

第 46 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相談支援事業をととして自立に向けた ケアマネジメントを考える ～多職種協働による効果～

1. まとめ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・1
2. 資料・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・7

(1) 事例報告

【事例 1】 本人の想いや気持ちを理解することで「自助力」の向上がみられた事例

地域包括支援センター小倉南 1 介護支援専門員 石田 裕子 氏
小倉リハビリテーション病院 理学療法士 砂川 尚也 氏

【事例 2】 自立に向けたケアマネジメントにより、介護保険サービスから卒業できた事例

地域包括支援センター八幡西 1 介護支援専門員 有馬 美加子氏
戸畑リハビリテーション病院 理学療法士 大森 岳 氏

(2) ミニ講座「ストレングスを活用したケアマネジメントとケアマネジャーの役割」

NPO法人ケアマネット 2 1 代表理事 白木 裕子 氏

(3) 事業説明 保健福祉局地域リハビリテーション推進課

リハビリテーション推進係長 久保 かおり氏
小倉リハビリテーション病院 理学療法士 砂川 尚也 氏
戸畑リハビリテーション病院 理学療法士 大森 岳 氏

3. 参加者アンケート結果・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・23

第46回地域リハビリテーションケース会議 まとめ

日 時(配信期間): 令和2年10月1日(木)～令和2年10月30日(金)

方 法: オンラインセミナー(オンデマンド配信)

テ ー マ: リハビリテーション相談支援事業をとおして自立に向けたケアマネジメントを考える

～多職種協働による効果～

申込者数: 312名

視聴回数: 475回

1. ケース検討の概要

【事例1】本人の想いや気持ちを理解することで「自助力」の向上がみられた事例

事例 1	A 氏	年 齢	91 歳	性 別	男性
診断 名	脳梗塞、高血圧、軽度認知障害、難聴			要介護認定	要支援1
家族機能等		生活歴			
妻と2人暮らし。2人の子供は北九州市在住。長男は近所に住んでいる。		元大学教授。大学教授退職後も北九州関連施設での仕事を務めあげ80歳で退職した。退職後は妻と一緒に畑に行き、野菜を作っている。長年、生物学の研究を一筋にしてきた真面目な性格である。			
経過・身体状況					
平成23年に脳梗塞発症したが著明な麻痺はみられなかった。その後平成28年に骨粗鬆症の診断を受けたが特に大きな既往なく経過していた。移動については、屋内は支えなく自立、屋外は竹杖を持ち歩行し、妻と散歩にも出かけていた。平成30年10月頃から、歩行時に腰から大腿部にかけて力が入らず立ちすくんだり、また言葉がスムーズに出てこないなどの自覚症状が現れ、平成31年2月に妻が地域包括支援センターに「4点杖を購入したい」と相談した。					
ケアマネジャーからの相談内容			同行訪問によるリハ専門職の支援内容		
生活状況に変化がみられており、身体状況の確認をしたうえで運動の必要性があれば提案して欲しい。また本人が介護保険サービスの利用に拒否的な状況であるが、体力・身体機能低下を予防する為に、専門職がいる通所サービスを導入したい。			・身体状況および生活状況の確認を実施 ・本人の気持ち（意向）の確認 ・一般的な運動の助言とチェック表を渡し、自主的な運動を提案		
リハ専門職によるICFを使った課題整理			モニタリング訪問時の様子		
課題整理 健康状態 ・ 高齢 ・ 大きな既往歴なし 心身機能・構造 ・ 体力の低下 ・ 高度難聴による外部からの情報入力減少しているが理解は良好 ・ むせ 活動 ・ ADL自立 ・ 散歩の習慣あり ・ 新聞は毎日目を通す ・ 庭の手入れ・掃除 参加 ・ 友人も高齢で交流殆どなし 環境因子 ・ 戸建て一軒家、玄関上がり框に踏み台と手すり設置済み 個人因子 ・ あまり他者との交流を望まない ・ 自身の意見を積極的に発信しない ・ 真面目 <td colspan="3">同行訪問から3か月後にモニタリング訪問を実施。 ・体調や動作に大きな変化はなかった。 ・前回訪問時同様、歩きづらはさは継続しているが、転倒せず妻と一緒に週に2～3回の散歩を実施している。 ・提案した運動を、チェック表を活用し毎日実施している。 ・調子の良い時は掃除や庭の手入れを行うこともある。</td>			同行訪問から3か月後にモニタリング訪問を実施。 ・体調や動作に大きな変化はなかった。 ・前回訪問時同様、歩きづらはさは継続しているが、転倒せず妻と一緒に週に2～3回の散歩を実施している。 ・提案した運動を、チェック表を活用し毎日実施している。 ・調子の良い時は掃除や庭の手入れを行うこともある。		
			事例の変化		
			・新たな実践項目を提案したところ、積極的に取り組もうとする姿勢がみられた。 ・介護保険サービスを利用しなくても、本人が頑張れる運動習慣を見出す事が出来た。 ・在宅生活を継続しながら、妻と散歩や趣味である畑仕事が行えている。		

【事例2】自立に向けたケアマネジメントにより、介護保険サービスから卒業できた事例

事例2	B氏	年 齢	69 歳	性 別	女性
診断名	腰椎圧迫骨折、脳梗塞、骨粗鬆症、高血圧、両膝半月板の術後			要介護認定	要支援2
家族機能等			生活歴		
独居。市外に居住していたが、腰椎圧迫骨折を契機に、市内に住む娘の近くに転居。			もともと市外に居住し、家政婦の仕事しながら、家事や子育てをした。趣味のカラオケ教室に通い、発表会に出るのが楽しみだった。近所に友人も多く、頻繁に行き来していた。平成 30 年 8 月に腰椎圧迫骨折で入院、同年 11 月に退院。退院後、デイサービスでの運動と訪問介護による掃除支援を利用していた。さらに体が悪くなった時のことを考え、娘が住んでいる本市に転居した。		
経過・身体状況					
平成 30 年 8 月の腰椎圧迫骨折後、腰・膝に痛み、右上下肢に痺れや痛みがある。杖は使わず歩行しているが長い距離は歩けない。現在の自宅周辺は急坂で、歩くのに不安がある。足が上がりにくく、躓きやすい。転居後も転倒している。また、屈み動作が難しい為、浴室やトイレ掃除は自分で工夫してブラシを使ったり、床を足で拭いたりしている。買い物には自家用車で行っている。調理・洗濯等の家事はできるが、転倒もあり掃除をするのが難しい為、デイサービスと訪問介護を利用したいと地域包括支援センターに相談があった。					
ケアマネジャーからの相談内容			同行訪問によるリハ専門職の支援内容		
運動の必要性を感じたが本人が工夫して生活しており、訪問介護の導入は身体機能を低下させる恐れがあると考えた。また年齢が若く、身体機能や生活機能が向上するのではないかと予測したが、医学的な情報がなかったため、身体機能の評価や適切な運動や掃除の方法、導入するサービスの選択について相談したい。			・運動による筋力等改善することを説明。運動の必要性を伝え、期間と目標を設けた通所事業を勧めた。 ・自宅でできる運動を教えた。 ・入浴動作及び浴室環境を確認し、手すりや浴槽台の設置を勧めた。 ・工夫して家事動作を行っているが、更に無理なく効率的にできるよう便利グッズを紹介した。また外出時では杖使用を提案した。		
リハ専門職によるICFを使った課題整理			モニタリング訪問時の様子		
<健康状態> <心身機能・構造> <活動> <参加> <環境因子> <個人因子>			同行訪問から5か月後にモニタリング訪問を実施。 ・予防給付型デイサービスを利用し、4か月後に目標達成した。またデイサービスで教わった運動を継続している。 ・会話の中で笑顔が見られ、以前よりも痩せて顔が引き締まっていた。坂道歩行への不安が減り、杖は使用せずに散歩や買い物等で歩いて外出するようになる。 ・浴室に手すりを取り付け、安全に入浴できている。家事動作も本人の工夫で継続できている。		
事例の変化					
・身体機能が向上し、医師から介護保険認定更新の必要はないとの判断された。本人の自信もつき、介護保険の更新はせずサービス利用を終了した。 ・サロンや、市民センターでのカラオケやコーラスの教室に参加するようになった。					

