

第 39 回 地域リハビリテーションケース会議

リハビリテーション会議を通して

多職種協働で IADL の改善が図れた事例

○ 第 39 回地域リハビリテーションケース会議の概要・・・2 P

○ ケース概要・・・5 P

○ 生活目標点検表・・・6 P

○ 事例報告資料・・・7 P

(1) 「リハビリテーション会議に参加して IADL の改善が図れた事例」

北九州福祉サービス株式会社ケアプランサービスセンター八幡東

(ケアマネジャー) 上地 佐知子 氏

(2) 「リハビリテーション会議を活用して IADL の改善を図る」

年長者の里 正寿園デイケアセンター

(作業療法士) 西川 浩 氏

(3) 「生活機能向上に向け通所リハビリと連携した事例」

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八幡東

(介護福祉士) 宮川 亜子 氏

(4) 「正寿園デイケアセンターの取り組みについて」

年長者の里 正寿園デイケアセンター

(理学療法士) 山口 弥生 氏

○ ミニ講座資料・・・24 P

「リハビリテーション会議の有効活用～居宅サービスにおける多職種協働の推進～」

医療法人共和会 介護老人保健施設伸寿苑

(理学療法士) 小川 彰 氏

○ 参加者アンケート結果・・・32 P

第 39 回地域リハビリテーションケース会議 概要

日 時：平成 28 年 10 月 4 日（火）18：30～20：30

場 所：ウェルとばた 中ホール

テーマ：リハビリテーション会議を通して多職種協働で IADL の改善が図れた事例

参加者：299 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〕

くも膜下出血後の右片麻痺を有し 40 年を経過した 70 代の女性。ADL は概ね自立し、主婦として子育てもしてきたが、加齢に伴う身体症状の悪化で転倒が増え、H28.2 月から家族の希望で通所リハを導入した。毎月のリハビリテーション会議（以下：リハビリ会議）を通して、向上した身体機能を掃除の場面に活かせるようチームで連携支援しているケース。

安全第一で支援してきたヘルパーやケアマネジャーが、リハ職と同席してアセスメントや支援目標を共有することにより、掃除の部分的なことから本人が出来るように目指した経過を紹介していただき、リハビリ会議のあり方や意義、本人の意欲向上に繋がる介入方法（自立、自律）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）「リハビリテーション会議に参加して IADL の改善が図れた事例」

北九州福祉サービス株式会社ケアプランサービスセンター八幡東
（ケアマネジャー）上地 佐知子 氏

右上下肢麻痺があるので「掃除は転倒するからできない」と思い込んでいたが、通所リハの導入で身体状況が改善したことから「本人の役割をうばっているのかも」と気付いた。

リハビリ会議を活用して、本人ができる活動について再アセスメントし、掃除をヘルパーと共に行うことを提案した。リハビリ会議は本人・家族とチームの支援目標を共有する場となり、自立支援のあり方について考える良い機会となった。

（２）「リハビリテーション会議を活用して IADL の改善を図る」

年長者の里 正寿園デイケアセンター（作業療法士）西川 浩 氏

本人の置かれている状況（評価）を ICF に基づいて説明した後、リハビリテーション（以下：リハビリ）計画の変遷などを報告した。リハビリ会議の定期的な実施で本人・家族の意向や生活の問題点がより具体的にみえ、ヘルパーと連携して IADL 動作（掃除）に働きかけが出来た。

その結果、掃除の部分自立や本人の意欲向上をもたらすことができ、多職種連携の強化で、
①残された心身機能を活かせる ②本人の出来ることを増やす ③重度化予防の可能性が
ある ④やってみようという動機づけや意欲の向上に繋がる ことを実感した。

(3)「生活機能向上に向け通所リハビリと連携した事例」

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八幡東

(介護福祉士) 宮川 亜子 氏

10年以上「安全第一」で家事代行を行なってきたが、リハビリ担当者と一緒に訪問し「3ヶ月でモップ掛けができるようになる」という目標で訪問介護計画を立てた。1ヶ月毎の目標を段階的に示したことで本人の合意も得られ、計画よりも早く立位でのモップ掛けが習得できた。更にあきらめていた部分の掃除にも取組みたいという意欲を示したAさんの『主婦としての役割』に気づけた。

リハビリ会議を通して、転倒予防の視点や床からの立ち上がりの対処方法を具体的に学び、自宅での注意点を教えてもらいヘルパーが安心して活動できた。医師に「好循環で回っている」と評価され、ヘルパーと共に行う支援の成果が実感できた。

(4)「正寿園デイケアセンターの取り組みについて」

年長者の里 正寿園デイケアセンター (理学療法士) 山口 弥生 氏

H27年度介護保険制度改正後の取り組みとして、リハマネジメントの流れ、リハビリ会議の開催状況と効果、他職種との連携で質の高い生活（その人らしい生活）を支援し、住み慣れた地域で生きがいをもった生活に繋がることを紹介して頂いた。

3. 参加者との意見交換

〔チーム連携でアセスメント〕

- ・ 残薬について一般的には認知機能の低下を疑うところであるが、本ケースでは飲み忘れではなく、診察日の前後による余剰分をコミュニケーション障害のため、加減できなかったことが原因と推測できた。丁寧な状況分析で、生活を組立てる生活管理能力があると判断出来た。
- ・ 今回はケアマネが「本人の役割をうばっているかも…」と気づいた。『気づき』をもたらすためには、自分が得た情報を全員に同じように伝え、チームとして同じ方向に支援できるよう心がけている。

〔運動の時間だけがリハビリではない〕

- ・ 個別訓練の時間だけがリハビリではなく、生活全体（＝活動・参加）が大事だと利用者にも介護スタッフにも理解してもらうように気をつけている。そのためにはリハ職がもっと利用者の生活に入っていくことや、その体制づくりも大事である。
- ・ リハビリ会議で担当者が抜ける分の他利用者の個別訓練はリハ職でカバーしているが、余暇時間の過ごし方が活動・参加へのリハビリになることから、集団訓練や脳トレのプリント学習などを介護スタッフが担当するなどの工夫をしている。

〔技術の伝達〕

- ・ リハビリ会議をきっかけに自分の目で技術的な知識を確認し、チームで共有して訪問介護に活用できた。利用者と共に活動する時のヘルパーの立つ位置や持つところ、転倒を未然に防ぐための視点（足の位置や姿勢）等を具体的に教えてもらえたことが特に役立った。
- ・ ヘルパーは「一度転倒したら安全のため動かさない」と考えがちだが、状況を報告すると以後の動き方の指示をいただけるなど相談機能がありがたかった。

〔横の連携〕

- ・ 訪問介護ではリハビリ会議に出席したサービス提供責任者から現場のヘルパーに情報や技術を繋ぐという連携も上手く出来ていた。他機関や他職種との連携に加えて、事業所内のスタッフ同士の「横の連携」も大切だと再認識できた。

4. ミニ講座（別紙参照）

「リハビリテーション会議の有効活用～居宅サービスにおける多職種協働の推進～」

医療法人共和会 介護老人保健施設伸寿苑 （理学療法士） 小川 彰 氏

5. リハビリテーション専門医からのコメント

吉川 真理 氏（産業医科大学リハビリテーション医学講座 助教）

- 今回はリハビリとヘルパーの連携が上手く機能し、好循環となる環境を作ることが出来ていた。この事例から本人の能力を正しく評価することが重要で、出来ないと決めつけて過剰な介助とならない様に注意が必要なが教唆された。
- 残った課題として転倒予防がある。転倒の原因は筋力低下だけではなく、足関節の背屈制限を呈していることから痙縮の可能性が考えられる。痙縮に対しては、装具療法やその他の治療的手段があるなど、原因が究明できれば対応策が広がる。
他にも空間や注意力等の認知機能が要因となることもあり、チームとして情報収集や状況分析していくことが大事になる。

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）

〔チームでリハビリ推進を〕

今回はチームとしてのリハビリのあり方を示してくれた事例紹介であった。住み慣れた地域でいきいきと生活していくためには、社会参加まで含めた「予後を見る力」が求められる。そのためにはこれまでの生活ぶりや本人の価値観等についても興味を持ち、ケアマネジャーを要としてチーム全員で情報を集め、本人の持つ能力を活かすことが「自立支援」の基本である。

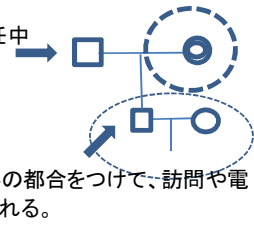
〔リハビリ会議に医師が参加することの意義〕

何らかの要因で要介護になった方の IADL に個別差があるのは当然であるが、「病気がどうなるか」と「加齢によりどう変化するか」をベースに予後を予測し、生活の再構築に取り組むことになる。

そこに医師が参画する大きな意義があり、本人・家族や支援スタッフと共に生活機能低下を最低限に留め、その人らしく暮らせるような支援が可能になる。

通所リハと通所介護の大きな違いは医師の存在である。次期介護報酬改定に合わせて「通所リハビリと通所介護の役割分担と機能強化」が検討すべき項目として挙げられており、違いを明らかにしていくことが今後の課題となるだろう。



