平成 28 年度老人保健健康増進等事業

「介護予防・日常生活支援総合事業における効果的な
IADL 改善プログラムの開発に関する研究事業」報告

総合事業における
効果的な IADL 改善プログラム
実践マニュアル

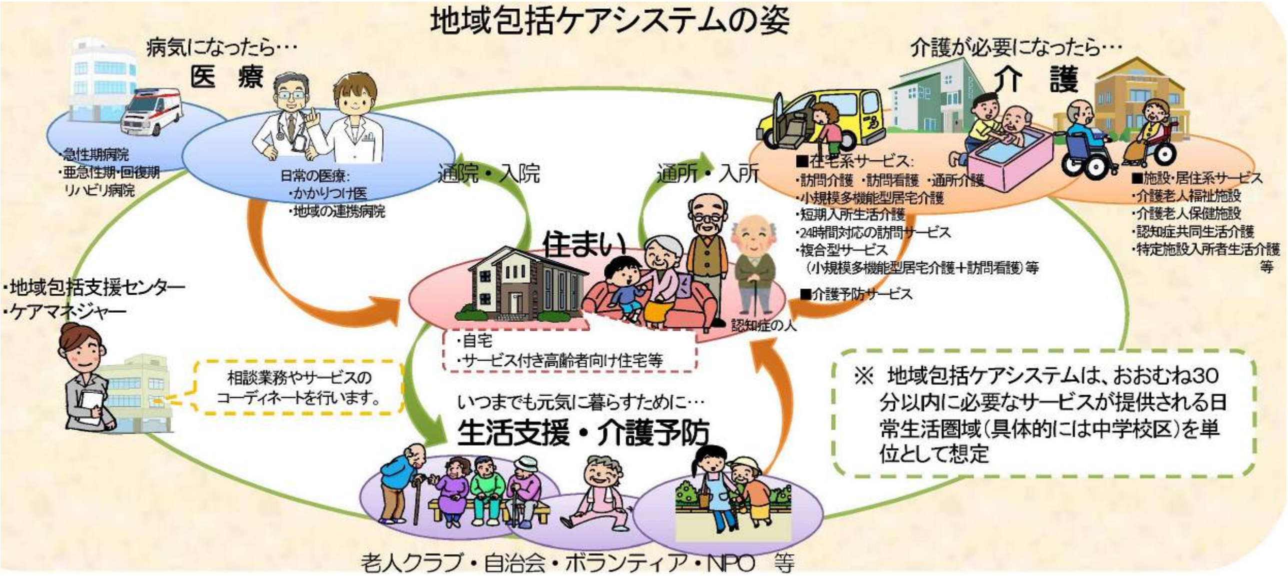
平成 29 年 3 月

公立大学法人　首都大学東京

本マニュアルの位置づけ

本マニュアルは、地域包括ケアシステムという高齢社会を支える大きな枠組みの中で行われる「**介護予防・日常生活支援総合事業**」に関する内容を収めています。下図の中央下**『生活支援・介護予防』**に属するものです。平成 30 年度までに全ての自治体でスタートいたします。

この事業は自治体が独自の**保健活動**として実施するものですが、地域の高齢者を支えるか**かりつけ医**の先生をはじめとした医療関係者や介護関係者の皆さまのご理解ご協力を頂きながら進められます。本編は主に行政担当者とリハビリテーション専門職向けに書かれていますが、本マニュアルを通じて、多くの関係者の皆さまに事業の趣旨や内容を知っていただき、ご活用頂けたらと願っております。



○マニュアルの構成

第一章は事業創設の背景を含む制度的な枠組み、第二章は実践の流れをガイドラインとしてまとめています。ここまでで、事業のあらましが把握できるように配慮いたしました。

第三章は本マニュアル作成に先行して行われた事例調査研究の結果をまとめております。
第四章以降は、主に各自治体やリハビリテーション職能団体の取り組み例を紹介しています。標準的な取り組みというよりも、実践の一例としてご参照頂き、地域の実情に合わせた独自の地域づくりにお役立てください。

○本マニュアルの活用範囲

介護予防・日常生活支援総合事業（以下「**総合事業**」という。）での活用を想定しています。対象となる方の選定ルートについては図 1 をご覧下さい。介護保険の要介護認定が「非該当」または「要支援 1,2 の一部」、「未申請」の方が**総合事業の対象者**となります。

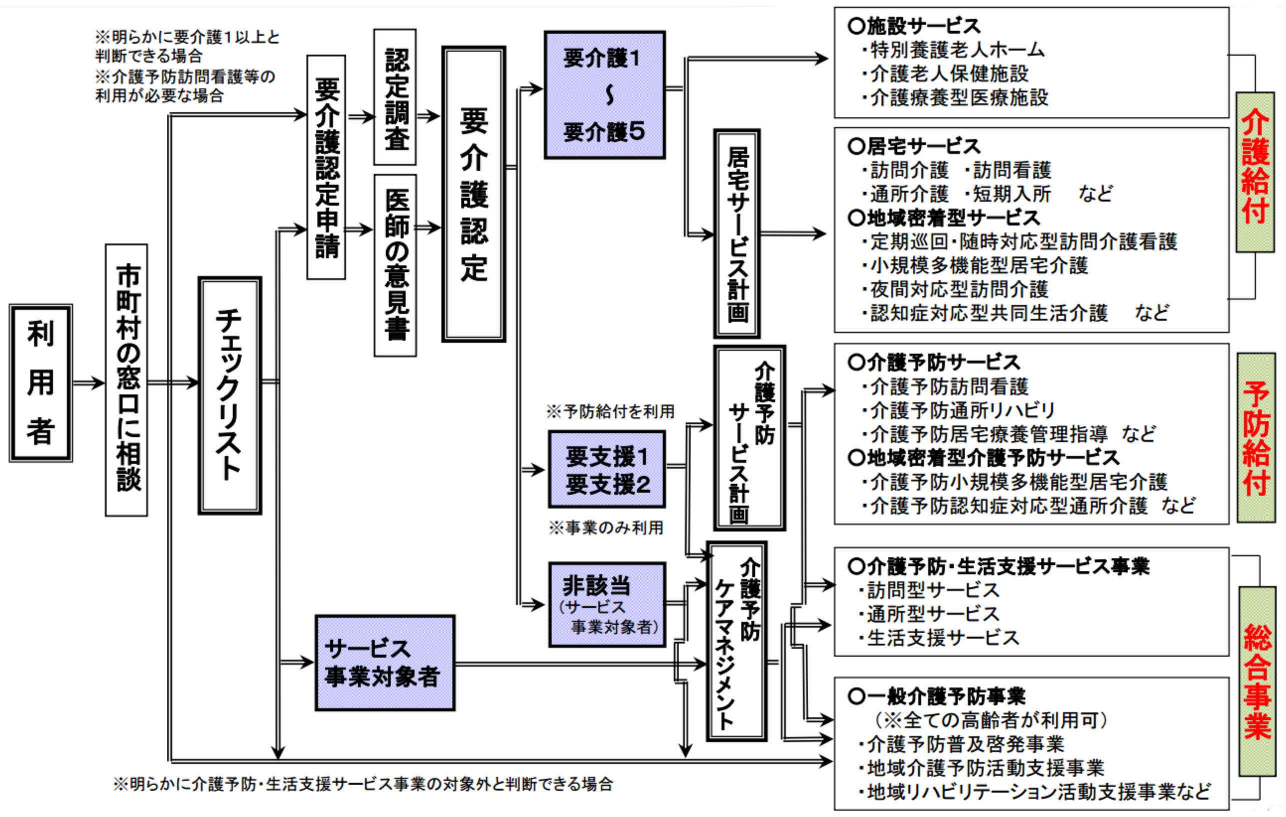


図１　サービスの利用のながれ（出典：厚生労働省）

○本マニュアルが焦点を当てたサービス

総合事業の中でも、通所型サービスＣおよび訪問型サービスＣに焦点をあてております。これらのサービスは、、本人や家族、事業実施者が共有したケアマネジメントの計画に則って、保健師やリハビリテーション職等の専門職が短期集中的（概ね3～6ヶ月）なサービス（助言、指導等のプログラム）を実施します。

○IADL の改善を目指す

本マニュアルは、特に家事や趣味活動など**IADL・生活行為の改善に向けたプログラム実践**のためのマニュアルです。運動器の機能向上や栄養改善等のプログラムと組み合わせた実践も可能です。

○地域包括ケアシステムの一員として

地域包括ケアシステムは、高齢者の地域生活を支える医療、看護、介護、リハビリテーション、保健、住民ボランティア、行政など、多くの協力で成立するシステムです。関与する者には、全体を見据えた振る舞いが求められます。

システムの一員として、リハ専門職が貢献すべき取り組み内容や留意点を本文の随所に盛り込むよう心掛けました。

目　次

はじめに・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 3

第一章　行政が通所型・訪問型短期集中事業及び地域リハ活動支援事業を取り組む上での留意点・・・ 5
　１．介護予防と介護予防・日常生活支援総合事業・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 5
　２．通所型・訪問型短期集中事業及び地域リハ活動支援事業の概要・・・・・・・・・・・・・・・10
　３．自立支援や介護予防の理念・意識の共有・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 12
　４．市町村による効果的・効率的な事業実施と評価・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 15
　５．介護予防における介護予防ケアマネジメントの活用方法とその留意点・・・・・・・・・・・ 19
　６．介護予防における地域ケア会議の活用方法とその留意点・・・・・・・・・・・・・・・・ 22
　７．高齢者自身の介護予防の意識変容を含めたセルフマネジメントのすすめと
　　　　　　　　　　　　　　取り組み上の留意点（セルフマネジメントの視点）・・・・・・・・・・ 22
第二章　通所型・訪問型短期集中事業及び地域リハ活動支援事業の取り組み方とその実際・・・・・・ 26
Ⅰ　通所型短期集中事業の取り組み方法と留意事項・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 26
　１．通所型短期集中事業の取り組み方・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 26
　２．通所型短期集中事業の実際・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 39
　１）能美市の取り組み・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 39
　２）鳴門市の取り組み・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 39
　３）和泉市の取り組み・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 40
　４）生駒市の取り組み・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 40
Ⅱ　訪問型短期集中事業の取り組み方法と留意事項　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 41
　１．IADL 改善に特化した訪問型短期集中事業とは・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 41
　２．訪問事業のプロセス・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 42
　３．訪問事業の各プロセスの実施手順とヒント・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 43
　４．訪問事業の記録・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 49
　１）野々市市の事例・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 51
　２）会津若松市の事例・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 51
　３）墨田区の事例・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 52
Ⅲ　地域リハビリテーション活動支援事業の取り組み方法と留意事項・・・・・・・・・・・・・・ 53
　１．なぜ、一般介護予防事業の中に地域リハビリテーション活動支援事業が
　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　取り組まれることとなったの？・・・・・ 53
　２．地域リハビリテーション活動支援事業におけるリハビリテーション専門職に対する期待・・・・・ 53
　３．地域リハビリテーション活動支援事業を実施していく上での留意事項・・・・・・・・・・・・ 54
　４．地域リハビリテーション活動支援事業の内容・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 54
　５．具体的活用方法・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 55
　６．リハビリテーション専門職の派遣体制の整備と質の向上に向けて・・・・・・・・・・・・・ 56
第三章　リハビリテーション専門職の活用と期待される効果・・・・・・・・・・・・・・・・・ 59
　１　収集事例の概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 59
　２　リハ職の支援内容と成果・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 62
　３　効果指標の変化・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 68
　４　費用の比較　　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 69
　５　事業の成果を高めるポイント・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 71
第四章　行政における人口規模別の企画推進の実際と受託先の取り組みの留意点・・・・・・・・・ 73
Ⅰ．人口規模による企画推進の実際と留意事項・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 73
　１　大都市型・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 73
　２　地方　市型・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 78
　３　地方　町型・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 89
Ⅱ．　事業所等が市町村から通所型・訪問型短期集中事業及び地域リハビリテーション活動支援事業を

受託し、効果的に取り組む上での留意点・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 94
１　市町村が事業所等に効果的に委託するための留意点・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 94
２　介護保険サービス提供事業所が効果的に委託を受ける上での留意点・・・・・・・・・・・・・・ 104
３　大学が行政と社会貢献として事業を実施する上での留意点・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 119
４　職能団体が市町村の通所型・訪問型短期集中事業及び地域リハ活動支援事業に関与し、
効果的に取り組む上での留意点・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 120
第五章　リハビリテーション専門職が通所型・訪問型短期集中事業及び
地域リハビリテーション活動支援事業に取り組む上での留意点・・・・・ 126
Ⅰ　リハビリテーション専門職が地域支援事業に関与する際の留意点・・・・・・・・・・・・・・・・ 126
１．地域支援事業における介護予防の考え方・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 126
２．介護予防における理学療法士・作業療法士の関わり方・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 126
３．地域支援事業における留意点・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 126
Ⅱ　リハビリテーション専門職として、通所型・訪問型短期集中事業及び
地域リハ活動支援事業に関与するための取り組み方法と留意事項・・・・・・ 127
１．理学療法士・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 127
２．作業療法士・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 130
３．言語聴覚士・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 133
付録事例：・・ 137
参考資料：生活行為向上支援の紹介・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 142
（過去の日本作業療法士協会で受託した老人保健健康増進等事業で作成したマニュアルをダイジェスト引用）

はじめに

○　介護予防は、高齢者が要介護状態等となることの予防や要介護状態等の軽減・悪化の防止を目的として行うものである。特に、生活機能の低下した高齢者に対しては、リハビリテーションの理念を踏まえて、「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ることが重要であり、単に高齢者の運動機能や栄養状態といった心身機能の改善だけを目指すものではなく、日常生活において個人の活動として行う排泄、入浴、調理、買物、趣味活動等を高め、家庭や社会への参加を促し、それによって一人一人の生きがいや自己実現のための取組を支援して、生活の質の向上を目指すものである。

○　特に要支援者は、ADLは自立しているが、IADLの一部が行いにくくなっている者が多い。このような支障のある日常の生活行為の多くは、生活の仕方や道具を工夫することで自立が期待できる。例えば、掃除であれば掃除機からほうきやモップに変える、買い物であればカゴ付き歩行車を活用するなど、環境調整やその動作を練習することで改善することができる。

○　介護保険は、高齢者の有する能力を見極め、できる限りADLやIADLに参加できるよう、働きかけることが大切であると言われてきたが、「有する能力」の見極めがこれまで十分でなかった。「困っているまたはうまくできないと感じているADLやIADL」は、移動や起居動作能力等の基本動作能力は理学療法士が、その他のADLやIADLなどの応用的動作能力や社会適応能力は作業療法士がその能力の見極めをするなど、理学療法士・作業療法士、言語聴覚士等専門職（以下、リハ専門職）の関与が新たな地域支援事業では重視されることとなった。

○　一方、高齢者が住み慣れた地域で望む暮らしが送れるための地域包括ケアの推進には、郡市区医師会、かかりつけ医を中心とした地域医療と介護保険を担う介護支援専門員やサービス提供事業所、地域支援事業を担う市町村が一体となり、推進していくことが重要である。地域の高齢者は何らかの疾患を抱え、生活している者がほとんどである。特に保健医療専門職が関わるような地域支援事業の推進には、かかりつけ医との連携は必須であり、市町村が効果的に事業を実施していく上には、都市区医師会をはじめ、地域の社会資源である医療機関や介護保険施設、各種職能団体と目指す介護予防のあり方を共有しつつ、推進していくことが大切である。

○　また、介護予防は介護の提供が終着点ではなく、高齢者自身の有する能力を見極め、積極的に活動や参加を実施することで、高齢者自身が役に立っている、あるいは生きがいが持てるなどに繋がるサービス提供が求められる。特に予防給付については、要介護状態になることを予防することを意図して創設された経緯から、サービスの提供が目的ではなく、対象者の活動性を高める、家庭や社会への参加をゴールとし、短期集中的に提供することが本来の姿であった。

○　そのためにも、IADL 改善プログラム終了後は、生活支援体制整備事業の協議体や生活支援サービスコーディネーター、通いの場、介護予防ボランティア育成などの他の地域支援事業との連携や、生涯学習教育との連携、健康増進施設やカルチャー教室などの社会資源との連携を考慮することが求められる。さらに、IADL から生活全般のつながりについても考慮し、新たに社会資源を開発していくことも検討することが求められる。

○　軽度の要支援者への支援の基本として、IADLがうまくできない要因に焦点を当て、高齢者自身が「なぜうまくできないのか。」「どうしたら、自分がしたいと思っている活動に再び参加できるようになるのか。」そのことに気づき、「自分のことは自分で行える」よう、自ら問題解決に取り組めるよう働きかけていくセルフマネジメントへの取り組みを促すことが重要である。高齢者自身が自分の生活を振り返り、専門

職の支援から、「うまくできない」要因や解決するための方法を知り、セルフマネジメントを促すことが今後求められる。

○ 本マニュアルは、高齢者自身の生活行為の支障の原因等の気づきや取り組みを促すため、理学療法士・作業療法士など能力を見極める専門職と連携し、提供される短期集中型通所サービス、短期集中型訪問サービス、地域リハビリテーション活動支援事業について、その取り組み方法を示す。第一章は事業創設の背景を含む制度的な枠組み、第二章は実践の流れをガイドラインとしてまとめている。第三章には本マニュアル作成に先行して行われた事例調査研究の結果をまとめ、第四章以降には、主に各自治体やリハビリテーション職能団体の取り組み例を紹介している。これらは標準的な取り組みというよりも、実践の一例としてご参照頂き、地域の実情に合わせた独自の地域づくりやマニュアル作成にご活用頂きたい。

第一章　行政が通所型・訪問型短期集中事業及び地域リハ活動支援事業を取り組む上での留意点

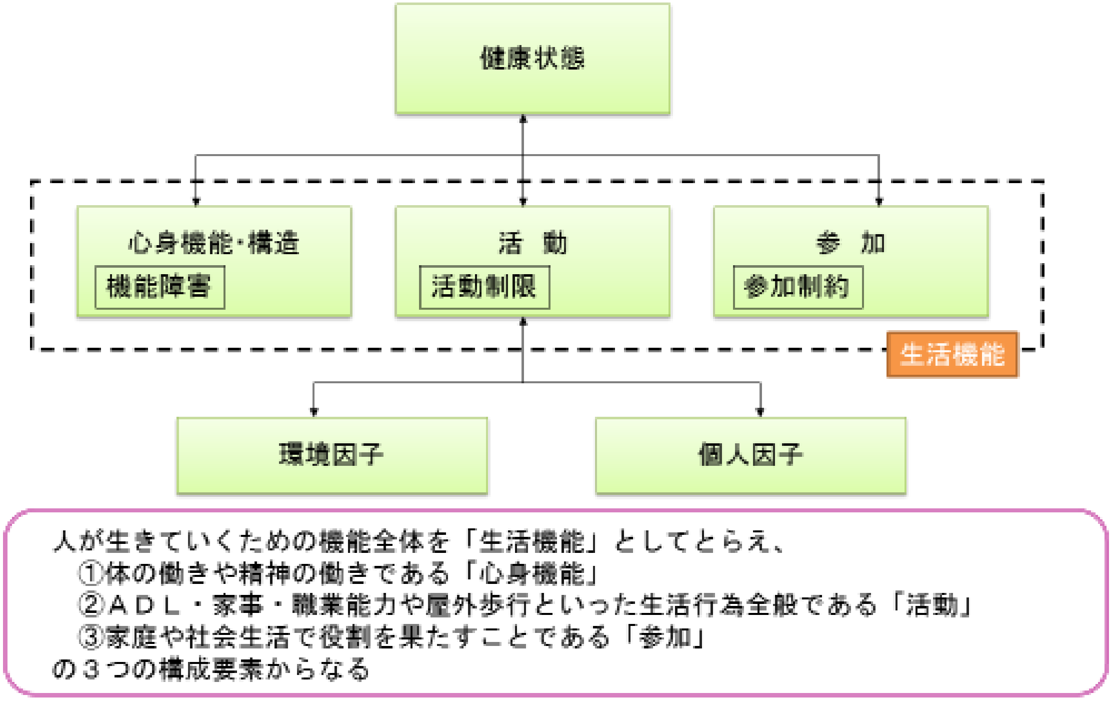
Ｉ．効果的な介護予防を企画推進するための行政としての留意事項

1．介護予防と介護予防・日常生活支援総合事業

1）介護予防とは

介護予防は、高齢者が要介護状態等となることの予防や要介護状態等の軽減・悪化の防止を目的として行うものである。特に、生活機能が低下した高齢者に対しては、リハビリテーションの理念を踏まえて、「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ることが重要であり、単に高齢者の運動機能や栄養状態といった心身機能の改善だけを目指すものではなく、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を促し、それによって一人一人の生きがいや自己実現のための取組を支援して、生活の質の向上を目指すものである。

国際生活機能分類（ＩＣＦ）

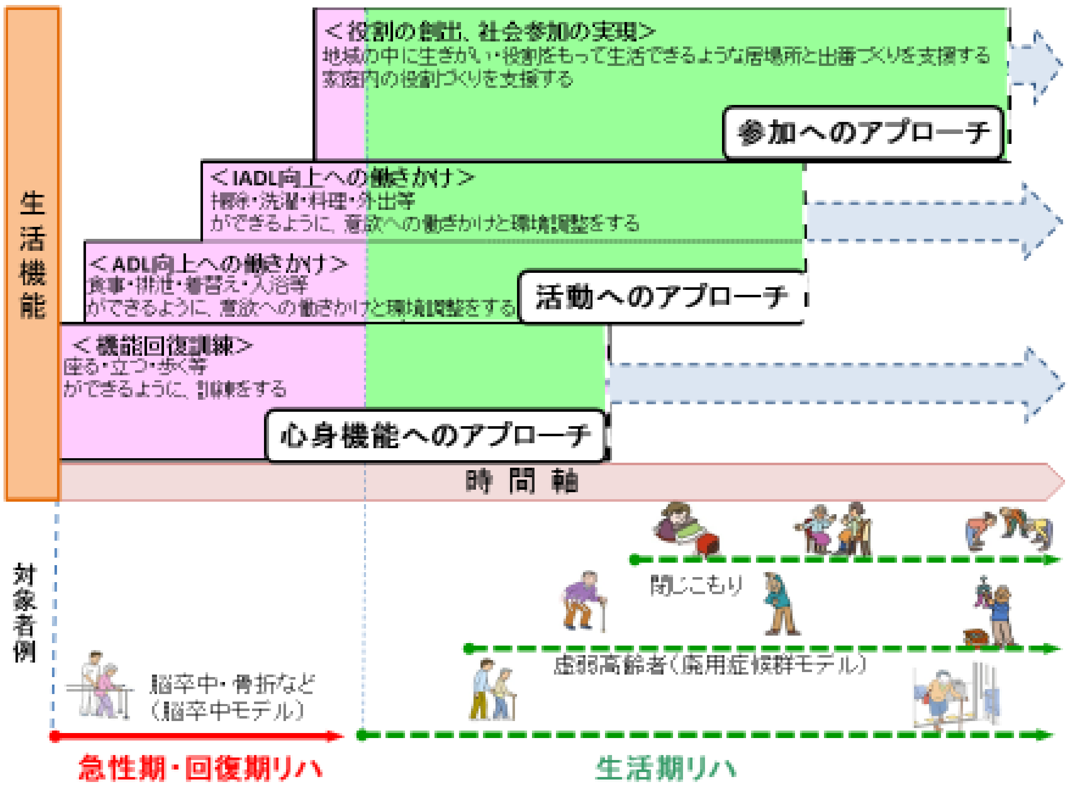


【出典】平成16年1月　高齢者リハビリテーション研究会の報告書

平成 18 年度から始まった介護予防事業は、高齢者全般を対象とした一次予防事業と、要介護状態等となるおそれのある高齢者（生活機能の低下等がみられる高齢者）を対象とした二次予防事業から構成され、二次予防事業に高齢者人口の 5%が参加することを目標に各市町村が取り組んできた。

しかしながら、実績は平成 26 年度においても 0。8%の参加割合に留まり。また、スクリーニングのための基本チェックリストの回収率が 6 割強で､未回収にこそ介護予防を必要とする高齢者が含まれていること、心身機能を改善することを目的とした機能回復訓練に偏りがちであったこと、二次予防事業終了後に活動的な状態を維持するための多様な通いの場を創出することが必ずしも十分でなかったことなどの課題が指摘されていた。

高齢者リハビリテーションのイメージ



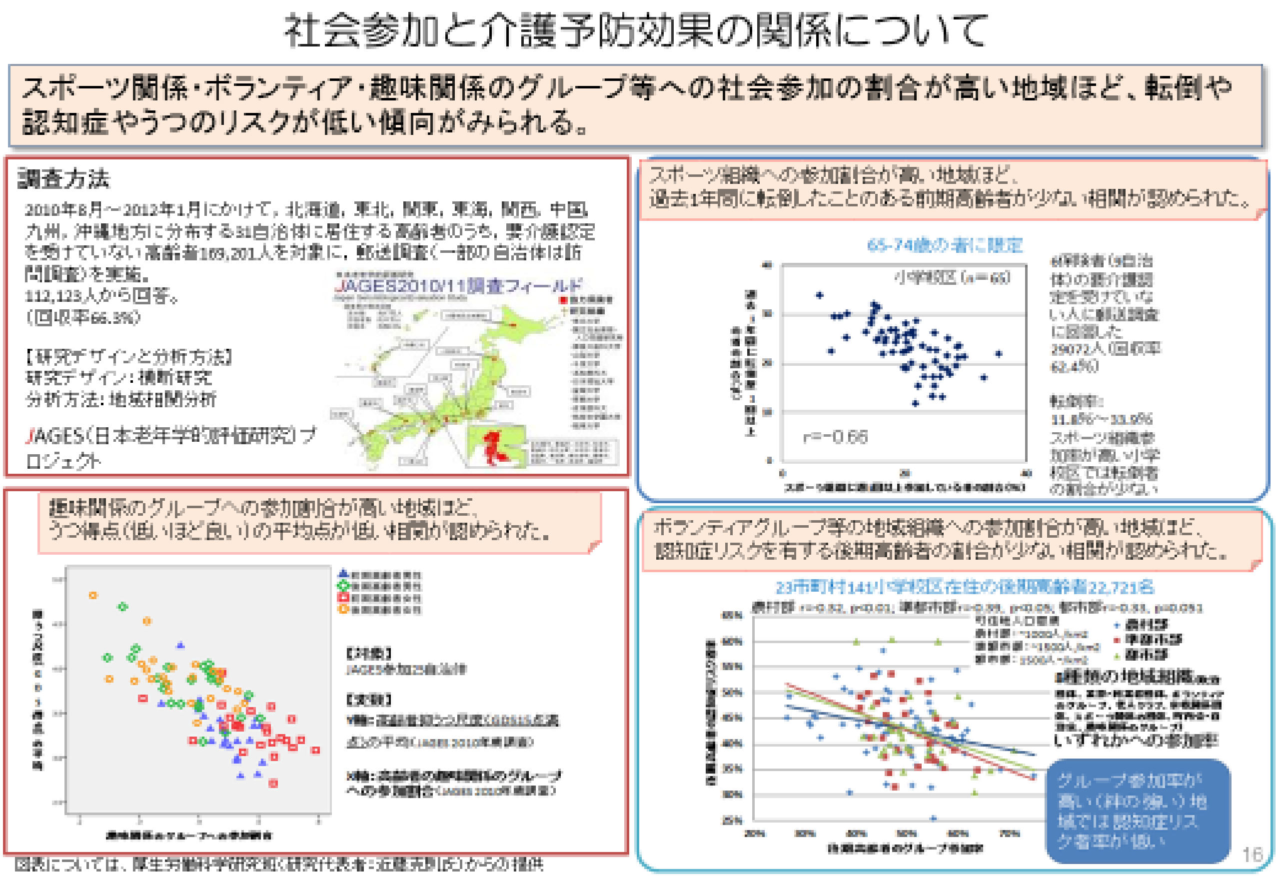
出典:厚生労働省資料

一方、いくつかの市町村では、高齢者を年齢や心身の状態などによって分け隔てることなく、住民が主体となって行う介護予防活動を広く展開し、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「地域づくりによる介護予防」を推進することで、全国の推移と比較して要介護認定率の伸びの抑制効果が示されてきた。また、社会参加の割合が高い地域ほど転倒や認知症やうつのリスクが低いという傾向も指摘されるようになってきた。

そこで、これからの介護予防は、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、生活環境の調整や、地域の中に生きがい・役割をもって生活できるような居場所と出番づくり等、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が重要であり、地域において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、要介護状態になっても、生きがい・役割を持って生活できる地域の実現を目指すこととされた。

そのためには、住民自身が運営する体操の集いなどの活動を地域に展開し、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し、また、高齢者を生活支援サービスの担い手であると捉えることにより、支援を必要とする高齢者の多様な生活支援ニーズに応えるとともに、担い手にとっても地域の中で新たな社会的役割を有することにより、結果として介護予防にもつながるという相乗効果を期待するものとなる。

このような介護予防を推進するためには、地域の実情をよく把握し、かつ、地域づくりの中心である市町村が主体的に取り組むことが不可欠である。



出典:厚生労働省資料

2）介護予防・日常生活支援総合事業

介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。）は、要支援者及び事業対象者（以下、「要支援者等」という。）に対して必要な支援を行う介護予防・生活支援サービス事業と、住民主体の介護予防活動の育成及び支援等を行う一般介護予防事業からなる。

総合事業では、従来の介護予防訪問介護及び介護予防通所介護により提供されていた専門的なサービスに加え、住民主体の支援等の多様なサービスや一般介護予防事業の充実を図り、市町村の独自施策や市場において民間企業により提供される生活支援サービスも活用することにより、要支援者等の能力を最大限いかしつつ、要支援者等の状態等に応じたサービスが選択できるようにすることが重要である。その際、新たに総合事業によるサービスを利用する要支援者等については、住民主体の支援等の多様なサービスの利用が可能となるよう体制を整えた上で、その利用促進を図っていくことも重要である。

新しい介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）の概要

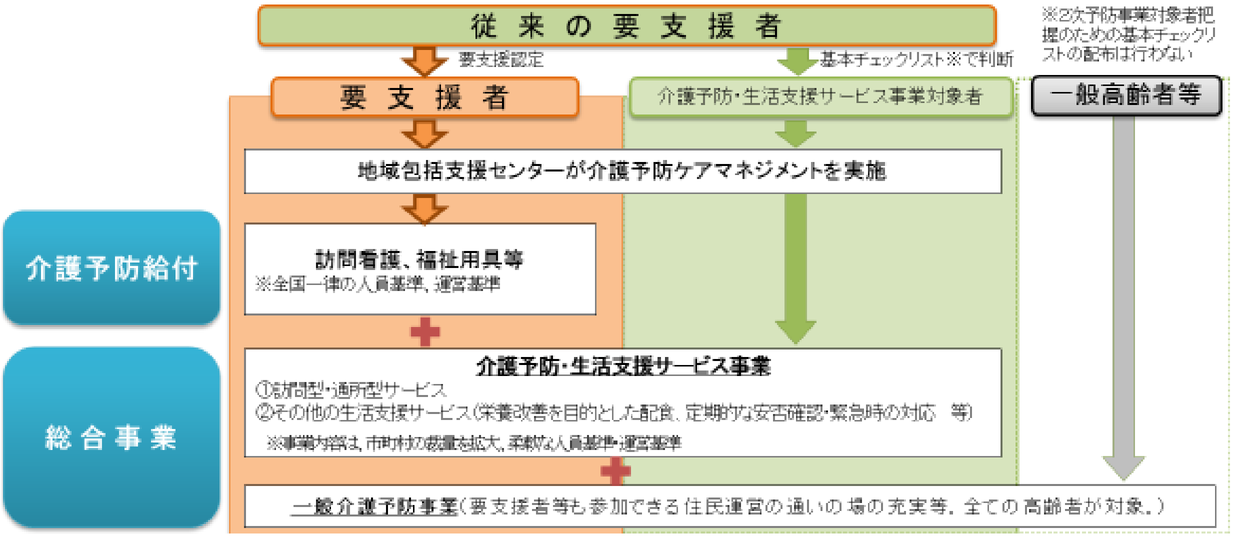
○ サービスの種類・内容・人員基準・運営基準・単価等が全国一律となっている予防給付のうち、訪問介護・通所介護について、市町村が地域の実情に応じ、住民主体の取組を含めた多様な主体による柔軟な取組により、効果的かつ効率的にサービスを提供できるよう、地域支援事業の形式に見直す（平成29年度末には全て事業に移行）。

○ 訪問介護・通所介護以外のサービス（訪問看護、福祉用具等）は、引き続き介護予防給付によるサービス提供を継続。

○ 地域包括支援センターによる介護予防ケアマネジメントに基づき、総合事業（介護予防・生活支援サービス事業及び一般介護予防事業）のサービスと、介護予防給付のサービス（要支援者のみ）を組み合わせる。

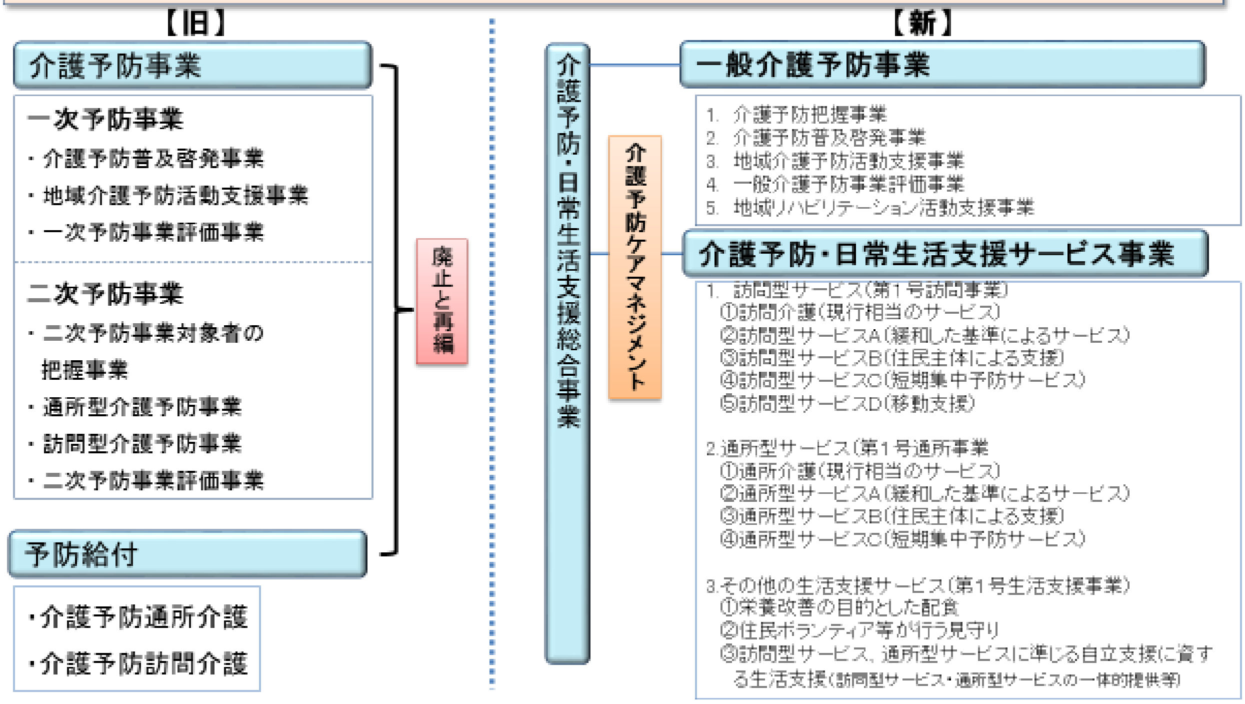
○ 介護予防・生活支援サービス事業によるサービスのみ利用する場合は、要介護認定等を省略して「介護予防・生活支援サービス事業対象者」とし、迅速なサービス利用を可能に（基本チェックリストで判断）。

※ 第２号被保険者は、基本チェックリストではなく、要介護認定等申請を行う。



平成２６年度法改正における介護予防事業の体系（平成29年度までに順次移行）

○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ができるように介護予防事業を見直した。
○年齢や心身の状況等によって分け隔てることなく、住民運営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。

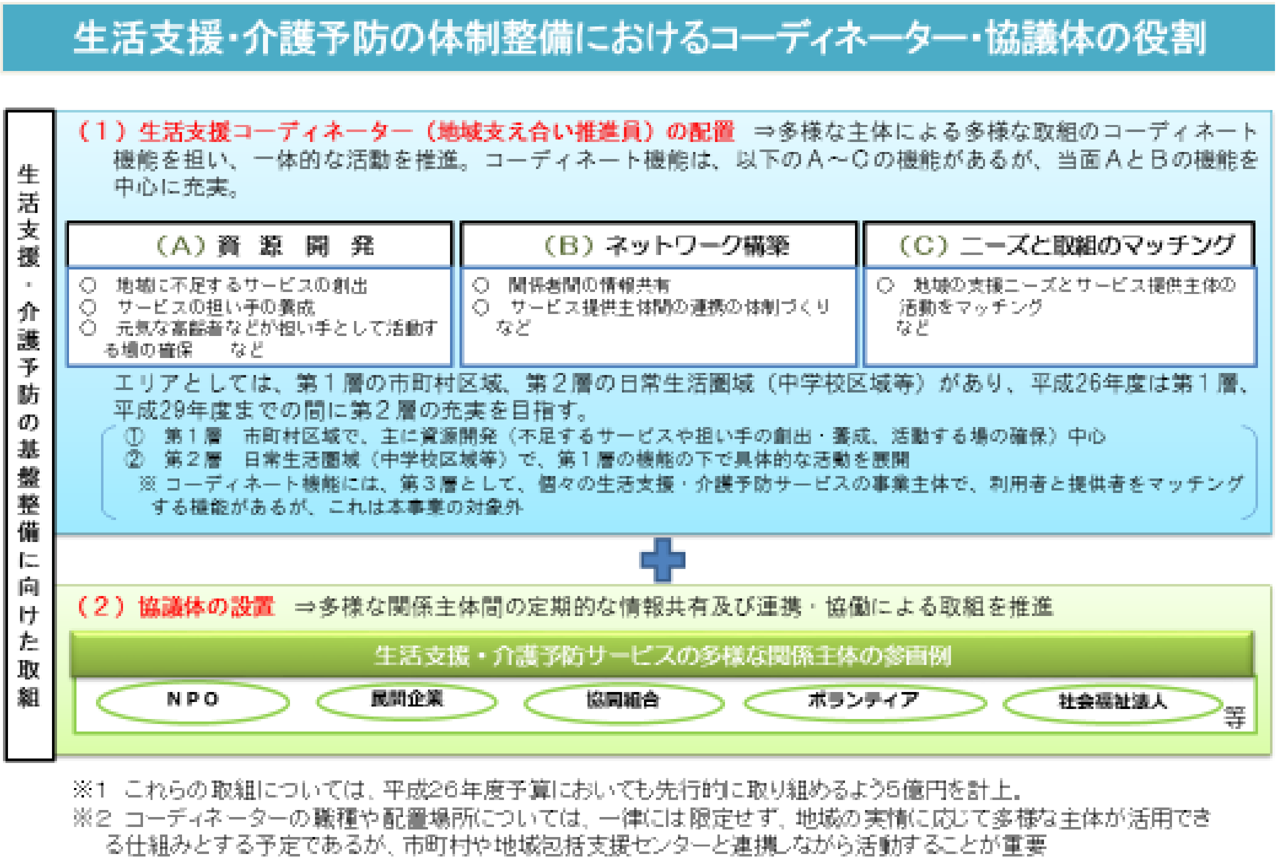


出典：厚生労働省資料

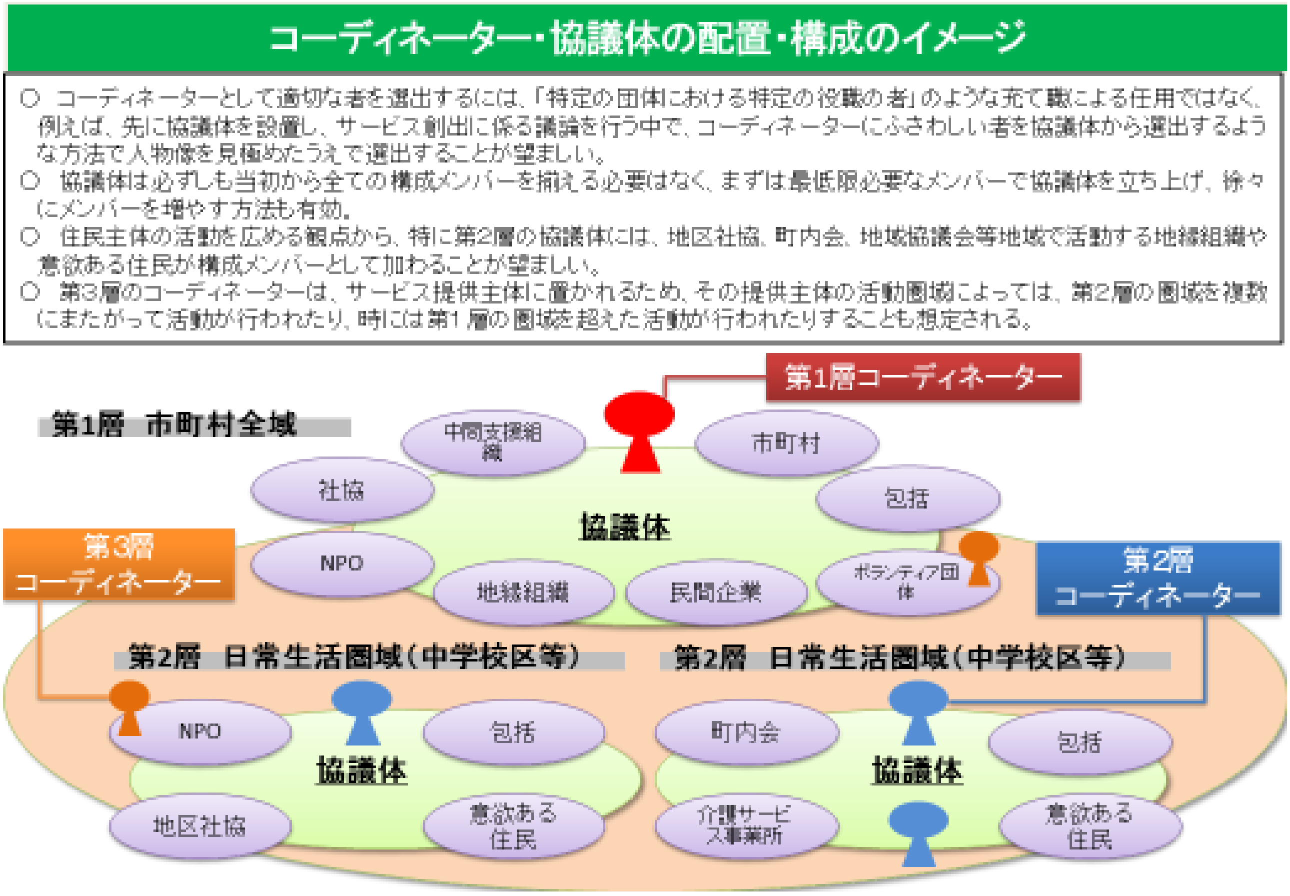
3）生活支援体制整備事業

今後、多様な生活上の困りごとへの支援が特に必要となる単身高齢者世帯や高齢者夫婦のみ世帯が世帯類型の中で大きな割合を占めていくことを踏まえ、高齢者等地域住民の力を活用した多様な生活支援等サービスを充実していくことが求められる。また、生活支援等サービスの体制整備にあたっては、市町村が中心となって、元気な高齢者をはじめ、住民が担い手として参加する住民主体の活動や、ＮＰＯ、社会福祉法人、社会福祉協議会、地縁組織、協同組合、民間企業、シルバー人材センターなどの多様な主体による多様なサービスの提供体制を構築し、高齢者を支える地域の支え合いの体制づくりを推進していく必要がある。

そこで、生活支援体制整備事業を活用した「生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）」や「協議体」の設置等を通じて、互助を基本とした生活支援等サービスが創出されるよう積極的に進める。



出典:厚生労働省資料



出典：厚生労働省資料

2. 通所型・訪問型短期集中事業及び地域リハ活動支援事業の概要

1）訪問型短期集中事業（以下、訪問型サービスＣ）

(1) 訪問型サービスＣの対象者

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

(2) 実施内容

- 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
- 社会参加を高めるために必要な相談・指導等を実施する３～６か月の短期間で行われる短期集中予防サービス
- 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可能

(3) サービス単価

サービスの内容に応じ市町村が適切な単価の設定を行う。なお、保健・医療の専門職が関与するものであることから、国が定める単位を上限とするものではない。

【訪問・通所型サービスＣ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

(4) 訪問型サービスＣの留意事項

・訪問型サービスＣは、保健・医療専門職による短期集中予防サービスであることから、実績を確認しながら効果的かつ効率的な事業運営に努めること。
・対象者自身が自身の生活機能の低下等について自覚を持ち、介護予防に意欲的に取り組めるように支援すること。
・対象者がしたい、又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（第二章Ｉを参照）等を活用し、具体的な目標として明確化すること。
・個別的な支援を中心とする短期集中予防サービスであることから、３ヶ月を経過した時点で評価を行い、例えばサービス担当者会議等のカンファレンスを開催し、サービス終了後も引き続き社会参加に資する取組が維持されるよう配慮すること。ただし、カンファレンスの結果、サービスの継続が生活行為の改善に効果的であると判断された場合には、最大６ヶ月までサービスを継続することができる。
・サービス終了後は、余暇やボランティア活動、地域の通いの場等の社会参加、一般介護予防事業、通所型サービスＢ等の社会参加に資する取組を継続できるよう配慮すること。
・生活機能が低下した場合再び相談できるよう、相談先を伝えること。

2）通所型短期集中事業（以下、通所型サービスＣ）

(1) 通所型サービスＣの対象者

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

(2) 実施内容

・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、３～６ヶ月の短期間で行われる短期集中予防サービス
・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
・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可能

(3) サービス単価

サービスの内容に応じ、市町村が適切な単価の設定を行うものとする。なお、保健・医療の専門職が関与するものであることから、国が定める単価を上限とするものではない。

(4) 通所型サービスＣの留意事項

・通所型サービスＣは、保健・医療専門職による短期集中予防サービスであることから、実績を確認しながら効果的かつ効率的な事業運営に努めること。
・対象者自身が自身の生活機能の低下等について自覚を持ち、介護予防に意欲的に取り組めるように支援すること。
・対象者がしたい又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、具体的な目標として明確化すること。
・居宅を訪問し、支障をきたしている生活行為の原因を、居宅や地域での生活環境を踏まえ、適切にアセスメントし、課題抽出すること。
・支障をきたしている生活行為の改善のための運動器の機能向上・栄養改善・口腔機能向上等のプログラム、ＡＤＬやＩＡＤＬの動作練習、集団的に取り組むことにより効果を増す介護予防教育等を必要に応じて組み合わせて実施すること。また、適切な段階において居宅を訪問しＡＤＬやＩＡＤＬの実施状況をモニタリングすること。
・個別的な支援を中心とする短期集中予防サービスであることから、３か月を経過した時点で評価を行い、たとえばサービス担当者会議等のカンファレンスを開催し、サービス終了後も引き続き社会参加に資する

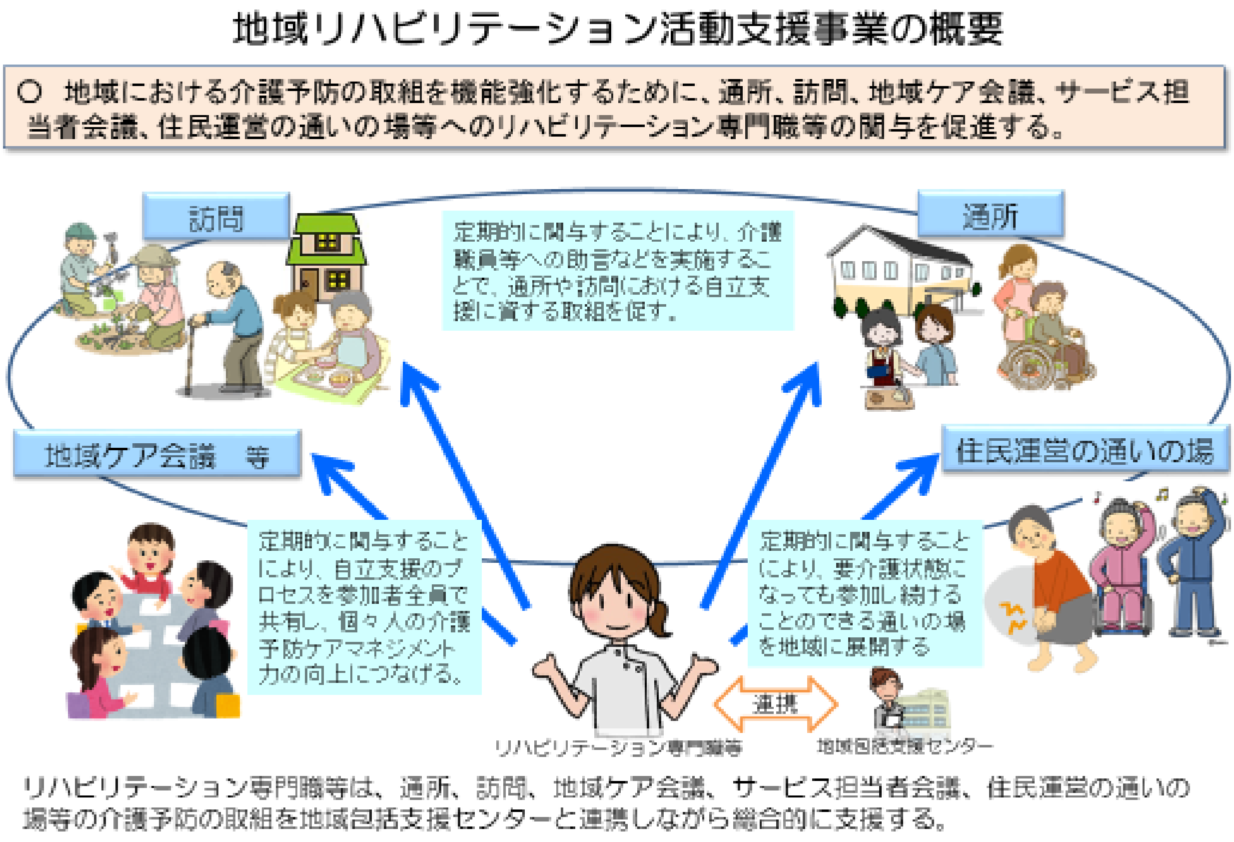
取組が維持されるよう配慮すること。ただし、カンファレンスの結果、サービスの継続が生活行為の改善に効果的であると判断された場合には、最大６か月までサービスを継続してもよい。
・サービス終了後は、余暇やボランティア活動、地域の通いの場等の社会参加、一般介護予防事業、通所型サービスＢ等の社会参加に資する取組を継続できるよう配慮すること。
・生活機能が低下した場合再び相談できるよう、相談先を伝えること。

3）地域リハビリテーション活動支援事業

（1）地域リハビリテーション活動支援事業の実施内容
・住民への介護予防に関する技術的助言
・介護職員等（介護サービス事業所に従事する者を含む。）への介護予防に関する技術的助言
・地域ケア会議やサービス担当者会議におけるケアマネジメント支援

（2）実施における留意事項
リハビリテーションに関する専門的知見を有する者が、高齢者の有する能力を評価し改善の可能性を助言する等、地域包括支援センターと連携しながら、通所、訪問、地域ケア会議、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総合的に支援する。

【地域リハビリテーション活動支援事業における専門的知見を有する者とは】
リハビリテーションの理念を踏まえて、「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランス良くアプローチすることのできる能力を有する者。このような能力を有する理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が想定されるが、職種を限定するものではない。



出典:厚生労働省資料

3. 自立支援や介護予防の理念・意識の共有

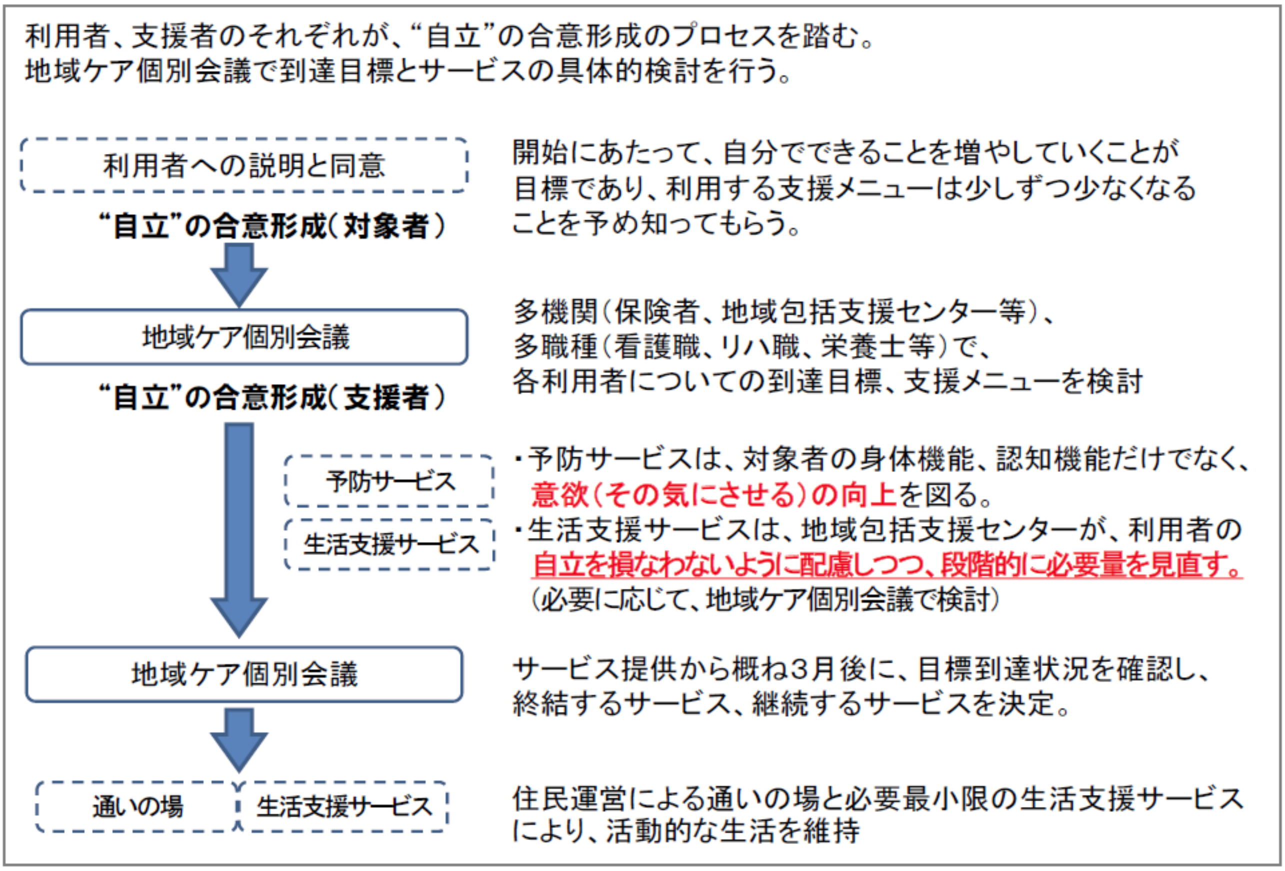
要支援者等は、総合事業や予防給付により、ニーズに応じたサービスを利用することが可能であるが、その利用に当たっては適切なサービス内容を公正中立に判断するために、介護予防ケアマネジメントによりサービス提供につなげる枠組みとなっている。

一方で、介護保険法第４条において、「国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努める」こととされている。

要支援者等を含め、私たちの生活は、ＡＤＬやＩＡＤＬ、社会との交流などさまざまな生活行為の連続で成り立っている。このような当たり前の生活が、病気による体調の不調や加齢に伴う視力や聴力の低下などをきっかけに生活がうまくできなくなり、その結果、生活の意欲が低下し、閉じこもり状態に至ることもある。また、親しい友人や配偶者との死別をきっかけとして、孤独感から意欲が低下したり、一人暮らし高齢者が家族との同居をきっかけとして、家事などの家庭内の役割を喪失し、「何もできない」と落ち込み、うつ状態に至ることもある。

このため、要支援者等に対する支援に当たっては、要支援者等自身が「役割や生きがいを持って生活できる」と思うことができるよう、地域の力を借りながら、新たな仲間づくりの場や楽しみとなるような生きがい活動の場への参加に焦点をあて、生活の意欲を高める働きかけが求められる。

そこで、要支援者等と介護予防ケアマネジメントの主体、サービス提供主体等が介護保険制度の自立支援の理念や介護予防の重要性等を共有し、具体的な支援の在り方を考えることが重要である。



出典：株式会社日本総合研究所（2014）：平成 25 年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）介護サービス事業所による生活支援サービスの推進に関する調査研究事業「要支援者の自立支援のためのケアマネジメント事例集」

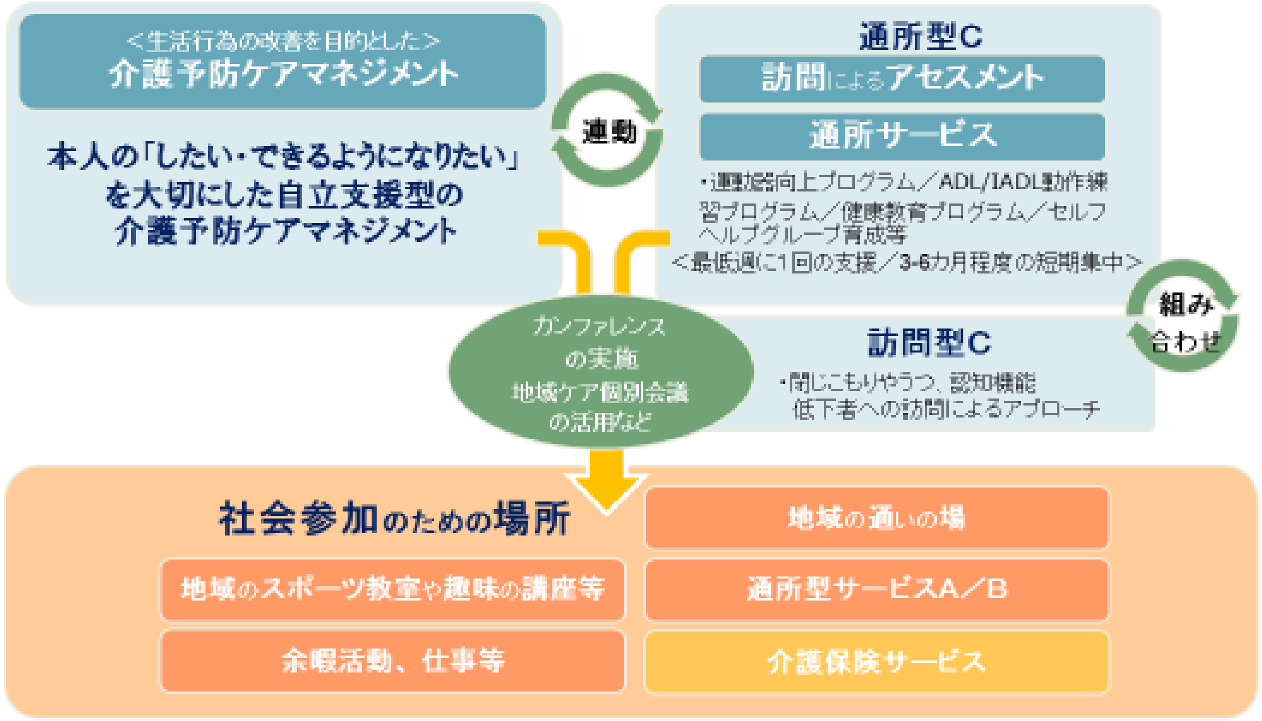
〔総合事業における支援方針〕

① 効果的な介護予防ケアマネジメントと自立支援に向けたサービス展開による要支援状態からの自立の促進や重症化予防の推進をはかる。

② ケアマネジメントの中で、本人が目標を立て、その達成に向けてサービスを利用しながら一定期間取り組み、達成後は、より自立へ向けた次のステップに移っていく。

特に、訪問型サービスC、通所型サービスCについては、ケアマネジメントにより、維持・改善すべき課題（目標）に対して有効なサービスを利用し、課題（目標）達成後は、地域の集いの場に移行するものである等、事業の趣旨について合意を図る必要がある。

C類型を例としたケアマネジメントのプロセスイメージ



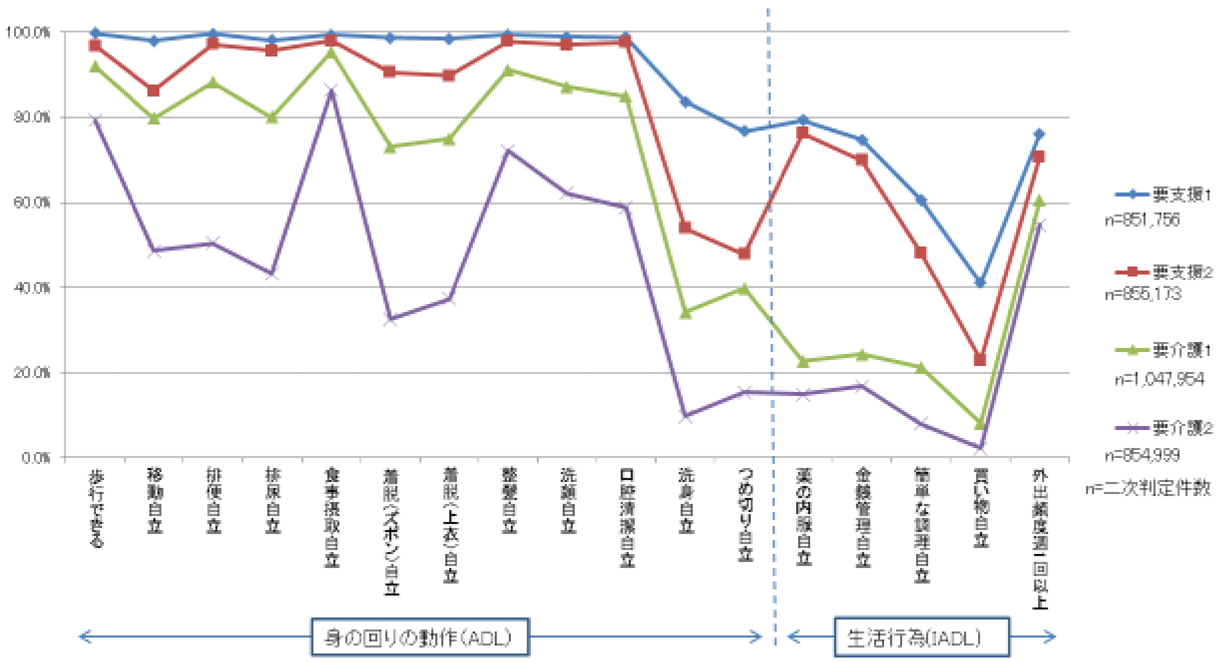
資料：三菱UFJリサーチ&コンサルティング「新しい総合事業における移行戦略のポイント解説（概要版）」
（平成 27 年度老人保健事業推進費等補助金）

