

## 第40回 地域リハビリテーションケース会議

### 通所リハビリテーションからの卒業を考える

#### =社会生活を主軸にした活動への移行=

- 第40回地域リハビリテーションケース会議のまとめ・・・2P
- ケース概要・・・5P
- 生活目標点検表・・・6P
- 事例報告資料・・・7P
  - (1)「通所リハビリテーションから通所介護による支援への移行を提案した事例」  
あやめケアプランサービスステーション（ケアマネジャー） 平石 由美子 氏
  - (2)「通所リハビリでの取り組み」  
介護老人保健施設あやめの里（理学療法士） 志田 啓太郎 氏、深見 美佳 氏
  - (3)「通所リハビリテーションからの卒業を考える ～デイサービスの視点から～」  
明治町デイサービスセンター（相談支援員） 中間 祐華 氏
  - (4)「訪問介護の関わり」 北九州福祉サービス株式会社きたふくヘルパーセンター戸畑  
（介護福祉士） 浦里 登美子 氏
- ミニ講座資料・・・24P
  - 「その人らしい“らし”を支える通所リハビリテーション」  
医療法人共和会 地域リハビリテーションセンター長（理学療法士） 森山 雅志 氏
- 参加者アンケート結果・・・30P

## 第40回地域リハビリテーションケース会議 まとめ

日時：平成29年2月8日（水）18：30～20：30

場所：ウエル戸畑 大ホール

テーマ：通所リハビリテーションからの卒業を考える＝社会生活を軸にした活動への移行＝

参加者：223名

内容：（司会進行）九州栄養福祉大学 小倉南区キャンパス副学長 橋元 隆 氏

### 〔ケース検討の概要〕

腰椎圧迫骨折を発症した85才のひとり暮らしの女性。発症前は友人との行き来もあり、IADLは概ね自立していた。2ヶ月の入院加療後、自宅での生活安定のために通所リハで生活行為向上マネジメントを導入、半年間の集中的な取り組みで元の生活を目指し、チームで連携支援してきたケース。

支援チームとしては、友人との交流の再開や自宅周囲の外出、デイサービスで吹奏楽部のコンサートに出かけるなど、新しい生活スタイルで目標を達成しているように思われたが、本人・家族には不安があり、通所リハの修了は未だ難しいという経過を紹介していただき、高齢者の心理や通所リハの役割等について、参加者との意見交換を行った。

### 2. 事例発表（添付資料参照）

#### （1）「通所リハビリテーションから通所介護による支援への移行を提案した事例」

あやめケアプランサービスステーション（ケアマネジャー）平石 由美子 氏

退院当初からの状況の変化とケアプランについて説明した。リハビリ会議では毎月目標達成状況を把握し、次の具体的な目標設定を共有できたことに意義を感じた。利用者の生活全体を捉え、関係者全員が支援目標を共有する視点を今後のケアマネジメントに活かしたい。

#### （2）「通所リハビリでの取り組み」

介護老人保健施設あやめの里（理学療法士）志田 啓太郎 氏、深見 美佳 氏

SPDCAサイクルを導入したリハマネジメントに基づいて、退院前のSurvey（事前調査と利用目標の共有）からリハビリ目標を設定したこと、リハ会議での共有情報と方針決定に沿って、具体的にどう取り組んだかを経時的に報告した。

通所介護への移行を見据え、短期目標を設定して関わったが、本人の体調変動や家族の心配事への対応を優先する状況になっており、卒業（修了）に向けては、ポジティブなイメージの共有や支援方法の統一など、更なるチーム連携を進める必要性を感じている。

#### （3）「通所リハビリテーションからの卒業を考える ～デイサービスの視点から～」

明治町デイサービスセンター（相談支援員）中間 祐華 氏

本事例の課題である「買い物動作」には通所リハと足並みを揃えた介入を行い、「自宅での入浴困難」の見立てには通所介護での入浴サービスの提供、「社会参加」には吹奏楽部コンサートに誘い出すなど、成功体験や社会と触れ合う機会をつくりコミュニティの再構築を図った。

今後も新たに出てくる生活課題に合わせた対応や、本人の不安解消、新たなコミュニティの再構築が通所介護の役割と考えている。

(4)「訪問介護の関わり」 北九州福祉サービス株式会社きたふくヘルパーセンター戸畑  
(介護福祉士) 浦里 登美子 氏

支援開始時からの家事・買物を中心とした支援経過を報告した。どんな場面でどのようにして安全を確認しているのか、「転倒予防」への具体的な配慮を紹介した。今後も継続して転倒のない生活を目指しつつ、気持ちの張りを維持するためにも自分でできることを増やし、友人関係の変化等にも配慮して、チーム支援を心がけたい。

3. ミニ講座 (別紙参照)

「その人らしい“暮らし”を支える通所リハビリテーション」

医療法人共和会 地域リハビリテーションセンター長 (理学療法士) 森山 雅志 氏

4. 参加者との意見交換

〔生活イメージの共有、初めが肝心〕

- ・ 本人の持っている力や性格・環境等を総合的に捉えて、いつ頃までにどんな生活が送れそうかというイメージを本人・家族、支援チームで共有するには、自宅を含めた地域生活に目を向けることが大切。開始当初の方が利用者の興味・関心が多項目見つかるといいうデータもあり、本人がやってみたいと思っているうちに、医師を中心に経過予測を伝え、目標を明確化したうえで、的確な予後予測に基づいてチームとしてのプログラミングと情報共有を進めることが重要になる。

〔リハビリ会議の工夫〕

- ・ 今回は通所介護への移行を見据え、リハビリ会議を自宅や通所介護事業所で開催するなど工夫していた。状況に応じた場所の選定や参加者への声掛け、支援方針の共有、会議の進め方等も、これから高めていくことが求められている。

〔「卒業」を考える〕

- ・ 通所系サービスには4つの機能があり、特に通所リハでは医学的管理(医師の関与)、専門的観点からの評価を基に心身・生活活動の維持・向上を図ることが求められている。チームとしての目標設定を行い、設定された期間内に・・と示されていることが「卒業」の発想となっている。通所リハを利用しているからこそ生活機能が維持できる難病や癌の方などの存在も明らかであり、卒業ありきではなく個別の必要性を勘案することは大前提になる。
- ・ デイケア協会等では「終了」ではなく「修了」(セルフマネジメントを修める)と捉えている。通所リハから移行できる社会参加の場をいかに確保していくか、仲間と助け合う「互助の醸成」やサロン活動の場を支援する「公助との協働」までの視野が必要になる。また卒業後も関係が終わるのではなく、定期的に評価の機会を設けるなど「見守られている」と感じてもらえる支援体制づくりも今後の課題である。

## 5. リハビリテーション専門医からのコメント

加藤 徳明 氏（産業医科大学リハビリテーション医学講座 助教）

- 地域では在宅生活を支えるために、急性期病院でのリハビリ計画書とは違ったレベルでリハ会議が行われ、個別の評価に基づいた支援をチームとして実施していることに感銘した。

医療の分野では日本骨粗鬆症学会が骨粗鬆症マネージャーを認定したり、日本整形外科学会がロコモに対する啓発を行うなど、高齢者の健康生活を支える動きがある。多職種が連携して正しい知識を持って骨折予防・介護予防に取り組めるよう発信することも、地域リハの推進に繋がると感じた。

## 6. まとめ

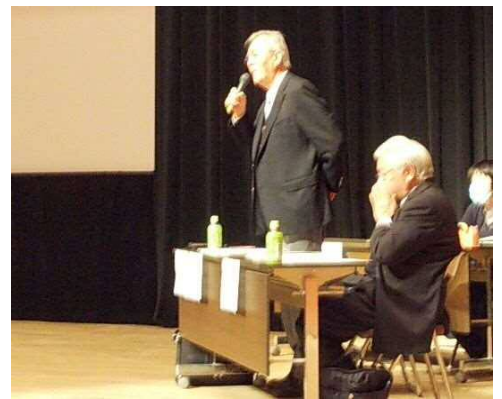
浜村 明德 氏（小倉リハビリテーション病院 名誉院長）

〔地域との関わりを視野に入れた支援を〕

チームとして共通目標に従って役割分担ができていた。チームで協働するという理想が全ケースに広がるのが、北九州モデルとなることを願っている。

直近の北九州市の生活実態調査では、「普段の生活で地域との交流を楽しんでいますか？」という設問に対して、「楽しんでいる・どちらかといえば楽しんでいる」と回答した高齢者は約 35%で、5年前と比較すると 12%も減少したことが明らかになっている。私たちが作ろうとしているインクルーシブな社会よりも、高齢化の方が早く進行している現実はあるけれども、考え方の根本は正しいものと信じている。

