

仙台市 平成30年度リハビリテーション職員等研修会 H31.1.31

講義テーマ

「自立支援型リハビリテーションの考え方と実際」

～活動と参加の支援とは～



医療法人社団東北福祉会
介護老人保健施設せんだんの丘
施設長 土井勝幸

プロフィール（H31.1現在） ※赤字が現職

○職歴

- 昭和61年 社会福祉法人日本心身障害児協会 島田療育センター
- 平成4年 医療法人伸裕会 老人保健施設長生院
- 平成5年 社会福祉法人陽光福祉会 エコ-療育園
- 平成6年 学校法人東北文化学園 東北医療福祉専門学校
- 平成12年 医療法人社団東北福祉会 介護老人保健施設せんだんの丘 副施設長
- 平成18年 学校法人梅檀学園 東北福祉大学 特任准教授(兼務)
- 平成20年 医療法人社団東北福祉会 介護老人保健施設せんだんの丘 施設長

○現職の役職

- 一般社団法人 全国デイ・ケア協会 理事
- 宮城県老人保健施設連絡協議会 理事(兼・事務局次長)

○歴任してきた主な役職

- 公益社団法人 全国老人保健施設協会 理事
- 一般社団法人 日本作業療法士協会 副会長
- 一般社団法人 日本訪問リハビリテーション協会 理事

○現在就任中の主な委員(抜粋)

- ・宮城県権高齢者利擁護推進委員会(委員長)
- ・宮城県地域医療介護総合確保推進委員会
- ・仙台市介護保険審議会
- ・仙台市地域密着型サービス運営委員会
- ・青葉区高齢者障害者地域会議
- ・認知症介護研究・研修仙台センター運営委員会

介護保険制度の基本理念

第一章 総則

(目的)

第一条 この法律は。加齢に伴って生じる心身の変化に起因する疾病等により**要介護状態**となり、入浴、排泄、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、**その有する能力に応じ自立した日常生活が営むことができるよう**、必要な保険医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の協同連帯の理念に基づき**介護保険制度を設け**、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

(国民の努力及び義務)

第四条 国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、**進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるもの**とする。

「新たな高齢者介護のシステムの構築を目指して」 平成6年12月 高齢者介護・自立支援システム研究会

【基本的な考え方】

① 予防・リハビリテーションの重視

心身の機能が低下したことによって万一介護を必要とするような状態になった場合に、出来るだけ早い段階から適切なリハビリテーションを提供する必要がある。

従来の施設や病院等における**医学的、機能回復的なリハビリテーションだけでなく、高齢者本人の意思によって地域社会の様々な活動に積極的に参加できる**ように、日常生活の中にリハビリテーションの要素を取り入れ、地域全体で高齢者を支える取り組みを推進していくことが求められる。

- ② 高齢者自身による選択
- ③ 在宅ケアの推進
- ④ 利用者本位のサービス提供
- ⑤ 社会連帯による支え合い
- ⑥ 介護基盤の整備
- ⑦ 重層的で効率的なシステム

リハビリテーションについて

○ リハビリテーションは、**単なる機能回復訓練ではなく**、心身に障害を持つ人々の全人的復権を理念として、潜在する能力を最大限に発揮させ、**日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を可能にし、その自立を促す**ものである。したがって、介護を要する状態となった高齢者が全人的に復権し、新しい生活を支えることは、リハビリテーションの本来の理念である。

今後の高齢者のリハビリテーションのあるべき方向性として、

- ◆ **リハビリテーション**は、利用者の生活機能に関する最適の目標をひとりひとりに設定し、その目標を実現させるために立てられた**個別的な計画に基づき、期間を設定**して行われるべきものである。
- ◆ 目標や計画に基づかない**単なる機能訓練を漫然と実施することがあってはならない**。ことが指摘された。
- ◆ 急性期・回復期リハビリテーションでは、廃用症候群の予防と早期離床、ADLの早期自立・向上を図り、**生活期のリハビリテーション**は、高齢者が住み慣れた地域で、在宅での**ADLと社会参加の向上**を図る。

出典：「高齢者リハビリテーションのあるべき方向」 高齢者リハビリテーション研究会（平成16年1月）より抜粋



「高齢者の地域におけるリハビリテーションの新たな在り方検討会」として平成26年9月29日より4回開催で見直しの議論が始まる！

生活行為向上マネジメントに基づく地域生活移行・地域生活継続支援事例

- ①. 老健からの在宅復帰支援事例 (要介護3)
- ②. 老健からの在宅復帰支援事例 (要介護5⇒区変申請中)
- ③. 通所リハにおける認知症地域生活支援事例 (要介護2⇒要介護1)
- ④. 通所リハからの就労移行支援事例 (要介護3⇒要介護2)
- ⑤. 訪問・通所サービス連携による認知症地域生活支援事例 (要介護1)
- ⑥. 介護予防通所介護における訪問指導事例 (要支援1)
- ⑦. 回復期リハ病院退院後における訪問指導事例 (要支援2⇒要支援1)
- ⑧. 医療機関(認知症)からの地域生活移行支援事例 (要介護1)

老健(在宅復帰)

機能訓練にこだわるケースに対して、主婦としての役割を見据えた自立生活支援を行った事例

年齢:79歳 性別:女性 疾患名:脳梗塞・骨盤骨折

要介護3 ⇒ 更新せず

老健入所事例

【介入までの経緯】入院以前の体の状態に戻りたいと機能訓練の継続を強く希望するケースに対して、在宅生活に必要なADL動作だけでなく、主婦としての家事活動を安全に遂行する、継続するための支援を行った。
【本人・家族の生活の目標】本人:自宅で行っていた家事ができるようになりたい。(入所時:トイレ動作が一人で行える、歩行がふらつかず行える)家族:トイレ動作が安定して出来てほしい。できれば身の回りのことは自分でしてほしい。

	開始時(入所時)	中間(1ヶ月後)	在宅復帰(2ヶ月半後)
ADL・IADLの状態	<ul style="list-style-type: none"> ○ADL一部見守り。 ○注意力軽度低下による安全への配慮不十分。 ○IADL機会ほぼなし。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ADL自立:安全に配慮して行える。 ○IADL機会:食後の後片付け・コーヒー準備ができるようになる・自主トレーニングの実施。 	<ul style="list-style-type: none"> ○家族:「骨折前よりも動作に慎重さ、安定感がある。」 ○本人:「自宅にて骨折前と同程度の家事動作ができた。」「疲労感は強い。」
生活行為の目標	<ul style="list-style-type: none"> ○家事活動(食後の後片付け・コーヒー準備習慣)ができるようになりたい。 ○自主トレーニングによる機能維持・向上訓練の習慣化。 ○動作時の安全確認ができるようになる。 	<ul style="list-style-type: none"> ○掃除ができるようになりたい。 ○自宅環境(外出・外泊)下での安全面へ配慮したADL動作・家事動作の確認。 	<p>【考察】家事動作を安全に遂行するための機能訓練というように、具体的な家事内容と自宅での動作方法を想定し、必要な機能や動作を整理する作業を本人交え行っていくことで、機能訓練にとらわれないニーズの引き出しや、できる生活行為を増やすことができた。主婦として主体的に家庭内の仕事を仕切っていくきっかけづくりを行うことができた。</p>
介入内容	<ul style="list-style-type: none"> ○自主トレーニング指導。 ○安全への配慮の確認。 ○本人のしたい家事活動の練習と機能訓練の意味づけ。 	<ul style="list-style-type: none"> ○退院に向け、生活スケジュールの確認。 ○家族・本人とのニーズのすり合わせ。 ○自宅環境下で確認する事柄の整理。 ○掃除などの練習 	



結果 : 2ヶ月半で在宅復帰:自宅内での家事活動が遂行できるようになり、体力・体調を考慮した活動・生活リズムが行えるようになった。機能訓練へのニーズは残るが、動作方法や手順、安全性の確認の定期的な確認の重要性への理解が得られた。

課題 : 個別機能訓練から生活リハビリへ移行していく際、一つ一つの生活動作の目的や意味付けの確認しあうことが重要であった。短期集中・認知症短期集中リハビリテーションが機能訓練に偏ることの無いよう、生活行為に対するスタッフ間の共通理解が必要。

老健(在宅復帰)

自宅に閉じこもり妻の介護負担が増大したケースに対し、主体性を引き出し在宅復帰ができた事例

年齢:64歳 性別:男 疾患:脊髄小脳変性症(発症から7年)

要介護5 ⇒ 区変申請中

老健入所事例

【介入までの経緯】30代で土建業起業。蟻のように働き王様のように遊ぶ生活が特徴。50代で発症し緩徐性の進行に伴い介助量増加。妻が重介護の蓄積で持病悪化し一時入院が必要に。居宅CM提案により、在宅強化型である当老健入所。
【本人・家族の生活の目標】妻と二人暮らしの本人・妻の共通点としては、「可能な限り自宅生活を送りたい」「移乗をもっと楽に行いたい」。本人は「外出機会が欲しい」。妻は「持病悪化ないように介護量をコントロールしていきたい」

開始時(入所前・入所時)

中間(1ヶ月後)

在宅復帰(2ヶ月)

ADL・IADLの状態

○ADL全般に7~10割介助(日内変動あり:夜間は低下)。
 ○環境調整が不十分で、本人の活動を阻害し、介護負担も大きくなっていった。
 ○上記による低活動状態。

○ADL全般に3~7割介助。
 ○日中における移乗の自立。
 ○フロア内動線(短距離)の車椅子自走。

○ADLレベル維持。
 ○退所前買物外出では概ね車椅子自走ができた。
 ○自主的な離床拡大・活動意欲の向上。
 ※退所後は定期ショートステイでフォロー。

生活行為の目標

○(上位目標である買物外出に向けた)自力で車いす移乗ができるようになる。

○(上位目標である買物外出に向けた)長距離の車椅子自走。

【考察】インテークからICF視点で課題・目標構造を整理・共有し、本人の能力活用・環境適合を図った結果、できるADLが拡大・習慣化した。在宅移行に際しては、居宅CMと協働でマネジメントを行い、定期ショートステイを軸にした生活のモニタリングより継続した主体的活動には必須であると判断した。

介入内容

○本人の能力が発揮しやすい環境設定。
 ○本人・他職種へ移乗目的と方法の指導
 ○移乗動作練習。
 ○能力を引き出す介護方法の指導。

○本人・他職種への自走目的の共有。
 ○日常的な車椅子自走機会を増やす。
 ○本人の能力・環境・妻の介護力とすり合わせた動作・介護方法の指導。

〈入所前訪問〉
ICFの観点でのアセスメント



〈退所前・後訪問〉
能力・環境・介護力の適合化



主体的な離床・活動
定期ショートステイでの外出創出



結果 : 本人の能力・環境・妻の介護力との適合化が図られ、自力で移乗・車椅子の自走・主体的活動の向上に繋がった。

課題 : 進行性疾患ゆえ、適宜本人の能力評価・環境適合・介護力とのすり合わせと、支援者間で速やかに共有できるマネジメントが必要。

通所リハ(認知症)

家事や畑作業を再開し、介護負担が軽減した認知症事例

年齢:77歳 性別:女性 疾患名:脳血管性認知症・変形性膝関節症

要介護2 ⇒ 要介護1

通所リハ事例

【介入までの経緯】脳梗塞発症から6週間の入院を経て自宅退院となった。入浴とリハビリ目的で通所リハ週3回、機能回復訓練、ADL・IADL訓練などの活動を促した。病前は家事と農業を行い、楽しみとして収穫物を農産物市で売っていた。病気後は軽度認知症の影響もあり主体的な生活が遅れず、常に助言や誘導を要し、夜間覚醒など、夫の介護負担となっていた。
【本人・家族の生活の目標】(本人)以前のように自分で野菜を作り、収穫物を「農産物市」に出したい。(家族)夜間寝てほしい。屋外を安定して歩けるようになってほしい。

	利用開始時	中間(1ヶ月後)	修了(2ヶ月後)
ADL・IADLの状態	<ul style="list-style-type: none"> ○更衣や整容は助言、入浴は部分介助を要する。 ○家事は促しや助言が必要であり、自分からは行わない。 ○昼夜逆転傾向にあった。 	<ul style="list-style-type: none"> ○入浴は見守りで可能となり、洗濯物をたたむ、食器洗い、台拭きなどが見守りでできるようになった。 	<ul style="list-style-type: none"> ○入浴は口頭での促しでできるようになり、自宅でも入浴している。 ○洗濯と食事の片付は夫と共に行うようになった。 ○通所日の夜は覚醒なく朝まで眠れる。
生活行為の目標	<ul style="list-style-type: none"> ○畑まで歩いて行き、除草作業などの簡単な畑仕事ができる。 ○夫の送迎と付添により農産物市に参加する。 ○夜間覚醒なく眠れる。 	<ul style="list-style-type: none"> ○歩行器のレンタル開始、屋外歩行練習や除草作業の模擬動作の反復により通所時の活動量が増加した。 ○個別リハに積極的になる。 	<p>【考察】 認知症者は、生活行為に対する主体性などの低下も認められるため、なじみ深い作業などの介入が有効である。本事例では長年の楽しみであった農作業や家庭内役割であった家事を再開することで精神面での活性化が図られ、生活リズムを取り戻すことができた。</p>
介入内容	<ul style="list-style-type: none"> ○低い台からの立ち上りなど屋外農作業に必要な機能訓練と動作練習。 ○歩行器の操作練習と歩行耐久性訓練を行う。活動量増加。 	<ul style="list-style-type: none"> ○夫に対して活動能力の改善を説明し、家庭での家事や屋外歩行の付き添いに理解を求める。 ○CMに歩行器の貸与手続きを要請。 	



結果 : 日中の活動量が増加し、夜間の覚醒がなくなった。また、夫の付き添いで農産物市に参加することができた。

課題 : 生活行為の課題を解決するためには、20分1単位では十分な関わりがもてない。

通所リハ(就労支援)

「働きたい」という本人の希望に向けた就労移行支援事例(修了)

年齢: 53歳 性別: 男性 疾患名: 脳梗塞(高次脳機能障害)

要介護3 ⇒ 要介護2

通所リハ事例

【介入までの経緯】自宅で無為に過ごしているも、就労意欲あり。社会参加の可能性を見出すために、取り組みを開始した。

【本人・家族の生活の目標】

本人: 就労(元技術科の教師)に向けて支援施設に通いたい。

家族: 就労など役割を持った生活を過ごして欲しい。常に一緒だと負担を感じるため、自分も外出したい。

	利用開始時	中間(6ヶ月後)	サービス修了・就労支援施設へ移行(9ヶ月後)
ADL・IADLの状態	<ul style="list-style-type: none"> ○ADL一部介助。 ○屋外歩行は一部介助。 ○IADLは母親が対応。 	<ul style="list-style-type: none"> ○一人で留守番が可能。 ○屋外歩行が一人で可能。 ○買い物にて支払いが可能。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ご家族と定期的な外出が可能。 ○タクシーでの移動が可能。 ○就労継続支援施設の利用。
生活行為の目標	<ul style="list-style-type: none"> ○自宅ADLの自立。 ○一人での屋外移動。 	<ul style="list-style-type: none"> ○普通タクシーでの外出 ○移行先の作業課題の遂行 	<p>【考察】</p> <p>自宅生活での自信に伴い、より社会参加への意識付けが引き出せた。また、作業内容を本人の職歴を参考に提案したことで主体的な参加がみられた。結果、可能なIADLが拡大でき、希望であった移行先へ繋げることができた。</p>
介入内容	<ul style="list-style-type: none"> ○生活動作の評価と練習。 ○屋外を含めた歩行練習。 ○外出機会の提供。 	<ul style="list-style-type: none"> ○タクシー利用の模擬練習。 ○エレベーターの操作の練習。 ○行き先メモなど代替手段提案。 ○木工など系列動作の練習。 ○作業適正の評価。 	



結果 : 留守番が可能となった。買い物など外出機会が増えた。就労継続支援施設の単独利用に繋がった。

課題 : 個別リハビリテーション加算20分/回ではなく、計画内容の必要量(頻度・時間)に基づき必要に応じた作業指導ができる仕組みが必要。通所の環境以外での指導(自宅や外部施設等)や終了後の継続後フォロー利用、自宅や就労支援施設等への訪問機能が強化される仕組みが必要。

通所リハ・訪問リハ(認知症)

住み替えを機に15年ぶりに掃除を習慣化できた認知症事例

年齢:75歳 性別:女性 疾患名:脳血管性認知症

要介護1 ⇒ 更新せず

通所リハ
訪問リハ
併用事例

【介入までの経緯】脳梗塞を発症後、ADLは夫の助けを借りて何とかできており、入浴とリハビリテーション目的で通所リハ週2回、OTの訪問リハにより機能維持、ADL指導、健康管理、食事指導などを実施していた。病前は主婦として家事をこなしていたが、病気後は軽度認知症の影響もあり家事への関心が薄れ、掃除は全く行わなくなっていた。掃除しないことにより方法も忘れてしまっていた。長男夫婦が掃除の支援をおこなってきたが、住み替えを機に掃除ができるように支援の検討を行った。

