

要支援者を リハ職と同行訪問

—大阪府藤井寺市

大阪府藤井寺市では、「会議でケアプランを点検する」のではなく、「現場で多職種協働してケアプランを作成する」という取り組みを、2016年からモデル事業として取り組みました。ケアマネジャーも利用者も、自立支援を具体的にどうしたらいいのか、意識が高まったそうです。



(編集部)

執筆 ▶ 佐藤美早紀 ● 藤井寺市福祉部高齢介護課

市独自の取り組みの経緯

藤井寺市は、大阪府のほぼ中央にあり、人口6万5,311人、高齢化率27.6%（2017年12月末現在）、面積は3km四方と小さく、地域包括支援センターは委託で1カ所です。

都道府県別の保険者の特徴として、大阪府では①（年齢調整後の）要介護認定率及び被保険者一人当たり介護費が全国一高い、②要介護認定における軽度者（要介護2以下）の占める割合が高い、③居宅サービス、中でも訪問介護の利用率が高い—といったデータが示されており、さらに全国と比較しても今後急速に高齢化が進むとされています。そのような状況に危機感を覚えていた中、作業療法士の佐藤孝臣先生が大分県で実践されている取り組みを講義で聞いたことが後押しとなり、漠然と考えていた「自立支援に向けた取り組みをしなければ」という思いを、行動へと移すことになりました。

その第一歩の行動が、ケアマネとリハ職の「同行訪問」です。自立につながるケアマネジメントを支援するための取り組みとして、独自にこの方法をとることとなったのは、ケアプランを多職種で検討する方法について包括と相談した中で出された意見がきっかけでした。

ケアプラン点検の目的は、本当に利用者の状態に応じた自立につながれるプランになっているのか？を多職種の視点から話し合うことにあると思います。その方法としては、会議に集まって書類のみを見るのではなく、一緒に訪問して本人を見てこそ説得力があり、効果があるのでは、というのが

包括から出た意見でした。アセスメントの段階から他の職種がケアマネと同行し、多職種の視点を反映させたケアプランを作成する、という方法を本市のスタイルとして実践してみようと合意し、厚労省のモデル事業「ケアマネジメント適正化推進事業」を活用することになりました。

2016年9月より開始したこの新たな事業には「Let's☆ヨボヨボ予防！」とユニークな名称を付け、取り組む私たち自身も楽しみながら、「高齢者がいつまでも元気ハツラツな生活を楽しめるよう、ヨボヨボになるのを予防しましょう」というコンセプトのもとに自立支援に向けた挑戦が始まりました。

対象者は認定者の4割近くを占める要支援者とし、取り組むのは、行政の事務職、包括の3職種とプランナーに加えてまずリハ職の視点を強化するため、大阪府作業療法士会および大阪府理学療法士会へ協力を依頼し、合わせて3名の推薦を受けました。また、要支援者のケアプランの半数は居宅ケアマネに委託していることから、居宅ケアマネの意見も得るため代表として2名（2017年度から3名）に参画してもらい、リハ職・ケアマネ・包括・行政の計14名で運営委員会を立ち上げました。運営委員会は毎月開催し、同行訪問の手順や評価方法の検討、必要な様式や市独自のアセスメントシートの作成などを話し合いながら進めていきました。実際に地域を走り回って支援をしている立場からの実情・実感を意見してもらいながら、事業を展開する仕組みができたことは心強く、また一緒に推進する中で関係性を深めていくことができました。

表1 藤井寺市独自のアセスメントシート（項目のみを抜粋）

運動・移動		日常・家庭生活		コミュニケーション 社会参加・対人関係	健康管理
身体状況	痛み 痺れ 関節拘縮・麻痺 その他	食事	調理 食事用意 食事片付け	外出頻度	受診状況 主治医（ ） 医師からの運動制限の指示 医師からの食事制限の指示
移動状況	室内移動 屋外移動 移動範囲 移動手段 立ち上がり 階段昇降 転倒状況	買物	移動 買物行為	家族・地域での役割 家族との交流頻度 友人知人との交流頻度 コミュニケーション	身長・体重 栄養状態
運動状況	定期的な運動	洗濯	洗う 干す	趣味活動 視覚障害 聴覚障害 気分の落ち込み 物忘れ	水分摂取 口腔状態 嚥下・咀嚼状態 服薬管理 飲酒状況 喫煙状況
		掃除	掃除 整頓		
		ゴミだし			
		身だしなみ・更衣			
		排泄状況			
		入浴状況			
		金銭管理			
		火の始末			
		市役所や銀行の手続き			
		生活リズム			