ケース概要（第39回 地域リハビリテーションケース会議）						
	Aさん		年 齢	70代	性 別	女性
障害者手帳	肢体不自由 2級 （右不全麻痺）				要介護認定	要介護 1
疾患名	クモ膜下出血後遺症（失語症、右不全麻痺）					
家族状況		主な支援者		キーパーソン		
・県外に単身赴任中 ・手すりを設置  ・市内在住。仕事の都合をつけて、訪問や電話を頻繁にしてくれる。 ・自分で出来ることはどんどんやった方が良く、前向きなタイプ		長男		長男		
		家族機能等				
		夫は県外に単身赴任で一人暮らし。区外に長男家族あり。協力的で月に1、2回の訪問や頻繁に電話がある。夫は盆正月ゴールデンウィークなど長期休暇で帰省する。				
生活歴						
35歳出産時にクモ膜下出血をし、右片麻痺と失語症が残る。子どもを預けてリハビリを実施。以後継続してリハビリ等通院はなく、主婦として子育て、家事を行ってきた。						
時期	経過					
S50年	35歳出産時 クモ膜下出血発症 右片麻痺と構音障害が残存					
	しばらく子供を預けリハビリ実施。以後継続してリハビリ等通院はなく、主婦として子育て家事を行ってきた。					
H16.3	介護保険でヘルパーを利用開始					
H25.3	要支援から要介護1となり担当することになった。以前と同様のプラン（両手作業が必要な調理と掃除の代行を週1回）としていた。					
H27.5	庭先で転倒が増えたため、庭に降りる階段付手すりの貸与開始。					
H28.2	転んだら立ち上がれない等、身体機能の悪化が目立つようになり、家族からリハビリの希望で週2回デイケアを開始。					
H28.6	右上下肢の緊張が軽くなり姿勢が改善。リハ会議で改善した機能を生活に活かし体力維持を図るため、生活機能向上加算を使って訪問介護計画を見直す。OTが自宅訪問しIADLを評価し出来そうなことをヘルパーに助言したことで、段階的に掃除の部分自立を目指すように援助計画を見直し効果を実感中。					
ADL、IADLの状態					住環境・福祉用具等	
寝返り、起き上がり、（椅子からの立ち上がり）： 自立、床からの立ち上がり：台を使用して自立					浴室入口：住宅改修にて手すり設置	
排泄、整容、更衣、入浴： 自立 … 入浴は手すりと浴槽台、滑り止めマットを利用					浴室内：浴槽台、滑り止めマット導入	
移動： 室内自立。屋外は杖使用で自立だが、転倒が多い。車が通るところまで5～10分かかる。					玄関：手すり設置（住宅改修）	
コミュニケーション： 言葉の出づらさがあり、電話は受けるのみ。理解は問題なし。					トイレ：手すり設置（夫）	
掃除： 全介助だったが、ベッド周りの掃除が自立					（庭）：出入り口に階段付手すり貸与。 蛇口までの手すりを夫が設置	
調理： 硬いものを切ることや両手動作のみ要介助。その他は配食の利用も含めて工夫出来ている。						
洗濯： 洗濯機の使用、干す、取り入れ、たたみまで自立						
買物： タクシー利用で自立。週2回通院のついでにスーパーに寄り、買い物カートに荷物を積んで運ぶ。						
医療・社会資源等の状況						
〔医 療〕						
B内科循環器科： かかりつけ医、血圧管理 月2回					C眼科： 白内障 投薬中 月1回	
D整形外科： 膝痛 腰痛 （月2回）			E皮膚科： 皮膚の乾燥かゆみ （月1回）		F鍼灸院（月火金 訪問 木通院）	
〔サービス利用状況〕						
Gデイケア（火金）		Hヘルパー（水）		H福祉用具ショップ（手すり貸与）		
〔自費対応〕						
Iタクシヨク（月～金）		牛乳屋 週2回				

生活目標点検表

生活目標：転倒しないようになりたい。転倒しても自力で立ち上がって、助けを呼べるようになりたい。

		項目	チェック	優先度	課題と対応策（ H28 年 2 月 ）	援助の方針	援助の内容及びその後の状況（ H28 年 8 月 ）
心身機能	身体機能	医学的な問題			- くも膜下出血の既往あり - 白内障 - 膝痛、腰痛がある	- デイケアでのバイタルチェック。一般状態の確認。 - かかりつけ医 投薬中 血圧管理(週 2 回) - 眼科 投薬中 (月一回) - 整形外科(月 2 回) 鍼灸院(月火金訪問、木曜通院)	- バイタルなど一般状態は落ち着いている。 - 膝痛、腰痛の悪化はみられていない。
		全身状態					
		リスク管理	○				
	精神機能	関心・やる気を持てる	○		- ご本人の生活リズムを崩したくない。 - 転倒を繰り返している。転倒するリスクを少なくしたいという目標がある。	- デイケア短時間利用（1～2時間） - 身体機能の維持、向上。必要に応じて環境整備を実施。	- ご本人の生活リズムは保たれており、拒否なくデイケアに通うことが出来ている。 5月に夫が帰宅中に自宅内で転倒。7月にも外出中に転倒がみられている。不安は継続している
		目標を作れる	○				
		精神的安定					
活動	日常生活活動	睡眠		1	- 転倒後自力で起き上がるのが難しい。 - 最近ではバランスを崩した時に体制を立て直すのが難しくなっている。 - 麻痺側の足がひっかかるが増えてきている。 - 移動時に膝痛、腰痛がある。 - 自宅内、屋外で転倒が増えてきている。	- 床上動作訓練。 - デイケアでの筋力増強訓練、ストレッチ、歩行訓練など - 定期的な受診、デイケアでの下肢～体幹のストレッチ、筋力増強訓練。	- 床上動作訓練、支持物を利用して一部介助～見守りで行っている。 - 歩行中に大きくバランスを崩すことが少なくなってきた。 - 移動時の膝痛、腰痛の悪化はみられていない。
		食事を摂る					
		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	- 買い物は週 2 回近くのスーパーまでタクシーで行っている。 - 庭の水やり中に続けて転倒がみられている。 - 家事では掃除、調理(両手を使う動作)以外はほとんどご自分で行われている。 - 薬を飲み忘れている可能性がある	- 大きな荷物の買い物は長男の援助あり。 - 縁側から庭に降りる階段に屋外用の手すりを設置。蛇口から庭まで手すりを設置済み。 - 家事動作を継続していけるように、身体機能の維持、向上を図り、生活機能向上加算を利用したデイケア、ヘルパーとの連携を図る(7 月より)	- 仕事の都合をつけて、自宅訪問や電話が頻繁にあり長男の支援は継続中。杖を使用し自分のペースで買い物が行えている。 - 庭先での転倒はみられていない。水やりは朝晩行えている。 - 掃除動作はリビングやキッチンなどのモップがけをヘルパー見守りの中、ご自分で行えている。以前より気になっていた棚の下も自ら掃除をされるなど、意欲的になってきている。
		家事	○				
		買い物	○				
		自己管理能力(金銭、生活、服薬)					
		留守番					
		認知面(理解、記憶)					
		経済面					
社会参加		生活範囲		3	- 失語症の為、他者と積極的な関わりがもてない。 - 友達と買い物に行くことができています。	- 個別の関わりからうまく話せなくても安心して話せる環境を作っていく。環境に慣れてくれば、少しずつでも他者との関わりも促していく。 - 今後も友人と買い物に行く為の能力の維持を目指す。	- デイケアご利用中やヘルパー活動中、うまく話せないことがあっても、話そうとする事が増えた。 - 本人の望みを聴き取る関わりを続ける。 - 意欲の向上を図るため、チームで情報を集めて介入方法を検討する。
		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	○		- 宅配弁当を月～金、牛乳配達(週 2 回) 鍼灸院(週 3 回来宅、週一回通う) - 緊急時の段取りを決める。	安否確認を含む。 起き上がることが困難な場合、携帯電話を活用して、長男に連絡。	
		地域支援体制					
		緊急時の対応体制	○				
環境因子		家族機能		1	- 近隣と挨拶を交わすなど関係は良好 - 自宅は路地の行き止まりで車が入れる道路まで 50m 程。周辺は坂道が多く、高齢者が多い。	- H28 年 2 月 浴室内入口に手すりを設置。 - 玄関前の階段に手すり、玄関の上がり框に台と椅子を設置済み。トイレ浴室に手すり設置済み。	
		人的交流	○				
		家屋環境	○				
		周辺環境	○				
個人因子		生活歴の特性	○		30 代 出産時にクモ膜下出血を発症。右片麻痺と失語症が残存。主婦として家事、子育てを行ってきた。出来る事は自分で行うことがリハビリと考えて生活している。今後も在宅での生活を希望されている。	- 定期受診、デイケアでのリハビリの継続。デイケア、ヘルパーと連携した IADL 動作への働きかけ。 - ご本人、ご家族や他職種と連携してその時の状況に応じたサービスを提供していく。	医学的な管理、身体機能の維持、向上、ADL、IADL 動作への働きかけ、生活支援環境整備や歩行用具の検討を行い、在宅での生活を継続出来るように支援して行く。
		本人が望むこと	○				

