

口演 | リハビリテーション

■ 2025年11月27日(木) 14:50 ~ 16:00 ■ 第3会場 (海峡メッセ下関 10F 国際会議場)

[O-L003] リハビリテーション3

座長：塩崎 嘉樹 (介護老人保健施設アイリス堺正風)

14:50 ~ 14:58

[27-O-L003-08]

高齢者の転倒予防における足趾把持力の重要性
足趾把持力と転倒歴、運動機能およびADLとの関連

福島県 ○橋本 佳彦, 星野 篤宏, 谷口 裕子, 川村 博司, 本間 達也 (医療法人 生愛会 附属介護老人保健施設 生愛会ナーシングケアセンター)

14:58 ~ 15:06

[27-O-L003-01]

オンラインでのリハビリテーション会議の実践と課題

山口県 ○田中 亮太, 矢野 稚子, 西 和範, 石川 優太, 宮地 孝典 (介護老人保健施設ケアセンターゆうわ)

15:06 ~ 15:14

[27-O-L003-02]

慢性疼痛改善 運動と過活動への心理的アプローチ

愛知県 ○小関 友馨, 道下 梨香, 門田 亜紀 (医療法人豊田山之手会高岡介護老人保健施設)

15:14 ~ 15:22

[27-O-L003-03]

がんばっているのに…なぜ体重が減らないのか？
～体重管理に向けて多職種で取り組むべき支援とは～

千葉県 ○宮崎 彩 (医療法人徳洲会介護老人保健施設はさま徳洲苑)

15:22 ~ 15:30

[27-O-L003-04]

生活期における下肢装具のフォローアップの実態
津市・鈴鹿市のケアマネジャー対象のアンケート調査

三重県 ○松森 大起, 東 憲太郎, 工藤 美穂, 田中 利尚, 栗山 翼 (医療法人緑の風 介護老人保健施設いこいの森)

15:30 ~ 15:38

[27-O-L003-05]

リハビリマネジメント加算への挑戦
ゼロスタートから1年で所得80%達成するまでの道のり

神奈川県 ○高橋 礼羅, 岩見谷 瑠偉 (医療法人光陽会 横浜いずみ介護老人保健施設)

15:38 ~ 15:46

[27-O-L003-06]

復職困難事例における目標再設定と外出支援
SNSを活用した動機付け熊本県 ○當寺ケ盛 孟¹, 西 聡太¹, 大久保 智明¹, 野尻 晋一¹, 時里 香¹ (1.介護老人保健施設清雅苑, 2.通所リハビリテーションセンター清雅苑)

15:46 ~ 15:54

[27-O-L003-07]

リハビリテーション会議の取り組みと効果

福島県 ○橋本 智絵美 (介護老人保健施設 三春南東北リハビリテーションケアセンター)

口演 | リハビリテーション

2025年11月27日(木) 14:50 ~ 16:00 第3会場 (海峡メッセ下関 10F 国際会議場)

[O-L003] リハビリテーション3

座長：塩崎 嘉樹 (介護老人保健施設アイリス堺正風)

14:50 ~ 14:58

[27-O-L003-08] 高齢者の転倒予防における足趾把持力の重要性

足趾把持力と転倒歴、運動機能およびADLとの関連

福島県 ○橋本 佳彦, 星野 篤宏, 谷口 裕子, 川村 博司, 本間 達也 (医療法人 生愛会 附属介護老人保健施設 生愛会ナースングケアセンター)

【目的】老人保健施設（以下、老健）が医療・介護を提供する中で、転倒・骨折が生じて転院したり、在宅療養への移行を延期したりするケースがある。当老健の介護福祉士は高齢者介護予防として転倒・骨折予防や日常生活動作（ADL）の向上に取り組んでいるが、運動機能との関連が検証されている足趾把持力の低下が転倒のリスク因子となるのではないかと考えた。そこで、足趾把持力に関して高齢者、特に虚弱高齢者の実態を把握し、転倒歴および運動機能・バランス機能やADLとの関係性について検討した。

【対象と方法】1.対象：2025年6月28日より7月11日までの2週間に当老健を入所利用した高齢者113人のうち、歩行または車椅子移動が可能であった88人をA群：歩行自立（補助具不要または杖）、B群：歩行介助（つかまり・歩行器・歩行車）、C群：車椅子自操、D群：車椅子介助に分けた。これらのうち、足趾把持力測定が困難であったA、B、C群の計15人とD群全25人を除くA群11人、B群10人、C群27人の合計48人（平均年齢86.4歳）を対象とした。2.方法：足趾把持力の測定には「足指筋力測定器II(竹井機器)」を用い、立位・椅座位・長座位の各体位で測定した。a.対象者の検討に先立ち、20~40歳代の若年者10人の足趾把持力を測定して健常者の特徴を把握した。b.対象者の特性 [1)診断、2)年齢、3)性別、4)身長・体重・BMI、5)転倒歴] と足趾把持力との相関を検討した。c.足趾把持力と運動機能およびADLとの関係を検討した：1) 運動機能 [a)下肢筋力（股関節屈曲・膝関節屈伸・足関節背屈（MMT））、b)関節（股、膝、足）可動域、c)手指握力] を測定・評価した。また、A、Bの2つの群に対して高齢者介護予防の取り組みのために当老健で用いている赤外線深度センサーカメラ機能を用いて人の動きを認識して運動機能を自動で測定するロコモヘルパーにより、歩行機能・バランス機能 [d)通常歩行速度、e)最大歩行速度、f)バランス感覚：i.開眼片足立ち時間、ii.最大一歩、iii.Timed Up and Go test(TUG)：座位から目標まで進み、折り返して座位に戻るまでに要する時間] を可視化・数値化した。なお、ロコモヘルパーは歩行困難なC群には適用できない。2) ADLについて、R4 ICFステージングの「基本」、「歩行移動」、「食事」、「排泄」、「入浴」の各動作のスケール判定基準に基づき評価した。3群間で足趾把持力と運動機能およびADL各指標を比較した。

統計学的検定にはt検定を用い、 $p < 0.05$ を有意差ありとした。また、3群それぞれ、足趾把持力と各指標との相関係数を算出し、相関の有無について分析した。相関係数0~0.3：ほぼ無関係、0.3~0.5：非常に弱い相関、0.5~0.7：相関あり、0.7~0.9：強い相関、0.9~：非常に強い相関とした。

【結果】1.若年健常者の足趾把持力 (kg)：a.体位による違い：立位 20.6 ± 6.5 、椅座位 18.2 ± 3.8 、長座位 12.5 ± 2.8 の順に高値を示した。b.足趾把持力と年齢に相関が認められた。2.対象者の足趾把持力 (kg)：a.体位による違い：立位 5.3 ± 2.3 、椅座位 2.9 ± 2.1 であった（長座位についてはC群で測定が困難であったため検討せず）。各群において椅座位での測定可能者が多かったため、本研究では椅座位の値を用いることとした。足趾把持力は、若年健常者と対象者3群のすべてとの間に有意差 ($p < 0.001$) を認めた。また、A群とC群との間で有意差 ($p = 0.007$) を認めた。b.特性では転倒歴との間に負の相関を認め、3群間の比較では転倒歴はA群で

