

# 岡山県における リハビリテーション専門職による 市町村支援報告書

(2015年～2017年)

いつまでも  
私らしく生きる

いくつになっても、どんな状況や状態になっても  
最後まで自分の人生を自分らしく生きる。

リハビリテーション専門職である理学療法士・作業療法士・言語聴覚士は、  
身体機能・言語機能、生活動作、そして生活環境から  
暮らしを支える自立支援のパートナーです。



岡山県

## 目 次

### ■本編

はじめに	1
会長あいさつ	2
第1章 リハビリテーション専門職による市町村支援のしくみ	4
1)会の発足に至る経緯	5
2)市町村支援のしくみ	10
第2章 地域包括ケアの推進と地域リハビリテーション	12
1)リハビリテーション専門職と市町村が連携して進める地域包括ケアシステム	13
2)地域包括ケア推進には地域リハビリテーションが欠かせない	15
第3章 活動の概要	18
1)これまでの活動実績	19
2)アンケート結果	24
第4章 市町村支援の実際	28
1)吉備中央町	29
2)真庭市	34
3)西粟倉村	38
4)津山市	45
5)総社市	52

### ■資料編

資料Ⅰ 事業実施要綱等	56
1)実施要綱	57
2)実施要領	58
資料Ⅱ 住民で取り組む体操の紹介	66
1)総社市『いきいき百歳体操』	67
2)備前市『生き粋びぜん体操』	75
資料Ⅲ リハビリテーション専門職の紹介	80
1)理学療法士(PT)	81
2)作業療法士(OT)	91
3)言語聴覚士(ST)	101
資料Ⅳ 視察報告	110
1)奈良県生駒市地域ケア個別会議	111
2)茨城県シルバーリハビリ体操指導士	116
執筆者一覧	127

# 1 はじめに

介護保険制度改正により、従来の介護予防訪問介護と介護予防通所介護は、市町村が実施する介護予防・日常生活支援総合事業に移行され、市町村が主体となって、要支援者等軽度者の自立を支援するとともに、高齢者が担い手として活躍できる地域づくりを進めることになりました。

岡山県では、制度改正の趣旨を踏まえて、市町村の取組を支援するために、高齢者が人との交わりや役割を通じて、できるだけ長く活動的な状態を維持できるように、高齢者の地域活動への参加を促進し、地域ぐるみで取り組む介護予防を推進しています。この介護予防の取組には、高齢者の有する力の見極めや、力を発揮できるようにするための環境調整など、リハビリテーションの視点が必要となります。

このため、県において、市町村単独では確保が困難なリハビリテーション専門職を広域的に調整し、岡山県理学療法士会、岡山県作業療法士会、岡山県言語聴覚士会の職能団体の協力のもとに、市町村の求めに応じて支援するしくみを構築しました。

この報告書は、しくみを構築するプロセスと約3年間の支援実績、そして市町村支援の実際をまとめたものです。資料編には、“リハ職”である理学療法士、作業療法士、言語聴覚士のそれぞれの専門性についても紹介しています。

高齢者が地域の中で、生きがいや役割をもって健康長寿を全うできる地域づくりに、この報告書を役立てていただくとともに、これから市町村支援に関わろうとするリハビリテーション専門職の参考書として活用されることを願っています。

平成30年3月

岡山県保健福祉部長寿社会課

## 2 会長あいさつ

岡山県リハビリテーション専門職団体連絡会会長 國安勝司

約 800 万人とされる団塊の世代が後期高齢者となる 2025 年に向け、医療・介護・福祉サービスの整備が急務であります。その対応のための地域包括ケアシステムの構築が各地域で推進され、様々な取り組みがなされています。

このような状況の中、高齢者が要支援・要介護となることの予防や、要支援・要介護状態の軽減、若しくは悪化の防止がますます重要となることから、リハビリテーション専門職の関わりが求められるようになりました。そのためには、リハビリテーション専門職である理学療法士(PT)、作業療法士(OT)、言語聴覚士(ST)が、それぞれの専門性を活かし、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となります。

本連絡会は、平成 27 年 8 月に、岡山県からのご支援のもと、岡山県理学療法士会、岡山県作業療法士会、岡山県言語聴覚士会が合同で設立し、各市町村における介護予防・日常生活支援総合事業等の活動におけるリハビリテーション専門職の参加・活用を促進するための活動を行ってまいりました。

設立時より、岡山県から「岡山県地域リハビリテーションリーダー育成・広域派遣事業」を委託され、人材育成のための研修会開催、市町村へのリハ専門職の派遣調整を行っております。このたび、本連絡会のこれまでの 3 年間の活動実績をまとめることができました。

市町村からの派遣依頼は徐々に増え、平成 29 年度は 13 市町村から 300 件に近い依頼がありました。また、地域リハビリテーションのリーダーとして活躍していただく方を養成する「リーダー研修会」、市町村事業に参加するために必要な基本的知識を得る「スタートアップ研修」を実施し、市町村支援を担う人材を育成しています。

平成29年度からは、県内を3つのブロックに分けて、ブロックごとにPT・OT・ST3 職種から、それぞれリーダー、サブリーダーを選出し、地域でのフォローアップ体制の基礎づくりをはじめました。このように、少しずつではありますが、設立の目的を果たすための体制は整ってまいりました。

今後、さらにより良い支援体制とするために、これまでの活動の振り返りを行い、抱える課題を整理していくことが重要であり、その上でもこの報告書が役に立つものと考えています。

本連絡会は、これからも、介護予防事業、地域ケア会議への参加をはじめとして理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の専門性を活かし、他職種との連携をもって社会に貢献していきたいと考えております。



## **第 1 章**

# **リハビリテーション専門職による 市町村支援のしくみ**

# 1 会の発足に至る経緯

## (1)介護保険制度改正

2000(平成 12)年にはじまった介護保険制度は、介護・医療・住まい・生活支援・介護予防が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を目指して、改正が重ねられてきた。

2006(平成 18)年の改正で、地域包括支援センターが創設され、地域支援事業の制度化、予防給付の導入が行われた。この改正で、介護予防に重点が置かれるようになり、軽度の要介護状態の高齢者を水際で食い止める介護予防事業が地域支援事業に位置付けられるとともに、要支援者の予防給付が介護給付と明確に区分され、地域包括支援センターが予防プランの作成を担うこととなった。

さらに、2014(平成 26)年の改正では、要支援者と二次予防事業対象者(要支援状態となる可能性の高いハイリスク高齢者)に対して、介護予防と生活支援を総合的に行う「介護予防・日常生活支援総合事業(以下、「総合事業」という。)」の実施が市町村に義務付けられた。これにより、保険者である市町村は、介護給付や予防給付といった個別給付とは別に、事業という形で、要介護・要支援状態となることを予防するとともに、高齢者が地域の中で役割を担いながら、活動的な状態をできるだけ長く維持できるように介護予防の取組を強化することとなり、総合事業に新たに加わったのが、地域リハビリテーション活動支援事業である。【図表1】

【図表1】地域支援事業の構成(制度改正後)

<p><b>介護予防・日常生活支援総合事業</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 介護予防・生活支援サービス事業(要支援者、基本チェックリスト該当者が対象)             <ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問型サービス</li> <li>・通所型サービス</li> <li>・生活支援サービス(配食・安否確認等)</li> <li>・介護予防支援事業(ケアマネジメント)</li> </ul> </li> <li>○ 一般介護予防事業(全ての高齢者が対象)             <ul style="list-style-type: none"> <li>・住民運営の通いの場の充実</li> <li>・<b>地域リハビリテーション活動支援事業</b>・・・地域リハビリテーション活動の促進</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>包括的支援事業</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 地域包括支援センターの運営・機能強化(地域ケア会議の充実)</li> <li>○ 在宅医療・介護連携の推進</li> <li>○ 認知症施策の推進(認知症初期集中支援チーム, 認知症地域支援推進員の配置)</li> <li>○ 生活支援サービスの体制整備(コーディネーターの配置, 協議体の設置等)</li> </ul>
<p><b>任意事業</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 介護給付適正化事業</li> <li>○ 家族介護支援事業</li> <li>○ その他の事業(成年後見制度利用支援、住宅改修支援等)</li> </ul>

地域リハビリテーション活動支援事業は、リハビリテーションに関する専門的知見を有する者が、高齢者の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、地域ケア個別会議、住民運営の通いの場等の市町村の取組を総合的に支援するものであり、これが、リハビリテーション専門職(以下、「リハ職」という。)による市町村支援のしくみづくりのきっかけとなった。

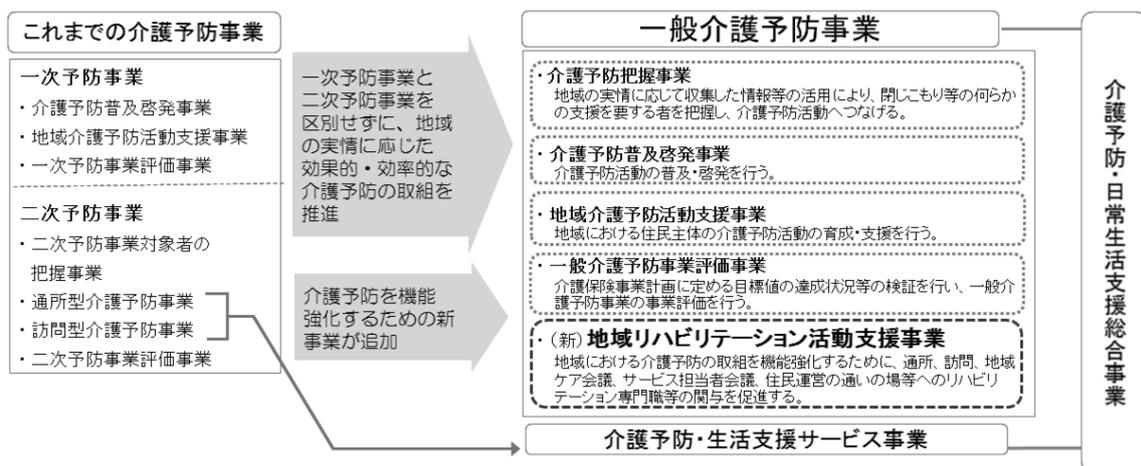
## (2)背景

介護予防は、高齢者が要介護状態となることの予防や要介護状態等の軽減・悪化を防止するものである。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に主眼を置いて状態の改善を目指すものではなく、日常の活動性を高め、家族や地域の人との交わりを通じて活動への参加や役割を増やし、QOLを高めることを目指すものである。

一方で、介護保険が創設されて以来、市町村では、それまで行われていた高齢者のためのさまざまな保健福祉事業から手を引く動きがあった。その反省に立って、地域支援事業が創設され、要介護状態となることを予防するいわゆる“水際作戦”として、介護予防の取組がはじまったのであるが、その手法に課題があった。国が推し進めたハイリスクアプローチ(要介護状態となる恐れのある者を絞り込んだ上で、運動機能や口腔機能の向上プログラムを実施するもの。)は、多くの市町村で、ハイリスク者を発見するスクリーニングに多大な労力を割かれる一方、介護予防プログラムの参加に結びつかず参加率は低調な状況が長く続いた。さらに、プログラムの参加期間が終わった後も状態を維持できるようにする仕掛けがなされてこなかったため、プログラム参加者が、再び、翌年のスクリーニングで引っかかり、介護予防プログラムの参加者は、毎年、同じような顔ぶれとなってしまうような状況が生じていた。

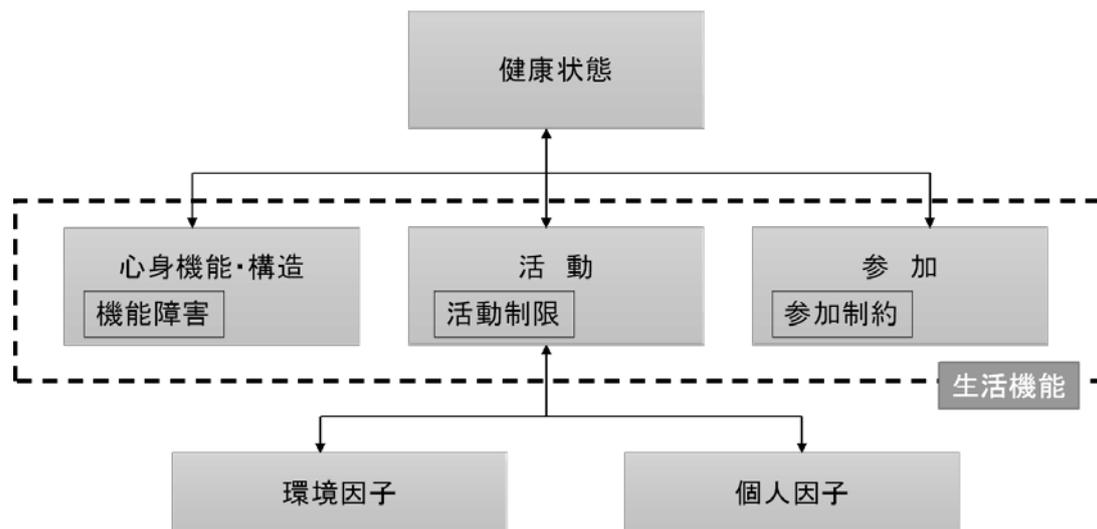
この問題に気付いた一部の市町村では、ハイリスクアプローチだけでなく、活動的な高齢者も一緒に体操などを行うことのできる場を徒歩圏内に増やし、住民が主体的に活動するようはたらきかけながら、住民の自助による活動を形成していき、軽度の要介護状態の高齢者を水際で食い止めることにつながっていた。この数少ない好事例の存在は、ハイリスクアプローチを転換する方向へと導き、従来の介護予防事業は、一般介護予防事業として総合事業に再編され、スクリーニングでふるいにかけるのではなく、地域住民が運営する通いの場を充実させ、活動や参加の機会を広げていく地域づくりの手法に転換された。【図表2】

【図表2】総合事業に再編された一般介護予防事業



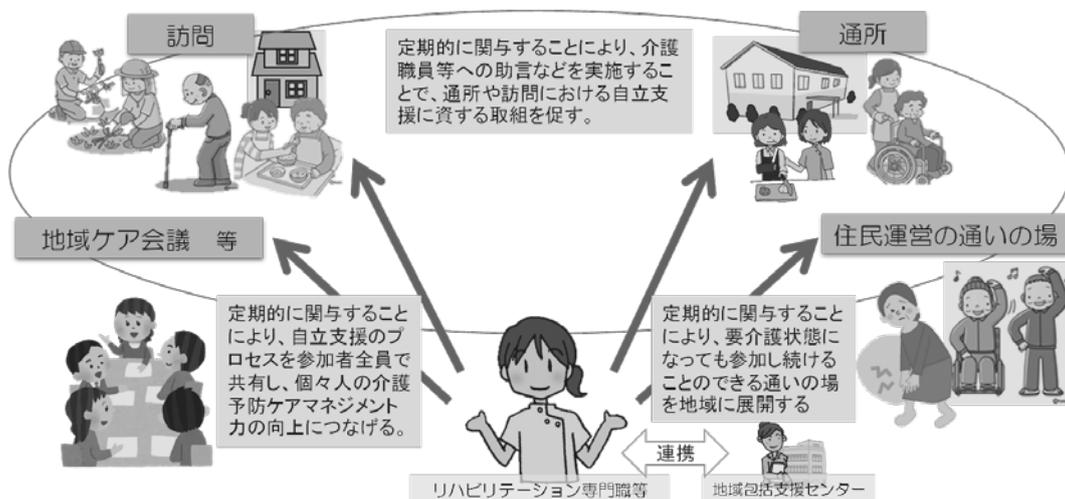
この地域づくりにICFの視点が重要となってくる。【図表3】高齢者が、たとえ弱ったとしても、持っている力を発揮して、地域の中で可能な限り自立した生活を送ることができるようにするために、心身機能・活動・参加の相互作用を踏まえた上で生活機能を高め、日常生活や地域社会の制限や制約が最小限となるような地域をつくっていくことであり、地域リハビリテーション活動支援事業では、地域包括支援センターや住民など、それぞれの地域で地域づくりに関わるあらゆる人を、ICFの視点で後押しする役割がリハ職に求められている。【図表4】それは、高齢者個人への直接介入でなく、地域づくりに関わる人が自立支援の力をつけていけるようサポートする役割である。【図表5】

【図表3】国際生活機能分類(ICF)



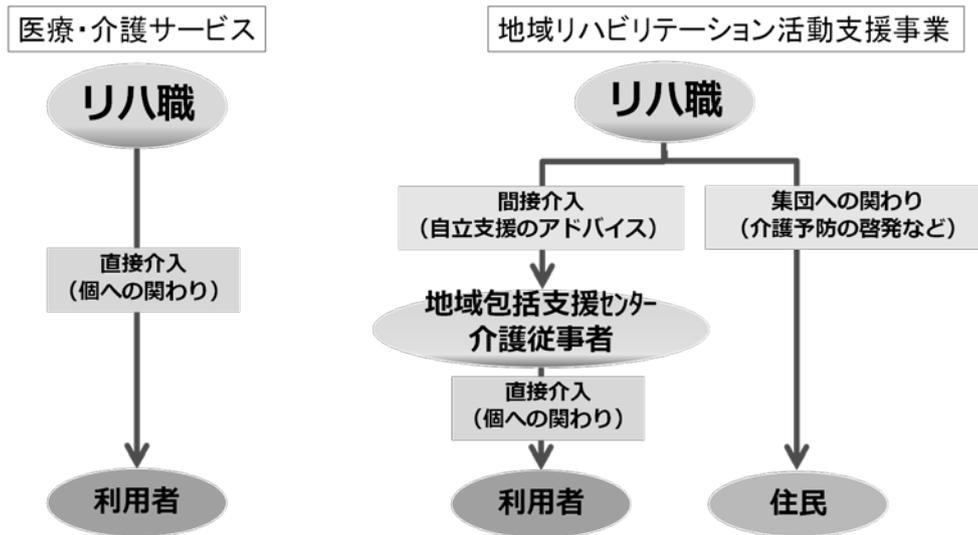
【図表4】地域リハビリテーション活動支援事業

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



リハビリテーション専門職等は、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民運営の通いの場等の介護予防の取組を地域包括支援センターと連携しながら総合的に支援する。

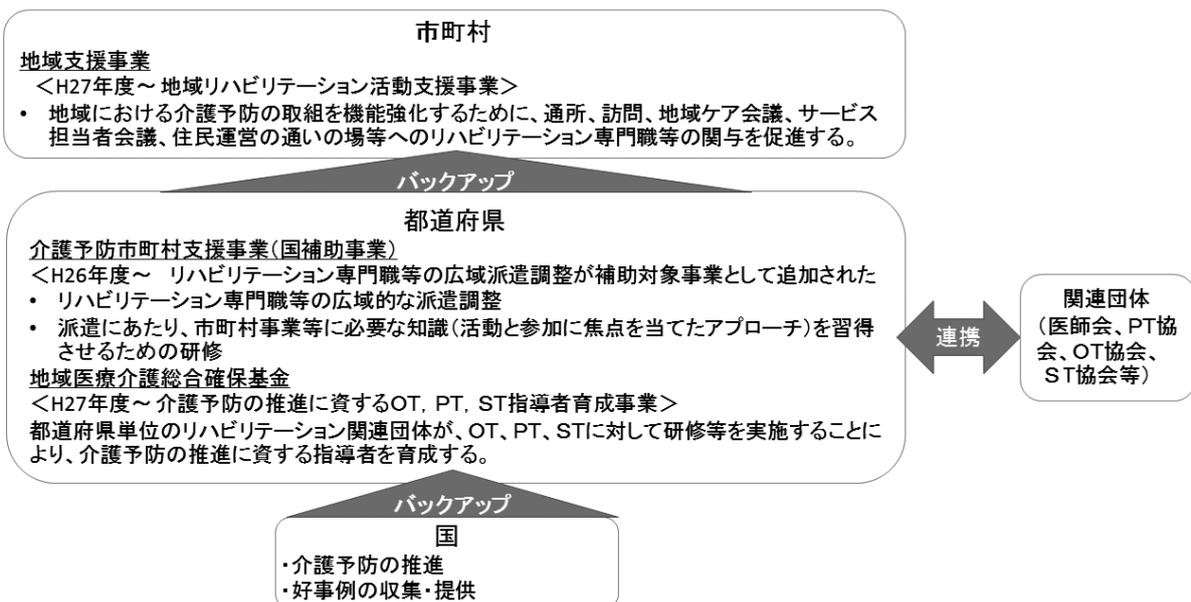
【図表5】医療・介護現場と市町村事業におけるリハ職の関わり方の違い



### (3) プロセス

平成26年度に、県は、介護予防市町村支援事業(都道府県に対する国の補助事業)を活用して、リハ職の広域派遣調整のしくみの構築に向けて、岡山県理学療法士会、岡山県作業療法士会の職能団体と、岡山県内市町村等 PTOT 連絡会議(市町村職員である理学療法士、作業療法士の会)とで、これからの市町村支援について、意見交換の場を設けた。【図表6】この中で、市町村と岡山県理学療法士会・岡山県作業療法士会の両会会員に対するアンケート調査や、リハ職活用の意義を学ぶ研修会の企画実施、派遣に伴う課題整理のためのリハ職派遣の試行実施を進めた。

【図表6】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



平成27年度は、岡山県言語聴覚士会を加えた職能3団体と岡山県内市町村等 PTOT 連絡会議とで全県的派遣スキームの構築のためのワーキングを結成し、年度後半からの派遣をめざして、ほぼ毎月、打合せを行った。当初、各職能団体には、それぞれの団体が、市町村に会員を派遣しようとする考えがあった。しかし、市町村事業では、リハ職としての総合力が求められることから、3職種がバラバラに動くのではなく、リハ団体としての協働体制を構築する必要があることや、窓口を一本化することで、市町村が依頼しやすくなることなどを考慮して、職能3団体による合同組織が発足することになった。【図表7】

【図表7】岡山県リハビリテーション専門職団体連絡会の発足プロセス

工程	年度	県の動き	リハ関係団体の動き
課題整理・関係者の合意形成	平成26年度	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 県と職能団体等との意見交換会の開催(3回)</li> <li>● 調査の実施(市町村のリハ職活用実態調査)</li> <li>● 市町村/リハ職研修会の開催(制度改正に伴うリハ職の効果的活用)</li> <li>● リハ職派遣の試行実施(中山間地域の市町村)</li> <li>● 医療介護総合確保基金計画への位置付け</li> </ul>	<p>〈意見交換会の参加団体〉</p> <p>岡山県理学療法士会、岡山県作業療法士会、岡山県内市町村等 PTOT 連絡会議</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 調査の実施(リハ職の意向調査)</li> <li>● 各団体から会員へ情報発信(介護保険制度改正に伴うリハ職の動き、リハ職による市町村支援に向けた準備等)</li> </ul>
スキーム構築・人材育成(県委託事業)	平成27年度	<ul style="list-style-type: none"> <li>● リハ職の広域派遣調整ワーキングの開催(6回)</li> <li>● 市町村の意向調査(リハ職派遣回数、リハ職の対応が必要な事業、派遣対価の支払い方法)</li> <li>● 派遣スキームの構築</li> <li>● 関係機関への説明(県医師会、病院協会)</li> <li>● 県から合同組織へ研修委託(人材育成等)</li> </ul>	<p>〈ワーキングの参加団体〉</p> <p>岡山県理学療法士会、岡山県作業療法士会、岡山県言語聴覚士会、岡山県内市町村等 PTOT 連絡会議</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 先行事例の情報収集(茨城県、山梨県、大分県等)</li> <li>● 市町村支援を行うリハ職の募集</li> <li>● リーダー人選、研修企画、</li> </ul> <p style="text-align: center;">↓</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 合同組織の発足(H27.8.1)</li> <li>● 広域派遣の開始(H27.10月)</li> </ul>
始動			

## 2 市町村支援のしくみ

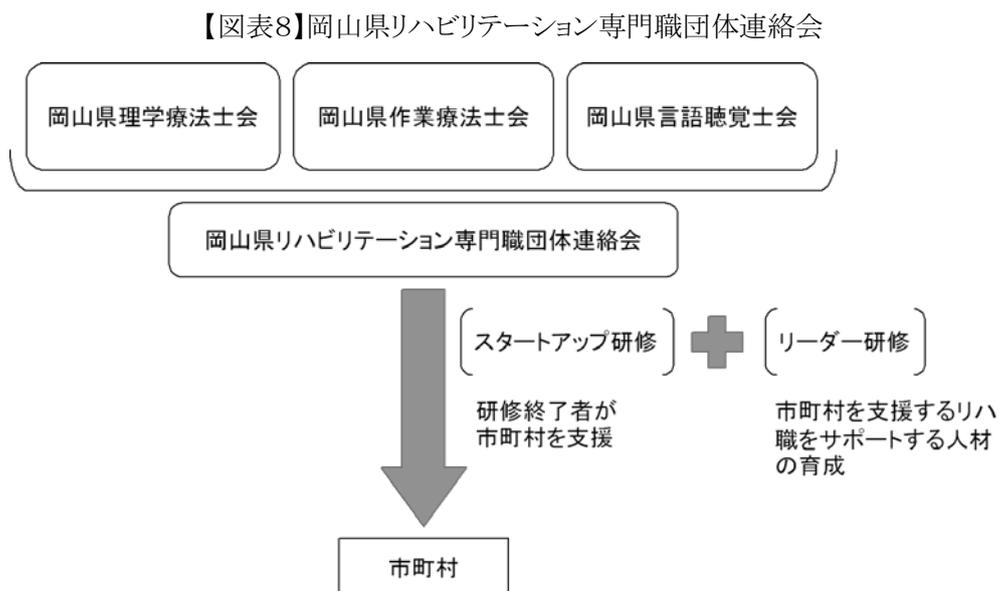
### (1)岡山県リハビリテーション専門職団体連絡会の概要

岡山県リハビリテーション団体連絡会(以下、「リハ団体連絡会」という。)は、一般社団法人岡山県理学療法士会、一般社団法人岡山県作業療法士会、一般社団法人岡山県言語聴覚士会により構成され、各会員の中で市町村支援に協力する意志のある者が、県から委託を受けて実施するスタートアップ研修を受講した上で市町村の支援にあたる。会の代表者は、岡山県理学療法士会会長が務め、事業担当者10名、会計担当者1名、会計監査2名、を各団体の会員が担うかたちで体制が組まれている。

#### 【図表8】

リハ団体連絡会の会員が市町村に出向くのは、各所属施設の勤務を要しない日とし、会員は、それぞれが、予め、各所属施設において、勤務を要しない日に市町村の事業に参加協力することについて、施設長の了解を得ることとしている。

支援に要する費用(交通費、謝金)は、市町村が負担し、支援時間の長さにかかわらず、交通費を含めて半日につき6,000円、一日につき11,000円の統一単価としている。このうち、1,000円がリハ団体連絡会の事務調整費用に充てられる。



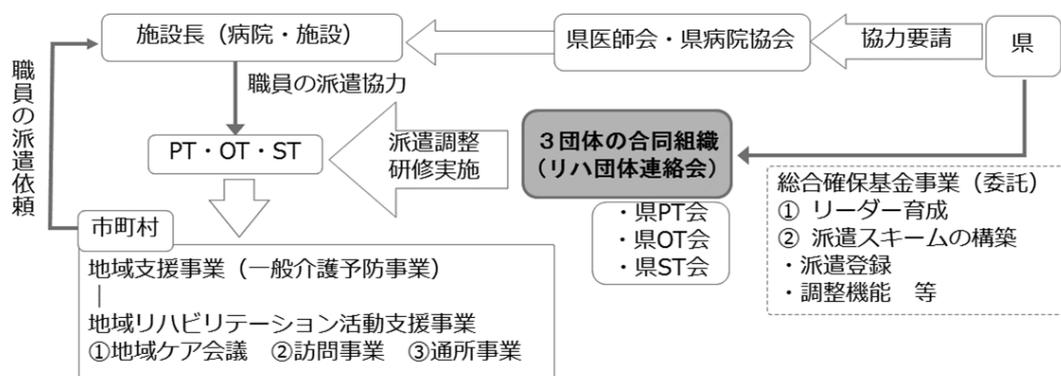
### (2)市町村支援の流れ

リハ団体連絡会は、毎年度1月に、次年度のリハ職の支援希望日程について市町村に照会し、3月までに市町村支援に当たる会員を調整して市町村に通知する。これを受けて、市町村は、支援を受け

