

第26回 山形県作業療法学会 2018

これからの10年 自立支援への連携 地域資源としての作業療法 ～連携 と 協働～

浅野 有子（認定作業療法士 主任介護支援専門員）

非営利一般社団法人 あつとほ一むいなしき 代表理事
生活行為向上 認知遂行機能発揮型 デイサービス

“太陽と鳩たち” 機能訓練指導・ケア計画策定担当
茨城県ケアマネジャー協会 副会長

こんにちは 浅野有子です

茨城県の 介護老人保健施設涼風苑と

母体の 認知症疾患センター 池田病院で

作業療法士 と 介護支援専門員をしてきました

今年の1月から 地域デビューしました

作業療法を創造(想像)しよう！！

再創造しよう！ リスタートしよう！のきっかけになれば

本人主体とは？

生活行為向上リハビリテーションの実践

心身機能 ・ 活動 ・ 参加

自己実現 ・ 自己効力感

連携(報告・連絡・相談)のコツと技術



OT 50年史と 私のOTの景色

- * 源流は精神科作業療法
- * 金子 翼 先生の 教え子
- * 作業療法の定義
- * 部門開設 . . . リハビリといえはPT?
OTは親切な手芸のお姉さんじゃないし .
治療技術 . . . 欲しい!!!
- * 生活技能訓練 (SST) 生活技能
- * 富岡 矩子先生 との出会い
- * 野中 猛先生 との出会い

ケアマネージメントとリハビリマネージメント

作業療法とは何？

身体または精神に障害のある者、またはそれが予測される者に対してその主体的な生活の獲得を図るため諸機能の回復・維持・および開発を促すような作業活動を用いて行う治療・（訓練）・指導および援助をいいます。
（社法）日本作業療法士協会・定義

作業療法とは何？

（社法） 日本作業療法士協会・定義

作業療法士（OT）って何をする人

- ・ リハビリテーション医療の専門職で
- ・ 脳の機能回復・生活の機能回復の専門家。
- ・ 対象とする一人一人の立場・価値観に沿い
- ・ 生活の実態の改善を目指して
- ・ 援助していく専門家。（対人援助職）
- ・ 様々な参加・活動・作業・ネットワークを手段として活用します。
- ・ 集団や場を設計、展開することにも得意です。

私たち作業療法士は

- 私達は、リハビリテーションの専門家として、治療・訓練・指導・援助を行います。
- 私達は、対象者の機能・能力・可能性・活動・参加 を伸ばすお手伝いをします。
- 私達は、対象者と、その御家族の望む暮らしを共に目指し QOL(人生の質)を高めるお手伝いをします。
- 私達は、地域・保健・福祉に貢献いたします。

コミュニティケアに貢献する 作業療法10の努力

- 1、リハビリテーションの理念をコミュニティケアの中で推進します。
- 2、医療職として 最新の知識と・技術を提供します。
- 3、対象者の利益・幸福のため力を尽くします。
- 4、脳の専門家・生活の実態を見る専門家として研鑽します。
- 5、地域・地区の実情を良く知り、それに応じた貢献をします。
- 6、医療・保健・福祉にかかる経済効率を念頭に置き効率的に、効果的にしごとをします。
- 7、住民・ユーザー・他職種との連携を図り、協力して理想の実現を図ります。
- 8、誰もが住みなれた地域で暮らし続けられることを支援します。
- 9、誰もが自分の持てる力を発揮し参加していける街づくりを支援します。
- 10、作業療法士として 作業活動を広く捉え、深く探りこれを手段として地域保健福祉に貢献します。

活動

作業療法士の専門分野

一般的な課題と要求

コミュニケーション

学習と知識の応用

Activities

運動・移動

家庭生活

の

対人関係

使い手

コミュニティーライフ・社会生活・市民生活

セルフケア

主要な生活領域

目標階段
づくり

環境適応練習

作業療法
りょうほう

環境調整

生活行為
向上リハ
ビリ

生活行為分析

治療的作業

作業利用法
りょうほう

作業分析

環境評価

心身機能評価

どうして
こんなに高いんだ...

