

第4章

市町村支援の実際

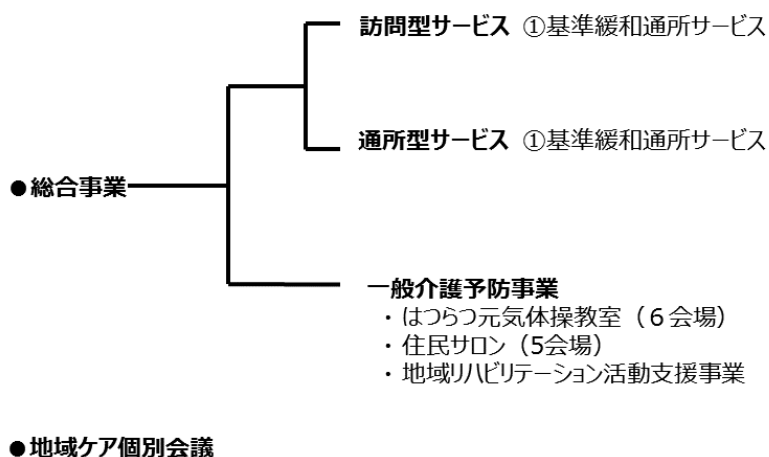
1 吉備中央町

(1) 吉備中央町の概要

面積	268.78 km ²
人口	12,133人(H29.1.1)
高齢者人口	4,634人 (38.2%)
要介護認定率	24.94%(H29.12月末)
地域包括支援センター	直営1箇所(H29.11.1)
保健師等	1人
社会福祉士等	0人
主任介護支援専門員等	5人



(2) 吉備中央町の介護予防・日常生活支援総合事業



(3) 岡山県リハビリテーション専門職団体連絡会による支援の実際

① 地域ケア個別会議

吉備中央町の地域ケア個別会議は、平成28年2月から開始されている。町は、地域ケア個別会議の開始に先立ち、地域包括支援センター職員や介護支援専門員を対象に事前研修を企画し、本連絡会に講師の依頼があった。これを受けて、作業療法士が、介護保険制度の基本理念を踏まえたこれか

らの介護予防の考え方や自立支援に向けた目標設定、アセスメントの視点などについて講義を行い、地域ケア個別会議の目的を関係者で共有した。

町の地域ケア個別会議は、毎月1回、4事例程度を2時間で検討するかたちでスタートした。平成28年度は、主に予防給付の訪問介護又は通所介護の利用者の検討が行われていたが、総合事業が開始された平成29年度からは、総合事業の利用者全員について、事業の利用開始時と終了時の検討が行われるようになっている。構成メンバーは、地域包括支援センター職員、町の栄養士、介護サービス事業者、アドバイザーとして薬剤師、本連絡会から作業療法士が参加している。検討内容は、対象者にとっての大切な生活行為、ADL/IADLの改善見通し、環境因子のアセスメント、具体的解決方法であり、総合事業の利用が開始された後は、経過報告を受け、終了後の生活を検討している。

地域ケア個別会議では、短時間で帳票を基に多くの情報を確認しなければならないため、端的に要点をつかむ能力が必要である。このため、アドバイザーとしては、次の点に着目して資料の確認を行っている。

基本情報では、まず年齢と性別を確認し、次に日常生活自立度、認知機能の問題の有無を把握する。要介護度は前回と比較して変化していないか確認し、重度化している場合は原因を探索する。家族構成は、同居の有無のみならず、家族の健康状態や関係性の把握も重要である。独居の場合は、近所の支援の有無も重要な要素となる。現在の状態に至った経緯は、生活行為の障害の原因を探る上で手がかりとなるだけでなく、予後予測や生活環境の改善を図る上で重要な情報となる。また、どのような人生を過ごしてきたかは、対象者の人物像を把握する上でとても重要であり、特に意識して確認するように心がけている。

基本チェックリストからは、閉じこもりや口腔機能、認知機能などの低下リスクについて把握する。課題整理総括表では、ADL・IADLの状態を把握する。要支援者の場合は、IADLの低下を認めることが多い。IADLに加えADLの低下も認める場合は要介護状態に陥りやすいため、注意が必要である。“自立”にチェックのついていない項目は、「できない」のか「していない」のかを見極める必要がある。また、残存機能がどの程度かを確認すると同時に、改善の可能性を探っていく。生活全体の分析を行い、他の書式の情報も加味しながら対象者の生活課題を絞り込んでいく。

介護予防サービス支援計画書は、抽出課題は適切か、課題の優先順位が付けられているか、目標が課題の改善につながるものか、改善可能な項目に対しての適切なサービス内容であるかといった視点で確認している。様々なサービスは目標を達成するための手段であるが、いつの間にかサービスを利用すること自体が目的となっていることがある。そのため、目的と手段を整理して考えることが重要である。目標の設定では、対象者の望む生活行為への焦点化を行い、予後予測や要因分析から、達成可能な生活行為の目標としてあげていく。支援によって実現を目指す「その人らしい生活」の具体的なイメージを持つことが重要である。

② 地域包括支援センターと同行訪問

平成 29 年 5 月より、地域ケア個別会議の検討事例について、月 1 回の頻度で地域包括支援センターと同行訪問を行っている。訪問の対象者は、地域ケア個別会議で生活行為の実施状況や環境について実際場面での確認が必要と判断された方や総合事業の利用予定者で地域包括支援センター職員だけでなくリハの観点からもアセスメントが必要と判断された方である。訪問件数は 1 月あたり 2～3 件、自宅での生活状況を確認の上、課題解決の具体的方法をアドバイスしている。

自立支援を念頭に置いた生活行為のアセスメントでは、生活行為の工程、環境、必要な能力について分析を行っていく。地域ケア個別会議の帳票では、生活行為のどの項目で支援が必要かは示されているが、支援が必要な項目の工程については検討されていないことが多い。そのため、生活行為の工程の中でどの動作が困難なのかを分析し、課題を明らかにする必要がある。そして、自立を阻害する要因について検討し、自立の可能性を探る。阻害する要因の検討では、対象者を取り巻く様々な要因の中から、本質的な問題は何かを探る視点が必要である。環境要因については住環境や福祉用具にとどまらず、制度的環境や文化的環境など、総合的に捉えていくことが重要である。

アセスメントの結果を踏まえ、自立を妨げている要因を明らかにし、解決方法について具体的に助言を行う。助言にあたっては、誰が、いつ、どのように関わるか、具体的な介入方法の提案が必要である。また、どのようなリスクに注意して行うかも忘れてはならない。助言内容は、動作方法、道具や環境調整、家族への関わり方等である。環境調整では、本人が希望する生活行為が主体的に「できるかも」と思わせる環境を提供することも重要である。

③ 総合事業検討会（市町村、サービス事業者等との意見交換の場）

町は、総合事業の開始に伴い、総合事業のサービス提供事業者、地域包括支援センター職員の意見交換の場を設けている。初回は、リハ職の立場から、介護保険の基本理念、総合事業の考え方、先行して実施している自治体の取り組み紹介を行い、その後は、月 1 回の頻度で総合事業の現状や課題などの情報を共有しながら意見交換を行っている。この中で、リハ職に求められることは、常に、関係者が自立支援の視点を見失うことのないよう、後方支援していく役割である。

