

令和4年度自立支援型介護予防ケアマネジメント事業報告

令和4年度の活動実績状況について(令和4年4月～令和5年1月)

1. 自立支援ケアマネジメント検討会議

(1)開催回数 : 19回

※当初検討会議開催予定数20回(年度予定回数:24回)

実施件数割合:95%(うち、3回については、オンラインでの開催)

※中止は事例提供センター職員の新型コロナウイルス感染による。

(2)検討事例数 : 29事例(年度予定検討事例数:36事例)

(3)地域包括支援センター事例提供数

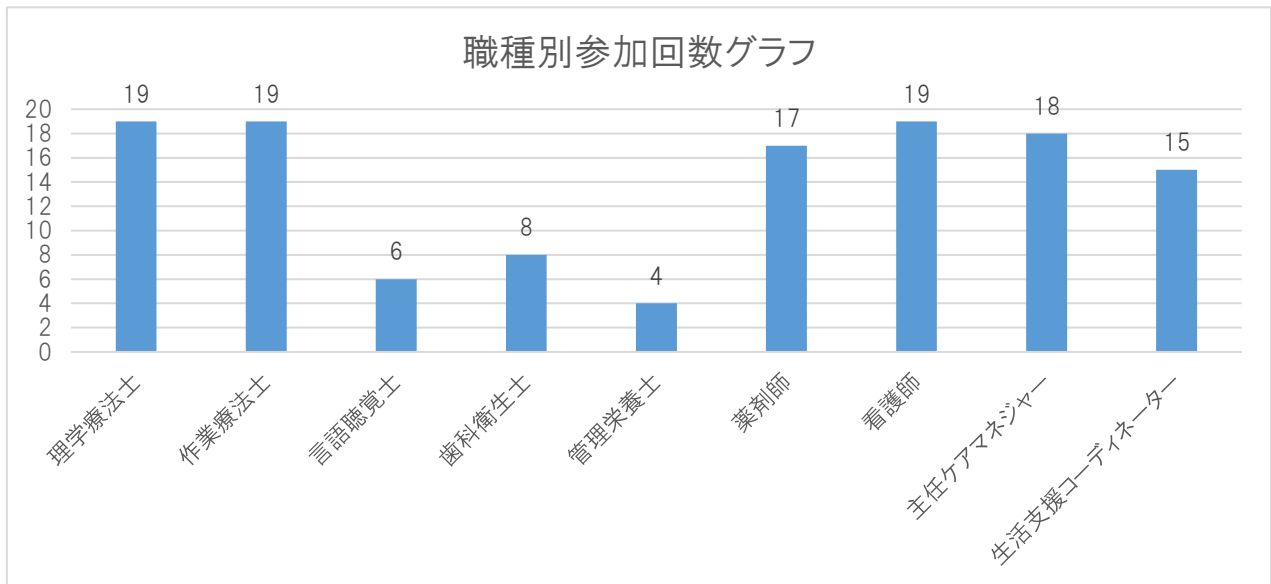
中部:5事例(センター4、居宅1)／東部:3事例(センター2、居宅1)／西部:1事例／南部:4事例(センター3、居宅1)／北部:4事例(センター3、居宅1)／高芝:1事例／前原:2事例／習台:1事例／三山:1事例／法典:1事例／塚田:1事例／宮本:1事例
二和:2事例／豊坪:2事例

※「高芝」は新高根・芝山、高根台、「習台」は習志野台、「三山」は三山・田喜野井、「宮本」は宮本・本町、「二和」は二和・八木が谷、「豊坪」は豊富・坪井の各地域包括支援センター、「居宅」は居宅介護支援事業所の略称標記。

(4)助言者(職種)参加数

	職種	回数
助言者	理学療法士	19
	作業療法士	19
	言語聴覚士	6
	歯科衛生士	8
	管理栄養士	4
	薬剤師	17
	看護師	19
	主任ケアマネジャー	18
	生活支援コーディネーター	15

※令和4年度より、看護師(保健師)及び主任ケアマネジャーの助言者を外部機関に依頼。また、社会福祉協議会より生活支援コーディネーターが助言者として参加。

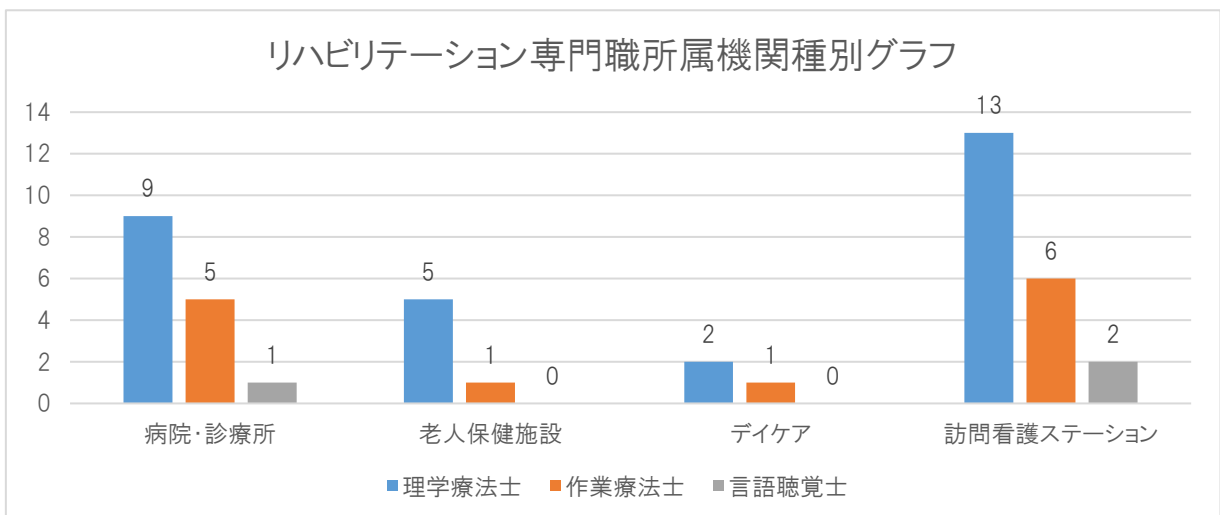


(5)リハビリテーション専門職の機関別登録職種数(自立支援ケアマネジメント検討会議)

	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士
病院・診療所	7(9)	4(5)	1(1)
老人保健施設	5(5)	1(1)	0
デイケア	2(2)	1(1)	0
訪問看護ステーション	12(13)	4(6)	2(2)
計	26(29)	10(13)	3(3)

※事業協力者 45 人

※()内、事業協力登録者数



※他の助言者の所属及び登録者数は以下のとおり

- 薬剤師 : 一般社団法人 船橋薬剤師会 9名
- 看護師 : ふなばし市訪問看護連絡協議会 4名
- 歯科衛生士 : 一般社団法人 千葉県歯科衛生士会 2名
- 管理栄養士 : 船橋市栄養士会 5名
- 主任ケアマネジャー : 船橋市介護支援専門員協議会 8名
- 生活支援コーディネーター : 社会福祉協議会 24地区より

(6)事例検討に係るケースの選定理由 (29 事例、重複あり)

事例検討に係るケース選定理由	人数
①支援するうえでの課題があり、それについて助言をもらいたい	18
②現在の支援内容が、自立に資する内容となっているか確認してもらいたい	12
③その他	5

(7)事例検討を行うにあたり、ケアマネジャーが助言者に対し助言を受けたい内容(抜粋)

【①支援するうえでの課題があり、それについて助言をもらいたい】

- 兄弟や生活全般への支援も必要な中で、CMとして本人の自立に向けどのような視点で支援を行ってゆくのが良いのか。
- 本人の思いを尊重しつつ、進行する病気に対し、その見るべき、確認すべきポイント、タイミングなどの助言がほしい。
- どうしても枠にはめてサービス利用を提案しがちになってしまう為、自立支援の観点から今後支援していくにあたっての気づきやアドバイスがほしい。
- 新規で担当しているが、多くの疾患があり、どのような体の変化に注意して関わっていくと良いか助言が欲しい。
- 運動量を増やすのには限界があり、糖尿病の数値の改善のために提案をするが生活習慣の変化させるのが難しい。本人の気持ちや生活に負担のかからないアドバイスについて助言を受けたい。
- 訪問リハビリに限らず、本人が納得しながら生活の中での活動量低下を防ぐことができるようなアプローチ方法を教えてほしい。
- 不活発な生活を送ることで起こりうる変化が期間や程度としてどのように想定されるのか、ケアマネジャーとしてはどのくらいの強度やスピード感、テンポで介入することが介護予防として相応しいのか具体的な助言がほしい。

【②現在の支援内容が、自立に資する内容となっているか確認してもらいたい】

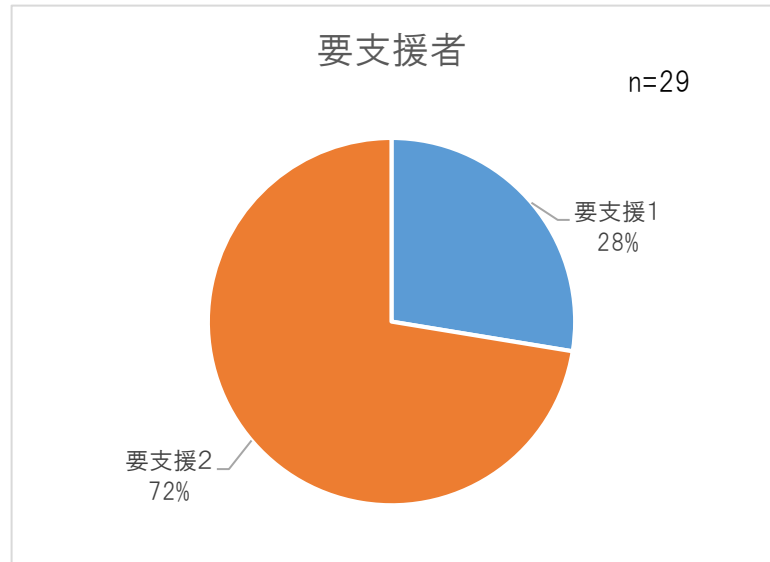
- 進行性の疾患だが、友人との交流もあり積極的に外出をしている。自主トレーニングの時間が取れず行っていないが自主トレーニングの必要性について確認をしたい。
- デイサービスで口腔体操を自宅でも継続し頑張っているが、リハビリや日常の運動、生活面での改善で進行を抑えることができるような取り組みについて助言がほしい。
- モチベーションを高めるためにどう支援をしていけばよいか。

