

平成30年度三島圏域

高齢者介護予防・地域リハビリテーション推進事業

活動報告集

平成31年3月

三島圏域地域リハビリテーション地域支援センター

はじめに 平成 30 年度三島圏域地域リハビリテーション推進事業報告

ご存知のように我が国は少子超高齢化社会に突入し、医療・介護の需要増大に対して地域包括ケアシステム構築にむけて、待ったなしの医療制度改革が進められていきます。昨年診療報酬介護報酬の同時改定がありましたが、入院医療では入院基準を高くする一方、退院支援の充実を図り在院日数の短縮と在宅診療・在宅介護への誘導を図っています。今後ますます医療・介護の連携は重要になっていきます。平成 30 年度の地域リハビリテーション連絡会では超急性期から生活期に至って多くの職種が関わる機会が多い「脳血管疾患」というテーマで活動を行いました。

今年度初の試みとして、平成 30 年 12 月 8 日に「脳血管疾患～食べることで支援～」と題し、各職種連絡会合同の研修会を開催しました。第 1 部では茨木市歯科医師会副会長 柚木求見先生より「義歯・口腔ケアの重要性」について、梅花女子大学 管理栄養学科 教授 井戸由美子先生より「栄養の大切さ」についてご講義頂き、第 2 部では「“食べる”を一緒においしく楽しく」をテーマに、各職種連絡会による食べることで支援に関する取り組み報告とシンポジウムを通して連携を深めました。

ソーシャルワーカー連絡会では、平成 30 年 11 月 8 日に「障害年金について」社会保険労務士 井坂武史先生よりご講義頂きました。

ケアマネジャー連絡会は平成 29 年度より発足し、今年度は 2 回研修会を開催致しました。第 1 回（平成 30 年 10 月 24 日）は「食事の楽しさを考える～介護施設の現場から～」と題し、介護施設・事業所での取り組みをご報告頂き、多職種での活発なグループ討論が行われました。第 2 回（平成 31 年 2 月 26 日）は、ケアマネジャー、介護職員を対象とし「高次脳機能障害を学ぼう～作業療法士・言語聴覚士の立場から～」という内容で、愛仁会リハビリテーション病院の塚本賢司作業療法士、石井和樹言語聴覚士よりご講義頂きました。

地域リハビリテーション連絡会主催の症例検討会を、平成 31 年 1 月 26 日に「脳血管疾患～高次脳機能障がい呈した重度片麻痺患者が望む生活に向けて～」と題し開催しました。脳血管疾患を発症し、自宅復帰が難しいと思われた患者に対しチームで介入することによって在宅復帰し、復職が可能となった症例を報告頂き、活発なグループ討論が行われました。

最後に前年度のテーマである「医療と介護の連携と協働～認知症のリハビリテーション～」を踏まえて平成 30 年 5 月 12 日に講演会・多職種交流会を開催致しました。一部の講演会では「茨木市認知症ケアモデルについて～医師会・行政・医療・介護・との協働～」と題し、茨木市の認知症地域ネットワークにおけるシステムや個別支援のあり方について、医師会・行政・医療（病院）・在宅（ケアマネジャー 訪問看護ステーション）の方々よりご講演頂きました。当日の参加者（医療・介護従事者）約 180 名も熱心に聞き入っておられました。二部の多職種交流会では、各機関の方々が、より顔の見える連携・協働に繋がることをねらいに実施致しました。演者の先生方も引き続き参加し

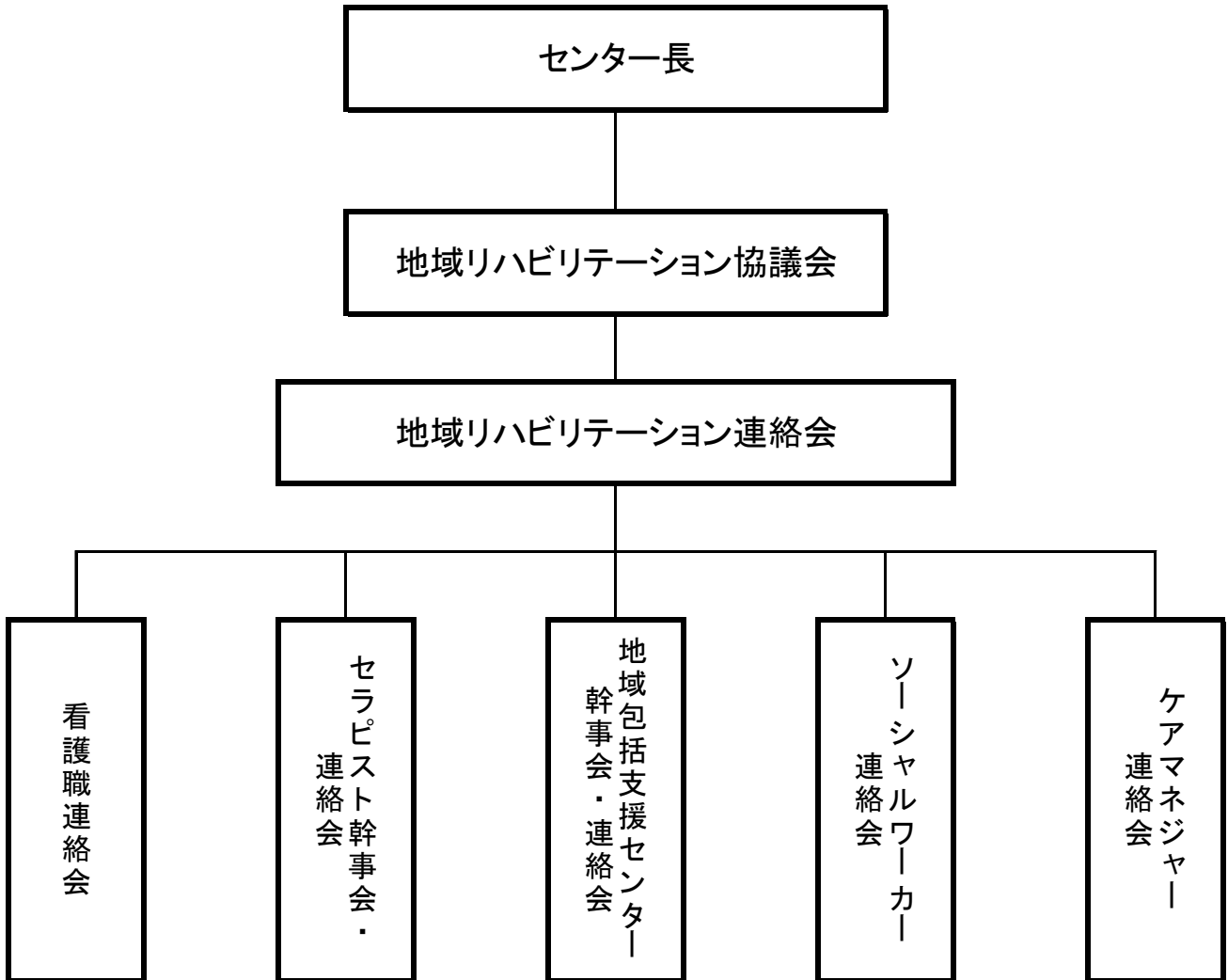
て下さり、講演会的话题を通じ、参加者との対話が深まる機会となりました。

今回、最も印象に残ったことは、茨木市認知症ケアモデルを通じた医師会・行政・病院・在宅の垣根のないネットワークのあり方です。このようなネットワークが地域で構築されているからこそ、医療・介護従事者がシステムや個別支援において相談できる場が提供され、患者（利用者）・家族のみならず、支援する医療・介護従事者のサポートにも繋がっていることを感じる機会となりました。

以上今年度の活動を簡単に紹介しました。次年度も引き続き関係各位のご協力を何卒宜しくお願い申し上げます。最後に地域リハビリテーション推進事業にご協力いただいた病院・施設・事業所の皆様、並びにご支援いただいた茨木保健所、高槻市保健所の方々に深く感謝いたします。

三島圏域地域リハビリテーション地域支援センター センター長
愛仁会リハビリテーション病院 院長
吉田 和也

三島圏域地域リハビリテーション推進事業の概要図



平成30年度三島圏域地域リハビリテーション推進事業スケジュール

テーマ「脳血管疾患」

事業内容		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
会議	地域リハ協議会・連絡会			■6月6日(水) ・地域リハ協議会	■7月2日(月) ・地域リハ連絡会			■10月3日(水) ・地域リハ協議会	■11月5日(月) ・地域リハ連絡会			■2月6日(水) ・地域リハ協議会	■3月4日(月) ・地域リハ連絡会
	・セラピスト連絡会		■5月21日(月) ・セラピスト幹事会①		■7月23日(月) ・セラピスト幹事会②				■11月5日(月) ・セラピスト幹事会③				■3月11日(月) ・セラピスト幹事会④
	・看護職連絡会		■5月28日(月) ・看護職連絡会①		■7月3日(火) ・看護職連絡会②		■9月10日(月) ・看護職連絡会③		■11月2日(金) ・看護職連絡会④				■3月5日(火) ・看護職連絡会⑤
	・地域包括支援センター連絡会		■5月21日(月) ・包括幹事会①		■7月4日(水) ・包括幹事会②	■8月3日(金) ・包括幹事会③ ■8月27日(月) ・包括幹事会④			■11月12日(月) ・包括幹事会⑤		■1月17日(木) ・包括幹事会⑥		
	・ソーシャルワーカー連絡会			■6月26日(火) ・ソーシャルワーカー連絡会①	■7月27日(金) ・ソーシャルワーカー連絡会②			■10月12日(金) ・ソーシャルワーカー連絡会③				■2月21日(木) ・ソーシャルワーカー連絡会④	
	・ケアマネジャー連絡会	■4月26日(木) ・ケアマネ幹事会①		■6月7日(木) ・ケアマネ幹事会②	■7月30日(月) ・ケアマネ幹事会③		■9月3日(月) ・ケアマネ幹事会④	■10月24日(月) ・ケアマネ幹事会⑤			■1月11日(金) ・ケアマネ幹事会⑥		
研修会						■8月29日(水) ・ソーシャルワーカー研修会		■10月24日(水) ・ケアマネ研修会	■11月8日(木) ・ソーシャルワーカー研修会	■12月8日(土) ・合同研修会	■1月26日(土) ・症例検討会	■2月26日(木) ・ケアマネ研修会	
合同研修会に向けてミーティング			■6月6日(水) ・ミーティング①			■8月1日(水) ・ミーティング②	■9月12日(水) ・ミーティング③		■11月5日(月) ・ミーティング④				
講演会・懇親会		■5月12日(土) ・講演会・交流会											
その他	・会議開催場所: 愛仁会リハビリテーション病院											・事業報告集作成	

目次

はじめに

平成 30 年度三島圏域高齢者介護予防・地域リハビリテーション推進事業 実施状況

I	平成 30 年度三島圏域地域リハビリテーション連絡会	
	○地域リハビリテーション協議会・連絡会開催状況	7～8
	○セラピスト連絡会	9
	○地域包括支援センター連絡会	10
	○看護職連絡会	11
	○ソーシャルワーカー連絡会	12
	○ケアマネジャー連絡会	13～14
	・ケアマネジャー研修会	15～25
II	三島圏域地域リハビリテーション講演会	
	「茨木市認知症ケアモデルについて	
	～医師会・医療・介護・行政との協働～」	26～53
	・茨木市医師会 中島周三 理事	
	・茨木市役所 永友良純 氏	
	・藍野病院 園田薫 先生	
	・たかとりケアプランセンター 利根川圭一 氏	
	・アクティブネットワーク 井上恵実 氏	
III	三島圏域地域リハビリテーション各職種連絡会合同研修会	54～80
	「脳血管疾患～食べることに支援～」	
	第一部「義歯・口腔ケアの重要性」茨木市歯科医師会 副会長 柚木求見 先生	
	「栄養の大切さについて」梅花女子大学 管理栄養学科 教授 井戸由美 先生	
	第二部「“食べる”を一緒においしく楽しく」	
	食べることに支援に関する各職種連絡会の取り組み	
IV	三島圏域地域リハビリテーション症例検討会	
	「脳血管疾患」	81～82
	～高次脳機能障がいを呈した重度片麻痺患者が望む生活に向けて～	
	・愛仁会リハビリテーション病院	

○ 地域リハビリテーション協議会・連絡会開催状況

地域リハビリテーション協議会を3回・連絡会を3回開催した。

【三島圏域地域リハビリテーション連絡会参加機関】

(1) 病院

・ 高槻市保健所管内

- ① 三島救命救急センター
- ② 大阪医科大学附属病院
- ③ 高槻病院
- ④ 第一東和会病院
- ⑤ 第二東和会病院
- ⑥ みどりヶ丘病院
- ⑦ 高槻赤十字病院
- ⑧ 大阪医科大学三島南病院
- ⑨ 北摂総合病院
- ⑩ うえだ下田部病院
- ⑪ 愛仁会リハビリテーション病院
- ⑫ しんあい病院
- ⑬ 緑水会病院
- ⑭ 富田町病院
- ⑮ 三康病院

・ 大阪府茨木保健所管内

- ① 大阪府済生会茨木病院
- ② 藍野病院
- ③ 北大阪警察病院
- ④ 茨木医誠会病院
- ⑤ 博愛茨木病院
- ⑥ 摂津医誠会病院
- ⑦ 水無瀬病院
- ⑧ 友紘会総合病院
- ⑨ 谷川記念病院
- ⑩ ほうせんか病院

(2) 保健所

- ① 高槻市保健所
- ② 大阪府茨木保健所

(3) オブザーバー参加

国立循環器病研究センター
大阪大学医学部附属病院
宇都山医院
彩都リハビリテーション病院
名生第二病院

(4) 各連絡会代表者

セラピスト連絡会代表：愛仁会リハビリテーション病院
：みどりヶ丘訪問看護ステーション
看護職連絡会代表：アクティブネットワーク訪問看護ステーション
：高槻赤十字病院
地域包括支援センター代表：島本町地域包括支援センター
：茨木市地域包括支援センターエルダー
ソーシャルワーカー連絡会代表：高槻病院
ケアマネジャー連絡会代表：北摂総合病院ケアプランセンター

○ 平成 30 年度セラピスト連絡会・幹事会開催状況

平成 30 年度は 4 回の幹事会と各職種連絡会合同研修会を実施した。各職能団体との連携や情報交換を目的に、幹事会委員に各職能団体から 1 名ずつ参加して頂いている。幹事会では主にセラマップの更新、合同研修会の準備を行った。

平成 30 年 12 月 8 日に『脳血管疾患～食べることを支援～』というテーマで各職種連絡会合同研修会を開催した。当セラピスト幹事会からは言語療法士の立場から急性期から生活期まで患者の食べたいという意欲、家族の食べさせたいという希望に対して映像を交えて取り組みを報告した。参加者は病院、施設からセラピスト・ケアマネジャー・保健師・看護師など 143 名であり、各連絡会からの報告後シンポジウムを行い現状の取り組みや課題について情報を共有した。

今年度も多職種と連携を更に高め、地域リハビリテーションの質を向上していきたいと考える。

【平成 30 年度セラピスト連絡会・幹事会 参加機関】

- ・ 北大阪警察病院
- ・ 水無瀬病院
- ・ 宇都山医院
- ・ 介護老人保健施設ふれあい
- ・ 訪問看護ステーション東和会
- ・ デイサービスいっぷく
- ・ みどりヶ丘訪問看護ステーション
- ・ 千里丘協立診療所
- ・ 愛仁会リハビリテーション病院
- ・ 大阪府理学療法士協会 三島ブロック
- ・ 大阪府作業療法士協会 三島ブロック
- ・ 大阪府言語聴覚士協会 三島ブロック

○ 平成 30 年度地域包括支援センター連絡会・幹事会開催状況

三島圏域地域包括支援センター連絡会・幹事会においては、各職種連絡会合同研修会開催に向けたミーティングへ代表 2 名が出席し、多職種協働を目的に協議に参加した。幹事会では研修会に向けて討議を重ねた。

今年度の研修会は各職種連絡会合同で「脳血管疾患～食べることで支援～」をテーマに開催した。

地域包括支援センター連絡会は、予防の視点から地域包括支援センターにおける食べることで支援（各市町の現状報告）とし配食・料理教室・管理栄養士との関わり方・口腔ケア、口腔体操などをテーマに現状報告の資料を作成し発表をおこなった。

同じテーマで各専門職が合同で研修会を実施するのは初めてだったが、それぞれの視点で“食”についての内容は興味深いものとなった。

今回の研修を踏まえ、一つのテーマで研修会を行う難しさもありどのように繋げていくか、どのような形にしていくかが今後の課題となる研修会であった。

上記の合同研修会についての内容以外に、地域包括支援センター幹事会では各市町の総合事業の取り組みや制度改正に伴う解釈など、共通認識を持ったり、ケアマネジャーとの連携の取り方など意見交換、情報交換を行っている。

【平成 30 年度地域包括支援センター幹事会の参加機関】

- ・阿武山地域包括支援センター
- ・郡家地域包括支援センター
- ・富田地域包括支援センター
- ・茨木市地域包括支援センターエルダー
- ・茨木市地域包括支援センター天兆園
- ・摂津市地域包括支援センター
- ・島本町地域包括支援センター

○ 平成 30 年度看護職連絡会開催状況

看護職連絡会は、平成 19 年から三島圏域の回復期病棟を有する 8 病院で行なってきましたが、昨年度から、急性期の大阪医科大学附属病院・高槻赤十字病院・第一東和会病院・みどりヶ丘病院と、3 つの訪問看護ステーションが加わりました。平成 30 年度は、5 回の看護職連絡会を開催し、急性期・回復期・在宅に関わる看護師の顔の見える関係作りと、患者やご家族が在宅復帰を目ざし安心して地域で生活できるための連携について取り組みました。

平成 30 年度の、三島圏域地域リハビリテーション連絡会のテーマは、「脳血管疾患～食べることを支援～」でした。今回は、各職種の取り組みを多くの人に知ってもらう事を目的に、各職種合同での研修会の開催となりました。合同研修会に向けての各職種の代表者とのミーティングを 4 回行い、12 月 8 日（土）に開催することができました。

合同研修会は、143 名の病院や地域の医師・看護師・ケアマネジャー・ヘルパーなどの参加がありました。第一部では、歯科医師会から「義歯・口腔ケアの重要性」・梅花女子大学管理栄養学科教授から「栄養の大切さについて」の講義をいただきました。そして第二部では、「“食べる”を一緒においしく楽しく」をテーマに、看護職連絡会からは、愛仁会リハビリテーション病院・訪問看護ステーションが発表していただきました。多くの職種の参加者があり、各職種の取組みが聞けて参考になりました。患者やご家族の生活を支援するという事は、場や職種が変わっても、患者やご家族を中心として連携が途切れる事がないように、関わっていく事が大切であると感じました。

2019 年度も、さらに急性期から回復期・在宅への連携強化ができるよう活動していきたいと考えています。

【平成 30 年度看護職連絡会の参加機関】

- ・みどりヶ丘病院
- ・第二東和会病院
- ・北大阪警察病院
- ・大阪医科大学三島南病院
- ・茨木医誠会病院
- ・水無瀬病院
- ・摂津医誠会病院
- ・愛仁会リハビリテーション病院
- ・大阪医科大学附属病院
- ・高槻赤十字病院
- ・第一東和会病院
- ・アクティブネットワーク訪問看護ステーション
- ・済生会茨木訪問看護ステーション
- ・訪問看護ステーション愛仁会高槻

○ 平成 30 年度ソーシャルワーカー連絡会開催状況

ソーシャルワーカー連絡会は、平成27年度より三島圏域地域リハビリテーション地域支援センター（以下、地域支援センター）の下部組織に参画し、各連絡会と共に活動を行ってきた。平成30年度はソーシャルワーカー連絡会幹事会（運営委員会）を4回実施した。地域支援センター全体のテーマである「脳血管疾患」を踏まえ、①支援センターのテーマに基づく研修会の企画について②診療報酬・介護報酬改定を踏まえた各機関の連携（主に入退院支援）について③地域包括システムにおけるソーシャルワーカーのあり方について議論を重ねた。

主な活動として、まず、8月29日にケアマネジャー連絡会との意見交換会を開催した。これは昨年度に引き続き2回目の試みとなる。医療と介護、あるいは入院と退院に関して連携が深い病院・施設のMSW/相談員とケアマネジャーが顔を合わせ、よりよい患者（利用者）支援に繋げていくことを目的とした。今回藍野病院より、日頃活用されている『医療と介護の連携シート』に関するアンケート調査（対象：藍野病院と連携が深い地域の居宅介護支援事業所のケアマネジャー）について報告頂いた後、参加者でグループディスカッションを行った（参加者は74名）。

