

Ⅲ 地域ケア会議と生活行為向上

2025年から2040年の15年間における人口動態に伴い、さらなる社会問題の進行や発生が見込まれています。一言で表すと、高齢者数がピークを迎える一方で、現役世代が急減し、いわゆる世代間不均衡がさらに顕著化・深刻化します。

2040年には、我が国の人口は約1億1,000万人と約1,000万人減少する中、高齢者人口は約4,000万人とピークに達する見込みです。かつ、高齢人口のうち、85歳以上が3割を占めることとなり、高齢世代がさらに高齢化します。また、高齢世帯において単独世帯が約4割を占め、高齢世代の孤立化・困窮化、認知症の罹患数の増加等をはじめ、大なり小なり“何らかの暮らしにくさ”を抱える方々が急増します。

こうした社会問題への対応が迫られる中、支える側となる現役世代は、2040年までに約1,000万人急減する見込みであり、1人の高齢者を1.5人の現役世代で支える比率となります。これに伴い、社会保障費は今よりも1.6倍に膨れ上がる見込みです。このような背景において、一人ひとりの健康寿命の延伸やQOL向上、地域住民すべてが暮らしやすい街づくりを進めていかなければなりません。

1. 自立支援型ケアマネジメントと地域ケア会議

1) 自立支援型ケアマネジメントと作業療法士の貢献のしどころ

第1版の手引きでは、団塊の世代がすべて75歳以上となる2025年を見据えた視点で地域ケア会議について述べました。喫緊の課題である、要支援への移行防止・要介護への移行防止といった水際支援、要介護者の重度化予防等に対して、速やかに・効果的に・効率的に自立支援型のケアマネジメントを実践・普及・展開する主たるツールとして、また、その要の存在である介護支援専門員のケアマネジメントを後方支援するツールとして、様々な専門職が一堂に会して協議する地域ケア会議が、今では全国約1,700の市町村すべてで開催されています。

介護保険法では、第1条に、「要介護者が尊厳を保持し、その有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保険医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行う」と規定されています。

ADL・IADLのできることと、できないことを評価して、できることは自身で行い、できうる部分をできるようにしていくという自立支援が介護保険法の基本理念です。

その基本理念である自立支援を「アセスメント」「計画作成」「実行」「モニタリング」「再アセスメント」の流れで実践していくことが自立支援型ケアマネジメントであり、最初に行うADL・IADLのアセスメントの精度がとても重要です。

生活における「できること」と「できないこと」のアセスメントは対象者からのヒアリングだけでは不確定な部分が多く、実生活での各種生活行為を、作業療法士の専門的視点を用いてアセスメントすることで明確になります(orアセスメントすることが有用です)。この部分でキーとなるスキルがADL・IADLの工程分析であり、各ADL・IADLを工程毎にアセスメントすることで、自立を阻害している要因が抽出しやすくなります。併せて、その阻害要因に対する解決策・改善策を見出し、速やかにアプローチをする動きが必要です。

また、実際の生活場面でのADL・IADL訓練と併せて、運動・口腔・栄養・服薬など様々な側面にバランス良く働きかけることも大事です。そして、対象者が「元気になったら実現したい」活動や参加の目標を設定する必要があります。「やりたいことは？」と問うても、「特に何もない」と返ってくるのが少なくありません。その場合は「興味・関心チェックシート」の活用をして、対象者の無意識（「無意識下」or「無意識層」）にある「思い」を顕在化・言語化し、合意をとって、具体的かつ固有性のある目標設定をすることがポイントとなります。この合意目標の設定に至るまでのプロセス、いわゆる合意形成プロセスを丁寧かつ速やかにたどっていくこと（「進めていくこと」の方がよい？）が重要です。そして、その後の定期的な「モニタリング」では、必要に応じた支援内容や目標設定の点検・修正を行っていきます。

このように、「やりたいことの引き出し」「生活行為の工程分析」「ICFの各側面の関連づけ」「固有性のある目標設定」など、自立支援型ケアマネジメントのプロセスには、作業療法士が貢献できる・貢献すべき

スキルがたくさん潜んでいます。

以上、自立支援型ケアマネジメントの実践・普及・展開のツールとして各市町村で地域ケア会議が開催されており、この会議では、個別課題の解決に向けた多職種による協議、解決に資するネットワークの形成、そして、個別課題の集積からみえてくる地域課題の抽出、並びに、それら地域課題解決に向けた政策提言を主たる機能として運営されています。ここに作業療法士が参加するにあたっては、「地域ケア会議の位置づけとその機能」と「作業療法士の貢献のしどころ」を“事前に理解したうえで参加すること”が必要です。その理解のために、各士会において人材育成研修会が用意されていることが多いですので、積極的に参加することをお勧めします。

2. 地域ケア会議への作業療法士の関わり方

1) 地域ケア会議の分類とその役割

(1) 地域ケア会議の目的と内容

目的と内容は、多職種協働による協議、自立を阻害する要因の追及、医療との連携、インフォーマルサービスの活用、地域課題の発見・解決策の検討、参加者の OJT 等です。そしてケアプランの実行・

評価・見直しを行い、ADL・IADL そして QOL の向上を目指します。

(2) 自立支援型地域ケア個別会議

「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」引いては「高齢者の QOL の向上」を目指しています。地域ケア会議は、高齢者個人に対する支援の充実と、それを支える社会基盤の整備とを同時に進めて地域包括ケアシステムの実現に向けた手法とされています¹⁾。

〔地域ケア会議の5つの機能〕

- ①個別課題解決機能、②ネットワーク構築機能、③地域課題発見機能、④地域づくり・資源開発機能、⑤政策形成機能が挙げられます²⁾。

具体的には、

- ①医療、介護等の多職種が協働で高齢者の個別課題の解決を図るとともに、介護支援専門員は自立支援に結び付くケアマネジメントの実践力を高められます。(個別の課題解決機能)
- ②個別事例の課題分析等を積み重ねることにより、課題の優先度を判断できるようになり、関係者の共通認識と連携が図れます。(地域包括支援のネットワー

「地域ケア会議」を活用した個別課題解決から地域包括ケアシステム実現までのイメージ

- 地域包括支援センター(又は市町村)は、多職種協働による個別ケースのケアマネジメント支援のための実務者レベルの地域ケア会議を開催するとともに、必要に応じて、そこで蓄積された最適な手法や地域課題を関係者と共有するための地域ケア会議を開催する。
- 市町村は、地域包括支援センター等で把握された有効な支援方法を普遍化し、地域課題を解決していくために、代表者レベルの地域ケア会議を開催する。ここでは、需要に見合ったサービス資源の開発を行うとともに、保健・医療・福祉等の専門機関や住民組織・民間企業等によるネットワークを連結させて、地域包括ケアの社会基盤整備を行う。
- 市町村は、これらを社会資源として介護保険事業計画に位置づけ、PDCAサイクルによって地域包括ケアシステムの実現へとつなげる。