【本人・家族の生活の目標】新しい住まいでの掃除を行い、きれいな部屋で気持ち良く過ごす。

	開始時	中間	終了(6ヶ月)
ADL・IADLの状態	<ul style="list-style-type: none"> ○入浴以外のADL自立.屋内歩行可能である。 ○方向転換や掃除機の利用は病後実施しておらず困難。 ○雑巾絞り困難.床拭き姿勢もとれず。 	<ul style="list-style-type: none"> ○掃除機かけは可能.かがみながらの動作困難。スイッチ位置の探索困難。 ○かけ残しあり.かけた場所とかけていない場所がわからない。 	<p>掃除機かけの動作が可能となり、「掃除分担表」「実行表」の活用によって毎日15分程の掃除が習慣化した。本人からは「面倒だったが、慣れた」と発言が聞かれた。テーブル拭きや棚の整頓なども習慣化した。</p>
生活行為の目標	<ul style="list-style-type: none"> ○掃除機を使っての毎日の掃除を習慣化する。 	<ul style="list-style-type: none"> ○通所リハにて立位バランス向上練習。 ○訪問リハにて応用動作歩行練習.掃除機の準備、操作、かけ方の練習。 ○夫の協力を得て、実施時間に声掛けを行い日常での習慣化を行った。 ○.使いやすいスティック式掃除機の導入。スイッチに目印を貼付。 	<p>【考察】 本人の「掃除の仕方が分からない」という不安に対し、OTができる範囲を決め、本人にとってやりやすい方法(工程の単純化、日常への習慣化、道具の選定、環境調整など本人に適した方法を選定)を提示し、本人、家族との話し合いを持ちながら、すべき課題を本人が明言することで強い動機づけを行えた。</p>
介入内容	<ul style="list-style-type: none"> ○掃除動作の練習を工程に分けて行う。 ○習慣化のための環境アプローチを行う。 		



結果 : 掃除機かけが習慣化し、それに付随してテーブル拭きや棚の整理、花の水やりも習慣化され活動性が向上した。

課題 : 本事例は本人が訪問介護利用を拒否されていたが、通所の作業療法士が訪問介護に同行し、本人に応じた方法を提示し、訪問介護につなぐことで支援頻度の向上が臨め、家族負担も軽減できた。通所リハ、訪問系サービスの連携が重要である。

通所介護 (介護予防) 事例	年齢:74歳 性別:女性 疾患名:パーキンソン病(発病より10年)	要支援1
	<p>【介入までの経緯】 調理は自身の役割だが、食材の購入は宅配と夫。日頃から人の動きを気にするとすくみ足が出やすく、買い物は不可能と思っている。でも本当は生鮮食品は自分で選び調理したい。</p> <p>【本人・家族の生活の目標】 本人:生鮮食品など目で見て確認したいものを、自分自身でスーパーで選び購入したい。夫と一緒に買い物に行きたい。／家族:できることが増えればうれしいが、不安もある。料理は続けられるといい。</p>	

	利用開始時	中間(6ヶ月)	終了(9ヶ月)
ADL・IADL の状態	<ul style="list-style-type: none"> ・ADL自立 ・調理が自宅での役割(その他の家事は夫) 	<ul style="list-style-type: none"> ・スーパーで買物(2回/月)(夫が付添、協力的となる) ・配膳・下膳で台車利用習慣化 	<ul style="list-style-type: none"> ・掃除は出来る範囲で実施 ・週1回のスーパーへの買い物が習慣化(夫から誘われるようになる)
生活行為 の目標	<ul style="list-style-type: none"> ・カートによるスーパーでの買物を経験する ・自宅内、配膳・下膳時の台車移動に慣れる 	<ul style="list-style-type: none"> ・スーパーの環境に慣れ、回数を重ねて自信を持つ ・陳列の配列を覚え、疲労度に配慮しながら移動できる 	<p>【考察】</p> <p>実際場面で評価・介入を繰り返し「できる」ことと「課題」をその場で共有・フィードバックできたことが目標達成への近道であった。</p> <p>買い物が習慣化したことは、単なる家事の拡大という自宅内での活躍にとどまらず、地域に出て行く習慣や関わりを取り戻し、地域住民のひとりとして顔の見えるつながりへと変化したと考える。</p>
介入 内容	<ol style="list-style-type: none"> ①自主トレ指導 ②スーパーで買物評価 ③スーパーよりカートを借り出し移動練習 	<ol style="list-style-type: none"> ①カート押しでのすくみ足対策 ②移動時の夫の立ち位置検討 ③商品棚へのリーチ位置確認 ④疲労度合いと役割分担検討 	

同行者がいれば買い物が可能に

スーパー内での役割を分担し生鮮品選びは一人で可能に

スーパーを想定
しての模擬的
アプローチ



実際場面で活動
参加を繰り返し
習慣化へ向けた
アプローチ



活動の習慣化
役割の拡大へ
地域とのつながり

結果 : 週1回:スーパーでの食材購入/月1回:街での買い物が習慣化、九州旅行への挑戦ができた

課題 : 通所介護:利用時間内のみにとられず、時間外の活動や必要に応じた訪問が計画に基づき介入できるしくみが必要。

回復期リハ(退院後訪問)

退院直後の入浴自立支援に始まり、本人の要望に対応したことで活動・参加が促進され事例

年齢:60歳 性別:男性 疾患名:脳出血

要支援2⇒要支援1

回復期リハ事例

【介入までの経緯】病前は売店経営と家事を一人でこなし、毎日銭湯へ行き、電車での旅行が趣味だった。脳出血で7か月入院。退院直後は感覚障害を伴う重度の左片麻痺があり、病後は浴槽に入れずシャワー、外出は週2回の通院のみ。頻繁に転倒しているにもかかわらず、「仕事ができるようになりたい」「電車を使って旅行に行きたい」「使いたいサービスがない」と述べ、自己の能力の理解や本人の要望をかなえるために段階的な取り組みが必要であることを理解することが必要と思われた。

【本人の生活の目標】お湯につかりたい(コンビニまで歩いて行ける→電車を使って買い物へ行く)。

	開始時(発症後7か月退院直後)	中間	終了(2ヶ月)
ADL・IADLの状態	○家事はヘルパーが行っている。 ○歩行は無造作で転倒が多い。 ○バスボードを使用すると「つかる」は不可。 浴室洗い場はシャワーチェアが場所をとり、移動を妨げ、座ってのまたぎ入りは機能的にも環境的にも不可。	○可能にベッド端座位でのまたぎの応用動作練習では徐々に高く足が上がる。 ○横歩きは1歩振り出しは可能だが、3歩連続はできない。	○シャワーチェアを浴槽に横付けしておき、浴室に入るとシャワーチェアと壁の間を横歩きで回り込み、それに座って片足ずつ浴槽にまたいで入ることが可能となった。
生活行為の目標	○現状の浴室環境のまま、座っての浴槽またぎ入りが一人でできる。	○浴槽へ入る際の体の動きを工程ごとに提案し、本人の意見を聞きながら自律的な動作獲得をめざした。	【考察】 経済負担なく環境を調整した。入浴動作の工程を、一人でコントロールできる「自律」を重視した指導をしたことで、他の生活行為も客観視、自己の能力評価が進み自己管理能力が向上した。
介入内容	○腹筋運動、重心移動練習、立ち上がり練習。 ○座位で重心移動をしながら足を抱え上げる練習、横歩き。 ○浴室内での実際の動作練習。	○ケアマネジャー、訪問ヘルパーへ取り組みの説明とデモンストレーションを実施した。	次の生活行為向上への具体的で妥当な目標を言えるようになった。



結果：入浴の自立により「日々お風呂につかりたい」という欲求が充足され、退院直後に不安定だった情緒が安定した。その後「コンビニまで歩けるようになる」、「電車に乗って買い物ができる」、「自宅前の自販機の管理」など、新たな生活行為の達成に及んだ。

課題：退院後のサービスを入院前に決めることができ、回復期医療と地域リハ専門職との連携で、生活行為の指導の連続性が保てるとよい。

精神科事例

年齢:78歳 性別:女性 疾患名:レビー小体型認知症

要介護1

【介入までの経緯】独居で料理や畑が好きだった。徐々に誰もいない場所でも人がいるかのように話し出すようになった。幻聴に言われた通りに山に一人で入って行き、行方不明となり保護された後に精神科病院に入院。
 【本人・家族の生活の目標】本人:早く退院して畑の世話をしたい。親族:また変な行動をしないか心配。

開始時(入院時)

中間(3ヶ月)

在宅での様子

ADL・IADLの状態

○幻の声と会話し、急に泣いたり笑ったりする。
 ○ADL自立。
 ○日中は何もすることがない。

○幻の声は聞き流すことができるようになる。
 ○日中は手織りや畑が日課となる。
 ○1品調理は可能、2品以上の同時調理は注意が向かず火の管理が困難、鍋を焦がす。

○手織りは通所介護で継続、自宅の畑仕事を再開。
 ○服薬管理:ヘルパーと通所介護で薬箱を確認。
 ○調理は一品だけ担当し、夕食は宅配弁当を利用。
 ○買い物は近所の親戚と一緒にスーパーへ行く。

生活行為の目標

○調理などの家事ができるように。
 ○声が幻であることを理解する。
 ○廃用症候群の予防。

○自身でできることとできないことを理解して、必要な介護サービスを受け入れることができる。
 ○退院後も編み物と畑仕事を続けることができる。

【考察】
 現在は通所介護:週2回、訪問介護:週3回と精神科訪問看護を利用。今後は小規模多機能型事業所に移行していく予定。
 当初は「自分一人で何でもできる」と言い張り、宅配弁当や介護サービスを拒否していた。OTの調理訓練で鍋を焦がす体験をしたことで、自身の苦手なことを理解し、「退院のためなら仕方がない」と支援を受け入れることができた。

介入内容

①病気との付き合い方教育(上手く聞き流す)
 ②本人の好きな手織りと畑の導入
 ③体操・筋力維持
 ④調理評価と練習

①退院前訪問で自宅環境での調理環境の評価とケアマネジャー・親族との情報共有
 ②ケア会議でケアマネジャーと検討
 ③通所介護と訪問看護への情報提供(生活行為申し送り書)



結果 : 本人の望む料理と畑を継続できるようになった。通所介護で人との交流や編み物を楽しめるようになった。

課題 : 認知症で独居の場合、服薬など健康や食事などの管理は介護サービスで支援ができるが、一人の不安、淋しさなどについては介護サービスだけではまかなえず、やむを得ずグループホームに入所するケースが多い。

これからの介護保険 わたしの「したい」を支える



平成27年(2015) 制度改定時の厚労省資料
活動と参加に向けた支援(自立支援型介護)

平成30年度改定 地域包括ケアシステム構築に向けた4つの基本的考え方

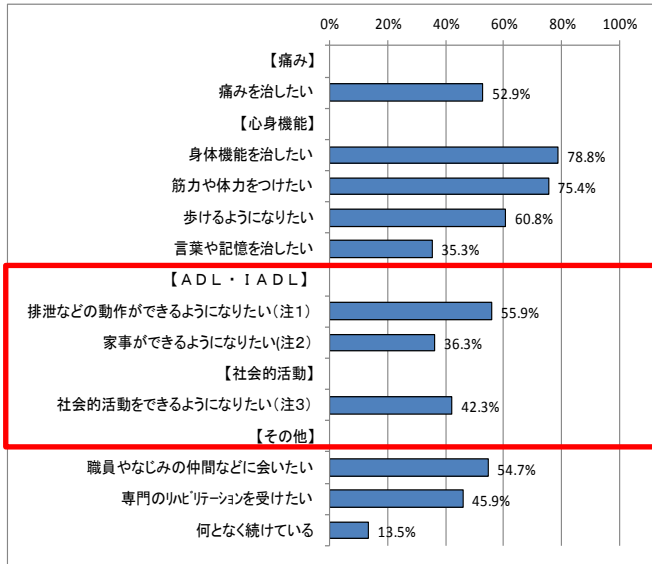
- (1) 地域包括ケアシステムの推進
- (2) 自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現
- (3) 多様な人材の確保と生産性の向上
- (4) 介護サービスの適正化・重点化を通じた制度の安定性・持続可能性の確保

利用者のリハビリテーション継続の理由（本人回答）

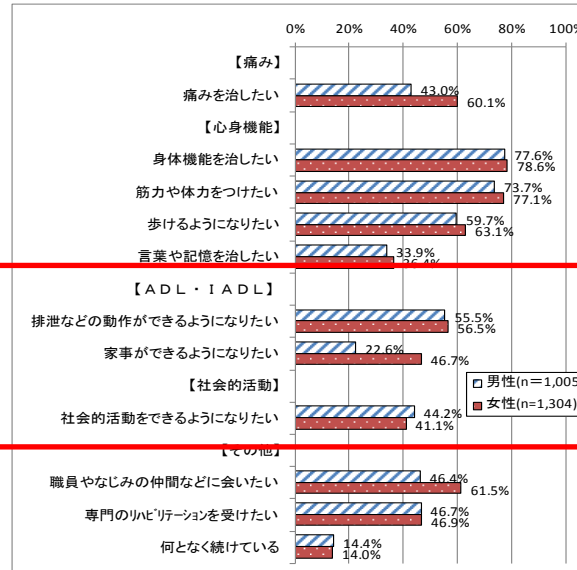
（通所リハビリテーション）

- 本人のリハビリ継続理由は、「**身体機能を治したい**」が**78.8%**、次いで「**筋力や体力をつけたい**」が**75.4%**であった。「**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**」（注1）が**55.9%**、「**社会的活動ができるようになりたい**」（注3）が**42.3%**であった。
- 利用者は、「**心身機能の改善の他に活動や参加**」の多様なリハビリテーション継続の意向を持っていた。

本人回答：リハビリ継続理由
（複数回答）（N=2,786）

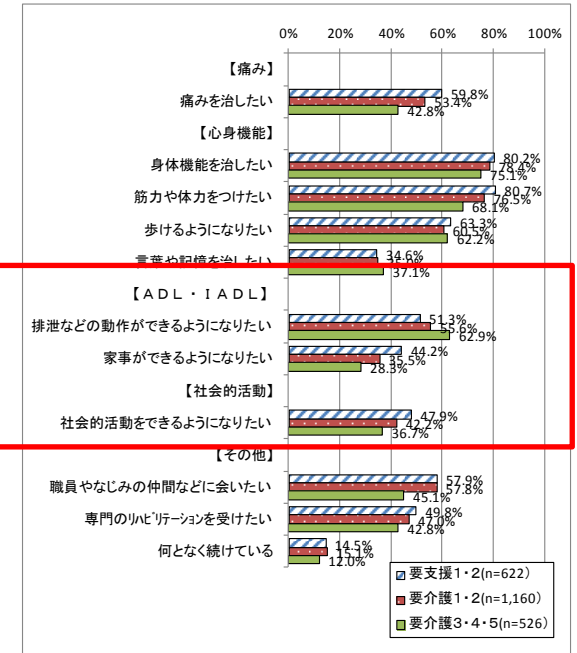


本人回答：男女別
リハビリ継続理由（複数回答）



※ 性別の不明が477件あった。

本人回答：要介護度別
リハビリ継続理由（複数回答）



※ 要介護度の不明が478件あった。

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」

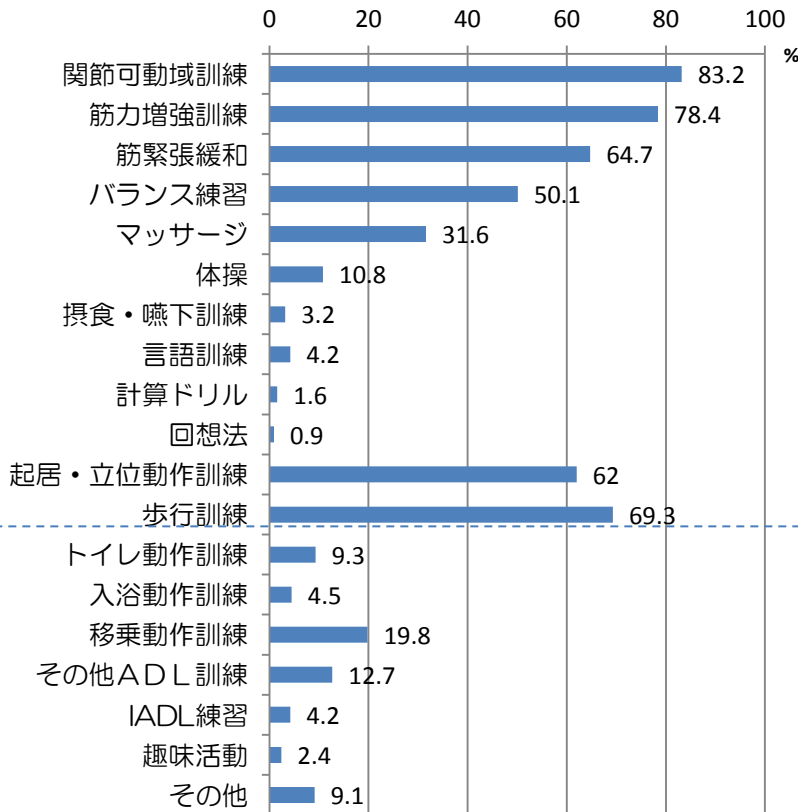
注2) 「買い物や掃除，料理など家事ができるようになりたい」

注3) 「病气やけがになる前に行ってい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」

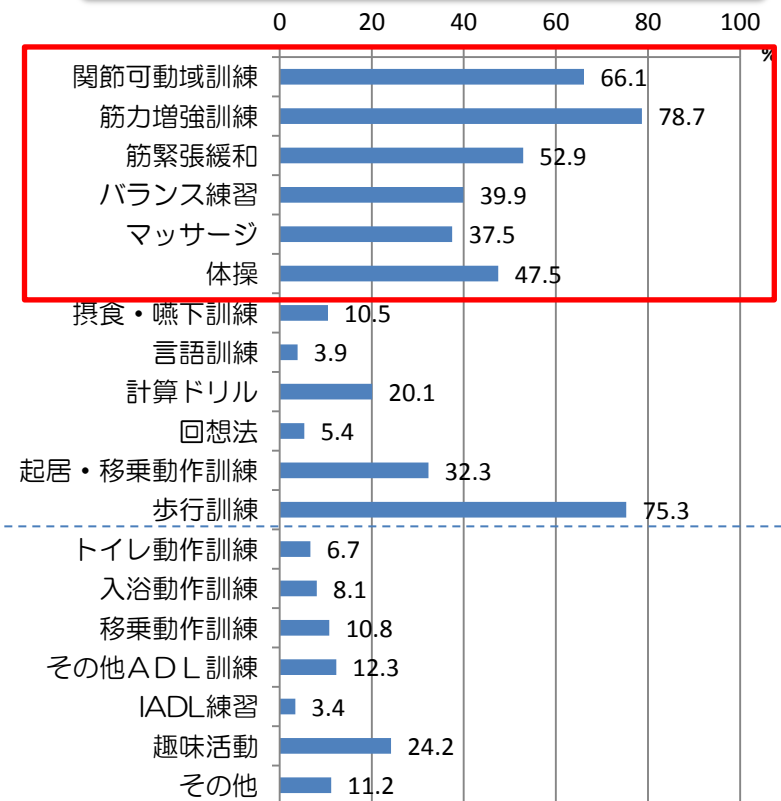
訪問リハと通所リハでのプログラムの実施内容

- 訪問・通所リハビリテーションともに**心身機能に関するプログラムが多く、参加に向けたプログラムがほとんどない。**
- **通所リハは**体操や計算ドリルなどの**認知症に対するプログラム、趣味活動に関するプログラムが特徴的**にみられる。

