



リハビリテーション専門職による 『地域リハビリテーション活動支援事業』を推進 するための手引き



平成 29 年 2 月

兵庫県但馬県民局但馬長寿の郷
(但馬圏域リハビリテーション支援センター)



発行にあたって

但馬長寿の郷は、都市と郡部及び、世代間の交流、そして保健・医療・福祉のそれぞれの連携を大きな柱として平成10年に開設され、今年で19年となります。

当郷では、これまで、①市町とともに高齢の方々の直接的、間接的な支援、②介護等に従事される方への研修や助言、③大学等とともに100歳を超える方々への調査研究、④各種の交流事業の実施など様々な取り組みを進めてまいりました。

とりわけ高齢化のスピードが県下において著しく進展してきた但馬地域において、県としてリハビリテーション専門職を確保した上で、市町や施設に派遣してきました。介護予防やより良いケアの進め方などについて指導・助言を行うなど、課題を抱える高齢者と家族、また、その支援者の相談相手として、課題解決にあたり、成果を上げてきました。

この間、市町合併やさらなる少子高齢化が進む中、有識者により、とりまとめられた「但馬長寿の郷のあり方検討委員会」報告書では、当郷は、①地域交流の拠点、②地域を支える人材育成の拠点、③保健医療福祉の推進拠点、④保健医療福祉の調査研究拠点、を目指すべきとされました。

この報告書を受け、平成28年度をキックオフの年とし、生活支援サービス提供体制の整備支援、認知症予防体操リーダー養成講座、さらには、研究成果の学会発表などにも一層、取り組んでいるところです。

一方、国では、一層の高齢社会に対処すべく、地域包括ケアシステムを推進していますが、その一環として、介護予防を機能強化する観点から、リハビリテーション専門職等を生かした自立支援に資する取り組みを推進するための「地域リハビリテーション活動支援事業」を一般介護予防事業に新たに位置づけました。

この事業では、リハビリテーション専門職等が、地域包括支援センターと連携しながら、通所、訪問、地域ケア会議、住民運営の通いの場等の介護予防の取り組みを総合的に支援することが求められており、これらは、まさに、当郷がこれまで行ってきた事業であります。

今後、さらに地域での展開を図るためには、医療機関や行政、地域の住民との連携や具体的な関わり方など、当郷が積み重ねてきた様々なノウハウを積極的に発信し、現場で活用いただくことが、必要であると考え、冊子として、とりまとめました。皆様の積極的な活用を期待しています。

また、この冊子については、今後ともさらなるバージョンアップを図ってまいりますので、御理解、御支援くださるようお願いいたします。

最後に、とりまとめにあたっては、但馬地域の行政、医療や施設関係者の皆様から貴重な意見・助言をいただいたことに感謝申し上げます。

目次

本書の目的・構成	1
本文	
I はじめに 地域リハビリテーション活動支援事業が始まる	3
II リハビリテーション専門職が地域に関わる背景	7
III 地域リハビリテーション活動支援事業でリハビリテーション専門職に 求められる役割	13
IV 地域ケア会議	19
1 モデル事例	
2 地域ケア会議とは	
3 地域ケア会議参加の流れ	
4 リハビリテーション専門職に求められる役割	
5 留意点と準備	
6 成功事例と失敗事例	
7 但馬長寿の郷における取組	
8 ステップアップ	
V 訪問	39
1 モデル事例	
2 介護予防・生活支援サービスにおける「訪問型サービス」とは	
3 訪問型サービス支援の流れ	
4 リハビリテーション専門職に求められる役割	
5 留意点と準備	
6 成功事例と失敗事例	
7 但馬長寿の郷における取組	
8 ステップアップ	
VI 通所	51
1 モデル事例	
2 介護予防・生活支援サービスにおける「通所型サービス」とは	
3 通所型サービス支援の流れ	
4 リハビリテーション専門職に求められる役割	
5 留意点と準備	
6 成功事例と失敗事例	
7 但馬長寿の郷における取組	
8 ステップアップ	

Ⅶ 住民運営の通いの場	……………63
1 モデル事例	
2 住民運営の通いの場とは	
3 住民運営の通いの場への支援の流れ	
4 リハビリテーション専門職に求められる役割	
5 留意点と準備	
6 成功事例と失敗事例	
7 但馬長寿の郷における取組	
8 ステップアップ	

終わりに	……………73
------	---------

地域リハビリテーション活動支援事業に取り組もう！

本書の目的

こんなことでお困りではありませんか？

- 地域リハビリテーション活動支援事業って具体的に何をするの？
- 運動療法をせずに何をすればいいの？
- 地域ケア会議ってなに？
- 通所や訪問って、デイケアや訪問リハとは違うの？
- 住民運営の通いの場で何をするの？

地域包括ケアシステムの構築に向けて、介護予防事業が見直され、「地域リハビリテーション活動支援事業」(※)が新たに設けられました。

私たちリハビリテーション専門職には、自立支援に資する取り組みを推進し、介護予防を機能強化することが求められており、今後はさまざまな形で地域住民や多職種の方々と関わる機会が増えるものと考えます。

兵庫県但馬県民局但馬長寿の郷では、平成6年度から地域包括ケアの実現に向けたリハビリテーション専門職による取り組みを但馬地域の全市町(当時1市18町、現在は3市2町)と共に進めています。そして、その取組は、まさに地域リハビリテーション活動支援事業においてリハビリテーション専門職に期待される役割であると言えます。

この手引きは、但馬長寿の郷のこれまでの取組を踏まえ、今後リハビリテーション専門職が地域住民や多職種と協働するにあたり、どのような視点を持って支援に取り組めばよいのかについて解説します。

本書の構成

最初にリハビリテーション専門職が地域に関わる背景、地域リハビリテーション活動支援事業でリハビリテーション専門職に求められる役割を解説します。

次に、「地域ケア会議」、「訪問」、「通所」、「住民運営の通いの場」について、①事業概要の説明、②事業に参加する流れ、③リハビリテーション専門職に求められる役割、④留意点と準備、⑤成功事例と失敗事例、⑥但馬長寿の郷における取り組み、⑦ステップアップの順に解説しています。

※ 地域ケア会議へのリハビリテーション専門職の派遣については、地域ケア会議推進事業として位置づけられていますが、本手引きにおいては地域リハビリテーション活動支援事業に含めて整理しています。

また、AさんとBさんの事例を基に、「地域ケア会議」、「訪問」、「通所」、「住民運営の通いの場」のそれぞれが関連していることが理解できるように工夫しています。本書に掲載している事例については、一部加工している旨を御了解ください。

なお、本書を通じて、以下のように各用語を省略して用いることにします。

地域リハビリテーション活動支援事業	⇒	本事業
リハビリテーション専門職	⇒	リハ専門職
介護予防・日常生活支援総合事業	⇒	総合事業
住民運営の通いの場	⇒	通いの場
介護支援専門員	⇒	ケアマネジャー
兵庫県但馬県民局但馬長寿の郷	⇒	当郷

I はじめに

地域リハビリテーション活動支援事業が始まる

1 はじめに

平成 29 年度から、全市町村が総合事業を実施します。そして、新たに設けられた本事業により、リハ専門職が、地域包括支援センターと連携しながら、「通所」や「訪問」、「通いの場」や「地域ケア会議」など、地域におけるさまざまな活動へ関与することになります（図 1）。

私たちリハ専門職には、その専門性を活かした自立支援に資する取組を推進し、要介護状態になっても、生きがい・役割を持って生活できる地域の実現に貢献していくことが期待されています。

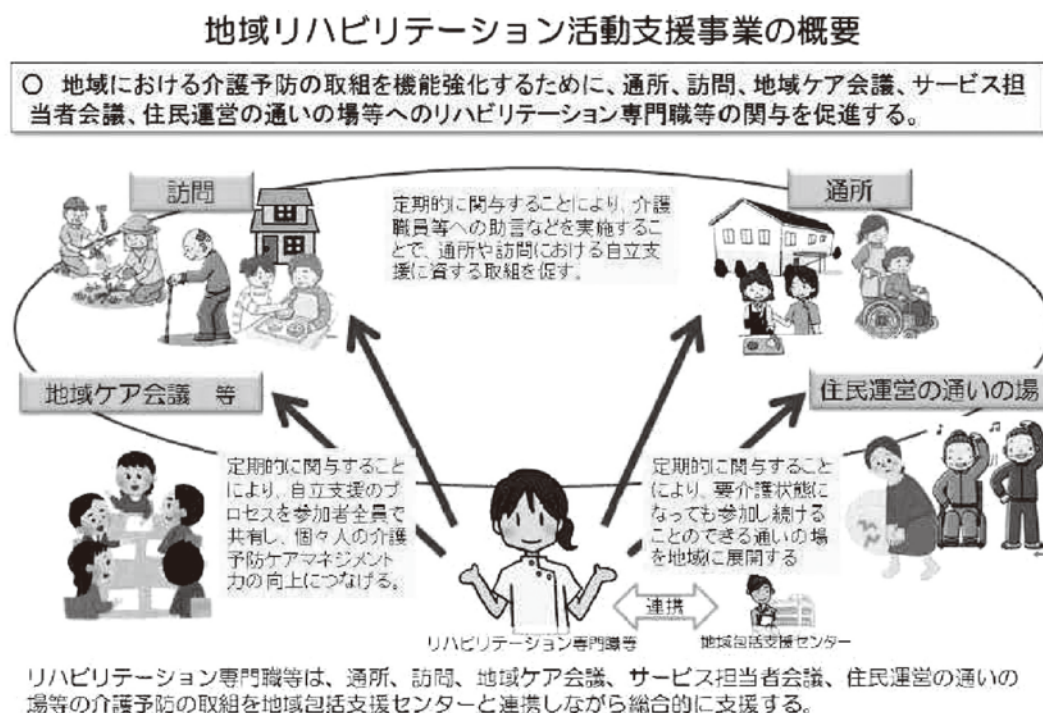


図 1 地域リハビリテーション活動支援事業¹⁾

本事業では、通所・訪問リハビリテーションの提供のように、**リハ専門職が高齢者へ直接サービスを提供することは想定されていません**。また、退院・退所前訪問とも違い、「通所」「通いの場」「地域ケア会議」のように在宅以外の場での関わりが求められています。

しかし、多くのリハ専門職にとって、このような地域の活動に参加する機会は少なかったのではないのでしょうか。そのため、具体的にどのようなことがリハ専門職に期待されているのか、どのように関わればよいのか、イメージを持ちにくいのではないかと思います。

本書では、リハ専門職に何が期待されており、本事業を通してどのような役割を果たしていくのかを解説していきます。

しかし、その前に本事業がない現在の状況について、患者・利用者の立場とリハ専門職の立場の双方から確認してみましょう。

2 地域リハビリテーション活動支援事業がないとき:地域で起きていること

患者・利用者の立場から

但馬 花子さん80歳

田んぼや畑、庭いじりが日課で、元気に過ごしていましたが、ある日、家の中で足を滑らして転んでしまいました。



いつもなら、すぐに起き上がれるのに様子が違います。痛くて立てないのです。

それを見た家族が119番へ連絡、救急車で病院へ行くと、足の骨を骨折していることがわかり、入院・手術となりました。



手術は無事成功。

手術の翌日からはリハビリも始まり、花さんは順調に回復していきました。

リハビリも進み、一人でなんとか歩けるまでに回復し、花さんは無事退院することになりました。

しかし、退院後、すぐに自宅で入浴を行うには不安があったので、病院の看護師から介護保険の申請の勧めがありました。

そして、介護保険の認定を受け、要介護1の認定を受けました。



担当のケアマネジャーと相談し、しばらくデイサービスで、入浴や運動をしながら、骨折前の生活を目指すことになりました。

しかし、デイサービスでは簡単な体操があるものの、多くの時間がレクリエーションばかりです。

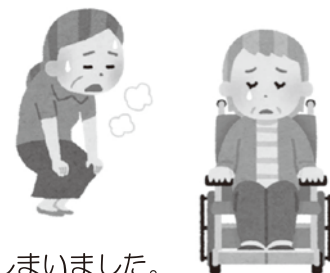
花さんは、いつ田んぼや畑に復帰できるのか、不安を抱きつつ、デイサービスに通う日々が続きました。



そんな日が続く中、花さんは少しずつ歩きにくくなってきました。

しかし、花さんは「これも、年のせいだろう」とあまり気にしませんでした。

そして、数か月過ぎた時には、とうとう車いすでの生活になってしまいました。



セラピストの立場から

病院で患者さんのリハビリに励む世良くんの元に、新しい患者さんが来ることになりました。



自宅で転倒し、足を骨折した但馬花子さんです。

手術を受け、経過も良好とのことでした。



世良くんは、手術の翌日から花子さんのリハビリに取り組みました。

花子さんも必死にリハビリに取り組み、回復も順調でした。



リハビリも進み、一人でなんとか歩けるまでに回復した花子さんは無事退院することになりました。

花子さんは退院後、介護保険を利用することが決まっていたため、世良くんも安心していました。

「骨折前の状態にはもう少し時間が必要かな」と思いつつ、世良くんはお祝いの言葉をかけて花子さんを病院から見送りました。



それから3か月後が経過しました。

いつも通りリハビリを行う世良くんが、ふと、花子さんの事を思い出しました。

「そういえば、あれから時間も経ったし、社会復帰したかな。担当のケアマネジャーさんにちょっと聞いてみよう」



花子さんの担当ケアマネジャーに連絡して世良くんは愕然とします。

なんと、花子さんは車いすでの生活になっていたのです。

また転んだり、病気になったのかを聞いてもその様なことは起きていないという事でした。



3 まとめ

現状では、花子さんのようなことが少なからず起きているのではないのでしょうか。

次章以降では、リハ専門職が地域に関わる背景や本事業におけるリハ専門職に求められる役割を説明します。

その後、モデル事例を通して「地域ケア会議」「訪問」「通所」「住民運営の通いの場」で、リハ専門職が具体的にどのような役割を果たすのかを見ていきます。

今後、リハ専門職が地域住民や多職種と協働するにあたり、どのような視点を持てばよいのか、そのイメージをつかみ、本事業に取り組むきっかけにしてください。

文献

- 1) 厚生労働省：これからの介護予防. <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku-Soumuka/0000052328.pdf> (平成 29 年 1 月 26 日アクセス可能) .

II リハビリテーション専門職が地域に関わる背景

ここでは、リハ専門職が地域に関わることになった背景・課題認識と、新しい取組について簡単に説明します。詳細については、末尾の文献を参照してください。

1 地域包括ケアシステムについて

地域包括ケアシステムとは、重度な要介護状態になっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを最期まで続けることができる体制づくりです（図1）。

地域包括ケアシステムを構築する背景として、①後期高齢者や高齢単身・夫婦世帯の増加、認知症高齢者の増加などに伴う介護・生活支援のニーズの増加、②生産年齢人口の減少による、高齢者のニーズに応える担い手が不足するなどがあります。そこで、専門職のみならず、住民やボランティア、民間企業などの多様な主体による支援体制を地域に構築していくことが求められているのです。

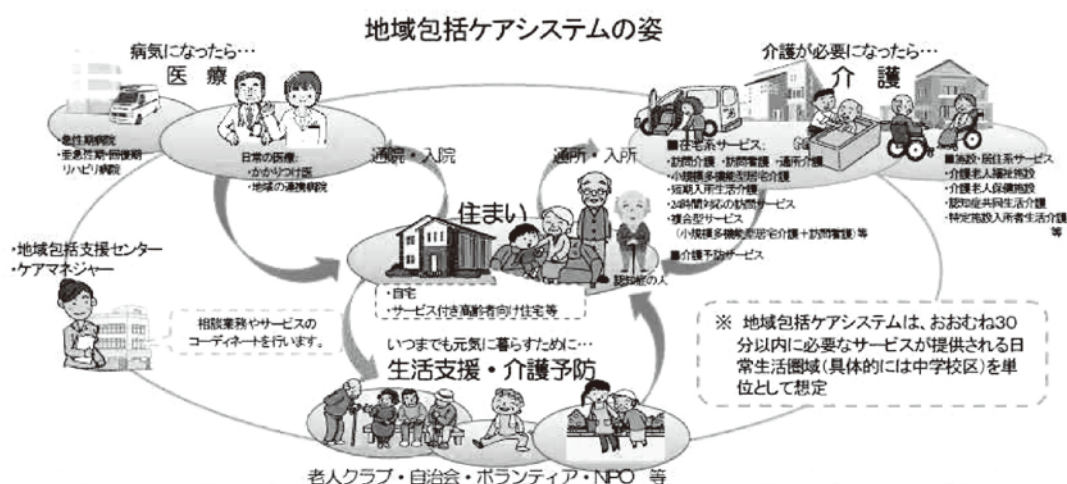


図1 地域包括ケアシステムの姿¹⁾

2 リハビリテーション専門職が地域に関わる背景

今後の介護・生活支援ニーズの増加や担い手の不足を考えると、「**要介護者を増やさないこと**」と「**重度化の防止**」という2つの取組が重要です。

しかし、これまでの取り組みは決して十分なものではありませんでした。そこで、従来の取組の問題点を整理します。

用語解説

地域包括ケアシステム²⁾

「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安心・安全・健康を確保するために、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制」と定義されています。

(1) 介護予防（要介護者を増やさないこと）

平成 18 年度に始まった介護予防では、以下のような問題が指摘されています³⁾。

ア 費用対効果が低い

二次予防事業は、対象者の把握に事業費の約 3 割を投入していたものの、参加率は高齢者人口の 0.7%にとどまり費用対効果が低かった。

イ 虚弱高齢者の把握が不十分

基本チェックリストの未回収・未回答者の状況把握ができなかった。

ウ 事業参加率の低迷

事業内容が筋力トレーニングなどに偏り、取組に関心を持ってない高齢者の参加を促すことができなかった。

エ 高齢者の主体性を尊重する通いの場の創出が不十分

年齢や心身の状況等によらず、一緒に参加することのできる通いの場を創出する取組が不十分であった。

特に、二次予防事業では、教室の終了後、状態が改善したケースにおいても運動を継続することができず、徐々に活動性が低下し、事業の成果が持続できない状況がありました。また、卒業後の受け皿であり、元気高齢者の健康づくりの場として期待された一次予防事業は、開催頻度が低い、動機づけが不十分といった問題から、広がり限定的で、二次予防事業の成果を維持できるだけの取組に発展しなかったという問題がありました³⁾。

(2) ケアマネジメント（重度化の防止）

『介護支援専門員（ケアマネジャー）の資質向上と今後のあり方に関する検討会における議論の中間的な整理⁴⁾』では、検討すべき課題として以下のような整理がなされています（抜粋）。

- ア 介護保険の理念である「自立支援」の考え方が、十分共有されていない。
- イ 利用者像や課題に応じた適切なアセスメント（課題把握）が必ずしも十分でない。
- ウ サービス担当者会議における多職種協働が十分に機能していない。
- エ ケアマネジメントにおけるモニタリング、評価が必ずしも十分でない。
- オ インフォーマルサービス（介護保険給付外のサービス）のコーディネート、地域のネットワーク化が必ずしも十分できていない。

さらに、『介護支援専門員の資質向上と今後のあり方に関する調査研究 ケアプラン詳細分析報告書⁵⁾』では、生活機能の向上が見込める事例に対するリハビリテーションサービスの利用が少ないこと、生活障害の要因が詳細に分析されていないこと、予後予測をした上で目標設定されていないことなどが指摘されています。

用語解説

二次予防事業

要介護状態等となるおそれの高い状態にあると認められる 65 歳以上の者を対象に、おおむね 3～6 か月の期間、週 1 回の頻度で運動教室等を実施するものです。

基本チェックリスト

近い将来、要支援・要介護状態となるおそれがある高齢者（65 歳以上）を選定するために、厚生労働省が作成したものです。

このような問題点を改善し、「住み慣れた地域で自分らしい暮らしを最期まで続けることができる」ことを実現するために、さらなるリハ専門職の関わりが期待されるに至ったのです。

3 これからの取組

(1) 介護予防・日常生活支援総合事業

総合事業においては、「従来の介護予防の課題を改善した上で、あらためて、介護予防を強化すること」が求められて⁶⁾います。そのため、健康な高齢者から虚弱・要支援認定者まで、より多くの高齢者が、継続的に介護予防に取り組むこととなりますが、その要となるのが「地域の通いの場」です(図2)。

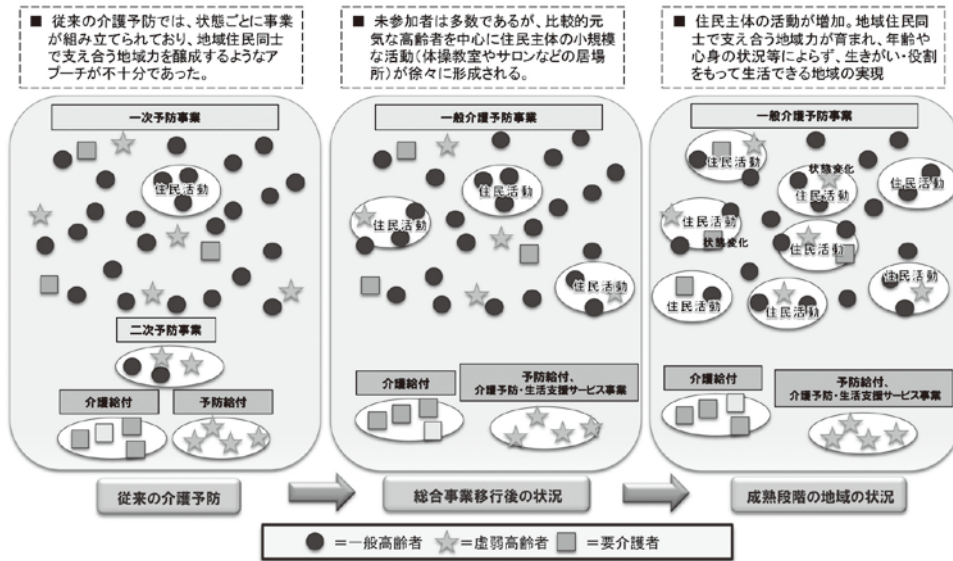


図2 地域包括ケアシステムにおける「地域づくり」のあり方³⁾

このような取組を通して、将来的には地域での「助け合い」「支え合い」への基盤となるとともに、介護予防も社会参加も生活支援も同時に実現できるような地域での支え合いの仕組みを目指しています⁶⁾(図3)。

