



『さいたま市介護予防のための地域ケア会議キックオフ説明会』 高齢者が地域で自立した生活をおくるために必要な視点について ～リハビリテーションの視点から～

埼玉県地域リハビリテーション・ケアサポートセンター（さいたま担当）

さいたま市いきいきサポーター推進事業 さいたま市アドバイザー

さいたま市高齢者生活支援体制推進協議会 委員

さいたま市地域リハビリテーション活動支援拠点（西・北・大宮・中央区担当）

社会医療法人さいたま市民医療センター診療技術部リハビリテーション科

理学療法士 大熊克信



地域ケア会議における、リハビリテーションの視点の必要性

これからのリハビリテーションの目標

時代の変化

かつてのリハビリテーションは…

回復期リハビリテーションの
誕生により

International Classification of Functioning,
Disability and Health (ICF) の普及により

これからは地域包括ケアを
支えるリハビリテーション

リハビリテーションの目標

機能障害の改善

ADLの自立
家庭復帰

生活機能の向上
社会参加

その人らしい暮らしの
再構築と支援

リハビリテーション・サミット 2015 宣言文



- 主催：全国リハビリテーション医療関連団体協議会
- 回復期リハビリテーション病棟協会
 - 国際リハビリテーション看護研究会
 - 全国デイ・ケア協会
 - 日本語聴覚士協会
 - 日本作業療法士協会
 - 日本訪問リハビリテーション協会
 - 日本理学療法士協会
 - 日本リハビリテーション医学会
 - 日本リハビリテーション看護学会
 - 日本リハビリテーション病院施設協会

医療はもちろん、
生活の実現に寄与します

私たちは、人生のあらゆるステージで、変化するニーズを踏まえて、その人の望む生活の実現を目指したリハビリテーションを実践します。

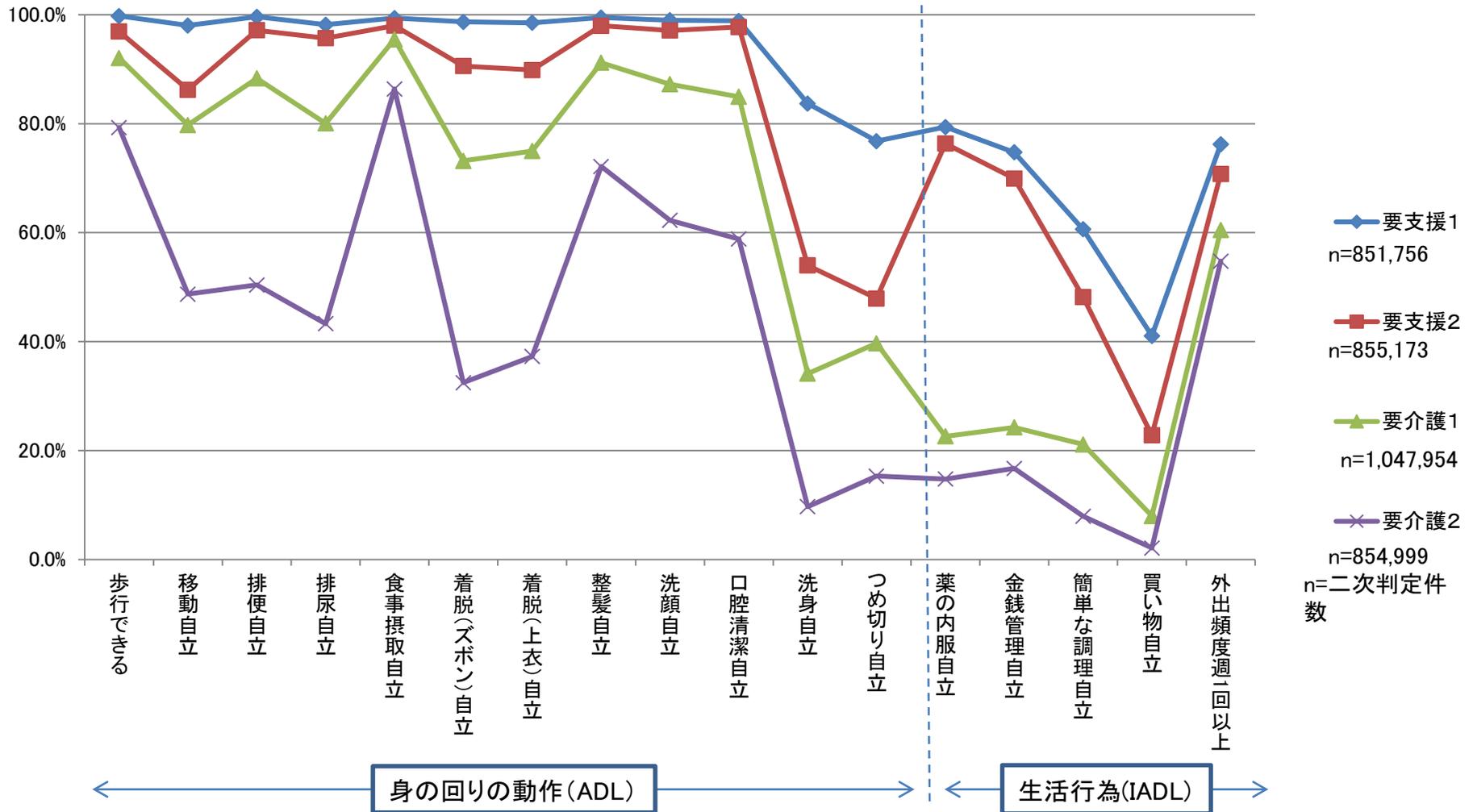
さらに、住民の自助力の向上及び支え合いづくりなどを支援し、地域包括ケアが全国各地で推進されるよう努めます。