訪問リハビリテーション N=1438例



通所リハビリテーション N=2260例



対象：要支援1・2～要介護5（訪問リハ 500事業所，通所リハ 500事業所，通所介護500事業所を無作為抽出し，調査。
（回答）訪問リハ250事業所(回収率50.0%)(1,438事例)，通所リハ234事業所(回収率46.8%)(2260事例)

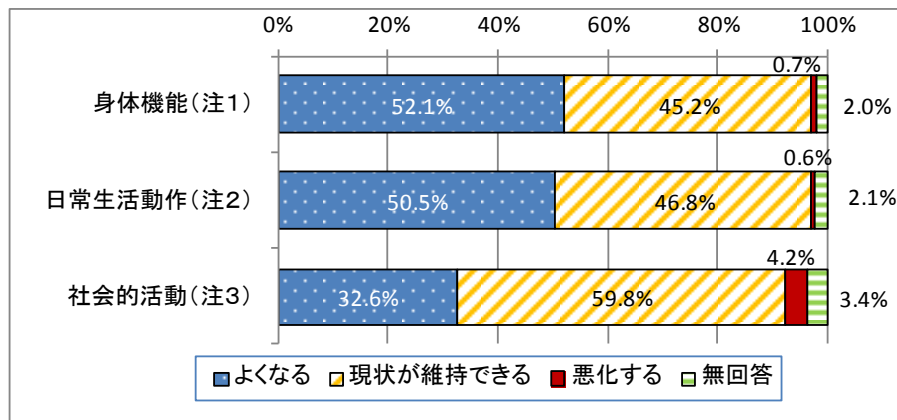
通所リハビリテーションでのリハビリによる変化の見通し

リハビリによる変化・効果（見通し）

- **本人**は、リハビリにより「**身体機能**」が「**よくなる**」と思っている割合が**52.1%**で、「**日常生活動作**」は**50.5%**、「**社会的活動**」は**32.6%**であった。
- **リハビリ職員**は、リハビリにより「**心身機能**」が「**向上する**」と考えている割合が**21.2%**で、「**ADL・IADL**」は**16.1%**、「**社会適応能力**」は**8.6%**であった。

本人回答：リハビリによる変化の見通し

(N=2,786)



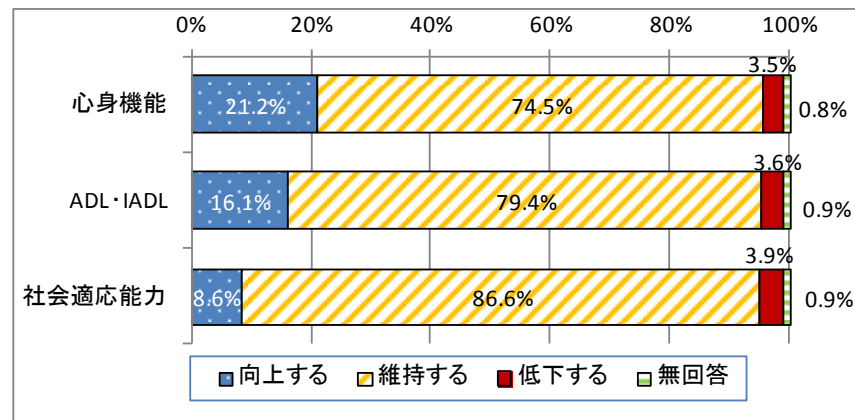
注1) 設問全文は「リハビリを受けることで、あなたの「身体機能（麻痺や関節の動きなど）」はどのようになると思っていますか。

注2) 「リハビリを受けることで、「日常生活を送る上での動作（移動、食事、排泄、入浴、着替えなど）」はどのようになると思っていますか。

注3) 「リハビリを受けることで、「病気やけがになる前に行っていた社会的活動（趣味活動や仕事をするなど）」はどのようになると思っていますか。

リハビリ職員回答：リハビリによる変化の見通し

(N=3,415)

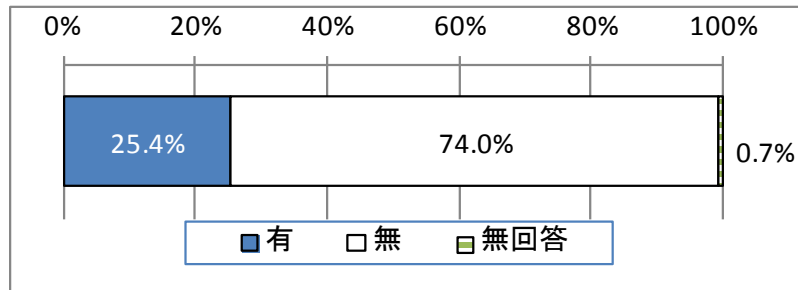


注) 設問文は「あなたからみた川の実際の効果」

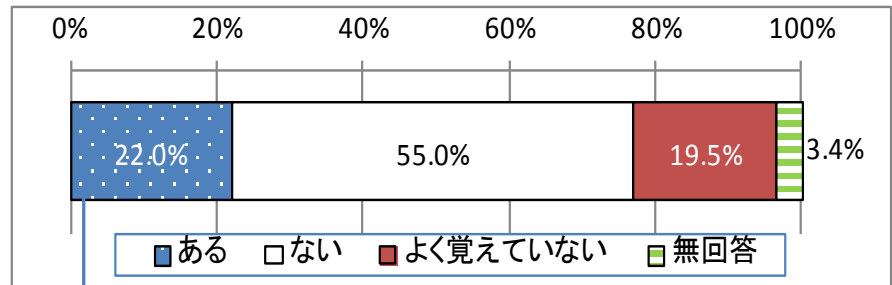
通所リハビリテーション終了後の生活イメージの有無

- **リハビリ職員**は、利用者の通所リハ終了後の生活イメージを「無」（もっていない）が**74.0%**であり、終了後の生活のイメージをあまり持っていなかった。
- 利用者が、**地域の体操教室や趣味活動の集まり**について、通所リハの職員やケアマネジャーからの**説明**を受けたことが「**ある**」は**22.0%**で、説明を受けた場合には、**利用したいと「思った」**が**56.4%**であった。利用者は、地域の集まりなどの**情報提供があれば**、利用してみたいと思っていた。

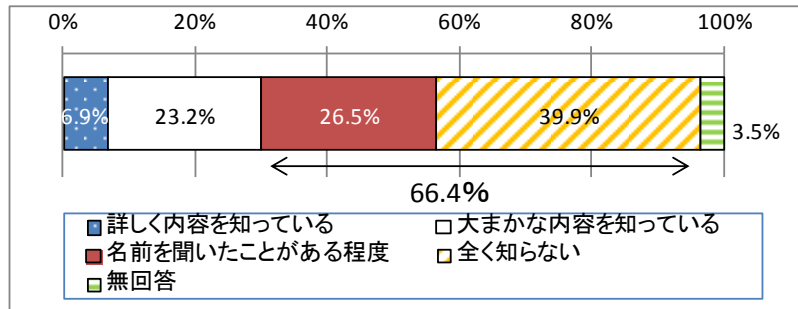
リハビリ職員回答：通所リハ終了後の利用者の生活イメージ（例：スポーツジムに通う）の有無（N=3,415）



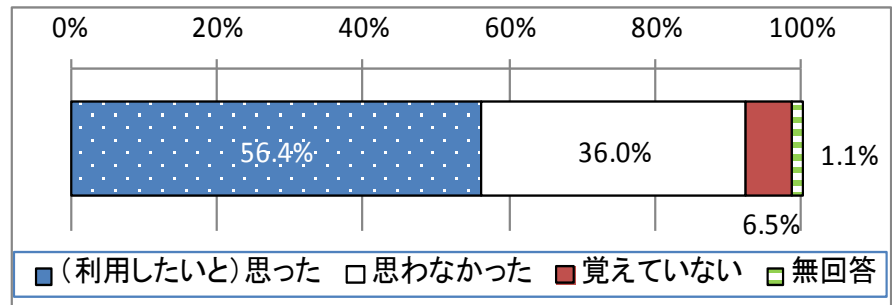
本人回答：通所リハの職員等からの地域の体操教室等の説明（N=2,786）



本人回答：地域の体操教室や趣味活動の集まりの認知度（N=2,786）



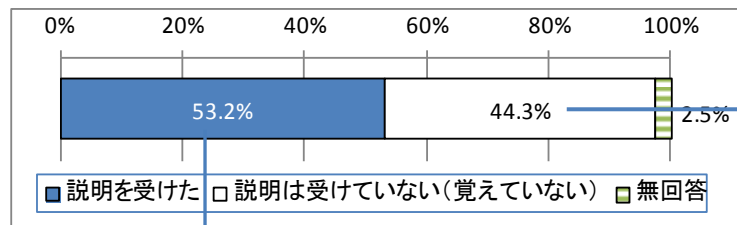
本人回答：説明が「ある」場合：利用したいと思ったか（N=614）



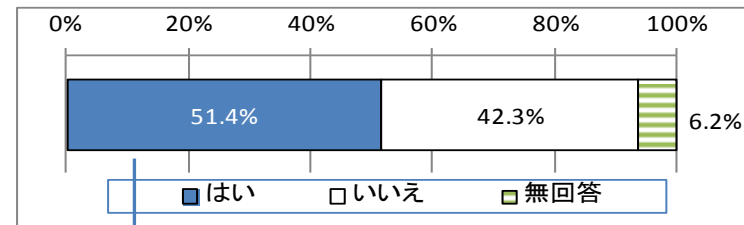
身体機能やADLの今後の見通しについての説明の状況（本人の回答）

- 身体機能やADLの**今後の見通し**について「**説明を受けた**」が**53.2%**で、説明時期は「**通所リハ利用時**」が**56.4%**、説明者は「**リハ職から**」が**47.6%**であった。
- 「**説明は受けていない**（覚えていない）」場合、説明を「**受けたかった**」が**51.4%**と約半数であった。
- 身体機能やADLの今後の見通しについて希望がある場合、「**医師から**」の**説明を希望する者**が**45.0%**であった。

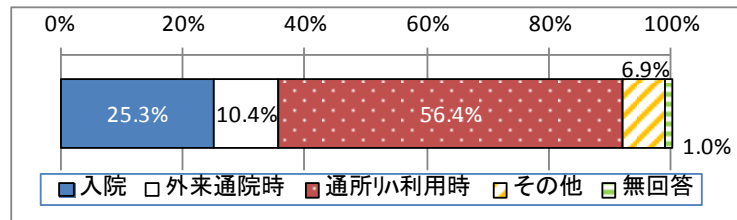
身体機能やADLの今後の見通しの説明の有無（N=2,786）



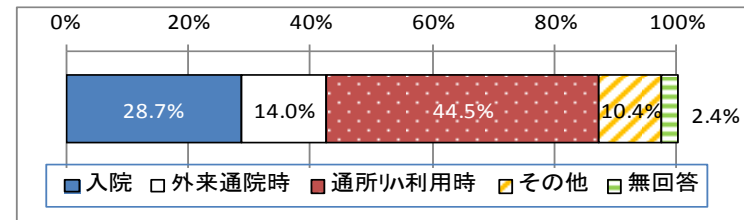
(説明無の場合) 説明を受けたかったか（N=1,233）



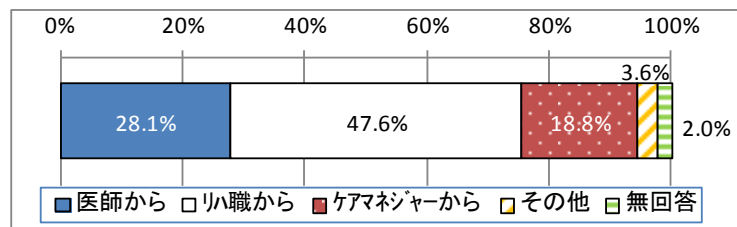
(説明有の場合) 説明時期（N=1,483）



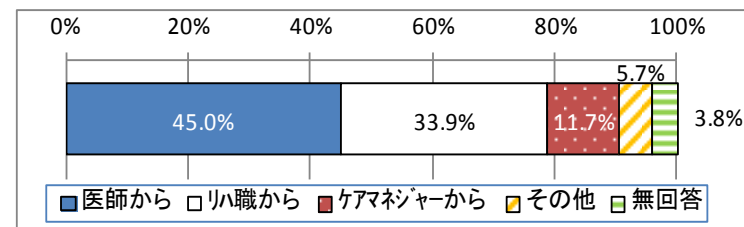
(希望有の場合) 希望する説明時期（N=634）



(説明有の場合) 説明者（N=1,483）



(希望有の場合) 希望する説明者（N=634）



通所リハビリテーションと通所介護の比較：平均利用期間

○ 通所リハビリテーション、通所介護ともに、**平均利用期間が4年程度**であった。

		通所リハビリテーション	通所介護
利用者属性	平均年齢	80.1歳	84.1歳
	認知症の有病率	23.2%	38.3%
	平均要介護度	2.3	2.3
	平均利用期間	49.6ヶ月	48.0ヶ月
サービス提供時間	6時間～8時間	85.0%	89.3%
個別リハビリ等の提供	個別リハビリ・個別機能訓練実施率	76.0%	61.7%
	PT・OT・STが実施した個別リハビリ(個別機能訓練)の割合	96.1%	12.3%
	1人当たり平均個別リハビリ(個別機能訓練)時間	16.6分	22.4分