なお、要支援者等はＡＤＬは自立しているが、ＩＡＤＬの一部が行いにくくなっている者が多い。このような支障のある日常の生活行為の多くは、生活の仕方や道具を工夫することで、自立することも期待できる。例えば、掃除であれば掃除機からほうきやモップに変える、買い物であればカゴ付き歩行車を活用するなど、環境調整やその動作を練習することで改善することができる。

また、多様なニーズや多様な価値観がある中で、支援する側の知識・技術・価値観によって判断が変わることも少なくない。そのため、対人支援に関わる者は自らの判断だけによるのではなく、地域ケア会議などにより、積極的に多職種の視点を取り入れることが重要である。

（参考）要支援1～要介護2の認定調査結果

要支援者のほとんどは、身の回りの動作は自立しているが、買い物など生活行為の一部がしづらくなっている。



※1　「歩行できる」には、「何かにつかまればできる」を含む。
※2　平成23年度要介護認定における認定調査結果（出典：認定支援ネットワーク（平成24年2月15日集計時点））

出典：厚生労働省資料

4. 市町村による効果的・効率的な事業実施と評価

介護予防・日常生活支援総合事業の実施にあたっては、市町村は地域包括支援センター、事業者、利用者、住民等、関係者間で意識の共有を図り、以下のような取り組みによって効率的な事業実施を行う必要がある。

〔総合事業の効果的・効率的な事業実施〕

① 住民主体の多様なサービスの充実を図り、要支援者等の選択できるサービス・支援を充実し、状態等に応じた住民主体のサービス利用の促進（サービス内容に応じた単価や利用料の設定。結果として、低廉な単価のサービスの利用普及）

② 高齢者の社会参加の促進（支援を必要とする高齢者への支援の担い手としての参加等）や要支援状態となることを予防する事業（身近な地域における体操の集いの普及、短期集中予防サービス、地域リハビリテーション活動支援事業の活用等）の充実による認定に至らない高齢者の増加

③ 効果的な介護予防ケアマネジメント（第１号介護予防支援事業）（以下、「介護予防ケアマネジメント」という。）と自立支援に向けたサービス実施による要支援状態からの自立の促進や重度化予防の推進等

また、介護予防・日常生活支援総合事業を効率的に実施していくため、一般介護予防事業評価事業により、介護保険事業計画において定める目標値の達成状況等の検証を通じ、一般介護予防事業を含め、地域づくりの観点から総合事業全体を評価し、その評価結果に基づき介護保険事業計画に反映するなど、事業全体の改善を図ることとされている。

なお、事業評価は、年度ごとに以下の「総合事業の事業評価」により、プロセス評価を中心に実施するとともに、アウトカム指標について評価することが望ましいとされている。

○総合事業の事業評価　（地域支援事業実施要綱（老発第０６０９００１号　平成１８年６月９日）　別添５）

総合事業の実施に当たっては、ボランティア活動と有機的な連携を図る等、地域の人材を活用していくことが重要である。６０歳代、７０歳代を始めとした高齢者の多くは、要介護状態や要支援状態に至っていないことから、こうした高齢者が地域で社会参加できる機会を増やしていくことが、高齢者の介護予防にもつながることとなる。併せて、できる限り多くの高齢者が、地域で支援を必要とする高齢者の支え手となっていくことで、より良い地域づくりにつながることとなる。

このため、地域づくりの視点から、事業全体を評価した上で、要支援者等に対する介護予防・生活支援サービス事業について事業評価を行うこととする。事業評価をする際には、以下の３段階の評価指標を活用することとする。

① ストラクチャー指標：事業を効果的かつ効率的に実施するための実施体制等に関する指標

② プロセス指標：事業を効果的かつ効率的に実施するための企画立案、実施過程等に関する指標

③ アウトカム指標：事業成果の目標に関する指標

なお、評価の実施に当たっては、関係者間での議論が重要であることから、各市町村で開催している介護保険運営協議会や地域包括支援センター運営協議会等において議論することが重要である。また、地域の特性を活かしながら事業を運営することが重要であることから、以下の評価指標の視点を活かしながら、それぞれの地域の実情を踏まえたふさわしい評価指標へと内容を修正した上で、事業評価を実施することが重要である。

１　総合事業

＜ストラクチャー指標＞

以下の４項目について、事業を効果的かつ効率的に実施するための実施体制を整備できているかどうかを年度ごとに評価する。（４段階で評価する場合の例：「1。できている、2。ある程度できている、3。あまりできていない、4。できていない」）この際、評価した具体的理由についても整理しておくことが望ましい。

① 地域包括ケアシステムの構築に向けた基本方針及び目的について、分かりやすく説明することのできる職員の養成や、説明資料の整備ができているか。

② 地域包括ケアシステムの構築に向けた基本方針及び目的を共有（規範的統合）し、総合事業を実施する上で、介護保険、高齢者福祉、地域福祉、健康増進、企画、市民活動推進、自治会支援、社会教育等の担当部署と広く連携する体制を構築できているか。

③ 地域包括ケアシステムの構築に向けた基本方針及び目的を共有（規範的統合）し、総合事業を実施する上で、地域包括支援センターと連携する体制を構築できているか。

④ 地域包括ケアシステムの構築に向けた基本方針及び目的を共有（規範的統合）し、総合事業を実施する上で、協議体を設置し、住民主体の活動、ＮＰＯ法人、社会福祉法人、社会福祉協議会、地縁組織、協同組合、民間企業、シルバー人材等の多様な主体による多様なサービスの提供体制を構築できているか。

＜プロセス指標＞

以下の７項目について、事業を効果的かつ効率的に実施するための企画立案、実施過程等のプロセスについて、適切にできているかどうかを年度ごとに評価する。（４段階で評価する場合の例：「1。できている、2。ある程度できている、3。あまりできていない、4。できていない」）この際、評価した具体的理由についても整理しておくことが望ましい。

① 地域包括ケアシステムの構築に向けた基本方針及び目的を共有（規範的統合）できるよう、総合事業の企画・実施・評価のプロセスの中で、地域住民の意見収集や協議への住民参画が行われているか。

② 地域包括ケアシステムの構築に向けた基本方針及び目的を共有（規範的統合）できるよう、介護サービス事業者、医療機関、民間企業、ＮＰＯ法人、社会福祉法人、社会福祉協議会、地縁組織、協同組合、住民等のあらゆる関係者に働きかけを行っているか。

③ 自治会、社会福祉協議会、民生委員、老人クラブ、ボランティア、ＮＰＯ法人、社会教育関係者の活動状況等について地域資源として適切に把握できているか。

④ 介護予防の推進、生活支援の充実に関する行政課題を整理できているか。

⑤ 介護予防の推進、生活支援の充実を図っていく上で、長期的な視点をもって具体的な戦略を立てられているか。

⑥ 総合事業に関する苦情や事故を把握しているか。

⑦ 関係機関（地域包括支援センター、医療機関、民生委員等）において情報を共有するため、共有する情報の範囲、管理方法及び活用方法に関する取り決めをしているか。

以上の定性評価に加えて、以下の定量的指標を用いて総合事業の実施状況の評価を行う。

指　標	評価方法
① 介護予防に資する住民主体の通いの場への６５歳以上参加者数及び割合 ※ 介護予防・日常生活支援総合事業実施状況調査を活用	年度ごとに任意の時点の介護予防に資する住民主体の通いの場への参加者の状況を集計し、時系列評価や地域間比較や他市町村と比較することで、住民主体の介護予防活動の取組状況を評価する。性別、前期高齢者・後期高齢者別の参加者の状況を集計することが望ましい。 （参加者割合＝参加者数÷高齢者数）
② 介護予防に資する住民主体の通いの場の状況	年度ごとに任意の時点の介護予防に資する住民主体の通いの場を地図上にマッピングする等して、住民主体の介護予防活動の地域の展開状況を評価する。

その他の定量的指標の例を以下に示す。

① 介護予防に関する講演会、相談会等の開催回数・参加者数

② 介護予防に関するイベント等の開催回数

③ 介護予防に関するボランティア育成のための研修会の開催回数・育成数

＜アウトカム指標＞

以下の定量的指標を用いて総合事業による効果の評価を行う。

指　標	評価方法
① ６５歳以上新規認定申請者数及び割合 ※ 介護予防・日常生活支援総合事業実施状況調査を活用	年度ごとに年間の新規認定申請者の状況を集計し、時系列評価、地域間や他市町村との比較を行うことで、住民主体の介護予防活動の推進状況と、生活支援の充実状況の評価に活用する。 （新規認定申請者割合＝新規認定申請者数÷高齢者数）
② ６５歳以上新規認定者数及び割合（要支援・要介護度別） ※ 介護予防・日常生活支援総合事業実施状況調査を活用	年度ごとに年間の新規認定者の状況（要支援・要介護度別）を集計し、時系列評価、地域間や他市町村との比較を行うことで、住民主体の介護予防活動の取組状況と、生活支援の充実状況の評価に活用する。 （新規認定者割合＝新規認定者数÷高齢者数）
③ ６５歳以上要支援・要介護認定率（要支援・要介護度別） ※ 介護保険事業状況報告を活用	年度ごとに任意の時点の要支援・要介護認定率（要支援・要介護度別）を集計し、時系列評価、地域間や他市町村との比較を行うことで、住民主体の介護予防活動の取組状況と、生活支援の充実状況の評価に活用する。 （認定率＝認定者数÷高齢者数）
④ 日常生活圏域ニーズ調査等による健康に関連する指標の状況	複数年度ごとに任意の時点における地域の健康に関連する指標を集計し、時系列評価、地域間や他市町村との比較を行うことで、住民主体の介護予防活動の取組状況と、生活支援の充実状況の評価に活用する。 健康関連指標の例：主観的健康観（※)、社会参加の状況、運動機能、口腔機能、栄養状態、認知機能、閉じこもり、うつ、健康寿命等
⑤ 介護予防・日常生活支援総合事業の費用額	年度ごとに年間の介護予防・日常生活支援総合事業の費用総額の伸び率と、後期高齢者の伸び率との関係等について、時系列評価や他市町村等と比較することで、事業の効率性の評価に活用する。
⑥ 予防給付と介護予防・日常生活支援総合事業の費用総額	年度ごとに年間の予防給付と介護予防・日常生活支援総合事業の費用総額の伸び率と、後期高齢者の伸び率との関係等について、時系列評価や他市町村等と比較することで、事業の効率性の評価に活用する。

※）主観的健康感は、国民生活基礎調査の以下の質問により評価する。

「あなたの現在の健康状態はいかがですか。当てはまる番号１つに○をつけてください。

１ よい　２ まあよい　３ ふつう　４ あまりよくない　５ よくない」

２　総合事業（介護予防・生活支援サービス事業）

＜ストラクチャー指標＞

以下の１項目について、事業を効果的かつ効率的に実施するための実施体制を整備できているかどうかを年度ごとに評価する。（４段階で評価する場合の例：「1。できている、2。ある程度できている、3。あまりできていない、4。できていない」）この際、評価した具体的理由についても整理しておくことが望ましい。

介護予防ケアマネジメントの実施に当たり、市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所及びサービス事業提供者が、総合事業の趣旨や自立支援の重要性を共有し、連携する体制を構築できているか。

＜プロセス指標＞

以下の６項目について、事業を効果的かつ効率的に実施するための企画立案、実施過程等のプロセスについて、適切にできているかどうかを年度ごとに評価する。（４段階で評価する場合の例：「1。できている、2。ある程度できている、3。あまりできていない、4。できていない」）この際、評価した具体的理由についても整理しておくことが望ましい。

①　窓口に相談にきた高齢者に対し、総合事業の目的、内容、サービスメニュー及び手続方法について十分な説明を行っているか。

②　介護予防ケアマネジメントに関する様式が統一されているか。

③　介護予防・生活支援サービス事業の実施状況を把握しているか。

④　介護予防・生活支援サービス事業の実施量と需要量の関係を的確に把握しているか。

⑤　介護予防・生活支援サービス事業の実施状況の検証に基づき、次年度以降の実施計画の見直しを行っているか。

⑥　要支援者及び介護予防・生活支援サービス事業対象者の個人情報が共有されることについて、十分な説明を行い、同意を得ているか。

以上の定性評価に加えて、以下の定量的指標を用いて介護予防・生活支援サービス事業の実施状況の評価を行う。

指　標	評価方法
① 介護予防ケアマネジメント依頼書受理件数 ※ 介護予防・日常生活支援総合事業実施状況調査を活用	年度ごとに年間の介護予防ケアマネジメント依頼書受理件数を集計し、実施状況を評価する。
② 介護予防・生活支援サービス事業の実施状況	年度ごとに年間の各種事業の実施状況を集計し、実施回数及び利用者数により実施状況を評価する。 訪問型サービス、通所型サービス、生活支援サービス別に実施回数及び利用者数（要支援１、要支援２、介護予防・生活支援サービス事業対象者別）を集計することが望ましい。

＜アウトカム指標＞

以下の定量的指標を用いて総合事業による効果の評価を行う。

指　標	評価方法
① 主観的健康感（※）	年度ごとに年間の介護予防・生活支援サービス事業の利用者について、利用前後の主観的健康感の変化を集計し、維持・改善割合（事業利用者のうち利用後に主観的健康感が維持・改善された者の割合）により介護予防・生活支援サービス事業の効果を評価する。

なお、評価結果については、市町村、地域包括支援センターをはじめとする関係者で共有することで、以降のケアプラン作成におけるサービス選定やサービスの質の向上に活用することにもつながる。

5. 介護予防における介護予防ケアマネジメントの活用方法とその留意点

1）介護予防ケアマネジメントとは

総合事業における介護予防ケアマネジメントは、要支援者等に対して、介護予防及び日常生活支援を目的として、その心身の状況、置かれている環境その他の状況に応じて、その選択に基づき、訪問型サービス、通所型サービス、その他の生活支援サービスのほか一般介護予防事業や市町村の独自施策、市場において民間企業により提供される生活支援サービスも含め、要支援者等の状況にあった適切なサービスが包括的かつ効率的に提供されるよう必要な援助を行う事業である。

(1) 介護予防ケアマネジメントの目的

基本的なケアマネジメントのプロセスに基づき、「高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐ」「要支援・要介護状態になっても状態がそれ以上に悪化しないようにする」ために、高齢者自身が地域における自立した日常生活を送ることができるよう支援する。

(2) 実施内容

介護予防ケアマネジメントは、介護予防支援と同様、地域包括支援センターが要支援者等に対するアセスメントを行い、その状態や置かれている環境等に応じて、目標を設定し、その達成に向けて介護予防の取り組みを生活の中に取り入れ、自ら実施、評価できるよう支援する。

介護予防ケアマネジメントについては、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、ケアプランを作成するものとする。

(3) 留意事項

- 高齢者自身が、地域で何らかの役割を果たせる活動を継続することにより、日常生活上の何らかの困りごとに対して、心身機能の改善だけではなく、地域の中で生きがいや役割を持って生活できるような居場所に通い続ける等、「心身機能」「活動」「参加」の視点を踏まえた内容となるよう要支援者等の選択を支援していくことも重要である。
- 高齢者自身が担い手として活躍することで、生きがいや介護予防にもつながるものである。このような幅広い関係者が、支援を必要とする高齢者の意識、ケアプラン、設定された目標等を共有していくことが重要である。
- 総合事業のサービス提供におけるケアプランは、高齢者が自らのケアプランであると実感できるものでなくてはならず、その目標は、達成可能で、しかも本人の意欲を引き出せるよう明確に設定される必要がある。
- かつて本人が生きがいや楽しみにしていたこと（しかし今はできなくなったこと）で、介護予防に一定期間（例：３ヶ月）取り組むことにより実現可能なこと、そして、それが達成されたかどうかが具体的にモニタリング・評価できる目標とすることが望ましい。もちろん、設定された目標はサービス提供者に共有され、目標の達成に役立つプログラムが実施されなければならない。
- 生活意欲が低下している高齢者等については、具体的な目標を表明しない場合も少なくない。その際、ケアマネジメント等において、高齢者等の興味・関心に気付くヒントを得るためのツールとして、「興味・関心チェックシート」が開発されているので、その活用も一つの方法である。

2）介護予防ケアマネジメントの類型と考え方

介護予防ケアマネジメントは、利用者の状態等に応じ、以下のような類型が想定される。

	ケアマネジメントＡ	ケアマネジメントＢ	ケアマネジメントＣ
特徴	介護予防支援と同様のケアマネジメント	サービス担当者会議やモニタリングを省略したケアマネジメント	基本的にサービス利用開始時のみ行うケアマネジメント
対象	①訪問型サービス又は通所型サービスにおいて、指定事業者のサービスを利用するケース ②訪問型サービスＣ、通所型サービスＣを組み合わせた複数のサービスを利用するケース　等	ケアマネジメントＡや C 以外のケース	ケアマネジメントの結果、事業の実施方法が補助に該当するようなサービスや配食等のその他生活支援サービス又は一般介護予防事業の利用につなげるケース
実施者	地域包括支援センター	地域包括支援センター	地域包括支援センター
実施内容	アセスメント（課題分析）によってケアプラン原案を作成し、サービス担当者会議を経て決定する。利用者との面接によるモニタリングについては、少なくとも３か月毎に行う。	アセスメント（課題分析）からケアプラン原案作成までは、ケアマネジメントＡと同様に実施しつつ、サービス担当者会議を省略したケアプランの作成と、間隔をあけて必要に応じてモニタリング時期を設定し、評価及びケアプランの変更等を行う簡略化したケアマネジメントを実施する。	・ケアマネジメントの結果、利用者本人が自身の状況、目標の達成等を確認し、住民主体のサービス等を利用する場合に実施する。 ・初回のみ、簡略化したケアマネジメントのプロセスを実施し、ケアマネジメントの結果（「本人の生活の目標」「維持・改善すべき課題」「その課題の解決への具体的対策」「目標を達成するための取組」等を記載）を利用者に説明し、理解を得た上で、住民主体の支援の利用等を継続する。 ・その後は、地域包括支援センターによるモニタリングは行わない。利用者の状況の悪化や、利用者からの相談があった場合に、地域包括支援センターによるケアマネジメントに移行する。

3）介護予防ケアマネジメントの実施体制

介護予防ケアマネジメントは、利用者本人が居住する地域包括支援センターにおいて、実施するものとする。地域包括支援センターに配置されている３職種（保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員）のほか、介護支援専門員等の指定介護予防支援業務を行っている職員により実施することができ、これらの職員が相互に協働しながら行うものである。ただし、包括的支援事業全体の円滑な実施を考えた上で、地域包括支援センターが介護予防ケアマネジメントの一部を指定居宅介護支援事業所に委託し、当該事業所の介護支援専

門員によって実施することもできる。なお、介護予防ケアマネジメントの実施体制としては、以下のような体制が考えられる。

・地域包括支援センターが、すべての介護予防ケアマネジメントを行う。
・居宅介護支援事業所に委託する場合において、初回の介護予防ケアマネジメントは、地域包括支援センターが行い、（１クール終了後の）ケアプランの継続、変更の時点以後は、居宅介護支援事業所が行い、適宜地域包括支援センターが関与する。
・居宅介護支援事業所が多くのケースについて介護予防ケアマネジメントを行う場合も、初回の介護予防ケアマネジメント実施時に地域包括支援センターが立ち会うよう努めるとともに、地域ケア会議等を活用しつつ、その全てに関与する。

なお、介護予防ケアマネジメントの実施に当たっては、地域包括支援センターの実施件数、指定居宅介護支援事業所の受託件数の制限は設けておらず、居宅介護支援費の逓減制には含めていないが、地域包括支援センターにおける包括的支援事業の実施状況や介護予防ケアマネジメントと介護予防支援事業を合わせた全体の業務量等を考慮して人員配置等の体制整備を行う。

4）自立支援に向けた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、要支援者等が有している生活機能の維持・改善が図られるよう、ケアマネジメントのプロセスを通じて本人の意欲に働きかけながら目標指向型の計画を作成し、地域での社会参加の機会を増やし、状態等に応じ、要支援者等自身が地域の支え手になることを目指すものである。

在宅生活で要支援者等の有する能力が実際に活かされるよう支援することが重要であることから、必要に応じて地域リハビリテーション活動支援事業を活用し、日常の環境調整や動作の仕方などの改善の見極めについてアドバイスができるリハビリテーション専門職等が、ケアマネジメントのプロセスに関与していくことが望ましい。

さらに、この場合は、訪問で居宅での生活パターンや環境をアセスメントし、通所では訪問で把握した生活行為や動作上の問題を集中的に練習するなど、訪問と通所が一体的に提供されることが効果的である。具体的には、①通所型サービスＣや訪問型サービスＣを組み合わせる、又は②地域リハビリテーション活動支援事業による生活環境のアセスメントと他の通所型サービスや一般介護予防事業を組み合わせる、などが考えられる。

以下は、リハビリテーション専門職等との連携による介護予防ケアマネジメントの視点をそれぞれの構成要素について説明したものであり、ケアマネジメント実施の際に留意して取り組むことが望ましい。

(1) 課題分析

課題分析の目的は、本人の望む生活（＝「したい」）（生活の目標）と現状の生活（＝「うまくできていない」）のギャップについて、課題分析項目に基づく情報の収集から「なぜ、うまくできていないのか」という要因を分析し、生活機能を高めるために必要な「維持・改善すべき課題（目標）」を明らかにすることである。

課題分析の過程を通して、生活機能のどこに問題があり、困った状況になったのかを本人・家族と認識を共有し、必要な助言を行うことで、プラン実施の際には本人・家族の取組を積極的に促すことができる。また、将来の生活機能の低下を予防することにもつながる。

状態の把握にあたっては、「できていない・問題がある」というマイナス部分だけではなく、「できている・頑張っている」というプラスの部分も把握し、プラスの部分については、それが家庭内や地域の通いの場などで発揮できないか検討することが重要である。そのことで、要支援者等の自己有効感を高め、積極的な社会参加や活動的な生活を促すことができる。

また、課題分析では、本人はどのような生活を望んでいるのか、具体的に「（できれば）してみたい・参加してみたい」ＡＤＬ・ＩＡＤＬ、趣味活動、社会的活動などの内容を聞き取ることが重要である。なぜなら、「こういうことをしてみたい」という生活の目標を認識し、それに向かうことができれば、生活の意欲を高

めることができるからである。
　しかし、高齢者は周囲への遠慮や、あきらめ、意欲の低下により、具体的な目標を表明しないこともある。そこで、併せて、家族が本人とどのような生活を望んでいるのか、本人に何をさせたいと考えているのか、といった家族の意向も聞き取ることが重要である。さらに、別添の「興味・関心チェックシート」を活用することで、高齢者自身も忘れていた興味・関心に気づき、それを目標にできる場合があるので積極的活用が望ましい。
　また、課題分析の段階でも、必要に応じて地域リハビリテーション活動支援事業を活用し、リハビリテーション専門職等による生活行為の妨げになっている要因のアセスメントや、生活の予後予測等を求めることも考えられる。

(2) ケアプラン

　ケアプランの目的は、「維持・改善すべき課題」を解決する上で最も適切な目標、支援内容、達成時期を含め、段階的に支援するための計画を作成することである。
　手法としては、３～12 か月を目途とする本人自身がこのような自立した生活を送りたいと思う「生活の目標」に対し、３～６か月を目途とする維持・改善すべき課題である「目標」が達成されることを目的に
・「どのように改善を図るのか」（最も効果的な方法の選択）
・「どこで、誰がアプローチするとよいのか」（最も効果的手段の選択）
・「いつ頃までに」（期限）
を考慮し、計画を作成することが望ましい。

(3) 留意事項

・ケアプランの作成の際には、本人・家族と①本人のしたい生活（生活の目標）のイメージを共有し、②生活の目標が達成されるためには「維持・改善すべき課題」（目標）の解決を図ることが大切であること、③目標が達成されたら、生活機能を維持し、さらに高めていくために、次のステップアップの場である様々な通所の場や社会参加の場に通うことが大切であることを説明しておくことが重要である。
・本人にとってのステップアップの場となる社会資源が地域にない場合は、その開発を検討する必要がある。地域ケア会議の場等を活用して生活支援コーディネーターや市町村等に情報提供することが望ましい。
・要支援者等の「維持・改善すべき課題」別の代表的な状態としては、①健康管理の支援が必要な者、②体力の改善に向けた支援が必要な者、③ＡＤＬやＩＡＤＬの改善に向けた支援が必要な者、④閉じこもりに対する支援が必要な者、⑤家族等の介護者への負担軽減が必要な者、に整理することができ、要支援者等によっては複数該当する場合も考えられる。
・ケアプランの作成にあたっては、支援課題別状態に合わせ、対応方法を組み合わせ、リハビリテーション専門職等によるアセスメント訪問と生活機能向上を目的とした通所を一体的に提供し、最終的には一般住民等が実施する身近な通いの場に結びつくよう、段階的、集中的に実施することが求められる。

6. 介護予防における地域ケア会議の活用方法とその留意点

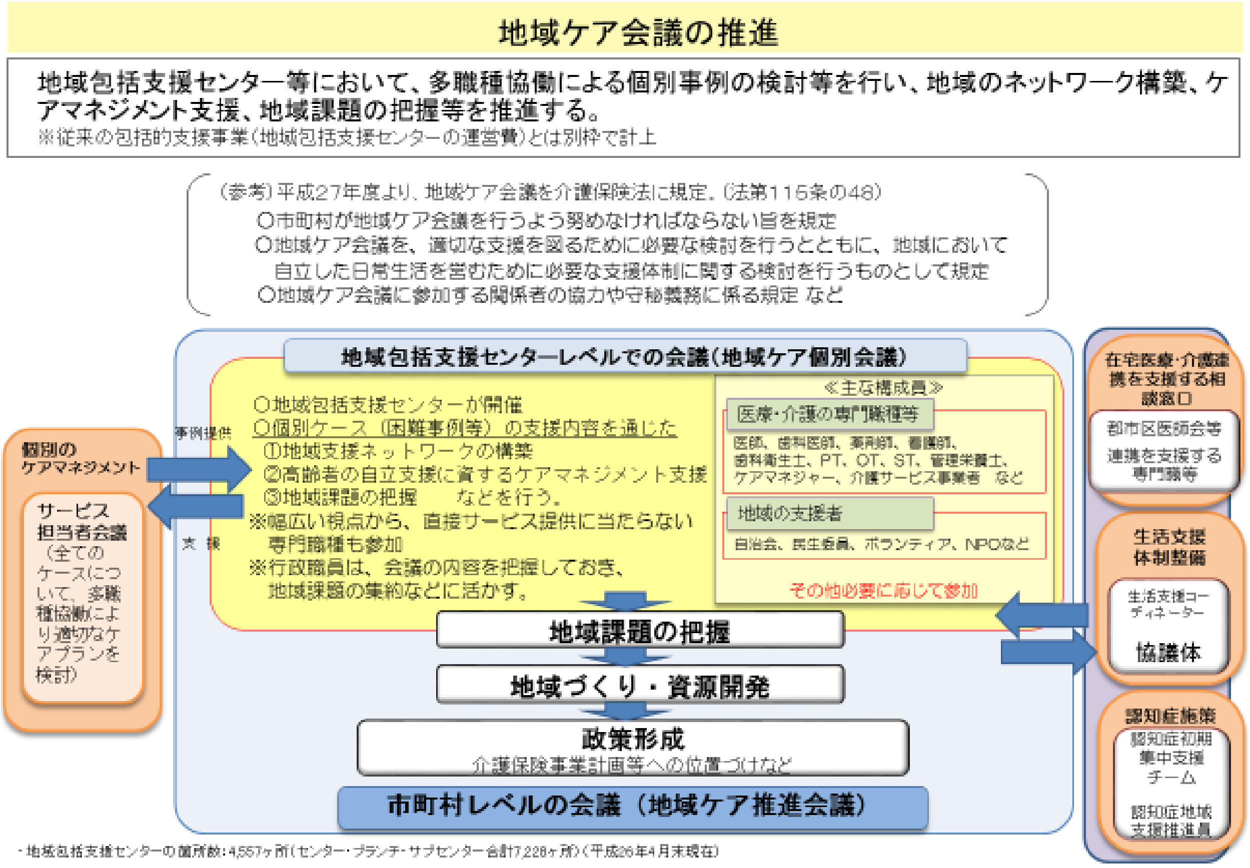
1) 地域ケア会議の概要

　市町村は、包括的・継続的ケアマネジメント業務の効果的な実施のために、介護支援専門員、保健医療及び福祉に関する専門的知識を有する者、民生委員その他の関係者、関係機関及び関係団体により構成される会議（以下「地域ケア会議」という。）の設置に努めなければならないこととされている。（法第１１５条の４８第１項）

2) 地域ケア個別会議について

　個別ケースを検討する地域ケア会議（地域ケア個別会議）は、地域包括支援センター等が主催し、医療、介護等の専門職をはじめ、民生委員、自治会長、ＮＰＯ法人、社会福祉法人、ボランティア等地域の多様な関係者が協働し、介護支援専門員のケアマネジメント支援を通じて、介護等が必要な高齢者の住み慣れた住

まいでの生活を地域全体で支援していくことを目的とするものである。なお、介護支援専門員の資質向上に資するよう、市町村内の全ての介護支援専門員が年に１回は地域ケア会議での支援が受けられるようにする等、その効果的な実施に努める。



出典：厚生労働省資料

〔リハビリテーション専門職等に求められる発言内容〕

医師	疾患に着目した生活の留意事項の助言・指導
歯科医師	歯や口腔内の疾患や、摂食・嚥下機能等に関する助言・指導
看護師	健康状態や水分・食事量・排泄・睡眠などの療養上の世話の見極めや助言・指導
理学療法士	筋力、持久力、痛みなどの心身機能や起居、歩行などの基本的動作の能力の見極めや支援方法や訓練方法の助言指導
作業療法士	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
言語聴覚士	聴覚、言語機能、嚥下摂食機能などの心身機能やコミュニケーション能力の見極めや支援方法や訓練方法の指導
歯科衛生士	歯や口腔内の衛生状況に関する助言・指導
管理栄養士	健康や栄養状態の見極めと支援方法の助言指導
薬剤師	健康状態と薬剤の見極めと適切使用のための助言指導
社会福祉士 (地域包括支援センター)	経済・家族関係 地域・社会資源関係 制度利用上の課題の見極めと助言支援
保健師 (地域包括支援センター)	健康状態の見極めと助言 家族への指導

3）地域課題の共有と政策形成

また、市町村は、個別ケースの検討により共有された地域課題を地域づくりや政策形成に着実に結びつけていくことで、市町村が取り組む地域包括ケアシステムの構築に向けた施策の推進にもつながることから、市町村と地域包括支援センターが緊密に連携し、かつ役割分担を行いながら、取組を推進していくことが求められる。

地域ケア会議は個別ケースを検討する会議から地域課題の解決を検討する場まで一体的に取組んでいくことが重要であり、市町村等が開催する地域ケア会議（地域ケア推進会議）についても包括的支援事業の対象となる。また、個別ケースの検討に当たっては、必ずしも直接のサービス提供に関わっていない第三者を含めた多職種が協働する場であることから、当該第三者等の参加に係る旅費及び謝金等についても対象経費として差し支えない。これらの取扱いも含め、地域ケア会議の組織及び運営に必要な事項については、地域ケア会議において定める。

7. 高齢者自身の介護予防の意識変容を含めたセルフマネジメントのすすめと取り組み上の留意点（セルフマネジメントの視点）

1）セルフマネジメントの概要

地域において、高齢者が健康を維持し、改善可能な場合は適切な支援を受けて改善に向かい、医療や介護、生活支援等を必要とする状態になっても住み慣れた地域で暮らし、その生活の質を維持・向上させるためには、高齢者一人一人が自分の健康増進や介護予防についての意識を持ち、自ら必要な情報にアクセスするとともに、介護予防、健康の維持・増進に向けた取組を行うことが重要となる。

法第４条第１項において「国民の努力及び義務」として示されているように、高齢者には、要介護状態とならないための予防やその有する能力の維持向上に努めることが求められている。

高齢者自身が、必要な支援・サービスを選択し利用しながら、自らの機能を維持向上するよう努力を続けるためには、分かりやすい情報の提示、専門職の助言、支援・サービスの利用による効果の成功体験の蓄積・伝達が求められるとともに、自ら健康を保持増進していく過程に対する動機をもち、必要な知識を持った上で自らの行動を変え、成果を実感できる機会の増加が必要である。

そのためには、セルフマネジメントのプログラムの提供が有効であり、専門機関、専門職による教育的な働きかけやツールの提供が効果的と考えられる。具体的には、地域住民に対するセルフマネジメント講習の実施や、地域包括支援センターや保健師・看護師、ケアマネジャー等が、高齢者との接する中で、適宜、その役割を担う体制が期待される。

住民一人一人が医療・介護・予防などのリテラシーを高めることによって、個人の健康寿命の延伸と生活の質の向上につながり、個人が情報や支援にアクセスできない場合には、家族がその機能を補うことができ、家族が果たせない場合には近隣が支えていくことができるというように、地域全体の力が高まっていく。

総合事業の実施に当たっては、単にサービスメニューや利用方法、提供体制等について周知するだけでなく、各自がその能力を最大限活用しつつ、地域社会とのつながりを断絶することなく適切な支援を受けることが重要であることを理解してもらう必要がある。要支援者等の状態等によっては、地域包括支援センターが介護予防ケアマネジメントにより継続的に関与しないケースも想定されることから、要支援者等自らが自らの健康保持や介護予防の意識を共有し、各種サービスの利用・支援への参加等をしていくことが重要である。

2）介護予防手帳

新たな介護予防手帳は、セルフマネジメントの推進を目的として活用が推奨されているセルフマネジメン

トツールである。アセスメントの段階から「していることや興味の確認」などを聴取し、利用者と相談しながら、利用者の興味、関心のあることを通して生活の目標やその達成のために取り組むことを決定し、それを介護予防手帳に記入して携行し、活動の記録を記載するなど、利用者自身が自身の目標や取組、達成状況を自分で確認、周囲と共有しながら評価していくための記録として有効と考えられる。

介護予防手帳の対象者には、単にサービスメニューや利用方法、提供体制等について周知するだけでなく、各自がその能力を最大限活用しつつ、地域社会とのつながりを断絶することなく適切な支援を受けることが重要であることを理解してもらう必要がある。

また、要支援者等の状況に応じて、地域包括支援センターが介護予防ケアマネジメントにより継続的に関与しないケース（ケアマネジメントＣ）も想定していることから、疾病や障害をふまえた生活上の留意点を本人や家族、サロン等の運営主体に伝えておくとともに、要支援者等が自らの健康保持や介護予防の意識を高く保ち、関係者と共有して、各種サービスの利用・支援への参加等をしていくことが重要である。

3）介護支援ボランティアポイント

これまで、多くの市町村では、「介護支援ボランティアポイント」の対象者を要支援・要介護認定を受けていない高齢者等としてきたが、総合事業では、支援する側とされる側の垣根を取り払い、サービスを利用しながら地域とのつながりを維持することを目指しており、虚弱高齢者や要支援者も対象に含めて運用することも考えられる。例えば、サロンの利用者が必要な支援を受けつつも調理を担うなど、要支援者等であっても、得意なことを活かすことでボランティアの担い手になることは可能である。

なお、要支援者等が参加する場合でも、第１号被保険者の介護予防に資するボランティア活動であると市町村が判断すれば、「介護支援ボランティアポイント」について一般介護予防事業の枠組みが活用可能である。また、介護予防手帳と介護支援ボランティアポイントの手帳を兼ねることは、要支援者等の地域での役割を見つけるきっかけにもなると考えられる。

第二章　通所型･訪問型短期集中事業及び地域リハ活動支援事業の取り組み方とその実際

この章では、通所型・訪問型短期集中事業及び地域リハ活動支援事業の取り組み方法について、国の地域支援事業の運営要綱を参考に、各地の先進地取り組みを参考に、取り組み方のガイドラインとしてまとめている。また、各項目立ての最後には取り組みの実際事例を紹介している。

Ⅰ．通所型短期集中事業の取り組み方法と留意事項

1. 通所型短期集中事業の取り組み方

1）目　的

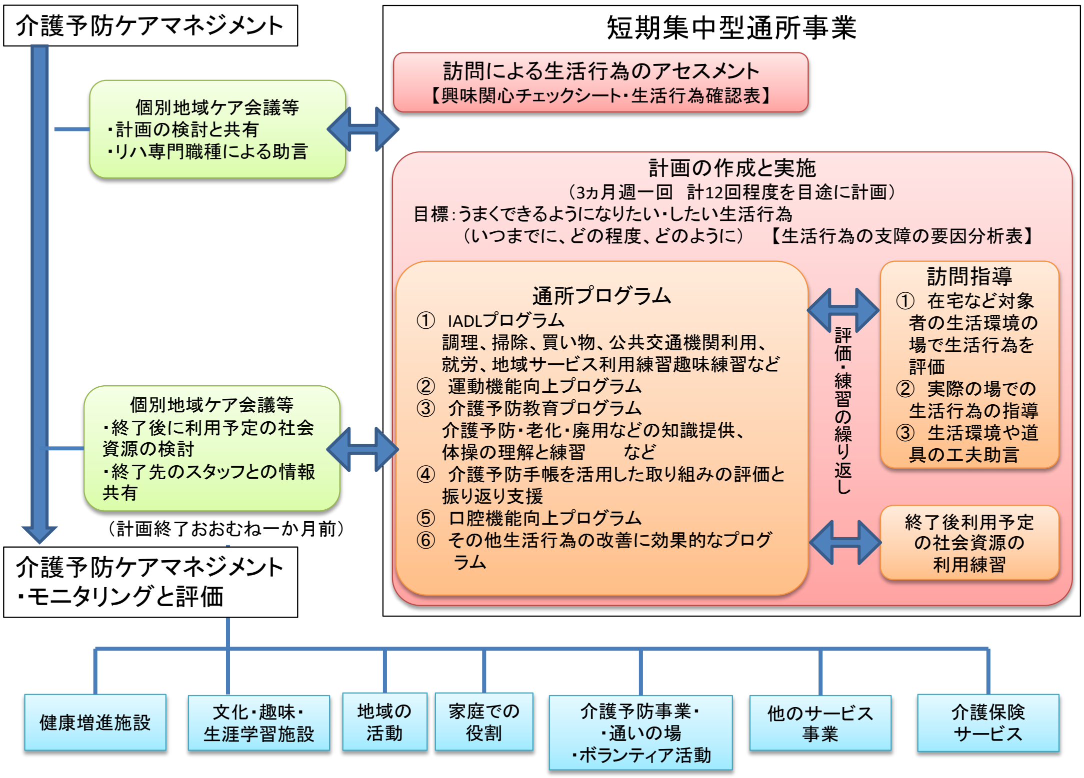
通所型短期集中事業（以下、通所型サービスC）は、生活行為に支障のある者を対象に、高齢者の活動と参加の維持または促進を目的に、保健・医療の専門職が、居宅や地域での生活環境を踏まえた適切な評価のための訪問を実施した上で、おおよそ週１回以上通所にて、３～６か月の短期間で生活行為の改善を目的とした効果的な介護予防プログラムを実施する。

2）対　象

介護予防ケアマネジメントにより、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

3）事業の流れ

事業の主な流れを、下図に例示する。



(1) 事業の開始前に留意すること

○　本事業は、期間を限定し、集中的に目標とする生活行為を改善していく事業である。

○　利用者には、自身が望む生活を達成するための事業であり、意欲的に日常的に取り組みが得られるよう、必要な情報を適時提供し、わかりやすく説明するとともに、利用者の取り組み方法の選択を尊重し、日常での取り組みを支援する。

○　本事業を開始する際には、介護予防ケアマネジメント時、支援の目標と利用の期限、事業を利用後の生活のイメージについて、利用者にしっかり説明し、合意を得ておく。

○　介護予防ケアマネジメントを立案した地域包括支援センターの担当者は、定期的に事業参加時の状況を把握、定めた目標期限の概ね１か月前には、利用者及び事業利用後に利用する社会資源のスタッフを交えた地域ケア個別会議等を開催するとよい。

○　地域ケア個別会議では、利用者自身が参加に向けて、事業の中での利用練習の要否や具体的な利用に向けてのアクセス方法の決定、段取りを共有し、利用者が不安を感じている場合は、その内容を丁寧に確認しつつ、事業の中に解決に向けた取り組みを入れていく。

○　事業実施期間終了後は、地域包括支援センターは、想定した社会資源にしっかり結びついているかどうか、しばらくは介護予防ケアマネジメントを通して、フォローすることが大切である。

(2) 生活行為の支障の有無または困っていることの把握

①　興味関心チェックシートの活用

高齢者がしたいと思う興味を把握するチェックシートとして、活用できる。使用方法としては、a.高齢者自身にチェックしてもらうアンケート方法、b.面接による聞き取り方法、c.介護予防ケアマネジメント時のアセスメントシートとしても活用することができる。

高齢者自身が「してみたい」「興味がある」と選択した項目について、取り組みを促す。また、その項目にチェックがなくても、シートをつけていくプロセスの中で、「してみたいけれどね・・・。」「昔はしていたけれどね・・」といった発言をヒントに高齢者があきらめている思いを把握することもできる。

表1　興味関心チェックシート

興味・関心チェックシート

氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿年齢：＿＿＿歳　性別（男・女）記入日：H＿＿年＿＿月＿＿日

表の生活行為について，現在しているものには「している」の列に，現在していないがしてみたいものには「してみたい」の列に，する・しない，できる・できないにかかわらず，興味があるものには「興味がある」の列に○を付けてください．どれにも該当しないものは「している」の列に×をつけてください．リスト以外の生活行為に思いあたるものがあれば，空欄を利用して記載してください．

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

② 生活行為確認表の活用

生活行為確認表は、高齢者の生活行為に焦点を当て支障の有無を把握するために作成されたシートで高齢者自身によるアンケートや聞き取りでも活用することができる。該当生活行為に支障がある場合は「はい」に○を、ない場合には「いいえ」に○を付けることで把握できる。

表2 生活行為確認表

氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿年齢：＿＿＿歳 性別（男・女）記入日：H＿＿年＿＿月＿＿日

■生活行為についてあてはまるものに○をつけてください。 不自由がある場合「はい」に、感じない場合は「いいえ」に、その行為をしていない場合には「していない」		
1	床から立ち上がるのに不自由を感じますか？	はい・いいえ・していない
2	立った状態で、床からペンを拾うのに不自由を感じますか？	はい・いいえ・していない
3	階段の昇降に不自由を感じますか？	はい・いいえ・していない
4	掃除（掃除機がけ）に不自由を感じますか?	はい・いいえ・していない
5	重い荷物を運ぶのに不自由を感じますか？	はい・いいえ・していない
6	洋服のボタンを留めるのに不自由を感じますか？	はい・いいえ・していない
7	足の爪を切るのに不自由を感じますか？	はい・いいえ・していない
8	料理をつくるのに不自由を感じますか？	はい・いいえ・していない
9	ペットボトルの蓋を開けるのに不自由を感じますか？	はい・いいえ・していない
10	ジャムなどの広口びんの蓋を開けるのに不自由を感じますか？	はい・いいえ・していない
11	電話や会話の聞き取りに不自由を感じますか？	はい・いいえ・していない
12	バスを乗り降りするのに不自由を感じますか？	はい・いいえ・していない
13	新聞や回覧板を読むのに不自由を感じますか?	はい・いいえ・していない
14	自動車やバイクの運転に不自由を感じますか？	はい・いいえ・していない
15	整理整頓をするのに不自由を感じますか?	はい・いいえ・していない
16	草むしり（草引き）をするのに不自由を感じますか？	はい・いいえ・していない
17	下着の脱着に不自由を感じますか	はい・いいえ・していない
18	入浴で体や頭を洗うのに不自由を感じますか	はい・いいえ・していない
19	箸の操作に不自由を感じますか？	はい・いいえ・していない
20	洗濯物を干すのに不自由を感じますか	はい・いいえ・していない
■主観的な健康感について当てはまるものに○をしてください		
1.とても健康　2.まあまあ健康　3.ふつう　4.あまり良くない　5.悪い		

ありがとうございました

（平成24年度老人保健健康増進等事業で作成したものを一部改変）

Copyright © 2012 Japanese Association of Occupational Therapists All Rights Reserved.

■生活行為確認表説明書

1	床から立ち上がるのに不自由を感じますか？ 畳や床に座った状態から楽に立ち上がれるか？手すりや机につかまっていてもかまいません。現状で不自由があるかないかを確認いたします。 ※この行為が不自由になると、階段昇降や浴槽のまたぎなど日常の生活の起居に不自由が生じている可能性があります。行為を確認し、床からの容易な立ち上がり方や環境調整、布団からベッドへの変更、玄関の上り框での手すりの設置などの検討が必要になってきます。
2	床からペンを拾うのに不自由を感じますか？ 立ったままの状態で、畳や床にあるものを楽に拾えるか？ ※この行為ができなくなってくると、整理整頓やごみを拾うなどの掃除などに不自由を感じている可能性があります。行為の仕方に対するアドバイスが必要になってきます。
3	階段の昇降に不自由を感じますか？ 手すりなしで階段の上り下りができるか？手すりがないと難しいか？ ※屋内での転落防止のために、早めに把握し、寝室を一回にするまたは手すりをつけるなどの対応が必要となってきます。
4	掃除（掃除機がけ）をするのに不自由を感じますか？ 掃除機をかけたりすることが楽にできるか？ ※訪問介護の利用理由に掃除機がかけられないことが多く挙げられています。掃除機自体が重いものであったり、コードがあるため引っ張りにくいなどの問題があるようです。掃除機にもいろいろな種類があることや昔懐かしい箒へ行為を変更するなどできる限り、掃除が継続できるよう支援していくことが必要です。
5	重い荷物を運ぶのに不自由を感じますか？ 買い物の荷物を持ち運ぶことができるか？ ※買い物が行けなくなったという中に、１リットルの牛乳の入った買い物袋を持って帰られない。また、冬季の灯油の持ち運びが大変など挙げられます。食材の入手や灯油などは生活の維持にとってとても重要な行為ですので、早めに配達業者の利用や道具の活用や工夫などのアドバイスをしていくことが大切です。
6	洋服のボタンを留めるのに不自由を感じますか？ 指先がうまく動かなかったり，力が入らなかったりしないか？ ※洋服のボタンや小銭を財布から出すなど、小さなものをつまむことが不自由になっている可能性があります。ボタンの大きな服を利用するまたはボタンを簡単にとめることができる道具を利用するなどのアドバイスが必要になってきます。
7	足の爪を切るのに不自由を感じますか？ つま先に手が届かなかったり，爪切りをうまく使えなかったりしないか？ ※この行為ができなくなると、靴下をはくなどの行為も困難になっている可能性があります。また、爪が切れないことにより、爪が割れたり、巻爪になったりしていて、歩行のしづらさや転倒のリスクにつながります。早めにリスクを把握することが大切です。
8	料理をつくるのに不自由を感じますか？ 包丁による皮むきや千切り、炒める、煮るなどの料理をつくる行為について質問をする項目です。 ※料理をつくるのに不自由を感じることにより、料理をしなくなり食事がとれなくなるリスクが高くなります。料理の仕方には、様々な道具がありますので、いつまでも続けられるようきめ細かなアドバイスをする必要があります。
9	ペットボトルの蓋を開けるのに不自由を感じますか？ 指先がうまく動かなかったり，力が入らなかったりすることはないか？ ※指先の力をみる項目です。握力が 4kg 以下になると６ボタンを留めるや服の袖を引っ張るなどの日常生活行為に支障がでると言われています。また、この項目に不自由さのある方は、テレビのリモコンなどの操作もうまくできないようです。これらの行為の不自由さを把握し、道具の工夫で容易にできるようになることや握力はトレーニングによって回復しますので、その必要性をアドバイスすることが求められます。

10	ジャムなどの広口びんの蓋を開けるのに不自由を感じますか？ 手がうまく動かなかったり，力が入らなかったりすることはないか？ ※握力を把握するための項目です。ジャムなどの広口びんの蓋をあけるためには 10ｋｇの握力が必要だと言われています。握力が 10kg 以下になると日常の家事などの生活を送る上でさまざまな不自由が出てくると言われています。
11	電話や会話の聞き取りに不自由を感じますか？ 補聴器を使っているか？耳が遠くなり人の話が聞き取れないことはないか？ ※電話の不自由さを感じると電話がなっても取ることが億劫になったり、会話が聞き取れないため、電話では適当に答えてしまい、後で大きな問題になる。また、いつも出かけていた会合に参加することが億劫になるなどの閉じこもりの原因になります。
12	バスを乗り降りし、外出するのに不自由を感じますか？ ※バスの乗り降りには動作の問題や行先にあったバスにのれるか、お金支払いができるかなどの複合的な行為が求められます。地域によっては食材の調達や通院にバスが必要になります。どこに困っているかを把握し、支援することが求められます。
13	新聞や回覧板を読むのに不自由を感じますか？ 眼鏡を使っているか？目がかすんだり疲れたりすることはないか？ ※11 の電話や会話の項目と同様、社会参加に必要なコミュニケーション機能を把握する項目です。
14	自動車やバイクの運転に不自由を感じますか？ 運転が以前より怖くなったり，危険を感じることが増えたりしてないか？ ※長距離の身近な移動手段として高齢者が活用する手段です。不自由になることで、5 の重い物の運搬、12 のバスの乗り降り同様、日用品や食材の入手がどうなっているかを確認することができます。
15	整理整頓をするのに不自由を感じますか? 洋服を所定の場所に整理整頓できているか?部屋の中が雑然としていていないか?ゴミは出せているのか?を確認します。 ※認知症の初期などで、整理整頓ができず部屋が雑然とする。箪笥の中がごちゃごちゃになる。そのためどこに何をしまったのかわからなくなったりすることがあります。本人は自覚していないことも多いのですが、うまくいかないなと感じているかをここでは確認します。
16	草むしり(除草)をするのに不自由を感じますか？ しゃがんだままの移動や，立ったりしゃがんだりの作業が辛くなったと感じないか？ ※地方では草むしりが高齢者の仕事や役割、楽しみになっていることが多いので、不自由によりできなくなることで、日中何もすることがなくなり、閉じこもりや廃用性の認知機能の低下を引き起こすリスクにもなる。
17	下着の脱着に不自由を感じますか? ズボンの脱着を含め、確認する。 ※下着の脱着に時間がかかったり、うまくいかないことで失禁の原因になることがある。失禁などの失敗は、社会参加を阻害するリスクにもなる。
18	入浴で体や頭を洗うのに不自由を感じますか? ※五十肩などで肩が挙がらず、頭や体が洗えないと介護が必要な状況になる可能性があります。さまざまな道具の利用により、容易にできるようになることから、アドバイスが必要となる。
19	箸の操作に不自由を感じますか？ 箸で細かいものがつまめなかったり，手に力が入らなかったりすることはないか？ ※この行為が困るとヨーグルトやヤクルトの蓋を開けるや服のファスナーの上下、包丁の操作などつまみながら操作する行為に不自由が生じている可能性があります。
20	洗濯物を干すのに不自由を感じますか？ 腕を挙げたまま干し物を広げたり取り入れたりが行えるか？ ※五十肩などで肩が挙がらない、腰が曲がっている方の中にうまく上の方に洗濯物をかけることができない

	方がいます。高齢者の中でも洗濯をする、干す、たたむが役割となっている者も多く、高齢者が積極的に日常生活に役割を持って関わっていく上でも、大切な項目です。行為については、干し場の環境や道具を工夫することで容易にできるので、アドバイスが必要です。

※平成２５年度老人保健健康増進等事業「医療から介護保険まで一貫した生活行為の自立支援に向けたリハビリテーションの効果と質に関する評価研究事業」報告書より

(3) 生活行為の支障の要因を分析（アセスメント）

①要因の分析とプログラムの立案

(2) で把握した生活行為の支障を起こしている主な要因について、高齢者が生活している実際の居宅や地域での生活環境を訪問により把握し、以下に例示するアセスメント項目を把握し、検討する。必要に応じて、留意事項に挙げるリハビリテーション専門職に助言を求めるとよい。

表3　生活行為の支障要因表（例示）

主な生活行為の 支障の要因	考えられる要因とアセスメント項目	留意事項
①病気や廃用症候群による筋力や体力の低下	□医療の情報（骨関節疾患、循環器疾患、呼吸器疾患、神経系疾患、外傷等の有無） □筋力または筋持久力 □運動耐容力 □痛みの有無 □日中の活動量	※筋力等や運動耐容力などの身体機能の低下要因等については理学療法士等に助言を求めるとよい。 ※運動リスクが予測される場合は主治医と連携すること。
②認知機能が低下	□医療の情報（認知症、精神疾患、循環器・代謝・泌尿器・呼吸器疾患等の有無 □服薬の内容 □日中の生活の過ごし方 □水分摂取量や栄養摂取状況 □睡眠の状況 □認知機能と残存能力	※認知機能と残存能力など精神機能の評価及び対応については作業療法士等に助言を求めるとよい。 ※医療・服薬情報等については、主治医と連携すること。
③単なる老化（感覚器を含む）による支障	□視覚・聴覚・触覚など感覚器の状況 □嚥下機能 □口腔機能 □変形性関節症・腰痛などによる痛み □筋力 □手指等巧緻性 □日中の過ごし方	※聴覚や嚥下機能などの評価及び対応については言語聴覚士等に助言を求めるとよい。 ※変形性関節症・腰痛などの痛み等の評価及び対応については理学療法士等に助言を求めるとよい。 ※手指等巧緻性の評価及び対応については作業療法士に助言を求めるとよい。
④生活行為を遂行するための動作の支障	□起居動作能力 □移動・運搬能力 □上肢による道具の操作能力 □手指の巧緻性 □握力	※起居動作・移動・運搬能力などの基本的動作能力については理学療法士に、上肢の道具操作や手指の巧緻性、握力の評価及び対応については作業療法士に助言を求めるとよい。

⑤一連の生活行為を行う上での環境上の課題	□食品や日用品を入手する店までの主な移動距離と手段 □日中の生活の動線 □キッチン用具や棚の配置等環境 □洗濯機と洗濯物干し場の環境 □トイレや浴室の環境 □よく利用していた社会資源までの距離と手段	
⑥日中何もすることがない（意欲の低下を含む）	□生活歴 □職歴 □趣味・特技	
⑦その他	□家族の理解 □経済状況	

(4) 通所型短期集中サービス計画の作成

① 支援目標の設定

○ 対象者がしたい又は困っている・できるようになりたい生活行為を、具体的な目標として明確化すること。

○ 目標設定にあたっては、直接的な生活行為の改善だけではなく、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向けての目標も併せて想定し、結びつくよう配慮すること。

② 計画

○ ３ヶ月を１クールとした教育的プログラムを含む教室とし、原則１クールで終了すること。

○ 通所の頻度は、原則週１回とする。

○ 介護予防ケアマネジメントとの連動性に留意し、個別の短期集中型通所サービス計画をセルフマネジメントとして自身が回復の計画を立案できるよう配慮すること。計画の立案にあたり、介護予防手帳等を活用するとよい。

【介護予防手帳】

介護予防手帳は、心身の健康に配慮した生活を送りながら、自分だけで難しいことは支援・サービスを選択して利用する「セルフマネジメント」のためのツール。

「介護予防手帳～私のプラン～」は、自分の興味や関心を確認した上で、生活の目標を設定し、それに向けた活動の計画をたてることができる。また、活動する時に持ち歩いて、その経過を記録することで、目標の達成状況を確認することができる。

介護予防手帳は下記のメールアドレスから入手できる。

http://www.murc.jp/sp/1410/sougou/kaigoyobo/hokan/techo_h.docx

※平成26年老人保健健康増進等事業「地域支援事業の新しい総合事業の市町村による円滑な実施に向けた調査研究事業」より

【介護予防手帳を活用例（一部改変）】

私のプラン

していることや興味の確認で、してみたいまたは興味があるとした行為・活動について再度書き出し、「実際にやってみたい」「うまくできるようになりたい」と思うことについて、プランを考えてみましょう。

● 私のプラン ●　その①　作成日　月　日

No	私の生活の目標

あなたが生活の目標を達成するために、取り組んでみたいと思っていることやまたは、支援者（専門職）と相談して取り組むことにした内容を記入

- 5 -

一緒に作ったひと

名　前		所属名称	
所属連絡先	〒　TEL		
コメント			

目標を達成するために取り組むこと	自己評価
	実行度　…まあ・できていない 満足度　…まあまあ・不満足 …た・まあまあ・できていない …・まあまあ・不満足 …まあまあ・できていない …・まあまあ・不満足 …まあまあ・できていない …・まあまあ・不満足 …まあまあ・できていない 満足度　満足・まあまあ・不満足

生活の目標について、実行度と満足度について当てはまるものに○をつける

具体的な生活の目標を記入。興味関心チェックシートに基づき、具体的にたとえば、どの程度、いつまでに、どのような状態になりたいのかを自由な発想で記載する

- 8 -

活動記録

あなたが活動している場所ごとに、活動した日付を記載してください。また、あなたと関わる人・グループに、活動状況に応じて『私のプラン』の目標への取り組みについてコメントを記入してもらってください。

短期集中通所事業での私のプログラム
家庭で取り組むこと
取り組んだ日付
コメント記入【自分用】　／　参加度　低　1・2・3・4・5　高
コメント記入【支援者用】　／　参加度　低　1・2・3・4・5　高

通所で取り組むプログラムを記載

家庭で自主トレーニングとして取り組むプログラムを記載

実践した日付を書き込む。

一か月に一回を目途に、取り組み状況と目標達成の目途を書き込む。
私自身のコメントと支援者のコメントの双方を記載し、達成状況の共有を図る。

- 11 -

※平成26年度老人保健健康増進等事業「地域支援事業の新しい総合事業の市町村による円滑な実施に向けた調査研究事業」（通所事業用に一部改変）

○　訪問し、実際の生活行為をアセスメントすること。
○　目標とした生活行為については、「表3　生活行為の支障要因表」を参考に、①ADL/IADLプログラム、②運動機能向上プログラム、③介護予防教育プログラム、③介護予防手帳を活用した取り組みの評価と振り返り支援、⑤口腔機能向上プログラム、⑥その他生活行為の改善に効果的なプログラムはセルフケアに結びつくよう複合的に組み合わせる。
○　計画を立案するに際し、高齢者は柔軟な対応が困難な傾向があることから、必ず、在宅での生活行為のアセスメント及び実際の場面での生活行為の遂行ができるようになるよう、通所のみならず、困っていた生活行為を実際の生活の場で指導する訪問指導を実施する、または訪問型短期集中サービスと組み合わせるなど、生活での実践にまで結びつけること。
○　日常生活の基本的動作能力を見極め、具体的な練習方法やプログラムの助言・指導ができる理学療法士、応用的動作能力や社会適応能力を見極め、具体的な練習方法や道具の工夫や環境調整などの助言・指導ができる作業療法士、聴力をはじめコミュニケーション能力を見極め、具体的な対応方法などを助言・指導できる言語聴覚士などリハビリテーション専門職の参画を得ると効果的な計画の立案が可能となる。

【通所でのプログラム計画例】

	一か月目	二か月目	三か月目
運動器機能向上プログラム（40分以上実施）	個別の身体機能に合わせた個別の運動メニュー	セルフケアを目的とした体操と運動の習慣化	体操の実践
IADLプログラム（60分以上実施）	生活行為の練習	生活行為の練習	【訪問指導の実施】 自宅での練習
介護予防教育プログラム（15分～30分程）	介護予防に関するミニレクチャー		
介護予防手帳を活用した取り組みと振り返り ※健康チェック時に実施（15分程度）	介護予防手帳を活用したセルフマネジメントの実施	実践の確認と評価	実践の確認と評価

③　経過及び成果の把握
・対象者については、対象者自身が自身の生活機能の低下等について自覚を持ち、介護予防に意欲的に取り組めるように介護予防手帳を活用したセルフマネジメントを実施することなど支援し、日々の活動の記録をつけてもらうとより効果的な取り組みを促すことができる。

(4) 生活行為目標達成後の対応
・課題として取り上げた生活行為が実際の生活の場面で達成できたら、サービス提供を終了とし、
①　通いの場の育成
　今後健康づくりのために運動等の継続が必要な場合は、通いの場等に結びつける。通いの場がまだない場合は、たとえば、A.通所サービス利用者の卒業生の場として、身近で歩いていける場に通いの場を作っていくとよい。また、B.利用者が通所サービスで学んだ体操のリーダーとなって、地域の通いの場のボランティアとして活動できるような通いの場をつくる方法もある。

②　健康運動施設との連携
　自身のより健康づくりのため、運動等の継続を希望する方には、地域の健康運動増進施設と連携し、地域活動への参加を勧める。その際には、地域の健康運動増進施設と対象者のアセスメント情報の共有や継続するとよい運動、リスク等についても適切に申し送る。

③　ボランティアの育成

通所サービスを通して学んだことを、地域の高齢者の支援に生かすという考え方で、ボランティア嗜好の強い方については、ステップアップ教室として介護予防ボランティア養成講座に発展させていく方法もある。

④　担い手の育成

(2)　(3) の働きかけを通して、通所サービスの担い手になるよう育成する。

⑤　生涯教育やカルチャー教室との連携

生涯学習や趣味の活動などカルチャー教室等への参加も生涯教育を担当する市町村の担当課や地域のボランティア、カルチャー教室と事例を通して連携していくことにより、介護予防の社会資源を開発していくことにつながる。

