

総合事業実践 事例集

目 次

巻 頭 言	1
地域支援事業>介護予防・日常生活支援総合事業>以下、実践事例1～11	
実践事例1	2
>一般介護予防事業>地域介護予防活動支援事業	
◎山形県高島町・戸沢村・大蔵村	
介護予防・日常生活支援総合事業の一般介護予防事業に関する取り組み ～住民主体の通いの場における自立支援型プログラムの策定・検証事業～ 一般社団法人 山形県作業療法士会 三原 裕子（介護老人保健施設 新庄薬師園）	
実践事例2	6
>一般介護予防事業>地域リハビリテーション活動支援事業	
◎神奈川県横浜市	
一般介護予防事業として地域リハビリテーション活動支援事業に参画 ～住民主体の介護予防活動支援および地域ケア会議等のマネジメント支援事業の報告～ 一般社団法人 神奈川県作業療法士会 大郷 和成（NPO 法人 laule'a）	
実践事例3	10
>一般介護予防事業>地域リハビリテーション活動支援事業	
◎和歌山県紀の川市	
地域で作業療法の理念や自立支援を实践・啓発できる事業所の開設と地域リハビリテーション活動支援事業への参画 一般社団法人 和歌山県作業療法士会 田淵 真也（ええわっしょ貴志川）	
実践事例4	13
>一般介護予防事業>地域リハビリテーション活動支援事業	
◎大阪府藤井寺市	
地域リハビリテーション活動支援事業として「いきいき笑顔応援プロジェクト」に参画 ～ケアマネジメント適正化推進事業から始まった総合事業への関わり～ 一般社団法人 大阪府作業療法士会 岡本 宗（メディケア・リハビリ訪問看護ステーション）	
実践事例5	17
>介護予防・生活支援サービス事業>通所型サービス>通所型サービスC	
>一般介護予防事業>地域リハビリテーション活動支援事業	
◎高知県土佐市	
地域リハビリテーション活動支援事業として通所型サービスCに参画 ～非常勤での関わりでも地域社会に貢献できる～ 一般社団法人 高知県作業療法士会 有光 一樹（高知リハビリテーション学院）	
実践事例6	20
>介護予防・生活支援サービス事業>通所型サービス>通所型サービスC	
◎大阪府泉南郡岬町	
通所型サービスCモデル事業としての「自立促進のための生活機能改善プログラム事業」 ～大阪府立大学 開発プログラム「自分力向上大学」～ 一般社団法人 大阪府作業療法士会 関本 充史（株式会社かなえるリンク）	

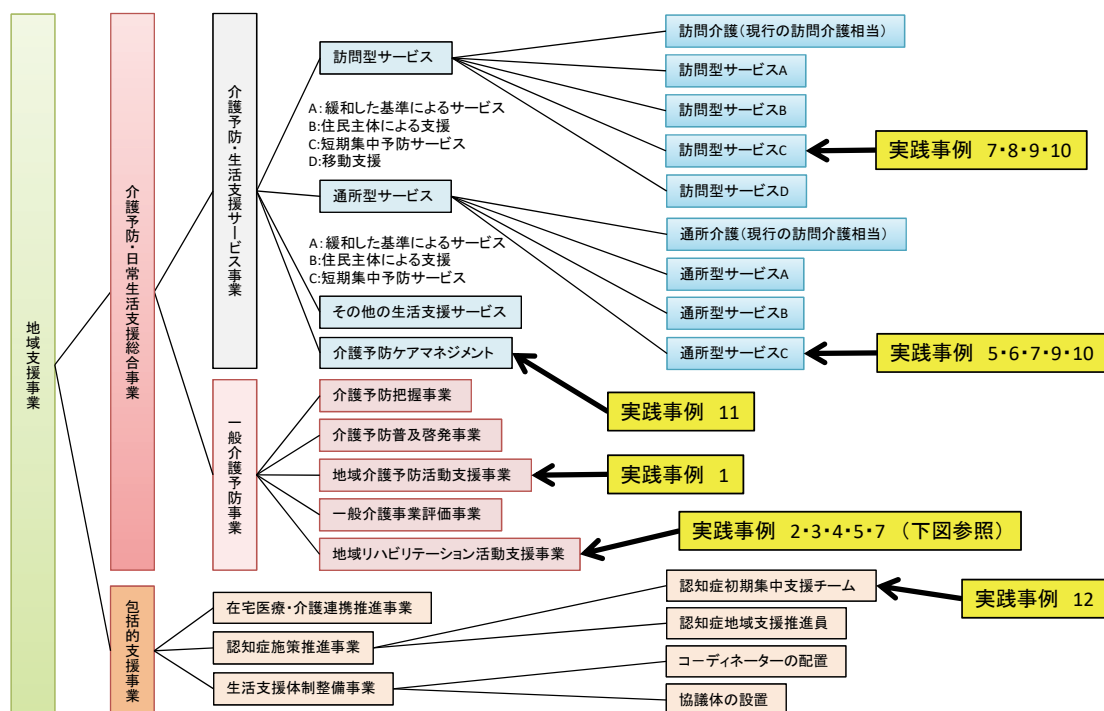
目 次

実践事例 7	25
> 介護予防・生活支援サービス事業>訪問型サービス> <u>訪問型サービスC</u>	
> 一般介護予防事業> <u>地域リハビリテーション活動支援事業</u>	
◎ 東京都荒川区	
地域リハビリテーション活動支援事業として訪問型サービスCに参画	
～家の掃除をあきらめていた事例への助言～	
一般社団法人 東京都作業療法士会 石橋 裕 (首都大学東京)	
実践事例 8	29
> 介護予防・生活支援サービス事業>訪問型サービス> <u>訪問型サービスC</u>	
◎ 東京都国立市	
介護予防・日常生活支援総合事業における訪問型サービスCでの作業療法実践	
～作業療法士が行ったことで得られた効果～	
一般社団法人 東京都作業療法士会 新泉 一美 (多摩リハビリテーション学院)	
実践事例 9	33
> 介護予防・生活支援サービス事業>通所型サービス> <u>通所型サービスC</u>	
> 介護予防・生活支援サービス事業>訪問型サービス> <u>訪問型サービスC</u>	
◎ 徳島県鳴門市	
介護予防・日常生活支援総合事業における通所型・訪問型サービスCへの取り組み	
～要支援者および事業対象者への短期集中型サービスでの生活機能改善事業～	
一般社団法人 徳島県作業療法士会 坂東 仁志 (学校法人勝浦学園徳島医療福祉専門学校)	
実践事例 10	36
> 介護予防・生活支援サービス事業>通所型サービス> <u>通所型サービスC</u>	
> 介護予防・生活支援サービス事業>訪問型サービス> <u>訪問型サービスC</u>	
◎ 大阪府和泉市	
通所型サービスC、訪問型サービスCにおける目標設定を重視した作業療法士の関わり	
～作業療法士の視点を導入した多職種で連携する介護予防ケアマネジメントへの関わり～	
一般社団法人 大阪府作業療法士会 由利 禄巳 (関西福祉科学大学)	
実践事例 11	41
> 総合事業>介護予防・生活支援サービス事業> <u>介護予防ケアマネジメント</u>	
◎ 福井県あわら市	
生活行為向上の視点で介護予防ケアマネジメントに参画	
～自立支援型ケアプラン作成のポイントを助言・支援する「ケアプラン支援会議」～	
一般社団法人 福井県作業療法士会 谷川 真澄 (有限会社なるざ)	
地域支援事業>包括的支援事業>以下、実践事例 12	
実践事例 12	44
> 認知症施策推進事業> <u>認知症初期集中支援チーム</u>	
◎ 大阪府和泉市	
認知症初期集中支援事業のチーム員として参画	
～作業療法士の自宅訪問における役割「生活機能評価から介護者や多職種への支援とサービス利用の提案」～	
一般社団法人 大阪府作業療法士会 由利 禄巳 (関西福祉科学大学)	

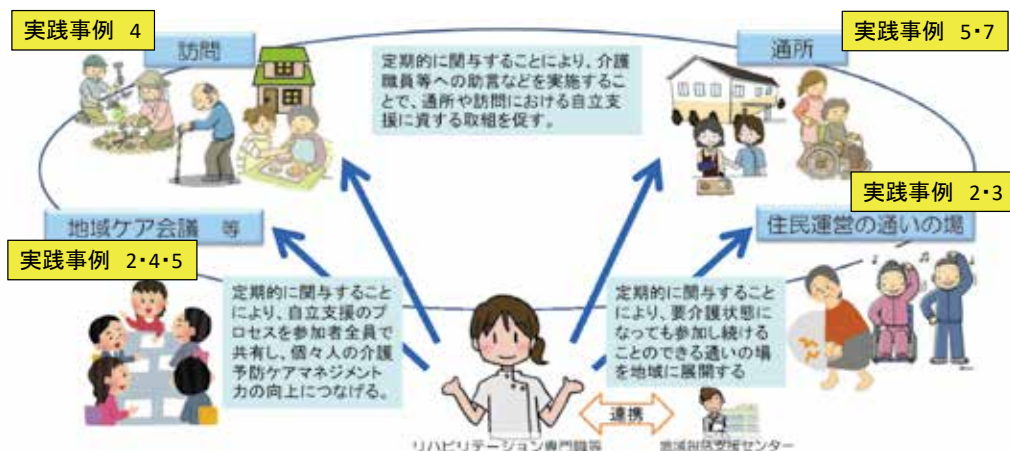
実践事例 事業分類

- ・作業療法士が参画・実践できる地域支援事業は多岐にわたります。事業分類（図1）から、本事例集でご紹介する事例が、国の制度の概念枠の中でどのような事業なのかをご確認、ご参考にしてください。
- ・「地域リハビリテーション活動支援事業」はリハビリテーション専門職を活用し、介護予防や自立支援の助言や支援を積極的に実施する事業です。市町村（地域包括支援センター）の事業方針によって、各事業での実施が可能です。「地域リハビリテーション活動支援事業」として取り組んだ5つの実践事例の参画・実践概要（図2）についてもご確認、ご参考にしてください。

介護予防・日常生活支援総合事業の構成とその実践事例（図1）



「地域リハビリテーション活動支援事業」での参画・実践概要（図2）



リハビリテーション専門職等は、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の介護予防の取組を地域包括支援センターと連携しながら総合的に支援する。

巻頭言 発刊に寄せて

一般社団法人 日本作業療法士協会
地域包括ケアシステム推進委員会
担当理事 佐藤 孝臣
委員長 三浦 晃

平成 26 年の介護保険法改正により地域支援事業が再編され、新体系となる「新しい介護予防・日常生活支援総合事業（以下、総合事業）」が創設されました。総合事業の開始にあたり、3 年間の猶予期間（平成 29 年 3 月末まで）が設けられましたが、平成 29 年 4 月からは全国約 1,700 の市町村で一律に開始されています。総合事業は、65 歳以上の高齢者を対象に、市町村が中心となっていく「地域の実情に応じた自立支援と支え合いの仕組みづくり」であり、住民を含めた多様な主体が、多様なサービスを展開しながら、地域住民と一体となっていくものづくりです。この仕組みづくりにリハビリテーション専門職の参画が期待されています。リハビリテーション専門職の一つである私たち作業療法士は、「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけ、人的・物的・社会的な地域資源とのマッチングを図りつつ、一人ひとりの「生きがい」「やりがい」「自己有能感」「自己実現」等に資するように、マネジメントという手法を用いて支援できる職種です。つまり、総合事業と作業療法は非常に親和性の高い関係にあると捉えることができます。しかし、その一方で、全国的に作業療法士の参画が芳しくないという実態も見えてきました。このように、作業療法ニーズがありながらも、作業療法“士”ニーズに繋がっていない実態を課題とし、この解決の一助となるように総合事業の実践事例集を発刊する運びとなりました。

この事例集では、「人は作業をすることで元気になれる」という視点をもって総合事業に関わっている 12 事例の作業療法士の姿を紹介させていただきます。すべてに試行錯誤や工夫の跡がみえ、現在進行形で実践の成熟度を高めている事例でもあります。総合事業は地域の実情に応じてつくり上げていくものであり、これらの事例を我がまちにそのまま持ち込むことはできませんが、各市町村で展開されている総合事業への参画に向けて、行動を起こす際の参考としていただければと思っております。そして、その積み重ねが、総合事業における作業療法士ニーズに繋がり、各市町村における自立支援と支え合いの仕組みづくりに大きく貢献できる存在になっていければと願っております。

地域介護予防活動 支援事業

山形県



【はじめに】

一般社団法人山形県作業療法士会（以下、当士会）では、平成 25 年度より重点課題として地域支援事業への取り組みを行ってきた。地域支援事業に対応できる作業療法士の人材育成に関する研修会の開催と作業療法士の派遣者登録を行った。また、作業療法士活用の広報活動として、作業療法士が地域支援事業で行う活動内容と、山形県（以下、県）内 4 地区の作業療法士派遣依頼申し込み先を掲載したパンフレットを作成し、生活行為向上マネジメント（以下、MTDLP）の概要と事例を掲載したリーフレットとともに県内 35 市町村・66 地域包括支援センターに送付した。介護予防・日常生活支援総合事業の一般介護予防事業では、作業療法士が出向いて認知症に関する一般向けの講座を行う「認知症出前講座」の取り組み、市町村の依頼に応じた介護予防教室などへの講師派遣を行ってきた。平成 29 年度は、県の依頼を受け、地域ケア会議の助言者である 6 専門職（作業療法士、理学療法士、言語聴覚士、栄養士、歯科衛生士、薬剤師）団体（以下 6 団体）で、通いの場において住民が主体的に実践できる総合的なプログラムを検討することになった。住民がアセスメントからプログラムの選択、実施、再評価まで自主的に取り組めるようにすることがこの事業の要点である。

【山形県高畠町・戸沢村・大蔵村の概要】

山形県は、人口約 110 万人、面積約 9,300 平方キロメートルの規模で、高齢化率 31.5%（全国平均 27.3%）、要介護認定率 18.3%である（平成 29

実践事例 1

介護予防・日常生活支援総合事業の 一般介護予防事業に関する取り組み

～住民主体の通いの場における
自立支援型プログラムの策定・検証事業～

山形県高畠町・戸沢村・大蔵村
一般社団法人 山形県作業療法士会 三原 裕子
(介護老人保健施設 新庄薬師園)

年 山形県健康福祉部健康長寿推進課 山形県高齢社会関係データ集より)。この度の検証事業の対象は以下の 3 町村である。

高畠町は県南の置賜地方に属し、県庁所在地の山形市にも近く、人口約 23,800 人、面積約 180 平方キロメートルの規模で、高齢化率は 31.1%と県平均より低い、要介護認定率は 19.6%と県平均より高い。廃校利用の施設で生涯教育に力を入れているのが特徴であり、同施設で活動する 2 団体と他集落の 1 団体から協力を得た。

戸沢村と大蔵村はともに県北の最上地方に属し、高齢化率、要介護認定率は県平均より高い。戸沢村は人口約 4,700 人、面積約 260 平方キロメートルの規模で、高齢化率 36.7%、要介護認定率 19.4%である。村営のデマンドバスを利用し、役場と診療所に隣接する健康センターで年齢問わず利用できる体操教室を月～金曜の午前・午後で実施し、運営主体は委託を受けた近隣市の事業所である。午前中の比較的高齢者の多い活動の場で協力を得た。

大蔵村は人口約 3,000 人、面積約 211 平方キロメートルの規模で、高齢化率 35.0%、要介護認定率 20.7%である。地域特性に合わせたサロン活動を村が推進し、山間の温泉街で旅館の縁側と座敷を借りて、高齢者とともに乳幼児とその母親の支援活動で地区のボランティアが運営しているサロンに協力を得た。

【事業参画の経緯】

県では、大分県をモデルに自立支援型地域ケア会議の普及を進めており、平成 28 年度は 6 団体と共に助言マニュアルを作成した。平成 29 年度は 35

全市町村で地域ケア会議が開始され、専門職派遣も県が各専門職団体と市町村間を調整し、全市町村で延べ300回以上の作業療法士の助言者派遣が見込まれている。平成28年度までの地域ケア会議において地域課題を明らかにしながら地域での自立支援を検討するなかで、活動と参加の場である住民主体の通いの場にも、専門職の視点を生かしたプログラムの活用が検討されてきた。平成29年度山形県地域包括ケアシステム構築推進事業（通いの場における専門職資質向上事業）費補助金事業としての「住民主体の通いの場における自立支援型プログラム策定・検証事業」（以下、事業）への参画を県が6団体に依頼し、県の調整をもとに各団体2名の協力員が検討会議や実地検証に参加する運びとなった。

【事業内容】

当事業は2ヶ年計画である。平成29年度は上期にプログラム等の検討を行い、下期は実地検証を行っている。平成30年度は実地検証を中心にプログラム等の調整を重ね、年度末までに県独自の「住民主体の通いの場における自立支援型プログラム」の策定を予定している。

平成29年5月から、協力員がメールで他団体協力員、県の担当者と情報共有をしながら、各団体の担当部署でそれぞれの専門的な視点を活かしたプログラムを検討した。当士会では地域包括ケア推進部の中に、「地域ケア会議・総合事業推進委員会」を設置し事業の検討を担当した。筆者は担当理事、協力員として委員会に所属した。プログラムの検討では、委員の他、地域支援事業派遣登録者から情報収集を行い、実際に派遣された通いの場の特徴や状況、用いたプログラムの内容と目的、プログラムを主体的に実施するための方法や工夫などの情報と、協会や厚労省の資料等を参考に具体的な自己評価項目およびプログラムのメニューと実施方法の検討を行った。6月と9月に検討会議が開催され、6月に各団体が案を持ち寄り、住民が主体的に実施するという方向性を確認した。さらにメニューの絞込みと主体的に実施してもらうための提示や実施の方法を検討し、メールで他団体と情報共有しながらある程度の形を作り、9月の検討会議で再度持ち寄って検討した。自己評価票は、質問形式と測定形式の2種類で、質問は生活の中の変化から詳細な項目に絞ってい

き、プログラムの選択を補助するもの、測定は簡便で参加者が測定可能と思われる項目（身長、体重、5m通常歩行、開眼片脚立ち、パタカ発語、足わっか）を設定し、自己評価の目安として80代の平均値を基準にした参考値を載せた。作業療法の視点として、日常生活での困りごとや小目標、変化点を挙げる欄を設け、それらをA4用紙1枚のシートにまとめた。住民が自主的に測定することが難しいと思われる項目は、自治体の専門職などの支援者が使用できる評価表としてまとめた。その中に、住民の生活の変化点を聞き取る上での指標として、MTDLPの満足度の10段階自己評価を取り入れた。

プログラムは、当士会からは興味関心チェックリスト、集団活動支援（地域活動への参加、認知症支援、集団活動運営支援等）、運動（IADL向上、尿もれお通じ改善、腰痛予防、口腔嚥下機能改善など目的別メニュー）、作業活動支援（趣味、調理、散歩等）等を提案した。他職種と協働出来るものもあげ、目的が多岐にわたり数が多くなってしまい、さらに絞り込む必要があるが、実地検証で、通いの場の希望に応じたメニューを提示し、住民の意見を参考にしながらプログラムを絞込み、提示方法をまとめていくことにした。

実地検証は10月から、協力員を2班に分けて県南3か所、県北2か所をそれぞれ担当し、概ね1か所月1回のペースで実施した。県の担当者2名と専門職が初回は6職種、2回目以降は2、3職種が参加し、関連分野の評価項目とプログラムを実施した。平成30年1月30日現在、県南2か所で各3回（1か所は曜日が合わず未実施）、県北2か所で各2回実施し、2月も各1回ずつ予定されている。参加者数は一か所当たり平均15名程度である。通いの場の普段の流れをできるだけ崩さずに実施できるよう、県の担当者が毎回支援者（役場の担当者等）と時間配分の調整や役割分担を行い、各専門職もメールで流れ・内容を検討して臨んだ。まず自己評価票の測定項目を実際に行い、プログラムは各団体からの希望に応じて各職種が既存のものを提供した。参加住民に対して、一緒に策定してもらおうという方向性を説明し、実践者としての忌憚のない意見をもらえるよう依頼して、検証事業も住民の主体的な取り組みとなるよう配慮した。測定では、専門職が項目ごとに目的と内容、方法を説明し、支援者とともに補助しながら実施した。参加住民は協力的で意欲的に取り組まれ、測定自体の実施は可能だったが、進

行や安全管理に支援を要した。測定器具の使用において、5m 歩行や開眼片脚立ちでのストップウォッチの操作で、60代の方が支援者の促しに応じて計測係を担い、役割とし得る可能性が確認されたが、高齢になるほど使用方法は理解できても開始・終了の判断やタイミングを合わせて操作することが難しかった。それに対し、県の担当者がパワーポイントでカウントするスライドを作成し、開眼片足立ちにて試用中である。測定項目について、5m 歩行は会場によって前後3mをとれない、測定が難しいなどで、代わりに2ステップテストなどを検討している。測定に対する参加住民の意見は、60～70代の参加者から「役割分担した方が良い」、支援者から「通常行っているプログラムとの時間的な兼ね合い等に調整が必要」「継続する必要性を感じられるか難しい」等の意見が聞かれた。個人の目標や希望の記入は行わなかったが、支援者から「なかなか出ない、出すのも難しい」との声が聞かれた。また、参加住民から、普段の生活や心身状態、心配事を専門職に相談し、助言を得られたことが「よかった」「勉強になった」との感想が聞かれた。プログラムについては3か所の通いの場から、複数の運動プログラムの希望があり、各職種が専門性を生かした運動プログラム（歯科衛生士会はストロー吹き矢等）を提供した。当士会では歌体操やコグニサイズを提供し、概ね好評だった。支援者から「他の会場でも活用し好評を得た」との話も聞かれた。以上、途中経過であるが、今後も検討を重ね、実証の通いの場の近隣に勤務ないし居住する会員の参加も促しながら、事業を継続していく。成果物については平成30年度末以降に県から発信されるものをご参照いただきたい。

