

平成22年度 老人保健事業
推進費等補助金
老人保健健康増進等事業

特別養護老人ホームにおける リハビリテーションの手引き



社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会

目 次

はじめに

1. リハビリテーションとは	2
2. 特別養護老人ホームにおけるリハビリテーション	3
3. 介護業務へのリハビリテーションの方法・技術の適応	4
4. 相談窓口	9
5. 生活の基本設計のポイント	10
6. 事例集	12

はじめに

利用者と接していてこのような思いを抱いたことはありませんか？

「食事に時間がかかるし、よくむせているけど、このままの介助でいいのかな…」

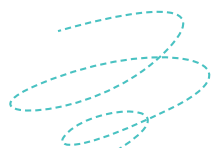
「利用者本人が歩きたがっているけど、どの程度なら安全なの？」

「認知症を持った利用者の方だけど、体は元気そう。何か本人ができることを増やしてあげられないかな」



でも・・・

「誰に何を相談したらいいのか分からない」と困っていませんか？



このような特養スタッフの疑問に対し、リハビリテーション支援によって応えることを目指して（社）全国国民健康保険診療施設協議会は平成22年度に「特別養護老人ホームへのリハビリ支援にかかる調査研究」を実施しました。

このパンフレットでは、調査研究事業で出された要望をもとに、特別養護老人ホームの介助にどのようにリハビリテーションの視点や技術を取り入れることができるのか、また、そのためにはどこに相談すれば良いかについて、基本的な考え方を整理し、ヒントと実例をまとめましたので参考にしてください。



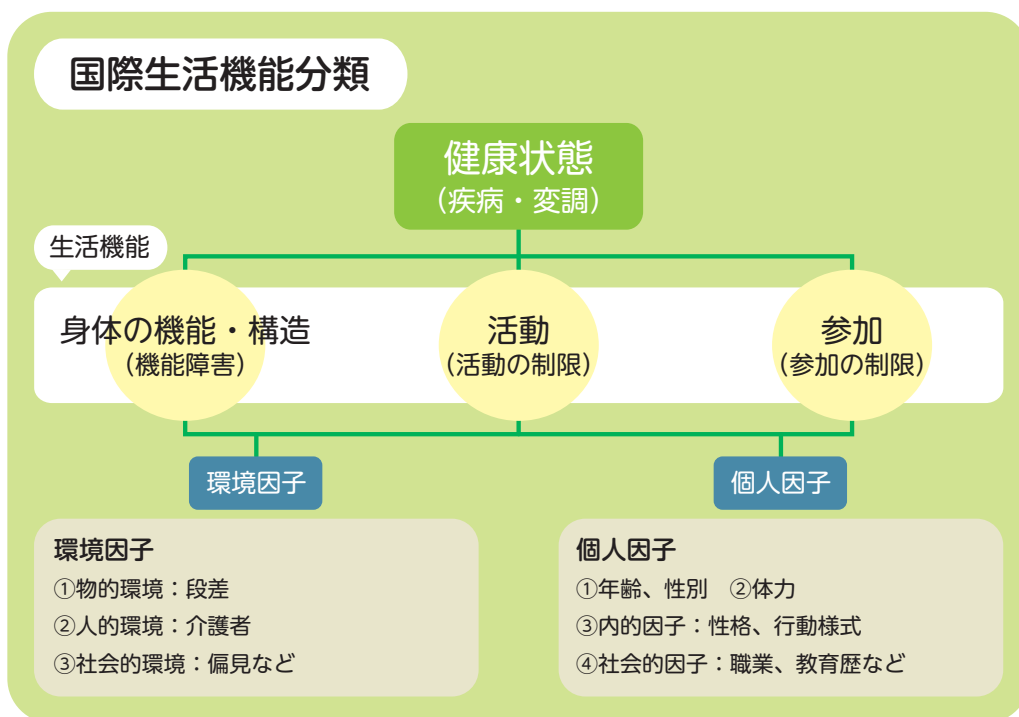
1. リハビリテーションとは

リハビリテーションとは…「生活機能の再建」

リハビリテーション (Rehabilitation) という言葉は、ラテン語では「再び適した状態にすること」という意味です。

しかし、わが国では適切な日本語への翻訳が行われなかったためか、リハビリテーションについての理解が「機能障害に対する機能回復訓練」という狭い意味にとどまり、いろいろな問題が起こっています。すなわち、機能回復訓練を受けた高齢者が退院後の不適切な生活環境のために「寝たきり」になることはしばしば見られます。この場合、リハビリテーションが「再び適した状態にすること」に役立ったとはいえないでしょう。

リハビリテーションを正しく理解するためには国際生活機能分類 (WHO, 2001) が役に立ちます。国際生活機能分類では「身体の機能 (精神機能も含む)」と「活動 (日常生活活動)」、「参加 (社会参加)」を「生活機能」とよび、「生活機能」と「健康状態 (病気・変調)」や「環境因子」、「個人因子」が互いに影響しています。



