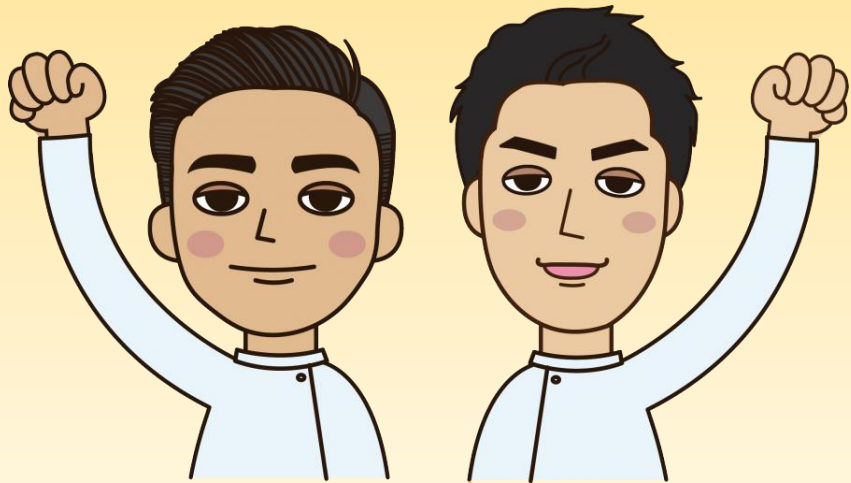


介護予防ケアマネジメント従事者新任者研修

－ リハビリ専門職と学ぶ介護予防 －

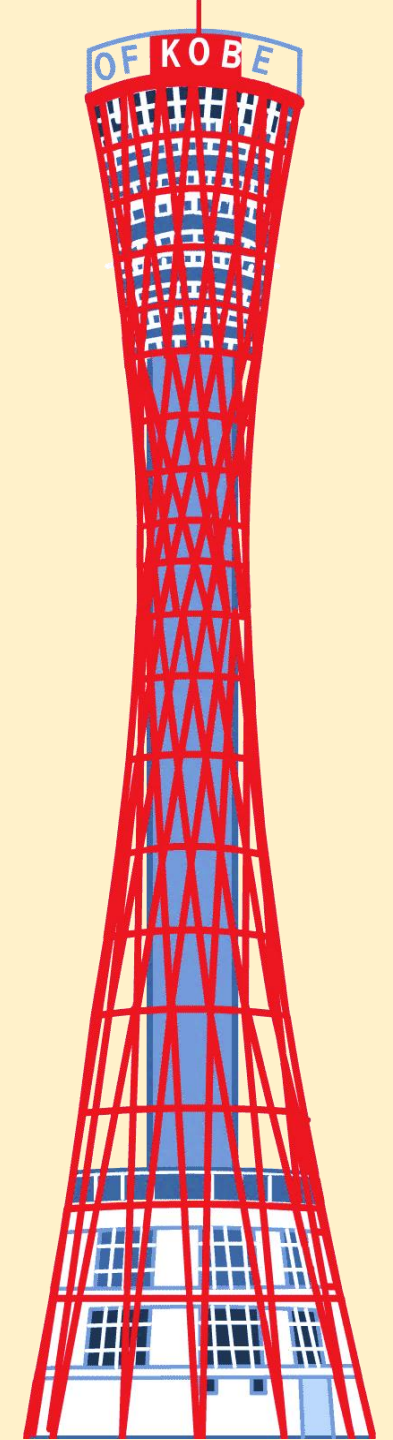


神戸市 福祉局 介護保険課
地域リハビリテーション指導員
理学療法士 長谷川博一
作業療法士 井上紳也



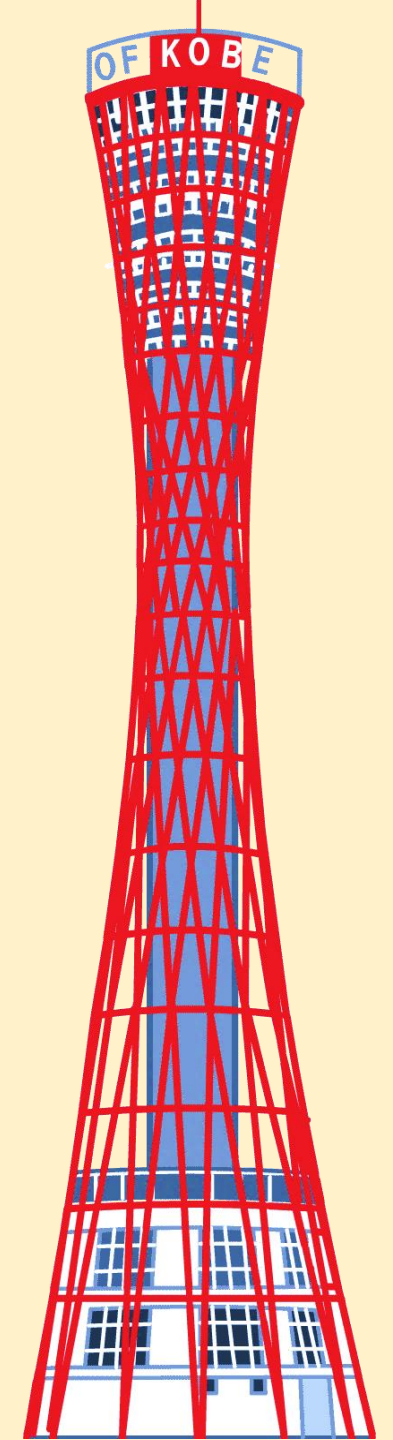
本日のテーマ

- ☒ 介護予防とリハビリテーション
- ☒ 同行訪問事業
- ☒ 生活場面の工程を学ぶ



本日のテーマ

- ☑ 介護予防とリハビリテーション
- ☑ 同行訪問事業
- ☑ 生活場面の工程を学ぶ



介護保険の基本理念

できるかぎり在宅で自立した
日常生活を継続できるように支援することである

神戸市介護予防ケアマネジメントマニュアル Vol7



介護を要する状態



できる限り自宅で自立した生活を
営めるようにサービスを提供すること



利用者



介護が必要な状態となることを予防するための健康保持増進
介護サービスを利用した**自立した生活のための**能力維持・向上

サービスを利用して生活を補うわけではない

自立支援と援助の違い



ケアプラン作成者



- 浴槽に浸かることができなくなってきた

援助

デイサービス(デイケア)で入りましょう

- 掃除がしんどくて...

援助

ヘルパーに手伝ってもらいましょう

Q. 長期的にみて自立支援につながりますか？

楽 は「利用者の依存を生む」おそれ

- 掃除がしんどくて...

自立支援

出来るようになるまでは
ヘルパーにも手伝ってもらいながら一時的に利用しましょう

自立に向けた意欲を引き出すような働きかけをする

△

買い物に行けるようになりましょう！

とにかく頑張ろう！！



○

買い物に行けるようになりましょう！