少なく、C群が多かった ($p=0.01$)。c.運動機能：1)下肢筋力はB群とC群の股関節屈曲筋力を除き、各群間で有意差を認め、A、B、C群の順に高かった。関節可動域については、可動域の狭い関節がA群5.1%、B群21.2%、C群55.5%の順に増加した。2)足趾把持力と手指握力はA、B群で正の相関、C群で負の相関が認められた。A群では足趾把持力と歩行速度に相関が認められなかった。一方、B群では弱い相関が認められた。A群でバランス機能（開眼片足立ち時間、最大一歩、TUG）とは相関を認めた。e.ADL：1)A群とC群の間で5項目すべて、B群とC群の間で「歩行移動」と「食事」の2項目の動作スケールで、有意差を認めた。A群とB群とでは有意差を認めなかった。2)足趾把持力とB群の排泄動作およびC群の入浴動作との間で正の相関が認められた。

【考察】一般的に足趾把持力は運動機能・バランス機能と関係があるとされているが、高齢者、特に虚弱高齢者での検討は少ない。また、立位、椅座位、長座位によって変化するとされるが、今回は多くの高齢者で測定可能であった椅座位の値を用いた。高齢者の足趾把持力は若年健常者の1/6～1/4であり、著明に低下していた。また、転倒歴との関連が明らかとなった。高齢者を歩行障害の程度によって分けて、足趾把持力と運動機能、ADLとの関係性について検討した結果、足趾把持力は運動機能として下肢筋力・関節可動域・手指握力・バランス機能に、また、ADLとしてR4 ICFステージングの基本動作・歩行移動・食事・排泄・入浴の各動作に参与していることが示唆された。足趾把持力と手指握力において自立歩行が可能な高齢者と車椅子移動を行う高齢者では逆の相関を認めたが、これは歩行障害下でADLを維持するための代償であると考えた。総じて足趾把持力が高いほど、転倒歴が少なく、運動機能・バランス機能およびADLは良好であり、歩行障害が軽度であった。以上の結果から、足趾把持力の改善が運動機能やADLの向上に結び付く可能性が示唆された。今後、足趾把持トレーニングをリハビリテーションに取り入れて、運動機能とADLがどのように改善されるのかについて検討することとしている。

【結論】高齢者において、足趾把持力と運動機能・ADLとの間に強い関連が認められ、足趾把持力を強化することが転倒・骨折予防に有用である可能性が示唆された。

口演 | リハビリテーション

2025年11月27日(木) 14:50 ~ 16:00 第3会場 (海峡メッセ下関 10F 国際会議場)

[O-L003] リハビリテーション3

座長：塩崎 嘉樹 (介護老人保健施設アイリス堺正風)

14:58 ~ 15:06

[27-O-L003-01] オンラインでのリハビリテーション会議の実践と課題

山口県 ○田中 亮太, 矢野 稚子, 西 和範, 石川 優太, 宮地 孝典 (介護老人保健施設ケアセンターゆうわ)

【はじめに】リハビリ会議について、利用者様及びその家族様を基本としつつ、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、ケアマネージャー、ケアプランの原案に位置付けた居宅サービス等の担当者、介護予防・日常生活支援総合事業のサービス担当者、保健師等の多職種で構成されるとされている。しかし当事業所のような介護老人保健施設（以下老健）に設置された事業所の場合、次のような課題からリハビリテーションマネジメント加算の算定に制限がある状況が続いていた。以下、課題とそれに対する対応を示す。

課題1：特にコロナウィルス流行以後において、入所施設での蔓延防止対策の観点から老健業務のある医師と、通所リハビリの利用者様・家族様・ケアマネージャー・各サービス事業者などの対面が難しくなった。対応：主に直接対面形式でのリハビリ会議参加が難しい医師について、動画通信サービスを活用したオンラインでのリハビリ会議を基本形式とし採用した。オンラインのみの実施も試行したが、家族様などオンラインの導入が難しい場合、直接対面形式での実施も維持することとなった。

課題2：蔓延防止により増加した老健業務により、医師のリハビリ会議参加のための時間確保が難しい。対応：事前に医師へ書式化した検討課題を含む書類を提供することで、オンライン環境で利用者様の状態把握を容易にし、短時間で課題へ移行できるようにした。結果として以前と比べ速やかに議題に合わせたリハビリ会議が開催され、医師の参加が容易になった。

課題3：コロナ禍におけるリハビリ会議の連絡、参加調整など困難である。対応：リハビリ会議に関する連絡連携業務を主にメールを用いることで省力化し、参加可否の把握を容易にした。一部家族様に対してもメールを用いた連絡を行う事ができたが、家族様が高齢であるなど、書面の方が連携を図りやすい場合も多かった。そのため家族様に対しては書面での調整を主とした。

コロナウィルス感染症の流行後は、課題1の点から対面式の開催が長期間不可能となり、加算算定が出来ない状況が続いていた。オンライン形式でのリハビリ会議を導入した結果、現時点において要介護者の約77%にリハビリテーションマネジメント加算を算定することができるようになった。

【実例を元にしたリハビリ会議実施の流れ】自宅での移動手段の検討を行い、車椅子及び手すりの導入に至った事例。

80歳代、男性、要介護3、BMI26、奥様と二人暮らし、主疾患パーキンソン病

経過：4年前から介護予防通所リハビリにて当苑利用開始。リハビリ会議開催直前に区分変更があり、要介護となる。ご利用当初はパーキンソン症状があるも歩行器歩行や手すり歩行で移動が自立していた。その後徐々に症状が進行、ご自宅での転倒が多くなり要介護へ区分変更となった。

1.リハビリ会議日時の調整：キーパーソンである奥様については書面にて会議日時を伝達。ケアマネージャーなど関係者へはメールにて伝達を行う。ケアマネージャーからは、現状使用している歩行器レンタルを中止し、車椅子への変更を検討中で、それに伴いベッドへの手すり設置も検討されている旨連絡を受ける。

2.事前ミーティングの実施：リハビリ会議実施予定者について事業所内にて事前ミーティング

を行い、ご自宅での移動手段の検討を目的とした通所での移動状況の確認を行った。また、リハビリ会議前に理学療法士による複数の歩行器や伝い歩きの動画撮影を行い、ご自宅での実用的な福祉用具の提案を行う事ができるようにした。

3.医師への情報共有書類の作成：ミーティング結果を元に事前資料を作成、老健医師に共有する。

4.リハビリ会議当日：利用者様にリハビリ会議がある事について当日確認を行い、利用者様のタイムスケジュールを調整することで、円滑にリハビリ会議が開催できるようにする。リハビリ会議ではご自宅での移動手段について検討を行う。通所で練習を行った歩行器などの動作状態について事前に撮影した動画を共有し、参加者へ結果を報告。現状では歩行器の使用は難しいことから車椅子及び手すりの導入による伝い歩きを併用する方針となり、併せて福祉用具の導入時に理学療法士が自宅訪問をしての環境調整することを確認する。以上の結果を踏まえ、今後のリハビリ計画について、医師より本人様に説明、オンライン参加された家族様も同意をされる。