・併せて、連携したサービスに対して、再び何らかの生活の支障や変化を把握した場合には、再び市町村の窓口に紹介をするよう申し添えることが大切である。

(5) プログラム実施の際の留意事項

①　IADLプログラム

目標とする生活行為を通所の場面や実際の場面で、繰り返し練習する。その際には、下図のように利用者自身の体験談や工夫など経験の交換が積極的に行われるよう支援する。

ア. 調理練習：個別もしくは集団でメニューづくり、実際の調理を実施する。実際の場面を通して、道具の工夫や料理の仕方などを助言する。

イ. 掃除練習：通所の場面で、掃除機や箒、モップを活用し、個別・集団で練習する。

ウ. 買い物練習：実際に店まで行き、支払いの工夫、買った物の運搬方法などの練習をする。

エ. 公共交通機関利用練習

オ. 地域サービス利用練習

カ. 趣味練習

など

IADLプログラムについては、下記を参考に、基礎練習、基本練習、応用練習、社会適応練習を段階的に組み立てるとよい。

【IADLプログラム例】

評価項目		生活行為項目	基礎練習	基本練習	応用練習	社会適応練習
ADL	1	イスとベッド間の移乗		□立ち上がり □立位回転	□イスからイスの移乗	□イスとベッド間練習
	2	整容		□頭上・体側耳リーチ	□模擬洗顔・歯磨き ・整髪	□洗面所での練習
	3	トイレ動作		□立位での重心移動	□立位でのズボン脱着 □トイレ空間での移動 □模擬的一連動作	□トイレでの練習
	4	入浴		□床からの立ち上がり □座位での体へのリーチ □床上移動	□洗体方法の決定 □洗体道具の選定 □タオルを絞る □模擬的一連動作	□浴室での洗体・洗髪 □浴槽出入り・しゃがみ
	5	平地歩行		□平行棒での歩行	□歩行車操作	□日常での歩行車活用
	6	階段昇降		□階段昇降台	□階段での練習	□自宅での段差昇降
	7	更衣		□ボタン留め □ファスナー留め □ベルト留め具 □紐結び	□かぶり服・前開き服 □長袖・ズボンなど練習 □衣服の工夫	□日常での更衣
IADL	1	食事の用意	【脳卒中モデル】 ・病態別・ 障害別 個別機能訓練	□メニューづくり □道具を使いこなす練習（はさみ使用など） □両手使用動作	□皮を剝く □食物を切る □食べ物を混ぜる □煮る・焼く・揚げる □火気の取り扱い □食器に盛りつける □道具の工夫・選択	□メニューの作成、食物の選択、一連の食事をつくって食器に盛る
	2	食事の片づけ	【廃用症候群 モデル】 ・運動器機能向上	□両手使用動作	□食器を洗う・拭く □食器を片づける	□生活環境で食器の片づけを行う。
	3	洗濯		□運搬動作 □立位での上方、左右リーチ	□洗濯物を洗濯機で洗う □洗濯物を干す □物干しの選択	□生活環境で洗濯機を使い、干す。取込み、たたむ。
	4	掃除や整頓	【認知症モデル】 ・ラジオ体操 ・テレビ体操 ・レクリエーション体操	□ワイピング □運搬動作 □床からの立ちしゃがみ □立位からの前屈	□モップがけ □箒ばき □雑巾しぼり □掃除機操作 □整理整頓方法の開発	□生活環境での掃除 □整理整頓
	5	力仕事		□運搬動作 □床からの立ちしゃがみ □		
	6	買い物		□運搬動作 □計算 □立位での上肢操作	□簡単な買い物	□生活環境での買い物
	8	屋外歩行			□靴の脱着 □歩行車による歩行 □エレベーターの利用 □エスカレーターの利用	
	9	趣味			□趣味の実践 □好きな作業の選択・実践	□趣味継続のための社会資源情報の提供
	10	交通手段の利用			□車乗車・降車練習 □交通機関利用のための経路・時刻表検索	□バス利用 □電車利用 □車運転
	11	旅行			□旅行工程表の作成 □準備するものの書き出し	□小旅行の実践
	12	庭仕事		□床からの立ち上がり □座位での体へのリーチ □床上移動	□草むしり □プランターの移植 □水やり	□園芸の実践 □畑までの移動・実践

② 介護予防教育プログラム

介護予防・老化・廃用などの知識提供、体操の理解と練習など、要支援状態もしくは生活行為がうまくいかなくなった理由について、振り返り、その要因に関することを学べるよう支援すること。

下記に例を示す。

介護予防教育（例）

目　的：地域で支え合う意識を持ち、住民自らが介護予防を実践することができることを促し、実践住民の修了者の会を結成する。

実施方法：月1回、午後１時間 （計5回）

①まず、通所型短期集中サービスを利用することになったきっかけもしくは要因について、個々の支援計画の作成プロセスから、自分の生活上の問題について理解する。その中で自分は、何をするのかを気づく。

②共に学ぶ仲間と介護予防について話し合い、相互の取り組みについて理解する。

たとえば、
- 老化を知ろう。からだを知ろう
- 廃用症候群を知ろう
- 高齢者の特徴を知ろう
- 興味の特徴を知ろう
- 役割と習慣について考えよう

など

③皆とともに健康を維持する上で取り組むと良いことについて、話し合う。

④取り組みを振り返り、また、町の生活圏域データなどから、自分たち以外の高齢者も悩んでいることを知ろう。

⑤教室終了後も引き続き、元気でいるためにはどうしたらよいか、考えてみよう。

以上を毎回グループ討議で深める。

③ 介護予防手帳を活用した取り組みの評価と振り返り支援

介護予防手帳の日々の記録の確認と取り組みについて相談・助言する。

④ 以下のプログラムをセルフケアに結びつくよう複合的に実施
- 運動機能向上プログラム
- 口腔機能向上プログラム
- 栄養改善プログラム　　　など

運動器機能向上プログラム、口腔機能向上プログラム、栄養改善プログラムについては、平成18年度に提示された資料等を参考とする。

2. 通所型短期集中事業の実際

1）能美市の取り組み

【介護予防の取組】

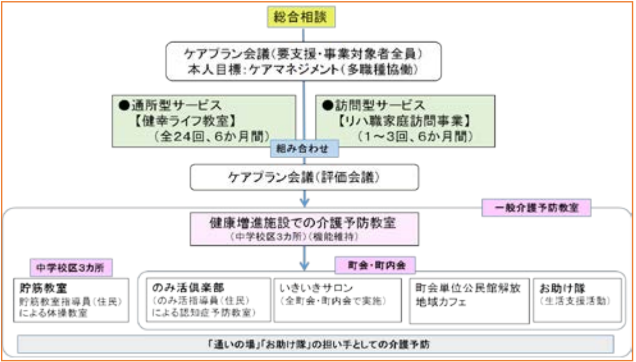
能美市の事例

〇能美市では、短期集中予防サービス（通所型C・訪問型C）を総合事業の柱としている。そのため、次の3つの視点を重視し取り組みをすすめている。①ケアプラン会議（要支援1・2、事業対象者全数）で本人目標を大切にした自立支援型の介護予防ケアマネジメントを多職種で検討②通所型C卒業後の機能維持をはかるため、健康増進施設による介護予防教室への移行③町会での住民主体の「通いの場」や「お助け隊」の基盤整備支援及び担い手養成

基本情報（平成28年4月1日現在）

地域包括支援センター設置数	委託	3	カ所
総人口		49,748	人
65歳以上高齢者人口		12,213 24.5	人 %
要介護認定者数		1,987	人

介護度	支援1	支援2	介護1	介護2	介護3	介護4	介護5
（人）	166人	202人	460人	388人	288人	256人	227人



■通所型短期集中予防サービスＣ（健幸ライフ教室）の取り組み
〇対象者　：要支援１・２、事業対象者
　　　　　　Ｈ２７年度参加者数：７８人
　　　　　　各地域包括支援センターへの総合相談から
〇実施方法：市内通所介護・通所リハ事業所、健康増進施設に委託：１１か所
　　　　　　　週１回、全２４回で実施。送迎あり。
　　　　　　※必ず訪問型短期集中事業を組み合わせ、個別に通所以外の日に
　　　　　　　アセスメントや自宅での生活動作指導を行う。

■訪問型短期集中予防サービスＣ（リハ職家庭訪問事業）の取り組み
〇対象者　：健幸ライフ教室参加者、住民主体訪問型サービスＢ利用者
　　　　　　Ｈ２８年度利用者数：通所５４人、訪問４人（Ｈ２９年１月現在）
　　　　　　各地域包括支援センターへの総合相談から
〇実施方法：能美市リハビリテーション連絡会に会員がいる事業所・医療機関に
　　　　　　委託：９か所
　　　　　　日常生活に支障のある生活行為を改善するために、自宅での環境整備や
　　　　　　動作についての指導を行う。

■事業の効果
〇ケアプラン会議で本人の目標設定を確認し、短期集中予防事業でその目標を達成するための支援を実施することで、終了者のうち約８割が中学校区や町会単位の一般介護予防事業等の通いの場へ移行している。
〇地域活動への復活や買い物や公共交通の利用につながっている。

〇利用者の主観的健康感は教室前後ではアップした人が４２．２%、維持した人が４０．５%で効果を実感している人が８２．７%と多かった。
〇介護認定率はＨ２４年４月１７．７%→Ｈ２８年４月１６．３%と減少してきている。

〇通所型と訪問型を組み合わせることで通所での取り組みと自宅での取り組みを連動させられる事で、教室卒業後にも活かしていかれる。

2）鳴門市の取り組み

【介護予防の取組】

徳島県鳴門市の事例

〇鳴門市介護予防・日常生活支援総合事業の短期集中通所型サービスにおいては、地域の拠点において作業療法士会・理学療法士会による運動機能、認知機能等の訓練・指導だけではなく、自立を目指すモチベーションの維持・向上を図りながら、最終地域社会への参加に繋がるよう支援する。また、作業療法士が行う短期集中訪問型サービスでは、通所型と複合的に実施することにより、自宅での生活習慣、動線等の把握をはじめ、よりすごし易い生活環境を提供できるように、専門的な視点から、住環境の助言・整備を行ったり、両士会ともに要支援者及び事業対象者の生活全般を一貫したアセスメントが実施され、介護予防ケアマネジメントに反映されるために、鳴門市地域包括支援センターとサービス担当者会議等を通じて情報共有を行っている。
　なお、事業終了時には、可能な限り、地域住民主体のいきいきサロンに通ってもらい、その後のフォローアップがなされるように、行政、地域包括支援センター、両士会で協力し、いきいきサロンの整備・推進を行っている。

基本情報（平成２８年４月１日現在）

地域包括支援センター設置数	直営		0カ所
	委託		6カ所
総人口		59,694	人
65歳以上高齢者人口		18,790 31.5	人 %
要介護認定者数		3,681	人

介護度	要支援	介護1	介護2	介護3	介護4	介護5
人	872	654	768	496	400	391

☆徳島県理学療法士会による通所型短期集中事業の取り組み（H28年度）
〇対象者の把握方法：地域包括支援センターのケアマネジメントにより
　抽出された対象者に対して機能訓練等を実施。
　参加者数　（１クール１拠点につき数名から１０名程度）
〇事業の実施方法
　年間２拠点で実施。会場は１クールごとに変更。
　１回/週で曜日固定。三ヶ月1クール、計12回。送迎無。利用者負担無。
　スタッフ：士会PT（２）※固定スタッフではない
　　　　　　※初回や初回・最終評価のための体力測定時には、
　　　　　　士会からの応援スタッフ、市職員が支援する。
〇一回の主な流れ
　運動機能向上のための運動指導、レクリエーションを通じた脳トレ、
　講義（介護予防の必要性や運動、認知機能についてなど）を行う。
　毎回固定プログラムではなく、その時の指導員の実施方法による。

☆徳島県作業療法士会による通所型短期集中事業の取り組み（H28年度）
〇対象者の把握方法：地域包括支援センターのケアマネジメントにより
　抽出された対象者に対して機能訓練等を実施。
　参加者数（５拠点通年のために、利用紹介があった時点で開始となり、
　常時１拠点１名～５名程度の参加者有）
〇事業の実施方法
　５拠点で実施され、１拠点では毎週、４拠点では隔週実施。それぞれ曜日も異なり、三ヶ月を1クール、必要であれば２クールまで可。
　送迎無。利用者負担無。スタッフ：士会OT（1～2）
〇一回の主な流れ
　運動機能向上のための運動指導、レクリエーションを通じた脳トレ、
　講義（介護予防の必要性や運動、認知機能についてなど）を行う。
　毎回固定プログラムではなく、その時の指導員の実施方法による。
　※通所型のみのプログラムを希望の利用者でも、初回と最終評価は
　　自宅への訪問により実施する。

☆徳島県作業療法士会による訪問型短期集中事業の取り組み（H28年度）
〇対象者の把握方法：通所型と同様。
〇事業の実施方法
　通所型サービスに個別の事情や状態により参加できない方に対して
　訪問による自宅での機能訓練指導等を実施。隔週実施で三ヶ月を
　１クール、必要であれば２クールまで可。利用者負担無。
　スタッフ：士会OT（1）
〇一回の主な流れ
　自宅内での運動や自宅屋外での歩行訓練や外出訓練等を実施。
　最終的に通所型サービスやサロン等に参加できるようにする。

3）和泉市の取り組み

和泉市の通所型短期集中事業の考え方

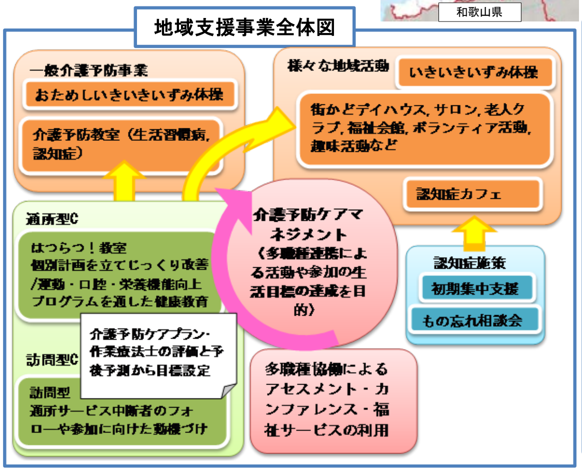
〇大阪府介護予防マニュアルに沿った運動・栄養・口腔・認知症予防・生活機能全般に関する知識・技術・意欲の獲得などの機能向上を通して,事業終了後の継続的な生活目標達成や活動や参加につながるよう支援している.
〇多職種協働で実施する介護予防ケアマネジメントを重視し,活動や参加レベルの生活目標の達成を支援する独自の介護予防ケアプランを使用している. 作業療法士は生活機能評価による予後予測から生活目標設定と取り組み課題の具体化を行う.カンファレンスでは多職種（地域包括支援センターを含む）が連携し,活動や参加レベルの生活目標の達成を支援する.

【和泉市の概要】平成28年10月31日現在）

地域包括支援センター設置数		直営		0		カ所
		委託		4		カ所
総人口				186745		人
65歳以上人口		43,058	人	23.06		%
要介護認定者数				4,492		人
介護度	要支援	介護1	介護2	介護3	介護4	介護5
人	2,635	854	1,117	882	915	724

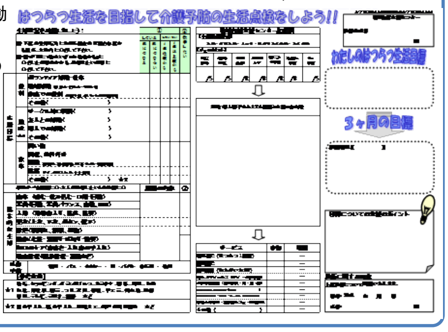
通所型短期集中事業の取り組み

〇対象者の把握方法：相談, 医療・住民からの紹介,認定非該当など
対象者50人,参加者数　31人
〇事業の実施方法：3か所,火～木のいずれか,午前：9時半~11時半,午後：13時半~15時半,3カ月を1クール,計12回で実施. 送迎あり.
自己負担：送迎代片道150円,参加費：無料
スタッフ：健康運動指導士、歯科衛生士、管理栄養士、看護師、作業療法士(評価のみ)
〇1回の主な流れ：運動指導(45分) ,口腔体操(15分)口腔指導や栄養講話(30分),話し合い(交流会, 生活機能改善, 宿題など)(30分)
〇主な終了先：いきいきいずみ体操(33%),OB会(16%),街デイ(11%)ほか



事業の効果

〇市独自の介護予防ケアプラン(右下図はH29年度以降用)を使用し,短時間で適切な生活状況の把握と生活目標設定が行えている.
〇作業療法士が介護予防マネジメント全体に携わり,生活機能を構造的にとらえ,機能向上や環境調整の支援ポイントを明らかにし,カンファレンスで多職種が共有・協働して支援している.
〇参加者は,個々の価値観に沿った活動や参加の生活目標を実現している. 市独自で作成した「いきいきいずみ体操(DVD)」を用いた住民主体の地域活動への参加も増加している.



4）生駒市の取り組み

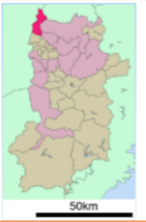
【介護予防の取組】

生駒市の事例

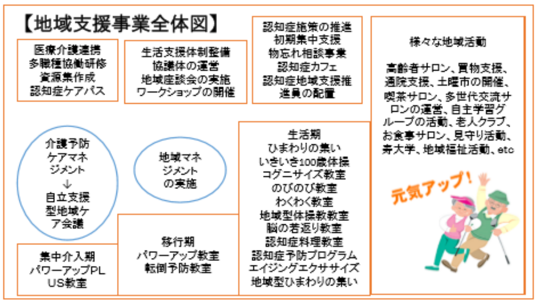
〇心身の状態像を改善する上で必要な事業内容を適切に準備し、介護予防ケアマネジメントを徹底することや地域ケア会議を活用することにより、自立支援の考え方が地域に根付き、あきらめかけていたことを再び始めることができる人が確実に増えている。通所型短期集中事業は、そうした成功体験を行政・地域包括支援センター・居宅介護支援事業所が経験していくことで、さらに自信をもって事業を紹介することができるようになり、良循環が生まれていくものである。

基本情報（平成２８年４月１日現在）

地域包括支援センター設置数		直営			0	カ所
		委託			6	カ所
総人口					120,835	人
65歳以上高齢者人口					31,220	人
					25.8	%
要介護認定者数					4,604	人
介護度	要支援	介護1	介護2	介護3	介護4	介護5
人	1,195	894	893	614	582	426



通所型短期集中事業の取り組み
〇対象者の把握方法：地域包括支援センターへの相談や介護予防把握事業より把握
　対象者数（600）人、参加者数合計（320）人程度　内訳：①パワーアップPLUS教室（120）人、②パワーアップ教室（156人）、③転倒予防教室（44）人
〇事業の実施方法
　①毎週（月・木、火・金曜日、午後13時～15時、週に2回・3ヶ月を1クール、計24回で実施）
　②毎週（火・水・木曜日、午後13時半～16時、週に1回、3ヵ月を1クール、計12回で実施）
　③毎週（水曜日、午前10時～11時半、週に1回、3ヵ月を1クール、計12回で実施）
　スタッフ：①理学療法士or作業療法士（1）、看護師（1)、介護福祉士(1）、運動実践指導者（1）ボランティア（6）、②運動実践指導者、管理栄養士、歯科衛生士、看護師各1名
　③理学療法士（1)、運動実践指導者（1）、ボランティア（10）
〇一回の主な流れ
　①準備体操（20分）、筋トレ・バランス・柔軟性・持久力メニュー（60分）、個別訓練（20分）
　②準備体操（20分）、運動（60分）話し合い、健康教育・複合プラグラムについてなど）（70分）
　③座学（健康教育・話し合い）30分、準備体操（10分）、運動（50分）
〇訪問型短期集中事業の取り組み
　個別に通所の日とは別の日に、自宅に出向きIADL指導（調理、掃除、外出等）
　一人当たり２～３回（1回あたり1時間）程度。
〇主な終了先
　通いの場（　　O%）、ボランティア（　　O%）、趣味の再開等（　O%）、継続（　O%）



事業の効果
通所型短期集中事業を要支援状態の心身の状態に応じて3種類準備している。週に2回、短期間・集中的に介入し、iADLを拡大していくことや日常生活の活動量をアップしていくことを、通所型・訪問型を両方活用していくことで、可能としている。また、そこまでのフォローアップは必要ないが、生活習慣を改善し、活動量をアップしていくことで、廃用性から脱却できる対象には、週に1回の複合型プログラムなどを利用していただき、地域の活動の場へと移行ができている。短期集中事業の中には、様々な種類があり、必要度に応じて取捨選択できることが望ましく、生駒市においては状態像に応じた事業体系図が独自にあるため、介護予防ケアマネジメントも実施しやすいメリットがある。短期集中C事業は、自立支援型地域ケア会議も合わせて実施しているため、約O割の人が改善している。

Ⅱ. 訪問型短期集中事業の取り組み方法と留意事項

本章では、訪問型短期集中事業(以下、訪問事業)の特徴を示した後、その具体的な取り組み手順について述べる。

1. IADL 改善に特化した訪問型短期集中事業とは

本マニュアルでは、訪問事業を、「ADL・IADL の改善に向けた支援が必要な高齢者に対し、助言が必要な生活行為を把握し、自宅もしくは外出先で実際にその生活行為を行ってもらう中で生活の仕方、道具の工夫、地域との関わり方等の助言を行い、自立をすることを期待するとともに、一人一人の生きがいを支援する事業」と定義している(介護予防・日常生活支援総合事業のガイドライン：以下ガイドライン、p.6)。以下に通所型事業との違いを示す。

1) 生活行為の支援に焦点をあてた訪問事業と通所型事業の違い

ガイドラインでは、これまでの介護予防が機能訓練に偏りがちであったことが指摘され、『これからの介護予防は、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、生活環境の調整や、地域の中に生きがい・役割を持って生活できるような居場所と出番づくりなど、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が重要である(p.6)』と述べられている。表 1 は、訪問事業とその他の通所型事業における、心身機能および活動と参加への助言の相違点をまとめたものである。表 1 に記載した通り、訪問事業は通所型事業とは異なり、生活環境の調整、地域の中の生きがい作りや役割行動への助言を行いやすい環境にある。それゆえ、介護予防では「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ることが重要だが、訪問事業では、心身機能に関する助言にもまして、実施環境の利点を生かし、実際の活動や社会参加を促すことに時間と労力を使うことが求められている。

表 1. 訪問型短期集中事業とその他の通所型事業における心身機能、活動や参加に対する助言の相違

	訪問型短期集中事業	その他の通所型事業
実施場所	自宅もしくは外出先	施設もしくは外出先
参加者	利用者本人、利用者の関係者	利用者、他の利用者、職員等
活動や参加に対する助言の特徴	・利用者が慣れた環境で助言を行うことができる。 ・実際の環境下で生活行為の助言ができる。 ・地域の中で助言を行う機会を自由にもつことができる。 ・実際に使用中の道具や材料を使っている場面を評価できる。 ・実際の動線を確認でき、その場で修正が可能である。	・利用者は、生活行為を行う環境に慣れる必要がある。 ・事業所で実際の環境に似せて支援を行う必要がある。 ・地域に出向き助言を行う頻度は限られる。 ・実際に使用中の道具や材料と少し異なるもので練習することになる。 ・模擬的な環境で導線を確認するため、即時の修正は難しい。
心身機能に対する助言の特徴	・心身機能のプログラムを行うことは可能だが、その場で実施してもらうとその他の事への助言時間が短くなる。 ・プログラムを自主トレとした場合、実施状況を保証できない。 ・事業の成果を確認するための心身機能の前後評価は、限定される。 ・器械等が不十分であり、やれることを選択して行う必要がある。	・多くの利用者に対して同時にプログラムを行うことも可能であり、実施状況を確認する時間や機会を持ちやすい。 ・上記により、自主トレの管理をおこないやすい。 ・事業の成果を確認するための様々な心身機能の評価が可能である。 ・機器等が揃っており、機能に合わせた実施が可能である。

2. 訪問事業のプロセス

図１は、訪問事業の開始から終結までの流れを示したものである。これは、地域包括支援センター主導のプロセスと訪問事業者主導のプロセスに大別できる。具体的な内容と効果的な実施のヒントについては次項に示す。

＜地域包括支援センター主導のプロセス＞
①「対象者の選定」：訪問事業の対象者として適切かどうかを判断する
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をして、目標となる生活行為を特定する
＜訪問事業者主導のプロセス＞
③「かかりつけ医と関係専門職からの情報収集」：かかりつけ医等からリスクや注意点を確認する
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てる
⑤「生活行為への助言」：生活行為の自立に向けて指導・助言・調整をおこなう
⑥「終結と今後の方針の確認」：成果を確認し、今後の社会資源の利用について話し合う

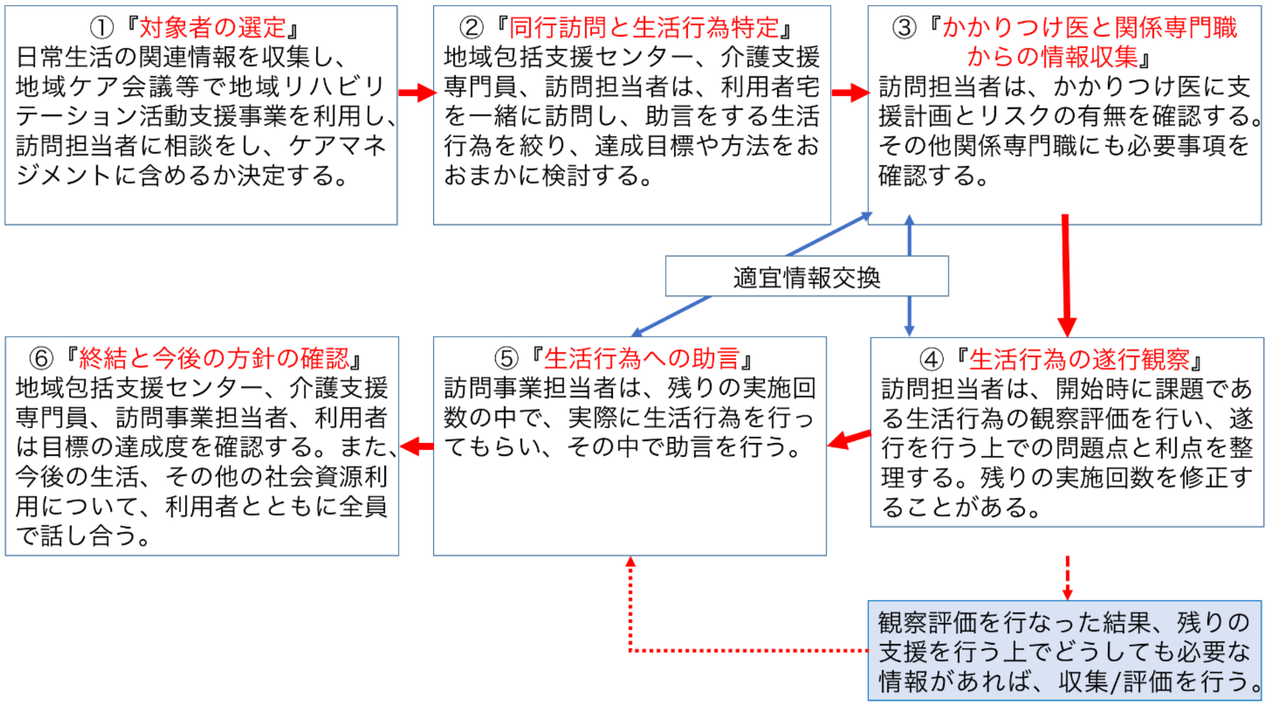


図 1. 訪問型短期集中事業のプロセス

3. 訪問事業の各プロセスの実施手順とヒント

訪問事業では、短期間のサービスで生活行為を改善し、期限内に終結する必要がある。したがって事前に、対象となる高齢者を選定すると同時に、サービスで取り組む生活行為の絞り込みが必要になる。その上で、高齢者自身が問題解決に参画できるように促しながら、効果的な助言を期限内に実施する。そして終結にあたっては、その後の社会資源の利用を含めてどのような社会参加のかたちがあるのかを考慮する必要がある。

ここでは、訪問事業の実施手順と効果的な実施のためのヒントを、利用者選定からサービス終結までの流れ(図 1)にそって解説する。

1) 対象者の選定（図 1 の①）

表 2 は、訪問事業の対象者像の一例である。対象者は IADL や社会参加になんらかの困難感をもっている人である。地域包括支援センターによる対象者の選定の段階では、助言が必要な生活行為を特定する前段階として、普段の日常生活上の問題を網羅的に情報収集した方が良い。その理由は、対象者によっては、生活行為の実施をあきらめたことで、普段は不自由を感じていない場合もあるからである。この場合、網羅的に聞き取ることによって、生活行為の未実施に気づき、やってみたいという気持ちを引き出すこともできる。この段階では、「(いくつかの生活行為を)できるようになりたい」という利用者の意思が重要である。生活行為の改善の意思がない場合は、短期集中の支援には不向きである。

また、対象者選定段階で、対象者の「有する能力」の見極めが難しく、生活行為の改善の見込みに迷うことも想定される。そこで、そのような場合は、地域ケア会議等でリハビリテーション専門職(以下、リハ専門職)の意見を事前に訊くなど、地域リハビリテーション活動支援事業の活用が望ましい。

表 2. 訪問事業の対象者選定のポイント

訪問事業の対象者像	生活行為の特徴 対象者の特徴	支援対象となる 生活行為の具体例	マネジメントのポイント リハ専門職への相談
IADL の一部が行いにくくなっている要支援者（ガイドライン、p.6）	・行いにくくなっている生活行為より難しい生活行為ができていることがある。 ・生活行為を変えるためにどうしたら良いか、普段から相談がある。	・自室の掃除をする ・卵焼きを作る ・電車で A 駅から B 駅まで往復する。 ・ガス調理から電子レンジ調理に変え、調理をする。 ・お墓参りをする。 ・図書館を利用する。	・行えていること/行えていないことを網羅的に調べ、相談する。 ・変えたい生活行為があれば、それを伝える。 ・助言で生活行為が変わる見込みがあるのか、相談する。 ・生活行為確認票を使って相談する。
生活の仕方や道具の工夫によって生活行為の改善が見込める高齢者(ガイドライン、p.6)			
「役割や生きがいを持って生活できる」ことを望んでいるが、現在できていない高齢者(ガイドライン、p.8)	・家族の中で期待されたこと(生活行為)がある。 ・自治会等に参加していたが、様々な理由で行いにくくなっている。 ・余暇になる生活行為があったが、様々な理由で行いにくくなっている。	・お祭りの運営の一部に関わる。 ・山登りに行く。 ・釣りに行く。 ・歌声喫茶に通う。 ・習字をする。	・興味関心チェックシートを使って相談する。 ・現在の役割を聞く。 ・1 日の習慣を聞く。

CHECK POINT

対象者の選定

- ☑ 難しいことができていて、簡単なことができていないことはありませんか？
- ☑ 習慣で行っていたことが、最近難しくなったということはありませんか？
- ☑ 対象者はその生活行為をできるようになりたいと思っていますか？
- ☑ その生活行為は、数回の訪問事業で改善しそうですか？
- ☑ 地域リハビリテーション活動支援事業を活用できそうですか？

2）同行訪問と生活行為特定（図１の②、図２）

地域包括支援センターで普段の日常生活の様子が網羅的に情報収集され、対象者に生活行為改善の意思が確認されたら、地域包括支援センターは、訪問担当者と利用者の自宅を訪問し、事業の概要の説明と生活行為の絞り込みを行う。同行訪問と生活行為の特定時のポイントは次の通りである。

・地域包括支援センターは同行訪問した方が良い

地域包括支援センターで当初想定していた支援方針が、訪問担当者と対象者との話し合いの結果、変わることが多いためである。また、訪問担当者はこの時初めて利用者にお会いするため、信頼関係の構築には至っておらず、訪問担当者をフォローする必要が生じることもある。対象者への面接では、対象者の生活を一番把握している担当者が参加した方が、利用者も安心して話をされることが多い。

・訪問担当者は、事業で何ができて、何ができないのか明確にする

IADL に特化した訪問事業は、リハ専門職が担当することが想定される。しかし、この訪問事業は、普段行っているようなリハ専門職の治療行為（リラクゼーション、運動療法等の直接身体技術を伴う行為、心理的介入）は行わ（え）ないことを、訪問担当者は利用者に予め伝える必要がある。これを怠ると、利用者も期間中に治療行為を求めるだろうし、リハ専門職も予定になかった心身機能への支援を行うことになるかもしれない。訪問担当者も利用者も、生活行為を支援する合意づくりが大切である。

・生活行為の問題を特定し、目標を立案し、大まかな支援計画を策定する

地域包括支援センターからの情報をもとに、訪問担当者は生活行為の問題を特定する。目標立案はとても大切であり、①目標に生活行為の名前を含める、②目標に必要な期間を含める、③目標はひとつ、④利用者の言葉で書く、ことに配慮する。表３には、訪問事業の目標として「ふさわしくない」書き方を例示した。例示した目標はいずれも①～④の配慮に欠けた文章となっている。

また、訪問担当者は、この時点で大まかに支援計画と実施回数を決定する必要がある。これは、次のプロセス（図 1、③）で支援計画をかかりつけ医やその他関係専門職に報告し、リスク管理や実施方法に問題がないのか確認してもらう必要があるからである。

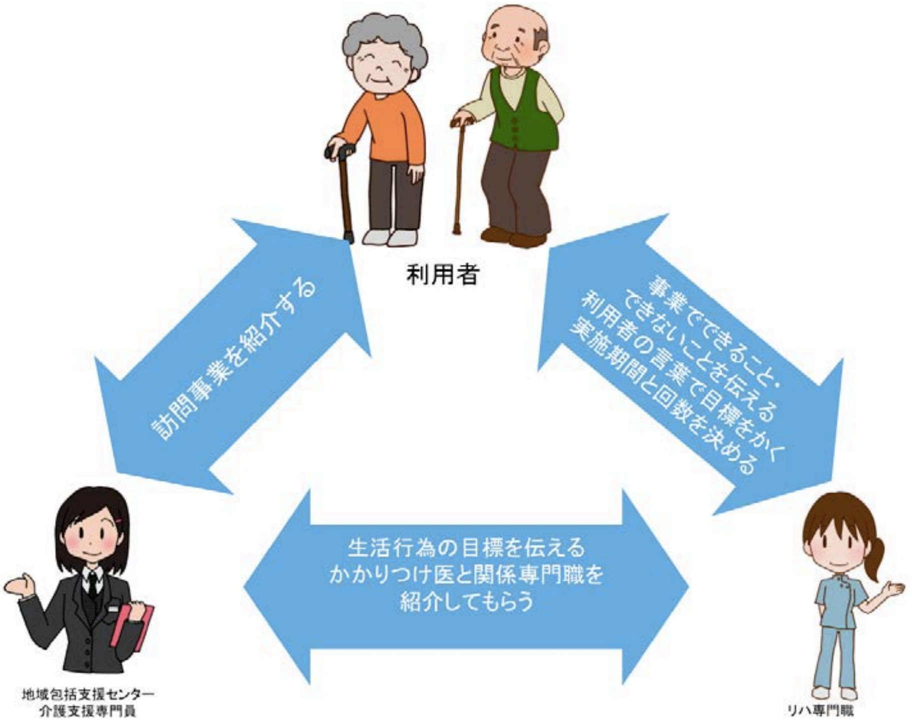


図２　同行訪問と支援を行う生活行為の絞り込み

CHECK POINT

同行訪問と生活行為特定

☑　同行訪問のための日程調整をしましたか？

☑　事業概要を利用者に正しく説明しましたか？

☑　生活行為の目標が表３のような表現になっていませんか？

☑　大まかな支援計画、実施回数は決まりましたか？

表 3. 訪問事業の目標としてふさわしくない例

目標としてふさわしくない例	ふさわしくない理由	改善案
・下肢筋力を改善し、掃除機がけができるようになる。 ・体力が回復し、外出できるようになる。	・目標が２つになっている。 ・外出先が不明確である。 ・外出できるようにする方法は、体力の回復以外にも沢山ある。 ・利用者が使用していない言葉（例：下肢筋力）を使っている。 ・掃除機がけの範囲が不明確である。	・自室の掃除が週に２回できるようになる（フィルター掃除は含まない）。 ・毎日、自宅近所のＡというコンビニで日用品数点を買いに行けるようになる。
・掃除機掛けを通して、体力の向上を図る。 ・編み物を通して、他者とのコミュニケーション能力改善を図る。	・主たる目標が生活行為ではない。生活行為を「手段」に、心身機能や基本的活動能力の向上を図ろうとしている。	・できるようになりたい生活行為の絞り込みを再度行う。
・電車やバスに乗れるようになる。	・目標達成の幅が大幅に広くなってしまい、達成したのかしていないのか不明確になっている。 ・電車とバスの利用は別物であり、分けて検討する必要がある。 ・頻度や時間が不明確である。	・混雑していない午前中に、ひとりでＡ駅からＢ駅まで、電車で往復し自宅に戻ることができる。
・整容を自立して行う。	・利用者の言葉で記載されていない（例：自立）。	・近所に出かけるための身支度を、家族から最低限の援助を受けてできるようになる。
・近所のコンビニエンスストアにいけるようになる。	・頻度や時間が不明確である。毎日通うのと週に１回通うのでは、買う品数も変わるため、それにより運ぶ技能が影響を受けるかもしれない。	・毎日、自宅近所のＡというコンビニで日用品数点を買いに行けるようになる。
・デイサービスに通えるようになる。	・地域資源を活用すべきである。	・週に１回、午前中は図書館に通えるようになる。

3）かかりつけ医と関係専門職からの情報収集（図１の③）

訪問担当者は、立案した計画と実施回数を決定したら、各専門職に情報を提供し、その計画と実施回数に問題や無理はないか、確認してもらう必要がある。特に、かかりつけ医に支援計画とリスクの有無を確認することは非常に重要である。その他にも、管理栄養士に糖尿病に関連した食事に関するアドバイスを受けるなど、生活行為の支援にあわせて連携していく。

CHECK POINT

かかりつけ医と関係専門職からの情報収集

- ☑ かかりつけ医に支援計画をみてもらいましたか？
- ☑ 訪問担当者は他職種に助言計画を伝えましたか？
- ☑ 訪問担当者は、他職種からみたリスクを確認しましたか？

4) 生活行為の遂行観察（図１の④）

訪問担当者は、はじめに助言を行う生活行為の場面を観察し、遂行上での問題点と利点を整理し、必要があれば残りの実施回数を修正する。生活行為の観察評価を行う時は、下記の手順で行う。

・普段行なっている生活行為の様子を観察する

最も大切なことは、**普段行っている生活行為の様子を観察する**ことである。表 4 には、観察評価時に生じる失敗例をあげた。観察の際は、評価者と利用者間で細かな確認を行なっておく必要がある。たとえば、食器洗いをするならば、食器を拭いて食器棚にしまうのか、水切りに入れたままにするのか、などである。

・人の動作を評価するのではなく、生活行為の遂行を評価する

例えば、リハ専門職は生活行為を観察する時に、身体機能(バランス、可動域等)、認知機能(ボディーイメージ、物の認識)、環境等のどこに問題点があるのか分析できるが、訪問事業ではこのような要素的原因分析だけでは十分とはいえない。訪問担当者がより意識したいのは、**生活行為の改善に何が即効性を持ち、何が効果的かという視点**である。利用者の多くは掃除であれば掃除機からほうきやモップに変えることで容易に生活行為を改善することができる。訪問担当者は、機能の改善だけでなく、環境調整や手順の変更などの可能性も考慮して観察を行う必要がある。利用者は機能障害がほぼ前提にあり、機能障害の改善はとても大切なことではあるが、本事業は生活行為を支援する事業であり、短期間で生活行為の改善を果たす必要がある点に留意する。

・観察記録と計画は「生活行為の SOAP」で記録する

生活行為の記録に、SOAP 方式が活用できる(図 3、表 5)。生活行為の評価も、SOAP の順に行うとよい。

表 4. 観察評価の際の注意点

観察の際の良くない例	良くない理由	生じてしまう理由	対応策
・利用者がひとつひとつ動作の確認を求めてくる。 (例) 洗剤入れていいの？ コーヒーはどこにおく？	・普段の様子がわからず、手順、時間や空間の使い方などの評価ができない。	・利用者に評価の意図を適切に伝え切れていない。 ・生活行為を行なっている最中に評価者が指示をしてしまっている。	・開始前に何を行なってもらうのか、しっかり確認する。
・評価者が、工程ごとに指示を出し、動作を確認する。 (例) 浴槽をまたいでみて。 シャワーの水を出しましょう。	・普段の様子がわからず、手順、時間や空間の使い方等の評価ができない。 ・動作の確認になってしまい、その後どのように適応しようとするのか評価できない。	・問題点を身体機能/認知機能/環境のどこにあるのか分析しようとしている。	・生活行為の進め方は利用者に任せる。 ・課題の問題は、身体機能/認知機能/環境/課題の相互関係によって生じた問題として捉える。
・記録が専門用語で記載されている。 (例) ・筋緊張が高まり、バランス低下 ・記憶障害の影響による備品探索能力の低下	・これは心身機能の問題であり、実際に生活行為を行う上で何が問題であったのかわからない。	・生活行為の評価になっていない。生活行為の中で心身機能の評価を行っている。	・〇〇の時、□□していた、と記載する。 (例) ・上の棚に手を伸ばした時、一瞬ふらついた。 ・バターを別の場所にしまった。

CHECK POINT

生活行為の遂行観察

☑ 馴染みのある環境で行なっていますか？
☑ 利用者と何をするのか確認をしましたか？
☑ 分析の際は、人-課題-環境の包括的な評価でしたか？
☑ 心身機能が変わらなくてもできそうな方法はありましたか？

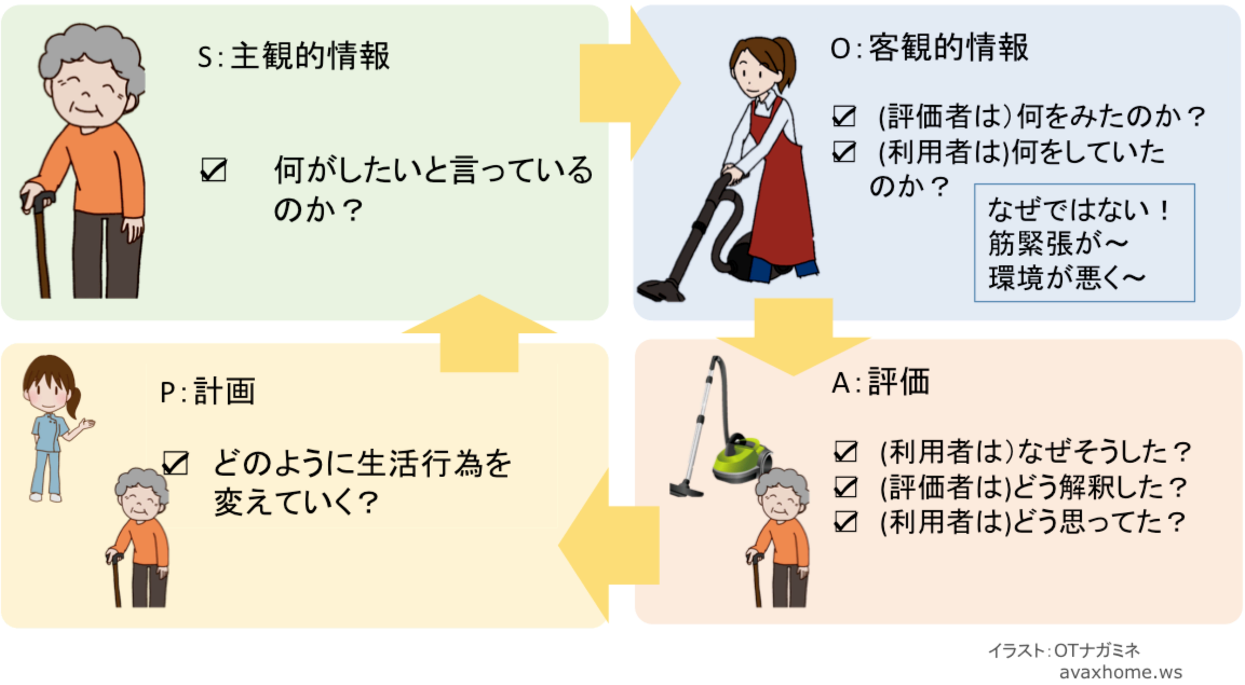


図 3. 生活行為の「SOAP」

表 5. 生活行為の「SOAP」の具体例

S（主観的情報）	O（客観的情報）	A（評価）	P（計画）
掃除機をひとりでかけられるようになりたい。	掃除機のコードをコンセントに差し込む時、遠い位置から差し込もうとした結果、時間がかかっていた。	コンセントの手前に物が沢山あったため、遠い位置から差し込む必要があった。	コンセント周りの環境を整理し、実際に練習を行う。
	コードをコンセントに差し込むために屈んだ時、努力していた。	バランス能力の低下がおそらくあり。コード付き掃除機を使っていたため屈む必要があった。	コンセントに差し込みやすいよう、手をつく場所を確保するか、椅子を準備し、練習する。
	家具に引っかかったり、移動するたびにコードを伸ばしていた。	コード付き掃除機のためコードを逐一伸ばす必要があった。	充電式掃除機に交換することを提案する。変更するなら、練習もする。
	元あった場所とは異なる場所にしまった。	元あった場所よりもしまった場所の方が便利だったのかもしれない。	片付けの場所を利用者と家族と話し合い、変更して練習する。

酒井ひとみ編集, 社団法人日本作業療法士協会監修：日常生活活動 作業療法技術学 3 作業療法学全書改定第 3 版. p97, 98. , 共同医書出版社, 2009. を元に作成.

5) 生活行為への助言（図１の⑤）

訪問担当者は、残りの回数で実際に生活行為を行う中で助言を行う。**助言を通じて大切なのは、「自分のことはやり方次第で自分で行える」という利用者の意識改革**である。また、初回訪問や助言期間中に不安を感じた事項がある場合は、速やかに他職種に助言を求めた方が良い。このプロセスでは、利用者自らが問題解決に取り組めるように働きかけ、訪問担当者と利用者が一緒になって目標達成を目指した方が、終結にむけた円滑な取り組みとなりやすい。

生活行為の助言方法はいくつかに分類できるため、代表的な 6 つの方法を以下に紹介する。

(1) 生活行為の難易度を調整し、助言する

例えば、朝ごはんの準備をするという生活行為であっても、4 品準備するのと 2 品準備するのでは難易度が変わってくる。もし、初回の観察評価時に非常に時間がかかったり、何度も援助や口頭指示が必要だったりしたのであれば、利用者と話をして、生活行為の難易度を低くする必要があるかもしれない。難易度の調整は、品数を減らすだけでなく、メニューを変えたり、使用する材料（ドリップコーヒーからインスタントコーヒー)に変えたりすることで調整することもできる。

(2) 習慣を見直す

習慣の見直しは、難易度の調整につながる。たとえば、買い物を 1 週間に 1 回行く場合と毎日行く場合では、店で購入する品物の数が変わり、家まで運ぶ労力も変わるであろう。1 週間のスケジュール、毎日の時間使用を確認し、最適な提案ができると、生活行為の改善につながることが期待できる。

(3) 道具を見直す

道具の見直しは、最も頻度の高い助言と思われる。道具の見直しとは、自助具の考慮にとどまるものではない。たとえば、視力低下のある糖尿病の利用者が料理をする時、どうしても砂糖をすくう量が多くなってしまう場合、小さな計量スプーンだけに変更するという助言ができるかもしれない。また、そのスプーンも白(砂糖と同じ色)ではなく濃い色のスプーンの方が良いかもしれない。このように、初回の包括的な観察結果から道具を見直すことができる。

(4) 役割を見直す

支援を行う生活行為(例、書類を作成する)は、その人の何らかの役割(例、自治会を運営する)の一部かもしれない。役割の見直しの過程で、別の生活行為への助言が必要になったら可能な範囲で行う必要がある(ただし、期限の延長は行わない)。役割の見直しは、次の手順で行うと円滑に進むことが多い。はじめに、利用者の役割(もしくは ICF の参加)に紐付けされた生活行為を明確にする。そして、その中から、優先度が低いものを消去してもらう。最後に、残った生活行為から役割を振り返る、という流れである。役割をできるだけ継続するためには、利用者の役割の意識化に取り組むことも大切だと思われる。

(5) 生活行為を細分化し、役割分担を見直す

生活行為を細分化し分担を見直すというのは、たとえば、生活行為(例、洗濯をする)を細分化(洗濯機を回す、干す、取り入れる、しまう)し、担当する工程を見直すということである。生活行為の細分化と見直しには、注意が必要である。あまりにも一部しか担当できないような結末になると、自分の能力を過小評価してしまい、それ以上の生活行為に挑戦しなくなる恐れがあるかもしれないし、役割を担っている感覚を持てないかもしれない。これも生活行為の難易度の調整の話ではあるが、慎重な対応が求められる点である。

(6) 実施する環境を変える

実施環境は、利用者が家族と同居し、家族もその環境を利用しているならば、家族に利用者の環境に合わせてもらう努力をお願いした方がよい。家族は利用者の環境に合わせられるが、利用者が家族の環境に合わせるには努力する必要があることを、家族に伝え、理解してもらうことが大切である。また、家族の同意が得られたら、即断即決、その場で環境は変えた方が良い。

CHECK POINT

生活行為への助言

- ☑ 生活行為の助言となっていますか？
- ☑ 当初の目標に向かって助言ができていますか？
- ☑ 終結に向けた準備は円滑に進んでいますか？

6）終結と今後の方針の確認（図１の⑥）

地域包括支援センター等の関係者と訪問担当者は利用者の自宅等を訪問し、目標の達成度を確認する。そして、今後の生活、そのほかの社会資源の利用について、全員で話し合う（表 6)。本事業では、IADL・生活行為の目標達成に向けた支援と同時に、サービス終了後の社会参加への配慮が求められているからである。（第一章Ⅰ.2 を参照）

生活行為への助言の段階で今後の生活について話をしていれば、この段階ではより具体的な話ができると思われる。しかし社会資源の利用等はとても大切だが、結びつけることは容易ではない。そこで、生活行為の視点から利用可能な社会資源をあらかじめ分析し、利用者に紹介すると、利用者もわかりやすく、移行を検討できるのではないかと思われる。インターネットを使用して紹介するのも良いし、興味関心チェックシートの結果を用いるのも良いと思われる。これまでの生活行為の支援に基づき、習慣や役割、興味などの傾向を踏まえてアドバイスすることが訪問担当者に期待される。

表 6. 利用可能な社会資源の示し方例

社会資源名	総所要時間	内容	個別？集団？	定期？不定期？	男:女	リハから利用者へのコメント
運動支援ボランティア	3 時間	健康体操のリーダー	集団	定期的	3:7	はじめは、参加程度の方が良い
歌声喫茶	1～3 時間	一緒に歌う お茶をする	集団・個別 自由度高い	定期開催だが自由参加	2:8	オススメ。月に１回から開始しては？
XY ジム	2～5 時間	水泳、ジム	個別 集団で行うことも	自由参加	不明	家族も一緒にいけるので、良いと思います。

4. 訪問事業の記録

訪問事業の記録用紙には、次の情報が記載され、各専門職および利用者が保管できるようにしておいた方が良い。

(1)主な疾患名と主な障害

主な疾患名と主な障害は、生活行為の助言に大きな影響を与えるため必ず記載する。ただし、リハ専門職は、生活行為の支援を考える時、疾患名と障害ばかり考慮してしまうと、生活行為を制約することにつながってしまう可能性があるため、対象者の強みとのバランスを考慮した助言を心がける必要がある。

(2)本人が改善・向上したいと思っていること

これは、利用者の言葉を正確に、そのまま記載する必要がある。文章をひっくり返したことで文意が変わってしまったり、文章を省略したことで意味が変わってしまったりすることもあるため、記載者は利用者に確認を取りながら記載する。

(3)設定目標(具体的な生活行為の目標)

ここに記載する文章も、利用者の言葉で記載した方が良い。詳しくは、表３を参照していただきたい。

(4)支援経過

支援経過は、生活行為の変化を中心に記載する。どのような生活行為の助言が効果的であったのかを記録しておくと、今後別の生活行為への支援が必要になった時に役立つこともあるので、生活行為の記録は大切である。注意したいのは、生活行為の記録であり、心身機能の変化の記録ではないことである。

(5)設定目標の達成度

訪問事業は、短期間で終結することが求められるため、設定目標の達成度を記載する必要がある。可能

であれば、設定目標の達成（=終結）のおよその日時も記載しておくとよい。

(6) 今後について

第１に、その生活行為を継続するための情報を共有する必要がある。例えば、どのような変化(例、荷物が持ち上げられなくなった、完了までの時間が長くなってきた)がみられたら訪問担当者に相談すれば良いのか、記載されていると良い。また、訪問事業は自立をすることを期待するとともに、一人一人の生きがいを支援する事業でもあるため、どのような社会資源の利用が良いのか、記載するとよい。

別紙6　　　　**地域包括**(原本)→会津若松市

表1:短期集中予防サービスモデル事業 **支援計画書**

氏名（フリ カナ）		年齢(　)歳、T・S　年　月　日生	**男・女**	**被保険者番号**	
住　所	☎　—				
主な疾患名	1	2	**主な障害**		
介護認定	要支援 1・2、　非該当、　未申請、　申請中		**家族構成**	□独り暮らし　□夫婦2人暮らし　□その他(　　　)	
本人が改善・向上したいと思っていること	1 2				

設定目標（具体的な生活行為向上目標）	1. 2.

(基準) ○:確実にしている、△:しているが不安定・不確実、×:できない・していない、★:現状より向上する可能性がある

支援前の生活機能				**アセスメント**		**短期集中予防サービス支援経過**	**支援後の生活機能**			
記入日:　年　月　日							**記入日:　年　月　日**			
1	問題なし・不調	14	○・△・×・☆	**物的環境**（周辺・住環境、道具環境等）			1	問題なし・不調	14	○・△・×・☆
2	問題なし・低下	15	○・△・×・☆				2	問題なし・低下	15	○・△・×・☆
3	なし ・ あり	16	○・△・×・☆				3	なし ・ あり	16	○・△・×・☆
4	問題なし・問題あり	17	○・△・×・☆				4	問題なし・問題あり	17	○・△・×・☆
5	問題なし・問題あり	18	○・△・×・☆	**人的環境**（家族の介護力、関わり方等）		結果	5	問題なし・問題あり	18	○・△・×・☆
6	問題なし・問題あり	19	○・△・×・☆				6	問題なし・問題あり	19	○・△・×・☆
7	○・△・×・☆	20	○・△・×・☆				7	○・△・×・☆	20	○・△・×・☆
8	○・△・×・☆	21	○・△・×・☆				8	○・△・×・☆	21	○・△・×・☆
9	○・△・×・☆	22	○・△・×・☆	**本人の状態**（健康状態、身体機能、認知機能等）			9	○・△・×・☆	22	○・△・×・☆
10	○・△・×・☆	23	○・△・×・☆				10	○・△・×・☆	23	○・△・×・☆
11	○・△・×・☆	24	○・△・×・☆				11	○・△・×・☆	24	○・△・×・☆
12	○・△・×・☆	25	○・△・×・☆				12	○・△・×・☆	25	○・△・×・☆
13	○・△・×・☆	26	○・△・×・☆	**その他**			13	○・△・×・☆	26	○・△・×・☆

生活行為の変化	**設定目標の達成度**		今後	
改善・向上数:(　　/26)	1	達成 ・ ほぼ達成 ・ 未達成		
維 持 数 :(　　/26)	2	達成 ・ ほぼ達成 ・ 未達成		
低 下 数 :(　　/26)	他	達成 ・ ほぼ達成 ・ 未達成		

記入者：第(1・2・3・4・5・河東・北会津) 地域包括支援センター (　　　　　　)

提供：竹田健康財団介護福祉本部

図 4. 訪問事業の記録用紙の例

2. 訪問型短期集中事業の実際

1）野々市市の事例

【介護予防の取組】

野々市市の事例

野々市市における作業療法士の訪問活動について

作業療法士が市直営の地域包括支援センターに所属しているため、市職員である作業療法士として専門的かつ適切な介護保険の運用ができるように訪問活動を実施している。また、高齢者等が在宅出生活し続けられるような活動や参加の助言や指導、介護支援専門員等への後方支援も併せて実施している。

基本情報（平成29年１月１日現在）

地域包括支援センター	直営					１か所
	委託					３か所
総人口						51,808人
65歳以上高齢者人口						9,701人 18.72%
要介護認定者数						1,404人
要支援１	要支援２	要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５
123人	147人	403人	259人	188人	157人	127人

訪問活動の取組状況

対象者	把握方法
65歳以上の高齢者（要支援認定者及び要介護認定者は除く）で、かつ福祉用具（入浴補助用具、歩行補助用具、排せつ関連用具）又は手すりを購入、設置することで日常生活の活動や参加が拡大する可能性があると見込まれる者（訪問型介護予防事業）	委託型地域包括支援センターによる介護予防ケアマネジメント又は総合相談業務において把握され、同行訪問の依頼がある。
要支援認定者又は要介護認定者（包括的・継続的ケアマネジメント業務及び介護給付費用適正化事業）	居宅介護（予防）住宅改修費の支給を希望する者全て、及び（介護予防）福祉用具貸与又は居宅介護（予防）福祉用具購入の支給を希望する者のうち介護支援専門員が判断に困った者について介護支援専門員より訪問依頼がある。

地域支援事業の実施状況

名称	主な業務内容
野々市市地域包括支援センター（直営）	①地区包括支援センターの指導・監督等 ②在宅医療・介護連携推進事業 ③認知症施策推進事業 ④生活支援体制整備事業 ⑤地域ケア会議 ⑥介護予防事業 ⑦介護予防・日常生活支援総合事業の整備
地区地域包括支援センター（委託）	①介護予防ケアマネジメント業務 ②総合相談支援業務 ③権利擁護業務 ④包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

訪問活動の取組の効果

野々市市では、市の作業療法士が自宅へ出向き、住宅改修や福祉用具等の環境調整に関する助言を行い、手すり等の助成を行っている。訪問時、本人や家族、介護支援専門員等の支援者、施工業者等から、「転倒しないため」「今後のために」といった理由で訪問時点では不必要と思われる住宅改修や福祉用具の活用を希望する場合がある。適切な環境調整を進めていくためにも、様々な場面をイメージしたり、疾患や生活状況等から今後予測される本人の状態変化を十分に考慮することが求められる。そのため、不要である理由も適切な介護保険運用を担う市職員として、かつ作業療法士の視点からも本人や家族、介護支援専門員等の支援者、施工業者に説明することかできる。

また、生活の場への訪問を行うことから、日常的な活動や参加状況を確認することができ、介護予防に資する助言や指導も同時に実施することが可能である。

2）会津若松市の事例

【介護予防の取組】

会津若松市の事例

○訪問型短期集中予防サービスモデル事業

地域包括ケアシステム構築の一つの柱として「医療介護連携」があり、その1つとして「短期集中予防サービス」をモデル事業として実施した。

事業の趣旨は、保健師等が短期間・集中的に居宅を訪問し、ケアすることで介護予防効果を引き上げ、心身の向上を図ることにある。

基本情報（平成29年1月現在）

地域包括支援センター設置数	直営					0	カ所
	委託					7	カ所
総人口						121,567	人
65歳以上高齢者人口						34,683 28.5	人 %
要介護認定者数						7,280	人
介護度	要支援	介護1	介護2	介護3	介護4	介護5	
人	2,397	1,516	1,051	758	943	615	

新しい総合事業

1. 訪問サービス（ホームヘルパー）
   - ①基準相当サービス
   - ②基準緩和サービス
2. 通所型サービス（デイサービス）
   - ①基準相当サービス
   - ②基準緩和サービス
3. 短期集中予防予防サービス

一般介護予防事業

1. 介護予防教室
2. 介護予防講座
3. 地域リハビリテーション活動支援事業

訪問型短期集中予防モデル事業の取り組み

○対象者の把握方法：

A群：入院中のリハ担当者がモデル事業対象の該当の有無を確認し、本人が事業の利用を希望する場合、対象候補者として選定

B群：地域包括支援センターに新規で相談またはフォロー中の方で、モデル事業の対象者に該当し、本人がモデル事業の利用を希望する場合

＊両群の候補者で、本人から書面（短期集中予防サービスモデル事業利用申請書）で申請があった場合、事業の対象者とする

○事業の実施方法

①地域包括支援センターより支援チームに訪問の依頼あり
②支援チーム責任者は、担当支援員を選びその氏名を連絡する
③地域包括支援センター担当者は、利用者・支援員間を連絡し、初回の訪問日を調整する
④初回は原則、地域包括支援センター職員と担当支援員が一緒に訪問する
⑤担当支援員は、訪問の都度報告書を提出する
⑥設定目標の達成等をもって、事業を終了とする
⑦地域包括支援センター職員は、担当支援員「短期集中予防モデル事業支援計画書（実施報告書）を作成・提出する

○一回の主な流れ

- 本人の願い（不安、不都合、継続希望、向上希望、新たな希望等）の確認や達成状況の確認
- 本人の状態（健康・生活行為・生活習慣）や住環境のチェックとアセスメント
- 本人や家族との相談・助言、指導、地域包括支援センター職員への助言
- 記録と報告書の作成と提出

事業の効果

- ほとんどの利用者が2～3回の訪問支援で目標が達成し、生活行為の安定と活動の広がりが得られた
- 医療専門員の介入により、その後の支援のあり方の方向性が明確となった
- 適正な福祉用具の選定や住宅改修などにつながった
- 医療介護連携の推進により、スムーズな在宅・地域生活移行につながった
- 本事業実施に向けた体制が整った

3）墨田区の事例

墨田区　訪問サービスC事業の目的

作業療法士・理学療法士が家庭訪問し、要支援者及び介護予防・生活支援サービス事業対象者について、日常生活に支障のある生活行為を明らかにして助言指導することにより、利用者の自立支援に繋げるため実施する。

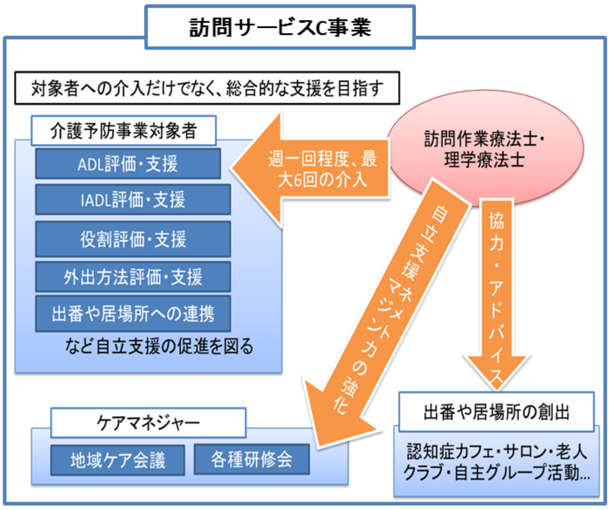
【墨田区の概要】平成28年10月31日現在）

地域包括支援センター設置数				直営	0	カ所
				委託	8	カ所
総人口		267056		人	高齢化率	
65歳以上人口		59800		人	22.4	%
	要介護認定者数				11046	人
介護度	要支援	介護1	介護2	介護3	介護4	介護5
人	2661	2301	1916	1399	1479	1290

訪問サービスC事業の対象者

要支援者及びサービス事業対象者で、何らかの理由で通所型サービスの利用が難しい次の者を対象とする。
（1）体力の改善に向けた支援が必要な者
（2）健康管理の維持・改善が必要な者
（3）閉じこもりに対する支援が必要な者
（4）ADL・IADLの改善に向けた支援が必要な者
（5）その他、区が必要と認めた者

訪問サービスC事業



訪問サービスC事業の事業の実施方法

〇区が高齢者支援総合センターを経由して利用申込、介護予防ケアマネジメント依頼届出を受付した利用者について、サービス担当者会議を実施した上、サービスを開始する。
〇利用者への開始日等の案内は、高齢者支援総合センター等と調整の上、高齢者支援総合センター経由で利用者に連絡する。
〇アセスメントを実施し、個別サービス計画を作成し、訪問後記録を作成する。
〇1か月ごとに評価を行い、結果を担当ケアマネジャーに報告する。また、必要時計画の見直しを行う。
〇実施期間・回数及びサービス提供時間
　原則として3か月、月4回以下、最大6回までとする。なお、必要な場合更に3か月延長可能とする。1回の訪問は90分以内とする。

事業の効果

〇認知症や生活機能障害を疑われるものへ早期に介入し、アセスメントを思うことが出来、地域包括職員へ情報提供を行うことが出来ている。
〇地域に即した互助を中心とする地域づくりの基盤の作りが出来る。
〇ケアマネジャーに背景因子のアセスメントから、機能・活動・参加にバランスよく働きかける自立支援に向けたマネジメント力の強化を支援できる。

Ⅲ　地域リハビリテーション活動支援事業の取り組み方法と留意事項

１．なぜ、一般介護予防事業の中に地域リハビリテーション活動支援事業が取り組まれることとなったの?