④ 具体的な事例（地域ケア個別会議と同行訪問が連動している事例）

1. 事例紹介

事例	80代後半、女性、要支援1、娘との2人暮らし
診断名	脳梗塞、骨粗鬆症
生活歴	寝たきりの夫を介護していたが、約10年前に夫が他界。3年前に玄関で転倒し急性硬膜下血腫で1週間入院。血腫の残存あり定期受診中。1年前に言葉が出難くなり、脳梗塞の診断で2週間入院。以前は地域のサロンに参加していたが、現在は家でテレビを見て過ごすことが多くなった。庭先で転倒するなど下肢筋力の低下がみられ、今後の生活に不安を抱えている。
生活状況	ベッドを使用し、起居動作は自立。屋内の移動は伝い歩き。入浴は同居の娘と一緒に入り、洗い難いところは手伝ってもらう。買い物は娘が行うこともあるが、自分で宅配サービスの注文票を記入し注文している。食事の片付けや・掃除・金銭管理は娘が行っている。鍋を焦がすことがあり、調理を行う機会が減少している。2泊3日で娘たちと旅行に行き、なんとか一緒に歩くことができた。
ニーズ	<ul style="list-style-type: none"> ● 近所のサロンまで歩いて行きたい ● 娘たちと旅行に行きたい

2. 作業療法士による支援

地域ケア個別会議で検討の結果、6か月後に一人で歩いてサロンまで通うことを目標とした。その後、作業療法士による地域包括支援センターとの同行訪問を実施。生活状況及び環境の確認、心身機能のアセスメントを行い、自宅での運動プログラムの選定、緩和型通所サービスの利用に向けた方針のアドバイスをを行った。

3. 経過

訪問結果をもとに、緩和型通所サービスで運動プログラムを実施。事業所では意欲的に取り組んでおり、事業所内の移動は杖なしで歩行可能となった。今後、地域包括支援センター職員や家族が付き添って、自宅からサロンまでの歩いて行く経験をしてもらう予定。緩和

型通所サービスの利用期間の後半に、並行して地域のサロンに参加してもらいながら、地域資源へのスムーズな移行をサポートすることとしている。

(4)リハ職による市町村支援のポイント

要支援者の生活を支える場合、地域包括支援センターやサービス提供事業者等、複数の者の関わりがあり、それぞれが捉えていることが、同じとは限らない。そのため、要支援者の真のニーズを特定し、めざすゴールの共有を図ることが出発点となる。

対象者や家族への聞き取りをもとに導き出されたニーズが帳票に記載されているが、対象者の大切な生活行為への思いや背景まで検討されていることは少ない。吉備中央町で検討される事例の中には、これまで畑仕事をしてきた高齢者が少なくないが、収穫した野菜を自宅で食べる人だけでなく、直売所で販売をする人、孫へ定期的に贈る人、近所に配る人など様々であり、たとえ同じ生活行為でも、取り組んできた生活行為の意味までは同じではない。そのため、作業療法士は、帳票の情報から仕事歴や生活歴、対象者の性格や趣味など、人物像をイメージし、また、地域包括支援センターやサービス提供事業者からの情報をもとに、対象者の人生の歴史を紐解いていくことが重要である。そして、対象者が抱く想いや意味、環境要因など、様々な視点から真のニーズを発見していくことが求められる。

発見したニーズから、人(心身機能や性格、価値観など)、やり方、環境の視点から生活行為の予後予測を行い、いつまでに何ができるのかを具体的に説明することが必要である。あわせて、リスク管理に関する助言も重要である。助言にあたっては、ポイントを絞り、的確に、具体的に述べること、相手にわかりやすい言葉で伝える。また、質問や指摘ではなく、助言をすることを心掛ける。また、相手の立場を理解し、常に学ぶ姿勢を大切にすることも忘れてはならない。

(5)市町村支援を通じて思うこと(感想、展望、課題など)

住民一人ひとりが最期までその人らしく生きていけるよう、自治体職員は様々なかたちで努力し、総合事業の成功に向けて取り組んでいる。しかし、総合事業の成功のためには、自治体の努力だけではなく住民の理解が不可欠である。自立支援とは、突き詰めれば自治体の自立、住民の自立へとつながっていく。住民が我が事として捉えていくことができるよう、支援者は自らの役割や支援の目的を丁寧に説明し、一人ひとりの意思を引き出す関わりが求められる。

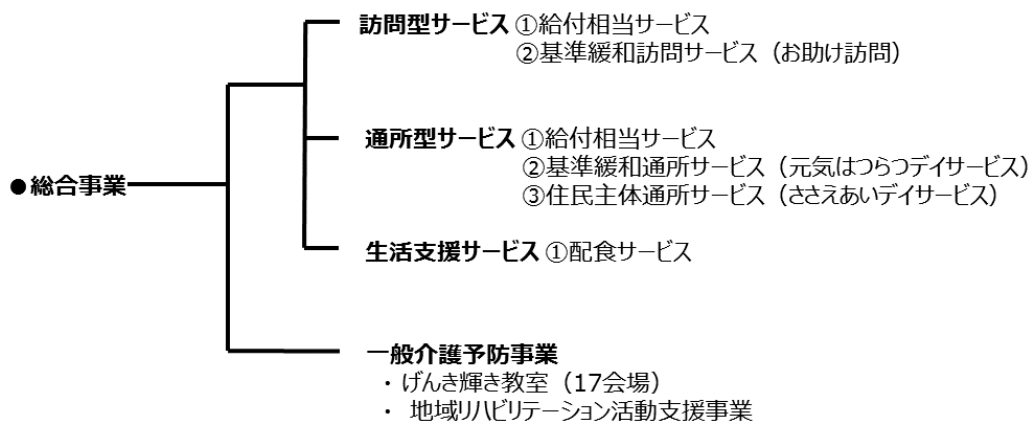
2 真庭市

(1) 真庭市の概要

面積	828.53 km ²
人口	47,195人(H29.1.1)
高齢者人口	17,170人 (36.4%)
要介護認定率	19.67%(H29.12月末)
地域包括支援センター	直営1箇所(H29.11.1)
保健師等	3人
社会福祉士等	3人
主任介護支援専門員等	15人



(2) 真庭市の介護予防・日常生活支援総合事業



- 地域ケア個別会議

(3) 岡山県リハビリテーション専門職団体連絡会による支援の実際

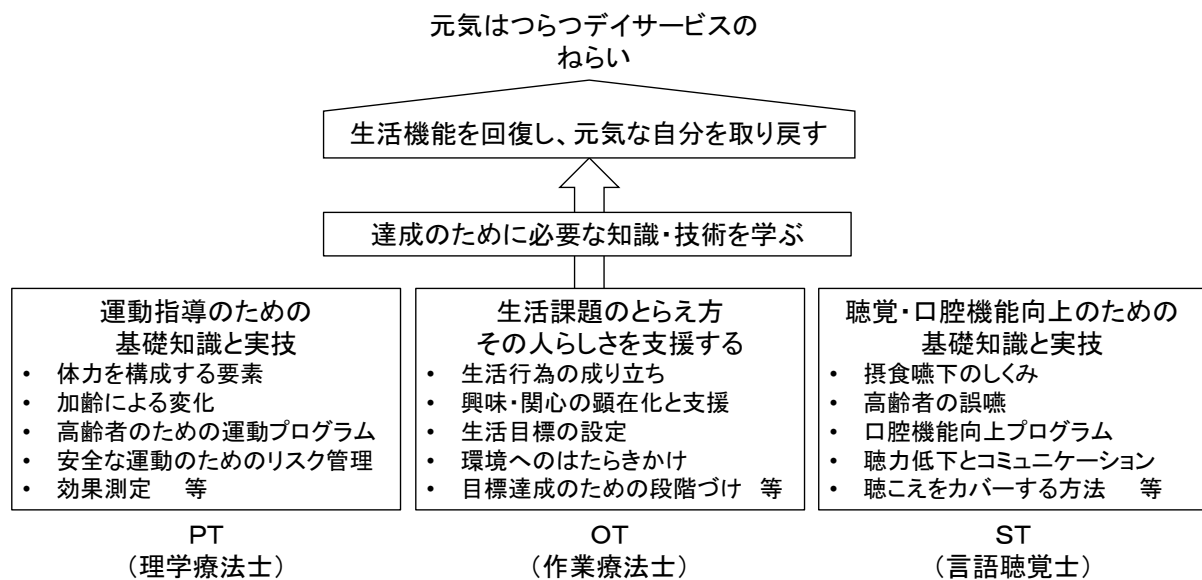
真庭市の総合事業は、平成28年度から開始されている。通所型サービスとして新設された「元気はつらつデイサービス」は、6か月の利用期間が設定されており、効果判定に基づいてサービスを終結する。市は、元気はつらつデイサービスの提供事業者に、予め、自立支援の考え方や具体的な支援方法を学ぶ研修の受講を義務付けており、その講師を本連絡会が受けたところから真庭市への支援がスタートした。

