

令和3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

北海道のリハビリテーション専門職を活かした高齢者の 介護予防推進に係る調査研究事業

報告書

令和4年3月

 株式会社
北海道二十一世紀総合研究所

北海道のリハビリテーション専門職を活かした高齢者の介護予防推進に係る
調査研究事業 報告書 目次

1	調査概要	1
1.1	調査目的	1
1.2	調査内容・方法	3
2	地域の自治体と外部のリハビリテーション専門職等との連携による高齢者の自立支援・介護予防の推進に向けたモデル検証	8
2.1	喜茂別町における高齢者の自立支援・介護予防の現状と課題	8
2.2	実施内容・方法	14
3	医療機関に所属するリハ職と介護事業者等との連携による要支援者等の生活機能向上推進に向けたモデル検証	25
3.1	地域高齢者の介護予防推進に係る実証	26
3.2	生活機能向上連携加算の活用を想定した要介護者の生活機能評価	34
3.3	リハビリテーション専門職によるICTを活用した在宅高齢者の生活機能評価に係る必要なスキルの検討	41
3.4	高齢者の生活機能評価等を効率的・効果的に実施するためのオンラインの仕組みや活用するデバイス等のあり方に関する提言	46
4	リハ職との連携によるケアマネジャーの自立支援ケアマネジメント推進に係る研修プログラム研究	52
4.1	背景	52
4.2	実施結果	53
4.3	今後の普及に向けて	81
5	リハ職との連携による訪問看護師の自立支援ケアマネジメント推進に係る研修プログラム研究	82
5.1	背景	82
5.2	実施結果	84
5.3	今後の普及に向けて	94
	資料編	95

1 調査概要

1.1 調査目的

(1) 背景

地域包括ケアシステムの構築を進めるにあたり、国はリハビリテーション専門職と地方自治体等の連携により、介護予防・日常生活支援総合事業等を通じて、高齢者の介護予防を推進している。

一方、昨年度の本事業における調査研究事業結果から、北海道においては、リハビリテーション専門職の専門性を活用した介護予防の推進に向けた以下の問題点・課題と可能性が明らかになった。

① 問題点・課題

ア リハビリテーション専門職の多くが都市部の医療機関に集中しており、リハ職の地域偏在が課題となっていること。

イ 上記の結果、リハビリテーション専門職と連携した総合事業が未実施あるいは効果的に実施できていない自治体が多く存在していること。

ウ 通所介護と比較して、介護予防効果が高いといわれている訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション事業所は数が限られていること。

エ 介護予防が必要な高齢者が多く利用する通所介護において、リハビリテーション専門職との連携により介護予防効果を高める生活機能向上連携加算を算定する事業所はほとんどないこと。

オ 介護予防を推進するには、退院後の迅速な介護サービス開始や、在宅ケアを推進する専門職における本人の生活機能評価や必要なプログラム等についての情報共有、高齢者本人によるセルフケアを推進することが重要であること。

カ オの実現に向けては、ケアマネジャーや看護師など在宅ケアを推進する専門職におけるリハビリテーションの知識・スキルアップ等の人材育成が重要であること。

② 課題解決の可能性

ア 高齢者の介護予防推進に貢献する意欲のあるリハビリテーション専門職が医療機関に一定程度存在すること。

イ リハビリテーション専門職による高齢者の生活機能評価や訓練指導等を実施するにあたり、遠隔システムが活用できることが確認できたこと。

ウ 遠隔システムの利用について、前向きなリハビリテーション専門職が一定程度存在すること。

エ リハビリテーションの知識やスキルアップを図りたいケアマネジャーや看護師等が一定程度存在すること。

オ 国において、フレイル健診の開始、高齢者の保健事業と介護予防の一体化の推進など、介護予防が必要な高齢者の発掘や、多職種連携により高齢者の介護予防をさらに推進する動きがあること。

(2) 目的

本調査研究では、上記の背景と昨年の事業成果を踏まえて、4つの事業を実施した。

- ① 地域の自治体と外部のリハビリテーション専門職等との連携による高齢者の自立支援・介護予防の推進に向けたモデル検証
- ② 医療機関に所属するリハ職と介護事業者等との連携による要支援者等の生活機能向上推進に向けたモデル検証
- ③ リハビリテーション専門職との連携によるケアマネジャーの自立支援ケアマネジメント推進に係る研修プログラム研究
- ④ リハビリテーション専門職との連携による訪問看護師の自立支援ケアマネジメント推進に係る研修プログラム研究

いずれも特定のエリアを対象とした研究を行い、その成果をもとに地域特性に応じたモデル構築を行い、道内各地への横断的展開を促進することに留意する。

また、広大・分散型の特性を有する北海道においては、円滑なサービス提供に向けて、必要に応じて、遠隔ICTの効果的な活用を想定する。

上記の研究成果は、地方自治体と外部のリハビリテーション専門職がICTを効果的に活用して連携し、高齢者の自立支援を促すための「マニュアル」として作成する。

(資料編参照)

1.2 調査内容・方法

(1) 検討WGの設置

本調査研究事業を円滑に遂行しかつ効果的なものにするため、各モデル検証に参画する事業者や自治体等から構成される検討WGを設置し、各モデルの進捗状況や成果の共有を行い、調査研究の円滑かつ効果的な推進を図った。

なお、オブザーバーとしてリハビリテーション専門職を育成する教育機関や行政機関等に参画いただいた。

① 検討WG名簿

所属・役職	氏名	備考
医療法人秀友会札幌秀友会 病院リハビリテーション科長	杉原 俊一	理学療法士
医療法人財団老蘇会	中村 明子	保健師、介護支援専門員
医療法人秀友会在宅支援部 統括マネージャー	藤田 修一	社会福祉士・主任介護支援 専門員
済生会小樽病院 医療技術部 リハビリテーション室技術室長	平塚 渉	理学療法士
喜茂別町元気応援課課長	東原 弘行	
(株)北海道二十一世紀総合研究所調査 研究部次長	河原岳郎	事務局（各モデルのとりま とめ担当）

【オブザーバー】

所属・役職	氏名	備考
厚生労働省北海道厚生局長	中山 鋼	
厚生労働省北海道厚生局地域包括ケア推進課長	黒川 敦也	
厚生労働省北海道厚生局地域包括ケア推進課 地域包括ケア推進官	長内 隆彦	
厚生労働省北海道厚生局地域包括ケア推進課 医療介護連携推進係	松本 颯馬	
北海道保健福祉部高齢者保健福祉課地域支援係 主査	齋藤 貴史	
札幌市保健福祉局高齢保健福祉部介護保険課介 護予防担当係 主査（地域支援）	高田 美希	
北海道科学大学保健医療学部理学療学科教授	宮坂 智哉	

② 検討WGの開催概要

【第1回】

- | | |
|----------------|---|
| 1. 日 時 | 令和3年9月1日（水）17:00～19:00 |
| 2. 場 所 | オンライン開催（Zoom）
（株）北海道二十一世紀総合研究所 会議室
（〒062-8640 札幌市中央区大通西3丁目11番地） |
| 3. 次 第 | |
| （1）開会 | |
| （2）本調査研究事業について | |
| ① | 専門職が不足する地方自治体と外部のリハ職等との連携モデルの研究 |
| ② | 医療機関に所属するリハ職と介護事業者等との連携モデルの普及・展開に向けた研究 |
| ③ | リハ職との連携によるケアマネジャーの自立支援ケアマネジメント推進に係る研修プログラム研究 |
| ④ | リハ職との連携による訪問看護師の自立支援ケアマネジメント推進に係る研修プログラム研究 |
| （3）意見交換 | |
| （4）閉会 | |

【第2回】

- | | |
|------------------|--|
| 1. 日 時 | 令和3年12月27日（月）17:00～19:00 |
| 2. 場 所 | オンライン開催（Zoom） |
| 3. 次 第 | |
| （1）開会 | |
| （2）本調査研究事業の中間報告 | |
| ① | 専門職が不足する地方自治体と外部のリハ職等との連携モデルの研究 |
| ② | 医療機関に所属するリハ職と介護事業者等との連携モデルの普及・展開に向けた研究 |
| ③ | リハ職との連携によるケアマネジャーの自立支援ケアマネジメント推進に係る研修プログラム研究 |
| ④ | リハ職との連携による訪問看護師の自立支援ケアマネジメント推進に係る研修プログラム研究 |
| （3）今後のスケジュールについて | |
| （4）閉会 | |

【第3回】

- | | |
|------------------------|-----------------------------|
| 1. 日 時 | : 令和4年3月25日 (金) 17:00~19:00 |
| 2. 場 所 | : オンライン開催 (Zoom) |
| 3. 次 第 | |
| (1) 開会 | |
| (2) 本調査研究事業の最終報告 | |
| ①各実証結果について (報告) | |
| ②マニュアル (案) について (意見交換) | |
| ③今後の普及に向けて | |
| (3) 閉会 | |

(2) 事業の実施

① 地域の自治体と外部のリハビリテーション専門職等との連携による高齢者の自立支援・介護予防の推進に向けたモデル検証

北海道喜茂別町をフィールドに、外部のリハビリテーション専門職等との連携による高齢者の自立支援・介護予防の推進に向けたモデル検証を行った。

なお、本実証にあたり済生会小樽病院に協力いただいた。

ア 喜茂別町の保健師やケアマネジャー、済生会小樽病院の理学療法士等、弊社で構成される検討WGにより、モデル事業全体の企画・運営に係る検討を行った。

イ 生活の質の維持・向上が見込まれる比較的軽度な状態の4名の喜茂別町在住の高齢者を対象とし、外部のリハビリテーション専門職と地域のケアマネジャーとの連携によるICTを活用した生活機能評価に関するモデル（自立支援型地域ケア個別会議の試行）検証した。

(ア) 喜茂別町地域包括支援センター及び町内居宅介護支援事業所（ケアセンターころようてい）のケアマネジャーによる対象者の抽出

(イ) LINEWORKSを活用し、喜茂別町のケアマネジャーから、済生会小樽病院のリハビリテーション専門職（2名）及び管理栄養士（1名）に対し、事前情報の共有

(ウ) ケアマネジャーやリハビリテーション専門職による自立支援型地域ケア個別会議を試行的に実施

ウ 喜茂別町の実証事例を参考としながら、自立支援型地域ケア個別会議開催マニュアル案を作成。

② 医療機関に所属するリハ職と介護事業者等との連携による要支援者等の生活機能向上推進に向けたモデル検証

札幌市手稲区をフィールドに、オンラインツール等を活用し医療機関に所属するリハビリテーション専門職がケアマネジャーや介護事業者等との連携を図りながら、

- ・ 通いの場（一般介護予防事業）に参加する地域高齢者の介護予防
- ・ 生活機能向上連携加算の活用を想定した退院後の生活支援

に向けた円滑かつ効果的な実施方法についての検証を行った。

また、これらの実現に向けてリハビリテーション専門職に求められるスキルや必要とされるオンラインの仕組みや活用デバイスに関する整理を行った。

なお、本実証にあたり医療法人秀友会札幌秀友会病院の協力をいただいた。

ア 札幌秀友会病院の理学療法士やケアマネジャー、弊社により、モデル事業全体の企画・運営に係る検討

イ 地域高齢者の介護予防推進に係る実証

札幌市手稲区の介護予防センター内の自主活動組織「すこやかくらぶ」に所属する高齢者（5名）を対象に、秀友会病院のリハビリテーション専門職と、介護予防センターの職員が連携を図り、オンラインツールを活用した遠隔による身体機能の評価とフィードバックを行い、その効果を検証した。

ウ 生活機能向上連携加算の活用を想定した要介護者の生活機能評価の実証

札幌秀友会病院を退院後、小規模多機能型居宅介護を利用する要介護者（1名）を対象者として抽出し、介護事業所における生活機能向上連携加算（Ⅰ）の促進に向けて、オンラインツールを活用し、外部のリハビリテーション専門職が、要介護者に対する生活機能評価を円滑に実施するための実証を行った。

エ リハビリテーション専門職によるICTを活用した在宅高齢者の生活機能評価に係る必要なスキルの検討

イ、ウの結果を踏まえて、リハビリテーション専門職によるICTを活用した在宅高齢者の生活機能評価に係るスキルを「アセスメント」「繋ぐ力」「プランニングする力」別に検討した。

オ 外部のリハビリテーション専門職と介護事業所や地域包括支援センター等の職員が連携し、高齢者の生活機能評価等を円滑に行うためのオンラインの仕組みや活用するデバイス等のあり方の整理

イ、ウ、エの結果を踏まえて、遠隔アセスメントの実施に必要な実施環境・体制や、遠隔アセスメントをより円滑に取り組むための手法として、ARスマートグラスとスマートフォンを活用した実証を行った。

③ リハ職との連携によるケアマネジャーの自立支援ケアマネジメント推進に係る研修プログラム研究

ア 医療法人財団老蘇会の保健師やソーシャルワーカー、札幌秀友会病院の理学療法士やケアマネジャー、弊社で構成される検討WGにより、研修プログラムを開発した。

イ ケアマネジャー向けの研修プログラムの運営・実施

札幌市手稲区の地域包括支援センターや特定事業所の主任介護支援専門員（8名）を対象に、ICFに準拠したアセスメントツール・アウトカムスケール「SIOS」の習得と活用を中心とした研修プログラム（計5回）を運営・実施した。

ウ 今年度実施した研修プログラムの成果・課題・今後の普及に向けた調査の実施
研修プログラムに参加した8名の主任介護支援専門員を対象としたグループインタビュー調査を実施し、今後の展開に向けて、今年度実証した研修プログラムの成果や課題等について把握した。

④ リハ職との連携による訪問看護師の自立支援ケアマネジメント推進に係る研修プログラム研究

ア 医療法人財団老蘇会の保健師やソーシャルワーカー、札幌市内の介護事業所等での理学療法士や作業療法士、福祉用具相談員、弊社で構成される検討WGにより、研修プログラム開発した。

イ 訪問看護師向けの研修プログラムの運営・実施

道内6名の訪問看護師を対象に、リハビリベーシックパターン手技の習得と活用を中心とした研修プログラム（計5回）を運営・実施した。

ウ 今年度実施した研修プログラムの成果・課題・今後の普及に向けた調査の実施
研修プログラムに参加した道内6名の訪問看護師を対象としたアンケート調査とグループインタビュー調査を実施し、次年度の普及に向けて、今年度実証した研修プログラムの成果や課題等について把握した。

2 地域の自治体と外部のリハビリテーション専門職等との連携による高齢者の自立支援・介護予防の推進に向けたモデル検証

北海道喜茂別町をフィールドに、外部のリハビリテーション専門職等との連携による高齢者の自立支援・介護予防の推進に向けたモデル検証を行った。

2.1 喜茂別町における高齢者の自立支援・介護予防の現状と課題

(1) 喜茂別町の概要

喜茂別町は北海道の南西部、北海道後志総合振興局管内の南東部（羊蹄山麓地域）に位置し、北東部側は札幌市南区、北西側は京極町、西側は真狩村、南西側は留寿都村、南東側は伊達市（旧大滝村）に接している。

また、道内の主要幹線である国道230号・276号が交差し、札幌市や新千歳空港、苫小牧市への所要時間が約90分と良好なアクセス、立地環境にある。

町名である喜茂別は、アイヌ語の「キム・オ・ペツ（山の多い川）」から転化したものであり、「えぞ富士」の名で知られる羊蹄山、尻別岳、喜茂別岳など山々に囲まれ、その間を尻別川、喜茂別川をはじめとする、大小41の川が町内を流れている。

令和2年10月末時点の人口は2,139人で高齢化率は38.4%を占めており、喜茂別町人口ビジョン（社人研推計）によると2040年の人口は1,349人に減少し、高齢化率は42.8%まで上昇する見込みとなっている。

(2) KDBデータからみた特徴

喜茂別町は、後志管内16町村で構成される後志広域連合（保険者）の関係町村の一つであり、後志広域連合からの委託により地域支援事業を実施している。

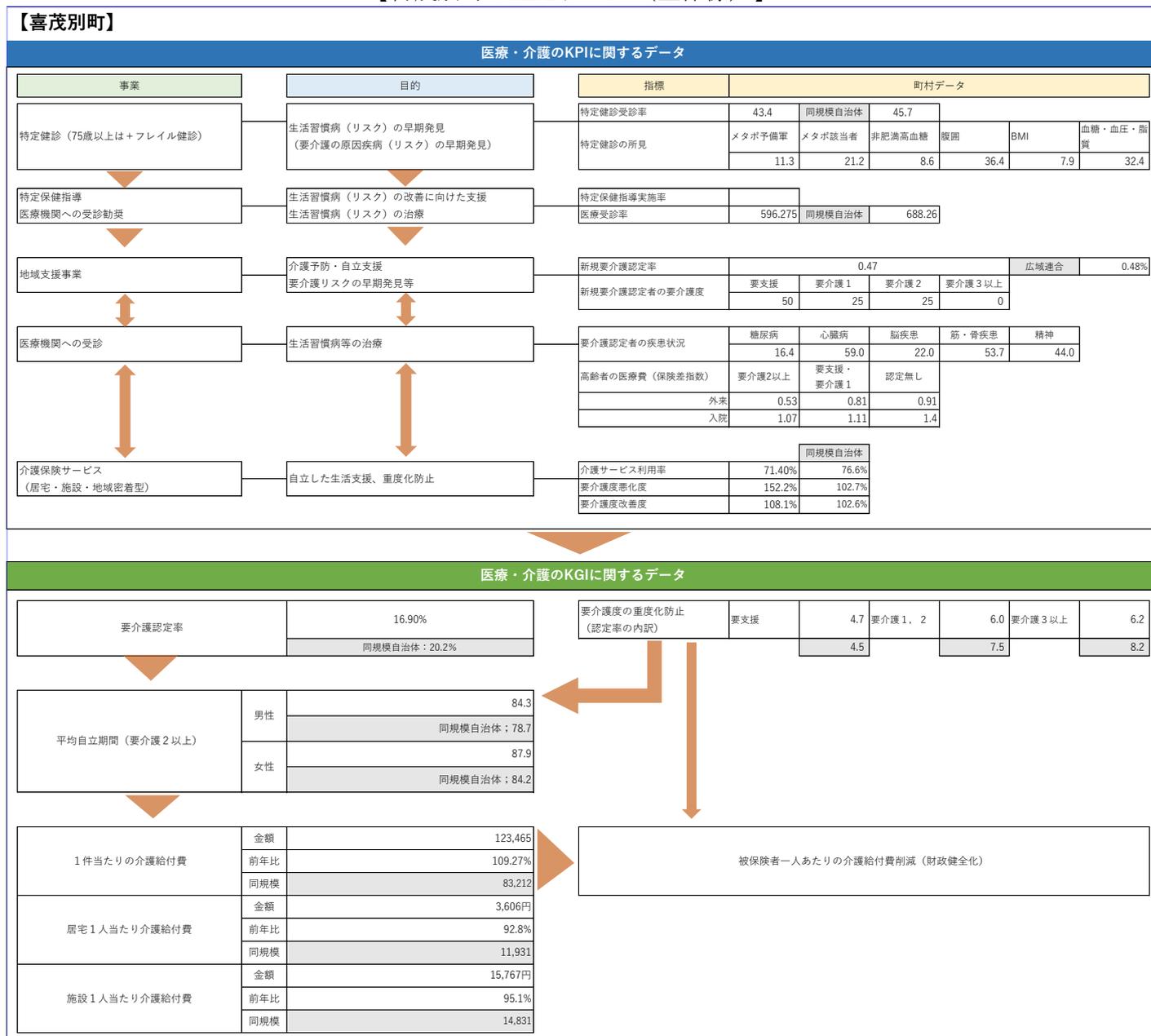
後志広域連合の関係町村及び同規模自治体との比較による同町の医療・介護データの特徴は以下のとおりである。

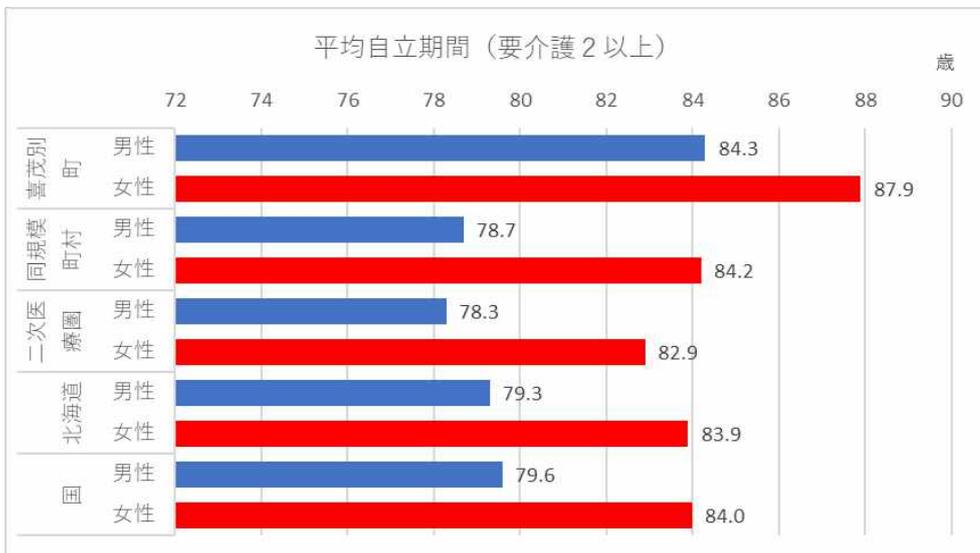
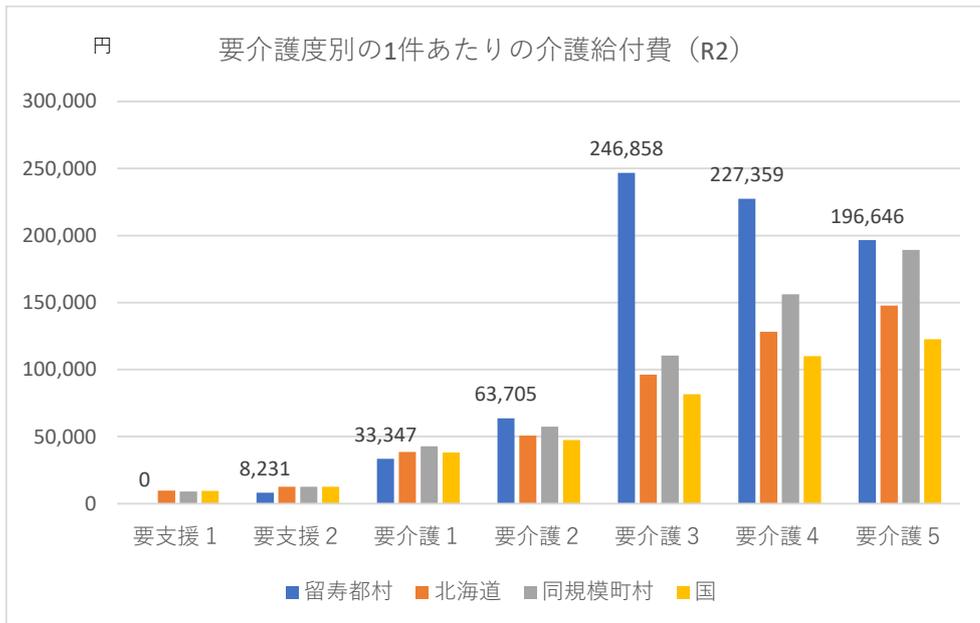
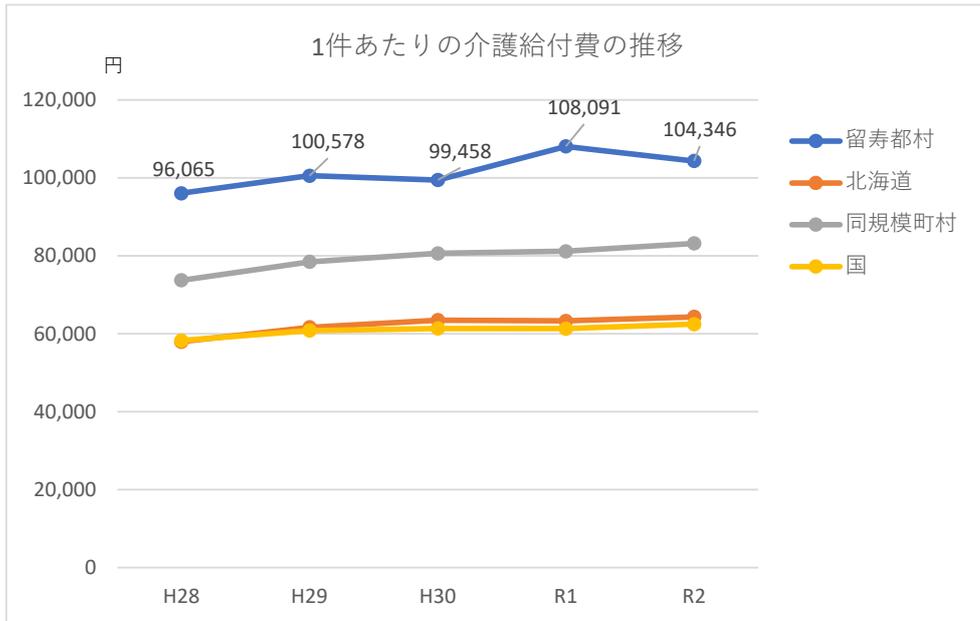
- ・ 要介護認定率は16.9%で、同規模自治体より3.3ポイント低く広域連合の中でも3番目に低くなっている。
- ・ 一方、要介護認定者のうち要介護3以上を占める割合は36.7%と、平均よりも3.9ポイント低いが、広域連合の中で2番目に高くなっている。
- ・ 平均自立期間は、男女とも平均を大きく上回っており、いずれも広域連合の中でも長くなっている。
- ・ 居宅1人当たりの介護給付費は、3,606円と平均よりも8,000円程度低く、広域連合で3番目に低くなっている。
- ・ 一方、施設1人当たりの介護給付費は15,767円で平均より1,000円程度高くなっている。

る。

- ・全体の1人当たり介護給付費は、施設1人当たりの介護給付費が高いこと、相対的に施設利用者数が多いことなどから、123,465円と平均よりも40,000円近く高く、広域連合で最も高くなっている。

【喜茂別町のKDBデータ（全体像）】





(3) 高齢者の自立支援・介護予防の現状と課題

① 医療・介護資源の状況

町内の医療機関は、喜茂別町立クリニック（指定管理者：社会福祉法人溪仁会）と、歯科医院1カ所となっている。

また、同じく介護施設や介護サービス事業所については、介護老人福祉施設1カ所、居宅介護支援事業所2カ所（包括含む）、通所介護事業所1カ所であり、その他の介護サービスは町外の介護資源に依存している状況である。

地域包括支援センターは町直営の1カ所であり、同センターには、保健師・主任ケアマネジャー兼務者1名、社会福祉士1名、その他職員1名が配置されている。

【町内の介護施設・事業所】

施設・事業所名	サービスの種類	運営者
きもべつ喜らめきの郷	介護福祉施設	社会福祉法人溪仁会
ケアセンターころようてい	訪問介護	社会福祉法人溪仁会
喜茂別町デイサービスセンター	通所サービス、通所介護	喜茂別町
ケアプランセンターころようてい	居宅介護支援事業所	社会福祉法人溪仁会
ケアプランセンターきもべつ	居宅介護支援事業所	社会福祉法人喜茂別町 社会福祉協議会

② 地域支援事業の実施状況（令和元年度の実績）

ア 介護予防・日常生活支援総合事業

(ア) 通所型サービスA（ミニデイウサパラ体操教室）

- ・ 体操や認知症予防の取り組みを行いながら、交流を図り閉じこもりを防ぐ（延134名）

(イ) 通所型サービスC（スマトレ）

- ・ 保健師やリハビリ専門職の指導や評価のもとマシンを活用し運動機能の維持向上を図る（延199人）（延94名）

(ウ) 生活支援サービス（IP見守り支援事業）

- ・ IP電話を活用しながら必要に応じ訪問も行い、主に独居高齢者及び夫婦世帯の安否確認を行う（延278名）

(エ) 介護予防ケアマネジメント

- ・ 総合事業利用者に対して、ケアプラン作成及びモニタリング、評価をしながら支援する（延556名）

(オ) 介護予防把握事業

- ・ 介護予防が必要な方に対し、事業への参加を呼びかけたり、状況確認を行う（実9名）

(カ) 地域介護予防活動支援事業

- ・ 参加者が自分の得意なこと好きなことを、仲間とともに自主的に行えるように支援する（サークル9団体 延1714名）

(キ) 地域リハビリテーション活動支援事業

- ・ リハビリ専門職が個人、団体、地域に対し専門知識や技術を提供し、付与することで住民の自立した生活や効果的な介護予防活動を行えるように支援する。

イ 包括的支援事業

(ア) 包括的支援事業

地域包括支援センター運営（3名2職種、1名兼務）

(イ) 社会保障充実分

【在宅医療・介護連携推進事業】

- ・ 医療、福祉、介護の各事業所及び専門職が、一堂に会して地域課題について検討したり、解決に向けて協力する体制づくりを行う。医療について福祉・介護関係者が学び知識技術の向上に努めながら、専門職が互いの分野の知識や考えを交換する機会をもつ
- ・ 介護医療福祉従事者勉強会（2回）（ケース検討をとおして1回）

【生活支援体制整備事業】

- ・ 地域の事業や相談対応を通じて地域課題を把握する。地域からあがったニーズに対して、住民とともに事業のたちあげ、継続、発展を考え地域の事業へと移行させていく。
- ・ 地域サロン（3地区）・運動事業（1地区）

【認知症施策準備事業（初期集中支援）】

- ・ 認知症が疑われる方を、医療側・福祉側の双方が発見または相談した場合、早期に対応を図るよう連携を図る。また、認知症を正しく知り、日常生活の中で予防を図るための講座を実施。研修に参加し技術力向上に努める。
- ・ 研修参加、支援チームで1ケース対応、脳活塾（3回）

【地域ケア会議推進事業】

- ・ 保健、医療、福祉の各専門職が一同に、個別から地域の課題までを様々な視点から検討する。また地域包括ケアの体制づくりを行う。管理者レベルの会議では、地域全体の施策につながる内容の話し合いを行う。
- ・ 推進会議（4回）（7回）・個別会議（3回）・管理者会議（2回）（1回）

ウ 任意事業

高齢者に多い皮膚トラブルについて、認定看護師を講師にトラブルの原因とその対処について講座を行う。またその内容を広報誌に掲載。（1回実施 実30名）

【権利擁護事業】

- ・ 成年後見制度利用にかかる申し立て相談・支援や費用の助成や、虐待予防の相談・支援、権利擁護全般の普及啓発を行う。（申し立て支援1名、費用助成対象者2名、虐待予防支援3ケース）

【認知症サポーター養成事業】

- ・ 認知症の理解と支援を広げるためのサポーター養成を行う（サポーター養成講座1回実施）

③ 地域支援事業の推進に向けた課題

ア 通所Aサービス利用者の介護予防・自立支援の促進

高齢者の介護予防・自立支援を目的に、通所型サービスC（3か月～6か月の短期集中型サービス）を実施していた。

参加者の一部は卒業後、一般介護予防事業（はちまる運動）に繋がるなど一定の効果はみられたが、送迎がないことなどが理由で参加者確保が課題となり、事業を廃止することとなった。

現在は、喜茂別町社会福祉協議会への委託により通所型Aサービスを実施しており、いかに通所Cと同様に、利用者の個別性に応じた機能訓練を実施し、介護予防を推進するかが課題となっている。

特に要介護2以上になると、施設サービスの利用が中心となるため、介護給付費が急増することから、介護保険財政の安定化を図るためにも、高齢者をいかに要介護1までに踏みとどまってもらうことが重要となっている。

イ 自立支援型地域ケア会議の推進

自立支援型地域ケア会議の開催に向けて準備を進める必要があり、後志総合振興局の講師派遣事業の活用などを進めている。

対象とするケースの選定をどうするかが課題となっている。事例検討をこれまであまり実施しておらず、事例を積み重ねる必要がある。

ウ 上記の課題解決に向けたリハビリテーション専門職との連携

現在、喜茂別町立クリニック（指定管理者：社会福祉法人溪仁会）に作業療法士が1名配置されているが、上記の課題解決に向けて十分なマンパワーが避けないことが課題となっている。

2.2 実施内容・方法

(1) 対象者の抽出

喜茂別町地域包括支援センター及び町内居宅介護支援事業所（ケアセンターころようてい）のケアマネジャーにより、外部リハビリテーション専門職等による介入により生活の質の維持・向上が見込まれる比較的軽度な状態の4名の高齢者の抽出を行った。

対象者	性別	年齢	認定・総合事業 情報	障害高齢者の 日常生活自立度	認知症高齢者の 日常生活自立度	同居家族
MY	女性	78	要支援 2	J2	自立	夫
Oy	女性	82	非該当	自立	I	独居
Ok	女性	82	要支援 2	J1	I	独居
A	女性	71	要支援 1	J2	自立	独居

(2) 事前情報の共有

喜茂別町のケアマネジャーから、済生会小樽病院のリハビリテーション専門職（2名）及び管理栄養士（1名）に対し、以下の情報を事前に共有した。

① 事前共有情報

- ・利用者基本情報／ケアプラン
- ・簡易栄養状態評価表（MNA：Mini Nutritional Assessment）
- ・E-SAS（日本理学療法士協会監修）
- ・SIOS（社会的自立支援アセスメントツール）

「運動器の機能向上」の効果を、筋力やバランスといった運動機能のみによって評価するのではなく、参加者（高齢者）が活動的な地域生活の営みを獲得できたか、という視点から評価することをねらったアセスメントセット

【大項目】生活の広がり（LSA）、ころばない自信、入浴動作、歩く力（TUG）、休まず歩ける距離、人とのつながり

- ・自宅での様子がわかる動画（一部の高齢者）

【事前共有した情報の一例】

富沢別町地域包括
被保険者番号：0000337212

利用者基本情報

《基本情報》

作成担当者： [REDACTED]

相談日	令和 3年10月28日 (木)	来所・電話・訪問 その他 ()	初回 再来 (前 R 2/ 6/ 9)
把握経路	1. 介護予防検診 2. 本人からの相談 3. 家族からの相談 4. 非該当 5. 新予防からの移行 6. 関係者 7. その他 ()		
本人の状況	在宅・入院 又は 入所中 ()		
79才 本人氏名	[REDACTED]	男・女	M・T・S 25年5月9日生 (71) 歳
住所	[REDACTED]	TEL	FAX
日常生活自立度	障害高齢者の日常生活自立度 認知症高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2 自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	
認定情報	非該当・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限：令和 3年 7月 1日 ~ 令和 5年 6月30日 (前回の介護度 要支援1)		
障害等認定	身体 ()・聴覚 ()・精神 ()・知的 ()・その他 ()		
本人の 住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室 (有 1階・無)・住宅改修 (有・無) 浴室：有・無 便所：洋式・和式 段差の問題：有・無 床材、じゅうたんの状況 () 照明の状況 () 履物の状況 ()		
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護 (年金あり)		
来所者 (相談者)	続柄	家族構成	
住所		家族構成	
緊急 連絡先	氏名	続柄	住所・連絡先

家族構成

日中独居 (有・無)
家族関係等の状況
夫は旧4に他界し一人暮らし。3人の子どもは札幌にいる。長女が孫を連れて訪問することが多く、関係性は良好だが転居する予定。次女は日用品や食料品をネットで注文してくれている。長男も町外病院の通院など行ってくれる。義母も母親も施設入所している

簡易栄養状態評価表
Mini Nutritional Assessment
MNA®

Nestlé
Nutrition Institute

氏名: XXXXXXXXXX 性別: 女性
年齢: 71歳 体重: 61 kg 身長: 154 cm 調査日: 2011.11.15

スクリーニング欄の□に適切な数値を記入し、それらを加算する。11ポイント以下の場合、次のアセスメントに進み、総合評価値を算出する。

スクリーニング

A 過去3ヶ月間で食欲不振、消化器系の問題、そしてよく・嚥下困難などで食事が減少しましたか?
0 = 著しい食事量の減少
1 = 中等度の食事量の減少
2 = 食事量の減少なし

B 過去3ヶ月間で体重の減少がありましたか?
0 = 3 kg 以上の減少
1 = わからない
2 = 1~3 kg の減少
3 = 体重減少なし

C 自力で歩けますか?
0 = 寝たきりまたは車椅子を常時使用
1 = ベッドや車椅子を離れられるが、歩いて外出はできない
2 = 自由に歩いて外出できる

D 過去3ヶ月間で精神的ストレスや急性疾患を経験しましたか?
0 = はい、2 = いいえ

E 神経・精神的問題の有無
0 = 強度認知症またはうつ状態
1 = 中等度の認知症
2 = 精神的問題なし

F BMI 体重 (kg) ÷ [身長 (m)]²
0 = BMI が 19 未満
1 = BMI が 19 以上、21 未満
2 = BMI が 21 以上、23 未満
3 = BMI が 23 以上

