

リハビリテーション前置による重度化予防
ケアプラン支援事業 実施報告書

北見市保健福祉部

北見市地域包括支援センター連絡協議会

北海道理学療法士会 道東支部

北見市医療・介護連携支援センター

令和5年3月

目次

1	事業に至る背景と地域の課題	P3
1.1	要支援者の7割強が3年以内に買い物や通院困難と予想	
1.2	できるADL(予後予測)の見立てとマンパワー不足が課題	
1.3	医療専門職の助言機会拡大の必要性	
1.4	要支援者の重度化進行の抑止は優先度が高い	
2	リハ前置ケアプラン支援事業の概要	P5
2.1	リハビリテーション前置による重度化予防ケアプラン支援事業とは	
2.2	事業のスケジュール	
3	事業の方法	P6
3.1	リハビリテーション前置ケアプラン支援事業ワーキングチーム会議の設置	
3.2	事業のスケジュール	
3.3	事業の対象	
3.4	事業の方法(助言内容や連絡方法など)	
3.5	事業の評価指標(事業のインパクト、将来の施策実施のための準備)	
3.6	事業実施要項	
4	ワーキングチーム会議の開催	P8
4.1	ワーキングチーム会議発足前の2回の会議と、発足後5回、計7回の会議日程と議題	
5	事業の評価のための調査	P9
5.1	事業の調査目的	
5.2	事業とプロトコル	
5.3	対象者	
5.4	助言の流れとやり取りの頻度について	
5.5	事業の効果	
5.6	実施期間	
5.7	実施助言者数	
5.8	助言内容と実施後の状況について	
5.9	ケアマネジャーからの意見	
5.10	「適切なケアマネジメント手法」基本項目の変化	
6	地域包括支援センター連絡協議会からの実施後アンケート報告	P15
6.1	対象者の拡大について	
6.2	助言をする専門職の拡大について	

6.3	事業の簡素化と負担感の軽減について	
6.4	助言の連絡方法について	
6.5	その他、今後の方向性について	
7	理学療法士会からの事業に対する意見	P16
7.1	事業の成果や印象について	
7.2	事業を通じて感じたケアマネジャーの変化点について	
7.3	ケアマネジャーとのやり取りで意識した点等	
7.4	ケアマネジャーとのやり取りで調整した点	
7.5	その他コメント	
8	事業成果	P18
8.1	助言による影響	
8.2	助言の傾向	
8.3	今後の事業展開の可能性について	
8.4	まとめ	
9	今後の事業展開と課題	P19
9.1	多職種への展開と助言内容の焦点化	
9.2	適切なケアマネジメント手法の活用による支援内容の共通言語化	
9.3	開催方法と報酬について	
9.4	既存の施策の活用	
9.5	謝辞	
10	ワーキングチーム会議メンバー	P21
11	リハ前置ケアプラン支援事業 手順書(資料)	P22

1 事業に至る背景と地域の課題

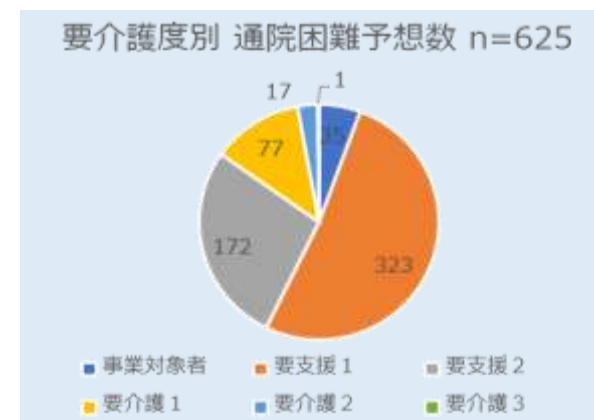
1.1 要支援者の7割強が3年以内に買い物や通院困難と予想

令和3年12月、北見市がケアマネジャーを対象に「移動に関する調査」を生活支援体制整備事業で実施し（回収率 82.4%）、要介護認定者（総合事業対象者を含む）4,122 人の買い物と通院に関する調査結果が出された。

現在は独力で買い物している 671 人のうち、今後3年以内に買物が困難になるとケアマネジャーが予想した利用者は 503 人おり、このうち要支援者（総合事業対象者を含む）の割合は 71.6%であった。

また現在は独力で通院している 826 人のうち、今後3年以内に通院が困難になるとケアマネジャーが予想した利用者は 625 人おり、このうち要支援者（総合事業対象者を含む）の割合は 84.8%であった。

大部分は両者が重複した方と思われるが、このままでは買い物と通院に何らかの介助を要する方の大幅な増加が見込まれた。



1.2 できるADL(予後予測)の見立てとマンパワー不足が課題

要介護認定における「要支援者」とは身の回りの動作は自立しているが、買い物など、生活行為の一部が「しづらくなっている」者である。要支援者に対して立案されている介護予防ケアプランの中には、利用者が将来獲得可能な「できるADL(予後予測)」をケアマネジャーが把握していないために、認定申請時の「しているADLの維持」を目標にしたケアプランに留まっている可能性がある。

ケアマネジャーは活動量の不足が廃用症候群を進行させ、今後3年以内に通院が困難になると予想した可能性が高いと思われ、早急な対策が必要だと考えられた。

また、「訪問型サービスC」や「通所型サービスC」は有効であるが、実施主体や担い手がいらないなど、専門職のマンパワー不足によって地域ニーズを十分に満たせていない可能性がある。

北まる net を使用して、直接的な専門職介入ではなく、北まる net グループセッションを活用した間接的な対応(チャット機能)で専門職の1件あたりの労力を低減させるなどの方法が考えることが必要であった。

1.3 医療専門職の助言機会拡大の必要性

現在のケアマネジメントでは、医療専門職の助言を受けるかどうかはケアマネジャーが判断している。つまり、助言の必要性(課題)があってもケアマネジャーが「必要なアセスメントに気づかない(見落とし)」をしていた場合、ケアプランへ反映されないという構造になっている。

例えば複数の調剤薬局から調剤を受けている高齢者の場合、「ちゃんと内服している」と利用者が言えば、それ以上の薬剤管理を確認できず、多剤処方への対策(ポリファーマシー)やアドヒアランスの低下を把握出来ない場合がある。

リハビリテーションを例にすると、利用者が将来獲得可能な「できる ADL(予後予測)」を把握していないために、認定申請時の「している ADL の維持」を基準にしたケアプランに留まっている可能性が考えられた。