【作業療法士の視点・支援の方向性】

担当委員会で、取り組みの方向性として、通いの場の内容の充実と継続の支援として、具体的なプログラムの提示に加え、参加者個々または集団として、やりたいことや主体性を引き出し、その実現のためのプロセスの提示や活用できる社会資源などの支援のマネジメント行っていくことを確認した。専門職が直接提供するのではなく、住民の自主的な活動を支援するプログラムを作成する事業であり、主体的な活動と参加を推進する作業療法の視点をぜひ活かしたい。プログラムのみでは、継続していくことや

具体的な成果を実感してもらうことは難しい。いかに本人の希望や生活課題に沿ったものを分かりやすく見つけられるように提示し、目標を明確にして取り組んでもらえるかが重要である。それを自己評価表やプログラムにどう取り入れるかは、まだ明確に形に出来ていないが、通いの場に集まる住民個々が「どんなことをしたい」のか、「何に困っている」のか、その人の生活課題を明確にし、具体的な生活行為項目の改善を目標に導入できるようにしたい。そして、自身の状態を把握し、目標を明確に設定したうえで実施・再評価ができ、着実に目標に向かって改善していることを自己認識できるようにする。また継続して参加できるようにするため、参加意欲を高める工夫や、個々に参加しやすくする工夫として、難易度を上げていけるようなメニューや参加住民の好みに合わせてバリエーションを作れるようなメニューが必要である。プログラムの提示方法として写真や動画の利用など、簡潔に分かりやすく実施できる提示方法、講習を受けてもらうことも検討する。参加者個々が具体的な生活行為の目標を実現できない要因は、運動機能の低下、生活環境の課題、生活不活発病、うつや認知機能の低下に分類できるものと思われる。プログラムの内容はそれぞれの要因に対応したものを策定することが求められる。また、通いの場を擁する地域の特性は様々であるが、特に関係性の薄い地域に関しては、コミュニティの形成を重視し、個人の意見の集約から、集団として「やりたいことの実現」、「困った点の解決」などの目標を明確にする支援も必要である。さらに、実地検証の協力を頂く住民の方々には、事業趣旨の理解を得て、みんなで一緒に作り上げていくというスタンスで取り組み、事業自体が参加住民の自覚的な活動へと発展することを視野に入れておくことが重要である。

【作業療法介入の成果】

会議の中で、「自立支援型プログラムだから住民たちだけですべてやるということではなく、実施方法の講習を受けてもらうという提示の方法も有効なのではないか」という当士会からの提案から、「いいモノを作ったからやってみてと一方的に押し付けるのみでは、結局は実施できずに結果が出なかったり、偏った結果になってしまう。よって進め方の工夫が必要である」ということを皆で確認した。そし

て、はじめは専門職が一緒に行くなど、住民が方法の指導を受けることをプログラムの一部とする提示方法も検討していくこと、また、実地検証で参加住民に意見をもらって調整していくような事業の進め方で、検証事業も参加住民の主体的な取り組みとなるようにしていくことと、その重要性を確認できた。対象者の主体的な生活、意味のある作業の遂行といった作業療法士の視点が、自立支援という事業の方向性に合致し、共通認識のもと事業を進めることができたのではないかと。

【今後の課題および展望】

一般介護予防事業への支援は、その地域特性、参加者の年齢層、構成の割合も様々な通いの場のニーズに応じて柔軟に行っていく必要がある。今回の事業で協力している他専門職や地域で活動している様々な事業所の専門職、地域の民生委員や福祉協力員、ボランティア、学生など多彩な地域資源と協力

していくことも重要である。今後の方向性としては、高齢者のみならずその地域で暮らす障害児・者、子供も含め、互助意識を高めた地域共生社会が求められている。実際、今回協力を得た2箇所の通いの場では、乳児から高齢者まで年齢を問わずともに活動する場として機能していた。参加者個々の健康的で主体的な地域活動の支援として、今後ますます生活行為をマネジメントできる作業療法士の活躍が求められる。当士会としては、その人材育成と派遣体制を構築していかなければならない。そのことが地域での作業療法士の有用性につながり、行政や地域包括支援センターへの配属につながるものと確信する。そのためにも当士会としては派遣者の登録増と資質向上を目的とした研修会を継続して開催し、今回の事業で作成する評価表やプログラム集などの成果物のみでなく、多職種との関わりなどで得られたことを伝え、実践者を増やしていくことが重要であると考えている。

地域リハビリテーション 活動支援事業

神奈川県



実践事例2

一般介護予防事業として 地域リハビリテーション活動支援事業に参画

～住民主体の介護予防活動支援および地域ケア
会議等のマネジメント支援事業の報告～

神奈川県横浜市

一般社団法人 神奈川県作業療法士会 大郷 和成
(NPO 法人 laule' a)

【はじめに】

地域リハビリテーション活動支援事業は、地域支援を行う自治体や地域包括支援センター、作業療法士などのリハビリテーション専門職と一緒に作り上げていく事業である。しかし、制度化されたばかりの事業であるため、行政はどんな内容を作業療法士に依頼すればよいか分からず、作業療法士自身は本事業に対する認識の低さや施設側の協力体制が整わず日中の活動派遣が難しいなど参画している作業療法士の数も少ないという課題もある。

今回はシステムづくりから行政と連携・協業した、一般社団法人神奈川県作業療法士会と横浜市との活動の一部を紹介する。

【横浜市の概要】

横浜市は 18 の行政区を持つ全 792 町の政令指定都市の一つで、平成 30 年 1 月 1 日現在の人口が 3,733,084 人と日本の市区町村で人口が最も多い都市である。高齢化率は横浜市全体で 23.6%、最少は 16.0% から最大は 29.6% と地域格差がある。

表 1 要介護度別人数と割合

要介護度	人数	割合	全国
要支援 1	17,842 人	11.60%	14.20%
要支援 2	22,218 人	14.40%	13.80%
要介護 1	24,597 人	15.90%	19.70%
要介護 2	34,026 人	22.00%	17.40%
要介護 3	21,306 人	13.80%	13.10%
要介護 4	19,136 人	12.40%	12.10%
要介護 5	15,321 人	9.90%	9.70%

※全国の割合は平成 28 年 8 月末現在



図 1 住民グループ支援（自助具の紹介）



図 2 住民グループの支援（健康講話）

要介護認定率は 17.1% (154,446 人) となっている。

横浜市では地域づくり型介護予防事業に取り組んでおり、介護予防に取り組む地域づくりの支援の一つとして、高齢者の身近な場所で行う介護予防のグループ活動「元気づくりステーション」を市内全域に広めている。

【事業参画の経緯】

1. 事業委託元

横浜市健康福祉局高齢健康福祉部高齢在宅支援課
(現地域包括ケア推進課)

2. 事業受託先

横浜市からの事業受託先は神奈川県作業療法士

会、神奈川県理学療法士会、神奈川県言語聴覚士の3士会で構成される神奈川県地域リハビリテーション三団体協議会（以下、三団体）である。

3. 事業運営にかかわる会員が参画するまでの流れ

(1) 平成26年度

横浜市と三団体が事業開始に向けた検討を開始。特に横浜市が仲介となり、区役所及び地域包括支援センターからのリハビリテーション専門職の派遣依頼をとりまとめ、三団体へ派遣を依頼するというシステムづくりを行った。

(2) 平成27年度

事業検討会の実施とともに、リハビリテーション専門職の派遣を磯子区・港北区の2区でモデル実施を行った。派遣を行った事業としては地域介護予防活動グループ、介護予防人材向け研修、介護予防ケアマネジメント研修、地域ケア会議等への参画である。また、地域リハビリテーション活動支援モデル事業報告会を開催し、三団体の会員へ事業説明と参加協力の依頼を行った。

(3) 平成28年度

地域リハビリテーション活動支援事業の手引きを横浜市役所と三団体で作成し、全区でリハビリテーション専門職の派遣を開始した。

【事業内容】

横浜市の地域リハビリテーション活動支援事業では、作業療法士はグループや地域人材等に関する支援やケアマネジメント等に関する支援に対して依頼のあった地域包括支援センター等で活動している。特に疾病の特徴等を踏まえた生活行為の見直し等を支援者に伝えることを意識し、興味関心チェックリストや生活行為確認表を活用している。シートを使って課題や利点を共有することで、支援者だけでなく対象者自身のセルフケア能力の向上を目指している。

1. 派遣の流れ

- ①各区の保健師より市担当者へリハビリテーション専門職派遣希望一覧表を提出
- ②市担当者より県士会担当者へリハビリテーション専門職派遣相談シートが送付
- ③県士会担当者より地域包括ケアシステム推進委員会委員および有志会員と派遣日の調整
- ④派遣者決定を市担当者へ報告後、区保健師より派遣者へ連絡

⑤区保健師と事前打ち合わせの実施

⑥当日派遣

⑦派遣後に区保健師（場合により参加者含む）と振り返りの実施

上記のように各区の保健師がとりまとめ窓口となっている。そのため、作業療法士の活用を検討してもらうため横浜市が主催する保健師向けの研修会にて、住民グループと地域ケア会議で作業療法士が提供できる内容は以下のように説明している。

2. 住民グループへの提供内容（図1、2）

- ①脳機能や認知症・介護予防などの健康に関する話
- ②生活を便利にする道具（自助具）の紹介
- ③生活行為向上の評価とプランの提示
- ④コミュニティーづくりのアドバイス

3. 地域ケア会議での提供内容

- ①生活行為の情報収集方法などの提示
- ②生活行為が自立するための具体的な解決策の提示
- ③個人と地域が抱える課題の優先順位の整理
- ④個人と地域資源とのマッチング案の提示

4. 具体的な保健師からの主な依頼内容

- ・日常生活で実践しやすい動作やリハビリについて伝えてもらい、生活の中でも実践することで、個々の健康維持・増進につなげてほしい。
- ・普段行っているプログラム内容の意味や効果を伝えてもらうことで、参加者とボランティアのグループ活動継続の意欲につなげてほしい。
- ・生活行動に支障のある方は特に、自宅でも楽しんで継続して出来る体操や、生活上の工夫などを提案・指導してほしい。
- ・参加者の話を聞いていると、生きがいのある人が少ない印象なので、興味関心チェックシートなどを活用して、各々の生活の活性化を図りたい。
- ・グループ代表者の負担を減らし、グループ全体として運営方法や役割について検討出来る体制をつくる事が出来るように支援してほしい。

【作業療法士参画の際の視点・支援の方向性】

本事業において作業療法士が持つべき視点は、支障をきたしている生活行為を自覚して、その対処方法を身につけてられるよう促していくことである。また、

自身の生きがいや役割について再確認してもらえるところをつくっていくことが重要であると考えている。

作業療法士が介護予防活動に関与するうえで、生活行為向上アセスメントを踏まえ、①住民主体のグループ活動の活性化を促進する、②自宅での生活に活かせる生活行為をアドバイスする、③ICFの理念を踏まえた自立支援のアドバイスを、ということを念頭において活動している。

1. 元気づくりステーション等の地域グループへのリハビリテーション専門職の派遣

区の保健師等が関与している地域の介護予防に資するグループ（元気づくりステーション等）の中で、活動を継続していくために課題があり、その課題を解決するためにリハビリテーション専門職の支援が有効と思われるグループに対して派遣・介入している。

また、地域包括支援センターが把握している地域のグループがリハビリテーション専門職の派遣を希望する場合、地区保健師が現状確認を行い、そのグループの課題を解決するために専門職の派遣が必要と判断した際にも派遣の対象としている。

平成28年度の派遣は20回であり、作業療法士として参加者がやりがいと役割を持てるような関わりを行っている。普段から関わっている保健師が課題と感じていることと派遣された作業療法士が課題と感じる点が異なることも多いため、事前の打ち合わせでどこを目標として関わるのか共有することが重要である。例えばリーダーの負担が大きいという課題に対し、小集団を用いることでリーダーを担える人を再発見することもある（図3）。

2. 地域人材等に対する研修会、連絡会等へのリハビリテーション専門職の派遣

地域リハビリテーション活動支援事業において目指す地域の姿を実現させるためには、派遣する側である地域包括支援センターの職員等に対する地域人材育成の研修や関係団体とのネットワークの構築のための連絡会等の取り組みも必要であり、リハビリテーション専門職の派遣を実施している。

平成28年度の派遣は5回であり、作業療法士は講師として主にボランティアとして活躍する方々の発掘や育成の支援に繋がる内容を伝えている。また、ICFの概念を理解していただき、生活行為向上マネジメントを活用しながら、活動から参加へ繋がる支援の方法なども伝えている。作業療法士が得意と



図3 住民グループ支援（集団活動）

する「人的環境と物的環境を調整して、対象者の主体性を高めていく考え方」などは他職種にない視点であり、参加者より良好な評価をいただいている。

3. ケアマネジメント等に関する支援

ケアマネジメント等に関する支援の場合、地域包括支援センターが主催する事業にリハビリテーション専門職の派遣が必要と考えられる場合、区が各地域包括支援センターへの派遣の必要性や優先順位等を検討し、派遣依頼がある。

平成28年度の派遣は3回。作業療法士には介護予防マネジメント力の向上支援に関する講師依頼が来ることが多い。作業療法士は強み（残存能力）を生かす視点について講義を行い、保健師が事例検討を提示し、ケアプランを作成する経験をもってもらっている。

4. 地域ケア会議へのリハビリテーション専門職の派遣

地域ケア会議において、個別課題の分析等により地域課題を把握するための支援や、ケアマネジメント支援のためのリハビリテーション専門職派遣である。平成28年度の派遣は6回。作業療法士は個人と地域の課題の双方が解決に向かうようなコメントを心がけ参加している。また、地域包括支援センターの職員や地域住民などが参加する会議においては、作業療法士の視点からアドバイスをするだけでなく、健康的な地域づくりに向けて参加者の意見調整や地域目標の共有を促す役割も意識している。

5. ケアマネージャー連絡会・研修会、介護予防支援スキルアップ研修会等へのリハビリテーション専門職の派遣

ケアマネージャー連絡会や研修会、介護予防支援

スキルアップ研修会、ケースカンファレンス等における高齢者の自立支援に資するケアマネジメント支援のためにリハビリテーション専門職を派遣する事業である。

平成28年度の派遣は1回。作業療法士は具体的な事例を出して、主に強みを生かしたケアマネジメントの考え方を講師として説明した。

【作業療法介入の成果】

1 派遣後の評価

人・作業・環境という観点からその人らしい人生を送れるように援助している作業療法士の視点を活かした関わりの結果、保健師から以下の評価をいただいている。

- ・健康づくりにおける社会参加の必要性や主観的健康感を向上させることの重要性など、元気づくりステーションへの参加の意義を伝える内容であり、健康への認識を高め、改めて参加の動機付け支援になった。区として、参加者が抱える健康に関する課題を確認する機会にもなった。
- ・活動内容、参加者の体力差、リーダーへの依存など課題があるグループに対し、皆が行える運動の紹介してもらえた。終了後の反省会で、リーダーに対し、活動内容や運営の助言もあり、今後の活動に生かせる内容であった。
- ・専門職の視点から、ボランティアの関わりやプログラムの良い点を評価いただき、ボランティアが活動の意味や良さを確認でき、自信が持てるようになった。

2 作業療法士の役割

派遣を通して実感した役割は、以下の3項目に集約される。

①住民主体での活動の促進

興味関心チェックリストを用いて、参加者一人ひとりの「やりたいこと」を見える化し、お互いに役割を持てるように助言する。また、配慮が必要な高齢者を見極め、グループを支えるボランティア等に対して具体的な関わり方を指導できるところである。

その他、できなくなったことを補うための自助具の紹介や、苦手なことがあっても活動に参加し続ける意味を考える場をつくれる点も作業療法士の強みである。

②生活に根ざしたアドバイスの実施

参加者一人ひとりの生活での困りごとに対して、生活行為を一つ一つ分解して分析（作業分析）ができるため、本人が無理なく取り組める具体的なアドバイスができる。このように限られた関わりの中でも変化を促すきっかけを作れるのは強みである。

③自立支援に向けたケアマネジメントの支援

「課題となっている生活行為」と「本人ができる・やりたい生活行為」をアセスメントし、本人の能力を最大限に発揮できる視点をもてる場所である。できないことに着目しがちなケアマネジメントに対して、本人のできる・やりたいことといった強みに着目し、役割や生きがいを持って生活を続けていくという、自立支援のあり方を考えるきっかけをうながしていけると感じている。

【今後の課題および展望】

地域リハビリテーション活動支援事業は始まったばかりであり、行政側の窓口である各区の保健師も作業療法士自身も手探りの状態であることは否めない。しかし、今回システムづくりから関わることができたことで、作業療法士の強みを再確認するとともに保健師の方にも知ってもらえる機会になっていると感じている。

作業療法士の強みは自宅等の生活行為の状況を把握し、可能な限り自立した生活を送るために、その手法を提案することであり、元気づくりステーション内だけの活動に留まらず、高齢者の生活・人生をコーディネートすることにある。

本事業においては、新たな生活行為の障害を生じないためにも、「やりたい！」とだけ思っただけのような意欲的な活動への促しが必要であると感じている。高齢者の現状の興味・関心を調べ、提案し、一緒に検討することで、個人の生活・人生、集団活動のモチベーション向上や継続支援に繋がる支援が求められている。作業療法士は、参加者一人ひとりの生活行為向上を支援し、一人ひとりの興味・関心をきっかけに意欲を引き出し、住民主体の健康づくりをコーディネートしていく力を養っていく必要がある。

作業療法士として「できること」から考えるのではなく、地域や社会から「求められていること」から考えることも大切であると感じている。

地域リハビリテーション 活動支援事業

実践事例3

地域で作業療法の理念や自立支援を 実践・啓発できる事業所の開設と 地域リハビリテーション活動支援事業への参画



和歌山県紀の川市
一般社団法人 和歌山県作業療法士会 田淵 真也
(ええわっしょ貴志川)

【はじめに】

総合事業が始まって介護保険の根幹でもある「自立支援」がクローズアップされることも増えた。しかし、地域住民の中では自立支援に向けた取り組みに対する認識は乏しいと言わざるを得ない。関係者はもちろんだが、地域住民も含めた意識の共有（規範的統合）があってこそ地域共生社会が可能になると考える。そこで、筆者はリハビリテーション及び作業療法の理念に基づいた通所介護事業所を立ち上げ、日々の生活動作がリハビリテーションに繋がるという作業療法の理念を取り入れた支援を実践している。更には自治体での地域リハビリテーション活動支援事業への参加や各自治会（老人会）などでの講演活動を通して、介護保険の理念や自立支援もしくは作業療法の役割について啓発活動を続けてきた。その取り組みについて述べる。

【和歌山県紀の川市の概要】

紀の川市は和歌山県北部に位置し、人口約6万人で高齢化率は29.8%。要介護認定率は23.3%（第6期）。第一号被保険者の保険料は5917円（第6期）である。総合事業は訪問型または通所型サービスのAとCが導入されている。リハビリテーション活動支援事業では、地域のリハビリテーション専門職が市独自の体操である「紀の川歩（てくてく）体操」の内容やDVD作成にも監修として参画している。この体操を主にした活動の場を自治会単位で立ち上げ、体操指導や体力測定および生活指導を行っている。その後もリハビリテーション専門職が約3カ月ごとの継続支援を行っている。

【事業参画の経緯】

筆者は介護老人保健施設などの施設で勤務していたが、施設内でのリハビリテーションを実践していく中で常に「対象者本人とリハビリテーション専門職での2者間だけでなく、施設内外の各専門職はもちろんのこと、家族や地域の人々ともリハビリテーションや作業療法の理念を共有できればもっと自立支援の可能性が高まる」と感じながら勤務していた。

そこで、平成26年に自立に向けた取り組みを実践できる（リハビリテーションや作業療法の理念を遂行できる）通所介護施設ええわっしょ貴志川（“ええわっしょ”とは「良いね」の意味を持つ和歌山の方言）を開設した。

介護保険や自立支援の理念を基本とした職員教育（介護職員に対してICFに基づくアセスメント勉強会など）に取り組みながら「在宅生活に必要な支援」の意識付けを行っている。

現在は定員10名の地域密着型通所介護施設であるが、地域からの定員増への期待の高まりを受け、平成30年4月からの通所型サービスCへの参入も視野に現在は移転準備中である。

立ち上げ当初は周囲のケアマネージャーから「自立支援も大事だが、とにかく（利用者）預かってもらえれば良い」など必ずしも十分な理解を得られないことも多かった。しかし、要介護4の車椅子の利用者が自宅で自炊が出来るようになったり、自宅で閉じこもりがちだった要介護1の認知症の利用者が、弊社事業所での大工仕事を通じて「生きがい」を持てるようになり閉じこもりが解消された事例など、元気になる利用者が増えていくうちに「ええわっしょに行けば利用者が元気になれる」という認識が

高まってきていると感じる。

【事業の内容】

1. OTがマネジメントする事業所としての参画（インフォーマル）

（1）規範的統合に向けた研修会の開催

事業所での関わりを通して自立支援に対する意識変容を感じることができるようになってきた。一方で、地域住民の中では依然として「介護サービスはお世話してもらうもの」という意識が高いままであると感じていた。

そこで、介護保険や自立支援に対する認識が高まることを目的とした各種の研修会や講演を計画した。時には、実際に弊社の事業所を利用している要介護4で左片麻痺の車椅子利用者にも自宅で再び調理が出来るようになった体験談を語ってもらった。