スクリーニング値: 小計 (最大: 14 ポイント)

12-14 ポイント: 栄養状態良好
8-11 ポイント: 低栄養のおそれあり (At risk)
0-7 ポイント: 低栄養

「より詳細なアセスメントをご希望の方は、引き続き質問 G~R におすす
みください。」

アセスメント

G 生活は自立していますか (施設入居や入院をしていない)?
1 = はい 0 = いいえ

H 1日に4種類以上の処方薬を飲んでいる
0 = はい 1 = いいえ

I 身体のどこかに押して痛いところ、または皮膚潰瘍がある
0 = はい 1 = いいえ

J 1日に何回食事を摂っていますか?
0 = 1回
1 = 2回
2 = 3回

K どんなたんぱく質を、どのくらい摂っていますか?
- 乳製品 (牛乳、チーズ、ヨーグルト) を毎日1品以上摂取 はい いいえ
- 豆類または卵を毎週2品以上摂取 はい いいえ
- 肉類または魚を毎日摂取 はい いいえ
0.0 = はい、0~1つ
0.5 = はい、2つ
1.0 = はい、3つ

L 果物または野菜を毎日2品以上摂っていますか?
0 = いいえ 1 = はい

M 水分 (水、ジュース、コーヒー、茶、牛乳など) を1日どのくらい
摂っていますか?
0.0 = コップ3杯未満
0.5 = 3杯以上 5杯未満
1.0 = 5杯以上

N 食事の状況
0 = 介護なしでは食事不可
1 = 多少困難ではあるが自力で食事可能
2 = 問題なく自力で食事可能

O 栄養状態の自己評価
0 = 自分は低栄養だと思う
1 = わからない
2 = 問題ないと思う

P 同年齢の人と比べて、自分の健康状態をどう思いますか?
0.0 = 良くない
0.5 = わからない
1.0 = 同じ
2.0 = 良い

Q 上腕 (肘窩ではなく) の中央の腕囲長 (cm) : MAC
0.0 = 21cm 未満
0.5 = 21cm 以上、22cm 未満
1.0 = 22cm 以上

R ふくらはぎの腕囲長 (cm) : CC
0 = 31cm 未満
1 = 31cm 以上

評価値: 小計 (最大: 16 ポイント)
スクリーニング値: 小計 (最大: 14 ポイント)
総合評価値 (最大: 30 ポイント)

低栄養状態指標スコア

24~30 ポイント 栄養状態良好
17~23.5 ポイント 低栄養のおそれあり (At risk)
17 ポイント未満 低栄養

Ref. Vilas B, Vilas H, Abellan G, et al. Overview of MNA®- Its History and Challenges. J Nutr Health Aging 2008; 10: 495-503.
Rubenstein LZ, Haber JC, Sava A, Guigoz Y, Vilas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J Gerontol 2001; 56A: M306-311.
Guigoz Y. The Mini Nutritional Assessment (MNA®): Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2009; 10: 469-487.
© Société des Produits Nestlé SA, Trademark Owners.
© Société des Produits Nestlé SA 1994, Revision 2009.
さらに詳しい情報を検索するには、www.nestle.com/mna がアテマシしてください。

E-SAS 評価用紙

評価日 23 年 11 月 15 日

氏名 [REDACTED] 男 女 年齢 71 歳

(1) 「生活のひろがり」 項目ごとにそれぞれ一つだけお選びください。

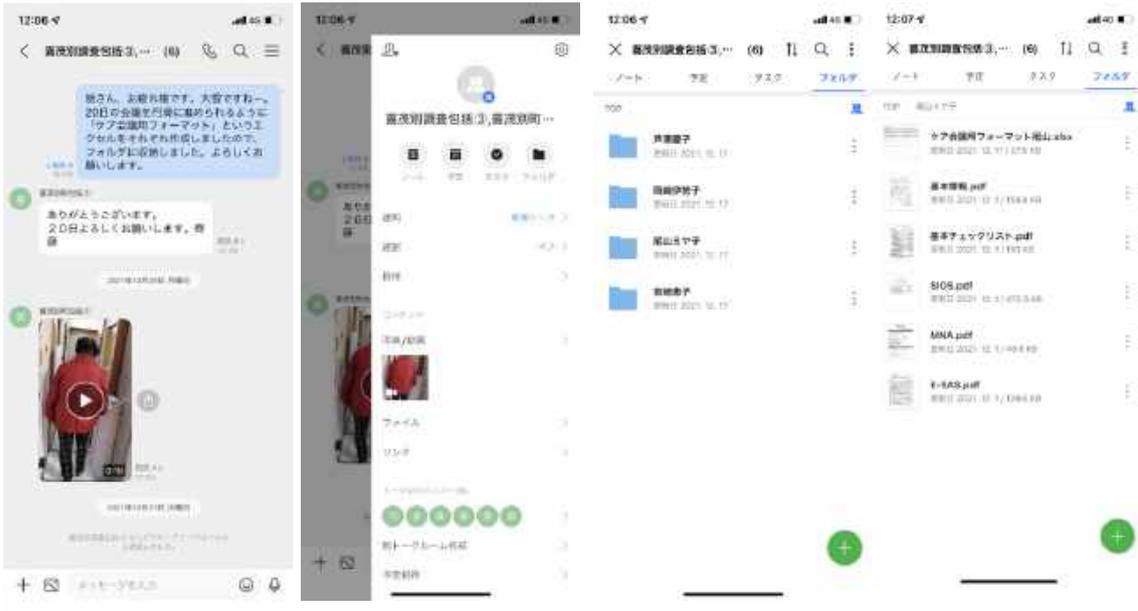
生活空間	a	この4週間、あなたは自宅で暮らしている場所以外の部屋に行きましたか。	① はい ② いいえ
	b	この4週間で、上記生活空間に何回行きましたか。	① 週1回未満 ② 週1~3回 ③ 週4~6回 ④ 毎日
	c	上記生活空間に行くのに、補助具または特別な器具を使いましたか。	① はい ② いいえ
	d	上記生活空間に行くのに、他者の助けが必要でしたか。	① はい ② いいえ
生活空間	a	この4週間、玄関外、ベランダ、中庭、(マンションの)廊下、車庫、庭または敷地内の通路などの屋外に出ましたか。	① はい ② いいえ
	b	この4週間で、上記生活空間に何回行きましたか。	① 週1回未満 ② 週1~3回 ③ 週4~6回 ④ 毎日
	c	上記生活空間に行くのに、補助具または特別な器具を使いましたか。	① はい ② いいえ
	d	上記生活空間に行くのに、他者の助けが必要でしたか。	① はい ② いいえ
生活空間	a	この4週間、自宅の庭またはマンションの建物以外の近隣の場所に外出しましたか。	① はい ② いいえ
	b	この4週間で、上記生活空間に何回行きましたか。	① 週1回未満 ② 週1~3回 ③ 週4~6回 ④ 毎日
	c	上記生活空間に行くのに、補助具または特別な器具を使いましたか。	① はい ② いいえ
	d	上記生活空間に行くのに、他者の助けが必要でしたか。	① はい ② いいえ
生活空間	a	この4週間、近隣よりも離れた場所(ただし町内)に外出しましたか。	① はい ② いいえ
	b	この4週間で、上記生活空間に何回行きましたか。	① 週1回未満 ② 週1~3回 ③ 週4~6回 ④ 毎日
	c	上記生活空間に行くのに、補助具または特別な器具を使いましたか。	① はい ② いいえ
	d	上記生活空間に行くのに、他者の助けが必要でしたか。	① はい ② いいえ
生活空間	a	この4週間、町外に外出しましたか。	① はい ② いいえ
	b	この4週間で、上記生活空間に何回行きましたか。	① 週1回未満 ② 週1~3回 ③ 週4~6回 ④ 毎日
	c	上記生活空間に行くのに、補助具または特別な器具を使いましたか。	① はい ② いいえ
	d	上記生活空間に行くのに、他者の助けが必要でしたか。	① はい ② いいえ
合計			31 点

③ LINEWORKSの活用

喜茂別町のケアマネジャーと外部のリハビリテーション専門職等との円滑かつ安全な情報共有・コミュニケーションツールとして、LINEWORKSを活用した。

LINE WORKSとは、ワークスマイナルジャパン株式会社が提供する企業向け（グループウェア）のクラウド型ビジネスチャットツールである。スマートフォンやパソコンに対応し、LINEを踏襲したメッセージのやりとりだけでなく、個人や組織の予定管理、ファイル共有、メール、アドレス帳、アンケートなどが可能である。

LINEWORKSは、電気通信事業法や個人情報保護法などに遵守し、第三者機関の監査を受け、国際認証を取得している。



The screenshot displays the LINEWORKS interface. On the left, a chat window shows a message from '林さん' (Mr. Hayashi) regarding a meeting on the 20th. Below the chat, there are several files shared in the chat, including a video and a photo. On the right, a file list is shown with columns for 'ノート' (Notes), 'タブ' (Tabs), 'タスク' (Tasks), 'ファイル' (Files), and 'フォルダ' (Folders). The file list includes items like '共有電子' (Shared Electron), '自給伊勢子' (Self-supply Iseko), '西山りや子' (Yamaoka Rika), '有地希子' (Arida Nozomi), 'ケア会議用フォーマット-船山Labo' (Care meeting format - Funayama Labo), '基本情報.pdf' (Basic information.pdf), '基本チェックリスト.pdf' (Basic checklist.pdf), 'SIOS.pdf', 'MNA.pdf', and 'E-RAS.pdf'.

Certified security professional

日本の法令を遵守したサービス提供

電気通信事業法や個人情報保護法などの日本の法律を遵守し、LINE WORKSサービスを提供しています。このために構築した弊社の情報セキュリティマネジメントシステムの完全性と正当性をお客様に証明するために、第三者機関の監査を受け、ISO27001、27017、27018やSOC2/3の国際認証を取得しています。また、SOC2およびSOC3報告書においても監査人からセキュリティやデータ管理を含め、一切の注記事項はなく、高いセキュリティ水準のサービス提供が行われていることを確認しています。また、ISMAPの準拠についても準備を進めています。

[SOC3報告書ダウンロード \(英語\)](#)

[SOC3報告書ダウンロード \(日本語\)](#)

[ISO/IEC 27001 認証証明書ダウンロード](#)

[ISO/IEC27001 チェックリストダウンロード \(管理者アカウントが必要\)](#)

[ユーザーデータの取り扱いに関する説明会\(2021年3月26日開催\)](#)

(2) 【疑似】自立支援型地域ケア個別会議の実施

① 開催概要

日時	2021年12月20日（月）17：00～19：00
開催方法	オンライン開催（Zoom）
参加者	<ul style="list-style-type: none"> ・喜茂別町地域包括支援センター職員 （保健師（主任ケアマネ）、社会福祉士、事務職 計3名） ・居宅介護支援事業所ケアマネジャー（1名） ・済生会小樽病院 （理学療法士2名、作業療法士1名、管理栄養士1名） ・(株)北海道二十一世紀総合研究所（2名）

基本情報		記入者	点数	総得点
性別	女性	活動	14	20
年齢	82	参加	11	29
認定・障害事業情報	要支援2	主体性	8	20
障害前最後の日常生活自立度	11	合計	33	40
認知症最後の日常生活自立度	1	生活のひらがり	37	120
同居家族	独居	ころばない音楽	32	40
1日の生活・過ごし方	仕事をやめたばかり	自宅での入浴動作	10	10
趣味・特技	おしゃべり、ドライブ等	歩く歩容	10.3	
友人・地域との関わり	野球や友人との交流が楽しみ	歩まずかける距離	2	5
サービス利用		人とのつながり	17	30
配偶者・居住歴	オリエント病院中(病名不明)	合計	38	206
		MNA	10	10
		山形県医師会新スコア	35	105

② 対象者の生活機能評価及びアドバイス結果

【事例対象】OK氏（女性、82歳、要支援2）

課題（当初＋気づき）	提案
<ul style="list-style-type: none"> ・パーキンソン病があり、転倒しやすくなっている。 ・姿勢がつかなくなり、清掃の仕事を辞めたばかり。やめてから談話能力も落ちてきた。 ・頑固で人の話をあまり聞かず、自由奔放な性格。 ・自宅で歩行器を入れたがフィットしているか疑問。 ・通所Aサービスの利用を進めたが拒否された。（自分は元気で一緒にされたくない） ・他人と関わる機会の創出 ・全体のアセスメントが不足している。 ・急に動けなくなるリスクもある。 	<ul style="list-style-type: none"> ・介護予防サービス・支援計画書や階段の上り下りの動画等の共有によるアセスメントの実施 ・太ももの筋肉をつける運動の実施 ・歩行器の見直し（より安全なピックアップ型の検討など） ・自宅内に一定距離の目標物を設置し、方向転換をしやすくする ・タンパク質の食品を取ること。具体的には運動後、牛乳やヨーグルト、ゆで卵等を摂取すること ・他人と関わる機会を作り、会話をする機会を増やすことによる嚥下機能の維持。

地域課題の要素	個人での活動を志向する高齢者に対する、他人と関わる場の創出 通所Aサービス内容の見直し
アイデア	通所Aサービス運営のサポーターとして参加してもらおう（体温測定など） 自分が必要な筋トレをする場として、通所Aを利用してもらおう。

【事例対象】OY氏（女性、82歳、自立）

課題（当初＋気づき）	提案
<ul style="list-style-type: none"> 認知機能が落ちている。（日時の感覚）また、姿勢も悪くなっている。 鍋を焦がすことがあるなど、火の問題が不安。 自転車に乗ることが不安になってきている。 自分で様々なリスクは自覚しており、いろいろ考えて行動はしている 	<ul style="list-style-type: none"> 後方に重心がいてしまう傾向があり、前方に体重をかけるような自転車に変えた方が良い。 道庁の事業でタブレットを使っている。一日の正しいリズムを作ったり、安否確認のために、音声によるアラートを出せるアプリを導入する。 認知機能の維持には緊張を保つことが重要であり、人と会う、関わる機会を増やす。

地域課題の要素	認知機能が落ちてきた高齢者の安否確認対策
---------	----------------------

アイデア	スマホアプリの活用 監視とならない安価な見守りセンサーの導入（寝床にいる時間、夜中の移動などの傾向を確認）
------	--

【事例対象】MY氏（女性、78歳、要支援2）

課題（当初＋気づき）	提案
<ul style="list-style-type: none"> 脳梗塞で入院。入院中の食事が口に合わなかったため体重が減少。動かないから食べなくてもよいという判断をしていた。 糖尿病であり、治療薬を飲んでいる。 現在、やや高血圧の傾向（130～140） 畑作業中は水分を取る習慣はなかった。 右側が麻痺、右膝がほぼ曲がらない。 退院後、思っていた以上に歩きがゆっくりになった、 畑作業で骨折が2回など結構おっちょこちょい。 頭はしっかりしており、畑作業をやりたい気持ちもあり、ミニーを卒業させたい人。 	<ul style="list-style-type: none"> 高血圧対策のため水分を取る習慣を身に付けてもらうこと。 筋力維持のため、納豆や茶わん蒸し、豆腐などのたんぱく質を積極的に摂取すること。 脳梗塞に至った生活習慣の問題点を見つけ出すこと。 歩いている様子の動画を撮影し、共有してほしい。

地域課題の要素	脳梗塞など要介護認定の要因となる疾患予防（高血圧対策など）や退院後の重症化予防対策 疾患の要因となった生活習慣のアセスメント強化
---------	---

【事例対象】AS氏（女性、71歳、要支援1）

課題（当初＋気づき）	提案
<ul style="list-style-type: none"> リウマチの痛みが強くなっている。手の変形はない。 痛みがあるため、自炊の頻度が減り、出来合いのものを買う頻度が増えている。 3人の子どもを育て上げ、夫は高いし、自由に好きなことをしたいという要望が強く、趣味のアニメ動画をよく見ている（達観している感じ） 現在、入院中。 	<ul style="list-style-type: none"> 能力が落ちることの認識をさせることが必要。（家でできても外でできないことが多くなる危機感など） 今までできていたことができなくなることに対する意識の確認。 生活習慣を見直すこと。間食（甘いものなど）をやめ、野菜などを積極的に摂取し、体重をコントロールすること。 生活指導を早めに入れること 生活能力が落ちることを実感する入院中（あるいは退院後なるべくはやく）、意識の変化があるか確認し、共有。

(3) 自立支援型地域ケア個別会議開催マニュアル案の作成

喜茂別町の実情を踏まえつつ、先進事例を参考としながら、自立支援型地域ケア個別会議運営マニュアル（案）を作成した。

1. 目的

- ① 高齢者の生活の質の維持・向上を図るために、多職種による協議により、生活上の課題を確認するとともに、医療・介護のサービスだけでなく、生活環境・生活習慣の改善や生活上の工夫、社会参加などを含めた具体的な支援策を検討する。
- ② 上記の検討を通じて、高齢者の生活の質を高めるための多職種の視点や考え方に気づき、自立支援に寄与するケアマネジメントの質を高める。

2. 事例対象

効果的な介入により、生活の質の維持・向上が見込める比較的軽度な状態の人（事業対象者、要支援者、要介護者（1 又は 2））

3. 検討事例

地域包括支援センターや居宅介護支援事業所のケアマネジャー、助言者である専門職の意見を聞き、「高齢者の生活の質の維持・向上」につなげたい事例。

■生活機能の向上が期待できる事例、向上させたい事例

- ・ 意欲のある対象者なのでもっと提案できる情報がほしい
- ・ 身体機能は回復してきたので社会参加をもっと活性化させたい
- ・ 福祉用具を活用したほうがADL・IADLが向上すると思うが利用につながらない

■生活機能の低下が予測される事例、低下を予防したい事例

- ・ 痛みやふらつきなどの心身機能の低下により、引きこもり、生活不活性の傾向があるので、今後このままでは
- ・ 生活機能の低下が予想される
- ・ 新たなサービスや活動を提案しているが受け入れられない。他の提案はないか

■違った視点やスーパーバイズが欲しい事例

- ・ 長年担当している、あるいは同じサービスを長年続けているのでアセスメントの新たな視点はないか
- ・ 自分はこのプランで良いと思うがどうだろう
- ・ 助言者の専門職に教えてほしいことがある（薬、食事、口腔、リハビリ、地域資源等）
- ・ ケアマネジャーの経験がまだ浅いので自信がない など

4. 会議参加者

(1) 運営（地域包括支援センター）

運営者である地域包括支援センターは次の5つの役割を担う。（1人が複数の役割を担うこともある）

- ① 司会（会議の進行、論点の整理、まとめ等を行う。）
- ② 副司会（助言者への質問や投げかけなどにより、議論の軌道修正や深掘りを行い、司会進行を補助する。）
- ③ 板書（会議内容の板書を行う。）
- ④ 記録（議事の記録を行う。）

事例提供者のサポート（事例提供者が、助言者の発言を誤解したり対応に窮した場合などに議論の趣旨を要約整理するなど、事例提供者の質疑応答をサポートする。）

(2) 助言者

- ① 主任ケアマネジャー
- ② リハビリテーション専門職（理学療法士、作業療法士）
- ③ 管理栄養士
- ④ 歯科衛生士薬剤師
- ⑤ 生活支援コーディネーター

(3) 事例提供者等

- ① 事例提供者（ケアプラン作成者）

事例提供者は初回検討、モニタリング検討ともに出席する。

- ② サービス提供事業所（訪問型・通所型サービス、福祉用具等の事業者）

良い支援を行う上で、サービス提供事業所に会議に参加してもらうことは効果的であり、無理ない範囲で参加いただく。

(4) 傍聴者

運営やコメントに関わらない地域のケアマネジャー、専門職、実習生、町職員など

5. 事例提供者等

運営者である地域包括支援センターは、会議の円滑な運営に向けて、事前に事例対象者に関する以下の情報を参加者に提供する。（セキュリティ対策が万全なクラウドサービスを活用）

No.	提供資料
1	利用者基本情報【必須】
2	基本チェックリスト【必須】
3	介護予防サービス・支援計画書【必須】 (要介護者については、居宅サービス計画書・週間サービス計画書)
4	MNA（簡易栄養状態評価表（MNA：Mini Nutritional Assessment） 【初回は任意】
5	E-SAS（日本理学療法士協会監修）【初回は任意】 「運動器の機能向上」の効果を、筋力やバランスといった運動機能のみによって評価するのではなく、参加者（高齢者）が活動的な地域生活の営みを獲得できたか、という視点から評価することをねらったアセスメントセット 【大項目】生活の広がり（LSA）、ころばない自信、入浴動作、歩く力（TUG）、休まず歩ける距離、人とのつながり)
6	SIOS（社会的自立支援アウトカムスケール・アセスメントツール） 【初回は任意】 ICFの考え方に準拠した活動と参加、主体性を定量評価できるアウトカムスケール、活動と参加のニーズや課題を見出すことができる、主体性を尊重しながらサービス利用のコミットメントを引きだせるアセスメントツール

(4) 実施結果

- ・ 地域ケア会議を開催する前段の事前準備で、従来は、紙ベースで利用者情報を整理していたが、今回は動画や写真で記録をした。
- ・ 病院のリハビリテーション専門職にとっては動画が一番の情報源になるため、対象者の動画は最初から事前共有することがアセスメントを円滑に行う上で重要であり、今回の実証において動画共有の有用性が検証された。
- ・ 一方、実際に利用者に触れることなく、映像や動画のみで、生活機能を評価し適切なアドバイスを出すのはすべてのリハビリテーション専門職ができることではなく、高齢者の生活機能評価ができる人材の裾野を広げることが重要である。
- ・ 自立支援型地域ケア個別会議では、利用者本人が目指したいところを目標にして、多職種でしっかり共有しなければならない。そのうえで、どの部分をリハビリテーション専門職が貢献すべき部分を事前に明確するプロセスも重要である。
- ・ 今回、疑似的に実施した会議ではケースあたりに割く時間が長くなってしまい、今後の本格的な実施に当たっては、一人当たりの時間を15分程度を目標に運営できるよう、事前の準備により時間をかけるべきである。

3 医療機関に所属するリハ職と介護事業者等との連携による 要支援者等の生活機能向上推進に向けたモデル検証

札幌市手稲区をフィールドに、オンラインツール等を活用し、医療機関に所属するリハビリテーション専門職がケアマネジャーや介護事業者等との連携を図りながら、

- ・通いの場（一般介護予防事業）に参加する地域高齢者の介護予防
- ・生活機能向上連携加算の活用を想定した退院後の生活支援

に向けた円滑かつ効果的な実施方法についての検証を行った。

また、これらの実現に向けてリハビリテーション専門職に求められるスキルや必要とされるオンラインの仕組みや活用デバイスに関する整理を行った。

なお、本実証にあたり医療法人秀友会札幌秀友会病院の協力をいただいた。

【札幌秀友会病院の概要】

名称	医療法人秀友会札幌秀友会病院
所在地	札幌市手稲区新発寒5条6丁目2番1号
病院種別	一般病院
許可病床数	141床
診療科目	脳神経外科・神経内科・循環器科・麻酔科・内科・消化器外科・肛門外科・リハビリテーション科・精神科・消化器外科・肛門外科
スタッフ	常勤医師（13名(脳神経外科専門医6名、神経内科専門医1名、麻酔科専門医2名、外科専門医1名、リハビリテーション専門医・指導医1名、その他2名)、理学療法士（21名）、作業療法士（16名）、言語聴覚士（9名） 看護職員（150名（看護師：108名）（介護福祉士・ヘルパー・他：42名）
グループ	札幌秀友会病院 札幌秀友会病院 訪問リハビリテーション いしかり脳神経外科クリニック 秀友会いしかりデイ・ケアサービス 秀友会介護保険相談センター 札幌市手稲区第1地域包括支援センター 札幌市手稲区第2地域包括支援センター 石狩市北地域包括支援センター 訪問看護ステーションふじ

3.1 地域高齢者の介護予防推進に係る実証

オンラインツールを活用し、外部のリハビリテーション専門職が、通いの場に参加する地域高齢者の体力測定データをもとにしたアセスメントやフィードバックを円滑に実施するための実証を行った。

(1) 背景

① 介護予防センターについて

札幌市では、高齢者が住み慣れた地域でいつまでも暮らせるように、一般介護予防事業を中心に介護予防教室の開催や地域の介護予防活動の支援を行なうなど、介護予防の拠点として、また、地域の高齢者の身近な相談窓口の機能を担い、地域包括支援センターの役割を補完する機関として、「介護予防センター」を市内53か所に設置している。

【介護予防センターの業務内容】（札幌市HP）

1. 地域の高齢者の方を対象にした介護予防業務（一般介護予防事業）

【1】介護予防教室の実施

地域の皆さんが介護予防に取り組むきっかけづくりの教室です。いきいきと元気に過ごせるよう、楽しく、ためになる内容です。

【2】地域の介護予防活動の支援

身近な地域で介護予防活動は自主的に継続されるよう、普及啓発や技術支援、運営についての助言等を行ないます。

2. 介護予防等の相談窓口

介護予防に関することや地域で閉じこもりがちな高齢者などの相談や、介護や福祉など、さまざまな制度や地域のサービスについての相談をお受けします。

② 北海道リハビリテーション専門職協会による介護予防センターの支援

札幌市では、地域リハビリテーション活動支援事業において、一般社団法人北海道リハビリテーション専門職協会（通称HARP）に委託し、リハビリテーション専門職が、介護予防センターを中心に進めている地域の介護予防活動にリハビリテーション専門職が関わる仕組みを提供している。

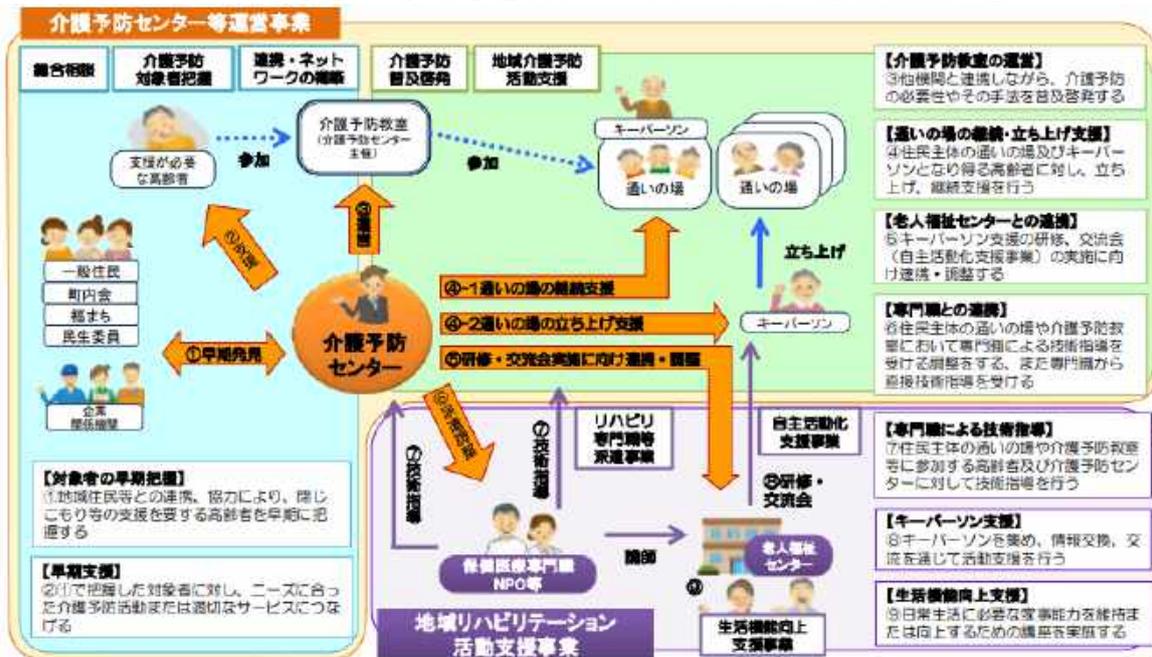
【北海道リハビリテーション専門職協会の事業内容等】

【事業内容】

- (1) リハビリテーション専門職に共通する知識及び技術の向上に関する事業
- (2) リハビリテーション専門職に係る広報事業
- (3) リハビリテーションに関する相談事業

- (4) リハビリテーション活動を通じた地域づくり支援事業
 - (5) その他、この法人の目的を達成するために必要な事業
- 【会員数】(平成28年3月1日現在)
- 【総会員数】：8,418名 (PT士会：5,022名、OT士会：2,688名、ST士会708名)

【札幌市における地域リハビリテーション活動支援事業】



住民主体の通いの場における効果的な介護予防を推進させる取り組み

令和3年度の取り組み内容

資料B-1

わらい 通いの場の活動を充実させることにより、多くの区民が活用できる

取組1 区内の関係機関の連携協力による介護予防活動の充実

住民主体の通いの場・介護予防センター・地域包括支援センター・北海道リハビリテーション専門職協会・手稲深仁会病院・老人福祉センター

【体力測定を通じた取り組み】 住民主体の通いの場は、今後さらに増加していくと考えられる。運動の効果が実感できるよう体力測定の実施は不可欠であるが、定期的かつ安全に実施することがより求められている。

実施内容

- 介護予防センターエリア毎に体力測定を確実に実施できる環境を整備する。
- 測定結果をもとに、現状の運動内容の評価や見直しを実施する。
- 通いの場の参加者は、体力測定に参加し、測定結果をもとに助言を受ける。

【運動の確認を通じた取り組み】 運動は慣れてくると自己流になりがちで、運動の効果が上がらず怪我に繋がる恐れがあるため、運動の定期的な確認が必要である。

実施内容

- 既存の通いの場は年1回、新規通いの場は自主活動開始後6か月を目安に確認を受ける。
- 「グループアセスメントシート」等を作成し、グループの活動の課題について専門職からのアドバイスが的確に受けられる環境を整備する。

【リーダーや参加者同士の交流の場や学びの場の充実】 他のグループの活動の様子や介護予防に関する情報が得られ、それを知ることにより、それぞれの活動に活かせるような環境づくりに関係機関が連携して取り組む必要がある。

実施内容

- 既存の活動を基盤とした交流の機会を企画する。
- 「求められるリーダー像の整理」や「リーダーの育成・活用方法」について関係機関と共に検討する。
- 通いの場における学びの充実について、口腔・栄養等運動以外の介護予防活動の情報提供体制づくりに向け、包括保健師・歯科衛生士会・栄養士会・薬剤師会等と連携し検討する。

【区内の介護予防活動の情報共有と活用の促進】 活動の参加者間の情報共有のみならず、関係機関同士が連携を深めるための情報共有・合意形成できる場や、区民への啓発の仕方について検討できる場づくりに取り組むことが求められている。

実施内容

- 「自主活動化支援事業」を活用し、交流や学びの機会を設ける。
- 体力測定の実施の場やグループ同士の情報交換を行う。
- 手稲深仁会病院の「リーダー育成教室」と住民主体の通いの場の情報共有化を図る。
- 通いの場における情報提供と通いの場の情報の提供を双方で行う。
- 手稲区における介護予防の推進に向けた具体的な取り組みについて話し合い決定できる場(機会)づくりと活用
- 住民主体の通いの場の活動を要介護認定等の有無を問わず様々な区民に対し連携して周知する。

これまで、リハビリテーション専門職が関与した体力測定会を開催しており、測定結果を高齢者に紙面でフィードバックを行っているが、運動に対する動機付けをさらに進める手法として、本人に自分の歩行等の動画を見せながらリハビリテーション専門職が個別に介入する取組について検討することとなった。

非接触型での介護予防支援

〇〇様

【体力測定結果】 R3年7月29日 実施

- 握力：右30kg 左30kg
- 片足立ち：17秒
- TUG（3m歩行）：6.07秒

【ワンポイントアドバイス】
握力は良好、TUGは平均的な結果です。片足立ち（バランス）は他項目と比較すると僅かに低下しているようです。「やってみよう」の壁の塗り変えは身体のバランスを必要とするので（しゃがむ、方向転換など）、これを機にバランス機能の改善を目指しましょう。

個人データ管理画面

氏名	田中 純生	性別	男性
体力測定結果の経過			
計測項目	2018/1/2	2019/2/1	効果
歩行速度	2.1 秒	2 秒	維持
フランクフルツ	28.9 cm	34.2 cm	改善
握力(片側)	8.7 秒	7.2 秒	改善
握力	23 kg	35 kg	改善
TUG	5.6 秒	5.4 秒	維持

コメント
この様子です！現在の強い状態を維持していくために、これからも運動を続けていきましょう！
【備考】

HARIP 福祉法人 北海道リハビリテーション専門職協会

予防センター職員の入力作業や管理が大変
入力後のデータベースの利活用が課題

(2) 実施内容・方法

手稲区の介護予防センター内の自主活動組織「すこやかくらぶ」に所属する高齢者を対象に、秀友会病院のリハビリテーション専門職と、介護予防センターの職員が連携を図り、オンラインツールを活用した遠隔による身体機能の評価とフィードバックを行い、その効果を検証した。

【開催概要】

- 実施日時：2021年11月18日（木）10時～
- 実施場所：新発寒朝陽会館
- 参加人数：5人
- 測定項目

測定項目	内容
TUG (TimeUp&Go)	椅子から立ち上がり、無理のない早さで歩き、3m先の目標物を回って椅子に座るまでに要する時間を測定
歩行速度	一定の距離（5mまたは10m）を歩行してもらいその歩行速度を測定
片脚立位テスト	両手を腰にあて、片脚を5cm程度あげている時間を測定

① 実施フロー

ア 高齢者の歩行の様子の撮影

- ・タブレットと三脚を設置し、高齢者の歩行の様子を背面から（往復）、全身が映るように動画撮影を行った。

イ 撮影動画によるリハビリテーション専門職のアセスメント

- ・撮影した動画をもとにリハビリテーション専門職が評価した。この間、高齢者には介護予防センター職員によるレクリエーションを実施した。

ウ リハビリテーション専門職によるフィードバック

- ・高齢者一人ひとりに対して、リハビリテーション専門職が遠隔で測定結果のフィードバックやトレーニングを紹介した。
- ・フィードバックにあたり、撮影した動画を高齢者と共有した。
- ・会場や高齢者の様子をZoomで常に共有することで、リハビリテーション専門職が高齢者とスムーズに会話できるよう工夫した。

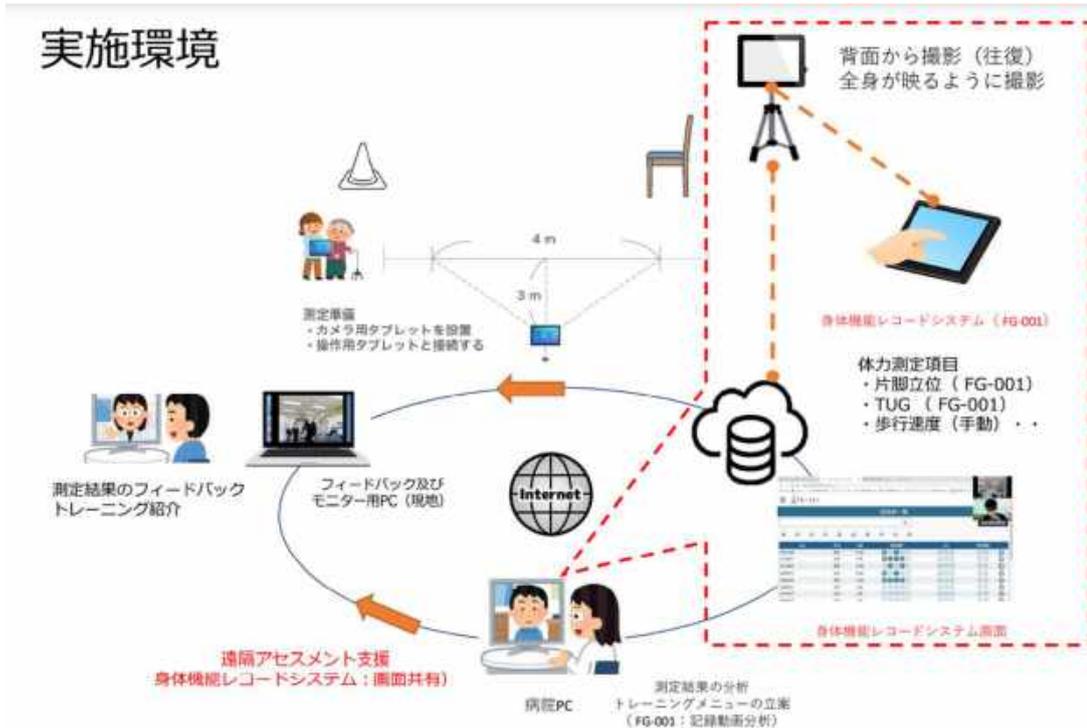
遠隔アセスメント支援 (FG-001 : 画面共有)

