

3. 防府市「リハビリテーション専門職の同行訪問アセスメント」 マニュアル



3. 防府市「リハビリテーション専門職の同行訪問アセスメント」マニュアル

1. はじめに

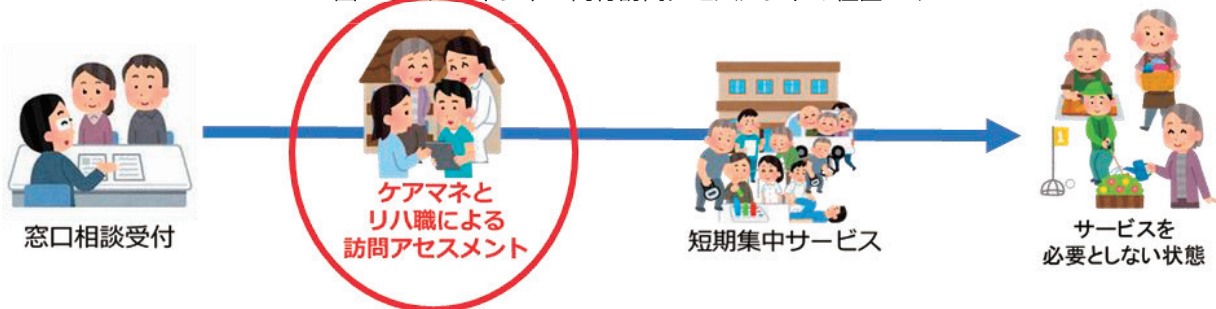
ケアマネジャーにリハビリテーション専門職が同行して対象者の訪問（以下「ケアマネジャー同行訪問アセスメント」という。）を行う場合、プラン作成及び目標設定を行うための初期アセスメントに同行する場合と、既に何らかの支援が行われている方に対して多角的視点でアセスメントを行うために同行する場合に分けられます。ここでは、初期アセスメントへの同行する場合について書きます。

(1) ケアマネジャー同行訪問アセスメントとは

ケアマネジャー同行訪問アセスメントは、ケアマネジャーによるアセスメントにリハビリテーション専門職の視点を加え、目標設定や生活改善に向けた課題の明確化、目的に見合ったサービス利用、地域資源活用について助言を行うものです。

短期集中予防サービスを利用して対象者のリエイブルメントを目指す場合、多角的なアセスメントを根拠とした目標やサービス内容について、合意形成がなされていることが重要です。サービス利用前にリハビリテーション専門職がケアマネジャーと一緒に訪問を行うことで、アセスメントが深まり、短期集中予防サービスを円滑に開始することができるようになります（図1）。

図1. ケアマネジャー同行訪問アセスメントの位置づけ



(2) 訪問アセスメントにおけるリハビリテーション専門職の役割

ケアマネジャー同行訪問アセスメントを含む総合事業を進めていく上で『対象者がその人らしい生活や暮らしを取り戻す』というリエイブルメントの視点は大前提となる考え方です。さらに、生活機能の低下した高齢者に対しては、リハビリテーションの理念を踏まえて、「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ことが重要です。そのため、ケアマネジャー

同行訪問アセスメントでは、国際生活機能分類（ICF）の視点で対象者の課題や過去から現在に至る生活を整理していく必要があります。そして、リハビリテーション専門職は、対象者が生活課題を解決し、自身でありたい姿に至ることができるようになるための選択肢を提示します。ただし、選択肢を最終的にケアプランとして決定し、遂行していくのは対象者とケアマネジャーです。そのため、この選択肢をできるだけ明快に、具体的に、そして魅力的に提案することがリハビリテーション専門職の訪問アセスメントにおける役割となります。

(3) 訪問アセスメントに求められるリハビリテーション専門職の視点

① ICF の考え方をを用いること

リエイブルメントのアセスメントはICFを用いて整理します（図2）。しかし、解決すべき課題や目標が心身機能や活動の改善のみに偏らないように注意する必要があります。参加には対象者のその人らしい暮らしを表しているため、リエイブルメントのための目標は参加のレベルで考える必要があります。

