Ⅳ　介護予防・日常生活支援総合事業と生活行為向上支援

1．総論

地域支援事業は、介護予防･日常生活支援総合事業、包括的支援事業、任意事業に分かれます。介護予防・日常生活支援総合事業は略して「総合事業」と呼んでいます（以下、総合事業）（図１）。

1）総合事業の分類

総合事業は「介護予防・生活支援サービス事業」と「一般介護予防事業」とに分かれます（図２）。

「介護予防・生活支援サービス事業」は、介護予防訪問介護・介護予防通所介護に相当するものと、それ

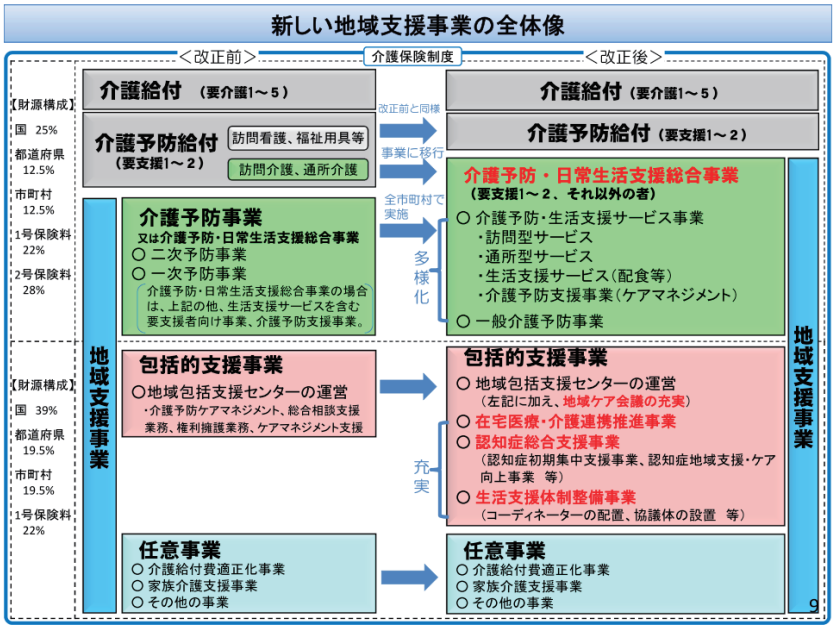


図１　介護予防・日常生活支援総合事業の全体像
出典　介護予防・日常生活支援総合事業 ガイドライン（概要）　厚生労働省老健局振興課　厚生労働省　ホームページ

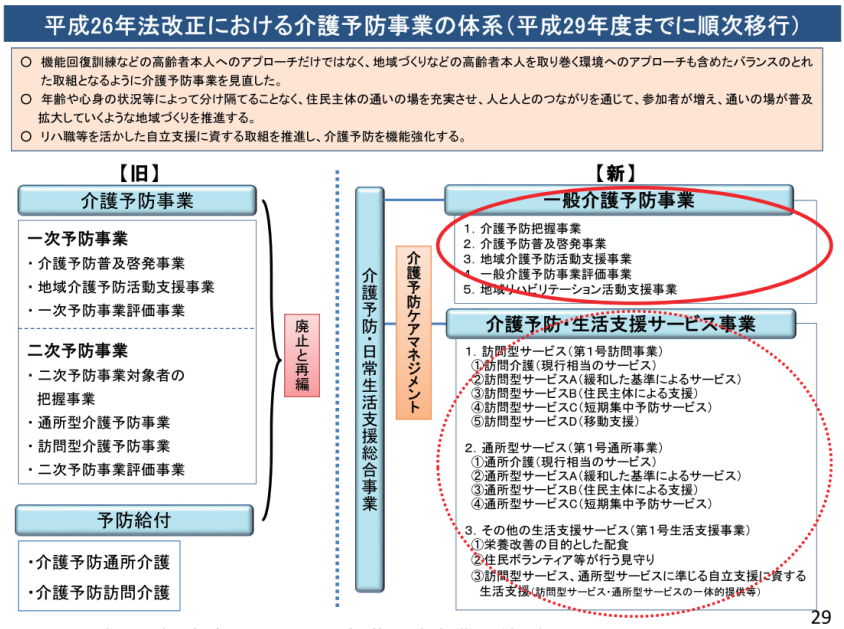


図２　平成 26 年法改正における介護予防事業の体系
出典　一般介護予防事業等について　厚生労働省老健局老人保健課　厚生労働省　ホームページ

以外のＡ～Ｃの類型に分けられる多様なサービス、その他の生活支援サービス、介護予防マネジメントからなります。主に訪問型・通所型サービスＣと介護予防マネジメントにおいて作業療法士の関与が求められています。

「一般介護予防事業」は５種類あり、主に作業療法士の関与が求められているものが、介護予防活動の普及・啓発を行う「介護予防普及啓発事業」、地域における住民主体の介護予防活動の育成・支援を行う「地域介護予防活動支援事業」、地域における介護予防の取り組みを強化するために、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民主体の通いの場等へのリハ専門職等の関与を促進する「地域リハビリテーション活動支援事業」の３つで、そのほか「介護予防把握事業」、「一般介護予防事業評価事業」があります（図３）。

２）総合事業の概要

総合事業では住民団体やボランティア、元気な高齢者同士の相互の助け合い等、新たな支援の担い手の確保による支援、民間企業の有料による生活支援サービス等、その地域に応じた介護保険以外の多様な地域機能をつくることが求められています。ますます高まる介護需要に対して、介護予防と生活支援のサービス量を増やし、在宅生活の安心確保を図ることを目指しています（図４、５）。

（１）介護予防・生活支援サービス事業の概要

現行相当の介護予防訪問介護・介護予防通所介護以外のサービスとして、サービスＡ型は緩和した基準により提供される介護予防訪問介護・介護予防通所介護サービス、サービスＢ型は有償、無償のボランティア等により提供される住民主体の事業、サービスＣ型は保険・医療の専門職により提供される支援で、３～６か月の短期間で行われるものとしています。訪問系においてはサービスＤ型として移動支援や移送前後の生活支援があります（表１、２）。

以下、特にリハビリテーション専門職の関与が重要とされているサービスＣおよび介護予防ケアマネジメントについて示します（表３）。

総合事業を構成する各事業の内容及び対象者

(1)介護予防・生活支援サービス事業(サービス事業)

○ 対象者は、制度改正前の要支援者に相当する者。
①要支援認定を受けた者
②基本チェックリスト該当者(事業対象者)

事業	内容
訪問型サービス	要支援者等に対し、掃除、洗濯等の日常生活上の支援を提供
通所型サービス	要支援者等に対し、機能訓練や集いの場など日常生活上の支援を提供
その他の生活支援サービス	要支援者等に対し、栄養改善を目的とした配食や一人暮らし高齢者等への見守りを提供
介護予防ケアマネジメント	要支援者等に対し、総合事業によるサービス等が適切に提供できるようケアマネジメント

※ 事業対象者は、要支援者に相当する状態等の者を想定。
※ 基本チェックリストは、支援が必要だと市町村や地域包括支援センターに相談に来た者に対して、簡便にサービスにつなぐためのもの。
※ 予防給付に残る介護予防訪問看護、介護予防福祉用具貸与等を利用する場合は、要支援認定を受ける必要がある。

(2) 一般介護予防事業

○ 対象者は、第1号被保険者の全ての者及びその支援のための活動に関わる者。

事業	内容
介護予防把握事業	収集した情報等の活用により、閉じこもり等の何らかの支援を要する者を把握し、介護予防活動へつなげる
介護予防普及啓発事業	介護予防活動の普及・啓発を行う
地域介護予防活動支援事業	住民主体の介護予防活動の育成・支援を行う
一般介護予防事業評価事業	介護保険事業計画に定める目標値の達成状況等を検証し、一般介護予防事業の評価を行う
地域リハビリテーション活動支援事業	介護予防の取組を機能強化するため、通所、訪問、地域ケア会議、住民主体の通いの場等へのリハビリ専門職等による助言等を実施

図３　総合事業を構成する各事業の内容及び対象者
出典　専門職の効果的・効率的な関与の具体的方策について　厚生労働省ホームページ

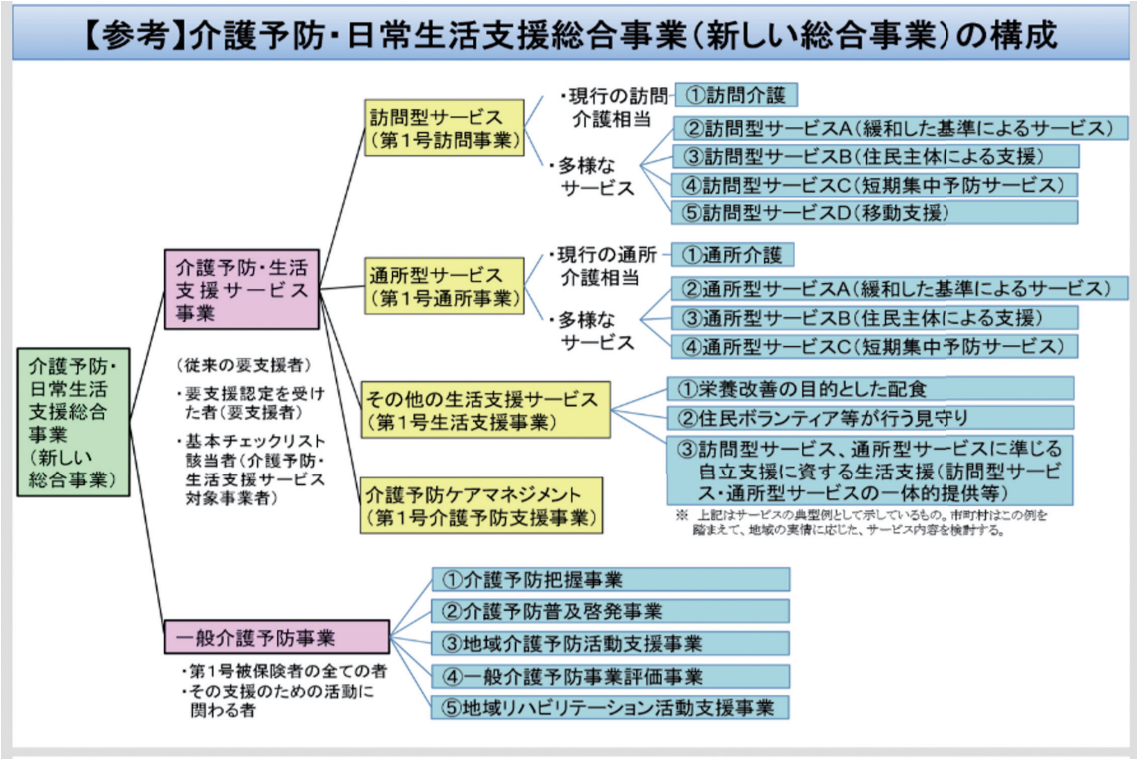


図４　介護予防・日常生活支援総合事業（新しい総合事業）の構成例
サービスの典型例を示しているため、市町村はこれらの例を踏まえて、地域の実情に応じたサービス内容を検討
出典　介護予防・日常生活支援総合事業 ガイドライン（概要）　厚生労働省老健局振興課　厚生労働省　ホームページ

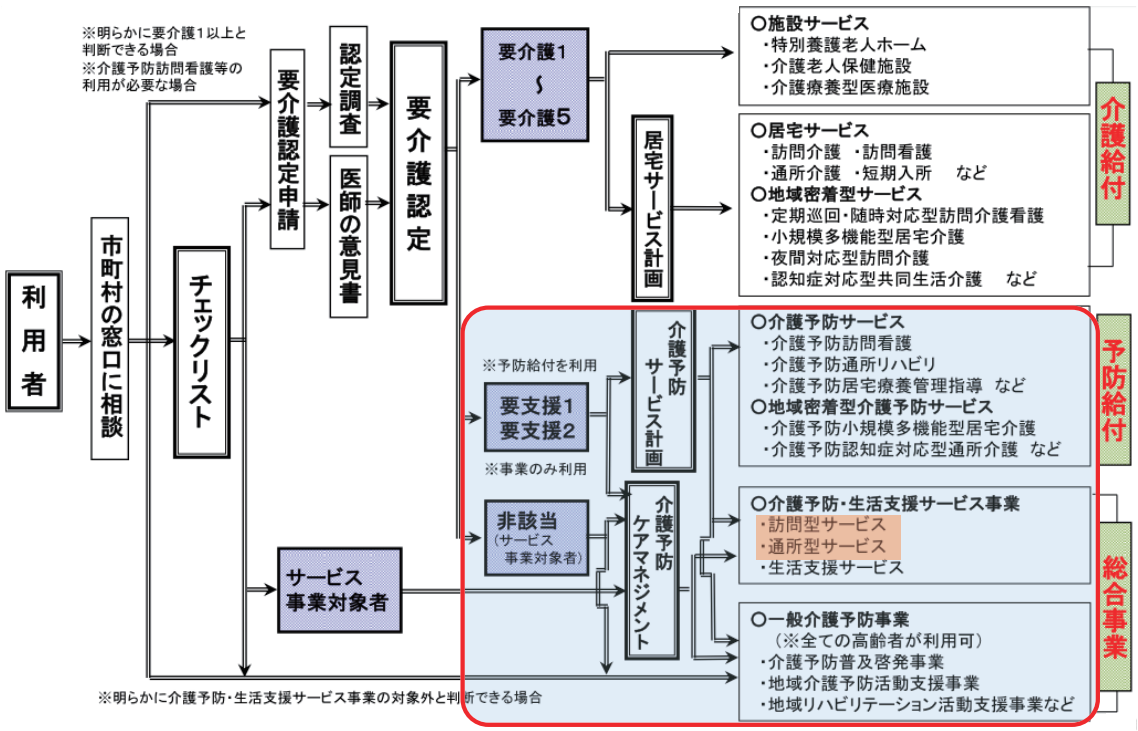


図５　サービス提供の流れの中の訪問型・通所型サービスの位置づけ
出典　介護予防・日常生活支援総合事業 ガイドライン（概要）　厚生労働省老健局振興課　厚生労働省　ホームページ

表１　サービスの類型（典型的な例）①訪問型サービス
出典　専門職の効果的・効率的な関与の具体的方策について　厚生労働省老健局老人保健課　厚生労働省　ホームページ

サービスの類型（典型的な例）

○　要支援者等の多様な生活支援のニーズに対して、総合事業で多様なサービスを提供していくため、市町村は、サービスを類型化し、それに併せた基準や単価等を定めることが必要。

①訪問型サービス

※　市町村はこの例を踏まえて、地域の実情に応じた、サービス内容を検討する。

○　訪問型サービスは、従前の訪問介護に相当するものと、それ以外の多様なサービスからなる。
○　多様なサービスについては、雇用労働者が行う緩和した基準によるサービスと、住民主体による支援、保健・医療の専門職が短期集中で行うサービス、移動支援を想定。

基準	従前の訪問介護相当	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ケ月の短期間で行う	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）	

6

表２　サービスの類型（典型的な例）②通所型サービス
出典　専門職の効果的・効率的な関与の具体的方策について　厚生労働省老健局老人保健課　厚生労働省　ホームページ

②通所型サービス

※　市町村はこの例を踏まえて、地域の実情に応じた、サービス内容を検討する。

○　通所型サービスは、従前の通所介護に相当するものと、それ以外の多様なサービスからなる。
○　多様なサービスについては、雇用労働者が行う緩和した基準によるサービスと、住民主体による支援、保健・医療の専門職により短期集中で行うサービスを想定。

基準	従前の通所介護相当	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ケ月の短期間で実施
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）

③その他の生活支援サービス

○　その他の生活支援サービスは、①栄養改善を目的とした配食や、②住民ボランティア等が行う見守り、③訪問型サービス、通所型サービスに準じる自立支援に資する生活支援（訪問型サービス・通所型サービスの一体的提供等）からなる。

7

表３　短期集中予防サービス（サービスＣ）について
出典　専門職の効果的・効率的な関与の具体的方策について　厚生労働省　ホームページ

短期集中予防サービス（サービスC）について

地域支援事業実施要綱（抜粋）

(イ)　訪問型サービス
④保健・医療の専門職により提供される、3～6か月の短期間で行われるサービス（以下「訪問型サービスC」という。）
(b) サービス内容
特に閉じこもり等の心身の状況のために通所による事業への参加が困難で、訪問による介護予防の取り組みが必要と認められる者を対象に、保健・医療専門職がその者の居宅を訪問して、その生活機能に関する問題を総合的に把握、評価し、社会参加を高めるために必要な相談・指導等を実施する短期集中予防サービスである。その際、**サービス終了後も引き続き活動や参加が維持されるよう、地域の通いの場や通所型サービス等社会参加に資する取組に結びつくよう配慮すること**。また、当該サービスは、効果的な取り組みができると判断される場合には、通所型サービスCと組み合わせて実施することができる。
なお、当該サービスにおける保健・医療専門職とは、保健師、看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士等である。