そのためには、日課の自主トレーニングと週2回以上の外出を継続しましょう！



目標や取り組む内容を明確にして
それを達成すると「**どうなれるか**」をイメージさせることが大事

自立の可能性を最大限引き出すよう支援する

利用者の 残存能力を阻害 するサービス利用はNG



足腰が弱くなり
歩くのに困っている
(歩けないわけではない)

- ・ 歩行補助具
- ・ 自主トレ
- ・ リハビリ
- ・ 外出支援 etc...



転倒リスクが高い
腰や膝の痛み増強 etc...

アセスメント未実施



ヘルプサービス

目標設定



目標を達成するためには
必ずスモールステップの設定が必要

「できる」ことも捉えておく



「できる」を
捉えることで
今後の支援方針が
明確になる

例)



変形性
膝関節症

歩行時膝の痛みがある

しかし、徒歩●mのスーパーまで
1人で買い物に行くことができる



脳卒中

主治医の意見書より注意力低下の情報あり

しかし、屋内・屋外歩行共に
転倒には至っていない



呼吸器
疾患

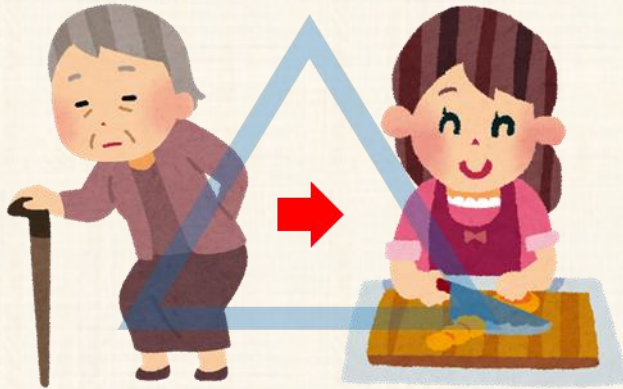
動作時の息切れあり

しかし、パルスオキシメーターを用いて
呼吸状態の自己管理ができている

生活の質(QOL)に意識して取り組む

料理が好き、でも今はできなくなってきたいる…

援助



料理が出来ないから
ヘルパーを入れる

※間違いではない
(どうしても必要な場合もある)

自立支援



料理が出来るように
訓練や環境設定を行う

リハサービスの各特色

利用者の病態 身体機能に応じたリハ



介護予防 訪問リハビリテーション

自宅でリハビリテーションを行うことにより、
心身機能の維持回復を図ります

介護予防 通所リハビリテーション（デイケア）

医師の指示により、施設の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士による
リハビリテーションを提供します

