩行では短下肢装具と四点杖を使用され、スタッフが介助についたうえでフロア内を移動される。自宅では車椅子で移動される場合が多い。患側下肢の振り出しが困難な場合が多く、移動に時間がかかる。右下肢荷重の割合が多く、患側に荷重をかけられていないことがあり、後方へバランスを崩されることが多い。歩行時、顔が下に向いてしまっており、前傾姿勢で歩行される。歩行距離が長距離になる場合は車椅子を使用される。

DS 利用時のトイレ介助は、立位保持が不安定なことと転倒予防のため、スタッフ 2 人介助で行う。

## ②HX+1 年 8 月

本部ブロックでの事例検討の症例としてアプローチを開始する。利用サービスである訪問リハ、DS、ショートステイは自社サービスであり、CM も自社居宅である。訪問リハと DS、CM とで情報共有を密に行い、目標達成に向けた機能訓練を各サービスで提供していく。

8 月中旬、訪問リハにてベッド端座位の状態でボタン式カーディガンの更衣動作訓練を実施する。6 月時点では患側上肢を通す際や肩にかける際に後方に転倒する場面が多く見られたが、今回は座位バランスを崩すことなく実施できた。

ご家族の課題点として症例に対して過介助になることが多く、症例自身での動作を促しても家族が介入してしまうことが多い。これまでにも過介助にならないように指導をさせていただき改めて介助量の確認を行ったが、以前とあまり変わらずに手を出してしまうことが多かった。

以前よりも更衣動作が上手くいったことを訪問リハのスタッフより連絡を受け、DS でもカーディガンの更衣動作練習を実施し、症例に対して正のフィードバックを行う。その他、訪問リハ時に行っている歩行訓練や装具の着脱訓練を DS でも実施していく。

改めて症例に対してデマンズの確認を行い、“娘と買い物に行きたい、ズボンの上げ下ろしができるようになりたい”という内容を確認する。訪問リハ時に聴取したものと内容はずれておらず、目標を“立位保持の安定に向けた耐久性の向上と下衣の上げ下げ動作の獲得”に設定する。フロア内はなるべく杖歩行で移動を行い、車椅子を使用する場合も自走で移動するように促す。身体機能測定では握力 7.9kg であった。他の項目は実施できていない。

ご家族の過介助に対して、送迎時に乗降介助などなるべく症例自身の残存機能を活かし、過介助にならないように声掛けを行う。併せて機能訓練の様子などを伝える。

訪問リハでは DS 利用時の疲労感が残っており、左臀部と股関節屈曲時の痛みの訴えがあった。車椅子自走での走行練習と玄関での段差昇降練習、ストレッチを実施する。エレベーターに一人で乗りたいとの発言が初めて聞かれる。

訪問リハ時に DS 利用の疲労感が残っていたとの連絡を受け、DS 利用時の負荷量の見直しを行う。様子を見ながら声掛けを行い、肘木での立位保持と立ち上がり動作訓練を実施する。立位保持の際は患側に荷重をかけるように促しを行う。杖歩行時は患側下肢の出が悪く、不安定な状態が強く出ている。

送迎の際にご家族に DS での取り組みを伝え、ズボンの上げ下げや装具の着脱等、ご家族の介入を減らしてほしい旨を伝える。翌日も利用予定日だったが、体調不良により休まれる。

訪問リハ利用時に様子をうかがうと、DS 利用時の疲労感はやはり残っている様子。「本当に疲れました。利用回数を減らそうか…」などのマイナス発言が聞かれる。更衣動作訓練、歩行訓練、立ち上がり動作訓練を実施する。車椅子の自走は DS で行っていることもあり、直進が可能となっている。

## ③HX+1 年 9 月

初旬に DS を利用されるも表情は固く口数は少ない。お品書きメニューの 8 の字歩行を実施するも注意力散漫であり、できなかった。機能訓練の実施は様子を見ながら行い、症例の話を傾聴する時間を設ける。午後からのアクトの時間は、他ご利用者様に交じって折り紙に参加されるなど、表情は良くなっていた。9 月の利用は体調不良での休みが多くあり、週 1 回ペースでの利用となる。

DSでは気分の落ち込みがあったが、訪問リハでは笑顔が多くあった。立ち上がり動作も過去と比べて楽にできるようになったこと、歩行の安定性が向上したことを実感されていた。訪問時に装具を装着しておられ、自分でつけられたのが分かった。トイレへ車椅子の自走で行く機会も増えてきており、ご家族とも車椅子の自走練習や短い距離での歩行練習を行っているとのこと。DS、訪問リハ、CMとも情報を共有する。

### (3) 第3期 ST介入開始 (HX+1年11月～)

#### ① HX+1年11月

DSにて高次脳機能障害の評価のためMMSEを実施する。21／30の評価となる。「今年は何年ですか?」という問い合わせに対して「2027年」と回答。その後、「平成27年」と訂正される。時の見当識の項目終了後、「病院に行ったらよくならないと言われた。娘に再発したら死なせてねと言っている。人のことをしてあげていたのに、してもらっているのが辛い」と話され涙を流される。話を傾聴し、MMSEは中止する。傾聴しているうちに気分も戻り、最後は笑いながら孫の話をされた。疲れがあるとのことで機能訓練はほとんど行われなかった。

日を改め、MMSE場所の見当識の項目から実施する。減点項目として見当識(時・場所)、注意、記憶、構成があげられる。

中旬でのDS利用は来所時より注意力散漫であり、杖歩行は左右のふらつきが多く不安定であった。肋木での立ち上がりや集団体操に声掛けし参加されるが、体操では途中で動きが止まってしまう。疲労感が溜まっており、座位で行える雑巾がけ等を中心に取り組んでいただく。STの「何か変わったことがありますか?」との問い合わせに対し、“肋木を行い、立位保持と立ち上がりがもっとできるようになりたい”との発言がある。疲れが出やすく、午後から横になる時間を設ける。現在の歩行状態の記録と症例自身に確認していただくため、歩行のビデオ撮影を行う。

振り返りシートを改訂(写真①参照)し、取り組んだメニューを選んでいただく形式をとることで、症例自身が実施したメニューを自分で確認できるようにする。

中旬の訪問リハでは主に立位保持訓練を実施しており、キッチン台に体の前方(腹部周辺)を預け、上肢支持なしでの立位が15分程度可能となる。その他、トイレでの移乗及び下衣の上げ下げ訓練を実施しており、動作に関しては見守りレベルで実施できている。症例自身も「これはできる!」と発言されている。立ち上がり訓練を行いやすくなり、立位保持のバランスが取りやすくなったという実感をもたれていた。

ご家族の都合によりポジリハショートを利用される。機能訓練として徒手訓練は実施されるが、他の機能訓練へは症例から取り組まれようとはされない。フロアでは他ご利用者様との交流は少なく、車椅子を自走されて居室に戻ろうとされる。

#### ② HX+1年12月

情報共有と2回目の事例検討に向けたミーティングを実施する。訪問リハ、DSでの取り組みの確認を行い、機能訓練やST介入による症例のメンタル面等の状況等を確認する。訪問リハのサービスのなかで“韓国旅行に行きたい”との希望を聞くことができ、最終目標を“韓国旅行に行く”に設定する。

DSでの機能訓練にて肋木での患側荷重訓練、立ち上がり訓練を継続するも注意が逸れる場合があり、適宜声掛けを行いながら実施する。しかし、左側からの声掛けに気づきにくい場合がある。STによる機能訓練として抹消課題、見当識確認、構音訓練を実施する。機能訓練が思うようにできないこともあります、メンタル低下が窺える。STの介入によってメンタルの低下を助長してしまう場合もあるが、DSの役割と

写真①

日時	年	月	日	( )
天気				
感想				
<input checked="" type="radio"/> よくできた <input type="radio"/> できた <input type="radio"/> まあまあ <input type="checkbox"/> やっていない				
雜巾がけ 10分 ギームはさみ 10分 肋木(立位保持) 30秒×5 両手(立ち上がり) 10回 動物(左)への重心 歩行訓練 車椅子の自走 バイク 10分 レッテプレス 5分 韓日の着脱				

して症例の話を傾聴し、想いを吐き出していただき、サポートする姿勢を示すことで安心感を持っていただく。

自宅での役割を持っていただくため、訪問リハ時に室内掃除を提供する。機能訓練にてテレビ台や机、鏡を拭いていただくが、自宅内での役割とはならなかった。その他、トイレ動作を継続して実施する。下衣の患側及び下衣の後ろの引き下げ、引き上げの際、後方へ重心が移動し転倒リスクが高まる。症例自身で気づき、咄嗟に手すりを掴んで耐える場面も多く見られるが、支えきれずそのまま便座に座り込んでしまう。

DS利用にてSTより立位での抹消課題を30分程度実施する。訪問リハ時に立位にて鏡を拭く動作練習を行っており、DSでも抹消課題を立位で行うことを試みる。STが傍につき、様子を見ながら実施する。その他、高次脳機能障害の評価としてVPTA（標準高次視知覚検査）を実施する。前回より時計、地図は良好である。線分抹消、花は低下が見られる。

### ③HX+2年1月

体調不良にてDSの利用は休みがちとなる。

訪問リハは定期的な利用ができており、歩行訓練と立位保持訓練を中心に実施する。他の通所介護では後方見守り、介助なしの杖歩行で歩行訓練を行っているとのことで、同様の方法で実施する。約10mは杖のみでの歩行が可能であるが、距離が長くなるにつれて後方にバランスが崩れ、介助を要する状態となる。しかし、平成27年8月頃と比較すると立位バランスは向上しており、歩行速度も上がっている。支持物にもたれる形での立位バランスは平成27年8月では5分程度だったものが、現在では10分以上可能となっている。

### ④HX+2年2月

DSの利用を休まれているため、訪問リハにてMMSE、VPTAの再評価を実施する。MMSEは26／30の評価となる。「今年は平成何年ですか？」との問い合わせに対して、「平成15年」と答えられた後、「平成28年」と訂正される。減点項目は見当識（時）、注意、記憶であった。

また、VPTAでは減点項目として地図があげられる。前回、前々回より減点項目は減ってきてている。症例への説明として花の模写と時計の文字盤を記入していただき、地図上にて東京・大阪・札幌を示していく。

中旬に管理者とCMが症例宅を訪問し、状態確認と身体機能測定を実施する。DSは休みが続いているが、それほど身体機能低下は見られなかった。握力に着目すると初回は6.9kgであったが今回は14.6kgであり、7.7kgの向上が認められた。症例から「来年の春には友人と韓国旅行に行きたい」との発言があり、表情も良く目標に向けた取り組みに対しても前向きな発言が多く聞かれた。平成28年2月末から、DSの利用を再開する予定である。

### FIM

項目	初回	再評価	詳細
食事	5	5	エプロンの準備、一口大カット必要
整容	2	5	道具の準備等が必要
清拭	2	4	臀部、両下腿部など洗体介助が必要
更衣（上半身）	2	2	僅かに可能（前開きシャツ）
更衣（下半身）	1	1	全介助（ズボン）
トイレ動作	2	2	ズボンの上げ下げの介助、拭く動作は自立
車椅子移乗	2	5	しっかりと腰を引き上げ回す介助、手を貸さずに見守り下行える
トイレ移乗	4	4	手すり使用、家族の見守りあり、軽く手を添える程度

浴槽移乗	4	4	シャワー浴（シャワーチェアへの移乗可能）、2人介助
理解	7	7	自立
表出	7	7	自立
社会的交流	7	7	自立
問題解決	7	7	自立
記憶	7	7	自立
合計	59	67	

初回は HX+1 年 8 月 再評価は HX+2 年 1 月 下線は初回との変更点

## 5. 考察

今回、脳梗塞後遺症と高次脳機能障害を有した症例に対して、訪問リハ、DS、CM との情報共有・連携を高めサービス提供を行ってきた。初めは訪問リハのみでのサービス開始であり後に DS の利用を追加したが、訪問リハと DS での利用状況や症例の様子をお互いに共有し、状態に合わせたサービス提供を行うことができたと考える。

第2期では、訪問リハでは担当療法士の変更や DS の利用開始など、症例にとって変化の多い時期であった。そのためか、症例の意欲低下が見られ、訪問リハは定期的に利用をされているが、外出する必要のある DS は体調不良により休まれることがあった。DS は利用人数が多く環境に馴染むまでに時間がかかり、外出の億劫さや気分の低下も休む原因の一つになっていたのではないかと考える。また、症例にとって岡山は地元ではなく他利用者様と年齢層が異なるため、違和感があったのではないかと考える。この時期は活動量が低く、ご家族の介護負担も大きいと予想される。

症例の目標設定においては、訪問リハと DS にて意見交換を行うことで、どのようにアプローチを行っていくのかが明確になった。症例・ご家族も更衣の必要性を感じており、今回の目標設定に至る。高次脳機能障害を有し、DS 利用開始当初はアプローチに対する方向性が明確に定まらなかったが、訪問リハと DS で“下衣の上げ下ろしが行えるようになる”という共通の目標を設定することにより、ベクトルを合わせた機能訓練や ADL 訓練を行うことができたと考える。

また、症例に対して過介助になることが多かったご家族に対して、訪問リハ、DS の各サービスから声掛けを行うことにより、ご家族の介入を減らすことができた。家族との関わりが少ない DS でも訪問リハとの情報共有を行うことで、的確な声掛けができると考える。症例もできる動作が増え、自信を持つようになったこともありご家族の介入も減っていると考える。

症例のメンタル面へのアプローチとして、訪問リハや CM の自宅訪問、DS にて話の傾聴を行うことにより症例自身の話や不安な想いを吐き出していただき、各サービスで情報共有を行うことで声掛けの内容も具体的なものとなった。症例の気持ちの変化もあったと考える。

身体機能面では、毎月実施している身体機能測定において握力等の数値測定を行っている。池田らは握力と 10m 障害物歩行及び 6 MWT との有意な相関も確認され、握力が強いほど歩行距離が延長している<sup>1)</sup>と述べている。初回の握力測定では 6.9 kg であったものが 2 月では 14.6 kg になっており、数値の向上が確認された。初回時より立位バランスや歩行状態も安定していることから、機能訓練や ADL 訓練によって下肢筋力や立位バランス能力の向上があったと考える。

第3期は ST 介入により MMSE を定期的に行う。問題点として、振り返りシートの左側の書き残しや歩行時に左側の足が引っかかるなどの状況が見られており、左半側空間無視が考えられる。また、麻痺側の感覚入力低下、分配性注意低下、うつ症状が考えられる。それらがメタ認知の崩れにつながっている。

「認知」という言葉に超・高次の意味を表す「メタ」という接頭語がついた「メタ認知」とは、言葉どおり、自らの認知過程をひとつ高い次元から知覚、記憶、学習、思考することである<sup>2)</sup>。

MMSE の結果から、症例の特定の経験を話せるため、エピソード記憶は良好であり、知識があるため意味記憶は良好であると考える。易疲労性があり、症例に見えないところからの声掛けに気づかないことにより、分配性注意低下が認められる。退所前に記入する振り返りシートで左端の欄をとばすことや、左からの声掛けに気づきにくいことから、左半側空間無視が認められる。左半側空間無視が残存していることや重度感覚鈍麻により、感覚入力低下が生じている。病前との違いに対し他罰的であるため、うつ症状があると考える。これらの要因と社会的役割喪失で見当識が分からなくても困らず病態無関心であることにより、メタ認知の崩れが生じていると考えられる。