るリハ職の勤務先施設長あてに、職員の派遣協力を依頼する。その後、市町村の事業担当者と支援にあたるリハ職で事前に事業内容の連絡・確認を行うこととしている。【図表9】

リハ団体連絡会は、四半期ごとに支援に要する費用を市町村に請求し、市町村から支払われた費用は、支援を行った会員に配分される。

【図表9】岡山県リハビリテーション団体連絡会が行う市町村支援事業



### (3)岡山県リハビリテーション専門職団体連絡会の市町村支援の特徴

岡山県におけるリハ職による市町村支援の取り組みは、職能3団体が合同組織「岡山県リハビリテーション団体連絡会」を発足し、この連絡会が実施主体となり「岡山県リハビリテーション専門職による市町村支援事業」を実施することにより、市町村支援に関する調整窓口の一本化、支援に要する費用の統一化等、市町村がしくみを活用しやすいよう工夫がなされている。市町村は、支援に要する費用を地域支援事業交付金で対応するため、財源を安定的に確保できる一方、県は、市町村支援に必要な知識等を学ぶ研修や会員の連絡調整に係る事務費等を医療介護総合確保基金により財政支援することで、事業が継続できるように連絡会を支援している。

また、リハ団体連絡会の市町村支援が始動するに当たり、予め、県から市町村に、事業概要や市町村の費用負担、次年度からの予算確保の必要性等の周知を図る等、新しく発足する連絡会と市町村の間の橋渡しを行うことで、円滑な事業開始につながっている。

リハ団体連絡会による市町村支援は、一人一人のリハ職が、本業の傍らの地域貢献活動としてスキルや専門性を役立てるいわゆる“プロボノ”活動としての性質が強い。リハ職は、勤務先である医療機関等の勤務を要しない日を利用して、市町村支援に当たることとしているため、一人のリハ職が対応できる日数には限りがあり、一つの市町村を勤務先の異なる複数のリハ職で対応することとなる。このため、支援する市町村に関する情報や対応内容の引き継ぎなどが、円滑に行われる必要があり、リハ団体連絡会のサイトを立ち上げ、会員間の情報共有を図っている。

## **第 2 章**

# **地域包括ケアの推進と 地域リハビリテーション**

## 寄稿

### 1

## リハビリテーション専門職と市町村が連携して 進める地域包括ケアシステム

倉敷市保健福祉局参与(前 厚生労働省老健局振興課 課長補佐) 吉田昌司

地域包括ケアシステムの認識を前提に地域の高齢者と関わり、機能回復訓練など高齢者本人へのアプローチだけでなく、地域の中で生きがいや役割を持って暮らせるような高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチも含めてバランスよく働きかけていくことが重要だ。倉敷市でも地域づくりを応援する生活支援コーディネーターが通いの場の充実に努めているが、その一環として、通いの場の代表者や地域包括支援センターの職員を集めて、リハビリテーション専門職の先生に来ていただき、通いの場や自宅に持ち帰ってできるロコモ体操を実施する取組を開始した。25人の通いの場の代表者等が参加する中で、3回シリーズで実施し、自分たちだけでもできるように、先生の御協力の下、DVDも作成した。その結果、参加したすべての代表者等がロコモ体操を通いの場で実践したいといった意向を示すなど良い評価をいただいている。このような取組を進めることが、通いの場の魅力を高め、参加者の増加にもつながっていくと考えている。

次に、多職種が参加して、ケアプランをより利用者の自立に向けたものとなるように検討し、ケアマネジャーを応援する地域ケア個別会議が各自治体で推進されている。ここにもリハビリテーション専門職が参加し、要支援者等は支援が必要な部分がある一方、自分でできることも多いことを前提として、日常生活に支障のある生活行為の要因、その有する能力を最大限に引き出す方法などその専門性を活かして助言することが期待されており、そのような動きが徐々に進みつつある。

さらに、虚弱な高齢者に対して、自分の興味・関心に応じた目標を設定した上で、風呂やトイレなど日常生活に支障のある生活行為を改善するために通所と訪問を組み合わせるリハビリを行う、短期集中予防サービスも推進されており、ここでもリハビリテーション専門職の関与が極めて重要となっている。適切な関与により高齢者が改善する方向に導くことが求められるのはもちろんのこと、ケースに応じては訪問介護員と連携して、支援を行うことを通じて、訪問介護員にリハビリの視点をもって日常的なケアを進めてもらうことも期待されている。

倉敷市でも、連絡会の御協力等もいただきながら、リハビリテーション専門職の先生を派遣していただき、これらの事業に取り組みはじめており、短期集中予防サービスにおいては、鬱傾向で閉じこもりがちの人が参加し、元気になって事業終了後は100歳体操の自主グループに参加するなど成果が出始めている。

地域ケア会議や短期集中予防サービス、通いの場にリハビリテーション専門職が効果的にかかわれば、平成30年度の介護保険制度改正でも強調されている自立支援・重度化予防に向けた流れが地域

で生まれることとなる。支援が必要になった高齢者の身体的・精神的機能が改善し、地域の支え合いの中で、生きがいをもって暮らし続けられるような地域づくりが進むということだ。

このような事業の枠組みでの市町村との連携をきっかけとして、例えば、多職種との連携の下、円滑な退院支援を地域全体で進めるといった在宅医療・介護連携の推進など市町村が地域包括ケア推進のために取り組む施策への関与についても広がりが出てくるだろう。

地域包括ケア時代においては、リハビリテーション専門職の皆さんにおかれては、これまで以上に地域を意識して、多職種との連携を進めながら、日々活動をしていただきたい。特に住民主体の通いの場の充実など地域住民を巻き込んだ地域づくりの局面においては、住民が主役だということを意識して、専門性を振りかざすようなことはなく、住民の活動をサポートするような姿勢で関わっていただきたい。このようなリハビリテーション専門職一人ひとりの動きを円滑に進める上で、連絡会についても市町村との連携を強化し、その活動がより充実したものになっていくように期待している。これらが実現すれば、リハビリテーション専門職の皆さんの力が発揮され、高齢者が生きがいをもって地域で暮らし続けられる地域包括ケアシステムが根付くことになるだろう。

## 寄稿

# 2 地域包括ケア推進には 地域リハビリテーションが欠かせない

医療法人共和会小倉リハビリテーション病院 名誉院長 浜村明徳

地域包括ケア研究会の報告書<sup>1)</sup>において、「地域包括ケアシステムは地域共生社会実現のためのシステム、仕組み」であるとし、改定された地域リハビリテーション(以下、リハ)の概念では、「インクルーシブ社会の創生」を目標とする<sup>2)</sup>としていることから、両者の理念・目標に差異はない。

また、地域リハの推進課題<sup>2)</sup>は、【図表10】のように整理されている。

【図表10】地域リハの推進課題(2016年版)

リハビリテーションサービスの整備と充実

介護予防、障害の発生・進行予防の推進

急性期・回復期・生活期リハビリテーションの質の向上と切れ目のない体制整備

ライフステージにそった適切な総合的リハビリテーションサービスの提供

連携活動の強化とネットワークの構築

医療介護・施設間連携の強化

多職種協働体制の強化

発症からの時期やライフステージにそった多領域を含むネットワークの構築

リハビリテーションの啓発と地域づくりの支援

市民や関係者へのリハビリテーションに関する啓発活動の推進

介護予防にかかわる諸活動を通じた支えあいづくりの強化

地域住民も含めた地域ぐるみの支援体制づくりの推進

さらに、地域リハ活動指針<sup>2)</sup>の中で、「障害の発生は予防する事が大切であり、リハ関係機関や専門職は、介護予防にかかわる諸活動(地域リハ活動支援事業等)に積極的にかかわっていくことが求められる。」こと、「今後は、専門的サービスのみでなく、認知症カフェ活動・認知症サポーター・ボランティア活動等への支援や育成も行い、地域住民による支えあい活動も含めた生活圏域ごとの総合的な支援体制ができるよう働きかけていくべきである。」と述べられている。

このように、介護予防にかかわる諸活動は、地域リハ活動においても地域包括ケア推進にとってもきわめて重要な活動の一つとなる。また、介護予防の活動はリハ領域で培われたノウハウが活用できる活

動であり、リハ専門職にその役割が大いに期待されている。

しかし、現状は、「地域リハ活動支援事業=介護予防=体操=地域リハ」という動きになりがちで、地域リハを総合的に理解し、時間は要しても共生社会づくりを目標に取り組む一つの活動として実施すべきと考えられる。

また、短期間の取り組みでかわりが終了すると高齢者の生活状況は元に戻る可能性も高く、意識の変革や住民主体に取り組めるよう活動の広がりを支えることも欠かせない。そのためには、地域住民の理解を深める活動が不可欠であり、行政機関をはじめとする関係者の積極的でゆるぎない姿勢も問われるところである。

一方、支援に関わる専門職の理解と育成にも大きな課題を抱えている。リハの臨床で培われた技量が生きるとは言っても生活の場での関わりを初めて経験するものも少なくない。それを地域住民に有益なものとするには、相応の学習と現場での経験が必要となる。

これらのことを解決すべく取り組まれるリーダー育成の事業の意義はきわめて大きい。岡山県では全国に先駆けて以上の取り組みがなされており、他県に類を見ない事業となっている。

広域にわたる継続的な支援には、リハ専門職だけでなく派遣する組織の考え方や状況、行政の熱意、市民の意思などが複雑に絡み、簡単には進捗していない全国の状況にあるが、このような活動が継続され、介護予防等の活動から住民の支えあいに繋がるよう発展してゆくことが期待される。

地域包括ケアの中で地域リハが適切に位置づけられ、介護予防だけに留まらず地域づくりに資する活動として展開されることが望まれる。

#### 引用・参考文献

1. 地域包括ケア研究会：地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業報告書－2040 年に向けた挑戦－. 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング, 2017.
2. 浜村明德：地域リハビリテーションの定義改定について. 地域リハビリテーション, 12(4):286-295, 三輪書店, 2017.



## **第 3 章**

### **活動の概要**

# 1 これまでの活動実績

## (1)市町村支援に当たる人材の育成

リハ連絡会の会員が市町村支援を行うに当たって、①スタートアップ研修、②フォローアップ研修、③リーダー研修の3構成から成る研修体系を整えており、県がリハ連絡会に実施を委託している。スタートアップ研修は、市町村支援に当たる上で、リハ職による支援の意義としくみの理解を深め、市町村事業の知識を備えるものである。岡山県理学療法士会、岡山県作業療法士会、岡山県言語聴覚士会を通じて、各会の会員に研修の開催が案内され、研修の受講終了者は、受講者名簿に登載される。この名簿を元に、市町村が希望する日程で対応可能な会員を調整する。

フォローアップ研修は、実際に市町村支援に当たった会員と市町村及び地域包括支援センターによる意見交換を行いながら、総合理解を深めるものである。

リーダー研修は、中堅クラスのリハ職が、市町村支援を行うリハ職に対する相談支援に当たることができるよう、市町村支援の中核的な役割を担う者を育成するものである。【図表11】

平成29年度までに、理学療法士195人(岡山県理学療法士会会員の10.0%)、作業療法士166人(岡山県作業療法士会会員の14.6%)、言語聴覚士36人(岡山県言語聴覚士会会員の11.3%)が、スタートアップ研修を受講し、受講者名簿に登載されている。

【図表11】市町村支援に当たる会員向け研修

	スタートアップ研修 ( )は下限となる時間数	フォローアップ研修	リーダー研修 ( )は下限となる時間数
	<ul style="list-style-type: none"> <li>市町村支援のしくみ・地域包括ケアシステム・地域支援事業(2h)</li> <li>地域包括支援センターの業務(1h)</li> <li>地域ケア会議の実際(2h)</li> <li>住民運営の通いの場・生活支援の理解(3h)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>市町村支援に当たったリハ職、支援を受けた市町村の市町村職員、地域包括支援センター職員の意見交換をエリアごとに実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域包括ケアシステムの理解(2h)</li> <li>地域支援事業の理解(2h)</li> <li>地域診断の基礎知識(4h)</li> <li>職種間マネジメント・家族調整(4h)</li> <li>高齢者・家族等への教育的関わりの意義と理解(4h)</li> </ul>
受講者数 (※1)			
H27	209人	6人	17人
H28	109人	24人	29人
H29	79人	74人	17人
計	397人	104人(※2)	63人

※1 受講者数は、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の合計

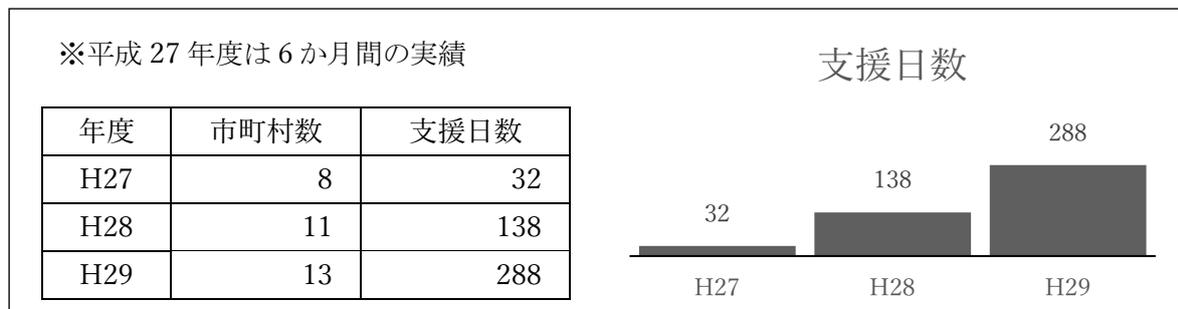
※2 平成27年度から平成29年度までの延人数

## (2)市町村支援の実績

### ① 市町村支援日数の推移

リハ連絡会による市町村支援が開始された平成27年10月から平成29年度までの市町村支援の状況は、市町村数及び日数のいずれも増加している。【図表12】

【図表12】市町村支援日数(平成27年度～29年度)

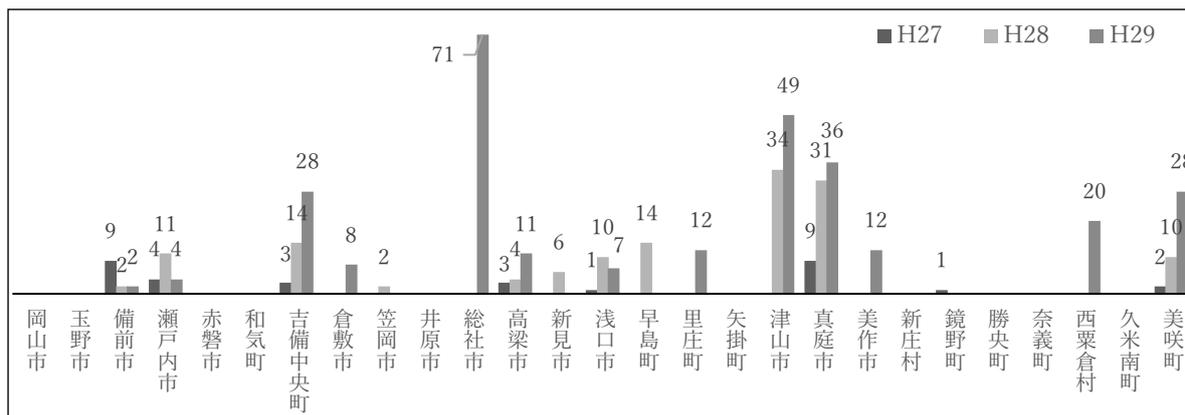


市町村ごとの支援状況の推移をしてみると、平成27年度に支援を行った8市町村のうち、平成28年度以降も支援を継続したのは7市町村、残り1市町村は、町において、町立病院による協力体制が整ったことにより平成28年度からリハ連絡会への依頼はなくなっている。2年目以降も支援を継続した7市町村のうち、支援日数が増加しているのは6市町村、残り1市町村は、地域包括支援センターに作業療法士が配置されたことにより、市町村からの依頼日数が低減している。

平成28年度のみ支援を行ったのは3市町村で、市町村でリハ職が確保できたことや総合事業の準備のための研修会が終了したことなどの理由により、いずれも、継続的な支援の必要がなくなったものである。

平成29年度から支援を開始した5市町村を加えると、3年間で支援を行った市町村の累計は17市町村となった。【図表13】

【図表13】市町村別支援日数



## ② 支援の内容

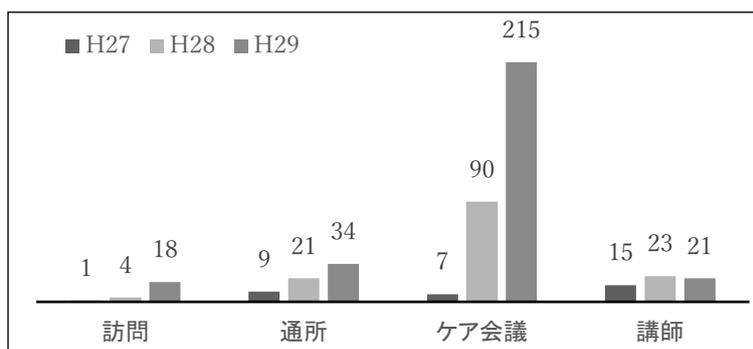
リハ連絡会による市町村支援は、①地域包括支援センターとの同行訪問、②通所プログラムの指導助言、③地域ケア個別会議のアドバイザー参加、④介護予防・自立支援に関する講師の4つに大別される。

このうち、市町村からは、地域ケア個別会議の参加依頼がもっとも多く、年々、依頼回数が増加している。一方で、地域包括支援センターとの同行訪問は、平成27年度と平成28年度は、依頼がほとんどなかったが、平成29年度は地域ケア個別会議の検討事例のうち18件について依頼があった。今後、地域ケア個別会議と連動して、地域包括支援センターとの同行訪問の機会が増えていくものと考えられる。

通所プログラムの指導助言は、平成27年度に9回、平成28年度に21回行っているが、通所プログラムの一部(運動機能向上プログラムなど)を任せられるかたちでの依頼が多く、企画段階でプログラムの組み立て方などの助言を求める市町村は少ない。

介護予防・自立支援に関する講演は、平成27年度に15回、平成28年度に23回行っており、主に、総合事業の準備として、サービス提供事業者向け研修会や、シルバー人材センター等を対象とした生活支援サービスの研修会、住民を対象とした介護予防の講話などを行っている。【図表14】

【図表14】支援内容の内訳



## ③ 職種別支援状況

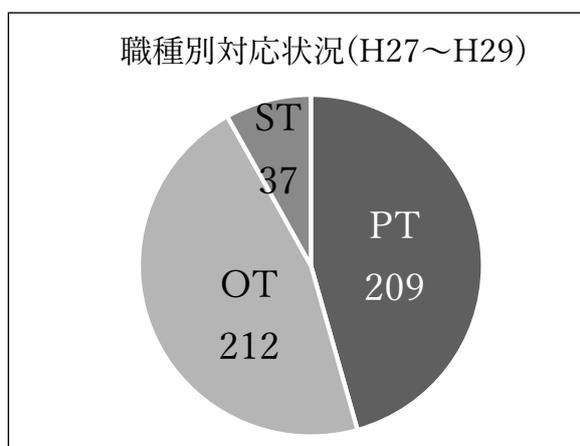
平成27年度から平成29年度までの支援日数 458 日のうち、理学療法士が 209 日 (45.6%)、作業療法士が 212 日 (46.2%)、言語聴覚士が 37 日 (8.0%) 対応している。

市町村からの依頼は、はじめから理学療法士、作業療法士、言語聴覚士のそれぞれが特定されていることは少なく、理学療法士又は作業療法士のいずれかで依頼されるため、職種によらず市町村の希望日に対応可能な会員を調整している。言語聴覚士は、5市町村から依頼があったが、その多くは、老人保健事業の時代から失語症の会等に言語聴覚士の関わりのあった市町村において通所の口腔

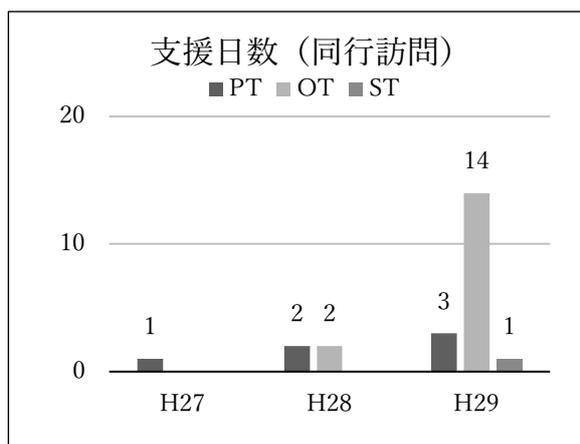
プログラムの指導、また一部の市町村においては総合事業の準備に向けた研修会の講師であった。今後、市町村支援の実践やフォローアップ研修での市町村との意見交換を通じて、職種の理解が深まることにより、“リハ職”という一括りでなく、職種の特性を踏まえた依頼が増えていくことを期待したい。

【図表15～19】

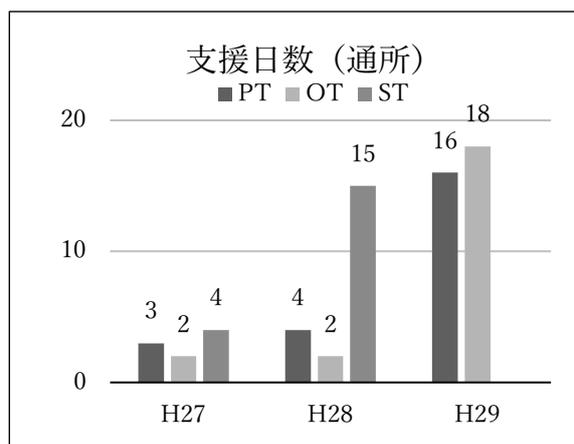
【図表15】職種別対応状況



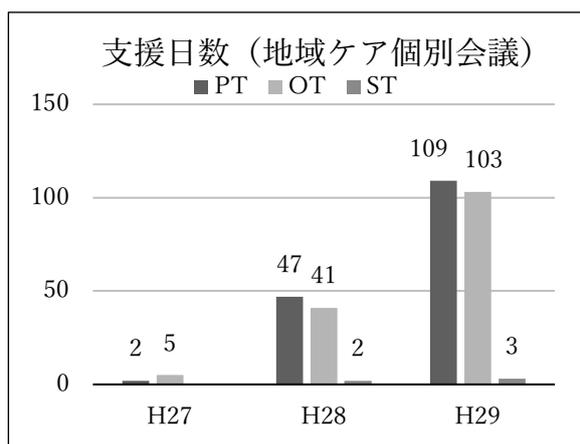
【図表16】同行訪問



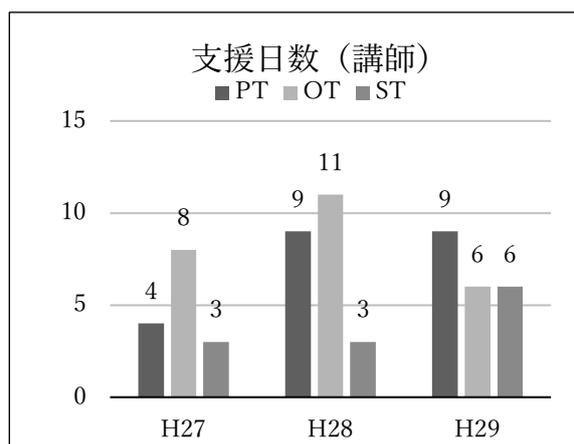
【図表17】通所プログラム指導助言



【図表18】地域ケア個別会議



【図表19】介護予防・自立支援の講師



### (3) 県事業への協力

市町村支援以外では、岡山県が実施する事業に、リハ連絡会として技術協力を行った。

一つは、県が毎年度開催している県民向けフォーラムにおいて、来場者と一緒に介護予防体操を行うもので、リハビリテーション養成校の学生もボランティアとして加わり、仲間と一緒に体を動かすことの楽しさを伝えることができた。

もう一つは、岡山県が、自力で通いの場に参加することが難しくなった高齢者のための住民互助による通所付添活動の仕組みを構築するもので、この事業において、付添活動を行う住民ボランティアを対象に、安全な付添技術の実習指導を行った。【図表20～21】

【図表20】介護予防交流フォーラム



【図表21】通所付添サポーター養成講習



## 2 市町村からの評価(アンケート結果から)

### (1)市町村アンケート

リハ連絡会による市町村支援について、市町村にアンケートを実施し意見の把握を行った。

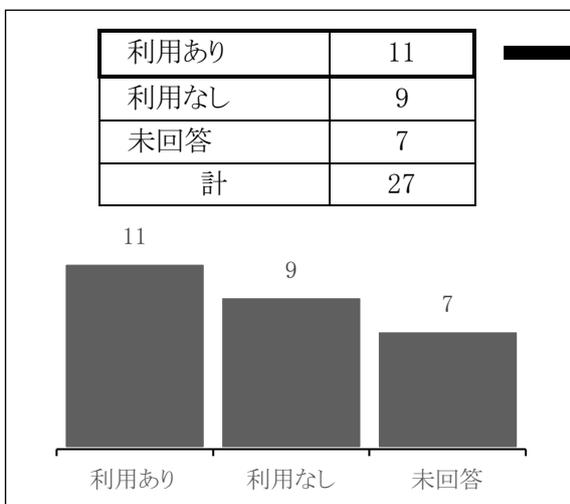
アンケートの実施方法は、県内全市町村の地域支援事業担当課あてに郵送した。回答数は、これまでにリハ連絡会による支援を利用した市町村が11、利用していない市町村が9であった。【図表22】

利用した11市町村の内訳は、平成29年度に利用している13市町村のうち10市町村、平成28年度のみ利用のあった3市町村のうち1市町村である。

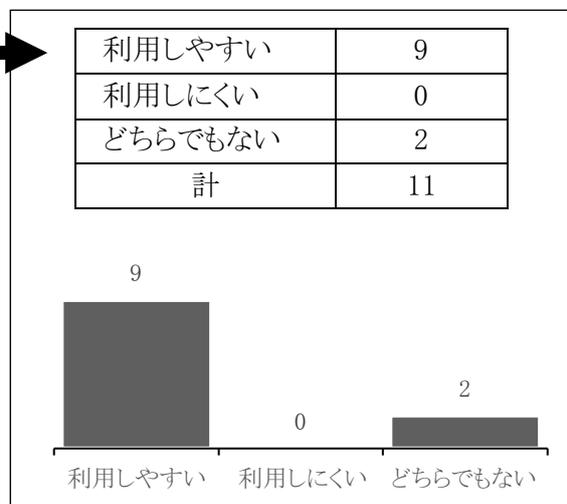
まず、リハ連絡会の支援のしやすさについては、利用しにくいと回答した市町村はなく、概ね利用しやすいという回答であった。【図表23】利用のしやすさとして、市町村が独自に協力可能なリハ職を探し調整する準備過程に時間を割かれることなく、リハ職の協力を得た事業を開始できる点が上がっている。市町村の費用負担については、市町村の所在地に関わらず交通費を含めた県内統一単価が高いと回答した市町村はなく、概ね妥当であるという回答であった。【図表24】その支払方法について、四半期ごとにリハ連絡会の口座に振り込む方法は全ての市町村が問題なしという回答であった。【図表25】以上から、支援スキームについては、良い評価が得られている。

調査名称:リハビリテーション専門職の広域派遣事業アンケート  
調査対象:岡山県内27市町村(うち回答数20市町村)  
実施期間:平成29年12月18日～平成30年1月15日