介護予防通所サービス（デイサービス）

生活機能を向上させるため、食事等の日常生活上の支援や利用者の
心身の状態や目標にあわせたサービスを提供します

リハビリサービスを修了する考え

要支援者へのリハビリサービス

生活上の課題：少ない → 活動・参加を目的とした導入

- 地域における**活動・参加**についての目標設定



(スーパーまで買い物へ行く)



(ラジオ体操に参加する)

6ヶ月から1年以内
目標設定・プログラム立案

介入当初から修了を見据えた支援

リハビリサービスを修了する考え

利用者 ⇔ ケアプラン作成者 ⇔ 事業所



サービス導入前



利用目的，利用期間の目安 の共通認識

介護予防のポイント

早期から生活機能(心身機能・活動・参加)の低下防止に努め

個人の生活機能低下に応じた予防を行う

いつまでも訪問リハビリが続く



機能改善に伴いリハビリの取り組みを変える



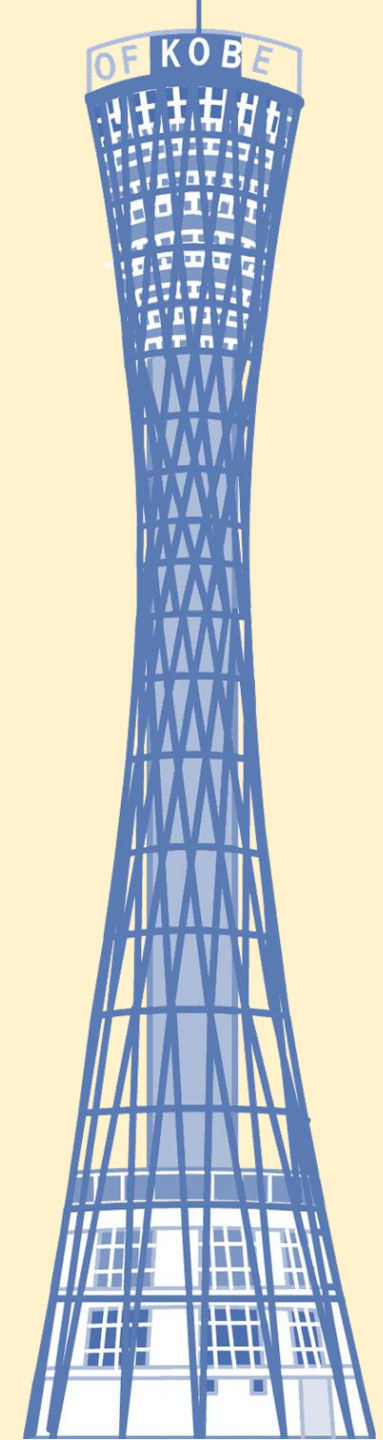
サービス内容, 環境は**常に見直しが必要**

本日のテーマ

☒ 介護予防とリハビリテーション

☒ 同行訪問事業

☒ 生活場面の工程を学ぶ

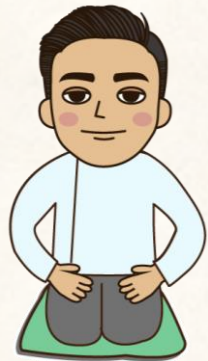


同行訪問の概要

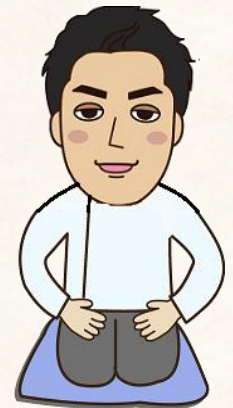
対象者 要支援1,2 事業対象者 要介護認定申請中/申請予定

費用 なし

目的



専門職の視点から
ケアマネジメントへの助言・提案



依頼内容

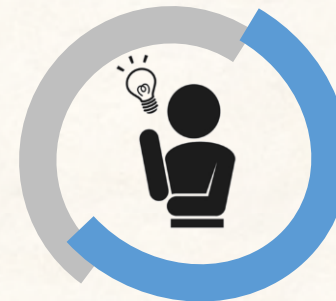
心身機能評価



住環境評価



サービス評価



運動指導



同行訪問後の報告書類

訪問後 ケアプラン作成者へお渡しする書類

* 事業所emailアドレスへ送付

[illegible]

