

大野城市共働事業提案制度
事業進捗状況資料

リハビリ職員による訪問事業！
健康寿命延伸プロジェクト事業
(令和5年度)

リハビリ職員による訪問事業実行委員会

NPO 法人 FSA
大野城市すこやか長寿課 介護支援課
(令和3年度採択事業)

目 次

1. 提案時の状況と課題 (P1)
2. 事業目的 (P1)
3. 共働の必要性(提案団体と市の強みと弱み) (P1)
4. 事業スキームと役割分担 (P2)
5. 実績と成果(令和5年度) (P3)
6. 3年間のまとめ (P5)
7. 制度終了後の事業内容 (P6)
8. 今後の展開(今後検討が必要な事項) (P9)
9. 共働事業を終えて (P10)

1. 提案時の状況と課題

課題1: 必要な専門的介入が不十分

身体機能の問題があり、QOL(生活の質)の低下がある高齢者に対して専門的な介入が届いていない。

課題2: 自主訓練のモチベーションの維持やリハビリの習慣化が困難

通所介護事業所を利用中であっても、事業所側の画一的な運動指導にとどまっているケースがあり、自宅における自主訓練までモチベーションが保てず、リハビリの習慣化につながっていない。

課題3: 通所介護事業所職員のリハビリに対する知識や経験不足

職員のリハビリに対する知識や経験の少なさから、要支援者等への運動指導に苦渋している。

2. 事業目的

目的1: 健康寿命の延伸につなげることができるモデル事業を開発

専門職の介入が届いていない要支援者等や、通所介護施設の職員に対して、身体に関する専門的指導、自主訓練計画の立案、環境調整等を行うことで、健康寿命の延伸につなげることができるモデル事業を開発する。

目的2: リハビリ専門職のネットワークづくり及び業務マニュアル作成

大野城市内等の施設等に勤務するリハビリ専門職のネットワークづくりを行い、本事業終了後の4年目以降は、それらのリハビリ専門職が本事業を担うことができるよう、本事業のマニュアル化を含む取組を行う。

3. 共働の必要性

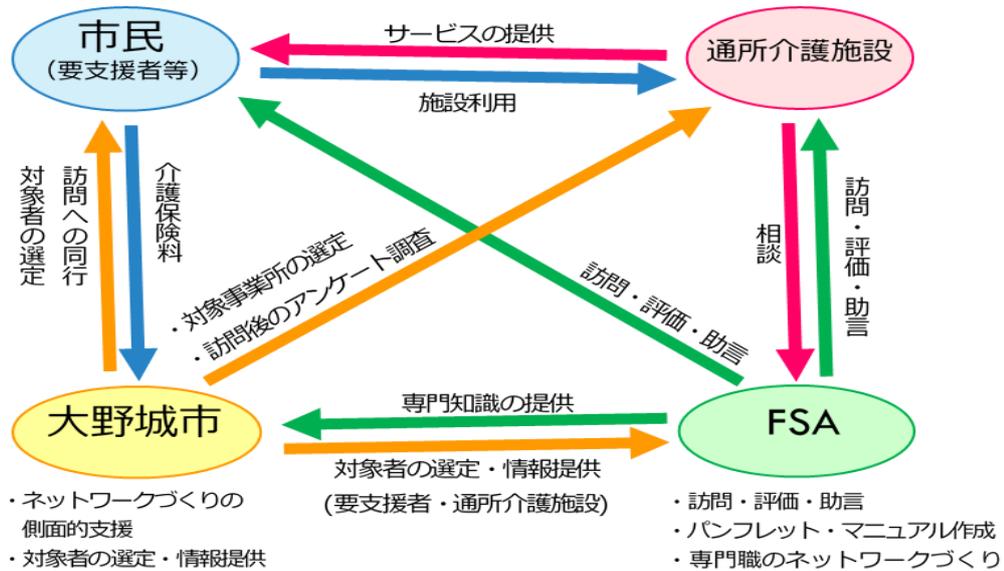
(1) 共働事業に至った経緯

NPO 法人 FSA は、リハビリ専門職で構成された組織で、リハビリテーションを通じた社会貢献を目標に活動を行なっている。社会貢献への想いを持つリハビリ専門職の集まりである団体と、介護予防事業に取り組んでいる大野城市が共働することにより、地域に根ざした健康寿命の延伸につながる事業を実施できる。

