

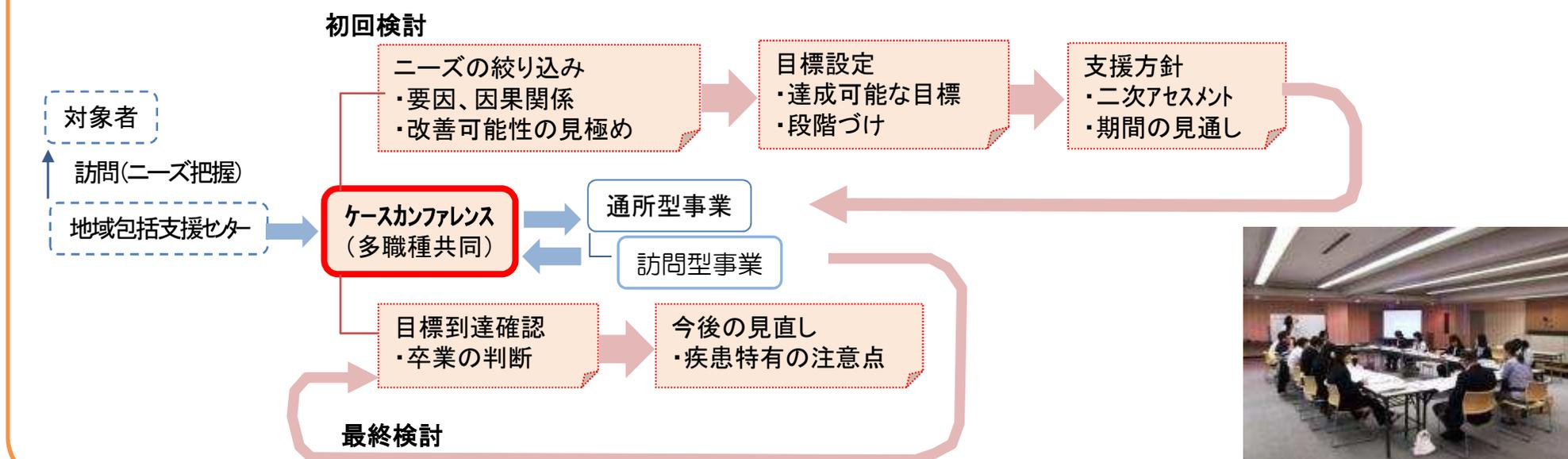
予防モデル事業を通じてみえてきたリハ職の役割① ～ケースカンファレンス～

リハ職が、ケースカンファレンスに参加することにより、疾患の特徴を踏まえた生活行為の改善の見通しを立てることが可能となり、要支援者等の有する能力を最大限に引き出すための方法を検討しやすくなる。

ケースカンファレンスの概要

- リハ職の役割：難しくなっている行為について要因の検討、疾患特有の症状とADL・IADLの関連の整理、不足している情報・矛盾点の有無、リハ職による二次アセスメントの必要性の判断、改善可能性の見当づけ
- 職種構成：保健師・看護師・ケアマネ・介護福祉士・管理栄養士・歯科衛生士・理学療法士・作業療法士・薬剤師
- 所要時間・処理件数：3時間程度（1件10～15分程度 × 15～16件）

