

3 地域リハ資源活用の好事例集

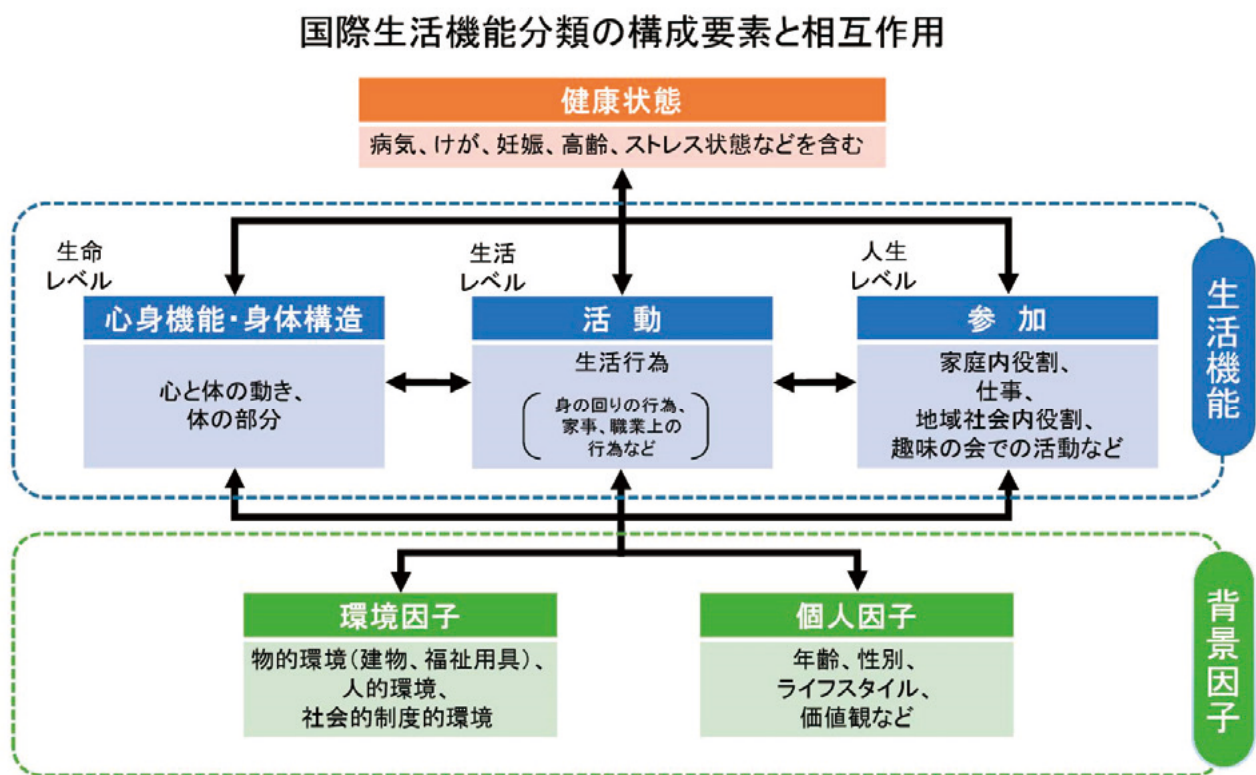
リハ専門職の介入にあたって～介護予防にかかわる共通概念としてのICF～

リハ専門職の介入にあたって、各自はその目的を再認識しておく必要がある。

1 つは、リハビリ本来の目的である生活の再建である。疾病や加齢で失った生活の再構築支援。自立と QOL の維持、向上支援である。再構築支援にあたっての重要な評価が ICF である。リハビリ専門職やケアマネジャー等は人の意思、能力を尊重する ICF の考え方をぜひ介護予防への取り組みの共通概念としておきたい。

ICF (International Classification of Functioning , Disability and Health) は人間の生活機能と障がいに関する分類 (WHO が 2001 年 5 月に採択した) で、人が生きていくための機能全体を「生活機能」として捉え、人の健康をそれぞれの要素が相互に影響し合う状態として整理している。(図3)

＜図3＞国際生活機能分類の構成要素と相互作用



私たちの街で最期まで(求められる在宅医療の姿)日本在宅ケアアライアンス刊 より

「高齢者の地域における新たなリハビリテーションの在り方検討会報告書」では、生活期リハの在り方として、療法士には身体機能へのアプローチに止まらず、特に「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を期待しており、従来の ADL、IADL 向上への働きかけに加え「家庭内での役割づくりや地域の中に生きがい・役割をもって生活できるような居場所と出番づくりを支援する」としている。

