



# 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 第2版



平成 30 年 3 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)





## 改訂にあたって

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20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。

なかでも、市町や施設に理学療法士、作業療法士を派遣し、介護予防やより良いケアの進め方などについて助言するとともに、課題を抱える高齢者と家族、また、その担当者の相談相手として、生活課題の解決にあたり、成果を上げてきました。

現在、国では、一層の高齢社会に対処すべく、地域包括ケア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活かした自立支援に資する取り組みを推進するために、「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。

そして、当郷では、これらの事業をさらに推進し、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、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、冊子として平成29年2月に取りまとめました。冊子は、各市町、健康福祉事務所、本県の理学療法士会、作業療法士会、言語聴覚士会の各事務局等、関係機関における協議の際や、リハビリに携わる専門職への研修等に活用されているとお聞きしているところです。

この冊子については、作成当初から、必要に応じ、バージョンアップを図っていくことを方針としており、今年度は、お寄せいただいた助言も踏まえ、実際に行われているケア会議の事例や認知症高齢者への支援を追加することといたしました。

当郷では、今後とも新たな事例等を盛り込んで、さらに使いやすい手引きとするよう取り組んでいきますので、引き続き、御支援くださるようお願いいたします。

兵庫県但馬県民局但馬長寿の郷 郷長 上田 賢一



# 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	21
1 モデル事例	
2 地域ケア会議とは	
3 リハビリテーション専門職に求められる役割	
4 地域ケア会議参加の流れ	
5 留意点と準備	
6 地域ケア会議の実際	
7 ステップアップ	
V 訪問	43
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 リハビリテーション専門職に求められる役割	
4 訪問型サービス支援の流れ	
5 留意点と準備	
6 訪問支援の実際	
7 ステップアップ	
VI 通所①	55
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 リハビリテーション専門職に求められる役割	
4 通所型サービス支援の流れ	
5 留意点と準備	
6 通所支援の実際	
7 ステップアップ	

<b>Ⅶ 通所②：認知症支援</b>	……………65
1 モデル事例	
2 リハビリテーション専門職に求められる役割	
3 通所支援の実際	
4 ステップアップ	
<b>Ⅷ 住民運営の通いの場</b>	……………73
1 モデル事例	
2 住民運営の通いの場とは	
3 リハビリテーション専門職に求められる役割	
4 住民運営の通いの場への支援の流れ	
5 留意点と準備	
6 通いの場支援の実際	
7 ステップアップ	
<b>終わりに</b>	……………83

---

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（治療）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、平成 27 年度より「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組を推進し、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 年度から但馬地域の全市町（当時 1 市 18 町、現在は 3 市 2 町）と共に地域包括ケアシステムの構築に取り組んできました。

この手引きは、当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、②リハビリテーション専門職に求められる役割、③事業に参加する流れ、④留意点と準備、⑤事業の実際、⑥ステップアップの順に解説しています。

なお、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。

---

※ 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。

---

---

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
対象者が出来るようになりたいと 考えている動作や活動、社会参加	⇒	生活課題
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 年度から全市町で本事業が実施され、リハ専門職が、市町・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した（図1）。

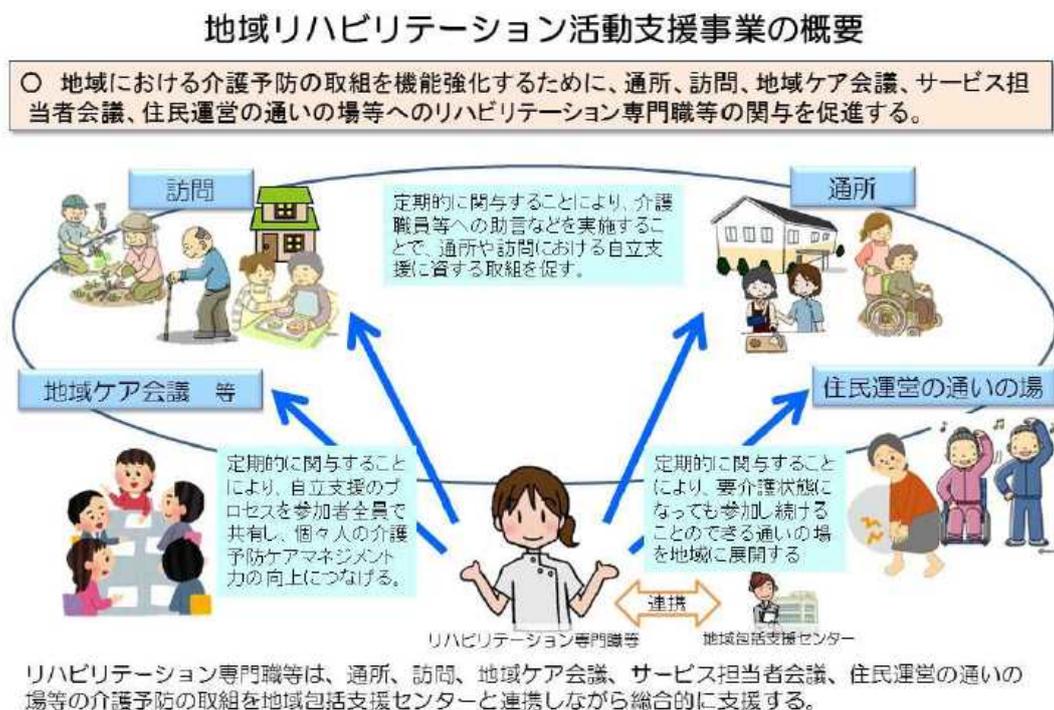


図1 地域リハビリテーション活動支援事業<sup>1)</sup>

本事業では、通所・訪問リハビリテーションのように、**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へ関わる機会もあります。

私たちリハ専門職には、「通所」や「訪問」、「通いの場」や「地域ケア会議」の場で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。

しかし、多くのリハ専門職は、今まで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。

そこで、まずは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 本事業がないとき：地域で起こること

### 患者・利用者の立場から

但馬 花子さん（80歳）は、畑仕事や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。

搬送先の病院で骨折していることがわかり、入院・手術となりました。

手術は無事成功し、リハビリを受けて、一人でなんとか歩けるまでに回復した花さんは、無事退院することになりました。

しかし、退院後しばらくは自宅での入浴に不安があったので介護保険を申請し、介護サービスを利用することになりました。

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。

ところが、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、いつ畑仕事や庭いじりができるようになるのか、不安を抱きつつデイサービスに通い続けました。

そんなある日、花さんは歩きにくくなっていることに気がつきます。しかし、「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、数か月が過ぎた頃、花さんはとうとう車いすの生活になってしまったのです。



### 病院のセラピストの立場から

世良PTは、自宅で転倒し、足を骨折した花さんを担当することになりました。

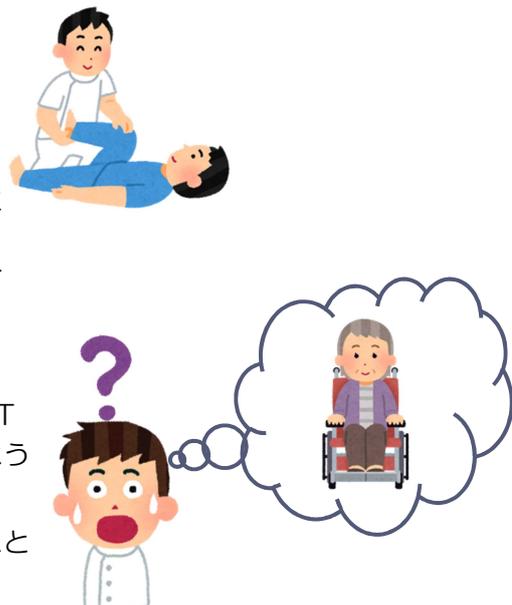
花さんも必死にリハビリに取り組み、このたび無事に退院することになりました。

花さんは退院後、介護保険を利用することが決まっていたため、世良PTも安心して花さんを送り出しました。

それから3か月後が経過したある日のことです。

花さんの担当ケアマネジャーから連絡を受けた世良PTは愕然とします。なんと、花さんは車いすで生活するよう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」「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。

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

本章では、リハ専門職が地域に関わることになった背景と、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**のことを言います（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医療・介護の担い手不足などがあります。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。

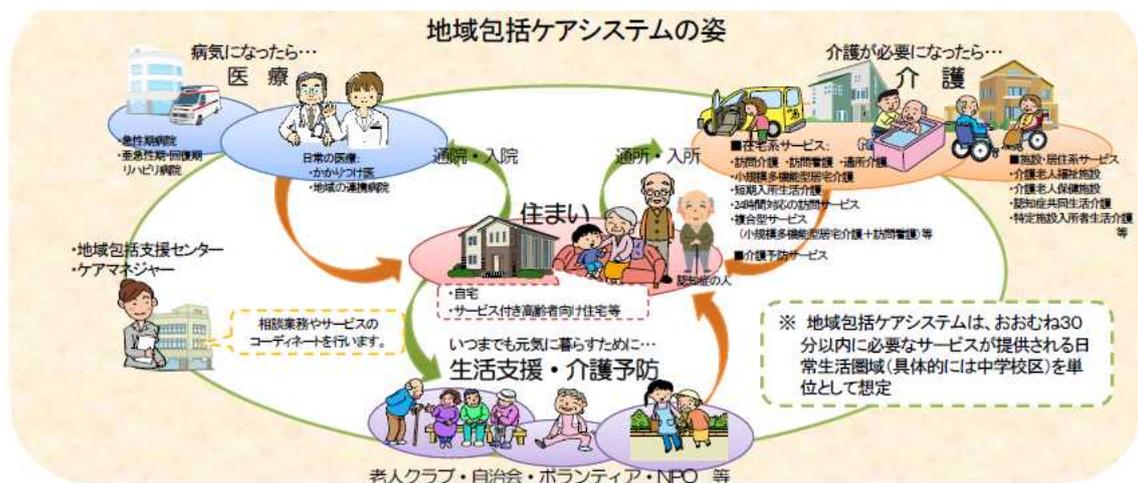


図1 地域包括ケアシステムの姿<sup>1)</sup>

### 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、これまでの取組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<sup>2)</sup>

「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、ハイリスクな高齢者にターゲットを絞った事業（二次予防事業）を展開していましたが、以下のような問題が指摘されています<sup>3)</sup>。

#### 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い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、広がりが限定的で、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<sup>3)</sup>。

### (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<sup>4)</sup>』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。
- ・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。

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<sup>5)</sup>』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、生活課題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（ハイリスクな者）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。

### 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<sup>6)</sup>おり、その要となるのが「通いの場」です(図2)。「通いの場」では、健康な高齢者から虚弱・要支援認定者まで、幅広い層が継続的に介護予防に取り組むことになるため、リハ専門職の関わり(効果的な運動指導やリスク管理など)が期待されています。

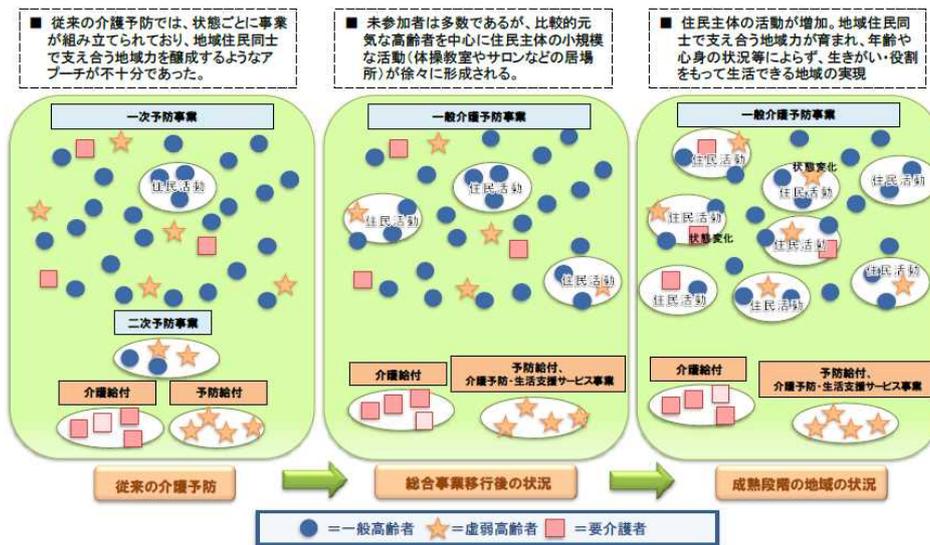


図2 地域包括ケアシステムにおける「地域づくり」のあり方<sup>3)</sup>

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」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<sup>6)</sup>(図3)。