2. 事例紹介(添付資料参照)

【事例1】本人の想いや気持ちを理解することで「自助力」の向上がみられた事例

(1)担当ケアマネジャーより（地域包括支援センター小倉南1 介護支援専門員 石田 裕子 氏）

体力や身体機能の低下を予防する目的で、通所サービスを提案したが、本人は「利用したくない」との意向だった。リハビリテーション相談支援事業を活用することによって、本人の興味に合わせた生活の中での工夫や自宅でできる運動等を提案し実践につながり、本人の運動習慣が身につく、現在も妻との散歩や畑仕事を継続できている。

介護保険サービスを利用せずとも、本人が「できる」可能性を見出すことで、自立支援・介護予防の効果を上げることができるということを実感できた。

(2)リハビリテーション相談支援事業担当より(小倉リハビリテーション病院 理学療法士 砂川 尚也 氏)

ケアマネジャーと同行訪問し、難聴に配慮しながら筆談を交えて本人の思いを確認したところ、通所サービスの利用は拒否されていたが、運動が必要と思っていたことが分かった。そこで本人の意向を踏まえ、一般的な介護予防運動の中から本人に必要な運動項目を選んでチェック表を渡し、自主運動の取組みを提案した。また、むせや転倒についても自己点検することを勧めた。

3か月後にモニタリング訪問を行ったところ、歩きづらはさは継続しているものの、提案した運動はチェック表を活用し毎日きちんと実施しており、妻との散歩も転倒なく継続できていた。本人の意欲も高まり、新たに提案した運動内容にも積極的に取組む姿勢が見られた。本人が必要とされていることや不安に感じていることを、しっかり聞き取れたこと、また「記録をつける」など本人の真面目な性格にあった取組みを提案することで、本人が自身の力で行うようになり、結果として意欲が向上し、自助力を高めるきっかけとなった。

【事例2】自立に向けたケアマネジメントにより、介護保険サービスから卒業できた事例

(1)担当ケアマネジャーより (地域包括支援センター八幡西1 介護支援専門員 有馬 美加子氏)

運動の必要性を感じたが、本人は工夫して家事を行っており、訪問介護の導入が適切かどうか迷った。また身体機能・生活機能の向上等の見込みがあるのではないかと考え、リハビリテーション相談支援事業を活用した。その結果、訪問介護は利用せず、デイサービスは期間を決めて利用することとした。身体機能向上の見込みを聞くことで、本人の意欲が上がり、自立を目標に支援することを関係者で共有できた。

その後、地域ケア個別会議を経て、活動場所の検討等を行い、本人の意向や医師の意見を踏まえて介護保険サービスの利用を終了することとなった。サービス終了後も、地域ケア個別会議で提案されたサロンや市民センターのカラオケ、コーラスなどの教室に参加している。

リハビリテーション相談支援事業を活用したことで、医療情報が少なかった本人の身体機能や今後の見込み等を把握することができ、自信をもってサービスの選択ができた。ケアマネジメントを行う上で、専門職の助言をもらうことは重要だと感じた。

(2)リハビリテーション相談支援事業担当より(戸畑リハビリテーション病院 理学療法士 大森 岳氏)

転入したばかりで近隣に知人が少ないことや、自宅周辺に坂道があり転倒の不安があることから、必要最小限の外出になっており、年齢を考慮すると全身的な筋力低下がみられた。運動により改善の可能性が高いと感じ、外出の減少がフレイルを引き起こすことを本人に説明し、運動機会を作ることを勧めた。介護保険サービスの利用にあたり、期間を決め目標を設定することを伝えた。また掃除は便利グッズを紹介し、安全な入浴のため手すり設置等を提案した。

モニタリング訪問では、デイサービスの他、カラオケ教室に通ったり、歩いて近くに買い物に行くなど外出頻度が増えたことを確認した。腰痛も軽減し、本人の不安も減ったことから笑顔もみられ、その後介護保険サービスを卒業することができた。本人・ケアマネジャー・関係者が目標を設定し共有することで、達成に向けたつながりが生まれ意識が高まった。

3. ミニ講座「ストレングスを活用したケアマネジメントとケアマネジャーの役割」(添付資料参照)

NPO 法人ケアマネット21 代表理事 白木 裕子 氏

4. 事業説明(添付資料参照)

保健福祉局地域リハビリテーション推進課

リハビリテーション推進係長 久保 かおり

小倉リハビリテーション病院 理学療法士 砂川 尚也 氏

戸畑リハビリテーション病院 理学療法士 大森 岳 氏

5. コーディネーターによる対談

小倉リハビリテーション病院 名誉院長 浜村 明德 氏

九州栄養福祉大学 理学療法学科 教授 橋元 隆 氏

〔2つの事例で相談のタイミングや支援がうまくいった要因について〕

2事例ともに、リハビリ専門職が ICF (国際生活分類) を使い、障害を全体的にとらえたこと、また生活の中で具体的な活動を提案したことが挙げられる。ミニ講座の中でも、本人がどのようになりたいかを大切にすることがあったが、本人の言葉の中から、「どんな生活がしたいか」を引き出し、リハビリ専門職とケアマネジャーが協働し対応策を考えたことが良かった。生活スタイルを少し変えることで、心身機能が安定し改善につながった事例である。リハビリテーション相談支援事業の利点は、ケアマネジャーに対して、支援の方針を共に考えるサポートがあることである。本人のニーズを把握し、本人ができること、したいことを把握し、アプローチしていくかが大切だということを気づかせてくれた。