【③その他】

- 最近退院をしてきましたが、本人は入院前のサービスを希望されています。本人の意向に沿い支援を行っていきたいが、栄養面や体調面の心配ごとに対し、どこに留意しながら支援をしていったら良いか助言がほしい。
- 健康管理や、下肢筋力の状態の確認などで、良い方法などアドバイスを受けたい。
- 本人が今後の病気の症状や進行について心配しているが、どのように説明するべきか助言がほしい。

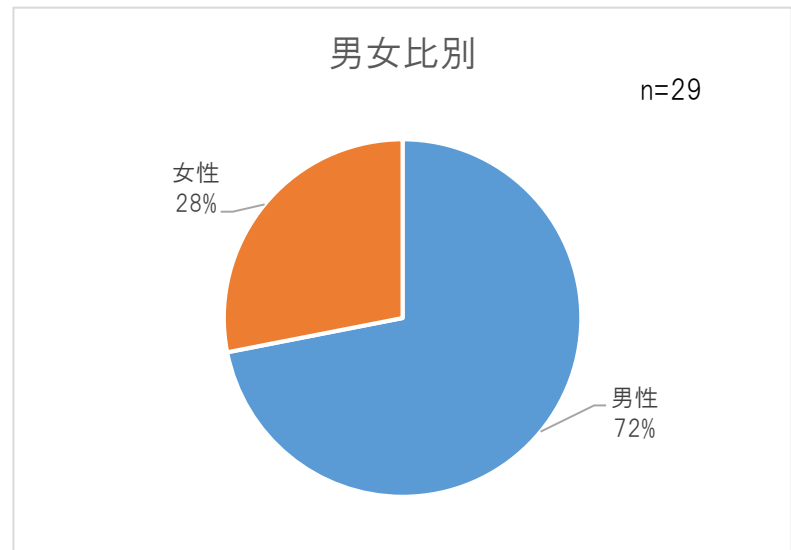
(8)介護度別数(事例数)

要支援1	8
要支援2	21
計	29



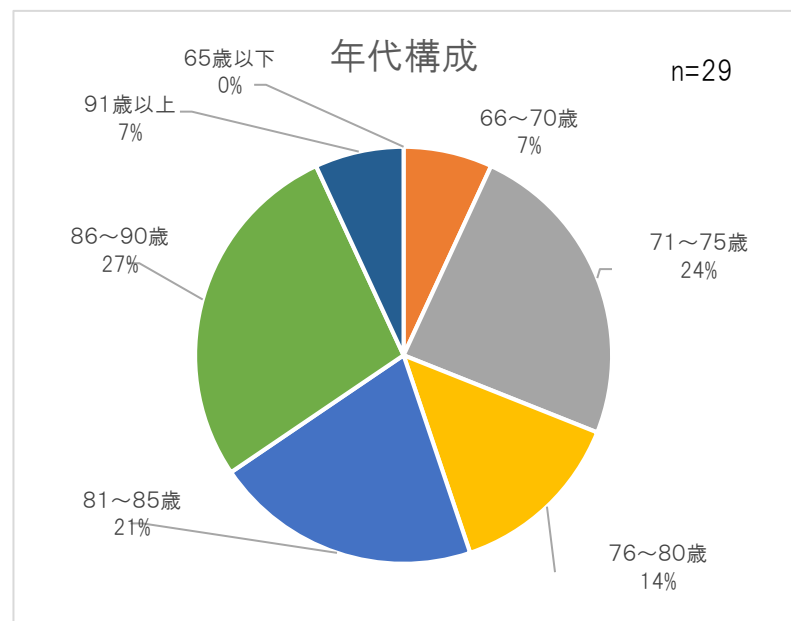
(9)男女比(事例数)

男性	7
女性	22
計	29



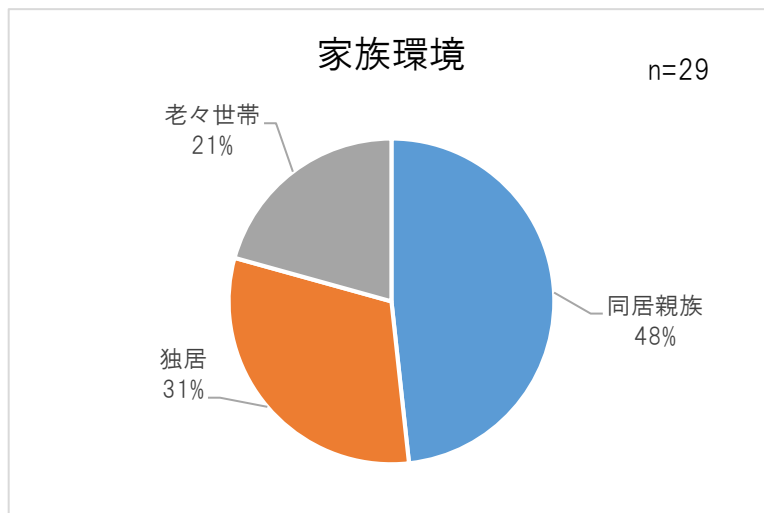
(10)年代構成(事例数)

65歳以下	0
66~70歳	2
71~75歳	7
76~80歳	4
81~85歳	6
86~90歳	8
91歳以上	2
計	29



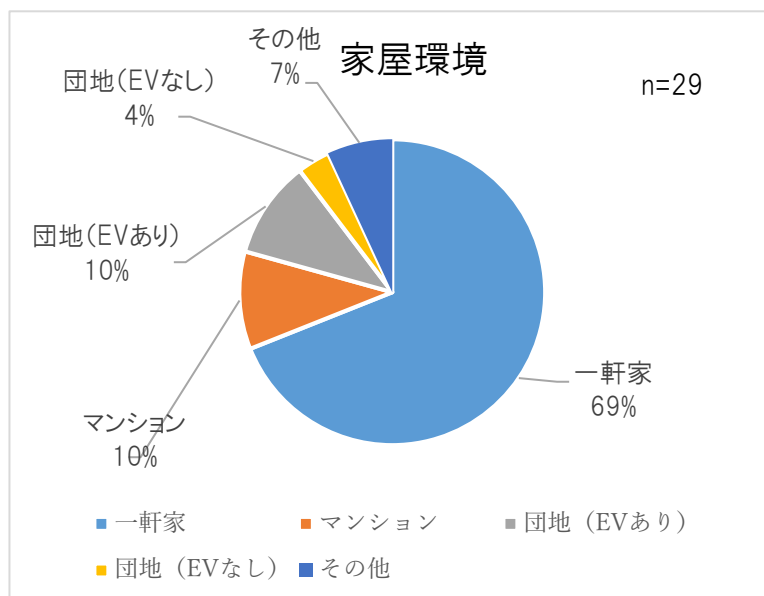
(11) 家族環境(事例数)

同居親族あり	14
独居	9
老々世帯	6
計	29



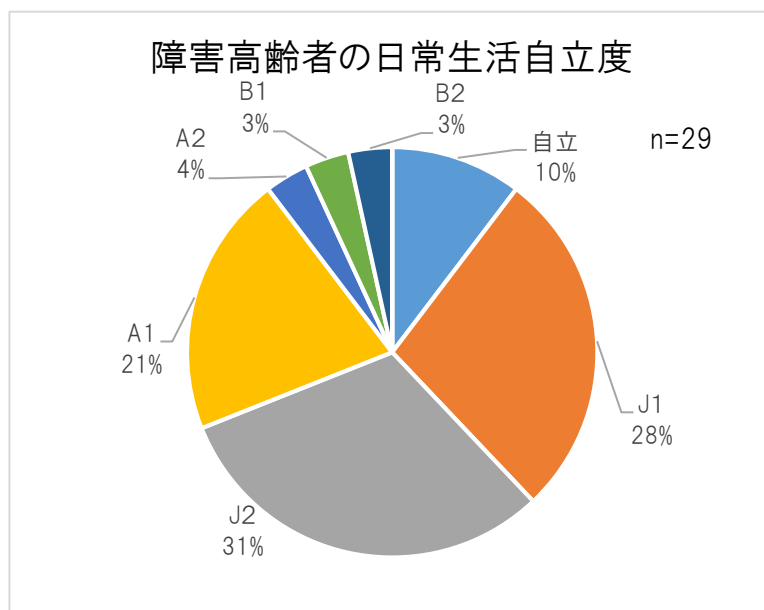
(12) 家屋環境(事例数)