ケースカンファレンスの実際



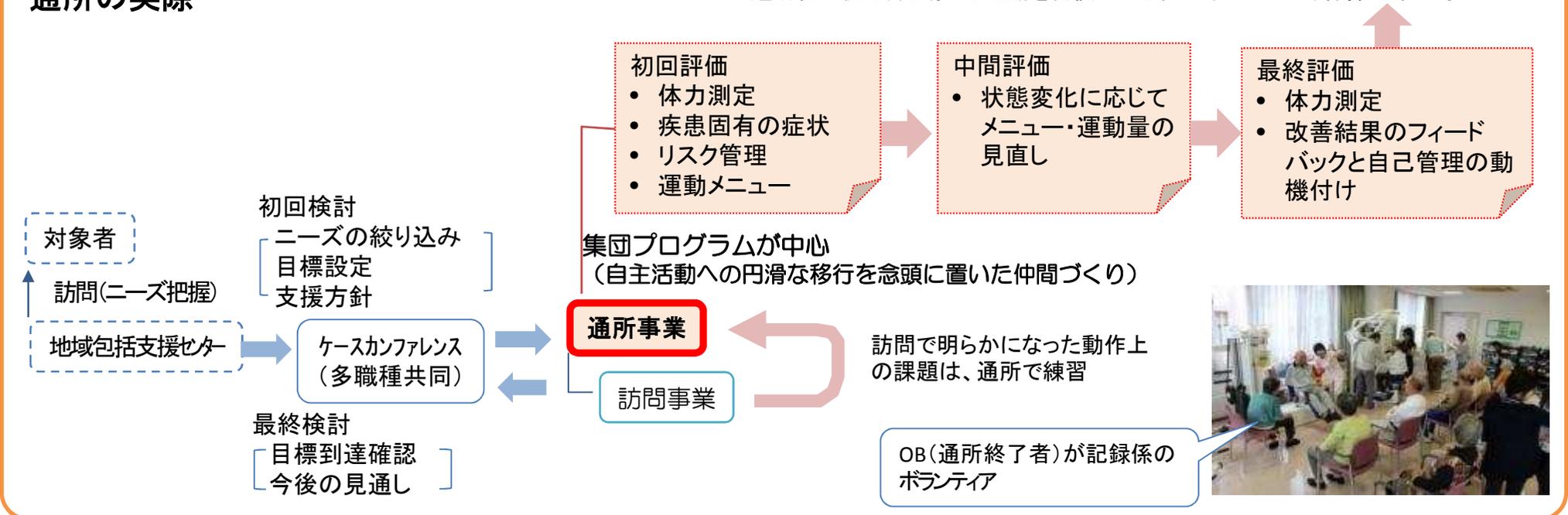
予防モデル事業を通じてみえてきたリハ職の役割② ～通所事業～

- リハ職が、利用者の身体機能に応じた運動プログラムの提示や段階的進め方について、介護職員等にアドバイスを行うことにより、運動を主体とした集団プログラムを効果的に実施することができる。
- また、通所と訪問の双方に一貫して関わり、支障をきたしている生活行為(風呂のまたぎや荷物を持った歩行など)の改善に必要な運動メニューを提示することにより、生活機能の向上を図ることができる。

- リハ職の役割 : 機能評価、疾患固有の症状(疼痛・変形等)に配慮した運動プログラムの提示(PT)、興味・関心を引き出す活動種目の選定と導入(OT)、運動指導員・介護職員・ボランティア等へのプログラム実施上の助言、訪問で明らかになった動作上の課題について個別指導
- 職種構成 : 通所スタッフ(介護職員・運動指導員等) & 理学療法士(作業療法士)
- 対応の頻度 : 1クール3か月(週2回×12週)の場合 ⇒ 利用者1人につき3回程度の評価(初回・中間・最終)
※利用者の状態に応じて、かかりつけ医に遵守事項を確認(心疾患等による運動負荷の制限等)

通所の実際

通所終了後も、定期的な運動を習慣づける。(ウォーキング、体操の集い等)



予防モデル事業を通じてみえてきたリハ職の役割③ ～訪問事業～

リハ職が、要支援者等の自宅を訪問することにより、難しくなっている生活行為が明らかとなり、動きやすい住環境に調整(家具の配置換え、物干し台の高さ調整などの生活上の工夫)することができる。