現在は独力で買い物や通院をしても、3 年以内に買い物や通院が困難となると既にケアマネジャーが予想した 625 人の対象者は早急に重度化進行の抑止への手当や新しい取り組みを加える必要があった。

そこでケアマネジメントの過程、特にアセスメントの前の段階で事前に医療専門職の助言機会を得られる機会(リハビリ前置)を設けることにより、ケアマネジャーの視点の抜け、漏れ、失念を減少させ、疾病の悪化や介護の重度化を防ぐことが可能になるのではないかと考え、本事業が企画された。

1.4 要支援者の重度化進行の抑止は優先度が高い

これまで北見市医療・介護連携支援センター事業のこれまでの事業対象は、医療と介護のニーズの高い比較的中重度(要介護 2 以上程度)の方を想定していた。これらの方は疾病の増悪や生活機能低下があり、医療機関の入退院が多く、訪問看護など医療系サービスを現に利用している方で、医療と介護サービスの連携を必要とする方である。

今後も中重度の方を対象とした取り組みは継続するものの、前述の「移動に関する調査」の結果を受け、要支援者の重度化の進行を抑止する取り組みも優先度の高い課題ではないかと考えた。

通院が困難になった場合、訪問診療が制度上活用できる。しかし北見市における訪問診療医は少なく、今後前述の 625 人が通院困難になった場合、増加する供給量を確保することは極めて困難である。

そこで介護予防ケアプラン立案に先立ち、プラン立案前に心身機能の予後予測を把握した上で重症化を予防するための試行事業として本事業を立案するに至った。

2 リハ前置ケアプラン支援事業の概要

2.1 リハビリテーション前置による重度化予防ケアプラン支援事業とは

介護予防ケアプラン立案に先立ち、プラン立案前に理学療法士による「できる ADL(予後予測)」の助言(リハビリ前置)を受け、かつモニタリングや評価を共有する事業である。対象者は機能改善が見込める要支援者等を対象とした。

「できる ADL(予後予測)」を踏まえた介護予防ケアプランの実施により、介護の重度化を予防し、3 年以内の買い物、通院困難者を増やさないことを目的とした。

また、本事業は北見市地域包括支援センター連絡協議会、北海道理学療法士会道東支部が行い、北見市医療・介護連携支援センターがコーディネーターするという役割分担とした。(下記図参照)



- 北まるnetを活用したシームレスな遠隔のやり取りにて実施



3 事業の方法

3.1 リハビリテーション前置ケアプラン支援事業ワーキングチーム会議の設置

北見市地域包括支援センター連絡協議会と北海道理学療法士会道東支部で構成される「リハ前置ケアプラン支援事業ワーキングチーム会議」を医療・介護連携推進部会内に設置した。

当該ワーキングチーム会議は令和4年度の前半で事業を検討し、夏より試行事業を開始した。

令和4年度末に試行事業の評価を行い、令和5年度の本事業実施についての検討を行うこととした。

3.2 事業のスケジュール

ワーキングチーム会議にて以下のスケジュールを決定した。

期日	医療・介護連携推進部会	ワーキングチーム会議	検討内容(予定)
4月		包括協議会との事前打合せ(4/27)	事業イメージと事業計画の確認、団体担当者の選出(2団体)
5月		包括協議会との事前打合せ(5/25)	ワーキングチーム会議設置提案について協議 協議内容の確認と試行事業について検討
6月	6/7	ワーキングチーム会議設置提案	試行事業開始に関わる最終確認

	第1回部会	第1回ワーキングチーム会議 (6/22)	
7月		試行事業の開始	
8月		第2回ワーキングチーム会議 (8/24)	試行事業の進捗と調整試行事業案について協議
9月		第3回ワーキングチーム会議 (9/21)	リハ前置ケアプラン支援事業の中間とりまとめ作成 事業評価のための調査票、調査方法などの検討
10月	10/上旬 第2回部会	リハ前置ケアプラン支援事業の中間とりまとめ報告	
11月			
12月		第4回ワーキングチーム会議 (12/22)	試行事業に対するケアマネジャーからの効果調査の集計と分析 事業評価のための調査実施
1月		第5回ワーキングチーム会議	事業評価のための調査実施
2月		第6回ワーキングチーム会議	リハ前置ケアプラン支援事業の総括の作成 次年度事業の継続と事業方法について協議
3月	3/上旬 第3回部会	次年度事業の提案	次年度事業について提案

3.3 事業の対象

本事業を実施する事例の選定は地域包括支援センターとし、本事業の対象となる利用者の要件(利用者像)と扱う利用者数(目安)については、令和4年度に新規要支援認定を受け、かつ原因疾患が関節疾患である者とした。

3.4 事業の方法(助言内容や連絡方法など)

ケアマネジャーから理学療法士へ提供する情報の内容(認定調査票、初回面接結果、病前のADL)や連絡方法の手段(対面・オンライン・チャット)、連絡のタイミング、想定される連絡の頻度、および助言に対する対価の考え方について(地域支援事業など自治体施策への可能性)についてワーキングチーム会議にて協議を行った。

3.5 事業の評価指標(事業のインパクト、将来の施策実施のための準備)

本事業の評価指標と事業評価のための調査設計については、事業の対象者及び担当ケアマネジャーに対し、事業開始時と中間時点、および終了後の3回に分け変化を調査することとした。