〈元気はつらつデイサービス〉

サービス提供者	市の研修修了者(資格不問、介護サービス事業者・NPO等)
利用対象者	要支援1, 2、事業対象者(基本チェックリストに該当した者)
サービス内容	週1回、定期的な評価に基づき6か月で終結 生活課題の解決やサービス終結後の生きがいや役割づくりを目指したプログラムの実施

① 元気はつらつデイサービス従事者研修会

本連絡会からは、大学又は養成校の教員である理学療法士、作業療法士、言語聴覚士それぞれ1名が、研修会の講師役となり、事前に市の担当保健師と打合せを行い、カリキュラムを構成した。研修の実施により、市内に14か所の「元気はつらつデイサービス」提供事業所が誕生している。



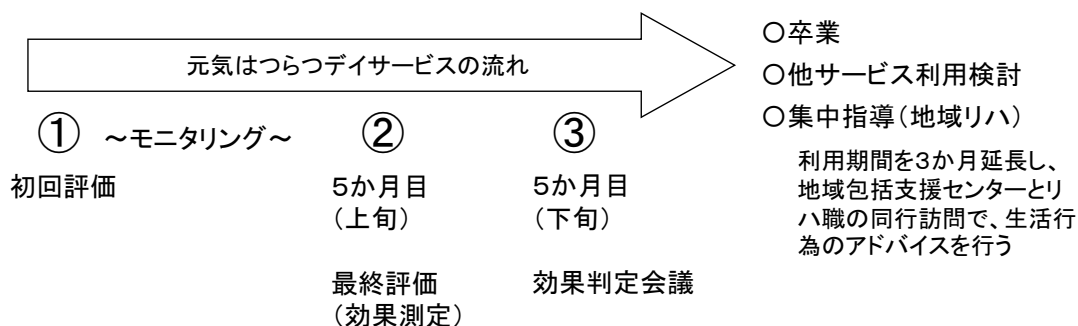
② 元気はつらつデイサービスの運営支援

元気はつらつデイサービスには、3つの特徴がある。

- ① 「自立支援」を目的とし、利用者自身に「自立」の意識づけを行う
- ② 6か月の利用期間を設定。効果判定により終結を決める
- ③ リハビリテーション専門職がアドバイザーとして参加

6 か月の流れの中で、リハ職は主に、効果判定と地域包括支援センターの同行訪問に関わっている。

本連絡会からは、真庭市内に所在する医療機関3施設と老人保健施設1施設から、理学療法士5人、作業療法士3人、言語聴覚士2人が効果判定会議と必要に応じて地域包括支援センターとの同行訪問に当たっている。また、本連絡会のほかに、国保病院の理学療法士2人、作業療法士1人が対応している。



1. 効果判定会議

平成 28 年度は 12 回、平成 29 年度は 24 回開催。1 回の会議で、20 名程度の効果判定を行う。判定には2種類の帳票、「元気はつらつデイサービス問診・評価表」(サービス提供事業者による評価)と「モニタリング結果報告書(元気はつらつデイ)」(地域包括支援センターの訪問による評価)を用いる。判定会議のメンバーは、サービス提供事業者(司会進行役)、地域包括支援センターから保健師 1 名、主任介護支援専門員 1 名で、これにリハ職 2 名が加わる。会議ではサービス提供事業者の進行で、各職種がそれぞれの立場から今後に向けた見解を述べ、意見を交わす。見解の相違点は、合意に至るまで話し合う。リハ職の役割は、各帳票を注意深く読み込み、評価結果に矛盾点がないか、サービスの利用開始からの変化、自立した日常生活を送ることが可能な状態に達しているかについて、見解を示すことである。特に、サービス提供者の評価結果(体力測定、ことばと飲み込み、状態自己評価)、地域包括支援センターのモニタリング結果報告書(利用者の生活の状況及び心身の状況の変化等)との整合性に注意を払っている。帳票だけでは判断できないケースもあるが、できるだけ、帳票からの情報をつないで対象者の生活をイメージし、経過を丁寧にたどりながら変化をつかんでいくことが重要である。6か月後の方向性の選択肢は、①サービス終結、②利用期間の延長、③介護保険のサービスに移行の3パターンである。このうち、対象者が改善の途上にあり、あと3か月サービスを利用すればサービスを終結できる可能性がある場合、地域包括支援センターとリハ職の同行訪問を行い、自宅での生活の再評価とアドバイスを行う。

2. 地域包括支援センターと同行訪問

効果判定会議で、3か月の延長が必要とされた対象者について、平成28年度は30人の同行訪問を行った。訪問は、半日で2～3人を実施している。

地域包括支援センターの担当者からの利用者基本情報、介護予防サービス・支援計画書、介護予防支援・介護予防ケアマネジメント経過記録の情報を基に、訪問の道中に担当者情報整理を行いながら訪問先へ向かう。訪問では、簡単な日常生活動作の確認を行い、玄関等の段差に対する踏台の設置、手すり等の設置に関する指導、入浴動作に関する指導、自宅での介護予防活動(ここでは主に体操)に関する指導等を行う。

実際に訪問すると、効果判定会議でイメージしていた状態像よりも良い場合が少なくない。体力測定の数値は良くなくても、慣れ親しんだ家の中で生活できていることが、訪問によりわかってくる。通所サービスの場面だけでは見えてこない生活の状況は、地域包括支援センターが訪問で把握しているものの、リハ職の視点でADLをとらえると、できる力がさらに発見できると感じている。

(4)市町村支援を通じて思うこと(感想、展望、課題など)

元気はつらつデイサービスは、6か月で終結が設定されているため、新しい利用者が増えていかない場合、サービス提供を休止せざるを得ない事業所が出てくる。元気はつらつデイサービスの潜在利用者がキャッチできていないために利用に結びついていないのか、利用対象者の人数に対して、サービス提供事業者が多いのか、検証が必要である。

そして、サービスを終結した利用者が、その後、生活を維持できているのかを把握することが何よりも重要である。終結後の受け皿となるサロンなどの交流の場が市内の全域に整っているわけではないため、再び、生活が不活発となることが、もっとも心配される。利用者自身から「卒業したらどうなるのか」という不安の声があり、家族にとっても心配である。元気はつらつデイサービスを終了した後、出かける場が身近にないために、再度、利用を希望する人が少なくない。真庭市は岡山県内で最大の面積を有しており、外出には車を必要とする地域がほとんどである。送迎付きで元気はつらつデイサービスに参加できても、自力で通いの場に行くことは難しい。また、冬季の積雪が、さらに外出を難しくしている。自力で行ける小さな範囲にたくさんの通いの場を増やしていくのか、外出支援を組み合わせしていくのか、これからどのように地域をつくっていけばよいのか、難しい課題がある。いずれにしても、地域の中に出かけていく場を増やしていくことに、リハ職として関わっていくことがとても重要である。

