

「実例から学ぶ自立支援に向けた ケアマネジメント」

～今後のケアマネジメントの行方～

*【初めに】

2016/11/10の未来投資会議にて
安倍首相はこんなことを言いました・・・。

「介護についてもパラダイムシフトをする。
これまでの介護はできないことをお世話する介護。
これからは高齢者が自分でできることを達せる
自立支援に軸足を置く」



* 未来投資会議動画

【さてここで言われている自立支援とは…】

* 介護保険法

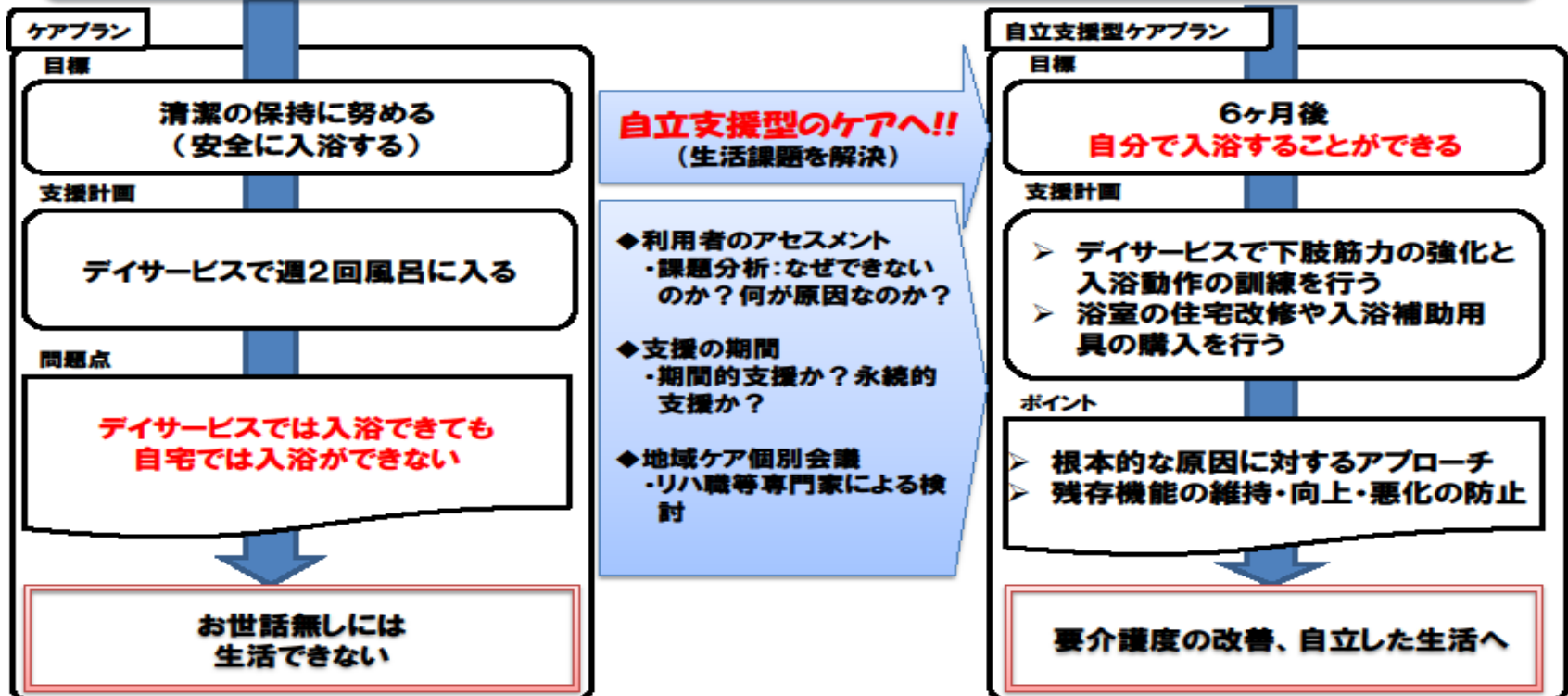
* 第一条 この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び両上場の管理その他の医療を要するもの等についてこれらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保険医療サービス及び福祉サービスにかかる給付を行うため、国民の協働連帯の理念に基づき**介護保険**制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

