

自立支援型ケアマネジメント検討会議から見る
今後の自立支援のあり方についての一考察

坂 東 弥 生 渡 辺 健 太
本 田 麻 絵 坂 井 薫
泡 田 逸 美

自立支援型ケアマネジメント検討会議から見る 今後の自立支援のあり方についての一考察

坂 東 弥 生
渡 辺 健 太
本 田 麻 絵
坂 井 薫
泡 田 逸 美

1 序章 はじめに

大阪市住之江区では、平成31年4月より「自立支援型ケアマネジメント検討会議」が包括主催で順次開催されることとなった。開催当初は、イメージをつかめないままの開催で、かなり戸惑ったことを覚えている。会議を重ねつつ、行政主催の研修に出席し見聞を広めたりすることで、少しずつ形になりつつあるが、まだ納得のいくものではない。では、「何が納得のいくものなのか」は、利用者や地域、介護支援専門員にどれほどの良効果が出たかということになるだろう。そこで、この1年間会議を通して肌で感じたものを、実践報告して形にして振り返り、良効果が出るために次年度からの新たな活動指針を検討していこうと考えている。

2 自立支援型ケアマネジメント検討会議の 意義と実際

2-1 自立支援型ケアマネジメント会議とは

地域包括支援センターが行う会議として、「地域ケア会議」というものがある。これは、介護保険法第115条48項に定められた会議であり、地域包括ケアシステムを行うための重要な手段として位置づけられている。「地域包括ケアシステム」とは、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らしていく

ために、医療・介護の連携、自助・互助・共助・公助の適切なコーディネート、サービス資源の開発など、包括的なケアシステムのことで、このシステムの実現のための会議として「地域ケア会議」が位置づけられている。そのため、自立支援型ケアマネジメント検討会議は、ただ単にケースに上がった利用者の自立支援を検討する個別会議ではなく、個別会議を通していかに「地域包括ケアシステム」を構築していくかの検討をも含んでいるものである。具体的には、個別会議を通して①個別課題解決機能、②地域包括支援ネットワークの構築、③地域課題発見機能、④地域づくり・資源開発機能、⑤施策形成機能という地域包括ケアシステム構築を推進していくための5つの機能をも検討していく会議ということである。

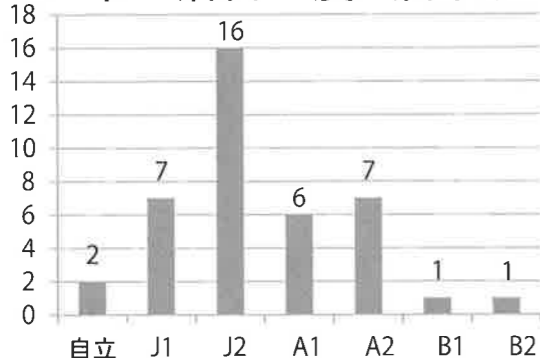
2-2 大阪市住之江区の令和元年度の会議結果

住之江区では、平成31年4月より自立支援型ケアマネジメント会議を毎月開催している。区内4包括が持ち回りするため、3ヶ月に1回は包括主催の会議であり、主催以外の月は、「伝達会議(小会議)」として、管轄内の居宅支援事業所に向けて、包括が参加した他地区の自立支援型ケアマネジメント検討会議の内容を伝達する会議を行っている。昨年度は全体で40件を行った。内、当包括支