利用者一覧

あ か さ た な は ま や ら わ

氏名	性別	年齢	運動機能	ADL	認知機能
	男性	66歳	歩 行 T 立	F B N	H M
	女性	0歳	歩 片 T 立	F B N	H M
	男性	74歳	歩 片 T 立	F B N	H M
	女性	82歳	歩 片 T 立	F B N	H M
	男性	78歳	歩 片 T 立	F B N	H M
	女性	0歳	歩 片 T 立	F B N	H M
米川和子	女性	0歳	歩 片 T 立	F B N	H M
榎垣 剛之	男性	0歳	歩 片 T 立	F B N	H M

予防センターとの円滑な情報共有や遠隔による効果的なフィードバック



② 身体機能レコードシステムの活用

HARPへの委託事業では、体力測定会の測定データを高齢者ごとにデータベース化し、データをもとにしたリハビリテーション専門職等による介入を推進することとなっているが、データ入力やフィードバックシートの作成等の事務負担が課題となっていた。また、動画をもとにしたフィードバックも実施できていなかった。

これらの課題を解決する手法として、今回の実証では、通所介護施設向けに開発されたシステム「身体機能レコードシステム（FG-001）（インターリハ㈱）」を活用した。

これにより高齢者ごとに測定データや動画をよりスムーズに保存でき、フィードバックシートも自動作成されるため、リハビリテーション専門職による円滑な介入を行うことができた。

【同システムの特徴】（インターリハ㈱HPより）

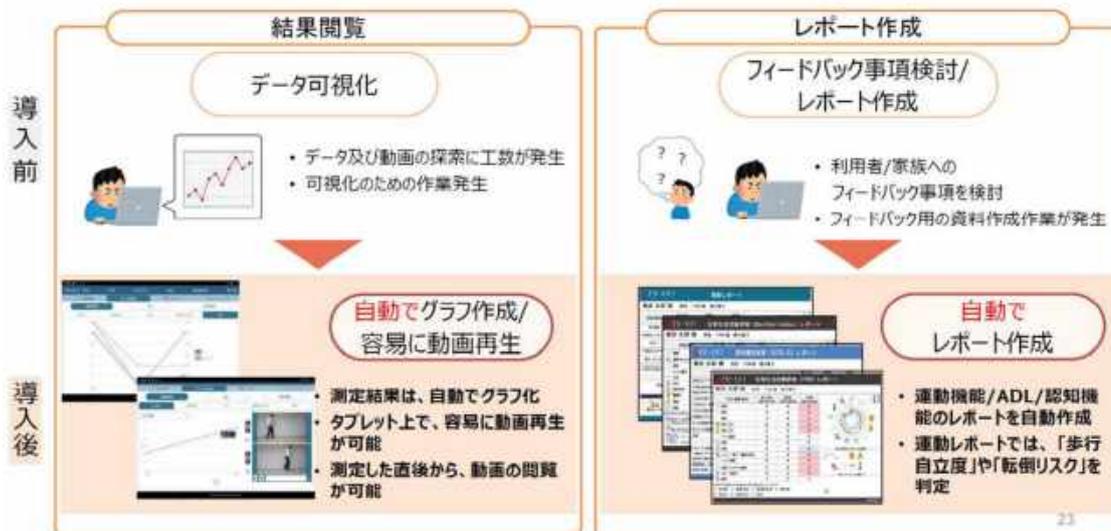
- ・ タブレット端末を使用した直感的な操作により、測定した数値や動画をその場で、入力・撮影し保存することができます。
- ・ 利用者ごとに管理が行えるため、業務の負担を軽減します。
- ・ 保存されたデータは時系列グラフや自動生成されるレポートにより可視化され、撮影した動画とともに、いつでも見ることができます。

3. FG-001 6つの機能
FG-001 6つの機能 (イメージ)



導入後業務支援イメージ
運動機能測定、ADL・認知機能評価 (1/2)





③ 実施結果

- 測定会終了後、参加者にアンケートを実施した結果、オンラインツールや動画を活用した介入について一定の成果が確認できた。

【参加者アンケート結果】

リモート測定会体験後アンケート

- 本日の測定会はいかがでしたか？
①満足 (5) ②どちらともいえない ③やや不満 ④不満
- 身体測定の結果の説明は分かりやすかったですか？
①わかりやすかった (5) ②どちらともいえない ③わかりにくかった
- 画面を通じた説明でしたが、対面でも十分かと思えますか？
①現地にいなくても大丈夫 (4) ②どちらともいえない
③現地にいた方がいい ④毎回でなくても時々いた方がいい (1)
- ご自身の姿を動画で実際に確認してみて自身のイメージと同じでしたか？
①同じ (2) ②違っていた (3) ③分からない
- ご自身の動画による説明は分かりやすかったですか？
①わかりやすかった (5) ②どちらともいえない ③わかりにくかった

3.2 生活機能向上連携加算の活用を想定した要介護者の生活機能評価

介護事業所における生活機能向上連携加算（I）の促進に向けて、オンラインツールを活用し、外部のリハビリテーション専門職が、要介護者に対する生活機能評価を円滑に実施するための実証を行った。

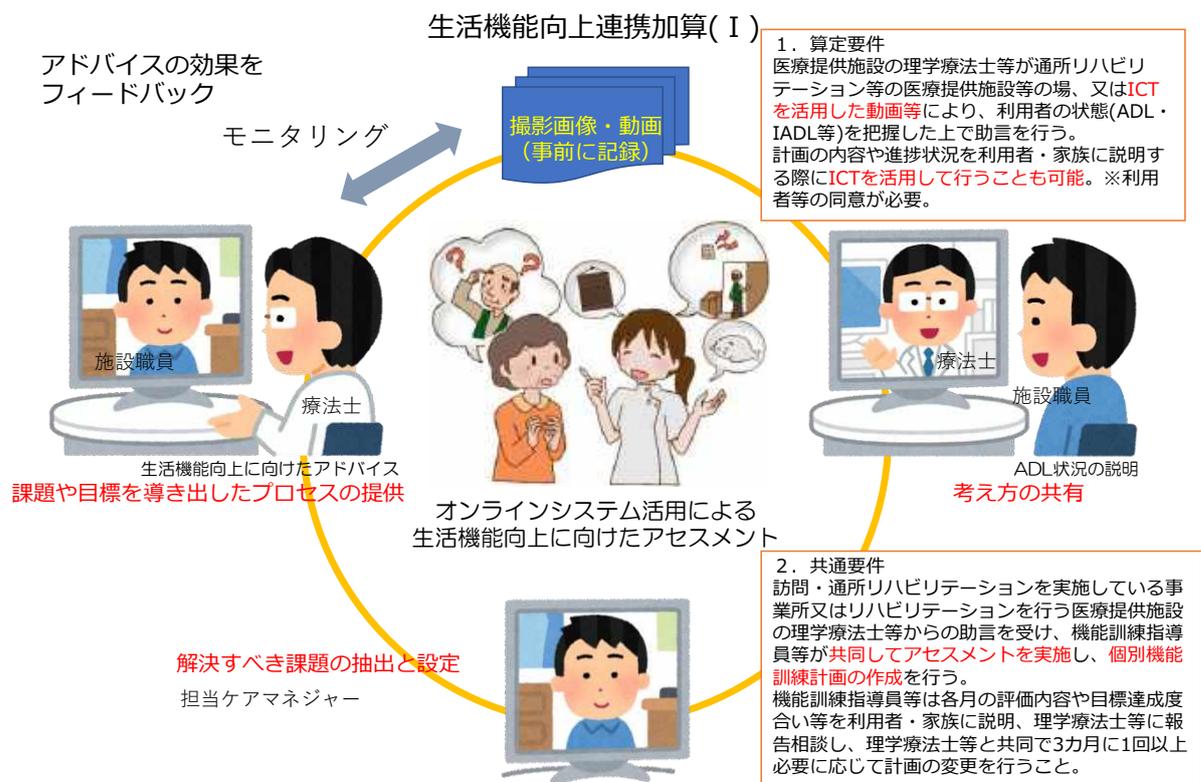
(1) 背景

① 生活機能向上連携加算の概要

令和3年4月の介護報酬改定により、ICT活用により算定できる「生活機能向上連携加算(I)」新設された。

【生活機能向上連携加算（I）におけるICTの活用例】

- ・ リアルタイムでのコミュニケーション(ビデオ通話)が可能な情報通信機器を活用する ※携帯電話等でのテレビ電話を含む
- ・ 撮影方法、撮影内容を調整した上で動画を撮影、動画データを外部の理学療法士等に提供する。



名称	生活機能向上連携加算（Ⅰ）	生活機能向上連携加算（Ⅱ）
単位	100単位／月 ※3カ月に1回を限度 ※（Ⅰ）と（Ⅱ）の併算定不可	200単位／月 ※個別機能訓練加算算定の場合、100単位／月
算定要件	医療提供施設の理学療法士等が通所リハビリテーション等の医療提供施設等の場、又はICTを活用した動画等により、利用者の状態（ADL・IADL等）を把握した上で助言を行う。 計画の内容や進捗状況を利用者・家族に説明する際にICTを活用して行うことも可能。※利用者等の同意が必要。	医療提供施設の理学療法士等が3カ月に1回以上、通所介護事業所を訪問して、助言を行う。
共通要件	訪問・通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを行う医療提供施設の理学療法士等からの助言を受け、機能訓練指導員等が共同してアセスメントを実施し、個別機能訓練計画の作成を行う。 機能訓練指導員等は各月の評価内容や目標達成度合い等を利用者・家族に説明、理学療法士等に報告相談し、理学療法士等と共同で3カ月に1回以上必要に応じて計画の変更を行うこと。 ※理学療法士等＝理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師 ※病院にあたっては、許可病床数が床未満のもの又は当該病院を中心とした半径4km以内に診療所が存在しない場合に限る。	

② 外部のリハビリテーション専門職等の情報提供

リハビリテーション専門職との関わりが少ない介護事業所においては、連携しうるリハビリテーション専門職の情報が必要となる。

厚生労働省では、「外部のリハビリテーション専門職等の連携先を見つけやすくするため、生活機能向上連携加算の算定要件上連携先となり得る訪問・通所リハビリテーション事業所が任意で情報を公表するなどの取組を進める。（資料 生活機能向上連携加算の見直し）」としている。

札幌秀友会病院では、試行的にホームページにより公表したが、介護事業所からのリアクションはほとんどなかった。

一方、手稲区では医療提供施設に在籍している理学療法士等との助言・連携できる体制とし、在宅ケア連絡会や地域ケア推進会議等の「場」があり、こうした機会を利用して介護事業所に対して生活機能向上連携加算の活用について周知する活動が有用と考える

③ ケアマネジャーの自立支援ケアマネジメント支援の一環として

厚生労働省が2019年度に調査した2018年介護報酬改定の効果検証によると、生活機能向上連携加算の算定割合は、改定1年半が経過した19年10月時点で3.1%にとどまっている。

算定に向けた課題として、外部連携先に介護報酬が発生しない点が上げられており、委託契約等により加算算定事業所から連携先へ対価を支払う等の対応が必要となる。

算定していない理由としては通所介護では「外部との連携が難しい」（36.7%）、「コスト・手間に比べて単位数が割に合わない」（35.9%）と高く、連携先は同一法人で53.0%、グループ法人21.0%となっている。

算定による利用者へのメリットについては「専門的な視点を踏まえ質の高い個別機能訓練計画を作成できた」「利用者のADL/IADLの維持・向上につながった」が7～9割を占め、算定事業所の機能訓練指導員、介護職員のケアの質が向上したとの回答は5割前後となっている。

生活機能向上連携加算の算定により、ケアマネジャーからは「ケアプランの見直しへ良い影響がある」とする評価が9割以上となっており、算定を契機として自立支援型ケアマネジメントが推進される可能性が示唆されている。

リハ職による利用者のアセスメント結果は、自立支援型ケアプラン作成を求められているケアマネジャーにとっても有用であると考えられ、遠隔ICTを活用し、ケアマネジャーが利用者の自立支援に向けて解決すべき課題の抽出と設定を示し、算定するサービス提供事業者とリハ職で共有する取組の推進が期待される。

(2) 実施内容・方法

札幌秀友会病院を退院後、小規模多機能型居宅介護を利用する要介護者を対象に、高齢者の自宅において、ケアマネジャーとリハビリテーション専門職が連携を図り、オンラインツールを活用した生活機能評価を行った。

実施日時	2022年2月10日（木）13時～
被験者	93歳、女性、要介護3
実施場所	自宅
事業所名	小規模多機能居宅介護つむぎ
生活課題	胸腰椎多発骨折が既往にある左小脳梗塞患者 歩行不安定であったが入院後に歩行を獲得後退院

実施フローは以下のとおりである。

① 高齢者の動画等の共有

- ・事前に、対象となる高齢者の基本情報や、小規模多機能居宅介護事業所のケアマネジャーが撮影した高齢者の2階への昇降や居間でのソファでの様子等の動画を、秀友会のリハビリテーション専門職と共有した。
- ・ケアマネジャーからは2階に仏壇があり、本人が定期的にお参りしたいとの要望があるという情報提供があった。

外部の介護事業者より階段手摺の設置の相談

～退院後に日常生活動作能力が向上した
胸腰椎多発骨折が既往にある左小脳梗塞患者の事例～

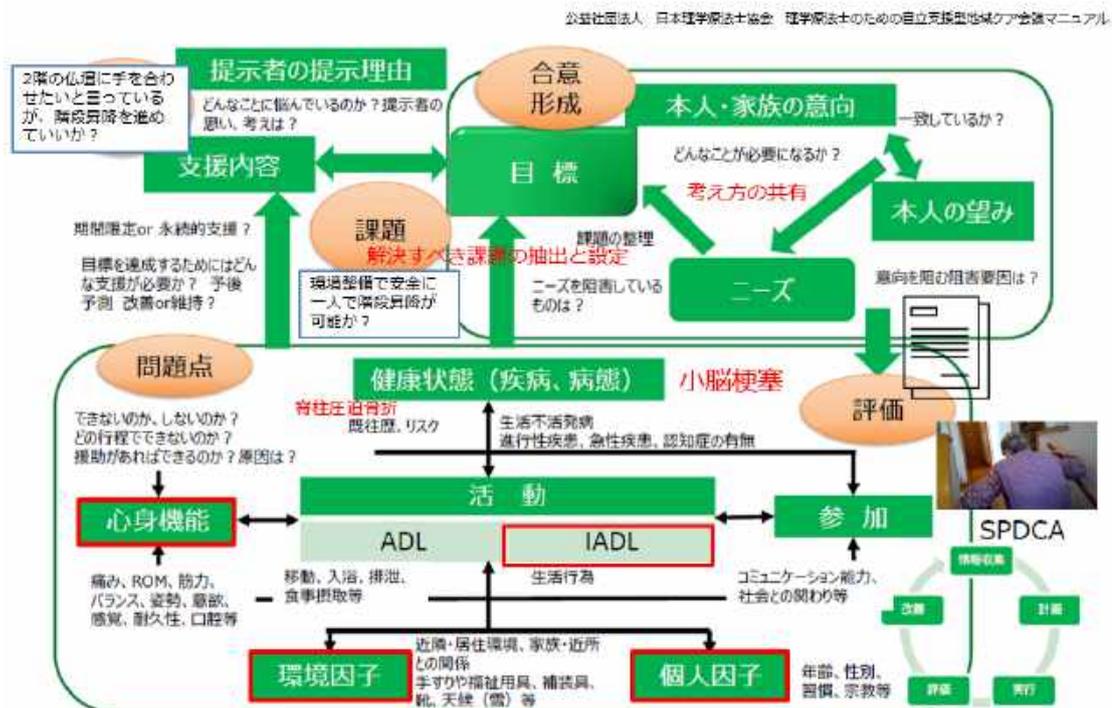


② リハビリテーション専門職による評価

- ・アの情報をもとにリハビリテーション専門職による生活機能評価を行った。
- ・「2階の仏壇でお参りしたい」という情報が付加されたことで、ADLからIADLのアセスメントに繋がる。ここをリハビリテーション専門職がどのようにアセスメントするかによって、ケアマネジャーと共同による自立支援型ケアマネジメントの実現に影響を与える。

③ リハビリテーション専門職によるフィードバック

- ・ケアマネジャーに対してリハビリテーション専門職から対象者の生活機能評価の結果と今後の生活に向けたアドバイスをを行った。
- ・具体的には、本人の残存機能の見通しから、2階への移動を含めて左手側に手摺が必要である旨のアドバイスをを行った。



(2) 実施結果

- ・ケアマネジャーからの事前の情報提供とICTの利活用により適切な情報共有により相互理解や合意形成に寄与できたと考える。
- ・上記のプロセスを通じて収集した情報から、個別機能訓練計画を作成することは容易であると考えます。(生活機能向上連携向上加算の条件)
- ・また、理学療法士等から助言を受ける際は、リハビリテーションマネジメントの視点への理解が介護事業所の職員においては重要である。
- ・そのうえで、現状の日常生活動作の評価結果を踏まえ、将来の見込みを考慮した

目標を設定する。

- ・そして、ICFの各フレーム間の関係性を考慮したアプローチ内容を共同で検討することが重要である。
- ・そのため、リハビリテーション専門職がケアマネジャー等の事業所の職員に発言する際には、ICFのフレームに基づき説明し、相互に理解を深めることが重要である。

**リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理、口腔管理に係る実施計画書（通所系）
記載例**

氏名：	○○ ○○	殿	サービス開始日：	X年 7月 10日	
作成者：	リハ ○○ ○○ (PT)	栄養 ○○ ○○ (RD)	口腔 ○○ ○○ (DH)	初回作成日：	X年 7月 19日
			作成(変更)日：	年 月 日	
利用者及び家族の意向	①落ちた筋力を取り戻したい。(ご本人)			説明日	X年 7月19日
	②負担なく調理可能な栄養のあるメニューを教えてください。(ご家族)			説明者	○○ ○○
③口腔体操等でいつまでもごはんをおいしく食べたい。(ご本人・ご家族)					

	リハビリテーション・個別機能訓練	栄養	口腔
解決すべき課題 (ニーズ)	<ul style="list-style-type: none"> ・フレイルに伴う下肢筋力低下 ・低栄養(体重減少) ・もともと併付サークルに所属し再開を希望 	<ul style="list-style-type: none"> 低栄養状態のリスク(□低 □中 ■高) ・外出の機会が減少、半年で約6kg体重減少(→10.8%/6か月) ・週3回の通所利用日以外、生活が不規則で夕食も多い ・家では、妻が食事の準備をしているが、夫は偏食で、妻自身も体力が落ちているため、毎日の調理が負担 	<ul style="list-style-type: none"> ■口腔衛生状態(□口臭、□歯の汚れ、■歯肉の炎症、□舌苔) ■口腔機能の状態(□食べこぼし、□舌の動きが悪い、■むせ、■飲み込み、■口腔乾燥) ■歯(う蝕、修復物脱落等)、義歯(義歯不適合等)、歯周病、口腔粘膜(潰瘍等)の疾患の可能性 □音声・言語機能に関する疾患の可能性 □その他() <p>【記入者】 □看護職員 ■歯科衛生士 □言語聴覚士</p>
長期目標・期間	<ul style="list-style-type: none"> (心身機能) ・下肢筋力の向上 (活動) ・杖を用いて屋外歩行自立 ・歩行量の維持(4000歩/日)(参加) ・併付サークルへ復帰する 	<ul style="list-style-type: none"> ・行きたい場所(併付サークル)に外出できる体力を取り戻す ・体重を6kg増やす <p align="center">【5か月】</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■口腔衛生(□維持、■改善(月2回、歯科衛生士による口腔清掃及び口腔清掃指導)) ■摂食・嚥下機能(□維持、■改善(口腔体操を実施、自宅で練習するよう指導)) ■食形態(■維持、□改善()) □音声・言語機能(□維持、□改善()) ■誤嚥性肺炎の予防 ■その他(修復物脱落、通行しにくい靴の疑いあり、受診勧奨) <p>【計画立案者】 □看護職員 ■歯科衛生士 □言語聴覚士</p>
短期目標・期間	<ul style="list-style-type: none"> (心身機能) ・下肢筋力の向上 (活動) ・杖を用いて屋外歩行が見守り可能 ・日中の活動量の向上、自主トレの定着(参加) ・介助者と外出が可能 	<ul style="list-style-type: none"> ・毎日3食おいしく食べて、日中は身体を動かす、規則正しい生活を送る ・妻の負担にも配慮し、簡単に嗜好に合ったバランスのよい食事を作り体重を3kg増やす <p align="center">【3か月】</p>	<p>【計画立案者】 □看護職員 ■歯科衛生士 □言語聴覚士</p>
具体的なケア内容	<ul style="list-style-type: none"> ・スクワット等の筋力増強訓練(食容量については栄養摂取量に応じて調整) ・屋内外の歩行訓練(歩行補助具の検討)、応用歩行訓練(階段・段差) ・自宅の環境調整 <p>担当職種：理学療法士、 期間：X年7月～ 頻度：週3回、時間：40分/回</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・養老を訪問し、妻に自立の助言を行う ・ご本人様は、嗜好に合ったバランスのよい食事やリハビリを効果的に行うための適量について、分かりやすく説明する ・リハビリを行う日は、栄養補助食料(分岐鎖アミノ酸)を追加する <p>担当職種：管理栄養士 期間：X年7月～、頻度：月2回</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■摂食・嚥下等の口腔機能に関する指導 ■口腔清掃、口腔清掃に関する指導 □音声・言語機能に関する指導 □その他() <p>【サービス提供者】 □看護職員 ■歯科衛生士 □言語聴覚士</p>

【参考】ICTを普及・展開するための課題

手稲区在宅ケア連絡会において、地域の医療・介護専門職が集まり、「コロナ渦におけるオンラインでのカンファレンス（2022.2.21開催）」をテーマに意見交換を行った。その結果を整理した内容は下記のとおりである。

メリット	デメリット
<ul style="list-style-type: none"> ・ 開催日時の調整が取りやすい ・ 遠方にいる家族や関係機関とつながることが可能 ・ 通信手段の使用に慣れている家族、関係機関等が増えた ・ 画面越しでも顔が見える ・ 動画や資料を共有して見ることができる ・ 一度に複数人の参加が可能 ・ 無料 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 通信手段の設定、日程調整、環境設定等事務的な負担増加 ・ ネット環境が必要 ・ 通信環境によってつながりづらい ・ 非言語的コミュニケーションがとりにくい ・ 不慣れな家族や事業所では使用困難 ・ リモート会議に慣れておらず、表出が上手くできない ・ 個人情報の危うさ
工夫している点	
<ul style="list-style-type: none"> ・ 動画の活用 ・ 事前に書面にて情報提供 ・ MSWから他職種へ質問し情報を共有する ・ 非言語的コミュニケーション（分かりやすいリアクションをする） ・ 発言の速度、声量、明瞭度等工夫する ・ 相手の理解度をこまめに確認 ・ 伝わる言葉選びや要約、繰り返し内容を伝える 	

3.3 リハビリテーション専門職によるICTを活用した在宅高齢者の生活機能評価に係る必要なスキルの検討

3.1～3.2の結果を踏まえて、リハビリテーション専門職によるICTを活用した在宅高齢者の生活機能評価に係るスキルについて検討した。

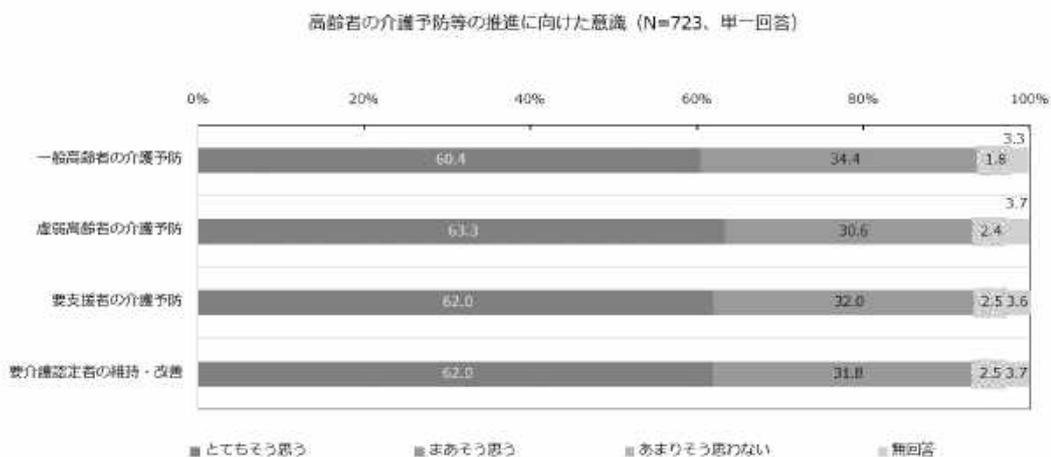
(1) 背景

2020年度に道内のリハビリテーション専門職にアンケート調査を実施した。

その結果、医療保険診療の関連施設が主な職場のリハビリテーション専門職のほとんどは、高齢者の介護予防や要介護認定者の維持・改善に向けて貢献できるとしており、条件が合えば、積極的に関わっていくニーズは一定程度存在するが、その実現に向けた課題として、「新たなスキルを習得しなければならないこと」が上位に挙げられている。

【2020年度調査結果の抜粋】

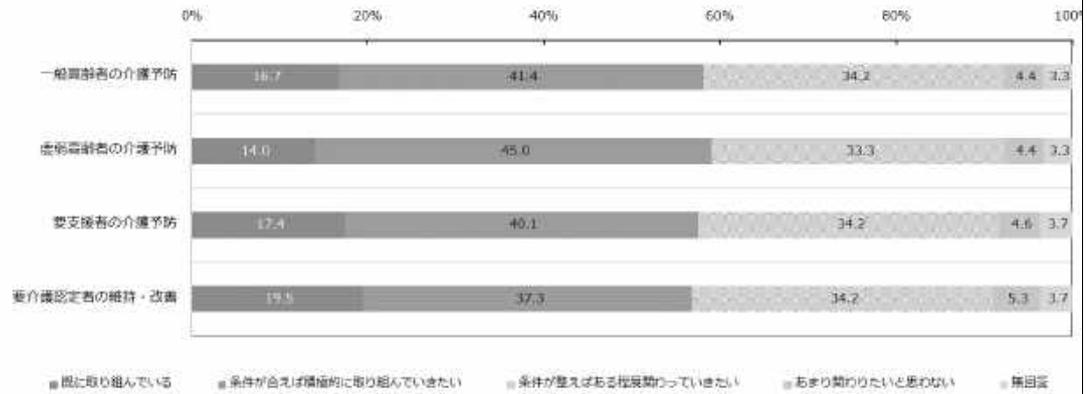
高齢者の介護予防等の推進に向けた意識について、医療保険診療の関連施設が主たる職場として勤務しているリハ職に限定し、「リハ職として貢献できる領域かどうか」を設問したところ、対象者を問わず、「とてもそう思う」と「まあそう思う」と回答した人が9割以上となっている。



また、高齢者の介護予防等への関わりについて、全体から見れば、5割～6割近くが「すでに取り組んでいる」「条件が合えば積極的に関わりたい」としている。

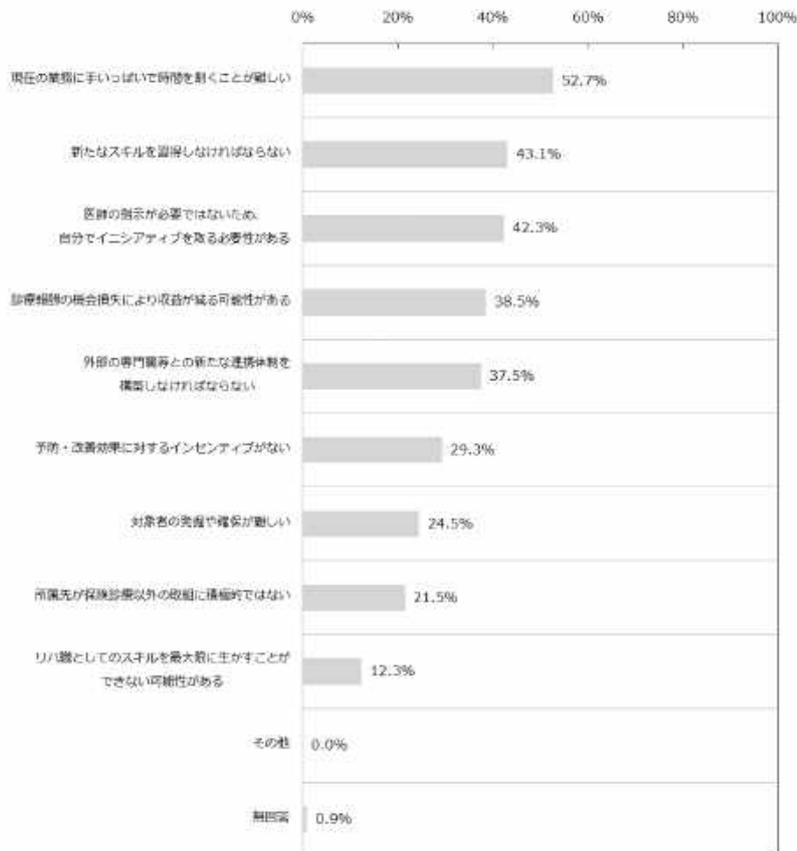
詳細をみると、「すでに取り組んでいる」項目は、「要介護認定者の維持・改善」が19.5%と最も高くなっている。「条件が合えば積極的に取り組んでいきたい」や「条件が整えばある程度関わっていききたい」については、「虚弱高齢者の介護予防」が78.3%と最も高くなっている。

高齢者の介護予防等への関わりについて (N=723、単一回答)



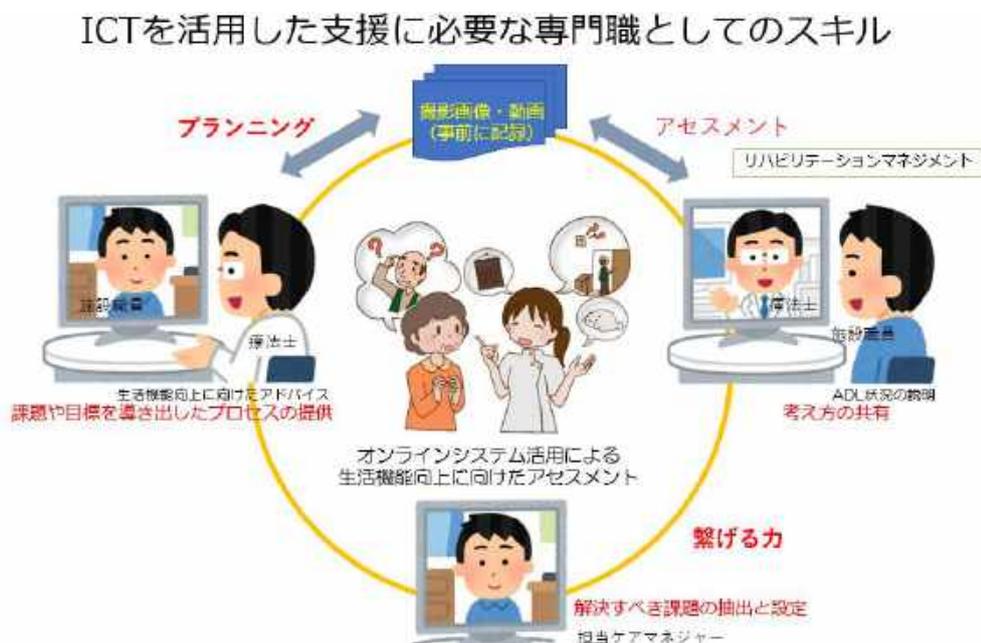
リハ職として保険診療以外の高齢者の介護予防等に取り組む場合の課題については、「現在の業務に手いっぱい時間で割くことが難しい」が52.7%と最も高く、次いで「新たなスキルを習得しなければならない」が43.1%、「医師の指示が必要ではないため、自分でイニシアティブを取る必要がある」が42.3%となっている。

保険診療以外の高齢者介護予防への取組における課題 (N=1006、複数回答)



(2) 検討結果

撮影画像・動画をもとにした「アセスメント」、ケアマネジャー等と解決すべき課題の抽出と設定を行う「繋げる力」、課題や目標を導き出したプロセスを共有する「プランニング」について必要なスキルを整理した。



① 基本的な考え方

北海道訪問リハビリテーション連絡会版「臨床ラダー」をもとに、在宅高齢者の生活機能評価に係る必要なスキルを検討した結果、「レベルⅢ 対象者の個別性を理解してリハビリテーションを実践する」スキルが必要であると考えられる。

レベルⅠ	基本的な手順に従い必要に応じて助言を得てリハビリテーションを実践する
レベルⅡ	標準的なリハビリテーション計画に基づき自立してリハビリテーションを実践する
レベルⅢ	対象者の個別性を理解してリハビリテーションを実践する
レベルⅣ	幅広い視野で予測的判断をもちリハビリテーションを実践し、チームの中でリハマネジメントできる
レベルⅤ	最適な手段を選択してリハビリテーションが実践できるとともに、地域においてマネジメントし、新たな環境・価値感をつくる

北海道訪問リハビリテーション 連絡会版臨床ラダー
「北海道訪問リハビリテーション連絡会」

② アセスメント

アセスメントについては、レベルに関わらず、リハビリテーションマネジメントの視点が不可欠である。ケアマネジャーに対するリハビリテーションの観点からの情報提供であり、厚生労働省では以下のとおり整理している。

リハビリテーションマネジメント
～介護支援専門員に対するリハビリテーションの観点からの情報提供～

- ・ 利用者や家族の活動や参加に関する希望及び将来利用を希望する社会参加に資する取組
- ・ 利用者の基本的動作能力、応用的動作能力及び社会適応能力等の日常生活能力並びにその能力の改善の可能性
- ・ 利用者の日常生活能力を維持又は向上させる介護の方法及び留意点
- ・ 家屋等の環境調整の可能性及び家具や調理器具等の生活用具の工夫
- ・ その他リハビリテーションの観点から情報共有をすることが必要な内容

リハビリテーションマネジメント加算等の基本的考え方並びに申請加算手続例及び様式例の表示について（介護保険最新情報、令和3年3月16日）

③ 繋げる力（レベルⅢ）

目標	対象者の個別性に留意しながら、多職種や関連機関と連携することができる
行動目標	多職種に対して対象者の支援に必要な情報を提供することができる 担当者会議やリハ会議等で、リハマネジメントの視点から意見を述べること

役割理解	チームにおける自分の役割と他者の役割を理解し、チームの持つ機能を見定めたいうえで、必要な支援を求められることができる	<ul style="list-style-type: none"> ・ レベルⅡに加え、チーム内で解決できることと、難しいことを明らかにできる。 ・ チーム内で解決が難しいことがある場合は、インフォーマルサービスを含めた、他のサービスの利用等で解決する方法を考えることができる
情報提供	求められなくても、対象者の支援に必要な情報を、多職種に提供することができる。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 対象者のよりよい生活の支援のために、自ら進んで判断して、支援に関わる多職種や機関に、有益な情報を提供することができる ・ タイミングと方法を相手によって選択できる ・ その際には、本人や家族の意向、個人情報保護の観点から、適切な配慮のもとに実施する

会議参画	ケアプランや介護計画など多職種のプランに対し、リハマネジメントの視点からアドバイスすることができる	<ul style="list-style-type: none"> ・ レベルⅡに加え、担当者会議やリハ会議、その他の場面で、ケアプランや介護計画などに対して、リハマネジメントの観点から、有益なアドバイスを行うことができる。 ・ また、対象者に関わる多職種から、サービス内容や計画についてのアドバイスを求められたときに、的確に実行できる
医療情報	利用者が関わっている医療機関や連携状況を把握できる。また、健康維持のために選択できるサービスの情報を把握できる	<ul style="list-style-type: none"> ・ いくつかの科にかかっている場合、キーになっている主治医の有無や他科どおしの連携状況を本人や家族、ケアマネ等を通じて情報収集できる ・ 健康状態を良好に保つサービスを、医療機関以外にインフォーマルサービスも含め把握できる

④ プランニングする（レベルⅢ）

目標	対象者の個別性に合わせたプランニングができる
行動目標	<ul style="list-style-type: none"> ・ 個別性に合わせて適切な目標設定ができる ・ 個別性に合わせてリハビリテーションのプランが立てられる

