

平成 25 年度

リハビリテーション専門職と地域包括支援センターとの協働事業

報告書

平成 26 年 3 月

社会福祉法人 千葉県身体障害者福祉事業団
千葉県千葉リハビリテーションセンター

目次

1. はじめに	- 1 -
2. 事業背景	- 1 -
3. 事業内容	- 1 -
(1) メールフォームを活用した相談対応・訪問指導	- 1 -
(2) インタビュー調査の実施	- 2 -
(3) 自立支援型ケアマネジメントとリハビリテーションに関する研修会について	- 3 -
(4) その他	- 3 -
4. 今後の取り組み	- 3 -
5. 事例報告	- 4 -
事例1 手すりのレンタルに歯止めがかからないケース 手すりのレンタルが妥当なのか評価して欲しい	- 5 -
事例2 肺癌の終末期のケース 本人ができることを見つけてあげたい	- 9 -
事例3 視力障害があるケース 病状が悪化してネガティブに。どんな支援があるか教えて欲しい	- 13 -
事例4 体幹が不安定。体幹を固定する用具はないか?	- 17 -

1. はじめに

平成 25 年度リハビリテーション専門職と地域包括支援センターとの協働事業の活動実績を報告します。

2. 事業背景

本事業は平成 21 年度から平成 23 年度まで実施された千葉県脳卒中リハビリテーション支援体制推進事業および同千葉地域モデル事業の結果に基づき、千葉県が平成 24 年度より事業化し、千葉県千葉リハビリテーションセンターが受託実施している事業です。

千葉県脳卒中リハビリテーション支援体制推進事業では、県内の脳卒中对応医療機関、亜急性期病床を持つ病院、回復期リハビリテーション対応医療機関、脳血管リハⅠ～Ⅲおよび運動器リハⅠ～Ⅱを届け出ている医療機関の計 211 施設を対象とした患者動向調査を行いました。その結果、調査対象期間である平成 21 年 9 月の一か月間にこれらの医療機関を退院した 1,483 人中 744 人 (50.2%) が自宅へ退院をしていました。さらに自宅退院者中 554 人 (74.5%) は日常生活上介助の必要がない状態で退院をしていました。すなわち、これらの脳卒中患者の多くは、介護保険法に基づく 1 次予防及び 2 次予防もしくは介護予防給付対象であり、地域包括支援センターの業務の対象者である可能性が高いと考えられました。

一方、千葉地域モデル事業にて平成 22 年度に行った千葉市地域包括支援センター（あんしんケアセンター）全 12 箇所へのインタビュー調査から、リハビリテーション専門職からのコンサルテーションの希望や、予防プラン立案時にインタビュー調査から、リハビリテーションの視点を取り入れられていないという認識が地域包括支援センターにあることが明らかになりました。

これらに基づき平成 23 年度に 4 箇所の千葉市地域包括支援センター（あんしんケアセンター）の協力を得てモデル的に同行訪問等を行った結果、e-mail や必要に応じた同行訪問、地域ケア会議への出席等によるリハビリテーション専門職のコンサルテーションのニーズがより明確になりました。平成 24 年度より本事業として取り組みを行い、今年度が 2 年目となります。

3. 事業内容

本事業において、以下の取り組みを行いました。

（1）メールフォームを活用した相談対応・訪問指導

昨年度の事業を継続し、千葉市の地域包括支援センター（あんしんケアセンター）24 か所を対象としてメールフォームを活用した相談対応・訪問指導を行っています。

情報管理の観点からこの仕組みを利用してもらうためには事前登録を必須としています。事前登録された地域包括支援センター宛に、相談用のメールフォームにアクセスできる URL とパスワードを送付し、その事前登録をいただいたメールアドレスのみ相談対応が可能です。また、地域ケア会議への出席等についても同様に依頼が可能です。

相談時には、このメールフォームに必要事項を記入し送信をしてもらいます。

但し、e-mail での情報交換では対応が困難と判断された場合等は、必要に応じて同行訪問を行います。この訪問はケアプラン等へのアドバイスのためのみとし、いわゆる訪問リハビリテーションのような直接的な訓練・治療は行いません。

今年度は千葉市あんしんケアセンターが増設されたことに伴い、7月に行われた市地域包括支援センターの連絡会議にて本事業の説明機会を頂けたことから、実質は7月から平成26年3月までの9カ月を活動期間とし、15件の相談に対応をしました。疾患は脳卒中、整形疾患、心疾患、神経筋疾患、癌、等多種多様でした。介護度は申請中から要介護4までありましたが、要支援のケースが9件と最も多い結果となりました。

(2) インタビュー調査の実施

平成25年1月から4月までに相談を受けた5か所の地域包括支援センターの管理者および症例担当者を対象に、今後の事業展開に活用するための事業評価としてインタビュー調査を行いました。

その結果、メールフォームの活用には「時間の調整が楽」「対応が早く助かる」「記録に残ることが良い」「見直しができる」「e-mailは情報を得るためには有効」との肯定的な意見がある一方で、「電話の方が伝えやすい」「文章力・専門用語が障壁」「年齢などのPCの苦手意識」が阻害要因として抽出されました。