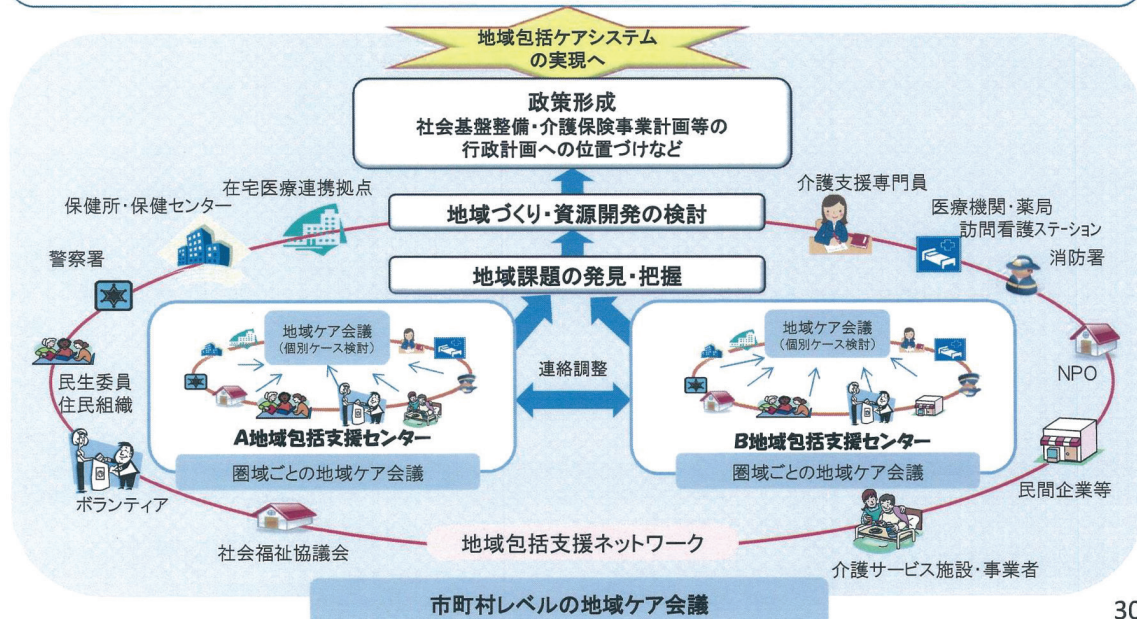


図1 「地域ケア会議」を利用した個別課題解決から地域包括ケアシステム実現までのイメージ

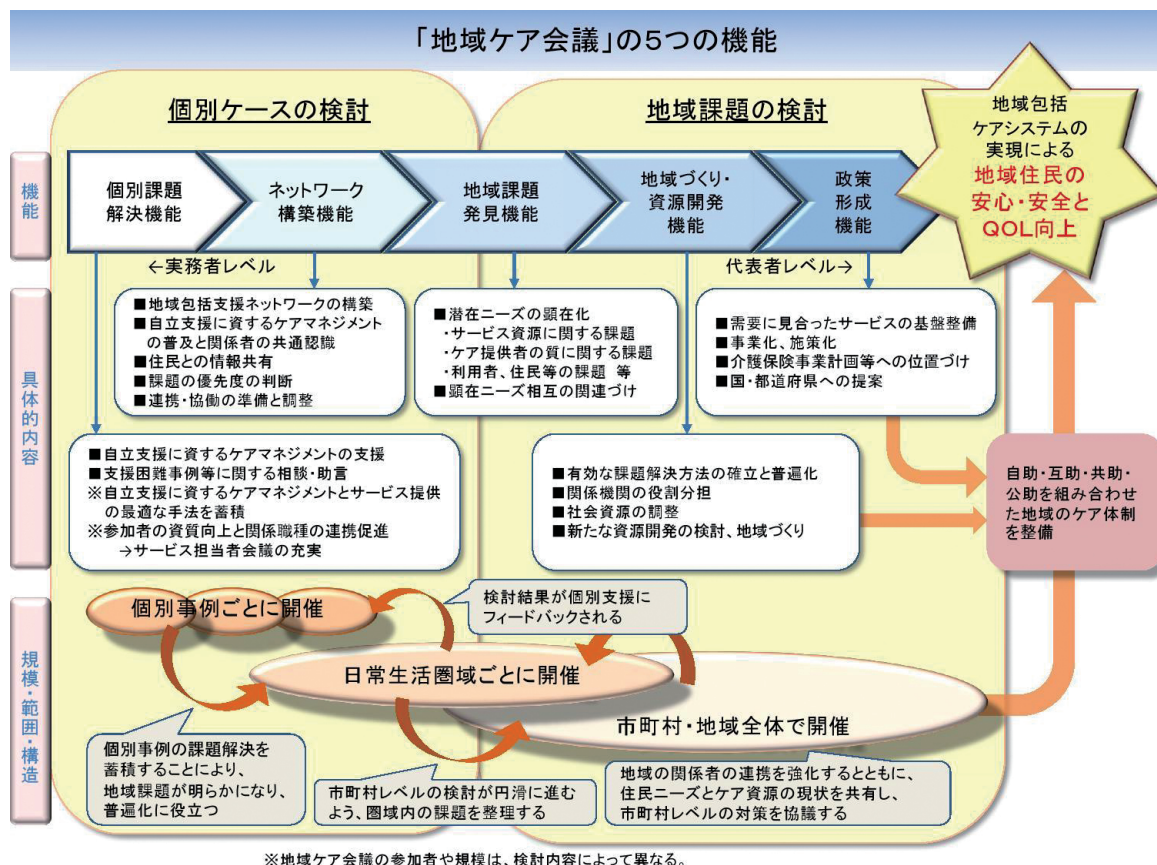


図2 「地域ケア会議」の5つの機能

クの構築機能)

- ③また、個別事例の蓄積によって地域の潜在的ニーズや共通した課題が明確化され、併せてサービス資源に関する課題も見えてきます。(地域課題の発見機能)
- ④共有された地域課題に対する有効な課題解決法を確立し、普遍化することで関係機関の役割も明確になります。(地域づくり資源の開発機能)
- ⑤地域づくりを実践するためには、新たな資源開発の検討も必要となるため、政策を立案・指導が必要となります。(政策の形成機能)

以上、地域ケア会議には5つの機能があり、これらの機能を高めることで地域包括ケアシステムが実現され、地域住民の安心と安全とQOLの向上へ繋がっていきます。

2) 地域ケア会議のこれまでの流れと今後の展望

2015年度から在宅医療・介護連携、介護予防・日常生活支援総合事業など、多様な事業や取組が組み込まれ、2018年度からは、保険者機能強化推進交付金(インセンティブ交付金)が導入されました。地域包括ケアシステムの推進・深化は各保険者の責務として位置づけられるとともに、インセンティブ交付金の評

価指標は、プロセス評価・ストラクチャー評価に加えて、アウトカム評価の項目が増えつつあります。

こうした流れと併せて、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの必要性、ダブルケア、8050問題への対応など、多分野にまたがる複合的な課題が生じていることから、これまで高齢者を中心に運営されてきた地域ケア会議は、現在では多分野を扱う幅広い運営が展開され始めています。このように、今後は高齢者分野のみならず、「あらゆる人々が地域で共に生きる社会の実現」いわゆる「地域共生社会の実現」を目指した地域ケア会議が、各市町村で展開されていくこととなります。

よって、各士会においても、地域共生社会に資することのできる人材育成の戦略を、計画的に・具体的に進めていくことが求められます。

3) 介護予防のための地域ケア個別会議の目的と意義

(1) 地域ケア会議の開催は、目的と方法により2種類に分類できます²⁾。

- ①地域ケア個別会議：個別事例の課題検討を行います
- ②地域ケア推進会議：地域に必要な取り組みを明らかにして、施策の立案・提言を行います。

(2) 意義³⁾

- ・介護予防のための地域ケア個別会議では、参加者が事例に対して多職種の専門的な視点に基づく助言を通じて、自立支援ケアマネジメントの視点やサービス等の提供に関する知識・技術を習得することができます。
- ・介護予防のための地域ケア個別会議で検討する事例を積み重ねることにより、地域に不足する資源などの行政課題の発見・解決策の検討に繋がられます。

4) 個別ケースの検討を行う地域ケア会議が有効と考えられる事例⁴⁾

地域ケア会議で検討する個別ケースは多様ですが、有効だと考えられる主なケースとして、下記①～⑤が考えられます。どのような事例でも自立支援の視点から作業療法士は適切な助言ができるように備えておく必要があります。

- ①支援者が困難を感じているケース
- ②支援が自立を阻害していると考えられるケース
- ③必要な支援につながっていないケース
- ④権利擁護が必要なケース
- ⑤地域課題に関するケース

平成 30 年度からは、「厚生労働大臣が定める回数及び訪問介護」（平成 30 年厚生労働省告示第 218 号）で定める回数以上の生活援助中心型サービスを位置づけたものについて、地域ケア会議等を活用して、多職種の視点から届出のあったケアプランについて議論を行うこととなりました。作業療法士は「お世話型サービス」から「自立支援型サービス」への視点を持つ必要がありますが、一定回数以上であっても、疾患特性や環境因子、個人因子等から利用者にとって必要なサービスであるならば、作業療法士の分析からその根拠を提示することも大切です。

5) 地域ケア個別会議の資料と確認のポイント

(1) 資料・様式選定の観点

地域ケア個別会議（以下、会議）で使用する資料・様式は、会議を運営する各市区町村の方針に基づき決められています。なお、使用する資料・様式の選定にあっては、以下の 2 点に留意する必要があると示されています。

- ①事例提出者の負担を軽減すること
- ②会議の参加者全員が共通認識を持てるような理解しやすい資料であること

①の「事例提供者の負担を軽減すること」に関しては、生活課題の抽出・解決に必要な情報が簡潔に示せるもの（要約化・要点化されたもの）が推奨されています。

②町内会長や民生委員、交番の警察官、コンビニの店長といった方々が参加することもあるため、保健・医療・介護・障害福祉分野を業としない方々にも理解しやすい資料・様式を用意することが必要とされています。①②の観点をもつことで、事例提供の促進の一助となり、会議の効果的・効率的な運営に資することができますとされています。また、共通の見解が得られやすくなることで、参加者・傍聴者の OJT 効果が望める利点もあります。