また、気分の落ち込みが見られる症例に対して、機能訓練の実施は難しい場合が多くあった。花村らは、入院リハ中にメタ認知（認知活動そのものを認知する働き）が出現し、例えば自分が物覚えが悪いことに気づいてうつ状態になる場合もあり、画一的なリハを行うのは困難である<sup>3)</sup>と述べている。このことから、機能訓練の継続に関しては症例のメンタル面の状態を見て提供方法、内容を変える必要がある。

この他、VPTA では項目や症例の状態によって点数の変動が起きている。今後、継続して評価する必要はあるが、現時点では評価の信憑性は低く、慎重に行う必要があると考える。

HX+2 年 2 月の MMSE は 26/30 であるため、認知低下は否定できると考える。見当識（時）の減点は日にちのみの誤りであり、見当識（場所）では DS での洗濯物干しなどの役割を見つけることができていることから向上していると考える。その他の減点では、分配性注意の問題が大きいと考える。今回、「死」の発言はないが検査結果の向上が見られるため、メタ認知の改善が伴うと考える。また、今後はうつ症状の対策が必要である。

VPTA の地図の減点では、3か所を同時に示すため情報が多くすぎ易疲労により、左半側空間無視は残存していると考える。

今回の介入では、訪問リハ、DS、CM との情報共有により連携を高め、症例へのアプローチを段階づけて提供することができた。また、過介助になるご家族へのアプローチや症例のメンタル低下に対しては DS で想いを傾聴する時間を設けるなど、各サービスが情報共有と役割意識を持つことでアプローチの見直しを図り、状態に合わせたサービスを提供できたと考える。症例は脳梗塞後遺症や高次脳機能障害により介護度も高く、機能訓練や ADL 訓練に充分に取り組めない場合が多くあった。そのなかで利用サービスが自社内であることの優位性を生かし、きめ細やかな情報共有のもとで目標を設定しアプローチを共有できたことは、今後の中重度対応型 DS としての指針やサービス間の連携の重要性を示すことができたのではないかと考える。

今後を展望すると、症例の活動量は高まってきており、ご家族の介助量が軽減する段階までは到達することができた。しかし、立位での下衣の上げ下ろしや近隣の店への外出など、目標達成にはまだ課題が多い状況である。今後も各サービス間で連携し、目標達成に向けたサービス検討の継続など、少しづつでも症例の生きがいにつながるサポートができればと考える。

## 6. まとめ

事例検討を通じて症例との関わりを深めるなかで、症例と向き合い想いを汲み取っていくことが、次のステップや目標の達成につながると感じた。症例との会話の中には不安、期待、葛藤、失望など様々な感情が現れることがあり、日々のサービス提供だけではそれらに触れるることは難しい。今回、訪問リハ、CM と連携してアプローチを継続し、情報共有を図ることで症例との接点が増え、いろいろな角度から症例を見ることができた。それは、私たちにとっても良い経験となり、今後のサービス提供に生かすことができると感じている。DS では一人ひとりと向き合う時間はどうしても限られてくるが、もう一步踏み込んだサービスや心に寄り添った本物ケアで、症例やご家族の人生をより豊かなものにできるよう努めていきたい。

## 7. 謝辞

今回の論文の作成に当たり、ご協力くださった症例様やそのご家族様、スタッフ、その他多くの関係者の皆様に心より御礼申し上げます。

## 8. 引用・参考文献

- (1) 池田望ほか「高齢者に行う握力測定の定義」P25
- (2) 阿部真美子・井田政則「成人用メタ認知尺度の作成の試み—Metacognitive Awareness Inventory を用いて—」P23
- (3) リハビリテーション医学 Vol.43 No.9 2006年9月 花村美穂ほか「外傷性脳損傷による高次脳機能障害患者の帰結予測」P617
- (4) 柴崎光世「前頭葉機能障害の認知リハビリテーション」
- (5) 創心流リハケア講座資料
- (6) The Journal of True Care Vol.26
- (7) 第8回本物ケア学会抄録

## 農福連携に向けて ~見えてきたもの~

笠岡センター 訪問看護リハビリステーション 作業療法士 鈴木啓吾

### 1. はじめに

就労継続支援 B型である和一久ステップ笠岡は介護保険からの出口戦略の一部を担っており、65歳以上であっても障害者手帳があれば利用できる事業所である。現在、私は訪問看護リハビリステーション（以下、訪問リハ）と和一久ステップ笠岡、ど根性ファームを兼務させて頂いており、その中で介護保険領域とは異なる視点を学ぶことができた。

今回は実際に出口戦略に繋がった3名の事例を通して農福連携に向けた可能性、課題と対策について以下に報告する。

### 2. 事例紹介

(1) 事例A 脊髄損傷で車椅子生活。働くことができた。

**介護度：**要介護3

**主疾患：**胸髄損傷

**生活状況：**事故で胸髄損傷されてからは車椅子生活。日中ベッド上の生活で、外に出るのは月1回の病院受診と週1回のデイ利用時のみ。そのため夏の暑さ、冬の寒さを感じることもない。四季を感じる花を見る事もない。ベッド上の生活のため、家の役割もなく毎日鬱々している。下肢は不動のため痛みが常時ある。生きていることが家族や周囲に申し訳なく思いながら過ごしている。

**経緯：**和一久ステップ笠岡の話に興味を持たれ、「今の生活を変えていこう」と想いを伝えて下さる。その気持ちを尊重し、車椅子での環境設定の可否を検討し、スタッフ間の情報共有を行う。本人様の意向を伺いながら家族、ケアマネジャーと調整し、外に出る機会を増やす承諾を得る。リスク管理を適切に行うことの条件に、利用に繋がる。

**作業取り組みと経過：**尿意がなく導尿が必要なため、働く時間を設定する。車椅子作業のため、作業台の高さを調整し、一番作業のしやすい高さで行うように工夫する。どのような工程が難しいか作業分析し、困難な箇所は指導員が援助することで、一通りの作業を遂行できた。また、訪問リハで現在困っていることや、負担になっていることを傾聴しながら精神面のフォローを行い、情報共有する。基本的に週2回の利用だが、痛みの少ない日、利用者様が少ない日は自ら電話して参加を申し出るなど、前向きな姿勢が感じられ、支援の経過は順調である。以前より表情が豊かになり、日々の生活を満喫されている。

	月	火	水	木	金	土	日
H25.3	訪問リハ		訪問リハ		訪問リハ	デイ	
H28.3	訪問リハ	和一久	訪問リハ	和一久	訪問リハ	デイ	

(2) 事例B 右半身麻痺、高次脳機能障害。転倒もしたが乗り越えた。

**介護度：**要介護2

**主疾患：**脳卒中後遺症（右半身麻痺、高次脳機能障害）

**生活状況：**左官業を引退し障がいを負った後も家での役割があり、旅行などを楽しめている。家庭内役割では、洗濯物を畳む等できることをされている。高次脳障害があり、若干理解に時間がかかり、こだわりがある。

**経緯：**「障害を負っても、色々と挑戦したい」と利用を希望される。ご家族様も「本人のやりたいようにすればいい」と応援して下さる。アプローチ開始当初、ケアマネジャーから「デイ利用日を削ってまで

和一久に行く必要があるのか」と相談を受け、必要性や将来のビジョンを説明、利用へと繋がる。

**作業取り組みと経過：**高次脳機能障害、こだわりがあり、自身が納得していないと作業効率が低下する。

片手動作での工程は限られるが、できる作業に取り組まれる。

ある時、作業場で転倒をされ利用中止となる。原因は、集中力低下により環境適応が不十分だったことである。介助が必要な部分、ペースを精査、設定、説明をすることで利用再開となる。週2回から1回に減らして再開し、仕事に慣れて頂く。現在は以前と同じように週2回利用できている。高次脳機能障害のため複雑作業になると若干混乱してしまう傾向があるが、単純作業であれば遂行能力に問題はない。過去にされていた左官業のきめ細やかさも随所に見られ、活躍されている。

	月	火	水	木	金	土	日
H25.6	デイ		デイ		デイ		
H28.3	和一久	デイ	デイ		和一久		

(3) 事例C 進行性難病。念願の仕事ができた。

**介護度：**要介護2

**主疾患：**パーキンソン病 40代で発症

**生活状況：**歩行は歩行器使用で見守りが必要である。常に仕事をして社会に参加したいという思いがあるが、仕事を離れたブランクや日内変動する症状のため、現状に妥協している様子。「お金を稼いで、家族で温泉に行きたい」との言葉もある。働き盛りの40代でパーキンソン病が判明、以後仕事はされず療養生活を送っており、同一姿勢での作業は難しい。

**作業取り組みと経過：**働くことができるなら頑張りたいとの思いがあり、ご家族様も「新たな一步を踏み出して欲しい」と言われる。ケアマネジャーも賛同して下さり利用に向け調整、開始となる。

**利用終了：**長時間の座り作業は身体的な負担が強い様子。腰痛や下肢痛が出現し、訪問リハで対処策や環境設定を行うことで、作業そのものには積極的に取り組むことができる。しかし、薬の影響で動けなくなるなど体調変化が出現してきた矢先、熱中症で倒れ、利用終了となる。

	月	火	水	木	金	土	日
H25.6	訪問リハ	デイ	訪問リハ	デイ	訪問リハ		
H25.7	和一久 訪問リハ	デイ 訪問リハ	和一久 訪問リハ	デイ	和一久 訪問リハ		
H28.3	デイ 訪問リハ	デイ	デイ 訪問リハ	デイ	デイ 訪問リハ	デイ	

### 3. 連携上の課題と対策

上記事例を通して、介護保険からの出口戦略で大切なことは、本人の意思、そして周囲の環境だということを感じた。今回は上手く和一久ステップ笠岡へ繋がった事例を挙げたが、上手くいかなかつたケースでは、周囲の人の方が心配したり、できないと決めつけたりすることも少なくなかった。今回のように車椅子でも、片麻痺でも、進行性難病でも、可能性があることをもっと多くの人に知ってもらいたいと思う。

また、事例Cでは上手く移行ができたが、病気の状態への対応が不十分であったという課題もあった。パーキンソン病であり症状の変動が大きい中、自律神経機能が低下していたことが熱中症になった1つの要因でもあった。それぞれが障がいを持たれている現実に対し、その人に合わせた働き方の提案はもちろんであるが、病気を理解してリスクを管理する必要性を強く再認識した事例であった。看護師がいる環境ではないので、主治医の先生やご利用者様と関わりのある医療、介護の専門家との連携も今後はより必要になると感じる。

今回の取り組みの中で得ることができた課題と対策のポイントを以下に記載する。

#### (1) ご利用者様をもっと知る

指導員は業務の指導だけではなく、その人に合わせたリスク管理を行うことが必要である。ご利用者様は身体障がいだけでなく、発達障がい、精神障がい、さらに高齢に伴う内部障がいの方と様々である。その中でいかにリスク管理をしながら、その人に合った作業を提供することができるか。スタッフも医療的知識、技術により明るくなる必要性がある。

#### (2) 労働環境を整える

現在の和一久ステップ笠岡には冷暖房設備がなく、空調対策が必要となる。ネギを扱う関係上、傷まないような配慮は必要であるが、現状は必ずしもご利用者様本位の環境になっているとは言えない。高齢化の一層の進展や社会保障費抑制の動きを踏まえると、就労リスクの高い方も働くことができ、社会参加に繋がり、支えられる側から支える側になることが求められる。

単に作業場を提供するのではなく、一定の快適さを伴いつつ、リスクがあっても働ける環境、高齢者や女性も安心して働ける環境を目指す必要がある。

#### (3) 全国平均の工賃を目指す

B型の工賃は出来高制であり、現在は月額3000～10000円である。全国平均14000円を目指すためには、作業効率の向上が必要である。また、ネギの質によって作業効率が左右されている現状もあり、原材料、設備、特性に合った作業の3点が課題となってくる。さらに、出荷量はその時の需要により変化する。天候や時期により変動が大きいため、仕入と出荷、作業員のバランスを取ることは難しい。

その対策として、ネギがない時にもできる作業を獲得し、リスクヘッジをする必要がある。また、作業員を増やして人員の安定とスケールメリットを図る。そして、得意な分野を組み合わせて効率化を図っていきたい。そのために作業分析を実施し、効率的な方法の提案、訓練を作業療法士として支援していく。

人員、マーケット、仕入といずれも変動が大きい中で対策は困難を極めるであろう。しかし、ご利用者様の工賃、労働環境を整えるには一定の利益も必要である。1つずつ、できることから取り組んで行きたい。

#### (4) 一步が踏み出せる支援

障がいを持ち、支援される側から働く側への一步は大変な不安があると思う。「できる可能性」へのイメージが湧かない、先入観が先行して導入に二の足を踏んでしまうなどの理由から踏みとどまってしまうことも多い。周囲の人も「難しい」「無理をしなくとも」と、無意識のうちに可能性を摘んでしまっている可能性もある。

対策の1つとして、デイで「ネギの苗床作り」を企画して実施した。実際に土を触り、ネギを種から育てることで興味を持たれるご利用者様も増えた。このネギはその後ど根性ファームで大きく育ち、収穫された後和一久ステップ笠岡で障がい者の方が加工してカットネギとなり、私達が食べている昼食や、地域のラーメン屋で使用される。そのプロセスの一環に関わることが、社会参加にも繋がっている。そこから、さらに「もっとできるかもしれない」と意欲を持たれる方もいる。

次に、作業風景の写真や動画を見て現場のイメージを持って頂き、和一久ステップ笠岡と連携して見学に行くこともできている。働くことに興味を持ち、今の取り組みが社会の役に立っていると実感するご利用者様が増えている。

### (5) 外部への啓発

介護保険サービスを利用している方にとっては、ご利用者様も、サービス提供者側も、利用できるサービスのみに視点が偏る結果、多様なサービスの可能性に目が行き届かなくなる側面がある。訪問リハでは利用者の機能回復のみに視点が偏ったり、デイでは、生活活動の視点はあっても働くイメージが持てない可能性がある。

創心会では活動、参加、就労を意識できていたとしても、他事業所のケアマネジャーに対して、このような介護保険外のサービス提案を行うことは困難を伴うことが多い。障がい者の支援に携わる相談支援専門員や社会福祉協議会など介護保険外で活躍する事業所とも連携を図り、介護保険で働くケアマネジャー等に啓発を深めていく必要がある。現在、国も活動参加に向けた取り組みを推進しており、興味関心は高まっている。これを機に今回の成功事例を含め、もっと知って頂ける取り組みを実施したい。

現在の取り組みとして、笠岡道の駅で開催される四季のフェスティバルに参加し、ど根性ファームで収穫し、和一久ステップ笠岡で加工したカットネギを使用した「ど根性うどん」を販売している。販売時にチラシを配り啓発しているが、次回は成功事例や取り組みを掲示して地域の方々に知って頂く機会にしたい。そのためには、まずこちらが地域に根差すことが大切である。

## 4. 考察

私が関わっている利用者の大半は身体障がい者である。働く機会は多くはなく、社会参加・活動はデイサービスの利用や病院受診時ぐらいである。家の役割を持つ方も少なく、何も目標を持たず毎日を過ごされる方が多い。一層の高齢化が叫ばれる昨今、若者が支える社会構造は崩れ、高齢者も社会の担い手として働く機会は増えたが、依然として障がい者には厳しい現実がある。