2つめは「地域リハ活動支援事業」そのものの目的に合う活動である。

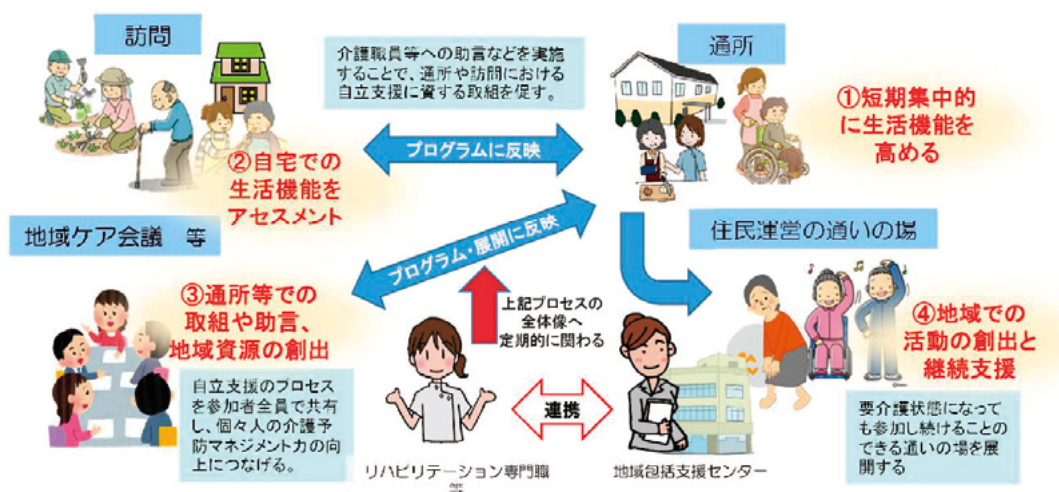
国は地域リハ活動支援事業において「リハビリ専門職等は、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民運営の通いの場等の介護予防の取り組みを地域包括支援センターと連携しながら総合的に支援する」としている。

行政、包括支援センターのみならずリハ専門職は、いわゆる「地域ケア会議」や「住民運営の通いの場」等の事業が単独で実施されるのではなく、図4のように各項が市町の地域包括ケアの欠かせないピースであり、それぞれの事業が相互に関連して住民の介護予防・重度化予防、そして地域づくりにつながっていることを十分に認識する必要がある。

<図4> 地域リハ活動支援事業(南霞ヶ関病院岡持 PT 図)

介護予防ケアマネジメントへ地域リハビリ専門職等を有効活用

- 地域における介護予防の取組を機能強化するために、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民運営の通いの場等へのリハビリテーション専門職等の関与を促進する。



リハビリテーション専門職等は、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民運営の通いの場等の介護予防の取組を地域包括支援センターと連携しながら総合的に支援する。

霞ヶ関南病院 岡持PT資料 ※厚生労働省資料に一部加筆

専門職の活用について「どの職が」「どのように役に立つのかわからない」という行政側の声をよく聞く。また専門職からも「行政が何をしたいのかよくわからない」「丸投げではないのか」という声もある。これは相互理解の問題であるとともに相互の実践不足でもあると思われる。各事業において利用者・家族、住民を中心にした行政、地域包括支援センターと専門職の連携、協働が進めば成果がわかり、課題が整理されてくる。

ここでは専門職の介入による成功事例を紹介する。アウトカムは事例の積み重ねから生まれることがわかる。

【リハビリ支援による自立支援、介護予防等改善事例の紹介】

(1) 地域リハ活動支援事業から

事例1) 通いの場でのリハ職の活用により自立支援を行い介護度が改善したケース

① ケース概要

- ・要介護2（通いの場開始時点） 女性 80代後半
- ・高血圧、アルツハイマー型認知症、右左膝関節症→人工膝関節OPを行う
- ・ADL：排泄（紙パンツとポータブルトイレを使用。一部介助）、更衣（見守りにて可能）、移動（杖を使用。ベッド柵をもつての寝返り起き上がり可能）

② 支援経過

- ・地域での通いの場に参加されており、理学療法士によりいきいき百歳体操の指導
- ・支援を受ける。動きに対して不安定な部分があるため、リハ職により適切な指示をうけ、無理のない範囲で実施する。最初は立ち上がり20回は難しかったが、徐々にできるようになる。
- ・支援内容は、いきいき百歳体操33分（33分）

③ 結果

- ・体力測定結果
 - 握力：右（11.6 kg → 13.3 kg）、左（13.3 kg → 14.7 kg）
 - 片足立ち：右（5.0 秒 → 3.0 秒）、左（2.0 秒 → 4.0 秒）
 - 立ち上がり：12回 → 18回
 - TUG：11.71 秒 → 9.6 秒
- ・全体的に筋力の向上がみられる。立ち上がり、TUGに関しては12回→18回、11.71秒→9.6秒と大きな向上がみられる。
- ・杖により歩行していたが、杖なしでの歩行も可能となる。
- ・介護認定：介護2→介護1となる。

④ 地域包括支援センター、ケアマネジャー、家族の意見・感想

- ・両下肢人工膝関節をいれており、どこまで動かしてよいのか不安もあったが、リハ専門職の方に動き等の指導をしていただくことで、安心して体操を行うことができ、より充実した体操・指導につながった。（包括）
- ・楽しんで体操に行かれている様子で、一つの居場所となっている。本人もできることが増え、喜ばれていた。（ケアマネ）
- ・以前は、杖をなくしての歩行は行うことが難しかったが、適切に体操の指導をしていただくことで、杖なしで歩けるようになり、本当に驚いている。（家族）