（2）地域住民主体の活動への関わり

総合事業が始まる前から「給付サービス終了後はどうなるのか」という不安の声が地域のケアマネージャーから聞かれていた。筆者もフォーマルサービスだけでなく、住民主体で行っている活動が重要な地域資源になると考え、地域の老人会やサロン活動の実情をよく知る為にそれぞれの活動に参加した。

2. 総合事業受託

（1）リハビリテーション活動支援事業 ～紀の川歩（てくてく）体操～

①事業概要

- ・事業委託元：紀の川市
- ・事業名：リハビリテーション活動支援事業
- ・事業受託先：（株）サポートトライアングル
ええわっしょ貴志川

②事業内容

平成29年度は9月現在で拠点数は43か所、総勢約1,100人が参加。その拠点ごとに地域の理学療法士や作業療法士が立ち上げを支援（平成29年9月時点で理学療法士8名、作業療法士2名が参加）している。立ち上げ時にはリハビリテーション専門職が中心となり体力測定や体操指導を行い、その後の3カ月に1回の継続支援では体力測定の結果や日常生活での生活課題（生活動作時の痛みの相談が多い）に対する個別面談を行い、動作指導や運動指導を行っている。

紀の川市ではリハビリテーション専門職が開設

した事業所が弊社のみであるという事もあり、紀の川市より地域での体操事業への参画依頼を受け、平成28年度から参画している。

（2）地域ケア会議への参加

①事業概要

- ・事業委託元：岩出市
- ・事業名：地域ケア会議
- ・事業受託先：和歌山県作業療法士会

紀の川市の隣接市である岩出市では平成29年度より自立支援型の個別地域ケア会議を実施している。岩出市から県士会に対して地域ケア会議に参加する専門職派遣の依頼があり、紀の川市と岩出市の圏域を担当している筆者に対する県士会からの依頼を経て参画の運びとなる。

【作業療法介入の成果】

1. OTがマネジメントする事業所としての参画（インフォーマル）

規範的統合を進める目的の事業所主催の研修会では、地域住民からは「介護保険のサービスを誤解していた」、「障害があっても実際に頑張ってる人の話を聞いて勇気が出た」などの反響を得た。また、介護支援専門員、介護福祉士などに対する研修会では「自立支援について良く解った」「作業療法の考え方がすごく参考になった」などの反響を得る事が出来た。さらに、給付サービス終了後の生活に不安を抱え「デイサービスに通えなくなったらまた閉じこもりになってしまうかも」と話し、弊社の事業所に通い始めた当初は要支援2だった男性（現在は事業対象者）が地域住民主体で行っているペタンク活動に参加できるようになり、給付サービス終了後も閉じこもりにならずに生活できている（図1）。筆者自身も実際に地域での活動に参加する事で、ペタンク会場までの移動手段（男性はシニ



図1 地域ペタンク

アカーで移動)や屋外活動の問題(トイレや熱中症対策)などの課題も発見できた。このことは、和歌山県のように過疎化が問題となりやすい地域で住民主体の活動を行う上での地域課題の解決策を考える重要な経験となった。

2. 総合事業受託

筆者は市内の2拠点で立ち上げ当初から支援しているが、作業療法士としては体操指導だけでなく参加者との個別面談の中で生活習慣や生活動作への指導・助言に力を入れている。参加者からは「畑仕事が出来ようになった」「掃除が楽になった」などの声が聞かれた。また、体操で使用するDVDの監修作業にも参加した。

【今後の課題および展望】

作業療法士参画の成果～作業療法士だからこそ出来る地域共生のお手伝い～

地域住民自身がその地域で暮らす高齢者や障害を持つ人たちを支えていく社会が地域共生社会であり、地域共生社会の実現が少子高齢化の進む我が国において重要だと考える。しかし、高齢者や障害を抱えている人を支える手段(自立支援)については多くの地域住民が理解できていない可能性が高い。そこで、作業療法士が実際に高齢や障害というハンディキャップを負いながらも地域や自宅で生活を営む人々に対して自立支援を展開できる専門職の一つとして自立につながる可能性を示し、地域の中でそれらを実践していくことによって本人のみならず地域住民も含めた周囲の人々の意識も明らかに変わる瞬間を感じられる時がある。実際に身体機能や認知機能が低下しても、日々の生活が維持・改善した人(弊社の利用者)を目の当たりにした家族や周囲の人々からは「介護を受けることで負い目を感じている人や介護に負担を感じている家族も多い。こういう体験をもっと多くの人ができれば助かる人も多い」という意見を少なからず聞くことができる。

目の前のプログラムに真摯に取り組むことはもちろんだが、対個人の視点だけでなく対地域のような視点を持ち、実際に生活が行われている自宅や地域で住民や周囲の支援者たちとともに作業療法の理念

を実践していくことも作業療法士としての質を高めてくれると信じる。

紀の川市では自立支援型の個別地域ケア会議は開催に至っていないものの、自立支援の理念を各事業所に啓発する地域ケア会議(会議を通じた自立支援の教育としての意味合いが強い)への参加依頼があった。それぞれの会議において「専門的な意見を聞けるので根拠が解ってケアに活かせる」「作業療法士の役割が良く解った」などの意見を得ることが出来た(図2)。



図2 紀の川市地域ケア会議

地域住民への自立支援やリハビリテーションおよび作業療法の理念を啓発する活動に関しては自治体から依頼される場合もあるが、筆者が独自に老人会や自治会および職能団体(介護支援専門員協会など)へ働きかけた場合が多い。どうしても弊社や筆者個人だけだと「営利目的」と捉えられる向きが強く、自治体も公平性の観点から地域住民向けの啓発活動を特定の個人に依頼する場合は少ない。筆者一人だけでなく、和歌山県作業療法士会を通じた自治体との連携を強化した活動に発展できれば地域での啓発活動も拡大するはずである。

特に最近では、自治体から「総合事業サービスの中でのアセスメントについて、それぞれの事業所に説明会を行う必要性を感じているが、そのADLやIADL部分を作業療法士から各事業所に説明して欲しい」といった具体的な協力要請も受けるようになった。このように作業療法士が社会的に認知され、必要とされつつある状況に添えていけるためにも、専門職それぞれの意識づけはもちろん、職能集団としての組織(体制)作りも急務であると感じる。

地域リハビリテーション 活動支援事業

大阪府



【はじめに】

筆者は平成 28 年度 9 月より、勤務する事業所の所在地である藤井寺市において介護予防・日常生活支援総合事業（以下、総合事業）に関わる機会を得た。藤井寺市の取り組みは、利用者の活動性を高め、社会参加の促進につなげる自立支援型のケアマネジメントを推進するケアプランの作成に向けたケアプラン点検の位置づけで、市独自のリハ職同行形式として開始された。作業療法士が実際の訪問現場に同行しともにアセスメントすることで、リハビリテーション専門職（以下、リハ職）としての助言のみではなく、様々な地域課題を多職種らと直に共有することができた。ケアマネジャー自身の資質向上のみならず、自立支援に資するケアマネジメントに向けた環境整備という視点でも助力することができ、これが現在の取り組みである地域リハビリテーション活動支援事業「いきいき笑顔応援プロジェクト」の確立と、その他総合事業の構築にあたっての一助となった。

今回はきっかけとなったケアマネジメント適正化推進事業から、現事業までの変遷の過程と、その中の作業療法士の関わりをご紹介します。

【大阪府藤井寺市の概要】

藤井寺市は人口 65,311 人、面積 8.89km²、全国の市の中で 5 番目に面積が小さく、人口密度は大阪府下で 8 番目となる。大阪府のほぼ中央、大和川と石川の合流点にあり、市域はほぼ平坦である。鉄道は近鉄南大阪線が東西に、国道は 170 号が南北に市域を貫き、西名阪自動車道が通るなど交通は発達

実践事例 4

地域リハビリテーション活動支援事業として 「いきいき笑顔応援プロジェクト」に参画

～ケアマネジメント適正化推進事業から始まった
総合事業への関わり～

大阪府藤井寺市
一般社団法人 大阪府作業療法士会 岡本 宗
(メディケア・リハビリ訪問看護ステーション)

している。市の西側の藤井寺駅を中心とした地域と、東側の土師ノ里駅、道明寺駅を中心とした地域に市街地が発達している。

藤井寺市の高齢化率は 27.6%（2017 年 12 月末現在）であり、大阪府下においても要介護認定における軽度者（要介護 2 以下）の占める割合は上位、在宅サービスの利用率も軒並み平均以上という状況である。

地域包括支援センター（以下、支援センター）は委託型が 1 箇所、要支援者のケアプランに関しては居宅ケアマネジャーに委託している割合がその半数程度となっている。本事業が企画される少し前の 2016 年 4 月時点では、居宅介護支援事業所数は 21 箇所、在籍ケアマネジャー数は 66 名であった。

【事業参画の経緯】

本市では、市高齢介護課と支援センターとの協議で、アセスメントの段階からケアマネジャーと同行し、多職種の視点を反映させたケアプランを作成する、という方法を本市のスタイルとして実践してみようとの合意があり、要支援認定者のアセスメント等へのリハ職の同行訪問が企画された。厚生労働省のモデル事業「ケアマネジメント適正化推進事業」を活用することになり、平成 28 年度 10 月から事業を開始し、その名称を「Let's ☆ヨボヨボ予防！」と称した。

リハ職の選定に関しては、市より大阪府作業療法士会（以下、府士会）に協力依頼があり、府士会が規定する研修受講者である筆者含む 2 名が推薦され参画することとなった。

【事業内容】

目的は、ケアマネジャーのアセスメント訪問時にリハ職が同行し、初回アセスメントの時点からリハ職の視点を取り入れながらケアプランを協働で作りに上げることで、利用者の活動性を高め、社会参加の促進につながる自立支援型のケアマネジメントを推進することである。

事業運営のために運営委員会が立ち上げられ、その構成は、行政の事務職、支援センターの事務職・ケアマネジャーと3職種（主任ケアマネジャー・保健師・社会福祉士）に加え、民間委託として居宅ケアマネジャー2名、リハ職3名の計14名であった。月1回の委員会を開催し、リハ職は同行訪問の手順や評価方法の検討、必要な様式や市独自のアセスメントシートを作成するところから介入した（図1）。アセスメントシートにおいては、軽度者の課題分析の過程を明確化し、維持／改善といった状態変化も評価・見直しが見やすくなるように心がけ、改善の見込みのある項目にスポットが当たるよう、元気アップポイントとして強調できるよう工夫したり、困りごとに着眼するのではなく、本人の「したい!」「してみたい!」という主体性を反映するために、目標宣言の記載欄を配置した。またそれに対する達成度、満足度の記入欄を設け、一定期間後の確認の指標とした。紙面は予防プランと同様に4つの領域に分けてそのままプラン作成に導入できる流れとした。尚、このシートを居宅サービス計画書の別紙として位置づけることについて厚生労働省から承認を得ている。

対象者は認定者の4割近くを占める要支援者とし、まずは支援センターのケアマネジャーの担当ケースについてアセスメントへの同行を開始、定期的に委員会にて多職種で検討・検証しながら事業を推進していった。

担当ケアマネジャーからの申し込み制とし、ケアマネジャー・対象者・リハ職で日程調整を実施する。訪問の流れは図2を参照いただきたい。

【作業療法士の視点・支援の方向性】

現在起きている困りごとに着目して、その対処として介護保険サービスで補完しようとする流れを極力避け、本人のやりたいことに主眼を置けるように意識した。初回の訪問であるため、特に今後の関係性を考慮し傾聴に終始してしまうこともしばしばであるが、困りごとに共感するだけでなく、ポジティブフィードバックなどを実施しながら、根本的な解決を目指すための段階付けを意識した。時間は60分程度を目安とした。

同行時の主たる助言内容としては、「①目標設定は活動を明確にすることと、距離や回数といった数値目標を意識すること」「②元の生活に戻りたい、といった主訴における、時間背景と時系列に応じた経過の確認の重要性」「③多く訴えのある痛みに対して、生活不活発との関連性」「④生活行為の工程分析」「⑤活動・参加の場としてインフォーマルサービスの活用検討」などを特に意識した。また、すでに介護保険サービスを利用されている場合や介入が決定した場合は、サービス担当者会議にも合わせて

会議日	協議・検討事項
8月29日	リハ職と顔合わせ・現状と課題・事業目的の共有・取り組み内容の整理 等
9月4日	事業計画・アセスメントシート案 等
9月29日	事業名称・広報紙での周知方法・ケアプランへの記載事項・同行訪問手順・第1回研修会内容・事業の効果見込みや評価方法 等
10月27日	事業実施要綱・同行訪問開始後の状況・アセスメントシート改善案・アンケート項目検討・事業周知方法 等
11月24日	アセスメントシート改善案・ケアマネとリハ職の役割分担・第2回研修会内容・居宅介護支援事業所への委託時の手順 等
12月21日	研修会でのアンケート結果の確認・包括ケアマネアンケート分析・第1回報告会の報告・広報紙での住民啓発・地域資源収集の必要性 等
2月1日	モニタリング・評価時の同行訪問手順・事業成果の出し方・メツツや法第4条の普及啓発・自立支援に関するアンケートまとめ・定義づくりの必要性について・第3回研修会内容 等
2月22日	29年度からの事業内容・ケアマネとリハ職の役割分担・実績報告書・リハ職からの指導書・アセスメントシート改善案・ケアマネアンケート案 等

図1 通いの場における作業療法士からの説明

出席することもあり、会議内でのケアマネジャーの助言の補助も実施した。サービス事業所への目標共有の徹底と、介入期間については特に意識した。

利用者の自立に資するケアプランを作成する中で見えてくる、現在不足している地域資源や、創設の必要性のある活動など多様なニーズを、作業療法士としての評価を交えて把握し、保険者にその課題解決に向けた具体的支援策を報告書面にて提案した。ケアマネジャーには、介護予防ケアプラン様式中の「**適切な支援の実施に向けた方針**」の欄の活用を推奨した。

【作業療法介入の成果】

平成 28 年 10 月～平成 29 年 3 月までの同行訪問実績として、同行訪問件数は延べ 54 件。利用者数は 33 名であった。

検証方法は、「①ケアマネジャーへのアンケート」「②リハビリ職からの実績報告書」「③月 1 回の運営委員会での検証」とした。結果、直接対象者と関わることのメリットは活かされ、助言の精度は高まり、プランは予後予測に基づいた明確な目標設定が可能となり、合意形成が得られやすくなった。リハ職から早期の段階での助言により unnecessary サービスを導入するケースも少なくなった。また対象者の傾向として、認知症や神経難病など進行性疾患の診断を受

けている対象者も多くみられ、進行予防の観点から必要な対象者には早期から医療のサービスにつなげる助言もできた。

何より、地域の一員としてケアマネジャーとともに地域を走り回ったことで、対象者の傾向（疾患特性等）や介護保険に対する理解度や意識の把握、サービス事業所と連携することでの事業所の意識や実態の把握、介護サービス導入後の次の受け皿（インフォーマルサービス等）状況の把握、それら地域情報を支援者が共有できていないという課題の確認、といった地域の実情の情報収集や集約に大きく寄与できたことと、多職種とその共通認識を強めることができたことである。同行訪問のみで完結すれば単なるケース検討に近いが、地域ケア会議に求められる地域課題の抽出を、作業療法士自らがケースを通じて実施することができた。

【今後の課題および展望】

しかしながら課題も多くあった。同行訪問の課題として、「①ケアマネジャーによっては作業療法士による評価に頼りがちになり依存傾向となること」「②様々な広報手段を用いるも、“リハビリをしてもらえる”というイメージが先行すること」「③同行という形態上、日程調整の困難さがあること」「④ケアマネジャーや利用者・家族の訪問回数増による

いきいき笑顔応援プロジェクト!のSPDCAサイクル

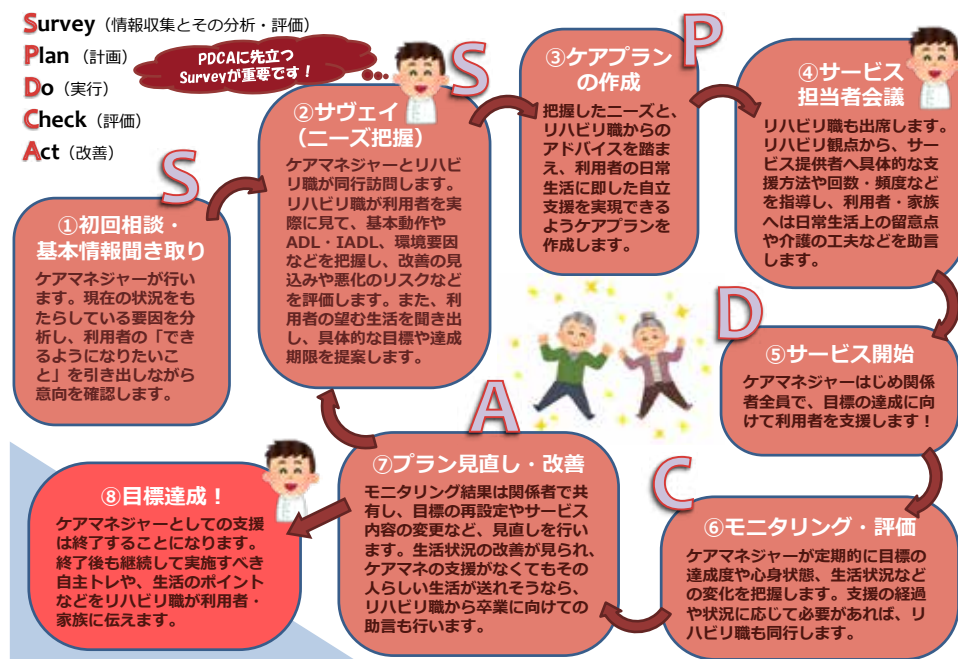


図 2 SPDCA

負担があること」などが挙げられた。また、事業全体の課題としては、利用がほぼ支援センターからとなり、一般のケアマネジャーに広く促すことが困難であったことが挙げられた。

対策として、住民への啓発強化として、広報誌にて介護保険法を紐解くなど毎月特集記事を掲載、作業療法士としては、METsを目安とした身体活動量アップのすすめなどの記事を担当した。またケアマネジャーやサービス事業所に対しては、市の企画する研修会の中で事例報告やアセスメントのポイントに関する講義を実施し、それらを繰り返し発信することで周知と理解を促した。

平成 29 年度からは、リハ職の関わりにて笑顔あふれる生活を実現し元気になるためのプランを提供したいという利用者の主体性を支援することを目的に、名称を「いきいき笑顔応援プロジェクト」に変更し、地域リハビリテーション活動支援事業に位置付けて同内容を継承している。ケアマネジャーに幅広く活用していただけるよう、対象は要介護の方も含めた。

運営委員会では事業の推進方法を話し合うだけでなく、同行訪問したケースの課題分析を積み重ねることで、地域に共通した課題を浮き彫りにするという機能を持たせることとし、これを運営委員会の中で「自立支援型地域ケア会議」と位置付けた。委員も増員し、運営委員会の中で「①ケアマネジャー向け自立支援マニュアル作成」「②地域資源ガイド作成」「③本事業を含む総合事業推進」の3つのチームに分かれ、各チームにリハ職、ケアマネジャー、包括、行政が入り、各職種の役割を活かした活動を行うこととなった。①と③のチームで作業療法士が委員となり（筆者は③）、定期会議をもって次年度に向けた内容の見直し等様々な課題に対して取り組んでいる。

作業療法士としての今後の課題として、「①対象者の傾向を分析し、助言の精度を高めること」「②対応できる人材の育成・教育をしていくこと」「③リハ職の集まる機会を設け、参画者の意識の統一を図ること」などが挙げられる。これらは府士会としても重点項目として積極的に取り組んでおり、府士会と協働しながら取り組んでいきたい。また、社会参加の促進につなげる自立支援型のケアマネジメントを推進するためには、ケアマネジャーのケアプランのみならず、サービス事業所、利用者本人・家族（住民）など、関わる人全員が自立支援の意識を持てるよう、それを満遍なく底上げすることが必須である。これに助力できるよう臨機応変に対応してい

きたい。

最後に、現時点の課題から、平成 30 年度に向けた事業の改善点、決定事項等を列挙する。

- ・介護保険の申請時は、「ヘルパーさんに来てほしい」「デイに行きたい」という希望が多い。申請時の窓口対応にも課題があり、サービスありきの考えを持って窓口に来た人たちに、詳しく聞き取らずにそのままサービスを案内してしまっている場合、アセスメント時にギャップが生じてしまうことが非常に多い。申請者、対応者双方に自立支援について冒頭からうまく意識づける必要がある。広報誌等での介護保険の理念についての住民啓発を継続しながら、次年度においては、行政窓口での相談受付シート（仮）を検討しており、訪問介護の利用希望者など、同行訪問がより高い効果を見込める対象者を絞り込むことを検討している。
 - ・市の現状として、サービス導入の必要性はなくとも、地域の実情からインフォーマルサービスで補うことが難しく、単発の訪問のみで終了するにはその後不安が残るケースもあった。自立に向けた目標達成をより支援しやすいように、短期間集中的に介入できる方式として、平成 30 年度はリハ職による訪問型サービスCの導入が決定している。
 - ・低栄養の利用者に対し、栄養面でもアドバイスが必要という意見が同行訪問から複数挙がったことから、管理栄養士による同行訪問も行う予定である。
 - ・福祉委員会連絡協議会にて事業を周知する機会を得た際に、近隣地域住民の事情をよく把握されており意識も高いことを改めて認識できた。地域自治会への働きかけを強化し、住民の意識を高めるとともに、福祉委員や民生委員にも事業の趣旨をご理解いただき、必要な対象者には早期介入できるよう働きかけていく。
 - ・ケアプランの適正化という観点、すなわち作業療法士の支援がなくともケアマネジャーがアセスメントできるようになるためには、申し込み制という形態をとる同行形式では、ケアマネジャーに広く関与することに限界がある。会議形式との併用、ないし選択式なども、双方のメリットを活かすことができ有用であると考えます。
 - ・自立支援型地域ケア会議で把握できた地域課題を解決に持っていくための手段を構築していく。
- 平成 30 年度はこれらの点に取り組んでいく予定である。