今回の事例でも友人に退院を知らせるなど、繋がりを意識した関わりがあった。単に ADL・IADL のレベルで活動と参加を考えるのではなく、利用者の気持ち（不安）の問題も考慮して、家族や友人との関係づくりに働きかけることも、地域に繋がる大事な視点だと確認できた。



ケース概要（第40回 地域リハビリテーションケース会議）

Aさん	年齢	85	性別	女
障害者手帳	なし		要介護認定	要介護1
疾患名	腰椎圧迫骨折、脛骨内頰部骨折、逆流性食道炎、陳旧性脳梗塞、高血圧症、骨粗しょう症			
家族状況	主な支援者	キーパーソン		
	長女	長男		
	家族機能等			
夫の死後、アパートで独居。 長男は市外在住。 長女は隣区在住で週1～2回訪問している。緊急時は長女へ連絡する事になっている。 古い付き合いの友人がおり週1～2回訪問して来る。				
6人兄弟の末子で女学校卒業後25歳で結婚し専業主婦として過ごし、夫の死後一人暮らしになるが、友人が多く、一緒に買い物に出掛けるなど自立した生活を送っていた。				
経過				
H28.1	腰痛出現（誘因なし）			
H28.2	腰痛増強、体動困難となり戸畑共立病院を受診し、第4腰椎圧迫骨折の診断。空床なくY病院に入院となる。			
H28.2月中旬	リハビリ開始。コルセット着用。			
H28.3月下旬	状態安定し、退院に向け自宅訪問・家屋調査、動作確認を行う。浴槽の跨ぎ動作は困難。 屋内歩行は安定していたが、家族より独居なので自宅に帰す事が不安と退院前にショートステイの希望あり。			
H28.4.14	退院。担当者会議開催。在宅生活に向けて1週間のショートステイでの集中的なりハビリを利用。			
H28.4.22	在宅生活開始。デイケアでリハビリの継続とデイサービスにて趣味活動を行う。			
H28.5下旬	古い付き合いの友人が定期的に訪問するようになった為、デイケア1回が短時間に変更となった。			
H28.9下旬	歩行安定してきており、デイケアからデイサービスの利用に変更することを提案。 本人は週に1回はデイケアに行きたいと希望強く継続となる。 毎月モニタリング時にデイサービスへの移行を提案するが本人拒否。			
ADLの状態			住環境・福祉用具等	
寝返り・起居動作：特殊寝台付属品（手すり）を利用して自立 移乗、立位：自立 移動：屋内⇒自立（伝い、独歩）、屋外⇒シルバーカー利用。短距離は一本杖見守り介助。段差は捕まるものが必要。見守り介助。 排泄、更衣：自立 食事：自立（普通食）嚥下に問題なし。口腔ケア：自立 入浴：洗身（手の届くところは自分で行う）、浴槽の出入り要介助 整容：自立 コミュニケーション：難聴の為、補聴器使用			集合住宅1階（砂利道と階段3段あり） 特殊寝台利用 転倒防止のためのトイレフレーム ⇒住宅改修は家主の都合により不可	
医療・社会資源等の状況				
〔医療〕				
B病院	月1回	内科		
	服薬状況	一包化。お薬カレンダーへ本人がセッティングして、長女が訪問時に確認。		
〔サービス利用状況〕				
訪問介護	週1回	買物代行、掃除、調理（下ごしらえ）		
通所介護	週2回	趣味活動（手芸、会話）、入浴、個別機能訓練		
通所リハビリテーション	週1回	リハビリテーション、入浴		
福祉用具貸与	手すり貸与	トイレフレーム		
〔自費対応〕：				

# 生活目標点検表

生活目標：友人との交流が行え、買い物や受診が出来るようになる。

	項目	チェック	優先度	現状と課題 (H28年4月時点)	援助の方針	
心身機能	身体機能	医学的な問題	●	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>骨折後の疼痛(腰部、右膝関節)</li> <li>半硬性コルセットの着用</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>定期受診(家族同行)</li> <li>服薬</li> </ul>
		全身状態				
		リスク管理				
	精神機能	関心・やる気を持てる		3	<ul style="list-style-type: none"> <li>入院により友人との交流が中断しているが、再開の意欲が高い</li> <li>認知面には問題なく、理解は良好</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>友人に退院の連絡をする(家族)</li> </ul>
		目標を作れる				
		精神的安定				
		睡眠				
活動	日常生活活動	食事を摂る		3	<ul style="list-style-type: none"> <li>自宅での入浴困難(洗身、洗髪は自力で可能、浴槽への移動が困難)</li> <li>自宅での移動は杖にて安定</li> <li>屋外移動は自宅を起点に評価する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>デイケア・デイサービスにて動作指導を実施し、入浴手段の選択や自立可能かの判断を実施</li> <li>福祉用具や自宅周囲の環境を確認しながら、徐々に進める</li> </ul>
		排泄				
		整容				
		着替え				
		入浴	●			
		起居				
		移動	●			
	日常生活関連活動	食事の確保		2	<ul style="list-style-type: none"> <li>洗濯(たたみは可能、その他は支援が必要)</li> <li>掃除(全面的に支援必要)</li> <li>屋外歩行の状況を見ながら、買い物の可能性を探る</li> <li>経済面では問題なし</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ヘルパーとともに実施→自力でできるように支援を実施</li> <li>買い物の同行支援(ヘルパー)</li> </ul>
		家事(掃除、洗濯)	●			
		買い物	●			
		自己管理能力				
		留守番				
		認知面(理解、記憶)				
		経済面				
社会参加	生活範囲	●	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>自宅内に限定</li> <li>友人との交流が途絶えている</li> <li>バスの利用が困難</li> <li>右耳のみ補聴器を使用。補聴器に不調があり、近くで会話を行う必要がある。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>買い物の同行支援(ヘルパー)</li> <li>家族から友人へ連絡</li> <li>デイケア利用時に確認</li> </ul>	
	自己決定能力(外出、趣味、仕事、サービス調整)					
	コミュニケーション					
	対人関係	●				
	交通機関の利用	●				
社会資源	在宅支援サービス			<ul style="list-style-type: none"> <li>買物、受診などに家族の協力が得られる</li> <li>緊急時は隣区の長女が対応できる</li> </ul>		
	地域支援体制					
	緊急時の対応体制					
環境因子	家族機能	●	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>玄関前のアプローチ(段差、砂利)</li> <li>家族は協力的だが遠方</li> <li>独居だが、親しい友人が複数いる</li> <li>家族の心配が強い</li> <li>不測の事態に備えて、入院前より長女と数名の友人が連絡先を交換していた。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>移動の練習(デイケア利用時に模擬的に、ヘルパーと買い物同行時に)</li> </ul>	
	人的交流					
	家屋環境	●				
	周辺環境					
個人因子	生活歴の特性	●	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>本人は骨折以前の活動的な生活に戻りたいが、転倒後であり、家族は非常に心配が強い。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>家族との情報交換を行い、能力安定に伴う安心の獲得</li> </ul>	
	本人が望むこと	●				

## 通所リハビリテーションから通所介護 による支援への移行を提案した事例

あやめケアプランサービスステーション  
介護支援専門員 平石由美子

## 基本情報

- Aさん 84歳 女性
- 独居
- 兄弟の関りはない
- 隣区在住の長女の支援あり
- 古い付き合いの友人が週に1～2回訪問あり
- 既往歴 腰椎圧迫骨折、脛骨内顆部骨折、  
逆流性食道炎、陳旧性脳梗塞、高血圧症、  
骨粗しょう症

## 経過

- H28.2 自宅で体動困難となりK病院受診。  
Y病院入院。中旬にリハビリを開始
- H28.3 退院に向けて調整。  
自宅訪問・家屋調査
- H28.4 退院。担当者会議開催。一週間の  
ショートステイを経て  
自宅での生活を開始

## 支援開始時の状況

[本人の希望]

- ・掃除、買物など家事を自分でしたい
- ・一人で外出したい
- ・友人との交流が出来ると良い

自宅での生活に不安をもっている



- ・リハビリを目的として通所リハの利用(週2回)
- ・入浴、他者交流を目的として通所介護の利用(週1回)
- ・掃除、買物等の自立援助を目的としてヘルパー利用(週1回)

第3課

## 週間サービス計画表

作成年月日

H28.4

利用者の氏名 A 様

	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
起床								起居・整容
8:00								朝食
10:00	通所リハ	訪問介護	通所介護		通所リハ			
12:00	リハビリ 入浴		入浴 趣味活動 機能訓練		リハビリ 入浴			昼食
14:00								
16:00								
18:00								夕食
20:00								テレビ鑑賞
22:00								就寝
備考	福祉用具貸与：トイレフレーム、特定福祉用具購入：シャワーチェア 通所施設以外のサービス：特殊寝台レンタル(介護保険外) 短期入所生活介護							