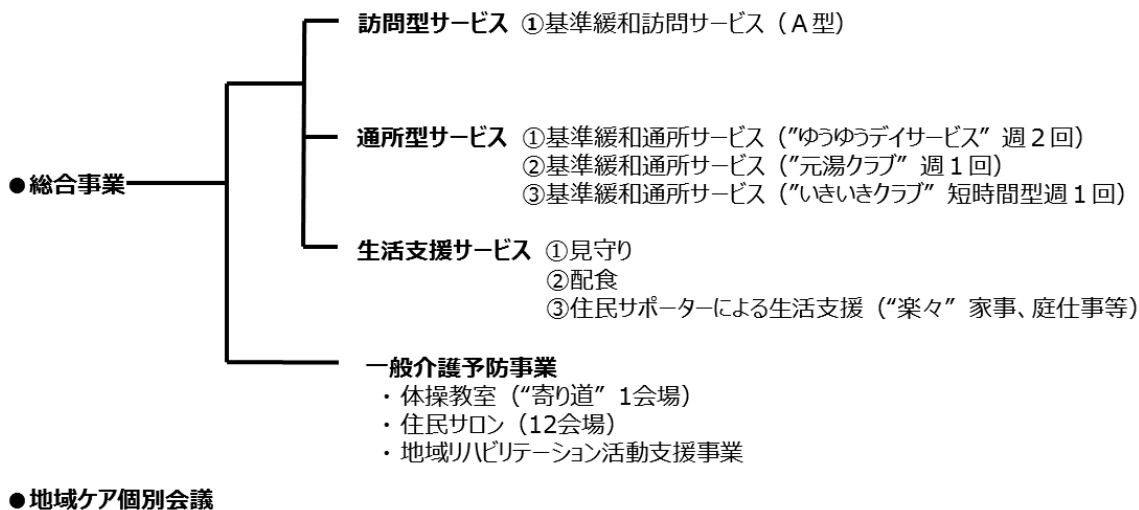
3 西粟倉村

(1)西粟倉村の概要

面積	57.97 km ²
人口	1,485人(H29.1.1)
高齢者人口	526人 (35.4%)
要介護認定率	21.46%(H29.12月末)
地域包括支援センター	直営 1 箇所(H29.11.1)
保健師等	3人 (保健師 2、看護師 1)



(2)西粟倉村の介護予防・日常生活支援総合事業



(3)岡山県リハビリテーション専門職団体連絡会による支援の実際

西粟倉村は、岡山市から片道2時間程、冬季は積雪の日もある立地であるが、岡山市内の医療機関の協力により理学療法士と作業療法士のそれぞれ1名が、旧介護予防事業における二次予防事業の運動機能向上プログラムに関わってきた経緯がある。

本連絡会による市町村支援のしくみが動き出したことにより、これまでの岡山市内の医療機関からの

協力に加えて、村の隣接市に所在する2つの医療機関の作業療法士それぞれ1名が、総合事業の通所サービスと住民サロンの運営支援に対応するようになった。本連絡会に求められた支援内容は、主に、通所型サービスの利用者の評価とスタッフに対する自立支援の観点からの助言であった。

① 基準緩和通所サービス「元湯クラブ」の運営支援

「元湯クラブ」は、村の地域包括支援センターが、直接実施している。対象者は、要支援者又は事業対象者(基本チェックリスト該当者)で、実際の利用者は、女性ばかり7人程度で、平均年齢は85歳である。

元湯クラブの一日の流れ	
9:30	利用者到着(スタッフによる送迎)
10:00	バイタルチェック→運動量の調整体操、脳トレ、評価など
12:00	昼食
13:00	入浴(入浴しない利用者は脳トレ)
14:30	帰宅準備
15:00	送り

● 健康チェックシートの活用

元湯クラブでは、利用者が健康チェックシートを記録し持参する。記録内容は、水分摂取量、排便状況、食事の内容と量、運動の状況など、規則的な生活状況である。この内容を元に、スタッフと一緒に次の点を確認する。

- ① 脱水の恐れがないか。(1日の水分摂取量の目安を 1500ml とし、元湯クラブ滞在中に、1000ml の摂取を促す。)
- ② 低栄養の恐れがないか。(1日のエネルギー量の目安を 1500kcal として確認)
- ③ 低活動の恐れがないか。(毎日、外出しているか。外出の程度、屋外活動の時間の確認) 外出時の困ったことや、痛みがあればその部位等

健康チェックシート(例)

5月 28日 日 晴	
日時	水分摂取量
午前 12:00	トイレ
1:00	トイレ
2:00	トイレ
3:00	トイレ
4:00	トイレ
5:00	トイレ
6:00	トイレ
7:00	トイレ
8:00	トイレ
9:00	トイレ
10:00	トイレ
11:00	トイレ
水分計	1400 cc

● 評価

評価項目は、握力・5m歩行・片脚立位である。利用者の握力の平均値は、右 18kg、左 15kg で、利き手は、厚生労働省年齢階級別基準値(85 歳以上)の 13.1～16.0 を上回る。5m 歩行では、通常歩行時間平均 6.2 秒、最大歩行時間平均 4.9 秒で、階級別基準値の通常歩行 6.5 秒、最大歩行 5.0 秒をやや上回る一方、片脚立位の平均値は、右 11 秒、左 7.5 秒で、左は階級別基準値 3～11 秒を下回っていた。これは、変形性関節症の利用者が多いことによるものと思われる。

● 相談支援

利用者が抱える不安の主なものは、「つまづくことが増えた」「膝が痛い」「股関節が悪く歩きにくい」など、移動に関することが多い。これらに対応するには、元湯クラブの中で、利用者が転倒予防等の知識を身に付けられるようにする健康教育プログラムが必要であり、今後、リハ職として、保健師等のスタッフの企画のサポートができればよいと考える。

(今後の西粟倉村の健康教育プログラムのテーマ)

適度な運動量の目安/ 冬季の低活動・ヒートショックを防ぐ/ 圧迫骨折とは/ 杖の最適な長さ/ コルセットの着用の留意点/ 低栄養とは/ 物忘れと認知症の違い/ 高齢者に多い疾患(肺炎、変形性関節症など)

● 脳トレ

間違い探し、ひらがな計算、数字や文字の抜け探し、二字熟語の組み合わせ、言葉作りなど、楽しみながら記憶力や注意力などにはたらきかける内容をスタッフに提案し、1つの課題につき30分、1時間で2課題を行うなど、実施方法をアドバイスした。

● 体操

上下肢・体幹の筋力アップ、嚥下体操、認知症予防体操などを紹介。

上下肢・体幹の筋力アップは、どのような動きで作用する筋肉なのかを解説し、利用者が日頃動きにくいと感じる動作に結び付けて、体操の意味づけを工夫した。



嚥下体操は、反復唾液嚥下テストを紹介したが、2 回以下の利用者はいなかった。また、嚥下に関連する肩や首、胸郭の関節の動きを広げるような体操や、頬など口腔周囲のマッサージなども紹介した。

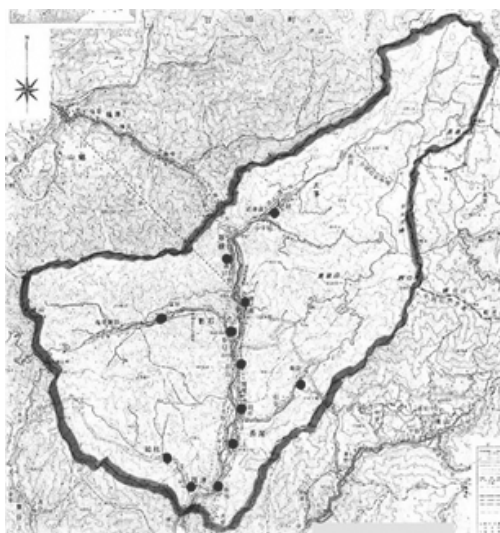
認知症予防体操は、体の左右で同時に別々の動きをするよう拮抗動作を紹介した。
狭いスペースでも、スタッフが安全に実施できるよう、椅子に座って行う内容を工夫した。