しかし、障がい者を一人の人間として考えると、できることはまだたくさんある。そうであれば、彼らの力を借りるべきではないだろうか。15歳以上64歳未満の障がい者の就業率は4割にすぎず、さらに残り6割の未就業者の中で、就業したくてもできない者は6割弱に達している。一方、就業できたとしても、経済状況は不安定である<sup>1)</sup>。障がい者の就労状況は「高失業率・低賃金・不安定就労」という極めて厳しい状況が続いている。生まれながらに障害がある方、中途で障害を負わされた方と経緯は様々であるが、どんな形であれ社会に貢献したいという気持ちに障がい者も健常者も変わりはない。その中で社会参加・活動ができる場として和一久やど根性ファームがある。そのような場を単に提供するだけでなく、それを継続させることが我々の使命である。

### (1) 3症例を通じて

上記3症例とともに、当方のお声掛けが利用に繋がったケースである。偶然ではあるが笠岡地域に和一久ステップ笠岡とど根性ファームがあったおかげで、何を行っているか知る、体験する、感じる機会を持つことができた。だからこそ、声をかけることができたと考える。知らないところに利用者を誘うことはできないので、まず内部から「何をしているのか」を積極的に発信する必要がある。それと並行して、他事業所に農福連携の取り組みを知っていただく機会を作らなければならない。創心会笠岡地域リハビリケアセンターは開設9年目を迎える。最初は倉敷とは違い、地域での認知度も低く新規獲得が大変であった。しかし、年を重ねるごとに認知度も向上し、「リハビリするなら創心会」として地域に根付くことができた。どんなに大変でも、一層の周知のため内外問わず情報発信が重要だと考える。

また、介護業界でも同様であるが、その人のパーソナルな部分、文化、スタイル、障がい、後遺症、役割など、働いて頂く中で一人ひとりの背景を理解することは、継続して支援する上で重要な要素になる。どのような思いで働き、何を実現したいか、こちらができるうる支援を行うことで、働くことが継続できる。同じように、スタッフが個々の利用者の作業について、得手不得手を把握する必要がある。難しそうだか

らお願いしていなかった作業でも、やってみると意外と効率よく行えた、2人1組で実施したところ作業効率が上がったなどの実績もあることから、最初から可能性を否定するのではなく、まずは実施してみることが大事ではないだろうか。その上で、簡易な作業から段階付けを行い、複雑な作業へとスキルアップさせる仕組みを確立するべきだと考える。

### (2) 農業を体験して

ど根性ファームでは、栽培技術の確立は先決課題である。今期はネギの病気が続き、収穫高も期待値に届かなかった。農業をする以上、ある程度の病気は仕方ない部分ではある。定植作業や農薬散布等にどの程度の時間がかかるのか、準備が必要なのか、気候や季節によっても変化する中で、記録を蓄積することが重要である。ど根性スタッフには、農業専門家としての伸びしろがある。近隣の農家と連携したり、彼らをど根性ファームの一員として迎え入れることも、専門性や質を高める手段だと考える。

今後は、障がい者のみならず高齢者や生活困窮者、ニート等の就労の受け皿となっていくことも期待したい。そのためには、同じ方向性で働くために、長期見通し（5か年計画など）を作成するべきではないだろうか。

和一久は、出口戦略としての役割や就労への橋渡しを期待されているが、一方で事業所運営にも多くの時間を割かざるを得ない。今後は一人ひとりの評価を十分に行い、可能性を見出すことが課題である。

### (3) 療法士としての関わり

療法士の視点からの評価や分析を行い、サービス開始から継続、そして就労へのソフトランディングをパッケージングする必要性を感じる。グループ会社を含めた一体的な連携と地域を巻き込んだ取り組みや社会情勢を考えたアプローチを実施することで、「農福連携」はさらに加速すると考える。

療法士の立場では、一つひとつの作業分析を行い、作業効率、時間、労力をトータルで考えた上でアドバイスをすることができるのではないかと考えている。私自身、苗床作りから出荷まで、工程のイロハを十分習得したとは言えない。まずは私自身が全ての工程を体験し、そこから見えてくるもの、感じることを整理することで、障害がある方へも作業を提供できるようになるのではないだろうか。そのためには、作業工程を年間スケジュール内に落とし込むことは必須であると感じる。この時期に何をすべきなのかを踏まえることで、個々の作業にどれだけの労力が必要か目に見えるようになる。

農業は天候や季節に左右されやすい産業である。出口戦略の一層の促進という観点から、気象という不安定な要素にかかわらず生産性を高めることが求められる。

## 5. 今後の展望

福祉分野で農を活かす取り組みとしては、園芸療法や園芸福祉等によるリハビリテーションや治療、就労のための訓練、そして就労等が考えられる。こうした農福連携の取り組みは、農業及び農地管理の新たな担い手の創出、地域の定住人口や交流人口の創出、農業生産以外の労働力の創出など、地域活性化に結びつく可能性がある。障がい者と農業の連携はまだこれからであるが、今後、点から線へ、線から面へと展開することが期待される。農業は工業やサービス業と異なり、地域から外に出ることが難しい産業である。林業、水産業も農業と同様に地域に根ざし、共に地域を支える産業であり、我が国の食料や住宅、環境を支える上で非常に大切な産業である。「農福連携」が広がるならば、障がい者は農業を支え、食料自給に貢献し、環境を守ることに役立つ可能性を持っている。反対に農業は、障がい者が社会の中で役割を果たす場を提供する可能性を持っている。

今後は、農業だけでなく林業や水産業も、障がい者との連携の可能性を探ることが望まれる。また、生産だけでなく、加工、販売、さらにリハビリテーション、教育など農の福祉力を活かした新たな農業サー

ビスと福祉との連携を模索することもより重要になるのではないだろうか。

## 6. まとめ

事業の継続と拡大には、組織としての取り組みが必要である。そして、障がい者を積極的に受け入れるためのモデルを作ることも重要なと感じる。さらには、収益モデルの確立も求められる。今後の取り組みに期待するとともに、より多くの人々、組織や地域との連携が望まれる。農の福祉力は障がい者だけではなく、生活困窮者に対しても有効であり、農を通じたケア、訓練の機会を提供することが可能である。それは農にとって新たな収入の機会となり、新たな担い手の確保にも繋がる可能性がある。産業の分業化が進んだ今日、障がい者、生活困窮者は社会から分断された状態に置かれがちである。彼らが一定の社会的役割を持つことができるようになれば、本人の自立に繋がるだけでなく、地域を支える主体の一つを創出することにも繋がり、結果として福祉や社会保障のコストを低減させることにもなる。

農福連携の取組みは、福祉サービスを受ける主体者となっている様々な人々を結びつけ、地域の課題を解決し、地域を支える可能性があるのではないかと感じている。

## 職員に対するメンタルウェルネストレーニングの実践と効果に関する考察 vol. 2 ～創心會の全スタッフを対象として～

本部センター 本物ケア推進部 介護支援専門員 佐藤健志  
 笠岡センター リハビリ俱楽部笠岡 生活相談員 東谷知恵  
 株式会社ハートスイッチ 研修担当 井上美由紀

### 1. はじめに

第7回本物ケア学会において、メンタルウェルネストレーニング（以下 MWT）が及ぼす影響について調査し、その効果について考察、報告した。詳しくは、第7回本物ケア学会の抄録をご参照願いたい。今回の検証は、この時に行った内容を基礎とするものである。

志賀らによると、MWT とは「生活科学として、心と体の運動を適宜日常生活に取り入れながら、心身共に健康的に日々の暮らしを送るためのトレーニング」と定義される。また、現在、学校や企業、心療内科等で行われる「メンタルヘルス・ケア」は、「問題が起つてから相談する=カウンセリング」であり、カウンセラーを必要とする対症療法だが、MWT は「問題が起こる前に自力で予防する=セルフケア」である点が大きく異なっている。これを解釈すれば、MWT は利用者にとどまらず、あらゆる立場の人々に応用できる手法であると言える。

前回の MWT の実践と効果に関する考察は、リハケアタウン東館の2階で、朝礼に参加する職員約40名を対象として行った。3か月以上継続して MWT を実施することで一定の効果が見られたが、小規模な検証であったため、エビデンスの形成には至らないと結論付けた。よって今回は、前回の調査内容を踏まえつつ、創心會の職員全体を対象に MWT の効果検証を行った。

### 2. MWT の導入と周知

特定のセンターの職員のみを対象として実験的な検証を行うのであれば、数名の協力者がいれば実施できる。しかし、全社員を対象として MWT の実施と検証を進めるためには、各センターにトレーナーを配置するなど、やり方の工夫が必要であった。

創心會では平成23年から「心とココロのバランストレーニング」（以下ココトレ）を実施し、MWT を事業所内で実施できるトレーナーの育成を行ってきた。平成25年までに25名のトレーナーが育成されたが、平成26年はさらに19名のトレーナーを育成した。また、MWT を全社に浸透させるための手法や、トレーナーが各自当事者意識をもって取り組めるよう、ココトレの研修カリキュラムを再編して実施した。

各センターにおける MWT の導入と周知については、以下のように実施している。

- 1) MWT の概要に係るプレゼンテーション及び東大式エゴグラム（以下 TEG）を実施。このプレゼンテーションは、ココトレを受講したココトレメンバーが実施する。このプレゼンテーションの後に、1回目のアンケート調査を併せて行う。
- 2) MWT に各自取り組む。センターでの実施に際しては「MWT 読み上げマニュアル」を使用する。
- 3) 3か月後に、再度アンケートと TEG を行う。
- 4) 創心會ホームページ上の「メタマネ佐藤のケアマネブログ」で、“what's MWT” の連載記事を書き、解説する（全10回）。
- 5) Journal of True Care に「ココトレで快話しよう」のコラムを連載する。

### 3. 評価方法

- 1) 質問紙によって、MWT の効果に対する職員の主観的評価の変化を調査する。  
 質問紙は無記名とし、MWT の概要に係るプレゼンテーション実施時に配布・回収。さらに、3か月後

にもう一度配布し、回収を行った。設問項目は以下の通りで、2年前の調査で行ったものと同じである。

- 問1 MWT の効果を自分でも感じる。
- 問2 毎日が楽しく思えるようになった。
- 問3 落ち込んだ時の気持ちの切り替えが早くなつた。
- 問4 人前で緊張しなくなった。
- 問5 MWT に前向きに取り組んでいる。
- 問6 仕事でも、日常生活でも、こころの健康に取り組む意義は大きいと思う。

設問はそれぞれ、以下に示す1から5までの5段階評価で回答を得た。

- 1=全く当てはまらない
- 2=あまり当てはまらない
- 3=どちらともいえない
- 4=少し当てはまる
- 5=すごく当てはまる

## 2) TEG を使用し、AC 値と FC 値の変化を見る。

TEG とは、アメリカの精神科医エリック・バーンが開発した交流分析に基づいて、その弟子であるジョン・デュセイが作成したエゴグラムを、日本人向けに改良したものである。TEG は、健康な男女4000名の統計データを基にして作成されているため、“自らの自我状態の偏りを知ることができる”とされている。基本的なエゴグラムでは、以下に示す3つの自我状態が把握できる。

P (Parent) : 親の自我状態—良心

子供の時、両親から受け継いだ価値観や習慣・考え方などが現れる無意識的思考部分。

A (Adult) : 大人の自我状態—理性。現実をありのままに見て、冷静に判断し、適切に問題解決できる意識的な思考と行動の部分。

C (Child) : 子供の自我状態—本能。生まれて以来持ち続けている喜怒哀楽の表現や、衝動的な行動を取ったりする面と、親からの影響を受けて適応・順応していく無意識的行動の部分。

MWT の目的は、この TEG でいう FC 値 (Free Child 本音を自由に発言できる要素) を、AC 値 (Adapted Child 周りのことを気にして、建前が先行する要素) よりも大きくしていくことにある。

志賀氏によれば、MWT の実施効果は、この FC 値・AC 値のスコアに顕著に現れるとされる。MWT 開始前後の FC 値、AC 値の変化を比較することで、MWT の効果判定が可能となる。

この効果判定に要する期間は、「およそ3か月で成果が出やすい」とされているため、2回の調査は原則3か月以上の期間を空けて行うこととした。

また、TEG で得られる結果は、その人の性格や考え方の傾向を示すデータでもある。これは秘匿性の高い個人情報であり、TEG そのものを比較検討することは、今回の検証の目的とするところにそぐわない。そのため、個々のデータから全体像を見ることはせず、FC 値と AC 値の相関にのみ着目して、MWT の効果の検証を行うこととした。

## 4. 結果、考察

平成27年6月～10月に1回目のアンケートが実施され、3～4か月後に2回目のアンケートが実施された。有効回答者数は54名であった。

MWT 実施の前後において、アンケートの各項目およびエゴグラムの FC 値、AC 値に違いがあるかどうか、t 検定によって確認した。この結果を表1に示す。

表1 ココトレ実施前後のアンケート結果

	実施前	実施後	平均値の差	t値	有意確率
	平均値				
問1	3.02	2.91	-0.12	-0.892	
問2	2.92	3.00	0.08	0.664	
問3	2.84	3.17	0.33	2.298	*
問4	2.73	2.91	0.18	1.460	
問5	3.38	3.28	-0.10	-0.646	
問6	4.02	4.20	0.18	1.738	*
FC	9.47	10.52	1.05	1.954	*
AC	10.01	10.93	0.91	1.335	
FC-AC	-0.54	-0.41	0.13	0.160	

\* $p < 0.050$

※ t 検定とは

2つの標本の平均値の差が有意なものかどうかを見る検定である。

「2つの標本の平均値に差がない」という仮説（帰無仮説）が成り立つ確率を求め、それが滅多にないような確率の現象であれば「差が無いとはいえない」、つまり「差があるといってよいだろう」ということになる。この起こりうる確率が有意水準（p）であり、通常では0.05（5%）や0.01（1%）を目安とし、5%より低い確率のようならば、「有意な差がある（認められる）」と記述する。pは一定の計算式で求められ、標本の大きさにより異なる。また、tも一定の計算式により求められ、pとtを比較して帰無仮説が成り立つ確率を判断する。

表1より、問3「落ち込んだ時の気持ちの切り替えが早くなった」（ $t=2.298, df=53, p < 0.05$ ）において有意差が確認された。同様に、問6「仕事でも日常生活でもこころの健康に取り組む意義は大きいと思う」（ $t=1.738, df=53, p < 0.05$ ）、FC 値（ $t=1.954, df=53, p < 0.05$ ）においても有意差が確認された。

問3の設問の意図するところは、セルフコントロールの質が高まっているかどうかの確認である。

心理学では、物事の結果は外的要因で変わると考えるタイプを「外的統制型」、自分次第で変わると考えるタイプを「内的統制型」と呼ぶ。外的統制型パーソナリティの特徴は、外的要因で結果が変わると考える傾向が強いため、全般に依存的、受動的であり、上手くいかない要因を他者に求める傾向が強いと考えられている。そのため、失敗の原因を他者に求めたり、逆に成功したとしても同様に外的要因に恵まれたせいただと考えるため、なかなか自己効力感が持てず、「自分の人生を自分で切り開いていく」という自信が持てないことが多い。

一方、内的統制型は、自分の能力や努力によって結果が決まると考える傾向があり、能動的、積極的に行動することができるパーソナリティである。仕事に前向きに、当事者意識を持って取り組めるようになるためには、この内的統制によるセルフコントロールの質を高め、当事者意識を持って課題解決に当たることが望ましいことは言うまでもない。

問3の有意差は、まさにこの内的統制が進んでいることを示す結果である。MWTの効果として、自然治癒力や能力発揮体制の高まりがもたらされると言われるが、まさにそれを裏付ける成果が統計的に認められたと考えられる。