## H28.5-6 在宅生活が落ち着き始め、友人の訪問が再開

(交友関係)

- 友人の定期的訪問(月曜日午後)が楽しみになった。

- 買物も手伝ってくれる。

→ デイケア週一回を短時間に変更

(外出状況)

- 屋外はふらつきがあり、シルバーカーでも見守りが必要。買物に行く体力がついてきたので、ヘルパー同行のもと開始。

自宅での笑顔が見られるようになった

第3課

## 週間サービス計画表

作成年月日

H28.5

利用者の氏名 A 様

	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
起床								起居・整容
8:00								朝食
10:00	通所リハ	訪問介護	通所介護		通所リハ			
12:00	リハビリ 入浴		入浴 趣味活動 機能訓練		リハビリ 入浴			昼食
14:00								
16:00								
18:00								夕食
20:00								テレビ鑑賞
22:00								就寝
備考	福祉用具貸与：トイレフレーム、特定福祉用具購入：シャワーチェア 通所施設以外のサービス：特殊寝台レンタル(介護保険外) 短期入所生活介護							

## H28.8 認定区分更新に伴う担当者会議の実施

(サービス提供側)

近くのスーパーまでの買物が見守りでできるようになるなど身体機能が向上し、以前の生活に近づいている。後は生活の中で継続することが大事になる。

## H28.9 通所介護への移行を提案

- デイケアから通所介護への変更を提案

まだ不安が残るので、デイケアは残して欲しい

→ 週1回のデイケアと週2回の通所介護となる。



## 週間サービス計画表

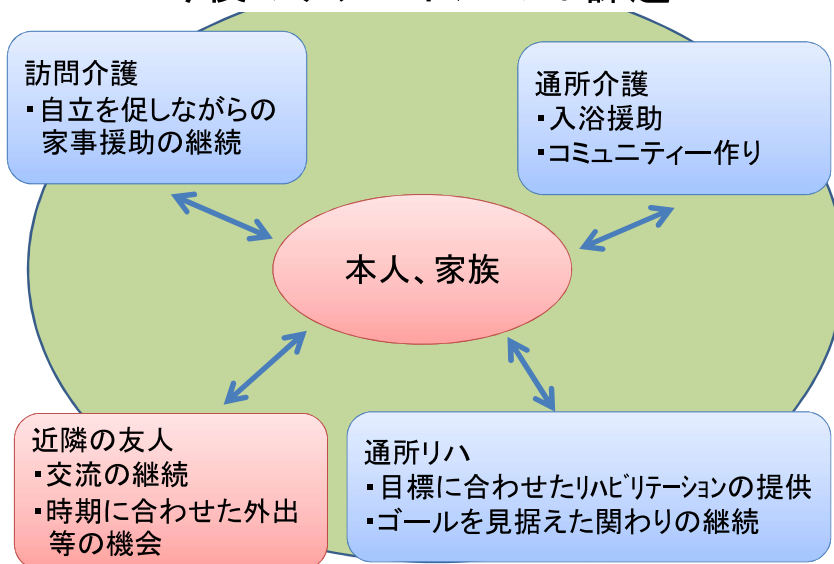
利用者の氏名		A 様							主な日常生活上の活動
		月	火	水	木	金	土	日	
起床	6:00								起床・整容
	8:00								朝食
午前	10:00	通所リハ	訪問介護	通所介護		通所介護			
	12:00	リハビリ 入浴		入浴 趣味活動 機能訓練		入浴 趣味活動 機能訓練			昼食
午後	14:00								
	16:00								
夕方	18:00								夕食
	20:00								テレビ鑑賞
就寝	22:00								就寝

福祉用具貸与：トイレフレーム、特定福祉用具購入：シャワーチェア  
 通所施設以外のサービス：特殊寝台レンタル(介護保険外)  
 短期入所生活介護

## 現在の本人の状況

- ・掃除・買物等の家事を自分でしたい  
⇒ヘルパーの支援は継続も自立度は高まる
- ・一人で外出したい  
⇒近くのスーパーでの買物や近医への受診は出来るようになった。  
デパートまでの買物動作訓練継続
- ・友人との交流が出来ると良い  
⇒友人との集まりは再開できたが、人数が減っている(同年代の友人の体調悪化など)

## 今後のケアマネジメント課題



## リハビリテーション会議について

- ・毎月のリハ会議の開催において目標到達状況の把握と、次の具体的な目標設定を関係者で共有できることに意義がある。
- ・ケアマネジャーのケアマネジメントとの整合性を図り、支援目標を共有する必要があると感じている。

## まとめ

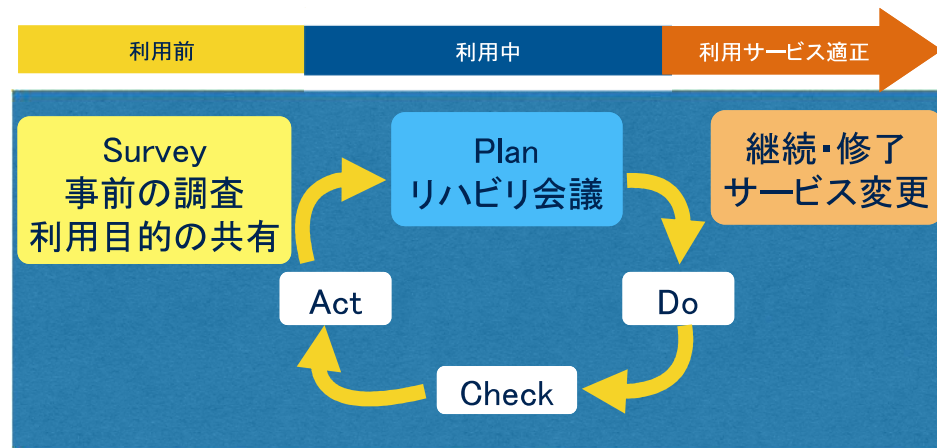
- リハビリテーション会議等を有効に利用し、その利用者の全体の生活像を具体的にすることで、関係者全員が支援目標を共有できるよう、ケアマネジメントにいかしていきたい。

# 通所リハビリでの取り組み

社会医療法人共愛会  
 介護老人保健施設 あやめの里  
 (理学療法士) 深見美佳 志田啓太郎

# リハビリテーションマネジメント

## SPDCAサイクルの導入



病院の地域包括ケア病棟で入院中  
 退院後、2週間程度ショートステイを利用し、在宅復帰  
 退院前の【Survey】を入院中に実施

アパート一階で独居  
 変わらず一人で生活したい  
 アプローチに細かな段  
 浴槽は据え置き、55cm  
 お風呂も入ってた  
 調理・買い物・通院自立  
 できれば家で入浴  
 自分好みのご飯を  
 バスを使って  
 通院や買い物へ  
 友達と出歩いたり  
 家で遊んだり

## 担当セラピストとの面談

室内レベルの杖歩行  
 連続歩行100m程度  
 手摺があれば段昇降  
 更衣・整容は自立  
 排泄も自立  
 アパート前の段差  
 通院する歩行能力  
 バスの使用  
 自宅での入浴は困難  
 床の生活も心配  
 掃除や買い物、  
 調理は現状では困難

## 家族との面談

杖で歩けるようになり  
ホッとしている

また転けないか心配

一人で外出して  
大丈夫だろうか？



友達との付き合いを  
再開させてやりたい

お風呂と掃除と  
買い物と調理の支援

## Survey後、ケアマネジャーと連絡

まだ骨折後の痛みあり

入浴は要検討

コミュニティの再設定

調理は自立、  
掃除は見守りと予測

半年程度で  
通院と買い物は  
自立できそう



リハビリテーションマネジメント加算2  
生活行為向上マネジメント加算

## 利用前の担当者会議

- ・ 独居での生活再獲得
- ・ 買い物や通院が自力で出来る様【バス含む】
- ・ 立ち作業の確認を行っていく
- ・ 安全な入浴方法の検討
- ・ 友達との時間を持てるように支援、サービスの移行
- ・ 半年間の集中したデイケアでの取り組み

リハビリテーションマネジメント加算2  
生活行為向上マネジメント加算



本人・家族  
より合意

## 長期目標

『友人との交流が再開でき、自宅周囲の散歩や買い物が自己にて行えるようになる』

## デイケアでの関わり・・・

屋外歩行安定性向上（移動手段の検討含む）

入浴手段の選択（自宅での入浴方法など）

# 第1回リハビリテーション会議

(利用開始約2週後)