リハビリテーションは「生活機能」の再建、すなわち「生活の再建」といわれています。「生活の再建」には病気の治療や機能回復訓練も必要ですが、それだけで十分でないことは明らかです。日常生活活動や社会参加ができるように、周りの物理的環境を整備したり、福祉用具を利用したり、介護者を確保したり、介護サービスを提供することもリハビリテーションとして非常に大切なことです。

2. 特別養護老人ホームにおける リハビリテーション

特別養護老人ホーム（以下、特養）は、重度の心身障害を持った高齢者で自宅での生活が困難な人が生活する場であり、日常生活活動や社会参加（人や社会との交流）ができるように様々な取組みが行われています。これらの取組みは「生活の再建」であり、リハビリテーション（以下、リハビリ）そのものです。したがって、特養におけるケア・介護にはリハビリの考え方と技術が必要になります。

特養入居者の多くは後期高齢者であるとともに、寝たきり度¹ランクBやランクCの人です。容易に廃用症候群²を起し生活機能の低下を来し易く、**廃用症候群の予防**が大切な課題です。そのためには、毎日の生活の仕方が重要で、座位を保持する機会を多くすること、ベッドや居室から離れて他の人達との交流を図ることなどが必要になります。

この場合、機能の維持や回復のために訓練するよりも、日常生活行為を生活の中で行うことが大切です。自分で出来ることは自分で行えるように、ベッド周囲の環境を改善したり、福祉用具を活用するなど、**生活上の工夫**が必要です。

廃用症候群の予防のためには廃用症候群の兆しに気づき、早期に対策を取ることが求められています。また、生活の工夫などでの対応が難しい場合にはリハビリ専門職に相談することも重要です。そのため、3章では介護業務へのリハビリの方法・技術の適応として「気づきのポイント」と「対応例」をまとめました。

特養に入居されている人は、心身や日常生活活動の障害によって人との関係や交流にも障害を引き起こしています。したがって、上記のような取組は、心身の機能や日常生活活動を改善するだけでなく、失われた人との関係や生活を取り戻すものであり、特養のリハビリが目指すものです。