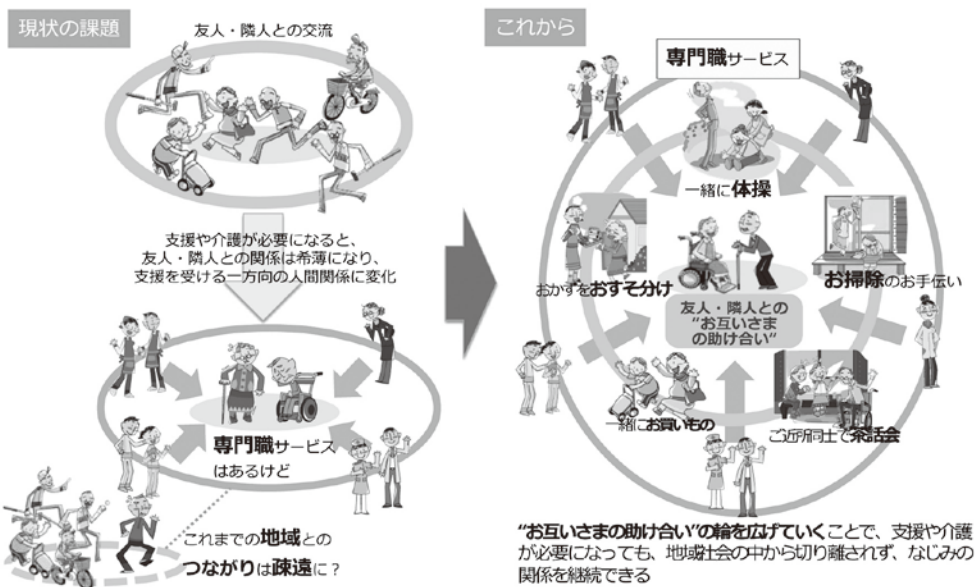


図3 総合事業は地域づくり⁷⁾

このように、総合事業は、「生活支援・介護予防」を充実させる事業です。市町村が中心となり、地域の実情に応じて、住民等の多様な主体が参画することにより、地域の支え合いの体制づくりを推進し、要支援者等に対する効果的かつ効率的な支援等を可能とすることを目指します。

総合事業は、①「訪問型サービス」、「通所型サービス」、「その他の生活支援サービス」及び「介護予防ケアマネジメント」から構成される「介護予防・生活支援サービス事業」と、②第1号被保険者に対して体操教室等の介護予防を行う「一般介護予防事業」からなります（図4）。

リハ専門職は、この2つの事業を通じて地域と関わることになります。

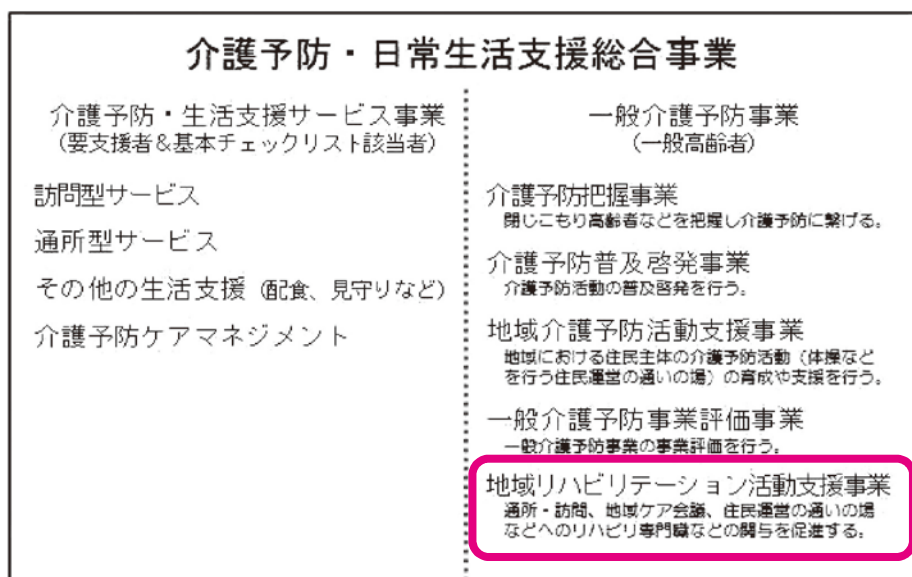


図4 新しい介護予防事業（厚生労働省資料を参考にして兵庫県高齢対策課で作成）

（2）自立支援型ケアマネジメント

近年は、改めて自立支援型のケアマネジメントの必要性が論じられており、地域ケア会議での個別ケースの検討においても、自立支援に向けたケアのあり方が議論されています⁶⁾。

また、厚生労働省では、「課題整理総括表・評価表」を作成し、その活用について周知を図っています⁸⁾。課題整理総括表は、ケアマネジャーが把握した要介護者等の基本的な情報を多職種間で共有するとともに、専門職であるケアマネジャーとしてどのような考えで要介護者等の「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」を導き出したのかを表現することを目的としています。また、評価表は、ケアプランに掲げた短期目標に着目し、目標の達成度合いを評価するとともに、次のケアプランに向けた再アセスメントがより有効なものとなることを企図しています。

これからは、ケアマネジャーのアセスメント過程とサービスマネジメントが適切に行われているかどうか厳しくチェックされるようになってくるものといえます。

さらに、『新しい総合事業の移行戦略 地域づくりに向けたロードマップ』⁶⁾では、「先進的に自立支援型のケアマネジメントに取り組む自治体からは「自立支援型ケアマネジメント」においては、本人の参加意欲を高めるためにも、柔軟で多様な支援メニューが必要との指摘」があるが、「自立支援型のケアマネジメントを進めるためには、従来の予防給付を超えて地域に選択肢が増えることを目指す必要があり、総合事業はそのための取組と位置づけることができる」としています。

これらのことから、総合事業の中においても自立支援型ケアマネジメントは、特に重要な取組であるということが出来ます。

4 まとめ

今後は、地域における介護予防の強化と自立支援型ケアマネジメントの実践がますます重要になってきます。

リハ専門職には、総合事業、とりわけ自立支援型ケアマネジメントの実践に対して、専門性を発揮することが期待されており、その役割は非常に大きなものと言えます。

文献

- 1) 厚生労働省：介護予防の推進について。 <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku-Soumuka/0000052328.pdf> (平成 29 年 1 月 26 日アクセス可能)。
- 2) 地域包括ケア研究会：平成 21 年度老人保健健康増進等事業「地域包括ケア研究会報告書」。平成 22 年 3 月。 http://www.murc.jp/uploads/2012/07/report_1_55.pdf (平成 29 年 1 月 26 日アクセス可能)。
- 3) 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング：平成 26 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業）地域支援事業の新しい総合事業の市町村による円滑な実施に向けた調査研究事業 介護予防・日常生活支援総合事業への移行のためのポイント解説。平成 27 年 3 月。 http://www.murc.jp/sp/1410/sougou/point_kaisetsu/point_honpen.pdf (平成 29 年 1 月 26 日アクセス可能)。
- 4) 介護支援専門員（ケアマネジャー）の資質向上と今後のあり方に関する検討会：介護支援専門員（ケアマネジャー）の資質向上と今後のあり方に関する検討会における議論の中間的な整理。平成 25 年 1 月 7 日。 <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002s7f7-att/2r9852000002s7go.pdf> (平成 29 年 1 月 26 日アクセス可能)。
- 5) 株式会社 日本総合研究所：平成 23 年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業「介護支援専門員の資質向上と今後のあり方に関する調査研究ケアプラン詳細分析結果報告書」。平成 24 年 3 月。 <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002a2tj-att/2r9852000002a2vs.pdf> (平成 29 年 1 月 26 日アクセス可能)。
- 6) 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング：平成 27 年度 厚生労働省老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業 地域支援事業の介護予防・日常生活支援総合事業の市町村による円滑な実施に向けた調査研究事業 『新しい総合事業の移行戦略 地域づくりに向けたロードマップ』 http://www.murc.jp/sp/1509/houkatsu/houkatsu_02_01_h27.pdf (平成 29 年 1 月 26 日アクセス可能)。
- 7) 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング：新しい総合事業における移行戦略のポイント解説（平成 27 年度事業）。 <http://www.murc.jp/sp/1509/houkatsu/seminar/2015/151106/pdf/01murc.pdf> (平成 29 年 1 月 26 日アクセス可能)。
- 8) 厚生労働省老健局振興課：「課題整理総括表・評価表の手引き」の活用について。平成 26 年 6 月 17 日事務連絡。 <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000114689.pdf> (平成 29 年 1 月 26 日アクセス可能)。

III 地域リハビリテーション活動支援事業で リハビリテーション専門職に求められる役割

本章では、本事業においてリハ専門職が果たす役割をまとめています。具体的な役割・関わり方についてはIV～VII章を御確認ください。

1 リハビリテーション専門職に求められる専門性

本事業では、従来の治療者と患者という「一対一」の関係を通じた直接的支援（治療）ではなく、次のような介護職等への助言を通じた間接的支援（評価・指導・助言）を行います¹⁾。

- ・訪問・通所サービスに同行し、利用者の心身の状況や生活環境などを踏まえた支援の方法を介護者などに助言する。
- ・通いの場に参加し、参加者の状態に適した活動内容や方法を助言する。
- ・介護予防講座などの企画に携わり、講師を務める。
- ・認知症初期集中支援チームでアセスメントなどを行う。
- ・地域ケア会議に出席し、リハビリの効果を予測し、生活に即した目標設定を助言する。

治療（運動療法）よりも、むしろ運動療法、物理療法、ADL 指導といった「療法」に向かうプロセス（観察、統合と解釈、課題抽出）が注目されています。

このような間接的支援でリハ専門職に求められる『専門性』は、以下のように表すことができます。

リハビリテーション専門職の専門性：アセスメント力、提案力

（1）アセスメント力

対象者が継続的に地域・在宅で生活するために、**生活障害の要因分析や予後予測**を行います。

生活機能を高めるためには、健康状態や心身機能だけではなく、活動や参加、環境因子や個人因子など幅広い視点で評価する必要があります。その際、ICFを活用し、情報収集と整理を行いましょ（図1）。

（2）提案力

地域や在宅で生活する対象者の置かれた状況は千差万別です。対象者個々の状況に合わせた効果的な提案を行うためには、アセスメントで得た情報を基に、幅広い選択肢を考え、提案する必要があります。そのため、**1つの課題に対して複数の選択肢を提示できる能力**が求められています。

用語解説

生活機能

人が生きていくために必要な機能であり、体の働きや精神の働きである「心身機能」、ADL・IADL・職業能力といった生活行為全般である「活動」、家庭や社会生活で役割を果たすことである「参加」から構成されています。

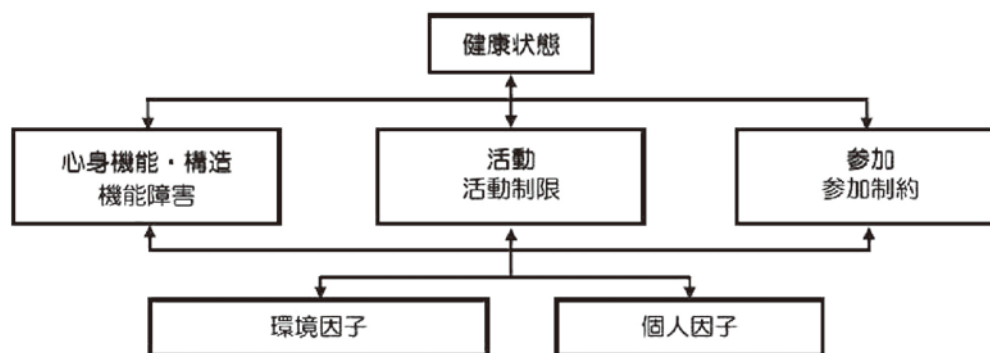


図1 ICF（国際生活機能分類）

本事業では、いつものように理学療法・作業療法・言語聴覚療法を通して機能回復を図る治療を直接行うことはせず、間接的な関わりにおいて対象者の生活課題をどのように解決するべきか悩むこともあるでしょう。

しかし、対象者が望む生活の実現や地域づくりに向け、リハ専門職には新しい役割が期待されているのです。

2 リハビリテーション専門職に求められる役割

本事業は、「行政における専門職が増員されない状況の中で、**事業所のリハ専門職を地域保健の担い手として活躍してもらうための取組²⁾**」と言うこともできます。

そこで、地域保健の担い手である行政のリハ専門職の役割について、医療機関で求められる役割とも比較しながら整理します。

（1）行政におけるリハ専門職の役割

行政のリハ専門職の役割について、『行政の理学療法士、作業療法士が関与する効果的な事業展開に関する研究報告書³⁾』（以下、「報告書」という。）では、「年齢や障害の有無に関わらず、地域住民が主体的に個人及び地域の健康状態の改善、保持、増進に向けて行動することを支援することと、地域健康課題を把握し、解決策（事業）を企画立案し、結果を評価すること、さらに地域の健康課題を解決するために必要な社会資源を開発することを中核に置いて、その職能を活かして取り組む」こととし、多職種協働を円滑に進めるための役割機能を次のようにまとめています（図2）。

ア 個別支援・直接的アプローチ

在宅訪問による個別の**介護予防プログラム指導、住環境整備の提案**などの個別支援や、対象者や家族の相談業務等、リハ専門職が直接「個」を支える業務。

用語解説

ICF

International Classification of Functioning, Disability and Health（国際生活機能分類）の略で、WHO（世界保健機関）で1980年に制定された「ICIDH（国際障害分類）」の改訂版として2001年に制定されました。

障害に関することや、健康に関することなどを分類し、それらが複雑に絡み合って相互作用していると考えたものです。

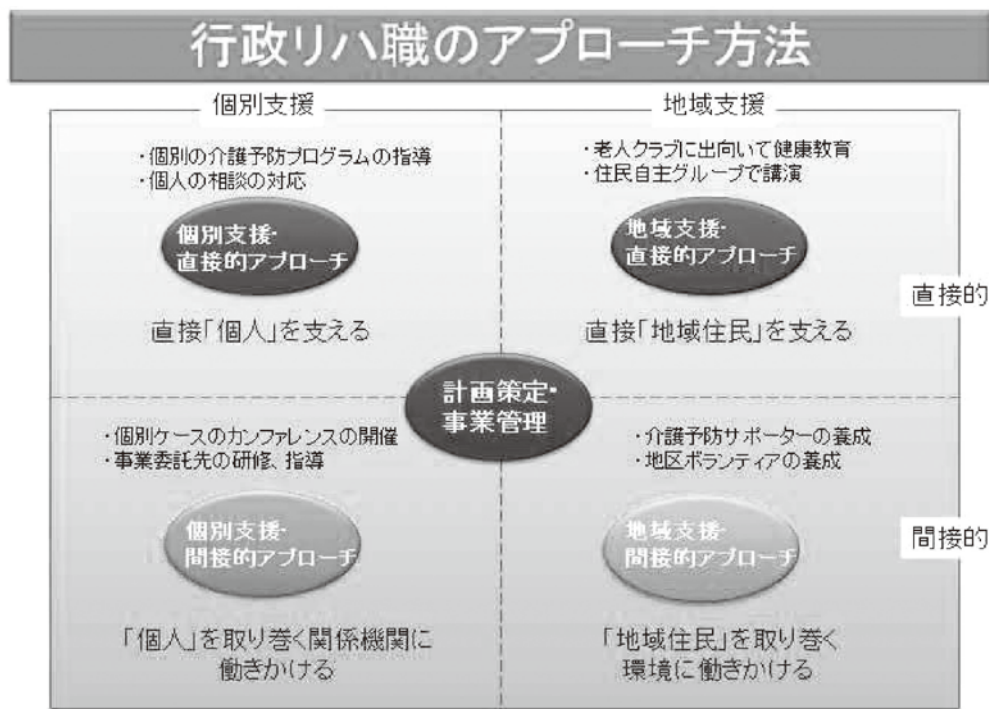


図2 概念図（文献3を改変）

イ 個別支援・間接的アプローチ

個を支援するチーム（ケアマネジャーや看護師、介護職、福祉用具事業者等）に対して、地域ケア会議やサービス担当者会議等を通して支援を行ったり、事業委託先のリハ専門職への助言・指導等を行いながら、リハ専門職が間接的に「個」を支える業務。

ウ 地域支援・直接的アプローチ

コミュニティ全体や自主グループ、老人クラブや地区社協等のコミュニティを支える様々なグループへ直接的に介入し、リハ専門職がその地域づくりの支援を実施する業務。

エ 地域支援・間接的アプローチ

ウの「核」となるグループや人、民生委員、ボランティア等への関わりを通し、住民自らの地域づくりを支援するように、間接的にサポートする業務。

オ 計画策定・事業管理

ア～エについて様々な側面で地域をとらえながら、支援計画を策定したり、委託管理を行ったり、評価を行ったりするプロデュース的な業務。

このように、行政におけるリハ専門職の役割は、対象者個人の生活課題への直接的な介入にとどまらず、**地域全体の福祉の増進に資すること**であり、その方法も直接的なものに加え、個人や地域に係る機関や環境に介入する間接的な手段をも持つということです。

（2）医療機関と行政機関におけるリハ専門職の役割の違い

『医療機関や介護サービス事業所におけるリハ専門職の役割』と、『行政におけるリハ専門職の役割＝本事業におけるリハ専門職役割』の違いを表1のようにまとめることができます。

表1 医療機関等と行政機関におけるリハ専門職の違い

	医療機関・介護事業所	行政機関	
対象者	個人	個人	地域住民
関わる時期	疾病・外傷による治療期 生活期(デイケア・訪問リハ)	治療期以外(予防・生活期)	
介入方法	・個人に直接治療を行う (直接的アプローチ)	・個別の生活支援、相談 (直接的アプローチ) ・他職種への助言、指導 (間接的アプローチ) ・地域ケア会議 (間接的アプローチ)	・住民運営の通いの 場への参画 (直接的アプローチ) ・住民リーダーへの 助言、指導 (間接的アプローチ)
業務内容	・理学療法、作業療法、言語 聴覚療法の実施 ・環境調整	・多職種を介した生活支援、環境調整 ・地域課題に応じた情報提供 ・人材育成 ・政策等の企画立案	

(3) 本事業における関わり

当面は、住民運営の通いの場や地域ケア会議など、一部の事業への参加にとどまるかもしれません。しかし、本来、個に対する専門的支援と地域全体に対する専門的支援を同時に進めていく必要があります。

例えば、在宅訪問をする中で、虚弱高齢者や要支援高齢者が地域で集う機会がなく、閉じこもりがちであるため、活動性が低下し、機能低下が危惧されるなどの問題が明らかになったとします。そのような状況を地域ケア会議などで関係者と共有するとともに、住民運営の通いの場の立ち上げにつながる支援や、訪問や通所で適切な支援が受けられるようにリハ専門職がスタッフ支援を行うなど、それぞれの事業を関連づけて取り組むということです。

また、様々な分野でエビデンス(科学的根拠)に基づいた実践が求められています。本事業でも同様に、成果が得られているプログラムや支援を考えるようにしましょう。

このような関わりの中で『地域診断』を行い、その結果を踏まえて計画策定や新規事業の立ち上げに活かし、さらにその結果を分析して次の企画立案・事業推進につなげるといったプロセスにリハ専門職が関わるのが求められています。

さらに、これからは地域の課題は何か、またどのような地域社会を作るのかに関しての、関係者間での目標や考え方の共有(規範的統合)⁴⁾が重要だと言われています。

そのため、一部の事業への参加にとどまる場合であっても、市町村や地域包括支援センターの担当者として「この市町や地域をどのようにしていきたいのか」という目標を共有するように努めましょう。さらに、少しずつでも関わる機会を増やすことで、企画立案・事業管理を含めて本事業全体に関与するようにしていきましょう。

3 地域リハビリテーション活動支援事業に関わることで得られるもの

地域包括ケアシステムの中では、専門職が個人に対してサービス提供を行う日常業務に加えて、「地域」に対する貢献が今後の役割として期待されて⁵⁾います。

しかし、本事業への参画は、“地域貢献”だけではありません。本事業に関わることにより、日常勤務している医療機関や介護事業所、また、リハ専門職個人にとっても、在宅での生活をイメージしたリハビリの提案など得られるものは多く、医療機関や介護事業所における個人に対するリハビリテーションへの波及効果も期待できます。

(1) 患者・利用者に提供したリハビリテーションの成果・課題をフィードバックできる

本事業に関わる中で、以前担当していた患者・利用者の退院・退所後の生活に関わることもあるでしょう。皆さんが実施したリハビリテーションの結果、どのような生活を送っているのかを知ることができるかもしれません。そして、その結果を今後のリハビリテーションに活かすことができます。

(2) 質の高いリハビリテーションの実施につなげることができる

高齢者の地域におけるリハビリテーションの在り方検討会報告書⁵⁾では、近年の通所・訪問リハビリテーションの課題として次のような指摘をしています(抜粋)。

- ・訓練そのものが目的化し、機能訓練が漫然と実施されており、目標と期間を定めた計画に基づく適時・適切なリハビリテーションが提供されていない。
- ・身体機能に偏ったリハビリテーションが実施され、「活動」や「参加」などの生活機能全般を向上させるためのバランスのとれたリハビリテーションが実施されていない(図3)。
- ・高齢者の気概や、より楽しく生きたい、より豊かに生きたい、より高い生活機能を実現したいとする高齢者の主体性を引き出し、これを適切に支える取組が重要だが、このような高齢者自身の思いが把握できていない。

地域ケア会議や訪問を通して、家庭内や地域での「役割」や「活動」について知る機会が増えれば、より具体的な目標設定に活かすことができるでしょう。また、住民運営の通いの場がある地区に住む患者・利用者であれば、通いの場への参加を目標にすることもできます。

