

3 事例集

ヒアリングで聴取した事例をまとめて事例集とした。これらの事例からは、生活期リハビリの効果がどのようなプロセスを経て発現するのが明らかになっている。なお、読みやすくするために5つのテーマに事例を振り分けたが、1つの事例が複数のテーマに関連していることも多いため、便宜上、最も事例の内容と関わりのあるテーマに入れた。

参考資料として、ニーズの把握のために使用した希望調査シートの写しを以下に示す。

希望調査シート	
<p>リハビリ専門職の助けをかりて、してみたいと思うことはありませんか？一番強く希望するものに○を付けて教えてください。この中に当てはまるものがない場合は、20番に○をつけ、具体的な希望の内容をこたえてください。 ※ご本人が希望を示すことができない場合は、ご家族のご希望をお聞かせください。</p>	
1	ベッドから出て食事をする
2	新聞、雑誌や本を読む
3	子どもや友人・知人などに手紙や電話をする
4	トイレで排泄する
5	入浴をする
6	通販などで買物をする
7	炊事、洗濯、掃除など家事をする
8	庭の手入れや園芸のために外に出る
9	体操などをする
10	大工仕事や家の手入れをする
11	外に散歩に行く
12	外に買物に行く
13	子どもや親せき、友人や近所の家を訪ねる
14	町内会や趣味などの集まりに参加する
15	寺詣り、墓参り、教会への礼拝に参加する
16	病院で受診する、又は薬を受け取りに行く
17	孫や子ども、配偶者などの世話をする
18	収入になる仕事や家業の手伝いをする
19	農林漁業の作業をする
20	その他

1. 潜在的ニーズの明確化が図られた事例

★事例 1

「冬でも雪の上を歩いてみたい」本人の希望は強いと気付かされた事例

年齢・性別・要介護度	87歳・男性・要介護3
家族構成	息子夫婦・孫と同居
リハビリの種類と経験年数	訪問リハ 2年以上 3年未満
現在のサービス利用回数	月8回実施

プロフィール

脳梗塞を発症し左上下肢のマヒが残存。車椅子自力駆動、ポータブルトイレ自立レベルで自宅に退院。退院後は、デイサービスの利用を拒否し自宅に閉じこもりの生活となる。

徐々にポータブルトイレ使用中の転倒が増え、入浴時の介護量も多く「負担大きい」と家族よりケアマネに相談があった。

退院から半年後に、入院先でもあった国保直診の訪問リハビリの利用に至る。

訪問リハビリの導入により自宅内移動は、杖歩行が可能となり転倒なくトイレ動作が自立できるようになる等、ADL面での改善がみられた。屋外歩行に関しては敷地内に限定し実施していた。

ニーズの把握

（希望調査シートNo.11 外に散歩に行く）

訪問リハ開始前から「冬でも雪の上を歩いてみたい」と話すことはあったが、スタッフのほうに「寒い上、滑って危険だからそこまでしなくても・・・」という思いがあった。

希望調査シートを用いて希望を聴取したところ、「外に散歩に行く」を選択した事から、本人の希望は強いと気付かされ、外に散歩に行く（雪上歩行）を目標に設定した。

これまでは、「どんな事をやりたいか」「どのようになりたいか」本人の希望を聞きながら、定期的に目標の再設定を行っていたが、希望調査シートを用いたことで、本人の冗談めいた希望が実は本気でやってみたいことだったと気付かされた。このことがなければ必要ない、無理といった思い込みや、季節などの環境条件に目標の方を合わせてしまったかもしれない。

目標の実現にむけてどのような介入を行ったか

冬期間は自宅内での板またぎ練習や歩行練習に切り替える予定でいたリハビリメニューを見直し、屋外への散歩として12月以降も屋外歩行を取り入れた。

雪上を安全に歩くために様々な組み合わせで道具を試し、工夫や評価を行った。(夏用シューズ+短下肢装具、長靴+装具なし、すべりにくい杖の工夫、雪の性状チェック)

他職種との連携・役割分担

同じ事業所内のケースを担当するOTとPTでの部門内カンファレンスで介入方法を検討し、担当のケアマネジャーには、月末に送付する利用状況報告書に記載して書面で伝達した。

まとめ

支援期間が長期に及ぶ訪問リハビリなどの場合は、本事例のように支援者側でゴール設定(予測)をしてしまい、本人の思いを聞き漏らしていることがある。モデル事業では希望調査シートによって「雪の上でも歩いてみたい」との思いが強く揺るがないことを実感し、雪の上でも安全に散歩できるよう環境調整(道具の工夫)を行うこととなった。