地域連携をします

心身機能に特化したものではないと宣言

(参考)要支援1～要介護2の認定調査結果

要支援者のほとんどは、身の回りの動作は自立しているが、買い物など生活行為の一部がしづらくなっている。



※1 「歩行できる」には、「何かにつかまればできる」を含む。

※2 平成23年度要介護認定における認定調査結果(出典:認定支援ネットワーク(平成24年2月15日集計時点))

介護予防のための地域ケア会議における リハビリテーション専門職の役割

人間力を活かす専門職として

主体的な活動
活動の実践

作業療法士

摂食・嚥下
表現・理解
活動の根源

感情・社会性

認知・知性

姿勢・動作・行為

人間らしさ

理学療法士

言語聴覚士

活動の基盤
動作の専門家

分業と協業

自立支援のアウトライン

自立支援型ケアマネジメントとは何か

自立支援型ケアマネジメント：

「自立支援」のために必要なサービスや支援を高齢者につなぐ手法（プロセス）のこと。

自立支援型ケアマネジメントの類型

① 期間的自立支援

一定期間、介護保険サービスや地域支援事業での支援を実施することで心身の状態を回復し、自立した生活に導く支援

② 永続的自立支援

脳梗塞による重い後遺症がある場合や難病の場合など改善は望めなくても現状を長く維持するために提供する支援

『埼玉・和光市の高齢者が介護保険を“卒業”できる理由』（メディカ出版）より

実際のリハビリテーション専門職のアドバイスとは？

高齢者ケアの3原則（デンマーク1982）

- 自己決定権の尊重
- 残存能力の活用
- 生活の継続制(生活を奪わない)

本人の「したい」を守ること

- ①よくしていることの中で一番大事なものの
- ②充実感や幸福感に包まれる
- ③人や場所、時間と繋がっている
- ④生活習慣になっている
- ⑤自分らしいと感じられる
- ⑥健康になる
- ⑦社会や家族などに貢献 役割を果たす