高齢者リハビリテーションのイメージ

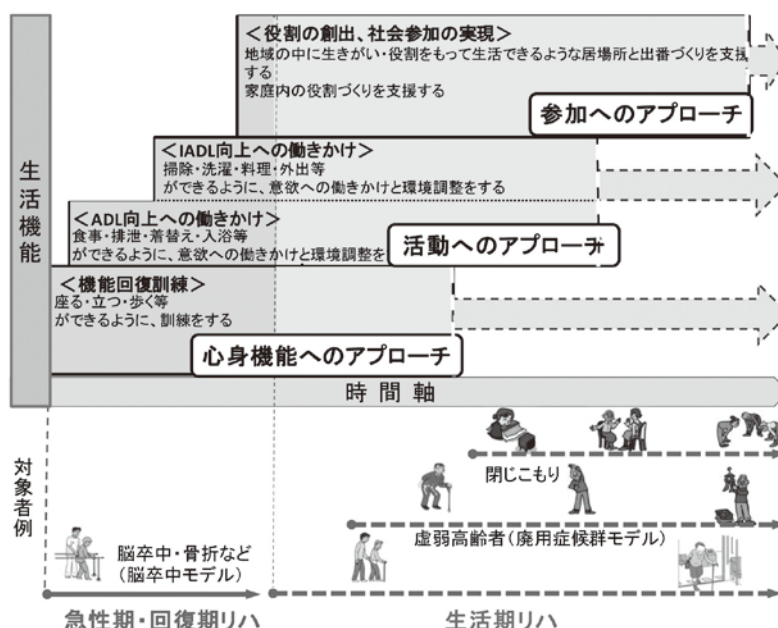


図3 高齢者リハビリテーションのイメージ⁵⁾

用語解説

活動

歩行、家事、各種 ADLなどを指します。

参加

就労、趣味スポーツ、地域活動などに加え、「役割」(人との関わり)などを指します。

このように、目標が具体的にになれば患者・利用者が積極的にリハビリテーションに取り組むことにつながり、ひいては在院日数の短縮等にもつながることが期待できます。

さらに、地域ケア会議等を通して、多職種と関わることにより、退院・退所に際しての各サービス間や専門職種間の連携にもつながっていくでしょう。

4 まとめ

本事業でリハ専門職に求められる役割について説明しました。他職種が期待する役割を担えるよう、スキルアップに努めましょう。

文献

- 1) 兵庫県健康福祉部高齢社会局：介護予防・日常生活支援総合事業の導入に向けて、平成 27 年度新総合事業・地域総合支援センター（地域包括支援センター）市町担当者等研修、平成 27 年 8 月 31 日
- 2) 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング：平成 27 年度 厚生労働省老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業 地域支援事業の介護予防・日常生活支援総合事業の市町村による円滑な実施に向けた調査研究事業 『新しい総合事業の移行戦略 地域づくりに向けたロードマップ』。
http://www.murc.jp/sp/1509/houkatsu/houkatsu_02_01_h27.pdf（平成 29 年 1 月 26 日アクセス可能）。
- 3) (財)日本公衆衛生協会、(社)日本理学療法士協会、(社)日本作業療法士協会：平成 21 年度 地域保健総合推進事業「行政の理学療法士、作業療法士が関与する効果的な事業展開に関する研究」－地域保健への理学療法士、作業療法士の関わり－。平成 22 年 3 月
- 4) 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング：平成 27 年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業 地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業報告書〈地域包括ケア研究会〉地域包括ケアシステムと地域マネジメント。平成 28（2016）年 3 月。
http://www.murc.jp/uploads/2016/05/koukai_160509_c1.pdf（平成 29 年 1 月 26 日アクセス可能）。
- 5) 高齢者の地域における新たなリハビリテーションの在り方検討会：高齢者の地域における新たなリハビリテーションの在り方検討会報告書。平成 27 年 3 月。
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku-Soumuka/0000081900.pdf>（平成 29 年 1 月 26 日アクセス可能）。

IV 地域ケア会議

地域ケア会議におけるリハビリテーション専門職の役割

本章では、次に示すモデル事例 A さんの事例を通して、「地域ケア会議」のイメージを大まかにつかんでもらいます。その上で、リハ専門職が、地域ケア会議で具体的にどのような役割を果たすのかについてみていきましょう。

1 モデル事例 A さんの多職種による検討：自立支援の観点からサービスの見直し

<事 例>

A さん（77 歳女性、要支援 2）は認知障害のある姉（要介護 1）と 2 人で暮らしています。これまでは、A さんが家事を行ってききましたが、脊柱管狭窄症と変形性膝関節症により、立って家事を行うことが少しずつ難しくなってきました。

さらに、H27 年秋頃に食道裂孔ヘルニアで緊急入院します。医師からは手術を勧められましたが、A さん自身の希望で保存療法による在宅療養をすることになりました。

そして、退院後は姉妹で訪問介護サービス（調理、掃除など）や配食サービスを利用しています。

<生活課題>

①食 事

病院から食事回数や量、食形態について細かな指導が行われていましたが、退院後は食事指導が守れておらず、食道裂孔ヘルニアの再発が危惧されています。

②活 動

日中の活動はトイレまでの移動が中心で活動性が低いため、さらなる心身機能の低下が危惧されます。

③社会参加

2 人は都市部からの転入者であるため、近所との交流機会が少なく、地域での協力者もほとんどいません。そのため、緊急時などにどのような支援ができるのか、担当ケアマネジャーは苦慮しています。

<本人・家族の主訴・希望>

A さん：これまでとおりに家事を続けていきたい。

姉：特に困っていることはない。

<地域ケア会議の目的>

A さんにはリハ専門職や栄養士などの医療職が全く関わっていません。そこで、担当ケアマネジャーは、医療職を中心に専門職からのアドバイスを得て、A さんに対する生活支援を見直していきたいと考えています。

さらに、近隣とのつながりが希薄な A さん姉妹を今後どのように支援していけばよいのか、多職種からのアドバイスを期待しています。

<参加職種>

行政直営型地域包括支援センター職員、行政保健師、介護支援専門員、訪問介護員（ヘルパー）、作業療法士、社会福祉協議会職員、区長会代表者、民生委員代表者

 <事例検討に費やされた時間>

担当ケアマネジャーからの事例紹介 10分

出席者が本事例に対する理解を深めるための質問 15分

本事例に対する支援についての提案 10分

計35分

<課題解決に向けた提案>

①食事について

退院時の指導は守れていませんが、症状は悪化していません。

行政の保健師は、療養のための食事について、行政の管理栄養士から学ぶ機会を設けることを提案しました。

作業療法士は、ヘルパーが全面的に買い物や調理をするのではなく、少しずつAさん本人が調理に携わることを提案しました。そして、実際にAさんがどのように調理に携わることが出来るのか、後日、作業療法士が訪問して検討することにしました。

②活動性の低下について

下肢・体幹筋力の低下が危惧されますが、何かAさんに出来ることがあるのではないかと検討しました。そして、作業療法士は、地域リハビリテーション活動支援事業を活用し、自身が後日訪問する際に住宅環境を確認し、移動能力を維持するために歩行器の使用を検討することにしました。

③地域との交流について

区長・民生委員は、地域の行事について情報提供し、近隣住民との関係づくりに活かすことを提案しました。そのために、担当ケアマネジャーからAさんが住む地区の区長・民生委員へ依頼することにしました。

また、行政の保健師と作業療法士は、今後、Aさんが住む地区で行われている体操教室（住民運営の通いの場）にAさんが参加できるのではないかと考え、訪問を重ねる中で提案する旨を伝えました。



2 地域ケア会議とは

(1) 地域ケア会議とは

地域ケア会議は、①多職種の第三者による専門的視点を交えて、ケアマネジメントの質の向上を図り、また、②個別ケースの課題分析等の積み重ねにより地域課題を発見し、③地域に必要な資源開発や地域づくり、さらには介護保険事業計画への反映などの政策形成につなげる等、地域包括ケアシステムの実現に向けたツール¹⁾であり、「地域ケア個別会議」と「地域ケア推進会議」に大別できます。

従来、ケアマネジャーはサービス担当者会議を開催し、利用者のニーズに応じたサービスを利用者本人・家族、サービス担当者で検討してきました。しかし、『介護支援専門員（ケアマネジャー）の資質向上と今後のあり方に関する検討会における議論の中間的な整理²⁾』（以下、「中間整理」という。）では、検討すべき課題として以下のような整理がなされています（抜粋）。

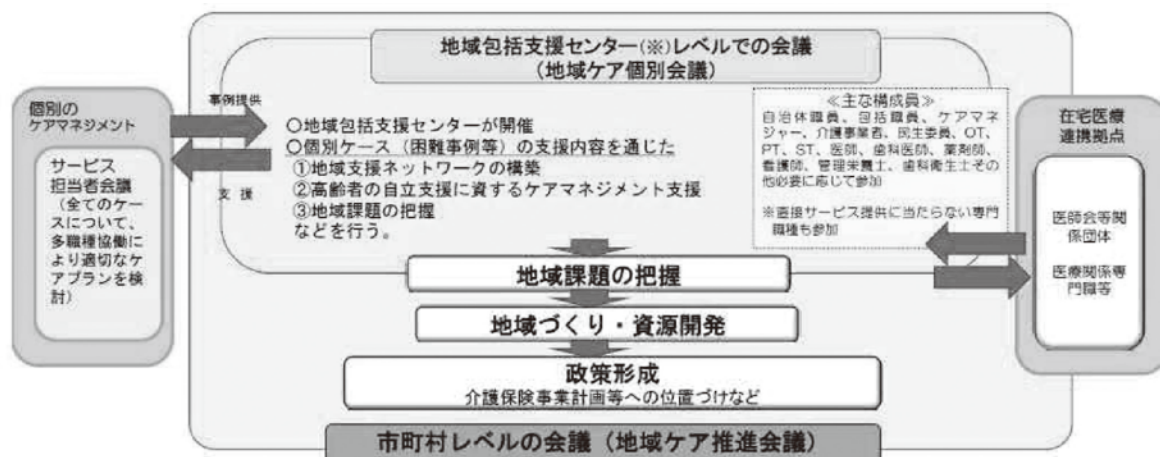
- ・介護保険の理念である「自立支援」の考え方が、十分共有されていない。
- ・利用者像や課題に応じた適切なアセスメント（課題把握）が必ずしも十分でない。
- ・サービス担当者会議における多職種協働が十分に機能していない。
- ・インフォーマルサービス（介護保険給付外のサービス）のコーディネート、地域のネットワーク化が必ずしも十分でない。

さらに、『介護支援専門員の資質向上と今後のあり方に関する調査研究ケアプラン詳細分析報告書³⁾』では、生活機能の向上が見込める事例に対するリハビリテーションサービスの利用が少ないこと、生活障害の要因が詳細に分析されていないこと、予後予測をした上で目標設定されていないことなどが指摘されています。

このような問題点を改善するために地域ケア会議の実施が法定化されました。

Aさんの事例のように、個別ケースを検討する「地域ケア個別会議」は、地域包括支援センターが開催します。一方、地域づくりや政策形成等につなげる「地域ケア推進会議」は市町村レベルで開催されます（図1）。

リハ専門職が参加する地域ケア会議は、主に「地域ケア個別会議」（以下、「地域ケア会議」という。）です。



- ア 自立支援につながるサービスが過不足なく計画されているかの検討（ケアプランチェック）
- イ 「気づきの事例検討」「スーパービジョン」の手法を使った介護支援専門員支援
（アセスメント過程を振り返る、ケアマネジメント支援過程のチェック）
- ウ 虐待などの困難事例の検討、その他

（２）サービス担当者会議との相違

サービス担当者会議⁴⁾は、ケアマネジャーが主催します。そのため、検討するケースは要支援・要介護者であり、本人・家族とともに利用者に関わるサービス担当者が、利用者のニーズに応じたサービスを適切に活用できるように検討を行います。また、サービス担当者会議は、ケアプラン作成時と変更時に実施しなければなりません。

一方、地域ケア会議は、地域包括支援センター（又は市町村）が主催します。検討するケースも要支援や要介護者に限定されません。また、検討するケースの関係者に限らず、地域の多職種が課題解決に向けた検討を行います。

地域ケア会議とサービス担当者会議の相違点を次のようにまとめることができます（表 1）。

表 1 地域ケア会議とサービス担当者会議の相違点⁴⁾

地域ケア会議（個別ケース検討）	項目	サービス担当者会議
地域包括支援センターまたは市町村	開催主体	介護支援専門員（契約が前提）
ケース当事者への支援内容の検討、地域包括支援ネットワークの構築、自立支援に資するケアマネジメントの支援、地域課題の把握など	目的	利用者の状況等に関する情報共有、サービス内容の検討および調整など
<ul style="list-style-type: none"> ・「地域支援事業の実施について」（厚生労働省老健局長通知） ・「地域包括支援センターの設置運営について」（厚生労働省老健局振興課長ほか連名通知） 	根拠	「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準」第 13 条第 9 号
行政職員、センター職員、介護支援専門員、介護サービス事業者、保健医療関係者、民生委員、住民組織、本人・家族等	参加者	居宅サービス計画の原案に位置づけた指定居宅サービス等の担当者、主治医、インフォーマルサービスの提供者、本人・家族等
サービス担当者会議で解決困難な課題等を多職種で検討 （例） <ul style="list-style-type: none"> ・支援者が困難を感じているケース ・支援が自立を阻害していると考えられるケース ・支援が必要だと判断されるがサービスにつながっていないケース ・権利擁護が必要なケース ・地域課題に関するケース 等 	内容	<ul style="list-style-type: none"> ・サービス利用者の状況等に関する情報の担当者との共有 ・当該居宅サービス計画原案の内容に関する専門的見地からの意見聴取

用語解説

ケアマネジメント

「利用者の社会生活上のニーズを充足させるため、適切な社会資源と結びつける手続きの総体⁵⁾」として定義づけられています。

3 地域ケア会議の流れ

地域ケア会議参加の大きな流れは次のとおりです（図2）。これから地域ケア会議へ参加するリハ専門職は、大きな流れを把握し、しっかりと事前準備を行って、会議に臨むようにしてください。

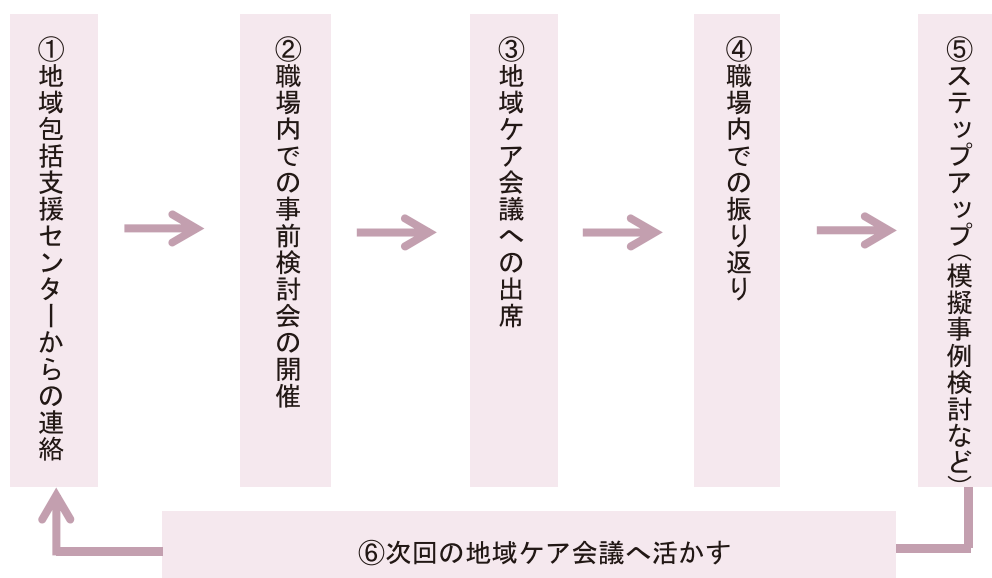


図2 地域ケア会議の大きな流れ

4 リハビリテーション専門職に求められる役割

地域ケア会議の目的の1つがケアマネジメントの質の向上ですが、中間整理による課題分析から、ケアマネジメントの質とは、「課題分析と予後予測を行い、自立支援に向けた目標指向型のケアプランを作成すること」と言えます。

そのため、地域ケア会議でリハ専門職に求められる役割を以下のようにまとめることができます。

- (1) 専門性に基づいた課題分析と予後予測を行うこと
 - ア 生活機能障害を引き起こす要因を評価すること
 - イ ICF等を用いて評価結果を分かりやすく伝えること
 - ウ 疾患を踏まえた生活行為の改善見通しとリスクを示すこと
- (2) 対象者の有する能力を最大限に引き出すための支援を提案すること

5 留意点と準備

(1) 事前連絡

事前準備として行うべきポイントをまとめています（図3）。特に、介護職や住民組織の代表者が参加する事例検討会に不慣れな場合には、十分な準備ができるよう入念に確認してください。

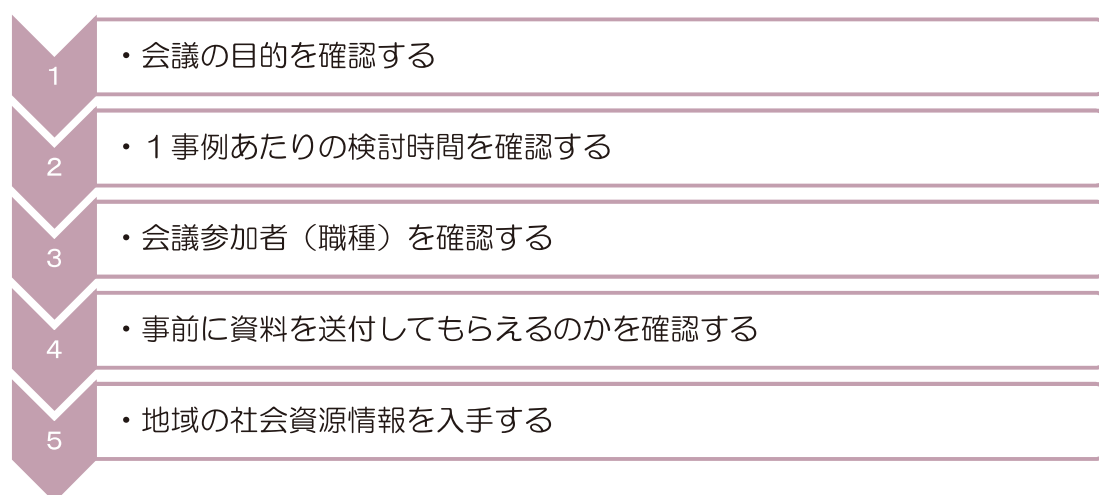


図3 地域ケア個別会議にむけた事前準備

①会議の目的を確認する

事例提供者がどのような課題を解決したいと考えているのかを確認します。そうすることで、**会議の論点と議論の方向性を前もって予測**することができます。

②1事例あたりの検討時間を確認する

1事例 20分程度で検討する場合と、60～90分で検討する場合など、地域包括支援センターによって違いがあります。以下に、大まかな会議の流れを示しますが、1事例に充てる時間が短い場合、事前の準備がないと進行についていけないことも考えられるため、注意が必要です。

表2 地域ケア個別会議の流れ（例）

内容	短時間の場合（20分程度）	長時間の場合（60～90分）
事例紹介	5分	10～15分
事例を理解するための質問	5分	20～30分
課題整理	5分	15～20分
支援に向けた提案	5分	10～15分
地域課題の確認等		5～10分

③会議参加者（職種）を確認する

地域ケア会議の構成員は、「会議の目的に応じ、行政職員、地域包括支援センター職員、介護支援専門員、介護サービス事業者、保健医療関係者、民生委員、住民組織等の中から、必要に応じて出席者を調整する⁴⁾」とされています。

参加者に医師や看護師・保健師がいれば書面にはない医療情報を得ることができるかもしれません。一方で、住民組織の代表者などからは事例の普段の様子や、これまでの生活歴、地域の社会資源など、「活動」や「参加」につなげるための情報を得ることができます。

用語解説

地域課題

個別ケースの背後に、同様のニーズを抱えた要援護者やその予備群を見出し、地域で解決すべき課題のことです。

④事前に資料を送付してもらえるのかを確認する

地域ケア会議では、自身が診たことのない事例に対して、短時間に紙面上やケアマネの説明により情報を把握し、他職種にアドバイスすることが求められます。そこで、会議資料を事前に送ってもらえれば、事前に職場で検討することが出来ます。地域ケア会議に不慣れな場合や、1事例に要する検討時間が短い場合、資料の事前送付の可否が会議への貢献度に大きく影響します。事前に資料送付が可能なのであれば、いつまでに資料を届けてほしいのかを伝えましょう。

⑤地域の社会資源情報を入手する

当該利用者の有する能力を最大限に引き出すための支援方法を提案する上で、**地域の社会資源（介護保険サービスやインフォーマルサービス）**を知っておく必要があります。当面、事業者ごとの細かな違いまで把握することは難しいと思いますが、次のような情報を地域包括支援センターから受け取り、職場で共有して使うようにしましょう。

ア 介護保険サービス：各種サービス事業所の有無と数

*介護保険サービス種別の違い（例：デイケアとデイサービスの違いなど）の理解は必須です。

イ 介護予防事業：通所・訪問サービスの有無と数、住民運営の集いの場の実施場所と活動内容

ウ インフォーマルサービス：家族や地域住民、ボランティアによる支援活動の状況・内容

(2) 事前検討

事前検討では、資料を基に次の4点について検討・準備をしましょう（図4）。

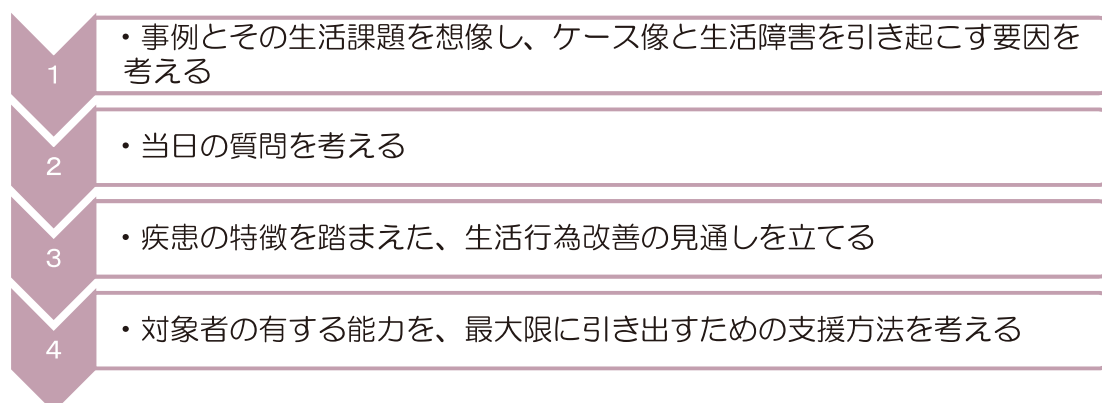


図4 地域ケア会議に向けた事前検討

①事例とその生活課題を想像し、ケース像と生活障害を引き起こす要因を考える

検査所見など、心身機能を具体的に評価した資料がない場合がほとんどです。そのため、アセスメントシートなどに記載されている情報を基に事例を想像し、生活障害を引き起こす要因を推測しましょう。生活障害を引き起こす要因は、健康状態や心身機能、活動や参加に加えて個人要因や環境要因が含まれます。疾患や障害、ADL・IADL動作の実施状況から、「できる」と推測できる行為が行えていない場合、環境や事例固有の事情があるのかもしれませんが。

そのため、心身機能だけに着目するのではなく、「活動」「参加」や生活に影響する環境・個人因子まで含めた**幅広い視点からの『アセスメント力』**が必要です。

検討資料の見方（P.34～37 資料参照）

地域ケア会議で使用される資料として、基本情報(フェイスシート)、課題分析(アセスメント)概要、

介護予防サービス・支援計画書や居宅サービス計画書などがあります。これらはいずれも個別ケースを検討し、専門職として提案を行う上で重要な情報です。以下の点を必ず確認してください。

基本情報(フェイスシート)

利用者の主訴や生活歴、家族状況や病歴などが記載されています。提案を行う上で不足している情報や確認したい情報などが無いのか、確認するようにしましょう。

課題分析(アセスメント)概要

ADL・IADLなどの状況や問題点が記載されています。どのような方法で生活行為を行っているのか、困難な動作の有無やリスクを伴う可能性のある項目などを確認しましょう。

介護予防サービス・支援計画書(要支援の場合)

「運動・移動について」「日常生活(家庭生活)について」など、4つのアセスメント領域ごとの現状や本人・家族の意欲・意向が記載されています。また、各領域における課題、目標と具体策としてケアマネジャーがどのようなサービスを計画しているのかなども記載されています。

フェイスシートやアセスメントシートを基に、どのような課題があるのかを確認します。

居宅サービス計画書(要介護の場合)