訪問リハビリ担当者は外を歩く力は十分にあると評価したうえで目標設定したと思われるが、いくら本人の思いが強いと言え、雪の上の散歩を実現しようとする、リハビリ専門職の判断だけでは難しく家族・ケアマネジャーの理解と協力がなくてはならない。このために、家族・ケアマネジャーへの説明が必要であり、他職種とのコミュニケーション能力や日頃からのなじみの関係性があってのことと思われる。

★事例 2

家族やデイケアスタッフも気づかなかった真のニーズに触れ、それを実現することができた事例

年齢・性別・要介護度	90歳・女性・要介護1
家族構成	娘夫婦と同居
リハビリの種類と経験年数	通所リハ 3年以上
現在のサービス利用回数	月8回実施

(プロフィール)

5年前に夫を亡くして外出機会を失い娘夫婦と同居。平成20年に腰椎骨折、既往に腰椎変形があり腰椎コルセットを作成して歩行リハを開始、退院後リハビリ継続目的で週2回通所リハビリ開始となる。ADLは屋内入浴以外自立。屋外歩行はシルバーカー使用で見守りで短距離なら可能レベルであり日常生活においては月に1～2回程度娘の介助で自宅周辺を散歩する生活を送っている。

(ニーズの把握)

(希望調査シートNo.15 寺詣り、墓参り、教会への礼拝に参加する)

従前のニーズは「自分の足でいつまでも歩きたい」であったが、今回のモデル事業で希望調査シートを使用し、初めて本人の口から墓参りの話が出た。利用者本人の心に夫の墓に自分の足で歩いて墓参りを行いたい想いは以前から存在していた様子であった。

目標の実現に向けてどのような介入を行ったか

約4年間デイケアでパワーリハビリ中心の訓練を行い、歩行器使用で屋外歩行は100m程度可能であった。しかし自分の歩行能力に自信が持てず、転倒への恐怖もあり家族付き添いでも自宅周囲の歩行にとどまっていた。今回歩行持自久力獲得の為にステップマシン、座位でのステップリハビリを行い、歩行に自信を持ってもらうためT杖歩行をデイケア内でPTと共にやった。また歩行器、T杖歩行を自宅でも家族やPTと共にやった。

(他職種との連携、役割分担)

家族、デイケアスタッフ、ケアマネと利用者担当者会議を通じて加入内容を共有。家族へは墓参りのための日程調整、道順や環境等を報告してもらった。

まとめ(担当者からのひとこと)

通所リハビリを開始して5年目、本人の口から「夫の墓参りに歩いていきたい」という言葉を聞いた時、家族、デイケアスタッフ共に驚きであった。目標の具体例を示してある希望調査シートは有効なニーズ把握のツールであると思った。

墓参りを永続的に行う為には本人の「転倒するのでは」という恐怖心を無くして歩行に自信をもってもらう必要があったため、通所リハの送迎時等に家族にも協力してもらい、歩行器使用からT杖歩行に変えて練習した。介助歩行から自立歩行練習を繰り返すうちに本人が歩行に自信を取り戻していき、最終的には長年の夢であった自分の足で移動しての墓参りを行うことができた。この変化とニーズ実現に立ち会えた事は通所リハビリスタッフとして大変大きな喜びであった。

★事例 3

本人の興味・関心を引き出すことで意欲向上がみられた事例

年齢・性別・要介護度	91歳・男性・要介護1
家族構成	妻・息子と同居
リハビリの種類と経験年数	通所リハ 1年未満
現在のサービス利用回数	月8回実施

プロフィール

長年農業に従事しながら、行政区長や消防団長などを務めていた。妻が要介護状態の為、身の回りの世話や通所リハビリの送り出しを行っていた。平成23年12月に肩の痛みで自力で動くことが困難になり、受診したところ両肩関節周囲炎、両手指変形性関節症、関節リウマチの診断だった。その際に介護認定を受け要介護5となる。

平成24年2月より妻と共に通所リハビリを利用することとなったが、その頃までに徐々に痛みが軽減し、着替えて介助が必要な以外はほぼ自力で動作が行なえるようになっていた。6月には要介護1となる。リハビリには大変意欲的で、機能訓練以外にも計算課題を自ら作って解いている。