1. 寝たきり度：10 ページ参照

2. 廃用症候群：使われないことによって、精神や身体の機能が低下してしまう状態。

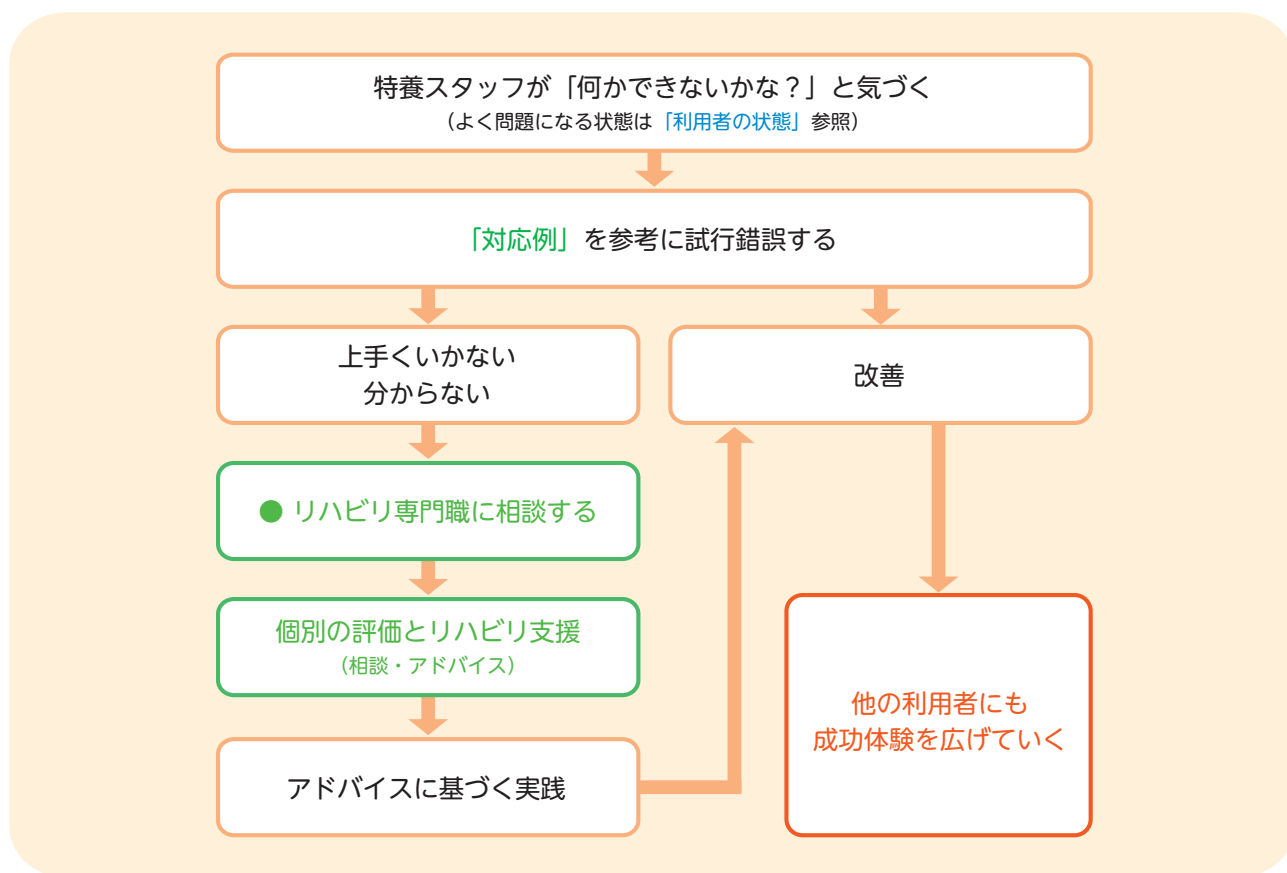
3. 介護業務へのリハビリテーションの方法・技術の適応

生活介助にリハビリの考え方を取り入れるためには、日々の状態を知っている特養スタッフが利用者の状態に敏感に気づくことが必要です。どのような状態に注意を向けたら「気づき」が生まれやすいのか理解していただけるよう「利用者の状態」、「原因・病態」、「対応例」の3つを次ページからの表にまとめました。

障害や、介助困難の背景には身体機能のほかにも、環境や個人の事情など様々な要因が混在しており、状態は同じように見えても、そこに隠されている原因がいつも同じものとは限りません。表に挙げたものは代表例であり、一人ひとりの状態や個別の事情によっては当てはまらないこともあります。

対応例を参考に色々試しても、思うような改善が得られない場合や不安なことがある場合には、問題の所在を適切に評価してくれるリハビリ専門職³に相談しましょう。以下に、介助にリハビリを適応させる際の基本的な流れを図示しました。

リハビリテーション適応の流れ (基本的な考え方)



3. 9 ページで各専門職について紹介しています。

表に挙げたものは代表例を分かりやすく説明したものです。利用者一人ひとりの状況や個別の事情によっては当てはまらないこともあります。不安に感じたら一律に適用せず、リハビリ専門職に相談してください。

食事場面

♥赤字は多くの状態に共通する基本的な対応

利用者の状態	考えられる原因と病態	対応例
<ul style="list-style-type: none"> ♥固いものが食べにくくなった ♥水分でむせる ♥いつまでも飲み込まない ♥食べこぼしが目立つ 	<ul style="list-style-type: none"> ♥嚥下・咀嚼機能（飲み込む力）の低下 ♥歯磨き、口の中の清掃などの口腔ケアが不適切 ♥キザミ食やトロミ食などの食事内容が不適切 	<p>基本の見直し</p> <ul style="list-style-type: none"> ♥食事形態の見直し（キザむとかえて飲み込みにくくなる） ♥一口量を適切に（大さじスプーンの3分の1～2） ♥本人のペースでの食事介助 ♥立ったままで食事介助しない（顎が上向きになって危険） ♥口腔周囲や唾液腺のマッサージ ♥口腔内の清潔を心がける
<ul style="list-style-type: none"> ♥食事中に体が傾く 	<ul style="list-style-type: none"> ♥座位を保持する力が低下して姿勢が安定しない ♥利用者の体格にテーブルや椅子の高さが合っていない 	<ul style="list-style-type: none"> ♥姿勢が正しくとれているか確認し、端坐位、頸部前屈位、正しい食事姿勢になるようテーブルと椅子の高さや種類を工夫する 
<ul style="list-style-type: none"> ♥集中して食べられない、人のものが気になる、食べようとしていない 	<ul style="list-style-type: none"> ♥認知・視覚機能の障害 	<ul style="list-style-type: none"> ♥周囲の音響などが賑やかすぎないように配慮する ♥はっきりした色の食器など種類や色を工夫する ♥食材の形を残す調理法を工夫 

3. 介護業務へのリハビリテーションの方法・技術の適応

排泄場面

利用者の状態

♥そわそわ・ごそごそ・落ち着きなく歩くなどの兆候

♥一人でトイレに行けない

♥安全に便座に座れない

♥尿意はあるが、おむつ内に排泄している

♥スムーズに便が出ない

♥おむつをしていて動きにくい

♥陰部や臀部が不潔な状態である

考えられる原因と病態

♥トイレ誘導方法の不適応

♥移動能力の低下
♥認知症

♥身体バランス機能の低下(バランス・下肢筋力など)

