

特集

もっと踏み込め！ 在宅復帰支援

編集担当 渡邊 基子

**急性期病院に求められる
在宅復帰支援技術**

田中 秀宜 ————— ●400

**回復期病棟における
在宅復帰支援の質の向上を目指して** 吉田 尚史 ————— ●405

**介護老人保健施設で、
OT の視点から在宅復帰に取り組む** 大内 義隆 ————— ●411

**精神科病院で、作業実現を通じて
在宅復帰を支援する** 小松 博彦 ————— ●417

烈闘 作業療法

**地域は家族の拡大図—支え合って生きる
(茂木 有希子さん)** ————— ●392

お家を変えよう！

高齢者サロンと住宅改修

児玉 道子 ————— ●436

学校では習わないメソッド

「School AMPS」―教室で作業遂行を評価する

友宗 美葉子 ————— ●442

複眼で見る

地域包括ケア病棟のポイント

寺門 貴 ————— ●444

作業療法士が創る嚥下障害へのリハアプローチ

在宅版嚥下評価スケールの紹介

寺本 千秋 ————— ●447

OTケアマネジャーはこうした！

退院調整、「生活」をどう見立てられるか、が大切

丸子 佐和子, 他 ——— ●452

らんどまーく

作業療法の魂に火をつけた3つの言葉

高畑 脩平 ————— ●390

掘り起こせ“やる気” OT スコップ隊 認知症の人編

家族からみた認知症の症状（その1）

上城 憲司, 他 ——— ●423

女性 OT ひとりで悩まないで

体力低下・体調不良を抱えながら働くこと

宇田 薫, 他 ————— ●424

勝手に OT 番付

東西大関

仲地 宗幸, 他 ——— ●426

当事者・家族からみた OT

デイケアにいくと本当によくなるんですね

野末 裕子 ————— ●430

一枚の絵

ふれあい便

瓦 えり子 ————— ●433

なんでもできる 100 均グッズ

激落ちスポンジ大変身！―ハラハラ！ Color CUBIC

石川 愛佳, 他 ——— ●434

OT として私が大切にしていること

自分の価値観のみに囚われない

城野 友哉 ————— ●439

編集部が見つけたトキメキ発表

●第 49 回 日本作業療法学会

すきま☆スイッチはじめました

―重症心身障害児・者施設 入所者に対する余暇時間へのアプローチ

中西 知奈美, 他 ——— ●457

パーキンソン病患者における

非運動症状を考慮した作業療法介入の検討

勝山 このみ, 他 ——— ●460

北中城若松病院の認知症カフェの紹介

中野 小織, 他 ——— ●462

レポート

研修会から広がる発達系 OT の輪

編集室 ————— ●464

作業療法周辺のニュース ————— ●466

カメラマン川上哲也の見た世界 ————— ●目次前

書評 ————— ●471, 472

次号予告 ————— ●474

はじまりのことは…川口 淳一 ————— ●巻頭頁

既刊案内 ————— ●416

インフォメーション ————— ●473

地域は家族の 拡大図 — 支え合って 生きる

茂木 有希子さん

(株) ハート&アート

- リハビリ&デイサービス ダイアリー
- チルドレンズ・リハステーション ダイアリー

“リハビリ&デイサービス ダイアリー”。
ここでは、マシントレーニングに励んだり、
犬と訓練をしたり、新聞を読んだり…同時に
あちこちで、さまざまな活動が行われている。
にぎやかな風景の中、1人ひとりの明るい
表情が際立って印象的だ。

ご家族を含め、利用者さんと深く関わるス
タッフの“ハート”（心）と、OTならではの
視点をもった支援の“アート”（技）。2つが
組み合わせられたこの場所は、どのように出来
上がったのか。茂木有希子さんにお話を伺っ
た。（編集室）