（ウ）　通所型サービス
④ 保健・医療の専門職により提供される、3～6か月の短期間で行われるサービス（以下「通所型サービスC」という。）
(b) サービス内容
個人の活動として行う排泄、入浴、調理、買物、趣味活動等の生活行為に支障のある者を対象に、保健・医療の専門職が、居宅や地域での生活環境を踏まえた適切な評価のための訪問を実施した上で、おおよそ週1回以上、生活行為の改善を目的とした効果的な介護予防プログラムを実施する、短期集中予防サービスである。単に高齢者の運動機能や栄養といった心身機能にだけアプローチするのではなく、高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチも含めたバランスのとれたものとすることにより、サービス利用の結果、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加につなげるものであること。その際、**サービス終了後も引き続き活動や参加が維持されるよう、地域の通いの場等への参加に結びつくよう配慮すること**。また、当該事業は、効果的な取り組みができると判断される場合には、訪問型サービスCと組み合わせて実施することができる。
なお、当該サービスにおける保健・医療専門職とは、保健師、看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士等である。

8

訪問型サービスＣ

このサービスは、保健・医療の専門職から提供される訪問による支援で、３～６ヶ月の短期間で行なわれるサービスです。「保健師等による‥」とありますが、実態としては現在 OT、PT を中心にリハビリテーション専門職が実施している地域が多く、実施自治体の中には、１回目評価、２回目助言・指導、３回目モニタリングの３回完結で実施しているところや、目標達成時点で終了としている等、やり方は様々ですが、専門職の介入により成果を見込んだ事業となっています。１回あたりの報酬額も訪問リハビリテーションなどの単価を参考にしている自治体が多いようです。また、実施方法は直接実施よりも委託が圧倒的に多く、委託も事業所、職能団体、個人と様々です。サービス終了後も引き続き活動や参加が維持されるように、余暇やボランティア活動、地域の通いの場等の社会参加に資する取り組みに結びつくような配慮が求められます。

通所型サービスＣ

このサービスは、保健・医療の専門職から提供される通所における支援で、３～６ヶ月の短期間で行なわれるサービスです。個人の活動として行う排泄、入浴、調理、買い物、趣味活動等の生活行為に支障のある者を対象に、保健・医療の専門職が運動器の機能向上や栄養改善等のプログラムを実施します。居宅や地域での生活環境を踏まえるために、訪問での評価をプラスした事業形態にしている場合もあります。 週１回以上、生活行為の改善を目的とした効果的な介護予防プログラムを同様な課題を持った対象集団に実施する、短期集中予防サービスです。実態としては 現在 OT、PT、ST、看護師、栄養士、歯科栄養士、介護職など様々な専門職が関わっており、事業所委託がほとんどです。単に高齢者の運動機能や栄養といった心身機能だけにアプローチするのではなく、高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチを含めたバランスのとれたものとすることで、サービス利用の結果、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加につなげるものであることが求められます。

訪問型サービスＣと通所型サービスＣの併用

通所型サービスＣに訪問機能を１回、２回以上、あるいは適時回数加えての実施事業が増えています。運動プログラムを中心とした通所サービスと、生活環

境と生活行為を踏まえた訪問機能の介入の組み合わせで柔軟かつ効果的な短期集中事業が可能となります。

介護予防ケアマネジメント

介護予防ケアマネジメントは、適切なアセスメントの実施により、利用者の状況を踏まえた目標を設定し、利用者本人がそれを理解した上で、その達成のために必要なサービスを主体的に利用して、目標の達成に取り組んでいけるよう、具体的に介護予防・生活支援サービス事業等の利用について検討し、ケアプランを作成していくこと（平成 27 年 6 月 5 日厚生労働省老健局振興課長通知より抜粋）とされ、対象者の主体的な取り組みを活かしていくことが重要とされています。

介護予防ケアマネジメントにおいては、対象者の自立支援を考えながら、対象者と目標やその達成のための具体策を共有し、対象者が介護予防の取り組みを自分の生活の中に取り入れ、自分で評価し、実施できるよう支援することが求められます。 そのためには、より身近に、分かりやすい情報や専門職の助言、サービス事業の利用による効果などを得られる体制を作りつつ、対象者がそれらを理解して、自身の行動を変えていくよう、ケアマネジメントのプロセスにおいて、対象者の状態等について説明しながら、共有していくことが必要であると考えます。

（2）一般介護予防事業の概要

一般介護予防事業は、通いの場など住民主体の取り組みにおいて進めることに留意して、医療・介護の専門職だけでなく、多様な専門家や学生、一般のボランティアまで、地域の幅広い人材や資源による連携のもと推進される事業です（図 6）。平成 29 年介護保険法改正で都道府県の役割が明確化され、都道府県による支援のもと、全国の全市町村で取り組まれています。また、保険事業と介護予防事業の一体的な実施の推進により、平成 30 年から保険者機能強化推進交付金が創設され、さらに専門職の活用促進が図られています。作業療法士が継続的に関与できる体制づくりも含めた取り組みの強化が求められています。

2．生活行為向上の視点を生かした総合事業への関わり

1）多様な関係性の上での関わり

介護予防や自立支援を促進させるためには、リハビリテーション専門職の関わりが鍵となります。作業療法士が事業に参画することで、住民の「生活行為」「活

一般介護予防事業

○ 介護予防は、高齢者が要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止を目的して行うものである。

○ 機能回復訓練などの高齢者本人へのアプローチだけではなく、地域づくりなどの高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチも含めたバランスのとれたアプローチを行う。

○ 年齢や心身の状況等によって分け隔てることなく、住民主体の通いの場を充実させ、人と人とのつながりを通じて、参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進する。

○ 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組を推進し、介護予防を機能強化する。

○ 市町村が主体となり、一般介護予防事業を構成する以下 5 つの事業のうち必要な事業を組み合わせて地域の実情に応じて効果的かつ効率的に実施する。

○ **介護予防把握事業**
地域の実情に応じて収集した情報等の活用により、閉じこもり等の何らかの支援を要する者を把握し、住民主体の介護予防活動へつなげる。

○ **介護予防普及啓発事業**
介護予防活動の普及・啓発を行う。

○ **地域介護予防活動支援事業**
市町村が介護予防に資すると判断する地域における住民主体の通いの場等の介護予防活動の育成・支援を行う。

○ **一般介護予防事業評価事業**
介護保険事業計画に定める目標値の達成状況等の検証を行い、一般介護予防事業の事業評価を行う。

○ **地域リハビリテーション活動支援事業**
地域における介護予防の取組を機能強化するために、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民主体の通いの場等へのリハビリテーション専門職等の関与を促進する。

図 6　一般介護予防事業
出典　一般介護予防事業等について　厚生労働省老健局振興課　厚生労働省　ホームページ

動と参加」に対する意識が高まり、一律化された生活支援の視点でなく、個別的で意味のある活動や地域でそれを支える互助機能に対する意識が高まることが期待できます。

具体的には、リハ職は体操教室で大勢に指導するなど直接的な関わりだったのが、これからは当事者同士で主体的にサロンを運営していただくために、元気な高齢者に体操の指導方法を伝え、サロン内における作業や活動の助言、地域のリーダー役を担っていただくような運営の指導まで関わることが考えられます。いわば間接的なかかわり方であり、支援の輪がこれまで以上に地域全体に広がっていくことになり、「1対1」から「1対多」、「多職種連携」、「行政連携」の関係性へと広げることにより、専門職の技術や知識をより広く波及させることになります。

総合事業の運営は、地域住民を舞台に立たせて、行政は黒子に徹する関係が重要と言われています。この舞台を回すために、作業療法士は行政のサポート役を担うことで生活行為向上の視点から効果的で具体的な意見を提案できるようになります。県市町村の中にはすでに先進的、精力的に総合事業に取り組み、作業療法士がキーマンになっているところもあり、作業療法士は潜在的にそのようなマネジメントの役割を担うべきであることを認識すべきです（図7）。

2）合意形成の場や事業の企画段階への関わりの重要性

MTDLP で示される作業療法プロセスの要である「聞き取り（インテーク）」から「目標設定」までの工程では、対象者や家族、支援者との合意形成が重要とされています。つまり取り組み前に本人、支援者自身が課題を認識がなければ、主体的な取り組みにならず、本人の実感が伴わない、成果が期待されないものになりかねないのです。

総合事業の実施においても、対象者や参加住民個々として、または通いの場などの集団としての主体的な取り組みが求められます。そのためには、対象者個人または集団の意思をいかに取り込み、事業に反映できるか、事業目的を分かりやすく理解していただけるかが重要となります。作業療法士は、養ってきた1対1の作業療法プロセスの初めの手続きを応用して、事業への導入や、その企画の段階から関わることが可能です。図8は、MTDLP における対象者個人との合意形成の過程を示しています。対象者（または集団）が無意識に持つ思いを明確化（生活行為の聞き取り・興味関心チェックシートの活用など）し、計画段階で具体的な取り組みと見通しを提示することによって、対象者の中で取り組み全体が主体的となります。このように、合意形成を重視した作業療法士の介入方法は、地域支援事業の様々な場面においても活用できるのです。

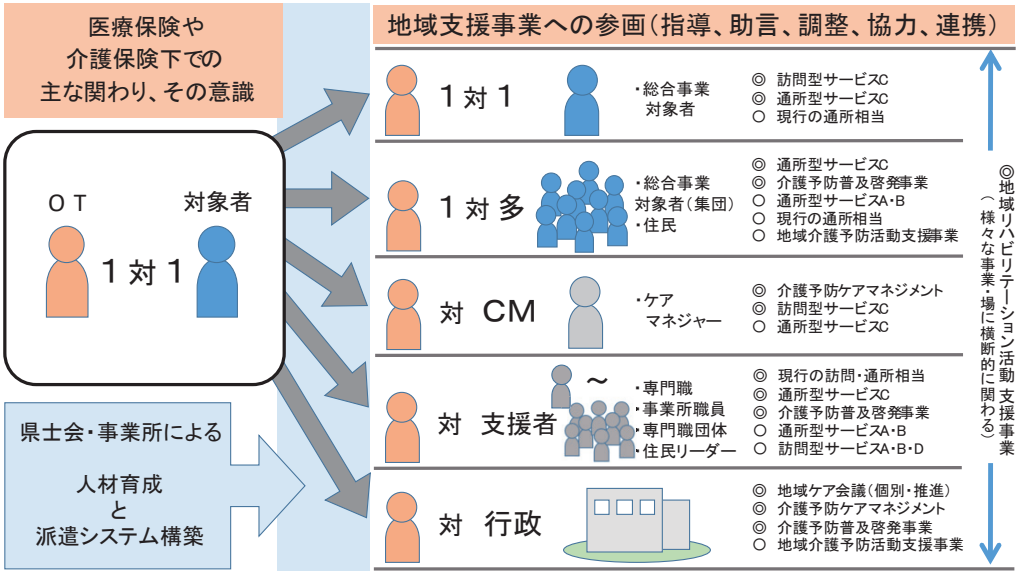


図7　総合事業における作業療法の対象と事業（※第1章図2の再掲）

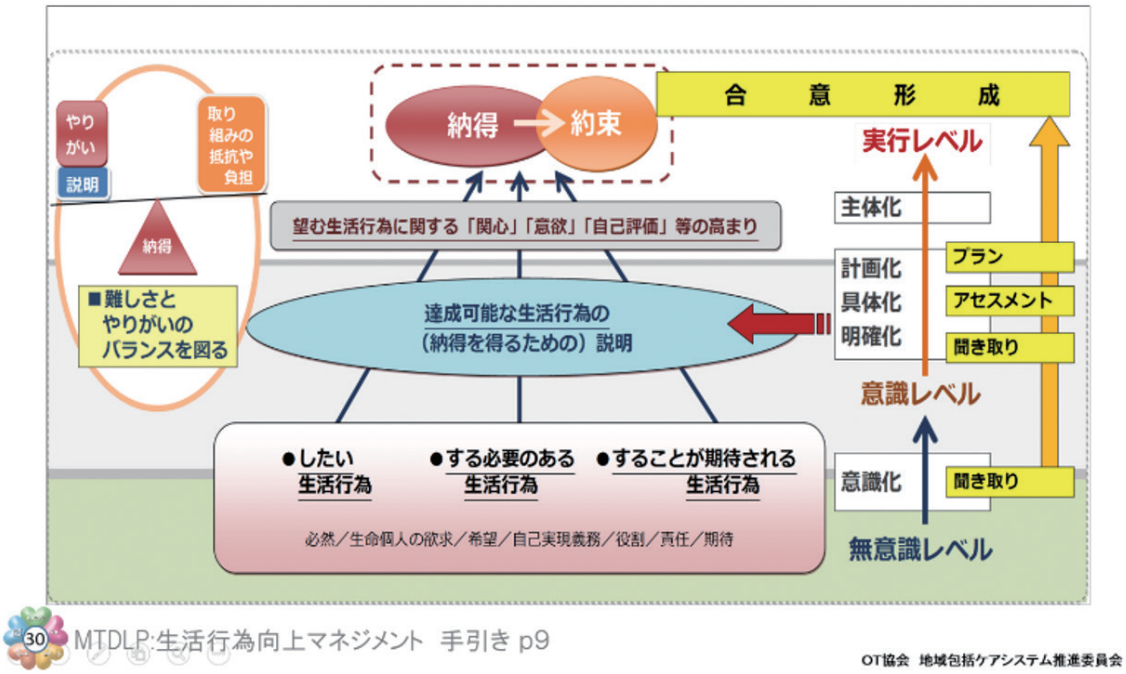


図８　合意形成のプロセス

３．介護予防・生活支援サービス事業における作業療法士の役割と関わり方

１）サービス A

サービス A 事業は、人員などを緩和した基準下でサービス内容や時間を限定し、事業所等で提供される支援です。事業所職員だけでなく、ボランティアの活用も推奨されており、住民主体による通所 B 事業のリーダーの育成を担う場としての機能もあります。その点に関連して職員の指導を依頼される場合があり、自立支援の視点をしっかりと伝えていく必要性があります。

２）サービス B

サービス B 事業は、住民主体による支援で、主にボランティアが主体に提供するサービスです。作業療法士は、県や市区町村、地域包括支援センターの担当者や他職種、また多様な支援者と協力し、立ち上げから活動内容、継続支援を行います。ここでも作業療法士は自立支援の視点を参加者、支援者に伝えながら、実際の通いの場の活動から個々の生活にも活かせるようなプログラムや活動方法を具体的に提示し、参加者個人および集団としての通いの場の自立を支援していく役割を担うことになります。

３）サービス C

●基本的姿勢（サービス C 共通）

①地域ケア個別会議等や、介護予防ケアマネジメントから、生活課題の焦点化が提示されていれば、その課題を軸に対応していく。

②通所介護からの改善を図るケースや在宅生活継続が困難予測されるケース、どのような経過かを把握する。

③支援センターや市の保健師などから有力な情報が得られることも多く、普段から顔のみえる関係で情報交換し、密に連携しておくことが重要。

④対象者の心身機能や生活状況、自宅周辺環境の調査、公共交通機関の有無や合意目標の達成場所の評価などに加え、家族や友人、隣人や地域の世話人などの人的資源についての情報収集をしておく必要がある。

⑤合意目標を現実化するための過程を具体的に提示し、対象者の動機付けを高めることを重視する。

⑥対象者自身が生活課題とそれを解決する事業内容を理解し、維持改善に向けて意欲的に取り組めるよう支援すること。

⑦対象者がしたい、またはできるようになりたい生活行為を、興味・関心チェックシート等を活用し、具体的な目標を明確化すること。それを事業実施中一貫して共有すること。

⑧生活行為の維持と拡がり（24 時間 365 日）を見越して進めること。
⑨経過に応じてカンファレンスを開催し併用しているサービスがあれば、情報を共有する。
⑩生活機能が低下した場合に再び相談できるよう対象者に伝え、関係者も把握できるようにしておく。
⑪生活機能を自立させ、さらに継続を狙う事業の仕組みを行政がどのように計画し、実施結果を評価するかが重要である。作業療法士はこのような事業の企画や評価の場に積極的に参画して、効率的・効果的な事業になるような意見を述べる。