(2) 提案団体と市担当課の強みと弱み

	提案団体	市担当課
強み	要支援者等や、通所介護施設の職員に対して身体に関する専門的指導、自主訓練計画の立案、環境調整の実施ができる。	リハビリ介入対象となる個人や施設の情報を把握している。
弱み	リハビリ介入対象となる個人や施設の情報が少ない。	コミュニティの場に参加していない要支援の被保険者等や、リハビリ職員不在の通所介護施設の利用者に対する身体機能及びA DLの維持・改善に向けた取組が不十分。

4. 事業スキームと役割分担



(1) 訪問・通所事業

身体機能や ADL の維持・改善のために、専門家の介入が必要とされながらも、十分にサービスが届いていない個人や通所介護施設に対して、FSA のリハビリ専門職とケアマネジャー等が連携し、要支援者等の自宅や通所介護施設を訪問する。

FSA のリハビリ専門職は、要支援者等に対しては、身体機能面の評価、問題点の抽出、自主訓練を行い、通所介護施設の職員に対しては、レクレーションの指導、相談への助言等を行う。

(2) モデル事業

共働事業終了後(4年目以降)に多くの対象者への担い手が増えて、大きな事業になることを見据え、モデル事業の開発を行う。そのために、対象者への介入方法、指導・評価方法などのマニュアルづくりなどを行う。

専門職のネットワークづくりは、個人的なつながりによる働き掛け、市内の医療機関や介護施設を訪問しての働き掛けなどを行い、10名程度のリハビリ専門職を募る。

※マニュアル・パンフレットについて

スタッフ向け マニュアル	内 容: 本事業全般を掲載(事業実施の経緯、事業内容、事務の流れ等) 活用方法: 新たに本事業に加入するスタッフが事業内容を把握するため 配 付 先: 新規加入したスタッフ、リハビリ専門職
訪問事業(個人) ガイドブック	内 容: 個人向け訪問事業の紹介、運動メニュー及び記録表の掲載 活用方法: 個人向け訪問の際の事業説明、運動メニューの紹介、記録表への記入 配 付 先: 個人向け訪問の対象者
訪問事業(通所事業所) ガイドブック	内 容: 通所事業所向け訪問事業の紹介、各事業所のリハビリ効果を計るための評価方法の掲載 活用方法: 通所事業所向け訪問の際の事業説明、評価方法の紹介 配 布 先: 通所事業所

5. 実績と成果(令和5年度)

(1)事業実績

i 事業全体

実施内容	詳細
協議・ 打ち合わせ	○メール・電話(随時) ○FSA と市との協議 3回 8/10、2/6、3/5 ○FSA 内での協議 16回 6/28、7/19、10/23、11/28、12/20、12/23、12/26、12/27、 1/10、1/24、2/20、3/11、3/18、3/25、3/27、3/30 ○協力医療機関との協議 1回 9/21