最も支援が必要な方たちの 「生きがい」を支える デイサービス

—— “ダイアリー” では、どのような方たちを対



インタビューの様子がムービーで
ご覧になれます

急性期病院に求められる在宅復帰支援技術

Hideki TANAKA

田中 秀宜

北里大学 医療衛生学部 リハビリテーション学科 作業療法学専攻、作業療法士

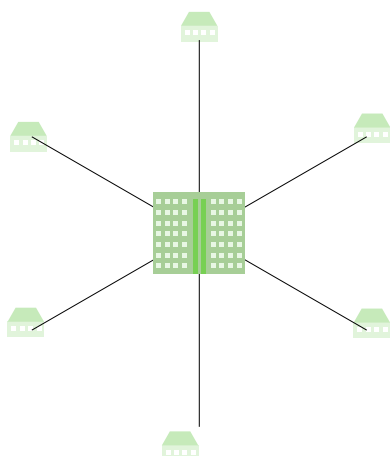
内容を理解するためのキーワード ● 問題の「芽」 ● 話しかけられる「隙」 ● 土着化

要 旨

急性期病院から直接、在宅復帰する方は意外と多い。急性期で在宅復帰を進める際には、患者さんやご家族に対して疾患の正しい理解を促すことや、予後予測を踏まえ、退院後の生活をなるべく具体的にイメージしていただくなど、積極的に不安を取り除くような関わりが大切である。

また、目の前の問題解決のみならず、問題の「芽」をなるべく早期に摘んでおくことも重要である。そのためにも、患者さんの今後の生活像を短時間でなるべく正確に把握しなければならない。

急性期の OT は、患者さんが初めて出会う OT である。忙しい最中ではあるが、患者さんから信頼を得られるような雰囲気づくりや、普段から多職種と良好な関係を構築しておくことも、円滑な在宅復帰を目指す際の大事なポイントであると考えます。



はじめに

2014 年 4 月、約 17 年の臨床現場を離れ、OT 養成校に転職をした。現在は、教員として以前とは全く異なる日々を過ごしている。

現場を離れてしまった立場なので、守秘義務上、患者さん個人の詳細を具体的に述べるのが難しい部分もあるが、私見を交えつつ、急性期の在宅支援について述べさせていただきたい。急性期からの在宅支援をもっと体系的に実施されている方も多いと思うが、私の拙い経験の中で得られたことが何か少しでもお役に立てば幸いである。

施設紹介

私は、新卒の頃から神奈川県平塚市にある急性期の総合病院である平塚市民病院に勤務してきた。平塚市は、人口約 25 万人の地方の中核都市で

回復期病棟における在宅復帰支援の質の向上を目指して

Naofumi YOSHIDA

吉田 尚史

甲府城南病院 リハビリテーション部 作業療法科, 作業療法士

内容を理解するためのキーワード ●主体性 ●回復期リハ病棟 ●マネジメント

もっと踏み込め！在宅復帰支援

要 旨

回復期リハ病棟は、2000年に在宅復帰の拡大を目的に新設されて以降、2012年度診療報酬改定では、一定以上の在宅復帰率や重症患者率が求められるようになり、より在宅復帰につながる支援が求められるようになった。さらに2025年の、団塊の世代が後期高齢者に移行する年を見据えた地域包括ケアシステムの推進や、2015年度介護報酬改定での、デイケアからの卒業を意識させる生活行為向上リハ実施加算の導入など、年々効率的で質の高い在宅復帰支援が求められてきている。そのため、患者の在宅生活をイメージできる知識や経験、それをもとにした早期からの実践的なリハの展開や、他職種との連携を密にした関わりが重要である。地域包括ケアシステムの整備が進行中である地域の中で、円滑に生活期につながれるように、甲府城南病院（以下、当院）の作業療法科で検討・実施している取り組みについて紹介する。

施設紹介

当院は2次救急医療を担っており、一般病床74床、回復期リハ病床50床、医療療養病床174床を有するケアミックス型病院である。また敷地内に、①居宅介護支援事業、②通所リハ、③介護予防通所リハ、④訪問リハを提供している総合在宅支援センターが併設されており、入院患者および在宅サービス利用者の多くは脳疾患患者である。リハ部はPT38名、OT35名、ST14名がおり、一般病床、回復期リハ病床、医療療養病床、総合在宅支援センターの中でリハを提供している。そのため、急性期から生活期の各期の特徴や役割が捉えやすい環境になっている。