(2) 一般的に使用されている資料・様式

表 1 地域ケア個別会議の資料一覧（例）

情報			情報収集・資料作成者	
			プラン作成担当	介護サービス事業所
A	利用者に関する情報	・利用者基本情報（性、年齢、要介護度、自立度、家族構成、既往歴等） ・基本チェックリスト ・興味・関心チェックシート など、検討する事例の全体像を把握する情報	○	
B	アセスメント情報	・課題整理総括表	○	
C	ケアプラン	・ケアプラン	○	
D	提供されているサービスの情報	・各事業所における個別援助計画		○
E	その他	・主治医意見書 ・お薬手帳のコピー ・会議の要点をまとめたもの		

出典：介護予防活動普及展開事業 市町村向け手引き Ver1

介護予防活動普及展開事業の市区町村向け手引き（ver.1）には、以下のように記載されています。

<利用者に関する情報>

※図 3～12 については、紙面の都合上、十分な掲載サイズが設けられず、見えづらい部分があります。詳しい確認が必要な場合は、出典元にアクセスしていただきますようお願いいたします。

◆図 3-1・3-2：利用者基本情報

◆図 4：基本チェックリスト

◆図 5：興味・関心チェックシート

図3-1 ユーザー基本情報

図3-2 ユーザー基本情報

基本チェックリスト		・基本チェックリスクのうち、どのリスクに該当するかを把握しよう。 ・認知機能については、基本チェックリストの結果や主治医意見書等を踏まえ、必要に応じてかかりつけ医の受診につなげる視点が求められます。	
No.	質問項目	はい	いいえ
1	バスや電車で1人で外出していますか	☐	☒
2	日用品の買物をしていますか	☐	☒
3	預け金の出し入れをしていますか	☐	☒
4	友人の家を訪ねていますか	☐	☒
5	家族や友人の相談にのっていますか	☒	☐
6	階段を手すりや壁をつたわらずに昇っていますか	☐	☒
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	☐	☒
8	15分くらい続けて歩いていますか	☐	☒
9	この1年間に転んだことがありますか	☐	☒
10	転倒に対する不安は大きいですか	☒	☐
11	6ヵ月間で2〜3kg以上の体重減少がありましたか	☐	☒
12	身長 cm 体重 kg (BMI=)(注)		
13	半年前に比べて重いものが食べにくくなりましたか	☐	☒
14	お茶や汁物等でもせることがあります	☒	☐
15	口の湿きが気になるますか	☐	☒
16	週に1回以上は外出していますか	☐	☒
17	昨年と比べて外出の機会が減っていますか	☐	☒
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われますか	☐	☒
19	自分で電話番号を調べ、電話をかけるとしていますか	☒	☐
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	☐	☒
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感があふ	☒	☐
22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなつた	☒	☐
23	(ここ2週間) 自分が薬にできている事が今ではおっくうに感られる	☒	☐
24	(ここ2週間) 自分が偽に立つ人間に思えない	☒	☐
25	(ここ2週間) わけが不明な疲れのような感じがする	☒	☐

(注) BMI=体重(kg)÷身長(cm)÷身長(cm)が18.5未満の場合に該当するとする。

図4 基本チェックリスト

氏名: _____ 年齢: _____ 性別(男・女) 記入日: H ____ 年 ____ 月 ____ 日

表の生活行為について、現在しているものには「している」の列に、現在していないがしてみたいものには「してみたい」の列に、するしない、できるできないにわからない場合は「興味があるものには「興味がある」の列に○を付けてください。どれも該当しないものは「する」「して」「興味がある」の列に×をつけてください。リスト以外の生活行為に思い当たるものがあれば、空欄を利用して記載してください。

生活行為	している	して みたい	興味 がある	生活行為	している	して みたい	興味 がある
自分でトイレへ行く				生涯学習・歴史			
一人でお風呂に入る				読書			
自分で服を着る				俳句			
自分で食べる				書道・習字			
歯磨きをする				絵を描く・絵手紙			
身だしなみを整える				パソコン・ワープロ			
好きなときに眠る				写真			
掃除・整理整頓				映画・観劇・演奏会			
料理を作る				お茶・お花			
買い物				歌を歌う・カラオケ			
家や庭の手入れ・世話				音楽を聴く・楽器演奏			
洗濯・洗濯物たたみ				将棋・囲碁・麻雀・ゲーム			
自転車・車の運転				体操・運動			
電車・バスでの外出				散歩			
孫・子供の世話				ゴルフ・グラウンドゴルフ・水泳・テニスなどのスポーツ			
動物の世話				ダンス・踊り			
友達とおしゃべり・遊ぶ				野球・相撲等観戦			
家族・親戚との団らん				編み物、縫製・縫製・パッチョ			
デート・異性との交流				観鳥物			
居酒屋に行く				針仕事			
ボランティア				畑仕事			
地域活動 (町内会・老人クラブ)				貸金を伴う仕事			
お参り・宗教活動				旅行・温泉			

(出典) 平成 25 年度 老人保健健康増進等事業「医療から介護保険まで一貫した生活行為の自立支援に向けたハビリテーションの効果と質に関する評価研究」一般社団法人 日本作業療法士協会より

図5 興味・関心チェックシート
出典：介護予防活動普及展開事業 市町村向け手引き Ver1

◆図 6：課題整理総括表

◆図7：ケアプラン（支援方針・計画に関する情報）

出典：介護予防活動普及展開事業 市町村向け手引き Ver1

図7 ケアプラン（介護予防サービス・支援計画書）
出典：介護予防活動普及展開事業 市町村向け手引き Ver1

<提供されているサービスに関する情報>

◆各事業所における個別援助計画

<その他、必要に応じて提供すべき情報>

◆図8：主治医意見書

◆お薬手帳のコピー

なお、これらに代えて、生活課題に環境面が深く関わる場合には、住宅の平面図、立面図、写真、工事の見積書などが追加される場合もあります。

作業療法士が助言者として会議に参加するにあたり、各士会レベルとして、人材育成の担当者が、各市区町村でどんな資料・様式を使用しているのかを把握のうえ、人材育成研修会等を通じて発信と学習機会を提供することが求められます。

(3) 資料確認のポイント

有用な助言をするための前提として、次の2点が重要です。

①資料自体の学習

②情報を読み取って統合するトレーニング

①に関しては、それぞれの資料が何を目的としてどんな情報を記載するものなのかを予め学習しておくこ

とが必要です。

②については、実際の会議の場でリアルタイムに有用な助言するためには、“情報を的確に読み取る（入力）”→“それらの情報を統合する（統合）”→“明日から役立つような具体的な助言として平易な表現で簡潔に伝える（出力）”という一連のスキルを磨くことです。

このスキルアップの近道は、やはり数をこなすことです。なお、出力のスキル、つまり伝えるスキルに関しては、たとえ入力・統合のスピードとスキルが向上しても、自動的に向上するわけではなく、具体的な助言をすることは勿論ですが、事例提供者の介護支援専門員はじめ、会議に参加している方々の顔ぶれ・経験度・思考性・反応や表情などに応じて、表現・速度・口調などを変えて伝える必要があります。

6) 生活課題の明確化と背景要因の確認

介護支援専門員のアセスメントの特徴は「幅」であり、課題分析標準項目に則り、人の生活にかかわる要素全般をアセスメントし、自立した日常生活の阻害要因（生活課題）を抽出します。また、抽出した生活課題の緊急度・優先度を判断しつつプランニングします。一方、各専門職のアセスメントの特徴は「奥行き」で

主治医意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者 (ふりがな)
明・大・昭 年 月 日生(歳)

上記の申請者に関する意見は以下の通りです。
主治医として、本意見書が介護サービス計画作成等に利用されることに同意する。 □同意する □同意しない

医師氏名
医師機関所在地
電話 ()
FAX ()

(1) 最終診察日 平成 年 月 日
(2) 意見書作成回数 □初回 □2回目以上

(3) 他科受診の有無
(有の場合) □内科 □精神科 □外科 □整形外科 □脳神経外科 □皮膚科 □泌尿器科
□婦人科 □眼科 □耳鼻咽喉科 □小児科 □産婦人科 □歯科 □その他