（1）訪問型サービスＣ（短期集中予防サービス）

●作業療法士の役割

作業療法士が訪問することで生活行為のアセスメントを専門的に的確に行い、その情報をケアマネジャーや支援者と共有し、生活場面への短期集中的・個別的・直接的介入により実際に生活行為向上の成果を示すことができます。社会適応プログラムを中心として、基本的プログラムや応用的プログラムは、自主トレや併用するサービス事業所連携で実施します。

●介入のポイント

①人・環境・作業の視点から、対象者の能力と生活環境のマッチング、作業方法の変更などの助言や指導を実施する。
②MTDLP の概念やシートの一部活用、MTDLP の直接実施も可能であり、積極的に実施する。
③生活空間に入るため、個人因子・環境因子の強みを引き出すとともに、家族や近隣の人と直接会って支援調整ができる。
④併用しているサービスがあれば、生活の場での取り組みでの成果をあげるために連携を図る。
⑤体力改善＝体操ではなく、家事、散歩や大工作業など、主体的に行い習慣化される日常の生活行為を通して心身機能を維持向上できることの理解を図る。

（2）通所型サービスＣ（短期集中予防サービス）

●作業療法士の役割

作業療法士は通所利用の複数対象者に対して、生活行為のアセスメントを専門的・効率的に的確に行い、短期集中的に生活行為向上の成果を目指します。基礎・応用・社会適応の各プログラムを個別的アセスメントに基づきながら、集団プログラムを主に実施していくことになります。

●介入のポイント

①通所の特性は、その空間自体が社会であり、適応力を引き出すところにある。「通所」の場は、社会的所属感、自己存在感、共感、協力、競争といった心の動きや行動化を個々の目的のために活用する。
②「～教室」などの看板を掲げる等、物理的な環境を整えることで対象者が参加しやすく、意欲が向上する。そういった環境要素も含め事業をマネジメントしていく。
③単に運動器の機能向上活動のみを行うのでなく活動と参加を見越した介入が必要だが、事業の仕様・設定など、事業主体者側がどこまで求めているか（運動メニュー提供による心身機能の維持改善か、生活課題の解決か等）を市町村に確認するとよい。
④個別の目標達成のために、集団プログラムと個別プログラムを併用し、プログラムの効率化を図りながら、集団対応と個別対応を使い分けて事業全体のマネジメントをすることで、個人ごとの生活機能向上の効果を導く。
⑤人・環境・作業の視点から、対象者の能力と生活環境のマッチング、作業方法の変更などの助言や指導を実施するが、通所時は集団による基本的、応用的アプローチ、訪問ができれば社会適応プログラムが実施可能。
⑥個人因子・環境因子の把握は、ケアマネジャー等からの基本情報と、訪問機能があればそこからしっかり把握しておく。
⑦聞き取りによって個々の生活課題を具体的に挙げて合意をとるなど、MTDLP のプロセスや概念活用、シートの活用が可能。
⑧対象者と職員に対して、課題、目標、そのためのプログラムを関連づけて分かりやすく説明する。
⑨個の課題を参加者で共有、みんなで解決し合うピアサポートを利用することも可能。
⑩終了後のイメージを持って参加してもらうため、目標設定も具体的に示すことが重要。能力の高い参加者は卒業後もここでできた関係から新たな地域機能（自主グループ活動）へと発展するようであれば支援する。
⑪通所型サービスＣでも、認知症予防に特化した事業を実施する地町村も見られる。脳トレや見当識の維持改善のプログラムの他、生活行為に着目したプログラムや家族への介入方法など、多面的な介入が可能。

（3）通所Ｃ・訪問Ｃの併用

●作業療法士の役割と介入のポイント

①対象者の参加意欲を維持できる環境づくりや適切なアセスメントを行い、住環境整備を含めた一貫したモニタリングとケアプランを反映させることができる。

②通所型サービスＣで指導された自主練習が実際に自宅で継続できているか確認できる。

③獲得できた運動機能を活かした活動・参加レベルでの動作指導を直接行える。

④実行状況を自宅で確認することができ、都度フィードバックし不安を軽減することができる。

4）サービスＤ

サービスＤは移送サービスで、移送前後の支援を行います。作業療法士としての関わりは少ないですが、通所サービス利用者の移動手段や自宅への出入り等の評価および方法提示などの支援の可能性が見込まれます。

5）介護予防ケアマネジメント

介護予防ケアマネジメントにおいては、対象者の自立支援を考えながら、対象者と、目標やその達成のための具体策を共有し、対象者が介護予防の取り組みを自分の生活の中に取り入れ、自分で評価し、実施できるよう支援することが求められます。そのためには、より身近に、分かりやすい情報や、専門職の助言、サービス事業の利用による効果などを得られる体制を作りつつ、対象者がそれらを理解して、自身の行動を変えていくよう、ケアマネジメントのプロセスにおいて、対象者の状態等について説明しながら、共有していくことが必要であると考えます。

作業療法士の役割と介入

作業療法士は、対象者の主体性を活かした地域での自立支援に関して、ケアマネジャーやサービス提供者に対し、MTDLP の考え方を通して分かりやすく助言や提案を行い、視点を共有していく必要があります。アセスメントから導き出された必要な支援と対象者の希望をすり合わせて主体的な活動につなぐ目標設定や、対象者の状態に合わせ、従来の介護保険の枠組みにとらわれず、様々な資源の中から適切なサービスや活動を選定する提案なども、介護予防ケアマネジメントにおけるこれからの作業療法士の役割のひとつであると考えます。

ケアプラン作成の過程への介入方法

①地域リハビリテーション活動支援事業（後述）として、ケアプラン作成（特にアセスメント）の支援を実施している市町村があります。対象者の居宅や活動の場にケアマネジャーに同行して、課題となる生活行為の抽出や環境評価に関する助言を行います。

②ケアマネジャーのケアプラン作成に関して、自立支援や生活行為向上といった考え方を指導、助言するために、行政が実施するケアプラン作成支援相談会に出席したり、ケアマネジャー団体が実施する研修会の講師を担ったりします。

具体的な助言のポイント

①アセスメントとプラン作成

地域ケア会議等の中で、ケアプラン、各介護サービス事業所における個別援助計画に関して、作業療法の視点で助言します。第Ⅲ章の地域ケア会議での助言で詳しく説明されているのでご参照ください。考え方の方法として、ケアマネジャーが実施するケアプランを軸とするケアマネジメントプロセスと MTDLP のプロセスを重ねてみることです。介護予防ケアマネジメントの「介護予防」に関連し、作業療法士の専門的な部分（以下）について助言をすることになります。

・主体性を重視する視点（聞き取りの内容、合意形成の結び方等）

・生活課題の抽出（工程分析や能力の見極め、改善の見通し、予後予測等）

・具体的な目標設定（達成可能か、指標の明確性、以降の目標につなげる適正目標か等）

・具体的なプラン（基本的、応用的、社会適応の戦略的構成になっているか、支援体制のマネジメント、インフォーマル資源・活動の活用、期限の設定等）

②サービスの選択

状態からどのようなサービスが最適か、活用できる資源は何かを生活行為向上の視点で助言します。以下の事例をマネジメントする場合、「生活不活発の 要素が大きく、短期間での筋力・体力の向上、日常生活動作の改善が見込めるのではないか」との見通しが立てられます。そこからこの事例は「事業対象者」として総合事業の通所型サービスＣに、実際場面での日常生活動作の評価や指導を行うために訪問型サービスＣを組み合わせて使用するという期間限定的な支援を提案できます。

事例
・70 代後半の女性.
・ADL・IADL は、ほぼ自立だが以前よりきついと感じるようになった.
・変形性膝関節症と不整脈があり膝の痛みと不整脈に対する不安から活動量が低下．不整脈に関しては治療中で運動制限はないと医師にいわれている.
・本人は以前と比べて筋力・体力の衰えを感じている．近隣のスーパーへ歩いていくのがつらくなってきた．外出頻度も減っている。
・友人から、外出目的でデイサービス利用を勧められ、地域包括支援センターへ相談にきた．認定により要支援 1 の判定がでた為デイサービスの利用を開始.
・デイサービスにはリハ職がいない.

6）実践事例

①訪問Ｃ　士会での事業委託
②通所Ｃ　医療介護連携
③通所Ｃ・訪問Ｃ　士会での事業委託
④通所Ｃ　地域資源活用
⑤通所Ｃ　コロナ禍
⑥通所Ｃ・訪問Ｃ併用　行政直営・ケア会議連動
⑦介護予防ケアマネジメント

事業分類 ： 訪問C 士会での事業委託

総合事業サービス実践事例①（事業事例）

奈良県天理市における訪問C型事業「天理市いきいき訪問」

取り組みのポイント　自立支援型地域ケア会議⇒訪問C利用の検討
～他事業とも連携し社会参加・自己実現を促進～

自治体名 ： 奈良県天理市
実施事業所名 ： 奈良東病院 / 宮城医院
担当者名 ： 奈良県作業療法士会　西浦 正典
（天理市生活支援コーディネーター）

地域情報：
天理市は奈良県北中部にあり、面積は86.42㎢、人口は約6.4万人、高齢化率は26.6%で、65歳以上の高齢者人口は17,079人、要介護認定率は21.5%である（令和2年9月末時点）。4圏域に地域包括支援センターが設置され、生活支援コーディネーター（以下SC）の内、2名が療法士（PT・OT）が担っている。

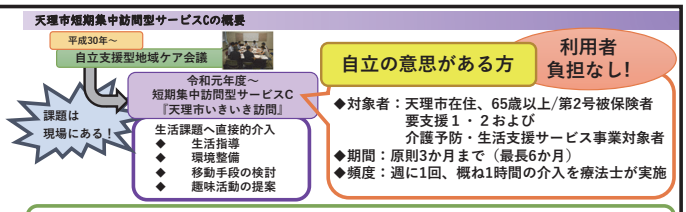
行政との関わり：
平成30年～　地域包括支援センター単位での自立支援型地域ケア会議開始　助言者としてPT・OT参加
平成31年1月　訪問Cの必要性を市担当課へプレゼン⇒採択
平成31年4月～　訪問C開始（2法人と契約、PT・OT派遣）
市内全域対象の自立支援型地域ケア会議開始

令和2年7月～　第一層SC配置
令和4年4月～　第二層SC配置（2圏域）
令和4年11月～　地域リハビリテーション活動支援事業
ケアマネジメントのアセスメント同行開始

実施体制：
・訪問Cは天理市からの委託事業、市内2ヶ所の法人と契約
・訪問Cの依頼件数に応じ、業務時間内で調整し対応
概ね週1回、1時間の介入、期間は原則3ヶ月（最長6ヵ月）の介入を療法士が実施

事業内容：
＜訪問C事例の選定＞
・毎月定例の天理市自立支援型地域ケア会議で事例検討
（市担当課・地域包括支援センター・訪問C実務者・SC
薬剤師会・栄養士会が参加）
・事例のアセスメント、支援内容を検討し訪問Cの選定
・判断が難しい場合は地域リハビリテーション活動支援事業によるアセスメント同行支援を実施し判定
・通いの場などの社会参加につながる事例はSCと連携し介入

＜訪問C介入について＞
・初回訪問時に個別支援計画の立案
・初回と終了時に体力測定
（立位バランス・5回立ち上がり・5m歩行など）
・非接触の介入（全身状態把握、運動・生活指導、環境調整）
・通いの場や買い物、外出同行など支援の自由度は高い
・支援のイメージ
◆訪問C終了後は通いの場へ繋ぐ、地域の教室に参加するなど社会参加をイメージする
◆生活課題をアセスメントし、療法士の助言や介入で、本人が気づいたできる行為やできるようになった行為を定着させる
（「できる行為」を「している行為」へ変換）



目的：地域住民の一人ひとりの社会参加や自己実現を促進し
活動的で生きがいのある生活を送ることが出来るよう支援すること

【介入について】
◆初回アセスメントから目標設定の具体化
◆非接触の支援（身体的な評価を除く）
◆全身状態の把握、環境整備、運動・生活指導
◆趣味活動支援、外出支援、通いの場同行…など
◆介入前後での体力測定
※比較的支援の自由度は高く、介入頻度は週一回を基本に柔軟に対応

終了時には…
運動習慣の継続、外出頻度の向上、通いの場や介護予防教室、ボランティア活動などの社会参加へつなげる
（訪問・通所介護や福祉用具貸与の卒業も視野に入れて）

原則3ヶ月（最長6月）

【初回訪問】
アセスメント・体力測定
個別支援計画の立案
（目標設定・合意形成）

【支援実施】
セルフマネジメント
自主トレ・環境調整
外出練習・社会参加同行
…など

【終了時】
体力測定・振り返り
終了報告書作成

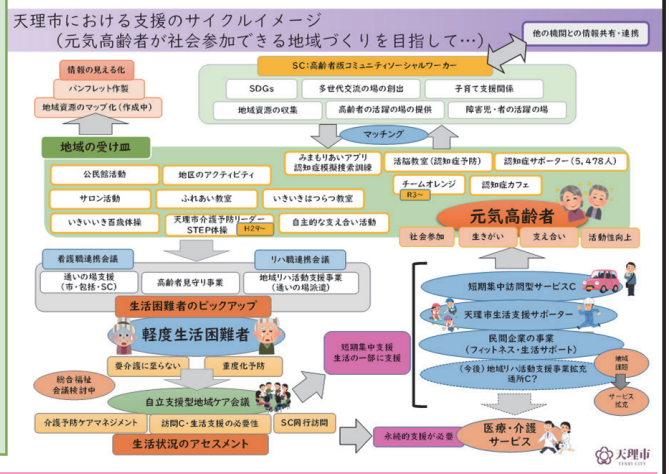
終了後は自立支援型地域ケア会議で報告
⇒半年後を目安に実務者がモニタリングし担当課へ報告
⇒社会参加に繋がった事例はSCと連携しモニタリング継続

体力測定

環境調整

体操指導

通いの場同行



成果・課題：
＜総合事業参加のメリット＞
◆実際に療法士が訪問することで生活課題や支援方法が明確になる。
（机上の事例検討では支援の提案には限界がある）
◆地域の高齢者の生活・行動様式のマネジメントができる。
◆地域の社会資源を知り、不足している社会資源について行政や担当機関に提言できる。
◆社会参加に向けて、SCとの連携もスムーズに図れる。

＜総合事業参加のデメリット＞
◆派遣できる療法士に偏りがある。
（事業所のマンパワー不足・個人のスキルや事業の理解度に差がある）
◆訪問Cだけでは日々の運動量が担保できない。
⇒地域の通いの場や社会参加の居場所づくりなども連動する必要がある。

事業分類　：　通所C　市町村からの事業委託

総合事業サービス実践事例②ー1（事業事例）

和歌山県有田川町における、通所C型事業

取り組みのポイント　**応援日記を通じて、活動・運動の定着**

自治体名　：和歌山県有田川町
実施事業所名　：　エクササイズケアしみず園
担当者名　：小向耕平

地域情報：
有田川町のシンボルで有名なあらぎ島！日本の棚田百選に選ばれ綺麗な景観で有名な町です。和歌山県の中部に位置する有田川町の人口は２万６千人、事業所のある旧清水町は、山間部で高齢化率５０％の過疎地。

行政との関わり：
当施設は、有田川町の指定管理で運営。有田川町の意向に沿って運営されている。Ｈ２９年から有田川町唯一の短期通所型サービス（通所C）を実施している。

実施体制：
・有田川町からの委託事業
・運営主体は、社会福祉法人昭仁会双苑
エクササイズケアしみず園
・作業療法士１名、健康運動指導士１名、介護福祉士２名
・午前、午後の２部制（運動型通所介護）
・要介護、要支援者と合同で開催
・定員１０名

事業内容：
対象者：要支援１、２、事業対象者
（主たる対象者は新規申請者）
目的：介護予防教育を通じて、介護予防・重度化防止を目的に事業を展開している。
参加に必要な要件：主治医の運動可否判定が必要
主治医、CMとの連携：必要時は適宜、月末は報告書
期間
３ヶ月から６ヶ月
費用
利用者負担なし
方法
在宅でできる体操を指導し、応援日記を使用して自主練習の定着を目指す。
応援日記では、対話方式のやり取りをで自由に記載でき質問や些細なことでも記載できるように工夫をしている。
生活課題を明確にし、本来の介護保険の在り方を習得しいつまでも在宅で生活できる支援を実施。