また、本事業の有用性については「同行してもらえる」「第三者の関わりが有用」「リハ職による評価の説得力」や「異なる視点の必要性」が抽出され、さらに本事業を活用するためには「相談者にも自立支援の意識が必要」という意見が抽出されました。

本相談事業の利用基準は「リハの必要性の理解を得たい場合」「医学的かつ生活的な助言が欲しい場合」などが抽出されました。

このように、いくつかの課題も認められましたが、e-mailを活用し第三者としてリハビリテーションの専門職が相談に応じることが、ケアプランや実際のケア提供の見直しに有用である可能性が示唆されたと考えます。

一方で、相談者側が相談をすべきか否かの基準を有していなかったり、自立支援に関する意識が欠如している場合などは、相談につながらない可能性が伺われたことから、地域包括支援センターがリハビリテーション専門職へ相談をするという体制を構築するためには、まずどのような場合には相談をしたらよいのかという理解の浸透が重要であると考えられました。

(3) 自立支援型ケアマネジメントとリハビリテーションに関する研修会について

本事業の目的の一つである自立支援型ケアマネジメントにリハビリテーションの関わる意義の周知を図ることを目的とした研修会を、同一内容で対象を変え2回実施しました。

- ・ 内容：「こう考えよう自立支援型ケアマネジメント！～リハビリテーション的発想法～」
- ・ 講師：兵庫県馬長寿の郷 理学療法士 小森昌彦 氏
岡山県津山市役所健康増進課 作業療法士 安本勝博 氏

第1回

- ・ 日時：平成25年12月11日（水）13時30分から16時30分
- ・ 場所：京葉銀行文化プラザ（千葉市）
- ・ 対象：県内の地域包括支援センター職員、千葉県地域リハビリテーション広域支援センター職員、市町村職員、市原圏域・山武長生夷隅圏域の介護支援専門員
- ・ 参加者：57名

第2回

- ・ 日時：平成26年3月7日（金）13時30分から16時30分
- ・ 場所：ホテルプラザ菜の花（千葉市）
- ・ 対象：県内の地域包括支援センター職員、千葉県地域リハビリテーション広域支援センター職員、市町村職員、印旛圏域・君津圏域の介護支援専門員
- ・ 参加者：60名

(4) その他

その他、以下のような取り組みを行いました。

- ・ 千葉県地域リハビリテーション協議会への報告。
- ・ 市原市地域包括支援センター連絡会議、木更津市地域包括支援センター連絡会議、千葉市地域包括支援センター連絡会議、千葉県地域リハビリテーション広域支援センター担当者連絡会議への事業実施に関する説明と報告。
- ・ 第7回千葉県地域リハビリテーションフォーラムでの報告。

4. 今後の取り組み

次年度以降の本事業の更なる充実のため以下の3点の取り組みを行います。

(1) 評価

相談を受けたケースの事後評価を含む事業評価を行います。

(2) 事例集更新

本年度作成した事例集を更新します。

(3) 全県拡大へ取り組み

メールフォームの活用に留まらず、地域包括支援センターの活動にリハビリテーション専門職が関与できるような取り組みを行います。

例えば、地域ケア会議等にリハ専門職を有効活用してもらうためにも、先述のインタビュー結果のように地域包括支援センターの職員に対するリハビリテーションに関する啓発が必要と考えられます。そのためにもメールフォームの活用を一つの研修機会として地域包括支援センターに活用してもらい、その後の地域ケア会議等の事業展開につながるための方策を検討・提案をしていきます。併せて、相談対応を担える医療機関や市町村に対して情報提供・技術支援を行います。

5. 事例報告

地域包括支援センターの職員が本事業を活用してもらいやすくすることや、関係するリハビリテーション専門職の活動指針となることを目的として代表的な4事例（メール相談対応後に同行訪問した2例、メール対応のみの2例）抽出しまとめました。

なお地域包括支援センター名やイニシャル等、個人の特定につながる情報は削除しています。

事例一覧

事例	主な相談内容	性別	年齢	介護度	疾患
事例1 手すりのレンタルに歯止めがかからないケース	住宅改修・福祉用具に関する事	女	70代	要支援2	パーキンソン病
事例2 肺癌の終末期のケース。本人ができることを見つけてあげたい。	ケアプランに関する事、身体機能評価に関する事、日常の過ごし方や自主トレに関する事	男	80代	要支援1	癌
事例3 視力障害のケース。病状が悪化してネガティブに。どんな支援があるか教えて欲しい。	ケアプランに関する事、身体機能評価に関する事、住宅改修・福祉用具に関する事、日常の過ごし方や自主トレに関する事	女	50代	要介護1	糖尿病性網膜症 糖尿病性腎症
事例4 体幹が不安定。体幹を固定する用具はないか？	身体機能評価に関する事、住宅改修・福祉用具に関する事	女	70代	対象外	整形外科疾患