第1表には、利用者や家族がどのような生活を希望しているのか、その実現に向けてケアマネジャーが考える支援の方向性が記載されています。

第2表には、生活全般の解決すべき課題(ニーズ)、そのニーズを解決するための長期・短期目標、援助内容が記載されています。

フェイスシートやアセスメント概要を基に、どのような課題(ニーズ)があるのかを確認します。

②当日の質問を考える

事前資料からは把握できない情報のうち、生活行為の改善見通しや支援方法の提案を行う上で必要な情報を整理しましょう。

③疾患の特徴を踏まえた、生活行為改善の見通しを立てる

ケアプランには目標が示されています。各目標が達成可能かどうか、達成が難しい場合、どのように目標を修正する必要があるのかについて検討してください。また、将来起こり得るリスクなどを予測するようにしましょう。その際、**あくまでも生活上の解決すべき課題の改善を図ることが目的**である点を忘れないようにしましょう。

④対象者の有する能力を、最大限に引き出すための支援方法を考える

生活上の解決すべき課題を解決し、事例が考える生活を実現する上でどのような支援が必要かを考えましょう。支援方法を考えるにあたり、利用者自身の考えや地域資源等により、最善と思える支援が行えない可能性もあります。そのため、支援方法は、できるだけ複数考えるようにしましょう。

また、フェイスシートに記載されている職歴や生活歴から「活動」や「参加」につなげる提案ができるかもしれませんので、改めて職歴や生活歴を確認しましょう。

用語解説

生活上の解決すべき課題(ニーズ)

利用者が前向きに、希望をもって目標に向かうことを「〇〇したい」と表現しています。このような表現方法は、医療現場で目にする機会が少ないため違和感があるかもしれませんが、ケアマネジャーとリハ専門職の間には考え方に違いがあることを理解しておきましょう。

(3) 会議当日の留意点

会議当日は、以下の4点に配慮した関わりをしましょう（図5）。

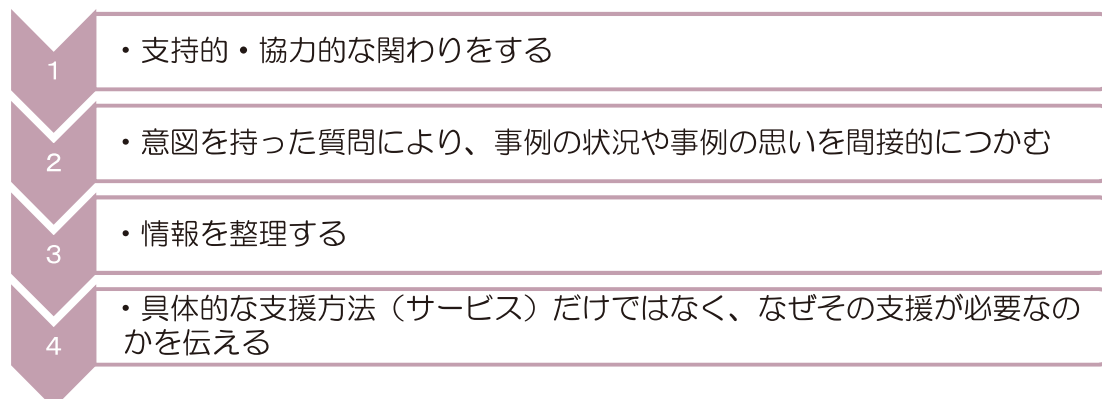


図5 地域ケア会議に参加する心がまえ

①支持的・協力的な関わりをする

地域ケア会議は、多職種協働によるケアマネジメント支援の場でもあり、自立支援のプロセスを参加者全員で共有し、個々のケアマネジメント力の向上につなげることが大切です。決してケアマネジャーに対する指導ではありません。リハ専門職として、事前に検討した結果を強く主張したくなるかもしれませんが、一方的にエビデンスを押し付けたり、威圧的になるようなことがないよう、共に悩み、解決するというスタンスで関わりましょう。



図6 地域ケア会議の様子

②意図を持った質問により、事例の状況や事例の思いを間接的につかむ

その際、情報の不足を指摘するための質問ではなく、意図をもった質問を考えるようにしましょう。意図をもった質問には次のような意味があります。

ア 参加者個々がどのような点に関心があるのか（専門性）がわかります。誰がどのような支援を行うのかを考える上で重要です。

イ リハ専門職の専門的な視点から行う質問は、ケアマネジメントの質の向上（知識の共有）につながります。



質問の意図を明確に示して、参加者に気づきを与えるとともに、生活機能障害を引き起こす要因や改善の見通しの修正を行うようにしましょう。

③情報を整理する

限られた情報を基にリハ専門職としてどのようなことが想定されるのかを整理し、「Aという状況ならば・・・」「Bなら・・・」など、条件づけをしてでも意見を述べることを期待されています。そのため、質問により得られた情報を整理し、次のような情報をできるかぎり分かりやすく説明するようにしましょう。

- ア どのような生活障害が想定されるのか
- イ その原因（機能障害）は何か
- ウ 改善可能性の有無と程度
- エ 介入しないことによる生活障害発生のリスク

これにより、参加者が生活上の解決すべき課題と目標を共有することができます。特に、住民組織の代表者や本人・家族が出席している場合には専門用語を使わずに、わかりやすく丁寧な説明を心がけます。

④具体的な支援方法(サービス)だけではなく、なぜその支援が必要なのかを伝える

具体的な支援方法を提案し、それが実現できれば良いのですが、実際には社会資源の不足などにより、本当に必要なサービスが利用できない場合があります。しかし、なぜその支援が必要なのかをきちんと説明することができれば、仮に必要なサービスがない場合でも、会議参加者が把握している社会資源により代替できる可能性が出てきます。

このとき、リハ専門職の『提案力』が試されると言えます。

(4) 会議が終わったら

地域ケア会議への参加により、リハ専門職も自立支援に対する意識や、地域への関心を深めることができます。

また、当該地域において専門職として果たすべき役割や連携の必要性、対象者の「暮らしを支える」視点を日常業務に活かすなど、様々な成果を得ることができます。

職場で検討結果や発言内容を振り返ることでスキルアップにつなげるとともに、会議をとおして得られた知見を職場で共有するようにしましょう。

6 成功事例と失敗事例

本項では、2つの事例を紹介します。最初の事例（成功事例）は、インフォーマルサービスに意見が集中する中で、リハ専門職の視点から環境整備と福祉用具の導入を提案し、「参加」を含めた提案を行っています。2つめの事例（失敗事例）は、心身機能の改善にのみ言及してしまっています。

ケアマネジャーの情報不足や、利用者の心身機能の改善のみに着目した関わりにならないように注意しましょう。

(1) 成功事例：環境整備と福祉用具の導入を提案し、「参加」を含めた提案を行った事例

<地域ケア会議の目的>

当該地域では、前年度までの地域ケア会議で認知症高齢者の増加や、消費者被害などの地域課題を

明らかにしています。

本会議例は、地域課題に合致した事例が実際にどのような問題を呈しているのか、そして、その生活をフォーマル・インフォーマルサービスによりどのように支援するのか検討するために開催しています。

<参加職種>

地域包括支援センター職員、行政保健師、行政介護保険担当者、ケアマネジャー、訪問介護員（ヘルパー）、理学療法士、社会福祉協議会職員、区長会代表者、民生委員代表者

<事例検討に費やされた時間>

担当ケアマネジャーからの事例紹介 15分

出席者が本事例に対する理解を深めるための質問 20分

本事例に対する支援についての提案 15分 計 50分

<事例提供者からの説明要旨>

15年前に夫を亡くして以降、過疎化が進んだ中山間地域で一人暮らしをしている80歳代女性で、要支援1です。変形性膝関節症による膝関節痛があるが、屋内外には大きな段差があり、隣家も離れています。また、近隣に買い物できる場所はなく、公共交通機関もないため、移動販売・通信販売等を利用して一人暮らしを継続してきました。

会議の半年前からゴミ出しや洗濯が難しくなり、さらに、移動販売・通信販売の高額請求が届くようになったことから、家族から地域包括支援センターに連絡が入りました。

<事例提供者が抱える課題・問題点>

高額請求が届いた後は長女が訪問するようになり、金銭面の問題は解決しました。しかし、ケアマネジャーは、日常生活に支障を来すようになっている本事例に対して、このまま一人暮らしを続けるためにはどのような支援が必要かという悩みを抱えています。

また、本事例はアルツハイマー型認知症と診断されていたが、服薬管理が不十分でした。さらに、甘いものが好きで、お菓子を大量購入しており、体重は増加傾向にありました。

<リハ専門職としての着眼点と課題解決に向けた提案>

本事例は要支援1であり、利用できる介護保険サービスに限界があるため、主にインフォーマルサービスについて協議しました。

民生委員は、出来る限り訪問して安否確認することを提案し、社会福祉協議会は当該地区で実施しているふれあい生き生きサロンへの参加が安否確認につながるのではないかと提案しました。

このように、インフォーマルサービスに意見が集中する中で、行政保健師は、服薬管理が不十分であることから、一度主治医と相談し、薬剤師による居宅療養管理指導の利用をそれぞれ提案しました。

理学療法士は、変形性膝関節症による膝痛があり、屋内外ともに膝関節に負担が大きい環境で生活していることから、屋内環境の整備と外出時の歩行補助用具の選定の必要性を伝えました。そして、歩行補助用具を使いサロンへ出かけていくことにより、要支援状態の改善につながるとともに、住民同士の見守りの機会を増やすことが出来るのではないかと提案しました。

<まとめ>

認知症高齢者の生活支援について、①自宅環境整備の必要性や、②適切な福祉用具の提案や、サロンなどの社会参加につなげる提案をしている点で、リハ専門職が参加する意義を示すことができたのではないかと考えます。

(2) 失敗事例：心身機能の改善にのみ言及してしまった事例

<地域ケア会議の目的>

本会議例はケアマネジャーが支援に苦慮している事例について多職種で検討し、今後の支援の方向

性を見出すために開催しています。

<参加職種>

地域包括支援センター職員、行政保健師、ケアマネジャー、訪問介護員（ヘルパー）、デイサービス職員、デイケア理学療法士

<事例検討に費やされた時間>

担当ケアマネジャーからの事例紹介 15分

出席者が本事例に対する理解を深めるための質問 30分

本事例に対する支援についての提案 15分

計 60分

<事例提供者からの説明要旨>

息子家族と5人で生活している85歳女性で、要介護1です。認知症があり、服薬管理や金銭管理が難しく、主に息子の嫁が中心になって介護しています。両変形性膝関節症、変形性腰椎症があり、歩行時は腰が曲がり、下肢を引きずるようにしています。

これまでは農作業も行っていましたが、最近は閉じこもりがちです。また、その日の気分によってはデイサービスも自分で断りの電話をすることがあります。

本人は、「歩けんようになった」と繰り返すばかりで、家族が何を言っても聞かないため、時に声を荒げてしまうことがあります。家族としては閉じこもっている状況を改善したいと思っていますが、一方で転倒による骨折や寝たきりを危惧しています。

<事例提供者が抱える課題・問題点>

事例本人は、「歩けんようになった」と繰り返すばかりで、具体的に何がしたいのかが不明です。家族は、閉じこもりは防ぎたいが、活動量を増やすことで転倒・骨折のリスクが高くなることを危惧し、結果的にデイサービスを週4回利用するだけのプランになっています。

ケアマネジャーとしては、事例本人のニーズを引き出し、閉じこもりを解決したいと思っています。

<リハ専門職としての着眼点と課題解決に向けた提案>

リハ専門職は、事例が閉じこもっている理由として両変形性膝関節症、変形性腰椎症に着目しました。そして、下肢筋力を強化し、歩行が安定すれば閉じこもりも解決するのではないかと考え、医療機関を受診することを勧めました。

<まとめ>

リハ専門職の提案に基づき、医療機関を受診しましたが、投薬治療が行われただけで生活は以前のままでした。そこで、改めて関係者で検討した結果、本事例が雑草と野菜の区別がつかず、全て抜いてしまうことから家族が農作業をさせなくなったことが明らかになりました。

また、家族の、時に声を荒げてしまう対応が、本事例の意欲を奪ってしまっている可能性があることが明らかになり、作業療法士によるアセスメントを経て、支援方法を決めることになりました。

7 但馬長寿の郷における取組

当郷では、平成6年度から行政保健師やケアマネジャーと在宅訪問を行い、利用者の自立支援に資するケアマネジメントの質向上を支援しています。

在宅訪問では、利用者の心身機能や生活環境、家族・介護職等の関わりなどを評価し、①福祉用具や住宅改修などの生活環境調整、②介護サービス等の社会資源の活用、③家族や介護職に対する介護方法の提案などを行っています。

このような経験を活かして地域ケア会議にも参加していますが、会議中は事例について議論しながらも、他職種にリハ専門職の視点による利用者理解の方法が伝わるように意識しています。

コラム：検討結果が支援に結びつきにくい要因

支援の導入段階でつまずいた事例では、地域ケア会議で検討した結果が支援に結びつきにくい場合が多いです。以下のような要因があれば、ケアマネジャーに再アセスメントを促す必要があります。

個人因子：対象者本人が困っていない、無気力、状況の変化に対する適応力が乏しい

環境因子：家族が支援に否定的、サービスが圧倒的に不足している、支援者が消極的

8 ステップアップ

(1) 地域ケア会議

当郷では、地域ケア会議に参加するスタッフの資質向上のために、次のフォーマットにより内部研修を行っています（表3）。

このようなトレーニングを通じて、限られた時間で利用者の全体像を捉え、リハビリ専門職の専門性を活かした具体的な提案につなげる力を養うようにしています。

表3 事例検討フォーマット

事例検討回答フォーマット	
○このケースにおける問題を一言で	
「	」
○質問、その意図を明確に	
質 問	意 図
○課題の絞り込み	
①一番の課題はなにか	
「	」
②それは何に起因しているのか	
「	」
③将来起こりうる課題	
「	」
④それは何に起因しているのか	
「	」
⑤どれくらい良くなりそうか（予後予測ができれば）	
「	」
○対応策の提案（実際に言うのは3つくらいにして）	
①	
②	
③	
④	
⑤	

地域ケア会議の流れに沿って検討を進めますが、実際の地域ケア会議では、限られた時間の中で多くの参加者が発言をします。そのため、質問と課題整理、対応策の提案については、情報を整理し、優先順位をつけるために発言数を制限しています。

①質問は1人4問だけとする

この質問で何を明らかにしたいのか、質問の意図を明確に示す。

②ケースの問題を一言で表す

「事例の理解の仕方」を簡潔にまとめて会議出席者に伝えられるようにする。

③課題の絞り込み

事例に関する情報と質問により得られた情報を基に、「今後の生活の最も大きな課題」または「今後課題になりそうなこと」を1つだけに絞る。その際、考えられる原因（評価結果の統合と解釈）や生活機能の予後予測を分かりやすく説明する。

④対応策の提案

課題の解決可能性、取り組みやすさ等を考慮し、複数提案する。

事前に資料を送付してもらえる場合には、このような検討を職場で行い、スタッフの資質向上の機会としてください。

事前送付が難しい場合、通常は会議終了後に資料は回収されますが、できる限りの情報を持ち帰り、会議後の振り返りと位置付けて行っても良いでしょう。

また、職能団体、各圏域リハビリテーション支援センター等が実施する研修会などにも積極的に参加して、地域ケア会議に関わる知識や技術を高めるようにしましょう。

（2）地域ケア推進会議

地域ケア会議で取り上げる個別ケースは、支援に困難を感じているケースや自立に向けた支援が難しいケース、あるいは地域の課題だと考えられるケースなどが想定されます。

また、市町村によっては、要支援者のケアプランを確認し、心身機能の改善に向けたケアプランを多職種で検討する場合もあるでしょう。

いずれの場合にも、検討した事例と同じような生活課題を抱える人に対する支援方法や、事例を通して明らかになった社会資源の不足などについても考えること、職場で意見交換を行うことが、「地域づくり・資源開発」「政策形成」を目的とした地域ケア推進会議への参加につながります。

【資料】フェイスシート・アセスメントシート、ケアプラン

基本情報（フェイスシート）

利用者氏名	〇〇 〇〇氏	性別	女性	生年月日	（ 89 歳）
住 所				電話番号	
主 訴	<p>【相談内容】 87歳の時に脳梗塞を発症、その後アルツハイマー型認知症と診断される。長女夫婦は仕事をしており、日中不在の日があった。意欲低下により、低活動であることから、介護保険サービスの利用を希望される。</p> <p>【本人・家族の要望】 本人：寂しいです。誰かと一緒にいると人と話ができるし、気が紛れます。家でも何かしたいと思い、簡単な家事などはしています。出来ることは続けていきたいです。 長女：家族以外との関わりも少なくなったので、定期的に介護保険サービスを利用して人と交流してほしいと思っています。また、簡単な家事等は続けてほしいと思っています。</p>				
生活歴 家族状況	<p>【生活歴】 昭和2年に10人兄弟の4女(8番目)としてI町で生まれる。地元の学校に通い、23歳で自営業を営む夫と結婚し、2子が誕生した。夫の仕事を手伝いながら、義母・義父の介護、家事を行い、長女の結婚後は3人の孫の世話をしてきた。 72歳の時に夫をガンで亡くし、その後は長女夫婦と孫の4人暮らしとなる。87歳で脳梗塞を発症するまでは仕事を持つ長女に代わって家事全般を担っていた。</p>		<p>【家族状況】 □:男性 ○:女性 *数字は年齢</p>		
病 歴	<p>【経過・病歴等】 87歳の時に脳梗塞を発症し、K病院、I病院(転院)に入院し、1か月間の治療を受ける。その後、意欲低下、物忘れが目立つようになり、N病院(精神科)を受診し、アルツハイマー型認知症と診断される。</p>		<p>【主治医】 N病院による確定診断後、毎月1回受診している。</p>		
日常生活自立度	障害高齢者の日常生活自立度	A2		認知症高齢者の日常生活自立度	IIb
認定情報	要介護2 有効期限:平成27年7月1日~平成28年6月30日				
課題分析(アセスメント)理由	アルツハイマー型認知症に伴う活動性低下により、生活機能の低下が危惧されるため、アセスメントを行うこととする。				
利用者の被保険者情報	後期高齢者医療制度 国民年金13万円(2か月)		家屋状況		

課題分析(アセスメント)概要

課題分析標準項目	状態
健康状態	H26年8月に脳梗塞発症する。軽度左片麻痺があるが、日常生活に支障を来すことはない。その後も再発することもなく、体調も安定している。 アルツハイマー型認知症は内服治療中でレミニール錠8mgを服薬している。 両変形性膝関節症により、立位・歩行時に痛みの訴えがあるが、治療はしていない。
ADL	起居動作は手すりやベッド柵を把持するなどして自立している。 屋内移動は独歩だが、起床後にふらつきがみられ、屋内転倒歴あり。屋外移動は歩行器を使用している。 更衣は準備が必要で、入浴はデイサービスを利用しているが、その他は全て自立している。
IADL	立位で活動することは難しく、掃除・調理などは行っていない。 洗濯物をたたむことは出来るが、それ以外は概ね家族が代行している。
認知	食事内容など日常のことだけでなく、お祭りなど特別な行事であっても、その日の出来事が全く思い出せない。 以前訪れたことのある場所はなんとなく覚えていることもある。 生年月日は言えるが、年齢は分からない。
コミュニケーション能力	視力・聴力ともに普通で、理解・表出ともに良好。 ただし、コミュニケーション内容の記憶は難しい。 以前から積極的に話をする方ではなかった。
社会との関わり	デイサービスを利用している。 娘（二女）・孫家族が月に1～2回程度訪れる。 天気の良い週末は、同居する孫と近所を散歩し、友人・知人と会話をする。
排尿・排便	日中はトイレ、夜間はポータブルトイレを使用し自立している。
褥瘡・皮膚の問題	問題なし
口腔衛生	毎朝、自身で歯磨きを行っているが、十分に磨けていないことがある。 家族が時々洗浄する。
食事摂取	食事制限、アレルギーはない。好き嫌いもない。 摂食・嚥下障害なし。箸を使って食事をしている。以前と同じように手は動くが、左手で食器を持とうとせず、食べこぼしがある。
行動障害	意欲低下のため、他者からの促しがないと日中でも横になったままであまり動かない。
介護力	主に同居している長女が介助を行う（主にポータブルトイレ使用時の安全確認と翌朝の処理）。長女が不在の場合には、孫または二女が介護を行う。
居住環境	平成17年に新築しており、屋内はバリアフリー環境が整っている。 寝室は1階で、居間や水廻りまでの移動距離は短い。 玄関から道路までに3段程度の段差があるが、各段15cm程度で昇降に問題はない。
特別な状況	特になし

第 1 表 居宅サービス計画書 (1)

第 1 表	作成年月日 : 平成〇〇年〇〇月〇〇日
利用者氏名 : 〇〇〇〇 殿 生年月日 : 年 月 日 (89 歳) 住所 : ***** (認定済・申請中)	初回・紹介・(継続)
居宅サービス計画作成者氏名 : _____	*****
居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地 : _____	*****
居宅サービス計画作成(変更)日 : 平成〇〇年〇〇月〇〇日 初回居宅サービス計画作成日 : 平成〇〇年〇〇月〇〇日	
認定日 : 平成〇〇年〇〇月〇〇日 認定の有効期間 : 平成〇〇年〇〇月〇〇日 ~ 平成〇〇年〇〇月〇〇日	
要介護状態区分	要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5
利用者及び家族の生活に対する意向	〇〇さん：「寂しいんです。デイサービスに行っている人と話ができるし、気が紛れます。家でも何かしたいと思います、簡単な家事などはしています。出来ることは続けていきたいです」 家族（長女）：「家族以外との関わりも少なくなかったので、定期的にデイサービスを利用して人との交流をしてほしいと思っています。また、簡単な家事等は続けてほしいと思っています」
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	
総合的な援助の方針	A 氏をご自身で出来ることを頑張ってくれていくことで、家族の一員としての役割をこれからも果たしていただけるように支援します。そのためにも、定期的に外出する機会をつくり、他者との交流により気分転換を図り、生活にメリハリを持たせ、活動性を高めるなどにより、生活機能の維持・向上につなげられるように支援していきます。 緊急連絡先 主治医 (N 医院) : 0000-00-0000 長 女 : 0000-00-0011
生活援助中心型の算定理由	1. 一人暮らし 2. 家族等が障害、疾病等 3. その他()

居宅サービス計画書(2)

