

日理協 23 第 406 号
日作協 発 第 184 号
日言協 23 - 第 09 号
平成 23 年 8 月 16 日

厚生労働省 老健局
局長 宮島 俊彦 様

社団法人 日本理学療法士協会
会長 半田 一 登

社団法人 日本作業療法士協会
会長 中村 春基

一般社団法人 日本言語聴覚士協会
会長 深浦 順一

平成 24 年度介護報酬改定について（要望）

平成 24 年度の介護報酬改定に向けて、リハビリテーション専門職 3 団体（社団法人日本理学療法士協会、社団法人日本作業療法士協会、一般社団法人言語聴覚士協会）では、本制度におけるリハビリテーション提供体制と、地域生活移行及び定着支援体制の充実が図られる事を目的として以下の通り要望する。

記

要望項目

I. 介護保険事業におけるリハビリテーション機能の強化

(A) 介護老人保健施設における在宅復帰機能の再編

1. リハビリテーション専門職配置による在宅復帰機能強化と在宅復帰率の向上

(B) 地域生活を支援するためのリハビリテーションの充実

1. 通所リハビリテーション事業所の強化

① リハビリテーション専門職によるリハビリテーション提供体制の強化

② 短期集中・認知症短期集中リハビリテーション加算の起算日の変更と時間枠の拡大

2. 訪問リハビリテーションの充実

① 複合的機能を有する共同利用型訪問リハビリテーションステーションの設置

(C) 福祉用具等の適正利用の促進

1. 福祉用具導入時のリハビリテーション専門職による支援とその評価

II. 地域包括支援センターの機能充実

(A) 介護予防事業（地域支援事業）におけるリハビリテーション専門職種の利用促進とその評価

III. 自立支援型・居宅ケアプラン策定の促進

(A) リハビリテーション専門職による居宅療養管理指導の評価

以上

平成 24 年度 介護報酬改定 リハビリテーション専門職 3 団体 要望事項

I. 介護保険事業におけるリハビリテーション機能の強化

(A) 介護老人保健施設における在宅復帰機能の再編

1. リハビリテーション専門職配置による在宅復帰機能強化と在宅復帰率の向上

現行のリハビリテーション専門職の配置基準（100：1 以上）では、自立支援を促進するためのリハビリテーションマネジメントの実施は不可能であり、このマネジメントを前提とした短期集中・認知症短期集中リハビリテーションを効率的・効果的に提供する体制の構築も事業所ごとの自助努力となっております。結果、在宅復帰支援機能加算（Ⅰ）50%、（Ⅱ）30%を満たす施設が増えておりません。

よって、新たに（Ⅲ）15%を設けることで、在宅復帰率向上に取り組めるようにし、さらに、在宅復帰機能が強化できるよう、リハビリテーション専門職を複数職種配置した事業所に対し、在宅復帰率、複数職種配置の双方を満たした事業所への加算を要望いたします。

※ 添付資料

I-a 在宅復帰支援機能強化加算（Ⅰ）、（Ⅱ）の算定状況

I-b リハ専門職の複数職種配置による高い在宅復帰率を維持している事例

(B) 地域生活を支援するためのリハビリテーションの充実

1. 通所リハビリテーション事業所の強化

① リハビリテーション専門職によるリハビリテーション提供体制の強化

現行配置では、在宅生活を維持するために必要な個別のリハビリテーションの実施は困難な状況です。介護保険へ移行した利用者の声からも、サービス量の低下を指摘する声が多く寄せられています。

よって、リハビリテーション専門職種の複数職種を配置する施設基準とすることを要望いたします。

※ 添付資料

I-c リハ専門職の複数職種連携（PT、ST）による効果的なアプローチ事例

② 短期集中・認知症短期集中リハビリテーション加算の起算日の変更と時間枠の拡大

短期集中・認知症短期集中の起算日は退院もしくは退所日からとなっており、起算日から1ヶ月間のみが40分のサービス提供となっています。1～3ヶ月は20分に短縮されていることに加え、起算日から通所開始までにある程度の日数を必要とすることが多いことから、十分な短期集中リハが提供できていない状況にあります。

よって、移行期における生活期リハの充実を図る上でも、退院もしくは退所日から1ヶ月以内に限り起算日をサービス提供開始日とし、3ヶ月の短期集中算定期間中は40分の個別リハビリテーションとすることを要望いたします。

※ 添付資料

- I-d 短期集中リハビリテーション（Ⅰ）、（Ⅱ）の算定実績（単独事業所例）
（全老健にて全国的な（Ⅰ）、（Ⅱ）算定状況を調査中（8月末にデータ集計完了予定）

2. 訪問リハビリテーションの充実

① 複合的機能を有する共同利用型訪問リハビリステーションの設置

地域包括ケアシステムにおいて、リハビリテーションは、生活を支援する他の訪問系サービスと一体となってサービスを提供されています。そのため、地域でリハビリテーションが果たす役割は大きくなりその提供量も増大すると予想されます。しかしながら、現在まで、必要量を供給できる体制が整わず、事業所数にも地域的な偏りが生じています。

よって、既存の訪問リハビリテーションサービス提供量の一層の充実・強化を図るとともに、地域の医師が訪問リハビリテーション機能を共同利用でき、必要に応じて迅速で簡便に訪問リハビリテーションサービスの指示が出せる共同利用型訪問リハビリステーションの創設を要望いたします。

※ 添付資料

- I-e 共同利用型訪問リハビリステーションの必要性を示す調査報告

3. 福祉用具の有効活用

① 福祉用具導入時のリハビリテーション専門職による指導とその評価

ケアプラン作成時、利用者の自立支援を促すためには、利用者の住環境や身体および認知状況を踏まえた上で、具体的に活用できる福祉用具を適正に選択することが肝要です。加えて、活用方法の指導も欠かせません。

よって、リハビリテーション専門職による居宅療養管理指導を算定可とし、福祉用具貸与事業所側には、これに基づき福祉用具の貸与・販売等が行われた場合に、福祉用具連携評価加算（仮称）を新設することを要望いたします。

※ 添付資料

- I-f 実際に給付されている福祉用具に対するリハビリ専門職による評価
- I-g 福祉用具導入時の介入事例

II. 地域包括支援センターの機能充実

(A) 介護予防事業（地域支援事業）におけるリハビリテーション専門職の活用促進

平成 18 年に介護予防サービスの共通的服务として位置づけられました生活行為向上支援は、利用者が持っている能力を引出し、在宅生活を可能な限り豊かにしようとするものです。リハビリテーション専門職は、利用者の機能や能力を評価し、その結果をもって生活行為支援プランを策定し、自立かつ主体的な生活の支援が可能な職種です。さらに、リハビリテーション専門職が介在することによって、医療機関との連携等、地域包括支援センターの持つ機能への支援が可能になります。

よって、介護予防事業におけるリハビリテーション専門職の活用促進を要望いたします。

※ 添付資料

- II-a 介護予防通所介護事業所における介護予防事業の事例
- II-b 広域事業における住民主導型介護予防事業の事例
- II-c 地域包括支援センターで働く OT の主な役割（アンケート結果）

III. 自立支援型・居宅ケアプラン策定の促進

(A) リハビリテーション専門職による居宅療養管理指導の評価

高齢者が有する尊厳を自己実現できるように生活機能を向上させるためには、自助を促し具体的に自立に繋がるサービスを組み合わせた居宅ケアプランの作成が大変重要です。そのため、ケアマネジメントの質を更に向上させる運用がなされてきました。しかしながら、多くのケアプランでは、予後予測に基づかない見守り等を含むサービスの利用が圧倒的に多く、自助を促し自立を支援する計画に繋がっていない現状があります。

よって、リハビリ前置主義を具体的に推進し利用者が安心して自助に取り組めるよう、居宅ケアプラン作成・変更に際して、リハビリテーション専門職種が介護支援専門員と連携できるよう、居宅療養管理指導の評価を要望いたします。

※ 添付資料

- III-a 居宅事業におけるリハビリテーションサービスの利用状況等

平成24年度介護報酬改定

リハビリテーション専門職3団体
要望書 添付資料

介護老人保健施設における在宅復帰機能の再編

在宅復帰機能支援加算の算定状況

加算	算定事業所数
在宅復帰機能支援加算(Ⅰ)	98件(3%)
在宅復帰機能支援加算(Ⅱ)	201件(5%)

注：()内は、介護保険施設サービス費の算定件数に占める割合
 出典：厚生労働省「介護給付費実態調査」平成22年10月審査分

全老健の調査による算定状況

n = 1118

加算	算定事業所数
在宅復帰機能支援加算(Ⅰ)	39件(3.5%)
在宅復帰機能支援加算(Ⅱ)	72件(6.4%)

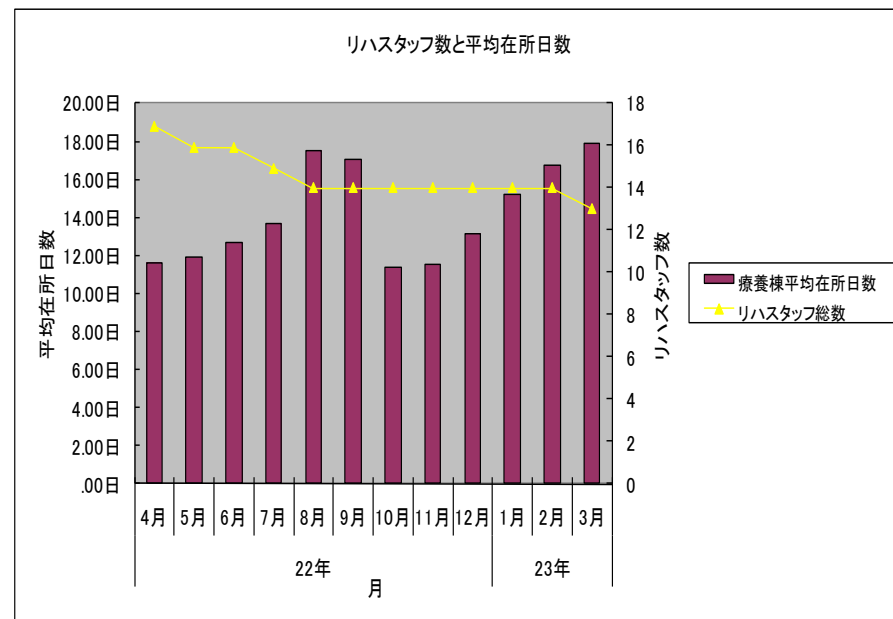
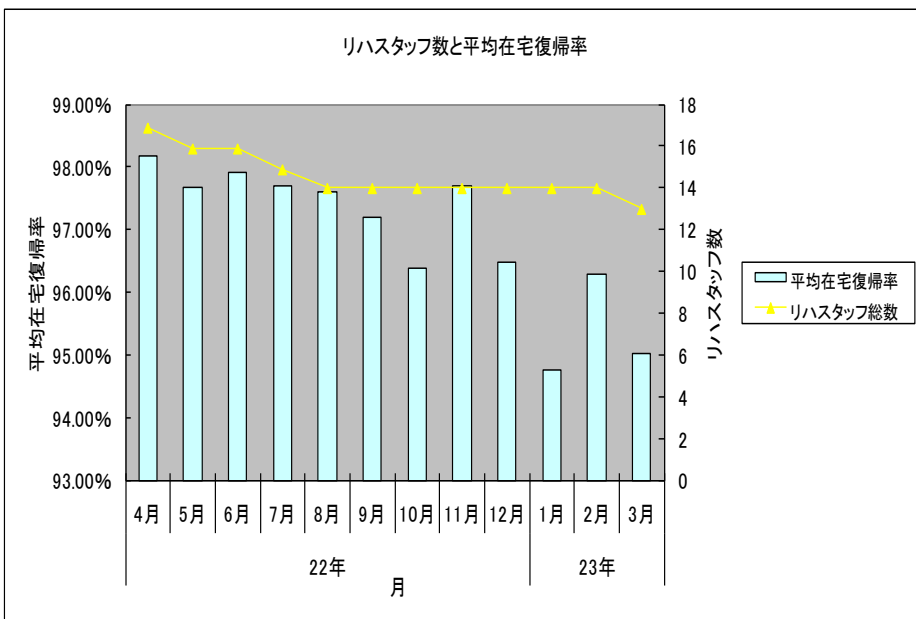
注：nは研究事業調査協力施設数(平成22年10月31日現在)
 出典：「介護保険施設における適切な口腔機能維持および
 口腔機能向上に関する調査研究事業」

老健施設における在宅復帰機能の強化が必要である

介護老人保健施設における在宅復帰機能の再編

リハビリテーション専門職の配置が手厚い施設例

入所124床，通所定員200名の施設で15人程度の療法士を配置している例



- ・在宅復帰率 : 95%以上 月ごとの平均は97.7%
- ・平均在所日数 : 18日以下 月ごとの平均は14.2日
- ・スタッフ数の減少により在宅復帰率の低下，在所日数が延長される傾向がある

かなり手厚く配置されていてもスタッフの減少による影響がある

通所リハビリテーション事業所の強化

①リハビリテーション専門職によるリハビリテーション提供体制の強化

通所リハ利用者(PT・STの併用)の事例

STの介入の経緯:PTのみの個別リハ加算を実施しながら1年が経過した段階で、家族より 食べる可能性はあるのではないか?みて欲しいとの要望あり。

疾患名:認知症、脳梗塞(発症3年) 要介護度:要介護4

ADL:全介助(BI:0点)、食事は胃ろうにて摂取

口腔内:総義歯、舌苔有、開口障害(認知期の問題あり)

支援内容

- ①摂食・嚥下機能の評価・医師等との調整(VE検査)
- ②座位姿勢等の調整(PT、ケアスタッフと)
- ③間接的嚥下練習(呼吸・発声練習)
- ④直接的嚥下練習
- ⑤ケアスタッフ・家族への口腔ケア・食事等の介助方法の伝達

	開始時	終了時(介入半年後)
食事	胃ろう	通所リハ時に昼食1食(自宅でゼリー)
座位耐久性	リクライニング車椅子30分	リクライニング車椅子90分(集団にも参加)
コミュニケーション	発語無	時に挨拶などの慣用語有

認知症に伴い、開口が難しい状況であったが、嚥下(飲み込み)は比較的保たれたとわかり、半年と長期間ではあったが介入した事により一部経口摂取が可能となった。現在も介入を継続中

I-d 通所リハビリテーション事業所の機能強化

②短期集中リハビリテーション加算等の起算日の変更と時間枠の拡大

介護老人保健施設1施設のデータ

22年度データ	総数	サービス利用状況	人数	通所開始前 病院・病院外	人数	退院日から利用までの期間		
						1ヶ月以内	1～3ヶ月以内	3ヶ月～
老健サービス 新規 利用者数	119	(1)通所から利用開始	27(22.7%)	(1)-①病院から	12(10.0%)	3(2.5%)	2(1.7%)	6(5.0%)
		(2)入所・短期入所から 利用開始	92(77.3%)	(1)-②病院以外から	15(12.6%)			