1 身体に関する意見

(1) 診断名 (特定疾患または生活機能低下の直接の原因となっている疾患名については1.に記入) 及び発症年月日
1. 発症年月日 (昭和・平成 年 月 日)
2. 発症年月日 (昭和・平成 年 月 日)
3. 発症年月日 (昭和・平成 年 月 日)
□安定 □不安定 □不明

2 特別な医療 (過去14日以内に受けた医療のすべてにチェック)
処置内容 □点滴の管理 □中心静脈栄養 □透析 □ストーマの処置 □酸素療法
□カテーテル管理 □気管切開の処置 □褥瘡の看護 □経管栄養
特別な対応 □モニタリング (血圧、心拍、酸素飽和度等) □褥瘡の処置
失禁への対応 □カテーテル (コンドームカテーテル、留置カテーテル等)

3 心身の状況に関する意見

(1) 日常生活の自立度等について
・障害高齢者の日常生活自立度 (現たきり度) □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 □J1 □J2 □A1 □A2 □B1 □B2 □C1 □C2

(2) 認知症の重症度 (認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合は含む)
□軽度 □中重度 □重度 □不明

(3) 認知症の重症度 (認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合は含む)
□軽度 □中重度 □重度 □不明

(4) その他の精神・神経症状
□無 □有 (症状名) 専門医受診の有無 □有 □無

(5) 身体の状態
身長 cm 体重 kg (過去6ヶ月の体重の変化) □増加 □維持 □減少
□四肢欠損 (部位)
□褥瘡 □右上肢 (程度: □軽 □中 □重) □左上肢 (程度: □軽 □中 □重)
□右下肢 (程度: □軽 □中 □重) □左下肢 (程度: □軽 □中 □重)
□その他 (部位)
□筋力の低下 (部位)
□関節の拘縮 (部位)
□関節の痛み (部位)

(6) 現在の体重だけでなく、過去6ヶ月の変化に着目し、その理由を確認しましょう。

(7) 基本情報の「現病歴・既往歴と経過」と照らし合わせ、プラン作成担当の情報や認識と一致しているか確認しましょう。

(8) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対応方針
□尿失禁 □転倒・骨折 □移動能力の低下 □褥瘡 □心臓機能の低下 □閉じこもり □意欲低下 □徘徊
□低栄養 □摂食・嚥下機能低下 □脱水 □易感染性 □がん等による疼痛 □その他 ()
→ 対応方針 ()

(9) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し
□期待できる □期待できない □不明

(10) 医学的必要性 (特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。季節制により提供されるサービスを含みます。)
□訪問診療 □訪問看護 □看護職員の訪問による相談・支援 □訪問歯科診療
□訪問薬剤管理指導 □訪問リハビリテーション □短期入所療養介護 □訪問歯科衛生指導
□訪問栄養指導 □通所リハビリテーション □その他の医療系サービス ()

(11) サービス提供時に認める医学的観点からの留意事項
・血圧 □特になし □あり ()
・脈拍 □特になし □あり ()
・呼吸 □特になし □あり ()
・嚥下 □特になし □あり ()
・その他 ()

(12) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)
□無 □有 () □不明

5. 特記すべき事項
要介護認定及び介護サービス計画作成時に必要な医学的な意見等を記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求め
要介護認定及び介護サービス計画作成時に必要な医学的な意見等を記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求め
要介護認定及び介護サービス計画作成時に必要な医学的な意見等を記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求め

(13) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対応方針 (4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通しについて確認しましょう。

(14) 感染症が有る場合には、専門職から対応や配慮に関する意見を引き出す必要があります。

図8 主治医意見書

出典：介護予防活動普及展開事業 市町村向け手引き Ver1

あり、作業療法士であれば活動・参加、歯科衛生士であれば口腔ケアといったように、それぞれの専門分野におけるアセスメントの深さです。地域ケア会議は、介護支援専門員のアセスメントの「幅」に、各専門職のアセスメントの「奥行き」を加えていく協働作業の場ともいえます。

I. 基本的な考え方

介護サービス計画作成の前提となる課題分析については、介護支援専門員の個人的な考え方や手法のみによって行われてはならず、要介護者等の有する課題を客観的に抽出するための手法として合理的なものと認められる適切な方法を用いなければならない。

この課題分析の方式については、「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について」(平成11年7月29日老企第22号厚生省老人保健福祉局企画課長通知。以下「基準解釈通知」という。)第二の3(運営に関する基準)の(7)⑥において、別途通知するところによるものとしているところであるが、当該「基準解釈通知」の趣旨に基づき、**個別の課題分析手法について「本標準課題分析項目」を具備することをもって、それに代えることとするものである。**

図9 介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について①

出典：平成11年11月12日 老企第29号 厚生省老人保健福祉局企画課長通知 別紙4の別添

基本情報に関する項目

No	標準項目名	項目の主な内容(例)
1	基本情報(受付、利用者等基本情報)	居宅サービス計画作成についての利用者受付情報(受付日時、受付対応者、受付方法等)、利用者の基本情報(氏名、性別、生年月日、住所・電話番号等の連絡先)、利用者以外の家族等の基本情報について記載する項目
2	生活状況	利用者の現在の生活状況、生活歴等について記載する項目
3	利用者の被保険者情報	利用者の被保険者情報(介護保険、医療保険、生活保護、身体障害者手帳の有無等)について記載する項目
4	現在利用しているサービスの状況	介護保険給付の内外を問わず、利用者が現在受けているサービスの状況について記載する項目
5	障害老人の日常生活自立度	障害老人の日常生活自立度について記載する項目 (※ 次ページ参照)
6	認知症である老人の日常生活自立度	認知症である老人の日常生活自立度について記載する項目 (※ 次ページ参照)
7	主訴	利用者及びその家族の主訴や要望について記載する項目
8	認定情報	利用者の認定結果(要介護状態区分、審査会の意見、支給限度額等)について記載する項目
9	課題分析(アセスメント)理由	当該課題分析(アセスメント)の理由(初回、定期、退院退所時等)について記載する項目

図10 介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について②

出典：平成11年11月12日 老企第29号 厚生省老人保健福祉局企画課長通知 別紙4の別添

課題分析(アセスメント)に関する項目

No	標準項目名	項目の主な内容(例)
10	健康状態	利用者の健康状態(既往歴、主病、症状、痛み等)について記載する項目
11	ADL	ADL(復元力、起き上がり、移乗、歩行、着衣、入浴、排泄等)に関する項目
12	IADL	IADL(調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況等)に関する項目
13	認知	日常の意思決定を行うための認知能力の程度に関する項目
14	コミュニケーション能力	意思の伝達、視力、聴力等のコミュニケーションに関する項目
15	社会との関わり	社会との関わり(社会活動への参加意欲、社会との関わりの変化、喪失感や孤独感等)に関する項目
16	排泄・排便	失禁の状況、排泄排泄後の後始末、コントロール方法、頻度などに関する項目
17	じく瘡・皮膚の問題	じく瘡の程度、皮膚の清潔状況等に関する項目
18	口腔衛生	歯・口腔内の状態や口腔衛生に関する項目
19	食事摂取	食事摂取(栄養、食事回数、水分量等)に関する項目
20	問題行動	問題行動(暴言暴行、徘徊、介護の拒否、収集癖、火の不始末、不潔行為、異食行動等)に関する項目
21	介護力	利用者の介護力(介護者の有無、介護者の介護意思、介護負担、主な介護者に関する情報等)に関する項目
22	居住環境	住宅改修の必要性、危険箇所等の現在の居住環境について記載する項目
23	特別な状況	特別な状況(虐待、ターミナルケア等)に関する項目

図11 介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について③

出典：平成11年11月12日 老企第29号 厚生省老人保健福祉局企画課長通知 別紙4の別添

助言者の留意点としては、双方のアセスメントの特徴を押さえたうえで助言をすることです。これをしない場合、知らずに助言の押し付けになってしまうことがありますし、介護支援専門員にとって助言の洪水状態となり、緊急度・優先度を整理しづらくなってしまいうこともあります。

そこで、事例情報を読む際には、一度介護支援専門員の思考に立って、自立した日常生活の阻害要因(生活課題)を抽出し、それらの緊急性・優先性を整理のうえ、介護支援専門員が抽出したものとすり合わせを行ってみます。そのための前提として、ケアマネジメントプロセスを理解しておく必要があります(次項参照)。なお、緊急度・優先度の整理にあたっては、客観的QOL(図12:客観的QOL)の分類を用いて振り分ける方法があり、原則的に「生物(生命)レベル」に属する課題は緊急度・優先度が高いといえます。なお、「生物(生命)レベル」に属する課題が、廃用性の筋力低下のように根本的に解決できるものなのか、それとも、糖尿病や重度片麻痺のように根本的な解決が難しいため、進行防止や二次的な機能低下を予防すべきものなのかを判別することが重要です。