また、重要なのは環境因子や個人因子のような背景因子をしっかりと把握するということです。心身機能・活動・参加が示す生活機能から導き出された課題が背景因子と結びつくことで、動機づけや自信を高めることができる根拠を持った『生きた課題』となります。また、今後の見通しを立てるための情報として健康状態（疾病の情報）も把握しておく必要があります。疾病の内容や状況によって、目標や課題解決の優先順位が変動することはあります。

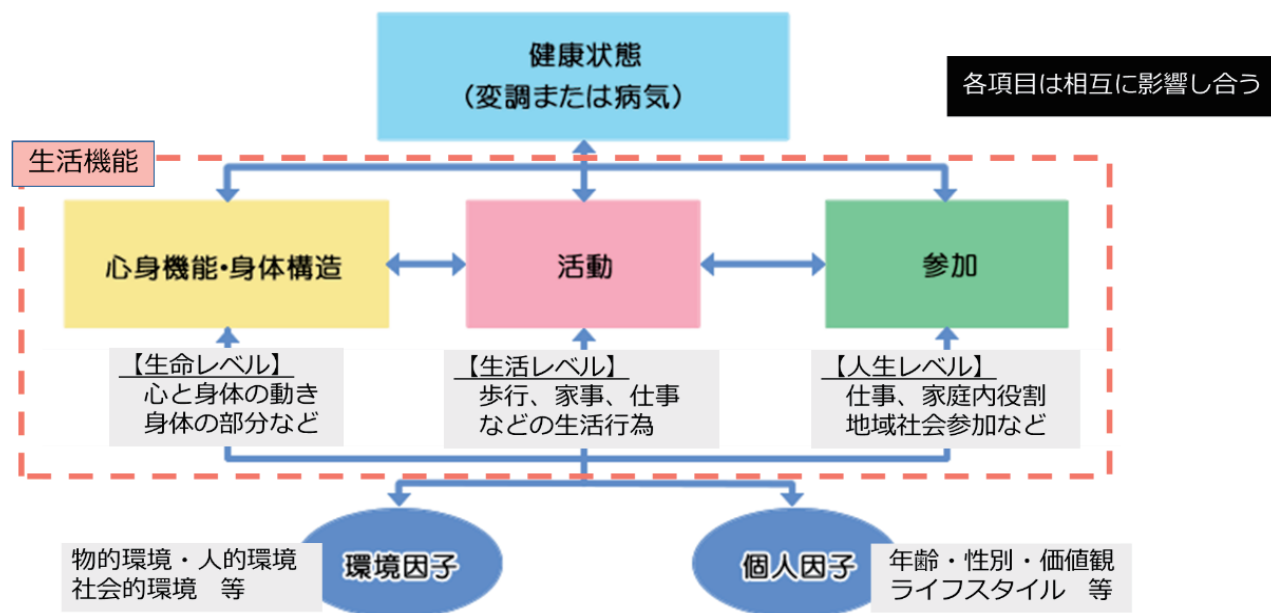


図2. ICF の概念図

② リハビリテーション専門職の強みを活かす

対象者のアセスメントを深めるために、リハビリテーション専門職の強みを活かすことが重要です。医療職としての知識や経験、専門職同士のネットワークを活かして根拠に基づいた具体的な予後予測を立てられることが強みとなります。

また、リハビリテーション専門職としての知識だけでなく、自身の普段の生活が助言や提案に活かされてくることもあります。柔軟な思考でアセスメントを行うことが対象者の選択肢を増やすことに繋がります（図3）。

リハビリテーション専門職の強みとは…

- ① ICFを基にした視点
- ② 予後予測能力
- ③ 根拠に基づく理論
- ④ 知識（疾患、身体・精神機能、リスクなどなど…）
- ⑤ 経験（働いている施設によって異なる）
- ⑥ 専門職団体としてのネットワーク：相談・共有