地域リハビリテーション 活動支援事業・ 通所型サービスC

実践事例5

地域リハビリテーション活動支援事業として 通所型サービスCに参画

～非常勤での関わりでも地域社会に貢献できる～

高知県



高知県土佐市

一般社団法人 高知県作業療法士会 有光 一樹
(高知リハビリテーション学院)

【はじめに】

高知県土佐市は、高齢化率が35.6%と全国平均(27.3%)と比べて高い水準であり、高知県のモデル事業を経て、現在介護予防・日常生活支援総合事業(以下、総合事業)に取り組んでいる。しかしながら高知県では作業療法士の約8割が病院勤務であり、地域の事業に携わる機会が少ないことが現状である。そのため総合事業に携わる作業療法士は少なく、今後の参画を推進していくには、職能団体として活動する高知県作業療法士会での関わりや、現在の職場で働きつつ非常勤としての関わりも視野に入れる必要がある。

今回は、通所型サービスC(以下、通所C)において、非常勤での関わりを通して生活機能の評価や考え方、訪問指導時の実生活評価などに対して、作業療法士の視点で助言を行っていることをはじめ、事業所内での勉強会を通じた人材育成などへの取り組みや、土佐市の地域リハビリテーション活動支援事業に参画できている現状を報告する。

【高知県土佐市の概要】

高知県土佐市の人口は27,476人、面積91.49平方キロメートル、高齢化率35.6%、認定率17.8%(すべて平成29年度)、北には四国山脈、南には太平洋、市域を流れる清流仁淀川と、360度自然に囲まれ、農業や漁業が盛んな市である。

【事業参画の経緯】

事業の委託元は土佐市であり、土佐市短期集中型

デイサービス事業として「デイサービスセンター陽だまり(以下、陽だまり)」と「デイサービス清滝」の2施設に事業を委託している。委託業務としては、市が決定した事業利用者に対する機能訓練、担当者会の実施、利用者の自宅訪問指導、市が定期的に開催するケアカンファレンスの担当者の出席及び資料作成、終了後のモニタリングの実施である。

土佐市にある高知リハビリテーション学院勤務の筆者は、土佐市社会福祉事業団が運営する陽だまりにシーティングの研修会講師として参加し、その研修会をきっかけにシーティングと機能訓練事業の支援を目的として週に1~2回程度、非常勤として関わるようになった。しばらく機能訓練事業の支援を行っていたが、陽だまりが高知県のモデル事業に参加するにあたり、常勤のリハビリテーション専門職が存在していなかったことから、非常勤の立場ではあるが総合事業に参画することとなった。

【事業内容】

陽だまりは、介護予防・生活支援サービス事業における短期集中予防サービスとしての通所Cを実施している。通所Cの実施期間は、3ヶ月間で設定しており、半日型で利用者は週2回実施している。対象者の費用は無料であり、多くの利用者は送迎車を利用しているが、中には自宅から徒歩や自家用車で参加している方もいる。主に運動・口腔・栄養の視点から生活機能を短期集中的に3ヶ月間で改善することを目的としている。通所Cは、平成27年1月から開始され2年が経過している。現在までに男性9名、女性36名の合計47名の地域住民が参加している。対象者の主な内訳として、介護認定の要支

援1は27名、要支援2は9名、事業対象者は11名、平均年齢は85.73±5.67歳であった。総合事業に参加された47名のうち42名にあたる89.36%が陽だまりを卒業し、なんらかの地域での活動に参画している。

陽だまりのスタッフは総合事業を開始する際に、大分県のデイサービス楽を視察し参考とした。研修会の実施によって、総合事業の考え方や支援方法を学び、その経験を参考にプログラムを決定している。その内容は、午前中に健康チェックや5m歩行・TUG・握力・片足立ち・立ち上がり動作の運動機能チェック、運動準備のストレッチ、腸腰筋を意識したステップ運動や下腿三頭筋を意識したストレッチ運動、ステッパーを利用した踏み台運動を1セットとした下肢3点セット（図1）、全身体操、口腔体操を基本としながら利用者の生活課題に沿った運動を実施している。必要に応じて個人課題に合わせた自主トレーニング指導も行っている。

午後は、現状の生活における生活課題や自主トレーニング状況の把握、同居する家族からの聞き取り調査や、実生活場面でのADL・IADLの評価や訓練等の訪問指導を実施している。

陽だまりには、介護福祉士3名、看護師1名、歯科衛生士1名が常勤している。また、同敷地内に土佐市地域包括支援センターがあり、ケアマネジャーが事業所に足を運びやすい環境にあるため、生活課題に対する目標設定の確認や通所Cを卒業した後の地域資源の利用など事業所職員との情報共有が行われている。

月に1度実施されるケアカンファレンスには、土佐市の行政職員や保健師、栄養士も参加し、専門職同士での意見交換がなされるため、貴重な情報をいただくことができる。



図1 下肢3点セット実施の様子

【作業療法士の視点・支援の方向性】

作業療法士の役割と感ずる点は、生活課題に対する評価を実践すること、及び事業所職員が行う評価について助言を行いながら一緒に検討することである（図2）。支援方法としては、利用者に対してADLとIADLに関する聞き取りや動作確認、疾患に対する情報収集から運動機能をチェックし、下肢3点セットや全身体操が生活課題に繋がるように動作指導や助言を行う。その際、基礎疾患に認知症やパーキンソン病などの進行性疾患、脳血管障害などの後遺症が残る疾患、膝関節変形症などの痛みを呈する疾患、心疾患などのリスク管理が必要な疾患に関しては、各特徴をふまえた評価の視点や生活課題における予後予測、リスクの捉え方や運動負荷量などの助言を行う。

基本的に生活課題を分析し、全てできないのか、どこができないのか、何故できないのか、などの視点を持ち、できない理由が疾患由来なのか廃用由来なのかを考え目標設定の一助となるように助言を行う。

また、訪問指導においても、ケアマネジャーと介護福祉士と同行し、実生活での行為を観察のもと、工程分析を行い評価した後、生活課題の確認と事業所と利用者の目標設定の統一を図るように努める。課題となっている生活行為において、手すりの取り付けなど環境整備が必要なのかどうか身体状況と生活環境の視点から判断し、できるだけ既存の環境に対応できるように動作方法や福祉用具の活用などを提案する。

事業所職員の中にリハビリテーション専門職が存在していないため、生活課題における生活行為向上マネジメント（MTDLP）の考えや評価の視点、福



図2 利用者と介護福祉士への運動に関する助言

社用具の活用、運動機能や認知機能、医療的な疾患の知識などが十分でない状況にある。そのため、不定期で介護福祉士や看護師と一緒に勉強会を実施し、知識の充足に繋がるように支援を行っている。また、生活課題や運動機能の改善に繋がらない利用者は、勉強会の中で検討し事業所職員と一緒に運動方法や生活課題を再確認する。また、実際のケアカンファレンスにも同席し、利用者に適した作業療法に関する助言を行っている。

基本的には作業療法士による生活の視点と評価結果を伝え、事業所職員と日頃の運動機能訓練や訪問指導の中で生活課題が改善できるように支援していくことが中心となっている。

【作業療法介入の成果】

作業療法士の参画にあたっては、単に運動機能の向上だけでなく、向上した運動機能を生活課題につなげていくことが求められる。生活課題の多くはIADLであり、IADLを実践していくことで活動量が確保される。通所Cにおいて、運動、口腔、栄養の視点を持って生活機能の改善に努めることは重要であり、単にその機能だけ向上しても、実生活につながらなければ、再び生活不活発となってしまう。改善された運動機能を実生活につなげ、継続していけるように支援することが作業療法士参画の意義であり、今回の卒業率 89.36%がその大きな成果となっている。

生活機能の課題に対し専門性を発揮できる作業療法士の参画は、高い卒業率が示すように、非常勤としてのポイント的な関わりであっても十分に地域の高齢者を元気にできる可能性がある。

【今後の課題・展望】

現在、陽だまりでは、事業所職員の自立支援の思考やスキルも向上し内容も充実しつつある。一方で、地域の高齢者に総合事業の周知が十分にされておらず新規利用者が少ないこと、また、卒業後の通いの場に生活機能や運動機能を評価できる専門職が存在しないことが挙げられる。卒業される方は、何らかの疾患をきっかけに廃用をきたし、生活不活発に陥っている場合が多く、卒業に関して大きな不安を抱いている。そのため、卒業者の中でも不安が強い方は事業所主体のサロンの参加に留まり、住民主体の活動への移行は不十分である。こうした地域課題を前に、今後の展望としては、老人クラブ連合会や市が展開する地域での活動に参加し、土佐市における総合事業の説明をしていくこと、また、そこに携わる各専門職との連携のもと、総合事業の効果的な活用やリハビリテーション専門職の有効的な活用方法について伝えていくことが必要である。

高知県においては、総合事業が展開してから各市町村で専門職の必要性が若干ではあるが増してきている。しかしながら、病院勤務が多い高知県の作業療法士が地域で専門性を発揮するためには、地域での支援の経験やスキル不足が大きな課題である。この課題解決を図るべく、高知県作業療法士会は総合事業をはじめとした地域支援事業に貢献できるよう人材育成研修会を実施している。筆者も地域で作業療法を展開している数少ない一人であるため、その経験を生かしながら高知県作業療法士会と連携を取り、土佐市の総合事業発展の一助となれるように努力したいと感じている。

実践事例6

通所型サービスC

通所型サービスCモデル事業としての 「自立促進のための生活機能改善プログラム事業」

～大阪府立大学開発プログラム「自分力向上大学」～

大阪府



大阪府泉南郡岬町

一般社団法人 大阪府作業療法士会 関本 充史

(株式会社かなえるリンク)

【はじめに】

大阪府泉南郡岬町（以下、岬町）では、要支援1・2の介護認定率が高く認定率引き下げは喫緊の課題であった。そこで、岬町から大阪府立大学へ介護予防・日常生活支援総合事業における通所型サービスCモデル事業の委託依頼があり、大阪府作業療法士会と共同して「自立促進のための生活機能改善プログラム事業」を実施した。本事業の目的は、要支援1・2認定者のうち介護保険サービスを利用していない者（以下、介護保険サービス未利用者）を対象に、自立支援にむけた介入方法を検討し、効果的なプログラムを実践することで介護予防を推進することとした。その結果、参加者全員が運動機能、活動・参加の状況は改善し、目標の実行度・満足度も向上したので、その取り組みについて述べる。

【岬町の概要】

岬町は、大阪府の最南端に位置し和歌山県と隣接する町である。全体の約80%が山地であり、街は大阪湾を望む坂道の多い地区に集中している。人口は、16,185人（平成29年12月現在）、高齢化率36%（平成28年3月現在）、要介護認定者数は1,449名（23.6%：平成29.9月末）である。

【事業参画の経緯】

岬町は要介護認定率と要支援者の割合が高く、認定率引き下げは喫緊の課題であった。岬町は、包括連携協定を結ぶ大阪府立大学に町全体のデータ分析と通所型サービスCモデル事業への協力を依頼し

た。この時、地元の作業療法士の参画が必要であるとの大学提案により、大阪府作業療法士会も運営協力することとなった。

【事業内容】

まずは、岬町の人口、介護保険認定者数等から現状把握からはじめた。

人口に占める要支援・要介護者の割合を、平成28年11月時点での大阪府の推計人口をもとに算出すると、大阪府全体は6%、岬町は9%であった。厚生労働省が公表する「介護保険事業状況報告月報（暫定）：平成28年11月分」によると、大阪府の要支援・要介護者数は約50万人で、このうち要支援認定者は35%にあたる約17万人である。岬町では、要介護認定者数のうち、要支援者数は622名であり要介護認定者全体の約43%を占めていた。要支援者数（第2号被保険者を除く）から介護保険サービス未利用者割合を算出すると、要支援1は52%、要支援2は37%に達しており、全体でも45%を占めた（表1）。これらの結果から、加齢に伴う心身機能低下から不安を感じ介護認定を受けているが、サービスを利用しなくても生活が来ている者に対して介入することが介護予防に直結すると考え、今回の対象者を介護保険サービス未利用者とした。

介護保険サービス未利用者147名に対し、未利用の理由についてアンケート調査を行った。アンケートは2部構成であり、介護保険の申請理由や介護保険サービスを利用していない理由などの4項目と、回答者の日常生活活動（ADL）状況、日常生活関連活動（IADL）状況、自宅の改修状況項目か

ら構成した(図1)。なお、ADLの質問項目は、Barthel Indexを、IADLの質問項目は老研式活動能力指標を援用し、服薬状況、自宅改修の質問項目などを加え計31問で構成した。アンケート調査は郵送式で行い、返信がなかったものには訪問調査を実施した。アンケート調査は147名中136名から回答を得た(表2)。82名はBIが100点満点でありADLが自立しており、老研式活動能力指標も

72名が本邦の年代別標準値を上回っていると推測された。また、56名が「今は介護保険を利用する必要性を感じていない。」ことが明らかとなった。この結果を踏まえて、ADL、IADL能力が高く、教室への参加意向がある者を「生活機能改善プログラム」参加対象者として選定することとした。

作成した「生活機能改善プログラム」は、MTDLPの手法を援用した短期集中型の介護予防

表1 岬町における要支援者数およびサービス未利用者数(平成28年3月31日時点)

介護レベル	要支援者数(A)	介護保険サービス未利用者数(B)	B/A(割合)
要支援1	294	153	52%
要支援2	270	100	37%
計	564	253	45%

※第2号被保険者は除く

図1 介護保険サービス未利用者アンケート

教室であり、通所型サービスCモデル事業として全9回で構成した(表3)。初回はオリエンテーションと各参加者の心身機能および活動・参加状況、健康観に対する評価と活動参加レベルの目標設定(表4)を行い、2回目から7回目には身体機能、認知機能、口腔機能、活動量などに関するテーマの講義

と演習を行った。毎回の講師(作業療法士、理学療法士、歯科衛生士)は、次回の介護予防教室開催日までに参加者が毎日行うべき課題(いわゆる宿題)を提示し、参加者には課題遂行状況をカレンダーに記載するよう求めた(図2)。最終回は、プログラム実施による効果測定を目的に各参加者の心身機能

表2 回答者136名のアンケート結果要点

アンケート項目	回答人数
いざというときの為に要介護認定申請をした	40名
現在、介護保険サービスを利用する必要がない	56名
ADLが自立している(BI得点から)	82名
IADLがほぼ自立している(老研式活動能力指標から)	72名
自宅改修をおこなっている	75名
介護保険サービス以外の教室への参加意向あり	78名 ※1

※1 場所や内容、外出手段の確保などの条件付きの参加意向がほとんど。

表3 プログラムの実施内容と参加人数、スタッフ数

開催日	実施内容およびテーマ		参加人数(人)	岬町スタッフ数(人)	講師および府士会スタッフ数(人)
1回目	オリエンテーション 初期評価	自分を知しましょう	8	3	6
2回目	運動機能 歩行能力	歩行速度を上げるために① ～体幹機能に着目して～	8	2	4
3回目	生活機能	運動機能を高める暮らし方 ～元気に暮らし続けるコツ～	8	2	4
4回目	認知機能	認知機能を高める暮らし方	8	2	4
5回目	運動機能 口腔機能	いつまでも口から食べて元気で過ごしましょう	8	2	3
6回目	認知機能	認知機能を高める脳の使い方	7	2	4
7回目	運動機能 歩行機能	歩行速度を上げるために② ～運動速度に着目して～	5	2	4
8回目	運動機能 バランス機能	転倒を防ぐバランス能力と技	7	2	4
9回目	最終評価 フィードバック	自分力を確認しましょう	8	3	7

表4 効果検証に用いた評価領域と評価項目

評価領域		評価項目
運動		5m歩行(秒)
		TUG(秒)
		長座体前屈(cm)
		開眼片足立ち(秒)
		握力(kg)
認知		HDS-R:改訂長谷川式簡易知能評価スケール
		TMT-A、TMT-B
活動・参加と健康観	ADL機能	Barthel Index
	IADL機能	FAI(Frenchay Activity Index)
	目標に対する意識	実行度
		満足度
	いまのあなたの健康度	

及び活動・参加状況、健康観に対する評価を行い、結果を参加者にフィードバックすることとした。

実施場所は、プログラムが終了した後も継続して運動や集いができるように、プールやトレーニングルーム、コミュニティスペースで陶芸教室や手芸教室があり、バスで通える町立の複合施設を選定した。

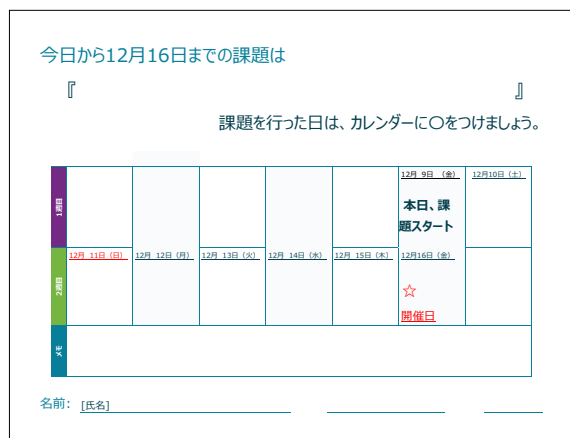


図2 課題遂行状況カレンダー

【作業療法介入の成果】

介護予防教室「生活機能改善プログラム」の開設案内を送付し13名が参加意向を示したが、実際に参加したのは9名であった。9名中1名は初回だけ参加したが、以降の参加は辞退された。継続参加した8名(男性4名、女性4名、平均年齢74歳)はすべてBIが100点満点であり、介護保険サービス未利用の理由を「今は必要性を感じていない」と回

答した者であった。9回の介護予防教室の参加率は良好であり、8名のうち6名が毎回参加、7回参加、6回参加が各1名であった。

評価の結果、運動機能(歩行・立ち上がり能力、バランス能力、柔軟性、握力)は全員が改善した。認知機能(注意力)については、半数は改善したが、一方で半数が低下していた。活動参加のIADL能力は全員が改善した。さらに初期評価時に各参加者が表明した目標の実行度・満足度も全員が改善した(表5)。自分の健康度6名が改善し、2名は変化なしであった。

最終評価時のアンケートにおいて、参加者全員が「健康に関する知識を獲得し、実践した。そして、得た知識が日常生活で役立った」さらに「今後も健康を維持する活動を続けたい」と回答した。また、自由回答には、介護予防教室「生活機能改善プログラム」に対する肯定的評価だけでなく、自身の健康状態に対する気付きが生活習慣の改善につながっていることを示す具体例も示されていた。(表6)

【今後の課題および展望】

これらの結果は、今回の介護予防教室として実施された短期(9回)の「生活機能改善プログラム」が、要支援認定者であり介護保険サービス未利用者にとって有効であったことを示している。このプログラムを構築する際には、自立支援の考えのもとADL、IADLの機能維持・向上だけでなく、参加者の健康に対する意識、生活機能に対する関心、自

表5 評価項目別の初回評価と最終評価の結果

評価領域	評価項目	初回評価	最終評価
運動	5m 歩行 (秒)	3.55 ± 1.07 秒	2.81 ± 0.53 秒
	TUG (秒)	10.33 ± 3.19 秒	6.59 ± 1.18 秒
	長座体前屈 (cm)	24.19 ± 6.90cm	29.38 ± 8.32cm
	開眼片足立ち (秒)	20.71 ± 14.41 秒	43.83 ± 29.27 秒
	握力 (kg)	28.50 ± 12.35 秒	30.75 ± 10.34 秒
認知	HDS-R	27.6 ± 2.8 点	※ 1
	TMT-A	37.53 ± 15.11 秒	40.88 ± 16.04 秒
	TMT-B	89.88 ± 33.04 秒	92.57 ± 37.03 秒
活動・参加と健康観	Barthel Index	100 点	100 点
	FAI (Frenchay Activity Index)	31.5 ± 7.1 点	34.6 ± 7.1 点
	実行度	4.3 ± 2.3 点	6.4 ± 2.2 点
	満足度	5.7 ± 2.2 点	7.1 ± 1.9 点
	いまのあなたの健康度	6.6 ± 2.02 点	7.6 ± 1.4 点

※1 初期評価時に、25点未満であった2名のみ最終評価実施。その2名は、24点と28点に改善した。

立に向けた意識を啓発し行動変容へ導けるよう工夫した。生活行為向上マネジメントにおける「目標に対する満足度・達成度」の視点も導入し、初回・中間・最終回で目標を再度見直すことで日常生活の中で取り組む課題が意識付けられ、目標の変化からもわかるように具体的な行動変容へとつながったと考えられる。

課題としては、事前準備で医療情報を収集していたが、参加者との対話から新たな医療情報を得ることがあった。初回評価時に既往歴の聞き取りや認知

機能の評価を詳細に実施する必要がある。運営面では、準備・プログラム実施・片づけを所属先の異なるスタッフで実施したので、情報共有に十分な時間を取る事が出来なかった。また、プログラム内容は、身体機能、認知機能、生活機能など多岐にわたり準備したが、参加者の心身状態によって段階付けも必要である。