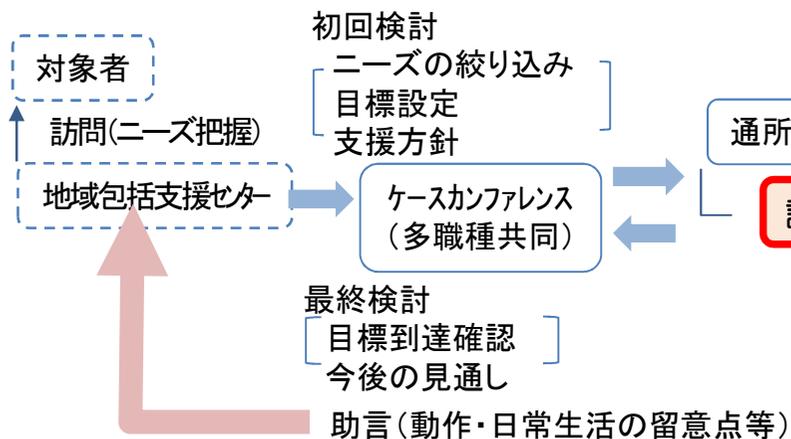
訪問事業の概要

- リハ職の役割 : 生活の場における動作・環境の評価、改善策の提案、本人・家族・地域包括支援センターへの助言
- 職種構成 : 市町村保健師or地域包括支援センター職員 & 作業療法士 or理学療法士(ケアマネジメントを担う地域包括支援センター等との同行訪問が基本。)
- 対応の頻度 : 1回1時間程度、対象者一人につき1～3回程度で終結

※利用者の状態に応じて、かかりつけ医に遵守事項を確認(心疾患等による運動負荷の制限等)

訪問事業の実際

【腰痛をきっかけに外出しなくなった例】



OTの評価と改善提案 1回目

- 神社の参拝が日課だった
=参拝の復活 [初期目標]
- ・玄関の上がり框が動作の支障
→踏み台設置
- ・自宅周辺に坂が多い
→歩行補助具の変更



初期目標が達成されるまでは、地域包括等が訪問

2回目

- 外出行動の拡大
=バスの利用 [最終目標]
- ・バス停までの徒歩移動の確認
→休憩地点の設定
- ・バス利用動作の確認
→乗降、着席・立ち上がり



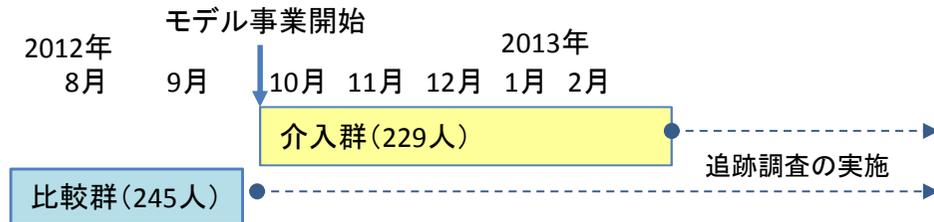
※筋力向上や疼痛緩和等の機能へのはたらきかけはPTが、生活場面の評価と動作の応用はOTが適しており、対象者の状態に応じて選択できることが望ましい。

予防モデル事業における利用者の変化

モデル事業の利用者(要支援1～要介護2)は、家事や散歩の他、地域の集いなどに参加する人の割合が高くなっており、生活や行動に広がりが見られるようになっている。

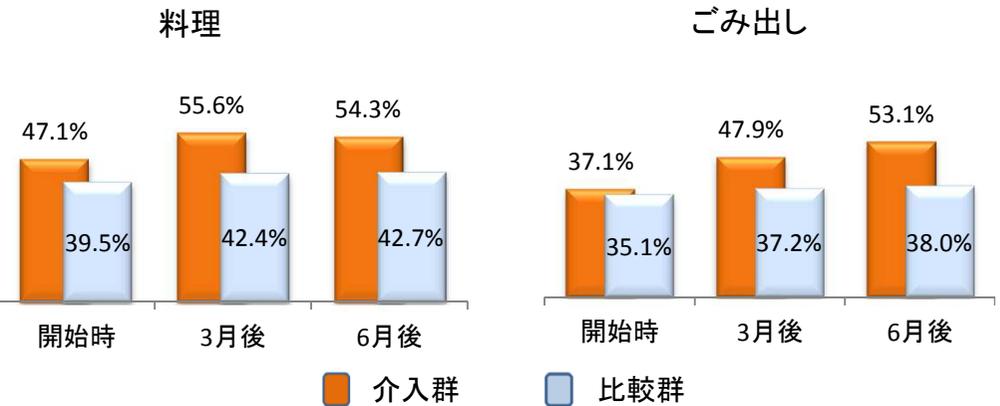
調査方法

モデル事業を実施する11市区町村において、新規要介護認定を受けた要支援1から要介護2までの高齢者のうち、保険給付の利用者245人(比較群)とモデル事業の利用者229人(介入群)に対し、サービス開始時、3ヵ月、6ヵ月、12ヵ月の4時点におけるIADL、社会参加等の評価を実施。