♥介助スタッフが不足している

♥便秘
♥水分不足
♥寝たきりで排泄姿勢が取れない

♥おむつで活動が制限されている

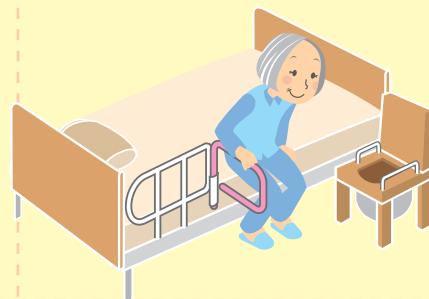
♥清潔への無関心
♥じょく創の発生

対応例

♥排泄の兆候を見逃さず、適切に誘導する

♥歩行器、車椅子などによって移動を援助する
♥トイレに近い部屋にうつる
♥こまめにトイレへ誘導

♥手すり、ベッド、ポータブルトイレの配置や高さを見直す(環境整備)
♥トイレに近い部屋にうつる
♥こまめにトイレへ誘導



♥おむつ以外の排泄方法(トイレ誘導など)の可能性を探る

♥生活リズムの確立
例:食後定期的にトイレに座る等
♥水分補給
♥適度な運動

♥適切なおむつ選択と当て方の工夫

♥清潔チェックの回数を増やす
♥入浴時に重点的に清潔にする

移動・移乗場面

利用者の状態

- ♥ふらつくようになった
- ♥転倒しそうになった
- ♥歩く姿勢が前かがみ

考えられる原因と病態

- ♥睡眠不足、昼夜逆転
- ♥内服薬の副作用
- ♥痛み の出現（腰、膝など）
- ♥体力低下
- ♥履物が不適切
 - ・大きすぎ、小さすぎ、
 - ・×スリッパ
- ♥不適切な歩行補助具

対応例

- 基本の見直し
- ♥睡眠不足の改善
- ♥服薬は医師に相談
- ♥痛み の対応は医師に相談
- ♥熱発などバイタル確認
- ♥栄養状況の改善（摂食状況の確認）
- ♥排泄状況の確認
- ♥履物の確認、改善
- ♥筋力維持（腿上げ等）

- ♥起き上がりに介助が必要となる
- ♥車椅子への移乗に困難を感じる
- ♥車椅子移動に時間がかかるようになった

- ♥痛みがある（腰・膝、肩、肘、手首など）
- ♥痛みが出てきた（腰・膝、肩、肘、手首など）
- ♥筋力低下

- ♥腰痛に対しては坐位姿勢の調整、または時間の短縮。ただし、総離床時間は確保する
- ♥車椅子への移乗介助を2人で行う際は足底を床につけ、できるだけゆっくりした介助を行う
- ♥日常のケアの中での筋力保持を
例：オムツ交換時にでもベッド上で両膝を立てて腰をあげる動作を5回前後行うなど

- ♥常に2人以上で介助を行っている
- ♥似たような利用者に対し、同じ方法で車椅子への移乗を行っている

- ♥過剰介助～残っている生活機能を十分生かせず、介助のし過ぎが生じていることも考えられる

- ♥介助は対象者の動きを待ちながらできるだけゆっくりと本人の残存機能を十分生かすように

- ♥車椅子への移乗の際、利用者に怪我をさせた

- ♥過少介助（一人での全介助）
例：一人で行ったため、ゆっくりと移乗ができず、フットレストで利用者の足を傷つけてしまう

- ♥車椅子への移乗など、状況によっては2人で介助したほうが、安全かつ本人の残存機能を十分生かせる場合がある



3. 介護業務へのリハビリテーションの方法・技術の適応

コミュニケーション場面

利用者の状態

♥言葉の障害と右半身不随

♥「ラリルレロ」が上手く言えない

考えられる原因と病態

♥脳卒中による失語症

*言葉の理解は比較的良好だが、読み書きは障害されている

*漢字の理解は良好だが、カナの理解は悪い

♥声を出す器官（舌・歯・喉頭・声帯など）の障害

♥言葉の理解、読み書きは正常

*嚥下障害を合併することが多い

対応例

♥短い文章で簡潔に話す

♥時間をかけ、ゆっくり話す

♥「はい」「いいえ」で答えられるように聞く

♥会話の鍵となる漢字を示しながら話す

♥50音の文字版は使わない

♥周囲の雑音を減らす

♥筆談や文字盤を用いる

♥パソコンによる意思伝達装置（福祉具）を用いる

情報伝達・情報共有のヒント



今回の調査では、特養スタッフの方から、

- スタッフの勤務時間がバラバラで、全員が顔を合わせるときがない
- 業務が忙しくて会議やミーティングの時間が取れない

という悩みを聞く機会が沢山ありました。

同時に、その悩みを解決するために各特養で色々な工夫がなされていることも知りました。

そんな工夫をご紹介します。

- 大きな会議や朝礼の後に10分だけ集まる
- 連絡ノートを活用（忘れずに記載）
- ノートで伝えるにくいことは立ち話でも時間を取る。伝えることを気にするだけでも違う。
- 手作りのイラストや伝達事項を利用者のベッドサイドに貼って誰でもすぐに見られるよう工夫

4. 相談窓口

対応例にそって色々なやり方を工夫したけれど、効果が出ない、新しいリハビリを試す前に専門の人にみてもらいたい、一度相談したい・・・そんな時に相談できる職種と場所をまとめました。