<表の説明>

- 新規の老健サービス(長期・短期入所、通所リハ)利用者は、主に他施設、病院、在宅からである。
- 表では、新規利用者のうち、22.7%が通所リハビリからの利用、その他の77.3%は入所系サービスからの利用であり、この時点で、通所での短期集中リハビリの対象者は限定されている。
- 病院から退院し、通所リハビリにつながった症例は12例(10%)に過ぎない。
このうち、退院日から1ヶ月以内での通所リハビリ開始はわずか 3例(2.5%)であった。

※退院直後から、通所リハビリを開始する症例は少なく、短期集中リハⅠ、Ⅱを算定出来るケースはごくわずかである。

退院直後から効率よく通所リハビリテーションを利用できる仕組みが必要

訪問リハビリテーションの充実

①複合的機能を有する共同利用型訪問リハビリテーションステーションの設置

共同利用型の訪問リハビリステーションの理念

障害者や高齢者が、住み慣れた地域において、**尊厳のある自立した生活**ができるよう、**医師の指示**に基づき、訪問看護や訪問介護との**一体的連携**の下に、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が利用者の生活の場において、**心身機能の維持・向上**や**生活活動の維持・拡大**等に関する**包括的機能**を持つ専門機関です。

① 共同利用型

リハビリテーションを地域の共有資源と位置付け、医師が**共同して効率的に利用**

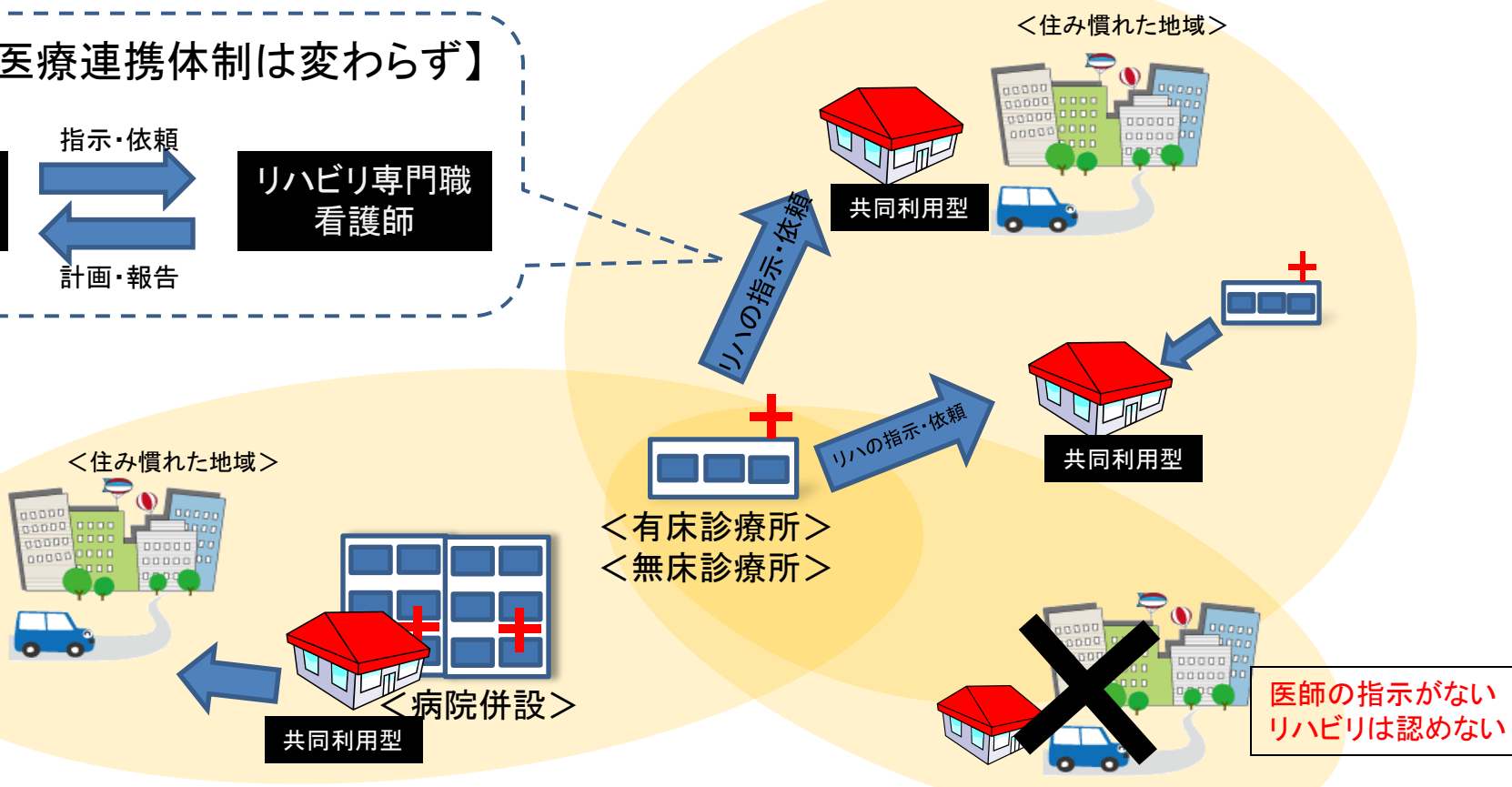
【個々の医療連携体制は変わらず】

医師

指示・依頼

計画・報告

リハビリ専門職
看護師



② 包括的なサービス

医療系・介護系の多職種を、**効率的にチーム編成・連携**できる強みを生かした包括的なサービス提供

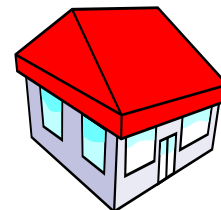
一体的複合サービスの強み(例)

集中的なリハビリと定期評価
+
自立支援に強い訪問介護力
+
自立支援型のケアマネジメントを積極支援
+
効率的な職種間研修とカンファレンス
+
専門的な療養を背景にリスク管理

利用者

共同利用型訪問リハビリステーション

看護、リハ、介護の3事業を実施
(連携)



看護

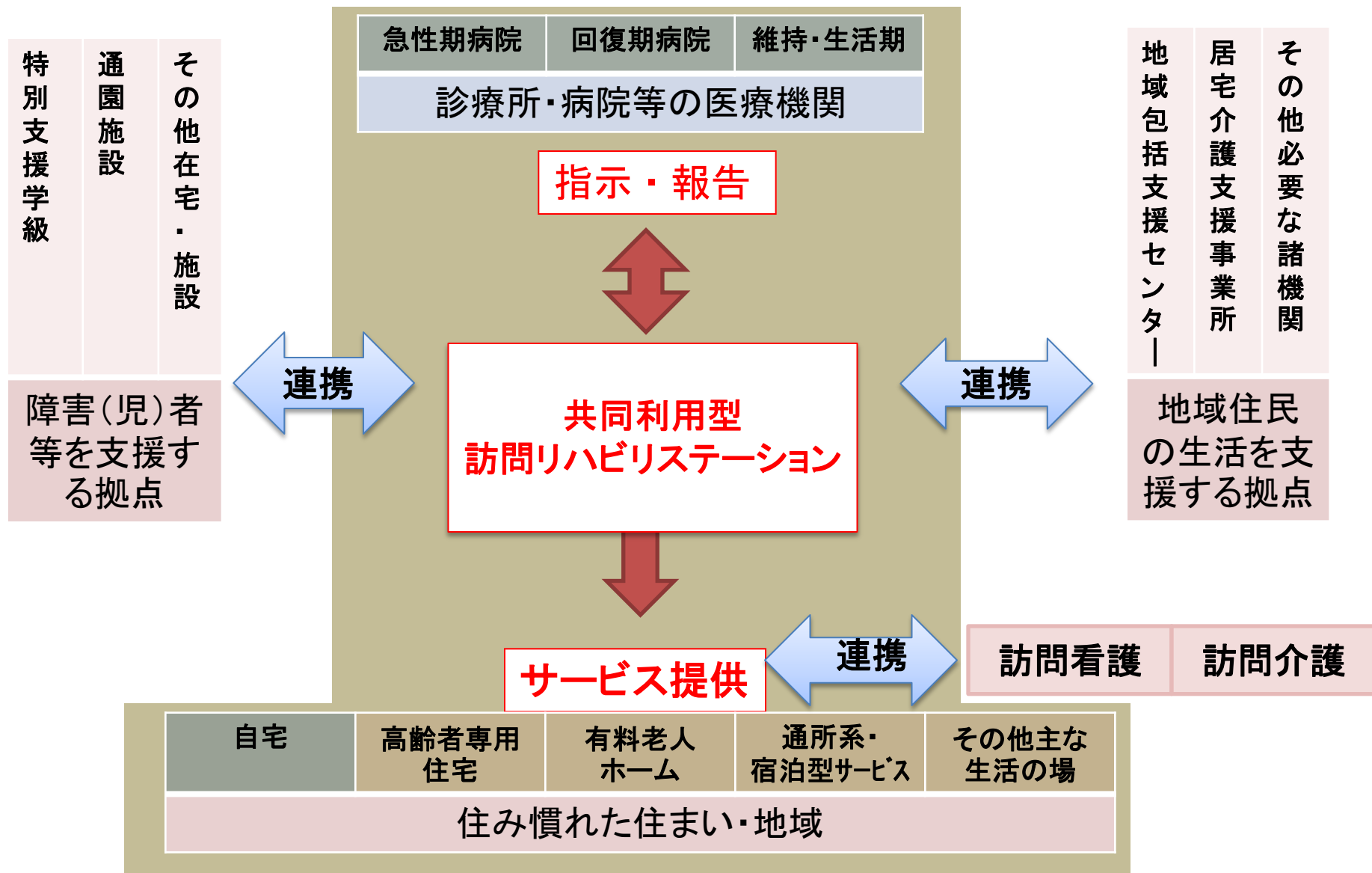
リハ

介護

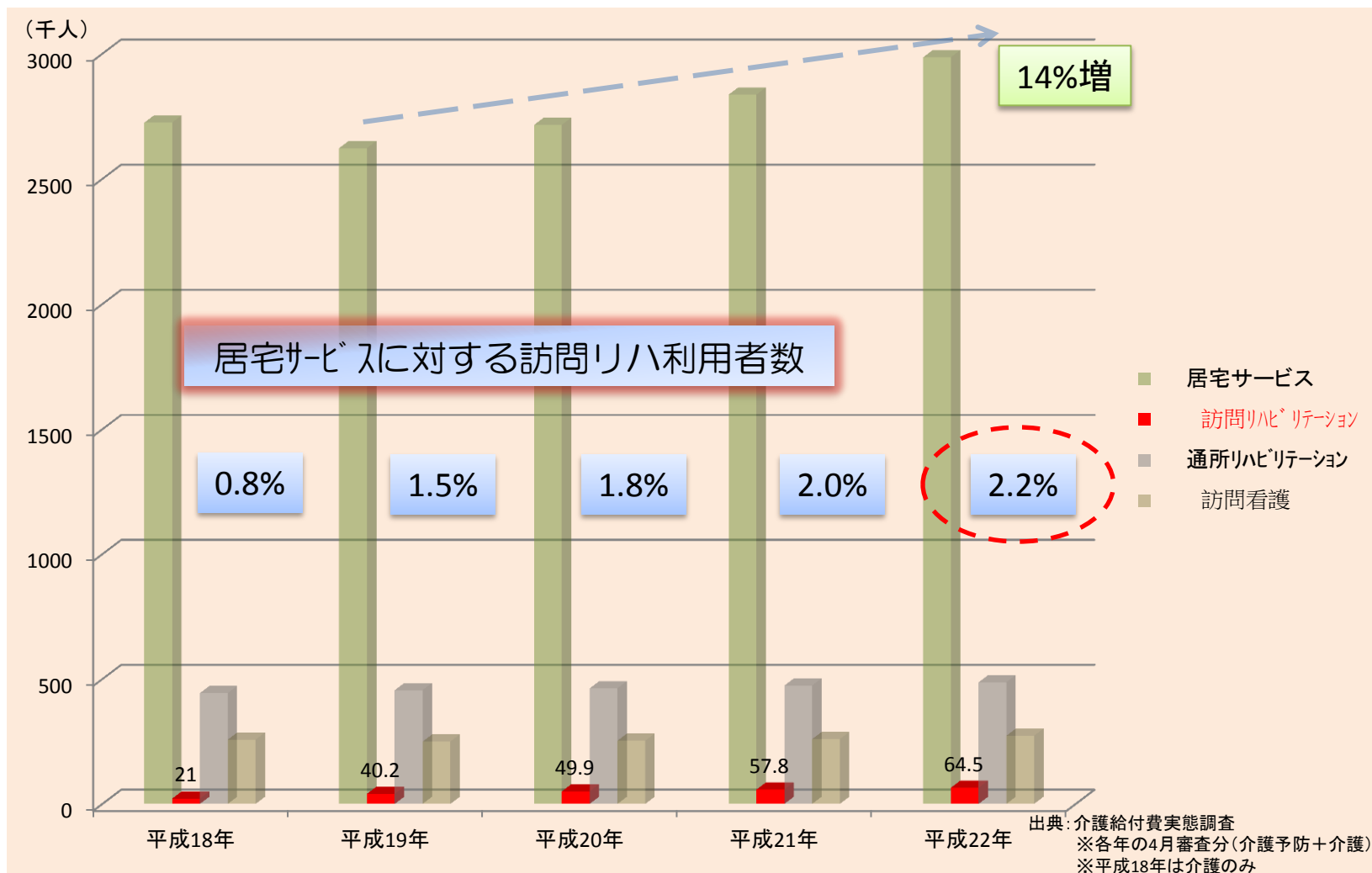
ワンストップ
連携

ケアマネジャー

共同利用型訪問リハビリステーションの機能



リハビリ前置主義による介護保険の効率化は？

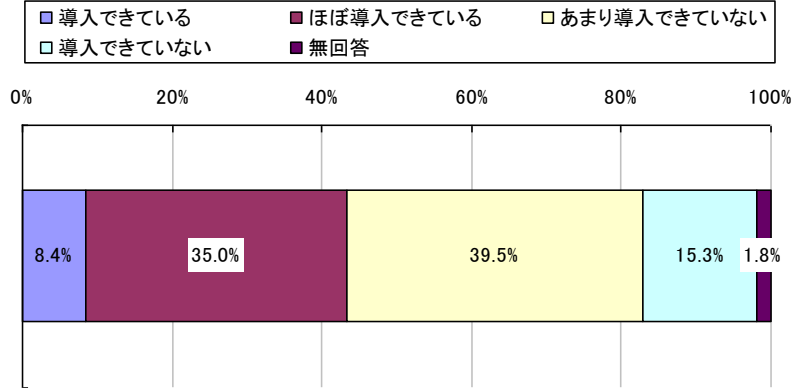


絶対量が少ない在宅でのリハビリサービス

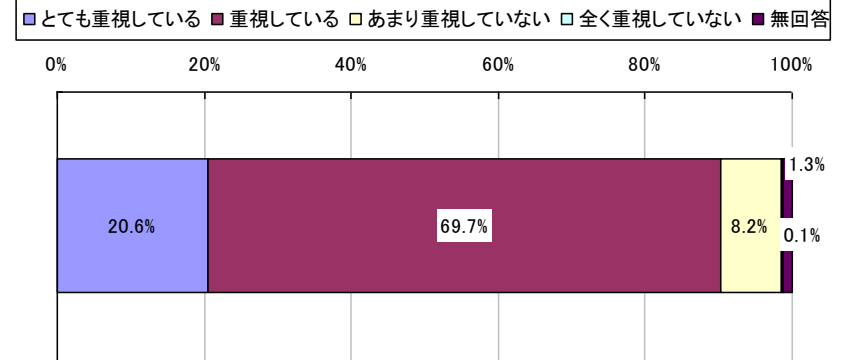
介護支援専門員への訪問リハに関するアンケート

発送数5000 回収数1388(27.8%)