H28.5.6 当施設で開催

本人：早く自分で買い物に行きたい  
家族：足の痛みが気になる。無理をしているところもあり心配。  
簡単な食事の準備や洗濯はできている。  
友人と遊ぶ時間を持たせてあげたい。

(確認できた状況)

- ・自宅内の動きは問題ない。
- ・屋外での歩行はふらつきがあり、転倒が心配。
- ・訓練場面では杖歩行やシルバーカー歩行は概ね安定している。
- ・右大腿部痛があり、長距離の歩行は困難な状態。

(方針)

友人との交流が再開できるよう、家族より友人に退院したことを連絡をしていただく。

家事は訪問介護や家族の援助の支援を継続。  
デイケアでは屋外活動を中心に訓練する。

短期目標 友人との交流の再開、屋外歩行の安定性向上、  
買い物ができるようになる

(デイケアでの関わり)

- ・シルバーカーでの屋外歩行訓練
- ・コンビニでの買い物動作確認  
出入口をスムーズに移動できているか  
高い位置の商品が取れるか  
荷物かごをカウンターに持ち上げる など

# 第2回リハビリテーション会議

(初回会議より1ヵ月後)

H28.6.10 当施設で開催

本人：足が痛いのが続いているのでMRIをする予定。  
自宅に来てくれる友人と遊んだり、買い物や受診が家族と一緒にできるようになってきた。  
家族：右足の痛みが気になる。杖で屋外に行っていたのも心配。  
医師：順調に活動範囲が広がり良い方向。疼痛などの確認を行いながら自宅での生活の安定を目指しましょう。

(確認できた状況)

- ・月曜日の午後は友人との時間となり、午前中のみ利用へ。
- ・歩行状態は安定し体力もついた結果、活動範囲は拡大。
- ・杖歩行はまだ不安定で心配が残る。
- ・買い物時の動作も確認でき、自力で行えることも確認済み。
- ・今後は自宅での入浴がどうなるか。

(方針)

現時点での一人での杖での外出は転倒の恐れが強いため、

- ①外出時はシルバーカーを使用する。
- ②家族や訪問介護等の付き添いの元で行う。

短期目標 屋外杖歩行の安定性向上、  
シルバーカーでの長距離歩行の獲得

(デイケアでの関わり)

- ・下肢筋力訓練、応用歩行訓練、階段昇降訓練
- ・シルバーカーを使用しての長距離歩行訓練
- ・杖を使用しての屋外歩行訓練

## 第3回リハビリテーション会議

(2ヵ月後)

H28.7.14 自宅で開催

本人：左膝の痛みや左足のむくみがでてきた。  
7/10に友人とシルバーカーで選挙や買い物に行った。  
その帰り、自宅付近で足が動かなくなり転倒した。  
家族：活動量が増え自信過剰になっている。  
家族のいうことは聞かず、外出したり、シャワー浴をしている。

(確認できた状況)

- ・月1回の訪問介護時の買い物は見守りで可能。
- ・自宅浴槽にて入浴動作を評価。浴槽の跨ぎ動作で足が引っかかる。  
→浴槽の出入りは困難と判断、シャワー浴の自立を目指す。
- ・シルバーカーでの長距離歩行は可能。
- ・筋力強化訓練時に痛みの出現。しばらく控え、様子を見ていく。
- ・今後は病院受診なども視野に入れ、バスの練習も行っていきたい。

(方針)

一人でシャワー浴が出来るように段階的に支援する。

シルバーカーでの外出がどの程度まで可能かを見極める。

短期目標 屋外歩行の安定性向上、シャワー浴自立、バスの利用再獲得

(デイケアでの関わり)

- ・応用歩行訓練、階段昇降訓練
- ・シルバーカー・杖を使用しての屋外歩行訓練
- ・入浴時の動作確認

## 第4回リハビリテーション会議

(3ヵ月後)

H28.8.10 明治町DSで開催

本人：左膝の痛みは続いているが、夜コルセットを外して寝ると左膝の痛みは出ない。  
家族：自宅でのシャワーはシャワーチェアを使い見守りで可能。  
病院受診は家族と一緒に歩いて行けている。

(確認できた状況)

- ・友人との交流もしっかり持てて、以前に近づいている。
- ・少しずつデイケアから他のサービスへの移行を検討する時期。  
→デイサービスの利用を増やしていこうとケアマネより提案あり。
- ・前回会議で浴室の環境調整を行った結果、家族の見守りでシャワー浴も自宅の浴室で行えるようになった。
- ・杖歩行、シルバーカー歩行は安全に行えるようになった。
- ・先月は体調不良などもあり入浴やバスの練習は実施できていない。  
→体調は良くなってきているので、バスの練習も行っていく。

(方針)

一人でシャワー浴が出来るように段階的に支援する。

バスでの外出が可能になるよう、段階的に支援する。

短期目標 バスの利用再獲得、シャワー浴自立

(デイケアでの関わり)

- ・シルバーカー・杖を使用しての屋外歩行訓練
- ・入浴動作確認
- ・バスの練習  
ステップの昇降動作確認  
バスの乗り方の理解



バスの乗車練習:  
路線の確認も問題なし。



買い物訓練:  
品物を取り、購入も問題なく可能。

(方針)

自宅での浴槽利用は難しい為、デイサービスでの入浴を利用  
(来月よりデイケアの利用を1回減らし、デイサービスの利用を1回増やす)

一人でシャワー浴が出来るように段階的に支援する。

バスでの外出が可能になるよう、段階的に支援する。

短期  
目標

バスの利用再獲得、歩行能力の維持向上

(デイケアでの関わり)

- ・杖を使用しての屋外歩行訓練
- ・バスの練習、ステップの昇降動作確認
- ・段差昇降訓練
- ・入浴時の動作確認

## 第5回リハビリテーション会議

(4ヵ月後)

H28.9.23 当施設で開催

本人：体調が悪く、歩くときにふらつくことがある。

先日の受診後、自宅で転倒し首や骨盤に痛みがある。

痛みのある時は自宅内でも杖を使うようになった。

家族：ふらつくのは薬の影響かと考え、適宜先生に相談しているが最近は変わっていない。

(確認できた状況)

- ・体調不良によるふらつきや転倒があったが、体調に応じて自宅内で杖の使用を進めたところ、生活状況は維持できている。
- ・長距離の屋外歩行はシルバーカーが実用的。
- ・友人の支援もあり、生活は落ち着きつつある。
- ・シャワー浴は自立の可能性あり。  
→家族見守りの元で継続して実施し、自信をつけていく。
- ・バスのステップの昇段や、乗り方の理解はできている。

## 第6回リハビリテーション会議

(5ヵ月後)

H28.10.20 自宅で開催

本人：体調不良で、下痢の原因は薬の可能性があるといわれた。

4日ほど前から足首が腫れ、痛みがある。

家族：今後検査や治療を家族で話しあう必要がある。

足が上がらず、車に乗るときもふらつくことがあった。

(確認できた状況)

- ・体調不良の為外出機会は減り、デイサービスも利用出来ていない。
- ・転倒後の痛みは落ち着いてきたが、活動性の低下から足部の浮腫や歩行時の足の上がりにくさを認めている。
- ・体調不良継続し、気持ち的な落ち込みも心配されたが、元の生活に戻りたいという強い気持ちで色々とチャレンジしている。
- ・訓練場面では、バスの利用は問題なく実施できていた。
- ・体調に合わせて、臨機応変な支援が必要。

(方針)

体調に合わせた支援を継続し、体調の低下を予防する。

デイケアからデイサービスへ移行したプランに、問題が生じていないか経過を見ていく。

短期  
目標

体力維持向上、歩行能力の維持向上

(デイケアでの関わり)

- ・体調に合わせた運動の提供
- ・屋外での活動(歩行中心)の確認
- ・生活動作全般の確認

(方針)

一度低下した体力と活動性を再度引き上げる。

現在利用しているサービスを継続して、本人が目標としている生活を取り戻す支援を継続する。

短期  
目標

体力維持向上、活動性の向上

(デイケアでの関わり)

- ・体調に合わせた運動の提供
- ・屋外での活動(歩行中心)の確認
- ・生活動作全般の確認

## 第7回リハビリテーション会議

(6か月後)

H28.11.7 自宅で開催

本人：下痢が止まって食欲が出てきた。

体力がなくなったように感じる。

調理などは少しずつできている。

家族：来月また病院受診。

その時に検査をするかなどを決めることになっている。

(確認できた状況)

- ・下痢が止まって体調は改善傾向だが、検査で他の病気が見つかる。今後の治療方針等について本人・家族は検討中。
- ・体調不良により低下した活動性は戻っていない。
- ・最近痛みは落ち着いている。体調に合わせた運動を行い、体力アップと活動の向上を図る必要がある。