4 ワーキングチーム会議の開催

4.1 ワーキングチーム会議発足前の2回の会議と、発足後5回、計7回の会議日程と議題

第1回	リハ前置ケアプラン支援事業に関わる企画会議 令和4年4月27日(水) 議題:リハ前置ケアプラン支援事業について(説明) 医療・介護連携推進部会で本事業のワーキングチーム会議設置の提案について(協議)
第2回	リハ前置ケアプラン支援事業に関わる企画会議 令和4年5月25日(水) 議題:令和4年度 第1回 リハ前置ケアプラン支援事業に関わる企画会議 議事録の確認 本事業の対象となる地域包括支援センターでの対象利用者数と対象者の状況について リハ前置ケアプラン支援事業実施要項(案)の決定について 試行事業の対象者の選定、対象者数の設定について 本事業における具体的な評価指標や調査方法について 試行事業の方法について 実施へ向けたタイムスケジュール
第1回	リハ前置ケアプラン支援事業に関わるワーキングチーム会議 令和4年6月22日(水) 議題:事業手順及び事業全般ルールの確認 事業評価のための調査内容と方法 事業実施に関わる各地域包括支援センターからの照会事項の確認
第2回	リハ前置ケアプラン支援事業に関わるワーキングチーム会議 令和4年7月20日(水) 議題:事業開始後の各団体からの状況報告 手順や方法などの変更について リハビリ前置助言数の未実施数の取り扱いについて リハ前置ケアプラン支援事業の最終とりまとめ期日について
第3回	リハ前置ケアプラン支援事業に関わるワーキングチーム会議 令和4年10月19日(水) 議題:リハビリ前置助言数について(理学療法士会) リハビリ前置中間調査結果について(理学療法士会) リハビリ前置ケアプラン支援の反応について(地域包括支援センター協議会)
第4回	リハ前置ケアプラン支援事業に関わるワーキングチーム会議 令和4年12月21日(水) 議題:リハビリ前置助言数について(理学療法士会) 本事業にて実施したケース数と助言(評価含む)を完了した数についてお知らせください リハビリ前置調査結果概要について(理学療法士会) 本事業に関わった担当者および各地域包括支援センターの意見について
第5回	リハ前置ケアプラン支援事業に関わるワーキングチーム会議 令和5年2月17日(金) 議題:リハ前置ケアプラン支援事業報告書について 次年度以降の事業について

5 事業の評価のための調査(北海道理学療法士会道東支部が実施)

5.1 事業の調査目的

ケアマネジャーの作成したケアプランに関する助言をリハビリテーション職種が行なうことによって、介護の重度化を予防する結果またはそれに資する可能性を示唆する結果が得られるかどうかを調査すること。

5.2 事業プロトコル

参加団体

- ・ ケアマネジャー:北見市地域包括支援センター(14名)
- ・ リハビリテーション職種:公益社団法人 北海道理学療法士協会道東支部(4名)

5.3 対象者

図1に示した包含基準を用いて、32名の要支援者を選定して当該事業を開始した。

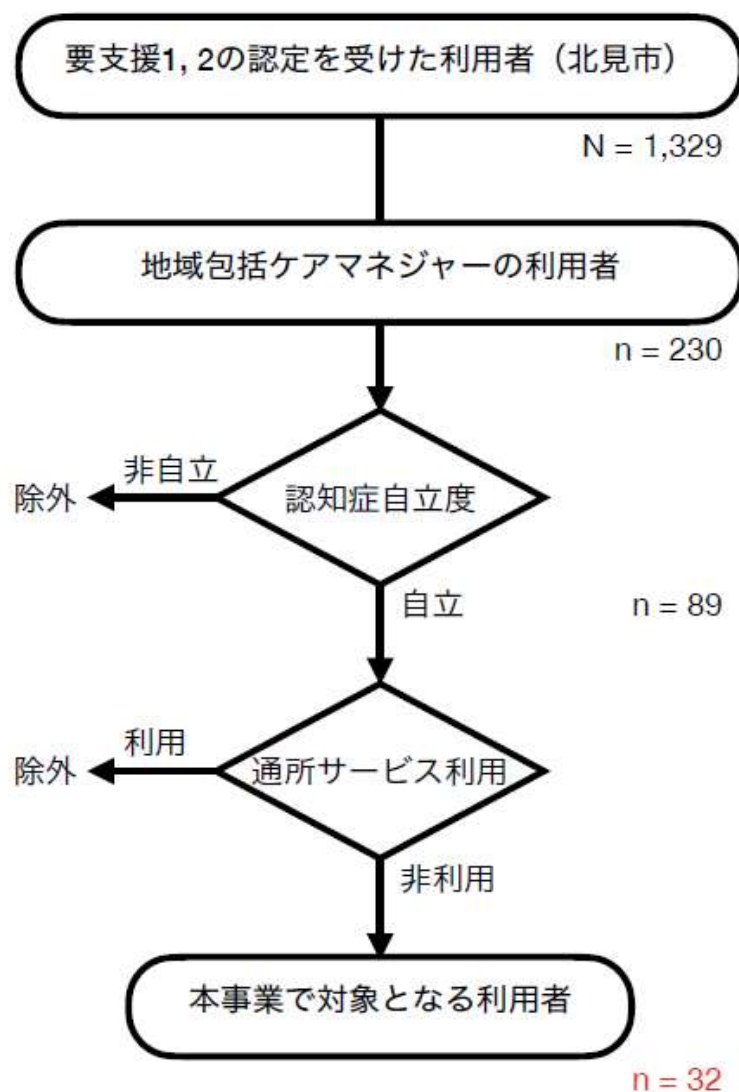


図1 参加者の取り組み基準

5.4 助言の流れとやり取りの頻度について

助言の流れを図 2 に示す。やり取りは北まる net を通じてファイルを送付し合う形式で行なわれた。担当ケアマネジャー1 名に対して担当の理学療法士を 1 名配し、また担当の理学療法士が作成した内容を 3 名の理学療法士が確認し修正することで、回答に個人差が生じぬよう配慮した。

ケアマネジャーは利用者から取得した情報やケアプランを理学療法士に提供した。与えられた情報をもとに理学療法士は助言を作成し、ケアマネジャーに 1 週間以内で返答した。助言の内容は①課題の整理、②予後予測、③目標設定、④支援内容、⑤評価方法の 5 項目とした。この助言を受けてケアマネジャーは目標設定を立案し、理学療法士に返答した。さらに、ケアマネジャーは月一回のモニタリングを 3 回分実施し、必要に応じてその経過を報告して相談したほか、3~4 ヶ月後に最終評価を回答の上で送付した。理学療法士は各情報提供されたタイミングで、1 週間以内に返答を行なった。