② 一般介護予防事業 住民サロンでの相談支援

平成 29 年 7 月～11 月の 5 か月間で計5回、一般介護予防事業の住民サロン5箇所の支援を行った。

● 住民サロン

村内に右の図のように12箇所のサロンがある。
60～90歳代の男女10～15人程が、月に1～2回、公会堂などに集まっている。いずれのサロンも、介護サービスを利用していない元気な高齢者が多い。活動内容は、サロンによってさまざまで、会長を中心に、活動前に参加者全員で“老人クラブの歌”を合唱することが恒例となっているサロンもあれば、各自が血圧を測定して記録をつけお互いに健康チェックをしているサロンもある。また、サロンごとに、茶話会、囲碁ボール、食事会や旅行などが行われている。



西栗倉村のサロン地域
●:サロン地域を示す

● 支援に当たるまでの準備

予め、村の担当者と連絡調整を行い、リハ職の対応内容を①健康に関する講話、②健康体操、③参加者からの生活相談の3点とした。担当者とは、電話やメール等で情報共有を行い資料作成、準備を進めた。

- ① 健康に関する講話は、毎回のテーマは、歩行と転倒予防、これに加えて、7～9月は脱予防、10～11月は、誤嚥性肺炎とした。
- ② 健康体操は、厚生労働省の介護予防マニュアル改訂版¹⁾を参考に座位で行うプログラムとした。
- ③ 生活相談は、講話についての質疑と生活行為上の困りごとに対応することとした。
資料は、A4カラーで専門用語を使わず平易な表現とし、文字の大きさに注意して作成した。
支援前日までに担当者へメールで送信し準備してもらった。

● 当日の流れ

サロンは、13:30～15:00 の 90 分間。開始前 30 分に、地域包括支援センターと打合せを行う。

◆ 打合せ(30分)

参加者全員が講話を理解しやすいように、聴力や視力の低下した人には前の席をすめる、参加者が講話内容を理解できているかを確認するなど、配慮事項を打合わせいる。

◆ 導入(10分)

講話に入る前に、自己紹介を行う。併せて、今日の講話の趣旨とリハ職についてわかりやすく説明しながら、和やかなムードを作る。

◆ 健康講話(30分)

メインテーマの歩行と転倒予防は、参加者の履いている靴の靴底のすり減り具合を実際に確認して、そこから考えられる歩容の特徴と膝関節への負担、靴の交換時期、靴の選び方について説明。



脱水予防は、一日に必要な水分摂取量の目安²⁾を説明。

誤嚥性肺炎は、嚥下機能チェックを実施し該当項目ごとの対策方法を説明。

参加者からは、「靴底を気にしたことが無かった」「水分は、十分に飲んでいると思っていたが全然足りていなかった」「口腔ケアは、うがいで効果あるならやってみよう」などの声が聞かれた。

◆ ティータイム(10分)

参加者自身でお茶を準備、参加者が持ち寄った枝豆や漬物などを囲んで談笑。何気ない会話の中でお互いの健康状態を確認し合い、和気あいあいとした雰囲気である。

◆ 健康体操(30分、うち小休止 10分)

背もたれ付の椅子を使用。リハ職は、参加者と向かい合わせの位置、地域包括支援センターは、参加者側に位置し、参加者の動きをサポートする。イラスト資料の動きをデモ

ンストレーションしながら解説する。状態に応じた運動負荷の段階づけ、易しい動きからやや複雑な動きへの展開などポイントを押さえる。例えば、「肩に痛みがある場合は、痛みの出ない範囲で運動する」「腰痛がある場合は、この運動が大切」など、一つ一つの動きの意味を説明すると参加者の動機づけにつながった。

◆ 生活相談(10分)

「首が痛くて水が飲みにくい」「腰が痛くて寝つきが悪い」など身体の不調が聞かれた。他に、「継続すると良い運動を教えてください」という声もあった。日常生活の工夫について、図解するためのボードや福祉用具のカタログを用いるとわかりやすくなる。

(4)市町村支援を通じて思うこと(感想、展望、課題など)

元湯クラブの利用者からは、「介護保険のデイサービスに行かなくて済むように、今の状態を維持したい。今のまま、自分のことが自分でできる状態を維持するためのアドバイスがほしい。」と前向きな意見が多く聞かれている。リハ職からの助言がもらえる月1回を楽しみにしているとの声がある一方で、「日常生活で、運動量と水分量をどのように増やせばいいのか」や「認知症予防や変形性関節症のつきあい方」の相談があり、これらについて、わかりやすく説明する力が必要であると感じている。

住民サロンは、地域包括ケアシステムでめざす「自助」「互助」を実践する場であり、リハ職が積極的に参画することで、地域に根ざした介護予防を後押しすることになるのではないだろうか。

西栗倉村の支援を通じて、重要と思われる点を整理すると、次の3点である。

① 地域特性の理解

例えば、冬季の積雪により屋外での活動量が減少する。また、路面の凍結で滑りやすく転倒の危険性が高まる。これらは、地域特有の課題である。こうした地域特性を踏まえた、低活動防止策、転倒防止策の提案が必要となってくる。地域特性は、地元の状況をよく知っている地域包括支援センター等から情報収集する。

② 利用対象者との関係づくり

利用対象者との接触は、当日の限られた時間のみである。第一印象がその後の関係づくりを決めるといっても過言ではないので、自己紹介など、導入部分がとても大切である。

③ わかりやすく伝える工夫

総合事業で関わる利用対象者は、健康への関心が高く、普段からテレビや新聞等で健康情報に触れている人が多い。一般論でなく、実際の生活場面にあてはめた説明を行うとすることが大切である。

◇ 市町村にお願いすること

リハ職が支援した後の利用者の変化や経過について、情報のフィードバックがほしい。提案したことが生活機能の向上につながったのか、つながらなかったのかを知ることで、アドバイスの結果を検証し、市町村支援におけるリハ職自身のスキルアップにつながる。

◇ 本連絡会による市町村支援の継続に向けて

本連絡会では、リハ職は、勤務先での勤務を要しない日に市町村支援を行っている。リハ職の人数に限られる県北部地域では、一人のリハ職の対応回数が増えていく。市町村の近接地域のリハ職だけでは対応ができない場合に、他の地域から応援が得られるなど、本連絡会の全体的バックアップ体制を整えることが、今後、必要ではないだろうか。

また、市町村で使用する資料の作成準備に多くの時間を割くことができないため、本連絡会の会員がそれぞれに用いている資料を共有するなど、資料準備の効率化についても、工夫の余地がある。