目標設定	課題に対して対象者の個人因子・生活環境も考慮し適切な目標を立てることができる	長期目標・短期目標が対象者の個人因子・生活環境も考慮し適切な目標が立てられ、関係事業所に周知されている。
プラン策定	合意した目標に沿って対象者の生活内での行動を含めたリハビリテーションの計画が立てられる	<ul style="list-style-type: none"> ・ 目標に沿って立てたリハビリテーションのプランは、個人因子や疾患特性を考慮して立てられている ・ リハビリテーションプランは対象者の24時間365日の生活を意識したものとなっている ・ リハビリテーションプランが他介護サービス事業所と共同、または連動した目標・計画になっている
役割分担	課題に応じた多職種の役割分担が明確に示されている。リハ専門職が担当すべき役割に関してプランを立て、他の職種に担ってもらう役割も提案できる	<ul style="list-style-type: none"> ・ 多様な課題に対して、多職種個々の専門性を生かして解決に向かうようにプランニングが示されている ・ 利用者の個別性に合わせ、アプローチすべき課題に対するやタイミングや優先される順番を考慮したプランニングができる

3.4 高齢者の生活機能評価等を効率的・効果的に実施するためのオンラインの仕組みや活用するデバイス等のあり方に関する提言

3. 1～3. 3の結果を踏まえ、今後、外部のリハビリテーション専門職と介護事業所や地域包括支援センター等の職員が連携し、高齢者の生活機能評価等を円滑に行うためのオンラインの仕組みや活用するデバイス等のあり方について整理した。

(1) 遠隔アセスメントの実施に必要な実施環境・体制

① 実施体制

医療機関のリハビリテーション専門職は、機器の使用方法やケアマネジャー、介護事業所との意思疎通に向けて、機器の操作説明や指示、撮影動画の説明が求められる。

高齢者が自宅や介護サービスを利用している場所でも遠隔でアセスメントが可能になるよう、事前にコミュニケーションを図り、実施体制の準備を行う。

② 機器・通信環境

映像・音声・通信が確保された機器等を用いるための事前準備が重要である。

【事前準備での確認事項】

- ・実施者と対象者とが相互に表情、声が確認でき、アセスメントに必要な様々な動作を視認できること
- ・映像と音声の送受信が常時、安定し、かつ円滑であること（実施環境の標準化）
- ・対象者が複雑な操作をしなくても利用できること（ケアマネジャーや施設職員による最低限の操作）
- ・情報セキュリティが確保されること（周囲の音、個人情報の映り込み等も含む）
- ・対象者や施設環境を考慮した環境設定（スマートフォンの活用）

③ 資料・教材・器具等を利用した対象者との情報共有

短い時間でアセスメントを実施するためには、クラウドサービスや電子メール等を活用してケアマネジャーやサービス事業者に資料を事前に提供、アセスメントの結果等を事後速やかにと共有するとともに、リモートを活用し、目標・ケアプランの策定支援、自主訓練や環境整備等の指導等を行う。

(2) 実施環境の標準化

昨年度、今年度の実証では、通信環境の影響により、撮影動画がスムーズに閲覧できなかったり、オンラインでのコミュニケーションが十分取れないといった状況があった。

このため、高齢者の自宅や介護事業所、サービス提供場所等の環境に応じた通信機器の選定が求められる。

① 各回線タイプの各々の平均値

持ち運べる通信機器としては、ホームルータやモバイルルータを活用することになる。

Ping値は、ホームルータとモバイルルータでは大きな違いはないが、モバイルルータのうちWiMAXはホームルータよりも小さくなっている。

回線速度（下り）は、動画の閲覧等、情報を収集する際に参考とする速度であるが、ホームルータとモバイルルーターの差が大きくなっている。

回線	Ping 値	回線速度(下り)	回線速度(上り)
光回線	27.2ms	322.7Mbps	247.8Mbps
ホームルータ	81.4ms	156.4Mbps	18.4Mbps
モバイルルータ	86.0ms	37.5Mbps	11.4Mbps
WiMAX(参考)	50ms~30ms	59.13Mbps	15.47Mbps

資料 みんなのネット回線速度(みんなそく) | (minsoku.net)
 ※Ping値：データの送受信におけるレスポンスや応答速度
 ※回線速度：1秒間に送信可能なデータ容量を表す数

② 北海道の時間帯別の平均速度情報(直近3ヶ月)

北海道におけるホームルーターとモバイルルーターの時間帯別の平均速度は以下のとおりであり、モバイルルーターは朝、昼、夕方の順で通信環境が良い。

	モバイルルーター			ホームルーター		
	Ping値	下り	上り	Ping値	下り	上り
朝	63.69ms	322.99 Mbps	30.46Mbps	81.39ms	37.2Mbps	8.59Mbps
昼	66.83ms	127.65 Mbps	13.6Mbps	87.31ms	20.1Mbps	9.03Mbps
夕方	81.1ms	125.69 Mbps	18.35Mbps	101.37ms	25.01Mbps	6.95Mbps
			N=640件			N=240件

③ モバイルルーターとホームルーターのメリット・デメリット

モバイルルーター	ホームルーター
<ul style="list-style-type: none">・充電が切れると使えなくなる・通信速度が遅くなる・不安定になることが多い・電波の届く範囲が狭い・同時に接続できる台数が少ない	<ul style="list-style-type: none">・自宅にコンセントを挿すだけで利用できる・速度が安定しやすい・電波の届く範囲が広い・たくさんの機器に同時接続できる・居住地以外で使用制限（契約住所以外の場所でも使用可の業者もある）

(3) ARスマートグラスとスマートフォンを活用した実証

高齢者の自宅やサービス提供場所等で、ケアマネジャー等による高齢者の動画撮影や、外部リハビリテーションとのオンラインによる生活機能評価をより円滑に行う上で、以下の課題があった。

- ・動画撮影でスマートフォンやタブレット、ビデオカメラを使用すると片手がふさがれてしまい、高齢者のふらつきなどに即座に対応できない。
- ・リハビリテーション専門職から撮影に対する細かな指示が必要。（見やすい角度など）
- ・タブレット等でオンラインで意見交換する際、高齢者の様子が見えなくなる。（スマホ等に集中するため）

このため、ARスマートグラスとスマートフォンを活用し、ケアマネジャー等が自分の目線で高齢者の動画をハンズフリーで撮影するとともに、外部リハビリテーション専門職とのオンラインツールの画面などを、空間に表示することにより、オンラインによる生活機能評価をより円滑に行うための実験を行った。

① 実施内容・方法

ア 実施概要

- 【対象者】 67才 男性、要介護
- 【実施日時】 2022年1月13日（木）13：00～
- 【実施場所】 自宅
- 【実施事業者】 秀友会訪問リハビリテーション

イ 全体のイメージ



*：日立LGデータストレージ独自の技術である
ABSA導光板方式を採用した単眼シースルータイプ

ハンズフリー
療法士視点の映像



手軽に必要な映像や写真を記録できる
カメラの切り替えで必要な資料グラスに提示
スマートフォンの画面を通じて院内リハ職との会話も可能

ウ 実施方法

訪問リハビリテーション事業所のリハビリテーション専門職が高齢者の自宅から、スマートグラスとスマートフォンを活用し、高齢者の装具の状況について秀友会病院のリハビリテーション専門職と共有した。

オンラインツールではkizunawebを活用した。



装具の状況について
病院の理学療法士とやり取り



装具の着脱の状況を
病院の理学療法士に説明



玄関での装具の着脱の状況を
スマートフォンのカメラ位置を調整し
病院の理学療法士に説明

② 実施結果

ハンズフリーで訪問先のリハビリテーション専門職目線での撮影と動画共有が可能となり、病院からのリハビリテーション専門職の指示をほとんどすることがなかった。

病院のリハビリテーション専門職がオンラインの作業をすべて対応したため、訪問先のリハビリテーション専門職は高齢者に集中して対応することができた。

こうした結果を踏まえて、今後、現場において以下の活用が期待される。

ア 現場のケアマネジャー等の負担軽減

現場のケアマネジャー等は、ハンズフリーで高齢者の様子を撮影することができ、外部のリハビリテーション専門職がオンラインツールの操作を行い、適宜、必要な情報を共有し、それを空間上で見ることができると、これまで実証した手持ちながらの撮影や、情報共有がより円滑に行える。

イ 動画の前後比較結果の利用者へのフィードバック

入院時あるいは自宅等で最初に撮影した動画と、当日撮影した動画を、その場で比較することで改善効果を高齢者にフィードバックすることで、本人の自主訓練のモチベーション維持につなげることができる。

ウ リアルタイム型同行訪問の実現

ARスマートグラスとスマートフォンを組み合わせることにより、外部のリハビリテーション専門職が、現地のケアマネジャー等がその場で撮影した動画を評価しフィードバックする取組を拡大することができる。

エ 高齢者の生活機能評価ができるリハビリテーション専門職の育成

前述のとおり、おもに医療機関に所属する道内のリハビリテーション専門職は、高齢者の介護予防に取り組む意欲は高いが、「新たなスキルの習得が必要」との意見も多い。

また、コロナ渦により病院から退院後の患者の家族への指導や家屋環境評価の機会が減少しており、特に若いリハビリテーション専門職では自分事として考える機会が減少していること、対象者及び介護者の高齢化や、重複障害化等による課題が多様化していること、情報社会により身体ではなく頭で考える傾向が増大していることなどから、高齢者の生活機能評価ができるリハビリテーション専門職の育成が重要となっている。

今回のARスマートグラスを活用した取組は、以下の点からこうした人材育成にも活用できると考える。

- ・ 技術・ノウハウの継承が必要なリハビリテーション専門職が現場で、外部（病院）の熟練のリハビリテーション専門職の指示のもとで生活機能評価を実践する機会を提供する。
- ・ 熟練のリハビリテーション専門職による現場での作業の様子（動画撮影の視点、高齢者やケアマネジャー等とのコミュニケーション、家屋環境評価の視点等）をオンライン研修の形式で多くのリハビリテーション専門職や学生に見てもらう。
- ・ 上記の作業の様子を記録・保存することで教育ツールとして活用することができる。

4 リハ職との連携によるケアマネジャーの自立支援ケアマネジメント推進に係る研修プログラム研究

4.1 背景

昨年度の調査結果から、自立支援ケアマネジメントの推進に向けて、ケアマネジャーは以下の課題を抱えていることが明らかとなった。

- ・ 日常のケアマネジメントの業務の中で、利用者の社会的自立支援に取り組んでいるにもかかわらず、その取組が正しいかどうか不安を感じていることが多い。
- ・ 利用者の社会的自立支援の推進における考え方として、ICF理論を学ぶ機会が数多くあるが、そのまま日常業務に活用するにはハードルが高いと感じているケアマネが大半である。

以上の課題を踏まえ、昨年度では、ケアマネジャーの日常業務における社会的自立支援に向けた取組に対する気づきの提供や、日常業務でICF理論を気軽に活用できるようなツールの習得、ICTを活用したケアマネジャー同士の気軽に相談できる場の提供を意識し、ケアマネジャーの自立支援ケアマネジメントの推進に向けた研修プログラム（プロトタイプ）を開発した。

今年度は、上記のプロトタイプをもとに研修プログラムを開発し、札幌市内のケアマネジャーを対象に研修を試行的に実施した。

【検討体制】

所属	氏名	備考
医療法人財団老蘇会	中村 明子	保健師、 介護支援専門員
医療法人秀友会在宅支援部統括マネージャー	藤田 修一	社会福祉士、 主任介護支援専門員
昭和大学保健医療学部理学療法学科	佐藤 満	教授
株式会社楓の風通所介護事業部長	渡辺 明子	
株式会社楓の風代表取締役	小室 貴之	
札幌市手稲区第1地域包括支援センター	鴨崎 裕介	
札幌市手稲区第2地域包括支援センター	木引 えり香	

4.2 実施結果

(1) 研修プログラムの概要

目的	多様な社会的自立支援の視点に気づき、日々のケアマネジメントを自立支援の視点で整理・表現し、発展させるスキルを身につけること。
実施期間	3 か月間（全5回）
開催方式	Zoom（参加者が気軽に相談できるように、情報を共有できる ICT ツール LINE グループを同時に導入した）

(2) 参加者の募集

研修プログラムの成果や課題等を確実に把握するため、対象者を札幌市手稲区の地域包括支援センターや特定事業所の主任介護支援専門員（8名）に設定した。

番号	所属事業所名
1	勤医協居宅介護支援事業所手稲あけぼの
2	勤医協しんはっさむ居宅介護支援事業所
3	居宅介護支援事業所ヴィラ・コモنز
4	合同会社ケアプランセンターあさ
5	手稲ロータス居宅介護支援事業所
6	新愛園手稲高齢者居宅介護相談センター
7	つなぐ手ケアマネセンター
8	秀友会介護保険相談センター

【参加者募集用チラシ】

札幌市手稲区老人保健課地域福祉等事業
◎ 介護専門員研修
「利用者のエンパワーメントを引き出す！
『ICF』に着目した社会的自立支援を学ぶ」

【研修の目的】社会的自立支援の視点に気づき、日々のケアマネジメントを自立支援の視点で整理・表現し、発展させるスキルを身につけること。

【研修の趣旨】『ICF』に着目した社会的自立支援を学ぶ。『ICF』に着目した社会的自立支援の視点に気づき、日々のケアマネジメントを自立支援の視点で整理・表現し、発展させるスキルを身につけること。

研修プログラム

第1回 「社会的自立支援の視点に気づく」
各事業所の主任介護支援専門員が研修のスタート（1時間）を行います。

第2回 「社会的自立支援の視点に気づく」
ICFに着目した社会的自立支援の視点に気づく。『ICF』に着目した社会的自立支援の視点に気づく。

第3回 「『ICF』に着目した社会的自立支援を学ぶ」
『ICF』に着目した社会的自立支援の視点に気づく。『ICF』に着目した社会的自立支援を学ぶ。

第4回 「『ICF』に着目した社会的自立支援を学ぶ」
『ICF』に着目した社会的自立支援の視点に気づく。『ICF』に着目した社会的自立支援を学ぶ。

第5回 「『ICF』に着目した社会的自立支援を学ぶ」
『ICF』に着目した社会的自立支援の視点に気づく。『ICF』に着目した社会的自立支援を学ぶ。

開催日時：10/25(日)、11/9(日)、11/23(木)、12/7(水)、1/14(日)
研修費無料：11:00～13:00
実施形式：Zoomを使用したオンラインでの開催

株式会社福祉センター 事務局 企画課
〒060-0808 札幌市手稲区手稲5丁目1-10
TEL: 011-241-0000 FAX: 011-241-2440

研修プログラム(詳細)

第1回
① 研修全体の概要(10分)
② 講師(講師: 参加者主体の研修) ③ 研修の目的(10分)
④ 研修の趣旨(10分)
⑤ 研修の目的(10分)

第2回
① 『ICF』に着目した社会的自立支援の視点に気づく
② 『ICF』の基礎知識
③ 『ICF』の活用
④ 質疑応答 (1時間)

第3回
① 第1回で学んだ内容を振り返る(10分)
② 第4回の研修に向けての研修(10分)
③ まとめ(10分)

第4回
① 第3回で学んだ内容を振り返る(10分)
② 第5回の研修に向けての研修(10分)
③ まとめ(10分)

第5回
① 第4回で学んだ内容を振り返る(10分)
② 講師(講師: 参加者主体の研修) ③ 研修の目的(10分)
④ 研修の趣旨(10分)
⑤ 研修の目的(10分)

講師: 地域包括支援センター 介護支援専門員
講師: 地域包括支援センター 介護支援専門員
札幌市手稲区福祉課 地域福祉課 企画課
札幌大学福祉学部 地域福祉学専攻 企画課

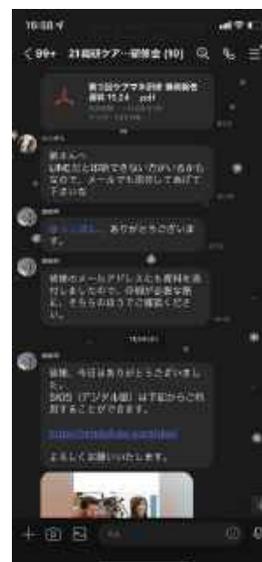
サポートセンター: 福祉センター 福祉センター 福祉センター 福祉センター
福祉センター 福祉センター 福祉センター 福祉センター

福祉センター 福祉センター 福祉センター 福祉センター
福祉センター 福祉センター 福祉センター 福祉センター

〒060-0808 札幌市手稲区手稲5丁目1-10
TEL: 011-241-0000 FAX: 011-241-2440

(3) ICTによる連絡体制の構築

参加者と講師が気軽に相談できるように、LINE グループを作成した。



(4) 研修プログラムの運営

① 全体の概要

研修プログラムは下記のように開催した。

第1回：社会的自立支援の語り合い	
概要	各ケアマネジャーが日常業務の中から「私が体験した社会的自立支援のストーリー」を気さくに語り合う。
目標	自身が経験したケアマネジメント中の「社会的自立支援」の視点に気づき、語る事ができる。
日時	令和3年10月25日（月）17：00～19：00
次第	ア 研修全体の説明 イ 講義「活動・参加・主体性を促進する社会的自立支援の視点」 ウ 担当ケースや経験の中からの社会的自立支援の物語を語り合う エ まとめ

第2回：社会的自立支援の視点を導くためのツールの勉強会	
概要	第1回目で語り合った自立支援のエピソードを、ICFの視点で整理するためのツール SIOS を学ぶ。
目標	ICF理論を実践化するツールを習得すること。
日時	令和3年11月8日（月）17：00～19：00
次第	ア SIOS（社会的自立支援アウトカム尺度）とは イ SIOS の基礎知識 ウ SIOS の使い方 エ 質疑応答

第3回：ケアマネジメントプロセスで SIOS をつかってみる	
概要	SIOS を使って過去の事例を再アセスメントすることで、活動や参加を意識した目標が浮かび上がるかを学ぶ。
目標	SIOS をケアマネジメントプロセスで使うとどうなるかが具体的にイメージできる。
日時	令和3年11月24日（水）17：00～19：00
次第	ア 講義「過去の事例を SIOS で振り返ってみる」 イ 講義と個人ワーク「実際に SIOS をつかうための準備」 ウ 実習のワークシートの説明とお願い

第4回：SIOS を使ってみよう（実践編）	
概要	参加しているケアマネが自身のケースで SIOS を活用して自立支援マネジメントを実践してみる。実践後の感想を各自が整理しておく。
目標	自身のケースに SIOS を使ってみることで、使いやすさや難しい点等を明確にできること。
日時	12 月中（1 か月間）

第5回：実践の感想共有会	
概要	現場の実践で経験した感想等を他の人と共有する。
目標	実践における困惑を解消し、自信を身につけること。
日時	令和3年1月17日（月）17：00～19：00
次第	ア 実習ワークシートの結果について イ ケアマネジメントプロセスにおける SIOS の今後の可能性について

② 第1回の運営

第1回は、10月25日（月）17：00～19：00にZoomにて開催した。プログラムの内容は下記の通り。

【第1回の次第】

- | | |
|---|------------------------------|
| ア | 研修全体の説明 |
| イ | 講義「活動・参加・主体性を促進する社会的自立支援の視点」 |
| ウ | 担当ケースや経験の中からの社会的自立支援の物語を語り合う |
| エ | まとめ |

「ア」では、中村氏は実証事業の趣旨や研修プログラムの概要を紹介した。

「イ」では、昭和大学の佐藤氏からは、「活動・参加・主体性を促進する社会的自立支援の視点」をテーマとし、SIOSを作った趣旨や自立支援の考え方、SIOSとICFの関係性を中心とした講演が実施された。佐藤氏は、ICFの「身体機能・構造」と「活動」が課題解決型ケアで、「参加」こそ自己決定支援型ケアだと考え、内容を捉えにくい「参加」の項目をリスト化し、尺度をつけることで、下記の3つのルールによる情報収集で、対象者の自己決定を支援し、参加達成と主体性の向上へ誘導し、高齢者の自立支援に繋がると提案した。

- （ア）心身機能に偏りがちな視点を、その人らしさを知る方向へ誘導
- （イ）過去の経験やその人の価値感等、現在の状態把握を越えた情報を引き出す
- （ウ）再獲得が見込める役割や参加を支援者とともに発見し、到達への対策を共有する

「ウ」では、8名の参加者が2グループに分けて、ファシリテーターの進行のもと、自分が考えている社会的自立支援について、事例を混じりながら自由に語り合った。各参加者が語った内容は下記のとおり。

【参加者 No.1】

事例紹介	<p>① 高次脳機能障害の対象者に、Eメールを打てるようにという目標を作ったことがある。本人は、電話等でしゃべるとうまくコミュニケーションできないが、Eメールだとうまくできるという経緯があったからである。デイサービスでメールの打ち方を教えてもらい、最終的にメールで疎遠だった兄とうまくやり取りができて、生活保護の申請や生活の立て直し全般に関わってくれるようになった。</p> <p>② 親子同士で要介護2の事例。息子はマザコン気質で、母親も息子が大好きというところがあって、息子に月1回ラーメン屋に歩いて行ける、母親に息子の栄養管理ができる食事を作るという目標を作った。息子は40代脳梗塞ベースで、高血圧や少し腎不全であったので、デイサービス以外に、基本一切外出していなかった。高次脳機能なので、体の体感レベルのものとリスクが一致していなく、危ない側面があったので、何もさせていないゆえに次のステップに進めていかなかったが、やはり母親に方が一のこともあって、一人で生活できるように手を替え、品を替えやってみた。</p> <p>③ 俗に言う8050問題の知的障害の娘を持っている90代の母親に、ちゃんとおばあちゃんになるという目標を作った。娘の介護で自分が人生を送っているという認識ができて、金銭管理も娘に世代交代して、それぞれの立ち位置の変化で、家庭の中の役割の目標を考えられるようになった。</p>
------	--

【参加者 No.3】

事例紹介	<p>4年前要支援2で担当したケースで、入院したことで3年間担当を外して、再び担当する事例。利用者は終末期で、最後に自宅でということで、在宅ケアを始めた。何も動くことができないが、家族に口に入れてくれたアイスを食べた途端、「おいしい」という言葉を発したり、介護職の孫に清拭をしてくれた後に「ああ、さっぱりした、気持ちよかった」という言葉で、周りの家族が目を潤った。また、昔新聞を読む習慣がある人で、本人から時計を見たいという要望をもらって、できなくても自分なりに一日のサークルを知りたいという希望があるのだなあと思った。こういう終末期であっても、家庭での役割や目標を見つけることもできると実感した。</p>
------	---

【参加者 No.5】

事例紹介	<p>① まだ担当している途中の事例。70代後半右麻痺の女性で、働きに行きたいという願望を持っている。本人の努力で、1人でできることが少しずつ増え、訪問介護が卒業できて、将来的な給料が発生しなくても、まずボランティアやケアハウスの役割ができたらと思っている。</p> <p>② 母子ともに知的障害を持っている事例。息子が社会的に暮らすのが難しくなり、入院した。母親は、息子と再び一緒に暮らしたいという願望を持っている。母親のほうは、ゼロから始まり、7年間ずっと担当している事例。今は障害から介護保険に変わるタイミングである。付き合い当初は、家が乱雑で、あまり生活できない状況だったが、少しずつ改善して、目標を実現するための努力だということ、納得してくれる。病院は、親子二人とも依存してしまう恐れがあり、2人だけの生活が難しいと言ったので、息子が退院できたら、一緒に食事をすることや会うことを目標にしたほうがいいのかもしない。</p>
------	--

【参加者 No.8】

事例紹介	<p>現在進行形の事例。55歳脳出血の男性で、就労移行支援事業所を利用しながら、心身機能を回復し、いずれまた働きたいという目標を持っていたが、配偶者から離婚話がされて、離婚が成立後、現在はヘルパーの支援を受けながら、支障なく一人で生活できるような環境ができた。現在の課題は、次の段階の目標がないことである。本人はどんな心境であるか、発症前はどんなお父さんだったかは、把握できていない部分もあり、アセスメント方法に悩んでいるところである。</p>
------	--

【参加者 No.6】

事例紹介	<p>キリスト教を母体とする事務所に勤務している。在宅の人の事例。本人がクリスチャンで、日曜日に教会へ行きたいという要望を持っている。本人は運転も運動も嫌い。歩行器や杖を使わずに、教会の仲間に送迎をしてもらっている。ただし、支援がどこまでなのか、本人自身の努力がどういうものかについて、仲間と事前に約束してある。まるでデイサービスのようなのだが、自分が本当に心から行きたいし、みんなが待っていてくれるので、本人のモチベーションが違う。運動が嫌いでも、玄関から車まで自分で歩かなければならないし、ステップも登らなければならない。そうすると、介護保険のリハビリを使わなくても、自立的にできていると感動した。</p>
------	---

講師によるコメント	これらは回復モデルではなく、典型的な社会資源の活用モデルの自立支援モデルである。背景はキリスト教という宗教だが、これこそ地域包括ケアを凝縮したようなモデルだと思う。
-----------	--

【参加者 No.4】

事例紹介	<p>① アルツハイマー持ちの 90 代の母親と障害持ちの 59 歳の息子の事例。母親のケアマネジャーを担当しているが、自分が死亡後の息子の生活を心配しているという母親の悩みを解決するため、息子の手伝いをした。息子には、自分で金銭管理をしたいという要望がある。今日は郵便局の協力のもと、息子が自分でお金を下ろしたり、振り込んだりできるように支援をしたが、まだできていない。それは自立支援に向けている事例だと思う。</p> <p>② アルツハイマー型の認知症を持っているろうあ者の事例。最初、本人とのやりとりは、すべて手話通訳を通してやっていたのだが、私との信頼関係が築けないことで、あまり手話通訳に依頼せず、自分でジェスチャー等で対応したり、本人から手話を教えてくれたりして、信頼関係の構築ができた。今は、病気以外の部分、日常生活なら私に対応できるようになっている。以上は自分が感じた自立支援の事例。</p>
講師によるコメント	<ul style="list-style-type: none"> ・ 事例①はケアマネジャーの仕事をはるかに凌駕していて、ボランティアの域に入っているので、いわゆる自爆型ケアマネの典型である。早く社会資源につなげてあげたほうがいい。要するに介護保険制度だけではないので、社会資源に結び付けるケースだ。 ・ 事例②は、ろうあ者の利用者がまさに手話通訳者という社会資源を活用できているケース。その中でもどちらかというところ、ケアマネジャー自身が手話を学んで何とかするというよりも、手話が上手にできる人にどんどん任せをしていくのもいいと思う。

【参加者 No.7】

事例紹介	<p>① 50 代で脊髄小脳変性症の障害がある人。もともと高齢者の両親と住んでいたが、母親が入院したきっかけで、共同住宅での一人暮らしを始めた。お金の管理なども全部自分でやりたいという希望を持っている。住所変更や障害者手帳変更などの手続きは、ケアマネジャーの手伝いのもと、本人自分で行った。本当の意味で社会生活の自立というところでやっていけるように</p>
------	--

	<p>まず手配をしたような感じだった。ただし、1人になって好き勝手に食べたら、肥満になったという課題も出てきている。今回の SIOS や ICF のところに入ってくるかまとめるのが難しそうだが、自分の中では自立支援というところではこの人が一番ぴんときたケースである。</p> <p>② 1人暮らしで身寄りのない事例。意識消失で家で倒れていた。退院後、高齢者向けの住宅に移り住むことになり、年金生活で生活のゆとりがあまりないので、最低限のヘルパーや訪問看護等のサービスを入れてある。リハビリが必要だと提案したが、金銭面で拒否された。生活が落ち着いたときに、ヘルパー等を減らし、リハビリにシフトするように、相談しながら、一緒に生活設計することも自立支援に必要なことだと感じた。現在要介護2だが、将来的に要支援まで目指していきたいと思う。</p>
講師によるコメント	<ul style="list-style-type: none"> ・ 事例①は、まさに残存機能を踏まえた、できることできないことを見極めながら援助していくケア。 ・ 事例②のケースだとお金の許される範囲の中での回復モデルによる自立支援ケアにつながっていくような事例。

【参加者 No.2】

事例紹介	<p>① 要介護4の妻と要介護1の夫の夫婦の事例。妻は脳梗塞後で左上下肢麻痺があり、車いす生活を送っている。もともとは夫は妻の介護をしていたが、手術で左の上肺部切除をし、動くたび息苦しくなり、買い物や調理ができなくなった。ヘルパーによる買い物や調理のサービスを受けていたが、夫はそれに納得できずストレスがとても溜まっている状態だった。電動車椅子で自分の目で見たい買い物をし、妻の栄養バランスを考えて調理をしたいという強い要望を夫が持っている。ケアマネジャーとしての自分はい先危険を考えてしまうが、夫は何とか今も事故らずに戻ってきているような感じである。これは道具を使うことによる自立支援。</p> <p>② 重度な認知症で短期記憶障害が進んでいる現在進行形の事例。ATMでお金を下ろせなくなったということで、ヘルパーと一緒に行って、操作の支援をしてもらっている。これも印象に残っている自立支援の事例。</p>
講師によるコメント	<p>夫はなぜそこまで自分で買い物をし調理したいのかという理由が気になった。情報を集めながら、どういう意向をもって、これからその状況の中で過ごしていきたいかと擦り合わせしていくという作業がアセスメントだと思う。情報を得るのみならず、本人の意向を引き出すのは、SIOSの最高の特徴であるので、ぜひ使ってみてほしい。</p>

また、下記3つの質問について、ファシリテーターと参加者との交流を行った。

質問1：「アセスメントのときに、町内会の活動について確認しているか。」	
参加者 No.6	趣味について確認するときに、地域の話が出たりしている。
参加者 No.2	過去について確認するときに、老人クラブの話や俳句の会などの話が出た。
参加者 No.4	軽度の認知症や頭がクリアな人に、町内会の活動等を勧めたい。ただし、今コロナで中止になっているところが多いので、やり方に悩んでいる。
参加者 No.7	一生懸命町内会のことをやってきた人なら、本人から町内会の話をよく言ってくるので、割とそんなに情報に困っていない。逆に何も言わない人に、きちんと確認する必要があると思う。また、宗教について、質問をしてもそういうネットワークがないので、やり取りができていないのが現状である。

質問2：「自立や目標の立て方について、職場でよく話し合っているか。」	
参加者 No.4	職場でよく話している。
参加者 No.2	困難事例や普通の介護、支援などについてよく職場の人と相談し、共有しているが、日常的な自立支援などについては、話すことが少ない。
参加者 No.6	事例検討の中で、この人にとっての自立支援は何だっけという程度の話なら、話し合っている。

質問3：「1 ケースについて、ある程度目標を達成した後、次の目標設定に悩むことがあるか。」	
参加者 No.1	あまり悩んだことはない。その人の人生のその先を、あまり早く予測し過ぎると、伝わらない感覚があり、今を楽しむことにしている。高齢者の強みは、死を現実的なものとして受け入れながらも、来週の予定を楽しみにできるところにあると思う。来週の予定や来月の楽しみについて話す。あまり先々過ぎず、近過ぎずというように声掛けをしている。
参加者 No.5	次の目標に悩んでいる。どうしても次の目標が持てない人がいる。そのときにやりたいことを書かなければならないので、困っていると利用者に伝えると、一緒に考えてくれたりしている。一方、それでいいのかとも悩んでいる。
参加者 No.8	結構悩むことが多い。最近考え方が少し変わって、目標の設定をこちらが勝手に高いところに置いてしまっているのではないかと思うようになった。大層なものではなく、利用者の小さな本音を拾うようにしている。

参加者 No.3	コロナを通して、電話だけのモニタリングに限界を感じた。自分 はいつもまず利用者の話を 5 分聞くようにしている。そこから目 標を拾っている。
----------	--

最後の「エ」では、第1回のまとめをしてプログラムを終了した。

【当日の写真（例）】



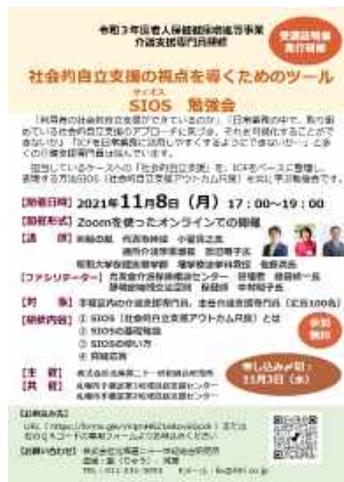
③ 第2回の運営

第2回は、令和3年11月8日（月）17：00～19：00 Zoomにて開催した。プログラムの内容は下記の通り。

ア 研修全体の説明
イ 講義「活動・参加・主体性を促進する社会的自立支援アウトカム尺度とは」
ウ 講義「アセスメントにおける SIOS の活用」
エ 質疑応答

第2回は、札幌市手稲区第1地域包括支援センターと札幌市手稲区第1地域包括支援センターと共催し、主任ケアマネジャーの受講証明書発行研修として実施した。本研修プログラムの参加者（8名）以外に、15名のケアマネジャー、計23名のケアマネジャーが参加した。

【参加者募集用のチラシ】



「イ」では、昭和大学の佐藤氏は、「活動・参加・主体性を促進する社会的自立支援アウトカム尺度とは」をテーマとし、第1回の講演内容を振り返りながら、SIOSの作成経緯やSIOSにおける主体性についての考え方、ケアプランにおけるSIOSの活用方法を説明し、加齢による退行現象に適応する過程を説明する理論「補償を伴う選択的最適化」モデルを紹介した。



「ウ」では、株式会社楓の風通所介護事業部の渡辺氏からは、「アセスメントにおけるSIOSの活用」をテーマとし、「利用者の語りを促すSIOSの使用方法」と「主体的な『参加』目標の設定のために」を内容とした講演をいただいた。

具体的には、渡辺氏は「アセスメントの第一の目的は情報収集することではなく、利用者が『人生の過ごし方のニーズ』を語ることだ」と述べたうえ、自分の経験に基づき、事例を入れながら、必要な情報やそれを聞き出すための質問方法、SIOSを介して語られた情報の整理、そこから目標を見つけ出す方法を紹介した。

「エ」の質疑応答では、参加者等から2つの質問があり、渡辺氏がそれらに対して下記のように回答をした。

質問 1	「SIOS を使った面接時間はどれぐらい必要か」
回答	<ul style="list-style-type: none"> ・ 同一利用者に対して、半年に1回という頻度でSIOSを使用している。 ・ 初回利用時の前の契約面接時に、設問1～6を聞く。 ・ 初回利用時に設問1～4は確認程度で、設問5と6の詳細や設問7以降を中心に確認している。所要時間が15分～20分程度。 ・ SIOSの最初の備考欄に内容を書いておけば、2回目以降の面接は、備考欄からの変更事項のみ確認すれば済むことになる。 ・ 相談員が確認を取れていないところは、介護職員が日常でフォローするようにしている。

	<ul style="list-style-type: none"> 活動の項目について、要支援の人は全部の欄にチェックを入れる人もいるので、その場合、その部分を省略したりもしている。 確認したい事項のタイミングに合わせて、柔軟に質問項目の順番を変えたりしている。
質問2	「デイサービスで聞き出した利用者の新たな目標について、ケアマネジャーにバックアップしているか」
回答	<ul style="list-style-type: none"> ケアマネジャーに嫌われないように、表現を考えてバックアップしている。 バックアップした後、ケアマネジャーから感謝の言葉をいただいた場合もあれば、話をあまり聞いてくれない場合もある。

