

一般社団法人日本作業療法士協会
地域包括ケアシステム推進委員会

地域包括ケアシステム参画の手引き

～作業療法士に求められる
生活行為向上の視点を用いて～

一般社団法人日本作業療法士協会
地域包括ケアシステム推進委員会

山形県作業療法士会 三原裕子（介護老人保健施設 新庄薬師園）

地域包括ケアシステム参画の手引き

～作業療法士に求められる生活行為向上の視点を用いて～

第 1 版



一般社団法人日本作業療法士協会
地域包括ケアシステム推進委員会

本ガイドラインは、作業療法士が地域包括ケアシステムに参画するための指針として作成されたものであり、具体的な実施方法については、各自治体の状況に応じて柔軟に対応することとなる。

手引き作成の 経緯とMTDLP との関連

- MTDLPは、OTの自立支援の視点である、
本人の主体的な意思を引き出し、それを基に実現可能な目標を設定し、
本人・家族・支援者が共有して協働しながら実現のための取り組みを行う、
作業療法の流れを分かりやすく提示し、地域支援に活かすためのツールです。

巻頭言より

- 本手引きは、個人にとってのADL・IADL、つまり「生活行為」の課題解決の一番の助言者として国から期待されている作業療法士が、
MTDLPの概念やツールの活用を念頭に置きながら、
地域包括ケアシステムのどのような場面（事業）で
どのような助言・指導・支援ができるのかを整理し、
それらをできるだけ具体的に示したものです。
- 実際には、地域ごとに様々な事例や地域課題があり、
作業療法士が求められるすべてに応えられるわけではありませんが、
本手引きを一つのツールとして是非ご活用いただき、
協会・各士会・各会員間の一層の有機的連携をもとに、
各市町村における作業療法“士”ニーズの拡大を図る一助になることを願っています。

目次

I	地域包括ケアシステム参画に必要な生活行為向上	4
II	多（他）職種、行政、地域との連携のための関係づくり	7
1	行政・地域包括支援センターとの連携について	9
2	地域ケア会議・総合事業の評価と政策形成への提言	12
3	個人のもつ課題と地域がもつ課題の関係性と政策提言	14
III	地域ケア会議と生活行為向上	15
1	自立支援型ケアマネジメントと地域ケア会議	15
2	地域ケア会議への作業療法士の関わり方	15
IV	介護予防・日常生活支援総合事業と生活行為向上	31
1	介護予防・生活支援サービス事業への関わりと生活行為向上	31
2	一般介護予防事業における作業療法士の役割	38
V	生活行為向上のための生活課題分析とその助言ポイント	48
1	総論	48
2	ADL 編	51
- 1	食事	51
- 2	更衣	52
- 3	入浴	53
- 4	排泄	56
- 5	整容	58
3	IADL, QOL 編	60
- 1	掃除	60
- 2	洗濯	66
- 3	調理	71
- 4	買い物	74
- 5	QOL	79