ニーズの把握

(希望調査シートNo.20 その他：折り紙で鶴や箱を折ってみたい)

デイケアのホール内に飾ってある折り紙の作品や、広告紙で作ったゴミ入れの箱を見て、自分も作ってみたいと思ったからとのこと。

目標の実現にむけてどのような介入を行ったか

折り紙で鶴や箱と一緒に作るようよう促したところ、一度は拒否された。その後再度ニーズの聞き取りを実施したところ、漢字や計算などの脳トレを行なってみたいとの希望が上がってきたため、脳トレをプログラムに取り入れた。また、通所で折り紙が得意なスタッフから協力を得て、並行して折り紙を提供したところ、今度は受け入れられ、作業をしながら民生委員や消防団時代の思い出を語るなど、大変楽しそうな様子であった。娘からも折り紙がプレゼントされ、喜んでいた。

他職種との連携・役割分担

リハビリスタッフの情報収集により、本人のニーズを把握し、デイケアでのプログラムに反映した。また、家族へもデイケアでの様子を情報提供し、折り紙の購入につながった。

まとめ

通所リハビリスタッフと本人のやり取りの中で、ニーズを引き出し、本人の意欲の向上につながった事例である。リウマチによる痛みとADL低下によって意欲が低下していたものが、痛みの軽減とニーズの明確化と達成感の獲得が意欲向上につながったものと考えられる。その意欲の向上に家族の声かけと支援、リハビリスタッフの介入があったものと思われる。

本事例より、ニーズの明確化とそのニーズの達成感の重要性とその達成感をサポートするリハビリスタッフ及び家族の支援の必要性が示唆されている。

★事例 4

言葉の裏に隠された新しいニーズ（本心）を把握できたことで得られた家庭内役割の第一歩 ～家族の心配を安心に～

年齢・性別・要介護度	85歳・女性・要介護1
家族構成	息子夫婦と同居
リハビリの種類と経験年数	通所リハ 3年以上
現在のサービス利用回数	月4回実施

プロフィール

受傷前の生活は何不自由なく行っていた（FIM116点）。その後、平成18年に自宅で転倒し、左大腿骨転子部骨折を受傷。骨接合術後も股関節痛の持続と歩行の不安定を理由に通所リハビリ開始。デイケアやショートステイを利用しながら生活を続けていた。

平成24年、再度転倒し、右大腿骨頸部骨折にて人工骨頭置換術を施行。両側の骨折の後遺症（可動域制限や股関節周囲筋の筋力低下）を背景に、歩行の不安定感が更に悪化したため、デイケア利用しながらリハビリを継続。現在に至る。

ニーズの把握

（希望調査シートNo.7 炊事、洗濯、掃除など家事をする）

初期評価時には、ADL動作も入浴動作を除いてほぼ自立していたが、しかし一方で、転倒歴が家族の心配を助長させ「これ以上動かないで欲しい」という抑制も加わり、本人は「歩く以上に新たな動作を挑戦することは怖い」という内向きな気持ちであった。問診で希望を聴取するも、最初は「このままの生活で十分です」と取り組みに対して消極的であった。

そこで調査シートを参考にAPDLにも視野を広げて、再度問診をしたところ、「自分の洗濯物は自分で管理したい。出来るようになれば家族の人にも迷惑かけなくて済みますから」との発言があり、今回の目標設定に至った。

目標の実現にむけてどのような介入を行ったか

目標達成のために解決する問題は、家族の過剰な抑制と、その背景にある漠然とした不安であると見立てた。そのため、現在の状況や今後の見通しを本人のみならず家族へも説明することで、安全性が確認でき、不安の解消に繋がると考えた。具体的な介入としては、まず、目標が明確になった時点で、自宅での環境調査目的に訪問を実施。訪問後はリハビリ室にて自宅に似た環境を設定し、洗濯物の運搬および干し動作の反復練習を実施した。反復練習にて利用者本人の自信がついたことを確認し、デイカンファレンスにて送迎スタッフに状況説明と家族への連絡を依頼した。家族に丁寧に説明し、初回の洗濯は家族の付添いの下で実践したところ、家族の不安も払しょくされ、現在は家族も本人の家事動作を見守っており、本

人の意欲も向上している。現在では台所で炊飯も行えるようになり、生活空間や自立の間隔が拡大しており、笑顔が見られている。

他職種との連携・役割分担

利用者家族、リハビリスタッフ同士（複数担当者）、デイケアの介護スタッフ、ケアマネジャーに共通して、デイカンファレンスを中心に、取り組みの概要、目標の提示、訓練の状況を伝達している。役割分担については特に意識していない。