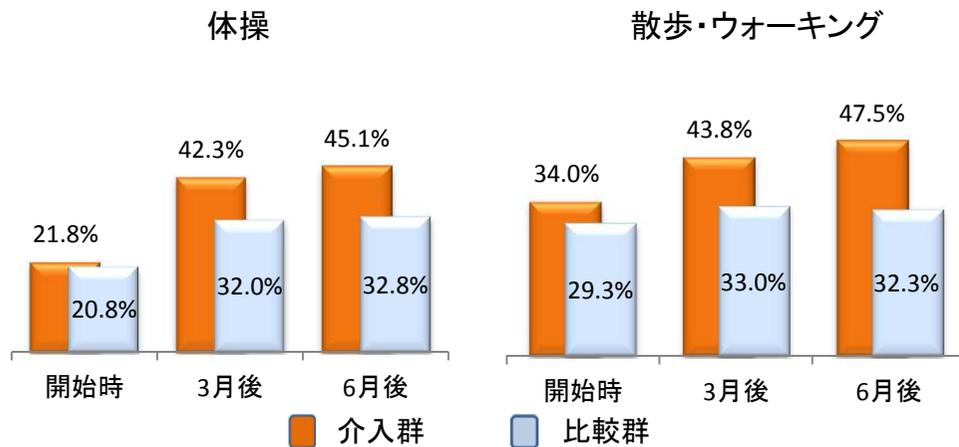


新規認定者の全数に事業の説明を行い、同意の得られた者全てに調査を実施
3ヶ月後評価を実施できたのは、比較群212人、介入群196人であった。
6ヶ月後評価を実施できたのは、比較群192人、介入群162人であった。

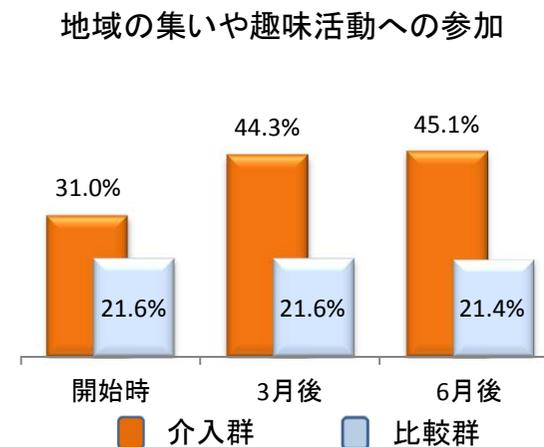
家事：介入群では、自分で料理やごみ出しをする人の割合が高くなっていった。



活動：体操や散歩・ウォーキングをする人の割合が、介入群の方でより高くなっていった。



参加：介入群では、地域の集いや趣味活動に参加する人の割合が高くなっていった。



平成26年度の高齢者リハビリテーションの 機能強化モデル事業について

高齢者リハビリテーションの機能強化モデル事業

○国は、都道府県による市町村支援の強化を図ることにより、体操などを行う住民運営の通いの場の充実と、二次医療圏単位の医療介護連携を推進する。

地域づくりによる介護予防推進支援モデル事業

●目的

生活機能の低下した高齢者に対して、リハビリテーションの理念を踏まえて、「心身機能」「活動」「参加」のそれぞれの要素にバランスよくアプローチするために、元気高齢者と二次予防事業対象者を分け隔てることなく、体操などを行う住民運営の通いの場を充実する。