リハビリテーション会議に参加して IADLの改善が図れた事例

1

北九州福祉サービス株式会社
ケアプランサービスセンター八幡東
(ケアマネジャー) 上地 佐知子

- ・ H16年より介護保険の利用を開始(週1回ヘルパー)。
- ・ H25年より要支援から要介護1となり担当する。

Aさんの生活(H25)

〈ADL〉 家の中は独歩で自立

〈IADL〉(屋内)

- ・ スライサーや食洗機を使って片手でできる味噌汁などは自分で作る。
- ・ 野菜など切ることが出来る。
- ・ ふきんは左手で丸めてギュッと絞る。
- ・ 宅配弁当を月～金昼分に取り、インスタント食品や総菜品も活用する。
- ・ 言葉の出にくさがあり電話は受けるのみ。

3

事例

- 要介護1 70才代 女性 独居(夫は県外赴任中)
- 30歳代で出産時にクモ膜下出血を発症。 肢体不自由2級
- 生活歴
 - ・ 右上下肢不全麻痺、失語症(単語やハイ・イエは言える)が残る。
 - ・ 夫はそこから単身赴任で、長男と二人暮らし。子育て、家事全般をこなし、Aさんができないことは長男が助けていた。
 - ・ 長男の学校行事などへの積極的な参加はなく、近所の人とは挨拶程度。
 - ・ 近所の方が、ゴミ出しを手伝いましょうかと言っても「自分です」と昔から言っていた。
 - ・ 犬や猫を飼っていて、犬の散歩に一日1.2回は出かけていた。
 - ・ 月に1回は区外の鍼灸院にタクシーで通い、帰りにデパートに寄っていた。とてもおしゃれ。

2

Aさんの生活

〈IADL〉(屋外)

- ・ 屋外は杖を使って移動する。
- ・ 週に2回タクシーで近所のスーパーで買い物をする。
あらかじめ自宅近所に置いておいた買い物カートに入れて荷物を自宅まで運ぶ。
- ・ ゴミ出しは台車を使うなど工夫して行う。
- ・ 薬の飲み忘れがあることを発見する。

〈環境〉

- 鍼灸院が週3回来る。週1回は通う。 牛乳週2回の配達あり。
- 近隣とは挨拶を交わすなど、関係良好。
- 自宅は路地の行き止まりで車が入れる道路まで50m程。周辺は坂道が多く、高齢者が多い。

4

支援の経過

H27年5月ごろより転倒が増える

- 庭で水やりをしていて転ぶ。
- 一人で起きあがるのに時間がかかる。
- 奥まった住宅地の為、助けを呼んでも他人に聞こえない環境。

5

転倒対策：環境整備をする

- (1) 縁側から庭に降りる階段に、屋外用の手すりを設置
(福祉用具貸与)
- (2) 蛇口から庭まで手すりを設置

夫が手すりを付ける

6

環境整備だけでは不十分。

⇒ リハビリの必要性が出てくる

- 若い頃は転倒しても、骨折もなく一人で起き上がれていたが、最近は一人で起き上がれないことが増えた。
- 助けが呼べないと、命にかかわるのでは・・と感じる。
- 家族より「何度もこけていてこの先どうなるのか。筋力が落ちていると思う。リハビリなどしたほうが良いのでは」
- 主治医「転倒が増え、今後のことを考えてもリハビリの機会を持った方が良い」

7

ケアプランの見直し

【目標】

転倒しても自力で起き上がって助けを
呼べるようになりたい。

(ケアプランに追加)

通所リハビリテーション

- ・ H28年2月から利用開始
- ・ なるべく本人の生活リズムを保つため、週2回 短時間を選択

8

8

リハビリ会議に参加

- ・リハビリの必要性を本人・家族が意識できる。
- ・リハビリの効果をケアマネ・ヘルパーも感じた。

「現在は掃除・調理をヘルパーが代行しているが、本人が参加したほうがよいのでは」と気付く。

本人ができることがないかを再アセスメントして、掃除をヘルパーと共に行う支援に変更。 ◎生活機能向上加算を活用

通所リハ・ヘルパーと連携

- 掃除の中の「何ができるか」について、通所リハOTに助言をもらう。
- 通所リハでどんなリハビリをしているか見学。
- ヘルパーは3か月間の目標を設定し評価する。
- OTがヘルパー活動中に自宅訪問し、本人ができる動作をヘルパーに助言。

11

現在の状況(H28.8)

- 掃除は「ヘルパーさんにしてもらった」だった。
一緒に掃除をするようになり、今までは一人ではできないと思っていた掃除ができるようになった。次々に「掃除したい箇所」が増えてきた。
- 「前よりは転ばなくなった。前はもっと転んでいた。」
どんな時に転びやすいのか、自分では対応が難しいのかが分かるようになった。
- 転んだ時に一人で起き上がれるように訓練している。
- リハビリをする事自体に意欲ができた。

10

ケアマネジャーの気づき

- アセスメントの際に右上下肢麻痺があるので「掃除は転倒するからできない」と決めつけていた。転倒予防・安全の為掃除は「代行の方が良い」と思っていた。
- リハビリの効果が見え、「もしかしたら役割をうばっているのかも」と気付いた。
- 自分の気づきでAさんの生活がこんなにも変わるという事を実感した。
- ケアマネの気づきでいかにその人らしい人生になるかということを実感した。

11

今後について

- 自宅内、外の歩行の安全性を高めるため、通所リハビリで支援方法を検討してもらう。
- 下肢装具の導入を検討することになった。
- 家事代行している部分で、共に行えることがないかを、ヘルパーからの情報や訪問リハビリに見てもらい、支援方法を検討したい。
- 残薬についてはコミュニケーションの問題が考えられるので、通院には長男がかかわるように提案した。
- 言語の訓練があると良いのかもしれない。

12

リハビリテーション会議を 活用してIADLの改善を図る

年長者の里 正寿園デイケアセンター
作業療法士 西川 浩

始めに

出産時のくも膜下出血による後遺症の為、右片麻痺、失語症の障害が残ったが主婦として、家事、子育てを行ってきた。

年齢とともに、身体機能が低下し、出来なくなったことが増え、通所リハに関わることとなった。

リハ会議を通した、本人、家族を含む、多職種によるチームで関わることで、少しずつ見えてきた本人らしい生活と共通の課題。現在も模索しながらチームでアプローチしている症例。

1

基本情報1

- A氏 70代 女性
- 診断名:くも膜下出血後遺症
- 介護度:要介護1
- 障害者手帳:肢体不自由右不全片麻痺2級
- 家族構成:夫は県外に単身赴任中で
ひとり暮らし
- 区外に長男家族が在住

2

基本情報2

- 性格:温和で努力家。失語症となつてからはコミュニケーションとすることに苦手意識がある。
- 生活歴:障害(右片麻痺、失語症)は残ったが、主婦として家事、育児を行ってきた。
- 趣味:買い物、旅行
(ファッションに興味があり、以前はデパートへ買い物に行かれていた)
- 好きな食べ物:チャーハン、おにぎり

3

身体機能評価

- ・右片麻痺
(Br.stage上肢Ⅲ 手指Ⅱ 下肢Ⅲ)
- ・高次脳機能障害(失語症ブローカー型)
- ・痛み(時折、膝と腰の痛みあり)
- ・関節可動域:(右足関節背屈制限)
- ・筋力(上肢:-/4 体幹:3 下肢:-/4)

4

日常生活動作(ADL)

- ・起居・起立動作は自立
- ・入浴、排泄動作は自立
- ・移動:自宅内伝い歩きにて移動
:屋外は杖を使用し移動されている
- ・日常生活活動(FIM):(116/126)
減点項目:入浴、トイレ、移動、階段昇降、
コミュニケーション表出など

5

手段的日常生活動作(IADL)

[全介助を必要とする項目]

- ・掃除
(掃除機がけ、床の拭き掃除、浴室の掃除)

[一部介助を必要とする項目]

- ・調理(両手での作業が必要なもの)
例:炒飯、おにぎりなど

6

住宅環境

- ・持ち家 木造2階建て
- ・トイレ・廊下・浴室・玄関・庭に手すり設置済み

自宅周囲の様子

- ・タクシーに乗るまでの路地(約50m)を10分程度かけて杖歩行している。

7 11

生活スケジュール

起床	朝食	家事 買い物	入浴 (毎日)	昼食	テレビ 鑑賞 通院	夕食	テレビ 鑑賞	就寝
----	----	-----------	------------	----	-----------------	----	-----------	----

- ・通所リハ週2回 短時間利用(1～2時間)
- ・庭の水やり(日課)
- ・外出: 定期受診(月数回) 鍼治療(週1回)
買い物(週2回)
- ・来訪: 自宅で鍼治療(週3回)
訪問介護(週1回)

8

通所リハ利用開始前 リハビリ会議(H28年1月)