ソーシャルワーカー連絡会独自の研修会として、11月8日にMSW/相談員に関心の高い『障害年金について』をテーマに、社会保険労務士 井坂武史氏より講演頂いた。平日夜の開催であったが65名の方々に参加頂いた。

また、12月8日に開催された「脳血管疾患～食べることを支援～」各職種連絡会合同研修会では、第2部「“食べる”を一緒においしく楽しく」をテーマとした各職種連絡会の報告・シンポジウムに、代表 田口眞規子氏が参画し、『～医療が「食べられない」と判断した場合 MSWはどう意志決定にかかわるか～』というテーマで“食べる”に纏わるソーシャルワーク支援に関する報告を行い、多職種との連携強化に努めた。

今年度の診療報酬・介護報酬の改定に伴い、これまで以上に医療と介護、福祉における各機関同士の連携・協働を通じて、患者（利用者）・住民を支えていくことが求められる。ソーシャルワーカー連絡会では、相互の連携・協働を通じネットワーク機能を強化し、役割を果たしていきたいと考える。今後、各機関同士の相互交流を図る目的で、計画的な施設見学等も検討していきたい。

【平成 30 年度ソーシャルワーカー連絡会の参加機関】

- ・大阪医科大学附属病院
- ・大阪医科大学三島南病院
- ・藍野病院
- ・愛仁会リハビリテーション病院
- ・うえだ下田部病院
- ・高槻赤十字病院
- ・高槻病院
- ・第一東和会病院
- ・光愛病院

○ 平成 30 年度ケアマネジャー連絡会開催状況

ケアマネジャー連絡会として部会が立ち上がり 2 年目。認知度も少しずつ出てきたのか研修参加人数も徐々に上昇傾向。今年度は役員も高槻、茨木、摂津、島本とバランスよく参加し意見交換ができるようになったことも、魅力ある研修を企画し集客につながっている要因の一つだと推測。

会の目的は三島圏域リハビリテーション協議会の設立意義に照らし、引き続き「地域包括ケアシステムで求められるリハビリとは何かをケアマネジャーの立場から追及する」とした。

ケアマネジャー連絡会は当協議会で唯一の介護系部会ということもあり、今年度はより現場の介護職も積極的に参加できるような研修を企画し「介護の取り組みをセラピスト中心に多職種の方とも共有したい」という思いから活動報告を積極的に行い、結果多職種連携へと繋がる動きが加速した 1 年ではなかったかと評価している。

介護現場からは「自身の活動を人前で発表することで、活動評価につながった」と振り返りの貴重な機会になったと。

反省点としては、活動報告・情報共有を重視するあまり研修内での意見交換やグループワークの時間が足りないことで深く追求するまで至らず、今後は時間配分を見直し一つのテーマを深く掘り下げていくことも意識したい。

【研修内容】

・平成 30 年 10 月 24 日 13 時～15 時 参加人数 49 名

「食事の楽しさを考える」～介護施設の現場から～

アンケート概要

・良かった内容

「食事を楽しくする取り組み」「口腔・栄養関連の加算取得状況」「施設内の専門職同士の連携」「他法人と交流ができた」

・今後知りたい情報、取り上げてほしいテーマ

「介護施設、通所リハビリ、通所介護、訪問リハビリがどんなリハビリをやっているのか」「口腔ケア・栄養に関する研修」「ヘルパーとリハビリ職との連携事例」など。

・平成 31 年 2 月 26 日 15 時 30 分～17 時 参加人数 81 名

「高次脳機能障害を学ぼう」～作業療法士・言語聴覚士の立場から～

アンケート概要

・良かった内容

「高次脳機能障害の知識を得た」「セラピスト目線での講義が面白かった」「ケアマネからの事例発表に共感できた」「もう少し時間をとってゆっくり話が聞きたかった」

【ケアマネジャー連絡会参加機関】

- ・北摂総合病院ケアプランセンター
- ・アイケアライフ
- ・れんげ荘
- ・たかとりケアプランセンター
- ・春日丘荘居宅介護支援事業所
- ・ケアプランセンターけいあいの里
- ・摂津いやし園
- ・若山荘ケアプランセンター
- ・ケアプランセンターしまもと
- ・弥栄の郷居宅介護支援事業所

平成 30 年度三島圏域地域リハビリテーション
ケアマネジャー連絡会研修会

『食事の楽しさを考える』

～介護施設の現場から～

三島圏域地域リハビリテーション ケアマネジャー連絡会は、平成 29 年度に発足し「地域包括ケアシステムで求められているリハビリとは何か」を介護の立場から探求すべく活動をしております。

今回の研修テーマは「食事の楽しさ」です。介護報酬でも「口腔ケア」「栄養改善」に関わる加算により施設内での栄養士・歯科衛生士と介護スタッフとの連携が求められていますが、何より大事なものは「食事の楽しさ」を考えることが結果、日常生活のリハビリとなり、私達介護の専門職が考えるべきことではないでしょうか。

今回は介護施設・事業所の実践報告を踏まえ、食事の楽しさを皆さんと一緒に考えたいと思います。ご興味ある方ぜひご参加下さい。

1. 日時： 平成 30 年 10 月 24 日（水） 13 時～15 時
2. 場所： 愛仁会ふれあい広場（愛仁会リハビリテーション病院 3F）
3. 対象： 三島圏域にお勤めのセラピスト、看護師、地域包括支援センター職員、ケアマネジャー、介護施設の職員、その他関係職種

4. 内容：

<実践報告>

口腔ケア・栄養改善加算取得状況
施設内での専門職同士の連携
食事を楽しくする取り組み

- ① 株式会社 は一と&はあと
- ② 医療法人 東和会 / 社会福祉法人 恭生会
- ③ 社会福祉法人 高志会 れんげ荘
- ④ 医療法人 清仁会 若山荘
- ⑤ 社会福祉法人 大阪水上隣保館 弥栄の郷
- ⑥ 社会福祉法人 気づき福祉会 摂津いやし園

<意見交換・グループワーク>

◆参加を希望される方は申し込み書にて 10 月 17 日（水） までに愛仁会リハビリテーション病院へファックスして下さい

三島圏域地域リハビリテーション地域支援センター
<事務局> 愛仁会リハビリテーション病院
地域医療室 事務 松本

TEL 072-683-0206（直通）・1212（代表）

FAX 072-683-1282（直通）・1272（代表）

『食事の楽しさを考える』

～管理栄養士の役割とは～

はーと&はあとライフサポート
生活相談員兼管理栄養士 末藤 浩平
管理栄養士 徳山 沙紀子

食事療法と聞いてどう思われますか？

つらそう・・・

しんどそう・・・

美味しくなさそう・・・

身体は「食べる物」で
できている！

食事療法の意味を知ってもらう

- ①病気の予防
- ②病気を悪化させない
- ③食事と栄養への理解を深める



食事療法を楽しんでほしい！

- ①食べ方の工夫
- ②メニューの工夫
- ③外食の選び方

＜食事例＞



【栄養コントロール食】



【健康バランス食】



低栄養・摂食支援食
【TaBeLu+ (タベルプラス)】



TaBeLu+盛り付け例

TaBeLuソフト (タベルソフト) **ペースト食、ムース食 (ソフト食)**
補助食品の提案

定期的なサポートの流れ
 1ヶ月経ちましたか？
 コレから続けられそうですか？
 最近の体重はいかがですか？
 検査数値が良くなりましたよ！

専門の管理栄養士による事前訪問相談
食事療養スタート
 利用開始から1週間後
 利用開始から3ヶ月後
 以降3ヶ月ごとのサポート

管理栄養士が、個別訪問・相談を担当し配食を教材として本人や家族に対して栄養指導等を行なうことで食事療養をサポートしている。

配達フォローチーム
 利用者様の変化に気づくアンテナ

カスタマーセンター
 365日体制で情報をフィードバック

在宅での課題

- 実際の食事摂取量の把握が困難
- 指標となる体重が記録されていない
- 食事形態の判断が難しい
- 食事形態が統一されていない場合がある
- 軟らか食の準備が大変

デイサービスはーと&はあとの概要と特徴

「口から食べることをあきらめい」をコンセプトに、介護福祉士、看護師に加え管理栄養士や歯科衛生士、理学療法士などのセラピストを配置。

食べる意欲、生きる意欲の維持、向上の為栄養・口腔・機能訓練の3点を連動させて提供する形をとっている。

阪急南茨木駅 徒歩2分
 南茨木駅
 阪急京都線 南茨木駅
 大正川



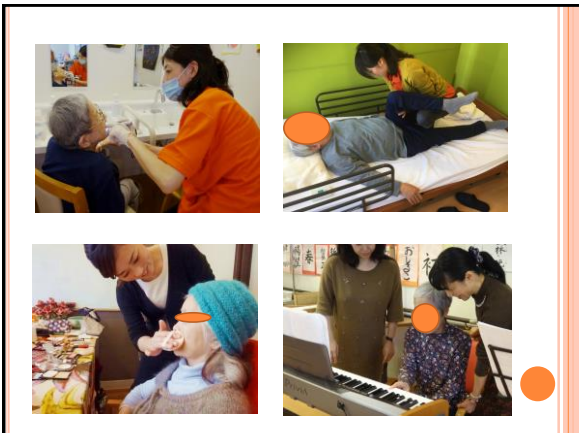
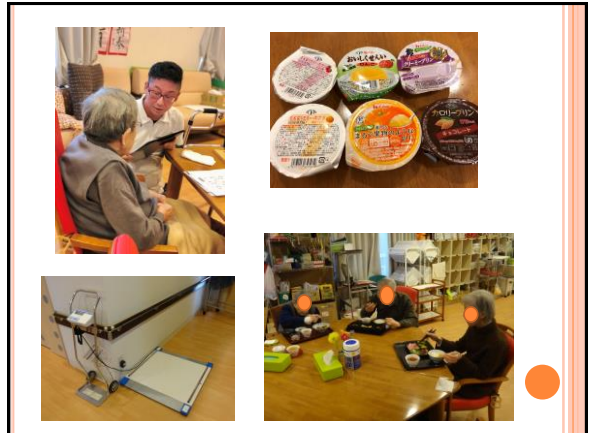
デイサービスにおける「食」支援の必要性

- 低栄養やその恐れがある在宅高齢者は全体の約7割。
- 低栄養に対する危機感をもつ利用者や家族、その方に携わるサービス事業者などはごくわずか。
- 栄養スクリーニングにより早期に低栄養リスクのある方を見つけだし早期の栄養介入が必要。
- デイサービスは気づきの場

「食」支援につながる具体的なサービス内容

【栄養ケア（低栄養予防）】

- ・毎利用時の体重測定
- ・利用者の状態に合わせた様々な食事形態での提供
- ・配食と連携したデイ利用時の弁当持ち帰り（自費）
- ・夕食サービス（自費）
- ・管理栄養士による3か月に1回の栄養アセスメント
- ・栄養補助食品の提案、持ち帰り、お届け
- ・買い物サポートサービス



在宅高齢者の食（栄養）支援と デイサービスにおける今後の課題

1. 低栄養に対する関心度
2. 栄養改善加算の算定率アップ
3. デイサービス利用時以外の食（栄養）支援の介入方法
4. 他のサービスとの連携

事例紹介①

78歳女性 介護1

脂質異常症 右脳梗塞 右不全麻痺
発作性心房細動 頸部脊柱管狭窄症

ADL 杖歩行（近位見守り）レベル
身長147.3cm 体重49.2kg

はーとDS 火・木
茨木市配食（日曜利用）
はあと配食（火木デイ持ち帰り）
その他 ヘルパー週4

【支援内容】

デイ：週2回の利用で口腔内の観察、ケアと口腔内状況に合わせての
やわらか食の提供とデイ利用時の持ち帰り対応。

ヘルパー調理、配食がない食事準備についての助言。

配食：茨木市配食にて週1回お届け。デイから口腔内の状況悪化に
伴い健康バランス食（常食）→ 健康バランス食（刻み）に
変更。

事例紹介②

75歳男性 介護5

脳梗塞後遺症、誤嚥性肺炎
前立腺肥大、神経因性膀胱、盲目

身長159cm 体重62.4kg(BMI24.6)
ADL 常時車椅子使用

はーとDS 木
配食 毎週月にソフト食、
なめらかご飯お届け（14日分）
その他DS 週2、訪問ST 週1、
訪問看護 週1

【支援内容】

配食：嚥下障害あり、ソフト食のお届けを継続。訪問で入っているSTより
唾液でもむせることが増え、痰が多くなってきたとの情報より、
主食のゼリー化を提案。ソフティアUを用いて試作。はーとDSで
試食されてから奥様に作り方レクチャーし在宅導入となる。
他に利用されているデイへの情報提供。

デイ：ソフト食、主食ゼリー（甘いものが好きな方なので、あずき味の
補助ゼリーと合わせ おはぎ風に）、覚醒状態によるも、徐々に
喫食量増加傾向。介助時の声掛け方法やタイミングを調整。

ケアマネジャー
介護職の皆さまへ

平成 30 年度三島圏域地域リハビリテーション
ケアマネジャー連絡会研修会

『高次脳機能障害を学ぼう』

～作業療法士・言語聴覚士の立場から～

三島圏域地域リハビリテーション ケアマネジャー連絡会は、平成 29 年度に発足し「地域包括ケアシステムで求められているリハビリとは何か」を介護の立場から探求すべく活動しております。

今回の研修テーマは「高次脳機能障害とはなにか」です。介護現場では認知症との違いがなかなか区別されなかったり、行動予測やコミュニケーション、家族との関わりなど課題は多くあります。今回は作業療法士、言語聴覚士といったセラピストの先生をお招きし障害について学ぶとともに、実際にケアマネジャーが抱えている事例を提出し質疑応答を踏まえ、皆さんと実践へ繋がるヒントを共有していきたいと思っています。

今回もケアマネジャーだけでなく介護職の皆さまも、ご興味ある方ぜひご参加下さい。

1. 日時： 平成 31 年 2 月 26 日（火） 15 時 30 分～17 時
2. 場所： アイワホール（愛仁会リハビリテーション病院 9F）
3. 対象： ケアマネジャー、介護職員
4. 内容：

<実践報告>

- ① 基調講演 「高次脳機能障害とはなにか」

講師：社会医療法人 愛仁会リハビリテーション病院 リハ技術部

作業療法士 塚本 賢司氏

言語聴覚士 石井 和樹氏

- ② 事例発表：ケアマネジャー連絡会より

事例に対して講師より助言アドバイス

- ③ 質疑応答（参加者より）

◆参加を希望される方は申し込み書にて 2月19日（火）までに愛仁会リハビリテーション病院へファックスして下さい

三島圏域地域リハビリテーション地域支援センター

<事務局> 愛仁会リハビリテーション病院

地域医療室 事務 松本

TEL 072-683-0206（直通）・1212（代表）

FAX 072-683-1282（直通）・1272（代表）

平成30年度三島圏地域リハビリテーション
ケアマネジャー連絡会研修会
「高次脳機能障がいとはなにか」

愛仁会リハビリテーション病院
石井和樹 塚本賢司

今回のテーマ

- ①高次脳機能障がいを理解する
- ②高次脳機能障がいの障害特性とその対策
- ③高次脳機能障がいと認知症の違い

高次脳機能障がいとは？

診断基準(簡単に言うと)

- 1 脳に何らかの器質的障がい(傷)がある ← これだけ
- 2 日常生活・社会生活に適合することが困難である

(他に原因となる疾患がある場合・脳に傷ができる前から症状がある場合を除く)

主要症状

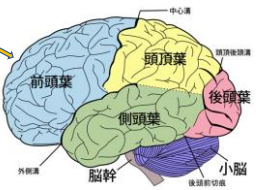
記憶障がい
注意障がい
遂行機能障がい
社会的行動障がい

なぜ発症するのか？

前頭葉は
思考・学習・意欲・注意・情動・創造
などのはたらき

外傷
脳卒中
など

社会的行動障がい
出現の可能性
(特に前頭前野)



参考
扁桃体は情動認知、眼窩前頭野は意思決定、側頭葉下面是相動認知

原因疾患別の高次脳機能障がい者数

	失語症	失智症 失行症	記憶障がい (認知症含まず)	注意・遂行 機能障がい	行動と情緒 の障がい	合計
脳梗塞	2,306	485	461	1,891	379	5,522
脳出血	1,306	249	273	1,213	237	3,278
くも膜下出血	236	48	215	375	103	977
脳外傷	167	31	369	529	208	1,304
脳腫瘍	153	17	57	122	57	406
変性疾患	51	12	97	102	97	359
その他	137	35	244	334	138	888
不明	1	7	16	22	15	61
合計	4,357	884	1,732	4,588	1,234	12,795

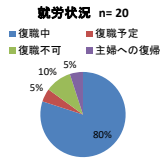
高次脳機能研究 第36巻第4号 高次脳機能障害全国実態調査報告より

高次脳機能障がいのある人の人数

実際にどれぐらい全国にいますか？

高次脳機能障がい者の登録時平均年齢は？

当院の高次脳ワーキンググループが調査した退院後の就労状況



復職不可(4人)は、いずれも病識がないという共通点がみられた。

対象: 170名 (期間: 平成28年11月～平成30年10月)
退院後1～3ヶ月の時期に
電話でのアンケート調査に協力を得られた20名

注意障がい



- ①ぼんやりとしていて周りの人や事象に関心を示さない、集中できない
- ②気が散りやすい ③簡単なミスが多い ④2つの事を同時に出来ない
- ⑤他のことに関心を変換できない

対応方法

- ①色々な作業を組み合わせて、興味を持たせ続ける工夫を行う。
- ②静かな環境で課題を行う
- ③1つ1つ確実に課題を実行
- *リアルフィードバック!



記憶障がい

- ①さっき言った事、言われた事を忘れる。
- ②人との約束を守る事ができない
- ③同じ間違いを繰り返す



発症後に新しく何かを覚えることは苦手でも、昔の出来事などは比較的覚えている!

記憶障がいの対応

- ①メモ帳やスケジュール表、カレンダーを活用する
- ②何か言われたら、こまめにメモを取る習慣を身につける
- ③新しいことを覚えるときは、反復、復習をし、習慣化する 記憶補助機器(インサイトより、あらたアプリ)
- ④人に言われたこと、聞いたことをオウム返しに言葉に出し、書き出す



遂行機能障がい(いわゆる前頭葉機能)

- 計画が立てれない
- 段取り良く作業を遂行できない
- 論理的に考えられない
- 推察できない
- ゴール設定ができない



目標をもった一連の過程がどこか出来ない...

遂行機能障がいの対応

- ①計画の困難=判断材料を整理する
 - ②段取り悪く、自己流、柔軟性の低下=周囲の人が段取りを考える。具体的な行動が目に見えるように、指示はなんでも書き出しておく
 - ③決定困難=優先順位のルールを決めておく
 - ④行動開始の障害=きっかけとなる 声掛けする
- ☆行動の手掛かりを本人の状況に合わせる!

社会的行動障がい



①情動コントロールの障害
イライラ・攻撃的・易興奮性・頑固な拒否・反社会的行動

②対人関係の障害
急な話題転換、過度に親密で脱抑制的な言動(なれなれしい)文字面(もじづら)に従った思考(四角四面な考え)、想像力の欠如

例: 複雑な正義感・1から順番にしかできない

適当にやっておいての指示で混乱

③依存的行動: 幼児退行など。

④固執: 習慣通りのことはできるが新しいことができない。行動の転換の障害。

人の心・気持ちの理解ができない

自分に置き換えて気持ちを考えることができる

欲求のコントロールとジレンマ

社会的行動障がいへの対応

環境側への対応

- ①生活基盤の整備
- ②環境の構造化
- ③周囲の適切な対応

本人側への対応

- ①意識づけから納得して約束
- ②対処法
- ③刷りこみ

家族と支援者が一緒に頑張って支援することが大切!