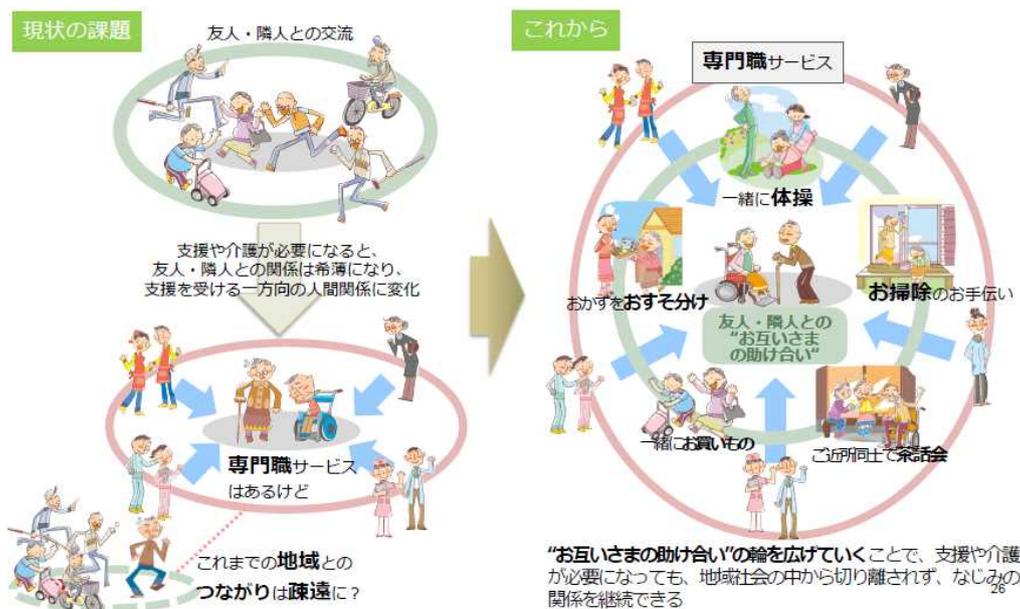


図3 総合事業は地域づくり<sup>7)</sup>

このように、総合事業は、「介護予防・生活支援」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「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（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となります。

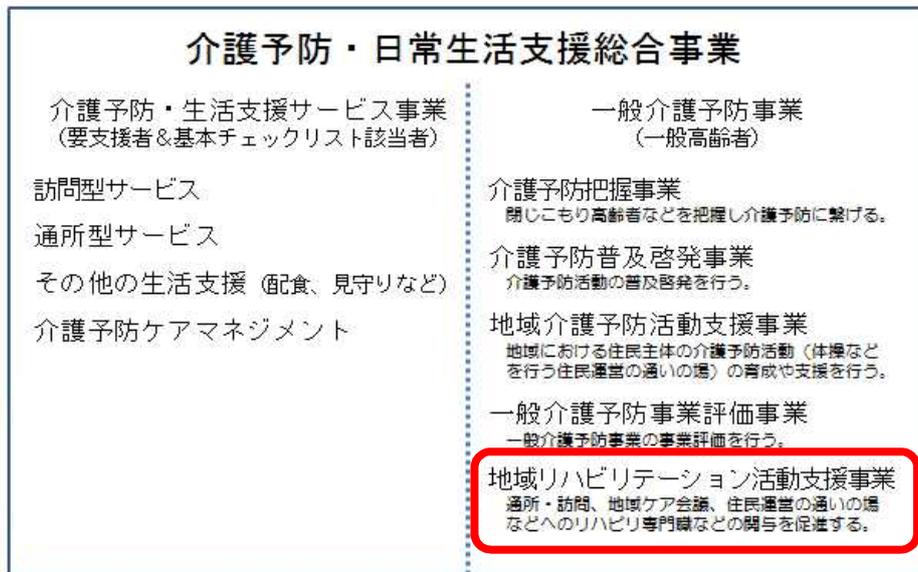


図4 新しい介護予防事業（厚生労働省資料を参考にして兵庫県高齢対策課で作成）

## (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<sup>6)</sup>。

また、厚生労働省では、「課題整理総括表」を作成し、その活用について周知を図っています<sup>8)</sup>。「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。

これらのことから、今後は、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のかが厳しくチェックされるようになってくるものと言えます。

リハ専門職には、生活課題の要因分析、生活機能の予後予測などを通して、自立支援型ケアマネジメントの実現に寄与することが求められています。

## 用語解説

### 生活全般の解決すべき課題（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。

---

## 4 まとめ

---

今後は、地域における介護予防の強化と地域の支え合い体制づくり、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、介護予防と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](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](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](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～VIII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役割

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<sup>1)</sup>。

- ・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。

つまり、リハ専門職の持つ技術よりも、治療に向かう思考プロセス（評価・観察、統合と解釈、課題抽出）が注目されていると言えます。

このような関わりは、本来は行政のリハ専門職が担う役割であるため、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<sup>2)</sup>**」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』<sup>3)</sup>（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1）。

#### 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。

#### 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・指導等をしながら、リハ専門職が間接的に「個」を支える業務。

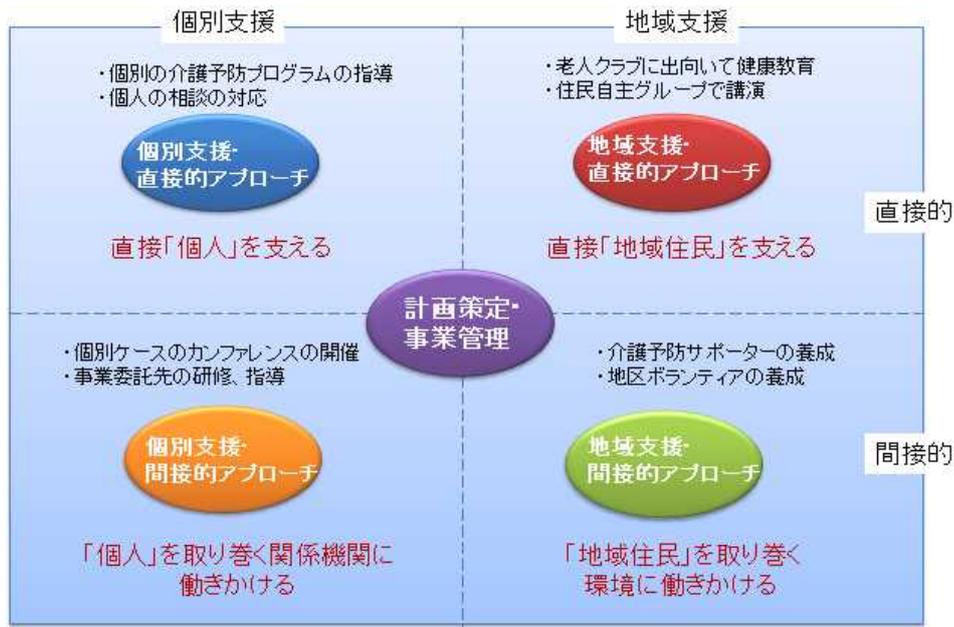


図1 行政のリハ専門職の関わり概念図（文献3を改変）

#### 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（≡本事業におけるリハ専門職の役割）は、対象者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、個人や地域に関係す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の違いを表1のようにまとめることができます。

#### 用語解説

##### コミュニティ

「共同体」や「地域社会」を意味します。

表1 医療機関等と行政機関におけるリハ専門職の違い

対象者	医療機関・介護事業所	行政機関	
	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)	・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

訪問や通所、地域ケア会議は、「個別支援・間接的アプローチ」<sup>注</sup>に該当し、主に総合事業対象者と要支援者の生活課題の改善に向けた関わりをします。

注：訪問や通所では、介護予防プログラム指導、住環境整備の提案を行います。対象者への支援ではなく、スタッフ等に対する提案・助言(間接的アプローチ)を行います。

生活課題(対象者が出来るようになりたいと考えている動作や活動)としては、次のような項目が想定されます(表2)。

表2 生活課題として想定される項目

動作	・立ち上がり動作    ・階段昇降    ・歩行
活動	・買い物などの近隣への外出    ・畑仕事    ・旅行 ・公共交通機関の利用    ・調理などの家事
参加	・町内会や老人クラブなどへの参加 ・趣味の会やスポーツの会などへの参加

要支援者の介護が必要になった主な原因(上位3つ)は、「関節疾患」、「高齢による衰弱」、「骨折・転倒」であり、約半数は体を動かさないことによる心身機能の低下<sup>4)</sup>です。そのため、リハ専門職は、心身機能や活動、環境などを評価し、①活動性をいかに高めるのか、②いかに動作を安全に行えるようにするか(環境整備や動作の再習得を含む)、③そのために必要な筋力や柔軟性、持久力などをいかに高めるか、④どのような手段で①～③を実現するかなどを評価することになります。

提案・助言に際しては、心身機能へのアプローチや環境へのアプローチに偏らないように注意する必要があります。心身機能の向上が期待できる場合であっても、改善に時間を要する場合には環境面への助言を合わせて行うようにしましょう。一方、環境へのアプローチだけでは、生活の場以外で行う活動に制限を受けてしまう恐れがあります。そのため、心身機能と環境の両方へのアプローチに加え、動き方の工夫など幅広い提案を行う必要があります。

また、通いの場は、「地域支援・間接的アプローチ」に該当します。

通いの場では、健康な高齢者から虚弱・要支援認定者まで、幅広い層が継続的に介護予防に取り組むことになるため、リハ専門職の関わり(効果的な運動指導やリスク管理など)が期待されています。

当面は、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、通いの場の立ち上げにつなげ、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こと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**）<sup>5)</sup>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「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。そして、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。

## 2 リハビリテーション専門職に求められる専門性

本事業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。

### リハ専門職の専門性:アセスメント力、提案力、プレゼン力

#### (1) アセスメント力

対象者が継続的に地域や在宅で生活するために、**生活課題の要因分析や予後予測**を行い、対象者が「**出来ること**」を増やす支援が必要です。

しかし、医療情報が十分に揃っていないことが一般的です。そのため、生活課題が起こった時期、その課題が生活に与える影響の大きさ、課題が生じる前後の状況比較などから生活課題の要因と予後予測する必要があります。

#### 用語解説

##### 地域診断

対象となる地域に関わることで得られた情報やさまざまな統計データなどを通して、それぞれの地域の課題や特徴を把握することです。地域診断は、根拠に基づいた施策を展開していく上で非常に重要です。

さらに、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評価の視点を持つ必要があります。その際、ICFを活用し、情報収集と整理を行いましょう（図2）。

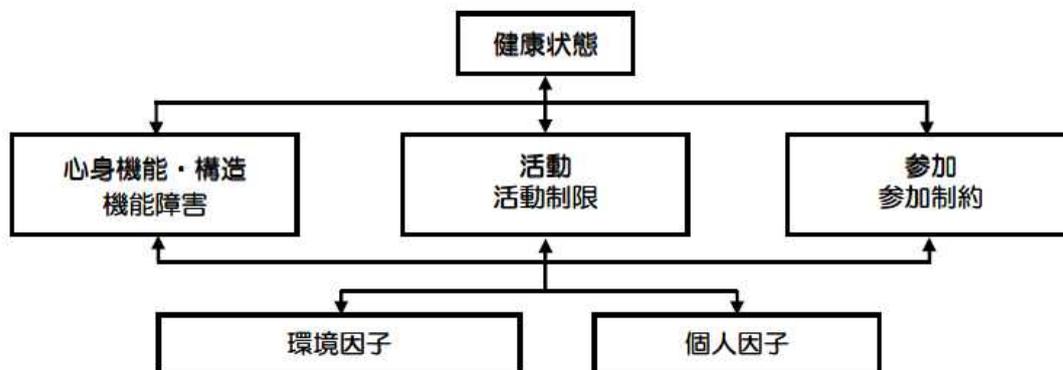


図2 ICF（国際生活機能分類）

### （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。

例：次のような提案を、状況に応じて複数組み合わせる提案するようにしましょう。

- ・在宅やデイサービス等で実施する、心身機能の改善を目的とした運動の提案
- ・動き方の工夫や作業工程の変更などの提案
- ・心身機能の改善に時間を要する場合の人的・物的環境調整の提案
- ・費用対効果、対象者の経済状況等を踏まえた環境整備の提案