ii 訪問事業

実施内容	詳細
R5対象者① I・K様 79歳 女性 要支援2	【介入前】糖尿病の末梢神経障害と思われる足の痺れあり、 転倒を繰り返している。敷地内移動がやっとの状況 【訪問日】初 回:令和5年5月12日 2回目:令和5年6月22日 3回目:令和5年8月3日 【介入後】休まず歩ける距離がやや長くなった
R5対象者② A・Y様 70歳 男性 要支援2 →要介護2	【介入前】脳出血により左半身麻痺がある。下肢筋力低下や動作時の ふらつきがみられる 【訪問日】初 回:令和5年5月12日 2回目:令和5年6月22日 3回目:令和5年8月3日 【介入後】素早く歩けるようになった
R5対象者③ F・T様 83歳 男性 要支援2	【介入前】腰痛あり、「歩行状態を改善したい」との希望がある。 【訪問日】初 回:令和5年7月12日 2回目:令和5年8月22日 3回目:令和5年10月4日 【介入後】訪問時は意欲的だが自主訓練は継続できず、身体的に大き な変化はない。継続した個別介入が必要。
R5対象者④ I・T様 77歳 女性 認定なし	【介入前】化学療法中で気持ちの落ち込みあり、外出が減少、疲労感や 体力低下を感じている。「筋力低下防止の自宅ででき運動を 知りたい」との希望がある。 【訪問日】初 回:令和5年7月12日 2回目:令和5年8月22日 3回目:令和5年10月12日 【介入後】できる範囲で定期的な運動を継続し、外出や友人との交流が 増えた。

iii 通所事業

実施内容	詳細
【通所施設訪問】 R5対象施設①	デイサービス東風の郷 ※令和5年7月12日 事前に把握していた事業所からの要望に沿って講義・実技を実施 ・要介護度別の身体機能や日常生活動作能力の特徴 ・効果的な運動・運動の効果判定方法・安全な介助方法

iv モデル事業(マニュアル・パンフレット作成)

実施内容	詳細
マニュアル・パンフレット	訪問事業、通所事業の検証を踏まえ、随時加筆・修正し、「スタッフ向けマニュアル」「訪問事業(個人)ガイドブック」「訪問事業(通所事業所)ガイドブック」を作成した。
ネットワークづくり	SNS や個別の声かけにより、令和6年3月時点で10人のメンバーが集まった。さらに、市内のリハビリ専門病院に対し、取組の主旨説明と協力依頼を行い、最終的に15人程度のメンバーとなる見込み。

(2)目標と成果

①目指す事業成果

- 健康寿命の延伸につなげることができるモデル事業を開発すること
- 市内に勤務するリハビリ専門職のネットワークづくりを行うこと
- 事業が円滑に進むように本事業のマニュアル化を行うこと

②成果指標

成果指標		目標値(実績値)				自己評価 (R6.3月末時点)
		R3年度	R4年度	R5年度	計	
【モデル事業の開発】	【訪問】 身体機能の評価の結果、維持・改善がみられること	2件 (0件)	4件 (3件)	2件 (4件)	8件 (7件)	R5年度は4件の訪問を実施した。定期的リハ専門職の介入があることで、歩行の安定や持久力の向上、外出機会の増加等良い効果が得られた。一方、運動の習慣化が難しいケースがあり、運動グッズ、訪問サイクル等の見直しが必要であると思われる。 R5年度は1施設で実施した。訪問した施設では、日頃から効果的な運動について悩みがあったが、実技を交えることで、体の部位に応じた運動を理解していただけた。
	【訪問】 介入後に自宅での運動等が習慣化すること					
	【通所】 介入後に指導した取組を職員が実践すること	1施設 (1施設)	2施設 (2施設)	4施設 (1施設)	7施設 (4施設)	
【ネットワークづくり】	事業に参画するリハビリ職員数	2人 (2人)	4人 (2人)	6人 (6人)	10人 (10人)	令和5年度は6人より協力の申し出があり、最終的に3年間で10人を確保できた。令和6年度からの事業化にあたり、本事業での反省点も踏まえ、セラバンドを利用した運動の紹介や訪問サイクルを見直したうえで、「スタッフ向けマニュアル」「訪問事業(個人)ガイドブック」「訪問事業(通所事業所)ガイドブック」の3種類を作成した。
【本事業のマニュアル化】	マニュアル作成数	3件				

6. 3年間のまとめ

(1)訪問事業

【総括】

訪問事業では、本人が意欲的で、周囲の協力もあり運動等が継続した人は、「転倒リスクの軽減」「運動の定着化」「外出の増加」「疼痛の軽減」「他者との交流」などの効果が認められた。しかしながら、自主的な運動の継続ができず、身体機能に変化が見られない事例もあった。