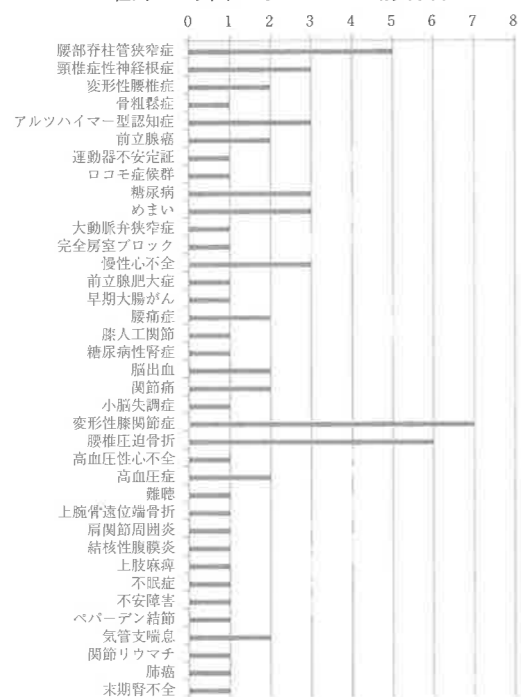
援センターは、9件行った。

2-3 会議から見てきたもの（データ結果）
会議の結果から、報告書に使用する分のデータを記載する。

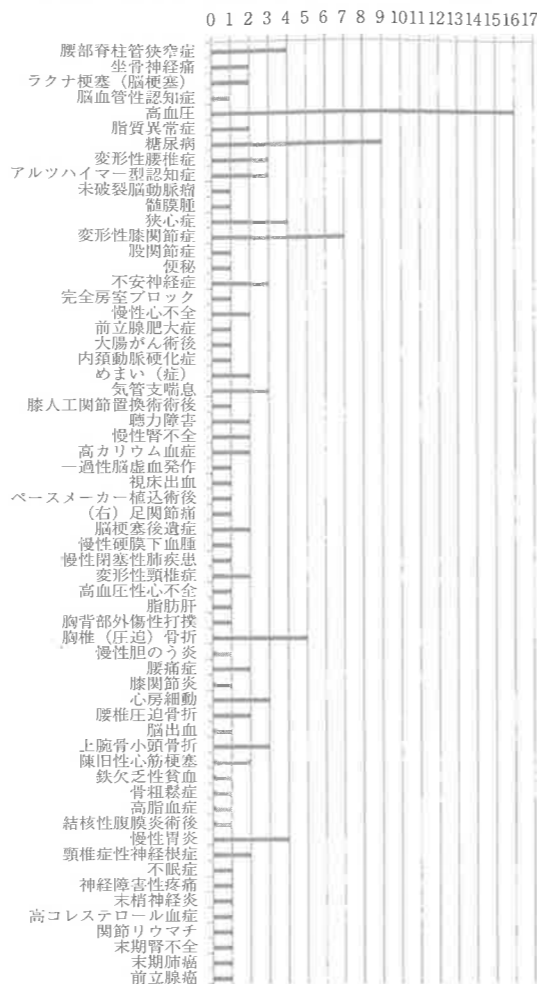
【表1】障がい高齢者の日常生活自立度
日常生活自立度（障害）



【表2】診療情報提供書に記載された生活機能低下の原因となっている傷病名



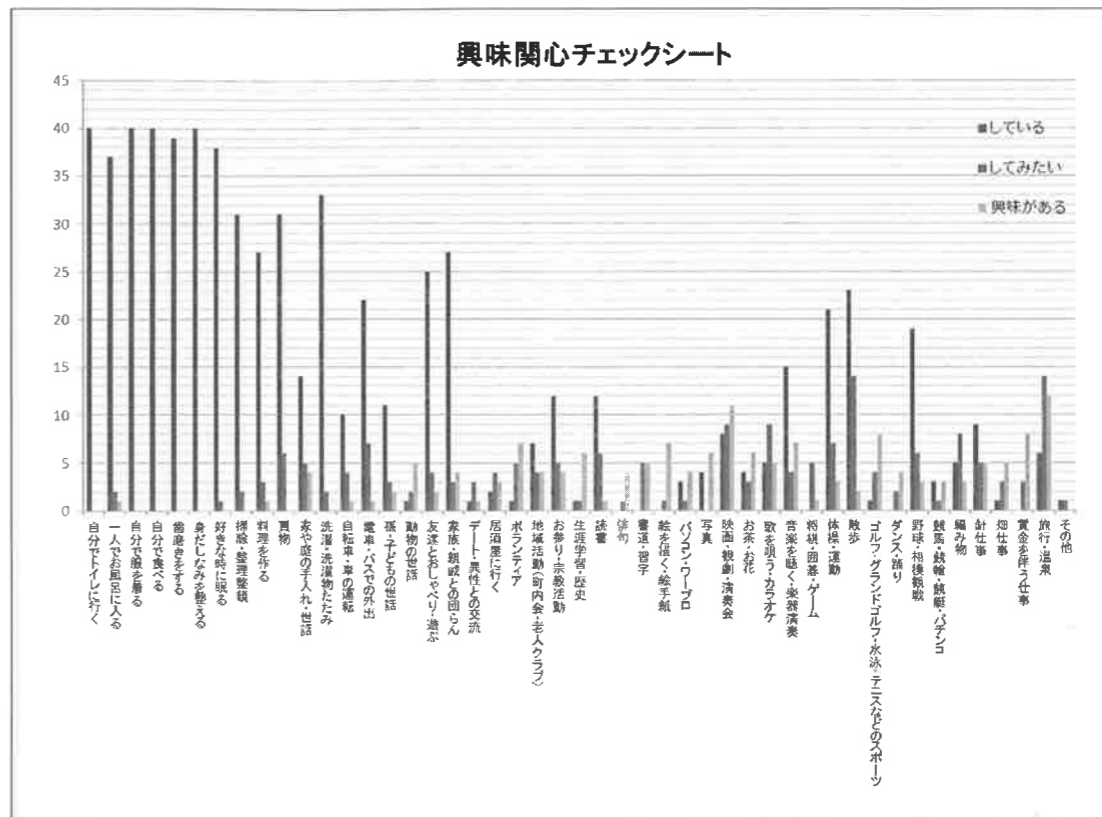
【表3】医師の意見書に記載されている傷病名



【表5】全体からみた安立・敷津浦地域の
興味関心チェックリスト結果の比較

Table comparing interests between '全体より割合が高い' and '全体より割合が低い' categories, listing activities like '掃除・整理整頓', '針仕事', '洗濯・洗濯物たたみ', etc.

【表4】興味関心チェックリスト



2-3-① 社会福祉士からの分析結果（坂井 薫）

利用者の達成したい目標や行動と現状を把握するため、様々なアセスメントツールを使用するが、自立支援型ケアマネジメント検討会議の一部に用いた興味関心チェックシートの結果【表4】に着目した。

各生活行為に対し利用者の現状を「している」「してみたい」「興味がある」の3項目に分類し、ニーズを把握することができる。機械的にどこに該当するかのみを確認するのではなく、興味があるのになぜ実施していないのかについて等会話の中で聞き出すことが大切である。そのやり取りの中で、自立を阻害している原因や背景にあるもの、熱量をすることができる。また利用者自身が忘れていたやりたいことを引き出すことにも繋がる。「してみたい」「興味がある」は、実際にはしていないが関心がある項目になる。逆に言えば関