膝伸ばし運動

10回

朝・昼・夕のうち2回

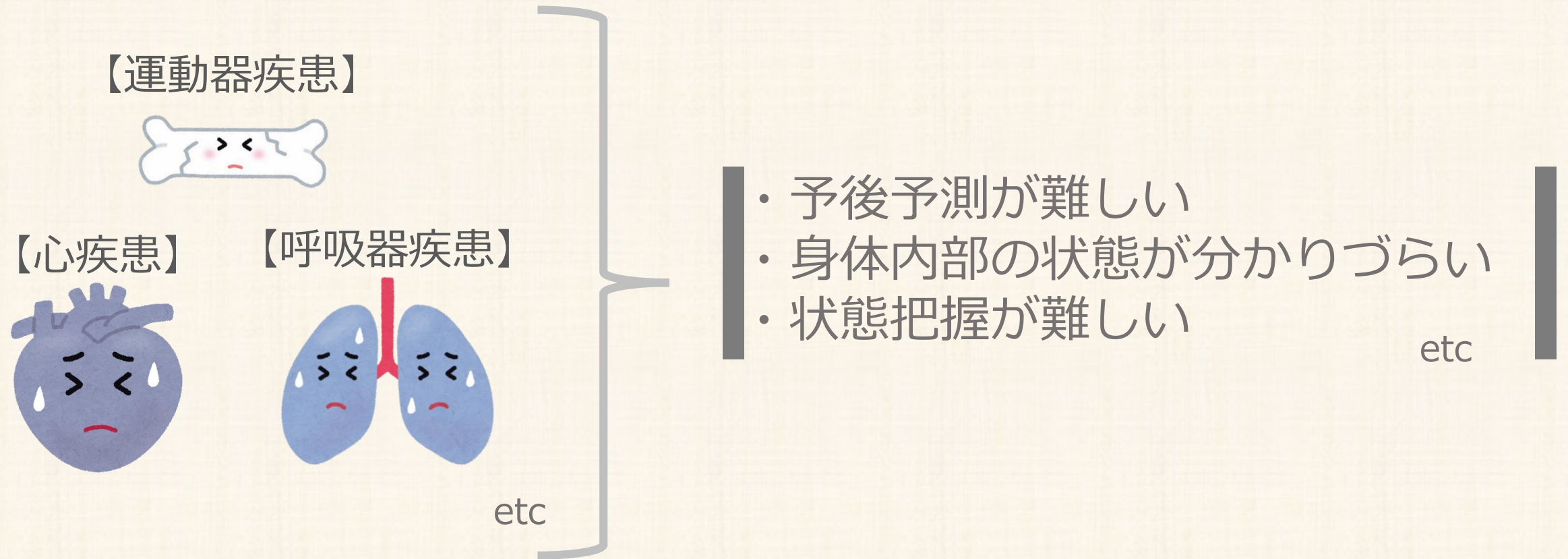


※なるべく身体が後ろに倒れないように

同行訪問実施報告書

自主トレーニング資料

疾患特性を考慮したケアマネジメント①



利用者自身の自己管理も大事だが スタッフ側にも**医療的視点**が欲しい

疾患特性を考慮したケアマネジメント②

(変形性膝関節症)



疾患特性

- 男女比は1:4と女性に多い
 - 徐々に進行する
- etc

日常生活での注意点

- 太もも前の筋肉を鍛える
 - 正座をさける
 - 肥満であれば減量する
 - 洋式トイレを使用
- etc

疾患特性を考慮したケアマネジメント③

心不全患者：どのような症状がいつから悪くなってきたか

(心不全)



心不全患者における増悪因子

約1ヶ月前から 以下5症状の悪化

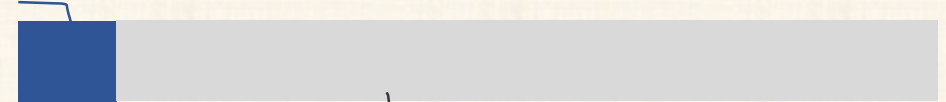
- 歩行時息切れ
 - 起坐呼吸
 - 浮腫
 - 体重増加
 - 安静時息切れ
- 入院前1週間で
急激な症状の増悪
- 2週間で5%増えたと増悪疑い