4 津山市

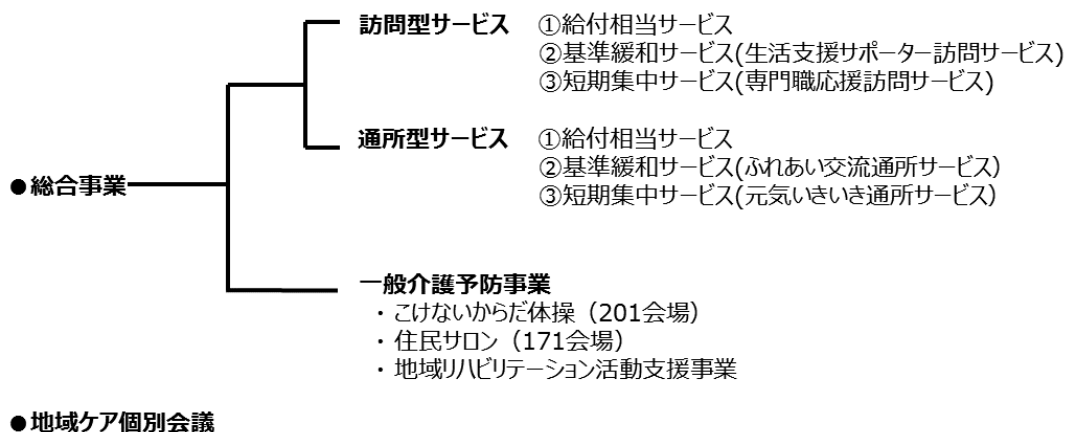
(1)津山市の概要

面積	506.33 km ²
人口	102,962人(H29.1.1)
高齢者人口	30,027人 (29.2%)
要介護認定率	20.07%(H29.12月末)
地域包括支援センター	委託1箇所(H29.11.1)
保健師等	2人
社会福祉士等	13人
主任介護支援専門員等	15人



津山市は、県北に位置する中山間地域の市である。市に2名の作業療法士が配置されており、介護予防事業や地域ケア個別会議(以下、『会議』という)等で当センターとも連携しながら活動している。津山市地域包括支援センターは、社会福祉協議会が市から委託を受け運営している。

(2)津山市の介護予防・日常生活支援総合事業



(3)津山市の地域ケア個別会議

～地域包括支援センターの立場からリハ職に期待すること～

津山市では、平成 26 年 10 月から地域ケア個別会議に取り組んでいる。当初は月 1 回、1 事例 90 分かけて検討していたが、平成 27 年度から大分県の手法を取り入れ、現在の流れ、検討体制となっている。(表参照)

会議の構成メンバーは、アドバイザーとして医師・薬剤師・歯科衛生士・管理栄養士・リハビリ専門職・主任ケアマネジャーの 6 名と事例提供者である地域包括支援センター職員・担当の介護サービス事業者・保険者・司会者のおおむね 10 名である。会議は毎週開催しており、1 回の検討数は 2～5 件、検討時間は 1 事例 40 分を目安に、要支援 1・2、事業対象者の初回サービス利用者を対象としている。会議では、最初に利用者のフェイスシート・アセスメント表・ケアプラン(以下、プラン)を初見で読み込み、どうすれば利用者の生活の質が向上するのか、その人らしい生活が送れるのかを主軸に、自立を妨げている要因の改善策についてのアドバイスを出し合う。また、市の総合事業の 3 種類の通所サービス(「現行型」「基準緩和型」「短期集中型」)のうち、どのサービスを利用することが利用者にとってよいのかを、通所サービスの要否も含めて確認しており、サービス利用の適正化の側面をもっていることもポイントになっている。

アドバイザーとしてのリハビリ専門職については、津山市が岡山県リハ団体連絡会に、会員の調整を依頼し、18 人の会員がアドバイザーとして順番に出席している。

年度	企画職員	内容
平成 25 年 7 月 ～ 平成 26 年 9 月	● 市健康増進課 OT ● 高齢介護課保健師、 事務職	居宅介護支援事業所の主任ケアマネジャーと、自立支援を切り口に、地域ケア個別会議のあり方を検討
平成 26 年 10 月 ～ 平成 27 年 3 月	● 包括所長、 主任ケアマネジャー 【事務局： 地域包括支援センター】	模擬として月 1 回 1 事例、1 事例 90 分で検討 アドバイザー：主任ケアマネ・通所介護職員・ヘルパー・訪問看護師 【アドバイザーは事務局から直接依頼、研修を受講】
平成 27 年 4 月 ～ 平成 28 年 3 月		月 2 回、1 回 2 事例、1 事例 60 分で検討 アドバイザー：医師・薬剤師・管理栄養士・歯科衛生士・リハビリ専門職・主任ケアマネ・保険者 【大分方式に変更。アドバイザーは企画チームで選出】
平成 28 年 4 月 ～	企画職員は同じ 【事務局：市高齢介護課】	毎週、1 回 4 事例、1 事例 40 分で検討 参加職種は前年度と同じだが、各職能団体を通じ依頼

多職種によるアドバイザーの中でも、リハビリ専門職の役割はとても重要である。平成 28 年度の検討事例 67 件のうち、脳血管疾患や骨関節疾患等の既往歴がある事例が 43.3%、その他原因疾患が特定できない膝痛や腰痛の事例を含めると 83.6%が、麻痺や可動域制限、疼痛、しびれが原因で、移動や生活行為に支障をきたしている。つまり、会議で検討するケースの大半が、リハビリ専門職のアドバイスが必要な状況である。疾患の解説や予後予測については、医師からも得られる一方、リハビリ専門職からの、身体機能や生活動作の視点から具体的な助言は地域包括支援センター職員にとって、有用である。

地域包括支援センターがリハ職に期待するのは、症状の改善の可能性が低い場合に、どのように付き合っていくかという視点で、動作時の注意点、手すりや補助用具の選び方や活用など、自宅での生活を継続する上での実現可能なアドバイスである。

また、疾患は有していなくても、廃用症候群による生活機能の低下はどの高齢者にも起こり得る課題であり、介護予防の視点からのアドバイスも重要である。

さらに、自宅内の生活だけでなく、通所サービス事業所における機能訓練の具体的なアドバイス(運動の方法や留意点)は、会議に出席している事業所職員にとっても、サービスの質の向上や職員のモチベーション向上につながっていく。会議に出席しているさまざまな職種が、意見や質問を交わすことで、会議の場がより活発になっていくことが期待される。

リハビリ専門職から有効なアドバイスを得るためには、地域包括支援センター職員が、検討対象者の具体的な生活状況がわかる情報を収集し、アセスメントが必要である。会議の出席者全員で対象者が共有できるように対象者の望む生活や目標をしっかりと聞き取ることができるよう、地域包括支援センターのそれぞれの職員が、今後も研鑽を重ねていくことが大切である。

これまで、要支援者の予防プランは、プラン作成者の個々に任せられ、あまり第三者の目に触れることがなかったが、さまざまな専門職から具体的なアドバイスを受け、対象者が望む姿に近づくように支援できるよう、これからも、リハ団体連絡会の協力が必要である。

(4)岡山県リハビリテーション専門職団体連絡会による支援の実際

① 津山市の地域ケア個別会議の実際

津山市の地域ケア個別会議の1事例の枠組みは、概ね次のとおりである。

1. 検討事例の帳票の読み込み(約5分)
- ↓
2. 事例担当者による状況説明
 - (ア) 地域包括支援センターから(約3分)
 - (イ) サービス提供事業者から(約3分)
- ↓
3. ディスカッション(約25分)
- ↓
4. 司会者・保険者によるまとめ(約4分)

使用する帳票
<input type="checkbox"/> 介護予防サービス支援計画書
<input type="checkbox"/> アセスメントシート
<input type="checkbox"/> サービスプラン
<input type="checkbox"/> 基本チェックリスト
<input type="checkbox"/> 利用者基本情報
<input type="checkbox"/> 診療情報提供書

会議の出席者は、検討事例の生活をイメージしながら、生活課題の洗い出し、課題解決策、生活目標の実現に向けて、意見を交わす。アドバイザーとして参加する各専門職は、専門用語ではなく、わかりやすい表現を用いて、具体的で実現可能なアドバイスを求められる。

その中で、リハ職は、次の観点を意識して、発言するようにしている。

- ① 自立支援という介護保険の理念の実現
- ② どうすれば利用者の生活の質が向上するか、その人らしい生活や人生といえるか考える。
- ③ こうなればいいという理想論でなく、具体的で実現可能な提案を行う。
- ④ 自立を妨げている要因を掘り下げる。
- ⑤ 暮らす地域の情報、生活風習、地域課題などを理解した上で助言する。