心があるのにも拘らず、何かの原因により実施できていない生活行為である。今回集計した興味関心チェックシートによると、「している」数に対して、「してみたい」「興味がある」数が上回る生活行為が多く存在しており、住民のニーズがあるものと考えられる。一方ほとんどの生活行為は既に地域に存在している。存在しているにも拘らず活用できていない理由は、周知の問題、身体能力の問題、意欲の低下により行動が制限されているケースが多くみられたが、鬱病の診断を受けている利用者に対する取り組みが課題ではないだろうか。

2-3-② 看護師からの分析結果（本田 麻絵）

診療情報提供書に記載された生活機能低下の原因となっている傷病名【表2】と医師の意見書に記

載されている傷病名【表3】から考察を行った。生活機能低下の要因となった疾病名は、1. 変形性膝関節症、2. 腰椎圧迫骨折、3. 腰部脊柱管狭窄症が上位を占めており、医師の意見書の疾病名では、1. 高血圧、2. 糖尿病が多く、次いで脳血管疾患、心臓疾患と続いている。生活機能低下の要因となった病名や医師の意見書であがっている病名の多くが運動不足や食生活など生活習慣に起因するもので関連性があると考えられる。そして、医師の意見書の病名は、病歴が長く進行していることが多いため、これまでの運動習慣、食習慣、喫煙、飲酒、睡眠習慣の見直しが必要である。内科的疾患のある高齢者は、身体の状態（これまでの生活歴・病歴等）に応じて、ある程度の制限を加えた食事療法が、間接的な疾病の改善や病気を悪化させないための重要な役割を果たしていると考えられる。薬物療法も、食事療法や運動療法を併用することで、効果がさらにあがるものと考えられる。加えて、高齢者は、加齢に伴い活動性が低下し、筋肉や骨量が減り、転倒しやすくなり骨折しやすくなっている。自立支援型ケアマネジメント検討会議では、助言として身体機能の低下に注目し、機能訓練を勧められることが多い。筋力低下があり、筋力の維持・向上のためには、機能訓練だけでなく、食事内容の改善が不可欠であると考えられるが、その部分においては軽視されているように感じられた。食事内容を改善するといっても、個人で内容は異なる。疾病により、必要な栄養素やカロリーは異なり、自分で調理するのか、家族がするのか、調理したものを買うのかで異なる。食生活を改善することで、疾病の悪化を防ぎ、体調が回復して動きやすくなると考えられるため、食生活のアセスメントは重要であると考えられるが、軽視されやすい項目であると見受けられた。

2-3-3-③ 主任介護支援専門員からの分析結果 (坂東 弥生)

【表4】【表5】とケースの男女比から問題分析を行った。結果、3点の課題を提起する。

一つめは、男性ケースが圧倒的に少なく、全体の3割となっている。人口的に男性が少ないというわけではない。また、男性が女性よりもいきいきと元気に生活しているとも考えられない。そこで、男性の方が、介護が必要な状態になるまで地域で潜在化しているのではないかと考えられる。二つめは、「畑仕事」に着目した。近年、障がい者福祉では、農福連携が注目を集めている。高齢者の生きがい作りにおいても、畑仕事を取り入れている事業が増えつつある。ともに、農作業を通して心身ともに充実した生活を目指している。住之江区においても、全体的にも農作業を希望する人は多く【表4】当包括圏域内のケースだけを見ると、全体の比率よりも高く、農作業をしたい人が多いことが分かる【表5】。しかし、それができない理由として多く聞かれるのは、「昔は、そういう場所があったが、今はないからできない」という声が多く聞かれる。包括だけでは、解決できない問題がそこに見られる。三つめは、要支援の時から在宅診療を利用しているケースはない。ということ、病院に行くことはできるが、少し足を伸ばして余暇活動を行うというには至らずの状態である。その理由は、圧倒的に「痛いから」「しんどいから」という身体的理由が多い。「痛いから諦めている」「しんどいから、諦めている」と仮定すると、回復するという実感や見込みが、認識できずにいるのではないかと。そこに、どのようにアセスメントし、アプローチを加えていくかということが、要支援者の今後を左右するのではないかと考える。誰でも、やる気がなければ行動に移すことはできない。いかに、要支援者の意欲を回復させるかが重要な鍵となっているのではないかと推測する。

2-3-3-④ 理学療法士からの分析結果 (渡辺 健太)

今回住之江区で地域ケア会議が開催された計40件からの集計結果から、日常生活自立度【表1】と生活機能低下の疾病名【表2】、興味関心チェッ

クシート【表4】に着目した。

日常生活自立度の最頻値はJ2であった。J2とは、何らかの障がい等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で隣近所へなら外出可能レベルである。今回、興味関心チェックシートで挙げた“してみたい”項目と“興味がある”項目の総数として、「旅行・温泉」が最も多く、続いて「映画・観劇・演奏会」、「散歩」であった。そして、生活機能低下を呈する病名として、「変形性膝関節症」、「腰椎圧迫骨折」、「腰部脊柱管狭窄症」の順で多く、すべて骨関節疾患であった。これらの骨折や疾患は、いずれも起立や移動を困難にし、生活動作、QOLに大きく影響すると考えられる。今回の集計結果から考えると、興味関心のあることの共通部分としては、移動を伴うことであった。加齢とともに心身が老い衰えてきたために骨関節疾患を呈し、移動能力が低下してきている状態といえる。この状態は、海外の老人医学の分野から日本にきた新たな概念として「フレイル」の状態にあるといえる。