特養でのリハビリを支える専門職

リハビリに関する相談や支援を行う職種には、以下の9つがあります。

理学療法士 (PT)

食事、排泄、更衣、入浴等の生活行為の基本となる起き上がり・座る・立つ・歩くなどの動作能力の評価と向上・回復の方法について支援・助言します。

作業療法士 (OT)

その人の生活環境の整備や自助具の使用などにより、食事、排泄、更衣、入浴などの生活していく上の行為を支援します。さらにその人に合った生活行為の獲得により、QOLの向上を目指します。

言語聴覚士 (ST)

コミュニケーションに問題のある人や、摂食・嚥下機能（飲み込み）に障害がある人に必要な機能改善や方法をサポートします。話す、聞く、表現する、食べるなど、その人が自分を表現するための生活を支援します。

歯科衛生士

歯・口腔の健康づくりのために口腔内の衛生向上の方法を指導し、食事をすすめる楽しみ、適切な栄養摂取をサポートします。

歯科医師

歯の診療や治療、口腔内の健康管理などを行います。高齢者においては、入れ歯、義歯などの処方により、食事摂取への助言・支援を行います。

介護支援専門員 (ケアマネージャー)

介護保険法において要介護認定を受けた方から相談を受け、ケアプランを作成し、その実施に向けて介護サービス事業者との連絡、調整等を行います。施設でのリハビリにおいて、利用者の情報を提供します。

医師 (リハビリ専門医)

病気の診療や治療、予防・相談、検査を行います。リハビリの実施に際して、対象である高齢者のリスク（血圧・心疾患などの基礎疾患）を管理し、リハビリを行う上での助言・指導を行います。

看護師

ヘルスケアにおいて、健康増進、疾病の予防及び身体的ケアを行います。対象者の安全・安楽・自立を目指して直接的に看護ケアを提供し、介護の実践において、協働して行っています。

栄養士

栄養士は、「食」についての専門的な知識により、健康維持のサポートをします。献立の作成はもとより、その人にあった調理指導や栄養バランスを考慮した食事を提供します。

相談できる施設と特徴

国保直診・施設

国保直診病院・診療所・国保総合保健施設・訪問看護ステーション

地域包括医療・ケアを実践している機関です。「総合相談窓口」を設置し、その地域に必要とされている保健・医療・介護・福祉の一体的サービスを提供しています。

地域リハビリ広域支援センターと協力病院・施設

リハビリに関して、地域住民や地域のリハビリ実施施設に向けた相談と支援活動を行っています。協力病院のリハビリ専門スタッフに支援を相談することが可能です。また、介護に関わる人が参加できる講習会や勉強会も開催しています。（自治体ごとにとり組内容は異なりますので、実施内容は圏域のセンターに確認してください）

地域連携室

大きな病院に設置されており、地域の医療連携やコーディネートを行っています。介護保険主治医意見書の受付窓口になっていることもあり、リハビリを必要としている人に提供機関の情報などを知らせています。

介護老人保健施設

要介護高齢者が在宅復帰を目指すリハビリ施設で、入所者のリハビリのためにリハビリ専門職が勤務しています。訪問リハビリを実施している施設もあります。

5. 生活の基本設計のポイント

「障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)」⁴別に、特養での生活の基本方針や目標をまとめました。また、モデル事業で特養スタッフからの要望が多かった認知症高齢者への対応も加えました。

	基本方針(目標とする生活)	キーワード	具体的な支援、介助ポイント
歩くことができる人(ランクA)	<ul style="list-style-type: none"> ・体力、ADL維持の為に施設生活の活性化を図る ・主体的な生活を引き出すために、役割や趣味活動の場や機会を提供する ・自立支援の介助(過剰介護をしない) 	<ul style="list-style-type: none"> ・生活リズム ・生活行為に勝るリハビリなし ・すること、会う人、行く所(外出、社会参加) 	<ul style="list-style-type: none"> ・着替え、見だしなみでメリハリ(女性は化粧も) ・タオルたたみの手伝いや園芸活動、リハビリレクなどのクラブ活動の活性化 ・クラブ活動の作品の社会化(発表会、バザーや、近隣の銀行や公民館に展示など)
ひとりですることができる人(ランクB)	<ul style="list-style-type: none"> ・日中できるだけ離床。座位中心の生活を支援 ・ADL自立、小介助をめざす ・生活環境、福祉用具を個別に整備、支援 	<ul style="list-style-type: none"> ・生活空間と対人交流の拡大 ・少量頻回の原則 	<ul style="list-style-type: none"> ・体操などのグループ、日課づくり(立位の機会=健康維持、機能維持) ・介助時は利用者の自立を引き出す(残った力を引き出す)介助方法を行う 役割、クラブ活动等、ランクAと同じ
座れない人(ランクC)	<ul style="list-style-type: none"> ・重度であっても一日に何回か離床する ・安楽な座位、臥床姿勢を支援する ・拘縮など介護困難な状況を予防する ・散歩や会話など心のリハビリを欠かさない 	<ul style="list-style-type: none"> ・廃用症候群の予防 ・ポジショニング¹⁾ ・シーティング²⁾ ・口腔ケア、誤嚥・肺炎予防 ・QOL支援 	<ul style="list-style-type: none"> ・食事時間などを利用して定期的に座位をとる ・ギャッチベッドの正しい操作を行う「ずれ」などに留意し、背抜き³⁾等安楽臥床位、座位への工夫を行う(図5) ・散歩、会話などでこころを動かす(五感を刺激する)
認知症	<ul style="list-style-type: none"> ・不適応行動(周辺症状)への理解、行動の改善 ・*記憶障害・見当識障害・実行機能障害へのといった不適応行動や周辺症状に対する理解・ケアによって症状を和らげ、防止することを目標とする。 	<ul style="list-style-type: none"> ・なじみのもの ・過去の人生 ・生きがい ・スキンシップ ・時間感覚 ・生活リズム ・できること 	<ul style="list-style-type: none"> ・以前どのような暮らしをされていたか?と考える環境を整えていく(今実施したこと、聞いたこと(新しい記憶)を忘れる一方で、自分が体験していたこと学習したことは、忘れにくい) ・「いつ」・「どこで」・「だれと」・「なにをしているか」を明確に伝える(徘徊についても、一番印象に残っている昔の年齢に戻っていると考えると行動の理解に役立つ) ・自分から進んで活動を開始・継続することが難しくなっているので、動作を開始・継続するための「きっかけ」作りをする