〔生活支援に関する視点、リハビリテーションに関する認識について〕

リハビリテーションは一般的に機能訓練と言われる。しかし、例えば、歩けるようになればその人の満足できる生活になるのかといえ、そこに行き着くまでに、いくつもプロセスがある。リハビリテーションの目的とは、単なる機能訓練だけでなく、今までの生活や役割を取り戻すことである。最近 ICF で「生活機能」という言葉がよく使われるようになった。心身機能は年を取れば誰でも衰えていくものであり、心身機能へのアプローチだけでは元の生活を取り戻すことができないことが一般的に理解され、リハビリテーションの概念も広がってきたと思われる。リハビリテーションは心身機能の回復を図りつつ、同時並行として、その人が自立し納得できる生活、その人の人生を支えることである。

リハビリ専門職もその意識をもって、プログラムを作って支援してほしい。またケアマネジャー等関係者も、心身機能の問題を、即サービスでの訓練につなげる必要はないことを理解してほしい。それにより支援の拡がりに繋がること、また実効性があることが今回の事例からもわかる。

【その人らしい生活支援とは何か、また専門職としてどのような視点で支援すべきか】

人は地域で生まれ育ち、地域で暮らして年老いて亡くなる。地域を抜きにして、人生は語れないといっても過言ではない。リハビリテーションが、人生のプロセスの中で、折々に生活を支えることを目標に支援する領域の1つだとすると、医療面の支援だけでは限界がある。例えば障害を持つことで家族の中での存在意義が変わることがあるし、仕事をしている人は、場合によっては仕事を失うこともある。仕事を通して地域とつながっていた、また仕事をする父親として家計を支えていた立場が変化することも、その人が生きる上で支援すべき大事な視点である。もう1つ大きなことは、人は生きがいを持ち生活しているが、その生きがいでさえも失ってしまうことも起こるということである。これらを視点に入れて支援をしていくことが、その人らしい生活を支える基本的な見方になる。

具体的にできることとしては、まずその人を感じること、認知症の方の場合は、人生を知ることから始めていくこと、個別性を大事にするということである。次に、その人が持っている潜在的な能力は無限だということである。本人が持っている力があるのに、周りの支援者が諦めたり、パターン化するとそれ以上に発展できない。本人の能力を見極める、また見抜いていくための想像力を持ち続けなければいけない。最後に大事なものは、自身の人生である当事者が決めるということである。自己決定はケアの大事なキーワード。この3点を大切にして本人に接していくことが重要である。

【生活支援・自立支援の取組みを定着させるためには】

今までリハビリテーションとは「障害」のある方への支援だったが、これからは「障害を作らない」「障害をもたない」ことを目指したリハビリテーションの支援があることは今回の報告からみて意義があった。事業の相談件数も増えていて、少しずつ事業への理解が得られている。今回は、比較的障害が軽度の事例だったが、軽度のときに支援が合致すると素晴らしい効果が出るのが予測できるので、事業が定着し継続する流れを作してほしい。

発表者のプレゼンテーションの中で、ケアマネジャー（リハビリ専門職含めて）は人生最後の応援団長だという言葉があった。応援してくれる様々な職種の中で、最も、自分を理解してくれる、そして自分に合った支援の方針を考えてくれる人が、ケアマネジャーだと思っている。そんなケアマネジャーが多職種チームの中心となっているのが良いチームだと思う。

6. まとめ

小倉リハビリテーション病院 名誉院長 浜村 明徳 氏

団塊の世代は、高齢者となっても「なぜそうしないといけないのか」という理屈をしっかりと知りたい世代である。ケア、リハビリテーションの原則である「正しく知識を提供する」「提供された知識を活用していく」ことが重要となる。支援者は、「参加」の価値を理解して活動することや、「地域とのつながり」を大事にしながら生活するという視点を持ち、「障害」をなるべく早く察知し予防すること、また「その人らしさ」、あるいは尊厳の問題を尊重しながら向き合っていくことが必要である。ケア、リハビリテーションとして可能な限りその人の生きる力、自助力を強める、地域につながるような支援をするべきだと思う。

今回の事例からもわかるようにひとつの職種では限界があるので、多職種のチームで対応するという連携が課題であり、また認知症や高齢者・障害者への理解を深め、障害のある人に優しい北九州市になるための働きかけも課題になる。いつでも相談できる人が近くにいる、相談するところが地域にあるという支援体制によって、安心安全な生活に繋がる。

在宅において医療と介護の連携は不可欠であり、地域のあらゆる組織・団体が高齢者・障害者等と伴走することが求められている。

本人の想いや気持ちを理解する事で、 「自助力」の向上がみられた事例

小倉南区役所 保健福祉課 石田 裕子
地域包括支援センター小倉南1

《事例紹介》

- ・要支援1 91歳 男性 妻と同居
- ・平成23年：脳梗塞（著明な麻痺はない）・高血圧・軽度認知障害
- ・平成28年：骨粗鬆症
- ・難聴、言葉の出にくさがある為、他者との交流が苦手
- ・食事中、嚥下がしくむくむくする事がある。
- ・屋内は支えなしで歩行。屋外は竹杖を持ち歩行し長歩きが出来ない。
- ・歩行時、急に身体が強張り動けなくなる事が時々ある。
- ・歯磨き、洗濯、更衣等は自分で行う。
- ・調理、洗濯、掃除等の日常生活全般、妻が支援している。

《生活歴》

- ・妻と2人暮らし
- ・妻が主介助者
- ・元大学教授
- ・大学教授退職後も北九州関連施設での仕事を務めあげ80歳で退職。
- ・退職後は妻と一緒に畑に行き、野菜を作っている。
- ・2人の子供は北九州市在住。長男は近所に住んでいる。家族の協力はある。

《Aさんの人柄》

- ・長年、生物学の研究を一筋にしてきた真面目な性格。
- ・細かい事は気にしないマイペース。
- ・意図しない事を言われても怒らない温厚な方であるが自分で決めた事は貫き意思が固い。
- ・相談時に互いに思いやる様子が見受けられた。妻が心配する面が多く口を挟む事が多かった。

《相談内容》

【1本杖を使用しているが4点杖を購入したい。】

- ・平成31年2月、妻から相談
- ・妻と一緒に毎日1時間程度の散歩をしていたが、平成30年10月頃から休憩を挟むようになった。
- ・歩行時、腰から大腿部にかけて力が入らず、立ちすくむ事が数回続き4点杖の使用を考えた。
- ・言葉の第1声ガスマーズに出てこなくなった。

《Aさん宅の屋内環境》

- ・歴史ある建物で廊下も広く、玄関上がり框が3段になっており、1段が40センチある。
- ・屋内には手すりの設置は無い。
- ・使用中のベッドには柵が無く、起居動作が困難。天井から垂らした紐を持ち起き上がる。

《初回ケアマネジャーの提案》

- ・体力・身体機能低下を予防する為に、専門職がいる通所サービスの利用。
- ・無理せず安全に生活する為に、玄関上がり框部分に住宅改修で手すり設置
- ・ベッド上の起居動作を容易にする為に、手すり（タッチアップ）を設置
- ・安全に移動する為に屋内移動に4点杖使用、屋外移動に歩行器使用

