

令和5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5年度の活動実績状況について(令和5年4月～令和6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 : 20回 (年度検討会議開催予定数:24回)

(2)検討事例数 : 30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等事例提供数

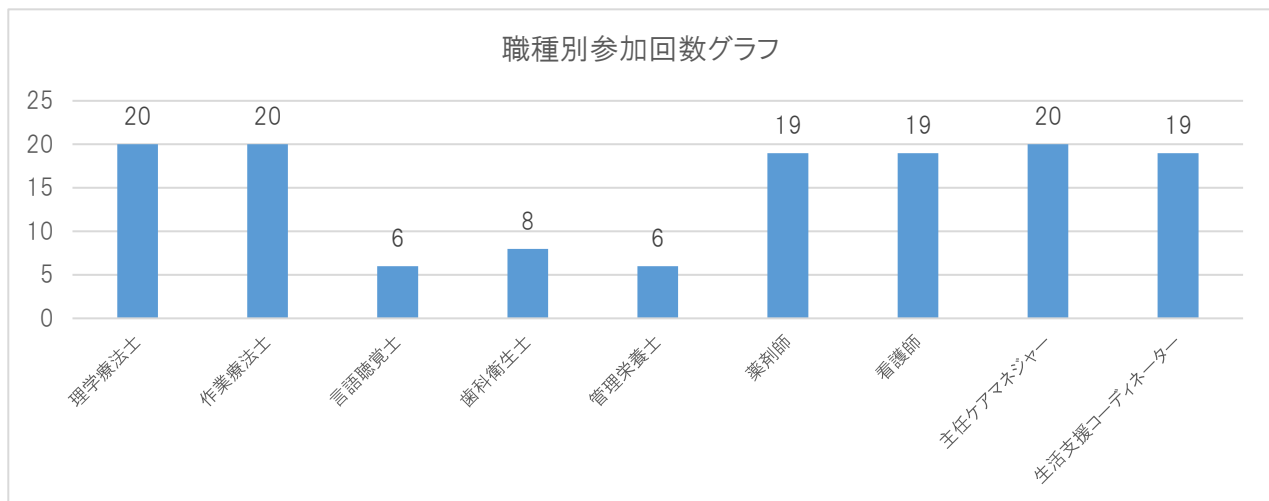
中部:2事例(センター2)／東部:2事例(センター2)／西部:1事例(センター1)／
南部:1事例(センター1)／北部:3事例(センター2、居宅1)／
高芝:3事例(センター2、居宅1)／前原:3事例(センター2、居宅1)／
習台:3事例(センター2、居宅1)／三山:2事例(センター1、居宅1)／
法典:3事例(センター2、居宅1)／塚田:3事例(センター2、居宅1)／
宮本:1事例(センター1)／二和:1事例(センター1)／豊坪:2事例(センター1、居宅1)

※「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	20
	作業療法士	20
	言語聴覚士	6
	歯科衛生士	8
	管理栄養士	6
	薬剤師	19
	看護師	19
	主任ケアマネジャー	20
	生活支援コーディネーター	19
		※同時に複数名参加

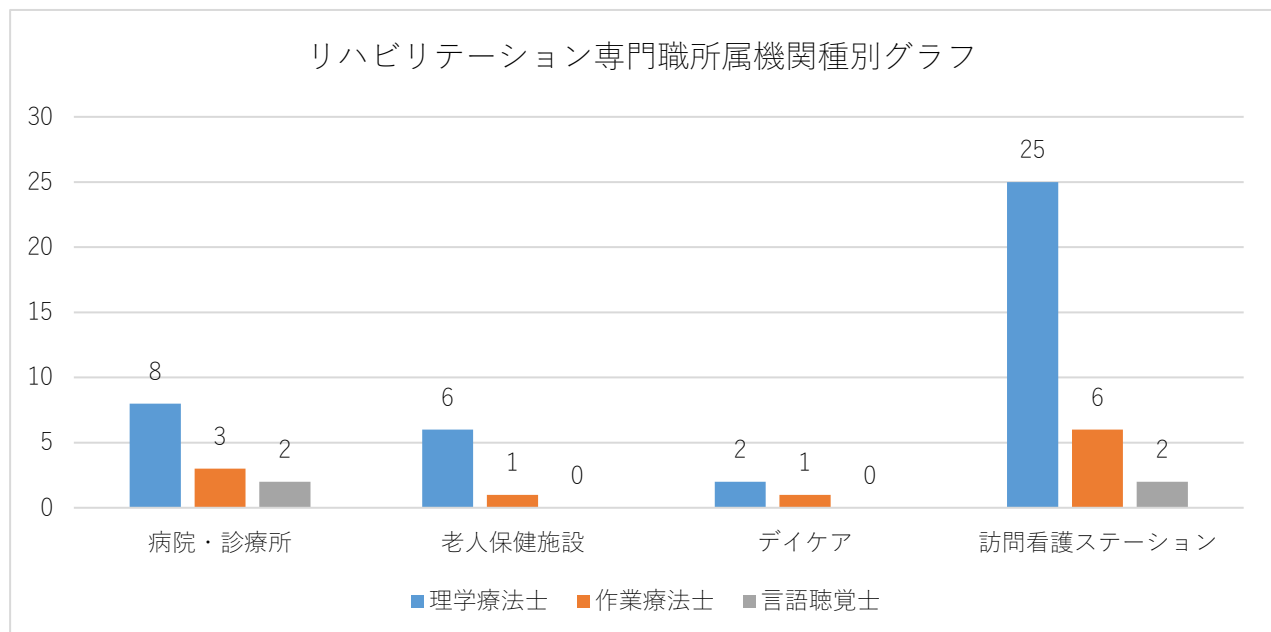
※令和4年度より、看護師(保健師)及び主任ケアマネジャーの助言者を外部機関に依頼。
また、社会福祉協議会より生活支援コーディネーターが助言者として参加。



(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	8	3	2
老人保健施設	6	1	0
デイケア	2	1	0
訪問看護ステーション	25	6	2
計	41	12	4

※事業協力者57人



※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	4名
主任ケアマネジャー	: 船橋市介護支援専門員協議会	9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	5
③その他	7

(7)事例検討を行うにあたり、介護支援専門員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】

- 足の痛みと気分低下を和らげていくために、何をしていけばよいのか。以前の様に趣味活動を楽しみながら一人暮らしを継続できるようにするためには、今のままのサービスで良いのか、他に支援出来る事はあるのか。
- 昨年夏は体調を崩している為、体力をつけてほしい。バランスの良い食事方法や適度に体を動かす必要性をわかりやすく伝える方法と、電子レンジを安全な場所に移動する気持ちになってもらう為の助言を受けたい。
- パーキンソン病や糖尿病等の経過観察を必要とする病気を患っている事から、ケアマネジャーとしてはデイケア等のサービスを利用して娘以外の人の介入が必要と感じている。
今後、どのようにアプローチしていけば良いか助言をいただきたい。
- 本人の寂しさが軽減できるようなサービス、援助があれば、紹介してほしい。現在の支援は、訪問看護と傾聴のみ。今後、本人のために、情報収集でどのような情報を得ていけばいいのか。

【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】

- 脳梗塞再発防止のために気を付けること。バランスの良い食事をとるためにはどうしたらよいのか？
定期的な運動を続けたいが、うつ状態になり通リハに通えなくなった時の対応について。
- 歯医者への定期受診に行かなければという気持ちがあるが、優先順位が一番後回しになる。
気を付けることがあるか？1日2～3回歯ブラシで5分くらい磨いている。自歯は20本奥歯がない
- 膝関節手術が予定された場合に、術後経過でサービス変更を考えていきたいが、術後にどこに注目をして支援をしたらいいのか助言を受けたい。

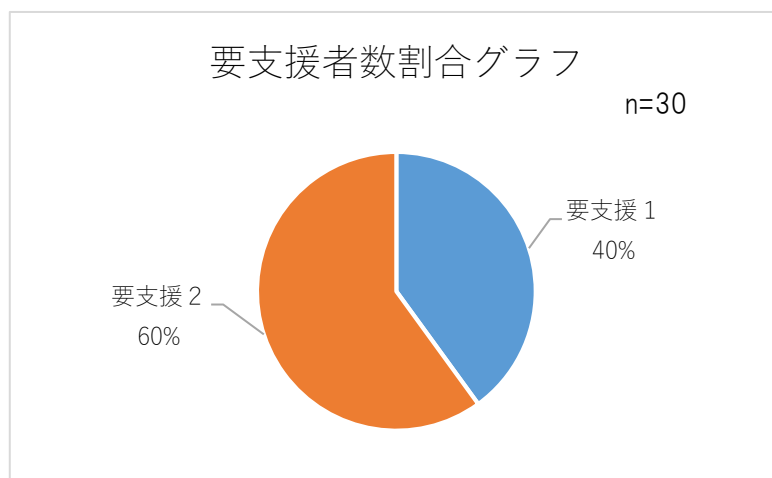
【③その他】

- 専門職からみた各分野ごとの自立支援のポイントについて
- 要支援者のゴミ出しについて活用できる地域資源はどのようなものがあるか
- ご本人が負担感なく取り入れやすい方法で食生活を改善していく方法について