* 私たちは自立した日常生活を支援する義務がある…

* 「お世話型介護」と「自立支援型介護」の違いとは・・・。

自立支援型ケアマネジメントのイメージ

利用者の状態 : 生活の不活発により下肢機能の低下が顕著(要支援2)
利用者の課題 : 入浴ができない



和歌山県HPより抜粋

2018 南部エリア主任介護支援専門員

* 原因に対するアプローチ

その人の生活に支障が出ている原因を分析し
改善するための方策

残存機能の維持・向上・悪化の防止

何ができて何ができないかを把握

維持・向上・悪化の防止のためにはどのような
支援が有効なのかを分析・検討

* お風呂に入れないのは何故か？

その原因として

下肢筋力低下？

低体力によるもの？

どこかに痛みがある？

適切なアセスメントができないと・・・

支援の効果が期待できず自立支援もままならない

平成30年9月13日

中野区第2回介護支援専門員研修で学んだこと…。
覚えてますか？

専門職としての判断・行動は3つの側面から「根拠」を。

- 1) 法律(法的根拠)
- 2) 倫理(倫理的根拠)
- 3) 科学(ケアの根拠)

* そこで…

私たちはすでにエビデンスとして確立している
基本ケアにスポットを当て科学的根拠に基づいた
ケアを展開することとしました。

基本ケアとは…

「水分」「食事(栄養)」「運動」「排泄」に着目し
足りない部分を補う支援

* 「水分」

水は生命の元といわれるほど重要

体内の水分量は

成人は体重の60%

幼児は体重の80%

高齢者は体重の50%

例：体重50kgの高齢者の総水分量25kg

摂取量の目安

体重1kgに対して30CC

例：体重50kgなら $50 \times 30\text{CC} = 1500\text{CC}$

*在宅高齢者の55%が慢性脱水と言われている

* 高齢者が脱水になりやすい理由

- 高齢になると口渇感を感じにくくなるため飲まない
- トイレを気にする(失禁など)ため飲みたがらない
- 水分を貯留する筋肉量が減少するため体内に貯留できる水分量がもともと少ない

水分の種類

- 水道水、ミネラルウォーター、イオン水などの「水」
- 日本茶、ウーロン茶、コーヒー、紅茶などの「お茶」
- 牛乳、ジュースなど
- 水分ゼリー(寒天やゼラチンが原料のもの)

* みそ汁、スープ類は含まない

* アルコールも含まない

* 「食事(栄養)」

• 1日3食で1500kCal以上を推奨

体重1kgあたり約25KCal

エネルギー必要量(KCal/日) = 体重 × 25 × 活動係数

例: 70歳 体重50kg 日常生活レベル I (低活動)