《本人の意向》

- ・運動が必要だと分かっている。難聴であり言葉が出にくい為、短時間であっても通所サービス（デイケア・運動特化型のデイサービス等）の利用はしたくない。
- ・4点杖、歩行器をお試しで使用したが、今まで通り自宅内は支え無く歩行し、外出時は竹杖（1本杖）を使用したい。
- ・玄関上り框に住宅改修で手すり増設、ベッドサイドに手すりの設置をお願いしたい。

《妻の意向》

- ・運動が必要と思う。1回、体験で通所サービスを利用してみてはどうか？
⇒本人は「利用したくない」

《2回目：ケアマネジャーの提案》

- Aさんは、加齢に伴う下肢筋力低下によって、歩行が不安定であり、急に身体が強張る事がある。
- 定期的に運動する事で状態悪化を予防する事が出来ると提案した。しかし通所サービスの利用をAさんは希望しない。
- リハビリテーション相談支援事業の個別相談を受けることで、現在のAさんの生活に良い変化が生じるかもしれない、またそればかりで、通所サービスにAさんが目を向けられる可能性があると思いいリハビリテーション相談支援事業の利用を提案。

⇒本人・家族から「是非、受けてみたい」

《現在》

- ・在宅生活を継続

妻と2人で、趣味である畑仕事が続いてくる。
妻と2人で、休憩を挟むことなく、散歩ができるようになった。

《リハビリテーション相談支援事業を受けて》

○初回同行訪問提案時

- ・Aさんは、砂川理学療法士のリハビリ及び発語の改善案として新聞のコラムや天声人語を声に出して読む事に興味を持っていた。
 - ・妻も「一緒に体操を頑張ってみる」と言っていた。
- ### ○3か月後のモニタリング時
- ・介護保険サービスの利用しなくても、本人が頑張れる運動習慣を砂川理学療法士の指導により、見出す事が出来た。
 - ・本人の毎日継続して運動を行う「できる」可能性を広げる事が出来た。
 - ・言葉が出にくい方へのリハビリの方法として新聞のコラムや天声人語を活用するなど、新たな発見があった。

《まとめ》

今回、Aさんの相談を受け、今後の生活を想定しました。

専門職による運動や、言葉が出にくい事への対応が必要と考え、介護保険サービスの導入を提案しました。しかし、Aさんが希望されなかった為、本人の意思を尊重し、リハビリテーション相談支援事業で砂川理学療法士に相談しました。

今回、リハビリテーション相談支援事業を通じて介護保険サービスの利用だけでなく、生活する中での様々な工夫等で、自立支援、介護予防の効果を上げる事を実際に体験する事が出来ました。今後、ケアマネジメント業務を行う中で役立て行きたいと思います。
また、家庭における具体的なリハビリの提案を私自身も学ぶ事が出来ました。

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相談支援事業をとおして自立に
向けたケアマネジメントを考える
～多職種協働による効果～

医療法人共和会 小倉リハビリテーション病院
共和会地域リハビリテーションセンター
砂川尚也（理学療法士）

本人の想いや気持ちを理解することで
「自助力」の向上がみられた事例

事例紹介

A氏 男性 90歳代
要介護認定 要支援 1
診断名：歩行障害 高度難聴

経過：

- 高齢であるが特に大きな既往なく経過。
- 数ヶ月前から「腰がしっくりしない」「声がだしづらい」等自覚するようになり、屋外歩行時に歩けなくなるエピソードあり。
- 不活発な状況にあるとの事で包括の介入となる。

相談内容：

- 生活状況に変化がみられており、身体状況の確認をしたうえで運動の必要性があれば提案して欲しい。
- 介護保険サービスの利用に拒否的な状況で、できれば通所サービスを導入したい。

課題整理

健康状態

高齢

大きな既往歴なし

心身機能・構造

体力の低下

高度難聴による外部からの情報入力減少しているが理解は良好

むせ

活動

ADL自立

散歩の習慣あり

新聞は毎日目を通す

庭の手入れ・掃除

参加

友人も高齢で交流殆どなし

環境因子

戸建て一軒家、玄関上がり框に踏み台と手すり設置済み

個人因子

あまり他者との交流を望まない

自身の意見を積極的に発信しない

真面目

生活状況変化の要因が不明確であるため、同行訪問の必要性を検討し実施することとした。

同行訪問

医療経過の確認

- 数年前に軽い脳梗塞で入院加療経過あり。訪問時に発話のしづらさ、水分でのむせを確認した。

生活状況の確認

- 起居に時間がかかるが、工夫をしながら実施している。
- 自宅内の移動は独歩可能、入浴自立、時々失禁があるが自身で対応可能。

本人の意向確認

- 難聴に配慮し、本人の横に座り、筆談も交える工夫をした
- やはり本人は通所サービス利用は拒否的であった。
- しかし、運動が必要だと思っていることもあわせて確認できた。

モニタリング訪問：初回より約3カ月経過

- 体調や動作に大きな変化なし
- 前回訪問時同様、歩きづらさは継続しているが、妻と一緒に週に2-3回の散歩は実施している。転倒はない
- 提案した運動については、チェック表を活用し毎日実施していた
→本人も必要性を感じていたこと、運動助言のタイミングが奏功した
- 調子の良い時は掃除や庭の手入れを行うこともある。(草刈り機の使用を試みた形跡もあるが、さすがに「無理」と思った様子で実施はしていなかった)

本人への対応

- 一般的な運動の助言とチェック表を手渡し、継続してみるよう提案した。

相談者への対応

- 本人の意向を踏まえ、自主運動の取り組みを促し、活動面の経過を追うことを提案し、通所サービス導入は見送った。
- 一方で、むせや転倒について確認することを勧めた。

実施項目に「天声人語を声に出してよむ」を本人に追加して良いか確認し記入。写真を撮った後に、「4」を自身で記入していました。

同行訪問した日からモニタリング訪問日まで約3ヶ月間、しっかり運動を実施しチェック表に記入していた！！
「一番の体操がやりにくいね」と感想も添えチェック表を見せてくれました。
新たな実践項目を提案したところ、自身で番号をつけ取り組もうとする姿勢がみられた。
相談目的であった通所サービス導入はできなかったが、本人が必要と思っていることや不安に思っている事をしっかり聞き取れたこと、運動課題に合わせて「記録をつける」事を提案したことで、行動変容が確認できた。

事例のまとめ	
CMの 疑問	・ 住環境整備までできなかったが、身体面のアプローチが出来ていない ・ 次の対応に苦慮
相談	・ リハ相談事業を活用して、身体機能面・動作面の確認をしたい ・ 運動機会として通所サービスの導入を検討・提案している
同行 訪問	・ 本人の意向を確認することを中心に対応し聞き取ることができた ・ 運動に取り組めるツールを共有し、通所サービスの導入は見送った
本人の 変化	・ ツールにより自身で取り組める方法を得られ、継続することができた ・ 体調を維持し、草刈り機に挑戦しようとする意欲も出てきた
✓ ケアマネジャーとリハ職との協働で、本人の想いを確認できたこと ✓ 生活継続のために必要な「運動機会」を、サービス利用だけではなく、自身で取り組める方法を提案したこと。 「自助力」を高めるきっかけになった。	