作業療法士は脚本を書く

**ひとは作業 活動で元気になれる
そのひとらしさを 支えたい
生活機能向上のリハビリ資源**



健康とは

ウェルネス（いい感じ）⇔ イルネス（病むー！）

体調 ・ 心身機能 ・ 活動

参加 ・ 自己実現 ・ 自己効力感 が 問題ない
状況 ⇒ いい感じ 元気

病気がないこと 病気が安定していること

病気があっても朗らかで前向きで元気であること

障害が重篤であっても 死を目前であっても

今日の暮らしに 意味・意義を実感できる事

老健では リハビリ専門職種は貴重な医療職です
健康な暮らしの為に 何をサービスとして売るか

地域包括ケアシステム「5つの構成要素」

これまでの五つの構成要素

「介護」

「医療」

「予防」

「生活支援サービス」

「住まい」



「**介護・リハビリテーション**」

「**医療・看護**」

「**保健・予防**」

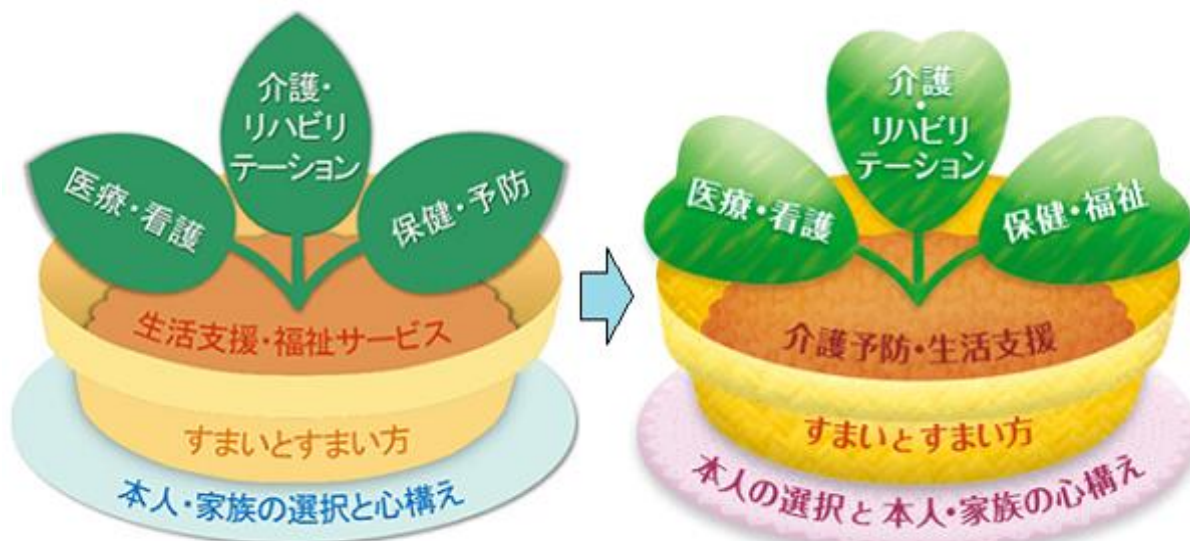
「**福祉・生活支援**」

「**住まいと住まい方**」

+

本人の選択と

本人・家族の心構え



田中滋座長の図をもとに作成

新しい時代「在宅生活」に対する意識をもった個人が生活する「住まい」が提供され、その住まいにおいて必要な「生活支援」が地域で受けられることに専門職による「**介護・リハビリテーション**」「**医療・看護**」「**保健・予防**」が有機的に連携し、一体的に提供されることにより、その地域では地域包括ケアシステムが生活を支えている状態になる。

マズローの欲求階層 と 具体的な生活課題の例

自己実現の
欲求

自宅で家長として役割を果たしたい。自分史を書いて戦争中のことなど孫たちに伝えたい。歴史が好き史跡巡りしたい。おいしい野菜を作りたい。梅干を漬けたい。

承認の欲求

何かを成し遂げて 見直してもらいたい。一人で散歩してもうるさく心配されたくない。料理を褒めてもらいたい。留守番等で役に立ちたい。家族に尊敬されるような祖父でありたい。