●事業内容

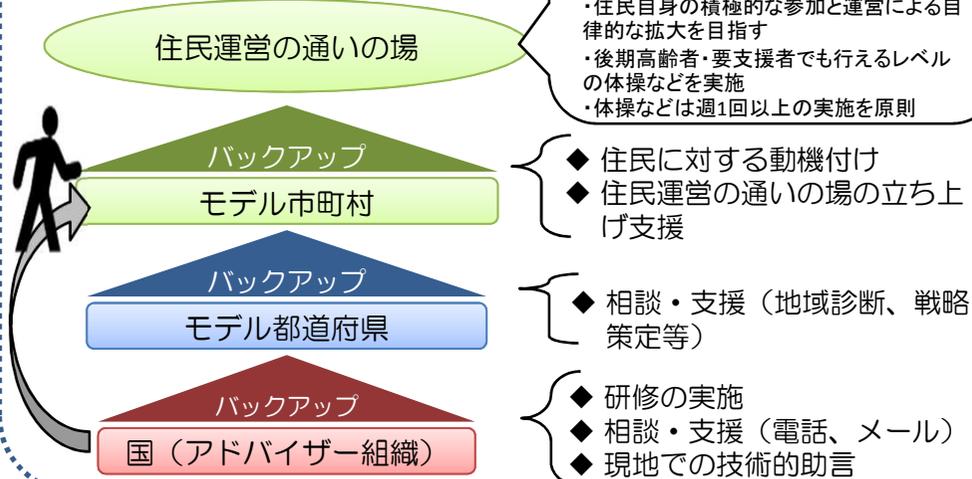
国（アドバイザー組織）と都道府県が連携し、モデル市町村が住民運営の通いの場を充実していく各段階において、研修及び個別相談等の技術的支援を行う。

<住民運営の通いの場を充実するための具体的な流れ>

1. 地域診断、戦略策定
2. モデルとなる住民運営の通いの場の立ち上げ
3. 住民運営の通いの場の育成・拡大
4. リハビリ専門職等の活用

<コンセプト>

- ・市町村の全域で、高齢者が容易に通える範囲に通いの場を住民主体で展開
- ・前期高齢者のみならず、後期高齢者や閉じこもり等何らかの支援を要する者の参加を促す
- ・住民自身の積極的な参加と運営による自律的な拡大を目指す
- ・後期高齢者・要支援者でも行えるレベルの体操などを実施
- ・体操などは週1回以上の実施を原則



都道府県医療介護連携調整実証事業

●目的

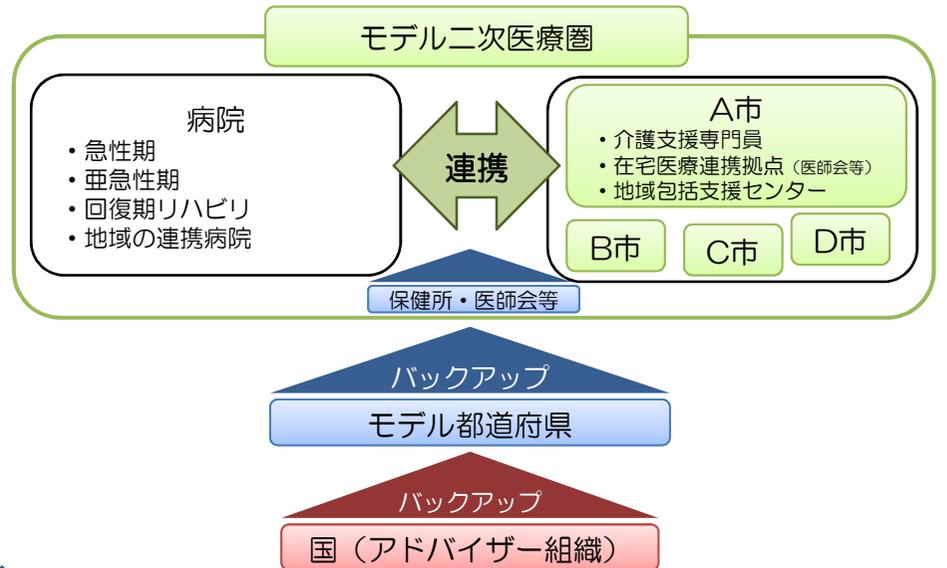
急性期・回復期から生活期リハビリテーションへの円滑な移行をするために、二次医療圏単位の医療介護連携を推進する。