自立に向けたケアマネジメントにより 介護保険サービスから卒業できた事例

八幡西区役所 保健福祉課
地域包括支援センター八幡西1 有馬 美加子

事例紹介

Hさん
要支援2 69歳 女性 独居
腰椎圧迫骨折
脳梗塞
骨粗鬆症
高血圧
両膝半月板の手術

《生活歴》

- ・市外在住で独居。家政婦の仕事をしてながら、家事や子育てをしていた。趣味のカラオケ教室に通い、発表会に出るのが楽しみだった。近所に友人も多く、頻繁に訪問があり、よくおしゃべりしていた。
- ・H30年8月に腰椎圧迫骨折で入院、11月に退院。
- 退院後、デイサービスでの運動と訪問介護による掃除支援を利用していた。
- ・もっと体が悪くなった時のことを考え、四女が住んでいる八幡西区へ、H30年12月に転居してきた。

《相談の経緯》

転居後も転倒し掃除をするのが難しい為、地域包括へデイサービスと訪問介護を利用したいとの相談があった。

Hさんの生活状況

(ADL・IADL)

- ・腰、膝に痛み、右上下肢に痺れや痛みがある。
- ・杖なく歩行、長い距離は歩けない。自宅周辺は坂になっており、歩くのに不安がある。
- ・足が上がりにくく、躓きやすい。転居後転倒している。
- ・右手で物がつかみにくい。
- ・浴槽が深く、市販の入浴用椅子を台にして出入りしている。
- ・自動車を運転して買い物に行く。調理、洗濯等の家事はしている。屈み動作が難しい為、浴室やトイレ掃除は自分で工夫してブラシを使ったり、床を足で拭いたりしていた。

ケアマネジャーの考え

- ・運動の必要性を感じたがサービスの選択に迷った。
- ・自分で工夫して生活できているため、訪問介護の導入は身体機能を低下させる恐れがあると考えた。しかし方法が妥当なのか不安に感じた。
- ・年齢が若く、身体機能や生活機能が向上するのではないかと予測。
- ・整形外科等の受診がなく、専門家による詳細な評価が必要ではないか。



- ・リハビリテーション相談支援事業の活用
- ・整形外科等の受診勧奨を行う

リハビリテーション相談支援事業への 相談内容

- ・身体機能の評価
- ・適切な運動や掃除の方法、導入するサービスの選択への助言
- ・身体機能向上や自立が見込めるか



(相談後)

- ・サービス選択の判断に活かした。
- ・本人の意欲向上につながった。
- ・サービス担当者会議で自立に向け支援することを共有。

プラン内容（期間4か月）

- ・予防給付型 デイサービス 週2回利用
- ・住宅改修にて浴室に手すり設置
- ・自分で体操を実施
- ・現在の方法で掃除や家事を継続する

初回モニタリング結果（2か月後）

- ・デイサービスを週2回利用継続して、運動を実施。
- ・近くの店（500m先）まで歩いて買い物に行けるようになった。
- ・自分で体操には中々取り組みていないが、自宅内では足に重りをつけて歩くようにしている。
- ・家事は自分のやり方でできている。
- ・浴室の手すりを使い、浴槽の出入りが安全にできるようになった。

地域ケア個別会議

(目的)

介護保険に頼らずに自分で運動をして外出を続ける方法を検討する。

(専門職からの意見)

- ・介護保険卒業後に自分で運動を継続していくためにデイサービス利用中に運動習慣を身につける。
- ・活動場所を増やしたり、生活の中で運動の時間や場所を決めて取り組む。
- ・整形外科の受診勧奨。
- ・市民センターでの教室や行事、サロンの紹介。
- ・食事バランスチェックシートの活用や食生活に関する相談を提案。

結果

- ・歩行状態が安定して長く歩けるようになった。
- ・自分でも身体を動かすようになった。
- ・身体機能が向上し、医師から介護保険認定更新の必要はないとの判断。
- ・リハビリテーション相談支援事業担当の大森理学療法士と評価訪問を実施。
- ・自立と判断し介護保険の更新はせず、サービス利用終了。
- ・地域ケア個別会議で介護保険卒業に向けて専門職からの提案を受ける。

介護保険卒業後の状況

- ・地域ケア個別会議で紹介されたサロンや、市民センターのカラオケやコーラスの教室に参加するようになった。
- ・有症時は近くの整形外科にかかっている。

ケアマネジャーとしての所感

- ・身体機能の状態を把握することができた。
- ・判断に迷っていたことに助言をもらったことで、自信をもってサービス選択ができた。
- ・専門職からの助言により、適切なサービス導入ができた。
- ・Hさんの意欲向上につながった。
- ・Hさん、支援者間で自立へ向けて、より明確な目標の共有ができた。
- ・専門職に助言をもらうことは、ケアマネジメントを行う上で重要だと改めて感じた。

地域リハビリテーションケース会議

自立に向けたケアマネジメントにより 介護保険サービスから卒業できた事例

戸畑リハビリテーション病院
リハビリテーション相談支援モデル事業担当
大森 岳（理学療法士）

初回相談 2019年1月 八幡西区役所

－ 相談内容 －

2018年8月腰椎圧迫骨折、また以前両膝を手術（半月板）したことがある方。

腰痛・膝関節痛があり、かがめない、トイレや浴室の床掃除ができない、躓きやすく、浴槽の跨ぎ動作が困難な状態。

リハビリ専門職に身体機能を評価してもらい、掃除の方法や運動方法について助言をもらいたい。

同行訪問 2019年1月 八幡西区自宅

－ 利用者調査 －

①生活状況調査

- ・ 1 カ月前に市外から転居したばかりで近隣に知人が少ない。
- ・ ADL 自立で車を運転して外出しているが頻度が少ない。
- ・ 自宅（集合住宅）前の坂道を移動するのに不安がある。
- ・ 腰痛と膝関節痛のため、かがみ動作が困難。
- ・ 据え置き式の浴槽を跨ぐ動作が難しい。
- ・ トイレと浴室の床掃除をしたいが難しい（足で拭いている）。
- ・ 現在整形外科受診はしていないが前医からは腰椎圧迫骨折後の運動制限はないと説明を受けた。