A 氏

うーん…
鍼治療…忙しい
短時間。



長男

短時間でも行く気になってくれて
よかった。
年齢とともに身体が弱り、転倒
回数も増えてきた。転倒しにくい
体にして欲しい。

9

リハビリ会議でわかったこと

- ・障害があっても、出来ることは人に頼らずに行ってきた。それがリハビリと考え、それが自信となった。
- ・杖を使いだしたのは約10年程前から(膝、腰痛の悪化)
- ・1～2年前、特に昨年の夏頃より転倒が頻繁になる。(庭先や浴室の入り口、外出先、仏壇前での転倒)
- ・失語症の為、うまく話せず人と関わることに對して、不安を感じている。

10

リハビリ会議でわかったこと



OT

年齢とともに身体機能の低下が進んできている。
今後、家事や買い物などで出来ないことが増え、活動量が低下すれば身体機能の低下が更に進行するかもしれない。

11

12

リハビリ会議でわかったこと



OT

コミュニケーションに対して
苦手意識がありそう。うまく
話せなくても安心してもらえ
るような環境づくりが必要で
はないか。

環境整備や福祉用具
などの活用を検討もし
なくては。

12

2月 環境整備を実施

脱衣室と浴室に段差があり、支えるものが少ない
為、手すりの設置した。

13

(2月)

リハビリテーション計画

リハ計画(P)	実施内容(D)	モニタリング結果(C)	方針(A)
・歩行能力の改善 (転倒リスクの軽減)	・起立訓練 ・歩行訓練 ・筋力増強訓練、ストレッチ	・歩行状態 姿勢が悪く、ふらつくことが多い。 ・疲労感を感じやすい(体力低下) ・上り坂では手摺を使用	・痛みの悪化に注意しながら、歩行状態、体力の向上に努める。

(3月)

リハ計画(P)	実施内容(D)	モニタリング結果(C)	方針(A)
・継続	・立位バランス訓練追加	・歩行状態 歩行距離が延長する (介入当初の約2倍距離を歩く) ・上り坂を杖歩行をすることが増えた	・バランスの強化や体力の向上。

14

(4月)

リハビリテーション計画

リハ計画(P)	実施内容(D)	モニタリング結果(C)	方針(A)
・歩行能力の改善 ・床からの立ち上がり出来る	・床上動作訓練追加	・床からの立ち上がりは軽介助レベル (立つときに引き上げる介助が必要)	・床からの立ち上がり動作が改善する ・歩行状態、体力の改善

(5月)

リハ計画(P)	実施内容(D)	モニタリング結果(C)	方針(A)
・継続	・自主訓練追加	・床からの立ち上がり動作変化なし ・歩行時の姿勢が改善 ・手摺を使用せずに坂道歩行出来る ・自宅で転倒(椅子に座り損ねた)	・自主訓練の定着 ・歩行状態、体力、床からの立ち上がり動作の向上

15

13

リハビリテーション計画

(6月)

リハ計画(P)	実施内容(D)	モニタリング結果(C)	方針(A)
・継続	・継続	・床からの立ち上がり動作変化なし ・5月よりも歩行時の姿勢改善 ・休憩せずに坂道歩行が出来るようになる	・自主訓練の定着 ・歩行状態、体力、床からの立ち上がり動作の向上

16

6月のリハビリ会議

ヘルパーとの連携強化



ヘルパー

歩く時の姿勢や歩き方が以前よりも良くなっていると感じます。



CM

通所リハに行く前と比べて、姿勢や歩き方が改善してきています。

17

6月のリハビリ会議



CM

今掃除はヘルパーさんが全面的に援助を行っていますが、現在の身体機能を活かしてヘルパー活動時に出来るところから一緒にやってみませんか？リハビリの方と協力して行っています。



本人

うーん...

18

6月のリハビリ会議



長男

転倒も減ったし、少しずつ良くなってきているようでよかった。
自分で出来ることがあるなら、運動にもなるし、やったほうがいいよ。



OT

痛みの悪化や転倒に注意が必要ですが、掃除、調理などの活動で出来ることが増える可能性は十分あります。(掃除機かけや炒飯、おにぎりづくりなど)

19

6月のリハビリ会議



Aさん



ヘルパー

やってみる
週一回

今後はリハビリの職員と連携して掃除動作の支援を行っていきます

※最初から難しい課題は設定せず、無理なく、安全に行えるように検討した。

ひと月ごとに段階づけをして、目標をクリアできた場合、次の段階に進めるようご本人の了承を得た。

20

ヘルパー事業所との連携強化

担当ヘルパーと一緒にご自宅を再訪問し、掃除動作のアセスメントを行う(6月)

担当ヘルパーが、リハビリ見学の為、来園される(6月)

担当ヘルパーと一緒に計画書を作成する(6月)

7月～、生活機能向上加算の算定を開始する

必要時に、電話でのやり取りを行っている

21

リハビリテーション計画(7～9月)

リハ計画(P)	実施内容(D)	モニタリング結果(C) 8月現在	方針(A)
・自宅で床から立つことができる ・転倒のリスク軽減 ・掃除動作の向上	・歩行訓練 ・床上動作訓練 ・立位バランス訓練 ・筋力増強訓練、ストレッチ ・起立訓練	・7月外出時に転倒(歩き出そうとしてバランスを崩した) ・モップがけ(座位→立位となる意欲の向上あり) ・支持物を使用して床からの立ち上がり可能(デイケア内)	・自宅での床上動作確認 ・ヘルパー事業所との連携 ・必要時に掃除動作への介入

22

自宅での床からの立ち上がり(9月)

・OTが自宅を訪問



・自宅での転倒を想定。(仰臥位から開始)四つ這いとなりベッドまで移動。ベッドを使用して立ち上がることが可能であった。

23

今後の課題

(1) 転倒リスクの軽減

- その都度、自宅訪問しながら動線やADLを再評価し、転倒状況の情報収集を進めて、環境の整備、移動手段を検討する。

(2) 転倒時の対応

- 転倒した場合に備えて、地面からの立ち上がり練習を、いろいろな想定で実施する(デイケア時)
- 携帯電話などの通信手段を活用して、助けを呼ぶ段取りを決めておく。

24

今後の課題

(3) IADL動作の拡大

- モップがけに加え、状況をみながら掃除機がけやご本人の好きな炒飯やおにぎり作りなど、IADL動作の拡大。

(4) 服薬管理が不十分

- 長男の協力を得ながら、対応していく。

25

ヘルパーと連携して学んだことや感じたこと。

- ① 残された心身機能を活かし、本人の出来ることを増やす、重度化予防の可能性
- ② やってみようという動機づけや意欲の向上
- ③ 通所リハで獲得した行為を生活の場で実施できる
→ リハビリの継続が可能になる
- ④ 身体機能への働きかけ(リハビリ)と生活の中の動き(IADL)がお互いにリンクしていることを実感

26

まとめ

- 通所リハ開始時は身体機能の向上を目標にリハビリを提供。

- リハビリ会議を重ねる中で、ご本人、ご家族の意向や生活の問題点がより具体的にみえてきた。

- 多職種との連携を強化していく中で、IADL動作(掃除)への働きかけが強くなった。

27



- 出来ることが増えて、ご本人の意欲が向上してきた。



- 「他にもご本人やご家族が望んでいることがあるのではないか」と考えるようになった。(調理、デパートへの買い物、ペットを飼うなど)



- 課題は残っているが、今後も多職種連携を通してAさんらしい生活を支援していきたい。

28

生活機能向上に向け 通所リハビリと連携した事例

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八幡東
(介護福祉士) 宮川 亜子

1

Aさんとの関わり

- H16年から週1回の家事代行を行っていた。
- 右片麻痺があり、歩行が不安定だったため、
 - ① 家の中の掃除全般
 - ② 硬い材料を切るなど、両手動作が必要な調理を支援していた。
- 週1回の支援で10年間変化がなかったが、H27年頃より転倒が多くなり、(両膝痛・腰痛がひどくなった)、H27. 5月頃より(転倒したら一人で起き上がれない)状態となった。
- Aさんは「転倒の不安はあるが、ヘルパーと一緒にいたら頑張ってみよう」と前向きであった。

2

通所リハビリテーションが始まって

- それまでは「安全第一」にAさんを支援してきたが、通所リハビリテーションの効果で、本人の姿勢やバランスの改善が目に見えて分かった。
- サービス担当者会議でヘルパーが支援している「家事代行」について、自分でできる所があるのではないか・・・という話になった。
- 生活機能向上連携加算を利用して、家事の可能性をリハビリ担当者にってもらい、一緒に考えることになった。

3

生活機能向上にむけたリハビリ職との連携 《自宅での確認》

- 屋内の環境や導線、生活動作について、リハ職と介護サービス提供責任者が一緒に確認した。
- 掃除について「モップを使えば可能になる」という見立てがあり、その際の注意点を確認した。
- まずは座位から始めて、立位へと進めていくことになった。
- Aさんは頑張る性格のため「やりたい気持ちはあるが、きついな」という不安も口にしていた。

4

生活機能向上にむけたリハビリ職との連携

《訪問介護計画》

- リハ担当者の意見を参考に、3ヵ月後の達成目標を「立位でモップ掛けができるようになる」とした。
- 具体的な計画を立てるため、通所リハでの様子を見学したところ、想像以上の運動が可能で、前向きな方だと分かった。
- 1ヶ月目は掃除の習慣化、2ヶ月目は範囲の拡大、3ヶ月目は座位から立位での掃除ができるようにと段階付けた。
- 掃除にあたっての注意事項を、リハ担当者から説明してもらい、本人・ヘルパーとも再確認した。
- 1ヶ月毎の目標を示したので、Aさんは「できそうな目標なので安心した」と嬉しそうな顔をされた。