$50 \times 25 \times 1.5 = 1875 \text{KCal}$

• 常食を推奨

栄養価が高い

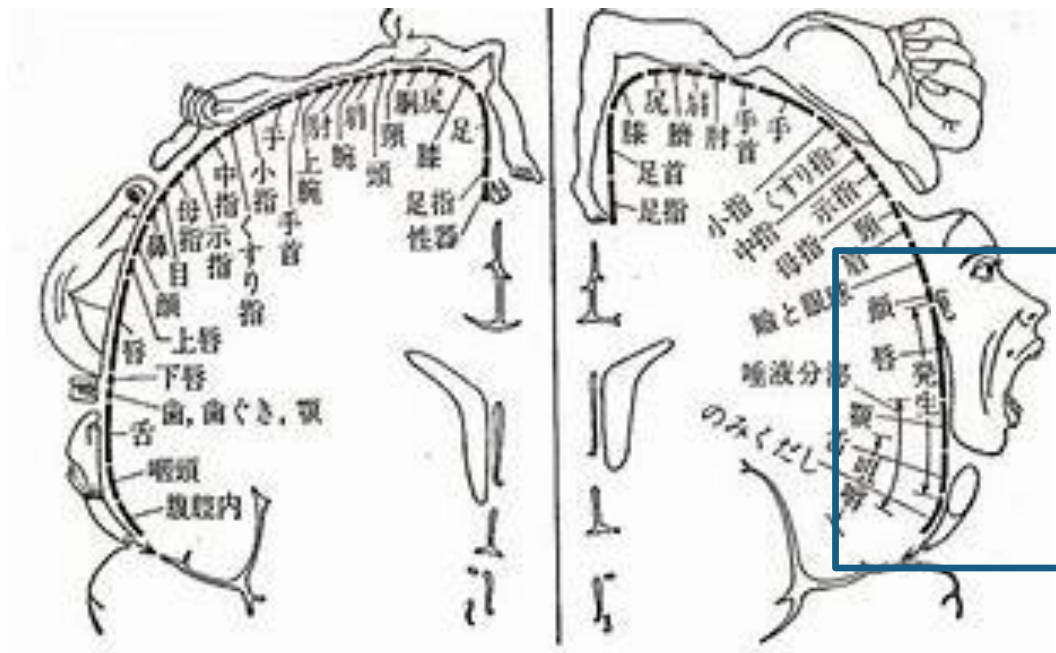
食物繊維が多い

多様性がある(食事そのものを楽しめる)

安全性(むせ、誤嚥が少ない)

* むせ、誤嚥について

- むせ、誤嚥は咀嚼の回数、舌の動き、口全体の動きに関係する
- 口腔は身体の中でも最も敏感
- 大脳皮質の運動野、知覚野の中で広域を占める



* 咀嚼について

• 咀嚼についての先行研究

- i 1日(3食)の咀嚼回数は成人で2500回(竹内 2011)
- ii 咀嚼前の水分量の少ない食物ほど、咀嚼時間は長い傾向にあった(巢瀬 2000)
- iii 唾液分泌量が多い方が食塊形成に達するまでの咀嚼回数は少なく唾液分泌量が付着性に大きく影響する
- iv 加齢に伴う嚥下機能の変化には嚥下姿勢などのアプローチが必要(大前 2003)

「咀嚼運動は精妙なコントロールされた運動」

「運動(歩行)」

高齢者の生活で歩行ができる、できないで生活の質が大きく変わる…。

食事もトイレも入浴も歩行ができれば、家族や支援者の負担は大きく軽減できるはず。

歩かせるリハビリテーションの現実…

- 脳卒中・骨折・肺炎等の「急性発症の病気・怪我」の回復期にはリハビリテーションが行われ成果も上がる
- 慢性期になると「放置」「成果なし」
- 現在歩いている人しか歩かせない
- 安直に車いすに移りすぎる

* 自立支援型ケアマネジメントを実践している施設では要介護4・5の寝たきりだった高齢者を歩行させることに成功している。

* 運動学習理論とは

- 歩行能力の喪失は筋力の低下が原因ではない
- 高齢者が歩けなくなるのは「歩き方」を忘れるため
- 筋力が弱いのではなく立位や歩行に必要な「全身の筋の協調性」が障害される

* 運動学習理論の原則

- * 1. その運動そのものを行う
- * 「歩く」には「歩く」練習を。
2. 反復する
できるだけ頻回に。
3. 運動量、練習量を増やす
歩く量をこなしていく。

私たちがある動作を獲得するためには反復練習で
身に着けている

例：自転車、水泳、スケート、ピアノ、etc……

* 「排泄」

* 排泄自立の考え方

1. 排尿

尿意の回復を図る

失禁を治す・改善するための2大ケア

i 水分ケア

水分摂取を適切に行うことにより脳の覚醒
水準が上がる

尿意の知覚と状況認知の適正化

ii 活動量

昼間帯に活動量をupすることで体内水分が
循環し下肢に水分を貯めたままにしない

* 2. 排便

* 排泄リズムの確立

* 排便の4大ケア

* i 水分ケア

水分摂取を適切に行うことにより脳の覚醒水準が上がる

寝起きの水分は胃大腸反射をもたらし便意を誘発しやすくなる

ii 下剤をできるだけ使わない

下剤は排泄のリズムを崩す

やめると便秘になるため毎日飲む

* 毎日飲んでも効果がなくなる

* 下剤を飲む量が増える

下剤の効果が出る時間が不規則になり急な
便意や効き過ぎによる下痢などから失禁となる

iii 歩行練習

歩行はトイレへの移動手段になると同時に起立
大腸反射を誘発する

歩くことは覚醒水準の向上につながるため状況
認知が正確になる

* ivトイレでの排泄
便意は脳の前頭葉より発せられる



そこがトイレであることを認知
(そこがトイレでなければ抑制[我慢])



移動・衣服操作



準備ok



排泄命令



Go!!