※ 次ページ以降に各事例をまとめて報告しております。

事例1 手すりのレンタルに歯止めがかからないケース。
手すりのレンタルが妥当なのか評価して欲しい。

年 齢 ・ 性 別	70代、女性	家族形態・介護者	娘夫婦との3人家族
要 介 護 区 分	要支援2	日常生活自立度	A2
<p>現 病 歴 : パーキンソン病</p> <p>本人の希望: 自宅内で転倒しないで安心して行動できるようにしたい。</p> <p>家屋状況: 持家の集合住宅。エレベーターあり。</p> <p style="padding-left: 40px;">玄関、廊下、リビング等いたる所に簡易設置型手すりが設置されている。</p> <p>相談の主旨: 家族、福祉用具業者の意向のままに手すりがレンタルされ、さらに追加の希望もある。</p> <p style="padding-left: 40px;">手すりの妥当性について客観的に評価して欲しい。</p> <p>そ の 他 : 日中は独居。</p>			

1. 地域包括支援センターからの相談内容

- 地域包括支援センターの介入前から、家族が直接福祉用具業者と相談を進めており、簡易設置型手すりをレンタルするために地域包括支援センターと契約し、手すりのレンタルを開始した。
- その後も自宅で転倒する度に転倒した場所に手すりが追加され、今ではいたる所に手すりがある。さらに手すりを追加したいとの希望がある。
- 家族は仕方ないと言っているが、夜間は手すりに頭をぶついたり、躓いたりしている。ケースの身体状況を見て、本当に現状の手すりが必要なのか助言が欲しい。

2. 千葉県リハビリテーション支援センターの対応

メール交換2回、同行訪問1回

3. 千葉県リハビリテーション支援センターの助言内容の要旨

疾患特有のバランスの悪さが見られ、転倒リスクが高い状態である。しかし体調の波が大きく、1回の訪問で全てを把握することは困難である。自宅でリハビリを行い安全な動作方法を獲得するとともに、継続的に日常生活を評価し、手すりだけではなく他の福祉用具等も含めて包括的に本人の生活を支援する目的で訪問リハの利用が考えられる。

4. 対応後の状況

訪問リハを入れることになった。訪問リハを行うなかで、日常生活を評価しながら手すりの妥当性も検討していくことになった。

5. 私たちの考える本事例のポイント

住環境整備の評価のためのリハ専門職の関与の有用性についての周知の必要性

<参考資料>

メールフォームの記載内容（個人情報保護のため割愛した情報があります）

相談者背景：包括支援センターのケース（予防プランナーからの相談含む）

年齢・性別：70代・女性 / 疾患名：パーキンソン病

要介護認定区分：要支援2 / 日常生活自立度：A2 / 主な生活空間・活動範囲：住居内

家屋状況：集合住宅（持家） / 家族構成：独居以外 / 相談に関する承諾有無：承諾済み

日常生活等に対する希望・要望（本人）：

自宅内で転倒しないよう安心して行動できるようにしたい。

日常生活に対する希望・要望（家族）：同上

主な内容（複数選択可）：住宅改修・福祉用具に関すること

相談内容：

パーキンソンの症状があり、自宅内にたくさん（つっぱり棒タイプの手すりが計〇本）の手すりを設置している。今もなお家族、本人が手すりの追加を希望している。家族も本人が必要としているなら仕方ないとは言っているものの、夜間などは頭をぶついたり、つまづいたりしている。本人の身体状況から見て、手すりを追加するべきかどうか助言頂きたい。

介入で期待すること：

家族と同居している事もあり、できることなら手すりを必要最低限にとどめたい。

日常生活で困っていること：その他（自宅内での移動）

歩行：見守り / 屋内移動：見守り / 屋外移動：見守り / 階段昇降：見守り

移乗：見守り / 入浴：見守り / トイレ動作：自立 / 整容：見守り

更衣：自立 / 排尿：自立 / 排便：自立 / 食事摂取：

失禁：なし

メールでの提案

ご相談いただいたケースについて

〇〇年〇月〇日

千葉リハ〇〇

宛先：〇〇様

①本人の希望について

あまり多くは語られなかったのですが、自分の足で歩き、出来る家事を続けたいとのご希望でした。進行性の疾患ということをご考慮すると、なるべく長く現状の生活を維持したいということだと思います。

②身体機能、ADLについて

下肢筋力は年齢の割には比較的保たれています。ただ右のつま先を上げる筋力は落ちていました。(ここが落ちるとつまずきやすくなります)。体の柔軟性も割と保たれている様子でした。しかし疾患特有の足の出にくさやバランスの悪さがあり、転倒リスクの高さが伺われます。

薬が効いている間はトイレ、入浴、家事などを1人でされているとのことでした。お話をなかではご本人が一番よく分かっていて、上手く薬が効いている時間を見計らって動いているとのことでしたが、自己流で動いて転倒→骨折は心配されます。やはり第三者が動きを直接確認して本当に1人でできるレベルなのか、動作方法や環境調整も含めて転倒対策を行う必要があるのか、確認したほうが良いと思います。