運動＋栄養＋口腔＝健康→生活課題の解決（生活の質を高める）

通所Cの流れ
地域包括支援センター→CMとの同行訪問→アセスメント→プログラム→応援日記→sosシート→移行先

一日のスケジュール
０９：００～バイタル測定
応援日記にて個別アセスメント
０９：２０～足吊り体操、ストレッチ
０９：５０～セルフ体操指導、体力測定（回/1M）
１０：２０～生活課題動作練習
１０：４０～レッドコード（全身運動）
１１：００終了

地域の体操につながる体操
ながら体操
簡単体操
家事動作も運動
健康への意識付け

有田川町短期集中通所サービス　応援日記！！

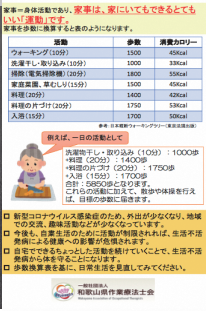
氏名	A	目指したい3か月後の生活	そのためにまず頑張ること!!
		起き上がりが楽にできる　自宅で運動できる　卓使用まで歩いて行ける　等	自宅で運動をする　筋力訓練、バランス訓練　水分補給　栄養補給など

この目標（↑）のために、ご自身が自宅で毎日取り組むこと

日付	曜日	体調 ○ △ ×	1 椅体操	2 百歩体操	3 床体操	4 散歩	ひとこと日記（脳トレ効果あり）	家族・ケアマネ・しみず園より
目標回数								
		○	○	×	×	○	散歩は熱くしんどい	
		×	×	○		○	ゆっくり立つのがしんどい	
		○	○	×	○	○	床体操が難しい	
		○	○	×	○	○	散歩は２０分行う	頑張ほカなり
		△	○	×	○	○	床体操が難しい	
		○	○	×	○	×	椅体操は身体が伸ばされ気持ち良い	
		○	×	○	×	×	本日は、百歩体操のみ	

利用中の他のサービス　有田川町地域包括支援センター　５２－２１１１　エクササイズケアしみず園　２３－０８３９

目標に向かって活動訓練


家事＝身体活動であり、家事は、家にいてもできるとてもいい運動です。
家事を歩数に換算すると表のようになります。

活動	歩数	消費カロリー
ウォーキング(10分)	1500	45Kcal
洗濯干し・取り込み(10分)	1000	33Kcal
掃除(電気掃除機)(20分)	1800	55Kcal
家庭菜園、草むしり(15分)	1500	45Kcal
料理(30分)	1400	42Kcal
料理の片づけ(20分)	1750	53Kcal
入浴(15分)	1700	50Kcal

参考：日本厚生ウォーキングクリニック（東京法規出版）

例えば、一日の活動として
洗濯物干し・取り込み（10分）：1000歩
・料理（20分）：1400歩
・料理の片づけ（20分）：1750歩
・入浴（15分）：1700歩
合計：5850歩となります。
これらの活動に加えて、散歩や体操を行えば、目標の歩数に届きます。

- 新型コロナウイルス感染症のため、外出が少なくなり、地域での交流、趣味活動などが少なくなっています。
- 今後も、在宅生活のために活動が制限されれば、生活不活発病による健康への影響が危惧されます。
- 自宅でできるちょっとした活動を続けていくことで、生活不活発病から体を守ることになります。
- 歩数換算表を基に、日常生活を見直してみてください。

一般社団法人 和歌山県作業療法士会

成果・課題：
＜総合事業参加のメリット＞
受け身のサービスではなく、自らが能動的に介護予防に取り組め、将来の介護保険の財源が確保できる。
地域での作業療法士の認知度が上がる。
元気な高齢者の増加。
活動・参加を促進

＜総合事業参加のデメリット＞
通所C利用者像が不明確。利用人数が少なく経営面に問題。
発展途上のサービスであり、行政の裁量で実施することから各市町村によって温度差がある。

事業分類　:通所C

退院から通所Cを利用し活動・参加に結びついた事例

取り組みのポイント
多発性筋炎から廃用性症候群にて活動制限されていた対象者
応援日記にて心身への気づき
介護予防教育を習得した事例

自治体名:和歌山県有田郡有田川町
実施事業所名:社会福祉法人　昭仁会
双苑　エクササイズケアしみず園
担当者名:作業療法士　小向耕平

地域情報：
有田川町のシンボルで有名なあらぎ島！日本の棚田百選に選ばれ綺麗な景観で有名な町です。和歌山県の中部に位置する有田川町の人口は２万６千人、事業所のある旧清水町は高齢化率５０％の過疎地。

実施体制：
・有田川町からの委託事業
・運営主体は、社会福祉法人昭仁会双苑エクササイズケアしみず園
・作業療法士１名、健康運動指導士１名、介護福祉士２名
・午前、午後の２部制（運動型通所介護）
・要介護、要支援者と合同で開催
・定員１０名

・事例情報：A氏　７２歳　男性
疾患名；多発性筋炎
既往歴；間質性肺炎
要支援２
障害高齢者の日常生活自立度：A1
認知症高齢者日常生活自立度：自立
家族構成；独居　自宅横に会社経営
生活歴；以前から多発性筋炎と診断されていたが症状の悪化もなく会社経営されていた。全身の脱力感が著明となり、病院に入院。回復期リハビリテーション病院を経て退院となる。退院３週間前から徐々に動けるようになり、ADL能力低下しているが、集中的に活動を実施すれば改善する可能性、また、新規利用者で年齢も若いこともあり、通所Cサービスを６ヶ月行うようになった。
現在の生活状況；在宅での移動は車椅子、段差昇降機を使用。伝い歩行１０M程度可能。夜間の排泄は、PWC、入浴は困難。知人の協力もあり、調理や身の回りのお世話をしてもらっている。

・実践内容（右の図参照）
開始前訪問　生活課題の抽出と目標の設定
改善に向けた取り組み内容
・まとめ
開始前訪問でのアセスメント
生活動線、生活課題、運動、栄養、口腔面の評価を動画、画像で他職種と共有
利用中は、毎月の体力測定、身体の変化、動作の変化を共有。応援日記にて、運動、活動の習慣化。
送迎時に、実際の生活場面での確認、アドバイス
体調、動作の変化時に地位行き包括せんたーCM、主治医と共有
卒業
SOSシートで決定した項目にチェックがつけば地域包括支援センターへ連絡

開始前訪問：生活課題の抽出と目標の設定

アセスメント実施

・課題抽出
・運動：全身の筋力低下（両腸腰筋、臀筋群、腹筋、背筋）、バランス低下
・栄養：バランスの良い食事を摂取されている（知人の支援あり）
・口腔：入れ歯なし、嚥下機能問題なし

生活機能評価	R２年３月	備考
屋内歩行	△１	ピックアップ歩行器で１０M可能（疲労感あり）
屋外歩行	×１	車椅子自走
入浴	×１	病院では機械浴
調理	×１	病院食（知人の支援）
排泄	△１	夜間はPWC

立位・歩行に必要な筋力・バランス・柔軟性向上

目標の合意
①３ヶ月後に夜間のトイレへの排泄ができるように歩行能力を向上できる
②６ヶ月後に家の横の会社、カラオケに行けるように屋外歩行３０M可能になる。
③浴槽への跨ぎ動作、浴槽からの立ち上がりができる
④知人と一緒に調理動作に参加できる（立位時間１０分）

サービス開始

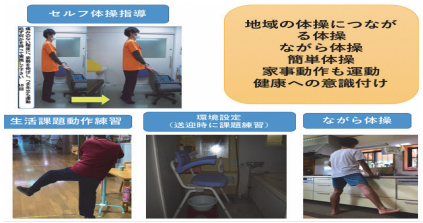
○改善に向けた取り組み内容
・セルフ運動指導
・歩行訓練
・移乗訓練
・床上訓練
・浴槽の跨ぎ訓練
・環境調整

＋

自主練習ファイル
応援日記

できることは自己にて行うサービス。消毒、カバン掛け、上衣の着脱など

運動（活動）＋栄養＋口腔＝健康→生活課題の解決（生活の質を高める）



事例の卒業に向けて

○地域包括支援センターCMと最終カンファレンスを行う前

当事業所のスタッフとのカンファレンス
・運動：体力測定の結果より筋力、バランス力向上　１０分程度歩行可能
・栄養：バランスの良い食事を摂取されている（知人の支援あり）

生活機能評価	R２年９月	備考
屋内歩行	△１→○２	T字杖歩行可能（疲労感なし）
屋外歩行	×１→△１	T字杖歩行可能
入浴	×１→○２	L字手すりを把持すれば浴槽の跨ぎ動作可能
排泄	△１→○２	夜間もWCに可能
調理	×１→△１	知人と協力して調理に参加

目標は達成
①３ヶ月後に夜間のトイレへの排泄ができるように歩行能力を向上できる
②６ヶ月後に家の横の会社、カラオケに行けるように屋外歩行３０M可能になる。
③浴槽への跨ぎ動作、浴槽からの立ち上がりができる
④知人と一緒に調理動作に参加できる（立位時間１０分）

今後の方針（sosシート）
・浴槽の跨ぎ動作が楽にできる　・仕事に必要な坂道昇降能力　・車の運転ができ現場や病院受診できる

○地域包括支援センターとの最終カンファレンス
・上記内容を地域包括支援センターCMと検討
・介護予防給付にて６ヶ月の期限を設けサービスを実施

成果・課題：【終了時】目標としていた夜間のトイレへの移動・カラオケに行く・浴槽に入る・調理動作は達成できたが、新たな課題が見つかり期限付きで予防給付でのサービス利用開始となる。一見難病を患っている利用者は永続的なサービスになることが多い。しかしA様は通所Cサービスを通じて介護保険の目的を理解し、目標を持って能動的に取り組んでいる。今回の事例を通じて介護保険制度の本来の在り方、このようなサービスは作業療法士の醍醐味であると改めて認識した。

事業分類 ： 通所C・訪問C　士会での事業委託

総合事業サービス実践事例③ー1（事業事例）

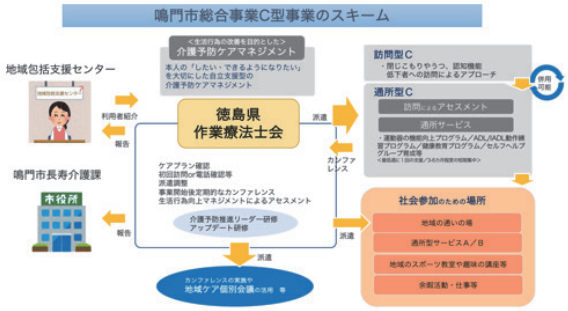
徳島県鳴門市における、通所・訪問C型事業

取り組みのポイント　**訪問-通所-通いの場への一貫した流れMTDLPの実践**

自治体名　：徳島県鳴門市
実施事業所名：徳島県士会
担当者名　：大久保病院　吉野 哲一

地域情報：
鳴門市は四国東部、徳島県東北端に位置し、鳴門海峡をへだて淡路島に対峙。本州 と結ぶ四国の東玄関。面積は 135.66㎢、人口は約 5.6万人。 高齢化率は2020年度末35.0%で、65歳以上人口は19,540人。 要介護認定率は2020年18.8%。

行政との関わり：
H26.年7月～鳴門市長寿介護課主催 研修会参加、第１回チーム会議参加。包括支援センターと連携し対象者・支援、運営方法の検討。同年12月～総合事業を見据えたモデル事業として開始。H28年4月～総合事業として通所・訪問C型サービスを開始。



実施体制：
・県士会への委託事業
・運営主体は鳴門市
・業務に対する作業療法士派遣として実施
・週1回または、隔週1回で通所C；2名、訪問C；1名
・鳴門市３地区15名程度のOTで担当

徳島県作業療法士会における事業目的

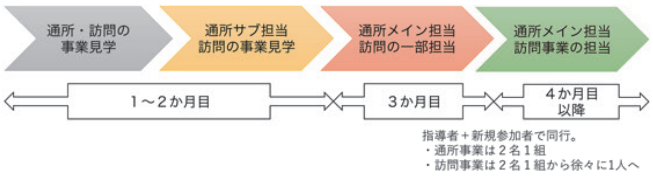
心身機能の維持・向上だけでなく、
対象者の活動を知り社会参加への促進を図ること

通所型：「いきいき百歳体操」を用いた健康増進指導や体力測定、体操指導による集団介入

訪問型：MTDLPを活用した生活行為への個別介入

徒手的介入を用いず,MTDLPによる
「やりたい」を支援するマネジメント中心の介入

事業の流れについて



通所C型の流れ

＊動作確認とリスク管理を行いながら

訪問C型の流れ

初回訪問	2回目以降	最終訪問（3ヶ月後）
アセスメント 目標となる生活行為の抽出 支援プログラムの立案	支援プログラムの指導 実施状況の確認 ホームエクササイズ指導 環境調査など	効果判定 生活目標の達成状況の確認 介入による日常生活への波及効果の確認

事業内容：
＜事業参加条件＞
・介護予防推進リーダー研修全過程修了
・理事会承認
・所属施設長承認
＜事業参加中の保険＞
NPO活動総合保険に士会が加入
対象者・セラピスト自身の怪我の補償
車両事故による自動車保険料等級ダウンの部分的な補償等
「作業療法士総合保障保険制度」への加入 ※推奨
＜公文書の発行＞
協力OTと所属施設代表者宛に県士会より公文書を発行
＜方針・対応＞
・訪問、通所両方の利点を生かす！ 生活行為向上マネジメント（MTDLP）の導入
・運営方法の検討複数担当制によるOT間の活発な意見交換
・所属施設の勤務体制に無理が生じないシステムづくり
→チーム制の導入
・目標設定を「痛みの改善」や「しびれの改善」等の状態目標とするのではなく、
「～がしたい」等 の行動目標にすることが大切

カンファレンスの実施

各班ごとに隔週1回の頻度で開催
情報共有と各種連絡調整を担っている

成果・課題：
＜総合事業参加のメリット＞
・地域の高齢者の生活様式や行動様式を知ることができる
・地域や町の資源や課題を知ることができる
・総合事業の経験が院内でのOT実践の際に活かすことができる
・社会的認知度が向上

＜総合事業参加のデメリット＞
・業務を空けてしまう
・所属施設長や上司の理解を得ることが難しい、など。
●2040年問題を見据えた作業療法士の総合事業参加は、2040年以降の作業療法のあり方を考える上での準備として必要不可欠。

事業分類 ： 通所C・訪問C

心身機能の維持・向上だけでなく、対象者の活動を知り社会参加への促進を図ることを目標とした取り組み

自治体名 ： 徳島県鳴門市
実施事業所名： 徳島県士会
担当者名 ： 大久保病院 吉野 哲一

取り組みのポイント

訪問-通所-通いの場への一貫した流れ、
徒手的介入を用いず、MTDLPによる「やりたい」を支援するマネジメント中心の介入
通所型：「いきいき百歳体操」を用いた健康増進指導や体力測定、体操指導による集団介入
訪問型：MTDLPを活用した生活行為への個別介入

地域情報：
鳴門市は四国東部、徳島県東北端に位置し、鳴門海峡をへだて淡路島に対峙。本州と結ぶ四国の東玄関。 面積は 135.66㎢、 人口は約 5.6万人。高齢化率は2020年度末35.0%で、65歳以上人口は19,540人。 要介護認定率は2020年18.8%。

実施体制：
- 県士会への委託事業
- 運営主体は鳴門市
- 業務に対する作業療法士派遣として実施
- 週1回または、隔週1回で通所C;2名、訪問C;1名
- 鳴門市３地区15名程度のOTで担当

事例情報： 70歳代女性 要支援２
疾患名；変形性膝関節症
既往歴；逆流性食道炎、左大腿骨骨折術後、高コレステロール血症
障害高齢者の日常生活自立度：A1
認知症高齢者日常生活自立度：自立
家族構成；一戸建てに一人暮らし、隣町にKPの次女が住んでいる。

生活歴；21歳で結婚。電気屋に従事。40歳代から60歳まで病院で介護助手をした。30歳で交通事故で左大腿骨骨折し手術後から歩行不安定。跛行あり、長距離歩行は辛く、エアロバイクを使ってリハビリをしていた。左膝痛が強まり手術を決心。H30年1月左膝人工関節手術施行、術後リハビリ目的で転院。同年4月に車の運転の許可がおりないまま退院。日常生活の不便さを強く感じ、5月住宅改修工事施工。