●事業内容

国（アドバイザー組織）の支援を受けた都道府県（保健所等）の調整のもと、病院から介護支援専門員への着実な引き継ぎを実現する退院調整ルールを作り、それを実証的に運用し、具体的なノウハウを蓄積する。

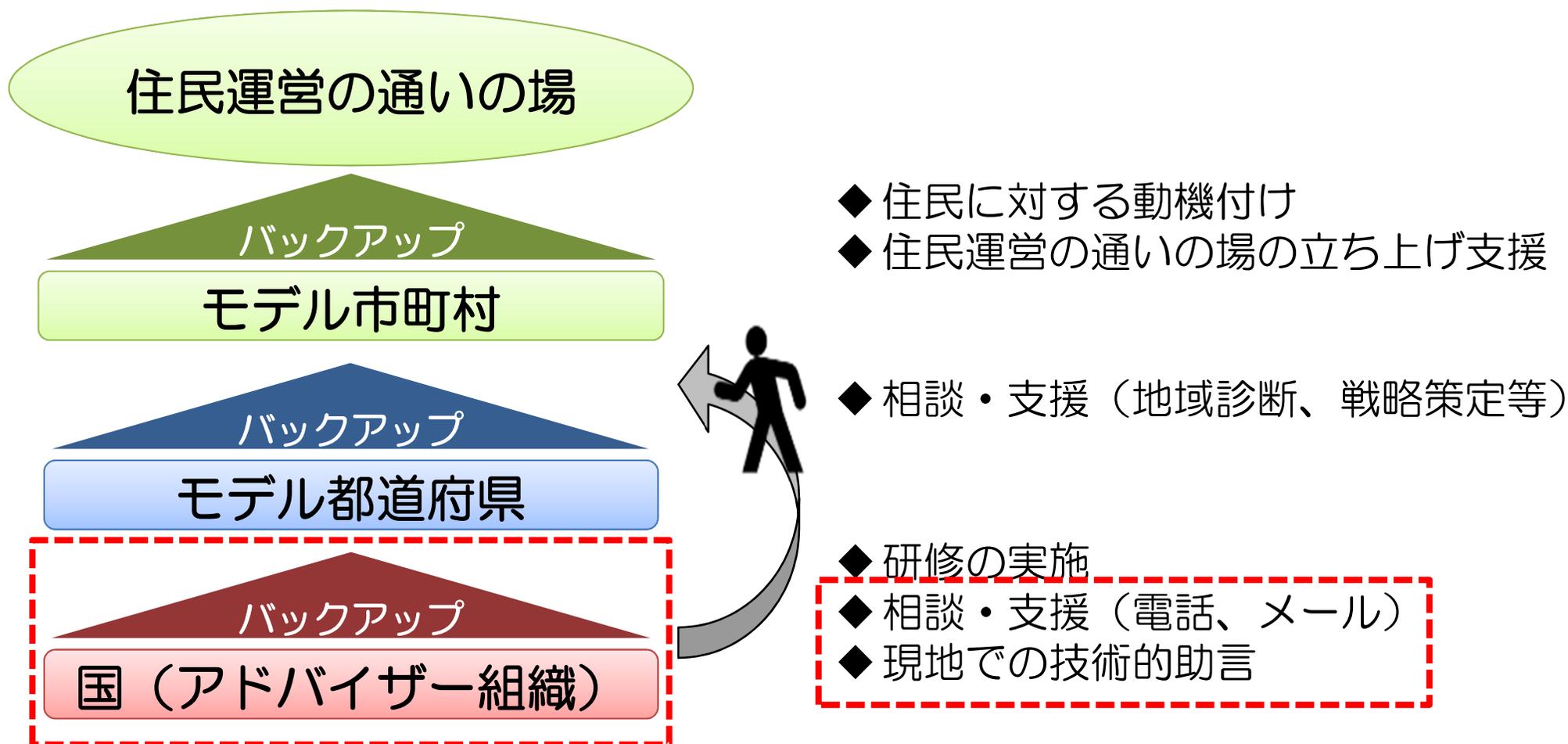
<退院調整ルール作成・運用するための具体的な流れ>

1. 病院のネットワーク化
2. 介護（介護支援専門員）のネットワーク化
3. 病院と介護（介護支援専門員）合同の連携協議会の形成
4. 当該圏域統一の退院調整ルール作成・運用
5. 統一退院調整ルールのレビュー