一軒家	20
マンション	3
団地(EVあり)	3
団地(EVなし)	1
その他	2
計	29



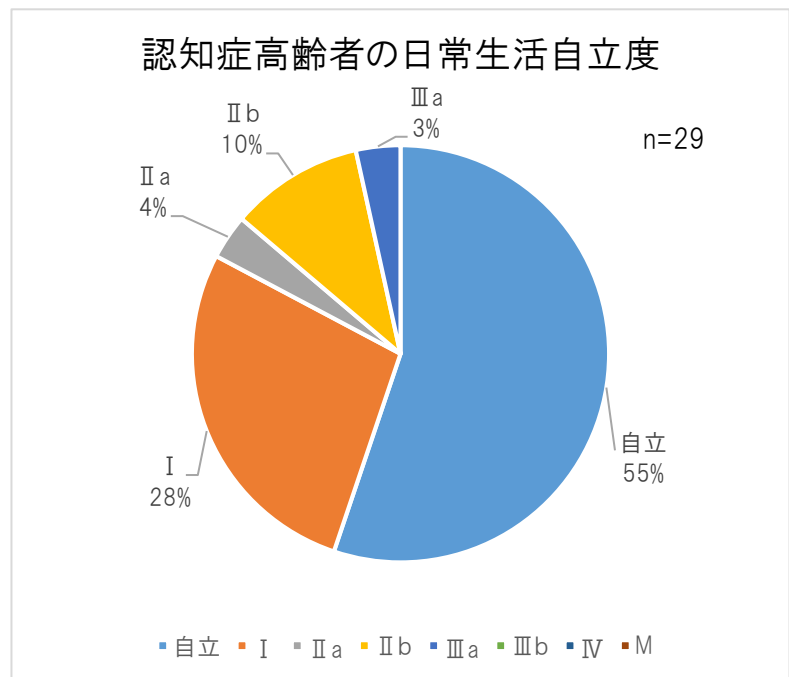
(13) 障害高齢者の日常生活自立度

自立	3
J1	8
J2	9
A1	6
A2	1
B1	1
B2	1
C1	0
C2	0
合計	29



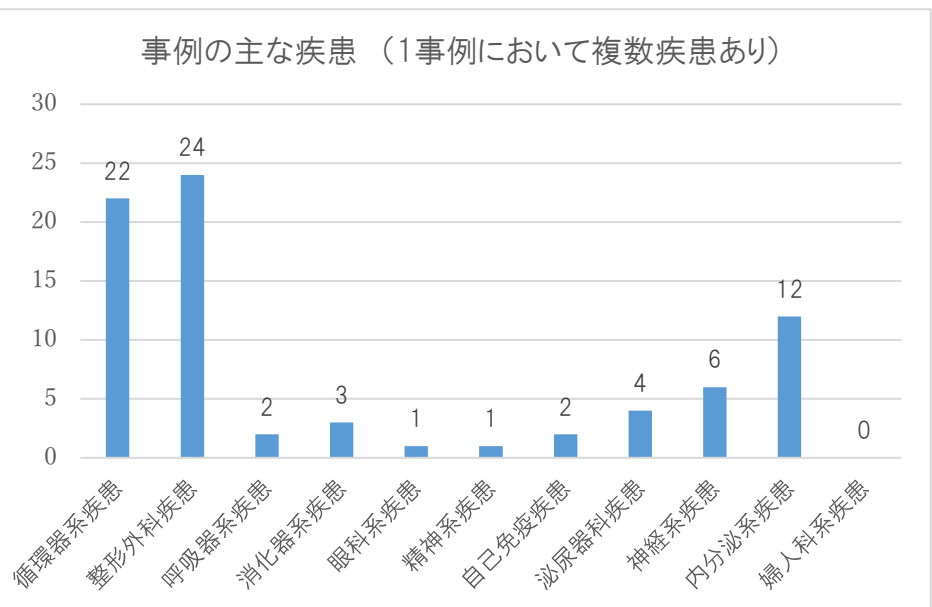
(14) 認知症高齢者の日常生活自立度

自立	16
I	8
II a	1
II b	3
III a	1
III b	0
IV	0
M	0
合計	29



(15) 事例の主な疾患 (1 事例において複数疾患あり)

循環器系疾患	22
整形外科疾患	24
呼吸器系疾患	2
消化器系疾患	3
眼科系疾患	1
精神系疾患	1
自己免疫疾患	2
泌尿器科疾患	4
神経系疾患	6
内分泌系疾患	12
婦人科系疾患	0
合計	76



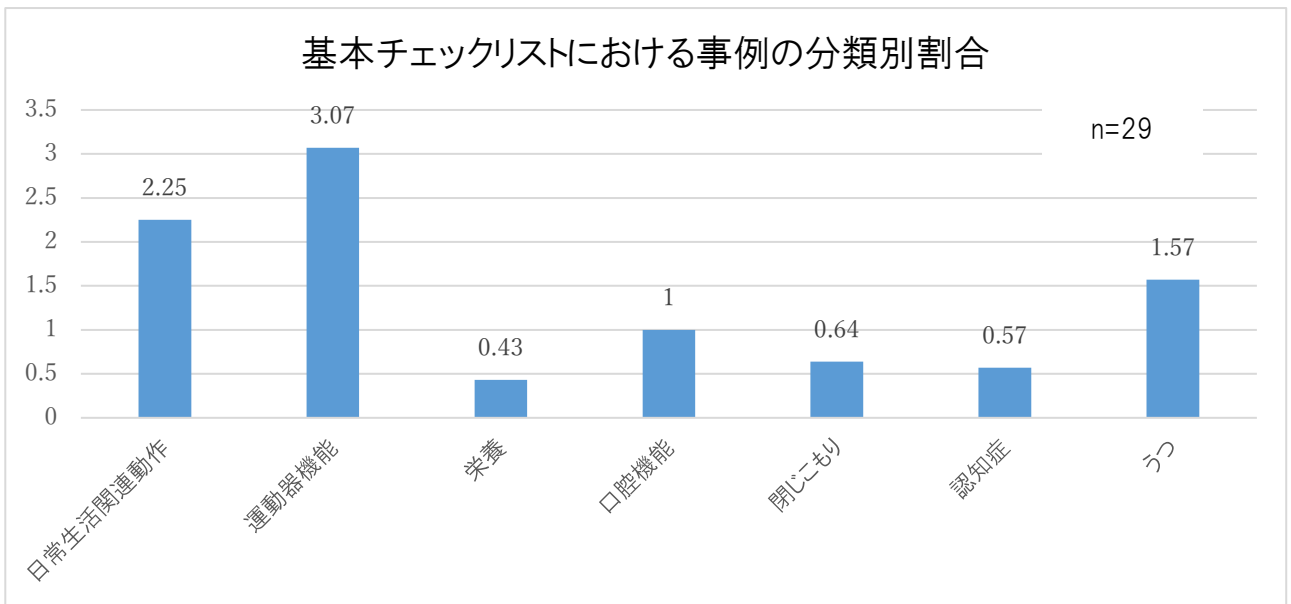
◎主な疾患: 高血圧、変形性膝関節症、糖尿病、骨粗鬆症、腰部脊柱管狭窄症、慢性腎不全他

(16)基本チェックリスト

○検討会議参加時の基本チェックリストの結果を項目ごとに点数化(数値が大きいほど悪化)

※下記グラフにおいては、各項目における対象者の平均値。

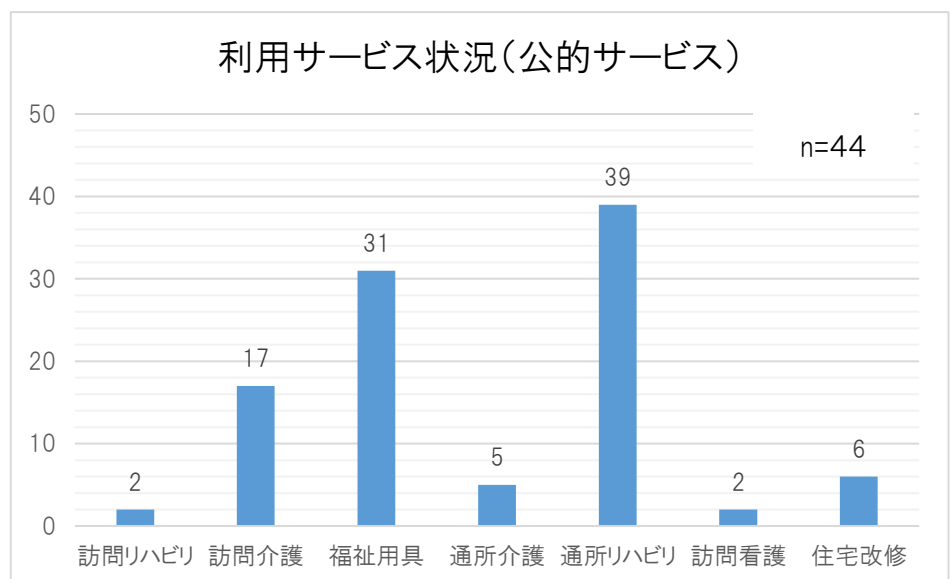
日常生活関連動作	運動器機能	栄養	口腔機能	閉じこもり	認知症	うつ
2.25	3.07	0.43	1	0.64	0.57	1.57



今回検討会議を実施したケースについては、「運動器機能」、「日常生活動作関連動作」、「うつ」の項目の順に問題が生じていることが多い。

(17)利用サービス状況(公的サービス)※複数サービス利用者もあり

訪問リハビリ	1
訪問介護	1
福祉用具	14
通所介護	12
通所リハビリ	8
訪問看護	8
住宅改修	0
合計	44



(18) 自立支援ケアマネジメント検討会議における助言者の助言(例)

理学療法士(南-60)