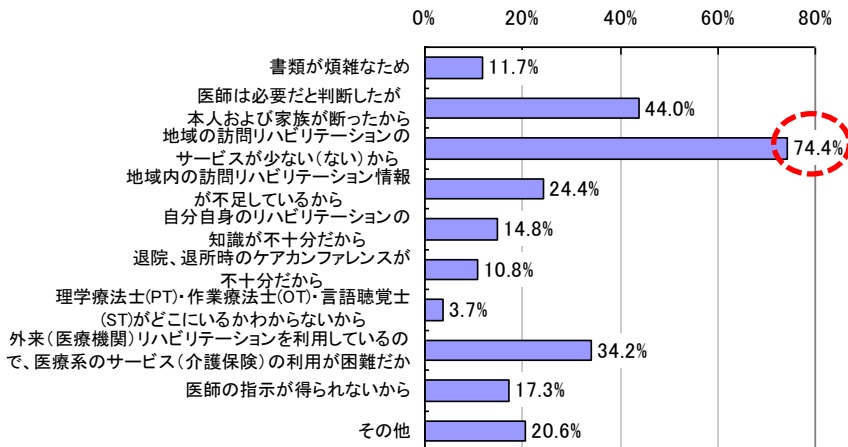
リハビリテーション必要者への適切な導入



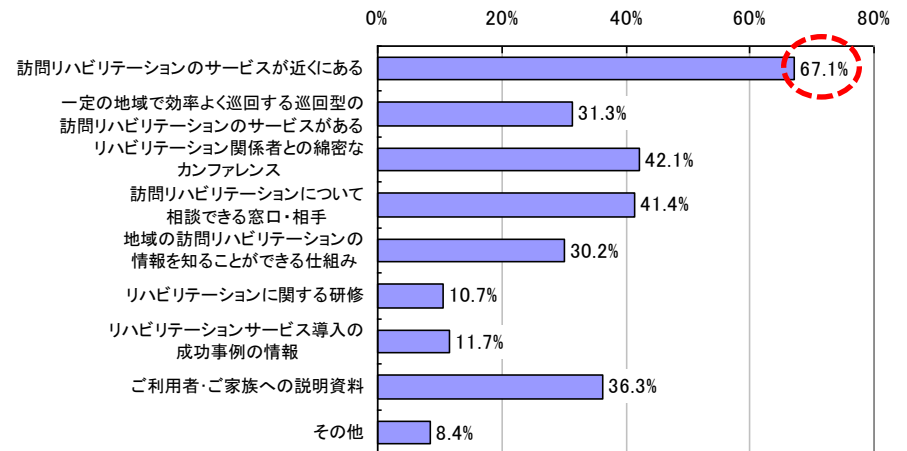
リハビリテーションサービスの重要性



導入が適切にできていない理由



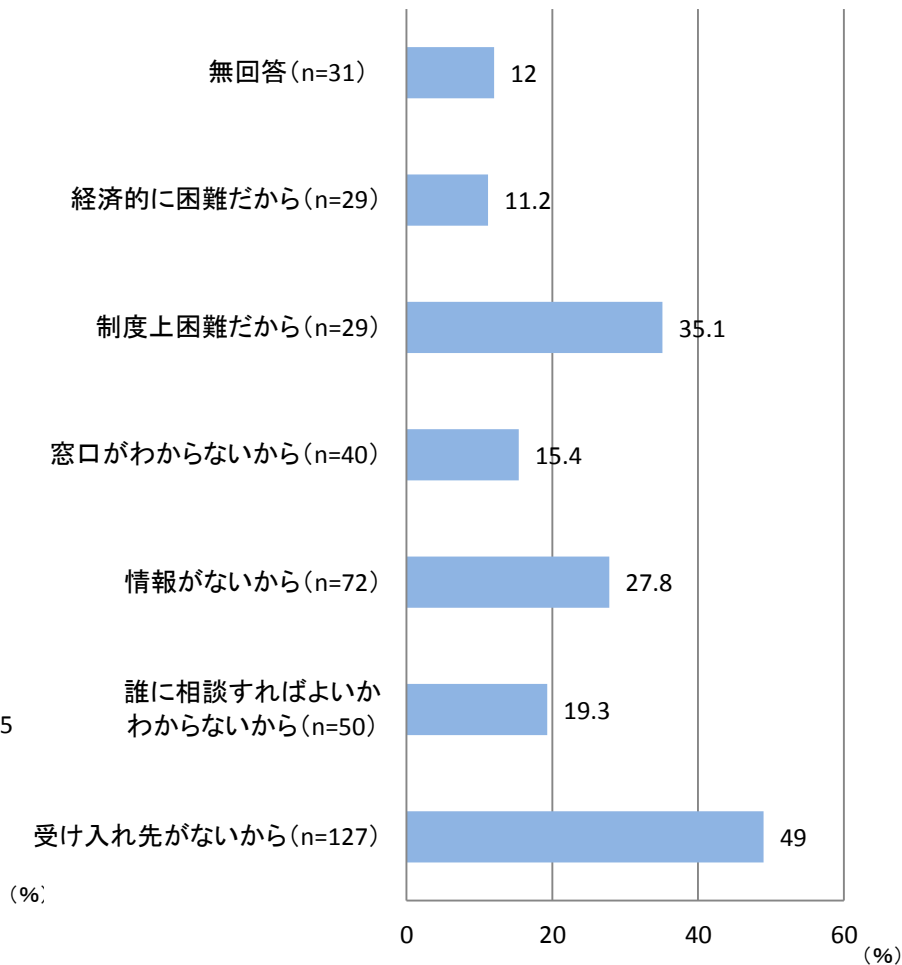
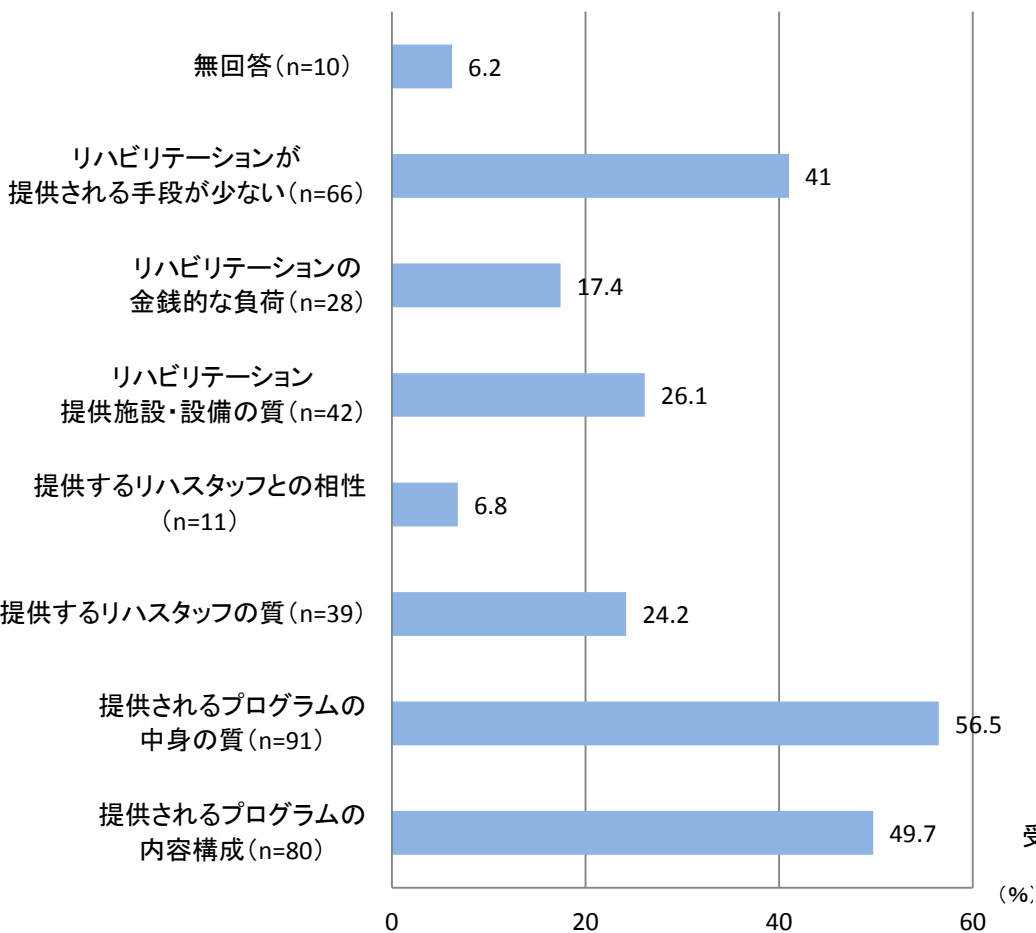
リハビリテーションサービス円滑導入のため必要な施策



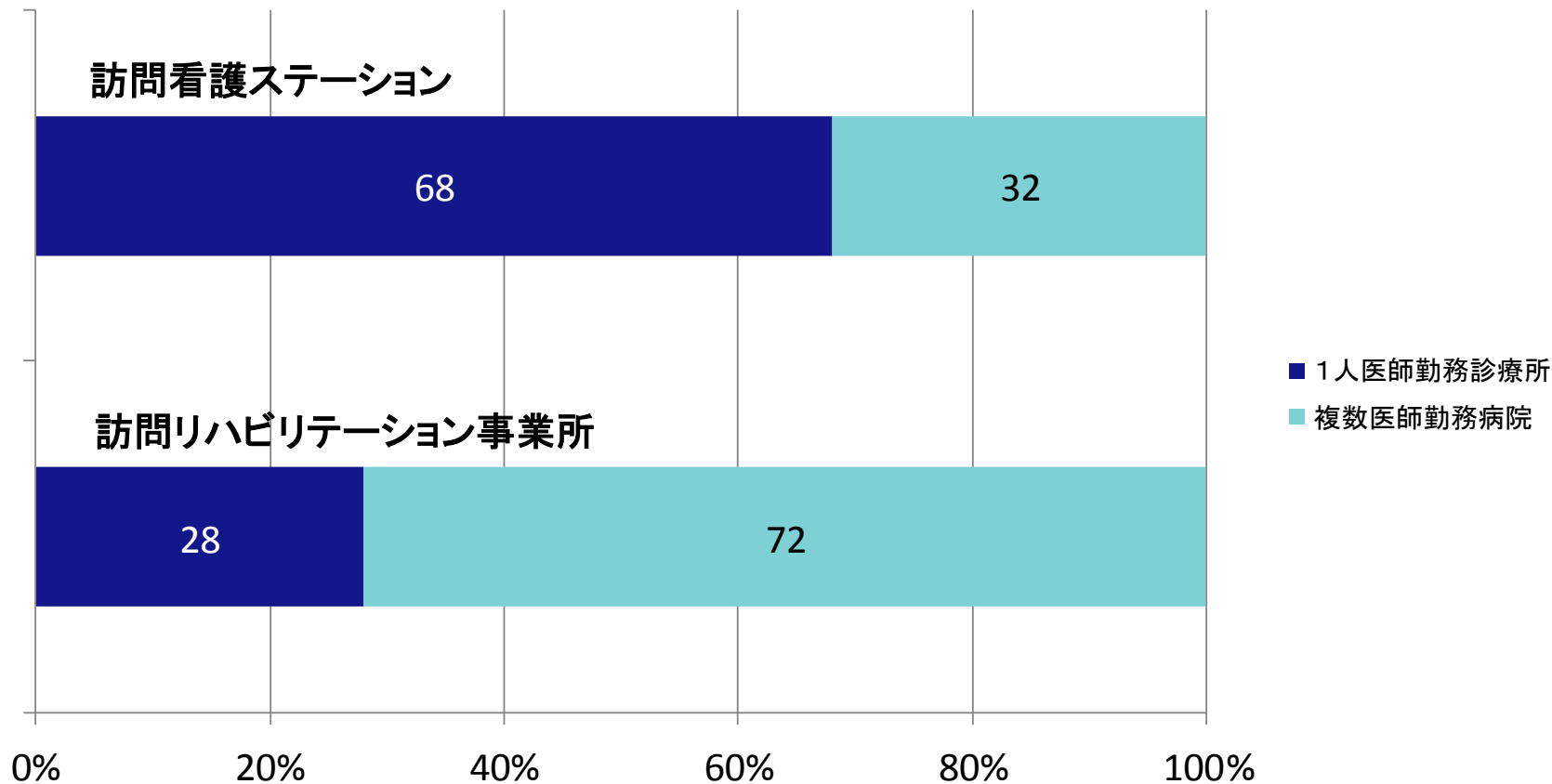
介護保険のリハビリテーションに関する利用者調査

リハビリテーションに対する患者の不満
(介護保険)

必要にもかかわらず、リハビリテーションを受けていない理由
(介護保険)