③レンタルの手すりについて

住宅改修で設置できなかった場所にレンタルの手すりを設置しているとのことでした。廊下を歩いてトイレや居室に行く場合は、常にどこかにつかまれる物があるという状態になっています。本人のリーチが短く、バランスも悪いので、1人で歩くためには現状のような配置になるのかもしれませんが、しかし娘さんの話では突然、膝が抜けるように転倒することがあるとのことでした。そのような転び方をするなら、手すりですべてに対応するのは難しいかと思えます。また今後もしリハを導入するならリハの進み具合でも手すりの状況は変わってくると思います。

リビングやダイニングの手すりについては、なかなか難しいところがあると思います。洗濯物を干すための手すりがありましたが、逆に手すりがあるがためにがんばって洗濯物を干そうとして、転倒して骨折・・・という可能性も考えられます。そのあたりのリスクを理解したうえで設置を再検討していく必要があると思います。

④予防プランについて

整体や買い物に出かけたり、訪問マッサージでも筋トレをしているとのこと、ご本人ご家族なりに運動量を確保されていると思います。その成果もあって比較的筋力が保たれているのかもしれませんが、しかし、訪問リハで専門職が入り、より専門的に身体機能やADL、

福祉用具も含めた住環境にトータルにアプローチすることで、より効果が上がる可能性があります。

①の身体機能、ADLの項目で書きましたが動作を確認して、もし1人で動くことのリスクが高いと考えられる場合には日中1人で過ごすことの是非も検討していく必要があります。もし訪問リハを導入し、リハに対して前向きになれば、日中の居場所や安全の確保という面でも通所サービスに移行することを検討してもいいかと思います。

以上をまとめます。ご本人の希望は自分の足で歩いて、出来る家事を続けていきたいとのことでした。つまりなるべく現在の状況を維持したいという希望です。それに対して予防プランとしての現実的な目標を設定する必要があります。そのためには身体機能を含め現状を客観的に評価することが必要になります。その上で、今回のケースに限らず全てに共通することですが、福祉用具・訪問サービス・通所サービス等を総合的に考えていく必要があると思います。

手すりについては、体調の変動を考慮すると、残念ながら昨日の状況のみでは判断できかねます。ただし、客観的に評価されることなく家族の要望を全てのむ形で手すりが増えている状況は問題です。(逆に転倒のリスクを高める可能性もあります。)

福祉用具以外のサービスについて、一般的にパーキンソン病はリハによって生活しやすくなることが言われており、リハの導入は是非考慮すべきだと思います。そこで例えば訪問リハを使って、身体機能を上げる訓練や自宅で直接動作指導を受けながら、同時に手すりの評価を行い、手すりの適正化を図るのがいいのではないかと思います。そうすると評価しきれていないADLも見えてくると思います。将来的にはそこから通所サービスに結びつけ、リハと外出の機会を確保するのも手だと思います。

事例2 肺癌の終末期のケース。

本人ができることを見つけてあげたい。

年齢・性別	80代、男性	家族形態・介護者	妻との2人暮らし
要介護区分	要支援1	日常生活自立度	B1
現病歴：肺癌、肺気腫 本人の希望：やれること、できていることは続けていきたい。外へ散歩に行きたい。 家屋状況：賃貸の集合住宅の〇階（2階以上でエレベーターなし） 相談の主旨：病人として自宅療養するのではなく、できることを見つけてほしい。 その他：日常生活で息苦しさがあるが、疼痛や食欲減退はない。			

1. 地域包括支援センターからの相談内容

- 本人は日常生活のなかでしんどさを感じている。住居もアパートの〇階で階段の上り下りが大変になっている。
- 気分転換に外を散歩させてあげたいとの家族の希望がある。
- 病前はスポーツ指導員として活動していたアクティブな方で、率先して運動してきたとの自負もある。病人として自宅療養するのではなく、何かしらできることを見つけてあげたい。楽に日常生活できる動作方法等があれば提案してほしい。

2. 千葉県リハビリテーション支援センターの対応

メール交換2回、同行訪問1回

3. 千葉県リハビリテーション支援センターの助言内容の要旨

身体機能が比較的保たれ、体調がよいとADLは自立レベルである。しかし体調の良し悪しに関わらず日中も介護用ベッド上で過ごしている。必要以上の安静から廃用性の体力低下が心配される。精神面のふさぎ込みを防ぎ、モチベーションを担保することも狙い、体調のよい日はベッドから出て、居間や食卓で病前のような生活をする時間を増やすことを提案した。環境調整として、自宅内外に息切れの際に小休止できる椅子の設置や、外出時の歩行器の使用を提案した。