作成年月日：平成〇〇年〇〇月〇〇日

第2表

利用者名：〇〇〇〇 殿

生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)	目標			援助内容				
	長期目標 (期間)	短期目標 (期間)	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間
家族と一緒に過ごしたい。	家族と一緒に過ごすことができ る。	家族と一緒に過ごす。	在宅時は出来るだけ 居間で過ごす。 居間に出てくるよう に声をかける。		本人 家族		毎日 毎日	〇月〇日 〇月〇日
友人・知人、同世代の人たちとの 交流を続けたい。	友人・知人、同 世代の人たちと の交流を続ける。	週末に公園まで 散歩に出かける。 新しい同世代の 友人との交流を 楽しめよ。	介助で外出する。 友人・知人と交流 新しく友人をつくり、 食事や余暇活動を蒸 しよ。		本人、孫 公園に集まる高齢者 通所介護		1~2回/週 1~2回/週 4回/週	〇月〇日 〇月〇日 〇月〇日
簡単な家事は続けていきたい。	洗濯物たたま を続ける。	洗濯物たたまを 続ける。	洗濯物を取り込み、 たたためるよう に準備する。 洗濯物をたたむ。		長女 本人		毎日 毎日	〇月〇日 〇月〇日
先祖を供養したい。(長女の代弁)。	先祖の供養を続 けることができ る。	先祖の供養を続 けることができ る。	朝夕、お仏壇にお供え をする。 おつとめにより供養 をする。		家族 本人		毎日 毎日	〇月〇日 〇月〇日
家の中や近所を安心して歩 きたい。	家の中や近所を 安心して歩くこ とができる。	週末は散歩に出 かける。 足腰の力を保つ。 転倒しない。 歩行器に慣れ、 転倒しない。	転倒や膝・腰の痛みに 注意する。 機能訓練・歩行訓練の 機会を設ける。 手すりを設置する。 外出時の移動に歩行 器を使う。		本人 通所介護 訪問看護(リハビリ) 工務店 福祉用具貸与		1~2回/週 4回/週 1回/週	〇月〇日 〇月〇日 〇月〇日

※1 「保険給付の対象となるかどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては〇印を付す。

※2 「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

文献

- 1) 第46回社会保障審議会介護保険部会資料3「地域包括ケアシステムの構築に向けて」(2013年8月28日)。http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000018729.pdf (平成29年1月27日アクセス可能)。
- 2) 介護支援専門員(ケアマネジャー)の資質向上と今後のあり方に関する検討会:介護支援専門員(ケアマネジャー)の資質向上と今後のあり方に関する検討会における議論の中間的な整理。平成25年1月7日。<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002s7f7-att/2r9852000002s7go.pdf> (平成29年1月26日アクセス可能)。
- 3) 株式会社日本総合研究所:平成23年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康推進等事業「介護支援専門員の資質向上と今後のあり方に関する調査研究ケアプラン詳細分析結果報告書」。平成24年3月。<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002a2tj-att/2r9852000002a2vs.pdf> (平成29年1月26日アクセス可能)。
- 4) 一般財団法人長寿社会開発センター:地域ケア会議運営マニュアル。平成25(2013)年3月。<http://www.nenrin.or.jp/regional/pdf/manual/kaigimanual00.pdf> (平成29年1月26日アクセス可能)。
- 5) 白澤政和:ケースマネジメントの理論と実際。中央法規, 1992年

V 訪問

訪問におけるリハビリテーション専門職の役割

本章では、前章に引き続き、地域ケア会議後の A さんの事例を通して、「訪問」のイメージを大まかにつかんでもらいます。その上で、リハ専門職が訪問事業で具体的にどのような役割を果たすのかについてみていきましょう。

1 モデル事例 A さん宅への訪問：出来ることを見つける支援

地域ケア会議でさまざまな提案を受け、居宅介護支援事業所の C ケアマネジャーは、作業療法士の D さん、ヘルパーの E さんと共に A さん（77 歳女性、要支援 2）宅を訪問することにしました。

訪問の主な目的は自宅での活動性の改善と A さんに出来る調理動作の見極めです。しかし、今後、地区の体操教室への参加につなげるため、D 作業療法士は安全に外出できる環境かどうかの評価から始めることにしました。

<環境評価>

A さんの姉（要介護 1）のために、玄関内と玄関から道路までのアプローチは段差解消と手すりの取り付けが既に行われていました。そのため、今後 A さんが外出する際にも安全に移動できることが明らかになりました。

次に自宅内の環境です。廊下は比較的広く、歩行器を使用するのに差し支えはありません。廊下と各部屋の間には敷居などの段差がありますが、ミニスロープを取り付けることで歩行器が使いやすくなりました。また、トイレや浴室には手すり取り付けがあるため、住宅改修をしなくても安全に活動できることが分かりました。

<活動性>

トイレまでの移動を中心に歩行器を使用することを勧めるとともに、縁側まで歩いて日光浴をするなど、歩行機会を増やすことを提案しました。

さらに、今後の体操教室への参加に向け、自宅でできる簡単な運動を提案しました。

<調理>

脊柱管狭窄症と変形性膝関節症により、長時間立って家事を行うことが少しずつ難しくなっています。しかし、座って食材を切ること、料理の味を確認することなどは出来そうです。

そこで、まずは座位で調理が出来る環境を整えることにしました。

そして、E ヘルパーには、A さんが座って調理できる環境の準備と声かけをお願いしました。

<今後に向けて>

今回の提案に沿って A さんが活動性を高めることが出来れば、地区で行われている体操教室への参加を提案します。

しかし、A さんが外出に不安がある場合など、デイサービスを利用して自信をつけてもらう必要があるかもしれません。

そこで、D 作業療法士は、C ケアマネジャーと E ヘルパーにモニタリングを依頼し、2 か月後に再度訪問することにしました。

なお、栄養指導については、後日、C ケアマネジャーと市役所の栄養士が訪問して食事内容の確認と栄養指導を行いました。



2 介護予防・生活支援サービスにおける「訪問型サービス」とは

訪問型サービスとは、訪問介護員（ヘルパー）等が要支援者等の自宅を訪問し、掃除、洗濯等の日常生活上の支援を提供するものです。

総合事業では、従来の訪問介護事業所による身体介護・生活援助に加え、NPO、民間事業者等による掃除・洗濯等の生活支援サービス(A)や住民ボランティアによるゴミ出し等の生活支援サービス(B)など、多様な担い手によるサービス提供が行われます。また、保健・医療の専門職が短期集中で行うサービス(C)、移動支援(D)が想定されます（図1）。

基準	現行の訪問介護相当	多様なサービス			
サービス種別	①訪問介護	②訪問型サービスA (緩和した基準によるサービス)	③訪問型サービスB (住民主体による支援)	④訪問型サービスC (短期集中予防サービス)	⑤訪問型サービスD (移動支援)
サービス内容	訪問介護員による身体介護、生活援助	生活援助等	住民主体の自主活動として行う生活援助等	保健師等による居宅での相談指導等	移送前後の生活支援
対象者とサービス提供の考え方	○既にサービスを利用しているケースで、サービスの利用の継続が必要なケース ○以下のような訪問介護員によるサービスが必要なケース (例) ・認知機能の低下により日常生活に支障がある症状・行動を伴う者 ・退院直後で状態が変化しやすく、専門のサービスが特に必要な者 等 ※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要。	○状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進		・体力の改善に向けた支援が必要なケース ・ADL・IADLの改善に向けた支援が必要なケース ※3～6ヶ月の短期間で行う	訪問型サービスBに準じる
実施方法	事業者指定	事業者指定／委託	補助(助成)	直接実施／委託	
基準	予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準	個人情報の保護等の最低限の基準	内容に応じた独自の基準	
サービス提供者(例)	訪問介護員(訪問介護事業者)	主に雇用労働者	ボランティア主体	保健・医療の専門職(市町村)	

図1 訪問型サービスの類型¹⁾

3 訪問型サービス支援の流れ

訪問型サービス支援の大まかな流れは次のとおりです（図2）。これから訪問型サービスへの支援を行うリハ専門職は、大まかな流れを把握し、しっかりとした事前準備を行って臨むようにしてください。

用語解説

身体介護

起居移乗、移動、入浴、食事、排泄など介助を通じて対象者の身体に直接接触して行う介助のことをいいます。

生活援助

掃除、洗濯、調理などの日常生活の援助で、対象者や家族が家事を行うことが困難な場合に行われる介助のことをいいます。

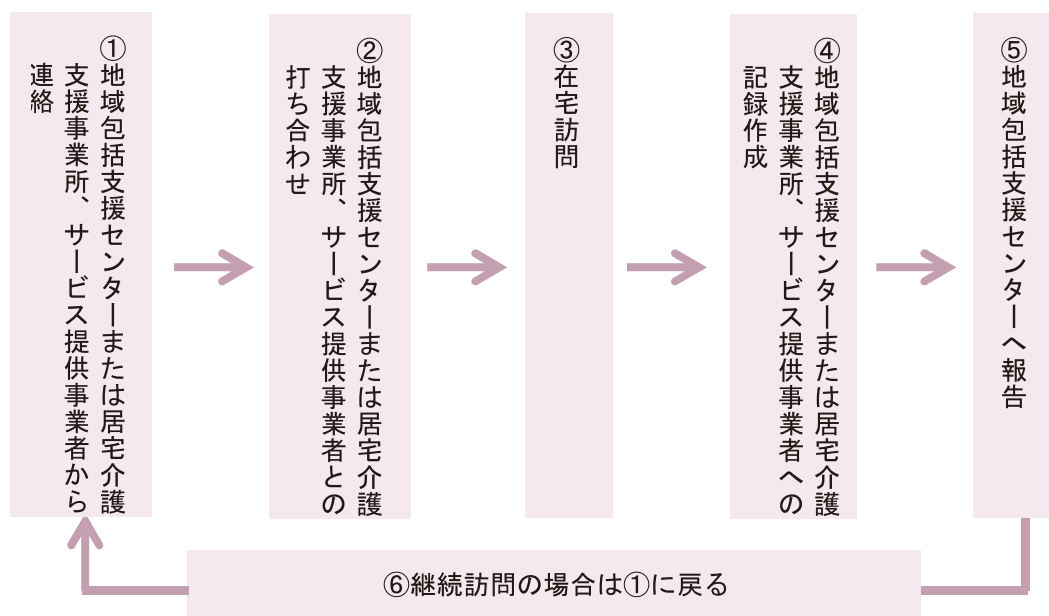


図2 訪問型サービスの大まかな流れ

4 リハビリテーション専門職に求められる役割

リハ専門職には次のような役割が求められています。

(1) 現行の訪問介護（身体介護）に対して

- ①対象者の「できること」と「できないこと」、「できそうなこと」を見極める。
- ②改善見通しを評価する。
- ③対象者の有する能力を最大限に引き出すための介助方法・運動方法を提案する。
- ④想定されるリスクを示す。

(2) 訪問型サービス A・B の場合（生活援助）に対して

- ①対象者の「できること」と「できないこと」、「したいこと」を整理する。
- ②対象者の有する能力を最大限に引き出すための支援方法を提案する。
- ③支援者が全て代行しないように伝える。
- ④想定されるリスクを示す。

(3) 訪問型サービス C の場合に対して

- ①対象者の体力や ADL・IADL の改善見通しを評価する。
- ②対象者の身体面でのリスクを示す。
- ③安全で効果的な運動方法や動作方法（立ち座りや移動など）を指導する。
- ④取り組んだ結果を評価する。ADL・IADL 改善の場合は、動作を確認し、必要に応じて環境整備なども行う。

リハ専門職が訪問に関わる意義は、支援者が間接的支援を通じた対象者の“自立支援”に資する取り組みを行えるように支援することです。そのため、特に、生活援助においては支援者が全てを代行しないように注意が必要です。

5 留意点と準備

(1) 事前準備

事前準備として行うべきポイントをまとめています（図3）。

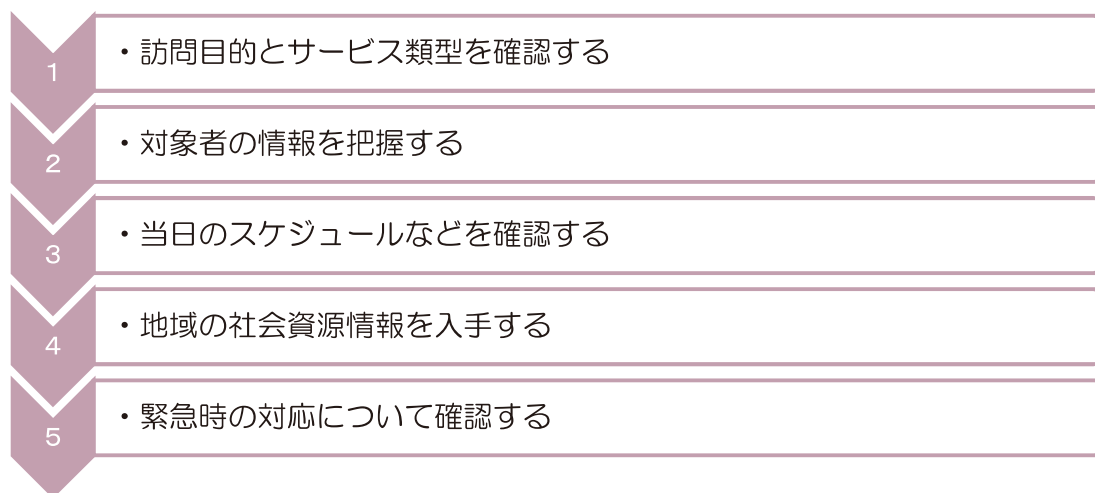


図3 訪問への関わり（事前準備）

①訪問目的とサービスタイプを確認する

どのような目的で訪問するのか、どのような指導・助言を求めているのかを確認します。その際、介護予防ケアプラン[※]で目標をどのように設定しているのかも確認してください。

注：専門職の関わりが目標設定の段階までで、モニタリングは行わないケースもあります。その際には、市町が発行する『介護予防手帳』により、目標や経過を確認しましょう。

また、サービスタイプも確認します。訪問介護であれば、対象者の有する能力を最大限に引き出し、基本動作やADL動作を行うための介助方法や運動を提案するなど、身体介護に関わる問題が想定されます。一方、訪問サービスA・Bであれば、できること・できないことを見極め、調理や掃除、洗濯などを対象者本人と一緒にやる際の方法や注意点など、生活援助に関わる問題が考えられます。

さらに、訪問型サービスCの場合は、体力の改善やADL・IADLの改善に向けた支援などが考えられます（サービスCの場合、3～6か月の期限があるため、要注意です）。

②対象者の情報を把握する

基本情報（対象者の年齢、疾病の有無、要介護度、家族構成など）を確認します。次に、これまでの支援の経過や対象者の生活歴（教育歴、職歴その他）などを確認します。支援の経過を知ることで、これまでに上手くいった支援方法とそうでない方法を理解することができます。また、対象者の生活歴などから効果的な指導・助言につながるヒントが得られるかもしれません。

このような情報を事前に得られなかった場合、当日、対象者から直接聞き取る必要があることに留意しましょう。

用語解説

介護予防手帳

心身の健康に配慮した生活を送りながら、自分だけで難しいことは支援・サービスを選択して利用する「セルフマネジメント」のためのツールです。

③当日のスケジュールなどを確認する

訪問目的によっては、時間を要することがあります。そのため、どのくらいの滞在時間を予定しているのかを確認しましょう。また、準備する物品の有無も確認してください。

さらに、前後で打ち合わせや反省会があるのであれば、その時間も確保しなければなりません。

④地域の社会資源情報を入手する

対象者の有する能力を最大限に引き出すための支援方法を提案する上で、地域の社会資源を知っておくと良いでしょう。特に、現行の訪問介護や訪問型サービス C では、**継続的に介護予防に取り組むことができる通いの場に関する情報**を地域包括支援センターから得るようにしましょう。

⑤緊急時の対応について確認する

訪問時に体調不良を訴えたり、急変する場合もあるかもしれません。いざという時に慌てることのないよう、誰がどのような対応をするのか、同行予定者間で確認しておきましょう。

(2) 訪問当日の留意点

訪問当日は、以下の5点に配慮した関わりをしましょう(図4)。

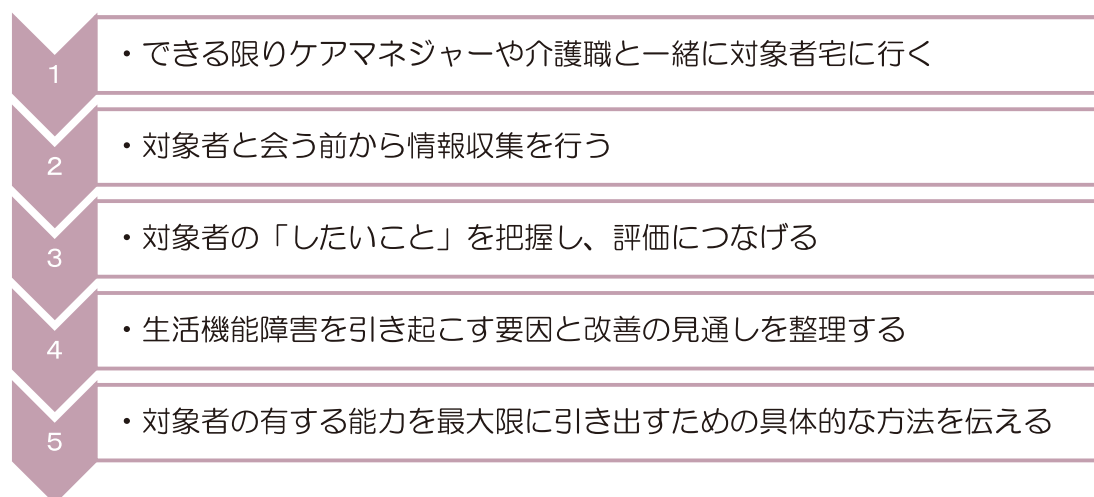


図4 訪問への関わり

①できる限りケアマネジャーや介護職と一緒に対象者宅に行く

当日は出来る限りケアマネジャーや介護職と一緒に対象者宅に向かうようにします。書面や電話では伝えきれない情報を直接収集する絶好の機会です。

また、訪問後は、対象者の状態像や提案内容を振り返ることで、提案内容をしっかりとケアマネジャーや介護職に伝えることができます。

②対象者と会う前から情報収集を行う

対象者と会う前から情報収集を始めます。スーパーやコンビニなど、出かける場所はあるか、外出する際にバリアーになるような環境(坂道、階段、不整地など)はないか、などです。

次に玄関です。履物が散らかっていないか、匂いや汚れなどにも注意します。家が片付けられていないようであれば、何らかの事情により介護にも十分な時間を割けないかもしれません。

そして、屋内に入っていきます。対象者自身が出迎えてくれる場合には、どの部屋から出てきたのか、歩き方かどうかを確認します。家族が出迎える場合には、対象者がいる部屋までの動線を確認しながら進みます。対象者が出てきた部屋、家族が案内してくれた部屋が、普段、対象者が過ごす時間の多い場所であることが多いです。居間に案内される場合と寝室に案内される場合では、自宅での過

ごし方（活動量）に違いがあります。

このように、対象者と会う前から情報収集を行っていきます。

③対象者の「したいこと」を把握し、評価につなげる

リハ専門職として、一方的に「指導」を行うものではありません。そのため、まずは対象者の話を聞くことから始めます。

その際、こちらの知りたい情報を一方的に聞くようなことはしません。「調子はいかがですか？」「気がかりなことはないですか？」と投げかけ、対象者自身に話してもらおうようにします。そうすることで、対象者自身の現状認識と課題認識をつかむことができます。

話を聞く際には、対象者との距離や座る場所などにも注意しましょう。また、すぐに返答がない場合もありますが、ゆっくりと反応を待つようにしましょう（図5）。



図5 問診時の対象者との距離、座る場所

その上で、対象者が「困った」「大変だ」と感じていることや実現したいと思っていることに影響を与える「個人因子」や「環境因子」についてもさまざまな質問を行います。

個人因子では、生活歴や職歴なども聞くようにします。現在の生活に関係ないように見えますが、**生活障害を引き起こした背景**を理解できます。また、効果的な指導・助言につながるヒントが得られる場合もあります。

話を聞くなかで、対象者の考えが家族やケアマネジャー・介護職と異なる場合があります。その際には、双方の話を食い違いや、感情面でのズレを整理しなければ支援につながらないため、ケアマネジャーと協力して、合意形成を図るようにしましょう。

対象者から話を聞いたあと、身体機能や活動を評価します。限られた時間（40～60分）で具体的な提案を行うために、対象者の様子や話の内容から評価するポイント（生活課題の要因）を絞ります。

動作を確認する際には、リハ専門職の視点からは危険な動作や生活行為が見受けられる場合があります。しかし、それは対象者のこれまでの生活の中で培われた習慣かもしれません。そこで、危険な動作や行為も、「対象者の工夫」と一度受け止めた上で、より良い方法を提案するようにします。

④生活機能障害を引き起こす要因と改善の見通しを整理する

情報収集・評価結果から、以下のような情報を分かりやすく整理して伝えます。そして、今後の支援（目標や具体的な支援方法）について対象者やその家族、支援者と共有を図ります。

- ア 生活障害の原因（機能障害、生活環境、支援者の関わり方など）は何か
- イ 改善可能性の有無と程度
- ウ 介入しないことによる生活障害発生のリスク

⑤対象者の有する能力を最大限に引き出すための具体的な方法を伝える

生活課題を改善し、対象者が考える生活を実現する上でどのような方法が適切か、**複数の選択肢**を考えます。場合によっては運動方法や介助方法の指導ではなく、福祉用具や住宅改修が適当な場合もあるでしょう。その場で具体的な提案が難しい場合には、後日、福祉用具専門相談員や工務店等との訪問を計画しましょう。

また、生活課題の改善のために心身機能の改善が期待できる場合もあります。しかし、心身機能が改善するには時間が必要です。そこで、心身機能の改善が期待できる場合でも、現在の心身機能を基にして、生活行為の改善を図る提案を考えます。

実際に提案する場合、どのように素晴らしい提案でも、実践できなければ意味がありません。そのため、提案の実現可能性について、対象者・家族やケアマネジャー等と相談して最終的に決定します。このとき、リハ専門職の『提案力』が試されると言えます。

一方、対象者に「したいこと」がない場合もあります。「**興味・関心チェックシート**」²⁾を活用するなどして、具体的な目標を立てることから始めます。しかし、どうしても「したいこと」が見つからない場合には、身体機能面からどのようなことが出来るのか、出来そうなのかを提案するようにします。

さらに、対象者本人や家族、ケアマネジャー等が気づいていない問題があれば、提案するようにしましょう。

（３）確認事項

訪問前・訪問時の確認事項をまとめています。訪問前は確認すべき事柄をチェックし、訪問後には確認すべき事柄をきちんと確認できたかどうか振り返るようにしましょう（表１）。

（４）訪問が終わったら

地域包括支援センターの求めに応じて記録を作成し、報告します。その際、リハ専門職にしか理解できないような用語の使用は控えましょう。

継続的に訪問する事例の場合、訪問者が同じであれば問題ありませんが、職場等の事情により、訪問者がその都度異なる場合もあり得ます。そのため、①訪問目的、②生活上の課題、③対象者・家族の希望、④心身機能・活動評価、⑤改善可能性と想定されるリスク、⑥提案、⑦今後の見通しに分けて簡潔にまとめ、他者が見ても経過が分かるような記録作成に努めてください。