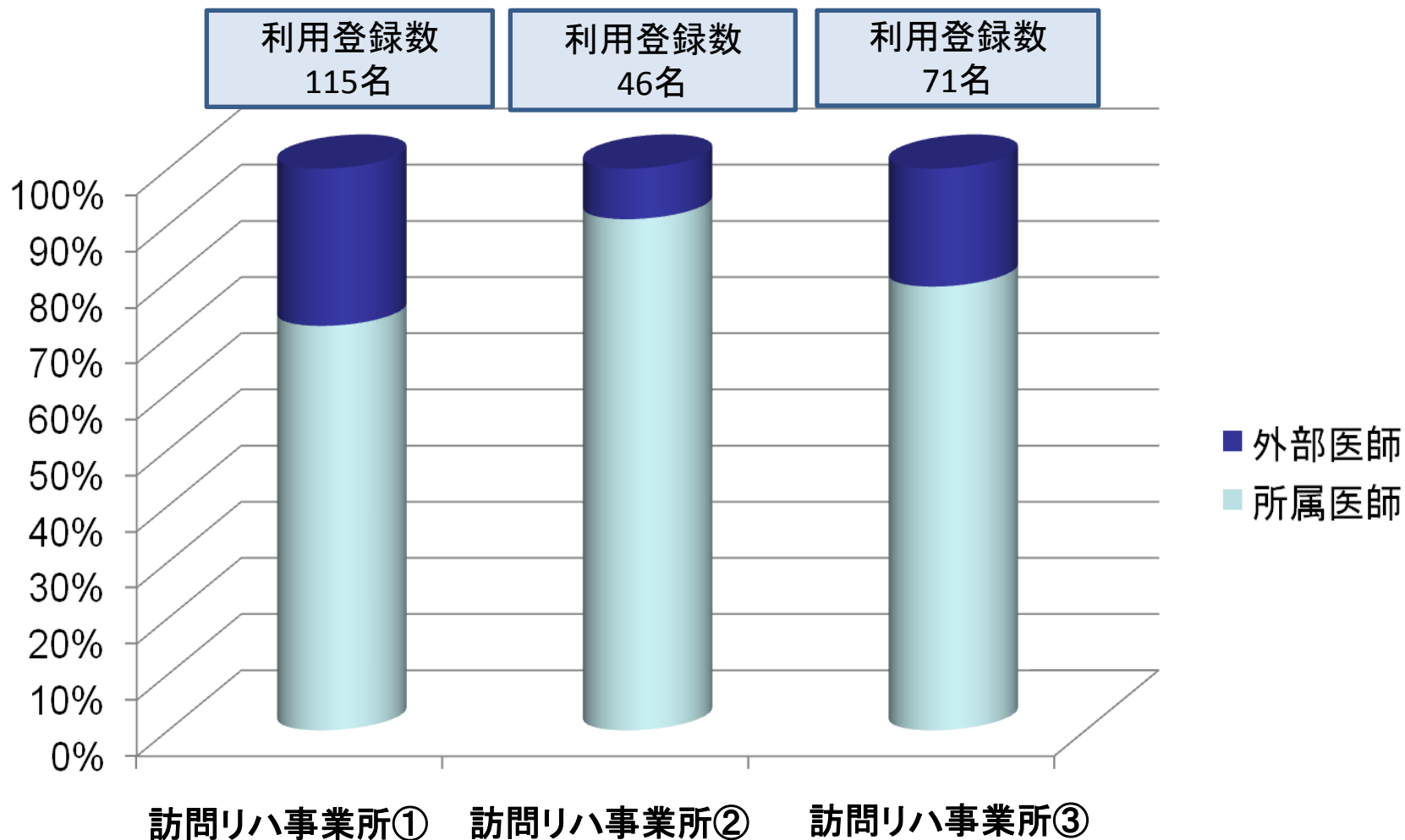


訪問リハビリテーションの指示書について (医師の勤務先属性別にみた指示書数：医師数47名：H22年)



訪看Sのリハビリは、訪問リハビリ事業所に比べて地域の医師から広く共同利用されている。

訪問リハビリテーション事業所 外部医師からの指示書割合（H22年）



利用者の多くが自院患者で占められている

I -f 福祉用具導入時のリハビリテーション専門職による指導とその評価

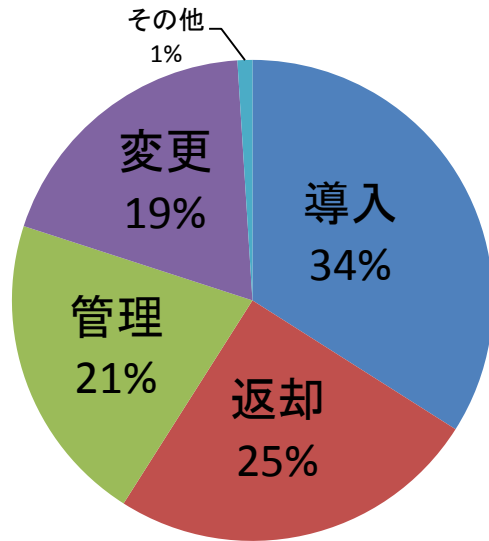
実際に在宅に給付されている福祉用具に対するリハビリ専門職の評価

呉市にて、ベッドや車いすをレンタルしている要支援者および要介護1の利用者から120人を無作為抽出し、在宅で利用されている福祉用具等の事例(n=301)について、リハビリ専門職の視点から評価を4分類した結果。

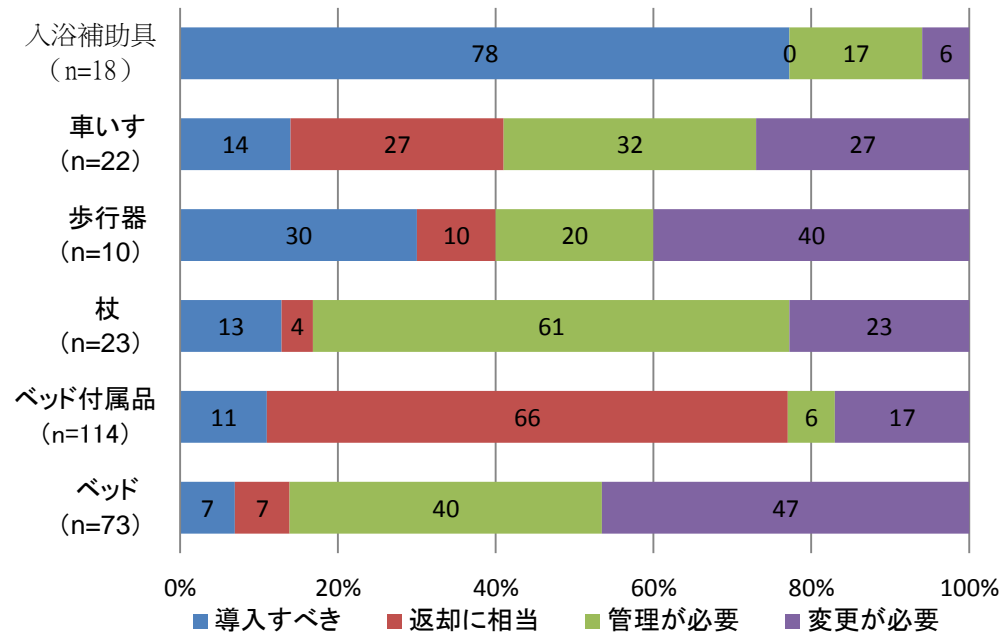
リハビリ専門職が評価した内容の4分類

導入	身体状況や疾患を考慮した場合、 <u>新たな福祉用具の導入</u> が望ましい
管理	現在使用している福祉用具でよいが、 <u>メンテナンス等の管理</u> が望ましい
変更	何らかの理由で福祉用具が十分に活用されておらず、 <u>別の福祉用具の導入</u> が望ましい
返却	何らかの理由で福祉用具が十分に活用されておらず、 <u>福祉用具の返却</u> が望ましい

リハビリ専門職による福祉用具給付状況の評価



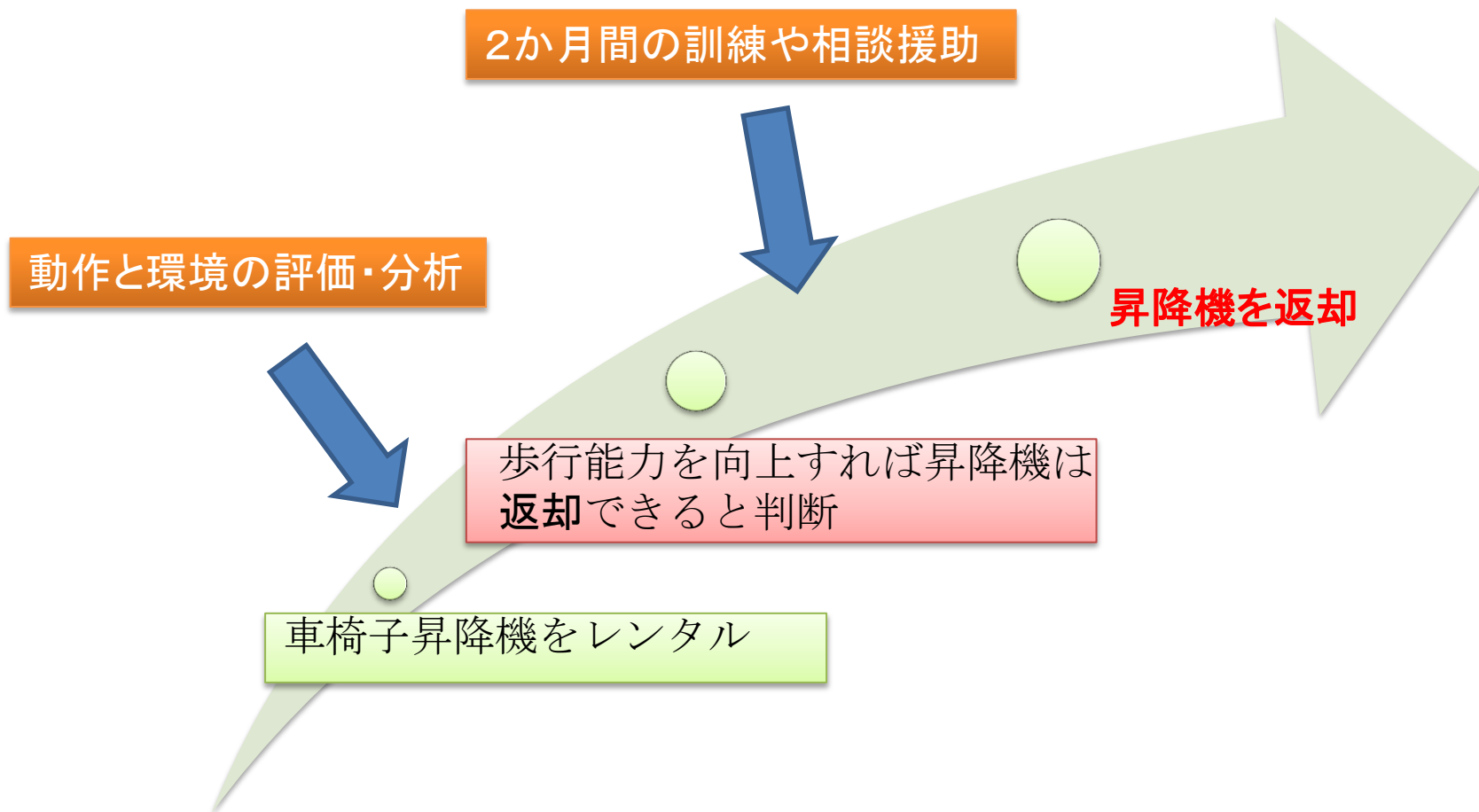
種類別にみた福祉用具給付状況の評価



出典：介護保険制度により導入された福祉用具利用状況の検証
-広島県内における軽介護度利用者の福祉用具利用状況の実態調査-

導入前にリハビリ専門職と連携することで、利用者の実態に即した福祉用具の給付が可能

福祉用具導入時のリハビリテーション専門職種による指導とその評価



【身体障害領域】 在宅移行期における支援

Mental Attitude とエンパワーメント的環境整備で生活機能の向上へ

〔症例提示者〕 (スーパーバイザー)
林 絵美* (経験 5 年) 二神 雅一* (経験 22 年)

Q1: 障害をもつ人に Mental Attitude を形成させるためのアプローチとは?
Key Q2: 生活機能を高めるための環境整備とは?
Questions Q3: 動線の拡大に向けてどのように作業療法アプローチをすべきか?

はじめに

突然障害を受け、病院でのリハを経て退院し自宅へ戻ることは、病院と自宅との生活におけるさまざまなギャップの中で、自らの障害が具体的にどのような影響を及ぼすのかに直面する場となる。病院は外部環境（物理的、人的、社会的）が整っており、その環境での生活を送ることができていても、内部環境（自分自身の身体機能）が変化したことにより、住み慣れた環境である自宅であっても、これまでとはまったく違った環境となり、未だかつて経験したことのない難題が待ち構えている。

今回紹介する症例は、退院するにあたって、リハの継続と介護者支援・指導の必要性から、担当ケアマネジャーのケアプランの中にサービスの1つとして訪問リハが位置づけられ、筆者が担当することになった。

本症例の在宅移行期のリハを担当するにあたり、在宅生活に必要なことの優先順位を考慮しアプローチを行った。このアプローチに対し、スーパーバイザーである先輩OTからアドバイスをいただき、生活の再構築を行い、QOLの向上に導くことができた。また生活の再構築を行う中で、バリアフリーではない在宅だからこそ獲得できた身体能力、環境適応能力があり、症例を支える家族の存在の重要性を知り、症例と家族の生活の場

でダイレクトなアプローチを行うことでADL能力の向上につながった。本症例との関わりを通して、在宅でのリハの必要性を強く感じ、バリアがあり、家族がいて、生活があることが地域リハの魅力の1つであると感じた。また、その中で、症例とその家族に主体性を持って取り組んでいただくことこそが、生活の再構築に不可欠であると感じた。

症例紹介

症例は50代なかばの男性、診断名は左被殻出血であった。

1. 現病歴

平成X年、深夜12時ごろ、寝室にて言葉が出ないことに妻が気づき、A病院へ救急搬送される。CT所見にて被殻出血が認められ、右上下肢の運動麻痺が出現し、高血圧性脳出血と診断される。保存療法施行されるも、同日夕方にレベルダウン、血腫拡大を認め、開頭血腫除手術が施行された。術後、痙攣発作があり、デパケン[®]の処方を開始する。その後、痙攣発作はなく、経過は良好で、リハ目的にてB病院へ転院となった。その後、退院期日が迫り、自宅復帰後は車いすでの生活を想定して住宅改修が行われ、発症から約5カ月の期間を経て退院となる。

訪問開始時、右片麻痺(Brunnstrom stage 上肢

II, 手指I, 下肢II)、高次脳機能障害(運動性失語、注意障害、身体失認)が認められた。身体機能は日によって変動があり、室内では車いす移動となっているが、妻の介助が必要な状態であり、目が放せない状態である。

2. 家族環境

症例は妻と二人暮らしである。本人は会社勤めをされていたが、発症後は休職されており、自宅から外出される機会は、病院受診時とデイサービス利用時のみである。自宅ではベッド上から動かれることはほとんどない。移動は車いす介助にてされており、動線はベッドとトイレ・昇降機の間のみである。妻は専業主婦であり、24時間本人に付いて介護を行っている状態である。

3. 家屋構造

持ち家一戸建て(2階)、生活空間は1階のみである。B病院退院前に住宅改修を実施されている。車いすでの動線移動を想定し、敷居の段差解消スロープ(1カ所)、トイレの段差解消と手すりの設置が行われている。福祉用具として昇降機、特殊寝台(2モータータイプ)の導入をされている。

4. 既往歴

心房細動、高血圧症、高脂血症、甲状腺機能亢進症、症候性てんかん。

作業療法評価(開始時)

1. 全体像(発症後約5カ月)

失語症のため意思の伝達が困難な状態である。表情暗く、塞ぎこんでいる印象を受ける。しかし症例はOTの問いに対し、表情の変化やジェスチャーで反応を示されている。リハ中、コミュニケーション中でも自発的な訴えはなく、受身的である。