### （3）プレゼン力

対象者が「**やってみよう**」「**やってみたい**」と思うことができる**提案や助言**を行う必要があります。また、間接的支援では、対象者や家族はもちろんですが、他職種が理解できる説明を行う必要があります。そのため、①生活課題の解決に必要な活動は何か、②その活動を完遂するためにはどのような工程が必要か、③その工程を行うために必要な心身機能は何か、④阻害要因は疾病由来か、退行変性や廃用か、環境要因か、⑤改善可能性はあるのかなどを説明し、提案・助言を行います。その際、専門用語を極力使わずに**対象者の置かれた状況を適切に説明できる能力**が求められています。

本事業に関わる中で、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。

## 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。

### 3 本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<sup>6)</sup>います。

しかし、リハ専門職が本事業へ参画することは、決して“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、次のような**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<sup>6)</sup>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。
- ・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、地域の社会資源（通いの場など）を知ることによって、患者・利用者の新たな役割の創出や社会参加など、目標設定の幅を広げることができます。

さらに、社会資源に関する情報を退院指導に活かすことで、患者・リハ専門職ともに安心し、自信を持って退院することができるようになるでしょう。



### 本事業に関わることで得られるもの

当郷主催の情報交換会を通じて得られたリハ専門職が考える波及効果です。

- ・退院した担当患者の現状を知ることができた。
- ・デイサービス職員の利用者への関わりについて詳しくなったことで、デイケアからの移行がしやすくなった。
- ・現在担当している患者の退院後に向けた支援に活かすことができる。
- ・事業所スタッフと相互に連絡を取り合う機会が増えた。

#### 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、地域ケア会議などを通して、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](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) 社会保障審議会介護保険部会（第 65 回）：参考資料 1 介護予防の推進（参考資料）。[http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu\\_Shakaihoshoutantou/0000138304.pdf](http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000138304.pdf)（平成 30 年 2 月 22 日アクセス可能）
- 5) 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](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）。
- 6) 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、モデル事例 A さんのケースを通して、「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 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難しくなってきました。

そのため、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活動：日中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。
- ②社会参加：姉妹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。

#### <本人の主訴・希望>

これまで通りに家事を続けていきたい。

#### <地域ケア会議の目的>

A さんにはリハ専門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、リハ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。

#### <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>

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。また、その際に住環境を確認し、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。

さらに、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（通いの場）に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<sup>1)</sup>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、サービス提供事業者で検討してきました。しかし、ケアマネジメント上の課題等（第II章参照）が指摘され、その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。

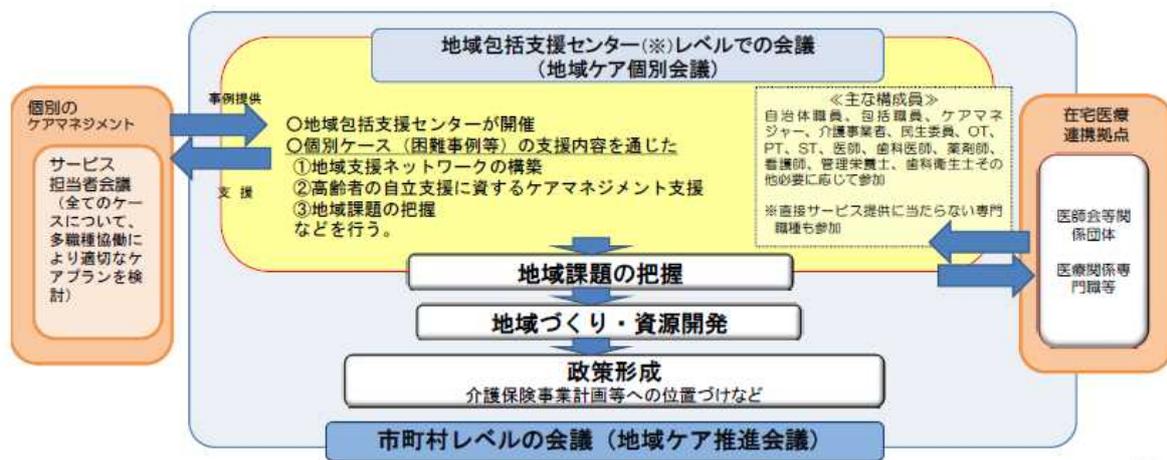


図1 地域ケア会議について<sup>1)</sup>

現在、各地域で開催されている地域ケア会議には以下のような検討方法・内容の違いがあります。

- 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 虐待などの困難事例の検討、その他
- ウ 「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）

### 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<sup>5)</sup>」として定義づけられています。

今後は、要支援者等の生活行為の課題の解決等、状態の改善に導き、自立を促すこと<sup>2)</sup>を目的とした介護予防のための地域ケア会議が展開されることとなります。

## (2) サービス担当者会議との相違

サービス担当者会議<sup>3)</sup>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。検討するケースは総合事業対象者や要支援者が中心です。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<sup>3)</sup>

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"> <li>「地域支援事業の実施について」（厚生労働省老健局長通知）</li> <li>「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）</li> </ul>	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"> <li>支援者が困難を感じているケース</li> <li>支援が自立を阻害していると考えられるケース</li> <li>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</li> <li>権利擁護が必要なケース</li> <li>地域課題に関するケース 等</li> </ul>	内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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</li> </ul>



## 介護予防のための地域ケア会議とは

多職種からの専門的な助言を得ることで、要支援者等の生活行為の課題を明らかにし、介護予防に資するケアプラン作成とケアの提供につなげることで、利用者のQOLの向上を目指す地域ケア会議です。

詳細は、「介護予防活動普及展開事業 専門職向け手引き（Ver.1）」（厚生労働省）をご参照ください。

### 3 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、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」<sup>4)</sup>です。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) 生活課題を引き起こす要因を評価すること
- (2) ICF等を用いて評価結果を分かりやすく伝えること
- (3) 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
- (4) 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



#### PT・OT・ST それぞれに求められる役割

PT・OT・STに求められる役割は異なりますが、実際の地域ケア会議では、3職種がそろえることはありません。

そのため、個々の役割について説明していませんが、関心のある方は、「介護予防活動普及展開事業 専門職向け手引き（Ver.1）」（厚生労働省）をご参照ください。

### 4 地域ケア会議に参加する流れ

地域ケア会議参加の大まかな流れは次のとおりです（図2）。大まかな流れを把握し、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。

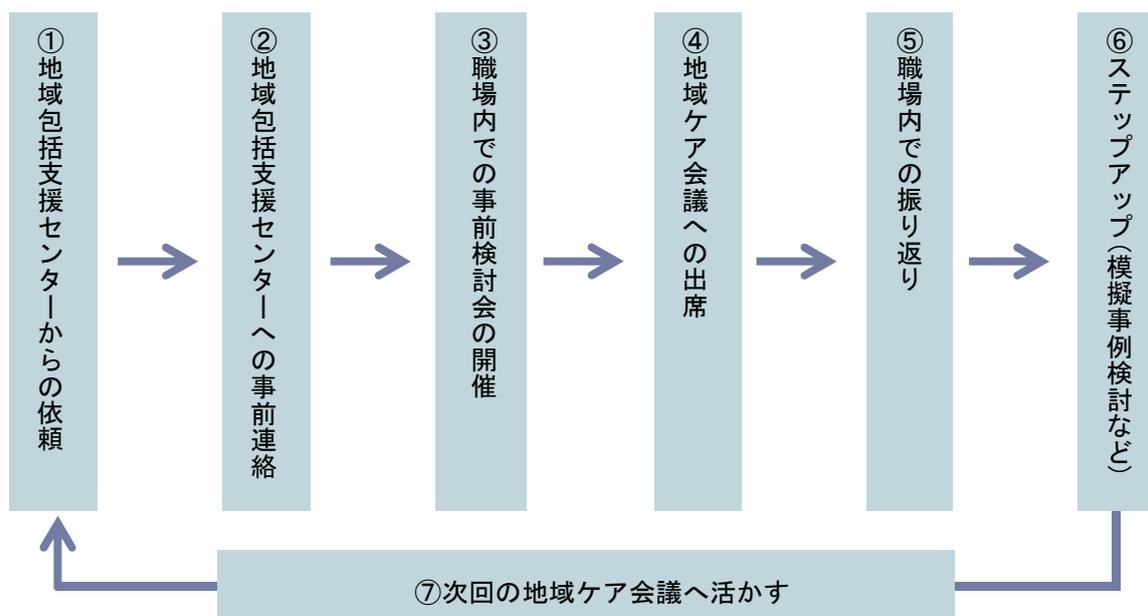


図2 地域ケア会議の大まかな流れ

## 5 留意点と準備

事前連絡から会議参加まで（図2②～④）の間に留意すべきポイントをまとめています（図3）。

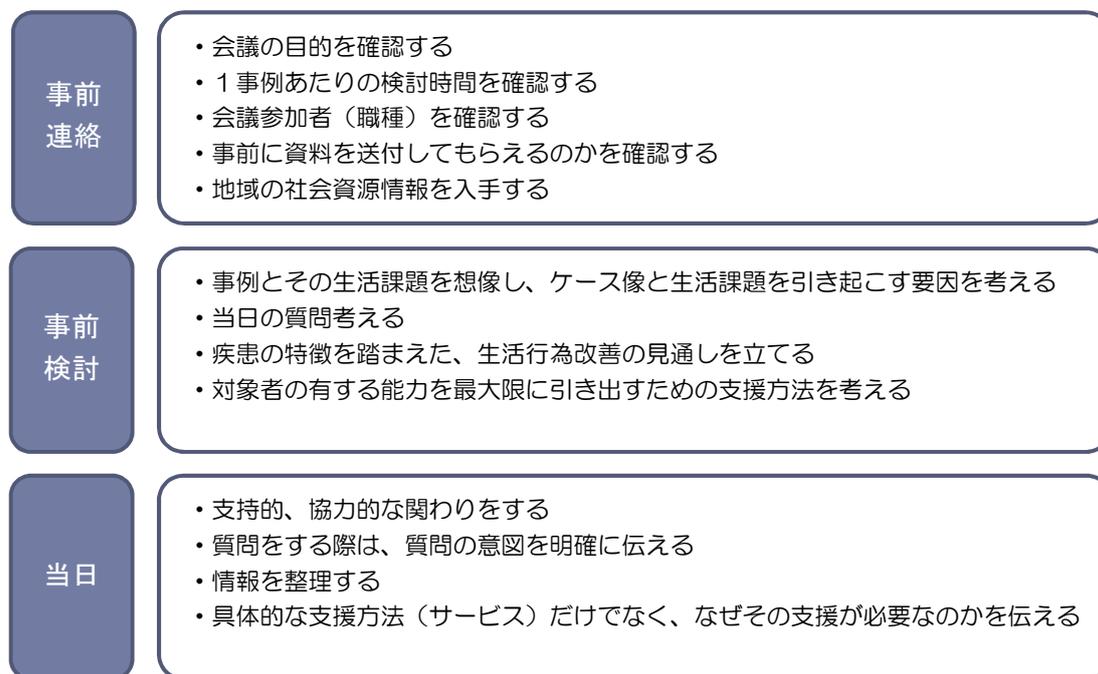


図3 各段階の留意点

### （1）事前連絡

特に、会議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。

#### ①会議の目的を確認する

参加する会議が、ケアプランチェックを目的としているのか、困難事例の検討なのか、自立を促すことを目的としているのかを確認します。

次に、事例ごとに検討する目的、つまり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、60～80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 地域ケア会議の進行（例）

内容	短時間の場合（20分程度）	長時間の場合（60～80分）
事例紹介	5分	10～15分
事例を理解するための質問	10分	20～30分
課題整理		15～20分
支援に向けた提案	5分	10～15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<sup>3)</sup>」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、行政職員や生活支援コーディネーターなどからは、地域の社会資源や、事例と関わりの深いキーパーソンの存在など、「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。

#### 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、自身がみたことのない事例に対して、短時間で紙面やケアマネジャー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。そのため、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

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（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、通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。

#### ①事例とその生活課題を想像し、ケース像と生活課題を引き起こす要因を考える

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）、介護予防サービス・支援計画書などがあります（P.28～30）。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多いため、各種資料に記載されている情報を基に事例を想像し、生活課題を引き起こす要因を推測しましょう。

生活課題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ない。

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。

### 用語解説

#### 生活支援コーディネーター

生活支援・介護予防サービスの充実に向けて、ボランティア等の生活支援の担い手の養成・発掘など、地域資源の開発やそのネットワーク化を行う、「地域支え合い推進員」のことで、日常生活圏域単位に配置されています。