参考：平成23年度厚生労働省老人保健健康増進等事業
「介護サービスの質の評価に関する利用実態等を踏まえた介護報酬モデルに関する調査研究事業」

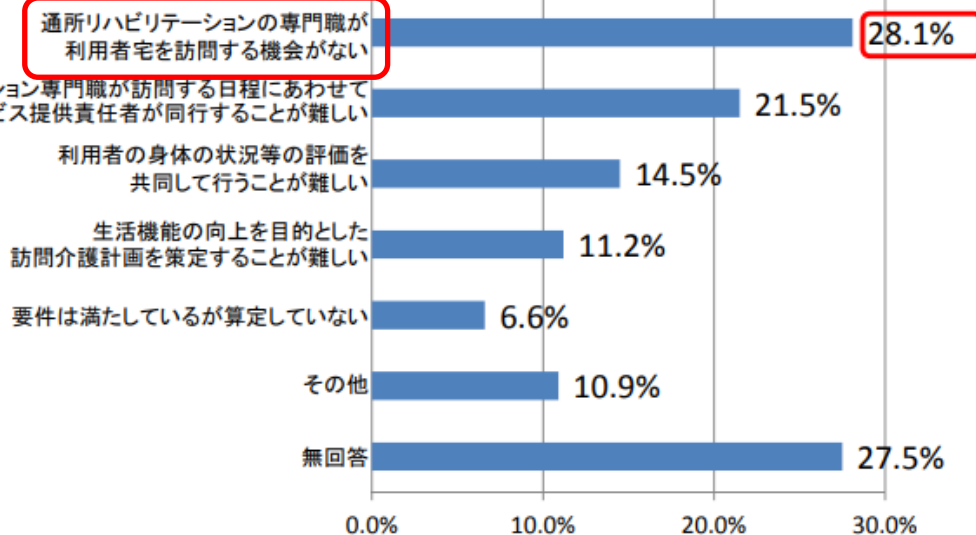
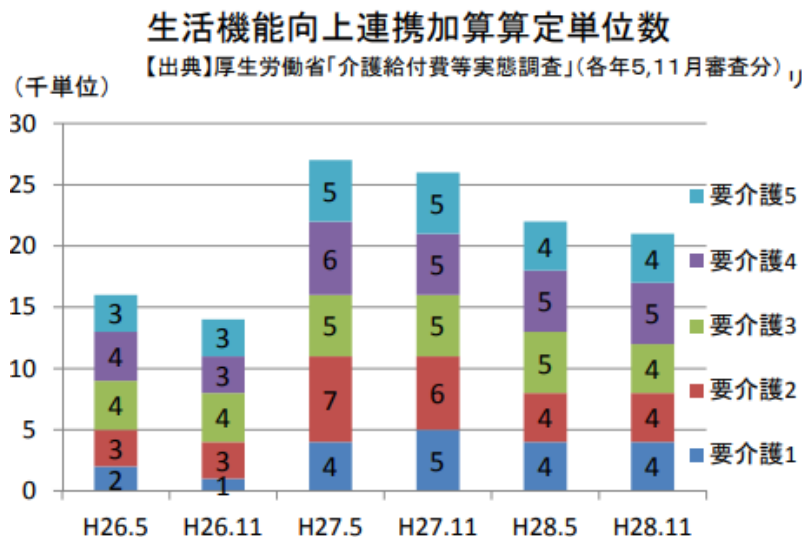
訪問介護事業所の運営に関する調査⑤

- 生活機能向上連携加算の算定についてはリハビリテーションの専門職との連携が困難であるため、算定事業所が少ない。

生活機能向上連携加算を算定した事業所数

	調査数	0人	1人	2人	3～5人	6～10人	11人以上	無回答
訪問リハビリテーション	581	338	3	1	0	0	0	239
	100.0%	58.2%	0.5%	0.2%	—	—	—	41.1%
通所リハビリテーション	581	334	5	0	3	0	0	239
	100.0%	57.5%	0.9%	—	0.5%	—	—	41.1%

生活機能向上連携加算を取得していない理由(N=331)



【出典】平成27年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業「訪問介護の今後のあり方に関する調査研究事業報告書」(平成28年3月 株式会社三菱総合研究所)訪問介護事業所に対するアンケート調査(平成27年11月1日時点・平成27年10月分)

提案1 質の高いリハビリテーション実現のためのマネジメントの徹底 (生活期リハビリテーションマネジメントの再構築)

(H26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資料より)

1. 個別性を重視した適時適切なリハビリテーションの実施

- 個人の状態や**希望等**に基づく適切な**目標設定**が重要である
- **日常生活をイメージ**した目標設定に基づく**リハビリテーション**が重要である
- **多職種**の連携・協働に基づく**PDCAサイクル**を実施することが重要である
- **関係機関**の連携・協働に基づく**一体的なリハビリテーション**が重要である

2. 居宅サービスの効果的・効率的連携

- 居宅サービスを別々の**事業者がバラバラに提供**するのではなく、**一体的かつ総合的に提供**することが重要である
- 急性期から生活期、生活期で通所と訪問の目標を共有しながら、マネジメントを行う**多職種協働のあり方**が重要である
- 設定された目標・課題を共有し、**急性期から生活期まで一貫したリハビリテーション**を提供することが重要である
- 会議等情報共有や目標設定のため**様式を統一**することで同じ視点に立ったりハビリテーションの提供が可能となる

3. 高齢者の**気概や意欲**を引き出す取組み

- 本人や家族に対して何のためにリハビリテーションを行うのか**説明を行い、理解と同意を得る**とともに、中長期的な目標の共有化が必要である



提案1 質の高いリハビリテーション実現のためのマネジメントの徹底 (生活期リハビリテーションマネジメントの再構築)

(1) 利用者主体の**日常生活に着目**した目標設定

- **利用者の意向**に基づく適切な目標の設定
- 以前の不自由のない生活機能と現在の低下した生活機能との差を受け止め、自分の持つ能力の**限界と可能性を理解(受容)**するために、**医師による通所・訪問リハビリテーション計画の説明と同意**を徹底

(2) **多職種協働**を実現するための具体的な**仕組み**の導入

- 日常生活に着目した具体的な**アセスメント結果や支援方針など目標や期間等を定めた計画**の共有
- 介護支援専門員や訪問介護など他の居宅サービス提供者が参加する「**リハビリテーションカンファレンス**」機能を強化し、アセスメント結果などの情報を共有するとともに、協働に向けた支援方針や計画の検討の場として活用

(3) **プロセスマネジメント**の導入

- **リハビリテーション提供の行程管理**を徹底するための**プロセス確認票**を導入し、プロセスの明確化と共有を図る

生活期リハビリテーションマネジメントの再構築（全体像）

見直し後のリハビリテーションマネジメントの流れ

見直しのポイント

(1)利用者主体の日常生活に着目した目標設定

- 利用者の意向に基づく適切な目標の設定
- 以前の不自由のない生活機能と現在の低下した生活機能との差を受け止め、自分の持つ能力の限界と可能性を理解（受容）するために、医師による通所・訪問リハビリテーション計画の説明と同意を徹底

(2)多職種協働を実現するための具体的な仕組みの導入

- 日常生活に着目した具体的なアセスメント、結果や支援方針など目標や期間等を定めた計画の共有
- 介護支援専門員や訪問介護などの他の居宅サービス提供者が参加する「リハビリテーションカンファレンス」機能を強化し、アセスメント結果などの情報を共有するとともに、協働に向けた支援方針や計画の検討の場として活用

(3)プロセスマネジメントの導入

- リハビリテーション提供の行程管理を徹底するためのプロセス票を導入しプロセスの明確化と共有を図る

SURVEY (初回調査)

- ・ニーズ調査票 別紙様式1
- ・アセスメント票 別紙様式2

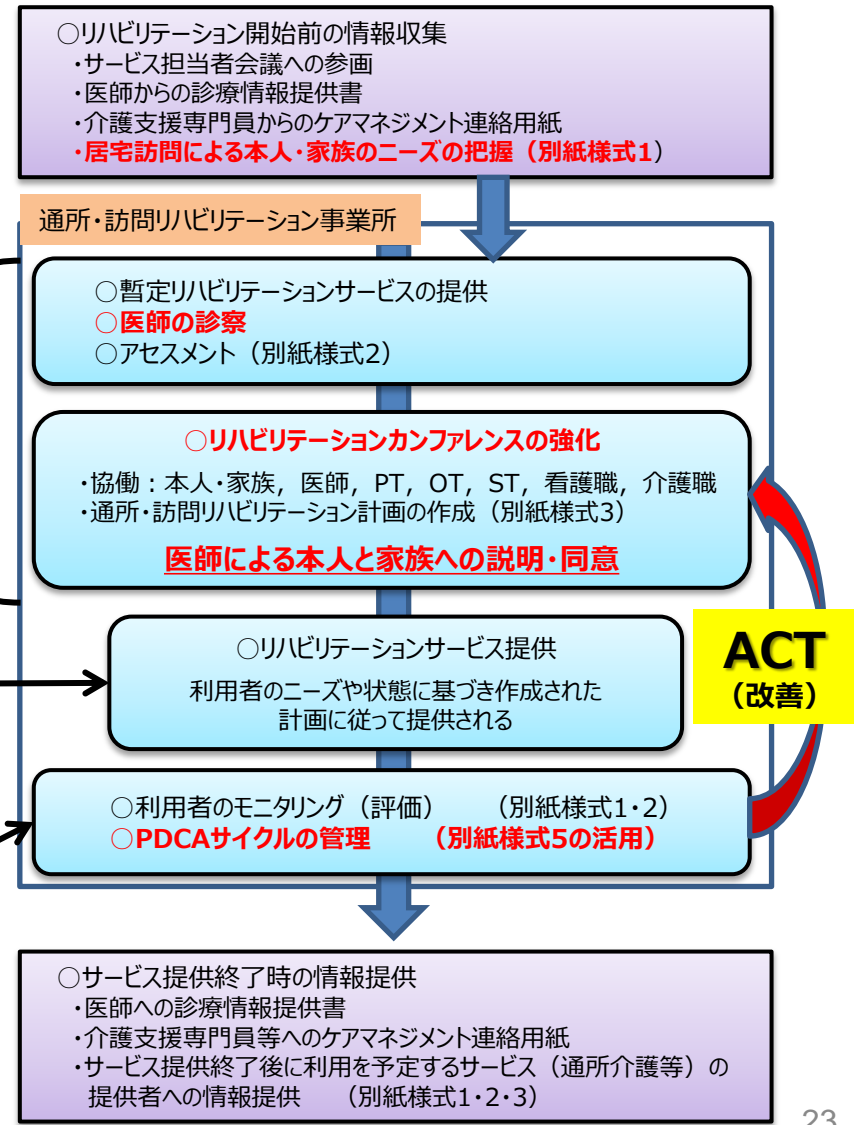
PLAN (計画)

- ・リハ計画書 別紙様式3
- ・カンファレンス記録 別紙様式4

DO (サービス提供)

CHECK (評価)

- ・アセスメント票 別紙様式2
- ・プロセス票 別紙様式5



別紙様式1

興味・関心チェックシート

当様式のねらい

- 日常生活や人生の過ごし方に対する利用者の意向を把握しやすくするツールとして作成した。
※ 任意の書式：本人にアンケート形式で活用する。
- 様式を用いることで、職種間及び事業所間での情報共有を促す効果も期待する。

※通所介護及び短期入所生活介護における個別機能訓練加算に関する事務処理手順及び様式例の提示について
(老振発0327第2号)」

※「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
(老老発0322第2号)」

生活行為	している	してみたい	興味がある	生活行為	している	してみたい	興味がある
自分でトイレへ行く				生涯学習・歴史			
一人でお風呂に入る				読書			
自分で服を着る				俳句			
自分で食べる				書道・習字			
歯磨きをする				絵を描く・絵手紙			
身だしなみを整える				パソコン・ワープロ			
好きなときに眠る				写真			
掃除・整理整頓				映画・観劇・演奏会			
料理を作る				お茶・お花			
買い物				歌を歌う・カラオケ			
家や庭の手入れ・世話				音楽を聴く・楽器演奏			
洗濯・洗濯物たたみ				将棋・囲碁・麻雀・ゲーム等			
自転車・車の運転				体操・運動			
電車・バスでの外出				散歩			
孫・子供の世話				ゴルフ・グラウンドゴルフ・水泳・テニスなどのスポーツ			
動物の世話				ダンス・踊り			
友達とおしゃべり・遊ぶ				野球・相撲等観戦			
家族・親戚との団らん				競馬・競輪・競艇・パチンコ			
デート・異性との交流				編み物			
居酒屋に行く				針仕事			
ボランティア				畑仕事			
地域活動 (町内会・老人クラブ)				賃金を伴う仕事			
お参り・宗教活動				旅行・温泉			
その他 ()				その他 ()			
その他 ()				その他 ()			

当事業所の生活行為向上リハ加算算定者（平成28年6月末）

	性別	年齢	介護度	主疾患	算定期間	生活行為目標	結果	移行先
1	男	80代	2	うっ血性心不全	2ヶ月	ヘルパーと買い物に行けるようになる。	達成	デイサービス
2	男	60代	5	膀胱破裂	6ヶ月	畑作業や買物が再開できる。	達成	訪問看護に1本化
3	男	60代	2	脳出血左片麻痺	6ヶ月	1人で病院受診にいけるようになる。	達成	短時間DS
4	女	90代	1	右アキレス腱断裂	7か月	一人暮らしを再開する。	達成	デイサービス
5	女	80代	1	廃用症候群	5か月	バスに乗ってデパートに行くことができる。	達成	短時間DS
6	女	80代	1	大動脈炎症候群	4ヶ月	スーパーに買い物に行けるようになる。	達成	利用サービスなし
7	男	80代	1	アルツハイマー型認知症	6ヶ月	自宅の庭の手入れが出来るようになる。	達成	デイサービス
8	男	60代	3	脳出血左片麻痺	6ヶ月	自宅で入浴できるようになる。	達成	デイサービス
9	男	60代	3	脳出血左片麻痺	6ヶ月	バスに乗って宝くじを買いに行くことができる。	達成	短時間DS
10	男	80代	3	大腿骨頸部骨折	2ヶ月	家族と自宅で暮らす事ができる。	未達成	入院
11	男	80代	1	廃用症候群	8か月	歩いて公民館に行き、英会話教室を再開する。	未達成	デイサービス
12	女	80代	3	腰椎圧迫骨折	7か月	バスに乗ってデパートに行くことができる。	未達成	入院
13	男	80代	1	廃用症候群	2ヶ月	自宅で入浴できるようになる。	未達成	入院
14	男	80代	2	肋骨骨折		自宅近所を外出できるようになる。	介入中	
15	女	60代	4	脳出血右片麻痺		食事の支度ができるようになる。	介入中	
16	女	80代	3	廃用症候群		3食自分で作るできるようになる。	介入中	
17	女	80代	4	腰椎圧迫骨折		手芸教室にまた通えるようになる。	介入中	

通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集等事業 (VISIT)

データ収集等協力事業所の選定 (平成28年度)
・ 都道府県から通所・訪問リハビリ事業所の選定
(全国で100事業所前後)

事業所の拡大
・ 平成29年度に全国で500事業所前後を選定

通所・訪問リハビリテーション事業所

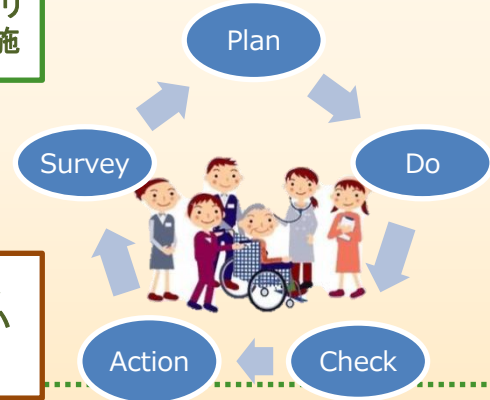
SPDCAを用いたリハビリテーションマネジメントの実施

VISITの導入により、

- ・ リハビリテーション計画書の作成支援
- ・ リハビリテーション会議の議事録作成支援
- ・ 生活行為向上リハビリテーション実施計画書の作成支援



フィードバックされた結果をもとにより質の高いリハビリテーションを提供



導入支援

リハビリテーションマネジメントに必要な様式を作成し、個人情報以外のデータを電送

データの分析結果をフィードバック

- 様式1: 興味・関心チェックシート
- 様式2: リハビリテーション計画書(アセスメント)
- 様式3: リハビリテーション計画書
- 様式4: リハビリテーション会議録
- 様式5: プロセス管理票
- 様式6: 生活行為向上リハビリテーション実施計画

ヘルプデスクの設置
(事業所のシステム導入・運用支援)



事業所支援

電送されたデータはデータベースに収集

データベースを用いて分析

リハビリテーションマネジメントの実態と効果の把握



第150回介護給付費分科会資料

「科学的介護」のエビデンスを確立していく基盤となる 国の新たなデータベース「CHASE(チェイス)」

介護領域のデータベース

- 要介護認定やレセプトなどの情報を格納する「**介護DB(介護保険総合データベース)**」
- リハビリテーションマネジメントの情報を貯める「**VISIT**」
(Monitoring & Evaluation for Rehabilitation Services for Long-term Care, VISIT)
- 新たに加わるのが「**CHASE**」(Care, Health Status & Events)
「介護DB」や「VISIT」がカバーしていない領域の情報を補完する役割 ⇒2020年度より運用

CHASEで収集する情報

認知症や口腔、栄養などの内容を (1)状態 (2)介入 (3)イベント に類型化

(1)状態

日常生活動作(ADL)や認知機能、バイタルサイン、血清アルブミン値などの評価・検査データなど

(2)介入

服薬情報、栄養指導やリハビリテーション、口腔ケア、各種介助の実施内容など

(3)イベント

入院や在宅復帰、転倒、発熱、誤嚥性肺炎、褥瘡、3%以上の体重増減といった発生した事象

生活行為向上リハビリテーション実施加算

平成27年
介護報酬改定時資料

概要

ADL・IADL、社会参加などの生活行為の向上に焦点を当てた新たな生活行為向上リハビリテーションとして、居宅などの実際の**生活場面における具体的な指導**等において、**訪問と通所を組み合わせる**ことが可能となるような新たな報酬体系を導入する。