4. 厚生労働省老健局長通達に定められている簡易な生活自立度を判定する基準。「障害高齢者の生活自立度」(A~C)は「寝たきり度」とも言う。また、同通達では「認知症高齢者の生活自立度」(自立~Ⅳ)も定められている。要介護認定調査票にも記載欄あり。

- ランク A** 食事・排泄・着替えは概ね自力で行い、なんとか歩くことができる
- ランク B** 自力で座位を保てるが、食事・排泄・着替えに関して部分介助が必要
- ランク C** 食事・排泄・着替えにおいて介助者の全面的な援助を必要とし、一日中ベッドの上で過ごす
- 認知症** 身体機能の状態とは別に、何らかの認知症状を有する。

支援のポイント

環境整備、福祉用具等

- ・洗体ブラシやストッキングエイドなど片手でも使える自助具を活用して自立支援
- ・片手でもマフラーが編めるものなど機能にあった道具の工夫、活用
- ・地域との活発な交流



図1



図2

- ・障害と生活に見合った環境整備（ベッドの向き、高さ、マットの硬さ、ポータブルトイレの種類、てすりなどを個別に調整する）（図1）
- ・車いすがその人の体格、障害、機能にあっているか検討。（図2）
車いすの駆動の仕方を検討。
クッションも活用と適合が必要
- ・移乗にトランスファーボード等の活用（図3）

図3

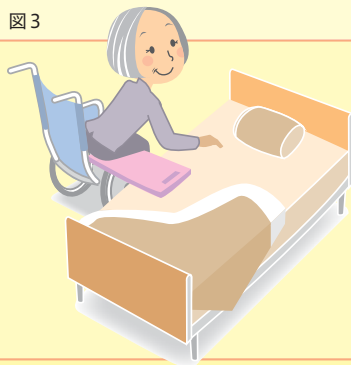


図4

- ・背面座位保持装置（背後から体幹を保持）の活用など（図4）、安楽座位をとる工夫をする、介助用車椅子、クッション、介助用福祉用具の活用（マルチグローブ、スライディングシート等）
- ・排泄用品の工夫、衣服の工夫
- ・食事関連自助具などの活用

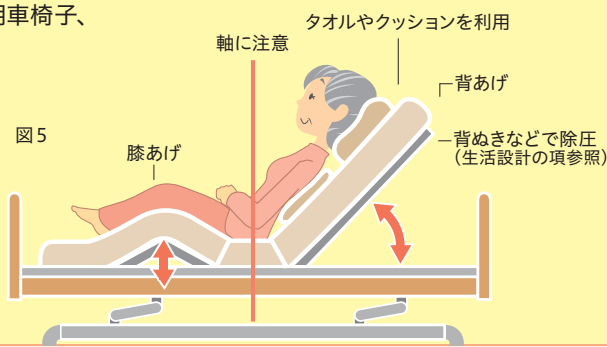


図5



図6

- ・過去に実際に「していたこと」からできることを見つけ、「人との会話」「趣味」「創作活動」が継続できる環境を工夫
- ・なじみのある環境作り（回想法）
- ・『場所・時間・指示』などが本人に明確に分かるようにする
- ・色や音楽などを使って時間の感覚に気づきやすくする（図6）

- ・「きっかけ」づくりの具体例
言葉以外の身振り・手振りも活用（マネをしてもらう）
（立ってくださいと言って通じなくとも、お尻を浮かせるように介助すると立ち上がれる）

