虚弱な高齢者が元の生活を取り戻せる地域づくり

リエイブルメント
導入マニュアル





CONTENTS 目次

本書の目的 …… 004

Ⅰ リエイブルメントと総合事業の成果と特徴 …… 005

1. リエイブルメントとは …… 006
2. 各国の状況 …… 007
3. 日本の状況 …… 008
4. リエイブルメント型の短期集中予防サービスの効果検証 …… 008
5. 事業費等にかかる効果 …… 009
6. 防府市の総合事業の特徴 …… 013

Ⅱ 山口県防府市におけるリエイブルメント型の短期集中予防サービス導入マニュアル集 …… 019

1. 「防府市の総合事業の概要」における短期集中予防サービス紹介 …… 020
2. 防府市の「相談受付体制」マニュアル …… 032
3. 防府市「リハビリテーション専門職の同行訪問アセスメント」マニュアル …… 036
4. リエイブルメント型の短期集中予防サービス運営マニュアル …… 046
5. 防府市の「生活支援体制整備事業」マニュアル …… 072
6. 防府市の「自立支援型地域ケア会議」マニュアル …… 080

Ⅲ リエイブルメント型の短期集中予防サービスの導入のヒント …… 090

1. リエイブルメントと5つの視点 …… 091
2. リエイブルメント型の短期集中予防サービスの実施と介護予防ケアマネジメント …… 100

Ⅳ リエイブルメント型の短期集中予防サービス導入担当者の所感 …… 108

1. 三輪徹郎氏（防府市高齢福祉課地域包括ケア係） …… 109
2. 原直利氏（作業療法士・山口県立総合医療センター／防府市リハビリテーション専門職協議会） …… 110
3. 岡﨑浩之氏（理学療法士・老人保健施設はくあい） …… 111
4. 白神五月氏（防府北地域包括支援センター・第2層生活支援コーディネーター） …… 113

Ⅴ 巻末資料 …… 114



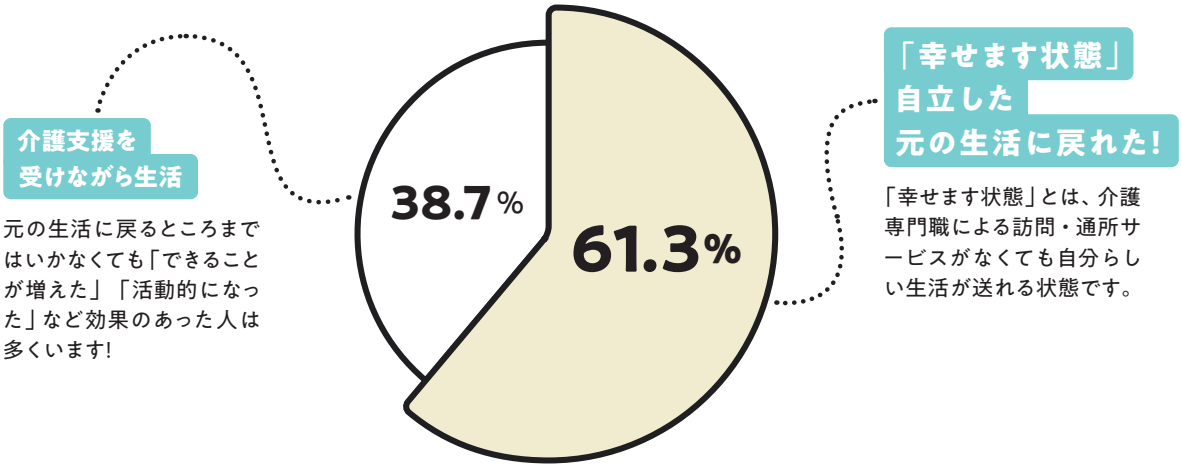


本書の目的

令和4年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）「地域包括ケアシステムの構築に向けた高齢者の生活支援・介護予防に関する産業界との協働推進に関する調査研究」において、就労的活動支援などによって民間企業との協働をすすめる東京都八王子市、山口県防府市、高知県南国市を取り上げましたが、この3市はいずれもリエイブルメントと呼ばれる短期集中予防サービスを導入しています。本書は、サービス費用の軽減などにおいて特に大きな成果を上げている防府市の導入手法を紹介する目的でサービスの実施マニュアルを提供いただいたものを再編集したものです。

DATAで見る短期集中予防サービスの成果

〈山口県防府市の例〉



2021年1月～2022年9月末に短期集中予防サービスを受けた人数

約260人

要介護等認定率

20.8%▶17.7%に低下

※要介護1も低下

要支援・事業対象者サービス費用

約20%削減

※月間約700万円減

I

リエイブルメントと総合事業の成果と特徴

１．リエイブルメントとは

高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制である「地域包括ケアシステムの構築」が求められています。

WHO（世界保健機関）は 1946 年に採択した憲章で以下のように述べています。

「健康とは、病気でないとか、弱っていないということではなく、肉体的にも、精神的にも、そして社会的にも、すべてが満たされた状態（ウェルビーイング）にあるということをいう（日本 WHO 訳）」

このウェルビーイングに影響を与える要素は身体の状況はもちろん、社会経済的な側面、地域や家族との関係、住まいや居場所、教育もその大きな要素です。そのため、本人が自身に関わる生活を自身で律する「セルフマネジメント能力」を維持し続けることが重要となります。いったん孤立に陥ったり、身体や精神的に弱った状態になったりしても、再び本人にとって好ましい生活を取り戻し、それを継続できるようになれば、超高齢社会には明るいイメージが広がります。

そこで、海外で実践が始まり急増しているのがリエイブルメント・サービスです。リエイブルメント発祥の地であるイギリスのガイドラインには、リエイブルメントの原則が以下のように述べられています。

リエイブルメントの原則（イギリスのガイドライン）

- ●病院への再入院や介護施設への早すぎる入所を防ぐことを目的としています。
- ●社会的孤立を減らすために本人がコミュニティと再びつながることを目指します。
- ●自立とウェルビーイングを促進、最大化するために本人の強みに焦点を当てます。
- ●従来の在宅ケアとは異なり、ケア提供者は一歩下がって、本人のセルフマネジメントスキルの促進を奨励します。
- ●最小限のサポートまたはサポートなしでマネジメントできるように、スキルを回復または保持するようにサポートします。
- ●本人のウェルビーイングや願いを考慮して、具体的で測定可能な意味のあるアウトカムを設定し、本人の強みに着目して自信をつけます。まず介入ありきではありません。
- ●自立度が向上しそうな人には第一の選択肢としてリエイブルメントを行います。
- ●短期的かつ集中的に、最大 6 週間サービスを提供します。通常、個人の自宅で提供されますが、中間ケア施設で提供される場合もあります。
- ●疾病、健康状態の悪化、怪我、入院、または後天的な障害の後に、医療課題の解決よりも、本人が再び自信を取り戻して自立機能を回復し自立した生活を送ることを目指します。

●かかりつけ医師、リハビリサービス、ボランティアなどの連携チームで対応します。
●イギリスの社会的ケアで通常行われる資産調査は行われません。
●介護者や家族が行うケアの量を減らすのに役立ちます。

つまり、徐々に日常生活が困難になっている人々の支援は、本人の潜在的な力を活用して、本人を含む支援者がチームで対応するという原則です。

注目すべきことは、アセスメントによって自立度の向上が可能な人には、第一の選択肢として自立度向上のためのプログラムであるリエイブルメント・サービスが提供され、社会的あるいは個人的な活動が再びできるようになっていることです。

これは旧来の福祉国家の理念から、ウェルビーイングの理念への転換であり、自身の生活を自身でコントロールできるようにすることが尊厳重視につながるという前提に立っています。

イギリスでは、リハビリテーション専門職、介護職、かかりつけ医、「高齢者が活躍する地域づくり」を目指す人々の努力によってリエイブルメント・サービスが導入されました。

その結果、イギリスの自治体ではリエイブルメント・サービスを受けた多くの高齢者が社会サービスや訪問などの長期ケアの必要がなくなっていると報告されています。

この成果によって、「高齢者は保護されるべき人」というステレオタイプのレッテルがすべての高齢者に当てはまるものではない、ということが地域全体に認識されるようになってきました。

2．各国の状況

（1）イギリス

リエイブルメントは、対象者の独立性を向上させ、在宅生活能力を延長し、ケア時間を削減しています。最良の結果では、リエイブルメント・ユーザーの最大 63%が 6 ～ 12 週間後にサービスを必要としなくなり、26%が在宅ケア時間の要件を減らしています。また、別の国内調査で、同じ期間の従来の在宅ケアを利用者で 43%が通常の活動を実行できなかったのに対し、リエイブルメントの対象者は 23%となっています（EQ-5D を使用）。

（The Social Care Institute for Excellence (SCIE) （2013）, Maximising the potential of reablement)

（2）デンマーク

在宅 24 時間ケアにおいて、安易に介護を提供するのではなく、機能改善の可能性がある高齢者にはまずリハビリが義務付けられた。「介護の前にリハビリ」であり、介護の代わりにリハビリを

している高齢者は利用者の 80%であり、そのうち 60%が何らかの改善を期待できるとする自治体もある。（松岡洋子、「国際長寿センター平成 28 年度高齢者の自立支援に向けた介護予防やリハビリテーション等についての国際比較調査研究 報告書）

その結果、介護サービスが不要な状態まで改善する高齢者が増え、在宅ケア利用率は 65 歳以上高齢者の 17%（2011 年）から 11%（2017 年）まで減少している。（松岡洋子、「海外の高齢者介護・地域支援情報」、国際長寿センター）

（3）オーストラリア

2020 年には、プロバイダーの 83% がウェルネスとリエイブルメントアプローチにより、クライアントが新しいスキルや能力を開発したり、視野を広げたり、社会への参加や社会的つながりを増やしたりしたと報告があった。その回答の範囲は、クライアントの 10% 未満が新しいスキルを開発したとの報告（プロバイダーの 21% ）から、クライアントの 75% 以上が新しいスキルを開発したとの報告（プロバイダーの 22% ）であった。（Australian Government Department of Health, 2019 and 2020 Wellness and Reablement Report Outcomes)

3．日本の状況

海外で始まっているリエイブルメント・サービスは、日本の介護予防・日常生活支援総合事業において例示された短期集中予防サービス「訪問型サービス C」「通所型サービス C」や、一般介護予防事業の地域リハビリテーション活動支援事業を活用したリハビリテーション専門職同行訪問の考え方に非常に近いものです。

第一の選択肢としてこのサービスを提供し、元の活動を取り戻すことに重点をおくときに、我が国におけるリエイブルメント型の短期集中予防サービスが成立します。

令和 5 年 3 月現在、リエイブルメント型の短期集中予防サービスを実施している自治体は、大阪府寝屋川市、山口県防府市、愛知県豊明市、東京都八王子市などがあり、東京都においては「東京都短期集中予防サービス強化支援事業」として、複数の区市において実装支援を行っています。また、医療経済研究機構の支援によって、現在、複数の自治体がリエイブルメントの導入に向けた検討やモデル事業を行っています。

4．リエイブルメント型の短期集中予防サービスの効果検証

医療経済研究機構は、大阪府寝屋川市と協定を締結し、日本理学療法士協会予防理学療法の確立を目的とした大規模臨床研究に対する研究助成を活用し、「寝屋川市が実施する介護予防・日常生活支援総合事業を通じた理学療法の活用がその後の虚弱高齢者の身体機能向上、社会参加そして介

護サービス未利用状態の維持に与える効果の評価」において開発した介護保険サービスから「卒業」するためのリエイブルメント型の短期集中予防サービスの効果について、ランダム化比較試験にて検討しました。

その結果、要支援者の介護保険サービスからの「卒業」のためには、本研究で構築した通所型サービスCを追加的に利用することが有効であることが明らかになりました。

また、利用者が「セルフマネジメント力」を身に付けることで、介護保険サービスを利用する必要性が低くなることを示唆しています。

またこの成果に関しては、「リエイブルメントと回復に向けた在宅ケア介入に関する研究とアウトカム効果～無作為化対照試験のシステマティックレビュー」において各国の成果との比較も行われています。

5．事業費等にかかる効果

国内でリエイブルメント型の短期集中予防サービスを実施している自治体のうち、今回取り上げる防府市は、利用者の状態の変化だけでなく、要介護認定率や事業費などに事業効果が表れ始めています。

（1）防府市の概況

人口	113,816人　（R4.9末）
高齢化率	31.09%　高齢者数35,394人　（R4.9末）
要介護認定率	17.72%　（R4.9末）
日常生活圏域数	４圏域 地域包括支援センター：委託包括4カ所＋市直営包括1カ所
総合事業・事業費	629,038千円（R３年度）
要支援者数 事業対象者数	要支援1：678人　要支援2：787人　事業対象者：253人　（R4.9末） ※事業対象者数は期限なしで管理しているため、サービス利用者のみを計上
新規認定者数	要支援1　141人　要支援2　99人　事業対象者130人　計370人（R3年度）
短期集中予防サービス 提供事業所数	7事業所

（2）リエイブルメント型の短期集中サービスを中心にした事業への転換による成果

①　卒業率と認定率



※　防府市では「卒業」という表現を使わず「幸せます状態」と呼ぶ状態を目指していま

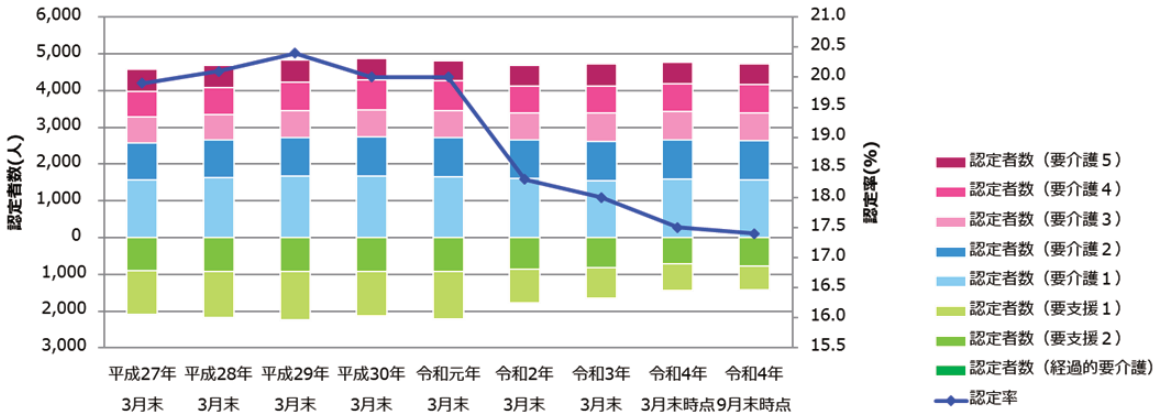
す。「幸せます状態」とは、訪問・通所系の専門職サービスを利用しなくても、社会資源を活用しながら、自分らしい生活を送るためのマネジメントを継続することができる状態を言い、その判定は、本人・ケアマネジャー・事業所の総意によって決定されるもので、単に総合事業や予防・介護給付を受けない状態を呼ぶものではありません。

防府市では、令和３年１月のリエイブルメント型の短期集中予防サービス実施以後の新規要支援認定者および事業対象者の 61.3%が幸せます状態となっています。令和元年度に実施したモデル事業においては、利用者の 66.6%（16 人）が幸せます状態となりましたが、その 16 人の追跡調査を行ったところ、全員が２年半経過した後も幸せます状態を維持していることから、サービス実施に大きな成果が見込まれていました。

② 要介護認定率の変化

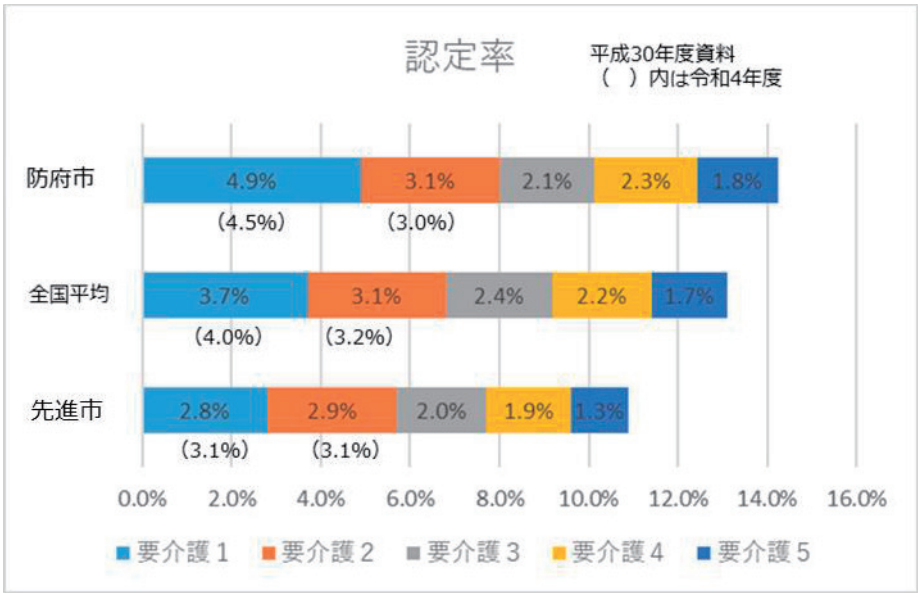
防府市では、令和３年１月にリエイブルメント型の短期集中サービスを中心とした総合事業に改正以降、要介護等認定率が 3%低下していますが、このほとんどが要支援認定者数の減少によるものです。これは、まず基本チェックリストによって事業対象者と認定し、短期集中サービスを利用すること、そして必要に応じて要支援（介護）認定申請を行うという事業の流れに変更したことがその要因です。事業対象者を加えた要支援者等の総数は大きく減少していませんが、要支援・要介護認定者数の減少は、要介護認定事務コストの軽減につながっています。

防府市の要介護（要支援）認定者数、要介護（要支援）認定率の推移



（出典）平成26年度から令和2年度：厚生労働省「介護保険事業状況報告（年報）」、令和3年度：「介護保険事業状況報告（3月月報）」、令和4年度：直近の「介護保険事業状況報告（月報）」

防府市では、総合事業の改正により目指したのは、要支援認定者数の減少ではなく、要支援者が元の生活を取り戻すことであり、その結果として全国平均から大きく乖離している要支援１の認定者数の減少によって介護給付費の上昇率を軽減することでした。そのため認定率は、人口が同規模の短期集中予防サービスの先進市を意識して目標を設定しました。



出典：防府市（一部改、令和４年データ出典：地域包括ケア見える化システム）

リエイブルメント型の短期集中サービスを本格的に実施して 2 年経過した令和 4 年度の全国平均の要介護１の認定率は、平成 30 年度と比べると 0.3%上昇していますが、防府市の要介護 1 認定率は 0.4%下がっています。リエイブルメント型の短期集中予防サービスの実施との因果関係について検証されていませんが、実施による効果が出ていると考えます。

③　事業費への影響

事業費は決算額ベースで 8 千万円減少しています。コロナ禍の影響による事業費の減少額については分析されていませんが、卒業率が 66.6%のモデル事業ベースで試算した初年度の事業費の減少幅が 6 千万円弱であることから、試算どおりの効果が出ているものと考えます。

	予防給付	対比	総合事業※	対比	合計	対比
R1	194,902,211		452,854,787		647,756,998	
R3	191,721,605	98.3%	374,630,542	82.7%	566,352,147	87.4%
	△3,180,606		△78,224,245		△81,404,851	

単位：円

※総合事業の事業費に含まれるもの

※モデル事業ベースの当初試算（@40万）

	1人当たり費用年額	対象者	年間費用
モデル事業ベース 卒業率66.6%	156,480円	240人	37,555,200円
従前事業	400,000円	240人	96,000,000円

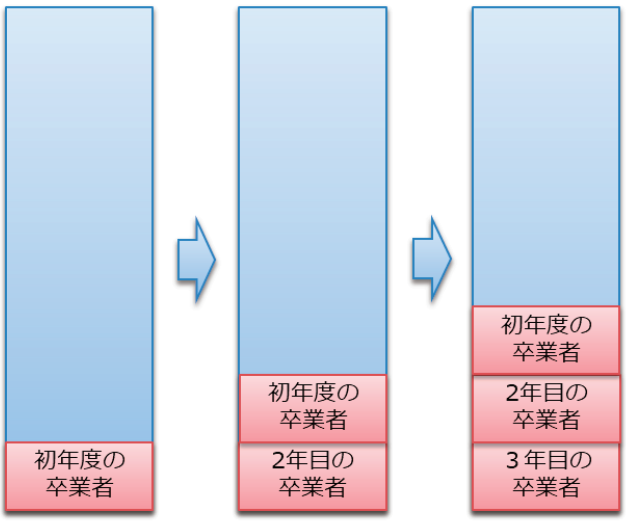
※モデル事業実施者と同時期に要支援認定を受けた人の認定後12か月の給付費を調査

初年度は年間58,444,800円事業額が減る

出典：防府市

この効果は単年度にとどまるものではありません。

要支援・事業対象者に占める幸せます状態の要支援者等の割合は年々増加し、その多くがその状態を維持することを考慮すると、要支援者認定者等に対する効果はもちろん、要支援から要介護へ悪化するリスクを持つ要支援者等の割合も減ることになるので、介護保険給付への効果も年々大きくなると考えられます。



年々、要支援者に占める幸せます状態の高齢者の割合は増え、
要介護認定リスクの高い高齢者の割合は減っていく。

6．防府市の総合事業の特徴

（1）総合事業への移行と見直し

防府市は、平成 29 年 4 月に介護予防・日常生活支援総合事業（以下、「総合事業」という。）に移行しましたが、第 7 期介護保険事業計画策定に際して実施した調査から、次の 3 点を解決すべき課題として認識していました。

- 軽度の要介護等認定者（要支援 1 ～要介護 1）の認定率が高いこと
- 通所サービスを利用する軽度者の 1 年後の悪化率が全国平均より高いこと
- サービスを利用しない要支援認定者、いわゆる「お守り認定者」が多いこと

こうした課題は、地域の介護人材不足や地域包括支援センターの業務量の増大に繋がっていくことから、平成 30 年度から総合事業の見直しについて本格的に検討を開始しました。

認定	認定率		
	全国	山口県	防府市
要支援 1	2.6	2.9	3.9
要支援 2	2.5	2.5	2.6
要介護 1	3.6	4.5	4.8
要介護 2	3.1	3.1	2.9
要介護 3	2.4	2.3	2.1
要介護 4	2.2	2.2	2.3
要介護 5	1.7	1.7	1.7
全体	18.0	19.1	20.4

認定	通所サービス利用者の 1 年後の悪化率	
	全国	防府市
要支援 1	32.1%	38.8%
要支援 2	21.4%	27.7%

出典：防府市（平成 29 年度研修資料）

（２）総合事業の見直しにおける方針

平成 30 年度から行った総合事業の見直しについては、同規模市の先進地で実施されている短期集中予防サービスの導入（当時は防府市にはスポーツジムへの委託事業として短期集中予防サービスを実施していましたが、ほとんど利用がない状態）について検討しています。

その際、単に効果を出している先進地の短期集中予防サービスを総合事業のサービスに加えるだけということではなく、「どういう状態の人にどのようなサービスを提供するのかを明確に決める＝入口改善」と「短期集中予防サービスを受けた人が地域で自分らしく生活できるような支援を行う＝出口充実」もあわせて行い、生活に不自由を感じた高齢者を支援する「市の事業」を再構築する認識で準備を進めました。

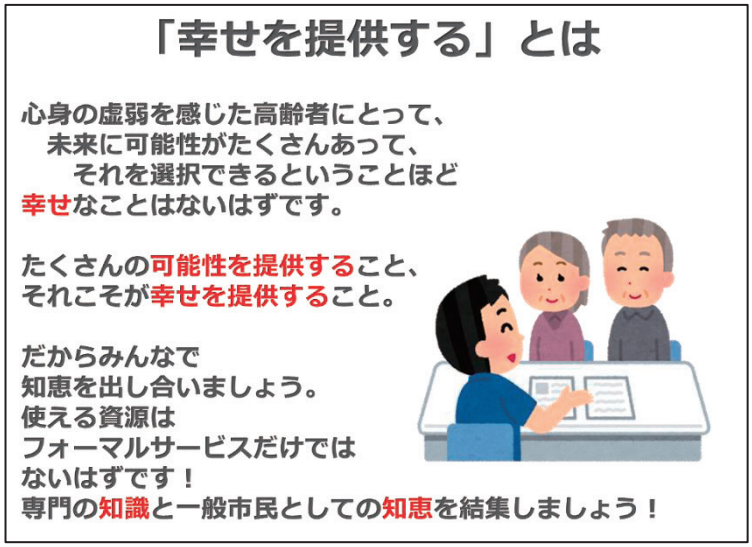


出典：防府市研修資料

（３）防府市の総合事業の特徴「選択肢の提供」

防府市の総合事業の特徴を示すキーワードは「選択肢」です。

防府市では「幸せを提供する」事業を行う上で、「幸せとは、未来に可能性があること」と定義づけ、「自分らしさとは、その選択肢から選ぶ行為」としており、心身の状態によって自信を失った高齢者に可能性をより多く提供することを事業の柱と考えています。



出典：防府市「幸せます会議冒頭資料」

防府市の総合事業の特徴のうち、リエイブルメント・サービスについては前述および後述のマニュアルに示されていますが、他にも「まずは短期集中予防サービスから」という事業体系と「生活支援体制整備事業との連携」「自立支援型地域ケア会議の活用」があげられます。

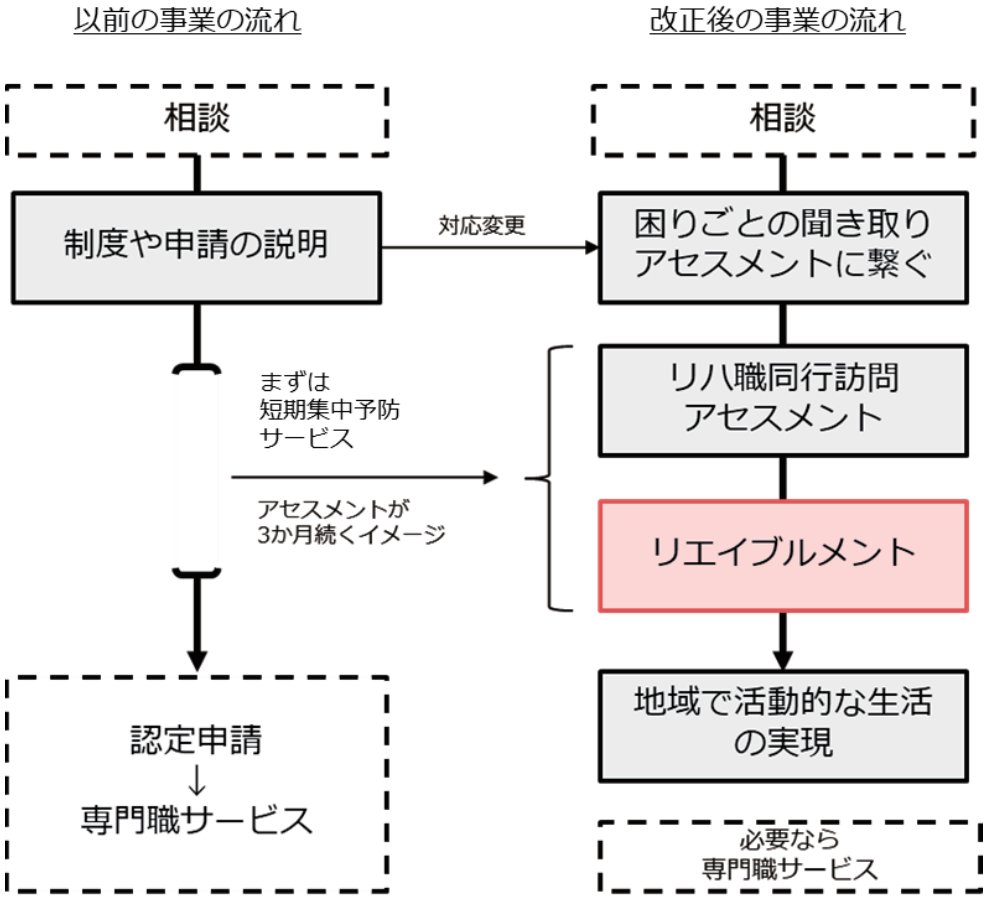
① まずは短期集中予防サービスから

総合事業の改正以前の市役所や地域包括支援センターの窓口では、サービス利用ありき、または要介護等認定申請ありきの対応でした。これでは専門職サービスを使い続ける選択肢しか示さないことになりますが、これは防府市が目指す事業ではありませんでした。

そこで最初の相談窓口では、最初にサービスや要介護認定制度を説明するのではなく、現在感じている生活の困りごとを聞き取ることに徹することにしています。そのうえで、一部の状態像の高齢者は速やかに要介護等認定申請・専門職サービスの利用に繋ぎますが、元の生活を取り戻す可能性のある高齢者は「まず短期集中予防サービスで元の生活を目指す」ための取り組みについて説明します。そして、聞き取った内容を地域包括支援センターに正確に情報を伝えます。

その後、リハ職同行訪問アセスメントを行い、元の生活を取り戻すことを目的に、「まずは短期集中予防サービス」を実施するという事業となっています。

これは相談後に要介護等認定を行って専門職サービスに繋ぐという以前の事業の流れの中に、「リハ職同行訪問アセスメント」と「リエイブルメント型の短期集中予防サービス」を差し込んだ事業の流れになっていると言えます。



出典：事務局作成

その結果、専門職サービスを利用せずに地域で活動的な生活を実現する高齢者が 6 割を越え、専門職サービスを必要とする人の減少につながっています。

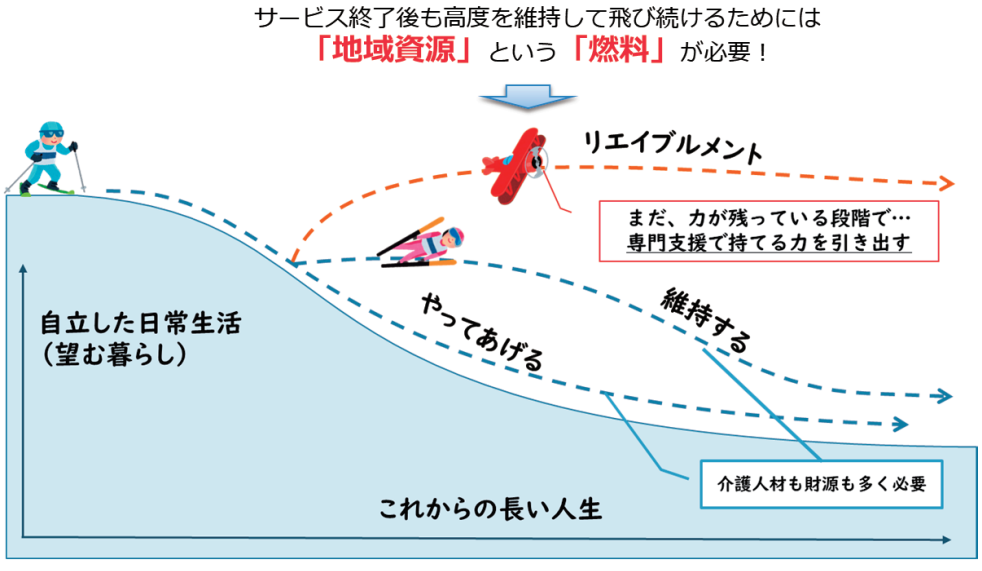
なお、これは短期集中予防サービスの実施後まで要介護等認定申請を行う機会を与えないというものではなく、アセスメント後に必要に応じて要介護等認定申請を行っています。