今後は、参加者がその後の生活機能状況を確認するとともに、岬町の継続的な通所型サービスCの運営を考えていく必要がある。

表6 初回評価時・最終評価時の目標（再設定目標）と意識の変化

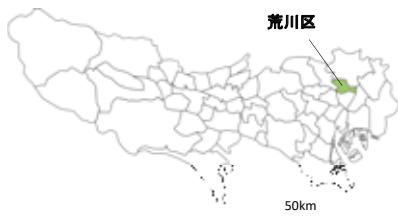
	初回評価				最終評価				意識の変化
	目標	目標選択の理由	実行度	満足度	再設定目標	目標選択の理由	実行度	満足度	
A	山道をしっかり歩く	田畑の手入れのため	5	5	今の調子を続けて元気でいようと思う 道具を使ってでも山道を歩く	大きく生活を変えることはできないが今出来る事をしっかりやろうと思う	7	8	色々勉強して注意するようになった
B	庭の手入れができる ゴルフをする	好きな活動	1	7	4月になったらゴルフコースへ行く	好きな活動	9	8	—
C	走れるようになる	マラソンに出たい	1	1	グランドゴルフ、スポーツクラブを続ける	動くことが少し億劫になることがあるので、負けずにがんばりたい	3	3	100 m程度は走っている気持ちで歩くようになった
D	玄関や庭で躓かないようにする いつまでも庭の手入れをする	広い庭をきれいに保つため	8	8	毎日30分程歩く	—	9	9	先週から毎日30分程歩いている
E	畑の土おこしが楽にできる	楽しみ	5	5	今まで通りに生活する	人に頼らないで生活したい	7	8	早く歩く機会が増えた 草引きも少し楽にできた
F	腰を大切にしたい 釣りを続けたい 10分以上歩く	アウトドアが好き 釣りが好き	5	5.5	5000歩歩く	暖かくなったら、たこ釣りに行くため	8	6	食事の片づけが意識してできるようになった
G	布団の上げ下げが楽にできる	生活が楽になる	4	5	山登りに行きたい (370 mの山)	毎年行っているから、春に行きたい	5	8	大分楽にできるようになった ストレッチをするようになった
H	これ以上膝、腰が痛くならないように体操する 和式トイレに座れるように	足腰の痛みあり、洋式トイレで便が出にくい	5	7	教室があれば参加したい 家でじっとしていたくない	—	5	7	途中ぎっくり腰になった

地域リハビリテーション 活動支援事業・ 訪問型サービスC

実践事例7

地域リハビリテーション活動支援事業として 訪問型サービスCに参画

東京都



～家の掃除をあきらめていた事例への助言～

東京都荒川区
一般社団法人 東京都作業療法士会 石橋 裕
(首都大学東京)

【はじめに】

事業参画のポイントは「継続ありきではなく、終結ありき」である。訪問型サービスC（以下、訪問C）の利用者は、生活行為だけでなく生活機能や心身機能にも問題を抱えている人が大半と思われる。しかし、訪問Cのサービス期間はごく短期間に終結する必要があるため、利用者に行える助言や指導は時間的にも内容的にもわずかになってしまう。このような時間的な制約がある中で、訪問Cには「生活行為の課題を改善すること」が求められる。そうなると、作業療法士の助言や指導の大半は生活行為に直接関連する内容に焦点を絞る必要があり、訪問Cと通常の作業療法プロセスは分ける必要があると考えた。そこで今回、荒川区地域包括支援センター（以

下、支援センター）、介護保険事業者と共に、訪問Cに与えられた範囲内で、効果的に生活行為を改善する手順を考案した（図1）。もし「継続ありきではなく、終結ありき」の訪問Cを行うのであれば、ぜひこの手順を活用していただけたらと思う。

【東京都荒川区の概要】

東京都荒川区は、東京都23区の東北部に位置しており、平成30年1月1日現在の人口は214,644名、高齢化率は23.3%、平成28年度の要介護認定率は16.3%である。区の総面積は10.66平方キロメートルと23区では2番目に小さいほか、土地の高低が小さいのが特徴である。区内にはJR東日本、京成電鉄、東京都交通局（日暮里舎人ライナー、

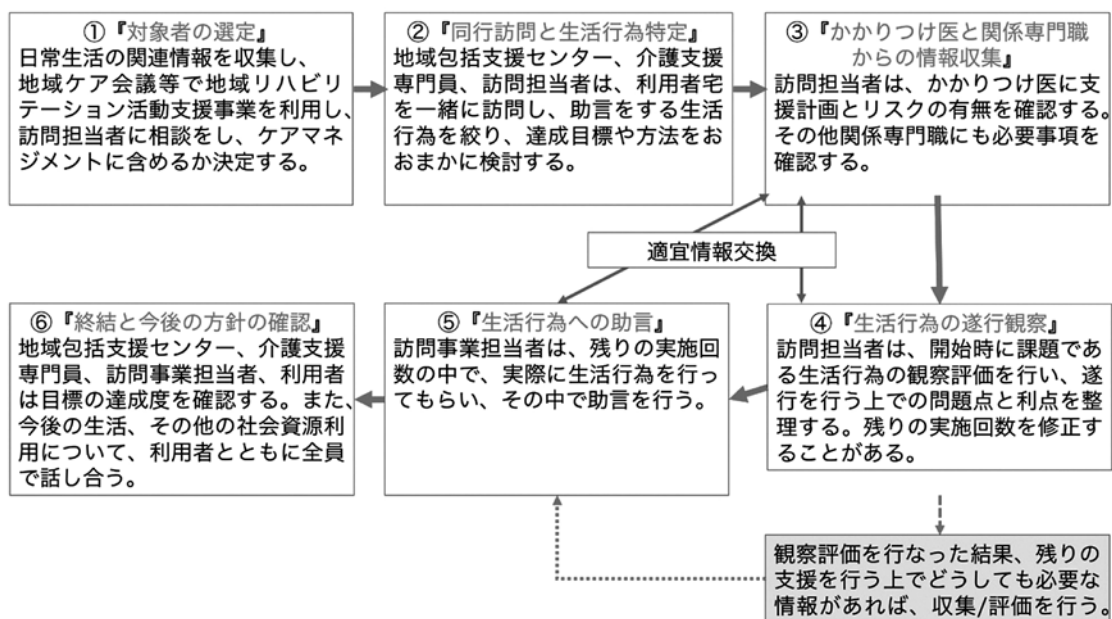


図1 訪問Cの手順

東京さくらトラム)などの鉄道駅のほか、都バスとコミュニティバスが通っており、公共交通機関には恵まれている。荒川区の特徴として、総合病院が少ないことが挙げられる。特にリハビリテーション領域の環境は厳しく、回復期リハビリテーション病棟を有する施設がなく(平成30年1月1日現在、回復期リハビリテーション病棟協会の公開情報より)、荒川区内に籍を置く日本作業療法士協会の会員数も十数名(養成校の首都大学東京は除く)前後である。このような背景もあり、介護保険事業者の多くが作業療法士と一緒に仕事をした経験がなく、何を作業療法士に依頼したら良いのか分からない事業者が大半であった。

【事業参画の経緯】

本事業は、日本学術振興会科学研究費若手研究B(研究代表者:石橋裕, 課題名:介護予防事業におけるサービス提供最適化のためのアルゴリズム開発)の一環として、荒川区高齢者福祉課の協力をを受けて実施した。

【事業内容】

図1は、訪問Cの開始から終結までの流れを示したものである。開始から終結までの流れは、支援センター主導のプロセスと訪問C担当者主導のプロセスに区分した。具体的には、①対象者の選定(訪問事業の対象者として適切かどうかの判断)と②同行

訪問と生活行為特定(訪問事業担当者等と同行訪問し、目標となる生活行為を特定)は支援センター主導で実施し、③かかりつけ医と関係専門職からの情報収集(かかりつけ医等にリスクや注意点を確認、承諾を受ける)、④生活行為の遂行観察(実際の生活行為の場面を観察してアクションプランを立案)、⑤生活行為への助言(生活行為の自立に向けて指導・助言・調整の実施)、⑥終結と今後の方針の確認(助言した生活行為の成果[変化]を確認し、今後の社会資源の利用について検討)は訪問C担当者主導で実施した。以下に、この流れで助言を行なった事例を紹介する。

A氏は86歳の女性で、要支援1の認定を受けていた。現在A氏は一人暮らしをしており、大動脈弁狭窄症や両膝の痛みなどから徐々に家事が困難になり、特に掃除機がけや窓拭き等は行わなくなっていた。掃除機がけなどの家事や家の修理(電球の取り換え)は、とても仲の良い友人が行っていたが、その友人が癌になり、顔を合わせる機会が以前よりも減っていた。友人の癌はA氏にとってとてもショックだったようで、「自分もこのまま何もできなくなってしまい、施設に入るのだろうか」と不安を感じていた。今回、支援センターの担当者より「家事援助目的で訪問介護を使っているが、できそうな家事があれば事例に助言がほしい」と依頼があったため、訪問Cを行うことになった。



図2 訪問C時の助言中の様子

【作業療法士参画の視点・支援の方向性】

1. 目標決定までのA氏と作業療法士とのやりとり

家事の中でも、料理や買い物は行っているとのことだった。また、A氏は膝の痛みから窓ふきや網戸掃除ができなくなり随分時間が経過したが、喫煙者でもあり、窓拭きはしたいと話をしてきた。作業療法士は、これまでの経緯や面接時の様子より、適切な助言をすることで窓拭きなどの掃除が可能になる見込みがあると判断し、「生活スペースすべての窓拭き・網戸掃除ができるようになる」ことを目標にA氏と取り組むことにした(図2)。

2. 作業療法士の視点

最も大切なのは、訪問Cで可能な助言(支援)は何かを利用者に(時には支援センターに)明確に伝えることである。先にも述べた通り、訪問Cで可能な助言は作業療法で提供するサービスのごく一部であるため、この点を明確にせずに支援を開始した場合、生活行為の課題を達成できなくなる恐れがある。

次に大切なのは、利用者の挙げる生活行為の課題を訪問Cで達成可能なのか、面接で判断することである。生活行為には難易度があるとされており、例えば「トーストと紅茶を準備すること」は誰にとっても「掃除機をかける」ことよりも難しいとされている(Fisher, 2011)。面接の際は、利用者が難しい課題ができていないのに簡単な課題ができていない場合はないか、またはその逆の場合もないか等を考慮しながら話題を進めると良い。なお、許される条件下にあれば、面接で明らかになった生活行為を観察することが、支援の方向性を決定する上で最も良い。

3. 支援の方向性

訪問Cによる助言(支援)は、①これまでの道具や材料を変えずに以前からの方法を再習得する方法、②これまでの道具や材料を見直し、より適した環境下で習得する方法に分けられ、②の方が比較的短期間で習得が可能と感じられる。A氏の場合、生活スペースすべての窓拭き・網戸掃除は、例えば柄の長い棒を使った掃除の方法を練習する助言が最も早く生活行為の課題を解決できると考えたため、②の方法を選択した。

【作業療法士参画の成果】

第1回目は、床用ワイパーを使用し、椅子に座り掃除する方法を経験してもらった。具体的には、台所・テレビ裏の網戸の掃除を床用ワイパーで行ってもらった。自室の環境や動作から、必要な物品、および入手可能な近所のお店について助言した。

第2回目は、前回の方法を確認したほか、居室の窓と網戸の掃除方法を習得した。以前から家にあつたブラシを使い、立位で掃除を行う方法を助言した。

第3回目は、寝室の窓と網戸の掃除方法を習得および目標に到達したのか確認した。これまでの助言をもとに寝室の窓と網戸掃除を行ってもらった。軽めの椅子を使って行う方法もアドバイスし、転倒のリスクが低いことを相互に確認した。掃除の週間スケジュールも助言した。最後に目標に到達したことをA氏と確認できたため、訪問Cを終結した。なお、終結時には生活スペースすべての窓拭き・網戸掃除ができるようになったほか、家事に前向きに取り組むようになり、電球の交換に関しても「別の人に頼むことだってできるしね」と話していた。

助言の際には、表1のような生活支援シートを使用した。このシートには実施予定内容、実際に行った内容、修正プランを記載する欄があり、利用者に管理してもらった。利用者がこのシートを管理していることは関与する全専門職が把握しており、専門職には進捗状況を確認するようお願いした。

【今後の課題及び展望】

今後の課題として2点挙げられる。1点目として、訪問Cの実施者の確保と質の確保が挙げられる。訪問Cは地域リハビリテーション活動支援事業等を利用し、病院や施設等に勤務する作業療法士が担当することになると予測される。しかし、多くの作業療法士にとって訪問Cの進め方は、通常の作業療法の進め方とは随分異なると思われる。訪問Cは「訪問作業療法」でも「作業療法」でもないため、訪問C実施者は事前講習会等で必ず作業療法士参画の視点や支援の方向性を確認する必要がある。

2点目として、支援センターや介護保険事業者の「訪問Cへの理解」である。厚生労働省によると、訪問Cの対象者は「体力の改善に向けた支援が必要

表1 生活支援シート

生活支援 スケジュール

緊急連絡先 03-XXXX-XXXX 担当:石橋明(いしはしあきら)

日程	時間	回	担当者	実施予定内容	実際に行った内容(O)	修正プラン(P)
7月20日	10:00-11:00	第1回	石橋	床用ワイパーを使用し、椅子に座り掃除する方法を経験する。	台所・テレビ裏の網戸の掃除を床用ワイパーで行ってもらった。自室の環境や動作から、必要な物品をアドバイスした。	どこに何が売っているのか、近所を確認する(OT/Aさん)
8月3日	10:00-11:00	第2回	石橋	居室の窓と網戸の掃除方法を習得する。	以前から家に合ったブラシを使い、立位で掃除を行う方法を助言した。前回のやり方を確認した。	次回までに難しかった点がないか、確認する(Aさん)。
8月17日	10:00-11:00	第3回	石橋	寝室の窓と網戸の掃除方法を習得する。目標に到達したのか確認する。	これまでの助言をもとに寝室の窓と網戸掃除を行ってもらった。軽めの椅子を使って行う方法もアドバイスし、転倒のリスクが低いことを相互に確認した。	第4回不要と相互判断
8月31日	10:00-11:00	第4回	石橋	全ての部屋を掃除する。	行わなかった。	

なケース」「ADL・IADLの改善に向けた支援が必要なケース」を想定している。もし、支援センターが「A氏には体力の改善に向けた支援が必要」と判断していたら、理学療法士や保健師などの専門職でも担当は可能であったと考える。しかし、今回のよ

うなADL・IADLの改善に向けた支援が必要な場合は、作業療法士の専門性を最も活かすことが出来るのではないだろうか。そのため、訪問Cでできることは何か、支援センターと作業療法士間で十分検討する必要がある。

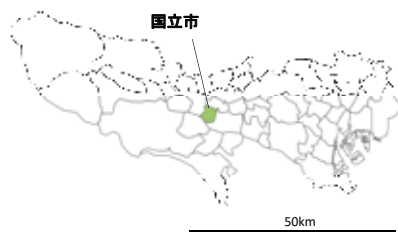
実践事例 8

訪問型サービスC

介護予防・日常生活支援総合事業における 訪問型サービスCでの作業療法実践

～作業療法士が行ったことで得られた効果～

東京都



東京都国立市

一般社団法人 東京都作業療法士会 新泉 一美
(多摩リハビリテーション学院)

【はじめに】

国立市は、平成 27 年度から地域住民を対象に「自宅であいしょにトライ」という名称で、介護予防・日常生活支援総合事業（以下、「総合事業」）訪問型サービスC（以下、訪問C）を開始している。開始当初、地域包括支援センター職員は、作業療法士がどのような関わりをするかなんとなく知っている状況であった。訪問を重ねることで対象者に変化が生じたことにより、その対応が作業療法士の役割であることに気付いていただけた。

現在に至るまでについて、事例を通して以下に報告する。

【国立市の概要】

国立市は、東京都の多摩地区にあり、その中央部に位置している。面積は 8.15km²と全国的にみても小さい市である。平成 26 年の人口は 74,971 人で、男性 36,765 人、女性 38,206 人である。65 歳以上の高齢者人口は 16,158 人で高齢化率 21.67%であった。要介護認定者数 3,056 人、うち 65 歳以上の第 1 号被保険者の 18.95%であった。これは、全国平均とほぼ同様の数値であった。

【事業参画の経緯】

東京都では、平成 29 年度から地域包括ケアシステムの関連事業の運営を都内にある全市区町村での実施を予定していた。国立市では平成 27 年度より総合事業の実施を試みた。

計画を立てるにあたり、東京都作業療法士会会長

に相談があった。会長は、国立市近隣で勤務が長く、地域との交流があった。また、都士会副会長を加えて、どのように進めていくかを地域包括支援センター職員と検討をした。その話し合いで、筋力強化や歩行練習ではなく、生活に必要な動作の獲得や福祉用具、住宅改修のアドバイス、生きがいの提供はできないかなどがあがった。そこで、訪問Cを実施するにあたり、生活行為向上マネジメント（以下、MTDLP）の修了者で、出務可能な作業療法士の選出が必要となった。近隣に住んでいた筆者に訪問スタッフとしての参加依頼がきた。職場上司と相談し、許可を得て、参加することとなった。

【事業紹介】

対象は、市内在住で地域包括支援センター（以下、支援センター）が用いているチェックリストで問題ありと判断された人、また、本人・家族が自宅生活で不安を感じている要支援 1・2 の人たちで、訪問Cが必要と判断された人とした。訪問は、期間 3 ヶ月間で最大訪問回数 12 回としている。

訪問Cの流れとして、初回訪問時は支援センター職員と同行して訪問の説明を行い同意していただいた場合、作業療法評価を行い、次回訪問時に訪問計画書を提示した。作業療法評価は、MTDLP の進め方に準じて「聞き取りシート」で行いたい作業を聞き出し、「MTDLP マネジメントシート」で予後予測を行いながら、合意した目標を決定し、基本的プログラム、応用的プログラム、社会適応プログラムを立案し、実施した。訪問終了後、状態に合わせて 3 ヶ月、6 ヶ月にフォローアップとして現状を確認した。

事業種別	介護予防・生活支援サービス事業 訪問型サービスC
対象	市内在住で介護認定要支援1・2と判断された方
実施人数	15名（平成27年度）
実践者条件	作業療法士かつMTDLP基礎研修修了者（平成27年度は3名体制）
実施回数	3ヶ月程度で最大12回（初回聞き取りも含む）
作業療法実践	MTDLPの活用（聞き取りシート・マネジメントシートは必須）
多職種との関わり～実施例～	対象者の状態に合わせてフォーマル・インフォーマルサービスを検討。禁忌事項などは、対象者が受診の際に書類にてかかりつけ医に相談し、アドバイスをいただいた。介護サービスや福祉用具利用の依頼はケアマネジャーに実際に訪問先に来ていただき、現状を把握してもらいながら検討していただいた。食事内容、栄養指導の相談は、かかりつけ医や受診先の栄養士へ家族を介して相談した。

図1 平成27年度訪問C業務紹介

【作業療法士の視点、支援の方向性】

作業療法士の視点として、MTDLPのねらいにもあるように対象者を「生活する人」として捉え、活動から参加までを見据えるようにし、心身機能の側面のみでその人を理解しないようにする必要がある。生活を過去から将来まで連続したものとして、本人が「したい」と思う作業を「できる」「する」作業へ、フォーマルなサービス、インフォーマルなサービスなどの社会資源を活用しながら「合意した目標」の達成を目指していく。

支援の方向性を明示して訪問することで、自宅という環境で指導することができる。病院のような医療機器はないが、身近にあるものを使用することで指導した内容の継続を目指す。また、環境調整などの工夫も直接介入できるため、その日から生活に活かせるよう指導する。

進行性疾患の場合は、医療との連携も

考慮も検討し、多職種との関わりを増やしていく必要がある。作業療法士だけで解決しないようにする。必要性がある場合は、家族への介入も実施可能な範囲で行うなどが示唆された。

【事例A氏：80歳後半の男性（図2）】

肺炎による入院後、自宅生活に不安があり、介護保険認定では要支援1であった。初回面接の聞き取りシートから「執筆活動の再開」が希望であった。妻の希望は、「安全に生活してもらえたらいい、また肺炎にでもなったら困る。仕事したいのはわかるけど」とのことであった。そこで、合意目標を『資料集めを含めた執筆活動の再開と、妻が安心してできることを増やしていく』とした。この時点での状況から目標の達成は可能であると判断したが、うつ病と診断されている妻の過剰な心配を軽減させながら進めていく必要があると判断した。

A氏は病前、自宅から2km離れた図書館へ自転車で行き、資料集めをしながら執筆活動をしていた。初回訪問時の状態は、老化（加齢・原因不明）による軽度の関節可動域の制限や下肢に軽度の筋力低下がみられた。耐久性の低下が顕著にみられ、入浴後は休憩を必要としていた。体力低下が本人、妻の不安を強くしていた。

また、水分摂取の際にとろみ剤を使用するように医師に指導されていた。介入として、第1期は、体力向上を目的に「自宅内での運動、自宅周囲の散歩」を実施するための自主練習用パンフレットや確認表



図2

を作成し実施した。作業療法士は、訪問時にその表の確認と次の課題を提示することとした。第2期では、最寄りのバス停までの歩行が安定したことから、「バスで図書館へ行き、資料集めをする。仕事の準備をする」ことを目標に設定した。この時期の自宅内での運動は、自転車運転を目指してのバランス向上の自主練習を中心とした。第3期では、「自転車運転の再獲得とし、図書館まで安全に行ける」とした。

段階付けとして、①自転車の点検、②平地での走行、③自宅周囲での交通ルール確認、④図書館までの移動とした。第2期で、図書館へ行き資料集めが可能となっていたので、自転車運転に対して妻の同意が得られなくとも仕事は再開できる状態であったが、A氏の希望が強かったため、自転車での図書館移動までを今回の訪問の目標とし実践した。

作業療法を実施中は、可能な範囲で支援センター職員の方に同行していただき、妻から生活で困っていることを聞き出してもらった。作業療法士は、A氏の作業療法場面を動画撮影し、その日のうちに妻に現状の説明をして安心していただくようにした。このように、A氏だけの改善を図るのではなく、妻という環境因子への関わりも大切にした。