5

訪問介護計画の実施(支援経過)

※ 生活機能向上連携訪問介護計画書は別紙のとおり

【3ヵ月後の達成目標】

「立位でモップ掛けができるようになる。」

《1ヶ月目》

達成目標: 台所(居室)から寝室に移動し、ベッドに座ってモップ掛けをする。

援助内容: (1) 屋内移動時の姿勢と足の上がりを観察し、必要時に声を掛ける。
(2) モップ掛けの座位が安定しているか、体調や顔色を観察する。

目標達成状況

- (1) 居室から寝室の移動は安全に行えることを確認した。
- (2) 座位で安定して出来た。自ら立位で行い、見守りで可能だった。

6

《2ヶ月目》

達成目標: モップ掛けの範囲を台所まで広げる。

援助内容: (1) 屋内移動時の疲労度を観察し、必要時に声を掛ける。
(2) 立位でモップ掛けが安定してできるかを確認する。

目標達成状況

- (1) 移動時は声掛けなしでも安定し、疲労感の訴えはなかった。
- (2) 立位でのモップ掛けが、見守りで出来た。
- (3) 移動式の棚を動かすのは、ヘルパーの支援が必要。
- (4) 外出時の転倒による打撲等があり、1回は代行した。(翌週から通常どおり出来た)

7

《3ヶ月目》

達成目標: 台所を立位でモップ掛けする。

援助内容: (1) 寄りかけられる場所を決めて、転倒しない方法を一緒に考える。
(2) 立位でモップ掛け時の疲労度(特に膝、腰の負担)を観察する。

目標達成状況

- (1) 壁に寄りかかったり、椅子を利用する方法で、一人でも出来そう。時々、バランスを崩すのでもう少し見守りが必要。
- (2) 膝、腰の痛みが強い時は、座位でのモップ掛けとすることを本人と確認した。
- (3) 移動式の棚も座位で動かせることを確認した。

8

Aさんの現在の状況

- モップ掛けが自分でできるようになり、自信がついた。
- 掃除を共に行うことで、今まで気になっていた部分の掃除もしたい・・・と、新たに生活の質が上がる事柄を自分で見つけられるようになった。
- 自信がつくことで主婦として自分の家をきれいにしたい思いを、サ責もヘルパーも聞き出せた。

9

まとめ（多職種との連携による効果）

- 通所リハビリの見学やリハビリ会議の説明で、どんな足の状態になると転倒に繋がるのか、実際に確認できて参考になった。
- 座り込んだ後の立ち上がり方や対処の仕方を、通所リハビリで確認し、活動中の注意点の指示をもらうことができ、ヘルパーが安全に共に掃除を行えた。
- 生活機能向上連携実施後のリハビリ会議では、主治医に「今後加齢に伴い筋力が低下してくるが、自宅でも体を使うことで維持でき、家事を自分でする事で出来る事が増え、好循環で回っている」と評価された。
その言葉にサ責も担当ヘルパーも、実際共に動くことで意欲の向上に繋がったと実感した。

10

生活機能向上連携訪問介護計画書 / モニタリング表（報告書）

NO. 1

北九州福祉サービス(株)

お客様名		介護度		訪問リハビリテーション事業所名		アセスメント調査日		作成日			
A様		介護1		Gデイケア		平成 28 年 6 月 20 日		平成 28 年 6 月 27 日			
3ヵ月後の達成目標		立位でモップ掛けができるようになる。						サービス提供責任者 〇〇〇〇			
生活機能アセスメント	A D L の 状 況	項目	現在の状況	改善の可能性	備考	I A D L の 状 況	項目	現在の状況	改善の可能性	備考	
		寝返り	自立		物に掴まって寝返りをしているが、1回では難しく数回かけて体位変換する		調理	一部介助	有	配食弁当利用週5回、後片付けは食洗機にかけ	
		起き上がり	自立		健側の脚を振り上げ2～3回勢いをつけてたら起き上がる。膝や腰の痛みに合わせて行っている		掃除	一部介助	有	右片麻痺のためバランスを崩しやすく、床等の掃除ができない	
		立位	つかまれば可	有	支えがあると立ち上がれる		買物	一部介助	無	重いものは長男買ってくる。通院時少しの軽い買い物はできる。	
		歩行	つかまれば可	有	右片麻痺で歩行が不安定のため室内は伝え歩きで移動する。歩行時バランスを崩してH27庭で転倒した。		洗濯	一部介助	有	右麻痺があるが、左手で姿勢のバランスとりながら洗濯干し行う。時間がかかるが、自分のペースで行う。	
		着衣	自立		座位にて着脱するが、右片マヒのため右に姿勢が崩れないよう気を付けてながら行っている		金銭管理	自立		夫が金銭管理を行っている。	
		入浴	自立		浴室内は必ず手すりを持ち移動。洗身時シャワーチェアでの座位は右に倒れるので注意して行っている		服薬状況	自立		飲み残しがある。自己管理で確実に服薬出来ているか不明	
		排泄	自立		左手だけで衣類や下着を上げ下げするので姿勢を崩しやすく不安定な時がある		精神面	自立		明るく前向きな性格だが、頑張りすぎる傾向が強い。きついとよく言う。	
		食事	自立		左手で、食事をする						
		項目	日々の生活の中で自立して行おうとする行為				お客様及び家族の意向			リハビリテーション事業所の意向	
対象生活行為のアセスメント評価	寝室と台所の掃除(モップ掛け)			(本人) デイケアのリハビリと家でも同じようにやりたいが、頑張りすぎる性格なのでつらくなるかも。危ないところをヘルパーに見守ってもらい、やっていきたい。 (長男) ヘルパーと一緒にして、自分で出来る事が増えた方が良い。			立位でのモップ掛けが可能と考えられる。まずは座位から始め、徐々に範囲を広げる。転倒に備え、右側に着くと、腰痛と膝痛で負荷量を加減する。		転倒すると起き上がれないリスクがあるので リハビリ、生活リハビリ、環境整備を行う。 掃除代行をしてもらうより、誰か見守っている状況で本人主体に行ったほうが良い。		
	達成目標		具体的な介助内容			目標達成状況				モニタリング日 お客様報告日	
1ヶ月	台所から寝室に移動し、ベッドに座ってモップ掛けをする。		・台所から寝室に移動時、姿勢が伸び患側の脚があがっているか声掛け注意しながら、転倒しないよう患側右側から介助します。 ・モップ掛け時 座位が安定しているか 体に負担がかかっているか、体調や顔色を観察しながら共に掃除を行います。			・台所から寝室までの移動時は、患側の脚の上がりに注意して右側後方より見守りし安全に行えた。 ・ベッド上に座り移動しながらモップ掛けを行ったが、本人より7/27立位にてできるとHHが姿勢が崩れないよう見守りしモップ掛けができるようになった。				7 / 27	
2ヶ月	寝室や台所も椅子に座ってモップ掛けをする。		・寝室・台所に移動してモップ掛けをするので、足の運び動きで疲労度を見ながら無理をしていないか声掛けし介助します。 ・立ち上がり時台テーブルやベッドの支えにしっかり手をついているか健側の足に力が入っているか声掛けします。			・移動時 脚の上りを声掛けながら見守りし、寝室・台所を立位でモップ掛けができた。本人、食器棚と移動式の棚の間が気になると言われ、HHが棚を移動してモップ掛けが出来るようになった。 ・8/3(日)に外出時家の近くで転倒。左足すねの打撲と擦過傷のため、体の痛み強く掃除代行となった。翌週からは通常通りモップ掛けが出来た。				8 / 31	
3ヶ月	座位にて寝室のモップ掛けし、台所は流し台に寄りかかって立位でモップ掛けをする。		・台所で立位で寄りかけられる場所を確保し、姿勢が崩れないよう転倒に注意し右側から介助をします。 ・立位では膝や腰に痛み負担がかかるので痛みがないか無理をしていないか動作を見ながら共に掃除をします。							9 /	
評価 (評価日) /	達成度		未達成の原因		生活機能向上加算		維持の根拠		訪問介護計画書		
	達成 ・ 未達成				終了 ・ 継続				説明を受け内容に同意し、受領します 平成 年 月 日 お客様名 印		