- 1) **ポジショニング**
ベッド上(or 布団) 臥位への安楽姿勢保持（除圧、除緊張、ずれ予防他）への対策
- 2) **シーティング**
車いすの座位（安楽な姿勢保持等）及び移動・駆動への対策
- 3) **背抜き**の役割（骨盤、足抜き）
①ずれを解放する②圧迫を除去③拘縮予防④内臓の活動性を高める⑤ムレを軽減⑥リラックス効果、を目的にベッド上で座位をとってもらう際、利用者に対し、背中や骨盤、膝などを徒手で簡単にリラクゼーションを行うこと。背中マルチグローブを用いると円滑さが増す。

6. 事例集

本調査研究では、実際に特養のスタッフとリハビリ専門職が連携して、特養へのリハビリ適応の方法を検討しました。その結果、リハビリ専門職のアドバイスを実際の生活に取入れるためには、特養スタッフの「気づき」が不可欠であることが明らかになりました。気づきがどのようにリハビリの適応につながっていくのか、実際の事例で具体的にご紹介します。

特養スタッフの気づきから生活の質がぐんと向上した事例

86歳 女性 寝たきり度：B2 認知症自立度：III b ほとんど寝たきり状態

ほとんど寝たきりの方であったが、食事の際にスプーンを持たせると自分で食べようとするに気づいた特養スタッフが、何かできないことがないかリハビリ専門職（療法士）に相談したところ、食事の際にリクライニング車椅子から普通の車椅子へと福祉具を変更することが提案された。

実際のフィッティングで詰め物などを調整したところ、普通の車椅子での食事が可能になった。

また、リハビリ専門職（療法士）に嚥下機能を評価してもらい、「飲み込む力はかなり残っている」という助言を得たことによって、食事をマッシュ食（ミキサー食）から嚥下食に改善したところ、ご本

人も食事の内容が分かるようになり、「美味しい」「酢の物だった」などの感想を言うようになってきている。現在、食事は全量自力で摂取。日中にベッドサイドで端座位訓練を行うまでになった。

♥スプーンを持たせてみたり、自力で食べる意欲があることに気づいたことが◎



性格に合わせたリハビリで「できる範囲」が広がった事例

81歳 女性 寝たきり度：B2 認知症自立度：自立 脳梗塞後遺症による失語症

脳梗塞に伴う失語症があるため、コミュニケーション手段についてリハビリ専門職（療法士）が相談を受け、絵や文字等を使用した「コミュニケーションノート」を活用して意思疎通を図るアドバイスを行った。特養スタッフは1枚ずつめくる形式のイラストや、一覧表になっているイラストを作って工夫したが、ご本人の様子から絵を見せて指し示すのを嫌がっていることが徐々に明らかになってきた。スタッフが確認の声かけをしたり、ジェスチャーを使ってやり取りした時のほうが意思表示を積極的に行うので、イラストは使わず「○○ですか?」と確認の声かけを頻繁に行うように心がけた。また、リハビリ専門職（療法士）の助言により、ベッドの座面の高さを本人の体に合わせて高くし、ポータブルトイレの高さも揃えて、

動きやすい環境を整えたところ、本人の意欲が向上し、他の利用者がリハビリテーションとして行っていた「エプロンたたみ」を自発的に手伝うようになった。人の役に立っているとの思いからか、ご本人に笑顔が見られるようになっていく。

♥失語症の方にイラストを用いるのは基本どおりの対応で、間違いではないが、リハビリテーションはあくまで本人の生活を豊かにするためのもの。リハビリのためにリハビリを実施するようになってはいけぬ。



口腔ケアによって活動性が向上した事例

82歳 女性 寝たきり度：B2 認知症自律度：IV 移乗不安定・口腔内出血

当初は移乗動作の安定を目標としてリハビリ専門職（療法士）が歩行や移乗に関しての助言を行っていたが、口腔内の痛みや麻痺があり、出血もしているため、ご本人が口腔清掃に消極的であることから、口腔ケアも重点的に行うようアドバイスを受けた。夕食後に特養スタッフが歯間ブラシを使って食べかすを取り除いたり、マッサージを行ったりしたところ、歯ぐきからの出血もあったが、ご本人から「気持ちいい」との言葉があり、笑顔が見られた。更に、家族にも協力してもらって歯科を受診し、歯石の除去を行ったところ、口内の腫れや口臭も軽減した。

口腔清掃のケアに対し、ご本人がとても嬉しそうな様子なので、スタッフが毎日1回、丁寧な口腔ケアを続けたところ、夕食時

間も楽しみにされるようになり、だんだんと夕食時間の前から離床し、積極的に活動するようになってきている。スタッフも、ご本人の笑顔を見られる口腔ケアが楽しみになっている。