疾患特性を考慮したケアマネジメント④

COPD（慢性閉塞性肺疾患）

別名 たばこ病

治療を受けている患者数



90 %以上 喫煙によるもの

推定患者数 **530** 万人*

*NICEスタディより（2001）

診断や情報はないがCOPDに罹患している者も多くいる

アセスメントでCOPDに関連のある情報収集

喫煙歴



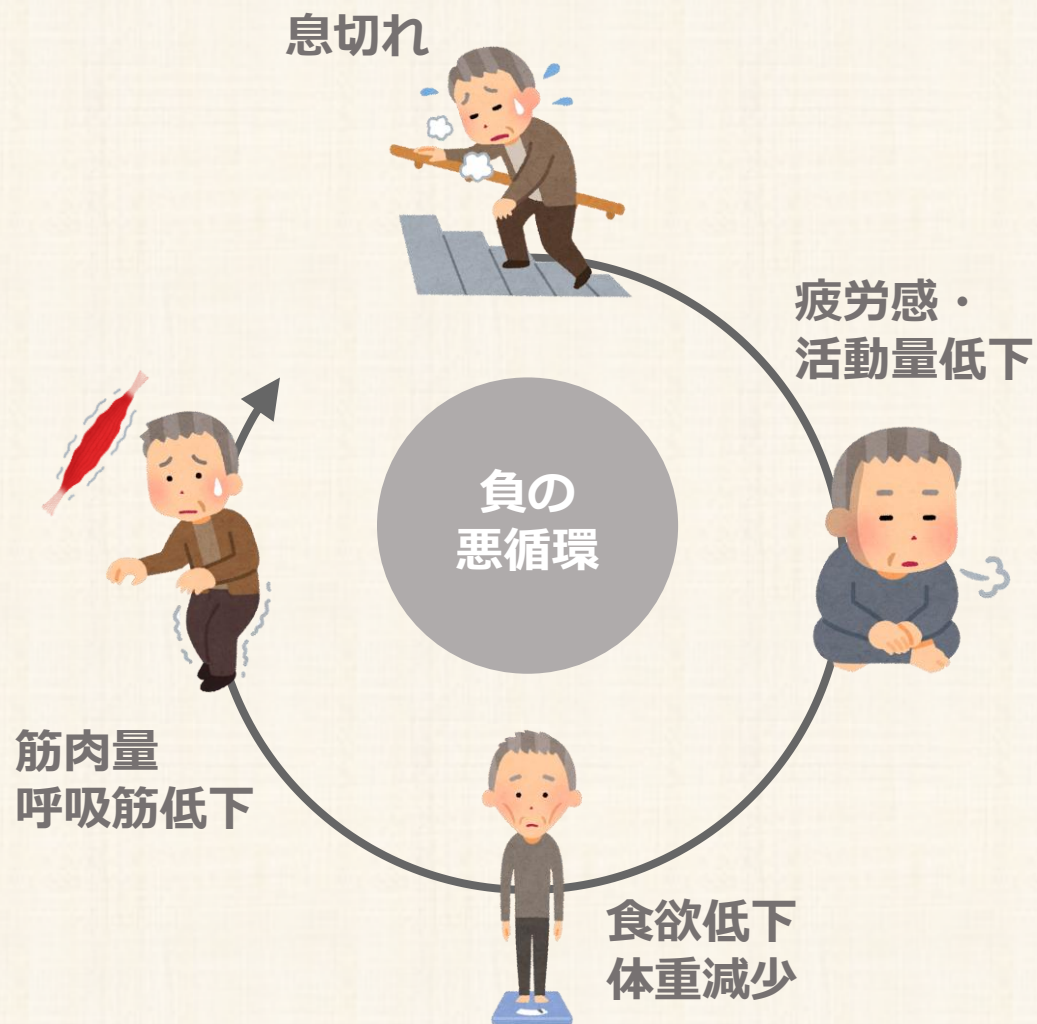
湿った咳，痰



体型（やせ）



利用者における悪循環



内部障害を呈する利用者

日常生活のなかで

身体を動かすことを無意識に避けがち



このような状態が続くと…

息切れ増強

急性増悪による入院リスク

生命予後悪い

「しんどい」から「動かない」のではなく
しんどくてもしんどいなりに動く

同行訪問での事例報告①

～再発予防のために～

70歳代女性

疾患名：脊椎圧迫骨折

【観察場面より】

- ・ コルセット未装着
- ・ 多々、前屈する場面あり
- ・ 足の筋力低下を認めていた



【同行訪問でのケアマネジメント支援】

- ・ 病態説明後、コルセット装着の理由を説明
- ・ 生活指導内容
 - 着座の際に、ゆっくり座る
 - 前屈する時は、出来る限り足を使うorリーチャー使用
- ・ 骨折部の負担を考慮した自主トレーニングの提案

ケアプラン作成者に
知ってほしい
リハ職の視点

- ・ 利用者が病態を理解することが大事
- ・ 骨に負担がかからない日常生活上の動きが重要
- ・ 自主トレーニング習得による再発予防

同行訪問での事例報告②

80歳代男性

疾患名：変形性膝関節症
心不全



～多角的な視点から～

【観察場面より】

- ・ 膝痛よりも心機能の影響による
疲労感強い（階段昇降等）

- ・ 聞き取りから膝痛より心疾患の影響が大きいことが分かった
- ・ リハビリ特化型デイサービスからデイケアへの変更を提案
→専門職（リハビリ・看護師等）が常駐しているため、
状態変化を捉えやすい
- ・ 生活指導内容
→塩分・水分の摂りすぎ，入浴方法に気をつける
→薬の飲み忘れに注意する etc...