【作業療法介入の成果：事例A氏】

目標を本人の希望に沿うかたちで段階付けができたことで、訪問の終盤までモチベーションを維持することができた。第1期で実施していた「筋力強化・耐久性向上」は執筆活動の再開に必要なことであり、この筋力・耐久性の向上が本人の自信になり、執筆活動の再獲得が明確なものとなってきたと考えられる。発言も積極的、詳細になり、自身の身体状況の把握ができてきたと考えられる。自信の獲得で、散歩での歩行距離が増大し、第2期では、近所のコンビニ（500m）やバス停（700m）まで可能となった。この活動は、病前にスポーツ新聞を購入するために習慣的に通っていたもので大切な作業の1つであった。バス停の近くにスーパーがあり、妻から買い物頼まれるようになった。この行動も妻が夫の外出に対して安心できたためだと思われる。また、近所の歯科に通院可能となり義歯を再調整することができた。仮義歯ができてから今まで食べていなかった肉が食べられるようになり、食事が楽しみとなってきた。

第3期では、妻にA氏が自転車操作の動画を見てもらったことにより、「夫A氏が自転車に乗る事へ

の不安」が減少したことで、A氏は、生活の中で自由に行動ができるようになった。執筆活動の目処が付き始めたため、訪問リハがないときは出版社の編集者が訪れるようになった。

訪問11・12回時にあげられた自身の問題や今後の課題では「妻と一緒に歌舞伎に行ってみよう」、「教え子たちとの新年会に参加したい」と執筆活動のことは一切語られなかった。このことから、目標とした「執筆活動の再開」は獲得できたと考える。訪問最終日には、歌舞伎と新年会への参加について交通手段、会場までのルートなど詳細なアドバイスを行った。また、肺炎の再発予防のために必要な生活習慣について説明した。妻も過剰に心配することが無くなったため、夕食時は宅配弁当プラス一品の調理ができるようになってきている。

終了後は、介護保険サービスを活用することなく、生きがいである執筆活動を継続している。

【事例B氏：60歳代後半の女性（図3）】

既往歴として、慢性関節リウマチ（以下、RA）で右手関節強直。右膝人工関節置換術後であったが自立した生活をしてきた。胸椎圧迫骨折で加療したが、退院後経済的な理由で介護保険サービスが受けられない状況であった。介護保険の要介護認定では要支援1であった。支援センター職員、作業療法士で初回訪問実施。右手関節の硬直があるものの、屋内移動は伝い歩きで可能、屋外はシルバーカーにて20m程度の移動は可能であり、自立した生活を送っていた。自宅は、持ち家の3階建てで、長男家族、次男と同居しているが、関係性が悪くマンパワーとしては期待できなかった。もともと近所の方との付き合いがない状態で、地域での交流がなく、友人とのみ外出していた。

B氏は、初回面接での聞き取りシートから「腰が痛くて動けない」と「家の中のことが疲労なくできるようになりたい」であった。訪問を重ねる中で「前は、近所のスーパーへよく買い物に行っていたのよ」との発言が聞かれ、合意目標を「転倒しないで安全に自宅生活を送れる」、「近所のスーパーに必要な時に買い物に行く」、「介護予防の体操教室に参加する」とした。

B氏に対する段階付けとして、RAに対する知識がないため自己流での家事動作などがみられたことから、第1期で「RA体操の習慣化」、「関節保護を考慮したADL・IADL指導」を行った。口頭での説明と、RA体操、および関節保護を目的にIADL

用のパンフレットを作成した。第2期では、外出方法の確認を行った。歩行距離の延伸が、買い物や外出につながると考え、シルバーカーの操作、玄関での靴の着脱方法を行い、シルバーカーでの屋外歩行距離を伸ばすようにした。第3期では、実際にスーパーまでの移動と買い物の確認を行った。また、天気の良い日は散歩で体力の維持ができるよう指導した。



図3

【作業療法介入の成果：事例B氏】

RAと診断されてから痛みがあった状態でも、自己流で生活をしていた。RA体操や関節保護での生活を指導したことで身体的にも精神的にも負担が減少し、活動の向上につながったと思われる。歩行能力も散歩を習慣にしたことで痛みを調整しながら散歩の距離が300mから1600m以上へ延伸した。

今回の介入の途中で携帯電話の使用を促し、支援センターへの連絡や作業療法士への連絡を行った。これが、友人への連絡につながった。友人と外出の計画を立て、友人の車で外出ができるようになった。近所関係は、短期間で改善できなかったが、病前の社会交流の獲得に至った。訪問終了時には、天候の都合で実施できなかった介護予防の体操教室に作業療法士が同行した方が良いか確認したところ、どちらでもいいとの発言があった。一人で外出することに対する自信を獲得できたと考える。

【作業療法介入の効果：地域包括支援センター】

訪問終了後の利用者の声として、「家族全体が元気になった」「不安が減少した」「生きがいを持って生活できるようになった」「もっとできることを増やしたい」などがあった。

平成27年度の結果として、ほとんどの利用者が改善している。その中には、介護保険サービスを使

用せずに自宅生活を継続している人もいる。悪化した人もいたが、訪問Cを行ったことを活かして、自身で体操をしたり、動作の工夫をしながら生活を送っている。

【今後の課題および展望】

平成27年度の訪問が終了した時点で、支援センター職員と作業療法士とで次年度への課題について話し合いを行った。次年度の課題として①作業療法士の人材確保、②市民へ作業療法の啓発、③訪問Cの目的や対象の明確化、④記録に専門用語を使うことによる理解の困難性、⑤移動手段について、⑥支援センター職員との連絡手段、⑦終了後のサマリーの形式の統一などが挙げられた。

平成29年度現在は、27年度に挙げられた課題も解決されている。さらに地域包括ケアシステムの充実を図るために一般介護予防事業や通所型サービスCとの連携などを検討している。

平成29年度から、東京都作業療法士会に完全に業務委託することとなっている。対象は、要介護認定を受けていない事業対象者及び要支援1・2の市民。平成29年度国立市健康自立度に関するアンケートまたは支援センターによる介護予防ケアマネジメントにより、当該事業への参加が適当とされた65歳以上の市民となった。業務委託内容も明確となり、さらに訪問Cが実施しやすい環境となった。

今後の課題としては、国立市の要望に応えられるように人材育成を行っていくことである。

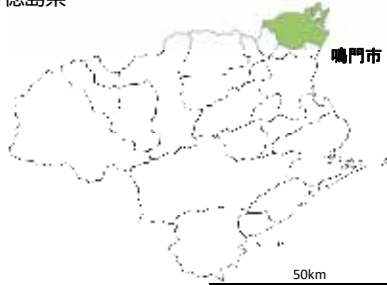
実践事例 9

通所型サービスC・ 訪問型サービスC

介護予防・日常生活支援総合事業における 通所型・訪問型サービスCへの取り組み

～要支援者および事業対象者への 短期集中型サービスでの生活機能改善事業～

徳島県



徳島県鳴門市

一般社団法人 徳島県作業療法士会 坂東 仁志
(学校法人勝浦学園徳島医療福祉専門学校)

【はじめに】

筆者が所属する徳島県作業療法士会（以下、当士会）では、2016年4月より鳴門市長寿介護課の事業委託を受けて、通所型サービスC（以下、通所C）・訪問型サービスC（以下、訪問C）を市内6カ所の地域包括支援センター（以下、支援センター）と連携し展開している。この事業は鳴門市の介護予防・日常生活支援総合事業（以下、総合事業）を見据えたモデル事業として2014年12月より同市の介護予防事業として始まったところから参画してきたが、当初より「生活行為向上マネジメント」（以下、MTDLP）を活用し対象者の意欲を高めることを重視し取り組んできた。また現在では、地域の中で生きがいや役割を持って生活できるよう住民主体のサロン活動へのつなぎ役等も担っている。そこで、これまでの活動の経緯や作業療法士の役割などについて述べる。

【徳島県鳴門市の概要】

鳴門市は四国の東部、徳島県の東北端に位置しており鳴門海峡をへだてて淡路島に対峙し、本州と結ぶ四国の東玄関をなしている。面積は135.46km²、人口は約5.9万人である。2014年の高齢化率は30.4%、2016年度末の高齢化率は31.5%であり、内75歳以上の割合は50.4%、高齢化率は上昇している。

【事業参画の経緯】

2014年の介護度認定率は19.6%であり、給付

費は15年前より1.8倍に増加していた。また、介護保険受給状況集計をみると、要介護度別認定者数割合は要支援2の割合が全国平均の約1.5倍と最も多くなっており、要介護度別介護サービス給付費においても同様の傾向がみられ、要支援2の給付費が最も多い状況であった。

要支援受給者の背景をみると、同時点において認定を受けている931名のうち、201名（21.6%）がサービスを利用せず、保険的に認定を受けている者であり、予防給付サービス受給者730名のうち予防通所介護サービス利用者は396名（42.5%）、予防訪問介護サービス利用者は253名（27.2%）となっていた。これに対して予防通所・訪問リハを利用しているのは137名（14.7%）であり、市として自立に向けたケアが適切に提供される取り組みをより充実させる必要があった。そこで、それまで行ってきた運動器の機能向上を中心とした介護予防事業に加え、新たに「活動と参加」に焦点を当てた取り組みとして当士会に依頼があり受託した。

【事業の紹介】

対象地域および対象者は、支援センターの担当圏域において要支援認定を受けている事業対象者で、かつ支援センターのアセスメントにより当事業への参加が適切であると判断され、事業説明を受け利用を希望する方としている。

この事業に従事する作業療法士は当士会が開催する事業説明会や研修会、勉強会などの広報を受けて協力を希望する者で、現在は総勢47名、協力施設数は24施設である。臨床経験年数は4年～15年以上と幅広く、主たる業務として従事している領域

も急性期・回復期・生活期とさまざまである。そこで、事業に従事するにあたり質の担保として当士会が開催する「介護予防推進リーダー研修」を受講することを条件にしている。

運営については支援センターごとに作業療法士約10名を1チームとして配置し、各チームリーダーの下で出務の調整やケースカンファレンス開催などを行っている。また定期的にチームリーダー会議を行い、事業全体の調整や意思共有を図っている。

事業内容について、対象者への実施期間は3か月を1クールとし、最大2クール（6か月）としている。午前作業療法士2名を派遣しての通所C、午後作業療法士1名を派遣しての訪問Cを提供している。提供頻度は圏域ごとに異なり、通所C・訪問Cを共に隔週で2回/月の頻度で提供している圏域が3圏域、通所Cを毎週で4～5回/月、訪問Cを隔週で2回/月の頻度で提供している圏域が2圏域となっている。

通所Cは各支援センターの日常生活圏域で拠点施設となる通いの場を市が設け、いきいき百歳体操などの体操指導や熱中症予防やインフルエンザ予防などの健康教室、認知症予防教室等を行うほか、握力・片足立ち・CS-30・5m歩行などの体力測定を定期的に行っている。

訪問Cは生活行為向上マネジメントを用いて生活目標を設定し、その達成のためのホームエクササイズ指導や環境調整を行っている。

【作業療法士の視点・支援の方向性】

市と事業のかたちを協議する中で、対象者の活動と参加に焦点を当てるためには、①対象者のモチベーションを維持できる環境づくり、②適切なアセスメントを踏まえての住環境整備、③一貫したモニタリングとケアプランへの反映の3点が必要であるという合意に至った。そこで、対象者の様々な生活状況に対応するためにも実際の生活の場へ介入する訪問型の導入を提案し、現在の事業のかたちとなった。

内容において通所型・訪問型とも作業療法士が手続的介入を行わないこととした。これは、生活機能を改善させるためには、対象者自らが生活行為の改善に取り組む必要があり、その際に重要なのは「対象者の“自ら元気になろう”という意欲をどのように引き出すか」、それを「どのように継続させるか」であると考えたからである。しかし、対象者の多く

は徐々に低下する身体機能や転倒、痛みさらに周囲の人々に迷惑をかけたくない等の思いから、今までできていたことを徐々に諦めるという形で生活の狭小化に繋がっているケースが多く、思いついたことも「どうせできない」と諦めてしまう傾向がみられた。そこで、意欲を引き出すツールとしてMTDLPを活用し、対象者との合意目標を現実化するまでの過程を具体的に提示し、対象者の動機づけを高めることを重視して取り組んでいる。その際には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。これらの情報は対象者から聴取することが多いが、支援センターや市の保健師などから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である。

また、作業療法士が常にかかわらないため、そのほとんどが対象者の自主的な取り組みやそれを支援する環境によって成り立つよう、プログラムは遂行しやすく、かつ継続しやすい形で提案する必要があった。体操を写真や図で分かりやすく説明した資料を作成することや、映像機器の操作ができる対象者には体操のDVDを渡すこと、家族や友人と共に行ってもらおうよう周囲に働きかけることや、行政と連携し地域のケーブルテレビで体操を放映するなど、様々な方法でいつでも手軽に取り組める環境作りを行っている。プログラムの継続状況の把握についても、体操手帳を作成し記録してもらうことやカレンダーに実施日を書き込む方法、八十八カ所巡りを模した記録紙に実施した日を記入してもらう等、客観的に把握できかつ対象者が継続しやすい方法となるよう配慮している。

合意目標の遂行についても支援期間が終了した後も継続され、かつその行為が生活全般にどのように影響を与えるかを考慮し自然な生活の流れに組み込む必要がある。そのため実際の場においてその行為が安全に遂行することができるかを確認することに加え、できる限り近隣住民や友人といった周囲の支援者とともに進めるよう取り組んでいる。(図1) また今後どのような支援が必要か支援センターへの情報提供や助言をすることや、継続して住民同士の支え合いの中へ繋がるよう、住民主体のサロン活動へのつなぎ役も担っている。



図1 友人と共にお遍路さんの接待をする対象者

【作業療法介入の成果】

2014年のモデル事業開始より利用した対象者は169名、内訳として通所C・訪問Cの併用が50名、通所Cのみ利用が49名、訪問Cのみ利用が70名であった。介入例として屋外歩行が不安定となり、転倒への不安から外出頻度が減少し、自宅内で趣味活動を行うことが中心であった生活が、「登山」を目標に6か月間介入し合意目標を達成、その後もサロン活動への参加や新たな趣味教室への参加、地域のボランティア活動への参加など広く社会参加に繋がった事例、夫が亡くなったことをきっかけに自宅に引きこもりがちであった生活が公共交通機関で外出するようになった事例、運転中の事故により上腕骨骨折を受傷し、以降、原動機付自転車に乗れなくなったことから外出への意欲が低下していたが、「温泉施設に友人と行く」という合意目標を達成し友人と共にバスを乗り継いで1時間ほどの温泉施設に通うようになった事例、日中は居室でテレビを見て過ごすことがほとんどであり、運動習慣がほとんどなかったが、介入により妻と共に毎日の散歩や体操が習慣化し、サロン活動へ繋がった事例、健康面への不安から通所型を利用するようになり、6か月後、自ら住民サロンを立ち上げるに至った事例（図2）



図2 対象者（前列中央女性）のサロン立ち上げ式

など様々な結果が得られた。

また、当初は通所C・訪問C事業のみの事業委託であった鳴門市との関わりも、地域ケア会議への参加や一般介護予防事業の中の「地域リハビリテーション活動支援事業」として住民主体型サロンへの作業療法士派遣など事業が拡大しており、2017年からは非常勤勤務ではあるが作業療法士が雇用され、現在は2名が市の職員として地域住民の支援に従事している。

【今後の課題】

作業療法士が総合事業において期待されていることは、対象者の「心身機能」、「活動」、「参加」のそれぞれの要素に対してバランスよく介入し、生活の質を向上させることである。当事業でも数多くの好事例を得ることにより、作業療法士の専門性は自立支援に向けて必要とされ、今後「鳴門市リハビリテーションネットワーク」による高齢者の健康づくりにも参画が切望されている。しかしその反面、事業の利用による効果を得られないまま途中で支援が終了となる対象者もいる。こういった事例では合意目標の設定が難しい場合が多いが、支援の中で自動車に依存しない高齢者の移動手段が少ないことや、支援者や継続先を得るためのフォーマル・インフォーマルサービスが不足していることなどといった地域課題が問題となるケースがみられる。毎年、市と当士会の間で協議会を開き、サービスの在り方や地域課題などの話し合いの場を設けているが、より多くの対象者が生活に自信をもって暮らしていけるよう、作業療法士の更なる専門性の向上させることと並行して、支援の中で浮き彫りになってくる地域課題について行政への提言力を高めていく必要がある。

また、鳴門市が事業を委託する際の懸念は、当士会が安定的に労働力を提供してくれるのかという点であった。今後は徳島県の各市町村でも総合事業や地域ケア会議への参入を求められることが予測される。これに対し長期間、広範囲にわたって頻繁に展開される事業を担える人材を確保、養成しておかなければならないが、企業のように雇用により人材を確保することは難しく、所属する会員へ協力者を募る形をとっている。そのためにも、士会でどのような取り組みが行われているかを会員の目に触れやすい環境を作り、参加することの価値や魅力をさらに多くの会員に伝えることで人員確保に努め、継続的に養成していくことが重要であると考えている。

実践事例 10

通所型サービス C・ 訪問型サービス C

大阪府



通所型サービス C、訪問型サービス Cにおける 目標設定を重視した作業療法士の関わり

～作業療法士の視点を導入した多職種で連携する
介護予防ケアマネジメントへの関わり～

大阪府和泉市

一般社団法人 大阪府作業療法士会 由利 祿巳

(関西福祉科学大学)

【はじめに】

大阪府和泉市では、総合事業の通所型サービス C (以下、通所 C) と訪問型サービス C (以下、訪問 C) に作業療法士が携わっている。通所 C は事業所委託で、訪問 C は市の保健師等職種が直営で実施している。両サービスともにプログラム実施は他の職種が行い、作業療法士は主に生活機能評価と生活目標を設定する役割を担っている。

さらに作業療法士は介護予防ケアプラン様式や多職種連携の方法を市の事業担当保健師と協働で検討するなど、和泉市独自の介護予防ケアマネジメントの考案にも携わっている。通所 C は、二次予防事業の通所型介護予防教室 (以下、教室) において筆者と和泉市の共同研究により開発した方法を踏襲して行っている。

【和泉市の概要】

和泉市は大阪府の泉北地域に位置し、都心部へのアクセスの良い都市環境と豊かな自然が調和している。面積は約 85km²、人口 186,156 人、高齢化率 23.8% (平成 29 年 12 月末現在)、要介護認定率 16.6% (平成 28 年 9 月末現在) の比較的高齢化率の低い地域である。しかし、昭和 50 年代より大阪のベッドタウンとして開発された地域では前期高齢者、農業が盛んな山手の地域では後期高齢者の増加が進んでいる。市内の地域包括支援センターは 4 カ所あり、全てが委託である。

介護予防の取り組みとして、住民主体の介護予防活動である DVD を利用した「いきいきみずみ体操」の立ち上げ支援及び、健康運動指導士や理学・作業

療法士の派遣などによる活動の継続支援を行っている。平成 29 年 12 月末現在、38 か所のサロン等にて 865 人 (65 歳人口の 1.9%) が参加している。

【事業参画の経緯】

和泉市は老人保健法の時代から機能訓練事業において理学・作業療法士や言語聴覚士が自宅訪問を行う介護予防事業を行っており、筆者も担当していた。平成 19 年の地域支援事業開始に伴い、これらは二次予防事業の訪問型介護予防事業になった。和泉市では生活機能評価とプログラム立案を担当する職種として作業療法士を起用し、筆者が担当した。筆者はこの事業において、事業担当の保健師やプログラム実施を担当する保健師等職種 (以下、訪問プログラム実施担当者) らと協働で、事業の目的や課題整理と事例検討を行い報告した¹⁾。

同時期に、教室担当の保健師から教室の参加者が、活動や参加につながらないといった課題について相談を受けた。そこで平成 22 年～23 年の教室において筆者と和泉市が共同研究を行い、活動や参加の向上を目指す支援方法「生活目標設定手法 (Life Goal Setting Technique : LGST)」(表 1) を考案した。これは従来の教室実施方法を大きく変更することなく、作業療法士が教室の開始時と終了時に面接し、活動や参加レベルの生活目標を設定するものであった。介護予防効果と QOL の向上効果を検証した結果、いずれも LGST 導入群が有意に向上した²⁾。効果検証には筆者を含む 2 名の作業療法士が携わり、その後は新たな作業療法士を含め各教室あたり 2 名、計 4 名の作業療法士が教室に携わるようになった。

その後、LGSTを導入し、多職種連携を強化する介護予防ケアマネジメント（Comprehensive-LGST：C-LGST 介護予防ケアマネジメント）を考案した。方法は、地域包括支援センターの介護予防ケアプラン作成担当者（以下、介護予防ケアプラン作成担当者）が LGST の一部（生活状況の把握）を行い、教室の支援に携わる全職種が生活目標を共有し、連携を強化するものであった。同時に LGST を導入した和泉市独自の介護予防ケアプラン様式な

ども作成し、平成 25 年度の教室参加者を対象に効果検証した³⁾。その後、この方法は訪問型介護予防事業にも応用して使用した。

現在、通所 C や訪問 C では C-LGST 介護予防ケアマネジメントの方法を踏襲・改変して行っている（図 1～3）。通所 C は、受託する事業所に所属する作業療法士が、訪問 C は市に登録する非常勤の作業療法士が担当している。