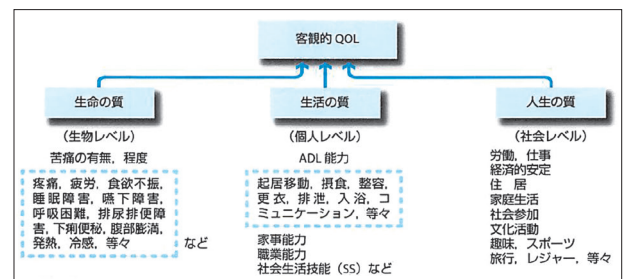


図12 客観的QOL

出典：上田敏 リハビリテーション医学の世界より

7) 作業療法士が理解すべきケアマネジメントプロセス

地域ケア個別会議の中心的な目的が、個別ケースの支援内容の検討を通した「介護支援専門員による自立支援に資するケアマネジメントの支援」であり、助言者の役割・責務はここに寄与することです。事例提供した介護支援専門員に、「なるほど!」「事例提供してよかった!」「勉強になった!」「この作業療法士とチームを組んでみたい」と思ってもらえるような有用な助言をすることです。そのためには、介護支援専門員の思考過程であり実行過程であるケアマネジメントプロセスを知る必要があります。

そのプロセスは「マネジメント」という共通項をもつMTDLPと同様で、本人・キーパーソンからの意

向聴取、アセスメント、プランニング、実行、再アセスメントによる見直しというPDCAサイクルをもつものです。このプロセスに沿うように助言をすると介護支援専門員の理解に繋がります。このことを押さえつつ、作業療法士として、対象者一人ひとりの個性を活かし、活動・参加レベルの向上を通じたQOL向上のために必要な考え方や方法、プロセスについて助言することが求められます。

(1) 介護支援専門員の資格背景

地域ケア会議の主たる目的が、介護支援専門員による自立支援に資するケアマネジメントの支援であることを考えると、助言者として参加する作業療法士は、介護支援専門員が行うケアマネジメントプロセスの理解のために、各士会レベルでの地域ケア会議・総合事業の人材育成研修会の中にケアマネジメントプロセスの講義を入れたり、MTDLPの実践や事例報告を試みたり、5年以上の実務経験がある方は、是非介護支援専門員の資格取得にチャレンジすることをお勧めします。

(2) 介護支援専門員のアセスメントの課題

(図13：介護支援専門員のアセスメントに関する課題)の介護支援専門員が感じているアセスメント上の課題として、「1. 課題分析標準項目(図9・10・11)に関する情報収集が不十分」「2. 収集した情報を分析に活用できない・活用の仕方がわからない」「3. 課題の原因・背景が分からない」「4. 見立て・予後の予測ができない」の4点に集約されています。作業療法士として、特に2・3・4の部分を補完するような助言が求められます。

◆「収集した情報を活用できない・活用の仕方が分からない」

ICF視点でのアセスメントを基にして、具体的な生活行為と5W1Hの視点を含めた目標、そしてプロ

グラムとの関連付けについて丁寧に助言することが求められます。

◆「課題の原因・背景が分からない」

例えば、入浴行為において「浴槽のまたぎ」ができない場合、それが「個人因子由来」なのか「環境因子由来」なのか？個人因子由来であれば、身体機能由来なのか？認知機能由来なのか？身体機能であれば、下肢筋力の低下なのか？関節可動域制限があるのか？下肢筋力の低下であれば、不活発習慣が原因なのか？低栄養が原因なのか？といったように、工程分析とICFの視点を用いて丁寧に具体的に助言することが求められます。

◆「見立て・予後の予測ができない」

抽出された生活課題の原因が、不活発由来による体力低下・筋力低下などの場合は、根本的な解決が可能であることが多く、状態像そのものの改善が期待できます。一方で、重度片麻痺などの疾患由来の場合は、根本的な解決が困難であることが多く、進行防止・悪化防止に資するような対処方法・動作方法・介助方法・環境設定・福祉用具の選定・サービス調整等の支援が必要となります。このように、生活課題の原因・背景に基づいて、その解決方法や向き合い方、そして、その後に見込める状態像や生活像について丁寧に具体的に説明することが求められます。

(3) ケアマネジメントプロセスに沿った助言

予め介護支援専門員の思考過程であり実行過程であるケアマネジメントプロセスを理解しておくことが必要です。この理解のために作業療法士として最も有効な方法は、「マネジメント」という共通項をもつMTDLPの思考過程を学習し、実践しておくことです。さらにはケアマネジメントプロセスとMTDLPのプロセスの違い、重視する視点の違いを認識し専門的な支援に心がけることが重要です。以下に、マネジメントプロセスにおける要点を記載します。

全体	課題分析標準項目に関する情報収集が不十分	収集した情報を分析に活用できない、活用の仕方がわからない	課題の原因・背景がわからない	見立て・今後の予測ができない	その他	特に課題はない	無回答
4772	3874	538	423	833	167	440	162
100.0%	81.2%	11.3%	8.9%	17.5%	3.5%	9.2%	3.4%

図13 介護支援専門員のアセスメントに関する課題

出典：平成27年度介護法主改定の効果検証および調査研究に係る調査

①本人・キーパーソンからの意向聴取

「元気になりたい」「もっと歩けるようになりたい」といった心身機能面やADL面に留まらず、「足腰が強くなった先にはしてみたいことは?」「もっと歩けるようになった先にはしてみたいことは?」といったように、活動・参加領域において“してみたい生活行為”まで聴取するような関わり方が作業療法士に求められるスキルです。もしも、聴取を試みた際に、対象者が自発的に述べるできないような場合は、興味・関心チェックシート(図5)を使用し、一緒に会話しながら聴き取る方法もあります。目の前に具体的な項目があると意向を述べていただけることが多いですし、活動・参加に対する本人の思考などを垣間見ることでもあります。

併せて、キーパーソン有意向も聴き取っておくことが大事です。キーパーソンは最も身近な支援者であることが多いため、本人の意向との一致性を確認しておくことが不可欠です。意向が一致している場合は、大きな強みとなることが多いですし、相違している場合はすり合わせる作業が必要となります。

②アセスメント・目標設定

対象者およびキーパーソン有意向の聴き取りの後に(もしくは並行して)、ICFアセスメントによる課題と強みの抽出、そして予後予測を行います。そのうえで、「意向や個性を活かした」「一定期間で達成可能な」「5W1Hが含まれた具体的な目標」を対象者・キーパーソンと一緒に組み立てていくことが作業療法士に求められるスキルです。また、「してみたい生活行為」のほかに、「する必要のある生活行為」「することが期待されている生活行為」も同時に整理することが作業療法士に求められるスキルです。

時として、対象者は「歩いて友人宅に遊びに行きたい」「家の中の掃除習慣を再開したい」、一方で、キーパーソンは「無理をせず自宅でサービスに頼って生活して欲しい」といったように、意向が相違する場合があります。この場合は、アセスメントをもとに双方の思考をすり合わせ、合意を図っていく作業が必要です。そのためには、アセスメントにより抽出された課題が、不活発由来によるものか、疾患由来によるものかを判別し、前者であれば、活動性を高めることによって改善が見込めることが多いため、不活発を原因として生じている課題や、不活発習慣の延長線上に新たに生じうるリスクを丁寧に説明し、日々の活動性を高めることが重要であることに理解を得ることが必要です。その際、イラストや日頃の役割(IADL)と運動量の関

係性を伝える資料などを使用すると効果的です。

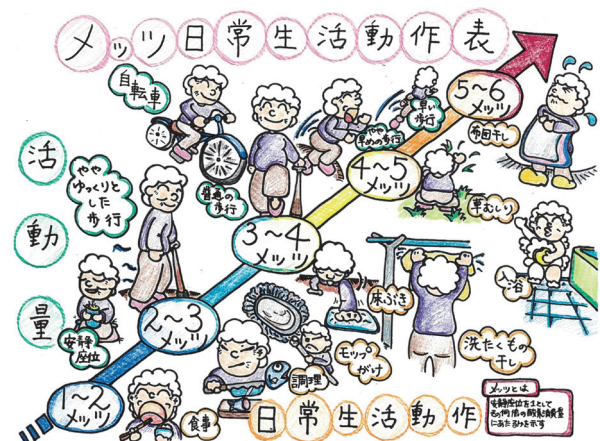


図14 メッツ・日常生活動作表

出典：介護予防に関する事業評価・市町村支援事業 介護予防のための地域ケア会議に関する多職種合同セミナー

行動	消費 カロリー (kcal)	歩数換 算 (歩)	行動	消費 カロリー (kcal)	歩数換 算 (歩)
電機掃除機かけ	33	1000	草むしり	33	1000
ぞうきんかけ	49	1500	入浴	33	1000
窓ふき	40	1200	テレビを見る	13	400
洗濯干し・取り込み	35	1100	読書	12	400
アイロンかけ	21	650	車の運転	15	450
食事作りと後片付け	27	900	デスクワーク	16	500