まとめ（担当からのひとこと）

本人の家族に対する遠慮や、家族の抱える不安にも気づいていたが、通所リハビリの中でリハビリ専門職が対応するべき課題なのか判断がつかず、今まではその点への働きかけをしてこなかった。今回のモデル事業を機に、生活期においては家族や環境など、本人のADL以外の面にも視野を広げて目標再設定することとリハビリ介入することの大切さを見直すことができた。

参考資料：担当したリハビリ専門職の取組みの一部を紹介

リハスタッフとしての取り組み

- ①訪問にて環境調査（屋内の洗濯干場）
- ②通所リハビリテーションの訓練内容

* 自宅での洗濯場を確認後、リハで類似した環境設定を行い実践。



★事例 5

意欲向上により歩行の介助量軽減と声量の改善が見られた心不全患者の事例

年齢・性別・要介護度	87歳・男性・要介護2
家族構成	妻と同居
リハビリの種類と経験年数	訪問リハ 1年未満
現在のサービス利用回数	月4回実施

プロフィール

県外に長男、県内に長女が居住しており、本人は妻と二人暮らし。前立腺がんの手術、脳梗塞の既往あり、獣医として平成24年5月まで働いていた。5月末脳梗塞を再発し、3週間入院、9月に胸の苦しさ出現。慢性心不全の悪化で再度入院、3週間で退院したが、ベッドで過ごすことが多く、入院中に行えていた起立歩行が行いにくくなり、妻の介護負担増大のため、11月より訪問リハ（PT）開始となる。

「声が出ない」と本人の訴えがあり11月末よりSTによる訪問も開始する。他のサービスは訪問看護（月1回）ホームヘルプサービス（週2回）利用。訪問リハは退院直後から開始予定であったが、本人が利用に消極的で、1カ月遅れての開始であった。

ニーズの把握

（希望調査シートNo.1 ベッドから出て食事をする）

本人は入浴とカラオケがしたいと希望したが、一方妻は、再び起立歩行を行い、ベッドから出て食事をして欲しいと希望。本人と家族の希望が異なっていたため、生活状況と身体状況をみて、徐々に生活範囲を拡大していくことが目標として妥当であり、入浴はホームヘルプサービスで支援を受けられるため、妻の希望でもある「ベッドから離床して台所で食事を摂る」ことを訪問リハの目標とした。

カラオケに関してはより具体的な生活に沿ったニーズを本人から聴取出来ており、QOL向上を図るためSTで声量アップを目標とした。

目標の実現にむけてどのような介入を行ったか

動作を制限している要因は入院加療に伴う筋力低下と考えられたため、動作に必要な抗重力筋の筋力増強運動プログラムを組んだ。心不全による易疲労症状の出現に注意し、運動前後のバイタル測定を行う。介入当初から意欲的で、提案した自主トレは現在まで継続している。歩行器歩行は約10mで下肢筋の疲労が強く歩行が困難となるため入浴支援以外では歩行機会を設けられなかったが、妻の付き添いで仕事部屋に行き、電話するために歩くことがあり、FIMでは計測できない意欲や下肢筋疲労の改善の効果が見られた。STとしては声が出ない理

由として廃用による筋力低下発声と呼吸とのタイミングの不具合を考え、発声・呼吸訓練を中心に行った。

他職種との連携・役割分担

ケアマネジャーに生活機能の状況、サービスの介入頻度、自主運動の必要性の説明をお願いした。今後は住宅改修を含め環境整備に向けてお願いをしていく。

まとめ

入浴介助時の歩行器歩行において介助量の軽減が見られた。身体機能の改善も若干あったことも本人の機能面を賦活する運動を行う意欲に繋がったと考えられる。今後は、それを生活に反映し、今後の生活をイメージしてもらうことが課題である。

★事例 6

希望調査シートによってニーズが明確になり、「生活リハビリ」で生活が改善した事例

年齢・性別・要介護度	79歳・男性・要介護4
家族構成	妻と施設に入所
リハビリの種類と経験年数	通所リハ 半年未満
現在のサービス利用回数	月8回実施

プロフィール

有料老人ホームで妻と二人暮らしをしていたが、うっ血性心不全により入院した。1カ月半ほどの入院であったが、廃用症候群によるADLの低下がみられた。認知機能の低下も見られる。