介護を必要とする人は650万人を超えており、その原因として高齢による衰弱が13.8%、転倒・骨折が12.5%、関節疾患が10.2%と続き、運動器の疾患が全体の36.5%を占めている¹⁾。このように高齢者人口の増加に伴い、顕在化する運動器の問題は、その対象者がきわめて多く、重症例や複数の疾患が合併する例がある。そのため、フレイルに対して適切な介入・支援を早期から講じることができるか、プレフレイルの状態や自立レベルの高齢者に対しても予防的に介入できる仕組み・環境作りを行うことができるかが、今後の地域包括ケアシステムを支えていく上で鍵になるのではないかと。

3 自立支援型ケアマネジメント検討会議から見てきた問題点とその対策

令和元年5月22日、7月22日、11月25日に、大阪府福祉部高齢介護室高齢支援課主催の介護予防強化推進事業「介護予防ケアマネジメント担当

者研修」が開催された。これは、『府民が介護について相談する際に、最初に出会う市町村や地域包括支援センターの相談窓口において、介護保険が自立支援を目的としたサービスであることを適切に伝えることにより、府民自らが自立した生活の維持・向上に向けて取り組むことができる²⁾』ことを目的とした研修である。

大阪府下の府内市町村・広域連合職員・包括支援センター職員を対象としており、グループワークを通して市内のみならず府下の生きた情報交換ができる研修であった。この研修で驚いたことは、同じ「大阪」であっても府と市で自立支援についての取り組み方が大きく異なることを目の当たりにしたことである。この章では、気づいたことや学んだことをもとに包括で取り組みを新たにしたことについて報告する。

3-1 「要支援1・2の取り扱い説明書」の発行

【表6】は、令和元年11月25日に開催された研修資料の中から、研修前に事前に提出した各包括支援センターが感じている窓口課題のみを取り出して集計したものである。上位3位までは、自立支援についての職員の説明スキルを課題としたものが上がっている。特に、介護保険法第1条・第4条をいかに説明するかという課題については、グループワークでも話題となった。

考えてみれば、介護保険が施行されて以来、基本理念でありながら、契約書や重要事項説明書に

【表6】令和元年度大阪府介護予防ケアマネジメント担当者研修〈基礎研修〉資料より作成

1	窓口対応職員の説明スキルの格差	48.6
2	住民の介護保険制度についての無理解	29.1
3	自立支援についての啓発不足	8.3
4	包括職員のアセスメントスキルの格差	6.9
	ケアマネジャーの知識・理解不足	6.9
5	入院中に病院より介護申請を勧められる	5.5
	説明するための十分な資料がない	5.5

記載がないがゆえに、契約時に説明していない。改めて反省すべき点は、何の疑問もなく、要支援者に事務的に利用手続きを行っていなかったかということである。介護保険が施行されてから10年以上も経った今、このことが課題であがってくるということは、〈要支援認定⇒サービス利用を希望⇒契約〉という一連の流れを事務的に処理していた結果ともいえる。

この反省点に立ち、①自分の状態をしっかりと把握した上で、②今であればまだ身体機能の向上が見込まれることを認識し、③一緒に頑張っていこう！と利用意図や自助意識を明確にして、サービス利用につなげることを目的に、「要支援1・2のトリセツ」【図1】を作成し、相談や契約時に使用し、時間をかけて説明するようにした。

今のところ「利用するなということか」と怒り出す利用者はいない。反対に、「じゃあ、ガンばらなあかん」「自分は〇〇する」と意欲や意志を表明される程、会話が弾むことが多く、笑い声もできるようになった。この取り組みを始め、まだ1年も経過していないが、説明責任の重要性を改めて認識する一つとなっている。

3-2 安立・敷津浦健康応援プロジェクトチームの発足

自立支援型ケアマネジメント会議を通して、最も得たものは二つ。一つめは、地域包括支援センター三職種の「自立支援」についての意識変化であり、二つめは、自立支援型ケアマネジメント検討会議を通して、同じ志をもつ理学療法士の先生と出会ったことである。共に「自立支援」について、地域でどのように取り組んだらいいかという検討も合わせて深められるようになった。その成果として、「安立・敷津浦健康応援プロジェクトチーム」の発足である。小会議の後に、チーム員会議を開催しており、取り組みについての検討を重ねるようになった。この会議は、自立支援型ケアマネジメント検討会議や小会議終了後の打ち合わせから次第に会議という形に変化したことが特徴

である。日頃、包括業務の中から感じたことなどを話し合う中で、それぞれの専門的立場からさまざまな意見が自然と活発に交わされる。その中で生まれたのが、『健康寿命延伸プログラムの教科書』の作成である。自立支援、フレイル、認知症、自宅でできる運動、近くの公園でできる運動、地域の各種催し、我々の想いなどが記載されており、大掛かりな冊子である。この冊子の意図は、「まだ、サービスは受けたくない」「デイサービスやデイケアなど集団のサービスは利用したくない」という方々も念頭に入れた内容となっており、さまざまな利用意識に対応できる内容と、認知症とも関連づけた内容となっている。現在、校正中のため提示はできないが、このような冊子を作り地域に働きかけていこうということが、我々が意識改革した一つの証であるといえる。

3-3 セラピストの訪問アドバイス

大阪府と市での「自立支援」についての取り組みの違いに大きく驚いた一つとして、藤井寺市の取り組みがあげられる。これは、藤井寺市の委託事業で、平成28年度より介護予防や自立支援の一環として行われている。具体的には、ケアマネジャーや包括職員と専門職（理学療法士・作業療法士または管理栄養士）が同行訪問し、本人の身体状況を直接確認しながら、困りごとや希望などを聞き取り、今頑張れる具体的なメニューや生活アドバイスを無料で行う⁽³⁾という画期的な取り組みに驚いた。