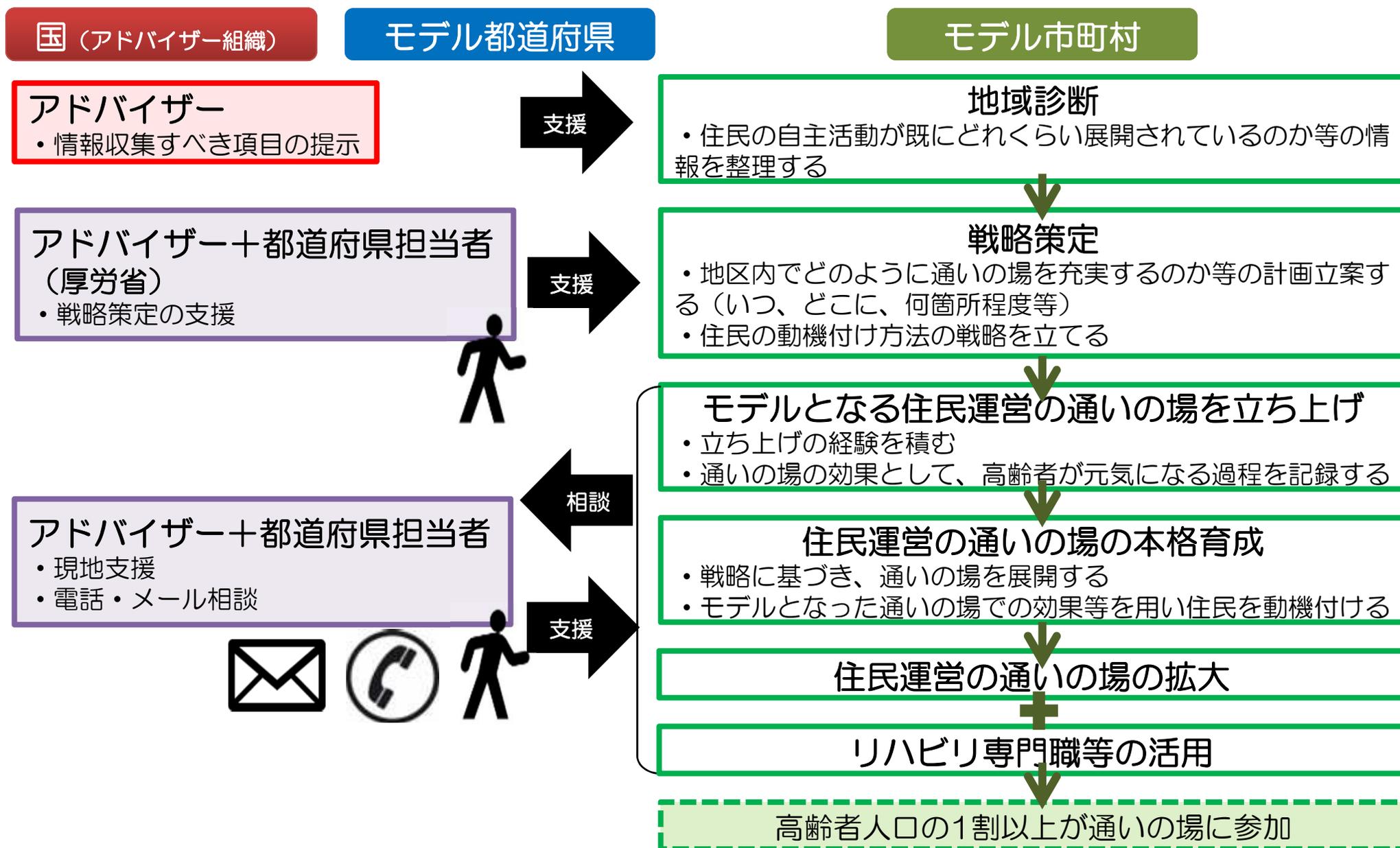
地域づくりによる介護予防推進支援モデル事業のイメージ①

- 都道府県による市町村支援を強化することにより、地域づくりを通じた効果的・効率的な介護予防の取組を推進する
- 国は、都道府県と連携しながら、モデル市町村を支援する取組を段階的に拡大していく



地域づくりによる介護予防推進支援モデル事業のイメージ②

アドバイザーによる支援のイメージ



地域づくりによる介護予防推進支援モデル事業のイメージ③

アドバイザーの役割（現時点でのイメージ）

地域づくりによる介護予防が、地域の実情に応じて展開出来るように、都道府県の担当者（介護予防担当、保健所の保健師など）と共に市町村を支援する

①広域アドバイザー

- 2～3県を広域的に担当
- 地域づくりの経験を活かし、住民の動機付けや、住民運営の通いの場の展開方法などを具体的にアドバイス