所属と愛
の欲求

誰かと 気軽に 話をしたい。家に電話してほしい。誰かに 心配してもらいたい。誰かに 大丈夫と保障してほしい。なじみの人や場所があり、気軽な話ができる

安全の欲求

気軽に のんびりできる居場所が欲しい
物を取られて困る。ドロボーを捕まえてほしい。
自宅に帰りたい。転ばずに過ごしたい。

生理的欲求

美味しく食べて 健康を保つ。夜ぐっすり眠れ 朝
気持ち良く起きられる。
痛みがなく、安楽に過ごしたい。自由にトイレに行きたい。

利用者中心に据えたチームアプローチ

- ・ チームと利用者の間での合意

利用する資源 事業所 生活目標、練習方法、専門職種や自身の役割分担について利用者自身が納得し、合意していることが大前提。

- ・ ケアプラン・リハビリプラン に関する合意形成が利用者を主役にする 説明責任

利用者の意向がプランに反映され、利用者や家族の取り組むことが明示されることで 利用者がケアプランの主役、サービス利用の主役になり。リカバリーの主体となる。

高齢者の生活行為向上・生活支援の チームリハビリテーション資源でありたい

健康を保つ・体力を維持増強する ・ 健康増進

心身機能不全に対応し その具体的 改善・維持を目指す

生活行為・動作・生活行為 をできる限り自立に導き

介助が必要であっても 介助量が軽減し、

本人の持っている力を発揮できるように導く

一日の過ごし方・活動・参加・個性の発揮に関するニーズ

他者との関わり、コミュニケーション・存在のニーズ

家族との共生・在宅ケア、地域生活移行へ向けたニーズ

その他のニーズ （**その人固有の意味ある生活行為・参加**）

広義のリハビリテーション

介護保険でのすべての支援はリハビリテーション

自立を支援し活動と参加を目指す

本人主体に出来得る限りの機能・能力の改善・発揮の可能性をめざし、悪化低下のリスクを防ぐ支援

チームで 同じ共通認識 と 目標が必要

通所系（デイケア・デイサービス）

訪問系（居宅療養管理指導・訪問看護

訪問リハビリ・訪問介護）

短期入所サービス・福祉機器活用・住宅改修・インフォーマル

ケアプラン・サービス担当者会議

狭義のリハビリテーション

リハビリの専門職（OT・PT・ST）が専門的な知識や評価技術、視点、力量を駆使し
対象者の疾病の状況・障害の状況 から
生活機能・改善の可能性、見通しを示して
悪化のリスクやそれを回避する手だてをしながら
生活行為の向上を目指す 目標へ向かう
具体的な道筋 の 治療的訓練 練習
具体的で焦点化した 環境調整・支援と
周囲の支援者への具体的な助言ができる