運動は必要であるが、適切に行わなければ体にとって負担となる。病状をコントロールしながら、歩数や歩く距離、運動後の疲労感、筋の耐久性など運動方法や量は、PTOT など専門職の助言を受けながら適切に行う必要があるので通所先を選ぶ際には考慮してほしい。

作業療法士(東-41)

掃除が大変。掃除の動き、ひざの痛みを改善できるような支援方法が見つかるといいのではないか？むくみの状況を考えても、むくみが軽減できるといい。ひざのサポーターについても使っているようであれば、改善できればいいのではないかと思う。

言語聴覚士(南-60)

嚥下機能の低下、呑み込みの筋力低下も生じてくる可能性あり、義歯の状態も確認が必要。また、飲み込みやすくするための水分の「交互嚥下(※)」は水分量が多くなり難しいので、咀嚼力が低下すると食形態も変える必要が出てくる。ST の評価も今後検討できるといいと思う。※固形物と流動物を交互に食べること。

歯科衛生士(東-41)

いつ心不全になってもおかしくない。体重が多いので、栄養面での訪問指導を活用できるといいのではないか。食事のアドバイスで取り組めるといいと思う。歯医者が嫌いで、葉の状況もよくない。薬の指導、食事の指導も可能だと思うのでそういったものに取り組めるといいのではないか。栄養士が入れるといいのではないか。体重が少し落ちるのではないか。

管理栄養士(中-27)

筋肉量を増やすことよりも脂肪量を減らすことがこの事例には大切だと思う。食事の量や内容の把握が必要なので、メニューのメモや写メなどで確認してほしい。また、体脂肪を減らすためにも三食の量を均等にすることは大事。

薬剤師(中-27)

循環器科医の受診後も継続しなかったり、受診拒否的な気持ちはあるのか？行くのが大変なのか？そのあたりを確認して循環器科の受診につなげられるといいと思う。循環器科の受診は必須だと思う。骨粗鬆症の薬について、ビスフォスフォネート製剤は服用できる期間に制限があるので既に使用したのかもしれない。医師によっては年齢に適した骨密度の許容範囲もある。これだけ尻もちについて大腿骨頸部骨折していないこともすごいと思う。

看護師(南-60)

動き過ぎが心臓を悪化させるという意識をもってもらわないと心不全で再入院となるリスクがある。軽自動車のエンジンでダンプカーの荷物は運べないと同じこと。体重と血圧の管理が必要。心不全手帳に記録するなど活用してほしい。体重は現体重が維持できれば良いと思う。出来るだけ自宅で過ごすために、透析 HP の看護師に生活上の相談をし、調理も含めアドバイスをもらえるといい。制限食の調理は工夫が必要なので、楽しく調理できる助言があるといい。

主任介護支援専門員(中-27)

「自分で出来ることはしていきたい」という言葉の中には、母親としての役割を果たしていきたいと思っ

ていると感じる。食事のコントロールは大事なので、配食サービスを市(サービス公社)の配食サービスを利用してはどうか。管理栄養士の助言を受けることもできる。本人の健康管理などを促す際に、息子の協力も必要だと思う。息子も母親を大事にしたい気持ちがあると思うので。相互の理解が大事。マイナス面で捉えないように。

生活支援コーディネーター(東-41)

飯山満3丁目 ミニデイがあるが、支援認定を受けている方は利用できない。認定後ミニデイを利用できない方が多い、地域サロンとして、一部西前原8丁目会館を開放して誰でも着ていいというサロンを作った。事業として広げていきたいと考えているが、地域でマッチングができれば来てもらいたい。友人を誘いあいながら来てもらえるといい。今後地域への拡大に進めていきたい。

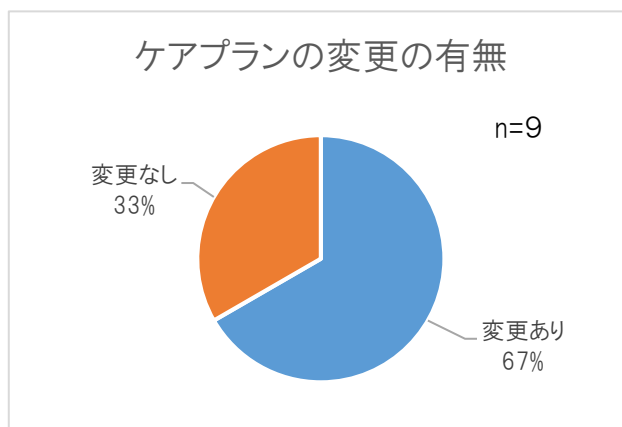
(19)検討会議後の評価について

検討会議におけるケアマネジャーへの影響項目(令和4年度 令和5年2月1日現在)
(評価実施分 n=10)うち1件については状態悪化の為、評価終了。

<ケアプランへの影響内容>

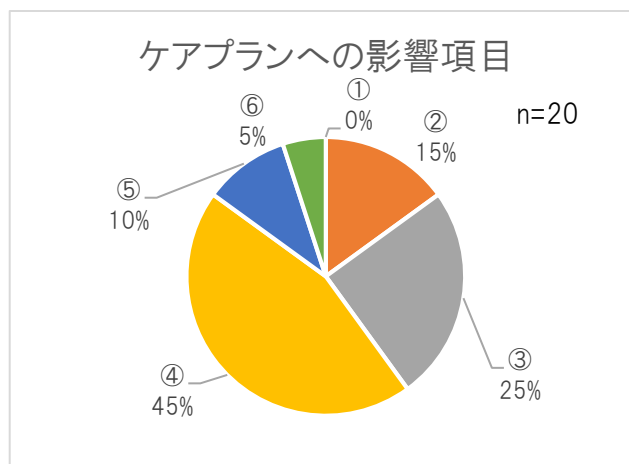
①ケアプランの変更の有無

有	6
無	3
合計	9



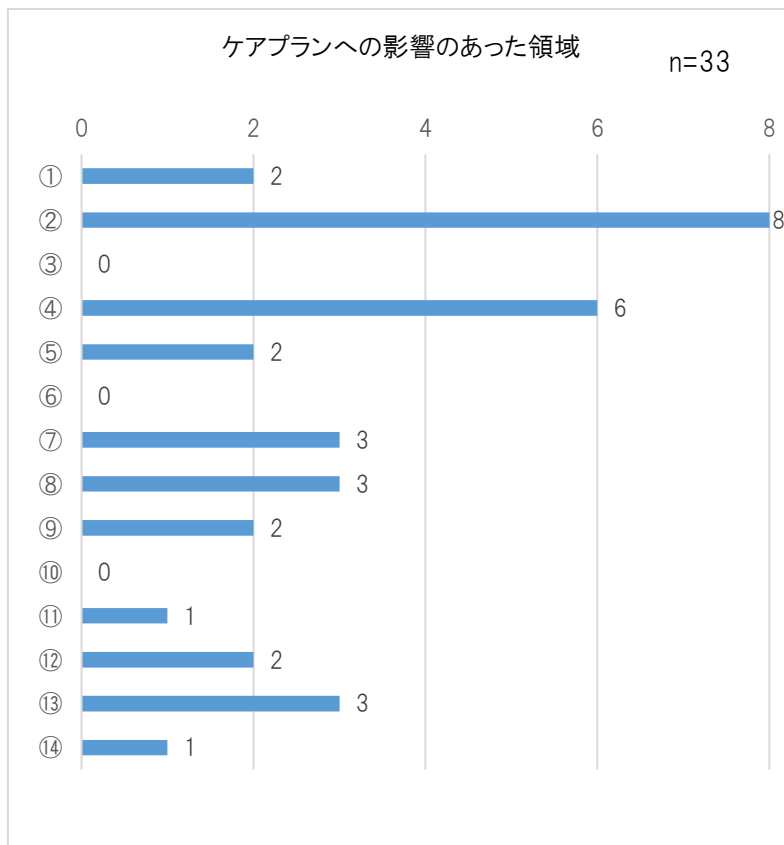
②ケアプランへの影響項目※複数回答

①特に影響はなかった	0
②ケアプランの目標設定	3
③領域における課題	5
④具体策の提案	9
⑤サービスプラン	2
⑥その他	1
合計	20



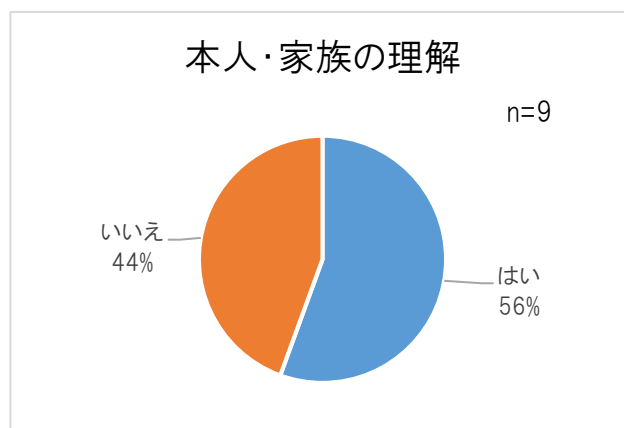
③ケアプランへの影響のあった領域 ※複数回答

①本人の意欲・意識	2
②身体機能	8
③認知・精神機能	0
④疾患・病態	6
⑤ADL	2
⑥IADL	0
⑦運動方法	3
⑧歩行・転倒	3
⑨サービス内容	2
⑩補装具・日常生活用具	0
⑪環境調整	1
⑫活動参加・社会交流	2
⑬目標	3
⑭その他	1
合計	33