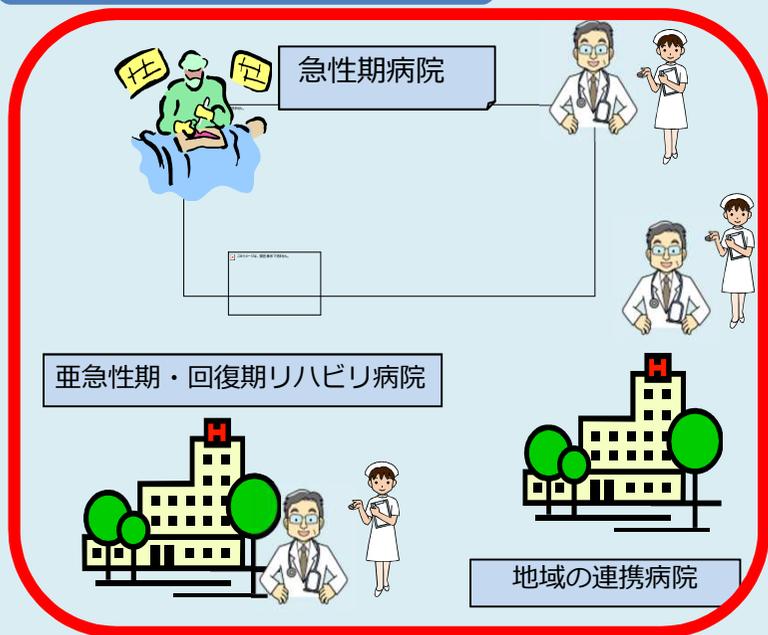
②都道府県密着アドバイザー

- 所在の1県を担当
- 県内のモデル市町村（5市町村程度を予定）からの相談・支援（電話、メール）

都道府県医療介護連携調整実証事業

都道府県の調整のもとで、市町村と介護支援専門員と病院とが協議しながら、地域の実情に応じて、病院から介護支援専門員への着実な引き継ぎを実現するための情報提供手法等のルールを作り、それを実証的に運用し、具体的なノウハウを蓄積することを目的として行う。

二次医療圏



都道府県支援組織

支援

保健所・医師会等

都道府県の活動を支援

- ①研修プログラムの策定・配布
- ②実務マニュアルの策定・配布
- ③研修の実施
- ④都道府県に対する相談・支援
- ⑤現地での技術的助言

- ・各圏域別に市町村、ケアマネジャー等を支援しつつ、介護のネットワーク化
- ・各圏域別の病院のネットワーク化
- ・医療・介護ネットワーク間の連携を調整