※カロリー消費は60kgの人が10分間行った目安

図15 生活行為は何歩に換算されるか

出典：オリンパス健保ホームページ <http://www.olympus-kenpo.or.jp/kenko/walking/calorie/calorie1.html#02>

一方、後者の場合は、それらの課題が疾患に帰属しているため、根本的な課題解決が難しいことが多いことから、課題との付き合い方や重度化防止の方法、状態に応じた環境設定、代替え手段やケア方法の工夫を含めた手厚い支援について提案することが求められます。

③プランニング・実行

ICFアセスメントに基づき、本人の有する能力を見極めること、そして、その能力を活用した支援策を組み立てることが作業療法士に求められるスキルです。つまり、対象者の「できていること」「できうること」「できないこと」の見極めのもと、支援が必要な部分に関しては、見守りで可能か、声掛けがあれば可能か、見せて示せば可能か、部分的な介助が必要か、全面的な介助が必要かを見極めることが求められます。さらに、それらの支援者は誰が適当なのかを見極めることも必要です。例えば、ご家族で対応が可能な

のか、それとも、訪問介護での対応が必要なのか、または、初期段階はリハ職が行い、連携を図りつつ、数ヶ月後に訪問介護やご家族に置き換えていくことが必要なのかといった具合に、対象者の有する能力、人的・物的環境、地域のサービス資源等と照らし合わせて、最も適当な支援者を見極めることも必要です。

MTDLPの生活行為向上プラン演習シートで示されている生活行為工程分析（企画準備力、実行力、検証完了力）の視点を照らし合わせ、重要な点が見逃されていないか検討が必要になります。また、同シートではプランの具体的内容が基本的・応用的・社会適応的プログラムに分けられ、そのプログラムがいつ・どこで・誰が、いつまでに行うのかが表として見える化されています。計画を整理し、頭の中でその作業ができるトレーニングが必要となります。

8) 地域ケア個別会議の実際⁵⁾

介護予防のための地域ケア個別会議は、自立支援・介護予防の観点を踏まえて実施され、対象者は「サービス事業対象者」「要支援者」を想定した「自立支援型」の介護予防のための地域ケア個別会議としています。

それ以外の対象者（例えば要介護者や困難事例等）については地域の実情に合わせて徐々に範囲を広げていくことも可能です。

先行市町村においては下記の視点で優先順位をつけて選定しています。

- ・サービス事業対象者及び要支援者全員
- ・サービス事業対象者及び要支援者のなかでも福祉用具の貸与や住宅改修を伴う事例
- ・生活行為に課題が生じる大腿骨頸部骨折等の筋骨格系疾病により要介護認定に至った事例

助言者として地域ケア会議に参加する専門職は、医師、歯科医師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士等が考えられます。

助言者は、対象者の希望や生活行為の課題等を踏まえ、運動・口腔・栄養等の幅広い観点から、自立に資する助言をする役割を担います。

【地域ケア会議の流れ】

会議時間は、市町村毎で異なりますが先行市町村では2～3時間で約4～6事例を実施しています。

①資料の読み込み（4～6分）

ここでのポイントは、短時間でどれだけ要点を把握できるかです。そのためには介護保険関係の帳票・書類の見方を知っておくことはもちろんですが、基本となる医学的情報、環境因子、生活背景も詳細まで把握できる能力が必要となります。

②プラン作成者の概要説明（4～6分）

介護支援専門員から対象者の自立を妨げている要因の説明があります。また、助言者に訊きたい質問等も投げかけられます。

③事業所からサービス計画の説明（4～6分）

通所や訪問事業者から介護サービス計画書の説明があります。生活の自立を阻む要因に対する支援内容の説明が主となります。

④質問・助言（10～12分）

質問に対しては具体的な助言が必要です。質問者が医療職でない場合もあるので、医学的専門用語をわかりやすく伝えることです。また、誰が何をいつ、どこでどの部分に注意して実行するかもリスク管理を踏まえて助言が必要になります。

⑤まとめ（2～4分）

事例ごとに課題の明確化と今後の方向性をチーム全体で確認します。ここで明確な課題や自立に向けた支援内容がまとめとして提示されなければ、助言が適切に伝わっていないことがわかります。

9) 地域ケア個別会議での助言の要点化

地域ケア個別会議では、作業療法士は主に応用的動作能力（食事・排泄等）、社会的適応能力（地域活動への参加・就労等）の心身両面から回復・維持、悪化の防止の観点で生活行為向上の助言を行います（表2）。

（1）作業療法士の果たす役割

①個別課題への助言

ケア会議における作業療法士の役割は非常に重要です。まずケア会議の手法としては生活機能の課題を明確にするところから開始します。ADL・IADLのできること、できないことの能力評価から始まり、そしてADL・IADLの自立を阻む要因を導き出し、助言をします。

以下に事例を通してケア会議における作業療法士の関わり方を紹介します。

【事例】生活の不活発で下肢機能の低下が著明（要支援2）、課題として洗濯ができない方です。期間は6カ月、当初ケア会議に挙げたケアプランの目標は「訪問介護のサービスを利用して一緒に安全な洗濯を実施する」とします。しかし、洗濯動作の工程分析をせずにすべての工程で訪問介護がサービス介入すると、できた洗濯動作もできなくなります。そこでケア会議では「洗濯ができない原因は何か」を助言します。洗濯動作の工程の中でどの動作が困難なのか、洗濯機の操作なのか、洗濯物を干場までの移動ができないのか、干す動作ができないのか、取り込み動作ができないのか、を分析し課題を明らかにします。たとえば、「下肢筋力低下により洗濯物が干すができない」といった洗濯動作の自立を阻む要因が明らかになったら、その課題に対する支援方法の助言を行います。下肢筋力の強化を行うには、どんな運動を、どこで、誰が、いつまで、どんなリスク管理に注意して行うか、を助言します。リスク管理と予後予測が重要な助言となります。何もつかまる所がなければ、手すりをどの場所に設置するか、その理由を含めて住宅改修業者に助言します。肩関節の可動域制限で干す動作が困難であれば、物干しの高さを変える等、洗濯動作の自立に向けての支援内容の助言も行います。また、阻害要因としては身体機能の他に認知機能があり、認知機能に関しても課題抽出の方法や支援内容の助言が必要となります。家族や個人の性格等の個人因子や環境因子も自立の阻害因子として考える必要があります。

②地域課題への助言

地域ケア会議は、個別課題だけを議論する場ではなく、地域課題に対しても議論して、行政へ政策提言を行っていきます。そのためにはケア会議に参加する市町村の介護保険策定計画の詳細を把握して、地域の情報収集にも努めていく必要があります。

地域ケア会議における作業療法士の課題

- ・助言でなく質問が多い
- ・専門用語が多くわかりにくい
- ・上から目線で威圧的である
- ・話が長く、分かり難い
- ・助言が具体化されていない
- ・助言者によってスキルに差がある
- ・地域課題を把握してない

今までは施設内で、限られた専門職のみで仕事をしてきた作業療法士が、ケア会議では市町村職員、介護支援専門員、介護福祉士、社会福祉士、セラピスト、福祉用具の事業所等、また会議においては一般市民が参加することもあります。その中で作業療法士として苦勞するが一番大事なことは「難しいことを簡単に説明する」ことです。専門的な言語を普遍化することです。この部分は、参加者の表情や司会者の発言、最後のまとめでも確認できるので、伝わってない場合は反省とともに助言者としての課題整理が必要です。

- ・説明は端的に述べる
- ・専門用語を解りやすく説明する
- ・質問でなく、助言を具体的ににする
- ・謙虚に丁寧な助言を意識する
- ・地域課題に対しても助言を行う