現在の生活状況；朝は家事を行い、昼からはゴロゴロしている。自家用車を所持し、医師からの運転許可は出ているが出かけていない。

実践内容：
＜生活行為アセスメント＞
合意目標
自動車運転ができるようになり、買い物や近隣の集会所で実施しているサロンに参加できるようになる
目標に対する実行度と満足度（初回）
・実行度 0/10 ・満足度 0/10
＜プログラム内容＞
基本的プログラム
・ストレッチ、筋力トレ等の習慣化と運動指導
・バランストレーニングの運動指導
応用的プログラム
・自動車運転のための練習
・近所を運転する（家族、OTと一緒に）
社会適応的プログラム
・買い物、サロンへの参加
・友達を電話で誘って一緒に参加する

通所C型の流れ

9：30 10：00 10：10 10：50 11：00 11：40 11：50

集合・準備 → チェックバイタル → 導入 アイスブレイク → いきいき百歳体操 → 休憩 → 認知症予防または体力測定 → 次回予告 整理体操 → 終了・解散

＊動作確認とリスク管理を行いながら

訪問C型の流れ

初回訪問	2回目以降	最終訪問（3ヶ月後）
アセスメント 目標となる 生活行為の抽出 支援プログラムの立案	支援プログラムの指導 実施状況の確認 ホームエクササイズ指導 環境調査など	効果判定 生活目標の達成状況の確認 介入による日常生活への波及効果の確認

生活行為向上プラン

生活行為向上プラン	実施・支援内容		基本的プログラム	応用的プログラム	社会適応的プログラム
	達成のためのプログラム		・関節可動域、筋力強化、バランス機能を高める体操を行なう。	・自動車運転を近い距離から徐々に行なっていく。	・買い物やサロンに参加する計画を立てる。
	いつ・どこで・誰が実施	本人	・自主訓練としてストレッチ、筋力強化、バランス訓練を習慣的に行なう。	・近所の店舗での買い物、集会所での体操、受診などを行なう。	・友人と連絡を取り、一緒に参加するように段取りをする。
		家族や支援者	・OT が自主訓練の指導を訪問時に行なう。	・家族や OT が訪問時に経路を確認し、運転や参加に際して、危険がないかを見極め、判断を助ける。	・家族や OT が訪問時に経路を確認し、運転や参加に際して、危険がないかを見極め、判断を助ける。
	実施・支援期間		H30 年 7 月 20 日 ～ H30 年 11 月 30 日		
	達成		■達成 □変更達成 □未達成（ 理由： ） □中止		

訪問・通所事業の風景

初回評価

握力；左20.3kg、右19.0kg
開眼片脚立ち；左17.5秒、右20.18秒
CS-30；11回
５m最大歩行時間；5.11秒
Barthel Index；95／100
HDS-R；29/30 LSA（生活空間）；非実施
老健式；9/13 FAI（IADL）；非実施

最終評価

握力；左21.5kg、右24.7kg
開眼片脚立ち；左37.67秒、右35.35秒
CS-30；12回
５m最大歩行時間；4.85秒
Barthel Index；95／100
HDS-R；29/30
老健式；11/13
LSA；65/120
FAI；30/45
＊赤字は改善

成果・課題： 【終了時】・目標にしていた自動車運転の再開により、買い物が可能となる。
・その他、サロン活動へ参加するようになり、生活範囲が拡大した。

【目標に対する実行度と満足度（最終）】
・実行度 10/10 ・満足度 10/10

事業分類 ： 通所C　地域資源活用

総合事業サービス実践事例④（事業事例）

石川県羽咋郡志賀町における、通所C型事業

取り組みのポイント　**地域資源を活かすために実施場所の変更をOTから提案**

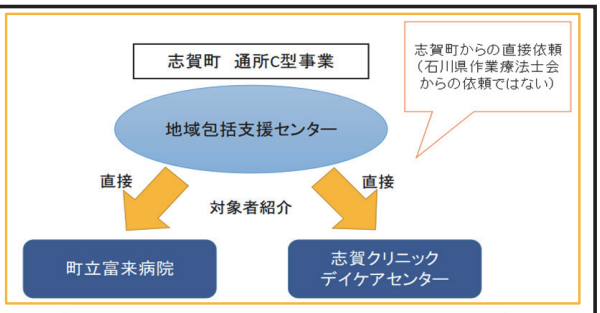
自治体名 ： 石川県羽咋郡志賀町
実施事業所名 ： 志賀町地域包括支援センター
担当者名 ： 町立富来病院　加藤孝之

地域情報：
志賀町は石川県能登半島の西海岸沿いにあり、2022年9月時点で人口約19000人、65歳以上が約8500人、高齢化率は45.2%。
要介護認定率は65歳以上で17.9%、75歳以上では29.9%
地域包括支援センターは役場内1カ所のみ。通所C型の委託先は町立病院と町立デイケアの2か所。

行政との関わり：
H25年～H26年に町内各地区の住民集いの場へ認知症やロコモティブシンドロームについて講演や運動指導を実施。
H27年4月より事業委託され病院リハビリ室で通所C型を開始。
R元年4月より地域資源活用のため「とぎ地域福祉センター」に場所を変えて通所C型事業実施。

実施体制：
・町立富来病院への直接委託事業
・運営主体は志賀町地域包括支援センター
・事業に対して、主担当OT1名、サブPT1名を派遣
・通所期間は基本3か月、最長6か月
・週1回、木曜午後から実施
・生活環境を評価するため送迎もOT・PTが実施
・志賀町は生活圏域が志賀地域・富来地域の2つに分かれている。高齢化率の高い富来地域を担当
・対象者の選定は地域包括支援センターでおこなわれる自立支援会議で決まる。対象者選定にOTはまだ関われていない
・通所C型実施中に担当保健師に来てもらい、その場でモニタリング担当者会議をおこなうよう依頼

事業内容：
＜事業担当条件＞
・訪問リハ、通所リハを担当する介護部門スタッフ
・石川県リハビリテーションセンター主催の「市町事業に関わるリハ専門職育成導入研修・シンポジウム」受講者
・所属施設長、部門長からの推薦者
＜事業実施中の保険＞
・志賀町地域包括支援センターが保証
＜事業実施に関する費用＞
・利用者負担　1回　450円（ひと月毎に支払い）
・OTの人件費は訪問リハビリ半日分相当を町に請求
＜事業の実施場所変更について＞
・病院リハビリ室で実施すると運動機能向上は可能だが、自立支援・社会参加には繋がりにくい
・地域住民がいつでも利用でき、卒業後に気軽に通える場所で実施できないか、OTから地域包括支援センターに提案
・とぎ地域福祉センターを選んだ理由、アクセスしやすく、興味・関心がわくポイントが多く、通所C型を卒業後に地域住民と交流しやすいと考えたため
※町コミュニティバス停留所あり、天然温泉、ボランティア教室の定期開催、トレーニングルーム、カラオケ設備、軽食喫茶（酒類）営業、土日の営業、など



病院リハビリ室で通所C型をやってみて

週1回、2時間（集団体操・個別運動・作業活動・生活相談）
入院・外来の患者さんと同じ時間・スペースで実施

良かった点	反省点
• 病院への敷居が低くなった • 医療の相談がしやすい • もしもの急変時に対応可能 • 作業活動の種類が多い	• ごちゃまぜがマイナス • 卒業後の具体的な生活のイメージがわきにくい • スペースが狭い

自立支援・社会参加につなげるために

実施場所変更！

とぎ地域福祉センター　トレーニングルーム

週1回、2時間（集団体操・個別運動・作業活動・生活相談・パワトレ）
一般の利用客も使用している時間帯に実施

実施場所変更後の改善点	実施場所変更による課題
• 卒業後の提案しやすい • 圧迫感がなくなった • 活動量が多くなった • 一般利用者に波及	• 作業活動の種類が限定・・・ • もしもの急変時対応が・・・ • 一般利用客のじゃまかも・・・ • 卒業して通う人が少ない・・・

成果・課題：
＜総合事業参加のメリット＞
・担当した地域の生活様式や行動様式を知ることができる
・生活様式・行動様式を知ることによって院内OTに活かせる
・活用しきれていない地域資源を発掘することができる
・送迎をすることで地域を細かく知ることができる

＜総合事業参加のデメリット＞
・他スタッフが院内業務をカバーすることになる
・必要書類の確認等、本業務以外の時間が必要
＜今後の課題＞
・対象者選定時点から担当OTが関わっていくことで成果がより上がると考える

事業分類 ： 通所C コロナ禍

コロナ感染対策！！自宅で通所型短期集中サービスC

取り組みのポイント　**新たな感染症流行時にも、持続可能な支援体制**

自治体名 ： 奈良県北葛城郡河合町
実施事業所名：株式会社コミュニティケア
担当者名 ： 安井 敦史

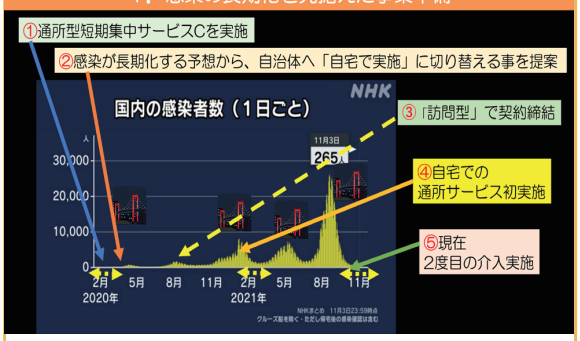
地域情報：
河合町は奈良盆地の西部,なだらかに起伏する馬見丘陵の北東部に位置し,総面積約8.23平方キロメートル,人口約1.7万人の町。令和3年10月の推計高齢化率,39.45％と県平均32.15％を上回る。

行政との関わり：
平成27年頃より,町や他職種・県職員と有志勉強会を開催し,地域包括ケア・自立支援について幾度となく意見を交わし,地域支援の具体的方法を検討・試行した。その後,町内通所介護施設で「通所型短期集中サービスC」を開始した。
平成31年初頭、新型コロナウイルス感染症の流行が始まり,コロナ禍での自粛生活より住民の「生活不活発」が加速することを警戒し、コロナ禍でも持続可能なサービス継続体制を検討した。

実施体制：
平成31年4月末の時点で,今後の感染状況が改善しない予測見通しから,既存の通所型での事業継続は困難と判断し,通所型のプログラムを,感染対策を講じ,各自宅で提供できないか？といった視点で,担当課との協議を開始した。
協議開始時には、完全リモートも視野に準備を進め,町担当者とも情報共有を行い,「コロナ禍でも自立支援を止めない」との考えから自宅で行う通所サービスの仕様書作成を実施した。
改変した仕様書により,自宅での通所型短期集中サービスCは,令和元年5月より開始となった。

事業内容：
「人が集まる」ことへの不安感は続いていたが,感染対策を講じた専門職が個別訪問することへの不安の声は少なく,概ね「自宅で短期集中サービスC」は受け入れられたと考える。
実施内容は,自宅でできる効果的な運動メニューを提示し,普段の生活の中で実行してもらい、貸与した歩数計をもとに,1日の歩数と日々の暮らしを自分で記録してもらうことで自分の活動量を「見える化」した。利用者には,自己練習メニューを行い,「自宅でもこまめに動く」ことや「買物や散歩など活動機会を増やす」ことが大切であることを理解してもらうことを心掛けた。
「生活が不活発な状態」が将来の暮らしを脅かす要因であることを理解してもらうため「運動」「栄養」「口腔」の観点から毎訪問時には「講話」を実施した。
新しい総合事業における「短期集中サービスC」は,自立支援を目的に,「活動」「参加」を意識することが重要なコンセプトと示されている。
一般的には,「訪問型サービスC」は,自宅環境の調整や各種動作指導を行う形式というイメージが強い印象だが、今回の事業実施を通して,住み慣れた自宅や地域で暮らし続けるためには,不活発な暮らしから「日々の生活での活動量を増やす」といった「行動変容」が重要で「通所型」「訪問型」といった実施形態での差はないと感じた。

1．感染の長期化を見据えた事業準備



感染対策視点での事前準備

奈良県の河合町で2021年1月より実施！

国などの「感染拡大防止等の支援」制度で物品を準備

対策①
・機材は、基本的に個別貸し出し
対策②
・プログラムは、通所型と同じ
→教材は、紙でも提示できる
手を触れることを減らす
対策③
・脳トレ教材なども紙で準備
対策④
・感染状況では、電話リモートへの切り替えも想定

家でも通所でも短期集中のコンセプトが大切

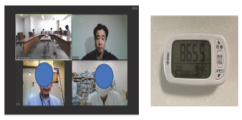
＜基本的な考えの整理＞
従来の2次予防の教室のあり方の振り返りにより、今の「短期集中サービス」がある

教室で運動だけが目的ではなく、活動・参加と普段の生活が大切！

私たちのコンセプト

気付きと行動変容 ← 促す支援

「できなかった事を、できるに」、
「できる事は、もっとできるに」



出典：厚生労働省資料

成果・課題：

＜総合事業参加のメリット＞
・実施形態に関わらず「自立支援」を届けることができた。
・短期集中サービスCの適応基準を行政と考えることができた。
・自宅で実施したので,介入が迅速に行うことができた。
・コロナ禍でも,通常に近い体制で参画できた。

＜総合事業参加のデメリット＞
・短期集中サービスCの適応者が明確になっていない。
・地域の医療・介護施設の参画が浸透していない。
・一部では,従来の「2次予防」の影響が残っている。

事業分類　：通所C・訪問C併用　行政直営　ケア会議連動

総合事業サービス実践事例⑥（事業事例）

広島県竹原市における、通所・訪問C型事業

取り組みのポイント　**通所C・訪問C・ケア会議が連動し柔軟に介入**

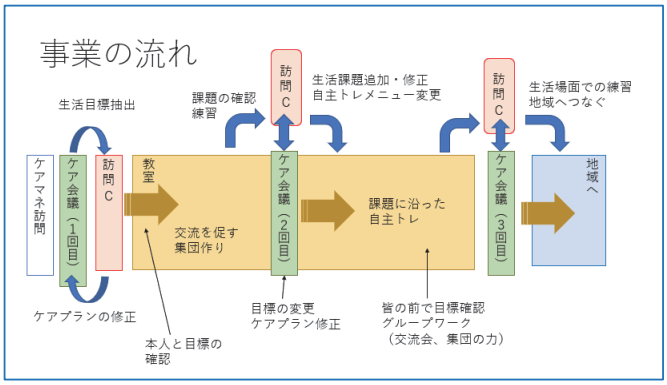
自治体名　：　広島県竹原市
実施事業所名　：　竹原市
担当者名　：　安田病院　本林真貴子

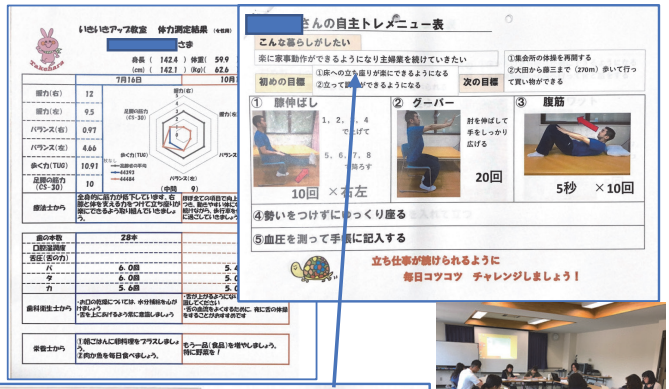
地域情報：
竹原市は広島県沿岸部の中央に位置し、瀬戸内海の温暖な気候。 面積は 118.3km、 人口は約 2.4万人。 高齢化率は2020年度末で41.2%で、65歳以上人口は10,163人。要介護認定率は2020年19.4%。 一つの日常生活圏域で構成される小さな市。

行政との関わり：H18～二次予防事業に関わり市内療法士と行政の連携が開始。H28、市内専門職と行政で構成された「コミュサポネット竹原」発足、連携会議・研修を定期開催。H29～通所C・訪問C開始。

実施体制：
・竹原市の直営
・当法人への派遣契約
・業務に対する療法士派遣として実施
・通所C：OT1名、PT1名
　担当者：OT／PT／NS／保健師（行政）／歯科衛生士
　　管理栄養士／生活支援コーディネーター
　　※担当者はクールを通して固定
　実施回数：前期　14回（7月～10月）
　　後期　14回（12月～3月）
・訪問C：不定期（1クール3回上限）、1名
・ケア会議（1クール3回）：OT1名、PT1名