○施設に入らずに、今の家で住み続けるためにどのような支援ができるか。主は16年間保育幼時教育に携わり、夫の教会の手伝いも行っていた。お話し好きで、訪問時もせきを切ったように、話をされた。今は閉じこもりがちのように見えるがA氏の持ち味を生かした、生活の提案はあるか。

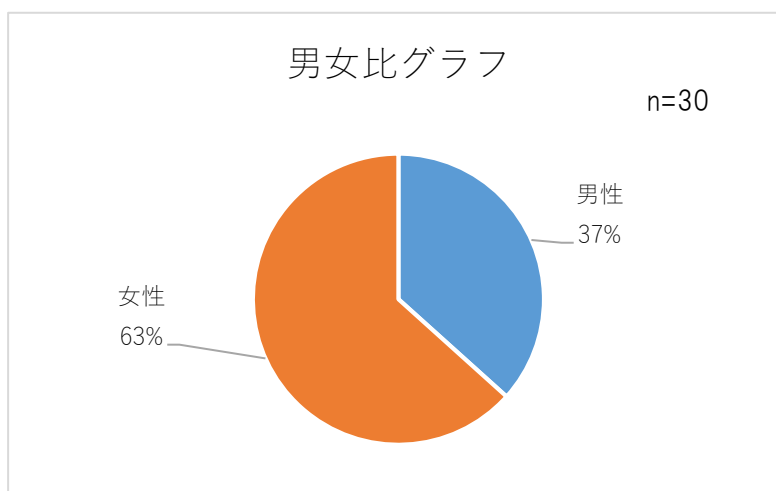
(8)介護度別数(事例数)

要支援1	12
要支援2	18
計	30



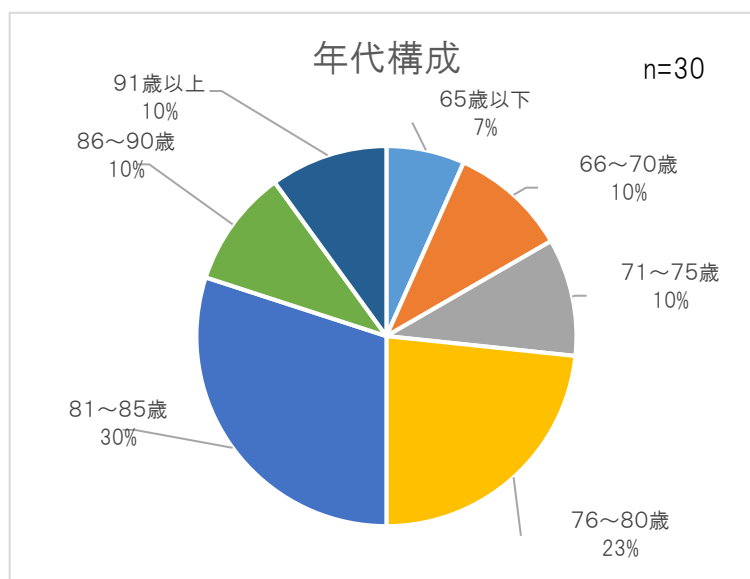
(9)男女比(事例数)

男性	11
女性	19
計	30



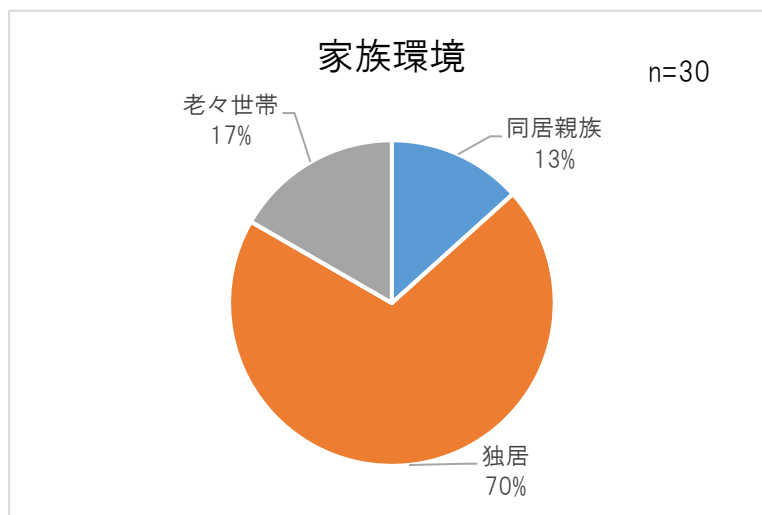
(10)年代構成(事例数)

65歳以下	2
66～70歳	3
71～75歳	3
76～80歳	7
81～85歳	9
86～90歳	3
91歳以上	3
計	30



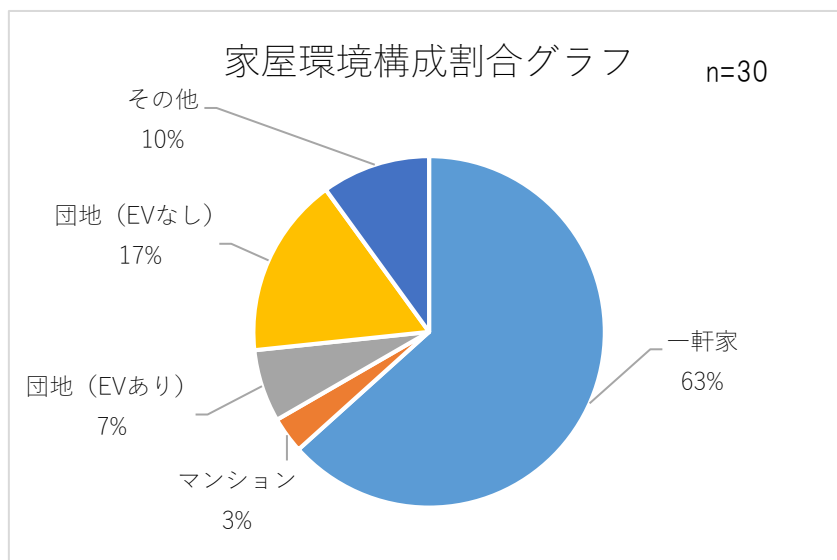
(11)家族構成(事例数)

同居親族あり	4
独居	21
老々世帯	5
計	30



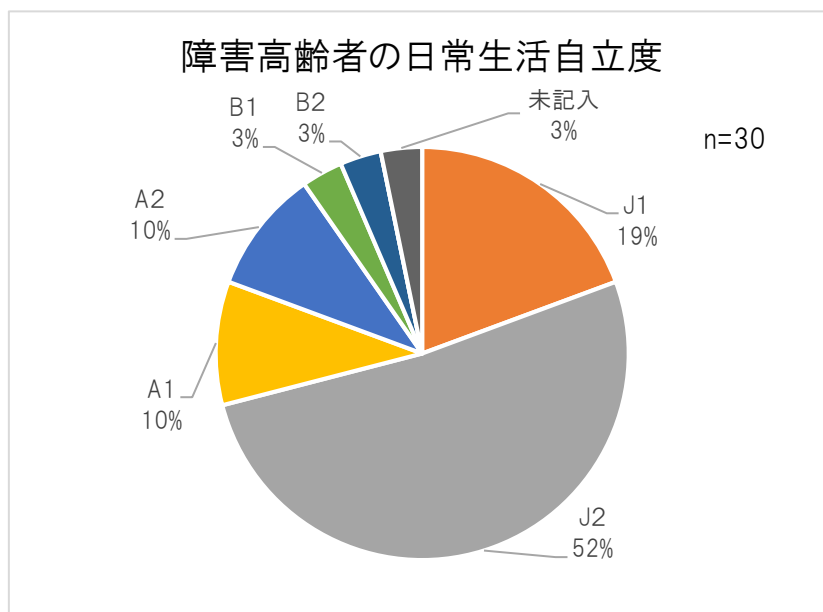
(12)家屋環境(事例数)