リハビリテーションマネジメント

リハビリテーションカンファレンス

老健の経営

従来型の老健 在宅復帰加算なしの場合多床室で平均27
単位の切り下げ

27単位 × 100名 × 30日 = 月に -81,000単位

月 810,000円 × 12か月 = **9,720,000円の減収**

在宅復帰・在宅療養支援機能加算

(復帰率30%以上) 21単位⇒**27単位**

＊常勤の医師の雇用が必要 看護師の雇用も多い

＊リハビリセラピストの雇用が必要 3名～20名

＊薬や医療品の購入が療養費に含まれている

処遇改善加算

(Ⅰ)イ 18単位/日 × 100人 × 30日 × 12月 = 6480000

(Ⅰ)ロ 12単位/日 × 100人 × 30日 × 12月 = 4320000

老健の経営

＊在宅強化型と従来型は 改定により報酬差が拡大

介護1で 33単位差 ⇒ 44単位差/日

介護2で 59単位差 ⇒ 70単位差/日

介護3で 59単位差 ⇒ 71単位差/日

介護4で 63単位差 ⇒ 76単位差/日

介護5で 65単位差 ⇒ 78単位差/日

平均70単位差として×100人×30日=210000単位

月2、100、000円 × 12か月

年間25、200、000円 の差となる

初期加算・連携加算 も……大きな格差

通所リハビリテーション

【通常規模 6H以上8H未満の場合】

	改定前	改定後	差
要介護 1	677単位	726単位	+49単位
要介護 2	829単位	875単位	+46単位
要介護 3	979単位	1022単位	+44単位
要介護 4	1132単位	1173単位	+41単位
要介護 5	1283単位	1321単位	+39単位

個別機能訓練加算 80単位 が 本体包括

実質 $-400円 \times 40人 \times 22日 \times 12か月 =$

年間 **-4,224,000**

通所リハビリ機能強化

生活機能の具体的な向上に寄与する資源として

リハビリテーションマネジメント（Ⅱ）の新設

開始日から6か月以内 1020単位/月

開始日から6か月超 700単位/月

*** 訪問指導加算 リハマネ（Ⅰ）（Ⅱ）に包括
短期集中リハビリは 3か月以内統一**

110単位/日

認知症者とその家族の暮らしを支える 作業療法があるじゃないか

* 認知症リハビリ機能の強化

認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)

一週間に2日を限度に個別のリハビリを実施 **240単位/日**

認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)

月に4回以上のリハビリテーションを実施 **1920単位/日**

* 実施頻度・実施場所・実施時間を明記した通所リハ計画

* リハビリテーションマネジメント(Ⅱ)の策定が必要

* 認知症早期支援・行動障害、場や集団の活用 を 想定

通常の短期集中リハビリ 生活行為向上加算と同時算定不可

生活行為向上リハビリテーション

ADL・IADL・社会参加 等 生活行為の向上に 具体的な焦点を当てた 新たなリハビリテーションとして 居宅等実生活場面における具体的な指導等 訪問と通所を組み合わせることが可能となる期間を意識した取り組み

生活行為向上リハビリテーション実施加算



開始から起算3か月以内

2000単位 / 月

開始から起算3か月超6か月以内

1000単位 / 月

リハマネマネジメント(Ⅱ)の下で実施
リハカンファレンス・訪問指導 毎月

リハビリテーションマネジメントの説明(例)

リハビリ専門職(OT・PT・ST)が 心身機能や生活行為、本人・家族の価値観や希望、環境等を専門的にアセスメントして 機能改善・生活行為向上・機能維持・生活維持のために効果的なリハビリテーションサービスを提供する 支援管理と 多職種連携 本人・家族支援 の機能です (担当ケアマネジャーさんがより楽に生活の自立を支援できます)

	リハビリテーションマネジメントⅠ	リハビリテーションマネジメントⅡ
涼風苑医師の関与	限定的 (チェックのみ)	全体的 (診療とアドバイス)
地域の主治医との連携	特になし 報告のみ	一緒に取り組めるように連携
担当ケアマネとカンファ (相談・協議)	要介護認定のつど 1回/6ヶ月か1年	毎月 + 随時 必要時に気軽な協働
個別リハビリ	一般的・機能維持的	具体的・機能改善志向
自宅での生活支援	通所時の支援	自宅訪問しての支援
問題が生じた際	原則 ケアマネジャーさんが対応	ケアマネジャーさんとリハ職が一体的に対応し解決を図る
かかる費用	月230単位	6ヶ月以内1020単位 それ以降 700単位

生活行為向上マネジメントの説明(例)

リハビリ専門職(OT・PT・ST)が その目標の生活行為の困難要因や実現までの道筋を専門的にアセスメントし、基本的機能の改善・生活行為向上のための具体的練習・効果的なチームリハビリテーションサービスを提供する。支援管理と多職種連携、本人・家族支援の機能です (担当ケアマネジャーさんがより具体的に生活の自立を支援できます)