【事業化にむけて】

訪問サイクルや対象者選定シート、ガイドブックの修正に加え、モチベーション維持のための工夫、フォロー体制の確立について検討した。

(2)通所事業

【総括】

通所事業は、研修機会の少ない通所事業所のスタッフにとっては、安全な介助方法、体の部位に応じた運動などを習得する機会となった。

また、定期的な研修や利用者個人の症状改善に関する相談、助言の要望もあり、リハ専門職の関りの必要性を感じた。

【事業化にむけて】

通所事業を希望されない事業所に対しては、PR 不足が考えられ、通所事業での研修テーマをメニュー化し、希望するテーマを選択性にしたり、個別の事例の相談、助言も受入れるなどして、通所事業所スタッフが抱える課題、悩みに対応していきたい。

(3)モデル事業の総括

【総括】

「マニュアル・パンフレット作成」では、「スタッフ向けマニュアル」「訪問事業(個人)ガイドブック」「訪問事業(通所事業所)ガイドブック」の3種類を作成し、実際に活用しながら、適宜、修正を実施した。

「リハ専門職のネットワーク」はなかなか広がらなかったが、SNS の配信、個別の声かけ等で、最終的には事業継続のための10人を確保できた。

【事業化にむけて】

さらに市内医療機関との連携により、15人程度は確保できる見通しである。

(4)「地域リハビリテーション活動支援事業」への移行について

今回の共働事業で、リハビリ専門職の専門性が、利用者の心身状態の向上や通所事業所スタッフのケア技術の向上に寄与できると感じた。この事業を活かして、中間報告で示したとおり、令和6年4月から「地域リハビリテーション活動支援事業」へ移行することができ、当初の目的であった「健康寿命の延伸につなげることができるモデル事業の開発」及び「開発リハビリ専門職のネットワークづくり及び業務マニュアル作成」は達成できたものとする。

7. 制度終了後の事業内容

(1)事業名

地域リハビリテーション活動支援事業

(2)目的

心身面での介護予防や重度化防止の取組みが必要な高齢者等に対し、理学療法士や作業療法士、言語聴覚士のリハビリテーション専門職(以下「リハビリ専門職」)を派遣し、地域における介護予防の取組みの機能強化と高齢者の自立支援を推進することを目的とする。

(3)根拠法令

介護保険法第115条の45第1項第2号に規定する一般介護予防事業

(4)開始時期

令和6年4月～

(5)事業の実施形態

リハビリ専門職を確保するため、市と共働事業提案制度の相手先であるNPO法人及び医療機関が協定を締結し事業を実施する。

【協定締結先(予定)】

○共働事業提案制度の相手先 ⇒ NPO法人FSA(10人程度確保)

○リハビリ専門職が属する市内医療機関

⇒誠愛リハビリテーション病院、筑紫南ヶ丘病院、秦病院(併せて5人程度確保)

(6)訪問事業概要

①内容

リハビリ専門職が対象者宅等を訪問し、高齢者の身体状態及び生活環境の評価及び高齢者の心身状況に応じた効果的な運動指導等を行う。

②対象者

心身機能の低下が見られる高齢者で、リハビリ専門職の指導により心身機能の維持・改善が期待できる人とする。下記のとおり比較的軽度な人を対象としているが、それ以外の人(例・要介護3以上、進行性疾患の人など)については要相談とする。

○介護保険被保険者で要支援1・2の人又は基本チェックリストに該当する人

○介護保険被保険者で要介護1・2の人

○虚弱高齢者

○その他市長が必要と認めた人

③実施日

平日9時～17時とし、日時は介護支援専門員等とリハビリ専門職が協議のうえ実施する。

④訪問回数

原則対象者一人あたり年1～3回、月1回程度とし、対象者が希望する指導

内容に応じて、対象者を担当する介護支援専門員または地域包括支援センター職員（以下「介護支援専門員等」とリハビリ専門職が協議をして訪問回数を決める。また、対象者の体調変化や入院等により、十分な効果が得られない場合は、3回を上限に延長ができるものとする。