介護老人保健施設で、 OT の視点から在宅復帰に取り組む

Yoshitaka OUCHI

大内 義隆

介護老人保健施設 なとり，作業療法士

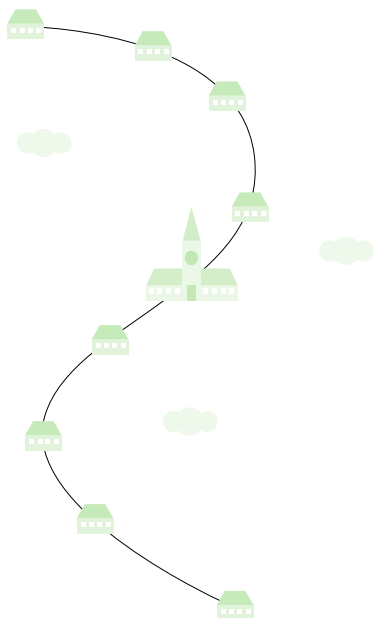
内容を理解するためのキーワード ●介護老人保健施設 ●多職種協働 ●生活行為

要 旨

介護老人保健施設においては、在宅復帰支援の機能が期待される一方で、入所期間が長期化している利用者も少なくない。そのような中で、筆者の所属している介護老人保健施設 なとり（以下、当施設）では、在宅復帰率向上に向けて、施設一丸となってさまざまな取り組みを行った結果、在宅強化型へ移行した。

在宅復帰支援に関する OT の視点としては、①在宅復帰に向けて早期から本人や家族に意識づけを図ること、②主要な生活行為（課題）を把握し、予後予測に基づいたリハ計画を立案すること、③優先順位を明確にし、多職種および多事業所で支援することなどが重要であると考えている。

もっと踏み込め！在宅復帰支援



はじめに

① 介護保険などの社会制度における背景

介護老人保健施設の役割としては、①包括的ケアサービス施設、②リハ施設、③在宅復帰施設、④在宅生活支援施設、⑤地域に根ざした施設、の5つの役割¹⁾が示されており、生活機能の向上を目的としたリハの提供などを行い、“中間施設”として在宅復帰支援の役割を担ってきた。

一方で、在宅復帰が困難となり特別養護老人ホームなどの待機となっている入所者も少なくなく、第84回 社会保障審議会介護給付費分科会資料（2011年11月10日）によると、介護老人保健施設入所者の在所日数中央値は358日（11.8カ月）²⁾と、入所期間が長期化している現状がある。さらに、退所者に占める自宅への退所者の割合が30%以上の施設は全体の24%である一方で、自宅への退所者が0人であった施設は全体の19%を占めており²⁾、介護老人保健施設における在宅復帰

精神科病院で、作業実現を通じて在宅復帰を支援する

Hirohiko KOMATSU

小松 博彦

いわき病院 作業療法科、作業療法士

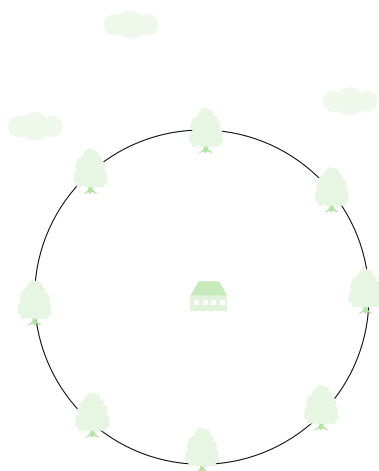
内容を理解するためのキーワード ●地域生活支援 ●本人の思い ●作業実現

要 旨

長期入院や障害像の多様化など精神科病院が対峙する課題は多いが、中でも地域生活支援は精神医療における喫緊の課題である。一民間病院の OT として、集団作業療法主体の状況の中、在宅復帰に寄与した 2 つの事例を挙げた。