④検討会議にて専門職から受けた助言を聞いて本人・家族に説明し理解してもらえたか。

はい	5
いいえ	4
合計	9

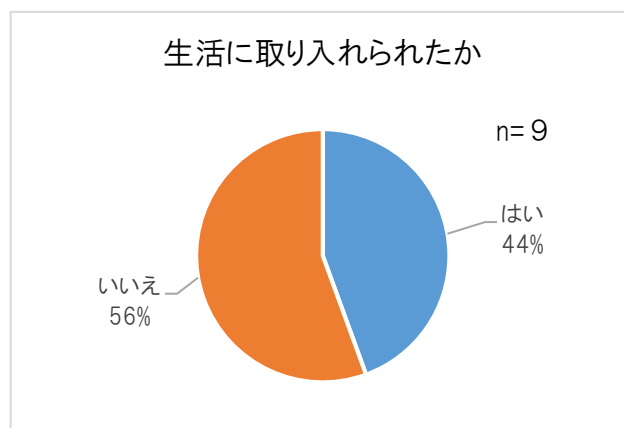


<理解してもらえなかった理由>

- 本人が持病の事を理解してなく危機感が無い
- 本人は前向きに生活できている
- 家族は理解できているが本人内心わかっていても自分の意思を曲げない
- 本人に説明するも拒否

⑤ 検討会議にて専門職から受けた助言を生活へ取り入れられたか。

はい	4
いいえ	5
合計	9



<生活に受け入れられた理由>

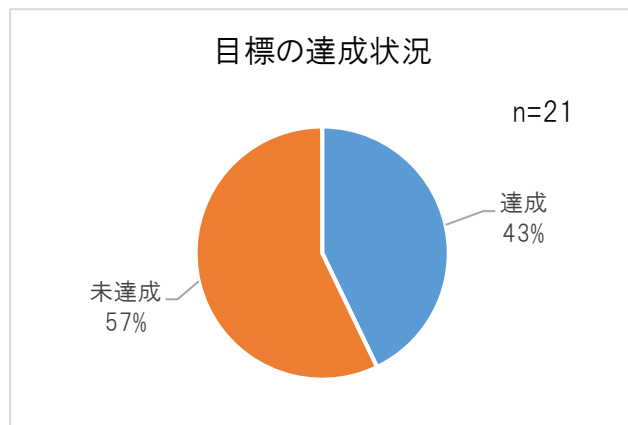
- 今後心房細動が起きた時には注意が必要である事。転倒に注意しながら運動を続けて健康を維持していく事を説明し本人に理解して頂いた
- 歩行について自宅では自立歩行で小走りになる事はなかったが室外歩行の転倒の危険性を説明し歩行時の転倒予防方法やシルバーカーの使い方・注意点を話し納得された。
- 食事内容について改めてアセスメントを行い胃下垂で普通量を食べても体重の増加が無い。食事内容についても偏りがありタンパク質、糖質、炭水化物をあまりとっていなかったことがわかり今後家族の支援や食事内容の見直しをしていく事となった。
- 認知機能の低下については本人自覚無、家族にも確認し認知症の診断はされていない状況が把握できた。日常生活では同居家族はトイレの汚れについては困っていた。行動面で変化があれば早めに受診して下さるとのことだった。
- 訪問看護による体調管理や歩行器など福祉用具の使用については話をし、理解はされたが、本人がやりたい、出来るという気持ちが強くとサービスの導入へは結びつかなかった。現在サービスに入っているヘルパーとは情報共有し食事面での声かけや室内での環境整備が出来るようになった。
- 緊急通報装置はまだいらないと拒否しているがひまわりシートの説明を行い記入して頂き冷蔵庫保存が行えた
- 引っ越しにより、生活スタイルが変わらなかった為実際に生活に変化はなかった。引っ越しの事で12月は忙しくされていたが退職後の生活について頂いた助言内容を本人に伝える事はできた。
- 歩行の安全のために歩行器を利用してはどうか。との助言を受けデイサービスと協力し本人へ提案することが出来た。その後実際にレンタルし散歩や買い物に利用出来ているプラン変更は無いが追記で行った

<生活に取り入れられなかった理由>

- 本人に調理の工夫を提案したがあまりいい表情しなかった。また甘いものが好きなようでよく食しているとヘルパーから報告あり。透析の為の送迎バスを利用を主治医が提案しているが本人拒否。本人去年に比べて体調が良くない辛い、心臓医にも相談はしているが手術はしないみたいだと体調不良について毎回話をされる。
- 現時点では今が一番楽しいと発言があり調理は継続出来ている。今後予想される進行悪化に対するの予防対策の提案はしていないが調理の時間や内容に変化があった時は適宜提案したいと思う
- 本人や嫁の負担の軽減を医師に相談した所ではあるが、嫁は医師を信頼できておらず、本人医師の前では血圧も上がり何も話せない状況。訪問看護との連携をお願いする以前に、本人達の気持ちの整理が必要と思われ提案頂いた事を勧めるのは時間が必要と思われる。本人が弱音を吐ける人を作っていくとの提案も検討の矢先に兄が急逝してしまい落ち込んでいる状況。妻も肝臓癌(小さなもので7月手術)が見つかりさらに精神状態が不安定になってしまっている。ケアマネとしてはアドバイス頂いた事を基にしながら気長に対応していきたい。
- 病院の栄養相談を受けてみることを提案するが拒否。訪問看護の利用を提案を行うが本人からは拒否。家族に提案すると良いかもという答え。

⑥ケアプランにおける目標達成状況について

達成	9
未達成	12
合計	21



<目標の達成内容>

- 転ぶことなく家の中を歩くことが出来る
- 包丁を落とさずに調理したい
- 家の周囲の散歩を無理なく毎日出来る
- 定期的な受診、内服等で健康管理をする
- 創作活動を通じて他者交流を行い作品を完成させる
- 定期的なヘルパー訪問に慣れ自分でもできる事を増やして行く
- 休みながら歩行器を使って通勤できる
- ベッドからの立ち上がりが安全に出来る
- 口腔ケアを受けて歯が悪くならないようにしたい

<目標の達成内容>

- 体調が安定する
- 歩いてビビットまで行くことが出来る
- 階段昇降がスムーズに出来る様になりたい
- 転倒を予防して今の自立した生活を続けて行かれる
- “家族との会話や笑顔になる機会を増やす
- 毎日のストレッチとごっくん体操を行う”
- 筋力や歩行力を維持して趣味の活動や今の生活が続けていかれる
- 今より片足立ちの秒数を伸ばしバランス力をつける
- 日中起きている時間を増やしていく
- 痛みが悪化しない
- 楽しく運動に参加して転倒しないで杖で近くの店まで歩きたい
- 転倒に注意しながら慣れた道を歩いてランドロームまで買い物に行ける様になる
- 薬の飲み忘れに気を付け病状の悪化を防いでいく

2. リハビリテーション専門職の同行訪問

(令和4年4月1日～令和5年1月31日)

(1) 助言者 事業種別ごとの同行依頼数(事業登録数)

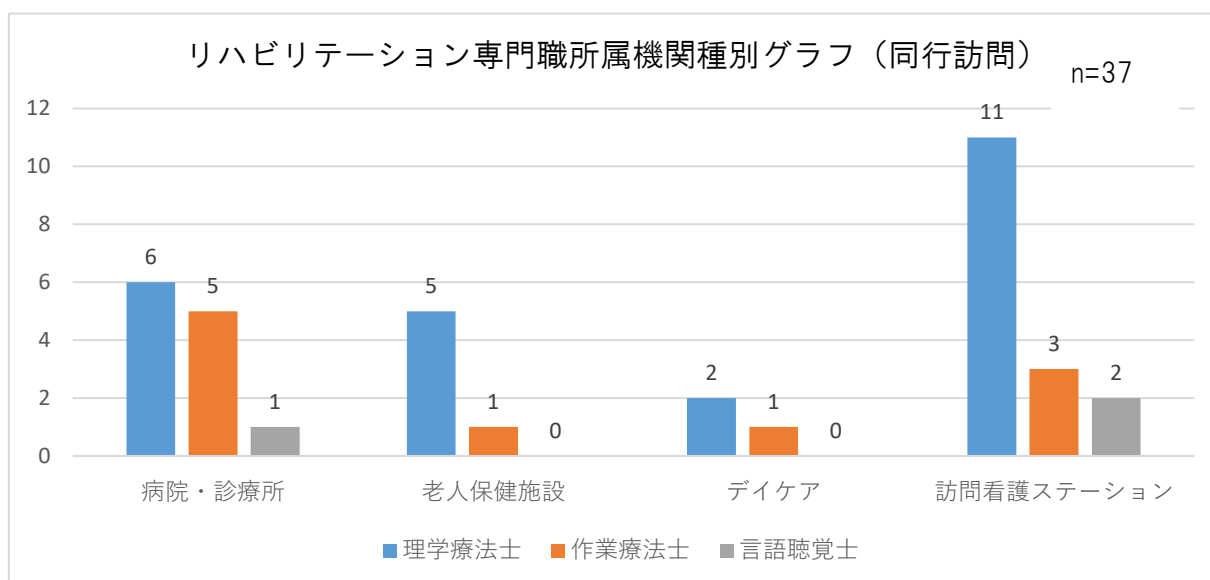
事業協力登録機関14機関中、同行訪問協力機関12機関

リハ職事業登録者45名(PT28、OT10、ST3)中、同行訪問協力登録者37名

	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士
病院・診療所	6(9)	5(5)	1(1)
老人保健施設	5(5)	1(1)	0(0)
デイケア	2(2)	1(1)	0
訪問看護ステーション	11(13)	3(6)	2(2)
計	24(29)	10(13)	3(3)

