

リハビリテーション・ケア合同研究大会 米子2018

クリニックの街づくりへの協力 ～地域包括ケアセンターなどとの協働～

三軒茶屋内科リハビリテーションクリニック
長谷川 幹

1. 国際的には

1960年代 障害のある人々のスローガン
「nothing about us without us」
「私たち抜きで私たちのことを決めないで」

1980年 国際障害分類

1990年 米国で「障害者差別禁止法ADA」

2001年 ICFの生活機能分類

2006年 国連の障害者権利条約

- 国際障害分類(1980)

疾病→機能障害→能力低下→社会的不利

- 国際生活機能分類(2001)

障害者に偏っていたため、

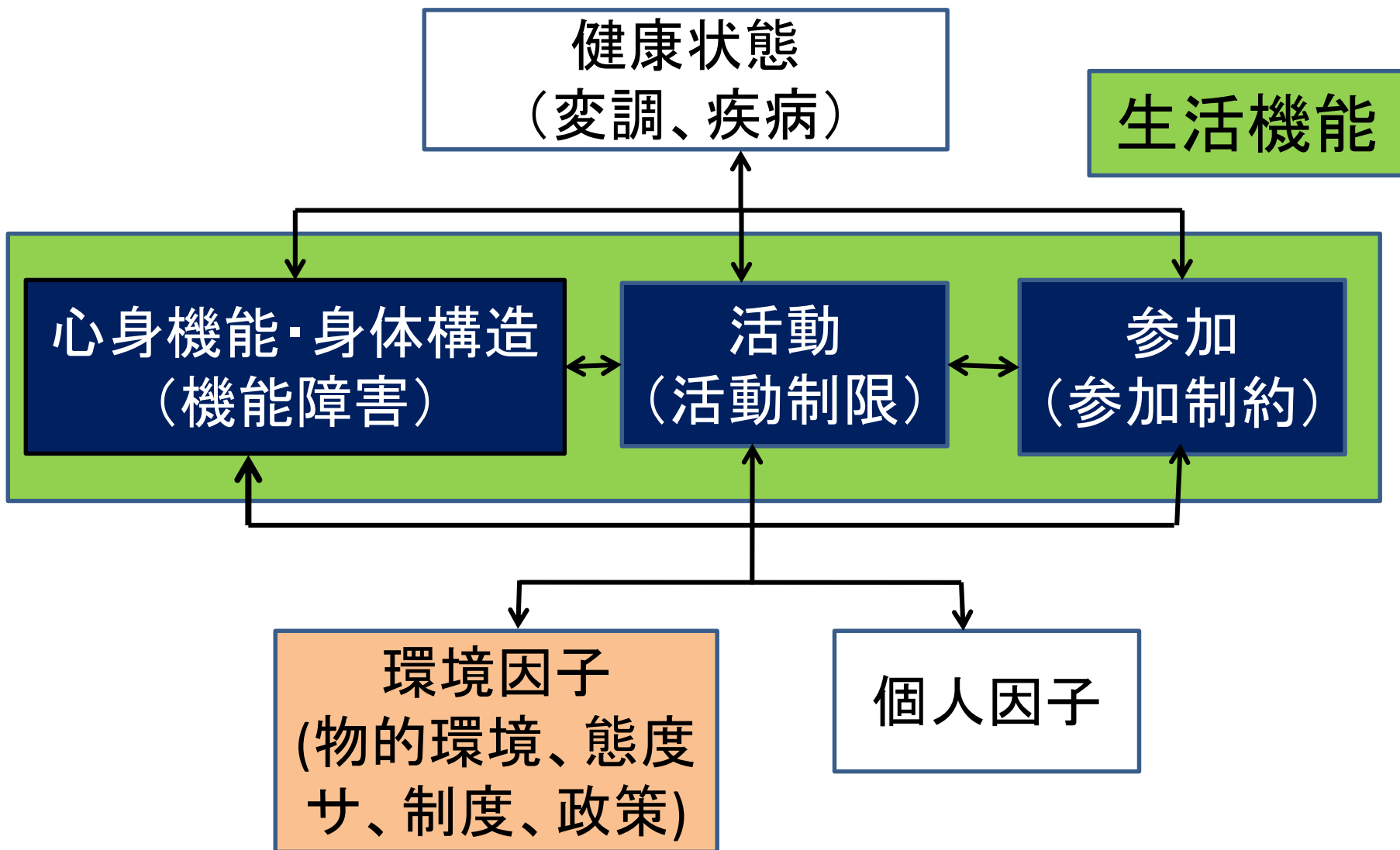
すべての人々に関する分類

障害者、研究者、臨床実務者それぞれ1/3

心身機能・身体構造—活動—参加

「機能障害」—「活動制限」—「参加制約」

國際生活機能分類



2. 日本では

2006年 国連の障害者権利条約

2007年 同条約に署名

2009年 「障がい者制度改革推進会議」の
26人の構成員のうち14人が障害
のある人々と一部家族

2013年 「障害を理由とする差別の解消の
推進に関する法律」が成立

2016年4月 「障害者差別解消法」実施

3. 中途障害者の心理

受傷前を基準にして現在を比較するため、

- ① いつまでも「よくなっていない」と思う
- ② 「自分は重症で、大変な思いをしている」
- ③ 「なんで自分がこんな外傷に」との思い
- ④ 「こんな体になって惨め、情けない、死にたい」、「人に迷惑をかけたくない」などの気持ちから、「閉じこもる」
- ⑤ 家庭では、家族は「健常者」で、自分だけが「障害者」と思い、孤独感を味わう
総体として「極めて自信がない」

医療機関と地域での視点の相違

医療機関

地域(在宅)