因子分解～課題抽出

例 「高齢の女性が、一人で**ゴミ出し**ができない」

個人因子



縛る握力がない



習慣がない



痛み
疲労



階段昇降が不安定



持てない



分別方法が分からない



収集日を忘れる

環境因子



家族が捨てている



カレンダーが
古い



ゴミ捨て場の
蓋が重い



居室が2階

手すりが片方
しかない



玄関を出ると
飛び石

Where
問題箇所の特
定

一人でゴミ出しができない



ゴミ出し動作	上肢	下肢	姿勢	環境
1.袋の口を縛る	○	○	中腰	
2.袋を持ち上げる	○	○	中腰→立位	ごみの量
3.玄関まで運搬する	○	○	歩行	玄関までの距離
4.靴を履く		○	立位、片脚立位	上がり框、手すり
5.玄関の外へ運搬する	○	○	立位～歩行～昇降	玄関の扉、手すり、段差
6.集積所まで運搬する	○	○	歩行	距離、坂道、段差
7.ごみを捨てる	○	○	中腰～立位	集積所の扉、網
8.帰宅する		○	歩行	距離、坂道、段差

事業所向け自立支援マニュアル



埼玉県のマスコット「コバトン&さいたまっちゃん」

埼玉県

自立支援型地域ケア会議の取り組みから派生

【委員構成】

歯科医師、薬剤師、市町村保健師、管理栄養士、PT、OT、ST

介護保険事業所スタッフが要支援者の生活機能低下を把握するためのアセスメント及びケア会議を通じた自立支援のためのマニュアル

ご近所型介護予防 プログラム集

～全体版～



介護予防の取り組みから派生

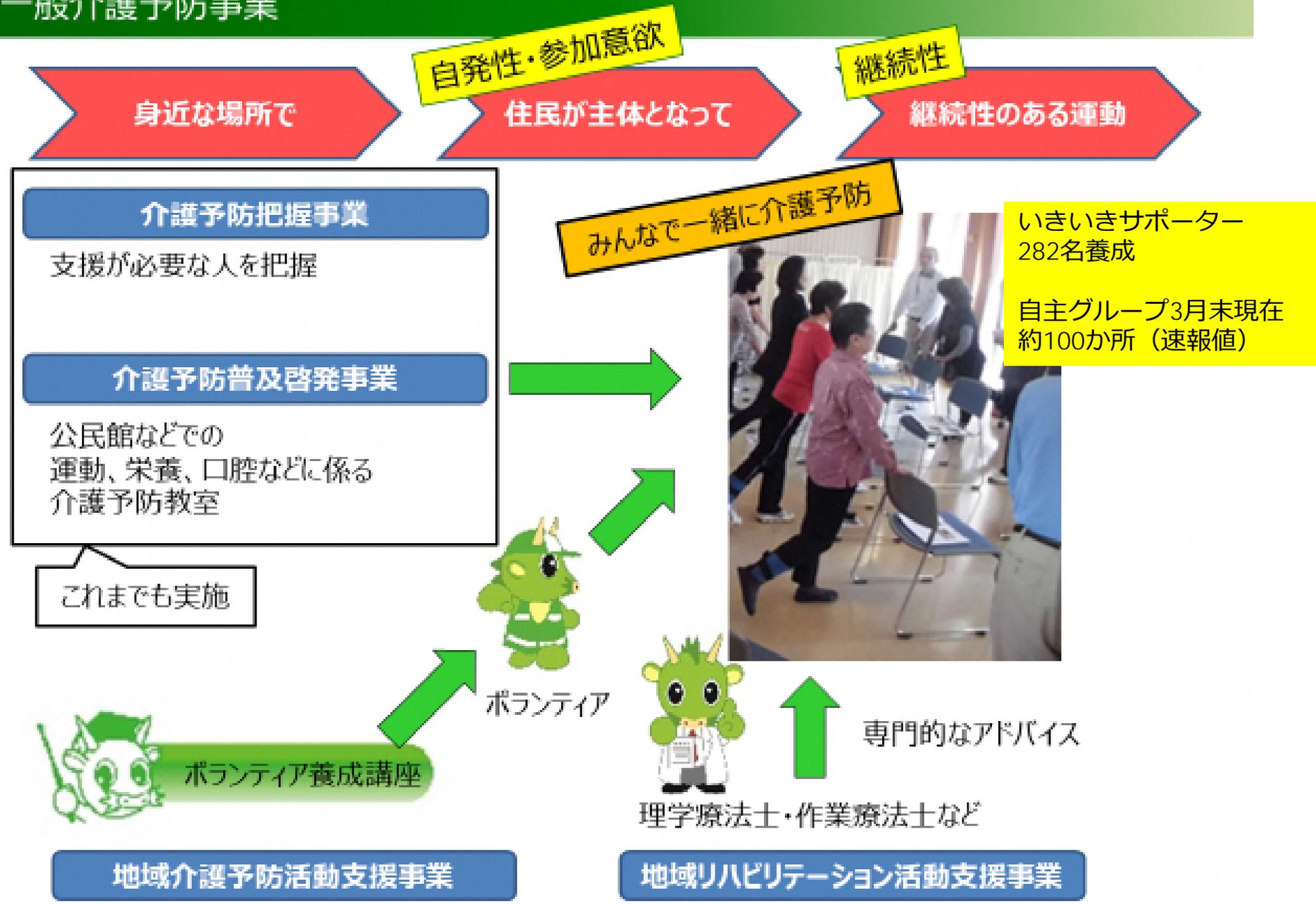
埼玉県

【委員構成】

歯科衛生士、管理栄養士、PT、OT、ST

ケア会議に参加する事業所が取り入れられるプログラム。虚弱者を受け入れられるようシルバーリハビリ体操を導入。

軽度認定者は、地域支援事業がカギ。
介護予防とケア・リハとの融合を会議で学び、実践しよう。



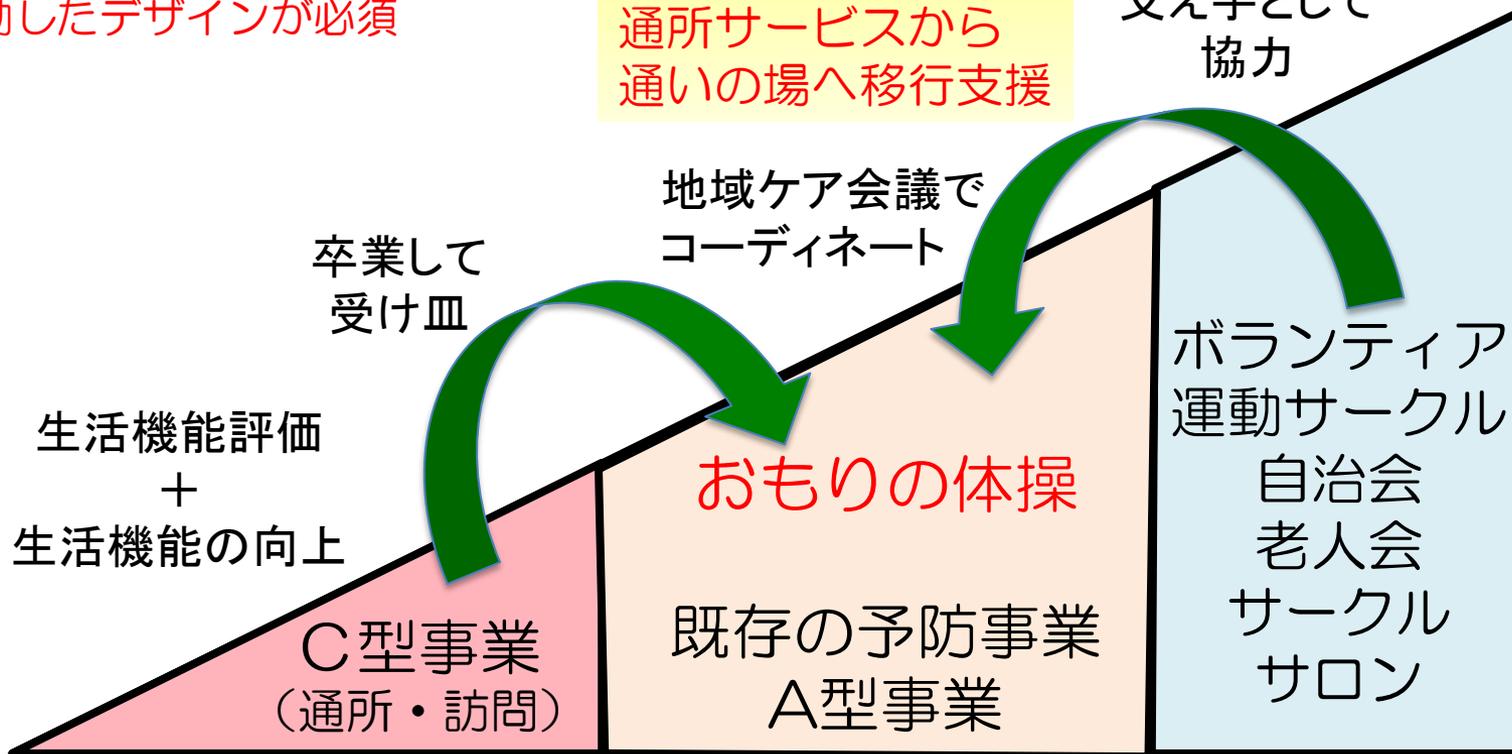
明日、新規の方が、このグループに参加しているかもしれません。

「要支援・介護者を減らす」
「支え手を増やす」ためには