問6の設問は、そのまま「こころの健康」に取り組む意義を問う設問である。厚生労働省によれば、「こころの健康」とは『いきいきと自分らしく生きるための重要な条件であり、具体的には、自分の感情に気づいて表現できること（情緒的健康）、状況に応じて適切に考え、現実的な問題解決ができるこ（知的健康）、他人や社会と建設的でよい関係を築けること（社会的健康）を意味している。人生の目的や意義を見出し、主体的に人生を選択すること（人間的健康）も大切な要素であり、こころの健康は「生活の質」に大きく影響するものである。』と定義されている。

近年、EQ (Emotional intelligence Quotient) が「こころの知能指数」として提唱され、注目を集めていることを知る諸氏が多いと思う。EQ とは、『「今の感情の状態」を認識し、それをコントロールする能力』のことである。EQ は誰にでも備わっており、日頃から意識することでさらに高めることができるとされている。

人の言動は、そのときの感情に大きな影響を受けるため、今の自分の感情を正確に認識し、コントロールすることで適切な行動が取れるようになる。それにより前向きな感情が生まれ、モチベーションを高めることにもつながる。また、相手の「今の感情の状態」を認識し、相手に対して配慮できる言動を取ることができれば、対人関係の向上にもつながってくる。

上記でも述べたように、EQ を普段から意識し高めること、つまり、自身の今の感情を認識しコントロールすることは、「こころの健康」を維持するために重要なことである。問6において「仕事でも日常生活でもこころの健康に取り組む意義は大きいと思う」という回答に有意差が出たということは、「こころの健康」に興味関心が“向くようになった”ことを意味しており、これは、EQ を高める意識付けにも繋がるものである。対人援助を業とする者にとって、「こころの健康」に取り組むということは「生活の質を高める」ことにも直結しており、問6の回答に有意差が出たという事実は我々にとって極めて重要な意味を持っていると言えるのである。

さらに、FC 値の高まりの意味するところについては、前述のとおり、建前ではなく、本音で発言、行動できるようになったという特徴を意味している。FC 値が高くなるということは、すなわち MWT の実施目的と重なる。

本音よりも建前が先行すれば、人間関係は硬直し、ストレスフルな職場に長時間拘束される苦しさを味わうことになってしまう。それでは仕事に対して前向きに打ち込むことは困難となり、その人の持つ本来の能力を十分発揮することはできない。

MWT は、自然治癒力と能力発揮体制を優位にし、逃走・闘争態勢を緩和し、その人が本来持つ能力を十分発揮できるようにするためのメソッドである。それは、自己管理、自己統制を進めて、毎日をのびのびと気持ちよく生きられるようにすることを意味する。したがって、FC 値の高まりに統計的有意差が現れたことは、MWT の効果が証明されたことを意味しているのである。

## 5. 課題

今回の効果検証は全社員を対象としていたが、回収率は全体の3割程度と、かなり低いものとなった。MWT に前向きに取り組めているセンターと、そうでないセンターでは、かなり実行状況に差があると考えられる。今回、MWT を実施できたセンターと、実施できなかったセンターとの間にどのような違いがあり、なぜ MWT を実施できなかったのかについて、明らかにしていくことが重要であると考える。

MWT は、とにかく実際にやってみることが重要とされている。それも、繰り返し反復し、当たり前の

日常の中に取り入れて行うことに意義がある。1日3分程度の時間、MWTに取り組むことはそれほど難しいことではないと思えるが、それが行えないのはなぜだろうか。

それは、MWTに取り組むことの意義が理解できていないためではないか、と考える。これには、伝える側の理解、伝える場や方法、受け取る側との心理的距離、受け取る側の疑惑等、多様な要素が絡み合っている。目に見えない「こころの問題」を伝える難しさ、という側面もある。

また、行動を習慣化することの難しさもあったと思われる。それぞれ、各個人で取り組んでもらうという進め方では、ほとんどの場合、実行できないだろう。癖にする、習慣にするというところまで行動に落とし込むためには、日常的な反復を業務に落とし込む“習慣化”のトレーニングが必要である。そのため、1日1回は必ず、時間を見つけて「MWT 実践マニュアル」に従って取り組むことをルール化、ルーチン化することが重要なのである。

また、MWTに取り組むことでどのような効果があったか、という測定の尺度は、今回設定した項目のみではない。例えば、職員の定着率とどのような相関があるか、という見方も可能であるし、利用者のキャンセル率、介護度改善率との相関があるか、という尺度から検証を深めることもできるだろう。

## 6.まとめ

今回の検証を通じて、改めてMWTの効果を確認することができた。前回の検証と違い、統計的な有意差が確認できたという点が大きな特徴である。

改めて繰り返すが、MWTの目的は「こころの健康」を保つというセルフケアを主眼とする。つまり、取り組む一人ひとりの主観的要素、内発的動機付けが重要であり、「やらされている」のではなくとんど意味をなさない。

この「やらされている」感覚は、多くの場合、仕事そのものにも当てはまる。「やらされた仕事」は身にならないのである。後ろ向きな“捉え方”をしている人に対しては、どんなに素晴らしいアドバイスも効果がない。成果にも繋がらず、結果として、職業生活は不満足なものとなってしまうだろう。「働く」ために特定の集団に属するという体験は、人生の中で大半の時間を占めている。その場がストレスフルであっては、QOLにも関わる問題となってしまう。

物事に取り組むには、その姿勢や態度が重要であり、前向きな姿勢や態度を生みだすのは、「何のためにそれをするのか」という理解と動機付けにある。この動機付けは、「自分のため」でも、「家族のため」でも、「お金のため」でも、「会社のため」でも、何でもよい。ただ、自らそれを選び、コントロールしているという実感が重要である。

MWTをお勧めすることの意義は、ここにある。

エゴグラムの開発者であるエリック・バーンは、「過去と他人は変えられない。しかし、いまここから始まる未来と自分は変えられる」という格言を残している。つまり、環境や他人を変えることはできないが、そこ向こう自分の“向き合い方”は自分で決めることができる、ということである。そして、その“向き合い方”をトレーニングする方法がMWTなのだと理解するべきだろう。

誰しも、のびのびと自分らしく生きていくことを望んでいる。その方法は特別なことではなく、日々の“捉え方”と“向き合い方”にある。つまり、自ら選ぶことができるのである。

この度の検証を通じて、MWTには明らかな効果があると立証することができた。創心会グループ全体で働く全ての人がMWTに前向きに取り組み、のびのびと豊かな職業生活、人生を送ってくださることを願ってやまない。

## 7.謝辞

今回の検証に当たり、ココトレ研修でMWTの基礎を学ばせて頂いた三鍋和美先生、全社的なMWTの

実施に際してご協力を頂いたココトレメンバーの皆様、アンケートやエゴグラムの回収やデータ分析にご協力頂いたハートスイッチの皆様、その他多くの関係者の皆様に、この場をお借りして、厚く御礼を申し上げます。

## 8. 引用・参考文献

- (1) 第7回本物ケア学会 抄録
- (2) メンタルウェルネストレーニング 2級理論テキスト 志賀一雅、浦谷裕樹監修
- (3) EQ～こころの知能指数～ ダニエル・ゴールマン
- (4) 職場の心理学 斎藤勇
- (5) 他人の心理学 渋谷昌三

**認知症高齢者に対する音楽療法アプローチ  
～気分評価と作業遂行機能評価を用いた効果検証～**

笹沖センター 五感リハビリ俱楽部 笹沖 音楽療法士 上田紘花  
 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

## 1. はじめに

五感リハビリ俱楽部は、認知症対応型である。本事業所では、利用者様に対して、五感刺激を使用し、脳の活性化を図っていくことをコンセプトにしており、聴覚刺激として音楽療法を定期的に実施している。

音楽療法は、日本音楽療法学会が定めた定義に沿って介入を行う。音楽療法は、「音楽の持つ、生理的、心理的、社会的働きを心身の障害の回復、機能の維持改善、生活の質の向上、行動の変容に向けて、意図的計画的に治療を行う技法」<sup>1)</sup>と定義される。認知症高齢者に対する音楽療法の目的は、1) 記憶を呼び起す、2) リラクゼーション、3) 活性化、4) 感情を動かす、5) コミュニケーション、6) 表現・創造の手段の6項目に集約される<sup>2)</sup>。

音楽療法の効果に係る先行研究では、音楽を用いてQOLの向上に向けた介入報告は多いが、感情や気分に対する具体的な研究は見当たらない。そこで本研究では、音楽療法が気分と行動に与える効果について検証した。

## 2. 対象

五感リハビリ俱楽部の通所介護利用者11名（平均年齢83.0±8.75歳）を対象とした。内訳は、男性4名・女性7名である（表1）。全ての対象者は意思疎通が可能であり、音楽療法に支障があるような視覚障害、聴覚障害は認められず、また、本研究期間中は精神心理面に影響するような薬物の追加や增量は行われていない。なお、本研究は、創心会倫理委員会で承認を受け、対象者全員から書面による同意を得てヘルシンキ宣言に則り実施した。

表1 対象者の基本属性 (n=11)

	年齢	性別	認知症高齢者 日常生活自立度	介護度	DASC
A	86歳	男性	IIa	介護3	50
B	88歳	女性	IIb	介護1	33
C	91歳	男性	IIb	介護2	55
D	75歳	男性	IIb	介護1	30
E	87歳	男性	IIa	介護2	42
F	85歳	女性	IIIa	介護1	43
G	80歳	女性	IIa	介護1	24
H	72歳	女性	IIa	介護1	30
I	65歳	女性	IV	介護3	59
J	91歳	女性	IIa	介護2	44
K	95歳	女性	IIb	介護2	57

### 3. 方法

本研究では、対象者の利用曜日を考慮して、A群6名（A～F氏）とB群5名（G～K氏）に分け、週2回3週間を1クールとして、音楽療法介入群と非介入群（脳トレプリント実施群）に変化させ、12週間の介入（4クール、計24回）を実施した。介入効果は、介入前と介入後（12週間後）に、地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメントシート（DASC）を実施し、クロスオーバーデザインを用いて比較検討した。また、一時的気分評価（TMS）と作業遂行機能評価（山根が作成した評価表から評価項目を抜粋）については、シングルケースデザインを用いた。統計処理については、DASCは対応のある3群比較として Friedman 検定を実施し、TMSと作業遂行機能評価の効果判定については、加減速線法を用いて検証した。

音楽療法の実施内容は、文部省唱歌や童謡、季節の歌、昭和の歌謡曲など、対象者に馴染みのある歌を演者（MT）のピアノ伴奏に合わせて歌ってもらい、また、歌手名、作曲者、歌詞や発売当時の思い出話などの質問を行いながら進行した。なお、TMSは、音楽療法介入群・非介入群ともに、活動終了後に演者と施設職員がインタビューを実施し5件法で評価、同様に作業遂行機能評価についても、それぞれ2名の施設職員が行動観察をもとに5件法で評価した。

### 4. 結果

A・B・Kの3者については、欠席による欠損値があったために除外し、A群・B群それぞれ4名のデータを採用した。DASCは介入前と介入後の変化は殆どみられなかった。TMSについてはデータにはらつきがみられ、「緊張」「憂鬱」「怒り」「混乱」「疲労」「活気」の6つのカテゴリーのうち、「活気」のみに効果がみられ（図1・図2）、作業遂行機能評価については、明らかに音楽療法の効果が認められた（図3・図4）。

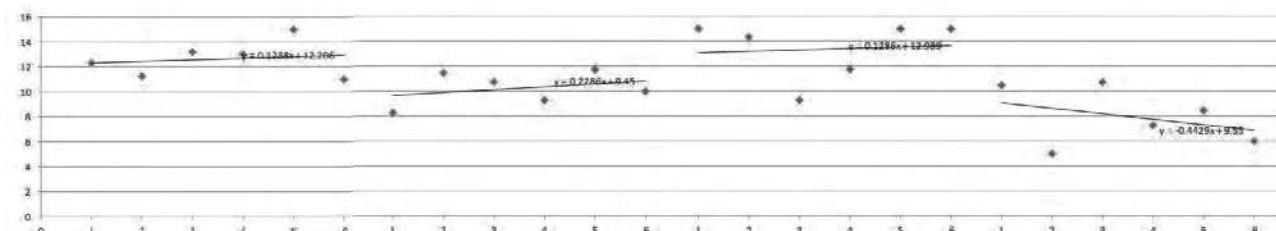


図1 TMS「活気」A群の結果

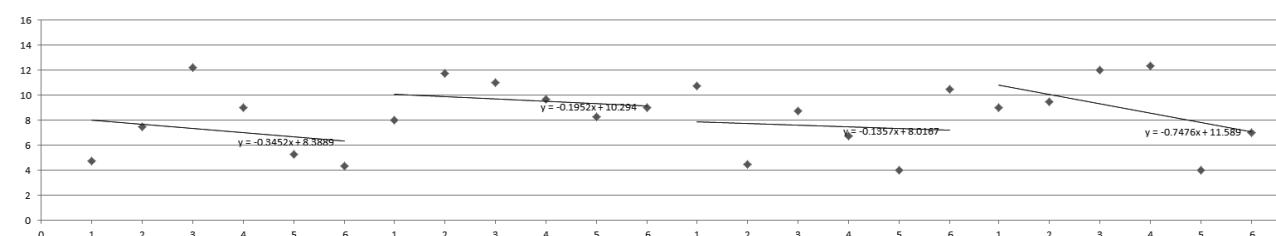


図2 TMS「活気」B群の結果

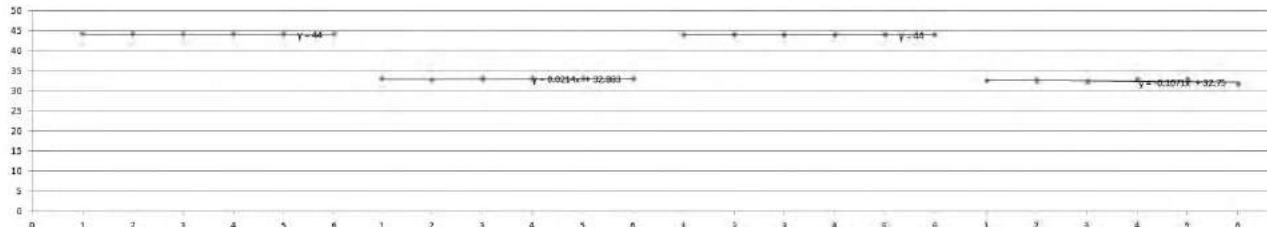


図3 作業遂行機能 A群の結果

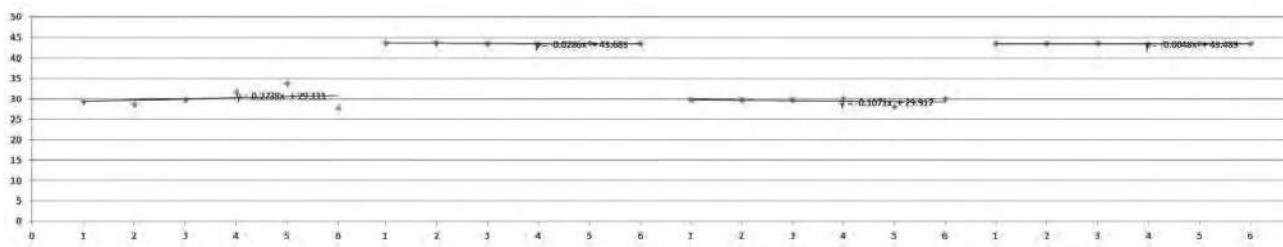


図4 作業遂行機能 B群の結果

## 5. 考察

本研究期間は12週間と短期間であったために、DASCは介入前と介入後の変化は殆ど見られず、また、TMSについてもデータにばらつきが見られ、「活気」のみに効果が見られた。しかし、作業遂行機能評価については、明らかに音楽療法の効果が認められ、特に変化が見られたのは、集団関係の中の参加・交流と基本的配慮の項目であった。