点数

開始月から起算して3月以内の期間に行われた場合 **2000単位/月**

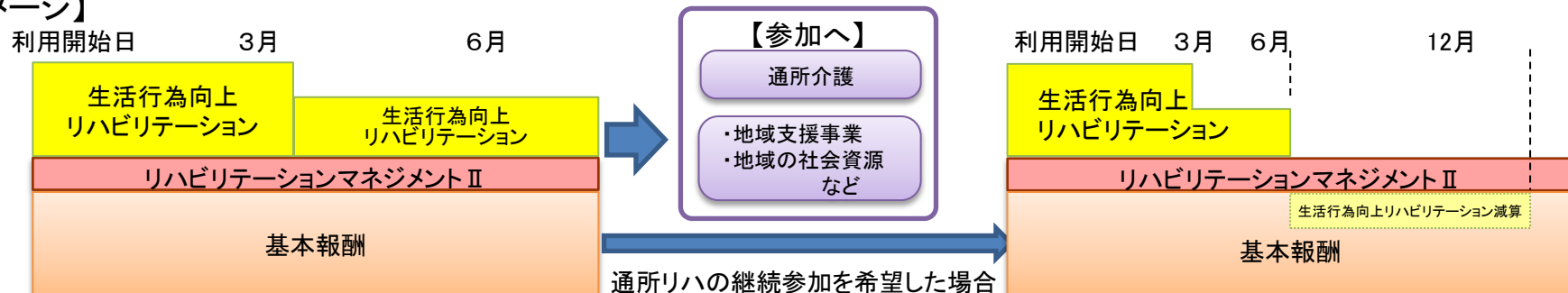
開始月から起算して3月超6月以内の期間に行われた場合 **1000単位/月**

ただし、当該加算を算定後に通所リハビリテーションを継続利用する場合は、翌月から6月間に限り1日につき所定単位数の100分の15に相当する単位数を所定単位数から減算する

算定要件

- ① 生活行為の内容の充実を図るための専門的な知識若しくは経験を有する作業療法士又は生活行為の内容の充実を図るための研修を修了した理学療法士若しくは言語聴覚士が配置されていること。
- ② 生活行為の内容の充実を図るための目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーションの実施頻度、実施場所及び実施時間等が記載されたリハビリテーション実施計画をあらかじめ定めて、リハビリテーションを提供すること。
- ③ 当該計画で定めた指定通所リハビリテーションの実施期間中に指定通所リハビリテーションの提供を終了した日前1月以内に、リハビリテーション会議を開催し、リハビリテーションの目標の達成状況を報告すること。
- ④ 通所リハビリテーション費におけるリハビリテーションマネジメント加算（Ⅱ）を算定していること。

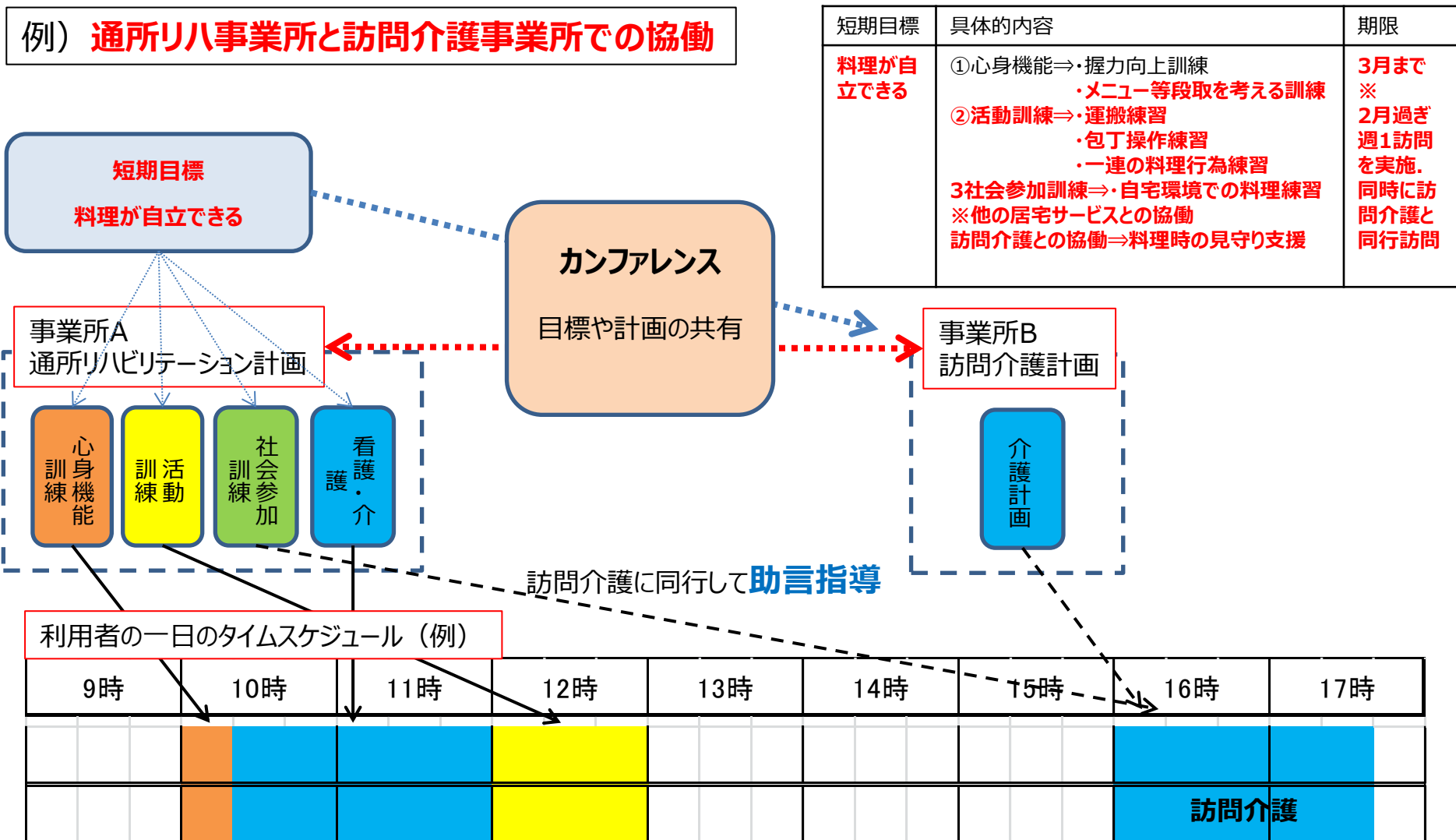
【イメージ】



(参考) 異なる居宅サービス事業所間の協働の在り方例

- 通所と訪問の協働や他のサービス事業所間・専門職間の協働を高め、利用者に対して一体的・総合的な居宅サービスを提供することがサービスの効果・効率を高めるために重要である。その実現には各関係者が当該利用者・家族の意向やアセスメント結果、訓練目標などを共有し、同じ方針・目標に向かって居宅サービスを提供することが必要である。

例) 通所リハ事業所と訪問介護事業所での協働

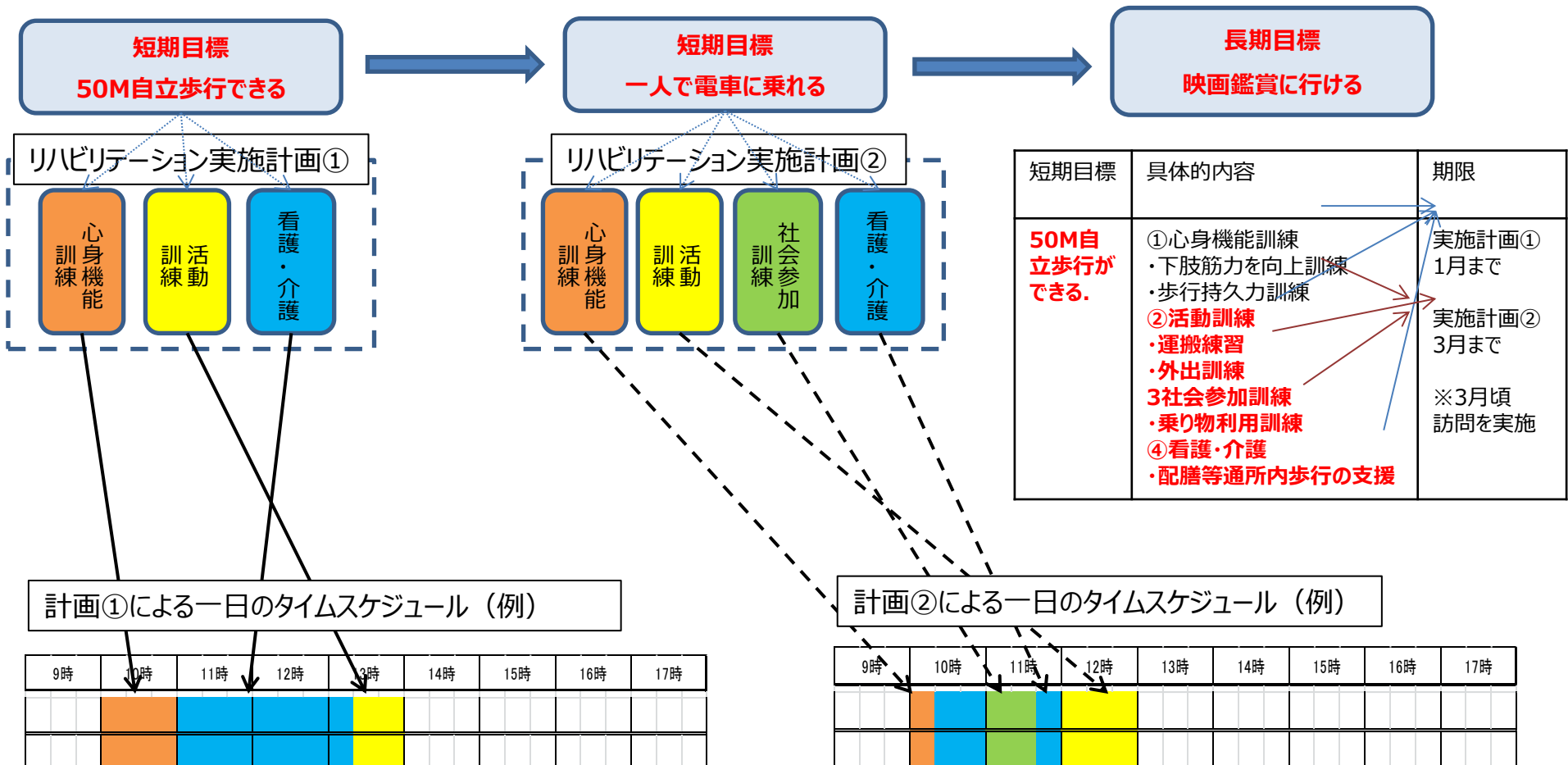


短期目標	具体的内容	期限
料理が自立できる	①心身機能⇒握力向上訓練 ・メニュー等段取を考える訓練 ②活動訓練⇒運搬練習 ・包丁操作練習 ・一連の料理行為練習 ③社会参加訓練⇒自宅環境での料理練習 ※他の居宅サービスとの協働 訪問介護との協働⇒料理時の見守り支援	3月まで ※2月過ぎ 週1訪問を実施。 同時に訪問介護と同行訪問

【参考】 同一通所リハ事業所内における専門職間の協働の在り方例

- 通所と訪問の連携や他のサービス事業所間・専門職間の協働を高め、利用者に対して一体的・総合的な居宅サービスを提供することがサービスの効果・効率を高めるために重要である。その実現には各関係者が当該利用者・家族の意向やアセスメント結果，訓練目標などを共有し，同じ方針・目標に向かって居宅サービスを提供することが必要である。

例) 通所リハ事業所内での協働



通所リハ：短期集中リハ⇒生活行為向上リハ<主婦として調理、洗濯を再開したい>

年齢:61歳 性別:女性 要介護2

疾患名:くも膜下出血、脳梗塞、高次脳機能障害

本人の希望または目標:洗濯や調理などの家事を再開したい。また、体操教室に通いたい

家族の希望:1人で留守番をしたり、洗濯や調理をできるようになって欲しい

【生活歴・病歴】

夫が経営する不動産会社の役員として就労していた。東日本大震災以前は沿岸部にて生活していたが、震災後は事業所近隣の地域に転居し、地域の体操教室や書道教室に通いながら生活を送る。3年後上記疾患を発症し約1年間入院する。後遺症として身体機能に重度な麻痺はないが、高次脳機能障害が強く残る。

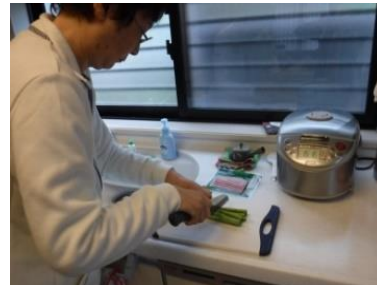
【通所リハ利用の経緯】回復期リハ退院直後より、自宅環境への適応及び、本人が望む家事の獲得の為通所リハ利用に至る。回復期退院直後からの利用であり、個別機能訓練の要望が強いことから短期集中リハより開始となる。

【アセスメントのまとめ】

調理、洗濯、買い物、外出を再獲得するにあたり、身体機能面に於いては、歩行能力及び立位耐久性の低下が認められた。自宅内及び施設内移動に関しては見守りが必要であり、立位での作業も5分程度が限界であった。高次脳機能障害に於いては、特に調理場面にて手順が分からなくなってしまい、簡単な品物も作ることが困難であった。加えて、二つの行為を同時に進めることが難しい状況であった。

	短期集中リハ期(週3回/3ヵ月間)	社会適応訓練期(週3回/3ヶ月間)	地域生活定着期(利用終了後～)
作業療法の目標	<ul style="list-style-type: none"> 基本的動作トレーニング・屋内歩行自立 自主トレーニングの定着 調理活動:汁物や副菜など工程が少ないものを作る 	<ul style="list-style-type: none"> 自宅での調理、洗濯の自立 複数の作業が同時にできるよう、調理・洗濯を同時に進める 屋外歩行自立(自宅周辺) 	<p>終了1か月前より、自宅での調理、洗濯の頻度を増やし、生活の中に定着することが確認できた。また、実際に体操教室への同行を通じて、本人も自信を取り戻し、体操教室に通う機会を確保し、終了となった。</p> <p>約1ヶ月後にモニタリングを実施。調理や洗濯は毎日行っていた。また、新たに同居が始まった息子の為に、メニューを増やしたり、夫とは違う物を準備したりと応用的な事も行えるようになっていた。</p> <p>外出に関して、体操教室の他、夫に移動の支援を受けながら1回/週、買い物に行ったり、以前から通っていた美容院にもお一人で行くようになっていた。その後、3ヶ月間は担当ケアマネジャーからの情報収集を行い、生活が継続できていることを確認した。</p>
介入内容	<ul style="list-style-type: none"> #1 歩行訓練(杖・歩行器等も含めた自立歩行の見極め) #2 応用動作訓練(床上動作、物品の運搬、段差昇降) #3 小集団での調理訓練(準備・調理作業・片づけ等の順) #4 自主トレーニング指導(定着化に向けた段階づけ) 	<ul style="list-style-type: none"> #1 訪問による自宅での家事訓練 #2 自宅体操教室までの移動訓練・評価 #3 体操教室への体験の同行 	
本人の取り組み	自主トレーニングの実施(自己管理の確認) 次回来所までに、調理作業の手順、材料の書き出し等(記憶の想起)	自宅にて調理、洗濯を行う 料理内容に合わせた買い物の内容を書き出す	
主な連携	本人が通っていた体操教室からの情報収集(受け入れ態勢等の確認) 体操教室の内容、グループ構成等の情報を事業所・ケアマネ・家族等と共有する。	家族同行による買い物 体操教室のプログラムへの適応に関する具体的な調整	

【イメージ図】



通所リハ：生活行為向上リハ <地下鉄で通院したいから活動の多様化へ>

年齢:60代 性別:男性 疾患名:脳出血
要介護1(通所リハ修了後の認定更新で要支援2)

本人の希望または目標:1人で通院ができるようになりたい。
家族の希望:リハビリをして少しでも良くなってほしい。

【生活歴・病歴】

高校卒業後会社員として勤務。数年前から脳梗塞を繰り返しており早期退職。退職後は1人で市街に出かけランチや買い物をして過ごしたり、健康を気遣い、ジム通いや市街にある気功教室に通っていた。

【今回の通所リハ利用の経緯】

脳梗塞を発症し、後遺症として左不全麻痺、高次脳機能障害(注意障害)が残存。回復期退院後、活動性の低下が見られ、活動性の向上を目的に通所リハビリ利用となる。

【アセスメントのまとめ】

入浴は妻の見守りの下実施可、他のADLは自立。T字杖を使用し歩行可能だが、疲れやすく、連続100m程度の歩行で疲労感大となる。左側への注意力低下があり、障害物に麻痺側足がひっかかったまま歩こうとしてバランスを崩す様子が見られていた。