○　介護保険法第４条においては、「国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加 齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、 要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な 保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維 持向上に努める」こととされている。

○　介護予防は、高齢者が要介護状態等となることの予防や要介護状態等の軽減・ 悪化の防止を目的として行うものである。特に、生活機能の低下した高齢者に対しては、リハビリテーションの理念を踏まえて、「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ることが重要であり、単に高齢者の運動機能や栄養状態といった心身機能の改善だけを目指すものではなく、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を促し、それによって一人一人の生きがいや自己実現のための取組を支援して、生活の質の向上を目指すものである。

○　しかし、これまでの介護予防の手法は、心身機能を改善することを目的とした機能回復訓練に偏りがちであり、介護予防で得られた活動的な状態をバランス良く維持するための活動や社会参加を促す取組（多様な通いの場の創出など）が必ずしも十分ではなかったという課題がある。

○　このような現状を踏まえると、これからの介護予防は、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、生活環境の調整や、地域の中に生きがい・役割を持って生活できるような居場所と出番づくりなど、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が重要である。このような効果的なアプローチを実践するため、地域において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、要介護状態になっても、生きがい・役割を持って生活できる地域の実現を目指すこととなった。

○　平成26年介護保険法改正により介護予防事業は、一般介護予防事業に地域リハビリテーション活動支援事業を位置づけ、リハビリテーション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こととしている。

2.　地域リハビリテーション活動支援事業におけるリハビリテーション専門職に対する期待

リハビリテーション専門職等を活用した「地域リハビリテーション活動支援事業」では、市町村の事業について活動と参加までを視野に入れたバランスの良い事業としていくために、リハビリテーション専門職の関与に期待している。主に以下の効果を期待している。

○　リハ職等が、ケアカンファレンス等に参加することにより、 疾病の特徴を踏まえた生活行為の改善の見通しを立てることが可能となり、要支援者等の有する能力を最大限に引き出すための方法を検討しやすくなる。

○　リハ職等が、通所と訪問の双方に一貫して集中的に関わることで、居宅や地域での生活環境を踏まえた適切なアセスメントに基づく ADL 訓練や IADL 訓練を提供することにより、「活動」を高めることができる。

○　リハ職等が、住民運営の通いの場において、参加者の状態に応じて、安全な動き方等、適切な助言を行うことにより、生活機能の低下の程度にかかわらず、様々な状態の高齢者の参加が可能となる

3. 地域リハビリテーション活動支援事業を実施していく上での留意事項

（1）リハビリテーション専門職における留意事項

○ 実施に際しては、地域包括支援センターと連携しながら、通所、訪問、地域ケア会議、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 取組を総合的に支援できるようにする。

○ 理学療法士・作業療法士は、医師の指示の下、理学療法・作業療法を提供する医療職であることから、対象者への直接的な治療行為をすることは想定されていない。あくまでも理学療法士であれば、基本的動作能力の回復の可能性について、作業療法士であれば、応用的動作能力・社会適応能力の回復の可能性について、その見極めと対象者が自らの生活機能が低下することとなった課題に気づき、高齢者自身が望む「できるようになりたい・したい生活」が継続もしくはできるようになるためにはどうすればよいかを知り、取り組めるように助言・指導することである。

（2）市町村における留意事項

○ 地域で出会う高齢者は、特に医療機関には通院していないとしても、多様な疾患を持っている可能性があり、必要時にはかかりつけ医等に連絡する判断が理学療法士・作業療法士には求められる。そのため、市町村は本事業を取り組むに際し、あらかじめ地域の医師会に相談し，対応方針を確認してから取り組むことが求められる。

○ 地域リハ活動支援を実施する上で、市町村はまず、地域におけるリハビリテーション専門職等の社会資源について把握する。また、リハビリテーション専門職を活用できる医療・介護保険制度がないか、都道府県によって取り組まれている地域リハビリテーション支援体制整備推進事業がないか、把握した上で、地域の実情に合わせて効率的効果的に取り組むことが大切である。

○ また、理学療法士・作業療法士の派遣を依頼する際、所属する医療機関・介護施設の長に対し、事業の趣旨や派遣依頼の頻度、予算等についても相談し、市町村と医療機関等の契約に基づき業務の一環として派遣できるように理解を求めていくことが地域包括ケアを推進する上でも大切である。

○ ここでいう自立支援は、高齢者自身が「どのような人生を送りたいのか」「どのような生活を送りたいのか」、それを目標とし、自己決定をしつつ、潜在する能力を最大限に発揮し、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を可能になることである。

4. 地域リハビリテーション活動支援事業の内容

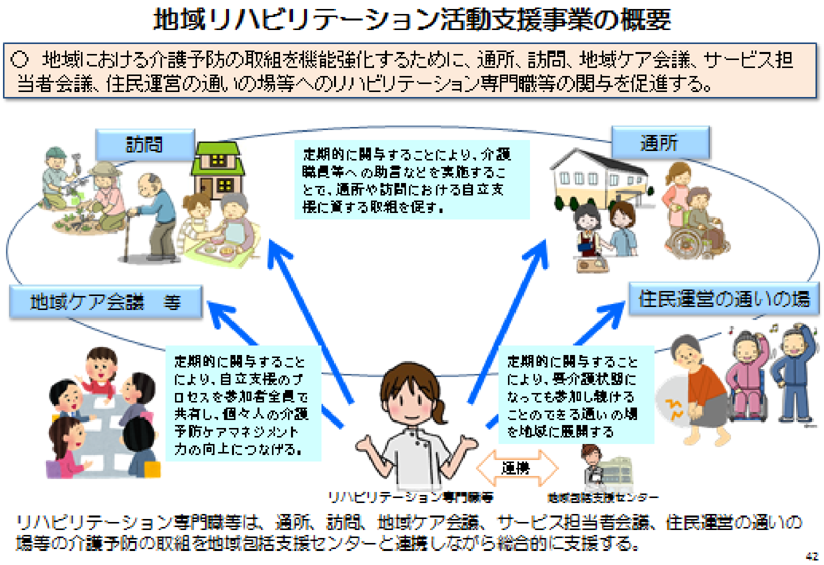
地域リハビリテーション活動支援事業の内容としては、下記の内容が挙げられている。

a 住民への介護予防に関する技術的助言

b 通所や訪問事業所の介護職員等（介護サービス事業所に従事する者を含む。）への介護予防に関する技術的助言

c 地域ケア会議やサービス担当者会議におけるケアマネジメント支援

d 市町村が地域の実情に応じて地域における介護予防の取組を機能強化する効果があると判断した内容の実施



5. 具体的活用方法

地域リハビリテーション活動支援事業について、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が具体的に協力できる内容を例示する。

地域支援事業の事業	理学療法士が協力できる内容	作業療法士が協力できる内容	言語聴覚士が協力できる内容
地域ケア会議	① 地域ケア個別会議 高齢者の自立した生活、社会参加促進に必要な動作能力（たとえば立ち座り、立位耐久性、屋内・屋外歩行能力など）や運動機能を維持･向上させるための評価、予後予測、プログラム作成について助言 ② 地域ケア推進会議 ･運動により疾病を予防し､要介護状態を防ぐための政策の提案 ・障害者や虚弱高齢者が参加できる地域の運動ができる通いの場の実施方法や様々な運動に関する社会資源の活用方法について発言	① 地域ケア個別会議 ADL･IADL など生活行為を向上させるためのアセスメントと予後予測､方法について助言・指導 ② 地域ケア推進会議 高齢者の余暇活動や社会参加のニーズ把握や活動の場などの地域づくり､バリアフリーのまちづくりなど地域課題と解決方法の提案	① 地域ケア個別会議 摂食・嚥下障害、聴覚の評価や聴力の低下がある者などに対するコミュニケーション方法に関する助言・指導 ② 地域ケア推進会議 ･摂食嚥下障害者に対するケア提供の在り方の助言 ･聴力の低下のある者に対する助言・指導(補聴器の適合を含む)の助言 ･聴覚・コミュニケーション障害者が利用しやすいコミュニティ活動支援
通所型介護予防事業（通いの場や短期集中型通所サービス、他の介護保険の通所介護などへの指導）	高齢者の身体機能・動作能力の評価と予後予測	ADL･IADL など生活行為の応用動作能力や社会参加などの社会適応能力の評価と予後予測	聴覚、口腔機能・嚥下摂食機能の評価と予後予測
訪問型介護予防事業（短期集中型訪問サービスや訪問介護、訪問看護など介護保険サービスへの指導）	保健師等との同行訪問を通じた､運動機能や ADL の基本的動作の改善を助言・指導	保健師との同行訪問を通じて､閉じこもりや認知症、うつの方に対し､ADL･IADL などの生活行為の改善を助言･指導（環境調整・福祉用具の活用等）	保健師と同行訪問し、①聴覚の評価や補聴器等の助言・指導、②口腔機能・嚥下摂食機能の改善に向けた助言・指導
介護予防普及啓発事業の介護予防教室等	介護予防教室では、運動プログラムの企画・提案・指導	･「生活行為確認表」による、住民の生活行為の不自由さのニーズ把握と具体的助言･指導（環境調整・生活用具の活用等） ･「興味･関心チェックリスト」を活用した､趣味などの社会参加ニーズの把握と活動の場づくりへの助言・支援 ・地域特性を考慮した体操の開発・指導（「生活行為向上体操」等）	･摂食･嚥下障害、聴力の低下がある者などに対するコミュニケーションに関する指導、 ･口腔機能向上教室での口腔体操の指導、講演、定期評価など
地域介護予防活動支援事業	多職種や住民との協働による効果的な運動を通した地域活動組織への支援協力	趣味活動などを通した自主活動に向けた支援	地域の失語症友の会活動や会話パートナー養成など地域活動組織への支援・協力等

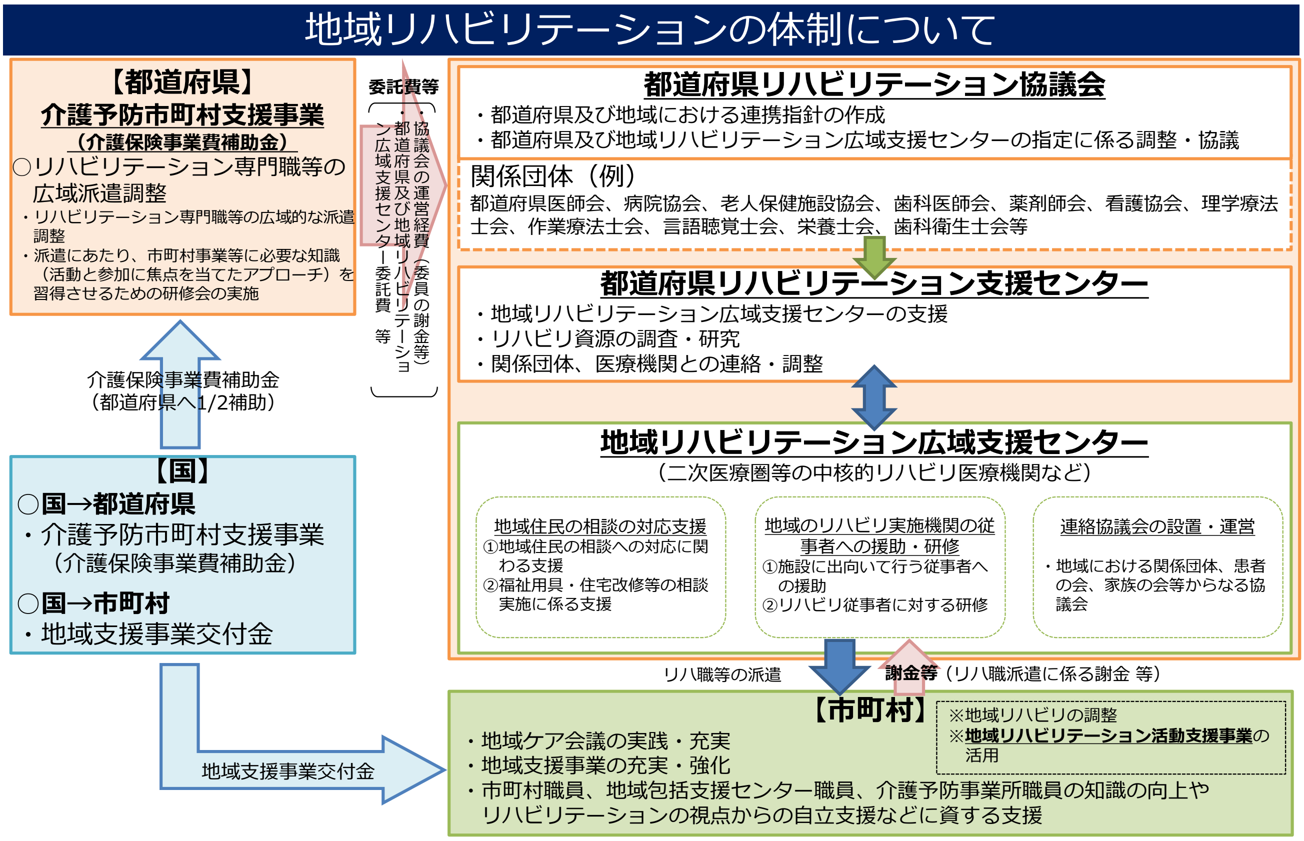
6. リハビリテーション専門職の派遣体制の整備と質の向上に向けて

1）国の取り組み

国では、市町村の効果的な地域リハビリテーション活動支援事業等の取り組みを支援するために、①国のホームページにて、市町村の取組の好事例などの情報を収集し、提供する、②市町村をバックアップする都道府県の事業として、リハビリテーション専門職等の広域派遣調整を行うための介護予防市町村支援事業を位置づけ、その取り組みを推進するなどの「リハビリテーション専門職等を活かした介護予防の機能強化」を図っている。

2）都道府県の取り組み

都道府県では、①都道府県が地域リハビリテーション活動支援推進協議会などを設置し、地域の医師会等の協力を得ながら、「地域リハビリテーション活動支援マニュアル」を作成する、②理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の３団体に研修を委託する、③地域リハビリテーション支援体制整備推進事業（平成 10 年度～平成 17 年度に取り組まれた国補助事業、現在は 13 都道府県で実施されている。）などによる体制を活用し、地域の医師会等や医療機関等と連携しながら、必要なリハ職の派遣調整等について十分に協議した上で市町村を支援する、④介護予防推進拠点センターを委託にて設置し、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士などを市町村の依頼により派遣しているなどの特徴的な取り組みが展開されている。



厚生労働省作成資料

3）市町村の取り組み

市町村では、地域リハビリテーション活動支援事業を効果的に実施するために、以下に例示する取り組みが見られている。

①　市町村内の医療機関と介護保険領域のリハビリテーション専門職に対する研修会の開催

市町村の介護予防事業についての目的などを通じて、リハビリテーション専門職の役割や期待等について説明する研修会を開催するなどし、都道府県に対して地域リハ体制を構築するような要望をあげていく。

研修を受講した者で協力の意向のあるリハビリテーション専門職（以下、希望者）について、希望者が所属する施設から事業派遣ができるように市町村から都道府県を通じて都道府県医師会等関連団体に協力を依頼している。

こうした研修を通じて、リハビリテーション専門職の市町村事業に対する理解が進み、スムーズな事業協力や人材としての把握ができるだけでなく、リハビリテーション専門職自身が退院やサービス終了後の参加に向け、社会資源を知り、効果的な介入につなげることもできる。

②　リハビリテーション連絡会などの開催

同じ市町村内の医療機関及び介護施設に働くリハビリテーション専門職に対し、リハビリテーション専門職の地域包括ケアに対する積極的な参画の方法について検討するなどの取り組みが展開されている。

地域包括ケアに向けた取組について理解を深め、リハビリテーション専門職自身の日頃の診療業務の見直しにもつながり、その結果、市町村内でのリハビリテーションに関する医療介護の横のつながりが推進されるなどの効果を得ることができている。

③　リハビリテーションについての行政職員研修

市町村、地域包括支援センター、介護予防事業所等の職員に対して、リハビリテーション専門職が市町村の行政職員を教育するような研修会を企画し、介護予防に関する知識を向上させて、リハビリテーションの視点から自立支援に資する支援ができるように援助する。

なお、地域リハビリテーションの体制について、市町村のニーズを都道府県に伝える等により、体制整備に積極的に関与していくことも考えられる。

市町村における地域リハビリテーション活動支援連絡会の取り組み例
（石川県加賀市）

1　目的：市が実施する地域リハビリテーション活動支援事業を効果的に推進するため、市内医療機関及び介護保険施設に働くリハビリテーション専門職の地域における役割を理解し、住民の生活機能改善の視点から、その支援課題を理解、共有化を図る。

2　実施内容：
（1）研修会の開催（年一回）
（2）連絡会の開催：・リハビリテーション専門職による企画委員会の組織化
・連絡会の開催（年３回）

【連絡会例】

	ねらい	内容	意見
第一回	・事業について理解する。 ・連絡会の趣旨を理解し、今後の方向性について共有する。	・地域リハビリテーション活動支援事業の説明 ・今後の検討	・医療機関をはじめ、介護保険施設で働く相互のリハ職の役割が理解できていなかった。 ・他職種にリハ職の役割が理解されていない。 ・地域のことを知らなかった。 ・まずは自分たちそれぞれの役割がわかれば、切れ目なく地域とつなげることができるのではないか。事例検討をしよう。
第二回	・チームケアの中でのリハ職の役割を理解する。	・事例検討	・本人の目標（したいこと）を明確にすることで具体的な支援ができた。 ・本人の在宅での生活を知っているスタッフが少ない。誰に相談すれば、本人の入院前、サービス前の情報を入手できるのか。
第三回	・課題の背景を明らかにする。	・事例検討	・短期、中期、長期の目標設定が大切。 ・本人の状態や意向を活かし、目標を設定し、チームで共有することが大切。
第四回	・課題に対する要因分析と目標設定	・市の地域包括ケアビジョンについて講義 ・グループワーク 	・地域の資源がわからない （どこに誰につなげばいいのか） ・医療と介護のリハ職の目標設定が違う ・入院中から地域で何をしたいのか本人の思いを聞けていない。 →次年度の目標 ・他職種へのリハ職の強みをアピールする。 ・多職種と事例検討を通してお互いの役割を理解し顔も見える関係作り ・リハ職の質の向上

第三章　リハビリテーション専門職の活用と期待される効果

IADL は個々人が意思を持って選択し実行する個別性の高い活動である。調理や掃除、買い物、銀行や図書館の利用、畑仕事、趣味の園芸、ペットの世話など、様々な IADL や生活行為の中から選択し実行する営みは個人のライフスタイルそのものであり、他者から見ればその人らしさを、本人にとっては自分らしさを象徴する自己実現の過程である。そのため IADL の改善では、運動機能や栄養状態といった万人に共通する心身機能に対するプログラムとは異なるアプローチが求められる。

例えばプログラムの目標設定にも際立った特徴がある。運動機能の向上プログラムでは運動機能改善がそのまま目標となるが、IADL の場合は本人や家族が意思を持って具体的に「何がしたいのか、できるようになりたいのか」を選択するという、本人主体のプロセスが含まれる。しかし、このプロセス自体に支援を必要とする要支援者が少なくない。「もっと足腰を強くしたい」「膝の痛みを良くしたい」といった心身機能の目標は比較的よく聞かれるが、 IADL や生活行為の目標は聞き出しにくいのが現実である。

リハ職は対象者の能力やライフスタイル、強みとなる環境要因を包括的に捉え、自己実現に繋がる達成可能な目標設定と支援内容について意見を述べることのできる専門職である。本節ではリハ職が関与した通所型・訪問型短期集中事業（サービス C）における IADL 支援事例のデータを通して、リハ職の活用方法や効果を紹介する。

1. 収集事例の概要

全国 13 地域の施設・事業所に対し、通所型・訪問型短期集中事業としてリハ職が関与した IADL・生活行為の支援についての情報提供を依頼した。募集期間（H28 年 10 月～H29 年 2 月）中に延べ 108 事例の情報提供を受けた。

収集事例の利用サービス別および地域別の内訳は以下の通りである。なお、108 事例中 20 例は通所と訪問を組合せたサービスを受けていた。

表 1　収集事例の通所型・訪問型サービス別、地域別の内訳

		合計	通所型サービスC	訪問型サービスC
	全体	108事例	53	55
			（内，20事例は通所と訪問の組合せ）	
地域	東京都，大阪府	32	29	4
	地方の市町村	75	24	51

①実施形態

実施形態は委託が圧倒的に多い。保健師等の行政担当者が委託内容をしっかり明示できるかどうかが、事業の成果に大きく影響すると予想される。

表 2　利用サービス別および実施形態別、地域別の内訳

		合計	通所型サービスC	訪問型サービスC
実施形態	直営	11	2	9
	委託	97	51	46

②年齢・性別
サービス対象者の平均年齢は通所、訪問とも 78 歳前後（表 3）で、分布状況も似ている。男女比はおよそ 2:3 で女性が多い。

表 3　平均年齢

	事例数	平均	標準偏差	中央値
通所型サービスC	53	78.4	5.7	78
訪問型サービスC	55	77.5	7.5	77

表 4　年齢の分布

	合計	60-69歳	70-79歳	80-89歳	90歳以上
通所型サービスC	53事例	3	28	21	1
	100%	5.7%	52.8%	39.6%	1.9%
訪問型サービスC	55事例	5	29	19	2
	100%	9.1%	52.7%	34.5%	3.6%

表 5　性別

	事例数	男	女
通所型サービスC	53	19	34
		35.8%	64.2%
訪問型サービスC	55	24	31
		43.6%	56.4%

③同居家族
訪問型サービス C 利用者において、独居の割合が若干多いがほぼ同様の傾向である。

表 6　同居家族の構成

	合計	独居	夫婦	2世帯以上
通所型サービスC	53事例	17	20	16
	100%	32.1%	37.7%	30.2%
訪問型サービスC	55事例	22	13	20
	100%	40.0%	23.6%	36.4%

④主疾患の内訳
通所型サービス利用者の主疾患は、筋骨格系（52.8%）が半数以上を占め、次いで循環器系（34.0%）が多い。訪問型サービス利用者は、筋骨格系と循環器系が伴に 29.1%で多数を占めていた。

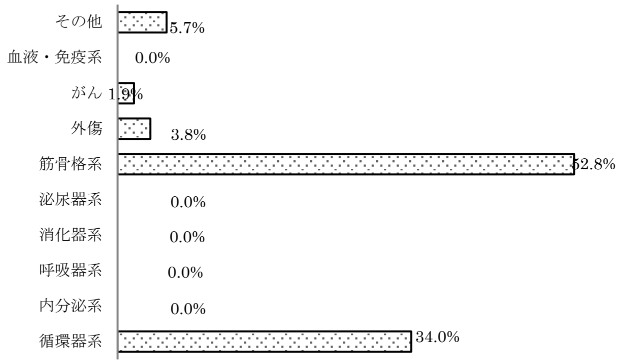


図　通所型サービス C

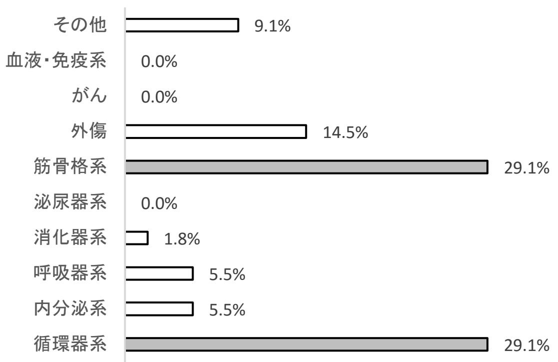


図　訪問型サービス C

⑤かかりつけ医からの情報

情報の一例を示す。かかりつけ医からの情報収集は、対象者のリスク管理だけでなく、医師との信頼関係や総合事業の理解、推進を図る上でも重要である。

再発に注意．水分摂取の際はとろみ剤を使用すること．
H21年に左人工関節置換術を実施、現在、左股関節に軽度の筋肉性の疼痛が出現、筋力低下もある。
ここ1年ほどで下肢筋力低下が進行しており、歩行車を押しても、なかなか歩けず転倒しそうになる。幼少時より腰が悪く、50歳頃より両下肢の筋力低下出現し、55歳頃より歩行車使用している。
循環器疾患、高血圧症は内服にて安定している。腰部脊柱管狭窄症、頚椎症の症状は痛みやしびれが増強しており治療・リハビリの継続の必要がある。過激な運動は避け、連続歩行は10分程度に止める
数年前より、腰痛があり歩行は間歇性跛行。眼科は視野狭窄（症状は軽減しない）
肥満を認め、血糖のコントロールも不良である。コレステロールも高値であったが、服薬にて改善している。右膝関節痛や腰痛を認め、両下肢の筋力低下もある。15分程度の立位保持で、下肢の痺れがみられ、それ以上の立位保持は困難。痛みに対しては、薬物治療中である。
腰痛下肢痛のために歩行にかなりの支障あり。糖尿病についてはHbA1c：6.3でありコントロール良好

⑥要介護度の認定状況

通所型サービスＣでは「未申請」(69.8%）が最も多い。典型的なサービス対象者は、非該当から要支援２レベルまでの者といえる。

一方、訪問型サービスＣは「未申請」と「要支援２」がほぼ同率でそれぞれ約30%、合計60%を占めている。

表７　要介護度

	合計	未申請	非該当	要支援１	要支援２	要介護１	要介護２	申請中・他
通所型サービスC	53事例	37	0	7	8	0	0	1
	100%	69.8%	0.0%	13.2%	15.1%	0.0%	0.0%	1.9%
訪問型サービスC	55事例	16	2	11	17	3	1	5
	100%	29.1%	3.6%	20.0%	30.9%	5.5%	1.8%	9.1%

注）要介護１、２の者は、通常、介護給付サービスの利用が選択される。

⑦認知症

改訂長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R）またはMini Mental State Examination(MMSE)のカットオフ値以下の者は全体の１割未満と少数である。

表８　認知症

	認知症スケール	全体	未申請	非該当	要支援１	要支援２	要介護１	要介護２	申請中・他
通所型サービスC	カットオフ値超	50	37	0	7	5	0	0	1
	カットオフ値以下	3	0	0	0	3	0	0	0
訪問型サービスC	カットオフ値超	50	16	2	10	14	2	1	5
	カットオフ値以下	5	0	0	1	3	1	0	0

⑧基本チェックリスト

訪問型サービスＣ利用者において、生活機能の得点が高い傾向にあるが、その他はほぼ同等である。

表９　基本チェックリスト

	合計点 平均(SD) 24点満点	生活機能 平均(SD) 5点満点	運動機能 平均(SD) 5点満点	栄養改善 平均(SD) 1点満点	口腔機能 平均(SD) 3点満点	閉じこもり 平均(SD) 2点満点	認知機能 平均(SD) 3点満点	うつ 平均(SD) 5点満点
通所型サービスC N＝35	9.5(2.5)	1.8(1.4)	3.5(0.8)	0.1(0.3)	1.3(0.8)	0.7(0.6)	0.6(0.8)	1.4(1.4)
訪問型サービスC N＝35	10.4(3.5)	2.7(1.6)	3.5(1.2)	0.3(0.4)	0.9(1.0)	0.9(0.7)	0.7(0.8)	1.5(1.8)

⑨老研式活動能力指標

通所サービスC利用者において合計点、手段的ADLスコアが高い傾向にあるが、その他はほぼ同等である。

表10　老研式活動能力指標

	合計点 平均(SD) 13点満点	手段的ADLスコア 平均(SD) 5点満点	知的ADLスコア 平均(SD) 4点満点	社会的ADLスコア 平均(SD) 4点満点
通所型サービスC N＝１６	10.2(3.4)	4.2(1.2)	3.3(0.8)	2.7(1.3)
訪問型サービスC N＝４２	8.0(3.9)	2.8(1.8)	3.2(1.1)	2.0(1.5)

2. リハ職の支援内容と成果

1) 利用者の個別目標

①通所型

通所型サービスCでは、多くの施設で口腔機能や運動機能、栄養状態の改善に向けたプログラムが実施されており、個別目標もこれらの機能・状態の改善とする例が多い。しかし、活動や参加にもバランス良く働きかけるには、心身機能の目標だけでは不十分である。利用者一人ひとりのIADL・生活行為の目標を明確にするプロセスを経て取り組む必要がある。そうすることで利用者自身も参加を意識するようになり、居場所や出番をみつけ、自立した主体的な生活に向かうことになる。

収集事例の中からIADL・生活行為に関する目標の例を抽出し、「達成」された目標、「一部または変更して達成」された目標、「未達成」別に示した。

こうした目標は、簡単に決まらない場合が多い。目標決定のプロセスを支援し介護予防ケアマネジメントに情報提供するのもリハ職の役割である。(第一章Ⅰ. 5参照)

補足：以下に示す“個別目標”の操作定義

支援の目標となるIADL・生活行為の決定は介護予防ケアマネジメントで検討される。その方法については第二章のⅠおよびⅡを参照されたい。但し、本研究事業で収集した事例の中には、介護予防ケアマネジメントが未だ十分に機能していないと思われる例も含まれていた。そこで、ここではリハ職が直接関与した支援の目標を「個別目標」とし、これを調査分析した。

なお、介護予防ケアマネジメントで検討される目標にはIADL以外の内容もあることを併せて補足する。

表11　達成された目標（全33件から抜粋）

個別目標の例	波及効果
1.自宅近隣の山に月に一回友人と登る	登山会や老人会への復帰、新たな趣味教室への参加、ボランティア活動などの様々な社会活動への参加に至った
2.バスを利用して温泉（自宅より車で40分程度）に通う	外出が増え婦人会などの、社会活動への参加に繋がった
3.札所で友人と共にお遍路さんの接待を行う	様々な場所への外出頻度が増加した
4.自宅で趣味活動（竹細工、家庭菜園）を楽しむ	夫婦での毎日の体操が日課となった
5.週に一度近隣の教会まで歩いて礼拝に行く	バス等の公共交通機関を利用して外出するようになる。地域の趣味教室への参加や娘との旅行など活動的になった
7.掃除機掛けや風呂掃除の際の腰や膝の痛みを軽減し継続する	グランドゴルフへの参加希望を表明した
8.継続して釣り等の趣味活動を続けられる	地域のサロン活動（体操教室）への参加に繋がった

9.腰部安静度変更に併せて生活拡大と趣味（ダンス）への展開	発表会に参加したいと新たな目標を持って取り組めている
10.腰痛が楽になり、洗濯物、大きなシーツなど干すことが楽にできる	
11.体操の習慣を身につけ、体力をつける	自転車の利用が可能となる。近隣へ買い物に行く

＊目標達成に付随する波及効果

個別目標を達成する過程で、様々な活動への参加が認められた。これを波及効果として併記した。老人会や趣味教室、ボランティア活動、体操教室への参加、旅行、夫婦共通の日課として定着するなど様々な波及効果が認められる。

IADL・生活行為の目標設定においては、このような波及効果が期待できる目標を考えると良い。

表 12　一部達成または変更して達成された目標（全 9 件から抜粋）

個別目標の例	波及効果、目標変更の理由
1.料理教室やカラオケに参加する	友人と交流する機会が増え、カラオケに行けるようになった。料理教室は男性の教室がなかった
2.機能回復への固執から生活への拡大と生活の中での活用	他の利用者と一緒にグランドゴルフに参加。絵画を再開。
3.夫との外出回数を増やす	夫の協力がえられない。自分だけで外出する意欲は高まった様子
4.公共交通機関を利用して、墓参りに行く	夫の反対により目標を「安全に入浴できる」に変更
5.杖を使わずに入院前のような生活を送れるようになりたい	
6.１０分間続けて歩けるようになる	

＊目標の変更や一部のみの達成となった理由

家族の協力や同意が得られない（No.3、4）、地域資源の不足（No.1）などが理由となっていた。

目標の表記が曖昧（No.2、5）であるため達成の判断が困難な例もあった。

表 13　未達成（全 16 件から抜粋）

個別目標の例	補足事項
1.デパートに行ってセーターを作るための手芸用品を買う	「めんどくさい」という思いがあるように思われる
2.ウォーキングや運動が生活の中に取り入れられる	
3.旅行に向け、ウォーキングする機会を増やす	
4.30 分かかる自宅周辺の散歩ができるようになる	
5.歩いて墓参りへ行く	セラピストの予測よりも歩行距離が伸びなかった。近所への外出は増えた
6.近隣の海の釣り場まで、荷物を背負って移動し、釣りをする	海への移動ルートに予想以上の段差があり困難であった。近所へは徒歩で外出するようになり、通所リハをやめて本事業に移行、さらにサロンへ繋がった。
7.ラジオ体操と散歩ができる	医師から治らない病気との説明を受けた頃より精神的な落ち込みが著明となり、抗うつ剤が処方される状態になった
8.体重を 2Kg 減らし、階段の昇り降りが楽にできる	認知機能の低下が見られ助言の理解が十分でない
9.片足立ちができるようになる。（日帰り旅行に行く）	認知機能の低下が見られ助言の理解が十分でない
10.通所型サービスへの行き帰りに歩行器歩行をセラピストと一緒に行う	本人が杖歩行を強く希望され、「歩行器歩行で痛みが出た、杖歩行で買い物に行きたいのでこの事業を止めたい」との申し出により中止

＊未達成となった目標の特徴

- 単に歩行（散歩）や運動の実施を目標にしている（No.2、3、4、7）
- 具体的な生活行為よりも心身機能の改善が主となっている（No.4、8、9）
- 本人の「したい」「やりたい」「しなければならない」（興味や関心、価値、役割、習慣等）を反映した目標設定が十分にできていない（No. 1 、10）
- セラピストの評価と予測が不十分（No.5、6）
- 認知機能の低下による助言内容の理解不足（No.8、9）

②訪問型

訪問型サービスは単独の事業として行われる他、通所型とセットで行われる場合もある。

利用対象は在宅生活者で徐々に何らかのIADL・生活行為が難しくなってきた方が大半である。このような対象者を早期に把握し、サービス導入につなげられるかが介護予防事業の成果に影響する。

サービスの仕様を自治体の裁量で決める自由度の高い事業であることから、対象となる利用者を絞って行う例もあった。例えば、「閉じこもり傾向の高齢者」や「退院直後の高齢者」に的を絞り、閉じこもり傾向の解消や生活環境の調整、退院後の生活習慣作りに特化した支援を行うなどである。訪問回数を予め数回に設定し、その回数で改善可能な個別目標を立て支援する例もあった。無駄の少ない効率的な取り組みと言える。

介護予防事業の対象者の多くは、一見すると自立した生活を維持しているように見えることから、見逃さないよう注意が必要である。実は「出来ないことは諦めて行わなくなった」上での自立である場合が少なくい。その諦めた生活行為が「その人らしさ」やその方の「健康維持の重要な要素」である可能性があるという視点を持って対象者を把握すべきである。例えば以下に示す個別目標もその可能性が高い。

表14　達成された目標（全43件から抜粋）

個別目標の例	波及効果
1.菊作り等の庭作業を再開する	掃除や簡単な修繕作業を担うようになる。妻と一緒に家庭菜園を再開、町の健康教室に参加したり、日用品の買い物など外出頻度も増えた
2.電子レンジを使って温めたり、簡単な調理(温野菜)が作れる	外食が減り、血糖値等の糖尿病の症状が軽減
3.生活スペースすべての窓拭き・網戸掃除ができる	他の掃除や家事にも取り組まれるようになった
4.妻と一緒に歩いて「地域の体操教室」に参加する	パーキンソン病特有の動作面の理解と対応を学習し、自宅トイレでの失敗がなくなった。掃除や家族旅行、畑を再開した
5.妻の月命日の墓参りを再開する	
6.バスでスーパーへ行き、買い物荷物を持って帰宅できる	「春になったらまた（畑仕事を）してみようかな」との発言ある。服薬管理が自立
7.デイサービスに通えるようになる	連続歩行距離が伸びた
8.自転車に乗れるようになり、自信をもって外出できる	友人との交流が再開した
9.安全に入浴動作が行える	
10.自宅内の移動が安定する、自分の洗濯物を畳んで片づける	眩暈などの愁訴が無くなり、週に１度洗濯物をたたみ、自室に片付けること、自宅内を散歩することが習慣となった
11.公民館の行事への参加など運動の機会を増やす	少なくとも週に２～３回は買い物で外出、近所でカラオケも始める

表15　一部達成または変更して達成された目標（全9件から抜粋）

個別目標の例	波及効果、目標変更の理由
1.自分の分の洗濯・食事の準備・片付け等が出来る	目標を「簡単な家事を行える。運動や外出の機会を作る」に変更。外出や運動の機会が増えた
2.自宅にて自分で入浴・更衣ができる	入浴は長女が転倒を心配し、見守りでおこなうことになった
3.左手で日常生活動作・生活行為ができる	生活場面での使用頻度が向上し、機能回復につながった
4.呼吸器への負担がかからないように配慮しながら生活できる	排泄・移動・入浴などの日常的な必須動作については達成した
5.近隣のスーパーまで食材を買いに行く	栄養状態が改善し、体調も上向きだが、十分な下肢筋力向上や歩行の安定化に至らなかった
6.今より安定して外歩きが行える	

＊目標の変更や一部のみの達成となった理由

・家族の協力や同意が得られない（No.2）

・目標の表記が曖昧（No.3、4、6）であるため達成の判断が困難

表 16　未達成（全 18 件から抜粋）

個別目標の例	補足事項
1.セラピストと共に近所のスーパーに買い物に行く	趣味の再獲得ができ、余暇時間と在宅内での活動量が増加した
2.定期的に排便でき、楽しみを持ちながら生活できる	不定愁訴は続いており、自宅での楽しみを見出すことにも至らなかった
3.500m離れたうどん店まで歩いて食事をする	疼痛により自主運動が行えずモチベーションが低下し、訪問中止を希望された
4.通所サービスへの行き帰りに歩行器歩行をセラピストと行う	本人より、歩行器でなく杖で買い物に行きたいから（本事業を）やめるとの申し出あり中止
5.床から痛みなく立つことができる	テーブル、座椅子の生活に変更したため実施していない
6.負担感を軽減しながら、家事と歩行での外出を続ける	助言、歩行器の提案をしたが、十分な受け入れに至らなかった

＊未達成となった目標の特徴

・セラピストの同行が前提となっている（No.1、4）。自立支援の目標とは言えない

・目標の表記が曖昧（No.2）であるため達成の判断が困難

・本人の「したい」「やりたい」「しなければならない」（興味や関心、価値、役割、習慣等）を反映した目標設定が十分にできていない（No.4、6）

・セラピストの評価と予測が不十分（No.5）

2）個別目標の達成率

①通所型

全体では、「達成（56.9%）」と「一部または変更達成（15.5%）」を合わせて 72.4%の個別目標が達成されていた。目標達成率は、「通所のみ」のサービスよりも「通所と訪問のセット」されたサービス仕様の方が高い。

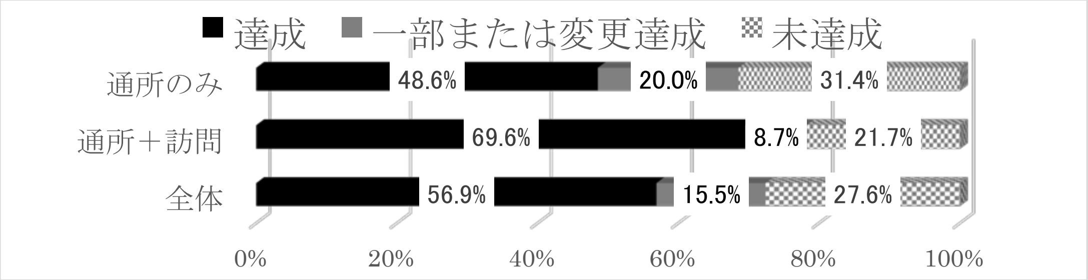


図 1　通所型サービス C における個別目標の達成率

②訪問型

全体では、「達成（67.2%）」と「一部または変更達成（14.1%）」を合わせて 81.2%の目標が達成されていた。

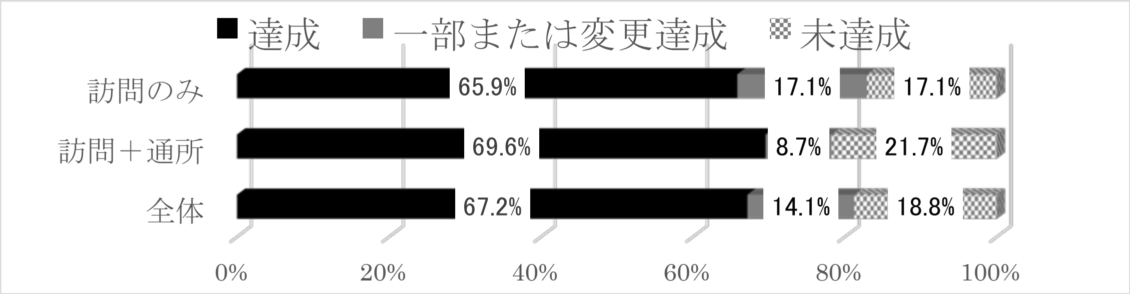
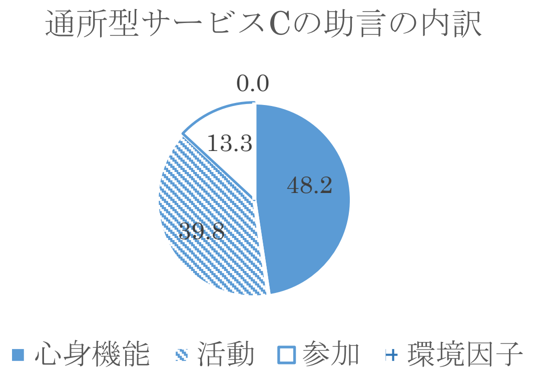


図 2　訪問型サービス C における個別目標の達成率

3）リハ職の支援内容

リハ職の支援内容は、もっぱら助言と環境調整である。通所型においては心身機能についての助言がほぼ半数を占める。一方、訪問型では活動が半分近くを占め、また環境因子に関する助言も比較的多く行われている。通所型と訪問型それぞれの特性、長所（第二章Ⅱの表１を参照）を活かした助言が行われていると思われる。



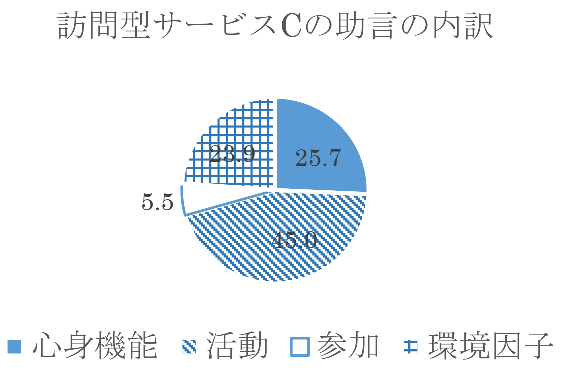


表 17　通所型サービス C における支援（助言）内容の例

心身機能	・マシントレーニング ・運動前後のストレッチや筋力増強運動 ・下肢筋力向上メニュー ・いきいき 100 歳体操 ・パタカラ体操、唾液腺マッサージ、発声練習、口腔ケア
活動	・腰や膝への負担の少ない掃除機かけや風呂掃除の方法 ・家事動作姿勢の改善、食生活の改善 ・買い物や外出で利用する実際の道での歩行を確認し助言
参加	・絵画、スポーツクラブ、いきいきサロン、体操教室、老人会等の紹介 ・街歩きや合唱サークルを紹介し体験参加を勧める ・家族との 1 回/週のデパート通いを勧める

表 18　訪問型サービス C における支援（助言）内容の例

心身機能	・呼吸器への負担がかかりすぎない低負荷運動を紹介 ・自主運動方法（上肢・体幹・下肢の筋力増強訓練）の助言 ・床上動作の確認・助言 ・立位バランスの練習方法の助言
活動	・入浴跨ぎ動作を評価、夫に介助方法の指導 ・4 輪歩行器で洗濯物を運び、片付ける動作の確認 ・本人と相談しながら、負担のかかりにくい家事動作方法を検討・助言 ・実際に調理を行い、全体の流れを確認し、問題点の修正のための助言 ・カラオケ参加への具体的な移動方法や手段の検討・共有 ・セラピストと共に近隣のスーパーに買い物に行き、動作確認・助言
参加	・お茶会の機会を作る（サロンなどの地域環境を利用し、友人との共通の趣味を通して外出の機会を作る） ・卓球教室へ再参加を提案

	・近所の集会への参加を提案
環境	・自室の変更、L字バーの取り付け ・シャワーチェア、浴槽台の導入 ・歩行器の導入 ・浴室の住宅改修を行い、段差解消・手すりを設置 ・家事動作で使用頻度の多いものを届きやすい場所へ変更

自主体操の助言

トレッキング活動についての助言

バスの利用方法

4）利用期間と回数

①通所型

調査対象となったほぼ全ての自治体で、１クール週１回３ヵ月（平均 12.4 回）のプログラムが設定されていた。１クールで終了する者が多く（64%）、２クール参加者(36%)と合わせた平均利用期間・回数は 16.8 週間(約４ヵ月)・回であった。実際には中途参加者や欠席があるため、平均利用回数は 11.8 回であった。

(N=53)

通所プログラム設定期間	設定回数（平均）	利用クール数	平均利用期間
３ヵ月	平均12.4回	１クール参加者　34名(64%) ２クール参加者　19名(36%)	**16.8週間（約４ヵ月）**

実際の平均利用回数	参加率
11.7回	70%

②訪問型

訪問回数の平均は全体で 3.8 回であった。訪問のみの場合は平均 4.1 回で、頻度は週１回または 2～3 週に１回がほとんどであった。

(N=52)#

	期間（週間）			回数（回）			頻度		
	平均(SD)	最短	最長	平均(SD)	最少	最大	週１回	2～3週に１回	月１回
訪問のみ	8.0(5.4)	3	22	4.1(3.1)	2	16	43%	46%	11%
通所とセットの訪問	19.8(5.4)	10	26	3.4(1.5)	1	6	-	-	-
全体	12.9(7.9)	3	22	**3.8(2.5)**	1	16			

#訪問期間不明者を除いた

3. 効果指標の変化

① 老研式活動能力指標の前後比較

訪問型サービスＣ利用者においては、すべての項目において有意に向上していた。

	合計点 平均(SD)†		手段的ADLスコア 平均(SD)5点満点††		知的ADLスコア 平均(SD) 4点満点††		社会的ADLスコア 平均(SD) 4点満点††	
	介入前	介入後	介入前	介入後	介入前	介入後	介入前	介入後
通所型サービスC N＝１６	10.2(3.4)	11.2(3.4)	4.2(1.2)	4.4(1.9)	3.3(0.8)	3.6(0.8)	2.7(1.3)	3.1(1.4)
訪問型サービスC N＝４２	8.0(3.9)	9.3(3.8) *	2.8(1.8)	3.4(2.0) *	3.2(1.1)	3.5(1.0) *	2.0(1.5)	2.5(1.5) *

*P<0.05
† 対応のあるt検定
††ウィルコクソンの符号付順位検定

②Frenchay Activities Index: FAI の前後比較

両群とも IADL 活動の合計点において有意な向上が認められた。また、訪問型サービスＣ利用者は、屋内家事、戸外活動、趣味に有意な向上が認められた。

	合計点 平均(SD) 45点満点†		屋内家事 平均(SD) 15点満点††		屋外家事 平均(SD) 9点満点††		戸外活動 平均(SD) 12点満点††		趣味 平均(SD) 6点満点††		仕事 平均(SD) 3点満点††	
	介入前	介入後	介入前	介入後	介入前	介入後	介入前	介入後	介入前	介入後	介入前	介入後
通所型サービスC	24.1(6.5)	26.0(8.3) *	9.25(4.5)	10.1(4.8)	4.2(2.1)	3.9(2.2)	7.1(2.0)	7.8(3.1)	3.2(2.0)	3.8(2.3)	0.3(0.6)	0.4(0.9)
訪問型サービスC	17.06(9.8)	20.2(9.5) *	7.5(5.5)	8.5(5.5) *	2.2(2.1)	2.6(2.1)	4.3(3.3)	5.3(3.4) *	2.3(2.0)	2.8(2.2) *	0.2(0.5)	0.3(0.8)

*P<0.05
† 対応のあるt検定
††ウィルコクソンの符号付順位検定

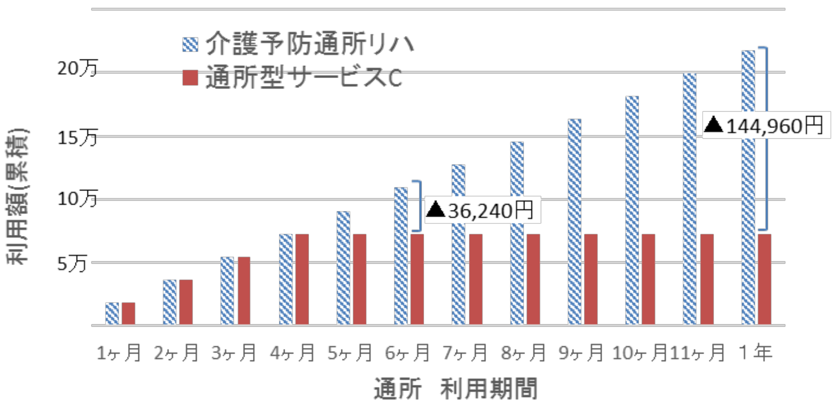
○ まとめ

手段的 ADL の評価法である老研式活動能力指標、FAI において、介入前と比較し有意な向上が認めらた。

4. 費用の比較

1）介護予防給付の訪問・通所リハとの比較

総合事業における通所型・訪問型サービスCの実施期間は概ね3～6ヵ月と想定されている。本研究事業の調査結果では、通所型で平均4ヶ月、訪問型で平均3ヶ月であった。一方、介護予防給付の訪問・通所リハは毎月の終了率が5%未満との報告#1がある。この違いを要支援1相当の1名分の利用料に単純換算すると、半年後には通所型で36,240円、訪問型で72,480円の差が生じ、1年間ではそれぞれ144,960円、217,440円の差額が生じる。



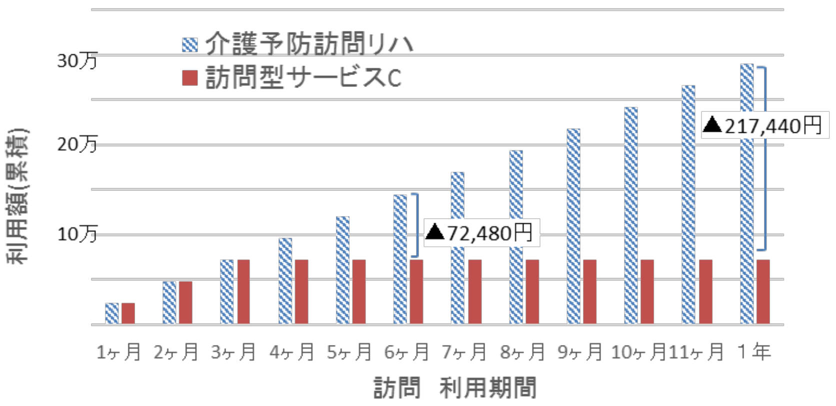
【差額の見積もり条件】

《通所》

1ヶ月の単価：両サービスとも要支援1の通所リハと同額に設定。

想定利用期間：通所型サービスCは本研究事業の調査結果に基づき、4ヶ月に設定。介護予防通所リハは設定なし。

図3　介護予防通所リハ（ディケア）と通所型サービスCの比較



《訪問》

1ヶ月の単価：両サービスとも要支援1の訪問リハ40分×4回分と同額に設定。

想定利用期間：訪問型サービスCは本研究事業の調査結果を参考に、3ヶ月に設定。介護予防訪問リハは設定なし。

図4　介護予防訪問リハと訪問型サービスCの比較

総合事業のサービスで対応可能な高齢者については、各自治体で通所型・訪問型サービスCを整備し活用した方が、費用的に有利と予想される。

#1出典：平成24年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「要支援者・要介護者のIADL等に関する状態像とサービス利用内容に関する調査研究事業査」

2）介護予防訪問介護サービスとの比較

軽度の要支援者は、家事などの IADL に制限が見られるのが特徴である。この際、どのようなサービスで対応するのかが課題となる。介護予防訪問介護の利用はその選択肢の一つであるが、一旦利用が開始されるとサービス終了に至るケースは希である。故に、導入にあたっては他に代替手段がないか、適切なケアマネジメントが求められる。

本研究事業で収集した事例の中には、訪問型サービス C を代替手段として活用した例が複数あった。具体例を通して、費用対効果を示す。

★事例紹介（付録事例 No１）：年齢 63 歳　男性　脳梗塞・糖尿病　要支援 2　独居

「リハ職の助言により調理が再開できた事例」

2 年前に脳梗塞を発症してから調理が困難となり、食事は外食で済ませていた．糖尿病のため本人なりに食事管理に気を使っていたが、かかりつけ医より症状が徐々に悪化しているとの情報があった．介護予防訪問介護（ヘルパー）による家事支援やリハ職による支援が検討され、訪問型サービス C の実施に至った．

担当した作業療法士は、「近所のコンビニで購入できる食材を利用して、電子レンジで簡単な調理ができる」ことを目標に助言した．また地域包括支援センターと協議の上、コンビニ食の選び方をまとめたメモの作成を管理栄養士に依頼し、本人に活用を促した． 3 回目の訪問で目標達成となったため、訪問サービスは終了した．訪問期間は 4 週間、訪問回数は合計 3 回であった．

数ヶ月後、糖尿病の症状が改善したとのかかりつけ医の情報が届いた．

☆本事例の課題解決策としては、他に配食サービスの利用や介護予防訪問介護が考えられる。今回の利用料は訪問型サービス C3 回分の 18、120 円（要支援 1 相当で計算）のみであったが、もし介護予防訪問介護(週 2 回程度)が導入された場合、年間で 282、600 円であり、これが何年も続くことになる。

☆調理が再開できたことは、毎日の調理や買い物等の活動の増加にも繋がっており、さらに自分で好きな物を作る楽しみの獲得にもなったと考えられる。コスト削減のみならず QOL の向上にもなったと思われる。介護予防ケアマネジメントがいかに重要であるかを示す典型的な事例であった。

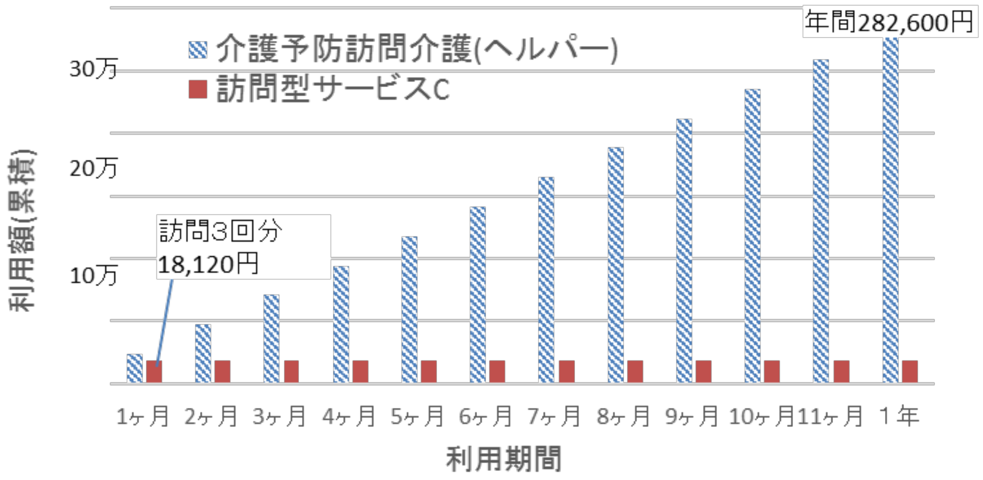


図 5　介護予防訪問介護サービスを利用した場合と訪問型サービス C の比較

5. 事業の成果を高めるポイント

1） リハ職の活用

図６はサービスＣを中心とした利用の流れとリハ職の関与場面を示している。本人・家族の窓口相談や担当介護支援専門員からの情報が地域包括支援センターに寄せられ、介護予防ケアマネジメントが行われる。そこでサービスＣの利用が選択され実施に至る。終了後は地域の体操教室や通所サービスの利用に繋がったり、ボランティア活動や文化教室、家庭内の役割活動など、より主体的な活動への参加に繋がることが本調査事例の経過から読み取れる。

このような仕組みの中、リハ専門職は次のような場面での役割が期待される。

①介護予防ケアマネジメント

事業の成果を高めるには、サービス Ｃ に適した対象者を選択すること、また他の様々なサービスと一体的なつながりのある支援を計画する必要がある。これらは介護予防ケアマネジメントにおいて検討される。リハ職は生活機能の現状評価や将来見込みの予測に長けていることから、この点を活かした助言者としての役割が求められる。

②サービスＣの実施

サービスＣの仕様は各地で異なり多様であるが、少なくともⅰ)支援目標の決定、ⅱ)**プログラム（支援内容）の立案**、ⅲ)プログラムの実施、ⅳ)効果測定の４つは共通している。リハ専門職はこれらすべてに関与する場合もあれば、一部のみに関与する場合もある。いずれにしても、高齢者が主体的に実施するものであり、リハ専門職はそれを他職種と協働してサポートする立場を徹底する。

③制度の導入や見直しにおける助言・協力

サービス Ｃ 等の事業を新規導入する際あるいは見直しを検討する際には、リハ職も積極的に会議体に加わりコンセンサスを深める姿勢が求められる。

④事業の啓発・報告

事業の新規導入においては、地域の関係者、中でも特に協力・連携することの多い介護支援専門員や訪問介護担当者、かかりつけ医などに事業の趣旨や内容を周知し活用を促す必要がある。また、行政の事業では年度ごとの事業報告が必須である。市民にもわかりやすく説明できなければならない。こうした活動や資料作成への協力もリハ職の役割に含まれる場合がある。

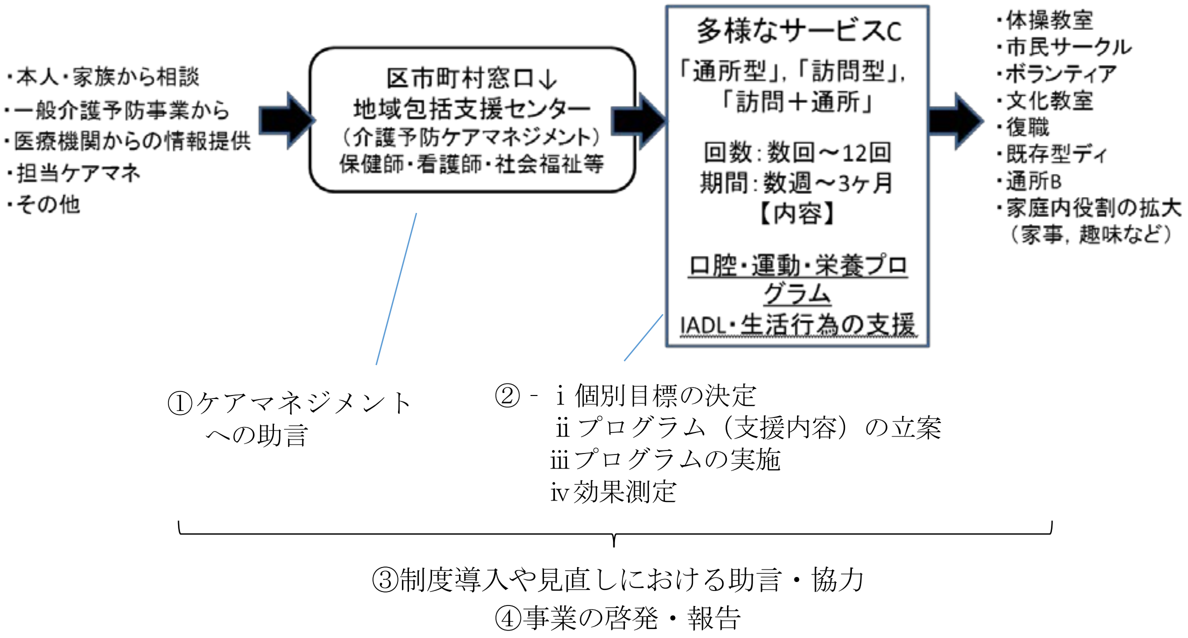


図６　サービス開始から終了までの流れとリハ職の関与場面

2）通いの場や他の事業との一体的な展開

サービス C 終了後の利用者の移行先をみると、地域の体操教室やサロンなどの通いの場に利用者として、またはボランティアとして繋がったケースが少なくない。バスの利用や商店での買い物が定着した者も複数みられる。介護予防給付サービスからサービス C へ移行するケースもある。こうしたことが可能なのは、公式・非公式の地域資源の整備が行われており、互いに連携できる状況になっているからである。