一軒家	19
マンション	1
団地(EV あり)	2
団地(EV なし)	5
その他	3
計	30



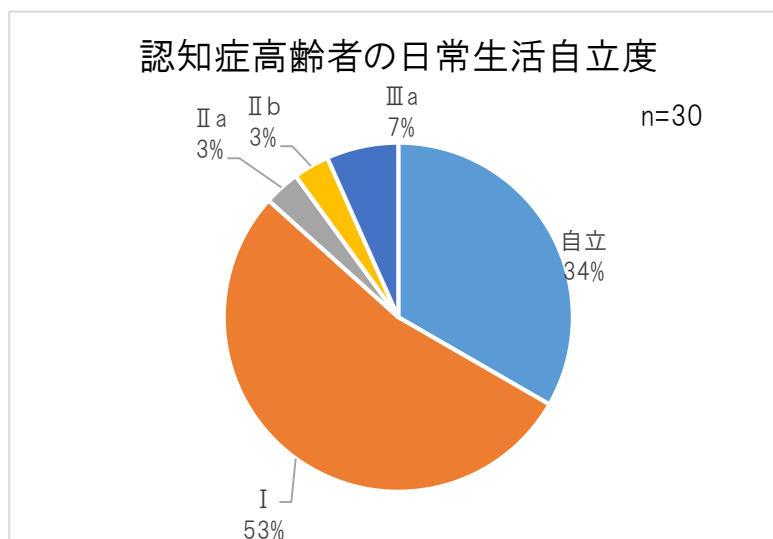
(13)障害高齢者の日常生活自立度

自立	0
J1	6
J2	16
A1	3
A2	3
B1	1
B2	1
C1	0
C2	1
合計	30



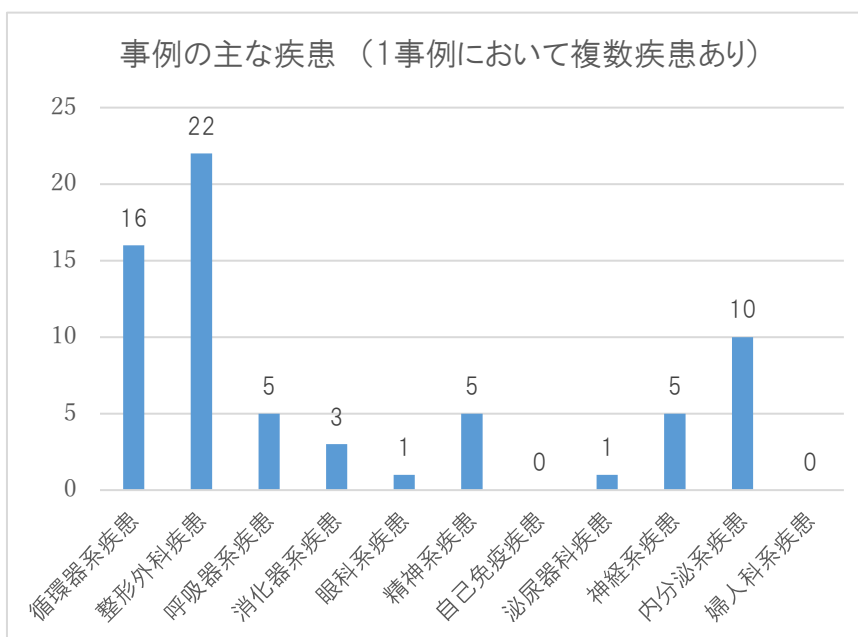
(14) 認知症高齢者の日常生活自立度

自立	10
I	16
II a	1
II b	1
III a	2
III b	0
IV	0
M	0
合計	30



(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	16
整形外科疾患	22
呼吸器系疾患	5
消化器系疾患	3
眼科系疾患	1
精神系疾患	5
自己免疫疾患	0
泌尿器科疾患	1
神経系疾患	5
内分泌系疾患	10
婦人科系疾患	0
合計	68

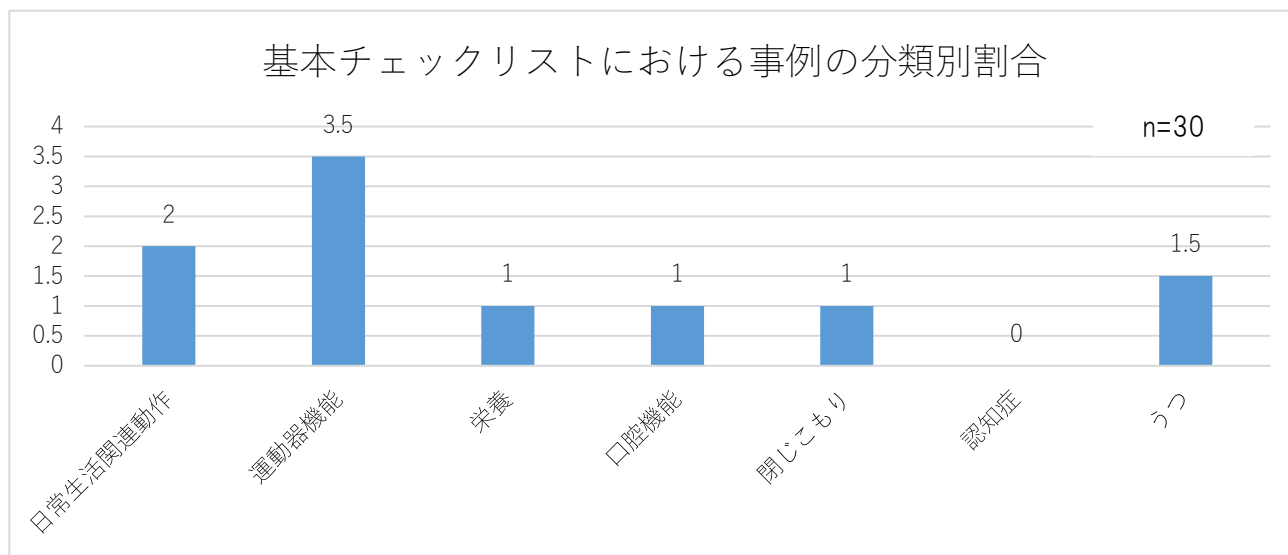


◎主な疾患: 高血圧、変形性関節症(膝・腰部)、糖尿病、骨粗鬆症、脳梗塞後後遺症他

(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)

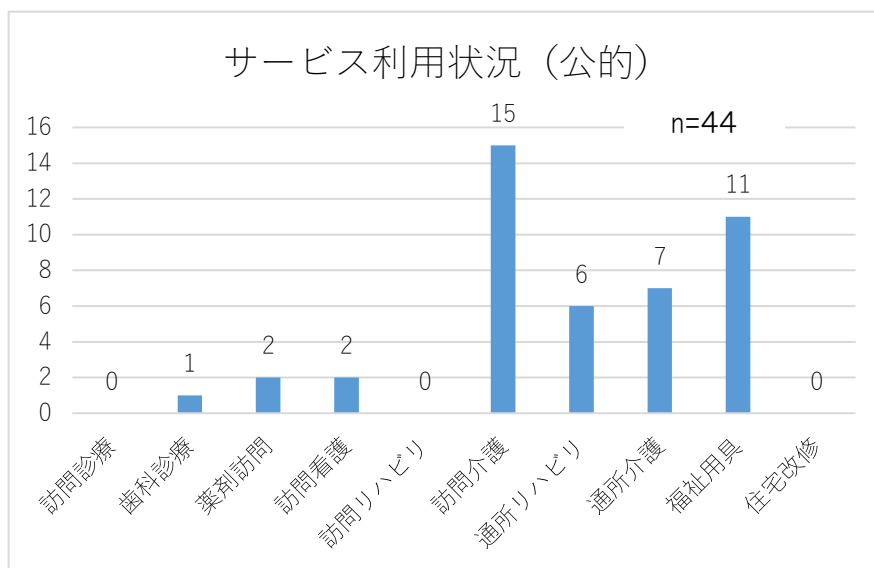
※下記グラフにおいては、各項目における対象者の平均値。



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」、「うつ等精神項目」の項目の該当箇所が多い。

(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

訪問診療	0
訪問歯科	1
訪問薬剤	2
訪問看護	2
訪問リハ	0
訪問介護	15
通所リハ	6
通所介護	7
福祉用具	11
住宅改修	0
合計	44



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	3.5	1	1	1	0	1.5

(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(塚-10)

現状の病態に対して、禁忌の動作などあった場合に本人が理解しているか、また自己メンテナンス(セルフケア)をできるか確認できるといい。それらの評価にはリハ職の関わりの機会が得られるといい。腰ベルトを使用しているようだが、痛み止め薬の服用含め、痛みが生活動作や精神面に影響がないかも確認できるといい。体が大きいので腰ベルトの着用状況も。

作業療法士(北-30)

自律神経失調症があるので、日常生活の中で不眠やアルコール、カフェインの多量摂取などめまい等の症状への影響の有無を確認できるといい。2年前の主治医意見書の下肢筋力の低下や記憶について記載がある。通常の筋力測定では出てこない、筋持久力やバランス能力、体力の部分も総合的に評価ができるといい。買い物の実現に向けて評価できるといい。本人の希望、目標を具体的な行動にして、実現、支援していく上で、リスクをしっかりと評価できるといい

言語聴覚士(北-30)

高次脳機能評価でSTが関わるといいと思う。(実際は通所とデイサービスの併用不可の為、現状は困難)。しかし、「言葉が出づらい」が主訴の場合、検査値が良くても実際はレビー小体型認知症やアルツハイマー病ということも少なくない。この先、症状が続くようであれば物忘れ外来の受診も選択肢だと思う。

歯科衛生士(高-10)

基本 CL では口腔乾燥のみで問題ないと思われるが、誰も口の中をチェックしていない現状だと思うので、できれば歯科受診してほしい。もし歯の治療が必要になると糖尿病も進んでいるので口の中の常在菌により感染しやすくなり、傷が治りにくい状態である。どこかのタイミングで歯科受診をして早期に口腔内を整えておかないと、好きな食事も摂れなくなると思う。

管理栄養士(塚-10)

鬱になりにくい栄養素として、オメガ3や葉酸、鉄などがある。ただ単一の栄養素ではプラスにならない。同じようなものを食べているようだが、日本食(魚、野菜、大豆など)をバランス良く食べると精神面の安定につながる可能性がある。

食事内容は確認して、否定せず導いていきたい方向に促していけると思う。

薬剤師(北-30)

プロマゼパムは脳器質的障害のある者には作用が増強する副作用があるため、転倒前と転倒後で処方内容に差があったのか気になった。言葉が出来にくいことや集中力の低下等の訴えを東船橋病院脳外科の医師には伝えていると思うが、メンタルクリニックに伝わっているか。脳外で問題ないとしても心療内科的な要因があるかもしれない。めまい症状が器質的な要因からくるものか、不安感の影響があるのかなど心療内科で精査した方がいいと思う。