訪問介護計画について説明を受け、内容に同意し、これを受領します。平成 年 月 日 お客様(代理人) 印

正寿園デイケアセンターの 取り組みについて

年長者の里 正寿園デイケアセンター

山口 弥生

デイケアの目的

心身機能

昨日回復(座る・立つ・歩くなど)訓練

活動

ADL向上への働きかけ

参加

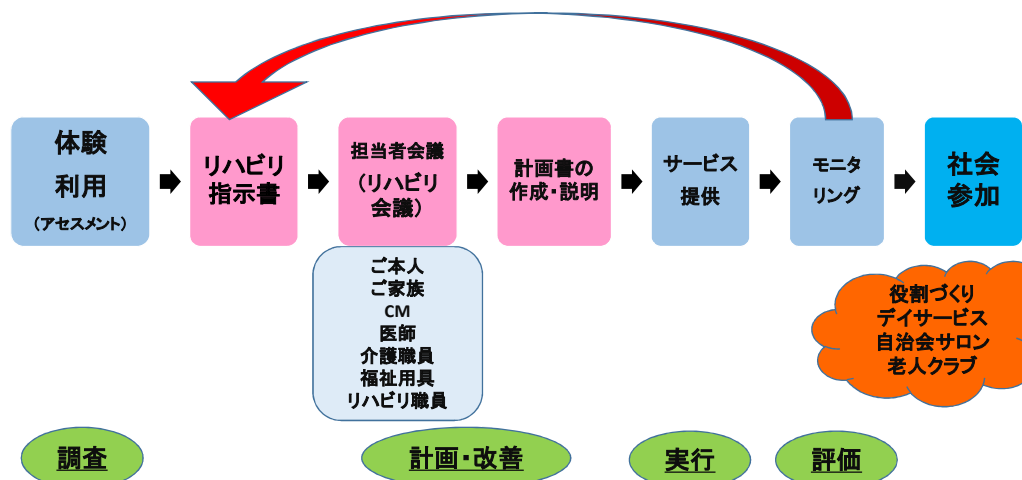
IADL向上への働きかけ(掃除・洗濯・料理・外出等)及び環境調整

社会参加

地域の中に生きがいや役割を持って生活できるよう支援



介護保険改正後のリハビリ



リハビリ会議

- 頻度は週5～6回(ほぼ毎日)
- 会議の件数: 4～5件/日(多い時は、6～7件)
- 日程調整や進行はリハビリが担当
- 医師の役割について
 - ・午前は入所、午後は通所
 - ・病状の説明や各スタッフ発言に対する補足説明等を行っている。
 - ・定期的な出席が出来るよう努めている。

リハマネジメント強化によるメリット

1. 利用者向け健康講座の開催

- ・利用者に不足している健康知識等が明確になり、医師による定期的な講座で補足するようになった。

2. ご利用者に好評（主な意見）

- ・以前よりも医師に相談しやすくなり、病気についての説明が分かりやすい。
- ・親身に話を聞いてもらえるから嬉しい。
- ・定期的に話を聞いてもらえ、分かりやすく説明してもらえるから安心。
- ・勉強会が楽しみ。

3. スタッフの変化

- ・他職種にも分かりやすい言葉を使うよう、意識が高まった。
- ・医師の助言で、本人や家族の心理面について考える機会が増えた。
- ・医師の生活に対するアドバイスが役立っている。

リハビリテーションマネジメントの強化 他職種との連携を強化



質の高い生活(その人らしい生活)を支援



住み慣れた地域で生きがいをもって生活できる。

生きがい＝活動・参加

リハビリテーション会議の有効活用

～居宅サービスにおける多職種協働の推進～

医療法人共和会 介護老人保健施設伸寿苑
小川 彰

本日の内容

1. リハビリテーション会議

- ✓ リハ会議とリハマネジメント加算
- ✓ リハ会議開催の確認
- ✓ リハ会議の流れ
- ✓ リハ会議の効果

2. リハビリテーション会議の有効活用

- ✓ リハ会議を開催するための前準備
- ✓ 退院・退所直後の利用者
- ✓ 自宅生活を送っている途中・利用途中の利用者
- ✓ まとめ

1.リハビリテーション会議

◆リハビリテーション会議

リハビリテーションの観点で、支援方針や方法を共有することであり、最終的にはリハビリテーション計画書を作成する

※平成26年度までは、リハビリテーション会議という文言ではなく、カンファレンスとして実施し、通所リハ・訪問リハともに、リハビリテーション計画書を作成し、リハマネジメント加算として算定



平成27年度からは、リハ会議の構成メンバーでリハマネジメント加算をⅠとⅡに分類

※その他にも算定要件は異なる

項目	リハビリテーション会議	
	リハマネジメント加算Ⅰ	リハマネジメント加算Ⅱ
会議の主な参加者	・事業所スタッフ	・本人、家族 ・事業所スタッフ (医師・リハ専門職・看護職・介護職) ・介護支援専門員 ・他の居宅サービス提供者等
計画書の説明者	・医師、PT、OT又はST	・医師



多職種協働で、かつ医師を交えたリハビリテーション会議が求められる

◆リハビリテーション会議開催(リハマネ加算Ⅱ)の確認

紹介

情報確認

リハ会議

利用開始

サービス提供

リハ会議

サービス提供

・リハマネ加算Ⅱの算定は事業所が単独で判断するものではなく、利用者を含めた関わる構成員で必要性を検討

〈利用開始時から算定〉

パターン①:退院、退所直後
生活環境も異なり、生活状況の確認や多くの課題や目標がある時期

・パターン②:自宅生活を送っている途中からの利用
生活機能が低下あるいは新たな目標を立てた時期

〈利用途中から算定〉

パターン③:利用途中から
生活機能が低下した場合、あるいは新たな目標を立てた場合等、生活状況を見直す必要がある時期

◆リハビリテーション会議の流れ（全国デイ・ケア協会調査）

		備考
日程調整	リハ職・相談員	電話連絡、書面連絡が多い
所要時間	20～30分	初回や課題発生時等は延長することあり
開催時間帯	サービス提供時間内の割合が多い	サービス提供時間が短い利用者は、提供時間外に実施する割合が多い
開催場所	事業所	自宅で開催している事業もあり
司会	リハ職	ついで、相談員、医師である
会議録作成	リハ職	看護・介護は、リハ会議に参加できないことも多い

※リハ会議の前に、事業所にて事前の話し合いあり

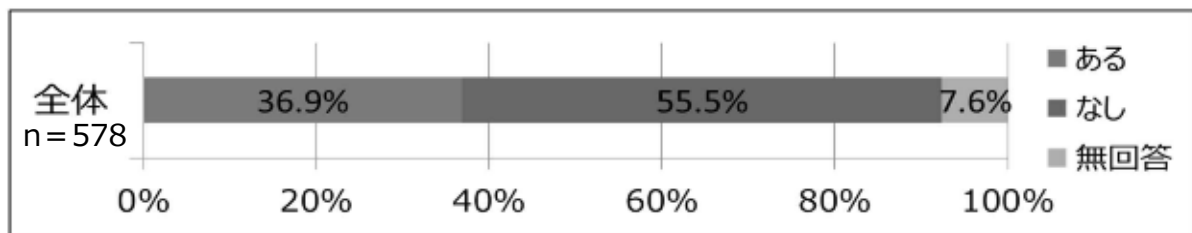
リハ会議は、“生活期で医師が参加する会議”である



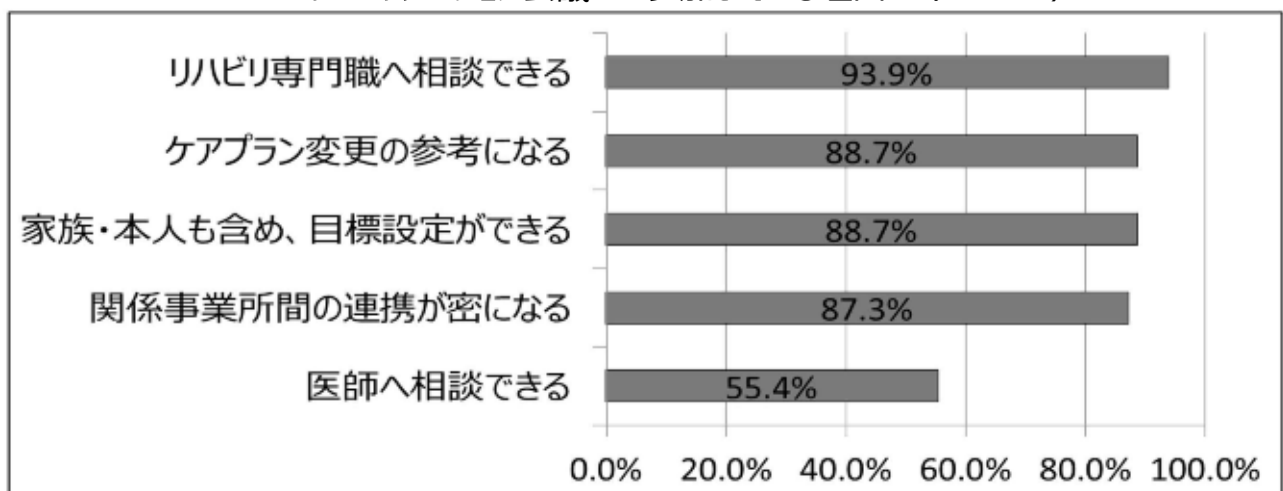
よって、リハ会議の中で、医師から疾患について、薬の効果、今後の見通し等を確認することができる