有料老人ホームに退院したが、ADL低下のため妻の介護負担が増加し、リハビリの継続と入浴目的で通所リハビリテーションが開始となった。

ニーズの把握

(希望調査シートNo.4 トイレで排泄する)

妻に尋ねたところ、老人ホームへの退院後、介護量が急激に増加していた。

老人ホームの居室内に普通のトイレが設置されている。入院前は、そのトイレまで歩いて利用していたが、現在はベッドサイドのポータブルトイレを使うようになった。妻の体力低下もあり、妻は排泄介助に負担を感じている。

希望調査シートを使って本人の希望を尋ねたところ、「トイレで排泄する」を選択した。妻の排泄介助への介護負担もあるため、目標は「居室でのトイレで排泄する」こととした。

目標の実現にむけてどのような介入を行ったか

通所リハでは立位の安定感や耐久力の向上を行った。ADL訓練を実生活の中で行うと同時に、日常生活の場でその動作を使うように配慮した。また、通所リハ施設のスタッフに車椅子と歩行器を使った比較的安全な歩行練習を助言し、有料老人ホームの職員には散歩する機会を積極的に作ってもらった。

家族(妻)には車椅子と歩行器を使った散歩に同伴してもらい、生活空間の拡大だけでなく、運動量の確保ができるように工夫した。

ちょうどケアプランの見直し時期であったため、ケアプラン策定のため、介護支援専門員と利用者宅(老人ホーム)を同伴訪問し、妻の身体的・心理的状況の情報を継続的に収集するよう依頼した。

現在、排泄の自立はできておらず、将来的にもすべて自立することは難しいと思われる。筋力増強により体が軽くなったと本人が実感し、妻も介護負担が軽減していると感じているので、引き続きADLの向上を目指す。

他職種との連携・役割分担

妻、介護支援専門員、有料老人ホームの職員、通所リハ施設の介護職員と情報交換を行い、役割分担をした。

まとめ

合併症による入院を契機に廃用症候群を来し「寝たきり」に近い状態になった事例である。認知機能低下もあったが、希望調査シートを用いて会話することで、本人の希望が可視化できた。妻の介護負担を合わせて評価することでニーズが明らかになり、介入すべきリハ内容と目標も明確になった。

リハ専門職の調整で情報共有と関係スタッフと家族の役割分担もできた。また、体力向上やADL向上の訓練だけでなく、その能力を生活現場で使い生活空間を拡大するという「生活リハビリ」によって本人と妻の生活が改善したと考える。

★事例 7

「夫の墓参り」を目標としたことで運動機能の向上がみられた事例

年齢・性別・要介護度	56歳・女性・要介護1
家族構成	義母・娘と同居
リハビリの種類と経験年数	通所リハ 3年以上
現在のサービス利用回数	月8回実施

プロフィール

パーキンソン病の夫の介護などをして暮らしていたが、平成15年1月に脳出血発症、右片麻痺の出現と失語がみられた。短下肢装具と4点杖使用し屋内の自力歩行が可能となる。家事や身の回りの手伝いを義母、娘から得ながら自宅で生活され、平成15年10月より通所リハビリ利用開始。リハビリへの意欲高く、ADLはほぼ自立、平地での長距離歩行も可能になっている。言語に関しては意味を理解しているものの伝えにくく、「うん、そうだね」「私ちがうの」など短い言葉で可能。

ニーズの把握

(希望調査シートNo.15 寺詣り、墓参り、教会への礼拝に参加する)

これまで家事や買い物などへの希望は把握してケアプランにも盛り込まれてきた。今回希望調査シートを用いたところ、本人から「あ、これ!」という意思表示があった。

夫の急逝以来、一度も墓参りには行くことができずにいることが初めて分かった。もともと遠慮がちな性格な上、失語もあるため、本人に「何がしたいですか」と聞いても言葉に出すことは困難であった。

目標の実現に向けてどのような介入を行ったか

本人のニーズに基づき、家族よりお墓周辺の環境状況について、お墓近くの駐車場からお墓までの大まかな環境状況を聴取し、その後スタッフが現地にて確認した。

屋外歩行の獲得のため、歩行能力の再評価を行い、長距離歩行の耐久性及び近持久力不足が確認できたので、通所リハビリ利用時のプログラムを見直し、運動量増加や歩行機能の向上につながった。