看護師(高-10)

本人にとっては楽しそうに暮らしているように見える。インスリンをきちんと打っているのは偉いと思う(←一時、一包化の提案があったが費用がかかり現状で対応している)

この先、足指を壊死で落とすことになるかもしれないが、糖尿病の人は痛みがないため指を落としても懲りずさらに指を落とすことがある。

本人が助言に応じないということは本人の意思表示でもあるので良いことだと思う。先々を考えられないのであれば、気持ちを聞きつつ半強制的にサービスを入れることも必要だと思う。現状から考えると血管が詰まるなどお金には変えられない様々な二次障害のリスクがある。

主任介護支援専門員(塚-10)

同じような事例を持っている。訪問看護とリハを導入しているが訪問看護の人も合う合わないがある。また、訪問時の状況によって、バイタルの確認のみの行なったり、訪問入浴を行なったり臨機応変に対応している。目標を本人の発言から設定し、行く行かないを繰り返し、実現まで2年かかった。訪問看護は自立支援医療の対象にもなると思う。

生活支援コーディネーター(高-10)

高根台 5 丁目の団地はとても古く、部屋も階段も狭い。船橋アリーナに近い場所だと思うが、アリーナは障害手帳があると入浴やジムが使える。(手帳は未取得)趣味等の要望があれば何か提案ができるが、このケースにそのような情報がないため提案が難しい。

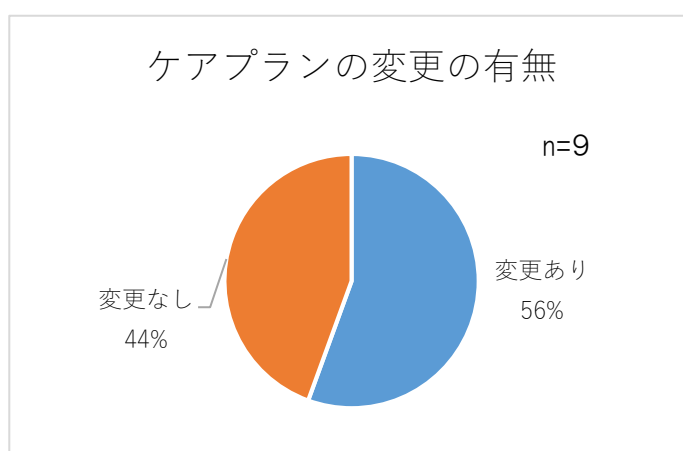
(19)検討会議後の評価について

検討会議におけるケアマネジャーへの影響項目(令和5年度 令和6年2月1日現在)
(評価実施分 n=9)

<ケアプランへの影響内容>

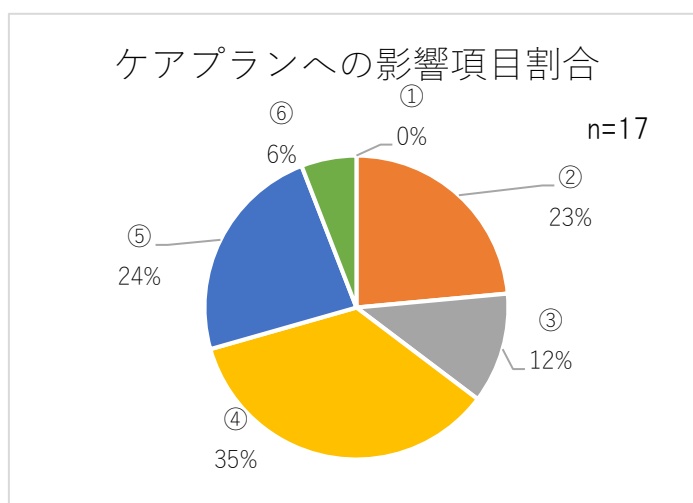
①ケアプランの変更の有無

有	5
無	4
合計	9



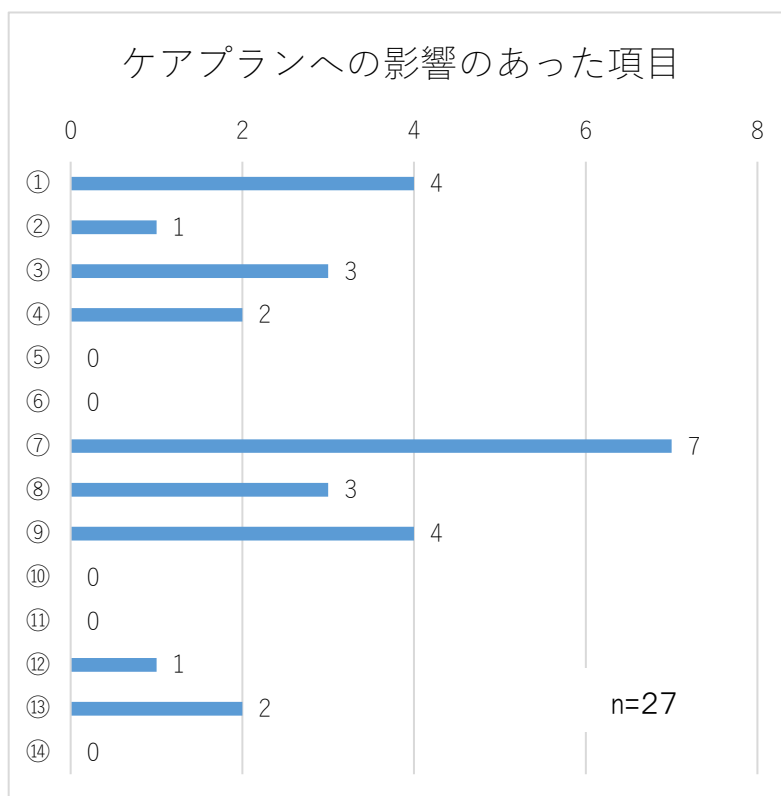
②ケアプランへの影響項目※複数回答

①特に影響はなかった	0
②ケアプランの目標設定	4
③領域における課題	2
④具体策の提案	6
⑤サービスプラン	4
⑥その他	1
合計	17



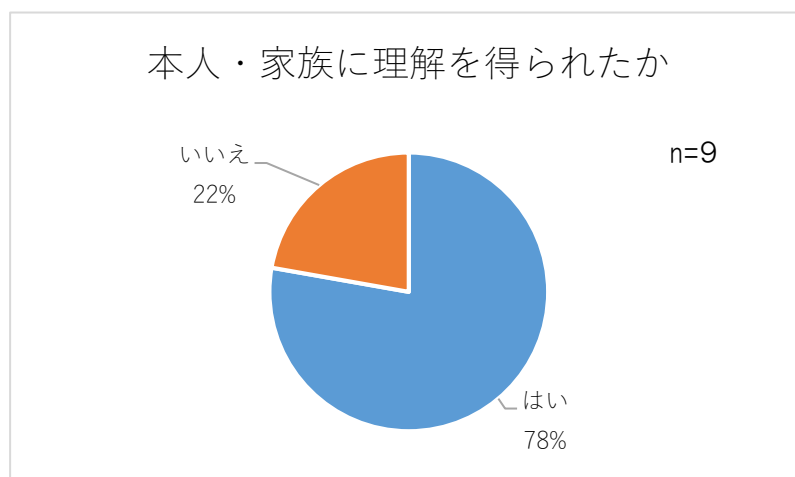
③ケアプランへの影響のあった領域 ※複数回答

①本人の意欲・意識	4
②身体機能	1
③認知・精神機能	3
④疾患・病態	2
⑤ADL	0
⑥IADL	0
⑦運動方法	7
⑧歩行・転倒	3
⑨サービス内容	4
⑩補装具・日常生活用具	0
⑪環境調整	0
⑫活動参加・社会交流	1
⑬目標	2
⑭その他	0
合計	27