短期集中予防サービス以外の通所サービスについては、従前相当サービスは一定の状態像の高齢者のみが利用できるものとして、また、短期集中予防サービス利用後に利用できる通所サービスは基準緩和型サービスの設定となっており、このサービスも元の生活を取り戻すことを目指すためのサービスとして単価やインセンティブ・加算が設定されています。

② 生活支援体制整備事業との連携

リエイブルメント型の短期集中予防サービスによって、高齢者が専門職サービスの利用が必要ない状態になった後に、地域のなかでその状態を維持できるのかということを多くの専門職が懸念していました。そのため、短期集中予防サービス終了後 12 か月間は、介護予防手帳を活用して介護予防ケアマネジメント B により支援することになっています。

しかし、「元の生活に戻る」その先に、活動的な生活を維持させるための地域資源を持っている高齢者は良いのですが、地域とのつながり・資源がない（または足りない）高齢者も存在します。こうした高齢者にその人に合った地域資源を提供するため、防府市では生活支援コーディネーターが活躍しています。



出典：八王子市（一部改）

サービス終了後に活動的な生活を維持する地域資源としては、サロンや介護予防教室が一般的ですが、すべての高齢者がそれを望むわけでもなければ、自宅の周辺にそれらがあるとも限り

ません。防府市の生活支援コーディネーターはサロンなどの地域資源を創り出す活動も行っていますが、担当ケアマネジャーから相談を受け、その人に必要な地域資源を地域から見つけ出したり、意味づけしたりする活動をより多く行っています。

「地域資源＝サロン」という発想ではなく、地域のなかにその人にとって資源となりうるものを見出し、より多くの選択肢を対象者に提示し、その中から選ぶことによって、自分らしさを提供し、地域活動・参加の継続性を担保しています。

防府市では、平成 30 年から生活支援コーディネーターがケアマネジャーやヘルパーから、自立支援に資する困りごとを収集し、それを地域に持ち込んで解決を目指す「ほうふ・てごネっと」という取り組みを行っています。個別の課題を地域のなかで解決していく生活支援コーディネーターの活動は、ケアマネジャーから依頼を受けて、高齢者にとっての資源を見出していくというリエイブルメント型の短期集中予防サービスを実装する際に必要な生活支援コーディネーターの活動に活きています。

③　自立支援型地域ケア会議の活用

高齢者の地域資源の活用について、担当ケアマネジャーや生活支援コーディネーターだけでなく、より多くの関係者で効率的かつ効果的に情報収集やアイデアを創出するために自立支援型地域ケア会議「幸せます会議」を実施しています。

この会議の対象者のほとんどがリエイブルメント型の短期集中予防サービスの利用者であるため、専門職サービスについて検討するのではなく、サービス終了後に地域にあるものを活用して生活するための情報やアイデア出しが中心となっています。



出典：防府市

この会議はオープンカンファレンス方式で実施しており、よくある事例を提供し、議論の内容には拘束力を持たせません。ケーススタディとしてアセスメントを深掘りすることで、支援方法の蓄積と共有が実施の目的になっており、また、ここで出たアイデアをもとに生活支援コーディネーターが活動することもあるなど、専門職間の規範的統合や多職種連携に繋がっています。

これらは、地域包括ケアシステムの構築を目指す地域支援事業において、総合事業「介護予防・生活支援サービス事業」「一般介護予防事業」と包括的支援事業の各事業「生活支援体制整備事業」「地域ケア会議」などが一連に繋がってこそ成果を発揮することを示すわかりやすい取り組みだといえます。

④　その他（短期集中プラン連動システム）

防府市では、本事業に関わる多職種間の情報連携を図る目的で、独自に短期集中プラン連動システム（Excel ファイル）を作成しています。このファイルは、基本情報を入力するシートをはじめとして、基本チェックリスト、同行訪問状況報告書、支援計画書、実施計画書、ケース記録、セルフマネジメントシート、栄養士アセスメント票というシートによって構成され、対象者の情報をすべてこのファイルで管理し、情報を共有しています。

担当する専門職間で情報の連携や共有を行うことは、事業成果の標準化につながる取り組みといえます。

山口県防府市における

リエイブルメント型の短期集中予防サービス導入マニュアル集

1.　「防府市の総合事業の概要」における
短期集中予防サービス紹介



1. 「防府市総合事業の概要」における短期集中予防サービス紹介

1　はじめに

（1）介護予防・日常生活支援総合事業とは

介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。）は、要支援者等の能力を最大限活かして、要支援者等の状態に応じたサービスを提供し、要介護状態等になることの予防、要介護状態等の軽減又は悪化防止を目指して実施するものです。

本市では介護保険制度の理念である『自立支援』の実現を目指し、高齢者一人ひとりの生きがいや自己実現のための取組を支援し、活動的で生きがいのある人生を送っていただくことを目標に事業を実施しています。

（2）「給付」から「事業」へ

総合事業移行前の要支援者等へのサービスは、被保険者が要介護等認定を受けることでサービスを受ける権利が生じる、「給付」の仕組みで提供されていました。しかし、総合事業移行後の「訪問」「通所」サービスは、保険者が「事業」として実施することに変わったため、高齢者に対して積極的かつ効果的なアプローチをする必要がでてきました。

本市ではこの点について、要介護等認定申請窓口と地域包括支援センターが連携し、虚弱な高齢者が生活で困っていることを把握し、その解決方法を見出すことができる体制を整えています。また、事業の対象となった全ての虚弱な高齢者に対して、地域包括支援センターの職員（以下「包括職員」という。）が行う訪問アセスメントにリハビリテーション専門職が同行し、高齢者の身体の状態等を見極め、適切なサービス等につなぐ取組を進めています。

（3）サービスの中心は「短期集中予防サービス」

本市において、これまでの要支援者等に対するサービスは、「心身等の状態の維持」や「できないことに対する支援」を中心に行ってきました。しかし、「高齢者は支えられる者」で、「できないことを補うこと」「誰かに何かをしてもらうこと」が中心の仕組みでは、高齢者は役割を失い、できないことはできないままになり、活動量や社会参加の機会も減少します。その結果、更なる悪化

を招き、自立した生活の実現や個人の尊厳は失われがちでした。また、現状の支援のあり方のままでは、高齢者人口の増加により給付量・事業量が増加するのに対し、それを支える人材は不足するため介護保険制度自体を持続することは難しい状態でした。

介護保険制度の持続可能性を考えると、「できないことを補うこと」が中心の仕組みから、誰もが「いつまでも元気に生活したい」という当たり前の感情を支え、高齢者が自分らしい生活を送ることを諦めずにすむ仕組みを整備する必要があります。

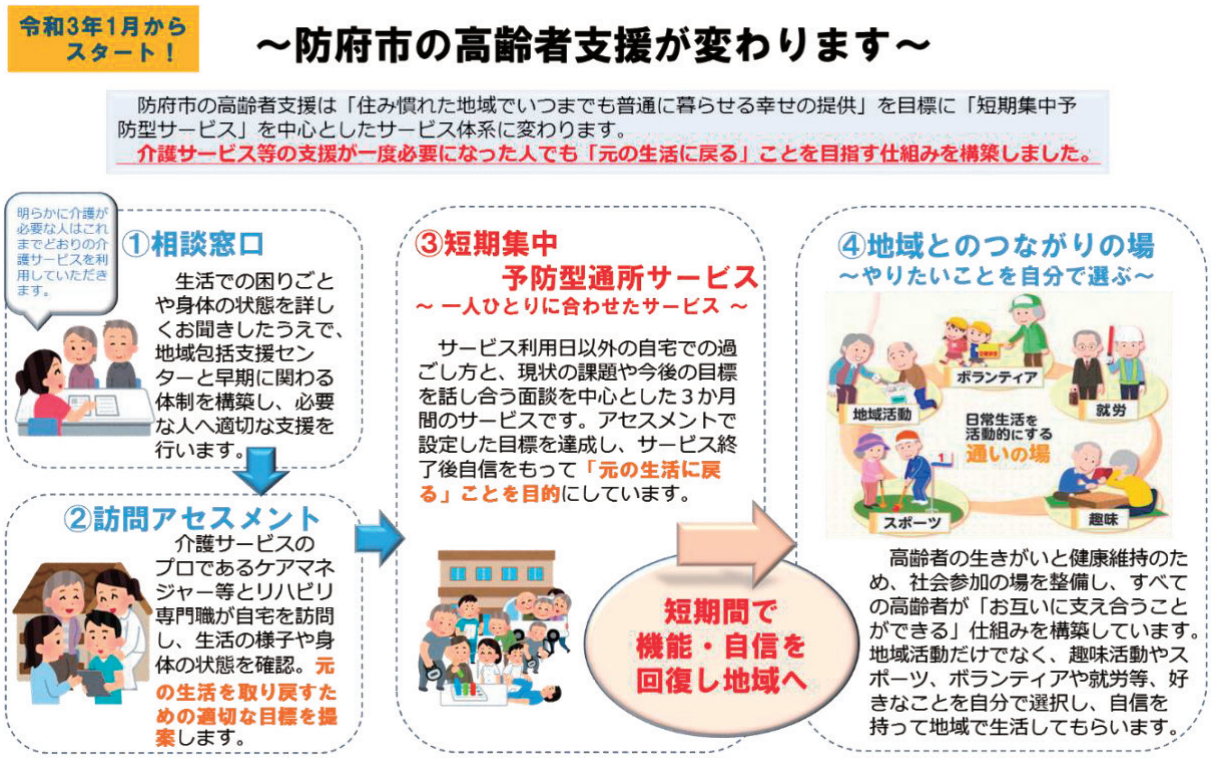
そこで本市は、『短期集中予防型通所サービス（以下「短期集中予防サービス」という。)』を中心に総合事業のサービスを考えることにしました。短期集中予防サービスでは、生活の改善する可能性がある高齢者に、『元の生活』を取り戻してもらうことを目指し、3 か月間一人ひとりに合わせたプログラムを集中的に提供します。高齢者はそのプログラムを実施することで日々の活動量が増え、それに伴いできることも少しずつ増えていきます。その結果「まだできる」自分に気づくことで、自信を取り戻し、自立した生活を送ることが可能になります。

（４）保険者の役割

「いつまでも元気に生活したい」という高齢者の思いを支えるためには、事業に関わる全ての人が保険者の考える支援の理念を共有し、高齢者の可能性を信じることが必要です。

保険者は、虚弱な高齢者の生活機能の向上に向け、地域全体で知識と意識を共有する取組や、理念に沿ったサービス体系の構築を進める必要があります。「地域支援事業」には様々な事業がありますが、それぞれの事業をどんな目的で取り組むのか、事業同士をどのように紐づけさせるのかを考えながら組み立てて行く必要があります。

本市においては、『高齢者に住み慣れた地域でふつうに暮らせる幸せを提供すること』を共通の理念とし、軽度の方は『幸せます状態（※1 参考を参照)』を目指すことを前提に事業を展開しています。



【※１参考】幸せます状態とは

訪問・通所系のサービスを利用しなくても、社会資源を活用しながら、自分らしい生活を送るためのマネジメント（セルフマネジメント）を継続することができる状態をいい、本人と担当のケアマネジャー２者の合意、サービスを利用している場合はサービス事業所を含めた３者の合意によって認定する。

２．防府市の具体的な取り組み

（１）高齢者の生活相談窓口機能の強化

本市では、市役所に相談に来た高齢者に対して、介護サービスの利用を前提とした要介護等認定申請の手続き案内のみを行っていました。しかし、介護保険の入口である市役所の窓口で、介護サービスの利用を前提とした対応を行うと、高齢者にとってサービスを使うことが当然になってしまい、介護保険の理念である『自立支援』を意識することが難しくなってしまいます。また、この窓口体制では、要介護等認定申請をし、要介護認定は受けるものの、その後ケアマネジャー等に相談せず、必要なサービスが利用できていない、いわゆる「お守り認定」の方が非常に多い状態でした。

そこで本市では、令和元年６月から、「要介護等認定の申請窓口」から「生活の困りごとを聞く窓口」に変更しました。窓口では制度の説明をするのではなく、相談に来られた方の生活での困りごとや不安をしっかり聞き取るようにしています。困りごとや不安を聞いた後は、一人で歩けない方や日常生活に支障のある認知症の方等、心身の状態が本市で定めた条件に該当する方を除き、その場で要介護等認定申請を受けずに、包括職員が自宅へ訪問する体制をとっています。包括職員が必ず本人に会う機会を設けることで、早期に専門職がアセスメントをすることが可能になり、適切なサービスを迅速に導入することができます。アセスメントの結果、総合事業のサービスのみを利用する方に関しては、基本チェックリストの実施のみで事業対象者としてサービスを利用することができるので、介護認定審査会の結果等を待つことなく早期に支援を開始できるというメリットもあります。

この取り組みを始めたことで、窓口から自立支援を目指すという一貫した流れのが構築され、要介護認定率の減少にもつながっています。



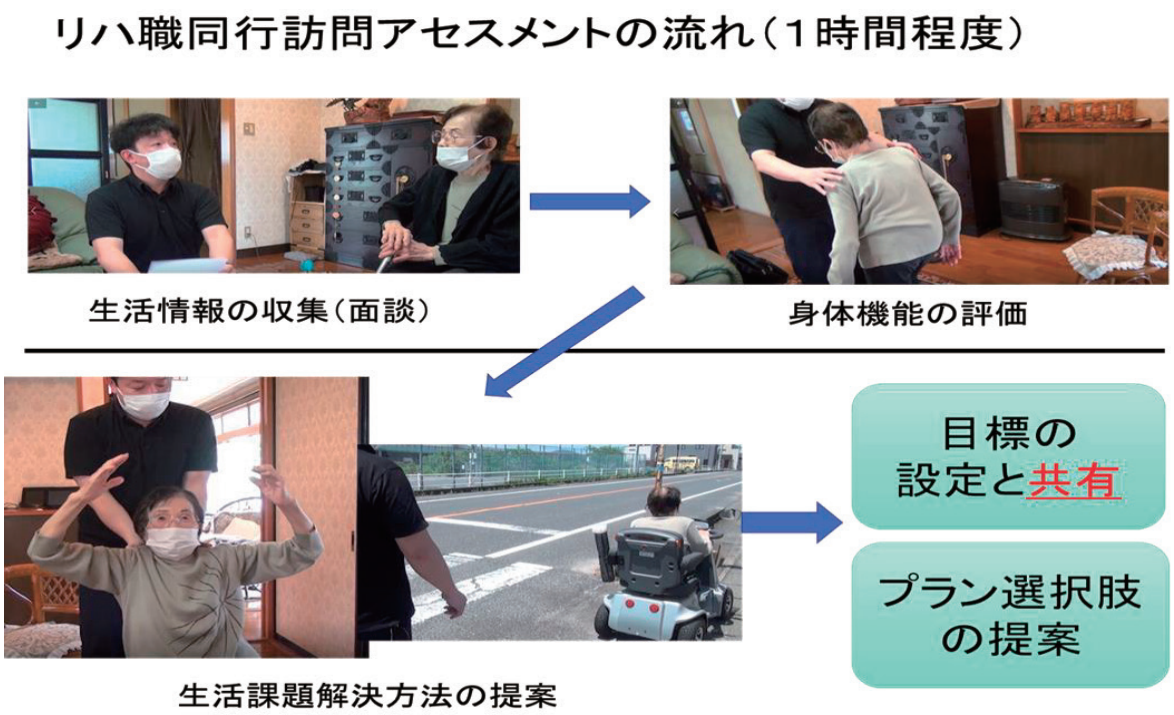
（２）　リハビリテーション専門職による同行訪問アセスメント

本市では、地域包括支援センター職員によるアセスメントの後、リハビリテーション専門職が包括職員に同行して高齢者の自宅へ訪問する体制を整えています。介護サービスのプロであるケアマネジャーの視点にリハビリテーション専門職の視点を加えることでアセスメントが深まり、より説得力のあるケアプランの作成につながります。ここでの、リハビリテーション専門職の役割は、高齢者の身体や生活の適切な評価を行い、ケアマネジャーと本人が決めていくケアプランへ助言を行うことです。リハビリテーション専門職による予後予測を活かした目標の設定や、生活での工夫の提案をもとにして、今後の生活改善につなげていくことが重要になります。

リハビリテーション専門職による同行訪問アセスメントの後、多くの高齢者が短期集中サービスを利用しますが、具体的な目標が決まっていること、アセスメントが深まっていることで、短期集中サービスの効果的な実施につながります。さらに、訪問サービスを利用する際に本当に必要な支援のみを選ぶことができることで、身体にあった福祉用具の貸与や適切な住宅改修をすることにつながるという効果もあります。

また、このアセスメントで専門職から残存能力が十分にあるなどの評価を受けたことにより、自信を再獲得し改善に向かうケースもあります。

なお、訪問看護、訪問・通所リハビリテーション、福祉用具の貸与や住宅改修等の予防給付サービスが必要と判断された場合は、このタイミングで要介護等認定の申請を行います。



（３）短期集中予防サービス

①　サービスの概要

本市では、令和３年１月から、通所サービスの利用を希望するすべての要支援者等が、原則短期集中予防サービスを利用することにしています。これは、本市の短期集中予防サービスが面談中心のサービスで、高齢者と専門職が面談の中でこれからの生活について一緒に考えることを目的としており、このサービス終了までをアセスメント期間と考えているためです。『元の生活』を取り戻すことを目指して支援していますが、『元の生活』に戻れなかった方も、このアセスメント期間中に専門職と一緒に自身の生活に向き合えたことで、今後本当に必要となるサービスを選択することができています。なお、短期集中予防サービスまでをアセスメント期間として考えているため、サービスの自己負担額は「ゼロ」と設定し、利用しやすい環境を整えています。

②　サービスの内容

短期集中予防サービスは、加齢や疾病により虚弱になった高齢者が、元の暮らしを取り戻し、自分でやりたい事を自分で選び意欲的に活動していくためのサービスです。

「やりたいことが出来なくなってきた」「いつのまにか自信がなくなってきた」「だからデイサービスやヘルパーを利用する」という流れではなく、セルフマネジメント能力を高め、自分自身を意欲的に管理することで、『元の生活』を送れるようになることを目指していきます。

短期集中予防サービスは以下の３つのポイントを実現することを目指し提供しています。

（短期集中予防サービス３つのポイント）

1）生活の不安を取り除くこと

高齢者は、「いつの間にかできなくなっていた…」という喪失体験を重ねていくことで、生活に対しての不安を抱えるようになり、出来なくなったことに対して援助を求めていくことが多くなります。そこで、具体的に生活のどの部分に不安を感じているか、どのようにしたら不安を解消できるかを一緒に考え解消に向けて出来ることを増やしていきます。

2）セルフマネジメント（＝自己管理）能力を高め、利用者が自信を持って生活できるようになること

通所サービスは週１回２時間ですが、週の残り６日と 22 時間を、いかに活動的に過ごすかを自分で考えるようになることで、生活不活発病を防ぐとともに、散歩など今まで取り組んできたことを、自信をもって行えるようになり、また新しいことに取り組む際の原動力になります。

3）利用者を取り囲むあらゆるものを活用し、地域資源につながるよう働きかけを行うこと

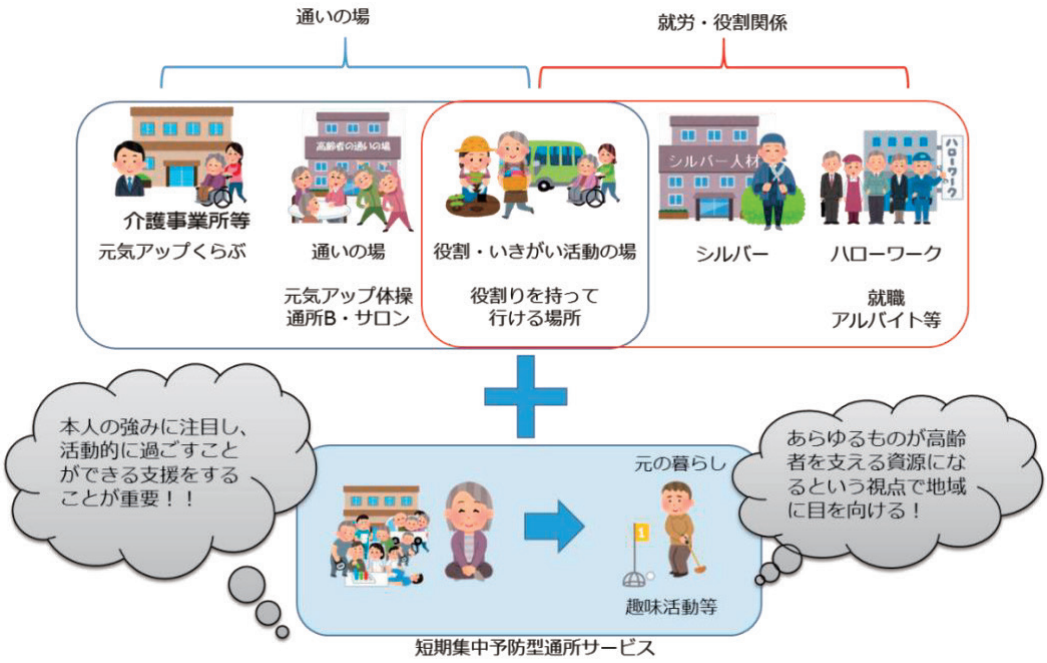
フォーマルサービスのみでなく、例えば、本人の趣味や飼っているペット、近所の住民等、その方を取り囲むありとあらゆるものが本人を支える資源となります。地域の一員として活躍でき、楽しみをもって生活できることは、自信を持って生活しつづける下支えとなります。

③　サービス終了時の考え方

短期集中予防サービスを実施する際、サービスが終了した後新しく行く場所がないという声をよく耳にします。ここでは、本市のサービス利用終了後の考え方を紹介します。

本市の短期集中予防サービスは高齢者が『元の生活』を取り戻すこと、セルフマネジメント能力を高め、日々活動的にいきがいをもって生活することを目指しています。『元の生活』を取り戻した高齢者は、本来十分に活動量や社会参加の場が確保されており、サービス利用終了後に新しく行く場所がなくても問題なく、充実した生活が送れると考えています。

しかし、長い年月をかけて虚弱な状態になった方、元々やっていた活動に興味がなくなった方、他者との交流や自身の役割が少ない方等、現状の活動・社会参加の機会が少なく新しく行く場所が必要な方もいます。このような方に対しては、一律に通いの場を紹介するのではなく、本人が興味のあることや、これまでの人生で大切にしてきたもの等、本人の周囲に存在するあらゆるものに目を向け、一人ひとりに応じた適切な資源を提案できるような体制を整備しています。もちろん通いの場等の整備にも力をいれていますが、それ以上に、地域にあるあらゆるものに目を向け、様々なニーズに対応できるようしています。



④　他の事業との連携

高齢者が『元の生活』を取り戻すためには、虚弱な高齢者の生活機能の向上を目指し、サービス体系の構築を進めるとともに、地域全体で知識と意識を共有する取組を進めていく必要があります。つまり、総合事業のサービスを整備するだけでなく、生活支援体制整備事業、地域ケア会議推進事業、医療・介護連携推進事業、認知症総合支援事業等が連携して高齢者を支援していくことが重要です。

ここでは、本市が短期集中予防サービスを進める上で重要視している生活支援体制整備事業と地域ケア会議推進事業との連携について紹介します。

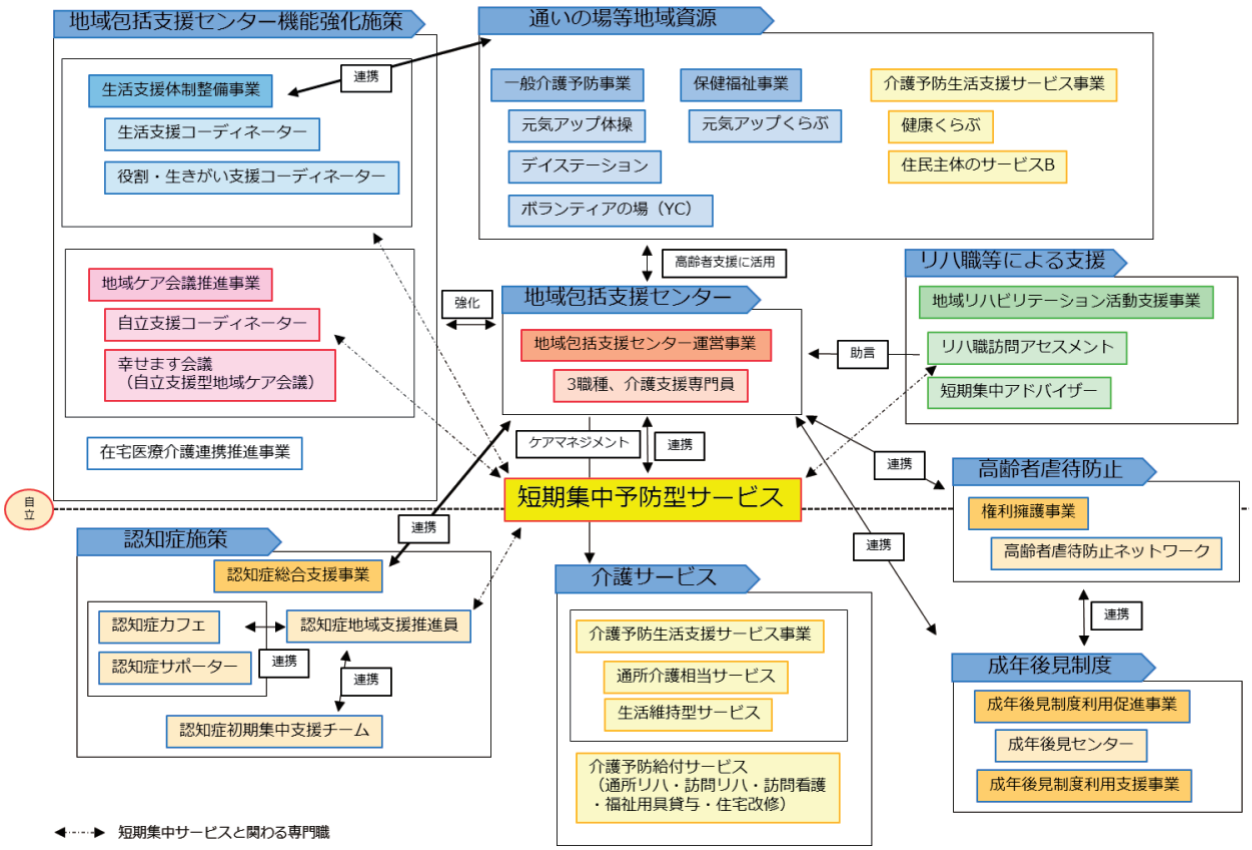
前述の「③サービス終了時の考え方」で、本人の周囲に存在するあらゆるものに目を向け、一人ひとりに応じた適切な資源を提案できるような体制を整備していると紹介しました。

まず、この支援を行う場合、本人に適切な資源は何かを考える必要があります。基本的にはケアマネジャーが考える部分ですが、そこを補強するために自立支援型の地域ケア会議を実施しています。本人に、どんな活動や社会参加の場が適切か、どんな点に気を付けて生活するべきかについて、事例を使って検討しアイデアを出し合ったり、知識を共有したりしています。なお、本市では、地域包括支援センターに自立支援に特化した職員である、自立支援コーディネーターを配置しケアマネジャーを支えています。

次に、適切だと考えた資源を実際に見つける必要があります。本市では生活支援コーディネーターを地域包括支援センターに配置しています。生活支援コーディネーターは地域のあらゆるものに目を向け、高齢者の一人ひとりのニーズに対応するように準備しています。もちろんニーズにこたえることができない場合もありますが、その場合は資源の発掘や開発を行い、地域づくりを進めていきます。本市の生活支援コーディネーターはケアマネジャーを支えるために日々地域に出向き、地域と積極的に連携を図っています。

このように短期集中予防サービスを実施する際、他の事業との連携は必ず必要になります。一つひとつの事業で考えるのではなく、事業全体のつながりを考えることが重要です。

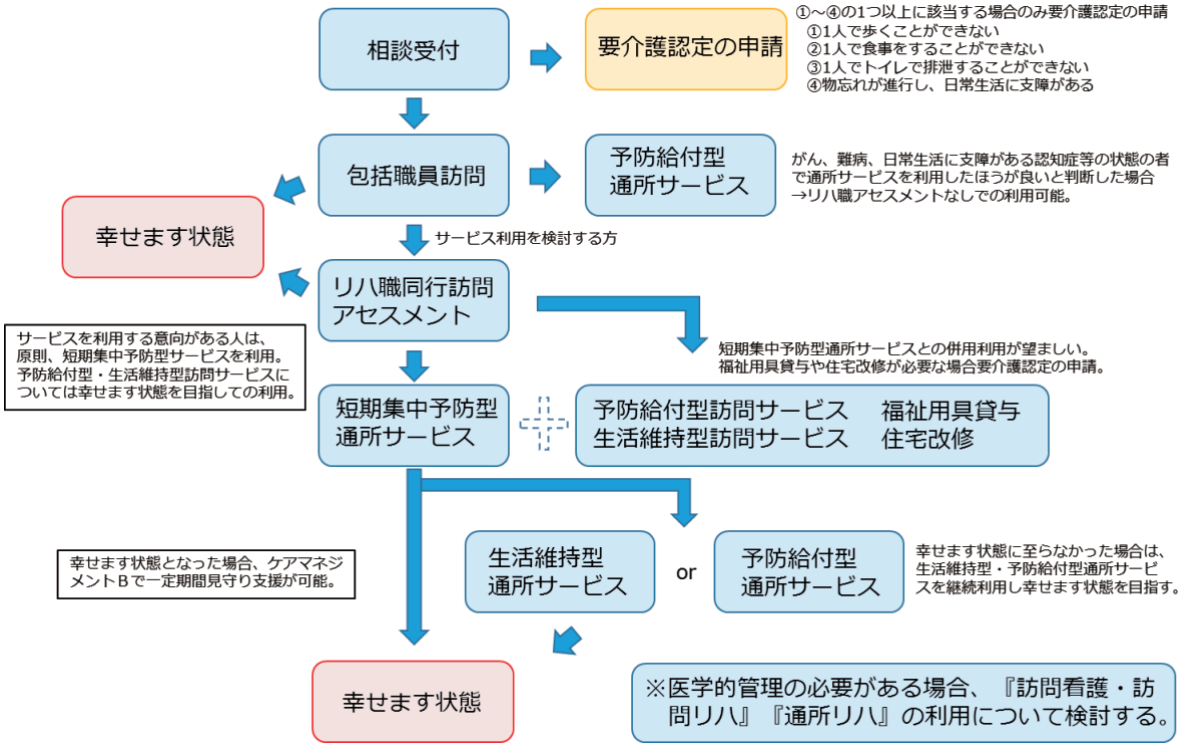
地域包括支援センターと短期集中サービスを中心とした防府市の地域支援事業の連携図



（４）介護予防ケアマネジメントＢ

本市では、幸せます状態となった高齢者が、自分らしい生活を続けるために必要な情報を記した介護予防手帳を本人と包括職員が作成しています。月１回、包括職員が、介護予防手帳に記載してある内容についてモニタリングすることで高齢者が活動的な生活を維持しているかを確認します。このモニタリング支援をケアマネジメントＢと位置づけ包括職員は、報酬を１年間請求することができるとしています。地域包括支援センターは、対象者が総合事業や介護予防給付サービスを利用していない場合でも報酬が発生することになるため、対象者が幸せます状態になることでインセンティブを得ることができる仕組みとなっています。