早速、持ち帰り前述のプロジェクトチームで検討した。渡辺先生が所属している施設は、「社会貢献」を掲げている老人保健施設であったことも幸いし、快諾いただいた。件数は少ないが、「安立・敷津浦健康応援プロジェクトチーム」の一環として同様の取り組みを開始している。対象は、要支援1・2の方や、申請していないが総合相談の段階で生活アドバイスを希望された方である。

この取り組みを通して見えてきたものは、これ

【図1】『要支援1・2の取り扱い説明書』

（国民の努力及び義務）
第4条 国民は、自ら要介護状態となることを予防するために、加齢に伴って生じる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持増進に努めるものとする。

介護保険は、心身の健康維持・向上を目指す方を応援します！

4 介護の費用はどんなしくみになっているの？
「介護保険料を払っているから、介護のサービスは使わないと損？」と思われがちです。介護保険料は、市町村ごとに3年間で必要となる介護の費用を算定し、そのうち半分を保険料で助えるように計算しています。つまり、介護が必要とする方が増えれば増えるほど、皆さんの負担も重くなるのです。さらに、皆さんが元気で過ごせる期間が長ければ長いほど、介護の費用はかからないので、保険料の額を下げて計算することができます。「保険料を払っているからほとんど介護のサービスを利用しない」ということはなく、実は「使わないで元気で過ごせる方が、損になる」のです。

5 皆さんが元気ハツラツになるために・・・
安立・敷津浦地区にお住まいのお一人おひとり、要介護状態となることを予防するために、心身の健康の保持増進に努めることができます。2ヶ月に1度行予予定表を配布しております。詳しくは包括課にお尋ねください。配布場所は、右記の場所にあります。是非、多くの方にご参加いただき、心身の健康増進にご活用ください。

1 「要支援」ってどんな状態？
「要支援」とは、人の手を借りずに何とか生活できる状態のことです。つまり、人の手を借りないで生活はできるけど、様子を見てもらう必要があるということです。介護が必要な状態になりそうなので、予防を兼ねて支援するということです。

2 じゃあ、元気で過ごすためにどうしたらいいの？
リハビリを頑張るとはいいけれど、ヘルパーさんに全部お願いしちゃおう。自分で動かさないでいたら、どんどん力が落ちて行ってしまいます。体を動かさないでいたら、どんどん力が落ちて行ってしまいます。

3 介護保険法を見てみよう！
元気でいるために、できることは増えていくことができるようになります。という目標を持つこと、その後押しするのが、介護保険の「自立支援」という考えです。常に多少不自由なところが出てきたとしても、介護保険を使って「できないことを補う」のではなく、「できることを引き出す」ことで、その人らしい自立した暮らしを支援することが、介護保険の大きな目的です。

4 要支援1・要支援2のトリセツ (取扱説明書)
要支援1・要支援2の状態を正しく理解し、介護保険や社会資源を使って健康寿命を延ばしましょう！

5 住之江区安立・敷津浦地域包括支援センター

（国民の努力及び義務）
第4条 国民は、自ら要介護状態となることを予防するために、加齢に伴って生じる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持増進に努めるものとする。

介護保険は、心身の健康維持・向上を目指す方を応援します！

4 介護の費用はどんなしくみになっているの？
「介護保険料を払っているから、介護のサービスは使わないと損？」と思われがちです。介護保険料は、市町村ごとに3年間で必要となる介護の費用を算定し、そのうち半分を保険料で助えるように計算しています。つまり、介護が必要とする方が増えれば増えるほど、皆さんの負担も重くなるのです。さらに、皆さんが元気で過ごせる期間が長ければ長いほど、介護の費用はかからないので、保険料の額を下げて計算することができます。「保険料を払っているからほとんど介護のサービスを利用しない」ということはなく、実は「使わないで元気で過ごせる方が、損になる」のです。

5 皆さんが元気ハツラツになるために・・・
安立・敷津浦地区にお住まいのお一人おひとり、要介護状態となることを予防するために、心身の健康の保持増進に努めることができます。2ヶ月に1度行予予定表を配布しております。詳しくは包括課にお尋ねください。配布場所は、右記の場所にあります。是非、多くの方にご参加いただき、心身の健康増進にご活用ください。

1 「要支援」ってどんな状態？
「要支援」とは、人の手を借りずに何とか生活できる状態のことです。つまり、人の手を借りないで生活はできるけど、様子を見てもらう必要があるということです。介護が必要な状態になりそうなので、予防を兼ねて支援するということです。

2 じゃあ、元気で過ごすためにどうしたらいいの？
リハビリを頑張るとはいいけれど、ヘルパーさんに全部お願いしちゃおう。自分で動かさないでいたら、どんどん力が落ちて行ってしまいます。体を動かさないでいたら、どんどん力が落ちて行ってしまいます。

3 介護保険法を見てみよう！
元気でいるために、できることは増えていくことができるようになります。という目標を持つこと、その後押しするのが、介護保険の「自立支援」という考えです。常に多少不自由なところが出てきたとしても、介護保険を使って「できないことを補う」のではなく、「できることを引き出す」ことで、その人らしい自立した暮らしを支援することが、介護保険の大きな目的です。