5.会議後日：福祉用具の搬入に合わせて通所リハビリの理学療法士がご自宅を訪問する。本人様、家族様、ケアマネージャー、福祉用具担当者などと自宅環境に合わせた車椅子、手すりの確認、調整を行い、導入に至った。

【考察・まとめ】オンライン形式でのリハビリ会議を行う事で、コロナ禍においてもリハビリテーションマネジメント加算を安定して算定することができるようになった。事前ミーティングを強化し検討課題を共有することで、会議内容がより充実するようになった。またリハビリ会議に関する連絡、参加調整についてもメールを基本とすることで業務省力化が進んだ。

またオンライン開催に切り替えたことで、遠隔地にいる家族様などがリハビリ会議に参加しやすくなった、事前に動画等を撮影しリハビリ会議の場で共有することでリハビリ状況の共有や動作上の留意点の伝達が容易となった、などのメリットも見られた。今後の課題として、家族様の中には機械操作が苦手な方も多くオンライン形式への対応が難しい、また利用者様の視力低下や難聴などの理由から対面式に比べてコミュニケーションが難しくなる、医師と直接顔を合わせられないこと自体への不安が見られる、などの事例も見られた。

感染症予防、蔓延防止を踏まえ、この事例をもとにオンライン形式、直接対面形式のリハビリ会議を臨機応変に活用することで、安定したリハビリテーション会議の実施と利用者様、家族様などへの支援に繋げていきたい。

口演 | リハビリテーション

2025年11月27日(木) 14:50 ~ 16:00 第3会場 (海峡メッセ下関 10F 国際会議場)

【O-L003】リハビリテーション3

座長：塩崎 嘉樹 (介護老人保健施設アイリス堺正風)

15:06 ~ 15:14

【27-O-L003-02】慢性疼痛改善 運動と過活動への心理的アプローチ

愛知県 ○小関 友馨, 道下 梨香, 門田 亜紀 (医療法人豊田山之手会高岡介護老人保健施設)

【はじめに】

今回、高齢で過活動傾向の利用者（以下、症例）が慢性疼痛と付き合っていくために心理的側面からのアプローチを行い改善された一症例を報告する。

当施設は愛知県豊田市にある2008年3月に開設した入所定員80名、一日型デイケア40名、短時間型デイケア各クール15名(3クール制)の介護老人保健施設である。短時間デイケアは、2024年4月からオープンし、「もう一度をかたちに、しっかり栄養、しっかり運動」をコンセプトに取り組んでいる。有酸素マシン5台、筋トレマシン(HUR)5台、レッドコード6台を設置し運動を行いながら、運動後には高タンパク質のおやつを提供し、毎月体組成を測定している。リハビリ職員、管理栄養士、介護職員が在籍し、ICTを活用したデータ収集を元に、可視化・数値化した目標設定とフィードバックを行いPDCAサイクルを回している。

【症例紹介】

80代後半、女性、要支援2、週2回(運動時間は50分)利用。

主訴：きれいな姿勢で歩きたい、痛み(右膝・腰や背中)を減らしたい。

既往歴：脳梗塞、高血圧症・骨粗鬆症・両変形性膝関節症・白内障(ope済)

生活背景：独居。近くに長男が住んでいる(週2回程訪問あり)。基本は独歩。転倒や躓きが多い。買い物時はカートを使用。自宅では畑仕事や庭いじり、裁縫や茶道など多趣味で活動的。

性格：とてもまじめであり、健康にいいと聞いた事・物は何でも取り入れられる傾向。頑張れば頑張るだけ良いと精神論で気力を保っている。

【評価】

身体面) 握力：21.5/23.5kg、下肢MMT：4~5/4~5、NRS：右膝関節0~1・腰部5~7、TUG：13.06秒、5m歩行：通常6.08秒/12歩、最大5.25秒/12歩、片脚立位：7.35秒/5.78秒、FRT：22cm

ADL面) 自立。1日の活動量はちょっとお出かけで3000歩、買い物は5000歩、1時間以上同姿勢で作業する事が多い。日常生活から過活動傾向であった。日課の中で痛みが出てから休憩し、薬を塗って対応していた。常に転ばないように意識しながら生活している。

食事は、自炊、健康への意識が高く日々の食事は栄養をしっかり考えたメニューを取り入れている。

心理面) PDAS：47点、PCS：22点(反芻12点、無力感5点、拡大視5点)、RDQ：7点、HADS：49点(不安22点、抑うつ27点)、MFES：102点。「痛みがあるからと言って休んでいられない。多少の痛みは歳だから仕方ないと医者からも言われたから、多少無理してでも動かないといけない」と発言あり。転ばないようにするためには、無理してでも動かないといけない。痛みがあっても動き続けることが良い事と思っている。

【目的・方法】

痛みを減らしたいという主訴に着目し、痛みに対してリハビリとポジティブな声掛けを下記のように実施した。

- 1) 持久力や体力向上を目的に有酸素マシンを1~2種類。低負荷で各10分間行った。
- 2) 筋力向上を目的に筋トレマシン5種類、それぞれを低負荷で100回。施行時、言語的・視覚的

にフィードバックを行った。

3) 柔軟性やバランスの向上・歩行リズムの獲得を目的に、レッドコードを10分間行った。

4) 「痛みの恐怖—回避思考モデル」による悪循環からの脱却を目的に、ポジティブな声掛けを行った。(例：今まで1時間以上連続で作業していたものを20分作業したら1回休憩しましょう。休憩することが悪いことはありません。歩いていて、少し痛みや疲労感を覚え始めたら、1度止まり深呼吸をしましょう。)

5) 栄養面においては指導的介入ではなく、日常の食事への意識を肯定的に評価しながら、効率的にたんぱく質を摂取する食事について話題づくりを積極的に行った。

【結果】

体組成計では、体重、筋肉量、脂肪量ともに維持で推移している。ポジティブな声掛けを行った事により、症例からは、「休憩をはさむことで、疲労感や痛みが少なくなった。痛みが少なくなったことで、きれいな姿勢で歩いている時間が長くなった気がする。痛みが出てもストレッチで楽になるからいいよ。無理するのが良くないことが分かった。歳だから無理しちゃいかん」と発言があり、過活動傾向であった時よりも少しずつ言動と行動に変化がみられてきている。栄養面では、たんぱく質の摂取について食材や調理法をさらに工夫されるようになり、食事に関する相談も増えた。