表 1 生活目標設定手法（Life Goal Setting Technique: LGST）の 4 段階の概要（文献 2 より、一部改変）

	段階	概要	具体的な実施内容
LGST	1)	活動や参加（AP）レベルの生活状況（生活活動の実行状況、努力量、価値観）の把握	<ul style="list-style-type: none"> 役割や趣味活動などの参考作業を例示（山田孝：1982）し、1年以内の実行状況（している、していない）とその努力量（楽にできるか否か）を把握する。 1年以内に実行している生活活動に対する内的期待（自らしたいという願望）と外的期待（私がしなければならないという義務感）（小林法一：2004）の有無から価値観を把握する。
	2)	AP レベルの生活目標の抽出と設定	<ul style="list-style-type: none"> 対象者が行いたい生活活動を抽出する。 抽出した AP レベルの生活活動について価値観の把握をもとに優先順位をつけ、AP レベルの生活目標を設定し合意する（Law M: 1990）。
	3)	短期目標の設定（生活目標の段階付け）	<ul style="list-style-type: none"> 生活目標達成が困難な要因を分析する。 生活目標の段階付けを行う。 3カ月後の短期目標を設定し合意する。
	4)	目標達成のための取り組み課題の具体化	<ul style="list-style-type: none"> 生活目標達成のための取り組み課題を具体的化する。 具体化した取り組み課題を対象者・支援者と共有する。

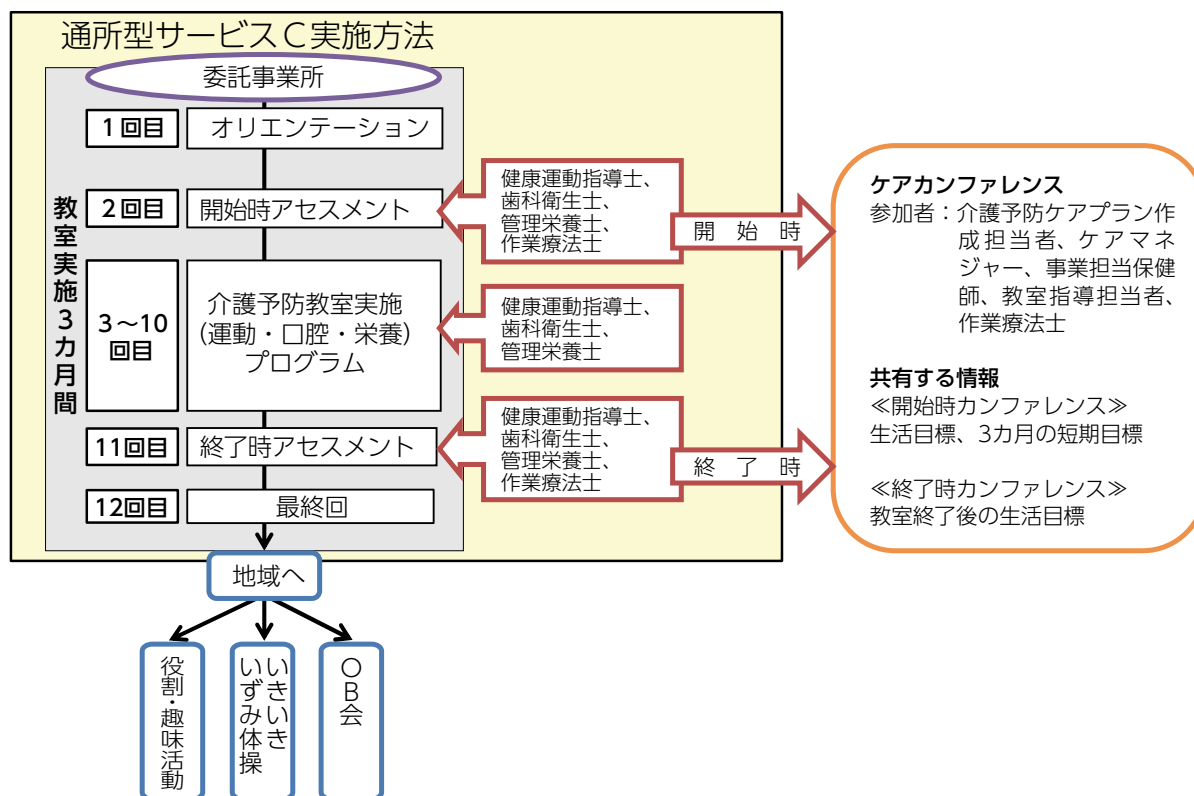


図 1 和泉市の通所型サービス C の実施方法

はつらつ生活を目指して介護予防の生活点検をしよう!!

ケアマネジメントB(緩和したケアマネジメント)
地域包括支援センター

生活状況を確認しましょう!

① 下記の生活行為における現在の状況を右記から選び、太枠内に○をして下さい。
② ①で「案にできない」「1年前から」に○をした項目の中から、改善したい項目に○をして下さい。

生活目標	A 役割	B 趣味	C 家事	D 基本的な生活	① している		② 改善したい	
					案にできない	1年前から	案にできない	1年以上前から
A 役割	1 ボランティア活動・仕事							
	2 地域活動 (自治会・老人会・サロン等)							
	3 家庭での役割 (料理や洗濯、孫やペットの世話等)							
	4 その他()							
B 趣味	1 サークル等に所属()							
	2 友人との活動()							
	3 個人での活動()							
	4 その他()							
C 家事	1 買い物							
	2 調理、後片付け							
	3 掃除 (掃除機、拭き掃除、風呂・トイレ・廊掃除等)							
	4 洗濯 (干す、取り入れる、たたむ等)							
	5 その他() ★2							
D 基本的な生活	1 食事回数・食欲							
	2 栄養バランス							
	3 体重・BMI							
	4 嘔吐・飲み込み・口の渇き							
	5 お口のケア(歯磨きの回数・入れ歯の手入れ)							
	6 入浴 (浴槽出入り、洗体、洗髪)							
	7 更衣(上衣、下衣、ボタン、靴下)							
	8 排泄(尿漏れ、頻尿、便秘)							
	9 整容(化粧・髪剃り・爪切り・整髪)							
	10 健康管理(服薬管理・通院など)							

解決すべき課題に○・本人が改善したいものは②に○

課題の内容

サービス	参加	参加期間
通所型C (はつらつ!教室)		～
訪問型C		～
訪問型B (おたがいきます)		～
街かどデイハウス (デイ・介護予防)		～
介護予防教室 (地域出張・遠・近・生)		～
いきいきいきみ体操 (団体)		～
地域活動 (モク・サロン・サークル・施設委員会等)		～
福祉会館事業・認知症カフェ・認知症訓練		～
その他 ()		～

【参考作業】

★1 旅行、ショッピング、ランドゴルフ、カラオケ、囲碁、将棋、お茶、お花、畑仕事、園芸、つり、写真、書道、手工芸、編み物、映画音楽、テレビ、ラジオ、読書 など

★2 家の手入れ、庭の手入れ、日曜大工、雨戸の開け閉め など

地域包括支援センター記載欄

【主観的健康感】
よい・まあよい・ふつう・あまりよくない・よくない

【チェックリスト】

交流活動	運動不足	栄養改善	お口のケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
/5	/5	/2	/3	/2	/3	/5

環境・個人因子をふまえた課題と支援の方向性

3ヶ月の目標

評価指標【 】

目標についての支援のポイント

プランの期間 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで

計画に関する同意

上記計画について同意いたします。

日付：平成 年 月 日

氏名： _____ 印

平成29年10月改正

図2 和泉市独自の介護予防ケアプラン様式 (文献5より)

生活目標アセスメントシート

参加者No. _____

総合 _____

OT担当者 _____

開始時 _____ 終了時 _____

開始時平成 年 月 日 3ヵ月後 実現度 満足度 終了時平成 年 月 日

★これからのはつらつ生活目標

3ヵ月後の生活目標

実 満

3ヵ月後の生活目標

実 満

「生活目標」を実現させたい自分にとっての「意味・理由」 どれは私にとって どれは私にとって

3ヵ月後

生活目標の困難さを生じている要因の分析 生活の困難さの結果とどの要因 (改善・非改善の理由)

3ヵ月後の結果

改善の可能性 今後の支援についての意見

今後のプランの提案

具体的なプランの提案 具体的なプラン (いつ・どこで・何を・どの程度)

今後のプランの提案

OTより 目標実現のため大切なこと、気をつけることなど。 OTより リスク・注意事項について

3ヵ月後の経過から

生活目標アセスメントシート

生活目標	参加者No.		総合	
	参加者No.	総合	参加者No.	総合
役割	ボランティア活動・仕事		開始時	終了時
	地域活動 (自治会・老人会・サロン等)			
	家庭での役割 (料理や洗濯、孫やペットの世話等)			
	その他()			
趣味	サークル等に所属()			
	友人との活動()			
	個人での活動()			
	その他()			
家事	買い物			
	調理、後片付け			
	掃除 (掃除機、拭き掃除、風呂・トイレ・廊掃除等)			
	洗濯 (干す、取り入れる、たたむ等)			
	その他() ★2			
基本的な生活	食事 (嘔吐・飲み込み・口渇・回数)			
	栄養 (回数、栄養バランス、食欲、BMI)			
	入浴 (浴槽出入り、洗体、洗髪)			
	更衣 (上衣、下衣、ボタン、靴下)			
	排泄 (尿漏れ、頻尿、便秘)			
	整容 (化粧・髪剃り・爪切り・整髪)			
	お口のケア (歯磨き・入れ歯の手入れ)			
	健康管理 (服薬管理・通院など)			
	外出手段 (電車・バス・タクシー・車・バイク・自転車・徒歩)			
	健康 (服薬管理・通院など)			

【参考作業】

★1 旅行、ショッピング、ランドゴルフ、カラオケ、囲碁、将棋、お茶、お花、畑仕事、園芸、つり、写真、書道、手工芸、編み物、映画音楽、テレビ、ラジオ、読書 など

★2 家の手入れ、庭の手入れ、日曜大工、雨戸の開け閉め など

図3 和泉市独自の作業療法評価様式

【事業内容】

1. 通所C

プログラムは大阪府介護予防標準プログラム実践マニュアル⁴⁾に基づき週1回3カ月間実施される。健康運動指導士、歯科衛生士、管理栄養士がそれぞれ運動・口腔機能、栄養に関する指導を行うとともに、開始時と終了時の機能評価を担当する。作業療法士は機能評価時に面接を行い、「対象者が改善したい生活課題である生活目標」（以下、生活目標）と、「3か月で達成可能な短期目標」（以下、短期目標）を設定する。機能評価当日に実施されるカンファレンス（以下、C.C.）では、介護予防ケアプラン作成担当者、事業担当保健師、作業療法士とプログラム実施を担当するすべての職種が参加し、参加者の生活目標と短期目標を共有する。開始時C.C.ではプログラム実施期間中の支援方針を、終了時C.C.では終了後の支援方針やつなぎ先について話し合い決定する。

平成29年度は4クール実施され、平成29年12月末時点ではそのうち3クールが終了した。プログラム終了者は合計31人（事業対象者26人、要支援1、2の認定者5人）、女性19名（61.3%）、男性12名（38.7%）、平均年齢は78歳であった。

2. 訪問C

プログラムは週1回3か月間実施する。市の保健師等が自宅に訪問し、プログラム実施を担当する。作業療法士は初回と最終回に介護予防ケアプラン作成担当者、訪問プログラム実施担当者と自宅を同行訪問し、生活機能評価とプログラム立案を約2時間で行う。

初回には、介護予防ケアプランに基づく生活機能評価（運動・認知機能やADL、IADLなど）と生活目標や短期目標を設定し、自宅の環境で実施可能な体操やストレッチ及びADL・IADL動作の指導などからなるプログラム立案を行う。これらは本人・家族とプログラム実施担当者や介護予防ケアプラン作成担当者に説明する。最終回には再度同行訪問し、再評価とプログラム終了後の支援方針などについて助言を行う。平成29年度は1件のみ（12月末現在）であった。

【作業療法士参画の視点・支援の方向性】

1. 通所C、訪問Cにおける目標設定について

対象者個々の生活史や価値観を尊重し、何のために介護予防に取り組むのかといった、個々にとっての意味を重視する。生活目標は活動や参加レベルであること、短期目標は達成可能であることを重視する。

2. 訪問Cについて

2時間程度の在宅訪問で生活機能評価とプログラム立案を行うためには、効率良く面接と評価を行う必要がある。事前に情報を精読し、時には不足している情報収集を依頼するなど、準備が重要である。プログラム立案は、生活環境を考慮し、本人の生活習慣に沿った取り組みが無理なく行えるように配慮する。リスク管理については、中止基準や観察視点を明確に伝え、過用や誤用にならないよう丁寧な指導が必要である。

3. 多職種連携について

各職種の専門性を十分に理解したうえで作業療法士の役割を担うようにしている。全職種が参加者の生活目標・短期目標を共有し、その実現を目指すことが重要である。

通所CではC.C.時、訪問Cでは同行訪問時において、対象者個々にとっての意味も含めた機能と活動の関連性などを、全職種が理解しやすい言葉を用いて丁寧に説明する。各職種と協働で多面的な支援ができるよう、意見交換を重視する。

【作業療法介入の成果】

通所C実施中には関係職種が参加者の生活目標を意識した支援を行うようになり、参加者は個々の活動や参加の生活目標達成に向けた取り組みを行った。参加者は通所C利用後に地域の活動につながるが多くなった。介護予防ケアプラン作成担当者にとっては、介護予防ケアプランの作成がしやすくなったと意見があった。平成29年度の通所C参加者の生活目標の一覧を示す（表2）。活動や参加の生活目標が設定されていた。訪問Cは平成29年度1件のみであった。

通所CのC.C.時や訪問Cの同行訪問時における作業療法士の説明が関係職種の自立支援に向けた支援方法の理解を促すことにつながり、効果検証による報告や課題の整理が事業展開に役立っていると和泉市から評価を得ている。

表2 介護予防ケアプランで設定された生活目標の枠組みと内容（文献5より、一部改変）

枠組み	生活目標の内容
役割 5名	同窓会の幹事、野菜作り、ペットの世話、ボランティア活動
趣味 20名	旅行（5名）、庭の手入れ（3名）、食事会（2名）、散歩（2名）、バードウォッチング、いちご狩り、盆栽、サークル活動、野球観戦、グランドゴルフ、ハイキング・山登り、川柳の会
家事 6名	ごみ捨て・洗濯（2名）、買い物（4名）

平成29年度 通所サービスC
参加者31名（事業対象者26名、要支援1,2認定者5名）
平均年齢78歳、女性19名（61.3%）

【今後の課題および展望】

LGSTを導入した多職種の連携方法は、参加者の活動や参加レベルの向上を目指した介護予防とQOLの向上に効果がある。今後はLGSTを導入した介護予防ケアマネジメントの総合事業における効果検証やマニュアル作成を行い、国内他市町村においても応用されるよう尽力する必要がある。

現在、訪問Cの利用が少なく、その効果が理解されていないと考えられる。今後は事例検討等を積極的に行い、訪問Cに適した対象者像や効果について

理解を促す必要があると考える。

さらに、平成29年度は個別地域ケア会議をモデル的に実施し、今後の本格的な実施に向け、作業療法士の役割や効果的な実施方法について検討を行っている。自立支援に向けた各サービスの効果的な利用について検討する必要がある。

参考文献

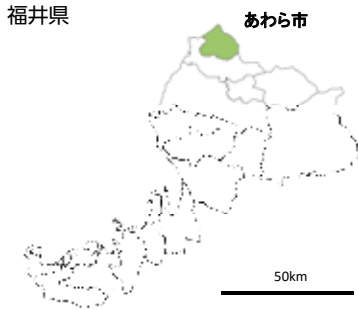
- 1) 由利祿巳, 藤井有里, 西井正樹, 出田めぐみ: 訪問型介護予防事業における作業療法の有効性. 総合福祉科学研究, 2010, 1: 183-198.
- 2) Yoshimi Y, Shinichi T, Tomoko N, Mari O, Taro F.: The effects of a life goal-setting technique in a preventive care program for frail community-dwelling older people: a cluster nonrandomized controlled trial. BMC Geriatrics, 2016.16:101.
- 3) 由利祿巳: 地域在住高齢者を対象とした介護予防における生活目標設定手法の効果に関する研究. 大阪府立大学総合リハビリテーション学研究科博士論文. 2018.
- 4) (財)大阪府地域福祉推進財団大阪府立介護情報・研修センター: 大阪府介護予防標準プログラム実践マニュアル第2版. 2008.
- 5) 由利祿巳, 川上幸子, 高畑進一, 辻陽子: 地域在住虚弱高齢者の介護予防における活動や参加の向上を目指す生活目標設定に関する研究. 地域ケアリング, 2018.5: 70-74.

実践事例 11

介護予防 ケアマネジメント

生活行為向上の視点で 介護予防ケアマネジメントに参画

～自立支援型ケアプラン作成のポイントを
助言・支援する「ケアプラン支援会議」～



福井県あわら市

一般社団法人 福井県作業療法士会 谷川 真澄
(有限会社なるぞ)

【はじめに】

平成 29 年 4 月に可決された地域包括ケアシステムの強化法案によって、市町村にとっての自立支援に向けた仕組みづくりは、お尻に火がつけられた状況にあるのではないだろうか。新総合事業に完全移行された今、是非参画したいのが自立支援型ケアプラン作成への助言の場である。総合事業の川上であるケアプラン作成への支援を通して、生活行為向上などの作業療法士の専門性が国民の健康に大きく寄与できる正に旬の時期を迎えている。筆者は福井県あわら市において総合事業に関わって 6 年目となるが、年々作業療法士への期待が高まっていることを実感している。本稿では、あわら市で実施している「ケアプラン支援会議」に絞って、その要点をご紹介します。

【福井県あわら市の概要】

筆者が生まれ住む福井県あわら市は、本州日本海側の中央部にあり、明治から昭和期は繊維産業で栄えた地域で、関西の奥座敷と呼ばれる芦原温泉があり、近隣の東尋坊や永平寺と合わせた観光地でもある。現在人口約 28,500 人だが、平成 8 年の

- ① 2次予防事業通所型事業 受託
- ② 通所型サービスCモデル 受託
- ③ 通所型サービスC 受託
- ④ 訪問型サービスCモデル 試行
- ⑤ 訪問型サービスC 受託予定
- ⑥ 介護予防普及啓発事業 派遣
- ⑦ 地域リハビリテーション活動支援事業 派遣
- ⑧ 通所型サービス現行相当・サービスA 指定
- ⑨ アセスメント(ケアプラン)支援会議 委員
- ⑩ なるぞフィットネス(保険外)



図 1

32,500 人をピークに人口は減少している。高齢者率 31%・要介護認定率 29% (平成 30 年 1 月)。保険者は隣接している坂井市との広域連合であり、平成 29 年 4 月から訪問・通所現行相当サービスおよびサービス A を開始している。加えてあわら市独自に通所型サービス C を開始している。

【事業参画の経緯】

筆者は、このあわら市で起業し、平成 17 年からの訪問看護ステーションに始まり、通所介護、グループホーム、看護小規模多機能居宅介護等の事業を運営している。総合事業への関わりは、平成 25 年度総合事業 2 次予防通所型事業を受託してから始まった。事業所として委託・指定を受けたもの、個人として派遣依頼を受けたものに分けられる (図 1)。行政担当者へリハビリテーション・自立支援についての説明、制度動向等の情報提供、自宅訪問に同行しての個別課題解決への対応、事業内容 (仕様書) づくりへの協力を積極的に行ってきた。そのような経験から、OT 参画のプロセスを図式化する (図 2)。

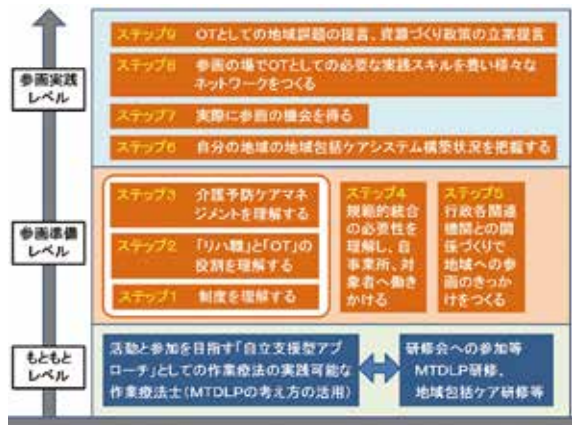


図 2

【事業内容】

平成 27 年度から始まった「アセスメント支援会議」（移行後は「ケアプラン支援会議」に名称変更）は、あわら市地域包括支援センター（市直営）が 2 年後（平成 29 年）に迫る総合事業移行に先だて、職員（保健師）が担当する事業対象者の自立支援型ケアプラン検討のために、介護予防ケアマネジメントの考え方等を学ぶことから始まった。筆者は当初から「生活行為」、「リハビリテーション」の助言を期待され、委員として委嘱を受け出席した。

事業対象者のケアプラン作成は市内の居宅支援事業所にも委託予定であったので、市内のケアマネジャーへの指導、支援も見据えた会議であった。平成 28 年 12 月からは月 1 回が毎週の開催頻度となり、平成 29 年 4 月からは実際に事業に移行する対象者のケアプラン約 100 事例に対して支援、助言する本番会議になった。地域のケアマネジャーの会議傍聴を可能とした。移行後は月 2 回の開催となり、新規・更新対象者のケアプラン作成を支援、助言している。会議にはケアプラン作成ケアマネジャー、助言者として、地域包括支援センター職員（保健師 2 名、栄養士 1 名）、社会福祉協議会職員 1 名（生活支援情報提供）、広域連合職員（介護保険適正化担当）2 名、作業療法士 1 名が出席する（図 3）。2 時間で約 6～7 名のプランが会議にかけられ、その後助言者間で助言内容等のすり合わせが行われる。「ケアプラン支援会議」の一義的な目的は、自立支援型ケアプラン作成方法の支援であるが、ケースによっては個別課題の解決につながる助言や、地域課題から新たなサービスの提案なども行った。