事例２）担当者会議から通所サービスＣ、訪問指導利用で、生活機能が改善したケース

① ケース概要

- ・80歳代後半 女性 要支援1 独居 パーキンソン病
- ・頻回な転倒により、外出への恐怖心が強くなり、自宅に閉じこもるようになった。
- ・一人で入浴が行えず、自宅にて清拭している。
- ・元々活動的であったが、地区の会合やバスの昇降も困難になり、外出支援サービスを利用中。

② 支援経過

- ・サービス担当者会議開催（本人・地域包括支援センター・行政・専門職）
- ・転倒への不安から安静重視の生活になっている。そのため心身機能も低下し、生活範囲が狭まり、活動への自信も失っている。通所Ｃサービス利用（週１回）や自宅での自主トレーニングにて心身状態の改善や生活範囲の拡大が期待できる。
- ・自宅で入浴が行えるように、安全な環境を検討する必要がある。
- ・地域とのつながりを再び取り戻すため、安全な移動方法の検討や実際場面での練習・自信付けが必要である。

③ 結果

- ・在宅訪問を実施し、入浴方法の確認と福祉用具を導入 ⇒ 自宅にて一人での入浴が可能になった。
- ・自宅内での転倒もなくなり、杖やシルバーカーにて散歩に行くことが日課になった。
- ・地域の「通いの場」に歩いて参加できるようになり、地域の方との交流も再び可能になった。
- ・バス会社でバスの昇降訓練を行い、一人でのバス利用が可能になった。
- ・再び活動的な生活が送れるようになり、家族や周囲から誉められる事で更に自信が付き、公共交通機関を利用して、一人で旅行することが可能になった。（３ヶ月後）

④ 行政・包括支援センター職員の意見・感想

- ・要介護度は要支援１で変化なし。要介護度については、認定期間内の通所Ｃであり区分変更していない。
- ・利用者さんのやりたい事を聞き出し、予後予測を踏まえて目標・期間を決めて、お互いに共有し取り組んでいく事が大切だと感じた。本人が再びいきいきと生活し、また家族が喜ぶ姿を見ることができて良かった。

事例3) 担当者会議から通所サービスC型利用で生活機能改善、介護保険から卒業したケース

① ケース概要

- ・70歳代後半 女性 夫・娘と3人暮らし 腰椎圧迫骨折受傷後6か月経過
- ・腰痛や体動困難により、オムツを使用しており、移動・更衣・靴下の着脱・入浴等が困難になった。
- ・家事は概ね家族が行っているが、調理は本人の希望も強いため、15分毎に横になりながら家族と共に実施している。
- ・1本杖にて自宅庭先まで出るのがやっとの状態の為、外出や畑作業・恒例の家族旅行にも参加できなくなった。

② 支援経過

- ・担当者会議開催（本人・地域包括支援センター・行政・専門職）
- ・腰痛や転倒への不安から臥床時間が多く、禁忌動作が分からない為、安静重視の生活になっている。そのため心身機能も低下し、生活範囲が狭くなっている。
- ・期間を分けて生活目標を明確化し、通所Cサービス利用（週1回）や自宅での自主トレーニングにて心身状態の改善が期待できる。
- ・自宅で更衣・入浴・調理等が行える様、安全な動作方法指導や道具の工夫、動作環境の検討が必要である。
- ・外出するきっかけ作りとして、自宅周囲や友人との散歩を実施する事となった。

③ 結果

- ・動作指導、福祉用具や自助具の紹介 ⇒ 靴下の着脱や更衣・入浴が自立した。
- ・禁忌動作や運動の必要性が分かり、体力が向上し、立ち座りや歩行スピードも早くなり、オムツが不要となった。また杖無しでの散歩が日課になった。
- ・調理やその他の家事が再び行えるようになり、簡単な野菜の収穫を楽しむようになった。
- ・行動に自信がつき、地区の行事や初詣に出かける等、外出に対する不安や抵抗がなくなった。
- ・「通いの場の必要性」を区長さんに説明し、通いの場立ち上げの一翼を担った。
- ・「通所CのOB会」を立ち上げ、リーダー的役割を担っている。（6ヶ月後）

④ 行政・包括支援センターの意見・感想

- ・要支援2から非該当。介護保険卒業
- ・利用者さんのやりたい事を聞き出し、予後予測を踏まえて目標・期間を決めて、お互いに共有し取り組んでいく事が大切だと感じた。本人が再び地域でいきいきと生活している姿が見られて良かった。
- ・どのように地域で生活するのかを念頭においた関わりが必要だと思った。

地域ケアマネジメント会議試行実施事例から

市営高層アパート 個人宅でも通いの場

ケアマネジメント会議にて
不動・不活発に伴う廃用性の問題を指摘される

元来の世話好きな性格を考慮し、自宅での“いきいき
百歳体操”の開催を提案(運動習慣と役割の創出)



会議後、包括担当プランナーと拠点担当者の働きかけで、本人宅で近所仲間と1回/週開催へ。
自ら、パイプ椅子を買いに出かけるなど準備に奔走

要支援1、84歳女性

H28クモ膜下出血にて入院加療、入院中に介護認定申請。退院後、訪問介護利用。夫(故人)は自治会の世話を長年しており、本人も手伝い(実質は主に)、元来の世話好きでアパート・棟内での交流は活発にしていたが、退院後は動くことに自信が無くなり外出頻度も低下...