◆リハビリテーション会議の効果（全国デイ・ケア協会調査：ケアマネジャーの反応）

リハビリテーション会議への参加有無



リハビリテーション会議への参加している理由（n=213）



2.リハビリテーション会議の有効活用

◆リハ会議を開催するための前準備

○ リハ会議の共通認識を図る

- ・法人内部(特に、医師の理解は不可欠)、法人外部への説明
- ・単位ベースでなく目的ベース
- ・リハ会議に関する業務を事業所内で分担
- ・事業所ごとの支援でなく、在宅支援チームとして対応

○ 医師の参加

- ・医師の勤務形態を確認し、対応できる利用者数を把握
- ・医師が参加できる時間帯を把握

当法人の場合

	日程調整	開催時間	所要時間	開催場所	司会
リハ会議	療法士・看護師	11:30～	20～30分	診察室	医師・療法士

- ・リハ会議はデイケア診察日に調整（当デイケア:医師の診察を月1回実施）
- ・新規利用者は、利用日に合わせて、担当医を決定
- ・リハ会議開催前に、5分程度の打ち合わせを実施（利用者の経過等）
- ・リハ会議終了時に、次の開催日をその場で決定

リハビリテーション会議の有効活用

◆パターン① 退院・退所直後の利用者

退院・退所後の利用者は、生活状況が変化し、全身状態や自宅内の移動やADL等多くの課題を抱えている事も多い



有効活用

- ・本人、家族の意見(睡眠状況、食事状況、過ごし方等)を聞ける
- ・自宅での生活を再開後に、多職種で生活状況(事業所での過ごし方)を確認できる
- ・医師による健康状態を確認できる
- ・多職種で課題に対しての遂行状況や今後の対応を確認できる



リハ会議を通して

- ・退院、退所直後に安定した自宅生活をスタートできる
- ・状況によっては、ケアマネジャーを中心とし、プランの見直しを含めた対応が可能
- ・生活状況が安定した時点で、リハマネ加算Ⅰへ変更するのも良いと思われる

リハビリテーション会議の有効活用

- ◆パターン② 自宅生活を送っている途中から利用
- パターン③ 利用途中から

いずれも生活機能が低下、あるいは新たな目標設定を立てた場合等、くらしの変化を認めている



有効活用

- ・現時点の本人、家族が抱えている課題を確認できる
- ・生活機能が低下の場合、医師による医学的な心身機能の見通し、生活の見通しが立てられる(※場合によっては、検査入院等にもつながる)
- ・新たな目標を立てた場合、医師による見通しに加えて、後押しが得られる
- ・医師の診断後に、多職種で課題に対しての対応を確認する



リハ会議を通して

- ・治療方針、支援方針が整理出来る
- ・その時期にあった目標設定を立てることができ、事業所毎の役割が確認できる
- ・状況によっては、ケアマネジャーを中心とし、プランの見直しを含めた対応が可能
- ・経過が落ちつくまでは、リハマネ加算Ⅱ-②であっても毎月リハ会議を開催

リハビリテーション会議の有効活用

これからは、事業所ごとの支援でなく、多職種で、在宅支援チームとしての対応が求められ、その一つとしてリハ会議を有効に活用

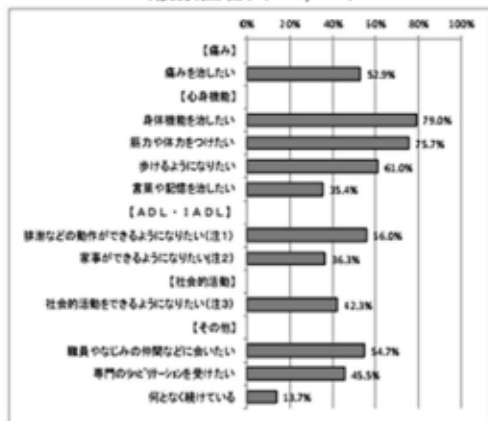
1. 情報を共有できる
⇒生活状況や医学的な情報、各事業所での対応や目標等を共有できる
2. リハ会議は、生活期に医師が参加する会議
⇒在宅支援チームで悩んでいる利用者に対して有効
3. 目標設定の確認ができる
⇒心身機能や今後の生活の見通しも含めた説明が必要な利用者に対して有効
4. プランの見直しができる
⇒サービスプランあるいは方向性を見直す必要がある利用者に対して有効

資料

資料①

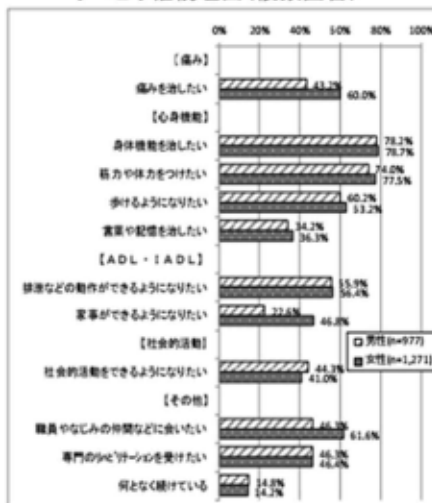
◆リハビリテーション会議開催の背景①

図表21 本人回答:リハビリ継続理由
(複数回答)(n=2,725)



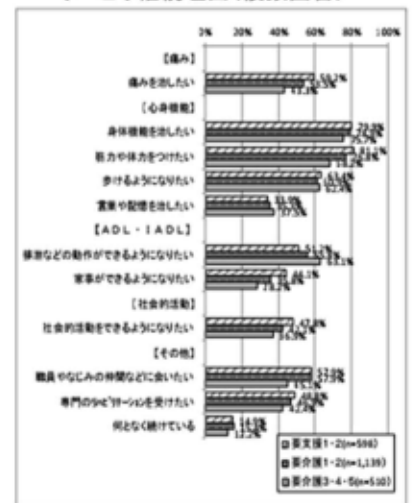
注1)選択肢全文は「日常生活を送る上での基本的な動作(移動や食事、排泄、入浴、着替えなど)ができるようになりたい」
注2)「買い物や掃除、料理など家事ができるようになりたい」
注3)「病氣やけがになる前に行っていった趣味活動や仕事をするなどの社会的活動ができるようになりたい」

図表22 本人回答:男女別
リハビリ継続理由(複数回答)



※ 性別の不明が477件あったが、図中には記載していない。 ※ 要介護度の不明が478件あったが、図中には記載していない。

図表23 本人回答:要介護度別
リハビリ継続理由(複数回答)

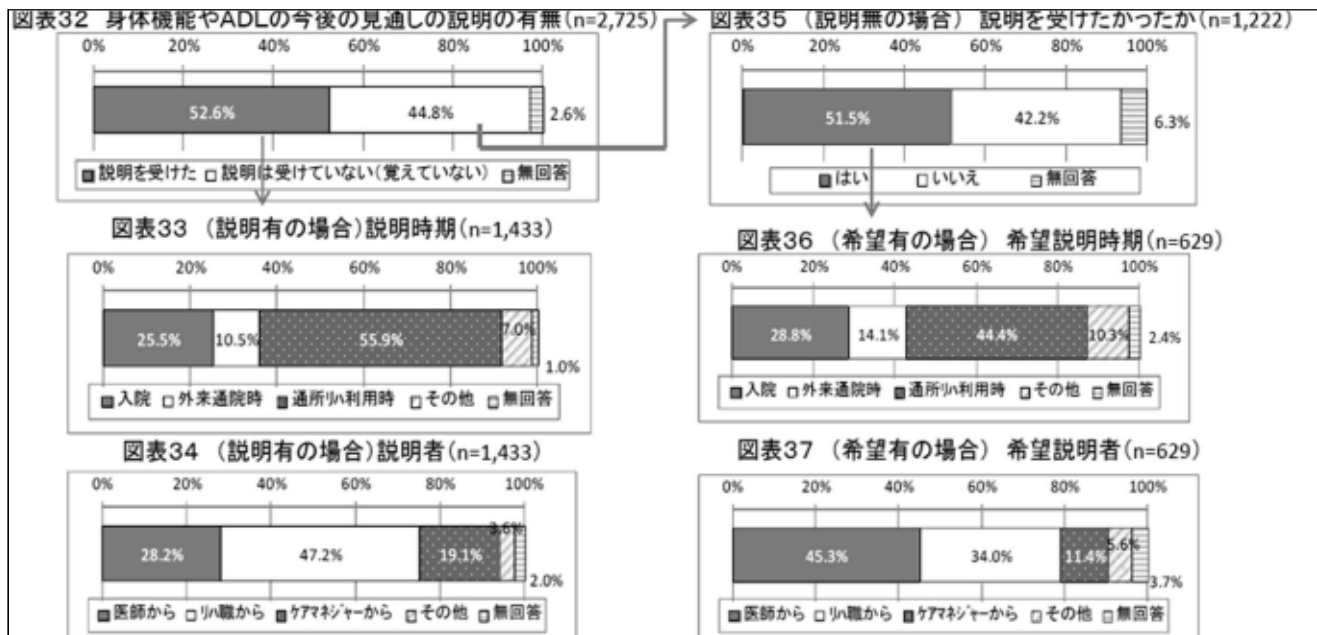


出典：平成24年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査〔平成26年度実施分〕(6)「リハビリテーションにおける医療と介護の連携に関する調査」