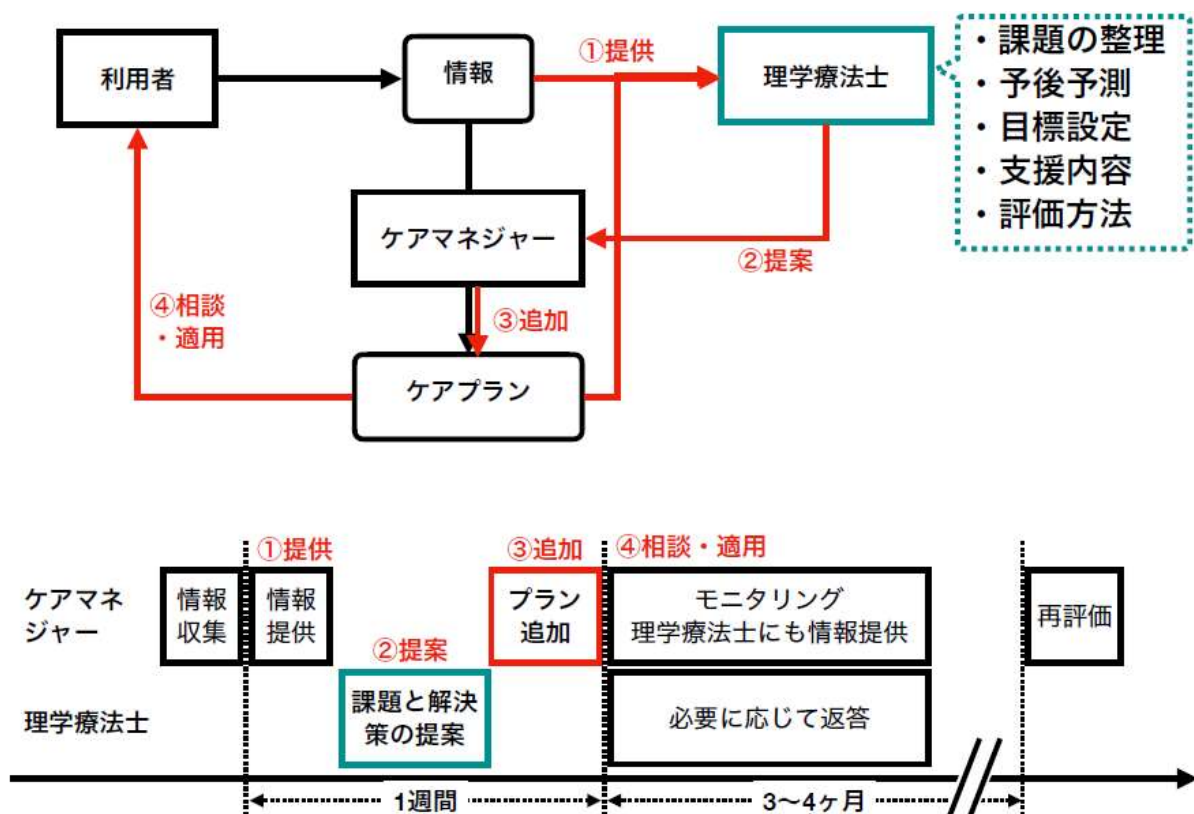


図 2 助言の流れ

5.5 効果の調査

事業に参加した利用者、ケアマネジャーおよび理学療法士の変化を捉えるために、下記の点を調査した。利用者に対する調査はケアマネジャーが聞き取りにて行ない、ケアマネジャーおよび理学療法士に対する調査はアンケートによって実施された。

- ケアプランに対する助言の内容
- 事業実施による利用者の心境について
- ケアマネジャーからみた利用者の変化について
- 試行事業に関するケアマネジャーの意見(将来的な実現可能性など)

- ケアマネジャーがチェックした「適切なケアマネジメント手法」基本項目の変化

5.6 実施期間

当該事業は令和4年7月より試行された。次項では令和5年1月31日時点での成果を示す。

5.7 実施助言数

対象者の人数と助言の実施状況について表1に示す。最終評価が終了した事例は7例であり、次頁以降でこれら事例に関する事業成果を記述する。

同意後に助言実施済み	19	終了	7
		進行中	9
		中断	3
非同意	13		

表1 実施者内訳

5.8 助言内容と実施後の状況について

各利用者のケアプランに対して行なわれた助言と、それを受けてケアマネジャーが関わった後の利用者コメント、およびケアマネジャーからみた変化点を表 2 に示す。

ID	理学療法士から行なわれたケアプランへの助言	実施後の利用者コメント	ケアマネジャーからみた変化
1	転倒した場合の将来像(予後)、日常生活活動を利用した体づくり、腰を痛めにくい姿勢や椅子など用品の使い方、「自分がどれくらいできたか」をチェックする方法やメモの取り方など。	「できたらいいな」と思うことはできている、身体が悪くなった感じはしない。	自主的な運動 外出機会の促進 腰痛の悪化予防
2	家屋や栄養摂取の問題からくる将来的な悪化の見積もり、外出につなげる課題の整理と解決の順番、自力での活動のためにヘルパー内容を調整する、訪問リハによって屋外への移動(段差昇降)を評価する、冬場の活動検討、本人の意向や意欲、職歴や性格に合わせた声かけや元気づけの仕方など。	意識が変わった。自分なりに努力できるところはしている。	自主的な運動 既往に関する理解促進 栄養や食事の自己管理
3	フレイル、食生活による既往の悪化と視力障害からくる複合的なリスク、それら予後を説明の上で自己選択の機会を与えること、その同意の上で行なえる自主練習の内容、目標の具体化とそれにつながる自己採点や自己モニタリングの方法など。	転ぶ心配が減った。体操は覚えたので自分のためと思ってこれからもやる。	自主的な運動 転倒予防 自発性・意欲の向上
4	活動性低下による身体的・精神的フレイルの見通し、何ができなくなると現在のどんな生活が続けられなくなるのか本人と整理すること、それを目標として行なえる自主練習や体操、定期的にチェックすべき簡単な項目(体重や握力)など。	手指の動きが改善し、趣味だった裁縫への意欲が出た。体操によって躓きにくくなった。洗濯物を干すときに立ったまま行えるようになった。	主訴の改善 日常生活活動の改善
5	外出機会の減少に伴う身体的・精神的フレイルの見積もり、予後予測に基づいた関節保護や筋力維持のための運動、関節症の痛み予測に応じた活動頻度の調整、痛み予測を行なうための記録方法(天気、体調、移動手段)、生活困難に陥る重要な事項の事前整理など。	1リットルの牛乳パックを持ってない程度だったが、かぼちゃが切れるようになった。	自主的な運動 身体機能の向上
6	転倒後の将来像、目標設定のコツ(〇〇のために△△をできるようになる)、自主練習の頻度や手順の明記、成果のモニタリング方法など。	歩行器なしで歩くことに自信が出て歩行器を返却した。再び畑仕事が少しずつできるようになり、来季も楽しみである。	筋力の向上と本人の自覚 行動範囲の拡大 意欲の向上
7	腰痛に起因した将来的なフレイルや転倒の見積もり、目標設定の具体化(いきつけの喫茶店まで歩ける等)、目標に向けた段階づけと取り組み項目の整理、介護用品や受診で作成できる用品の活用、自分の痛みと運動量の記録、記録によって得られる自分の予測や状態の把握など。	痛みが少ないときには健康のために少しずつ歩くようにしている。往復 20 分歩けるようになった。もう少し自信が付けば公園などに出かけていきたい。	意識変容 前向きな発言