終わりに

デイケア卒業に至らず

- ・体調面
- ・サービスの調整
- ・目標の再発見

目標の共有(情報)

- ・支援方法の統一
- ・タイムラグ
- ・サービス間の差

家族の参加(会議)

- ・イメージの共有
- ・ポジティブな意見
- ・心配事の軽減



# 通所リハビリテーションからの 卒業を考える ～デイサービスの視点から～

明治町デイサービスセンター  
支援相談員 中間 祐華

## 施設紹介



### 明治町デイサービスセンター概要

サービス名	通所介護 介護予防通所介護 北九州市予防給付型通所介護サービス
営業日	月曜日～土曜日(祝日営業)
サービス提供時間	9:30～15:30(要相談)
定員(1日)	40名
所在地	戸畑区明治町10番18号

### 明治町デイサービスセンター 1日の流れ

9:20	バイタルチェック	13:00	集団体操
10:00	入浴及びレクリエーション	13:30	ティータイム レクリエーション
11:40	口腔体操	15:00	おやつ
12:00	昼食	15:20	帰りの体操 送迎誘導
12:30	トイレ誘導・口腔ケア	15:30	送迎開始

## 施設紹介2



### 明治町デイサービスセンター レクリエーション活動

<b>《年間レクリエーション》</b> お花見、外食、夏祭り、家族会、敬老会 クリスマス会、節分、ひな祭り	<b>《月間レクリエーション》</b> カレンダー作り、映画鑑賞、壁画作成 ドライブ、おやつ作り、運動レクリエーション クイズ(脳活性)、カラオケ、麻雀、花札、囲碁
<b>《ボランティア慰問》</b> ピアノコンサート、ジャズコンサート 演奏会(バンド、フルート、チェロ、ギター等) フラダンス、三味線など	<b>《交流》</b> 保育所 障害者施設 中学校



## 施設紹介3

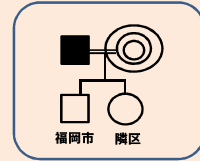


- 同一建物内に
- \* あやめ在宅ケアセンター  
(ケアプラン、ヘルパー、訪問看護、定期巡回)
  - \* 住宅型有料老人ホーム サンセリテ明治町
  - \* 明治町クリニック
  - \* あやめレンタルサービス

同一建物内だからこそ  
速やかな連携を図る  
ことができる

## 症例紹介

- ・A氏 80代 女性
- ・診断名: 第4腰椎椎体骨折
- ・既往歴: 多発性脳梗塞、高血圧症、骨粗鬆症
- ・要介護1



今回発症前まで独居にてほぼ自立した生活  
友人らと、「カラオケ」、「麻雀ビンゴ」を週に4回する等の  
社会交流もあり

受傷後在宅復帰に当たり、

### 課題

- ①買い物動作  
(ヘルパー代行→同行→自立)
- ②入浴動作  
(デイサービスでの介助→自宅での自立)  
**今後も生活課題として残るかもしれない！！**
- ③社会参加  
(以前のコミュニティーに戻りたい)



デイケアからの移行先も見据え  
退院直後から併用して当デイサービス利用開始

## 初回時の本人の気持ち

「早く元気になって、元の生活に戻りたい」

「前は週に4回友達と集まった。週3回(通所サービス)出てくると集まれない。早く卒業できるようがんばりたい」

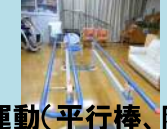


通所サービスからの卒業、元の社会のコミュニティーへ  
戻る事を視野に入れサービス開始に至る

## デイサービスでの生活の様子



他者交流  
コミュニティ形成  
社会参加



運動(平行棒、階段昇降等)  
家事動作(台拭き、おやつ作り等)

デイサービスでのレクリエーションを通してコミュニティの拡大!!  
生活動作、家事動作を保つ為に機能訓練やレクリエーションへの参加!!



心身の活性化を図り、活気ある在宅生活を!!

### 課題① 買い物動作

デイケアと足並みを揃えつつ介入開始

腰部～下肢にかけ痛み、痺れ感あり  
施設内移動T杖自立、ADL入浴動作以外自立  
屋外はシルバーカー見守り



初期

- 下肢筋力強化
- 歩行訓練(屋内、屋外)
- 日常生活動作確認・指導

買い物動作(近くのスーパーまで)

1ヵ月後:ヘルパー代行⇒同行へ

現在:動作能力の獲得に至る



遠くのデパート等は娘の援助で行く事に

(一人で行けるようになりたいとの意向もあり)

意向に沿い、屋外歩行訓練は継続し取り組んでいる

### 課題② 入浴動作

リハ会議時浴室動作確認

浴槽の出入り時に引っ掛かりあり



今後も自宅内の環境では身体能力的に難しい事が予想

通所サービスの継続は必要との見立てあり、合わせて対応

自宅 お風呂



自宅での入浴時に備えて  
シャワーチェア購入するも…  
自宅での入浴確保は困難

↓  
通所サービスで入浴!!

### 課題③ 社会参加

デイサービス以外の利用日に、馴染みの友達との  
交流を再開



症例宅にて麻雀ビンゴ(3～4時間程)



喪失感

集まる事が難しくなった方も出てきており徐々に  
コミュニティーの輪が少なくなっている

## 社会参加:クリスマスコンサートへの参加



コンサートに行こう！！

職員の子供さんが頑張っている吹奏楽部！！  
参加予定の他利用者4名と共に、3階の音楽室を  
目指し、40段の階段昇降訓練実施



目標達成！成功体験、社会と触れ合う機会を作りながらコミュニティの再構築へ

## 現在の本人

- ・課題①買い物②入浴は概ね達成
- ・課題③社会参加
  - ・元々のコミュニティの人数減少  
⇒寂しさはあるが今後も継続したい
  - ・新たなコミュニティの通所サービス  
⇒楽しい！！できれば続けたい  
(デイケア、デイサービス共に)

不安や寂しい  
気持ち



### デイサービス側の今後の対応、課題

- ・出てくる生活課題に合わせ今後も対応を行う
- ・本人の不安感の解消と新たなコミュニティの再構築

## 訪問介護の関わり

北九州福祉サービス株式会社  
きたふくヘルパーセンター戸畑  
(介護福祉士) 浦里 登美子

## 本人のニーズ

- ◎自宅に戻って生活したいが不安はある。  
できない家事を手伝ってほしい。
- ◎元気になって自由に外を歩きたい。
- ◎友達が来てくれるようになるといい。

## 初回訪問・担当者会議

### 《状況》

- ・ 週1回の家事代行と(希望時)買い物代行をお願いしたい。
- ・ 圧迫骨折で入院していたが退院となり、自宅での生活を再開するところ。
- ・ 室内は杖歩行。屋外は付き添いが必要で、必ずシルバーカーを使用する。
- ・ 掃除以外の家事はできると思うが「自信がない」
- ・ 座り込んでしまうと立てない。
- ・ 座面の高い座椅子を使ってるが、腰掛けるときに痛みがある。

### 《訪問介護の役割と支援内容》

- ① 掃除を中心に支援しながら、それ以外の家事動作の安全性を確認する。
- ② 買い物代行

## 支援経過(4月末)

### ◎買い物

- ・ 初回にお化粧、着替えもして買い物に行く意欲を見せたが、「買い物代行」と聞き、自分が外出しないことにガッカリした表情を見せた。
- ・ 家族や友人から差し入れがあり、  
以後、買い物代行はなし。

入院前と同じように自分の物は自分で購入したいという意欲を感じた。

### ◎掃除

- ・ 腰や大腿部に痛みがあり、掃除機をかける事や拭き掃除ができなかったため、ヘルパーが実施。

転倒防止のため、動線の片付けに気をつけるよう本人に注意した。

- ・ ふらつきがあったので掃除中は椅子に掛けてもらっていた。

## 支援経過(5月末)

希望時に『買い物同行』を行うことがプランに追加となる。

- 玄関先に2段の段差があるため、シルバーカーを道まで降ろす準備はヘルパーが実施。
- 靴脱げなど、つまづきの原因がないかを確認。

- ・段差は手引きや誘導を要する。時々、ふらつきあるもシルバーカーをうまく押して歩けた。
- ・スーパー内はコーナーが曲がれず、誘導が必要だった。



『久しぶりにスーパーに行き楽しかった。同行してもらい安心して行けた』との発言あり。

- ・購入品は収納場所までヘルパーが運び、Aさんが自分で取り出しできる位置を確認して収納した。

安定して行える姿勢を確認し、本人にも無理をしないよう声掛け

(6月)

- ・買物に行く決めて支度して待っていた。(自主性向上)
- ・スーパーまでは休憩を取ることなく、ゆっくり歩けた。

途中の段差を越えるところを少し手伝う。

(7月)