対象者が通所型サービスを利用している場合には、通所型サービスへの情報提供を行うことなどを検討しましょう。また、地域ケア会議で検討する必要がある場合には、その旨を地域包括支援センターに伝え、日程調整を依頼しましょう。

表 1 訪問前後のチェックポイント

訪問前	
<input type="checkbox"/> 訪問目的は確認できたか <input type="checkbox"/> 対象者の情報を得たか（身体状況やADLの状況と経過、サービスの利用状況と経過） <input type="checkbox"/> 不足している情報が明らかになったか（特にリスク）	
訪問時	
玄関先	<input type="checkbox"/> 屋外環境 <input type="checkbox"/> 履物が置かれている状況や手入れの行き届き具合など <input type="checkbox"/> 段差や手すりの有無 <input type="checkbox"/> 床や壁材の状況（滑りやすさ、置いてある物、手すり設置の可否等）
居間・寝室	<input type="checkbox"/> 対象者の現状・課題認識 <input type="checkbox"/> 暮らしの流れ（起きてから寝るまでを具体的に） <input type="checkbox"/> 暮らしの流れに沿った動作の確認 <input type="checkbox"/> その流れを動作ごとに整理して理解（介助の方法も含む） <input type="checkbox"/> 家具の配置や福祉用具の使用状況についての確認 <input type="checkbox"/> 床や壁材の状況（滑りやすさ、置いてある物、手すり設置の可否等）
廊下	<input type="checkbox"/> 幅、段差、曲がり具合の確認 <input type="checkbox"/> 居間・寝室との温度差、明るさの違いを確認 <input type="checkbox"/> 床や壁材の状況（滑りやすさ、置いてある物、手すり設置の可否等） <input type="checkbox"/> 各部屋への動線確認
浴室	<input type="checkbox"/> 脱衣室のサイズ（動けるスペース）、温度・明るさの確認 <input type="checkbox"/> 脱衣室まで来る方法を確認したか <input type="checkbox"/> 更衣の方法の確認 <input type="checkbox"/> 湯船のサイズ（特に、浴槽の深さと、床から湯船上縁までの高さ）の確認 <input type="checkbox"/> 床や壁材の状況（滑りやすさ、置いてある物、手すり設置の可否等） <input type="checkbox"/> 入浴動作の確認 <input type="checkbox"/> 入浴に際しての人的支援（ホームヘルパー、家族、その他）の確認
トイレ	<input type="checkbox"/> トイレのサイズ（スペース）の確認 <input type="checkbox"/> 便器の位置、高さの確認 <input type="checkbox"/> 床や壁材の状況（滑りやすさ、置いてある物、手すり設置の可否等） <input type="checkbox"/> トイレでの動き方の確認 <input type="checkbox"/> 使用頻度（特に夜間の使用状況）の確認
その他	<input type="checkbox"/> 参加できる集いの場が近くにあるか
訪問後	
<input type="checkbox"/> 訪問目的は果たせたか（同行者に確認する） <input type="checkbox"/> 訪問目的外でも必要性を感じた事柄があれば、対象者本人・家族、同行者と確認したか <input type="checkbox"/> フォローが必要な事柄があれば時期、誰がといった具体的な方法を決めたか <input type="checkbox"/> 訪問で実施した内容について、誰にも理解できる言葉と方法で具体的に記録したか	

6 成功事例と失敗事例

本項では、2つの事例を紹介します。最初の事例（成功事例）は、福祉用具の導入により活動性の向上を図るとともに、家庭内の役割を再獲得しています。さらに、今後の地域活動への参加も視野に入れていきます。2つめの事例（失敗事例）は、住宅改修を実施するも、評価が不十分だったために、安全な外出につながらなかった事例です。

利用者・家族、ケアマネジャーの希望を前提に提案を行うのではなく、きちんと評価し、効果的な提案を行うようにしましょう。

(1) 成功事例：福祉用具の導入により活動性が向上し、役割を担うことができた 67 歳女性

<事 例>

脳梗塞左片麻痺、要支援2で、夫と二人暮らしです。

発症前は主婦として家事全般を行っていたが、現在は夫が全ての家事を行っています。

左上下肢ともに運動麻痺は軽度で、退院時は杖歩行が可能でしたが、在宅ではベッド上でテレビを観て過ごすことが多いです。

トイレまでは右手に杖を持ち、左手で家具などを支えながら何とか一人で移動していますが、これまでに数回転倒しています。また、入浴は夫の介助で行いますが、食事や整容などは全てベッド上かベッド脇で行っており、徐々に身体機能が低下しています。

<生活課題>

生活のほとんどをベッド周辺で行っており、活動性が低下しています。また、これまでに何度か転倒しているため、転倒による骨折が危惧されます。

さらに、家事全般を夫が行っていますが、現状の生活をいつまで続けることができるのかが不明確です。

<本人・家族の主訴・希望>

本人：もう少ししっかりと歩けるようになって、近所を散歩したり、少しでも以前のように家事をしたい。

夫：家事はあまり負担に感じていない。出来れば二人で買い物などに出かけられるようになるとよい。

<目標（介護予防ケアプラン）>

- ①安全に歩けるようになる。
- ②家事ができるようになる。
- ③夫と一緒に外出する。



<課題解決に向けた提案>

①活動性の低下と転倒について

左下肢の支持性は低下しているが、左上肢は歩行時に家具を支えにするなど、機能性が高い。本人はトイレまでの動線上に手すりの設置を希望していましたが、階段や障子など、途中に手すりが設置できない場所がありました。そこで、歩行器を試してみることを提案しました。

歩行器があれば、トイレ以外にも屋内を比較的自由に移動することができます。そこで、まずは縁側に出て日向ぼっこをするようにしました。さらに、自宅でする簡単な体操を提案しました。

②家事について

座位であれば比較的できることが多いです。そのため、夫とも相談し、まずは洗濯物をたたむことから始めることにしました。

③外出について

夫が希望する外出の実現に向けて、玄関上がり框と道路までの通路の改修を提案しました。当面は車いすを使って外出することになりますが、将来的には歩行器や杖を使って外出できることを目標としました。

<本事例のまとめ>

訪問では、対象者の「出来ること」と「出来ないこと」を生活の場で見極めることができます。本事例では、「出来ること」として座位で家事の一部を担ってもらうように提案しました。また、安全性に課題のある杖歩行から歩行器歩行に方法を変えることで活動性の向上を図っています。

今後は、さらに事例ができることを増やすとともに、通いの場への参加など、地域との交流にもつなげていきたいです。

(2) 失敗事例：心身機能にアプローチするも、効果的な支援には至らなかった事例

<事例>

87歳、要支援1で夫と二人暮らしです。

円背があり、下肢筋力が低下しています。歩行時は前屈みで、片脚立位の安定性が低く、段の昇降などの動作が不安定です。そのため、あまり外出する機会がなく、閉じこもりがちな生活です。また、ときどき転倒することがあります。

<生活課題>

全体的に活動性が低く、廃用によるさらなる下肢筋力の低下が危惧されます。また、少しずつ柔軟性も低下してきています。

<本人・家族の主訴・希望>

本人：特に不自由を感じていない。

夫：日常生活は何とか自立しているが、転倒しないようにしてほしい。

<目標（介護予防ケアプラン）>

確認していない。

<課題解決に向けた提案>

①体操の提案

ア 座位で膝伸ばし 左右各10回

イ 下肢のストレッチ



<本事例のまとめ>

本事例では、下肢筋力が低下しているものの、本人が不自由を感じていないことから、2種類の体操を提案しました。

しかし、運動量としては絶対的に不足しています。さらに、本人が不自由を感じていない中で、果たして提案した体操を行うのかも疑問です。

ケアプランを確認し、本事例の目標（近所を散歩する）を把握していれば、運動量を考慮した提案や、現在の機能で安全に散歩ができる方法の提案を行えたのではないかと考えられます。

7 但馬長寿の郷における取組

当郷では、平成6年度から市町保健師や介護支援専門員と在宅訪問を行っています。平成27年度の訪問実績（要支援者145名）は表2、3のとおりで、関節疾患が最も多く、提案内容では、「福祉用具」「運動方法の提案」「住宅改修」が多くを占めました。

表2 平成27年度訪問実績（対象者疾患別；N=145）

疾患名	件数（件）	割合（%）
関節疾患	86	59.3
難病	18	12.4
脳血管疾患	14	9.7
認知症	3	2.1
その他	24	16.6

*小数点以下第2位を四捨五入しているため、合計は100%にならない。

表3 平成27年度訪問実績（提案内容別，重複回答）

提案内容	件数（件）	割合（％）
福祉用具	79	54.5
運動方法	67	46.2
住宅改修	55	37.9
動作方法	37	25.5
社会資源の活用	24	16.6
受診	8	5.5
介助方法指導	7	4.8
その他	6	4.1

また、平成27年度に在宅訪問を行った436名のうち、2回以上訪問した対象者22名の障害老人の日常生活自立度（ADL）の変化は表4のとおりです。半数が初回訪問時と最終訪問時の自立度に変化がありませんでしたが、一方で初回と比較して自立度が改善している者もありました。

このように、間接的支援（評価・指導・助言）によっても利用者のADL機能を向上させることができるのです。

表4 ADL自立度の変化（N=22）

状態	人数（人）	割合（％）
改善	6	27.3
悪化	5	22.7
変化なし	11	50.0

8 ステップアップ

訪問に慣れてくれば、ステップアップのために次のようなことに取り組むようにしましょう。

(1) 評価する環境や動作を広げる

当面は、対象者やその家族、ケアマネジャーが抱える課題を中心に評価していくことになるものと思われまふ。しかし、1日の過ごし方、生活動線上の環境など、少しずつ高齢者本人の生活形態など暮らし全体を見ていくようにしましょう。

例えば、階段昇降時にふらつき、危険な状態であれば、他にも片脚を上げる場面があります。玄関の上がり框は？、他に出入りする場所はない？、浴槽またぎは？、更衣は？、といった具合に、評価する環境や動作を広げていきましょう。

(2) 住民運営の通いの場への参加提案など高齢者の社会参加を促す

人の暮らしは自宅内だけで完結するものではありません。そのため、利用者が社会参加できるように働きかける意識を持ちましょう。

地域の体操教室（住民運営の通いの場）などに参加することができれば、継続的な介護予防の機会にもなり、在宅生活を継続していく上でも大きな力になります。

そのためにも、地域への関心を深め、地域でどのような活動が行われているのか（社会資源）を知っておくことも重要です。

文献

- 1) 厚生労働省老健局振興課：介護予防・日常生活支援総合事業の基本的な考え方。 <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000074692.pdf>（平成29年1月27日アクセス可能）。
- 2) 高齢者の地域における新たなリハビリテーションの在り方検討会：高齢者の地域における新たなリハビリテーションの在り方検討会報告書。平成27年3月。 <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shinikikai-12301000-Roukenkyoku-Soumuka/0000081900.pdf>（平成29年1月27日アクセス可能）。

VI 通所

通所におけるリハビリテーション専門職の役割

本章では、次に示すモデル事例 B さんの事例を通して、「通所」のイメージを大まかにつかんでもらいます。その上で、リハビリテーション専門職が通所介護事業所等で具体的にどのような役割を果たすのかについてみていきましょう。

1 モデル事例 B さんが利用する通所への訪問：自立支援のためのリハ専門職の提案

B さんの担当ケアマネジャーは、デイサービスで効果的な運動を行ってもらった必要性を感じています。そこで、地域リハビリテーション活動支援事業を利用して理学療法士とともにデイサービス事業所を訪問することにしました。

<事 例>

B さん（80歳女性、要支援1）は、田んぼや畑、庭仕事の日課で、元気に過ごしていました。

ある日、家の中で足を滑らして転び、大腿骨頸部骨折により入院・手術となりました。治療は順調に進み、無事に退院することができました。

退院後、デイサービスを利用し、入浴や運動をしながら、骨折前の生活を目指すことになりました。しかし、デイサービスでは簡単な体操があるだけで、十分な運動量を確保できません。

B さんは、いつ田んぼや畑に復帰できるか疑問を抱きつつ、デイサービスに通っています。

そんな日が続く中、B さんに少しずつ歩きにくさが出てきました。

<デイサービスの悩み>

骨折した人の運動をどのようにすればよいかわからない。

<評価>

B さんの大きな問題は、骨折側の筋力が低下していること、そして、ふらつきがあり、歩くことに自信を失っていることでした。

<目標設定>

歩行器を使って50m歩くことができる。

畑仕事をするために、まずは畑までの50mを歩くことができることを目標にしました。

<運動>

将来の「通いの場」への参加も見据えながら、デイサービススタッフと相談し、以下の運動を提案・実施することにしました。

- ① 座位で膝を伸ばす 10回
- ② イスからの立ち座り 10回
- ③ 立位で股関節外転 10回

<今後に向けて>

目標の達成状況に応じて、新たな目標と運動プログラムを検討するために2か月後に再度訪問することになりました。

また、担当ケアマネジャーには、外出するために住環境整備が必要な場合など、状況に応じてリハ専門職の自宅への訪問も検討するように伝えました。



2 介護予防・生活支援サービスにおける「通所型サービス」とは

通所型サービスとは、要支援者等に対し、機能訓練や通いの場など日常生活上の支援を提供するものです。

通所型サービスは、従来のデイサービスに加え、NPO、民間事業者等によるサービス(A)や、住民主体によるサービス(B)など、多様な担い手によるサービス提供が行われます。また、保健・医療の専門職が短期集中で行うサービス(C)が想定されます（図1）。

リハ専門職はこれらの通所型サービスに定期的に関与し、介護職等に対し支援を行うことで、対象者の生活機能を維持・向上させ、介護予防の機能強化を図ります。

基準	現行の通所介護相当	多様なサービス		
サービス種別	① 通所介護	② 通所型サービスA (緩和した基準によるサービス)	③ 通所型サービスB (住民主体による支援)	④ 通所型サービスC (短期集中予防サービス)
サービス内容	通所介護と同様のサービス 生活機能の向上のための機能訓練	ミニデイサービス 運動・レクリエーション 等	体操、運動等の活動など、自主的な通いの場	生活機能を改善するための運動器の機能向上や栄養改善等のプログラム
対象者とサービス提供の考え方	○既にサービスを利用しており、サービスの利用の継続が必要なケース ○「多様なサービス」の利用が難しいケース ○集中的に生活機能の向上のトレーニングを行うことで改善・維持が見込まれるケース ※状態等を踏まえながら、多様なサービスの利用を促進していくことが重要。	○状態等を踏まえながら、住民主体による支援等「多様なサービス」の利用を促進		・ADLやIADLの改善に向けた支援が必要なケース 等 ※3～6ヶ月の短期間で実施
実施方法	事業者指定	事業者指定／委託	補助(助成)	直接実施／委託
基準	予防給付の基準を基本	人員等を緩和した基準	個人情報の保護等の最低限の基準	内容に応じた独自の基準
サービス提供者(例)	通所介護事業者の従事者	主に雇用労働者 +ボランティア	ボランティア主体	保健・医療の専門職 (市町村)

図1 通所型サービスの類型¹⁾

3 通所型サービス支援の流れ

通所型サービス支援の大まかな流れは次の通りです（図2）。これから通所型サービスへの支援を行うリハ専門職は、大まかな流れを把握し、しっかりと事前準備を行って臨むようにしてください。

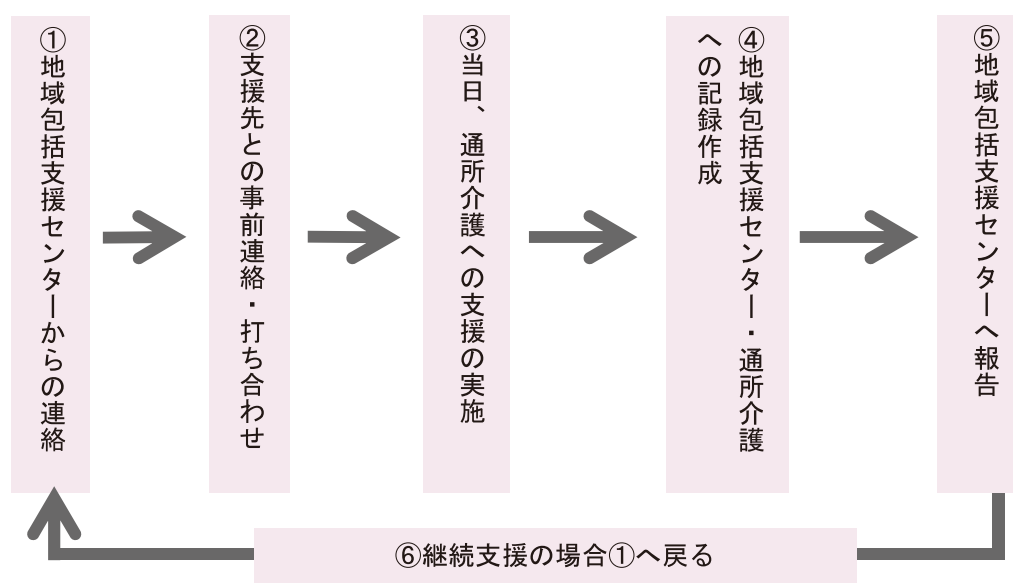


図2 通所型サービスの大まかな流れ

4 リハビリテーション専門職に求められる役割

リハ専門職には次のような役割が求められています。

(1) 現行の通所介護（デイサービス）に対して

- ①対象者の「できること」と「できないこと」、「できそうなこと」を見極め、改善見通しを評価する。
- ②対象者の有する能力を最大限に引き出すための介助方法・運動方法を提案する。
- ③想定されるリスクを示す。

(2) 通所型サービス A・B の場合に対して

- ①身体障害や関節痛があっても継続的に実施できる運動方法・アクティビティ（レクリエーション）を提案する。
- ②安全で効果的な動作方法（立ち座りや移動など）を指導する。
- ③想定されるリスクを示す。

(3) 通所型サービス C の場合に対して

- ①対象者の体力や ADL・IADL の改善見通しを評価する。
- ②対象者の身体面でのリスクを示す。
- ③対象者の有する能力を最大限に引き出すための運動方法を提案する。
- ④取り組んだ結果を評価する。ADL・IADL 改善の場合は、個々の動作を確認する。

リハ専門職が通所に関わる意義は、安全で効果的な運動方法等を提案し、生活機能や心身機能の向上に資する取組を行えるように支援することです。

5 留意点と準備

(1) 事前準備

これから通所型サービスに参加するリハ専門職は、大まかな流れを把握し、以下の3点を確認してください（図3）。

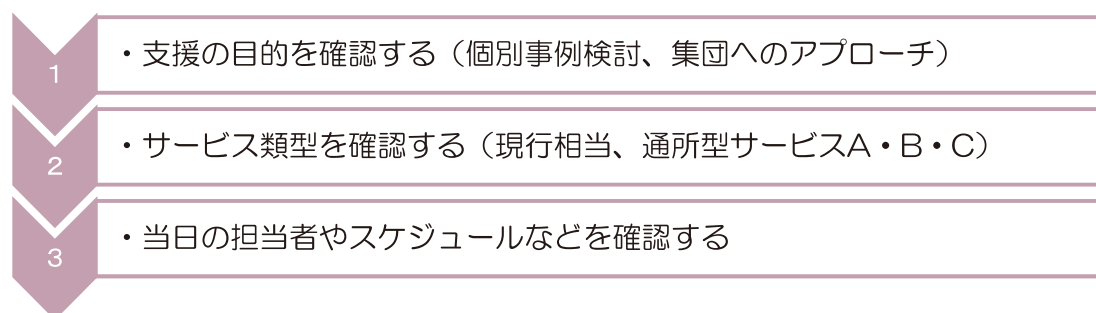


図3 通所への関わり（事前準備）

①支援の目的を確認する

どのような目的で支援するのか、どのような指導・助言を求めているのかを確認しましょう。その際、通所スタッフが課題としていることだけではなく、**介護予防ケアプランで目標をどのように設定しているのかも**確認してください（リハ専門職が関わることによる成果の指標です）。

②サービスタイプを確認する

対象者に関わる者の力量（資格の有無や、経験など）に合わせた指導・助言をする必要があります。

現行の通所介護相当や通所型サービス C であれば、専門職が対象者に関わりますが、通所サービス A・B であれば、一定の研修を受講した者、住民ボランティアが中心に関わることになります。

③当日の担当者やスケジュールなどを確認する

支援目的によっては、時間を要することまたは、限られた時間での支援となることがあります。そのため、どのくらいの滞在時間であるか、支援する対象者の人数などを確認しておきましょう。

また、支援の際に同席してくれる担当者の名前や職種を確認しておきましょう。

通所型サービスが提供されている場所へ直接出向くことになると思われるため、所在地や行き方の確認、当日の出発時間なども確認してください。

(2) 当日の留意点

当日は、以下の6点に配慮した関わりをしましょう(図4)。

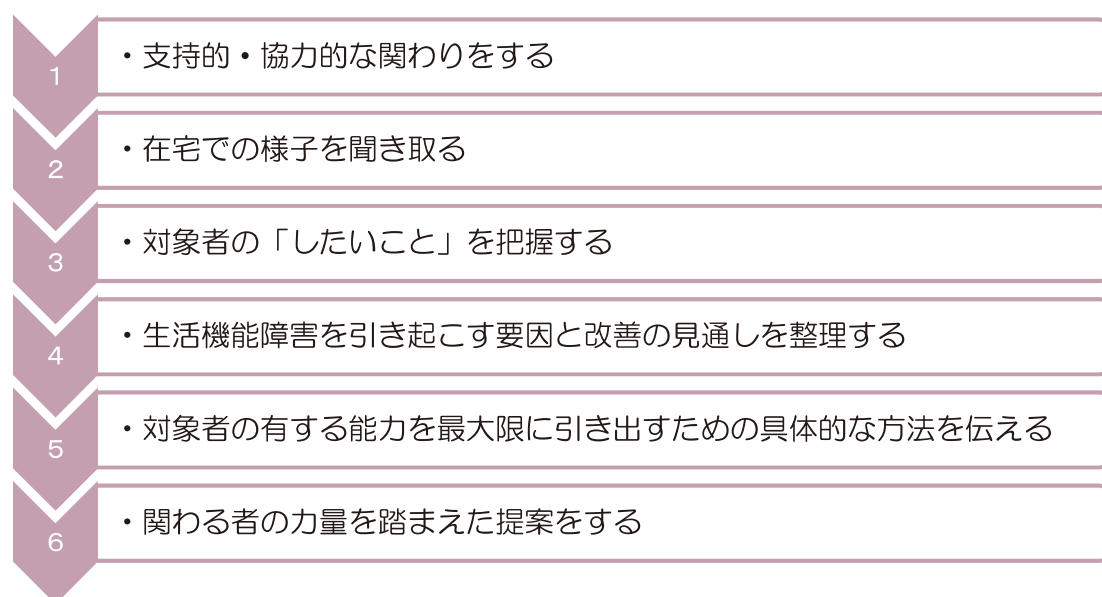


図4 通所への関わり

①支持的・協力的な関わりをする

対象者は、「患者」ではありませんし、支援先の通所サービスは「介護施設・医療機関」ではありません。リハ専門職の視点からは、効果的ではない運動やレクリエーションを行っている場面に出くわすこともあるかもしれませんが、いきなり頭ごなしに否定するのではなく、関わりを持つ中でより効果のある方法の提案をするようにします(図5)。