4 要支援1・要支援2のトリセツ (取扱説明書)
要支援1・要支援2の状態を正しく理解し、介護保険や社会資源を使って健康寿命を延ばしましょう！

5 住之江区安立・敷津浦地域包括支援センター

（国民の努力及び義務）
第4条 国民は、自ら要介護状態となることを予防するために、加齢に伴って生じる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持増進に努めるものとする。

介護保険は、心身の健康維持・向上を目指す方を応援します！

4 介護の費用はどんなしくみになっているの？
「介護保険料を払っているから、介護のサービスは使わないと損？」と思われがちです。介護保険料は、市町村ごとに3年間で必要となる介護の費用を算定し、そのうち半分を保険料で助えるように計算しています。つまり、介護が必要とする方が増えれば増えるほど、皆さんの負担も重くなるのです。さらに、皆さんが元気で過ごせる期間が長ければ長いほど、介護の費用はかからないので、保険料の額を下げて計算することができます。「保険料を払っているからほとんど介護のサービスを利用しない」ということはなく、実は「使わないで元気で過ごせる方が、損になる」のです。

5 皆さんが元気ハツラツになるために・・・
安立・敷津浦地区にお住まいのお一人おひとり、要介護状態となることを予防するために、心身の健康の保持増進に努めることができます。2ヶ月に1度行予予定表を配布しております。詳しくは包括課にお尋ねください。配布場所は、右記の場所にあります。是非、多くの方にご参加いただき、心身の健康増進にご活用ください。

1 「要支援」ってどんな状態？
「要支援」とは、人の手を借りずに何とか生活できる状態のことです。つまり、人の手を借りないで生活はできるけど、様子を見てもらう必要があるということです。介護が必要な状態になりそうなので、予防を兼ねて支援するということです。

2 じゃあ、元気で過ごすためにどうしたらいいの？
リハビリを頑張るとはいいけれど、ヘルパーさんに全部お願いしちゃおう。自分で動かさないでいたら、どんどん力が落ちて行ってしまいます。体を動かさないでいたら、どんどん力が落ちて行ってしまいます。

3 介護保険法を見てみよう！
元気でいるために、できることは増えていくことができるようになります。という目標を持つこと、その後押しするのが、介護保険の「自立支援」という考えです。常に多少不自由なところが出てきたとしても、介護保険を使って「できないことを補う」のではなく、「できることを引き出す」ことで、その人らしい自立した暮らしを支援することが、介護保険の大きな目的です。

4 要支援1・2のトリセツ (取扱説明書)
要支援1・2の状態を正しく理解し、介護保険や社会資源を使って健康寿命を延ばしましょう！

5 住之江区安立・敷津浦地域包括支援センター

まで下肢筋力の低下に対して、どのようなアプローチをしたらいいかという検討はなされず、すぐに運動型デイサービスや通所リハ、訪問リハなど方程式のようなサービスの提案しかできなかったが、同行訪問により、先生が直接身体に触れ、インテークの中から今の症状がどの部位のどのような筋肉の状態からきているかなどを説明していただけたことである。ケースの中には、デイサービスを提案していたが、個別メニューで集中的にリハビリしようという意欲が出て、その場で訪問リハビリにサービス内容が変わったケースもある。また、利用しているデイサービスの運動メニューに、具体的にメニュー内容を伝達することができ、デイサービス職員もより積極的に取り組んでいただけたようになったという事例もある。このように、具体的に利用者の身体に触れて運動メニューができあがる「自分だけのプログラム」は、意欲の向上と具体的なメニューの一石二鳥となり、より自立支援を効果的にしている。

3-4 行政課題の取り扱い

当包括支援センター圏域は、南に大和川があり、市営住宅が多い地域となっている。数年前に全国的な問題として、河川敷や市営住宅の敷地内で畑や花壇を作っていると大々的に問題になっていたが、当圏域も例外ではなく、問題となり、一掃されたことがあった。それまでは、畑や花壇で綺麗に花が咲いたり、畑では野菜や果物ができ、それらの産物を通してコミュニティができていた。綺麗な花を通して近隣住民同士の会話が生まれ、果物や野菜を通して、よりコミュニケーションが深まっていた。住宅の敷地内は、今よりも活性化されていた。しかし、数年前、所管の取締により、畑や花壇は一掃されてしまった。中には、子どもと一緒に植えた桃の種が大きく育ち、綺麗な花を咲かせるようになった木も切り倒さなければいけなくなった。草花だけでなくそれぞれがもつ多くの思い出までもがなくなってしまったのだ。今までは外に出て花をみたり、園芸を楽しんだりする

高齢者が多かったが、今は影もない。園芸を無くした土地には雑草が生えている。これならば、前の方が外観もよかった。しかし、無断で大阪市の土地を使用しているということで一掃された。畑問題については、前述した通りである。自立支援型ケアマネジメント検討会議においても、当該管轄の行政課題として提起したところ、「自分の管轄外だから」と取り合ってもらえなかったということがあった。

地域包括ケアシステムをいかに実現するか…日頃から苦慮しているところである。いろんな案を講じては実践し、試行錯誤を繰り返している。やればやるほど、地域包括支援センターだけで実現させることは皆無であり、時には行政の協力が不可欠である。「行政の持ち物だから、勝手なことはするな」ではなく、地域の実情や高齢者を取り巻く社会背景に合わせて「どうすれば住民ニーズに応えることができるか」を一緒に考えていただきたい。生きた声である。行政も本気になってほしいと感じた一幕であった。

4 地域包括ケアを推進する専門職としてのこれからのあり方について

4-1 社会福祉士からの課題(坂井 薫)