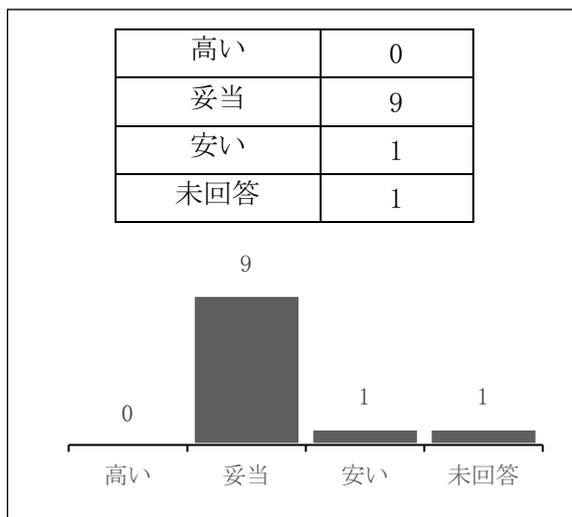
【図表22】リハ連絡会による支援の利用状況



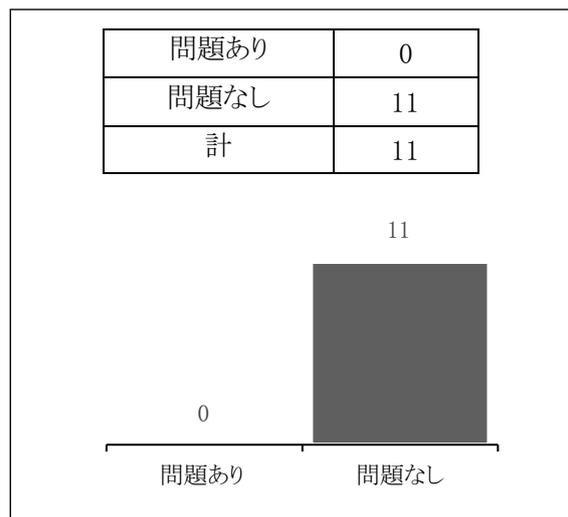
【図表23】利用のしやすさ(利用市町村のみ)



【図表24】市町村の費用負担



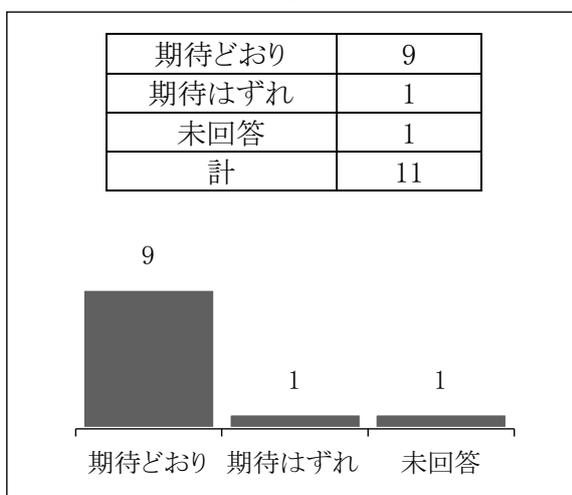
【図表25】支払方法



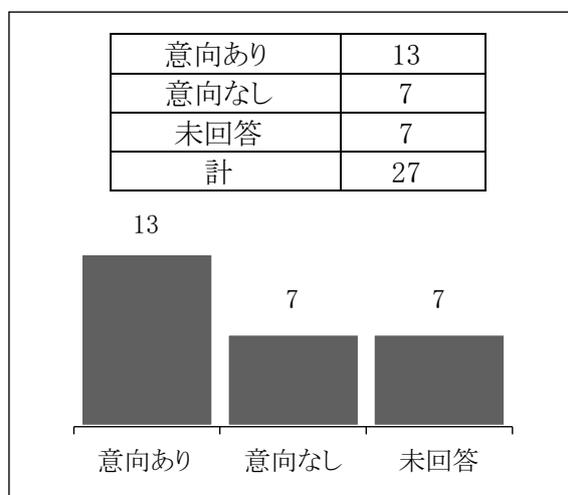
一方、市町村が期待した支援が受けられたかどうかについては、1市町村から受けられなかったと回答があり、その理由として、地域ケア個別会議のアドバイスにおいて、在宅生活が見えているリハ職とそうでないリハ職との差が大きいことが上がっている。別の市町村からは、医療や介護の現場を踏まえた助言が大いに役立っているという意見もあがっている。【図表26】

また、平成30年度に支援を希望する市町村は13で、その内訳は、平成29年度に利用している10市町村に加えて、平成28年度までに利用のあった1市町村、新たな利用の2市町村である。本アンケートに未回答の市町村も含めると、平成30年度に支援を希望する市町村数は、13よりも多くなるものと見込まれる。【図表27】

【図表26】支援内容



【図表27】平成30年度の利用意向



## (2)会員の声

リハ職のフォローアップ研修の機会を通じて、市町村支援に関する意見や課題等について連絡会会員の声を拾った。

市町村支援により得られたものとして、総合事業等の市町村が行う事業や通いの場等の住民の活動の実際を知ることができたことや地域包括支援センターとの接点ができたことなど、経験の幅が広がったという意見が多く、地域のさまざまな職種と知り合えたことにより、日常業務において連携が取りやすくなったという声も上がっている。

リハ職自身の課題としては、地域ケア個別会議において限られた情報を基にアドバイスを行うことの難しさや、要点をわかりやすく伝えるスキルなど、対応力に関するものが多く見られている。

また、依頼内容が不明瞭な市町村があることや、アドバイスした事例が、その後、どうなったか市町村からのフィードバックが無いことなど、市町村との意思疎通に関する課題が上がっている。【図表28】

【図表28】市町村支援を行ったリハ職の主な声(平成28年度フォローアップ研修より)

○市町村支援により得られたこと
市町村の地域包括ケアシステム構築の取組に、リハ職として参加する機会となった。 地域ケア個別会議で、多職種と顔見知りになり、連携しやすくなった。
○市町村支援に関するリハ職自身の課題
事例の有する能力だけでなく、経済状況や家族関係、取り巻く環境、地域資源など総合的に考えた上で、現実的なアドバイスを行うことが難しい。 市町村支援を行ったリハ職間で、アドバイスの工夫やうまくいったこと、いかなかったことなどの共有を図ることが必要。 現状では、介護事業者や地域包括支援センターなど、援助者それぞれの自立の視点にも差があり、その差を埋めていくような関わり方が大切。
○市町村との意思疎通に関する課題
市町村がどのようなことを求めているのか理解するのに苦労した。 リハ職に求めるべきことについて、保健師や地域包括支援センターがよくわかっていないのではないかと感じる。 少ない情報から利用者をイメージするのが難しく、アドバイスが役に立ったのかその後の経過がわからない。 地域ケア個別会議でアドバイスした事例について、フィードバックがほしい。



## **第 4 章**

### **市町村支援の実際**

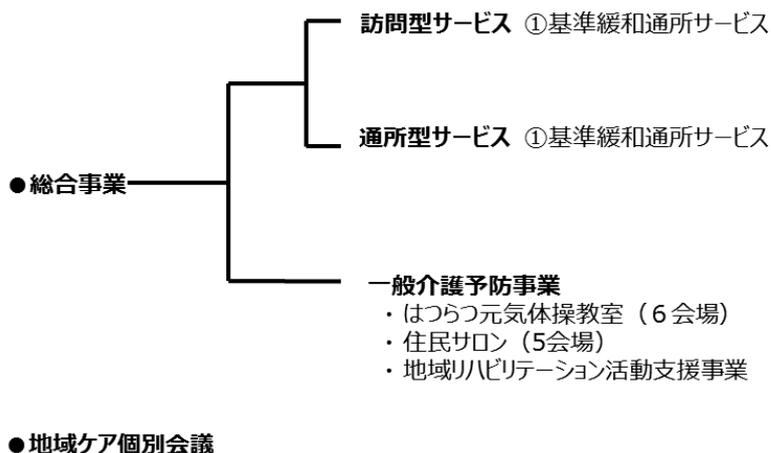
# 1 吉備中央町

## (1) 吉備中央町の概要

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



## (2) 吉備中央町の介護予防・日常生活支援総合事業



## (3) 岡山県リハビリテーション専門職団体連絡会による支援の実際

### ① 地域ケア個別会議

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

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

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

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

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

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

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

## ② 地域包括支援センターと同行訪問

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

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

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

## ③ 総合事業検討会（市町村、サービス事業者等との意見交換の場）

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

## ④ 具体的な事例（地域ケア個別会議と同行訪問が連動している事例）

## 1. 事例紹介

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

## 2. 作業療法士による支援

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

## 3. 経過

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

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

#### **(4)リハ職による市町村支援のポイント**

---

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

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

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

#### **(5)市町村支援を通じて思うこと(感想、展望、課題など)**

---

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

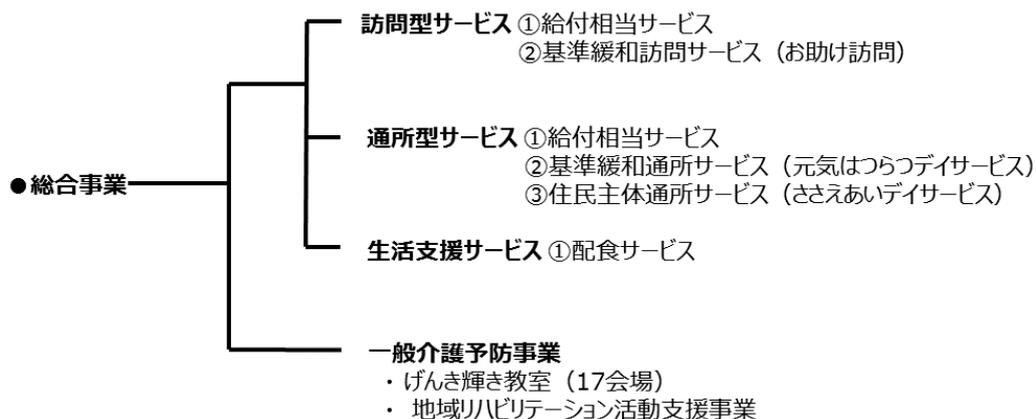
## 2 真庭市

### (1) 真庭市の概要

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



### (2) 真庭市の介護予防・日常生活支援総合事業



- 地域ケア個別会議

### (3) 岡山県リハビリテーション専門職団体連絡会による支援の実際

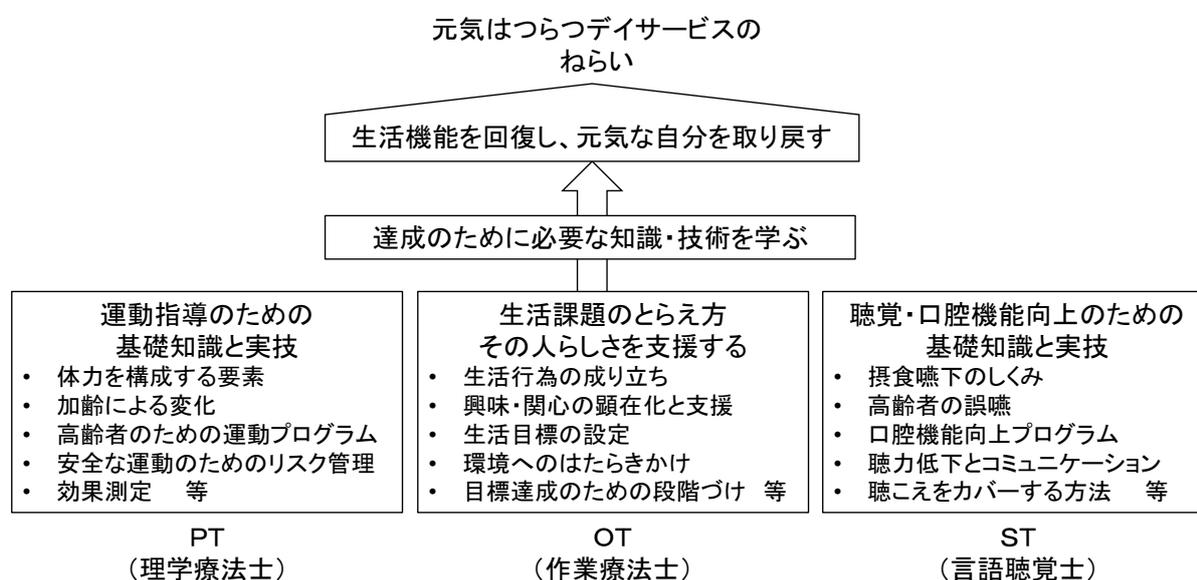
真庭市の総合事業は、平成28年度から開始されている。通所型サービスとして新設された「元気はつらつデイサービス」は、6か月の利用期間が設定されており、効果判定に基づいてサービスを終結する。市は、元気はつらつデイサービスの提供事業者に、予め、自立支援の考え方や具体的な支援方法を学ぶ研修の受講を義務付けており、その講師を本連絡会が受けたところから真庭市への支援がスタートした。

〈元気はつらつデイサービス〉

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

① 元気はつらつデイサービス従事者研修会

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



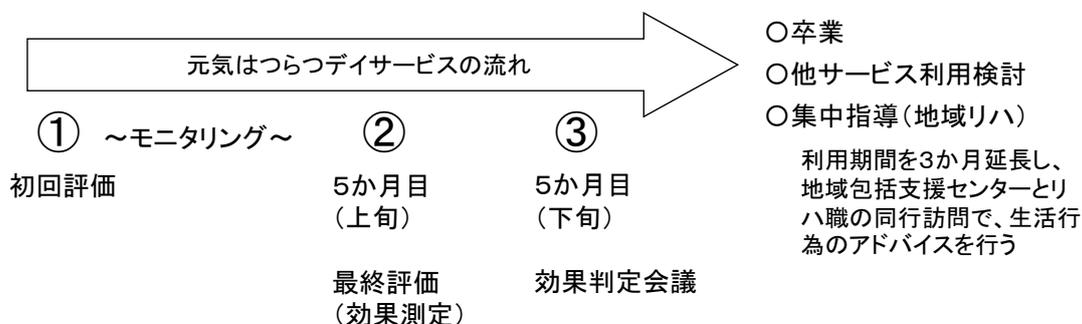
② 元気はつらつデイサービスの運営支援

元気はつらつデイサービスには、3つの特徴がある。

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

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

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



## 1. 効果判定会議

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

## 2. 地域包括支援センターと同行訪問

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

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

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

### **(4)市町村支援を通じて思うこと(感想、展望、課題など)**

---

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

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

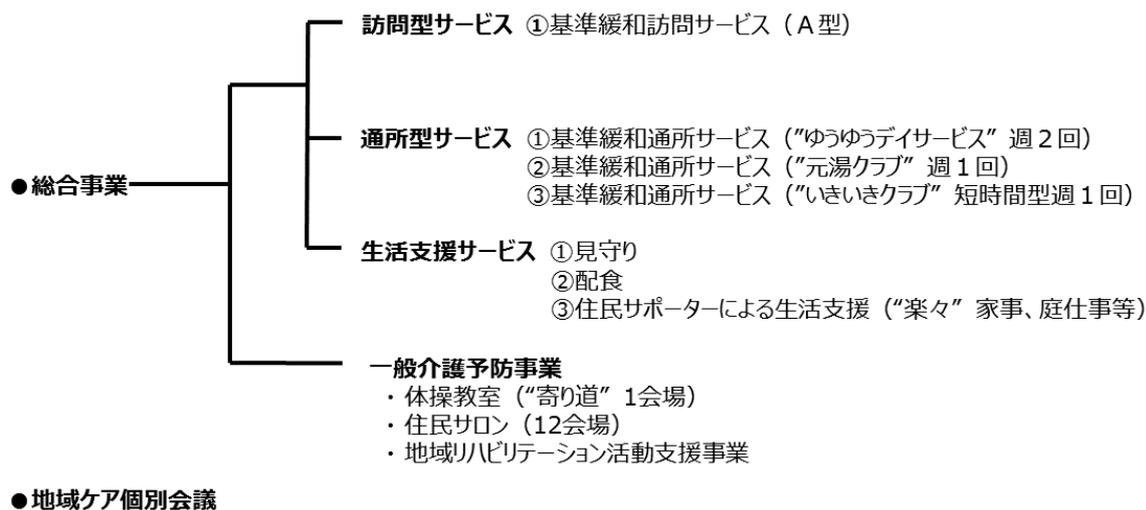
### 3 西粟倉村

#### (1) 西粟倉村の概要

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



#### (2) 西粟倉村の介護予防・日常生活支援総合事業



#### (3) 岡山県リハビリテーション専門職団体連絡会による支援の実際

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

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

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

① 基準緩和通所サービス「元湯クラブ」の運営支援

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

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

● 健康チェックシートの活用

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

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

健康チェックシート(例)

5月 28日 日 晴	
日時	内容
午前 12:00	トイレ
1:00	1500
2:00	トイレ
3:00	1500
4:00	トイレ
5:00	1500
6:00	トイレ
7:00	トイレ
8:00	トイレ
9:00	トイレ
10:00	トイレ
11:00	トイレ
水分計	1400 00

## ● 評価

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

## ● 相談支援

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

(今後の西粟倉村の健康教育プログラムのテーマ)

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

## ● 脳トレ

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

## ● 体操

上下肢・体幹の筋力アップ、嚥下体操、認知症予防体操などを紹介。

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



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

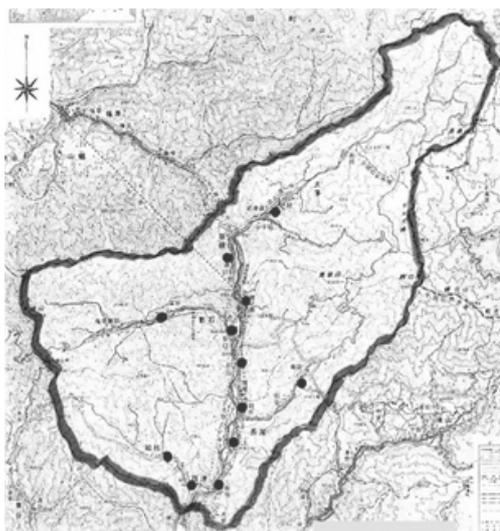
認知症予防体操は、体の左右で同時に別々の動きをするよう拮抗動作を紹介した。  
狭いスペースでも、スタッフが安全に実施できるよう、椅子に座って行う内容を工夫した。

## ② 一般介護予防事業 住民サロンでの相談支援

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

### ● 住民サロン

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



西栗倉村のサロン地域  
●:サロン地域を示す

### ● 支援に当たるまでの準備

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

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

## ● 当日の流れ

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

### ◆ 打合せ(30分)

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

### ◆ 導入(10分)

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

### ◆ 健康講話(30分)

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



脱水予防は、一日に必要な水分摂取量の目安<sup>2)</sup>を説明。

誤嚥性肺炎は、嚥下機能チェックを実施し該当項目ごとの対策方法を説明。

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

### ◆ ティータイム(10分)

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

### ◆ 健康体操(30分、うち小休止 10分)

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

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

◆ 生活相談(10分)

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

#### **(4)市町村支援を通じて思うこと(感想、展望、課題など)**

---

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

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

西栗倉村の支援を通じて、重要と思われる点を整理すると、次の3点である。

① 地域特性の理解

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

② 利用対象者との関係づくり

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

③ わかりやすく伝える工夫

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

◇ 市町村にお願いすること

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

◇ 本連絡会による市町村支援の継続に向けて

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

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

## 4 津山市

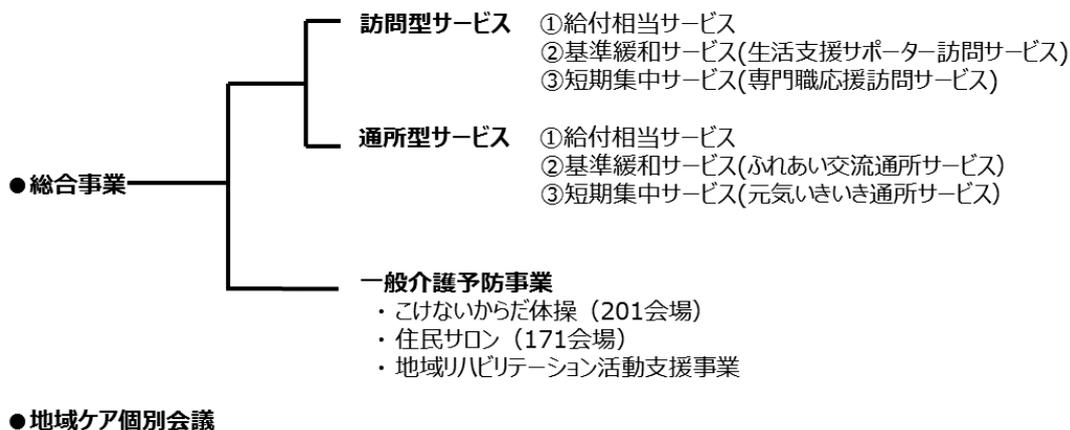
### (1)津山市の概要

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



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

### (2)津山市の介護予防・日常生活支援総合事業



### (3)津山市の地域ケア個別会議

#### ～地域包括支援センターの立場からリハ職に期待すること～

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## (4)岡山県リハビリテーション専門職団体連絡会による支援の実際

### ① 津山市の地域ケア個別会議の実際

津山市の地域ケア個別会議の1事例の枠組みは、概ね次のとおりである。

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

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

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

その中で、リハ職は、次の観点を意識して、発言するようにしている。

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

## ② 具体的な事例

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

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

## ③ 地域ケア個別会議で専門職に期待されている役割

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

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

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

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

## (5)市町村支援を通じて思うこと(感想、展望、課題など)

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

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

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

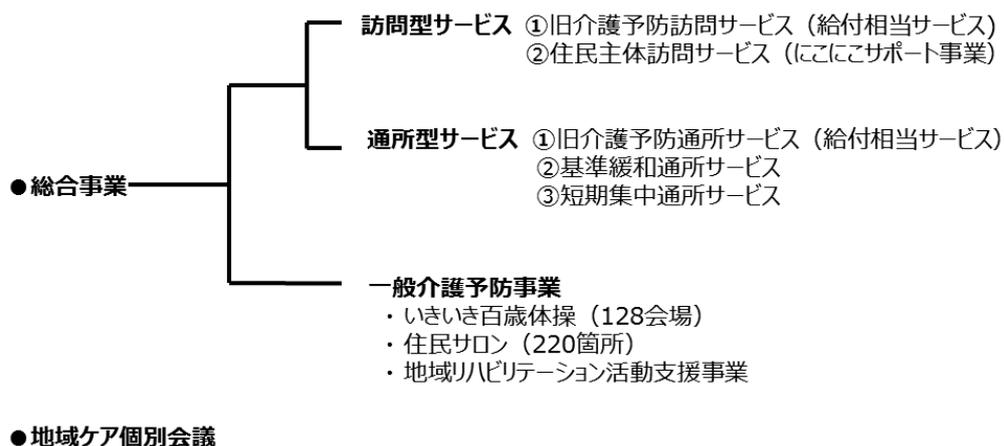
## 5 総社市

### (1) 総社市の概要

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



### (2) 総社市の介護予防・日常生活支援総合事業



### (3)岡山県リハビリテーション専門職団体連絡会による支援の概要

---

#### ① 地域ケア個別会議

##### 【総社市の地域ケア個別会議の開催状況】

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

##### 【リハ職のアドバイザーとしての関わり】

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

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

地域ケア個別会議で、リハ職に求められることは、主に次の 4 点である。

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

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

## ② 地域包括支援センターと同行訪問

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

### ● 事例紹介

91歳 女性 要支援2 長男と二人暮らし(岡山市在住の長女が毎週訪問)

#### 〈同行訪問に至る経緯〉

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

#### 〈同行訪問の結果〉

訪問メンバー:地域包括支援センターの事例担当者、訪問介護員、PT

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

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

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

## (4)リハ職による市町村支援のポイント

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

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

## **(5)市町村支援を通じて思うこと（感想、展望、課題など）**

---

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

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

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

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

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

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

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

# **資料 I**

## **事業実施要綱等**

## 岡山県地域リハビリテーションリーダー育成・広域派遣事業 実施要綱

### (目的)

第1 後期高齢者及び高齢者のみ世帯の増加に伴い、今後も増加する要支援・要介護高齢者が、住み慣れた地域で可能な限り自立した日常生活を継続できるようにするため、市町村において、介護予防事業、地域ケア会議等にリハビリテーション専門職(理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士をいう。以下「リハ職」という。)を必要とする機会が増えることから、これに対応する人材を育成するとともに、リハ職の広域派遣調整の体制整備を図ることを目的とする。

### (実施主体)

#### 第2 岡山県

事業の全部を(一社)岡山県理学療法士会、(一社)岡山県作業療法士会及び岡山県言語聴覚士会による合同組織「岡山県リハビリテーション専門職団体連絡会」(以下「リハ団体連絡会」という。)に委託して実施することとする。

### (事業内容)

第3 次の1から3までに掲げる事業、その他地域リハビリテーション育成・広域派遣に必要な事業を実施する。

#### 1. 地域リハビリテーションリーダーの育成

理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の中堅クラスの者の中から、市町村事業に参加協力する上で中核的な役割を担う地域リハビリテーションリーダー(以下、「リーダー」という。)を育成するため、地域診断、マネジメント、その他資質向上に資する内容の研修を実施する。

#### 2. 市町村事業に参加協力するリハ職のOJT

リーダー以外のリハ職に対し、予め、スタートアップ研修を実施し、市町村事業に関する理解を深めるとともに、市町村事業に参加した後、さらにフォローアップ研修を実施することにより、市町村事業に必要なスキルの向上を図る。

また、リハ職間における情報の共有を図るためのツールの整備を行う。

#### 3. 市町村事業に対するリハ職の広域派遣調整

市町村に対し、次年度のリハ職の派遣希望を照会するとともに、リハ職の派遣調整を行い、結果を市町村に通知する。なお、市町村に対する連絡窓口を設けることとする。

#### 4. その他の事業

本事業を円滑に遂行するために、必要に応じて、リハ団体連絡会、県及び市町村等による会議を開催する。

この要綱は、平成27年8月17日から施行する。

## 岡山県リハビリテーション専門職による市町村支援事業 実施要領

### 1 趣旨

この要領は、岡山県リハビリテーション専門職団体連絡会が、市町村の求めに応じて、市町村の実施する地域支援事業に対し、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士（以下、この要領において「リハ職」という。）による支援を行うに当たり、必要な事項を定めるものである。

### 2 実施主体

岡山県リハビリテーション専門職団体連絡会

（以下、この要領において「リハ団体連絡会」という。）

### 3 リハ職支援の流れ

〈支援希望回数等の照会〉

(1) リハ団体連絡会は、市町村に対し、毎年度1月に、次年度におけるリハ職による支援希望回数等を照会する。なお、1月に回答できなかつた市町村に対しては、翌月に追加的に照会する。

〈市町村の回答〉

(2) 市町村は、リハ団体連絡会の会員であるリハ職の支援を希望するときは、上記(1)の照会に対して、支援依頼文【様式1の1】を添えて、【様式1の2】により年間の支援希望回数等を回答することとする。

〈調整結果の通知〉

(3) リハ団体連絡会は、市町村の希望に沿って会員の調整を行い、毎年度3月に、支援を希望する市町村に対し、結果を通知する。

〈リハ職の所属施設長への依頼〉

(4) 市町村は、上記(3)で決定したリハ職（以下、この要領において「担当リハ職」という。）による支援を受けるに当たり、予め、担当リハ職の勤務する施設長に対し、当該年度における担当リハ職の協力について、書面で依頼する。  
（参考様式のとおり）

〈事前連絡〉

(5) 市町村は、担当リハ職に対し、予め、支援を求める事業の概要等について、【様式2】により、連絡することとする。

〈変更調整〉

(6) 日時、事業内容、担当リハ職の変更が生じたときは、市町村及び担当リハ職の

相互で調整を図るものとする。

#### 4 費用負担

市町村は、リハ職支援に係る費用を、役務費又は委託料として、次のとおり負担するものとする。

なお、委託料として支払うときは、市町村とリハ団体連絡会との間で、別途、委託契約を締結するものとする。

リハ職一人につき	半日につき	6,000円 (交通費を含む)
	一日につき	11,000円 (交通費を含む)

〈時間区分〉

支援時間の長さに関わらず、次の時間帯において支援する場合をいう。

半日：9時～13時又は13時～17時 の時間帯

一日：9時～17時

#### 5 支払の流れ

(1) リハ団体連絡会は、市町村に対し、リハ職支援の実績に基づいた額を、四半期ごとに請求するものとする。

出張支援を行った期間	請求日	支払期限
4月～6月	6月末日	7月末日
7月～9月	9月末日	10月末日
10月～12月	12月末日	1月末日
1月～3月	3月末日	4月末日