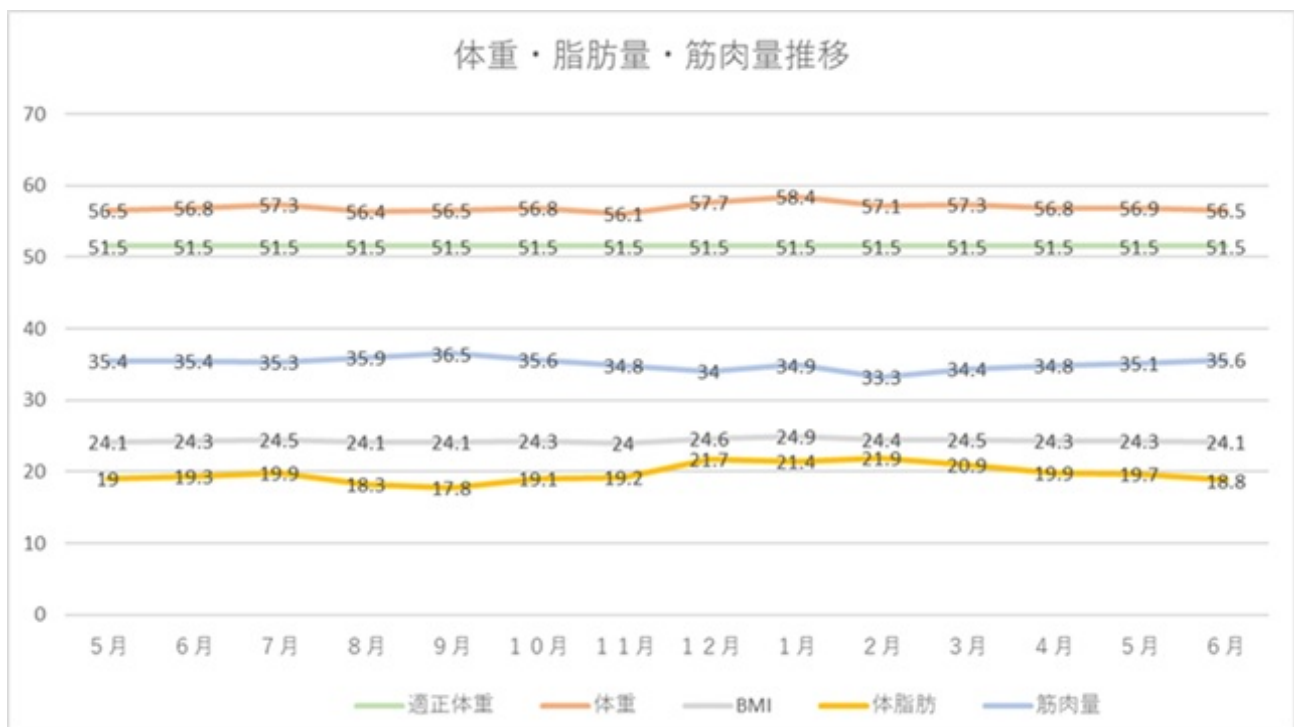
【考察】

本症例では、現在の身体機能を維持するためには活動量を高く維持しなくてはならないと考え、慢性腰痛を我慢して過ごしていた。心理面の評価結果より痛みの体験に破局的思考・痛み関連恐怖や過度の回避行動がみられた事から、疼痛の悪循環を形成していると考え、「痛みの恐怖回避思考モデル」を活用し腰痛との付き合い方を指導し過活動を抑えるよう声掛けを行ったことで改善に繋がった。負のループから抜け出す糸口がみつきり、意識・考え方や行動の改善に繋がったと考える。

食事に関してもサポート的に関わることで、栄養に対する高い意識と主体性が発揮され、さらに充実した自己管理のもと体組成の維持ができたと考ええる。

【最後に】

短時間デイケアという環境の中で、利用者の方々をより良くするには、身体機能面の評価だけではなく、心理面の評価を行い、関わっていくことが大切だということが分かった。



口演 | リハビリテーション

2025年11月27日(木) 14:50 ~ 16:00 第3会場 (海峡メッセ下関 10F 国際会議場)

【O-L003】リハビリテーション3

座長：塩崎 嘉樹 (介護老人保健施設アイリス堺正風)

15:14 ~ 15:22

【27-O-L003-03】がんばっているのに…なぜ体重が減らないのか？

～体重管理に向けて多職種で取り組むべき支援とは～

千葉県 ○宮崎 彩 (医療法人徳洲会介護老人保健施設はさま徳洲苑)

【はじめに】

当苑デイケア利用者の70代女性は、2024年1月に自宅退院以降、体重が増加し続け、腹部や臀部の膨満や下肢の浮腫を認め、動作中の身体の重さも自覚されるようになった。8ヶ月で10kg以上増加しており、本人や家族への聴取から『活動量の少なさ』と『食事バランスの偏り』が要因と考えられ、体重軽減と浮腫改善を目的に支援を開始した。

【目的】

体重増加や浮腫の原因を探りながら、リハビリ職員による運動面の指導、管理栄養士による食事面の指導を行い、家庭内での適切な生活習慣の再構築を図るとともに、受診時に医師へ報告・相談を促し、多職種連携を図りながら体重軽減と浮腫改善を目指した。

【方法】

(1)対象者：70代女性A氏，要介護1。身長156cm。既往に小脳出血、外陰癌があり鼠径部リンパ節を切除。2023年10月に脊柱管狭窄症で約3ヶ月入院。2024年1月よりデイケアを週3回利用開始。認知機能良好で、小脳症状による立位バランス不良はあるが、支持物を使用してトイレ・入浴を含むADLは自立。夫と2人暮らしで、食事の準備は夫が担っている。利用当初の体重は59.8kgであり、介入を開始した10月時点では70kgを超えていた。

(2)介入期間：2024年10月～2025年4月

(3)介入内容：

- 1)運動面／活動量向上を目的に、歩行機会の拡大、自宅での自主トレーニングの実施、転倒リスクの低い家事を日常的に実施するよう指導。
- 2)食事面／食事バランスの理解と改善を図るため、本人のスマートフォンで食事内容を撮影・記録。管理栄養士による定期的な評価と改善点を指導。
- 3)セルフモニタリング／1)・2)で実施した内容や感想を記録する日記の作成を提案し、週1回職員と振り返りを実施。食事画像や月に1回施設内で測定する体重の記録は多職種間で共有できるようなデータに纏め、リハビリテーションマネジメント会議時に当苑医師による助言をもらう。
- 4)医療的関わり／2～3ヶ月ごとの定期受診時に、当苑の医師から受けた助言や体重管理等の取り組み状況について、居宅介護支援専門員(以下、居宅CM)への報告を行うと同時に、かかりつけ医へ治療方針等を相談していただき、その結果を踏まえ必要な支援について関連職種間で再検討を実施。