1 つ目の事例は、本人の思いを作業実現する介入と、作業変化の具現化を通じて在宅復帰に至った。長期入院の中で起こりうる危険性についても考えさせられた事例である。2 つ目は、治療に対して消極的であり、作業療法介入としても行き詰まりを感じていた事例である。長期入院への危惧があったが、同行支援をきっかけとして、在宅復帰へとつながっていった。

2 つとも OT として、作業実現を中心課題とした介入が、在宅復帰への道しるべとして少なからず寄与した事例である。



はじめに

長期入院者への対応、新たな長期入院の防止、社会変化に伴う多様な障害像など精神医療の対峙する課題は多いが、今、求められるものは地域生活支援である。病院に勤める OT として、地域生活支援に対する貢献の第一歩は、対象者の退院である。多くの対象者と対峙しながらも、在宅復帰に少なからず寄与できた 2 つの事例を今回は紹介したい。

事例 1

40 歳代、女性。診断名は統合失調症。初発は 30 歳代であり、被害妄想から周囲とのトラブルが絶えず、過去に 1 年半の入院歴があった。退院後はアパートでの单身生活を営んでいたものの、40 歳

東西大関



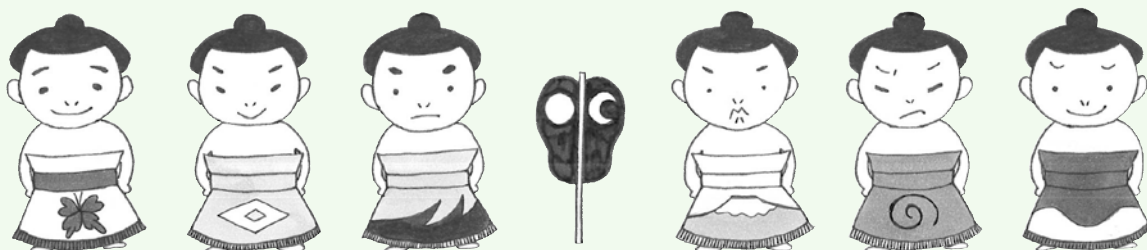
【全日本 OT 横綱審議委員会】

仲地 宗幸

(株) NSP キングコング)

坂本 将吏

(NPO 法人ちゅらゆい コミュット！)



「勝手に OT 番付」をご覧の皆様、こんにちは。さー、ついに今場所も千秋楽に近づいてまいりました。残すは東西大関と横綱の取り組みです。本日は大関の紹介をしますが、この両力士が実質上のトップです。横綱は今後の期待も込めた人選になっておりますので、実力勝負のこの一番をお見逃しなく。

全日本 OT 横綱審議委員会は心・技・体の3つの側面から OT 力士を評価して番付を決定しております。今回の大関は、作業療法に対するパッション（情熱）、スキル（技術や経験）、ルックス（容姿）どれをとっても最高評価点です。さらには品格まで兼ね備えておりますので、ぜひ応援をよろしくお願いします。この2人はもうご存知の方が多いと思いますが、ぜひ学会などで見かけたら声をかけてみてください。それでは時間一杯になりました、実力派大関の取り組み、はっけよい、のこったのこった!!!



しーあい
肢愛部屋

【西大関 手治夢】

竹林 崇

(兵庫県、兵庫医科大学病院)

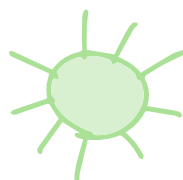


なんでも妖怪のせいにしちゃおう茶目な手治夢関

当事者・家族からみたOT デイケアにくると 本当によくなるんですね

野末 裕子

紹介者：朝倉 起己
(共和病院 デイケアセンター フリージア)



共和病院にくるまでの私

私は、17歳の時に心の病いになった。そして、薬を飲みながら高校を卒業し、大学を卒業したあと少し働き、26歳の時デイケアを知ることになる。そして、仕事のない日は共和病院のデイケアに通っていたのだが、そこでいろいろなことができて、デイケアに行ける日は楽しみだった。