(2) 市町村は、上記(1)の額を、リハ団体連絡会の指定する口座に振り込むものとする。

附 則

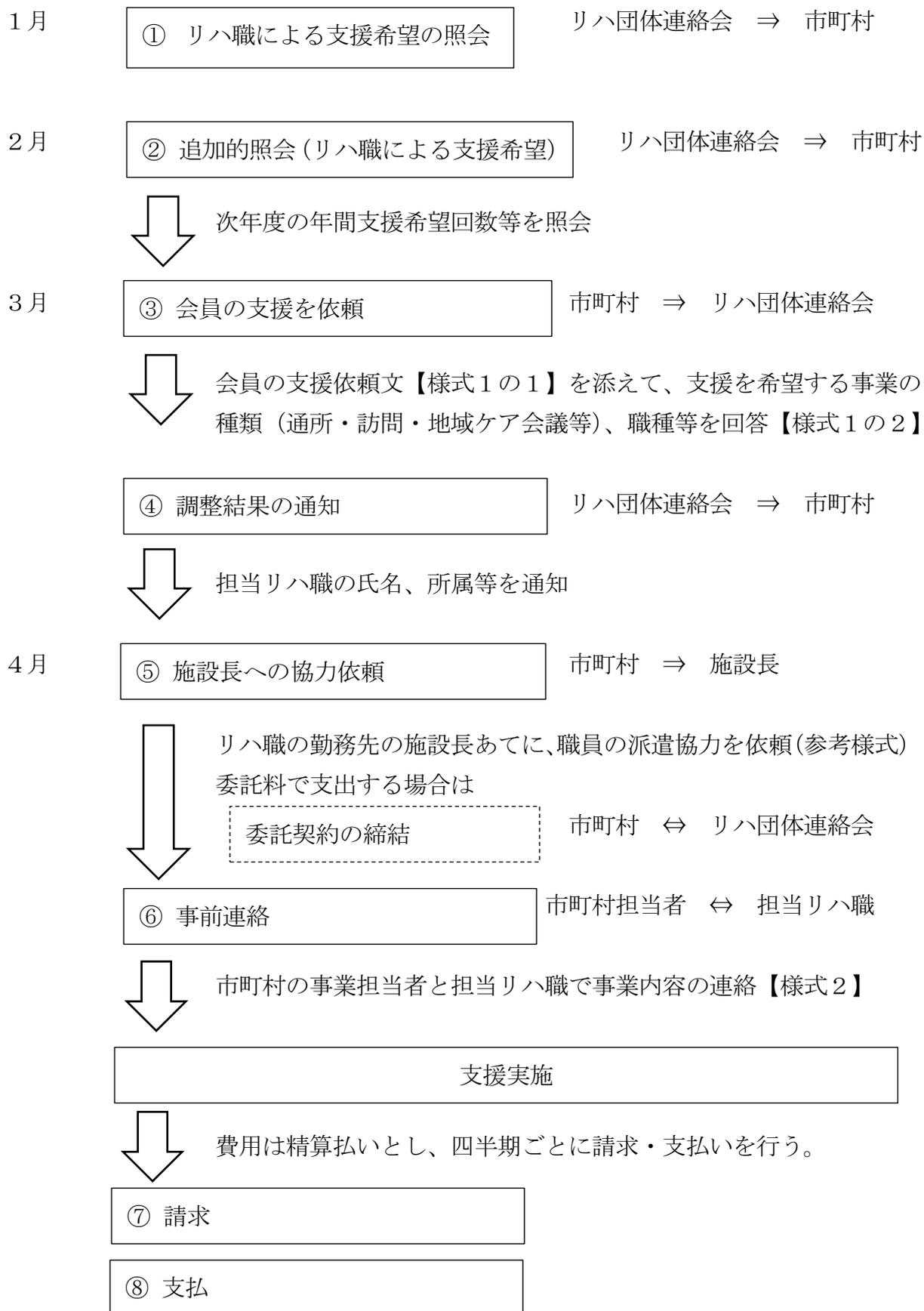
この要領は、平成27年度分の事業から適用する。

附 則

この要領は、平成30年度分の事業から適用する。

(別表)

リハ職による支援の流れ



【 様式 1 の 1 】

第 号  
平成 年 月 日

岡山県リハビリテーション専門職団体連絡会

会長 國安 勝司 殿

〇〇市（町村）長 〇〇〇〇

印

会員による支援について（依頼）

このことについて、別添のとおり、会員による支援をお願いします。

記

添付資料

【様式 1 の 2】平成 年度リハビリテーション専門職による支援希望について

【 様式 1 の 2 】

平成 年度 リハビリテーション専門職による支援希望について(回答)

市町村		課室		電話	
担当者		電子メール			

月	回数	日にち	事業の種類				職種別人数			備考
			通所	訪問	ケア会議	研修講師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	
4月										
5月										
6月										
7月										
8月										
9月										
10月										
11月										
12月										
1月										
2月										
3月										
合計							0	0	0	
職種未定							()	()	()	

【様式2】 リハビリテーション専門職支援依頼連絡票

記入日 平成 年 月 日

市町村名		課室 担当者名		連絡先	
------	--	------------	--	-----	--

【事業について】

事業名	
実施日時	
実施場所	
対象者等	

【支援を依頼したいリハビリテーション専門職の職種と人数】

<input type="checkbox"/> 理学療法士(PT)( )名	<input type="checkbox"/> 作業療法士(OT)( )名	<input type="checkbox"/> 言語聴覚士(ST)( )名
--	--	--

【リハビリテーション専門職に依頼したい支援の内容】

事業の種類	通所	訪問	地域ケア会議	研修講師
-------	----	----	--------	------

※該当する事業を○で囲んでください。

事業における支援内容

		該当に✓	具体的にお書き下さい
集団指導	評価	<input type="checkbox"/>	
	活動内容の提案	<input type="checkbox"/>	
	参加場面での助言と指導	<input type="checkbox"/>	
	環境調整	<input type="checkbox"/>	
	講演・情報提供	<input type="checkbox"/>	
個別指導	評価	<input type="checkbox"/>	
	活動内容の提案	<input type="checkbox"/>	
	参加場面での助言と指導	<input type="checkbox"/>	
	環境調整	<input type="checkbox"/>	
ボランティア支援	相談	<input type="checkbox"/>	
	ボランティア養成支援	<input type="checkbox"/>	
	イベント支援	<input type="checkbox"/>	
カンファレンス参加	地域ケア会議への参加	<input type="checkbox"/>	
	その他の意見交換	<input type="checkbox"/>	
その他		<input type="checkbox"/>	

※裏面にリハビリテーション専門職についての説明や支援の例などを掲載しています。

【その他希望・連絡事項など】

## 参考

## 【リハビリテーション専門職とその専門分野】

理学療法士（PT）…運動機能、基本的動作（座る・立ち上がる・歩くなど）、  
日常生活活動

作業療法士（OT）…生活行為（日常生活動作能力、家事・外出・趣味等の活動など）、  
認知症支援、福祉用具・住環境の整備

言語聴覚士（ST）…コミュニケーション（聞こえ・ことば）、口腔機能（摂食嚥下）、  
認知機能

## 【リハビリテーション専門職が支援できる内容】

	支援	説明	例
集団指導	評価	集団特性の評価や参加者の個別評価	
	活動内容の提案	活動状態に合わせて無理なく実施できる活動内容を提案	・嚥下体操 ・ストレッチ ・筋力増強訓練 など
	参加場面での助言と指導	提案した活動に参加しながら指導と助言を行う	・食事を一緒に摂りながら栄養や嚥下について助言をする など
	環境調整	集団が利用する場所の環境評価を行い、必要に応じて段差の解消などの改善策を提案	
	講演・情報提供	健康づくりからいきいきとした暮らしの送り方まで、幅広く情報を提供	・認知症、嚥下・栄養、聞こえ、腰痛・膝痛、老化、障害について など
個別指導	評価	身体・認知・嚥下・コミュニケーション機能などの評価、生活機能の評価	
	活動内容の提案	その方に応じた自主練習メニューの作成、調理法や食べ方の助言	
	参加場面での助言と指導		・ご自宅などで動作や作業方法を助言・指導することで、やりたい活動の実現を目指す など
	環境調整		・家屋改修 ・福祉用具の選定 ・杖、靴などの調整 など
ボランティア支援	相談	スタッフやボランティアからの相談を受け付ける	・介助方法 ・痛みなどの心配ごと など
	ボランティア養成支援	講師として講義を行う	・リハビリテーションの理念 ・介助方法論 など
	イベント支援	専門的技術・知識を応用してイベントの支援を行う	・ウォーキングに同行し、コンディショニングや障害予防、応急手当を行う など
参加者	地域ケア会議への参加	その方の生活の視点に立って専門職の立場から具体的な助言を行う	
	その他の意見交換		
	その他		

参考：全国国民健康保険診療施設協議会「新しい総合事業（地域リハビリテーション活動支援事業）にリハビリ専門職の技術を活かすためのメニューリスト及び参考事例集」



## **資料 Ⅱ**

### **住民で取り組む体操の紹介**

# 1 総社市『いきいき百歳体操』

『いきいき百歳体操』は、総社市内 140 か所以上で住民が主体的にあるいは介護保険事業所内においても、週1回以上取り組まれている体操である。平成 19 年に市が高知市へ視察に行き、平成 20 年から普及している。数年間で 100 箇所以上に広がったのは、住民が「いつまでも住み慣れた地域でいきいきと過ごしていきたい」という思いによるものである。

## (1)いきいき百歳体操とは

平成 14 年に、高知市保健所の医師、理学療法士らにより考案された体操で、米国国立老化研究所の「高齢者のための運動の手引き」による科学的な根拠に基づき、週1回以上の頻度で、地域住民が自主的に取り組むことが基本とされている。虚弱な高齢者が実施しやすいように椅子を使用し、単純でゆっくりした動きで構成され、準備体操・筋力運動・整理体操の順番で行う。

総社市では、0～1.2kg までの錘を手足に装着し、段階的に負荷をかけ、移動に必要な筋力をつけることを目的に、高齢者が徒歩圏内で集まれるように拠点を増やしている。

## (2)地域に展開するために

### 住民運営の通いの場のコンセプト

1. 市町村の全域で、高齢者が容易に通える範囲に通いの場を住民主体で展開
2. 前期高齢者のみならず、後期高齢者や閉じこもり等何らかの支援を要する者の参加を促がす
3. 住民自身の積極的な参加と運営による自律的な拡大をめざす
4. 後期高齢者・要支援者でも行えるレベルの体操などを実施
5. 体操などは 週1回以上 の実施を原則とする

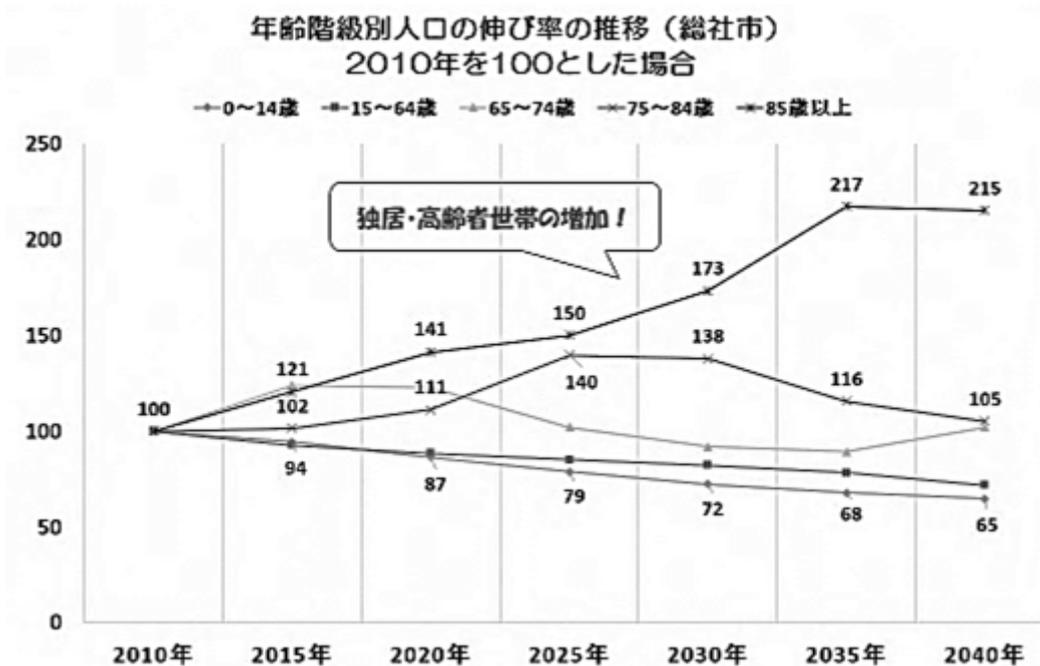
住民の  
「やりたい」  
が大切！



より多くの場所で取り組んでもらうために「地域展開の考え方」も、高知市方式を取り入れている。高齢者や地域のリーダー的な存在の方が主体となって体操が継続される仕組みづくりをした。行政からお願いをして体操に取り組んでもらうのではなく、住民側が「やりたい」と言い出してくれるような働きかけ

をするというものである。

市はサロンの交流会や愛育委員等の会議、老人クラブなど様々な地区組織・機会を活用し、働きかけて体操の意義・効果について啓発活動を行った。その際に市は人口ピラミッドや高齢化率・認定率の推移も資料等を用いて、市のおかれている現状を住民に説明し、課題を共有する。住み慣れた地域でいきいきと過ごし続けるために、元気を継続するための方策として『いきいき百歳体操』を提案する。



「そんなに効果があるのなら、自分たちの地域でも『いきいき百歳体操』をやりたいので紹介に来てほしい」と声がかかるようになりはじめる。体操をやるやらないの判断に市は関与しない、住民自身が我が事として考え、「やる」と決断することが重要であると考えたためである。開始の条件は(1)体操を行う会場・テレビ・DVDデッキ等を自分たちで用意すること、(2)椅子の準備、(3)最低週1回以上実施することとし、地域包括支援センターや市が最初4回教えに行くとともに錘・介護予防手帳・体操のDVDかCD+ポスターを貸与する。

### (3) 通いの場の必要性の共有

高齢者の筋肉は毎年1%程度減少すると言われており、筋肉が減少し筋力が低下すると活動量も低下し、閉じこもりがちになり要介護状態につながっていく。しかし、どんなに歳をとっても適切なトレーニングを行うことにより、筋肉・筋力を向上させることができると分かってきた。

ここで重要なのは週1回以上の頻度で継続することが必要であり、1人でやろうとしてもなかなか継続が望めず、また、やめてしまうと半年、1年で得られた効果が失われるという欠点があるということである。

そのため高齢者が容易に通える範囲(歩いて15分以内程度)に週1回以上継続してトレーニングができる場所(通いの場)が必要になる。人員・コストを考えれば『いきいき百歳体操』の手法でなければ、市のマンパワーはいくらあっても足りない。指導者がいなくても体操の実施が可能で後期高齢者や虚弱高齢者も行える体操が必要であった。

#### **(4)地域づくりへの発展**

---

週1回以上体操に取り組んでいると「階段の上り下りが楽になった」、「腰痛・膝痛が楽になった」という運動体力面だけでなく、「気持ちが明るくなった」、「おしゃべりが楽しくなった」という心理的な面でも効果が現れ、また「生活に張りが出た」、「出かけるのが億劫でなくなった」、「みんなでご飯を食べにいったり楽しみが増えた」といった社会的な変化も現れている。

一度住民主体の通いの場ができて顔を合わせていると、多くの会場で体操以外の様々な活動が始まる。住民自らが、自分たちの活動として自分たちで考え、意見を出し、楽しくしようと思うためである。市主催の活動であれば、住民はあくまで参加者であり、受身の状態であるのでこのような発展は期待できない。

茶話会に始まり、書道の教室、定期的なデマンド交通『雪舟くん』を利用してのお出かけ・ランチの会、講師を招いての学習会(交通安全・振り込め詐欺等、市の出前講座等を活用することも多い)等自分たちに必要なことにつながっていく。

欠席者に対しては、隣人に様子を聞く・電話をかける等、自主的な見守り活動へと発展していく。週1回会うことにより仲間になり、ちょっとした困りごとには対応できるようになり、認知症かもしれない変化の現れてきた参加者にも声かけ・迎えに行く等、柔軟な対応が出来、まさにまちづくり、地域づくりにつながっていく。

#### **(5)継続支援について**

---

##### **① 体力測定**

「住民主体」の活動を住民が継続するために、総社市では年1回、地域包括支援センターによる体力測定を実施している。

地域包括支援センター毎にアプローチは異なるが、体力測定の結果を住民と共有する。参加者はその結果を持ってくることを心待ちにしてくれている。必要以上の関与は依存を生む可能性があるが、住民とともにあるという関係性は非常に重要であると考えます。

体操への参加を継続することで身体機能の改善や、9年経過後の体力維持を数値で知ることは継続参加の意欲につながると考える。

## ② 住民とともに

総社市では地域包括ケアシステムの構築に向け平成17年より小地域ケア会議の設置に取り組んできた。小地域ケア会議は、各地区民生委員児童委員協議会単位を基本に市内21地区で、住民と専門職が地域課題について話し合う会議で地域に密着した情報共有、課題解決の場として開催されている。総社市の地域包括ケアシステムは『小地域ケア会議』を基礎単位とし、小地域から圏域、圏域から市内全域へと繋がる三層構造の体制となっている。

平成17年からの取り組みで多くの住民が地域課題を我が事と考え、議論するという経験をしており、『いきいき百歳体操』についても会議内で周知され、これからの地域の課題を我が事としてとらえ、「やりたい」「やったほうが良い」と決めた住民はこつこつと継続してくれる。私たち専門職は、『いきいき百歳体操』を実施するうえで、何か困りごとがあればいつでも共に考え、会場に出向きますという姿勢を持ち示す。このことは住民との信頼関係の維持のために重要であると考えている。

## ③ 新たな選択肢

総社市では『いきいき百歳体操』を1年以上継続した会場に対し、『かみかみ百歳体操』を勧めている。住民の自主的な選択を重視してきたが、平成29年度からは『かみかみ百歳体操』を積極的にプレゼンテーションしている。総社市の死因の2位が肺炎であり、肺炎予防のための口腔ケアの取り組みとして広く周知していこうと考えたためである。

余談であるが、総社市内のいくつかの介護予防通所介護事業所で提供されるプログラムとしても『かみかみ百歳体操』は実施されている。

また、平成29年度のリーダー研修会で初めて『しゃきしゃき百歳体操』を紹介した。認知症予防に効果がある体操として開発された体操である。こちらの導入は慎重に考え、まず地域包括支援センターの保健師たちがプレゼンテーションできるように共有。高齢者の中には本当に実施困難な対象者がおり、その方が脱落していかないような配慮が必要であると考えたためである。

実際に体操をしてみると、予想以上に速いテンポで健常な者でもすんなりといかない体操もあり、トレーニングの必要性を感じる。心拍数を向上させる効果も含む。

しかし、みんなで取り組むと「うまくいかないことが笑える」要素となる。早いスピードで椅子に座った足ふみをしたりする場面では、みんなでドスドスと足ふみするだけで楽しい。「難しいわぁ」「出来んわぁ」「(しりとりではひとりで単語を想起するより) みんなでしたらええが」と笑い飛ばすたくましが住民にはある。

現在はこの体操により取り残される人がいないように配慮できる会場に少しずつ普及している状況で、地域の力強さと可能性を実感しているところである。

## (6) これからの介護予防

総社市だけの課題ではないと考えるが、『いきいき百歳体操』への男性参加者は多くなく 1 割程度。男性については生産活動へのつながりが参加への意欲につながると思う。そこで男性には生涯現役でいてもらえるよう、就労も含め、社会的な活動と参加、意欲維持、生きがいがづくりが出来るような介護予防の視点の働きかけが重要と考える。

また、もっと「やりたい」気持ちのある住民に対しては『生活支援』の担い手として活躍できる場の提供もできるようにしている。

「住民のやりたい」が具体的に実践でき、そして、住民が自分たちで「できる」「手ごたえを感じる」経験を得ることができる「体操」が『いきいき百歳体操』である。自分自身で考え動ける住民が増えることがこれからの総社市に必要不可欠と考える。



### 総社市生活支援 にこにこサポート事業【サポート内容編】

(1) 掃除



- 部屋の掃除
- お風呂の掃除
- トイレの掃除
- ゴミの分別
- ゴミ出し など



**高齢者の  
豊かな自立した生活をお手伝いする  
応援団**



(2) 簡単な家事



- 洗濯
- 食器洗い
- 季節衣類等の出し入れ
- 調理の補助  
(食事準備・片づけ・食材カット など)
- ★ 本人と一緒にいる
- 布団干し
- 電球交換

(3) 買い物



- 買い物の代行  
(依頼により買い物代行する)
- 買い物の同行  
(一緒に買い物に同行する)

(5) その他

- 介護予防・自立生活を支えるために必要とされるサポートの内容  
→ にこにこサポーターで対応できること(要相談)

(4) 外出時の付き添い



- 地域の集いの場
- 近隣の病院、銀行 など
- ★ サポーターが運転する車には同乗しない
- ★ 公共交通機関等での移動  
(費用は利用者負担)

**実践編**

## 集いの場「ちいさな道の駅」の取り組み

手づくりの野菜！アクセサリー！



地域のためなら、交代で店番！



みんなの合言葉！

元商店からの寄付！



### 引用・参考文献

1. 地域づくりによる介護予防を推進するための手引き【地域展開編】  
(株)日本能率協会総合研究所 平成 28 年 3 月

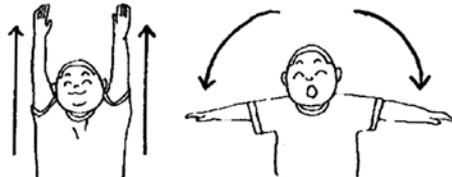
☆ みんなで元気!!いきいき百歳体操に取り組みましょう ☆

☆いきいき百歳体操はどんな体操?  
 「おもり」をつけて行なう筋力をつける体操です。  
 DVDやCDの音に合わせて行ないます。  
 準備体操・筋力運動(7種類)・整理体操があり1回の体操は40分ぐらいです。  
 ☆体操すると、どうなるの?  
 参加者の方からは、「階段の昇り降りが楽になった」、  
 「歩くのが早くなった」、「杖がいなくなった」、「買い物袋をたくさん持てるようになった」、「イスからの立ち上がりが楽になった」等の声をいただいています。  
 ☆毎日体操するの?  
 週2回(週1回)程度で良いと言われ、継続が重要です。  
 現在91会場で自主的に行なわれており、ほとんどの会場が半年以上継続しています



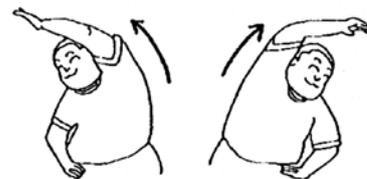
(準備体操・筋力運動の準備をします)

①深呼吸・「1,2,3,4」で上、「5,6,7,8」で下ろす



(2回)

②肩と脇腹のばし・「1,2,3,4」で伸ばし「5,6,7,8」でもどる



(右左2回)

③体ねじり...前から「1,2,3,4」で横、「5,6,7,8」でもどす ④首の運動...「1,2,3,4,5,6,7,8」と数えながら回す



(右左2回)



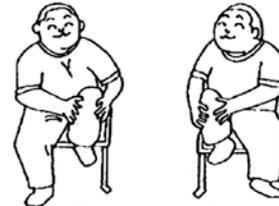
(右左2回)

⑤足踏み・足を上げ同じ方に体をねじる



「1,2,3,4,5,6,7,8」「2,2,3,4,5,6,7,8」と数えながら行なう。(右8回左8回)

⑥股関節の運動...「1,2,3,4,5,6,7,8」と数えながら膝を抱える



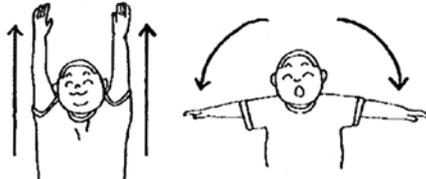
(右左1回)

⑦膝伸ばし運動・「1,2,3,4」で上、「5,6,7,8」で下ろす



(右左2回)

⑧深呼吸・「1,2,3,4」で上、「5,6,7,8」で下ろす



(2回)

(筋力運動...おもりをつけて行ないます)

①腕を前に上げる運動・「1,2,3,4」で上「5,6,7,8」で下ろす



(10回)

②腕を横に上げる運動「1,2,3,4」で横「5,6,7,8」でもどす



(10回)

③腕の曲げ伸ばし運動

「1,2,3,4」で曲げる  
「5,6,7,8」で伸ばす



(右左10回)

④椅子からの立ち上がり

「1,2,3,4」で立ち上がる  
「5,6,7,8」で座る



(10回～20回)

⑤膝伸ばし運動・「1,2,3,4」で上、「5,6,7,8」で下ろす



(右左10回～20回)

⑥脚の後ろ上げ運動

「1,2,3,4」で後ろ  
「5,6,7,8」でもどす



(10回)

⑦ 脚の横上げ運動

「1,2,3,4」で横  
「5,6,7,8」でもどす



(10回)

(整理体操・ストレッチを行いません)

①肩の運動・15数えながら伸ばす



②手首・腕の前のストレッチ・15数えながら伸ばす  
(右左)



③太もも裏のストレッチ・15数えながら伸ばす(右左)



④ふくらはぎのストレッチ・15数えながら伸ばす(右左) ⑤首の運動・・・「1,2,3,4,5,6,7,8」と数えながら回す



いきいき百歳体操に週1回～2回、取り組んでみたいと思われるグループの方は、体操の紹介をさせていただきますので、

## 2 備前市『生き粋びぜん体操』

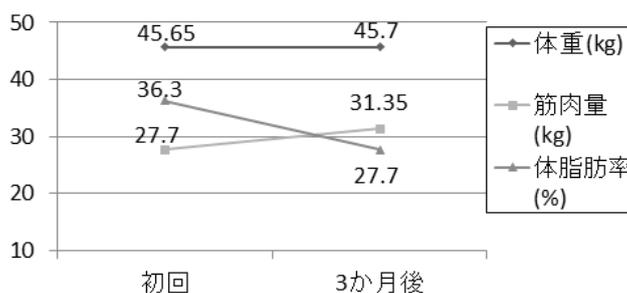
### (1) 生き粋びぜん体操とは

『生(い)き粋(いき)びぜん体操』は、平成 28 年に、備前市が、市内のリハ職と協働して考案した体操である。「古都式体操」(考案者:吉備国際大学理学療法学科 准教授 佐藤三矢氏)を参考に、虚弱高齢者だけでなく一般の方まで、誰でも簡単にできるもので、立ち座りや移動が安全にできるように、①筋力向上、②柔軟性向上、③バランス能力改善の3要素が組み込まれ、椅子に座って行う基礎編(15種類の体操、約30分)、立って行う応用編(19種類の体操、約40分)の2部構成となっている。数を数えながら深い呼吸で行い、運動の合間には水分を摂取するようにしている。市では、体操のDVDとパンフレットを作成し、普及している。

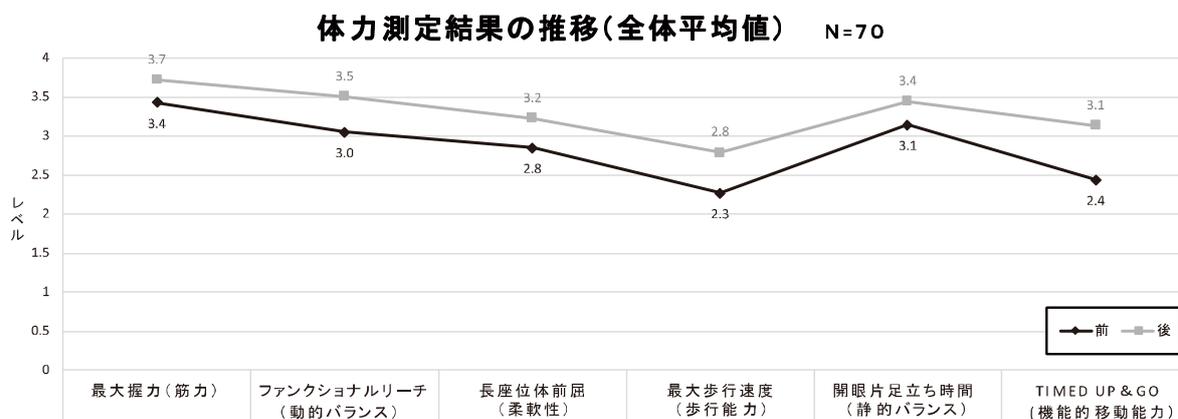
### (2) 体操の考案から普及までのプロセス

平成27年度に、備前市地域包括支援センター、市内の病院・老人保健施設(理学療法士・作業療法士が参加)、社会福祉協議会によるプロジェクト会議を重ね、住民が主体的に公民館等を集まり、安全で効果的に運動器機能向上を図ることができることをねらいに考案した。