【倫理的配慮】

施設の倫理規定に基づき、体重経過の記録・発表について本人の同意を取得し、個人が特定されないよう配慮した。

【結果】

- (1)運動面：指導前は臥位・座位での軽運動とADL活動程度に留まっていたが、立位動作を含む自主リハビリや家事実施機会が増え、活動量は向上。
- (2)食事面：2024年10月時点で体重70.1kg(BMI28.8)。当初は揚げ物の頻回摂取・主食の二重摂取・漬物や煮物を制限なく摂取しており、カロリー過多が判明。配膳方法や食材バランスに関する指導を行った結果、摂取カロリーは概ね適正化した。が、体重は増加し続け、指導開始2ヶ月後の体重は71.7kgであった。漬物の過剰摂取や昼食の欠食など新たな問題点が判明し、再度管理栄養士による指導を実施。以降は食事内容も改善し、指導は終了したが最終的に体重は指導前より5.1kg増え、75.2kg(BMI30.2)であり、浮腫の改善もみられなかった。
- (3)医療的関わり：体重や浮腫について本人からかかりつけ医へ報告し、血液・尿検査を受けたが「異常なし」と診断。利尿剤が増量となり排尿回数が増加はあったが、改善には至らなかった。また取組みについて居宅CMに都度報告し、必要な受診等の促しを提案したが取組み期間中に具体的な返答や関わりはなかった。

なお、本人・家族からは「指導により家族間で声を掛け合うようになった」、「食事は減ったが空腹感はなく過ごせている」など、生活習慣や意識の変化が見られ、指導介入終了後も取組みは継続されている。

【考察】

A氏の体重管理支援は、運動・食事の行動療法を主体とし、その経過を可視化することで行動変容を促したものである。松本¹⁾は、行動療法とセルフモニタリングの継続が減量成功と強く関連すると述べているが、A氏は体重や浮腫の改善に至らなかった。

この要因として、行動療法の質的不足と医療的関与の不十分さの2つがあると考えた。吉松²⁾は、減量への取組みとして体重測定は1日4回実施し、毎朝前日と比べての記録・振り返りを行うことが効果的とするが、A氏の場合、体重測定は施設内で月1回、記録の確認も週1回に留まっており、支援としては十分でなかったと考えられる。また週3回の利用では毎日の詳細なモニタリングや振り返りは難しく、今後は自宅での記録体制や支援方法の工夫が必要と考えられる。

さらに、運動・食事面は改善したにもかかわらず体重増加が続いた背景には、医療的な精査が不十分だった点も大きいのではないかと考える。益崎ら³⁾によると、生活習慣の乱れなどによる単純性肥満と内分泌障害などの症候性肥満を鑑別し、後者の場合は原疾患に対する治療をしていくことが優先とされ、疑いがある場合は内分泌的な精査が望ましいとされている。A氏の場合は自己申告による医師への病状報告のみにとどまり、居宅CMによる協力も十分に得られなかったことで、これまでの取組みや経過について、かかりつけ医へ正確に伝える体制が不十分であったことも、適切な医療的対応(検査や診断)に結びつかなかった一因と思われる。

今後は、居宅CMも含む関係職種間で目的やその方法・経過等について詳細に共有できるような連携体制を整備することで、よりの確で早期の医療的な介入に繋げていくことが出来るのではと考える。

【謝辞】

本取組みにご協力いただいたA氏およびご家族様、ならびに関係職種の皆様に心より感謝申し上げます。

【引用文献】

- 1)松本有紀子：肥満症の行動療法,日本医科大学医学会雑誌,20(4):271,2024
- 2)吉松博信：肥満症の行動療法,日本内科学会雑誌,100:925,2011
- 3)益崎裕章他：肥満を鑑別する検査, Life Style Medicine,4:68,2010

口演 | リハビリテーション

2025年11月27日(木) 14:50 ~ 16:00 第3会場 (海峡メッセ下関 10F 国際会議場)

[O-L003] リハビリテーション3

座長：塩崎 嘉樹 (介護老人保健施設アイリス堺正風)

15:22 ~ 15:30

[27-O-L003-04] 生活期における下肢装具のフォローアップの実態

津市・鈴鹿市のケアマネジャー対象のアンケート調査

三重県 ○松森 大起, 東 憲太郎, 工藤 美穂, 田中 利尚, 栗山 翼 (医療法人緑の風 介護老人保健施設いこの森)

【はじめに】

脳卒中後片麻痺患者に対するリハビリテーション(以下、リハ)において、下肢装具等を用いた装具療法は重要な選択肢の一つである。脳卒中治療ガイドライン2021(改訂2023)においても、高いエビデンスが認定されている。

しかし近年、下肢装具を医療機関等で処方・製作後、適切なフォローアップが行われず、不適合状態のまま使用し続けるケースが多々あり、日常生活動作能力の低下を招く場合もある。このように、生活期の下肢装具使用者に関するフォローアップ体制の不備が指摘され、装具難民問題と呼ばれており、その実態は地域によって異なり、対応に難渋するのが現状である。

【対象と方法】

2025年1月時点で、当施設の通所リハ利用者を担当しているケアマネジャー(以下、CM)が在籍している居宅介護支援事業所33施設(津市12、鈴鹿市21の事業所、)のCM117人を対象に、アンケート調査を実施した。アンケートは無記名式で、事業所ごとに配布した。返送は郵送とし、期限を到着後1ヶ月とした。

アンケート調査内容は、CMの基本情報、ケアプラン担当の在宅生活者と下肢装具の使用人数、下肢装具使用者の下肢装具の種類、下肢装具のフォローアップの場所・相談窓口、下肢装具のフォローアップシステム、下肢装具のフォローアップの困難さ・必要性、とした。得られたデータは単純集計を実施した。

【結果】

アンケート回収率は71%(117部配布の内、83部返送)で、回答者は83名であった。

1. CMの基本情報

経験年数は10.3±6.2年、基礎資格は介護福祉士が65名と最も多かった。また、下肢装具使用の在宅生活者担当のCMは61名であった。

2. ケアプラン担当の在宅生活者と下肢装具の使用人数

在宅生活者のケアプラン担当人数は平均37.5±9.8名、合計3071名であり、そのうち、下肢装具使用の人数は106名で、3.4%であった。

3. 下肢装具使用者の下肢装具の種類106名の内、下肢装具使用者の下肢装具の種類(複数回答可)は、Remodeled Adjustable Posterior Strut(以下、RAPS)58個、シューホーン37個、オルトトップ16個、長下肢装具8個、不明8個の計127個であった。

以下、4-1~5-1の質問項目は下肢装具使用の在宅生活者担当のCM61名を、5-2~6-2の質問項目はCM83名を対象とする。

4. 下肢装具のフォローアップの場所・相談窓口

4-1. 下肢装具の不具合の確認をどこかで定期的に行っているかは、行っている51%、行っていない15%、把握していない34%であった。

4-2. 4-1で行っているを選択した51%の内、どこで行っているか(複数回答可)は、装具を製作した病院18件、介護保険系の施設10件、義肢装具士(以下、PO)との直接のやりとり7件、装具を作成

した以外の病院1件であった。

4-3.下肢装具の不具合を認めた場合、誰に相談を行うか(複数回答可)は、理学療法士(以下、PT)38名、医師25名、作業療法士(以下、OT)11名といった専門職が大半であった一方で、看護師4名、CM5名、保健師2名、相談員、介護員1名であった。

4-4.下肢装具の不具合を認めた場合、誰が修理依頼を病院やPOに対して行うか(複数回答可)は、本人・家族51名、CM20名、PT12名、OT5名、医師2名であった。