入院中のリハでは短下肢装具を着用し、4点杖での歩行訓練が行われていたが、膝折れを伴うことがしばしばあること、高次脳機能障害があり指示が入りにくいことや周囲の状況把握に時間がかかることから、介護者である妻の介護負担軽減を目的とし、自宅では車いすで移動する生活動線がつけられている。1日のほとんどもをベッド上で過ごすことが多く、自宅の環境に適応できておらず、

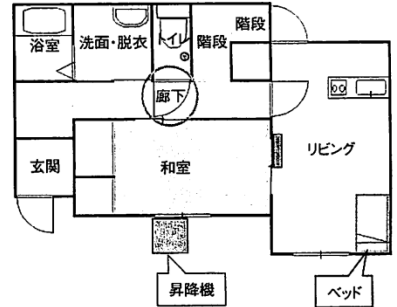


図1 作業療法評価開始時の物理的環境

心身機能の活動性が低下していた。

2. 環境

1) 物理的環境(図1)

病院退院前に、病院担当セラピストの介入にて住宅改修(「症例紹介」の3. 家屋構造参照)が行われている。また、弊社の生活環境プランニング(住宅改修・福祉用具部門)にて昇降機とベッドのレンタルをされている。

入院中の身体機能の状態から、自宅へ戻ったの安心・安全な生活の獲得のため、車いすの移動が可能であるよう住宅改修が行われている。症例の自宅は、廊下が狭く、敷居段差がある。

2) 人的環境

24時間、妻が付き添われている。妻は介護の経験がなく、今後やっていけるのか大きな不安を抱えておられる。

3) 社会的環境

週2回の訪問看護(訪問看護7)、週3回の弊社デイサービス、週1回の外来リハ(ST)を利用されている。

3. ADL

食事は非麻痺側を使用し、自力摂取可能である。排泄は下衣の着脱、後始末ともに介助を要する。整容は歯磨きのみ可能であり、ベッドサイドテーブルに洗面器、コップ、歯磨き粉の付いた歯ブラシをセッティングし実施されている。

更衣、上衣(かぶり服)は一部介助を要する。非麻痺側に麻痺側に袖を通し、頭からかぶるこ

*はやし えみ、ふたがみ まさかず:株式会社創心會, 作業療法士 〒710-1101 岡山県倉敷市茶屋町 2102-14
0915-1354/07/¥400/論文/JCLS

とは可能であるが、服を引き下ろし、整えることは介助を要する。上衣（開き服）は自立である。非麻痺側にて麻痺側の袖を通し、首の後から襟を手繰り非麻痺側へ袖を持っていき、非麻痺側を通す。その後、非麻痺側でボタンを留める。下衣は全介助である。妻が足を通し、膝上まで上げ、その後症例が手すりを持って立ち上がり、妻が引き上げる。入浴は自宅では行っておらず、週3回のデイサービス利用時に入浴されている。デイサービスでは浴槽への出入が困難であるため、リフトを使用されている。洗髪、洗体は非麻痺側上肢で可能な部分だけ実施し、その後ケアスタッフが介助している。

4. 高次脳機能障害

失語症のため、意思の表出が困難である。「はい」、「いいえ」での意思の表出は可能であり、質問は「はい」、「いいえ」で答えられる内容に変更し行う必要がある。時折、単語での表出も可能である。

身体失認のため、動作時に麻痺側上下肢に注意を払うことができず、声かけ、誘導介助を必要とする。

注意障害に伴い注意の転換・選択が困難であり援助を要する。指示が入りにくいことがあり、指示を短文で簡潔に伝える必要がある。

5. 移動能力

病院では車いすを使用し、片手片足駆動で自立されていたようである。しかし自宅においては、敷居の段差解消スロープが自力では昇れないことや、廊下が狭いため、妻の介助となっている。

歩行は、麻痺側下肢の随意性低く、時折膝折れが生じ、支持性も低い状態にあるため、麻痺側下肢への十分な重心移動は行えず、非麻痺側下肢の振り出し幅は狭い。麻痺側下肢の振り出しは、体幹を非麻痺側側屈し骨盤の回旋にて行っており、非麻痺側下肢に比べ広いが不十分であり、歩隔は広い。

問題点と仮説

症例は病院での生活と自宅での生活に大きなギャップを感じておられる。また、住み慣れた環

境でこれまでと同じように生活できない自分に直面し、大きな喪失感を感じておられる。また、妻は初めての介護であり、自分しか介護者がいないということから「頑張りよう」という強い想いはあるものの、何をどう頑張ればよいかわからず、焦り混乱されている。

住宅改修によって物理的環境は一応整っているが、症例の身体能力が自宅の環境に適應できていないこと、介護者である妻が介護方法を理解できていないことが問題となっており、生活の再構築のための基盤づくりが行えていない。

目標

- (1) 在宅生活に向けての Mental Attitude の形成（在宅生活者としての心構え）。
- (2) 移動能力の向上（歩行能力の向上、生活導線の移動確保）。
- (3) 妻の介護方法の獲得、介護負担軽減。
- (4) 身体機能の向上（非麻痺側の筋力強化、麻痺側の随意性向上）。
- (5) 日常生活活動範囲の拡大（QOLの向上）。

治療展開第1期

1. 在宅生活に向けての Mental Attitude の形成

症例と妻は、現在の状況に対する大きな喪失感、今後の生活がイメージできないことに対する大きな不安を抱えている。症例と妻の精神心理面の状況を把握するためにコミュニケーションを密に行い、その中で何よりも傾聴と受容を心がけた。

それと同時に今後の生活のイメージづくりのため、病状の説明や実施しているリハ内容の目的説明、今後の方向性を随時伝える。この過程の中で、身体機能の回復は困難であっても、生活の中でできることが徐々に増えていく旨を伝え、デマンスとニーズから導いたホープも伝えていく。

また、症例と妻のよい変化はOTからこまめに伝え、成功体験を積み重ね、自信の再獲得を目指した。これによって、症例のリハ意欲が向上し、失語症があるにもかかわらず発語の機会が増加し、表情明るくなる。妻は介護疲れがうかがえる

が、前向きな発言が多くなった。

2. 人的環境整備（介護指導・介護者支援）

症例が自宅での生活を継続していくために、現在の状態では妻の介助は不可欠である。ここで妻の介護に対する不安と負担の軽減を図ることが、症例とその家族の生活の安定、継続性の保障につながるかと考えた。

介護者である妻の介護状況の把握のため、妻より情報収集を行う。①室内での移動は車いすで行っているが、敷居の段差解消スロープを自力で昇ることができず、介助を行っているが重たくて大変である。②症例が寝ている際に肩の痛みを訴えるが、どうしたらよいかわからない。③夜間のオムツ交換がしんどい。等の訴えが挙がる。

これらに対し、①に関しては、家屋環境の評価と移動方法の変更、介助指導を行った。ベッドからトイレまでの動線は2本であるが、1本はスロープ、敷居があり、もう1本には開き戸、狭い廊下があり、いずれにしても症例が車いすを自走し移動することは困難な状況である。ここで4点杖歩行での移動を検討する。4点杖歩行は少々不安定ではあるが車いす介助と介助量を比較すると、歩行での介助量の方が低い。そこで、妻に歩行介助方法の指導を行う。また実際場面での動作を反復練習することによって、身体機能の向上、トイレまでの移動自立につながる旨を伝える。

②に関しては、麻痺側上肢の評価とポジショニング・声かけ指導を行った。麻痺側上肢の熱感・腫脹あり肩手症候群が疑われた。さらに、身体失認に伴い起居動作時に麻痺側上肢の誘導を忘れることがあり、大胸筋の筋緊張が亢進していた。臥位でのポジショニング指導と起居動作時の声かけを指導する。

③に関しては、介助方法と失禁の程度の確認と動作誘導方法の指導を行った。実は退院時に失禁時の対策が講じられておらず、妻が独自に対処法を考えておられたが、尿とりパッドを2枚使用し、失禁用のトレーニングパンツをはき、さらにその上から紙オムツを当てているような状態であった。その着脱時には本人を寝返りさせての介助を行っていた。それに対し麻痺側殿部のタッピング

にてヒップアップが可能である旨を伝え、実践してもらった。また、失禁は尿とりパッド1枚で収まる程度であったことから、尿とりパッド1枚とトレーニングパンツのみに変更を促した。さらに、可能なかぎり夜間の排尿に対しては尿器で対応するように指導を行った。

これらのアプローチによって、症例の身体機能の維持、麻痺側上肢疼痛の軽減、妻の介護負担軽減を図ることができた。また、妻からは症例と日常生活を送る中で感じたこと、考えたこと、症例の生活での状況を積極的にOTに伝えてくださるようになる。OTも妻との情報交換の時間を積極的に取るよう努め、情報交換のコミュニケーションの際には、症例も巻き込むよう話を進めていく。これによって、症例の主体性を引き出すことを目的とした。

3. 生活体力の強化（非麻痺側の筋力強化、麻痺側のROM拡大）

症例はベッド上での訓練時に易疲労感あり、動作に対する耐久性が低い状態である。生活の再構築にあたり、身体機能向上と生活体力の獲得を行う必要があった。

日常生活で必要不可欠な移動手段を確保するために、関節可動域訓練と非麻痺側の筋力増強訓練、麻痺側上下肢の促進を行った。

これらのアプローチにおいて、いくつかの良い変化が生じる。1つめは麻痺側肩の疼痛が軽減し自動介助運動での肩関節の屈曲が行えるようになったこと。これは症例にとって在宅で初めて、これまでの努力が実を結んだことを実感できた身体機能の回復であった。「どこまでも行くよ」と涙を流しながら何度も同じ動作を繰り返される。2つめは非麻痺側下肢の筋力向上に伴い、歩行の安定を獲得することができた。これに関しては、妻と一緒に日常的に繰り返されたトイレまでの移動を、4点杖歩行で継続してこれたことも影響していると考えられる。

4. 歩行訓練（ベッドからトイレまでの歩行自立に向けて）

症例は高次脳機能障害を伴っているため、動作のスムーズな獲得が困難である。ここでは、反復

動作訓練での獲得を目指した。

廊下が狭いこともあり、現在の歩容では麻痺側下肢を壁にぶつける様子が見られた。これに対し、歩行の際できるだけ左端を歩くよう声かけを行う。この動作に関しては声かけを1度行うことで、動作改善が可能であった。スロープと敷居の段差昇降の練習においては、段差の前でいったん止まり、昇り際は非麻痺側下肢から、降り際は麻痺側下肢からの声かけを行い、動作に移っていたくようにした。歩行の際、左端を歩くという情報に加え、段差昇降の順序が加わったことにより、

混乱が生じている様子である。

段差昇降に関しては繰り返し声かけが必要であった。また、妻にも協力していただき、トイレへの移動の際は、OTがアプローチを行っているように、段差の前でのいったん停止と下肢の振り出しの声かけ、動作前に振り出す下肢の大腿部を軽くタッピングして声かけを行う等、方法をOTと統一した。

訪問リハの際のアプローチに加え、在宅生活の中での妻のアプローチが加わり、症例の段差昇降の動作獲得ができた。

スーパービジョン

二神雅一

一般的に在宅移行期は、まず在宅生活を安定化させ、継続するために必要な条件が整っているかどうかを事前にチェックする必要があります。そのポイントを挙げると、

- 1：在宅で生活していくという本人・家族の Mental Attitude が形成されているか。
- 2：本人の生活機能・能力を引き出せるような環境整備（物理的・人的・社会的）がなされているか。
- 3：在宅生活を継続させるための生活体力が獲得されているか。

これらの基本ベースがどのような状態にあるかによって、その後の生活機能や質的向上に大きく左右されることになります。特に退院直後は、病院と自宅との生活環境のギャップによって、総じて自らの障害度合いの再確認の場ともなってしまうため、精神的なフォローアップが欠かせません。同時に客観的に自宅環境を再認識しエンパワーメント的な環境整備と省力化を同時に追求し、生活を組み立てていかなければなりません。また、病院でリハを実施していたとはいえ、運動機能の麻痺は絶対的な活動度の減少をもたらし、生活を維持する体力さえ低下していることが普通です。在宅移行期の初期には特にこれらに視点を置いて同時並行的にアプローチを行う必要性があります。

今回の林氏のアプローチは、これまでの経過を見る限り順調に経過しているように見受けられますので、再度振り返りながら次のステップに進むためのアドバイスを行っていこうと思います。これまでの振り返りから

1. Mental Attitude 形成支援について

在宅生活において、移動手段をどうするかという問題はきわめて重要です。入院中は車いすでの生活を想定してアプローチされていたようですが、本症例の場合、居室内の物理的環境を勘案すると車いすでの自走、および介助であっても、日常的に継続させるためには、現在よりさらに大掛かりな環境整備の必要性がありました。一方、リスクファクターの1つとして高次脳機能障害の問題がありますが、注意喚起を促すことで改善が図れること、また本人の年齢を考慮しても、早い段階で4点杖歩行に切り替えたのは正解だったでしょう。

さらに、在宅移行期で生じがちな混乱状態からくる抑うつ傾向への対処としても、具体的な「ホープ」となる目標を設定できたことが、モチベーションにもつながったように思います。同時に、排泄の手法についても QOL に大きくかわかる問題ですから、介護指導の一環としてダイレクトにアプローチできたのもよかったと思います。また、歩行訓練の目的を排泄方法のレベルアップに結びつけ、ベッド⇄トイレの移動に絞って繰り返し行える環境が設定でき、実際に結果が伴ったことにより生活機能のレベルアップが具現化したことは、病院ではなく実際の自宅環境で生活するということを知るきっかけとなり、また、妻の介助者としての Mental Attitude の形成にもつながったように思います。

2. 生活体力の向上・歩行へのアプローチについて

次に排泄動作が自立になったことは、生活空間の拡大に向けて大きなアドバンテージをもったこととなります。しかし、最低限の生活体力の確保ができたとはいえ、生活環境を活性化させるためにはさらに耐久性が要求されるでしょう。ただ、筋力強化によって少しずつ効果を実感していることは、本人の効力感につながっている様子がうかがわれ、さらに具体的な目標設定ができないかを検討する時期といえます。また、歩行訓練の際に健側に壁を作ったことは、体幹を安定化させ麻痺側のコントロールと注意喚起を促せる状況ができたものと思います。繰り返しの動作訓練により安定感が感じられるようになり、実際の生活環境の中で「歩行」がイメージできるようになったことで、生活環境を活性化させるために動作パリエーションを増やす準備ができたようです。

これまでの訓練の中からのどのような変化が起き、その結果生活機能がどのように変化する可能性が生じているのか、極力客観的かつ具体的に示し、本人の効力感に結びつけ、将来にむけていいイメージをもっていただくことは在宅生活を進めていくうえで、きわめて重要なポイントだと言えます。