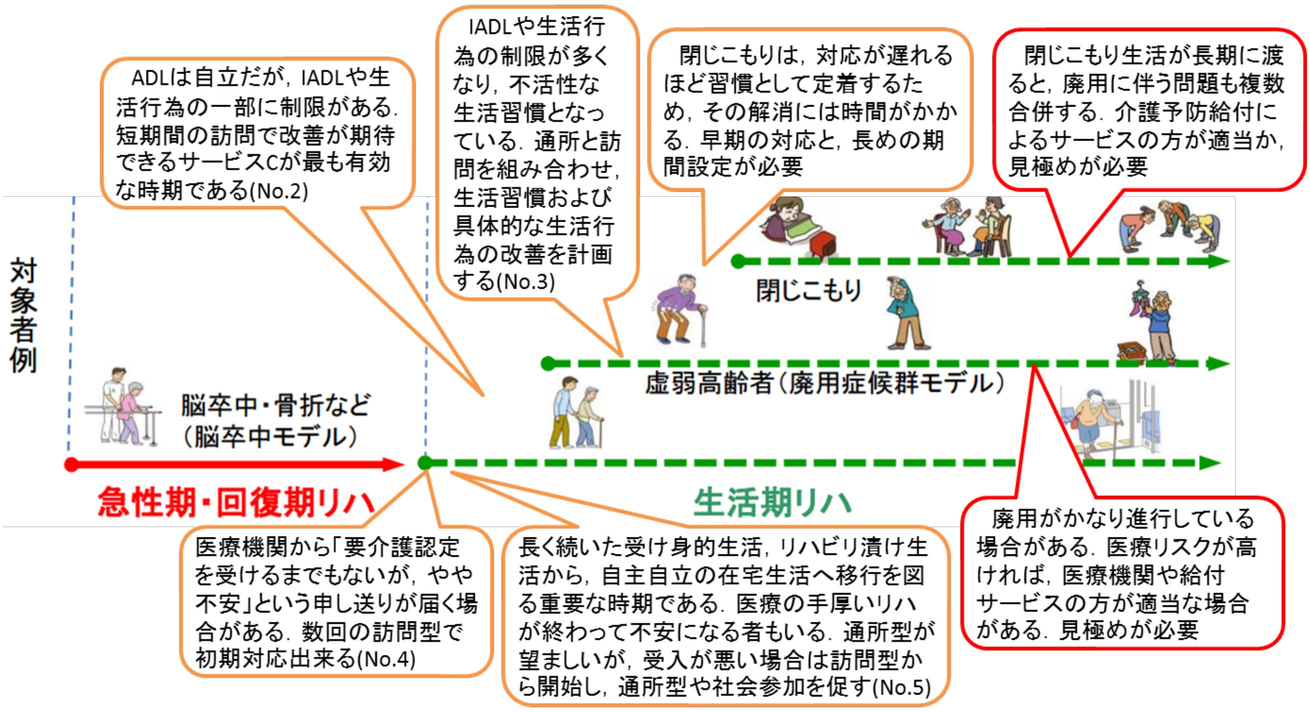
サービス C の業務だけに捕らわれることなく、他の事業や地域資源の整備状況を踏まえた展開を意識的に進める必要がある。

3）サービスの目的と内容および対象者を想定した仕様設計

サービス C の仕様を決める際には、サービスの目的と内容、および想定される対象者とのマッチングの十分な吟味が重要である。例えば訪問型サービス C 事業の導入目的を「閉じこもり高齢者を通所サービスにつなげる」と計画し、そうした対象者を受け入るのであれば、訪問回数と期間は長めに設定する必要がある。本事例調査では、最低でも週 1 回 3 か月の訪問を要していた。逆に、「一つないし二つ程度の IADL・生活行為に問題がある方」を対象にするのであれば、訪問回数は少なめの仕様でもよい。

通所型サービス C 事業の導入目的を IADL・生活行為の向上にするのであれば、サービス内容は一般的な運動器改善プログラムだけでなく、生活行為の目標を明確に設定し利用者と合意形成するなどサービス内容を検討し、仕様書に盛り込めるとよい。通所型は訪問型との一体的なサービス提供の方が IADL・生活行為の改善に有効であることが本事例調査からも明らかなので、これを優先して検討すべきであろう。

以下に、事例調査から浮かび上がった対象者の特徴と対応のポイントを示す。どのような対象者を想定するのかによって、サービス C の仕様も変わる。



吹き出し内の No.は巻末付録事例のナンバーと対応

図 4　典型的な対象者の特徴と対応のポイント

第四章　人口規模別の行政における企画推進の実際と受託先の取り組みの留意点

この章では、リハビリテーション専門職を積極的に活用し、通所型・訪問型短期集中事業や地域リハビリテーション活動支援事業に取り組んでいる市町村の事例や、市町村から事業を委託され取り組んでいる事業所等の事例について、取り組みの実際とその留意点について、まとめている。

Ⅰ．人口規模別行政における企画推進の実際と留意事項

ここでは、都市型、10 万人前後の市型、３万人前後の町型について、介護予防及び通所型・訪問型短期集中事業や地域リハビリテーション活動支援事業の取り組みの実際の特徴や取り組みの留意点をまとめている。

１．大都市型

1）荒川区の概況

荒川区は総面積 10.16 ㎢で起伏の少ない平坦な地域である。下町らしさを残す一方、工場の跡地などの再開発が進み、大規模な集合住宅の建設が増えている。若いファミリー層を中心とした人口流入もあり 1990 年代まで減少していた区全体の人口の増加がみられ、H29 年 1 月 1 日現在、総人口 212,113 人に対して 65 歳高齢者人口は 49,401 人で要介護認定者数 9,184 人となっている。高齢化率は 23.18%となっており都の平均を下回り、2035 年においても 25.6%と 23 区や都の平均を下回ると見込まれている。また、平成 18 年度以降、要介護認定率が増加し、国や都の水準を上回る状況だったが、平成 24 年度以降は下回る水準となっている。

平成 27 年度からは 65 歳以上の高齢者に対しては区内 8 か所に設置されている地域包括支援センターの職員が「基本チェックリスト」を実施、事業対象者の把握に努め、事業対象者・要支援者の状態により一定期間、介護予防・生活支援サービス事業を実施し、改善後は一般介護予防事業やボランティア活動などの社会参加につなげる事で介護減少・重度化予防を図っている。また、地域ケア会議をすべての圏域にて毎月開催し、介護支援専門員、専門職、行政の関係課とともに地域課題の把握や自立支援に向けての支援方法の検討を行い実践につなげる取り組みを進めている。

2）介護予防への取組と課題

(1) 介護予防への取り組み

対象者の把握にあたっては地域包括支援センターにて相談対応した高齢者に対しての基本チェックリスト実施や新規要介護認定申請または更新認定にて要支援者になった者、行政からの要支援者および非該当者の情報提供や一般介護予防事業の会場やサロンの会場、自治会や高年者クラブなど地域の高齢者の集いに出向き介護予防の啓発活動や事業紹介を通じて行っている。また、薬局や接骨院、銭湯、対象者の家族や高齢者みまもりネットワーク登録者へも同様の働きかけを行うなど様々な形で対象者の把握に努めている。

アセスメントを実施する際には基本チェックリスト・主治医意見書・認定調査結果からは導き出されない日常生活行為の状況を把握できる 32 項目を追加した様式を使用し、対象者の在宅における生活行為の実行レベルと機能レベルを把握することで、その課題及び目標に対応した介護予防のメニューを選定し、自立支援に向けた取り組みを対象者と支援者側が一体となり支援してゆく事に留意した個別の予防プログラムを実施している。また、対象者のケースを地域ケア会議へ付議する事で理学療法士・作業療法士、管理栄養士、歯科衛生士など専門職が関与する機会が生まれ、それにより生活行為や社会復帰の実現に向けての具体的取組の立案と実施がなされている。自立、または自立度が向上した対象者に対しては一般介護予防事業への参加にとどまらずサロンや地域活動のリーダーとして、ボランティア活動の担い手として活躍できるよう働きかけを行っている。活躍の場となる新たなサロン会場や地域活動の場の開拓も年々進めており、生活圏域での活動をしやすい環境作りを図っている。また、平成 28 年度からは地域ニーズの把握や担い手の育成に力を入れ、既存の活躍の場以外での高齢者の社会参加が実現できるよう取り組みを進めている。

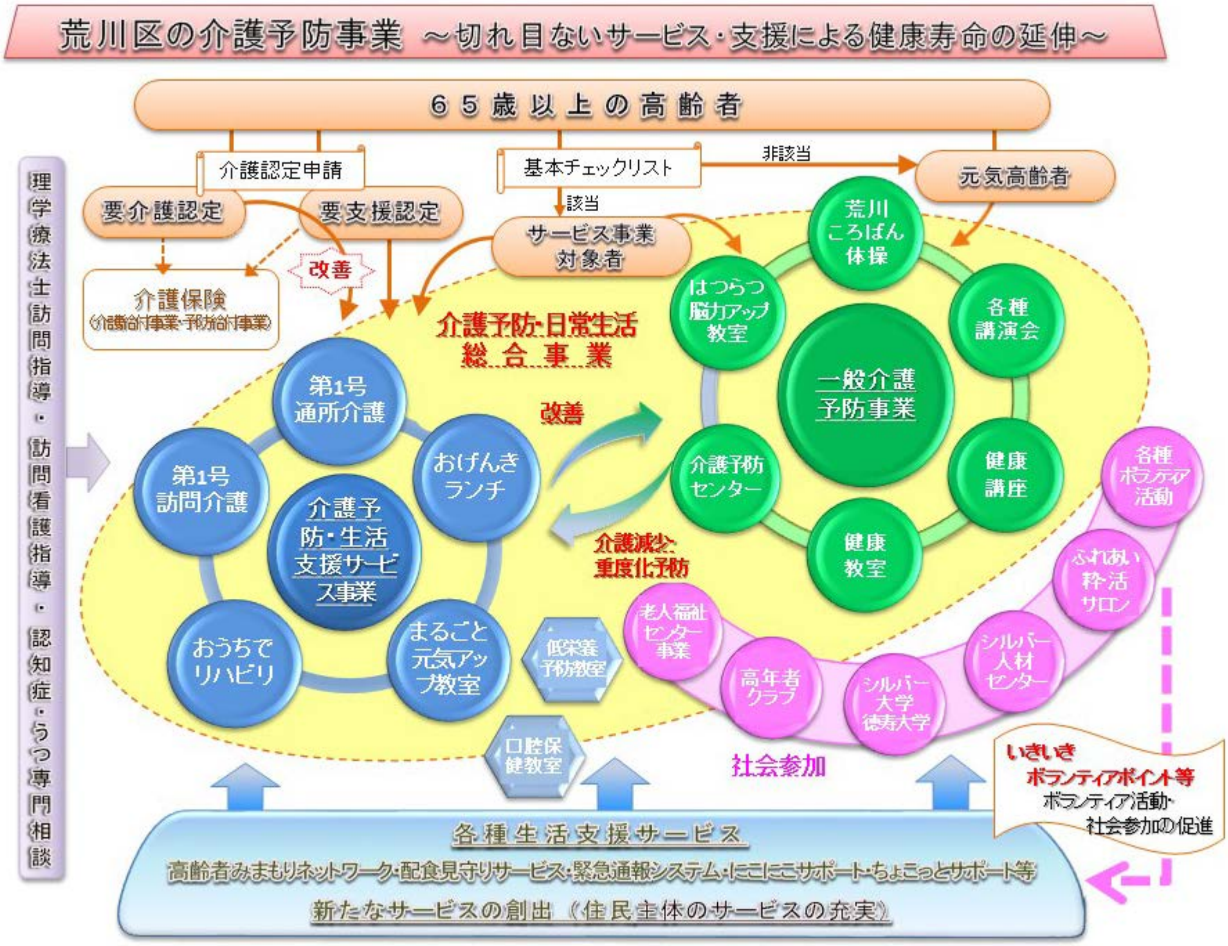
(2) 介護予防事業実施における課題

生活機能の改善が期待できる対象者に対してはリハ専門職の関与によりADLやIADLのアセスメントや評価及び改善プログラムの立案が実現でき、さらにはリハ専門職とサービス提供者事業者が連携を図る事でより効果的なプログラムを提供できると思われる。そのうえで生活機能の改善により自立と生活向上が図れるといった成功事例やプログラムについての説明を様々な方法で対象者や家族へ周知、理解を浸透させてゆく必要がある。また、状態が変化（向上）した対象者、いわゆる卒業者向けの活動の場が一般介護予防事業だけではなく、生活支援サービスの担い手や社会活動につなげる方法や仕組みや場所つくりが必要であり、圏域内の高齢者がどのような活動や仕事なら出来るのか、どのような事を支援して欲しいのかニーズを把握した上でボランティア活動や就労に繋がり易い仕組みや環境調整を図ってゆく事が大切である。また、一般介護予防事業や地域高齢者の活動の場となっている施設で通所型短期集中事業を実施する事で一般介護予防事業や地域高齢者の活動を対象者がイメージしやすくなり改善後の活動の場としてつなげやすくなると考える。

通所型短期集中事業では事業により異なりますが概ね4か月から1年を目安とし、健康、医療、介護、リハビリの専門職による運動機能、口腔機能、栄養状態の改善に向けた短期集中的回復プログラムを実施している。事業によっては支援者による自宅訪問、事前面接が実施されない為、アセスメントが不十分になる可能性がある事、月途中からの開始が出来ない、必要な時期の事業開始が出来ない、送迎サービスの無い事業もある為、生活圏域外の対象者が利用できない、実施曜日、時間帯が限定されている為、個々の対象者の行動予定の状況により参加が出来ない事がある。これに対しては公営住宅やマンションの集会室等を会場として利用する事で実施曜日や時間帯が拡大され柔軟に対応できるようになると考える。

３）介護予防事業の体系

高齢者がどのような状態になってもいつまでも地域で暮らす事ができ重度化予防と改善、ボランティア活動や社会参加の実現や継続ができるよう「介護保険」「介護予防・生活支援サービス事業」「一般介護予防事業」「各種生活支援サービス」を活用し、切れ目ない支援を継続する事で健康寿命の延伸を目指している。



出典:荒川区資料

【介護予防・生活支援サービス事業】

①訪問型サービス

名称	内容	時間・頻度・期間など	自己負担
第一号訪問介護	調理や掃除などをヘルパーが一緒に行う事を通じ、対象者自身の出来る事の拡大を図る。	1回45分 ①週1回程度 ②週2回程度	①1,332円(一か月) ②2,662円(一か月)
おうちでリハビリ ＊短期集中事業	リハビリ専門職が介入し、日常生活上の課題に対する取組を対象者と決定、ヘルパーと一緒に実施、生活行為の改善を図る	週1回　3か月 ①20～44分 ②44分～90分未満	①200円（一回） ②250円（一回）

②通所型サービス　＊一定以上の所得のある場合、自己負担は2割

名称	内容	時間・頻度・期間など	自己負担
第一号通所介護	食事・入浴等のサービスや体操を通じて生活機能向上を図る	①週1回程度 ②週2回程度	①1,796円(一か月) ②3,681円(一か月)
まるごと元気アップ教室＊短期集中事業	ふれあい館にて運動中心に栄養・口腔機能向上・認知症予防を図る（送迎有）	週1回　2時間 4か月（全17回）	利用料100円
おげんきランチ ＊短期集中事業	デイサービスセンターにて食事提供・運動・栄養・口腔機能向上・認知症予防を図る（一部送迎有）	週1回　3時間程度 一年間	利用料100円 食事代500円
口腔保健教室	嚥下能力の判定や実習を交えるなど、口腔機能低下予防を図る	適宜開催	無料
低栄養予防教室	栄養バランスや食べ方の工夫などの講習や実習を通じ低栄養予防を図る	適宜開催	無料

【一般介護予防事業】

名称	内容	運営・会場など	回数・頻度	費用
荒川ころばん体操･せらばん体操	転倒予防体操。足・腰・体幹の筋力アップやバランス感覚向上を図る	養成講座を卒業したリーダーが運営。会場は26か所	各会場により異なる	無料
はつらつ脳力アップ教室	運動・脳トレ・調理・創作活動・仲間つくりなどの取組を通じ脳の活性化を図る	公共施設が会場	全20回	材料費300円以下/回
各種講演会･健康教室・講座	認知症・尿失禁・口腔保健・低栄養・ひざ痛などの講演会を実施	公共施設などが主会場。要望があれば地域団体の活動の場にて開催	年間計画で開催。要望により適宜開催	無料
ふれあい粋･活サロン	体操･脳トレ･歌･映画鑑賞･飲食・カラオケ・健康麻雀・生花・手芸・折り紙など会場により様々な活動を展開	荒川区社会福祉協議会が主催。町会会館やふれあい館など地域の身近な場所で住民・民生委員などのボランティアが運営。約60か所	週1回･月1回･隔月開催など会場により異なる	一部有料
健康アップステーション	体組成・血圧測定、相談員による健康つくりや介護予防に関する相談、情報提供、ミ	荒川区社会福祉協議会が主催。老人福祉センターに開設。	週3回。ミニ講座は不定期	無料

	ニ講座の開催			

【生活支援サービス】

名称	運営・目的・内容・報酬など
シルバー人材センター	シルバー人材センターが運営。60 歳以上の会員が家庭・会社・公共の仕事を通じ生きがいと地域社会の活性化を図る。雑草駆除・襖張替・大工仕事・事務仕事などを有償にて行う
いきいきボランティアポイント制度	65 歳以上が対象。ボランティア活動を通し社会参加・地域貢献、高齢者自身の介護予防の促進を図る。介護保険施設等において、レクリエーションの手伝いや話し相手、外出や屋内移動の補助などを行う。活動に参加する事でポイントが付き、貯まったポイントに応じて現金と交換
荒川ボランティアセンター	社協が運営。多様で幅広い領域でのボランティア活動・市民活動の推進と支援、コーディネイトを図る。一部有償

【社会参加活動】

名称	運営・目的・内容・報酬など
シルバー人材センター	シルバー人材センターが運営。60 歳以上の会員が家庭・会社・公共の仕事を通じ生きがいと地域社会の活性化を図る。雑草駆除・襖張替・大工仕事・事務仕事などを有償にて行う
いきいきボランティアポイント制度	65 歳以上が対象。ボランティア活動を通し社会参加・地域貢献、高齢者自身の介護予防の促進を図る。介護保険施設等において、レクリエーションの手伝いや話し相手、外出や屋内移動の補助などを行う。活動に参加する事でポイントが付き、貯まったポイントに応じて現金と交換
荒川ボランティアセンター	社協が運営。多様で幅広い領域でのボランティア活動・市民活動の推進と支援、コーディネイトを図る。一部有償

【その他】

名称	内容	回数・期間・費用
理学療法士専門相談	65 歳以上が対象。リハビリ専門職が関わり ADL 評価、自宅で実践できるリハビリ・住宅改修・介助方法のアドバイス、デイサービス等へつなげる、対象者や家族へのリハビリへの意識レベルの向上を図る	1 回（評価の必要がある場合は 2 回）。無料

4）介護予防におけるリハ専門職に期待される役割と効果

(1) リハビリ専門職の役割と効果

地域ケア会議やサービス担当者会議等を通じ、対象者に対してデイサービス等においてリハビリを実施しているが生活行為の拡大や改善を図る為の具体的かつ効果的な取組みが充分できていないケースが確認される事である。ケースによってはリハビリ専門職の関与を開始する事により、対象者の課題や目標とする生活、支援方法をより明確かつ具体的にする事でき、対象者自身の意欲向上や意識の変化、介護サービス提供事業所や介護支援専門員、家族等の関係者の取組の変化にもつながり、生活行為の改善や介護保険サービスからの卒業といった結果に結びつける事が確認できている。また、認知症や高次脳機能障害を持つ対象者へのリハビリ専門職の関与による改善の効果も期待されています。地域包括支援センター、介護支援専門員、サービス事業所などの支援チームが個々のケースを通じてリハビリ専門職と連携し一つ一つの成功事例を積み重ねる事によりリハビリ専門職の役割と効果についての理解を深め、次の成功事例につなげてゆく事が実現できると考える。

(2) リハビリ専門職の活用事例

【理学療法士専門相談】要介護認定の有無を問わないADLに課題のある高齢者に対し、自宅訪問し、評価後、日常生活動作に支障をきたす原因を示し、それに対して改善する為の具体的な取組みを示し、また対象者自身のみならず、介護支援専門員や対象者が利用しているサービス提供者、家族ともADLを阻害している原因や改善方法を共有する事が出来ている。また、自宅で実践できるリハビリ・住宅改修・介助方法のアドバイス、デイサービスへつなげるなど効果的かつ適切な支援方向に導けている。
【おうちでリハビリ】生活行為に課題のある要支援者・事業対象者に対しリハビリ専門職が評価を行い、IADLの向上を目的とした個別ケアプランを作成します。それに基づきヘルパーと機能改善プログラムを実施。また必要な日常生活行為（買い物、介護予防事業への参加を含む）を利用者とともに実施し、具体的な方法を示す事で改善を図る事が出来ている。
【ケア会議への参加】圏域毎に開催されている地域ケア会議のアドバイザー・助言者として参加。リハ専門職の視点で介護支援専門員やサービス実施事業者へ自立支援に向けての具体的取り組み方法の助言、個別相談対応を実施している。
【研修講師活動】主に地域で活動している介護支援専門員を対象とした研修にて生活行為改善に向けての考え方や効果的な生活行為の具体的改善支援方法に関する学習会の講師として活動している。
【作業療法士による生活支援研究】訪問型・通所型サービスを実施している要支援者に対し、リハ専門職による生活支援研究を実施。リハ専門職の介入による生活機能改善の効果についての検証を実施している。

(3) リハビリ専門職がより地域で活躍するには

対象者への支援の実践過程においてリハビリ専門職が関与する事で介護支援専門員や介護サービス事業者等の支援者自身がリハ専門職の役割の理解を高め、対象者へのリハ専門職の関与の必要性を見極める力や適切な支援の視点が強化されるようになり支援を実施する際には対象者と支援者、リハ専門職が一体となり情報共有、支援の方法、方針等を決定、実践する事が可能となる。また一般高齢者や対象者の重度化予防と改善、ボランティア活動や社会参加の実現に向けての取組を推進してゆく為にもリハビリ専門職の視点や関与がより良い効果を生み出す事が期待される。

荒川区では20万規模の人口に対し14か所の病院、147箇所の診療所、18か所の訪問看護ステーション、3か所の老人保健施設、6か所のディケアがあり（H28年10月調査時）、その中で多くのリハビリ専門職が活躍している。より一層、在宅においてリハビリ専門職の関与や活躍の機会を増やしてゆくためには在宅サービスの担い手として活動している以外のリハビリ専門職が所属している医療機関や団体に地域でリハビリ専門職が活躍できるような体制作りの必要性を理解してもらう為の取組が必要である。医師会、行政、介護サービス事業所、地域包括支援センター等で構成されている在宅療養連携推進会議や介護サービス事業者連絡会などを通じ、多職種を巻き込みながらリハビリ専門職の役割や活用の利点を共有する機会を増やしてゆく事も大切と考える。また、地域ケア会議において地域の様々な医療機関や事業所にて活動しているリハビリ専門職に働きかけ、助言者として参加してもらう事も有効です。地域ケア会議にて検討に関与したのを機に個々の対象者へのリハビリ専門職の関与が始まり、更には多職種連携が深まり効果的な実践につながる成功事例も生まれている。様々な連携活動を通じる事でリハビリ専門職と多職種との相互理解が高まり、リハビリ専門職が地域において何が求められているかが明らかになり、地域でのより良い介護予防の実践につながると考える。

2. 地方市型

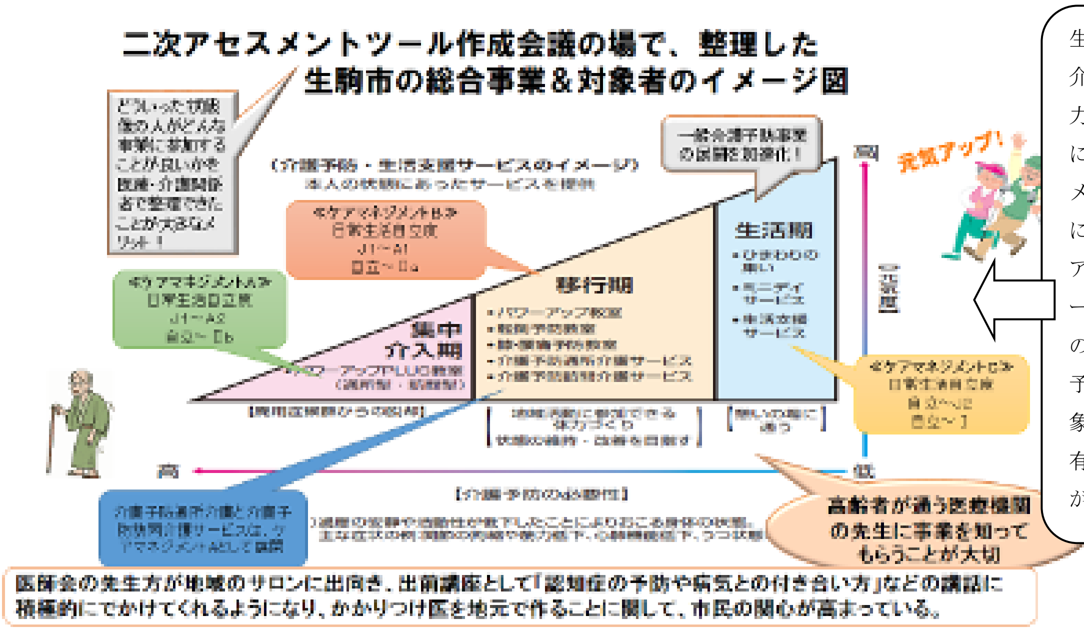
1） 生駒市の概況

生駒市は、昭和 40 年代に宅地開発され、人口が急速に増えた街であり、団塊の世代の方々が多いことや坂道の多い街並みが特徴である。生駒市は、南北に細長い地形を呈しており、面積は 53.15 ㎢で、北から南への移動は車でおおよそ 40 分要する。人口は 121,802 人で、高齢化率は 26.3%（H29.1 末現在）だが、平成 37 年には人口は 120,870 人で高齢化率は 29.7%になる見込みであり、今後急速に高齢化が進む街でもある。高齢化が進む点において特に着目しているのは、2015 年から 2025 年にかけての後期高齢者の伸び率が全国 1.32 倍に比し、本市は 1.7 倍と全国上位 5%に位置している。このような背景もあり、介護保険制度がスタートする前より介護予防に力点を置いた施策展開を進めてきている経緯がある。

2） 介護予防の取組について

介護予防の取組に関しては、平成 11 年に高齢者の実態把握を行い、真に必要な介護予防事業とは何かを探求し、結果的には地域で気軽に通える事業が必要だという結論に至り、介護予防ボランティア養成講座を実施。当時から既に介護予防教室の運営を住民主体に任せる方針を打ち出し、住民主体の介護予防事業も早くから創り上げてきた。平成 16 年には「高齢者筋力向上トレーニング事業」という国のモデル事業に参画し、「要介護 2」までの高齢者の自立を目指す事業を確立させ、卒業生がボランティアとなる仕組みを作り上げてきた。その中で課題と感じていたのが、通所型で元気になる取り組みを行っても自宅や地域に帰った後のセルフケアの定着や IADL の拡大につながらなかった人が一部いたということである。その課題を解決するために平成 24 年に「市町村介護予防強化推進事業」という国のモデル事業に参画し、再度「要介護 2」までの高齢者を対象に、IADL の改善を目指す事業として、現在の総合事業における短期集中の「訪問型 C」と「通所型 C」を連動させた事業を創出することにつながった。総合事業においては、「介護予防・生活支援サービス事業」では、短期集中 C の事業が複数あるのが特徴的で、他には通所型 B として住民主体のミニデイサービスとして会食サロンも開催、訪問型 B としてシルバー人材センターによる生活支援サービスなどがある。一般介護予防事業の展開においては、前期高齢者向けの介護予防事業と後期高齢者向けの介護予防事業に棲み分けを行い、より効果的な介護予防事業の展開を目指している。

生駒市の介護予防の取組については、下のような体系図を独自で創出している。



生駒市内の医療・介護関係者の協力の元、総合事業におけるアセスメントを効果的に展開する「二次アセスメントツール」を作成するのと同時に、介護予防の事業や対象者を整理し、共有化しているのが特徴である。

3）介護予防の体系図

介護予防・日常生活支援総合事業

一般介護予防事業

１．介護予防把握事業
- 元気度チェック（75歳以上の高齢者で市が未把握者）
- 日常生活圏域ニーズ調査

２．介護予防普及啓発事業
- のびのび教室（体操教室）市内22ヶ所・24グループ
- コグニサイズ教室　市内２ヶ所・４グループ
- 認知症予防教室　市内３ヶ所・４グループ
- 認知症予防料理教室　市内１ヶ所　１グループ
- 介護予防教室（出前講座）年間40回程度
- 地域型ひまわりの集い（会食サロン）　年間22回
- エイジレスエクササイズ　市内１ヶ所　２グループ
- 送迎付き一般介護予防教室　市内１ヶ所　３グループ

３．地域介護予防活動支援事業
- いきいき100歳体操　市内10ヶ所　13グループ（拡大中）
- わくわく教室　市内８ヶ所　９グループ
- 地域型認知症予防プログラム　市内１ヶ所　２グループ
- 徘徊模擬訓練　市内６ヶ所

４．一般介護予防事業評価事業

５．地域リハビリテーション活動支援事業
- 研修会　年１回
- 体力測定と健康体操の実技指導　年24回程度

介護予防ケアマネジメント

介護予防・日常生活支援サービス事業

１．訪問型サービス（第１号訪問事業）

①訪問介護：指定
②訪問型サービスB：委託１ヶ所（週１程度）
③訪問型サービスC：直営１ヶ所（週１～月１程度）

２．通所型サービス（第１号通所事業）

①通所介護：指定
②通所型サービスB：委託１ヶ所（週１・隔週の２クラス）
③通所型サービスC：委託３ヶ所（送迎有）、直営１ヶ所（送迎無）
（週２：２教室、週１：４教室）
＊週２教室は、IADLに着目した訪問型Cとのセット利用が条件

3）介護予防体系図の【介護予防・生活支援サービス事業】の詳細について、以下に示している。

（1）訪問型サービスについて

訪問型サービスは、従前相当の介護予防訪問介護（指定）、訪問型サービスＢ（委託）、訪問型サービスＣ（直営）の３種類を用意して、総合事業を移行させたが、訪問型サービスＡが平成 29 年３月末をもって終了となるため、新たに訪問型サービスＡを指定という形で創出することになった。訪問型サービスＡの委託先は、シルバー人材センターで、モデル事業の期間を含めると４年半サービス提供に務めていただき、１件のクレームも事故もなく大変利用者には喜ばれていたが、コーディネートする方が退職されたことや老計１０に関する縛りもあり、委託先の独自事業拡大に努めるという意向の中、やむなく終了という形になった。

今後は、生活支援体制整備の一環として、小地域の中でのワークショップ等を進めていく中で、第２層の協議体の設置を始め、訪問型サービスＢができそうなエリアからモデル地域を設定し、補助の形で地域の支え合いを促進していく予定である。また、介護人材の確保という面に関しては、新たに指定の訪問型サービスＡも導入し、訪問介護員として活動していたＯＢや短時間の労働なら可能だという若い主婦層も新たな生活支援の担い手として確保できるような仕掛けをしていきたいと考えている。以下、本市の具体的なサービスを掲載する。

①従前相当の訪問介護【指定】

介護予防訪問介護と同様の条件で展開している。新規指定も行っており、新たな事業者の参入等も今のところは制限していない状況である。

②訪問型サービスＡ【指定】（平成 29 年４月より開始予定）

平成 29 年２月に訪問介護事業所向け説明会を実施し、３月から指定を受付、４月から開始できる流れを考えている。

運営基準や費用については下記のとおりである。

介護予防訪問介護相当サービス	訪問型サービスＡ（緩和した基準によるサービス）
○１月当たりの報酬単価を設定 ○サービスコード：A1（みなし指定） A2（平成27年４月１日以降指定） 週１回程度　1,168単位／月 週２回程度　2,335単位／月 週２回超　3,704単位／月 １単位あたりの単価　６級地　10.21円	○１回当たりの報酬単価を設定 ○有資格者（訪問介護員等）と無資格者との賃金水準の差に着目し、単価を約18%減額 ○サービスコード：Ａ３（緩和した基準によるサービス） 週１回程度　219単位／回 月４回超の場合　962単位／月 週２回程度　219単位／回 月８回超の場合　1,894単位／月 週２回超　219単位／回 月12回超の場合　2,846単位／月 １単位あたりの単価　６級地　10.21円 ※別紙、厚生労働省からの通知（生活援助等の見直し）のように、介護保険法の改正が行われた場合は、訪問型サービスAの報酬は変更となる可能性があります。

介護予防訪問介護相当サービス	訪問型サービスA（緩和した基準によるサービス）
加算 ①初回加算　200単位／月 ②生活機能向上連携加算　100単位／月 ③介護職員処遇改善加算　（Ⅰ）13.7% （Ⅱ）10.0% （Ⅲ）5.5% （Ⅳ）（Ⅲ）×0.9 （ｖ）（Ⅲ）×0.8 ※処遇改善加算については、平成29年度から上記に変更予定 減算 ①集合住宅に居住する利用者に対する減算　90／100	加算 ①初回加算　200単位／月 ②生活機能向上連携加算　なし ③介護職員処遇改善加算　（Ⅰ）13.7% （Ⅱ）10.0% （Ⅲ）5.5% （Ⅳ）（Ⅲ）×0.9 （ｖ）（Ⅲ）×0.8 減算 ①集合住宅に居住する利用者に対する減算　90／100

③訪問型サービスＢ【委託】（平成 29 年 3 末で終了）

シルバー人材センターに委託をして、実施している。市の一定の研修を受講した方に限定して活動をしてもらい、主に老計１０の内容を順守していただきながら、地域包括支援センターが計画する内容に基づき、実施をしてもらっている。

１回あたり１時間が基本で、活動費 1,300 円を支払っており、うち事務費が 1,140 円、利用者負担は 160 円という設定にしている。毎回、活動記録を記載してもらい、利用者に変化があればそれを地域包括支援センターにフィードバックしていただく体制を整えて実施している。

④訪問型サービスＣ（短期集中型）【直営】

短期集中Ｃの訪問型サービスについては、後にお示しする通所型サービスＣのパワーアップＰＬＵＳ教室と連動した形で、利用者においては両方をセットで利用してもらうことを条件としている。それは、より要介護１に近しい状態像の方々が利用されるということから、ＩＡＤＬの改善に向けた対応方法をしっかりと家庭での様子を踏まえながら、助言・指導できる機会を設け、個々の課題については、通所型Ｃで確認し、必要に応じて個別指導ができる流れを整えることにより、早期に課題解決につながるからである。今後は、パワーアップＰＬＳＵの通所型サービスＣ以外の利用者でもＩＡＤＬ改善に向けた訪問型サービスＣを単発で利用できる仕組みに事業を拡大していきたいと考えており、サービスの供給体制としてセラピストをどう確保するかが課題となっている。

現在、訪問型サービスＣは直営で実施しており、保健師と理学療法士もしくは作業療法士が利用者宅を同行訪問する形で、現地では地域包括支援センターも合流し、3 者で利用者及び家族の困りごとを確認しながら、ＩＡＤＬの改善に向けた助言・指導や活動・参加につながるような役割や居場所の選定、行動範囲が拡大できるようなセルフケアの方法や外出手段の確保に向けた個別指導等を実施している。

実際の体制については、本市にはリハビリ職が正規職員や臨時職員としているわけではないので、市内の回復期病院にご協力いただき、地域包括ケアの構築の一助となるということも踏まえ、業務の一環としてセラピストの先生方を派遣していただいている。病院や施設の中ではどうしてもセラピストと患者（利用者）は１対１の関係性の中での個別指導が中心であることから、患者や利用者が地域での生活者としての視点や個々の生活環境によって幅広い支援がセラピストには必要だということがある。また、「急性期リハ」⇒「回復期リハ」⇒「地域リハ」という一連の流れをセラピストが知ることにより、病院内（施設）での関わりも大きく変化するという病院理事者の理解があり、病院としてこの事業を受け、職員を派遣するというスタイルをとっていただけた。よって、セラピストの活動における費用も個人に支払うのではな

く、病院に支払う形で市との病院の間で契約を交わしている。
費用面についても病院側と市で協議を行い、１回あたり、おおよそ３件の訪問を実施していただくことや地域包括支援センターが立案したケアプランの計画に沿った内容での助言・指導、報告書作成という一連の流れを行うものとして、23,000 円の報償費を支払っている。ちなみに費用算定の根拠としては、訪問リハビリの時間単価を参考にしている。

（2）通所型サービスについて

①従前相当の通所介護サービス

介護予防通所介護と同様の条件で展開している。新規指定も行っており、新たな事業者の参入等も今のところは制限していない状況である。

②通所型サービスＡ（実施は未定）

本市は短期集中Ｃのサービスを中心に通所型は作り上げてきており、訪問介護事業所と比し、通所介護事業所においては人材確保が急務ではないため、早急に通所型サービスＡを整備する予定は今のところない。第７期の介護保険事業計画策定において、どの程度のサービス量が必要かを全体的に見極め、従前相当の通所介護サービス等で短時間利用のサービスについては、今後、独自基準を設けていくことも検討が必要ではないかと考えている。

③通所型サービスＢ

現在、週に１回と隔週１回の教室を生駒市健康づくり推進員連絡協議会に委託して実施してもらっている。主なサービス内容は、会食を必須としたミニデイサービスの運営で、毎回、旬の素材を活用した四季折々の料理を会場で作っていただいているので、五感を使って料理を楽しみ、食することができる。毎週（1 ヶ所）と隔週（1 ヶ所）の教室があるが、毎回のレクリエーションの内容や献立を考え、食材を購入し、当日は下ごしらえを行い、利用者の受付、食材料費の徴収、レクリエーションの実施、調理、配膳、下膳、お見送り、片付け、報告書作成するという一連の流れをモデル事業時代（H24.10～）から継続して実施していただいている。

要支援状態の方々や認知症の方も参加しているが、物忘れの目立つ参加者もこの日だけは忘れずに来所するという温かい雰囲気の教室である。

団体への委託金は2,232,260円で、主に下記のような積算で委託料を算定している。
（費用）　一人当たり300円（食材料費徴収）

今後は、生活支援体制整備の進捗に合わせて、住民主体の通所型サービスＢや一般介護予防事業での通いの場を拡充していくことを考えている。

④通所型サービスＣ
◆パワーアップＰＬＵＳ教室（集中介入期：生駒市社会福祉協議会に委託）

主に要支援２や要介護１の状態像の方までを対象としているのが特徴で、訪問型サービスＣとセットで利用することが条件となっている。送迎の必要な方には送迎をつけ、週に 2 回、１回あたり２時間程度、3ヶ月を１クール（定員15名）とし教室制のスタイルで2教室の運営をしていただいている。従前相当サービスや通所型サービスＢは随時、利用できるが、短期集中Ｃのサービスだけは、3 ヶ月の利用を基本として、随時受け入れるという体制はとっておらず、緊急やむを得ない方のみ途中参加を認めている状況である。なぜ、教室制としているかについては、入る時期（入口）と終わる時期（出口）を決めておくことで、一緒に参加を始めた人同士の仲間意識が芽生え、互いに励まし合い、支え合う仕組みが生まれやすい特性を生かしているからである。実際、卒業生からなるＯＢ会があり、毎回教室終了前になるとＯＢ会の会長が勧誘に来ている。ＯＢ会では、カラオケ会や食事会、サロンなど定期的な集いの場がある。教室のスタッフは、理学療法士もしくは作業療法士が１名、看護師１名、介護福祉士１名、運動実践指導者各１名の配置がなされ、そこに卒業生のボランティアや一般のボランティアを含めて５名程度が無償でお手伝いに来ている。教室のカリキュラムは、集団のプログラムと個別のプログラムがあり、集団では主に筋力強化や柔軟性、持久力アップやバランス能力を高めるものを実施し、パワーリハビリのマシンとセラバンドやバランス訓練等を実施しながら、訪問型Ｃでアセスメントしてきた内容に基づき、ＩＡＤＬの向上を含めた個別指導が別途なされる。認知症の方には長谷川式やMMＳＥなどのテストも作業療法士が実施し、個々に応じた自宅での役割の創出などに向け、個別提案を行うようにし、訪問型Ｃとの指導を連動させている。

事業費に関しては、委託料として下記のような積算にて生駒市社会福祉協議会に委託している状況で、一人当たりの単価としては5,400円ということになる。短期間の利用ということと、本人の努力や家族の支援も必要な事業であることから、利用者負担はとっていない。短期間で活動量をあげていくため、個人の相当な努力も必要だということもあり、従前相当サービスなど、継続してサービスを利用し続ける方々との差別化を図るために無料としている。

この教室の特徴は、3 ヶ月利用後にボランティアとなり担い手側に回る人たちが一定数生まれていることにあり、モデル事業（H24.10～）時代の 1 期生が今も教室のボランティアとして、活動を継続している。また、アルツハイマー型認知症と診断されている方が、4 年間、この教室が居場所となり、ボランティアで参加しているが、長谷川式もMMＳＥも悪化することなく、機能が維持していることから、短期集中Ｃの事業の大きな魅力を感じている。特にパワーアップＰＬＵＳ教室は、終了生たちが次期ボランティアとして参加することが多いため、その活動自体が居場所づくりであり、また新たな参加者へのピアカウンセリング機能も持ち合わせており、「もう、年だから・・・・」とあきらめがちな本人や家族に考えを改める機会を与えてくれている。

◆パワーアップ教室（移行期）　社会福祉法人２か所に委託

要支援１や相当者を対象に週に１回、３時間程度の複合型（口腔・栄養・運動）プログラムにて自重の運動を中心に健康教育的な内容を含めた実施となっている。必要な人には送迎をつけ、スタッフは、運動実践指導者、看護師、管理栄養士、歯科衛生士を各１名配置し、実施している。

市内の社会福祉法人に委託をして実施しており、教室数としては３教室ある。複合プログラムと健康教育が含まれているため、生活習慣を改める必要のある高齢者や口腔や栄養の課題を解決すべき人々が参加している。この教室も３ヶ月間の有期限の利用のため、利用料としては無料である。

◆転倒予防教室（移行期）　市の直営事業

要支援１や相当者を対象に生駒駅前で実施しているため、送迎はない。主にパワーアップＰＬＳＵ教室の受け皿として、生活期の地域の事業に帰る前のワンステップに利用されることが多い事業として位置付けている。教室内容は、座学で転倒リスクや転倒しないための環境整備について学び、転ばないための体作りを行う。１回あたり９０分で、理学療法士と運動実践指導者が各１名配置されており、ボランティアが１０名近く参加している。卒業生たちのＯＢで「いきいき１００歳体操」を実施しており、卒業後は地域の活動もしくはいきいき１００歳体操等に参加する方が多いのが特徴である。

4）リハ職に期待している効果について

（1）通所型サービスＣの場合

要支援１・２や事業対象者がサービス利用者であることから、言語聴覚士等が常時、通所型サービスＣに配置されるということは想定し難い為、理学療法士及び作業療法士に期待する効果について記載している。

理学療法士については、基本的な動作能力の回復や維持に向けた個別指導に期待をしている。対象の方々の特徴に整形外科的疾患を持ち、痛みを常に感じていることが多いため、その痛みを軽減するための動作指導や痛みと付き合うための方法論の提示など、個別具体的な提案に期待している。また、パーキンソン病等の難病の方も多く、単に筋力向上だけを行っても動作は改善されず、柔軟性の確保やゆっくり丁寧な動作を獲得することが大切だということなどを伝え、セルフケアの習得につなげていくなどの役割があると思われる。

一方、作業療法士については、入浴や家事動作の改善、趣味の再開等につないでいくための個別具体的な方法論を提案していきながら、あきらめていた動作の再獲得に向けた個別指導に期待している。また、認知症高齢者等においては、認知機能の簡易判定を始め、どの部分が特に支障が大きいかも含めて考え、個別具体的な生活指導へと結び付けていくことも大切だと考えている。理学療法士・作業療法士とも、教室内で提案した動作指導等については、家族にも伝え、家庭内でもフォローができる体制をとっていけるよう助言していただくなど、継続性のある指導にも期待している。

(2) 訪問型サービスＣの場合

理学療法士と作業療法士では、それぞれ得意な部門が異なるので、利用者の状態像や回復・改善したい事柄にマッチするセラピストを派遣することが大切であると思っている。ＩＡＤＬの拡大を目指すために訪問する場合は、主に作業療法士に介入してもらい、ベッドからの起き上がりや椅子からの立ち上がり、腰痛予防のためのセルフケアの運動指導については、理学療法士にお願いするなど、訪問目的別にセラピストを派遣することがより効果的な支援につながると考えている。時には、運動指導においては理学療法士に実施してもらい、体が整ってきてそろそろ目標としている畑の再開が近づいてきたという場合には、作業療法士に訪問してもらい、畑の動作指導を行ってもらうなど、ケースの心身の状態像の変化や目標に沿い、都度、必要なセラピストが派遣できることが理想だと考えている。

(3) 地域リハビリテーション活動支援事業について

地域リハビリテーション活動支援は、３つの役割があると思っている。１つは、住民向けにリスク管理についての教育指導を行ったり、安全に体力測定を行う方法を指導したり、或いは、楽しみながら体を鍛えるレクリエーション技術を伝えたりということができるということに期待している。

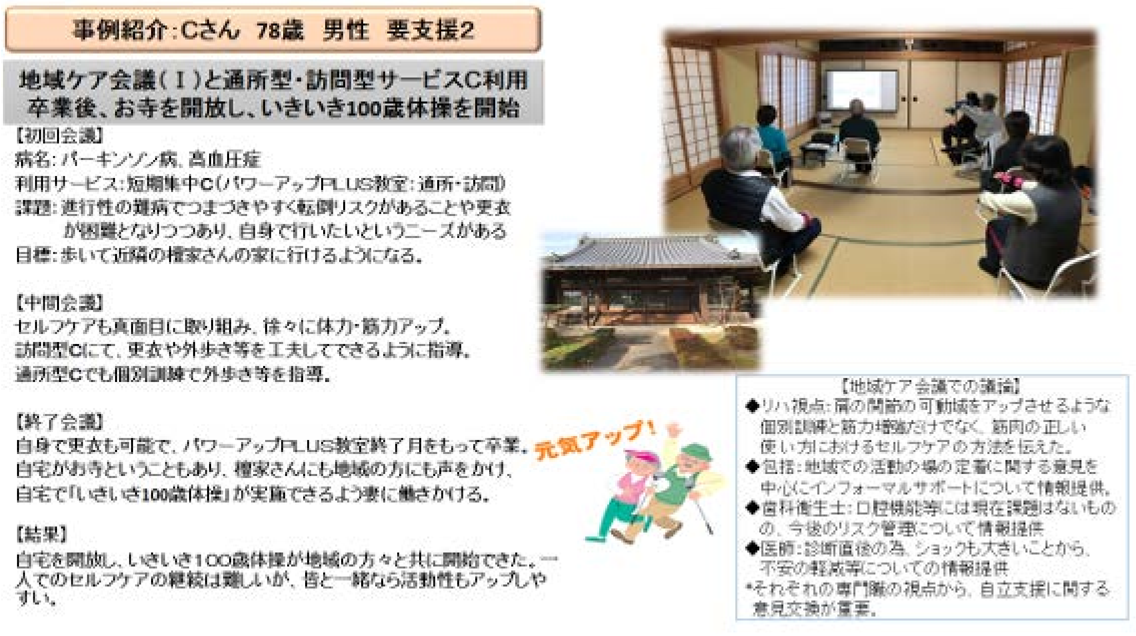
もう一つは、通所リハビリや訪問介護事業所向けに、自立支援につながる視点や方法論を伝授するなどの役割も果たせると考えている。昨今、生駒市においても訪問介護事業所での訪問介護員の高齢化に伴い、生活援助はできるが、身体介護が担えないという方が増えているため、身体に負担がない方法での身体介護の技術を習得することで、訪問介護の幅は広がると考えている。

また、通所介護においてもセラピストがスタッフにいないから、自立に導けないということはないため、要支援者の特性を理解し、お世話型サービスからの脱却を図る意味を知ることで、サービス提供内容も変わると考えている。そういったことへの気づきを促すためにも事業者向けにセラピストを派遣し、技術の習得を図ってもらうことも大切だと思う。

最後に、地域ケア会議への参加を招集し、セラピストの視点から課題の漏れや予後予測の視点についての具体的な支援内容等を議論することやリスク管理の面からの助言等、多くの役割が担えると期待している。

(4) 地域ケア会議の実施について

生駒市では、自立支援型地域ケア会議を平成２４年度から実施している。自立支援型地域ケア会議のメンバーには、理学療法士・作業療法士・看護師・管理栄養士・歯科衛生士・書面にて主治医・保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員等が総勢、２６名ほど参加している。その中でリハビリ専門職は、整形外科的疾患や精神疾患（認知症含む）、難病、重篤な内科的疾患がある高齢者に対して、課題の整理や目標・具体策について、本当に計画作成者が考えた内容で疑義がないのか、自立が目指せるのか、見逃している視点はないか、などの視点を大切にし、より良い支援の方針を巡って、専門的見地からの意見を述べている。多くのケースを議論する為、要点を絞り、端的に意見を述べなければならないため、慣れも必要であるが、地域で暮らしている高齢者ということを意識してもらうようお願いしている。



地域ケア会議の事例

5）総合事業の展開について

（1）取組の工夫

生駒市においては、「自立支援」を念頭に置いた事業展開を目指してきたので、短期集中Ｃのサービスを中心に事業は組み立ててきている。元々、二次予防事業も対象者の選定から二次予防事業対象者の決定も丁寧に行ってきた経緯もあり、リハビリ職と共にマニュアル作成等もしてきている経過があるため、そもそも短期間で回復していく高齢者が多く生まれていた。そういった背景もあり、総合事業の展開においても二次予防事業を活かし、また、通所型Ｃと訪問型Ｃの連動を行うことや週に２回の頻度を設けることにより、要介護１相当者においても改善が図れている特徴がある。

総合事業に移行し、そろそろ２年を過ぎようとしているが、モデル事業時代からすると既に５年を経過しているため、当時の参加者が５歳年を重ね、老化の進行に体がついていかなくなる人も若干みられるようになっている。そうした人は不思議と従前相当の通所介護に行きたいとは言わず、再度、パワーアップＰＬＳＵ教室に３ヶ月間通って、元気になりたいと地域包括支援センターに相談に来るようである。

高齢者が皆､エンドレス利用の事業に参加したいとは考えてはおらず､地域で元気な人たちと交わり、楽しく過ごすことを選択しようとする人がいるということが大切なのだと思う。

(2) おすすめ

今後、短期集中Ｃの通所型事業や訪問型事業を考えている市町村や事業者があるなら、ぜひ、通所型と訪問型をセット利用できるような工夫をしてもらいたいと思う。短期間に自宅での様子を査定し、課題解決の方法を自宅と通所に連動させていくことで、改善や回復が早期にできるメリットがある。生駒市では、通所型Ｃを生駒市社会福祉協議会に委託をしているが、訪問型Ｃは生駒市直営で行っている。すべてを委託しなくても直営と委託に分けて実施する方法もあるし、どの方法が良いかをしっかりと考えることが必要である。生駒市の場合は、若手保健師の人材育成も併せて考えていたため、あえて直営とし、セラピストを報償費という形で市が病院と契約を交わし、業務で派遣していただいている。生駒市社会福祉協議会にもセラピストはいないので､同じく報償費という形でセラピストに来てもらう形で、実施している。

必ず、行政や法人内にセラピストを雇用しなくてもできる方法があるということである。実現可能な方法を探ることが大切だと思われる。

(3) 効果

生駒市には短期集中Ｃの事業が３種類あるが、やはり痛みが強い人や動作指導が必要な人にはセラピストが介入している事業に案内するように自然とケアマネジメントが行われているようである｡やはり、セラピストが対応してくれる分、私たちが予測不可能な可動域の拡大など、予後予測をしてもらえることによって動機づけや行動変容を促しやすくなるというメリットがある。また、実際、総合事業における短期集中Ｃの利用者の大半が改善をなし、担い手に回る人や地域で「いきいき１００歳体操」を始める人などが増えている。坂道の多い自宅周辺を歩くことが怖かった転倒不安の強い人もセラピストが訪問し、一緒に歩きながら、休憩ポイントを設定していく中で、少しずつ自信を持ち、３カ月後にはバスにも乗れるようになり、外出の範囲が広がっている人々も少なくない。

やれば必ず効果が出る事業であることから、しっかりと事業内容を行政側とセラピスト側で協議しながら、効果的な事業展開を行ってほしいと思う。

6) 今後の課題について

生駒市は、２０２５年までに後期高齢者の伸び率が全国１．３２倍に比し、１．７倍と推計されている。まだまだ、短期集中Ｃの事業に参加が必要な人が今後も増えていくことが予測される。

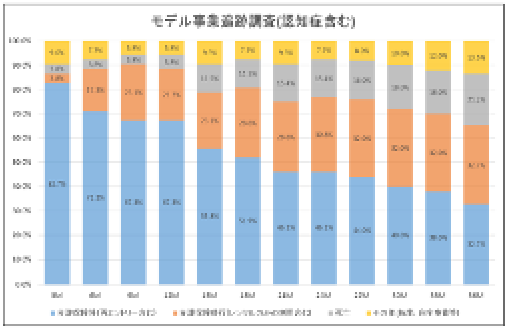
その受け皿となる事業がどの程度必要かの算定を行いながら、今後、後期高齢者となっていく前期高齢者向けの体力を保持し、筋力や持久力を今から向上させておくような新たな事業展開も必要だと思われる。その受け皿を主担当課のみで行うのではなく、地域包括ケアの推進ということから、全庁的な取り組みとして高齢者が活躍できる場や居場所づくりを横断的に行っていけるように総合計画や他の計画にも地域包括ケアの構築や高齢者の生きがい・役割づくりなどを明記していけるように他課との連携も大切にしていきたいと考えている。

（参考資料）モデル事業における効果について

短期集中Ｃ（パワーアップＰＬＵＳ教室）の元となった教室についての効果を下記に示す。

モデル事業利用した 52 人について、３年間追跡した結果である。平均年齢が８０歳という参加者で、かつ要支援状態の方だが、３年後も３割の人が地域で元気に過ごされているという結果を得ることができ、費用対効果としても 3,272 万円であった。

モデル事業からの追跡結果　（短期集中予防事業の効果）

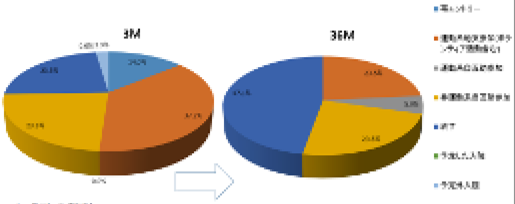


◆平成２４年１０月から平成２５年９月までの１年間に、短期集中予防事業を３ヵ月間利用した「要支援1」～「要介護2」までの対象５２名のその後の追跡結果。

◆エントリーから３ヵ月間の事業利用後に、８３%、１年後に６７%、２年後に４６%、３年後でも３３%の人が、介護保険サービスを利用しない生活を送っている。

◆平成24年10月～12月利用者で要支援１だった4氏は今も総合事業のパワーアップPLUS教室のボランティアで、リーダ的存在である。

モデル事業　卒業者の介護保険外の内訳

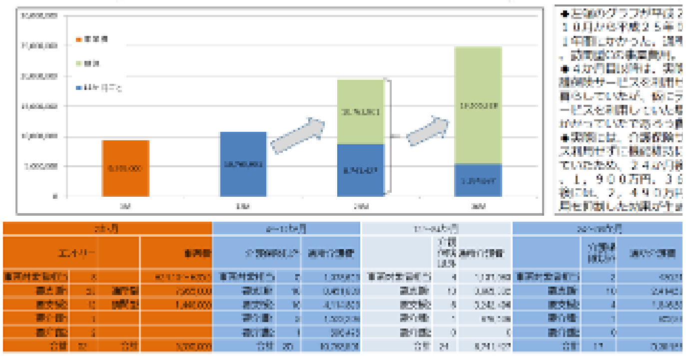


★成功の秘訣
[細やかなアセスメント] ＋ [個別性の高いケアプラン] ＋ [多様なサービスの存在]
・軽度認定者においては、特に生活課題を解消することが重要！！
・事業参加中のモニタリングや終了前の再アセスメントも鍵となる！！
・地域ケア会議の実践で支援者の質の向上を図ることも必要！！
・「活動」「参加」「役割」の再獲得がKeyとなる！！

→ 自立期間の延長

モデル事業の費用抑制効果（試算）

エントリー後、介護保険サービスを利用せずに生活を送ることができた方が、通所介護を利用し続けたと仮定した場



モデル事業時代の費用比較（介入郡・比較郡）

介入郡（モデル事業への参加者）	
対象者数	52人
事業費（1～3か月）	9,395,000
介護保険サービス費（4～36か月）	39,387,716
合　計	48,782,716
一人あたり	938,129

比較郡（介護保険利用者）	
対象者数	36人
介護保険サービス費（1～36か月）	56,428,892
一人あたり	1,567,469

◆介入郡と比較郡では、一人あたり629，340円の差が生まれ、介入郡の参加者の方が、費用がかかっていなかったという結果であった。(3か年)
◆3か年で、合計32，725，680円の費用抑制効果があったと言える。

3. 地方　町型

1）津幡町の特徴

　津幡町は、人口約３８，０００人で石川県のほぼ中央部に位置し、県庁所在地である金沢市まで JR で１０分、車でも２０分と交通の便がよく、金沢市のベッドタウンとして発展を続けている。しかし、人口の増加は金沢市に近い西部（平野部）と商業地域・新興住宅街に集中し、中山間地域の高齢化が課題となっている。当町は、町全体を日常生活圏域とし、地域を７地区にわけているが、高齢化率が１０％台の地区から６０％を超える地区まで格差があり、７地区ごとの生活課題、福祉課題も違っている。（図１、表 1）

　当町は入所系施設が多く、施設給付費が非常に高いのが特徴であり、住み慣れた地域で暮らし続けることが可能な地域づくりとそれを支える町の地域包括ケアシステムの構築が急務となっている。（表 2）

　津幡町は、直営の地域包括支援センターに作業療法士は１人を採用し、町民福祉部長寿介護課に所属し、高齢者福祉の仕事と地域包括支援センターの仕事を兼務している。他、地域包括支援センターに所属する専門職（保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員）も皆兼務であり、多職種がチームとなり取組や支援を実施している。

図１．津幡町の概要

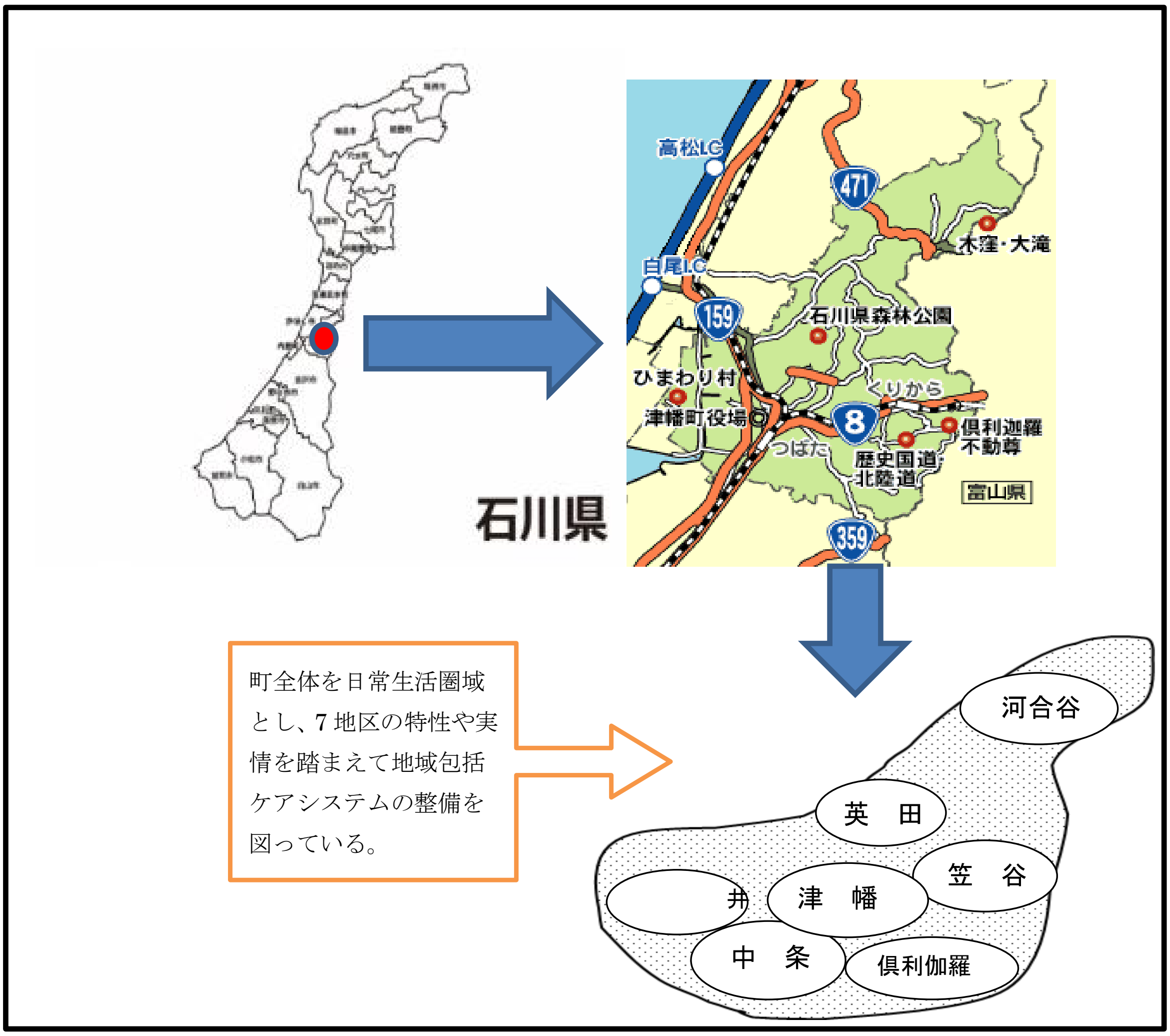


表 1. 基本情報（平成 28 年 4 月 1 日現在）

地域包括支援センター設置数	直営	1	ヶ所
	委託	0	ヶ所
総人口		37,614	人
65 歳以上人口		8,381	人
		22.2	%
75 歳以上人口		3,838	人
		10.2	%
要介護認定者数		1,259	人