	生活行為向上マネジメント	リハビリテーションマネジメントⅡ
涼風苑医師の関与	実践の確認と助言	全体的(診療とアドバイス)
地域主治医と連携	ご報告とリスクの共有	一緒に取り組めるように連携
担当ケアマネと(相談・協議)	一緒に 自立支援・生活支援し結果を出す協働を模索し 実践	毎月 + 随時 必要時に気軽な協働
個別リハビリ	基礎・基本・応用練習	具体的・機能改善志向
自宅での生活支援	自宅や行為の場所へ出向き一緒に実践を目指す。必要時は月に複数回の訪問もします	月に1回は自宅訪問しての支援
問題が生じた際	チャレンジにはリスクも在るがやりたい事、なりたい自分像をあきらめない	ケアマネジャーさんとリハ職が一体に対応し解決
かかる費用	実践開始から 3か月 2000単位/月 3か月超から6か月 1000単位/月 その後の利用では 自己トレーニングも実践いただき 15%割引となる。	6ヶ月以内 1020単位/月 それ以降 700単位/月

生活行為向上プログラム

(社)日本作業療法士会の提案する、段階づけによるプログラムの実施で、生活行為の改善を図るアプローチの考え方。

基礎練習

心身機能の
改善を図る
練習

基本練習

作業に必要な
動作を繰り返し
練習

応用練習

作業そのもの
の実践による
練習

社会適応 練習

作業する実際の
環境での
練習

生活行為向上のために

(社団法人) 日本作業療法協会 厚生労働省健康推進事業より

基本練習

関節可動性・筋支持性・痙性の抑制・アライメント修正・
立ち座り 移乗 などの基本動作練習・歩行練習・リーチ課題
治療的作業・精神科での簡易課題 (注意・集中力の向上)
基本的心身機能の賦活・改善へ向かうための基本的練習 等

応用練習

トイレや入浴等のADL・電動バイクの基本操作練習・一般的調理、洗濯
等のIADLの具体的取組み練習、書道・畑・園芸・音楽等の課題
実践場面を模し、活用した、生活技能練習・一連の行為の遂行実践、等

社会適応練習

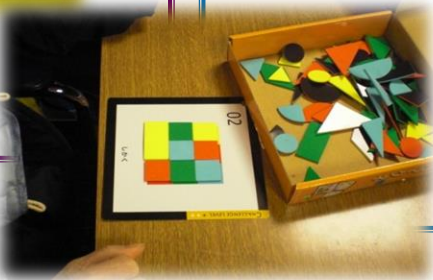
自宅での調理、掃除練習、公共交通機関利用練習、お祭りでの料理の支
度・外出、旅行、試験就労 等 生活の拡大・地域行事への参加拡大への
取り組み

他者とのかかわり、社会での行為実践の練習 や 工夫 や 地域の支
援者との連携

取組みのハブ としてのリハマネージメント

基礎練習

・ 身体機能にアプローチ



認知機能にアプローチ



基本練習



応用練習



社会適応練習



介護支援（ケアマネージメント）とは

地域において、傷病等によって介護や支援が必要とされた対象者の依頼を受けて、その望む生活像を明らかにしながら、対象者の暮らしの全体像を専門的にアセスメントし、対象者・家族と共に解決すべき課題を明確にし、その改善へ向けたご本人、ご家族の努力の方向性を示し・サービスの効率的利用に向けて情報提供・自己決定の支援を行う過程をいう。