【検討のポイント】

- ア 生活上の解決すべき課題の確認
  - ・いつ始まったのか
  - ・どれぐらいの期間続いているのか
  - ・どのような影響がどの程度あるのか
- イ 本人・家族の望んでいる状況の確認
- ウ 生活上の課題解決や望んでいる状況を実現するために必要な活動の抽出
- エ その活動を完遂するために必要な工程の分析
- オ その工程を行うために必要な心身機能の抽出
- カ 阻害要因（疾病由来か、退行変性や廃用か、環境要因かなど）の分析
- キ 解決する上で使える人的・物的資源の確認



### 検討する事例について

介護予防に資する地域ケア会議では、主に総合事業対象者と要支援者を対象にしています。

要支援者の介護が必要になった主な原因（上位3つ）は、①関節疾患、②高齢による衰弱、③骨折・転倒であり、約半数は体を動かさないことによる心身機能の低下であるとされています<sup>6)</sup>。

そのため、関節疾患や衰弱などが生活にどの程度影響を与えているのか、環境による影響はどの程度なのかを考えるようにすると良いでしょう。

基本情報(フェイスシート)例

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かな、確認するようにしましょう。

- ・年齢、性別や日常生活自立度、要介護度などから事例をイメージします。
- ・新たにサービスを導入する場合（福祉用具利用や住宅改修を含む）もあるため、経済状況もチェックしておきます。

利用者基本情報

作成担当者：

《基本情報》

相談日	年 月 日 ( )	来所・電話 その他 ( )	初回 再来 (前 / )	
本人の現況	在宅・入院又は入所中 ( )			
フリガナ 本人氏名	男・女	M・T・S	年 月 日生 ( ) 歳	
住所	〒	Tel ( ) Fax ( )		
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
認定・総合 事業情報	非該当・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限： 年 月 日～ 年 月 日 (前回の介護度 ) 基本チェックリスト記入結果：事業対象者の該当あり・事業対象者の該当なし 基本チェックリスト記入日： 年 月 日			
障害等認定	身障 ( )、療育 ( ) 精神 ( )、難病 ( )			
本人の 住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無 ( )階、住宅改修の有無			
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護			
来所者 (相談者)			家族構成 ◎=本人、○=女性、□=男性、●=死亡、 ☆=キーパーソン、主介護者に「主」 副介護者に「副」 (同居家族は○で囲む)	
住所 連絡先	続柄			
緊急連絡先	氏名	続柄		住所・連絡先
			家族関係等の状況	

- ・同居家族の有無、支援が期待できる親族などが近くに住んでいるのか等を家族構成で確認しましょう。
- ・孫やひ孫がいる場合、家族間の援助が受けにくいかもしれませんので注意が必要です。

- ・生活歴や現在の生活状況を知ることができます。職業歴や生活歴から「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、きちんと確認しましょう。
- ・活動性を推し量るために、1日の生活・過ごし方を確認しましょう。
- ・友人や地域との関係から交流の範囲や頻度（見守りなどが期待）が分かります。

### 利用者基本情報

#### 《介護予防に関する事項》

今までの生活				
現状の生活状況（どんな暮らしを送っているか）	1日の生活・過ごし方			趣味・楽しみ・特技
	時間	本人	介護者・家族	
				友人・地域との関係

#### 《現病歴・既往歴と経過》（新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く）

年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見書作成者に☆)		経過	治療中の場合は内容
年 月 日			Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経観中 その他	

#### 《現在利用しているサービス》

公的サービス	非公的サービス

地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、基本チェックリスト記入内容、要介護認定・要支援認定に係る調査内容・介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、アセスメントシートを、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、総合事業におけるサービス事業者等実施者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

平成 年 月 日 氏名 印

- ・既往歴、治療経過と治療内容を確認しましょう。
- ・現在利用しているサービスを確認しましょう。公的サービスには、生活機能を高める役割が期待できます。非公的サービスは、社会参加機会（他者との交流）などが期待できます。



その他の情報シート

- 基本チェックリスト  
日常生活関連動作・運動器機能・低栄養・口腔機能・閉じこもり・認知症・うつのリスクを把握することができます。介護予防サービス・支援計画書にも結果が記載されています。
- 興味・関心チェックシート  
対象者の興味や関心がある分野を特定することができます。
- 課題整理総括表  
自立した日常生活の阻害要因、現在の ADL・IADL の自立度と、改善／維持の可能性が記載されています。

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、不足している情報を補うための質問を考えます。

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

生活課題を引き起こしている要因とその改善可能性を考えます。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

生活課題を解決し、対象者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、対象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。

(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。

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、威圧的にならないよう、共に悩み、解決するというスタンスで関わりましょう。

②質問をする際は、質問の意図を明確に伝える

質問の意図を明確することで、必要な情報が引き出しやすくなるとともに、参加者に気づきを与えることができます。

意図を持った質問の例

- ・おおまかな活動量を把握したいので、普段の生活様子をお聞かせください。
- ・下肢筋力の低下具合を把握するために、立ち座りの方法を教えてください。
- ・転倒の問題が身体機能に起因するのか、環境に問題があるのかを考えるために、どこでよく転倒しているのかを教えてください。

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。



図4 地域ケア会議の様子



### 質問の仕方に要注意！

私たちの専門性を活かした提案・助言を行うためには正確な情報が必要です。そのため、少しでも多くの情報を得るために質問を行います。

しかし、あまりに質問を繰り返すすぎると、事例提供者は責められていると感じることがあります。

もちろん、不確かな情報だけでは効果的な提案・助言にはつながりませんが、どの程度なら相手に威圧感を与えないで済むのか注意しましょう。

### ③情報を整理する

限られた情報を基に、「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 生活課題の原因は何か

イ 改善可能性の有無と程度

ウ 介入しないことによる新たな生活課題発生のリスク

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。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』と参加者に伝わるような『プレゼン力』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、他職種の専門性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、会議を通して得られた知見を職場で共有するようにしましょう。



### 自立について<sup>7) 8)</sup>

「自立」は、以下のように整理することができます。

期間的自立：介護保険サービスの一時的な利用を想定

心身機能を向上することで、生活機能が向上する場合

永続的自立：介護保険サービスの永続的な利用を想定

障害が残る疾患や進行性疾患などにより、残存機能を活用しながら生活を継続していく場合

限定的自立：生活の場（本人の状況に応じて自宅、自宅の一部、病院、施設など）およびその近辺の、限られた環境のみで自立している

普遍的自立：生活の場以外での環境（外出時、旅行時などにおける環境）においても自立している。

情報を整理する場合に、これらを使い分けるようにしても良いでしょう。



## 陥りがちな失敗

心身機能の改善のみに着目・言及してしまったために、適切な支援の提供が遅れてしまった事例を紹介します。

この事例のように、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しましょう。

### 心身機能の改善のみに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。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す。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、支援方法を定めることになりました。

## 6 地域ケア会議の実際

A市では、利用者等が望む暮らしの実現のために、ケアマネジャー等が①課題・ニーズを的確に把握できること、②具体的な目標設定が出来ること、③地域資源をケアプランに位置づけることを目指して自立支援型地域ケア会議を毎月1回開催しています。

A市における地域ケア会議では、誰もいやな思いをせず、ケアプランに反映できる結論を出すために、生活課題を「本人の望むこと」と表現し、その実現に向けて多職種が提案を行うように工夫しています。

本項では、A市の自立支援型地域ケア会議の例をご紹介します。実際の会議をイメージしてみましよう。

### 【事例の基本情報】

性別	年齢	要介護度	自立度	世帯構成	地域とのつながり
女性	80歳代	要支援1	A2	独居	居住地区内の交流あり

生活歴	中学卒業後、K市内で勤務する。 その後、地元に戻り22歳で結婚し、4人の子供をもうける。 子育てをしながら、地元企業に就職する。 退職後、夫と共に農業に従事する。 夫の死去に伴い、独居となる。
既往歴	脊柱管狭窄症、気管支喘息
サービス利用状況	訪問介護（週2回）、福祉用具貸与（車いす、上り框用手すり）
ADL・IADL	移動：自立 室内はT字杖を使用する。屋外は坂道があり、車いすを使用している。 排泄：自立 ポータブルトイレを使用している。後始末も自身で行うが、汲み取り式の便器に落ちそうで怖いと感じている。 食事：自立 義歯が合わずに痛みがある。 入浴：自立 週に2回入浴している。 更衣：自立 整容：自立 その他：買い物やゴミ出しなどは市内に住む娘が行う。
本人が望むこと	洗濯と寝室の掃除を自分でし続けたい。
ケアマネジャーが考える阻害要因	下肢痛と筋力低下により、歩行が不安定である。

### 【参加者】

司会者	地域包括支援センター職員
事例提供者	地域包括支援センター職員
助言者	行政保健師・事務職 但馬長寿の郷 理学療法士 地域包括支援センター職員 生活支援コーディネーター

### 【検討の流れ】

時間	内容
7分	事例紹介
10分	事例を深めるための質問
8分	提案・助言
2分	まとめ
3分	事例提供者の感想

【検討内容】

段階	ポイント	進 行
<p>事例を深めるための質問</p>	<p>洗濯と掃除を続けていく上での阻害要因やリスクを探る。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 現状では行えていることが明らかになる。</p> <p>バランスを評価するための質問を重ねていく</p> <p>下肢筋力を評価するための質問</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 下肢筋力・バランスの程度が明らかになる。</p> <p>今日までの経過をもとに、今後の下肢筋力低下の可能性を予測する質問</p> <p>阻害要因を評価するための質問</p>	<p><b>司 会</b> 今の説明に加えて、「本人の望むこと」を実現するために、事例に対する理解を深めるための質問をお願いします。</p> <p><b>保健師</b> 洗濯と寝室の掃除は、現時点では行えているのか。</p> <p><b>事例提供者</b> 本人によると行えているようだ。</p> <p><b>理学療法士</b> 便器に落ちそうで怖いということだが、腰は曲がっているのか。</p> <p><b>事例提供者</b> 曲がっています。</p> <p><b>理学療法士</b> これまでに転倒したことはあるか。</p> <p><b>事例提供者</b> 屋内のいろいろな場所でよく尻もちをついている。</p> <p><b>理学療法士</b> 床からの立ち座りはどうか。</p> <p><b>事例提供者</b> コタツに入って過ごしているが、立ち座りは出来ている。しかし、横になってばかりいるため、下肢筋力の低下を危惧している。そのため、デイサービスに見学に行ってもらったが、利用にはつながらなかった。</p> <p><b>理学療法士</b> この事例を担当してから今日に至るまでにどの程度の機能低下があるのか。</p> <p><b>事例提供者</b> 維持できているように思っている。</p> <p><b>理学療法士</b> 腰痛はないようだが、膝などに痛みなどはあるのか。</p> <p><b>事例提供者</b> 痛そうにあるが、本人は痛くないと言っている。</p> <p><b>理学療法士</b> 下肢筋力低下を心配しているが、腰痛や膝痛よりも不活発な生活が原因であると考えているのか。</p> <p><b>事例提供者</b> 脊柱管狭窄症があるため、痺れや痛みがあるのではないかとはいえる。不活発な生活のために筋力低下を心配している。通所サービスを利用して活動性を高めようと提案してきたが、本人は足元が覚束ないのに、外出したら危ないと言われる。近くの公民館で体操教室（通いの場）をしているが、坂道の昇り降りが難しいために参加できていない。</p>

段階	ポイント	進 行
	<p>役割や交流を通じた支援について検討を行う。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 友人・娘の支援が期待できることが明らかになる。</p> <p>健康面での問題を確認する。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 口腔機能に問題があることが明らかになる。</p>	<p><b>理学療法士</b> どの程度の坂道なのか。</p> <p><b>事例提供者</b> それほど急傾斜ではないが、事例にとっては負担が大きいと言える。</p> <p><b>保健師</b> 地域の方との交流はどうか。</p> <p><b>事例提供者</b> 今年の秋くらいから2人の方が自宅を訪問してくれている。お茶とお菓子を用意して昼までおしゃべりをしており、事例本人も楽しみにしている。</p> <p><b>事務職</b> 外部との接点はどの程度あるのか。</p> <p><b>事例提供者</b> 2人以外にも昔の職場仲間がおり、泊まりに行ったりもしている。また、娘の週に一度は訪問している。</p> <p><b>保健師</b> 義歯が合わないとのことだが、どうしているのか。</p> <p><b>事例提供者</b> 痛み止め（保湿ジェルか？）を塗って対処している。</p> <p><b>保健師</b> 話しづらそうにはしていないか。</p> <p><b>事例提供者</b> 話しづらそうにしている。義歯が緩いのではないかと思うが、どこかが当たって痛いと言っている。そのためか、食事の際には義歯を外している。</p>
<p>提案・助言</p>	<p>助言者個々の専門性を通じた生活障害とその阻害要因を見立て、共有する。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> <p>余力はあるが、今の生活を続けることのリスクを提示</p> </div>	<p><b>司 会</b> まずは事例の現状や望むことを阻害する要因をどのように見立てたのかを明らかにしたい。</p> <p><b>理学療法士</b> 機能低下を来していないことから、決して活動性が低下しているわけではないのではないかと。 一方、幸いにも大事には至っていないが、転倒によるケガとそれに伴う活動性の低下が起りかねないと危惧する。</p> <p><b>保健師</b> 横になっていることが多いのは、子育てや仕事、夫の介護などで苦労されてきた分、今は自分のペースで生活したいと考えているのではないかと。</p> <p><b>生活支援コーディネーター</b> 出かけたがらないのは、あまり活動的な方ではなかったのではないかと。</p> <p><b>保健師</b> 義歯の不適合が続くと、筋力をつけるための食事が摂れなくなってしまうのではないかと。</p>