図3. リハビリテーション専門職の強み

③ 社会資源・社会参加について

総合事業対象者の訪問アセスメントにおいて参加の選択肢は多種多様となります。そのため、参加の選択肢になる社会資源や社会参加についての認識も整理しておく必要があります。対象者の元の生活では誰もが何らかの役割を持って社会と繋がり、何かをしていたはずで、社会資源においては公的な制度下のサービスだけでなく、個人の技術や知識、近所にある物や人物も社会資源として捉えます。社会参加についても通いの場や通所サービスに参加することだけではなく、社会と繋がりがあがる場所や機会の全てを社会参加と捉えていく必要があります。

2. ケアマネジャー同行訪問アセスメントの内容

ケアマネジャー同行訪問アセスメントは1回あたりおよそ1時間以内で、聞き取りによる生活情報の収集、身体機能のチェック、自宅内や周辺環境のチェックなどを行い、課題解決に向けた取り組みの提案と目標の設定共有を行います（図4）。

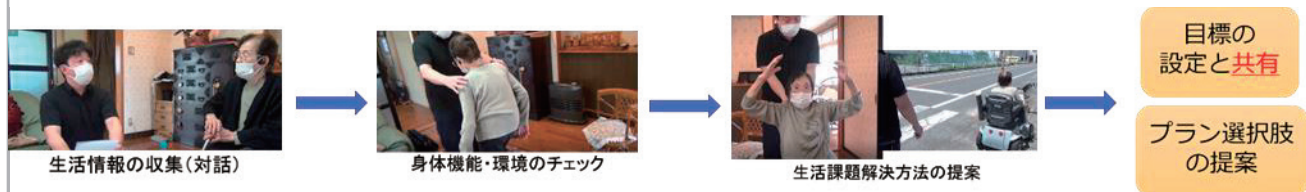


図4. 訪問アセスメントの流れ

(1) 生活情報の収集について

ケアマネジャー同行訪問アセスメントで最も大事な部分是对象者との対話です。対話はICFの視点で対象者の情報の整理を行いながら進めていきます。現在の生活に至った経緯、対象者が困っていること、対象者が自身のことをどのように考えているのかということを通して、見えている課題と隠された真因を明らかにしていきます。

(2) 身体機能・環境のチェック

対話によって生活情報を収集した後には、身体機能や環境のチェックを行います。対話の時点で、現在の課題と真因が考察されているはずですが、実際に身体や環境をみることで対話にて示された真因の根拠を裏付けることができ、対象者も実感が得られやすくなります。

(3) 生活課題解決方法の提案

収集した生活や身体機能、環境の情報を統合し、生活課題解決方法の提案を行います。提案の内容は運動指導や環境調整だけに留まらず、生活習慣、社会参加など多岐に渡ります。全ての課題に対して提案し、実践してもらうことは困難です。ケアマネジャー同行訪問アセスメントの段階では、実践しやすく継続ができる範囲での提案を行うべきです。例えば、運動などの提案に際して資料を渡すことも有効ですが、普段過ごしている生活空間や活動内容の中で行える形に調整することで習慣化しやすくなります。

(4) 目標の設定と共有

目標設定は具体的でわかりやすいものにするこゝで、達成できたかどうか誰にでも判別できるように、対象者が目標を達成するための行動の動機づけを高めることができます。そのため、

目標はICFにおける参加レベルで立案する必要があります。さらに、目標とそのためのプロセスを対象者やケアマネジャーと十分に共有しておくことも重要です。理想は一連のアセスメントを通して対象者が、自分で自分の目標（自分のありたい姿）を語ることができるということです。支援者の考えを対象者に押し付けるような目標になっていないか注意する必要があります（図5）。

<p>具体的な目標の例</p> <ul style="list-style-type: none"> ・掃除機を使って掃除ができる ・200m先のスーパーまで杖を使って歩いて行ける 	<p>具体的でない目標の例</p> <ul style="list-style-type: none"> ・役割を持って安全に自宅で過ごせる ・不安なく外出できる ・筋力やバランスが改善する
---	---