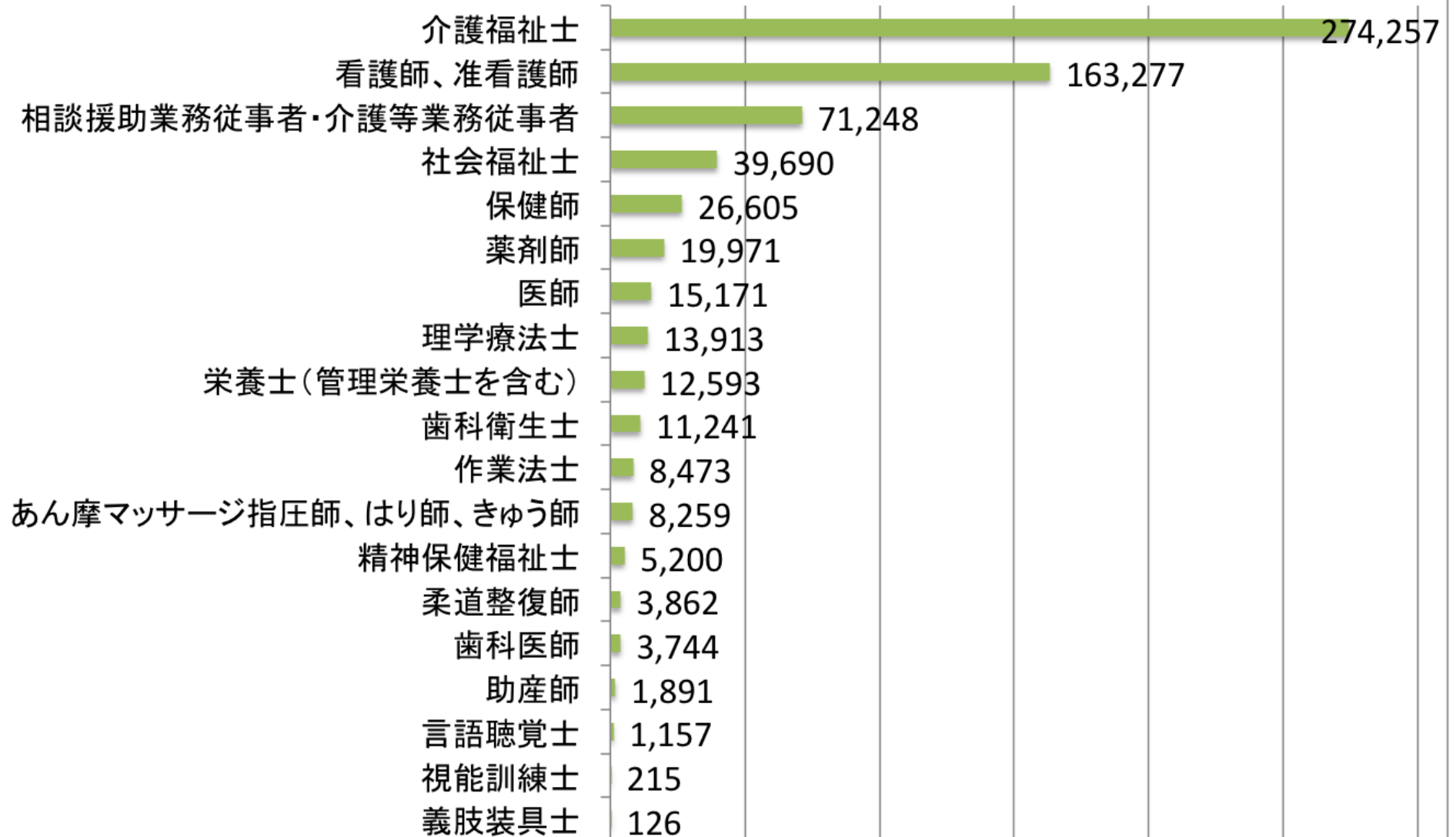
また、状況の変化を捉え、適切な介入、支援を行いながら、対象者の暮らしを支え続ける。

可能な限り 居宅で より自立した 健康な暮らしを支援し続けることができるか

介護支援専門員の現状

出所：厚生労働省

ケアマネジャー試験 職種別合格者数 累計



介護支援専門員の実務研修受講試験状況

- ・ 第16回 (H25年度) 144397人受験 合格15.5%
- ・ 第17回 (H26年度) 174974人受験 合格19.2%
- ・ 第18回 (H27年度) 134589人受験 合格15.5%