A群、B群ともに非音楽療法期間には、他者との交流や発言は殆どなく、一人で脳トレプリントを淡々とこなす様子が確認された。しかし、音楽療法実施時には、思ったことをはっきりと述べたり、他者に自分から話しかけて会話をするなどの行動がみられた。また、笑顔で参加している対象者が多く、参加・交流と基本的配慮の項目では、殆どの対象者が高評価であった。具体的には、歌い終わった後に「懐かしいな」「知っている曲だった」「ええ歌よな」と話す対象者が多かった。中でもC氏は“お富さん”的歌詞をホワイトボードに貼り準備を行うと、MTの伴奏がなくても大きな声で歌い始め「歌えたが」と笑顔で話し、E氏はMTが質問をすると冗談を交えて大きな声で笑うことが増えた。また、F氏は歌詞を聞くと、唱歌や童謡の歌詞を覚えており、全て答えることができた。1月27日の実施日には、“憧れのハワイ航路”的歌が学生時代の思い出と結びつき、終了後の気分評価実施時には、評価用紙の表と裏の一面にその時の思い出を書いた。G氏とH氏は自分の思い出をたくさん話し、“北国の春”を歌った時には、歌手の千昌夫について、「面長の顔でしょ」「ほくろを取った人」と歌手の特徴をとらえた発言も聞かれた。

認知症高齢者に対する音楽療法の目的の一つにリラクゼーションがある。自分の好みの音楽を聴いたり歌ったりすることは、リラクゼーションに有効<sup>3)</sup>である。菅ら<sup>4)</sup>は、癒しの音楽には平静な気分の時には「快楽さ」を高める効果があると述べ、また佐々木ら<sup>5)</sup>は、重症度に関係なく、感情／気分や関わりの程度を改善させると述べている。80代以上の高齢者にとって、戦前はテレビの普及もなくラジオが娯楽であり、その中でも音楽が娯楽の中心であった。そのため、昔懐かしい歌を好む利用者は多く、昔の歌と一緒に歌うことでリラクゼーションにつながり、気分評価の活気の項目に変化が見られたと考えられた。しかし、活気以外の「緊張・抑うつ・怒り・混乱・疲労」の5つの項目には、変化は見られなかった。今回使用した一時気分評価は、今現在の気分を評定するように教示されており、気分変化を敏感に捉えることができる妥当性のある質問紙である。音楽療法実施時には、対象者に笑顔が多く見られ、発言も多かつたため、緊張・抑うつ・疲労などにも変化が見られることが予測された。しかし、認知症高齢者は記憶障害が

あるため、記録力や短期記憶に障害が生じる可能性が高い。そのため、「今、その瞬間」が良くても、その時のことを見失してしまい、実施後の質問紙評価では、その時の気分で返答してしまうために、音楽療法の効果が質問紙評価には反映されなかつたと考えられた。

今後は、更なる音楽療法の効果検証のために、客観的データの蓄積とともに、認知症高齢者に対する気分や感情を的確に評価できる独自の評価表の開発が必要となろう。

## 6. 謝礼

論文作成に当たり、承諾を下さったご利用者様 11 名のご家族様と本人様、共同演者としてご指導をしてくださった、玉野総合医療専門学校の北山順崇先生、実施期間中にご協力を下さった事業所のスタッフの皆様に深く御礼を申し上げます。ありがとうございました。

## 7. 引用文献

- 1) 日本音楽療法学会ホームページ <http://www.jmta.jp/>
- 2) 佐々木和佳、伊志嶺理沙、二俣泉：認知症ケアと予防の音楽療法、春秋社 pp26、2009
- 3) 佐々木和佳、伊志嶺理沙、二俣泉：認知症ケアと予防の音楽療法、春秋社 pp29、2009
- 4) 菅千索、野村仁美：「癒しの音楽」聴取が気分変動に及ぼす影響について、和歌山大学教育学部教育実践総合センター紀要 15 : pp57-66、2005
- 5) 佐々木和佳、内田達二、村田康子：認知症高齢者への音楽療法の有効性に関する研究  
～Dementia Care Mapping を用いた評価・分析～、日本音楽療法学会誌 13(2) : pp94-101、2013

## 在宅医療における連携について考える ~事例から~

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

### 1. はじめに

訪問看護師には、在宅療養を行う者が、安心して在宅生活を継続できるようにするための広範囲な役割や機能が求められる。具体的には、健康状態のチェックから、入浴、食事、排泄等の日常生活全般における支援、あるいは医療機器類の管理や医療処置の提供、そして利用者を含む家族へのアドバイスや指導などがあり、最期まで在宅生活を望まれる方への看取りも行っている。医療は、病院から在宅へと方向転換が図られ、在宅医療においては地域包括ケアシステムの構築が急がれる現状がある。看護師は利用者の代弁者として様々なサービスへの連携の要になることが求められ、ケアチームのリーダー的役割を要求されていることを感じている。地域を支えるに当たって、各サービス事業所との連携は言うまでもないが、褥瘡ケアやターミナル看護に積極的に取り組んでいる私たちにとって、医療関係者との連携は最も重要な課題である。今回、ターミナルの事例から私たちの連携を改めて考える機会を得たので紹介したい。

### 2. 事例紹介

A様（女性 97歳）

次男夫婦が同じ敷地内に生活している（別棟）

病名：慢性心不全 老年期認知症

状態：老衰によるターミナル期 2週間前から経口摂取不可

体温、血圧に異常はないが頻脈がある。呼吸は浅くやや多いが規則的

話しかけに視線を合わせ頷くが発語はない。終始、閉眼していて

脱力感著明。自力での身体の動きはない。

平成27年1月 訪問入浴、訪問診療介入

平成27年6月16日 老衰による状態悪化 自宅での看取りの希望を確認

平成27年6月19日 某居宅からターミナル期で新規依頼を受ける。

平成27年6月22日 サービス担当者会議 某訪問診療医も参加

平成27年6月23日 サービス開始

平成27年6月26日 11時22分ご逝去

約半年間の訪問診療を経て、自宅での看取りの意思を確認。診療の補助として訪問診療に同行する看護師だけでは対応が困難と判断され、「24時間対応」での看護介入のために当事業所へサービスを依頼された。

ご家族：自然な経過で最期まで、できるだけ楽に家で看送ってやりたい。

### 3. 経緯

早急な対応が望まれ、私たちは翌日から2人体制で介入した。利用者、ご家族との関係性の構築を念頭に置きながら細心の注意を払い、ケアの一つひとつを介護者である次男の嫁に説明し了解を得ながら進めた。

2日目のサービス時には、次男の嫁から、「2週間前までは食べて！頑張って！…と接してきたが、先生からの説明でお義母さんの体が食べ物を欲しがっていないと言われ、少しずつ状態が納得できた。点滴を受けた間は夫を始め、家族の準備期間だったと思う。そのことはお義母さん自身が一番判っていた。1週間ほど前、夫とお義母さんはゆっくり時間をかけて話をした。お義母さんは『ありがとう・・ありがとう』と何回も繰り返し、夫は『もういいよ・・ゆっくり休んだらいい・・』と声をかけた。そしたら、眠

る時間が増えて、言葉もなくなった。本当は私が最期まで看護師さんに来てもらつて本当に助かっている。」との言葉を聞くことができた。しかし・・・

3日目：訪問に伺うと「今は良く眠っている。声をかけると可哀そうだから・・」と訪問をキャンセルされた。そして4日目：訪問前に次男から電話があり、「2日間お世話になったけど・・最期は自分で見た。困つたら助けて欲しい」と引き続きキャンセルされ同日の夕方、私たちは、“午前11時22分”にA様がご逝去されたとの連絡をケアマネジャーから受けた。この展開に私たちは疑惑を持ち、後日、グリーフケアで伺つた機会にそのことに触れてみた。すると、次男の嫁からは信じられないような返事が返ってきた。

私たちの介入から2日目に訪問診療した医師が、呼吸が変化してきた利用者を前に「順調に最期に向けて進んでいたのに・・・看護師のケアが行きすぎではなかつたか・・・もう一度仕切り直しをしたい」と説明したこと。その言葉で家族は、その後の訪問看護サービスを断らざるを得なかつたとのことであった。また、「看護師の説明は良く理解できたし、私たちはその都度、納得して看護師にケアをしてもらつた。だけど、半年前から往診に来てもらつた先生の言葉に気持ちが揺らいだ。看護師のケアでお義母さんが悪くなつたとは思つていないが・・・先生の言葉は絶対的だった」と話された。

Aさんに対して“医師から私たちに託されたものは何だったのか？”私たちは愕然とした。

#### 4. 考察

(1) ケアマネジャー、訪問診療医ともに私たちとは初めての協働

(2) ケアマネジャーと訪問診療医も初めての協働

\*居宅、医師、看護 3者ともに面識なし

(3) 重篤な状態になってからの突然の訪問看護介入

上記のような状況の中、利用者やご家族に関する背景も十分把握できず、限られた時間の中で、ご家族との間に“ラポール”を形成するに至らなかつたと振り返るが、最も欠落していたのはケアチームが利用者を支えていく上において、その根源やルールとも言える「チーム間での信頼とお互いの尊厳」であったと考える。

平成27年5月に岡山県訪問看護ステーション連絡協議会が県内のステーションに実施したアンケートによると、各ステーションの課題は「人材育成・人材確保」「利用者獲得」「経営管理」に分類された。中でも、「利用者獲得」に必要な要因として48ステーション(69%)が“連携”を挙げており、15ステーション(22%)が訪問看護への理解不足と答えている。そして、その中の11ステーションが訪問看護のPRの必要性を訴えている。また、平成28年3月に実施された「訪問看護ステーション管理者と病院看護師長交流会」では、在宅医療へのスムーズな移行を阻害しているのは多くの場合、“訪問看護への理解不足”であり、特に医師にその傾向が強いという意見が多く聞かれた。診療医、ケアマネジャー、看護師それぞれが初対面で取り組んだこの事例を考えると、医師に対して、訪問時の利用者の様子やケア内容をその都度FAXで報告したもの、私たちの手技や使用物品などのイメージができず、誤解が生じたのではないかと推察する。

私たちは自分たちの業務内容について、周囲は理解してくれているという前提で行動していることが多い。相手が同じ医療職である医師であればなおさらで、何か発生すれば当然フォローしてくれる立場にあり、常にサイドで見守ってくれる力強い味方であると思いこんで来た。

今回、この事例を通して改めて「訪問看護について」の啓発活動の必要性と、チームとして協働していく上で心得を学んだ。

## 5. 課題

- (1) 自分たちのサービスを理解してもらうための工夫
- (2) ケアチーム間における関係性構築のための細やかな配慮
- (3) 事業所の特性をより明確にすることとそれを知ってもらうための工夫

## 6. おわりに

今後、在宅での看取りはますます増えることが予測できる。少ない情報と、にわかに形成されるチームでの協働も当然多くなるだろう。

訪問看護師は、生活主体者である利用者の身近にあり、専門的なアセスメント能力を持ち合わせている。また、利用者一人ひとりのニーズを把握し、利用者やご家族の気持ちに添えるよう、様々な角度からの支援についても考え、サービスのコーディネートをイメージできる立場にもある。このことを看護師はもつと自覚し、自己研鑽をしながら多職種と質の高い連携を取り協働していくなければならない。敬遠しがちな医師との距離は意識的に近づく努力を行い、今回のような事例を再び作ってはならない。

訪問看護の需要が伸びる中、近隣にも新規事業所の開設が続いている。利用者に選んでいただける事業所を目指して、個々がスキルアップを図りつつ、事業所同士の連携も大切にして地域の在宅医療を支えていきたい。

## 7. 参考資料

- (1) 地域包括ケアの展望 2013.3.31 初版 宮島 俊彦 著
- (2) 繼続看護マネジメント 2014.3.20 第1版 長江 弘子 編著
- (3) 在宅医療テキスト 2012.8.20 第2版 公益財団法人 勇美記念財団
- (4) 「ステーションの課題についての実態調査」 2015.5  
岡山県訪問看護ステーション連絡協議会 課題検討委員会

**放課後等デイサービスでの支援にて、高等支援学校までの通学手段を獲得した事例  
～MTDLP を活用して～**

本部センター 創心会児童発達支援ルーム心歩茶屋町 作業療法士 西江 勇太

### 1. はじめに

「生活行為向上マネジメント（以下：MTDLP）に係る協会の基本方針」の学術団体としての位置づけの1つに、「発達障害、精神障害、身体障害の就労支援等にも応用可能性の可否を探る」とある。しかし、発達障がい者・児に対して MTDLP を活用した事例報告は少ないのが現状であり、同時に活用方法の困難さがあることも推測される。そこで今回、MTDLP を活用し、高等支援学校への通学手段の獲得を目指したA様を支援させて頂く機会を得られたため、約3か月間（計12回）の支援の経過及び結果をここに報告する。

### 2. 事例紹介

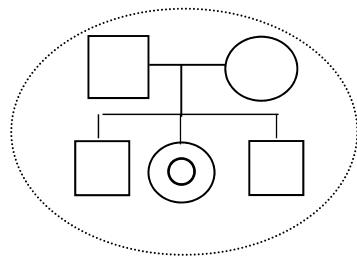
私立中学に通う10歳代の女性（支援学級所属）。平成X年Y月より放課後等デイサービスを週1回利用開始となる。利用のきっかけは「もっと自立した生活を送るように力をつけてほしい」という保護者からの希望である。また、来年度より高等支援学校へも通われる予定であり、登下校の際に必要となる公共交通機関の利用練習も希望されている。趣味は手芸や絵を描くことで、利用開始前までは美術部に所属し、ほぼ休むことなく活動に参加することができていた。休日は仲の良い友達と定期的に外出を行うことができている。また、弟の相手や家庭のお手伝いも進んでできているとのことである。自分の想いを他者に表出することや困ったときに助けを求めることが苦手である。

#### （1）基本情報

<氏名>A様 <年齢>10代後半 女性 <主疾患>知的障害（療育手帳B判定）

<キーパーソン> 母 <サービス利用> 放課後等デイサービス 週1回

<家族構成>



<生活歴>

軽度知的障がいはあるものの、これまで療育機関の利用はなかった。小学校～中学校もほぼ休みなく、支援学級に所属しながら、A様のペースに合わせた支援を受けて生活を行ってきた。これまで友人とトラブル等はないが、嫌なことを断ることができず、精神的負担を抱えてしまう様子が多くあったとのことである。

### 3. 作業療法評価

<日常生活動作・手段的日常生活動作面>

FIM 総合 126／126点 特に問題なし

老健式活動能力指標 3／13点

加点項目 8.本や雑誌を読む 10.友達の家を訪ねる 11.家族や友達の相談にのる

## &lt;初回面談・利用時の様子より&gt;

母親に自己紹介を促されて、名前と年齢を伝えて下さる。声も小さく、聞き取りにくい。肩甲帯の挙上も観察でき、とても緊張している印象を受ける。事前に母親より情報提供して頂いたA様の興味のある内容について質問を行うが、「はい」「うん」などの返答である。返答を行う際、母親の顔を何度も確認するような様子から、自身の発言に対する自信のなさが窺われる。トータルで20分程度の時間であったが、姿勢が崩れることはなく、話をする相手に視線を合わせて話を聞くことができていた。