私は17歳の時発病したが、高校生くらいの頃から人生を否定しだしていた。まず、高校受験。そこで私は高校には合格したが、「誰でも入れる高校だ」と思って過ごしていた。はっきりいって、自分の行った母校を誇りに思うどころか馬鹿にしていた。そして、17歳で発病。起きるべくして起きた、負の連鎖が始まったと思う。

その後、大学に進学したが、「誰でも入れる大学だ」とまたしても思ってしまった。そういう気持ちは友達にも伝わるもので、負の連鎖が起り、大学の友達はいなくなってしまった。その後、聾学校中学部の非常勤講師をやるも、そこでも「高校じゃない。だから、私はダメな人間なのだ」と思ってしまった。私の勉強不足のせいで、負の連鎖も起り、生徒には今でも申し訳ないと思っているが、学級崩壊にしまい、次の年の契約はなかった。

その後、勉強してから塾講師やスクールアシスタント、高校や中学の非常勤講師を経験させてもらった。勉強はしたが、ついに私は教育現場には向かなかったのかなんのか、職を完全に失った。知り合いの先輩の先生に、健康診断書のチェックが厳しくなったからだと言われ、あきらめた。



OTとして 私が 大切にしていること



自分の価値観 のみに囚われ ない

やわたメディカルセンター
回復期リハビリテーション病棟

城野 友哉

OTとして私が何を大事にしているのか、まだ8年という短い臨床経験ですが、自分自身が見直す良い機会になりました。OTである前に自らの人間性、社会性を高めること。OTとして患者さんの健康と幸せに寄与するために、あらゆる方法を柔軟に学び、さまざまな方々から意見をうかがい、患者さんに向き合っていくこと。病院や施設を飛び出して、さまざまな地域医療や在宅介護に触れ、地域の課題を把握し、急務である地域包括ケアシステムの構築に向け、さまざまな方と交流をすること。学問としての作業療法の発展と、多職種への発信のために日々の臨床をまとめ、振り返ることを中心に書かせていただきました。ご覧いただけましたら幸いです。

OT 未熟だった学生時代

OTとして大切にしていること。このテーマで原稿依頼をいただいた時、いまの私のOTとしての原点は、学生の頃の実習にあると感じました。今となれば単なる失敗談ではなく、この実習の経験がなければ現在の自分はないといえるほど大切な出来事ですが、当時の自分にはそうではありませんでした。この場をお借りし、体験談を恥ずかしげもなく書かせていただきます。

学生の頃の私はプライドが高く、協調性、行動力のない学生でした。しかも、これらの課題に対し無自覚でした。まずは、3年生の頃、精神科の開放病棟に評価実習に行かせていただいた時のことから述べたいと思います。自分の失敗やうまくいかないことに対し、内省をせず指導者や環境のせいにしていました。プライドが高く、わからないことなどを相談することができず、指導者が教えてくださっても「そうですね」とあたかも知っていたかのような口をきいていました。レポートを手書きで書き、誤字を訂正せず、間違いを鉛筆で塗りつぶして提出したり、実習が終わる直前、早弁を指導者が療法中に平気でし、夕方のフィー

作業療法士が創る 嚥下障害への リハアプローチ

在宅版嚥下評価 スケールの紹介

紀州リハビリケア訪問看護ステーション

作業療法士 寺本 千秋

第4回

はじめに

嚥下機能の代表的な評価スケールとしては、藤島の「摂食・嚥下能力グレード」「摂食・嚥下障害患者における摂食状況のレベル」が挙げられる^{1,2)}。近年よく用いられている嚥下機能の評価スケールは、「できる状況」と「している状況」を数指標で定量化できるものである。そのため、その時の機能状態やADL (activities of daily living) 状況を評価するには優れており、アプローチ方法の選択にも分かりやすい。よって、急性期・回復期など、機能改善の過程にある対象者の変化については分かりやすい評価方法である。