体重・筋肉量・体脂肪率の推移



平成28年度は、3つのモデル地区を設定し、参加者 70 名(男性 10 名、女性 60 名、平均年齢 76.1±5.5 歳)が、週1回、3か月、生(い)き粋(いき)びぜん体操を継続した。開始前と3か月後のそれぞれの時点で、体組成(身長・体重・BMI・筋肉量・体脂肪率・内臓脂肪率)、握力、ファンクショナルリーチ、長座位体前屈、5メートル歩行、開眼片足立ち、タイムアップアンドゴーを測定したところ、外出頻度が週1回未満の人で、筋肉量の増加と体脂肪率の低下が確認された。



### ① 体操リーダーの養成

平成28年度から、住民の自主活動を広めるために、生き粋びぜん体操の指導と地域包括支援センターと一緒に体力測定を行う住民(以下、体操リーダー)の養成をはじめた。生き粋びぜん体操や体力測定の目的と方法の外、高齢者の身体的特徴や介護予防の意義も学んでもらい、27名の体操リーダーが誕生した。体操リーダーは、地域包括支援センターと一緒に立ち上げ段階から関わってもらう。通所事業所のボランティアとして活躍している人もいる。その後、体操リーダーの存在が口コミで広がるようになり、平成29年度は、市主催で23名、日生地区老人クラブ主催で32名が新たに誕生し、平成29年12月時点で、82名に達している。体操リーダーになったことをきっかけに、サロンを立ち上げた人もいる。



### ② 市の後方支援

地域包括支援センターは、住民の自主活動を育てるために、

- ① 仲間が5人以上集まること
- ② 自ら会場を確保すること
- ③ 最低週1回以上体操を行うこと

の3条件を明確にした上で、希望するグループを募った。手のあがったグループに対して、地域包括支援センターが、立ち上げから4回までの体操指導と体力測定(開始時点と3か月経過時点の2時点)をサポートした。5回目以降からは、DVDとパンフレットを使って完全に自主活動に移行する。地域包括支援センターは、3か月以降も、半年に1回、体力測定と健康教育の関わりをもつ。活動費助成は行っていない。

## 支援の工程

時期	支援内容	支援者
準備期	生きずびぜん体操説明会	地区担当保健師・OT
1回目	開始前評価(握力・FRT・長座位体前屈・5m歩行・開眼片足立ち・TUG・体組成)	OT・地区担当保健師・管理栄養士、体操リーダー
2回目	体操指導(基礎編)	地域包括支援センタースタッフ(保健師等)
3回目	体操指導	
4回目	体操指導	
5回目～11回目	自主活動	体操リーダーなど
12回目(3ヵ月後)	終了後評価(握力・FRT・長座位体前屈・5m歩行・開眼片足立ち・TUG・体組成)	OT・地区担当保健師・管理栄養士、体操リーダー
13回目	評価結果報告、今後の活動について相談	OT・地区担当保健師
終了後評価から6ヶ月後	・体力測定(握力・FRT・長座位体前屈・5m歩行・開眼片足立ち・TUG・体組成) ・必要に応じて生きずびぜん体操応用編の指導	OT・地区担当保健師・管理栄養士、体操リーダー
9ヶ月後	口腔機能について・健口体操	地区担当保健師、歯科衛生士
1年後	脱水・骨粗鬆症予防について	管理栄養士・地区担当保健師
1年6ヶ月後	認知症予防について	地区担当保健師・OT
2年後	体力測定(握力・FRT・長座位体前屈・5m歩行・開眼片足立ち・TUG・体組成)	OT・地区担当保健師・管理栄養士、体操リーダー
2年6ヶ月後	健康教育	地区担当保健師等

### (3)生き粋びぜん体操の広がり

---

住民の自主活動として週1回以上行われている会場は、平成29年12月時点で市内30箇所になった。開催頻度が週1回未満の会場を含めると、130箇所になる。会場によって、生き粋びぜん体操のほか、レクリエーション、お茶会、認知症予防などが行われている。

#### ① 参加者・実施頻度・会場施設・規模

各会場の参加者は5～40名程度、高齢者に限定しているわけではなく、地区住民が集まっている。要介護認定を受けていない高齢者が多いが、中には、介護保険サービスを利用している人もいる。認知症の人や脳卒中で麻痺のある人が参加している会場もある。

週1回、1～2時間程度集まっている会場が多いが、地区によっては昼食を持ちより1日過ごしているところもある。

会場は、地区の自治公民館や集会所、コミュニティ、お寺など様々である。椅子、テレビ、DVDプレーヤーなどは住民自らが用意し、テレビがない会場では、パンフレットを使用して体操リーダーが指導している

#### ② 運営

住民の自主活動である。会場によって、民生委員、老人クラブ会員、地域のお世話役など様々である。担い手の中心は、50代～80代の女性が多い。男性が中心となって運営しているところもある。一人に負担がかかりすぎないように、複数名で運営されている。立ち上げ時に、地域包括支援センターがアドバイスを行うが、その後は、住民が話し合っで運営されている。地域包括支援センターは、半年に1回程度、様子を見に会場を訪ねている。

## 生き粋びぜん体操 基礎編 No.1

### きれいな姿勢

背もたれから背中を伸ばす。  
胸は張り気味。あごは引き気味。  
お尻をぎゅっとへこませる。



### ①深呼吸

息をゆっくり鼻から吸って口から吐く。  
【回数】 3回



### ②肩上げ下げ

肩をキュッとすくめて、ストンと下ろす。  
【回数】 ゆっくり4回、はやく8回



### ③首のぼし(弱)

頭をゆっくり左右に倒す。  
【回数】 左右1回ずつ



### ③首のぼし(中)

頭を倒して、手で上から軽く押さえる。  
【回数】 左右1回ずつ



### ③首のぼし(強)

頭を倒して、手で上から軽く押さえ、  
反対の手は床に向かって引きのぼす。  
【回数】 左右1回ずつ



### ④肩のぼし

・息を吐きながら腕を前にのぼす。  
・腕を元に戻して、脇をしめる。  
【回数】 2回



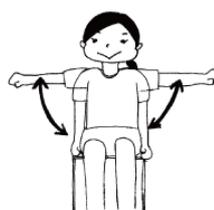
### ⑤腕上げ(前)

肘をのぼしたまま、肩の高さまで4拍で  
腕を上げる。4拍で元に戻す。  
【回数】 5回



### ⑤腕上げ(横)

肘をのぼしたまま、肩の高さまで4拍で  
腕を上げる。4拍で元に戻す。  
【回数】 5回



### ⑥脇のぼし

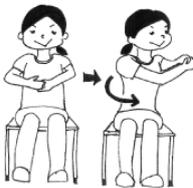
・頭の上で手を合わせる。  
・4拍で体を横に倒す。4拍で元に戻す。  
【回数】 左右交互に2回ずつ



## 生き粋びぜん体操 基礎編 No.2

### ⑦つぼ体操

・大きな音をかかえるように手を合わせる。  
・4拍で体をまわす。4拍で元に戻す。  
【回数】 左右交互に2回ずつ



### ⑧木もも裏のぼし

・片足を伸ばしてかかとと床につける。  
・つま先は上向き。  
・4拍で体を前に倒して。4拍で元に戻す。  
【回数】 左右交互に2回ずつ



### ⑨足踏み

木ももを高く持ち上げて足踏みをする。  
・つま先も上向き。  
【回数】 背もたれあり10回1セット  
背もたれなし10回1セット



### ⑩またぎ動作

片足を大きく持ち上げて外側に下ろし、  
大きく持ち上げて元に戻す。  
【回数】 左右交互に2回ずつ



### ⑪骨盤引き上げ

片側の足とお尻を持ち上げて、バランス  
をとり、5秒止まる。  
【回数】 左右交互に2回ずつ



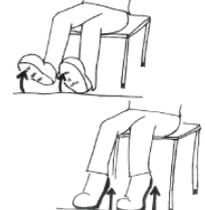
### ⑫膝のぼし

片足をのぼして5秒止まる。(つま先上向き)  
【回数】  
背もたれありで左右交互に5回ずつ  
背もたれなしで左右交互に5回ずつ



### ⑬足首バタバタ

つま先とかかとを交互に持ち上げる。  
【回数】 交互に10回1セット



### ⑭正しい立ち上がり方

・1:でおしじ。  
・2:でお尻を持ちあげる。  
・3:でゆっくり立ちあがる。



### ⑮正しい座り方

・1:でおしじ。  
・2:で膝を曲げる。  
・3:でゆっくり座る。  
【回数】 正しい立ち上がり、正しい座り 2回ずつ



### ⑯深呼吸

息をゆっくり鼻から吸って口から吐く。  
【回数】 3回



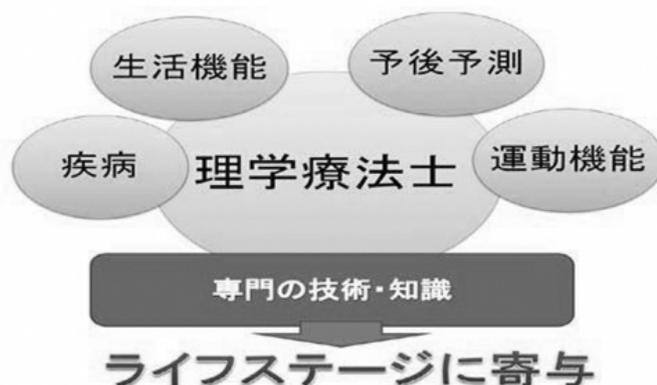
## **資料 Ⅲ**

# **リハビリテーション専門職の紹介**

# 1 理学療法士(PT)

## (1)理学療法士の紹介

ケガや病気などで身体に障害のある人や障害の発生が予測される人に対して、基本動作能力(座る、立つ、歩くなど)の回復や維持、および障害の悪化の予防を目的に、運動療法や物理療法(温熱、電気等の物理的手段を治療目的に利用するもの)などを用いて、自立した日常生活が送れるよう支援する医学的リハビリテーションの専門職です。理学療法は障がいのある人の治療から、障がいの発生が予測される人の予防までを対象としています。どちらの対象者にも、医学と障害学に基づいた評価を行い、個人の身体特性に応じた指導によって治療学的・予防学的な視点から支援します。対象者の状態を疾病・生活機能・運動機能面から今後の見通しを立て、関わります。



### ① 介護予防における役割

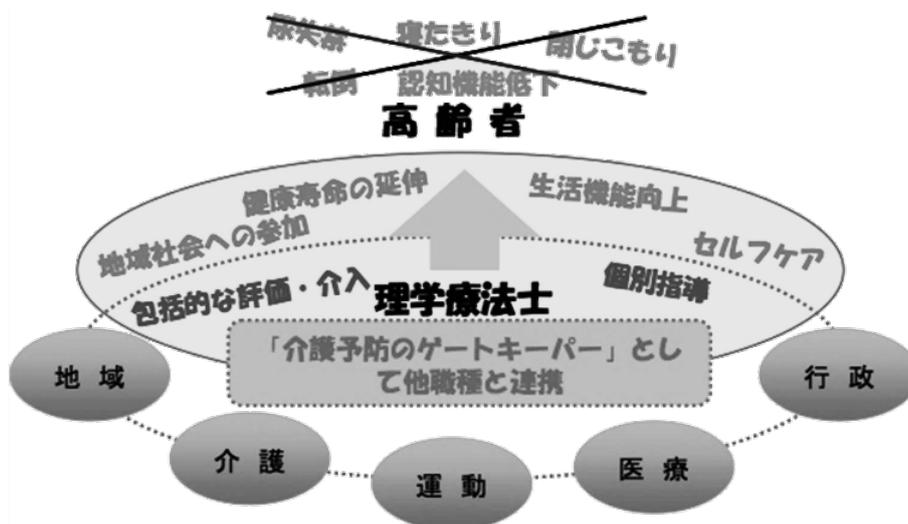
理学療法士は、高齢者の疾患特性や症状から、痛みの原因や対処方法を整理し、状態の見通しを立て、個々の目標に配慮しながら痛みの緩和や再発予防に対応するための適切な運動をコーディネートします。障害のある人だけでなく、予防段階からの機能の維持・向上のための具体的なアドバイスを行います。【図表29】

#### 【役割・機能】

- 参加者に対して<sup>9)</sup>
  - 運動器の機能向上を中心とし、理学療法の視点から一般市民の心身状況を評価し、目標設定をしながら、短期間で集中的に運動指導等を行う。
  - 心身の自己管理や運動習慣を得られるよう支援し、その変化を客観的に表出する。
  - 事業成果として、個々の日常生活における自立度を維持向上させ、要介護認定率を低下させることにより、社会保障費の抑制にも貢献する。
  - 機能回復練習などの高齢者本人へのアプローチだけでなく、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を行う。

- 運営スタッフに対して<sup>10)</sup>
  - 潜在的なリスクを把握し周知させる。
  - 何らかのリスクを抱えている参加者への対応を指示する。
  - エビデンスに基づいた運動処方を行い効率の良い運動メニューを提案する。

【図表29】介護予防における役割イメージ



## ② 地域ケア会議における役割

地域ケア会議において、理学療法士は、地域包括支援センターのアセスメント結果等から、検討対象者の予後予測を行い、課題解決に向けた具的な提案やリスク管理のアドバイスをを行います。作業療法士と同じく、生活の場における環境の評価、改善策の提案等、安全で動きやすい住環境の調整を行い、必要な場合には福祉用具の選定や使用方法について助言します。【図表30】

### 【役割・機能】

- 介護が必要な要因を、どの動作や姿勢が困難であるかの理由を特定する。
- その動作や姿勢が、心身機能のどの機能が起因しているかを特定し、その機能障害の予後予測を行う。
- 目標設定を行い、自立に向けた介護方法や環境設定について具体策を明示し、ケアマネジャーや看護・介護職・家族等と共有する。

【図表30】理学療法士は、まちの元気を支えます！<sup>6)</sup>

老化による身体機能の低下を運動によって遅らせることで「自分らしい生活」を守り続けます。



地域を支える理学療法士として、地域包括ケアシステムの構築のために私たちが協働します！

お気軽にお問い合わせください！

地域包括ケアシステム構築に向けて

**理学療法士が**  
**まちの元気を支えます！**

私たち理学療法士は、地域ケア会議と介護予防事業に積極的に取り組んでいます。



笑顔をあきらめない。  
公益社団法人 日本理学療法士協会

老化による流れ

元気に歩ける

↓

膝の痛みなどがあり歩きにくい

↓

歩けない

自助による健康維持・増進をサポートして元気な状態を維持する

その人に合った介護予防プログラムにより症状悪化を防ぐ

介護保険などを通じたリハビリテーションで今ある機能を活かす

理学療法士によるサポート

私たち理学療法士は、「生活の予後(将来)をみることのできる職種」です。「歩行」を中心とした日常生活に必要な動作を、医学的知識に基づく運動治療や評価により支えます。

※起きる、座る、立つなどの動作にも関係のことが言えます。

介護予防プログラム

行政向け冊子

介護予防プログラム

国民向け冊子

**地域ケア会議**

**Q**  
利用者さんは「もっと自分でやりたい」と要望されますが、ケアマネジャーとしてはできるかどうか不安なようです。

**A**  
理学療法士は、その方の身体機能に合わせて、できるだけ自立した生活を送り、かつ、その範囲を広げていくという視点からアドバイスします。

生活動作に必要な身体機能の評価

+

住環境と身体機能を考慮した生活の評価

↓

他職種の提案も身体機能から実現可能なかアドバイスします。



私たちは、健康増進センターやイベント会場などで、運動指導、体力測定や個別相談など、健康増進・介護予防に取り組んでいます。



**介護予防**

**Q**  
集団で運動指導をすると、健康面でちょっと問題がある人が無理をしないか心配です。

**A**  
個々の身体機能を評価しながらの集団指導は、理学療法士が得意です。また、虚弱な方に合わせたプログラムを作り、社会参加ができる方の幅を広げます。

**なぜ、理学療法士？**

膝の痛みがある方などでも、個別に専門的に身体機能を評価

↓

評価を基に運動プログラムを立案

↓

運動実施時に、効果的な動作を具体的にアドバイス

↓

定期的な評価とプログラムの見直しで効果アップ！

「都道府県理学療法士会」と、「日本理学療法士協会」が連携し、地域包括ケアシステムの構築に取り組んでいます。



地域ケア会議や介護予防でお困りの地域包括支援センターがあれば、お気軽にご相談ください！相談先は裏面に記載しています。

## (2) 評価ツール

---

### ① TUG (Timed Up and Go Test)

- 合図とともに座面高 45cm の椅子から立ち上がり、3m 先で方向転換し、椅子に戻って座るまでの秒数を計測。
- 高齢者の転倒リスクに有用な評価指標であり、13.5 秒がカットオフ値である。



### ② 立ち座りテスト (CS-30、CS-5)

- 30 秒間に、立ち座りを何回繰り返すことができるかを測定 (CS-30)
  - CS-30 の基準値 (62.6～83.2 歳) 17.3 回
- 立ち座りを5回繰り返す所要時間を測定 (CS-5)
  - CS-5 の基準値 (69.0～80.7 歳) 8.5 秒
- 基本は、上肢を使わずに行うか、又は、手を膝の上において行う。

③ BBS (Berg balance scale)

● 14項目からなるバランステスト

45点以下 ⇒ 複数回の転倒発生率増加、36点以下 ⇒ さらに転倒の危険増大

<p>評点：以下の各検査項目ではまる最も低い得点に印を付ける</p> <p>1) 椅座位から立ち上がり 指示：手を使わずに立ってください 4：立ち上がり可能。手を使用せず安定して可能 3：手を使用して一人で立ち上がり可能 2：数回の施行後、手を使用して立ち上がりが可能 1：立ち上がり、または安定のために最小の介助が必要 0：立ち上がりに中等度ないし高度の介助が必要</p> <p>2) 立位保持 指示：つかまらずに2分間立ってください 4：安全に2分間立位保持が可能 3：監視下で2分間立位保持が可能 2：30秒間立位保持が可能 1：数回の試行にて30秒間立位保持が可能 0：介助なしには30秒間の立位保持不能</p> <p>2分間安全に立位保持ができれば座位保持の項目は4点とし、着座の項目に進む</p> <p>3) 座位保持（両足を床につけ、もたれずに座る） 指示：腕を組んで2分間座ってください 4：安全に2分間の座位保持が可能 3：監視下で2分間の座位保持が可能 2：30秒間の座位保持が可能 1：10秒間の座位保持が可能 0：介助なしには10秒間の座位保持不能</p> <p>4) 着座 指示：座ってください 4：ほとんど手を用いずに安全に座れる 3：手を用いてしゃがみ込みを制御する 2：下腿後面を椅子に押しつけてしゃがみ込みを制御する 1：一人で座れるがしゃがみ込みを制御できない 0：座るのに介助が必要</p> <p>5) 移乗 指示：車いすからベッドへ移り、また車いすへ戻ってください。まず肘掛けを使用して移り、次に肘掛けを使用しないで移ってください 4：ほとんど手を用いずに安全に移乗が可能 3：手を用いれば安全に移乗が可能 2：言語指示、あるいは監視下にて移乗が可能 1：移乗に介助者1名が必要 0：安全確保のために2名の介助者が必要</p> <p>6) 閉眼立位保持 指示：目を閉じて10秒間立っててください 4：安全に10秒間、閉眼立位保持可能 3：監視下にて10秒間、閉眼立位保持可能 2：3秒間の閉眼立位保持可能 1：3秒間の閉眼立位保持できないが安定して立ってられる 0：転倒を防ぐための介助が必要</p> <p>7) 閉脚立位保持 指示：足を閉じてつかまらずに立っててください 4：自分で閉脚立位ができ、1分間安全に立位保持が可能 3：自分で閉脚立位ができ、監視下にて1分間立位保持可能 2：自分で閉脚立位ができるが、30秒間の立位保持不能 1：閉脚立位をとるのに介助が必要だが、閉脚で15秒間保持可能 0：閉脚立位をとるのに介助が必要で、15秒間保持不能</p>	<p>以下の項目は支持せずに立った状態で実施する</p> <p>8) 上肢前方到達 指示：上肢を90°屈曲し、指を伸ばして前方へできる限り手を伸ばしてください（検者は、被検者が手を90°屈曲させた時に指の先端に定規を当てる。手を伸ばしている間は、定規に触れないようにする。被検者が最も前方に傾いた位置で指先が届いた距離を記録する） 4：25 cm 以上、前方到達可能 3：12.5 cm 以上、前方到達可能 2：5 cm 以上、前方到達可能 1：手を伸ばせるが、監視が必要 0：転倒を防ぐための介助が必要</p> <p>9) 床から物を拾う 指示：足の前にある靴を拾ってください 4：安全かつ簡単に靴を拾うことが可能 3：監視下にて靴を拾うことが可能 2：拾えないが靴まで2.5~5 cm くらいの所まで手を伸ばすことができ、自分で安定を保持できる 1：拾うことができず、監視が必要 0：転倒を防ぐための介助が必要</p> <p>10) 左右の肩越しに後ろを振り向く 指示：左肩越しに後ろを振り向き、次に右を振り向いてください 4：両側から後ろを振り向くことができ、体重移動が良好である 3：片側のみ振り向くことができ、他方は体重移動が少ない 2：側方までしか振り向けないが安定している 1：振り向く時に監視が必要 0：転倒を防ぐための介助が必要</p> <p>11) 360°回転 指示：完全に1周回転し、止まって、反対側に回転してください 4：それぞれの方向に4秒以内で安全に360°回転が可能 3：一側のみ4秒以内で安全に360°回転が可能 2：360°回転が可能だが、両側とも4秒以上かかる 1：近位監視。または言語指示が必要 0：回転中、介助が必要</p> <p>12) 段差踏み換え 指示：台上に交互に足をのせ、各足を4回ずつ台にのせてください 4：支持なしで安全かつ20秒以内に8回踏み換えが可能 3：支持なしで8回の踏み換えが可能だが、20秒以上かかる 2：監視下で補助具を使用せず4回の踏み換えが可能 1：最小限の介助で2回以上の踏み換えが可能 0：転倒を防ぐための介助が必要、または施行困難</p> <p>13) 片脚を前に出して立位保持 指示：片脚を他方の脚のすぐ前にまっすぐ出してください 困難であれば前の脚を後ろの脚から十分離してください 4：自分で継ぎ脚位をとり、30秒間保持可能 3：自分で脚を他方の脚の前に置くことができ、30秒間保持可能 2：自分で脚をわずかにずらし、30秒間保持可能 1：脚を出すのに介助を要するが、15秒間保持可能 0：脚を出す時、または立位時にバランスを崩す</p> <p>14) 片脚立ち保持 指示：つかまらずにできる限り長く片脚で立ってください 4：自分で片脚を上げ、10秒間以上保持可能 3：自分で片脚を上げ、5~10秒間保持可能 2：自分で片脚を上げ、3秒間以上保持可能 1：片脚を上げ3秒間保持不能であるが、自分で立位を保てる 0：検査施行困難、または転倒を防ぐための介助が必要</p> <p style="text-align: right;">得点 _____ / 56</p>
--	--

#### ④ 改良版 F E S (Fall Efficacy Scale)

14 項目の活動を、転倒せずに行う自信がどのくらいあるかを回答してもらうもの。

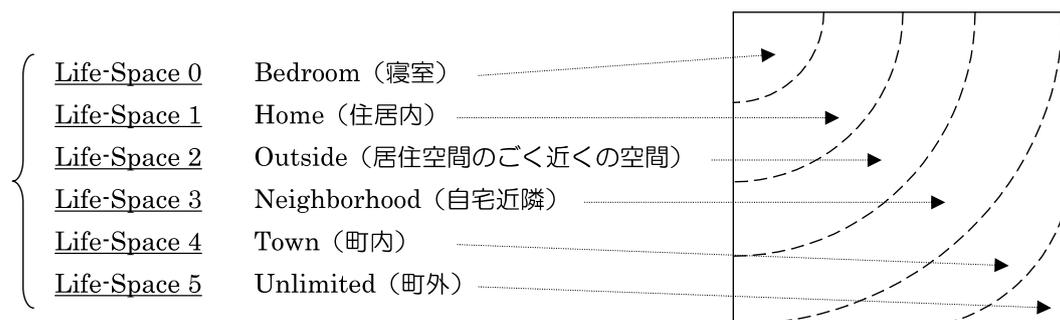
- 自宅での生活を基に、0 ～ 10 段階で回答する。

1	風呂に入る	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
2	戸棚やタンス・物置きの所まで行く	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
3	食事の準備（調理・配膳）をする	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
4	家の中の廊下や畳を歩き回る	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
5	布団に入る、布団から起き上がる	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
6	来客（玄関・ドア）や電話に応じる	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
7	椅子に掛ける・椅子から立ち上がる	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
8	衣服の着脱を行う	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
9	軽い家事を行う	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
10	軽い買い物を行う	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
11	バスや電車を利用する	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
12	道路（横断歩道）を渡る	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
13	庭いじりをする、又は洗濯物を干す	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
14	玄関や勝手口の段差を越す	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10

0: 全く自信がない ～ 10: 完全に自信がある

#### ⑤ L S A (Life-Space Assessment)

- 生活の中の移動を評価する指標
- 評価実施前の 1 ヶ月間における個人の通常の移動パターンを調べるのが目的  
(事項⑥に示す日本理学療法士協会が開発した包括的尺度 E-SAS に含まれている)



⑥ 包括的尺度 E-SAS (elderly-status assessment set)

- 日本理学療法士協会が開発
- 高齢者の複雑な健康状態を把握し、適切かつ効果的な運動・生活指導を展開するための包括的尺度
- 生活空間(LSA)、転倒に対する自己効力感(FES)、入浴動作能力、移動能力(TUG)、連続歩行距離、社会的ネットワーク(LSNS-6)の 6 指標から構成される。

⑦ F R I (Fall Risk Index)

- 6 点以上で転倒リスクが高い

		点数
過去1年に転んだことがありますか	はい	5
歩く速度が遅くなったと感じますか	はい	2
杖を使っていますか	はい	2
背中が丸くなってきましたか	はい	2
毎日お薬を5種類以上飲んでいきますか	はい	2

⑧ フレイルの判定

- 3 項目以上該当 → フレイル
- 1～2 項目該当 → プレフレイル
- 0 項目 → ノーマル(ロバスト)

<input type="checkbox"/> 体重減少 6ヶ月間で2、3kgの体重減少
<input type="checkbox"/> 筋力低下 握力低下(男性26kg未満、女性18kg未満)
<input type="checkbox"/> 疲労感 (ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする
<input type="checkbox"/> 歩行速度の低下 通常歩行速度1.0m/s未満
<input type="checkbox"/> 身体活動の低下 軽い運動・体操などを行っていない

質問紙版
<input type="checkbox"/> 6ヶ月間で2～3kgの体重が減少しましたか
<input type="checkbox"/> 以前にくらべて歩く速度が遅くなりましたか
<input type="checkbox"/> ウォーキング等の運動を週1回以上していますか
<input type="checkbox"/> 5分前のことが思い出せますか
<input type="checkbox"/> (ここ2週間)わけもなく疲れたような気がする

⑨ ロコモチェック

- ひとつでもあてはまれば、ロコモティブシンドロームの可能性あり。

片脚立ちで  
靴下がはけない



家の中で  
つまずいたり  
滑ったりする



階段を上るのに  
手すりが必要である



家のやや重い仕事が  
困難である

(掃除機の使用、  
布団の上げ下ろしなど)