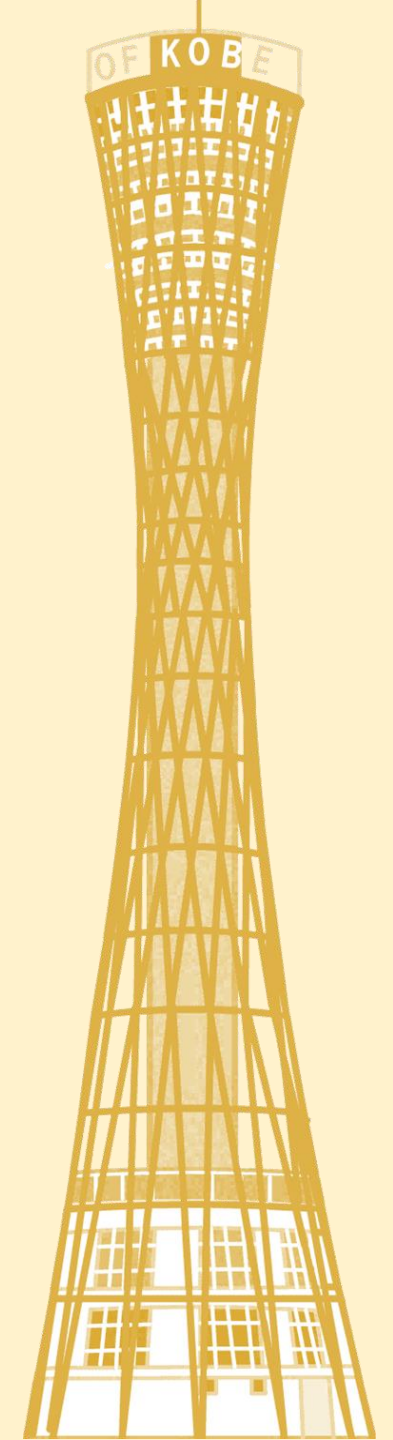
【心疾患を考慮した】

ケアプラン作成者に
知ってほしい
リハ職の視点

- ・ 聞き取り－（体重の変化、むくみの有無等）
- ・ 利用サービスの提案－ デイケア
（専門職がリスク管理をしながら、心肺機能を高める）
- ・ 日常生活の過ごし方－（運動の取り組み、バランスが取れた3食の食事等）