※事業協力者 45 人

※()内、事業協力登録者数



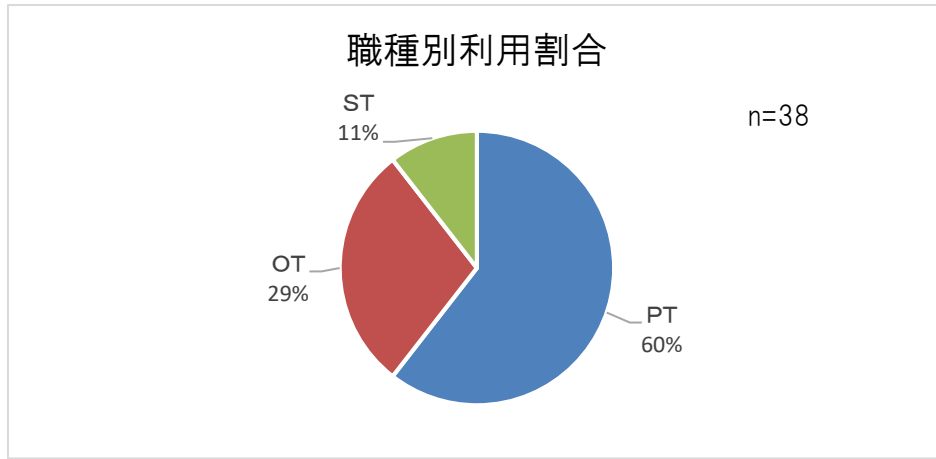
(2) 訪問件数

事例数	訪問件数	(内、検討会議経由)
35	38	2

※訪問事例1人は2回アセスメント訪問あり。

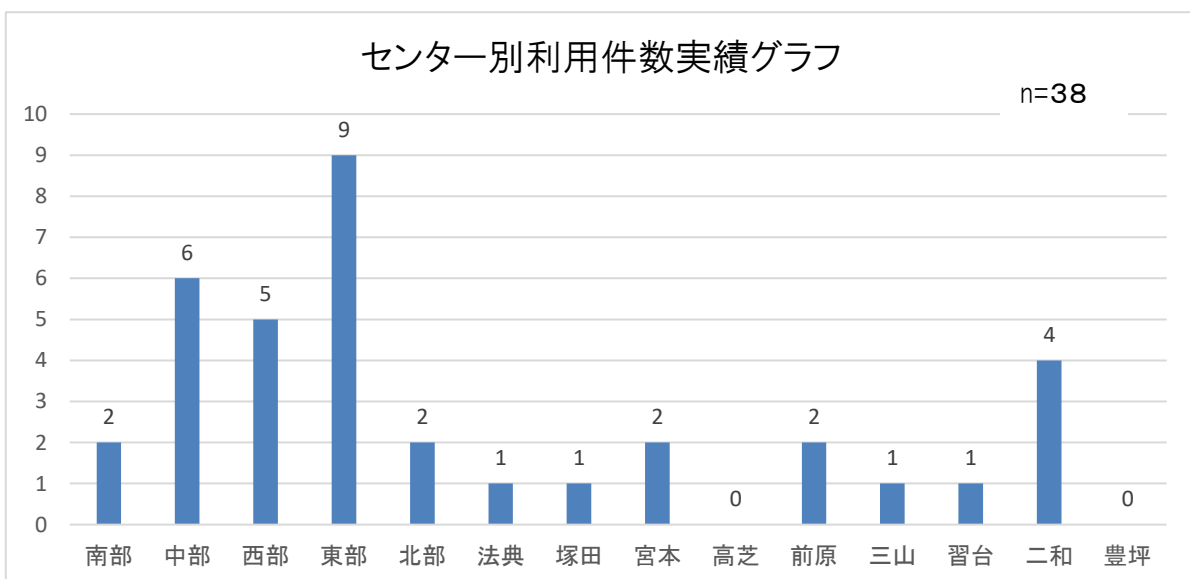
(3) フェイズ別訪問回数

	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	計
アセスメント	23	9	4	36
サービス担当者会議	0	0	0	0
評価	0	2	0	2
計	23	11	4	38



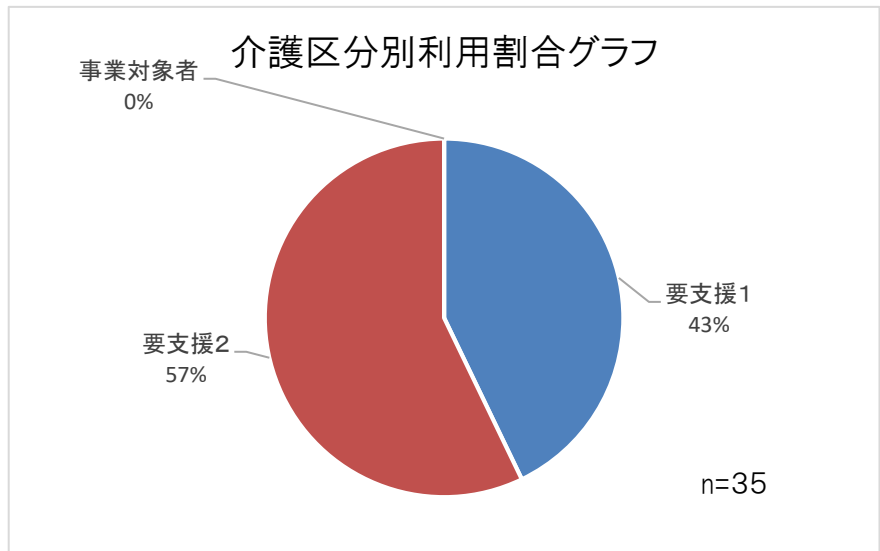
(4)地域包括支援センター別同行訪問数(各フェイズの合計数を表記)

	アセスメント	サービス担当者会議	評価	計
南部	2	0	0	2
中部	6	0	0	6
西部	5	0	0	5
東部	9	0	2	11
北部	2	0	0	2
法典	1	0	0	1
塚田	1	0	0	1
宮本	2	0	0	2
新高根・芝山、高根台	0	0	0	0
前原	2	0	0	2
三山・田喜野井	1	0	0	1
習志野台	1	0	0	1
二和・八木が谷	4	0	0	4
豊富・坪井	0	0	0	0
計	36	0	2	38