生活行為は個人のADL、IADL、活動と参加の形・質であり、「生活行為向上」はリハビリテーションが目指す「生活の復権」、「QOLの向上」そのものと言えます

I. 地域包括ケアシステム参画に必要な生活行為向上

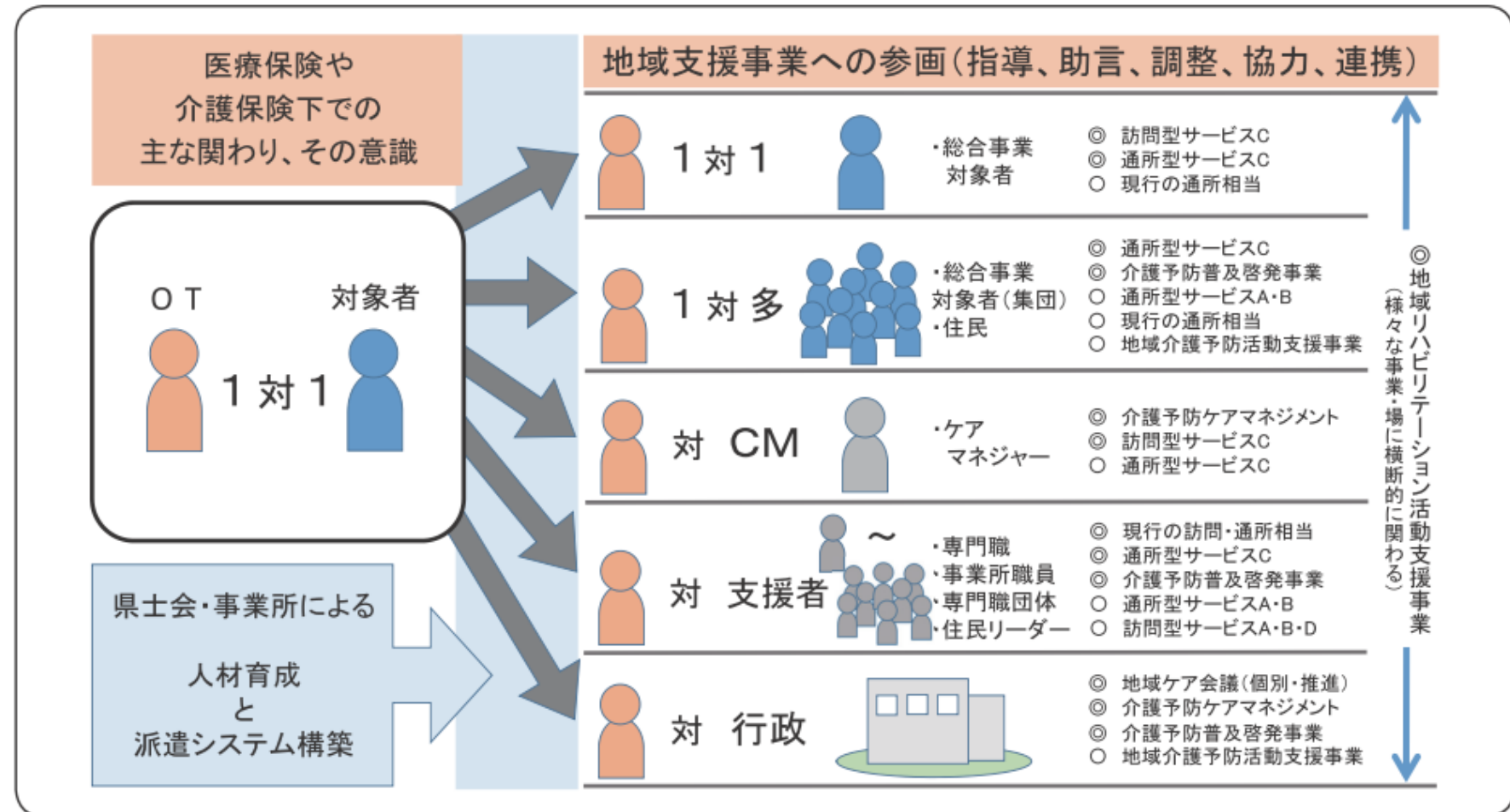


図2 地域支援事業における作業療法士の関わり方、その多様化

医療でのリハでも介護領域でも、どのような障がいの過程であれ、生活課題の解決に向け、その人らしい生活を地域で継続していくために、地域生活を見据えた働きかけを継続していくことが求められています。

1. 行政・地域包括支援センターとの連携について

- 1) 行政（地方公共団体）の仕組み
- 2) 行政への働きかけ
- 3) 期待される総合事業への関与とそのポイント

Ⅱ 多(他)職種、行政、地域との連携のための関係づくり

ステップ9：OTとしての地域課題の提言、資源づくり政策の立案提言。

ステップ8：参画の場でOTとしての必要な実践スキルを養い様々なネットワークをつくる。

ステップ7：実際に参画の機会を得る。

ステップ6：自分の地域の地域包括ケアシステム構築状況を把握する。

ステップ5：行政各関連機関との関係づくりで地域への参画のきっかけをつくる。

ステップ4：規範的統合の必要性を理解し、自事業所、対象者へ働きかける。

ステップ3：介護予防マネジメントを理解する。

ステップ2：「リハ職」と「OT」の役割を理解する。

ステップ1：制度を理解する。

図6：地域支援事業参画までのプロセス
(日本作業療法士協会総合事業実践事例集 谷川真澄氏資料参照)