包括介護予防
拠点担当者

包括担当プランナー



6ヶ月後体力測定 8人で継続中



通いの場のお世話が
自信の回復へ繋がり、
元の活動への行動変容へ!!



会費を徴収、体操後は
みんなで茶会☆彡



病前、夫と共に実施していた、小学生見守り隊へ
復帰!

事例5) 地域ケアマネジメント会議から訪問サービス等活用による自立支援

短期集中予防支援訪問サービス

要支援1、85歳男性、
 県営住宅8階、妻・娘と3人暮らし
 脳梗塞後遺症、腰椎症、膝痛
 ADLは自立、散歩は時々する
 運動特化短時間通所介護利用中
 日中はTVの前で過ごすことが多い
 家屋内・屋外での転倒が増えてきた

TUG: 18秒

30秒椅子立上: 6回

片脚立 右: 3秒、左: 2秒

【一年後目標】

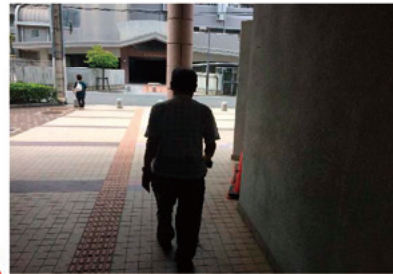
2階にある歯科に自分で受診、
 最寄りのスーパーまで買物に行ける

H29.7.28

西区ケアマネジメント
 会議にて、リハ職の

短期集中予防支援訪
 問サービス

利用の助言有り



散歩コース、転倒歴のある
 場所を確認。散歩コース選択
 について、助言。



実際通われている
 歯科や、スーパー
 まで行き、直接動
 作確認。
 階段昇降の方法
 等について指導。

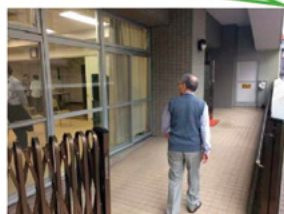


膝痛あり、入浴時
 の起立困難。
 シャワーチェア導入
 などの環境調整。
 入浴動作が楽に行
 えるようになった、
 と本人より。





最初は消極的だった、地域介護予防拠点へ参加。運動の効果も実感し、毎週参加されるように。



自主トレーニング指導。体操を実施した日は、カレンダーに○。毎日継続し、膝関節の疼痛軽減、歩行スピードの改善を自覚し、自信がもてるように。



	初 回 H29.8.21	3ヶ月 H29.11.20
TUG	17.53秒	11.16秒
片脚立 右	60秒(イス)	3秒
片脚立 右	60秒(イス)	5秒
30秒起立	10回	11回
反復唾液	3回	3回
腰・膝痛	有	軽減
運動習慣	無、散歩不定	毎日自主トレ 散歩



短期集中予防支援訪問で自己効力感が高まれば、地域介護予防拠点へ習慣的に参加するという行動変容に繋がる！

事例6) 訪問サービスから通いの場等の活用による自立支援

広島市短期集中予防支援訪問サービス 78歳女性

担当ケアマネより、訪問リハビリの適応があるか助言が欲しい、との依頼から始まる。

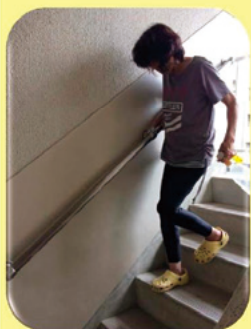
<症例紹介>

H22僧帽弁置換術、H25慢性心不全、ペースメーカー装着。翌年要介護1、以降電動カートを使用。その頃より、夫の体調が悪化、数年間の看病生活が始まる。数力月前にご主人を亡くされ、精神的・身体的にふさぎ込み、**廃用症候群進行**、週1の短時間デイも行けなくなった。夫が亡くなる直前の介護保険更新調査により、**要支援2**に変更。EVなしマンションの2階に居住、手すりにすがりながら昇降、歩行はふらつきあり、労作性の息切れあり。

心身機能・構造 ・労作性の息切れあり	健康状態 ・H22僧帽弁置換術 ・H25慢性心不全、 ペースメーカー装着 ・要支援2	環境因子 ・EVなしマンションの2階、独居 ・電動カートレンタル ・配食サービス(夕食)
活動 ・調子のよい時電動カートでセブンへ行く ・簡単な調理などは実施 ・シャワー浴	参加 ・週1短時間デイ(お休み中) ・通院(ケアマネ同行のこと多い)	個人因子 ・頑張り屋 ・気を遣いすぎるため近所付き合いを敬遠 ・編み物、習字などが趣味