本日のテーマ

- ☒ 介護予防とリハビリテーション
- ☒ 同行訪問事業
- ☒ 生活場面の工程を学ぶ



利用者への介入の流れ

1. アセスメント ①,②の判断

① セルフマネジメントの獲得

疾患・症状なし 認知良好 外出可能



② サービス利用を検討しつつ 重度化予防

疾患・症状あり 認知機能低下 外出困難



3. 利用サービスの検討

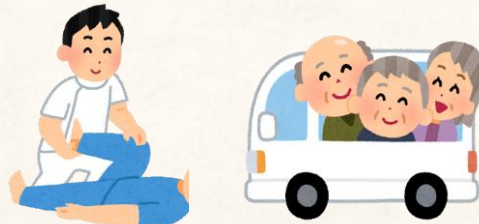
4. 目標達成度確認

リハビリサービス利用なし

自主トレ 社会参加促進



リハビリサービス



専門職の必要性検討

福祉用具貸与
訪問看護
訪問介護



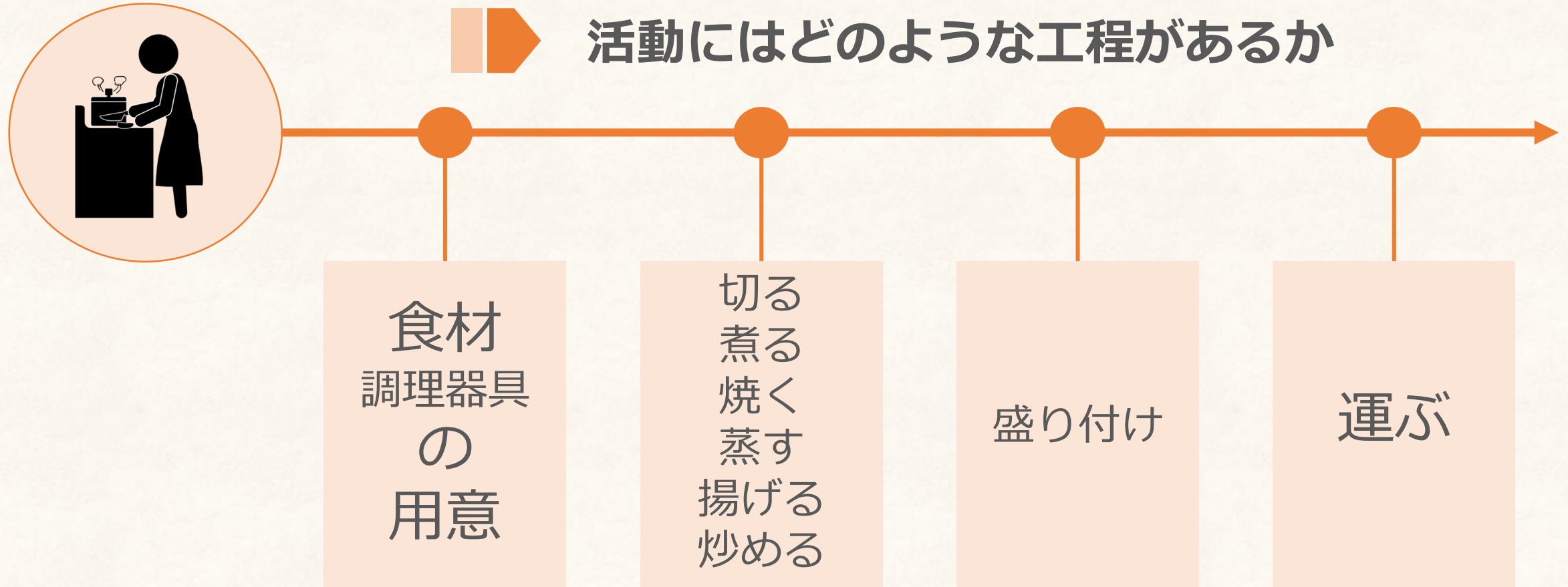
など

目標の再設定

利用サービスの再検討
終了

生活場面の工程とはなにか

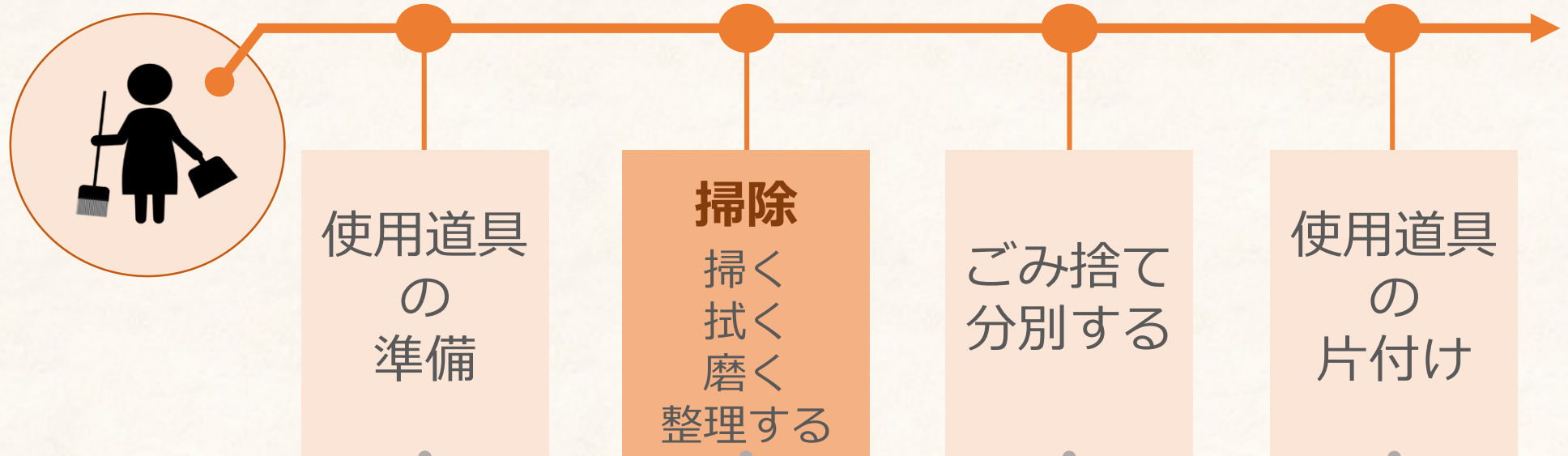
例)「料理」



各工程に応じて **身体機能/認知機能（注意・遂行機能 など）** の要素が異なる

工程の細分化と課題分析

1 掃除の工程を組み分ける



2 難しい原因を考える



日々の関わりで意識してほしいこと