- ・段差もスーパー内の狭い通路もスムーズに歩けるようになる。
- ・時折、ふらつきがみられる。

軽く身体を支え、声掛けを行う。

### ◎家事全般の様子

- ・短い時間であれば立って食器洗いや簡単な調理ができるようになった。
- ・表情も穏やかで、家事に少しづつ自信が持っていると感じた。

### ◎生活の変化

- ・入院前と同じように友人4人でビンゴ麻雀を楽しむようになった。

### (8月) 区分更新時の担当者会議

- 一人での外出は不安が残る。⇒外出時の付添いは継続
- 圧迫骨折のため、掃除機を使うことや拭き掃除は難しい  
⇒訪問介護の支援を継続

支援目標 「無理のない範囲で自分でできる家事を支援します」

### (9~10月)

- ・友人の支援があり、買い物同行の希望なし。  
⇒自分の好きな時間に外出する自信、好きなものを調理したいという気持ちが出てきた。
- ・「一人で歯科医院に行き、帰りにスーパーで買物できるようになった」との発言あり。

○家の中は伝い歩き(杖なし)で、転倒の不安はない。

○転倒予防のため、玄関の環境整備(履物を定位置に置くなど)を実施。

○玄関前の段差を安全に動いているかを確認。

・段差は手すりを右手で持ち、左手でシルバーカーを押して、二段下の道まで一人で降ろせる。

・買い物から帰ったら、荷物を先に降ろす。空のシルバーカーを抱えて上がり、片づけるところまでできる。

## 現在の状況

◎買い物 シルバーカーを使って自立

### ◎掃除

- ・ シンク周りの片づけや食器洗いなど、負担の少ない家事ができるようになった。
- ・ 洗濯かごを持って移動し、干す・取り込むまで不安なくできる。

◎生活環境 こたつ生活になり、転倒の危険因子が増えた。

#### (転倒予防の支援)

- こたつ布団に引っ掛からないように、内側に入れる習慣をつける。
- こたつ敷きがめくれないように、角をピンで留めるよう助言。
- 生活動線の片付けと整理整頓を実施。  
(特に、狭いこたつ周りの床に物を置かないよう声掛け。)

## 今後の訪問介護の役割

- (1) 転倒のない生活が継続できているかを見守り、体調の変化や生活上の問題に対応する。
- (2) 道具の工夫などを提案し、自分でできることを増やす。(気持ちの張りを維持する)
- (3) コミュニティの変化(友人の訪問状況等)をさりげなく確認して、チームで共有する。

## その人らしい“暮らし”を支える通所リハビリテーション

医療法人 共和会  
共和会地域リハビリテーションセンター  
理学療法士 森山雅志

### 本日お話しすること

- “その人らしい”暮らしとは？
  - 地域リハビリテーションの定義
  - “その人らしい”を意識した支援
- 通所リハビリテーションの機能・役割
  - 普遍的機能と実施内容
  - サービス提供の視点
  - 利用者の興味・関心に関する心理的变化
  - 地域包括ケア時代に求められる役割
- 修了（卒業）に向けた取組み
  - リハ会議と居宅訪問の有効活用
  - Relocation Damage



## 地域リハビリテーションの定義

地域リハビリテーションとは、障害のある子供や成人・高齢者とその家族が、住み慣れたところで、一生安全に、その人らしくいきいきとした生活ができるよう、保健・医療・福祉・介護及び地域住民を含め生活にかかわるあらゆる人々や機関・組織がリハビリテーションの立場から協力し合って行なう活動のすべてを言う。

一般社団法人  
日本リハビリテーション病院・施設協会 2016

- 障害児者や高齢者の抱える課題を、個人に帰結していない。
- inclusiveな地域社会の醸成に向けた活動。

※inclusive(全てを包んだ・包括した) : in(中)-clus(close : 閉じ込める)-ive(形容詞の語尾)  
中に全てを閉じ込めた状態にする → 全てを包んだ状態にする

3

## “その人らしい”を意識した支援

“その人らしい”とは

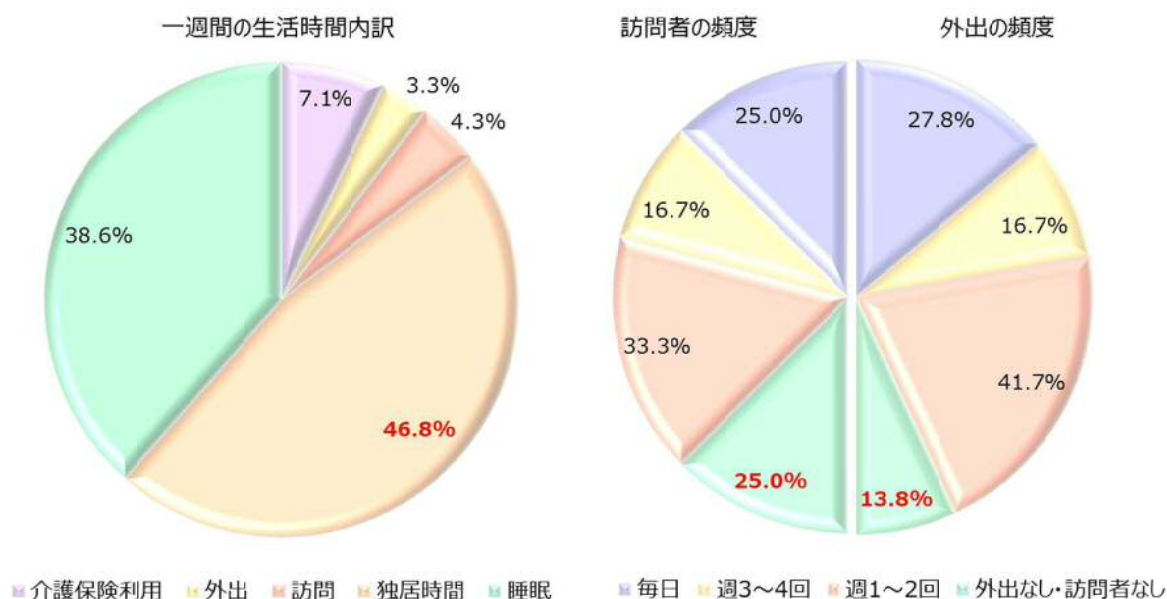
- ✓ その患者個人を特徴づけているものであり、その人が**こだわっている生き方のスタイルそのもの**  
(下村晃子 : 生活の再構築-脳卒中からの復活を支える-)
- ✓ パーソンフッド (Personhood : 一人の人として**周囲に受け入れられ尊重されること**、自分で**自分の価値を感じられること**)  
(水野裕 : 日本認知症ケア学会特別講演会抄録, 2008年5月)



- 個々人が大切にしてきた考え方や人生を尊重した支援
- 家族を含め、第三者の考え方を押し付けない支援
- 周囲から受け入れられているという安心感を感じられる支援