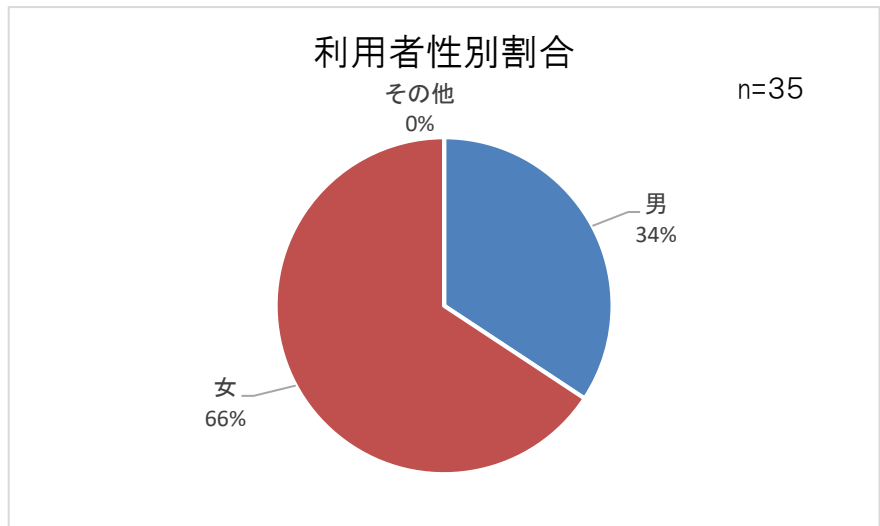
(5)事例要介護度別割合

要支援1	15
要支援2	20
事業対象者	0



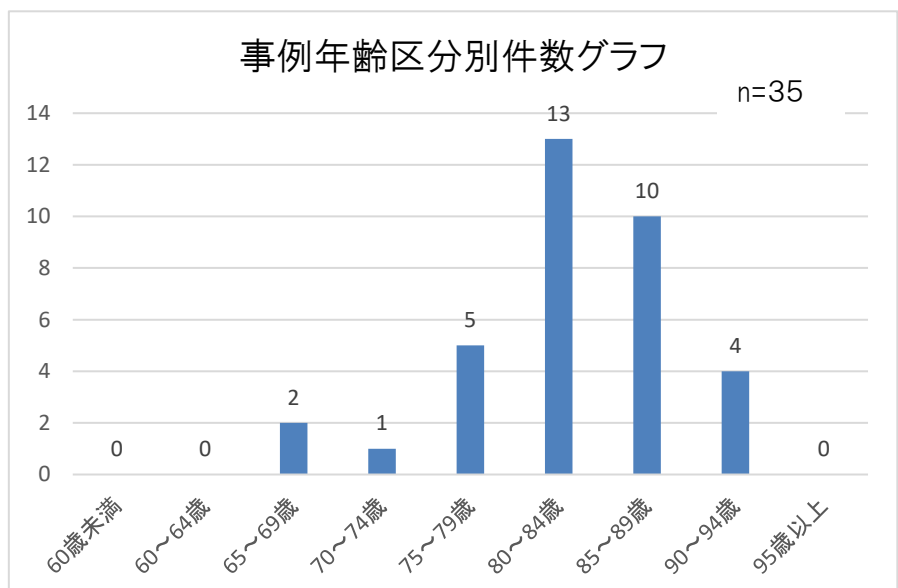
(6)事例男女比

男	12
女	23
その他	0

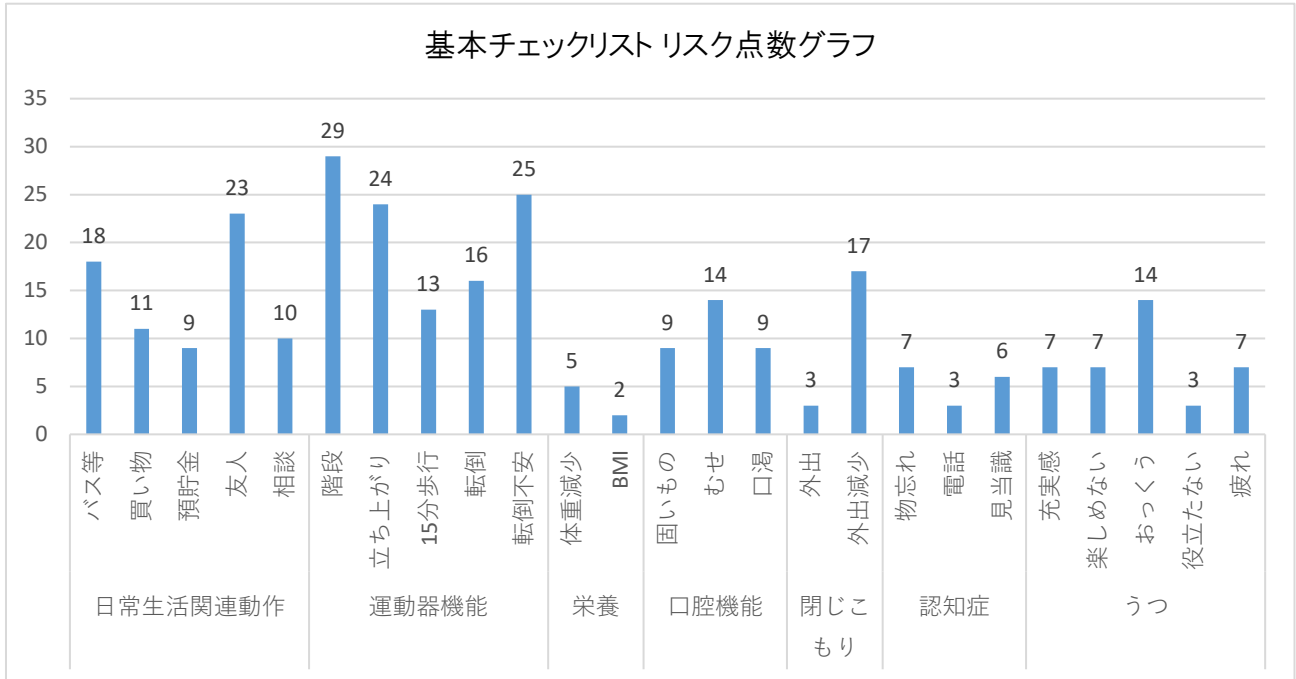


(7)事例年代構成

60歳未満	0
60～64歳	0
65～69歳	2
70～74歳	1
75～79歳	5
80～84歳	13
85～89歳	10
90～94歳	4
95歳以上	0



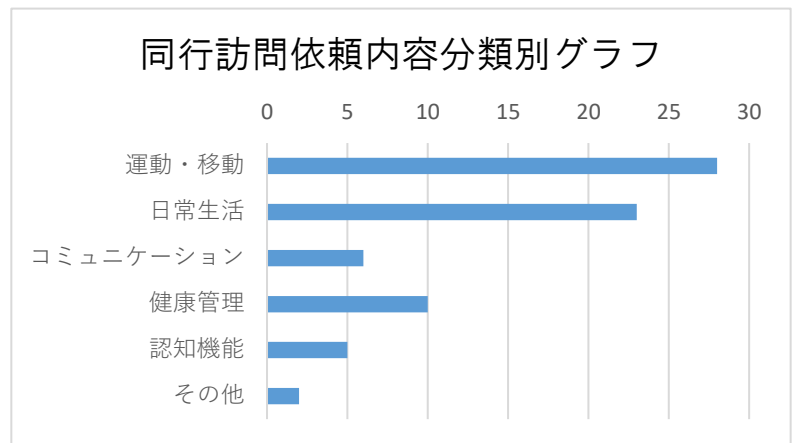
(8)基本チェックリストの状況(基本チェックリストの提出のあったアセスメント31事例について)



(9)フェイズ別依頼項目別件数(複数選択あり)

(アセスメント)

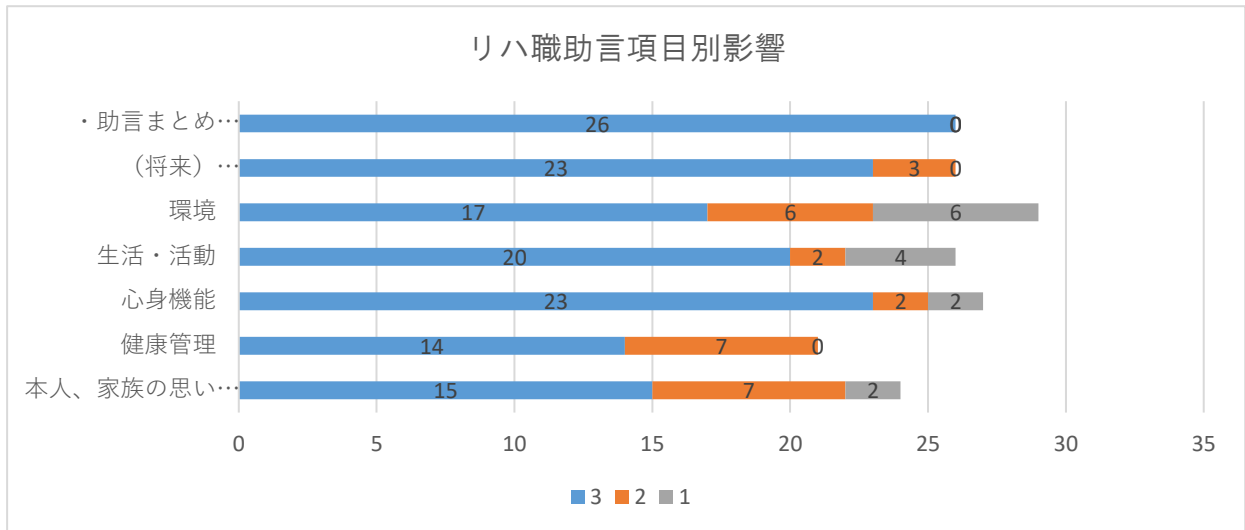
運動・移動	28	37.8%
日常生活	23	31.1%
コミュニケーション	6	8.1%
健康管理	10	13.5%
認知機能	5	6.8%
その他	2	2.7%



(10)リハ職の項目別評価による影響について

	3	2	1
本人、家族の思い・興味関心	15	7	2
健康管理	14	7	0
心身機能	23	2	2
生活・活動	20	2	4
環境	17	6	6
(将来)リスク・配慮点	23	3	0
・助言まとめ ・今後活かせる強み等	26	0	0