医療者
主導的

障害者
主体的

市民

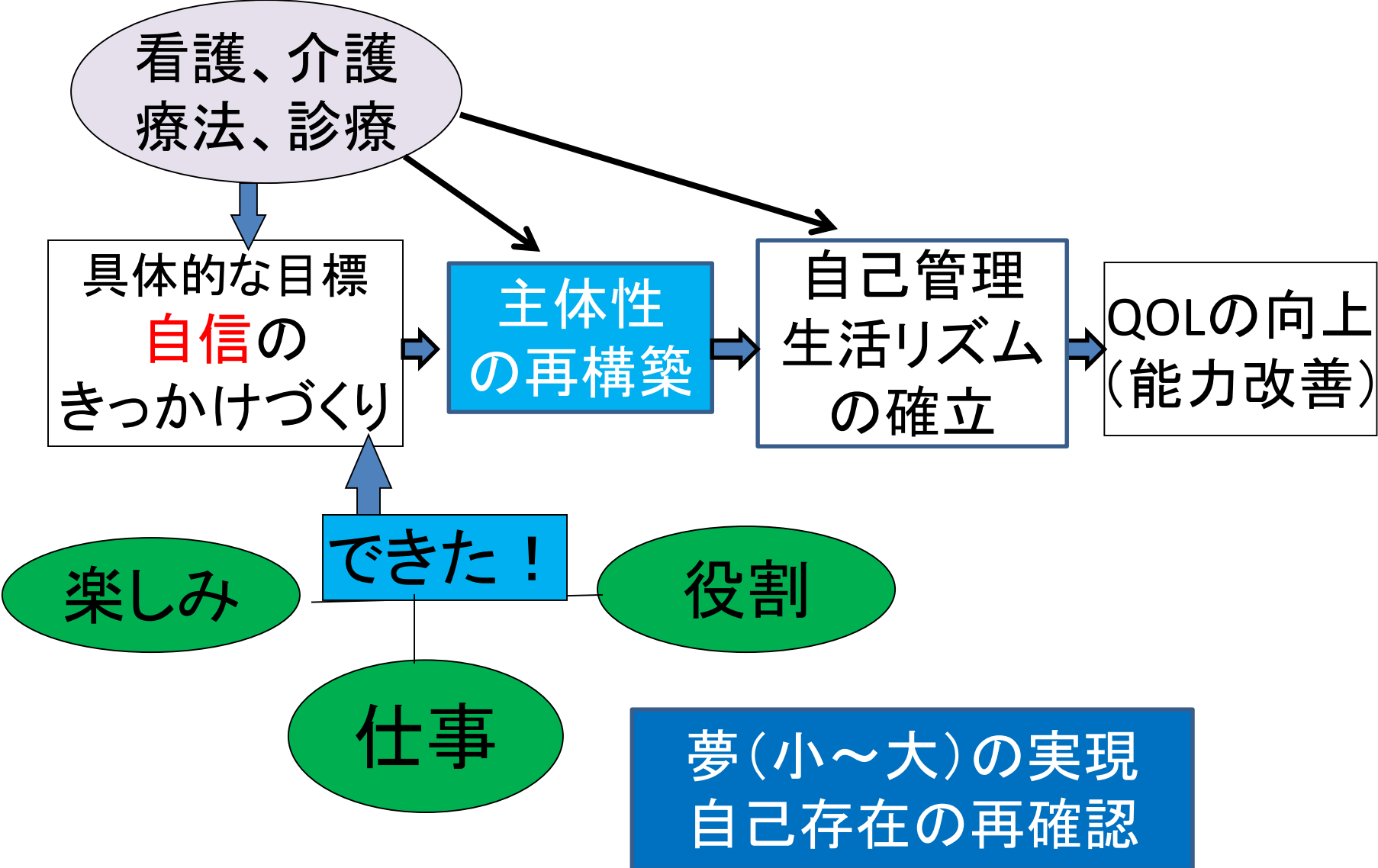
患者
受動的

医療者
後方支援

医療者・障害者の
立ち場の「逆転」 3~5年

支援の4つの視点と目標

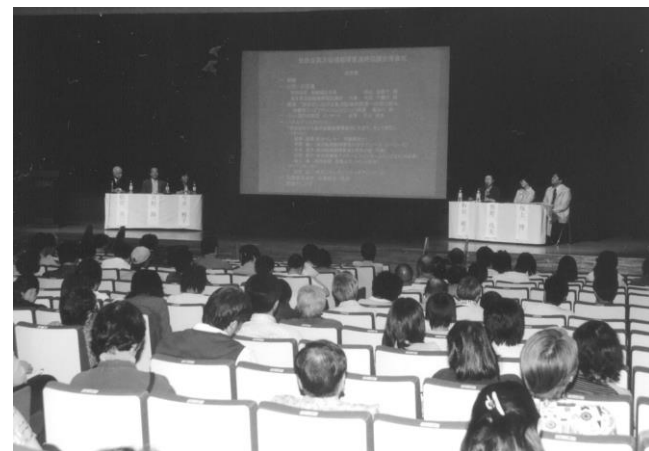
2016. 4



4. 世田谷高次脳機能障害連絡協議会

2005年5月 発足

2009年 春の音コンサート



5. 地域包括ケアセンターとの協働

- 2012年 障害のある人の「オーロラの会」の初回と5周年の講演
- 地域連携医として
- 月1回 事例検討会など
- 年1～2回 地域懇談会

住民主体の地域活動への 理学療法士の関わり(中島鈴美)

- 住民が主体となる活動への後方支援
専門職への依存から主体的に
- 集団の中で個別の特徴をつかむ
体力テストや運動時の様子と日々の気になるところ、生活の不便さを結びつける
個人が意識する点を助言する
- 役割をもつ・・・リーダー、世話人など

6. 在宅版クリニカルパス

- 診療所、地域包括ケアセンター、訪問看護ステーション、訪問介護事業所、ケアマネジャー
- 月数回の会合
- 各職種の説明
- コーチングの講習会
- 在宅訪問クリニカルパス
チェック項目、工程表
(大腿骨頸部骨折) (脳卒中)

- 時期別
本人・家族、ケアマネジャー、
開始 看護師、訪問介護、療法士、医師
退院前 福祉用具、通所介護
初回訪問～1か月未満、
1～3か月、
4～6か月、
7～9か月
10～12ヶ月、
1年～

脳卒中パス(案・本人用)