高齢者本人としても、元気になった後も、一定期間専門職による見守りが継続するため、自信を持って短期集中サービスから地域での生活に移っていくことにつながっています。



【参考】防府市の総合事業のデザイン（全体）

３．その他

（１）　事業と給付の違い

地域支援事業を推進していく中では「事業」と「給付」の違いを意識することが重要です。「給付」は決算主義であり、サービスの内容や基準、単価については国が定めたものに従う必要があります。一方、「事業」は予算主義であり、サービスの内容や基準、単価については保険者が独自で決めることが可能になります。つまり、保険者が高齢者の支援方針を決めれば、その方針に基づき予算の範囲内であれば自由に事業を展開することが可能になります。そこで、本市では、『事業の対象となった全ての虚弱な高齢者に対してリハビリテーション専門職の同行訪問アセスメントの実施』『通所の利用を希望するすべての要支援者等について、原則短期集中サービスを利用すること』、『短期集中サービスの本人負担は「ゼロ」』、『ケアマネジメントＢによる支援』といったことを予算の範囲内で効果的に行っています。

（２）　事業の進め方のポイント

本市において、事業を進める上で意識しているポイントは３つあります。まずは、行政だけで考えず、高齢者を直接支援している専門職と一緒に事業の進め方を考えるということです。行政では気づかない視点が入り、一緒に試行錯誤しながら構築していく過程で、自然に専門職との規範的統合が図れます。行政が勝手に準備したサービスでは、専門職側にやらされ感が出てしまいうまくいかないと考えています。

２つ目のポイントは必ず試行実施を行うことです。いきなり本格実施をするとなると、予算の確保や制度設計のハードルが高くなります。試行実施であれば、予算の確保のハードルが下がるだけでなく、制度設計も試行実施しながら決めることができるので自由度が高くなります。本市に必要か否かについても含めて判断することが可能になるため、試行実施で制度の構築を行うことは重要です。

３つ目のポイントは、先進地と呼ばれる自治体の取組を知り、自分の市にどのように活用できるかを考えることです。よいと言われる取組を知ることは重要ですが、そのままの形で自分の自治体で運用していくことはできません。今、構築している制度にどのように取り入れていけるかを考えていくことが重要です。

２．防府市の「相談受付体制」マニュアル



2．防府市の「相談受付体制」マニュアル

1　はじめに

生活に不安を感じ始めた高齢者に対し、最初に関わるのが、市役所の相談窓口職員又は地域包括支援センターの職員（以下、「包括職員」という。）です。この最初の関わりは、その後の高齢者の介護保険に対するイメージが決まる、非常に重要な位置づけになります。本人が自立を目指すか、サービス利用を前提とした支援を受けていくかを左右する、本市の相談受付時のアプローチ方法を紹介します。

2　取組内容

本市では、令和元年６月から、相談受付体制を「要介護等認定の申請窓口」から「生活の困りごとを聞く窓口」に変更しました。

相談受付時は、図１の「介護保険相談票」の流れに沿って、本人の生活での困りごとや不安を中心に聞き取りを行います。本人の状態像が以下の４項目のいずれか（要介護１以上の状態像）に該当する場合は、要介護等認定申請を受け付けますが、それ以外の場合は地域包括支援センターと情報を共有し、包括職員が自宅を訪問し適切な支援に結びつけています。

・１人で歩くことができない
・１人で食事をすることができない
・１人でトイレで排泄することができない
・物忘れが進行し、日常生活に支障がある



介護保険相談票

対象者氏名		相談者	本人 ・ 家族
住　　所		電話番号	
生年月日	明治・大正・昭和　　年　　月　　日	年　齢	歳

└ 65歳未満 ➡ ☐

1　最初のひとこと（該当があればチェック、その他のひとことがあれば記入）

（ひとことの種類）

☐ 医師・病院に勧められた　☐ 民生委員等に勧められた　☐ 家族等に勧められた

☐ サービスが使いたい　☐ 困りごとがある　☐その他

（ひとことの内容）

2　生活状況について教えてください。（入院中の場合は、退院後の生活状況の見込み）

☐ 一人で歩くことができない
（杖をついたり歩行器を使用している場合も含む）

☐ 一人で食事をすることができない

☐ 一人でトイレで排泄することができない

☐ 物忘れが進行し、日常生活に支障がある

※環境要因によるものではなく、身体的な状況でチェック

☐に1つでもチェックがある場合のみ要介護認定申請

3　通院の状況を教えてください。

主疾病

☐ 通院中　（医療機関）　（主治医）

☐ 入院中　（医療機関）　（主治医）

退院予定日（必須）

※要支援の状態像が見込まれるが、入院中かつ環境要因により要介護認定をする場合には環境要因を記入

4　生活のどういったことにお困りですか？（誰が・いつから・何に困っているか）

連絡先 氏　名	本人 家族　（　　続柄　　）	電話番号	同上 別の連絡先（　　）
住　所	同上　・　別の住所（　　）	担当包括	東　・　西　・　南　・　北　・　市

図 1 . 介護保険相談票

3　効果

介護保険の入口である相談受付時に、介護サービスの利用を前提とした対応を行うと、高齢者にとってサービスを使うことが当然になってしまい、介護保険の理念である『自立支援』を意識することが難しくなります。窓口から生活での困りごとを聞き、「元の生活に戻る支援」を行うことを伝え、入口から『自立支援』を意識した流れの構築をします。

また、包括職員が必ず本人に会うため、早期に専門職がアセスメントをすることが可能になり、適切なサービスを迅速に導入することができます。その結果、効果的なサービス利用に繋がるだけでなく、要介護認定は受けているが、必要なサービスを利用できていない「お守り認定」の方が減少し、要介護認定率の減少にもつながります。

さらに、訪問の結果、必要なサービスが総合事業のサービスのみと判断された方については、介護認定審査会の結果を待つことなく、基本チェックリストの実施のみで事業対象者としてサービスを利用することができるため、支援を早期に導入できるというメリットもあります。

3

３．防府市「リハビリテーション専門職の同行訪問アセスメント」マニュアル



3. 防府市「リハビリテーション専門職の同行訪問アセスメント」マニュアル

1．はじめに

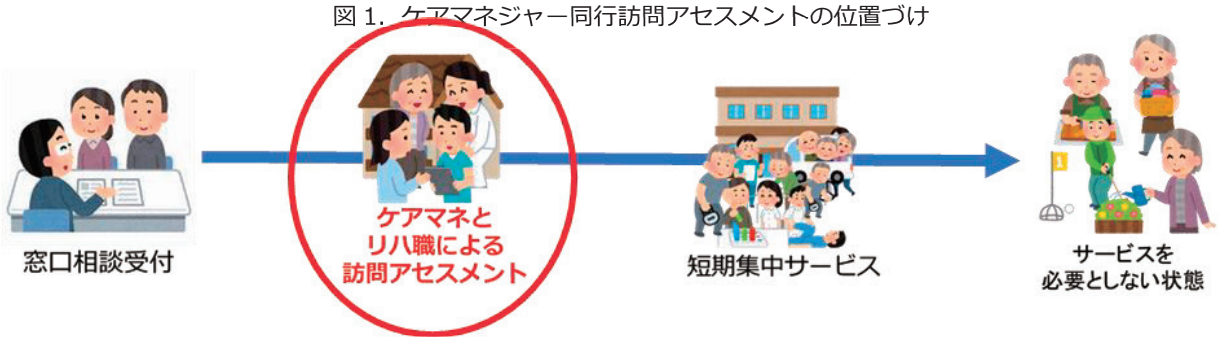
ケアマネジャーにリハビリテーション専門職が同行して対象者の訪問（以下「ケアマネジャー同行訪問アセスメント」という。）を行う場合、プラン作成及び目標設定を行うための初期アセスメントに同行する場合と、既に何らかの支援が行われている方に対して多角的視点でアセスメントを行うために同行する場合に分けられます。ここでは、初期アセスメントへの同行する場合について書きます。

（1）ケアマネジャー同行訪問アセスメントとは

ケアマネジャー同行訪問アセスメントは、ケアマネジャーによるアセスメントにリハビリテーション専門職の視点を加え、目標設定や生活改善に向けた課題の明確化、目的に見合ったサービス利用、地域資源活用について助言を行うものです。

短期集中予防サービスを利用して対象者のリエイブルメントを目指す場合、多角的なアセスメントを根拠とした目標やサービス内容について、合意形成がなされていることが重要です。サービス利用前にリハビリテーション専門職がケアマネジャーと一緒に訪問を行うことで、アセスメントが深まり、短期集中予防サービスを円滑に開始することができるようになります（図 1）。

図 1．ケアマネジャー同行訪問アセスメントの位置づけ



（2）訪問アセスメントにおけるリハビリテーション専門職の役割

ケアマネジャー同行訪問アセスメントを含む総合事業を進めていく上で『対象者がその人らしい生活や暮らしを取り戻す』というリエイブルメントの視点は大前提となる考え方です。さらに、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す。そのため、ケアマネジャー

同行訪問アセスメントでは、国際生活機能分類（ICF）の視点で対象者の課題や過去から現在に至る生活を整理していく必要があります。そして、リハビリテーション専門職は、対象者が生活課題を解決し、自身でありたい姿に至ることができるようになるための選択肢を提示します。ただし、選択肢を最終的にケアプランとして決定し、遂行していくのは対象者とケアマネジャーです。そのため、この選択肢をできるだけ明快に、具体的に、そして魅力的に提案することがリハビリテーション専門職の訪問アセスメントにおける役割となります。

（3）訪問アセスメントに求められるリハビリテーション専門職の視点

① ICF の考え方を用いること

リエイブルメントのアセスメントは ICF を用いて整理します（図 2）。しかし、解決すべき課題や目標が心身機能や活動の改善のみに偏らないように注意する必要があります。参加には対象者のその人らしい暮らしを表しているため、リエイブルメントのための目標は参加のレベルで考える必要があります。

また、重要なのは環境因子や個人因子のような背景因子をしっかりと把握するということです。心身機能・活動・参加が示す生活機能から導き出された課題が背景因子と結びつくことで、動機づけや自信を高めることができる根拠を持った『生きた課題』となります。また、今後の見通しを立てるための情報として健康状態（疾病の情報）も把握しておく必要があります。疾病の内容や状況によって、目標や課題解決の優先順位が変動することはあります。

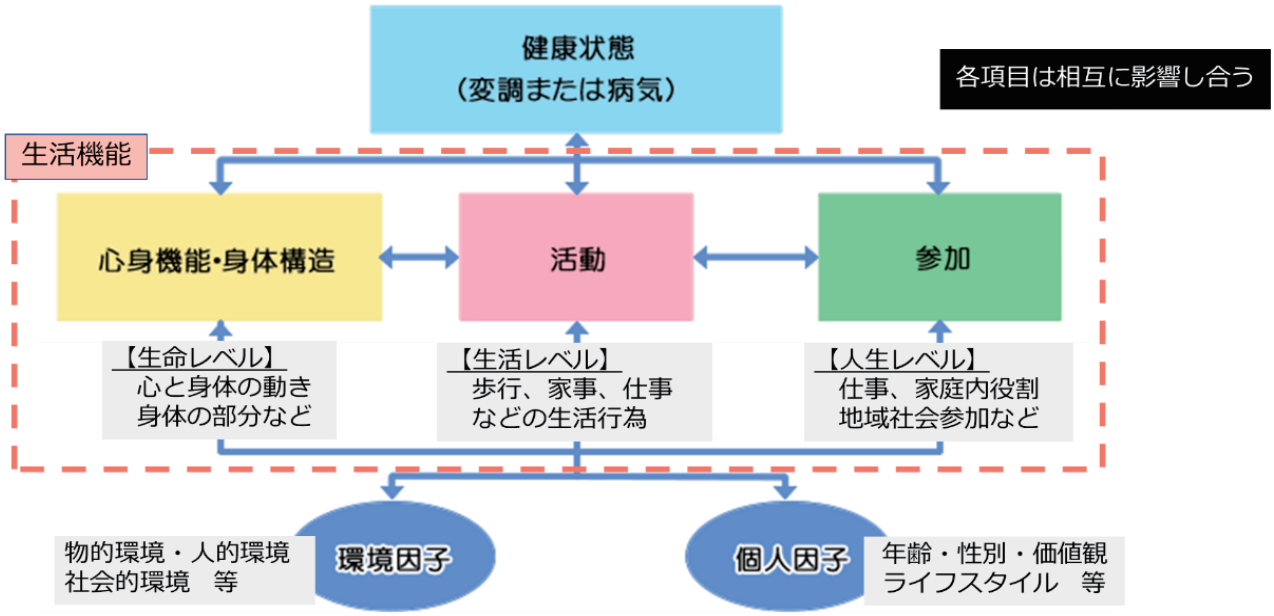


図 2. ICF の概念図

② リハビリテーション専門職の強みを活かす

対象者のアセスメントを深めるために、リハビリテーション専門職の強みを活かすことが重要です。医療職としての知識や経験、専門職同士のネットワークを活かして根拠に基づいた具体的な予後予測を立てられることが強みとなります。

また、リハビリテーション専門職としての知識だけでなく、自身の普段の生活が助言や提案に活きてくることもあります。柔軟な思考でアセスメントを行うことが対象者の選択肢を増やすことに繋がります（図３）。

リハビリテーション専門職の強みとは…
①ICFを基にした視点
②予後予測能力
③根拠に基づく理論
④知識（疾患、身体・精神機能、リスクなどなど…）
⑤経験（働いている施設によって異なる）
⑥専門職団体としてのネットワーク：相談・共有

図３．リハビリテーション専門職の強み

③ 社会資源・社会参加について

総合事業対象者の訪問アセスメントにおいて参加の選択肢は多種多様となります。そのため、参加の選択肢になる社会資源や社会参加についての認識も整理しておく必要があります。対象者の元の生活では誰もが何らかの役割を持って社会と繋がり、何かをしていたはずです。社会資源においては公的な制度下のサービスだけでなく、個人の技術や知識、近所にある物や人物も社会資源として捉えます。社会参加についても通いの場や通所サービスに参加することだけではなく、社会と繋がりがある場所や機会の全てを社会参加と捉えていく必要があります。

2． ケアマネジャー同行訪問アセスメントの内容

ケアマネジャー同行訪問アセスメントは１回あたりおよそ１時間以内で、聞き取りによる生活情報の収集、身体機能のチェック、自宅内や周辺環境のチェックなどを行い、課題解決に向けた取り組みの提案と目標の設定共有を行います（図４）。

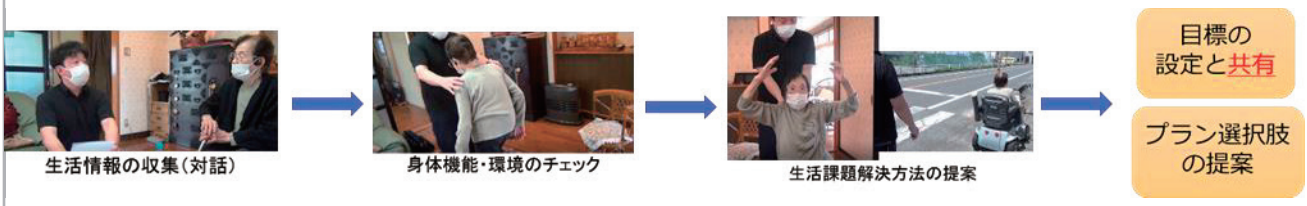


図４．訪問アセスメントの流れ

（１）生活情報の収集について

ケアマネジャー同行訪問アセスメントで最も大事な部分は対象者との対話です。対話は ICF の視点で対象者の情報の整理を行いながら進めていきます。現在の生活に至った経緯、対象者が困っていること、対象者が自身のことをどのように考えているのかということを通して、見えている課題と隠された真因を明らかにしていきます。

（２）身体機能・環境のチェック

対話によって生活情報を収集した後には、身体機能や環境のチェックを行います。対話の時点で、現在の課題と真因が考察されているはずですが、実際に身体や環境をみることで対話にて示された真因の根拠を裏付けることができ、対象者も実感が得られやすくなります。

（３）生活課題解決方法の提案

収集した生活や身体機能、環境の情報を統合し、生活課題解決方法の提案を行います。提案の内容は運動指導や環境調整だけに留まらず、生活習慣、社会参加など多岐に渡ります。全ての課題に対して提案し、実践してもらうことは困難です。ケアマネジャー同行訪問アセスメントの段階では、実践しやすく継続ができる範囲での提案を行うべきです。例えば、運動などの提案に際して資料を渡すことも有効ですが、普段過ごしている生活空間や活動内容の中で行える形に調整することで習慣化しやすくなります。

（４）目標の設定と共有

目標設定は具体的でわかりやすいものにすることで、達成できたかどうかが誰にでも判別できるようになり、対象者が目標を達成するための行動の動機づけを高めることができます。そのため、

目標は ICF における参加レベルで立案する必要があります。さらに、目標とそのためのプロセスを対象者やケアマネジャーと十分に共有しておくことも重要です。理想は一連のアセスメントを通して対象者が、自分で自分の目標（自分のありたい姿）を語ることができるということです。支援者の考えを対象者に押し付けるような目標になっていないか注意する必要があります（図 5）。

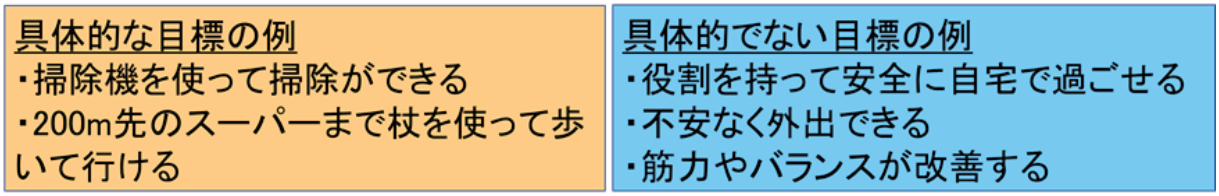


図 5. 目標の例

（5）プラン選択肢の提案

フォーマルサービスやインフォーマルサービスなどプランの選択肢はいくつか挙げられますが、対象者やケアマネジャーが選択することができるように、それぞれの利益・不利益に関して説明を行っておくことが必要です。短期集中予防サービスを利用する場合にはサービス内容と実施期間、終了後の生活の見立てに関して合意形成を行っておくことでサービスを円滑に開始することができます。また、短期集中予防サービスではなく、他のサービスを利用するほうが適している場合や、地域資源の提案のみで十分な場合もあります。いずれにしても各市町村の総合事業施策を十分に理解しておくことで適切な選択肢を提案することができます。

3．ケアマネジャー同行訪問アセスメントの実施

（１）ケアマネジャー同行訪問アセスメントの対象者について

防府市では市役所や各地域包括支援センターへの新規相談者に対しては、短期集中予防型通所サービスを利用するしないに関わらず、原則全員にケアマネジャー同行訪問アセスメントを実施しています。また、既に地域包括支援センターが介入している対象者に関しても新たに短期集中予防型通所サービスを利用する場合には、ケアマネジャー同行訪問アセスメントが必要となります。

（２）リハビリテーション専門職派遣の流れ

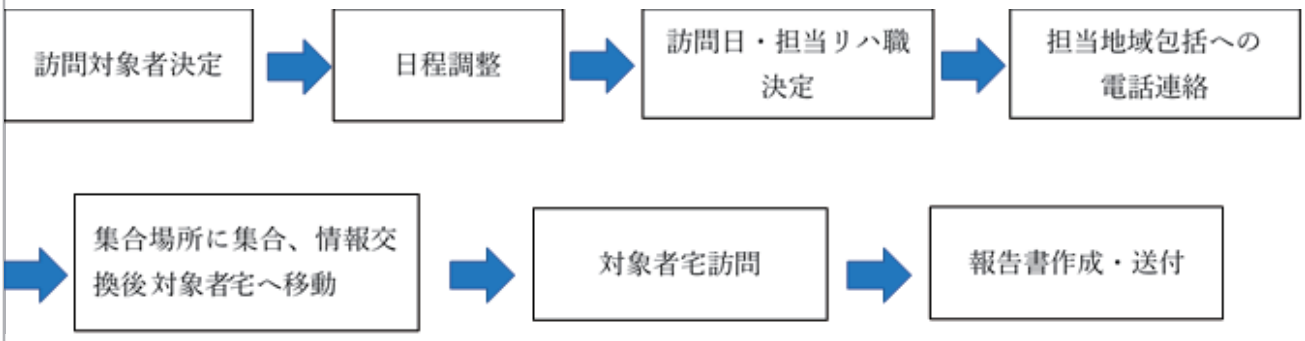


図 6．防府市におけるリハビリテーション専門職派遣の流れ

ケアマネジャー同行訪問アセスメントの対象者が決定すると、担当地域包括支援センターより市役所に連絡が入ります。その後、図 6 に示す流れでケアマネジャー同行訪問アセスメントが進みます。

①　前日までに必要なこと

リハビリテーション専門職はクラウド上の予定表に訪問可能な日時を書き込みます。その後、市役所に訪問依頼があると、調整担当者が予定表を確認して訪問日時やリハビリテーション専門職の担当者を決定し、メール、もしくは電話で訪問が決まったことを伝えます。連絡を受けたリハビリテーション専門職は地域包括支援センターの担当者に連絡を行い、当日の集合場所・時間や簡単な症例の情報を共有します。

②　当日のやり取り

集合場所に集まり、事前に情報や方針を共有してから訪問を行います。当日に渡される資料は、対象者の基本情報や基本チェックリストになります。

同行訪問状況報告書

訪問日時		～		訪問者		担当者	
利用者氏名			年齢		住所		認定情報	
①訪問の目的･提示された課題							
②利用者情報							
疾病情報		心身機能					
活動参加							
環境				個人因子			
③住宅環境							
形態		住宅改修		改修済みの箇所		福祉用具		使用中の福祉用具	
④アセスメントと提案内容	ア セ ス メ ン ト				提案内容･解決策		
A. 運動･移動について							
B. 日常生活について							
C. 社会参加、対人関係							
D. 健康管理について							
⑤その他							
⑥3か月後に見込まれる状態とそのための目標							
⑦まとめ							
介護認定申請 ：	福祉用具の必要性 ：	通所利用の必要性 ：	訪問利用の必要性 ：
報告者	山口県立総合医療センター　作業療法士　原 直利 防府〇地域包括支援センター　〇〇		

図 7. 訪問アセスメント報告書

③　報告書について

訪問終了後には報告書（図 7）を作成し地域包括支援センターの担当者に提出します。介護予防プラン作成時の参考となるようにできるだけ速やかに提出します。また、提出する報告書も介護予防プラン作成時に反映しやすいように『訪問の目的』、『ICF のまとめ』、『自宅内環境』、『介護予防プランの項目に沿ったアセスメントと解決策』、『3 ヶ月後に予測される状態とそのための目標』、『まとめ』という構成にしています。

（3）健康被害発生時の対処について

ケアマネジャー同行訪問アセスメントを実施していくにあたり、対象者やリハビリテーション専門職に対する健康被害発生時の対処について、確認しておくことも重要です。防府市での対処について記載します。

①　被害発生時の連絡について

健康被害発生時は防府市において対処します。また、担当したリハビリテーション専門職は、有害事象の発生を知ってから 7 日以内に有害事象の詳細な情報を「有害事象報告書」に記載し、防府市に報告します。

②　保険の適用について

利用者宅までの移動時に事故などで賠償責任が発生した場合については防府市の保険で対応します。訪問中に発生した事故によって利用者に対し賠償責任が発生した場合はリハビリテーション専門職個人の保険（理学療法士責任賠償保険・作業療法士責任賠償保険）にて対応します。日本理学療法士協会及び日本作業療法士協会の会員は全員基本プラン加入済みです。したがって、ケアマネジャー同行訪問アセスメントに従事するリハビリテーション専門職は各専門職協会の正会員であるということが条件となっています。

4．ケアマネジャー同行訪問アセスメント実施のための研修体制

研修はリハビリテーション専門職団体と市が協力して行っています。市の総合事業体系とケアマネジャー同行訪問アセスメントの基礎知識を学ぶための STEP１、ケアマネジャー同行訪問アセスメントの流れの確認と実際の事例を用いて模擬アセスメント体験を行う STEP２、そして、見学を経て実践者として登録されます。様々な領域のリハビリテーション専門職に参加してもらうために、「最初から満足のいくアセスメントが行えないとしても、実践を繰り返しながら技術を高めていってほしい」という市との合意形成を行っておくことで迅速に実践者を増やしていくことができます。また、定期的にフォローアップ研修会を開催し、市の事業に対する知識のアップデートやケアマネジャー同行訪問アセスメントにおける視点の共有を行うことも必要です（図 8）。

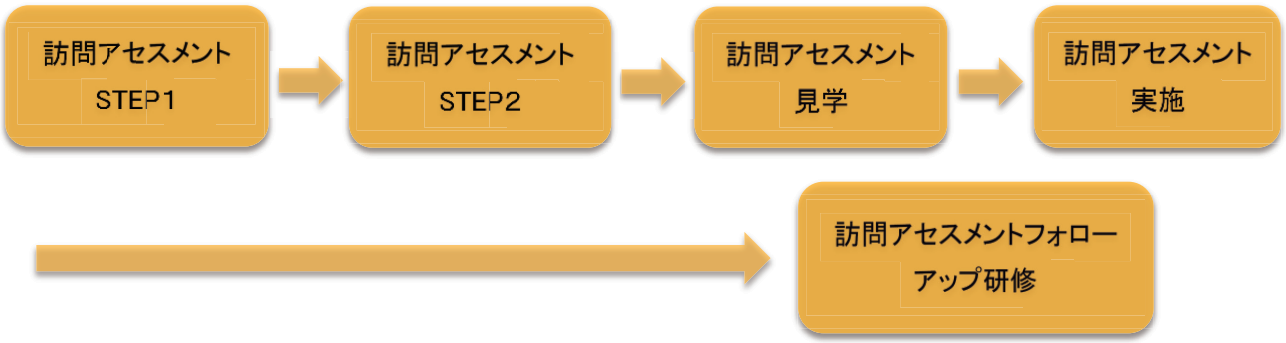
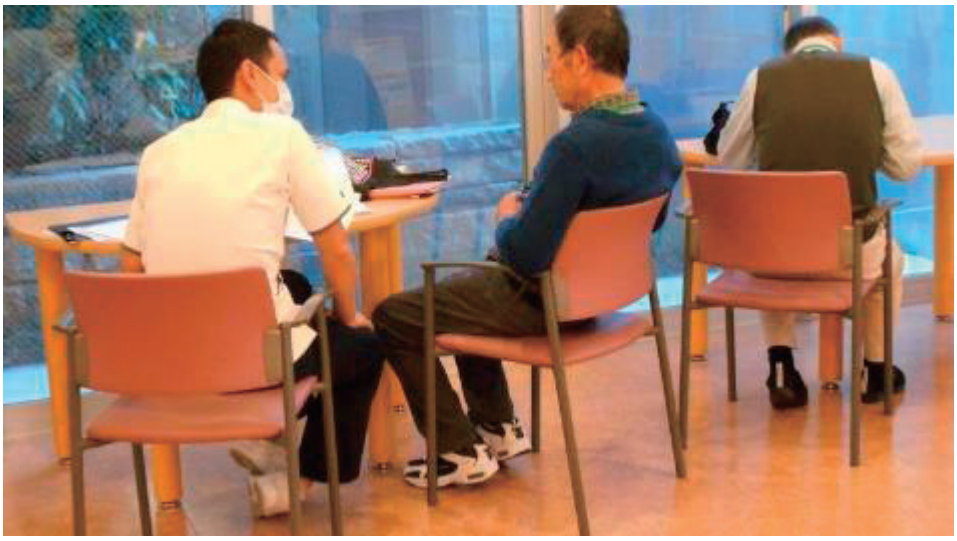


図 8．訪問アセスメント研修

短期集中予防サービス
運営マニュアル



特定医療法人博愛会　老人保健施設はくあい
リハビリテーション部

Ⅰ．はじめに

短期集中予防サービスは、加齢や疾病により虚弱になった高齢者が、自分でやりたい事を自分で選べるようになる、元の暮らしを取り戻すためのサービスです。

「やりたいことが出来なくなってきた」「いつのまにか自信がなくなってきた」「だからデイサービスやヘルパーを利用する」という流れではなく、セルフマネジメント能力を高め、自分自身を意欲的に管理することで、元の暮らしを送れるようになることを目指していきます。

（短期集中予防サービス３つのポイント）

① 生活の不安を取り除くこと

高齢者は、いつの間にか「気が付いたらできなくなった…」という喪失体験を重ねていくことで、生活に対しての不安を抱えるようになり、出来なくなったことに対して援助を求めていく場合が多くなります。そこで、具体的に生活のどの部分に不安を感じているか、どのようにしたら不安を解消できるかを一緒に考え練習していくことで、不安の解消につながります。

② セルフマネジメント能力を高め、利用者が自信を持って生活できるようになること

セルフマネジメント＝自己管理

通所サービスを利用しない残り 6 日と 22 時間の過ごし方を、いかに活動的に過ごすかを考えるようになることで、生活不活発病を防ぐとともに、今までやってきたことが自信を持って行えるようになり、また新しいことに取り組む際の原動力になります。

③ 利用者の取り囲むあらゆるもの(アセット)を活用し、地域資源につながるように働きかけを行うこと

フォーマルサービスのみでなく、その方を取り囲むありとあらゆるものが支える資源となります。地域の一員として活躍できる、楽しみをもって生活できることは、自信を持って過ごす生活が継続する下支えとなります。

短期集中予防サービス利用者さんの可能性は無限大です。ぜひ、利用者さんが元の暮らしを取り戻し笑顔になる瞬間に立ち会い、喜びを分かち合っていただければ幸いです。

Ⅱ．サービス内容について

サービス内容は、12 回の通所プログラム（最大 24 回まで延長可能）と最大 2 回までの訪問プログラムから構成されています。いずれの内容についても共通しているのは、サービスを利用している時間の過ごし方だけを考えるのではなく、サービスを利用していない「残り 6 日と２２時間」をいかに大切に過ごすかという事を利用者さんに意識づけてもらうように働きかけていくことが重要であるという点です。

（１） 通所プログラム

週 1 回、1 回 2 時間のサービスです。以下の内容から構成されています。

① 社会参加プログラム

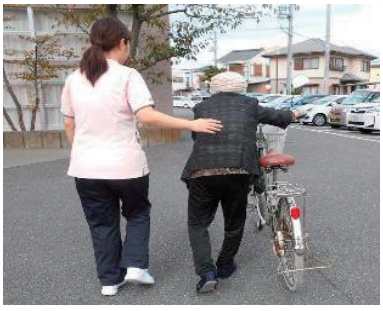
社会参加につながるような地域での情報を収集、提示するとともに、利用者が実際に参加するために必要な他者交流能力等の参加に必要と思われる能力を高めていきます(図１)。実際に住民主体の通いの場、サロンなどの活動に一緒に参加してみるなどの働きかけも考えられます。集団体操などを利用して他者交流の一助となる場合もあります。