図5. 目標の例

（5）プラン選択肢の提案

フォーマルサービスやインフォーマルサービスなどプランの選択肢はいくつか挙げられますが、対象者やケアマネジャーが選択することができるように、それぞれの利益・不利益に関して説明を行っておくことが必要です。短期集中予防サービスを利用する場合にはサービス内容と実施期間、終了後の生活の見立てに関して合意形成を行っておくことでサービスを円滑に開始することができます。また、短期集中予防サービスではなく、他のサービスを利用するほうが適している場合や、地域資源の提案のみで十分な場合もあります。いずれにしても各市町村の総合事業施策を十分に理解しておくことで適切な選択肢を提案することができます。

3. ケアマネジャー同行訪問アセスメントの実施

(1) ケアマネジャー同行訪問アセスメントの対象者について

防府市では市役所や各地域包括支援センターへの新規相談者に対しては、短期集中予防型通所サービスを利用するしないに関わらず、原則全員にケアマネジャー同行訪問アセスメントを実施しています。また、既に地域包括支援センターが介入している対象者についても新たに短期集中予防型通所サービスを利用する場合には、ケアマネジャー同行訪問アセスメントが必要となります。

(2) リハビリテーション専門職派遣の流れ

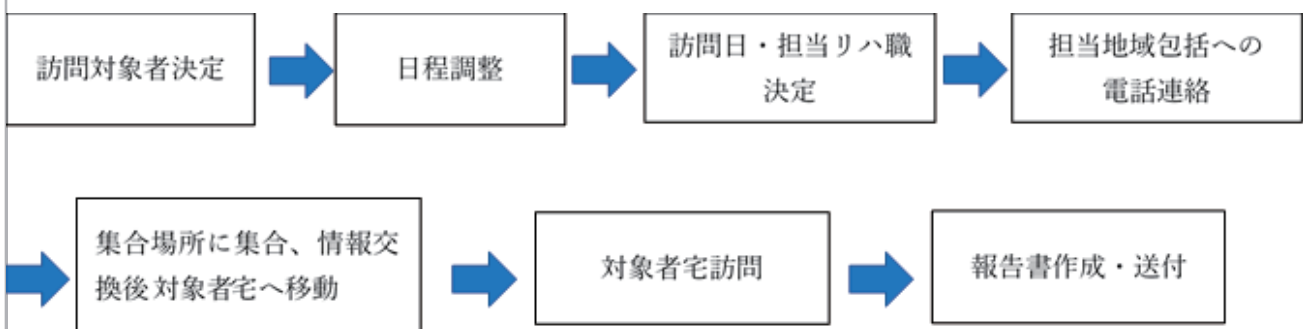


図 6. 防府市におけるリハビリテーション専門職派遣の流れ

ケアマネジャー同行訪問アセスメントの対象者が決定すると、担当地域包括支援センターより市役所に連絡が入ります。その後、図 6 に示す流れでケアマネジャー同行訪問アセスメントが進みます。

① 前日までに必要なこと

リハビリテーション専門職はクラウド上の予定表に訪問可能な日時を書き込みます。その後、市役所に訪問依頼があると、調整担当者が予定表を確認して訪問日時やリハビリテーション専門職の担当者を決定し、メール、もしくは電話で訪問が決まったことを伝えます。連絡を受けたリハビリテーション専門職は地域包括支援センターの担当者に連絡を行い、当日の集合場所・時間や簡単な症例の情報を共有します。

② 当日のやり取り

集合場所に集まり、事前に情報や方針を共有してから訪問を行います。当日に渡される資料は、対象者の基本情報や基本チェックリストになります。

同行訪問状況報告書									
訪問日時			～		訪問者		担当者		
利用者 氏名			年齢		住所		認定情報		
①訪問の目的・提示された課題									
②利用者情報									
疾病情報			心身機能						
活動参加									
環境					個人因子				
③住宅環境									
形態		住宅改修		改修済みの箇所		福祉用具		使用中の福祉用具	
④アセスメントと提案内容									
アセスメント					提案内容・解決策				
A. 運動・移動について									
B. 日常生活について									
C. 社会参加、対人関係									
D. 健康管理について									
⑤その他									
⑥3か月後に見込まれる状態とそのための目標									
⑦まとめ									
介護認定申請：	福祉用具の必要性：			通所利用の必要性：			訪問利用の必要性：		
報告者	山口県立総合医療センター 作業療法士 原 直利 防府〇地域包括支援センター ○〇								