また、書面への記入作業も実施した。使用している筆箱の中にある筆記用具やカバンの中も綺麗に整理整頓されている様子や、記入する文字や記号が自分の納得できる形でないと消しゴムですぐに修正を行う様子から、作業に対する几帳面さが窺えた。

**4. 作業療法計画**

初回利用時にMTDLPの生活行為目標聴取の面接を実施した。A様の目標として「学校に安全に通えるようになりたい」、家族からの要望として「公共交通機関を利用して1人で安全に登下校ができるようになってほしい」を聴取した。MTDLPシートのアセスメントにより、合意目標を『公共交通機関（電車、バス）を利用した登下校を自立して行い、安心して高校生活が送れる体制を事前に構築する』（期間は3か月）とし、生活行為向上プランとしてプログラムを立案した。この時点での合意目標の実行度・満足度は、アプローチ等未実施であるため、いずれも1/10であった（MTDLPシートは別紙1、2参照）。

**5. 介入経過****(1) 第1期：A様の得意な作業を通して、スタッフとの関係性構築を図った時期（1～3回目）**

初回面談時からA様の強い緊張が感じられ、会話を行うことも難しい状態であったため、まずは関係性の構築を時間をかけて行うこととした。A様への精神的な配慮として、個室での1対1の支援ではなく、他ご利用者様と一緒に同居室内で、A様の趣味活動でもある手芸や制作活動を作業の手段として選択して行えるようにして、関係性の構築に努めた。活動の最中に生まれる会話や完成した作品に対する正のフィードバックを通しながら、2回目以降はスタッフとの会話のやり取りが初回時と比較して自然に行えるようになった。また、集団の中であれば他ご利用者様に対しても自発的な会話が多く確認されるようになってきた。その様子から、3回目の利用時にA様と再度面談を実施した。初回に来所した際よりも「楽しく利用できています。」という内容を笑顔で伝えてくれた。改めてMTDLPで導いた合意目標の確認を行い、次回より他ご利用者様との活動に加え、個別でのアプローチを開始していく同意が得られた。

**(2) 第2期：目標に対するアプローチ開始～公共交通機関利用によりA様に変化が表れ始めた時期（4～10回目）**

まず初めに、現時点での能力を知るため、書面に記載された質問に回答して頂いた。実際に答えることができたのは乗車駅と降車駅及び駅～改札～ホームに行くまでの流れであり、その他の質問にはほぼ答えることができなかった。このアセスメントから、電車の発車時刻に合わせたスケジューリング、電車やバスの時刻確認及び乗り換え方法などの項目に対する課題が見え、アプローチが必要だと考えた。同時に緊急時（電車に遅れが出た際や遅刻が考えられる際の対応方法など）の対応についても不安な点があることが分かった。しかし、依存的ではありながらも友人と公共交通機関を利用して外出した経験があるため、改札の通り方やバス乗車～降車の方法などの基本的な部分は押さえることができていた。

そこで、課題となったポイント及び流れを見る化した表を作成し、来所時にその項目を確実に学習して、登下校の流れをイメージトレーニングしてもらうようにした。また、ご家族様にも協力して頂き、事業所で学習した内容をもう1度自宅で復習する宿題という形で支援を開始した。回数を重ねるごとに質問

に対して対応できる項目が増加し、さらにその内容もより具体的に説明できるようになってきた。

アプローチ開始から来所8回目、学校までスタッフ同行のもと、実際に公共交通機関を利用して移動を実施した。その際スタッフは見守りが目的であり、A様に何か困ったことがあればフォローするという形での支援を行った。実際にフォローが必要だったのは、「降車駅に停車しない快速電車に乗ろうとしたこと」と「バスの停車の際、停車ボタンを押し忘れていたこと」の2点のみであった。移動の振り返りの際、前者に関しては改札前の電光掲示板の見方を復習をすることで修正を行うことができた。後者に関しては、A様も自覚があったようで、「色々と考えていて忘れた」との発言があった。さらには、実際に経験ができたことでA様から「行けそう」という声を初めて聞くことができ、またバス停から学校まで歩いているときに「距離があるから早めに動かないと」という発言も聞くことができた。A様の中で、この合意目標に対する自信が芽生えてきたことや、課題にもあった時間を意識した行動スケジュールを意識できるようになってきたと考える。その後も何度もご家族様や中学校の教員と一緒に公共交通機関を利用する機会があるので、今回のアプローチの内容や状況を共有させて頂いた。

### (3) 第3期：目標達成～緊急時対応獲得に向けてのアプローチを開始（10回～12回目）

その後、家族と2回、中学校教員と1回の計3回、公共交通機関を利用した登下校訓練が行われた。その際にも特に大きな問題はなく、「公共交通機関（電車、バス）を利用した登下校が自立して行える」という目標を達成することができた。また、事業所スタッフと練習を行った際に学習した内容を、他児や中学校教員に伝える余裕も多少はあったとのことである。

しかし、登下校時には緊急対応（公共交通機関の遅れなどに対して）も必要であり、ここを解決しなければ「安心して」という目標は達成できたとは言えない。緊急対応には様々な内容が予測されるが、今回は「公共交通機関の遅れ」にポイントを絞ってアプローチを実施した。まず、その緊急事態が発生した場合には①遅刻する可能性があると（状況に応じて）学校に連絡すること②保護者に連絡すること（何か不安があれば相談を行う窓口として）③不安なことがあれば駅員や近くの人に質問すること、などを項目として挙げてアプローチを開始した。連絡手段として必要になる携帯電話は、今後購入予定のことである。購入次第、操作方法等の練習が必要になる。また、連絡時には学校や保護者に状況説明が必須であるが、個別アプローチの時間に幾つかの場面設定をA様に伝え、それを基に場面に合わせた報告ができるような練習を開始した。また、対人コミュニケーションに関しては事業所内の話慣れたスタッフではなく、他事業所のスタッフとの接点を増加させてアプローチを実施している。携帯電話の操作以外は少しづつではあるが自信がついてきているが、実際に目の前で起こって対応を行った訳ではないので、まだ不安が強い様子である。入学までまだ時間があるので、継続した支援を行いながら経過を観察していきたい。

## 6. 結果

＜日常生活動作・手段的日常生活動作面＞

FIM 総合 126／126点

老健式活動能力指標 3／13点

加点項目 8.本や雑誌を読む 10.友達の家を訪ねる 11.家族や友達の相談にのる

共に変化なし。

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	
通学手段に関して	1／10	1／10	8／10	8／10	事業所利用 1～10回
登下校時の緊急シミュレーションについて	1／10	1／10	5／10	5／10	事業所利用 10～12回

## 7. 考察

本症例では、MTDLP を活用し、最終的にはほぼ合意目標を達成することができた。週 1 回の介入で目標達成できた大きな要因は 2 つあると考えている。

1 つ目は、MTDLP を用いた合意目標を、介入当初より本人だけではなく家族を含めて共有できたことである。高等支援学校への通学手段を獲得せざるを得ない状況であったという背景はあるが、介入当初は利用する目的が本人、家族、事業所で明確になっておらず、MTDLP を活用することが目標を明確化させ、支援の繋がりを強化させたことは間違いない。そして、事業所へ来所したときのみ支援するのではなく、それぞれの立場での役割を明確にし、それをそれぞれの立場で遂行できたことが質の高いアプローチ内容になったと考えている。仮に事業所のみでの介入を想定すると、この期間での目標達成は困難であったと考える。ここに MTDLP を用いた意味があると考えている。

もう 1 つの要因は、目標を達成したいというポジティブなモチベーションを継続できたことだと考える。発達障がい児・者は経験したことのない行為に関する不安感が強く、新しい取り組みに対する抵抗感があるという特性を持っている。また、一度失敗してしまうと、自信を取り戻すまでに時間を要する場合やその行為を強く拒む特性も持ち合わせている。しかし、今回は目標達成までのプロセスが見える形で示されたことにより不安が軽減された。また、スマールステップの課題を 1 つずつ解決していく度に、スタッフを含む多くの方から正のフィードバックを定期的にかけて頂くことによりモチベーションを維持できたことで、次への活力に繋がったのではないかと考える。

以上の 2 点が目標達成の要因であり、MTDLP を活用して介入を行うことで見えた成果だと考えている。

## 8. 最後に

A 様は無事に合意目標であった通学手段を獲得することができたが、これはあくまで通過点の 1 つでしかない。今後も学校生活の中で、そして日常生活を送る中で様々な課題に出逢うことになると考えている。その課題と一緒に共有し、寄り添い、親身対応ながら 5 年、10 年後の生活を創造し、療育機関としての使命を引き続き果たしていきたい。

## 9. 謝辞

今回の論文の制作に当たってご協力頂いた A 様、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。

## 10. 引用文献

日本作業療法士協会 「生活行為向上マネジメント」に係る協会の基本方針

## 興味・関心チェックシート

氏名： A様 年齢： 10歳代 性別（女）

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

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

生活行為向上マネジメント

## 生活行為向上マネジメントシート

生活行為向上マネジメント

利用者： A様 担当者：西江 勇太 記入日： X年 Y月 D日

生活行為アセスメント	生活行為の目標	本人	学校に安全に通えるようになる		
		キーパーソン	公共交通機関を利用して1人で安全に登下校が出来るようになる		
	アセスメント項目	心身機能・構造の分析 (精神機能、感覚、神経筋骨格、運動)	活動と参加の分析 (移動能力、セルフケア能力)	環境因子の分析 (用具、環境変化、支援と関係)	
	生活行為を妨げている要因	・何でも受け入れてしまい 精神的な負担を溜めやすい。	・屋外へ行く際には家族や友人が常に一緒にあり、何かあれば他者に頼れる(主体的に動く機会の減少)	・家族(特に母)が協力的であるが、過干渉な面がある。	
	現状能力(強み)	・身体機能面に問題なし ・目標達成への意欲がある ・健康状態良好(継続した支援が可能) ・精神的安定が図れている	・仲の良い友人と外出(買い物)する機会があり、友人と一緒にあれば公共交通機関(バス・電車)を使った経験がある。	・家族や所属中学校が協力的でサポートが充実している。	
	予後予測 (いつまでに、どこまで達成できるか)	<p>知的障がいはあるものの、絵画や制作の様子から、複雑な内容も1つ1つの工程を確実に出来ているため、反復的に支援を行うことで物事を理解出来る力は十分にあるとアセスメントを行っている。そして分析から、A様に不足していることは活動に対する経験値ではないかと考える。自身で解決するための方法を考えたり、また成功体験を積み重ねることが出来れば、それが自信へと変わり、依存的な姿勢も変化してくると予測する。</p> <p>またA様、ご家族共に目標をしっかりと共有出来ていることや家庭内での支援も充実していることも考えると、高等支援学校入学までには十分に獲得が出来ると判断した。</p>			
	合意した目標 (具体的な生活行為)	公共交通機関(電車、バス)を利用しての登下校が自立して行え、安心して高校生活が送れる体制を事前に構築する			
	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 8/10

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

生活行為向上プラン	実施・支援内容		基本的プログラム	応用的プログラム	社会適応的プログラム
	達成のためのプログラム		①課題見える化シートの項目についての学習 ②家～学校までのイメージトレーニング ③自宅学習	①緊急時シミュレーション ②コミュニケーション訓練(事業所外のスタッフ対象)	①公共交通機関利用(電車・バス) ②携帯電話操作及び電話対応訓練
	いつ・どこで・誰	本人	①②来所時に担当作業療法士(以下:OT)と実施	①②来所時にOTと実施	①OTと日時を決めて支援実施 ②操作方法など家族に助言
		家族や支援者	③自宅内で振り返り作業の実施	①②来所時にOTと実施	①定期的に実施→OTに状況報告 ②携帯電話購入、自宅にて操作練習実施
	実施・支援期間		X年 Y月 E日 ~ X年 Y+3月 F日		
	達成		<input checked="" type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 変更達成 <input type="checkbox"/> 未達成(理由: )		

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。

## 特別支援学校と就労移行支援事業所との「縦横連携」と今後の展望

株式会社ハートスイッチ 社会参加支援事業部 宇野京子

### 1. 序論

#### (1) はじめに

岡山県内の就労移行支援事業所は、平成28年3月現在30事業所が運営されている。全国的に増加傾向にあり、岡山県内でも毎年のように新設され、当社が就労移行支援事業に着手した平成25年3月から28年3月の間に12事業所が増設された。平成27年5月には、県内の就労移行支援事業所が一同に集まり「岡山県就労移行支援事業所連絡協議会」が設立されるなど、活発な動きがある。

また、教育現場では、特別支援学校の生徒が就労系福祉サービスを効果的に利用し、自立と社会参加に向けた就労支援が適切に行われるよう、特別支援学校の教職員が福祉施設を視察されるなど交流が意識され始めている。

このような流れを受け、当社は平成27年度、特別支援学校の高等部を始めとする「教育機関と『縦横的連携』を進めるための体制づくり」と、「作業療法による職業リハビリテーションの有効性」、「発達障害の理解について地域へ広めていく大切さ」を学んだため、ここに報告する。

#### (2) 就労移行支援事業とは

一般就労を希望する障がい者を、企業などの就労につなぐ“就労系障害福祉サービス”的として「就労移行支援事業」がある。サービスを利用できる対象者は、平成25年から障害者の定義に難病が追加されたこともあり、18歳から65歳の身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳、特定疾患受給者証などを持っている人。また、障害者手帳等を持ってない場合でも、医師の診断や定期的な通院があれば、対象者の居住する自治体の判断により利用可能な場合がある（原則として、介護保険対象者は除かれる）。

利用期間は最長2年間で、一般就労が可能と見込まれる障がい者に対して、疾病特性に合った職場へ繋がるよう、①生活改善やコミュニケーションスキルの向上を含め、職場で必要な職業能力の習得に対する支援、②求職活動に関する支援、③適性やニーズに応じた職場の開拓、④就職後における職場への定着のために必要な相談や調整等の支援を行う事業である。

#### (3) 就労移行支援事業所ハートスイッチの特徴

平成25年3月、当社が倉敷校を開設した当時、岡山県内では職業リハビリテーションの知識を持つ作業療法士（以下、OT）が参画している就労移行支援事業所がなかったことから、作業療法の視点からアプローチを行うことをコンセプトにした。訓練特化型の事業所として、定員20名（職員配置5.5名）でスタートさせ、翌年26年9月には2校目となる岡山校を開設した。

その特徴は、通所の利便性と社会性の向上を促す目的で駅前に事業所があること。一般企業等への就労者数を上げるために作業療法士を一事業所当たり2～3名配置することにより、医療機関との連携を強化することで、ご利用者様の疾病特性、作動・動作分析、認知力などの見極めと問題点の抽出、予後予測の判断を行えることを強みとした。

また、職業訓練の方法として、①実際に委託業務を請け負い、その作業を通じて職業評価やアセスメントを実施する場合や、②精神障害者の個別的就労支援方式（IPS）による実践的訓練スタイルを取る事業所、③独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構の支援マニュアルなどを活用し訓練を行う事業所が多い中、当社は多種多様な職業経験者を配置することから、独自の個別訓練メニューの開発やご利用者様に現在起こっている状態に合わせたソーシャル・スキルズ・トレーニング、自己理解に繋がるよう工夫さ