(図１)
住民主体の通いの場の運営が自信を持って行えるように集団の運営を短期集中サービスの際に練習している。

② ＩＡＤＬプログラム

「自転車に乗って買い物に行きたい」「掃除が出来るようになりたい」等、具体的な生活上の課題、日常生活関連動作が行えるように、実際の場面を想定し模擬的な動作を行う、あるいは実際の動作を練習していきます(図２)。



(図２)
「300m 先のスーパーに自転車を押して買い物に行く」という目標のために自転車を押して歩く練習をしている。

③ 介護予防教育プログラム

セルフマネジメント能力を高めるために、動機づけ面談を行います(図３)。１週間の振り返りを一緒に行うことで、できた部分を肯定的にとらえるとともに、課題に対しての解決方法を一緒に考えていきます。生活の中で活動量を増やす事を目指し、通所サービスを利用しない残り週６日（と 22 時間）の過ごし方をいかに活動的に過ごすかを意識づけていきます。



(図３)
動機付け面談により 1 週間の振り返りを行い、「出来た！」をポジティブにフィードバックしている。

④ 運動機能向上プログラム

セルフマネジメント能力を高めるために、「触らないアプローチ」を徹底します(図４)。利用者にとって必要な運動を正しい方法で行えるように通所利用時にセラピストと練習する、あるいは自主トレーニングとして行ってもらいます(図 5)。自宅での運動が主体的に取り組めるような働きかけを行います。運動の頻度、強度など、少しずつ積み重ねていくことも自己肯定感の向上につながります。



(図４)
触らないアプローチ。運動の正しい方法、生活のどこに結び付くかをディスカッションしている。



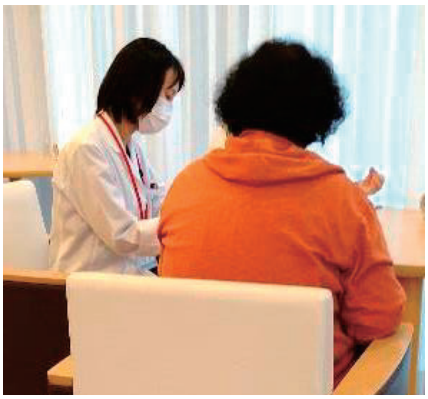
(図 5)
掲示している運動方法を確認しながら自主トレーニングを行っている。

⑤ 口腔機能・栄養改善プログラム

面談を通して、口腔、栄養の課題を明らかにし、一緒に解決方法を考えて自宅で実践するために行います(図６・７)。利用者さん自身が、運動機能面・口腔機能面・栄養面がそれぞれ関連付けて考えられるようにしていきます。



(図６　口腔機能向上プログラム)
面談により行う。口腔機能を一緒に確認し、関心度に合わせての自主トレーニングの提案、生活習慣の指導を行う。



(図７　栄養改善プログラム)
面談により行う。
アセスメントシートを使って栄養状態を評価し必要であれば継続して介入する。



～口腔機能向上プログラムの役割～

大切な事は

オーラルフレイルを早期発見し改善する事

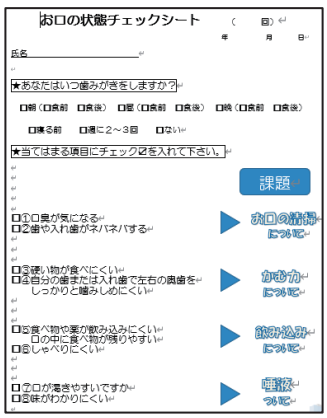
口腔や嚥下についての「自己管理能力」を高める事

介護予防のためには「口腔」へのアプローチが大切です。会話、食事、表情の状出、口臭、容姿についての悩みが改善する事で、精神心理的問題や社会的問題も改善する可能性があります。また、口腔からのアプローチは本人が「実施しやすく、達成しやすい」課題が多いので、達成感を味わいやく、ポジティブフィードバックを行うことで自己効力感を高めることも可能です。



～サービス内容～

サービス期間中に１～３回アセスメントを実施します。大阪歯科医師会で使用されていた評価用紙(図８)を引用し、口腔機能のスクリーニング、口腔ケア方法、義歯の手入れ方法を確認しています。


お口の状態チェックシート

氏名

★あなたはいつ歯みがきをしますか？

□朝（□食前 □食後） □昼（□食前 □食後） □晩（□食前 □食後）

□寝る前 □週に2～3回 □ない

★当てはまる項目にチェック☑を入れて下さい。

課題

□①口臭が気になる
□②歯や入れ歯がネバネバする
→ お口の清掃について

□③硬い物が食べにくい
□④自分の歯または入れ歯で左右の奥歯をしっかりと噛みしめにくい
→ かむ力について

□⑤食べ物や薬が飲み込みにくい
□口の中に食べ物が残りやすい
□⑥しゃべりにくい
→ 飲み込みについて

□⑦口が乾きやすいですか
□⑧味がわかりにくい
→ 唾液について


アセスメント

舌縁らまし
□両方 □右 □左

舌
□前 □上 □下 □右 □左

パタカ
10秒 回（ ）

舌苔
□なし □少し □多量

義歯
□なし □あり （□上 □下） □不使用

セルフマネジメント＝本人に家で行ってもらうこと

自宅で行っていただく項目	具体的内容	その根拠

スタッフに向けてのアドバイス

(図８)お口の状態チェックシート
～大阪歯科医師会資料より引用～

口腔機能低下がみられた方に対しては自主トレーニングを提案、セルフマネジメントシートを用いてトレーニング方法を確認、改善に向けてのアプローチを行っています。

スクリーニングに問題のない方には、ケア方法など良いところを承認、自信につながる声掛けを行います。また、定期的な歯科受診を勧めるなど、引き続き口腔に関心を持つよう声掛け行います。



～栄養改善プログラムの役割～

大切な事は

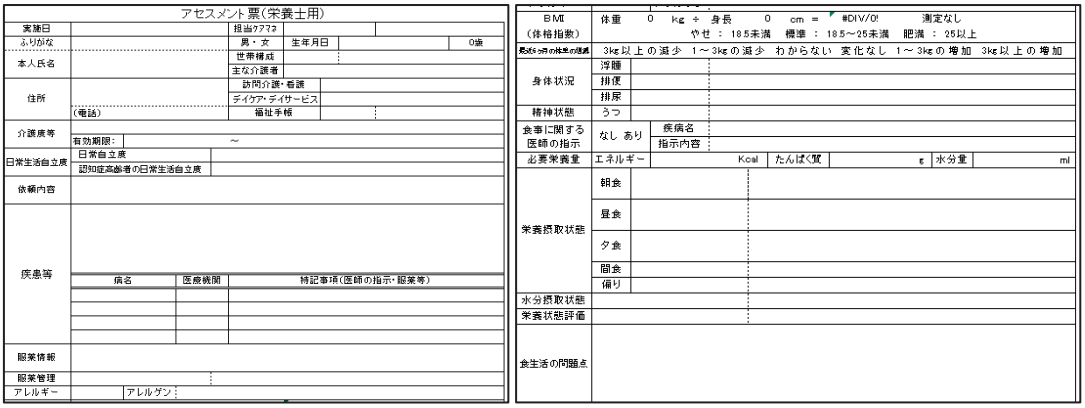
現在の食事の中の肯定的側面をとらえる事

栄養の改善に必要なことが生活習慣に結び付くように「自己管理能力を高める事」

栄養状態の改善は、栄養の過不足、必要な食事の提案を行うのみではなく、栄養状態の改善により運動に取り組みやすくなる、買い物などの生活行為の変化につながる等、結びつきを意識してもらうことが大切です。食事は、長年の生活習慣によるところも大きいため、現在の食生活の肯定的側面を承認して課題の解決に結び付けていくことが必要となります。

～サービス内容～

アセスメント表(図９)を用いて、栄養の摂取状態、水分の摂取状態、食生活の問題点を明らかにしていきます。



アセスメント票（栄養士用）

実施日		担当ｹｱﾏﾈ			
ふりがな		男・女	生年月日		0歳
本人氏名		世帯構成			
		主な介護者			
住所		訪問介護・看護			
		ﾃﾞｲｹｱ・ﾃﾞｲｻｰﾋﾞｽ			
	（電話）	福祉手帳			
介護度等					
日常生活自立度	有効期限： ～				
	日常自立度				
	認知症高齢者の日常生活自立度				
依頼内容					
疾患等	病名	医療機関	特記事項（医師の指示・服薬等）		
服薬情報					
服薬管理					
アレルギー	アレルゲン				

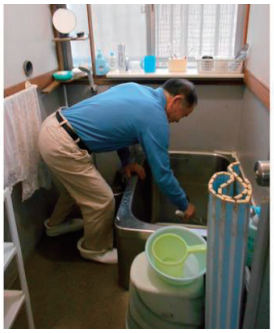
BMI（体格指数）	体重 0 kg ÷ 身長 0 cm = #DIV/0! 測定なし やせ：185未満 標準：185～25未満 肥満：25以上					
最近3ヵ月の体重の増減	3kg以上の減少 1～3kgの減少 わからない 変化なし 1～3kgの増加 3kg以上の増加					
身体状況	浮腫					
	排便					
	排尿					
精神状態	うつ					
食事に関する医師の指示	なし あり	疾病名				
		指示内容				
必要栄養量	エネルギー	Kcal	たんぱく質	g	水分量	ml
栄養摂取状態	朝食					
	昼食					
	夕食					
	間食					
	備り					
水分摂取状態						
栄養状態評価						
食生活の問題点						

図９　栄養アセスメント表

栄養面での課題に対して、栄養士が食事内容、調理方法、買い物の仕方など多角的にアプローチし、リハビリテーション専門職は運動面、生活面へのつながりを説明し、栄養面での行動変容につながるように支援していきます。

⑥ 生活行為指導・生活環境や道具の工夫に関する助言

日常生活動作、日常生活関連動作における課題を明らかにし、実際の動作や模擬的な動作を行うことで実際の生活場面で行えるようにします(図 10)。訪問プログラムとして行うことも効果的です。また、道具の工夫で解決できる点があれば提案を行います。生活行為の活動量が具体的にどのくらいか METS に換算して示すことも有効です(図 11)。



(図 10)
「風呂掃除が出来るようになりたい」という目標のために、道具の工夫、動作の工夫を考え実践している。



(図 11)METS 提示例
調理・床拭き等の活動量がやや早い散歩と同等の活動量ということを図示すると生活の中の活動量向上につながりやすい。

また、通所サービス２時間のサービスの提供例を以下に示しておきます。

到着後　　バイタルチェック・他者交流

１０：００　集団での筋力トレーニング・ストレッチ

１０：１５

セルフマネジメントプログラム（面談等）

運動機能向上プログラム：個人・集団で随時実施

口腔機能向上プログラム（必要時）

栄養改善プログラム（必要時）

社会参加プログラム

IADL プログラム

＊四角の枠内は同時進行で進んでいきます。リハ職と面談を行っている利用者もいれば、お互いに情報交換している利用者もおり、ご自分で運動をしている方もいるという具合です。最終的には、２時間の過ごし方を自分でマネジメントできるようになるという視点も必要です。

１１：５０　集団体操（脳トレ・地域資源への移行プログラム）

１２：００　送迎

（２） 訪問プログラム

自宅や実際の活動の場に訪問し、利用者の生活課題を実際の場面で評価、指導し、自信を持って生活の中で取り組めるようにします(図 12)。動作指導、道具の工夫の提案とともに、出来ていることを生活の現場でポジティブフィードバックすることで、より生活場面で定着しやすくなります。また、ケアマネジャー(以下 CM)・生活支援コーディネーター(以下 SC)に同席してもらうことで、情報共有の場になると共に、終了後の資源について一緒に検討していく機会にもなります。



(図 12)
モグラの穴の潰し方について、利用者とセラピストが一緒に考えている。後ろでは担当ケアマネジャーも見守っている。

Ⅲ．人員・設備について

（1）人員について

運営にあたり必要な職種、主な役割は以下のようになります。

1）理学療法士・作業療法士

動機づけ面談を行います。防府市ではセルフマネジメントシートというツールに利用者に 1 週間の記録をしてもらい、サービス利用時に利用者と一緒に振り返りを行います。一緒に考えた課題について出来ている点についてはポジティブフィードバックを行うともに、工夫・改善が必要な点については、運動の指導、生活の中で活動量を増やすための助言、暮らし方の工夫についての提案を行い、どのようにしたら元の暮らしに近づくことが出来るかを一緒に考えていきます。

2）言語聴覚士（歯科衛生士・看護職員）

口腔機能低下がみられた方に対しては自主トレーニングを提案し、改善に向けてのアプローチを行っていきます。スクリーニングに問題のない方には、ケア方法など良いところを承認、自信につながる声掛けを行います。また、定期的な歯科受診を勧めるなど、口腔に関心を持つような働きかけを行います。

3）栄養士

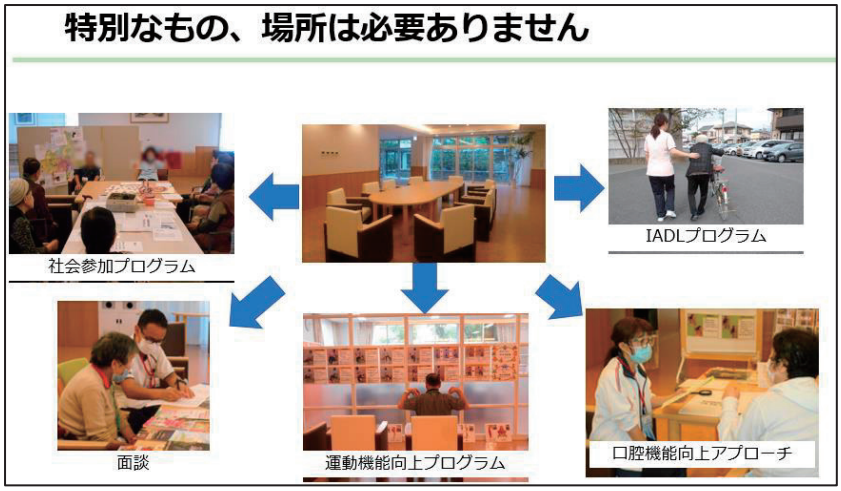
食生活を一緒に振り返り、食事摂取量・内容に問題がないか、水分摂取量はどうか等を評価し、自宅でできる助言を行います。利用者が調理をしない場合には、家族の方に指導を行う、あるいは買い物の際の選び方の助言を行う場合もあります。

4）介護士

利用者が運動を実施する際の補助、利用者同士の他者交流を円滑に進めるための補助の他、利用者の日々の暮らしで感じたこと、体験した事等を傾聴し、動機づけ面談の際に必要な情報を幅広く集める役割を担います。

（3） 設備・必要物品について

動機づけ面談がサービス内容の柱になっておりますので、特別な設備・物品がなくても実施できることが短期集中予防サービスの特徴と言えます。当施設では、会議室のレイアウトを変更して会場としており、主な物品は椅子と机がある程度です(図 13)。



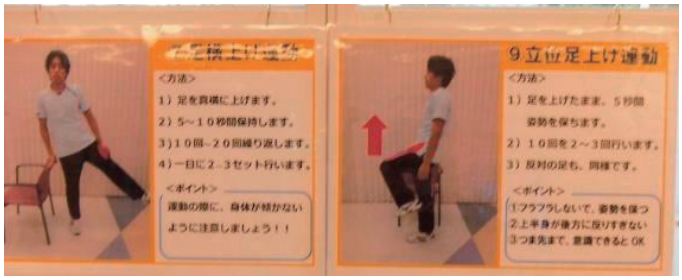
(図 13)
老人保健施設
はくあい会場図

ただし、利用者がセルフマネジメント能力を高めることが出来る「仕掛け」があると、よりセルフマネジメント能力の向上につながると思われます。

(参考)老人保健施設はくあいでのセルフマネジメント能力を高める「仕掛け」

1) 運動指導用パネル

サービス時間内に利用者が行いたいタイミングで自主トレーニングとして運動が行えるように、主に指導する運動をパネルにしています(図 14)。内容については、サービス終了後に、もし地域住民主体の通いの場に行くことを希望された場合でもスムーズに移行できるように地域住民主体の通いの場で行う運動を参考にするのも良いと思います。



(図 14)
運動のポイントを図示して掲示しているパネル。

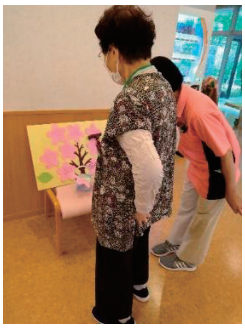
2) 持ち帰り用運動資料

1)の資料を A4 サイズにしてご自宅に持ち帰れるようにしており、自宅でのトレーニングの際に正しい運動が確認しやすいようにしています。また、ご自宅での運動定着の動機づけになるようにという目的もあります。

3)「できたの木」

利用者が達成したことを花の形にした用紙に記入してもらい、木に見立てた台紙に張り付けていきます。利用者自身が「できたこと」を記載することで自己肯定感が高まるとともに、他利用者の意欲向上（この人が出来たなら自分にもできるのではないかという気持ちになる）を目的にしています（図 15)。

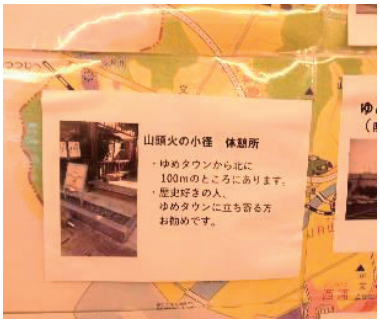


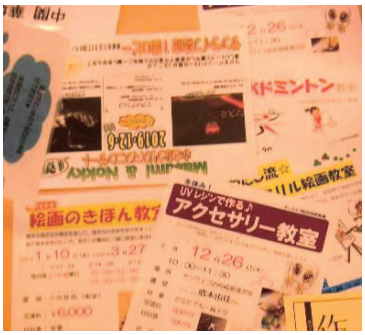


(図 15)
できたの木に達成したことを記入し他利用者さんが眺めている。

4）社会資源情報の提示用資料（図 16）

地域で行われている催しのパンフレット一つをとっても、利用者が興味を示せば社会参加のきっかけとなり得ます。また、SC が集めてくれた資料を見える化することも、利用者が主体的に新しい参加の場を見つけていくためには有効です。利用者同士が情報を教えてくれることもありますので、それを共有することも社会資源となります。







（図 16）左より、利用者が知っていた町の休憩場所の情報、地域での催し物のチラシ、SC が作成した地域活動情報。

Ⅳ.サービスの流れについて

(契約・サービス担当者会議)

サービスの開始に際し、利用者、担当 CM、事業所が初めて顔を合わせる場面です。

これから 3 ヶ月間かけて達成していく目標について確認するとともに、利用者の生活史、大切にしているもの、課題について情報収集する機会となります。また、契約時に、利用者に事業のポイントについて説明しておくとサービス開始以降の取り組みがスムーズとなります。



① セルフマネジメント能力を高めるため体を触るアプローチは行わない
② 通所を利用しない 6 日間の過ごし方が大切である
③ 毎日ご自身で生活の様子を振り返ってもらいサービス利用時の面談時に一緒に 1 週間の振り返りを行う

(初期評価)

利用者の心身状態および生活の様子について明らかにすることで、「元の暮らしをかなえる」ためにどのようなアプローチが必要かを考える契機となります。防府市では、以下の項目を測定しております。

【身体機能面】
握力、片脚立位、CS30、片脚立位、TUG(通常・最大)、
【生活機能】
老健式活動能力指標
【精神機能:うつ状態の程度】
GDS (Geriatric Depression Scale)
【IADL】
FAI (Frenchay Activities Index)
【QOL】
EQ-５D-５L

なお、短期集中予防サービスの目的は、単に身体機能面の改善を図るものではありません。例えば、身体機能面の大幅な改善が図られない場合でも、精神機能面の変化、生活の工夫により生活状況の変化が見られる場合も多々あります。利用者の情動的変化、毎日の生活の変化にも十分に着目していくことが大切となります。

(初回利用)

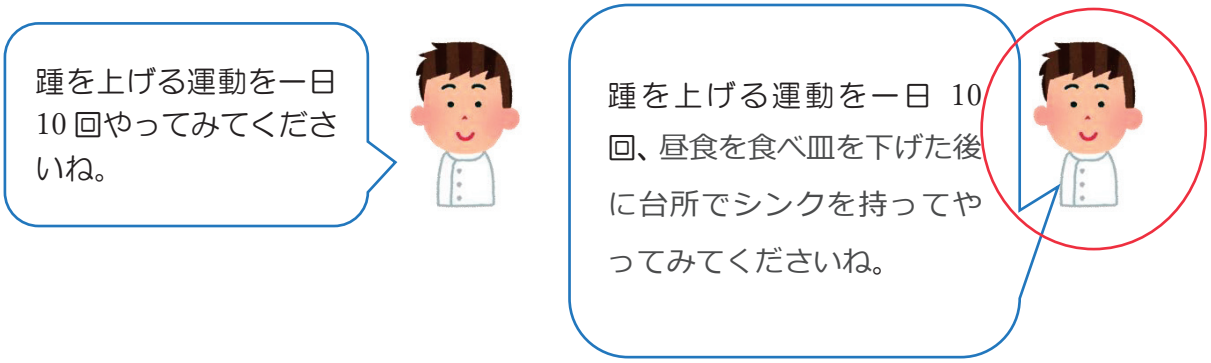
短期集中予防サービスを方向付ける大切な回です。

利用者は、「どのようなところだろう」「何が始まるのだろう」と様々な期待と不安をもってこられています。目標(3 ヶ月後に叶えたい元の暮らし)の確認を行うとともに、最初に取り組んでもらうことを、一緒に考えていきます。

その際に大切なことは、「利用者の肯定的側面をいかに多く見つけるか」という点です。例えば、「昔からラジオ体操は毎日やっている」「訪問アセスメントで教えてもらった運動を少しは取り組み始めた」という運動習慣、「毎日、新聞を取りに行くことは自分の仕事」といった生活習慣、「気を付けてバランスの良い食事をとるようにしている」といった健康への配慮…その方ならではの強みを一緒に探してみてください。強みがあれば、さっそくポジティブフィードバックをすると、利用者の表情が変わってくると思います。

次に、これから 1 週間で取り組んでいくことを一緒に決めていきますが、まずは、「強みを生かした取り組み」から始めていくとよいと思います。「週 3 ～ 4 回やっている散歩を少しだけ頑張って毎日できないか」「いつもやっているラジオ体操の後に、一つだけ運動を増やす事は出来ないか」というように、今の運動習慣や生活習慣を少しだけ発展させる提案が受け入れられやすいかと思います。

なお、自宅での運動が習慣化するポイントですが、①いつ、②どこで、③どのように、を意識して伝えるとよいと思います。



また、普段行っている生活行為について、意味づけを行う、または活動量を意識してもらうように考え方を提案するとよいでしょう。例えば、「掃除機をかけると、足の筋力向上にもつながりますし、散歩と同じくらいの運動量がありますよ」という声掛けで、さらに生活の中で活動量を増やしていく取り組みに繋がりやすくなります。

このように、一週間で取り組んでもらうことを利用者さんと話あって決め、次回利用時まで自分で振り返りながら過ごしてもらうようにします。

（2 週目以降）

1 週間ごとにリハ職と利用者が一緒に振り返りを行いながら、目指す元の暮らしに近づくために、PDCA サイクルを繰り返していきます。なお、振り返りを行う際のポイントは、「提示している運動ができたか」という点に焦点を当てすぎるのではなく、「生活の中のちょっとしたエピソード」を深堀りしていくと良いでしょう。「やってみようかなと思った」等の心の動き、生活課題に取り組んでみてどこが難しかったか、生活の中で活動量を増やしていくためのヒントが隠されています。

（3 ヶ月での変化のイメージ）

【運動機能面】

・今まで行っていた運動・訪問アセスメント時に提案した運動が習慣になる。
・短期集中予防サービスで提案した運動が定着する。

↓

・提案した運動の負荷が調節できるようになる(体調・生活の中の出来事との兼ね合い等)。
・利用者自身から「このような運動はどうだろうか？」と相談されるようになる。

↓

・生活習慣の一部として運動習慣が定着する(サービス終了後も)。

【生活機能面】

・今まで行っていた家事や生活習慣について、どのくらいの活動量があるのかを明らかにする。
・目標とする生活動作を行うためにどのように工夫したらよいのかを考え指導する。

↓

・今まで行っていなかった家事、生活習慣に取り組むことで、活動量が増えてくる。
・自分から新しく取り組んでみたい家事、生活習慣について提案できるようになり、実施するための解決方法を一緒に考えることが出来るようになる。

↓

・家事、生活習慣が定着し、生活の中での活動量が確保できる。毎日の生活に自分で意味づけが出来るようになる。

【社会参加面】

・利用者の現在の社会参加の状況について明らかにする。

・興味がありそうな地域での活動について SC とも連携をしながら情報提供を行う。そこに参加するためにネックとなっていることがあれば、解決方法を一緒に考える。

・一人で参加することが難しければ、リハ職、SC 等が一緒に参加をしてみる。成功体験につながり、次の参加に対しての意欲が高まる。

・地域での活動に参加することが出来る、場合によっては運営スタッフなど支援者側に回ることが出来る。

Ⅴ.面談について

短期集中予防サービスでは、セルフマネジメント能力を高めるために、動機づけ面談を通して利用者さんとリハ職が一緒に日々の暮らしを振り返りながら、出来た部分をポジティブにフィードバックする、課題解決のために一緒に考えていくことが必要です。

【動機づけ面談】

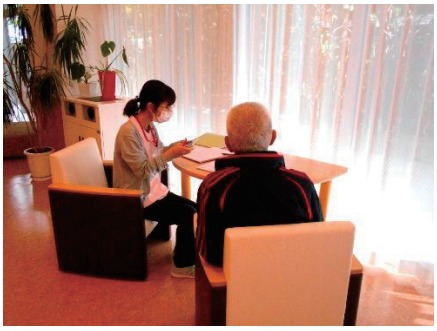
リハビリテーション専門職と対象者が毎週、日々を振り返り、話し合うことによって、対象者が自分の可能性に気づき、元の生活を取り戻すための暮らし方を知り、意欲的に自分を管理することができるようになること。

(参考)老人保健施設はくあいでは、動機づけ面談のマニュアルを作成しました。

http://hakuai.net/tannkisyuucyuu/tanki4.pdf

【面談を行う際の環境】

利用者が、「自分の気持ちを発信したくなる」環境づくりが必要です。



・静かな環境、落ち着いて話したくなる空間⇒利用者が本当の気持ちを話しやすい。
・できれば横並びでの面談が望ましい。⇒利用者とリハ職が課題解決のために、ともに考えて、成果を喜ぶというメッセージにもつながります。

【面談を行う際の基本的な心構え】



1 人の生活者として、「こんな人には話しやすいな」という姿が理想です。
顔が険しくないですか？相手を論破しようとしていないですか？
心ここにあらずといった態度をとっていませんか？
無意識のうちに出やすい姿に気を付けて！

【よい聴き手になるための 10 のポイント】

急にすべてを意識して行うのは難しいので、まずは⑧から実施するとよいでしょう。リアクションが豊富なほど、相手は「自分の話を聞いてくれている」と感じます。「メモをとりながら聞く」ということも、こちらの真剣さが伝わります。

①時間をつくる
相手にとって自分の居場所を作る

②相手を尊重する
相手を承認する言葉をかけると伝わりやすい

③話しやすい環境を用意する
静かな所へ行く

④最後まで話を聞く
話を途中でとらない。数秒待てば音を口にすることも

⑤判断をしない
「でも」「しかし」は話の腰を折ります

⑥自分が理解しているかどうかを確認する
相手は「自分の事を理解しようとしてくれている」と感じる

⑦客観的になる
よい聞き手は自分の感情をコントロールできる

⑧肯定的なノンバーバル・メッセージを出す
アイコンタクトをとる、よそ見をしない

⑨沈黙を大切にする「沈黙の間」が相手自身の内側から思いを言語化

⑩コミットメント

・聴くことが最終的に目標達成につながる

株式会社コーチ・エィ， Hello, Coaching!
「よい聞き手であるためのポイントを具体的にいくつ挙げられますか？」を基に編集

【面談を行うにあたり】

1) 面談前の様子を確認しておきましょう。大切なのは「今日の印象」です。利用者の雰囲気を感じ取ってください。

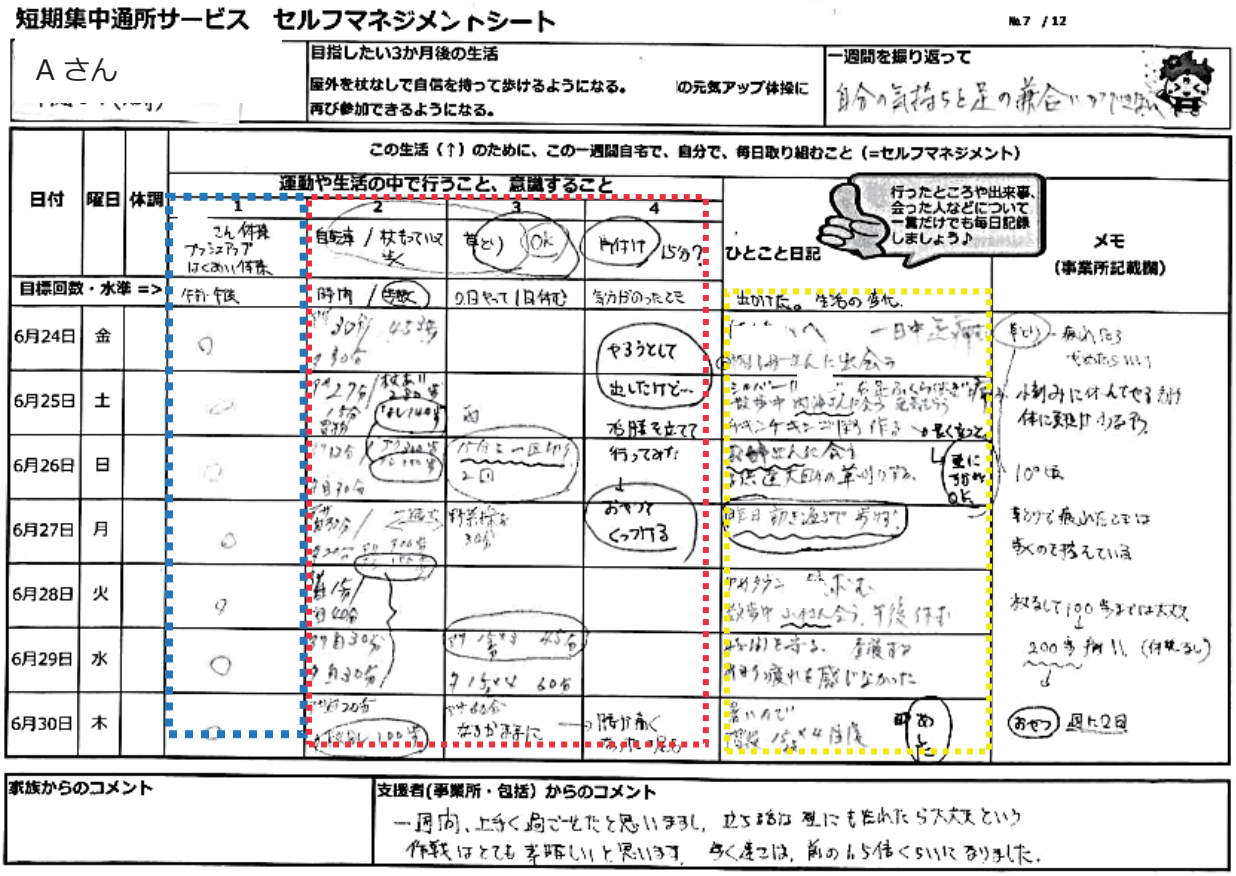
観る事：表情、雰囲気、目線、服装の変化、他者交流の様子、始まるまでの時間の過ごし方等