段階	ポイント	進行
	<p>各助言者の見立てを基に助言を行う。</p> <div data-bbox="331 651 564 790" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>生じるリスクへの対処と活動性向上について</p> </div>	<p><b>事務職</b> 外から来る人は受け入れている。自分が納得しない提案を受け入れることがないのではないか。</p> <p><b>地域包括支援センター</b> 横になっていることが多いが、洗濯や掃除をし続けたいということから、意欲的になってきているのではないかと。</p> <p><b>司会</b> では、皆さんの見立てを基に、事例に対する手立てを提案してほしい。</p> <p><b>理学療法士</b> 洗濯と寝室の掃除を続けていく上でも、転倒を予防する必要があるのではないかと。腰が曲がっていることから、上半身を起こす際にバランスが取れずに尻もちをついているのではないかと考える。そのため、転びやすいところに据え置き式手すりを置いてはどうか。また、ポータブルトイレの後始末や洗濯物を運ぶ時などは、杖よりも歩行補助車が良いのではないかと。 さらに、活動性を高めていくのであれば、自宅に来てくれる人にも声をかけて一緒に体操をしてはどうか。</p> <p><b>保健師</b> 自信をもって坂道を移動して通いの場に行くことが出来るという目標を立てて訪問サービスCを利用してよいのではないかと。 また、自分で出来ている洗濯と掃除を続けるために必要な助言を専門職が行う必要がある。</p> <p><b>生活支援コーディネーター</b> 地区内の交流を広げていくことで、楽しく体操などに取り組みやすくなるのではないかと。</p> <p><b>保健師</b> 歯科受診を勧める。治療はできないが、市で歯科衛生士の訪問も行っているため、まずはそれを利用してよい。</p> <p><b>理学療法士</b> 義歯が合わないままだと、筋力も発揮しにくいいため、治療につなげることが必要ではないかと。</p> <p><b>保健師</b> 義歯を調整することによるメリットなどをきちんと説明する必要がある。</p> <p><b>事務職</b> 自宅を訪問してくれる人と通いの場に行ってはどうか。坂道も安心できるのではないかと。</p>
<p>事例提供者の感想</p>	<p>助言の採否は事例提供者が判断し、サービス担当者会議で事例に説明する。</p>	<p><b>事例提供者</b> 洗濯や掃除を続けていくために何が必要なのか、動機付けが難しいと感じていた。また、歯の具合が悪いままだと踏ん張ることもできないため、歯科受診や保健師の訪問などを検討したい。 さらに、家の中で思っている以上に動いておられるのかもしれないと思った。 心配するだけでなく、アセスメントをきちんと行い、専門家の力を借りて動機付けをしっかりとしていきたい。</p>

**【まとめ】**

事例提供者が、「本人が望むこと」を具体的に聞き出すことができれば、質問を通じて阻害要因や改善可能性とその程度、介入しないことにより生じるリスクなどを明らかにしやすい。

本事例では、ケアマネジャーが考える阻害要因以上に転倒のリスクが大きいことが検討を通じて明らかになった。

リハ専門職は、「している動作」や活動性、これまでの経緯や住環境などの情報から事例の心身機能やリスクを推測し、生活障害とその阻害要因を見立てていく必要がある。

もちろん、事例提供者との質疑や資料を基にしている限り、「正しい情報」だけを得ることは難しいが、各助言者の専門性を通じた見立てを共有することで、「本人が望むこと」を継続していくために必要な多くの手立てを助言できたのではないかな。



**検討結果が支援に結びつきにくい要因**

次のような場合、効果的な提案・助言ができず、支援に結びつきにくいです。

- 生活課題がはっきりしていない。
- 対象者本人が困っておらず、支援を受けることに対して消極的である。
- 情報不足で要因分析や予後予測ができない。

このよう場合には、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。

## 7 ステップアップ

私たちに期待される役割を全うするために、次のようなことに取り組むようにしましょう。

### (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」（見立て）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

「地域づくり・資源開発」「政策形成」を目的とした地域ケア推進では、地域ケア会議などを通じて明らかになった地域課題の解決に向けた検討を行います。そのため、検討した事例と同じような生活課題を抱えている多くの人への支援方法や、そのために必要な社会資源などについて職場で意見交換を行うようにしましょう。

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](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) 厚生労働省：介護予防活動普及展開事業 専門職向け手引き（Ver.1）<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000179799.pdf>（平成30年2月1日アクセス可能）。
- 3) 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）。
- 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) 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

---

6) 社会保障審議会介護保険部会 (第 65 回) : 参考資料 1 介護予防の推進 (参考資料) . [http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu\\_Shakaihoshoutan\\_tou/0000138304.pdf](http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutan_tou/0000138304.pdf) (平成 30 年 2 月 22 日アクセス可能)

7) 厚生労働省 : 介護予防活動普及展開事業 市町村向け手引き (Ver.1) . <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000169398.pdf> (平成 30 年 2 月 1 日アクセス可能) .

8) 厚生労働省 : 「活動」及び「参加」の評価点基準 (暫定案) (平成 19 年 3 月版) . <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/03/dl/s0327-51-02.pdf> (平成 30 年 3 月 19 日アクセス可能) .

# 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 さんのケースを通して、「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そうでした。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は、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)があります（図1）。

ただし、これらのサービスの実施状況は市町により異なるため、どのサービス類型に関わるのかを確認する必要があります。

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、専門的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<sup>1)</sup>

## 3 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生活課題（身体介護に含まれる行為）を解決するために、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想定されるリスクや注意点を示す。
- ⑤必要に応じて介助方法・運動方法を見直す。

### 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触れ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。

(2) 訪問型サービス A・B の場合（生活援助）に対して

- ①生活課題（生活援助に含まれる行為）を解決するために、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し、生活課題を解決するための援助方法を提案する。
- ④対象者が「できること」まで支援者が全て代行しないように伝える。
- ⑤想定されるリスクや注意点を示す。

(3) 訪問型サービス C の場合に対して

- ①生活課題を解決するために、必要な体力や 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や注意点を示す。
- 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）を提案する。
- ④サービス終了後、通いの場などにつなげる。

訪問では、対象者が日々暮らす生活環境を見ることができ、生活課題の要因をより具体的に評価でき、その実現に向けた具体的な提案・助言を行うことができます。

そのため、実際の生活動作を行う上での環境面の問題（段差の有無、生活動線など）や、家族や他職種の対象者への関わり方、普段の活動性などを見極めるようにしましょう。また、必要に応じて環境調整（住宅改修や福祉用具等の導入）も行うようにしましょう。

なお、現行の訪問介護しかサービスがない場合には、身体介護と生活援助のいずれに提案・助言を求めているのかを確認しましょう。

## 4 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通りです（図2）。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。

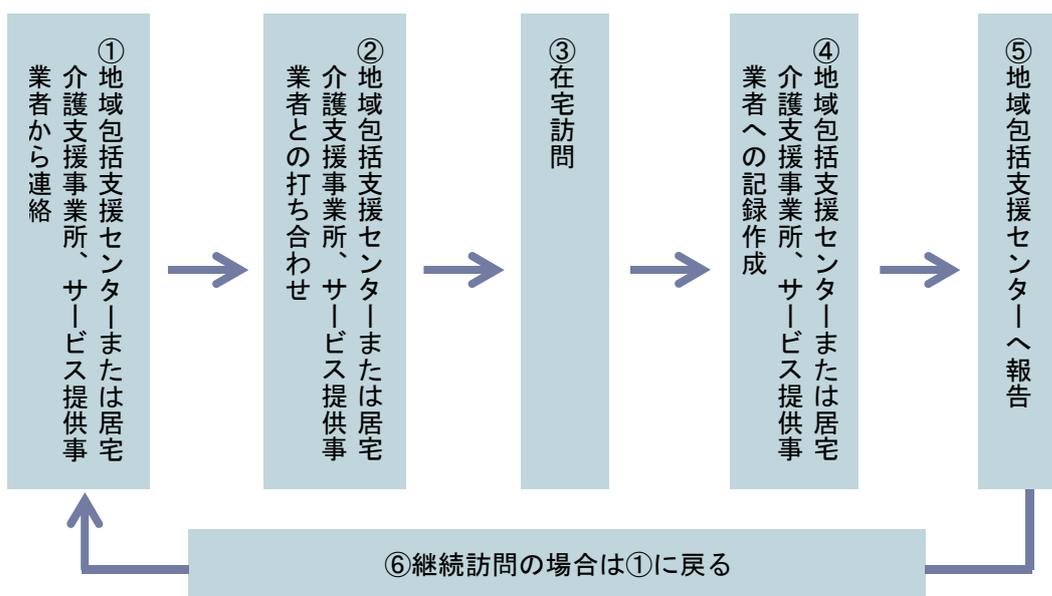


図2 訪問型サービスの大まかな流れ

## 5 留意点と準備

事前打合わせから訪問当日まで（図2②③）の間に留意すべきポイントをまとめています（図3）。

事前 打合 わせ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問目的とサービス類型を確認する</li> <li>・対象者の情報を把握する</li> <li>・当日のスケジュールなどを確認する</li> <li>・地域の社会資源情報などを入手する</li> <li>・緊急時の対応について確認する</li> </ul>
当日	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> <li>・対象者と会う前から住環境や室内の様子などを評価する</li> <li>・対象者の生活課題を把握し、評価につなげる</li> <li>・生活課題を引き起こす要因と改善の見通しを整理する</li> <li>・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と留意点を伝える</li> </ul>

図3 各段階の留意点

### （1）事前準備

以下の5点に注意しましょう。特に、訪問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。

#### ①訪問目的とサービス類型を確認する

どのような目的で訪問するのか、どのような提案・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<sup>注</sup>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。

介護予防ケアプランでは、対象者の生活課題の解決に向けた目標が設定され、訪問目的もそれに合わせたものになっているはずですが、必ずしもそうはなっていません。

そのような場合、対象者の生活課題を把握することから始める必要があるかもしれません。

また、対象者に関わる者の力量（資格の有無や、経験など）に合わせた提案・助言を行う必要があるため、サービス類型も確認するようにしましょう。

#### 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提案・助言につながるヒントが得られるかもしれません。

### 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。

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。

### ③当日のスケジュールなどを確認する

訪問目的や内容によっては、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、**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。

### 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住環境や室内の様子などを評価する

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対象者の生活課題を把握し、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、対象者自身に語ってもらうようにします。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4）。



図4 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（生活課題）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。

#### 【検討のポイント】

- ア 生活上の解決すべき課題の確認
  - ・いつ始まったのか
  - ・どれぐらいの期間続いているのか
  - ・どのような影響がどの程度あるのか
- イ 本人・家族の望んでいる状況の確認
- ウ 生活上の課題解決や望んでいる状況を実現するために必要な活動の抽出
- エ その活動を完遂するために必要な工程の分析
- オ その工程を行うために必要な心身機能の抽出
- カ 阻害要因（疾病由来か、退行変性や廃用か、環境要因かなど）の分析
- キ 解決する上で使える人的・物的資源の確認

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、**生活課題を引き起こした背景**を理解できます。また、効果的な提案・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、双方の話の食い違いや、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生活課題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 生活課題の原因（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新たな生活課題発生リスク

### 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

生活課題を解決し、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、生活課題の解決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（動き方の工夫や環境整備など）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**』と『**プレゼン力**』が試されると言えます。

一方、対象者に解決したい生活課題がない場合もあります。「興味・関心チェックシート」<sup>2)</sup>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おり、通所サービス利用時の支援が必要な場合や、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	