れた訓練メニューを提供するようにした。

## 2. 社会的背景と法制度

### (1) 特別支援学校から一般就労への移行の現状

内閣府は、ノーマライゼーションの実現のためには、障害のある人がその適性と能力に応じて可能な限り就労できるようにすることが重要であると考え、福祉と教育の連携を重視した職業リハビリテーションの推進や雇用に繋がる支援策、職業能力開発の充実を図る等の支援施策を実施している。

文部科学省の「特別支援教育について(通知)」(平成19年4月)は、発達障害を含め障害のある幼児児童生徒の自立や社会参加に向けた主体的な取り組みの視点にたち、一人ひとりのニーズを把握しその対象者が持てる能力を高め、生活や学習上の困難を改善又は克服するため、教育が共生社会の基礎となると定義している。

平成25年の文部科学省の調べによると、特別支援学校卒業後、障害福祉サービスに移行した者の割合は、約61.7%となっている。就労系障害福祉サービスから一般企業への就職者数は、平成18年と比べて25年は約4倍に増加、一般就労への移行率（利用者数に占める就職者数）も2.0%から4.6%に上昇した。

四 1



### (3) 発達障がい者の增加と学校教育

平成 17 年 4 月、発達障害者の自立や社会参加のための生活全般にわたる支援を図ることを目的とする「発達障害者支援法」が施行され、発達障害に対する理解や、発達障害のある人に対する就労支援体制の構築などに向けた取り組みが開始された。

発達障害の定義は、「自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害、その他これに類する脳機能の障害であって、その症状が通常低年齢において発現するもの」と定まった。そのため「発達障害」の診断名を持つ支援対象者も増え、社会的・職業的自立に向けた教育が早期の段階から求められている。

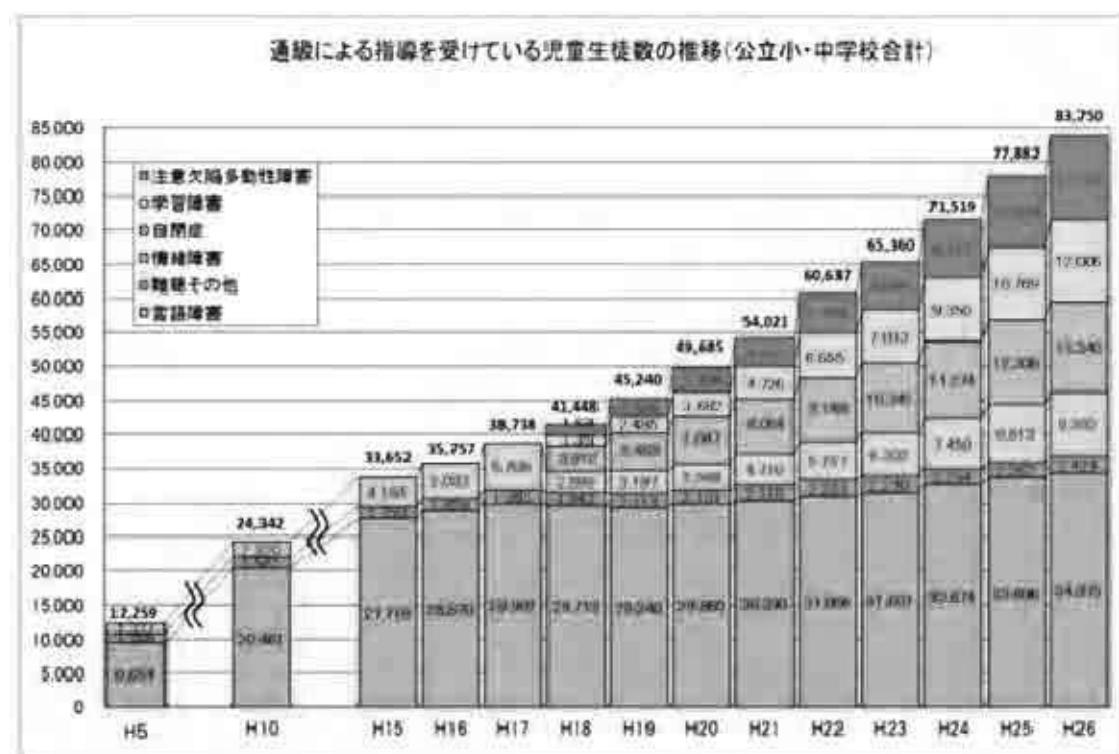
学校教育法では、特別支援学校が第72条～第80条、特別支援学級が第81条でそれぞれ規定されています。

る。同法で規定しているそれぞれの目的は、「特別支援学級が「障害による学習上又は生活上の困難を克服するための教育を行うものとする」と教育主体であるのに対し、特別支援学校は「幼稚園、小学校、中学校又は高等学校に準ずる教育を施すとともに、障害による学習上又は生活上の困難を克服し自立を図るために必要な知識技能を授けること」と障害に応じた生活指導にも重点が置かれている。

対象とする障害が、特別支援学校が視覚障害、聴覚障害、知的障害、肢体不自由、病弱の5種類であるのに対して、特別支援学級は知的障害、肢体不自由、身体虚弱、弱視、難聴、その他の障害として言語障害と自閉症・情緒障害である。視覚障害→弱視、聴覚障害→難聴という表現の仕方からも分かるように特別支援学級の方が軽い障害を想定したもので、言語障害や自閉症・情緒障害のように、それに相当する特別支援学校がない障害も進学の対象者としている。

このように、就学時にはIQや障がいの程度により特別支援学校への進学か、又は校区内の学校に設置されている特別支援学級へ進学するかを選択する場合もある。

国立特別支援教育総合研究所、特別支援教育に関わる統計情報によると、自閉症・情緒障害特別支援学級に在籍する児童生徒数は、平成19年度以降毎年、約6,000人ずつ増加している。平成26年度において、自閉症・情緒障害特別支援学級に在籍する児童生徒数の特別支援学級に在籍する総児童生徒数に対して占める割合は約44%。通級による指導を利用する発達障害（自閉症、学習障害、注意欠陥多動性障害）のある児童生徒数はいずれも、平成19年度以降、毎年増加傾向を示し通級による指導を利用する発達障害のある児童生徒数の通級による指導の総児童生徒数に対して占める割合は、約45%となっている。



平成27年8月時点の当社のご利用者様で、発達障害の診断により手帳取得をされ利用に至ったケースは、倉敷校で43%、岡山校では38%であった。また受診経験はないが、青年期になって就職活動期や就職後に発達障害特有の課題が顕在化するケースも多く、現状の就労支援にない潜在的ニーズを踏まえると、教育機関と連携する体制を整えることは、長期的に意味のあることと考えた。

### 3. 特別支援学校での研修会

上記のような発達障害者の増加を踏まえ、平成19年度に改正学校教育法が施行され、特別支援学校は、「これまで培ってきた障害のある児童生徒の教育に関する知識や経験等を生かし、地域における特別支援教育の中核的機関としての役割を果たすこと」とされ、「センター的機能」の役割を担うことが規定された。そのことから特別支援学校が、地域の小・中学校に在籍する特別支援学級や通常の学級に在籍する学習障害・注意欠如多動性障害・高機能自閉症等の児童生徒を含め、障害がある児童生徒の教育的ニーズに応じた適切な支援スキルを提供していく方向に進んでいる。

その流れから、就労系障害福祉サービスとしての「就労移行支援事業所」の社会的役割や作業療法士を配置している事業所として認知して頂けるよう、特別支援学校の教職員向け研修会の実施の働きかけを行った。

#### (1) 研修会の目的

平成28年4月から障害者差別解消法や「合理的配慮」の法律施行に備え、教育機関においても、障害によって一般的な教育制度から排除されないこと、個々の生徒に必要な合理的配慮の提供や基礎的な環境整備を行うなど、文部科学省が行う「インクルーシブ教育（※1）」の取組として、特別な配慮を必要とする生徒のために、特別支援教育専門家等（早期支援コーディネーター、合理的配慮協力員、外部のPT、OT、ST、心理専門家、看護師）配置や、連絡協議会及び研修による特別支援教育の体制整備の予算化を行い実施されている。

岡山県内では、一部のOTが個別依頼を受け、支援学校や通常の学校、保育園・幼稚園・認定こども園等において総合的リハビリテーションの観点で巡回・訪問指導をしている。しかし、教育現場ではまだOTは病院内での身体障害者を対象とするイメージが強く、精神障害や発達障害なども専門領域であることがあまり知られていないことから、就労移行支援事業の取り組みとして、特別支援学校高等部の教員を対象に、発達障害の特性や作業療法の視点を紹介することを目的とした研修会を実施した。

※1「インクルーシブ教育」とは、障害のある子どもを含む全ての子どもに対して、子ども一人ひとりの教育的ニーズに合った適切な教育的支援を、「通常の学級において」行う教育のこと。

#### (2) 特別支援学校での研修会の内容

研修会実施に当たり、予め教員から校内での実習見学、授業内容や指導方法についての問題点や課題について、口頭で回答を得た。既に、特別支援学校では生徒の苦手なことや理解が困難な場合、視覚的に理解できるように写真入りで手順書を作成し指導を行うなど十分工夫されていた。

しかし、近年の発達障害を有する生徒の増加と疾病特性が多様なことから、指導方法については個別性が高く苦慮している状況が明らかになった。そのため、研修内容は脳の機能解剖など医療的な視点やICFの考え方も必要であると考え、これらの知識を持つOTを講師に交えて脳の機能解剖やICFを説明し、さらに具体的な症例を通して、どのような支援経過を辿り一般就労に繋がったかを紹介した。

受講教職員 岡山県内の支援学校 高等科教職員 30名受講。

研修時間 150分

講義内容 ①ハートスイッチの就労支援の紹介と就労実績など。

②作業療法士による脳機能からみた発達障害についての解説。

③ICFの解説と症例紹介

④支援学校の生徒をイメージした分析訓練とグループワーク。

図2

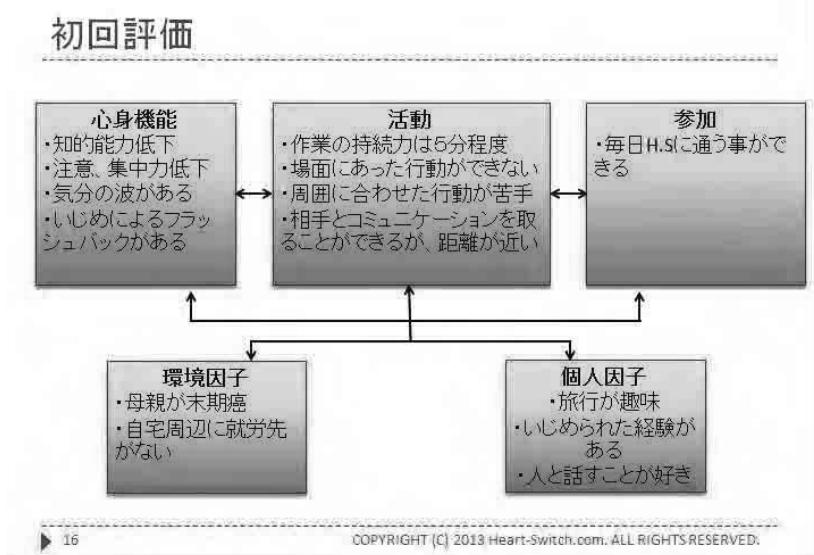
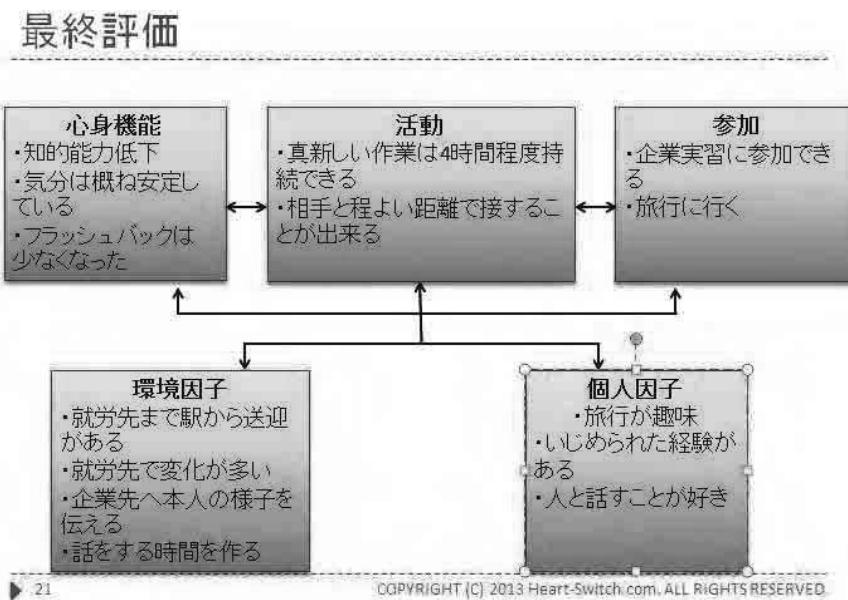


図3



### (3) 研修会終了後のアンケートより

教員からは、「教育の現場では、生徒への想いもあり、頑張ればできるのではないかと期待してしまうことも多い。脳の機能解剖を知ることで、日頃の支援を見直す良いきっかけになりました。」と感想があった。能力障害（できないこと）が脳のどのような機能障害で起こっているかを学ぶことで、「できること」「できそうなこと」「頑張っても難しいこと」を見極めることができ、「できそうなこと」に対しては、どうすればできるのかなどの具体的な方策を考えることに繋がった。

更にICFやOTの考え方を紹介することによって、OTは姿勢や運動機能だけでなく、知覚や認知発達、高次脳機能、環境調整など、多面的に評価・支援する職種であることが理解されたと思われる。

表1

研修後のアンケート結果		
上位カテゴリ	下位カテゴリ	ラベルの内容
ハートスイッチへの理解(12 33%)	事業所の理解 8)	発達障害の人々にこのような事業所があることに気付けた。(1) 軽度の知的障害の生徒には良い。(1) ハートスイッチでは、どのような指導・訓練をしていたか、分かった。(3) 課題にどう取り組んでいくかが理解できた。(1) どういった視点からアプローチしたらしいのかの参考になった。(2)
		OTの視点から実際の生徒を想定して考えられた。(1) ハートスイッチにOTがいて素晴らしいと思った。(1) ハートスイッチにOTがいることに驚いた。(1) OT職からの話を、初めて聞きました。(1)
		資料の種類が多く、説明もわかり易かった。(4) アセスメントの大切さがわかった。(1) 参考にしたい視点が、たくさんあった。(2) 普段の生活に活用できそう。(1) 「うだつた」と思い出す時間となった。(1)
		脳科学の理解 3) 脳科学の理解 3) DFの理解 4) DFについて知りたかった 3)
	講義内容の理解(19 51%)	脳科学の観点から支援を考えると分かりやすかった。(1) 脳科学の観点からの説明が勉強になった。(2) 実践的にDFに従って、生徒のことを理解出来た。(4) DFの具体的な考え方を教えて欲しかった。(1) DFの実践事例をもっと聞きたかった。(1) DFに基づいた表の作成の具体的な記入をしてみたかった。(1)
		訓練校のようなハートスイッチに行きたい生徒は、今後増えそうに思う。(2) スライドの文字をもう少し大きくして頂きたかった。(1) ハートスイッチならではの話を、もっと聞きたかった。(1)
		校内でも似た視点で作業学習指導を行っている。(1) 支援学校の生徒たちが増えている。(1)
* ( )内の数字はラベルの枚数を表す。 %はラベルの示す割合を表す。		