⑤訪問時間

1回あたりの時間は1時間程度とする。

⑥リハビリ専門職の要件

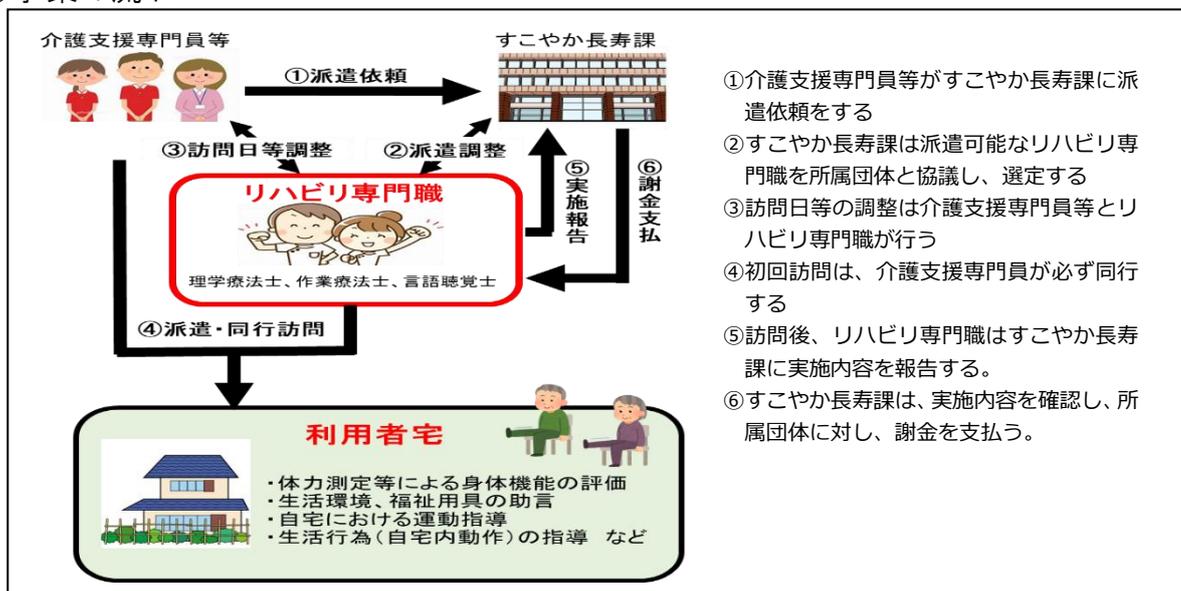
市と協定を締結した団体及び医療機関に属する理学療法士、作業療法士、言語聴覚士とする。

⑦指導の実際

本人・介護支援専門員等・リハビリ専門職の三者が、本人の課題やニーズを共有したうえで以下の指導を行う。

	項目	内容
3 回 訪 問	運動の意識づけ	要介護になる原因、フレイル判定、予防の重要性、運動前・運動時の注意点等を説明する。
	身体機能の評価	訪問時に体力測定、握力・下腿周径等の計測を行い、身体機能の評価を行う。
	身体症状に応じた運動指導	身体症状（機能低下、痛み等）や本人の希望（〇〇を改善したい、△△できるようになりたい等）に応じて、効果的なエクササイズを選択し、回数等の設定、実技等を指導する。
	運動継続の支援	エクササイズ表の記載を促し、訪問し運動継続の状況を確認する。
1 ～ 2 回 訪 問	生活環境や福祉用具に関する助言	移動能力や生活動作に応じた生活環境（転倒の危険箇所、効果的な手すり位置等）を確認し、危険回避のための住宅改修や福祉用具の活用の助言を行う。
	生活行為に関する助言	「入浴」「トイレ」「食事」等生活行為に関連した動作を安全、安楽に行うための助言を行う。