連動したデザインが必須

〇〇町の宮〇さん、
要支援だったが、
通所サービスから
通いの場へ移行支援

支え手として
協力

高
↑
【元気度】
↓
低



フレイル | プレ・フレイル | 元気高齢者

集中介入
廃用症候群からの脱却

地域活動に参加できる
体力づくり
状態の維持・改善を目指す

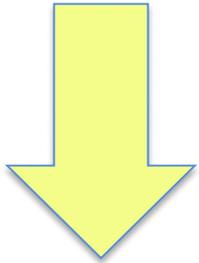
社会参加

高 ← ↓ 低

【介護予防の必要性】

ケアとイノベーション

- 今、ここのケア
- お世話型のケア
- 手伝い続ける、というモデル



リハビリテーションが示す道筋（方針・目標）を
全て（医療・介護）の関係者で共有してほしい（三浦局長）

旅路の先の見通しを立てられるか（堀田聡子）

- 将来にわたる、変化に沿った、ケア
- 自立支援型のケア
- 手伝う量を減らす、方法を変える、というモデル

あらゆるリスクを回避して、市民と共に目標を目指す視点

H29年度 心不全(n=99) 患者動向

入院元	
自宅	75.8%
施設*	23.2%
転院	1.0%

退院先	
自宅	57.6%
施設*	34.3%
転院	3.0%
死亡	5.1%

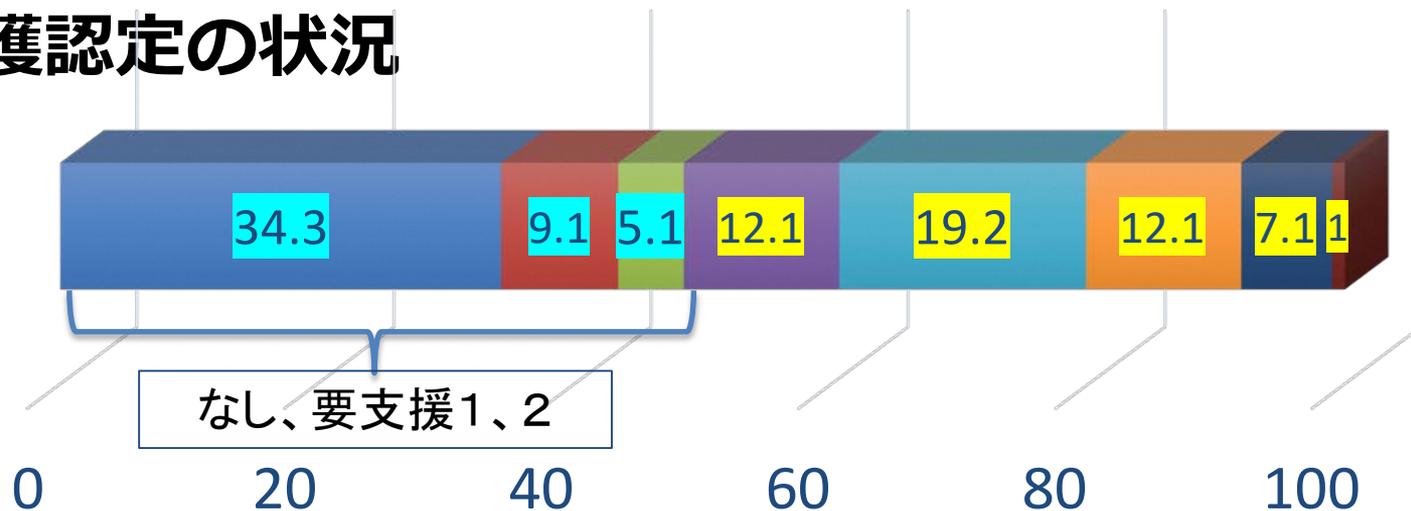
*施設：介護老人保健施設，有料老人ホーム，ショートステイ等

家族の同居	
あり	59.6%
なし	40.4%

心不全入院	
初回	59.6%
2回以上	40.4%

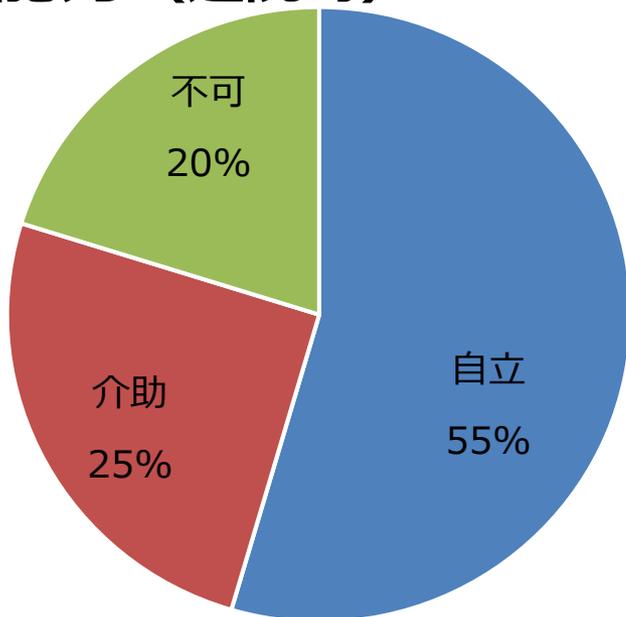
心不全パンデミック 今後さらに出会う機会が増えます

介護認定の状況

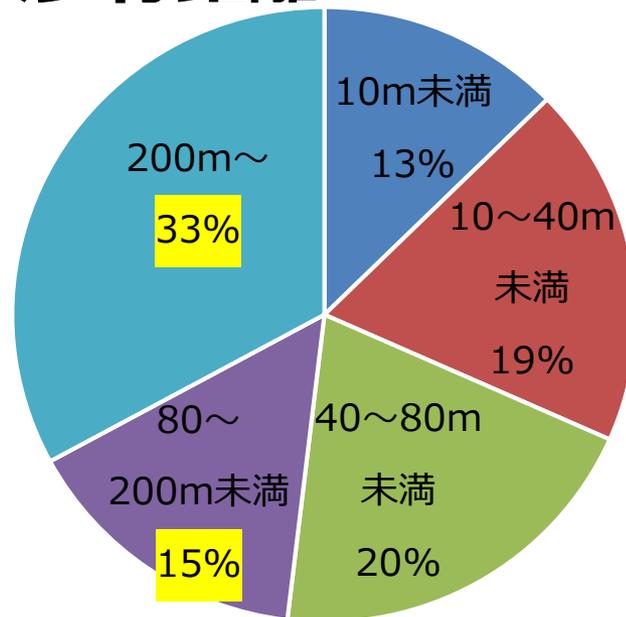


疾病管理とケアプランの両輪

歩行能力 (退院時)



最大歩行距離



注意をしなければならない動作



坐禅をするような姿勢をとらない



とんび座りをしない



正座をしておじぎをしない



前屈みで下着や靴下を履かない



×



○



手術した足を軸にしない



膝を組まない



風呂では低い椅子に座らない



×



○



深いソファーに座らない