表 2. 社会資源（平成 28 年 4 月 1 日現在）

介護保険関連事業所	居宅介護支援事業所	7 ヶ所
	通所介護事業所	8 ヶ所
	通所リハビリテーション	4 ヶ所
	訪問介護事業所	3 ヶ所
	訪問看護ステーション	2 ヶ所
	訪問リハビリテーション	2 ヶ所
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	1 ヶ所
介護保険施設	介護老人福祉施設	2 ヶ所
	介護老人保健施設	1 ヶ所
	特定施設入所者生活介護	1 ヶ所
地域密着型サービス	小規模多機能型居宅介護	2 ヶ所
	認知症対応型共同生活介護	9 ヶ所
保険・福祉施設	社会福祉協議会	1 ヶ所
	高齢者福祉施設	1 ヶ所
その他	サービス付高齢者向け住宅	2 ヶ所
	医療機関	33 ヶ所
	薬局	8 ヶ所

2）介護予防への取組と課題

津幡町は､町直営の地域包括支援センターを１ケ所設置し､以下４つの取り組みの柱を立て実践している。

・地域包括ケアの入り口となる総合相談体制づくり
・問題解決のための事業所・専門職ネットワーク形成
・地域の課題解決・発見・見守りのためのネットワーク形成
・個別相談から見えたニーズに対応する社会資源の発見、発掘、活用、開発

表 3. 津幡町地域包括支援センターの概況

【町組織】 町民福祉部－長寿介護課 ・高齢者支援係 ・地域包括支援センター ・介護保険係 【地域包括支援センター職員数】 ・保健師 2 名	【主な業務内容】 ①総合相談支援業務 ②権利擁護業務 ③包括的継続的ケアマネジメント支援業務 ④在宅医療・介護連携推進事業 ⑤認知症施策推進事業 ⑥生活支援体制整備事業

・社会福祉士２名 ・主任介護支援専門員１名 （保健師１名） ・作業療法士１名	⑦地域ケア会議 ⑧介護予防・日常生活支援総合事業の整備

表 4. 津幡町地域包括支援センターの業務
（担当：作業療法士が担当している業務、関与：作業療法士が関与している業務）

地域包括支援センター関連業務内容			担当	関与
包括的支援事業				
	地域包括支援センター	総合相談支援	○	
		地区安心ネットワーク推進委員会 地区生活支援・介護予防推進部会		○
		ケアマネージャーへ日常的 個別指導・相談		○
		自立支援型ケアマネジメント支援		○
		支援困難事例等への指導・助言		○
		介護予防ケアマネジメント		○
		地域ケア会議		○
	認知症施策の推進	認知症初期集中支援チーム	○	
	在宅医療・介護連携の推進	事業所・専門職・多職種 ネットワーク		○
	生活支援サービス体制整備			○
介護予防・日常生活支援総合事業の整備				
	介護予防・生活支援サービス事業	訪問型サービス	○	
		通所型サービス	○	
	一般介護予防事業	介護予防普及啓発事業	○	
		地域介護予防活動支援事業	○	
		地域リハビリテーション活動支援事業	○	

（1）地域包括ケアの入り口となる総合相談体制づくり（個別事例相談への対応）

当町では、高齢者のあらゆる相談を地域包括支援センターで受けている。来所相談や電話相談があるが、主訴の裏にどういう問題があるのか？探りながらアセスメントしている。特に初回の相談は、窓口や電話では十分にアセスメントできない事が多いため、訪問し実態を見てアセスメントを深めている。当町では、地区担当制をとっており、地区の実情をよく把握した職員が相談にのっている。作業療法士もその一員であり、担当地区ももっているが、その他の地区担当の事例や介護支援専門員からの相談で生活を見る視点でのアセスメントが必要であれば、同行訪問している。主に求められることは、ADL・IADL 低下はどういう能力低下が原因なのか？自立するにはどうしたらいいか？今後、生活の中でどのような支障が出てくることが予測されて、どうすれば支障が少なく生活が維持できるのか？である。同行訪問でアセスメントした結果は、地区担当や介護支援専門員へ助言したり、本人や家族に生活場面で直接助言している。特に認知症の場合は、認知症の問題行動が地域へも影響を及ぼすことがあるため、個別地域ケア会議等に参加し、本人・家族以外の近隣者、民生委員などへも助言している。

（2）問題解決のための事業所・専門職ネットワーク形成

当町では、個別事例の課題を解決するための事業所・専門職同士のネットワークを作っている。平成１８年以降、地域密着型サービス事業所連絡会、ヘルパー連絡会、居宅介護支援専門員管理者連絡会、権利擁護連絡会が徐々にできてきた。しかし、在宅生活を支えるためには、医療との連携は必須である。そこで、医

療職でもあり、生活をみる視点をもったアプローチができる作業療法士のネットワークを作ることとした。また、理学療法士や言語聴覚士も含め、町内に勤めるリハビリ専門職に集まってもらい、リハビリ専門職連絡会を立ち上げた。メンバーは、町内にある介護老人保健施設、通所リハビリテーション、特別養護老人ホームなどの介護保険施設、民間病院、町立総合病院などの医療機関の作業療法士、理学療法士、言語聴覚士である。現在、リハビリ専門職連絡会メンバーには、地区の生活支援・介護予防推進部会へ参加してもらい、地域で効果的な介護予防活動が展開できるよう助言をしてもらっている。また、地区住民を対象とした介護者教室や介護予防教室でのメニューの考案や講師を依頼している。講師をしてもらうことで、地域の人にリハビリ専門職がどこにいてどんな仕事をしている人なのかを知ってもらう機会となり、身近に感じ、困った時に気軽に相談してもらえるようになってきている。(写真 1) 他に、リハビリ連絡会内で事例検討をおこなっている。リハビリが途切れてしまった事例について意見交換し、在宅・病院・施設どこにいても必要な・または受けたいリハビリが受けられるようにリハビリの流れ方（体制）について皆で考えている。この事例検討を通し、お互いの業務内容も把握でき、連携もしやすくなってきている。また、他の連絡会と合同でも事例検討をおこなっている。多職種にリハビリの専門性を理解してもらえ、支援方針を一緒に考えることでチーム力も高まってきている。(写真 2)

写真 1. 地区防災訓練で、リハビリ専門職連絡会メンバーが講師になり、車いる椅子操作の講習をおこなっている

写真 2. リハビリ専門職連絡会と居宅介護支援専門員管理者連絡会合同で事例検討をおこなっている

（3）地域の課題解決・発見・見守りネットワーク形成

当町では、地域でまだ生活できる認知症の人が入所する事例が多かったため、認知症の人を地域で見守る体制づくりを切り口にくらし安心ネットワーク推進委員会を設置している。この委員会から、徐々に地区住民が主体的に「健康で生きがいのある生活と、隣近所が気兼ねなく支え合う地域づくりを目指した委員会にしていきたい」と飛躍し、生活支援と介護予防活動についても地域で主体的に考えられる拠点（生活支援・介護予防推進部会）を立ち上げている。作業療法士は、この部会の中で、個別支援の中から見えた個別課題や地域課題を地域住民に伝えている。そして、これらの課題を解決し、できるだけ多くの住民が住み慣れた地域で、参加や活動の継続ができるよう専門的な視点で助言している。(写真 3、4)

（4）個別相談から見えたニーズに対応する社会資源の発見、発掘、活用、開発

平成２１年度、様々な高齢者グループに参加する地域住民を対象に介護予防調査を実施した。その結果、高齢者が生きがいをもち継続できることが介護予防にとても効果があることが見えた。そこで、高齢者が身近な地域で主体的・継続的に介護予防活動に取り組めるよう地域の指導者（介護予防メイト）の養成を行っている。介護予防メイトは、主に介護予防を目的とした運動の企画や指導をおこなうことができる「運動メイト」と認知症を予防する手法を普及・実践する「脳いきいきメイト」の２つの専門分野に分けた。養成講座開催にあたり、作業療法士が講座のプログラム立案や講座修了後、地域で活動できるまでの支援に携わっている。現在、介護予防メイトは、地域のサロンや老人クラブ等からの依頼で、講師として主体的に普及実践

をしている。力をつけた介護予防メイトは自身の地域でサロンを立ち上げ実践したり、介護予防メイト自身がこの活動に参加することが生きがいとなり、元気になっている。(写真 5、6)

写真 3、4 生活支援・介護予防推進部会で介護予防について意見交換。地域の開業医や介護事業所の作業療法士も参加

写真 5,6　住民（介護予防メイト）が地域の老人クラブやいきいきサロンで主体的に介護予防を普及・啓発・実践する取り組み

認知症（特に若年性認知症）の個別相談の中から、働く場や居場所の必要性が課題になっていた。隣の市町と一緒に平成２１年７月に「てるてるの会（若年性認知症の人と家族の会)」を立ち上げ、定期的に定例会や勉強会、交流会を開催している。地域包括支援センターとして、町の封づめ作業やラベル貼り作業を「てるてるの会」の働く場として提供した際、作業療法士は能力の見極めと作業を選択した。参加者は真剣に自分のできる作業に取り組まれ､家では見られない生き生きとした表情を見せてくれた。家族もその姿を見て、一家の大黒柱であった夫や妻の失われてしまったと思い込んでいた能力の再発見ができた。この体験を通し、認知症でもまだまだ十分に働ける能力があることがわかり、また、若年性認知症者の就労の場がやはり必要であると確信している。今後、定期的に就労の場や居場所が確保できるよう多職種や地域資源等と連携しながら、作っていかなければいけないと感じている。

3）介護予防におけるリハ専門職に期待される役割と効果

地域包括支援センターの作業療法士の主な役割は、主に以下にまとめる四つの視点で介護予防に貢献している。

① ADL・IADL の自立支援を目指した生活をみる視点での対象者のアセスメントと助言
② リハビリテーションに関する医療から介護へのシームレスな連携が図られるためのリハビリテーション専門職（以下、リハビリ専門職）のネットワークづくり
③ 介護予防を地域で主体的に取り組むために地区単位で設置している住民組織（安心ネットワーク推進委員会及び生活支援・介護予防推進部会）への支援
④ これらの取り組みから個別課題や地域課題が施策に反映できる体制づくり

Ⅱ．事業所等が市町村から通所型・訪問型短期集中事業及び地域リハ活動支援事業を受託し、効果的に取り組む上での留意点

1．市町村が事業所等に効果的に委託するための留意点

1）効果的に委託するための留意点

短期集中Ｃ事業や地域リハビリ活動支援事業等を事業所に委託する際の留意点としては、当然ながら委託の条件を満たすことができ、市が求める結果を出してくれる事業所等に委託することを考えるので、委託契約書や仕様書の示し方が重要になる。特に仕様書では詳細なことを記載しておくことで、受託できるか否かの判断が事業所側にもできるし、どのようなことを行うかも明確になるため、人員体制を含め、事業展開の進め方等における具体的な記載が重要である。

例えば、本市の短期集中Ｃの通所型・訪問型事業の展開においては、生駒市が作成しているセラピストマニュアルの掲載内容に基づき、事業を進めていくことが求められている。

具体的には、以下に示すような項目がマニュアルには掲載されており、それらを適切に運用していただくことを委託の条件にしているので、事業所においてはこうした指示事項に関しては、受託前に十分吟味し、内容に疑義が生じる場合は、委託元と十分話し合う必要がある。

2）生駒市短期集中Ｃ事業における療法士業務マニュアルの構成

目次

１．短期集中Ｃ事業における予防サービスの概要
２．目標設定について
３．事業のスケジュール
４．療法士の参加形態と人数
５．リスク管理について
６．療法士の管理業務について
７．短期集中Ｃサービスの目的と実施内容
８．通所型Ｃ事業の流れ
９．通所型Ｃ教室の内容
１０．教室での療法士の動き
１１．通所型Ｃ事業での記録と確認事項
１２．通所型Ｃ事業の申し送り
１３．訪問型Ｃサービスの目的と実施内容
１４．訪問型Ｃの流れ
１５．訪問型Ｃの記録、報告、情報共有について

１６．訪問型Ｃの事例紹介
１７．認知機能低下の予防と介護予防について
１８．認知症の対象者の介護予防の目指すところ
１９．認知機能の維持・改善に必要な要素
２０．ＩＡＤＬの改善に向けた取組

3) 地域ケア会議の有効活用

本市では、短期集中Ｃ事業にエントリーが決まると必ず、自立支援型地域ケア会議にかけることになっており、課題の整理や目標設定、具体的な支援内容等に見誤りがないか、他により良い方法がないかを模索するようにしている。その地域ケア会議にも短期集中Ｃ事業に参加している療法士には参加いただき、専門的な見地からの提案や意見をもらうようにしている。リハ職として、普段のかかわりの様子を地域ケア会議でも丁寧に伝えることができ、より改善を目指す方法について議論が積極的に行うことができるメリットがある。こうしたことを予定しておいていただく上においても、委託契約書や仕様書の内容等、実施にかかる必要な事項については、確実に目を通し、実践可能か否かについても事業所内で検討が必要である。

4) 連携体制の強化に関する留意点

短期集中Ｃの通所型事業と訪問型Ｃの事業では、両事業の連動が重要となる。受託する法人においては同一法人内で両事業を展開できるとは限らないため、プラン作成者との連携を強化し、短期集中Ｃで担うべき事項についての共有化を図り、効果的な事業運営に努める必要がある。

例えば、両膝関節症等の痛みがあり、現行相当サービスの訪問介護を利用していたＡさんに対して、介護予防ケアプランの見直し後に短期集中Ｃの通所型と訪問型事業を３か月間利用した場合、掃除道具や姿勢の工夫を行うことで、掃除を少しずつ自身で行えるようになってもらうというプランになったと仮定する。まずは、通所型Ｃにおいて、痛みの評価を始め、体力測定等を実施しながら、通い始めの体力評価を行い、訪問型Ｃでは、自宅内の導線確認等を行いながら、できそうな家事スタイルを提案していくことを行っていく。当然、自宅でのセルフケアの指導等もあり、通所型Ｃ担当者にもどのようなセルフを行っているかを伝えおき、日々の実践ができているかを通所でモニタリングする方法をとることで、より効果的な支援ができるようになる。痛みの評価についても周囲の筋力を鍛えていくことで疼痛を緩和できることもあり、そうなると想定してきた期間より自身で行える家事動作が増えていくことも考えられるようになる。それぞれの事業を単発で提供するのではなく、両事業が連動するような働きかけが重要であるので、そうした視点をもって事業展開していくよう心掛けたほうが良い。適切なモニタリングの結果は、事業担当者での共有のみならず、計画作成者とも共有しておくことを忘れないようにする。

5) 短期集中Ｃ事業の運営について

短期集中Ｃのサービス利用期間は、おおむね３ヶ月から６ヵ月という有期間となっている。
利用者が希望したからと言って、延長ができる事業体系ではないので、利用に対する目的意識や目標達成に関する動機づけが重要になる。短期集中Ｃサービス利用が初めての人にとっては、３ヶ月間や６ヶ月間という短期間にどのような目標を定めたら達成できるのかも想像がつかないことが多いため、当初たてた目標が高すぎたり、低すぎたりすることも往々にしてある。

したがって教室を運営する担当者においては、利用者の心身の状態変化を詳細に捉え、個々の目標設定を意識し、状態改善が自覚できる頃に具体的な目標を再設定することも必要な場合があることを認識し、実現可能な目標設定に変更していく意識を利用者に持ってもらえるよう側面的支援を図る。

6) 地域の社会資源やインフォーマルサポートの把握が重要

短期集中Ｃのサービス利用は、(5)にも記載のあるように有期限のサービスとなるため、利用期間終了後の生活を思い浮かべながら支援を行うことが重要である。Ａさんの家族構成や友人関係、近隣との付き合いや近所の環境、どのくらいの距離のところに買い物できる店があり、集いの場があるのか、バスの停留所までの距離や趣味再開ができる場所までの行き方も踏まえ、支援していくことが必要になる。単に、来所された高齢者のその時間帯だけを預かるというものではないことに留意し、活動や参加の広がり、家庭内での役割の再獲得等、常に意識して関与していくことが必要である。また、同居家族がいない場合でも遠方や近隣の家族が支援できることも多々ある。一人暮らしだから家族支援がないと短絡的にあきらめるのではなく、インフォーマルサポートとしてどういったことが周囲の人でできるかも考えていくことが大切である。

7）地域リハビリテーション活動支援事業を効果的に取り組む上での留意点

地域リハビリテーション活動支援事業は、リハビリ職を有効活用し、広く市民に運動時の留意事項を知らせる役割や安全に運動を実践する方法を研修すること、定期的に測定する体力測定の正しい測定の方法を伝達するなど、様々な目的に応じて柔軟に対応できる事業になっている。どうしても住民主体の教室運営においては、リスク管理の意識が希薄な場合があるので、簡単な脈拍測定の方法を知ってもらい、不整脈の発生を早期に発見することや運動強度を定める目標値として活用するなど、安全に地域での活動展開を進めていく上で大切な事業のひとつである。

本市では、一般介護予防事業で住民主体の体操教室が市内に 21 ヶ所・24 教室あるため、そこにリハ職を派遣する事業を行っており、年に 1 度、運動指導や体力測定を実施し、1 年後も今の体力を維持しておきましょう・・・とリハ職がアナウンスして帰るということを経年的に実施している。他には、市内のサロン運営ボランティア等を招集し、準備体操や整理体操を含め、簡単で楽しい体操を伝達してもらうような研修も開催している。リハ職は病院や施設で努めている方が多く、1 対 1 のかかわりが通常多い中、この事業では多数の市民を相手に事業展開していくため、話術やレクリエーション技術、コミュニケーション能力が重要で、事業の成功の鍵を握るといっても過言ではないため、適切な人員を派遣する、もしくは事業そのものを請け負うのであれば、そうした集団を相手にすることが得意なリハ職であることを確認しながら受託を行う必要がある。本市では、県内に畿央大学というリハ職を養成する大学がありますので、その大学の先生に事業への協力依頼をかけ、県内の理学療法士会等の協力を得ながら、地域リハビリテーション活動支援事業を進めてきている。

あらかじめ、市で選定している住民主体の体操教室等 21 ヶ所・24 教室に対して、同一の内容で地域リハビリテーション活動支援を進めており、体力測定と元気度チェック（基本チェックリスト+ソーシャルキャピタル含む）を実践するということにしている。まず、協力いただくリハ職の先生方への説明会を実施し、次いでボランティアに事業説明を行い、共に生活機能低下者を早期に発見するということについて共有してもらい、地域の活動に参加が困難になりつつある人を短期集中Ｃ事業等へ参加を促す役割等も住民が担えるよう、研修も行いながら実践している。

次年度からは、住民主体のみならず、事業所等にも本事業を活用していただくよう予算化する予定にしており、通所型事業にはＩＡＤＬの拡大に向けた事業展開をどうやって通所で行っていく必要性があるのか、どのような実践を踏まえればそれが可能となるかを介護福祉士等で実践できるよう現場で指導していけるような内容のものである。

訪問介護事業所向けにもＩＡＤＬ拡大に向けた訪問事業の展開について、研修会等を開催し、道具や環境の整備で行える家事動作や入用動作を伝えていくことなどを考えています。他には、身体介護の方法がわからない、無駄な労力を活用してしまい、腰部に無駄な負担を招いているなどがあり、生活援助中心となっている訪問介護員に対して、再度、身体介護が負担軽くできる方法を伝える研修機会を事業所向けに行うことを企画している。

8）委託の際の留意点

平成 24 年 10 月～市町村介護予防強化推進事業という国のモデル事業を受託し、総合事業の短期集中予防サービスの訪問型Ｃと通所型Ｃの事業の先駆けとなった事業を始め、現在の総合事業を効果的に取り組む上で、委託先に求めたことについて、留意点として以下に紹介する。

①市町村の各種計画を知る。

市町村には、市全体の方向性を示す上位計画（生駒市においては、生駒市第 5 次総合計画）と関連計画があり、それらの計画と連動するように【介護保険事業計画や高齢者保健福祉計画】を立て、その計画に基づき事業が展開される。総合事業も同様で、事業の種類やその内容、事業量の見込みのみならず、評価の指標等も計画に掲載している市町村もある。そうした計画にも目を通し、どのような事業を立案し、どの程度の事業量を算定しているかについて、把握することが大切である。

その中で､市町村がどのような方針で地域包括ケアシステムの構築を目指しているのかも把握しておき、リハ専門職として、どの分野・部分に関与できるかについても、あらかじめ押さえておくことも事業を推進していく上で重要なことである。

②市町村が進める「通所型・訪問型短期集中事業」の委託形式についての把握

ⅰ．一般公募型：プロポーザル方式の場合

一般公募によるプロポーザル方式で受託事業所を決定する場合には、あらかじめ広報やホームページ等にその内容が掲載されますので、当該事業内容における質問事項の受付期間や応募の受付期間を見逃さないように注意が必要である。

プロポーザル方式の場合には、あらかじめ市町村が求める事業内容が仕様書等に記載され、ホームページ上に掲載されることが多いため､その内容に応じた取組ができるかを考え､応募条件をクリアするなら、積極的に事業運営のアピールを行える方法を検討する。書類選考+プレゼンテーションとなると当日のプレゼンテーション力も影響してくる。

ⅱ．契約を交わす前に十分に市町村と話し合う機会を持つ

通所型・訪問型短期集中事業は、どこまでの内容を実践に落とし込んでいくかで、改善率もその後の参加や活動の機会も異なってくる。事業開始前の事前準備として、市町村の事業担当者とは、とことん事業内容について詰めて置き、十分話し合った結果に基づいた内容が契約書や仕様書に落とし込むなどして、互いに理解を深めておく必要がある。

ⅲ．事業実施前に詰めておく事項

◆通所型短期集中事業

・事業参加者の事前情報の入手時期（リスク管理の観点からも重要）
・プログラムそのものの内容確認（疑義が生じるところは解決しておく）
・セラピストと通常スタッフやボランティア等の役割分担（効果的運営に必須）
・利用者に不具合が生じた時の主治医との連携体制について（イニシアチブをとる人の存在を明確化）
・地域の社会資源の把握（社会資源マップや介護予防の啓発冊子等があればもらっておく）
・担当者会議や地域ケア会議との関係性を把握（教室運営者としての参加の有無）
・複合プログラムや介護予防教育等、健康教育部門の担当者との連携方法
・モニタリング方法の徹底（動機づけや行動変容の状況はタイムリーな報告が必須）
・訪問型短期集中事業を始め、他の事業を利用している場合には、それらの事業との連動性をどのように考えていくかを詰めておく（連携体制の強化）
・報告書の作成及び報告時期の確認
・参加者の評価方法・時期の確認
・その他

◆訪問型短期集中事業
・利用者の事前情報の入手時期（担当者会議時ｏｒ地域ケア会議開催時等）
・１回あたりの訪問時間や具体的な実践内容の検討
・あくまで屋内だけの生活行為の確認なのか、自宅周辺の環境も含めた確認なのか
・通所型短期集中事業を始め、他の事業を利用している場合には、それらの事業との連動性をどのように考えていくかを詰めておく（連携体制の強化）
・報告書の作成及び報告時期の確認
・計画作成者や訪問介護サービス提供責任者など、関係者の同行を行うかについて確認（質の向上、連携強化）
・利用者の評価方法・時期の確認
・その他

ⅳ．事業開始後も市町村との連携を意識する
・当初の計画を変更する必要性が生じた場合
・予測した通りの結果が得られない場合
・エントリー者を必要数確保することができない場合
・プログラム内容の変更が生じた場合
・３～６ヵ月利用した後の行先の検討や社会資源の創出が新たに必要な場合
・その他

ⅴ．事業運営の成功の秘訣
通所型・訪問型短期集中事業を成功させる秘訣は、短期間でしっかりと「心と体を仕上げていくこ」とある。それを実現させるには、「もう年だから・・・できなくても当たり前」と考えたくなる心理を理解した上で、「体が軽くなった」「動きが少し素早くなった」「寝起きが楽になった」という日常生活を送る上での些細な変化が生じ始めた時期を見逃さず、まずはその感覚からスタートすることを伝え、継続参加しながら、日々の活動量を徐々に上げていくことで、目標としている事柄に近づいていくことを説明していくことが大切である。利用者の大半が半信半疑で参加を始め、また活動量が低い人が多いため、最初の２～３週間は非常に体がだるく憂鬱になる方もいる。１カ月経つと随分と体が変わってくることなど、予後予測をしっかりと立てて、説明することが大事である。

また、終了前ギリギリになって、モニタリングを慌てて行うのではなく、日ごろからどのように活動量が上がり、生活の中の変化が生まれているかは意識して聞き取りをすることが必要である。これはリハ専門職のみならず、送迎者の中での何気ない会話からも拾うことができる。

この事業に関わるスタッフ全員が事業運営の目的を一にし、意識的に利用者の会話を聞き、会話を膨らませていくことで自然とモニタリングはできていく。

少しずつ外観が変わり、言葉が増えていく利用者を皆で承認し、事業に参加している最中から地域の活動にも目を向けてもらうよう働きかけることも必要である。

リハビリ依存者を生まないように、あくまでも活動の場や参加の機会を広げてもらう手助けを行う事業ということに集中し、個々の機能だけに着目する手技にこだわらないことが重要である。

③事業展開がなされていない市町村への働きかけについて
市町村が介護保険事業計画には事業を掲載はしているが準備が整わず､先延ばしとなっている場合には、事業者側から市町村に具体的に進めていける事業展開の方法やその内容、効果を示し、事業化できるよう働きかけをしていく必要がある。

その場合、いくつかの方法が考えられる。以下に紹介する。

ⅰ．市町村が、事業全体を事業所に委託することを考えている場合
《事業全体の構図を描き、市町村にプレゼンテーションできる機会を持つ》
ア．事業の趣旨

イ．事業概要（実施主体、実施形態、事業内容）
ウ．実施方法（対象者像、プログラムの内容、支援体制の構成等）
エ．事業運営費の積算（人件費、送迎費、光熱費、消耗品費、役務費、その他）
オ．その他（支援の視点、専門職種別担当領域、他のスタッフとの連携体制）
カ．実施報告書の内容
キ．計画作成者（地域包括支援センター職員や介護支援専門員等との連携等）

《まとめ方》

Ａ４判の用紙１から２枚に、専門職でなくても理解できるような記載方法で、添付資料にパワーポイント資料等を加え、事業のイメージがわくように工夫する。

ⅱ．市町村が、専門職の派遣のみを期待している場合

直営で事業実施を行う場合に、リハ専門職のみを派遣してほしいと考えている場合

《事業所や病院のリハ専門職が市町村にどのような協力ができるかを提示する》

ア．通所型・訪問型短期集中事業におけるリハ専門職としての役割
イ．病院での個別リハビリや介護保険事業所としての個別リハビリや集団リハビリとは異なる市町村事業に関与する意義ついての認識
ウ．地域の居場所や活動に戻っていくことを手助けするという覚悟
エ．リハビリ専門の先生ではなく、スタッフの一員として関わることへの意義
オ．病院での急性期リハ⇒回復期リハ⇒維持期リハ⇒地域リハと地域包括ケアの構築の一助を担う役割
カ．主治医との連携について

（個々の利用者には主治医がいるため、リハ専門職の経験や知識があっても、独断で判断し、医療にかかわる指示は出さない等）

④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を活用し、市町村は様々な事業展開を考えることになる。また、その方法もリハ専門職の各種団体に委託して行う方法や，謝礼という方法で病院や施設と契約を交わし、派遣してもらう方法など、市町村の実情に応じた形で取り組むことになる。以下、それぞれの実施内容について、リハビリテーション職として効果的に取り組む上での留意点を紹介する。

ⅰ．住民への介護予防に関する技術的助言

住民主体の地域のサロンや体操教室にリハ専門職を派遣し、運動実施時の留意事項や体力測定を実施しながら、プラスアルファとして助言をいただくことで、新たな視点が加わり、住民ボランティアのモチベーションアップにつながる。

集団的な指導になるため、普段の業務が１対１の個々の指導が大半というリハ専門職にとっては、いかにそこにいる受講者である住民に「わかりやすい言葉と方法」で技術的助言ができるかが問われるところである。

ⅱ．介護職員等（介護サービス事業所に従事する者を含む）への介護予防に関する技術的助言

介護職員の方々に【自立支援】とは何かについて、今一度振り返っていただき「してさしあげるサービス提供」から「できることは自身で行ってもらう」支援の重要性に気づいてもらうための技術的助言を行う事業である。

例えば、通所介護において要支援相当者の方で、自力歩行も可能で更衣もできる利用者に、健康管理と言って血圧を看護師が測るという形をとる事業所は多いと思われる。しかしながら、週に１回、デイサービスで血圧測定をするよりも、普段から自身の血圧の平常値を知り、自ら、自己管理できる方が自立支援といえる。そういった、ちょっとした見方を変えたサービス展開ができないだろうか？ということを含めた技術的支援をリハ専門職から助言してもらうことや、整形外科的疾患等では禁止されている動きなどの

疾患ごとの留意事項等を紹介してもらえれば，よい学びの機会となる。

こうした介護職員向けの研修では､他にも認知症の方との関わり方や痛みを伴う人の支援の在り方など、リハ専門職として助言できることが多々あると思われる。

ⅲ．地域ケア会議やサービス担当者会議におけるケアマネジメント支援

多職種協働で実施する地域ケア会議などに出向き、リハ専門職としての見地から、計画作成者やサービス提供事業者が見落としていることや見誤っていることはないかを考え、より良い支援に向けて助言を行うものである。

最近では、リハ専門職の各種協会からも人を派遣する制度を作っていたり、市町村と病院や施設が契約を交わし、リハ専門職の派遣が叶っているところも増えてきている。

地域ケア会議やサービス担当者会議に参加する上においては、インフォーマルサービス・サポートとなる資源の把握も重要である。

ⅳ．市町村が地域における介護予防の取組を機能強化する効果があると判断した内容を地域の実情に応じて効果的に実施

例えば、ますます高齢化が進む地域において、地域の見守りネットワークの構築や介護予防を推進していくことが近々の課題であることから、地域に受け入れてもらいやすい方法で活動や参加の機会を増やそうと、その仕掛けの中にリハビリ専門職を活用することもできる。

リハ専門職は、今、総合事業の中で最も重要視された職種であることを意識して、できる限り地域の中に溶け込む存在として、地域を知り、地域の住民とも親しくなり、地域の活性化にも力を貸していただきたいと思う。

（2）医療との連携

総合事業がスタートしたことで、要支援・要介護認定を受けなくても基本チェックリストによって事業対象者の選定がなされ、介護予防ケアマネジメントによって一般介護予防事業への参加が適当なのか、介護予防・生活支援サービス利用が適正なのか、或いは要支援・要介護認定を勧めるべきか？という判断が必要となった。特に全国で課題となっているのは、要支援・要介護認定を受けずに事業対象者として多様なサービスを利用する場合のリスク管理である。

例えば、訪問型・通所型短期集中事業では、負荷のかかる運動を行う場合もあるため、かかりつけ医の意見は伺っておきたいものである。生駒市においては、医師会と協議を図り、事業対象者がこうしたリスクを伴う事業に参加する場合には、生駒市オリジナルの診療情報提供書（次ページに掲載）にて最新の医療情報を提供いただく流れができている。主に総合事業のプランを立案するのが地域包括支援センター職員なので、利用者の同意をいただいた上で、医師連絡という形で、かかりつけ医に事業参加の有無についての確認と医療情報の提供を診療情報提供書にていただくように徹底している。かかりつけ医にも患者がどのような事業に参加するかを知っておいていただけることや、事業を推進する事業所においても運動可能な上限血圧や禁忌事項を知ることで安全に事業運営ができるメリットがある。

他にも医師会の協力を得ながら、総合事業開始前にも会員の先生方に総合事業の説明会をさせていただく機会を頂き、事業説明や診療情報提供書の記載について説明した。

（3）生駒市における短期集中Ｃの通所型における仕様書の例

【生駒市通所型サービスＣ（パワーアップ PLUS 教室）仕様書】

1　事業名称

通所型サービスＣ（パワーアップ PLUS 教室）

2　適用範囲

本仕様書は、生駒市（以下「発注者」という。）が、受注者に委託する「通所型サービスＣ（パワーアップ PLUS 教室）」に適用するものとする。

3　業務期間

契約締結日～平成２９年3月３１日

４　業務概要

（1）目的

心身の機能や生活機能が低下している高齢者に対し、生駒市訪問型サービスＣと通所型サービスＣ（パワーアップ PLUS 教室）を同時に提供することにより、リハビリテーション専門職が自宅の環境や自宅での動作を確認し、改善すべき事項を整理・共有した上で、環境調整や動作改善を目指す専門的なプログラムの提供を行って、短期間に心身機能や生活機能を向上し、事業の担い手になることや地域活動に参加していくことを促進する。

（2）事業内容

日常生活に支障のある心身機能や生活機能を改善するために、保健・医療の専門職により個別性に応じた下記のプログラムを複合的に実施する。この際、訪問型サービスＣによるアセスメント訪問を組み合わせ、日常生活に支障のある生活行為を明らかにした上で実施するものとする。

ア．運動器の機能向上プログラム

イ．認知機能の低下予防・支援プログラム

ウ．うつ予防・支援プログラム

エ．ＡＤＬ／ＩＡＤＬの改善プログラム

オ．家族支援プログラム

カ．個別支援プログラム

キ．その他、（1）の目的を達成する事業

（3）利用対象者

当該事業を利用することができる者（以下、「利用対象者」という。）は次のとおりとし、いずれの利用対象者も、担当地域包括支援センターによる支援計画書に基づいて利用するものとする。

ア．６５歳以上の要支援認定者（介護予防通所介護相当サービス、介護予防通所リハビリテーション利用者を除く）

イ．６５歳以上で、国の基準に従って決定されたサービス事業対象者

ウ．そのほか市長が適当と認めた者

（4）従事者の構成と職務およびボランティア

ア．従業者の構成と職務としては、別表１の人員をもって運営するものとする。

イ．事業に参画するボランティアについては、その活動がボランティア自身の社会参加や介護予防にもつながっているという観点にたって事業運営を行う。

（5）実施場所等

ア．介護予防の目的から、徒歩で参加する利用対象者の存在を考慮し、生駒市内において実施するものとする。

イ．当該事業を実施する部屋の広さは３０㎡以上とし、バリアフリー設備（エレベーターや段差、洋式トイレへの配慮等）、個別相談にも対応できるスペースの確保と共に個別訓練として階段昇降や戸外での散歩状況の確認なども行えるものとする。但し、通所介護サービス、介護予防通所介護相当サービス等（以下「サービス」という。）の妨げとならないよう、サービス実施場所以外で確保すること。必要物品も用意すること。

（6）実施時間・回数・利用期間

１回１２０分程度、週２日、３～６か月とする。

（7）定員

１５名程度とする。

（8）事業参加費（利用料）

事業参加費（利用者自己負担金）は、無料とすること。事業にかかる費用（送迎代を含む）は、委託料から支出すること。

（9）報告

受注者は、別表２に定める書類の写しを市に提出し、実績報告を行うこと。

5　その他

（1）受注者は、従業者の清潔の保持及び健康状態の管理に努めなければならない。

（2）受注者は、善良な管理者の注意を持って、安全管理に配慮するものとする。

（3）事業実施法人は、事故が発生する恐れがある場合、または発生した場合、適切な措置を講じるとともに、速やかに市に報告するものとする。

（4）業務遂行にあたり知り得た個人情報は、個人情報の保護に関する法令等及び生駒市個人情報保護条例に則り適切に管理すること。

（5）受注者が業務を遂行するにあたり必要となるすべての経費は契約金額に含まれるものとし、発注者は契約金額以外の費用を負担しない。

別表１

人　員及び職務

管理者１名

事業所の従業者の管理及び業務の管理を行う。

理学療法士もしくは作業療法士１名

生駒市の作成するセラピストマニュアルに基づき、助言や指導、リスク管理や評価等をほかの職員と共同して行う。

介護職員１名以上

他の職員と共同してリスク管理や評価、助言や指導のほか、他機関と連絡や調整、事前面談や会議への参加等を行う。

看護職員（経験のある看護師又は准看護士）１名

他の職員と共同して、健康管理やリスク管理、評価や助言、指導のほか地域ケア会議への出席等を行う。

別表２

サービス名　パワーアップ PLUS 教室

提出書類

実績報告書（様式８）

参加者名簿（様式９）

（4）診療情報提供書の例（生駒市）

次ページ参照

□居宅介護・介護予防指示書　　平成　　年　　月　　日
□診療情報提供書　（どちらかにチェックして下さい。）

【 介護サービス・総合事業/利用目的（該当するものに○） ： 在宅 ・ 通所 ・ 短期入所 ・ 入所 】

介護提供事業者・生駒市長　　　　殿　　医療機関名
担当医氏名

利用者氏名　　生年月日　M・T・S　年　月　日　性別　男・女

利用者住所　　電話番号

診療形態　1 外来 （定期 ・不定期）　2 訪問診察 （第 曜日 ・第 曜日 ・不定期）
3 入院 年 月 日より　4 その他 （ ）

病名 1　　病名 2

病名 3　　病名 4

治療内容（投薬内容含む）

病態の安定性　□安定 □不安定 □不明 □悪化

発生の可能性が高い病態　□転倒・骨折 □尿失禁 □移動能力の低下 □心肺機能の低下 □閉じこもり
□痛み □低栄養 □摂食・嚥下障害 □脱水 □徘徊 □褥瘡
□嚥下性肺炎 □腸閉塞 □癌等による疼痛

障がい高齢者の日常生活自立度度（該当するものに○）
自立 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・

認知症高齢者の日常生活自立度（該当するものに○）
自立 ・ Ⅰ ・ Ⅱa ・ Ⅱb ・ Ⅲa ・ Ⅲb ・ Ⅳ ・

サービス利用における生活機能の維持・改善の見通し　1 期待できる　2 期待できない

医学的管理の必要性　□通所リハビリテーション □訪問リハビリテーション □訪問看護 □訪問診察
□訪問栄養食事指導 □訪問薬剤管理指導 □短期入所療養介護

サービス提供時における医学的観点からの留意事項

内服治療薬及び外用薬について　□特になし □確認が必要 □管理が必要

血圧について　入浴可能な身体状況 血圧： ／ mmHg以下、 ／ mmHg以上
平常コントロール値 （ ／ mmHg） 体温 （ ℃）

移動について　□特になし □転倒に注意 □移動時見守りが必要 □移動時介助が必要
□移動時間に制限有り （ 分以内） □施設の車両移送に耐えられる

食事の形態について　□特になし □（流動食 ・きざみ食 ・軟食） □カロリー制限 無・有（ kcal／日）

水分摂取（嚥下）について　□特になし □見守り □介助 □トロミ等が必要 □水分制限 無・有（ cc／日）

認知症に関して、理解及び記憶・問題行動についての留意事項
（

※運動器の機能向上やリハビリテーション施行について実施する上での留意事項

□安静時心電図　1.正常範囲　2. 調律異常　3. 心肥大　4. 刺激伝導異常　5. 虚血性変化
6. その他（

□運動可能な血圧の上限 （ ／ 　□運動可能な最大心拍数 回／分

□運動への参加　1. 可 ・ 2.否 （

□リハビリテーション施行について　（時間的制限 有 ・ 無 約 分まで）

実施　□禁止　□リハビリテーションをすすめて良い

内容　□可動域制限 無 ・有 （
□疼痛 無 ・ 有 （ 箇所：
□他動運動は禁止 □自動運動 ・ 他動運動
□メンタルリハビリ （音楽療法・作業療法）

その他留意事項：

その他、介護サービス・総合事業利用に関する意見（栄養機能改善や、口腔機能向上に関すること等も含む）

２. 介護保険サービス提供事業所が効果的に委託を受ける上での留意点

はじめに

平成 28 年度，市より短期集中予防サービスの訪問型 C をモデル事業として受託した．この経験を下に，介護保険サービス提供事業所が効果的に委託を受ける上での留意点について，以下に紹介する。

留意点１：「わが地域の地域包括ケアシステム」と「わが事業所の位置付けや今後の方向性」を確認する

１）自事業所が事業展開する地域の地域包括ケアシステムを絵に描いてみる

地域包括ケアシステムは，“本人・家族の選択と心構え”を基本とし，①すまいとすまい方，②生活支援・福祉サービス，③医療・看護，④介護・リハビリテーション，⑤保健・予防の構成要素から成り立つとされている．この区分に則り，自事業所が事業展開する地域の“地域包括ケアシステム（あるべき姿，現状）”を 1 枚の絵に描いてみる．また可能であれば，疾患群類別地域包括ケアシステム（例，脳卒中，整形外科疾患，認知症など）や障害群類別地域包括ケアシステム（精神障害，知的障害，身体障害など）も描いてみる．さらに焦点が絞りやすくなる．

２）当該市町村の介護予防・日常生活支援総合事業の事業計画を確認する

当該市町村の“介護予防・日常生活支援総合事業（以下，新しい総合事業）の事業計画”を確認し，描いた地域包括ケアシステムの絵の中に記入してみる．新しい総合事業の主な対象者は，虚弱（フレイル）な高齢者と要支援者である．この絵を描くことによって，この方々に自事業所として今後どのように取り組んでいけばいいのかを検討する上で、有効な資料になると思う．

３）事業所の位置付けや今後の事業方針

次に，その全体図（地域包括ケアシステム）に自事業所の現状と今後の方向性を記入してみる．新しい総合事業に関する事業についても併せて記入する。なお参考のため、当法人で策定作業中の“TAKEDA　地域包括ケアシステム（案）”を図 1 に紹介する。

地域包括ケアシステムは都道府県や市町村だけが描くものではない．自事業所だけで描けるものでも，実行できるものでもない．行政や医療機関や介護・福祉事業所，地域住民など多くの方々の関与と取り組みが重ね合わさり，自然に調節され，はじめてわが地域の地域包括ケアシステムができ上がる．ゆえに，それぞれの事業所が地域包括ケアシステムを描き，取り組むことが必要である．

上の 3 つの作業を進めるのは“難しい！”と思われるかもしれないが、まずやってみることである．作業を進める際の要点は，完璧・精緻なものを作ろうとしないこと，決定版を作ろうとしないことである．この要点を踏まえ，楽しく，創造的に取り組んでみると意外と描けるものでえある．

留意点２： 新しい総合事業へ参入するのか・しないのか、参入するとすればどの事業に参入するのかについての検討・判断

１）市町村の動きを把握する

これまでの介護予防事業は，平成 29 年 4 月 1 日より新しい総合事業に完全に移行される．完全移行といっても制度的移行であり、実際のサービス提供の整備ついては“一部実施、一部順次に実施”というのが現状であると思う。特に短期集中予防サービス（訪問型 C・通所型 C）については、多くの市町村がどのように実施すればいいのか苦慮されていることと思う．

その要因として以下の 5 つが考えられる．1 つは, 新しい事業であること, 2 つ目に, 既存のサービス（例、訪問介護や通所介護）の移行を優先せざるを得なく新規事業はおのずと後回しにせざるを得ないこと，3 つ目に，保健師等医療専門職による対応可能な事業所が少ないこと，4 つ目に，必要な書類や流れをどのようすればいいのかわからないこと，5 つ目に，この事業による費用対効果のデータがないため予算の計上が難しい（議会のへ根拠のある説明が必要）こと，にあるのではないかと思う．

よってこの事業に関する市町村の姿勢は，①行政主導型（計画や準備の全てを市町村が行い事業受託事業者を公募するタイプ），②専門職団体依頼型（専門職種の団体に計画や準備の段階から相談し準備でき次第受託事業者を公募するタイプ），③事業所依頼型（ある特定の事業所に計画や準備の段階からに相談し、モデル

事業として実施し、その試行の結果をもって事業受託事業者を公募するタイプ、④様子見型（周囲の市町村の出方や事業所の出方を静観するタイプ）の４つのタイプになると思う。

当該市町村が③④の場合は、事業所側から積極的に提案していくべきだと思う。

２）参入の有無、参入する際の事業種別について検討・判断する

まず事業所の強みと弱み、特に強みを確認してみる。福祉系の人材や運営方法に関することが強みなのか、医療系の人材や運営方法に関することが強みなのか確認する。短期集中予防サービス（訪問型・通所型 C）は医療系専門職によるサービス提供事業であるから、医療系職員がいて居宅サービス事業経験者（できれば、訪問サービス経験者）がいる事業所は、より前向きに検討すべきである。

参入を最終判断する時、報酬額が気になると思う。市町村より当初提示される報酬額は、訪問リハの報酬単価程度が多いと思う。短期間に複数回の訪問で終了する訪問型 C は、情報収集や記録、報告書作成等の事務処理に係る負担が大きいため、収支上は割に合わない事業のように思われるかもしれない。しかし、短期的な収支予測をもってのみ参入の有無を判断すると、地域包括システムの整備や新しい総合事業への参入について遅れを取ることになりかねない。長期的視点に立って総合的に判断することが重要と思われる。

留意点３：当該市町村に提案

１）事業実施計画書（素案）の作成

事業所内で、以下の項目について記載した実施計画書（素案）を作成する。

基本的記載項目には、①事業の趣旨、②実施概要（例、実地主体、実施形態、事業内容など）、③実施方法（例、対象者像、候補者の選定方法、対象者の選定）、支援の流れ、支援体制の構成）、④その他（例、支援の視点、専門職種別担当領域）、⑤実施報告書提出とその内容等が含まれる。

まとめ方は、A4 判の用紙 1～2 枚に、誰が見ても分かるように記載し、説明文は添付資料とするのが良いと思う。

なお、計画する際に参考となる点を1つ紹介する。それは、対象者についてである。

今回のモデル事業の場合、対象者を 2 つに分けた。

A 群：病院に入院中で ADL はほぼ自立しているが少し不確実なところがあって、退院後に非活動的な生活習慣に陥る恐れがあり、退院直後に短期間のフォローを必要とする方

B 群：既に地域で生活している方で、地域包括支援センターに新規で相談された方やフォロー中の方で医療専門職によるアセスメントや今後のフォローについて助言をいただく必要があると判断された方

訪問型 C は、主に B 群を想定されたサービス事業と思われるが、A 群のように退院直後の方々を本事業の対象とすることで、スムーズな地域生活への移行と医療介護連携による積極的な介護予防事業を展開することができる。

2)事業実施に向けて提案・相談する

当該市町村の事業担当窓口を訪問し、作成した事業実施計画書（素案）を提示しながら事業参入についての趣旨や思いについて説明する。併せて、事業を実施する際の流れ（案）や関係書類（案）を作成し、再度ご相談させていただきたい旨を伝える。

市町村の事業は予算に基づいて執行されるため、「提案→担当部局が起案（7～8 月）→予算（案）に計上（10～11 月）→議会で承認（翌年の 2～3 月）→翌年度実施（4 月より）」とう流れで進む。提案・相談の時期もそれに合わせて進めるのが良い。また、特定の事業所に事業委託をする場合は、当初モデル等事業で行い、その結果をもって本事業への移行となると思うので、そのことについても頭に置いて準備する必要がある。

留意点４：モデル事業実施に向けた準備

１）事業を実施する際の流れ（案）を作る

（モデル）事業を実施する場合、関係する機関は①市町村（介護予防ケアマネジメントの管理と報酬発生のための確認）と②地域包括支援センター（B 群の対象候補者選定、A・B 群対象者との連絡・調整、介護予防ケアマネジメント作成、実施報告書の作成）、③支援員（訪問、アセスメント、支援計画、指導・助言、訪問報告書の作成）、④入院担当者（A 群の対象候補者選定、生活行為等の確認、地域包括支援センターへの連絡）の 4 つである。その方々に説明する際に使用する説明資料（共通）を作る必要がある。

なお、この事業は新しい総合事業に位置づけられるので、基本チェックリストでチェックした結果が介護予防対象者に該当する方であることと、地域包括支援センターが介護予防ケアマネジメントを行うことの２

つの条件を履行することが必要なので、その条件を満たすように作る必要がある。
２）関係書類（案）を作る

今回のモデル事業では、①本人が望む生活目標の設定と目標達成のための具体的な支援、②生活行為向上に視点を当てたチェックと効果判定に関する書類を作成した。そして多忙な地域包括支援センター業務の中に新規事業を追加する負担を考慮し、支援員が報告するアセスメント・計画・実施報告書の内容を利用し、介護予防ケアマネジメントや実施報告書が容易に作成できるような仕組みにした。

【今回のモデル事業で準備した書類】

○基本チェックリスト(別紙1) ←既存の基本チェックリストを使用しました。 ［掲載省略］
→新しい総合事業に該当するかどうかの確認のために使用します。(候補者)

①**退院後生活行為予測表**(別紙2)
→退院間近かで、A 群に該当し、モデル事業を利用した方がいいかどうかの判定に使用します。
主に担当のリハビリ専門職等がチェックします。
→なお、B 群の場合は地域包括支援センター職員が基本チェックリストで判定します。(候補者)

②**短期集中予防サービスモデル事業連絡表**(様式1)
→医療機関の退院支援等を担当する窓口・者から、当該の地域包括支援センターに支援の依頼(連絡)をする書類です。

③**短期集中予防サービスモデル事業についての重要事項説明書**(様式2－a) ［本事業では使わない予定です］
→地域包括支援センター職員が、候補者宅を訪問し、モデル事業等についての説明に使用する書類です。

③**短期集中予防サービスモデル事業利用申請書**(様式2－b)
→候補者がモデル事業の利用を希望する場合、記入・申請してもらう書類です。この申請によってモデル事業の利用者(以下、本人)となります。 ［本事業では介護予防マネジメント届出書を使う予定です］
＊地域包括支援センター職員は、この書類を市町村に提出します。(事業開始)

④**短期集中予防サービスモデル事業支援依頼書**(別紙3)
→地域包括支援センター職員は、この書類をもって支援チームに依頼します。
＊支援チームのリーダーは、適当な専門職の支援員を選定し、連絡します。
＊地域包括支援センター職員が担当支援員と本人との間に入って、初回訪問日を調整します。

⑤**生活行為確認・比較表**(別紙4)
→初回訪問と最終訪問時に本人が行っている生活行為の現状と向上の可能性の有無について、本人と担当支援員がチェックする書類です。比較することで支援の効果判定にも使えます。

⑥**短期集中予防サービスモデル事業　初回訪問報告書**(別紙5)
→「本人が改善・向上したいと思っていること」の確認、「アセスメント(物的環境、人的環境、本人の状態、その他)」、「設定目標(目安:1～2カ月先、2～3か月先)」、「支援計画(物的環境、人的環境、本人の状態、その他)」の項目から構成されています。担当支援員が記入をし、地域包括支援センターに送ります。

⑦経過報告書(2 回目以降経過報告書)
→2 回目以降に訪問した際に、都度提出する報告書です。

⑧**短期集中予防サービスモデル事業　支援計画書**(別紙6) ［本事業では、所定の「介護予防サービス支援計画書」を使用します。］
→「本人が改善・向上したいと思っていること」、「「設定目標」、「支援前の生活機能(生活行為確認・比較表より転記)」、「アセスメント」、「支援経過(別紙5より転記)」、「支援後の生活機能(別紙7より転記)」、「生活行為の変化(改善・維持・低下項目数を記入)」、「設定目標の達成度(達成・ほぼ達成・未達成)」、「今後」について、地域包括支援センター職員が記入します(事業の終了後)。

⑨**短期集中予防サービスモデル事業報告書**(別紙7)
→担当支援員が、最終訪問終了後に記入し、地域包括支援センターに提出する書類です。

３）市町村と最終確認する

作った流れ（案）と関係書類（案）を当該市町村と協議し、確認してもらう。併せて、（モデル）事業の進捗管理表を作成する。

４）関係機関の職員に説明する

関係機関には、こちらから説明に伺う。できるだけ、懇切丁寧な説明と協力のお願いをすることが大切である。地域包括支援センターに説明をする時は、当該市町村主催の説明会にしていただいた方が良い。特に委託型の場合はそのような配慮が必要である。

留意点５：事業の実施

事業を実施する上での留意点は省略する。

【効果判定・成果、アピール方法】

○効果判定・成果

効果の有無や程度に関する判定については、支援計画書(別紙6)、表1)の中の「支援前・後の生活機能」と「生活行為の変化」、「設定目標の達成度」の指標により、客観的に確認・証明できる。

○アピール方法

この事業の対象者の相談は、“大変に困っている”とか“切ない・苦しい”などというような切実な内容ではなく、“ちょっと不安”、“もう少しこうなれば”、“何となく元気がない”、“このままの生活習慣では、近いうちに動けなくなるのではないかしら”などというような、目に見え難いような心配、不安、不自由さなどが主な内容である。従って、本人や家族から相談に来るのを待っているという姿勢だけでなく、地域で行っている介護予防教室や地域サロンなどの集団活動の機会を通し、生活行為の遂行状態や暮らし方などについてチェックしたり個別相談の機会を設けるなどの工夫をし、早目のチェックと早目の支援でできる体制の整備が必要である。

また、幾つかの事例を食堂の写真入りメニューのように準備し、本人が自分の生活状態と重ね合わせて見れるようにする工夫も大切である。

留意点６：事業報告書と本事業実施に向けた準備

１）事業実施報告書を作成し、年度内に提出する

事業実施報告書は、市町村や協力していただいた関係者等に報告する上でも作成が必要である。報告書の作成作業を通して書類の修正など、本事業への移行に備えてやるべきことが確認できる。

２）本事業実施に向けた準備

当該市町村と定期的な進捗管理会議を行っていれば、本事業へ移行するかどうかの方向性は年度途中で確認できると思うので、１）の事業実施報告書の作成作業で得られた知見を活用し、本事業へ移行するために必要な準備をしておく。

おわりに

何事も新しいことをやることはそれなりのエネルギーが必要である。でもわが地域の地域包括システムの整備に寄与でき、特に虚弱な高齢者の健康寿命が延長に貢献できるなら、それは事業所としても個人としても大きな喜びになると思う。

別紙2

退院後生活行為予測表

リハスタッフ等→（医療社会福祉課）→地域包括

「退院時の生活機能」と「退院後（数か月間）の生活機能」について記入して下さい。　　記入日：平成　　年　　月　　日（　　　）

氏名		年齢（　　）歳、　T・S　　年　月　日生
		性別　　　　男　・　女
住所		☎　　―
家族構成	□一人暮らし　□高齢者世帯　□その他（　　　　　　　　）	

Ⅰ．心身機能・身体構造		退院時		退院後（予測）	
1	コンディショニング（体温・脈拍・血圧・呼吸）	問題なし	問題あり（　　　　）	維持・向上	悪化
2	体力（筋力・持久力）	問題なし	低下（　　　　）	維持・向上	低下
3	痛みやしびれ	なし	有り（　　　　）	維持・改善	悪化
4	水分・食事量の摂取	問題なし	問題あり（　　　　）	維持・向上	不良化
5	睡眠	問題なし	問題あり（　　　　）	維持・改善	不良化
6	排泄（排尿・排便）	問題なし	問題あり（　　　　）	維持・改善	不良化

Ⅱ．活動（ADL，IADL）　＊退院後、「下記の生活行為（IADL等）がどのような状態になると予測されるか」について記載して下さい。

基準	3　できない・しないであろう　1　少し不安定なので・しなくなるかも 2　でき難いので・しないかも　0　大丈夫・心配ない	実生活				退院後予測	
		入院前		入院中		本人	リハ担当者
7	床から立ち上がったり・座ったりすること	していた	していなかった	していた	していなかった	3・2・1・0・？	3・2・1・0・？
8	立ったまま床の物を拾ったりすること	していた	していなかった	していた	していなかった	3・2・1・0・？	3・2・1・0・？
9	家（病院内）の中を歩いて移動すること	していた	していなかった	していた	していなかった	3・2・1・0・？	3・2・1・0・？
10	物（2kg程度）を持って家の中を歩くこと	していた	していなかった	していた	していなかった	3・2・1・0・？	3・2・1・0・？
11	階段や段差を昇り降りすること	していた	していなかった	していた	していなかった	3・2・1・0・？	3・2・1・0・？
12	浴槽に入ったり、浴槽から出たりすること	していた	していなかった	していた	していなかった	3・2・1・0・？	3・2・1・0・？
13	外出（散歩、買い物、お茶のみ・・）すること	していた	していなかった	していた	していなかった	3・2・1・0・？	3・2・1・0・？
14	バスや電車などの公共交通機関を利用すること	していた	していなかった	していた	していなかった	3・2・1・0・？	3・2・1・0・？
15	自動車やバイクを運転すること	していた	していなかった	していた	していなかった	3・2・1・0・？	3・2・1・0・？
16	箸を使って食事をすること	していた	していなかった	していた	していなかった	3・2・1・0・？	3・2・1・0・？
17	ボタンの留め・外し、ファスナーの上げ下げ	していた	していなかった	していた	していなかった	3・2・1・0・？	3・2・1・0・？
18	ペットボトル、広口びん、ヨーグルトの蓋を開けること	していた	していなかった	していた	していなかった	3・2・1・0・？	3・2・1・0・？
19	手足の爪を切ること	していた	していなかった	していた	していなかった	3・2・1・0・？	3・2・1・0・？
20	電話やお話しで、意思疎通をすること	していた	していなかった	していた	していなかった	3・2・1・0・？	3・2・1・0・？
21	新聞や回覧板を読むこと	していた	していなかった	していた	していなかった	3・2・1・0・？	3・2・1・0・？
22	薬を管理（処方の内容通り、間違いなく飲む）すること	していた	していなかった	していた	していなかった	3・2・1・0・？	3・2・1・0・？
23	買い物で、小銭で支払いをすること	していた	していなかった	していた	していなかった	3・2・1・0・？	3・2・1・0・？
24	料理をすること（献立・調理・洗いなど）	していた	していなかった	していた	していなかった	3・2・1・0・？	3・2・1・0・？
25	洗濯をすること（洗い・干し・たたみなど）	していた	していなかった	していた	していなかった	3・2・1・0・？	3・2・1・0・？
26	掃除をすること（掃除機・箒など）	していた	していなかった	していた	していなかった	3・2・1・0・？	3・2・1・0・？
他		していた	していなかった	していた	していなかった	3・2・1・0・？	3・2・1・0・？
結果	短期集中予防事業の介入の必要性 （　有　・　無　）	"有"の場合、どの生活行為の改善・向上に介入する必要がありますか？ （　　　）、（　　　）、（　　　）、（　　　）、他（　　　　　）					

医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿、記入者名：＿＿＿＿＿＿＿＿

（基準）3：できない・しないであろう、2：でき難いので、しないかも、1：少し不安定なのでしなくなるかも、0：大丈夫、心配ない、？：予測不

リハスタッフ等→（医療社会福祉課）→地域包括

様式1

平成　年　月　日

会津若松市 第(1・2・3・4・5・河東・北会津)
地域包括支援センター　管理者様

医療機関等名：＿＿＿＿＿＿＿＿
退院支援担当窓口名：＿＿＿＿＿＿＿＿
担 当 者 名：＿＿＿＿＿＿＿＿
☎　　－

常日頃よりお世話になっています。
短期集中予防サービスモデル事業の候補者について、以下にご連絡を申し上げます。
つきましては、事業に向けた支援をお願いします。

短期集中予防サービスモデル事業連絡表の送付

候補者氏名		年齢（　）歳、T・S　年　月　日生	
		性別	男・女
住所	☎ －		
診断名	＃1 ＃2		
入院医療機関	（　　　　）病院　（　　）病棟		
退院予定日	平成　年　月　日（　）曜日		
ご本人の意向	本事業については、平成　年　月　日（　）曜日に口頭で説明しました。 ご本人より、利用希望の意向が示されました。 説明者：（＿＿＿＿＿＿）、職種名（＿＿＿＿＿）		
注意点	（例、転倒の危険性高い、誤嚥し易い、脱臼の危険性あり）		
担当者としての目的	（○○が、○○なので、○○目的で介入をお願いしたい）		

添付資料

①「基本チェックリスト」（別紙1）

②「退院後生活行為予測表」（別紙2）

様式２－ａ　　　　（地域包括が本人･家族に説明時使用）

「短期集中予防サービスモデル事業」についての重要事項説明書

1.「短期集中予防サービスモデル事業」の目的

「短期集中予防サービスモデル事業」とは、会津若松市が、退院後の生活に戸惑いや支障を抱えることが予測される入院中の高齢者やこのままの生活習慣が続けば今後生活機能がさらに低下し要介護状態に陥る可能性がある虚弱な高齢者等に対し、保健師等医療専門職が、短期間（3~4 回程度の訪問による）、集中して（1~3 カ月を基本）その方の居宅を訪問し支援することで、ADL（食事や排泄など身の回りの動作）に関する不安や困難さを軽減させたり、したい・できるようになりたい IADL 等（家事や金銭管理や外出など周辺動作）ができるようになったりなどと、ご本人の生活がより安心で豊かになるような支援することを目的とした事業です。

2. 実施方法

・会津若松市が一般財団法人 竹田健康財団に委託し実施します。

・事業を受託した竹田健康財団はその事業の運営担当を「介護福祉本部」とし、会津若松市内の 7 つの地域包括支援センターからの依頼にもとづき、「短期集中予防サービスモデル事業支援チーム」がこの任に当たります。

・保健師・看護師、リハビリテーション医療専門職（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）、管理栄養士等の医療専門職が「支援員」として、皆様のお住まいに訪問し、助言や指導等を行います。

・短期集中予防サービスを実施するにあたっての介護予防計画等の管理業務は、担当の地域包括支援センター職員が行います。

・利用料金は必要ありません。ただし、「手摺をつける」「握り易いコップを購入する」などを希望された場合は、その料金が発生します。

3. 支援の流れ

①「利用申請書」に記入し、利用の意思を示されますと支援が開始されます。

②初回訪問する日時を相談し、確認がとれましたら担当の地域包括支援センターの職員と担当支援員が一緒に訪問します。

③その後 2～3 回程度（合計 3～4 回）訪問し、生活のしづらさを軽減したり、できないことができるようにするための支援をします。

（支援内容）

・ご本人様が保有されている能力を見つけ出し、その発揮の仕方について助言します。

・できない、できにくくしている要因を見つけ出し、その解消について助言します。

・ご家族様のご相談に応じ、関わり方や介助の方法等について助言します。

4. 個人情報の取り扱いについて

・支援する上で、ご本人様に関する情報を取り扱います。

・より良い支援をする目的で支援関係者の間の範囲内で情報のやり取りをします。

・情報の保管や使用については十分に注意をはらいます。

本人・家族→地域包括→
原本を会津若松市に提出

様式２－b

会津若松市短期集中予防サービモデル事業利用申請書

平成　　年　　月　　日

会津若松市長様

申請者　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

私は、会津若松市が行う短期集中予防サービスモデル事業の目的や内容を理解し、利用したいので申請します。なお、下記の事項について同意します。

利用者名	フリガナ		被保険者番号										
	氏　名		年齢（　　　）歳、　T・S　年　月　日生　　　男・女										
	住　所	会津若松市　　　　　　☎　　－											
かかりつけ医		（医療機関名） ☎＿＿＿＿（　　　）＿＿＿＿ （医　師　名）：＿＿＿＿＿＿＿＿ （診療科名）：＿＿＿＿＿＿＿＿											
緊急連絡先		氏　名　　　　　　続柄：											
		住所　　　　　　連絡先 Tel：　　　（　　　）											

1、この事業で得られた個人に関する情報を事業実施に必要な範囲で、関係する期間で情報を共有することに同意します。
2、この事業で得られた利用状況等の個人データを事業の評価及び分析のための資料として、統計的に利用することに同意します。

地域包括→支援員　責任者（石田）

別紙3

平成　年　月　日

短期集中予防サービスモデル事業
支援員　責任者　石田　康子様

第(1・2・3・4・5・河東・北会津)
地域包括支援センター

担当：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

☎　　－

下記の者に対し、短期集中予防サービスモデル事業の支援をお願いします。

短期集中予防サービスモデル事業支援依頼書

候補者氏名(ふりがな)		被保険者番号	
		年齢(　)歳、T・S　年　月　日生　男・女	
住　所	☎　－		
診断名	＃1 ＃2		
該当群類	A群該当者		B群該当者
現在の住まい	(　　　)病院　(　　　)病棟入院中 退院予定日：平成　年　月　日(　)曜日 自宅へ退院		自宅 集合住宅(　　　)
注意点	(例、転倒の危険性高い、興奮し易い、脱臼の危険性あり)		(例、転倒の危険性高い、興奮し易い、脱臼の危険性あり)
担当者としての目的	(○○が、○○なので、○○目的で介入をお願いしたい)		(○○が、○○なので、○○目的で介入をお願いしたい)

(添付資料)

①「基本チェックリスト」(別紙1)の写し

②「退院後生活行為予測表」(別紙2)の写し←A群の場合のみ

別紙4

生活行為確認・比較表

担当支援員→地域包括

当該者の生活行為・機能状態について確認をして下さい。

氏名		年齢(　)歳、T･S　年 月 日生
		性別　　男 ・ 女
住所		☎　―
家族構成	□一人暮らし　□高齢者世帯　□その他(　　)	

Ⅰ．心身機能・身体構造		支援前(　月　日)				支援後(　月　日)			
		本人		担当支援員		本人		担当支援員	
1	コンディショニング(体温・脈拍・血圧・呼吸)	問題なし	不調	問題なし	不調	問題なし	不調	問題なし	不調
2	体力(筋力・持久力)	問題なし	低下	問題なし	低下	問題なし	低下	問題なし	低下
3	痛みやしびれ	なし	有り	なし	有り	なし	有り	なし	有り
4	水分・食事量の摂取	問題なし	問題あり	問題なし	問題あり	問題なし	問題あり	問題なし	問題あり
5	睡眠	問題なし	問題あり	問題なし	問題あり	問題なし	問題あり	問題なし	問題あり
6	排泄(排尿・排便)	問題なし	問題あり	問題なし	問題あり	問題なし	問題あり	問題なし	問題あり

Ⅱ．活動(ADL、IADL)　(基準)○：確実にしている、△：しているが不安定・不確実、×：できない・していない、　☆：現状より向上する可能性がある

		本人	担当支援員		本人	担当支援員	
7	床から立ち上がったり・座ったりすること	○・△・×	○・△・×	☆	○・△・×	○・△・×	☆
8	立ったまま床の物を拾ったりすること	○・△・×	○・△・×	☆	○・△・×	○・△・×	☆
9	家の中を歩いて移動すること	○・△・×	○・△・×	☆	○・△・×	○・△・×	☆
10	物(2kg程度)のを持って家の中を歩くこと	○・△・×	○・△・×	☆	○・△・×	○・△・×	☆
11	階段や段差を昇り降りすること	○・△・×	○・△・×	☆	○・△・×	○・△・×	☆
12	浴槽に入ったり、浴槽から出たりすること	○・△・×	○・△・×	☆	○・△・×	○・△・×	☆
13	外出(散歩、買い物、お茶のみ…)すること	○・△・×	○・△・×	☆	○・△・×	○・△・×	☆
14	バスや電車などの公共交通機関を利用すること	○・△・×	○・△・×	☆	○・△・×	○・△・×	☆
15	自転車やバイクを運転すること	○・△・×	○・△・×	☆	○・△・×	○・△・×	☆
16	箸を使って食事をすること	○・△・×	○・△・×	☆	○・△・×	○・△・×	☆
17	ボタンの留め・外し、ファスナーの上げ下げ	○・△・×	○・△・×	☆	○・△・×	○・△・×	☆
18	ペットボトル、広口びん、ヨーグルトの蓋を開けること	○・△・×	○・△・×	☆	○・△・×	○・△・×	☆
19	手足の爪を切ること	○・△・×	○・△・×	☆	○・△・×	○・△・×	☆
20	電話やお話しで、意思疎通をすること	○・△・×	○・△・×	☆	○・△・×	○・△・×	☆
21	新聞や回覧板を読むこと	○・△・×	○・△・×	☆	○・△・×	○・△・×	☆
22	薬の管理(処方の内容通り、間違いなく飲む)	○・△・×	○・△・×	☆	○・△・×	○・△・×	☆
23	買い物などでの小銭での支払いをすること	○・△・×	○・△・×	☆	○・△・×	○・△・×	☆
24	料理をすること(献立・調理・洗いなど)	○・△・×	○・△・×	☆	○・△・×	○・△・×	☆
25	洗濯をすること(洗い・干し・たたみなど)	○・△・×	○・△・×	☆	○・△・×	○・△・×	☆
26	掃除をすること(掃除機・箒など)	○・△・×	○・△・×	☆	○・△・×	○・△・×	☆
他		○・△・×	○・△・×	☆	○・△・×	○・△・×	

介入の結果 ←

向上・改善項目 悪化項目	(生活の変化)
支援前　記入日　　、記入者	支援後　記入日　　、記入者

別紙5

短期集中予防サービスモデル事業 初回訪問報告書

担当支援員→地域包括

氏　名		被保険者番号	
		年齢（　）歳、T・S　年　月　日生　男・女	
住 所	☎　―		
主な疾患名		家族構成	□独り暮らし □夫婦２人暮らし □その他（　）
主な障害			
介護認定	要支援 １ ・ ２、　非該当、　未申請、　申請中		
支援までの経緯	①入院医療機関より、②本人・家族より、③その他（　）		
本人が改善・向上したいと思っていること	1. 2.		
アセスメント	物的環境（周辺・住環境、道具環境等） 人的環境（家族の介護力、関わり方等）		
	本人の状態（精神状態、身体機能、認知機能等）		
	その他		
設定目標（具体的な生活行為向上目標）	1. 2.		
支援計画（プラン）	物的環境の調整（住環境、道具環境等） 家族等への助言（関わり方、援助方法等） 本人への指導・助言（精神状態、身体機能、認知機能等） その他		

記入日：平成　年　月　日

記入者：氏名　　　、職種名：□NS、□PT・OT・ST、□管理栄養士、□他（　）

経過報告用紙　　　　　　　　短期集中予防サービスモデル事業　　　　　　　<u>担当支援員</u>→地域包括

２回以降訪問報告書（２ ・ ３ ・（　　）回目）

利用者氏名		被保険者番号	
		年齢（　）歳、 T・S　年　月　日生　　男・女	
訪問日時	平成　　年　月　日（　）曜日　　午前・午後　　時　分～　　時　分		
訪問先	□利用者宅　□その他		
訪問者			

【訪問結果】		
	前回訪問時との比較・変化	今回の訪問による支援
物的環境 （周辺・住環境、道具環境等）		
人的環境 （家族の介護力、関わり方等）		
本人の状態 （健康状態、身体機能、認知機能等）		
その他		

記入日：平成 28 年　　月　　日
記入者：氏名　　　　　　　　　　　、職種名：□NS、□PT･OT･ST、□管理栄養士、□他（　　　　　）

＊平成 29 年度開始の本事業においては、市指定の「介護予防サービス支援計画書」を使用する

別紙6

地域包括(原本)→会津若松市

短期集中予防サービスモデル事業　支援計画書

フリガナ 氏　名		年齢(　)歳、T･S　年 月 日生	男･女	被保険者番号	
住　所	☎　―				
主な疾患名	1	2	主な障害		
介護認定	要支援 1 ・ 2、　非該当、　未申請、　申請中		家族構成	□独り暮らし　□夫婦２人暮らし　□その他(　　　)	
本人が改善･向上したいと思っていること	1 2				

設定目標 (具体的な生活行為向上目標)	1. 2.