2kg程度の買い物をして  
持ち帰るのが困難である  
(1ℓの牛乳パック2個程度)



15分くらい  
続けて歩けない



横断歩道を  
青信号で  
渡りきれない

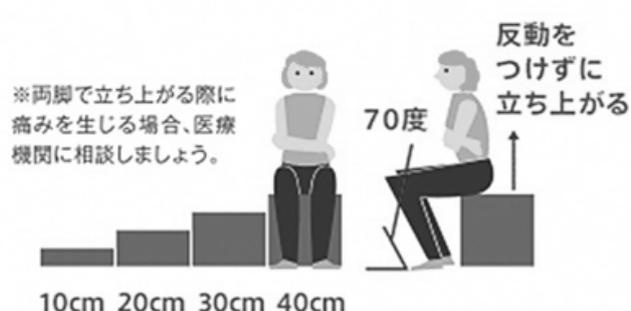


## ⑩ ロコモ度テスト

### 立ち上がりテスト

#### ● 両脚の場合

- (1) 40 cmの台に両手を組んで、両脚は肩幅くらいに広げ、床に対して脛が 70° になるよう腰掛ける。
- (2) 反動をつけずに立ち上がり、そのまま3秒保持する。



#### ● 片脚の場合

- (1) 40 cmの台から両脚で立ち上がった後、片脚でテストを行う。
- (2) 両脚のときの姿勢から、左右どちらかの脚を上げる。
- (3) 反動をつけずに立ち上がり、そのまま3秒保持する。



#### 注意すること

- ◆ 無理をしない
- ◆ 動作中に、膝に痛みがおきそうなときは中止する
- ◆ 反動をつけると、後方に転倒するおそれがあるので注意

### 測定結果

#### ● 片脚 40 cmができた場合

⇒低い台での片脚テストを行い左右とも片脚で立ち上がった一番低い台がテスト結果

#### ● 片脚 40 cmがでなかった場合

⇒両脚でテストを行い両脚で立ち上がった一番低い台がテスト結果

【難易度】

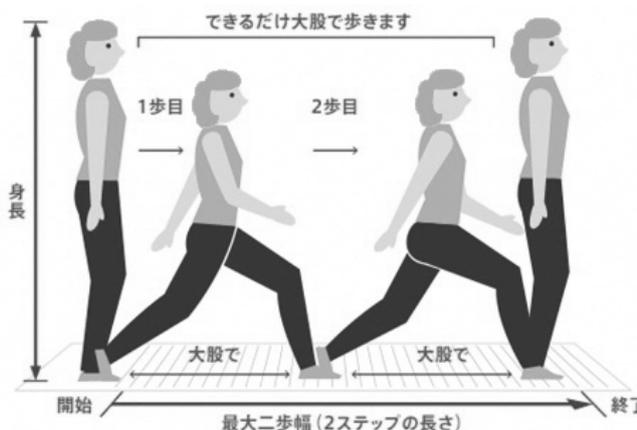
両脚 40cm < 両脚 30 cm < 両脚 20 cm < 両脚 10 cm < 片脚 40 cm < 片脚 30 cm < 片脚 20 cm < 片脚 10 cm

結果の判定方法

ロコモ度 1	どちらかの一方の脚で 40 cm の高さから立ち上がれない <ul style="list-style-type: none"> <li>● 「ロコモ度 1」は移動機能の低下が始まっている状態</li> <li>● 筋力やバランス能力が落ちてきているので、ロコトレを始める必要あり</li> </ul>
ロコモ度 2	両脚で 20 cm の高さから立ち上がれない <ul style="list-style-type: none"> <li>● 「ロコモ度 2」は移動機能の低下が進行している状態</li> <li>● 痛みを伴う場合は、整形外科受診が推奨される</li> </ul>

**ステップテスト**

- (1) スタートラインを決め両足のつま先をあわせる
- (2) できる限り大股で 2 歩歩き、両足を揃える(バランスを崩した場合失敗)
- (3) 2 歩分の歩幅を測定する
- (4) 2 回行い、数値が大きい方を採用
- (5) 以下の計算式で 2 ステップ値を算出



2 歩幅(cm) ÷ 身長(cm) = 2 ステップ値

結果の判定方法

ロコモ度 1	2 ステップ値が 1.3 未満
ロコモ度 2	2 ステップ値が 1.1 未満

- 注意すること
- ◆ 介助者のもとで行う
  - ◆ バランスを崩さない範囲で行う
  - ◆ 滑りにくい床で行う
  - ◆ ジャンプは行わない
  - ◆ 準備運動をしておく

## 2 作業療法士(OT)

### (1) 作業療法士の紹介

作業療法士は、病気や事故で身体に障害を負った人や精神障害の人が、自分の意志で、持っている力を発揮しながら生活を送ることができるように生活全般を支援します。【図表31～32】生活全般とは、身のまわりの生活行為(排泄・入浴・更衣・歯磨き・整容・睡眠など)、家事などの生活を維持するための生活行為(掃除・料理・買い物・洗濯など)、仕事などの生産的生活行為、趣味などの余暇的生活行為、地域活動などの生活行為までの幅広い範囲に及びます。その人の能力を引き出しながら、できないことを補う道具の工夫や環境調整を行うことにより、自立を支援するとともに、動作や生活行為だけに着目するのではなく、役割づくりや生きがいづくりを支援しながら、生きる意欲を高めるはたらきかけを行います。

【図表31】高齢期障害領域の OT  
在宅における装具の装着の指導



【図表32】精神障害領域の OT  
畑仕事によるコミュニケーション能力の促進



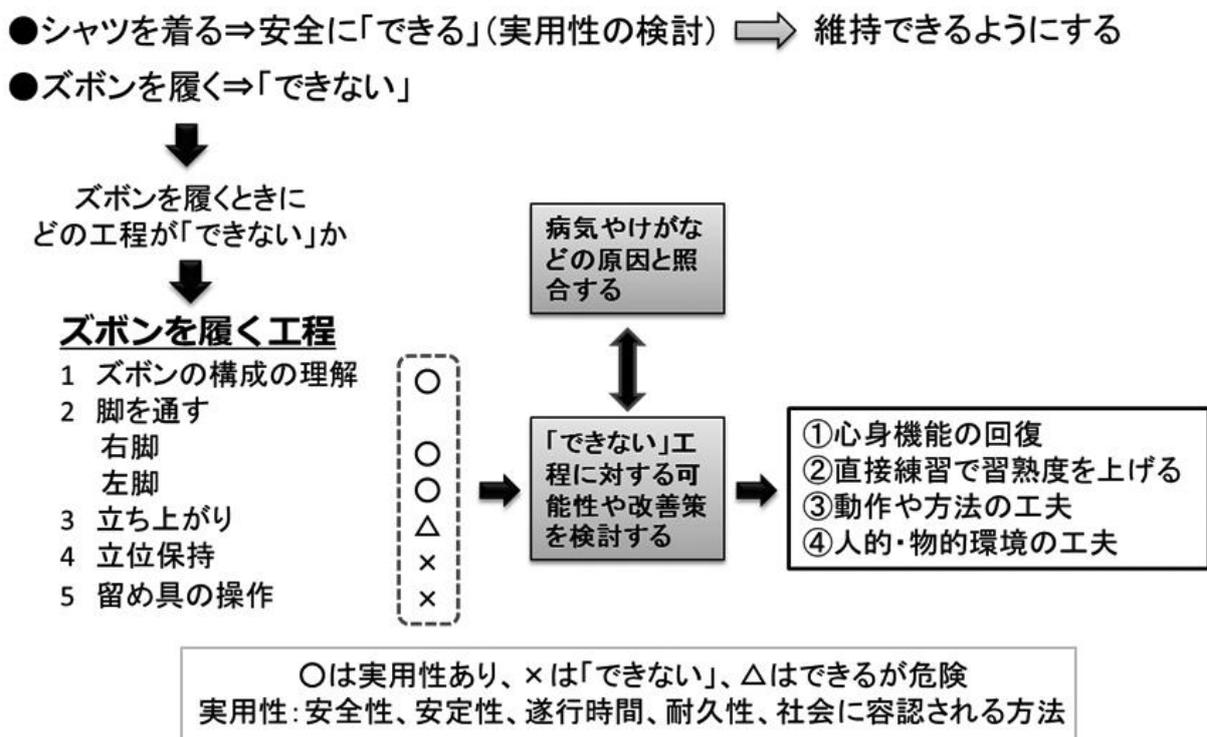
#### ① 生活行為の分析【図33】

作業療法士は、ひとつの生活行為を、その行為が成り立つまでの工程に分解してとらえ、自分のできるようにする方法を考えます。

まず、それぞれの生活行為(=作業)をその人の状態から「できること(していること)」、「できそうなこと(できるがしていないこと・できるが危険を伴うこと)」、「できないこと」に分類します。次に、「できそうなこと」や「できない」生活行為(=作業)に対して、その要因を分析します。この過程で、それぞれの生活行為(=作業)をいくつもの工程に分け、どの工程が「できること」で、どの工程が「できそうなこと」や「できない」のかを詳しく分類します。そして、「できそうなこと」や「できない」原因と「できること」にしていくための可能性や具体的プランについて検討を行い、①筋力や関節可動域などの改善によってどこまで

できるようになりそうか、②動作や方法の工夫によってできる部分はどこか、③動作練習等による習熟度を高めることによってできる部分はどこか、④人的・物的環境の調整が必要な点は何か、など、あらゆる角度から「できるようになる」ための方法を検討し、対象者ができるようになるまで伴走します。

【図表33】生活行為(更衣動作)の分析



## (2)生活行為向上マネジメント

### ① 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(MTDLP Management Tool for Daily Life Performance)は、日本作業療法士協会が開発した対象者援助のためのツールです。「したい・する必要がある・することが期待されている」という点に焦点をあて、対象者と目標を共有しながら、対象者自らが積極的に目標に向かって取り組んでいけるように構成されています。

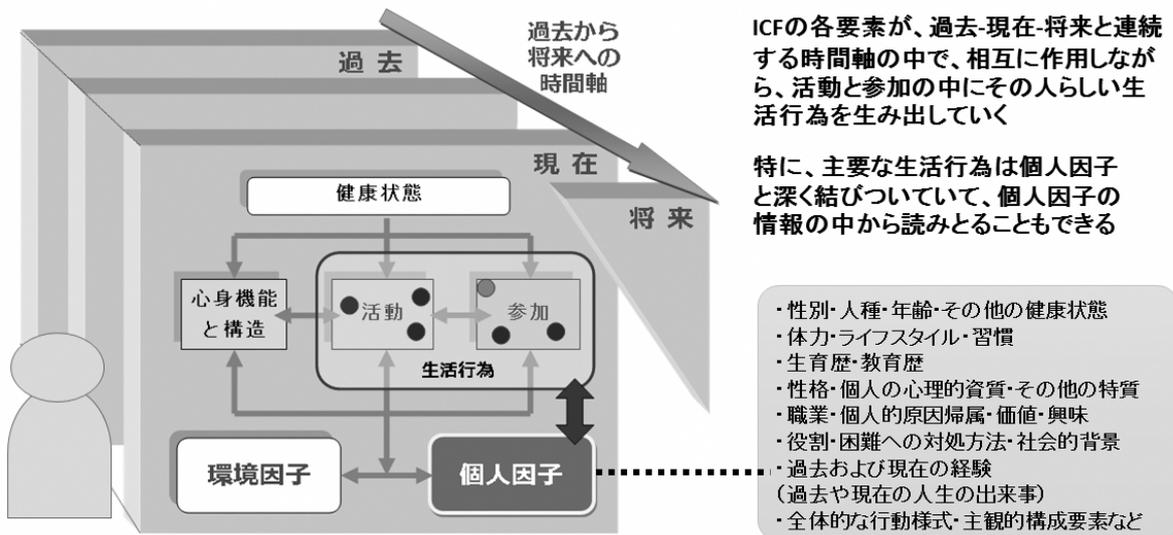
MTDLPは、ICFの概念である「心身機能と構造」「活動」「参加」の各因子と、対象者の経験や、趣味、役割、価値観などの個人因子、住まいや地域性などの環境因子を踏まえ、対象者を「生活する人」として総合的に捉えます。「心身機能・構造」「活動」「参加」のバランスをとり、対象者の人生や日常生活をイメージしながらマネジメントを行います。

人の生活は、「心身機能と構造」「活動」「参加」に加えて、個人因子や環境因子が相互に影響しあって、過去から現在、将来へと連続した時間軸の中で変化していきます。「昔熱心におこなっていたこと

がある」、「今はしていないが将来してみたい活動がある」など過去・現在・将来の時間軸がつながって、現在の自分の成り立ち(個人因子)に影響を与えています。対象者をより深く理解するために、時間軸を念頭に置きながら、丁寧に聞き取りを行うプロセスが大切です。聞き取った内容を、支援内容や方法に反映させていきながら、意欲を高めていきます。【図表34】

【図表34】MTDLPの包括的視点

**対象者の生活を、過去・将来まで一貫して「連続している生活」として理解し、支援する包括的アプローチの視点**



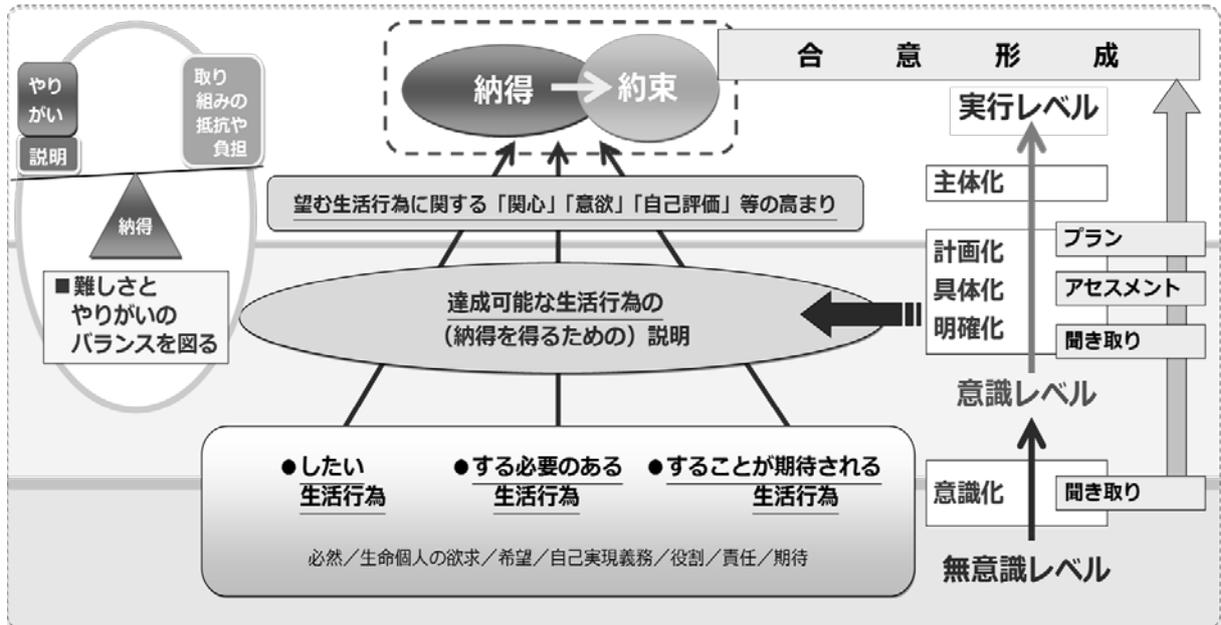
例えば、「立位保持が可能になった」というだけでは、生活行為向上マネジメントは完了しません。立ってられるようになったら、次は「立ったまま顔を洗う」「トイレでズボンをおろす」などのADLへ、さらに「立って洗濯物を干す」「庭の花に水やりをおこなう」などのIADLや趣味活動へ、そして「友人と映画を見に出かける」「公民館の100歳体操に参加する」といった社会交流や、サロン・サークル・ボランティア活動などへの社会参加までをめざしていきます。そのためには、地域に出かけていく場所があるか、助けてくれる人や利用できるサービスがあるかなど、地域資源を把握しておく必要があります。もしも、その地域に必要な活動やサービスがなければ、さまざまな機関や地域にはたらきかけ、社会環境をつくっていきます。

② 生活行為向上マネジメントの実際

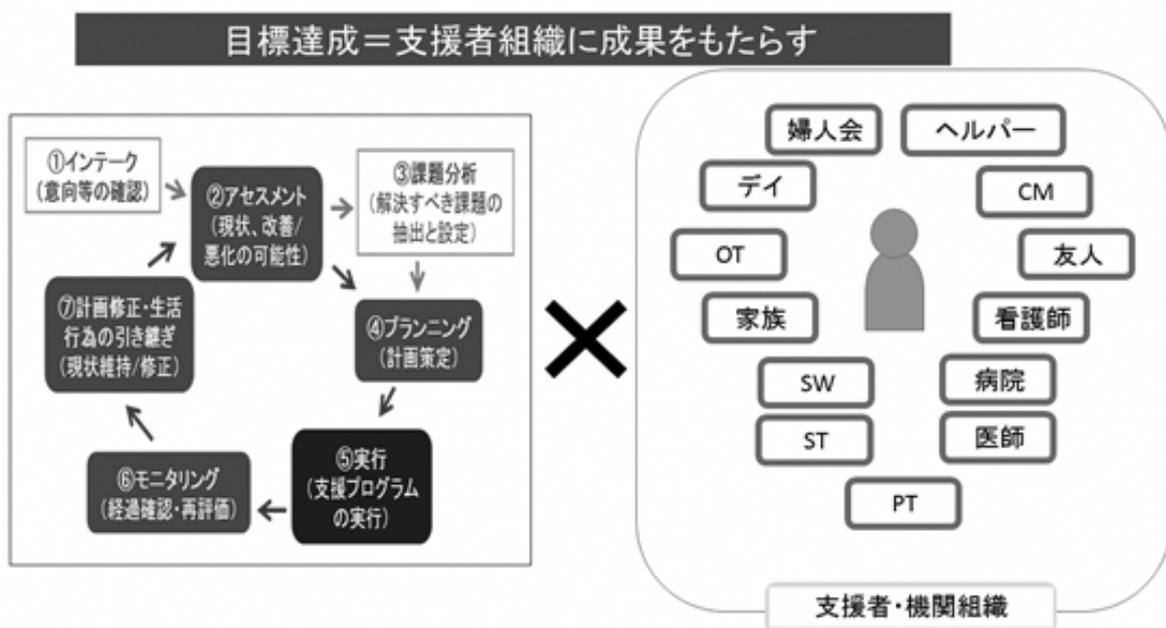
対象者に「困ったことはないか?」、「したいことはないか?」と尋ねても、なかなか明快な答えは返ってきません。はじめから、頭に浮かんでいることを言葉にして表現できるわけではなく、自分の中にぼんやりとある「意味のあること」を聞き取っていくことから始まります。そして、対象者とのやりとりの中で、

「意味のあること」を見つけ、実現に向かって計画化、具体化、明確化することで、対象者が自ら主体的に動き出すきっかけとなります。実現するためには、作業療法士だけでなく、他の専門職や家族、親戚、近隣住民と連携・協働し、チームアプローチで対象者の「やる気」を支援します。【図表35～36】

【図表35】実行への合意形成を得るプロセス



【図表36】多職種連携・多職種協働



### ③ 生活行為向上マネジメントのプロセス

生活行為向上マネジメントは、次のプロセスに沿って生活行為の障害に対する支援策を検討・実践する。

1. **インタビュー** 最初に、生活行為聞き取りシート（添付1）を用いて、対象者や家族が望む生活行為の聞き取りを行う。対象者がうまく言語化できない場合は、興味・関心チェックシート（添付2）を利用する。
2. **生活行為アセスメント** 生活行為向上マネジメントシートの上段（添付3）を用いて、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、その行為やその基盤となる（ADL などの）行為を制限している要因をICF（国際生活機能分類）に基づきアセスメントする。また同時に、現状での強みと、予後予測をアセスメントする。アセスメント結果をもとに対象者や家族と再度相談し、解決すべき課題と優先順位について合意形成を図る。合意された生活行為の自己評価を実行度・満足度、初期・最終に分け、10点満点で聞き取る。
3. **生活行為向上プラン** 生活行為向上マネジメントシートの下段（添付3）を用いて、生活行為ができるための支援計画を立案する。介入プログラムは、基本プログラム（心身機能に対するアプローチ）、応用プログラム（活動と参加に関する模擬的アプローチ）、社会適応プログラム（実際の環境における適応的アプローチと環境調整）に分け、作業療法士と本人、家族、他の支援者との分担関係を明確にする。
4. **介入** 実際に、本人の望む生活行為の向上に必要な練習・支援・調整を行う。
5. **再評価・見直し** 一定期間の介入後に、改めてアセスメントを行い、継続が終了かの判断を行う。継続の場合はアセスメントに沿って計画を見直す。
6. **終了：課題申し送り** 生活行為申し送り表（添付4）に生活行為向上マネジメントの実施結果や経過をまとめ、本人の生活支援に関わる介護支援専門員や介護職などの職種に、今後の生活行為の向上に必要な支援の方法などを申し送る。

出典：一般社団法人 日本作業療法士協会資料

## 〈実践例〉

事例は80歳代女性、4年前に夫と死別。水泳や友人との交流を楽しみながら一人暮らしをしていたが、脳梗塞を発症し入院。今後の生活を想像できず生活全般を受身に過ごしていた。発症1ヶ月後、回復期リハビリテーション病院へ転院し、作業療法にて生活行為向上マネジメントを用いて介入を行うこととなった。本人の希望は、『プールに行けなくても、家で一人暮らしの生活をしたい。』であった。本人の希望に対する阻害因子や、強み、予後予測をICFに基づいてアセスメント(次表参照)し、『車いすなしで身の回りのことをしたい。調理・洗濯を自分で行き、家に帰って一人暮らしをしたい。』という目標を共有した。

生活行為アセスメント	生活行為の目標	本人	1人暮らしに戻りたい			
		キーパーソン	本人の慣れ親しんだ地域で暮らし続けたい希望を尊重したい			
	アセスメント項目	心身機能・構造の分析		活動と参加の分析		環境因子の分析
	生活行為を妨げている要因	立位バランス低下 全身耐久性低下 記憶障害など認知面低下		立位・歩行でのADL未経験 家事動作未経験 外出・外泊の未経験		病院入院中 安全のため車いす使用 ADL見守り実施
	現状能力(強み)	上下肢の麻痺は軽度 上肢巧緻性は残存		コミュニケーション良好 両上肢使用可能 ADL見守り		娘さんの協力が得られる 近隣に友人が数名いる 自宅段差は少ない
	予後予測	立位・歩行はバランス再学習により獲得可能なレベル		立位・歩行が可能となれば、ADL全般可能となる		娘・友人の協力、介護サービス利用で1人暮らし可能
	合意した目標(具体的な生活行為)	①車いすなしで身の回りのことをしたい。 ②調理・洗濯を自分で行き、家に帰って一人暮らしをしたい。				
自己評価	初期	実行度 1/10	満足度 1/10	最終	実行度 8/10	満足度 9/10

アセスメントを基に、身体機能向上に合わせて、一人暮らしのための洗濯・調理など、具体的な家事動作や日課を管理する方法を取り入れるなかで、記憶の代償手段の獲得や本人が考える一人暮らし生活のイメージが作れるようプラン(次表参照)を立てた。プランは本人、家族、支援者に分けて記載。上段に計画、下段に実施した結果を記している。

生活行為向上プラン	実施・支援内容		基本的プログラム	応用的プログラム	社会適応プログラム
	いつ・どこで・誰が・何を実施・支援	本人	計画	立位バランス・歩行訓練 メモリーノート活用練習	病棟でのADL練習 家事動作練習
結果			立位・歩行可能 ノート活用を促し記入可能	病棟ADL見守りで可能 家事動作環境設定で可能	自宅での生活可能との確認可
家族(娘)		計画	飼い猫の餌をあげる 近所の方の近況を報告	外出・外泊練習で独歩でのADLを体験する	継続した外出・外泊訓練を実施する
		結果	猫を飼い続けられる 近隣友人関係を続ける	独歩での屋内移動・ADL可能	週末の外出・外泊を実施
支援者		計画	Ns・PT:歩行器評価導入 ノート記入促し MSW:早期訪問調整/ ケアマネ連携	Ns:病棟ADL歩行を促し 見守る (不安時は近位見守り)	ケアマネ:退院後の生活を話し合い、継続支援を行うことを本人に理解してもらう
		結果	独歩可能・ノート記入促し可能 早期訪問可能・ケアマネと病院間の連携可能	独歩でのADL可能	退院後の生活に対し、前向きな発言みられる

その結果、日中は独歩、夜間は歩行器による歩行が可能となりADLも入浴時の見守り以外は自立となった。当初1/10レベルであった本人の実行度(やれるという気持ち)と満足度は、最終確認時にはそれぞれ8/10、9/10へと向上した。地域のサービススタッフと連携し、メモリーノートを活用して自分で家事を行い、訪問介護に実施確認をしてもらい、転院から3カ月後に退院となった。退院後はプールのある通所介護に週2回通い、友達と外出するなど、楽しみと生きがいを持って暮らしている。

(添付1)

### 生活行為聞き取りシート

相談者		年齢	歳	性別	男・女
-----	--	----	---	----	-----

記入者名： \_\_\_\_\_ (職種 \_\_\_\_\_)

**認知症や寝たきりを予防するためには、家事や社会活動などの生活行為を維持し、参加していることが重要です。**

- そこで、あなたが困っているまたは問題を感じている(もっとうまくできるようになりたい、あるいは、うまくできるようになる必要があると思う)事柄で、良くなりたい、改善したいと思う事柄がありましたら、2つほど教えてください。
- もし、生活行為の目標がうまく思い浮かばない場合は、興味・関心チェックリストを参考に確認してみてください。
- 生活行為の目標が決まりましたら、次のそれぞれについて1～10点の範囲で思う点数をお答えください。
  - ①実行度・・左の目標に対して、どの程度実行できている(頻度)と思うか。  
十分実行できている場合は実行度 10点、まったくできない場合は実行度 1点です。
  - ②満足度・・左の目標に対して、どのくらい満足にできている(内容・充実感)と思うか。  
とても満足している場合は満足度 10点、まったく不満である場合は満足度 1点です。

生活行為の目標	自己評価	初回	最終
□A(具体的に生活行為の目標が言える) 目標1	実行度	/10	/10
	満足度	/10	/10
	達成の可能性	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
合意目標：			
□A(具体的に生活行為の目標が言える) 目標2	実行度	/10	/10
	満足度	/10	/10
	達成の可能性	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
合意目標：			

### ご家族の方へ

ご本人のことについて、もっとうまくできるようになってほしい、あるいはうまくできるようになる必要があると思う生活行為がありましたら教えてください。

生活行為向上マネジメント

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

出典：一般社団法人 日本作業療法士協会資料

(添付2)

### 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・親戚との回らん				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			

生活行為向上マネジメント

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

出典：一般社団法人 日本作業療法士協会資料

(添付3)

### 生活行為向上マネジメントシート

生活行為向上マネジメント

利用者： \_\_\_\_\_ 担当者： \_\_\_\_\_ 記入日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

生活行為 アセスメント	生活行為の目標		本人			
			キーパーソン			
	アセスメント 項目	心身機能・構造の分析 <small>(精神機能, 感覚, 神経筋骨格, 運動)</small>	活動と参加の分析 <small>(移動能力, セルフケア能力)</small>	環境因子の分析 <small>(用具, 環境変化, 支援と関係)</small>		
	生活行為を妨げ ている要因					
	現状能力 (強み)					
	予後予測 <small>(いつまでに, どこまで達成できるか)</small>					
合意した目標 <small>(具体的な生活行為)</small>						
自己評価*		初期	実行度 /10	満足度 /10	最終	実行度 /10 満足度 /10

\*自己評価では、本人の実行度（頻度などの量的評価）と満足度（質的な評価）を1から10の数字で答えてもらう

生活行為 向上 プラン	実施・支援内容	基本的プログラム	応用的プログラム	社会適応的プログラム
	達成のための プログラム			
	いつ・どこで・誰が 実施	本人		
	家族や 支援者			
実施・支援期間		_____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日		
達成		<input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> 変更達成 <input type="checkbox"/> 未達成（理由： _____ ） <input type="checkbox"/> 中止		