## 陥りがちな失敗

自宅で行う運動を提案するも、目標を確認していなかったために効果的な支援には至らなかった事例を紹介します。

訪問目的や介護予防ケアプランの目標をきちんと把握し、効果的な提案を行うようにしましょう。

### 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。

#### <訪問目的>

自宅で出来る運動の提案

#### <ケアマネジャーが考える生活課題>

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>

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



#### <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ませんでした。そのため、本人が負担に感じ、やりたくないと思わないように、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ったのかも疑問です。

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。

## 6 訪問支援の実際

本項では、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た事例を紹介します。心身機能の維持改善ばかりを考えるのではなく、活動性をいかに増やすか、社会参加や役割などについても考慮する必要があります。

### <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ましたが、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。

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。入浴は夫の介助で行いますが、食事や整容などは自身で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。

### <訪問目的>

心身機能・活動の“伸びしろ”（改善可能性）を評価し、目標達成に向けた助言を行う。

### <ケアマネジャーが考える生活課題>

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。

### <本人・家族の主訴・希望>

本人：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。二人で買い物などに出かけられるようになるとうい。

### <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夫と一緒に外出できる。



### <課題解決に向けた提案>

#### ①安全な歩行について

左上肢は歩行時に家具を支えにすることはできません。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、自宅のでき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た外出になりますが、将来的には歩行器を使って外出できることを目標としました。

### <まとめ>

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、さらに本人ができることを増やすとともに、地域との交流にもつなげていきたいです。

---

## 7 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。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) 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、対象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（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-Shin-gikai-12301000-Roukenkyoku-Soumuka/0000081900.pdf>（平成 29 年 1 月 27 日アクセス可能）。



# VI 通所①

## 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、モデル事例 B さんのケースを通して、「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

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いたい必要性を感じています。そこで、本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。その後、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のかわからない。

#### <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>

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。

#### <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や福祉用具の利用が必要な場合など、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」とは

通所型サービスとは、要支援者等に対し、機能訓練やレクリエーション、日常生活上の支援などを提供するもので、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)があります（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。ただし、これらのサービスの実施状況は市町により異なるため、どのサービス類型に関わるのかを確認する必要があります。

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<sup>1)</sup>

## 3 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生活課題を解決するために、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「できそうなこと」ができるようになるための運動方法や動作方法を提案する。
- ④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生活課題を解決するために、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）や介助方法を提案する。
- 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生活課題を解決するために必要な体力や 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（心身機能）を最大限に引き出すための運動方法を提案する。

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。訪問とは異なり、実際の生活場面を見ることは出来ません。そのため、生活環境が及ぼす影響などを評価することはできません。一方で、通所 B（住民主体の支援）以外では、専門職の関わりや、活動しやすい環境が整っています。この利点を活かした提案・助言を行うようにしましょう。

## 4 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）。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。

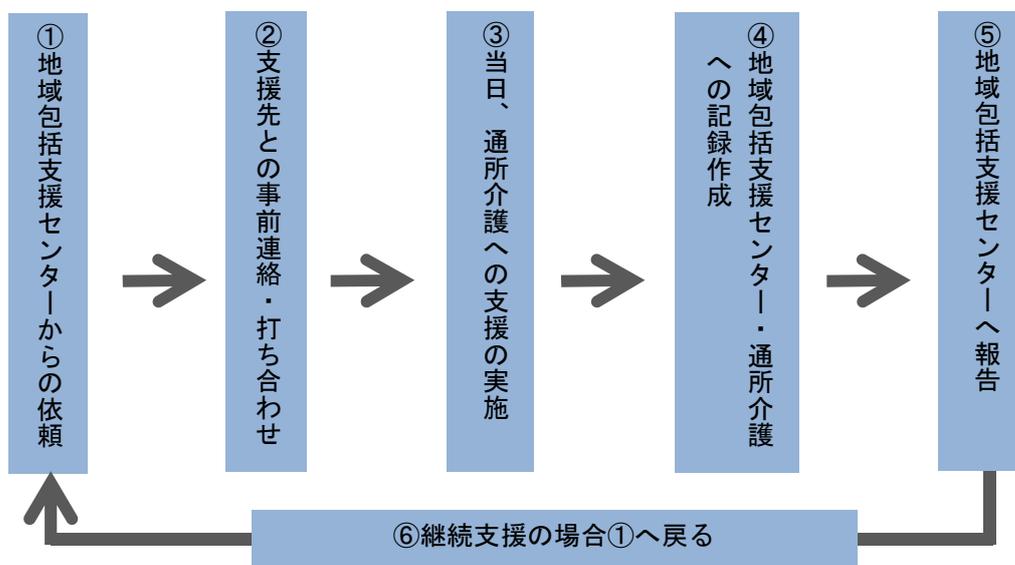


図 2 通所型サービスの大まかな流れ

## 5 留意点と準備

事前打ち合わせから当日まで（図 2 ②③）の間に留意すべきポイントをまとめています（図 3）。

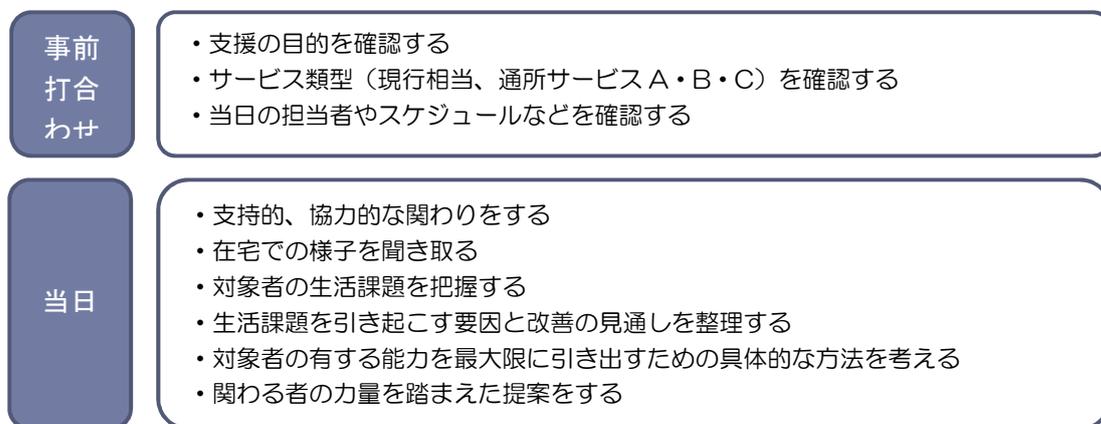


図 3 各段階の留意点

## (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。

### 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、どのような提案・助言を求めているのかを確認しましょう。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、対象者は何を望んでいるのかも併せて確認してください**（リハ専門職が関わることによる成果の指標です）。

### ②サービス類型を確認する

対象者に関わる者の力量（資格の有無や、経験など）に合わせた提案・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。

### 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「治療の場」ではありません。そのため、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でしょう。しかし、時間や人員の制約、専門的知識や技術の不足など、何らかの理由があるはずで、そのため、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4）。



図4 通所での関わり

## ②在宅での様子を聞き取る

通所の役割は、在宅生活の継続です。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対象者の生活課題を把握する

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提案・助言を行うためにも、対象者自身が考える生活課題を確認するようにします。

## ④生活課題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 生活課題の原因（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新たな生活課題発生リスク

## 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

生活課題を解決し、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、生活課題の解決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）を併せて考えます。

## 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際には、以下の点を明示してください。

- 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（図5）。

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も期待しています。

### （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。

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

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。

### 3-4 高いところや低いところへタッチ



【目的】高いところに手を伸ばしたり、低いところにあるものを取ったりしやすくなる。

【方法】 1) 壁に1～9の数字を書いた紙を張る。  
2) その壁に向かって肩幅程度に足を広げて立つ。  
3) 職員が「3+4は？」など算数の問題を出す。  
4) その答えになる数字を触る。

【回数】5回程度

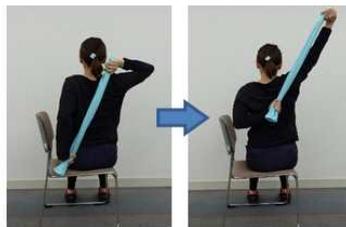
#### 運動の注意点！

- 紙は窓ガラスなど、壊れる恐れのある物ではなく、壁に貼りましょう。

#### ワンポイント！

- 最初は短い距離で、慣れてくれば紙を張る間隔を広げ、答えが二桁になるようにしましょう。

### 5-2 背中側でタオルを上下に動かす



【目的】肩をねじる動きが大きくなり、衣服のうしろ裾を下げやすくする。  
また、背中に衣服（ボタン服）を回しやすくする。

【方法】 1) 背中を洗うように、タオルを持つ。  
2) 背筋を伸ばす。  
3) タオルを上下にゆっくり大きく5往復動かす。  
4) 反対側も同じように行う。

【回数】左右各3回程度

### 7-10 洗濯バサミのつけ外し



【目的】つまむ力を強くすることで、キャップやふたを開けやすくする。

【方法】 1) たくさんの洗濯バサミを用意する。  
2) 20秒間にできるだけ多くの洗濯バサミを自分の服につける。  
3) できるだけ早く外す。

#### ワンポイント！

- 複数人で誰が多く付けられたのかを競っても良いでしょう。その場合には、外す速さも競ってみましょう（たくさんつけられなかった方が有利です）。
- 用意する洗たくはさみの大きさを変えると、難易度を変えることができます。

### 8-20 絵の具を吹いて絵を描こう！



【目的】口唇を閉じる力をつけ、口からの流出を防ぐとともに、のどの奥に力をつけて鼻への逆流を防ぐ。また、誤嚥した時に力強く吐き出すことができるようにする。

【方法】 1) 絵の具と紙、ストローを準備する。  
2) 紙の上に水で溶いた絵の具をたらす。  
3) ストローで吹いて色を紙の上に広げる。  
4) 複数の色を使って、紙を鮮やかに彩る。

図5 提案する運動の例<sup>2)</sup>



## 陥りがちな失敗

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を紹介します。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体力測定の結果だけに一喜一憂せず、対象者の生活動作をきちんと評価し、提案を行うようにしましょう。

### 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で夫と二人暮らしです。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、立ち上がる必要がある場所での動作に苦慮しています。また、ときどき立ち上がり時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

#### <まとめ>

デイサービスでは、短距離ではあります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、実際の生活でその機能を活かすことにはつながりません。

## 6 通所支援の実際

本項では、目標の達成状態に応じて、適宜目標の修正を行い、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、通所介護を卒業した事例を紹介します。

介護予防ケアプランに記載してある目標をきちんと確認するとともに、必要に訪問などと組み合わせて支援するようにしましょう。

### <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ます。決して活動的ではありませんが、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座り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、床からの立ち座り動作練習
- ・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）>

床からの立ち座り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座り動作を徹底する。

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。

### <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。



## 7 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。

そのため、可能であれば地域包括支援センターと相談の上、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。

### (2) 事業所が提供している運動の評価

効果的な運動指導を行うことで、対象者の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、本事業で関わることの出来る対象者は限られています。そのため、対象者への支援だけではなく、事業所が実施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。

### (3) スタッフへの指導・助言

グループや集団で実施できる運動や起居・移動動作介助の方法、疾患の理解など、必要に応じて通所サービススタッフへの指導・助言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。



## 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、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、対象者はもとより、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。

### 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) 但馬長寿の郷：但馬地域の PT・OT・ST 監修「生活行為に応じた効果的な個別機能訓練を実施するための運動プログラム」。但馬長寿の郷ホームページよりダウンロード可能



## VII 通所② 認知症支援

### 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、モデル事例 C さんのケースを通して、通所における認知症の方への支援について大まかなイメージをつかんでもらいます。その上で、リハ専門職が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。

なお、本章では、認知症の方への支援に関係する事項のみを扱います。一般的な通所への関わりについては、第V章をご覧ください。

#### 1 モデル事例 C さんが利用する通所施設への訪問

C さんが利用しているデイサービスから、利用中の対応に困っているという連絡が担当ケアマネジャーに入りました。そこで、デイサービス利用中の支援方法を検討するために本事業を利用して作業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>

C さん（79 歳女性、要介護 1）は、息子夫婦と 3 人暮らしです。

5 年前に脳梗塞を発症しましたが、運動麻痺はほとんどありません。3 年程前より物忘れがみられ始め、専門医を受診すると、混合型認知症（アルツハイマー型、脳血管性）と診断され、デイサービスを利用し始めました。