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	7
いいえ	2
合計	9



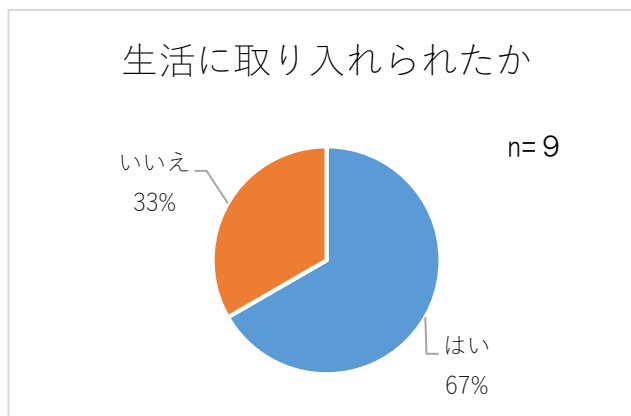
<理解してもらえなかった理由>

○助言内容はケアマネに対するアドバイスが主だったため

○整形外科への受診継続が、気候と交通手段が困難な為出来なかった。

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	6
いいえ	3
合計	9



＜生活に受け入れられた理由＞

- 整形外科受診について：今は腰の痛みはないとのことなのでご本人は整形外科受診の必要性を感じていない。今後の状態により必要時に受診を勧める。自転車を押して歩くことは腰には良くないことを伝えているが、今は外出の大事な手段になっている。歩行状況を確認しタイミングをみて受診や福祉用具の利用を勧めていく。
- 訪問看護について：現在、精神科受診は継続されているが薬はなくなった。状態が改善傾向にあるので、今提案するとかえって不安を煽ることになると思われる。今後鬱再発の兆候がある時に勧める。「頑張り過ぎない」ことは大切なのでご本人にお伝えした。生活や心身状況を確認していく。
- 頑張り過ぎている生活をしていないかの確認を(CMが)心掛けるようになった。今のところ好きなことをすることが意欲に繋がっているので、ご本人には頑張り過ぎている意識はない。今後も無理をし過ぎていないか、十分に休めているかに留意していく。
- 歩行器の使用状況を確認。踏切横断には大きな問題はなかったが、道路が平でないため方向修正に苦労していることがわかった。ご本人はそのうちに慣れると思っている。歩行や転倒防止のための訪問リハビリについては今後考えたいとの意向。
- 朝食にトマトなど簡単な物を足すことにされた。スイミングと食事で血糖値が下がっていると聞く。
- 助言をもとに支援を展開予定であったが1月途中で些細なきっかけで本人が急にサービスを拒み、プランの変更を求めてきた。事業所の変更も含め新しいプランの準備を進めたが、本人の意向が度々変わって次のプランが発生することなく、3月末に期末評価するに至った。その後も本人から支援再開の希望があったものの、具体的に調整をしようとする理由をつけて拒まれ、支援の終了を告げるとそれを嫌がってサービスを使いたいと主張されるので、本人の病院での検査結果を待って5月の連休明けに結論を出すことにした。その間に認知症初期集中事業も利用し、介入できるタイミングを待つように、重複医療については医療側の判断なので支援者が一生懸命に説明しなくても良いのではというアドバイスを受けた。5月9日に本人と電話で話し、今現在は支援不要とのことと対応に区切りをつけ、再び本人から訴えがあるなどのきっかけを待つこととした。ケ

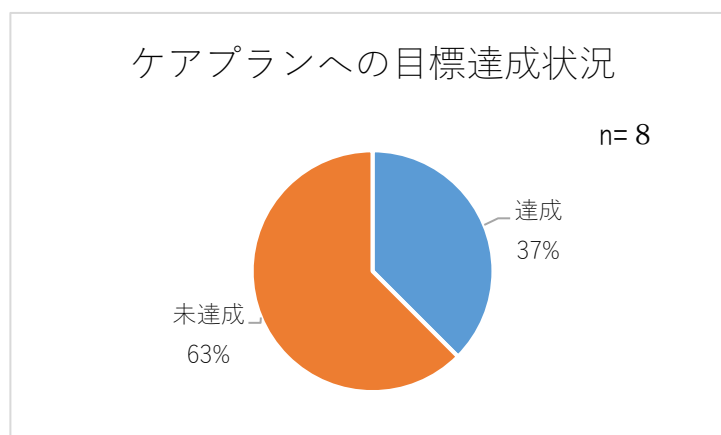
アマネジャーの関わり方としては助言を得て焦らずに対応できている。

- 通所リハビリに通うことが楽しみになり、前向きに生活できるようになった。歯医者に行く必要性は理解されており少し涼しくなったら行く予定だった。食事でも柔らかい物だが生協を利用してバランスよく食べるように気を付けていた。酷暑のため回数は少なかったが一人で買い物に行くことが出来ていた。
- 長年痛みと付き合いながら努力して生活されており、看護師として働いていたため自身の病気については理解されているが家族の支援もなく、また、コロナ禍で友人との交流もなくなったことで本人の孤独を感じるとの話があり、1対1で寄り添う必要を感じ、訪問リハビリサービスを週1回導入した。自宅で出来る運動メニューの指導も受け、一覧表にして記入したことで習慣になっている。アシスト付歩行器に表示される歩行距離の記録も行うことで意欲向上に繋がっている。サービス事業所の担当者や友人にプレゼントするという目的を明確にし、刺し子も再開できている。
- 1, 大腿金筋ストレッチ。背筋を伸ばし両足上下に開き、軽く両膝を曲げる。
10回×3セット毎日
2, 3ヶ月1回歯科受診し入れ歯や歯石等定期受診している。
食事は食べ過ぎず煮物中心に献立している。
- 整形外科受診について：今は腰の痛みはないとのことなのでご本人は整形外科受診の必要性を感じていない。今後の状態により必要時に受診を勧める。自転車を押して歩くことは腰には良くないことを伝えているが、今は外出の大事な手段になっている。歩行状況を確認しタイミングをみて受診や福祉用具の利用を勧めていく。
- 訪問看護について：現在、精神科受診は継続されているが薬はなくなった。状態が改善傾向にあるので今提案するとかえって不安を煽ることになると思われる。今後鬱再発の兆候がある時に勧める。「頑張り過ぎない」ことは大切なのでご本人にお伝えした。生活や心身状況を確認していく。
- 心身状態と生活状況の再確認と病気に対する理解度、意向確認を行った上で、サービスの変更を提案した。薬の準備や確認の手間や飲み忘れを減らす為に薬の服薬方法の変更を依頼した。
- 整形外科で受けているリハビリ内容について把握するため、リハビリテーション総合実施計画書を確認したが、具体的な記載はなかった。また、訪問看護計画書についても確認することは出来なかった。しかし、訪問看護スタッフと連絡調整し、整形外科でのリハビリ状況確認の上、自宅でもできる体操訓練を行っていただくことにした。デイサービスでも膝の状態を見ていただきながら個別運動訓練を行ってもらった。整形外科でのリハビリは中断したが、膝の状態と歩行状態や活動内容は同じ80代の中では機能維持されており、本人の悪くなりたくないという意欲がある方なので、継続できる方法で機能維持向上が図れるよう支援を行うことにした。

- 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

⑥ケアプランにおける目標達成状況について（※複数目標あり）

達成	3
未達成	5
合計	8



<目標の達成内容>

- 今よりもいい姿勢で歩けるようになる。
- 人と会い楽しめる時間をもち明るい気持ちで過ごす。
- 体調や天気がいい日は近所の散歩 15 分を継続する。

<目標の未達成内容>

- 家族と外食に行ける
- 歯科に定期検診に行く
- 筋力がつき、友人のところまで杖を使わずに行く。
- 身体の痛みや冷感等に配慮しながら定期的に運動する機会を作り、筋力・体力を向上させる。
- 転倒を予防しながら安全に移動し、一人で活動できる範囲を広げる。

2. リハビリテーション専門職の同行訪問

(令和5年4月1日～令和6年1月31日)

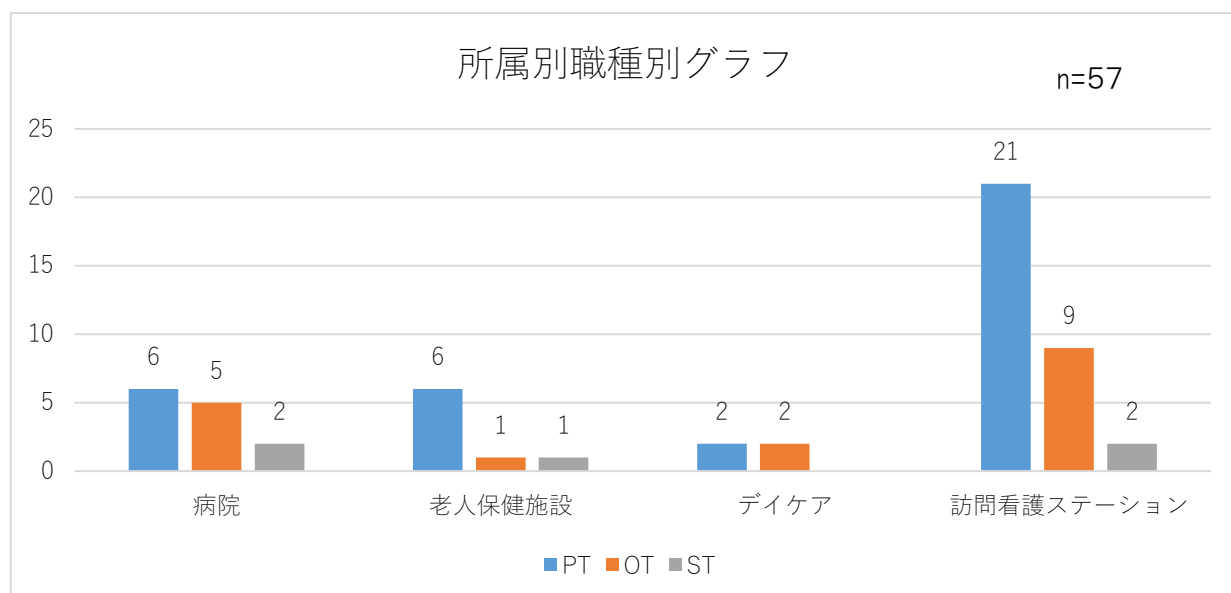
(1) 助言者 事業種別ごとの同行依頼数(事業登録数)

事業協力登録機関17機関中、同行訪問事業協力機関15機関

リハ職事業登録者65名(PT41、OT19、ST5)中、同行訪問事業協力登録者57名(PT35、OT17、ST5)