♥特養スタッフの行う口腔清掃によって、利用者「大切にされている安心感」が生まれ、笑顔が見られた。



内容の工夫でリハビリの継続に成功した事例

78歳 男性 寝たきり度：B2 認知症自立度：III a 認知症による活動意欲の低下

比較的身体機能が良好に保たれているのに自発的な活動意欲が低下して、横になっていることが多かった。認知症がひどく、腰痛もあるため、立位を保持できる能力はあるが、車椅子を使用している。「できること」と「していること」のギャップが大きいため、特養スタッフが、毎日の生活の中に残存機能を維持するための活動を取り入れられないかと試行錯誤していた。リハビリ専門職（療法士）の助言を受けて、日常生活の動作を意識的に繰り返すことで筋力を強化し、活動性を高めることにした。当初は立ち上がりや車いすの自走を目標として、特養スタッフが活動を誘導していたが、ご本人の集中力がなく、日によって意欲にもムラがあり、取組がなかなか続かなかった。

ある日、別の利用者がリハビリとして行っていた立ち上がり訓練から特養スタッフがヒントを得て、ご本人が得意（熱心であり、上手）としている「歯磨き」の際に、立ちあがって行くことを提案したところ、座って行くよりもむしろスムーズに磨けるようになり、立ち歯磨きが定着してきた。他の訓練と違い、この動作は本人に断られたことがない。

♥他の利用者にも実施して成功したことを別の利用者にも応用している点が◎
立ち上がり歯磨きを1日2回、毎日続けられれば、筋力維持の効果が大きい。



リハビリ専門職のアドバイスが特養スタッフの工夫で活かされた事例

56歳 男性 寝たきり度：B1 認知症自立度：III a 脳梗塞後遺症による片麻痺

車椅子の自走が可能だが、左に片麻痺がある利用者。左足が車椅子にひっかかって車椅子を走らせるので、巻き込みが心配される。また、いつも前に傾いた姿勢でいるためか、車椅子から転倒していることがあるので、姿勢の改善も課題となっていた。最初、リハビリ専門職（療法士）の指導によって車椅子の調整と、麻痺側の腕を体に固定することで姿勢改善を試みたが、大きな改善には至らなかった。

次に、毎日の生活の中に体を上方に伸ばす体勢を取り入れることで、姿勢改善を図ることを療法士から提案されたため、風船バレーを行って体を上に伸ばすように誘導してみたが、道具が必要なこと、行う場所が限定されることから、頻繁には実施できなかった。

改善のためには一日に何度も体を伸ばす姿勢を取ることが望ましいという助言に従って、特養スタッフは本人が自然にできて嫌がらない動作を探り、挨拶代りにハイタッチ（スポーツの試合などで良く見られる、仲間同士が手をあげてするタッチ）することを工夫。他のスタッフも本人とすれ違う時に挨拶としてハイタッチを取り入れることで、体を伸ばす頻度が上がった。

♥「ハイタッチ」を思いつく視点は、本人と毎日接している特養スタッフならではのもの。このような気づきや工夫はリハビリ専門職にとっても参考になる。



身体機能の向上よりも居心地の良さを追求した事例

90歳 女性 寝たきり度：B2 認知症自立度：III b 食事・排泄以外臥床が多い

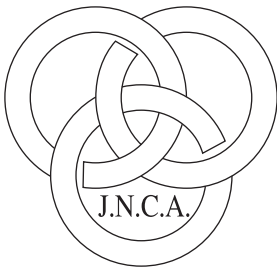
食事は自力摂取で、車椅子の自走が可能であるが、日中の活動性が乏しく、食事と排泄の時以外はベッドで横になっていることが多かった。日中の活動性を高めるために、トイレへの誘導回数を増やし、積極的に離床の声かけを行った。また、下肢を動かしやすくしてベッドでの座位を促すために、リハビリ専門職（療法士）の助言を受けて、ベッド柵や車椅子のフットプレートも改良した。更に、レクリエーションへの参加も少なかったため、ビデオを作成して、ビデオ体操への参加を促した。

しかし、リハビリを適応した時期に発熱が続くなど体調を崩したため、明らかな意欲の低下が見られ、車椅子を自走することも困難になった。1日の離床時間もごくわずかのため、特養スタッフで話し合い、離床時間の延長や日中の活動性の向上を目標とするのでは

なく、嚥下機能の維持を重視することとし、リハビリ専門職に嚥下機能の評価をしてもらい、本人に合った食事を提供することを目指した。また、自力摂取が保てるように、口腔内を清潔に保ち、誤嚥性肺炎の防止に努めるよう心がけている。この利用者へのリハビリ支援を通じて、特養スタッフ同士が利用者について話し合うことで、はっきりした意思表示がない利用者であってもニーズを汲み取ることができると気づき、情報交換をこまめに行うようになった。

♥身体機能の向上・維持だけを目標にするのではなく、利用者が居心地良く、最後まで自分らしく生活するために大切な事は何かという視点で柔軟に対応している。





社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会
特別養護老人ホームのリハビリ支援にかかる調査研究委員会

〒105-0012 東京都港区芝大門2-6-6 芝大門エクセレントビル 4F
TEL:03-6809-2466 FAX:03-6809-2499 URL:<http://www.kokushinkyo.or.jp/>