入院中、退院後屋外歩行の機会はない。外出は通院のみで、妻が車で送り迎えをしている。

	通所訓練期(週3回/3ヵ月間)	社会適応訓練期(週3回/3ヶ月)	地域生活定着期(利用終了後～)
作業療法の目標	<ul style="list-style-type: none"> 麻痺側への意識下を図り、屋外歩行能力の向上を図る 自宅周囲を散歩したり、近所のコンビニに買い物に行くことができる 	<ul style="list-style-type: none"> 地下鉄を利用し、1人で病院受診に行くことができる 多様な活動への参加イメージを定着 	<p>通院の再開、散歩や外出の定着等、生活の中で現状能力を維持が可能であると判断し、利用修了となる。修了時「またジムに通いたい。」と希望されるが、妻から「病気も沢山あり心配なため、介護保険で専門職の意見がほしい。」との意向があり、介護予防通所介護(運動中心)に移行となる。</p> <p>修了1ヶ月後に自宅を訪問。通院が継続できている他、地下鉄を使って市街に出かけ、食事やネットカフェで漫画を読む等行動範囲が拡大し、気功教室も再開。気功教室主催の旅行(山登り)に、妻と参加できたとのこと。</p> <p>興味・関心等との聴き取り時に引き出していた活動を実際に行っている。</p>
介入内容	<ul style="list-style-type: none"> 身体機能向上を目的とした運動プログラムの実施(小グループでの筋力訓練、エアロバイク) 自宅から地下鉄駅を想定した移動の練習、不整地・坂道歩行、階段昇降練習 麻痺側の注意の意識づけ 活動の多様化を視野に、興味・関心の聴き取りを頻回に行う 	<ul style="list-style-type: none"> 地下鉄駅構内の移動練習(歩行、階段、エスカレーター) 自宅から地下鉄駅までの歩行練習 地下鉄利用の練習(券売機操作、お金の支払、地下鉄の乗車) 通院の一連の流れを実践 	
本人の取り組み	本人の体力に応じた散歩コース(マンション廊下→自宅周辺→近所のコンビニ)を設定。利用日以外は散歩を実施	スーパーやコンビニで昼食を自分で調達。散自宅から地下鉄駅までの歩行評価後、散歩コースを地下鉄駅までに変更。	
主な連携	ケアマネジャーにプログラムの進捗状況を報告 通所リハビリ修了を見据えたサービスについての相談	移行を検討している介護予防通所介護の体験利用。情報の申し送り。	

【イメージ図】



生活行為向上リハビリテーションの効果

老人保健健康増進等事業「自立に資する介護に関する調査研究事業」において、広く一般に対し、介護保険におけるエビデンス活用に係る提案募集を行ったところ、105通の応募のうち、**生活行為向上リハビリテーションの効果**について、下記のエビデンスについて紹介するものがあった。

5	<p>全国の通りハ26施設の利用者(要支援・要介護ともあり)230名を無作為割り付けし、研究群には標準化された方法で生活行為向上マネジメントを実施し、対照群には通常の機能訓練やレクリエーション等を実施した。ADL(BIで評価)、IADL(FAIで評価)、QOL(HUIで評価)をアウトカム指標として、介入の前後で2群間の比較を行った。研究群においてはADL、IADL、QOLともに介入前後で有意な改善がみられた一方、対照群ではIADLにのみ有意な改善がみられた。</p>	<p>無作為比較試験</p>	<p>関連する研究として、別途、老健事業において、要支援者に対する生活行為向上マネジメントの効果に関する研究あり。</p>
---	--	----------------	--

「科学的裏付けに基づく介護に係る検討会」(座長:鳥羽研二国立長寿医療研究センター理事長)第1回開催(平成29年10月12日)において有識者に提示したところ、研究手法の妥当性について異論はなかった。

予防給付における生活行為向上リハビリテーションの効果

- 予防給付における生活行為向上リハビリテーションは、**通所リハ、訪問リハともに、QOLスコア、IADLにおいて、介入前後で優位なスコア向上**が見られた。
- 通所リハビリテーションに通うことによる効果に加えて、生活行為向上リハビリテーションの考え方を導入することで相乗効果が見込まれることが示唆された。
- 生活行為向上リハビリテーションの仕組みを介護予防給付に導入すると、QOL、IADLの向上に伴って、**80%近くの対象者が終了でき、社会参加に資する取組に移行**できることが示唆された。

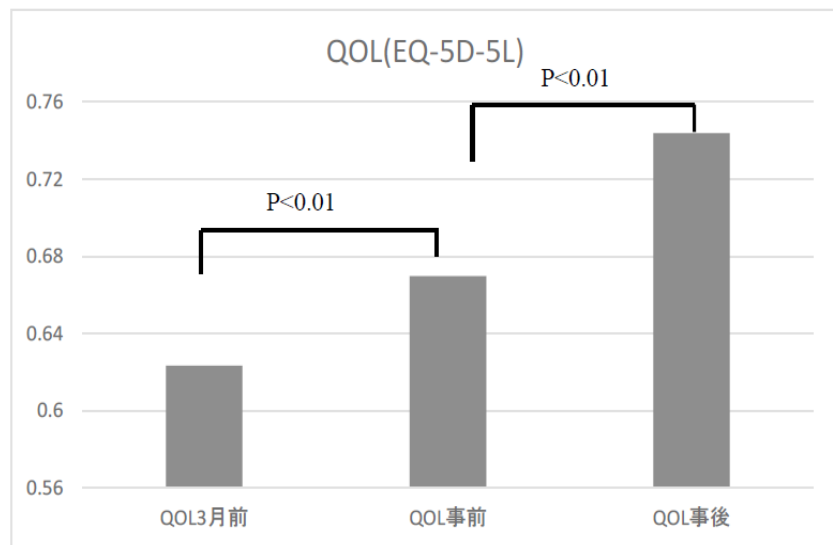
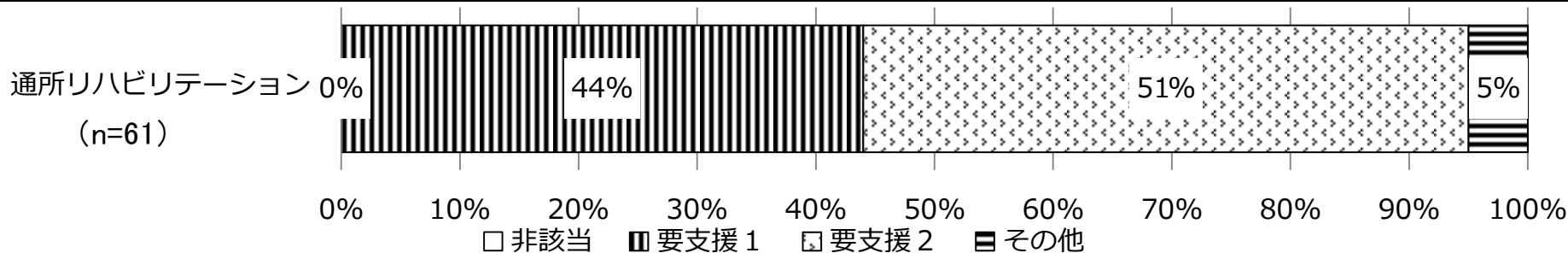


図 2-13 QOL (EQ-5D-5L) 通所リハ

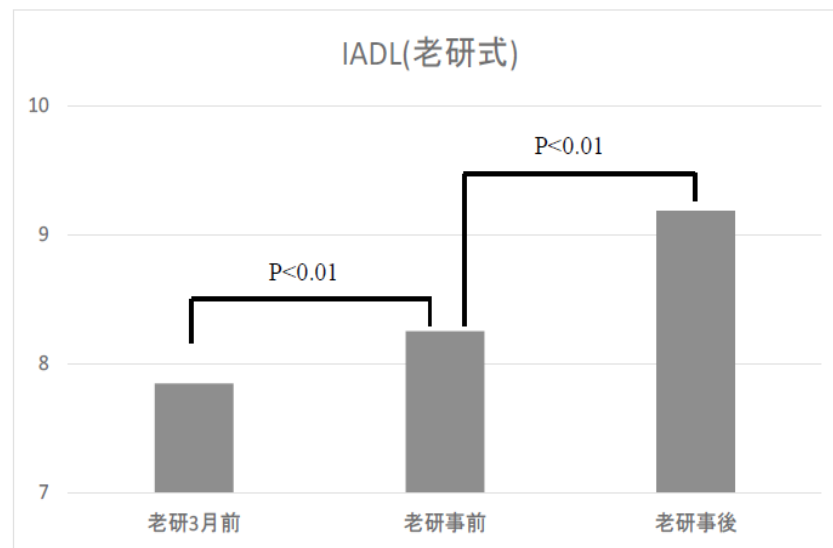


図 2-15 IADL (老研式活動能力指標) 通所リハ

(出典)「予防給付における通所リハビリテーション・訪問リハビリテーションのあり方に関する調査研究事業」(平成28年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業 一般社団法人 日本作業療法士協会)

介護予防通所リハビリテーションにおける生活行為向上リハビリテーション実施加算の創設

概要

※介護予防通所リハビリテーションのみ

- 活動と参加に資するリハビリテーションを更に推進する観点から、現在、通所リハビリテーションで評価されている生活行為向上リハビリテーション実施加算を、介護予防通所リハビリテーションにおいても創設する。

単位数

<現行>

なし

⇒

<改定後>

生活行為向上リハビリテーション実施加算

3月以内 900単位/月 (新設)

3月超、6月以内 450単位/月 (新設)

- ※ ただし、当該加算を算定後に介護予防通所リハビリテーションを継続利用する場合は、翌月から6月間に限り所定単位数の100分の15に相当する単位数を所定単位数から減算する。

算定要件等

- 以下の要件を算定要件とする。
 - ・生活行為の内容の充実を図るための専門的な知識若しくは経験を有する作業療法士又は生活行為の内容の充実を図るための研修を修了した理学療法士若しくは言語聴覚士が配置されていること
 - ・生活行為の内容の充実を図るための目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーションの実施頻度、実施場所及び実施時間等が記載されたリハビリテーション実施計画をあらかじめ定めて、リハビリテーションを提供すること。
 - ・当該計画で定めた指定介護予防通所リハビリテーションの実施期間中に指定介護予防通所リハビリテーションの提供を終了した日前1月以内にリハビリテーション会議を開催し、リハビリテーションの目標の達成状況を報告すること。
 - ・介護予防通所リハビリテーション費におけるリハビリテーションマネジメント加算を算定していること。
- 事業所評価加算との併算定は不可とする。

新リハマネⅡと同等の基準

通所介護における個別機能訓練加算Ⅰ・Ⅱ

	個別機能訓練加算Ⅰ 「46単位/日」	個別機能訓練加算Ⅱ 「56単位/日」
1. 人員配置	「常勤」の理学療法士等を1名以上配置	「専従」の理学療法士等を1名以上配置 ※非常勤でも可
2. 実施者	必ずしも機能訓練指導員が実施する必要はなく、機能訓練指導員の指導のもとであれば他職種のスタッフでも可能	機能訓練指導員が直接実施
3. 目的	筋力・バランスなどの心身機能の維持・向上を目指す	目標にした内容の具体的な動作さやそれを模倣した動作を反復した訓練を提供
4. 訓練の内容	利用者が主体的に選択でき、生活意欲を増進する訓練項目を複数準備	目標にした内容の具体的な動作さやそれを模倣した動作を反復した訓練を提供
5. 実施範囲	人数の規定はなく、複数の「グループ活動」に分かれて実施することが可能	類似の生活目標をもつご利用者であれば「5名程度以下」の小集団(個別対応含む)に対して実施する。 概ね週1回以上実施することを目安
6. 実施環境	指定は特になし。	浴槽、脱衣所、階段、台所など日常生活に必要な設備を整え実用的な訓練も提供すること
※計画	機能訓練指導員等が 利用者の居宅を訪問し、個別機能訓練計画を作成し、その後3月ごとに1回以上、利用者の居宅を訪問し、利用者又は家族に対して、機能訓練の内容と個別機能訓練計画の進捗状況等を説明し、訓練内容の見直し等 を行う。	

○理学療法士等とは、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師をいう

当様式のねらい

○利用者の居宅における生活状況を確認し、個別機能訓練計画に反映させることが居宅訪問の目的

○従来の個別機能訓練計画書は、ケアプランやご本人・ご家族からの情報収集にて計画書を作成
⇒実際に利用者様の自宅にある段差や手すりなどの家屋状況や生活状況を把握することが困難
訪問することで、適切な福祉用具のアドバイスや生活環境にあった機能訓練を実施することが可能となる

※通所介護及び短期入所生活介護における個別機能訓練加算に関する事務処理手順及び様式例の提示について
(老振発0327第2号)」

利用者氏名		生年月日	年 月 日	男・女
訪問日	平成 年 月 日()	:	~	: 要介護度
訪問スタッフ		職種		

	項目	レベル	課題	環境	状況・生活課題
				(実施場所・補助具等)	
ADL	食事	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		
	排泄	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		
	入浴	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		
	更衣	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		
	整容	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		
	移乗	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		
IADL	屋内移動	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		
	屋外移動	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		
	階段昇降	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		
	調理	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		
	洗濯	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		
	掃除	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		
	項目	レベル	課題	状況・生活課題	
起居動作	起き上がり	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		
	座位	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		
	立ち上がり	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		
	立位	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助	有・無		

通所介護における個別機能訓練加算Ⅱ Q&A ・ 通知等

Q & A

心身の状況を重視した
機能訓練
(生活機能の向上を目的とした訓練)の実施

例えば「1人で入浴する」という目標を設定する場合、利用者に対して適切なアセスメントを行いADL(IADL)の状況を把握の上、最終目標を立て、また、最終目標を達成するためのわかりやすい段階的な目標を設定することが望ましい(例:1月目は浴室への移動及び脱衣、2月目は温度調整及び浴室内への移動、3月目は洗身・洗髪)。
訓練内容については、浴室への安全な移動、着脱衣、湯はり(温度調節)、浴槽への安全な移動、洗体・洗髪・すすぎ等が想定され、その方法としては利用者個々の状況に応じて事業所内の浴室設備を用いるなど実践的な訓練を反復的に行うこととなる。また、実践的な訓練と併せて、上記入浴動作を実施するために必要な訓練(柔軟体操、立位・座位訓練、歩行訓練等)を、5人程度の小集団で実施することは差し支えない。

Q & A

訓練を行うための標準的な時間について

例えば「自宅でご飯を食べたい」という目標を設定した場合の訓練内容は、配膳等の準備、箸(スプーン、フォーク)使い、下膳等の後始末等の食事に関する一連の行為の全部又は一部を実践的かつ反復的に行う訓練が想定される。これらの訓練内容を踏まえて利用日当日の訓練時間を適正に設定するものであり、訓練の目的・趣旨を損なうような著しく短時間の訓練は好ましくない。なお、訓練時間については、利用者の状態の変化や目標の達成度等を踏まえ、必要に応じて適宜見直し・変更されるべきものである。

《 厚労省通知 》
(老振発第0327 第2号)

生活機能の維持・向上のための訓練を効果的に実施するためには、実践的な訓練を反復して行うことが中心となるため、身体機能を向上とすることを目的とした機能訓練とは異なるものである。実際の生活上の様々な行為を構成する実際的な行動そのものや、それを模した行動を反復して行うことにより、段階的に目標の行動ができるようになることを目指すことになることから、事業所内であれば実践的訓練に必要な浴室設備、調理設備・備品等を備えるなど、事業所内外の実地的な環境下で訓練を行うことが望ましい。
従って、例えば、単に「関節可動域訓練」「筋力増強訓練」といった身体機能向上を中心とした目標ではなく、「週に1回、囲碁教室に行く」といった具体的な生活上の行為の達成が目標となる。また、居宅における生活行為(トイレに行く、自宅の風呂に一人で入る、料理を作る、掃除・洗濯をする等)、地域における社会的関係の維持に関する行為(商店街に買い物に行く、孫とメールの交換をする、インターネットで手続きをする等)も目標となり得るものである。

生活行為向上支援の視点によるリハビリテーション(老健入所事例)

老健における認知症の在宅復帰事例

○氏名: S 様 年齢: 80代 性別: 女性 要介護度: **要介護5**

○診断名: 腰椎圧迫骨折・**認知症** 既往歴: 両側乳癌術後、肺塞栓、脳梗塞

○家族構成: 息子夫婦と同居 居住スペースは別で独居の状態
息子は単身赴任中 嫁は介護に非協力的

○生活歴(受傷前): 家事や庭作業など努力性で実施
緩徐に努力性歩行, 家事の失敗が目立つ

○入所時の状況:

廃用による体力、筋力低下から歩行器歩行介助レベル、ADLは一部介助レベル。

また、入所時から生活上の理解、判断力低下が著明

○評価

HDS-R: 15点/30点

NMスケール: 29点/50点(家事身辺処理↓、会話のつじつま↓)

DBD: 時々見られる項目(記憶、無関心、過眠、尿失禁)

意欲: 臥床傾向、促されてからの活動

興味・役割: 庭作業 料理 洗濯 友達付き合い(近隣)

当事業所の認知症のアセスメント

- 改訂 長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)
 - N式老年者用精神状態尺度(NMスケール)
 - 認知症行動障害尺度(DBD)
 - 意欲の指標(Vitality Index)
 - (興味関心チェックシート)