失語症を考える前に

ことばとは
何ですか？

ことばを表出するまでの過程

コミュニケーション障がい(失語症)

失語症のタイプ

- ①ブローカー失語(運動性失語)
話すことに比べ聞いて理解することは良好、言葉数は
すくなくたどたどしい話し方
- ②全失語(重度の失語症)
単語の理解も困難で話す側面も意味のある言葉をい
うことがほとんどない。
- ③ウェルニッケ失語(感覚性)
ペラペラ喋るが意味不明な話し方になることがある。
聞いて理解することは著しく障がいされる
- ④失名詞失語
比較的軽度の失語症
日常的な理解は良好で会話も口頭で楽しめるが、物
の名前や地名など名詞がなかなか出てこない



ペラペラ喋る＝流暢
努力性・言葉数が少ない＝非流暢

会話の基本(話しかけるときの)



- ①ゆっくり、はっきりと話す
- ②短く、わかりやすい言葉で話す
- ③ジェスチャーや表情で伝える
- ④繰り返し伝える
- ⑤幼稚言葉は使わない
- ⑥確認する

会話の基本(話し言葉の工夫)



- ①「はい、いいえ」で答えられる質問をする
- ②用意された答えの中から選んでもらう
- ③他の言葉で言い換える
- ④コミュニケーションを助ける道具を使う
- ⑤文字や絵など活用する

豊かなコミュニケーションの心構え



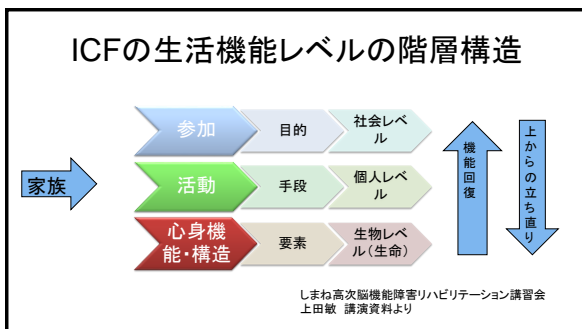
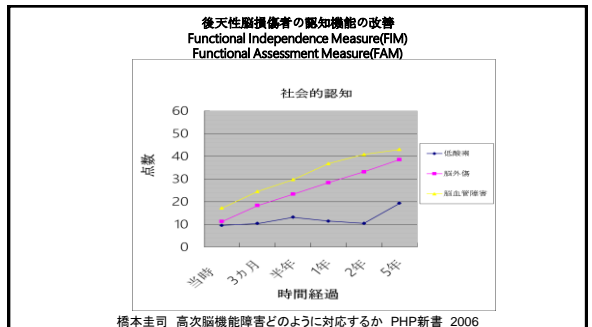
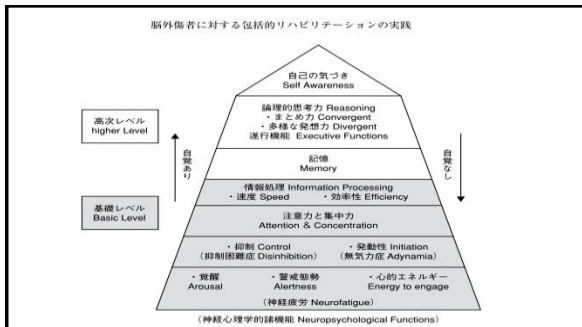
現場では時間も限られて大変ですが……
失語症の人と会話するとき、その思いを知りたいという気持ちが大切です。
失語症になっても、判断力や思考力は以前とほとんど変わりないので、伝えたい思いは
沢山あるはず！ 人格を尊重し、じっくり話を聞いてください。

高次脳機能障がいと認知症の違い

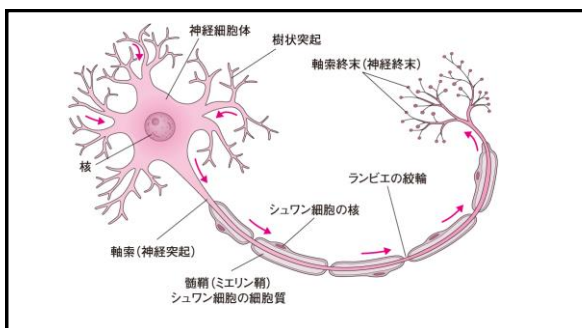
- 高次脳機能の障害は
- ・ 後天的である。
 - ・ 進行性ではなく、時間はかかるが良くなっていく、年単位での緩やかな変化がある。(運動など麻痺は月単位)
 - ・ 様々な症状が、人により異なった組み合わせ異なった程度で起こってくる。一人ひとりの状態は違うが、大きく見ると共通点がある。
 - ・ 症状が一人ひとり違った種類・程度にブレンドされた状態である。

しまね高次脳機能障害リハビリテーション講習会
上田敏 講演資料より

- ・ 認知症と高次脳機能障がいの原因が脳の器質性で同じであるために、同じような症状が出てくることもある。
- ・ 高次脳機能障害は、緩やかによくなっていく。脳が新たにネットワークを作っていくことと、自分を理解することで代償ができるようになっていく。(家族の手助けも踏まえて)
- ・ これが進行性である認知症との違い。



- 加齢と脳
- ・ 神経細胞は生まれた時がピークで減少していく。(これは、必要以上の神経細胞があるからです)
 - ・ 20代を起点に脳の重量はピークを迎え減少していくが、他の臓器と比べ減少率は低い。
 - ・ 20代までは神経と神経との速さが向上する。それ以降は神経と神経との結びつきが強くなる。



- 維持、向上のために
興味と活動
- ・ 動機付け
 - ・ 関心、興味を持つこと
 - ・ 安全に混乱なく、活動すること
 - ・ 筋肉を維持するのは、運動すること
 - ・ 脳を維持するのも、体験すること。

平成30年度三島圏域地域リハビリテーション連絡会

第2回講演会・多職種交流会のご案内

平素より格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、三島圏域には、急性期・回復期・生活期の円滑なリハビリテーション事業を推進するため、高槻市保健所、大阪府茨木保健所と連携した三島圏域地域リハビリテーション連絡会（以下、地域リハ連絡会）があります。平成29年度は「医療と介護の連携と協働～認知症のリハビリテーション～」をテーマに一年間活動して参りました。そのまとめとして、茨木市独自の認知症ケアシステムを理解し、急性期病院・回復期リハビリテーション病院から在宅復帰に向け、多職種・多機関連携について学び、日頃の実践に活かす機会となればと思っております。

また、この機会に三島圏域の多職種の方々による顔の見える連携につなげていただくために多職種交流会も開催したく存じます。皆様ご多用とは存じますが、是非とも多数ご参加頂きますようお願い申し上げます。

記

第一部：講演会

日時：平成30年5月12日（土）15時00分～16時30分

場所：愛仁会看護助産専門学校 6階ナイチンゲールホール

〒569-1115 高槻市古曾部町1-3-33 TEL072-681-6031

座長：吉田和也 先生（三島圏域地域リハビリテーション地域支援センター長）
（愛仁会リハビリテーション病院 院長）

演題：「茨木市認知症ケアモデルについて～医師会・医療・介護・行政との協働～」

演者：茨木市医師会 中島周三 理事

病院の立場から 藍野病院 園田薫 先生

在宅の立場から たかとりケアプランセンター 利根川圭一 氏

アクティブネットワーク 井上恵実 氏

行政の立場から 茨木市役所 永友良純 氏

参加費：1,000円

第二部：多職種交流会

日時：平成30年5月12日（土）17時00分～18時30分

場所：愛仁会リハビリテーション病院 9階アイワホール

〒569-1116 高槻市白梅町5-7 TEL072-683-1212

☆ささやかではございますが、軽食をご用意しております。皆様、奮ってご参加下さい。

◆参加方法：愛仁会リハビリテーション病院ホームページ (<http://www.aijinkai.or.jp/reha/>)
の全てのお知らせより三島圏域地域リハビリテーション連絡会 講演会・多職種交流会の開催
をクリック。登録フォームに必要事項を入力して下さい。申し込み締切日：4月27日（金）

三島圏域地域リハビリテーション地域支援センター
<事務局>愛仁会リハビリテーション病院 地域医療部 事務 松本

TEL 072-683-0206（直通）・1212（代表）

*大阪府医師会生涯研修システム 1.5単位付与

FAX 072-683-1282（直通）・1272（代表）

主催：三島圏域地域リハビリテーション連絡会

共催：大阪府訪問看護ステーション協会三島ブロック教育ステーション

茨木市における認知症事業

—茨木市モデルについて—

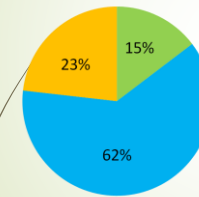
～医師会と茨木市の取り組み～



茨木市の状況

平成28年10月31日

■年少 ■生産年齢 ■老年



年少人口	41,158人
生産年齢人口	174,356人
老年人口	65,104人
茨木市人口	280,618人
高齢化率	23.20%

認知症地域ネットワーク における問題点

- 医療サイド
 - 患者数に対して専門医が少なすぎる。
 - 専門外の医師では認知症診断が困難である。
- 患者サイド
 - 病識に乏しく、未受診者が少なからず存在
 - 専門医への受診は敷居が高い。
 - どこに相談すればよいかわからない。

茨木市認知症事業 重点課題とその方法

- 地域における未受診の認知症者の早期発見と医療機関への誘導
 - 介護支援専門員が用いる、『認知症疾患早期発見簡易チェックシート』の作成、認知症初期集中支援チームの介入
- 『かかりつけ医』による診断・治療の実施
 - かかりつけ医が認知症診療に用いる認知症診断・治療サポートシステム(DMSS)の導入
- 医療—行政—介護による患者の情報共有化による在宅での治療・ケアの支援
 - 患者家族、医療、行政、介護などが用いる在宅連携連絡ノート(はつらつパスポート)の作成

DMSS-Wの入力画面 - 診察所見 -

DMSS-Wの出力画面 - 認知症の有無・診断 -

かかりつけ医の役割

かかりつけ医が、認知症診断治療サポートシステム (DMSS) を使用して、認知症の診断、治療、介護のアドバイスを行う。

すなわち認知症の診療を原則
かかりつけ医で完結する。

かかりつけ医の役割

~~認知症相談医~~

認知症診断医

DMSS実施医療機関は？ → 『茨木市医師会HP』へ



4. 認知症診療・治療支援システム(DMSS)実施医療機関

医療機関名	住所	電話番号	担当医師名
茨木市立総合医療センター	中野区18-23 1丁目	072-9248	今泉 浩
茨木市立総合医療センター	高槻区11-18	027-7811	坂田 真
茨木市立総合医療センター	中野区4-10	028-5533	井上 健
上野市立総合医療センター	大野区4-3	022-2343	上野 真
大野市立総合医療センター	大野区10-30	034-0202	宇野 浩
大野市立総合医療センター	野洲区1-49	022-6651	野洲 真
大野市立総合医療センター	野洲区1-33	027-4662	大野 真
大野市立総合医療センター	野洲区19-30	030-0206	大野 真
大野市立総合医療センター	野洲区1-16	022-2289	大野 真
大野市立総合医療センター	野洲区2-2	043-6921	大野 真
大野市立総合医療センター	野洲区19-3	030-4131	大野 真
大野市立総合医療センター	野洲区4-4	022-2272	大野 真
大野市立総合医療センター	野洲区12-18	022-4661	大野 真
大野市立総合医療センター	野洲区3-36	027-3776	大野 真
大野市立総合医療センター	野洲区10-30	022-6611	大野 真
大野市立総合医療センター	野洲区7-2-12	022-3658	大野 真
大野市立総合医療センター	野洲区1-13-12	030-2600	大野 真
大野市立総合医療センター	野洲区4-4	036-4032	大野 真
大野市立総合医療センター	野洲区4-4	022-2274	大野 真
大野市立総合医療センター	野洲区1-3	022-4646	大野 真
大野市立総合医療センター	野洲区12-17	027-1472	大野 真
大野市立総合医療センター	野洲区300	028-2706	大野 真

『はつらつパスポート』 ーコンセプトー

- キーワード『はつらつ長寿をめざして』
- 高齢者総合的機能評価(CGA)の導入
- 将来的には、全ての65歳以上の高齢者に活用できる『高齢者の健康手帳』
- 認知症早期発見早期治療事業とリンク

『はつらつパスポート』ワーキング委員会：
茨木市、医師会、歯科医師会、薬剤師会、介護サービス事業所連絡会
など

『はつらつパスポート』

生活の自立している高齢者には、
健康促進のための情報や
リスクへの“気づき”をはかる
『介護予防手帳』



介護予防編



要介護高齢者には、
医療一介護の連携や情報の共有化
により、在宅での暮らしを支援する
『地域連携手帳』




地域連携編

緑色のページ

月	日	曜日	学校	健康チェック状況	日	日	曜日	学校	健康チェック状況
1					15				
2					16				
3					17				
4					18				
5					19				
6					20				
7					21				
8					22				
9					23				
10					24				
11					25				
12					26				
13					27				
14					28				
					29				
					30				
					31				

元気で生き生きと生活するための健康チェックシートです。
毎日の健康チェックを行い、健康状態を把握し、必要に応じて、適切な対応を行います。

はつらつパスポート 『地域連携編』 (平成26年3月)





- 目的
 - 情報の共通化
 - 多職種による連絡帳
- 2つのキーワード
 - 高齢者への医療やケアに必要な包括的視点 → CGA
 - 認知症状の評価 → DASC

CGAとは？

CGA: Comprehensive Geriatric Assessment

高齢者総合的機能評価

疾患的評価のみならず、認知機能、意欲、ADLや生活環境などを総合的に評価し、個人の生活スタイルを重視した医療・ケアを選択するアプローチ

家族や医師、介護スタッフが記入

CGAの評価は、DASC*など簡易な選択肢を採用

医療一介護スタッフ一覧

医療一介護の連絡シート


常用薬の一覧表

(*DASC: 地域包括ケアシステムにおける認知症総合アセスメント)

認知症ガイドブック

平成27年3月

- 医療・介護関係者用
- 認知症の経過とその対応
- 社会資源の紹介
- 認知症の相談窓口
- はつらつパスポート紹介



『認知症ガイドブック』 —認知症の人の経過と対応—

認知症の人の経過と対応	軽度	中等	重度	認知症以外の病状	認知症以外の病状	
日常生活	● 日常生活が徐々に難しくなる。 ● 買い物や料理、洗濯、掃除などの家事が難しくなる。 ● 車の運転が難しくなる。 ● 薬の服用が難しくなる。 ● 金銭管理が難しくなる。 ● 社会生活が難しくなる。	● 日常生活がさらに難しくなる。 ● 家事がほとんどできなくなる。 ● 車の運転ができなくなる。 ● 薬の服用ができなくなる。 ● 金銭管理ができなくなる。 ● 社会生活ができなくなる。	● 日常生活がほとんどできなくなる。 ● 家事がほとんどできなくなる。 ● 車の運転ができなくなる。 ● 薬の服用ができなくなる。 ● 金銭管理ができなくなる。 ● 社会生活ができなくなる。	● 認知症以外の病状が現れる。 ● 認知症以外の病状が現れる。 ● 認知症以外の病状が現れる。	● 認知症以外の病状が現れる。 ● 認知症以外の病状が現れる。 ● 認知症以外の病状が現れる。	● 認知症以外の病状が現れる。 ● 認知症以外の病状が現れる。 ● 認知症以外の病状が現れる。
認知症以外の病状	● 認知症以外の病状が現れる。 ● 認知症以外の病状が現れる。 ● 認知症以外の病状が現れる。	● 認知症以外の病状が現れる。 ● 認知症以外の病状が現れる。 ● 認知症以外の病状が現れる。	● 認知症以外の病状が現れる。 ● 認知症以外の病状が現れる。 ● 認知症以外の病状が現れる。	● 認知症以外の病状が現れる。 ● 認知症以外の病状が現れる。 ● 認知症以外の病状が現れる。	● 認知症以外の病状が現れる。 ● 認知症以外の病状が現れる。 ● 認知症以外の病状が現れる。	● 認知症以外の病状が現れる。 ● 認知症以外の病状が現れる。 ● 認知症以外の病状が現れる。

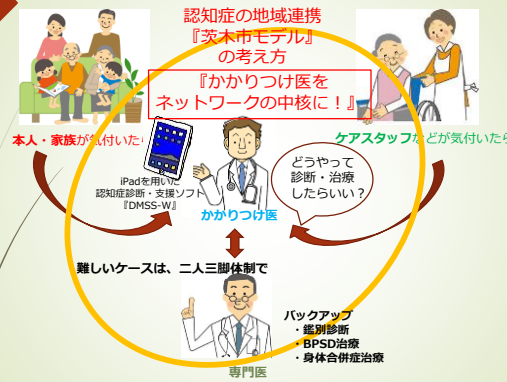
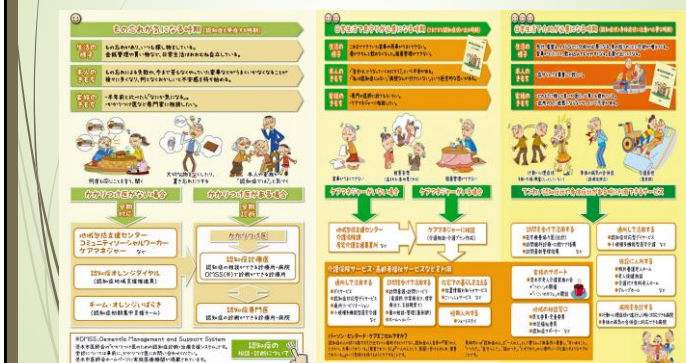
認知症サポートブック

平成27年8月

- 地域住民用
- 経過別の認知症状
- 社会資源の紹介
- 認知症の相談窓口
- 認知症に対応する診療所・病院の紹介
- 早期発見チェック項目



『認知症サポートブック』 —相談窓口や社会資源活用—



バックアップ
・鑑別診断
・BPSD治療
・身体合併症治療

専門医

『茨木市モデル』の特徴

1. 認知症の早期診断・早期治療に重点
 - サポートブック, オレンジダイヤル, 初期集中支援チーム
2. かかりつけ医が地域ネットワークの中核
 - 認知症診断・治療支援ソフト『DMSS-W』
3. 全ての高齢者を対象にした地域連携手帳
 - 『はつらつパスポート』(予防編, 連携編)
4. 高齢者総合的機能評価(CGA)の視点
5. 認知症地域包括ケアに ICTを導入
 - 『MCS: メディカル ケア ステーション』

認知症地域ネットワーク専門誌に掲載 『Link Age (2015; Vol. 19)』



第16回認知症ケア学会 シンポジウム: 地域連携

(札幌: H27.5.23-24)

地域包括医療モデル: 大阪府茨木市(人口28万人)
開始: 1992年(在宅療養連携ノート)
経緯: 茨木市医師会委員会(1989年)
(高齢者対策自主推進委員会)
大阪府高齢者政策(2008年)

住民(患者) ↔ かかりつけ医
自治体(茨木市) ↔ 地域連携会議

【計画・記録共有(患者手帳等)】
- 手帳: 『みんなで連携編』(連携ツール)
- 高齢者総合的機能評価(CGA)*第
一医療・介護・薬局(薬剤師会)連携シート
- 診断サポートソフト配布(スクリーンメオオ大島知照案)
- 認知症スクリーニングセレクト 診断結果報告
- 連携実績: 医療・介護・薬局
*CGA: Comprehensive Geriatric Assessment

【コーディネート機能(維持期管理)】
- 茨木市認知症施策総合推進事業(監野病院受託)

【地域連携会議】
- あいの認知症プロジェクト(2011, 2013年市受託)
- 『みえる事務連絡会』による『見え帳マップ』の
課題: 対象者選定・住民規模

自治体(茨木市) 65歳以上予防手帳配布(3000部)
共有プラットフォーム(地域連携会議)
Face-to-face meeting
茨木市での活動の効果: 検討中

時期	かかりつけ医・介護 連携ツール	専門医療
初期	はつらつパスポート(みえる連携ツール) オレンジダイヤル DMSS-WP, DMSS-W	専門科: 精神科/内科 内科・身体自入居・介護 専門科: 認知症専門医 入居支援手帳
中期	認知症スクリーニングセレクト 診断結果報告 連携実績	認知症スクリーニングセレクト 診断結果報告 連携実績
後期	認知症スクリーニングセレクト 診断結果報告 連携実績	認知症スクリーニングセレクト 診断結果報告 連携実績

※DMSS-W: Dementia Management and Support System (スクリーンメオオ大島知照案)
*CGA: Comprehensive Geriatric Assessment (高齢者総合的機能評価) 出典: 園田真, 他. 老年精神医学雑誌 25: 1261-1268, 2014.