今後の展開に向けて

1. Mental Attitude 形成支援について

日常的に繰り返される行為そのものが、生活体力の獲得につながり、生活を継続させる要因となります。すなわち、在宅生活者はそのような自発努力を少なからず求められるわけです。おそらくその必要性について本人・妻共に、認識できる経験を積まれたように思います。次の展開はそうした生活主体者としての Mental attitude の形成支援になるでしょう。周囲に支えてくれる人がいること、時間を要しても徐々に適応力が増してくることを的確にお伝えし、新しい局面においては密度の濃いフィードバックが必要かもしれません。

2. 生活機能の向上に向けて

これまでの経過をみてみますと、能力を引き出す環境設定により、生活機能をさらに高める可能性がまだまだ多く残されているように思えます。これらについても具体的に模索検討をしていきたいです。

その前に確認しておきたいことは、症例の生活機能に大きな影響を及ぼしている、非麻痺側への重心負荷・支持性・注意障害等の問題は、運動麻痺や筋力低下の問題だけではなく、情報処理過程の問題が大きいのではないかとことです。求心性の感覚入力と視覚情報処理過程へのアプローチで今後の可能性を模索してみる必要があるでしょう。

さて、これまでの経過から得られた情報から能力勘案すると、将来的には T 字杖と短下肢装具による独歩を獲得することが、最高レベルでの目標値の1つになるのではないかと予想できます。

その予想をできるだけ実際の生活環境に即して、具体的なイメージを描きながら現在どうすべきかを考え、そのために必要な環境設定や、プログラムを検討してみましょう。ただし、高次脳機能障害に起因する注意力の低下による転倒リスクを考慮し、動線の拡大を行う場合には慎重を期すことが必要です。同時にそのリスクマネジメントの手法を確立するために、実際の移動場面の観察からそのヒントを得るように心がけてください。

同様に、自宅でも入浴ができるようになる可能性が考えられます。現在、弊社の運営するデイサービスに通ってリフト浴で入浴されているようですが、ここへ介入して、まずは自宅での浴室を想定した個別の一般浴へ誘導してみてもどうでしょうか。おそらく、妻の軽介助での入浴が可能になるプランが引けるのではないかと思います。妻の介助の成功体験が自信になっているのでチャレンジするのに絶妙のタイミングです。なお、アプローチに当たっては、デイサービス、「生活環境プランニング」(弊社の住宅改修・福祉用具部門)等のスタッフと包括的な取り組みを心がけましょう。

スーパービジョンを受けての治療展開第2期(訪問リハ)

1. 生活主体者としての Mental Attitude の形成支援(自助努力を引き出す心づくり)

排泄動作が自立したことは、症例にとっても症例とともに生活してきた妻にとっても大きな成功体験であった。次の展開に移るにあたり、排泄動作自立に対するフィードバックを行った。症例に対しては、非麻痺側下肢・体幹の筋力が向上し、開始直後に比べ動作時の耐久性が向上していること、それに加え、麻痺側下肢の支持性が向上しており歩行能力が向上していること、そして、これらは今までリハに意欲的に取り組まれ、日々の生活を主体的に行われた成果である旨を伝える。

また妻に対しては、排泄動作が自立につながったのは、訪問リハのアプローチだけでは不可能であったこと、妻の日常的な介助があり歩行の機会が増えたことによって身体機能が向上したこと、繰り返しの声かけにより段差昇降の動作獲得につながったこと、症例の日常生活での状況を細かく伝えてくださったこと、そして、症例が在宅生活を送るにあたり、妻の存在はなくてはならないものであり、精神面を支えておられた旨を伝える。

成功体験のフィードバックを行い、症例と妻の絆を強固なものとし、2人の想いを統一して次の

ステップに向かっていただけるよう、継続した在宅生活の安定化のために生活主体者としての Mental Attitude の形成支援を行いながら、今後の方向性をお伝えする。

2. 麻痺側へのアプローチ

麻痺側下肢の支持性が向上してきている状況にあるため、麻痺側下肢への重心移動訓練を実施し、麻痺側下肢のさらなる支持性の向上を目指した。始めに、求心性の感覚入力を行うため、OTの介助にて麻痺側下肢へ重心負荷の誘導を行い、タッピングにて外部からの刺激を入力し、正しい姿勢を保持していただくようにした。この時点では、非麻痺側下肢の拳上は困難であったが、継続することによって可能となり、麻痺側下肢の随意性の向上と共に膝折れがなくなり支持性が向上する。

麻痺側上肢の随意性はわずかではあるが、連合反応により肩甲体の拳上、肩関節・肘関節・手指の屈曲が認められるようになる。

3. 動線の拡大(玄関からの出入)

当初、症例の自宅玄関には28cm程度の段差があったため、外出時は居室の隣の部屋に設置された昇降機を利用し段差昇降を行っておられた。麻痺側下肢の支持性が向上したことによって、玄関からの出入りへの挑戦が具体的な目標として設定が可能になった。このことは今後の生活環境の活性化と拡大に向けて有意義で必要不可欠な目標で

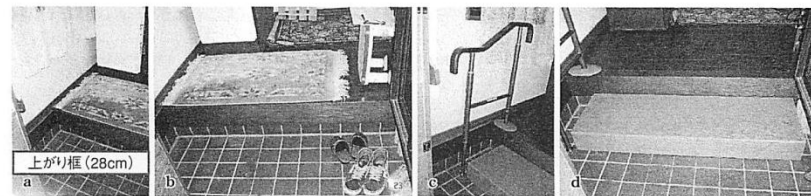


図2 動線の拡大(玄関からの出入)
a, b: 改修前, c, d: 改修後

あると思われた。

まずは玄関での段差昇降訓練を開始する。後ろ向きで降り、前向きで昇る動作を繰り返して行った。始めの段階では、1往復するだけで息切れがあったが、反復練習を繰り返すことによって、昇る動作は自立し降りる動作は軽介助を要する程度になった。このころから、実際の生活場面において、外出の際の降りる動作は昇降機を利用されているが、帰宅の際の昇る動作については、自ら玄関へ向かい実施されるようになった。この際、妻は麻痺側にて転倒予防のために腋窩介助を行う。動作を行う能力は獲得されつつあるが、日常生活動作としての継続的な実施を考えると、動作にかかる負担を省力化する必要があると考えられた。

ここで生活環境プランニングのスタッフと連携を取り、玄関の住宅改修(踏み台と手すりの設置)を行う(図2)。住宅改修後、実際場面での反復練習を行い、症例と妻が自信をもって動作を行えるようになり、レンタルしていた昇降機は撤去となった。

4. 入浴動作の獲得に向けてデイサービスとの連携

身体機能の向上に伴い、自宅での入浴も可能ではないかと考えられた。しかし、退院時の症例の身体機能、妻の介護力から自宅での入浴は想定されておらず、週3回のデイサービス利用時に入浴していることもあり、症例も妻もその必要性を感じていない様子であった。

また、症例の自宅浴室はユニットバスで狭く、住宅改修も行われていない状況であった。そこで、自宅での入浴を想定し、デイサービスの一泊浴(ユ

ニットバス)にて浴室・浴室への出入動作の確認を行う。

1) 自宅とデイサービスの環境の違い

デイサービスは脱衣所から浴室への出入口が広く、段差がない。浴室の出入り口と浴槽に手すり合計4本付いている。また、浴槽の高さと同じ高さのシャワーチェアがある。

2) デイサービスでの動作確認

デイサービスの浴室入り口はフラットであるため、スムーズな動作が可能であった。また、手すりやシャワーチェアが設置されており、シャワーチェアと浴槽の高さが一緒であるため、麻痺側下肢の介助を行うのみで浴槽への出入りも可能であった。浴槽内での立ち座りも非麻痺側下肢の筋力が向上したことにより、スムーズに可能であった。

また、このときの入浴動作の様子をビデオに撮影すると同時に、デイサービスのスタッフとの協議を行い、在宅での入浴動作の獲得を目指したい旨を伝え、リフト浴から一般個別浴への移行を決めた。

5. 自宅での入浴動作訓練

デイサービスでは一般個別浴での入浴動作が可能であった旨を妻に伝える。話を伝えると、症例はデイサービスでの成功体験があるため、笑顔で「大丈夫」と言われているが、妻は「本当にできるのか」と介護負担の増加に対する不安が大きい様子であった。そこで、デイサービスでの動作訓練の様子を取めたビデオと一緒に見ていただいた。症例は自信に満ちあふれた顔でビデオを見られ、妻は驚かずにいる。ここで、自宅での入浴も可能

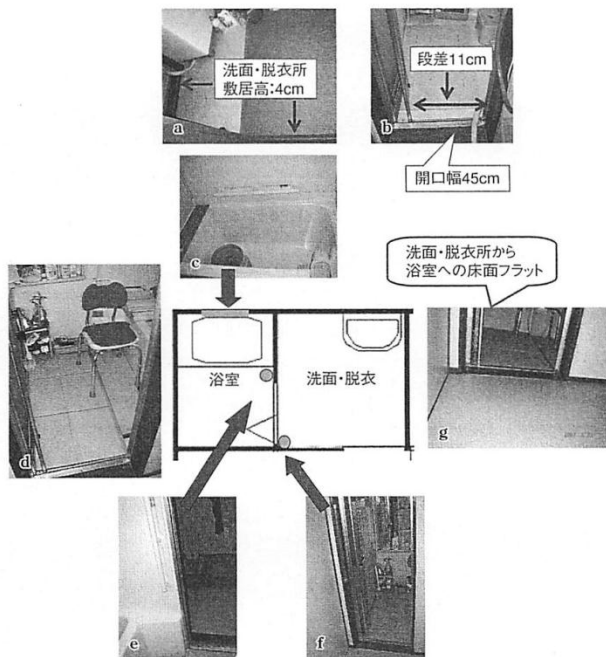


図3 自宅での入浴動作
a, b: 改修前, c~g: 改修後



図4 妻への介護指導の様子 (浴槽への出入)

である旨を伝え、入浴動作訓練の実施を導入する。

住宅改修前の状況では、脱衣室の敷居の段差(4 cm)に加え、浴室への出入口にも段差(11 cm)がある。また、出入口も狭く(開口幅45 cm)浴槽のエプロン高も50 cmあり、手すり等の設置もな

かった。

当面、住宅改修を行う前の環境で、身体能力の向上を目的とした浴室への出入訓練を行った。このダイレクトアプローチの実施により、側方移動を獲得し麻痺側下肢の支持性がさらに向上し、環境適応能力が向上した。

身体機能の向上、自信の再獲得の場面としては住宅改修前の環境が最適であったが、実際に入浴するには、住宅改修が必要と考えられた。ここで「生活環境プランニング」(弊社の住環境整備・福祉用具部門)のスタッフと連携をとり、仮の場面として設定していたデイサービスでの浴室環境を参考にし、住宅改修(段差解消のこ、手すりの設置)、福祉用具(シャワーチェア)の導入を行う(図3)。

住宅改修後、一度OTと一緒に浴室への出入を

行うと妻より「今日からシャワーぐらいいけそうね」との声が聞かれ、症例もその気になられている。その日の晩から自宅でのシャワー浴を実施されている。後日、実際に浴槽にお湯を張り、浴槽への出入の動作確認と妻への介助指導・練習を行っている(図4)、自宅での入浴が可能となった。

入浴動作訓練を行う中で、症例自身自宅での入浴に強い希望をもたれるようになり、意欲的に取り組まれていたこと、症例と共に生活をする妻が症例と同じ想いでリハを見守ってくださったこと、入浴動作の介助方法に積極的に介入してくださったことで獲得できた動作である。

今後に向けてのアドバイス

二神雅一

1. Mental Attitude 形成支援について

昇降機の撤去という一見無謀にも思えるような事態ですが、居室内で車いすからこれで完全に決別したことを意味します。入院中に「車いすの生活」を宣告され、「歩けなくなった」とする喪失感は大きかったことでしょう。ところが「居室内での歩行」が現実となり、将来に向けての1つの光明になったことは間違いのないでしょう。昇降機の撤去は本人自身の今後の生活に向けての強い意志の表れとも思えます。とはいえ、本症例はこれから永きにわたって行われる在宅生活をより具体的に捉え、日常的に繰り返されるべき作業活動へのアプローチが必要になってきます。現状はそのための準備がようやくできた段階ともいえます。したがって新たな局面を迎えるに際し、生活主体者としての心構えを揺るぎないものへと都度進めていくことが肝要です。

さらに今後は生活環境の活性化とともに「参加」へのアプローチの段階へと進めていきますが、そのためのMental Attitudeも必要です。たとえば、失語症はその際大きなハンディキャップとなりえますので、ピアの集まりへの参加の中から先輩同病者のコミュニケーション手法を実際に見たり体験したりすることで、自身の可能性もみえてくるものです。われわれからのアプローチだけでなく、周辺の社会環境から学んでいくなどの姿勢も必要になることをお伝えしていく必要があります。

2. 生活機能の活性化と環境適応能力の向上に向けて

当面の生活の安定化が図られたことで、今後は実際の生活環境の中でその機能を高めていくことが求められます。ともすれば無為で過ごしてしまいがちになることを避けるためにも、自らの生活を時間的経過の中で構造化していくことが必要です。一日の生活の中で活動度を客観的に把握しつつ、本人・妻・関わるスタッフと共に生活行為への具体的な目標を設定していくことが求められます。その中には、妻の介護負担を軽減するためのADLへのアプローチも残されていますし、余暇活動や何らかの役割として認識できるような活動を模索していく必要性もあります。

また、歩行能力の向上に向けてのアプローチには工夫が必要でしょう。症例の歩行のパターンをVTRで見ると、必要以上に視覚に頼ろうとする傾向が見られます。おそらく体性感覚入力と情報処理過程に問題があるためだと考えられます。つまり運動機能の向上のみではなく、外部からの環境情報の入力と処理過程へのアプローチによって改善される可能性があるということです。

実際の環境にうまく適応するためには、外部環境の情報を的確に捉えてインプットし、正確な情報処理を行って環境に対応していく必要があります。これらの環境適応サイクルが良質なものと

になるほど生活機能は上がり質的向上も図れます。特に歩行時には外部環境の流動的な変化が起こりやすく、視覚に異常に依存している状況では、内部環境との関係の中での情報処理が追いつかず混乱が生じてしまいます。そのため、動作の流れが寸断されてしまうのです。

そこで、視覚機能へのアプローチとしてパースーツ（追従性眼球運動）やサッカード（衝撃性眼球運動）を導入し、複合的な判断力が要求される負荷をかけていく等のアプローチが効果的であると思われます。さらに高次脳機能への効果も期待できるかもしれません。

同時に生活空間の拡がりを進めていくために、居宅内から周辺環境の情報を平面図やマップで表し、実際の視覚情報の強化と、環境に適応するために必要な注意を喚起する等の目的でハザードマップを作成してみてもよいと思います。