しかし在宅の、いわゆる生活期においては、本コラム第3回で述べたように、①60分かかっていた食事時間が40分になった、②嚥下食の調理時間が短縮され、介護者負担が減少した、③食事のムセが5回程度あったものが1~2回程度に減少したなどの変化を認めても、既存の評価スケールではその効果を明らかにすることはできない。第4回（今回）では、視覚的評価スケール (visual analogue scale ; VAS) を用い、主観的評価に着目し、作成した「在宅版嚥下評価スケール」を紹介する。

在宅版嚥下評価スケール（表1-3）とは

1. 評価スケール作成にあたり

VASは疼痛の主観的評価尺度として使用されることでよく知られており、多くの文献で使用されている。主観的評価の中で、VASは簡単で再現性があり、感度が良いことから、臨床においてもよく使用されている評価スケールである³⁾。

このVASが、嚥下障害の評価指標として使用されている報告はなく、生活期や在宅ではわずかな変化を捉えることのできる、感度の高い評価尺度が必要となる。また、嚥下障害を有する方は比較的重症度が高く、家族（キーパーソン）や環境面への支援も重要であり、評価スケールとしては本人と家族、両方を対象とする指標が必要となる。その点で、VASは在宅での嚥下の評価に適しているといえる。

しかし、嚥下機能の状態を十分に把握するためには、既存の評価スケールが必要である。在宅版嚥下評価スケール（主観的評価尺度）の使用は、こちらで嚥下機能の詳細や栄養状態などを十分に評価したうえで実施することが望ましい。

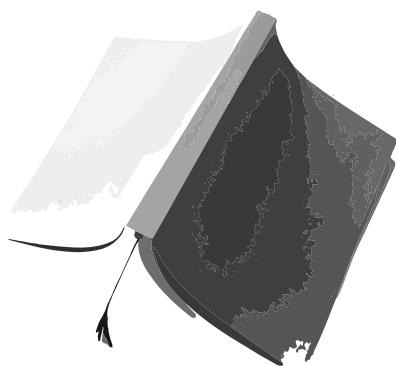
2. 評価スケール（指標）の概要

在宅版嚥下評価スケールは「本人用」「家族用」

5

OTケアマネジャーは
こうした!

退院調整、「生活」を
どう見立てられるか、
が大切



丸子 佐和子*

三浦 晃**

大塚 英樹*

*指定居宅介護支援事業所 せんだんの丘、介護支援専門員、作業療法士

**介護老人保健施設 せんだんの丘、支援相談員、作業療法士

はじめに

ケアマネジャー（以下、ケアマネ）は退院調整のために病院を訪れ、本人・家族との面談や、相談員、病棟看護師、リハスタッフからの情報収集を行い、アセスメントを行っています。今回は、回復期病院から自宅退院までの支援について、支援者の「生活」に関しての見立ての難しさと、必要性について改めて感じた事例について述べたいと思います。

事例紹介

Aさんは40歳代の女性で、専業主婦、夫とマンションに2人暮らし。X年1月に脳出血を発症し、B病院に搬送され急性期の治療後、X年3月、C回復期病院にリハのため転院。X年7月に、自宅退院の調整のためにケアマネの担当を依頼されました。

X年7月時点では、重度の左片麻痺のため移動は車椅子駆動自立、移乗動作は見守り、病院のトイレを使用すれば排泄は一部介助の状態でした。入浴はシャワー浴で、シャワーキャリーを使用して移動していました。キーパーソンは夫で、平日は仕事のため不在であり、自宅へ帰るとAさんは日中独居となります。

支援経過①：面談～自宅訪問

X年7月に、C病院の相談員から「これから1カ月をめどに在宅生活を目指している。現在は要介護2、車椅子自立的の生活を目標としている」と依頼を受けました。

病院を訪問し、本人と担当OTと面談しました。その時点ではADL（activities of daily living）全体の自立度が一部介助～見守りレベルで、まだ1人で過ごせる状態ではありませんでしたが、すでに病院OT・PTが家屋調査を実施しており、寝室の場所の変更、車椅子での動線も検討してもらって