本人。家族

ケアマネジャー

初回訪問
〜
1ヶ月未満

自分の脳卒中発症の基になった病気の注意事項を知っている

病院で練習した方法で食事、更衣、入浴、排泄を1人または介助で行っている

病院で練習した運動を実行している

本人・家族は、不自由なことや不安なことなどを支援する人に伝える。

本人・家族は担当者会議に同席する

本人・家族は居宅サービス計画書の説明を受け同意、署名し受け取る

福祉用具についての使用方法と使用上の注意点を理解し確認ができる

CMは各サービスの初回訪問時に立ち合い、本人、家族、医師、サービス事業者から退院後の生活状況について情報収集する

CMは本人・家族に対して居宅サービスの修了がある事を説明する。

通所開始後、利用に対する感想、意見など聞きとり、各サービス開始後1か月以内に担当者会議を開催し、計画書を作成する

CMは居宅サービス計画書を本人・家族に説明し同意を得て署名をもらい、本人へ交付し該当サービス事業所へ送付する

看護師

サービス担当者会議に出席し、具体的な援助内容を検討する。(共通)

本人、家族と身体や生活に関する情報を整理し、毎回変化を確認していく。必要時、医師らと連携しながら助言する。

受診予定、処方、医療処置などを確認し、本人から医師・薬剤師と相談できるよう調整する。

初めての入浴時は看護師が介助し入浴時の注意点を説明する。体調が安定していれば、ヘルパーでの介助に移行することを説明をする。

家族の体調や介護方法についての相談に応じる。

本人、家族・CMと今後の援助内容、訪問頻度、短期目標、長期目標、修了の目安などを話し合う。(共通)