表 2 実施者内訳

5.9 ケアマネジャーからの意見

事業に参加したケアマネジャーから頂戴した感想や将来性に関するコメントを表3に示す。

ケアマネジャー5は別利用者が進行中のため未回答。

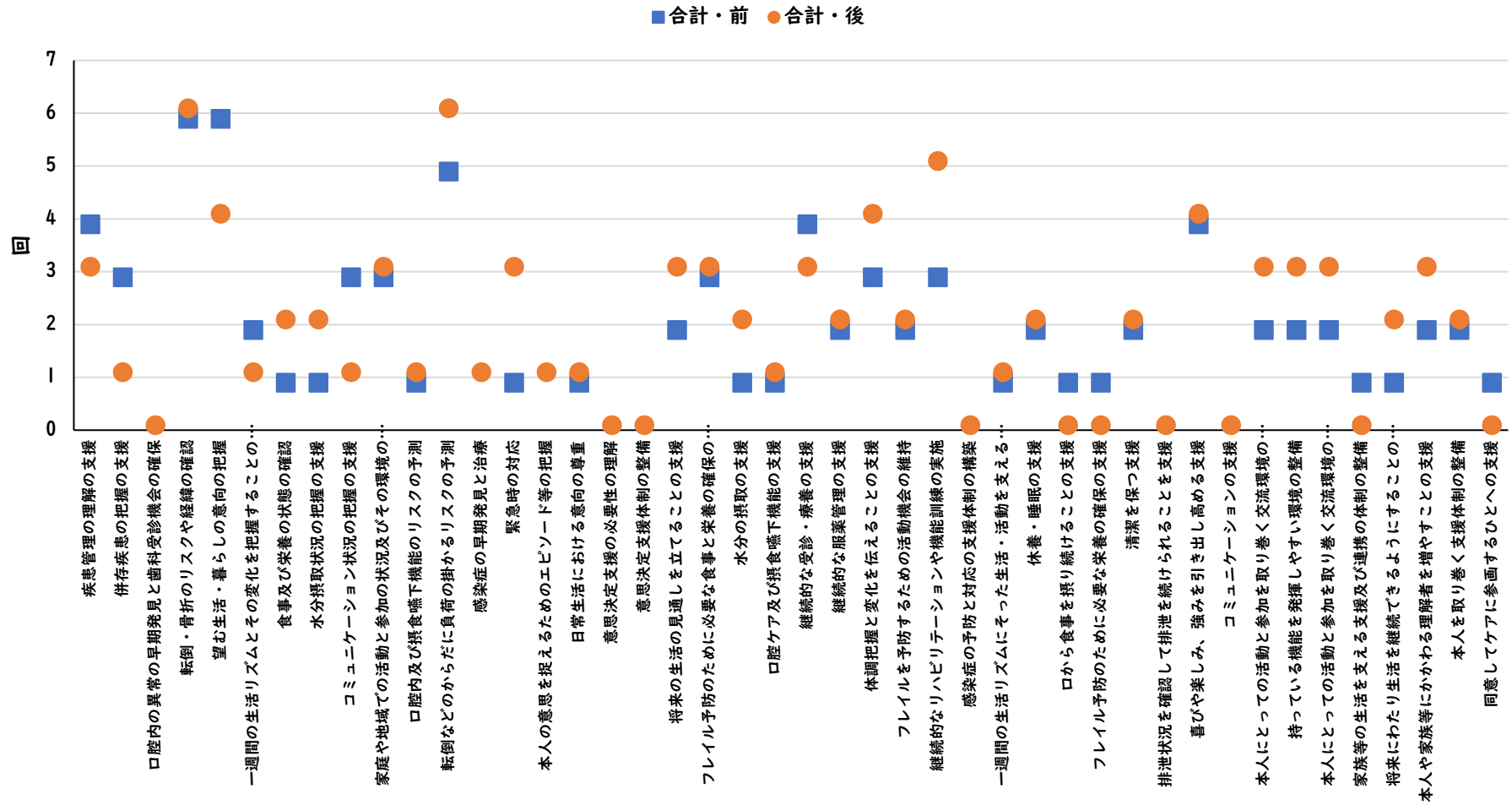
ID	事業の有益性(1:低い~7:高い)	事業の有益性に関する理由	満足度(1:不満~7:満足)	満足度の理由
C1	7	機能維持、向上に向けた提案を具体的に、自信をもって行える。専門職からの助言で、ケアマネがしっかりとした提案を行えることが、利用者の意欲を引き出すことにもつながると感じる。	7	助言により、これまで見れていなかった視点に気付くことができた。地域資源が少ない中でリハ職からの助言を受けられた。助言を受けてこれまでなかった視点に気付けた。また、自分のケアマネジメントを振り返ることができた。
C2	7	ケアマネジャーが利用者様と共に学び、同じ方向を向いて前向きに相談できる機会があるのは、大変有意義な事だと思います。	7	利用者様との相互理解が深まり、訪問リハビリに繋がった。利用者様の身体的状況や病気に対する理解の仕方や予後の可能性、食事や栄養の大切さなど、この事業を通して、とても良い勉強になった。
C3	6	閉じこもり身体機能が低下してしまうケースに、専門職の助言をふまえながら支援できる	6	PTからの助言を頂き、本人に出来そうなことを相談しながら事業を実施できた。今後も運動を行なうと発言し、利用者との距離もより近くなった、利用者の出来る力を引き出せたと感じる。状態の数値化や、意欲の引き出し方など学んだことを今後の支援に取り入れていきたい。
C4	4	事業と利用者ニーズが合致すれば有益だが、全員当てはまるわけではない。	3	リハからのアドバイス・助言をいただけるのは非常にありがたい。しかし1人の対象だからできたことであり、複数となると負担増加が心配。
C5				
C6	6	福祉用具の利用で頼っていた方が、助言によって必要なく生活できるようになった。	5	業務に追われて、負担感が多かったが、結果は、ケースが良い状態になれた。本人の望む暮らしに近づくための具体的な運動などを支援できた。
C7	6	身体機能を含めた評価や目標設定などについて具体的なアドバイスをもらえるため	6	業務量がやや増えていました 目標設定の偏りに気づき、具体的なセルフケアの方法などについて提案するための学習ができた。もう少し長い期間で実施したかった。