介護支援専門員県別状況

東京都 56525人

神奈川県 37653人

北海道 34281人

鳥取県 5312人

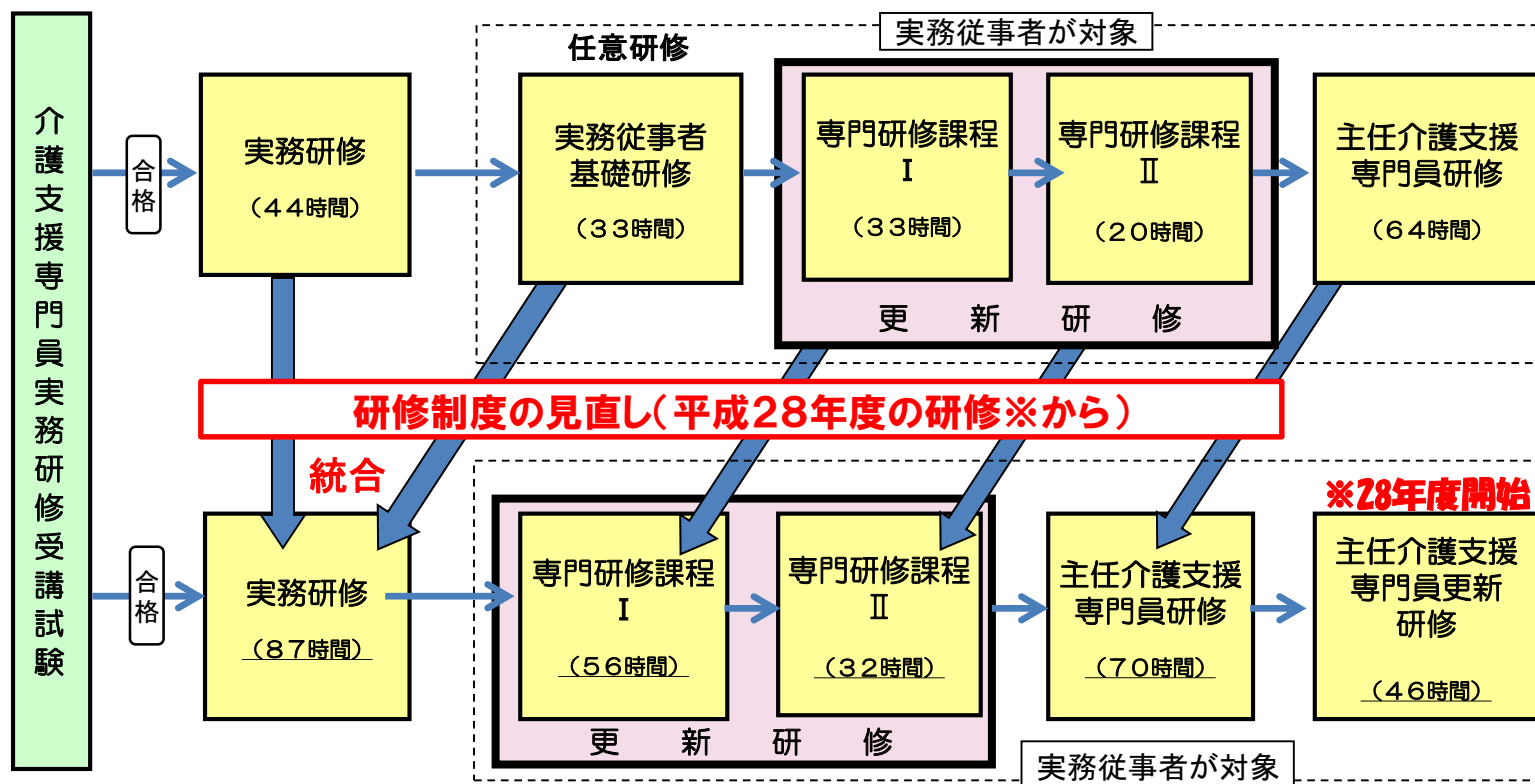
山梨県 4464人

佐賀県 4876人

介護支援専門員の研修制度の見直し

※平成26年6月2日告示公布

専門職として修得すべき知識、技術を確認するため、
各研修修了時に修了評価を実施。



※ 実務研修等は平成28年度の介護支援専門員実務研修受講試験の合格発表の日から、専門研修等は平成28年4月1日から施行。

参考) 実務者会議への提出資料

要支援 介護度	ニーズ例	期待するところ
要支援 1・2	痛みや不調の解消・家事、IADL活動 の遂行・趣味活動	総合支援事業の適切な選択 本人が取り組める自主トレーニング支援
要介護 1	安全な歩行・トイレ・入浴・家事や役 割・趣味・体力	生活リスクの解消・歩行補助具の選択 認 知症予防・認知症短期集中リハ
要介護 2	歩行・トイレ・家族と外出・物忘れ、思 い込み思い違い	歩行の実用性・夜間のトイレ・認知行動改 善・コミュニケーション・介護予防
要介護 3	麻痺の改善・痛みなく動く・トイレ・家 族との共生	屋内移動・屋外への支援・能力の可能性・ 失語症や認知症支援・摂食維持
要介護 4	心肺機能・きちんと座る・安全な移 乗・声、反応・出来ること	車椅子や椅子の調整・心肺機能、体力改善 の手立て・環境調整で活動へ
要介護 5	苦痛なく安楽に座り 口から自分で 食べる・生活の活性化	ポジショニング・生活行為向上の可能性・ ターミナル期のリハビリの在り方

自己決定

- 高齢であっても自分が受ける医療や介護について自分自身で決定する権利は大切です。説明責任！
- 自己決定する能力には
 - ＊医療行為（治療方針・リハビリプログラム）の判断能力
 - ＊生活・療養支援・財産管理（事理弁識能力）に関する判断能力に分けて考える。
- 認知症や意思の伝えられない人については、どのように判断するか、誰が代理判断者となる事が最良か検討。
- 代理判断の手順は
 - 1）事前確認