3. 個人のもつ課題と地域がもつ課題の関係性と政策提言

2. 地域ケア会議・総合事業の評価と政策形成への提言

- 1) 地域アセスメントの捉え方
- 2) 都市部の地域課題と郡部の地域課題

表4：コミュニティ・アズ・パートナーモデルによるアセスメント視点の例（高齢者）「行政リハビリ専門職のための手引き」P14より引用）。

領域	項目	データの例	アセスメントの視点の例
物理的領域	地 域	面積、位置、地形、住環境	高齢者にとっての住みやすさなど
	気 候	気候、気温、降水量	
	産 業	産業別人口、失業率	
経済		高齢者の就業状況	基幹産業の状況、高齢者の社会参加、・就労の状況など介護予防の位置づけ、施策
政治と行政	政 策	まちづくりの方針、基本計画	
教育	学校教育	学校数、スクールバス	学校を核とするコミュニティ活動の状況など
	社会教育	生涯学習教室	
安全と交通	交通手段	バス、鉄道、免許返納率	高齢者の日常の交通の便、災害時の避難・救助体制
	災害時の安全	危険地域、災害時要援護者	
コミュニケーション・情報	地区組織	町会・自治会の活動状況	高齢者の交流・活動の場の充足状況、各種活動への参加のしやすさ、アクセスのしやすさなど
	集 会 所	公民館、集会所等の施設数配置状況	
レクリエーション	老人クラブ等サ ロ ン	種類、数、加入率、参加率、活動状況	高齢者の身近な場所の有無、アクセスのしやすさ
	娯楽施設	数、配置、稼働状況	
(保健医療と福祉)	スポーツ施設	数、配置、稼働状況	機能低下に応じた教室の設置・開催状況、参加状況、身近な地域で開催、アクセスのしやすさ
	介護サービス	各サービスの事業所数	
介護予防	介護予防	予防事業対象者数、参加状況	プログラムの実施回数
		プログラムの実施回数	