4. 対応後の状況

訪問後に家族で泊りがけの旅行に行くことができた。自宅でも現状を維持しながら生活できている。

5. 本事例のポイント

日常生活の中で体調の変動を考慮した「できること」を見つけ、生活の後押しをするような生活環境・動作方法の提示が重要。

<参考資料>

メールフォームの記載内容（個人情報保護のため割愛した情報があります）

相談者背景：包括支援センターのケース（予防プランナーからの相談含む）

年齢・性別：80代・男性 / 疾患名：癌

要介護認定区分：要支援1 / 日常生活自立度：B1 / 主な生活空間・活動範囲：寝室内

家屋状況：集合住宅（賃貸） / 家族構成：独居以外 / 相談に関する承諾有無：承諾済み

日常生活等に対する希望・要望（本人）：

もともと運動をしていたので、傍目にはどこが悪いのかと思われる。しかし、自分自身としてはしんどいことが多い。団地も〇階で階段の上がり降りが一番きつい。ただ、やれることやできていることは、続けられたらいいと考えている。今の状態で何が自分でやれるのか、提案は聞いてみたい。

（家族）：体調がいい時は、気分転換に外を散歩くらいはさせてあげたい。本人の体の使い方素人だと、心配なので専門職の人に話を聞いてみたいし、訪問で利用できるサービスがあればお願いしたい。車椅子も社協から借りてある。今は特に自宅での日常生活に手がかかることはない。

主な内容（複数選択可）：ケアプランに関する事、身体機能評価に関する事、
日常の過ごし方や自主トレに関する事

相談内容：

体調が悪いのは自覚されていますが、〇〇協会ですportsの指導員としても、社会活動をされていたので、身体を動かすことや動かし方についての興味や自負心はおありです。ただ、病人として自宅療養するのではなく、ご自身の身体にどのように向き合っていくか、また少しでも楽に日常動作ができるのであればご提案いただけるとありがたいです。

介入で期待すること：

自身が他の人よりは、運動をしていたから今の状態をkeepできているという自負がある半面、呼吸苦などきついところは、配慮してほしいというお気持ちがあります。今、ご本人ができることを見つけられればと思います。

日常生活で困っていること：外出（移送方法）、その他（以下に具体的にご記入ください）

その他の具体的記載：日常生活動作において息苦しさがある。食欲減退なし。来月から酸素療法開始予定。疼痛なし（痛み止め未使用）

歩行：自立 / 屋内移動：見守り / 屋外移動：全介助 / 階段昇降：一部介助

移乗：見守り / 入浴：一部介助 / トイレ動作：自立 / 整容：自立

更衣：自立 / 排尿：自立 / 排便：自立 / 食事摂取：自立 / 失禁：なし

メールでの提案

ご相談いただいたケースについて

〇〇年〇月〇日

千葉リハ〇〇

宛先：〇〇様

①本人の希望について

ときおり外を散歩してみたくなるときもあるが、自分の体調を考えると躊躇してしまう。また（大きい希望としては）ゴルフをやりたいと思う。とのことでした。意欲は十分にあり、なんとか意欲を日常生活での活動に結び付けられるといいと感じました。

②身体機能について

訪問時は体調が良かったことが前提です。ベッドからの起き上がり、立ち上がりとも機敏で、歩きも安定しています。姿勢も良く、筋力は十分保たれていると思います。ただし、動作時の息切れがあり、持久力は大幅に低下しています。つまり筋力はあるが、持久力がない状態と思われます。ただし、今の活動性の低下した生活を送っていると、廃用性の筋力低下が生じる可能性が高いです。また現疾患から、身体機能が急激に低下する可能性がある点は注意が必要です。

③ADL、生活について

訪問時の体調ならADLは自立して行える状態と思います。しかし、体調が悪い時はかなりしんどいと思います。しんどいときは、ちよくちよく休憩できる環境を作るのがいいかもしれません。例えばトイレの時はベッドからトイレの中間あたりに小さい椅子をおいて、一旦休憩できるようにしておく。お風呂はシャワーチェアを使うなどです。また使う椅子は危なくない範囲で少し高めにしておくと立ち座りが楽になります。

生活の仕方では気になった点は、体調がいいときもずっとベッドで過ごされていることです。ベッドはとても楽な環境です。しかも一度入ってしまうと、次に動くのがおっくうになります。そうすると廃用が進みます。体調がいいときは居間で椅子の生活が送れるといいかもしれません。そうすると、例えば鉢植えの世話や簡単な家事の手伝いなど、やれることが増えるかもしれません。

④外出について

本人の希望でもあり、気分転換や運動量の確保という面でも重要と思います。しかし体調がいいときでも、階段の上り下りはかなり大変だと思います。工夫のひとつとして持ち運びできる椅子で踊り場毎に休憩する方法があります。また独歩で歩けていますが、歩行車ですと、多少歩ける範囲が広がることと、途中で休憩できる安心感があるのでお勧めです。（ご本人の受け入れは微妙でしたが・・・）

もし外出が可能になれば、グランドゴルフに行く事も可能かもしれません。もちろん、以前のようにとはいかないですが、ゴルフ仲間の協力を得て、移送サービスなどを使えば、もしかすると芝生に立ってワンスイングできるかもしれません。