聴く事：声のトーン、他の利用者・職員との会話内容(雑談含む)

これらの情報は、「1 週間をどのように感じて過ごしたか」を考えるヒントになります。

2) 一週間の振り返りツール(セルフマネジメントシート)を見ながら、一緒に一週間の振り返りを行います。

運動の実施状況 [ ] のみでなく、生活の中で活動量を増やす取り組み [ ] がどのように行われているか、生活の中で感じたこと [ ] に着眼することがポイントです。セルフマネジメント能力の高まるように、今の暮らしがどのように変わっていけば元の暮らしに近づくかを一緒に考えていきます。下記事例の場合、「やろうとしたけど…」という心の動きや、「友人と立ち話をしようとしたけど長い時間は立つのは難しいので壁にもたれながら話をした」という生活の工夫もポジティブフィードバックのポイントの一つとなります。



面談の際には、以下の情報を整理し、利用とリハ職が一緒に生活の振り返りを行っていくと良いでしょう。

・振り返りのツールに記載してある情報

・記載しようと思ったけど、書かなかったこと（書けなかったこと）

・頭の隅によぎったこと

・自分から発信してくれること

・こちらが聞くと、話してくれること

・本当は話したいけど話せなかったこと(他の利用者さん、スタッフに話していることもあるかもしれな

・何が出来た？・何が難しかった？

・何を取り組んだ？取り組もうとした？

・何に気付いた？・気になったことは？

リハ職は利用者の出来たこと、挑戦しようとした事をポジティブフィードバックする。
課題解決のための方法を提案、一緒に考え、実践してもらう。
成功体験の積み重ねが行動変容へつながる。

Ⅵ.多職種連携について

短期集中予防サービスは、多職種連携で作り上げるサービスであると言えます。

【事業所内での連携】

利用者が元の暮らしを取り戻すためには、動機づけ面談を行う理学療法士・作業療法士の果たす役割は大きいのはもちろんですが、関わる全てのスタッフが連携をとることが重要です。

効果的な運動を行うためには、必要な栄養・水分が取れている必要がある、そのためには栄養士との連携が欠かせません。また、栄養・水分をとる為には口腔機能が保たれている必要があるという、栄養士と言語聴覚士間での連携も必要になってくるかと思います。また、元の暮らしを取り戻す「社会参加」を考える中で、人と関わる事、話す事が自信を持って行えるには理学療法士・作業療法士と言語聴覚士間の連携も必要となります。

また、専門職内での連携に限らず、関わるスタッフ、例えば送迎スタッフ、介護スタッフとの連携も必要になります。専門職との面談の中では伝えにくかった事もこれらの方には話している可能

性もありますし、面談以外の時間の過ごし方、利用者間での情報については詳しいかもしれません。利用者を深くアセスメントするためには、情報は多ければ多いほど利用者さんの本当の姿をとらえやすくなります。

ぜひ、利用日ごとに、「今日の○○さんってどうでした？」と関わるスタッフ同士で意見交換していただければと思います。

【地域包括支援センターとの連携】

サービス期間中は、最初から最後まで担当 CM、SC との連携が不可欠です。

【担当ケアマネジャーとの連携】

・利用者の生活歴、サービスが必要となった経緯などの詳しい情報を教えてもらう。
・利用者のサービス利用中の生活の変化、サービスに対しての印象、感じたことを教えてもらう。
・目標の達成状況、新しい目標についての意見交換。
・家族の方の想いを知る手助けをしてもらう。

【生活支援コーディネーターの連携】

・利用者を取り囲むあらゆる資源(アセット)についての情報を得る。
・利用者の興味・関心のあることを伝えて、新しい資源が見つけられないか意見交換する。
・利用者が地域での活動に参加するとき可能であれば同行してもらう。

サービス利用時の様子を事業所と地域包括支援センターがリアルタイムに情報共有を行うことで、利用者ならではの明確で具体的な目標の達成、サービス終了後の自分らしい暮らしに結び付くことができます。「今週の○○さんはこうでしたよ」「こんなことに興味があるようですよ」「こんなことが出来るようになりましたよ」と一緒に積み重ねていくことで、ぜひ利用者が元の暮らしを取り戻す喜びを一緒に味わっていただければと思います。

Ⅶ.研修制度について

短期集中予防サービスを実施していく際に、以下のような研修が行われるとよいのではないかと思います。

・短期集中予防サービスについて

自分たちの市町村が目指す自立支援についての考え方、短期集中予防サービスの目指すところ、どのような方法で実施していくのか共通理解をしておく(行政、地域包括支援センター、事業所)。

・動機づけ面談について

セルフマネジメント能力を高めるために、聞き方、ポジティブフィードバックの仕方、普段の生活に意味づけを行う方法を知る(事業所・地域包括支援センター)。

・事例検討、意見交換

実際の事例を通して、セルフマネジメント能力を高めるための取り組み、目標の立て方の工夫、サービス終了後の資源のとらえ方、取り組むうえで上手くいった点、苦労した点等について他事業所を交えて意見交換を行う(行政・地域包括支援センターの方も関わるとなお良い)。

・事業所見学

他事業所の取り組みを見て、自分たちが実施する際に参考になりそうな点を学ぶ。

また、事業所内でもサービス利用ごとに従事するスタッフ同士で上手くいった点、困った点等について意見交換を行うと、利用者さんを多角的に捉えることが出来るようになりやすいと思います。

Ⅷ.短期集中予防サービスを経験して

短期集中予防サービスを経験して最も印象に残っていることは、「高齢者は可能性に満ちている」という事です。

今まで、介護予防通所リハビリテーション等で要支援者のリハビリテーションに従事しておりましたが、身体機能面で一定の回復は見られるものの、ご自身のやりたいこと、望む暮らしを取り戻された方は少なかったように思います。

短期集中予防サービスでは、3 ヶ月間（最長 6 か月間）の限られた期間で、明確で具体的な生活目標を達成するために取り組んでいきます。主役は利用者自身であり、事業所は伴走的支援を行っていきます。手を差し伸べる支援ではなく、手を後ろに回して利用者さんの可能性を信じ助言し見守るという形です。利用者自身がセルフマネジメント能力の向上により、運動習慣を獲得する、生活が活動的になるように工夫を重ねていくことで、小さな成功体験を積み重ねていきます。そして、最終的には多くの方が、「元の暮らし」を取り戻す場面を目の当たりにしてきました。

さらには、一旦獲得したセルフマネジメント能力はサービス終了後も継続する方が多く、取り戻した「元の暮らし」が続いて行く方も多いように思います。

いままで、高齢者の限界を決めていたのは、もしかしたら支援者側だったのかもしれません。

利用者と対話を重ね、可能性を追求し、ぜひ「元の暮らしを取り戻す」感動を体験していただければと思います。

Ⅸ.事例紹介

最後に、短期集中予防サービスを通して、元の暮らしを取り戻された事例を紹介します。

（事例）

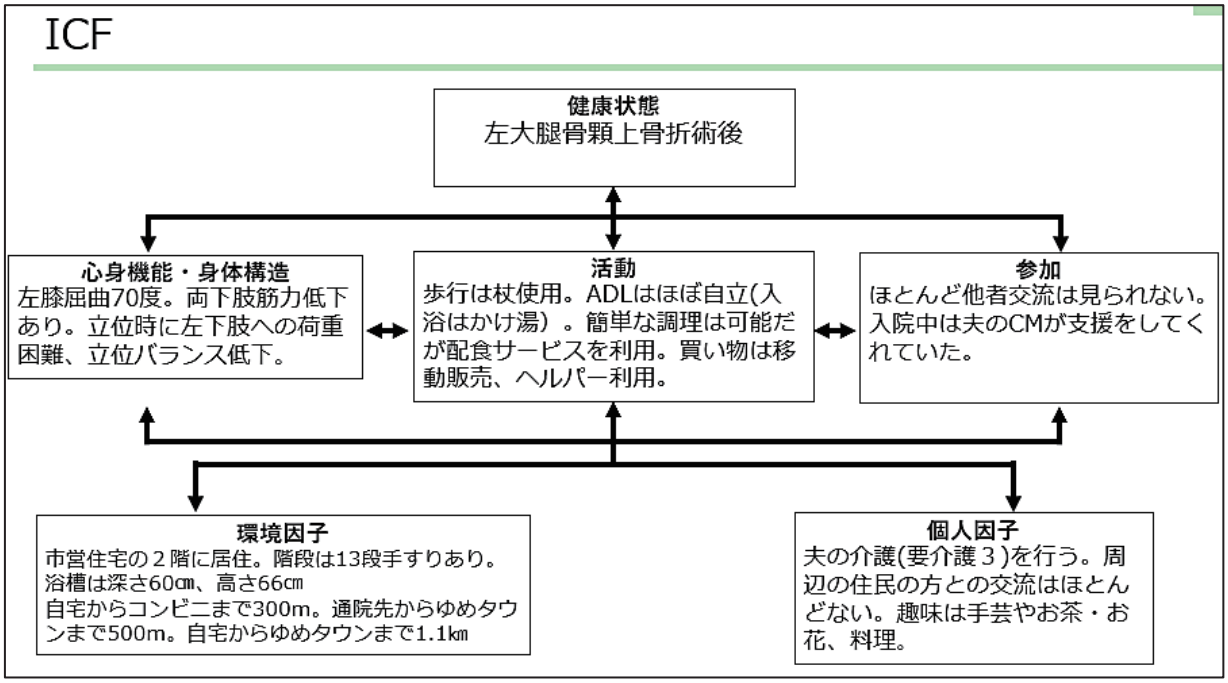
80 代　女性　ゆめこ(仮)さん

（サービス利用の経緯）

○年４月に自転車で転倒し、左大腿骨顆上骨折受傷。急性期病院へ入院、手術、リハビリを受け ADL ほぼ自立したため３か月後、自宅退院となる。もともと自転車でショッピングセンター(1.1 ㎞先)まで行っていたが、退院時点では難しいため、短期集中予防サービスを利用して自分で買い物ができるようになりたいとの希望があり、リハ職同行訪問アセスメントの運びとなる。

（リハ職同行訪問アセスメントの見立て）

・現時点では、左膝屈曲制限、両下肢筋力低下、立位バランス低下が見られており、連続 100m 以上の歩行は難しい。
・ADL は自立だが、歩行状態はやや不安定で室内は伝い歩きレベル。
・料理は夫の健康管理のために力を入れたいが、現在は簡単な調理のみ可能。時間をかけて何品か作れるほど耐久性はない。
・買い物はヘルパーの援助を受けている。
・自宅からスーパーゆめタウンまで 1.1 ㎞。



また、リハ職同行訪問アセスメントに行ったリハ職は、おぼつかない足取りながらも、お茶を出してもてなそうとするゆめこさんの姿から、「主婦としての役割を果たしたいのだろう」との想いをくみ取りました。話を進めていくと、ゆめこさんは、自分の言葉で「夫の健康管理のために自分で食材を見て料理を作りたい」「元の生活に戻りたい」と今後の決意を自分の口から語られました。

このアセスメント結果を受け、事業所、担当 CM、ゆめこさんで短期集中予防サービスの 3 か月後の目標を、「歩いて 1.1 ㎞先のゆめタウン(ショッピングセンター)まで歩いて行けるようになる（店内はカートを押して帰りはタクシー）。毎食料理を作れるようになる。」としました。

（初回面談）

緊張した面持ちで初回利用を迎えたゆめこさん。担当 CM も気になって見学に来られました。面談の際に、「私、自分で買い物に行けるようになりたいの。」と改めて決意を述べられた半面、「本当にできるかどうかは自信がない…。」とも漏らされます。現在の生活の様子を一緒に振り返ると、ゆめこさんの強みが明らかになってきます。

《以下やり取りを記載》

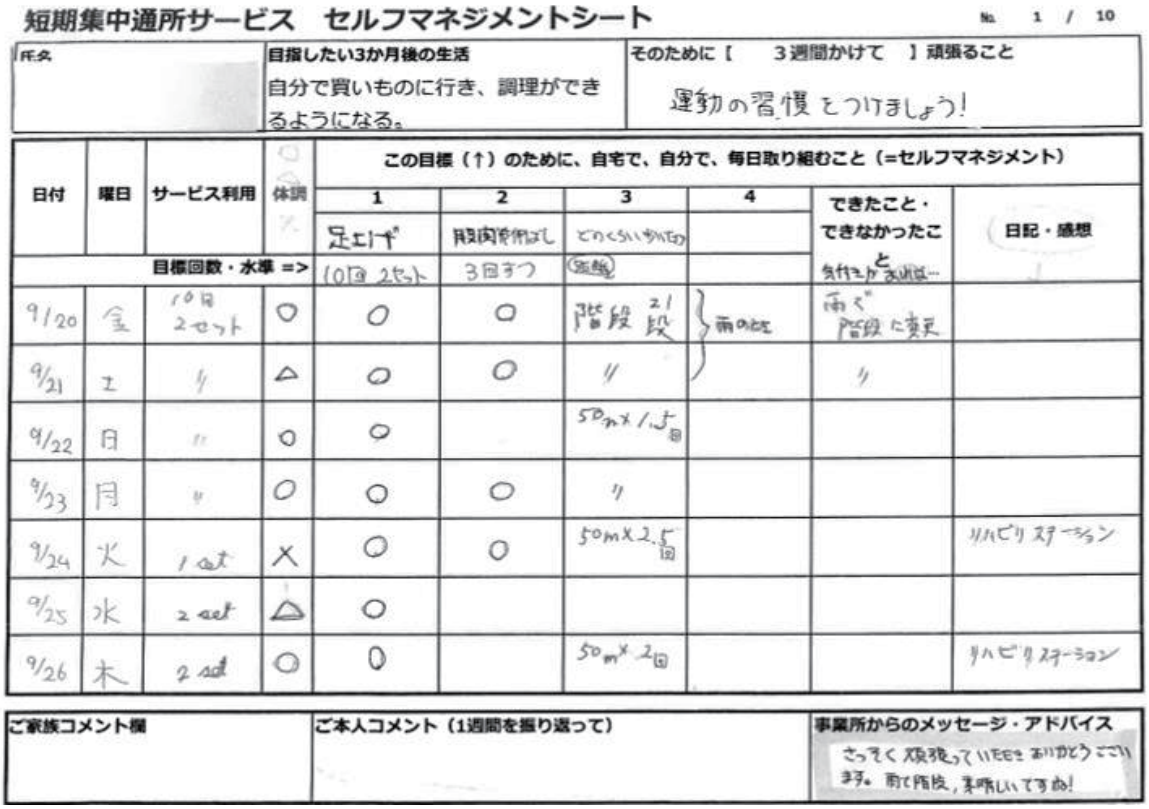
緊張した面持ちのゆめこさん

（リハ）「今日は来てくださってありがとうございます。今のお気持ちはいかがですか？」
（ゆめ）「私、何とかしたいって思ってるの。でも、私より元気そうな人も多いし、頑張れるか不安な気持ちもある…」
（リハ）「不安なお気持ちもあるんですね、そうですよね。お伝えいただいてありがとうございます。」「これから目標に向かって取り組んでいくにあたって、まずは今の暮らしを確認しておきたいのですが～」
（ゆめ）「そうね、私、ずーっと昔から続けてることがあってね、ラジオ体操は欠かさずやってるの。それにね、前リハビリの方が来てくれたでしょ。あの時教えてもらった運動も時々やってる。廊下も時々歩くようにしたの。」
（リハ）「それはすごいじゃないですか！早速取り組まれてるんですね！」
（CM）「すごい、頑張ってますね！」
（リハ）「では、その運動を基本にして、少しだけ運動を増やしてみませんか。あと、どのくらい歩いているかお互い分かるように、記録をしてほしいんですけど…いかがでしょう？」
（ゆめ）「わかりました。やってみます。」

「そういえば、お弁当をとってるんだけど。なんか主人の口に合わないみたいで…頑張って1回だけお昼ご飯も作ったことがあるのよ。」

このようなやり取りの中で、①リハ職同行訪問アセスメントで提案された運動に早速取り組まれていること、廊下を歩くようにしている事についてポジティブフィードバックを行い、習慣化するように提案するとともに、活動量を可視化する取り掛かりとして、歩いた距離を具体的に記録するように提案し、取り組む運びとなりました。また、一度だけ、昼食作りに取り組まれたエピソードについて深掘りしてお話を聞く事で、ゆめこさんの主婦としての役割を承認し、料理の途中で休憩しても良いと、取り組むための具体的な提案も行いました。

（2 回目面談）



短期集中通所サービス　セルフマネジメントシート

No. 1 / 10

氏名	目指したい3か月後の生活	そのために【　3週間かけて　】頑張ること
	自分で買いものに行き、調理ができるようになる。	運動の習慣をつけましょう!

日付	曜日	サービス利用	体調	この目標（↑）のために、自宅で、自分で、毎日取り組むこと（=セルフマネジメント） 1	2	3	4	できたこと・できなかったこと	日記・感想
		目標回数・水準 =>		足上げ 10回 2セット	股関節伸ばし 3回ずつ	どのくらい歩いたか 距離		気付きがあれば…	
9/20	金	10回 2セット	○	○	○	階段 21段	雨のため	雨で階段に変更	
9/21	土	〃	△	○	○	〃		〃	
9/22	日	〃	○	○		50m×1.5回			
9/23	月	〃	○	○	○	〃			
9/24	火	1 set	×	○	○	50m×2.5回			リハビリステーション
9/25	水	2 set	△	○					
9/26	木	2 set	○	○		50m×2回			リハビリステーション

ご家族コメント欄	ご本人コメント（1週間を振り返って）	事業所からのメッセージ・アドバイス
		さっそく頑張っていただきありがとうございます。雨で階段、素晴らしいですね!

一週間の取り組みを記載したシートを持参いただきました。1 週間の振り返りを一緒に行っていきます。

まだまだ表情の硬いゆめこさん
（リハ）「初めて取り組んでいただきましたけど、いかがでしたか？」
（ゆめ）「自分なりにはやってみたつもりだけど…全部○がつけられなかったのよ、まだまだね。歩くのも毎日はできなかったし。」
（リハ）「初回からこれだけやって頂けるのは凄いと思いますよ！足上げ運動も全部やって頂いてますし。それに、歩くのも多い時には150mも歩けていますよ。」
（ゆめ）「そういえば…あんまり意識してやってなかったけど…」
（リハ）「150m、コンビニまでの半分ですね。」

～中略～

（リハ）「それにこの階段…」
（ゆめ）「そうそう、雨が降ると降りこんで廊下が濡れてたから代わりに。いけなかったかしら？」
（リハ）「いえいえ、ご自分で代わりの方法を考えられたのってとてもすごいと思います。素晴らしいです！」

一緒に考えた取り組みは、毎日ではありませんが実施できていることに対して肯定的にとらえて良いことを伝えるとともに、歩行練習の距離を具体的に数値化し、まず目標とするコンビニの半分の距離は歩けていることをフィードバックします。また、雨のために歩行練習が出来なかった代わりに階段昇降を行った工夫を、セルフマネジメント能力が身についてきていると捉え、ポジティブフィードバックを行いました。

いく、生活の中での活動量を増やす事を意識するように考えてもらうと次第に変化が現れてきます。

300m 先のコンビニに歩いて支払いに行く、以前作っていた南瓜の煮物を休憩しながら作る、久しぶりに掃除機をかけるという生活の変化が見られるようになりました。そこで、ゆめタウンに歩いて行く途中の段階として、毎週通院している病院からゆめタウンまでの距離を再確認するとともに、安全なルートを提案します。すると、暫く後、「通院先の病院からゆめタウンまで歩いて行ってきた！」との報告を受けました。

開始前、Aさんと南瓜の煮物の話で盛り上がるゆめこさん

～中略～
（リハ）「南瓜ってこんな味付けの仕方もあるんですね。さっき、Aさんとお話しされてましたね」
（ゆめ）「あら、聞かれてたのね。実は、南瓜買ってきて作ったの。」
（リハ）「えっ、どこでです？コンビニに南瓜ありましたっけ？」
（ゆめ）「なんか行けそうだったから。思い切ってゆめタウンに行ってきたの。ほら、病院からだったらけっこう近いでしょ」
（リハ）「500mはありますけど。」
（ゆめ）「そんなにあるのね。大丈夫でしたよ！やっぱり自分でスーパーで見るといいわね」

～電話にて～
（リハ）「聞いてくださいよ。ゆめタウンで買い物されたんですよ。病院から歩いて行って。」
（CM）「え…。もう…。大丈夫でした！？」
（リハ）「帰りはタクシーでしたけど。店内はカートを押して歩かれたそうですよ。でも、次の日は少し響いたそうです」
（SC）「そういえば、今度ゆめタウンに通いの場もできるんですよ。買い物のついでにどうですかね？」
（リハ）「そうなんですね！ゆめこさん、そういうの好きかな…」

短期集中予防サービス中は、ゆめこさんの様子は担当 CM とリアルタイムで共有しているので、その日も二人で驚いていた所、SC から、「ゆめタウンに今度通いの場が出来るので、買い物のついでに参加してみてはどうでしょうか？」との提案を受けます。ゆめこさんにも情報を提供しました。以後、PDCA サイクルを繰り返していく中で、以下のような変化が見られてきます(5 ～ 8 週目)

・毎日の運動は継続できている。

・朝食作りに加えて、昼食作りも定着してきた。栄養士さんからご主人の健康のためのレシピの助言を受けた。

・趣味活動について、自分の口から語られることが出てきた。最終的には「でも今は暇がないから…」と口を濁される。

・病院からゆめタウンまで歩きタクシーで帰るという流れは定着。

すると、再度 SC から連絡を頂きました。

「今度、ゆめタウンで通いの場の体験会があるんです。同じ短期集中予防サービスに来られている仲良しのＡさん、Ｂさんも来られるみたいだからゆめこさんもどうですか？」

ゆめこさんに伝えると、「行ってみたいけど…家から一人で歩いて行くのはどうかしら？行けるかしら…」との反応が返ってきます。そこで、訪問プログラムを利用してリハ職と一緒に実際に通いの場の体験会に歩いてみる運びとなりました。

～CM・SCさんに電話～
（リハ）「実は、こういうことで二人で歩いて行こうと思うんですけど」
（CM）「なら、私は会場で待っておくね。もちろん車で行きますけど(笑)」
（SC）「1.1kmありますから、途中のコンビニに椅子がありますよ。あと、ゆめタウンまで200mのところに休憩できるところがあります。行くならこの道が車が少なくていいんじゃないです？」
（リハ）「なるほど…いつもありがとうございます！」

結果、実際に１時間かけてゆめタウンまで歩けた。体操終了後、食料品売り場に行くゆめこさんを見届ける。

CMからは、現地で待っておくという動機づけにつながる言葉を頂き、SCからは、安全に行ける工夫（休憩場所、ルートについて）の提案を頂きました。1時間かかりましたが、途中で提案して頂いた休憩場所も活用することで無事にゆめタウンに到着することが出来ました。その後、通いの場の体験会に参加され、笑顔を浮かべて買い物に行くゆめこさんを見送りました。

8週目以後のゆめこさんの暮らしですが、セルフマネジメント能力の向上により、このような生活の変化が表れてきました。

・週１回ゆめタウンまで歩いて往復し、体操をして、ついでに買い物をして帰る流れが定着する。
・外に出ることが増え、地域の方とも交流が深まり、地区清掃作業にも参加できた。
・３食作るようになって配食サービスは終了となった。
・「自分の楽しみはないかな？」と話すようになった。

そこで、SCに再度相談し、終了後の資源として、ワンコイン手芸教室、福祉センターの中の手芸講座を提案してもらう運びとなりました。

そして、短期集中予防サービスの卒業を迎えたゆめこさんは、これからの夢を私たちに語ってくださいました。

「今行っているゆめタウンの通いの場と買い物を続けたいな」
「これからも夫の健康のためにバランスの取れた料理を作っていきたいな」
「介護の合間に手芸教室に行けたらいいな」

短期集中予防サービスを担当した事業所、CM、SCからも声をかけます。
(事業所)「毎日の生活が運動そのものですよ！」

CM「買い物や体操に通うのが少しおっくうになってきたらすぐ相談してくださいね。」

SC「他にも地域にはいろいろな資源がありますから、新しくやってみたいことが見つかったら教えて下さいね。」

満面の笑みを浮かべて、ゆめこさんの短期集中予防サービスは幕を閉じました。



そして、1 年後…この話には続きがあります。

住民主体の通いの場支援に派遣されたリハ職は、ゆめこさんが変わらず元気に過ごされている姿を目の当たりにします。



「1 年後も体操は続けているの」

「最初は歩いて 1 時間かかっていたけど、今は 35 分でスーパーまで歩けるようになったのよ」

「新しい趣味も見つけたの」

一度獲得したセルフマネジメント能力は継続することを改めて実感した瞬間でした。

Ⅸ.参考・引用文献

1) 国際長寿医療センター編：The リエイブルメント：社会保険出版

2) 株式会社コーチ・エィ　Hello, Coaching!　「よい聞き手であるためのポイントを具体的にいくつ挙げられますか？」https://coach.co.jp/ecoaching/20180416.html　2022/10/11 閲覧

3) コーチ・エイ(2019)：新版コーチングの基本,日本実業社

５．防府市の「生活支援体制整備事業」マニュアル

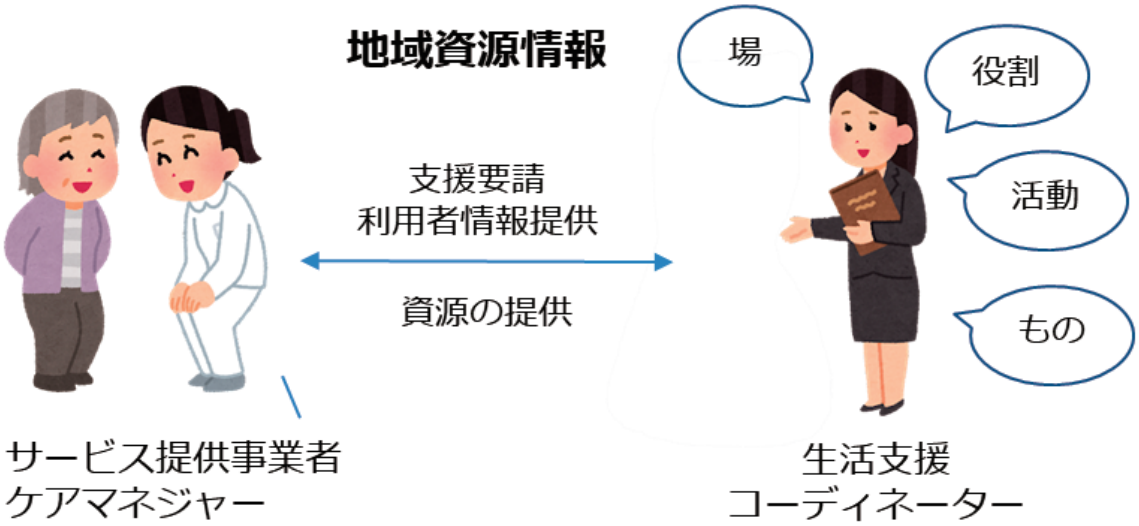


5. 防府市の「生活支援体制整備事業」マニュアル

リエイブルメント型の短期集中予防サービスの提供における生活支援体制整備事業の目的は、利用者がサービス終了後に、自分らしく活動的な生活を維持するために必要な地域の資源提供に関与することです。

地域資源には、活動や場所だけでなく、人や道具など様々なものがあります。高齢者一人ひとりのニーズと様々な地域資源をマッチングさせることが生活支援コーディネーターの役割です。

したがって、ケアマネジャーやサービス提供事業所は、適切な地域資源が見だせない場合、積極的に生活支援コーディネーターに相談し、地域資源の助言を受ける必要があります。



（１）地域資源についての考え方

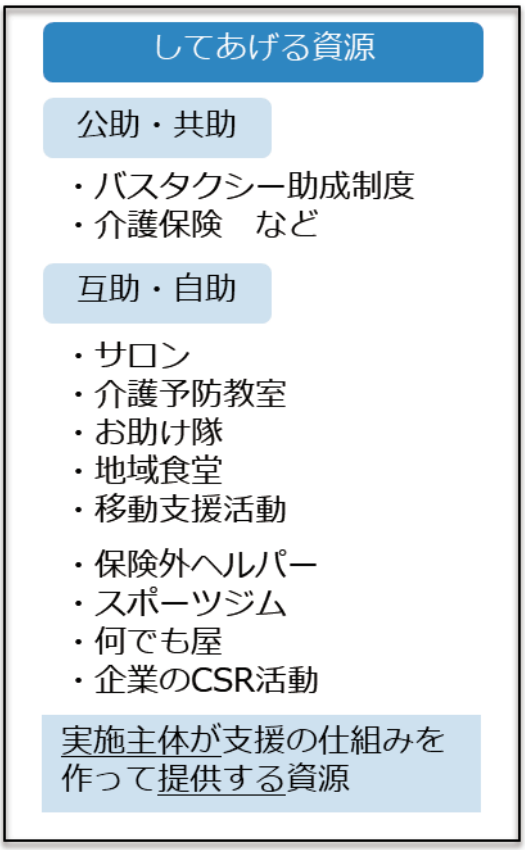
リエイブルメント型の短期集中予防サービスにおいては、サービス終了後に専門職サービスを利用するかどうかにかかわらず、地域で活動的な生活が継続できるよう、利用者にあった地域資源を提供することになります。この地域資源をサロンや介護予防教室といったもののみと認識すると、利用者に提示できる資源が見つからないことや、選択肢が非常に少なくなることが想定されます。地域にあるあらゆるものを資源と見立てる発想が必要であるため、資源の種類を「してあげる資源」と「本人の資源」の２つと認識する必要があります。

①してあげる資源

「してあげる資源」とは右図のとおり、サロンや保険外ヘルパー、ボランティア活動など、実

施主体が支援する仕組みを作って提供することで成り立っている資源です。こうした資源は、実施する担い手が必要であることから地域差が生まれ、必ずしもすべての利用者の生活圏内に存在するものではありません。したがって、「してあげる資源」だけで一人の対象者に数多くの選択肢をもたらすことは困難です。また、これらの資源は実施主体の意志によって提供するサービス等の内容や状況が変わっていくこともあります。

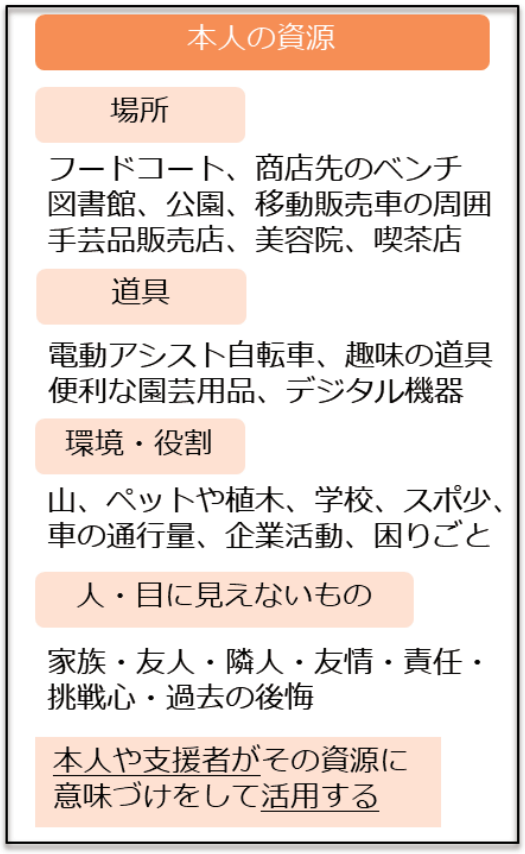
さらに、多くの支援者が資源と認識する「サロン」も、利用者によっては様々な理由から、行きたい場所でないこともあり、その場合、本人にとって、そのサロンは「資源」とはなりません。