経過 ・ 内容 ①		
7月14日	モニタリング	担当ケアマネより訪問リハの適応があるか見てほしいと相談 ➡純粋な 廃用症候群 であり、 デイの再開 を提案、気分転換を図りながら徐々に活動性をあげ、適切な運動を行うことが必要と評価。 翌週よりデイケア再開。
		区変を検討していたが、デイの再開とともに落ち込みが改善、活動性も少しずつ向上。区変なしで 短期集中予防支援訪問サービス で活動性の向上を図ってきたいとのことで、正式依頼あり。
8月10日	担当者会議	かかりつけ医院で医師・薬剤師等他職種同席の下、実施。 一年後目標「 しっかり歩いて入院せずに元気に過ごす 」 小目標「 花の水やり、ごみ捨てがこげずに安定してできるようになりたい 」 「 買い物は自分でしたい、楽にできるようになりたい 」
8月16日	初回訪問	階段昇降、庭のみずやり等の動作確認。動作後息切れあり、適宜休憩。 毎食前、椅子立ち上がり10回・下肢伸展拳上左右10回の自主トレ指導。
8月23日	通いの場 体力測定に参加	片脚立位：右 60秒 左60秒 (手すり使用) TUG：24.24秒 30秒椅子立ち上がり：8回 LSA：33点
8月30日	2回目訪問	通いの場参加後、筋肉痛が出現。痛みにびっくりされたとのこと。 筋力増強についてのプレゼンを行う。 スーパーAの店内を電動カートで移動の練習を実施。
9月13日	3回目訪問 通いの場に参加	健康運動指導士の指導がある通いの場。 無理をする性格であるため、過負荷にならないよう、回数などを助言。

初回訪問



通いの場支援～体力測定に参加～



初回と2回目の間
通いの場 6カ月後フォローに参加
片脚立位: 恐怖心強く手すりを使用
左右60秒
30秒椅子たちあがり 8回
TUG: 24.24秒

2回目訪問 スーパーA 移動練習



3回目訪問 通いの場 参加

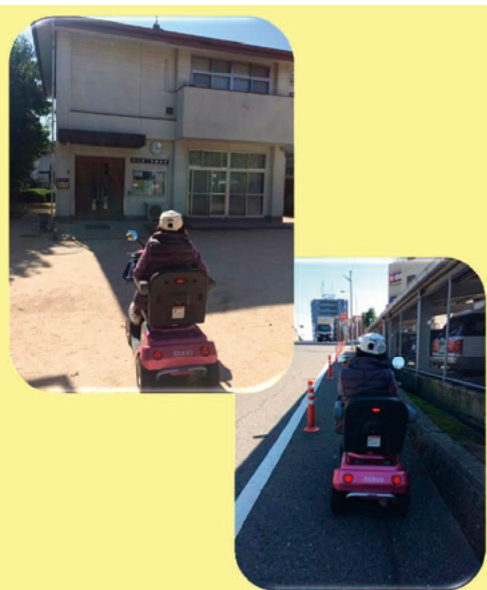


経過 ・ 内容 ②		
9月27日	4回目訪問	スーパーBの店内を電動カートで移動の練習を実施。 風邪を引かれ、体調を崩される。入院を勧められるも、自宅療養を希望。 頻回な通院のため、訪問サービスお休み。
10月26日	5回目訪問	手芸教室への参加についてケアマネより提案あり。 電動カートで会場までのルートを実際に確認。
11月2日	6回目訪問 手芸教室へ参加	ご本人より事前に代表者へ連絡。集会所の2階であり、階段昇降の動作確認。 身体の様子をみて、メンバーの方が椅子を用意して下さる。 30分程度見学後、 ご本人が残られることを希望 。 事前にルートを確認していたため、先に療法士は帰宅。 後ほど、電話で確認すると、最後までメンバーと楽しまれたとのこと。
		翌週1人で手芸教室に参加
11月15日	最終訪問 通いの場に参加	体操する機会を作りたい、と再度参加の希望あり。一緒に通いの場へ参加。 体力向上しており、以前の様に息切れなく取り組まれること可能。 時間となり途中で、療法士は帰宅。ご本人は 最後まで参加 される。 片脚立位：右 44秒 左51秒 TUG： 30秒椅子立ち上がり：15回（手すりなし） LSA:78点

4回目訪問 スーパーB 移動練習



5回目訪問 手芸教室の会場動線確認



6回目訪問 手芸教室 見学・参加



7回目 最終訪問 通いの場 参加



前より
しんどくないね。
また来週も
参加できそう!