⑧事業の流れ



⑨年間の実施人数、回数

R6	R7	R8
実人数 15 人 訪問件数 30 件	実人数 20 人 訪問件数 41 件	実人数 30 人 訪問件数 60 件

⑩指導の効果

リハビリ専門職の総合判定(4段階評価)及び体力測定結果、利用者及び担当ケアマネジャーへのアンケートにより効果判定を行う。

(7)通所事業概要

①内容

リハビリ専門職が通所介護事業所等を訪問し、安全な介助方法、心身状況に応じた運動指導等介護技術向上に資する技術的支援を行う。

②対象事業所

市内に住所を有する下記のデイサービスを実施する事業所とする。

⇒通所型サービス事業所、通所介護事業所、小規模多機能型居宅介護事業所
その他市長が必要と認めた事業所

③実施日

リハビリ専門職と事業所が協議して決める。(17時以降の開催も可能)

④訪問回数

原則一事業所あたり年1回とする。(3年で市内事業所すべてに訪問できるよう働きかける)

⑤訪問時間

1回あたりの時間は2時間以内とする。

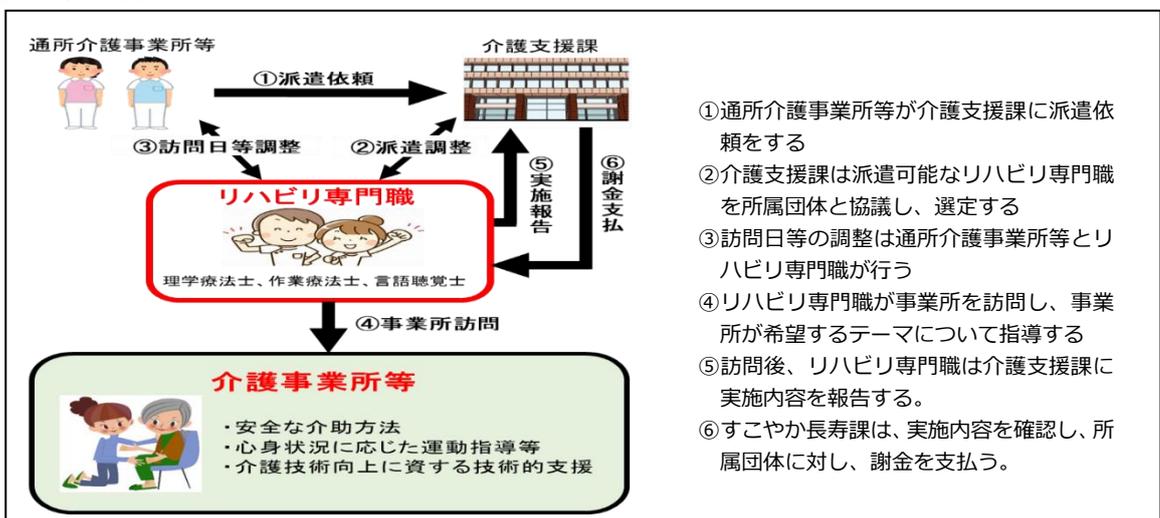
⑥リハビリ専門職の要件

市と協定を締結した団体及び医療機関に属する理学療法士、作業療法士、言語聴覚士とする。

⑦指導の実際

事業所は、指導を受けたいテーマを選択して指導を受ける。(テーマの例:筋力・バランス能力が低下した高齢者への運動指導、安全安楽な介助方法等)

⑧事業の流れ



⑨年間の実施事業所数、回数

R6	R7	R8
6事業所	7事業所	7事業所

⑩指導の効果

通所介護事業所等へのアンケートにより把握する。

(8)謝金について

訪問事業、通所事業とも、1回の訪問あたり9,500円とし、所属の団体及び医療機関等に支払う。

(9)利用料金について

訪問事業、通所事業ともに無料とする。

8. 今後の展開(今後検討が必要な事項)