②本人の資源

「本人の資源」とは、場所や道具、自然環境といった地域にある「あらゆるもの」であり、感情や役割といった「目に見えないもの」も含まれます。利用者を活動的にさせるあらゆるものが資源であるという考え方で、本人や支援者が本人の周りに存在するものに意味づけし、それらを資源として活用するという発想です。

この発想で地域を見れば、地域にある「あらゆるもの」を把握し、その活用方法を考えることにより、資源は利用者ごとに無限に存在することになります。



（２）生活支援コーディネーターの活動手法「地域にあるあらゆるものを活用する」

生活支援コーディネーターの活動には、地域に必要な「してあげる資源」を作る活動も含まれ、ますが、「してあげる資源」を作ることや、すでにある「してあげる資源」の情報を提供することだけでは、利用者に十分な選択肢を提供することができません。利用者に多くの選択肢を提供するため、「地域にあるあらゆるものを活用すること」を中心にした活動が必要になります。

①ケアマネジャー等との連携

生活支援コーディネーターの活動の起点は、リエイブルメント型の短期集中予防サービスです。ケアマネジャーやサービス提供事業所が利用者の活動的な生活の維持につながる資源を見いだせない場合、生活支援コーディネーターが相談を受け、資源の提案又は創出をする流れになります。

このため、ケアマネジャーやサービス提供事業所との定期的な連携・情報共有は必須です。ここで重要なのが、ケアマネジャーやサービス提供事業所が「してあげる資源」だけでなく、「本人の資源」を活用していく発想を持つことです。専門職としては、「してあげる資源」につなぐほうが、安心感があるため提案したくなります。しかし、本人が自分らしく活動的な生活を維持するためには、「本人の資源」に積極的に目を向けていく必要があり、この発想が持てないケアマネジャーは生活支援コーディネーターへの相談の頻度が少なくなり、生活支援コーディネーターが知っている「地域にあるあらゆるもの」を活かすことができなくなります。

②地域や人を知る

利用者の課題やニーズを把握し、地域の多様な主体や資源をマッチングさせるためには、まず地域を知る必要があり、地域や人を知るためには、逆に生活支援コーディネーターという役割を知ってもらうことから始める必要があります。

地域の様々な場所に顔を出し、生活支援コーディネーターとして「サービス利用者が活動的に生活を継続するために役立つものを探している」「生活の困りごとを解決してくれる資源を探している」という目的を明確に示すことで、会話のきっかけが生まれます。

そのような日常的な活動から、多様な主体とのつながりができ、地域の資源や人を把握することができます。



③地域資源を探す

生活支援コーディネーターは「してあげる資源」だけでなく、「地域にあるあらゆるもの」を把握する活動を行うことが重要です。「地域にあるあらゆるもの」を知ることが、利用者が取り戻す生活に必要な資源のアイデアのもとになり、解決策そのものになることがあります。

例えば、「バラ園がある家」という情報は一見それだけでは「資源」にはなりえませんが、花を見ることが好きな利用者の自宅の近くにその家があれば、散歩コースとしてバラ園のある家が「資源」となり、うまくいけば花好きの高齢者の集う場になるかもしれません。そういう視点で地域を見ていくことが重要です。



④地域にあるものの使い方を考える「意味づけ」「本人視点」

上記のバラ園の事例のように地域にあるものに意味づけをすることで、地域のあらゆるものが資源化できるようになります。そのためには地域にあるものを把握し、それが何に使えるのかを日常的に想像・想定しておくことが大切です。

何に使えるかを想定するために重要なのは、支援者としての一方向からの視点だけで資源を考えるのではなく、本人の視点になって考えることです。そのためには利用者がどういう人かを十分知る必要があり、ケアマネジャー等によるアセスメントの情報は重要です。そうした面からもケアマネジャー等との連携を十分とる必要があります。

資源を知る・活用

一見すると、



元医療従事者

園芸療法士

ハーブ園
ハーブ教室経営

コロコロ

反対側は？

とっても人が好き

ほぼ毎日畑へ車で行く（10分先）

ご姉妹がパン教室

膝手術歴あり

お父様を介護

料理好き

他には・・・

公民館やDSで講師

〇〇地区在住

民生委員

農業委員　農業を活性化させたい夢を持っている

畑ではいろいろな作業がある

話し方がおだやか

とっても人が好き

ほぼ毎日畑へ車で行く（10分先）

ご姉妹がパン教室

膝手術歴あり

お父様を介護

料理好き

民生委員

公民館やDSで講師

〇〇地区在住

畑ではいろいろな作業がある

話し方がおだやか

農業委員　農業を活性化させたい夢を持っている

1つの資源でも多面を知ることで・・・

可能性が広がる！！

畑を使った集いの場（農業の啓発・身体機能維持）　近くの高齢者を一緒に畑へ連れて行ってもらう（自分で行けない方の生活援助）　育てた収穫物を一緒に調理（育てたことへの喜びを感じる）　畑作業することで、同じ疾患の方があきらめずにリハビリが続けれる（身体的共感）　高齢者限定パン教室（屋外での健康体操付き）　ハーブ園で趣味活動の屋外ステージの場（高齢者の活躍の場）　などなど・・・

SCは地域や高齢者の生活を知り、ある程度やりたいことをイメージしておく

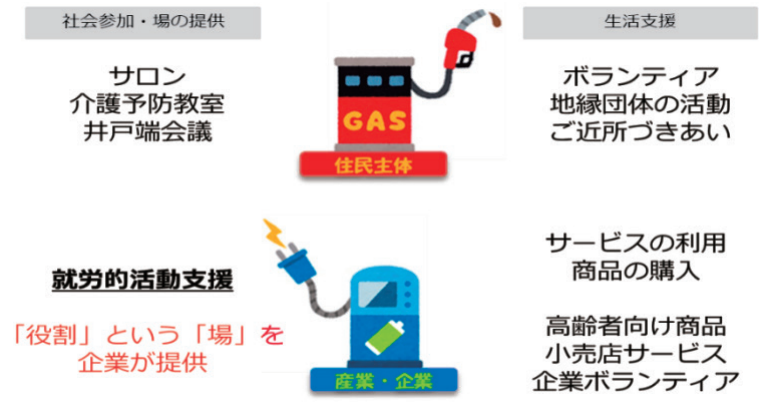
（３）就労的活動支援の推進

高齢者の生活を支える資源には企業活動によるものも多くあります。民間企業と連携していく手法の一つとして、役割の「場」を提供する就労的活動支援があります。

趣味の手芸作品を販売する場所を企業に提供してもらうことや、好きな園芸活動を行う場所として、企業敷地内の花壇の整備を依頼するなどの方法は、住民主体のサロンや介護予防教室と同様の通いの場であり、「本人がしたいこと・できることに着目」して提供できる場として有効です。

就労的活動支援は、心身の状態に不安を感じている高齢者のしたいこと・できることに着目し、社会参加への自信を取り戻してもらうことを目的に、実施可能な活動を高齢者ごとに企業から提供してもらう活動です。

企業に高齢者ができる「仕事」の提供を求める「就労支援活動」では企業側は元気高齢者向けの仕事を提供しがちで、このような活動はシルバー人材センターなどにすでに存在しています。「就労的活動支援」においては、社会参加に不安を感じる高齢者が活躍できる場を企業に求める活動であることを理解する必要があります。



この活動を企業側（介護事業所等も含む）に理解してもらいながら、就労的活動を収集する体制を整備することで、高齢者のマッチングを行いやすい環境の整備を行っていく必要がある。

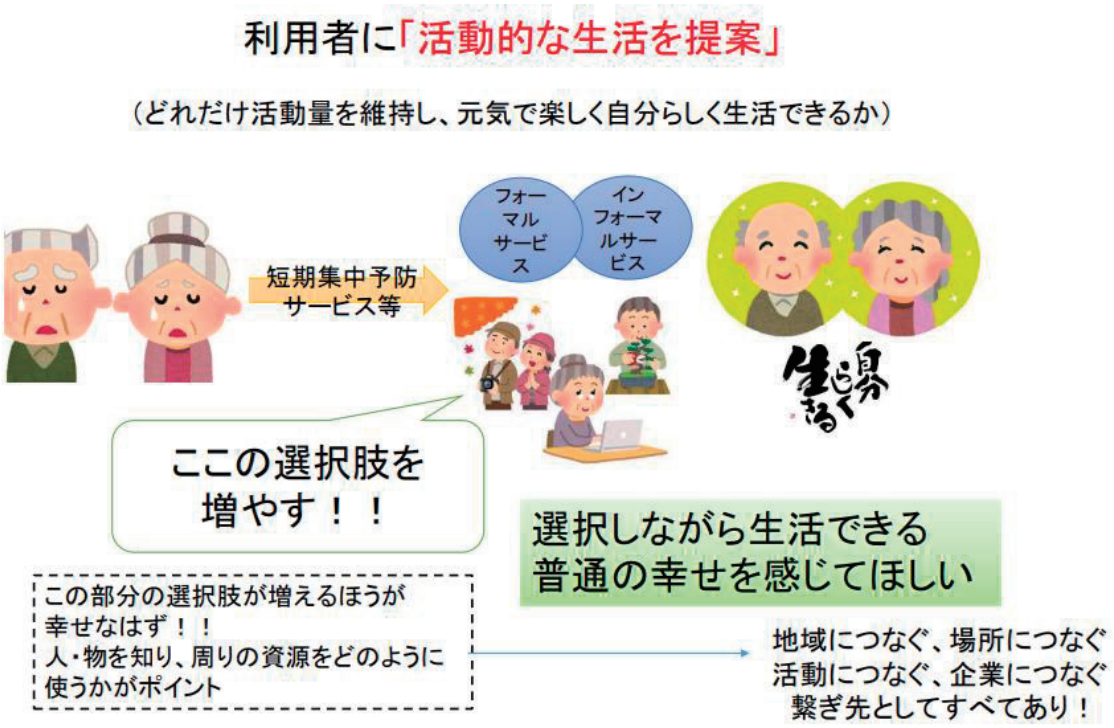
（４）生活支援コーディネーターの活動事例

※事例集については以下にアクセスしてください。（就労的活動や企業活用事例等）

（５）生活支援コーディネーターに求められる「地域づくり」

生活支援コーディネーターに求められる地域づくりとは、「個別ニーズの解決を行う仕組みがある地域をつくる」ことです。「してあげる支援」を作ることや、住民の意見を聞くための会議体を運営することは地域をつくるための方法のひとつで、目的ではありません。

個別のニーズと地域の多様な主体をマッチングしたり、個別の課題を解決する機能を生活支援コーディネーターが持つことで、生活支援コーディネーターがケアマネジャーやサービス提供事業所と地域の多様な主体をつなぐハブとなることは、地域包括ケアシステムの構築という地域づくりに資する活動そのものだと考えます。



６．防府市の「自立支援型地域ケア会議」マニュアル



6. 防府市の「自立支援型地域ケア会議」マニュアル

防府市における自立支援型地域ケア会議「幸せます会議」は、高齢者が地域において自分らしい生活を継続するための資源の選択肢や可能性をより多く提供することを目的とするとともに、検討過程や支援方法の共有を通じて、市内の医療・介護の専門職を含む多職種間の規範的統合の実現を目的としています。

短期集中予防サービスを中心にした総合事業の展開においては、サービス提供後に利用者が活動的な生活を継続できるように地域資源の活用について支援するが、通常はケアマネジャーや事業所、そして生活支援コーディネーターの間で提供する選択肢を検討しています。しかしながら、事例によっては、支援を検討する中で課題を見出す場合があります。こうした課題の解決やより多くの選択肢を見出す必要がある場合、または専門職間で共有すべき事例について、幸せます会議に事例を提供して検討しています。なお、いわゆる困難事例は幸せます会議の対象外とし別の場で協議しています。

この議論の内容を担当者は持ち帰り、議論した内容を利用者に提案したり、生活支援コーディネーター等と連携して地域資源についてのアイデアを形にするなどの成果を上げています。また、複数の事例に共通する課題の中には、政策立案や事業計画に反映されるものもあります。

【幸せます会議の目的】



高齢者に選択肢と可能性をより多く提供する

支援方法の共有、支援課題解決、政策形成

自立支援に関する専門職間の規範的統合の実現

人生を悲観するときとは、

未来に残された道が一つしかないとき

ではないでしょうか？

選択肢がない人生は、不幸だと思います。

その高齢者を支える方法は、
ひとつしかないのでしょうか？



掃除がしんどい？
まず短期集中サービスに……

一度、生活導線をリハ職に見てもらうと楽になるかもしれませんね

趣味は何ですか？
趣味を活かして、こんなことを



買物？
移動販売車、幸せます健康
くらぶ、てごネっと。

地域の立哨をやっていた？
続けましょうよ、できますよ

心身の虚弱を感じた高齢者にとって、
　未来に可能性がたくさんあって、
　　それを選択できるということほど
幸せなことはないはずです。



たくさんの**可能性を提供する**こと、
それこそが**幸せを提供する**こと。

だからみんなで
知恵を出し合いましょう。
使える資源は
フォーマルサービスだけでは
ないはずです！
専門の**知識**と一般市民としての**知恵**を結集しましょう！

（１）幸せます会議の概要

会議では、月１回４事例、１事例あたり 20～25 分間検討を行っています。当初は対面で実施し、参加者だけでなく見学者も募っていたが、新型コロナウィルス感染症対策として、現時点では会議への参加および見学もすべて ZOOM を活用したリモート会議形式で行っています。また、会議参加者および見学者からは個人情報に関する誓約書の提出を求めています。

ファシリテーターは、事例を提出した地域包括支援センターが行い、事例紹介、事例に対する質疑応答、支援案についての議論の順で行っています。

事例シートは事前に配布され、議論はケアマネジメントや実施サービスを評価・批判するものではなく、支援方法についてのアイデアを提供するブレインストーミング方式で行っています。

実施方法等	
開催頻度	月１回（現在はリモート形式）
事例	１回４事例　検討時間 20～25 分
参加要件	参加自由（見学者としての参加も可） 個人情報保護に関する誓約書を事前に提出
内容	支援方法に関するブレインストーミング

幸せます会議　事例シート

対象者の特徴
1.意欲低下、2.筋力低下、3.認知症、4.心肺機能(持病の悪化)、その他

氏名	初回相談日	年齢	性別	特徴	住環境	年月日	医療情報 // 既往歴
Aさん	R3年12月27日	84	女	1・2	○地区。市営住宅1階（3DK.） ※当該市住は敷地内に150戸	R3.11	甲状腺がん頸部リンパ節再発OP
					部屋も廊下も小ぢんまりとした住宅であり、寝室のベッドから降りると歩かずに、居間の本人の定位置へ移動できる。	R1	左股関節周囲炎
						H30.8	腰部脊柱管狭窄症、左坐骨神経痛
					バス停まで50m、郵便局まで200m、スーパーまで0.8km	H28.12	骨粗鬆症
						H28	中葉肺癌OP
						不詳	高血圧

身長 体重	障害自立度	認知症自立度	前回の認定	現在の認定	世帯構成 // 家族情報	処方・服薬情報
145 cm 45 kg BMI 21.4	A2	自立	－	支1	夫と二人暮らし、夫の運転で外出。R5年3月で免許返納予定。 長女は関西地方在住で、たまに孫の動画がLINEで送られてくる。 （ジェノグラム） 関西　県内	**＜耳鼻咽喉科＞** ﾁﾗｰｼﾞﾝS散0.01%0.5g（朝）、 ﾌﾟﾛﾁｿﾞﾗﾑ錠0.25mg（眠）ﾓﾝﾃﾙｶｽﾄ錠10mg（夕）、ツムラ麦門冬湯ｴｷｽ顆粒9g（毎食前） **＜整形外科＞** ﾘﾏﾌﾟﾛｽﾄｱﾙﾌｧﾃﾞｸｽ錠5μg（毎食後）、ﾃﾞｭﾛｷｾﾁﾝｶﾌﾟｾﾙ20mg（朝）、 カロナール錠500mg（朝夕）、ﾌﾟﾚｶﾞﾊﾞﾘﾝOD錠25mg（眠）、 ﾛｷｿﾌﾟﾛﾌｪﾝNaﾃｰﾌﾟ ﾌﾟﾗﾘｱ皮下注60mg（6ヶ月に1回） **＜内科＞** ｵﾒﾌﾟﾗｿﾞｰﾙ錠20mg（朝）、 ｱﾑﾛｼﾞﾝOD錠2.5mg(朝)、ﾛｽﾊﾞｽﾀﾁﾝ錠2.5mg(夕)、 酸化ﾏｸﾞﾈｼｳﾑ錠250mg(毎食後)、
						スマホ等所有状況：（スマホ）ガラケー　携帯なし
						インターネット状況：利用可能　（利用不可）

生活課題（生活・活動・参加状況など）		セラピストの同行訪問
【これまでの生活】	【今の生活】	以前より脊柱管狭窄症による腰痛と左股関節痛が見られていたが、現在では左股関節痛の増悪により活動性低下に繋がっている状態である。外出機会も少なく短期集中の利用も消極的。以前は杖を使用していたが、主治医から老人車を勧められたことで老人車を使用した外出への意欲が向上している。まずは介護保険申請を行い老人車レンタルにより移動手段を得ることで、短期集中への参加にも目を向けやすくなるのではないかと考える。
S13年県外（関西地方）にて出生、まもなく転居し子供時代を県内（隣接A町）で過ごす。中学卒業後、A町の肥料などを作る工場に就職。 S37年頃(24歳頃)に結婚し本市に転入、結婚後も就労を継続する。 S45年から関西地方で暮らし、S50年(37歳)に長女を出産。遅くにできた子供で、とても可愛がって育てる。手先が器用で、娘と一緒にぬいぐるみを作ったことがいい思い出になっている。 S60年本市に戻り、現住所に居を構える。水産加工品の工場に60歳過ぎまで勤める。 退職後は自治会の役員などを行い、市営住宅敷地内の集会所の玄関先にスロープを付けるよう掛け合ったと教えてもらった。 H30年より腰部脊柱管狭窄症のため腰、両膝下に痛みがあったが、その後左股関節に強い痛みを感じるようになりR1年、左股関節周囲炎の診断ある。医療リハビリを受けるが、気持ちがふさぎ込んでしまい、短期間で中止する。寝室を1階に移し、以後1階のみで生活。杖歩行は痛みの為10m程度がやっとで、買い物は車椅子が借りられる店に限定。家事全般夫が行い、本人が動くのはトイレと風呂の時程度。 以前は隣県の妹の夫が、3姉妹を車で旅行に連れて行ってくれていたが、本人の歩行の問題と併せてコロナ禍もあり行かれなくなった。	R3年12月より貸与にて自宅内は杖、屋外は歩行器で移動。外出は2週間に1回程度、夫と買い物に行きまとめ買い。0.8キロ先のスーパーマーケットで20分、途中で歩行器に座って休む。1～2ヶ月に1回バスで20分のところにあるショッピングモールのゲームセンターに行くのが楽しみで、メダルを預けてある。 調理は夕食を2日に1回程度一緒に作っている。野菜を切る時は椅子に座って行い、炒める時などは夫に手伝いを依頼する、立ったままでの作業は出来ない。まとめ買いをした食材を、本人が小分けにして冷凍保存している。時々掃除機とコロコロで掃除をするようになった。 以前ペットの水彩画を描かれていたのを、題材を提供することで再開される。意欲的に創作され、SC便りへも喜んで掲載。併せて、以前作っていたアクリルたわしを福祉用具貸与・販売店で販売し、また何か作ろうと話されるようになる。 継続的に短期集中の紹介を行うが、「まだ新しい所に行く勇気が出ない、一歩が踏み出せない」と話される。	
【相談のきっかけ】	【希望/目標】	社会資源
R3年11月甲状腺手術の為入院し、退院時、以前からあった歩行への不安と歩行器使用の希望が強くなり、介護保険申請に至る。	・痛みが少なくなって続けて歩けるようになりたい。 ・妹たちと海沿いの町に出かけ、海辺にある道の駅の中を歩行器で歩きたい。海鮮丼が食べたい。	フォーマルサービス 介護予防福祉用具貸与（歩行器、四点杖） インフォーマルサービス 夫の家事支援・外出支援、福祉用具販売店でのアクリルたわし販売、ゲームセンター、孫の動画

目標に対する現在のアプローチ

【見立て】水彩画の再開や編み物の展示販売をきっかけに、日常の嬉しかった出来事等話される事が増えてきて、行きたい場所などの話も出てきています。先日久しぶりに妹さん達と動物園へ行かれ、その際は車椅子を利用されました。今度は道の駅へ行きたいが、歩行器でもっと歩けないと難しいとお考えです。短期集中を利用して身体に合った歩き方を教わり体力をつけ、背中を押してもらうことで、行きたい場所へ外出を楽しめるようになり、より生きいきと生活できるのではと考えています。また、他者との交流機会が増えることで、趣味の創作活動を生かせる機会も広がればと思います。

【助言頂きたいこと】主治医から少しでも歩くよう言われており、動いた方が良いと思いながらも、痛みが強くなることを心配し活動量が少ない状態で、短期集中にも消極的です。 短期集中の利用に向けてモチベーションを上げるアプローチの方法、また、ペットの水彩画を今後どう広げていくと良いか、題材の確保方法などご助言お願いします。

（2）幸せます会議の実施方法の特徴

①　オープンカンファレンス方式

参加者と見学者はともに自由に参加できます。職域団体等に参加を依頼したり、出席者に対する謝金の提供は行いません。

また、アドバイザーという立場の専門職等を置くことなく、フラットな関係の中で議論を行います。

②　ケーススタディ型

事例の検討を通じて、多職種間で自立支援の規範的統合と技術移転を行う場です。

生活全般を支援するケアマネジメントを支援する場です。

この視点で実施するため、議論に結論を求めず、支援について結果を追わず、選択肢をより多く提案して、支援の現場で高齢者本人が選択肢から選ぶことにより、自分らしさを実現できるよう支援します。

自立支援を学べる事例を議論し、困難事例は個別会議として別に実施します。

③　生活支援中心のディスカッション

暮らしを支える視点で議論するブレインストーミングの場です。

専門職としての視点だけでなく、一人の生活者としての視点を持って発言することを意識することが重要です。

会議では専門職視点として発言する時間と、生活者の視点で発言する時間を分けるなどの工夫があると議論が整理されやすくなります。

（3）幸せます会議において参加者が共有すべきこと・アセスメントに必要な事項

①　元の生活はどんな生活だったのか

自分らしく生活していたころの普通の暮らしを把握することで、対象者を支えてきた資源を共有します。元の生活とは、生活がしづらくなる直前だけをいうのではなく、対象者の人生を振り返ることも含みます。また資源とは「してあげるサービス」だけではなく、対象者の生活の周りにある（あった）全てのものが対象です。

②　今はどんな生活なのか

元の生活から「変わったこと」を共有することで、現在の生活に至った「理由」を考えます。

③　どんな暮らしを目指すのか

目指す暮らしと今の生活の差を埋めるものは何かを考えるためには、「目指す暮らし」を共有する必要があります。

「本当の課題」は何かを共有します。適切な目標を設定しなければ、解決方法は見つかりません。

②と③の差を埋める方法を①をヒントに考える。

今できないことだけに着目せず、①を正確に把握して「本人視点」で支援の方法を検討する必要があります。

（４）参加者が提案するアイデア

①　活動量を増やすアイデア

廃用症候群からの脱却と予防につながるアイデアを考えます。

本人視点を持ち、いかに活動量を増やすのかという視点で支援方法を提案します。

②　社会参加を促すアイデア

してあげる支援だけでなく、地域に役割を見出すことで社会参加が促せるアイデアを考えます。

社会参加は、地縁団体での役割やボランティアといったものだけでなく、家族の中での役割、人材を必要とする企業や商店との関わりなど、人材を必要とする場所はたくさんあるはずです。生活者の視点を持って、対象者のできることや興味、経験をもとに考えます。

月に１回の役割でも、それに関わるだけで、その役割のために準備する気持ちが生まれ、活動的な生活が維持できます。

③　アイデアに正解はない

ここで提案するアイデアに正解は必要ありません。

会議の参加者が「こうすべきだ」と決めるものではなく、より多くのアイデアを出し、ケアマネジャー等の支援者がそれを対象者に提供し、対象者が選択できる環境を作ることが目的です。

全員が気楽により多くのアイデアが出せる会議になるような雰囲気づくりが重要です。

（５）参加者のあるべき思考原理「自立支援に向けた規範的統合」

①　なぜそうなったのか

現状（課題）を正しく理解します。

心身の状態の変化だけが原因なのか考えます。

心身の変化や生活の困りごとだけではなく、そこに至った経緯や心情など、目に見える部分の以外にも目を向けます。

②　その人にとっての資源とはなにか

これまで対象者を支えてきた資源と、対象者を支える可能性のある資源は何かを考えます。

個人因子や環境因子からその人にとっての資源を見出します。生活で出会うものすべて、また、対象者の心のうちにある感情までも資源と捉え、その人が活動的になれる資源を本人視点で考えましょう。

③　高齢者の可能性を信じ、より多くの選択肢を提供しよう

幸せます会議の参加者が高齢者の可能性を信じなければ、自立は支援できません。

対象者の「できること」「したいこと」に着目し、未来の可能性を想像しながら議論します。

より多くの選択肢を提供し、それを選ぶ機会を提供することが、対象者に「幸せ」と「自分らしさ」を提供する自立支援に繋がります。

（６）アイデア事例集

①　コーヒーが好きな人はコーヒーを淹れることも好きなはず

軽度の脳梗塞で右片麻痺の残った男性。「おいしいコーヒーを飲みに行きたい」という希望があるが、喫茶店がある地域までの移動手段がない。

「コーヒーが好きな人はコーヒーを淹れることも好きなはず」という意見から、左手でコーヒーを淹れる練習を提案。近所のサロンでコーヒーを淹れるという役割も併せて提供することで活動的な生活が実現できる。

②　タブレットが使えるなら SNS での発信方法を教えたら活動的になるのでは

閉じこもり傾向で YouTube ばかり見ている男性。

YouTube を見ることができる程度にタブレットが使えるので SNS を教えることを提案。好きなものや日々の生活を記録することで、外出し活動的になる。さらに幸せます会議のメンバーとつながって、投稿に「いいね」を押していったらどうか。

③　好きな華道の展示場所があれば制作意欲が向上するはず

華道が趣味の女性。

月１回受診する整形外科のロビーに彼女の作品を展示させてもらうことを提案。その役割を果たすために、作品の制作活動で日々の活動的な生活が維持できる。

④　スポーツ少年団の見守りをしてもらったら他世代との交流もできるのでは

スポーツや子どもが好きな男性。

スポーツ少年団の練習で保護者が行っている見守り（小学校グラウンドの練習スペースに他の子どもが入らないように声がけ）を行ったらどうか。他世代との交流や試合の観戦などの活動に繋がるのではないか。

（７）幸せます会議の議論から政策化された事例

活動量の維持や参加の場としてサロンや介護予防教室へ繋ぐケースは多くあります。幸せます会議の議論では、このような場の活用の可能性については最初に検討されますが、地縁団体内の住民主体の場だけでは、人間関係の問題などから、既存の場を使いたくないというケースが多く出ていました。

そうした議論の中から、その人に合った通いの場や役割を見つけるという方向でのアイデアが増えていきましたが、そのような場の発見や創出、また住民主体の通い場の整備もこれまでどおり行いながら、さらに誰もが気軽に活用できる通いの場を市として整備する必要性を感じました。

防府市においては、社会福祉法人や介護事業所、企業や住民団体が協働して移動支援付きで介護予防・買物支援を実施する「幸せます健康くらぶ」や「幸せますデイステーション」という取り組みがあったため、このノウハウを活用して、地域ごとに送迎付きの介護予防教室「元気アップくらぶ」を週１回開催することとなりました。

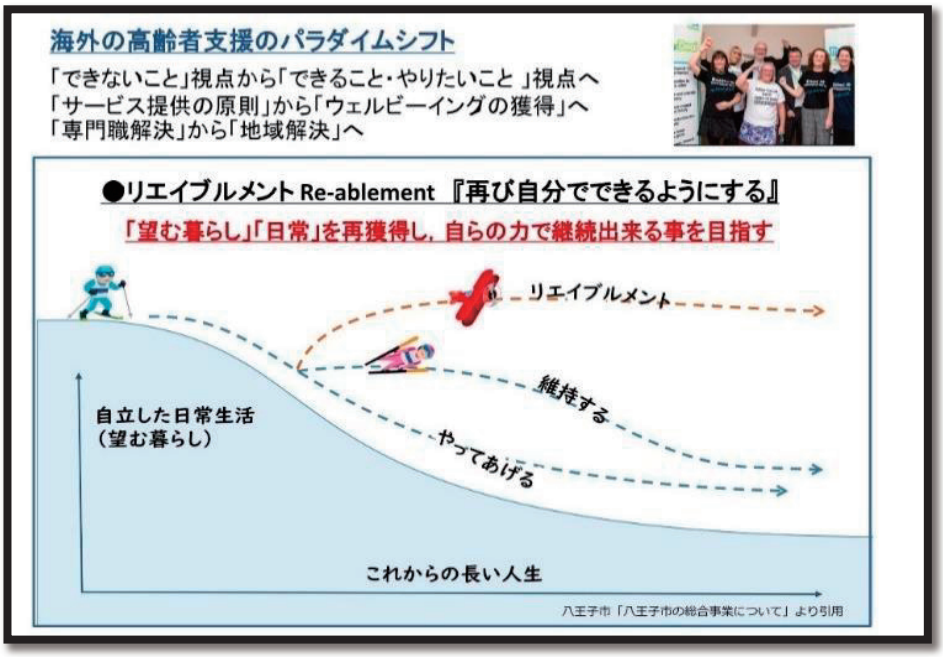
この事業は、第１号保険料原資の保険福祉事業として、各地域の社会福祉法人や介護事業所に委託して実施しています。

リエイブルメント型の短期集中予防サービス導入のヒント

１．リエイブルメントと５つの視点

三田尻訪問看護ステーション　作業療法士
古谷　正登

リエイブルメント（Re-ablement）とは文字通り「再び出来るようになる（再自立）」という意味で、リエイブルメントサービスは海外の高齢者支援で最も優先度の高い取り組みとして注目されています。リエイブルメントの取り組みでは、大きく３つのパラダイムシフトが重要とされています（図 1）。