 - 2）代行判断
 - 3）最善の利益判断
 - 4）検証

コミュニケーションスキルの必要

1. コミュニケーションの基となる目的・理念・関係性。
2. 時間の必要。（向き合う時間）・準備の必要。（向き合う準備）
3. 対象者の利益となる連携・・・気づかう能力。
4. 他の職種の理念や価値観を理解し協働できる視点
5. 耳を傾ける能力。理解する能力。
6. 正直に、しかし意図的に気持ちを分かち合う能力
共感。
7. 説明する能力。
8. 結論に到着し 着陸する能力 一貫性。
9. 良いあとあじを残す能力。
10. 誠実性・信頼感を相互に分かち合い協働していく。

何よりも 手だて プログラム

成果を出せる 良い練習を
限られた個別機能訓練の時間の中でシャープに
効率的に 展開する 技術・工夫

- ・ 基礎練習
- ・ 基本練習
- ・ 応用練習
- ・ 社会適応練習
- ・ 環境調整 環境適応支援

他の職種の協力を得て 生活の現場でも練習を多く
チームと一緒に何に取り組むのか

老健の作業療法



生活行為向上のための
地域の高齢者リハビリセンター
デイケアやショートステイ 訪問リハビリ
リハビリの総合デパートで
アウトリーチや地域への派遣もします
地域のなじみの方々の生活支援
エンドオブライフ期の尊厳支援
チームリハビリ資源として 支え続けます



作業療法これから10年

- * 作業療法が治療的であり、生活行為を具体的に改善できることを証明する
- * 認知症者の生活行為・自己実現をサポートできる 一番の専門職である
- * 個々の作業療法士が 個々の技能を増す
- * 選ばれる事業所 選ばれるセラピストになる
- * 対象者にしっかりと良い説明ができて一緒に良い練習をする関係ができる
- * 時勢・地域状況を良く分析し、自分自身を機能的にポジショニングする
- * コミュニケーション技能 ・プレゼンテーション技能を磨く

同職種内の連携が大切

地域の財産となるような



朗らかで 元気で 素敵な 作業療法士！
力量を増す 対人援助の専門職 OT！
老健は地域の頼れるリハビリ資源！