3. おわりに

退院後のフォローを受け持つわれわれには、病院での仮の生活から実際の生活へとシフトチェンジするための支援を行う役割があります。

本症例の場合、入院中は「車いすの生活」が前提のアプローチのようでした。実際に行われた住宅改修も居室から外出するために、車いす用の昇降機が設置されていました。それが悪いと言わなければならない。しかし、日常的に必要なトイレへの移動はどうでしょうか。居室からトイレに行くためには、居室間の段差や廊下の狭さが問題になりました。妻の介護負担を無視すればそれでよいかもしれませんが、それでは継続性が保障されません。

われわれは、障害をもちながらしてこれから先の人生をどう生きていくのか、そして家族や周囲の人と、そして地域社会とどのように関わりをもち、どのように暮らしていくのかを、生活の継続性の保障のもとに、つまりは永い先の生活イメージの中から現在の生活を組み立てていく支援をしなければなりません。今回は症例を通して、「患者」から「生活者」になるとはどういうことなのか、真の自立に向けて必要な取り組みとは何かということ、改めて学習するよい機会になったと思います。

地域包括支援センターの機能充実

宮城県「せんだんの丘プラス」による介護予防通所介護事業所の事例

介護予防通所介護事業

医療法人社団 東北福祉会 介護予防通所介護事業所
介護保険事業所番号 0475102638

せんだんの丘 ぷらす

H23年度も 仙台市より委託 元気応援教室 継続実施中です



住み慣れた地域で
生きがいのある
元気な生活を送れるよう
せんだんの丘ぷらすは
地域の皆様の参加による
介護予防を支援します。

ぷらすってこんなところ

- 介護保険
認定 要支援1・2の方のみ
- *少人数の予防デイサービス
1コマ2時間・個別プログラム
運動器機能向上を中心に
送迎あり 入浴・食事なし
- *各種イベントも企画。
- *介護予防に関するご相談

ぷらすのコンセプト

せんだんの丘 ぷらす(PRAS)
の介護予防事業コンセプト

Protection 予防
Rehabilitation 生きがい探し
Activity 活動
Support 支援

ぷらすの介護予防とは？

自立支援・生活行為の向上を目的
としてサービス利用者を取りまく
あらゆる方の **主体的な活動** を
支援していきます。
パワーリハビリテーション（マシン
トレーニング）はそのひとつの手段
として実施します。



ぷらす施設全体図

☆週間活動スケジュール表☆

	月	火	水	木	金
9:00	予防通所介護 (要支援1,2)	予防通所介護 (要支援1,2)	予防通所介護 (要支援1,2)	予防通所介護 (要支援1,2)	予防通所介護 (要支援1,2)
9:30					
10:00					
10:30	一般運動教室	アクティビティ	一般運動教室	アクティビティ	一般運動教室
11:00					
11:30					
12:00	活動的な アクティビティ	料理教室	活動的な アクティビティ	料理教室	活動的な アクティビティ
12:30					
13:00		活動的な アクティビティ	活動的な アクティビティ	活動的な アクティビティ	活動的な アクティビティ
13:30	元気応援教室 (特定高齢者)	予防通所介護 (要支援1,2)	元気応援教室 (特定高齢者)	予防通所介護 (要支援1,2)	元気応援教室 (特定高齢者)
14:00					
14:30					
15:00	高齢者+子供 寺子屋 アクティビティ	高齢者+子供 寺子屋 アクティビティ	高齢者+子供 寺子屋 アクティビティ	高齢者+子供 寺子屋 アクティビティ	高齢者+子供 寺子屋 アクティビティ
15:30					
16:00					
16:30	ナイトサロン (計画中)	ナイトサロン (計画中)	一般運動教室 アクティビティ	ナイトサロン (計画中)	ナイトサロン (計画中)
17:00					
17:30					
18:00	ナイトサロン (計画中)	ナイトサロン (計画中)	一般運動教室 アクティビティ	ナイトサロン (計画中)	ナイトサロン (計画中)
18:30					
19:00					

ぶらす(予防通所介護)事業概要

◎地域包括支援センターとの連携を目的とした事業

① 介護予防通所介護事業所

◎要支援1・2を対象とした2時間のデイサービス

② 仙台市委託事業

◎通所型特定高齢者支援事業

『元気応援教室』 平成19年度より継続受託

◎地域包括ケア構築事業(平成20年度)

③ 地域支援事業

◎一般運動教室

◎地域包括支援主催介護予防教室講師派遣

◎市民センター・社会福祉協議会等への出前講座

④ 自主グループ育成・継続支援事業

◎サービス提供空き時間を活用した交流の場創り
(要支援・特定・一般高齢者・地域の子供も含む)

地域特性に応じた認知症および介護予防活動促進に関する研究

(H20.老人保健健康増進等事業) ⇒ 全国先進事例として取り上げられる

介護予防通所介護“ぷらす”

事業別利用者数など

○せんだんの丘“ぷらす”デイ登録者数

要支援1	70	82.4%
要支援2	15	17.6%
登録者数	85	100.0%

(H23年6月)

○2次予防事業利用者(旧・特定高齢者)

仙台市 通所型介護予防事業

通称:元気応援教室

“市内青葉区5箇所の地域包括エリアを担当”

	延べ参加者数(名)		
	運動	口腔	総参加数
H19-H22	189	114	303

	開催回数		
	運動	口腔	総回数
H19-H22	266	76	342

(栄養Pは参加者数少の為途中から仙台市より中止)

○地域包括支援センター 介護予防教室

参加者数 年間60名～80名程度

H.21年度～

高齢者自主運動グループ育成型教室

地域包括支援センターと協力し、年3～4回実施
エリアとして各町内会レベルでの教室開催

○他 地元町内会への企画参加者あり

○“ぷらす”会員 会員数 205名 (H23年6月)

元気応援教室卒業生	137名
自主グループメンバー(一般)	29名
近隣住民(一般)	16名
一般運動教室	17名
その他	6名

《これら事業に伴う職員配置》

管理者兼生活相談員 1名

作業療法士 2名

介護福祉士 2名

看護師(サービス提供時間のみ) 0.5名

他、ボランティア多数

介護予防事業を軸とした地域包括支援センターとの連携

地域包括支援センターへの支援
 仙台市青葉区管内5ヶ所の包括と連携

“地域包括職員の声”
 その人が望む活動に対し
 細かな動作の指導や環境
 の提案ができる<OT>の
 存在はありがたい。

“予防事業のOTの役割”
 ・生活の課題アセスメント
 (身体・認知・環境等)
 ・作業(活動)の支援

- 地域包括支援センターとの連携事業の実施**
- ・予防給付通所介護利用者ケアマネジメント
 - ・2次予防通所型介護予防事業実施
 - ・介護予防教室「自主グループ育成型教室」実施
 - ・包括主催「ケアマネ勉強会企画」への協力

一般高齢者
 2次予防(特定)高齢者
 地域住民

情報・サービスの共有

参加

連携

**OTの活用
 がポイント**

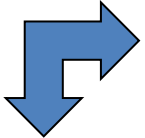
要介護 ⇔ 要支援
 H19-22 実績
 要支援 ⇒ 介護 13名
 要介護 ⇒ 要支援 5名

支援

**せんだんの丘
 介護予防通所介護
 “ぷらす”**

連携

- ☆地区社協との連携
 - ・介護予防講話
 - ・体力測定会
- ☆町内会との連携
 - ・夏祭り等のイベント共催



せんだんの丘
 短時間型通所リハビリ

アウトカム

老健せんだんの丘
 リハビリ強化型
 “ショートステイ”
 “ミドルステイ”

地域生活
 継続支援

要支援 ⇔ 特定・非該当
 H19-22 実績
 要支援 ⇒ 非該当 4名
 特定 ⇒ 要支援 12名
 一般 ⇒ 要支援 1名

自主グループ活動
 ≪ 育成支援・継続支援 ≫

“吉成ニコニコクラブ”
 “国見ヶ丘元気クラブ”
 他、7グループ支援中

自主活動
グループ
活動例



地域勉強会
例、睡眠の講話



町内会共催地域交流イベント
グラウンドゴルフ
ウォークラリー



地域包括主催
地域ケア
勉強会・交流会



お花見バスツアー
松島昼食&落語会ツアー
(包括職員も参加)



施設夏祭りに地域の
コンビニと共同出店



2次予防事業修了生に
よるボランティア活動



介護予防教室
自主グループ育成



住民主体の介護予防、成功の秘訣
— 鬼石モデルから —

群馬大学医学部保健学科
准教授・理学療法士 浅川康吉

「鬼石モデル」の考え方

~~専門家の指導が必要な
要介護者予備群~~



自己裁量の能力を有する高齢者
互いに支え合う地域住民

筋トレをプロダクティビティ(社会貢献能力)発揮の場にする

- ・ボランティア
- ・ピアカウンセリング
- ・保健行動 (Self care)

トレーニングプログラムの工夫

- ・生活機能に直結したトレーニング
- ・自己裁量型トレーニング

「地域で暮らし続ける」

健康・体力

「地域で暮らし続ける」

意欲

「地域で暮らし続ける」

関係性

コミュニケーションの工夫

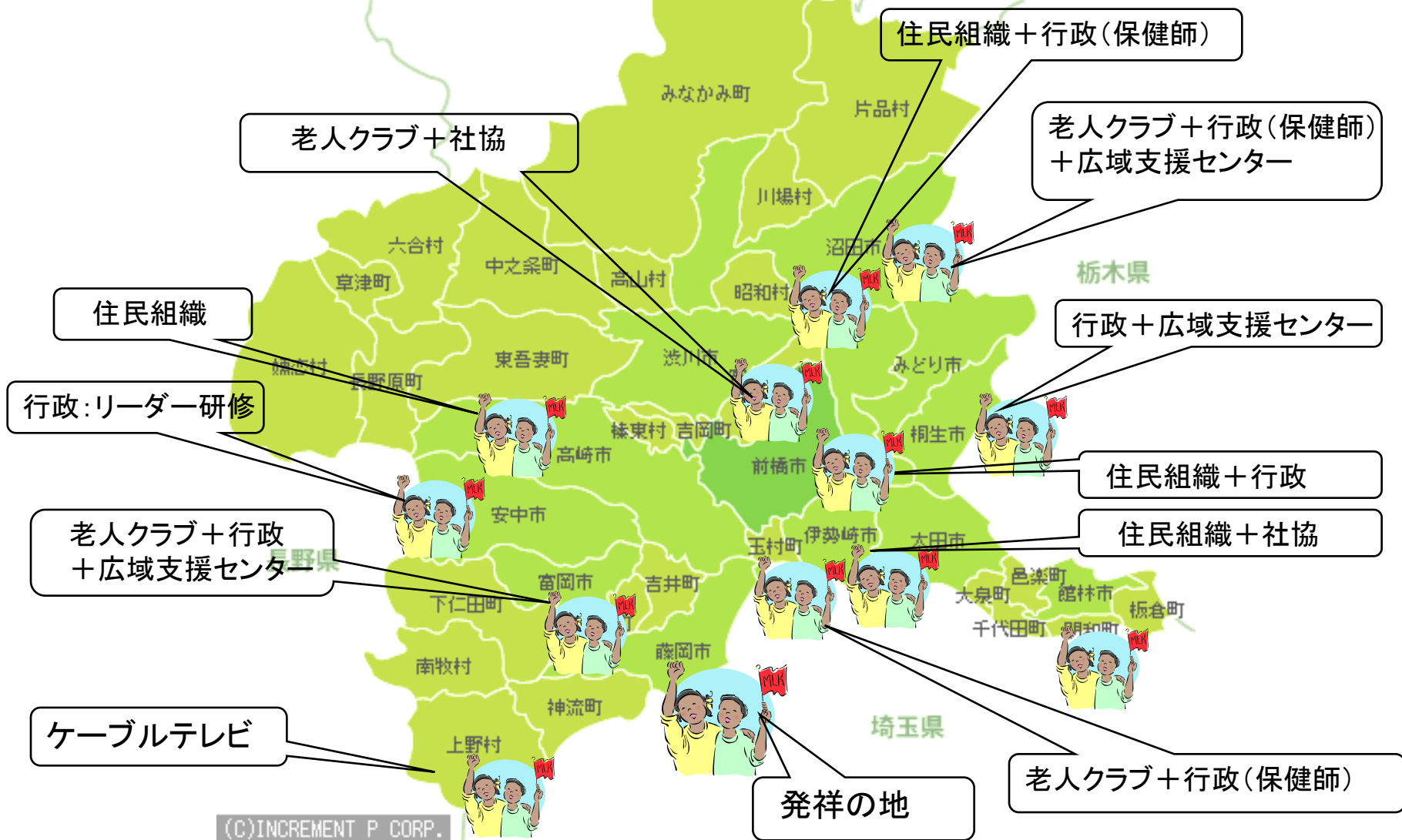
- ・自己効力感を重視
- ・ハッピーファクターを重視
- ・病気、老化を否定しない

グループ構成の工夫

- ・地区単位(近所の人)の集まり
- ・メンバーの出入りはグループ裁量

「鬼石モデル」
三つの要素を包含した
アプローチ

「鬼石モデル」の拡がり



群馬県地域リハビリテーション広域支援センター(介護予防サポーター育成事業、各種研修会)
 群馬大学地域貢献特別支援事業「地域リハビリテーションプロジェクト」

住民主導型介護予防事業「鬼石モデル」(一般高齢者施策)

- ①できるだけ活動的な生活を → 日常生活活動の特徴を取り入れた運動プログラム「暮らしを拓げる10の筋力トレーニング」
- ②できるだけ多数の住民が → 地区別&期別の指導体制。先輩が後輩を教える体制。途中参加、中断自由の参加体制
- ③できるだけ長い期間 → 住民が自主運営できるようにノウハウを伝授。



平成13年				平成14年															
1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4
月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月

上町区
宮本区

体力測定	初級コース	体力測定	中級コース	体力測定	上級コース	体力測定	1期生指導者
------	-------	------	-------	------	-------	------	--------