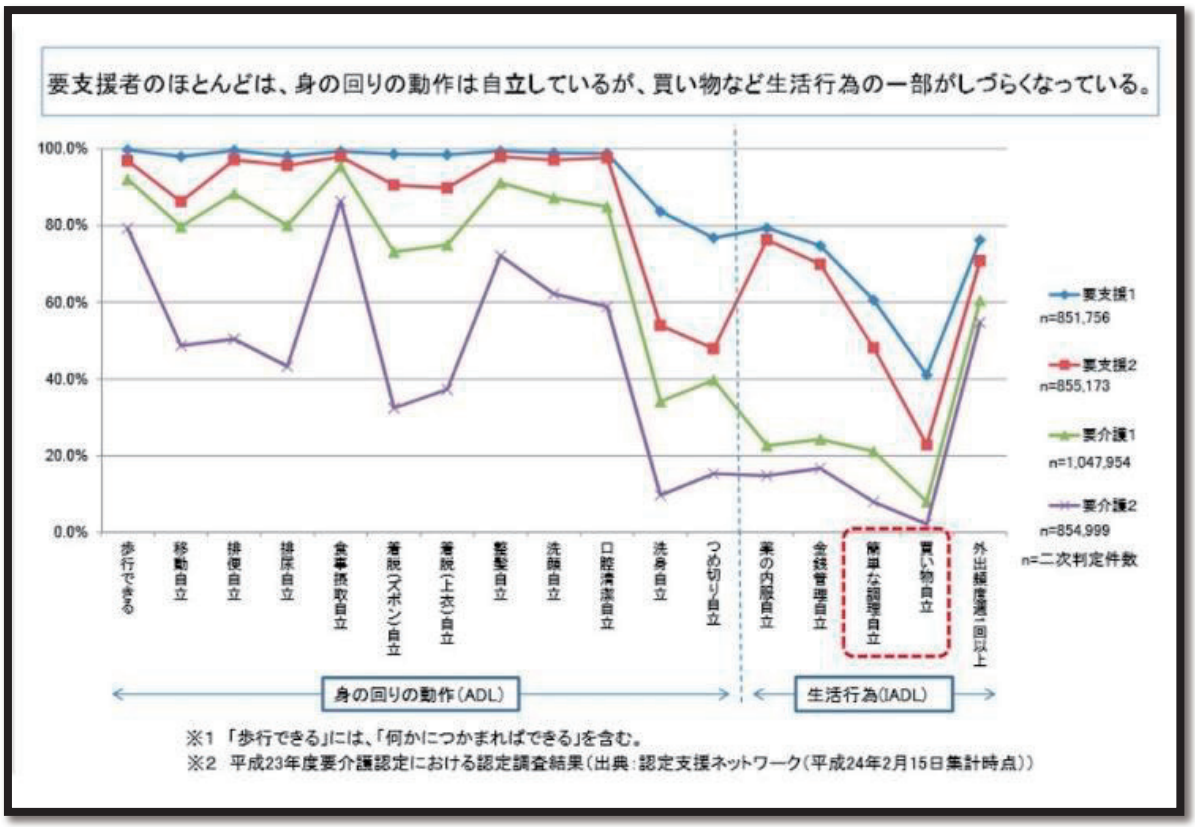


出典： The リエイブルメント：社会保険出版社

（図１）リエイブルメントの視点

１つ目は、「出来ないこと」視点から「出来ること・やりたいこと 」視点へ、２つ目は「サービス提供の原則」から「ウェルビーイングの獲得」の視点へ、そして３つ目は「専門職解決」から「地域解決」の視点です。短期集中予防型サービスでは、リエイブルメントの視点を基に対象者の再自立を促していきます。

対象は、事業対象者と要支援者であり、状態像としては図２で示しているように ADL は自立していますが、調理や買い物など一部の IADL がしづらくなっている高齢者です。短期集中予防型サービスでは、このような状態像の対象者に対して「元の生活に戻る」事をコンセプトに実施していきます。



出典：認知症支援ネットワーク（平成 24 年２月１５日集計時点）

（図２）対象者の ADL・IADL

リエイブルメントでは、以下の５つの視点を活かして取り組んでいきます。

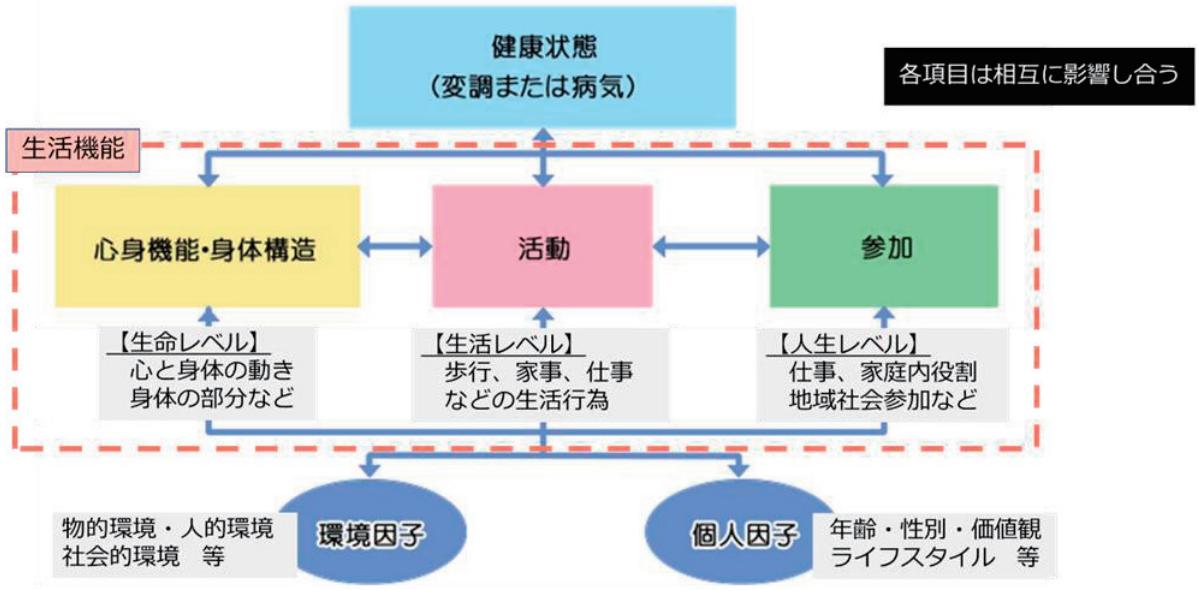
① 「パーソンセンタードアプローチ」
② 「ストレングスベースドアプローチ」
③ 「アセットベースドアプローチ」
④ 「コミュニティベースドアプローチ」
⑤ 「チームベースドアプローチ」

●リエイブルメント Re-ablement

5つの視点
①「パーソンセンタードアプローチ」
②「ストレングスベースドアプローチ」
③「アセットベースドアプローチ」
④「コミュニティベースドアプローチ」
⑤「チームベースドアプローチ」

これらの視点を実践に移すためには対話が重要
【利用者との対話】【専門職種間での対話】
『Forの介護』から『Withの介護』へ

まず①「パーソンセンタードアプローチ」は、利用者の生活歴や習慣、趣味や性格などの背景に着目し、利用者が日常生活を送るうえで、何を必要としているか、何を求めているのかなどを一緒に考えるなど、利用者の立場に立って、それを理解しながらサービスを提供しなければならない、という考え方です。これを ICF（国際生活機能分類）の視点から考えていきます（図 3）。ICF とは、「人が生きることの全体像」「その人を知るための指標」と表現されるもので、「心身機能・身体構造」、「活動」、「参加」、「環境因子」、「個人因子」から構成されています。「心身機能・身体構造」、「活動」、「参加」は生活機能、「環境因子」、「個人因子」は背景因子に分類されます。在宅生活では、「環境因子」、「個人因子」の影響を強く受ける事となるため、この背景因子をしっかりと評価した上で生活機能をみていく必要性があります。



出典：ICF(国際機能分類)　一部改

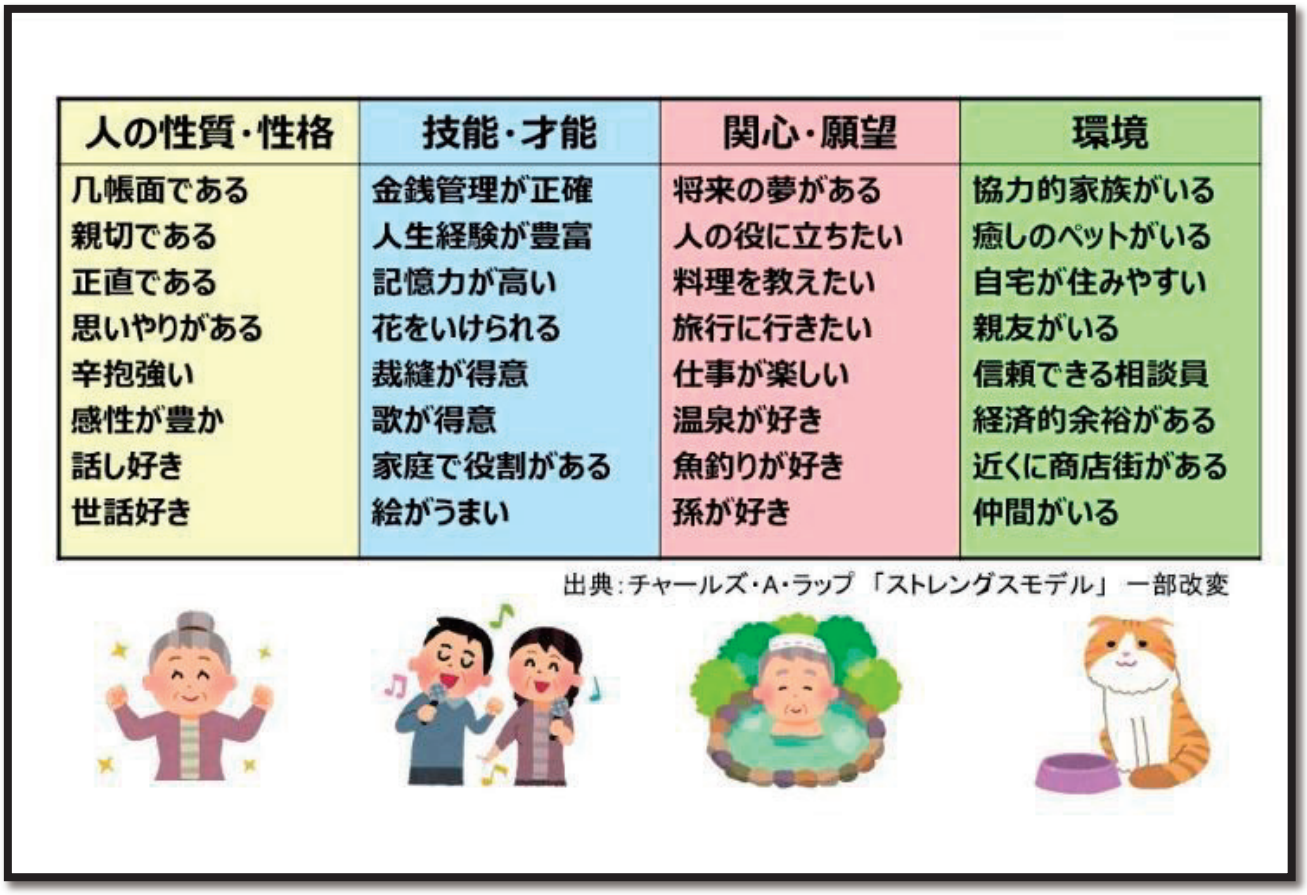
（図３）ICF の構成要素

次に②「ストレングスベースドアプローチ」とは、利用者の問題点ばかりに目を向けず、何が出来るのか、どんな才能があるのかに目を向け、十分な対話を行わなければならない、という考え方です。この「ストレングスベースドアプローチ」をより深く理解するために「学習性無力感（Learned helplessness）」という理論を紹介したいと思います。

「学習性無力感」とは、長期にわたってストレスの回避困難な環境に置かれた人や動物は、その状況から逃れようとする努力すら行わなくなるという現象です。なぜ罰されるのか分からない（つまり非随伴的な）刺激が与えられる環境によって、「何をやっても無駄だ」という認知を形成した場合、学習に基づく無力感が生じ、うつ病に類似した症状を呈します。この理論を用いて高齢者の

状態像を捉えてみると、心身機能低下により失敗体験を繰り返す事で、上記のような「何をやっても無駄だ」という学習性無力感のような状態に陥っている可能性があります。

従来の身体機能中心のリハビリテーションアプローチは、主として対象者の弱みを評価・分析して課題を解決するウィークネス（弱み）アプローチであり、このような状態像の高齢者にアプローチしても主体性の低下を引き起こし活動・参加につながりにくい傾向がありました。「ストレングスベースドアプローチ」では、対象者が本来有する強み、つまりストレングスに着目し対象者の意欲を引き出す事で課題を解決し生活機能を上げる事が出来るため、失敗体験を繰り返した高齢者に対し効果的なアプローチが可能となります（図４）。



出典：チャールズ・A・ラップ「ストレングスモデル」一部改変

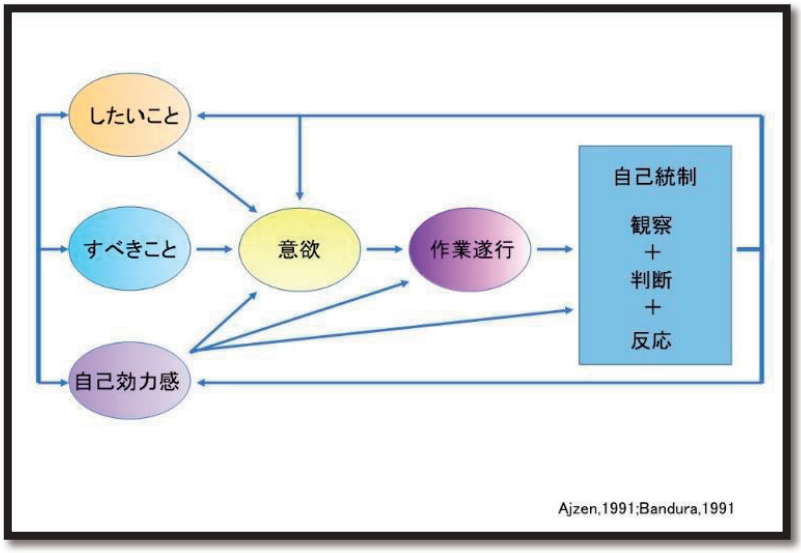
（図４）　ストレングス（強み）の種類

ストレングスには「特性、技能、才能、能力、環境、関心、願望、希望」の８つがあり、すべての人やその人を取り巻く環境にはストレングス（強み）があると考えます（図４）。

またこのリエイブルメントの取り組みでは、利用者のセルフマネジメントを高めていく事も重要です。セルフマネジメントとは「自己管理」の事であり、図５は Bandura が唱えた「セルフマネ

ジメントを促すリハビリの理論構造」を表しています。この図にある自己効力感とは、「ある具体的な状況において適切な行動を成し遂げられるという予期、および確信」の事であり、言い換えると「自分が行為の主体であり、自分の行為が自己の統制下にあって、外界の要請に応じて適切な対応を生み出しているという確信・感覚」であると定義されています。

図５では、この「自己効力感」が意欲や作業遂行、自己統制の過程に影響している事が分かります。失敗体験を繰り返した高齢者に対して、すべきこと・課題だけに注目するだけではなく、この「自己効力感」を高めるような働きかけが重要であり、「ストレングスベースドアプローチ」を活用し再び出来るようになるという感覚を養っていく事がセルフマネジメントを高めていく事に繋がっていくと考えられています。

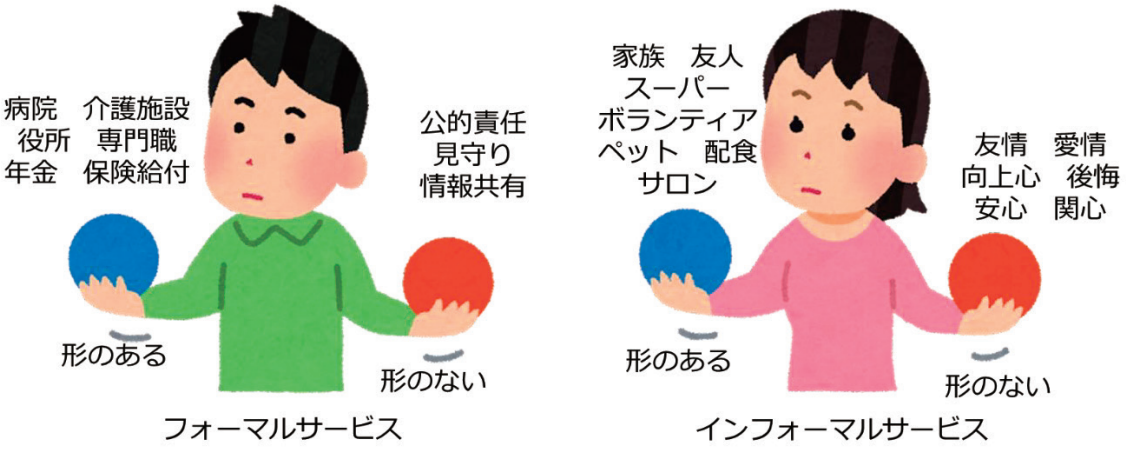


出典：Ajzen,1991;Bandura,1991

（図５）　セルフマネジメントを促すリハビリの理論構造

③「アセットベースドアプローチ」とは、すべての利用者に能力、知識、技術があり、利用者の周囲や地域に存在するものが利用者を活性化させる資源と捉え、これらの資源を活用することを意識して利用者との対話を行わなければならない、という考え方です。社会資源には、病院やデイサービスなどのフォーマルサービスが代表されやすいですが、大きく４つの領域があると言われています。図６に示しているように社会資源は、「フォーマル資源」と「インフォーマル資源」に分けられ、それぞれの資源には「形のある資源」と「形のない資源」に分類されます。我々の生活はこのフォーマル資源の他、例えば家族や友人との交流、スーパーへの買い物など多くのインフォーマル資源を活用しながら生活しています。リエイブルメントでは、週１回フォーマルサービスのデイサービスに通うよりも、インフォーマル資源であるスーパーに週３回、友人との交流週１回、家族との外出週１回という生活の方がより活動的だと捉え、生活がより活発になるように行動変容を促

していきます。防府市では「Life up 手帳」として、自宅への商品配送や各種訪問サービス等、高齢者の生活の支援につながるものを「地域のお宝」としてまとめインフォーマルな資源を見える化しています（図７）。この「Life up 手帳」は防府市の各地域包括支援センターに配置されている生活支援コーディネーター（SC）が地域を回り、高齢者の生活の支援につながるサービスを探し、取材して作成した手作りの手帳です。



出典：　事務局作成

（図 6）社会資源の領域



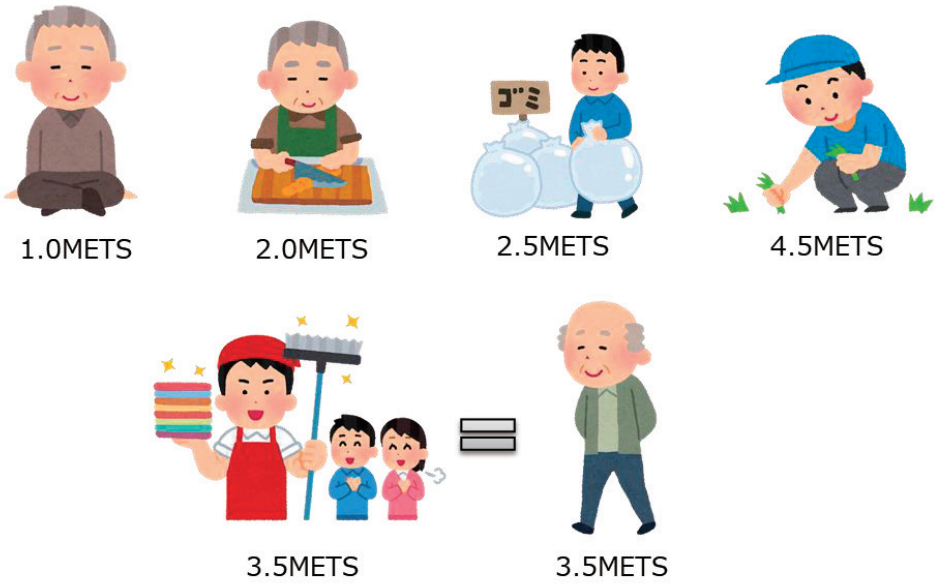
出典：防府市

（図７）Life up 手帳

「活発な生活へと行動変容を促す事が大切である」と述べましたが、ここで生活行為の活動量（METS）についてもう少し詳しく述べていきたいと思います。

METS とは、運動強度の単位であり、安静時（横になったり座って楽にしている状態）を 1 とした時と比較して何倍のエネルギーを消費するかで表したものです。人々の活動が METS で表すと、例えば、料理や整容は 2.0METS、ゴミ捨ては 2.5METS、草むしりは 4.5METS というように活動によって活動量は異なります。

METS を活用すれば、もし散歩に取り組みにくい寒い季節でも部屋の掃除を行えば散歩と同等の 3.5 METS の活動量を得る事が出来るという事が分かります。こうした生活行為の活動量を具体的に数値化し対象者にフィードバックしていく事も本人の動機づけを高めていくポイントとなります（図 8）。



出典： 事務局作成

（図８）METS：運動強度の単位

④「コミュニティベースドアプローチ」とは、利用者の普通の暮らしがコミュニティの中にあるものと考え、利用者のニーズ、信念、価値観を大切にし、コミュニティへのつながりや役割を担うことを通じて、普通の暮らしが継続できるように心がけなければならない、という考え方です。

⑤「チームベースドアプローチ」とは、利用者の目標を達成するために、多職種の協働によりサービスを提供しなければならない、という考え方です。

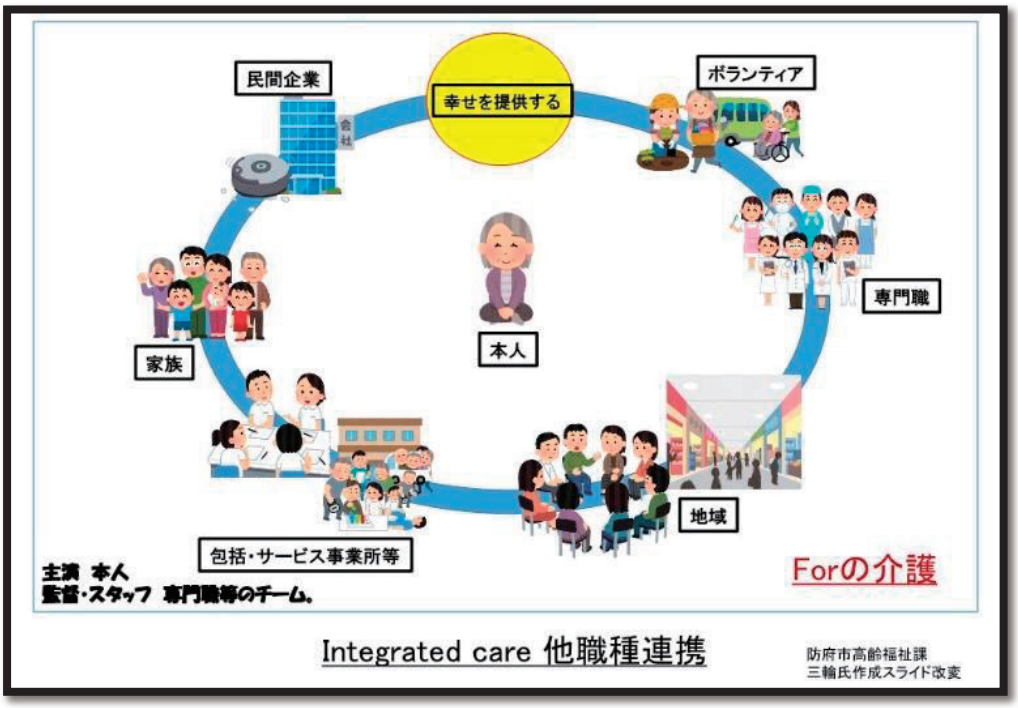
この 2 つについて図 9 、10 を使って説明していきます。

図 9 は、本人を円の中心にして専門職や地域の人々が取り囲むように支援しています。こうした支援形態は、他職種連携（Integrated care）と言われ、「For の介護（やってあげる介護）」であるため本人の意欲や動機づけが高まりづらい特徴があります。

一方、図 10 は、本人も円上に位置し「今後の人生や生活をどのようにしていきたいか」という本人の Story を中心に展開していく「With の介護（共におこなう介護）」であり、共創・協働（Community based care）の支援形態を表しています。

図 11 に表しているように「For の介護」では徐々に支援量が増えていってしまいますが、「With の介護」では自立に向けて支援量が減っているのが分かります。

リエイブルメントでは、前述した 5 つの視点を実践に移すために利用者本人・専門職種間で対話を行い、「For の介護」ではなく「With の介護」へとパラダイムシフトしていく事が重要となります。



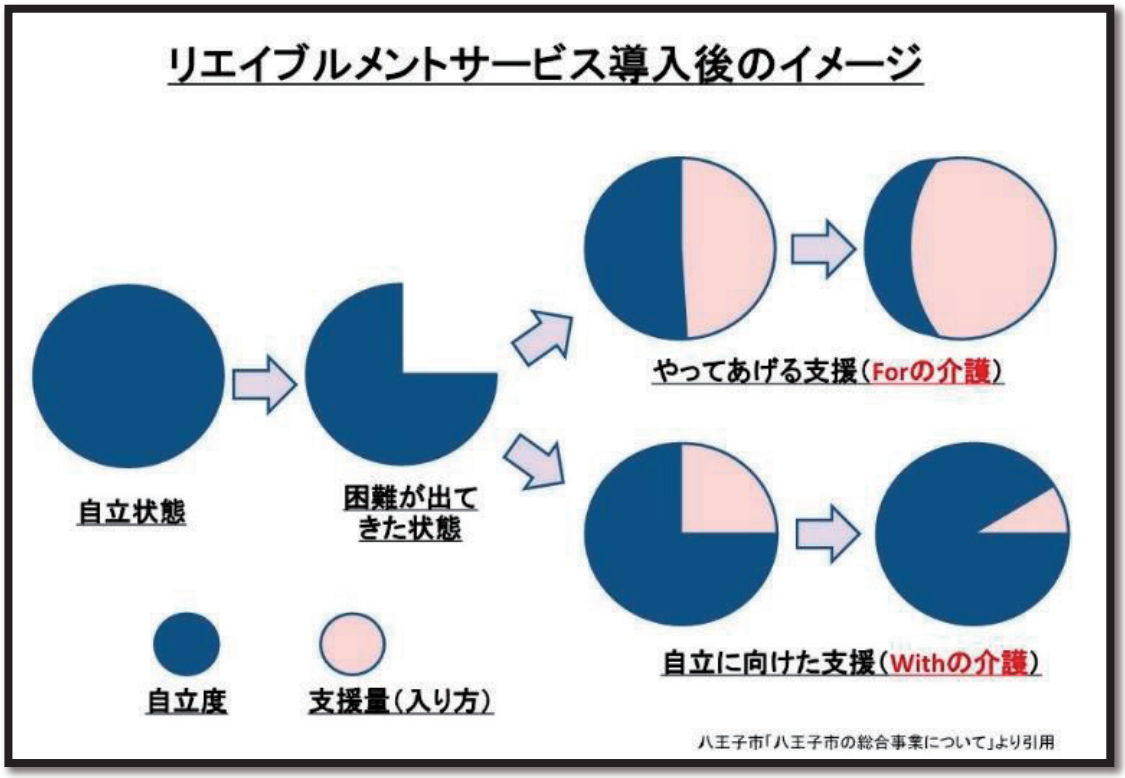
出典： 防府市役所高齢福祉課三輪氏作成資料

（図 9）For の介護



出典： 防府市役所高齢福祉課三輪氏作成資料

（図 10）With の介護



出典：八王子市「八王子市の総合事業について」

（図 11）リエイブルメントサービス導入後のイメージ

２．リエイブルメント型の短期集中予防サービスの実施と介護予防ケアマネジメント

医療経済研究機構政策推進部

（１）　介護予防ケアマネジメントの概要

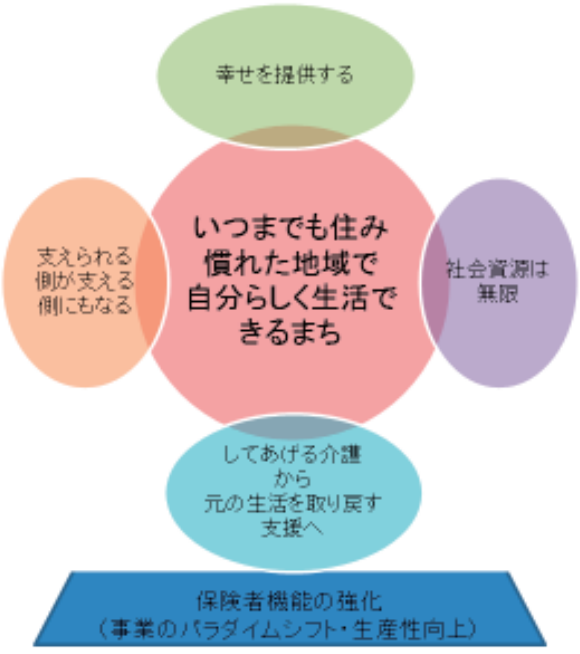
介護予防・日常生活支援総合事業(以後、総合事業と表記)は給付ではなく(市町村)事業であることから、市区町村が目指す介護予防・自立支援に添うものでなければならず、単に利用者やその家族の意向だけで実施するものではないことを理解する必要があります。

総合事業はこれまで要介護認定を受けなかったり、「非該当（自立)」と判定された高齢者にもサービスを提供できるようになることで、介護予防・重度化防止に繋がると言った意味で、今後の社会構造の変化を見据えた地域包括ケアシステムの中に組み込まれました。

今後も増え続ける高齢者、特に軽度者についてはその個々のニーズごとに多様な生活支援サービスが求められ、これにこたえるためには、介護事業所以外にも、民間企業、ＮＰＯ、ボランティアなど、多様な事業主体による多様なサービスを充実していくことが、効果的で効率的かつバラエティに富んだサービスが提供できるようになります。そのためには、地域の中で多様な主体による多様な場を確保していくことが効果的で効率的であると考えられます。