(基準) ○：確実にしている、△：しているが不安定･不確実、×：できない･していない、☆：現状より向上する可能性がある

支援前の生活機能						アセスメント		短期集中予防サービス支援経過
記入日:　年　月　日								
1	問題なし･不調		14	○･△･×	☆	物的環境 (周辺･住環境、道具環境等)		
2	問題なし･低下		15	○･△･×	☆			
3	なし ・ あり		16	○･△･×	☆			
4	問題なし･問題あり		17	○･△･×	☆			
5	問題なし･問題あり		18	○･△･×	☆	人的環境 (家族の介護力、関わり方等)		
6	問題なし･問題あり		19	○･△･×	☆			
7	○･△･×	☆	20	○･△･×	☆			
8	○･△･×	☆	21	○･△･×	☆			
9	○･△･×	☆	22	○･△･×	☆	本人の状態 (健康状態、身体機能、認知機能等)		
10	○･△･×	☆	23	○･△･×	☆			
11	○･△･×	☆	24	○･△･×	☆			
12	○･△･×	☆	25	○･△･×	☆			
13	○･△･×	☆	26	○･△･×	☆	その他		

結果

支援後の生活機能					
記入日:　年　月　日					
1	問題なし･不調		14	○･△･×	☆
2	問題なし･低下		15	○･△･×	☆
3	なし ・ あり		16	○･△･×	☆
4	問題なし･問題あり		17	○･△･×	☆
5	問題なし･問題あり		18	○･△･×	☆
6	問題なし･問題あり		19	○･△･×	☆
7	○･△･×	☆	20	○･△･×	☆
8	○･△･×	☆	21	○･△･×	☆
9	○･△･×	☆	22	○･△･×	☆
10	○･△･×	☆	23	○･△･×	☆
11	○･△･×	☆	24	○･△･×	☆
12	○･△･×	☆	25	○･△･×	☆
13	○･△･×	☆	26	○･△･×	☆

生活行為の変化	設定目標の達成度	今後	
改善･向上数：(　　/26)	1　達成 ・ ほぼ達成 ・ 未達成		
維　持　数：(　　/26)	2　達成 ・ ほぼ達成 ・ 未達成		
低　下　数：(　　/26)	他　達成 ・ ほぼ達成 ・ 未達成		

記入者：第(1･2･3･4･5･河東･北会津)　地域包括支援センター　(　　　　　　　)

別紙7

担当支援員→地域包括

短期集中予防サービスモデル事業実施報告書

＊1ページ目は「初回訪問報告書」と同じです

氏　名		被保険者番号	
		年齢（　）歳、　T・S　年　月　日生	男・女
住 所	☎　—		
主な疾患名		家族構成	□独り暮らし □夫婦２人暮らし □その他（　　　　）
主な障害			
介護認定	要支援 １ ・ 2、　非該当、　未申請		
支援までの経緯	①入院医療機関より、②本人・家族より、③その他（　　　　）		
本人が改善・向上したいと思っていること	1.		
	2.		
アセスメント	物的環境 （周辺・住環境、道具環境等）		
	人的環境 （家族の介護力、関わり方等）		
	本人の状態 （精神状態、身体機能、認知機能等） その他		
設定目標 （具体的な生活行為向上目標）	1.		
	2.		
支援計画（プラン）	物的環境の調整 （住環境、道具環境等）		
	家族等への助言 （関わり方、援助方法等）		
	本人への指導・助言 （精神状態、身体機能、認知機能等） その他		

支援の経過・内容		初回訪問(　　/　)	2回目訪問(　　/　)　　最終訪問(　　/　)
	物的環境の調整		
	家族への助言		
	本人への指導・助言		
	その他		

支援の結果	目標達成度	1. 2.
	（基準）○：確実にしている、△：していが不安定・不確実、×：できない・していない、☆：現状より向上する可能性がある	

生活行為の変化

	支援前(　月　日)		支援後(　月　日)			支援前(　月　日)		支援後(　月　日)	
1	問題なし・不調		問題なし・不調		14	○・△・×	☆	○・△・×	☆
2	問題なし・低下		問題なし・低下		15	○・△・×	☆	○・△・×	☆
3	なし ・ あり		なし ・ あり		16	○・△・×	☆	○・△・×	☆
4	問題なし・問題あり		問題なし・問題あり		17	○・△・×	☆	○・△・×	☆
5	問題なし・問題あり		問題なし・問題あり		18	○・△・×	☆	○・△・×	☆
6	問題なし・問題あり		問題なし・問題あり		19	○・△・×	☆	○・△・×	☆
7	○・△・×	☆	○・△・×	☆	20	○・△・×	☆	○・△・×	☆
8	○・△・×	☆	○・△・×	☆	21	○・△・×	☆	○・△・×	☆
9	○・△・×	☆	○・△・×	☆	22	○・△・×	☆	○・△・×	☆
10	○・△・×	☆	○・△・×	☆	23	○・△・×	☆	○・△・×	☆
11	○・△・×	☆	○・△・×	☆	24	○・△・×	☆	○・△・×	☆
12	○・△・×	☆	○・△・×	☆	25	○・△・×	☆	○・△・×	☆
13	○・△・×	☆	○・△・×	☆	26	○・△・×	☆	○・△・×	☆
計	改善・向上数：(　　/26)		維持数：(　　/26)			低下数：(　　/26)			

	その他特記事項	
振り返り	良かったこと	
	まずかったこと	
	その他(気づき)	

記入日：平成28年　　月　　日

記入者：氏名　　　　　　　　　　、職種名：□NS、□PT・OT・ST、□管理栄養士、□他(　　　　　)

3. 大学が行政と社会貢献として事業を実施する上での留意点

1）留意点１： 所属機関、もしくは部局を単位として行政と連携を行う。

大学が行政と社会貢献として事業を実施する場合、どちらも窓口をひとつもしくは統一しておいた方が良い場合が多い。大学内も行政も多様な考え方をもつ人々が関与者となるため、事業運営の混乱を防ぐためにも必要である。大学では、次のような取り組みを行うとよい。

・定期的に行政と意見交換を行う委員会を設置する。

大学で可能な社会貢献とは何かを明確にするために行政と定期的に意見交換を行う必要があるが、学内にもそのための委員会があった方がよい。特に、大学は事業の効果検証を論文として発表することもあるため、国民の個人情報の取り扱い、報告方法等を話し合う機会は大切である。

・行政と協定を結び社会貢献を行う。

各個人の教員で取り組むことができる事業には限界があり、時間も労力も必要になってくる。そこで、協働で取り組む事業が円滑に進められるよう大学と行政の間で協定を結んでもらい、それらの手間を省略することをお勧めする。

・協定の元に分科会を立ち上げる。

所属機関と行政という単位も事業を運営する際は規模が大きいため、学内ではプロジェクト単位に分科会を設け、それぞれが事業を進めた方が良い。ただし、誰が何を行なっているのかは、相互に確認が必要である。

2）留意点２： 人的・設備的リソースを活用する。

大学には、実習室に最新機器が導入されているだけでなく、講義室や講堂などの勉強会や集会を行うための施設も充実している。大学は、これら設備的リソースを学生が不利益を被らない範囲で積極的に利用してもらう方が良い。

3）留意点３： プログラムなど新規事業の提案と効果検証を行う。

大学では、プログラムなど新規事業を多く提案することができる。その一つの手法として、大学教員が代表で科学研究費を獲得し、大学教員及び大学院生が分担して研究を進めていくことがある。また、効果検証の成果指標は、大学と行政で異なる場合がある。そこで、市民の負担にならないよう倫理的な配慮も行いつつ、成果指標を大学と行政で検討する必要がある。

4）留意点４： 人材の資質向上を行う。

大学教員は、日頃より各都道府県士会や全国規模の士会、職能団体に所属し、知識の還元に取り組んでいる。そのような取り組みを行政単位で取り組むことも大切である。首都大学東京健康福祉学部では、教員を荒川区のシルバー大学に派遣したり、介護支援専門員の勉強会に講師として派遣したりすることで、荒川区の健康福祉行政に関わっている。また、地域ケア会議に出席し、総括的な意見から個別意見までその時のニーズに応じて行なっている。

5）おわりに

大学は、人的物理的環境の整った「知の拠点」であり、積極的に社会貢献に関与する必要がある。首都大学東京の学部生および大学院生もそのような社会貢献に携わる機会を得ており、学生院生教育の上でも欠かせないものとなっている。ぜひ、多くの大学が地域リハビリテーション活動支援事業に関わることを期待している。

4. 職能団体が市町村の通所型・訪問型短期集中事業及び地域リハ活動支援事業に関与し、効果的に取り組む上での留意点

介護予防・日常生活支援総合事業では、市町村の事業へリハビリテーション専門職の関与が期待されており、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が地域にて活動する機会が増えている。これに伴い市町村とリハビリテーション専門職を繋ぐ役割として、今後、各職能団体がこれを担う機会が増加するものと思われる。しかし、職能団体が市町村事業に関与する場合、事業所とは異なる点が多くあり、それに向けて体制を整えておく必要がある。その際の留意点について徳島県作業療法士会の取り組み、山梨県３職種団体の取り組み事例を通して述べる。

1）徳島県作業療法士会の取り組み例

介護予防･日常生活支援総合事業では､市町村事業へリハビリテーション専門職の関与が期待されており、理学療法士､作業療法士､言語聴覚士が地域にて活動する機会が今後増加するものと思われる｡これに伴い、より質の高いリハビリテーション専門職を育成し、地域のニーズに応えていくためにも各職能団体の果たす役割は大きくなるものと思われる。ここでは職能団体が市町村事業に取り組むうえで人材育成について、これまでの自身の取り組みを通して述べたいと思う。

（1）人材育成の目的・目標の共有

地域リハビリテーション活動を支援するための人材育成は､各職能団体において積極的に取り組まれている。これらの育成研修は「介護予防」や「地域ケア会議」について、「対象者のマネジメント能力」や「他職種とのコミュニケーション能力」など、幅広い内容が複数のカリキュラムによって構成されており、その修得は地域リハ活動支援事業に携わるうえで必須であると考える｡会員一人一人の学習意欲を向上させるためにも、これらの人材育成の目的・目標を会員全体に周知させること、それを達成するためのプロセスを分かりやすく伝えることは育成のための第一歩として重要であると思われる。

（2）会員の自発性を高める

研修会などを通して、地域リハ活動支援事業に携わる上で必要なことを修得するためには、継続して学ぶモチベーションが必要であり、会員自身の自発性が重要になると考える。そのためには職能団体によってどのような取り組みが行われているかを様々な機会を通して積極的に情報発信し、地域リハビリテーション活動に関わることの価値や魅力を伝えることが重要であると考える。また、自ら学ぶことでスキルを高めるだけではなく、それらを通して得たノウハウをリハ専門職同士で共有・継承していくことも自発性を高める上で重要であると思われる。そのためにも、自ら学ぶ・教えることが奨励される環境づくりも併せて必要であると考える。

（3）教える側の育成

研修会を開催する場合、団体規模によって異なると思うが、講師を全て外部から招くことはなかなか難しく、組織内部の会員が担うことが多いと思われる。学ぶ自発性のみならず、教える自発性を養う制度づくりは、より効果的な人材育成を行う上で欠かすことができないものであり、講師（リーダー）の育成は必要不可欠である。役割に応じた学習機会の提供は、個人が学習の必要性を感じやすくなり、自発的な学習を促すことに繋がるため、組織内で役割を明確化し、適切な機会の提供と取り組みに対する評価をすることで教える側を育成していくことも重要であると考える。

（4）継続できる仕組みづくり

人材育成は積み重ねによって効果を得られるものである。継続的に学びを続けていくためにも、会員の学習を支援する環境を整備することが重要であると思われる。研修会の開催日時や場所、その頻度などには会員が参加しやすいよう配慮が必要である。また研修会の情報を素早く効率的に会員へ伝えることも大切である。研修案内の送付のみならず、ホームページや SNS、メール配信などを活用した多様な情報発信を行い、会員がいつでも簡単に情報を得られる状況を作っておくことも重要である。

（5）実践での教育環境

各職能団体を構成する会員は経験や領域などさまざまであり、多くは病院施設へ所属しているものと思われる。そのため、地域リハ活動支援事業の実践においても、従事するリハ専門職の経験や技量を考慮する必要がある。地域での経験が浅い者については経験を有する者とでペアを組み OJT を通して適切にフィードバックを与え育成することが重要であると考える。事業の見学や補助的な役割などをから始め、経験者の指導の下で段階的に担う役割を増やし、必要な知識・技術・技能・態度などを計画的に指導し、修得させる教育環境を作ることが必要である。

2）地域リハ活動に資する人材確保と人材育成について

～山梨県３職種団体の取り組み事例の紹介～

山梨県は回復期リハビリテーション病床数が全国３番目（対人口 10 万人：回復期リハビリテーション病棟協会資料）に多い地域であり、リハビリテーション専門職の多くが回復期リハビリテーション病棟に勤めている。このような状況において、地域の様々な介護予防事業に安定的に関与できるリハ職を確保するのは、大きな課題である。

平成 24 年度より山梨県では、介護予防事業および介護予防の推進に資する事業への指導・助言などに関与できるリハビリテーション専門職を確保し育成するシステム：PT・OT・ST バンク（表１）を設立した。PT・OT・ST バンクは山梨県内のリハビリテーション専門病院で組織される山梨リハビリテーション病院・施設協議会の 20 施設と 2 大学がリハビリテーション専門職の登録に協力の意向を示し、山梨県理学療法士会、作業療法士会、言語聴覚士会も協力姿勢を示している。しかしその活用は年間 10 件程度に止まっており有効活用に至っていない現状にある。本バンクが活用されない理由として、市町村や包括支援センターの職員から「リハビリテーション専門職をどう活用していいのか分からない」「リハビリテーション専門職に何が出来るのか分からない」といった理由が大半を占めていた。リハビリテーション専門職が介護予防事業やこれからの地域包括ケアシステムの実現に向けて地域で果たす役割について十分に認識されていない事が浮き彫りになった。

このような状況を解決させるために山梨県理学療法士会、作業療法士会、言語聴覚士会の 3 士会はそれぞれの理事会に「地域支援事業等推進委員会」を設置し合同事業として介護予防事業への参画に向けた広報用リーフレット「達者がいちばん」（図１）を平成 26 年 11 月 20 日に作成し、地域リハビリテーション広域支援センター（4 か所）、地域包括支援センター（35 か所）、保健所（5 か所）、市町村役場（27 市町村）、関連諸団体へ配布し、市町村におけるリハビリテーション専門職の活用促進に向けた広報活動を展開した。

広報活動と並行する形で地域リハ活動に資するリハ専門職の人材育成にも 3 士会で取り組んだ。それぞれの士会においては、日本リハビリテーション病院・施設協会が平成 26 年度老健事業で構築した研修システム（図２）をモデルに日本理学療法士協会、日本作業療法士協会、日本言語聴覚士協会と連携する形で研修が実施されている。

山梨県においては 3 士会の共同体として組織された山梨県リハビリテーション専門職団体協議会での地域支援事業に関する研修会や、山梨県からの委託事業である「PT・OT・ST 指導者養成研修会」、「介護予防実務者研修会」、「地域リハビリテーション従事者研修会」などが開催されており、研鑽の場が多い反面、研修会の種類や位置づけについて多少混乱している状況が窺えた。そこで研修目標と山梨県で実施されている具体的な研修を明記しそれぞれの基準を設けた「山梨県版　地域リハ活動支援推進のための人材育成の概要」（図３）を作成し会員への周知を行った。

また一定の研修を終えた会員に対し介護予防事業での住民への説明や体力測定、百歳体操の解説や実施などを学ぶ目的で「介護予防アドバイザー養成システム」（表 2）を構築した。現在 100 名を超える会員が登録を済ませ、地域密着アドバイザーに帯同し介護予防事業の実践の場を体験できるよう取り組んでいる。

県および関連団体の事業等への参画については、山梨県地域包括ケア推進協議会、健康長寿やまなし推進

本部リハビリテーション部会、健康長寿やまなし推進本部などに３士会長が委員として出席し、県の医療・介護・福祉の政策について提言出来る立場にあるが、今後も地域におけるリハビリテーション専門職の役割について広報活動を継続しながら、地域社会に貢献できる人材の確保および人材育成など３士会での取り組みがより一層重要である。

表１：PT・OT・ST バンクの設置目的

設置目的
１）介護予防事業への指導・助言 但し、診療報酬、介護報酬に算定されるものを除く ア通所型・訪問型の介護予防事業への指導・助言 イ在宅の高齢者に対し、自立支援への指導・助言 ２）地域ケア会議等での助言 ア市町村が開催する地域ケア会議、小地域ケア会議での助言 イ事例検討会での助言 ３）その他、介護予防の推進に資する事業への助言 但し、診療報酬、介護報酬に算定されるものを除く
登録要件
１）PT・OT・ST が勤務する県内の医療機関 ２）PT・OT・ST 士会のいずれかに属する会員

表２：介護予防アドバイザーの役割と対象事業

種別対象事業	対象事業	内容	コース
一般介護予防事業	地域づくり推進支援事業	百歳体操の説明、支援 体力測定の実施 住民の希望に応じた出前講座	初級
短期集中予防事業	訪問型介護事業 −上記事業の虚弱者 −市町村等の事業 短期集中通所への支援	自宅生活のアドバイス 環境整備のアドバイス 総合的なアドバイス 個別支援の評価 個別支援のアドバイス	中級
総合的予防事業	地域ケア会議の出席 新規事業の提案等	自立支援からの提案	上級

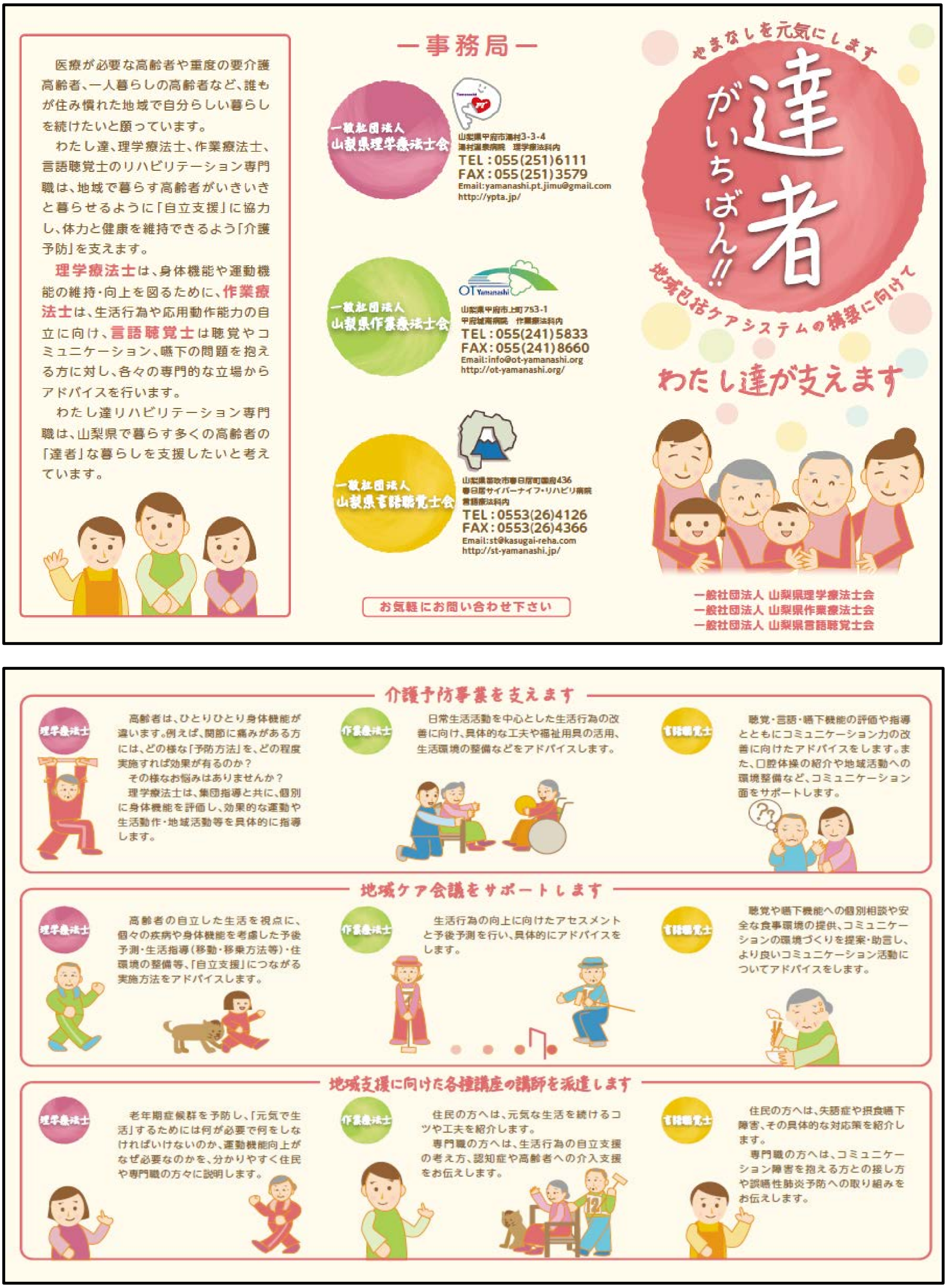

医療が必要な高齢者や重度の要介護高齢者、一人暮らしの高齢者など、誰もが住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けたいと願っています。
わたし達、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士のリハビリテーション専門職は、地域で暮らす高齢者がいきいきと暮らせるように「自立支援」に協力し、体力と健康を維持できるよう「介護予防」を支えます。
理学療法士は、身体機能や運動機能の維持・向上を図るために、作業療法士は、生活行為や応用動作能力の自立に向け、言語聴覚士は聴覚やコミュニケーション、嚥下の問題を抱える方に対し、各々の専門的な立場からアドバイスを行います。
わたし達リハビリテーション専門職は、山梨県で暮らす多くの高齢者の「達者」な暮らしを支援したいと考えています。
ー事務局ー
一般社団法人 山梨県理学療法士会
山梨県甲府市湯村3-3-4
湯村温泉病院 理学療法科内
TEL：055(251)6111
FAX：055(251)3579
Email:yamanashi.pt.jimu@gmail.com
http://ypta.jp/
一般社団法人 山梨県作業療法士会
OT Yamanashi
山梨県甲府市上町753-1
甲府城南病院 作業療法科内
TEL：055(241)5833
FAX：055(241)8660
Email:info@ot-yamanashi.org
http://ot-yamanashi.org/
一般社団法人 山梨県言語聴覚士会
山梨県笛吹市春日居町国府436
春日居サイバーナイフ・リハビリ病院
言語療法科内
TEL：0553(26)4126
FAX：0553(26)4366
Email:st@kasugai-reha.com
http://st-yamanashi.jp/
お気軽にお問い合わせ下さい
やまなしを元気にします
達者がいちばん!!
地域包括ケアシステムの構築に向けて
わたし達が支えます
一般社団法人 山梨県理学療法士会
一般社団法人 山梨県作業療法士会
一般社団法人 山梨県言語聴覚士会
介護予防事業を支えます
理学療法士
高齢者は、ひとりひとり身体機能が違います。例えば、関節に痛みがある方には、どの様な「予防方法」を、どの程度実施すれば効果が有るのか？
その様なお悩みはありませんか？
理学療法士は、集団指導と共に、個別に身体機能を評価し、効果的な運動や生活動作・地域活動等を具体的に指導します。
作業療法士
日常生活活動を中心とした生活行為の改善に向け、具体的な工夫や福祉用具の活用、生活環境の整備などをアドバイスします。
言語聴覚士
聴覚・言語・嚥下機能の評価や指導とともにコミュニケーション力の改善に向けたアドバイスをします。また、口腔体操の紹介や地域活動への環境整備など、コミュニケーション面をサポートします。
地域ケア会議をサポートします
理学療法士
高齢者の自立した生活を視点に、個々の疾病や身体機能を考慮した予後予測・生活指導（移動・移乗方法等）・住環境の整備等、「自立支援」につながる実施方法をアドバイスします。
作業療法士
生活行為の向上に向けたアセスメントと予後予測を行い、具体的にアドバイスをします。
言語聴覚士
聴覚や嚥下機能への個別相談や安全な食事環境の提供、コミュニケーションの環境づくりを提案・助言し、より良いコミュニケーション活動についてアドバイスをします。
地域支援に向けた各種講座の講師を派遣します
理学療法士
老年期症候群を予防し、「元気で生活」するためには何が必要で何をしなければいけないのか、運動機能向上がなぜ必要なのかを、分かりやすく住民や専門職の方々に説明します。
作業療法士
住民の方へは、元気な生活を続けるコツや工夫を紹介します。
専門職の方へは、生活行為の自立支援の考え方、認知症や高齢者への介入支援をお伝えします。
言語聴覚士
住民の方へは、失語症や摂食嚥下障害、その具体的な対応策を紹介します。
専門職の方へは、コミュニケーション障害を抱える方との接し方や誤嚥性肺炎予防への取り組みをお伝えします。

図１：達者がいちばん

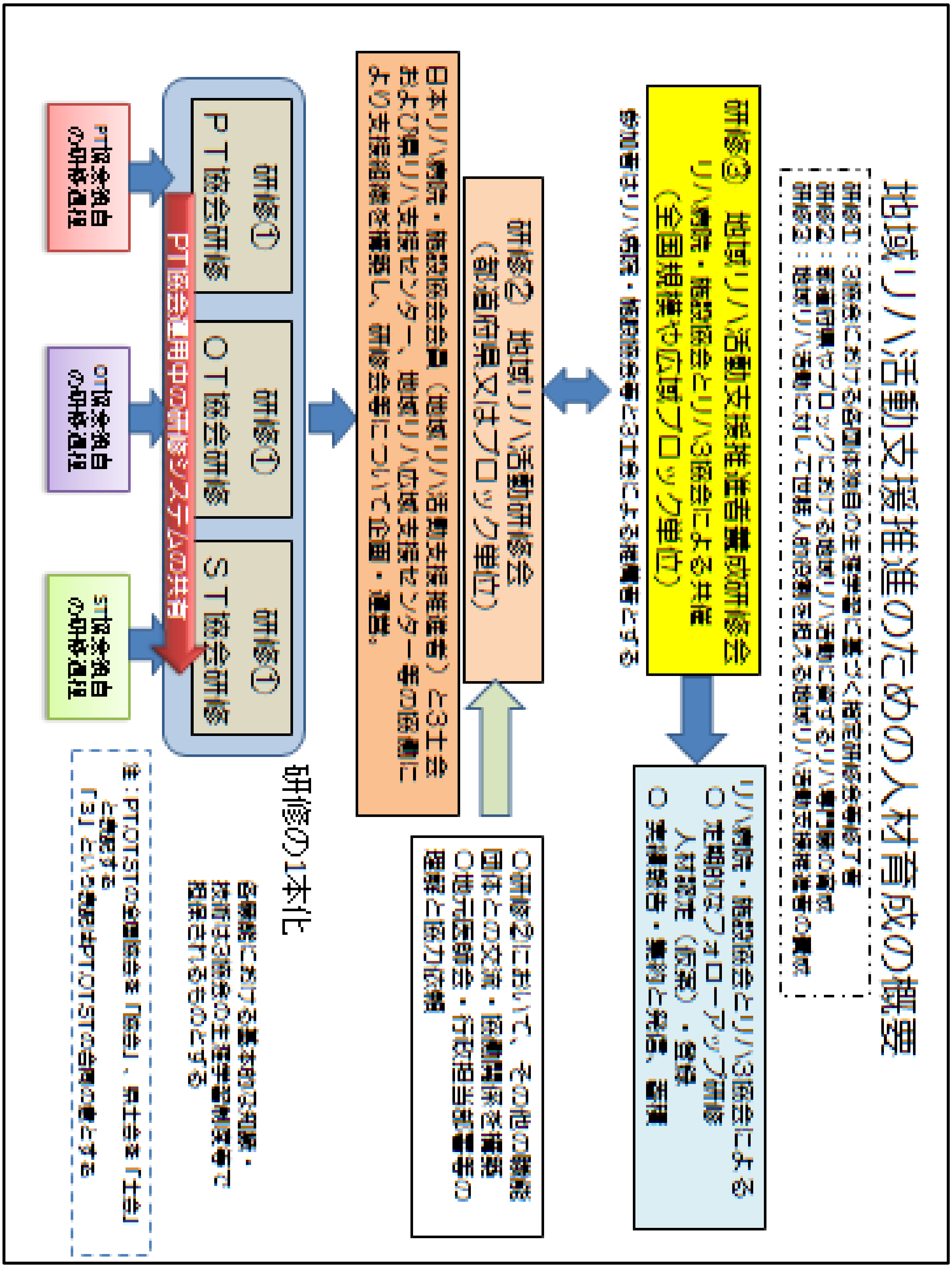


図２：平成 26 年度老健事業で構築した研修システム

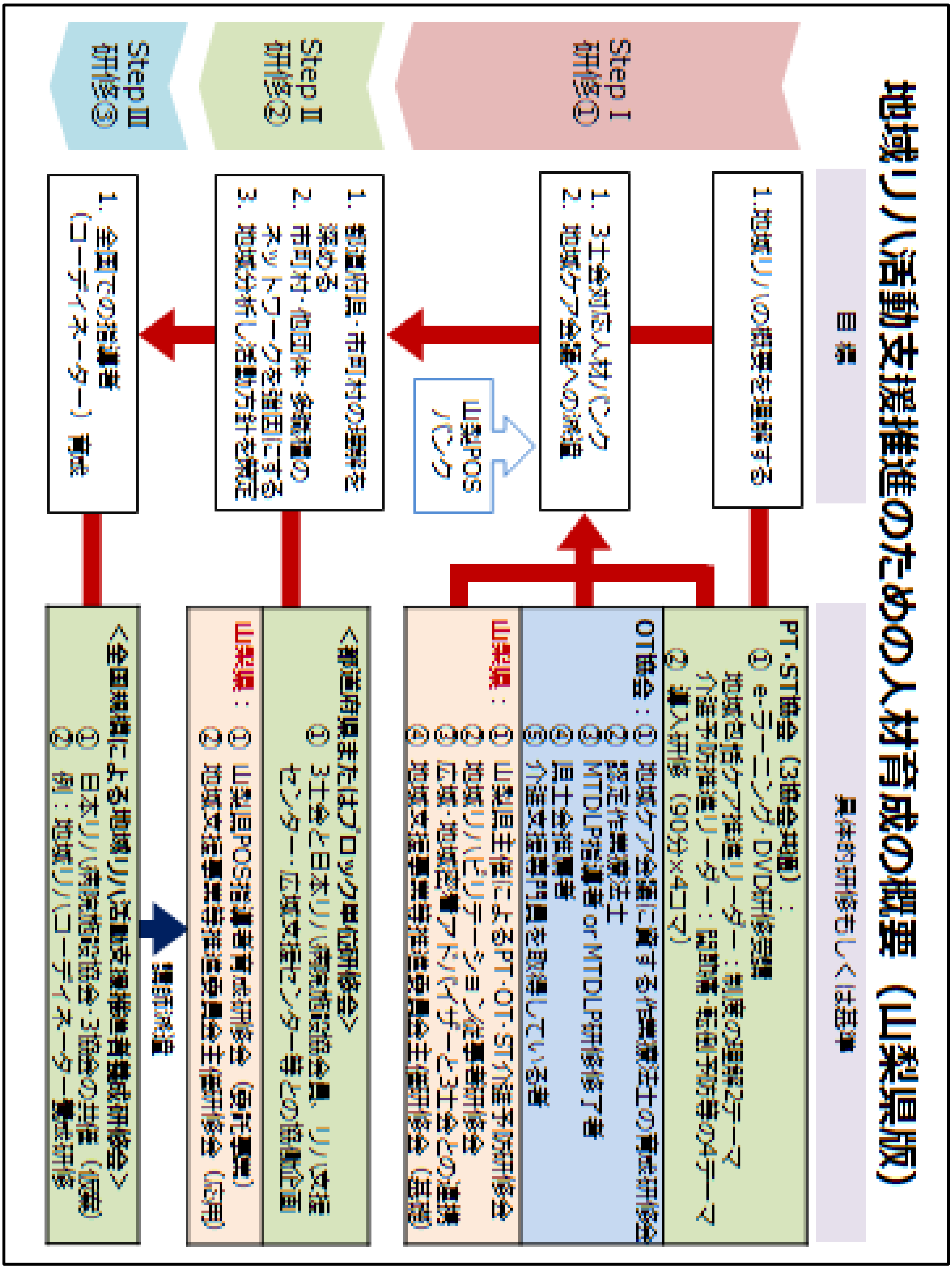


図３：山梨県版　地域リハ活動支援推進のための人材育成の概要

第五章　リハビリテーション専門職が通所型・訪問型短期集中事業及び地域リハ活動支援事業に取り組む上での留意点

Ⅰ　リハ専門職が地域支援事業に関与する際の留意点

1. 地域支援事業における介護予防の考え方

地域支援事業における介護予防は、高齢者が要介護状態等となることの予防や要介護状態等の軽減・ 悪化の防止を目的として行うものであり、単に高齢者の運動機 能や栄養状態といった心身機能の改善だけを目指すものではなく、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を促し、それによって一人一人の生きがいや自己実現のための取組を支援して、生活の質の向上を目指すものである。

2. 介護予防における理学療法士・作業療法士の関わり方

介護予防は、機能回復訓練などの高齢者本人への直接的なアプローチではなく、生活環境の調整や、地域の中に生きがい・ 役割を持って生活できるような居場所と出番づくりなど、基本的動作能力の回復を行う理学療法や応用的動作能力・社会適応能力の回復を行う作業療法の知識を持って、高齢者個々の有する能力が発揮できるよう、その能力を評価し、適切な助言・指導を行う間接的なアプローチとなる。

特に、介護予防は、保健指導としてのセルフマネジメントの視点が重要であり、高齢者自身がその健康増進や介護予防に ついての意識を持ち、自ら必要な情報にアクセスするとともに、介護予防、健康 の維持・増進に向けた取組を行うよう支援する。

地域支援事業に関与するリハ専門職には、主に下記の点が期待される。

○　ケアカンファレンス等では、疾病の特徴を踏まえた生活行為の改善の見通しを立てること、要支援者等の有する能力を最大限に引き出すための方法を助言する。

○　通所と訪問の双方に一貫して集中的に関わることで、居宅や地域での生活環境を踏まえた適切なアセスメントに基づく ADL 訓練や IADL 訓練方法を提供する。

○　住民運営の通いの場において、参加者の状態に応じて、安全な動き方等、適切な助言を行う。

3. 地域支援事業における留意点

(1)かかりつけ医との連携

対象とする高齢者は、基本チェックリストで何らかの「生活のしづらさ」を感じている人であり、その背景には、筋骨格系疾患や循環器系疾患を有する割合が高い。従って、リハビリ専門職は、地域支援事業の対象者といえども、これらの医療的側面について配慮しつつ、適宜、生活機能のついてのアセスメントを行い、以下の点について、地域包括支援センターを通して、かかりつけ医との連携を行う必要がある。

○　リハ専門職は、かかりつけ医からの情報により、高齢者の有する疾患について把握し、その影響を ICF の生活機能の観点から評価し、プログラム実施内容、結果等を定期的に地域包括支援センターに報告する。報告の方法、時期については、簡便で継続可能な形態をチームで検討し決定する。生駒市の例（第四章Ⅱ.1）などが参考になる。また、事業実施中に急激な生活機能の低下がみられる者については、定期報告とは別に、速やかに報告する。

○　疾患を有しているが、かかりつけ医を持っていない対象者については、地域包括支援センターが情報を集約、管理し、適時、郡市区医師会等と相談しながら医療機関との連携を図る。リハ専門職は、利用者のアセスメント、プログラム、実施内容、結果等を報告書として作成する。

○　疾患を有しない対象者についても、予防の観点から、実施状況の情報を地域包括支援センターで集約し、必要に応じて郡市区医師会と連携を行う。リハ専門職は、利用者のアセスメント、プログラム、実施内容、結果等を報告書として作成する。

(2)連携方法

かかりつけ医から、リスク等の情報を得る方法は、介護申請を行っている者については、主治医意見書から疾患等の情報を入手することができる。それ以外の場合は、市町村と郡市区医師会等で協議し、地域の実情に応じた情報の共有体制を構築すべきである。いずれにしても地域支援事業側の窓口は地域包括支援センターであり、医療機関との連携ついてもセンターを通して行う。

Ⅱ リハビリテーション専門職として、通所型・訪問型短期集中事業及び地域リハ活動支援事業に関与するための取り組み方法と留意事項

1. 理学療法士

1) 通所型短期集中事業への理学療法士の関わりと留意点

理学療法士としての専門性を発揮すべき点は、個人因子を重視しつつ，保有する既往歴・障害（関節痛，脳卒中後遺症など）を有する場合は，それらを踏まえた心身機能評価を実施し，機能的予後予測を立てながら実現可能性のある具体的目標に向けて介入することである。事業参加者の多くは変形性関節症や非特異的腰痛，循環器・代謝系疾患，脳卒中後遺症など何らかの既往歴を有する者も多く，これらの医学的情報や治療経過に関する情報が不足している場合も多い。運動介入時のリスク管理は、書類上の情報のみではなく，参加者への直接確認も実施しておく必要があり，また運動負荷設定や動作練習実施にあたり新しい医学的問題（運動誘発性の不整脈や急激な血圧変動など）が生じた場合，常にかかりつけ医との連携を図った上での再評価を必要することが求められる。従来型の介護予防事業に対する理学療法士の関わり方が，主に要素的な改善（最大膝伸展筋力や歩行速度，片脚立位保持時間など）を重視する傾向が強かったことから，近年では下肢筋力強化やバランス機能向上などへの偏重を問題視する意見が多く見受けられます。しかし，これらは対象者の生活機能改善にリンクした目標設定が無いままに介入していた事例に対する注意喚起であり，決して要素的改善の必要性を軽視したものではない。また目標設定はリハビリテーション専門職のみではなく，保健師や介護福祉職などとの協働で様々な角度から検討されることが求められる。

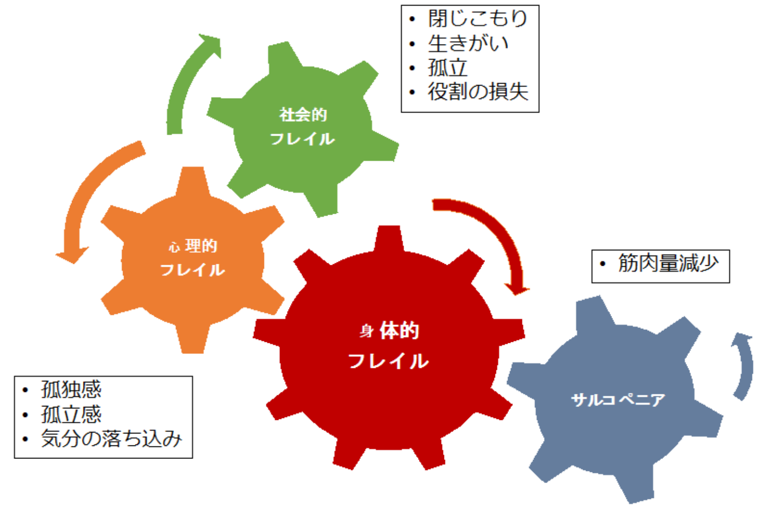
①通所型短期集中事業の中における理学療法の目標達成イメージ

- 参加者の機能的改善に伴う生活機能改善目標の達成
- 向上された機能維持が期待できる地域の受け皿へのソフトランディング
- 運動習慣の習慣化や生活習慣の見直しなどセルフマネジメント力の向上

介護予防全体から見た短期集中の位置付けを再確認する意味では，最近注目されているフレイルの概念（Fried LP et al. 2001）から要介護状態に関わる因子について理解を深めておくことは重要である。この中でも身体的フレイルに関してはサルコペニアの予防を中心として脚力・筋肉量など要素的改善が必要であることが分かる。また広い視野においては軽度認知機能障害（MCI）を含むコグニティブ・フレイルや孤立，ソーシャルサポートの不足による社会的フレイルの存在と要介護状態との関係性などに関しても常に念頭に置いて置く必要がある(下図)。これらのことから，通所型短期集中事業における個別性重視のプログラムとは地域との相互作用や集団の中としての個人，さらには高齢者のエンパワメント(百瀬ら，2007)を高めるものであるべきである。

【フレイルとは】
Frailty（虚弱）が語源であり，加齢に伴い生理的予備能が低下することで生活機能障害，要介護状態などの転帰に陥りやすい状態。身体的問題のみならず，認知機能障害やうつなどの精神・心理的問題、独居や経済的困 窮などの社会的問題を含む概念である。しかるべき介入により再び健常な状態に戻るという可逆性が強調されている。（日本老年医学会によるステートメントから一部抜粋）

【サルコペニアとは】
「加齢性筋肉減少症」と呼ばれ，基本的には加齢に伴う筋肉量の減少状態を指すが，下肢筋力の低下や歩行速度減少などの身体的フレイルとの共存は，転倒発生や要介護リスクをさらに高めるものと考えられている。対策には運動に加え栄養状態への介入も重要視されている。低栄養だけでなく過体重だが筋肉量が少ない状態（サルコペニア肥満）は生活習慣病と要介護状態の双方の高リスクを有するとされている。



フレイルの発現形（phenotype）と相互関係

対象者の目標設定にあたり，いくつかの動作は課題指向型練習により課題動作を反復することで改善可能な部分も存在するが，下肢・体幹筋の弱化やバランス機能低下，柔軟性の低下などが原因である場合は個人のレベルに応じた集中的な要素練習を実施する必要がある。通所型プログラムの中では集団体操やマシントレーニングなども取り入れたサーキットトレーニング形式を取り入れている場合も多く，このためには理学療法士が直接的に介入しない場合であってもマシントレーニング時の負荷量や運動範囲の設定・変更には期待される効果を十分に考慮することが必要である。この他，コグニサイズなどの複数課題処理練習や屋外歩行，また段差昇降、不整地などでの応用歩行練習などについても同様の事が言える。上記のことから要約した理学療法士が関わるポイントについて下記に示す。

【コグニサイズ】
国立長寿医療研究センターが開発した運動と認知課題（計算，しりとりなど）を組み合わせた，認知症予防を目的とした取り組みの総称を表した造語です。英語の cognition（認知）と exercise（運動）を組み合わせて cognicise（コグニサイズ）と言います。(国立長寿医療研究センターホームページより引用)

【サーキットトレーニング】
ストレッチング，筋力強化，有酸素運動など異なる種目の運動を順序立てて実施していく運動プログラムの実施方法。介護予防事業においては種目により教室内に実施コーナーが決められ，参加者が巡回していく形式をとる場合もある。

②理学療法士が事業に関わる上でのポイント
- 何を目的とした要素的改善か。例：脚力，動的バランスの向上など
- 要素的な改善は動作に何をもたらすか。例：歩行の耐久性，安全性向上

- 動作の改善は生活活動範囲などにどう影響するのか。例えば「何のために歩くのか」

③理学療法士が参入する上での留意事項

ⅰ. 医療または介護施設勤務の複数人の理学療法士が参加する場合

・同一施設から複数の理学療法士が参入する場合は対象者の主担当を決める場合があるが，療法士間の情報共有が密に行われていなければ，評価に要する期間が必要以上に長くなり，「誰が，何時」個別プログラムを確定するかが曖昧なまま事業が進行する危険性がある。

・通常，事業期間内に全体のケース会議は数回実施されるが，これとは別に各回の内容や参加者の反応，プログラムの妥当性について常に確実な申し送りが行われる事が必要である。

ⅱ. 異なる事業所の理学療法士が参加する場合

・申し送りは記録紙上の伝達のみではなく，次回参加の理学療法士への直接的な申し送りが必要と考えられ，このことは特に事業委託をなされた事業所とは別に理学療法士が医療機関などから派遣される場合に重要となる。個々の理学療法士は毎回継続参加するスタッフと異なり対象者の状態をスナップショット的に捉えがちであるため，運動指導や動作指導内容が積み上げ式となってしまう傾向がある。これらのことから，安易な指導の積み重ねを避け，内容の実行可能性や定着性を常に評価しておく必要がある。

・山間地域や農村地区などにおいては地域に理学療法士の絶対数が少ないため，複数の法人や事業所を跨いでの派遣となる場合がある。この場合は参加者の情報伝達が直接的かつ頻回には実施されにくく，さらにメールなどにより参加者個人に関する情報が施設間を跨いで飛び交う危険性があるため，情報セキュリティーの面からもその方法には工夫が必要である。

2) 訪問型短期集中事業への理学療法士の関わりと留意点

主に通所型と連動して実施される場合の関わり方について，基本的には参加者の生活環境を実際に確認し，通所型にてアプローチすべき課題動作練習や機能改善が必要な要素についての評価，手すりの設置や段差解消などの環境調整の必要性，家具の配置の工夫などによる課題解決の可能性を評価する事に重点が置かれる。一般的には評価を中心とした初回訪問，中間評価として訪問，目標達成度の確認を行う最終訪問に分けられますが，訪問回数・頻度については個々の参加者の状態変化に応じて実施される。

一方で，入浴動作などに対する動作指導は単発訪問であっても有効である場合も少なくない。具体的には，浴室内手すりなど環境面は整備されているにも関わらず，浴槽の跨ぎ動作に際する手順が安全性に欠けている場合や，和室における立ち上がり動作手順などリハビリテーション専門職による視点から比較的短期間で解決できる問題も多くある。また転倒後症候群（post fall syndrome）から屋外歩行に対する自己効力感が低下している場合や，過度の転倒恐怖感を有する者などに対しては最寄りのバス停や通いの場への屋外歩行に同行し，注意すべきポイントや休憩場所に対する提案などを通じて活動範囲の拡大に繋がる例も認められている。逆に参加者の自己能力に過大評価が認められる場合には，転倒予防などの観点から外出手段の見直しやシルバーカーなどの歩行補助具の適応を提案する。これは「生活活性向上・活動範囲の拡大と転倒リスクとはトレードオフの関係性」にあるというリハビリテーション医療全体の共通課題ですが，同時に専門職による動作の実用性評価，課題解決に向けた通所事業での進捗状況の把握が欠かせない要素であることが分かる。これらを円滑かつ有効に実施するためにも通所事業の項で述べた情報伝達・共有に関する課題点は共通のものであり，参加者の経過や状態変化を十分に把握できていない理学療法士が訪問事業のある一点だけに単独介入するべきではないと考える。

3) 地域リハビリテーション活動支援事業への理学療法士の関わりと留意点

短期集中事業へ本事業を活用した理学療法士の参加が可能であるということはあまり周知されておらず，訪問型短期集中事業，特に訪問型においては今後有効な展開が期待できるものと考えられます。一方，短期集中事業には必ず出口問題が発生しますが，事業終了後に地域にて活動性維持を担う部分が住民主体

の地域サロンなどの通いの場となる。現状では総合事業の枠組みにおいて，標記の事業から地域サロンの継続性や健康意識の向上，専門職による適切な助言などを目的として理学療法士が派遣される地域が増えてきている。その役割としては参加者への運動指導および身体機能評価を中心として関わる場合が多いですが，長期的に捉えた場合にはいくつかの課題と注意点がある。中でも理学療法士としての専門性を発揮した関わりとなっているかどうかについては議論される場合もあり，他の運動指導専門職と比較して明確な役割の違いを依頼元である自治体等が十分に認識しているかが重要である。最も明確な違いとしては，理学療法士は疾患および障害構造に関する知識を有する医療技術専門職であり，各種評価手法の選択とその結果に基づいた運動プログラムの立案・修正，さらに参加者の運動機能面における予後予測が可能であることが挙げられる。

特に理学療法士が実施または立案する各種評価に関しては目的の明確化が必要と考えられ，身体機能評価や生活機能評価などの結果を対象者にどのようにしてフィードバックさせるのか，また縦断的に捉えた場合にどのようなデータとして活かされるのか（一般介護予防の見える化推進など）を関与する理学療法士自身が十分に把握しておく必要がある。住民主体の介護予防を進めるにあたり，専門職依存を避けるためにも理学療法士の関与は必要に応じたタイミングを自治体等と調整しながら進めるべきであるが，体操などの自主運動指導を実施する場合においては，その定着性や身体機能変化などに関しても把握できる環境で関わる事が重要である。このためには複数の施設から多数の療法士がランダムに関与するよりは，同一のサロンなどに不定期であっても継続的に関わることのできる者が望ましいと思われる。

現在，（公社）日本理学療法士協会では地域包括ケアシステム，介護予防に関する知識・技術を専門的に有する人材育成を目的とした「地域包括ケア推進リーダー」「介護予防推進リーダー」の認定制度を有している。この認定制度はインターネットを通じて受講する複数回の講義と協会が指定する関連事業への参加により取得可能なものであり，全国的に養成が進められている。事業参加に際してはこれらの認定を所有する理学療法士の活用が理想的と考えられる。また今後の理学療法士養成カリキュラムにおいても予防医学，予防理学療法の領域が強化される事が予定されており，これらの領域に理解の深い理学療法士の輩出が期待されている。

2. 作業療法士

1）地域支援事業に取り組むにあたって

作業療法士が短期集中型事業や地域リハ活動支援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、生活を向上させることである。したがって、

①運動機能や栄養状態といった身体機能の改善だけでなく、対象者がこれまで送ってきた生活や家庭や地域で担ってきた役割、価値観などを背景に、現在生じている生活上の問題が何によって引き起こされているか「からだ」や「こころ」、「生活行為」の面においてその原因を明らかにすること。

②予後予測を踏まえた上でその人が生活に自信をもって暮らしていけるよう目標づくりを支援し、その達成に向けてアプローチしていくこと。

以上が作業療法士の役割であると考える。これらの取り組みは対象者の主体性を重視し、日々の暮らしの中で心身機能の向上を図りつつも生活環境の改善によって対象者自身が諦めていた生活行為ができることを認識し得るよう支援がなされるものであり、これによって得られた自信が次の新たな生活目標へと繋がり、生活行為全般を活性化し、ひいては地域行事や住民活動等を通して積極的に生活できるようイメージし支援することが重要であると思われる。

2）通所型短期集中事業における作業療法士の関わり

対象者は心身機能の低下などで今まで続けていた生活行為が難しくなった者、あるいはその行為を諦めてしまい生活全般に狭小化を招いているケースが多い。その上で、まず生活への意欲を対象者自身が取り戻す

事は重要であり、様々な生活行為に焦点を当て、本人が目指す生活上の目標を明らかにすることで自ら積極的に参加できるように配慮された「生活行為向上マネジメント（Management Tool for Daily Life Performance：MTDLP）」の活用は対象者の主体性を高めるうえでも効果的なツールである。体操指導などの方法で1度に多くの対象者へ介入する際も、個々に抱えている生活上の問題をとらえておくことが必要であり、対象者が自分らしい生活を営めるための支援を行う上で、その目標形成と達成に向けたマネジメントを作業療法士は担い、これをかかりつけ医やリハビリテーション専門職、保健師等との連携を通して進める必要がある。

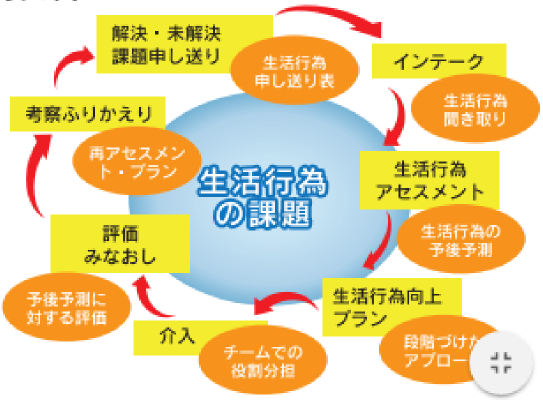
また3〜6か月で支援期間が終了することを踏まえた上で、介入によって得られた生活行為が単に合意目標の達成に終わらず、地域の中で生きがいや役割を持って生活できるきっかけとして繋がっていく必要がある。住民同士の支え合いの中へ結びつけるためにも、地域包括支援センターと普段から顔のみえる関係で連携し、今後も活動的な生活が営めるにはどのような支援が必要か、情報提供や助言を行うことや住民主体のサロン活動へのつなぎ役を担う必要がある。

支援を継続的に生かす地域包括との連携

【生活行為向上マネジメントとは】

"生活行為向上マネジメント" は、高齢者が生活をする上で困っていること、または、困難さを感じている事柄でやってみたい、もっとうまくできるようになりたいと思う生活行為を支援する作業療法の思考過程を示したものです。"生活行為向上マネジメント" は、次の方法で生活行為の課題に対する支援策を検討し、アプローチを行います。

- 『インテーク』；最初に、本人が望む生活行為の聞き取りを行います。
- 『生活行為アセスメント』；聞き取りによって明らかになった本人のしたい生活行為について、その行為を制限している要因をＩＣＦ(国際生活機能分類）に基づき、①認知機能や筋、関節、感覚、生理機能などの心と体の機能（心身機能･身体構造)、②日常生活活動や家事活動、仕事や趣味など（活動と参加)、③住宅や道具、家族や支援者、住んでいる地域の特性など（環境）について把握します。その上で、現状での強み（している能力）と、改善の可能性のある予後予測（できる能力）をアセスメントします。
- 『生活行為向上プラン』；本人が望む生活行為ができるよう支援するには、生活行為を遂行するために必要な段取りや準備する力「企画･準備力(Plan)」、生活行為を実施する力「実行力(Do)」、実施した内容をうまくできたか検証し、次につなげる力「検証･完了力(See)」が必要です。これらのそれぞれの力を高めるには、「どのような練習をどの場所で、誰の支援を受けながら、いつまでに実施するのか」を具体的に計画し、段階づけて行うことが必要です。
- 『介入』；本人が主体となり、家族、支援者それぞれが役割分担しながらサポートし、本人の望む生活行為の向上に必要な練習を行います。
- 『評価・見直し』；一定期間の介入後には、改めて予後予測についてアセスメントを行い、計画を見直します。
- 『考察･振り返り』;必要に応じて再度『生活行為アセスメント』や『生活行為向上プラン』の立案を行います。
- 『解決・未決：課題申し送り』；生活行為向上マネジメントの実施結果や経過は "生活行為申し送り表" を活用して本人の支援に関わる介護支援専門員や介護職など他職種へ生活行為の向上に必要な支援の方法等について申し送ります。これら一連の過程はサイクル（図）となり、高齢者の新たな生活行為向上への取り組みにつながります。