地域ケア会議における助言者として留意すべきこと

1. 社会人としての常識（挨拶、服装、時間厳守など）を守る
2. 多くの情報を端的に読み取る能力を養う
3. 作業療法以外の専門的知識の習得（運動、口腔、栄養、服薬など）
4. 誰が、いつ、どこで、何を、なぜ、どのように（5W1H）を意識した助言
5. 自立を阻む生活課題を明確にする
6. 質問や指摘でなく助言を意識する
7. 謙虚で相手の立場に立った助言を意識する
8. 市町村の地域課題を把握する
9. 難しいことを簡単に説明する
10. 活動から参加を意識した助言

（2）介護予防のための地域ケア個別会議の実際

最後に、A 町地域包括支援センターで開催された地域ケア個別会議を参考に、作業療法士の助言内容と多職種の助言に解説を加えた会議の流れを例示します（表3）。紙面の都合上、地域ケア個別会議で使用する帳票類は割愛しています。

表2 作業療法士の助言ポイント⁶⁾

ステップ	専門職としての視点、具体的な確認や推察の内容
事例の理解と確認	・具体的に介護・支援が必要になっている ADL や IADL の状況を確認する ・認知・精神機能障害の程度を確認する ・家屋や自宅周辺の環境状況を確認する、どのような生活をおくっているか（閉じこもり傾向があるか）を確認する ・交流の機会の有無や多寡を確認する ・趣味活動や地域活動は行っていたかなど、一日の余暇時間の過ごし方について確認する
課題の明確化と背景要因の確認	・ADL は「できる」動作なのか「している」動作なのか、また IADL の状況はどうなのかを確認する ・できない動作は「何で」できないのかが明確にされているかを確認する ・家族や地域の協力が得られるかを把握する ・福祉用具や住宅改修等の環境整備で、生活行為の課題の改善が可能かを検討する
目標と支援内容の確認	・目標が心身機能に関する項目に偏っていないかを確認する ・「活動」・「参加」への目標設定が設定されているかを確認する
実践につながる助言のポイント	・サービスの関与が心身機能に関する項目に偏っておらず、「活動」・「参加」も含まれているか確認した上で助言する ・本人の残存機能を引き出すよう助言する ・日中の役割の再獲得や確保、本人の趣味などから社会参加に向け必要な社会資源などについて助言する

表3

【A 町地域包括支援センターの概要】 ・月2回、1事例15分～20分で自立支援に向けた地域ケア個別会議を実施している。 ・参加者には匿名化された事例資料がおおよそ1週間前までに会議参加者に郵送される。 ・構成は司会者、プラン作成担当、支援センター職員、各専門職からなる助言者、介護サービス事業所、生活支援コーディネーターである。 【助言者】 保健師、作業療法士、理学療法士、薬剤師、栄養士、歯科衛生士 【日常生活圏域の特徴】 郡部にある農業の盛んな町で、人口は5,000人強、高齢化率は37.3%と、人口減少と高齢化の進行が進んでいる。 【圏域内の医療サービスと介護サービス】 医療：病院1箇所（内科、外科、整形外科、小児科、リハビリテーション科） 介護保険施設：通所介護、通所リハ、訪問介護、老人保健施設、老人福祉施設、グループホームがいずれも1箇所のみ。 総合事業：通所型サービスC、訪問介護、訪問型サービスC、地域リハビリテーション活動支援事業		
参加者	発言内容	解説
司会	今回の事例は要支援2の84歳女性です。有効期限は2年です。資料は事前に送っており、事例の読み込みはされていると思いますので、Eさんのケアプランの検討を始めます。 プラン作成担当は簡単にEさんの説明をお願いします。	
プラン作成担当	8年前に腰椎圧迫骨折で手術をしてから徐々に下肢筋力低下がみられています。左膝に痛みもあります。昨年にはレビー小体型認知症の疑いが診断されています。玄関や庭先で話声が聞こえる、洗濯物が干してあるように見えることがあります。娘さんに説明されると納得され、生活に支障は無いようです。 ADLは概ね自立していますが、腰痛と膝痛により床からの立ち上がり、長時間の歩行と立位が困難です。痛みが少ないときは杖歩行で300mくらい散歩しますが、休憩が必要です。2年前に家屋評価を行い、浴槽出入りは自立していましたので膝痛に対して浴槽台を購入しています。また、起床時にふらつきからくる転倒がありましたのでベッド横に手すりを設置しています。設置後、屋内での転倒はありませんが、畑では後方や側方への転倒が多いようです。	・事前に読み込んだ資料とプラン作成担当者の説明を比較しながら聴き取りましょう。 ・以前出来ていて現在できないこと、困難になったことを時系列で整理します。 ・動作の工夫や自助具等で改善の可能性があることについて

	IADL はなるべく自分で行うようにしていますが、掃除機は腰が辛いので同居の娘に頼んでいます。両手に振戦があり、調理動作でも細かいことは娘に頼んでいます。 課題 ①夏は畑仕事があるが、冬はさらなる体力低下が予測される。 ②腰痛により長時間の歩行と立位が大変になり、外出の機会が減っている。 ③難聴があるが補聴器があわず装着していない。耳が聞こえないことでコミュニケーションが苦痛となっている。を挙げています。 痛みがありますが、今後も元気に生活するために合意された目標は①毎年元気に畑仕事を続けたい、②約1km先のスーパーに歩いて買い物に行きたい、③家事を自分で続けてやりたい、ということです。 そのためにデイサービスを進めましたが、利用時間が長すぎて嫌だということです。90分の通所Cであれば行ってもいいかと気持ちが傾いています。	イメージしながらプラン作成担当者の説明を聴き取りましょう。 ・プラン作成担当者が「自立を阻害している要因」を見落していないか、優先度をどのように考えているかを確認しながら説明を聴き取りましょう。 ・自立に向けた具体的な目標であるかどうか、どのような目標が事例に必要なかを考えましょう。
司会	現在は家事などのできることは自分で行い、ADLも自立している方ですが、改善可能な日常生活についてもご意見を頂きたいと思います。 各専門職から、気が付いた点や助言をできるだけ具体的にお願いいたします。	
作業療法士	私からは3点あります。 1点目は転倒と現在の身体機能についてです。Eさんは手の震えがあり、歩行がゆっくりであること、後方や側方への転倒が多いことから、レビー小体型認知症の方にみられるパーキンソン症候群により、バランスや体の動きが悪いのかも知れません。お薬をみますとパーキンソン治療薬（メネシット）も服用されていますね。調子の悪いときに寝返りが困難なことも腰痛だけが原因ではないかも知れません。日によって状態が違うパーキンソン症候群の特徴が生活に出ている可能性があります。畑仕事でも中腰や座った姿勢から立ち上がった直後に姿勢の調整が間に合わずに後方に転倒しているかもしれません。 2点目は入浴についてです。家屋評価が2年前なので、現在のEさんの状態に合わせたお住まいの整備が必要かと思います。特に入浴動作は作業療法士による再評価をおこなって、本人が不安に思っていることの解決に向けたらいかがでしょうか。手すりが必要かも知れません。 3点目は家事動作についてです。Eさんは休憩を入れ、腰痛とつきあいながら家事を行っていることはとても良いことです。家事での立位動作はお腹の筋肉も活動させているので腰痛予防にもなります。しかしながら、先に述べたパーキンソン症候群の影響が出ていないか訪問C等による生活行為のアセスメントを再度実施してはいかがでしょうか。	・まず、いくつかの点について発言するか述べましょう。 ・助言は優先度を考慮しながら2～3点に端的にまとめましょう。 ・病気や疾患の特徴はなるべく専門用語を使わずにわかりやすい言葉を用いましょう。 ・既に家屋評価や住環境整備が済んでいても、現状にあっているかどうかという視点が大切です。 ・継続されている生活行為は対象者の「強み」であることを伝えましょう。 ・必要な生活行為の評価には作業療法士（リハ専門職）の積極的な活用をおすすめしましょう。
プラン作成担当	なるほど、歩行や転倒については、すくみ足や突進歩行が無いので腰痛や筋力低下が主な原因と考えていました。また、家屋評価や生活行為の確認について、作業療法士（リハ専門職）への依頼も検討いたします。	
司会	お薬のことが出ましたが薬剤師さんから助言を頂けますか？	
薬剤師	起床時のふらつきがあると記載されていますが、現在服用しているお薬を見ると脳を抑制する副作用があるお薬は無いようです。パーキンソン治療薬の調整が必要かも知れませんが、受診時は娘さんに同席してもらって、神経内科医に生活の様子を細かくお伝えしたほうが良いと思います。	・薬剤師が出席していない場合は医療的知識を持つ作業療法士に助言が求められる場合もあります。高齢者に特有な症状への代表的な治療薬は押さえておきましょう。
司会	腰痛のことが出ましたが理学療法士さんから助言を頂けますでしょうか。	