図 3 アセスメント支援会議（名称変更後：ケアプラン支援会議）

【作業療法士参画の視点・支援の方向性】

行政、他職種から見れば、作業療法士の専門性は

何なのか、どんな効果を期待できるのかが理解できてないと声はかけてもらえない。「生活行為向上の視点」が自立支援の具体的な取組みの視点であることを分かりやすくプレゼンできる能力と、そのような関係の構築に向けてしっかり準備しなければならない。

お世話型ケアプランから自立支援ケアプランへ切り替えは国から様々資料が出ている。中身を見ると作業療法プロセスそのものと言っても過言ではない。本来、主任ケアマネが担うところだが、それをしっかり支援できる職種であることを自覚したい。

【作業療法介入の成果】

この会議で作業療法士に求められるものは、介護予防・自立支援のための効果的かつ効率的なプラン作成方法の助言であり、具体的課題解決やプラン内容の判定ではない。筆者は地域包括支援センターの一員という意識で、できるだけ具体的かつ丁寧な助言に徹し、自立支援型ケアマネジメントが適正かつ早期に浸透するよう努めてきた。様々行なってきた助言を整理し、その要点を以下作業療法士の助言すべき主な内容として示す。

1. 自立支援型プラン作成のための助言

(1) 助言内容を整理すると、以下①～⑤に分けられた。

- ①「ケアプラン書式の流れと捉え方」：ケアプラン書式の流れ（情報収集⇒情報整理⇒課題の整理⇒対象者への提案⇒合意形成⇒目標設定⇒プラン⇒期間の目途）に沿って思考、検討されているかの確認。
- ②「情報の整理と選択」：機能から参加までの情報、個人因子情報を集めた上で必要な情報を記述しているか。
- ③「分析補助」：アセスメントの視点（リーズニングや自立可能性の検討）・課題の整理状況について助言。
- ④「記載例示」 例えば、欄内記載内容が、欄項目と合っていない、目標欄で言えば目標と手段が混在した表現になっている、対象者にも共有可能な目標表記（指標が明確）となっていないなどへの適切な書き方の例示。
- ⑤「概念（自立支援型ケアマネジメント）確認」 お世話型プランでなく、できうる限り（部分的で

も) 自立を目指すプランへの考え方、インフォーマルサービスの優先検討など、考え方の助言・説明。

(2) 介護予防サービス・支援計画書の各記載欄と生活行為向上マネジメント(以下MTDLP)のプロセスを重ね合わせると、その生活行為向上に関する助言ポイントが明確になり、具体的な助言ができた。

- ① MTDLP - 聞き取り・時間軸の視点 → 「基本情報」「1日・1年の目標」「アセスメント領域と現在の状況」「本人・家族の意欲・意向」: 本人にとって意味ある作業の履歴の記載、それを反映したプランになっているか。
- ② MTDLP - アセスメント(阻害因子、強み) → 「領域における課題」「総合課題」: 状況の原因、背景との因果関係が分析されているか。
- ③ MTDLP - アセスメント(予後予測) → 「領域における課題」「総合課題」: どのような改善が見込まれると想定しているか。
- ④ MTDLP - 工程分析 → 「アセスメント領域と現在の状況」「領域における課題」「目標」「目標についての支援ポイント」: 目標とする生活行為のどこができていて、どこができていないのか、を把握しているか。
- ⑤ MTDLP - 達成可能な目標設定・合意形成 → 「課題に対する目標と具体策の提案」「具体策についての意向・本人・家族」「目標」: 客観的情報(重要性・緊急性)と本人(家族)意向が整合され、目標に反映されているか、目標の書き方によって合意形成が曖昧になってないか。具体的な目標を対象者に提示し、内容に納得し、取り組みに向かう意欲を確認しているか。
- ⑥ MTDLP - プラン → 「支援計画」目標を達成するために、いつまでに誰が、どのような手段を講じるのか明記されているか。
- ⑦ MTDLP - 作業の継続の視点 → 「本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス」: 地域へ参加するための移行可能なインフォーマルサービスを把握し、活用しているか。

2. 総合事業各サービスの目的や基準の共有化

対象者の自立支援のためにどのようなサービスや活動が効果的なのかの助言を通して、サービスの目的

や基準の理解・活用イメージを深めてもらうことも重要であった。前提として、各サービスの目的と基準は市町村単位で異なるので、助言の前に作業療法士自身が把握しておく必要がある。

3. 可能な限り自立をめざすことの規範的統合とケアマネジメントプロセス全体の整備への支援

個別のケアプラン作成の支援の集積から、「自立の可能性を第一に検討する介護保険の理念」を地域住民、ケアマネジャー等の専門職、行政などが常に共有できる地域をつくる(規範的統合)ためにどのような教育やその機会を提供するか、ケアプラン作成を含むケアマネジメントプロセス全体の整備にも助言が必要になっていった。

【今後の課題および展望】

あわら市におけるケアプラン支援会議で筆者は、「介護予防ケアマネジメントや自立支援の視点を他職種に広め定着させる」ための助言を行ってきた。3年の「ケアプラン支援会議」での足固めを経て、平成30年度からは「個別課題の把握・解決」「地域課題の集積」などの機能を持つ地域ケア会議の定例実施(月1回)を計画している(図4)。また、介護予防ケアマネジメントを強力に推進するために、あわら市は県から介護予防活動普及展開事業を受託することを決めた。ケアプラン支援会議は、月2回で変わらないが、助言してきたポイントを整理して、ケアマネジャーの集まりで定期的に研修を開催する予定である(図4)。このような取組みを通して、MTDLPの視点を自立支援型ケアマネジメントにどう活用するか、さらに整理していきたい。

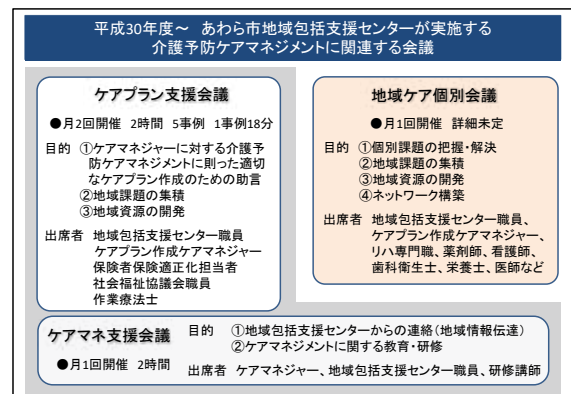


図4

実践事例 12

認知症初期 集中支援チーム

大阪府



認知症初期集中支援事業の チーム員として参画

～作業療法士の自宅訪問における役割「生活機能評価から
介護者や多職種への支援とサービス利用の提案」～

大阪府和泉市
一般社団法人 大阪府作業療法士会 由利 裕巳
(関西福祉科学大学)

【はじめに】

大阪府和泉市は市で一つの認知症初期集中支援チーム（以下、チーム）を構成している。チーム員会議では、市内4カ所の地域包括支援センターから挙げられた検討ケースについて支援方針が話し合われる。作業療法士は、チーム員会議への出席と、必要に応じて自宅訪問を行っている。

特徴は、自宅訪問は1回約2時間のみということであり、作業療法士の役割をチーム員が理解していることである。作業療法士の自宅訪問における支援内容の紹介と、地域包括支援センターの主任介護支援専門員（以下、主任ケアマネ）らから作業療法士の役割について意見聴取した結果を報告する。

【和泉市の概要】

和泉市は大阪府の泉北地域に位置し、都心部へのアクセスの良い都市環境と豊かな自然が調和している。面積は約85km²、人口186,156人、高齢化率23.8%（平成29年12月末現在）、要介護認定率16.6%（平成28年9月末現在）の比較的高齢化率の低い地域である。しかし、昭和50年代より大阪のベッドタウンとして開発された地域では前期高齢者、農業が盛んな山手の地域では後期高齢者の増加が進んでいる。

市内に4カ所ある地域包括支援センターは全てが委託である。そのうち、平成29年度から認知症機能強化型地域包括支援センターが1カ所設置されている。

【事業参画の経緯】

認知症初期集中支援事業（以下、事業）は平成27年度からモデル的に開始された。作業療法士（非常勤）は市の広報及びホームページで公募があり、筆者を含む2名が採用された。契約は市と個人の間で行われた。

平成27年8月～平成28年2月の約6カ月間、7ケースを対象に事業における課題整理を行いながら実施した。筆者らは作業療法士の役割を模索しながら、チーム員会議で意見を伝えるとともに、自宅訪問による評価や指導を提案した。その結果、他職種に報告すべき情報を整理し、和泉市の事業に使用する様式としてOT評価票を考案した（図1）。

その後、平成28年度からの本格実施に伴いさらに作業療法士が公募され、現在は4名の作業療法士が携わっている。

【事業内容】

和泉市のチーム員は、専門医（認知症サポート医）、地域包括支援センターの主任ケアマネ、保健師等職種（看護師）、臨床心理士、精神保健福祉士、保健師、社会福祉士と作業療法士からなる。支援の流れを図2に示す。

チームとは、認知症初期集中支援の実施のため、複数の専門職が家族の訴え等により認知症が疑われる方や認知症の方（以下、本人）及びその家族を訪問し、アセスメントや家族支援等の初期の支援を包括的・集中的に行い、自立生活のサポートを行うチームをいう。各専門職間の連携を常に意識し、情報が

和泉市認知症初期集中支援 OT 評価票				様式12
ID:	担当OT	訪問日時	年 月 時間 ~	
本人氏名	同行者	同席者	本人、家族（ 他（ ）	
訪問目的				
評価場	評価項目			
ICF分析				
健康状態	結果			
	心身機能(身体・精神・心理)	活動 (ADL, IADL(屋内・屋外))	参加(社会交流)	
	環境因子(人的・物的) 個人因子(成育歴・職業・性格傾向・価値観・習慣・趣味)			
プラス面				
マイナス面				
医師相手 氏名・職柄: 生活の工夫提案	家族・本人への指導内容			
視点: リスク・生きがい・支援・ケアするポイントなど				
今後の支援方針				
どの機関が何をどうするのか				
和泉市高齢介護室				

図1 OT 評価票

共有できる仕組みを確保することを役割とするものである¹⁾。このように、支援対象者が本人のみならず家族や介護者であることは本事業の特徴である。

和泉市のチーム員会議は月1回開催される。対象は、認知症疾患の臨床診断を受けていない者、継続的な医療サービスを受けていない者、適切な介護保険サービスに結び付いていない者などであり、「初期」という言葉の意味は、「認知症の発症後のステージとしての初期病気の早期段階」の意味だけでなく、「認知症の人への関わりの初期(ファーストタッチ)」という意味を持つ。すなわち、対象となる認知症の人は医療や介護との接触がなかった人が含まれる。また、集中的の意味は概ね6カ月間を目安に適切な介護サービスや医療につなげていくことを意味している¹⁾。

初回訪問は、地域包括支援センターの主任ケアマネや保健師等が行う。その際、地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメントシート(DASC)、認知症行動障害尺度(DBD13)、Zarit介護負担尺度等の定量的な評価とともに、受診の有無やサービス利用状況、健康保険や家族関係等の基本情報と家族の訴えから本人の認知機能症状のスクリーニングなど多岐にわたるアセスメントが実施される。主任ケアマネはこれらの情報を整理したうえで、地域包

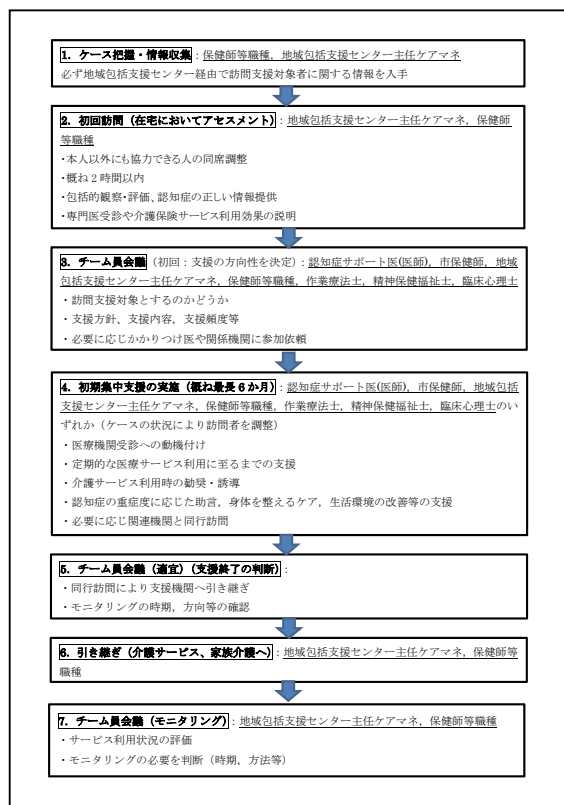


図2 支援の流れ

括支援センター独自の支援で解決できる課題は解決し、各専門職種間で検討するべきケースをチーム員会議に挙げて検討する。

チーム員会議では、まずチームで支援する対象か否かの判定がなされる。その後、支援対象となった場合に、支援の対象者(本人、家族もしくは両方か)を決定し、支援に携わる専門職とその内容や支援の方向性(医療受診、介護予防サービスなど)などが話し合われる。このとき、作業療法士の自宅訪問の要否も判断される。

事業開始以来、チーム員会議は19回、新規ケースは23件、そのうち作業療法士の訪問は12件であった(平成29年12月末現在)。認知症自立度判定基準はⅡaからⅢa、介護度は申請なしから軽度(要介護1)が主であった。対象者になる経路は家族からの相談、認知症の行動・心理症状(BPSD)や認知症症状に伴う介護負担、認知症の進行に対する将来の不安などが主であった。その他、市が実施する『介護予防事業』や『もの忘れ相談会』などで把握されたケースもあった。作業療法士の自宅訪問における診断の内訳はアルツハイマー型認知症、脳血管性認知症、若年性認知症、MCIなどであった。

【作業療法士の支援の内容や視点】

本人は、認知機能低下とともに加齢や疾病に伴う身体機能の低下を生じているために、ADLやIADLが困難になりBPSDなどにより家族・介護者の生活も困難になっている。作業療法士は主に本人と家族・介護者に生じている課題のうち、本人の認知・身体機能と物的・社会的環境との関連、及び家族・介護者との関連について、生活史などの個人因子を含め多面的かつ包括的に評価・分析を行い、解決するための提案を行う。以下に具体的な例を示す。

1. 作業療法士の自宅訪問の実際について

(1) 調理課題の場合

本人が来客（作業療法士ら）に対し茶菓子を出そうとすることが多い。通常、もてなしをしないように依頼するが、この事業では調理課題に共通する作業遂行観察場面として重要視する。日々の生活で生じる来客に対する対応といった、自然な環境下での作業遂行場面の工程を詳細に分析、観察・評価する。これらから、作業の工程数の調整（少なくするなど）、調理道具の工夫（目印をつける、電磁調理器の利用）、環境設定（注意がそれないような工夫、調理場所の高さの調整）などによる自立の可能性について提案を行う。また、支援（見守り、声掛けや介助）が必要な工程や方法及びその理由を家族・介護者や主任ケアマネに説明する。

(2) 髭剃り課題の場合

訪問時に髭剃り場面を観察することを事前に伝える（来客に備え家族が介助することを防ぐ）。実動作の観察から運動麻痺や可動域制限等の身体機能と、高次脳機能障害の空間関係障害や失行などを評価し、自立の可能性や自立が困難な理由を家族・介護者に説明する。これらから、適切な支援の理解を促す。

(3) 外出が課題の場合

持ち物（金銭や鍵）、衣服（気候に合わせた上着など）の準備、鍵の管理や開閉、玄関から近隣までの歩行や段差昇降の様子観察から、身体・認知機能や環境など多面的な評価を行う。これらから必要なサービスの要素（通所サービス、生活支援サービス）や福祉用具（移動補助具、福祉用具等）の提案等を行う。

(4) 社会参加支援の場合

訪問時の面接や生活状況の観察及び生活史などから本人の価値観を解釈し、社会参加の場に必要要素を提案している。例えば、人の役に立ちたいという本人の思いを解釈した場合、役割感を持つための要素を提案し、主任ケアマネは地域の実情に応じて本人の思いを実現できる場所を提示するといった連携を行う。

(5) BPSDの場合

本人の認知機能や生活習慣、家族に対する思いからBPSDが生じる要因について検討し、考えられる可能性を解釈し説明する。BPSDは家族・介護者が対応に苦慮・疲弊し、悪循環に陥っている場合が多いため、声掛けの方法や考え方等、好循環になるきっかけを提案する。

2. 作業療法士の視点について

(1) 思いを重視

本人と家族・介護者の生活史等の基本情報をもとに、両者の思いや価値観を大事にする。これらの情報を踏まえた上で生活場面の観察や面接を通し、ADLやIADLの困難さやBPSDを生じる要因について分析する。

(2) プラス面の重視

本人の低下した機能や困難なADLやIADLのみでなく、心身機能や性格傾向、生活習慣や手続き記憶、社会交流技能及び環境的要因等を多面的にとらえ、これらを利点としてとらえる柔軟な解釈を行う。

(3) できる活動の提案

プラス面を重視し、工程分析等から支援の必要性を詳細に分析し、具体的な『できる活動』の提案を行う。

(4) 丹念な傾聴と丁寧な説明

本人・家族の不安を軽減するためには、日々の困りごとや不安を丹念に傾聴することが重要である。また分析結果の説明はこれらを踏まえ丁寧に行う。特に、本人に対しては、認知機能に合わせた理解しやすい工夫を行う。

(5) 多職種連携による支援

支援方法の提案では、意見交換を大事にする。特にサービス利用に関しては、支援に必要な要素を提案し、意見交換を行う。これにより多様なサービスや地域資源が提案される可能性を重視する。

【作業療法の成果】

—主任ケアマネからの意見聴取より—

(1) 本人の詳細な評価

主任ケアマネは身体機能の低下による困難さは比較的理解しやすいが、認知機能の低下による困難さの詳細な解釈は難しい。作業療法士は、解決するべき課題である ADL や IADL 及び趣味活動や社会参加などの具体的な活動を実際の場面で観察し、本人の思いや生活史・環境も考慮し、脳機能と活動の関連及び残存能力や生かせる能力など具体的な工程を分析・解釈して説明ができる。作業療法士の説明により、なぜ出来ないのか、何をどう支援するのが理解できる。

(2) 家族を含めた評価

家族・介護者の思いを丁寧に傾聴し、本人と家族・介護者の間に生じている声掛けや支援方法など関係性の課題についても評価・説明できるため、本人や家族・介護者の安心につながる。

(3) できる活動の提案による適切なサービスへのつながり

むやみに活動を提供して失敗体験につながるとアパシーを生じるといった逆効果や家族・介護者に負担をかけることにつながることもある。作業療法士の評価・助言・提案により生活支援の方向性に見通しを持つことができ、サービスの適切な提供と実施につながっている。作業療法士の評価がサービス提供の根拠となっている。

(4) まとめ

作業療法士の評価や助言・指導が適切なサービス提供につながっていること、多職種が連携・協働した支援が行えていることが作業療法士参画の成果であると考えられる。

【今後の課題および展望】

和泉市では作業療法士の自宅訪問がチーム員に理解され、役立っている。1回2時間という短時間に多様な評価と解釈・説明を行う作業療法士は、関係多職種との連携及び、認知症の機能や在宅生活の困難さ、家族に生じる介護負担などの知識が豊富であるだけでなく、これらを説明する能力を持つことが重要である。今後はこれらの実践事例や知見を報告し、国内他市町村においても応用されるよう尽力せねばならない。

本事業は本人だけでなく、家族・介護者の支援を行うものである。しかし、その評価は訪問担当者の経験に頼っているのが現状で、適切な評価や指導が行えているかは疑問である。今後は本事業における適切な家族・介護者の評価や支援について整理・検討が必要である。

今回、主任ケアマネに理解されている具体的な内容を知ることができ、改めて作業療法士の役割について再認識できた。さらに、病院受診を拒否するケースへの専門医からの意見として、無理に病院受診を勧めるより、作業療法士の自宅訪問による生活リハビリが良いのではないかと発言が出ることもあり、主任ケアマネ以外にも理解されていると考えられた。

地域においては作業療法士自身が自らの専門性を認識し、多職種がそれぞれの専門性を生かして連携することがより良い支援につながると考える。和泉市の実践事例から、認知症の初期集中支援において作業療法士が役に立つことは間違いないと考える。今回の報告が国内他市町村における支援につながることを願う。

参考資料

- 1) 大阪市福祉局高齢福祉課：大阪市認知症初期集中支援チーム事業実施の手引き、2015。

【編集・執筆者一覧（五十音順）】

◆執筆者

有光 一樹	石橋 裕	岡本 宗	関本 充史	大郷 和成
谷川 真澄	田淵 真也	新泉 一美	坂東 仁志	三原 裕子
由利 禄巳				

◆編集：(特設委員会) 地域包括ケアシステム推進委員会

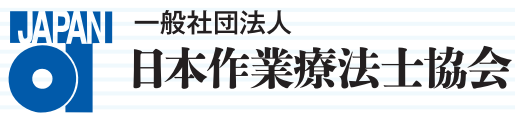
入口 晴香	太田 健次	金山 桂	岸本 直子	小岩 伸之
佐藤 孝臣	志井田太一	清水 順市	辰己 一彦	谷川 真澄
早坂 友成	三浦 晃	三原 裕子	宮本 昌寛	村岡 明美
若林 佳樹				

総合事業実践事例集

2018年3月31日 第1版 発行

発行者 一般社団法人日本作業療法士協会
〒111-0042 東京都台東区寿1丁目5-9 盛光伸光ビル
電話：03-5826-7871

※本誌の著作権（著作人権、著作財産権）は一般社団法人日本作業療法士協会に帰属しており、本誌の全部又は一部の無断使用、複写・複製、転載、記録媒体への入力、内容の変更等は著作権法上の例外を除いて禁じます。



一般社団法人

日本作業療法士協会