5.下肢装具のフォローアップシステム

5-1.ケアプランに下肢装具の確認についてケアプランを載せるかは、全く載せない64%、あまり載せない25%、やや載せる8%、必ず載せる3%であった。

5-2.下肢装具を管理するための書類等(下肢装具ノート、カード等)を見かけたことがあるかは、ない97%、ある3%であった。

6.下肢装具のフォローアップの困難さ・必要性

6-1.下肢装具の不具合を認めた場合、対応に困ることがあるかは、ある56%、あまりない21%、とてもある13%で、ない10%であった。

6-2.下肢装具のフォローアップの必要性はあると感じるかは、感じる72%、とても感じる24%、感じない3%、あまり感じない1%であった。

【考察】

下肢装具の不具合を認めた場合の対応に困ることがあるCMは約7割で、下肢装具のフォローアップの必要性に関して必要性があると感じているCMは約9割に達した。このことから、下肢装具のフォローアップに関して、津市、鈴鹿市の医療・介護のフォローアップシステムに何らかの問題点があると考ええる。

下肢装具の不具合の確認を定期的に行っていない、把握していないと回答したCMは合わせて約半数であった。また、ケアプランへの下肢装具確認の未記載や、下肢装具ノート等の未使用の回答が約9割であった。このことから、定期的なチェック機能が不十分であると考ええる。

下肢装具の不具合を認めた場合の相談窓口は、リハ専門職が大半であった一方で、それ以外の職種が請け負い、修理依頼においては、本人・家族、次いでCMが行っていた。このことから、相談窓口対応はリハ専門職以外の職種、修理依頼は本人・家族、CMへの負担が大きくなり、それ自体が上手くいっていない可能性があると考ええる。

下肢装具の種類はRAPSが最多であった。これは藤崎らの報告でも明らかのように、三重県の地域特性と考える。ただし、RAPSが高性能な反面、取り扱いが複雑で、比較的新しい製品であり、全国的に普及していないことから、他の一般的な下肢装具に比べ、同程度のフォローアップシステムに組み込むことが困難な可能性がある。

【結論と対策】

今回のアンケート調査で、津市、鈴鹿市においても生活期の下肢装具のフォローアップ体制に不備があり、装具難民問題が生じていることが分かった。特に、下肢装具の修理依頼時に利用者本人・家族への負担が大きいことが分かり、地域として、この方々を支えるフォローアップシステム構築が必要である。

フォローアップシステム構築を進めるには、医療及び介護分野での意識改革、情報共有、それに基づく効率的な連携が重要である。今回その一歩として、中勢地区医師会主催の研修会において、今回のアンケート結果と、装具難民問題が生じていることを紹介した。

口演 | リハビリテーション

2025年11月27日(木) 14:50 ~ 16:00 第3会場 (海峡メッセ下関 10F 国際会議場)

[O-L003] リハビリテーション3

座長：塩崎 嘉樹 (介護老人保健施設アイリス堺正風)

15:30 ~ 15:38

[27-O-L003-05] リハビリマネジメント加算への挑戦

ゼロスタートから1年で所得80%達成するまでの道のり

神奈川県 ○高橋 礼羅, 岩見谷 瑠偉 (医療法人光陽会 横浜いずみ介護老人保健施設)

【背景・目的】

当施設は新規のご利用開始から専門スタッフによる機能訓練(リハビリテーション)を受ける事が出来る。通常個別リハビリの時間は1人に対して20分としている。その中で、ご利用者やご家族から日常生活動作での不安や疑問に思っている声が多く聞かれた。その声に応えるため今よりもっと効果的なリハビリの提供をする事を目的としたリハビリマネジメント加算の算定を検討した。

2024年6月の介護保険法改正により、平均利用延人数が750人を上回り、大規模型に移行した場合でも要件を満たしていれば通常規模型と同等の評価を得る事が出来る事となった。当施設の通所リハビリは750人を超える見込みとなり、大規模型への移行に備えて介護報酬の減算を防ぐ為にも、新たな取り組みとしてリハビリマネジメント加算(イ)の算定に挑戦した。仕組みも何も分からないゼロからスタートし、1年で80%の算定に成功した経緯を報告する。

【リハビリマネジメント加算とは】

利用者の自立支援・重度化の防止や『SPDCA』と呼ばれるサイクルによって継続的なリハビリを管理し、より質の高いリハビリの提供する事を目的とした加算の事である。

【方法】

- ・この加算の仕組みや具体的な内容を厚生労働省の提示しているマニュアルを参考に情報収集し、それを基に主体となるリハビリ職員や医師と算定に向けての会議を行った
- ・ケアマネージャーへ単位数の確認を行い、ご家族にもこの加算の概要の説明・同意を得た
- ・算定目標を毎月10名前後、2024年度末までに要介護総登録者数に対して80%の算定に設定し、算定を開始する

【課題点】

- 1.業務負担の増加：通常の業務に加え、加算の算定も加わった事で職員の負担が増加、リハビリテーション会議に出席する職員が抜けた分、現場職員の負担が増加した
- 2.新規問い合わせの減少：算定を取り始めた事によってケアマネージャーの負担の増加や単位数の増加もあり、前年度100件近くあった新規問い合わせが23%減少した
- 3.算定率の伸び悩み：毎月10名前後の取得を目標としていたが、既存の利用者様も金銭的問題や2.で述べた理由も考えられ新規の取得が厳しく、1ヶ月で1件のみという事もあった

【改善】

もう少しスムーズに取得できる方法はないか考え、他事業所で取得経験のあるケアマネージャーに聞いたり、この加算を取り入れ算定率100%で運営している他施設に伺い、実施方法の相談をした。そこでのアドバイスを基にこの加算の目的をもう一度考え、リハビリテーション会議の方法を改めた。

- ・会議の場所は施設内とし、時間は15:00～ 1人あたり10分～15分 1日3人まで
- 日程は月毎にリハマネカレンダーを独自に作成し管理
- ・生活情報共有シートを作成し、ご家族には気になる事や聞いておきたい事等を記入してもらい、会議に参加できない場合でもそれを議題にあげ会議を行う事ができた。

・ケアマネージャーがやむを得ず参加が不可能な場合は照会と議事録を送り情報共有を行う。

【結果】

結果、2024年度末時点の要介護総登録者数100名に対して82名の算定に成功する事ができた。また、この加算をとったことで医師の指示や相談が受けられることがご利用者・ご家族の安心にも繋がり疑問や不安の解消にもなったとの多くの評価を頂けた。

【事例】

Aさん 女性 91歳 要介護3 杖歩行 週2回利用

症状：降圧剤は処方されていたが、普段からバイタルが高く、時間をおいても下がらないことが多々あり、息切れも顕著に見られた。ご本人様に呼吸苦等の自覚症状はないが、上記の症状が起因でリハビリの介入が出来ない事もあった。ケアマネージャーに報告したところリハビリテーション会議にて『老健の医師による医学的な見解と日常生活における留意点を聞きたい』との事だった。