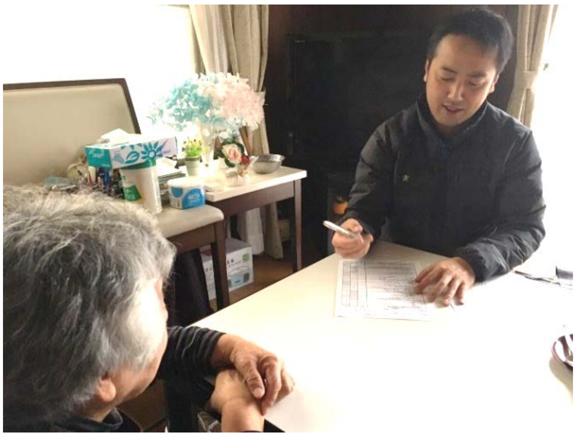
一般社団法人日本作業療法士協会「生活行為の自立を目指して」より抜粋

3）訪問型短期集中事業における作業療法士の関わり

訪問型は実際の生活行為の遂行状況を評価することができ、解決に向けたより具体的な支援を行うことができる。また認知症やうつなどで自宅への閉じこもり傾向がみられ、生活の狭小化が現れているや通所の導入が困難な方へも「からだ」、「こころ」、「生活行為」を対象とする作業療法士は指導・助言によって生活行為を改善することを通して生活に対する効力感を引き出し、生活範囲の拡大につなげるよう支援する。
通所型と同様に MTDLP を活用しながら対象者の意欲を高めることを重視し、普段の生活状況や自宅内外の環境、利用できる公共交通機関の有無や合意目標の遂行環境、家族や友人、地域の世話人や通っていた趣味教室の仲間など、協力を得られる様々な人的資源等の生活に関する細やかな把握を行う。そして望んでいる生活行為を阻害している原因を明らかにした上で、改善に向けた生活の仕方や動作の工夫、道具の活用や住宅改修への助言などといった支援を行う。また、訪問時以外の普段の生活の中にも合意目標の達成に向けた対象者の取り組みが継続される仕組みづくりを他職種協働にて行い、対象者が暮らす地域の行事や住民活動などを活用しながら、より積極的な社会参加へと繋げることを担う。

4）住民の通いの場における作業療法士の関わり

住民の通いの場で取り組まれている転倒予防や膝痛・腰痛予防、健康増進を目的とした体操教室や体力測定などに携わり、効果的な体操の指導や得られたデータから身体機能の変化をフィードバックし参加者の意欲を高めることなどを行う。しかし、これら参加者の中には ADL や IADL が自立している健康高齢者であっても、潜在的に生活課題を抱えている者もおり、これら住民の生活行為の不自由さを気軽に相談できる環境を作り、聞き取りの中で、生活の質の面の評価を行い、その改善に向けた助言や指導、活動の場づくりを行うことが作業療法士の役割の１つであると考える。また介護予防に対する住民意識の向上においても、心身機能面の意識に加え、家事や余暇、地域活動等の自分のやりたいと思うことを通して人は元気になるという生活行為の向上を意識する考え方や、生活上のし難さも動作の工夫や道具の使用によって継続できるものがあることなど、目標を持って生活することの重要性を啓発し、体操のみが問題解決の方法ではないことを伝え、楽しみながら継続的に介護予防へと取り組むことのできる機会を作る役割を担う。



左）訪問型にて閉じこもり傾向のある方への支援の様子. お遍路さんの接待が合意目標となった
右）仲間と共に目標を達成. さらに住民主体のサロンへと移行した

5）地域ケア会議における作業療法士の関わり

地域ケア会議での作業療法士の役割は、対象者の現在の状態に至る過程を探り、入浴や掃除などの問題となっている一連の生活行為の中の「どの部分がどのようにできないのか、何が原因となっているか」などと

いった生活機能の課題について分析し明確化すること、対象者の心身機能や認知機能、生活環境や道具の使用など様々な視点から「その生活機能に改善が期待できるか困難であるか」予後を予測すること、課題解決に向けて「できることは何があって、それをどう活かし取り組んでいくか」といった目標の設定やその方策に対する具体的な支援方法の助言を行ことであると考える。またこれらの個別課題を通して「買い物に行ける場所がない」、「お墓参りの移動手段がない」、「短期集中型支援終了者の受け皿がない」などといった地域の抱える課題に対しても情報収集を行い行政へ提言を行う。

3. 言語聴覚士（山梨県言語聴覚士会）

1）介護予防における言語聴覚士の役割

コミュニケーション支援は地域で暮らす高齢者にとって重要かつ言語聴覚士にしかできない介護予防である。

老人性難聴等はゆっくり進行すること、年だから仕方がないとの諦めから対応が遅れるケースが少なくないと考えられます。そのように高齢者に多いコミュニケーション障害や、一人暮らしや閉じこもりなど、環境因子も関連して起こる社会的孤立についても対応が求めらる。それら地域の高齢者のコミュニケーション機会を確保できる、充実した活動の場を提供することも介護予防事業として有効と考える。

コミュニケーション支援においては、３つの対象が想定できる。

まず、一般高齢者や地域住民に対しては、外見ではわかりにくいコミュニケーション障害に対する理解を深めるとともに、地域の中で支えあいの意識を高めてもらえるよう普及・啓発を行う。更には、いつ誰でもコミュニケーション障害になり得ることを理解し、誰もが暮らしやすい地域づくりを目指してもらう。

次に、コミュニケーションに困難を感じると思われる、難聴のある高齢者や、閉じこもりによって交流機会が著しく制限されている高齢者など、コミュニケーションに困難を感じている方に対して、その要因を明らかにし、適切に対応することで困難感を解消することを目指す。

そして、失語症や構音障害のある方も、地域で行われている介護予防事業や通いの場に参加するなど、地域でいいきいきとその人らしく生活することを目指して、３者の相互関連性を高め、支え合う地域づくりを進めていくことである。

2）高齢者のコミュニケーションについて

高齢者のコミュニケーションに支障をきたす要因を整理する。

心身機能面では、失語症や構音障害など疾患を要因とするコミュニケーション障害と、加齢も関わる病的変化の結果生じる老人性難聴や老人性喉頭などによる声質変化などコミュニケーションに困難を感じる場合の２つが考えられ、両者が重複する場合も考えられる。

ここに、個人因子、環境因子が影響を及ぼし、活動や参加の制限が生じています。要因は一つではなく、多くの要因が重なり、コミュニケーションに支障をきたしている点が特徴である。

それらを明らかにし、必要な対応へと導くことこそ、介護予防におけるコミュニケーション支援の第一歩であり、コミュニケーションを専門とする言語聴覚士の出番である。

高齢者のコミュニケーションに関しては、50 歳代までは男女ともに 9 割以上の人が毎日会話をしていますが、60 歳代以降徐々に低下し、70 歳代では男女ともに 80%程度にまで減少している。さらに 80 歳代の男性では、76.1%と最も低い割合を示し、約 4 人に一人が毎日会話をしていないことが社会保障・人口問題研究所　基本調査「生活と支え合いに関する調査 2012 年」で明らかになっている（図２）。

難聴の発症率は、加齢とともに増加し、65 歳以上になると女性で 27.7%、男性では 43.7%と 4 人に 1 人が難聴を発症するとのデータが示されています。さらに発症率は上昇し、75 歳以上になると男女と共に約 7 割が難聴を発症すると報告されている(「全国高齢者推計と 10 年後の年齢別難聴発症率」内田育恵ら. 2012)。これら 2 つの調査結果をみても、高齢者の会話機会が減少すること、難聴をはじめとするコミュニケーション機能低下が起こる可能性が高まることは明らかである。介護予防において言語聴覚士はこのようなコミュ

ニケーション機能の低下を有する高齢者に自ら対応することに加え、適切に対応できる地域づくりが求められている。

3）コミュニケーション困難をきたす要因と対応

（1）難聴高齢者の支援

老人性難聴は混合性難聴で、高音域から聞き取りづらくなることに加え、語音認知能が低下することで「聞こえているが、何を言っているのかわからない」といった状況を引き起こす。次に、比較的多いのが耳垢閉塞である。片麻痺の方では麻痺側に多くなる傾向があります。また、脳血管障害等で出現する中枢性難聴や聴覚失認もある。介護予防事業の対象者の中では、老人性難聴が最も多いと想定され、具体的な対応や情報提供が求められる。

聴覚障害のとらえ方について、聴覚障害はコミュニケーション障害であるとともに,「情報障害」を引き起こす、重大な問題と認識することが大切である。情報障害では、危険認識や周囲の状況把握ができなくなることで外出や新しい場への参加に消極的になる可能性が高まる。活動量低下や交流機会が減少すると、閉じこもりや認知機能低下につながることもある。

聴覚障害をコミュニケーション障害であるとともに、情報障害と捉えることで、より生活への影響や、二次的障害への理解を深めることができる。

高齢者の聴覚支援において、発見や対応が遅れてしまう傾向が課題となります。異変に気づいていても、本人や周囲が「耳が遠いのは歳のせいだから仕方がない」とそのままにしていたり、対応策が分からずに何も出来ないという声もある。対応が十分になされない結果、補聴器装用率の低さにつながっている。

補聴器はまだまだ高額なものという認識が強いため、購入されなかったり、購入したもののメンテナンスや装用に慣れる時間が不十分で「合わない」と使用されない場合も少なくない。
身近な支援者や介護者が高齢者の変化を敏感に感じ取れるように理解を深めること、さらには介護予防の場が第三者によって異変に気づく場になることが期待される。

難聴を早期発見し、医療機関の受診など早期に支援の流れに誘導する連携体制を作ることが介護予防事業で目指す形と考える。

（2）構音障害者の支援

介護予防分野で関わる構音障害では、老人性喉頭による声質変化が多いと思われますが、高齢者の中には、「声が出ない」「若いときと声が違う」など声質の変化を訴える方は少なくありません。日常的コミュニケーションに支障はないものの、「うまく歌えない」「なるべく話したくない」と声を出すことに消極的となり、活動や生活範囲を狭めてしまっているケースも存在する。

例えば老人性喉頭、声帯溝症などの声帯等に器質的変化を生じ、「声のかすれ」などの機能性変化を生じる。さらに、声質を無理に改善しようと、硬起性発声になるなど、二次的影響によってさらに声質が悪化する可能性がある。その結果として、発声を伴うカラオケや日常会話などの活動が低下すると考えられる。

このような変化に対して行う支援としては、①声帯の器質的変化によるものが疑われる場合には、耳鼻咽喉科など専門機関への紹介を行う。　②廃用による声帯の運動機能低下や呼気圧の低下がある場合は、声の衛生や発声方法の指導などを行う。　③声質が悪化し、発声を伴う活動が低下している場合は、カラオケ，茶話会等の活動の支援を行う。

当事者がどの段階に問題を生じているかを評価し、どのような支援が可能かと考え、対処する。あくまでも、声質変化など構音障害があることで生活機能が低下することを予防することが重要である。

4）介護予防・日常生活総合支援事業における言語聴覚士の関わり

（1）能力、機能の見定め（アセスメント）の見定め

アセスメントに関しては、総合事業対象者の評価は、市町村窓口での基本チェックリストとなり、栄養、口腔機能、うつ、認知、運動の５つの側面に限定されます。基本チェックリストにはコミュニケーションの視点がないので、聞こえやコミュニケーションを簡便にチェックできるアセスメントが必要と考えます。

指導・助言については、機能障害を持つ対象者が生活ではどういった困難（課題）があり、環境調整も含

めて課題の解決が図れるかという視点が重要です。終了に関しては、生活課題の解決が目安となるが、低下予防の自主トレの自立など自身の生活習慣を変化させ、自ら健康行動を継続できるようになった時も終了の目安となります。

リスク管理としては肺炎を想定すれば、対象者の指導中に肺炎を起こすということは少ないと考えられます。しかし、誤嚥性肺炎のリスク判定を行うこと、計画立案時に高齢に伴う嚥下機能の低下（唾液の分泌量の低下、嚥下に関する筋力低下、喉頭の下降）や咀嚼力の低下を十分に説明することが予防的な関わりとして重要であると考える。

⑵ 訪問型短期集中事業における言語聴覚士の関わり

保健師と同行訪問し、①聴覚の評価や補聴器の使用や会話方法などの指導・助言　②口腔機能・摂食嚥下機能の改善に向けた助言・指導　③コミュニケーション力に低下がある方の閉じこもりの予防

⑶ 通所型短期集中事業における言語聴覚士の関わり

①聴力やコミュニケーション、摂食嚥下機能の評価・助言・指導　②コミュニケーション力に低下がある方の活動・参加の支援

⑷ 通いの場における言語聴覚士の関わり

①住民主体の介護予防活動をコミュニケーションや食事の面から支援　②地域の患者・家族会「失語症友の会」など地域活動組織の支援

⑸ 地域ケア会議における言語聴覚士の関わり

・地域ケア個別会議：聴力やコミュニケーション、摂食嚥下機能に衰えがある方の個別ケースについて専門的な指導・助言
・地域ケア推進会議：①聴力やコミュニケーションに衰えがある方も利用しやすいコミュニティ活動の立案・支援　②コミュニケーションをサポートできるボランティアの養成

⑹ その他

・講師
住民向け：「失語症」「在宅での摂食嚥下障害への対応」、「難聴との付き合い方」の講座開催
各専門職向け：「肺炎予防の取り組み方」、「聴力の低下がある高齢者への接し方、補聴器等の活用方法」、「失語症等のコミュニケーション障害のある方との接し方」の講座開催

5）失語症者にやさしい社会の実現のために

失語症者は発症により、身体機能上の変化とともに表現手段が喪失し、思考の混乱を起こしている。それに加えて、社会的役割の喪失や家庭関係の変化など環境的変化が重なり、抑うつや社会的アイデンティティ喪失などの心理・社会的問題を引き起こします。心理・社会的問題は「閉じこもり」や「虚弱」につながる要因になると中村ら（1996）は報告している。

さらに、在宅において、失語症者をそばで支える家族の介護負担についての小林ら（2011）の報告では、失語症者の家族の介護負担には、一般的介護者の負担感に加え、「言語症状にかかわるストレス」、「家庭の運営にかかわるストレス」といった失語症者特有のストレスがあると述べている。

これらを考慮すると、退院後の地域での生活を安心して送れるよう支援するために、言語聴覚士が果たすべき役割は、退院後により大きくなるように感じる。

介護予防事業を地域で行う中で、その対象として、失語症の高齢者も含まれます。介護予防の取り組みの場に失語症の高齢者が参加できる、そして地域での暮らしを支えることができる、これが新たに言語聴覚士に求められる関わりなのではないかと考える。

失語症の人にやさしい社会の実現のために言語聴覚士が関われる内容としては、

①失語症のことやコミュニケーションの取り方を多くの人に知ってもらうことを目的に地域住民向けの講座などを開催する。

②会話パートナー養成事業や失語症者が参加する集いでのボランティア育成などを行い、実際に失語症者とコミュニケーションをとる機会を提供し、失語症を学び、支える人材を育てる。
③家族の負担軽減は在宅での生活を継続するうえで重要です。当事者会や家族会への支援をこれからも継続していくことが必要である。
④失語症があっても安心して住民主体の地域の集いに参加できるよう支援していくこと。また、地域ケア会議などで失語症者の現状を発信し、失語症者にやさしい対応策を提案することも重要である。

6）まとめ

介護予防事業におけるコミュニケーション支援は、難聴、老人性喉頭、抑うつ、失語症によるコミュニケーション障害を対象としている。介護者へのコミュニケーション支援の際は、基本的な手法に加えて、コミュニケーションの特性を捉え、相手ひとりひとりのパーソナリティを見極めて、どうすれば伝わるかを考えてもらうことも必要になる。
介護予防事業におけるコミュニケーション支援は、対象者個人だけでなく周囲や社会全体に働きかける視点を持つことが重要になる。

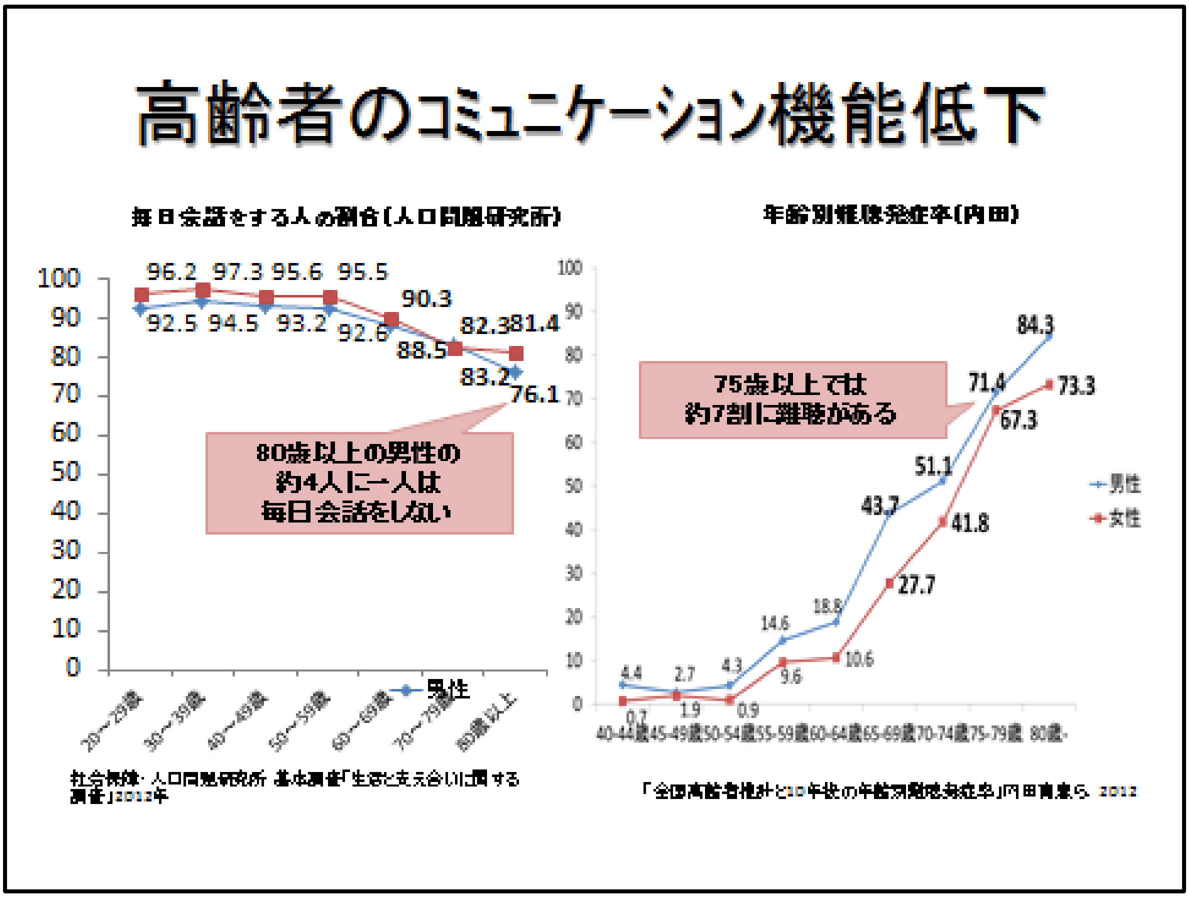


図２：高齢者のコミュニケーション機能低下

引用・参考資料
・一般社団法人日本言語聴覚士協会　「地域リハビリテーション活動支援推進のための人材育成事業」初期研修用教材　介護予防①介護予防総論　介護予防②口腔・嚥下機能低下予防　介護予防③認知機能低下予防　介護予防④コミュニケーション支援

付録事例

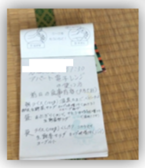
No.1

訪問型サービスC	調理を再開できた事例

訪問型サービスC利用までの経緯	年齢：63歳　性別：男性　疾患名：脳梗塞・糖尿病	要支援2
	今回、地域包括支援センターの担当者、担当CM、本人より「料理を再び始められないか作業療法士(OT)の助言がほしい」と依頼があったため、訪問型サービスCを行うことになった。 この数年、簡易宿泊所で生活している。2年前に脳梗塞を発症したが上下肢の麻痺は軽度であった。しかし、簡易宿泊所の管理者から「もう、料理は危ないから止めてほしい」と言われ、ガス調理器は退院後に撤去されてしまった。 ガス調理器の撤去以来、この男性は外食生活を続けていた。糖尿病もあるため食事管理を頑張っていたが、外食のみであるが故に糖尿病の状態は悪くなっていった。	

初回利用時に事例が決めた到達目標	**電子レンジを使って温めたり、簡単な調理(温野菜)が作れるようになる。**

	何をしたのか。	どのように取り組んだのか。
初回	利用目的、目標、回数を一緒に決めた。事例に最適な電子レンジを一緒に検討・選択した。	現在の食事習慣を一緒に振り返り、いつ、どのように、料理を行うか話し合った。その結果、事例は「電子レンジを使って温めたり、簡単な調理(温野菜)が作れるようになる」ことを到達目標にした。OTはその目標を受け、達成するための回数、具体的に何をするのかその場で決定し、事例に伝えた。初回では、最適な電子レンジをインターネットで一緒に探し、選択するための助言をした。
第2回	お店で食材を購入し、電子レンジの操作を学んだ。	電子レンジ用の食材を購入したことがなかったため、いつも利用するコンビニエンスストアで食材の確認を行い、電子レンジの取り扱いを学ぶために食材を数点購入してもらった。家に戻った後、OTはラップ使用のルール、温め方を助言した。また、温め方の情報が食品に記載されていることを伝え、確認するよう助言した。
第3回	自分の食べたい野菜と電子レンジ用食品を購入し、食品の温めと温野菜を作ってもらった。	OTは、事例が電子レンジを利用する時、2回目に助言したこと(例：自分の知らない食品の温め方はラベルで確認する等)が行えているのか確認した。また、OTはCMを介して管理栄養士にコンビニ食の選び方をまとめてもらっていたため、その情報も渡した。本人が目標に到達したと判断したため、サービスを終了した。



食事管理も
以前より熱心に！

結果　：電子レンジを使って温めたり、簡単な調理(温野菜)が作れるようになった。外食の機会が減った。

課題　：調理が実際に継続されるかについてのフォローをCMが担うのは負担が大きい。料理のバリエーションを増やす方法が未定

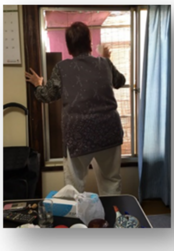
No.2

訪問型サービスC	家の掃除をあきらめていた事例への助言

訪問型サービスC利用までの経緯	年齢：86歳　性別：女性　疾患名：大動脈弁狭窄症	要支援1
	今回、地域包括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、訪問型サービスCを行うことになった。 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大変になり、特に掃除機がけや窓拭き等は行わなくなっていた。掃除機掛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減ってしまっていた。事例にとって友人の癌は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。	

初回利用時に事例が決めた到達目標	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。

	何をしたのか。	どのように取り組んだのか。
初回	到達目標を決定し、次回以降取り組む内容を話し合う。	家事の中でも、料理や買い物は行えているとのことだった。本人より、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ったとのことだった。喫煙者でもあるためか、窓拭きはしたいと話をしており、かつ、助言により到達する見込みがあったため、上記を到達目標にし、医師に実施の可否をたずねた。
2回	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。
3回	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。
4回	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。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確認し、終了した。



様々な方法で可能に！

結果　：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。家事に前向きに取り組まれるようになった。

課題　：あきらめていた家事に取り組むようになることで，他にも支援が必要となる生活行為がでてくると予想される。

No.3

報告事例のサービス	○	訪問型サービスC	事例テーマ:	散歩、趣味活動を通して活動性が向上した事例
	○	通所型サービスC		

事例								
	年齢:	77	歳	性別:	女性	疾患名:	パーキンソン病	要介護度	要支援1
	【サービスC開始までの経緯】								
	1km先のスーパーまで休憩しながらも歩いて買い物に行く事が出来ていたが、パーキンソン病の薬を変えた影響で幻覚症状出現し、入院加療される。退院後は週2回の友人との買い物と通院以外は、家で家事をしたりTVを観て過ごし、外出の機会は無かった。今回、地域包括支援センターからの紹介により通所と訪問サービスを利用開始する。								
	【本人・家族の生活の目標】								
	昔のように歩いて買い物にいけるようになる								

	開始時	中間(開始 4 週目)	終了(6 週目)
ADL・IADLの状態	・ADL自立しているが、疲れやすい。 ・買い物は週2回友人が連れて行ってくれる。 ・外出の機会が無く、趣味活動もしておらず、ほとんど家でTVを観て過ごしている。	・2日に1回程、散歩に行くことが習慣化される。 ・週に2～3回の編み物とパーキンソン体操が習慣化される。	・以前の様な疲れやすさは軽減し、歩行距離も伸びている。 ・日中は散歩をしたり、編み物をして活動的に過ごしている。
生活行為の目標	・近くの集会所まで散歩をする習慣を付ける。 ・趣味である編み物を再開する。	・お店まで歩いていけるようになる。また、お店で毛糸を選んで買い物をする。 ・友人に編み物の作品をプレゼントする。	【考察】 パーキンソン病による生活への不安と、活動性の低下による廃用の進行がみられていた。以前行っていた「歩いて買い物へ行くこと」を目標に散歩を行うことや、以前行っていた「趣味活動(編み物)」を取り入れることで、モチベーション向上に繋がり、馴染みのある作業で生活に取り入れやすかったと考える。また、病症教育や生活の聴取による不安の解消と、散歩や体操による基礎体力の向上により、活動的な生活に繋がったと考える。
支援内容	・調子に合わせて散歩を行い、実施日にはカレンダーに印を付ける。 ・編み物を行い、実施後はパーキンソン体操を行うように指導する。	・調子に合わせて休憩をとりながら、歩行の距離を伸ばしていく。 ・OTと実施内容の確認や生活の聴取、パーキンソン病に対する教育を行い、モチベーションを保つ。	

結果	2日に1回の散歩が習慣化され、疲れ易さと歩行距離の延長が得られた。また、趣味活動である編み物を再開し、日中の活動性の向上がみられた。

課題	日中の活動性の向上がみられたが、具体的な社会参加活動までは至っていない。今後は、散歩や体操を継続し、お店まで歩く体力を身に付けていく他、友人にプレゼントするためなど地域住民との更なる交流のための支援が必要である。

通所事業にて体操に励む事例(右から2番目)

以前に編んでいたレース手芸作品と新たな作品作りを指導するOT

No.4

報告事例のサービス	○	訪問型サービスC	事例テーマ:	
		通所型サービスC		

事例	年齢:	74	歳		性別:	男	疾患名:	頸椎椎間板ヘルニア 頸髄症	要介護度	要支援1
	【サービスC開始までの経緯】									
	自宅で転倒し、頚髄症急性増悪により入院、手術施行。2ヶ月後 歩行可能となり、自宅退院となった。 上下肢の軽度の麻痺が残存しているため、退院後の一人暮らしでの活動に不安あり、モデル事業を利用することとなった。									
	【本人・家族の生活の目標】									
	① 転倒せずに生活したい ② 更衣などに時間がかかるため、スムーズに行なえるようになりたい									

	開始時	終了(7週目)時
ADL・IADLの状態	・屋内独歩、屋外杖歩行にて自立しているが、時々ふらつきあり ・左上肢の筋力低下あり、自力挙上70度まで ・車(ﾊﾞｯｸﾓﾆﾀｰあり)運転している ・仕事、ｸﾞﾗﾝﾄﾞｺﾞﾙﾌなど活動的に生活できている ・外来ﾘﾊ(週1回)通院中 ・要支援1の認定下りた ・術後の経過良好 身体機能改善傾向にある ・活動性は高く廃用のﾘｽｸは低いが、転倒の危険性はあり	・自宅内で転倒のｴﾋﾟｿｰﾄﾞあり(方向転換時など) ・転倒のﾘｽｸはあるが、活動範囲も広く活動的に生活できている →手すり等住宅改修の希望はなし →急な方向転換時などの転倒に注意するよう指導した ・不便な点は自ら工夫して生活できている ・外来ﾘﾊは終了し、8月より介護保険での通所ﾘﾊを利用する方向
生活行為の目標	①転倒の危険なく、現在の活動を維持することができる ②更衣などの上肢を使用しての動作がスムーズに行なえるようになる	
支援内容	・生活状況の確認 ・転倒しやすい場面・場所の確認 ・介護保険での住宅改修についての情報提供	【考察】 日常の活動性が高く、自宅内の環境も大きな問題はないようであったため、2回の訪問で終了とした 退院後、外来ﾘﾊを利用していたが、ﾓﾃﾞﾙ事業での訪問をすることで自宅内の動作・環境を確認できたことは良かった

結果	歩行の安定性は向上したが、バランスの低下はあり、転倒に注意は必要 上肢機能が向上し、更衣などの動作がスムーズに行なえるようになった

課題	初回訪問の日程調整がつかず、退院から1ヶ月後の訪問となってしまった。退院直後に訪問できるシステム作りが必要である。

No.5

報告事例のサービス	○	訪問型サービスC	事例テーマ：	執筆活動の再獲得．妻の安心も獲得．
		通所型サービスC		

事例	
	年齢：86 歳　性別：男　疾患名：肺炎　要介護度：要支援1
	【サービスC開始までの経緯】
	肺炎を呈し15日間入院．退院後臥床傾向となり心配になった妻が包括へ相談．緊急性が高いと判断されOT訪問が開始となった．
	【本人・家族の生活の目標】
	今までと同じような生活がしたい（執筆活動）：症例．無理のないように生活してほしい（肺炎の再発に不安）：妻

	開始時	中間（開始 4 週目）	終了（ 12 週目）
ADL・IADLの状態	食事・更衣は妻の準備があれば可能．入浴動作は動作は監視レベルであるが，終了後疲労のため活動できなくなることもある（ボルグスケール7）．布団使用しており，立ち上がった際にめまい・ふらつきがみられることもある．	据置式の立ち上がり介助バーを設置．	入浴後の疲労（ボルグスケール4）が減少．立ち上がり時のめまい・ふらつきは消失した．
生活行為の目標	・散歩の習慣化（自宅周辺） ・日課に簡単な運動を取り入れる．	・バス停まで歩行できる． ・執筆活動の準備をする．（資料集め）	【考察】 高齢での肺炎であるが，神経症状はなかったので時間をかけることで改善する可能性もあった．しかし，妻の過剰な心配が阻害因子となっていると判断した．OTが介入するこで症例は自身の現状が把握でき，焦りが減少していった．妻は動画などで確認することで症例の行動を制限することが減少していった．同時に不安も減少していった．症例と妻の改善が執筆活動を安心してできるようになった．
支援内容	○散歩を習慣化することで屋外へ出るきっかけとした．（距離は疲労度で検討） ○もともと運動しない生活をしていたためパンフレットを作成して指導．（実施表作成）	○動画を使用し，自身の現状を把握．妻にもてもらうことで安心を与えるようにした． ○CMが立ち上がり介助バーの導入手続き．	

結果	生活での疲労が減少し，不安が減少した．執筆活動に対する心配がなくなり，外出・健康に対する興味が聞かれるようになった．
課題	短期集中のため，継続の確認が必要．地域に結び付けるために，包括が行っている内容や近隣のデイサービスなの内容を必要があった．実施回数の適性をどのように判断するか．

環境調整指導

歩行：初回

歩行：最終

参考資料　生活行為向上支援の紹介

（過去の日本作業療法士協会で受託してきた老人保健健康増進等事業で作成したマニュアルをダイジェストとして引用）

Ⅰ　啓発普及のために

高齢者の生活行為を向上するため支援の視点の提案

うまくできなくなった生活行為がうまくできるようになるためには

一つは、握力がない、体力がないなどの身体機能に関することであれば、それを改善できるよう、トレーニングする方法があります。一人でトレーニングすることはとても大変です。通所などに集中的に通い改善する方が効果的なこともあります。しかし、前述のように老化に伴う心身機能の低下を予防することも大切であり、日ごろから体の手入れとして、ラジオ体操、テレビ体操、柔軟体操などに取り組むことは大切です。体のお手入れの必要性や心配があれば社会資源を紹介するなど助言することが大切です。

二つ目として、料理や掃除などの生活行為は、動きだけではなく、コツのような技能が重要になってきます。

三つ目として、コツには、道具をうまく使うなどの環境を整えることでうまくいくことがたくさんあります。

たとえば、手に力が入らずジャムびんのふたが開かないときには、手の力の入る動作方法を提案するでしょう(人への提案)。また、びんのふたをあけるための道具（自助具）を提案するかもしれません（環境への提案）。びんのふたを軽く火で暖める方法を提案するかもしれません（生活行為の仕方への提案）。このように如何に楽に効率よく、安全に一人でできるよう提案することが大切です。

最後にコツは衰えないよう、毎日繰り返しその行為を継続することが大切です。

〇生活行為を容易にするための生活用具の選定と工夫が大切

生活用具とは、食事用具、調理器具、掃除用具、家具など物を作ったり何かをするために生活に用いるすべての道具を指します。手の力が弱い高齢者が生活行為を容易にするためには、活用しやすい日常の生活用具の種類の選定が大切です。場合によっては、自助具などを活用し、力を補完したり、工夫することが求められます。生活行為の自立のためには、生活用具にも焦点を当てた支援が求められます。

※　自助具とは日常生活で困難を来している行為を、容易に行えるように工夫された道具です。

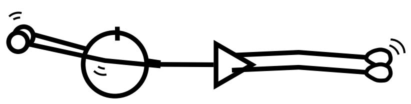
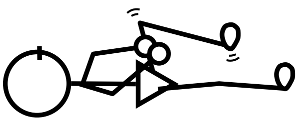
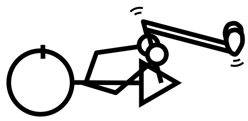
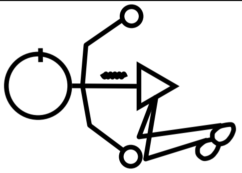
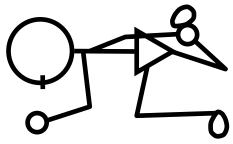
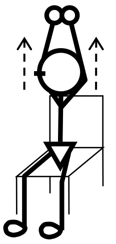
（使用の例）
- 手の力が弱い方が料理をする際に、包丁ではなくピーラーを使って野菜の皮をむく
- 指先の細かい動きが難しく箸がうまく使えない人が盛り合わせや炒める際にトングを使う
- 物忘れがあって鍋をかけたことを忘れる恐れのある人はガス台ではなく IH 調理台を使う
- 掃除機が重くて使いにくい方が、フローリングワイパーを使う
- 膝に痛みがあって床からの立ちしゃがみがしにくい方が居間で椅子やソファを使う

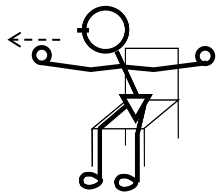
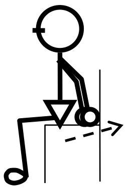
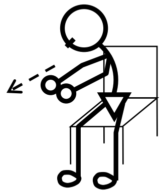
Ⅱ　生活行為を改善するための体力、身体機能のトレーニング

　身体機能を改善するための体操を紹介します。
「毎日の基本体操①（朝のお目覚めの前に・夜の寝る前に）」、「毎日の基本体操②（昼の運動に）」、「体操① 肩・肘・手の運動」、「体操②　股・膝・足の運動」の４種類がありますが、毎日の基本体操①②の全身運動を中心に、必要に応じて上肢の体操、下肢の体操を適宜取りいれてください。体操は痛みのない範囲で、無理なく楽しく行ってください。

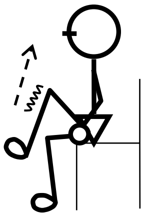
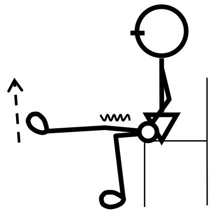
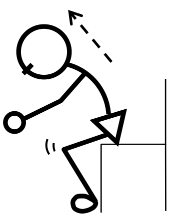
毎日の基本体操①

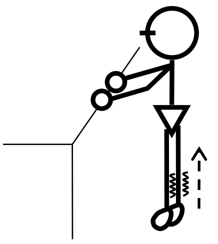
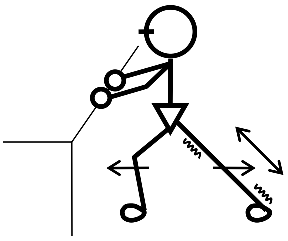
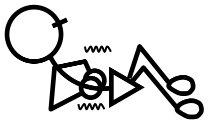
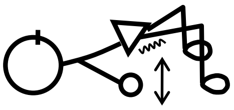
★朝のお目覚めの前に・夜の寝る前に★

ベッドや布団から起きる前に	背伸び運動①	両手を組んで頭の上にしっかりと上げましょう 足首も伸ばします	
	お尻のストレッチ①	片方の足の太ももの裏を両手で持ち、胸の方へ引き寄せます。膝を抱えても良いです。 反対の足は伸ばしておきます。	
	お尻のストレッチ②	両足の太ももの裏を両手で持ち、胸の方へ引き寄せます。膝を抱えても良いです。	
	体のストレッチ	仰向けで両膝を立て、両手は横に広げます。両膝を片側にゆっくりと倒し、できる範囲で体をひねります。	
	太ももの前のストレッチ	横向きになった状態で、足首を持っておしりの方へゆっくりと引き寄せます。	
椅子や台に腰掛	背伸び運動②	椅子に座った状態で、両手を組んで、前から頭の上にゆっくりと持ち上げます。 ※無理に持ち上げず、できる範囲で行いましょう。	

	体を横に倒す運動	椅子に座った状態で、両腕を左右に持ち上げ、手首を上げます。 両腕の高さは変えずに、横にゆっくりと突き出します。 ※無理に突き出さず、できる範囲で行いましょう。	
	胸をはる運動	椅子に座った状態で、体の後ろで両手を組み、ゆっくりと後ろにひきましょう。 その際に胸をはるようにして行います。	
	前への突き出し運動	椅子に座った状態で、体の前で両手を組み、ゆっくりと前に突き出しましょう。 ※転倒しないように、前に何かつかまるものがある場所で行って下さい。	

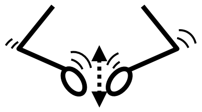
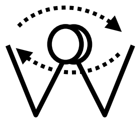
毎日の基本体操②　★昼の運動に★

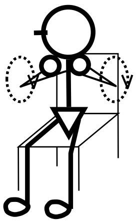
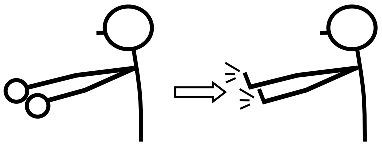
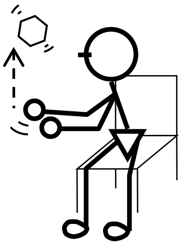
椅子や台に腰掛けた場所で	足上げ運動①	椅子に座った状態で、両手で体を支え、片方の足をゆっくりと持ち上げます。 できるだけ高く持ち上げ、３秒数えてから、ゆっくりとおろします。	
	足上げ運動②	椅子に座った状態で、両手で体を支え、片方の膝を伸ばした状態で、ゆっくりと持ち上げます。足首はあげて下さい。 できるだけ高く持ち上げ、３秒数えてから、ゆっくりとおろします。	
	立ち上がり運動	椅子に座った状態で、前で両手を組み、お辞儀するようにしてゆっくりと立ち上がります。 ※転倒しないように、前に何かつかまるものがある場所で行って下さい。	

立った場所で	つま先立ち運動	立って何かものにつかまった状態で、ゆっくりとつま先立ちになります。 ３秒数えてから、ゆっくりとおろします。	
	アキレス腱のストレッチ	立って何かものにつかまった状態で、片足を後ろに引き、その足の膝を曲げないようにして、腰をゆっくりと落とします。	
ベッドや床上で	腹筋運動	ベッドや床の上で仰向けになり、両膝を立てます。お腹の上に手をおき、おへそをのぞき込むようにしてお腹に力を入れます。５秒数えてからゆっくりと力をぬきます。余裕があれば、頭を少し持ち上げます。	
	お尻あげ運動	ベッドや床の上で仰向けになり、両膝を立てます。手を横についた状態で、お尻をゆっくりと持ち上げます。５秒数えてからゆっくりとおろします。	

体操①

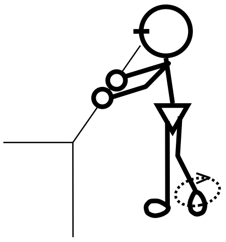
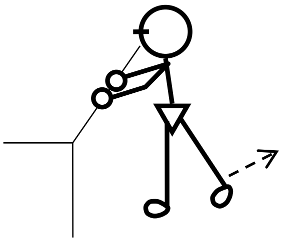
★肩・肘・手の運動★

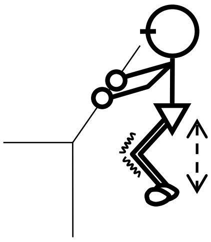
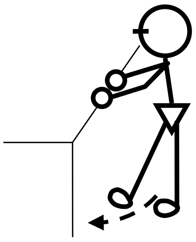
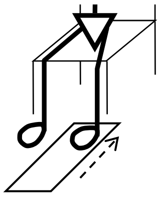
椅子や台に腰掛け	手首、腕の関節運動	・手首、肘が動くように、大きくぶらぶらさせます ・１０回程度行います	
	手首の運動	・両手を組んで、手首をゆっくりと大きく左右に回転させます ・左右５回程度行います	

	肩の運動	・両手を肩にあて、ゆっくりと大きく肘をまわします。 ・前後１０回程度行います	
	筋力運動	・手を肩の高さまで上げます ・手は握った状態から、指をはじくようにしてすばやく手を開きます ・１０回程度行います ※肩の高さ以上に手を上げないようにしてください	
	紙風船	・座って足を少し開いた状態で、片手で紙風船をつきます ・慣れてきたら少し高くつきましょう ・さらに慣れてきたら、手を交互についてみましょう ※床に座り膝を立てた状態で行うと、腹筋運動にもなります。	

体操②

★股・膝・足の運動★

立った場所で	足首の運動	・立って何かものにつかまった状態で、片足でつま先立ちになり、足首をゆっくり大きくまわします ・左右に５回程度行います	
	股関節の運動	・立って何かものにつかまった状態で、膝を曲げずに片足を後ろへゆっくりと振り上げます ・３秒数えてからゆっくりとおろします ・左右とも１０回程度行います	

	股、膝関節の運動①	・立って何かものにつかまった状態で、ゆっくりと膝を曲げていきます ・ある程度曲がったところで止め、３秒数えてからゆっくりと元に戻します ・１０回程度行います	
	筋力運動②	・立って何かものにつかまった状態で、膝を曲げずに片足を横にゆっくりと振り上げます ・ある程度振り上げたところで止め、３秒数えてからゆっくりと元に戻します ・１０回程度行います	
座った場所で	足指の運動（タオルギャザー）	・椅子に座った状態で、広げたタオルの上に足を置きます ・足の指・腹をつかって、タオルを手前にたぐり寄せます ・踵は浮かせないようにします	

コツその2　道具の活用や環境調整

１）運搬動作の自立のために

（１）歩行車の活用

高齢者でバランスを崩しやすく、手すりや杖、手がかりがないと歩行が不安定な方の場合、簡単な荷物、お盆に乗せたお茶を両手で運ぶことが困難になります。また洗濯かごなど重い物も片手で持てたとしてもバランスをとりながら歩行することが難しくなります。その運搬動作ができるようになるためには、歩行バランスや下肢筋力向上の練習も大切ですが、道具として歩行車を活用することも大切です（図１）。とりあえず、生活の中で運搬する動作について歩行車を活用し、一人でできるようになる支援が必要です。また、歩行車を利用して、下に落ちている物を拾う時、バランスを保ったりするのにも活用することができるでしょう。買い物など外出時においても、不安定な歩行を安定させ、買い物をかごに入れ、持ち帰るためにも歩行車は有効です。

＜歩行車に必要な機能＞

・配膳ができる台
・ものを運搬できるかご
・ブレーキ
・２～３cm の段差を乗り越えられる 10cm 以上の車輪
・持ち手の長さが調節できる。
・４輪の方が安定
・外出し、公共交通機関に乗ることがある場合、外出用のバッグ付きで折たたみ機能のある軽量のものがよい。

図１

＜持ち手の高さの合わせ方＞

・円背がある場合、前方横バー握りのタイプがよく、高さは本人が持ちやすい高さに合わせる。一般的にへその高さが多い。
・円背がない場合、腰骨の高さに合わせる。立て握りバーがよい。

（２）リュックサックの活用

荷物の運搬の際、片手での手提げよりもリュックサックによる運搬のほうが歩行エネルギーの消費量および筋活動が少ない効率的な歩行となり、歩容も安定します。

２）買い物を容易にするために

（１）買い物かごの持ち運び

杖などが必要な歩行バランスが不安定な方は、積極的に前述の歩行車を活用するようにしましょう。また、店内での商品の持ち運びにはショッピングカートを活用しましょう。

（２）財布から小銭を出し入れする

バッグから財布を探して出す動作が困難あるいは時間がかかる場合、ひも付きの財布を活用すると動作が容易になります。また、小銭の出し入れには、昔ながらの大きく口がひらくがま口型の財布が良いでしょう。どうしても支払い時に財布からお金が出しにくい場合は、支払いの際に小銭を開け、そこから必要分をとって支払えるよう助言することも大切です。

（３）自宅にいながら買い物をする

買い物にどうしても行けない場合は、食材の宅配サービスを活用します。カタログを見ながら食材を

選び、インターネットや FAX で注文します。高齢者世帯に限り電話での直接注文も可能な店舗も多くあります。配達サービス料は店舗によって違いがありますが、比較的低料金の設定となっています。

3）掃除を自立するために

昔の主な掃除道具は、今ではあまり目にすることはありませんでしたが、ほうきでした。

（1）フローリングや畳掃除のために

昔懐かしいほうきを利用する、もしくは今市販されているフローリングワイパーを活用することで、一方の手でかべや手すりを捕まりながら行うこともできます。フローリングワイパーのキャッチシートには、起毛やウエーブ型でほこりを吸着しやすくしたものや畳用のウエットタイプまで様々なタイプがあり、用途に合わせて選ぶことができます。また、先ほど述べた歩行車を用いて歩行車を頼りながら、モップがけやほうきがけを行うこともできます。

さらに、四つ這いによる拭き掃除は、体力増強やバランスの練習にとても良いことから、掃除とトレーニングを兼ねた拭き掃除も良いと考えられます。雑巾を絞るときは、水道の蛇口を利用し、絞ったり、押して絞ったりすることで手の力が弱くてもある程度、絞ることができます（図2）。

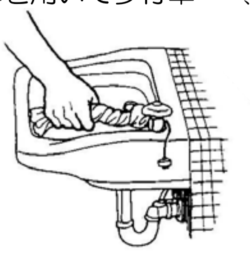


図2

（2）じゅうたんの掃除のために

じゅうたんなどの目地の深いものの掃除には、吸い込む機能のある掃除機が最も効果的ですが、最近では、粘着テープを用いた掃除方法があります。座っても手軽にできるということで、広く活用されています。また、掃除機のノズルを短くすることでいざる動作を用いて、掃除機を掛けることもできます。

（3）掃除機の選定

掃除機には、最近ではコードレスのタイプが出ており、足をひっかける心配がなく、またどんな場所にも移動がし易いというメリットがあります。また、掃除機には、肩掛け式のもの、スタンド式のもの、ハンディタイプのものなどがあり、できるだけ高齢者が安全で安楽に掃除を継続できるよう、軽量で扱い易いものを選定することが大切です（図3）。

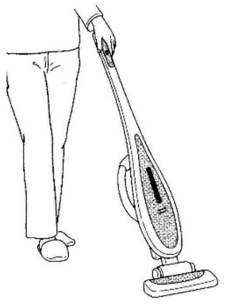


図3

（4）掃除機のかけ方

掃除機は、30cm ほどの巾をゆっくりとかけることがこつです。よく、力を入れて床をこするようにかける方がいますが、床のゴミを吸い取るものなので力を入れる必要はありません。軽くかける方が大切です。

4）調理を容易にするために

川島らの調理による脳の活性化に関する実験研究によると、調理の習慣が脳機能の向上に寄与することが報告されています。調理は食材を食べ物に加工していくことです。火や水や刃物を使った素材の変化は視覚的、聴覚的、嗅覚、味覚などさまざまな知覚過程を通して感じることができ、わくわくしたり、出来上がりを期待したといった情緒的な変化を引き起こします。

しかし、調理の過程は多く、複雑です。調理は様々な用具を使うので、対象者の現状と用具の特性を踏まえたうえで、用具の選定のみならず適切な操作方法の指導が必要になります。

また、調理には 30 分を目安とした立位耐久性が必要ですが、困難な場合は、調理場に椅子を置くなどして、皮むきなど座ってできるものは座って行い、徐々に立ってできるようにします。また、椅子については丸椅子の方が作業がし易いでしょう。

立位バランスの悪い方については、台所のシンクに寄りかかって作業を進めましょう。また、台所の切る作業、洗う作業、火を扱う作業が一直線でできるよう環境調整ができるといいでしょう。

（１）利用者の能力を把握する

①献立を考えられる	できる	できない
②必要な食材の書き出しができる	できる	できない
③必要な食材を必要な物を準備できる	できる	できない→２)-⑶へ
④下ごしらえ：皮むきができる	できる	できない→4)-(3)へ
⑤下ごしらえ：だいたいの食材を切ることができる	できる	できない→4)-(4)へ
⑥下ごしらえ： 調味料及び缶やびんのふたが開けられる	できる	できない→4)-(7)へ
⑦下ごしらえ： コップ３杯分のみずのはいったなべを運べる	できる	できない→4)-(6)へ
⑧下ごしらえ：点火の扱いができる	できる	できない→4)-(5)へ
⑨炒める動作ができる	できる	
⑩味付けができる	できる	できない
⑪盛りつけができる	できる	できない→4)-(5)へ
⑫後かたづけ：洗い物ができる	できる	できない→4)-(8)へ
⑬後かたづけ：整理整頓ができる	できる	できない

（２）野菜を洗う

蛇口をレバー式に変更すると、蛇口の開閉が容易になります。また、葉物の洗浄にはボールとザルを活用し、ジャガイモなどは滑り止めシートの上に置いた状態で洗浄すると安定します。

（３）皮むきの工夫

①カボチャの皮むき器の紹介：皮の堅いかぼちゃ用の皮むき器（図４）

②グローブ型皮むき器：専用グローブをはめてこするだけ

③小芋などの皮むきは、一度塩ゆでにしてから、剥くと手で簡単に剥けるようになる。

図４

（４）材料を切る

①包丁が重く感じられる人へ

持ち手付きの包丁がある。切る時に力が入りやすいが皮むきには不向き（図５）。

図５

②握力が 10kg 以下で手や指先に力の入りにくい人へ

・てこの原理を応用した包丁。柄の下が常にまな板について支点として働き、小さな力で刃をスムーズに動かすことができます（図６）。

図６

・すべり止めマットを切って包丁の柄に巻き付けるまたは、滑り止め機能付きのビニールテープを巻くなどして、包丁の柄を太くすると力が入りやすくなります。

③キッチンばさみの利用
④野菜スライサーの利用（図７）：キュウリや玉ねぎのスライスに活用

図７

⑤みじん切り用：・両手包丁（図８）
・80 個のギザギザがあるクシ刃で食材をキャッチし、下に押すだけの動作でみじん切りが可能（図９）。
・フードプロセッサーなどの活用でも簡単にみじん切りが可能です。

図８

図９

⑥皮むき機のそぎ切りの利用：ゴボウや人参などのそぎ切りをするときは、皮む　き機を利用すると便利
⑦カボチャなど固い素材を切る場合は、ラップに包み、電子レンジで少し蒸してから切ると切りやすくなります。
⑧食材の固定が難しい場合は、釘のついたまな板（まな板の裏からステンレス釘を２，３本打ったもの）を利用すると簡単に固定ができます（図 10）。葉物野菜はたたんで重石を載せれば広がらずに切りやすくなります（図 11）。

図 10

図 12

（５）加熱する（炒める・煮る・混ぜる）

衣服への引火や立ち消えを防ぐためには電磁調理器が安全です。持ち運びがしやすくガスコンロに比べて手入れもしやすいのが特徴です。ただし、電磁波が出ているため心臓ペースメーカーに影響を与える可能性があるので注意が必要です。また、最近はシリコンスチーマーを使用し、電子レンジで簡単に炊く、茹でる、蒸す、焼くなどの調理が可能ですし、紙にアルミニウムを蒸着させた発熱シートにセットした魚を電子レンジで数分加熱すれば簡単に焼き魚の調理も可能になっています。

混ぜ合わせや盛りつけが箸の操作がうまくできない場合は、トングまたはバネ付き菜箸などを利用するとし易くなります。

（６）水の入ったなべを上手く運ぶために

当初からなべに水を入れて運ぶのではなく、コンロにかけたなべにボールなどで水を入れ、小分けし

て運ぶ工夫をしましょう。
　ナベは、一人暮らしの場合片手なべを積極的に活用しましょう。
　米もといだ後、片手柄付きボールで電気釜に入れた後、やかんまたは同じく片手柄付きボールで必要な水を加えるようにする。もしくは前述の歩行車を活用して運搬するなど工夫をしましょう。

（7）缶やビンのふたが開けやすくする道具

プルタブオープナー　　　　　　　　びんや広口のふた用

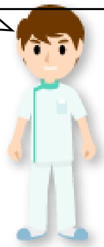
（8）食器洗い
　ベストは一人分でも食器洗い機を活用すると便利でしょう。購入できない場合、洗面器を置いて、食事後付け洗いをすると汚れが取れやすいでしょう。

5）洗濯
（1）洗濯機の選定
　洗濯機では、最近では洗濯機と乾燥機が一体となったものが出ており、予算があれば、そういう機種を選択することにより、洗濯動作が容易になります。また、洗濯機のそばに洗濯物を入れるかご台を設置すると洗濯機の洗濯物の出し入れが楽になるでしょう。

（2）物干しの工夫
　高齢者の場合、肩の関節可動域制限や脊柱の可動性の低下、円背などの影響により、高所の物をとったり、挙げたりが困難になります。また、無理をしてその動作を行うことにより、転倒のきっかけになったりもします。洗濯物干しの高さを低くしたり、歩行が不安定な場合は屋内物干しの検討をしましょう。洗濯物の運搬には前述の運搬機能付きの歩行車を利用するとよいでしょう。

（3）整理整頓のために
　前述の物干しの課題は、高齢者が普段の生活を行う上で、よく使う生活道具や用品は、肩より下の収納場所を選定するようにしましょう。
　また、コード類は図のように床に固定する。紙類は近くに段ボール箱のような箱を常において入れるくせをつけましょう。
　さらに 100 円ショップなどで売っている半透明の小さな箱を活用して、箱に名前を入れながら何が入っているかわかるよう表示して、整理するなど工夫をしましょう。

このような生活のしずらさを改善するための道具はたくさんあります。
海外では、高齢者や障害のある方々が自立するために、このような「自助具」と呼ばれる道具がスーパーなどで売られ、用意に手に入れられるようになっています。
自立への意識が高いことやできる限り、自立した生活を送ろうとする意識を支援する環境が整っているためと考えられます。
今回は、「自助具」の一部を紹介しましたが、生活行為ごとに多くの「自助具」があります。作業療法士はこのような生活の自立に必要な「自助具」を紹介したり、開発したりすることが仕事です。
いろいろと相談してみて下さい。



平成 28 年度老人保健健康増進等事業
「介護予防・日常生活支援総合事業における効果的な IADL 改善プログラムの開発に関する研究事業」

組　織

研究員		
主任研究員	小林　法一	首都大学東京
マニュアル検討班長	村井　千賀	石川県立高松病院
検証班長	小林　隆司	首都大学東京
通所/訪問班長	石橋　裕	首都大学東京
費用効果検証班長	長山　洋史	神奈川県立保健福祉大学
経理担当	小宮　学	首都大学東京
事務局班長	苫米地　洋子	首都大学東京
推進検討委員	岡野　英樹	一般社団法人　全国デイ・ケア協会
	折茂　賢一郎	公益社団法人　全国老人保健施設協会
	川越　雅弘	国立社会保障・人口問題研究所
	齊藤　正身	一般社団法人　全国デイ・ケア協会
	鈴木　邦彦	公益社団法人　日本医師会
	髙﨑　充代	吹田市福祉部高齢福祉室高齢支援グループ
	中林　弘明	一般社団法人　日本介護支援専門員協会
	宮田　昌司	一般社団法人　日本訪問リハビリテーション協会
	鷲見　よしみ	一般社団法人　日本介護支援専門員協会
オブザーバー	井口　豪	厚生労働省老健局　老人保健課
	服部　真治	一般財団法人　医療経済研究･社会保険福祉協会　医療経済研究機構
	山形　敬宏	厚生労働省老健局　老人保健課
マニュアル検討委員	石橋　裕	首都大学東京
	内山　量史	春日居サイバーナイフ・リハビリ病院 一般社団法人山梨県言語聴覚士会
	太田　睦美	一般財団法人　竹田健康財団　介護福祉本部
	大矢　泰三	西尾久地域包括支援センター
	小林　法一	首都大学東京
	鈴木　邦彦	公益社団法人　日本医師会
	高取　克彦	畿央大学
	田中　明美	生駒市福祉健康部高齢施策課　地域包括ケア推進室
	服部　真治	一般財団法人　医療経済研究･社会保険福祉協会　医療経済研究機構
	坂東　仁志	徳島医療福祉専門学校・徳島県作業療法士会
	東　幾子	津幡町役場　町民福祉部長寿介護課　地域包括支援センター
事例提供協力者	森　園子	東京都作業療法士会
	朝倉　千晶	東京都作業療法士会
	野本　潤矢	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
	谷本　紀子	クアハウス九谷
	星野　陽子	クアハウス九谷
	城戸内 駿	クアハウス九谷
	島　隆雄	介護老人保健施設　手取の里
	今井　美佳子	介護老人保健施設　手取の里
	勝木　保夫	デイサービスセンターみのり倶楽部みつや
	杉浦　有子	デイサービスセンターみのり倶楽部みつや
	寺尾　朋美	野々市市地域包括支援センター
	川畑　圭良子	小松市予防先進部　長寿介護課　地域包括ケア担当
	田中　千亜紀	輪島市役所福祉環境部健康推進課　地域包括支援センター
	東　幾子	津幡町役場　町民福祉部長寿介護課　地域包括支援センター
	高橋　理恵	能美市健康福祉部介護長寿課　高齢者かがやき支援室
	坂東　仁志	徳島医療福祉専門学校・徳島県作業療法士会
	吉川　愛	小松島病院・徳島県作業療法士会
	佐々木　寛和	鳴門山上病院・徳島県作業療法士会
	角田　雅史	リハビリテーション大神子病院・徳島県作業療法士会
	佐伯　浩佳	リハビリテーション大神子病院・徳島県作業療法士会
	谷村　奈美	リハビリテーション大神子病院・徳島県作業療法士会
	津守　椋太	リハビリテーション大神子病院・徳島県作業療法士会
	鶴熊　洋樹	リハビリテーション大神子病院・徳島県作業療法士会
	富岡　大和	リハビリテーション大神子病院・徳島県作業療法士会
	細川　友和	リハビリテーション大神子病院・徳島県作業療法士会
	河野　祐一	介護老人保健施設ロイヤルケアセンター・徳島県作業療法士会
	栗村　知治	特別養護老人ホーム藍寿苑・徳島県作業療法士会
	石田　康子	竹田健康財団　介護福祉本部　竹田訪問看護ステーション
	由利　禄巳	関西福祉科学大学
	麓　文太	函館脳神経外科病院
	外山 貴浩	旭川リハビリテーション病院
	黒田 康裕	医療福祉専門学校 緑生館

「総合事業における効果的なIADL改善プログラム実践マニュアル」担当

編集班長 第二章ⅠⅢ，第五章Ⅰ	村井　千賀	石川県立高松病院
編集担当 第二章Ⅱ,第三章，第四章Ⅱ	小林　法一	首都大学東京
第一章	服部　真治	一般財団法人　医療経済研究・社会保険福祉協会　医療経済研究機構
第二章Ⅱ，第三章，第四章Ⅱ	石橋　裕	首都大学東京
第二章Ⅱ，第三章	小林　隆司	首都大学東京
第二章Ⅰ，第四章Ⅰ，Ⅱ	田中 明美	生駒市福祉健康部高齢施策課　地域包括ケア推進室
第三章	長山　洋史	神奈川県立保健福祉大学
第四章Ⅰ	大矢　泰三	西尾久地域包括支援センター
第四章Ⅰ	東　幾子	津幡町役場　町民福祉部長寿介護課　地域包括支援センター
第二章Ⅱ,第四章Ⅱ	太田　睦美	一般財団法人　竹田健康財団　介護福祉本部
第二章Ⅰ,第四章Ⅱ,第五章Ⅱ	坂東　仁志	徳島医療福祉専門学校・徳島県作業療法士会

第四章Ⅱ,第五章Ⅱ	内山　量史	春日居サイバーナイフ・リハビリ病院 一般社団法人山梨県言語聴覚士会
第五章Ⅱ	高取　克彦	畿央大学
事例紹介	高橋　理恵 由利　禄巳 寺尾　朋美 齋藤　正洋	能美市健康福祉部介護長寿課　高齢者かがやき支援室 関西福祉科学大学 野々市市地域包括支援センター 東京都作業療法士会

平成２８年度　老人保健健康増進等事業

「介護予防・日常生活支援総合事業における効果的なIADL改善プログラムの開発に関する研究事業」別冊

平成２９年３月　　　発行
発　　行　　者　　　公立大学法人　首都大学東京
〒116-8551
東京都荒川区東尾久７－２－１０
ＴＥＬ　０３－３８１９－１２１１（代）