【当日の写真（例）】



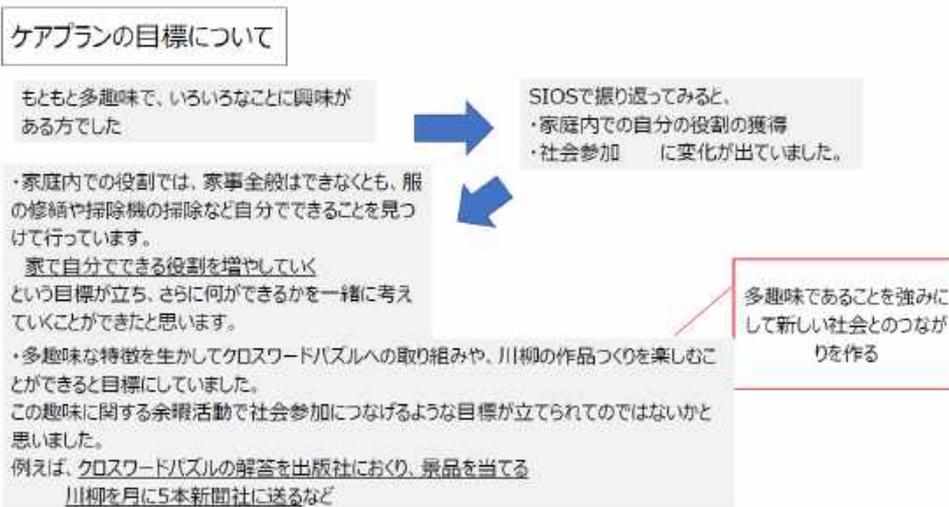
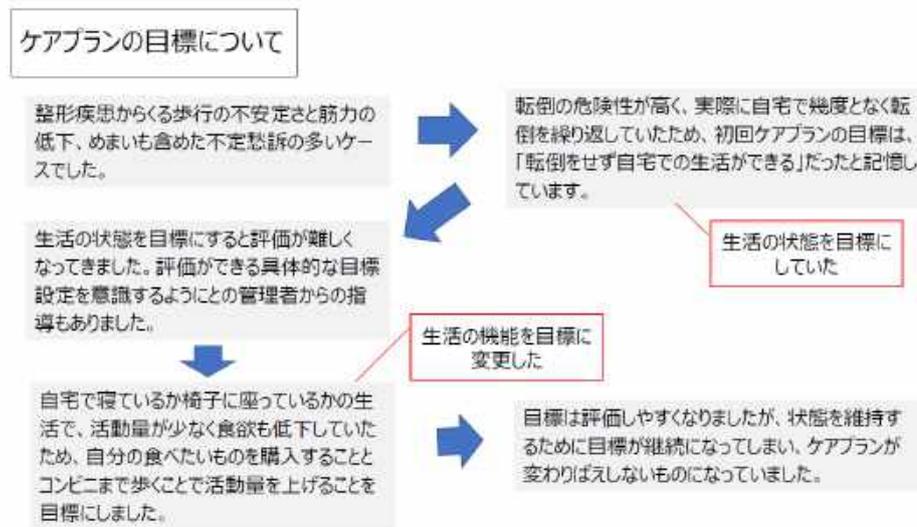
④ 第3回の運営

第3回は、令和3年11月24日（水）17：00～19：00 Zoomにて開催した。プログラムの内容は下記の通り。

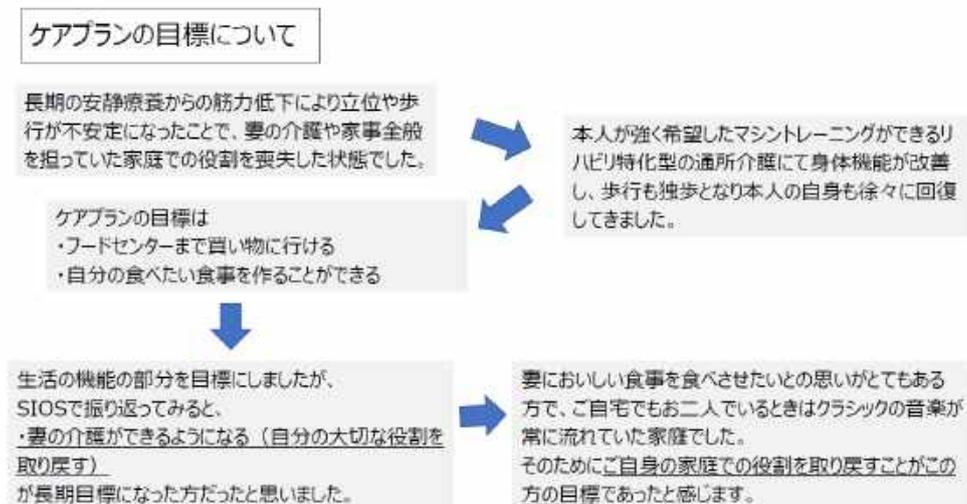
- | |
|---|
| <p>ア 講義「過去の事例を SIOS で振り返ってみる」</p> <p>イ 講義と個人ワーク「実際に SIOS をつかうための準備」</p> <p>ウ 実習のワークシートの説明とお願い</p> |
|---|

「ア」では、ファシリテーターの中村氏は、自分が過去担当した2事例を SIOS で振り返りながら、SIOS の活用方法と SIOS による目標の作り方を紹介した。具体的には、2事例について、ケアマネジメント前後での変化をそれぞれ ICF に準拠した項目で整理したあと、ケアマネジメント前後を SIOS で比較した点数で提示した。その結果、当初作成した目標とは別の内容を目標に立て、別のケアプランの案も可能だったという感想を共有した。

【事例1に対するケアプランの目標の見直し】



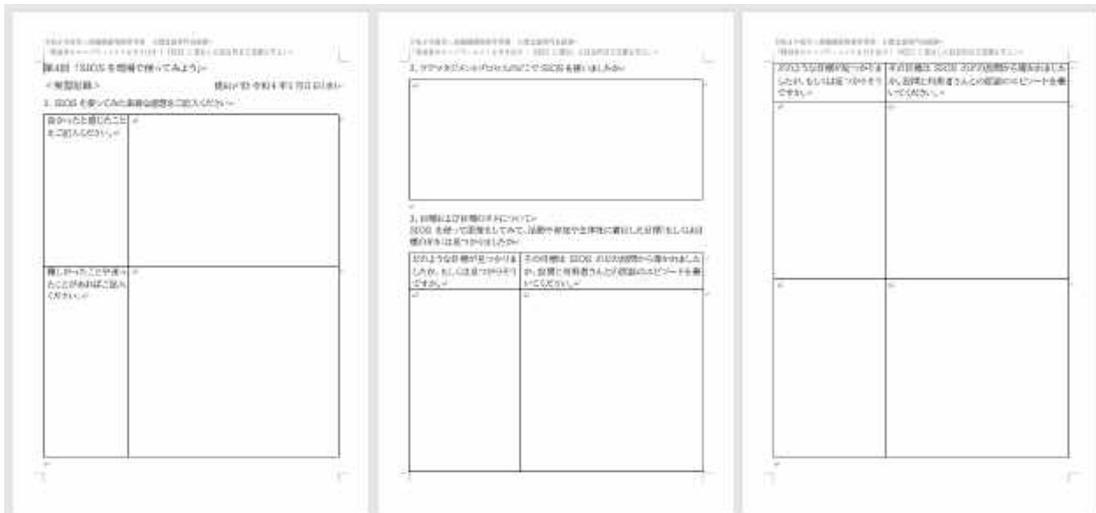
【事例2に対するケアプランの目標の見直し】



「イ」では、渡辺氏から助言をもらいながら、中村氏は SIOS の設問 1～11 の合計 11 問を順番通りで各設問の詳細を参加者と共有したうえ、各設問を使って利用者と面接する時の注意点やコツを紹介した。

下位尺度	評価項目	配点	最高点
活動 (Activities)	設問 1：移動範囲 (Moving range)	1-5点	20点
	設問 2：セルフケア (Self-care)	1-5点	
	設問 3：家事 (Household tasks)	1-5点	
	設問 4：運動習慣 (Exercise habit)	1-5点	
参加 (Participation)	設問 5：家庭での役割 (Role in the family)	0-10点	20点
	設問 6：社会参加 (Participation in society)	0-10点	
主体性 (Identity)	設問 7：自己効力感 (Self-efficacy)	0-4点	20点
	設問 8：他者とのかかわり (Commitment and engagement)	0-4点	
	設問 9：知識と理解 (Knowledge and understanding)	0-4点	
	設問 10：主体的意思決定 (Self-decision making)	0-4点	
	設問 11：自己管理 (Personal control)	0-4点	

「ウ」では、第 4 回の実習に向けて、中村氏は、実習のワークシートや実習方法について説明した。



【当日の写真 (例)】



⑤ 第4回の運営

第4回は、2021年11月25日（木）～2022年1月5日（水）の1か月間を実習期間とし、8名の参加者が、第1回～第3回で習得した SIOS をそれぞれの日常業務で活用してみた。実践の結果として、参加者全員から実習ワークシートを提出していただいた。参加者から提出した実習ワークシートの内容は、下記のとおり。

【SIOS を使って、よかったこと】

氏名	よかったこと
参加者 No.5	<ul style="list-style-type: none"> ・ 設問 6 について具体的に質問ができた。本人よりエピソードが聞き取りやすかった。また「してみたいこと」が今までは思い浮かばなかった様子だったが、具体的に質問することにより「してみたいこと」についても話すことができた。
参加者 No.2	<ul style="list-style-type: none"> ・ 生活状況やできること、できるけどやっていないことなど、確認し忘れが少なく、状況把握ができる。生活歴の確認も併せて行うことができ、設問から発展させて今後の思いなども確認しやすさはある。もともとやっていなかったけど、やってみたいと思う、これからもやる気はないなどの意思確認もできる。
参加者 No.4	<ul style="list-style-type: none"> ・ 神棚や仏壇の管理・宗教関係の活動・選挙権の行使等、色々な活動参加が考えられることに気づくことができた。
参加者 No.6	<ul style="list-style-type: none"> ・ SIOS は設問が「はい」「いいえ」だけの回答にはなりにくい柔らかさがあり、横道にそれでも本人からの情報が引き出しやすいと感じた。 ・ 本人が問題と思わないことは SIOS では問題と出ないので、本来の本人の希望や、やりたくないことが分りやすいと感じた。 ・ ただ聞かれたことに答えるアセスメントではなく、多少本人が考えなければならぬせいか、自己決定しやすく、支援の展開が早い気がした。（実際、私のケースの人は居宅介護支援利用を拒否しており、施設相談員は困っていた） ・ 意外に時間はかからなかった。
参加者 No.7	<ul style="list-style-type: none"> ・ 身体機能や取り組みなどは日頃のモニタリングで確認するが、利用者自身の役割やそれを自分でどう感じているかということも、共に確認できた。
参加者 No.1	<ul style="list-style-type: none"> ・ 設問を皮切りに新婚当初のエピソード等、今につながる歴史を本人の家族から話し始めてくれた。 ・ SIOS そのものも重要だが、そこから派生する本人、家族の価値観や人生観の形成過程の理解が進んだことが良かった。

氏名	よかったこと
参加者 No.3	<ul style="list-style-type: none"> ・ 初回のため、利用者本人も考える時間も長く、ひとりでは決めることができなかつたため、一緒に考えることができた。 ・ 設問の中で季節によりできることとできないことがある等、悩むこともあった。
参加者 No.8	<ul style="list-style-type: none"> ・ 以前の状況を確認していく中で、これまで聞いたことがなかつた利用者の生活の様子を話してもらうことができた。 ・ タブレットを使用し本人と一緒に実施した。入力も本人に行っていたところ、一方的な質問や聞き取りとは違う形であったことにより、本人の様子が普段より主体的であった。 ・ 本人の生活に対する自己評価や満足度が、自分の想像よりも高く、本人が生活の中で大切と思っている部分を知ることができた。

【SIOS を使って、難しかったことや迷ったこと】

氏名	難しかったことや迷ったこと
参加者 No.5	<ul style="list-style-type: none"> ・ 設問 6 について 3 名に質問をしたが、現在できていないことが多く、本人が寂しい感情を見せたことがあった。また設問 7~11 についてはケアマネジャーがもっと出来ていると思っても本人はそれほどでもないと考えており、質問の仕方が良くないだろうかと難しく感じた場面もあった。
参加者 No.2	<ul style="list-style-type: none"> ・ 自分の思いをしっかりと伝えられる人であれば難しさはないが、伝えるのが難しい人、ケアマネジャーから見てできているのにも思っている、自分の評価が低い人、逆に高い人などのときにどう判断すれば良いか。そのままを記載してと本人は思っているが、周りの評価としては高い・低いをどう表現したらよいか。
参加者 No.7	<ul style="list-style-type: none"> ・ 設問 7 以降のところ 5 段階になっているが、聞き取りにより、評価が曖昧になってしまった。（「あまり」「そこそこ」「かなり」の部分）
参加者 No.6	<ul style="list-style-type: none"> ・ 本人が認知症にて会話を合わせてしまう場合は、これまで通り、家族や施設相談員等の情報提供や同席が必要と感じた。 ・ デマンドが強い情報収集になり、ニーズに変換しづらくなるのではないかと思つたが、その人らしいケアプランを作成する情報とすることができた。 ・ チェック項目にチェックはされないが、エピソードが引き出せた事柄について、どのように評価してよいのか迷つた。

氏名	難しかったことや迷ったこと
参加者 No.4	<ul style="list-style-type: none"> 今まで調理には、台所の片付けが含まれると思っていた。ヘルパーの調理には片付けが含まれていると思っている。 一番難しかったのは独居生活の留守番であった。何度も解釈を読んだ。
参加者 No.1	<ul style="list-style-type: none"> すでに焦点化した課題に取り組んでいる場合、話題が広がる反面、もし目標化すると取り組むことが拡大するリスクを感じた。 本人家族のキャパシティと合わせて考える必要性を感じた。
参加者 No.3	<ul style="list-style-type: none"> 設問 6 のところではほとんどチェックすることができず、逆にここで何か目標が見つかるような感じを受けた。まずできることを利用者と話し、項目内容にはないがまずできることから始めるように探した。
参加者 No.8	<ul style="list-style-type: none"> 各項目の評定基準に迷った。留意点を本人と確認しながら実施したため、時間を要した。 設問の内容から話を展開させて、どのように本人に語ってもらうかという工夫については、ある程度の技術や経験が必要だと感じた。 「活動的な生活ってどんな生活？」と聞かれた際に、返答に困った。

【SIOS を使用したプロセス】

氏名	SIOS を使用したプロセス
参加者 No.5	モニタリング訪問時に実施。
参加者 No.2	以前担当していた利用者の状態変化時でのケアプラン作成を思い出して使用した。
参加者 No.4	活動・役割、できている部分に注目した。
参加者 No.6	<ol style="list-style-type: none"> 初回面談時。 事前情報と本人の話で相違があったため、入居されている施設職員同席にて、再度その日のうちに相違があった部分だけ確認として行う。
参加者 No.7	介護保険更新の時期であったので、アセスメントのタイミングで SIOS を使った。普段あまり聞き取りをしていない部分を確認し、実際、自分自身が管理していかなければならない、手続き等の部分を共有した。
参加者 No.1	ケアプラン長期目標更新時のアセスメントで使用。

氏名	SIOS を使用したプロセス
参加者 No.3	短期目標切れのためのアセスメント時に本人と一緒にチェックした。
参加者 No.8	再アセスメントおよび新たな目標設定を本人と考える場面。

【目標および目標のタネ】

氏名	参加者 No.2
目標①	調理を自分で行き、妻に体にいいスープを作ってあげたい。そのために、今まで自分でいつも使っていた調味料や材料を自分で買いに行きたい。
エピソード①	設問1の自宅から一番近い買い物に出かけられる、自分で自転車、または自動車を運転して移動できるが以前はできていたが、運転免許証は年齢と体調から返還し車を手放したことで、肺の一部を切除して労作時の呼吸苦が苦しく、歩いてスーパーの中を歩けないこと、スーパーまでの公共交通機関の使用も呼吸苦などから難しいことからできなくなったことを話され、ヘルパーに頼むと自分で欲しいものがうまく手に入らないこと、調理も自分とやり方が違うので味見もするが合わないこと、これからも妻にスープを自分で作って食べさせたいという思いを話された。
目標②	一人で外出する時間をもって、気分転換ができる。
エピソード②	設問6全体。 妻と二人暮らし。妻は要介護4のため介護をしながら生活しているが、生活歴から他親族とのかかわりはなく、経済的にもデイサービスに通うことが難しいため、二人の時間が長い。以前は散歩でも歩いて行ったりできたが、今は行っていないので、ストレスが溜まると話されていた。過去に虐待対応あった。このままだと妻に対してまたたいたりしてしまいそうと話された場面。

氏名	参加者 No.5
目標	「冠婚葬祭に行きたい」、「手紙を書かなくては」等の本人の思いを聞き取れたので、目標としていきたい。
エピソード	設問6の項目の現在できていることからの聞き取りで、「あれば行きたいなあ」や「手紙書くのが好きだったが最近書いていないなあ」などの発言から過去のことを聞き取っていった。

氏名	参加者 No.7
目標	障がいや特定医療費の更新手続きを自分で行う。
エピソード	<ul style="list-style-type: none"> ・ 家計・家財を管理する。 ・ 共同住宅に入居して、今まで親がやっていたお金の管理や書類の管理は自分でやっていると話をされた。来年度も申請手続きがあるので、また区役所で待ち合わせをして、ご自身でやってみませんかと伝えたら、そうしますと答えていただいた。 ・ 人任せであったことが、自分で行うべきことという自覚に変わっていていると感じた。

氏名	参加者 No.3
目標①	市営住宅に住んでいるため何かの役割が出てくるかと感じた。
エピソード①	<p>設問 6</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 現在は外に出ることもないので、何も近所の人や同じ団地の人との交流はないが、回覧板は自分で持って行くとのこと。 ・ 今までは玄関ドアには挟んでくるだけで、話もしたことがないとのこと。 ・ 回覧板をうまく利用し、ピンポン鳴らして手渡しすることはどうだろうと提案。 ・ 本人はそうだね、今度やってみるわと答えてくださる。近隣の人とまず顔なじみになれば何か町内会の行事等も参加しやすくなるのではないかと感じた。
目標②	回覧板を手渡しで渡すことができるようになる。
エピソード②	<p>設問 6 でチェックが付くものがなかったため</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 現在の集合住宅に引っ越しをして間もないということもあり、全く近所との付き合いがないとのことで、自分の家にも回覧板は玄関ドアに挟んであるので、自分も次のお宅に回す時には玄関ドアに挟むだけだったが、今後はピンポンを鳴らし顔を見て挨拶できるようになる。 ・ 足が悪く、歩行器か杖での移動となっているが、短い時間で屋内の移動なら安全も確保される。

氏名	参加者 No.4
目標	<p>長期目標：理解を深める</p> <p>短期目標：情報を収集する</p>
エピソード	政治関係団体や会へ直接参加はできていないが、新聞やテレビニュース（新型コロナウイルスや政治関係）を見て、ヘルパーやケアマネジャーに自分の意見を言ったり、意見を求めることがあった。

氏名	参加者 No.6
目標①	気兼ねなく入浴できる。
エピソード①	<p>設問 2：ひとりで入浴、シャワー浴ができる。</p> <p>※ 事前の施設相談員の情報：「入浴は令和 3 年 1 月、シャワー浴は 7 月が最終」</p> <p>(SIOS 1 回目)</p> <p>本人の答え「入浴は施設のお風呂で週 4 回入っています」</p> <p>→ 全ての項目終了後、施設相談員に結果連絡。施設相談員が同席し、確認が必要な個所と、本人の考えが変化したところのみ再度確認する。ポジティブなエピソードを話した後に、再度設問 2 を話す。上記と同様の答えであったが、施設相談員と一緒に記憶をたどって話す。</p> <p>(SIOS 2 回目)</p> <p>本人の答え「そういえば入浴するのは苦手だった。きっかけがあったら、入れるかも。でも、施設では入りづらい。迎えに来てくれるなら、そういうお風呂のほうが入りやすいかも。」と。</p> <p>→ 入浴という苦手事項について、情報提供から、自分の気持ちをきちんと表現された上で自己決定されている。</p> <p>→ 結果、一日デイと半日デイを週 1 回設定。入浴は週 2 回となる。</p>
目標②	本人が難しい困りごとを、できる範囲で手伝いをする。(姪)
エピソード②	<p>設問 14：親族関係の調整役をする チェックなし</p> <p>※ 親戚は姉と姪。姉は高齢。姪は多忙にて、施設職員が本人の状況を連絡しても反応が乏しいと伺う。</p> <p>(SIOS 1 回目)</p> <p>本人の答え「調整役どころか、親戚は姉と姪のみで、たまにしか連絡を取っていません。迷惑はかけたくありません。」</p> <p>→ 本人は自立型施設に入居も、施設相談員が受診等に付き添いをしている。また、苦手な入浴、洗濯ができていない、食事がかたよりがちであるが、介護保険等の利用や支援してくれる施設への入居が早いと感じている様子。家族の協力は得られないかと伺う。</p> <p>(SIOS 2 回目)</p> <p>本人の答え「姉と姪に迷惑をかけるくらいなら、他の施設に入るし、デイにも行きます。でも、本当に私に必要かわからないので、デイサービスは体験、施設は見学だけなら、行ってみます。」</p> <p>※ 姪に上記(本人の答え 1, 2 回目)等を電話にて伝え、介護保険等</p>

	<p>のできることを説明する。</p> <p>※ C施設相談員より、職員が休日の週末に本人が自分で美容院に行き髪を切ったと話していると、姪に連絡。姪が面会し美容院に連れて行ったと。「体験でもデイに行くなら、散髪した方がいいと思いました。私は余裕のある時にしか協力できませんが、本人も（デイ利用、施設入所について）話していましたので、本人の年金で収まるところに入所をお願いします。保証人になります。」と。その後、姪とは滞りなく電話連絡でき、施設入所書類も必要事項記載の上、返送を頂けている。</p> <p>→ 姪から必要な協力を得ることができた。施設相談員とケアマネジャーは姪が本人に面談し散髪に行くとは思っていなかったのが驚いた。</p> <p>→ 本人は、介護保険利用や、施設入所を嫌がっていたにも関わらず、設問 14 についての話の中で、他者に配慮し、主体性をもって自身の将来を決めた。そんな本人に、周囲も協力するようになった。</p> <p>このエピソードでは、親族に迷惑はかけられないと思った本人が自分でできることを考えた影の調整役としての役割を担ったのではないかとケアマネジャーは感じている。</p>
目標③	運動不足の解消
エピソード③	<p>設問 4（健康についての内容）すべてチェックなし、設問 6 ⑫のチェックなし、設問 9、設問 11、「あまりできていない」</p> <p>→ 運動不足ではないかと話になる。</p> <p>運動はしていないけど嫌い、絶対にやらない、施設でラジオ体操しているから必要ないと本人が言う。SIOS の書面をもって確認して頂いたところ、運動に意識を持たれるようになった。</p> <p>→ 苦手ゆえの運動不足が一番のデイ通所理由となる。手芸や入浴はやろうと思えば自分でできるが、運動は誰かに教えてもらわなくてはできないと感じた様子。自己決定されたと考える。また、このエピソードから、自身が納得できると、方向性を変えることができる人となることも確認できた。</p> <p>→ お金がないと話されることもあり、半日の運動と入浴のデイと一日のデイ（個別機能訓練あり）を体験することになった。結果、与えられた運動をこなし、楽しかったとのことで各週 1 回運動と共に設定することになった。</p>
目標④	得意な手芸の継続
エピソード④	<p>設問 6 ⑭趣味に関する余暇活動（外出を伴うもの）チェックなし</p> <p>→ 「出かけなくても、手芸を部屋でやっているから」と本人。</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ・ 手芸が得意と話されており、以前は着物の仕立てをしていたほど。当初、手芸は自室で行っているから、問題ないと話す。 ・ 2回目の SIOS 実施中に、実は一人だと手芸に手がかないと話される。既往として鬱病あり、意欲低下があることがわかる。手芸を行っているデイがあることを伝える。興味が出てきた様子。 <p>→ 短期記憶がない状況も、手芸ができていないことを意識されている。このことが本人の大きな部分を占めていることだとケアマネジャーが感じた。</p> <p>→ 手芸に特化した1日デイサービスを体験。作品を1つ完成され大変楽しかった、行きたいとのこと。楽しみを持たれている。週1回設定することになった。</p>
--	--

氏名	参加者 No.8
目標①	北広島市に建設中の北海道日本ハムファイターズの新球場が完成したら行ってみたい。
エピソード①	<ul style="list-style-type: none"> ・ 社会参加の項目で、以前は子供の卒業祝いで旅行に行ったり、子供にせがまれて札幌ドームに野球を見に行ったりしたとの発言があった。 ・ 「また行ってみたいと思いますか」と聞いたところ、「ファイターズの新球場ができたなら一度は行ってみたい」との返答があった。
目標②	自宅の2階に、階段を昇って上がれるようになりたい。
エピソード②	運動習慣の項目で、「リハビリしてもこれ以上良くなれないかなと最近思っている」との発言あり。しかし機能回復ではなく機能維持のためリハビリ継続は必要と話され、「できるようになりたいことは」との質問に対して左記の返答あり。近い将来、一軒家で独り暮らしとなるので、自分で確認できるようになりたいとの意向。

氏名	参加者 No.1
目標	絵手紙を書いて母親や祖母の墓前に添えてみる。
エピソード	<ul style="list-style-type: none"> ・ 夫から新婚当初のエピソードとして、実家帰省時に祖母が本人から全く離れずに正月期間を過ごしており、お姫様状態だったことが語られる。 ・ もともと絵手紙は好きで実際に手紙として出していたことは知っていたが、一人娘として大事にしてくれた祖母、母親への感謝の報告を提案。

⑥ 第5回の運営

第5回は、令和4年1月17日（月）17：00～19：00 Zoomにて開催した。プログラムの内容は下記の通り。

- ア 実習ワークシートの結果について
- イ ケアマネマネジメントプロセスにおける SIOS の今後の可能性について

「ア」では、まず SIOS を使ってみた率直な感想について、参加者に一人ずつ発表してもらった。それぞれの感想は下記のとおり。

氏名	感想
参加者 No.7	<ul style="list-style-type: none"> ・ 日々のモニタリングで、身体機能やそれに伴うリハビリ等の機能訓練について、どのような取り組みをしているかは、聞くことが多い。それが利用者本人の役割につながるという視点は、SIOS を使って確認ができた。例えば、「立ち上がる訓練をやっている」や「ストレッチをやっている」という程度ではなく、なぜそれをやっているか、なぜそれが必要なのかについて、SIOS を使って深掘りができた。 ・ 札幌市の総合事業のケアプランに、目標を作るときになりたい自分という項目がある。SIOS の回答はそれに繋がる。 ・ 以前と現在の項目は普段意識してやらないと聞かないようなものが多く、SIOS を使うことで自然に話を聞いた印象があった。
参加者 No.5	<ul style="list-style-type: none"> ・ 質問項目があることで、話が広がった。今まで細かく聞けなかった部分を聞くこともできた。一方、詳細な情報を聞いたことで、今まで本人ができたことができなくなったことを把握できて、寂しい思いも拾ってしまった。今後どのようにフォローすればいいのかを反省しなければならなくなった。 ・ 認知が進行している一人の高齢者に活用してみたが、質問の理解が難しかった。対象によって、SIOS がうまく使えない場合もあると感じた。
参加者 No.6	<ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者との初回面談で使った。利用者がこちらの話に合わせてしまったせいか、2回実施したが、全然違う結果であった。利用者のみならず、家族や相談員の話も含めて判断したほうがいいのかも感じました。
参加者 No.3	<ul style="list-style-type: none"> ・ 現在使用している予防や総合事業のアセスメントにしている部分もあるので、使いづらい感覚はなかった。ただし、北海道は冬だと外出できなくなることもあり、質問の内容は季節によって聞きづらいものもある。1年間を通してずっとできないかもしれない。

氏名	感想
参加者 No.8	<ul style="list-style-type: none"> ・ タブレットを使って利用者と一緒に質問を回答した。いつものアセスメントの聞き取り質問の雰囲気と違い、利用者は一方的に質問をされるのではなく、主体的に考えながら回答できた。 ・ 利用者の以前の状況を確認した際に、具体的な場面設定があるので、とても聞きやすく、話も膨らみ、広げやすかった。

そして、参加者が SIOS の使い方で難しかったと感じた点について、渡辺氏や佐藤氏からの意見をいただいた。

【質問①】	SIOS の設問から話を発展させて、どのように本人に語ってもらうかという工夫について、教えてください。
【回答】	あまり意識したことはなかった。SIOS を 1 回でも使ってみると、意外と聞き方がわかるという介護職が多い。SIOS の項目をきっかけに、どんどん質問すれば、自然に会話が生まれる。また、同じ質問を繰り返し聞くことで、利用者に関する意外な情報が生まれることもいい。
【質問②】	「活動的な生活ってどんな生活？」と利用者が迷っていた。Q&A を一緒に読んでも本人が迷っているときはどうすればいいか。
【回答】	<ul style="list-style-type: none"> ・ Q&A では、「ご自分で考え、ご自分で決定し、ご自分で行動する状態を指す」と書いてある。「今の生活でも十分楽しめているのかもしれないが、もう少しこれができたら、より楽しくなるというようなことがあるか」という補足的な感じで質問をしている。 ・ 全然なりたいと思わないような人も少なくないが、その場合、以前の話の切り口に、利用者との会話の中からヒントをもらうことが大事である。
【質問③】	独居生活の留守番について、よく理解できない。
【回答】	<ul style="list-style-type: none"> ・ 最初にこの項目を作ったのは、ICF のコードに対応するためであった。介護保険ができる前から、日本における高齢者の家庭での役割について、留守番という独立の項目があった。それに合わせて、4.1 バージョンで留守番の項目も作った。 ・ どこか頼まれて出向いて留守番に行くことや、近くに住んでいる娘のうちに掛けて行って、宅急便を受け取ることなどを想定して運用していたが、やはり該当者が少なかった。 ・ 現在の状況に合わせて、5.0 バージョンでは留守番という単独の項目を削除し、訪問者への対応という項目と合体するようにした。

【質問④】	SIOS の設問 7 以降（主体性の設問）で、評価スケールが「あまり」「そこそこ」「かなり」とファジーな表現になっていて、聞き取りによって評価が曖昧になってしまった。どうすればいいか。
【回答】	・ 基本ビジュアルのスケールで、大体どの辺かを利用者に指してくれるようにしている。
【質問⑤】	設問 7 以降の主体性の部分で、本人が感じている生活に対する主体性と、ケアマネジャーが感じている主体性にギャップがある場合、どうするか。
【回答】	<ul style="list-style-type: none"> ・ ケアマネジャーが想定より低い点数である場合、とてもいいことだと捉えている。利用者とても前向きな未来の話ができる。 ・ ケアマネジャーが想定より高い点数である場合、高次脳機能障害の人は該当者が多く、家族や周りの人がとても心配しているが、本人の自己評価が高い。その場合でも、周りの声をちゃんと本人に伝えるようにしている。それを聞いてから自己評価が低くなるようなケースがほぼない。また、1回の面接で何かを解決するとは思わず、時間を置いてから再確認等を積み重ねたほうがいい。
【質問⑥】	社会的役割や家庭内の役割について、利用者が昔できたのにできなくなったと聞いたときに、どのように対応したらいいのか。
【回答】	<ul style="list-style-type: none"> ・ SIOS をやっているうち、「できていない」の連続になると、「俺がペットみたいなもんだ」といった人がいた。介護保険を使っているので、40 代の体力を取り戻すのはおそらくできない。以前と同じような活動を取り戻すのではなく、利用者との会話の中で、その人らしい生活の要素を見つけることが大事である。その自分らしい要素を生活に取り入れることを利用者と一緒に考える。

また、参加者の各自が SIOS を使って面接をして見つかった、活動や参加、主体性に着目した目標と目標のネタについて、参加者全員で共有した。

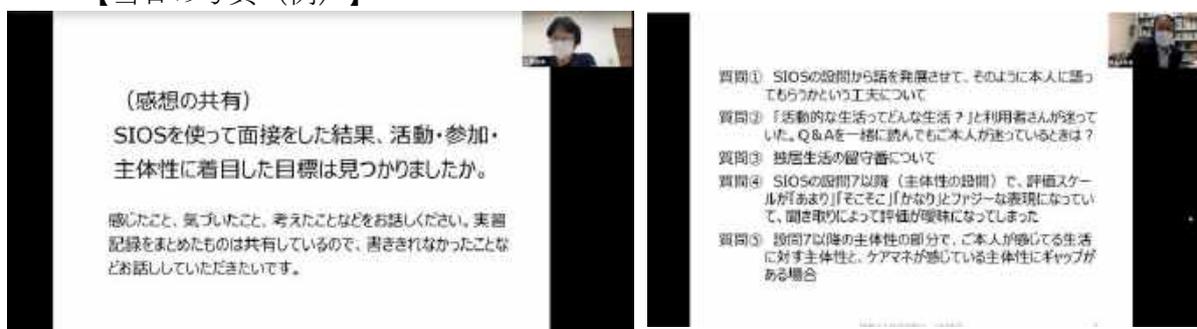
氏名	発言内容
参加者 No.3	<ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者は市営住宅に転居した直後の人。おしゃべりが好きな人だが、社会参加の項目にあまりチェックが入らなかった。「回覧板」の話から、近所の人との付き合いという目標を見つけた。

氏名	発言内容
参加者 No.6	<ul style="list-style-type: none"> ・ 面接は2回やって1時間程度で終わった。 ・ 「はい」と「いいえ」のみで終わるアセスメントと比べ、利用者本人の感想まで聞けた感じ。また、SIOS を使うことで、本人自分で考えてくるのがとても身近で体験できて、自分はとても感動した。 ・ SIOS を使って質問しているうちに、利用者本人も自分が全部だめだというマイナスだけではなく、できるものもあるのだと気づかせてもらえる。 ・ SIOS を使うことで、利用者の答えは想定と違う場合、話の流れで隙間を入れて再度確認したほうが良いと気づかせてくれた。 ・ アセスメントというのは、その人を調べつくすというイメージがあるので、自分自身も嫌だったが、SIOS は柔らかい感じがあり、その人に近くなる感じのイメージをした。
参加者 No.8	<ul style="list-style-type: none"> ・ 50代脳血管疾患で障害がある人を対象に SIOS を使った。 ・ 一番大きな成果は、利用者本人が自分のことを客観的にどう見ているのかを把握できたことである。 ・ 障害が残っているので、前と同じ生活を送れないことは本人が自覚しているようだが、どの程度考えているのか、次の目標をどこに置いているのかについて、SIOS を使うまでは把握できなかった。 ・ 私の評価では、この利用者がそんなに活動的な生活を送っているとは思わなかったが、本人は不自由な体の割にできているという意外の評価結果があった。 ・ 運動項目と社会参加の項目から、本人のやりたい目標を見つけた。
参加者 No.5	<ul style="list-style-type: none"> ・ 90代の人を対象に使った。今まで本人とのアセスメントの中で、こちらからの提案に対して、高齢という理由で断られ、意欲的な発言はあまりなかった。 ・ SIOS の質問に詳細な項目が数多くあるので、普段のアセスメントであまり思いが行かなかった部分の話も聞けて、冠婚葬祭に行きたいことや手紙を書きたいという目標を見つけることができた。

最後に、ケアマネジメントプロセスにおける SIOS の今後の可能性について、参加者から下記の意見をいただいた。

- ・ SIOS は介護度の高い人にも活用できる。各質問を通して、利用者は何をしているか、何を目標しているのかについて、聞き出すことができる。
- ・ 抽象的な概念ではなく、利用者の具体的な行動レベルまで落とし込むときに、SIOS がとても有効だと感じる。
- ・ 各項目のやり取りで発生した会話の中から、利用者の価値観がよくわかる。その意味で言うと、SIOS はとても優秀なツールだと思う。
- ・ SIOS を使うことで、利用者の困りごとへの対応という出発点ではなく、利用者は何が好き、何を楽しんでいるか等、ある意味素人の質問に戻してくれる感覚がある。それこそプロ意識と実感する。

【当日の写真（例）】



(5) 参加者へのグループインタビュー調査の実施

今後の展開に向けた課題や改善点等を整理するため、令和4年1月17日（月）に本研修プログラムに参加したケアマネジャー等を対象に、グループインタビュー調査を実施した。結果は下記のとおり。

① 今までの研修会について

- ・ 事例検討の中でアセスメントも一緒に検討することがあったが、アセスメントに特化した研修会に参加したことはなかった。
- ・ 90分間で1事例に関するアセスメントを学ぶ機会があったが、現場で活用し、さらにその感想を共有するような研修会はなかった。
- ・ 今まで使っていたアセスメント表は、活動参加に関する内容がとても少なかった。
- ・ 今まで数多くのアセスメント方法に関する研修をしてきた。その中で、ICFが一番使いやすかった。ケアマネジャー各自に合ったアセスメントを使うのが一番である。
- ・ 今まで参加した研修会の中で、ケアプランを作ったものが一番印象に残る。これを使ったらケアプランにつなげるという趣旨が大事である。

② 次年度の普及に向けた提案等

【時間設定や開催方式について】

- ・ 今回の研修プログラムの期間設定（月に1回程度）が妥当である。
- ・ 開催時間は業務時間内の昼間や業務時間外の18:00以降が望ましい。
- ・ 1日完結型の研修会はあまり望ましくない。現場での活用と実践後の感想を交流する機会が大事である。
- ・ 開催時期は12月と1月を回避してほしい。参加者にモチベーションがある時期、即ち法定研修等で自立支援の話が出た時期や行政によるケアプランの点検がある時期に合わせて、研修会を実施したほうがいい。その時に、人が集まりやすい。動機付けには、SIOS以外の何かが必要である。
- ・ オンライン方式は参加するハードルを低くするメリットがあり、普及活動にいい。
- ・ 対面の研修方式とオンライン方式で、参加者はそれぞれ意見が分かれたが、オンライン開催でも問題はなかったと全員からの意見をもらった。
- ・ 事業所内で職員同士連絡用のツールとして、Googleのチャット機能を導入してある。ICTによる連絡体制の作りが効率的な手段だと評価した人がいる一方、対面での質問が望ましいとの意見もあった。