(シンポジスト: 伊藤弘人先生より講演)

いばらき認知症サポートイメージ





地域連携『茨木市モデル』は
先進的な取り組みとして、
注目を浴びています。

ご静聴有り難うございました。

詳細は茨木市医師会のホームページをご参照下さい

次なる
茨木へ。
茨木には、次がある。

茨木市認知症ケアモデルについて 行政の立場から

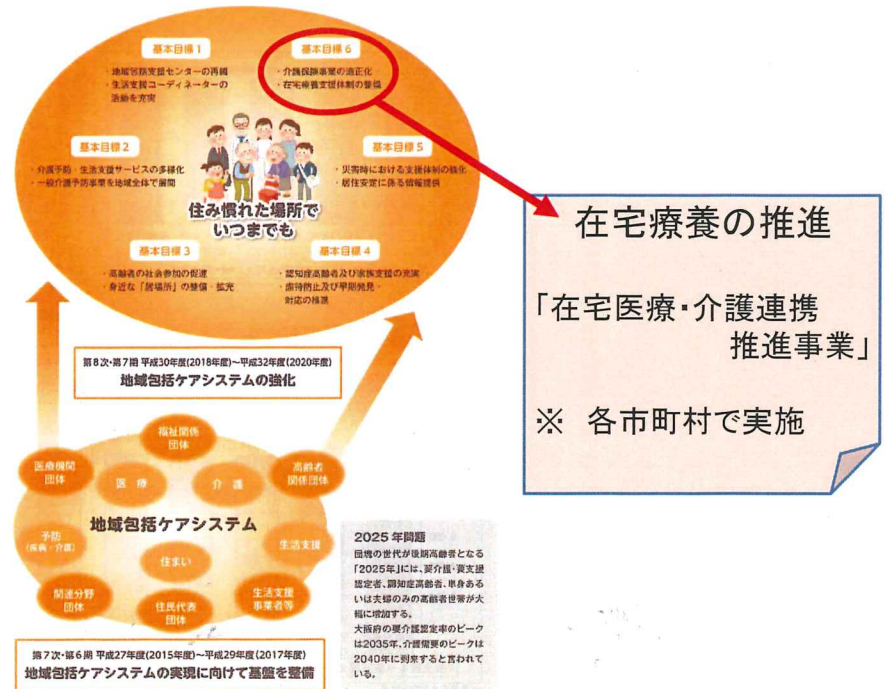
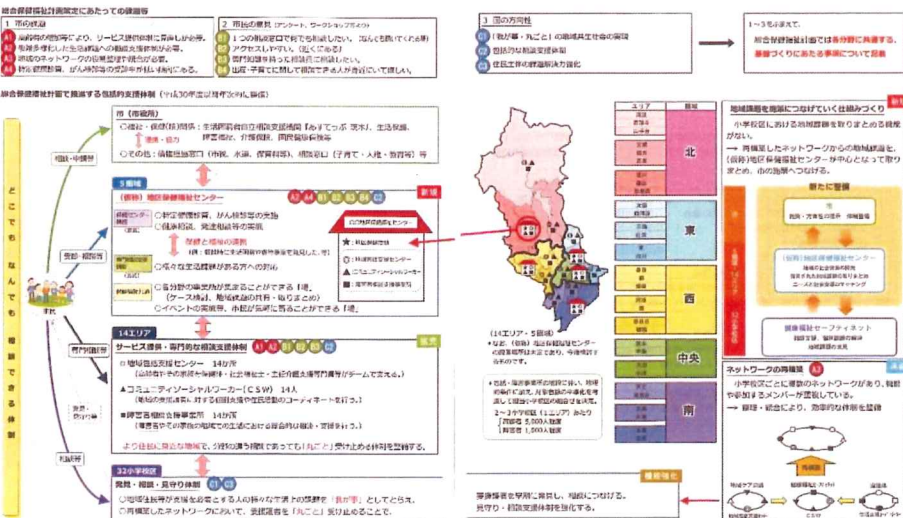
相談支援課
永友 良純

位置づけ

- 新オレンジプランの推進
 - ⑥認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進
- 在宅療養の推進
 - 「茨木市モデル」を全高齢者対象に深化させ、在宅療養を推進します。

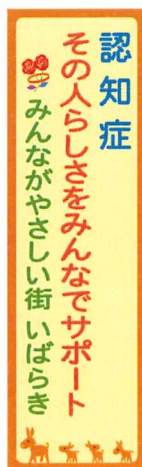


■総合保健福祉計画で推進する包括的支援体制のイメージ



2025年問題
団塊の世代が後高齢者となる「2025年」には、要介護・要支援認定者、認知症高齢者、単身あるいは夫婦のみの高齢者世帯が大幅に増加する。
大府府の要介護認定率のピークは2035年、介護需要のピークは2040年に到来すると言われている。

「方針を明確にし、地域で共有する。」



茨木市でのターゲット

項目	認知症高齢者自立度Ⅱ以上の割合	認知症高齢者自立度Ⅲ以上の割合	障害高齢者自立度B以上の割合
茨木市	45.2	19.0	25.7
大阪府	39.0	15.5	24.3
全国	52.5	21.4	28.3

認定者数	11,322人(平成29年9月末)		
推計	5,118人	2,125人	2,910人

$$\text{Ⅱ-Ⅲ} = 2,993人 \approx 3,000人$$

茨木市・島本町認定調査現任研修資料(平成30年1月17日)

茨木市でのターゲット(在宅療養の推進)

目項	支援1	支援2	介護1	介護2	介護3	介護4	介護5	計
男性	513	421	902	655	507	369	263	3,630
女性	1,070	1,007	1,717	1,166	954	879	747	7,540
計	1,583	1,428	2,619	1,821	1,461	1,248	1,010	11,170

3,719人

1,079

2,258人

792

1,323人(施設サービス受給者数)

「ご安心を！茨木市の在宅療養生活は、
チームワークで支えます！」



地域包括ケアシステムの推進

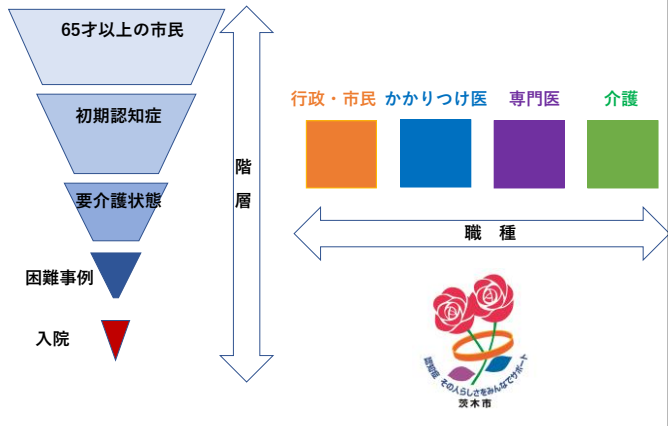
～いつまでも茨木に暮らせるように～

茨木市モデルにおける、藍野病院の役割

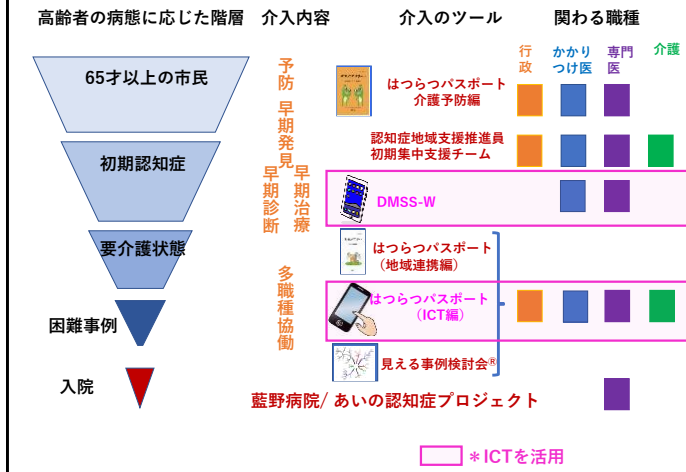


2018. 5. 12 藍野病院・茨木市医師会
園田 薫

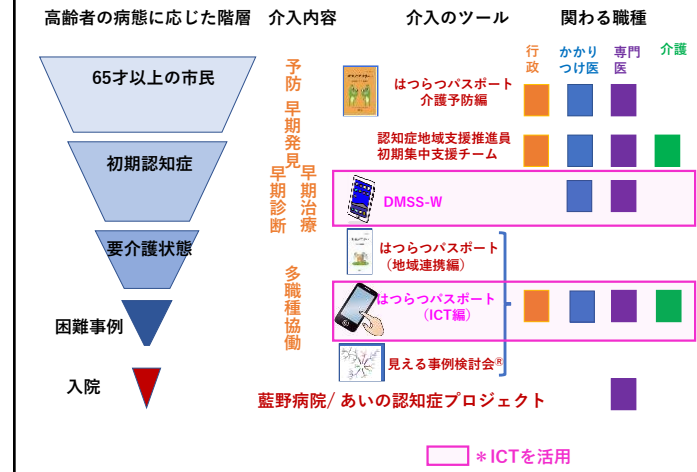
シームレスな治療・ケアとは。。。

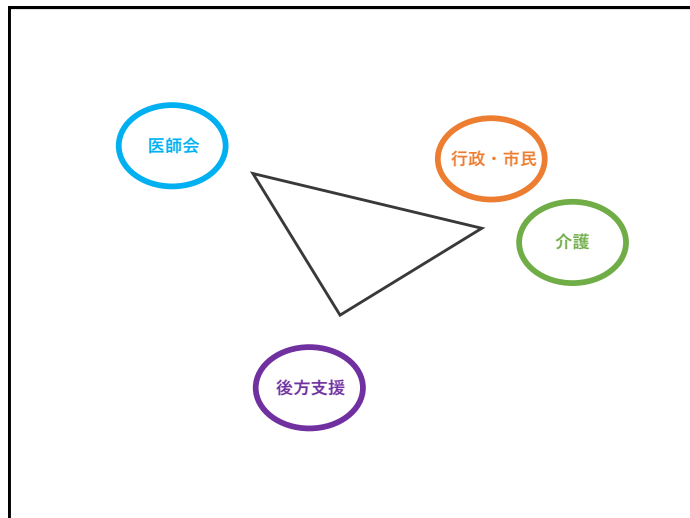


茨木市における階層的な地域連携ツールの使い分け



茨木市における階層的な地域連携ツールの使い分け





茨木市モデルにおける、藍野病院の役割

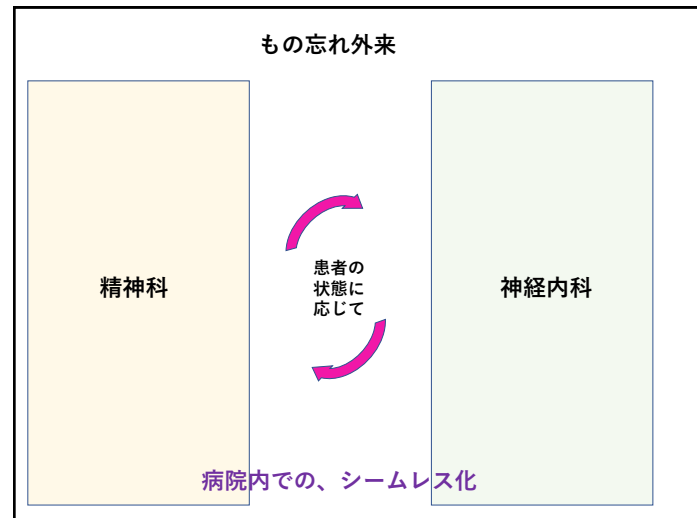
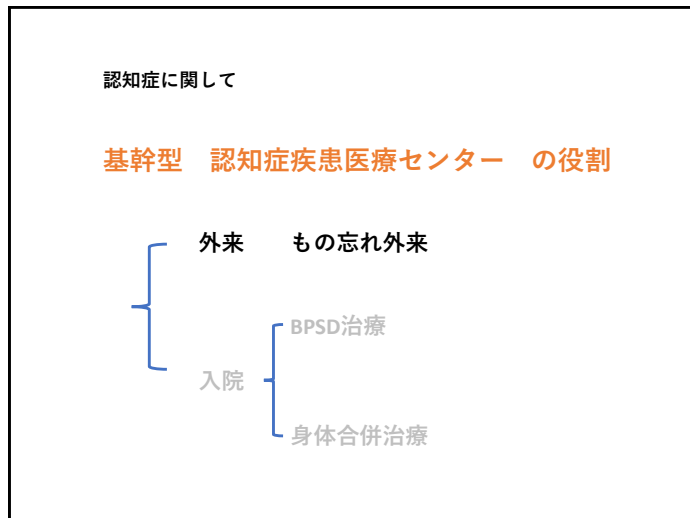
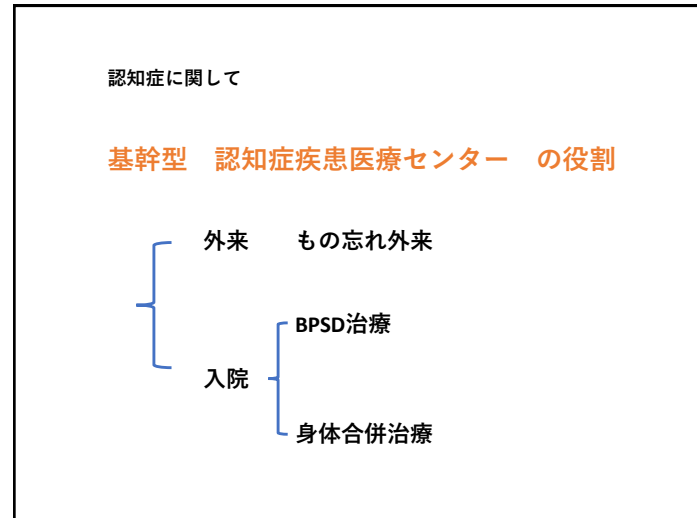
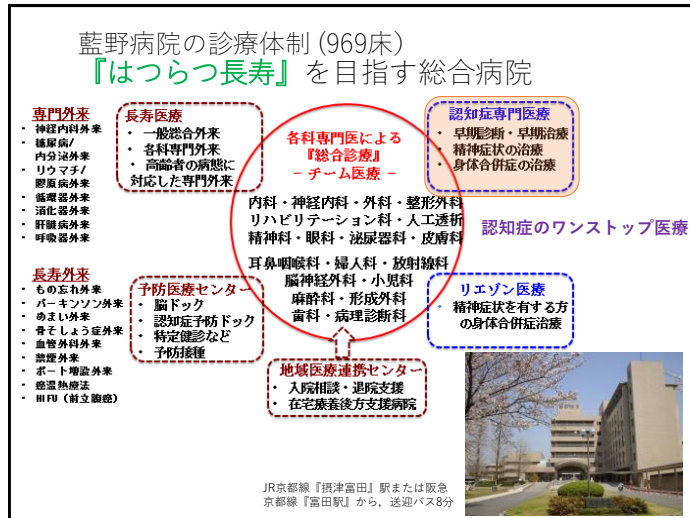
- ・ 後方支援としての役割
- ・ あいの認知症プロジェクト
- ・ 見える事例検討会・ICT

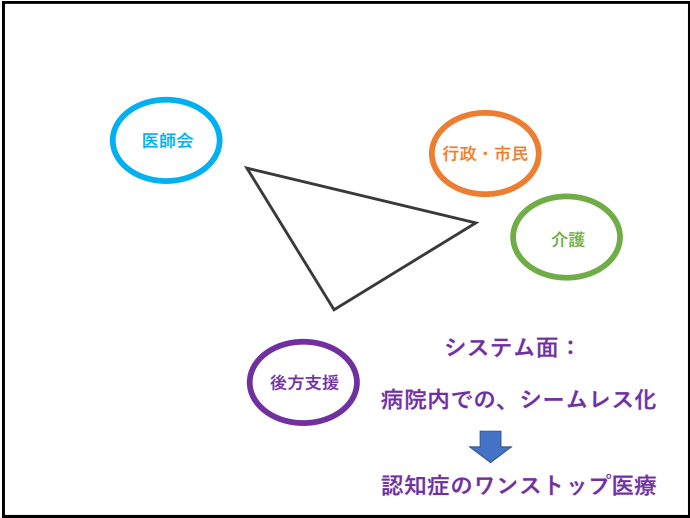
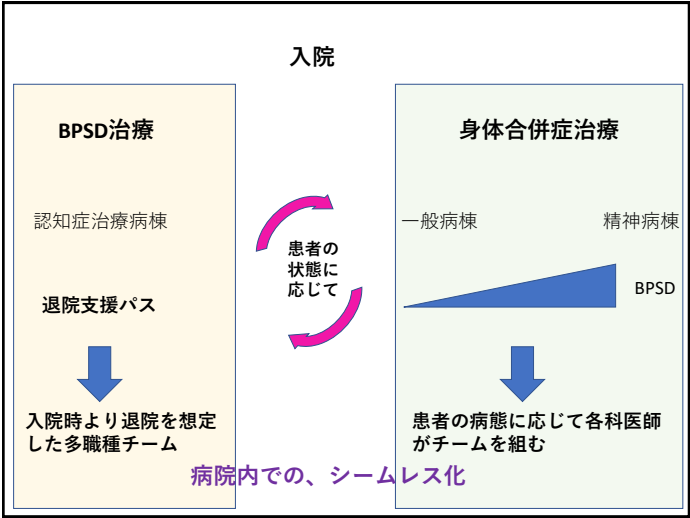
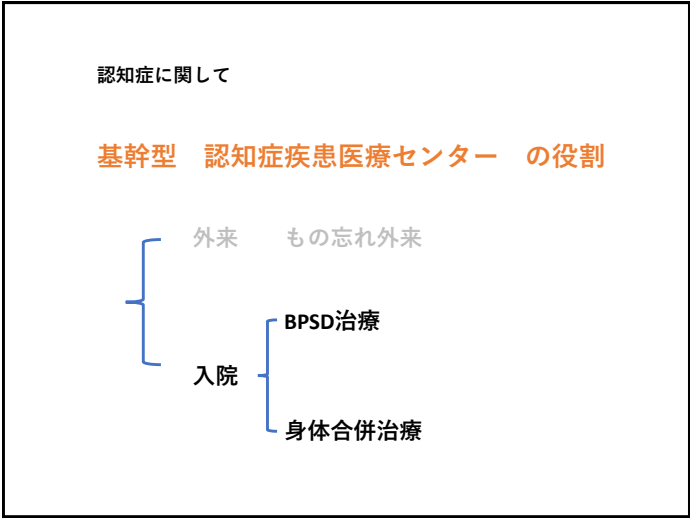
茨木市モデルにおける、藍野病院の役割

- ・ 後方支援としての役割
- ・ あいの認知症プロジェクト
- ・ 見える事例検討会・ICT

茨木市モデルにおける、藍野病院の役割

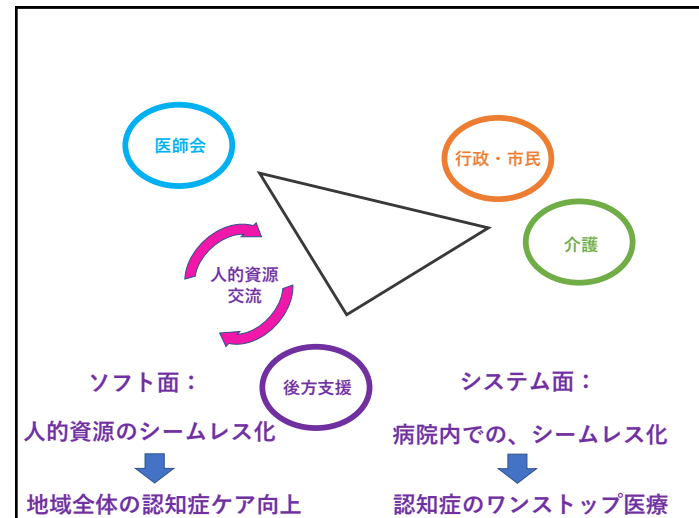
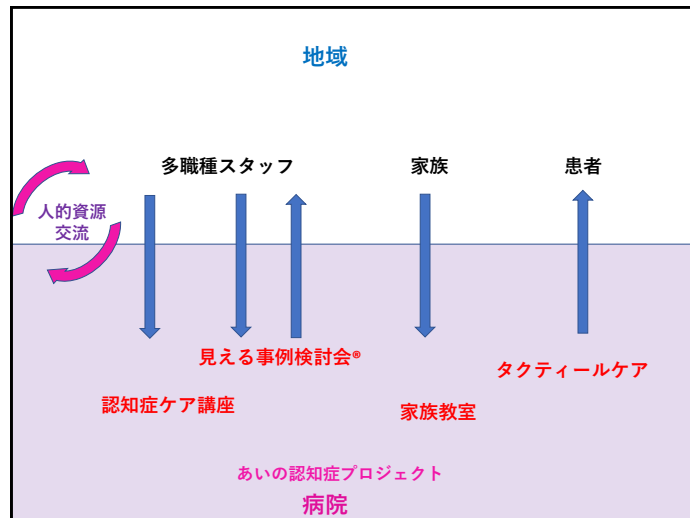
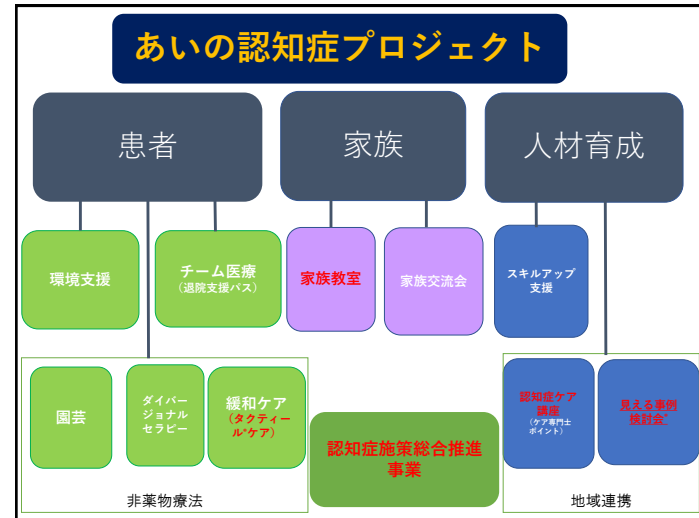
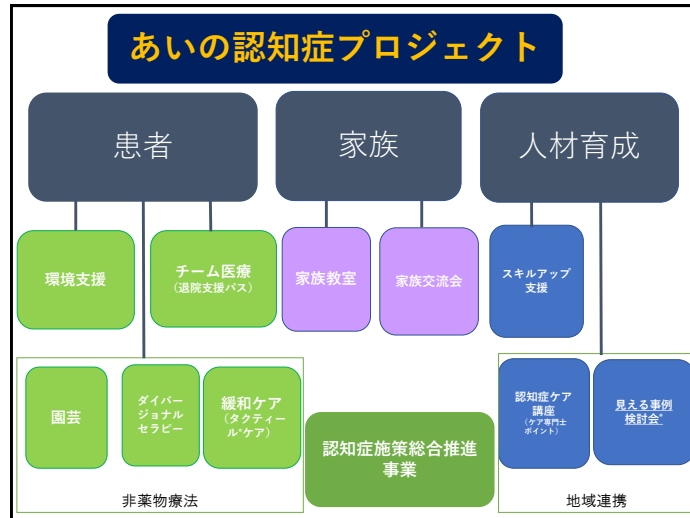
- ・ 後方支援としての役割
- ・ 認知症のワンストップ医療
- ・ あいの認知症プロジェクト
- ・ 見える事例検討会・ICT