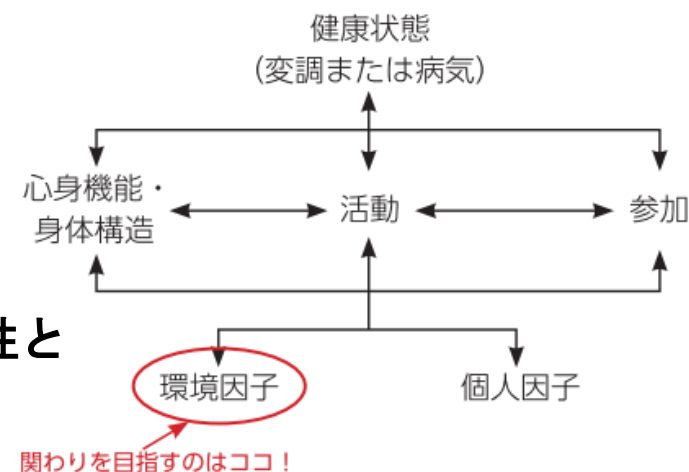


図8：ICF（国際生活機能分類）構成要素間の相互作用

Ⅲ 地域ケア会議 と生活行為向上

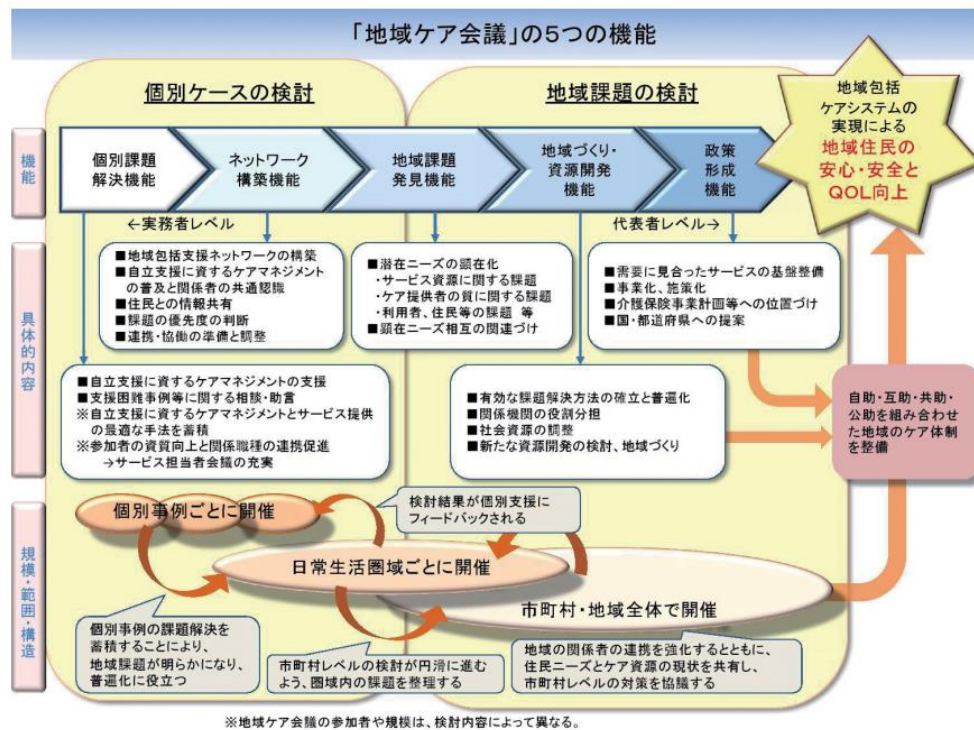


図2 「地域ケア会議」の5つの機能

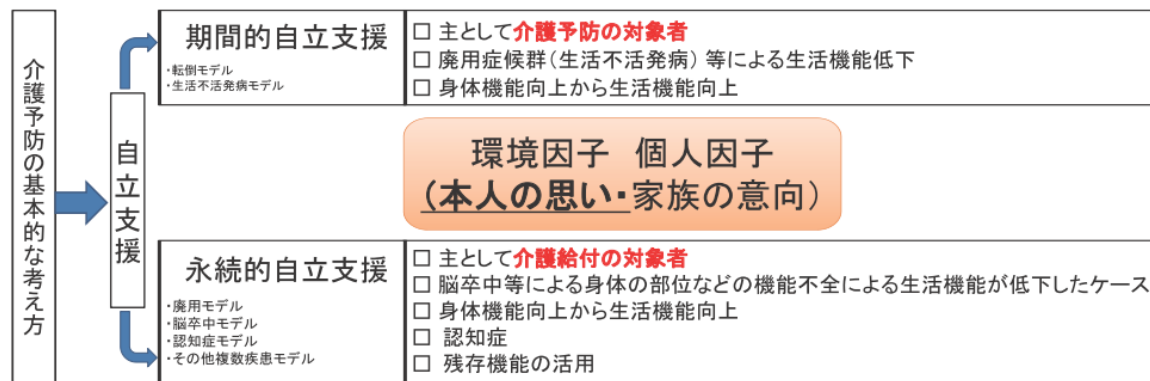


図 16 自立支援の考え方
出典：介護保険の保険者機能強化に関する調査研究報告書（一部改変）

- ・ 自立支援型ケアマネジメント
- ・ 書面模擬ケア会議
- ・ 資料の見方

利用者基本情報			
・性別、年齢、日常生活自立度の尺度などから、本人の状況をイメージしましょう。 ・住居や経済状況といった環境も重要な要素です			
基本情報 相談日	担当者: ○ ○ ○ ○		
本人の状況 (住宅) 入居または入所中 ()			
アフリカ 本人氏名	A	男・女	昭和○○年○○月生(○)歳
住 所			Tel () Fax ()
日常生活自立度	障害高齢者の日常生活自立度 自立・J1・J2・J3・A2-B1-B2-C1-C2 認知症高齢者の日常生活自立度 認知・I・II・a・II-b・III・IV・M		
限定情報	有効期限: 要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限: 年 月 日 ~ 月 日 (前回の介護度なし)		
障害者認定	身体() 療育() 精神() 難病()		
本人の住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・空室の有無() 障. 住宅改修の有無		
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・・・		
求 所 者 (相談員) ○ ○ ○ ○	家族構成		