【開催内容等について】

- ・ 今回の研修プログラムで活用したSIOSは、アセスメントツールとして、他のケアマネジャーに共有したほうがいい。
- ・ 普及方法は、まず今回の研修プログラムに参加した主任ケアマネジャーから伝達したほうが効率がいい。
- ・ 今まで凝り固まったアセスメント手法でやってきたが、今回の研修会を機に、新たな視点が持てるようになった。
- ・ 新鮮な気持ちでアセスメントし直すことができた。3～5年目のケアマネジャーに強めに勧めたい内容であった。
- ・ デイサービスの職員とケアマネジャーが同時にSIOSを活用すれば、お互いにもっと連携しやすくなる。
- ・ 各介護事業所でそれぞれのアセスメント手法があるので、今回の研修プログラムのような内容は、包括主催のアセスメントの研修会の基準に合わないところがある。一方、ICFの活動参加等を特に考えずに作ってしまうケアプランもあるので、やはりアセスメントツールの普及が必要だと感じている。

4.3 今後の普及に向けて

ケアマネジャーが日常のケアマネジメントの業務の中で、利用者の社会的自立支援に取り組んでいるにもかかわらず、できているかどうか不安を感じていることや、利用者の社会的自立支援の推進において重要なツールとして、ICF 理論を勉強する機会が数多くあるが、そのまま日常業務に活用できない課題を踏まえ、今年度は、主任ケアマネジャー（8名）を対象に、高齢者の社会的自立支援の推進において、ICFに準拠したアセスメント・アウトカムスケール SIOS の習得と活用を中心に、研修プログラムを実施した。

その結果、本プログラムは、ケアマネジャーの自立支援マネジメントの推進に役立つことが確認できた。

具体的には、開催方式について、オンライン開催でも問題はないことがわかった。開催時期について、月1回程度の頻度で、講義を受講してから現場で活用し、さらに感想を共有するという一連でやったことは、参加者からの称賛をいただいた。アセスメントツールとしてのSIOSについて、利用者と一緒にSIOSを使って会話をすることで、話が膨らみ、広げやすかったり、今まで聞き取れなかった情報を聞けたり、話の深掘りができたりしたコメントを数多くいただいた。

一方、17：00～19：00という時間設定が勤務終了時間を跨っているのも、取り扱いづらいという意見や、LINEで利用者の情報を共有して相談することに抵抗感があるという意見、SIOSで収集した利用者の新たな情報の対応方法がわからないという意見もいただいた。

次年度の普及に向けて、今年度の研修プログラムの課題を踏まえ、大きく下記の4つの改善点が考えられる。

- (ア) 主婦層のケアマネジャーも参加しやすいように、講義の時間を平日昼間の時間に設定すること。
- (イ) LINE による事務連絡、オンライン会議による講義の実施、会場における対面交流会の実施という3つの開催方式を併用し、ICT の効率性を採用しながら、参加者同士の相談・交流機会を作ること。
- (ウ) 研修プログラムの内容に、SIOS 自体に関する講義を実施した後、多職種による事例検討会を追加すること。
- (エ) ケアマネジメントプロセスにおいて、ケアマネジャーと通所介護等の職員の連携を促進するため、ケアマネジャー以外の介護事業所職員も対象に入れること。

5 リハ職との連携による訪問看護師の自立支援ケアマネジメント推進に係る研修プログラム研究

5.1 背景

過去2年の調査では、地域には下記の課題があることがわかった。

- (ア) 在宅サービスの推進にあたり、地域における専門職の需要がますます高くなっている。一方、自立支援ケアマネジメント推進の重要な役割を担うリハビリテーション専門職が地域によって偏在しており、リハビリテーション専門職が一人もいない自治体も存在する。
- (イ) 生活機能が低下した高齢者に対して「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という視点を踏まえたサービスを提供できるように、看護職員とリハビリ専門職との連携が求められているので、訪問看護師のリハビリスキルの向上は、地域におけるリハビリテーション専門職の不足を解決する方法だと考えられる。
- (ウ) リハビリ実施の必要性がある利用者が数多くいると感じるにもかかわらず、リハビリに関する知見やスキルが十分だと感じない訪問看護師が大半である。
- (エ) 訪問看護師には、抽象的な概念の勉強より、すぐ活用できるようなリハビリの手技の習得が望まれている。

以上の課題と背景を踏まえ、昨年度では、下記の5点をコンセプトとする研修プログラム（プロトタイプ）を提案した。

- (ア) リハビリテーション専門職からの専門的知識や技術の伝達（トップダウン）と看護師が現場で感じている困りごとの解決（ボトムアップ）の中間になるような研修内容にする。
- (イ) ベーシックなリハビリのパターンを姿勢分けで想定し、具体的な手技を学ぶ。
- (ウ) リハビリテーション専門職と看護師が共に学ぶことで、お互いの知識を共有し、レベルアップできる。
- (エ) アセスメントや評価については手技を獲得する過程で学ぶ。
- (オ) 多忙である看護師が負担に感じない研修をつくる。

今年度は、上記のプロトタイプをもとに研修プログラムを開発し、札幌市内の訪問看護師を対象に研修を試行的に実施した。

【検討体制】

所属	氏名	備考
医療法人財団老蘇会	中村 明子	保健師、介護支援専門員
(株)ミヤビー 小規模多機能ミヤビー宮の森	川田 雅弥	管理者兼任理学療法士
(有)ウィルみかん訪問看護ステーション	佐々木 喜之	作業療法士
(株)札幌山水 サンスイ A&S 福祉用具貸与事業所営業主任	田村 拓也	福祉用具専門相談員
NPO 法人手と手	桑原 拓己	作業療法士

5.2 実施結果

(1) 研修プログラムの概要

目的	リハビリテーション専門職がない訪問看護ステーションにおける訪問看護師のリハビリスキルの向上
所要時間	3 か月間 (全 5 回)
開催方式	対面指導 ※ 第 1 回は新型コロナウイルス感染拡大の影響、Zoom にて開催。 ※ 参加者が気軽に相談できるように、情報を共有できる ICT ツール LINE グループを同時に導入した

(2) 参加者の募集

研修プログラムの成果や課題等をしっかりと把握するため、講師 1 名が 2 名の参加者を指導するという基準のもと、参加者を計 6 名という少人数の設定にした。先着順で、下記 6 名の参加者に選定した。

番号	所属事業所名
1	訪問看護・リハビリテーションセンターななかまど中央
2	訪問看護ステーションあんずの華 (看護小規模多機能ホームあんずの華)
3	静明館訪問看護ステーション
4	札幌ケアサプライ合同会社 暮らしの訪問看護ステーション 木の葉
5	訪問看護ステーションえん
6	社会医療法人社団愛心館訪問看護ステーションしろくま

【募集用チラシ】

令和 3 年度
在宅ケアを推進する専門職等に対する自立支援型リハビリテーションの知識やスキル向上を目的とした
実習指導等の生活技能向上推進に向けたモデル検証
訪問看護師のための
リハビリテーションスキルアップ研修会
～訪問で役立つリハビリテーションの
ベーシックハタートを学ぶ～

- ✓ 院内や外部可動域、ICFなどの分野が学べる。
- ✓ 実習型にリハビリテーションの経験・知識内容が学べる。
- ✓ 福祉用具専門相談員から福祉用具・家庭改善のポイントが学べる。

※ミヤビー 小規模多機能ミヤビー館の選
代表 川田雅弥氏(理学療法士、介護支援専門員)

監修 NPO法人手と手 森原拓己 氏(作業療法士)

講師 ㈱ウィルみかん訪問看護ステーション
佐々木恵之 氏(作業療法士)

札幌横山水 サンスイA&S福祉用具貸与事業所
田村拓也 氏(福祉用具専門相談員)

日時・令和3年9/18(土) 10/9(土)11/6(土) 11/27(土) 12/11(土)
全日13:00～18:00(12:00開場、12:30受付開始)

場所・005-0024 札幌市中央区南4条西16丁目1-5
学校法人西野学園 札幌リハビリテーション専門学校 6階ADL室
※会場の駐車場は使用出来ません。

対象・訪問看護ステーションの保健師・看護師・准看護師

参加費・無料 定員・6名(定員になり次第締切)
※お申し込みは、全日参加出来る方に限ります。
お申し込み方法・氏名・所属所名・連絡先・参加理由を記載し、info@ncc.jp にお送り下さい。
お申し込み期限・令和3年9月11日

【お申し込み・お問い合わせ先】
株式会社北海道二十一年記念総合研究所
〒060-864 札幌市中央区大通南3丁目11番地 北洋ビル6階
TEL 011-231-3055 FAX 011-231-3140 E-mail info@ncc.jp

第5回 【実技】	テーマ	「立位・歩行」から考えるリハビリプログラム
	日時	令和3年12月11日（土）13：00～16：00
	内容	ア 「立位」、「歩行」、「階段昇降」の定義 イ バージョバランススケールについて ウ ICF に合わせたプログラム実践例 エ 福祉用具の活用

② 第1回の運営

第1回は、令和3年9月18日（土）13：00～16：00 Zoomにて開催した。プログラムの内容は下記のとおり。

ア 講師の自己紹介、本研修の概要や目的
イ ICFの説明
ウ 福祉用具の説明

「イ」では、佐々木氏による講義と参加者との事例検討を通して、下記3つの目標が達成できた。

(ア) ICFについて理解できたこと。
(イ) ICFの各項目について理解・整理できたこと。
(ウ) ICFを活用し事例について整理でき活動・参加に着目した介入が行えたこと。

「ウ」では、田村氏による福祉用具専門相談員、介護保険制度と福祉用具、住宅改修事例、多職種との連携、モニタリングや点検、進化する福祉用具や活用例の紹介を通して、下記の3つの目標が達成できた。

(ア) 福祉用具専門相談員の業務内容が理解できたこと。
(イ) 介護保険制度上での福祉用具や住宅改修が理解できたこと。
(ウ) 多職種との連携の必要性が理解できたこと。

【当日の写真（例）】



③ 第2回の運営

第2回は、令和3年10月9日（土）13：00～16：00 会場にて開催した。プログラムの内容は下記の通り。

ア 筋肉
イ アライメント
ウ ROM 上肢

「ア」では、川田氏による上半身（上腕二頭筋、上腕三頭筋、僧帽筋、大胸筋、胸鎖乳突筋、腹筋群、脊柱起立筋）と下半身（腸腰筋、大腿四頭筋、大殿筋、中殿筋、ハムストリングス、前脛骨筋、下腿三頭筋）の主要な筋肉の種類と作用の説明を通して、参加者に筋肉の作用と動作との関連付けについて理解していただいた。

「イ」では、川田氏によるアライメントとランドマークの説明を通して、参加者に正常と異常のアライメントを理解し、ランドマークを正しく触診し、姿勢を観察していただくことができた。

「ウ」では、桑原氏は、実例を提示しながら、日本整形外科学会・日本リハビリテーション医学会（1995年）に発表した「関節可動域表示ならびに測定法」をもとに、上肢の測定法を紹介した。

【当日の写真（例）】



④ 第3回の運営

第3回は、令和3年11月6日（土）13：00～16：00 会場にて開催した。プログラムの内容は下記の通り。

- ア ROM 下肢・体幹
- イ 臥位での活動

「ア」では、桑原氏は第2回の「ア ROM 上肢」の内容の続きとして、事例を提示しながら、日本整形外科学会・日本リハビリテーション医学会（1995年）に発表した「関節可動域表示ならびに測定法」をもとに、下肢と体幹の測定法を紹介した。

「イ」では、桑原氏は寝返りと起き上がりの運動パターン（伸展回旋パターン、屈曲回旋パターン）を紹介した後、参加者にそれぞれ実技で体験してもらいながら、動作パターンを理解していただいた。また、どの相が出来ていないのかという分析方法のみならず、頸部や肩甲骨、体幹の動きを分析してからリハビリへと繋げることや福祉用具を活用することの重要性を説明した。

【当日の写真（例）】



⑤ 第4回の運営

第4回は、令和3年11月27日（土）13：00～16：00 会場にて開催した。プログラムの内容は下記の通り。

- | |
|-----------------|
| ア 座位と最適な座位とは |
| イ 評価の方法 |
| ウ 問題点抽出と訓練内容の検討 |

参加者による実技体験に重点を入れながら、佐々木氏は、座位と最適な座位の定義を紹介したうえ、視診・触診、バランス編、訴え編、環境編、動作分析編に分けて評価のポイントを提示し、心身機能・身体機能・活動・参加、環境因子を考慮した問題点抽出と訓練内容の検討方法を説明した。さらに、様々な種類の車椅子の体験を通して、車椅子の点検ポイントと方法を紹介した。

【当日の写真（例）】



⑥ 第5回の運営

第5回は、令和3年12月11日（土）13：00～16：00 会場にて開催した。プログラムの内容は下記の通り。

- ア 「立位」、「歩行」、「階段昇降」の定義
- イ バーグバランススケールについて
- ウ ICF に合わせたプログラム実践例
- エ 福祉用具の活用

参加者の実技体験に重点を入れながら、川田氏は、事例を通して、「立位」、「歩行」、「階段昇降」の基本的な定義について説明したうえ、安定した「立位」、「歩行」、「階段昇降」に大切な運動機能の3大要素が「柔軟性」、「筋力」、「バランス」であることを述べた。また、バランス評価ツールとしては、「バーグバランススケール」の使用を提案した。最後に、歩行と福祉用具の関係性についても説明した。

【当日の写真（例）】



(5) 参加者へのグループインタビュー調査等

今後の展開に向けた課題や改善点等を整理するため、本研修プログラムに参加した訪問看護師を対象に、アンケート調査とグループインタビュー調査を実施した。

① 調査実施の概要

	アンケート調査	グループインタビュー調査
実施時期	令和3年12月7日～11日	令和3年12月22日(水)19:00
実施方式	Google フォームによる回答	Zoom によるオンライン会議

② 調査実施の結果

【リハビリの実施状況】

- ・ 研修を受ける前から、ケアマネジャーやリハビリテーション専門職からの依頼や、利用者の状況を見て自らリハビリを実施した経験がある訪問看護師が多い。
- ・ 利用者との緊密関係により、利用者からの依頼でリハビリを実施した訪問看護師もいる。
- ・ リハビリテーション専門職等からリハビリのメニューを動画でもらって、リハビリを実施する訪問看護師もいるが、力加減等の具体的に手法に戸惑っていることが多かった。
- ・ 普段やっているリハビリに疑問を感じていたり、リハビリの手技を学びたいと思ったりするという理由で、今回の研修プログラムに参加した人が多かった。
- ・ 日常生活を維持するためのリハビリなら、訪問看護師でもある程度実施できているが、転倒リスクの高い利用者や、パーキンソン等の難病を持っている利用者にリハビリの必要性が高く感じている一方、やり方に困っている訪問看護師が多い。

【リハビリテーション専門職との連携】

- ・ リハビリテーション専門職から教えてもらうという研修機会はあまりなかった。
- ・ 職場にリハビリテーション専門職が勤務している場合に、リハビリテーション専門職との役割分担が明確で、困ったらリハビリテーション専門職に相談できる体制ができている。一方、職場にリハビリテーション専門職が勤務していない場合、リハビリテーション専門職とのつながりを作る機会がないことに困っている訪問看護師が多い。
- ・ 勤務先に現在2名の理学療法士が在籍しており、リハビリ開始や相談等は比較的スムーズにできているが、他のリハビリ事業者が入っている場合、なかなか連携が取りにくい現実がある。

- ・ リハビリテーション専門職とのつながりを作るには、事例検討会の開催や、気軽に相談できるリハビリテーション専門職のリストの配布など、機会の創出が望まれている。
- ・ 通常のリハビリテーションはリハビリテーション専門職が担うべきである。一方、訪問リハなど、リハビリテーション専門職によるサービスの実施回数や時間が限られている。訪問看護で少しでもリハビリを実施することで、利用者の生活機能を維持・向上させたいという考えを持っている訪問看護師が多い。
- ・ リハビリテーション専門職による利用者のアセスメント結果（予後予測等）を共有してもらうことで、訪問看護師が取り組むリハビリの目標や評価がしやすくなるが、十分に組み合わせていない。
- ・ リハビリが必要な場合でも、金銭的な問題や利用者の理解が得られないことが多く、利用に繋がらない場合もある。
- ・ 嚥下困難の利用者も多いため、言語聴覚士の介入が必要なケースも増えているが、言語聴覚士がなかなかいないため、理学療法士と相談しながら行っている現状がある。

【今年度の研修会の成果】

- ・ 回数や時間、進むスピードがよかった。
- ・ 場所も時間帯もよく、参加しやすかった。
- ・ 受講者数が少人数で受講しやすかった。
- ・ 実践的で知識と技術の習得がしやすかった。
- ・ リハビリの実践ができる研修やリハビリに関する研修はほとんどなく、今回の研修プログラムは、座学だけではなく少人数で実習もできて、まさに受けたかった研修内容であった。
- ・ マッサージの方法や力の入れ方も体験することで大変勉強になった。今まで自信がなくあまり積極的にできなかったリハビリも今回の研修で自信がついた。
- ・ リハビリテーション専門職が見ている世界を垣間見ることができた。看護師の目線と違うと感じた。
- ・ リハビリテーション専門職の目線のある程度持つようになった。
- ・ 実技で体を使って実際に動いてみることでよりわかりやすく学べた。翌週、直ぐに実践でき効果を得ることができた。
- ・ 訪問看護師の需要があるにもかかわらず、今まであまりなかった実技に着目する研修の実践ができた。
- ・ 在宅経験豊富の講師が作成した研修の内容は、訪問看護師の現場のニーズに合致していると感じた。
- ・ 少人数密着型の指導により、研修で学んだ実技をすぐ現場で活かした。また、研修に参加できなかった訪問看護師に教えることもできた。
- ・ LINE グループの作成により、事務連絡が効率的にできた。

【次年度の普及に向けた今年度の改善点】

- ・ リハビリスキルを学びたい訪問看護師は数多くいるが、勤務外の時間を使ってまで研修に参加したい人がそれほど多くないかもしれない。研修会の時間設定を見直す必要がある。
- ・ 時間確保等の問題で、5回の研修会に連続で参加することは、訪問看護師にとってハードルが高かった。事前に講義を動画で視聴してもらい、研修会では、実技のみ実施するというやり方を検討する余地がある。
- ・ 利用者の状況を想定した演習の時間や事例検討から始まるリハビリのやり方、病気ごとの手法、評価基準を盛り込む必要がある。
- ・ 利用者との対応を想定した演習の時間をもう少し作ったほうが尚よい。
- ・ リハビリテーション専門職に気軽に相談できる体制を構築するには、LINEグループのみだとあまり有効ではなかった。「利用者の個人情報をLINEで気軽に共有できない」、「顔見知り程度でいきなりLINEでリハビリテーション専門職に相談できない」、「情報共有できない段階からの相談がかえって時間がかかる」等の課題があった。

5.3 今後の普及に向けて

今年度は、現場ですぐに活用できるような手技を中心に、訪問看護師（6名）を対象に、リハビリテーション専門職によるリハビリベーシックパターンの研修プログラムを実践し、訪問看護師のリハスキル向上に役立つことが確認できた。

具体的には、プログラムが参加者2名に対し、講師1名という少人数制の実施方法が下記の2点より、参加者からとても高い評価をいただいた。

- (ア) 訪問看護師が講師から見習った手技を会場にて体験したことで、問題点等を講師にすぐ指摘していただける。
- (イ) 月に1回の開催頻度は、研修会場で習得した内容を現場で実践する期間の確保ができるのみならず、訪問看護師は、日常業務で気づいた問題点等について、研修会会場にて再度講師に確認することもできる。

一方、週末という勤務外の時間を使うまで研修を受けたいと思う人はそれほど多くないという意見や、5回連続的に参加するにはハードルが高いという意見、LINEのみだと顔知り程度のリハビリテーション専門職に相談しにくいという意見もいただいた。

今年度の研修プログラムの課題を踏まえ、今後の普及に向けて、大きく下記の2つの改善点が必要である。

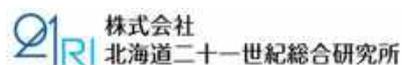
- (ア) 座学で勉強できる内容を動画にし、リハビリの手技に特化した1日や2日間の集中短期型という開催方式も視野に入れること。
- (イ) LINEによる事務連絡、会場における手技の習得、職場における手技の実践、会場における実践後の感想共有会の開催という流れを作ること。

また、講師となるリハビリテーション専門職の人員確保について、今回の研修プログラムの講義内容は、訪問看護や訪問リハ等の現場を理解しているリハビリテーション専門職であれば、講師となりうるため、北海道リハビリテーション専門職協会のみならず、北海道訪問リハビリテーション連絡協議会等との連携も可能かと考えられる。

資料編

ICT活用型高齢者の自立支援・重度化防止に向けた
外部リハビリテーション専門職等の連携マニュアル

ICT活用型高齢者の自立支援・重度化防止に向けた 外部リハビリテーション専門職等との連携マニュアル



目次

I. 本マニュアルの目的や背景	2
II. リハ職との連携にあたり理解しておきたいこと.....	9
III. ICTを活用した自立支援型ケアマネジメントの推進	17
IV. ICTを活用した自立支援・重度化防止の実践の場の確保.....	35
V 実施に当たっての留意点	56
VI ICTツールの使い方	69
おわりに	75
相談窓口のご案内	76

I 本マニュアルの目的や背景

1. 背景・目的

- 地方部では特に人口減少・高齢化が進み、医療・介護サービス基盤の脆弱化が進んでおります。
- さらに高齢者の介護予防に関わることができるリハビリテーション専門職や管理栄養士、歯科衛生士といった医療専門職が不足しており、高齢者の自立支援や重度化防止に向けたサービスの量と質の確保が困難な状況にあります。
- 本マニュアルは、厚生労働省（令和3年度老人保健健康増進等事業（老人保健事業推進費等補助金））を活用し、札幌市や喜茂別町など的高齢者を対象とした実証による成果や課題を踏まえ、高齢者の自立支援や重度化防止に向けて、地方自治体や地域包括支援センター、居宅サービス事業所等が、ICTを効果的に活用しおもに外部のリハビリテーション専門職との連携を促進するために作成しました。
※この事業概要については次ページ以降ご参照ください。
- ICTの活用により、外部のリハビリテーション専門職との連携による各種取組の質の向上と、業務効率化を推進することで、地域の医療・介護関係者が、引き続き継続的に高齢者の自立支援や重度化防止にご尽力いただくための参考になれば幸いです。





令和3年度老人保健健康増進等事業（厚生労働省） 北海道のリハビリテーション専門職を活かした高齢者の介護予防推進に係る調査研究事業

✓道内自治体と医療・介護機関等のリハビリテーション専門職等との連携による高齢者の介護予防・自立支援を促進する体制構築に向けたモデル検証を行う。

地域の課題	解決に向けた方向性
<ul style="list-style-type: none"> ✓小規模自治体における医療専門職の不足 ✓小規模自治体において居宅・地域密着型サービス基盤が弱い（特に訪問リハ・通所リハ） ✓訪問リハ・通所リハに繋がらない退院後の在宅高齢者の介護予防・自立支援の促進 ✓自治体関係者の自立支援に係る共通認識の不足 	<ul style="list-style-type: none"> ① 地域外の医療専門職との連携体制の構築 ② オンラインツールを中心としたICTの利活用 ③ ①,②によるケアマネジメントや介護サービス提供によるリハ職との連携促進 ④ ①,②,③の成果の見える化を通じた自治体における自立支援型地域ケアマネジメントの推進

令和3年度の調査研究

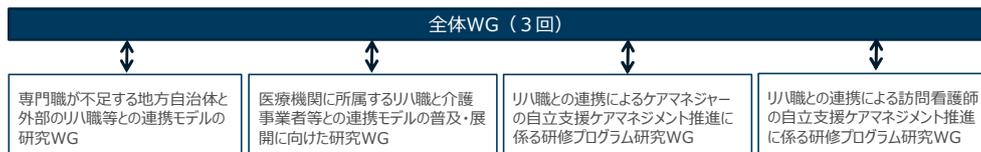
調査1	専門職が不足する地方自治体と外部のリハ職等との連携モデルの研究【喜茂別町等×済生会小樽病院他】 (多職種連携による通いの場の価値創造、自立支援型地域ケア会議の推進体制整備、ICT活用型高齢者のセルフケア推進、ケアマネとの同行訪問実証 等)
調査2	医療機関に所属するリハ職と介護事業者等との連携モデルの普及・展開に向けた研究【札幌秀友会病院】 (通所介護事業者等との連携による退院後高齢者の生活機能評価促進(加算の円滑取得)、高齢者の介護予防・自立支援に係る医療機関リハ職の人材育成可能性検討、介護予防センターとの連携による検討 等)
調査3	リハ職との連携によるケアマネジャーの自立支援ケアマネジメント推進に係る研修プログラム研究 【医療法人社団老蘇会、秀友会介護相談センターほか】
調査4	リハ職との連携による訪問看護師の自立支援ケアマネジメント推進に係る研修プログラム研究 【小規模多機能型居宅介護ミヤビーほか】

Copyright © 2019 Hokkaido Research Institute for the Twenty-first Century Co., Ltd.



全体ワーキンググループの設置について

1. 実施目的 ✓各モデル検証にあたりそれぞれWGを設置し、検討を進めることとしており、全体WGは各モデルの実施状況の共有や成果普及等を目的に設置する。



2. スケジュール

- 第1回全体WG 各モデル検証の計画や方向性について（9月1日（水）17：00～）
 第2回全体WG 各モデルの取組状況や中間評価について（12月27日（月）17：00～）
 第3回全体WG 各モデルの検証結果について（3月25日（金）17：00～）

3. WGメンバー（敬称略、順不同）

所属・役職	氏名	備考
医療法人秀友会札幌秀友会病院リハビリテーション科長	杉原 俊一	理学療法士
医療法人財団老蘇会	中村 明子	保健師、介護支援専門員
医療法人秀友会在宅支援部統括マネージャー	藤田 修一	社会福祉士・主任介護支援専門員
済生会小樽病院 医療技術部リハビリテーション室技術室長	平塚 渉	理学療法士
喜茂別町元気応援課課長	東原 弘行	
喜茂別町元気応援課（地域包括支援センター）	齊藤 麻実	保健師、主任介護支援専門員
（株）北海道二十一世紀総合研究所調査研究部 次長	河原 岳郎	事務局（各モデルのとりまとめ担当）

【オブザーバー】北海道厚生局、北海道、札幌市、北海道科学大学宮坂教授

Copyright © 2019 Hokkaido Research Institute for the Twenty-first Century Co., Ltd.

2. リハビリテーション専門職との連携により目指す方向性

- 地域リハビリテーション活動支援事業を基本としながら、在宅医療・介護連携推進事業や、包括的支援事業（地域ケア会議等）、生活支援体制整備事業等、外部のリハビリテーション専門職が複数の多職種連携の「場」への参加することにより、自立支援から重度化防止までを一体的に推進することを目指します。

【1】ICTを活用した自立支援型ケアマネジメントの推進

【目指す方向】高齢者の自立支援型ケアマネジメントをケアマネジャーだけに委ねない仕組みづくり

- 自立支援型ケアマネジメントをケアマネジャーのスキルにすべて依存するのではなく、外部のリハビリテーション専門職と高齢者のアセスメントを共同で行い、より質の高いケアプランの作成につなげていくことを目指します。
- 地域ケア会議への外部リハビリテーション専門職の参加促進や、自立支援やリハビリスケルに係る地域の専門職の人材育成を図りながら、地域全体として自立支援型ケアマネジメントの向上を図ることを目指します。



【2】ICTを活用した自立支援・重度化防止の実践の場の確保

【目指す方向】できる限り長く、日常の通いの場を利用し続けられる仕組みづくり

- 高齢者の通いの場のコンテンツ充実を図ることで多くの高齢者の参加を促進し、通いの場を通じてフレイルリスク者を抽出するなど、通いの場全体の機能を高めます。リスク者は「再び通いの場に戻る」ことを目標に、短期集中型リハビリテーションを利用します。
- 要介護状態になっても、通所介護事業所等で外部のリハビリテーション専門職とのアドバイスにより作成した個別機能訓練計画に基づき訓練をすることで、自立支援や重度化防止につなげていきます。

Copyright © 2019 Hokkaido Research Institute for the Twenty-first Century Co.Ltd.

3. ICTを活用した外部のリハビリテーション専門職との連携シーン

- P17以降では、以下の連携シーン別に取り組み内容や留意点等について整理しています。

ICTを活用した自立支援型ケアマネジメントの推進

【目的】高齢者の自立支援型ケアマネジメントをケアマネジャーだけに委ねない仕組みづくり

ICT活用型高齢者アセスメント・モニタリング

- リハ職とケアマネジャーの連携による高齢者の生活機能に関するアセスメント（オンラインによる同行訪問、動画共有）

ICT活用型地域ケア会議

- リハ職がオンラインツールにより自立支援型地域個別ケア会議や地域ケア会議に参加

自立支援やリハスキル向上研修

- ケアマネジャー向け自立支援ケアマネジメントスキル向上研修
- 訪問看護師向けリハビリテーションスキル向上研修



ICTを活用した自立支援・重度化防止の実践の場の確保

【目的】できる限り長く、日常の通いの場を利用し続けられる仕組みづくり（リスク者の早期発見・対応、個別性に基づく訓練等）

ICT活用型高齢者の通いの場

- ICTを活用したフレイルリスク対象者の早期発見
- ICTを活用した通いの場コンテンツの充実（開催頻度の増加（通いの場の日常化、新規利用者の拡大）

ICT活用型短期集中型リハビリテーション

- フレイルリスク対象者向け短期集中型リハビリテーションの実施
- 通所介護事業所や訪問看護ステーションとの連携による実施

生活機能向上連携加算の活用（通所介護事業所等）

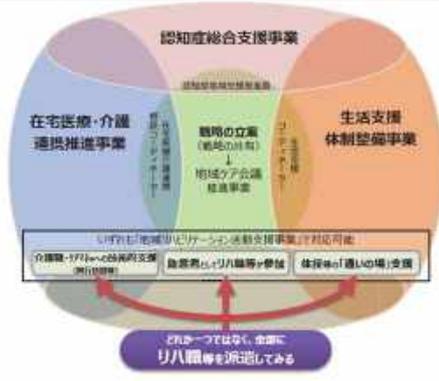
- リハビリテーション専門職と連携した個別機能訓練計画の作成や計画に基づく訓練の実施

Copyright © 2019 Hokkaido Research Institute for the Twenty-first Century Co.Ltd.

【参考】地域リハビリテーション活動支援事業の活用方策

運動性を高める「地域リハビリテーション活動支援事業」の運動性を高める!?

- 地域リハ高発支援事業は総合事業の特を越える
 - ・ 事業を縦割りで考えれば、地域リハ活動支援事業は、「総合事業」の特有の特長にとどまらず、介護施設への派遣だけでなく、地域ケア会議への派遣、在宅介護・介護連携推進事業の特有の活用も有効である。
- 一人のリハ職を複数の「場」に派遣することで見えてくるもの
 - ・ 介護施設に勤務するリハ職が、教習で見た認知高齢者の自宅に訪問して、そのケースの改善事例を、地域ケア会議で取り上げ、助言する。こんな派遣の仕方が効果的である。
- 地域リハビリテーション活動支援事業は、もともと、事業間の運動性を高める効果があるが、同一のリハ職を複数の場面に派遣することで、個別ケースを連続性をもって理解することができるようになる。
- 重症化予防の観点からの関わり方
 - ・ 現在、多くの地域で軽度者を対象とした自立支援型の地域ケア会議でリハ職が担い手として活躍しているが、中重度者への介入方法の助言などを行う訪問介護へのリハ職の同行訪問や、ケアマネ
- 適切な疾病管理のための看護職による支援にも活用可能
 - ・ また、中重度者の場合は、誤嚥性肺炎や尿路感染症など、適切な疾患の管理や重症化予防の観点から重要であり、介護職に対する看護職からの適切な助言や技術的な情報提供は、在宅を変える体制を強化していく上で重要である。
- 地域リハビリテーション活動支援事業は、看護職の派遣にも活用可能となっている。また、管理栄養士の参加は、脳卒中等の再発防止につながる適切な栄養管理につながるなど、また多職種連携につながっている。



【地域リハビリテーション活動支援事業】介護予防・日常生活支援総合事業の一環として実施している。ユニバーサル、介護予防や重症化予防などを目的として、地域での連携体制等に活用するリハ職等を、派遣するなどの活用が期待できる。なお、対象は「リハビリテーション」職等としており、介護予防や重症化予防に該当する活動について、看護職や管理栄養士、歯科衛生士などの支援も期待される。

三菱UFJリサーチ&コンサルティング

MUFG 22

II リハ職との連携にあたり理解しておきたいこと

1. 自立支援とは

- 高齢者の「自立支援」についてリハビリテーション専門職と共通認識を持ち、リハビリテーション専門職の自立支援に向けた役割やアプローチについて知っておくことが相互に認識することが重要です。

自立の定義

(一般的な定義 = 他の援助を受けずに自分の力で身を立てること)

- 自己決定に基づいて 主体的な生活を営むこと
- 障害を持っていてもその能力を活用して社会活動に参加すること

自立支援の定義

- 自立支援とは、できる限り自分の意思や力で生活ができるようにサポートすること (= 生活課題の解決)

【介護保険法 第一条 (目的)】

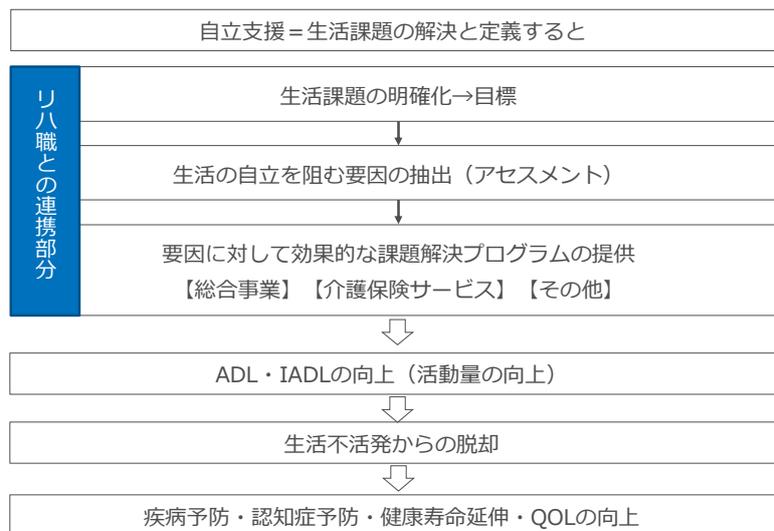
この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保険医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする



Copyright © 2019 Hokkaido Research Institute for the Twenty-first Century Co., Ltd.

1. 自立支援とは

- 生活機能や健康状態を本人でコントロールできるように支援することが重要です。



Copyright © 2019 Hokkaido Research Institute for the Twenty-first Century Co., Ltd.