⑤運動について

現在の生活を送っていると、廃用が進み筋力も低下する可能性が高いです。体調のいいときに、できる範囲で足腰の筋トレやストレッチを行っていただけたらと思います。

⑥訪問サービスについて

外出や自主トレの指導を目的として、訪問リハを導入してもいいかと思います。〇〇様がおっしゃっていたように、〇〇病院の訪問看護からの訪問リハなら、病状に関して〇〇病院と連携が取りやすいでしょうし、病気が進行したときにもサポートが得やすいかもしれません。

ポイントとしては、現時点では筋力面での身体機能が保たれているものの、体調に波があることもあり、体調がいい時も必要以上に活動性が低下した生活を送っていることだと思います。病気が病気だけに無理する必要はないと思いますが、体調がいいときはもう少し、活動的な生活を取り入れてもいいと思います。そのために外出や訪問リハはいいきっかけになるかもしれません。

病気の進行を考えると、できるときにやれることをやって、レベルが落ちたらすぐに対応できるように準備しておくことでしょうか。

事例3 視力障害があるケース。

病状が悪化してネガティブに。どんな支援があるか教えて欲しい。

年齢・性別	50代、女性	家族形態・介護者	夫との2人暮らし
要介護区分	要介護1	日常生活自立度	A1
現病歴：糖尿病性網膜症、糖尿病性腎症 本人の希望：家事ができない、外出もできない。体力がないのでリハをしたい。 家屋状況：賃貸の集合住宅 相談の主旨：病状が悪化してネガティブになっている。本人の精神身体状況を見ながら検討可能な支援があれば教えて欲しい。 その他：視力障害あり			

1. 地域包括支援センターからの相談内容

- 病状が悪化しネガティブになり、自信をなくしている。以前は通っていたデイサービスも、入院して体力が落ちて通えなくなっている。入院以前に、行っていた炊事等の家事もできなくなっている。
- 視力障害がある人で、やれることを広げていく視点があるとするれば、どんな方法が考えられるか。

2. 千葉県リハビリテーション支援センターの対応

メール交換1回

3. 千葉県リハビリテーション支援センターの助言内容の要旨

「家事を行うためには？」という視点から、訪問OTによる家事動作の評価や具体的方法の提案、家族への情報提供を行うことで、家族の協力のもとに視力障害があってもできる家事を模索する、それと同時にデイに行けるだけの体力作りも行うことを提案した。

病状のコントロールのために、可能なら同じ事業所からの訪問看護、訪問介護、訪問作業療法士等を利用し、生活の中で継続的な支援や生活上の注意喚起を行う体制が望ましいことを提案した。

4. 対応後の状況

OTが訪問リハで入り、訓練が開始された。

5. 私たちが考える本事例のポイント

視覚障害者への生活支援の目的でのOTの活用と、DMのコントロールのための他職種との連携。

<参考資料>

メールフォームの記載内容（個人情報保護のため割愛した情報があります）

相談者背景: 包括支援センターがケアマネから相談されたケース

年齢・性別: 50代・女性 / 疾患名: 糖尿病性網膜症、糖尿病性腎症

要介護認定区分: 要介護1 / 日常生活自立度: A1 / 主な生活空間・活動範囲: 住居内

家屋状況: 集合住宅（賃貸） / 家族構成: 独居以外 / 相談に関する承諾有無: 承諾済み

日常生活等に対する希望・要望（本人）:

むくみなど、腎不全を悪化させたくない。食事に気をつけていたけどこうなってしまった。でも自分で食事の用意ができない。出かけることもできない。デイサービスに行きたいけど体力がないので、リハビリをしたい。

日常生活に対する希望・要望（家族）: あまり神経質にならずにいてほしい。

主な内容（複数選択可）: ケアプランに関する事、身体機能評価に関する事、住宅改修・福祉用具に関する事、日常の過ごし方や自主トレに関する事

相談内容:

だんだん、病状が悪化して、ネガティブになっている。デイサービスに通っていたが、入院して体力が落ちて自信をなくしている。入院以前は、炊事も自分でやっていたが、今は火を使えないと炊事もやっていない。視力障害がある人で、やれることを広げていく視点があるとすれば、どんなところがあるか。リハビリに対する意欲はある。

介入で期待すること: 現在周囲ができる支援。今後本人の精神身体状態を見ながら検討可能な支援があれば、教えてほしい。

日常生活で困っていること: 買い物、食事の準備、家事

歩行: 自立 / 屋内移動: 見守り / 屋外移動: 一部介助 / 階段昇降: 見守り

移乗: 見守り / 入浴: 見守り / トイレ動作: 自立 / 整容: 見守り

更衣: 自立 / 排尿: 自立 / 排便: 自立 / 食事摂取: 見守り / 失禁:

メールでの提案

ご相談いただいたケースについて

〇〇年〇月〇日

千葉リハ〇〇

宛先：〇〇様

ご相談頂きましたケースについて、私見を述べさせていただきます。結構長くなってしまい、申し訳ないのですが、ご一読いただき、ご意見をいただければ幸いです。メールを拝見して感じたことは、病状やADLを考える前に「生活の中で」と言うことを考慮すると、