茨木市モデルにおける、藍野病院の役割

- ・ 後方支援としての役割
- ・ あいの認知症プロジェクト
- ・ 見える事例検討会・ICT



見える事例検討会®

認知症の方の支援困難事例や退院支援事例を

「見え検マップ®」により可視化(見える化)し、

多職種で意見を出し合いながら問題解決の糸口(アクションプラン)

を見出す新しいスタイルの事例検討会

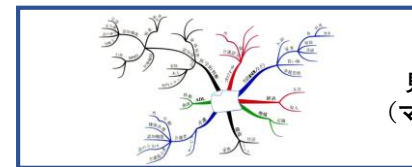


アクションプラン



見える事例検討会®のメリット

アクションプラン



見え検マップ®
(マインドマップ)



アクションプラン



見え検マップ®
(マインドマップ)

CGAアセスメント



共通言語

乗せるツール

ICT化

行政



かかりつけ医

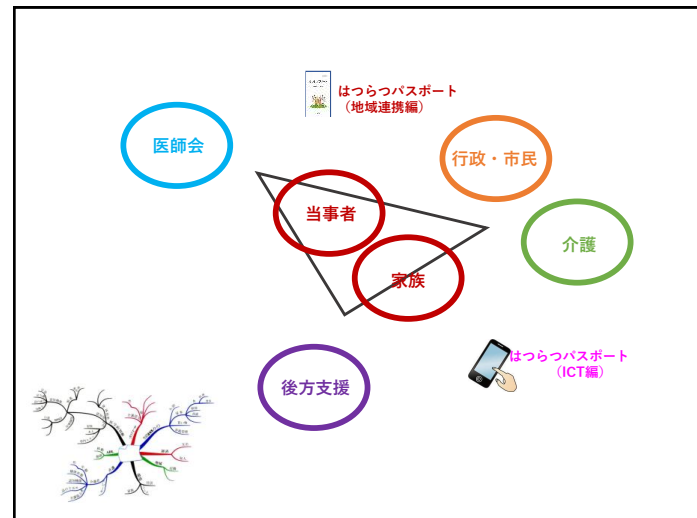
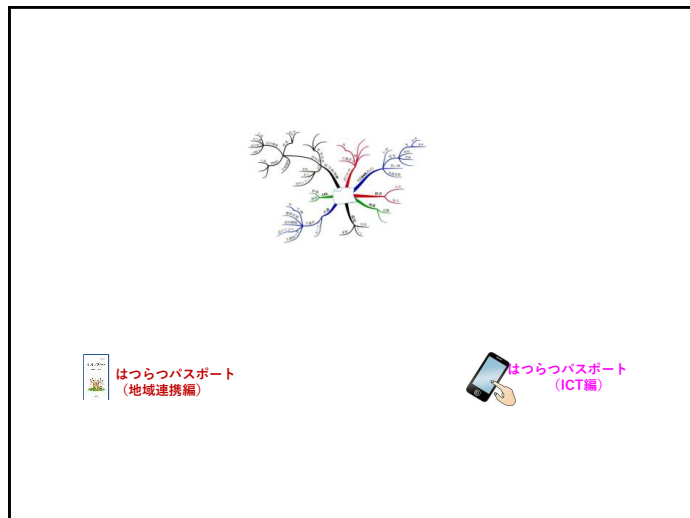
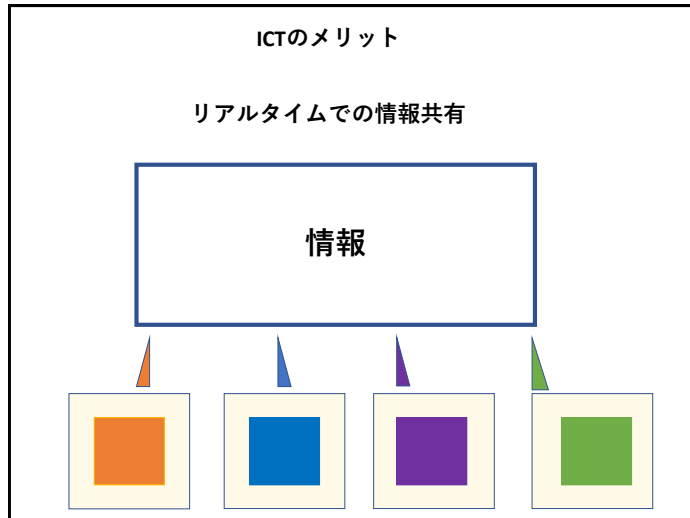


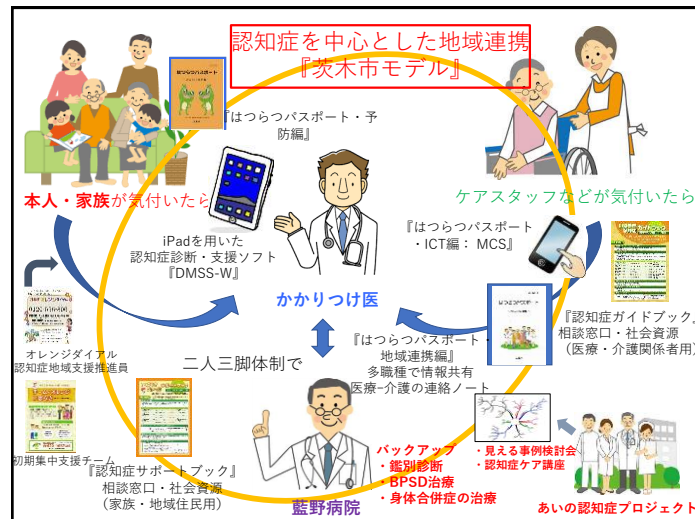
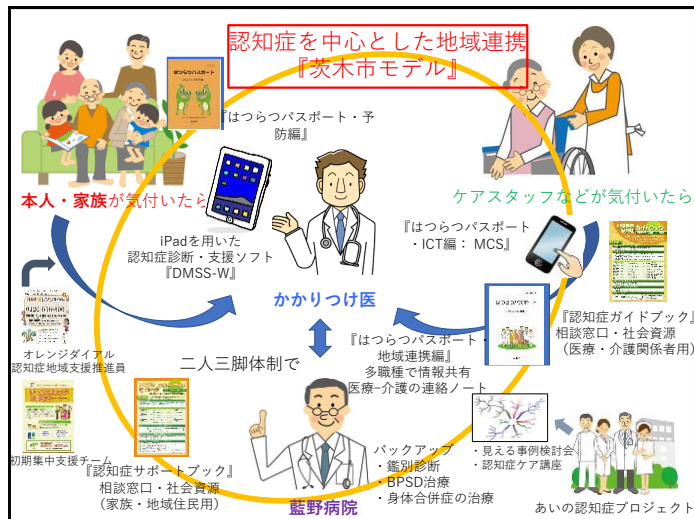
介護



専門医







まとめ

- ・ 30万人規模の都市では、一つのツール（手帳、ICT）だけで住民をマネジメントすることは難しい
- ・ 対象を階層別に分けて、階層ごとに適切なツール（変換可能な、ミニマムな、コストも検討）をモザイク的に活用
- ・ アセスメントや、事例検討会は、視覚的で共通なものに
(CGA) (見える事例検討会)
- ・ アセスメントやアクションプランを可視化して、手帳やICTなどのツールで共有することで、共通言語化できる

茨木市モデルとケアマネジャー

特定非営利活動法人茨木市パブリック総合サービス(i p s s)

たかとりケアプランセンター 利根川 圭一

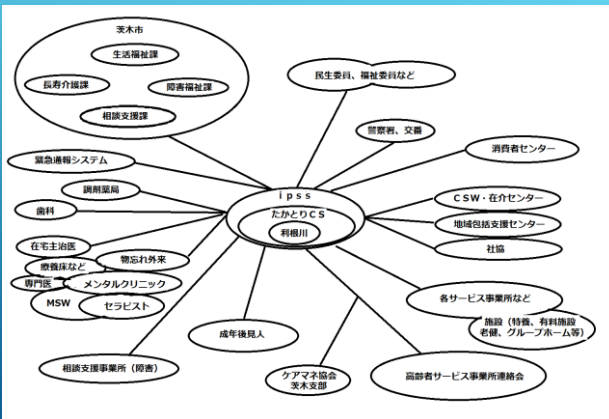


たかとりデイサービス門

ケアマネにとって茨木市モデルとは

- ・チームオレンジ
初期診断・支援者へつなぐ → 係るきっかけ
- ・DMSSから専門医 確定診断
なぜ?? 確定診断が必要か??
予後を理解しての選択
サービスや施設の情報+体(病気)についての情報提示
- ・はつらつサポート → ICT
在宅生活=家族、数多くの知人や関係者、支援者の係り
しかも、リアルタイムな対応の必要性

私のエコマップ (認知症対策として)



支援者と事例検討会

・行き詰った事例の突破口

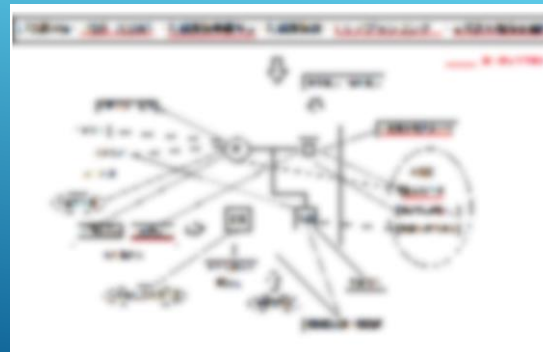
アクションプランから方向性の確認
一人で決定するのではなくチームで支援
→ チーム作りにも有効

・事例を提供することが目的にならないように

提供者に出来るだけ負担にならず、問題解決に向けて多職種が参加できる

T 家族と多職種連携

他機関・多職種の連携により継続した支援の提供と、
方向性の確認ができる（思い込みの予防）



負担にならない、いつでもつながれる環境が必要



事例検討とICT

情報の共有 → プランの共有

互いの知識（情報）を専門家の
フィルターを通して共有すること
で、互いに信頼関係ができる。

医療⇌介護

介護⇌介護

医療⇌医療

他職種の知識も身につけてくる。

茨木市モデルの現状と課題について

～在宅の立場から事例を通して考える～

平成30年5月12日

アクティブネットワーク訪問看護ステーション
アクティブネットワーク看護小規模多機能 笑みの家
管理者 井上 恵実

看護小規模多機能型在宅介護とは

小規模多機能在宅介護
+
訪問看護事業

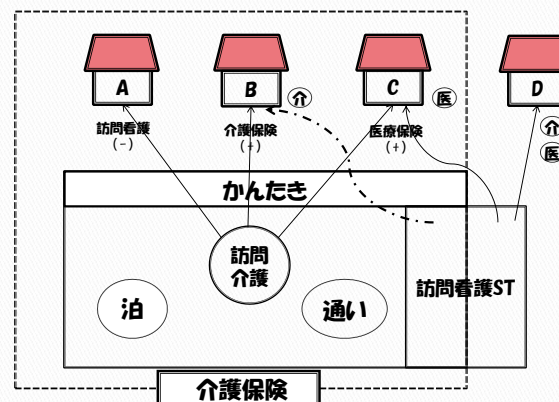
※「通い」「泊まり」「訪問介護」「訪問看護」の4つのサービス

かんたき新設の目的

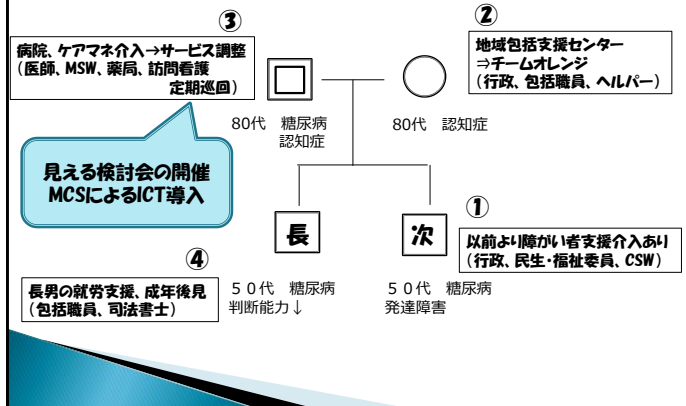
・医療ニーズの高い利用者への支援の充実

- 訪問看護と小多機のサービスを組み合わせ、看護と介護サービスの一体的な提供により、医療ニーズの高い要介護者への支援の充実を図る
- これまで病院で長く療養していた状態の人が、在宅・地域で療養するようになる
⇒“かんたき”それを可能にする重要なサービスと位置付けられた

看護小規模多機能型在宅介護



介入までの経過



介入開始のきっかけ

【背景】

- インスリン注射 3回/日 (トレスイパ:朝、ヒューマリンR:朝昼夕)
内服 朝夕→本人の治療・服薬コンプライアンス↓
- 定期巡回サービス導入
→インスリン注射・Bs測定・病院受診・デイサービス等の拒否
血液データ (Bs400~500mg/dl、HgA1c 10~11%)
自宅で意識消失にて救急搬送度々あり
- 本人及び家族を含めて「4人で暮らし続けたい」と思っている



在宅生活は難しい状況だが“かんたき”で支えらるとしたらどう
いうプランが組めるかケアマネより相談を受ける

“かんたき”でできるプランの検討

【問題点】

主治医より病状から現在の治療は継続する必要ありとの見解
→入退院を繰り返している現状から、血糖コントロール後退院
してきても、生活環境や家族の状況、本人の意識等を考えると
病状の安定化は望めない

- 在宅でどう介入すれば血糖コントロールが測れるか…
⇒確実な投薬の確保と本人の生活リズムを整えること
- 現状の中で3回/日のインスリン注射を確実に行う環境づく
りは難しい…しかし、医師の指示した治療を確保できないまま
でサービス側の判断で在宅生活の断念を判断するのはどうか…
⇒本人・家族の意向を確認した上で、確実な投薬確保に重視
したプランで介入することとなる

介入プラン

本人と家族、居宅ケアマネと“かんたき”看護師で、
サービス導入に向けての話し合いを行った
→家族4人が在宅で暮らし続けるための環境づくりに
皆でチャレンジする旨を共有・同意を得た

<在宅サービス> 週4回

訪問看護: 1回/日 朝→血糖測定、インスリン注射、内服と薬
訪問介護: 2回/日 朝夕→見守りでのインスリン注射、内服確認

<通いサービス> 週3回

昼前~通い利用: 訪問看護 朝、通い 昼夕のインスリン注射・内服確認

<泊まりサービス> 希望時及び必要時

介入後の経過

- 介入から2週間
ほぼ1日臥床で全体に傾眠傾向
→ 確実な投薬の確保: Bs150~170代mg/dl、日中の覚醒レベル↑
・ 通いは最低1回/週は確保、介護職見守りによるインスリン注射にかなりの時間を要する
- 介入から1ヶ月: サービスと目標の見直し
通いは2回/週確保、訪問看護3回/日、介入1ヶ月後の受診を確実にする
- 受診: HgA1c 9.0%台→インスリン注射2回/日へ減量



見える検討会開催
MCSにおけるICT導入

多職種連携ツールの活用

【目的】他職種での協働

- 見える検討会の開催
第1回: 支援チームの顔合わせ
第2回: 問題点の再確認と今後の方向性を見出す

● 支援チームにおけるICT導入
タイムラリーな情報共有



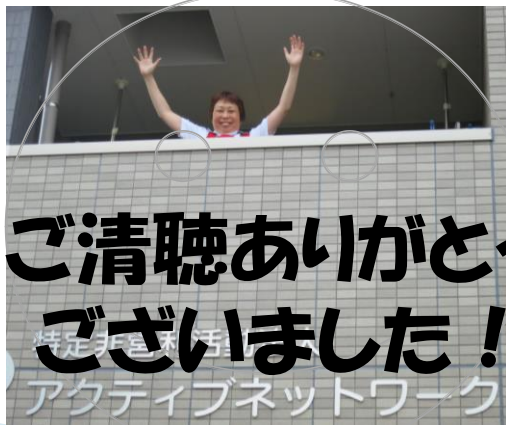
- “かんとさ”介護職と看護職のチーム支援において多職種の意見を聞く機会が持て、問題点や目標を共有することが、職員のモチベーションUPにつながったことが大きな成果となった

今後

- ・ 先日介入2ヶ月後の受診
→ HgA1c 8.7%となり、インシュリン注射の1日1回投与も視野に入れた治療も考えていける状態になっているとの主治医の見解を得ることができた
- ・ 近日、第3回見える検討会とICTで支援チームの情報共有を図り、ゴールにむけて支援チームの多職種協働を密にしていく

最後に

- ・ 今回、在宅での多職種連携と協働の観点での事例紹介させていただきました。
場面は違いますが、多職種連携のあり方、在宅ではどのようにできるかイメージして頂き、病院でできる在宅復帰に向けての多職種連携を一緒に考え、つながっていただけたらと思っています。
在宅では、生活全般をリハビリという観点で多職種協働できていけば、質向上が図れ、よりその人らしい生活を支援していけるのではないかと考えます。



『脳血管疾患～食べることを支援～』

この度、三島圏域地域リハビリテーション連絡会では、下記の通り各職種連絡会合同の研修会を開催する運びとなりました。

今年度は脳血管疾患をテーマに、食事の重要性に視点を置き、各職種の取り組みとシンポジウムを行う予定です。職種の垣根を越えて相談できる関係性を作れる場にしたいと考えております。

皆様ご多用とは存じますが、是非とも多数ご参加いただきますようお願い申し上げます。

1. 日時： 平成30年12月8日（土） 14時～17時

2. 場所： 愛仁会リハビリテーション病院 9階アイワホール

3. 対象： 三島圏域にお勤めのセラピスト、看護師、地域包括支援センター職員、
ケアマネジャー、介護施設の職員、その他関係職種

4. 内容：

第一部

<講演>

① 「義歯・口腔ケアの重要性」

茨木市歯科医師会 副会長 柚木 求見 先生

② 「栄養の大切さについて」

梅花女子大学 管理栄養学科 教授 井戸 由美子 先生

第二部

テーマ： 「“食べる”を一緒においしく楽しく」

座長： 第二東和会病院 副院長 綿谷 卓 先生

① 食べることを支援に関する各職種の取り組み

セラピスト連絡会／看護職連絡会／地域包括支援センター連絡会／
ソーシャルワーカー連絡会／ケアマネジャー連絡会

② シンポジウム

◆参加方法：

愛仁会リハビリテーション病院ホームページ (<http://www.aijinkai.or.jp/reha/>) の
全てのお知らせより三島圏域地域リハビリテーション連絡会 各職種連絡会合同研修会
をクリック。登録フォームに必要事項を入力して下さい。

申し込み締切日：12月3日（月）

三島圏域地域リハビリテーション連絡会

<事務局> 愛仁会リハビリテーション病院

地域医療部 事務 松本

TEL 072-683-0206（直通）・1212（代表）

FAX 072-683-1282（直通）・1272（代表）

義歯・口腔ケアの重要性について

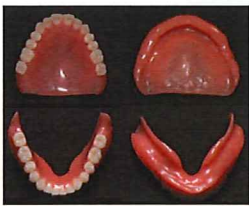
平成30年12月8日
三島圏域地域リハビリテーション連絡会 合同研修会
茨木市歯科医師会 副会長 柚木 求見