施設医師の診察では労作後の逆流音はなし、円背の為呼吸音が高いとの事。かかりつけ医への受診も提案され、その後受診。主治医からは内科的疾患があるわけではなく、前傾姿勢になっている事から肺が圧迫されている為の症状だろうとの事だった。

【考察】

事例：リハビリマネジメントを通して介護・リハ・医師・主治医・ケアマネージャー等の多職種間での情報共有ができた事で、Aさんのその日の健康状態に合わせリハビリ内容を変更する等、リハビリを中止する事なく臨機応変に対応し、取り組む事が出来ていると考えられる。

リハビリテーション会議：リハマネカレンダーを作成し多職種にも共有する事で日程を把握でき、予定の調整が可能となった為、会議に参加しやすくなった。生活情報共有シートを作成した事で多職種との情報共有ができ、短い時間であっても共有シートを基に効率的な会議を行う事ができた。

業務負担：この加算の算定を始めた事により、普段の業務に加え職員の負担が増えた事は事実だが、会議の方法を再検討した事や会議に参加する職員を担当制にした事で業務分担ができた。

取得に対しての職員の意識も変わり、全員でリハビリマネジメントに取り組む事ができた。

また、長年築いてきたケアマネージャーとの信頼関係があった事や会議における負担も減少した事から、単価が上がったとしても加算取得に対する理解が得られやすくなり、新規問い合わせ件数の増加・新たな算定の取得にも繋がったと考えられる。

【まとめ】

実施方法の検討はまだまだ必要だと思われるため、情報収集は継続的に行っていく。ご利用者に安心・安全を届ける介護・リハビリが出来る様にリハビリマネジメントの取り組みは行い、今はまだ大規模型には移行していないが来期を見据えてリハビリマネジメントの数字は80%を下回らないよう維持しつつ、算定を続けていく。

口演 | リハビリテーション

2025年11月27日(木) 14:50 ~ 16:00 第3会場 (海峡メッセ下関 10F 国際会議場)

[O-L003] リハビリテーション3

座長：塩崎 嘉樹 (介護老人保健施設アイリス堺正風)

15:38 ~ 15:46

[27-O-L003-06] 復職困難事例における目標再設定と外出支援

SNSを活用した動機付け

熊本県 ○當寺ヶ盛 孟¹, 西 聡太¹, 大久保 智明¹, 野尻 晋一¹, 時里 香¹ (1.介護老人保健施設清雅苑, 2.通所リハビリテーションセンター清雅苑)

【はじめに】

生活期におけるリハビリテーションでは心身機能の向上のみならずInstrumental Activities of Daily Living (以下、IADL) の向上やQuality of Life (以下、QOL) の向上を目標とした介入が求められる。今回、通所リハビリテーション (以下、通所リハ) において心身機能の向上に加えSNSを用いた動機付けにより活動範囲が拡大した事例を報告する。

【倫理的配慮】

本事例には事例報告の趣旨を伝え報告許可を書面にて得た。

【事例紹介】

50歳代女性、脳出血発症後、右片麻痺を呈し、発症後5か月時より当苑の利用を開始した。退院時Brunnstrom stageはV-V-V、Functional Independence Measureは117点、障害高齢者自立度はA2、認知症高齢者自立度は自立であった。本事例は発症前、県外にて独居で生活し、銀行員として勤務していた。流行のものに興味向きやすく、初めてのことには不安を感じやすい性格である。通所リハ利用開始時より復職希望があり復職を目標としていた。

【経過】

通所リハ利用開始後6か月経過時、歩行能力の向上を目的とし歩行練習を行っていた。利用日でない日は父親と近隣のショッピングモール (自宅より約10km) へ外出しウィンドウショッピングを行っていた。利用開始後6か月から1年時より本人の生活における優先度が復職から日々の充実やQOLの向上へと変化した。そのため近々での復職は目標から外れ現在の生活を充実させていく方向へと目標の見直しを行った。そして友人と市内 (約10km) でのランチや友人宅への外出を達成した。利用開始から1年以降、外来の自動車運転機能評価にて注意障害の影響が継続しており現時点での運転の再開が困難と思われたため運転再開練習を中止した。しかし外出に対する意欲は良好で「日用品の買い物はインターネットでもできるが景色やその土地のものは実際に見に行きたい。」と発言もみられた。そこで利用者の興味を引き出し、外出への動機付けを目的に、SNS (Instagramやブログなど) を活用して視覚的に魅力のある観光地やグルメ情報を本人の興味関心に合わせ提供した。その後友人と遠方へ外出したいとの希望があり目標とした。友人との外出を希望される一方、安全に外出できるか、友人に迷惑をかけないかなどの不安も訴えていた。そこで提供した情報から興味のある外出先を選んでもらい、所要時間や周辺環境、レビュー等を一緒に確認した。また、安全に外出できるよう、想定される動作、歩行距離や時間が安全に遂行可能かどうかを評価し不安の軽減に努めた。通所リハ利用時に検討した内容はメッセージアプリで友人と共有してもらい、計画を立てた。その結果、通所リハ開始から1年6か月後に友人との県外外出が実現した。

【結果】

通所リハ利用開始時FAI (Frenchay Activities Index以下FAI) は9点、LSA (Life Space Assessment以下LSA) は38点。利用開始後11か月時、友人と市内へ外出可能となった際FAIは17点、LSAは48点。利用開始後1年6か月経過時、友人と県外 (約100km) へ外出可能となった際

FAIは23点、LSAは48点。FAIは食事、掃除、洗濯、旅行、庭仕事の項目で改善した。11か月時と1年6か月時を比較し得点には反映されていないがLSAは補助具や特別な器具の使用の項目で改善し、生活範囲も町外から県外へ拡大した。

【考察】

今回、本事例は通所リハにおいてSNSを活用することで、外出への動機付けとなり友人との県外外出が可能となった。

SNSの活用により、最新の情報や未知の情報を知ることができ、動画やマップ機能により視覚的なイメージを得やすい特徴がある。このことが、外出意欲を向上させ、事例の具体的な目標を引き出すことにつながった。また、遠方へ外出することへの不安に対し、道中の所要時間や経路、休憩のポイントなどを事前に把握し、事例の身体機能に合わせた計画を立てることができた。このように、SNSによる情報と身体機能に合わせた計画を提案することで事例の外出意欲を低下させず不安の解消につながったと考える。

鈴川らは「外出行動には実用的な歩行機能が必要であり、より複雑な状況への適応を要求される町外への外出には階段昇降が関与する」と述べている。また、新開らは「移動能力が高くても社会的ネットワークや親しい友人の存在が縮小すると閉じこもりになることが明らかにされている」と述べている。本事例は、外出に必要な身体機能が整っており、かつ親しい友人の存在が外出に対する心理的な抵抗を下げた要因であると考えられる。また、発症後友人と外出するまでに要した期間が短く、社会的ネットワークから疎遠になる前に行動できたことも大きな要因と考える。