②在宅での様子を聞き取る

通所の役割は、在宅での生活の継続です。そのため、できる限り **自宅での普段の様子や住環境**などを聞き取ります。また、通所スタッフからも情報を聞くようにします。

③対象者の「したいこと」を把握する

通所スタッフが課題と感じている事柄を改善することも重要ですが、対象者本人には別の思いがあるかもしれません。そこで、対象者が意欲的に取り組むことができる指導・助言を行うためにも、対象者本人の「したいこと」を確認するようにします。



図5 通所での関わり

④生活機能障害を引き起こす要因と改善の見通しを整理する

今後の支援（目標や具体的な支援方法）について対象者本人や通所スタッフと共有するために、以下のような情報を分かりやすく整理して伝えます。

- ア 生活障害の原因（機能障害、生活環境、支援者の関わり方など）は何か
- イ 改善可能性の有無と程度
- ウ 介入しないことによる生活障害発生リスク

⑤対象者の有する能力を最大限に引き出すための具体的な方法を伝える

生活課題を改善し、対象者が考える生活を実現する上でどのような方法が適切か、複数の選択肢を考えます。もちろん、生活課題の改善のために心身機能の改善が期待できる場合もあります。しかし、心身機能が改善するには時間が必要です。そこで、現在の心身機能を基にして、生活行為の改善を図る提案（動作方法の変更や福祉用具の利用など）を併せて考え、伝えます（特にサービスA・Bの場合）。

⑥関わる者の力量を踏まえた提案をする

どのように素晴らしい提案でも、実行できなければ意味がありません。そこで、提案の実現可能性について、対象者や通所スタッフと相談して最終的に決定します。

運動プログラムを作成するには、以下の点を明示してください（図6）。

- ア 運動の目的（どんな機能を向上させるためにするのか）
- イ 運動の方法やポイント、各運動の回数、セット数（運動する際の姿勢などの注意点も含む）
- ウ リスク管理（運動の中止や中断の目安など）

これらを、図や写真つきの表にし、プログラムの実技指導を行うようにします。

実技指導を行うのは、今後継続して運動を行っていくために、通所スタッフにも注意するポイントなどを知っておいてほしいからです。また、スタッフが運動プログラムを習得することで、他の利用者への応用にも期待しています。

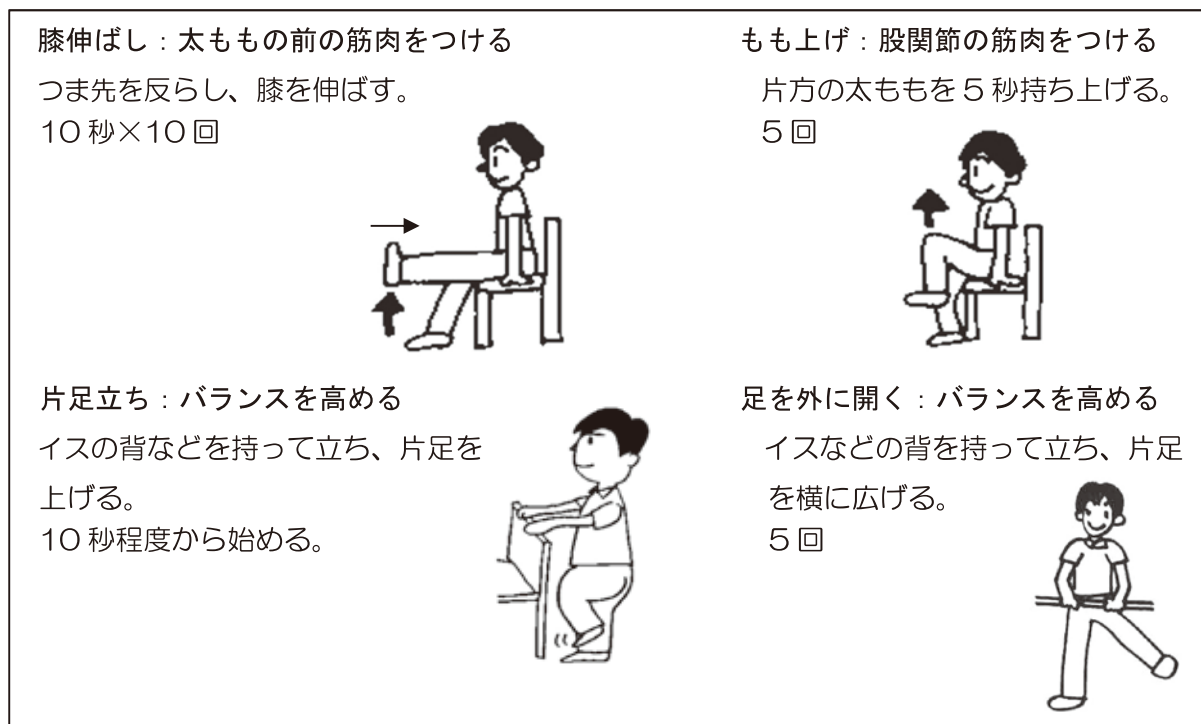


図6 提案する運動の例

(3) 通所への支援が終わったら

地域包括支援センターや支援先の通所の求めに応じて、記録を作成し報告します。その際、リハ専門職にしか理解できないような用語の使用は控えましょう。

継続的に支援する場合、通所を支援するリハ専門職が異なる場合もあり得ます。他者が見ても経過が分かるような記録作成に努めてください。

記録記載事項（例）

- ア 訪問目的
- イ 生活上の課題
- ウ 対象者・家族の希望
- エ 心身機能・活動評価
- オ 改善可能性と想定されるリスク
- カ 提案
- キ 今後の見通し

また、在宅を訪問する必要がある場合や、地域ケア会議で検討する必要がある場合には、その旨を通所スタッフと相談の上、地域包括支援センターに伝え、日程調整を依頼しましょう。

6 成功事例と失敗事例

本項では、2つの事例を紹介します。最初の事例（成功事例）は、目標の達成状態に応じて、適宜目標を修正しています。さらに、住環境の確認を提案するなど、利用者の生活に即した支援を行ったことで、通所介護を卒業しています。2つめの事例（失敗事例）は、在宅での状況把握が不十分だったために、機能訓練が日常生活と乖離していた事例です。

心身機能だけが向上しても、生活につながらなければ意味がありません。筋力や歩行速度などの結

果だけに一喜一憂せず、利用者の生活動作をきちんと評価し、効果的な提案を行うようにしましょう。

(1) 成功事例：デイサービスを卒業し、通いの場へ移行した事例

<事例>

78歳女性、変形性膝関節症により要支援2で、デイサービスを週2回利用しています。

<生活課題>

在宅ではときどき転倒している。決して活動的ではないが、何があっても夫に迷惑をかけたくないとの思いで生活しています。

<本人・介護職員の主訴・希望>

本人：もう少ししっかりと歩けるようになって、転倒しないようにしたい。

介護職員：同上

<目標（介護予防ケアプラン）>

①安全に歩けるようになる。

<通所で設定した目標>

①歩行時にふらつかない。

②自宅の床からの立ち上がりとしゃがみ動作が安全にできる。

<プログラム>

①運動プログラムについて（実施チェック表を作成）

- ・座位でもも上げ 左右 10回
- ・事業所のこたつを使って、床からの立ち上がりとしゃがみ動作練習
- ・片足立ち：リスク管理のため、介護職員と実施する。

②自宅で玄関以外に環境面で転倒や動作を阻害しそうな場所がないか確認する。



<達成状況（3か月後）>

床からの立ち上がり、しゃがみ動作で転倒することはなくなりました。また、玄関の敷居に足が引っかかることもなくなりました。しかし、立ち上がったときにふらつきは生じることがあります。

<目標の修正>

①自宅での床からの立ち上がり・しゃがみ動作を徹底する

②立ち上がったときにふらつかないようにする

<プログラム修正>

①運動を追加

手すりを持って横歩き・横ステップ運動：介護職員と実施

②住環境整備：手すりの設置は立ち上がり時のふらつき防止には効果的である。ケアマネジャーに連絡して環境調整を実施することを勧める。

<本事例のまとめ>

具体的な動作を目標にしたことで、本人・介護職員ともに達成度が分かり、運動が継続できました。また、住環境を確認し必要な改修を行うことで、安全に歩行することができるようになりました。さらに、自信が付き「通いの場」に移行できたことから、デイサービスからの終了につながりました。

(2) 失敗事例：デイサービスを週2回利用する変形性膝関節症 90歳女性（要支援2）

<事例>

90歳、要支援2で夫と二人暮らし。円背があり、下肢筋力が低下しています。

<生活課題>

在宅では這って移動していますが、トイレなど立ち上がる必要がある場所での動作に苦慮しています。デイサービスを週2回利用する以外は閉じこもりがちな生活です。また、ときどき立ち上がりに失敗して転倒することがあります。

<本人・介護職員の主訴・希望>

本人：特に困っていることはない。

介護職員：トイレ移乗時などは軽介助で立ち上がることができるため、歩行が出来るようになってほしい。

<目標（介護予防ケアプラン）>

確認していない。

<通所で設定した目標>

- ①イスからの立ち上がりが自立できる。
- ②安全に移乗できる。
- ③歩行器を使って移動できる。



<プログラム>

運動プログラムについて（実施チェック表を作成）

- 座位で膝伸ばし 左右 10回
- 手すりを持って立ち座り 5回
- 平行棒内歩行練習 3往復

<達成状況（3か月後）>

イスからの立ち上がりとトイレ移乗は自立した。
自宅では依然として転倒することがある。

<プログラム修正>

- ①運動を継続

<本事例のまとめ>

デイサービスでは、短距離ではあるが歩行器を使って歩行ができるようになりました。しかし、在宅では依然として這って移動しています。その原因は、自宅ではイスやベッドに腰掛ける生活をしていないためでした。

デイサービスでは自立しているトイレへの移乗も、自宅では床から立ち上がる必要があるため、ときどき転倒しています。

このように、自宅の環境や過ごし方や目標を確認することなく行った機能訓練は、身体機能を改善することはあっても、安心・安全な生活に変えることはできません。

7 但馬長寿の郷における取組

当郷では、平成 23 年度から通所介護事業所に対する支援を開始し、事業所への支援は平成 27 年度には 42 事業所に拡大しています。

平成 28 年 2 月に市町担当者連絡会を開催し、各市町における事業の実施状況を確認・共有するとともに、今後の支援のあり方について意見交換を実施しました。また、各市町が通所介護事業所を対象に実施した事業評価アンケートより事業成果を整理しました（表 1）。

ここでは、参考として A 市における調査結果を紹介します。

表 1 事業成果（A 市 22 事業所；重複回答）

項 目	事業所数	割 合
利用者支援の視点が確認できた	18	81.8
利用者に関する情報（提案された支援内容やプログラム）を事業所内で共有できた	15	68.2
他の利用者への応用ができた	12	54.5
個別援助計画がスムーズに立案できた	9	40.9
利用者に関する情報（評価内容等）をケアマネジャーに提供できた	9	40.9

【感想（抜粋）】

通所介護事業所間で結果に差が生じており、一定の成果を得ることが出来た通所介護事業所では、「スタッフ間で事業目的の共有」「提案した支援内容や運動プログラムの共有」などが行っていました。

（1）目標設定の共有について

- ・目標を立てて取り組め、モニタリングを一緒にリハ専門職と考えることができたので、分かりやすく理解できた。
- ・家族の思いと本人の思い・希望にズレがあったが、同じ方向に思いが向かってきた。
- ・本人のリハビリへの意識が高くなり、積極的に取り組まれています。
- ・本人の前向きな意識が向上し、「頑張ろう」という気持ちが増した。

（2）ADL や IADL に関する目標達成について

- ・患側の筋力を鍛え、入浴時の移動動作がスムーズになり、安定感が認められ効果的だった。
- ・車いすやクッションなどの検討、変更の指導で座位姿勢の安定につながった。
- ・ポジショニングにより、拘縮の強い利用者の安楽な体位を教えてもらい褥瘡の予防になった。
- ・適切な歩行器をレンタルでき、使うことで安定した歩行を維持できるようになった。
- ・食事量の少なかった方が体操を取り入れる事により摂取量が増えている。歩行についてもバランスが良く安定した歩行につながっている。

（3）その他

- ・本人・職員も成果が見えて意識向上につながった。
- ・利用者の意見や要望を再確認でき、家庭環境等も考慮した支援の立案につながった。
- ・デイサービスの取り組み以外に、訪問へと繋がり、更に利用者の生活の状況を捉えることができた。生活の課題をデイサービスで解決する良い循環となった。

一方、「時間がない」「事業の目的を十分に周知できず、スタッフにより取り組みに差があった」「人員不足」などの理由で十分な成果が得られていない通所介護事業所もありました。

今後の支援としては、ケアマネジャーとの連携、認知症利用者への支援、集団で行う運動の提案などの希望がありました。

平成 28 年度には 48 事業所に拡大しています。また、今後、多様なサービスが実施されることになれば、ボランティア等でも実施できる運動等を検討していく必要性があります。

8 ステップアップ

通所サービスへの支援に慣れてくれば、ステップアップのために次のようなことに取り組むようにしましょう。

(1) 在宅にも目を向ける

当面は、通所サービス利用時の運動指導（個別対応）が中心になるでしょう。しかし、失敗事例にもあったように、運動の効果が在宅での生活につながっていなければ意味がありません。

可能であれば、訪問と組み合わせて評価するようにしましょう。仮に難しい場合でも、送迎時などに通所サービススタッフに確認してもらい、利用者本人から詳細な聞き取りを行うようにし、評価を在宅にまで広げていきましょう。

また、必要に応じて、地域包括支援センターと相談の上、「訪問」を実施するのも1つの手段でしょう。

(2) デイサービス事業所にリハ専門職がいる場合

最近では、デイサービス事業所にリハ専門職が勤務している場合があります。そのような場合にも地域リハビリテーション活動支援事業でデイサービスを訪問することがあるかもしれません。

同じリハ専門職が計画・実施している支援について意見することに対して遠慮があるかもしれません。しかし、第三者の目で評価し必要な提案を行うことは、利用者はもとより、デイサービスのリハ専門職にとっても有意義なことです。

失敗事例にあったような、生活に直結しない訓練が漫然と行わることがないように、しっかりと評価しましょう。

(3) 事業所が提供している運動の評価

通所サービス（現行相当やC）を活用して心身機能の向上を図り、サービス利用を終了させていく方向に向かっていくものと思われます。しかし、地域リハビリテーション活動支援事業で関わることの出来る利用者は限られています。そのため、利用者への支援だけではなく、事業所が提供している機能訓練や運動が効果的なものかどうかを評価するようにしましょう。

また、必要に応じて通所サービススタッフへの指導なども行うようにしましょう。

そして、各通所サービスの状況を市町や地域包括支援センターとも共有し、ケアマネジャーが自立支援に取り組む通所サービスを効果的・効率的に活用できるようにしましょう。

文献

- 1) 厚生労働省老健局振興課：介護予防・日常生活支援総合事業の基本的な考え方。 <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000074692.pdf>（平成29年1月27日アクセス可能）。

VII 住民運営の通いの場

住民運営の通いの場におけるリハビリテーション専門職の役割

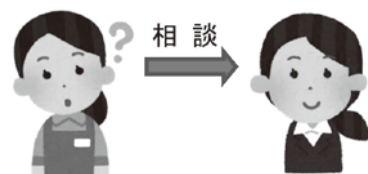
本章では、Bさんの事例を通して、「通いの場」のイメージを大まかにつかんでもらいます。その上で、リハ専門職が「通いの場」で具体的にどのような役割を果たすのかについてみていきましょう。

1 モデル事例 Bさんへの関わり：社会参加へつなげる

Bさんがデイサービスで機能訓練を頑張っているころ、デイサービスのスタッフはケアマネジャーへ連絡し、デイサービスを卒業して骨折前の生活に戻れないか相談をしました。

しかし、ケアマネジャーが心配したのは、運動機会が少なくなれば、体が弱ってしまわないかということでした。

そこで、ケアマネジャーは地域ケア会議を開くよう地域包括支援センターへ依頼しました。



地域ケア会議では、作業療法士からBさんが住んでいる地区で行われている体操教室に通うことを勧められました。

会議の結果を踏まえ、ケアマネジャーはBさんに、近所で行っている体操教室を勧めました。

Bさんは、最初は不安に思ったものの、教室に行ってみると近所の顔なじみもいたことから、楽しんで通うようになりました。そして、ついにデイサービスを卒業することになりました。

Bさんは、今では田んぼや畑の仕事にも復帰され、骨折前よりも生き生きした暮らしを楽しんでいます。



2 住民運営の通いの場とは

これからの介護予防は、高齢者を「支える側」（健康な高齢者）と「支えられる側」（要支援・要介護認定者と本事業対象者）に区別することなく、より多くの高齢者が、継続的に介護予防に取り組むことができるよう、身近な地域における「通いの場」が中心になります。

平成28年3月末現在、兵庫県内で住民主体の通いの場が41市町4,871箇所で開催されており¹⁾、この数は今後ますます増加していくものと思われます。

このような「通いの場」が多くできることで、高齢者自身による見守り・支えあいの関係づくりが強化され、年齢や心身の状態などによらず、生きがいや役割をもって生活できる地域の実現につながることができます。

3 住民運営の通いの場への支援の流れ

通いの場への支援の大まかな流れは次の通りです（図1）。これから通いの場への支援を行うリハ専門職は、大まかな流れを把握し、しっかりと事前準備を行って臨むようにしてください。

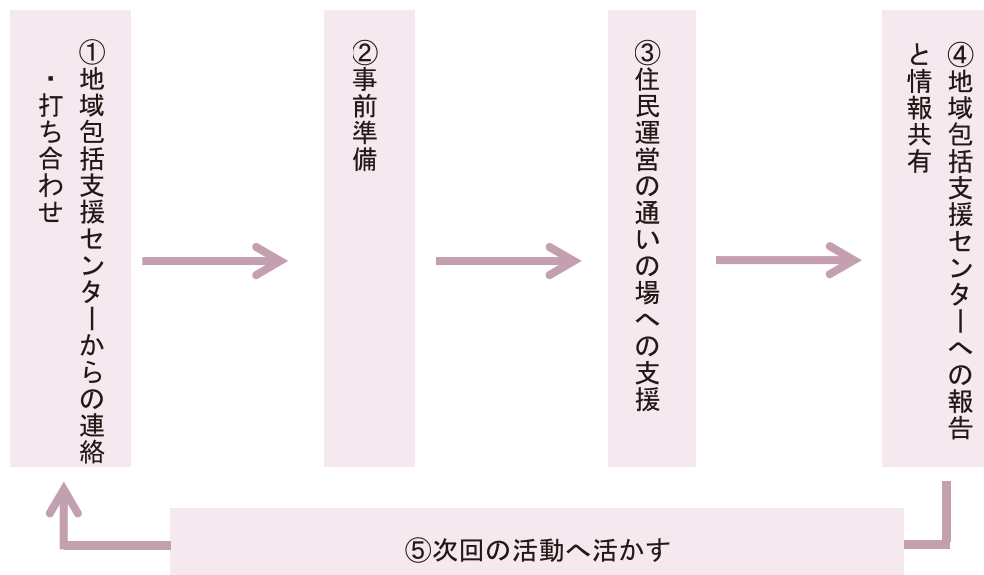


図1 住民運営の通いの場の大まかな流れ

4 リハビリテーション専門職に求められる役割

健康な高齢者から要支援・要介護高齢者まで、多様な方が参加します。

住民・地域への関わりについては、①身体障害や関節痛があっても継続的に参加することの出来る運動法の指導、②認知症の方への対応方法を世話役に指導、③定期的な体力測定、等について実施し、要介護状態になっても参加し続けることのできる通いの場を地域に展開することができること²⁾を期待されており、リハ専門職に求められる役割は虚弱高齢者や要介護者も参加できる場とするための支援であると言えます（図2）。

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> (1) 心身機能の評価・効果判定（体力測定や基本チェックリスト等の記入、問診など） (2) 参加者の身体面でのリスク管理 (3) 安全な運動方法や動作方法（立ち座りや移動など）の指導 (4) 環境面の安全性向上のための指導 (5) 認知症高齢者への対応方法の指導 (6) 介護予防サポーター等を養成する研修会や健康講座等の講演会の講師 |
|--|

図2 期待される役割

5 留意点と準備

(1) 事前準備

事前準備から当日までに行うべきポイントをまとめています（図3）。

通いの場への参加が決まったら、以下の7点を確認してください。特に、介護予防教室に参加したことがないリハ専門職は、十分な準備ができるよう入念に確認してください。

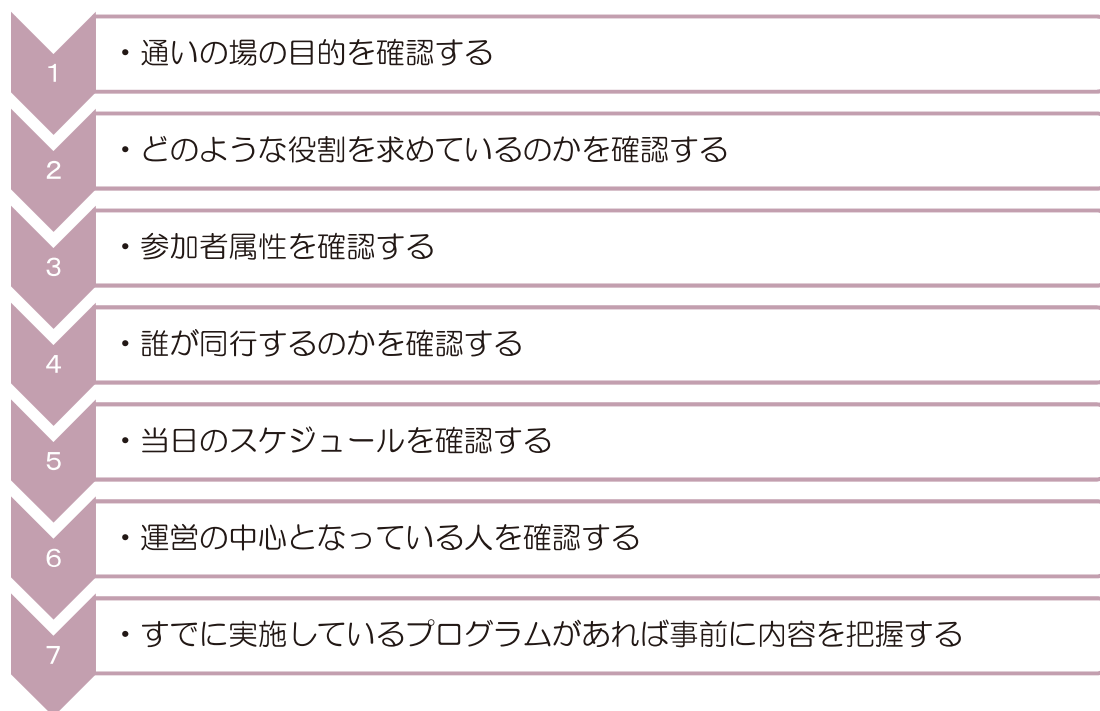


図3 住民運営の通いの場への関わり（事前準備）

①通いの場の目的を確認する

通いの場を増やすための取り組みを市町村・地域包括支援センターが行っていますが、市町村により状況がまちまちです。そのため、継続的な通いの場に対する支援の一環として関わる場合、介護予防サポーター養成講座や講演会の講師として関わる場合などがあります。