	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士
病院・診療所	6(10)	5(5)	2(2)
老人保健施設	6(6)	1(1)	1(1)
デイケア	2(2)	2(2)	0
訪問看護ステーション	21(23)	9(11)	2(2)
計	35(41)	17(19)	5(5)

※()内、事業協力登録者数



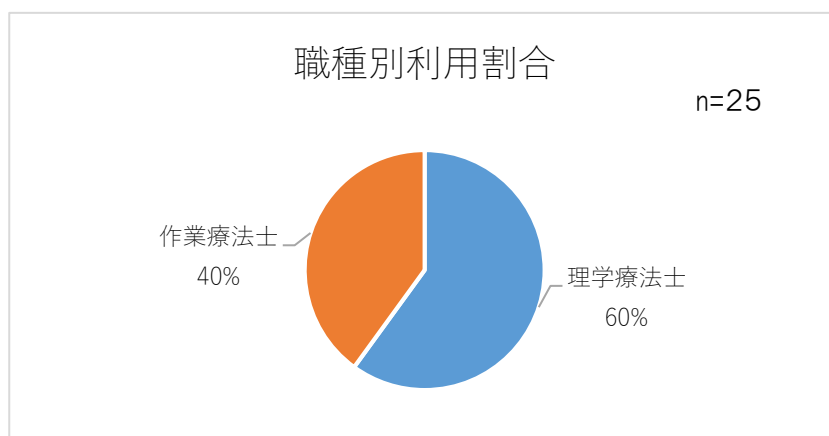
(2) 訪問件数

事例数	訪問件数	(内、検討会議経由)
25	28	2

※訪問事例1人は2回アセスメント訪問あり。

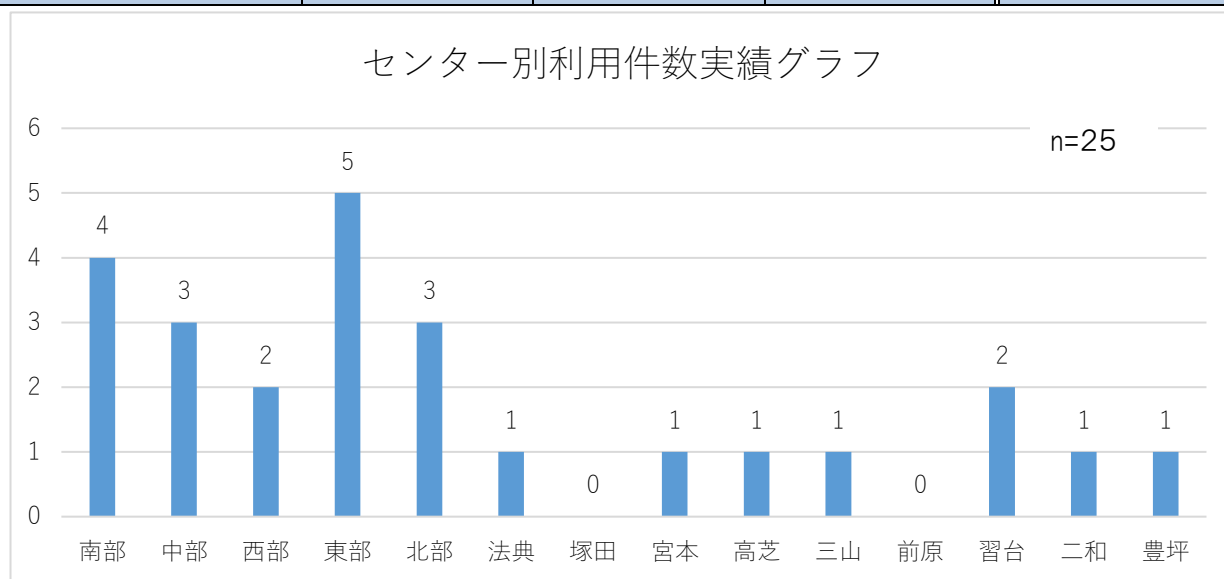
(3) フェイズ別訪問回数

	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	計
アセスメント	15	10	0	25
サービス担当者会議	0	0	0	0
評価	2	1	0	3
計	17	11	0	28



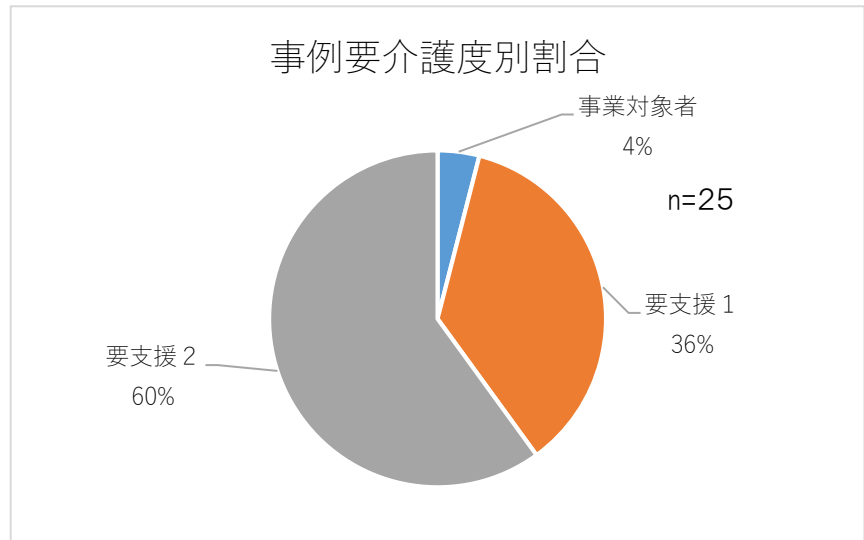
(4)地域包括支援センター別同行訪問数(各フェイズの合計数を表記)

	アセスメント	サービス担当者会議	評価	計
南部	4	0	1	5
中部	3	0	0	3
西部	2	0	0	2
東部	5	0	2	7
北部	3	0	0	3
法典	1	0	0	1
塚田	0	0	0	0
宮本	1	0	0	1
新高根・芝山、高根台	1	0	0	1
前原	1	0	0	1
三山・田喜野井	0	0	0	0
習志野台	2	0	0	2
二和・八木が谷	1	0	0	1
豊富・坪井	1	0	0	1
計	25	0	3	28