理学療法士	私からは2点あります。 1点目ですが、コルセットはお持ちでしょうか？装着が面倒とか、暑いとかの理由でいつのまにか使用していない方も多いです。畑仕事や長距離の散歩、台所に立つときなど、痛みが強くて動作が困難なときだけでもコルセットを使用するのも良いでしょう。また、正しい装着ができているか確認も必要になりますね。 2点目ですが、杖で約1 km 先のスーパーへ買い物に行くことが目標です。かご付きの歩行車等を利用して、まずは近くのコンビニを目標にしていかがでしょうか。	・理学療法士が出席していない場合、身体機能についてリハ専門職の立場から助言が求められる場合があります。疼痛対応や運動負荷など指導のポイントを押さえておきましょう。
プラン作成担当	コルセットを持っているかどうか確認してみます。 また、シルバーカーや歩行車の利用を提案してみます。	
保健師	通所Cの利用を予定していますが、90分のプログラムで体力が持つのか心配です。	
理学療法士	Eさんには休憩を多くとりながら、段階的なプログラムを提案したいと思います。	
司会者	難聴の影響で人に会うのを好まないということですが、そのあたりはいかがですか？	・難聴を含むコミュニケーションの問題も地域ケア会議多いです。言語聴覚士が出席していない場合は助言ポイントを押さえておきましょう（嚥下や咀嚼等も含む）。
プラン作成担当	補聴器は雑音がひどく頭が痛くなるからと、Eさんは補聴器を使用する気が無いと言っています。再度、耳鼻科受診か補聴器の点検を勧めてみたいと思います。	
生活支援コーディネーター	Eさんの住む地区には不定期的ですが住民の集会有ります。Eさんは通っていますか？	・圏域内にサロンや通いの場がどれくらいあるのかも事前に把握しましょう。
プラン作成担当	難聴を理由に消極的でした。	
作業療法士	難聴の問題はあるかと思いますが。社会参加は大切ですね。	・社会参加、社会交流は自立支援に重要です。地域資源との繋がりについて助言しましょう。
プラン作成担当	参加を促してみます。	
司会者	半年前から体重が2 kg減少していますが、栄養士さんから助言をお願いします。	・栄養と活発な生活は分けて考えられないため、ある程度の栄養に関する知識は押さえておきましょう。
栄養士	BMIは24.8で現在は維持されているようですが、食事内容をアセスメントしたいと思います。	
作業療法士	パーキンソン症候群の影響により、食事のスピードや箸の使用に問題ありませんか？必要であればアセスメントしたいと思います。	・食事量と道具使用の問題が関連している場合もあります。また、食事は社会交流の面から考えることも大切です。
プラン作成担当	指が動かしにくいので、人前で食事したくないとの思いもあるようです。デイサービスを利用したくない理由の一つにもなっています。	
作業療法士	手の震えもありますので、食べこぼしを見られるのが嫌なのかも知れませんね。使いやすい箸やスプーンをご提案できます。	

司会者	基本情報には義歯に関して、「歯茎が痩せて合わない感じはするが痛みはない」と記載されていますが、歯科衛生士さん助言をお願いします。	・口腔と栄養、運動の問題は関連し合っていることが多いので全体像に振り返ることが大切です。
歯科衛生士	痛みが出ていない今のうちに調整することが大切です。柔らかいものだけ選んで食べている可能性もありますね。タンパク質など栄養摂取の面にも関係している可能性がありますね。	
司会者	プラン担当者は総合事業による期間的自立支援のイメージで通所Cを第1選択としていますが、この件に関してご意見ございませんでしょうか？	・生活不活発病のように期間的自立支援による介護保険の卒業を目指すのか、認知症や脳血管疾患、進行性疾患のように永続的自立支援が必要かを分けて考えましょう ⁷⁾ (図16)。
作業療法士	レビー小体型認知症疑いとパーキンソン症候群の疑いがありますので、予防給付の対象となるかと思います。しかし、A町の予防給付サービスには本人が望むような、短時間の通所リハや通所介護が整備されていません。地域課題として「予防給付に短時間の通所サービスが整備されていない」ことを挙げてはいかがでしょうか。	・個別課題から地域課題の顕在化へと提言しましょう。
司会者	それではまとめます。プラン作成担当者は神経内科の受診を勧め、コルセットの確認をして下さい。また以下をケアプランに反映させましょう。 ①神経内科医に動けないときの様子や時間帯を伝え、転倒や動きにくさのモニタリングを実施する。 ②訪問Cで作業療法士が生活行為のアセスメントと家屋評価を実施する。 ③通所Cで理学療法士が本人の状態にあったプログラムを作成指導する。 ④生活支援コーディネーターは居住地区の集会について、介護予防の場になるように進める。 ⑤社会参加と交流のため、補聴器の調整を勧める。 個別検討から導かれた地域課題は「短時間の通所サービスが整備されていない」としたいと思います。	・作業工程分析や疾患に合わせて見立てた助言が反映されていると、より段階的なステップを踏んだ目標達成となるでしょう。
プラン作成担当	皆様のご意見から、3か月後の目標は、 ①住環境整備と動作指導により、一人で不安なく入浴できる。 ②シルバーカーでスーパーに買い物に行けるようになる。 ③転倒せずに現在できている家事や畑仕事が継続できることとします。	
司会者	それでは3か月後にモニタリング結果の報告をお願いいたします。これでEさんの検討を終了いたします。	

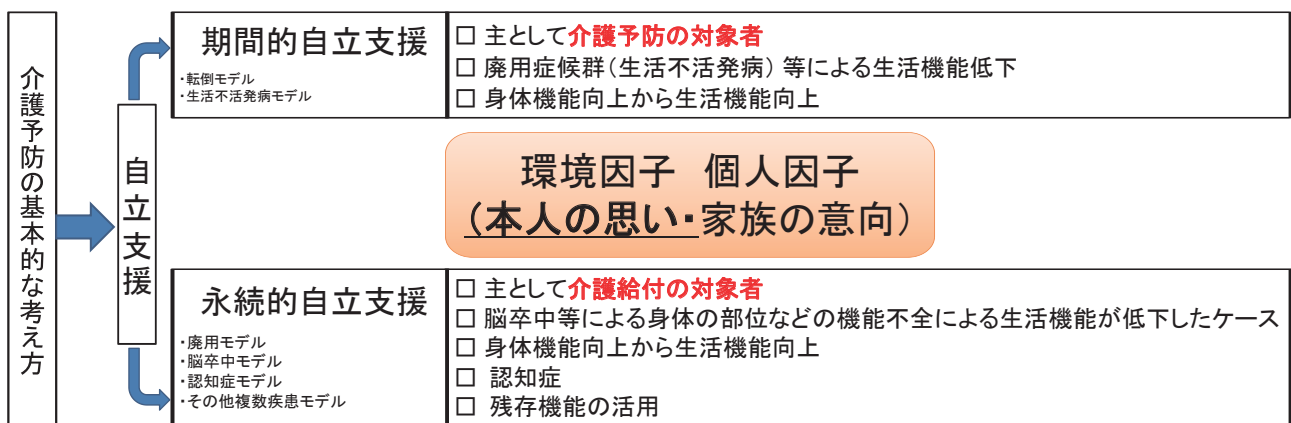


図16 自立支援の考え方

出典：介護保険の保険者機能強化に関する調査研究報告書（一部改変）

【文献】

- 1) 厚生労働省 老健局老人保健課：介護予防活動普及展開事業～専門職向け手引き～ Ver.1, p5, 2017.
- 2) 厚生労働省 老健局老人保健課：介護予防活動普及展開事業～専門職向け手引き～ Ver.1, p6, 2017.
- 3) 厚生労働省 老健局老人保健課：介護予防活動普及展開事業～専門職向け手引き～ Ver.1, p7, 2017.
- 4) 一般財団法人 長寿社会開発センター：地域ケア会議運営マニュアル P42-P60, 2013.
- 5) 厚生労働省 老健局老人保健課：介護予防活動普及展開事業～専門職向け手引き～ Ver.1, p9-p13, 2017.
- 6) 厚生労働省 老健局老人保健課：介護予防活動普及展開事業～専門職向け手引き～ Ver.1, p24, 2017.
- 7) 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング：介護保険の保険者機能強化に関する調査研究報告書, P183, H26年3月.