その後、少しずつ認知症が進行します。最近になって、デイサービスから帰る際、送迎の車に 1 番最後に乗り込むことに対して「いつも私が最後や」と怒るようになりました。また、世話好きな一面がありますが、他の利用者がトイレに行こうとした際に介助しようとして転倒の危険がありました。そのため、スタッフが C さんの行為を制止しようとするとうるさくなります。さらに、塗り絵などの作業活動が上手くできず、「どうしたらええんや？」と不安が強くなることがあります。

##### <デイサービスの悩み>

- ①送迎の際に毎回怒る C さんにどのように対応して良いのかわからない。
- ②作業活動を行う際に不安が強く、どのようにサービスを提供して良いのかわからない。

##### <評 価>

認知機能：短期記憶の低下、理解力・判断力の低下、実行機能障害がある。視空間認知、言語機能は保たれている。

BPSD：不安や興奮が強くなることがある。

服薬状況：メマリー10mg、抑肝散（副作用による影響はなし）

### 用語解説

#### BPSD

認知症の行動と心理症状(behavioral and psychological symptoms of dementia)

#### メマリー（商品名）

中等度および高度アルツハイマー型認知症における症状の進行を抑える薬

#### 抑肝散（商品名）

「イライラする」「神経が高ぶる」状態を抑え、気持ちを落ち着かせる薬

身体状況：脳梗塞により左上下肢にごく軽度の運動麻痺がある。便秘や脱水はない。夜間も良く眠れている。

スタッフの関わり：危険なことについては制止している。住んでいるところの都合上、一番始めに降りてもらわないといけないので、Cさんには帰りの送迎車に最後に乗ってもらわないといけない。

個人因子：若いころから婦人会の会長をするなどしっかり者で世話好きな一面がある。

#### <原因の分析とスタッフへの解説>

理解力・判断力の低下から、送迎の際に最後に乗り込む理由を理解できていないにも関わらず、スタッフが無理に制止することで、興奮が見られていました。理解できる日もありますが、記憶障害により記憶の保持が難しく、理解した次の場面になると覚えていないため、スタッフが対応すると興奮が強くなっていました。

また、色塗りについては、理解力・判断力の低下や実行機能障害により、色塗りの手順やどの色を塗るのかという判断が上手く行えていませんでした。

#### <目標設定>

- ①送迎の際にスタッフに対して怒る行動を減らす。
- ②色塗りなどの作業活動に不安なく参加することができる。

#### <対応策についてスタッフと検討>

##### ①興奮に対する関わり

送迎車に乗り込む順番について、世話好きな一面を活かして、他の利用者が乗り込む際に見守る役割を担ってもらうことにしました。この役割により、自然に最後に乗り込むことができます。

##### ②不安に対する関わり

実行機能や判断力の低下により、色塗りをする際にどこにどの色を塗るのかを判断しにくくなっているため、情報を少なくして判断しやすくなるように色鉛筆の種類を減らすことと、絵の選択方法として少ない色でも塗ることができる単純な構成にするようにしました。

#### <今後に向けて>

Cさんへの関わりを変えたことで、スタッフに対して怒ることも減り、作業活動にも不安なく参加することができています。しかし、認知症の進行に合わせた支援を今後も行っていく必要があります。そのため、作業療法士は、ケアマネジャーとデイサービススタッフにモニタリングを依頼しました。

## 2 リハビリテーション専門職に求められる役割

通所事業所に対する認知症支援において、リハ専門職には次のような役割が求められています。

- ①対象者の BPSD や生活課題の原因を見極めるために、認知機能、身体状況、薬の副作用や人的・物的環境が与えている影響、個人因子や生活歴などの評価を包括的に行う。
- ②対象者の BPSD や生活課題の原因を評価した内容と結びつけて通所スタッフに解説する。
- ③改善可能なこと（スタッフの対応方法の統一、環境整備、受診の提案など）と改善が難しいことを整理し、改善可能なことでスタッフが行える対応策について一緒に検討する。
- ④今後起こりうるリスクを示す。



## 陥りがちな失敗

アセスメントが十分に行えていなかったために、BPSD の軽減に繋がらなかった事例を紹介します。BPSD の原因が在宅での生活の中にあることも想定する必要があります。

### 焦燥感と不安が強く、常に状況確認が必要な事例

#### 〈事例〉

81 歳女性、アルツハイマー型認知症により要介護 1 となり週 3 回デイサービスを利用しています。デイサービスではスタッフに対して「なんでしないといけないの?」「私の鞆はどこ?」など、その時々状況や持ち物の確認が必要です。女学校を卒業されており、そのときの話を良くされます。

#### 〈スタッフの悩み〉

状況確認について、どのように対応して良いのかわからない。

#### 〈評価〉

認知機能：MMSE18 点。短期記憶の低下と時間・場所の見当識障害が見られている。実行機能障害・判断力の低下も見られており、提供される活動に対して手順がわからない。

服薬：なし

身体状況：下痢が続いている。

生活機能：調理、掃除、服薬などは支援が必要である。季節に合った服を選ぶことはできない。入浴の際の洗体は一部介助で、食事は自立している。

BPSD：不安・焦燥感が強く、常に状況の確認が必要となっている。

環境因子：経済的な不安もある。常に一人、スタッフがついていないと不安な発言が続く。

個人因子：女学校を卒業している。

#### 〈原因の分析とスタッフへの解説〉

短期記憶の低下や判断力の低下から不安になっています。

#### 〈目標〉

不安や焦燥感が強い発言を減らす。

#### 〈対応策についてスタッフと検討〉

不安・焦燥感の軽減に向けた関わり：女学校時代の写真を見ながら回想法を行う。

#### 〈経過（半年後）〉

女学校時代の写真を見ている間は、少し落ち着いて過ごせますが、状況確認は常に必要なため、スタッフも常に対応が必要な状況は続いています。

#### 〈まとめ〉

本事例の不安・焦燥感の原因が、実際は別のところにありました。この事例は、自宅で息子と二人暮らしをしており、きちんとした食事が行えていないことや高血圧や下痢が続いているが受診も途絶えている状況でした。そのことから身体機能面の不調もありました。また、経済状況を気にする場面も見られていました。このような、経済的な不安に加えて、下痢などの体調不良から焦燥感が強くなっている様子でした。常に不安や焦燥感が付きまとうことで、デイサービスでも状況確認や持ち物の確認が続いているようでした。

不安や焦燥感の原因が、デイサービスだけでなく、自宅での生活の中にあることも想定し、情報収集が必要です。次項のステップアップでも記載していますが、必要に応じて地域包括支援センターやケアマネジャーとも連携し、訪問にもつなげて評価や医療受診などの提案も行いましょう。

### 3 通所支援の実際

本項では、作業療法士が BPSD の原因を評価し、通所事業所のスタッフに解説したことで対応が統一でき、BPSD の改善が見られた事例を紹介します。

認知症は原因疾患によって進行性のものが多いです。そのため、認知機能については改善が認められないことも多いですが、BPSD や生活障害については、服薬、環境の調整、周囲の対応方法などを変えることにより、改善が見られることもあります。そのためには、包括的にアセスメントし、スタッフに説明することで、原因について理解し、対応や環境を変えることが必要です。

#### 不安が強く、帰宅願望が見られた事例

##### <事例>

85 歳女性、アルツハイマー型認知症により要介護 2 で、小規模多機能型居宅介護事業所（通い）を週 6 回利用しています。利用を開始してから 1 年以上経過していますが、利用中に「私は初めてここに来るから」と言い、何をすることも不安が強い様子です。また、夕方になると「忙しいので帰らないといけない」との発言があります。

##### <スタッフの悩み>

- ① 1 年以上利用しているが、不安が強い発言に対してどのように対応して良いのかわからない。
- ② 帰宅願望に対してどのように対応して良いのかわからない。

##### <評価>

認知機能：MMSE 10 点で、短期記憶に加えて長期記憶にも低下があり、年齢は 40 歳と答える。時間、場所の見当識の低下が見られ、どこに来ているのかわからない状況である。実行機能障害や判断力の低下により一人で新しいことをするのは難しい。少しずつ言語機能の低下も見られている。

服薬状況：アリセプト 5mg、高血圧・高脂血症・糖尿病治療薬を服用している。副作用はなし。

身体状況：糖尿病（血糖コントロールは良好）、便秘、腰椎圧迫骨折の既往があり、円背姿勢で杖歩行をしている。

生活機能：更衣や洗体動作に支援が必要である。排泄は、トイレまで誘導すると自立できる。食事は自立している。

BPSD：不安が強い。特に体操、昼食、入浴など場面転換がある際に不安が強くなる。家に帰って何かしないといけないという焦燥感もみられている。

環境因子：夕方になると利用者が少しずつ帰っていき、騒々しい雰囲気になる。利用曜日によって利用者が変わるため、なじめないこともある。

個人因子：10 年前まで本屋を経営していた。裁縫が得意で近所の友人の着物を縫っていた。

#### 用語解説

##### アリセプト（商品名）

アルツハイマー型認知症およびレビー小体型認知症の症状進行を抑える薬

<原因の分析とスタッフへの解説>

短期記憶や場所の見当識の低下から施設を利用していることを記憶できず、初めて来たという感覚が継続しています。体操、レクリエーション、食事、入浴なども本人にとっては毎回初めて経験するように感じます。実行機能障害もあるため、なにをどのようにして良いのか不安に感じている様子です。

長期記憶の低下により、現在も本屋を経営していると感じているため、帰って仕事や家事をしないといけないと思っています。また、夕方になり、他の利用者が帰るなど周囲の雰囲気騒々しくなってくると不安が強くなります。

スタッフに対して、脳の器質的な変化によって起こっている記憶障害については改善が難しいが、環境については変えることができることを重ねて伝えました。

<目標設定>

- ①不安にならないように対応し、利用中の「私は初めてここに来るから」という発言がなくなる。
- ②帰宅願望がある夕方に、集中して行える作業活動を見つける。

<対応策についてスタッフと検討>

①利用中の不安への関わり

記憶障害についてスタッフが理解し、初めてと感じていることに対して事前に段取りを説明するようにしました。

②帰宅願望への関わり

周囲の騒々しい雰囲気に対して不安が強くなっていることに加え、何かしないといけないという焦燥感が見られています。そこで、別の部屋に移動し、落ち着いた雰囲気づくりを行うことで不安を軽減するとともに、本人が以前行っていた裁縫を活かしてパッチワークを行うことで焦燥感の軽減を目指しました。本人の能力として、自分で作品を考えて工程通りに作成することは難しいですが、声かけがあれば手続き記憶により縫い合わせるといった工程は可能でした。そのため、布を縫い合わせてもらい、最終的にスタッフが仕上げをして作品を作るようにしました。

<経過（半年後）>

スタッフが毎回、何をするかを説明することで、「私は初めてここに来るから」という発言はなくなりました。帰宅願望については、以前は毎日見られていましたが、パッチワークの作業を開始してから週3回程度に減ったとのこと。また、作品を自宅に持って帰ったことで、自宅でも孫と一緒にパッチワークをする機会もできました。

<まとめ>

認知機能については、スタッフによる関わりで改善することは難しいですが、不安を引き起こしている原因である、新しい環境や騒々しい環境を改善したことで不安を軽減することができました。アセスメントの内容について、作業療法士よりスタッフに改善可能なところと難しいところを伝え、ケアを統一したことで改善が見られました。

---

## 4 ステップアップ

当面は、通所サービス利用時に解決可能なこととして、通所スタッフのケア方法の改善や通所事業所内での環境調整などの提案が主となるでしょう。

しかし、BPSD や生活課題の原因には通所サービス利用時のみでは解決できないこともあります。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

BPSD や生活課題を解決するために、家族の対応方法、自宅での服薬状況、自宅内の環境などへのアプローチが必要な場合もあります。その際には、地域包括支援センターと相談し、本事業の「訪問」を活用して在宅へ行き、評価や解決策の提案を行うことも検討してください。

### (2) 医療機関へ繋ぐ

BPSD や生活課題を改善するために、認知症の確定診断や治療、その他の合併症の治療が必要な場合に医療機関の受診が必要なこともあります。その際には、担当のケアマネジャーへ情報提供し、受診について相談しましょう。

### (3) 通所事業所職員への研修の実施

通所事業所では、評価が不十分なまま、介護職個々の経験に基づいた対応策を検討していることがあります。

そこで、介護職が評価・原因分析に基づいたケアが提供できるように支援する関わりを紹介します。

#### ア 事業内容

リハ専門職と地域包括支援センター保健師が事業所へ訪問し、面接と評価シート（MMSE、DBD）による評価を行います。次に、BPSD や生活課題の原因分析を解説し、介護職と一緒に BPSD や生活課題の解決に向けた対応策の検討を行います（図1）。