本人の楽しみや目標達成のために必要な健康管理方法を話し合う。

介護員

サービス担当責任者と担当ヘルパーの違いを説明する(保留)

本人、家族・CMと今後の援助内容、訪問頻度、短期目標、長期目標、修了の目安などを話し合う。

サービス提供責任者は部屋の間取り・物品の位置の確認を行い、ヘルパー初回訪問時に同行し手順など確認する

居宅サービス計画書原案を確認し、訪問介護計画書を作成し、本人・家族の同意・署名を得て交付しCMに提出する

サ責は担当者会議に出席し、具体的な援助内容を検討する

療法士

療法士は日常生活活動、歩行、痛みなど身体機能、心理面、住宅環境、福祉用具、介護力、介助方法等を評価し、本人・家族・関連職種に結果を伝える。

療法士は本人・家族から希望・目標を聞き取り、当面の目標と練習内容を説明する。

療法士は本人・家族・CMへ今後の進め方を説明する。(訪問頻度、修了の目安、自主練習の必要性など)

担当者会議に出席し、具体的な援助内容について検討する

医師

退院日または数日以内に往診を行う。

座位、立位がどの位できているか確認する。
食事、排せつの状況を聞き取る

本人が自分の麻痺の状態を理解することの重要性を説明する。

退院時処方を確認し、次の診療日(処方)を決める。

訪問看護師と情報交換をする

担当者会議に出席し、具体的な援助内容を検討する

緊急時の対応について、本人・家族、他職種と共有する。

訪問診察後、全身状態を評価し本人・家族に説明する。

福祉用具相談員

相談員は、退院後に住宅に訪問し、福祉用具の使用状況について確認し、本人・家族が適切に操作できるように取扱い方法を説明する

相談員は、必要に応じて療法士の訪問時に同席し、療法士の観点から福祉用具や住宅改修が適切かどうか確認する

相談員は、居宅サービス計画書原案をもとに福祉用具サービス計画書を作成し、本人・家族に説明し同意を得て署名をもらう

初回担当者会議に出席する(使用する福祉用具の注意点について多職種と確認する)

通所介護(検討前)

CM経由で見学の日時を決定する。事前にADL等確認しておく。
見学時、サービスについて説明し利用の意思を確認する

管理者、または生活相談員は初回通所前に契約書・重要事項説明書・個人情報同意書を本人または家族に説明し、同意を得て、署名捺印をもらう。

管理者、または生活相談員はアセスメントを行い、サービスに必要な情報を収集する。

管理者、または生活相談員はCMからの居宅サービス計画書原案を確認し、通所介護計画書を作成し、本人・家族の同意・署名を得て交付する。

管理者、または生活相談員は署名捺印のある通所介護計画書をCMへ送付する。

管理者、または生活相談員は初回利用前に他の職員にアセスメント情報と居宅サービス計画書原案の長期・短期それぞれの目標と内容を伝え情報を共有する

管理者、または生活相談員は初回サービス時の状況をCMに報告する。

初回担当者会議に出席し、サービス内容の変更点等情報交換し対応方法を検討する

違う環境の中で本人の人となり、体力、通所内での動作能力、人との交流、興味など評価、1カ月程度観察する

上記の結果を参考に通所でのプログラムに組み立てる

大腿骨頸部骨折パス実際に使用して

- 自分の置かれた立場、周囲の関わり方の認識
- 現段階で何をすべきか、チェックできる
- 工程がわかるので、各専門職が本人のアウトカムを意識して、次に何をすべきか、他職種は何をしているか、などもわかる
- 本人は現在どうなっているか、「修了」を意識した発言がみられる
- 担当者会議で議論すべき内容が絞られやすく、短時間ですんだ
- 「協働」を実感できる

連携から協業へ

顔が見える関係は入り口であり、医療福祉の様々な職種が実践的な事業(今回はクリニカルパス)を作り上げることにより、お互いの職種の理解が深まり、相手が何を考えているか、何をしてくれるか、がわかる

地域包括まるごとケア

- 植木鉢に例えて、「本人の選択と本人、家族の心構え」をベースに「住まいと住まいのあり方」の上に医療、介護関係者が力を結集するモデル
- 子供から高齢者までの世代間交流
- 一人暮らし(日中)を支える地域力の向上
- 高齢者、障害者は支援の「受け手」でありながら「支え手」に回る
- 障害のある人、高齢者など当事者が1/3参画すれば定まった方向に行く