* おむつが外れた利用者の声

84歳 女性 要介護5 とある特別養護老人ホーム

* おむつをしていた頃は今から見てどのように感じますか？

- * 「病院でおむつを使っていた頃は早く死にたいと思っていた。自分は何もできない人間で、何もかもよそ様の世話になってばかりで。」
「それに便の出る感覚は分からなかったけど、出た後の感触は分かる。早く交換してほしいけどすぐには来てくれないし、諦めていた」
「私はおむつはしたくなかった。でも病院の看護婦さんのことを考えると忙しそうで無理は言えなかった。他の人もおむつを着けているようだったので私だけ『トイレに行きたい』とわがままは言えなかった。今考えるとなんで『トイレに行きたい』と言わなかったのか自分でも不思議に感じる。」

* 私たちの実践事例

* A様 73歳 女性 パーキンソン病、両膝変形性関節症

H22頃より動きが悪くなり受診。パーキンソン病と診断。H26頃よりすくみ足、歩行状態悪化のため要介護3、介護サービス開始となる。発症時から午前と午後と夫と1時間くらい車いすを押しながら散歩を継続している。食事には気を使っていたが水分摂取の提案をしても水分の重要性にはあまり関心はなかった。パーキンソン病の薬の副作用での便秘(3.4日に一度の排便)には悩まされており、訪問看護の排便コントロールの必要性が高まっているが、夫、本人は「自然な排便」の意思は強く、今回南部チーム検討により説明の上、水分摂取1日1500ml摂るように依頼。本人、夫共に7月より開始。現在も継続、時間はかかるが、毎日午前中に自力での排便が可能になり、幻覚も軽減された。夫の高血圧の値も少しずつ改善が見られている。

B様 78歳 男性 家族性脊髄小脳変性症

2年前に大腸ポリープ(良性)切除。発症以前から夫妻で健康の為ウォーキングをしていたが、発症後は毎日1時間の家の周りのウォーキングを継続している。食事も特に発症してからは妻が医師の講演会で学ぶ等かなり気使ってきた。水分に関しては、妻は勧めていたが、通院リハビリ、通所介護、発語の促進のための「歌の会」などの自主サークルへの参加等、運動やリハビリ重視の外出が多い週間スケジュールの為本人はトイレの回数を減らすため、摂取制限していた。

運動も食事も気を使っているのに2年前大腸ポリープが見つかり切除。ポリープが3つもできていたとのことで、妻は相当ショックを受け、いろいろな医師の著書を読み、参考にし水分を一日1800ml摂るようになり、2年経過しているが新たなポリープは一つも発見されていない。

* 私たちの実践事例

C様 94歳 女性 肝硬変症 肝細胞ガン

以前より規則正しい食生活と睡眠導入剤内服にて快眠、快便であった。3年前より踵上げ、つま先上げ体操が気に入って継続して行ってきた。水分はマグカップ8割の水(約300ml)で朝、昼、夜3回薬を飲む時のみの摂取だった。今までは血圧上昇が見られるのはまれだったが7月頃から高い日が多くなったため主治医とも相談し、水分を1500ml以上(マグカップ6杯以上)摂るようにしたところ高血圧は収まり120~130で推移するようになった。現在もマグカップ6杯以上水分摂取は継続しており、血圧は安定している。

D様 51歳 男性 脳出血による左上下肢麻痺

自宅前で脳出血にて倒れる。急性期病棟、リハビリ病棟を経て在宅復帰。復帰時は歩行バランス悪く、歩行速度も実用域には達していなかった。職場復帰の希望があった為、運動学習理論に基づき歩行動作の反復訓練を訪問看護、訪問介護にて実施。この間、筋トレなどは全く行わず歩行練習のみを繰り返した。6か月後には一人で公共交通機関の利用が可能となり職場復帰を果たした。

* 私たちの実践事例

* E様 83歳 女性 アルツハイマー型認知症

* 2年前より自分で買い物ができなくなる。食事も不規則で水分摂取量も不明な状態だった。家族と相談し3食きちんと食べる事1日に1500mlの水分摂取を家族、ヘルパー、デイサービスで実践、1カ月後には道にも迷わずに一人で買い物ができるようになった。

F様 86歳 女性 認知症 長男同居

自分の名前や住所を言うことができない。徘徊があり脱水にて救急搬送されることが数回あり。家族の就労の関係で月～金までデイサービスを利用することとなった為、施設に水分補給、食事量の確認を依頼。水分摂取が確実にできるようになり脱水になることはなくなった。