片脚立位: 右 44秒
左 51秒
30秒椅子立ち上がり: 15回
TUG: 未評価
(自宅にて)

まとめ

心身機能・構造 ・労作性の息切れあり

健康状態
・H22僧帽弁置換術
・H25慢性心不全、
ペースメーカー装着
・要支援2

環境因子
・EVなしマンションの2階、独居
・電動カートレンタル
・配食サービス(夕食)

活動
・週に数回、コンビニやスーパー
へ買物へ行く(電動カート)
・簡単な調理などは実施
・シャワー浴

参加
・短時間デイ(週1)
・手芸教室(週1)
・通いの場(週1)
・通院(体調不良時はケアマネ同行)

個人因子
・頑張り屋
・気を遣いすぎるため近所付き
合いを敬遠
・編み物、習字などが趣味

・ ご主人のご逝去による、精神的落ち込みからくる**廃用症候群**であり、気分転換にデイサービスを再開、という切り口から、ご本人の活動性を徐々に上げていくための支援が可能となった。段階的に活動性をあげていくため、自宅内でできる簡単な体操指導を始め、経過の中で少しずつ動作が行いやすくなっていくことを実感される。

・ もともと、編み物や習字など、趣味をお持ちで、デイサービスも作業活動主体の事業所を選ばれていた。趣味の編み物を通じた、参加・活動の場があれば、という担当ケアマネジャーの思いと実際の支援が上手く繋がり、活動範囲の拡大につながった。

・ 近所の**通いの場の立ち上げ支援に協力した療法士が、本症例の担当になったことも、通いの場につながった要因の1つである。通いの場支援を通して、本症例の今後の経過を見守ることも可能。**

事例7) 地域ケア会議から「栄養」「口腔」等のアドバイスの活用による自立支援

報告ケースの紹介（自立につながった・改善したケース）

医療

生活機能低下を来している痛みの対応が必要であるが、鎮痛剤の処方が少ないため、主治医連絡が必要である。その際に、うつ傾向への対応やリハビリの可否についても併せて相談するとよい。

主治医連絡した結果、

- ・リハビリは行っても良いこと
- ・生活状況を伝えることで鎮痛剤の追加処方がされた
- ・うつ傾向は専門的な治療は必要ないことを確認する。

結果、痛みが緩和され、地域介護予防拠点で週1回いきいき百歳体操に参加することになった。また、歩行機能が向上し、室内の手すりを一部返却することができた。

口腔・栄養

義歯が合わないことによる咀嚼時の痛みがあるため、歯科受診が必要である。また、BMIが低いことや亜鉛不足による味覚異常があるため栄養改善の指導が必要である。

専門職からの助言ということで歯科受診に繋がった。義歯調整により食事が楽になり食事が楽になった。また、栄養指導はデイサービスの栄養士から行ってもらい、亜鉛の多く含まれている食事を摂ることで味覚異常が改善した。

口腔・栄養

BMIが15.8と低いため、食生活のアセスメントをしっかりと行ない、栄養価の高い食事を摂れるよう支援する必要がある。

健康管理のためと、自己判断で配食弁当を減塩食としていたが、専門家からの意見ということで普通食に変更したところ食事量が増え元気になり、受診できていなかった歯科医院に受診できた。体力がついたことでふらつきもなくなり、地域のサロンに通うことができるようになった。（日常生活自立度A1→J2）

運動

下肢筋力低下があるため、短期集中運動型デイサービスがよい。近所づきあいがないため、卒業後は介護予防拠点の参加が望ましい。運動後にたんぱく質の摂取をするなど栄養改善のための助言も行くとよい。

短期集中運動型デイサービスを経て介護予防拠点への参加に繋がって、全てのサービスを卒業した。介護予防拠点で近所の方と顔見知りになり、近所で挨拶できる人が増えた。高齢者は肉を食べない方がいいという意識が変わり、肉料理を摂ることで体力もついた。自信が付き、サロンではボランティアとして得意な手芸を披露されている。

1

口腔機能に関する助言例（地域ケアマネジメント会議の報告ケースより）

【新規ケース報告時】

- ・口腔機能：部分義歯、基本チェックリスト該当なし、歯科医院の定期受診なし

専門職からの助言

- 部分義歯で口渇を引き起こす薬を内服しているため歯科医院に定期受診を勧めるように

【支援結果】

- ✓ 唾液が出にくいという自覚症状があることを確認し、歯科医院に受診を勧め、月1回の定期受診に繋がった
- ✓ 歯科受診の結果、口腔清掃や義歯の調整を行うことで口腔環境が整い、本人から「こんなに変わるとは思わなかった」との感想であった。

改善

【新規ケース報告時】

- ・口腔機能：総義歯だが、基本チェックリスト該当なく、アセスメントシート問題なし
- ・BMI 19.1
- ・目標：野球観戦に行けるよう、歩行を安定させ自信をつけたい

専門職からの助言

- たんぱく質の摂取が少ないため、動物性のたんぱく質を積極的に摂るように

【支援結果】

- ✓ たんぱく質を摂る必要性を理解し、肉を食べようという気持ちになったが、肉を食べるためには十分に噛めないため、歯科医院で義歯の調整を行った。結果、体重が2kg増加し、体力がつき、意欲的になった。

【ケースを通じて】

- 普段の食事内容や現在の食形態はいつからかを把握した上で、「半年前に比べて固い物が食べにくくなったか」（基本チェックリスト）や「何でも噛んで食べられるか」（アセスメントシート）の確認が必要である。