② 具体的な事例

85歳 女性 要支援2 独居 不活発な生活による下肢機能の低下で、入浴動作に支障あり

<p>① ケアマネが立てた目標 清潔保持に努める(安全に入浴する) ※目標の表現が曖昧で、エンドレスになる。</p> <p>② ケアマネが立てた支援計画 デイサービスで週2回お風呂に入る。 ※このケアプランでは、自宅では入浴ができないままとなる。</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">×お世話型のケアマネジメント 根本的な課題解決になっていない。介護サービスが生活不活発を助長してしまう恐れがある。</p>	<p>① ケア会議で修正した目標 ・ 6ヶ月後に自分で入浴することができる。 ・ 6ヶ月後の評価可能。</p> <p>② ケア会議で修正した支援計画 ・ デイサービスで下肢の筋力強化と入浴動作訓練を行う。 ・ 住宅改修、入浴補助用具の購入。</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">○自立支援型のケアマネジメント 要介護度の改善や自立した生活に繋ぐことができる。</p>
---	---

③ 地域ケア個別会議で専門職に期待されている役割

会議参加者が、事例の目標を共有するためには、各専門職が、疾患や障害の特性に応じたポイントを押さえられるように、わかりやすく伝える力を養う必要がある。一方、会議の進行役は、会議の流れを作りながら、出席者が自由に発言できる雰囲気を作り、時には、対立する意見を合意形成に導くスキルが要求される。

職種	専門職に期待されている役割
理学療法士 作業療法士	<p>① 生活不活発病(転倒)</p> <ul style="list-style-type: none"> ●転倒による骨折の既往歴がある場合は転倒の場所や原因の確認。 ●転倒による原因が内因性か外因性かを見極め。 ●転倒の原因が服薬との因果関係がないか。※薬剤師に確認する有無。 ●廃用症候群の高齢者に対するサービス事業での機能訓練の具体的助言。

職種	専門職に期待されている役割
理学療法士 作業療法士	<p>② 脳梗塞</p> <ul style="list-style-type: none"> ●身体機能の改善だけでなく生活機能(生活行為)の向上を目指す助言。 ●環境面(補助具、補装具)に対する助言。 ●疾患の症状や障害についての説明 ●疾患の主な症状や注意すること ●運動機能向上訓練を行う場合の注意事項やリスク管理について <p>③ 成功例の紹介</p> <ul style="list-style-type: none"> ●近似したケースの成功例の紹介
言語聴覚士 歯科衛生士	<p>① 口腔ケアの必要性についての一般的な助言だけでなく、対象事例によってどの程度のケア、指導が必要なのかの見極め。</p> <p>② 継続的あるいは抜本的なケアが必要な場合はケアプランに盛り込むことの助言。</p> <ul style="list-style-type: none"> ●歯科受診のみでなく、訪問診療等についても紹介。 <p>③ 予後予測としての助言 (例) 構音障害の場合の改善の見通し(現状維持、悪化の遅延、改善 等)</p> <p>④ 誤嚥性肺炎の危険性が予見できそうな事例については、その具体的な予防策の助言。</p> <p>⑤ 咀嚼嚥下機能低下が ADL や QOL に及ぼす影響。</p>
管理栄養士	<p>① 食の生活習慣を見る</p> <ul style="list-style-type: none"> ●習慣を改善させた成功例等の助言 (例) カロリー制限の必要な事例に対しては、茶碗や箸の選択など <p>② 低栄養</p> <ul style="list-style-type: none"> ●たんぱく質の摂取のための素材の選択と調理法 ●一日のタンパク摂取量の目安(何グラムか) ●効果的なカルシウム摂取の方法(高齢者に適した食材の紹介) ●嚥下機能が低下している人に適した食材 ●必要量を摂取する工夫(おにぎり、ゆで卵等を手で掴んで食べるなど) <p>③ 糖尿病</p> <ul style="list-style-type: none"> ●少量でも満腹感が得られる食べ方の紹介 ●野菜の調理方法、蒸し野菜等比較的多めに摂取できる調理方法の紹介 <p>④ 高血圧</p> <ul style="list-style-type: none"> ●減塩の方法、食べ合わせ等の紹介

職種	専門職に期待されている役割
管理栄養士	⑤ 標準的なメニューの紹介 <ul style="list-style-type: none"> ●コンビニやスーパーなどでの食材の選び方 ●電子、電磁調理器、レンジレシピ、炊飯器レシピ等の紹介
主任ケアマネジャー(地域包括支援センター)	① 自分が関わった利用者で、似たような成功事例の紹介 ② アセスメント能力を高めることを意識 <ul style="list-style-type: none"> ●ケア会議の標準様式は最低限のアセスメントであることを理解 ●アセスメントマニュアルを活用 ③ 積極的な発言をすることを心がける <ul style="list-style-type: none"> ●利用者や家族への説明(合意形成)能力が高まることにつながる。

(5)市町村支援を通じて思うこと(感想、展望、課題など)

今後に向けて、保険者、地域包括支援センター、アドバイザーのそれぞれが地域をよく知り、検討した事例が、地域でどのように生活しているのか、丁寧に経過をたどり、初回検討だけで終わらずに、中間評価、最終評価までの一連の検討が必要である。初回に多職種で話し合った総合的な課題や取り組んでいく内容を明確にし、中間評価までに実施したこと、達成したことや残りの課題などを再検討する。そして最終評価で期間内に取り組んだことをフィードバックし、今後、対象者がどのようにして生活していけば住み慣れた地域で自立した生活ができるか話し合う。この流れを作ることで、課題が明確になり、サービス提供者側から対象者自身への働きかけも明確にできるのではないかと。

次に、介護保険でなく、地域や住民が主体的に行う独自の社会資源に関しては、リハ職が知らないことが多く、どのように活動し、どのような流れで活用していかけてもらっているか想像しにくい部分がある。実際の支援事業の内容や地域独自の社会資源の取り組みを把握できる場を設けていく必要があるのではないかと。

また、ケアマネや各事業所にリハ職それぞれの専門性を理解してもらい、各事例においてどのようなアドバイスがほしいのか、ある程度の内容を考えてきていただいた方がスムーズに助言ができる。津山市では医師や薬剤師、栄養士などリハ職以外にも多数の助言者が参加できる体制が整っている。専門的な意見がその場で聞けるメリットはあるが、本来議題としてあげられている問題の部分からずれた話になることもあり、要点をしばった話ができている場合がある。現在では決められた時間の中で話が進行できているが、今後、事例の数が増えてくることを予測すると、要点をしばった話し合いができるように事前の読み込みや必要な助言者のみのアドバイスで進行していった方が良いと感じる。司会者とファシリテーターの役割を作り、限られた時間の中で、有意義な会議の進行および実際に明日から役立つ意味のある地域ケア会議にしていくことが課題であると感じる。