表3 ケアマネジャーへのアンケート抜粋

5.10 「適切なケアマネジメント手法」基本項目の変化

支援の必要性が述べられた個数の集計を下の図3に示す。この表は経過における支援の必要性の変化を示している。

このため実施前後の増加は、①助言によるケアマネジャーの気付きの変化と②利用者の気づきによるニーズ変化の2つの意味合いを含んでおり、減少は①利用者の改善により支援が不要になった可能性と②助言によりやり取りが進んだことによるニーズ変化の2つの意味合いが含まれている。



- 増加した項目について
 - 食事や水分摂取
 - 予後予測やリスク管理、将来の見通し
 - 体調や変化のモニタリング
 - 自主練習や運動の内容
 - 本人の能力に合わせた環境の整備
- 減少した項目について
 - 疾患や病態像の把握
 - 望む生活の意向や現在の生活の把握
 - コミュニケーション
 - 栄養や経口摂取
 - 支援者

6 地域包括支援センター連絡協議会からの実施後アンケート報告

6.1 対象者の拡大について

- 対象者を要介護度 1～2 など疾患の限定をせず拡大することで比較的軽度で今後状態が改善する可能性がある方も対象になる。但し方法を簡略にしないと大がかりになり、事業の負担感が増す可能性がある。
- 居宅介護支援事業所のケアマネジャーも助言を利用できるとよいと感じる。また地域包括支援センター連絡協議会だけでなく北見地域介護支援専門員連絡協議会へも協議に入ってもらい、居宅介護支援事業所へも広げていくのがよい。
- 仮に、本事業を居宅介護支援事業所へ拡大するのであれば、管理者向けの予後予測に基づいたケアプラン作成に関わる研修会の実施を行ってみてはどうだろう。
- グループセッションなどの設備が整っていない事業所もあるため、実際に事業を拡大するにも他の連絡ツールの代替手段も必要と考える。
- ケアマネジャーや利用者が支援を希望している方を対象にし、希望している支援にポイントを絞って行うのが望ましく、かつ必然的に必要な書類や作業が減ると思われる。

6.2 助言をする専門職の拡大について

- 多職種からの助言は自立支援個別ケア会議で良さは実感している。ただ、手間が増えると活用しにくくなると感じる。
- 食事、栄養面が非常に大切になっているが、専門知識がなく介入が難しい。聞き取りは出来ても提案に苦慮している状態である。
- 専門職の助言も日常的にもらえるとより本人らしいプランを作れるのではないかと思う。

6.3 事業の簡素化と負担感の軽減について

- ケアマネジメント、モニタリング様式を簡素化、省略できるとよい。メールの方が、電話のやりとりより文章に残るのでそこはよい。
- 始まる前に提出する書類が多すぎる。読む方も大変であると思いますので、書類は減らすか簡素化した方がよいだろう。
- 利用者の状態を伝えるため文字で伝えようとすると文章が長くなる。口頭や会議での実施も検討した方がよい。
- 画像や動画等を利用した方が情報共有もスムーズで、業務負担も減ると感じる。

6.4 助言の連絡方法について

- グループセッションによるテキストデータのやりとりだけでは、メッセージの捉え違いがある。直接連絡や相談を行える体制ができるとよい。

6.5 その他、今後の方向性について

- 初めて行った事業であり、戸惑いや負担感があったが、利用者のためには必要な事業であった。
- 利用者にとってはプラスな事業であった。但しケアマネジャー、リハ職の双方に負担とならない工夫がさらに必要だろう。
- 助言通りできる利用者さんは少ないため効果があまりないように感じる。
- 会った事がない利用者に対し、書類やプランなどだけで利用者像を的確に把握し助言ができることに驚いた。利用者様や担当ケアマネの意識を向上させる上では大きな効果が期待できる。
- リハビリ動作を伝える際、専門職でないケアマネが対応していて、痛い所や動作によって痛みが悪化しないかなど不安になるケースがあった。説明場面で同席して頂く、またはタブレット端末などを用いて本人の状態を見てもらえると、ケアマネの心理的負担の軽減になると思われる。
- 専門職の助言を望んでいる人を対象とするなら、非常に有益な事業と感じるし、やり取りのボリューム的にもそこまで負担にならないと感じた。必要なタイミングで支援を受けられると良い。
- 比較的若い方は、事業内容や運動の提案等すんなり理解し取り組んで頂いているが、高齢な方や介護度が重い方が自身で取り組むには頻回な状況確認が必要になるだろう。

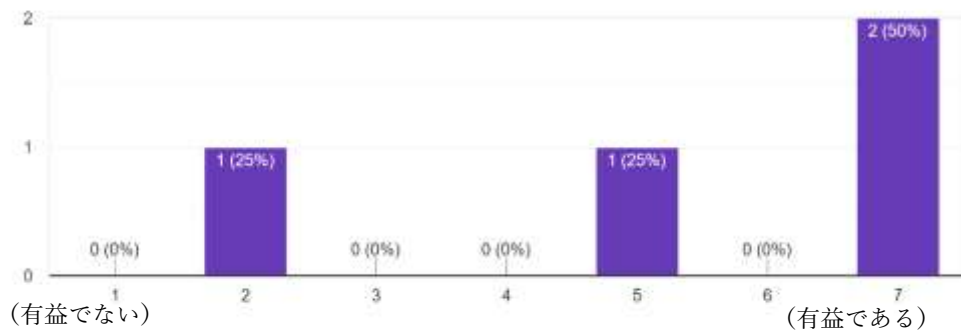
7 理学療法士会からの事業に対する意見

7.1 事業の成果や印象について

事業成果	事業の印象
ケアマネジャーの利用者への関わり方や説明の仕方が変わることで、利用者が進んで予防的行動を取るようになった。	実施による効果がみえた一方で、両職種間の負担や進行の効率性(タイムリーな助言、シームレスな連携)にはまだ工夫が必要。
直接 PT が診て、話をして、接し方を変えたほうがより良いと思う。	無報酬であり、労力がかかった。業務外であったため負担だった。これが仕事-業務の一環であればいいと思います。
ケアマネが予後予測の観点を持てることや、専門職の意見を参考にできること。	包括だけでなく、居宅のケアマネともやりとりを試みたいと思いました。
この施行事業で変化がありそうな方、あった方が実際にいた。	