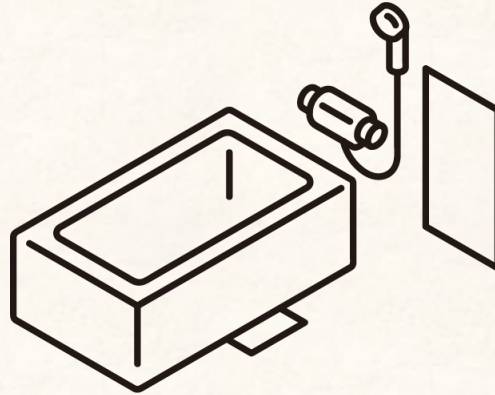
家のなかの環境をみる習慣をつけましょう

- 客間やテーブルのみでアセスメントをしていませんか？ -

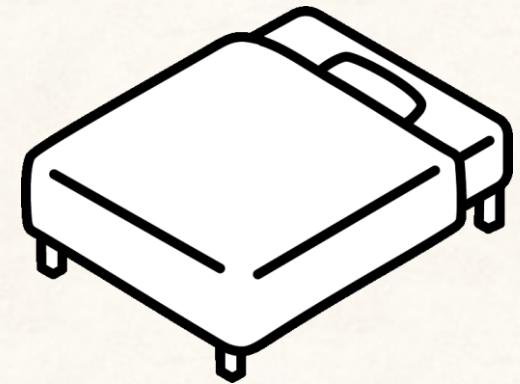
(トイレ)



(お風呂)



(寝室)



環境に多様性と方法に個別性

生活場面の工程 まとめ

生活場面を工程に分けて考えると利用者を捉えやすくなる

様々な生活場面



「できる」 ことを捉えておく

できるところは見落としがち
強みにサービスを与える必要性は低い

「できない」 工程を知る

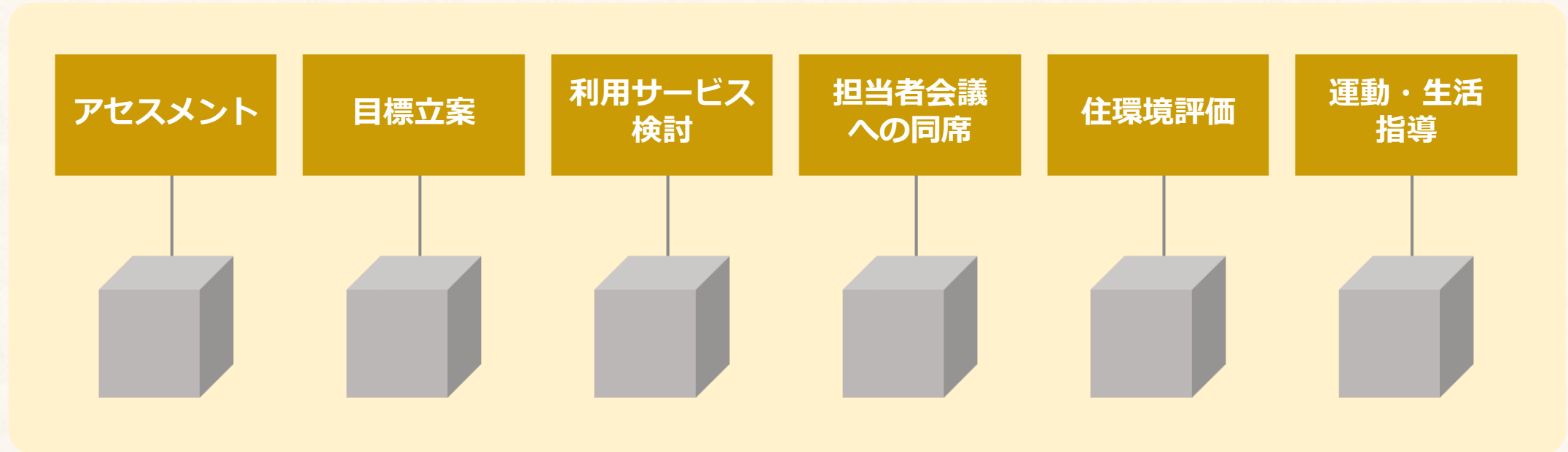
“利用者だけ”, “ケアプラン作成者だけ”
知っていても課題解決につながらない

代償手段 に頼り過ぎない

経時的な機能低下により出来なくなる可能性
機能回復や将来を見立てた手段も必要

介護予防ケアマネジメントでリハ専門職が出来ること

利用者における **個別性を踏まえた支援** を共に考えていく



ケアプラン作成者のケアマネジメントを **サポート（助言）** していく

多職種で相談し合う効果 **➡** 日常生活になんらかの不自由があっても
できる範囲で自立した生活を支援