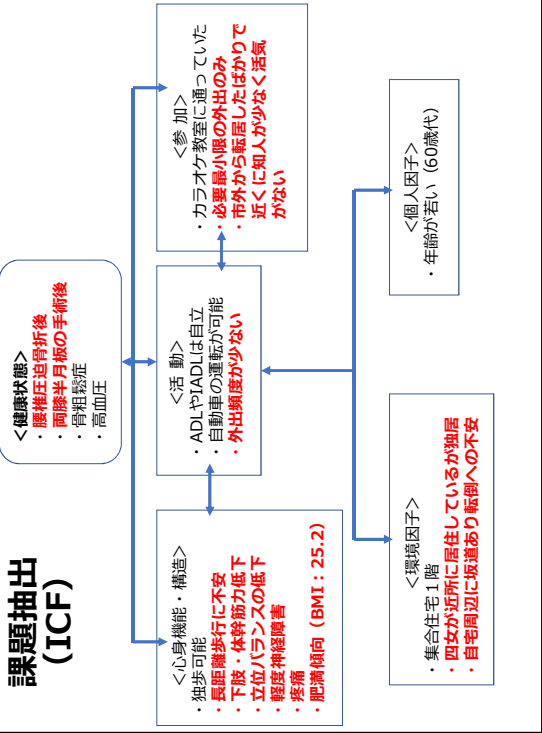
同行訪問 2019年1月 八幡西区自宅

－ 利用者調査 －

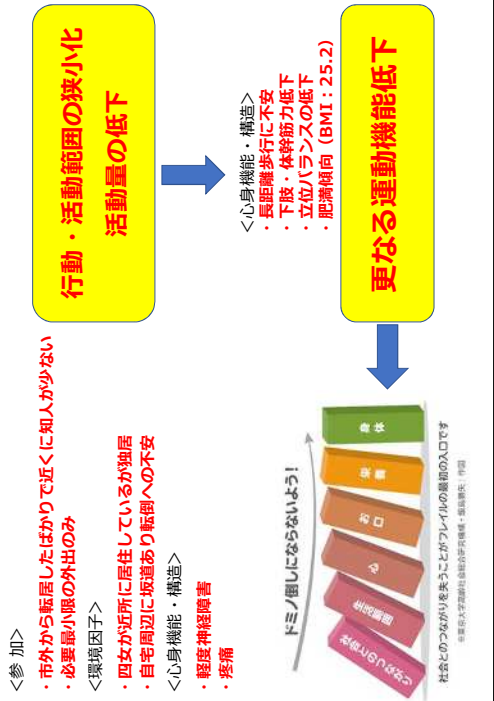
②身体機能等の評価

- ・ 両膝の関節可動域は著明な制限なし。
- ・ 年齢を考慮すると全身的な筋力低下あり。
- ・ 右上下肢に軽度神経障害（痺れ）あり。
- ・ 立位での動的バランス・姿勢保持能力の軽度低下あり。
- ・ 屋内での独歩移動は可能だが長距離歩行はしていない。

課題抽出 (ICF)



解決すべき課題の整理



解決すべき課題への対応①

- ・体格や年齢を考慮すると筋力が弱いことは否定できず、**運動により改善の可能性**があると説明。
- ・転居から間もなく、知人も少ないことから外出頻度が減少したと考えられ、それが更なる廃用症候群（フレイル）を引き起こす可能性があると考え、**運動機会を作ること**を勧めた。
- ・運動機会として**給付型もしくはC型事業の利用**等を勧めた。
- ・利用にあたっては、期間を決めて利用した方が本人の動機づけにつながることを考えた。そのため、**短期間で行うこと、さらに卒業という目標を設定**することを勧めた。
- ・筋力低下については、**自宅でする運動を紹介**した。



解決すべき課題への対応②

- ・入浴動作及び浴室環境を確認し、転倒の危険性が高いと判断したため、**手すり**と浴槽台の**設置**を勧めた。
- ・自分で工夫して床掃除を行っているが、更に無理なく効率的に行えるよう**便利グッズ**を紹介した。
- ・坂道の不安解消のために**杖の使用を提案**した。



対応後のモニタリング（3ヶ月後）

＜ケアマネジャーからの情報提供＞

- ・週2回、予防給付型サービス利用を開始した。
- ・浴室に手すりを設置した。
- ・便利グッズは使用せず工夫しながら家事を行っている。
- ・車を運転して前から通っていたカラオケ教室へ行くようになった。
- ・片道500m程度であれば歩いて買い物に行くようになった（徒歩での外出意欲が出ている）。
- ・次回の介護保険更新はしない方向で考えている。

対応後のモニタリング（5ヶ月後）

＜本人宅へ訪問（提案内容の確認）＞

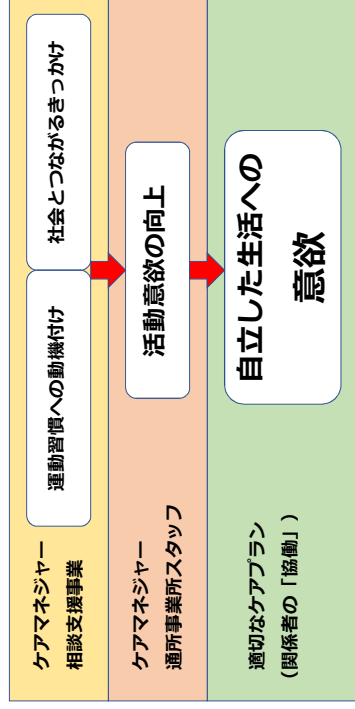
- ・運動機会として給付型もしくはC型事業の利用等を勧めた。
⇒予防給付型サービスを利用（2回/w：休まずに利用）
- ・利用にあたっては短期間利用、さらに「卒業」という目標設定を勧めた。
⇒約4ヶ月間利用して「卒業」へと目標達成
- ・筋力低下については、自宅できる運動を紹介した。
⇒配布資料の体操は行っていないがディスプレイで教わった運動を継続
- ・手すりと浴槽台の設置を勧めた。
⇒浴槽台は設置せずに手すりのみ取付け
- ・床掃除を無理なく効率的に行えるよう便利グッズを紹介した。
⇒グッズは使用せず「足で自分でできるから」と自己流の掃除方法を選択
- ・坂道の不安解消のために杖の使用を提案した。
⇒杖の使用には抵抗感があるため使用せず（年齢から見た目を意識）

対応後のモニタリング（5ヶ月後）

＜本人宅へ訪問（生活変化の確認）＞

- ・会話の中で笑顔が見られ、以前よりも痩せて顔が引き締まっていた。
- ・外出頻度が増えた。
- ・坂道歩行への不安が減り、晴天時には散歩や買い物（片道500m程度）等で歩いて外出することもある。
- ・以前通っていたカラオケ教室の発表会に参加した。
- ・腰痛が軽減した。