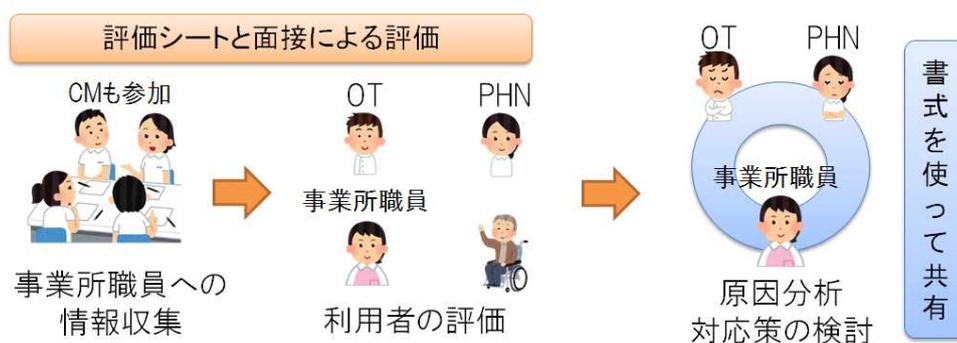


図1 BPSD 改善に向けた提案までの流れ

### 用語解説

#### MMSE : Mini Mental State Examination

認知機能のスクリーニング検査として、1975年に開発され、世界中で使用されています。時間の見当識、場所の見当識、記憶力、計算力、言語的能力、視空間能力などを評価します。

#### DBD : Dementia Behavior Disturbance Scale

認知症の行動・心理症状（BPSD）を鋭敏に感知できる評価尺度です。1990年に開発され、広く臨床や介護現場で使用されています。

原因を分析し、対応策を検討する際に、評価した内容と BPSD や生活課題とのつながりが見えるように書式を作成し、説明します（図 2，3）。

この書式では、事業所職員が対応に苦慮している行動や発言を課題として記入し、評価した内容を認知機能、服薬状況、身体状況、生活課題、環境因子、個人因子に分け、つながりを矢印で結ぶことにより原因の見える化を行いました。

この書式を使用して、BPSD や生活課題の原因となっていることについて解説し、解決策を検討しています。

### イ 結果

個人の経験を頼りにするのではなく、評価や原因分析をすることの重要性について理解が得られ、職員の対応が統一できるようになってきています。

【認知症疾患名】		
【認知機能】	【服薬】	【身体症状・身体疾患】
【生活機能】	【課題】	【BPSD】
【環境因子】	【個人因子】	

図 2 原因分析のための書式

【認知症疾患名】 脳血管性認知症(多発性ラクナ梗塞)		
【認知機能】 ・短期記憶の低下 ・時間の見当識の低下 ・理解力、判断力の低下 ・実行機能障害	【服薬】 ・降圧剤	【身体症状・身体疾患】 ・高血圧症 ・筋力に左右差 ・病的反射陽性 ・水分はほとんどとらない
【生活機能】 ・自宅で排泄をトイレでしない ・自宅での入浴頻度が減った ・お経を読むのをやめた ・服薬管理ができない	【課題】 ・デイサービスで職員が外出に誘っても断ることが増えた	【BPSD】 ・無為、無関心 ・意欲低下
【環境因子】 ・デイサービスを週1回利用 ・妻、息子夫婦と4人暮らし ・息子夫婦は隣りに住む	【個人因子】 ・お寺の住職	

図 3 記入例



## VIII 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：社会参加につなげる

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、体が弱ってしまうのではないかとということでした。

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と楽しく暮らしています。



#### 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・要介護認定者と総合事業対象者）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」での実施が中心になります。

平成28年3月末現在、兵庫県内で通いの場が41市町4,871箇所で開催されており、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・支え合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 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、多様な方の参加が想定されます。そのため、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す（図1）。

- (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（目的や効果の説明、個人に応じた代替運動の提案など）の提案
- (4) 安全な動作方法（立ち座りや移動など）の指導
- (5) 環境面の安全性向上のための指導
- (6) 認知症高齢者への対応方法の指導
- (7) 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1 期待される役割

## 4 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2）。大まかな流れを把握した上で事前準備を行い、当日に臨むようにしてください。

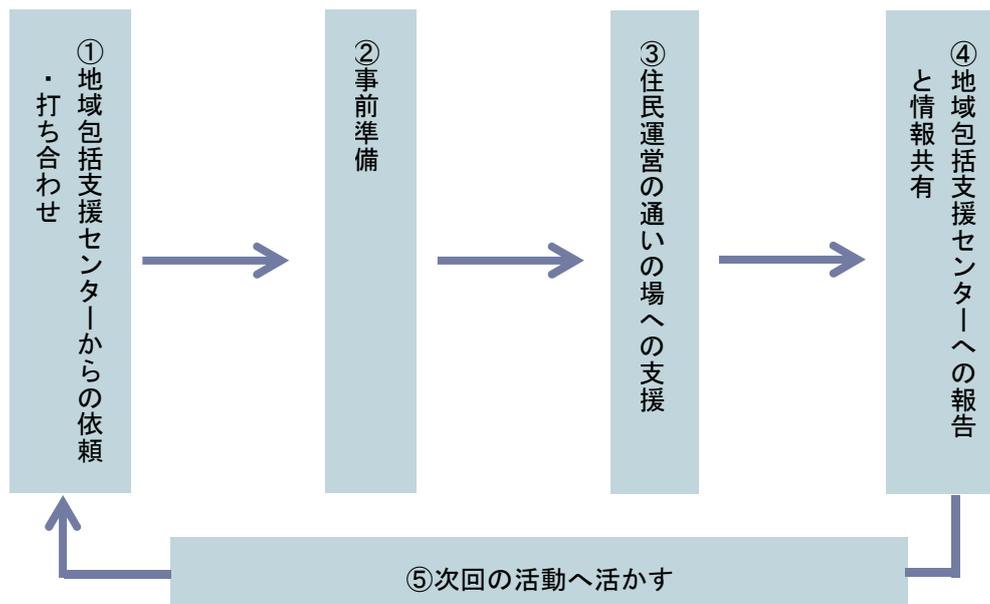


図2 通いの場の大まかな流れ

### 用語解説

#### 介護予防サポーター

各市町が実施する、介護予防に関する一定の研修を受講した市民のうち、地域で介護予防活動に取り組むボランティアです。有償の場合と無償の場合があります。

## 5 準備と留意点

事前準備から当日まで（図2②③）の間に留意すべきポイントをまとめています（図3）。

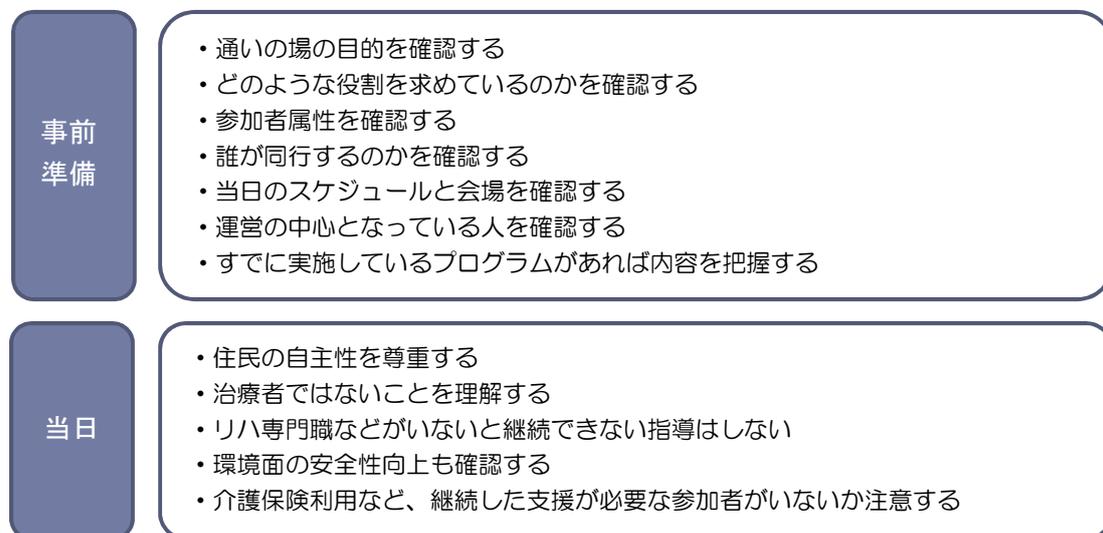


図3 各段階の留意点

### （1）事前準備

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。

#### 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組を市町村・地域包括支援センターが行っていますが、市町村により状況はまちまちです。そのため、継続的な通いの場への支援の一環として関わる場合や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

継続的な通いの場に、参加者に要支援・要介護認定者がいる場合や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。運動指導や実施状況を評価する上で、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や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と会場を確認する

現地集合する場合には、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。

さらに、会場となる公民館などの場所や駐車スペースの有無なども確認しておきましょう。

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、取組を賞賛するほうが、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。

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4 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方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います。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、必要であれば地域包括支援センター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。



## 陥りがちな失敗

ここでは、2つの事例を紹介します。

参加者が、身体機能の維持・向上を目的に参加しているのであれば、例えリスクがなく、楽しんでいる運動であっても、リハ専門職として見直すように働きかける必要があります。

### 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ますが、活動性は低下しています。

1年前から公民館の体操教室に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。

#### <まとめ>

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、体力測定の結果が伴わなかったことから、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。

### 通いの場に半年間通ったが、機能が改善しなかった73歳女性（非該当）

#### <事例>

肥満傾向で、あまり活動的ではない生活を送っています。

およそ半年前から公民館の体操教室に参加しています。この地区では、町が勧める重錘（おもり）を使った体操に取り組んでいます。

#### <リハ専門職の関わり>

負荷量を増やす助言を行う機会を窺っていましたが、自覚的疲労感を訴えたために実現しませんでした。

#### <まとめ>

体力測定の結果は低下していました。

重錘（おもり）を増やすことが出来なかったこと、肥満傾向にあったことなどから、この方の場合は、日常生活に何らかの問題があったのかもかもしれません。

環境などの問題であれば、リハ専門職が対応できますし、食事・栄養の問題であれば栄養士や管理栄養士が関わることができます。

いずれにしても、同行者と相談の上、地域包括支援センターに連絡をする必要があったのではないかとと言えます。

---

## 6 通いの場支援の実際

---

本項では、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った事例を紹介します。

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。

### <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、活動性は低下しています。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。

さらに、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指導しました。2か月目以降は、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を図るよう指導しました。

### <効 果>

当初は息切れがあり、途中で休むこともありましたが、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。

## 7 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、体力測定の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）<sup>2)</sup>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の機会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、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と健康づくり担当課、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

- ・通いの場が必要な背景を説明する。
- ・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する。
- ・「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する。
- ・市町村と住民との役割分担（それぞれが何をするのか）を説明する。

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、下肢伸展筋力、TUG、5m 最速歩行

## 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（リーダー連絡会）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) 「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。

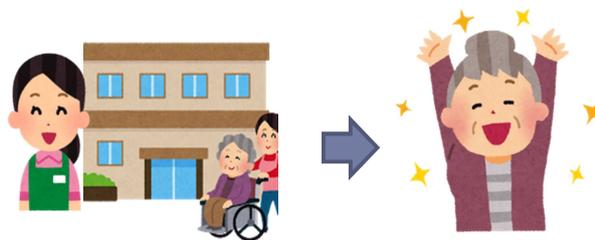
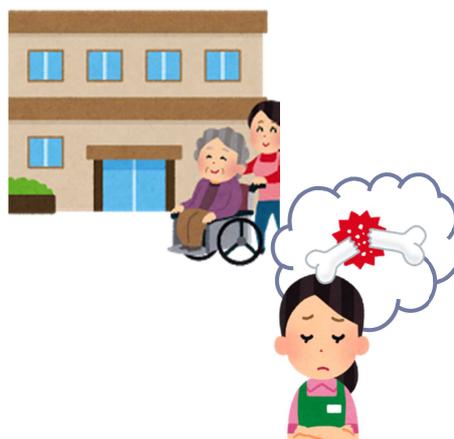
そこに病院からリハ専門職がやってきました。

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 30 年 3 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第2版 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

白石 都 所長補佐兼地域ケア課長（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）

中野裕貴 職員（作業療法士）

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第1版 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）