(1)マニュアルの活用及び見直し

今回作成したマニュアル、パンフレットは、共働事業をベースに、地域リハビリテーション活動支援事業を見据えて修正したものであり、令和6年度から新たに加入するメンバーへの事業説明、リハ専門職による指導等の標準化、運動指導時の説明資料として活用していく。

実際に活用する中で、より良いマニュアル、パンフレットにするために、定期的な見直しが必要であると考え、令和6年度からの地域リハビリテーション活動支援事業では、見直しに係る業務は考慮されていない。

年に数回、リハビリ専門職が集まって、マニュアル、パンフレットの見直しを行うなど、見直しに係る業務について検討が必要である。

(2)リハビリ専門職の連携強化

地域リハビリテーション活動支援事業に従事するリハビリ専門職が、高齢者宅や事業所において指導を行うにあたり、マニュアルを読み込むだけでは不安や戸惑いがあるため、経験者と未経験者の同行訪問、事業説明会の開催などの機会を通じて、リハビリ専門職同士で情報共有し、連携を強化していくことが重要であり、それらの取組みの検討が必要である。

また、通常病院勤務のリハビリ専門職が、地域リハビリテーション活動支援事業に参加し、地域の高齢者や事業所の実態を把握することで、より実践的なリハビリ指導が可能となり、スキルアップに繋がるものと期待できるが、個人レベルのスキルアップに留まらず、地域全体のリハビリ指導のスキルアップに繋げていくために、所属を超えたリハビリ専門職の連携強化が必要である。

9. 共働事業を終えて

(1)すこやか長寿課・介護支援課

当初は、「共働事業でやってみて、良ければ市の事業に移行する」くらいの漠然としたイメージでスタートしましたが、NPO 法人 FSA 様と共働で協議や高齢者宅を訪問する中で、リハビリ専門職としての専門性の高さに触れ、「地域の中にある志高い専門職集団を、高齢者のために活用したい」「日常的に運動指導に不安を感じている事業所スタッフの不安解消にも役立つ」と考えるようになりました。

担当課が感じたりハビリ専門職としての専門性の高さとは「各人の身体状況に応じた運動指導の的確さ」「介護現場で活かせる実践的な介護技術の指導」「事業効果を上げるための効果的な提案や助言」などです。この専門性を活かすための事業の組立ては市の役割であり、お互いの強みを活かして地域リハビリテーション活動支援事業を開始できたことは共働事業の大きな成果であったと思います。

地域リハビリテーション活動支援事業に移行したあとも、共働事業で築いた関係性をベースに、より良い事業を実施するためのパートナーとして、NPO 法人 FSA 様、協力医療機関様と一緒に事業を実施していきます。

(2)NPO 法人 FSA

手探りで開始した1年目は、新型コロナウイルス感染症の影響で、利用者宅へ訪問することができず、マニュアル、パンフレット作成が主な活動でした。

2年目より、訪問事業も通所事業も少しずつ実施できるようになりました。訪問事業では、実際の生活の場に訪問して、リハビリ機器等がない中での運動習慣の確立の難しさがありましたが、行動範囲が広がったり、笑顔が増えた方もおられ、リハビリ専門職の介入の必要性を感じました。

3年目は、事業終了後に市の事業として認めてもらうため、マニュアルの見直しや安定的な事業運営の方法について協議を重ねました。

市担当課は、自分たちが出した意見を、資料としてまとめ、プレゼンし、安定的な事業の実施に向けて企画・調整をされました。手探りで始まった事業が、自分たちの意見が反映された形で、令和6年度から「地域リハビリテーション活動支援事業」として確立でき、うれしく思います。

今後は、地域リハビリテーション活動支援事業として、市内の協力医療機関のリハビリ専門職の方も一緒に、リハビリの専門性を活かして、地域の高齢者が元気になるよう活動していきます。

大野城市×NPO 法人 F S A



Thanks !



3年間ありがとうございました。
今までも、これからも、「想いは共働」を忘れずに、
次のステージ、地域リハビリテーション活動支援事業に
取り組みます。