図 7. 訪問アセスメント報告書

③ 報告書について

訪問終了後には報告書（図 7）を作成し地域包括支援センターの担当者に提出します。介護予防プラン作成時の参考となるようにできるだけ速やかに提出します。また、提出する報告書も介護予防プラン作成時に反映しやすいように『訪問の目的』、『ICF のまとめ』、『自宅内環境』、『介護予防プランの項目に沿ったアセスメントと解決策』、『3 ヶ月後に予測される状態とそのための目標』、『まとめ』という構成にしています。

（3）健康被害発生時の対処について

ケアマネジャー同行訪問アセスメントを実施していくにあたり、対象者やリハビリテーション専門職に対する健康被害発生時の対処について、確認しておくことも重要です。防府市での対処について記載します。

① 被害発生時の連絡について

健康被害発生時は防府市において対処します。また、担当したリハビリテーション専門職は、有害事象の発生を知ってから 7 日以内に有害事象の詳細な情報を「有害事象報告書」に記載し、防府市に報告します。

② 保険の適用について

利用者宅までの移動時に事故などで賠償責任が発生した場合については防府市の保険で対応します。訪問中に発生した事故によって利用者に対し賠償責任が発生した場合はリハビリテーション専門職個人の保険（理学療法士責任賠償保険・作業療法士責任賠償保険）にて対応します。日本理学療法士協会及び日本作業療法士協会の会員は全員基本プラン加入済みです。したがって、ケアマネジャー同行訪問アセスメントに従事するリハビリテーション専門職は各専門職協会の正会員であるということが条件となっています。

4. ケアマネジャー同行訪問アセスメント実施のための研修体制

研修はリハビリテーション専門職団体と市が協力して行っています。市の総合事業体系とケアマネジャー同行訪問アセスメントの基礎知識を学ぶためのSTEP1、ケアマネジャー同行訪問アセスメントの流れの確認と実際の事例を用いて模擬アセスメント体験を行うSTEP2、そして、見学を経て実践者として登録されます。様々な領域のリハビリテーション専門職に参加してもらうために、「最初から満足のいくアセスメントが行えないとしても、実践を繰り返しながら技術を高めていってほしい」という市との合意形成を行っておくことで迅速に実践者を増やしていくことができます。また、定期的にフォローアップ研修会を開催し、市の事業に対する知識のアップデートやケアマネジャー同行訪問アセスメントにおける視点の共有を行うことも必要です（図8）。

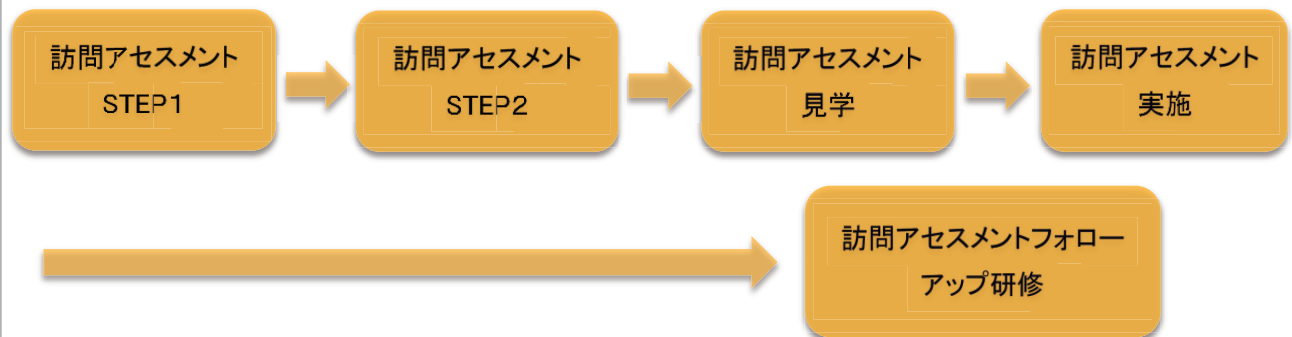


図8. 訪問アセスメント研修