2. リハビリテーション専門職が行うこと

- | | |
|------------------|--------------------|
| ① 生活の視点に立った助言 | ⑤ 福祉用具の選定と適用、効果の説明 |
| ② 医学的知識からリスク等の説明 | ⑥ 機能訓練の実施 |
| ③ 薬剤の効用、副作用の説明 | ⑦ 住宅改善・改修についての提案 等 |
| ④ 義肢装具の効用と必要性の説明 | |

■理学療法 Physical Therapy (理学療法士) : PT

理学療法は、病気、けが、高齢などによって運動機能が低下したり、その発生が予測される人に対して、座る、立つ、歩くなどの基本動作能力の回復や維持、悪化の予防を目的に運動療法や物理療法（温熱、電気などの物理的手段を治療に利用すること）を用いて、自立した日常生活が送れるよう治療や支援を行うものです。また、運動、動作の専門性を生かし、体幹・下肢装具、車椅子、福祉機器などの適用相談や住宅改修相談も行います。

■作業療法 Occupational Therapy (作業療法士) : OT

作業療法とは、身体や精神に障害のある人またはそれが予測される人に対して、様々な作業活動を用いて、基本能力（運動機能、認知・精神機能、応用能力（食事やトイレなど、生活で行われる活動））、社会生活適応能力（地域活動への参加・就労就学の準備の維持、改善）を目指します。また、理学療法と同じく、上肢装具、車椅子、福祉機器の適用相談、住宅改修相談も行います。

■言語聴覚療法 Speech Language Hearing Therapy (言語聴覚士) : ST

言語聴覚療法は、言語、聴覚、発声・発音、認知などの機能低下によって生じるコミュニケーションの問題を抱える人々に、専門的な訓練、指導、援助などを行います。また、上手に噛めない、飲みこめないといった摂食・嚥下の問題にも専門的に対応します。さらに、コミュニケーション関連福祉機器の適用相談なども行います。

2. リハビリテーション専門職が行うこと

3職種共通点 = 生活障害の専門家

- できないこと → なぜできないかを分析する
- 予後予測をする
- 解決のための計画をたてる
- 直接的、間接的に自立支援を行う



環境を含め本人を幅広くとらえ、QOLの維持・向上を支える

【プロセス】



【プログラム作成時のポイント】

- ① インフォームドコンセント
- ② 自己決定
- ③ その人らしさが生かされているか

【リハビリテーション（アプローチ）の内容】

1. 心身機能の評価と機能訓練
2. 日常生活活動への助言・指導・支援
3. 家族・介護者への介助方法の指導
4. 補助器具等の利用の助言
5. 他サービス等の利用の助言
6. 利用者・家族介護者への精神的支援
7. 在宅支援スタッフとの協業と連携

3. ICFに基づくアセスメントへの理解

- リハビリテーション専門職は、基本的にICFの考え方にに基づき、高齢者のアセスメントを行っています。
- ICFの考え方を理解しておくことで、リハビリテーション専門職との円滑なコミュニケーションや助言への理解がさらに高まります。



4. 介入モデルへの理解

- リハビリテーション専門職は、アセスメントの結果を踏まえて、どのような介入が必要かを検討します。

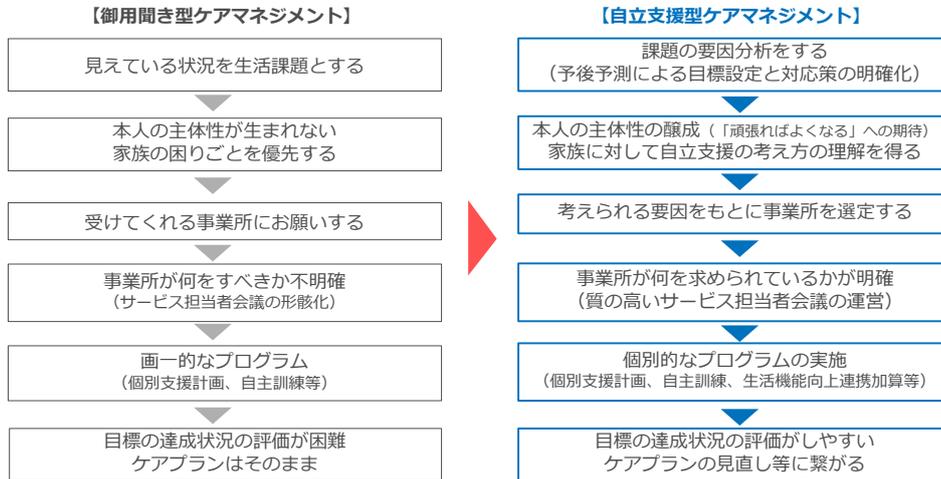
- 【回復モデル】** 筋肉やバランス能力を鍛えなおしたりする方法
- 【習得モデル】** 上手くできるようになりたいことを繰り返し練習する方法
- 【代償モデル】** 便利な道具などを利用して上手くできるようにする方法
- 【教育モデル】** 介助者に幅広い知識を持ってもらい、上手く支援してもらう方法

例 「Aさんが自宅で調理ができるようになる」ための具体的プログラム

- 手の回内外が難しく包丁を上手く使えず
 - ・体幹・肩・上肢全体の動きの練習 **【回復モデル】**
- 上肢の筋力が低く、重いものやフライパンを持ちたり、硬いものを切ることができない
 - ・体幹・肩・上肢全体の筋力強化練習 **【回復モデル】**
 - ・道具の使い方の工夫 **【習得モデル】**
- 長時間同じ姿勢だと肩・上肢の痛みが出現
 - ・体感・肩・上肢全体の筋力強化練習 **【回復モデル】**
 - ・バランス練習 **【習得モデル】**
- 調理道具（フライパン、フライ返し、鍋）がない
 - ・夫の理解を得て購入 **【教育モデル】**
- 電子レンジが下にあるため、かがめない
 - ・夫の理解を得て購入、使いやすい場所に設置 **【教育モデル】** **【代償モデル】**
- すでにキッチンが夫の使いやすいようになっている
 - ・夫の理解を得てAさんの使いやすいように戻していく **【教育モデル】**

5. 自立支援型ケアマネジメントの実現

- リハビリテーション専門職との連携により、「高齢者の生活課題の明確化や自立を阻む要因を抽出」、「個別的なプログラムの作成・提供」等により「御用聞き型」から「自立支援型」ケアマネジメントへの転換を進めていくことが重要です。



 Copyright © 2019 Hokkaido Research Institute for the Twenty-first Century Co.Ltd.

Ⅲ ICTを活用した自立支援型ケアマネジメントの推進

1. ICT活用型高齢者のアセスメント・モニタリング

【1】目的

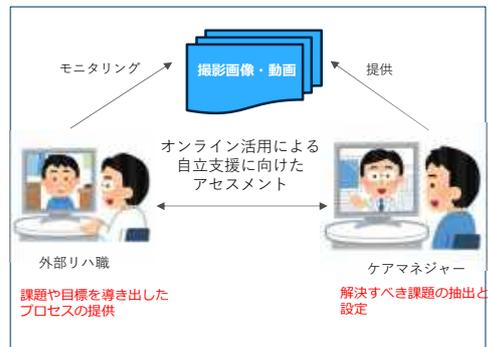
- 地域のケアマネジャーと外部のリハビリテーション専門職が連携して、高齢者の生活機能に関するアセスメントやモニタリングを行い、質の高いケアプランの作成やケアマネジャーの人材育成を図り、自立支援型ケアマネジメントを推進する。

【2】対象

- 事業対象者、要支援者、要介護者（1又は2）

【3】メリット

- 自立支援に向けて、リハ職の予後予測による目標設定と、具体的なプログラム等に関するアドバイスを得られ、質の高いケアプラン作成につながる。
- 高齢者は、予後予測に基づく具体的な提案により、セルフケア実施のモチベーションにつながる。
- これらのプロセスを通じてICFの考え方などの理解が進み、ケアマネジャーの人材育成に繋がる。
- ケアマネジャーは、地域ケア個別会議以外にリハビリテーション専門職との関わりが得られる。



【4】関連施策

- 地域リハビリテーション活動支援事業（介護職員等への助言などを実施し、通所や訪問における自立支援に資する取組を促す）

 Copyright © 2019 Hokkaido Research Institute for the Twenty-first Century Co. Ltd.

1. ICT活用型高齢者のアセスメント・モニタリング

【5】実施主体

- 市町村
（運営主体）地域包括支援センターや居宅介護支援事業所

【6】実施内容・方法

- ケアマネジャーが外部リハビリテーション専門職に、基本情報や課題整理総括表、ケアプランの情報の資料を事前にクラウドサービス等を活用し、共有する。高齢者の自宅でリアルタイムでのアセスメントを実施しない場合は、動画も共有する。
- ケアマネジャーが初回アセスメント時あるいはモニタリングに高齢者宅を訪問した際に、外部のリハビリテーション専門職と高齢者の自宅での様子を以下の方法により共有し、リハビリテーション職から助言をもらう。

実施方法	内容
①オンライン同行訪問	スマホ等のカメラと、オンラインツールを接続し、ケアマネジャーが撮影した高齢者の様子をリアルタイムで外部リハビリテーション専門職が確認する。
②動画共有型	ケアマネジャーが撮影した高齢者の様子の動画ファイルを、クラウドに収納し、後日、外部のリハビリテーション専門職が確認する。

【実施場所】 高齢者の自宅

【実施期間・回数】

- ・3か月～6か月（準備期間含む）、打ち合わせ・訪問回数：3回程度（一人当たり）

 Copyright © 2019 Hokkaido Research Institute for the Twenty-first Century Co. Ltd.

1. ICT活用型高齢者のアセスメント・モニタリング

【用意するもの】

(外部リハビリテーション専門職)

- PCまたはタブレット（高齢者の身体機能評価、アドバイス、打ち合わせ等）
- インターネット接続環境
- スピーカーフォンまたはイヤホンマイク

(ケアマネジャー)

- タブレット・スマホまたは小型ビデオカメラ（高齢者の様子を撮影）
- タブレット・スマホまたはノートPC（オンラインツール接続用）
- ポケットwifi、ホームルーター（居住地制限のない機種）
- スピーカーフォン（高齢者にリハ職の声が聞こえるようにするため）

(ICTツール)

【オンライン接続】 ZOOMまたはkizunaWeb等

【クラウドサービス】 LINEWORKS、Boxなど（セキュリティが高いもの）



Copyright © 2019 Hokkaido Research Institute for the Twenty-first Century Co. Ltd.

1. ICT活用型高齢者のアセスメント・モニタリング

【7】 実施フロー

実施項目	実施内容
企画・準備	ケースの選定／利用者情報の収集／実施内容・回数等の検討 ICTツールの検討／リハ職との利用者情報の共有／高齢者の自宅通信環境などの確認
事前打ち合わせ	ケース情報の再確認、リハ職からのアドバイス
同行訪問の場合	機器接続等のセッティング／高齢者の動画撮影／リハ職からのアドバイス
後日動画共有の場合	訪問時の高齢者の反応や動画収納の連絡
リハ職からのアドバイス	リハ職が動画を確認したうえで、ケアマネにアドバイス
再訪問結果のフィードバック	モニタリング時などでケアマネが高齢者宅を再訪問した結果をリハ職にフィードバック／必要に応じて再度打ち合わせ



Copyright © 2019 Hokkaido Research Institute for the Twenty-first Century Co. Ltd.

1. ICT活用型高齢者のアセスメント・モニタリング

■ リハビリテーション専門職と共有する情報（ICTツールの活用）

事例対象者に関する以下の情報を参加者に提供する。（セキュリティ対策が万全なクラウドサービスを活用）

No.	提供資料
1	利用者基本情報【必須】
2	基本チェックリスト【必須】
3	介護予防サービス・支援計画書 （要介護者については、居宅サービス計画書・週間サービス計画書）【必須】
4	MNA（簡易栄養状態評価表（MNA：Mini Nutritional Assessment））【初回は任意】
5	E-SAS（日本理学療法士協会監修）【初回は任意】 「運動器の機能向上」の効果を、筋力やバランスといった運動機能のみによって評価するのではなく、参加者（高齢者）が活動的な地域生活の営みを獲得できたか、という視点から評価することをねらったアセスメントセット【大項目】生活の広がり（LSA）、こぼさない自信、入浴動作、歩く力（TUG）、休まず歩ける距離、人とのつながり
6	SIOS（社会的自立支援アウトカムスケール・アセスメントツール）【初回は任意】 ICFの考え方に準拠した活動と参加、主体性を定量評価できるアウトカムスケール、活動と参加のニーズや課題を見出すことができる、主体性を尊重しながらサービス利用のコミットメントが引きだせるアセスメントツール



Copyright © 2019 Hokkaido Research Institute for the Twenty-first Century Co. Ltd.

2. ICT活用型自立支援型地域ケア個別会議

【1】 目的

- ・高齢者の生活の質の維持・向上を図るために、多職種による協議により、生活上の課題を確認するとともに、医療・介護のサービスだけでなく、生活環境・生活習慣の改善や生活上の工夫、社会参加などを含めた具体的な支援策を検討する。

【2】 対象

- ・効果的な介入により、生活の質の維持・向上が見込める比較的軽度な状態の人
（事業対象者、要支援者、要介護者（1又は2））

【3】 メリット

- ・高齢者の生活の質を高めるための多職種の視点や考え方に気付くなど、ケアマネジャー等の人材育成につながり、自立支援に寄与するケアマネジメントの質を高めることができる。

【4】 関連施策

- ・地域リハビリテーション活動支援事業
（自立支援のプロセスを参加者全員で共有し、個々人の介護予防ケアマネジメント力の向上につなげる）
- ・包括的支援事業



Copyright © 2019 Hokkaido Research Institute for the Twenty-first Century Co. Ltd.

2. ICT活用型自立支援型地域ケア個別会議

【5】主催

- ・地域包括支援センターまたは市町村

【6】実施内容・方法（次ページ以降、運営マニュアル（例）を記載）



Copyright © 2019 Hokkaido Research Institute for the Twenty-first Century Co., Ltd.

2. ICT活用型自立支援型地域ケア個別会議

「自立支援型」地域ケア個別会議の運営マニュアル（例）

1. 目的

- ① 高齢者の生活の質の維持・向上を図るために、多職種による協議により、生活上の課題を確認するとともに、医療・介護のサービスだけでなく、生活環境・生活習慣の改善や生活上の工夫、社会参加などを含めた具体的な支援策を検討する。
- ② 上記の検討を通じて、高齢者の生活の質を高めるための多職種の視点や考え方に気付き、自立支援に寄与するケアマネジメントの質を高める。

2. 事例対象

効果的な介入により、生活の質の維持・向上が見込める比較的軽度な状態の人
（事業対象者、要支援者、要介護者（1又は2））

3. 検討事例

地域包括支援センターや居宅介護支援事業所のケアマネジャー、助言者である専門職の意見を聞き、「高齢者の生活の質の維持・向上」につなげたい事例。

■生活機能の向上が期待できる事例、向上させたい事例

- ・意欲のある対象者なのでもっと提案できる情報がほしい
- ・身体機能は回復してきたので社会参加をもっと活性化させたい
- ・福祉用具を活用したほうがA D L・I A D Lが向上すると思うが利用につながらない

■生活機能の低下が予測される事例、低下を予防したい事例

- ・痛みやふらつきなどの心身機能の低下により、引きこもり、生活不活性の傾向があるので、今後このままでは
- ・生活機能の低下が予想される
- ・新たなサービスや活動を提案しているが受け入れられない。他の提案はないか

■違った視点やスーパーバイズが欲しい事例

- ・長年担当している、あるいは同じサービスを長年続けているのでアセスメントの新たな視点はないか
- ・自分はこのプランで良いと思うがどうだろう
- ・助言者の専門職に教えてほしいことがある（薬、食事、口腔、リハビリ、地域資源等）
- ・ケアマネジャーの経験がまだ浅いので自信がない など



Copyright © 2019 Hokkaido Research Institute for the Twenty-first Century Co., Ltd.

「自立支援型」地域ケア個別会議の運営マニュアル（例）

4. 会議参加者

(1) 運営（地域包括支援センター）

運営者である地域包括支援センターは次の5つの役割を担う。（1人が複数の役割を担うこともある）

- ① 司会（会議の進行、論点の整理、まとめ等を行う。）
- ② 副司会（助言者への質問や投げかけなどにより、議論の軌道修正や深掘りを行い、司会進行を補助する。）
- ③ 板書（会議内容の板書を行う。）
- ④ 記録（議事の記録を行う。）
- ⑤ 事例提供者のサポート（事例提供者が、助言者の発言を誤解したり対応に窮した場合などに議論の趣旨を要約整理するなど、事例提供者の質疑応答をサポートする。）

(2) 助言者

- ① 主任ケアマネジャー
- ② リハビリテーション専門職（理学療法士、作業療法士）
- ③ 管理栄養士
- ④ 歯科衛生士
- ⑤ 薬剤師
- ⑥ 生活支援コーディネーター

(3) 事例提供者等

- ① 事例提供者（ケアプラン作成者）
事例提供者は初回検討、モニタリング検討ともに出席する。
- ② サービス提供事業所（訪問型サービス、通所型サービス、福祉用具等の事業者）
良い支援を行う上で、サービス提供事業所に会議に参加してもらうことは効果的であり、無理ない範囲で参加いただく。

(4) 傍聴者

運営やコメントに関わらない地域のケアマネジャー、専門職、実習生、自治体職員など



「自立支援型」地域ケア個別会議の運営マニュアル（例）

5. 参加者への事前情報共有（ICTツールの活用）

運営者である地域包括支援センターは、会議の円滑な運営に向けて、事前に事例対象者に関する以下の情報を参加者に提供する。（セキュリティ対策が万全なクラウドサービスを活用）

No.	提供資料
1	利用者基本情報【必須】
2	基本チェックリスト【必須】
3	介護予防サービス・支援計画書 （要介護者については、居宅サービス計画書・週間サービス計画書）【必須】
4	MNA（簡易栄養状態評価表（MNA：Mini Nutritional Assessment）【初回は任意】
5	E-SAS（日本理学療法士協会監修）【初回は任意】 「運動器の機能向上」の効果を、筋力やバランスといった運動機能のみによって評価するのではなく、参加者（高齢者）が活動的な地域生活の営みを獲得できたか、という視点から評価することをねらったアセスメントセット【大項目】生活の広がり（LSA）、こぼさない自信、入浴動作、歩く力（TUG）、休まず歩ける距離、人とのつながり
6	SIOS（社会的自立支援アウトカムスケール・アセスメントツール）【初回は任意】 ICFの考え方に準拠した活動と参加、主体性を定量評価できるアウトカムスケール、活動と参加のニーズや課題を見出すことができる、主体性を尊重しながらサービス利用のコミットメントが引きだせるアセスメントツール



3. ケアマネージャー向け自立支援型ケアマネジメントスキル向上研修

【1】目的

- ・地域のケアマネージャーを対象に、自立支援型ケアマネジメントのスキル向上や外部のリハビリテーション専門職との円滑な連携促進を目的とした研修を実施する。
- ※ 以下は、令和3年度老人保健健康増進等事業を活用し企画・実施した研修方法・内容をもとに記載

【2】対象

- ・ケアマネージャー（おもに地域包括支援センターや居宅介護支援事業所）

【3】メリット

- ・高齢者の社会的自立支援に着目したアセスメントツール・アウトカムスケール「SIOS」について学び、「社会的自立」を目標としたケアプランの作成に繋がる。
- ・「SIOS」は、リハビリテーション専門職を中心に、ICFの考え方に基き開発されており、外部リハビリテーション専門職との円滑なコミュニケーションやアセスメント等に繋がる。
- ・座学による学び→学んだことの実践→実践したことの報告・共有のプロセスで自立支援型ケアマネジメントの深い理解につながる。
- ・複数のケアマネージャーで、それぞれの自立支援の考え方やその実践内容を共有する場を設けることで、自身の取組のベンチマークを得ることができる。

【4】関連施策

- ・在宅医療・介護連携推進事業、包括的支援事業



Copyright © 2019 Hokkaido Research Institute for the Twenty-first Century Co. Ltd.

3. ケアマネージャー向け自立支援型ケアマネジメントスキル向上研修

【5】実施主体

- ・市町村、地域包括支援センター

【6】実施内容・方法

- ・オンライン開催（4回目は各自SIOSを使った実践）、全5回

第1回	社会的自立支援の語り合い
概要：各ケアマネが日常業務の中から「私が体験した社会的自立支援のストーリー」を気さくに語り合う 目標：自身が経験したケアマネジメント中の「社会的自立支援」の視点に視点が気づき、語るができる	
第2回	社会的自立支援の視点を導くためのツールの勉強会
概要：第1回目で語り合った自立支援のエピソードを、ICFの視点で整理するためのツールSIOSを学ぶ。 目標：ICF理論を実践化するツールを習得すること。	
第3回	ケアマネジメントプロセスでSIOSをつかってみる
概要：SIOSを使って過去の事例を再アセスメントすることで、活動や参加を意識した目標が浮かび上がるかを学ぶ。 目標：SIOSをケアマネジメントプロセスで使うとどうなるかが具体的にイメージできる。	
第4回	SIOSを使ってみよう（実践編）
概要：参加しているケアマネが自身のケースでSIOSを活用して自立支援マネジメントを実践してみる。実践後の感想を各自が整理しておく。 目標：自身のケースにSIOSを使ってみることで、使いやすさや難しい点等を明確にできること。	
第5回	実践の感想共有会
概要：現場の実践で経験した感想等を他の人と共有する。 目標：実践における困惑を解消し、自信を身につけること。	



Copyright © 2019 Hokkaido Research Institute for the Twenty-first Century Co. Ltd.

3. ケアマネージャー向け自立支援ケアマネジメントスキル向上研修

SIOS(サイオス)2つの機能

1. アウトカムスケール

ICFに準拠した活動と参加、主体性を定量評価できる。成果を測定できる

2. アセスメントツール

ICFに準拠しながら活動と参加のニーズや課題を見出すことができる。また主体性を尊重しながらケアサービス利用のコミットメントを引き出せる

SIOSアセスメントの留意点

その1
設問を読み上げて質問していくだけで、
人生の過ごし方(サービスを利用せざるを得なくなる経過や状況であったところの活動の種類)を具体的に語っていただくことができる。
取組したい生活行動や社会参加の機会が明確になり、具体的な目標設定が可能。

- 認知的能力に関する情報を効率よく収集
- 価値観や過去の経験の傾向に誘導

その2
利用者が抑圧された意思を表明することができ、自らが選択と決定の主体であることが尊重される。
サービスとの目的の一致と合致をはき出す。
＝利用者自身が活動的・主体的であると認める生活を目標として、ケアサービスの目的であると自覚できる。

- 利用者自身が認知された意思を再確認
- 対象者と支援者が協働で目標を共有・共有



Copyright © 2019 Hokkaido Research Institute for the Twenty-first Century Co.Ltd.

主体性の向上・QOLの向上



Social Independence Support Outcome Scale 社会的自立支援アウトカム尺度

下位尺度	評価項目	配点	総配点
活動 (Activities)	質問1：移動範囲 (Moving range)	0-5点	20点
	質問2：セルフケア (Self care)	0-5点	
	質問3：家事 (Household tasks)	0-5点	
	質問4：運動習慣 (Exercise habits)	0-5点	
参加 (Participation)	質問5：家族での役割 (Role in the family)	0-10点	20点
	質問6：社会参加 (Participation in society)	0-10点	
主体性 (Identity)	質問7：自己効力感 (Self-efficacy)	0-4点	20点
	質問8：意思との一致性 (Consistency and engagement)	0-4点	
	質問9：知識と理解 (Knowledge and understanding)	0-4点	
	質問10：主体的意思決定 (Self-decision-making)	0-4点	
	質問11：自己管理 (Personal control)	0-4点	

3. ケアマネージャー向け自立支援ケアマネジメントスキル向上研修

【7】実施フロー

実施項目	実施内容
企画・準備	前述の研修プログラムを基本とした実施内容のカスタマイズや実施方法の検討／ファシリテーターの選定／参加対象者の選定・周知／オンラインツール使用方法の資料提供（必要に応じて）
事前打ち合わせ	自立支援に向けた取組や課題など、自治体の情報を講師に提供 具体的な進め方等について打ち合わせ（ファシリテーターを中心に）
当日の運営	運営ルールの共有／ファシリテーターによる司会進行
振り返り	参加者へのアンケートやインタビューの実施結果を踏まえた今後の改善点の検討 （運営の効率化とアウトカム達成の観点から）



Copyright © 2019 Hokkaido Research Institute for the Twenty-first Century Co.Ltd.

4. 訪問看護師向けリハビリテーションスキル向上研修

【1】目的

- ・地域の訪問看護師を対象に、リハビリテーションスキル向上や外部のリハビリテーション専門職との円滑な連携促進を目的とした研修を実施する。

※ 以下は、令和3年度老人保健健康増進等事業を活用し企画・実施した研修方法・内容をもとに記載

【2】対象

- ・おもにリハビリテーション専門職がない訪問看護ステーションに所属する訪問看護師

【3】メリット

- ・座学による学びと、実技を組み合わせた内容により、リハビリテーションに関する深い理解につながる。
- ・外部のリハビリテーション専門職との円滑なコミュニケーションに繋がる。
- ・訪問看護師は、利用者に対して安心してリハビリテーションを実施することができる。
- ・リハビリが必要にもかかわらず、地域に訪問・通所リハ事業所がなかったり、回数制限がネックになっている利用者に対して、訪問看護でリハビリを実施することで、高齢者の生活機能の維持・向上に繋がる。

【4】関連施策

- ・在宅医療・介護連携推進事業

 Copyright © 2019 Hokkaido Research Institute for the Twenty-first Century Co. Ltd.

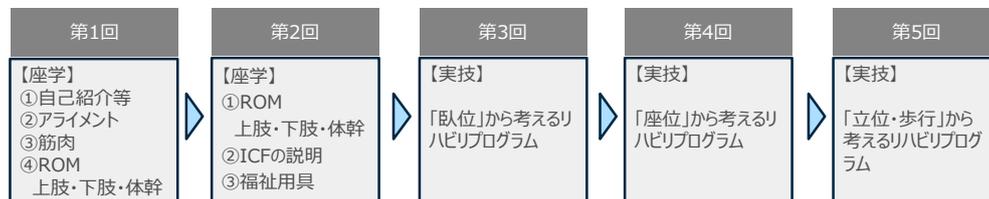
4. 訪問看護師向けリハビリテーションスキル向上研修

【5】実施主体

- ・市町村

【6】実施内容・方法

- ・オンライン+オンサイト（実技）、全5回。セミパーソナルの実技指導があるため、参加人数は最大10名程度。
- ・実技は、ベットなどを用意できる会場が必要（リハビリテーション専門学校、医療・介護施設など）



 Copyright © 2019 Hokkaido Research Institute for the Twenty-first Century Co. Ltd.

4. 訪問看護師向けリハビリテーションスキル向上研修

【7】実施フロー

実施項目	実施内容
企画・準備	前述の研修プログラムを基本とした実施内容のカスタマイズや実施方法の検討／実技会場の選定／参加対象者の選定・周知／オンラインツール使用方法の資料提供（必要に応じて）
事前打ち合わせ	自立支援に向けた取組や課題などの自治体の情報を講師に提供 具体的な進め方等について打ち合わせ
当日の運営	実技の際はベッド等の準備／司会者による進行
振り返り	参加者へのアンケートやインタビューの実施結果を踏まえた今後の改善点の検討（運営の効率化とアウトカム達成の観点から）

IV ICTを活用した自立支援・重度化防止の実践の場の確保

1. ICT活用型通いの場コンテンツの充実

【コンテンツ（例）】※北海道「高齢者通いの場ICT事業」で提供されたおもなコンテンツ

No	コンテンツの名称	実施内容
1	生活機能評価測定会	事業実施前後に、理学療法士など医療専門職を中心に生活機能全般を評価するための測定会を実施する。
2	オンラインフィットネス	札幌のパーソナルトレーニングジムのトレーナーによる集団でのフィットネスを実施。
3	バーチャル旅行	コロナ禍により大幅に旅行の機会が減少する中、通いの場合場で現地特産品を味わいながら、現地ガイドによる疑似旅行体験を実施する。
4	ホクノー健康ステーションの体験	札幌市厚別区に所在しているホクノー健康ステーションで開催している講師による健康講座等を各自治体に同時中継する。
5	eスポーツ体験	事務局は通いの場に道具を持ち込み、若者の間でも人気であるeスポーツを高齢者に体験してもらう。
6	オンラインカラオケ	事前に通いの場にDKエルダーシステムを設置し、集まれる人は通いの場に集まり、集まらない人は自宅からオンラインで参加し、歌を中心とするコンテンツと一緒に楽しむ。
7	ふるさとの街漫遊記	Googleのストリートビューや航空写真の機能を使って、高齢者が今住んでいるあるいは昔行ったことのある地域の風景や様子を提示しながら、驚きと楽しい時間を共有する。
8	栄養講座	栄養管理士が食事による介護予防や食事と運動の関係性等に関するオンライン講義をする。
9	口腔講座	口腔専門家が歯の磨き方法をはじめとするオンライン健口講座を実施する。
10	アート講座	オンラインで講師の指導を受けながら、参加者は事前に配布された絵本と色鉛筆で絵を書く。絵が完成後、1人ずつ講師からのコメントをもらう。
11	料理教室	タブレットのメニュー「通いの場」を使って、栄養管理士と高齢者がそれぞれの自宅で一緒に料理を作る。
12	ネットショッピング体験	オンラインショップで商品を購入する流れを対象高齢者に示し、ネットショッピングを体験してもらう。
13	タブレットの使い方講座	個別の需要に合わせて、タブレット端末の操作方法についての講座を実施する。
14	通いの場同士の交流会	他通いの場とのオンライン交流会を実施する。
15	楽器演奏	オンラインで音楽を楽しむ。
16	ふまねっと	NPO法人ふまねっとがオンラインでふまねっと運動を実施する。
17	KUMON	脳の活性化を目指し、学習療法センターKUMONがオンラインで「くもん脳トレ健康教室」を実施する。
18	ごぼう先生	ごぼう先生（梁瀬寛氏）がオンラインで認知症予防体操を実施する。
18	HBCスタジオ生中継	HBCのアナウンサーがオンラインでスタジオや職場を紹介し、交流会を行う。

 Copyright © 2019 Hokkaido Research Institute for the Twenty-first Century Co.Ltd.

1. ICT活用型通いの場コンテンツの充実



 Copyright © 2019 Hokkaido Research Institute for the Twenty-first Century Co.Ltd.

1. ICT活用型通いの場コンテンツの充実

【用意するもの】

- ・講師用PCまたはタブレット
- ・通いの場用ノートPCまたはタブレット（講師とのオンライン接続）
- ・大型モニター（通いの場ノートPC等と接続し、参加者はモニターから視聴）
- ・PC等接続用マイク（参加者からの音声を拾う）
- ・ポケットwifi（現地※会場にインターネット接続環境がない場合）

【実施場所】 通いの場会場（公民館など）及び参加者の自宅

【実施回数】 週1回以上を目標に開催

1. ICT活用型通いの場コンテンツの充実

【7】 実施フロー

実施項目	実施内容
企画・準備	コンテンツ提供の目的・コンセプトの決定／提供コンテンツの決定／担当者の役割分担（包括／町内会等／LSC） 講師・事業者への連絡・調整／会場から講師や自宅への通信方法の検討／高齢者のICTフォロー体制の検討／高齢者への周知
事前打ち合わせ	自立支援に向けた取組や課題などの自治体の情報を講師に提供／具体的な進め方等について打ち合わせ／リハーサルの実施（通信環境のチェックなど）
当日の運営	参加者への運営ルールの共有／司会者による進行 現地スタッフによるTUG等の測定（動画を撮影、クラウドに共有） 動画をもとに外部リハ職がアセスメントし、高齢者に直接フィードバック
振り返り	参加者へのアンケートやインタビューの実施結果を踏まえた今後の改善点の検討（運営の効率化とアウトカム達成の観点から）

2. ICTを活用したフレイルリスク対象者の早期発見

【1】目的

- ・一般介護予防事業を中心とした通いの場において、外部のリハビリテーション専門職等によりICTを活用した高齢者のフレイルリスク評価やアドバイスを行う。

【2】対象

- ・すべての高齢者

【3】メリット

- ①フレイルリスク対象者の抽出による早期介入の推進
- ②高齢者のセルフケアに向けた動機付けの推進（課題や目標の明確化、リハ職の予後予測に基づくアドバイス等）
- ③通いの場への新規利用者の拡大（特に男性）
- ④ICTを活用することにより、外部のリハビリテーション専門職等が関わる頻度が増加
- ⑤リハビリテーション専門職等によるデータに基づくリスク評価の実施

【4】関連施策（一般介護予防事業）

- ①地域リハビリテーション活動支援事業（住民主体の通いの場等へのリハビリテーション専門職等の関与を促進）
- ②一般介護予防事業評価事業（一般介護予防事業の事業評価（アウトカム評価））
- ③高齢者の保健事業と介護予防等の一体的実施（通いの場を活用した重症化予防、介護予防等の推進）

 Copyright © 2019 Hokkaido Research Institute for the Twenty-first Century Co.Ltd.

2. ICTを活用したフレイルリスク対象者の早期発見

【5】実施内容・方法

- ・外部のリハビリテーション専門職と、通いの場を運営する現場スタッフとの連携により、オンラインツール等を活用したリアルタイムでの身体機能評価とフィードバックを実施

【測定項目】

測定項目	内容
TUG (Time Up & Go) テスト	椅子から立ち上がり、無理のない早さで歩き、3 m先の目標物を回って椅子に座るまでに要する時間を測定
歩行速度	一定の距離（5mまたは10m）を歩行してもらいその歩行速度を測定
片脚立位テスト	両手を腰にあて、片脚を5cm程度あげている時間を測定

【用意するもの】

- ・医療機関用PCまたはタブレット（高齢者の身体機能評価、アドバイス、現地スタッフとの打ち合わせ等）
- ・撮影用タブレット（現地）
- ・高齢者へのフィードバック用タブレット（現地）
- ・ポケットwifi、（居住地制限のない）ホームルーター（現地※会場にインターネット環境がない場合）
- ・スピーカーフォン

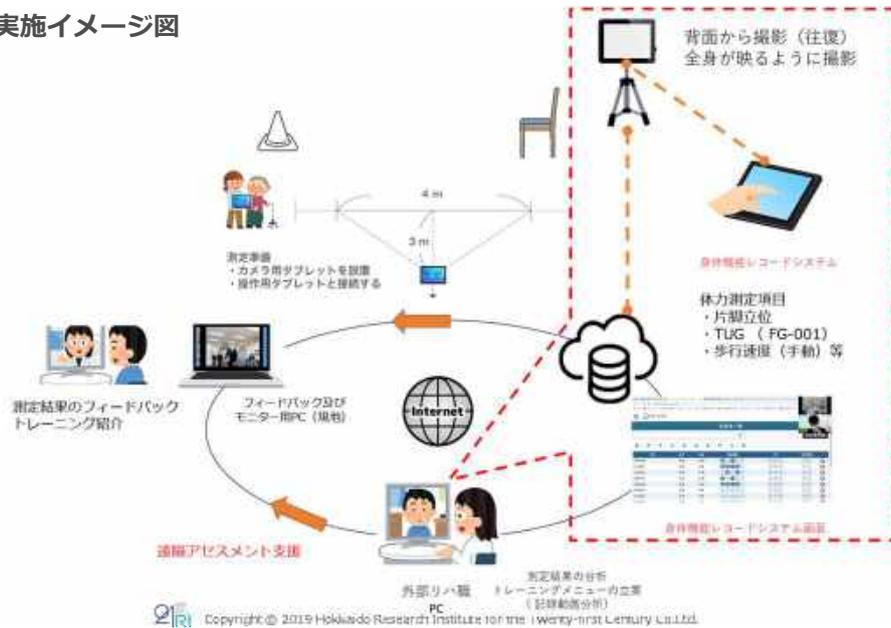
【実施場所】通いの場合会場（公民館ほか）

【実施期間・回数】1年間、3回（初回、中間、最終）

 Copyright © 2019 Hokkaido Research Institute for the Twenty-first Century Co.Ltd.