 - 初回、1.5ヶ月、3ヶ月ごとの認知・精神機能の評価
 - 加えて、**入所前後訪問等の環境評価**＋身体機能評価
 - 入所中の環境への適応能力評価と環境調整(頻回な自宅訪問)
- ⇒ 本人と家族が望むニーズの確認
在宅復帰をする為の生活機能改善

入所前訪問における生活環境アセスメント

入所 前・後 訪問報告書

平成 25 年 月 日 (水)

退所

利用者名 様 訪問場所 自宅

同行・同席者

① アプローチ

解決すべき課題

12、15cmの段差が存在。門扉の柱につかまりながら昇降する。自分で出入りすることはないことを考えれば問題はない。

正面の玄関は本人使用せず。裏の中庭の縁側からの出入り。



② 裏庭への動線、本人出入り口

解決すべき課題

本人の希望により中庭にある縁側から出入りする。今後も本人はその方法をとりたとう。

途中に15cmと21cmの高い段差があり、つかまる部分がないため、手すりの設置または介助による昇降を検討。この際、本人が自力で玄関方向まで移動することがあるか確認必要。

また縁側の高さが10、30、22cmとそれぞれあり、特に最初の段差部分がコンクリートブロックや発泡スチロール、コンクリートの台など統一されておらず、それぞれの固定も非常に弱い。趣味で中庭の手入れを行っていたとのこと、今後も手入れをする習慣は残ると考え、縁側からの出入りを自力で安全に行える必要がある。

靴の着脱や窓の閉じ開け、段差の昇降、縁側の昇降、中庭での手入れ方法や洗濯方法など、腰痛調整や動作の安定が必要。



④ トイレ、リビング、キッチン及びベッド

解決すべき課題

自宅内には段差がなく、バリアフリー構造となっている。床での生活が基本となる。

トイレ内は手すりが設置してあり、使用に特に問題なし。しかし、歩行は歩かなければならぬため、何れも使用せず歩行以外の歩行能力が求められる。

リビングに座卓があり、左の写真の赤い座布団で日中を過ごす。床に動作の安定が必要。またキッチン内に簡易的なベッドが設置してあり、手すりや高さ調整は困難。ベッドから床に落ちていた？という事実はあるとのこと。ベッド高がマットレスを含めて高さ32～33cmであり、その高さからの立ち上がりが必要。また、ベッド周囲に手すりの設置を検討。

キッチンが高いため、高さ調整のために11cmの段差(踏み面3.5cm)が設けられている。手すり使用しないでの11cmの段差昇降と3.5cmの中での屈伸や搬送、段差を認識しての動作が求められる。



⑤ 洗面所、浴室

解決すべき課題

洗面所の使用については問題なし。本人が自分で洗濯をすることを想定し、椅子の設置が必要か。

また、浴室内は手すり設置がないが、入院前にもヘルパーを利用していただけの事で、今後もヘルパー利用で対応することになると考える。動作に対する介助というよりもお湯の管理や準備、後片付けなどの部分での介入。椅子が一般的な椅子であり、32cmからの立ち上がりは確保必要。



備考

今後も1人での生活が基本となる。自宅内移動に関しては自力で可能と考えるも、火やお湯、施設の管理、調理や洗濯などのIADL面の評価が必要。また、床での生活になるため、膝への負担を考慮した生活スタイルの検討も必要。

日課として中庭の植木類の手入れや縁側からの出入りが必要となるため、この部分の評価と練習が必要。早期から評価、練習を実施していく。

今後の身体状況と認知機能面の経過を追いながら、後居自体が可能なレベルなのか、居宅サービスの導入の検討が求められる。

リハビリテーション計画書(3カ月)

本人の目標:家に帰りたい(認知症の場合具体性に乏しい…)

短期集中リハビリテーション

- 身体機能及び、日常生活動作能力の評価
- 歩行状態の評価と生活場面での歩行の習慣化に向けた介入評価
- 自宅環境を想定した環境調整(環境調整下でのトイレ動作評価)
- 骨折部への運動負荷量の調整及び確認
- 筋力体力向上訓練(自主トレーニング指導を含む)
- 骨折部の痛みの状況、コルセットの着用状況の評価



今までの
リハビリテーション
の視点



これからの
リハビリテーション
の視点
《point》
ニーズ把握と合意形成

認知症短期集中リハビリテーション

- 認知機能及び日常生活動作の手順や判断力、注意力などの評価
- 環境調整や生活リズム、習慣化の検討
- コミュニケーションや活動、余暇、趣味活動等を通して、集中できる物や役割の提供
- 家事動作や服薬管理、金銭管理の評価

具体的なリハビリテーションプログラム(3カ月)

項目	内容	認知機能
歩行・筋力訓練 外気浴	生活リズムの再獲得 腰痛の痛み評価、シルバーカー →伝い歩き→杖	見当識(場所・時間等)、 意欲、回想、五感への刺激、 注意力、判断力
伝い歩きの出来る環境	居室内での伝う環境を調整 昼夜の歩行状態について評価	空間認知 行為の習慣化
洗濯の一連の動作	移動→洗濯機の使用→洗剤→取り出し →移動→干す	実行機能 判断力 集中力
調理活動(手順、包丁)	味噌汁作り、出汁取りの順番、材料を 入れる順番	火や道具などの管理能力 注意力
お茶入れ	電気ポットの使用有無	五感への刺激
掃除	掃き掃除、腰痛への配慮	
電話の使用	受ける、かける 操作の方法	



在宅復帰への見通し(外出・外泊を通じた訪問指導)

○自宅生活の意向

本人:何でも自分でできる。洗濯もご飯も大丈夫。

家族:本人の望むことは、自分でやらせてあげたい。

ただ、不在にしていることが多く、協力は難しい。

○自宅生活に向けて解決すべき課題の抽出

①独居状態で、身の回りのことが一人でできるか？

- ・食事、水分の必要量確保
- ・排泄、服薬管理
- ・事故、体調不良の回避(ケガ・火災・室温管理等)

②管理下で行ってきたIADLが再現できるか？

- ・自宅外の歩行(ゴミ出し、近隣への外出)
- ・洗濯や調理、家電操作等の課題整理

○在宅復帰・居宅サービス利用

訪問介護(食事や生活支援)、訪問看護(服薬管理)、
訪問リハビリ(IADLへの取り組み)、通所介護

⇒生活機能から見るとグループホームが適切であったが在宅復帰・

通所リハ: 認知症短期集中リハⅡ <生活リズムを立て直し、サ高住での生活を定着>

年齢: 90歳代 性別: 女 要介護2
 疾患名: アルツハイマー型認知症

本人の目標: 本人の希望または目標: 寝てばかりいると退屈。
 家族の希望: サ高住での生活が混乱なく送れるようになってほしい。

【生活歴・病歴】

夫と死別後より独居生活。認知機能低下し通所介護利用するも、定着せず閉じこもりとなる。徐々に身体機能が低下し、自宅で転倒し大腿骨頸部骨折を受傷。リハビリ目的に老健入所し、**老健退所後は独居が難しくサ高住入居となる。**

【通所リハ利用の経緯】

入居後、食事、排泄以外は臥床して過ごし昼夜逆転。環境変化に混乱し、夜中に「家に帰る。」と帰宅願望が顕著となり、身体機能も低下し、排泄の失敗も増加。日中の活動性の拡大による、生活リズムの立て直しと、身体機能の維持目的に通所リハビリ利用(週2回1日利用)となる。

通所リハの目標

- ①通所リハビリを「外出する場所」、サ高住を「休息をとる自宅」として認識し、サ高住で混乱なく生活できる。
- ②日中の活動性を引き上げ、昼夜逆転を改善する。
- ③身体機能の維持を図り、排泄等の身辺処理動作を転倒なく継続できる。

	アセスメント(能力評価)	介入内容	介入内容の再検討
心身機能構造	【身体機能】 ・筋力低下、易疲労 【認知機能】 ・短期記憶、見当識低下⇒環境変化に混乱を来たす ・昼夜逆転 ・意欲低下、依存的	①筋力訓練 ②移乗動作練習 ③排泄動作練習 ※個別による頻回な練習を想定	送迎時間をヘルパー支援の時間に合わせ、4回(短時間)/週利用に変更。午前は集団を活用したプログラムで活動性を上げ、午後はサ高住での休息とした。 ①小集団での軽体操 ②移乗動作評価(トイレ誘導時) ③洗濯物たたみ
活動参加	【移動、移乗】 ・車いす使用で自操可だが、介助に頼ることが多い ・ベッド⇄車いす⇄Pトイレ間の移乗自立も動作遅い 【排泄】 ・臥床時間が多くPトイレでの排泄減少⇒失禁増加 ・自力パット交換が難しく、定時でヘルパーが支援 【余暇時間】 ・食事、排泄以外は臥床して過ごしている	利用開始後の経過 ・迎えに行くと臥床しており「体調が悪い」と休むことが多く、利用しても習慣としている昼寝が自室でできない為不穏になり過呼吸を起こす。 ・個別リハビリ等の活動、拒否があるも、集団体操には落ち着いて参加する。 ・他利用者の洗濯物たたみ作業を見て「昔洗濯の仕事をしていたの」と自主的に手伝う様子が見られる。	現在の様子 ・ヘルパーとの連携により、通所リハを休むこと減る。 ・「ドライブ」と認識し拒否が無くなり利用が定着。 ・利用中は主に集団のプログラムに参加し、臥床時間も減少。顔馴染みの利用者も増え、落ち着いて過ごすことが増える。 ・排泄面では、サ高住にて日中トイレに行く回数が増え失禁量が減少。 今後の方向性 ・環境を変えることが本人にとってリスクが高いことから、当面は通所リハビリを継続利用とする。 ・今後、ご本人の活動の場として、サ高住の中での活動が担保出来るか、ヘルパーと連携し、サ高住での活動性の向上プログラムを検討する。
個人因子	【対人交流】 ・話好きで人との交流を好む 【興味関心】 ・職業柄、洗濯に興味関心あり、外出やドライブ好き		

通所リハ・訪問リハと通所介護・訪問介護等との連携

介護保険におけるリハビリテーション・機能訓練の提供イメージ

※ 赤文字が平成30年度介護報酬改定で対応したい部分

発症

急性期・回復期

(医療保険)

生活期(維持期)

(介護保険)

<施設サービス>

<居宅サービス>

医療機関・老人保健施設等

【卒業後】



役割づくり



地域の通いの場
(自治会・サロン)

通所介護、
小多機 等

連携

連携

訪問リハビリ
通所が困難な者に対して
個別のリハビリ提供

社会参加支援加算

通所リハビリ
集団・個別のリハビリ提供

PT,OT,ST等

自宅

在宅生活の継続・
機能維持を目的と
したリハビリ

老人保健施設等

在宅復帰を目的とした継続的・
短期集中的なリハビリ

退院・在宅復帰

在宅復帰

生活機能低下

福祉系サービスに向けた生活機能向上連携加算
自立支援型介護に向けたリハビリテーションとの連携

【パターン①】

医療機関

退院

【パターン②】

医療機関

退院・在宅復帰

自宅


在宅生活の継続・
機能維持を目的と
した機能訓練

通所介護、
小多機 等



作業活動の獲得に向けた 《通所リハと訪問介護》 連携事例 ①

自宅での調理活動の再開に向けた連携


事例の概要	70代 女性 要介護2 【主疾患】脳出血後遺症(左片麻痺)	
介入経過	<p>老健退所後、独居生活が難しくサ高住入居。通所リハの支援により自宅内移動、トイレ動作が自立し、退所後6か月後に独居生活再開。</p> <p>食事は配食サービスを利用。</p> <p>本人より「配食サービスも飽きたので、自分で食事を作りたい。」と意向。</p>	
通所リハビリ支援内容	<ul style="list-style-type: none"> ・本人の動作能力に応じた調理動作の提案 ⇒立位バランスが不安定なため座位での調理作業とし、環境調整を行う ・片手でできる切る動作や調理器具の紹介 ⇒スライサー、ピーラーの活用、まな板の工夫等自宅に訪問し実施 	
連携内容		<ul style="list-style-type: none"> ・隔週でヘルパーと調理を実施 ・ヘルパーは調理の準備を整え、切る等の下ごしらえは座位にて本人が行い、その間にヘルパーは洗濯を済ませる ・立位を伴う作業は現状困難なためヘルパーが実施 ・調理作業を拡大するため、調理器具、自助具の提案、片手での調理動作練習を実施中 <p>⇒ケアマネのケアプランに反映</p>

通リハ職員
が自宅に
出向き実践

福祉系サービスに向けた「生活機能向上連携加算」
自立支援型介護に向けたリハビリテーションとの連携




作業活動の獲得に向けた 《通所リハと訪問介護》 連携事例 ②

買い物再開に向けたヘルパーへの介助方法指導

事例の概要zz	80代 女性 要介護1 【主疾患】緑内障による視覚障害
介入までの経過	足の傷が化膿。視覚障害のため傷の状態に気づけず悪化。歩くことを避け歩行能力が低下。 買い物に行けなくなり、買い物はヘルパーに依頼。
通所リハビリでの支援内容	・看護師による足の傷の経過観察+処置 ・身体機能向上目的の運動プログラム、足のむくみ予防のマッサージのやり方の指導 ・屋外歩行練習(自宅→最寄りスーパーまでの片道を歩いていけるよう)。 ・ 視覚障害の利用者が店内(人混み)を安全に歩けるよう、介助方法の検討。
連携時の様子	 <ul style="list-style-type: none">○最寄りスーパーへの買い物の実践練習(評価)に介護支援専門員、訪問介護事業所サ責、担当ヘルパーが同行。○自宅玄関前の段差、階段を昇降する動作を一緒に確認。○店内はカートを押して移動。 カートをヘルパーが引いて方向を誘導することで他客とぶつからず移動可能。 <p>【結果】</p> <ul style="list-style-type: none">○週1回ヘルパーとスーパーに買い物ができるように。片道は歩いて、帰りはタクシー(荷物があるため)使用。

ADLの定着に向けた 《通所リハと訪問介護》 連携事例 ③

老健退所後の自宅でのポータブルトイレでの排泄に向けた連携

事例の概要	90代 男性 要介護5 【主疾患】肺炎後廃用症候群
介入経過	<p>老健退所後、DSの利用と定期巡回で起居、食事、更衣、排泄の支援を受け生活。徐々に 身体機能が低下。自宅・DSでの臥床時間が長くなり、排泄はポータブルトイレ⇒オムツ、ベッド上交換に。</p> <p>便失禁が続き、臀部に褥瘡が形成⇒褥瘡処置とリハ目的にDS ⇒ 通所リハに移行。</p>
通所リハビリ支援内容	<ul style="list-style-type: none"> ・本人の興味関心を基に離床時の活動として書道、囲碁を選択⇒離床時間が拡大。 ・立ち上がり、移乗動作練習⇒移乗が見守りで可能。 ・通所リハ利用時はトイレでの排泄⇒移乗見守り、下衣上げ下ろし介助で可。
連携内容	<div style="display: flex; align-items: flex-start;"> <div style="flex: 1;">    </div> <div style="flex: 2; padding-left: 20px;"> <ul style="list-style-type: none"> ・リハビリ会議時にポータブルトイレでの排泄再開を提案。現在の本人の能力について情報共有。 ・ポータブルトイレ、介助バーの環境設定。 <p>【結果】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自宅でも離床時間が拡大したこと、ポータブルトイレで排泄ができるようになったことで褥瘡が改善。 </div> </div>

課題解決のための作業工程分析・プログラムの実施(確実にDoを実施)

調理練習



- ・栄養を考慮した献立の立案(通所利用前日に家族と実施)
- ・立位で可能な調理動作、座位で行う調理動作の評価
- ・立位耐久性向上のための運動プログラムの実施
- ・自宅の調理作業環境の調整⇒調理台のすぐ後ろにテーブルを調整。
立位⇔座位での調理作業が調理を行いやすいよう環境調整。

洗濯練習



- ・洗濯かごの運搬練習
(洗濯物を何キロまで持ち運び移動できるかの評価⇒洗濯かごの選定)
- ・干す動作の評価
(室内⇔庭の移動が転倒の危険性が高いため室内干しを提案)
- ・自宅の環境調整(室内干しの位置、ハンガーや洗濯ばさみの置く位置)