私たちの実践事例

G様 86歳 男性 慢性心不全、慢性心房細動、糖尿病、便秘症

歩行ができなくなり寝たきり状態となる。『生きている価値が無い。死にたい』と自殺未遂を繰り返した。便秘を解消するケアを展開すると、食事、水分量があがり生活に対する意欲が向上するようになった。次第にトイレに行って排泄したいと希望するようになった為、車いすを自操するためのリハビリテーションを実施。トイレにも一人で行けるまでになった。

次期制度改正では・・・

3年後の制度改正では要介護2以下の全てのサービスが、総合支援事業化、居宅介護支援費の利用者負担化が検討の遡上に上がっています。

利用者がお金を払うケアプランとは何か・・・？

今回は国際医療福祉大学院竹内教授の理論を紹介しましたが、他にも介護理論はある・・・。

大切な事はどの理論を使うかではなく、自立支援が達成できるかどうか・・・

今・・・

私たちケアマネジャーは重大な岐路に立っているのではないのでしょうか？

【2019】

活 動 参 加 証 明 書

平成 年 月 日

東京都中野区上高田 2-45-10
NPO 法人ピクニックケア内
中野区介護支援専門員部会
会 長 宮 原 和 道

下記の者は、当会が主催する下記活動に参加したことを証明する。

フリガナ		介護支援専門員番号
受講者氏名		
活 動 名	<input type="checkbox"/> 平成 30 年度 第 月 度 役 員 会 <input type="checkbox"/> 平成 30 年度 第 月 主 任 ケ ア マ ネ 連 絡 会 運 営 <input type="checkbox"/> 平成 30 年度 第 月 主 任 ケ ア マ ネ 連 絡 会 研 修 参 加 <input type="checkbox"/> 平成 30 年度 全 体 会 <input type="checkbox"/> その他	
内 容		
日 時	平成 31 年 月 日 時 分～ 時 分	

【注意事項】

証明書の内容が事実と異なる場合は、本証明書は無効となります。

公印無きは無効となります。

証明書の再発行はいたしません。

証明書の発行は当日のみとなります。後日の発行はいたしません。

1月ケアマネ部会役員報告書

1/17 13:30～ 産業振興センター

#ニ予定

書記：中條

	担当役員	交流研修会	事例検討会	地域主任	ケース検討会	質の向上検討会	地域ケア会議		他
		(年2回)	(年3回)		(年4回)	(年2回)	(年2～4回)		
鷺宮	上鷺宮	富澤 田辺	#3/1				富澤		1/9 交流研修会打ち合わせ 同日ランチミーティング
	鷺宮				#1/24				
北部	江古田	坂本 中條 高橋 磯貝 高見		坂本 富澤 中條 田辺			中條		
	中野北			磯貝 高橋 高見					
中部	中野	宮原 星野 大澤 井上	#1/22	宮原 星野		#1/25	星野	#2/7	
	東中野								
南部	本町	増子 高山 廣末 三枝		高山 井上 三枝		#1/18	井上		・1/10主任連絡会研修打ち合わせ(井上、三枝、高山、増子、廣末)
	南中野			廣末 増子					
全体	連事 絡業 会所	宮原 磯貝 星野	12/19 (宮原、磯貝、星野、高見) 1/9、1/16					宮原	
中野区内会議 【中野区地域包括ケア推進会議(宮原) 地域包括ケア会議(富澤・中條・星野・井上)、在宅医療介護連携部会(井上)、認知症等対策部会(宮原)、生活支援介護予防就労健康づくり部会(中條)、住まい住まい方部会(坂本)、地域包括運営協議会(田辺)、健康福祉審議会(宮原)】			#1/21 中野区介護サービス事業所共催研修 #1/28 OBF報告会 #2/4 健康福祉審議会						
他 【成年後見制度委員会(宮原)、中野区社会福祉協議会評議員(宮原)、しらすぎ24推進会議(田辺)、区西部緩和ケア介護相談部会(宮原・廣末)、CMAT第2ブロック(宮原・高山)】			12/21 中野区社会福祉協議会評議委員会(宮原) #1/16 CMAT第2ブロック会						
部会で検討して欲しい事			2019年度役員候補を2/21の役員会まで公募し3月の役員会で相談したい。 ケアマネ部会の事業報告(坂本)、事業計画(宮原) 3月の役員会及び主任連絡会(次年度計画)の日程と会場の変更について						