義歯の役割と効果

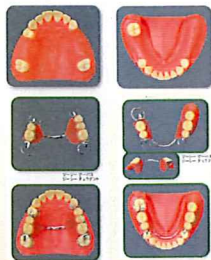
- ・残っている歯を守る
- ・咀嚼できるようにする
- ・言葉をはっきり発音できる
- ・嚥下時に舌に力が入り圧力を高める
- ・咬むことにより脳への刺激を与える
- ・顔貌を整える
- ・上下に義歯があることにより下顎の場所が安定する
- ・直立した姿勢が安定し、歩行の安定にもつながる

義歯の種類

総義歯



部分床義歯



口腔ケア

口腔清掃
(器質的口腔ケア)

口腔機能回復
(機能的口腔ケア)

うがい

歯みがき

義歯の清掃

粘膜・舌の清掃

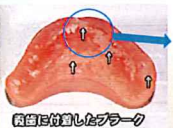
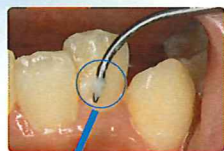
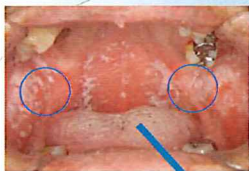
リラクゼーション(脱感作)

口腔周囲筋の運動訓練

咳嗽訓練(せき払い訓練)

嚥下促進訓練

発音・構音訓練



口腔ケアの手順

1. 清掃前の準備 (姿勢・口腔内の観察)
2. 義歯を外す (洗浄)
3. 乾燥している場合は加湿する
4. 口腔の清掃 (歯、粘膜)
5. うがい、または清拭
6. 口腔内の保湿
7. 義歯装着

口腔ケアの手順

1. 清掃前の準備（姿勢）

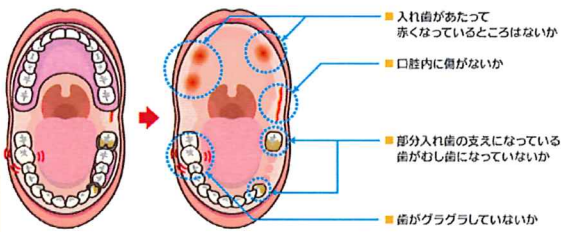


口腔ケアの手順

1. 清掃前の準備（口腔内の観察）

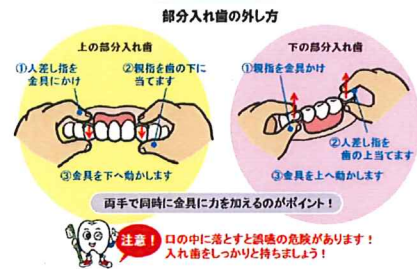
- ・口唇が乾燥していないか、口角炎はないか
- ・義歯の有無
- ・歯肉の腫れ・出血はないか
- ・口腔粘膜の乾燥・発赤・口内炎はないか
- ・痰や剥離上皮などの汚れがついていないか
- ・食物残渣の有無（とくに麻痺側は注意）
- ・舌苔がついていないか
- ・動揺歯や大きな虫歯はないか

口腔内の観察



口腔ケアの手順

2. 義歯の外し方



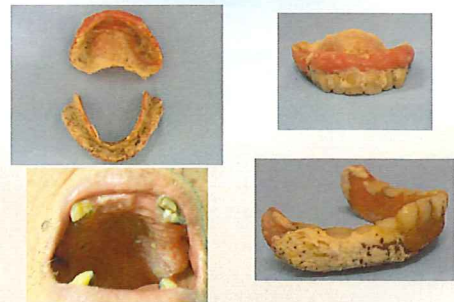
口腔ケアの手順

2. 義歯の外し方



口腔ケアの手順

2. 義歯の清掃

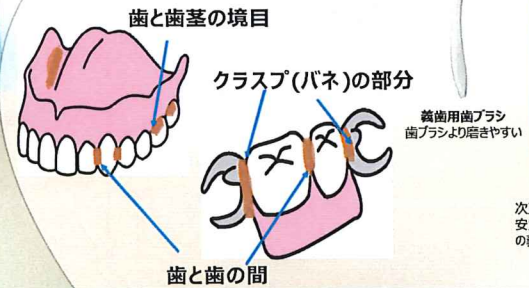


口腔ケアの手順

2. 義歯の清掃



汚れが付きやすい場所



口腔ケアの手順

3. 口腔内の加湿

- ・固くなった汚れを軟化させ、除去しやすくする
- ・粘膜の保護
- ・清掃器具による粘膜損傷から保護する
- ・粘膜を柔らかくし、ケアしやすくする

唾液腺マッサージを行う

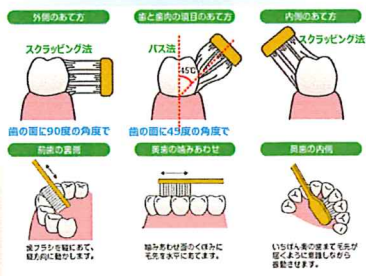


唾液腺マッサージ



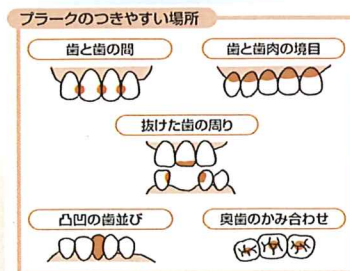
口腔ケアの手順

4. 口腔の清掃 (歯の清掃)



口腔ケアの手順

4. 口腔の清掃 (歯の清掃)



磨き残しの多いところ

義歯のパネをかけている歯



合っていない被せと歯の境目



赤く腫れて膿が出ています

口腔ケアの手順

4. 口腔の清掃〈清掃用具〉



指ガード



万能開口器



ペンライト

口腔ケアの手順

4. 口腔の清掃〈口腔粘膜の清掃〉



口腔ケアの手順

5. うがい (口腔内清拭)

- ・歯ブラシやスポンジブラシで口の中を清掃したあとはうがい薬や洗口液でうがいをしてもらう
- ・嚥下障害がある場合、上を向くと誤嚥しやすいので頸部前屈のままうがいする
- ・うがいが困難な場合は、洗口液をふくませたガーゼで口の中を丁寧に拭く



うがい薬

洗口液



口腔ケアの手順

6. 口内保湿

口腔内の乾燥が著しい場合、不快感、痛み、菌の増加を引き起こしやすい



リフレクアH®



ジェルスプレー®



うるおい透明ジェル®

保湿剤の使用法

①適量を指先または手の甲(グローブ上)に出す



①適量をスポンジブラシに出す



②小分けに指でとり、唇からお口全体にのぼしながら使用する



②お口全体にのぼしながら使用する



口腔ケアの手順

7. 義歯の装着

移入れ歯の着け方 装着時は上の入れ歯から



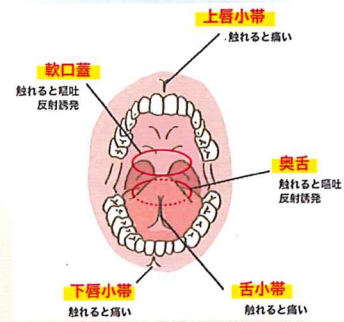
- 口に入れるときは、取り出すときと逆の順番で
- ①前歯の部分をつまみ
- ②奥歯の方から入れながら回転させる



就寝時、外しておくときは水中に保管する



口腔内の反射と誘発部位



口腔乾燥

唾液分泌の減少が原因となっている場合が多く、適切な口腔ケアがなされていないと痰や剥離上皮が舌や口蓋にこびりついてしまう

【対応】

1. 一気にはがすと出血するので、保湿剤を塗布後、しばらく放置して軟化させてから除去する
2. 乾燥した血餅が多く付着している場合は、過酸化水素水（2～3倍希釈）を使用することもある

開口しない

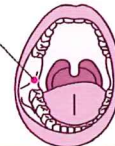
●開口しない原因は2つ考えられる

- ①口が開かない—開口しようとしても十分に開くできない（開口障害）
- ②口を開けない—開口は可能だが、開口する意思がない、開口に応じない、拒否

【対応】

1. 開口障害の場合：原因究明（炎症、外傷など）
2. 開口拒否の場合：積極的にコミュニケーションをはかる
ケアの前に頬や口唇周囲のマッサージなどで緊張緩和
3. Kポイント刺激法も効果的

Kポイント
歯列に沿って指
を這め、爪の当た
る部分（臼歯三角
のやや後方）



栄養・摂食嚥下への対処



梅花女子大学 食文化学部 管理栄養学科
井戸 由美子
2018年11月16日

食形態 地域連携

安全な食事の情報提供のために

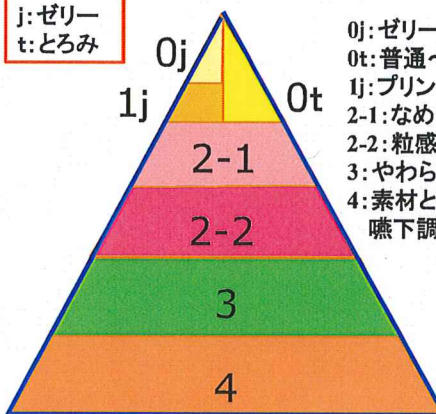


嚥下に配慮した安全でおいしい ソフト食 (固形ミキサー食)



日本摂食・嚥下リハビリテーション学会 学会分類嚥下調整食2013

j:ゼリー
t:とろみ



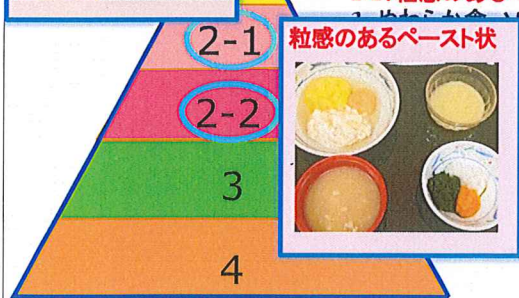
0j:ゼリー
0t:普通～やや濃いめのとろみ液体
1j:プリン、ムース
2-1:なめらかなペースト状
2-2:粒感のあるペースト状
3:やわらか食, ソフト食
4:素材と調理方法を選択した
嚥下調整食



なめらかなペースト状 嚥下調整食2013



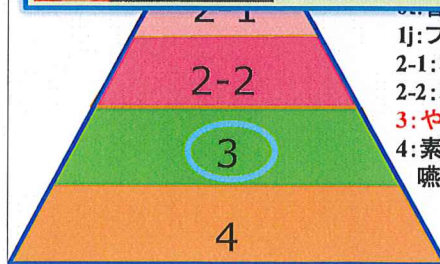
0j:ゼリー
0t:普通～やや濃いめのとろみ液体
1j:プリン、ムース
2-1:なめらかなペースト状
2-2:粒感のあるペースト状
3:やわらか食, ソフト食
4:素材と調理方法を選択した
嚥下調整食



舌でつぶれるくらいの軟らかいもの(ソフト食)



0j:ゼリー
0t:普通～やや濃いめのとろみ液体
1j:プリン、ムース
2-1:なめらかなペースト状
2-2:粒感のあるペースト状
3:やわらか食, ソフト食
4:素材と調理方法を選択した
嚥下調整食



学会分類嚥下調整食2013

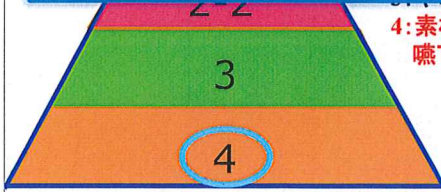
①:ゼリー

歯茎でつぶせるくらい軟らかいもの



やや濃いめのとろみ液体、ムース、らかなペースト状のあるペースト状か食、ソフト食

4: 素材と調理方法を選択した嚥下調整食



食形態に関する問題点

- ・各病院によって、食事の名称や食形態が異なる。
- ・名称からイメージする食形態に個人差がある。
- ・患者の摂食状況に適した、食形態が院内規約にない。

誰もが同じ認識を持つ
尺度(ものさし)が必要

基準名称	名称	写真	説明
①	常食		エネルギー：1900kcalの場合 たんぱく質：70g 脂質：50g 対象：食することのできる人全員 備考：揚げ物、骨付きの肉・魚等も提供 基本的に食品に関しては制限なし 必要に応じて個人対応にて一部変更可能
③	一口大 2cm		エネルギー：1600~1700kcal たんぱく質：65~70g 脂質：40~45g 形状：2cm以下 増粘剤：片栗粉 対象：咀嚼能力低下のある方、丸のみのある方 備考：各食種に対応 朝はパンもしくはパン粥 昼は軟飯もしくは全粥 舌でつぶせるかたさに調理 舌でつぶせないものはスライスカットもしくはほくす まとまりにくいおかずにはあんかけ
⑥	きざみ 5mm		エネルギー：1600~1700kcal たんぱく質：65~70g 脂質：40~45g 増粘剤：片栗粉 対象：咀嚼能力低下のある方、丸のみのある方 備考：各食種に対応 朝はパンもしくはパン粥 昼は軟飯もしくは全粥 副食は繊維質の少ない食材を使用 刻んで、舌でつぶせるかたさに調理 まとまりにくいおかずにはあんかけ

基準名称	名称	写真	説明
①	常食		エネルギー：1900kcalの場合 たんぱく質：70g 脂質：50g 対象：食することのできる人全員 備考：揚げ物、骨付きの肉・魚等も提供 基本的に食品に関しては制限なし 必要に応じて個人対応にて一部変更可能
③	一口大 2cm		エネルギー：1600~1700kcal たんぱく質：65~70g 脂質：40~45g 形状：2cm以下 増粘剤：片栗粉 対象：咀嚼能力低下のある方、丸のみのある方 備考：各食種に対応 朝はパンもしくはパン粥 昼は軟飯もしくは全粥 舌でつぶせるかたさに調理 舌でつぶせないものはスライスカットもしくはほくす まとまりにくいおかずにはあんかけ
⑥	きざみ 5mm		エネルギー：1600~1700kcal たんぱく質：65~70g 脂質：40~45g 増粘剤：片栗粉 対象：咀嚼能力低下のある方、丸のみのある方 備考：各食種に対応 朝はパンもしくはパン粥 昼は軟飯もしくは全粥 副食は繊維質の少ない食材を使用 刻んで、舌でつぶせるかたさに調理 まとまりにくいおかずにはあんかけ

少量で高カロリーになる工夫

治療用特殊食品

そのまま食べられるもの

- 高栄養ゼリー・ムース・ドリンク
- 高カロリーゼリー・ムース・ドリンク

食事などに追加する素材

- 粉飴(糖質)
- MCT(脂質)
- プロテイン(タンパク質)

いくつになっても、充分な栄養を。
明治 **メバラス Mini 8種類**

食事の量(かさ)を増やさず
必要な栄養素を補う。

主食に・・・

ごはん
軟飯
お粥



粉飴26g使用
(分包2包)

100kcal



ソース・あんに・・・

ケチャップ
ソース

60kcalアップ

味噌あん

80kcalアップ



甘酢あん

80kcalアップ

ドレッシング
ソース

60kcalアップ

作り方

①粉飴以外の材料を鍋に入れ全て合わせ加熱し、粉飴を入れて溶かす。焦げやすいので注意。

②片栗粉でとろみをつける。※とろみ剤でもOK

お惣菜に・・・



卵の花 煮物 白和え



1袋 50kcal
をふりかける



それぞれ 50kcalアップ

少量で高カロリーになる工夫

MCTの使用

MCT(中鎖脂肪酸)



日清オイリオ社

特長

- ・短時間でエネルギーになりやすい
- ・消化吸収されやすい
- ・術後の流動食などの医療用で長年利用
- ・100g=900kcal

ケトン体を生成

1j 鮭と南瓜、高野の盛り合わせ

190kcalアップ



粉飴 26g (100kcal)

MCT 10g (90kcal)

スルーパートナー
0.5~1.1%

栄養価			
カロリーアップ前		カロリーアップ後	
エネルギー	134kcal	エネルギー	324kcal
たんぱく質	15.9g	たんぱく質	15.9g
脂質	4.7g	脂質	4.7g

資料提供: 新阿武山病院

腸内フローラ



【善玉菌】発酵

ビフィズス菌など乳酸菌(ラクトバチルス、ビフィドバクテリウム等)

- 腸内の環境を酸性に
- 余計な菌の発育阻止
- 免疫機能の刺激
- 悪玉菌が作る有害物質を食べる
- ビタミンやたんぱく質の合成

【日和見菌】

【悪玉菌】腐敗

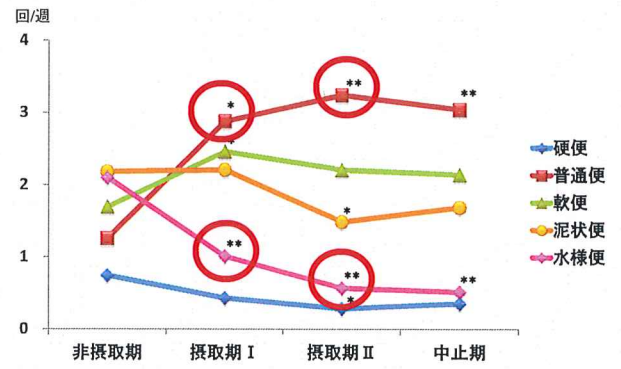
ウェルシュ菌など(大腸菌、バクテロイデス等)

- 腸内の腐敗、発ガン物質などの有害物質を産生
- 体の抵抗力を弱める
- 下痢や便秘を引き起こす
- 肝障害や高血圧、さらには癌や老化の引き金に

乳果オリゴ糖 (ラクトスクロース) の機能



ラクトスクロース(乳果オリゴ糖) 摂取と便性状の変化



三島圏域連絡会合同研修会

日付：平成30年12月8日
開催場所：愛仁会リハビリテーション病院

テーマ：脳血管疾患～食べることに支援～

医療法人 東和会
リハビリテーション部
言語聴覚士：グラハム亮子1)

大阪府言語聴覚士会(三島ブロック代表)

弘田祐己1/錦谷卓2/井本志津子2/藤原英子1/加来敬宏2/葛谷星子3/横信一郎4
保科章子1/土井香澄1/下野沙織1/教賀裕2/坂東加奈子2/藤井亮子2/早見雅俊4
倉橋利枝子4/和泉徳昭3/西田千尋3/堀夏海3/山下進士1)3)
1)第一東和会病院 2)第二東和会病院 3)訪問看護ステーション東和会 4)介護老人保健施設サンギア館

※写真、動画、研修会における症例提示に際して、ご本人様、ご家族様に了承を得て掲載させて頂いております。

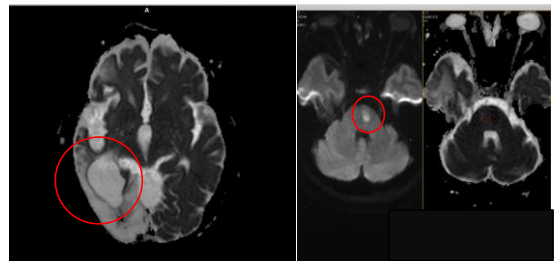
はじめに

脳幹出血により重度嚥下障害を呈した症例に対して、急性期～生活期にかけ2年間リハビリを継続的にこなしている。
誤嚥予防を最優先にお楽しみ程度の経口摂取と胃瘻を併用しており、食べることに支援として、多職種の関わり(情報共有・連携)について報告する。

基本情報

【年齢】66歳
【性別】女性
【同居家族】夫、長男、次男
【既往歴】
糖尿病(内科で内服治療していたが自己中断)
アテローム血栓性脳梗塞 X-3年
当院入院後、OT・ST外来フォロー 左半側空間無視/構音障害
Birthel Index 100/100 全自立
【現病歴】20XX年、呂律困難、ふらつきを認め救急搬送。
JCS:3 重度構音障害・嚥下障害
右上下肢MMT=2/5 Birthel Index 0/100 点

脳血管画像



既往:X-3年
右後頭葉にアテローム血栓性脳梗塞

発症:橋の左側に脳梗塞

VE検査所見 発症第7病日



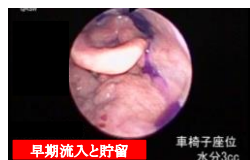
唾液貯留

車椅子座位
喉頭所見



誤嚥

車椅子座位
水分3cc



早期流入と貯留

車椅子座位
水分3cc

情報共有

リハビリ新患カンファレンス記録 第14病日

【問題点】コミュニケーション能力の低下(重度構音障害)
高次脳機能障害
全身持久力の低下
座位バランス能力の低下
立位バランス能力の低下
歩行能力の低下
嚥下機能の低下

(コメント)右片麻痺 BRS:右上肢 I 右手指 I 右下肢 II
感覚:表在軽度鈍麻 深部中等度鈍麻

ADL全般
機能低下著明

【目標】

全身持久力の維持・改善
高次脳機能障害の改善
関節可動域の維持・改善
筋力の維持・改善
運動麻痺の改善
バランス能力の改善
誤嚥性肺炎の予防/口腔器官運動の向上/楽しみレベルへの経口摂取
基本的動作能力の改善
日常生活動作の改善