#### 4.まとめ

研修会のアンケート結果を見ると、説明を聴く機会を得たことにより発達障害の支援の理解に繋がったことや、当社にOTが配置されていることや移行支援事業所を進路として利用するメリット等の理解に繋がったとの感想があった。しかし、当社の特徴や作業療法士の配置が特別支援学校へ十分に周知されていない状況も把握できた。

平成27年度は、上記の研修会以外にも特別支援学校で保護者を含めた講演活動を2回、軽作業の出前授業を1回、県立高校の生徒向けに発達障害に関する講義を2回、計6回の講演活動を行った。発達障害はうつ病、ニート・ひきこもり、不安定就労、いじめなどの社会問題の一因となっていることから、発達障害者への関心の高まりや学習支援・就労支援に向けた課題が明確になってきていると感じられた。

また、教育機関との交流から、特別支援学校でのICT機器の活用状況を知る機会を得た。平成20年から教科書のバリアフリー法が施行されたこともあり、特別支援学校や特別支援学級では、発達障害や聴覚障害で、識字が困難な児童生徒に対して学習支援のツールとして、『マルチメディア DAISY』(※2)の取り組みやiPadアプリを活用した指導を行うなど、ICT教育が積極的に行われている。

総務省「障害者のICT活用支援の在り方に関する研究会」の報告書の中では、「リハビリテーションの分野では、IT支援を本来業務として進めやすいのは作業療法士である」との記述がある。今後は、当社の就労移行支援事業所にも、特別支援学校や特別支援学級でICT教育を受けてきたご利用者様の受入れに備え、ICT機器を活用した職業訓練や、就労先の環境調整を行うための提案力が期待されてくるものと思われる。

「インクルーシブ」の邦訳は「包み込むような／包摶的な」であるが、「ソーシャル・インクルージョン」(社会的包摶)という言葉から明らかなように、「あらゆる人が孤立したり、排除されたりしないよう援護し、社会の構成員として包み支え合う」という社会政策の理念を表す。

2025年問題は、創心会グループで行っている就労系障害福祉サービスの事業連携により、ご利用者様のライフステージに応じた切れ目のない支援(縦の連携)と、地域の医療、福祉、保育、そして多種多様な教育機関とも連携することにより、「社会リハビリテーション」として地域支援体制の確立(横の連携)に繋がるものと確信している。

※2 『マルチメディア DAISY』の DAISY とは、Digital Accessible Information System の略で、「アクセシブルな情報システム」と訳す。

## 5. 謝辞

今回の論文の作成に当たり、共に研修事業を行った作業療法士の方々、関係者の皆様に深く感謝いたします。

## 6. 参考・引用文献

- (1) 文部科学省 共生社会の形成に向けたインクルーシブ教育システム構築のための特別支援教育の推進 (報告)
- (2) 坂爪一幸 発達障害の増加と懸念される原因についての一考察—診断、社会受容、あるいは胎児環境の変化
- (3) 金森裕治 大阪教育大学紀要 第IV部門 第59巻 第1号 平成22年3月 特別支援教育におけるマルチメディアディジタル教科書の導入・活用に関する実践的研究
- (4) 独立行政法人国立特別支援教育総合研究所 <http://www.nise.go.jp/cms/1.html>
- (5) 平成18年度 地域におけるインターネット・パソコンを利用した障害者情報支援に関する調査研究事業報告書 <http://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/conf/it2006/kousatu.html>
- (6) 障害保健福祉研究情報システム 教科書のバリアフリー化に向けての一歩前進  
[http://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/access/daisy/event20081101/inoue\\_text.html](http://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/access/daisy/event20081101/inoue_text.html)

## Travel Rehab Circle（通称：旅リハ®）実践報告

本社 内部監査室 社会福祉士・介護福祉士 宮内 祥

本部センター 創心会リハビリ俱楽部茶屋町 健康運動実践指導者 泉 伸也

### 1. 旅リハ®とは

「旅リハ®」とは、2008年3月6日、横浜市リハビリテーション事業団 宮地秀行氏によって定義、商標登録されたものであり、旅行という手段を使って障害がある方の活動の場を広げるためのリハビリテーションプログラムであり、医学的な機能回復訓練を行うものではないとされている。弊社は在宅生活の継続に向けた身体機能、生活機能、社会参加機能に取り組むデイサービス、地域リハビリテーションを提供しており、この「旅リハ®」の趣旨に共感し「Travel Rehab Circle」と名付け、平成23年12月より実施に向けた準備を開始した。

(参考文献・資料①)

### 2. Travel Rehab Circleについて

#### (1) 背景

「要介護度の親を旅行に連れて行くことは親孝行になる」と思う人	72%
「旅行することは要介護者の心身のためになる」と思う人	77%
「要介護者と旅行したことがない」	71%

#### 要介護者と旅行したことがない理由

「要介護者が旅行をするのは無理だと思うから」	41%
「要介護者が旅行したがらないから」	32%

(参考文献・資料②)

調査より分かることは、

- 旅行経験者は要介護者が旅行することの大切さを実感している。
- 旅行は大変なことだと思い込んでいる。

であり、要介護者・介護者の不安の解消に役立つ情報が不足している。さらに、多くの介護者が要介護者との旅行を望んでいる一方、経験や情報不足により旅行への一步が踏み出せていない現状がある。私たちは、介護者・要介護者に、「旅リハ®」「Travel Rehab Circle」という考えを、企画を通じ経験して頂き、旅行に対する不安を払拭、自身の可能性を広げる機会にして頂ければと考えている。

#### (2) ソーシャルワークにおける開発及び運動実践における意義

旅行は移動や食事など ADL における生活行為を複合的に実施する活動行為であり、また IADL 項目の「公共交通機関の利用」や「世代の違う者との交流」、「集団内での協調」、「旅先の情報収集」、「旅程の把握」という社会参加機能の改善や向上へ直接結びついている実践プログラムである。

また、旅行を通じて活動・参加の可能性、日頃のリハビリテーションや機能訓練、生活の仕方を振り返り、取り組み意欲を維持・向上させる機会にする。旅行は人生における楽しみや喜び、人のつながりを感じられるように支援していくことができる。近年増えている「介護付き旅行」「バリアフリー旅行」とは異なり、自助の力、互助の力を引き出し、バリアがあっても活動できることを目的にしている。そのため、観光バスの立ち寄る集合場所までは原則として公共交通機関や家族の協力を得た送り迎えをお願いしており、フォーマルなサービスを活用することでより自立性を支援したものとなっている。

### (3) Travel Rehab Circle の目的

参加される方には

- ① 旅行に対する不安を取り除き、自分で行けるという自信を持つ。
- ② 日頃のリハビリの成果・効果を試し、以後のリハビリに役立てる。
- ③ 環境整備された施設内ではなく、バリアのある生活環境で「できていること」「できていないこと」の確認を行い、環境を限定しない活動行為を獲得する。
- ④ 自立した活動参加の発信者になる。

のような、目的を持った参加をお願いしている。

### (4) 参加対象者

弊社のサービスを利用しているご利用者様及びご家族様、親友などと初期設定し取り組みを始めたが、現在は介護保険サービスを卒業された方、地域の非該当高齢者やそのご家族様も対象に広げている。

### (5) 旅行企画

事前にボランティアメンバーと行き先や旅程の案を複数用意し、旅行会社へ持ち込む。旅行会社に詳細な立ち寄り先や時間、手配をお願いしており、正式な旅行会社主催の日帰り団体旅行にしている。

### (6) 保険・補償

参加者の転倒や転落のケガなどは自己責任として国民健康保険、旅行中の車両・災害などの事故は団体旅行保険、ボランティアによる過失はボランティア活動保険で対応する。車両、運転手のチャーターだと車両事故は車両保険で対応できるが、旅行保険は個人の任意（個人旅行扱い）になってしまい、旅行事故の補償が受けられない恐れがある。また、団体旅行企画実施などは旅行業務として旅行業法によって定められている。個人が寄り合って行く旅行でない場合は旅行会社が企画者となる。しかし、参加者には介護施設の行事だという認識が少なからずあるため、リスクに備える観点から、参加希望者にはその旨も記載している参加申し込み・同意書に必ず同意して頂いている。

### (7) 旅行費用

旅行費用はボランティア人数分も含めて、参加者で等分する。参加者が費用を負担していることで、ボランティアスタッフに経済的な負担感はなく、時間と介護技術の提供（互助）として継続的に活動に参加することができる。さらに、参加者が旅を楽しみ活動している状況を目で見て肌で感じることができる。

### (8) 開催方法

取り組み開始当初は本社企画によりサービスエリア全域に各集合場所を設けて開催してきたが、第12回よりサービスエリアごとに実行委員リーダーを選定しエリア開催にした。エリアごとに企画・開催することでより参加者の声や取り組みを感じやすくなり、参加者数が本社企画・開催時に比べて増えている。

## 3. Travel Rehab Circle の取り組み実績

- |     |      |                |      |                    |
|-----|------|----------------|------|--------------------|
| 第1回 | (晴れ) | 平成24年3月広島県福山市  | 64名  | (参加者47名、ボランティア17名) |
| 第2回 | (晴れ) | 平成24年6月鳥取県境市   | 108名 | (参加者75名、ボランティア33名) |
| 第3回 | (晴れ) | 平成24年9月愛媛県松山市  | 155名 | (参加者99名、ボランティア56名) |
| 第4回 | (晴れ) | 平成24年11月岡山県岡山市 | 112名 | (参加者78名、ボランティア34名) |

- 第5回 (晴れ) 平成25年3月香川県琴平町 98名 (参加者61名、ボランティア37名)
- 第6回 (晴れ) 平成25年6月愛媛県今治市大三島 140名 (参加者98名、ボランティア42名)
- 第7回 (雨) 平成25年9月徳島県鳴門市 59名 (参加者38名、ボランティア21名)
- 第8回 (曇り時々雨) 平成25年12月岡山県栗倉村 136名 (参加者103名、ボランティア33名)
- 第9回 (晴れ) 平成26年4月岡山県総社市 92名 (参加者71名、ボランティア21名)
- 第10回 (晴れ) 平成26年9月21日兵庫県姫路市 104名 (参加者76名、ボランティア28名)
- 第11回 (晴れ) 平成26年12月21日岡山県岡山市 62名 (参加者48名、ボランティア14名)
- 第12回 (晴れ) 平成27年4月19日広島県呉市 倉敷・本部エリア 103名 (参加者79名、ボランティア24名)
- 第13回 (晴れ) 平成27年6月21日愛媛県松山市 高松エリア 21名 (参加者16名、ボランティア5名)
- 第14回 (晴れ) 平成27年9月27日広島県竹原市 吉備・岡山エリア 83名 (参加者64名、ボランティア19名)
- 第15回 (晴れ) 平成27年10月11日岡山県和気町 本部・児島エリア 67名 (参加者55名、ボランティア12名)
- 第16回 (晴れ) 平成27年10月17日岡山県倉敷市 福山・笠岡エリア 16名 (参加者10名、ボランティア6名)

回数	参加者	参加者 内訳	
		利用者など	ボランティア
1	64	47	17
2	108	75	33
3	155	99	56
4	112	78	34
5	98	61	37
6	140	98	42
7	59	38	21
8	136	103	33
9	92	71	21
10	104	76	28
11	62	48	14
12	103	79	24
13	21	16	5
14	83	64	19
15	67	55	12
16	16	10	6
累計	1420名	1018名	402名

第17回に向けて本部センター（東館）創心会リハビリ俱楽部茶屋町では、これまでの要介護、要支援者を中心の参加構成から、地域の元気高齢者や地域サポーターに参加を呼びかけ地域の互助力を引き出す取り組みを始めている。

#### 4. 結果

様々な実践体験として



参加者同士の助け合い



品物を選ぶ、買う



雨の中を移動する



階段を降りる



砂地などを移動する



バスに乗る、降りる



上がりかまちをあがる



飲食店で畳に座る



店員と交渉する

このように、旅行先では自宅や施設では設定しにくい環境にも挑戦することができる。また、実践の場面で取り組んでみて適応していくことが分かる。このような積み重ねが活動参加への意欲を高め、地域や社会への参加意欲や結果に繋がっている。取り組みは、第12回より参加対象サービスエリアが小さくなっている（エリアごとの開催）にも関わらず参加者数は一定数を保っており、本社で一括して企画開催する

より参加率が高くなっている傾向にある。つまり、サービスプログラムは本社で構築し、取り組みが軌道に乗った段階でプログラムの実行や運用はエリアに任せる方法は横展開がしやすいと言える。

しかし、継続的な企画・開催ができずに頓挫してしまう恐れもあり、不定期や継続性がない場合は効果が下がる可能性があることに注意が必要である。

## 5. 考察

地域包括ケアシステムにおける活動は、地域ごとに互助の力を引き出せるきっかけを発見し、地域に合ったプログラムを選択し運用することが大切だと考えられる。その点では、旅行という実践プログラムは世代や地域によらない汎用性のあるプログラムであることがこの実践により分かる。今後は、参加者個々のADL、IADL状態の変化や介護度の改善につながるか、介護保険サービス卒後の生活意欲など、地域の元気高齢者の参加を促すことや活動量を検証し介護予防や生活支援につなげていく必要があると考える。

## 6. 謝辞

論文作成に先立ちまして、平成24年3月実践開始から丸4年間、取り組みに協力頂きましたボランティア、関係者の皆様、また、いつも楽しみに参加して下さっているご利用者様、ご家族様の皆様に深く御礼申し上げます。今後も多くの方のご協力により実践の継続をお願いいたします。

## 7. 参考文献・資料

- (1) 商標 登録5200087号 旅リハ®
- (2) 第一生命保険株式会社 家族を介護している800名に聞いた『要介護者の旅行に関する調査』2012年6月

MEMO

## 第9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・山本 真千恵・浦山 健介・福尾 実人・井上 直樹・池本 慎二・中新 正英・山下 静香・樋之津 智憲・東谷知恵・森 和也・渡邊 豊・植田 貴也・片平 ひとみ・榎原 実知子・明石里美・三木 悅郎・千葉 好浩・大成 拓郎・千葉 由香里・土谷 俊輔・井上 由貴・大塚 寛之・二宮 孔起・藤原 大輔・川端 貴弘・河手 雅己

## 謝 辞

第9回の本物ケア学会を無事に開催することができました。これもひとえに、創心會で働く皆さまのご支援のおかげであると、改めて感謝を申し上げます。

本物ケア学会は、現場で働く皆さまの日頃の成果、ご利用者様の頑張りの成果を発表して頂くことで、明日からのサービスに役立てて頂くための機会です。

今回は、24事例の発表と、盛りだくさんの内容となっております。ぜひ、学会で学んだ事を、現場でのさらなるサービスの向上・専門性の向上、チームケアの向上を果たして下さることを実行委員一同期待しております。

第9回本物ケア学会 実行委員一同



NPO法人  
**未来想造舎和一久**

住所:岡山県倉敷市茶屋町2111-6

TEL:086-420-0700

Mail:[wa-ku@mirai-souzou.com](mailto:wa-ku@mirai-souzou.com)

<http://www.mirai-souzou.com/>



自分に合った作業を見つめよう

この刷紙は、和一久ステップ茶屋町【就労継続支援B型】利用者  
により制作されました。

裏表紙挿絵 吉備エリア 熊谷マサコ様

かくじん