事例のまとめと考察



支援方法の選択肢を示すことで、本人・ケアマネジャー・その他関係者の「協働」を促進し、目標達成に向けた「つながり」が生まれた。

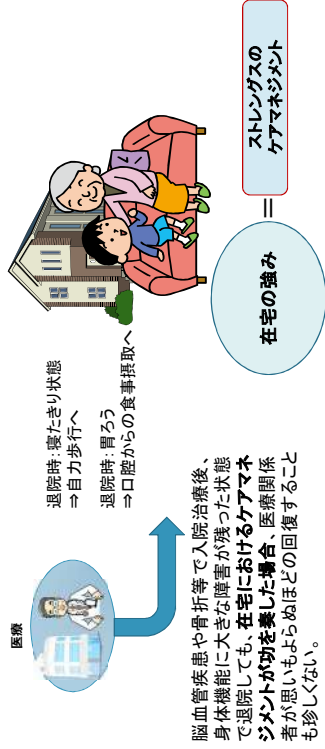
第46回地域リハビリテーションセッションケース会議

リハビリテーション相談支援事業をとおして自立に向けた
ケアマネジメントを考える～多職種協働による効果～

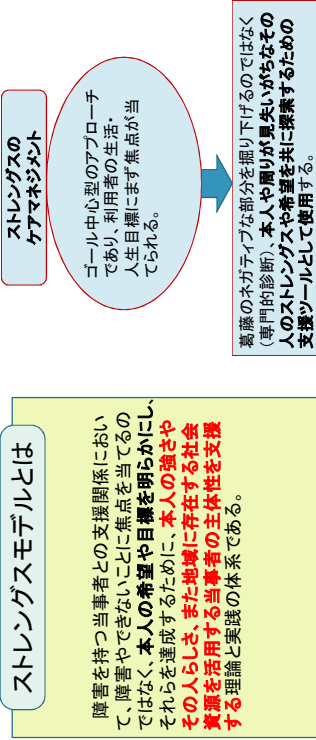
ストレングスを活用したケアマネジメントとケアマネジャーの役割

NPO法人ケアマネネット21
代表理事 白木 裕子

在宅の強み



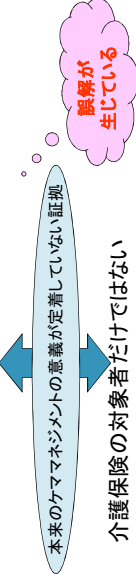
ストレングスの視点に基づいたケアマネジメント



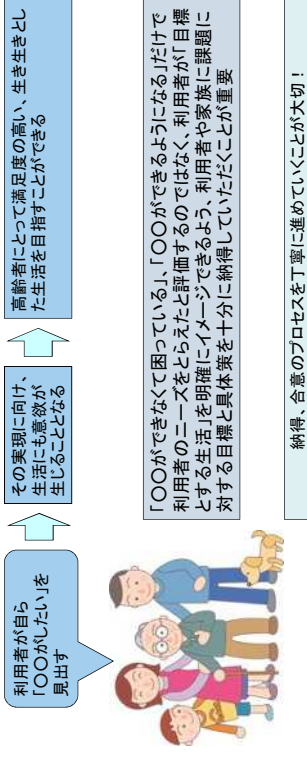
ケアマネジメントの意義と目的

- 障害をもつ方や介護や支援が必要となった高齢者等が住み慣れた地域で自立した生活を送ることは、普通のことである。
- しかし、自立した生活を送るためには、住み慣れた地域の様々なサービス資源や、保健・医療・福祉・教育・就労等をはじめとする様々な領域のサービスを上手に使用したり、地域の障がい者等に対する意識やかがわりを深めたり、また、地域(又は利用者・家族)が有している“強さ”や“力”を引き出していくことが必要となるが、それは容易にできるものではない。
- これらのことを、障がい者等の置かれている状況等を踏まえ、適切かつ総合的に課題調整する必要がある。その技法がケアマネジメントである。

「ケアマネジメントの対象者」≡介護保険

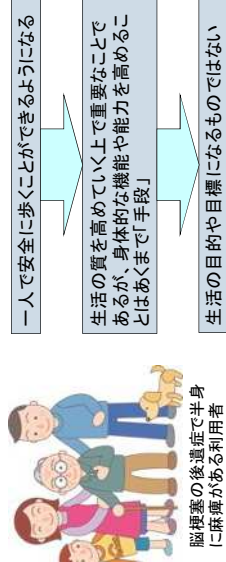


ストレングス視点に基づいた 目的・目標の設定



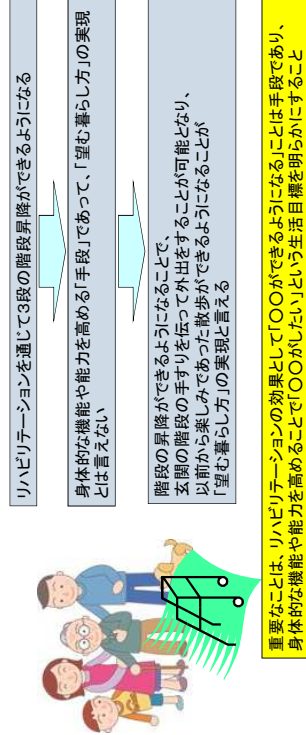
5

例えば



6

つまり



7

新しい生き方の再発見(リカバリーモデル)

- 新しい生き方の再発見は、機能障害・病気があるからできないという見方ではなく、機能障害・病気があっても意味ある人生を送るために、目標を設定し、目標に向かって進んでいく過程が新しい生き方の再発見になる。
- たとえうまくいかない状態が続いても利用者が積極的に取り組んできた過程が成長になる。
- 目標に向かって、いろいろな場面で選択し、利用者自身が自分で決めていく中で、「自分が何をしたいのか」、「自分にとって有意義なことは何か」を理解することに意義がある。
- 支援者が利用者の人生を決めつけるのではなく、利用者自身が自分を理解し、やりたいことを見出しながら、自分の人生を見つけていくことが新しい生き方の再発見といえる。

8

新しい生き方の再発見が意味するもの

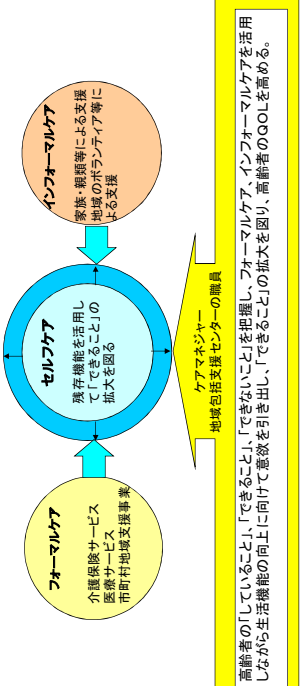
人は、生活の主な決定を自分でコントロールすることができる。
人は、人生経験について理解し、その経験から役に立つものの見方を開発し、前進する力がある。
人は、人生について前向きに考え、自らの健康を促進するために、目的に合わせて段階を踏んでいくことができる。
人は、希望を持っており、人生を楽しむことができる。

新しい生き方の再発見は、利用者の症状がなくなることの意味するものではなく、症状や障害があってもやりたいことを成し遂げ、豊かな人生をおくることが可能であることを意味する。

新しい生き方の再発見を行う上で大切なこと：共感的な理解を生み出すには

- (1) 利用者が新しい生き方の再発見 (リカバリー) ができると信じること
- (2) 利用者が生き方を自分で決めることができると信じること
- (3) 利用者の新しい生き方の再発見 (リカバリー) の歩みを尊重すること
言葉をはじめとするコミュニケーションで、利用者の新しい人生の再発見を信じている態度を示す
- (4) 利用者が新しい生き方の再発見 (リカバリー) をするプロセスは回り道をしながら少しずつ進むことを理解すること (待つべきところは信じて待つ)