住 所 連絡先	同上	性別	長女
緊急連絡先	氏名	性別	住所・連絡先
	○ ○ ○ ○	長女	同上
・家族構成なども重要な要素です。 ・介護者がいる場合には、身身に負担感が生じていないか、独居の場合には近隣等からの支援(見守り等)が得られているかどうかなど周囲の状況にも配慮しましょう。 ・ホームページや支援者が協力している場合には、どの程度の支援が受けられるかも確認しましょう。 ・家族の年齢も重要な情報です。本人の介護以外にも家族のニーズなども配慮しましょう。			
家族構成図 		実居確保等の状況 本人、長女との2人暮らし。長男は○○市在住。次男は○○市在住。実母は○○市在住。	

図3-1 利用者基本情報
出典：介護予防活動普及展開事業 市町村向け手引き Ver1

V 生活行為向上のための生活課題分析とその助言のポイント

【ADL 編】

【IADL、QOL 編】

ADL、IADL、QOL に分け、
「地域ケア個別会議や短期集中サービスで見られる主な生活行為の課題」、
「活動がもたらす心身機能への効果」、
「活動の一般的な工程と課題に対する助言例」、
「活動の多様性と普遍的自立に向けた助言」、「事例」の順に、詳しく説明。
◎ ADL 1) 入浴 2) 排泄 3) 食事 4) 更衣 5) 整容
◎ IADL・QOL 1) 調理 2) 掃除 3) 洗濯 4) 買い物 5) QOL

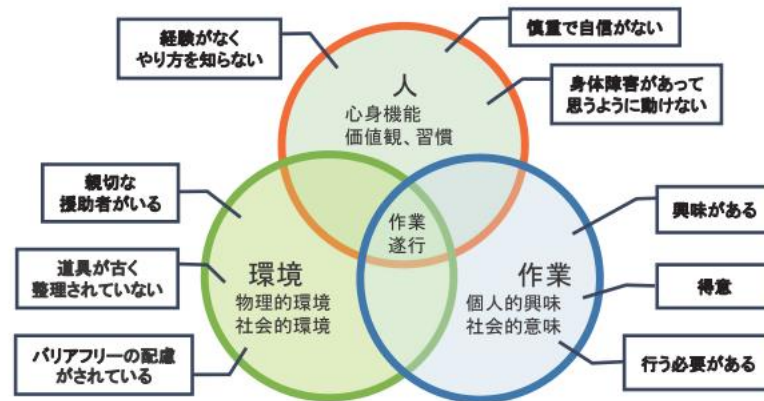


図1 人と環境と作業の関係

表1 生活行為工程分析項目

企画・準備力	生活を行うには、「いつ、誰と、どこで、どのような方法で、何の準備が必要か」を事前に考える能力
実行力	実際に実施するうえで必要となる能力
検証・完了力	生活行為を行いながらうまく進んでいるかを検証し、間違いやよりやりよいやり方に途中で気付いて修正する能力、また、しっかり完了できたことを確認し、次の実施につなげることができる能力