栄養手段を
確保して、
回復期へ

急性期病院:代替栄養の経緯

X日 発症

第1病日 経鼻経管栄養開始

第7病日 VE施行 嚥下障害重度

第18病日 PEG造設 血糖測定4回/日

第47病日 第二東和会病院(回復期病棟)へ転院

Birthel Index 5/100 点



回復期病棟入院 在院日数4ヶ月15日

【ADL】

入院時 全介助 車椅子座位保持可

退院時 移乗一部介助(健側での協力動作あり)

【構音ENT時】 発話明瞭度4/5~5/5

発話の聞き取り一部可・文字盤使用

【嚥下ENT時】 ST訓練のみ(昼食 ST不在時はNsがゼリー提供)

食事内容 ペースト食1/3

フルーツゼリー(家人持込み)

ニーズ: 夫「好きな物を食べさせてあげたい！」
本人「食べたい！」

自宅退院に向けて、家族指導

- ・夫へ胃瘻の手技を指導 (Ns)
- ・安全に経口摂取をすすめる為の摂食条件を夫、多職種に提示 (ST)

要介護:5

情報共有

経口摂取の注意点:食前

経口摂取の注意点★

チェック項目

【お食事前の準備】		
① 全身状態	発熱や呼吸状態が悪いなど、いつもと違った様子はありませんか？	はい・いいえ
覚醒状態	はっきり目覚めていて元気な状態ですか？服そうではありませんか？	はい・いいえ
② 体の位置	ベッドの上で正しい位置に寝ていますか？	はい・いいえ
	腰が適切な所できちんと曲がっていますか？	はい・いいえ
③ 角度	姿勢が45度くらいになっていますか？寝てきたら30度くらいに下げましょう。 (30度~60度くらいまで可能ですが、45度位で開始するとよいでしょう。)	はい・いいえ
④ 口の状態	お口の中はきれいですか？ 口の中や舌に痰や汚れがありませんか？	はい・いいえ
⑤ 口の動き	お口を大きく開けられますか？舌がいつものように出ていますか？	はい・いいえ
	口の体操をして⑤を確認しましょう。閉閉口5回・舌出し5回	はい・いいえ
⑥ 首の角度	首が体に対して少し前傾角度がついていますか？クッションやパスタオルなどを使い、あごを引いた状態にしましょう。(その状態で喉の様子が見える風にしましょう。)	はい・いいえ

情報共有

安全に食べる為の摂食条件

【食事に気を付けること】

① 順番	はじめの一口目はお茶で飲み込みを確認しましょう。 少しかたそうなものを食べた後は、薄めのお茶で流す要領を忘れないようにしましょう。
② 一口量	小さいスプーンを使用し、一口の量が多くなり過ぎないようにしましょう。
③ 速度・飲み込み	一口か二口毎に嚥下反射を自分の目(介助者)で確認しながらゆっくり進めましょう。
④ 咀嚼	開始時と比べて咀嚼が遅くなっていく、一口を飲み込む咀嚼の回数が増える、むせる、などは疑われて(食べている様子)いるサインです。一旦中止する、一口を少量にする、一口の咀嚼をあげる、ベッドを30度位に下げるなどの対応をとりましょう。何度も目を覚ますようになったら、進めず中止しましょう。
⑤ わせそうな時	わせそうな時は、まず「しっかり、のみこんで」と声掛けしましょう。
わせた時	わせた時は「強く喉をして」と声掛けしましょう。「大丈夫か」「口の中見せて！」など返事や行動を求めるとはなりません。このような声掛けは落ち着いてからにしましょう。
⑥ 最後に	食事が終わっても、しばらくは観察し、変化がないか確認しましょう。
全体	食事中、本人に答えを求める質問や声掛けはなるべく控えましょう。 答えようとしてむせる危険が高くなります。

★いつもと違う様子だ、こんな場合はどうすればよいのか？と疑われる場合は、自己判断しないでスタッフに相談しましょう。

情報共有

連携

退院までの家族指導のスケジュール

直接的嚥下訓練・家族指導予定

上記指導の摂食嚥下訓練(家族指導)について以下の予定をしております。
ご協力の程宜しくお願い致します。

通常 : 担当 ST 藤井、又は夫による介助(家族指導)

★ : 病棟にてゼリーの提供をお願いします。

(ST不在時は病棟よりアイソカルゼリー1ケのみ提供とさせていただきます。)

27(日)	13:40 通常
28(火)	13:40 通常
29(水)	11:30 通常
30(木)	13:40 通常(赤坂 ST 代行)
31(金)	13:40 通常(赤坂 ST 代行)
1(土)	アイソカルゼリー1ケ病棟より(担当看護師)
★ 2(日)	アイソカルゼリー1ケ病棟より(担当看護師)
3(月)	13:40 通常
4(火)	13:30 通常
5(水)	13:40 通常
6(木)	13:40 通常
7(金)	13:40 通常
8(土)	13:30 通常
★ 9(日)	アイソカルゼリー1ケ病棟より(担当看護師)
10(月)	13:40 通常
11(火)	13:40 通常
12(水)	13:40 通常
13(木)	13:40 通常
14(金)	13:40 通常
15(土)	11:30 通常

変更等があれば、別途ご連絡させていただきます。
宜しくお願い致します。

ST 藤井 (116)

情報共有

連携

食事内容と緊急連絡先

(医療→介護へ)

【食事内容】

① お茶や汁物	お茶の準備はできていますか？ほんの少し緩めに作っていますか？ とろみをつけてから少し経っていますか？(直前に作ると途中で濃くなり危険です)	はい・いいえ
② ペースト粥	おおよそケチャップ状程度の濃度になっていますか？粒々は残っていませんか？	はい・いいえ
③ おかずなど	おおよそケチャップ状程度の濃度になっていますか？粒々は残っていませんか？	はい・いいえ
④ ザラメなど	はじめに余分な水分を流していますか？スライスするかつぶしてあげましょう。	はい・いいえ
⑤ 味	辛すぎる、甘すぎるなど味がありませんか？	はい・いいえ

緊急連絡先

第一東和会病院	: 072-671-1008
第二東和会病院	: 072-674-1008
訪問看護ステーション東和会	: 072-674-1023
サンガピア館	: 072-673-6500



自宅退院後のサービス利用内容とADL

かかりつけ医往診 1回/月
 訪問看護 2回/週
 訪問リハ (PTかOT) 1回/週
 訪問リハ (ST) 必要時→1回/月
 通所リハ/入浴: 2回/週

情報共有 連携



ADL項目	退院直後	現在	在宅14ヶ月経過後
寝返り	自立	自立	維持
起き上がり	中等度介助	中等度介助	維持・少し改善
端座位	見守り(手すり)	自立(手すり)	改善
立ち上がり	軽～中助	見守り～軽介助	改善
移乗	中助	軽介助	改善
立位	中助	見守り～軽介助	改善
トイレ	ホータブル 重度介助	立位安定性介助 中等度介助	改善

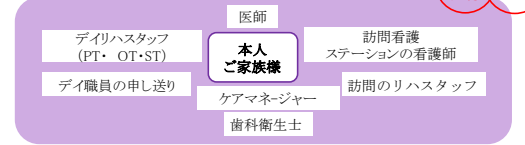
【食事】

胃瘻 朝昼夕
 経口摂取 夕食: ベースト粥、豆腐、肉じゃが、すきやき、ハンバーグ、赤魚
 液種草のおひたし プリン等
 調理と介助(夫のひと手間): 安全に嚥下できる量・形状・軟らかさ・介助速度
 【趣味】 競馬(馬券を夫が買っていく)
 食べる事(さしみが食べたい)/ジャニーズ好き

通所リハ(2回/週 サンガピア館)

リハビリ会議(毎月) リハビリテーションマネジメント加算(Ⅲ)

情報共有 連携

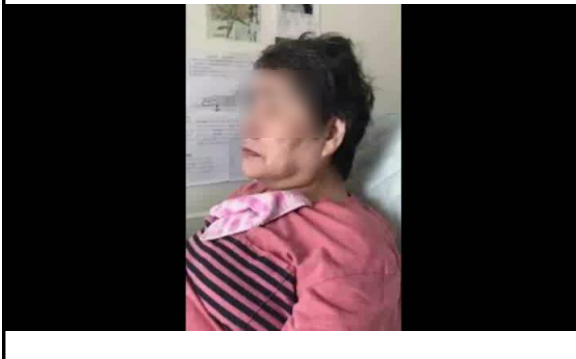


ご家族様、本人ニーズの聞き取りと、サービスの内容の説明と調整

ST: 嚥下評価・指導 傾聴



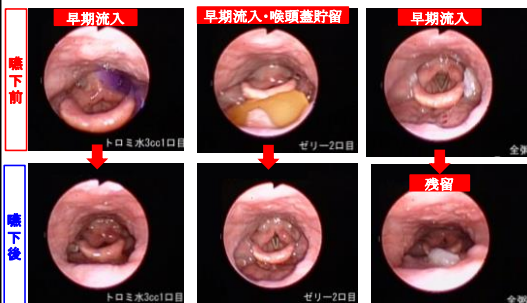
現在の状況 口腔器管の動き



経口摂取場面



VE検査所見 発症後1年4ヶ月



問題点とまとめ

脳幹出血による嚥下障害で、誤嚥リスクを伴うが本人の口から食べたい意欲と、夫の口から食べさせたいという希望が非常に強い。

急性期～在宅まで、医療、介護に携わる多職種が環境の違いに適応できるよう、「情報共有」と「連携」を継続的に行う事により誤嚥性肺炎を発症する事なく現在経過している。患者様が安全に美味しく食べ続ける為に、職種間連携を通してご家族様の支援方法を模索している。

検討事項

“美味しく楽しく食べ続ける” 為に、
いかに**在宅で誤嚥予防**が行えるか？
在宅で**リスク回避**の為に**各職種が行える事**は？

新宿食支援研究会：23職種150人が参加



朝日新聞2018年10月6日掲載

～ご静聴ありがとうございました～



東和会グループ
Tokai Group

All you need is Love...
“愛”と“和”の精神で“人”に優しい、最先端の地域医療と介護福祉を。

食べたい思いを支える ～経鼻胃管栄養から経口摂取へ～

愛仁会リハビリテーション病院
退院支援看護師 中村 利都子

はじめに

目的

回復期病棟に入院した本人・家族の、食べたい思いを支えるための意思決定支援について、多職種の関わりを報告

意思決定支援の看護師の役割

看護師には、医療者主導の決定とならないよう患者・家族の望む生活を軸にこれまでの経過・現在の病態と今後の予測的な経過、治療によって変化する生活や介護状況等を描きながら、本人・家族にとっての最善となる選択肢が見いだせるよう調整役となることが求められる

出典：退院支援ガイドブック 監修宇都宮宏子

患者紹介

70歳代男性

疾患 **左視床出血** 既往 **22年前胃癌胃全摘出**
嚥下障害 **2年前脳幹梗塞**

※経口摂取困難な場合は、腸瘻の検討必要

入院前の生活

- ・妻と二人暮らし、長男・長女あり
- ・元商社勤務、会社の野球部所属、地域で教えていた
- ・退職後は妻と出かけた、家でんびり過ごしていた
- ・2年前に、脳幹梗塞
- 軽度嚥下障害があったが普通食摂取可能であった
- ・妻と毎日5千歩位のウォーキングで健康には気を付けていた

入院時の状況と家族の希望

発症後9日目に当院入院
経鼻栄養・ADL全介助・失語・高次脳機能障害

ST **嚥下反射少なく唾液貯留あり**
嚥下造影検査⇒不顕性誤嚥あり・咽頭収縮力弱い
STIによる口腔内刺激・ゼリー食訓練

NS **経鼻栄養による栄養の確保(ミトン使用)**
吸引や口腔内ケアによる誤嚥性肺炎予防

本人の希望 **意思疎通困難で本人の希望確認できず**

妻の希望 **賛成かもしれないが食事が自立・杖歩行で自宅退院したい**

入院後1～3か月の経過

経鼻栄養+嚥下訓練食

ST **昼のみ：ムース粥・ミキサー食訓練**

NS **口腔ケアと吸引は協力的**

本人 **一口量が少なく空嚥下を繰り返すことにイライラが増強**
⇒ **食べたい意欲強い**

口腔内貯留多
く吸引必要！

3か月目 **毎日経鼻チューブ自己抜き**

妻 **毎日面会あり、チューブを自己抜きするため、スタッフに迷惑をかけていると涙あり**

腸瘻・経口摂取検討

3か月目 **経鼻チューブ⇒再三の抜きで再挿入困難**

多職種 **腸瘻・経口摂取について、医師・ST・摂食嚥下認定看護師・看護師で検討**

主治医から本人・妻へ説明

- ・経口摂取について、誤嚥性肺炎や窒息のリスクがある
- ・必要時は点滴併用

摂食嚥下認定看護師から腸瘻について妻へ説明

- 腸瘻は自宅管理が難しい
- ・下痢しやすい
- ・注入時間が長く行動が制限される
- ・チューブが詰まりやすい

本人・家族の思い

- 本人** 腸瘻の事は確認しなかった
娘から施設の話聞き、怒って落ち込んでいる様子
- 妻** できたら口から食べられるようになって欲しい
腸瘻になったとしても在宅でみたい
- 長女** 母の負担を考えると、無理をしないで腸瘻なら病院や施設
でもいいのではないか、最終的には母の決定を支援する

多職種・本人・家族検討結果

- ・訓練食をすすめていても誤嚥性肺炎起こしていない
- ・誤嚥のリスクを家族が承諾

経口摂取に
しよう!

入院後4か月目～退院時

- ST
看護師** 3食全粥・みじんとりみ食自己摂取
吸引量減少
窒息予防
⇒自宅では目のつくところに食べ物を置かない
次々と自己摂取するため声掛け見守り
- 本人** 自宅退院できると聞いて泣いて喜ぶ
- 妻** フードプロセッサーで作ったとろみ食持参
- 長女・長男** 自宅環境整理・精神的支援
- ケアマネ・訪問看護師** 退院前に本人・妻に会い、看護師から経口摂取
の思いや退院後の留意点を伝える

退院後

退院1か月後訪問

本人妻とも穏やかな笑顔
妻がフードプロセッサーでみじんとりみ食を調理
発熱なく自己摂取できている、体重が増えている

退院後サービス利用

言語訓練もあるデイケア、
訪問看護、訪問リハ利用

退院1年後

柔らかい食事・とろみ付
き水分を摂取
サービス継続し、
発熱なく生活できている



まとめ

意思決定支援

- ・本人の意思確認が不十分
- ・本人の行動・妻・長女の希望確認

多職種連携

- ・主治医の点滴指示
- ・STの訓練
- ・看護師の食事介助
- ・妻や訪問看護師への説明
- ・ソーシャルワーカーとケアマネとの連携

経口摂取で
自宅退院

意思決定支援

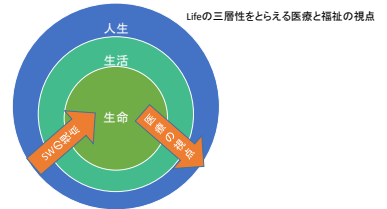
医療者主導・家族の希望のみにならない、本人の思いを受け止めた支援が必要

“食べる”を一緒においしく楽しく

～医療が「食べられない」と判断した場合
MSWはどう意志決定にかかわるか～

三島圏域ソーシャルワーカー連絡会
代表 田口 真規子

ソーシャルワーカーって？



【保健医療ソーシャルワーク論】田中千枝子 より引用

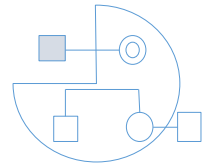
食べるにまつわるソーシャルワーク支援

- 水分補給 補液
- 栄養補給
- 苦痛緩和と鎮静
- 看取りについて

倫理的課題が大きい・・・

事例

- 76歳女性 Aさん
- 20年程前 脳出血 以後車いす生活
- 運動性失語あり 理解はしているが表出が困難
- 移動：全介助（車いす座位はとれるが、体幹保持困難）
- 食事：全介助 ベース食、ムースがゆ、水分はハチミツ状 おやつにゼリー
1回の食事に3時間かかっている日もあるが
根気強く介助されていた
- 排泄：バルーン挿入中 尿量400～900ml
排便：看護にて調整
- その他：吸引（毎食後）



事例

- 要介護5
- 医療・介護サービス
- 誤嚥性肺炎で入院

訪問診療
訪問看護（リハ）月4回
（ST）月2回
デイサービス 週2回
ヘルパー 週3回



医療者の考え

- VEでも唾液誤嚥多く、嚥下は難しい。楽しみ程度の傾向摂取のみ
- 経鼻栄養よりは胃瘻の方が安全
- 家族は延命治療は全て希望している。そうなら栄養管理はきちんと
- すべきなので、胃瘻をすることを推奨
- 不整脈も出てきている かなり予後は厳しいかもしれない



家族の思い



- ・以前食べられないといわれたときも、R病院のSTさんの尽力で食べられるようになった
- ・あの時と母は何も変わっていない
- ・先生たちは母のことを理解していない・・・

家族によって物語られる本人のいのち



- ・お母さんとこんなにコミュニケーション取れるのに、食事をさせないなんてかわいそう 家族は本人の意思を尊重している、と思っている
 - ・お母さんは食べる意欲もあるし、食べたいと思っている
 - ・お母さんは私の中では何も病気をする前と変わっていない
 - ・私の心配も普通にしてくれているし、何もかもわかっている
認知機能の低下はなく、失語で表出こそできていないが
 - ・脳出血をした後も前も“母”は何も変わらない
 - ・母は生きていく意欲がある 私たちのために生きようとしてくれている
- 家族にとって本人は今でも一家の“心の支え”の役割を持っている
母として家族の中心に存在している**

MSWの立場から

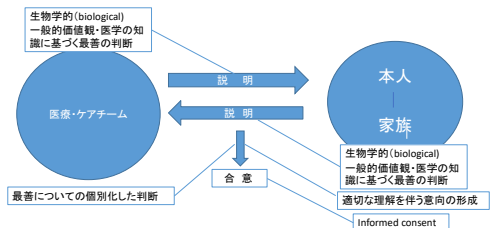


20年前脳出血を発症したときからずっと変わらず患者さんはこの一家の母として存在し続けている。家族にとっては世話存在、というより「自分たちの精神的支え」であると語り、そして、食べることを続けるのは母の意思であり、理解母が口を開けて食べることを望むのに、食べさせないとする理由がない、とも考えている。母に明確な意思決定をそれを尊重したいということがこの家族の望みであり、納得いく過程を踏むことは必要だと考える。

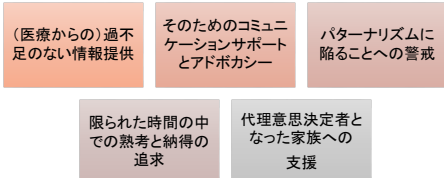
よって、経口摂取訓練のできる医療機関を探すのがよいのではないかと

お母様はどんな方ですか？
どんな人生だった？
どんなことを大切にしている方？
どんな風な暮らしを望んでおられますか？

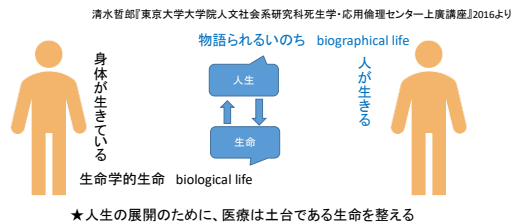
意思決定プロセス: 情報共有-合意モデル



臨床現場における意思決定支援を構成する 枠組みと実際



人のいのちの二重の見方



まとめ

- ・MSWはあくまで「医療を利用する生活者」として、医療に求めておられることを理解し、それが納得いくかたちで提供されることを医療チームの一員として、共に考える
- ・したがって、医療的に正しい(リスクが低い)とされることの中身(=選択したことによって、得るものと失うもの)をしっかりと掘り下げる必要がある=看護職との連携が重要
- ・患者さん・家族を含めた全体像をとらえることが重要