高齢者は喪失体験を重ねている。心身機能や社会的役割の喪失、大切な人の死別など多くの喪失を体験し、生きる意味すら奪われてしまうこともある。それを無視してがんばれと課題を与えることは、逆に自立の阻害要因になってしまう。実際、身体的には可能な生活行為の機会を提案しても行動に繋がらないケースが多くあった。能力に、動機が伴って初めて行動に繋がれることを考えれば、意欲に対してアプローチすることが重要となる。意欲低下には、継続的な気分障がいや悲哀感等を伴う鬱症状、気分の落ち込みはなく無関心な状態であるアパシー等がある。自立支援会議では鬱病の診断はないものの、やる気が出ない利用者が多くいた。アパシーが動機付けの欠如であることを考えると、アパシーの状態にあることが想定でき

る。

また、アパシーは、前頭葉機能障がいの一つとして考えられ、アパシーを伴うMCI患者はアルツハイマー型認知症への進展が高いことが報告されており、認知症の危険因子として捉えることができる。さらに地域包括ケアでは、住民個々のQOLの向上を目指す、アパシー等意欲低下はQOLに大きな影響を及ぼすため、精神的機能に対し積極的な取り組みが必要である。

取り組みとして、意欲低下の原因を評価し的確な治療を行う必要がある。しかしアパシーの場合、現時点では非薬物療法が重要との論を俟たないが、未だ研究は進んでいない⁴⁾。自立支援には、依存できる支援者がいることが重要で、インフォーマルを含めた支援チームの構築が必要となる。特に意欲が低下している利用者には、時間をかけ喪失した過去を埋める関係性の構築が必要ではないだろうか。

4-2 看護師からの課題(本田 麻絵)

高齢者の食事のアセスメントが重要なことは先に述べたが、最近の高齢者の食生活の特徴として独居、高齢者世帯は、社会的孤立から外出する頻度も減り、運動不足により食欲低下、同じものばかりを食べる、食事そのものへの関心が薄れ食生活が単調になり、食事量の減少など悪循環を招きやすくなる。この高齢者の特徴から低栄養状態に陥ることがあり、平成28年国民健康栄養調査では、65歳以上の高齢者低栄養傾向は17.9%と6人に一人が、低栄養であるという結果が出ている⁵⁾。低栄養状態になると食事はきちんと摂り健康的であっても筋肉量、骨量が減少する。栄養不足の状態が続くと免疫機能が低下し風邪などの感染症を引き起こしやすい易感染症状態となり、疾病が重症化しやすくなる。食事はただ食べるのではなく、楽しく美味しく食べることで生きがいもつながらる。独居高齢者や高齢者世帯では、食事の時の会話の楽しみが減り、食欲低下が生じやすいといえる。つまり、孤独感があるため、食事意

欲が減少し、故に低栄養状態となりやすい環境にある。当包括支援センターは、独居高齢者や高齢者世帯が非常に多く、この点では深刻な問題と受け止めている。地域には、ボランティアで行われている食事会(会食会・配食)がある。残念なことに利用者は年々減少していると聞く。

ボランティアの方々に前述の低栄養の経緯について伝え、食事サービスの重要性や有用性について理解していただき、是非とも火を絶やすことなく活動を継続していただくような地域への働きかけが必要であり、自分自身の課題と認識した。今後、折に触れ、そのようなボランティアへの学習機会をもつていただくよう検討事項として提案していきたいと考えている。

4-3 主任介護支援専門員からの課題(坂東 弥生)

「要支援」という認定を受けて、喜ぶ声をこれまで聞いたことがない。要支援がまるで損のような感覚である。中には、本当に区分変更が必要だと思われるケースもある。今は、その認定結果の誤差が問題なのではなく、「要支援が何故悪いのか」という考え方を問題視する。その原因を、日々の包括業務を通して推測されるのは、「誰も本人の回復力を予測できていない」のではないかということである。そのため、本人の訴えに対して、サービス量の増減でしか説明することができず、往々にして利用者に「損得勘定」が生まれているのではないかと推測する時、主任介護支援専門員として以下の3つの課題があると考えられる。

1つめは、いかに利用者へ「自立支援」を啓発するか。2つめは、いかに介護支援専門員に「自立支援」を啓発するか。3つめは、利用者のニーズや意識の変化に則した社会資源を開発していくか、ということである。これらの3つの課題に取り組むためには、まず包括支援センターの三職種が「自立支援」についての意識改革が必要であるといえる。契約の場面で利用者へ必ず面談する。その席で、利用者へいかに説明し、本人のやる気を生じ

させるかが腕の見せ処である。また、自立支援型ケアマネジメント検討会議や小会議を通して、介護支援専門員にいか「自立支援」の啓発を行い、意識改革を促すか。地域住民のニーズやサービス利用に対する意識の動向をつかみ、それに則した啓発と社会資源の開発が課題であると考ええる。

利用者からいかにニーズを引き出すか。対話を通じてニーズを引き出し、やる気を目覚めさせる。そこには「アウトプット能力」が不可欠である。そこには説明のマニュアルはない。何故なら、そこに支援者の個性が活かされるからである。マニュアル通りの説明や対応は、相手の心に響かない。「福祉は、人なり」という。自分に働きかけてこそ、相手に伝わるものではないか。そのためには、自己覚知と対話術、アウトプット能力が不可欠であるといえる。介護支援専門員の支援として、研修の一つとして取り入れていく必要があると考える。自立支援型ケアマネジメント検討会議の小会議は、介護支援専門員とともに考える絶好の場であると認識した時、「参加してよかった」「勉強になった」と感じてもらえるような会議の遂行が必要であるし、利用者には、「要支援でよかった。まだ、大丈夫」と思っただけのような説明スキルを向上させていく必要がある。また、より多くのニーズを把握し、地域に提案し、地域とともに社会資源を作っていく力量が必要となる。それが自分に与えられた任務とするならば、まだまだ力量不足ではあるが、関係諸機関とともに歩みたいと切に願う。