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

出典：一般社団法人 日本作業療法士協会資料

(添付4)

### 生活行為申し送り表

氏名：\_\_\_\_\_ 年齢：\_\_\_\_歳 性別（男・女） 作成日：H\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

退院後も健康や生活行為を維持するため、下記のとおり指導いたしました。  
引き続き継続できるよう日常生活のなかでの支援をお願いいたします。

担当者：

【元気な時の生活状態】		【今回入院きっかけ】 <input type="checkbox"/> 徐々に生活機能が低下 <input type="checkbox"/> 発症（脳梗塞など） <input type="checkbox"/> その他（_____）			【ご本人の困っている・できるようになりたいこと】
【現在の生活状況】（本人の能力を記載する） ※該当箇所にしをつける					【リハビリテーション治療における作業療法の目的と内容】
ADL項目	している	していないができる	改善見込み有	支援が必要	
食べる・飲む	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
移乗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
整容	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
トイレ行為	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
平地歩行	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
階段昇降	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
屋内移動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
屋外移動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
交通機関利用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	【日常生活の主な過ごし方】
買い物	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
食事の準備	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
掃除	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
洗濯	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
整理・ゴミだし	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
お金の管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
電話をかける	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
【アセスメントまとめと解決すべき課題】					
【継続するとよい支援内容またはプログラム】					

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

出典：一般社団法人 日本作業療法士協会資料

## 3 言語聴覚士(ST)

### (1) 言語聴覚士の紹介

ことばはコミュニケーションのツールとして、お互いの気持ちや考えを伝え合い、経験や知識を共有して日常の生活をしています。また、思考を明確にしたり、行動を制御する役割もあり、認知機能へも影響を与えていると言われていています。

ことばによるコミュニケーションには、言語、聴覚、発声・発音、認知などの各機能が関係していますが、病気や事故、加齢、発達上の問題などでこのような機能が損なわれることがあります。言語聴覚士は、ことばによるコミュニケーションに問題がある方に専門的に対応しており、さらに、誤嚥性肺炎など、摂食・嚥下の問題にも対応する専門職で、医師や歯科医師の指示のもと、嚥下訓練も行います。

ことばによるコミュニケーションの問題は、脳血管障害後の失語症をはじめとする高次脳機能障害、脳血管障害やパーキンソン病などの病気による、発声・発語の障害、聴覚障害、音声障害、ことばの発達の遅れなど多岐に渡り、小児から高齢者まで幅広く現れます。言語聴覚士はこのような問題の対処法を見出すために検査・評価を実施し、必要に応じて訓練、指導、助言、その他の援助を行います。

このような活動は、医師・歯科医師・看護師・理学療法士・作業療法士・歯科衛生士・管理栄養士などの医療専門職、社会福祉士、介護福祉士・介護支援専門員などの保健・福祉専門職、教師、心理専門職などと連携し、チームの一員として行います。

言語聴覚士は、医療、介護、保健、福祉、教育、行政など幅広い領域で活動し、コミュニケーションの面から豊かな生活が送れるよう、ことばや聴こえに問題をもつ方とご家族を支援します。

#### ① 介護予防における役割

- 聴覚・口腔機能・嚥下摂食機能の評価と今後の見通しを立てる
- 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
- 保健師などと同行訪問(聴覚の評価や補聴器等の助言・指導)
- 口腔機能・嚥下摂食機能の改善に向けた助言・指導
- 地域の失語症友の会や、サロンなど地域活動組織への支援・協力等

## ② 地域ケア会議における役割

- 摂食・嚥下障害、言語・高次脳機能、発声・発語機能の評価、聴力に関する評価やコミュニケーション方法に関する助言・指導
- 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など



## ③ 啓発活動における役割

- 「失語症」「摂食嚥下障害」「認知症」などを、住民向けにわかりやすく説明

## ④ 援助者に対するサポート

- 摂食嚥下障害の食事介助方法のアドバイス
- 聴力低下のある人とのコミュニケーションの取り方のアドバイス
- 失語症などコミュニケーションの障害のある人への接し方のアドバイス

## (2) コミュニケーションの工夫

---

### ① 失語症

失語症は、脳卒中や脳の外傷で、大脳のことばを理解し、生み出すことに関わる領域が損傷された場合に起こります。ことばの機能がすべて障害されるのではなく、聴く、話す、読む、書くといった脳と言語活動を行う器官(耳、口、目、手)との間の神経の結びつき、あるいは音、意味、文の組み立て、社会的状況に合わせてことばを使うこと、といったことばそのものの性質によつてうまく使えることと使えないこととの違いが起こります。例えば発音として話をすることはできなくても漢字で書くことができる、といったことが起こります。聴こえの問題ではないので、大きな声を出したからといって、理解しやすくなるわけではありません。聞こえていても理解そのものが難しいので、たとえば、私たちが、外国語を聴くようなものだと考えると、失語症を理解しやすいでしょう。また、「とけい」を「めがね」と言ってしまうなど、言い誤る(錯語)症状もあります。

言語を回復させる上でも、社会生活で他の人と交流する上でもよく保たれたことばの機能を用いて、

障害を受けた機能を補うことができます。うまく話をするのができなかつたとしても、意思を通じる方法があることを周りの方にわかってもらう必要があります。リハビリには時間と努力を要しますが、長い期間のうちに、回復が期待できます。

● 失語症の評価

- 失語症の検査は、スクリーニング検査、総合検査、掘り下げ検査があります。
- 総合検査は、標準失語症検査、WAB 失語症検査などが使用されています。
- 評価は、言語をはじめとする高次脳機能の各種検査、訓練室や病棟などでの行動観察、家族などからの情報を元に総合的に行われます

● 失語症の方のコミュニケーションの工夫

- 仮名より漢字の方が形態から意味をくみとりやすいこともあります。50音表(文字盤)は役に立ちません。
- 話題を急に変わると、話題についていけなくなります。相手が理解できていそうか、確認しながらやり取りします。文字など複数の方法で確認します。

② 構音障害

ことばを話す際には、呼吸器、喉頭、鼻咽腔、舌、唇、顎といった器官を使っています。これらの器官を、発声発語器官(発話メカニズム)といいます。構音障害(運動性発話障害、dysarthria)は、神経や筋肉の病気が原因で、発声発語器官のどこかに運動障害が起こり、うまく音を作ることができない状態です。例えば、脳卒中で舌とのどに麻痺が起こって呂律が回らない状態が、構音障害の特徴的な症状です。

構音障害(運動性発話障害、dysarthria)は、麻痺だけではなく、失調症や不随意運動などの筋肉の活動の異常や神経や筋肉の病気が原因で起こります。

構音障害と失語症の違いは、発声発語器官の筋肉の機能の障害とことばを操作する機能そのものの障害との違いです。失語症は、ことばを操作する機能が障害されるので、話すこと以外に、聴くこと、読むこと、書くことが難しくなります。多くの場合、ヒトの左大脳半球に言語中枢と呼ばれている領域があり、ことばの操作機能を司っています。失語症は、この領域の損傷によって起こるのです。構音障害は、ことばを操作する能力は正常なので、聴く、読む、書くことに問題はなく、ニュースを聞いたり、新聞を読んだりすることができます。手に障害がなければ、文字を書くこともできます。構音障害の方がうまく話すことができないのは、ことばを話すときに使う筋肉の活動が障害されているためです。

構音障害は、社会生活にさまざまな制約が生じますが、適切なリハビリテーションを受けることによって障害を克服できる場合が少なくありません。リハビリテーションは、さまざまな観点から実施します。発声

発語器官の運動障害は、機能改善訓練によって回復を図ります。たとえ後遺症として機能障害が残存したとしても、補助具を用いたり話し方の工夫をするといった代償的アプローチでうまく意図を相手に使えるようにします。残存した発声発語器官の運動障害が重度であるために口頭で意図を表出することができないとしても、筆談や声の出るコンピューターなどを活用して意図を表出することができます。重度の手の障害も合併しているからといって、あきらめることはありません。センサー・スイッチを用いてコンピューターを操作することができます。こうした点で構音障害は代償性が高いといえます。

#### ● 構音障害の評価

- スクリーニング検査を実施し、発話明瞭度や異常度など、声や構音の側面も評価します。
- スクリーニング検査で異常がみられたら、発声発語器官の筋力、運動範囲、運動速度などを精査します。
- 声については、発声持続時間、呼吸の状態、声質などを調べます。
- さらに発話速度やイントネーション、アクセント、リズムについて調べていきます。

#### ● 構音障害の方のコミュニケーションの工夫

- 手の動きや認知機能などに問題がなければ、書字や文字盤(50音表)の指さしなど、文字を使用します。
- ゆっくり、短い文で話してもらおうと、聞き取りやすくなる場合があります。
- それでも、聴き取りにくい場合は、「はい」「いいえ」で応答できるかたちで、問いかけてみます。

### ③ 摂食嚥下障害

摂食嚥下障害とは、食べる、咀嚼する、飲みこむなどすべてを含めた広い概念です。脳卒中やパーキンソン病、膠原病、腫瘍などのさまざま病気その他、老化や薬によっても起きることが分かっています。むせや、痰がらみの声、のどの違和感、微熱が続く、食物の好みや食事の仕方が変わるなどの症状がみられます。

この障害では、

- ① 誤嚥や窒息、低栄養、水分摂取困難などによる生命の危険
- ② 食べる楽しみの喪失

が大きな問題となります。

特に「むせない誤嚥」のある場合には、一段と危険性が高くなります。従来は、誤嚥によって肺炎を併発した場合には、口から食べることを禁止し、鼻から胃にチューブを入れるということが頻繁に行われていましたが、きちんとした評価、訓練の必要性が叫ばれるようになり、段階的に食べる訓練を行っ

たり、代償方法などが開発されています。具体的には、施設によって異なりますが、リハビリテーション科、神経内科、耳鼻咽喉科、歯科・口腔外科などの医師・歯科医師による診察をもとに、看護師、言語聴覚士、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、歯科衛生士などによる訓練がチームアプローチによって行われます。

● 摂食嚥下障害の評価

① 反復唾液飲みテスト

空嚥下(唾液を飲み込む)を30秒繰り返します。2回以下で嚥下障害を疑います。

② 改訂水飲みテスト

3mlの冷水を嚥下してもらいます。

③ 食物テスト(フードテスト)

ティースプーン1杯のプリンを摂食してもらいます。

④ 質問紙法

「摂食嚥下の質問紙」「嚥下障害リスク評価尺度」などを行います。

摂食嚥下の質問紙(一部抜粋)

A) 水分や食物などを飲み込んだ時や、飲み込んだ後にむせたり咳き込んだりします。

B) 飲み込んだ後に痰がらみの声になります。

⑤ 頸部聴診法

嚥下前後の呼吸音を聴診します。

⑥ 嚥下造影検査(VF)

● 医師が実施する検査です。

● 誤嚥の有無の評価に優れています。

● 造影剤を含む食品を実際に食べてもらい、X線を使って嚥下する際の器官や食塊の動きなどを観察・評価します。

● 体位や食形態を変え、誤嚥・残留しにくい条件を探す治療的検査としても行なわれます。

⑦ 嚥下内視鏡検査(VE)

● 医師が実施する検査です。

● 鼻から内視鏡を挿入し、摂食してもらい食物や唾液の咽頭残留などを観察・評価します。

● 被ばくがなく、ベッドサイドや在宅など、実際の摂食場面でも評価が可能です。

- 摂食嚥下障害のケア
  - 口腔ケアを行います。
  - 食後のほか、就寝前も口をキレイにしておきます。(夜間の唾液の誤嚥による肺炎の予防に)
  - 食材は、とろみをつけたりゼリー状にするなど、その方に合った飲み込みやすい安全な形態にします。
  - 口の中に食べ物を含んでいる状態の時に話しかけると、発話時の吸気と一緒に誤嚥しやすいので、飲み込んでから話しかけるようにしましょう。
  - 飲込むときの姿勢は、顎が上を向いている上を向くと気管の入口が広がって誤嚥しやすいので、顎を引いて飲み込むようにします。
  
- 摂食嚥下障害のリハビリテーション
  - ① 直接訓練(摂食訓練)
    - 食物を実際に食べてもらい、食べることを通じて嚥下する力を改善させ、食事をステップアップするための訓練です。
    - ステップアップするためには、専門家による十分な評価と継続的な間接訓練が必要です。
  - ② 間接訓練(基礎訓練)
    - 食物を用いずに、摂食・嚥下にかかわる器官(舌や喉)の働きを改善させる訓練です。
    - 体幹の訓練、呼吸の訓練、舌の運動訓練、発声訓練などがあります。

### ③ 聴覚障害

耳の構造は外耳道などの外耳、鼓膜や耳小骨などの中耳、蝸牛などの内耳に分けられます。外耳と中耳は、音を振動で伝える部分なので伝音系といい、内耳は電気信号で音を脳へと伝えるので感音系といいます。中耳炎など伝音系に問題があると伝音性難聴となり、内耳に問題があると感音性難聴になります。その両方に問題があると混合性難聴になります。伝音系の問題は、耳鼻咽喉科で治療を受ければ聞こえが改善が期待できます。しかし、感音系の問題を改善することは難しく、基本的には補聴器を装用することによって聞こえの問題を軽減するようになります。

特に乳幼児の場合、聞こえに問題があると言葉の習得に影響が出るため、伝音性難聴の場合は治療を受けること、感音性難聴の場合は補聴器を早期に装用することが必要です。中程度の難聴の場合は、音や言葉に対する反応が得られるために聞こえの問題を見落としがちです。言葉が遅れている場合や発音がおかしいと感じられた場合は、まず聞こえに問題がないかどうかを耳鼻咽喉科で調べてもら

うことが大切です。難聴が明らかになり補聴器が必要と判断された場合は、聞こえの程度、価格、操作性、審美性など様々な面から検討する必要がある、一人一人異なったものになります。補聴器を取り扱っている耳鼻咽喉科を受診しされることを勧めます。言語訓練は病院、難聴幼児通園施設、聾学校などで受けることができます。

● 聴覚障害の方のコミュニケーションの工夫

- 補聴器は、雑音も増幅してしまうので、なるべく静かなところで話しかけます。
- 左右差がある場合は良い方の耳に話しかけます。
- ジェスチャーや実物など手掛かりを組み合わせてコミュニケーションをはかります。
- 口唇をはっきり動かして、表情豊かに話しかけます。
- 加齢性難聴では、高音域から徐々に聞こえづらくなることが多いです。

● 補聴器の種類と機能

形状によって5つに分類されます。

① 耳あな形

- 耳あなに収まるタイプ。
- 耳あなにスッポリ収まる小型のものから、耳の外にまでくる大型のものまでいくつかのタイプがあります。
- 耳あなの形状ときこえの程度にあわせてつくるオーダーメイドタイプが一般的で、目立ちにくいですが、小さいため操作しにくく、最大出力を高くできません。

② 耳かけ形

- 耳にかけて使用します。
- 操作が容易で扱いやすい。
- 汗が入りやすいのが難点です。

③ ポケット形

- 本体をポケットに入れ、イヤホンとコードをつないで使用します。
- 操作は容易で価格も安価。
- コードが邪魔になったり、衣ずれ音が入ることがあります。

④ メガネ形

- メガネのツルの部分に補聴器を内蔵させています。
- メガネと補聴器を併用できるのが利点ですが、レンズと補聴器の両方を調整する必要があります。

⑤ デジタル補聴器

- 小さなコンピュータ(マイクロプロセッサ)が内蔵されています。

- 補聴器に入った音は、「アナログ／デジタル変換器」によってデジタル信号に変換され、デジタル信号に変換された音は、マイクロプロセッサで分析され、数学的に複雑な信号処理が施されます。
- アナログ補聴器よりも細かい分析・処理が行えるので、より元の音に近くなります。
- 分析・処理されたデジタル信号は、「デジタル／アナログ変換器」によって再びアナログの音に戻されます。
- デジタル補聴器が行う信号処理は、あらかじめ記憶させた各種の設定に基づいています。
- この設定は後から何度でも変更することができます。
- デジタル補聴器のメリットは、騒音の中でも会話が明瞭、音質・音量をその場にあわせて自動調整でき、電話の際におこるハウリング(ピーピー音)を抑える、各人に合わせやすい、といったことがあげられます。

#### ④ コミュニケーション障害

言葉に異常がなく、①喉頭摘出、②呼吸管理下、③閉じ込め症候群により、意思疎通に支障をきたす病態です。

- コミュニケーション障害のコミュニケーションの工夫

- ① YES/NO質問

- 2種類の異なる動作をすることができ、認知能力が保たれていれば、YES/NOの応答でコミュニケーションをすることができます。(例:「はい」の時に1回まばたきをする、「いいえ」の時に2回まばたきをするなど)

- ② 気管チューブの調整

- 気管切開で、構音器官に問題がなく発声が可能であり、かつ認知能力が保たれていれば、喉頭に呼気を送れるように気管チューブを調整したり、気管切開孔にスピーキングバルブを挿入することで発声・発話を試みることができます。

- ③ 電気喉頭、食道発声

- 喉頭摘出患者などで、声帯振動を起こすことができず外部の音源を必要とする場合に、電気喉頭を用いることがあります。
- また、声帯以外の部位を音源とする代用発声法として、食道発声があります。
- これは、口や鼻から空気を一旦取り込み、それを呼気のように出す時に食道入口部の粘膜を振動させて音源をつくる方法です。

④ 書字

- 発声発語器官に問題があり、発話が困難な場合には、書字によるコミュニケーションを考えます。

⑤ 文字盤・コミュニケーションボード

- 書字が困難な場合は、五十音表やコミュニケーションボードを指さしたり、読み上げた時に合図してもらうなどして、コミュニケーションをはかります。

⑥ 意思伝達装置

- パソコンなどのモニター上に表示された文字盤などを身体のどこかの部位を使って選択することが出来れば、意思伝達装置を介したコミュニケーションが可能となります。

## **資料 IV**

### **視察報告**

# 1 奈良県生駒市地域ケア個別会議

## (1) 視察の目的

自立支援型の地域ケア個別会議を先進的に実施している奈良県生駒市が、どのような工夫をしながら会議に取り組まれているかを視察することによって、岡山県で実施される地域ケア個別会議を発展・充実させていくことを目的とした。

## (2) 生駒市の基本情報

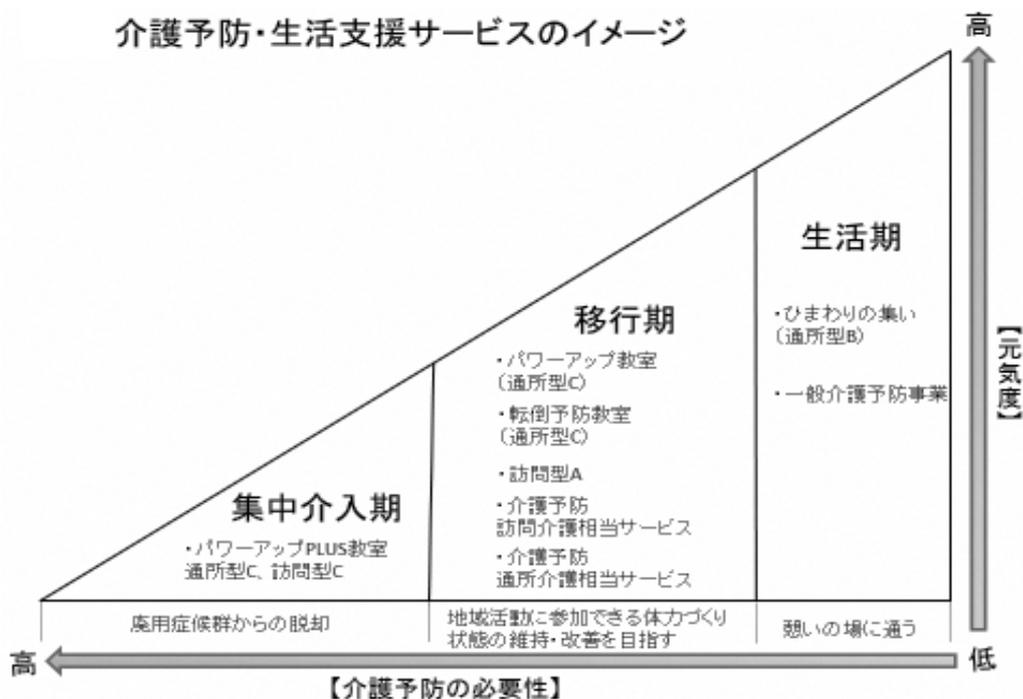
面積	53.15km <sup>2</sup>
人口	12万797人
65歳以上高齢者人口	1万7,973人
75歳以上高齢者人口	1万4,067人
要介護認定率	26.5%
地域包括支援センター	委託型6か所

(平成29年4月1日現在<sup>1)</sup>)



## (3) 生駒市の総合事業の構成

生駒市の総合事業は、下記のとおり。



### 「介護予防ケアマネジメントと通所型サービス C」<sup>1)</sup>

- パワーアップ PLUS 教室(通所型サービス C+訪問型サービス C)  
マシンを使用した筋力増強運動を中心に、身体・動作能力の改善を目指す。また、理学療法士等が自宅を訪問して、環境調整やトレーニング方法を助言する。
- パワーアップ教室(通所型サービス C)  
①運動 ②口腔 ③栄養 3つのプログラムにより、身体機能・動作能力、口腔機能や栄養状態の改善を目指す。
- 転倒予防教室(通所型サービス C)  
転倒を予防する運動や家庭内の環境調整に関する学習を通じて、転ばないための身体づくりを目指す。
- ひまわりの集い(通所型サービス B)  
閉じこもりがちな高齢者にレクリエーションや手作りの食事を提供する。
- 訪問型サービス A  
自宅内の掃除、買い物、調理などの生活支援を行う。
- 介護予防通所介護相当サービス  
デイサービスで食事、入浴などの生活上の支援や機能訓練を行う。
- 介護予防訪問介護相当サービス

## (4)生駒市の地域ケア個別会議の特徴

### ① 地域ケア会議の概要

生駒市では平成 24 年度の国のモデル事業参画を機に自立支援型地域ケア個別会議を実施している。対象者はパワーアップ PLUS 教室の利用者であり、約 30 例が 1 回の会議に挙がる形となっている。月に 1 回の頻度で開催され、パワーアップ PLUS 教室卒業までに初回・中間・終了前の合計 3 回が実施される。1 事例 10～15 分程度で 1 回の会議時間は約 3 時間程度である。

生駒市の地域ケア会議の目的は、日常生活に支障がある要支援者等の生活機能の低下要因を探り、ADL、健康管理、日常生活、移動や活動を評価し、個人・環境因子を明確にする中で、多職種が共同し個々人に必要な支援を模索し、個別の具体的な目標と支援内容・役割分担を明確化し、自立を促す支援を図ることである。また、本人のセルフケアの定着や家族力を高める支援も行いながら、短期間で効果を出す仕組み作りを徹底している<sup>1)</sup>。

会議の参加者は、保健師(市職員)、地域包括支援センター(代表者数名・認知症地域支援推進

員)、PTまたはOT、通所型C担当者(パワーアップPLUS教室委託事業者)、訪問型C担当者(市職員)、生活支援コーディネーターであり、居宅介護支援事業所へ委託されている事例ではケアマネージャーが参加する場合もある。生駒市には6つの地域包括支援センターがあり、1回の会議にそれぞれの地域包括支援センターの代表者数名が参加するため、事例を通じた学びや地域資源開発までの経緯を共有できるという特徴がある。

## ② 地域ケア会議までの流れ

一次アセスメントとして、各地域包括支援センター職員により事業対象者、要支援1・2の者から候補者が選定される。そして、二次アセスメントとして訪問型C担当者である市の保健師やリハ職、地域包括支援センタースタッフで事前訪問が行われる。その後、初回の地域ケア会議が開催され、パワーアップPLUS教室の利用が開始となる。教室の利用開始から1ヶ月後に中間会議、2ヶ月後に終了前会議が開かれる。

## ③ 対象者の選定

一次アセスメントにおける対象者は、地域包括支援センターの総合相談業務や市役所窓口での相談、介護保険新規認定申請または更新時、民生委員や地域住民からの相談などにより候補者がリストアップされる。また、地域包括支援センターの業務の一つでもある介護予防把握事業を活用している。具体的には、75歳以上の高齢者の中で一般介護予防事業に参加していない者に対して、基本チェックリストを郵送し実態把握を行っている。返送率は約85%で、未返送の15%の高齢者については、その中でも85歳以上であること、または75歳以上で夫婦とも一般介護予防事業へ参加していない者に対して地域包括支援センターから電話で実態把握をするなど、ハイリスクの対象を吸い上げる工夫がなされている。

## ④ 初回・中間・終了前会議について

初回会議では、目標の妥当性や支援方針、サービス内容、リスク管理について検討される。また、個人因子や環境因子に応じた関わり方の注意点などが議論される。中間会議では、心身の状態に応じて目標や支援内容のすり合わせが検討される。この時期より、卒業後の受け皿についても一部議論されることもある。終了前会議では、卒業後にどのようなサービスへ繋いでいくかが論点となる。リハ職は、対象者の課題や目標、支援方針について、疾患や障害を考慮した介入方法を提案していくことが求められている。

## ⑤ 地域ケア会議開催日までの流れと帳票について

会議開催 1 週間前までに、利用者基本情報、基本チェックリスト、二次アセスメントシート、診療情報提供書、地域ケア会議評価シート、介護予防サービス・支援計画書が生駒市市役所地域包括ケア推進室へ届けられ、市職員と会議へ参加する生活支援コーディネーターで事前協議が行われる。学びとなるケースの選定やポイントの整理、時間配分などが検討される。会議開催 3～4 日前には、参加者のもとへ上記の帳票が届けられる。

二次アセスメントシート、診療情報提供書、地域ケア会議評価シートについては生駒市独自のものを使用している。二次アセスメントシートは健康状態や ADL、IADL、社会生活、認知機能やうつなどに支障がある場合に、「いつごろから」生じているかが分かるよう項目が追加されている。診療情報提供書は、総合事業を利用するにあたり、運動の中止基準や血圧・脈拍の上限値を明確に記載する欄が存在する。医師会と連携することで、要支援の認定を持たない事業対象者においても、診療情報提供書を取得できるようになっている。地域ケア会議評価シートは、初回・中間・終了前の 3 地点で現状や課題、目標や支援のポイントなどが通所型・訪問型・包括それぞれの視点から記載できるシートとなっている。

## (5) 視察時の地域ケア個別会議の実際

生駒市の地域ケア個別会議では市職員や各地域包括支援センター職員、生活支援コーディネーターなど、総勢 40 名程度が1回の会議に参加している。そのため、事例に対して考えられる注意点や着眼点は広い視点でアセスメントすることが可能となっている。多くのさまざまな意見をまとめ、課題解決に繋がる検討に至るまでには、それを導く司会者の力量が重要である。視察時の会議では、司会者は参加者が意見した内容を否定することなく、特に必要である部分を抜粋し意向を確認することや、その意見を踏まえて他の参加者を指名し意見を求めるなど課題解決に向けて議論を展開させていた。発言が少ない参加者に対しては積極的に意見を求めるよう働きかけるなどの工夫が見受けられた。このような司会者からの働きかけにより、会議を通して発言のない職員はおらず、総勢 40 名が主体的に参加することができていると考えられた。会議の中で、事例によっては議論の終着点がまとまりにくいこともみられたが、その際には生活支援コーディネーターが一步引いた立場から総括をすることで司会進行を手助けされる場面もあった。意見を求める者、司会進行する者、それを助ける者といったように自然とチームワークがとれている様子であった。

初回、中間、終了前会議と3回開催される中で、パワーアップ PLUS 教室卒業を目前とした終了前会議では、特に活発な意見交換がされていた。そこで交わされる意見のほとんどが介護保険下での予防給付で利用できるサービスでなく、総合事業である通所型 C(パワーアップ教室、転倒予防教室)、通所型 B(ひまわりの集い)、住民通いの場などであったことも特徴的である。会議参加者が、パワーアッ