社会資源(医療・介護等)を利用する側が
主体的に決断できていることが必要=人の尊厳を尊重する支援を

平成30年度 三島圏地域リハビリテーション 連絡会
各職種連絡会合同研修会

『脳血管疾患～食べることを支援』

「“食べる”を一緒においしく楽しく」

ケアマネジャー連絡会
澤野 亜友美

ケアマネジャー連絡会研修会

『食事の楽しさを考える』 ～介護施設の現場から～

<基調講演>

株式会社 はーと&はーと

「配食サービス・デイサービスにおける管理栄養士の取り組み」

<実践報告>

①医療法人 東和会 / 社会福祉法人 恭生会

②社会福祉法人 高志会 れんげ荘

③医療法人 清仁会 若山荘

④社会福祉法人 大阪水上隣保館 弥栄の郷

⑤社会福祉法人 気づき福祉会 摂津いやし園

食事療法と聞いてどう思われますか？

身体は
「食べる物」で
できている！

食事療法を 楽しんでほしい！

- ①食べ方の工夫
- ②メニューの工夫
- ③外食の選び方



<食事例>



【栄養コントロール食】



【健康バランス食】



低栄養・摂食支援食
【TaBeLu+ (タベルプラス)】



TaBeLu+盛り付け例



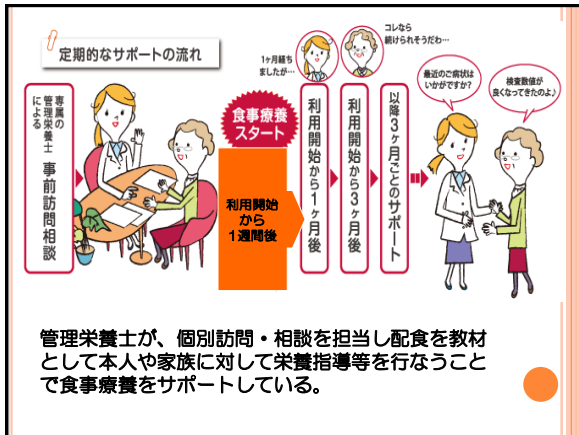
TaBeLuソフト (タベルソフト)



ベースト食、ムース食 (ソフト食)



補助食品の提案

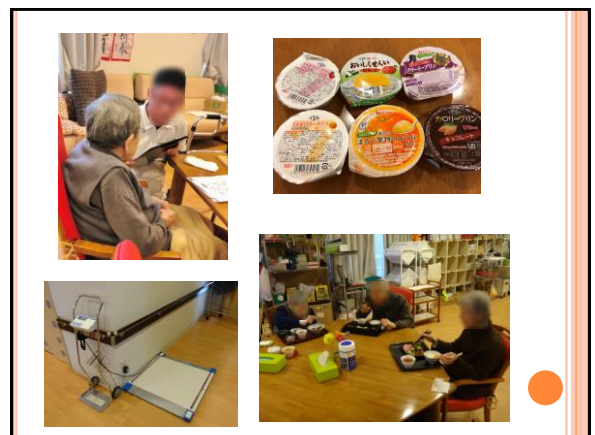


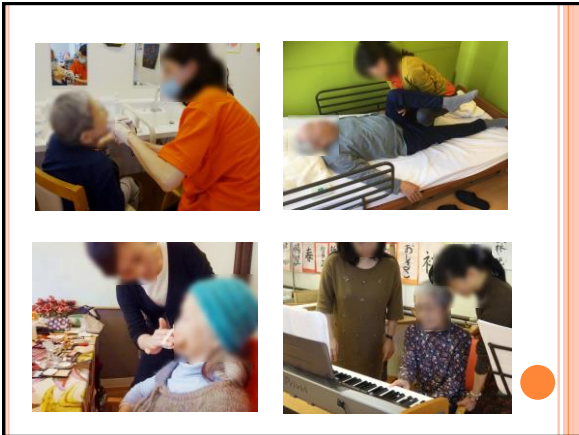
配達フォローチーム
利用者様の変化に気づくアンテナ

カスタマーセンター
365日体制で情報をフィードバック

在宅での課題

- 実際の食事摂取量の把握が困難
- 指標となる体重が記録されていない
- 食事形態の判断が難しい
- 食事形態が統一されていない場合がある
- 軟らか食の準備が大変





「食」支援につながる具体的なサービス内容

【栄養ケア（低栄養予防）】

- ・ 毎利用時の体重測定
- ・ 利用者の状態に合わせた様々な食事形態での提供
- ・ 配食と連携したデイ利用時の弁当持ち帰り（自費）
- ・ 夕食サービス（自費）
- ・ 管理栄養士による3か月に1回の栄養アセスメント
- ・ 栄養補助食品の提案、持ち帰り、お届け
- ・ 買い物サポートサービス

特別養護老人ホーム 摂津いやし園

本体特養、小規模特養、ショートステイ
 デイサービス、デイサービスいずみ
 多機能

特養・・・60床
 小特・・・39床

梨の木の花言葉
 「いやし、慰め」

《いやし園の食事》

目標

- ・ 食事が楽しみになる
- ・ 馴染みある食事の提供
- ・ 本人の嗜好を重視

見た目 色彩、盛り付け、食器

季節感 旬の食材、行事食で（お弁当）

安全性 1人1人にあった食事形態

《レクリエーション》

本体特養&小規模特養

- 手作り昼食
- 手作りおやつ
- 誕生日会（リクエスト）
- 出張スーパー（毎月1回）

デイ

- 手作りおやつ（毎月3回）
- バイキング
- 誕生日会（誕生日ケーキ）

いきいき元気サロン

- 毎月6の付く日
- 居酒屋サロン（26日）

毎年恒例行事

- 納涼祭
- 餅つき

本体特養&小規模特養 手作り昼食

ずんだ汁

稲荷寿司

天ぷら

本体特養 & 小規模特養
手作りおやつ

白玉団子

フルーツ
サイダー入り♪

あんこ & きな粉♪

桜餅

ホットケーキ

誕生日会

スイカのフルーツポンチ

利用者のリクエストや
好きな物を提供します。

- スイカ
- 焼き肉
- 握り寿司
- 外食
- 出前

焼肉

寿司

ティサービス

月に1回のバイキング！
季節を感じられるメニュー、
利用者の好きな物を！

手作りおやつ

バイキング

おはぎ
マロンどら焼き
五平餅
月見饅頭
など・・・

その他

いきいき元気サロン

おはぎ、たこ焼き・アイス
コーヒー・ジュースなど

毎月6のつく日はサロンを開催
地域の方との交流も！

居酒屋サロン

26日は夜の居酒屋サロン。
ビールサーバーを設置しております！

パン屋さんの訪問販売

障害のある方が中心となって
製造しているバクのパン屋さん

敬老会

豪華なお弁当、握り寿司、散らし寿司など様々




鍋パーティー

12月やお正月など各事業所で行います




ご当地料理

ご当地に合わせたお菓子を購入しています。






面前提供

お好み焼き・握り寿司
オムライス・焼きそば...





サイロステーキ 天ぷら

“食べること支援”

ケアマネジャーとして日々感じていること…

- 栄養・口腔ケアの重要性はわかっているが後回しになりがち…
- 退院後、病院で行われていた「食事制限」や「食事形態」を続けることは非常に難しい
- ご本人・ご家族がどう理解し受け止めているかも大きく影響する
- 退院前に食事に関して話し合える機会が少ない ●

三島圏域地域リハビリテーション地域包括支援センター連絡会幹事会活動報告

地域包括支援センターにおける食べること支援(各市町の現状報告)

	共通事項	高槻市	茨木市	摂津市	島本町
①配食	<p><市のサービス> 対象者:65歳以上の一人暮らし 65歳以上の高齢者世帯 重度の障害者 時間:夕食 目的:安否確認 曜日:月～金 <民間サービス> 多数の業者が参入、それぞれの特徴があり選択肢の幅が広がっている</p>	<p>高槻市配食サービス:夕食のみ 曜日:月曜から土曜 負担額:510円 事業者は地域ごとに7事業所が担当。 平成29年9月に高齢者弁当宅配事業所サービスガイドを市が作成。高槻市配食サービス受託事業所を含め、15の事業所を紹介している。</p>	<p>行政:所得に応じ400円か500円で週3回提供。4回以上は実費対応。基本昼食だが夕食対応の事業所も10ヶ所以上あり、糖尿病食の提供も可能。担当事業所により、食事形態・減塩などの対応も可能。土曜日可。 民間:見守りや朝食サービスの提供もしている。</p>	<p>市の補助がある配食サービス ・対象:①65歳以上の独居または65歳以上で構成の世帯 ②重度の障がい者 ・配食日:月～金 ・昼食(弁当)と夕食(施設から保温弁当) ・夕食は全体の数量制限がある ・目的:栄養と安否確認 利用者負担額:昼食400円、夕食500円</p>	<p>対象:認定を受けていること。療育手帳(A) 曜日:月～金 夕食のみ 年末年始除く 食事の種類:特別食 利用者負担額:普通食500円、特別食620円 事業者:2か所 宅配クック123、シルバーサービス</p>
②料理教室		<p>定期的な料理教室の実施なし ・自主グループあり</p>		<p>『せつつきいき健康づくりグループ』に所属している料理教室が3グループある。 ※『せつつきいき健康づくりグループ』健康作りを目的に自主的に活動しているグループ。市がサポート。</p>	<p>①高齢者の為の楽しく料理教室:年1回 目的:調理が困難な高齢者に対し、簡単で作りやすい料理を提案、低栄養予防 内容:講話、調理実習、試食 対象:町内在住65歳以上 ②年長者男性の料理教室:各コース全日程5回 目的:食及び栄養に関する理解を深める。低栄養予防。他の年長者との交流。健康増進、生きがいづくり。 内容:講話、調理実習、試食。H30年度より食に関わる課題を設定し食育に取り組む。例えば「食中毒を予防しよう」「災害に備えよう」「生活習慣病予防」 対象:年度中に60歳以上となる男性(各コース全日程5回参加可能な方) 初心者向けコース:初めて料理される方、料理経験の浅い方 中級者向けコース:少し料理の経験がある方</p>
③管理栄養士との関わり方	<p>市役所または町役場にいる管理栄養士と、栄養士会と2か所の関わりがある。</p>	<p>健康相談会での個別相談 高齢者食事サービス調理ボランティア研修会 講師 高齢者食事サービス献立表監修 ・栄養教室(4日間1コース×年2回)栄養をテーマにした講話(1日) ・三世代食育講座、出前研修、介護予防事業で栄養をテーマにした講話を行っている(調理教室や試食を行う場合もある)</p>	<p>・介護予防教室で介護予防栄養養成者研修として栄養指導する高齢者を養成。昨年度、3回実施・20名養成。 ・介護予防出前講座として、老人クラブなどに出向き、栄養に関する講座を開催。H30年4～7月末まで3回開催。 ・はつらつ教室でのはつらつパスポートを用いた、栄養に関するミニ講話の取り入れ。</p>	<p>・①の配食と連携し、助言、指導が必要と判断された場合、管理栄養士からケアマネ、本人、家族等の希望や本人の状況に合わせてTEL、訪問等で助言を実施する。 『はつらつ元気でまっせ講座』で栄養士会から栄養講話がある。 ※介護予防講座(週1回、6回コース)</p>	<p>◎訪問:在宅における栄養の相談(低栄養、食事形態など)のあった場合に地域包括や居宅のケアマネと管理栄養士と一緒に訪問し、栄養に関する助言を行う。 ◎自立支援に資する地域ケア会議:地域ケア会議を月2回定例で行っており、理学療法士などのリハビリ専門職とともに、管理栄養士も助言者として毎回参加している。 ◎介護予防についての理解:いきいき・かみかみ百歳体操のおさらい月間(下記)などに地域包括や保健師と一緒に地域支援に参加。</p>
④口腔ケア・口腔体操	<p>口腔体操が行われている。</p>	<p>高槻ますます元気体操DVDの基本編のなかで口腔体操を実施。 ますます元気教室歯つらつ栄養コース(全6回3か月間、6会場)を開催</p>	<p>・介護予防教室で介護予防口腔ケア指導者養成者研修として、口腔ケアの指導をする高齢者を養成。昨年度、3回実施・22名養成。 ・介護予防出前講座として、老人クラブなどに出向き、口腔ケアに関する講座を開催。 ・はつらつ教室における口腔体操・はつらつパスポートを用いたミニ講話の取り入れ ・元気!いばらき体操Ⅱ・Ⅲでの健口体操の普及</p>	<p>・介護予防講座『はつらつ元気でまっせ講座』で講話がある。 ・今年度は地域包括支援センター主催の研修「認知症予防はお口から!」を市民、事業所対象に実施。</p>	<p>◎かみかみ百歳体操:筋力向上は「いきいき百歳体操」、口腔機能向上は「かみかみ百歳体操」があり、週1～2回住民主体で継続して行っている。拠点で体操を開始するときは保健師が技術支援を行う。いきいき百歳体操のみの拠点が40か所、かみかみ百歳体操も併せて行っている拠点が36か所。年1回「おさらい月間」で地域包括と地区担当保健師と病院セラピスト(PT.OT.ST)で地域をまわり、体操の確認や助言を行っている。口腔機能評価として「反復唾液嚥下テスト」を行っている。</p>
その他		<p>高齢者の食事サービス 対象:高齢者(独居・高齢者夫婦) 代金:500円～600円 高齢者食事サービス献立表を参考</p>	<p>特色としては、はつらつ出前講座の実施等、元気高齢者自身が有資格者に頼らず話ができるように、介護予防養成者研修として重点を置き、住民主体のチームが活躍している。</p>	<p>市のホームページで健康、栄養に関する食のコラムを記載</p>	<p>平成29年度までは地域包括に非常勤で管理栄養士がおり、上記②③の記載内容を地域包括の中で担っていた。平成30年度からは保健分野に常勤の管理栄養士が配属され、母子保健や特定保健指導なども担っている。 *地域包括は保健分野(いきいき健康課)に属している。</p>

食べたい思いを支える

～病院看護師から在宅看護師へのバトンリレー～

訪問看護ステーション愛仁会高瀬 田口 敬代
済生会茨木訪問看護ステーション 西森 麻喜子
アクティネットワーク訪問看護ステーション 井上 恵実

食べることに支障の重要性

最後まで自分の口で食べることは
高齢者のQOLの向上にとって不可欠。

→多職種による取り組みが必須。

食べたい思いを在宅で支えるために

事例紹介①

90歳 男性 左視床出血 嚥下機能低下

入院中：唾液による誤嚥もある為、経口は難しいと
説明あり。

本人より、空腹感の訴えあり。

サービス拒否もあったが排便コントロール
必要の為、訪問診療・訪問看護のみ介入。

79年5月退院

退院後：看護師介入時、嚥下体操や本人との
会話を重視した関わりを行う。
家族へも本人からの発語の必要性を説明。
⇒訪問歯科導入。



研修生の同行を行ったり、会話が
できる環境作りを行う。

現在：
・お楽しみ程度の経口摂取可能。
・誤嚥性肺炎による入院はなし。
・デイケアへ行くようになる（ST介入）
・訪問時には、元々好きであった童謡を
一緒に歌う様になっている。

食べたい思いを在宅で支えるために

事例紹介②

80歳 男性 左被殻出血 嚥下障害
妻と二人暮らし

本人・家族「食べたい」「食べさせたい」強い思い
→経管栄養や点滴等はすべて拒否
経口摂取を続け、入退院を繰り返していた

退院にあたり、訪問看護導入の検討
→病院と在宅の専門職が数回集まり、話し合われた。

本人、家族の思いと専門職間の共通言語

「食べたい」「食べさせたい」思いの奥には
「在宅で最後まで暮らし続けたい」という
確固たる思いがあった。



退院にあたり、「在宅で食べることを楽しむ」
ということを目指し、最終的には本人・家族
の希望で胃ろう造設を行い、退院となった

かかりつけ医は、現段階で経口摂取を
行うことは不可能と判断。
何度かの本人・家族、在宅支援する
専門職チームが集まり、話し合いが行われた。



食べることで命を落とすことになっても、
本人、家族の「食べ続けたい」「食べさせ続けたい」
思いは全く揺らぐことはなかった。
医師を含め、在宅支援チームに「食べることを支援の
お願い」の文章を提出し「看多機」で「食べることの
支援」がスタートした。

本人・家族と在宅支援者のルール作り

目標：入院しない。

- ・家族食べれる時に食べる→1~2回/日
- ・誤嚥による肺炎兆候認めた時は
かかりつけ医の診察
→内服、点滴治療が行われることになった。



「食べる楽しみ」って何だろう
おいしく食べる。
おなかいっぱいになる。

本人の強み

「全部自分の歯」理解力もよく、
咀嚼する能力がしっかりしている



- ・「口の中でミキサーにしよう」→食べる楽しみ
- ・その間に胃ろう注入する→食べた後の満足感
- ・時々、嚥下してみる→Ns介助のもと



その後5年間は1回も入院することなく、
食べることを楽しみながら自宅での看取り
となった。

まとめ

今回、3つの症例を通して、ケースは違うが、
本人・家族の「あきらめない思い」を
病院・在宅での「食べたい思いを支える
看護師それぞれの思いがあった。



病院のNsから在宅のNsへの
想いのパスンルーができてきていること。
これからもできることを強く感じた。

平成 30 年度
三島圏域地域リハビリテーション連絡会症例検討会

『脳血管疾患』
～高次脳機能障がいを呈した
重度片麻痺患者が望む生活に向けて～

日頃は、三島圏域地域リハビリテーション地域支援センター活動にご協力賜りまして、誠にありがとうございます。三島圏域地域リハビリテーション連絡会では、圏域機関相互における情報共有や課題解決に向けて、会議や研修会を定期的実施しております。

この度、愛仁会リハビリテーション病院による、症例検討会を開催する運びとなりました。脳血管疾患を発症し、自宅復帰が難しいと思われた患者に対しチームで介入することによって在宅復帰し、復職が可能となった症例となっております。

ご多忙とは存じますが、多職種の皆様のご参加をよろしくお願い致します。

1. 日時：平成 31 年 1 月 26 日（土）14 時 30 分～16 時 30 分

2. 場所：愛仁会リハビリテーション病院 9 階アイワホール
(〒569-1116 高槻市白梅町 5-7 TEL072-683-1212)

3. 内容：「高次脳機能障がいを呈した
重度片麻痺患者が望む生活に向けて」

医師・看護師・セラピスト・ソーシャルワーカー・
訪問リハビリテーションから症例を発表させていただきます

<グループワーク>

グループワークを通じ、多職種で今回の症例についての理解を深める。

◆参加方法：愛仁会リハビリテーション病院ホームページ (<http://www.aijinkai.or.jp/reha/>) から三島圏域地域リハビリテーション症例検討会の開催をクリック。登録フォームに必要事項を入力して下さい。申し込み締切日：1月18日（金）

三島圏域地域リハビリテーション地域支援センター

<事務局> 愛仁会リハビリテーション病院

地域医療部 事務 松本

TEL 072-683-0206（直通）・1212（代表）

FAX 072-683-1282（直通）・1272（代表）

三島圏域地域リハビリテーション連絡会
平成 30 年度 地域リハビリテーション症例検討会 報告書

- ・開催日：平成 31 年 1 月 26 日（土） 14 時 30 分～16 時 30 分
- ・場所：愛仁会リハビリテーション病院 9 階アイワホール
- ・参加人数：74 名

アンケート記入者：57 名（回収率 77.0%）

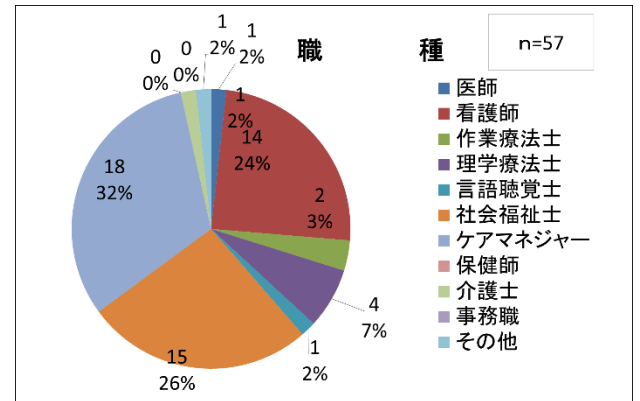
<職種内訳>

医師：1 名 看護師：14 名 作業療法士：2 名

理学療法士：4 名 言語聴覚士：1 名 MSW：15 名

ケアマネジャー：18 名 介護士：1 名

その他（PSW）：1 名



内容：①症例報告 「脳血管疾患」

～高次脳機能障がい呈した重度片麻痺患者が望む生活に向けて～

愛仁会リハビリテーション病院

②グループワーク

平成 30 年度地域リハビリテーション症例検討会は、『脳血管疾患』というテーマで「高次脳機能障がい呈した重度片麻痺患者が望む生活に向けて」として、愛仁会リハビリテーション病院が発表いたしました。

脳血管疾患を発症し、自宅復帰が難しいと思われた患者に対してチームで介入することによって在宅復帰、そして復職まで可能となった症例でした。退院後の訪問リハビリから、通勤の様子を撮影した動画の発表もあり、普段見ることができない退院後の生活について知ることが出来て良かったとの意見を頂き、とても充実した発表内容となりました。

症例発表後には多職種を交えてグループワークを行い、「患者様、ご家族の意向確認」について意見交換し、事例を深めるとともに多職種の連携を深める機会にもなりました。今後も様々な症例を通して関わりを深めていくことが出来る症例検討会にしていくことが出来ればと思います。