表1 食事の工程分類と課題に対する助言例

	工程	動作の変更への助言	道具や環境の調整・整備への助言	心身機能の改善への助言
企画力	食席につく		・孤食の場合、起きるのがおっくうと寝たまま食べていることもある ・両足底が床に接地するように椅子の座面を低くする ・食卓が低い場合、うつむきがちなため体幹を正中位に保つ	・背もたれを使わないよう意識すると腹筋・背筋への刺激になる ・入れ歯の適合と調整
	配膳された食事内容を確認する		・歯の咬合不良があると肉など噛み切れないと思うだけで食欲が低下することもある	・献立情報からの想像や食事の匂い、温かさを感じることで食べる準備ができ、認知機能に刺激となる
実行力	箸をもつ		・スプーンや自助具の使用。年代によってはスプーンの使用を子どもっぽく恥ずかしいと感じる人もいるので導入には留意する	・手指をうまく使えるよう洗濯ばさみ練習（図1）
	汁碗をもち、口元まで運ぶ		・汁碗をもちにくい場合は取っ手付き茶碗を導入する	
	口に取り込む 飲み込む（嚥下）		・汁にとろみ剤の導入と調整 ・嚥下障害者用の味噌汁も検討する	・舌の体操（表2） ・空嚥下や空うがいの練習
検証	汁碗と箸を置く			

表2 舌の体操

・舌を上や下に動かす ・舌を右や左に動かす ・ほほを膨らませるやほほをすぼめる ・大きく口を動かし「パピパペゴ」という ・うがいをするように「ガラガラ・・・」という
--



図1 洗濯ばさみ練習

IV 介護予防・日常生活支援総合事業と生活行為向上支援

1. 介護予防・生活支援サービス事業への関わりと生活行為向上支援
 - ・合意形成の場や事業の企画段階に関わること
 - ・介護予防・日常生活支援総合事業分類について
 - ・訪問型・通所型サービスC（短期集中予防サービス）への
 - ・作業療法士の関わり方、作業療法士の役割（基本的姿勢と介入のポイント）
 - ・介護予防ケアマネジメントへの作業療法士の関わり方
2. 一般介護予防事業における作業療法士の役割
 - ・関わり方と実践例、具体的内容

表3 他職種向け研修会依頼と実施内容（山形県作業療法士会での実施例）

対象	依頼内容	実施内容
介護支援専門員	自立という視点の考え方について	・自立の定義、制度上の取り扱い、MTDLPの考え方を生かすケアマネジメントを考える ・課題整理総括表を用いた要介護者の自立支援についてのグループワーク
介護支援専門員 通所介護事業所 相談員・介護職員	地域ケア会議での専門職助言を生かすケアマネジメントを考える 事業所のケアに具体的にどう反映させるか	・事業所の分類によるリハビリ、自立支援の提供方法の違いの提示 ・MTDLPの合意形成の方法を用いた、本人の希望を活かした目標設定、支援の重要性 ・目標や助言を事業所のケアに入れ込むためのヒントなどの提示
通所介護事業者 介護職員	事前調査を基にしたグループワークによる各事業所での取り組みの交換、グループごとの発表に対する講評	・利用者個人の状況や各事業所の環境やサービス提供の状況に応じた取り組みにおける自立支援の努力している点に対する支持 ・可能な範囲でのOTの視点からの助言

介護予防普及啓発事業 南越前市

対象と方法
南越前町今庄地区 基本チェックリスト認知症5項目追加(福井県版)
全6回 9月4日開始 隔週木曜開催
午後1時40分～3時40分(2時間)
定員 20名(男性8人、女性12人)
平均年齢 73.6歳
送迎あり(自分で通所の方も11人)

6回のテーマ・プログラム
1回 オリエンテーション、評価、GW
2回 生活行為、興味関心チェック、GW
3回 栄養、GW
4回 ウォーキング、回想法、GW
5回 口腔機能、評価、GW
6回 振り返り、今後について



OT協賛 地域包括ケアシステム推進委員会

【南越前町における実践事例】

介護予防普及啓発事業・地域介護予防活動支援事業・地域リハビリテーション活動支援事業 山形県

認知症出前講座

講師： 原則的に講師養成研修会を受講した会員

派遣手順： 県士会窓口への依頼
(市町村主催の介護予防教室、老人クラブの活動の一環、職員向け研修会など)
→受講者へ期日、場所、依頼内容等をメールで連絡
→講師決定、派遣(主催者との打ち合わせ)