4-4 理学療法士からの課題（渡辺 健太）

地域包括ケアシステムにおいて、地域ケア会議に参加する理学療法士に求められていることとしては、生活機能が低下している高齢者、生活機能が低下していく可能性のある高齢者に対して、「心身機能」・「活動」・「参加」の視点から総合的に提案や指導をすることではないかと考えている。そして、その内容は、他職種や高齢者にも分かりやすく、かつ継続的に実施でき、自立支援や介護予

防に繋げることができるものでなければならないと考えている。

助言者として、具体的には要支援者のニーズや生活行為の課題等を踏まえて、自立に資する助言をすることが求められており、他職種の視点で事例の課題を解決することが求められている。我々地域リハビリテーションに関わる理学療法士は、フレイル予防の3つのポイントである①身体活動、②栄養、③社会参加を重点項目として、地域創造に貢献していくことが必要ではないかと考えている。高齢者施設でリハビリテーションに携わっていて、よく「年のせいやから」「もうこの年やから」といったことを耳にする。90歳でも100歳でも適切な運動処方すれば、必ず筋肉も強化され、肥大される。そのため年のせいと諦めていた身体や心の衰えは、必ず予防ができる。やりたいことや好きなことを続けていくために、フレイル予防の3つのポイントである①身体活動、②栄養、③社会参加を毎日の生活に取り入れられるよう、諦めていたもの呼び覚ます仕掛けやきっかけを与えられるような活動を行っていきたいと考えている。これこそが、真のリハビリテーションと信じている。

5 終章 私たちが目指すもの

WHO（世界保健機関）の健康の定義において、『健康とは、身体的、精神的、社会的に完全に良好な状態にあることで、単に病気でないとか虚弱でないということではない』と唱っている。誰でも、住み慣れた地域で元気に暮らしたいと思っている。しかし、この「元気」というのは、身体のみだけを指しているのではない。社会交流があり、人との交わりの中で、自分の存在価値を自他ともに認め、人からの温情を感じるからこそ、自分もまた誰かの役にたちたいと思う。人が笑ってられる社会には、精神活動の躍動があり、社会関係が良好となる。

「長生きするものではないな」という言葉は、日頃利用者宅に訪問すると、多く聞かれる言葉で

ある。この言葉が、「長生きするもの捨てたものじゃないな」と感じてもらえる社会、自分の人生を諦めることなく、もし、自分が高齢者になった時に、この地域で生きたいと思えるような地域社会を作っていくこと、それが我々が目指すものである。

「あきらめ」からの脱却は、我々専門職種の腕の見せどころといえるのではないだろうか。「やりたい」と思うことを、どうすれば「できる」になるか。一緒に利用者と考える過程が、利用者の心を次第に動かしていくものであると考える。各専門職種が相互に連携をとり、時にはともに動き、専門性を発揮していく。包括支援センターには三職種がおり、そのそれぞれの専門職と協働していくことが重要であると同時に、その枠を超えた専門職とも協働していくことが必要である。そのためにも、これからも自己研鑽を重ね専門性を向上させ、専門職や利用者と共に歩むことができる自分、チームケアの一員でありたいと考える。

参考文献

- ・大阪市自立支援型ケアマネジメント検討会議マニュアル（地域包括支援センター職員用）大阪市発行
- ・『いきいき笑顔応援プロジェクト』藤井寺市 www.city.fujiidera.lg.jp
- ・「[したい]」「できるようにになりたい」を大切にしたい自立支援型の支援～大阪市自立支援型ケアマネジメント検討会議について～ 大阪市福祉局高齢者施策部高齢福祉課
- ・公益財団法人長寿科学振興財団 健康長寿ネット <https://www.tyojyu.or.jp>
『高齢者の低栄養対策のための食生活とは』
- ・一般社団法人 日本介護支援専門員協会『介護支援専門員研修テキスト 主任介護支援専門員更新研修』2016年12月 初版第3刷発行

注

- (1) 厚生労働省「令和元年版高齢社会白書（全体

版）」 <https://www8.cao.go.jp>

図1-2-2-10より引用

- (2) 高介第2032号 令和元年7月2日付通知 大阪府福祉部高齢介護室介護支援課長発 『令和元年度介護予防活動強化推進事業「介護予防ケアマネジメント担当者研修（フォローアップ研修）」の開催について（依頼）』研修案内より抜粋
- (3) 令和元年度いきいき応援プロジェクト『介護予防・自立支援のための同行訪問について』 www.city.fujiidera.lg.jp 参照
- (4) 『アパシーに関わる神経ネットワーク』山口修平 小野田慶一 高吉宏幸 川越敏和 著 参照 https://www.jstage.go.jp/article/ninchishinkeikagaku/21/1/21_60/_pdf
- (5) 『平成28年 国民健康・栄養調査結果の概要』 https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10904750-Kenkoukyoku-Gantaisakukenkouzoushinka/kekagaiyou_7.pdf 16頁 『第3部 基本項目 第1章 身体に関する状況』参照