4

## 一週間の生活時間内訳と外出・訪問頻度 (独居高齢者)



5

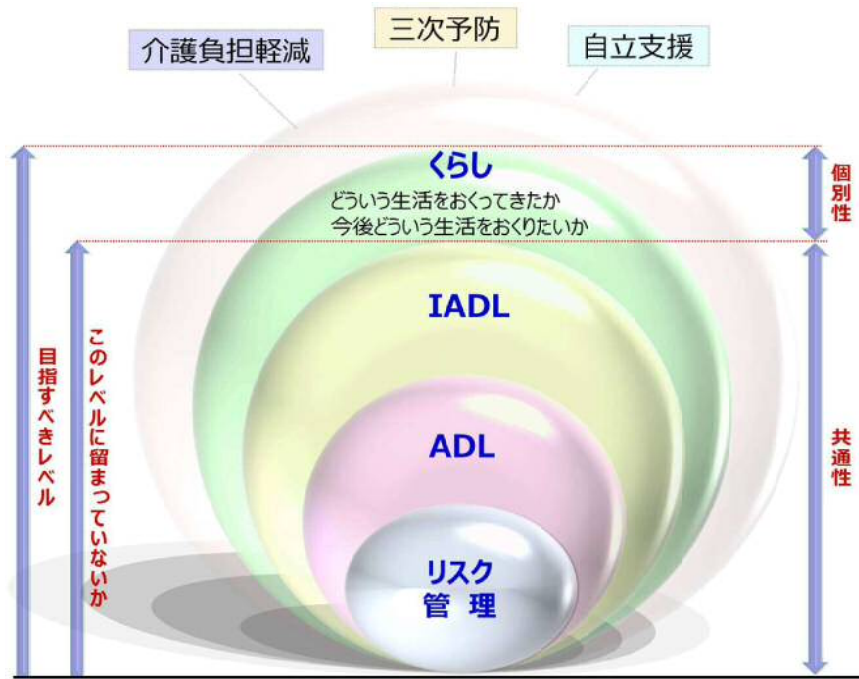
## 通所系サービスの普遍的機能と実施内容

区分	通所系サービスの機能	実施内容等
通所リハ	<b>医学的管理</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>医師の診察等による医学的管理</li> <li>看護師による処置等の医療機能</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>通所リハ担当医と主治医が情報交換を行い、定期的な診察等により疾患管理を行う。</li> <li>通所リハ担当医の指示に基づき、看護職が処置等を実施する。</li> </ul>
	<b>心身・生活活動の維持・向上</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>早期退院・退所者、在宅にて急変した方への専門的リハビリテーション医療</li> <li>生活活動（ADL/IADL）の各行為を維持・向上するリハビリテーション医療</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>医師の指示に基づき、PT・OT・STが専門的観点から評価し、チームとして目標設定を行い、その設定された期間内にて心身機能や生活活動（ADL/IADL）の各行為の維持・向上を図る。</li> <li>自宅訪問等、当事者の日々の暮らしを把握する。</li> </ul>
通所介護 共通機能リハ	<b>社会活動の維持・向上</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>日常の健康管理、自立した生活に資する社会的活動・参加機会の確保</li> <li>地域での自立した暮らしに資する知識・技術の啓発</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>利用時の体調管理や、関連職種による運動指導等、活動の機会の確保</li> <li>他の利用者・職員との交流を通じた参加機会の確保により、社会性の向上を図る。</li> <li>暮らしに必要な知識・技術について、当事者・家族に専門職の立場から啓発する。</li> </ul>
	<b>介護者等家族支援</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>介護者等家族の支援                             <ul style="list-style-type: none"> <li>①精神的介護負担軽減（お預かり機能等）</li> <li>②身体的介護負担軽減（介護環境調整や介護技術向上による負担軽減）</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>サービス利用（いわゆるお預かり機能）による介護者等家族の直接的負担軽減を図る。</li> <li>介護者等家族の心身および介護環境の両面にわたる負担の軽減を図り、介護技術向上をはじめ、介護者等家族の社会参加を含めた介護者支援を行う。</li> </ul>

(全国デイケア協会 通所サービス実践ガイドライン 第3版改定より)

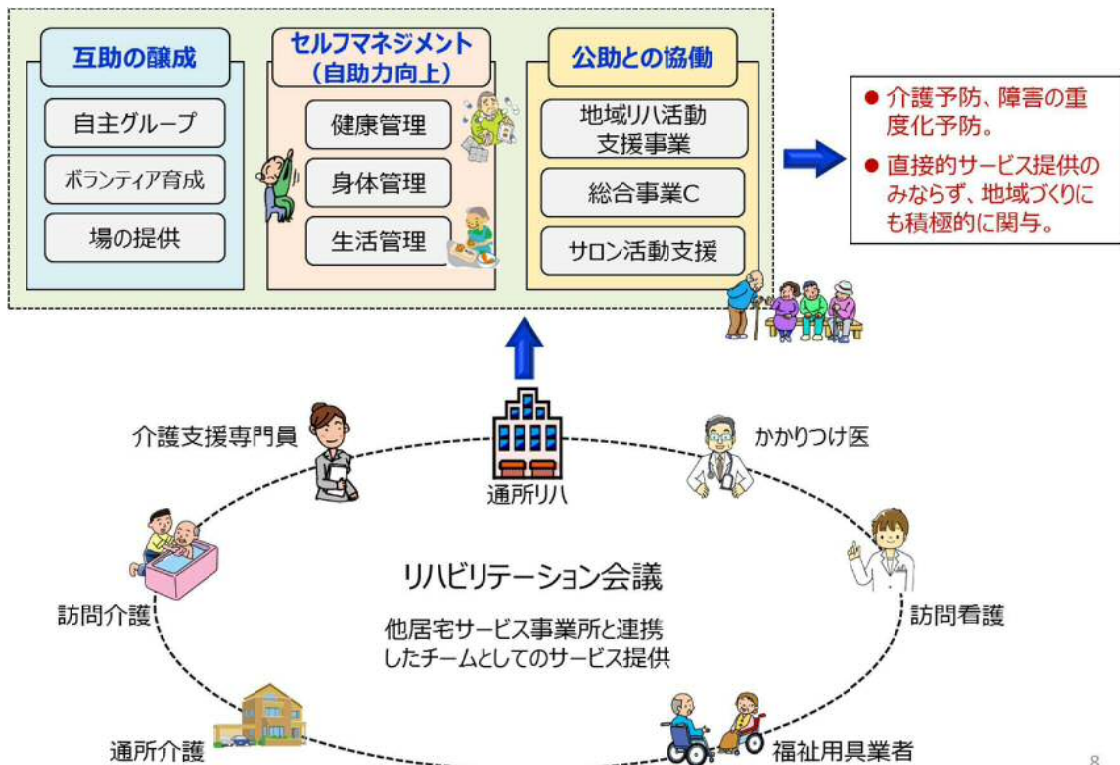
- 4つの機能の組み合わせにより「自立した生活」と「安心かつ安定した生活」をサポート。
- ケアプランをふまえて専門的評価を実施し、個別の通所計画を作成し、複雑で多岐にわたる利用者のニーズを把握することが不可欠。
- リハの提供に関しては、基本動作・体力・ADL・IADLへの働きかけを網羅し、専門職やケアスタッフによる個別の対応、アクティビティの活用や、集団によるかわりなど、より多くの方法を持つことが望まれる。