同行訪問スタイルの狙い

目的は、利用者の活動性を高め、社会参加の促進につなげる自立支援型のケアマネジメントを推進することです。同行訪問というスタイルをとることで促進したいと考えたのは、①ケアマネの自立支援に資するケアマネジメント力の向上（アセスメントや目標設定にリハビリ視点を取り入れる）、②多職種連携・協働の促進（ケアプラン点検をする側/される側を作らない）、③本人・家族との合意形成の促進（直接訪問して意欲アップに働きかける）、④リハ職による早期アプローチの実現（ケアプランに位置付ける前から介入する）—です。モデルの試みであるため、まずは包括プランナーの担当ケースについて、アセスメントへの同行を始めました。

訪問では、今できていること・できないことや、やりたいことをアセスメント→困っている動作を実際に確認、身体評価と予後予測→生活動作のコツや家事の工夫、自主トレ等を提案→サービス導入の必要性や、サービス事業所へ特に依頼する内容を助言—といった各過程で協働できます。

サービス利用が決まっている場合、後からの変更にも同意を得ることは難しいものです。本市ではサービス担当者会議よりも前に同行訪問することで、真に必要なサービスの見

極めや目標設定ができれば、本人にとってもストレスのない支援が可能になると考えました。

アセスメントシートの工夫

ケアマネの課題分析の過程を明確化し、維持/改善といった状態変化も評価・見直ししやすくするよう、要支援者のアセスメントシートを統一することも、話し合いから出た意見でした。この作成には、同行して共にアセスメントを行うリハ職の視点も加えながら変更を重ねました。シートを作り上げ的过程中で本人のモチベーションアップを促せることを目指し、「○○○します!」という目標や、目標に対する実行度・満足度を聞き取る欄や、リハ職のアドバイスを踏まえて元気になるための頑張るところをチェックする「元気アップポイント」欄を設けたりと、随所で工夫しました。

作りは予防プランと同様の4つの領域に分けてそのままプラン作成に導入できる流れとし（表1）、またシートをプランに添付し担当者会議でも配布する扱いとしたことで、各担当者が現状をより把握でき、サービス提供にあたっての工夫や留意点を考えやすくなる、という「可視化」を図りました。

表2 事例紹介：自転車での転倒が頻繁で、リハビリと転倒リスク軽減が必要なケース

介護度	要支援1	年齢	69歳	性別	女性	Bさんの事例
経緯	脊柱管狭窄症で、階段昇降ができなくなるなど腰の状態が悪化し、退職してからは活動量低下。500m先の娘宅へよく自転車で通うが、自転車での転倒を繰り返し、乗れなくなってきている。医師から筋肉を付けるよう言われ、本人よりリハビリの相談あり。					
同行訪問	<ul style="list-style-type: none"> ・体幹伸展時や仰向けの姿勢からの起き上がり時など、動作・痛みの確認 → リハ職評価：退職による活動性低下からの体幹筋力低下により脊柱管狭窄の症状悪化が起きており、前傾姿勢が著明で更なる機能低下が懸念される。リハビリの早期介入が必要と判断し、短期集中での訪問リハ導入を提案。 ・自転車の乗り降り動作の確認 → リハ職評価：飛び乗り・飛び降りる感じであり、サイズが体に合っていないことも問題点として判明。自転車で乗って外出を続けられるよう、下肢・体幹筋力強化に取り組むと共に、小さいサイズへ替える必要性を助言。 ・自身で工夫している掃除方法があり、リハ職の専門的な視点からも生活リハビリとしての効果を認め、継続を後押し。 					
効果	・転倒を避けて自転車を利用しない生活を勧めたり、通所サービスでの運動を漫然と提案するのではなく、本人の身体機能や意欲を踏まえ、自転車での移動が安定すればどんな通いの場にも行けるようになるとの予後予測のもと、短期での訪問リハ介入を計画することができた。					

多職種の訪問を受け多くの人に支援されているという実感から、ご本人も意欲が高まっているようです。



ケアマネジャー

同行訪問による変化と効果

利用者に対しては、リハ職が直接説明することで、本人が自分の状態を正しく理解でき、自分でできるという意欲と自信につながった、という効果が多く得られました。少しの努力で達成可能な目標を提示できたことでかなり意欲的になった、サービス利用を拒んでいた方が利用する気になった、ということもありました。また、ケアマネの感想としては「疾患から身体状況を把握し、動作確認をするという一連のアセスメント方法が勉強になった」「在宅生活での動作を実際に確認されていて課題抽出には大事な作業だと思った」といったリハ視点に対する気付き・発見があったことや、「医療の訪問リハにつなぐことになった」「現在行っている動作から必ずしも手すりは必要ないとの判断には、目からウロコだった」など、考えていたプランに対し変化が起こったことも多く挙げられました。