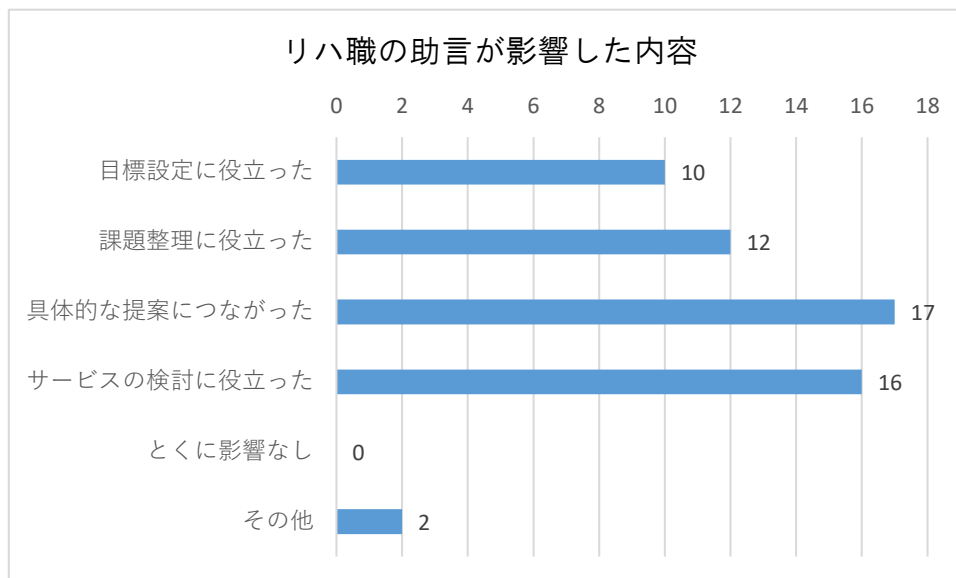
※3:とても参考になった 2:ある程度参考になった 1:少し参考になった



(11) ケアプランへの影響について

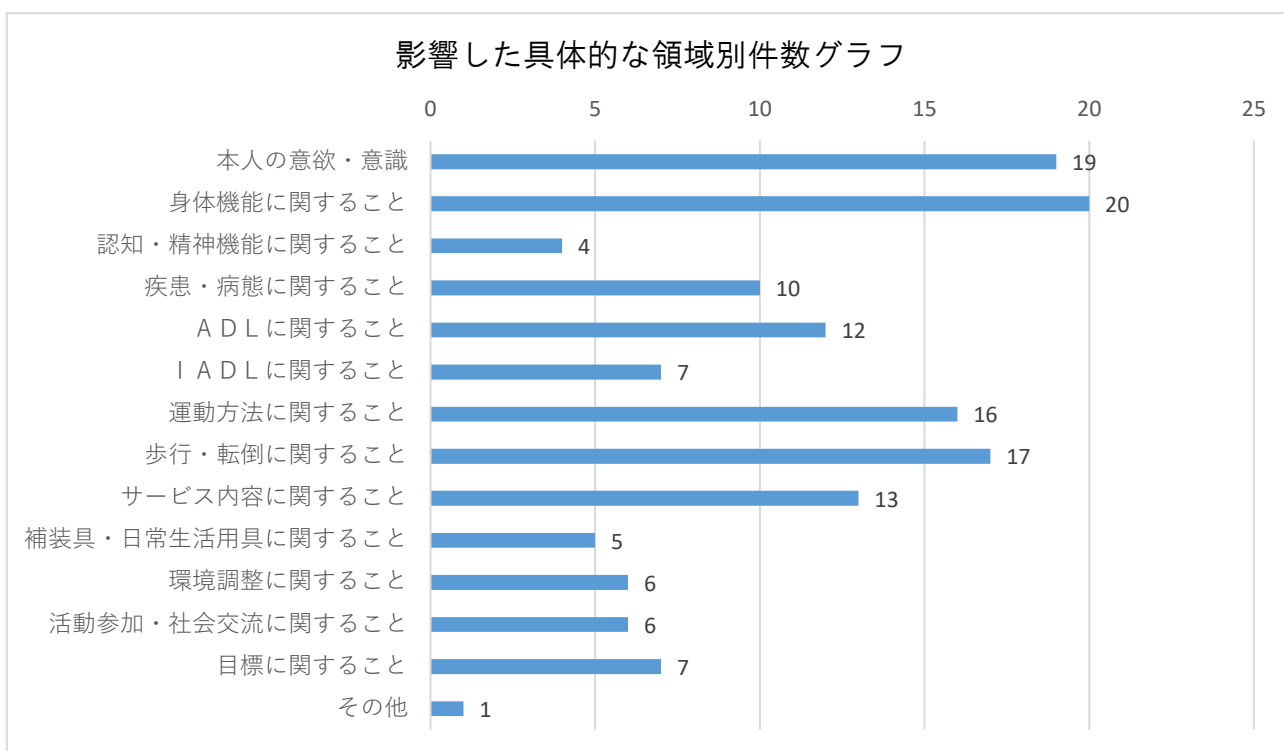
●ケアプランを変更した件数 13件 / 35件中

目標設定に役立った	10	17.5%
課題整理に役立った	12	21.1%
具体的な提案につながった	17	29.8%
サービスの検討に役立った	16	28.1%
とくに影響なし	0	0.0%
その他	2	3.5%



(12)ケアプランへの影響した具体的な領域について

本人の意欲・意識	19	13.3%
身体機能に関すること	20	14.0%
認知・精神機能に関すること	4	2.8%
疾患・病態に関すること	10	7.0%
ADLに関すること	12	8.4%
IADLに関すること	7	4.9%
運動方法に関すること	16	11.2%
歩行・転倒に関すること	17	11.9%
サービス内容に関すること	13	9.1%
補装具・日常生活用具に関すること	5	3.5%
環境調整に関すること	6	4.2%
活動参加・社会交流に関すること	6	4.2%
目標に関すること	7	4.9%
その他	1	0.7%



(13)ケアマネジャーの助言後のケアプランへの反映ポイント(自由記載)の例(抜粋)

- ・ 訪問リハビリの希望が強かったが、専門家に確認してもらったことでサービスの内容を理解でき通所介護に決めることができた。
- ・ 転倒が多い原因として以前手術した背骨にプレートが入っている為、方向転換する時にふらつきが多くなる事が分かった。また、右足の筋力が弱く、特に右足を軸として方向転換等の動作時に

注意が必要であることが分かった。

- ・ 転倒が度々発生していたが本人家族のリスク意識が乏しかったが、同行訪問により浴室の手すりの設置や訪問リハと訪問看護のサービスを導入できた。その後、専門職の定期訪問で具体的な目標設定と歩行器の導入等により転倒予防に繋がっている。同行訪問をきっかけに転倒の原因が分かり転倒予防に繋げることができた。
- ・ 本人の自己リハビリの内容、動作状況を確認することができた。右下肢の筋力が比較的保たれているとの指摘により、本人の希望である「駅まで歩けるようになりたい。」が不可能ではないと思えた。
- ・ 現在のデイサービスを5年利用し続けているが、徐々にからだの傾きも強くなり、腰痛や息苦しさなど不調を訴えるようになったことからサービスの見直しを考えた方がよいのか悩んでいた。今回の同行訪問で、現状のサービス継続にプラスして自宅での自主トレーニングを行えばよいとアドバイスをいただけて、本人にとって最適な答えを見つけることができた。
- ・ 支援を受けることは敗北のように感じていた本人が、同行訪問での説明で支援を受けることで長く元気でいられるという意識になり、歩行器の利用を検討できるようになった。
- ・ レビー小体型認知症という病気について、診断を下した病院から説明があったものの、実感を持って理解するには至っていない様子だったが、具体例も挙げながら病気の説明をいただけて、本人や家族の安心感につながった。
- ・ 本人が回復は「まだまだ」と感じる理由、実際の回復度合いを実感するための方策について教えていただけた。今後もまだ若干の向上が見込まれると分かったことで、次期目標設定に大いに参考になった。
- ・ マットレスからの起き上がりや、庭に下りる動作を確認する事で、生活の中で転倒リスクの高い場面を知る事ができた。
- ・ 本人は整形外科の疾患だと思い込んでいたが、上下肢の筋力の明らかな低下がないことが分かり、今後筋力をつけることに前向きになった。神経内科系の疾患があることに気づき、受診による治療で少しでも改善につながればよい。階段もスムーズに昇降できていた。専門職の助言により本人も前向きになった。
- ・ 本人は、以前から転倒しけがを負う事があり転倒に対する不安が増していたが、ふくらはぎ部の筋力低下を防ぐこと、足首のサポーターより装具を使用した方が転倒防止につながることの指導を受け、整形受診し装具作成の相談をしてくと前向きな発言がでた。
- ・ 階段の昇降状況、洗濯干し場の出入り、便座の高さなど本人の身体状況、今後の身体状況を考慮すると転倒のリスクが高く環境整備の必要性が分かった。
- ・ 医師からの話だけでは本人・妻ともにリハビリは気休め程度と意欲も乏しかったが、ST からのアドバイスで具体的に対処法を知ることができリハビリ意欲が増し、リハ職訪問直後に介護申請し、通所や訪問看護(ST)のリハビリを始められた。

- ・ 本人や息子からの聴取だけでは確認できない運動機能の低下(特にバランス機能の低下)や認知機能低下について具体的に状況を把握することができた。本人自身が自覚している事、自覚できていない事が具体化されケアマネジャーと共に本人自身も気づく良い機会となった。
- ・ パーキンソン病に対する具体的なリハビリの提案と本人の身体機能の評価を丁寧にしていただいたことで、今後アセスメントを録る際の参考になりました。具体的なイメージを掴む事ができた。
- ・ 前任ケアマネジャーからの引継ぎでデイサービスに繋げる事ばかり考えていたが、他の職種による視点により本人の阻害要因を発見できたことが大きかった。会話を通して本人及び長男にも気づきが生まれたのではないかと考える。精神的不安を抱えているケースについては特にコミュニケーションが大切である事を感じた。不安となっている要因を理解し視点を変えアプローチする事が大切であると感じた。
- ・ 本人は教えてもらったストレッチを、翌日から開始しております。自宅でできるストレッチを教えてください、とても感謝していました。
- ・ 介護保険導入時には専門職に対する厳しい意見や要望が多く聞かれ、病院のリハビリを卒業したことへの不満も見られたが、今回の事業に参加し「船橋運動公園のジムに通ってみようかと思う」と前向きな発想転換が出来たことに驚いた。支援者が離れていく不安が強かったようであるが、自分の力で新しい場所を見つけ更なる向上を目指すことにケアマネジャーとして期待を感じた。
- ・ 言葉がはっきりしないものの、原因が何なのか、改善できるものなのか、対処法があるのか、全くわからなかったので、筋力の低下などの原因が分かったことや、少しの筋力低下でも大きな影響が出るのが分かり、状況の理解ができた。本人は全く改善の意欲がないのかと受け取っていたが、わかってはいるが諦めていたという状況がつかめた。
- ・ 専門職からの「毎日十分に身体を動かされています。」という言葉に、笑顔がみられ安心された様子であった。やはり専門職の言葉は信頼感があり、認められることでご本人の自信につながった。
- ・ 利用者の身体状況を把握することができた。(痛みのある個所、体の使い方の特徴、困っていることの改善の見込み、自身の希望への取り組み)。身体状況を踏まえて、これから必要なことを知った。(着替えの動作の練習、自助具、リハビリ、生活の工夫～結ばないネクタイ、ループタイ、利き手交換や便利な道具の利用等)。訪問リハビリの利用を検討するきっかけとなった。
- ・ 実際に関節や筋肉の状態を診ていただいたことで、意外と筋力、特に握力や下肢筋力が維持されたことが分かった。本人・家族は現状把握でき、今後の日常生活行動への気づきとなった。
- ・ 本人から痛みや疲労の訴えがいつもあり、どうしたら良いのか悩んでいたが、その要因や解決方法について知ることができた。
- ・ 本人の普段の姿勢が気になっていたが、パーキンソン症候群であることが分かった。また、本人のリハビリに対する意識や負けず嫌いな性格だったことが分かった。予後予測の助言は具体的で今後のプランを考えていく上でとても参考になりました。

以上