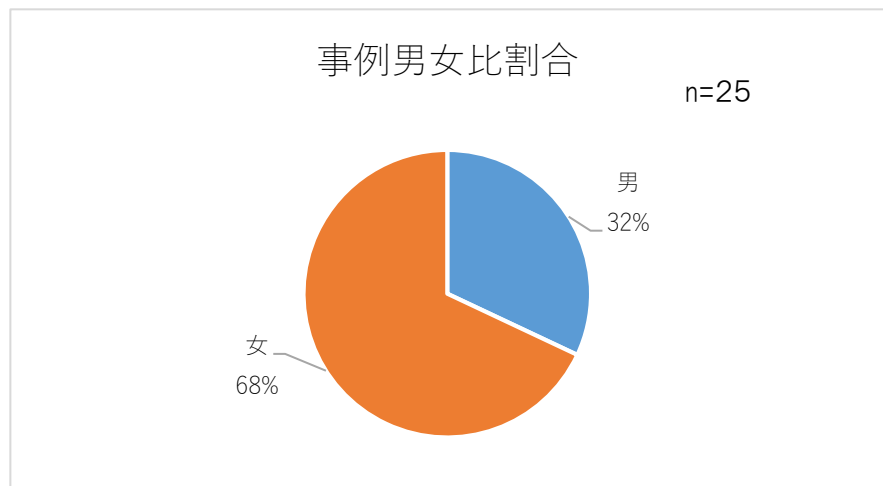
(5)事例要介護度別割合

事業対象者	1
要支援1	9
要支援2	15



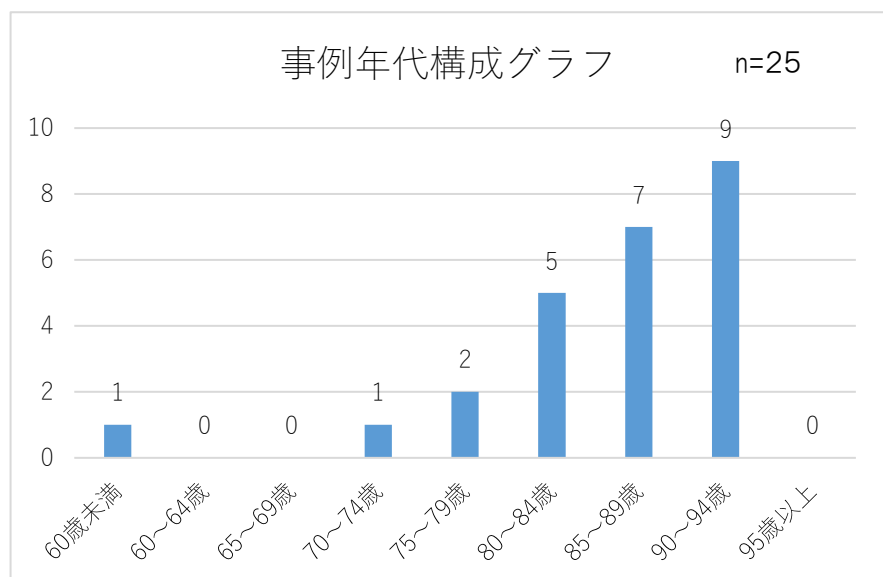
(6)事例男女比

男	8
女	17

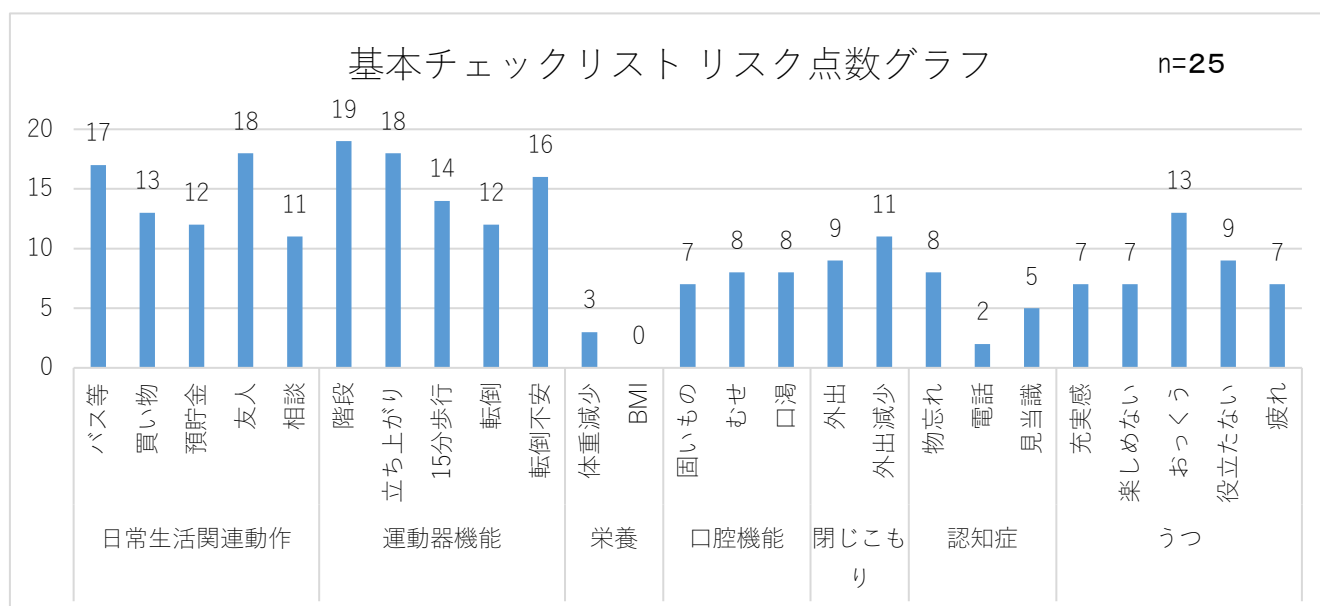


(7)事例年代構成

60歳未満	1
60～64歳	0
65～69歳	0
70～74歳	1
75～79歳	2
80～84歳	5
85～89歳	7
90～94歳	9
95歳以上	0



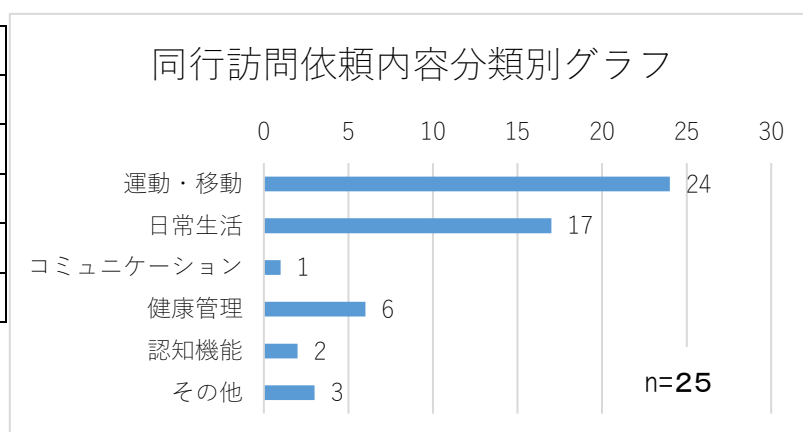
(8)基本チェックリストの状況(基本チェックリストの提出のあったアセスメント25事例について)



(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)

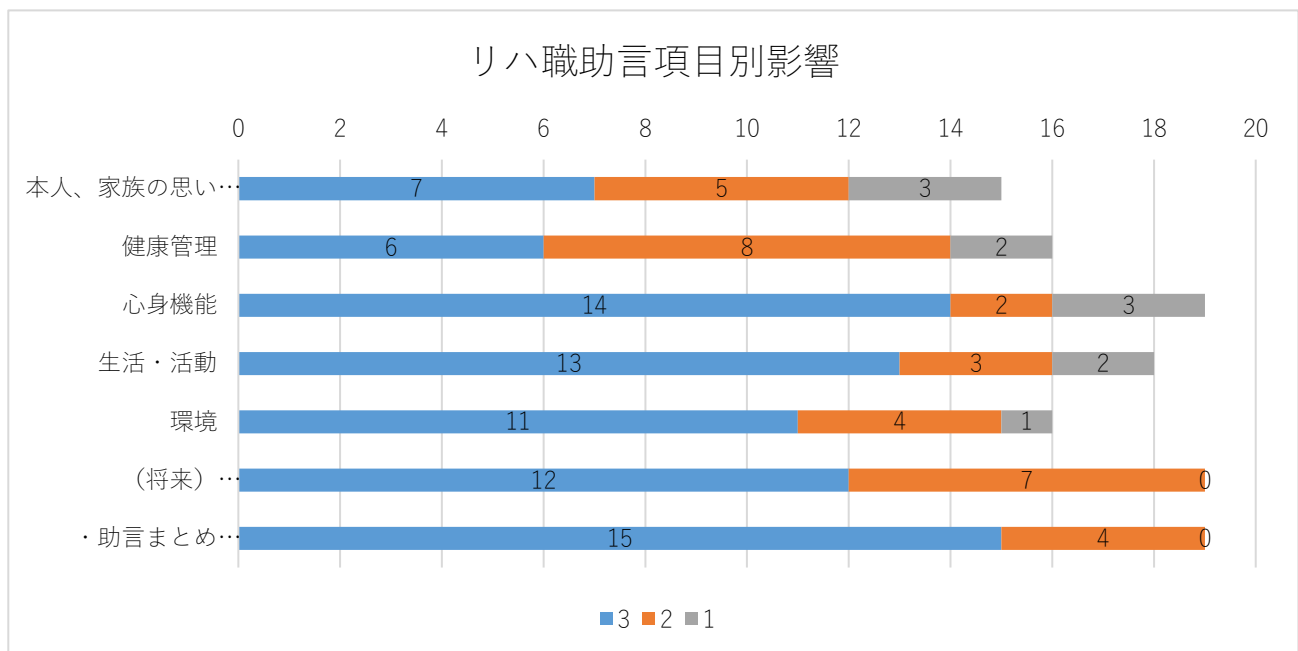
運動・移動	24	45. 3%
日常生活	17	32. 1%
コミュニケーション	1	1. 9%
健康管理	6	11. 3%
認知機能	2	3. 8%
その他	3	5. 7%



(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	7	5	3
健康管理	6	8	2
心身機能	14	2	3
生活・活動	13	3	2
環境	11	4	1
(将来)リスク・配慮点	12	7	0
・助言まとめ ・今後活かせる強み等	15	4	0