プ PLUS 教室卒業後に、事例に適したサービスに繋ぐことの重要性を理解しており、また生駒市にパワーアップ PLUS 教室以外の総合事業の受け皿が充実していることが考えられた。

## **(6)視察から学んだこと**

---

生駒市では平成 24 年度より自立支援型の地域ケア個別会議が開催されている。現在では 1 事例 10～15 分と短時間で会議が可能となっている。ケア会議の積み重ねで蓄積された事例を類型化し、効率的に検討できるよう工夫がなされている。事例の類型化により、アセスメントのポイントを絞ることができ、スムーズな会議進行ができていた。市職員、地域包括支援センター職員、リハ職、通所型 C 担当者、生活支援コーディネーターと一緒に時間をかけて経験を積み、またスキルアップして現在に至っていることが考えられた。岡山県で実施される地域ケア個別会議においても、会議を蓄積する中で、類似事例の検討をする際には過去の事例とどの点が共通していて、どの点が異なっているかを明確にする働きかけを司会者やアドバイザーであるリハ職が提議することによって、着眼点が絞れスキルアップに繋がることや会議進行がスムーズになっていくことが考えられた。

### **引用・参考文献**

1. 田中明美、北原理宜 地域でつくる介護予防ケアマネジメントと通所型サービス C 社会保険研究所 2017.10

## 2 茨城県シルバーリハビリ体操指導士

### (1) 視察の目的

茨城県では、シルバーリハビリ体操について学んだ高齢者が、ボランティアで地域の高齢者に体操を指導するという、介護予防の取り組みが県一丸となって実施されており、「住民主体の運営」による介護予防モデルとして注目されている。シルバーリハビリ体操の考案者である大田仁史先生は、介護予防の対象者を幅広く捉え、介護予防は、元気な高齢者からベッドで臥床を余儀なくされている人たち全てを対象にする必要があると述べている。

住民教育、住民主体の介護予防の場の立ち上げ・運営についての指導の実際を学び、住民や地域包括支援センター・市町村職員などへ、リハビリテーション専門職として提案を行い、高齢者への間接的支援が行えるようになることを目的に、NPO法人日本健康加齢推進機構主催のシルバーリハビリ体操指導士養成講師認定講習会に参加する機会を得たので、講習内容およびシルバーリハビリ体操指導士養成事業について報告する。

### (2) 茨城県の概要

面積	約6,100km <sup>2</sup>
人口	2,896,675人 (H29.10)
65歳以上人口 (率)	810,110 (28.3%) (H29.10)
75歳以上人口 (率)	386,143 (13.5%) (H29.10)
要介護認定率 (茨城県平均)	15.0% (H29.10)
地域包括支援センター	72箇所 (44市町村) 直営：29箇所 委託：43箇所 (H30.1.1)

### (3) シルバーリハビリ体操とは (内容)

シルバーリハビリ体操とは、茨城県立健康プラザ管理者である大田仁史先生が高齢者向けに考案した体操で、「シルバーリハビリ」という言葉には「最期まで身体として人間らしくある」という願いが込められている。

この体操は、介護予防や機能維持を目的に、運動学・障害学に基づいた 92 種類の体操から構成されており、「障害高齢者の日常生活自立度判定基準」(厚生労働省)に対応して段階的に体操を組み



## (4)茨城県が行う「シルバーリハビリ体操指導士養成事業」

平成 17 年度より開始されている、「シルバーリハビリ体操指導士養成事業」とは、茨城県における住民参加型の介護予防事業である。シルバーリハビリ体操指導士養成講習会を受講した概ね 60 歳以上の住民が、ボランティアでシルバーリハビリ体操を地域の高齢者に指導することで介護予防を促進する。「世のため・人のため・自分のため」というコンセプトのもと、自助・互助・共助を推進している。他方で、大田仁史先生が理事長を務める NPO 法人日本健康加齢推進機構では、茨城県内だけでなく、県外でのシルバーリハビリ体操の普及にも力をいれている。

茨城県の行うシルバーリハビリ体操指導士養成事業の【全体の目標】は下記のとおりである。

### ① 目指す社会

高齢者が介護を必要としないよう、また、介護が必要になっても、その能力を活かしながら尊厳を持って住み慣れた地域で暮らすことができるような、高齢者の自立を支援する社会。

### ② 指導士像

自治体と協力して、自助・互助・共助で地域づくりを担う。

高齢者を取り巻く環境の変化に関心を持ちながら、たえず学習し、自己啓発する意欲を持つ。

介護予防・リハビリ体操の知識の普及と実技指導を行う。

### ③ 目標達成の基本方針

高齢者が尊厳を持っていきいきと暮らしていける地域づくりの担い手の育成。

### ④ 育成すべき資質能力

介護予防とリハビリテーションの考え方の啓発と普及。

シルバーリハビリ体操の指導を行い、介護予防を促進する。

なお、シルバーリハビリ体操指導士には、3 級・2 級・1 級と階級があり、上記の【全体の目標】に沿って、階級ごとの養成講習会を行っている。各級養成講習会では、下記に示すように【学習目標】を掲げて目標や役割の違いが明確にされている。

#### I. 3 級養成講習会 (30 時間)

- 超高齢社会における介護予防の現状とシルバーリハビリ体操による介護予防事業と必要性を理解する。
- 解剖運動学、各種体操の実施方法や目的、注意点などを学習し、運動学・障害学に基づいたシルバーリハビリ体操について、理解する。

## II. 2級養成講習会(25時間)

- シルバーリハビリ体操普及事業の理解を深める。
- 高齢者や障害者の尊厳が守られる自助・互助・共助の地域づくりについて考える。
- 2級指導士として、指導士同士が地域活動に不安なく参加し、体操実技の向上や楽しいボランティア活動ができるような役割・指導方法・環境づくりについて学習する。

## III. 1級養成講習会(50時間)

- シルバーリハビリ体操指導士養成・普及事業の内容を理解する。
- 事業推進について、行政や指導士の連携方法・役割等を考える。
- 3級養成講習会の講師を担う知識と技術を養う。
- 地域の指導者としての役割を考える。

現在、茨城県内には、44市町村あり、人口は約2,905,000人(平成28年10月1日時点)で、シルバーリハビリ体操指導士は平成29年10月31日時点で8,121名養成されており、今後の目標は、3級10,000人、2級1,000人、1級100人である。ちなみに、平成28年3月までに養成されたシルバー体操指導士は7,803人、平成28年度までの活動実績は、体操教室の延べ開催数40,864回、指導士参加延べ数141,026人、住民参加延べ数608,340人である。将来的には、送迎や訪問指導、在宅要介護者への対応についても検討しているとのことである。

シルバーリハビリ体操指導士の活動は、自分にとってのメリットだけでなく、社会に出て介護予防を普及することによって、人のため・社会のために貢献できるため、社会参加のきっかけとなっており、当初は「自助」が目的であった場合でも、活動するうちに、お互いの健康を守り合う「互助」が促される。年齢を重ねていくごとに体操を行えなくなる人もいるが、シルバーリハビリ体操は、介護が必要になっても行える体操であることによって、そのような人たちも、シルバーリハビリ体操指導士を通して大切にできるようにというねらいがある。

他にも、シルバーリハビリ体操指導士には表彰制度があり、シルバーリハビリ体操指導士の活動の活性化を目的に、平成27年度から始まったもので、シルバーリハビリ体操指導士の活動を一定の年数以上行った場合などに、知事賞・保健福祉部長賞・健康プラザ管理賞等の感謝状が贈呈される。

### **(5)3 級指導士養成講習会の様子**

---

今回は、3級指導士養成講習会の初日を視察した。この講習会のねらいは、期待されるシルバーリハビリ体操指導士のあり方や、地域活動の実践者である3級指導士の役割について理解することである。3級指導士養成講習会は、超高齢社会における介護予防の現状とシルバーリハビリ体操による介

介護予防事業の必要性の理解、解剖運動学、各種体操の実施方法や目的、注意点などを学習し、運動学・障害学に基づいたシルバーリハビリ体操について理解するための講習会で、6日間(30時間)の講習カリキュラムで構成されている。この3級指導士講習会の初日のみ、茨城県立健康プラザで開催され、2日目以降は各市町村で、1級指導士が中心となって開催する。初日の講習会には、県内でも遠方から参加者が来ており、シルバーリハビリ体操指導士になるための熱意を感じた。

3級養成講習会の初日には、茨城県立健康プラザ管理者の大田仁史先生による「超高齢社会の介護予防とシルバーリハビリ体操」、茨城県立健康プラザ職員による「嚥下の仕組みと嚥下体操」、1級指導士による「解剖運動学(体の部位と関節の名称)」、茨城県立健康プラザ職員による「シルバーリハビリ体操」といった講義が行われた。

はじめに、大田仁史先生が、シルバーリハビリ体操を普及し活動する必要性の背景を説明した。大田仁史先生は茨城県内の高齢者の方々の中では知名度が高く、大田仁史先生のお話を聴くことを楽しみに参加されている人も多い様子だった。団塊の世代が75歳以上に突入する2025年問題など、暗くなりがちな話題を面白おかしく話され、受講者の興味を惹きつけていた。大田仁史先生は、2025年の医療介護問題に関して、「茨城県はシルバーリハビリ体操指導士の活動により対応が可能だと信じている」と述べ、自助・互助の精神をもって、できるだけ介護を受ける状態にならないよう、介護予防や地域での支え合いに取り組み、健康寿命を延伸すべきと話した。超高齢社会は、専門家や行政の問題だけでなく、自分自身の問題で、自分の子供や孫にこの問題を背負わせるのではなく、自分たちの健康は自分たちで守ろうと言い、受講者自身の危機意識や健康意識に訴えかけていた。また、その先2035年の多死・孤独死問題にシルバーリハビリ体操指導士がどう取り組むかを話されていた。茨城県内の2050年の人口分布を紹介され、3市以外は減少すると述べ、「人口が少なくなっても助け合う、ソーシャルキャピタル(社会関係資本)が豊かな地域を作りたい」と今後のビジョンを語っていた。

また、解剖学の講義では、1級指導士が実際に講師になって講義を行っていた。1級指導員が、「前腕部」「大腿部」など3回斉唱後に写字させて講習参加者に覚えてもらっていた。また、その日の最後にレポートが配布され、感想や反省点などを記入し、次回の講習会で提出するようになっている。他にも、2回目以降の講習会では、毎回、復習の小テストを行う。この小テストは、1級指導士の指導による受講生の理解度を知り、今後の指導の仕方を改善するための検討材料であり、小テストができなかったからといって不合格というわけではない。

その他の講義では、茨城県立健康プラザの専門職が、嚥下の講義やシルバーリハビリ体操の実演を行っていた。こうした専門的な講義があることが、シルバーリハビリ体操の参加者の真剣さを生み出しているように思われた。

## **(6) シルバーリハビリ体操指導士が運営する介護予防教室の実際**

水戸市東部支部のシルバーリハビリ体操指導士が運営する教室を見学した。東部支部には13カ所

の教室があり、その一つの柳提荘教室では、老人福祉センターを会場に、70代後半～80代を中心とした高齢者が26人参加していた。この教室は5年目を迎えており、参加人数の平均は約20～30名で、月に2回の頻度で開催しているとのことであった。この柳提荘教室の参加者に対して、9名のシルバーリハビリ体操指導士が、いきいきヘルス体操・いきいきヘルスいっぱつ体操・嚙下体操・発声練習の中から組立てた体操を分担して指導していた。なお、柳提荘教室には、畳の部屋しかないため、床上でできる体操をシルバーリハビリ体操指導士が組み立てて実施している。

実際の教室での体操は、壇上にシルバーリハビリ体操指導士が上がり、ホワイトボードに、体操教室の目的・効果などが書かれた紙を貼って、この体操は何を目的とし、どんな効果があるのかを強調して説明し、日常生活にどう活かすかまで伝えることにより、参加者が体操に取り組む動機づけを行っていた。

【図表38～39】

【図表38】



【図表39】



シルバーリハビリ体操指導士の熱心に指導する様子は、リハビリテーション専門職に引けをとらないような指導であった。そして、教室に参加されている方々も、シルバーリハビリ体操指導士の熱気に引っ張られて、真剣に取り組んでいた。

また、シルバーリハビリ体操指導士が参加者の間をぬって、体操が正しく行われているかをチェックし、アドバイスしていた。安全かつ効果的な体操が実践できるよう、声掛け・見守りを行い、シルバーリハビリ体操指導士は参加者に触れて指導は行わないなど、体操教室のリスク管理も徹底されていた。

## (7) シルバーリハビリ体操指導士と市町村の相互支援（水戸市の場合）

水戸市でシルバーリハビリ体操指導士養成講習会が始まった当初は、各期の講習会の仲間でグループをつくっていた。8期生までのシルバーリハビリ体操指導士でグループが出来上がったとき、養成講習会開始から、ちょうど1年が経っており、水戸市全体で取り組まないといけないという意識が芽生え、住民自ら水戸市シルバーリハビリ体操指導士の会を立ち上げたと話していた。このシルバーリハビリ体操指導士の会では、定例会や研修会など自分達のレベルアップや支部ごとの情報交換も頻回に

行っており、活動に対する意識が高い。

また、水戸市シルバーリハビリ体操指導士の会は、平成 24 年度より、水戸市役所から介護予防事業（介護予防教室の運営）を委託されている。委託料の他に、水戸市シルバーリハビリ体操指導士は年会費 1,000 円を出し合い、これらの体操教室を運営している。

水戸市内の介護予防教室は約 100 会場あり、支部ごとに、会場へのシルバーリハビリ体操指導士の派遣など、コーディネートを行っている。約 100 会場のうち、2/3 がシルバーリハビリ体操を実施しており、その他の 1/3 は、認知症予防教室が実施されている。

なお、水戸市は平成 26 年に、全国の市町村(約 1,700 カ所)の中で、介護予防に参加している人ランキング 10 位以内を獲得している。体操教室をいつどこで開催しているかは、市が年 1 回、教室の一覧表を広報誌などで周知していて、他にも、行政と指導士会でシルバーリハビリ体操をしていない地域の開拓や、シルバーリハビリ体操指導士の増員・養成のため、県・市の広報、口コミ、声掛けを実施している。通いの場は増加しつつあり、空き家・空き店舗を利用しているとのことで、通いの場の運営を担う人材が必要とされている。

さらに、水戸市シルバーリハビリ体操指導士の会では、シルバーリハビリ体操指導士に対し、レベルアップ研修会、ステップアップ研修会を開催し、継続的にフォローアップを実施している。また、持続可能な活動のために、教室運営や参加者の支援などで、「一人に負担が集中しないようにするのが一番上手くいくコツだ」と話しており、シルバーリハビリ体操指導士の会や市がそれを配慮している。

## **(8) シルバーリハビリ体操指導士の活動を始めた動機**

---

教室終了後、シルバーリハビリ体操指導士の方との意見交換の場で、シルバーリハビリ体操指導士を行うきっかけについて尋ねると、シルバーリハビリ体操指導士の志望動機は、自分の健康維持のため、生活の質の維持のため、人の役に立ちたい等という理由でなる人が多かった。シルバーリハビリ体操指導士の資格取得者の約5割は、シルバーリハビリ体操の活動に関わっているとのこと。しかし、受講はしてみたが、「思っていたのと違う」や、「やはり自分では無理」等の理由で辞退される人も少なからずいる。

シルバーリハビリ体操指導士となった動機としては、「いつまでも健康でいたいという自分のために実施した」、「筋力低下を感じた自分のため」、「定年後、地域の役に立ちたいと思った」、「地域の高齢者が少しでも楽しめる教室をつくりたい。また、自分の存在が感じられる教室にしたい」などであった。

## **(9) シルバーリハビリ体操指導士の組織について**

---

大田仁史先生は、住民活動には、「活動家を選ぶ」・「育てる」・「褒める」・「組織する」・「フォローする」が欠かせないと考え、シルバーリハビリ体操指導士養成事業で整備し展開してきた。

現在、茨城県内のシルバーリハビリ体操指導士の組織は、

1. 全県の連合会(全県)
2. エリアごとの協議会(県内5エリア)
3. 市町村ごとの会(各市町村)
4. 市町村内の支部会(市町村内の各支部)

と階層別に組織されており、県内全域で連携がとれる体制にある。

例えば、「4.市町村内の支部会」である、「水戸市シルバーリハビリ体操指導士の会(東部支部)」の会員は、53名(男性:14人、女性:39人)おり、「3.市町村ごとの会」である、「水戸市シルバーリハビリ体操指導士の会」には、会長・理事・役員・会計監査・研修委員がいる。月に1度、水戸市内の各支部の役員等が集まり、全市での会議を実施。その他にも、月に1回、支部ごとの集まりもある。また、これらの会議に出席していない会員には、会議の内容を通知するなどして、組織内での情報共有を徹底している。

シルバーリハビリ体操指導士の活動は、介護予防のみに留まらず、関東豪雨災害の際、茨城県内で被災した地域に避難所ができた時に、シルバーリハビリ体操指導士たちが、その避難所に訪問し、被災者の話の傾聴や体操の実施、エコノミー症候群の予防等を行って応援をした。後に、このことについて、県知事から連合会へ感謝状が贈られている。

さらに、平成23年の東日本大震災の時には、多くの人が避難所生活を強いられたが、北茨城・高萩市の避難所に利根町のシルバーリハビリ体操指導士が自主的に訪問し、厚生労働大臣から表彰を受けたと聞き、指導士の自主性の高さが伺われた。その後、いわき市など福島県でも、シルバーリハビリ体操が導入され、県を超え、この体操が広がりつつあることを知った。

そうした避難所での活動から、現在では、起居動作の介助方法や、車椅子の介助方法、身体介助法もシルバーリハビリ体操指導士養成講習会のカリキュラムに加えられている。

また、高齢者が被害に遭いやすい特殊詐欺の防止の呼びかけなどを警察から任されるなど、互助の精神で様々な活動に広がりを見せている点も効果的な活動であると言える。

## (10) さいごに

---

今回の研修は、シルバーリハビリ体操養成講師認定講習会のステップ1の受講であったが、茨城県の介護予防の取り組みについてふれることができ、とても有意義な研修であった。

最初に、茨城県健康プラザの介護予防推進部長が言った、「シルバーリハビリ体操普及の姿勢、シルバーリハビリ体操指導士の育成、シルバーリハビリ体操指導士の活躍を見てほしい」という言葉が思い出され、この体操普及にかける熱い想いを感じる。

シルバーリハビリ体操指導士養成事業では、介護予防に必要な知識と目的や役割を心得るカリキュラムが確立されており、自信を持って活動する場があることや、組織での活動によって一人に負担が集中しない等によって、活動を継続しやすいと考える。他にも、シルバーリハビリ体操指導士には、高齢者の特徴や緊急時の対応などを意識したリスク管理が細かに伝えられており、それを遵守していることも安全に活動を継続するためには重要なことである。また、自信を持って活躍することで、シルバーリハビリ体操指導士のモチベーションが持続し、結果としてシルバーリハビリ体操指導士自身の介護予防にも繋がっている。

大田仁史先生によると、シルバーリハビリ体操指導士養成には、4つのコツがあるという。

- ① 養成講習には十分な時間を費やすこと
- ② 養成後のフォロー体制を構築しておくこと(わからない時にすぐに相談できる体制、感謝状などでしっかり褒めることなど)
- ③ 広報は細かく行い、必ず公募すること(公募することで住民の中から活動家が出る)
- ④ 住民を賢く育てるという視点をもつということ

である。

十分に時間を費やすことで、シルバーリハビリ体操指導士自身に「こんなに時間をかけて勉強したのだから何かやらないともったいない」と動機づけを行う。そこから、住民の「やりたい」という意欲を引き出している仕組みは素晴らしい。また、シルバーリハビリ体操指導士養成講習会の受講者を広く公募することで、住民の中から活動家が集まり、普及をしていきやすくなる。さらに、組織づくりについて、まずは皆が繋がりを築くようにすることが大切ということだった。シルバーリハビリ体操指導士を養成したままにするのではなく、持続的にフォローする体制を整えること、感謝状などで「褒める」ことを大切に行うことで、住民を賢く育てることができるとアドバイスがあった。

住民同士での自助・互助という地域活動を支援していくため、住民のやる気と力の引き出し方が今後の事業の展開にとっても参考になった。

また、平成29年5月時点の日本の高齢者人口は約3,448万人で、そのうち、後期高齢者は1,700万人で、高齢人口の49.3%にあたり、要介護者は634万人という具体的な数字をシルバーリハビリ体操指導士養成講習会の受講者に大田仁史先生が訴えかけていた。このことに関わる津波が三波きているとすることで、2015年は年金問題、2025年は医療介護問題、2035年は多死・孤独死問題についてである。この10年が運命の10年と言われていた。大田仁史先生の、「宿命は変えられないが、運命は変えられる」という言葉が印象的で、要するに、人口ピラミッドの形は変えられないが、高齢になっても自助・互助・共助の精神で健康を維持することで、これらの問題は解決に近づくということだった。

具体的には、自助・互助でお互いの健康を守り合い、若い世代の支援を受けることをできるだけ最小限にして、団塊の世代の1.5～2割を元気高齢者に変え、それが介護保険料等の共助に関わる部分にも影響が及んでくるという事だった。

以上のように、大田仁史先生は、「シルバーリハビリ体操指導士自身が、関節拘縮などを作っ

けない、少なからずプライドを持って活動してほしい」と自助を促していた。シルバーリハビリ体操は「3 ため体操」で、「世のため(要介護者減れば、自治体の経済効果)、人のため(身体機能向上、社会性の獲得)、自分のため(活力年齢の若返り、生きがい作り)」というように、共助・互助・自助を動機づけるのも印象的だった。

また、シルバーリハビリ体操は、いつでも、どこでも、一人でもできるのが特徴で、リズムや重りを使ったご当地体操もいいが、いずれできなくなった時に、リハビリテーションの治療法を体系化させたシルバーリハビリ体操がベースに必要と述べていた。シルバーリハビリ体操指導士が、身体機能の低下した人でもできる体操の方法を知っておくことで、リハビリテーションの思想の普及や、体操教室から脱落していく人を防止する役割が担え、幅広い対象に介護予防の活動を提供できると感じた。そして、これが住民同士の支え合いの機運を高め、地域での支え合いも促進すると感じた。

実際、この事業の成果として、小澤らは、シルバーリハビリ体操指導士の暦年齢と活力年齢を比較した結果、暦年齢が 65.3 歳±4.7 歳、活力年齢は 56.7 歳±8.2 歳となり、活力年齢が暦年齢よりも有意に若かったと報告している。シルバーリハビリ体操指導士は、中等度の運動習慣者等と同等に活力年齢が若いことが推察され、包括的健康度の高さが示唆されたとしている。また、シルバーリハビリ体操指導士として活動で得た効果として、「人との交流が増えた(81.9%)」、「自身や家族の健康管理を心掛けるようになった(73.3%)」、「他者から感謝されるようになった(54.7%)」と回答した割合が多く、シルバーリハビリ体操指導士の活力年齢を若くする要因の 1 つと考えられる。体操に参加している地域住民の変化として、小澤らは、「友人や仲間が増えた(62.6%)」、「元気が出た(54.9%)」、「日常生活の動きが楽になった(54.8%)」の回答が多く聞かれたと報告しており、地域の要介護認定状況においても、体操普及状況と軽度の要介護認定者の割合の増減との関係で、有意な相関関係が認められ、積極的なボランティア活動により、地域における軽度の要介護認定者の増加が抑制される可能性が示唆されたとしている。

さいごに、介護予防のための通いの場には、住民主体で継続的に運用できるシステムが必要であり、行政やリハビリテーション専門職等が定期的に支援し、体操についていけないなどの理由で通いの場から離脱していく人を増やさないよう、元気な人から支援が必要な人まで全てが続けられる介護予防を推進していくことが重要だと考える。

岡山県でも、茨城県の介護予防の取組の良い点を取り入れていけたらと考えている。

## (11) 謝辞

---

今回シルバーリハビリ体操指導士養成講師認定講習会ステップ 1 を企画・実施していただきました、NPO法人日本健康加齢推進機構の皆様、茨城県立健康プラザの皆様、茨城県内シルバーリハビリ体操指導士の会の皆様、水戸市高齢者福祉課の皆様、ならびに関係者の皆様に心から感謝申し上げます。

引用・参考文献

1. 小澤多賀子、田中喜代次、清野論、山田大輔、大森葉子、大田仁史：地域在住高齢者による介護予防ボランティア活動と要介護認定状況の関連、健康支援、16(1)、7-13、2014
2. ㈱日本能率協会総合研究所 社会環境研究事業本部：平成 28 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業 地域づくりによる介護予防の取組の効果検証・マニュアル策定に関する調査研究事業 地域づくりによる介護予防を推進するための手引き【都道府県による市町村支援・総合事業展開編】、㈱日本能率協会総合研究所社会環境研究事業本部、2017
3. 小澤多賀子、田中喜代次、大田仁史：住民ボランティアによる介護予防体操普及活動の成果、高齢者ケアリング学研究会誌、6、11-19、2015
4. 大田仁史、小室明子：介護予防・スーパーシステムいばらき～進化を続けるシルバーリハビリ体操指導士養成事業～、介護保険情報、183、30-33、2015
5. 小澤多賀子、田中喜代次、清野論、重松良祐、大森葉子、大田仁史：高齢の介護予防ボランティアによる体操普及活動の有益性、健康支援、17(1)、15-26、2015
6. 厚生労働省：これからの介護予防、厚生労働省ホームページ
7. 茨城県保健福祉部：シルバーリハビリ体操指導士養成講習会テキスト Ver.1、2005
8. 小澤多賀子、田中喜代次、藪下典子、清野論、大森葉子、大田仁史：介護予防ボランティア活動に従事する地域在住高齢者の活力年齢、健康支援、16(2)、21-28、2014
9. 大田仁史、小室明子、今絵理佳、大川沙緒里、塚田優子、齋藤由香、古澤綾、武田直子：シルバーリハビリ体操指導士養成講習会テキスト、NPO 法人日本健康加齢推進機構、2017
10. 茨城県立健康プラザ：シルバーリハビリ体操指導士養成講習会みちしるべ、NPO 法人日本健康加齢推進機構、2017
11. 酒井保：第 11 回 地域から始める包括ケア 介護予防はサバイバルゲーム！？、月刊ケアマネジメント、12月号、60-61、環境新聞社、2017
12. 茨城県保健福祉部健康長寿福祉課：第 7 期 いばらき高齢者プラン 21(原案)、茨城県ホームページ

## 執筆者一覧

編集委員長

川崎医療福祉大学 副学長 種村 純

### ■ 本編

- 第1章 1) 2) 岡山県保健福祉部長寿社会課 坂井容子
- 第2章 1) 倉敷市保健福祉局参与(前 厚生労働省老健局振興課 課長補佐) 吉田昌司  
2) 医療法人共和会小倉リハビリテーション病院 名誉院長 浜村明德
- 第3章 1) 2) 岡山県保健福祉部長寿社会課 坂井容子
- 第4章 1) 吉備国際大学 狩長弘親  
2) 金田病院 丸山謙二、森元隆行  
3) 田尻病院 春名誠  
さとう記念病院 牧卓史  
4) 津山市地域包括支援センター 高見京子  
社会福祉法人日本原荘 内田智之  
5) 訪問看護ステーションママック総社 大塚啓介

### ■ 資料編

- 資料Ⅱ 1) 総社市長寿介護課 野瀬明子  
2) 備前市介護福祉課備前市地域包括支援センター 岸本直子
- 資料Ⅲ 1) 済生会吉備病院 山下智徳  
川崎医療福祉大学 大坂裕  
2) 川崎医療福祉大学 妹尾勝利  
老人保健施設ルミエール 渡辺展江  
3) 岡山市立金川病院 下山憲治
- 資料Ⅳ 1) 倉敷平成病院 寺中雅智  
2) 岡山リハビリテーション病院 荒尾賢  
岡山市立金川病院 下山憲治  
備前市介護福祉課備前市地域包括支援センター 岸本直子  
玉野総合医療専門学校 竹村篤  
岡山県保健福祉部長寿社会課 倉本千春



作成委託



岡山県リハビリテーション専門職団体連絡会

community based rehabilitation

<http://rihadantai-okayama.com/>