2. ICTを活用したフレイルリスク対象者の早期発見

■実施イメージ図



2. ICTを活用したフレイルリスク対象者の早期発見

【7】実施フロー

実施項目	実施内容
企画・準備	通いの場運営者とリハ職による目的・コンセプトの決定／実施内容・方法の確認／担当者の役割分担（機器／セッティングほか）高齢者への周知
事前打ち合わせ	複数台のタブレットやツールを利用することから、事前にリハーサルを実施
当日の運営	目的を高齢者に共有／司会者（通いの場運営者）による進行測定・リハ職によるフィードバック
振り返り	通いの場運営者とリハ職によるリスク対象者の確認／リスク対象者への対応方策の打ち合わせ

3. ICT活用型短期集中型リハビリテーション

【1】目的

- ・事業対象者や要支援者等を対象に、地域の訪問看護師（訪問型）や通所介護の機能訓練指導員（通所型）と外部のリハビリテーション専門職との連携による短期集中型（3ヶ月程度）のリハビリテーションを実施する。

【2】対象

- （訪問型）要支援者／要介護度1～2程度（訪問看護対象者）
- （通所型）フレイルリスクがあると判断された高齢者／事業対象者／要介護度1～2程度

【3】メリット

- ・オンラインを活用し、訪問型・通所型サービスCや訪問・通所リハビリテーション、「リハ職による訪問看護」を代替しうるサービスを提供
- ・リハビリテーション専門職等による早期介入により、日常生活動作や生活機能の改善を図り、一般介護予防事業の通いの場への復帰を促進

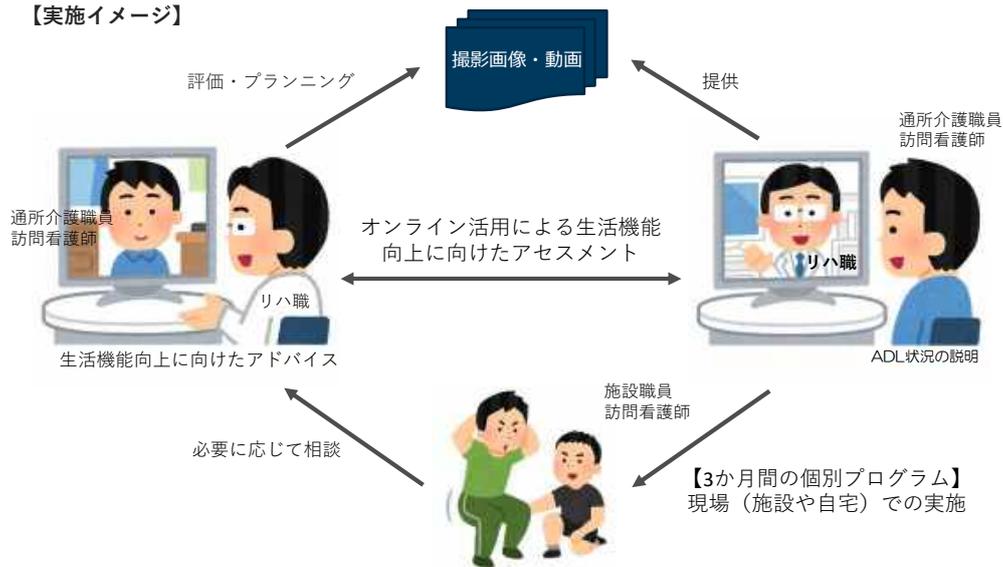
【4】関連施策

- ・地域リハビリテーション活動支援事業（住民主体の通いの場等へのリハビリテーション専門職等の関与を促進）
- ・一般介護予防事業評価事業（一般介護予防事業の事業評価（アウトカム評価））
- ・訪問型サービスC（短期集中型予防サービス）、通所型サービスC（短期集中型予防サービス）

 Copyright © 2019 Hokkaido Research Institute for the Twenty-first Century Co.Ltd.

3. ICT活用型短期集中型リハビリテーション

【実施イメージ】



 Copyright © 2019 Hokkaido Research Institute for the Twenty-first Century Co.Ltd.

3. ICT活用型短期集中型リハビリテーション

【5】実施主体

- ・市町村（運営主体は通所介護事業所や訪問看護ステーション）

【6】実施内容・方法

- ・外部のリハビリテーション職と訪問看護師等が連携し、ICTを活用した以下のリハビリテーションを実施。
- ・高齢者のアセスメント及びプログラム作成は外部リハビリテーション専門職が中心に実施し、プログラムの実施など高齢者への直接的なケアは現地の訪問看護師や機能訓練指導員が対応。
- ・通所介護事業所は、要支援者、要介護者を対象とした場合、アセスメントは生活機能向上連携加算の活用を想定。
- ・訪問看護ステーションは、リハビリテーション専門職がない事業所が対象であり、訪問看護の一環としてリハビリテーションを実施。（リハビリテーションスキルがある訪問看護師が条件）

運営主体	実施方法	実施内容
①通所介護事業所 【通所型】	外部のリハビリテーション職の評価・アドバイスをもとに機能訓練指導員が実施。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 血圧・脈拍などの測定 ・ 個別リハビリ・自主トレーニング・温熱療法 ・ 寝返りや起き上がり、歩行などの機能訓練
②訪問看護ステーション 【訪問型】	外部のリハビリテーション職の評価・アドバイスをもとに訪問看護師が実施。 ※訪問看護の一環として実施するイメージ	<ul style="list-style-type: none"> ・ 入浴やトイレ動作、家事動作などのADL（日常動作）訓練 ・ 言語訓練や間接訓練（食べ物を用いない口唇や舌の機能訓練）

 Copyright © 2019 Hokkaido Research Institute for the Twenty-first Century Co.Ltd.

3. ICT活用型短期集中型リハビリテーション

【用意するもの】

- ・医療機関用PCまたはタブレット（高齢者の身体機能評価、アドバイス、現地スタッフとの打ち合わせ等）
- ・撮影用タブレット・スマホ（現地）
- ・ポケットwifiや（居住地制限のない）ホームルーター（現地：インターネット接続環境がない場合）
- ・スピーカーフォン

【実施場所】 通所介護事業所、高齢者の自宅（訪問看護）

【実施期間・回数】 3か月～6か月（リハ職の関与は3回程度、現地専門職は週1回程度）

 Copyright © 2019 Hokkaido Research Institute for the Twenty-first Century Co.Ltd.

3. ICT活用型短期集中型リハビリテーション

【7】実施フロー

実施項目	実施内容
企画・準備	<ul style="list-style-type: none">・事業の目的・コンセプト・内容等の検討（市町村）・市町村による事業所と外部リハビリテーション専門職とのマッチング・地域の専門職（訪問看護師や機能訓練指導員）と外部リハ職による支援方法や役割分担の決定・ICTを活用した高齢者の生活機能評価の方法（リアルタイム、動画共有）・使用するオンラインツール等の確定・対象者の基本情報の事前共有（基本情報、ケアプラン等）
事前打ち合わせ	<ul style="list-style-type: none">・対象者の生活機能などの確認・オンラインツール等を活用した事前リハーサルを実施
実施	<ul style="list-style-type: none">・リハ職と連携した取組の目的や今後の流れを高齢者に共有・リハ職による評価、個別プログラムの作成・個別プログラムの実施（現地の訪問看護師や機能訓練指導員）・必要に応じて適宜、訪問看護師や機能訓練指導員がリハ職に相談
評価	<ul style="list-style-type: none">・リハ職による評価（中間、最終）・今後の方針についての検討

4. 生活機能向上連携加算の活用（通所介護事業所等）

【1】目的

- ・通所介護事業所等を対象に、ICTを活用した生活機能向上連携加算の算定を促進し、高齢者の個性に基づく生活機能の維持・向上を図る。
- ・機能訓練指導員と外部のリハビリテーション専門職が連携して利用者のアセスメントを行い、個別機能訓練計画を作成する。

【2】対象

- ・居宅サービスや地域密着型サービス等の利用者

【3】メリット

- ・リハビリテーション専門職のアセスメントによる計画作成や計画に基づく訓練の実施を通じて、利用者の自立支援や重度化防止を推進する。

【4】関連施策

- ・生活機能向上連携加算

4. 生活機能向上連携加算の活用（通所介護事業所等）

【5】実施主体

・通所介護事業所や小規模多機能居宅介護事業所等のサービス事業所（生活機能向上連携加算対象事業所）

【6】実施内容・方法（制度内容）

名称	生活機能向上連携加算（Ⅰ）	生活機能向上連携加算（Ⅱ）
単位	100単位/月 ※3カ月に1回を限度 ※(Ⅰ)と(Ⅱ)の併算定不可	200単位/月 ※個別機能訓練加算算定の場合、100単位/月
算定要件	医療提供施設の理学療法士等が通所リハビリテーション等の医療提供施設等の場、又はICTを活用した動画等により、利用者の状態(ADL・IADL等)を把握した上で助言を行う。 計画の内容や進捗状況を利用者・家族に説明する際にICTを活用して行うことも可能。※利用者等の同意が必要。	医療提供施設の理学療法士等が3カ月に1回以上、通所介護事業所を訪問して、助言を行う。
共通要件	訪問・通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを行う医療提供施設の理学療法士等からの助言を受け、機能訓練指導員等が共同してアセスメントを実施し、個別機能訓練計画の作成を行う。 機能訓練指導員等は各月の評価内容や目標達成度合い等を利用者・家族に説明、理学療法士等に報告相談し、理学療法士等と共同で3カ月に1回以上必要に応じて計画の変更を行うこと。 ※理学療法士等＝理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師 ※病院にあたっては、許可病床数が床未満のもの又は当該病院を中心とした半径4km以内に診療所が存在しない場合に限る。	



Copyright © 2019 Hokkaido Research Institute for the Twenty-first Century Co.Ltd.

【参考】生活機能向上連携加算におけるICTの活用

令和3年4月の介護報酬改定により、ICT活用により算定できる「生活機能向上連携加算(Ⅰ)」新設。

■生活機能向上連携加算（Ⅰ）における利用者のADL及びIADLの把握－ICTの活用例

- ・リアルタイムでのコミュニケーション(ビデオ通話)が可能な情報通信機器を活用する
※携帯電話等でのテレビ電話を含む
- ・撮影方法、撮影内容を調整した上で動画を撮影、動画データを外部の理学療法士等に提供する。

■ICTとは－

- ・「Information and Communication Technology（インフォメーションアンドコミュニケーションテクノロジー）」の略で、「情報伝達技術」を意味します。IT（情報技術）との違いは、情報の伝達や共有の側面の意味合いが強く、コミュニケーションに重点が置かれている点。ITは技術そのものを指しますが、ICTはその技術の活用に焦点をあてたもので、テレビ電話等を含む電子的コミュニケーションツールが該当します。

出典：QLC株式会社ホームページ



Copyright © 2019 Hokkaido Research Institute for the Twenty-first Century Co.Ltd.

4. 生活機能向上連携加算の活用（通所介護事業所等）

【用意するもの】

- ・医療機関用PCまたはタブレット（高齢者の身体機能評価、アドバイス、現地スタッフとの打ち合わせ等）
- ・撮影用タブレット（現地）
- ・高齢者へのフィードバック用タブレット（現地）
- ・ポケットwifi（現地※会場にwifi環境がない場合）
- ・スピーカーフォン

【7】 実施フロー

実施項目	実施内容
企画・準備	<ul style="list-style-type: none"> ・市町村による事業所と外部リハビリテーション専門職とのマッチング（事業所においてリハビリテーション専門職の確保が困難な場合） ・機能訓練指導員等と外部リハ職による支援方法や役割分担の決定 ・ICTを活用した高齢者の生活機能評価の方法（リアルタイムまたは動画共有） ・使用するオンラインツール等の確定 ・対象者の基本情報の事前共有（基本情報、ケアプラン等）
事前打ち合わせ	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者の生活機能などの確認 ・オンラインツール等を活用した事前リハーサルを実施
実施	<ul style="list-style-type: none"> ・リハ職と連携した取組の目的や今後の流れを高齢者に共有 ・リハ職による評価、個別プログラムの作成 ・個別プログラムの実施（現地の機能訓練指導員）
評価	<ul style="list-style-type: none"> ・リハ職による評価（中間、最終） ・今後の方針についての検討

 Copyright © 2019 Hokkaido Research Institute for the Twenty-first Century Co.Ltd.

4. 生活機能向上連携加算の活用（通所介護事業所等）



V 実施に当たっての留意点

1. 実施に当たっての留意点

【1】リハビリテーション専門職についての理解を深める

- 本マニュアル「Ⅱ. 連携にあたり理解しておきたいこと」を中心に、リハビリテーション専門職の「専門性とは何か」、「どのような視点で高齢者にアプローチしているか」、などを理解しておくこと、より現場での円滑なコミュニケーションに繋がり、最終的には質の高いケアプラン作成等に繋がります。
- また、本マニュアルで記載した「ケアマネジャー向け自立支援ケアマネジメントスキル向上研修」はリハビリテーション専門職の視点が盛り込まれた内容であり、ぜひ、研修の実施をご検討ください。

【2】できるだけ多くの高齢者のアセスメントに関わってもらう

- リハビリテーション専門職の真骨頂は、アセスメントといってもよいでしょう。すべてはアセスメントから始まり、この「見立て」次第で、高齢者への働きかけの方法、プログラムの内容等が大きく変わってきます。
- 特にフレイルリスクが高い高齢者の抽出や、事業対象者や要支援者等、生活機能の改善の可能性のある高齢者のアセスメントには、可能な限りリハビリテーション専門職に関わってもらいましょう。
- そのため、高齢者の通いの場との連携、ケアマネジャーとの同行訪問等を積極的に導入しましょう。

【愛知県豊明市の事例】（H31年度事業のヒアリング結果抜粋）

- 地域リハビリテーション活動支援事業では、ケアマネジャーとリハ職が訪問により事業対象者のアセスメントを行っている。これまでケアマネジャーは、介護サービスをいかに「あてがうか」という視点が強かったが、リハ職と関わることにより、利用者の本来の普通の暮らしを取り戻すかというリハビリテーションの観点を持つようになった。
- リハ職は、予後・予測を語れることが大きな強みであり、総合事業のサービスの利用に対する家族の納得が得られやすかったり、利用に対するモチベーションが得られやすい。



Copyright © 2019 Hokkaido Research Institute for the Twenty-first Century Co., Ltd.

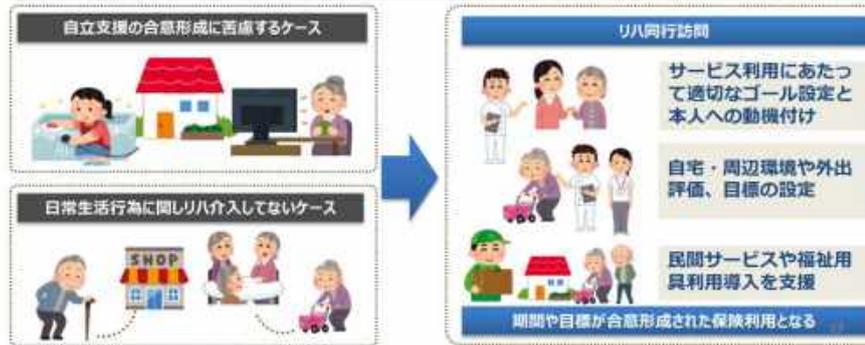
1. 実施に当たっての留意点

【参考】愛知県豊明市の事例

地域リハ活動支援事業の活用「同行訪問リハ」

サービス開始前に、サービス導入により達成する生活目標の設定や、サービスのゴール設定を本人や家族と合意形成することが欠かせないが、ケアマネジャーだけでは荷が重い。契約なし（地域リハ活動支援事業）でリハ職がケアマネに同行訪問し、側方支援する。

暮らしへ戻る支援の目標設定と合意形成には ケアマネにも利用者にも「アテンダント」が必要



Copyright © 2019 Hokkaido Research Institute for the Twenty-first Century Co.Ltd.

1. 実施に当たっての留意点

【3】アセスメントのあとは地域の人材で担う体制を考える

- 外部のリハビリテーション専門職に、アセスメントからプログラムの実施までをお願いするのは、マンパワー的にも予算的にも難しいことが想定されます。
- そのため、アセスメントやプログラム作成までを外部リハビリテーション専門職に依頼し、高齢者と直接関わるプログラムの実施や高齢者へのセルフケア促進等は、地域の人材で担うことを考えましょう。
- 例えば、通所介護における機能訓練指導員、地域にいる健康運動指導士、トレーナーなど運動の専門家との連携が考えられます。

【4】訪問看護師との連携を考える

- リハビリテーション専門職は地域にいなくても、訪問看護ステーション（訪問看護師）は、小規模自治体でも一定程度存在しています。
- 昨年度実施したアンケートでは、訪問看護師は、医療専門職としてリハビリの知識は学ぶものの、リハビリテーションの視点でのアセスメントや評価、手技については知識も経験も不足しており、おもに手技を学ぶことで、利用者に積極的にリハビリをしたいというニーズがうかがえました。
- こうしたニーズから開発した「訪問看護師向けリハビリテーションスキル向上研修」をぜひ実施いただき、外部のリハビリテーション専門職と同研修を受講した訪問看護師との連携で、「訪問リハ」や「訪問C」を補完あるいは代替する仕組みを検討してはいかがでしょうか。

Copyright © 2019 Hokkaido Research Institute for the Twenty-first Century Co.Ltd.

1. 実施に当たっての留意点

【5】お互い限られた時間を有効に活用するために

- ・ 地域の在宅ケアを担う方、外部のリハビリテーション専門職ともに日々の業務に追われています。
- ・ お互い限られた時間を有効に活用するために、以下を意識して取り組んでください。

- ・ リハ職が1人の高齢者のアセスメント等に係る回数、1回あたりの時間はなるべく少なく・短く。
- ・ そのためには、事前にリハ職と連携する目的やゴール、役割分担をしっかりと共有することが重要。
- ・ 打ち合わせや高齢者との対面する回数を限定的にする分、ICTツールでの情報共有は積極的に実施
- ・ ICTツールは日々の業務でもなるべく利用し、使い慣れておく

【6】派遣元の医療機関や法人の理解を得るために

- ・ 連携する外部のリハビリテーション専門職の所属先としては、医療機関や介護老人保健施設、訪問リハ・通所リハ・訪問看護ステーションを運営する法人が想定されます。
- ・ 派遣元は、リハビリテーション専門職が地域の高齢者の自立支援に関わることの重要性は理解していますが、法人として事業活動している以上、「ボランティア」「安価」で対応することは困難です。
- ・ リハビリテーション専門職が法人に対しても気兼ねなく地域で思いっきり活動できるように報酬を設定することが重要です。
- ・ 一つの考え方として病院のリハビリテーション専門職が関わる報酬単価を基準に考えるとよいかもかもしれません。
例「運動器リハビリテーション料(I) (1単位：185点) を基準 (1単位20分で1日最大6単位まで算定可能)
【計算式】185点×10円×6単位=11,100円 (1日 (2時間) の金額上限)



Copyright © 2019 Hokkaido Research Institute for the Twenty-first Century Co.Ltd.

1. 実施に当たっての留意点

【7】多職種で高齢者のアセスメント結果を共有する

- ・ 通いの場での生活機能評価、ケアマネとの同行訪問、生活機能向上連携加算などの活用により外部のリハビリテーション専門職との連携による高齢者のアセスメント結果を、ケアマネジャー、サービス提供事業所などの多職種が共有することが重要です。
- ・ 自立支援ケアマネジメントを、地域のケアマネジャーだけに委ねるのではなく、日々高齢者と接する機会が多い通所介護事業所などが把握している高齢者の様々な情報をケアマネジャーが把握することで、モニタリングやより良いケアプランの改善に繋がります。
- ・ サービス担当者会議をこうした多職種の情報共有の場として機能させることが重要ですが、お互いが顔の見え関係性を構築したうえで、ICTツールを効果的に活用し情報提供・共有する仕組みを構築することが重要です。

【8】ICT活用を推進する民間事業者との連携

- ・ 連携するリハビリテーション専門職の所属先として、民間企業との連携も想定されます。医療・介護の制度に縛られることが少ない民間企業の方が全体としてICTの活用にも積極的でありフレキシブルな対応ができるメリットがあります。
- ・ 高齢者の「個性への対応」と「ICTの活用」という観点からは、オンラインでパーソナルトレーニングの実績を有する企業との連携が想定されます。特に、通所介護など介護事業も併せて展開している法人は、元気高齢者から虚弱高齢者まで様々な高齢者とのやり取りに慣れていますが、また、高齢者にその気になって頑張ってもらうためのノウハウにも長けている法人も存在します。



Copyright © 2019 Hokkaido Research Institute for the Twenty-first Century Co.Ltd.

1. 実施に当たっての留意点

【9】ICTを活用した事前のリハーサルは必ず実施

- ・ 今回、様々な場面でオンラインツールを活用した外部のリハビリテーション専門職との連携を想定していますが、事前のリハーサルは必ず実施してください。
- ・ 会場の通信環境（wifi環境がない場合は、ポケットwifiの置く場所も重要）、相互のマイクテスト（音声それぞれ聞こえやすいか）、お互いの顔や資料は見えやすいかなど、チェック項目は多岐にわたります。
- ・ 目的に応じて用意するマイクやスピーカー等も異なることに留意する必要があります。
- ・ 使用するICTツールに慣れていることは大前提となりますが、日常業務とは違う使い方をする場合は特に綿密なリハーサルを行ってください。
- ・ 当日のトラブルは、関係者だけではなく参加した高齢者のモチベーションにも大きく関わってきますので、ぜひお願いいたします。

【10】リハビリテーション専門職が関わる目的の理解促進

- ・ 対象となる高齢者に対して、外部のリハビリテーション専門職が関わることの目的やメリットをしっかりと理解してもらうことに留意しましょう。
- ・ あらためて、外部リハビリテーション専門職に関わってもらう目的は、高齢者自身が今の生活を継続したり、今後望む生活を送るために、今の生活機能を理解し、その維持・改善に向けて主体的に取り組んでもらうことにあります。
- ・ 高齢者と関わる機会が多いケアマネジャーやサービス事業所の職員は、常にこの目的と全体の流れを高齢者にインプットするように心がけてください。

 Copyright © 2019 Hokkaido Research Institute for the Twenty-first Century Co. Ltd.

1. 実施に当たっての留意点

【11】高齢者の頑張りを評価できるツールを導入

- ・ 高齢者のアセスメント結果をもとに、個々の生活機能に応じて、自宅等での個別訓練プログラムを作成することになります。
- ・ このプログラムに応じて、高齢者にいかに“頑張ってもらおう”かが、アウトカムの達成において最も重要になるといえます。
- ・ 高齢者に継続的に取り組んでもらうには、その取り組み状況を可視化し、その状況を地域の関係者や外部リハビリテーション専門職が見守り、適度に介入（ほめたり、励ます）ことが重要です。
- ・ 必ずしもこのプログラムに完全に適合したものではなくても、「高齢者の日々の頑張りがわかる」ツールという観点で検討するのがよいかもしれません。
- ・ スマホやタブレットを持っている高齢者には、高齢者の歩数データなどを確認できるスマホアプリの活用もよいかもしれません。



共和町在住のパーキンソン病の女性向けに日々の時間別の服薬や体調等について記入いただいているフォーマット例（共和町のケアマネジャーが作成）

 Copyright © 2019 Hokkaido Research Institute for the Twenty-first Century Co. Ltd.

1. 実施に当たっての留意点

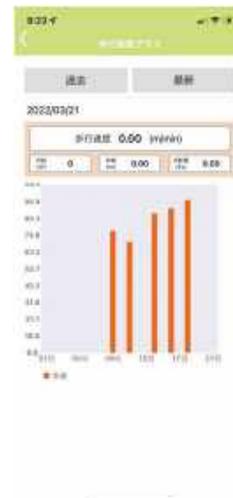
【参考】スマホアプリの一例（いずれも無料）



家庭血圧の測定を促進するスマホアプリ「すこやかダルマ」
(測定状況に応じてスタンプとメッセージが展開される)



歩数測定スマホアプリ「サツドラウォーク」
(歩数に応じてポイントがたまり、サツドラでの買物に使える)



歩行速度測定スマホアプリ「チャミー」

 Copyright © 2019 Hokkaido Research Institute for the Twenty-first Century Co. Ltd.

1. 実施に当たっての留意点

【12】高齢者の変化をリハビリテーション専門職にしっかりフィードバック

- ・ リハビリテーション専門職に対して、アセスメントやアドバイス等の結果が、実際に高齢者の生活機能の維持・向上にどのように貢献したかをしっかり共有することが重要です。
- ・ 良い結果に繋がっていたり、高齢者本人からの喜びの声が伝われば、今後、地域と関わっていく大きなモチベーションにもなります。
- ・ また、十分な結果に繋がっていない場合は、その要因や解決策を地域の専門職と一緒に議論することは、リハビリテーション専門職の能力向上にとって重要な機会と捉えてくれます。
- ・ 今回整理したICTを活用した外部リハビリテーション専門職との連携シーンでは、基本的に「単発」ではなく、一定期間関わってもらう取組を想定していますが、上記のことをより意識して、高齢者の自立支援について「アドバイザー」の枠を超え「パートナー」として活動いただけるように留意しましょう。

 Copyright © 2019 Hokkaido Research Institute for the Twenty-first Century Co. Ltd.

2. オンライン活用に必要な実施環境・体制

【1】実施体制

- ・ 医療機関のリハビリテーション専門職は、機器の使用方法やケアマネジャー、介護事業所との意思疎通に向けて、機器の操作説明や指示、撮影動画の説明が求められる。
- ・ 高齢者が自宅や介護サービスを利用している場所でも遠隔でアセスメントが可能になるよう、事前にコミュニケーションを図り、実施体制の準備を行う

【2】機器・通信環境

- ・ 映像・音声・通信が確保された機器等を用いるための事前準備が重要である。

【事前準備での確認事項】

- ・ 実施者と対象者とが相互に表情、声が確認でき、アセスメントに必要な様々な動作を視認できること
- ・ 映像と音声の送受信が常時、安定し、かつ円滑であること（実施環境の標準化）
- ・ 対象者が複雑な操作をしなくても利用できること（ケアマネジャーや施設職員による最低限の操作）
- ・ 情報セキュリティが確保されること（周囲の音、個人情報の映り込み等も含む）
- ・ 対象者や施設環境を考慮した環境設定（スマートフォンの活用）

【3】資料・教材・器具等を利用した対象者との情報共有

- ・ 短い時間でアセスメントを実施するためには、クラウドサービスや電子メール等を活用してケアマネジャーやサービス事業者に資料を事前に提供、アセスメントの結果等を事後速やかにと共有するとともに、リモートを活用し、目標・ケアプランの策定支援、自主訓練や環境整備等の指導等を行う。

 Copyright © 2019 Hokkaido Research Institute for the Twenty-first Century Co.Ltd.

2. オンライン活用に必要な実施環境・体制

【4】環境に応じた通信機器等の選定

- ・ 高齢者の自宅や介護事業所、サービス提供場所等の環境に応じた通信機器の選定が求められる。

①各回線タイプの平均値

- ・ 持ち運べる通信機器としては、ホームルータやモバイルルータを活用することになる。
- ・ Ping値は、ホームルータとモバイルルータでは大きな違いはないが、モバイルルータのうちWiMAXはホームルータよりも小さくなっている。
- ・ 回線速度（下り）は、動画の閲覧等、情報を収集する際に参考とする速度であるが、ホームルータとモバイルルータの差が大きくなっている。

回線	Ping 値	回線速度(下り)	回線速度(上り)
光回線	27.2ms	322.7Mbps	247.8Mbps
ホームルータ	81.4ms	156.4Mbps	18.4Mbps
モバイルルータ	86.0ms	37.5Mbps	11.4Mbps
WiMAX(参考)	50ms~30ms	59.13Mbps	15.47Mbps

資料 みんなのネット回線速度(みんそく) | (minsoku.net)

※Ping値：データの送受信におけるレスポンスや応答速度

※回線速度：1秒間に送信可能なデータ容量を表す数

 Copyright © 2019 Hokkaido Research Institute for the Twenty-first Century Co.Ltd.

2. オンライン活用に必要な実施環境・体制

② 北海道の時間帯別の平均速度情報(直近3ヶ月)

- 北海道におけるホームルーターとモバイルルーターの時間帯別の平均速度は以下のとおりであり、モバイルルーターは朝、昼、夕方の順で通信環境が良い。

モバイルルーター				ホームルーター			
	Ping値	下り	上り		Ping値	下り	上り
朝	63.69ms	322.99 Mbps	30.46M bps	朝	81.39ms	37.2Mb ps	8.59Mb ps
昼	66.83ms	127.65 Mbps	13.6Mb ps	昼	87.31ms	20.1Mb ps	9.03Mb ps
夕方	81.1ms	125.69 Mbps	18.35M bps	夕方	101.37ms	25.01M bps	6.95Mb ps
			N=640件				N=240件

③ モバイルルーターとホームルーターのメリット・デメリット

モバイルルーター	ホームルーター
<ul style="list-style-type: none"> 充電が切れると使えなくなる 通信速度が遅くなる・不安定になることが多い 電波の届く範囲が狭い 同時に接続できる台数が少ない 	<ul style="list-style-type: none"> 自宅にコンセントを挿すだけで利用できる 速度が安定しやすい 電波の届く範囲が広い たくさんの機器に同時接続できる 居住地以外で使用制限（契約住所以外の場所でも使用可の業者もある）

 Copyright © 2019 Hokkaido Research Institute for the Twenty-first Century Co.Ltd.

VI ICTツールの使い方

NPO法人タダカヨのご紹介

～介護現場で活用できる無料・低コストのICTツールの普及～

- ここからは、外部のリハビリテーション専門職との連携を含め、皆さまの日常業務の効率化を図るために必要なICTツールについてご紹介します。
- 次ページからの資料は、「無料もしくは低コストのITを使って、お金をかけずに介護をより良くする活動」を目的に、ウェブ会議ツール、ビジネスチャットなど介護業務の効率化や高齢者の生活の質の向上に繋がる有益な“無料”のツールを普及している「NPO法人タダカヨ」の一部の資料を抜粋して紹介しています。
- 同法人のホームページには、様々な利用シーンに応じたICTツールが紹介されており、詳しくはそちらをご覧ください。



NPO法人タダカヨ
Address:東京都大田区大森中2-1-20-1001
Email:info@tadakayo.jp
Tel:050-6872-9884
HP:https://mmky310.info/

【P71以降で紹介する資料（一部）】

- ①オンライン面会（ZOOMの使い方、LINEの使い方）
- ②職員同士、家族との情報共有・コミュニケーションツール（LINEWORKSの使い方）
- ③サービス担当者会議（ZOOM、LINEWORKS、日程調整ツール（調整さん等）の使い方）

①オンライン面会（ZOOMの使い方）

目次

- ①ズームを使ったオンライン面会の流れ・・・・・・・・・・ 2
- ②パソコンを使う場合・・・・・・・・・・・・・ 3
 - 1. ズームのインストールとアカウント取得・・・・ 3
 - 2. 顔と音声の入力と画面共有等の設定・・・・・・・・ 4
 - 3. 顔と音質 | 通信速度とカメラの接続・・・・ 9
- ③タブレット・スマホを使う場合・・・・・・・・・・ 12
 - 1. ズームのインストールとアカウント取得・・・・ 12
 - 2. 顔と音声の入力と画面共有等の設定・・・・・・・・ 15
 - 3. 顔と音質 | 通信速度とカメラの接続・・・・ 29
- ④よくあるトラブルと対応策・・・・・・・・・・ 22

① ズームを使ったオンライン面会の流れ

① 通信事業者は、通信・回線に接続し、オンライン面会の日程を済める。

② 09:00頃からお集まりください！

③ 参加・脱退は、ズーム内にオンライン面会用の「バーチャルミーティングルーム」を操作。

④ 参加・脱退は、バーチャルミーティングルームに入室する際URL（＝パソコン用）とミーティングID（＝タブレット・スマホ用）両方に希望者へメールを送る。

⑤ 通信事業者は、予約した面会日時に、上記のようにミーティングIDを使って、バーチャルミーティングルームに入室し、参加する。

メール上のURLをクリック！
ミーティングIDを入力！

詳細はこちらをご確認ください
<https://mmky310.info/om-dl/dl/>

①オンライン面会（LINEの使い方）

施設・病院用

かんたん！
オンライン面会のはじめ方
(LINE版)



目次：オンライン面会を始める3ステップ

ステップ1 (P.2~3)
オンライン面会で使用するラインアカウントのマイQRコードをダウンロードする



ステップ2 (P.4)
マイQRコードを面会希望者へ案内する



ステップ3 (P.5)
面会希望者とラインで繋がり、面会当日にビデオ通話する。



ステップ3. マイQRコードをダウンロードする (1/2)

① 事前に使用するタブレットもしくはスマートフォンを起動し、起動する。



② メッセージが表示された場合は、画面「OK」もしくは「許可」を選択。



③ QRコードをダウンロードする。



詳細はこちらをご確認ください
<https://mmky310.info/om-dl/dl/>

②職員同士、家族との情報共有・コミュニケーションツール（LINEWORKSの使い方）

介護事業所向け
LINE WORKS
ご案内資料

created by **タダ団ヨ**

人財定着：職員の負荷を軽減しながら施設内のコミュニケーションを活性化。人財定着に貢献します。

① 写真や動画を使った申し込み



② フロア全員に一斉連絡・未読者の把握



③ 休憩時間にオンラインで1対1相談



④ 通知設定で休憩中のメッセージのストレス軽減



職場の匠土改善で離職率が7%→0.7%に改善した施設も！

LINE WORKSは、職員全員とメッセージや無料通話ができる「無料で使えるICT」です。

ビジネス用のLINEが介護事業所の課題解決に貢献します。



- 人財定着
- 方針発表
- 社外活動
- 費用削減
- 情報管理



詳細はこちらをご確認ください
<https://mmky310.info/lw/>

③サービス担当者会議（ZOOM、LINEWORKS、日程調整ツール（調整さん等）の使い方）

便利、簡単、効率的
オンラインで始める
サービス担当者会議

Ver.01



目次

1. 導入編	2. 東西編
・オンラインサービス担当者会議の概要……………P10	・会議の目的（日程調整）……………P10
・参加者の役割……………P11	・会議の目的（ケアチームの調整）……………P11
・導入のステップ……………P12	・会議の日：調整ツール……………P12
・必要な機器……………P13	・会議の日：オンライン参加時の接続……………P14
3. 資料編	4. FAQ
・併用可能な「調整ツール」……………P16	・接続できない……………P27
・オンライン参加者の連絡先……………P17	・トラブルシューティング……………P31
・ZOOMでの会議参加方法……………P18	
・Zoomから「LINEWORKS」へ参加……………P20	
・「Google Meet」で参加……………P21	
・日程調整ツール「調整さん」……………P22	
・法人への登録方法……………P24	

開催の流れ

導入編

導入のステップ

導入編



- ① 自事業所内での話し合い・合意**
 オンライン参加者会議を導入するメリット、実現性などについて、職員で話し合い、合意しましょう。
 また参加者でウェブ会議ツールを実際に体験して使い方の疑問を解消していきましょう。
- ② ケアチームの事業所への相談・合意**
 サービス担当者会議やオンライン参加者会議の開催について調整・相談し、合意を促しましょう。
 その際「オンライン参加者会議のご案内」事業所向け（P17参照）などをお送りし、メリットや操作方法を伝えましょう。「オンライン参加者会議」をやってみるのも良いでしょう。
- ③ ご利用者・ご家族への説明・合意**
 ご利用者ご家族へオンライン参加者会議の開催について説明し、合意を促しましょう。
 その際「オンライン参加者会議のご案内」ご利用者さまへご家族さま向け（P17参照）を送り出して、メリットや操作方法を伝えましょう。

詳細はこちらをご確認ください
<https://mmky310.info/2021/09/01/tankai-2/>

おわりに

- ・本マニュアルでは、都市部に比べて医療専門職が不足し介護サービスの基盤が弱い小規模自治体を意識しながら、高齢者の自立支援・重度化防止を目的に、ICTを活用した外部リハビリテーション専門職との連携方策をまとめました。
- ・一方、人口減少・高齢化はますます進展する中で、地域の担い手、とりわけ医療・介護人材の奪い合いは激化しており、今後は本マニュアルの対象となる自治体が多くなることが見込まれます。
- ・今回の内容を、地域包括ケアを推進する地域の関係者の皆様で共有いただき、あらためて地域の現状と課題を見つめなおし、自立支援・重度化防止、地域リハビリテーションの推進の観点から、地域の強みを生かし弱みをどう補っていくか、という戦略づくりに活用いただけると幸いです。
- ・その中で、ICTを活用し外部リハビリテーション専門職との連携により、実施したい事業がございましたら、ぜひ、ご相談ください。
- ・厳しい財政状況が続く中で、マンパワーや予算等の観点から持続可能なモデルを構築するという観点から、サポートさせていただければ幸いです。

令和4年3月吉日

厚生労働省（令和3年度老人保健健康増進等事業）
 北海道のリハビリテーション専門職を活かした高齢者の介護予防推進
 に係る調査研究事業WGメンバー 一同

同事務局 ㈱北海道二十一世紀総合研究所

相談窓口のご案内【株式会社北海道二十一世紀総合研究所】

- 外部のリハビリテーション専門職と連携し、高齢者の自立支援や介護予防を推進したいと考えている自治体の皆様は、ぜひ弊社までお問い合わせください。
- リハビリテーション専門職団体やこうした取組に意欲的な医療機関等と連携しながら、実施体制の構築から全体企画・運営サポートまで、地域支援事業の枠組みを活用した継続可能な事業についてご提案いたします。

株式会社北海道二十一世紀総合研究所
札幌市中央区大通西3丁目1番地
TEL 011-231-3053 FAX 011-231-3143 mail : kawahara@htri.co.jp
担当 河原、劉（りゅう）

【弊社についてのご紹介】

- 弊社は北洋銀行系列のシンクタンクで、官公庁を中心とした医療・介護・ヘルスケア分野における調査研究や各種事業サポート等の実績を有しています。
- 弊社の事業概要や実績等は下記ホームページよりご確認ください。
<https://htri.co.jp/>

本資料に関するお問合せ先

株式会社北海道二十一世紀総合研究所
札幌市中央区大通西3丁目1番地
TEL 011-231-3053 FAX 011-231-3143 mail : kawahara@htri.co.jp
担当 河原、劉（りゅう）