改善

2

その他の口腔に関する主な助言の紹介

助言内容	助言を踏まえた対応
・義歯が合わないことによる咀嚼時の痛みがあるため、歯科受診が必要である ・また、BMIが低いことや亜鉛不足による味覚異常があるため栄養改善の指導が必要である。	➢ 専門職からの助言ということで歯科受診に繋がった。義歯調整によって食べることが楽になり、食事が楽しみになった。 ➢ また、栄養指導はデイサービスの栄養士から行ってもらい、亜鉛の多く含まれている食事を摂ることで味覚異常が改善した。
・ドライアイのある方は、口渇もあることが予想される ・骨粗しょう症の薬でリカルボン等は、抜歯が出来なくなるため歯科受診を必ず行っておく ・インプラント装着、骨粗しょう症の場合、インプラントに1度炎症が起きると止まらず、ポケットができてしまい、再度、インプラント装着は不可能、前がインプラントだと奥歯に義歯が入れにくいことから、半年に1回は受診が必要	➢ 地域包括支援センターから要支援認定者・事業対象者に向けて、歯科受診を勧奨中

3

(広島市地域包括ケア推進課提供)

(2) その他の活動から

事例 8) リハビリ相談から、期間限定で訪問リハを活用して自立支援を行ったケース

① ケース概要

- ・男性、60代、要介護2、介護付き有料老人ホームに入居中
- ・糖尿病、糖尿病性網膜症、脊髄硬膜動静脈瘻術後両下肢麻痺（T2レベル残存）
- ・ADL：FIM85点（排泄：ポータブルトイレ全介助、更衣：下衣の上げ下ろし全介助、移動：車いす、屋内自立。屋外未実施）

② 支援経過

- ・入居後1年が経過。プッシュアップが困難となり、更衣・排泄時の介助量が増加。地域包括支援センターに相談があり、訪問看護ステーションのリハ専門職（広域C）へ評価依頼。
- ・ケアマネジャー、地域包括支援センタースタッフと同行訪問。
- ・運動機能低下の原因は、閉じこもりの生活にあると考えられた為、生活空間拡大を目的とした外出訓練の必要性があると考えられ、期間限定し、訪問リハサービスの利用を勧める。
- ・訪問リハ開始（週1回）。主治医より移乗動作の獲得と自主トレーニング指導の指示。

③ 結果

- ・両上肢筋力向上訓練：チューブトレーニング等を実施。それを自立してできる環境を調整する。→移乗動作の介助量軽減が実感できるようになる。
- ・屋外車いす自走練習：安全に自走可能な散歩コースを検討、走行練習を実施。
→2kmのコースを50分程度で移動が可能となる。
- ・買物練習：車いす自走で安全に行くことができる、コンビニエンスストアを利用する。
→歩道を通り店まで移動。ドアの開閉は店員に依頼し、店内は車いすで移動可能となる。
- ・自動車乗降練習：友人と自動車外出できるようになる為、普通乗用車の乗降練習を実施。
→助手席への移乗が自立できるようになる。
- ・排泄動作練習：排泄動作自立の可能性があると判断し、下衣の着脱方法を練習。
ベッドや家具、車いすの配置を評価。→安全な排泄動作が自立して可能となる。
- ・約3ヶ月で支援終了。

④ 地域包括支援センター、ケアマネジャー、施設スタッフ、本人の意見・感想

- ・生活機能評価をお願いできるリハ専門職が近くにいてよかった。（包括）
- ・閉じこもりを改善する方法が分かった。本人もできる事が増え喜んでいた。（ケアマネ）
- ・排泄が自立できる方とは考えられなかった。（施設スタッフ）
- ・難しいことは全て手伝いをお願いしていた。自分でできることはやりたいと思う。（本人）

事例 9) 包括 C、療法士の協力により、自宅でオレンジカフェ（認知症カフェ）を始める

① ケース概要

- 夫婦二人暮らし。もと教員で、退職後自宅で手打ち蕎麦屋を経営。
- 夫が認知症となる。
- 地域包括支援センターの勧めでM保健センターで開かれているオレンジカフェ（とまり木カフェ）に夫婦で通う。

② 専門職からの助言

- とまり木カフェで、〇市の「認知症カフェ推進事業」の話になる。
もともと病院ボランティア等地域活動に熱心だった妻は、事業について関心を持ち、カフェに協力している作業療法士や認知症地域支援推進員とその事業について検討。
- 専門職として事業の立ち上げや、その後の運営等にも継続的に協力する方向で協議。

③ 経過概要

- 自宅でオレンジカフェ開催の意向を固める。
- 自宅でのオレンジカフェの実際について、市内の他の事例を認知症地域支援推進員が見学案内を行う。
- カフェ運営の協力者を募る。
- 開催に向けてのミーティングを重ねる。（地域包括支援センター、リハ専門職、認知症地域支援推進員、社協等）
- X年7月、オレンジカフェ「耳をすませて」を開設。（第2火曜日定期開催）
毎回、地域包括支援センター、リハ専門職、認知症地域支援推進員も参加協力。

④ 地域包括支援センター等スタッフの意見、感想

- 認知症の啓発にオレンジカフェは欠かせないし、地域の資源として拡大、展開は行政としても地域包括支援センターとしても課題であるが、本件のようにリハビリ専門職に認知症地域支援推進員等と協力して、カフェの運営に直接、間接的に関わってもらえることはたいへん心強い。