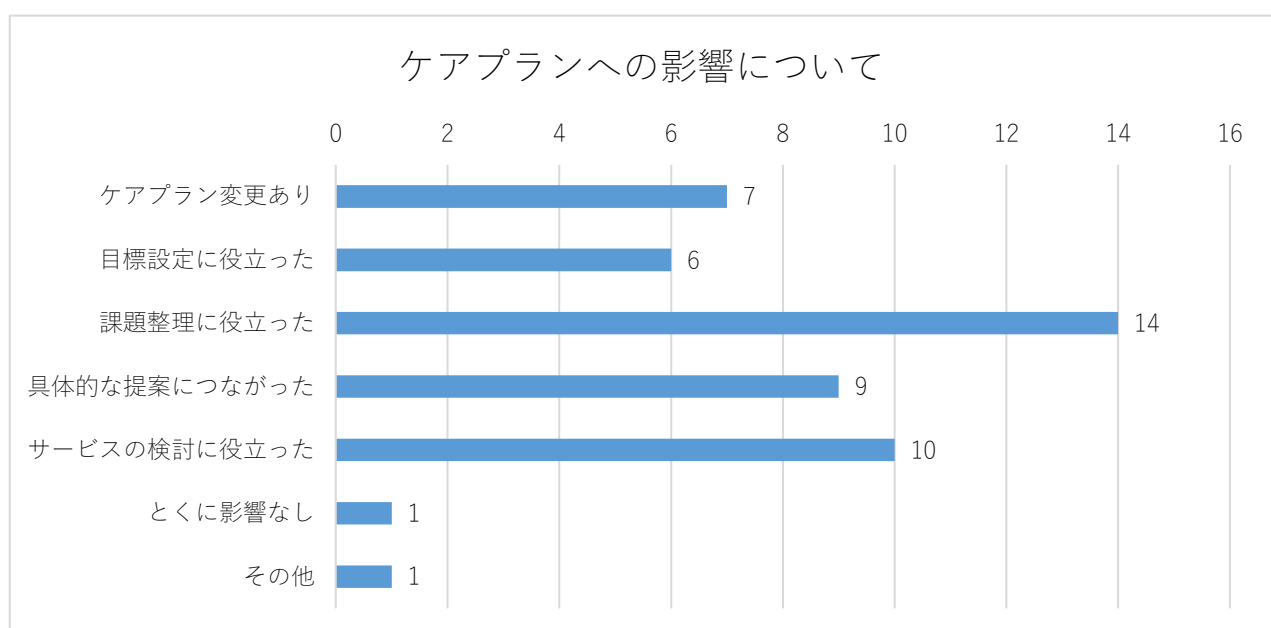
※3:とても参考になった 2:ある程度参考になった 1:少し参考になった



(11) ケアプランへの影響について

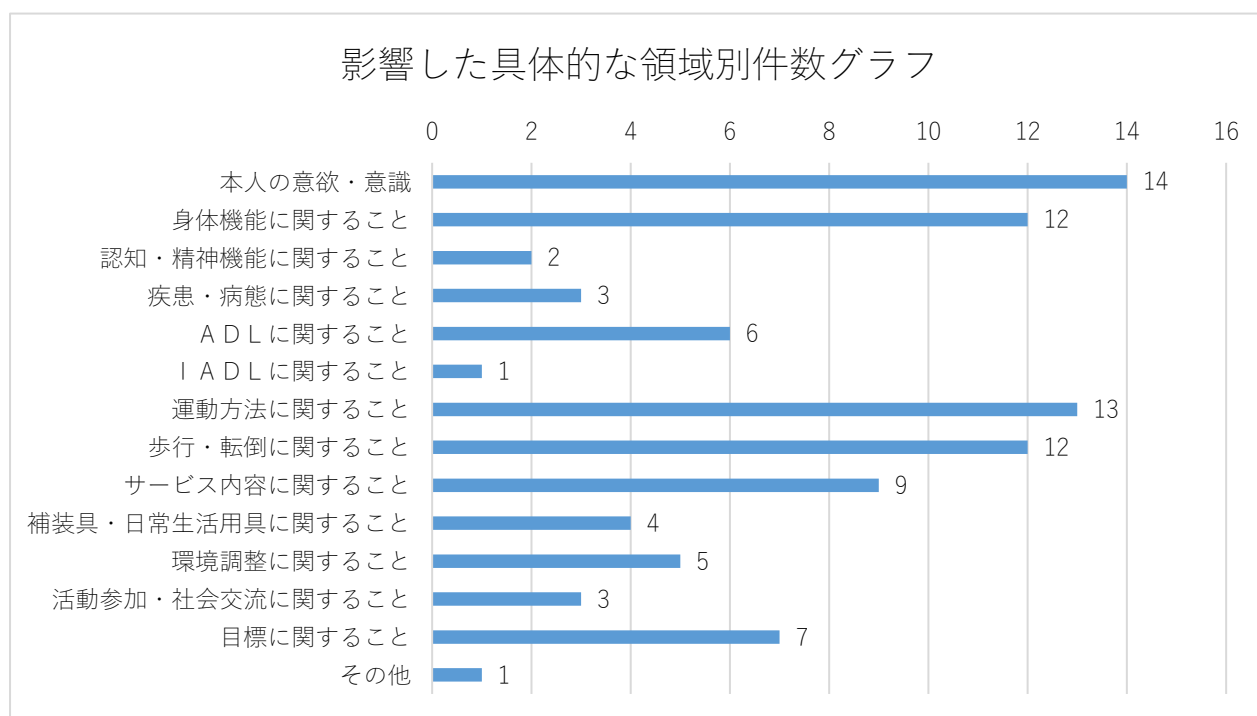
● ケアプランを変更した件数 7件 / 25件中

目標設定に役立った	6	14. 6%
課題整理に役立った	14	34. 1%
具体的な提案につながった	9	22. 0%
サービスの検討に役立った	10	24. 4%
とくに影響なし	1	2. 4%
その他	1	2. 4%



(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	14	15.2%
身体機能に関すること	12	13.0%
認知・精神機能に関すること	2	2.2%
疾患・病態に関すること	3	3.3%
ADLに関すること	6	6.5%
IADLに関すること	1	1.1%
運動方法に関すること	13	14.1%
歩行・転倒に関すること	12	13.0%
サービス内容に関すること	9	9.8%
補装具・日常生活用具に関すること	4	4.3%
環境調整に関すること	5	5.4%
活動参加・社会交流に関すること	3	3.3%
目標に関すること	7	7.6%
その他	1	1.1%



(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)

- 装具の適切かについては判断していただき、作成の方向の援助となります。また、右足の下肢筋力の低下は気づかず、歩行の仕方が右足もおかしいことがわかりました。整形外科の受診も10年以上されていず、今回、初診のサポートをしていただき、診察をしていただく予定です。現在の歩行が整形外科的のことが起因しているか、内科的なものがないかを考える新たな気づきとなり

ました。

- 本人が思っているほど筋力低下は進んでいないことがわかり本人、家族の気持ちが前向きになった。外に出ることばかりにサービスを考えていたが、幅広い視野を持つことができ良かった。今後も、訪問リハビリが開始になり、相談できる人がいるという安心感を持つことにつながった。また、筋力をつけることができると話があり、今までの病人のような気分が消失したとのことだった。アドバイスはノートに記入し、ストレッチも毎日実行され、前向きな姿勢がみられる。リハビリに対しての受け入れが出来た。
- アドバイスをいただけてありがたかった。デイサービスもはっきりと続けたほうが良いと伝えてくれたので本人も続けることに迷いがなくなりました。勧められた体操もすぐに行ったほうが良いものは冷蔵庫に貼って行うようにするようです。また家族に足の状態を話ししてくれたので医師にも伝えてもらえると思います。
- 現在の入浴に関して、浴槽の出入りに問題がないことがわかった。専門職の同行を実施したことで、家の前の散歩を継続するモチベーションも維持できたと思う。
- 身体機能の評価をしていただき、今後膝痛が悪化する可能性や家事全般で不安なことが出てくる可能性があるかと教えて頂きよかったです。自宅での入浴をする場合は福祉用具を活用し、ヘルパー見守りが必要になってくることの見通しを立てることができました。
- 今回訴えていた、長時間(15分位)歩行することによる脇の下痛みは、想像していたような松葉杖の使い方の不備はありませんでした。股関節の関節可動域には左右違いがあり左股関節の方が広がったりして、関節可動域制限の違いや筋力低下が見られていると伺い、今後も注意が必要かと感じた。
- ショートステイ利用当初は転倒リスクを考えず早くケアハウスに戻りたい一心だったが、同行訪問後は自身の身体機能を理解され、追加する提供サービス内容も了承しケアハウスに戻った後の生活内容を考えることが出来ている状況です。転倒に十分注意しながら、以前の生活リズムに近づけるようにケアプラン内容を検討していきたい。
- 現在の身体機能を実際の動作を一緒に見させていただいたことで、課題が具体的になった。また、住宅改修箇所についても必要な個所の助言が得られた。・退院時のカンファ等が無く退院となり、環境整備等が退院後になった。入院中から在宅生活を見越した具体的なリハビリや環境整備について検討していく事が必要と改めて感じました。・リハビリ職の訪問によりリハビリや住環境についての具体的な助言を受けたことで、運動や生活面で取り組むべきことを描けるようになり、本人のモヤモヤがとれた様子でした。また、あまり用具に頼りたくないと考えだったものが、必要な用具は活用すると考えるようになり、シャワーチェアや浴槽台を今後活用していくこととなり、意識の変化も見られました。
- 環境面及び運動機能に対する早期介入が必要との見解について自身の考えと一致しており迷

いなくプランの見直し・位置づけを確認できた。リハビリ専門職が考えるリスク及び予後予測について具体的でわかりやすく納得できる内容であった。本人・家族が現在の状況を理解しサービス利用について納得できる事が大切であり、早期関りが重篤化を防ぐことになる考えた。

- 側弯症の問題かと思っていたが、PT のアセスメントにより体重減少がわかり、栄養面の不足による筋力・体力の低下も考えられるのではと気づいた。・日頃からご本人は体操を行っているが、現在どんな体操をしているかを知ることができ、そのまま続けて良い動きだと PT に確認いただけた。・デイサービスでの運動量についてご本人が物足りなさを感じている。デイサービスに確認すると、姿勢が崩れない負荷にしているとのこと。負荷については再度姿勢を確認しご本人と検討していただくこととなった。
- 身体機能についての評価と、目標達成に向けての自主トレ方法を教えて頂いた事で、より目標に向かって意欲的に機能訓練に取り組んでいけると思う。
- 自宅内の生活は自立しており、工夫して調理や洗濯も行っていることすべてが運動・リハビリになっていると意見をいただき、自分がそのことを評価できていなかったと気が付きました。・できないことばかりに視点がいつていたが今できていることを評価することも必要であり、本人の意欲を引き出すことになると思った。・今工夫して無理して行っていることが運動・リハビリになっていると聞き、自分のためになっていると気が付き、また頑張りを評価されたことで自分のしたいことが表現できた。痛みに関わっていたのではないかと、その状況でも何かできることがあるのではと前向きな気持ちになり、1 年半ぶりに刺し子を始めている。

以上