- ①家族構成（協力度）
- ②経済状況
- ③通っていたデイサービスの体制

の3点が鍵ではないかと考えられます。（この3点の状況によっては、以下の回答内容が全く意味をなさないかもしれません…。）

その中で、本人の主たる要望は

- A)視力障害を背景に食事の準備等家事が出来ないことをどうにかしたい。
- B)体力の回復を図りたい。

ではないかと考えました。特に年齢が〇歳とのことですので、食事の準備をはじめとする家事が出来ないということは、「主婦としての役割の喪失感」も含まれるように思えます。ひょっとしたら違うかもしれませんが…。

このこともあり、「家族構成」が鍵と考えました。この辺りは如何でしょうか？「自分のため」だけの場合と「家族のため」や「役割の喪失」を補完する場合にはアプローチは全く異なると思います。

以下、「家族のために家事をできるように」という視点と、家族が協力的であるという前提で、私ならケアプランの中で次のようなことを考えます。

- ①DMを起因とした腎機能障害や視覚障害が背景にあるため、単発的なサポートではなく、今後の疾病の悪化を踏まえ、また足指をぶついたり、手指を切ったり等の四肢の怪我による壊死・切断を避けるためにも、継続的な支援や生活上の注意喚起を行う体制が必要。
- ②そう考えますと、通っていたデイサービスの法人（できれば隣接していたり、同じ施設から…であればよりベターですが）訪問看護、訪問介護、訪問作業療法士がいれば彼らに介入をお願いしたい。もっと言うと主治医のいる医療機関併設のデイや訪問事業所であれば安心度は高い。
- ③OTには、デイに通う程度の体力の向上や、視覚障害がある中での家事動作訓練を依頼する。その中で、何が一人で可能で、何が見守りや介助が必要な動作（例えば、自助

具の準備をお願いするとか…も含め) なのかを整理して、家族の協力が得られるのか検討しながら家族として家事全般の再構成を図ります。併せて、生活環境の整備をお願いします。

④食事管理は、病院での DM 用の食事指導では実際に自宅でできるかが微妙な場合もありますので、訪問看護師に定期的に指導に入ってもらい、食事指導をお願いします。但し、千葉市の保健事業や通っていたデイサービスで栄養士の訪問指導が受けられれば一番良い。

⑤そして、その実践の手伝い・指導を訪問介護にやっていただきたい。

⑥これを継続しながら、体力の状況を見て、ある程度のところで「訪問」ではなく、デイへの通所に切り替えてもらい、そこで訪問部隊から申し送りをしてもらい、継続的なフォロー体制をお願いします。

以上のように考えるとやはり冒頭の3つの事項が鍵になると思うのです。もし、家族状況が良好で、多少でも協力が得られて、かつ経済的にもサービスを少しいれられるのであれば、多分訪問しても同じことをお伝えすると思うのです。

如何でしょうか？ご意見をいただければ幸いです。

事例4 体幹が不安定。
体幹を固定する用具はないか？

年 齢 ・ 性 別	70代、女性	家族形態・介護者	夫との2人暮らし
要 介 護 区 分	対象外	日常生活自立度	J1
<p>現 病 歴 : 整形外科疾患</p> <p>本人の希望: 体幹が不安定。体幹を固定して、家事ができるようになりたい。</p> <p>家屋状況: 賃貸の集合住宅</p> <p>相談の主旨: 腰が湾曲しており、痛みもある。家事や日常生活にも支障があり体幹を固定する用具を 教えて欲しい。</p> <p>そ の 他 : 病院からはリハビリが必要と言われているが、本人は踏み切れない。</p>			

1. 地域包括支援センターからの相談内容

- 本人からの相談で、腰が湾曲し病院からはリハビリが必要と言われているが痛みがあり踏み切れずにいる。少しの動作でも疲労感があり、夫へ負担がかかっている。
- 腰を固定して体幹を安定させる用具を教えて欲しい。体幹を安定させることで、家事などを積極的に行えるようになって欲しい。

2. 千葉県リハビリテーション支援センターの対応

メール交換1回

3. 千葉県リハビリテーション支援センターの助言内容の要旨

脊柱の変形等がある場合に体幹装具を作ることがあるが、医師の処方が前提となるため、病院に相談することを提案した。またリハビリに導入に関しては、病院からリハビリを勧められている以上、始めに医師の意図（リハビリの方針や手段など）を確認しておく必要がある。

痛みからリハビリに消極的になっているが、疼痛緩和を目的としたリハビリもある。また、痛みや腰の湾曲から生活全般に影響が生じている状況を考慮すると、体幹の固定だけでの対応にとどまらず、福祉用具や生活環境や動作方法の見直しなど総合的にリハビリを行うとより効果的。その手段のひとつとして訪問リハの利用を提案した。