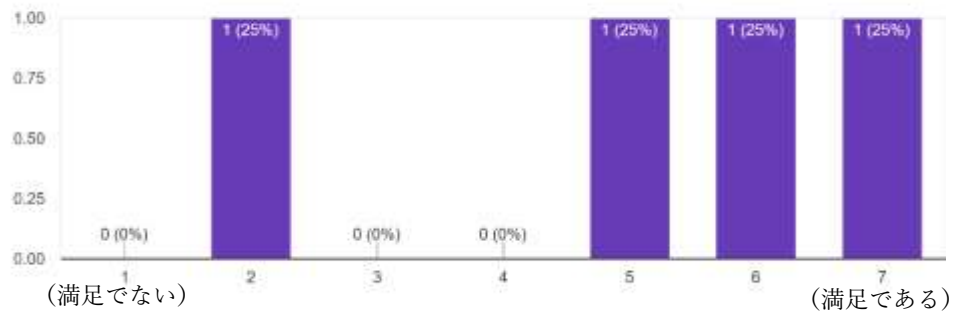
この事業は介護の重度化予防の観点で有益だと思いますか。

4件の回答



当事業に参加したことに対して、あなたの気持ちに最も近いものを選んでください。

4件の回答



7.2 事業を通じて感じたケアマネジャーの変化点について

- 利用者が前向きになることを通じて、利用者との関わり方が変わったこともあるかもしれない。
- ケアマネジメントの目的が明確化したと思う。
- 詳細な目標設定の必要性和達成へ向けたステップが設定されるようになった。
- 目標設定が具体的になったことや、利用者の生の声を返信の中で記入してくれたこと。

7.3 ケアマネジャーとのやり取りで意識した点等

- 客観的な見方の伝達や、どのように確認すべきかといった質問に対する回答を心がけた。
- 興味関心チェック、利用者の訴えから、ニーズを確認した。
- 具体的な助言、明確な質疑の回答を心がけた。

7.4 ケアマネジャーとのやり取りで調整した点

- 把握している情報量に応じて、ケアマネジャーへの提案の密度を調整した。
- ケアマネジャーにどのように分かりやすく伝えるか。
- どのようにケアマネジャーの心を動かせるか。
- 気づいた点についても直接的な助言になりすぎないように、使う言葉に迷いました。

7.5 その他コメント

- 理学療法士の教育において、退院後の生活を予測し、他職種と連携を取りながら退院調整をすることに繋がらそう。
- 利用者や関連職種巻き込んで促通し合う技能(カンファレンスなど)の向上に役立つかもしれない。
- 事業を実施したことで、他職種と連携・連絡・相談しやすい環境ができたことも成果であった。
- もう少し長いスパンで経過を追って携わることができるとさらに良さそう。

8 事業の成果

8.1 助言による影響

理学療法士の助言を活用したケアマネジャーの関わりによって、利用者の自助意識が変わり、自主練習などの行為に現れるようになった。具体的な説明や目標設定によって利用者が病態や現状を理解し、その対応を自主練習などにより行なうようになったため、疾患の理解などに関連する支援の必要性が低下したと考えられる。

また助言および助言を受けた後の利用者との相談によってケアマネジャーの支援が病態から本人の意向や行為の持続という視点に変わり、その結果として将来設計や緊急時の対応など予防的な支援の必要性が高まったと考えられる。

理学療法士からの助言	影響したと思われる支援の基本項目	支援の必要性
具体的な目標設定の必要性	望む生活・暮らしの意向、生活リズム	↓
	活動と参加を取り巻く環境	↑
	持っている機能を発揮しやすい環境	↑
	将来に渡る生活の継続	↑
	将来の見通しを立てること	↑
予後の伝達と共有	疾患の理解、把握	↓
	転倒などの予測	↑
	緊急時の対応	↑
	本人や家族の理解者を増やす	↑
	継続的なリハビリテーション	↑
食事や栄養摂取、水分摂取に関する情報や確認方法について	食事及び栄養状態、水分摂取状況	↓
	経口摂取の継続、フレイル予防のための栄養摂取	↑
セルフモニタリングの方法	継続的な受診や療養、同意してケアに参画する人	↓
	体調把握と変化を伝えること	↑

表 4 助言と支援傾向の変化の関連

8.2 助言の傾向

理学療法士からみた助言の傾向は概ね、①現状の生活を継続すると発生しうる傷害や疾病、②具体的な目標設計の必要性、③選択肢の提供や自己選択による自発的な取り組みの方法、④自発的取り組みを促すための声かけや自己チェック方法、に大別された。これらの項目は今回行なわれた

「整形外科的疾患による要支援者に対する自助意識を高めるための支援方法」としての教育的価値があると考えられる。これら助言をどのように活用して説明を行なったか、その時の反応はどうであったか等を明らかにして集積することで、ケアマネジメント手法のノウハウとして活用することも可能になると考える。

8.3 今後の事業展開の可能性について

ケアマネジャーへのアンケートによって、新たな発見や知識、技術としての価値を実感していることが明らかとなった。一方で業務負担を懸念する声が上がっている。今回の事業展開においてケアマネジャー側が負担と感じる要素としては、①改めて情報をまとめて送ること、②繰り返しのモニタリング（頻度の増加）、③本当に相談したいタイミングに合っていないこと、等がある。方向性として事前の助言ができる機会の重要性は参加したケアマネジャー全てが実感しているところであるため、必要に応じた多職種との意見交流について訴求性が高い。業務に適切なタイミングで要点を絞ってやり取りをするパッケージを作成することで、より効果的な介護の重度化予防につながるものと考えられた。

8.4 まとめ

リハビリテーション前置による重度化予防ケアプラン支援事業によって、要支援者に対する理学療法士の助言の活用は、ケアマネジャーの支援内容の変更や、ケアマネジャーと利用者との将来を見据えた相談を促進し、利用者の自助意識を向上させる可能性があることが示唆された。自助意識の向上は継続的な予防的行為の定着が見込まれるために意義深く、情報提供による啓発とは異なった長期的な効果が期待される。なお、現状の運用方法ではケアマネジメントの業務ルーチンに噛み合っていない点があり負担が増加するといった課題がある。これについてはケアマネジャーが望むタイミングで望む項目を何らかの関連職種に事前相談できれば同様の効果を負担なく発生させられる可能性があり、利用者に適切なタイミングで支援できるようになるため、今後の事業展開による解決が期待される。