事業内容
ケア会議1回目：スタッフ間の情報の共有。課題の把握・方向性の統一
訪問C1回目：生活課題の確認、生活の様子を把握。具体的な「なりたい姿」を確認
通所C開始：1回目に体力測定実施。測定結果とケア会議・訪問Cの結果を統合し本人と目標を合意、ケアプランに反映。集団の力でモチベーション維持。課題に沿った個別自主トレ作成、目標を段階付け、随時修正。
ケア会議2回目：教室の様子や訪問Cの結果報告。方向性や目標の修正、チーム内での統一。後半での課題とアプローチの選択
訪問C2回目：目標行為へのチャレンジ、達成への後押し。目標の修正、残る課題の確認。その後の生活イメージを持つ、生活意欲を高める。自宅内外・地域での生活動作を確認
終了時：自己評価アンケート実施。終了後の生活へつなげるため必要時訪問C3回目実施
ケア会議3回目：終了後フォローの方針確認・共有





ケア会議

卒業生との交流会

毎週の聞き取り

通所C風景

終了後
訪問C

成果・課題：＜通所C・訪問C・ケア会議を連動し効果を発揮する工夫＞
1.生活課題を導き出す工夫
　スタッフ間で協力
2.身体機能の改善と生活内での変化の連動
　課題も随時修正
3.タイミングを逃さない
　心が動くきっかけをつかみ、柔軟に介入
4.固定メンバーで関係作り、集団の力

＜総合事業参加のメリット＞
1.生活全体を広く長く捉える視点
2.生活課題の具体的な抽出
3.段階付けた自主トレの提示
4.集団の利用
5.イベントによる仕掛け
6.心の動きを感じる、引き出す
7.生活が変わる、気持ちが変わる喜び

兵庫県西宮市でのリハビリテーション専門職によるケアマネジメント支援事業

取り組みのポイント　３つの工程分析に基づいたケアマネジメントへの反映

自治体名：兵庫県西宮市
実施事業所名：宝塚ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ病院
担当者名：小南　陽平

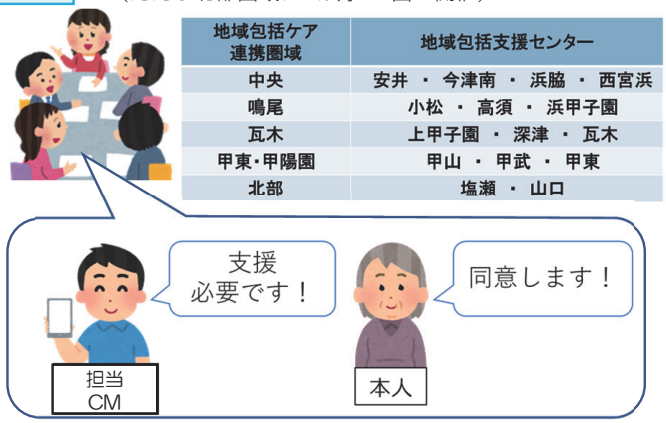
地域情報：
西宮市は兵庫県南東部、阪神間にあり、大阪・神戸両市のほぼ中間に位置する中核市。総面積100.18㎢に及ぶ南北に長い市域は、北部の山地部と南部の平野部に分かれている。
市域：東西約14.2 km、南北約19.2 km　人口：48万3,155人
高齢者人口：11 万7,939人　高齢化率：24.4％

行政との関わり：
①H24年～西宮いきいき体操
②H29年～自立に向けたｹｱﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ会議
（自立支援型地域ｹｱ個別会議）
③H30年～ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ専門職 によるｹｱﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ支援事業

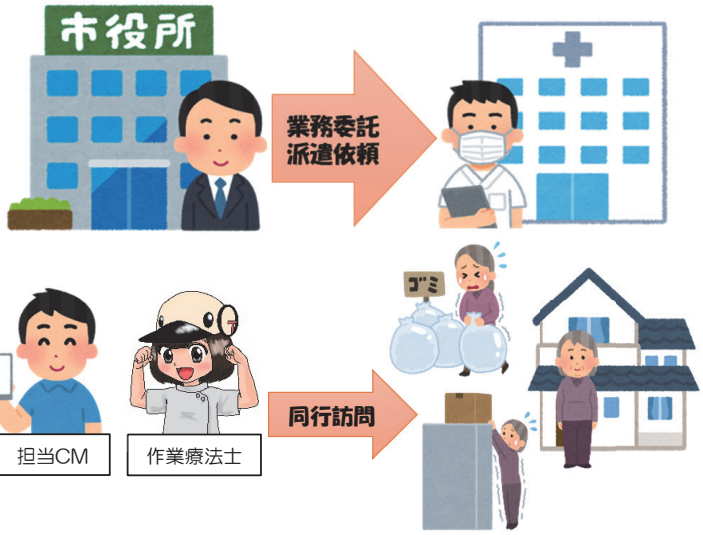
会議は5つの地域包括ケア連携圏域毎に概ね月1回開催
（ただし北部圏域は3ヵ月に2回の開催）

実施体制：
・運営主体は西宮市。
・自立に向けたｹｱﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ会議から派生した事業。
・会議に参画している法人へ西宮市から委託。
・業務に対する作業療法士派遣として実施 。
・ｹｱﾌﾟﾗﾝ作成者へ支援の必要性が生じた場合且つ、本人の同意が得られた場合に実施。

地域包括ケア連携圏域	地域包括支援センター
中央	安井 ・ 今津南 ・ 浜脇 ・ 西宮浜
鳴尾	小松 ・ 高須 ・ 浜甲子園
瓦木	上甲子園 ・ 深津 ・ 瓦木
甲東・甲陽園	甲山 ・ 甲武 ・ 甲東
北部	塩瀬 ・ 山口



事業内容：
・初回検討した療法士のうち１名が同行訪問を行う。
・同行する療法士は専門的見地から対象者の心身状況および環境等を確認し、生活課題の原因分析を実施する。ｹｱﾌﾟﾗﾝ作成者に対して対象者により良いｹｱﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄを行えるよう具体的な対応策に関する助言・提案を行う。
・支援は１回あたり概ね１時間程度。
※あくまで間接的ｱﾌﾟﾛｰﾁであり、対象者ではなくCMのｹｱﾌﾟﾗﾝが自立支援の考え方に繋がる提案を行う。
・同行訪問実施後、同行したﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ専門職は事業実施報告書を作成し、西宮市へ提出する。



取り組みのポイント：
◎同行訪問実施前のCMとの事前打ち合わせを行う！
◎「企画準備力」「実行力」「検証完了力」
３つの工程分析に基づいて生活課題を分析する！
◎分析した生活課題と今後の取り組みの提案を伝え、ｹｱﾌﾟﾗﾝに組み込むことが可能か協議する！
◎ｾﾙﾌﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄに繋がる助言・提案を伝え、CMとも共有！
◎本人・家族・CMへ称賛できるところは思いっきり称賛する！

「企画準備力」
生活行為を実施するために、「いつ、どこで、誰と、何を、どのように」行うのかを企画したり準備する能力

「実行力」
実際に実施をするときに必要な能力

「検証完了力」
生活行為を遂行しながら、うまく進んでいるかを検証し、間違いや、より良いやり方に途中で気づいて修正したり、しっかりと完了できたり、次回の遂行につなげることができる能力

＜本事業の成果・ﾒﾘｯﾄ＞
・令和元～3年度　実施件数：69件
・ﾌﾟﾗﾝ作成者へのｱﾝｹｰﾄより（回答数：41件）
＜問＞事業を利用されていかがでしたか？
＜答＞「とても役立つ、やや役に立つ」（100％）
・訪問をきっかけに意欲向上、活動性向上した事例など複数報告あり。
・本事業利用群の方が、対象者・家族またはｻｰﾋﾞｽ事業所の変化が非利用群に比べて大きい。
＜本事業の課題点＞
・会議参加派遣までが限界で、同行訪問まで対応できる事業所が少ない。

4．一般介護予防事業における作業療法士の役割と関わり方

1）介護予防把握事業

把握事業では、主に市町村や包括支援センター勤務の作業療法士が、リストアップされた住民の健康状態の把握において、リハビリテーション専門職の視点の評価が必要な場合に、電話での聞き取りや保健師等の専門職との同行訪問を行い、支援につなげるといった関わりを持つことが多いようです。通所・訪問サービスC、一般介護予防事業などへの適応の判断や、実際に利用につなぐ働きかけを行っています。

2）介護予防普及啓発事業

介護予防普及啓発事業とは介護予防活動の普及・啓発を行うもので、作業療法士は介護予防教室などでの生活行為向上の指導・教育を行います。一般高齢者に向けて、作業療法士は元気なうちに生活行為向上を意識する生活の考え方を、分かりやすく解説できます。

【実践例】

●公民館を地域包括支援センターの職員と一緒に回り、これからの介護、リハビリについて話す

●月１回程度とか、○回連続週１回の介護教室などで目標を決めて個別、集団メニューを実施

●認知症について、サロンや老人クラブ、企業や事業所の研修会などで、参加者の年代や希望する内容に応じて、症状から治療、支援や予防活動の実技まで対応する分かりやすい講座

●県と専門職団体で自立支援に向けた取り組みについての手引きを作成する

●終活セミナーで、無理なく自立した生活を維持するための体操や日常生活上の工夫などを紹介

●職場のリハビリ部門で行う体操教室や認知症予防講座を、地域包括支援センターの協力を得て広報し、公民館や通いの場に出張して行う。

（1）介護予防活動の考え方の提示

介護予防の取り組みというよりは、現在の自身の状況に合わせた健康づくり、と言った説明のほうが理解が得られやすいでしょう。個々が自身の希望と心身の状態や環境状況を認識し、小さくても目標を持って取り組む主体的な活動や、家族の協力や通いの場の仲間との活動、社会資源の活用などによる社会参加活動の重要性を伝えます。

> 【例】「友人と旅行に行きたい」→「長い距離を疲れずに歩けるようになる必要がある」→「毎日体操や散歩をする」というように、運動をすることが目的ではなく、運動や散歩が、したいこと、したい生活を実現するためのひとつの手段となる。

単に“介護予防”という言葉を多用しすぎると、要介護状態に対して否定的なイメージを与えてしまう可能性があります。目指しているのは「その有する能力に応じ自立した日常生活を営むこと」（介護保険法第５条）であり、要介護状態にあっても主体的で健康的な生活を送ることです。

（2）介護予防教室、講座等でのプログラム提示

①**プログラム内容**は、個人・集団でも行えるもの、心身機能から活動と参加までカバーできるものを提供します。効果を普段の生活行為に反映できるようにすること、また集団活動・社会参加活動の遂行支援を継続支援として提案して行くことが重要です。

> 【例】自宅での生活行為の向上を目指す、または日常生活のセルフマネジメントを向上させる運動メニュー、認知症予防メニュー、変化を実感・把握できるようにするための測定メニュー、集団活動メニュー、集団活動・社会参加活動の運営支援（計画から実施、振り返りまでのプロセス提示）、活用できる社会資源と利用方法の提示など。

②**測定プログラム**は、参加者主体で行う場合は、短時間で運動をかねて行えるような、簡便で安全に実施できるもの、結果の改善率の高いものを活動意欲の維持の手段として活用すると有用です。支援者の協力や精度の求められるものは、最初と定期（半年毎など）に実施し、効果変化を客観的に提示すると有用です。測定結果の向上が見られなくても、維持されていることが重要なこと、低下が見られる場合はそこを補う活動につなげることが重要、という考え方を伝えます。興味関心チェックシートで自身の意識づけの機会や、認知症予防に関連した検査スケールの活用なども有効です。

③**実際のプログラム提示**では、目的・生活行為の項目をあげて普段の生活の中で実施する場面や方法を具体的に提示し、どう活かされるのかを理解して取り組めるようにします。現在できていることも方法や量を調整したり、用具を工夫したり、遂行しやすくすることで、したいこと、したい生活の継続につながることを伝えます。

【例】体幹と肩甲帯のストレッチと筋力トレーニングです、といった提示ではなく、洗濯は自分でしたい、でも干す時に腕が上がりにくい、という希望や困りごとに対するプログラムとして、「腕だけでなく、腰や肩も伸ばし、胸を開いて無理なく腕を上げる運動です。」「洗濯物干しだけでなく、布団の上げ下ろし、神棚のお供え物の上げ下げなどにも役立ちます。」「気をつけて行うことで、普段の家事でストレッチができます。」「肩や腰に痛みがある場合は、物干し台を低くして、痛みが出ないくらいの動きで洗濯物を掛けられるように調整すると、無理なく続けられます。」など、生活行為の遂行と関連付けて提示する。

長く続けているメニューに“付け足し”的に短時間（10分程度）で実施できるプログラムを複数提示して日替わり、週替わりなどで選択し、目的別にローテーションするなど、通いの場の状況に合わせて実施できるようにしたり、難易度で段階付けして提示し、身体状況に合わせて実施したり、ステップアップできるようにすることも有用です。

④**継続支援**としては、リーダーの負担軽減と、参加者それぞれが得意なことを生かして無理なく運営に携わり、役割として遂行できるような仕組み作りに協力できます。活動遂行のためのプロセスを、MTDLPのプランニングの手法、マネジメントの視点を取り入れて役割分担から地域資源の活用、さまざまな支援者や団体とともに活動することも検討できるように、書き込み式の会議録兼計画書のような書式を用いるなどして、分かりやすく提示できます。また、通いの場の中での活動にとどまらず、地域での社会参加活動へつなげていく支援として、地域行事への参加や社会貢献活動の具体例の提示、実際の地域活動や行事の企画・運営に協力できます。さらに、必要に応じて運営上の困りごとに迅速に対応できるような定期・不定期の支援が不可欠です。何かあった時には気兼ねなく相談してもらえるような支援者との関係作りと、できるだけ迅速に対応できるよう、各士会での協力体制作りも重要です。

（3）パンフレットなどの資料への作業療法（MTDLP）の視点の反映

市町村等が企画するパンフレットや冊子、活動記録手帳などの作成に参画できる場合は、協働する行政職員や他専門職に、自己決定を尊重した活動支援が、主体的な活動の広がりや自立支援へとつながるという視点について理解を得､共有することが必要です。また、使用や普及において、パンフレットや冊子などは、参加者用、行政用、ボランティア用など、対象別の情報量の調整、DVDなど映像を用いて分かりやすく伝える工夫と、配布後も必要に応じて専門職が有効性や実施方法の説明を直接行い、主体的な活用・定着支援に協力できる仕組み作りも重要となります。

3）地域介護予防活動支援事業

地域介護予防活動支援事業は、地域における介護予防活動の育成・支援（住民主体のサロン等の立ち上げ支援）です。

作業療法士は、住民が主体的に地域に参加の機能をつくろうとするときに、意味のある地域の活動の提案を住民と一緒に考える事ができます。作業療法士はさまざまな生活行為の阻害を解決できる活動の仕組みを地域の特性（文化、環境、人材等）を基にプロデュースできます。

【実践例】

- ●県の事業で他職種と総合的なプログラム集を作成、実地検証として老人クラブのリーダー研修会で使用してもらい、意見をプログラムに反映させる
- ●市町村職員と舞踊サークルの方々と一緒にご当地体操とＤＶＤを作り、各町内会で指導する
- ●サロンの認知症講座で認知症予防としての社会参加活動の一つとして、認知症の方への支援を学んでもらう
- ●郵便局員や銀行職員等へ向けた研修会を開催し、認知症と支援について学んでもらう
- ●市の映画イベントと共催して同会場内で認知症カフェを開催し､映画の合間のミニレクチャーの実施、地域包括支援センターや多職種の相談ブースを設置した
- ●村の特産品をモチーフにした軽スポーツの考案と各サロンへの普及、大会運営への参画

（1）住民主体の通いの場立ち上げ支援について

市町村や地域包括支援センターなどの担当者と協力し、住民に伝える情報の整理を行い、健康な生活を続けていくために主体的な活動と社会参加の重要性や、活動の場を支援者と一緒に作り上げていくことが社会参加活動になるといった有用性を伝えます。また、住民が主体的に取り組むきっかけになるようなプログラムの作成、提示方法の工夫などに協力できます。新しいプログラムを作る場合に、内容に日常の生活行為向上に応じた運動を取り入れたり、題材に地域特性を活かしたり、検証に地域の人材や通いの場の参加者の協力を得たりして、皆で作り上げられるような、主体的

な社会参加活動のひとつとすることも作業療法士の重要な役割になります。さらに、リーダーの支援、参加者以外の住民の力も活かすサポーターの養成、必要に応じて運営上の困りごとに対応できるような、行政やボランティアによる定期・不定期の支援体制作りに協力できます。また、作業療法士自身も依頼を受けるのでなく一人の住民・サポーターとして支援に協力できます。