プランの内容については、導入するサービスや住宅改修・福祉用具の変更に関する助言が多く行われ、特に本

市では特徴として多いのがヘルパー利用ですが、ヘルパーに段階的な支援方法を依頼できた、あらかじめ目標達成のイメージを持った導入を促すことができたなど、これまでとは違うアプローチが実現する手段としても効果がありました。

なお、訪問1件ごとにケアマネからはアンケート、リハ職からは報告書を受け取る形としています。より効果的な事業とするため、リハ職以外に介入が必要な職種とその理由や、また地域に資源が不足するために支援に結び付けられなかったことがあればその内容等の記載欄を設けており、ここで提案される率直な意見を、運営委員会で課題として検討するようにつなげています。

モデル事業として同時に行ったこと

ケアマネジメント力向上に資する事業が進んでも、自立支援の実現には、サービス提供関係者や、本人・家族も含めた全体の意識が統一される必要があるということは、運営

委員の共通認識でした。

そのため半年間のモデル事業の期間には、ケアマネをはじめ関係職種に向けた研修会を3回実施したり、広報に毎月特集記事を掲載したりということも並行して行いました。研修は、全職種まざって自立支援に向けた取り組みを考えるディスカッションや、また利用者との合意形成や意欲を引き出すことが難しいという意見が多いことから、コーチングスキルのワークショップを企画しました。

2017年度「いきいき笑顔応援プロジェクト」へ

2017年度は、取り組みを地域リハビリテーション活動支援事業に位置付け、名称は新たに「いきいき笑顔応援プロジェクト」と名付けて総合事業の一つとして継続しています。前年度からの進展としては三つ挙げられます。

一つは、運営委員会では事業の推進方法を話し合うだけでなく、同行訪問したケースの課題分析を積み重ねることで、地域に共通した課題を浮き彫りにするという機能を持たせることとし、これを運営委員会の中で「自立支援型地域ケア会議」と位置付けました。

二つめに、運営委員会の中で①ケアマネ向け自立支援マニュアル作成、②地域資源ガイド作成、③本事業を含む総合事業の推進の三つのチームに分かれ、各チームにリハ職、ケアマネ、包括、行政が入り、各職種の役割を活かした活動を行うことになりました。これによって、チームの活動を活かしてどのように課題解決を図れるかが議論できるようになったり、具体的な行動が起こりやすくなりました。

三つめに、リハ職同行訪問の事例が元となり新事業創設につながりました。ケアマネ、リハ職の双方から、①自立に向けた目標達成をより支援しやすいように、短期間集中的に介入できる方式が必要、②低栄養の利用者が多いため、栄養面でも訪問によるアドバイスが必要、という意見が複数挙がったことから、2018年度は①訪問型サービスC、②管理栄養士による同行訪問も行う予定です。また、その訪問

Cで効果が見込める対象者かどうかを見極めるのは、同行訪問の場で行うこととしました。これは同行訪問を軸として進めてきたからこそ可能な手順を生み出したといえます。

これらの進展は、運営委員会の場での議論に加えて、同行訪問をしたケアマネとリハ職からのアンケートや報告書、実際の意見が土台になっています。

課題をどうとらえるか

以上のように、本人に直接働きかけるという方法で元気になることを目指していますが、成果を数値に表すことは困難です。また、全ての関係者に本事業の姿勢が理解されているわけではなく、新たな手順を加えることによる手間の解消や、把握した地域課題を解決へと持っていく手段の確立など、課題はたくさんあります。

モデル事業では、「ケアプラン点検」という言葉を使いましたが、行政がケアマネを「点検」する側とは思っていません。点検行為があるとすれば、それは地域資源が不足していることや、市の方針を伝えられていないことなどを逆に行政として点検されているようにさえ感じます。

行政職員にとって、あまりにもたくさんある課題に対して、担当部署における任期は短いものです。高齢者の支援にかかわる全ての職種の目指すところは、介護保険の理念である自立支援の実現だと思いますが、行政だけではこの理念を実現することはできません。地域の関係者に信頼してもらえよう努力し、大いに頼り、一緒に地域ならではの方法を考えてもらう。そうしてさまざまな視点の意見を聞きながら、公正な目線で選択し、企画推進することが、行政という立場での役割ではないかと思っています。

私は「地域の実情に応じて」と、よく使われるフレーズが苦手でしたが、これがいいのではと思った取り組みの一つ、意欲的にやってみれば、その一つは必ず基盤となり次へとつながっていくものなのだと、学ぶことができました。今後も、プロジェクト名のようにいきいき笑顔が増えるよう、多職種で話し合いながら事業を進められればと思っています。