（自宅でのオレンジカフェ
「耳をすませて」の一場面）

事例 10) ヘルパー研修への協力。地域で身近な地域リハ広域支援センターの活用事例

① 依頼経緯内容

- ・〇社会福祉協議会から地域リハビリテーション広域支援センターに研修の電話依頼あり。
- ・テーマは生活リハビリについて。
- ・いつ頃の開催希望であるか確認し、応諾。

② 対応した経過

- ・講師予定のリハビリスタッフが〇社会福祉協議会を訪問。
- ・依頼責任者から、「目的」「具体的な内容の希望」「研修時間」「参加予定人数」「参加者の経験年数」「会場」などを確認。
- ・その内容を参考に研修資料を作成。

③ 研修実施内容

- ・テーマ①「生活リハビリって何？」と題して、健康寿命、要支援と要介護の原因疾患、住環境、ADL、IADLを題材に、生活リハビリの重要性について講義した。
- ・テーマ②「介助に生きるリハビリの視点」と題して、重心と支持基底面をポイントとして、実際の現場で活かせる視点で、実技を交えながら講義した。
- ・講義終了後、質問時間を設けた。

④ 結果・感想

- ・研修会：1 時間
- ・参加者約 50 人
- ・終了後の意見、感想
 - 「実技もあり楽しく参加できたので、また続きをやってほしい」
 - 「地域リハビリ広域支援センターに研修の依頼ができることを知らなかった」
 - 「もう少し質問時間をとってほしい」
 - 「リハビリスタッフからの講義は新鮮だった」
 - 「生活リハビリの大切さを知ることができた。お世話型の介護にならないように、できることはやってもらうように援助したい」

事例 11) 圏域地域ケア会議における専門職（OT）の助言による効果

事例：新興住宅地での圏域地域ケア会議～作業療法士の参画経験～

はじめに

わが国では2025年を目途に地域包括ケアシステムが推進されており、地域ケア会議もその一端として位置づけられている。福山府中医療圏域の取り組みとしても、地域ケア会議への療法士の参画が進められている。しかし、圏域地域ケア会議での療法士の実践報告は少ない。そのため、圏域地域ケア会議における療法士の役割は不明確である。

報告者はOTとして、圏域地域ケア会議に参画し、地域住民と地域課題を検討した結果、住民が主体となって地域課題を検討し、解決のためのボランティア・グループを発足するまでに至ることができた。

本報告では、報告者の経験から圏域地域ケア会議におけるOTの役割を検討したので報告する。



結果

アンケート配布はA町に居住する75歳以上の高齢者175名に行った。結果、有効回答数は169。回答率は96.6%であった。

アンケートの結果から町内会役員と方向性の検討を行い、住民へ結果報告と住民参加のワークショップを行った。

ワークショップの結果から地域課題を解決するための意見が挙げられ、7つの大項目にまとめることができた。7項目は、1.町の環境、2.移動、3.買い物、4.町内会活動、5.ゴミ、6.学習、7.ボランティアである。ワークショップの後、住民主体で検討会を行うようになり、最終的にボランティア・グループを発足することとなった。



地域の背景

対象地域は広島県福山市A町。人口約1300人。1960年代、福山市に製鉄所が発足し、急激に人口が増えたため、山を切り崩してできた高台にある新興住宅地である。そのため住民は県外からの移住者で多く占めている。

町内にはスーパーやコンビニなどの店舗や、住居以外の学校や交番、病院などの施設がなく、

買い物や必要なサービスを受けるためには町外に出なければならない環境である。



地域からの依頼

対象 75歳以上の高齢者

- 町内の高齢者が住みやすい町づくりをするためのアンケート作成
- 住民と検討して解決策立案の促進

方法

1. アンケート作成と実施
2. 町内会役員へ報告と検討
3. 住民説明と住民参加のワークショップの開催
4. 住民主体の検討会からボランティア発足

考察

本報告において、OTは1.アンケート作成の助言、2.町内会役員へ報告と検討、3.住民説明と住民参加のワークショップを行った。

地域住民は医学的な知識や生活行為に基づいた専門知識が乏しいため、その専門性に裏付けされた助言をすることは有効であったと考える。

圏域地域ケア会議では、問題点を住民から抽出するために、アンケートを用いられることが考えられるため、アンケート作成に関する専門的な知識が必要と考える。また、地域住民との会議を行う機会が多いため、円滑に会議を進めるためのファシリテーションの技術は必要と考えられた。

今後は、多くのOTが圏域地域ケア会議に参画できるためにも、地域ケア会議でのOTの役割を明確にしていきたいと考える。

介護予防・重度化予防実践の手引
～生活機能向上に向けた専門職のサポート編～

広島県地域リハビリテーション広域支援センター
広島県栄養士会
広島県歯科衛生士会

発行年月	平成 30 年 3 月
発 行	広島県老人保健施設協議会
	〒722-0393 尾道市御調町市 124 番地
	公立みつぎ総合病院内
TEL	0848-76-1111【内線】1423
FAX	0848-76-3002