さらに、SNSの活用による介入後にはFAIの向上も見られている。内発的な動機付けには、自己効力感を高める効果があるといわれている。「友人との遠方への外出」という目標設定により、自己効力感の向上やIADLを含めた自宅内の行動の変化を促したのだと考える。

以上のように、視覚的な情報を得やすいSNSの特徴を生かして外出への動機付けや不安の解消につなげることで、自己効力感やQOL、相乗効果としてIADLの向上にも寄与することが示唆された。

今後の目標として「友人と県外へ宿泊したい。」との発言があり今後も継続して支援を行っていく予定である。また、「職場へ訪問したい。」との発言もあり、その際は公共交通機関を使うための移動が必要となるため、課題を整理し目標達成に向け支援を行っていく。

将来Society5.0として情報技術を活用し、個々のニーズに応じた支援を提供することで、身体的・地理的制約を超えた社会参加が可能になるとされている。デジタル技術とリハビリテーションの融合は、多様な価値観を尊重した持続可能な支援体制の構築に寄与する。そのため、利用者一人ひとりの変化や希望に即して情報を継続的に更新し、最適な技術活用を図っていくことが求められる。

口演 | リハビリテーション

2025年11月27日(木) 14:50 ~ 16:00 第3会場 (海峡メッセ下関 10F 国際会議場)

[O-L003] リハビリテーション3

座長：塩崎 嘉樹 (介護老人保健施設アイリス堺正風)

15:46 ~ 15:54

[27-O-L003-07] リハビリテーション会議の取り組みと効果

福島県 ○橋本 智絵美 (介護老人保健施設 三春南東北リハビリテーションケアセンター)

【はじめに】

当通所リハビリテーション（以下、通所リハビリ）では令和X年10月からリハビリマネジメント（以下、リハマネ）加算の算定を開始した。リハビリテーション会議（以下、リハ会議）を開催することで、本人・家族・他事業所・通所リハビリ職員間の目標共有が図られ、本人・家族のHOPEに沿ったリハビリの提供が可能となったためここに報告する。

【事例紹介】

対象は、要支援1の90歳代女性で息子と2人暮らし。約20年前より両変形性膝関節症の既往があり整形外科で2週間に1回ヒアルロン酸注射を受けながら、通所リハビリを週1回利用していた。日常生活動作能力（以下ADL）はBarthel Index（以下、BI）が100/100点（歩行は2本杖）で、食事の準備や洗濯物をたたむなどの家事動作も行っていた。令和X年10月に腰痛が悪化しADLが低下した。11月に区分変更し要介護2となったため、通所リハビリを週2回に増回し、福祉用具の利用およびリハマネ加算の算定を開始した。

【経過、結果】

リハ会議は、初回のみ自宅にて開催し、2回目以降は施設にて15分程度の時間を設けて実施した。構成員は、本人、家族、介護支援専門員、福祉用具、通所リハビリ事業所の理学療法士および介護福祉士であり、2回目以降は通所リハビリの医師も参加した。会議では、現状の把握、本人・家族のHOPEの聴取、目標および運動プログラムの設定について協議した。

令和X年11月のリハ会議（初回）；ADLはほとんど介助が必要な状態のため、BIは40点に低下した。トイレまで這って移動し床からの立ち上がりや下衣操作に全面的に介助が必要な状態だったため、息子の介護負担が増加していた。自宅環境を確認し、本人・家族のHOPEを聴取した上で今後のリハビリ方針を決定した。本人は、「また杖で歩けるようになりたい」、家族は、「また1人で歩けるようになってほしい」、「100歳まで元気でいてほしい」であった。そこで短期目標は身辺動作の自立・家事動作の再獲得、長期目標は自宅での歩行の再獲得とした。

12月のリハ会議（2回目）；トイレ動作で介助量が軽減したためBIは、50点と向上した。本人は「トイレが1人でできるようになりたい」、息子は「床からの立ち上がりや下衣操作には一部介助が必要だが、前回より介助量は減少した」と報告があった。自宅では座位での膝関節伸展運動と足関節底背屈運動を自主練習し、通所リハビリでは車椅子の自走練習や起立練習を中心にプログラムを展開した。

令和X+1年1月のリハ会議（3回目）；自宅での移動手段を獲得しトイレ動作が自立し、BIは65点に向上した。身辺動作の自立が達成され、本人は「家事動作も少しずつ再開したい」と話があった。

2月のリハ会議（4回目）；BIは65点と維持することができた。本人は「徐々に良くなっている、もっと歩く練習がしたい」と話があった。通所リハビリでは膝痛の悪化防止のために足部パットを導入し、歩行量は本人の状態に合わせて調整する方針とした。

3月のリハ会議（5回目）；BIは70点に向上した。さらに、家事動作の再獲得が確認された。息子は「介助量が軽減しており本人が自立した生活を送れていることを実感している」と話し

があった。

4月のリハ会議（6回目）；本人は「自宅で少しでも歩けるようになりたい」、息子は「散歩させたい」と話しがあった。まずは自宅での歩行を優先し他事業所と連携し福祉用具の選定や動線の確認を実施した。福祉用具のレンタルを検討し居間～トイレ前廊下の歩行練習を提案した。

7月のリハ会議（7回目）；4月下旬、6月下旬～7月上旬に膝痛の悪化があり通所リハビリの利用を休まれた。BIは60点に低下しトイレ動作に介助を要し立位も不安定だった。再度本人のHOPEを聴取すると「トイレに1人で行けるようになりたい・今も歩けるようになりたいと思っている」との発言があった。息子は「トイレまで這って移動は可能だが、床から立ち上がり便座に座ることや下衣操作の介助が大変」と報告がありトイレ内に手すり設置を検討した。

【考察】

リハ会議を開催することは本人・家族のHOPEが明確となり利用者中心の支援を行うことができ、以下の点から有効であったと考える。

初回のリハ会議で本人や家族にHOPEを聴取し、自宅環境・現在の生活状況および家族の介護力を考慮した上で、短期・長期目標を設定した。リハ会議ごとに本人・家族・他事業所・通所リハビリスタッフとともに目標に対する達成状況の確認やBIの点数を公表することで本人や家族が段階的に向上していることが実感でき、本人のリハビリテーションに対する意欲を維持した状態で継続的な支援が可能であった。ADLの改善や家事動作の再獲得をしたことで、家族の介護負担が軽減し自立支援にも繋がった。

さらに、7月のリハ会議では膝痛の悪化により身辺動作の自立が困難となり家族の介護が必要な状態となった。会議を開催したことで、他事業所との連携がとりやすく福祉用具の調整が迅速に行うことができた点はリハ会議の強みである。また、家族の介護状況を細かく聴取し身体的評価や計画を再立案することで柔軟に環境設定を行うことができた。SPDCAサイクルを構築しリハビリテーションが適切に提供され、質の高いリハビリテーションの提供に繋がったと考えられる。

今後も質の高いリハビリテーションが提供できるよう協力体制を整え、より効果的なリハ会議の運営体制を構築していきたい。

【倫理的配慮】

本発表はヘルシンキ宣言に則り、本人・家族より書面にて同意を得て実施している。