（2）支援者の人材育成について

行政、専門職団体、市民活動団体（体育・文化・NPO など）やボランティア等、一般的な支援者への研修で、通いの場が主体的な社会参加活動の場であること、個人・集団の活動を、それぞれが目標を持って実施できるように支援することの重要性を伝えます。

【例】単に“足腰の力が衰えないように体操しましょう”だけでなく、“畑が続けられるように”“孫と散歩できるように”“スーパーで買い物できるように”“神社へのお参りを続けたい”“洗濯は自分でしたい”など、どんなに小さいものでも、より具体的なものがよい。

運営では、提供側に“おまかせ”や“やらされた”では続かないこと、適切な支援がなければ続けられないこと、できることを活かし役割を持つことで、やりがいや意欲が高まること等、より意味のある活動になるよう支援することの大切さを伝えます。主体性を引き出すための具体的な支援方法として、興味関心チェックシートなどの活用の提案、また参加者が自身の希望や状況を確認でき、そこから目標を導き出せるような独自のシートの作成・使用の協力などを行います。支援者として専門職が関われる場合(直接支援)は、改善の見込みのある所に着目して取り組みを提案できるようにすることも有用です。「プログラムをたくさん教えてほしい」という希望がよく聞かれます。確かに、効果的な複数のプログラムの提供は、参加者・支援者双方のモチベーションの維持のために重要です。しかし、ただ次々とこなすのではなく、集団としての方向性をみんなで考えて決め、見合った内容のプログラムを選び、効果や目的を理解したうえで、それぞれが目標を持ってじっくり取り組む事も、集団として主体的な活動を継続していくために重要なプロセスになることを伝えていく必要があります。さらに、支援活動が支援者自身の健康づくりにもつながっていることを伝えることで、互助の考え方を伝えることができます。

4）一般介護予防事業評価事業

評価事業では、事業および個人の効果結果の評価を行います。主に市町村または包括支援センター勤務の作業療法士が、ニーズ調査や通いの場参加者の体力測定やアンケート調査の結果などから評価を行う、などの取り組みへの関与があげられます。担当でなければ関与しない場合もあります。

5）地域リハビリテーション活動支援事業

地域リハビリテーション活動支援事業は、地域における介護予防の取り組みを機能強化するために、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民運営の通いの場等へリハビリテーション専門職の関与を促進します（図９）。前述した作業療法士が関与する介護予防普及啓発事業や地域介護予防活動支援事業も介護予防に資する内容であれば市町村の判断で、地域リハビリテーション活動支援事業として実施することも、介護予防普及啓発事業＋地域リハビリテーション活動支援事業とすることも可能です。作業療法士は、地域支援事業全般にわたり、横断的・限定・限局的に生活行為向上の視点で地域住民の主体性を引き出す活動の提案ができます。１対１、１対多、あるいは１対行政等と、関与の形は様々です。計画に基づいて効率的効 果的に配置され、派遣・介入するには、作業療法士が所属する組織（都道府県士会、勤務する事業所等）と依頼する市町村との協力・連携が必要です。派遣者の育成及び質の担保を図る研修会等の実施や欠員が出た場合の補充など、バックアップの体制がある状態で、派遣者個人の努力のみによらず、組織的に取り組み、確実に対応していく必要があります。

【実践例】

●県と多職種と一緒に地域ケア会議助言マニュアルを作成する

●市町村地域包括ケアセンター職員と同行して自宅や事業所を訪問し、地域ケア会議の助言をプランや日常的なケアに活かすための取り組みを実地で助言、検討する

●県と他職種と一緒に住民主体の通いの場で参加者が主体的に取り組めるプログラム集を作成、実施に際して支援を行う

●介護支援専門員向けに自立支援の考え方に関して、MTDLP を活用して紹介する

●通所介護事業所の介護職員の研修会で、各施設の自立支援の取り組みで工夫している点や力を入れてい

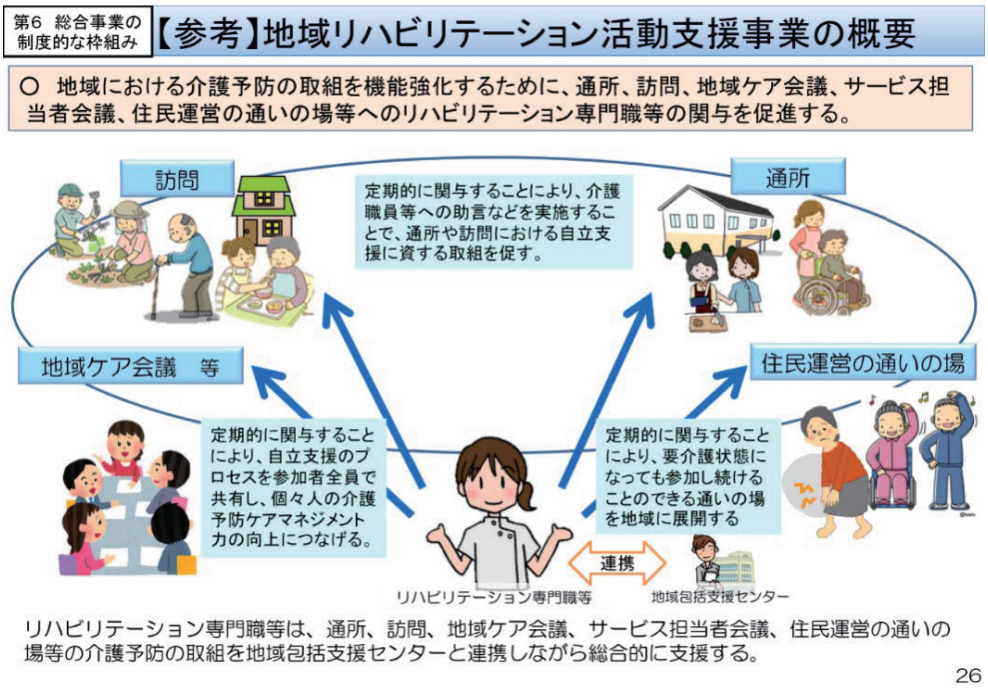


図９　地域リハビリテーション活動の概要における利用者の流れ

る点の発表に対し、内容の支持と根拠の提示、作業療法の視点からの助言を行う

（1）５つの関わり方と具体的内容（図７→P43）

作業療法士１　対　対象者１

多くの作業療法士にとっては経験値も高く、なじみのあるスタイルで、訪問・通所のＣ型ではこのような介入が可能です。内容としては、個別に生活課題や希望する生活について聞き取り、助言、プログラムを立てます。具体的には、MTDLP の実施、興味関心チェックリスト、生活行為確認表、生活行為自己確認シートの活用等が挙げられます。

作業療法士１　対　対象者多

地域リハビリテーション事業として多様な事業で多く見られるもので、前出の介護予防普及啓発事業、地域介護予防活動支援事業における、通いの場や一般向けの研修会、イベント時のプログラム提供などの活動がこれにあたります。複数の対象者に対しての講義や説明会の開催で、大切な生活行為の考え方を指導します。ここでも、興味関心チェックリスト等が活用できます。規範的統合（国が示す自助や互助の考え方を国民全体が理解すること）は、作業療法士が（対象者中心で本人の意思を起点にしている）MTDLP を用いながら、生活行為向上の考え方を分かりやすい言葉に変えて、多くの対象者へ説明することで図られます。行政が行うべき事業の構築に、作業療法士の存在は不可欠といっても過言ではありません。介護教室や説明会等において、ボランティアや家族等身近な対象者以外の支援者向けに生活行為の考え方や支援の方法、活動と参加に必要な環境について分かりやすく伝えていくことは、生活行為の自律の支援者を増やしていく活動となります。規範的統合を拡散させる方法といってよいでしょう。

対　ケアマネジャー

ケアマネジメントに必要な自立支援の視点について、ケアマネジャーへ直接助言が求められることがあります。市町村によっては、ケアプラン作成時に対象者宅へケアマネジャーと同行訪問し、アセスメントから支援計画までリハビリテーション専門職が助言する事業を実施しています。通所型・訪問型サービスＣでは、短期集中で目標達成を目指す事業であり、ケアマネジャーとの綿密な連携が求められます。

対　支援者

リハ専門職のいない事業所の職員向けの研修会や、事業所アドバイザー派遣等事業の際には、体操などのプログラムの提示、個別の心身機能評価のみにとどまらず、自立支援の視点での介助方法、個別の生活行為目標を達成するためのプログラムをいかにして日常的なケアや日課に落とし込むかをわかりやすく提示します。事業所や通いの場の支援者にアドバイスを行う場合は、一方的にならずできるだけ困りごとの内容、工

夫している点、施設環境の問題等を聞きとり、まずはニーズに応える対応が重要です。

また、多職種との協業により事業の立ち上げやマニュアルの作成などに携わる場合にも、主体的な取り組みとなる生活行為向上の視点、方法等を提示していきます。

対　行政

地域ケア会議への助言者としての出席はもちろん、包括的事業から制度づくりまで助言、指導、情報提供することで市町村、県行政に関わることができます。リハビリテーション専門職が行政職員となっている市町村もありますが、そうでない場合、地域課題の解決や事業計画、政策立案の過程でリハビリテーション専門職の意見を求める必要が出てきます。地域ケア推進会議や、行政内で行われる事業計画会議にオブザーバーとして出席を依頼されることもあります。

機能訓練に偏らず自立を目指す制度の説明やリーフレットづくりといった行政の窓口機能の向上等介護予防ケアマネジメントプロセスの適正化への支援も可能です。また、地域介護予防活動支援事業を一緒に実施する行政職員に対しては、自立支援の考え方、主体的な活動の有用性、住民の力を活かす視点を提示できます。

（2）作業療法士に求められること

作業療法は本来、人の生活を支え、豊かにするものです。地域支援事業に関わる作業療法士が念頭に置かなければいけないのは、①生活行為向上のプロである意識を持つこと、②行政や他職種との連携力を高めること、この２点に集約できます。地域支援事業と作業療法は対象者である生活者の「自立」、「自律」、「主体」という同じ目的とテーマに向かっています。国の課題解決のために、作業療法士は、疾病、生活機能、環境因子（ICF）を踏まえた生活行為向上のための専門的助言ができる最適な専門職であることを自負し、地域包括ケアシステムの構築に寄与に努める責任があるのです。

MTDLP は、日本作業療法士協会の生涯教育制度内に段階的研修がすでに位置付けられています。このMTDLP 研修を受講することで、活動と参加に向けた本来の作業療法を再認識することができます。多様な関わり方が求められる地域支援事業の中、作業療法の専門性を各事業のニーズに活かすためには、作業療法士自身が作業療法の考え方やプロセス・具体的介入方法等、全体を整理し理解しておく必要があります。MTDLP は作業療法士のためのテンプレートである一方で､作業療法の「見える化」を目指す目的もあり、作業療法士以外に向けた「伝達」のためのツールとしての活用をお勧めします。

今後更に、MTDLP の活用も含めた様々な参画の具体的手段とその成果を検証し、有効な参画方法について共有化を図っていかなければなりません。部分的時限的な参画から、１人の対象者地域全体へのマネジメントへと活躍の幅は無限と言って良いのです。

サービス類型と MTDLP をベースにした作業療法士の参画について整理し（表４）端的に理解することも重要です。日本作業療法士協会が 2018 年３月に発行した「総合事業実践事例集」もご参照ください。

６）実践事例

⑧介護予防普及啓発事業
⑨地域介護予防活動支援事業
⑩地域リハビリテーション活動支援事業
⑪地域リハビリテーション活動支援事業

表４　新しい地域支援事業の類型と MTDLP をベースにした作業療法士の参画

新しい地域支援事業の類型				ＭＴＤＬＰをベースにしたOTの参画
新しい介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）	介護予防生活支援サービス事業（現要支援者、特定高齢者）	訪問型サービス	●現行の訪問介護相当 ●Ａ（緩和した基準） ●Ｂ（住民主体） ●Ｃ（短期集中）	Ａ、Ｂでは「地域リハビリテーション活動支援事業」を活用して１対多の関わり、ＣはＯＴが訪問することで生活行為のアセスメントを専門的に的確に実施し、ケアマネジメントにつなげられる。訪問の限定的継続は実際に生活行為向上の成果が期待できる。ＡＢＣの組み合わせは柔軟に実施するとより成果が上がりやすい。
		通所型サービス	●現行の通所介護相当 ●Ａ（緩和した基準） ●Ｂ（住民主体） ●Ｃ（短期集中）	Ａ、Ｂでは「地域リハビリテーション活動支援事業」を活用して１対多の関わり、ＣではＯＴが基礎・応用・社会適応の各個別集団プログラムでじっしができる。Ｃ→Ａ→Ｂへと生活行為をベースに参加機能を高める移行のイメージ。
		その他の生活支援サービス	●訪問型、通所型サービスの一体的提供	一体的提供は関わるスタッフが同じであるというメリットがあり、生活の自立を地域をベースに連続的に関われる。
		介護予防ケアマネジメント	●アセスメント、ケアプランの作成 ●サービス担当者会議への参画	新規、更新の要支援者等のケアマネジメント（ケアプラン作成）そのものにＯＴが関わることで、身体機能を含めた生活行為の視点、自立支援の視点でプランを計画できる。地域包括ケアセンター職員は会議の中で生活行為の視点が高められる。
	一般介護予防事業（第１号被保険者）	介護予防普及啓発事業	●介護教室での生活行為向上の指導・教育	月１回程度の介護教室、○回連続週１回の介護教室等、一般高齢者に向けて、ＯＴは元気な内に生活行為向上を意識する生活の考え方を、分かりやすく解説できる。
		地域介護予防活動支援事業	●地域における介護予防活動の育成・支援（住民主体のサロン等の立ち上げ支援）	住民が主体的に地域に参加の機能を作ろうとするときに、意味のある地域の活動の提案を住民と一緒に考えることができる。ＯＴは様々な生活行為の阻害を解決できる活動の仕組みを地域の特性（文化、環境、人材等）を基にプロデュースできる。
		地域リハビリテーション活動支援事業等	●活動と参加促進のために各事業へ横断的に関与通所・訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民運営の通いの場等への関与	地域支援事業全般にわたり、横断的、限定・限局的に生活行為の考え方をベースに介入できる。主に１対多、あるいは１対行政の関係での事業が対象ににになると考えられる。ＯＴが少ない地域ではここに介入できるＯＴは計画に基づいて効率的効果的な介入が必要となっていく。
包括的支援事業	地域ケア会議		●生活行為に着目した アセスメントへの助言 ●自立(自律)を促すケア方針決定への助言	地域包括ケアが言われ始められたころから、会議の参画する必要性が言われてきた。具体的に専門家として何を求められているのか、ＯＴのみの視点以外の視点をどう理解し、連携するのかが求められる。ＯＴは「認知機能などの心身機能や入浴行為などのＡＤＬ、調理などのＩＡＤＬ、余暇活動、道具の選定や環境調整などの能力の見極めや支援方法の助言指導」と国は示している。
	認知症施策の推進		●認知機能の評価、生活機能評価 ●行為や作業に着目したプログラムの計画、実行、指導	対象者の作業歴の把握、それに基づいた活動提供、生活習慣の提案、生活行為を維持向上するための代償（環境調整）をＯＴは具体的に提案できる。家族や支援者にそれを分かりやすく説明ができる。
	生活支援サービスの体制整備		●コーディネーターとの連携、コーディネーターとして参画 ●協議体への参画、自立支援型の地域機能の提案	コーディネーターは、地域ケア会議等と連携しながら、地域の中で生活支援や参加の機会となる場を開発し、コーディネートしていく。ＯＴは生活行為向上の視点で、個人・地域の課題分析ができ、活動と参加の環境を提案できる。インフォーマルな社会資源にも主体的選択的な活動の考え方を導入できる。

谷川　OTジャーナル　2015　8月号　介護予防･日常生活総合事業と作業療法から　　OT協会　地域包括ケアシステム推進委員会

事業分類 ： 介護予防普及啓発事業

総合事業サービス実践事例⑧（個別事例）

コロナ禍において閉じこもり高齢者へのリモート支援をした一例

自治体名 ： 茨城県鉾田市
実施事業所名 ： 茨城県士会
担当者名 ： 多機能型事業所
シードリーフ神栖　新堀　拓

取り組みのポイント

他職種との連携による支援を実施した一例
通常の支援が難しい状況においても、柔軟な対応が出来た。
リモートでの相談を行う事で、途切れない支援の提供に繋がった。

地域情報：
茨城県南東部に位置し、農業が基幹産業。
東京まで90km圏内、水戸市まで30km圏内に位置。
面積は207.61㎢、人口は約4.7万人。高齢化率は2025年に35.6％が予想される。リハビリテーション専門職は約40名（OTは10名前後）