利用者本人のリハビリテーション継続理由は、

- 心身機能：「身体機能を治したい」が79.0%、「筋力や体力をつけたい」が75.7%
- 活動：「移動や食事、入浴や排泄などの動作ができるようになりたい」が56.0%
- 参加：「社会的活動ができるようになりたい」が42.3%

◆リハビリテーション会議開催の背景②



出典：平成24年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査〔平成26年度実施分〕(6)「リハビリテーションにおける医療と介護の連携に関する調査」

- ・身体機能やA D L の今後の見通しについて、
「説明を受けた」52.6%、⇒説明時期「通所リハ利用時」55.9%、説明者「リハ職」42.7%
- ・説明を受けていない場合
「説明を受けたかった」51.5%
- ・今後説明を希望する場合
「医師からの説明を希望」が45.3%

◆リハビリテーションマネジメントとは

- ・多職種協働によるリハビリテーション計画の作成
- ・リハビリテーション計画に基づく利用者の状態や生活環境等を踏まえた適切なリハビリテーションの提供
- ・リハビリテーションマネジメントの提供内容の評価とその結果を踏まえた当該計画の見直し等といったPDCAサイクルの構築を通じて、心身機能、活動及び参加について、バランス良くアプローチするリハビリテーションが提供できているかを継続的に管理すること

※「リハビリテーションマネジメント加算等に関する基本的な考え方並びにリハビリテーション計画書等の事務処理手順及び様式例の提示について(案)」(3月25日時点抜粋)

◆リハビリテーション会議実施状況（北九州市:平成27年9月30の調査結果より）

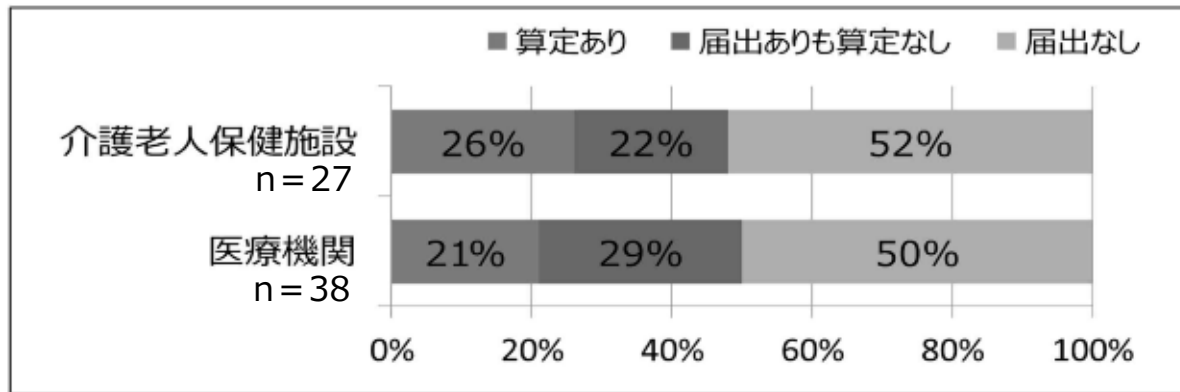
調査詳細

対象：北九州市の介護保険事業所として登録されている介護老人保健施設、及び通所リハビリテーション、訪問リハビリテーション事業所として登録されている医療機関

回収状況

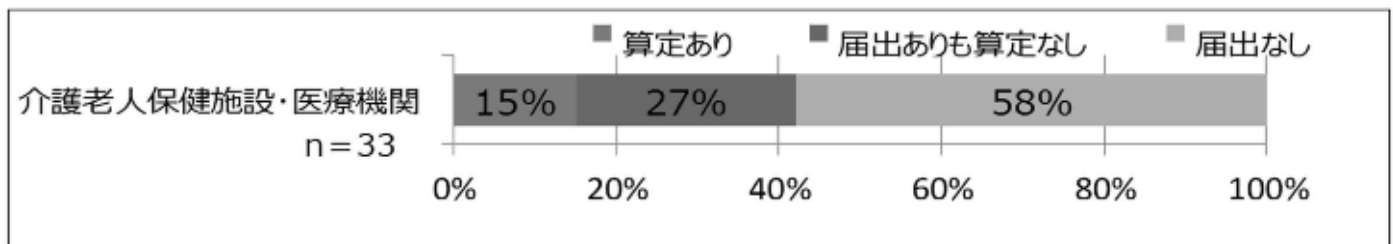
調査対象機関	調査数	回答数	回答率
介護老人保健施設	35	30	85.7%
医療機関	66	54	83.1%

通所リハ：リハマネジメント加算Ⅱの算定状況



算定ありは約2割、届出なしが約5割

訪問リハ：リハマネジメント加算Ⅱの算定状況



算定ありは2割に届かず、届出なしが約6割

リハマネジメント加算Ⅱの算定にあたり、苦慮している点（回答が多かった順）

- ・リハ会議の日程調整
- ・医師の参画
- ・スタッフの充実
- ・利用者を取り巻く構成員の理解を得ること
- ・利用者の了解を得ること



よって、リハ会議を有効に活用する以前に、
会議そのものではなく、算定するために苦慮しているのが現状

第39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28年10月4日（火） 18:30～20:30

場 所：ウェルとばた 中ホール

参加者：299名

回答者：250名（回収率：84%）

（参加者属性） （1）職種別

職 種	人数（人）	割合
医師	3人	1.0%
歯科医師	1人	0.3%
看護師	14人	4.7%
理学療法士	98人	32.8%
作業療法士	52人	17.4%
言語聴覚士	7人	2.3%
ソーシャルワーカー・相談員等	15人	5.0%
社会福祉士	4人	1.3%
ケアマネジャー	62人	20.7%
介護職	35人	5.7%
歯科衛生士	1人	0.3%
事務職、その他	7人	2.3%
計	299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	93人	37.2%
診療所	7人	2.8%
歯科診療所	1人	0.4%
介護保険施設等	28人	11.2%
在宅サービス事業所	115人	46.0%
居宅介護支援	39人	15.6%
小規模多機能型居宅介護	1人	0.4%
訪問看護	6人	2.4%
訪問リハ	10人	4.0%
訪問介護	10人	4.0%
通所リハ	15人	6.0%
通所介護	1人	0.4%
不明	32人	12.8%
統括・地域包括支援センター	3人	1.2%
行政、その他	4人	1.6%

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	226人	90.4%
普通	17人	6.8%
参考にならなかった	3人	1.2%
回答なし	4人	1.6%
計	250人	100%

(一番印象に残った点)

	人数
チーム連携で、本人の意欲向上（生活の質の向上）に繋がった事	31
リハ会議の有効性（計画に沿った手順の確認）	20
他職種の視点や関わり方がみえたこと	19
情報共有でチーム力がアップしたこと	18
利用者の可能性を決め付けるのではなく、気づき・疑問を持つことの大切さ	16
リハ会議の実際（あり方）が分かった	15
リハ会議運営の参考になった	10
多職種連携の重要性	9
生活全般のリハを考えていたこと	6
リハ会議における医師の役割	5
ヘルパーの支援内容	4
チームで支援目標を共有できたこと	3
生活期リハにおける多職種連携支援が分かった	3
生活機能向上連携について	1
地域包括ケア時代のリハビリテーションの在り方が施策的にも整理されてきていることがわかった	1
症例の方にIADL向上が見られているが、ゴールが見えない点。ゴール設定、通リハから通サービス移行の見通し等を更に聞きたい	1

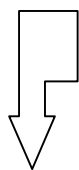
問3 地域リハビリテーションケース会議に参加する目的は何ですか？（複数回答）

	人数	割合
情報整理の方法が学べる	54人	21.6%
他職種の意見が聞ける	182人	72.8%
連携の仕方が学べる	126人	50.4%
社会資源情報について学べる	43人	17.2%
他機関の取り組みが学べる	147人	58.3%
その他	1人	0.4%



(自由記載) ・現状に触れ合えるから

問4 日常の業務において、所属施設以外他職種、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	134人	53.6%
あまり思わない	97人	38.8%
思わない	7人	2.8%
無回答	12人	4.8%
計	250人	

(自由記載)

	人数
連携できる場、情報共有の機会が少ない	14
時間が取れない、人員不足	9
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	6
もっと連携の質を高められると思うので	4
自分から積極的に動けていないから	4
相手によって差があると思うので	4
中心となる人がいない、情報共有の意識不足	3
相手側の職員を知らないから（窓口が分からない）から	1
ケアプラン変更等の書類が届かないことがある	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	228人	91.2%
わからない	16人	6.4%
思わない	0人	0%
回答なし	6人	2.4%
計	250人	100%

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	135人	54.0%
終末期患者の在宅支援事例	108人	43.2%
福祉用具・住宅改修の活用事例	98人	39.2%
施設での取り組み事例	84人	33.6%
インフォーマルサービスの利用事例	105人	42.0%
その他	7人	2.8%

(自由記載)

- ・認知症の在宅介護（1）
- ・目標設定シートについて（1）
- ・地域包括ケアシステム（1）
- ・社会参加への取り組みについて（1）
- ・摂食・飲水に関するリハビリについて（1）
- ・失敗事例（1）