9 今後の事業展開と課題

9.1 多職種への展開と助言内容の焦点化

本事業は助言対象者を限定し、かつ助言者を理学療法士のみとして実施したが、今後は多様な利用者の生活ニーズに対応するため多職種による関与が求められる。しかし多職種による助言を想定した場合、助言内容が多岐に渡ることが予想されることから、助言内容は焦点化することが必要である。ケアマネジャーからケアプラン作成上または利用者に対する具体的な支援内容の相談に対し、多職種が助言を行うといった、課題解決型の事業方法が有効と思われる。

9.2 適切なケアマネジメント手法の活用による支援内容の共通言語化

令和4年度に本事業と並行し、「適切なケアマネジメント手法実践研修」を実施し、ケアマネジャー47人が受講した。適切なケアマネジメント手法とは、ケアマネジャーが蓄積した知識や思考の方法を言語化し、様々な領域のエビデンスも突合せ、体系的に整理したものであり、ケアマネジメントの標準化に資する手法である。本手法はケアマネジメントの標準化のみならず、支援内容ごとに関連するア

セメント/モニタリング項目等や相談すべき専門職が示されている。適切なケアマネジメント手法を踏まえながらアセスメント/モニタリング段階において多職種の見点や意見を取り入れていくことで、情報収集をより効率的にでき、観点の見落としの防止が期待できる。また多職種にとっても、自らが確認・助言すべき項目が整理されていることで、適切な関わりができ、有効な助言のツールとして活用することができる。

9.3 開催方法と報酬について

本事業は試行事業であったことから、助言する理学療法士会に対して無報酬で実施した。今後継続した事業の実施にあたっては、助言する多職種に対する一定の報酬の支払いが必要となると思われる。

また開催方法について、本事業では一部を除き、ほぼ紙面による助言のみで実施した。紙面による助言はテキストデータでのやり取りとなり、事業に取り組む時間を多く要していた。今後は課題解決型の取り組みにするとともに、紙面による助言方法は最低限としつつ、対面またはオンラインを活用するなど、助言の作成時間を短縮する方法を検討するべきである。

加えて開催時間も検討が必要である。現在働き方改革が叫ばれ、時間内で業務を終了させるべきであるとの風潮が高まっている。本事業において理学療法士は助言作業の多くを時間外で作業していたことや、事例を提供する多くのケアマネジャーらの強い要望として時間内での開催を希望する声が聞かれた。今後は多くの事例が検討されることが必要であることから、助言機会は時間内での実施が望まれる。また助言する多職種が参加しやすい体制、例えば現行は職能団体への依頼のみであるが、これに加え、専門職が所属する医療機関や介護保険事業所等へ直接派遣の依頼をするなどの工夫も必要と思われる。

9.4 既存の施策の活用

地域包括ケア時代の始まる 2025 年まであと 2 年となった。現在多くの施策の立案や変更が予定されている。ケアマネジメントの質の向上や地域における多職種連携の推進は極めて重要な役割をもつことは誰の目にも明らかである。だからといってむやみに多くの施策を追加することは業務のひっ迫を招きかねないことから、本事業を活用した今後の施策については新しい事業を追加するのではなく、既存の事業の方法を修正して実施することが望ましい。労力の効率化と効果の最大活用の観点から、今後の事業展開を考えるべきである。

9.5 謝辞

本事業は北海道理学療法士会道東支部、及び地域包括支援センターのスタッフの使命感に支えられ実施することができた。事業に関わった多くの方に感謝申し上げる。

10 ワーキングチーム会議メンバー

ワーキングチーム会議メンバーは以下の通り。

北見市地域包括支援センター連絡協議会		
1	高桑 純一	西部・相内地区地域包括支援センター
2	山本 顕矢	東部・端野地区地域包括支援センター
3	坂本 恵	常呂地区地域包括支援センター
北海道理学療法士会 道東支部		
4	筋内 一浩	北星記念病院 リハビリテーション科
5	稲垣 拓朗	北星記念病院 リハビリテーション科
6	阿部 充孝	介護老人保健施設さくら
7	米田 将基	北光デイサービスセンター
北見市		
8	大貫 幸代	保健福祉部 地域包括ケア推進担当主幹
9	加納 由委奈	保健福祉部 介護福祉課 地域支援係長
10	佐藤 成一郎	保健福祉部 介護福祉課 地域支援係
11	竹中 さつき	保健福祉部 介護福祉課 介護予防係長
北見市医療・介護連携支援センター		
12	関 建久	センター長

リハ前置ケアプラン支援事業 手順書

ケアマネジャー トプロセス	ケアマネジャー	北まるnet グループセッション	理学療法士会	ポイント
アセスメント	1. 試行事業利用者の同意確認(口頭) 2. 利用者情報A～Eを作成し理学療法士会へ送信 3. アンケート回答(実施前)	A) 利用者基本情報「基本情報」「介護予防に関する事項」 B) 基本子エックリスト C) 興味・関心チェックシート D) 介護予防サービス支援計画書(現行プラン) E) リハ前置ケアプラン支援事業連絡票①のみ記載	<ul style="list-style-type: none"> ○ 問題点の整理 ○ 予後予測の助言 ○ 目標設定と支援内容の提案 ○ 評価方法の提案 	利用者の望む生活・意向に基づく参加目標の設定 本人の意思を捉えたエピソード 以前の暮らしと現在との差異など
リハ前置ケアプラン支援(票)	○ (E)の連絡票の③を記載	↑	○ (E)の連絡票の②を記載しCMへ送信 ○ 必要があれば④を記入	助言項目を定型化して記載し易くする
サービス担当者会議	○ サービス担当者に対する目標設定の理由と支援方法の説明	リハ前置ケアプラン支援事業連絡票をもとに担当者と打合せ	○ 担当者会議へ参加を要する場合は書面にて照会	ケアプランを見てケア内容がイメージできるか
モニタリング	○ ⑤ 包括記載	毎月のモニタリング後に記入し送信する	○ ⑥ PT記載 (必要時)	
評価 (3ヶ月後)	○ ⑦ 包括記載 ○ アンケート回答(実施後)	↑	○ ⑧ PT記載	利用者の心身の状況の変化はあったか

リハビリテーション前置による重度化予防
ケアプラン支援事業 実施報告書

令和5年3月2日

作成者：

北海道理学療法士会 道東支部 米田 将基
北見市医療・介護連携支援センター 関 建久