②どのような役割を求めているのかを確認する

継続的な通いの場であれば、体力測定などの評価の実施、運動指導、リスク管理などが考えられます。また、介護予防サポーター養成講座や講演会の場合、介護予防・健康づくりに資する講話や体操の指導が求められます。

③参加者属性を確認する

参加者に要支援・要介護認定者がいる場合、認定の有無に関わらず運動の実施が難しい方が参加している場合があります。体操指導や実施状況を確認する上で、特に注意する必要がある方が何人くらい参加しているのかを確認しましょう。

また、認知症高齢者などで、参加者や介護予防サポーターなどが対応に苦慮している方がいるのかも確認しましょう。

④誰が同行するのかを確認する

地域包括支援センターの職員が同行する場合、通いの場の立ち上げから現在に至る経緯、参加者属

性を把握しているため、安心です。特に保健師が一緒であれば、共にリスク管理を行うことができます。

⑤当日のスケジュールを確認する

現場集合する場合には、集合時間に遅れないように職場を出発する必要があります。また、前後で打ち合わせや反省会があるのであれば、その時間も確保しなければなりません。

⑥運営の中心となっている人を確認する

介護予防サポーターなど、一定の研修を受けた方が中心であれば、会の運営や体操の注意点など、細かなことを伝えても理解してもらいやすいでしょう。一方で、住民が中心であれば、あまり専門的なことや細かな点を指摘せず、取り組みを賞賛するほうが、参加者のモチベーション維持につながるかもしれません。

※介護予防サポーター養成講座や講演会、単発の健康教室の場合には不要です。

⑦すでに実施しているプログラムがあれば事前に内容を把握する

いきいき百歳体操など、各地で行われている体操を実施している場合や、市町村独自の体操を実施している場合があります。また、認知症予防プログラムを中心に行っている場合など、その手法は市町村によって異なるかもしれません。

住民が独自に取り組んでいる体操や認知症予防プログラムなどであれば、実施内容についてあまりエビデンスを押し付けることはできません。しかし、市町村が普及を図っているものであれば内容を精査し、少しずつでも効果の高い運動に変更するよう働きかけが必要になるでしょう。

実施内容に関するアドバイス、利用者個々の状態に応じた運動方法の提案（修正）、実施内容の見直しなどを行うための準備をするためにも、事前に内容を把握するようにしましょう。

（２）当日の留意点

当日は、以下の５点に配慮するようにしましょう（図４）。

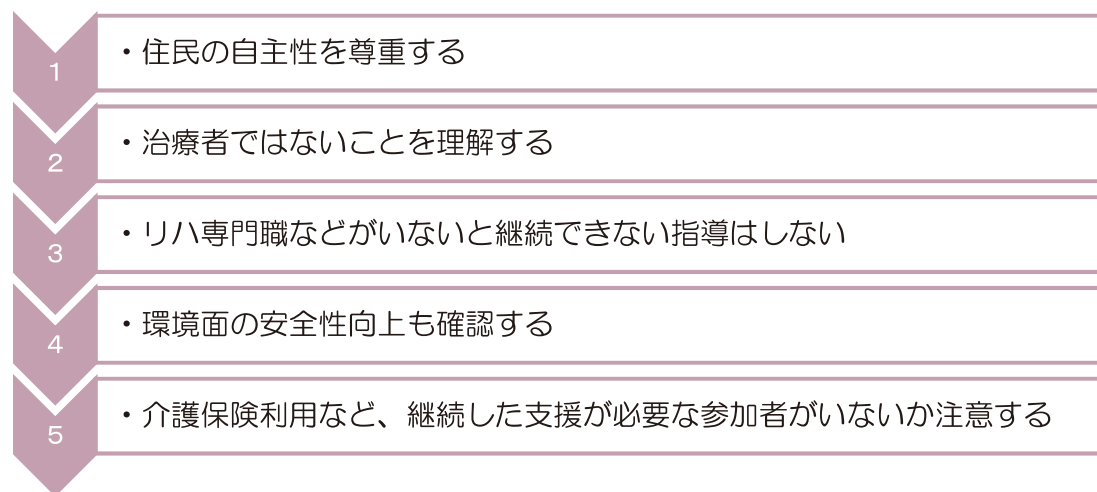


図４ 住民運営の通いの場への関わり（当日）

①住民の自主性を尊重する

主体は地域住民です。体操を実施している場合、正しい方法で行うことが効果を発揮する上でも、リスクを回避する上でも重要ですが、「指導者」として、一方的で威圧的な指導にならないように注意しましょう。

気になる参加者がいれば、さりげなく手を添えるなどして運動の方法を修正します。



図5 通いの場での関わり

②治療者ではないことを理解する

リハ専門職には、身体障害や関節痛があっても継続的に参加することの出来る運動法の指導が期待されています。しかし、通いの場で求められている役割は、治療ではありません。そのため、医療機関の受診につなげる、簡単な体操を提案するといったことはあっても、その場で治療者として関わることはしません。

③リハ専門職などがいないと継続できない指導はしない

既定の運動プログラムに加えて、通いの場で実施できる体操の指導を参加者から求められる場合があります。また、個別の相談の結果、自宅で行う体操を提案することもあります。その際、どんなに効果的な運動でも、動きが複雑すぎる、バランスを崩すなどの危険性が高いなど、住民だけで継続して実施することが難しい運動は避けます。可能な限り座位または立位で、能力に応じた体操を提供するようにします。

④環境面の安全性向上も確認する

住民が継続して参加し続けるためには、会場内はもちろんのこと、会場に入るまでの動線などの安全性を確認します。また、トイレなど参加者が利用する場所も確認し、参加しやすい環境かどうかチェックします。

そして、安全面に問題がある場合には、地域包括支援センターの担当者や体操教室の代表者などと相談するようにします。

⑤介護保険利用など、継続した支援が必要な参加者がいないか注意する

参加者の中には、他の参加者と一緒に運動が行えなくなっている方もまれにあります。そのような方の場合、生活上も何らかの困りごとを抱えているかもしれません。そのため、このような参加者がいないか確認し、必要であれば訪問につなげるなどの視点を持って臨みます。

(3) 通いの場への支援が終わったら

参加者の中に、介護保険申請など、継続した支援が必要な参加者がいた場合、同行者と情報を共有しましょう。

通いの場の運営方法についての改善点や、通いの場への継続的な関わりを通して、地域住民が抱える課題なども見えてくるようになるかもしれません。そのような場合には、地域包括支援センター等に報告するようにしてください。

6 成功事例と失敗事例

本項では、2つの事例を紹介します。最初の事例（成功事例）は、継続的に通いの場に参加することで身体機能が改善し、歩行や階段昇降などの動作が行いやすくなりました。2つめの事例（失敗事例）は、1年間通ったものの、負荷量が少なかったために改善が見られませんでした。

参加者に応じた負荷量を調整しないと、運動が継続しても期待するような効果が出ないことがあります。リハ専門職として、適切な負荷量の提案をして、効果が出るように支援しましょう。

（1）成功事例：通いの場に6か月間通い、機能が改善した78歳男性（要支援1）

<事 例>

普段は自室にこもって流木を使った作品づくりをしていることが多く、活動性は低いです。肥満傾向です。日常生活でも、階段昇降時に手すりにつかまっています。

公民館で体操教室（いきいき百歳体操）が始まったことを知り、3回目から参加しています。

当初は周りと同じように運動することが難しく、息切れがありました。また、立ち座りの運動では、連続10回行うことが難しく、途中で休憩していました。

また、体操を終えた後の帰路でも息切れがありました。

<リハ専門職の関わり>

開始1か月までは、体力に合わせて無理なく運動を行うように伝えました。2か月目以降、徐々に休むことなく運動が行えるようになったため、地域包括支援センターの保健師を通じて重錘（おもり）をつけるように指導しました。また、3か月目以降は重錘を増やして筋力強化に努めました。

<効 果>

当初は息切れがあり、途中で休むことがあったが、毎週欠かすことなく参加しました。

開始当初に体力測定を行わなかったため、6か月間の成果を数値で比較することはできませんが、運動中の息切れは全くなくなっており、本人も効果を実感していました。

また、階段昇降では手すりを必要とせず、平地歩行でも息切れを起こすことがなくなっています。

さらに、通いの場に参加する前は自室にこもっていることが多かったですが、今では通いの場に参加することを楽しみにしており、社会参加につながりました。

（2）失敗事例：通いの場に1年間通ったが、機能が改善しなかった75歳男性（非該当）

<事 例>

変形性膝関節症があるため、畑仕事などを細々と行っているが、活動性は低いです。

1年前、公民館で体操教室が始まったときから、妻と一緒に参加しています。この地区で実施している体操は、市が独自に考案した健康体操と歌に合わせたリズム体操でした。

<リハ専門職の関わり>

楽しく運動が行えており、特にリスクもないと判断したため、特別な指導は行いませんでした。

<効 果>

体力測定の結果は1年前と比較してわずかに低下しました。

この方は、休まず毎回参加し、熱心に運動を行っていました。しかし、体力測定の結果が思わしくなかったことから、負荷量が適切であったのか疑問が残ります。さらに、市が考案した運動自体の効果にも疑問があります。リハ専門職として体操が果たして効果があるのかを確認し、エビデンスのある運動に変更するように働きかけるべきでした。

7 但馬長寿の郷の取組

当郷では、「ソーシャルキャピタル（社会関係資本。以下、「SC」という。）」の醸成を目的とした取り組みを数年前から始めています。但馬地域では「健康づくり」を単に個人の問題として捉えるのではなく、「健康づくり」を目的として集まった住民同士が、活動を通じて信頼関係を育み、お互いが気遣い合い、見守り合い、助け合う「セーフティネットとしての地域づくり」を構築することを目標に、老人クラブ単位で講演を行っています。

近年、但馬地域でも「いきいき百歳体操」などの、住民が主体的に実施する体操教室が始まっています。既存の体操や運営の仕組みを活用している市町に対しては、①心身機能の評価・効果判定（体力測定や基本チェックリスト等の記入、問診など）、②参加者の身体面でのリスク管理、③安全な運動方法や動作方法（立ち座りや移動など）の指導を中心に行っています。

図は、A市で実施している体操教室（5地区）で実施した体力測定（TUG）の結果です。各年代ともに改善がみられています。このような結果も随時確認し、参加者のモチベーションアップにつなげるとともに、新たに実施する地区への声かけに利用しています。

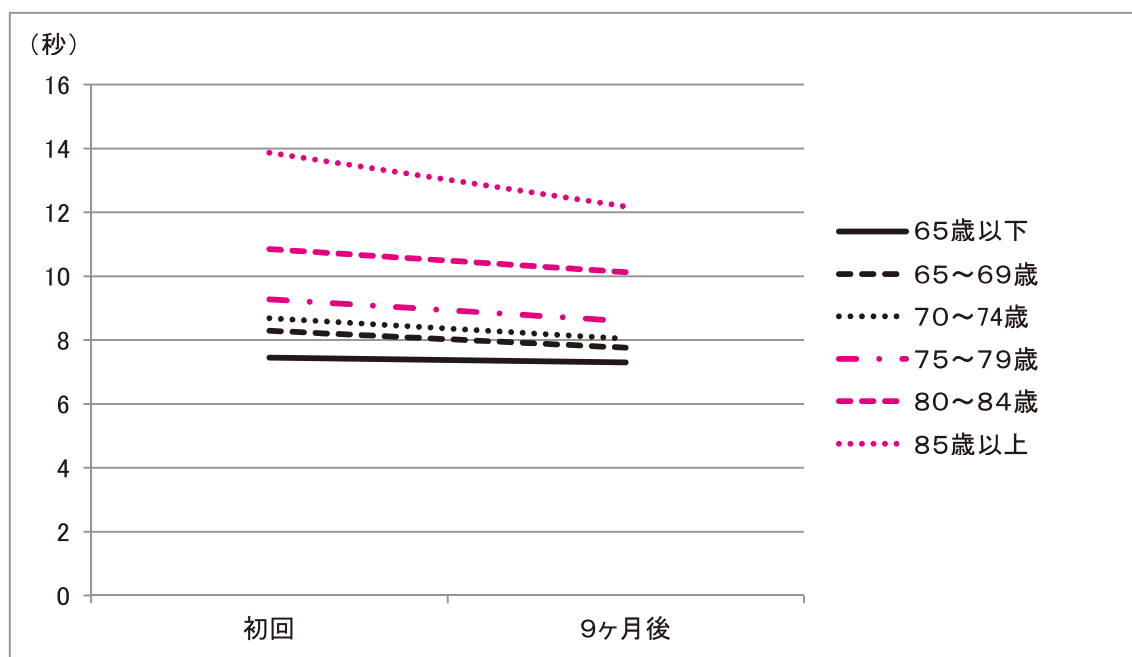


図6 TUGの体操教室スタート時と3か月後の比較

一方、既存の仕組みを参考にしながら独自の体操を作成し、普及・啓発を企画している市町に対しては、効果の高い運動をまとめた体操（運動プログラム）づくり、住民への広報の方法、事業の進行管理などにも参画しています。

用語解説

TUG (Timed Up & Go Test)

肘掛けのついた椅子に腰かけた状態から立ち上がり、3m先に置かれたコーンなどを折り返して再び深く着座するまでの様子と所要時間を観察します。信頼性が高く、下肢筋力、バランス、歩行能力などの日常生活機能との関連性が高く、高齢者の身体機能評価として広く用いられています。

8 ステップアップ

(1) より効果的な通いの場にするために

リハ専門職に求められる役割の1つに「心身機能の評価・効果判定」があります。通いの場での体力測定が行われていない場合には、市町村に働きかけ、効果検証を行うようにしましょう。

その場合、体力測定項目についても適切なものが選択されているか確認してください。

運動器の機能向上マニュアル(改訂版)⁵⁾では、「体力測定は、握力・下肢筋力・開眼片足立ち時間・Timed Up & Go Test・5m歩行時間(通常・最大)等を測定することが望ましい」としています。ただし、開眼片足立ち時間は、膝痛がある場合などは繰り返し実施しにくく、測定値のバラツキが大きくなってしまいます。また、会場の広さやスタッフ数などにより、あまり多くの測定項目を実施できない場合もあります。

そのため、握力・下肢筋力・Timed Up & Go Test・5m歩行時間(最大)が実用面では良いと考えます。

体力測定の結果で効果が見られない場合には、実施内容(運動プログラム、実施頻度など)を見直すように働きかけましょう。

業務の関係で毎回体力測定に参加できない場合でも、データを確認して効果検証を担当者と一緒に行うようにしてください。

(2) 住民運営の通いの場の立ち上げ(例)

当面は、体力測定や体操指導、実施状況の確認など、継続している地域の活動に部分的に参加することが中心です。しかし、先々は通いの場の立ち上げなどにも関わっていくことになるでしょう。

そこで、その際の関わりをまとめています。

ア 立ち上げまでの取り組み(事業開始3か月前から)

- ・地域包括支援センターとリハ専門職により、住民運営の通いの場の目的・運営、当該年度の目標(何地区で通いの場を立ち上げ、支援するか)について共通認識をもつ。
- ・地域包括支援センターが事業説明資料を作成する。
- ・リハ専門職は、高齢期に低下しやすい筋力、関節可動域などを踏まえて体操を作成する。
- ・地域包括支援センターと健康課、リハ専門職で実施内容の確認をする。
- ・区長や民生委員などが集まる機会を通じて事業について説明し、実施希望地区を募る。

イ 第1回 事業の説明と体操の実施

地域包括支援センターによる講話

- ・住民運営の通いの場で運動することによる介護予防効果について説明
- ・「健康づくり」を目的として集まった住民同士が、活動を通じて信頼関係を育み、お互いが気づかい合い、見守り合い、助け合う関係の醸成につながることを説明
- ・市町村と住民との役割分担(それぞれが何をするのか)を説明

リハ専門職による体操指導

- ・これから通いの場で行っていく体操を実際に体験する。
- ・体操の進行はDVDや紙媒体を用い、リハ専門職は体操中に正しい動きで行えているか、転倒等の危険性がないかを確認する。
- ・各体操の目的や効果、注意点などを伝える。
- ・準備、片付けなどを通じて、環境面の評価や追加で必要な物品がないかどうかを評価する。

ウ 第2回 評価と体操の実施

評価 *3か月後、9か月後（6か月、12か月の場合もあり）にも評価を実施し、効果判定を行うとともに、参加者の参加意欲の維持に活用する。

生活機能：基本チェックリスト

体力測定：握力、5m最速歩行、TUG、下肢伸展筋力

エ 第3回以降

4回目までは地域包括支援センター職員が関わる。それ以降は評価機会が関わりの中心になるが、適宜、様子を見に行くようにする。

オ 今後の展開に向けた検討

実施地区の増加に合わせて、介護予防サポーターを養成し、体力測定や3・4回目の運動指導などの役割を担ってもらうことで、実施地区数の増加に対応できるようにする。

さらに、実施地区間の交流、体操継続の動機づけのための機会（交流会）の開催を企画する。

文献

- 1) 兵庫県健康福祉部高齢社会局高齢対策課：市町職員向け住民主体の介護予防の手引き～住民運営の通いの場づくりに向けて～，2015
- 2) 厚生労働省：介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン．<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000074126.html>（平成29年1月27日アクセス可能）．
- 3) 株式会社三菱総合研究所：地域づくりによる介護予防を推進するための手引き．平成26年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金 地域づくりによる介護予防の取組の効果検証・マニュアル策定に関する調査研究事業．平成27（2015）年3月．http://www.mri.co.jp/project_related/roujin_hoken/uploadfiles/h26/h26_07_tebiki.pdf（平成29年1月27日アクセス可能）
- 4) 株式会社日本能率協会総合研究所：地域づくりによる介護予防を推進するための手引き【地域展開編】．平成27年度構成労働省老人保健事業推進費等補助金 地域づくりによる介護予防の取組を推進するための調査研究事業．平成28（2016）年3月．<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000122064.pdf>（平成29年1月27日アクセス可能）．
- 5) 「運動器の機能向上マニュアル」分担研究班：運動器の機能向上マニュアル（改訂版）．平成21年3月．<http://www.mhlw.go.jp/topics/2009/05/dl/tp0501-1d.pdf>（平成29年1月27日アクセス可能）．

終わりに

「地域リハビリテーション活動支援事業」は、利用者の自立支援に資する取り組みを推進し、介護予防を機能強化するために私たちリハビリテーション専門職に大きな期待を寄せています。

本書は、当郷の理学療法士・作業療法士が、平成6年度から地域包括ケアの実現に向けた取り組みを行ってきた経験を基に作成したものです。

今後、多くのリハ専門職が地域の中で、多職種や地域住民と協働していくことになるでしょう。

本事業を通じて、多くの地域で次のような状況が実現されることを期待しています。

地域リハビリテーション活動支援事業があるとき

但馬花子さん80歳。

骨折後にリハビリを頑張り、このたび退院してデイサービスを利用することになりました。

しかし、デイサービスでは、介護職員が悩んでいました。

骨折した人の運動をどのようにすればよいのかわからなかったのです。

そのため、自分たちで出来る範囲の体操とレクリエーションを提供することにしました。

でも、本当にこれで良いのか・・・、悩みは晴れません。

そこに病院からリハ専門職がやってきました。

花さんが入院していた病院ではなかったのですが、花さんの身体の具合を確認して、花さんの運動中の注意点や、効果的な体操を介護職員に伝えました。

体操の注意点や内容が分かったことから、介護職員は自信をもって、花さんの体操に取り組みました。

花さんもより熱心に体操に取り組み、どんどん骨折前と同じくらいに動けるようになり、ついにはデイサービスで受ける支援が必要なくなりました。

このように、花さんがデイサービスで受ける支援が必要なくなったころ、介護職員がケアマネジャーへ、デイサービスを終了して



骨折前の生活に戻れないかと相談をしました。

しかし、ケアマネジャーが心配したのは、運動機会が少なくなれば、体が弱ってしまわないかということでした。

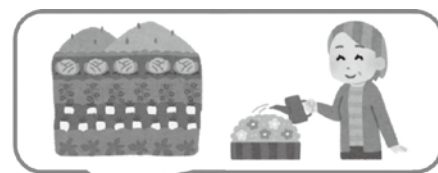
ケアマネジャーは、花子さんが今後、どのような暮らしができるのか相談するため地域ケア会議を開くよう地域包括支援センターへ依頼し、開催されました。

すると、デイサービスで運動の仕方を伝えたりハ専門職が会議参加者で来ており、花子さんの地区で行われている体操教室に通うことを提案しました。

ケア会議の結果を踏まえ、ケアマネジャーは花子さんに、近所で行っている体操教室を勧めました。

花子さんは、最初は不安に思ったものの、教室に行ってみると近所の顔なじみもいたことから、楽しんで通うようになりました。

ついには、田んぼや畑の仕事に復帰され、デイサービスを終了することになり、地域の体操教室に参加しながら骨折前よりもより生き生きとした暮らしを楽しんでいます。



本書を通じて、リハ専門職がどのような心がまえで取り組めばよいのか、イメージをつかんだ上で地域リハビリテーション活動支援事業に参加していただければ幸いです。

また、本書は地域リハビリテーション活動支援事業に従事されている皆様のご意見を取り入れ、随時改訂していく予定です。そのため、本書をご活用いただいた皆様からの忌憚のない御意見や情報提供をお願いします。

なお、論文等の引用は、日本公衆衛生雑誌の投稿規定に準拠して記述しています。

平成 29 年 2 月 兵庫県但馬県民局但馬長寿の郷 地域ケア課

リハビリテーション専門職による『地域リハビリテーション活動支援事業』を
推進するための手引き作成メンバー

〔作成者〕

兵庫県但馬県民局但馬長寿の郷 地域ケア課

田畑茂美 課長（保健師）

小森昌彦 課長補佐（理学療法士）

中西智也 主査（理学療法士）

永田 智 職員（理学療法士）

〔アドバイザー〕

兵庫県但馬県民局豊岡健康福祉事務所

柳 尚夫 所長（医師）

青山純枝 課長補佐（保健師）

リハビリテーション専門職による

『地域リハビリテーション活動支援事業』を推進するための手引き

〒667-0044

兵庫県養父市八鹿町国木 594-10

兵庫県但馬県民局但馬長寿の郷 地域ケア課

TEL079-662-8456 FAX079-662-9959