宇塩区
平根区

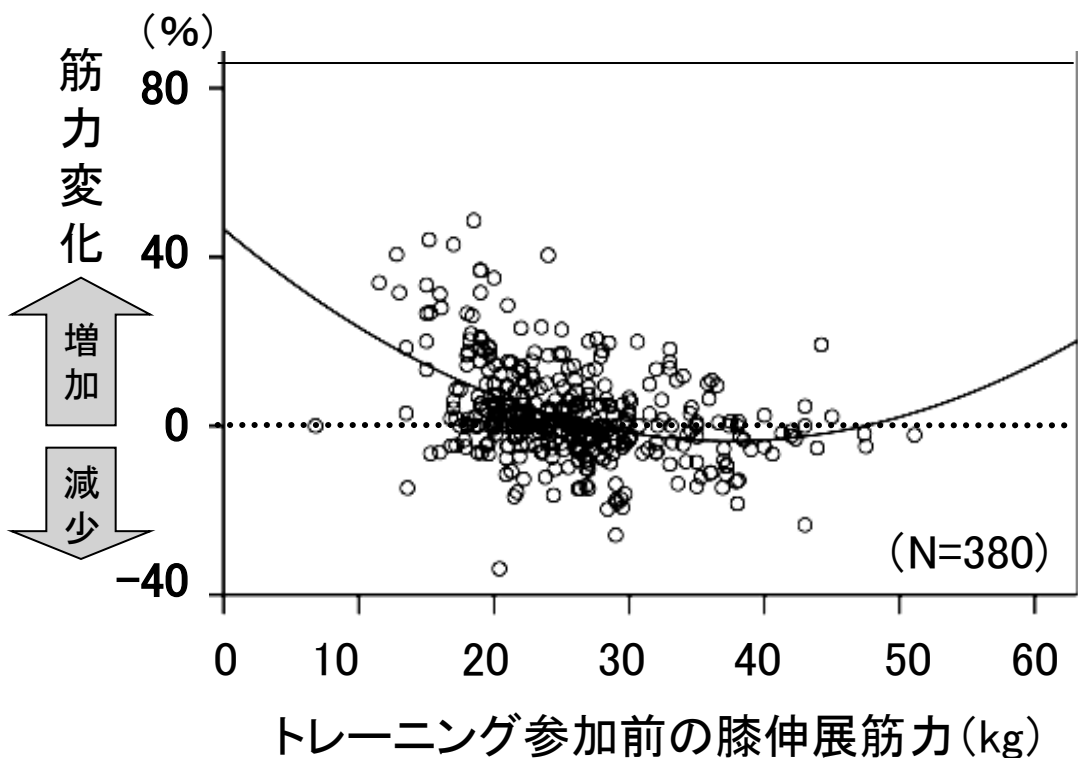
体力測定	初級コース	体力測定	中級コース	体力測定	上級コース	体力測定
------	-------	------	-------	------	-------	------

宮本区
三波川1区
美原1区

体力測定	初級コース	体力測定	中級コース	体力測定
------	-------	------	-------	------

週に1度、近所の人が公民館に集まって1時間弱の運動を行う。鍵開けから片付けまですべて自分たちで行う。終了後には「お茶のみ」や「カラオケ」などを行うグループが多い。

「鬼石モデル」参加者の膝伸展筋力の変化



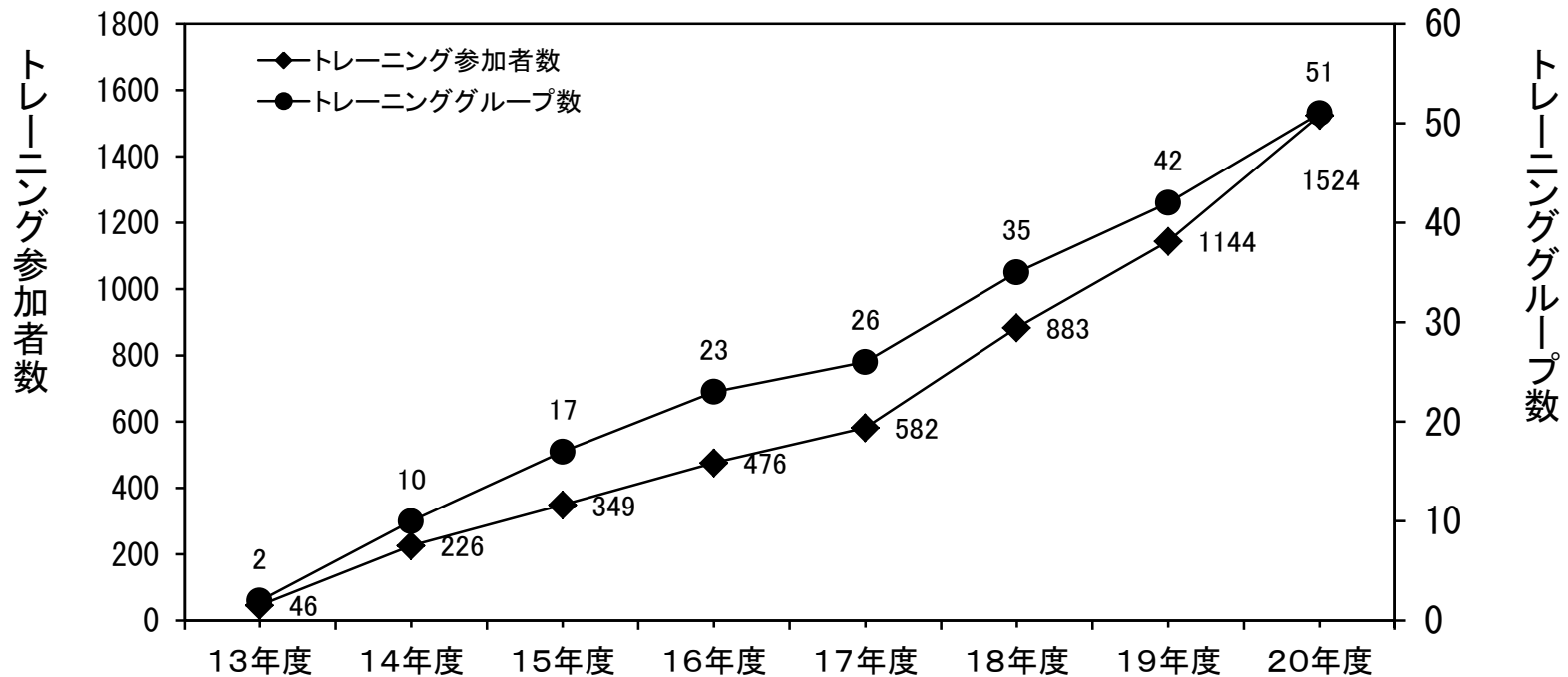
群馬大学地域貢献事業「地域リハビリテーションプロジェクト」において開発した「暮らしを拓げる10の筋力トレーニング」

Self-paced resistance training (自己裁量型筋力トレーニング)による筋力増強

平均年齢73.3歳の地域在住高齢者が3ヶ月間、週1回、一回45分のトレーニング(初級コース)を実施。筋力の弱い者は増加率が高いことを示す結果が得られた。

「鬼石モデル」による普及

藤岡市におけるトレーニング事業参加者数、自主グループ数の推移



普及期

発展期

平成17年1月に鬼石町は藤岡市に合併となったが「鬼石モデル」による「暮らしを拓げる10の筋力トレーニング」の普及方針は同市に受け継がれた。平成21年4月現在、藤岡市(総人口69811人)には51のグループが形成され、同市の65歳以上人口15870人の9.6%にあたる1524人が参加者として登録している。

地域包括支援センターに従事する作業療法士に期待すること

平成21年度老人保健健康増進事業包括マネジメント研究事業より

渡辺忠義(あさかホスピタル), 田辺美樹子, 河野めぐみ 日本作業療法学会抄録集(1880-6635)45回

PageP18028(2011.06)

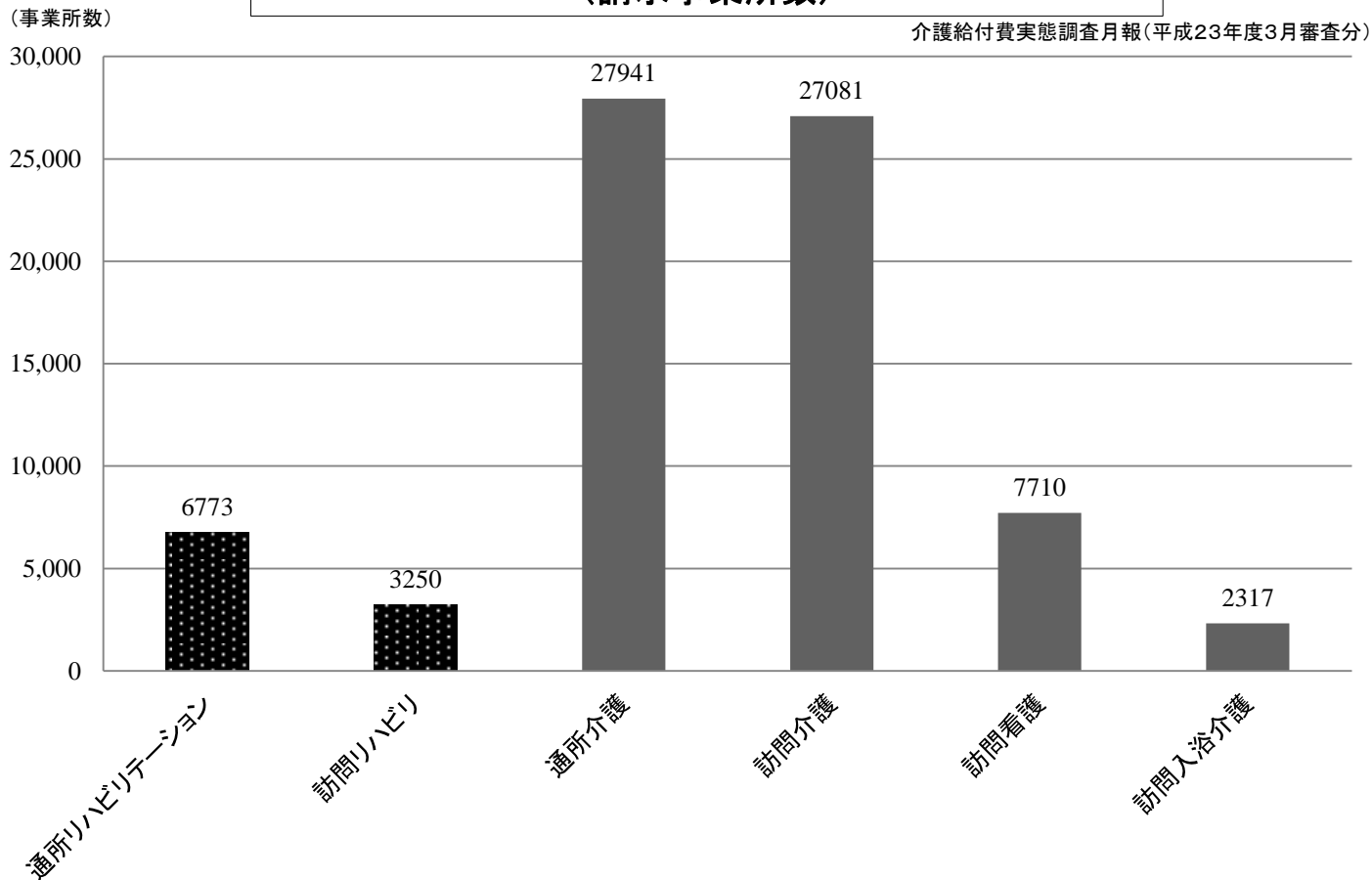
- 地域包括支援センターへ従事する作業療法士へのアンケートと聞き取りによる実態調査
- 相談内容
 - 住環境調整・福祉用具利用支援
 - 日常生活動作の指導と介助方法
- 作業療法士の関与による生活のイメージを把握した

包括的マネジメントを実現

させていくことが必要

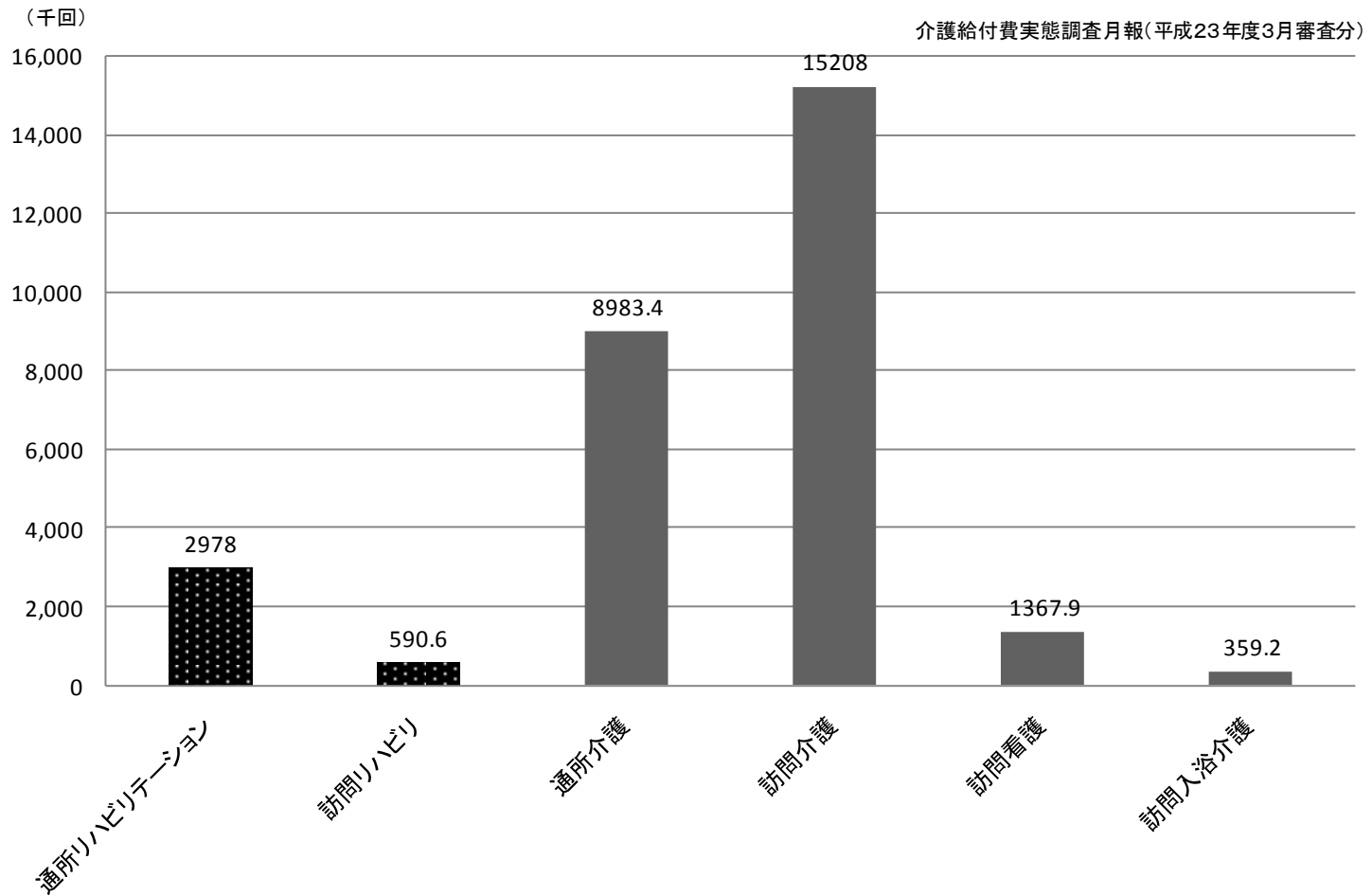
自立支援型・居宅ケアプラン策定の促進 リハビリテーション専門職による居宅療養管理指導の評価

居宅サービスにおけるリハビリテーション資源
(請求事業所数)



リハビリを主としたサービス事業所は、介護を主としたサービス事業所数の20%にも満たない。

居宅サービスにおけるリハビリテーション資源 (提供回数/月)



リハビリを主としたサービス回数は、介護を主としたサービスの15%にも満たない。