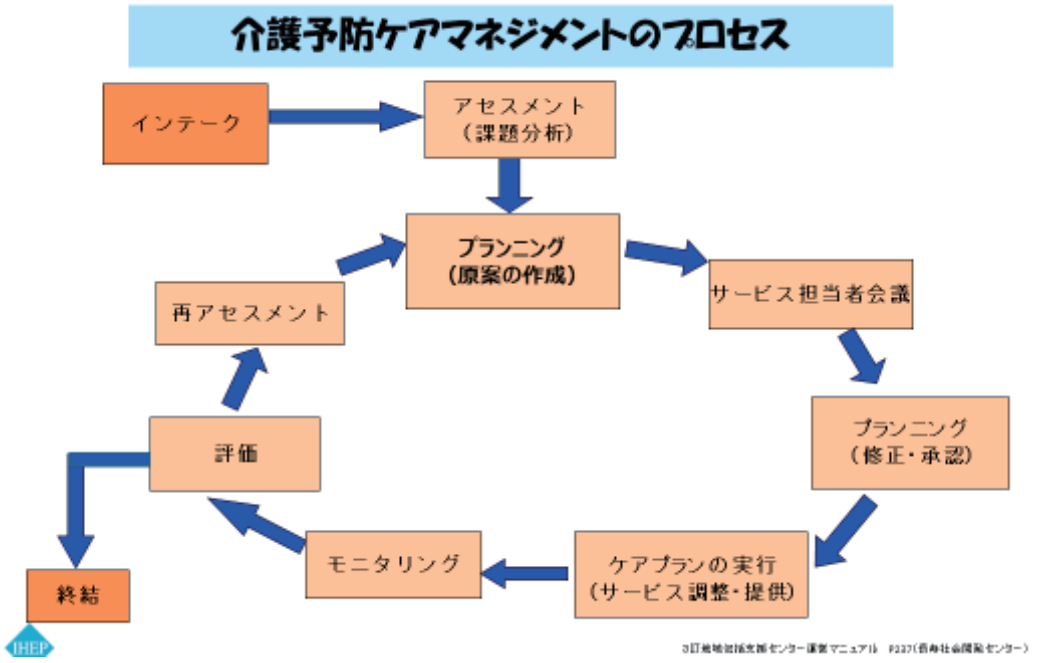
また、高齢者の介護予防のためには、地域に多様な活動や通いの場つくりを行い、社会参加を促進していくことが重要であり、社会参加の促進を通じて元気な高齢者が生活支援の担い手として活躍すれば、生きがいや介護予防にもつながって来ます。つまり専門職はこのパラダイムシフトの仕掛け人であり提供者でもあるとも言えるのです。

市区町村がめざす介護予防・自立支援について各地域包括支援センターだけでなく居宅介護支援事業所もこれを理解しておく必要があります。



（２） 考え方

介護予防ケアマネジメントは、介護予防の目的である「心身機能の改善や環境の調整を通じて、高齢者の生活機能の向上や地域社会への参加をはかることにより、生きがいのある生活・自己実現（ＱＯＬの向上）を目指し、高齢者自身が地域において自立した日常生活を送れるように支援する」ものです。介護予防ケアマネジメントのプロセスは大きく①適切なアセスメント②プラン作成③モニタリング④再アセスメントにより実施するもので、利用者が望む自立した日常生活を送ることを支援するという意味においては、従来の介護予防支援と変わりはありません。



軽度者(要支援認定・事業対象者)の多くは、ADL は自立しているが IADL の一部が行いにくくなっているという特性があります。人の生活は ADL や IADL・社会交流など様々な生活行為の連続で成り立っているものです。こうした普通の暮らしが何らかのきっかけによってうまくできなくなり、その結果生活に関する意欲を失ったり、役割喪失から自信を失ったりという負の連鎖に至るケースが多くなります。

このため、支援にあたっては本人が役割や生きがい・楽しみをもって生活できると思うことができるよう、個々の利用者に応じた活動・参加に焦点を当てて生活意欲を向上させるためのアプローチが求められます。

・インテーク

対人援助の上で最初の出会いであるインテークはとても重要で、その後の信頼関係構築の鍵ともいえる場となります。

従って受理面接にあたっては、市区町村の考え方を示し、介護予防について理解を図った上で、生活上の何らかの困りごとに対して、単にそれを補うサービスを当てはめるのではなく、利用者の自立支援に資するよう、心身機能の改善だけではなく、地域の中で生きがいや役割を持って生活できるような居場所を見つけるなど「心身機能」「活動」「参加」にバランスよくアプローチして行くことの重要性について説明し、相談者との合意形成を図ることが求められます。

・アセスメント

アセスメントは、支援の全過程において、その根幹をなすものとなります。そしてこれは全ての業務の基礎であり、計画作成者(ケアマネジャー)の得意領域のはずです。支援を必要とするその人を全人的に捉え、目の前のその人に何が起こっているのか、そうなった原因(要因・背景)と結果(現状・現症)の因果関係を明らかにします。さらに生活の困りごとを確認した上で生活課題を明らかにします。

現状と望む暮らしにギャップがあるから困りごと(問題)は発生します。生じた困りごとにより生活にどんな支障をきたしているのか、解決すれば叶うであろう本人の望む暮らしのために何をすべきか？(課題)を整理しましょう。そして課題解決の方法について、利用者の意欲や意向を明確にし、合意形成することで課題を共に見つめ、共に歩むことで元の暮らしを取り戻すことにつながって行きます。相談者は困りごとを抱えて窓口に来るわけですから、その意味ではインテーク面接からアセスメントはスタートしていると言っていいでしょう。

リエイブルメント型の短期集中予防サービスを実施する自治体では、このアセスメントにリハビリ専門職が加わる体制を構築しています。これによって過去・現在・未来の生活の連続性について、改善の可能性や予後予測の視点がブラッシュアップされることで、本人の望むもとの暮らしが再獲得できるよう利用者とともに課題解決に向けて歩んで行きます。

・もとの暮らしと望む暮らし

例えば、同じ腰痛が背景にあっても、生活の困りごとは人によって千差万別です。困りごとを解消すれば、さらにその先の本人の望む暮らしに近づくことができます。望む暮らしに近づくためには元の生活を知ることが必要です。「その人はどう生きてきたのか」「何を大切にしてきたのか」「どんな暮らしを目指すのか？」ライフヒストリーや価値観を丁寧に聴くことで戻りたい元の暮らしに着目すべきです。

人は多くの資源に囲まれて生きています。資源とは物・人・金・考え方や価値観…etc。広くその人を取り巻くすべてのものを指します(自分にとっては意味を持たない一枚の紙きれもその人にとっては大切な宝物なのかもしれません)。その人を取り囲む多くの資源、その中で必要な

ものを取捨選択しながら暮らしを続けてきたはずです。大切なもの(資源)もまた千差万別です。大切なものに囲まれて生きてきたその人にとって、失ったものを知ることは獲得したい元の暮らしにつながることになります。大切なものが何なのかを冷静に見つめて行くことが重要です。

・デマンドとニーズ

高齢になっても持てる力(残存機能)を発揮、あるいは強化することができれば、改善は可能です。一方で高齢者は加齢に伴うさまざまな喪失体験を繰り返すうちに、自信を喪失しがちなライフステージという側面も抱えています。では失ったものは取り返すことはできないのでしょうか？

人は自ら状況を回復させる力(レジリエンス)を持っています。ライフステージの様々な局面でも様々な自己決定をもって望む暮らしを継続してきたはずです。つまり改善の可能性に年齢は関係ないと言えるでしょう。特に軽度者にとってこの改善可能性の見極めは、自立した社会生活の実現に大きく作用してくるものとなります。改善可能性に着目し可能性を信じる力。それは、本人はもとよりご家族や支援者にも求められます。一方で加齢に伴って不可逆な機能低下も存在します。失ったものが何なのかに着目することでそれを補完するための改善策を提案できるかもしれません。

もともと介護保険は給付サービスからスタートしました。「保険料を払っているのだから自分が受けたいサービスを受けるのは当たり前」という権利意識が働き過剰なサービス投入を要望されてしまうという場面にしばしば遭遇します。

計画作成者がそのデマンドを優先するあまり御用聞きプランになってしまっていないでしょうか？「家事ができないからヘルパーに」「活動が低下するから他者交流をデイに」と求めたところで本人の元の暮らしは再獲得できたでしょうか？

「できないからしてあげる」お世話型プランは結果として本人の能力を取り上げてしまうことにつながり、自立支援とは逆行していました。真のニーズは何だったでしょう？その人はどんな暮らしを望んでいたのでしょう？お世話型プランからの脱却は、結果的に高齢者が自立した日常生活を取り戻すことにつながります。

そもそも、改善可能な状態の高齢者に「元の生活を取り戻しましょう」という選択肢を示さず、「介護専門職のサービスを使うか、それとも使わないか」という２者択一を示せば、本人も家族も「ではサービスを使います」という選択になります。「介護専門職サービスを使うか、使わないか、それとも元の暮らしを取り戻すか」と選択肢が増えるだけでも、支援の方向性は大きく変わるはずです。

・ICF とケアマネジメント

個人因子と環境因子から心身機能・活動・参加に分類する国際機能評価を活用するアセスメント手法は介護予防ケアマネジメントにはなくてはならない要素です。

このうちの環境因子・個人因子については、ケアマネジャーの得意分野と言えるでしょう。活動と参加にバランスよく働きかけるためには、心身機能評価は重要です。

この部分については、多職種協働でアプローチをすることでアセスメントが深化し、より個別性のあるプランニングができるはずです。例えば、“下肢筋力低下”筋力が低下した原因はどこにあるのでしょう？同行訪問してみると、転倒骨折による長期安静が要因だと思っていた筋力低下が、実は体幹バランスの崩れであったり、既往の呼吸器疾患による姿勢であったりします。そうなると仮説形成はまた別の形となるため、その検証が必要になって来ます。リハビリをやっても良くならないのは、実は、そのアセスメントに問題があるのかもしれない、それはアセスメントの根幹に触れる部分ということになります。

・改善可能性と行動変容

「良くはならないよ」と言われたら、人はどのように感じるでしょう？反対に「必ず良くなるよ」と言われたら？可能性を閉ざされたとき人は失望(時に絶望)し、希望を見出すことが困難となり自信を失います。良くなるよと言われたら、それに向けて頑張ろうという意欲も湧いて来て、行動そのものが変わって来るという経験を、支援者はしばしばしてきたはずです。行く先に光が見えると、それに向かって努力しようと頑張る力も湧いて来ます。このように工夫をしたら良くなるよ、伴走する支援者には可能性を見出し、方向付けをする能力も求められます。

現状にはそうなった原因があり経緯があります、その因果関係を冷静に見つめること、何ができて何ができないのか？できないのか、していないのか？しようとしているのか、はなからあきらめてしまっているのか？それはなぜなのか？その見極めも重要です。どうすればできるようになるかを検討する前に、それに至った過程や経緯を知ることで改善の糸口をつかむことに繋がります。

その人の自信を後押しする、少しの勇気に対して背中を押すことで行動を起こすきっかけとなります。また、そのような支援ができると支援者自身の行動さえも変わって来ることに繋がります。こうしてケアマネジメントの PDCA サイクルも好循環を来すことができれば、市区町村のめざす介護予防の概念について規範的統合が起きていきます。

・専門性の発揮

利用者自身のナラティブな語りを傾聴することでストレングスを見出し、可能性を信じ潜在能

力を引き出しエンパワメントすること、様々な喪失体験を以てしてなおレジリエンスを発揮しながら生きてきた主体性を尊重し支援して行くことこそケアマネジャーの専門性であり、ソーシャルワークの基礎となります。

残念ながら、ケアマネジャーはマルチではありません。保有の基礎資格もバックグラウンドも経験した土壌も違います。専門分野を履修したわけではないのでそのアセスメントにも限界があり、だからこそ多職種協働は重要です。多職種でアセスメントをすることはその人を深く知ることに繋がり、ひいてはケアマネジメントの深化に直結してきます。それがその人らしさを追求するものであれば、リハビリ専門職との同行アセスメントはその人の望む暮らしにより近づけるものとなります。背中を押すことが伴奏支援をする支援者の役割だとすれば、ケアマネジャーにも自信(見立てを確信に代える検証)が必要です。リハビリ専門職がアセスメントに同行する意義はここにあると考えます。

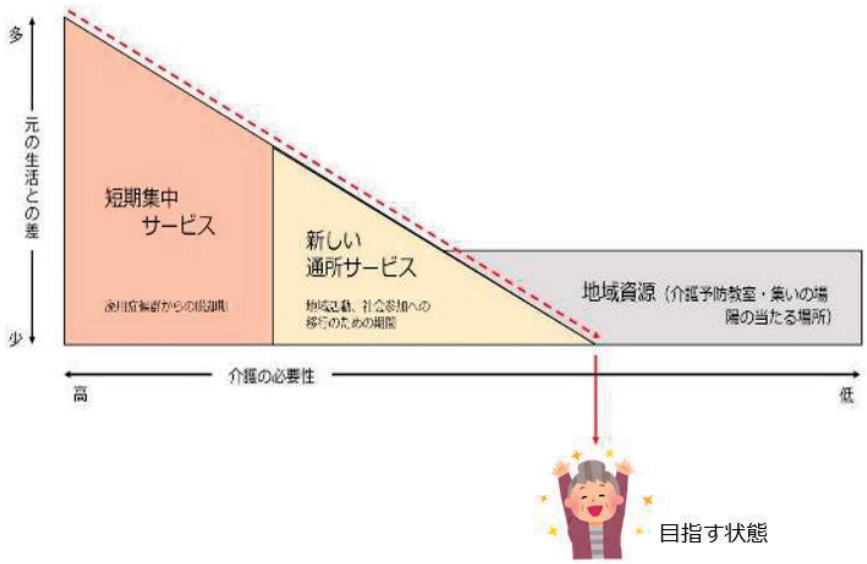
望むちょっと前の暮らしを再獲得し、自立した生活を継続することを「目指す状態」とすると、利用者の目指す状態を追求するには、対象者一人一人を真摯に見つめ、その人の望む暮らしが何なのか、デマンドにとどまらず真の課題が何なのかを冷静に見つめ(アセスメントの深化)、望む幸せな暮らしについて利用者・支援者とともに検討していく必要があります。

望む暮らしと現状とのギャップを埋めるものがアセット(社会資源)です。このアセットにはフォーマル・インフォーマルに限らず、本人やご家族の趣味や興味と言ったストレングスも含まれます、その意味でアセットは無限です。

幸せの概念は千差万別であるため、個々の望む暮らしを継続するために意思決定を支援することも支援者の責務です。利用者個々を取り囲む様々なアセットを把握することは、ケアマネジャーだけではその情報の幅に限界があります。生活支援コーディネーターとともに各々にふさわしいアセットを見つけ情報提供をすることで、利用者の選択肢の幅は拡がります。選択するのは利用者自身ですが、数多くの選択肢を提供することで利用者が望む自立した日常生活の継続に繋がって行きます。その意味で、生活支援コーディネーターは介護予防ケアマネジメントの各段階で関わって行くことになります。

・他事業との連動

このように早期から多職種が介入し、住民の幸せを追求する体制を整備する必要があります。また、個別事例の蓄積によりそれぞれの自治体が目指すべき高齢者の幸せな生活を、職域を超えた様々なメンバーで意識醸成することで規範的統合を図っていくのが、自立支援型地域ケア会議です。

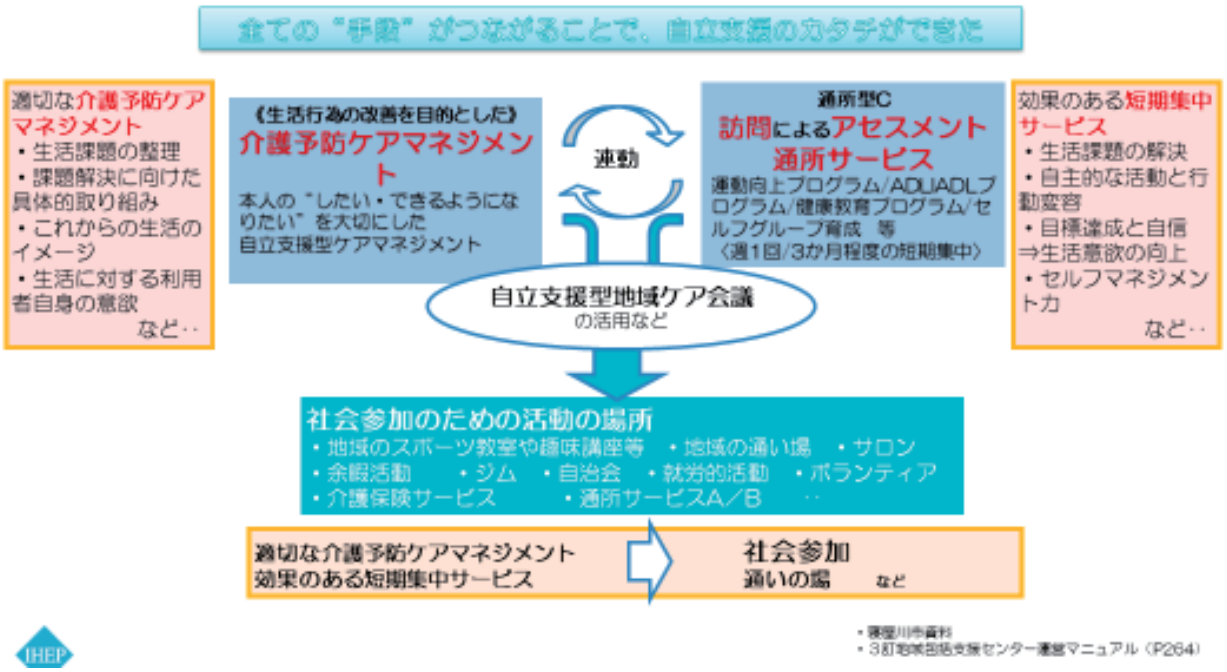


リエイブルメント型の短期集中予防サービスは、利用者が元の生活を取り戻すための事業です。適切な介護予防ケアマネジメントに連動する多職種協働アセスメントと、効果のあるプログラムにより望む暮らしを再獲得することを目指します。もともとあった日の当たる場所に自信を持って戻って行けるよう、支援者には徐々に手を後ろに回して行く姿勢も求められます。

この事業に於いて、介護予防ケアマネジメントとリエイブルメント型の短期集中予防サービス及び自立支援型地域ケア会議の連動は、自立支援に有用な意味を持っています。リエイブルメント型の短期集中予防サービスでは、セルフマネジメントができる状態をもって卒業判定をします。セルフマネジメントができる状態になるためには、自らの心身状況を正しく理解し、今後の生活に向けて心身を律し望む暮らしを自らの取捨選択で切り開いていくという意味を持ちます。そしてそれは高齢者自身の自己肯定感や承認欲求を満たし、自信を再獲得し生きがいや役割創出に繋がり得るものとなります。

自立支援とは何か？身体機能の改善にとどまらず、それぞれの市区町村の目指す高齢者の姿を追求するために、個々のケーススタディによる事例蓄積は、規範的統合のみならず、今後目指す地域共生社会への布石を投じるものともなって行きます。

短期集中通所Cを通して自立支援を考える



・座間市資料
・3訂地域包括支援センター運営マニュアル（P264）

Ⅳ

リエイブルメント型の短期集中予防サービス導入担当者の所感

1.　三輪徹郎氏（防府市健康福祉部高齢福祉課地域包括ケア係）

高齢福祉課に配属された際、「わくわくする」という感情をいだきました。というのも、私は市役所に入所してから税金の関係と許認可の関係の部署にいたため、市町村の行う業務の多くは決められた制度の中で粛々と事務をこなすことだと思っていました。しかし、地域支援事業は、市町村の判断で、市町村にあった事業を自由に展開していいと知り、率直に面白そうだなと感じました。保険者として目指すゴールを決めればそれに向かってトライ＆エラーを繰り返す、関係者と同じ目標に向かって知恵を絞る、こんな経験ができる業務はなかなかないと思い、日々楽しく仕事をしています。

もう一つ、強く感じた違和感を紹介します。私が配属されたのは、ちょうど本市で短期集中予防サービスの構築に向けた検討が始まるタイミングでした。介護保険制度のことをよく知らない私は、「なぜ『今』専門職が集まって『自立支援』に向けての話し合いをしているのか？」ということに違和感を覚えました。制度が始まって何年も経っているのに、介護保険の理念である『自立支援』をどう目指すかを議論しているのはなぜだろう？この違和感を起点にいろんな何故を感じました。

「元気になるためにデイサービスを利用するのに、改善してサービスを終了する人がほとんどいない？友達が行っているからデイサービスに行きたい？ヘルパーが高齢者のできることまでやっているけど家政婦と何が違う？高齢者が望むサービスを提供してあげることが支援の目的になっていない？ケアマネジャーってそもそも何の為にいるの？」

介護の現場の実態を知るたびにいろんな何故を感じましたが、それとともに、『自立支援』を目指すための話し合いを『今』していることに納得できました。長い年月をかけてサービスを利用し続けることが当たり前になってしまった制度の現状を、何とか打破しないといけない、そんな思いで関係者が集まっていることがどれだけパワーのいることで素敵なことかと気づいた時、それまで感じていた違和感が感謝の気持ちに変わりました。

これまでの制度の当たり前に関係者が違和感を持つことは、地域支援事業を推進していくうえでスタートラインに立つことだと、今は思っています。

２．原直利氏（作業療法士・山口県立総合医療センター/防府市リハビリテーション専門職協議会）

私は元々、防府市ではなく、近隣の市の病院で働いていました。そこでは山口県の中でも早くから地域でのセラピストの活躍の場がある環境でした。

防府市で働き始め、そして短期集中予防サービスの事業構築に参加することになったときには、「ああ、やっと防府市でも地域の事業が始まるんだな」と思い、そして同時に自分たちの意見で事業を作っていってほしいという当時の高齢福祉課主幹の話を聞いてワクワクしていました。

そんな中始まった短期集中予防サービスモデル事業の会議ですが、初めの頃は何を決めたらいいのかわからずぼんやりしていたというのが正直な印象です。しかし、市とリハ職、事業所の方々と他市へ視察に行き、見学したり話を聞いたりし、さらに市の熱い想いを感じることができたという機会を経て、短期集中予防サービスを成功させると楽しいことになるという実感や具体的なイメージが湧くようになりました。そのためには市内リハ職が市の要望に応えるためのレスポンスを高める必要があると感じ、防府市リハビリテーション専門職協議会を結成しました。それまではリハ職が地域に出るためには県の専門職団体の承認が必要で、指定された研修を受けておく必要もありました。研修を受けていなくても地域に出る力を持っているリハ職はたくさんいるはずで、事業への参加者を増やすためには自分たちで事業に参加できる人を探して、繋がって、出てもらうステップを踏めるようになる必要がありました。協議会の運営に関してはまだまだ課題は多いですが、短期集中予防サービスや訪問アセスメントだけでなく、通いの場やその他防府市の総合事業の変化に合わせて、個人ではなく団体として市とタイムリーな連携が行えていると感じています。さらに協議会を立ち上げたことで地域のリハ職と顔の見える関係を作れたことで、所属施設を超えて色々なことを相談できる関係性を作れたことも大きな強みになったと思います。

また、以前から作業療法士として対象者が自分で自分を元気にできるようになるための支援の形というのはどういうものかということは考え続けていましたが、短期集中予防サービスや動機づけ面談という形がひとつの答えになったと思います。また、1 年後の生活状況を調査しても元気で過ごし続けている人が多くいるということに、セルフマネジメントを身につけることの大事さを学ばされました。

最後に、私は普段、急性期の病院で入院患者に関わっていますが、普段の業務は決してこの事業と無関係ではなく、入院中からセルフマネジメントを意識した支援を行うこと、退院後の生活を見据えて関わることが必要であり、また地域支援に出る際も病院で培った医療的知識が生活変容のヒントになることがあります。病院だから地域とはあまり関係がないということではなく、より多彩なリハ職が地域に出ていくことで地域で暮らす方が元気に過ごすことができるようになり、さらに地域全体のリハ職の力も高まっていく、そんな可能性がこの事業にはあると感じています。

3．岡﨑浩之氏（理学療法士・老人保健施設はくあい）

令和元年に短期集中予防サービスモデル事業に初めて取り組み、令和３年１月から現在に至るまで、約 90 名の高齢者の方と短期集中予防サービスに取り組んできました。振り返ると、大多数の方が、「自分らしい暮らし」を取り戻され、住み慣れた地域で暮らしておられる姿を目の当たりにしてきました。

モデル事業を開始する前は、介護予防・日常生活支援総合事業、短期集中予防サービスについての知識・経験もなく、行政の方の呼びかけで、市役所に集まった時には不安、戸惑いが大きかったのを覚えています。「いったい何が始まるのだろう、日々の業務だけでも多忙なのに」という気持ちの一方で、「自分たちの親が防府市に住んで良かったと思えるようなサービスを共に創りましょう」という当時の防府市役所高齢福祉課主幹の言葉が心に響きました。

先進自治体の見学を行い、数多くの勉強会、会議を経て、試行錯誤を繰り返す中で、事業所、包括支援センター、行政の方がチームとなり、「防府市の高齢者は幸せます状態を目指す」を旗印として、短期集中予防サービスは幕を開けます。

そこには、私がセラピスト生活の中で経験してきたような「体を触って身体機能を改善する」「セラピストが利用者さんを一方的に指導する」場面はありませんでした。

３か月後に達成したい明確で具体的な目標を、利用者さん、事業所、ケアマネジャーと共に考え、目標に向かって具体的な解決方法を一緒に考えていきます。セラピストが体を触る、週１回２時間の利用時間のみ頑張るのではなく、セルフマネジメント能力を高めるために、運動の方法を学び、暮らし方の工夫を一緒に考え、通所サービスを利用しない残り６日をいかに活動的に過ごしていくかを試行錯誤するのです。

当初、私自身は「本当に利用者さんの暮らしは良くなっていくのだろうか」と半信半疑でした。

しかし、利用者さんと毎週生活の振り返りを行い、できた部分をポジティブにフィードバックしていく中で、「自分で頑張って運動していたら膝の痛みが軽くなった」「一緒に考えた方法で洗濯を干したら、前よりずっと楽になった」「思い切って行きつけの美容院に久しぶりに行ったら、店員さんが笑顔で迎えてくれた」と数々の成功体験を語ってくださいます。セラピストが一方的に手を差し伸べる支援ではなく、利用者さんと共に暮らし方を考え、「自分らしい暮らし」を取り戻していく…そこにあるのは、まさに高齢者の可能性でした。

利用者さんと共に、「自分らしい暮らし」を作るには、事業所と利用者さんの関係のみならず、ケアマネジャー、生活支援コーディネーターを始めとした包括支援センターの皆様との連携も不可欠です。利用者さんの小さな「できた」を共に喜び共有する、利用者さんの地域の資源を一緒に探していただく…まさに、自分らしい暮らしを取り戻す中で自然とお互いの連携が深化していくこと

を実感しました。

最後に、先日、嬉しい出来事がありました。

事業所を 1 人の男性が訪ねて下さいました。3 年前の短期集中予防サービスの卒業生、私が最初に担当した男性です。利用当初は、足の痺れがあり長く歩けない、地域での役割を後進に譲る事ばかりを考えていた方です。短期集中予防サービスを通して、生活の自信を取り戻し、地域での多くの役割を続けていく決意を皆さんに語られました。

ひとしきりお互いの近況報告を行う中で、3 年たっても身体機能を維持できている事、新しく地域での健康マージャンを立ち上げた事、住民主体の通いの場のリーダーを続けていることを誇らしげに話してくださいました。最後に、「岡﨑さんも頑張ってよ！また顔を見に来るから！」と笑顔で歩いて行く姿を見送りました。一旦獲得したセルフマネジメント能力は長年に渡りその方の暮らしを支えることを実感しました。

私の親が住んでいて良かったなと思える、自分が年を重ねても自分らしく暮らしていける街を共に創っていける、そんな目標に近づいていけた気がします。

４．白神五月氏（防府市北地域包括支援センター第２層生活支援コーディネーター）

私が生活支援コーディネーター（SC）となった頃は他実例がなく、なんとも言えない日々を送っていました。目的が見えないほど不安なことはないですよね。どうにか自分たちの役割を見つけたく、自分たちの仕事の立ち位置を必死になって探しました。

その時のあだ名は「まよ（迷）ちゃん」、こんな時もなんだか楽しんでいたのかもしれません。

新しいことをするってこんな過程は付き物なのでしょうけど、今まではある程度決められた道で決められたことをしてきたので、私にとって新しい世界でした。

何とか、「高齢者の自立支援に特化した生活支援をコーディネートする人」と防府市 SC の目指すものが決まってからは少しずつ歩いていくことができました。そんな時、研修の場で他市の行政職員さんから、私たちの活動を見て「そんな仕事でいいねー」と頭の後ろで手を組み言われたと聞きました。正直ショックでしたが、「楽しそうに見えたんだね～、よかったじゃん」と４人の SC で笑える、そんな仲間がいることが私が今まで SC を続けてこられた糧となっています。

目的がある強み、仲間がいる強み、これは大切だと思っています。

そして令和３年から始まった短期集中予防サービスは SC が今まで収集してきた情報をコーディネートしていける事業で、この事業に関わったおかげで、更に SC の仕事が明確になりましたし、SC を必要と感じてくれることがうれしかったです。短期集中予防サービスで多職種が関わり、自分なりに元気な姿になられた方がそれ以降も元気でいてほしい、しかも自分らしく。そう思えるサービスである事が私たちのプレッシャーにもなり、やる気にもなりました。

つなぐためには、つなぎ先となるであろう情報を知っておこう！と思ったり、情報を知っておられる方とつながっておきたい！と思うようになりました。一人のケースを解決するために、地域に繰り出し活動しています。

確かに個のニーズの選択肢を増やすことは容易ではないですし、時間のかかる事ですが、その方が自分らしく生活している姿を見るとこれまたすごくうれしいです。「紹介してよかったなぁ」と感じられる瞬間です。これが SC の成果だと思っています。

人を知ったり、活動を知ったりすることで、人ってやっぱり「生活」「価値観」「個性」が違うという事を痛感します。

それは、必要とする周りのアセットも多様でなければ、「一般的なサービスしかないです、みんなこうなんです」というサービスに人を当てはめる作業になってしまうなと思う事があります。

短期集中予防サービスが始まって、人がアセットを選ぶ流れとなりつつあります。

“選べる”という自然な幸せを防府市 SC は楽しみながら提供できればいいなと思っています。

皆さん、一緒に楽しみましょう♪

V

巻末資料

巻末資料

1．防府市要綱等（R5.3.31 現在）

防府市要綱集（高齢福祉課）

https://www.city.hofu.yamaguchi.jp/soshiki/1/youkou3.html#18

防府市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱

https://www.city.hofu.yamaguchi.jp/uploaded/attachment/123533.pdf

防府市介護予防・日常生活支援総合事業の第一号通所事業短期集中予防型に係る人員、設備及び運営に関する基準を定める要綱

https://www.city.hofu.yamaguchi.jp/uploaded/attachment/123537.pdf

防府市介護予防手帳

https://ilcjapan.org/sccafe/wp-content/uploads/2023/03/kaigoyobo.pdf

2．関係資料についての御案内

令和４年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）地域包括ケアシステムの構築に向けた高齢者の生活支援・介護予防に関する産業界との協働推進に関する調査研究

「成果報告書」

http://www.ilcjapan.org/study/index.html

「リエイブルメント型の短期集中予防訪問サービス動画」

https://youtu.be/WOwDR2KKqNA

「SC カフェ」

https://ilcjapan.org/sccafe/

「周知用リーフレット」無料

リエイブルメントで元気な自分を取り戻す　～人生が再び輝きだした周防徹郎さんのものがたり





医療経済研究機構・国際長寿センターまで、お問い合わせください。ilcjapan@ihep.jp

虚弱な高齢者が元の生活を取り戻せる地域づくり
リエイブルメント導入マニュアル

発行日：2023（令和 5）年 3 月 31 日発行
発行者：一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会
医療経済研究機構　政策推進部
国際長寿センター＜日本＞（ILC-Japan）
〒105-0001 東京都港区虎ノ門 1-21-19 東急虎ノ門ビル 3 階
Tel.03-3595-3257　Fax.03-3506-8528
E-mail：ilcjapan@ihep.jp　URL：https://www.ilcjapan.org
制作協力：アドバンスクリエイト株式会社
表紙デザイン：株式会社ファントムグラフィックス
表紙イラスト：酒谷星子
禁無断転載

※各マニュアルについては国際長寿センター事務局で表記の統一を行いました。