内容： 認知症の基礎知識、認知症の方との接し方、認知症の予防など、約1時間の内容

資料： スライド資料、講師用テキスト、一般向けパンフレット、4コマ漫画リーフレット



【山形県作業療法士会の実践事例】

介護予防普及啓発事業 あわら市

公民館を地域包括支援センターの職員と一緒に回って、これからの介護、リハビリについてお話ししています。



保健師 私・OT 保健師

コミュニケーション力、連携力、マネジメント力、創造力、地域への愛着力・・・ + 作業療法 = 個々のOT、OT集団にイノベーションを起こす

OT協賛 地域包括ケアシステム推進委員会

出前講座の内容

なるべく地域包括ケアシステム推進チーム

座学	座学を中心項目に応じた軽体操も実施します。	講師
生活行為向上	内容	
32	生活行為向上をめざそう	作業療法士
33	興味関心自己チェックシートをしてみよう	作業療法士
33	自分でやる暮らしのヒント	作業療法士

作業(活動)は人を元気にする
作業療法士のお仕事
あわらの元気人

興味関心チェックシートを自分でつけてみましょう
あなたの生活行為の目標は?

病气やけがで心身機能が低下しても、できる工夫があります。
様々な福祉用具やユニバーサル商品、やり方の工夫を紹介します。

【あわら市における実践事例】

介護予防の実績 南越前町「短期集中はつづ教室」

南越前町 通所型短期集中サービスC（平成30年度 1～3クール）

実績		アセスメント(評価)
期間	平成30年5月～平成31年3月	①運動器：筋力、歩行速度、バランス、TUG、転倒スコア ②口腔機能：嚥生状態、飲み込み ③栄養改善：食事摂取状況調査、栄養意識調査 身長/体重比(BMI: 体格指数) ④認知機能：時計描画テスト、動物名想起テスト ⑤生活機能：基本チェックリスト 興味関心チェックシート 生活行為評価表(30項目)
定員	20名×3クール	
回数	12回×3クール	
頻度(時間)	1回/週(120分)	
期間	3ヶ月×3クール	
送迎	有	
参加人数	実人数 56人 延人数 591人	
中断者	1人(終了率: 98.2%)	
プログラム	①運動器の機能向上 ②栄養改善 ③口腔機能向上 ④認知予防 ⑤生活行為向上	効果(アセスメントから) ・心身機能が維持・向上した ・運動・口腔ケアが習慣化した ・生活機能が維持・向上した 参加者の感想 ・効果があったので、また参加したい ・楽しく通うことができた ・目標が達成できた

事業の流れ

町、地域包括支援センター(ケアマネジャー)と連携し、事業を進めます

開始前	1回	2回	3回	4...10回	11・12回	終了後
事前情報の把握	オリエンテーション 「個別評価・目標確認」	開始時アセスメント 「各種評価」	生活行為の確認 「個別目標設定」	プログラム実施 運動器 口腔 栄養 認知症 グループワーク 生活行為	終了時アセスメント 「各種評価」	本人への結果説明 効果判定 報告
セルフプログラム(自主練習等)						継続

通いの場としての機能と、自己の介護予防への取り組みを継続する仕組みを作ります

OT協賛 地域包括ケアシステム推進委員会

活用例、 DL方法

活用例

- 地域ケア会議、地域支援事業での実践の参考にする
- だんだん仲良くなって相談を受けたり、市町村のニーズに応じた活動を提供する際の参考にする
- もちろん一人で対応しなくてよい。職場のリハ部門に相談して検討してもよいし、県士会の委員会に相談してもよい。
- 対応可能な範囲で、できる事を検討するための参考にする

DL方法

- 協会HP 会員向け情報→
 - 生活環境・福祉用具支援
 - 地域包括ケアシステム推進委員会
 - 資料一「地域包括ケアシステム参画の手引き」