利用者の意欲を高めることの意義



※資料の出典及び参考文献 介護予防研究会監修／自衛隊和介護モデルによる介護予防ケアマネジメント

援助プロセスで大切なこと



他の専門職は、例えば医療の視点で疾病の状況を診るなど、専門の範囲において利用者を見ていますが、ケアマネジャーは、利用者の「問題状況」総合的に理解する必要があるため、この「問題状況」を考えるにあたりケアマネジャーの「利用者観」が重要になる。

在宅ケアにおける多職種連携の必要性

- ケアマネジャーが作成した居宅サービス計画が、真に効果を發揮するためには、主治医をはじめ、介護サービスを提供する事業者、地域包括支援センターなど行政関係者、地域のボランティアなど、**利用者を取り巻く関係者が、ケアマネジャーの立案した計画の趣旨を理解し、一つのチームとして、連携を図りながらそれぞれの役割を担っていくことが重要。**
- 一方、訪問介護や通所介護などの居宅介護サービスは、それぞれのサービス提供責任者が個別のサービス提供計画を策定して提供されることから、こうした事業者がケアマネジャーの策定した支援の方向性を理解して実務に当たることが不可欠。
- 同時に、こうした関係者の情報提供や専門的な助言が居宅サービス計画に適確に反映されることが必要であり、さまざまな疾患を持った利用者に対する援助については、生命や心身に關して重大な結果をもたらす場合もことから、**医療との連携はとりわけ重要。**
- さらに、利用者が目指すべき支援の方向性を理解し、自ら状態の維持・改善に取り組んでいただくことができれば、支援に大きな効果が期待できる。

第 46 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（配信期間）：令和 2 年 10 月 1 日（木）～令和 2 年 10 月 30 日（金）

形 式：オンラインセミナー（オンデマンド配信）

申込者：312 名

視聴回数：475 回

回答者：116 名（回収率：37.2%）

◆ 参加者属性 職種別

職 種	人数(人)	割合
医師	3	2.6%
歯科医師	2	1.7%
保健師	6	5.2%
看護師	4	3.4%
理学療法士	22	19.0%
作業療法士	15	13.0%
言語聴覚士	4	3.4%
MSW、相談員等	4	3.4%
ケアマネジャー	46	39.7%
介護職	2	1.7%
事務職	1	0.9%
その他	7	6.0%
計	116	

◆ アンケート結果 ※参加者属性と重複するため、問 2 は省略

問 1 所属機関

	人数(人)	割合
医療機関（病院・診療所）	27	23.3%
歯科診療所	2	1.7%
教育機関	3	2.6%
介護老人保健施設・介護老人福祉施設・その他介護保険施設	12	10.3%
居宅介護支援・訪問看護・訪問リハ・訪問介護・通所リハ・通所介護・その他在宅サービス事業所	52	44.8%
統括・地域包括支援センター	14	12.1%
行政	1	0.9%
その他	5	4.3%
計	116	

問3 経験年数

	人数(人)	割合
1～2年	9	7.8%
3～4年	13	11.2%
5～9年	26	22.4%
10～19年	42	36.2%
20～29年	15	12.9%
30年以上	11	9.5%
計	116	

問4 参加回数

	人数(人)	割合
はじめて	67	57.8%
2～3回	14	12.1%
それ以上	33	28.4%
記載なし	2	1.7%
計	116	

問5 今回の地域リハビリテーションケース会議特別セミナーに参加した目的は何ですか？
(複数回答可)

	人数(人)	割合
他機関の取り組みを知りたいから	76	23.8%
オンラインで参加しやすかったから	65	20.4%
他職種の意見が聞きたいから	61	19.1%
社会資源情報を知りたいから	42	13.2%
連携の仕方を知りたいから	33	10.3%
上司や同僚に誘われたから	23	7.2%
情報整理の方法を知りたいから	19	6.0%
計	319	

問6 今回の地域リハビリテーションケース会議は参考になりましたか？

	人数(人)	割合
参考になった	99	85.3%
普通	17	14.7%
参考にならなかった	0	0%
計	116	

(そう思った理由) *一部抜粋

- ・ ケアマネジャーとしての考え方を再確認できた。
- ・ 各事例についてケアマネジャーとリハ専門職双方からの報告があり、考え方の整理ができた。また、最後の対談により、理解を深められた。
- ・ リハビリテーション相談支援事業の取り組み、連携について理解・確認できた。
- ・ 今まで、サービスありきでしか、リハ専門職に相談することができなかったのも、サービス抜きにリハ専門職に相談できる機会があることは頼もしく感じた。

- ・「家には力がある」「地域と家族の強みを引き出す」など心に残る言葉がありました。リハ専門職の方の力を借りて他方面から利用者様の生き方の再発見をしていきたいと思った。
- ・利用者にとって何が大切なのか望む生活の実現について、利用者の持っている力をいかにアセスメントすることが大切で、そのために他職種のあらゆる視点からみることの重要性を改めて認識できた。
- ・リハ専門職の視点が支援目標の設定に有効だと感じた。達成に向けて意欲を引き出すには、具体的な提案が必要だと感じた。

問7 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(人)	割合
参加したい	99	85.3%
わからない	15	12.9%
思わない	1	0.9%
回答なし	1	0.9%
計	116	

問8 自由記載(今後、取り上げてほしい事例や研修会へのご意見など)

(研修会への意見)*一部抜粋

- ・限られた範囲内での事例やその対応になりがちですので他病院、施設の方の話や対応を聞き自分の症例にいかしたいと思う。
- ・目標・目的を持ったリハビリの実施が、本人が希望する生活を取り戻す力になるのだと事例を見ながら率直に感じる事ができた。
- ・オンラインで休日に自宅でホームページからレジュメまで印刷出来、一時停止でメモもとやすかった。対談は特に専門的な内容であったが聞き直しも出来て理解しやすかった。新型コロナウイルスのための一時的手段としてでなく、利便性のある新たな研修方法として幅広く活用してもらえたら参加しやすいと思った。
- ・事業所で、皆で研修を受けて討論することができ、オンラインセミナーのメリットを大変感じました。ぜひ今後もオンラインの選択肢をお願いしたい。
- ・オンラインで参加しやすく、業務の合間等で閲覧できたため、今後もオンラインでの開催をしてほしい。

(取り上げてほしい事例)

- ・インフォーマルサービスの活用方法について、またフォーマルサービスとインフォーマルの連携のポイントなどを学びたい
- ・各地域の課題がわかるような事例を取り上げた研修会に参加したい
- ・うまくいかない事例への取り組み方
- ・多施設や地域との情報共有や連携について
- ・ICFを活用した情報整理(ミニ講話的なもので)
- ・人生会議について
- ・介護保険への移行について
- ・就労支援の事例について
- ・有料老人ホームでの自立支援
- ・徘徊認知高齢者の介護
- ・自動車運転、復職支援についての事例報告
- ・神経難病について本人や家族の病状の理解が乏しい症例、アプローチ方法