実施体制：鉾田市役所より社会福祉協議会へ事業委託。閉じこもり高齢者への予防が目的。
市内４地区に対し、月２回の隔週開催。
リハビリテーション専門職は茨城県リハビリテーション専門職協会を通じた派遣にて月１回に参加。（月１回×１２か月×４地区）

事例情報：80歳代女性　介護保険の認定なし
疾患名；腰部脊柱管狭窄症
障害高齢者の日常生活自立度：J1
認知症高齢者日常生活自立度：自立
家族構成；一戸建てに一人暮らし

生活歴；
定年後より当市へ転居し、旧大洋地域に在住している。

現在の生活状況；
独居であるが、近所に家族が住んでいる。
庭作業などを趣味にしている。
陽だまりサロンへは数年前から参加しており、明るくリーダー的な立ち位置で、集団内のムードメーカーを担っていた。
教室で作成した制作作品を持ち帰り、自宅でも作成し近隣の方へプレゼントするなど自宅での活動量増加や、他者交流の獲得に繋がっていた経過がある。

実践内容：
1回120分で介護予防運動や制作活動を実施。
OTが参加する場合においては制作活動に季節を感じられる物を多く取り入れ、作業工程やこだわりを引き出せるよう工夫をしていた。
COVID-19の影響により教室開催が中止となり支援が途切れた。そのため、月１回の電話によるリモート支援という代替方法にて再開した。
電話にて支援した際に、配布されたパンフレットなどで運動や散歩を行っているとのことだったが、転倒や腰痛悪化のエピソードも聞かれ、元気がない様子だった。
他者交流機会の減少と意欲低下による抑うつ傾向のリスクがあり、フレイルへ繋がる状況であった。
早急な訪問を社協職員へ助言、電話での状況確認も続けるよう提案した。
教室再開後も不参加であったが、電話対応を継続し、関わり続けた。
教室再開後2回目にて教室へ参加して頂くことが出来た。

		作業療法士の関わり
令和2年3月	•コロナウイルス感染症拡大の影響を受けて教室の開催が中止。	
4月	•当事業は閉じこもり高齢者に向けた支援を目的としているため、社協職員より代替方法の支援について相談を受ける。	感染状況を鑑みて、市内のセラピストで電話対応できるよう派遣調整を実施。
5月	•社協職員と茨城県リハビリテーション専門職協会事務員とWEB会議を実施。	
6月	•電話による支援の実施。運動や散歩は実施しているが、転倒や腰痛悪化のエピソードが聴取され、活気が低下している様子が伺えた。	他社交流機会の減少による孤独感がフレイルに繋がり、意欲低下を招いている可能性を社協職員に情報共有。運動機会の提供ではなく訪問による状態の経過観察が必要と助言。同様のケースが増えないよう、早急に教室再開が必要と伝える。
7月	•感染対策を実施して教室が再開されたが、A氏は不参加。不参加の場合には電話支援を継続。	
8月	•再び教室に参加することが出来るようになり、他参加者と交流が生まれ、以前のように制作活動に意欲的な様子が観察された。	電話での個別支援を継続。「気が乗らない」と精神面の落ち込みが悪化。社協職員と情報共有し、関係が途切れないよう電話相談をしていくよう助言。

成果・課題：　状態観察とアセスメント、情報共有や関わり方への助言を続けたことで、参加への動機付けに繋がった一例であった。
非接触型での介入は経験がなく、状態把握の難しさや動機付けなど、より工夫が必要と感じた。

事業分類 ： 地域介護予防活動支援事業　通所の企業での事業委託

沖縄県沖縄市における通所事業

取り組みのポイント　**社会課題と高齢者本人のスキルをマッチング**

自治体名 ： 沖縄県沖縄市
実施事業所名 ： WAN STYLE
担当者名 ： 知花　朋弥

地域情報：沖縄市の人口は130.249人、面積は49㎢。
沖縄市では2020年の高齢化率20.5%、2040年には26.9%まで上昇することが予測されている。要介護認定率は、平成28年3月末の19.7%をピークに減少傾向にあり、令和2年3月末は17.4%となっている。

地域との関わり：総合事業を含めた介護・福祉を支援していくことを決意し、2017年に「WAN STYLE」を開設。
下記の取り組みなどを実施してきた。

・憩いの場や交流の場
　デイサービスのサービス提供時間後、事業所を「サロン」として開放し、地域高齢者の運動習慣のサポートや小学生が放課後に宿題をする場ともなっている。

・地域活動に積極的に参加(地域課題を知る)
　地域の清掃活動や体操教室での運動指導などへ積極的に参加し、地域課題を知る機会としている。また、2020年度より沖縄市生活支援体制整備事業の委員として地域の介護・福祉分野の仕組みづくりに携わっている。

・ラジオのパーソナリティ(地域住民の声を聞く)
　地域の介護・福祉をテーマとしたラジオ番組のパーソナリティを務め、発信だけでなく地域が求めていることを聴ける大切な機会となっている。

・イベント開催(福祉の専門家と商店街との連携)
　福祉の専門家が中心となり、商店街と連携して地域の福祉関係者が語り合うイベント「Fukushi Bar」を開催し、地域の顔の見える連携のきっかけ作りを担っている。

取り組み紹介：
【総合事業で「やりたいこと」を支援する】

①「マスクプロジェクト」の参加
　COVID-19感染の拡大に伴い、各地でマスク不足が懸念された。特に子ども用のマスクが不足し、「市マスクプロジェクト」が発足された。そこで、WAN STYLEでは、以前にミシン縫製店を営んでいた事業対象者Aさんと協力してプロジェクトに参加した。長年愛用している自慢の工業用ミシンを使用して作業に取り組んだ。趣味活動を通じて社会へ貢献できることに喜びを感じ、利用日には黙々と作業を進めた。結果、制作したマスクはAさんが直接プロジェクト管理者の市長へ届けることが出来た。

②案内板の設置
　事業所近隣の小学校の案内板が台風被害で破損してしまい、字が読めない状態となっていた。そこで、小学校PTAを通じて校長先生へ相談し案内板づくりを計画した。元大工の事業対象者Bさんは廃材を再利用して枠組みを作り、芸術アートを趣味とする利用者と協力して「○○小学校入口」とポップな模様をつけて表現した。完成後、案内板制作に携わった利用者で直接校長先生へ贈呈し、一緒に設置まで行った。また、新聞記者からの取材にも利用者が応じ、制作中のエピソードなどが語られた。

成果・今後の展望：
上記の2つの取組では、利用者自身でマスクの贈呈や案内板の設置ができたことが重要であり、作業(活動)における達成感だけではなく、「社会に求められる存在」であることを確認する機会を作ることができた。
高齢者を「支える」、「ケアする」という観点ではなく、「共生する」という思考が大切であると考える。これまでの常識にとらわれず、作業療法士として地域の一員として、これからもさまざまなことに取り組む。

事業分類：地域リハビリテーション活動支援事業

総合事業サービス実践事例⑩（事業事例）

住民主体の「通いの場」の立ち上げに参画して
ー「くまもと元気くらぶ」の実践ー

取り組みのポイント　「いきいき百歳体操」を用いた健康増進指導や体力測定、体操指導による介入、住民主体の活動への移行支援

自治体名 ： 熊本県熊本市
実施事業所名 ： ケアサポートメロン
担当者名 ： 松本　将平

地域情報：
熊本市南区は総人口12万7,769人(2015年国勢調査より)、高齢化率24.2%。2025年に向けても総人口は減少し、高齢者人口および後期高齢者人口は増加が見込まれている。

行政との関わり：
熊本市では平成29年4月より新しい総合事業が開始。7月からは一般介護予防事業の一環として、「くまもと元気くらぶ」と題し、住民主体の「通いの場」の立ち上げ支援の募集を開始した(図1)。今回、当法人が同市よりその立ち上げ支援の依頼を受け参画する機会を得た。

実施体制：
・運営主体は熊本市・当法人が3名程度で担当

「くまもと元気くらぶ」における事業目的
介護予防を目的として、「住民主体」で「身近な場所」に集まり、「仲間と一緒」に運動を取り入れた活動（介護予防活動）に継続的に取り組む地域の高齢者グループを支援する事業

事業内容：
〈支援内容〉
・活動支援補助金
・立ち上げ支援（受託事業者）
→週1回×12回出向き、自主活動や運営等について住民と一緒に考え、話し合いながら支援
・リハビリテーション専門職の派遣（活動支援事業）
→年6回まで出向き、運動の指導や運動機能を評価

〈実践開始〉
今回は、「立ち上げ支援（受託事業者）」と並行し「リハビリテーション専門職の派遣（活動支援）」を行った(図2)。

1.準備期間
自治会長に行政や地域包括支援センターも交え開始条件(活動内容、保険加入等）の確認を行う
2.住民説明
活動開始する会場にて説明。体操の効果を説明。活動参加は「強制ではないこと」「住民主体であること」も　併せて説明
3.活動初期(1～4回)
1回目運動機能評価、IADL・ADL・趣味についてセルフチェック
2回目結果フィードバック、目標の設定、体操の指導
4.活動中期(5～8回)
体操の指導、先輩利用者にはインストラクター役を担って頂く
5.活動後期(9～12回)
参加者のみにて体操実施、運動機能評価およびフィードバック

地域支援事業

○介護予防・日常生活支援サービス事業
・訪問型サービス
・通所型サービス
・生活支援型サービス
・介護予防支援事業

○一般介護予防事業
・介護予防把握事業
・介護予防普及啓発事業
・地域介護予防活動支援事業
・一般介護予防事業評価事業
・地域リハビリテーション活動支援事業
⇒くまもと元気くらぶ

図1　熊本市における新しい介護予防・日常生活支援総合事業

	1回目	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
受託事業者	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
活動支援事業	○	○			○			○			○	○

図2

百歳体操実施

開眼片脚立位に改善を認める

活動中にみられた互助の風景

重りの装着補助

会場の準備・片付け

参加者からの声
住民説明時「住民主体でうまくいくかな」などの不安な声が聞かれた
→私たちも一緒に考えていくことを伝えた

活動重ねていくことで「階段が楽になった」「体操を話題に家で家族の会話が増えた」などの声が聞かれた

成果・課題：
＜総合事業参加のメリット＞
・事業立ち上げ時より介入、意義や目的の共有がしやすい
・住民主体へ移行する際の住民の意見を直接聞くことができる
・住民の課題や活動・参加の部分の変化を知ることができる
・地域への作業療法士に対する社会的認知度が向上
・地域にいる軽度の認知症をもつ方が表に出てくる機会になる
・コミュニティー（自助・互助）に繋がりやすい

＜総合事業参加のデメリット＞
・総合事業を参加している事を知らない作業療法士が多い
・データの蓄積による実証された活動としていくことが必要となってくる。など

事業分類　：地域リハビリテーション活動支援事業

総合事業サービス実践事例⑪（事業事例）

『地域』に関わる！作業療法士としての活動

取り組みのポイント

総合事業や一般介護予防事業、その他、地域での活動が、市民の「出番づくり」と「地域づくり」に繋がった実践例

自治体名 ： 岐阜県瑞穂市
実施事業所名 ： 岐阜県士会
担当者名 ： 医療法人清光会
老健 巣南リハビリセンター　坪内貴志

【地域情報】
岐阜県瑞穂市は、県内南西部に位置し、県内人口第1位の岐阜市と第2位の大垣市に挟まれた地方中小都市。人口約5,4000人、高齢化率は20.4％、「富有柿」発祥の地として名を馳せている。

【行政や地域包括支援センターとの関わり】
2015年（平成28年）より、法人として総合事業（通所型サービスＡ・Ｃ）を受託。作業療法士の業務の他に、行政や地域包括支援センターとの調整役を担う。また、ボランティアの育成事業や認知症カフェの企画運営、さらに市民ボランティアとして、認知症の啓発活動等を行っている。

〈地域での活動事例〉

●ボランティア運営者の育成事業
2014年度（平成27年）より、『みずほ生き活きサポーター養成講座』と、その後のフォローアップ研修（月一回）の講師を務める。運動や体操の実施方法だけではなく、意欲を高めるための声掛け等の実践的な内容を伝える。養成されたサポーターは、住民主体の介護予防カフェ「くつろぎカフェ」の運営スタッフとして活躍されている。

●認知症カフェの立ち上げと運営
行政の委託を受け、2017年度（平成29年）より市内初の認知症カフェ「みんなずっとほっとカフェ」を開催する。当カフェは、認知症の方とそのご家族だけでなく、地域の方々も集える場所となるよう「お寺」を会場に選んで開催。運営は、事前に「認知症サポーター研修」を受講してもらった檀家さんたちにお願いしている。お寺という空間が緩やかな時間の流れと独特の空気感を創り出し、参加者が一体となったカフェとして運営している。

●認知症サポーター養成講座「キャラバンメイト」の活動
2017年度（平成29年）より、市民ボランティアとして、認知症サポーター養成講座の講師（キャラバンメイト）を務めている。この活動は、認知症地域支援推進員を中心として、市内の介護事業所の職員で構成されるメンバーで、企業や公共団体、小中学校等で、認知症を正しく理解してもらうための出張講座を開催している。

●『RUN伴＋（ぷらす）みずほ』の開催
キャラバンメイトで実行委員会を立ち上げ、2018年（平成30年）から、認知症啓発イベント『RUN伴＋みずほ』を開催している。市内の企業に協賛を募り、地元の介護事業所や大学、岐阜県作業療法士会等の協力を得ながら、市民を巻き込んだ大々的な啓発イベントとなっている。

～それぞれの活動が繋がり「出番づくり」そして「地域づくり」へ～

これらの事業や活動の始まりは、それぞれ違った目的である。しかし、活動していく中で、少しずつ自然な繋がりが生まれるようになった。認知症サポーター研修を受講した方々が認知症カフェのサポーターとして活躍する、養成した介護予防ボランティアの方々が、RUN伴＋のランナーとして参加する、RUN伴＋のイベントに参加した方が認知症の啓発に興味を持ち、キャラバンメイトとして活動する等の繋がりである。そして、これらは作業療法士の得意とする「役割づくり」や「出番づくり」に繋がっていると考える。さらに、微力ながら「地域づくり」へも貢献していると感じている。

●作業療法士が地域に関わる（第一歩を踏み出す）ためのポイント

- **地域の現状の把握：行政の事業や地域づくりに関する取り組みにアンテナを張り巡らせ、常に情報を得るようにする**
- **知識とアイデアの整理：他の市町の事例を学び、知識とアイデアを詰め込んでおく（資料は見返せるように印刷・保存）**
- **馴染みの関係づくり：行政や地域の担当者と「お役に立ちたい精神」で、何でも相談される馴染みの関係を築く**
- **事業の提案（営業活動）：市町の実情に応じた具体的な提案を行っていく。これはある意味「営業活動」と言える**
- **断らない精神：相談や依頼があった際には絶対に断わらない。多少、思想に相違があろうとも、まずは引き受ける**
- **確実にお役に立つ：小さなことでもいいので確実にお役に立った実績をつくる**

これらを積み重ねていくことが、地域に関わるためのポイントである

【文献】

1）谷川真澄「介護予防・日常生活支援総合事業と作業療法」作業療法ジャーナル　vol.49　No10　2015　1000-1007
2）谷川真澄「通所型サービス」作業療法ジャーナル　vol.51 No 4 2017 299-306
3）地域づくりによる介護予防を推進するための手引き（平成 28 年 3 月　株式会社日本能率協会総合研究所）
4）作業療法マニュアル 63　作業療法士ができる地域支援事業への関わり方
5）小南陽平　総合事業 5 分間講読　日本作業療法士協会誌　第 113 号 2021 年 8 月
6）新堀拓　　総合事業 5 分間講読　日本作業療法士協会誌　第 111 号 2021 年 6 月
7）知花朋弥　総合事業 5 分間講読　日本作業療法士協会誌　第 112 号 2021 年 7 月
8）松本将平　総合事業 5 分間講読　日本作業療法士協会誌　第 75 号 2018 年 6 月
9）坪内貴志　総合事業 5 分間講読　日本作業療法士協会誌　第 88 号 2019 年 7 月