4. 対応後の状況

側弯の専門医のいる病院の受診を検討している。受診した後、状況によっては再度相談するとの報告を受けた。

5. 私たちが考える本事例のポイント

体幹装具やリハビリの導入等に関する、かかりつけ医との情報共有の必要性の周知

<参考資料>

メールフォームの記載内容（個人情報保護のため割愛した情報があります）

相談者背景: 包括支援センターのケース（予防プランナーからの相談含む）

年齢・性別: 70代・女性 / 疾患名: 整形外科疾患

要介護認定区分: 対象外 / 日常生活自立度: J1 / 日常生活自立度（認知機能）:

主な生活空間・活動範囲: 住居内 / 家屋状況: 集合住宅（賃貸） / 家族構成: 独居以外

家族構成の補足: 夫婦二人暮らし / 相談に関する承諾有無: 未承諾での相談

日常生活等に対する希望・要望（本人）:

体幹を保持したい。それによって家事が出来るようになりたい

日常生活に対する希望・要望（家族）: 不明。

主な内容（複数選択可）: 身体機能評価に関する事、住宅改修・福祉用具に関する事

相談内容:

本人から相談。腰が湾曲しており、外出はほぼ夫の車でやっている。病院からリハビリが必要だと言われているが痛みもあり、踏み切れずにいる。腰が湾曲している為、少し動いただけでも疲れ、夫へ負担がかかっている。腰を固定して体幹を定める用具はないか？

介入で期待すること:

体幹をしっかりと定められることで、今よりも家事など積極的に行いたい

日常生活で困っていること（複数回答可）: 家事

主治医からの情報（主に相談内容に対する禁忌事項や運動の可否等について情報がありましたらお書きください）:

歩行: 自立 / 屋内移動: 自立 / 屋外移動: 一部介助 / 階段昇降:

移乗: / 入浴: / トイレ動作: / 整容: / 更衣:

排尿: 自立 / 排便: 自立 / 食事摂取: / 失禁:

メールでの提案

ご相談いただいたケースについて

〇〇年〇月〇日

千葉リハ〇〇

宛先：〇〇様

いただいたメールを拝見して、4点ほど思うところを書かせていただきます。

①ご相談のケースですが、病院からリハビリを勧められています、その理由と具体的にどういったリハビリが必要かというのはお分かりになりますでしょうか？リハビリといっても、その病院での外来リハやどこかの通所リハ、自宅で自主トレとして行うリハなど様々です。もし主治医の先生の意図が分かればヒントになるかもしれません。

②「痛みもあり、リハビリに踏み切れない」とのことですが、リハビリには痛みを抑えるリハビリやなるべく痛みの出にくい動作を練習するリハビリもごございます。(昔のイメージですと、痛みを我慢して歯を喰いしばって・・・となってしまうのかもしれませんが。)その部分の情報提供だけでも本人の背中を押してくれるかもしれません。

また少し気になったのが、痛みで踏み切れないことを率直に病院に相談できる状況でしょうか？もし病院に対応してくれるソーシャルワーカーや外来看護師がいて、〇〇様が相談できる環境ならその点をご相談いただくのも手かもしれません。おそらく今後も痛みの問題等から病院との関係はポイントになってきますので、病院との連携のなかで問題を解決できるようにしておくことと今後に繋がるかもしれません。(それがやりにくい状況であることは重々承知しております。)

③ ②とも関連することです。体幹が不安定で家事が困難ということですが、脊柱の変形などがある場合、コルセットや体幹装具を作ることがあります。その場合は「医師の処方のもと」が前提となりますので、病院にご相談いただくのがいいかと思います。そこで適応があるかどうか判断してもらうのがいいかと思います。

また家事だけではなく、ADLや外出などの活動も支障が出ていると思います。ですので、体幹の固定だけではなく、福祉用具の使用や生活環境、動作方法、外出方法等の見直しなど総合的に対応するとより効果的だと思われます。「リハビリに踏み切れない」ということでもありますので、訪問リハを利用するのも手だと思います(現状ですと医療保険？)。セラピストに自宅に来てもらって、福祉用具や生活環境や動作方法の見直し等をしてもらいながら、必要に応じてリハビリをしてもらうことができます。

もしかかりつけの病院で訪問リハが受けられるなら、装具の件ともリンクできるので、ベストかもしれません。実際に訪問リハということになりましたら、具体的に目標(家事?)と期限を決め生活や生きがいに繋げるようにすることがポイントになります。

④日常生活自立度がJ1となっていますが、メールフォームの内容からはもう少し自立度が低く要介護認定がつきそうな気もしてしまいました。もし要支援等ができれば、訪問リハ

が多少利用しやすくなりますし、通所リハなどサービスの選択肢が広がり外出のキッカケや夫の負担軽減にもなるのではと思います。

以上、勝手なことを書かせていただきましたが参考になりますでしょうか？率直なご意見をいただけたらと思います。

発行：千葉県千葉リハビリテーションセンター 地域支援室
〒266 - 0005 千葉市緑区誉田町1丁目45番2
電話：043 - 291 - 1831 FAX：043 - 291 - 1847