# サービス提供の視点



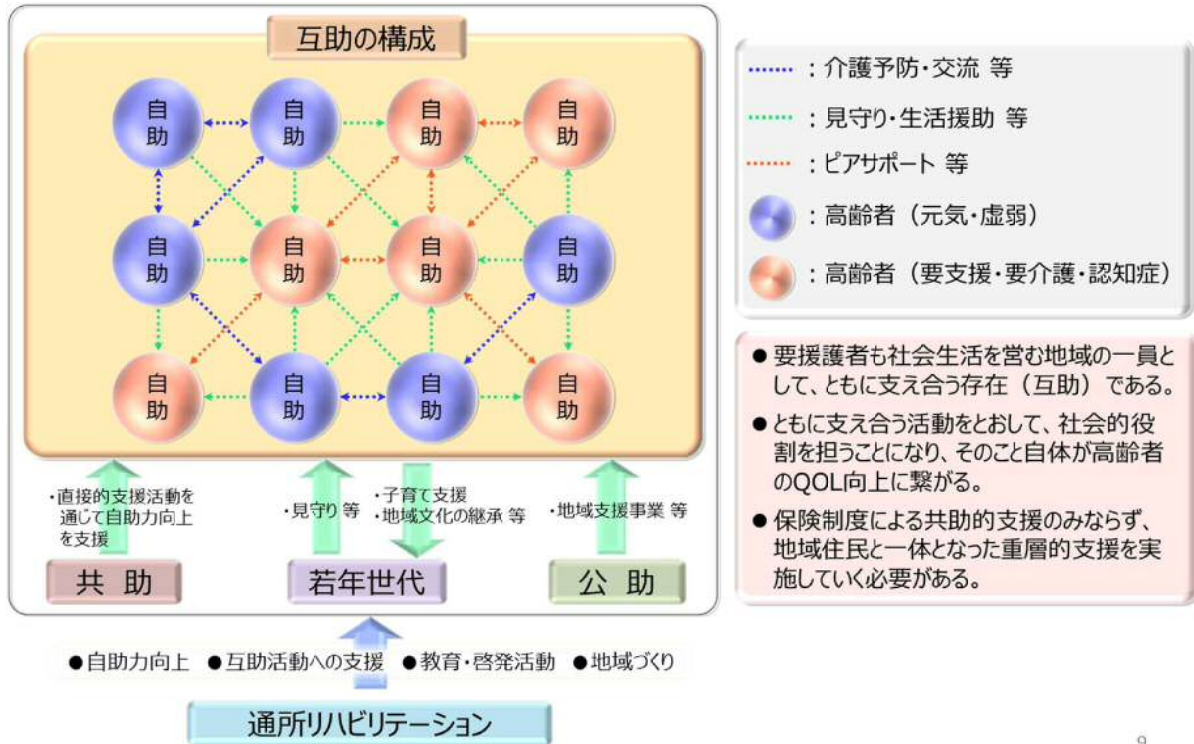
7

# 通所リハビリテーションに求められる役割①



8

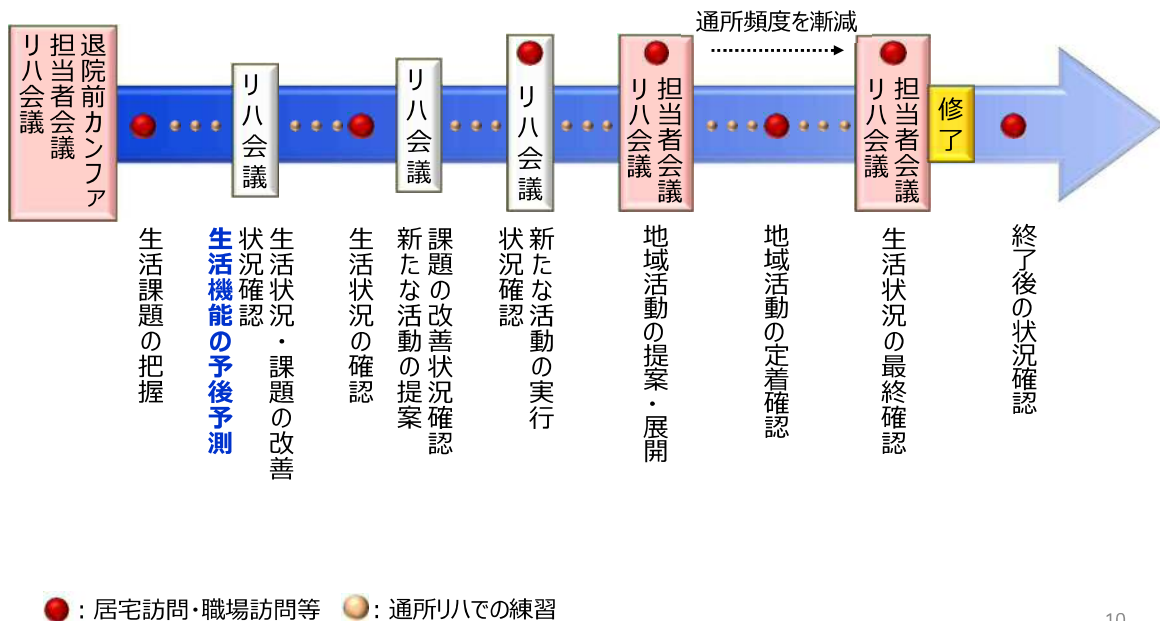
## 通所リハビリテーションに求められる役割②



9

## リハビリテーション会議と居宅訪問の有効活用 - タイミングと実施内容 -

※訪問リハを併用することが効果的な場合もある

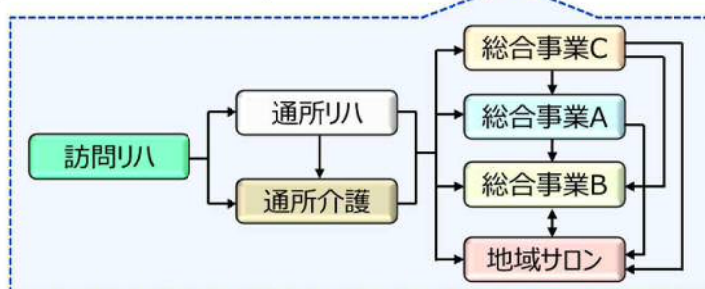


10

# リハビリテーションの流れと Relocation Damage



高齢（障害）者が、新たな人間関係を次々に再構築していくことが可能か？



11

## おわりに

- **心身機能の改善や活動、参加の促進**は、その人らしい“らし”の再構築を図るための**手段であり目的ではない**。
- 通所リハサービスを利用することで、生活機能が維持できている利用者もおり、**修了（卒業）ありきではない**。
- 「障害（身体の不自由さ）を診て暮らしを診ず」にならないようにする必要がある。
- 利用サービスや場所が次々に変化（物的・人的環境の変化）することが、高齢（障害）者の心理面にどのような影響を与えるか、**当事者目線で考えることが大切**である。
- 通所リハビリテーションの修了（卒業）によって、それまでの**関係性がなくなるものではない**（定期的な評価は必要不可欠）。
- その人らしい（自分らしい）生活を支援していくためには、直接的なサービス提供のみならず、**地域づくりにも積極的に取り組んでいく**必要がある。

12

## 第40回地域リハビリテーションケース会議参加者アンケート集計結果

日 時：平成29年2月8日（水） 18：30～20：30  
場 所：ウェル戸畑 大ホール  
参加者：223名  
回答者：181名（回収率：81%）

### （参加者属性） （1）職種別

職 種	人数（人）	割合
医師	4	1.8%
看護師	3	1.3%
理学療法士	86	38.6%
作業療法士	40	17.9%
言語聴覚士	11	4.9%
ソーシャルワーカー・相談員等	12	5.4%
社会福祉士	3	1.3%
ケアマネジャー	33	14.8%
介護福祉士・介護職等	27	12.1%
機能訓練指導員・マッサージ師等	2	0.9%
事務職、その他	2	0.9%
計	223人	

### （アンケート結果）

#### 問1 所属機関

（複数回答あり）

	人数（人）	割合
病院	48	25.9%
診療所	8	4.3%
介護保険施設等	26	14.1%
在宅サービス事業所	100	54.3%
居宅介護支援	24	13.0%
小規模多機能型居宅介護	3	1.6%
訪問看護	8	4.3%
訪問リハ	11	5.9%
訪問介護	26	14.1%
通所リハ	4	2.2%
通所介護	24	13.0%
不明	24	13.0%
統括・地域包括支援センター	1	0.5%
行政、その他	1	0.5%

問2 本日の地域リハケース会議はいかがでしたか？

	人数	割合
参考になった	153	84.5%
普通	24	13.3%
参考にならなかった	0	0%
回答なし	4	2.2%
計	181	100.0%

(一番印象に残った点)

	人数
ミニ講座（その人らしさ、通所リハの役割、卒業ありきではない点など）	30
多職種連携の重要性、支援目標の共有。	19
リハ会議のあり方や運営方法	12
SPDCA を活用したリハマネジメント（目標設定）	12
リハ会議の重要性が認識できた	9
通所リハの終了ではなく「修了」ということ	8
情報共有の必要性	5
他職種の視点や関わり方がみえたこと。連携できそうなことが見えてきた	5
具体的な事例で、利用者の今後のイメージや見たて、予後予測の大切さがわかった	4
社会参加の難しさ	2
自宅で開催したリハ会議に訪問介護が参加していなかったのが、在宅での生活が見えていたのか、チーム連携はどうなっているのかが気になった	1
利用者の興味・関心の変化について	1

問3 地域リハビリテーションケース会議に参加する目的は何ですか？（複数回答）

	人数	割合
情報整理の方法が学べる	41	22.5%
他職種の意見が聞ける	110	60.4%
連携の仕方が学べる	96	52.7%
社会資源情報について学べる	44	24.2%
他機関の取り組みが学べる	117	64.3%
その他	2	1.1%



- (自由記載)
- ・これからの取り組み方針の参考となる。
  - ・マクロな情報に加え、日々のミクロな実践例が学べる。

問4 日常の業務において、所属施設以外の他職種、他機関との連携はとれていると思いますか？



	人数	割合
思う	94	51.9%
あまり思わない	76	42.0%
思わない	7	3.9%
無回答	4	2.2%
計	181	100.0%


(自由記載)

	人数
連携できる場、情報共有の機会が少ない	13
情報が一方向になりやすい。チーム方針まで合意形成が出来ていない	13
もっと連携の質を高められると思うので	10
時間が取れない、人員不足	10
自分から積極的に動けていないから	9
一定の事業所や職種に偏っている	3
中心となる人がいない、情報共有の意識不足	1
主治医との連携がとりづらい	1

問5 今後も地域リハビリテーションケース会議に参加したいと思いますか？

	人数	割合
参加したい	160	88.4%
わからない	17	9.4%
思わない	0	0.0%
回答なし	4	2.2%
計	181	100.0%

問6 今後どのような事例を取り上げて欲しいですか？（上位3つまで）



	人数	割合
障害者・難病患者の在宅支援事例	91	50.3%
終末期患者の在宅支援事例	72	39.8%
福祉用具・住宅改修の活用事例	59	32.6%
施設での取り組み事例	67	37.0%
インフォーマルサービスの利用事例	76	42.0%
その他	5	2.8%

(自由記載) ・意欲・自主性の低い方への関わり方 (3)  
 ・精神疾患の対応 (1)  
 ・高次脳機能障害 (1) ・生活保護と介護保険の制度関係 (1)

(研修会への意見)

いつも事例発表が多いのですが、地域リハのベースアップを図るには、チーム全体の理解、意識の向上、マネジメントスキルが必要と感じます。ヘルパーやケアマネ、色々な事業所を交えて、ケース会議やディスカッションなど開いてみてはいかがでしょうか。