体調管理



- ・1日1ℓ(500mlペットボトル2本)の水分摂取の意識づけ
- ・服薬の自己管理練習(服薬カレンダー)
⇒服薬の飲み忘れはあるが、睡眠導入剤程度。

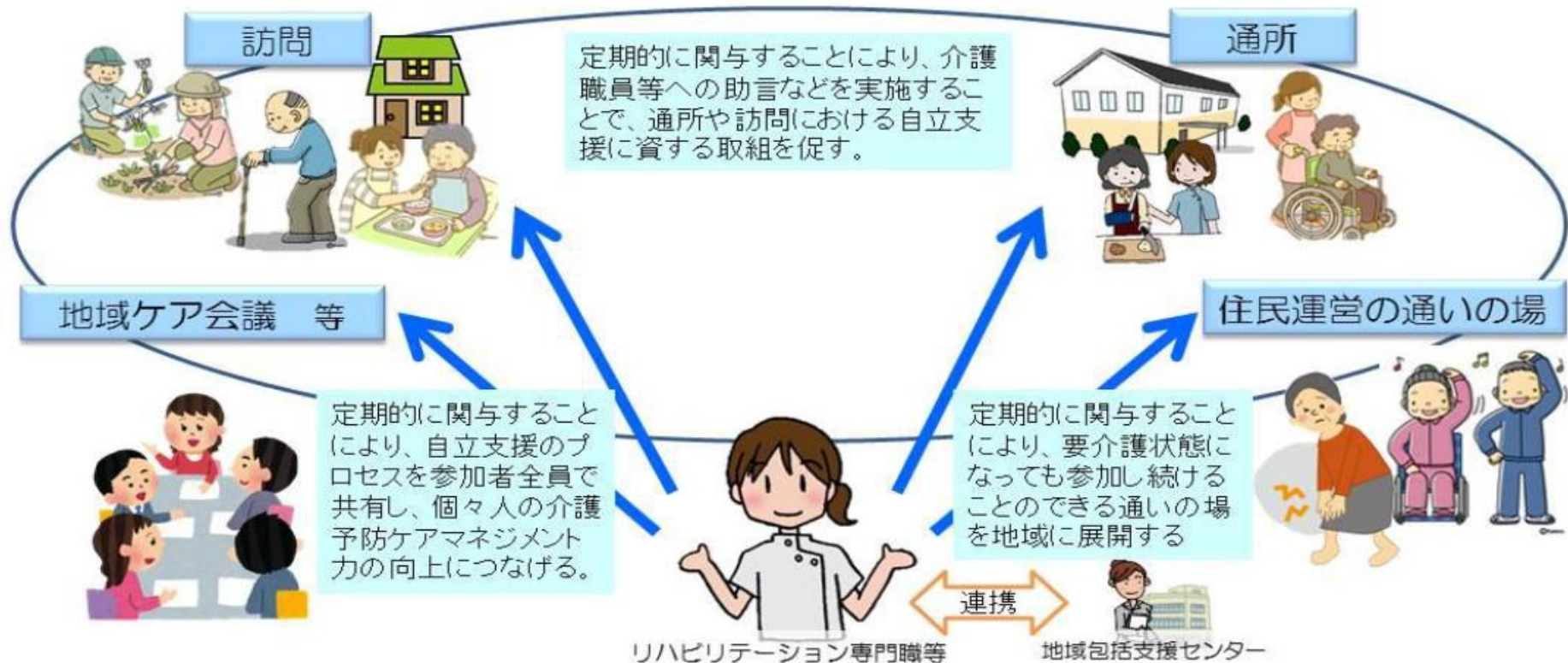
生活行為工程分析に基づき、
課題解決に必要なプログラムを具体的に立案

○作業工程分析により
アプローチを焦点化
⇒ 効率的ケアの提供

通所リハの多職種連携支援は、訪問介護や通所介護等に対する訪問指導で生活の場への定着に繋ぐことができる。 ⇒ これは、そのまま「生活機能向上連携加算」となる。

地域リハビリテーション活動支援事業の概要

○ 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。



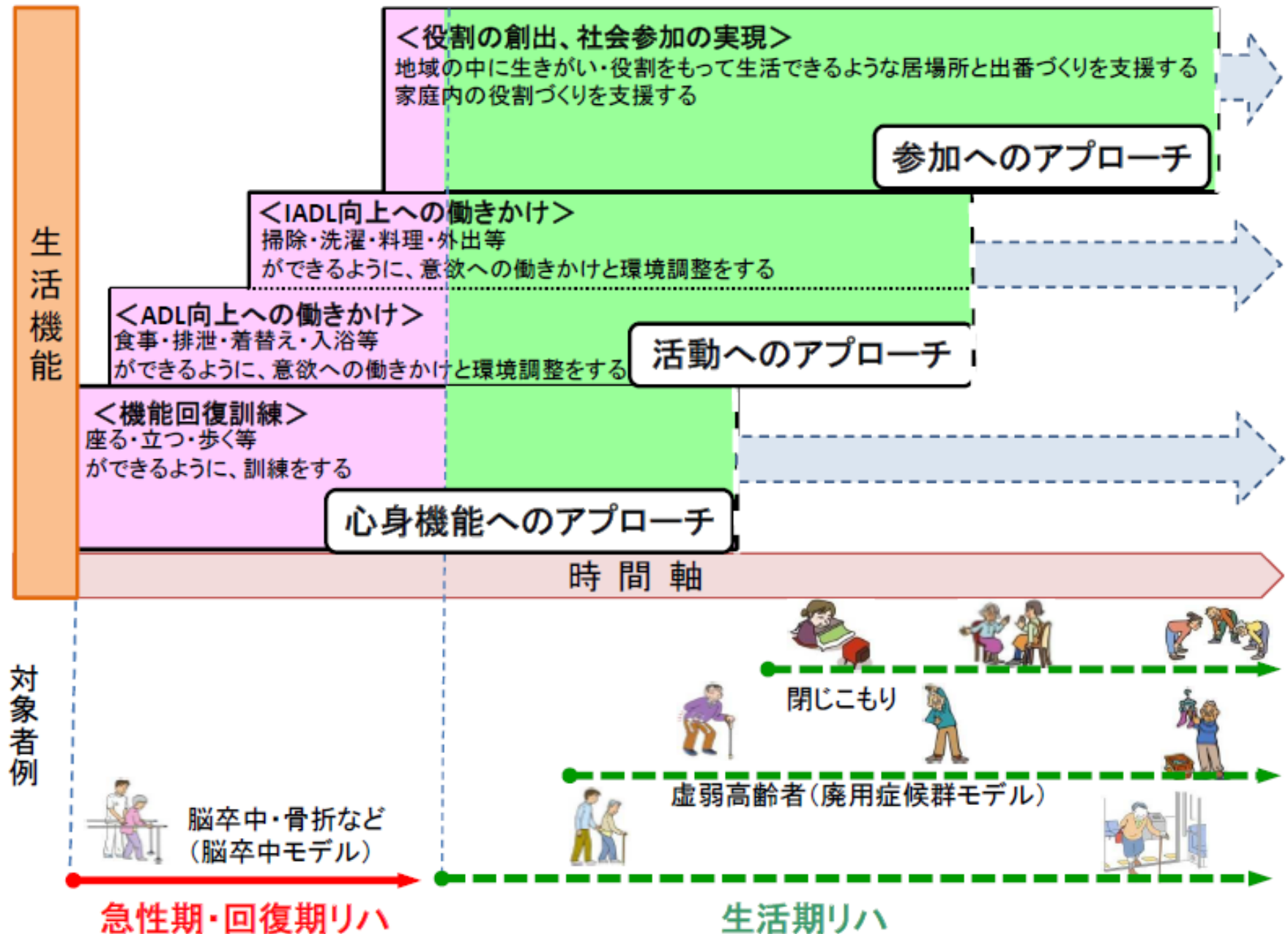
リハビリテーション専門職等は、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民運営の通いの場等の介護予防の取組を地域包括支援センターと連携しながら総合的に支援する。

資料：厚生労働省HP「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン(概要)」から転載

実施担当者：

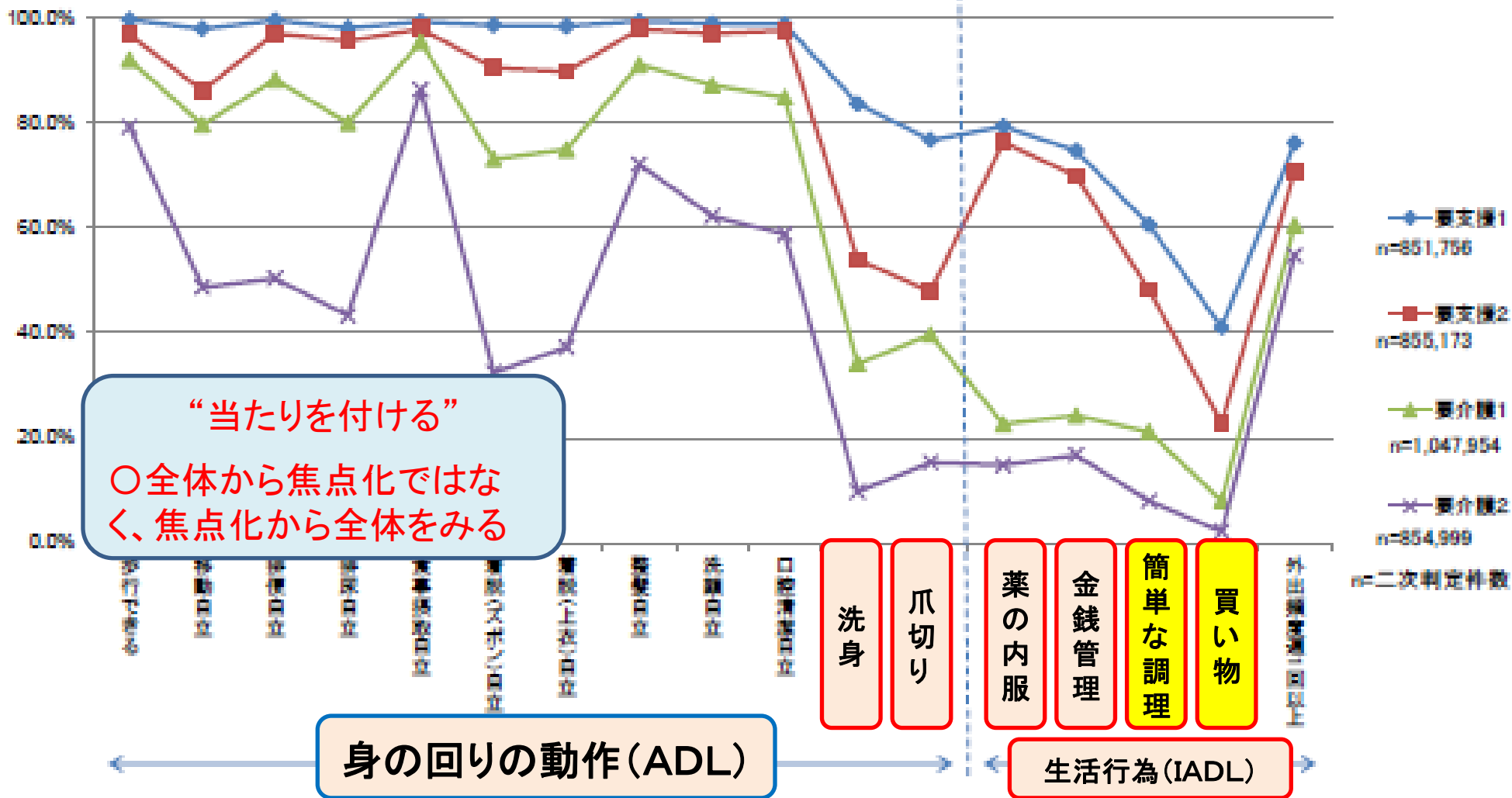
リハビリテーションの理念を踏まえて、「**心身機能**」「**活動**」「**参加**」のそれぞれに**バランス良くアプローチする能力**を有するものが実施する。このような能力を有する**理学療法士、作業療法士、言語聴覚士**が想定されるが、**職種を限定するものではない**

(参考) 高齢者のリハビリテーションのイメージ



要支援1～要介護2の認定調査結果

要支援者のほとんどは、身の回りの動作は自立しているが、
買い物など生活行為の一部がしづらくなっている。



“当たりを付ける”

○全体から焦点化ではなく、
焦点化から全体をみる

身の回りの動作 (ADL)

生活行為 (IADL)

※1 「歩行できる」には、「何かにつかまればできる」を含む。

※2 平成23年度要介護認定における認定調査結果(出典:認定支援ネットワーク(平成24年2月15日集計時点))

総合事業の活用:仙台市

78歳・女性 要支援2
慢性関節リウマチ
両変形性膝関節症

8月:急性胆嚢炎にて手術。退院後、主にショートステイ利用
10月:地域包括より、**体力低下**があるので 通所系サービスの利用依頼(2回/週)
※利用前訪問(OT)時の**本人のニーズ**
家事をしたいが手の痛みが気になり「**課題が山積み**」との事

課題1:【洗濯物干し】
「洗濯バサミをつまむ力が足りず、
洗濯物干しができない」

課題2:【調理】
「**皮むき、固いものを切る、リズムよく切る**
といったことが大変になってきた」

- 自助具の選定・提案
- 自宅訪問三回で役割の再獲得
- 痛みへの対応
道具の使い方
関節保護指導を行い定着化へ
※包括を通じて**主治医へ報告**



ニーズに基づいた**生活行為支援**により早期解決！
OTの提案・指導後に、地域の**総合事業へ移行**
“**軽度(要支援)では、数回の訪問にて解決できる**”

【訪問に同席した娘さんより】

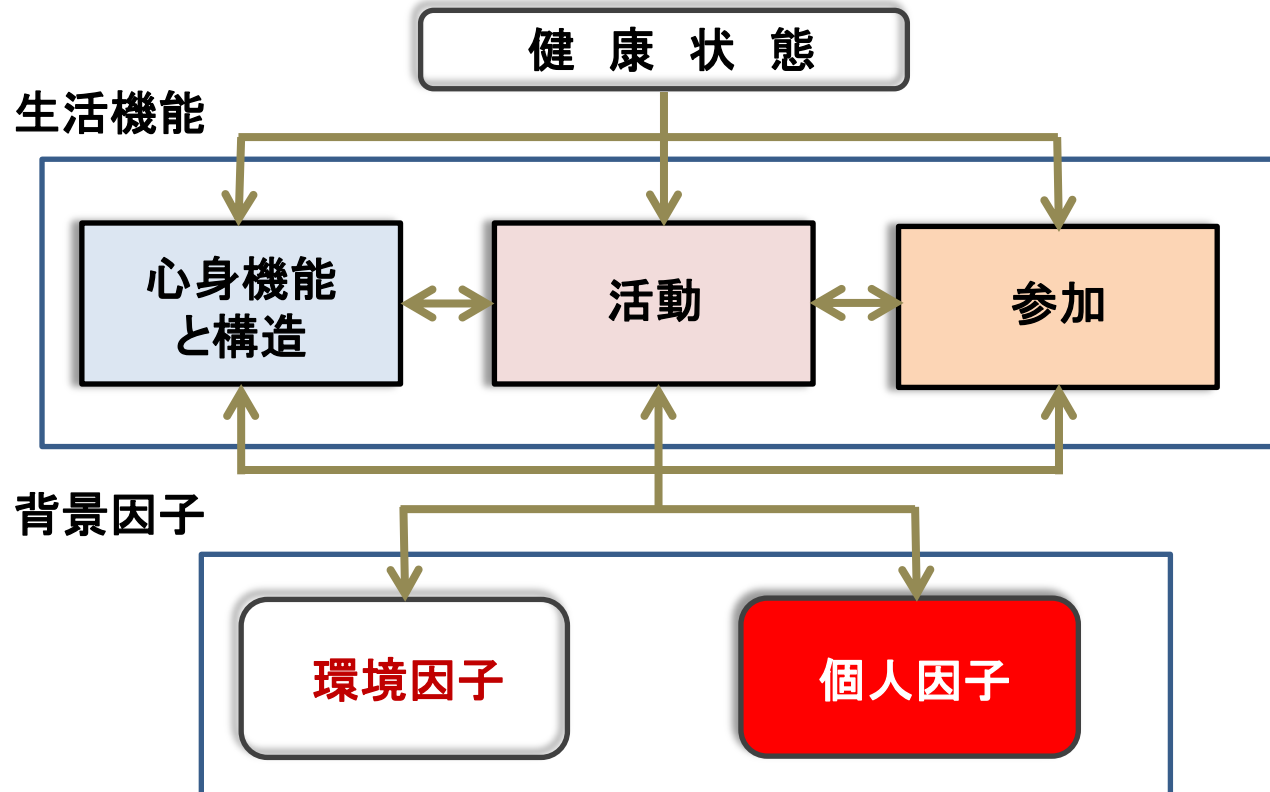
「お母さんの向いた果物は何年かぶりに食べました」「料理はずっと続けてきたこと。これからも孫に教えてほしいし、続けて欲しい。」

総合事業における訪問型サービスCや通所型サービスCにて、ニーズ把握と合意形成に基づき、具体的な生活上の課題改善に貢献できる。

生活行為向上支援の視点①

対象者を「**生活をする人**」として捉え、生きる営みに焦点を当て、**心身機能や活動と参加の一側面だけを理解するのではなく、個人因子・環境因子までを踏まえ総合的に捉える包括の視点**

- **機能への介入のみにとどまらず、改善の見込みのあるADL、IADLについても課題として介入する**
- **対象者のしたい生活行為のみに焦点を当てた支援とならないようにする**



生活行為向上支援の視点②

対象者の「生活行為の継続性」実現のため、個人の活動から地域の社会資源の活用まで幅広く捉える包括の視点

24時間365日の意味のある生活行為の継続とそれを支える地域環境があるか？

生活行為の継続性

×

地域での生活行為の可能性

ADL・IADL

趣味活動
旅行 等

サロン
サークル
ボランティア活動
働く場 等



家、家族、介護サービス、友人、近隣住民、自治会、行政システムがこれら生活行為を支える