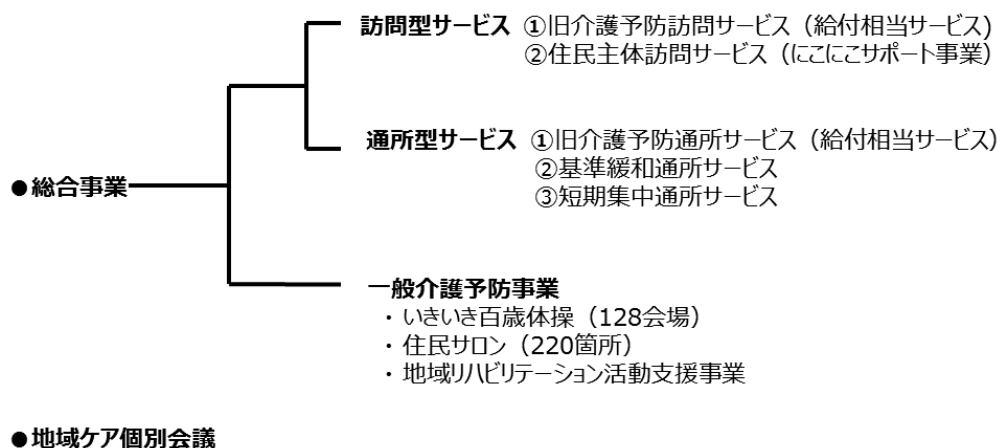
5 総社市

(1) 総社市の概要

面積	211.90 km ²
人口	68,209人(H29.1.1)
高齢者人口	18,685人(27.4%)
要介護認定率	17.91%(H29.12月末)
地域包括支援センター	委託 6 箇所(H29.11.1)
保健師等	6 人
社会福祉士等	6 人
主任介護支援専門員等	23 人



(2) 総社市の介護予防・日常生活支援総合事業



(3)岡山県リハビリテーション専門職団体連絡会による支援の概要

① 地域ケア個別会議

【総社市の地域ケア個別会議の開催状況】

- 開 催 : 6箇所の地域包括支援センターが、それぞれ月 1 回開催。
- 構 成 メ ン バ ー : 地域包括支援センター、サービス提供事業者、市町村担当者、アドバイザー(リハ職)
- 内 容 : 主に総合事業の利用者を対象に、自立支援のための目標設定、具体的な支援策、地域資源の活用等を検討。
使用する帳票は、利用者基本情報、アセスメントシート、支援計画。
- 検討件数と所要時間 : 会議1回あたりの検討件数は6件～8件
所要時間は1事例あたり概ね 45 分/件
- 会 議 の 流 れ : ①プラン作成者よりケース紹介・概要説明(約5～10 分)
②サービス事業所からの概要説明(約5分)
③司会者中心に課題整理(約3分)
④全参加者からの質問・意見・アドバイス(約 15～25 分)

【リハ職のアドバイザーとしての関わり】

現在、6箇所の地域包括支援センターの地域ケア個別会議に、総社市周辺の施設や大学に勤務するリハ職 10 名がアドバイザーとして参加している。地域ケア個別会議の開催日に対応可能なリハ職が参加しており、センターの担当制をとっているわけではない。

検討事例は、会議当日、事例の帳票を初見で確認する。帳票を外部に持ち出すことができないこともあり、次回の会議に参加するリハ職に情報をつなぐことが難しい。

地域ケア個別会議で、リハ職に求められることは、主に次の 4 点である。

- ①対象者の自立支援に向けた課題抽出
- ②アセスメントの妥当性に関する専門的立場からの意見・助言
- ③今後の見通し(改善が期待できること、改善までに必要な援助と期間)
- ④必要な援助の具体的内容

複数のリハ職が関わるため、発言内容に食い違いが起きないようにしていくことが必要である。総社市の地域ケア個別会議は、各地域包括支援センターで定例開催されているので、リハ職の担当制の可能性について検討してはどうかと考える。

② 地域包括支援センターと同行訪問

地域ケア個別会議の検討事例の中には、地域包括支援センターと同行訪問が必要な事例があるが、これまでのところ、同行訪問の件数は少ない。今後、どのような事例が、リハ職との同行訪問が必要であるかについて、地域包括支援センターの理解が進むと、件数が増えてくるのではないだろうか。

● 事例紹介

91歳 女性 要支援2 長男と二人暮らし(岡山市在住の長女が毎週訪問)

〈同行訪問に至る経緯〉

両側に変形性膝関節症があり、浴槽の跨ぎ動作が不安定になっているため、訪問介護で入浴介助を受けている。ヘルパー自身が腰痛を起こしており、地域ケア個別会議で安全な介助技術のアドバイスが必要という結論になり、PTの同行訪問を実施することとなった。

〈同行訪問の結果〉

訪問メンバー:地域包括支援センターの事例担当者、訪問介護員、PT

リハ職の対応可能な日程の都合上、訪問は、地域ケア個別会議に出席したリハ職とは別のリハ職が対応することとなった。

自宅浴室の浴槽は深く、跨ぐ動作にふらつきあり、また、ご本人の体格が大きいため、介助量としては多大となっていた。介助量の問題から、家族の入浴介助が難しく、訪問介護を導入しているが、訪問介護員が腰を痛めてしまっていた。訪問介護員がどのように介助しているか、どのような動作上の負担がかかっているかを確認し、安全な介助方法と福祉用具等の導入を提案した。

その他に、浴室までの動線が暗いため、照明設置の提案や安全な移動方法、また、両側の膝に変形があるため、痛みを起こさないための注意事項などをアドバイスした。訪問時の情報と助言内容は、地域ケア個別会議に出席したリハ職と同行訪問を行ったリハ職とで共有している。

(4)リハ職による市町村支援のポイント

- 資料を読み込む時間はほぼなく、概要説明中の短い時間の中に資料確認を行い、ケースの状況を把握する必要がある。また、検討する時間についても限りはあるため、質問の多用はせず、必要最低限に止め、課題の解決に繋がるような意図のある質問となるよう心掛けている。

- 要支援者の検討では、介護保険のサービスと総合事業のそれぞれの機能や役割を理解し、そのケースにとって必要なサービスは何か、また、どちらのサービスが自立支援を行う上で、適切なのかを検討していく必要がある。
- 総社市では、インフォーマルなサービスが地域に広がりつつある。それらの情報を持っておくと、課題解決の選択肢が広がる。

(5)市町村支援を通じて思うこと（感想、展望、課題など）

リハ職は、地域ケア個別会議に交代で参加している。1つ地域包括支援センターの地域ケア会議に同じリハ職が連続して参加できるわけではないので、経過をたどることが難しく、前回の会議での指摘事項やアドバイスは役に立ったのか、事例の経過はどうなったのか、市町村や地域包括支援センターからフィードバックがほしい。その結果を、関わったリハ職間で共有できるようになると、リハ職自身の市町村支援のスキルアップにつながると思う。残念ながら、現状では、市町村や地域包括支援センターからのフィードバックが不十分である。

リハ職の担当制を設定できれば、事例の経過を把握できるだけでなく、地域ケア会議のメンバー間のつながりができ、意見交換しやすくなると思う。反面、交代で参加するからこそ、アドバイスの幅が広がるメリットもある。将来、リハ職の中で、ベテランと経験の浅い者ペアを組んで対応できる OJT の体制を整えることができればよいのではないだろうか。

また、地域ケア個別会議だけでは、具体的な解決に至らないこともあり、同行訪問と両輪で対応することが重要である。地域包括支援センターが、リハ職との同行訪問の効果を実感することができれば、今後、訪問の依頼が増えていくことになる。その場合、本連絡会で対応できる体制を整えていくことも必要となる。

ケアプラン作成者の力量は、人によって差がある。同じように、リハ職自身のアドバイザーとしての力量も個人差がある。この差を埋めていくには、市町村とリハ職が、今後、研修や意見交換等に一緒に参加しながら、相互理解を深め、連携体制を作っていくことが必要であると考えます。

また、今後、リハ職だけでなく、他の職種の参加も得られるようになれば、さらに、職種間の連携が広がっていくと思う。

総社市では、地域ケア個別会議や総合事業等に積極的に取り組んでおり、リハ職に対する期待が大きいと感じている。この期待に応えていけるよう、本連絡会の会員相互の情報(有効なアドバイス、失敗談等)を共有する体制や、バックアップの体制を整えていくことが必要である。

本連絡会は、組織として発展途上であるが、市町村のニーズや支援にあたる会員一人一人の声を拾いながら、機能的な組織づくりをしていくことが、今後の課題である。