冬期の為、屋外での歩行練習が実施できず、春以降に向けて下準備として取り組んだ。お墓参りには家族の協力が不可欠のため、春以降タイミングを見て最終協議をしていく予定である。

他職種との連携・役割分担

リハビリスタッフより、得られたお墓周辺の環境、本人の歩行能力の評価結果について、デイケアの介護スタッフ、ケアマネジャーと情報共有した。さらに家族へも情報提供し、ニーズ実現に向けてご協力をお願いした。

まとめ

本ケースは脳出血発症後に夫と死別し、お墓参りを行えていない状況にあった。今回のニーズ調査により、目標が明確となり、その実現に向けて通所プログラムの変更、環境調査、家族支援が行われ、本人の歩行機能の向上につながった。今回、希望調査シートの活用によりケースのニーズを把握でき、その有効性ととも、ニーズ把握の重要性が示唆された事例と思われる。

今後、ニーズの拡大に伴い、ボランティアなどのインフォーマルサービスとの連携により、さらに生活圏の拡大が期待されるものと考ええる。

★事例 8

ニーズの明確化に伴い利用者を取り巻く環境の課題が浮き彫りになった事例

年齢・性別・要介護度	66歳・男性・要介護4
家族構成	妻・娘・孫と同居
リハビリの種類と経験年数	通所リハ 半年未満
現在のサービス利用回数	月8回実施

プロフィール

糖尿病性腎不全のために人工透析を実施している。平成23年には多発性脳梗塞と診断されており、手に痺れがある。両下肢にも軽度不全麻痺。もともと活動性が低かったが、6月から尿の出が悪くなり、外出時以外は寝ているようになった。

週2回の訪問リハに加え、週1回のデイサービス、週末には2泊3日のショートステイを利用している。同居の娘は離婚後孫を連れて実家である本人宅に身を寄せている状態で、妻は夫（本人）の介護と娘・孫に対する金銭的負担など、ストレスが多いためか、本人との関係はあまり良くない。妻は、「本人は怠けている」と言い、本人は「動くとも怒られるからじっとしているんだ」とも話しており、感情的なすれ違いがある様子。

ニーズの把握

（希望調査シートNo.16 病院で受診する又は薬を受け取りに行く）

家族（妻）の希望は「立位のとれるレベルに回復」というものであった。本人からは希望が出てこず、「家族からたたかれる」などの不満を訴えているだけの状態であった。サービス担当者会議でケアマネジャーにもこれらのことを伝え、暴行の件については事実確認、対応をケアマネジャーに委ね、本人のニーズ把握に注力した。

希望調査シートを見せたところ、「目を治すために大学病院に行きたい」との希望が本人から出た。希望を実現するためにも、まずは体力と筋力をつけ、立位訓練に取り組むことをファーストステップの目標とした。この目標は家族の希望でもあり、本人の希望と両方を満たすものとなった。

目標の実現にむけてどのような介入を行ったか

デイケアだけでなく、自宅でもできる運動の指導を行っている。また、ショートステイ中でもできるだけ本人が自分で動くよう、ケアマネジャーを通じて関わり方を介護スタッフに伝達してもらっている。

機能訓練による身体機能の回復がみられてきており、同時に自信も少し取り戻している様子を感じる。最近では「実家のあったところに一度行ってみたい」といった希望も表明するよう

になってきている。今後は、家族に本人の達成状況を伝え、家族に本人の頑張りや気持ちを理解してもらうよう働きかけていく予定である。

他職種との連携・役割分担

利用者家族・・・・・・・・電話やリハビリ計画書で連絡した。

ケアマネジャー・・・・・・・・リハビリ計画書および直接の会話（老健へのケアマネ来訪時）で、本人の状況を共有。家族内の感情のすれ違いや暴力についてはケアマネに対応を分担してもらった。他サービスのスタッフへの情報伝達も依頼した。

他スタッフ・・・・・・・・連絡帳を活用して、関わり方の助言、状態の共有。

まとめ

ニーズの聴取をきっかけに、家族間の様々な問題が明らかになった事例だが、本人のニーズを大切に關わることで、より建設的、具体的なニーズが表明されるようになってきていることが事例の経過から明らかになっている。

★事例 9

しっかり歩けるようになりたいとの希望の奥にみえた思いへの関わり

～趣味的活動の再開～

年齢・性別・要介護度	75歳・男性・要介護1
家族構成	母・妻と同居
リハビリの種類と経験年数	通所リハ 半年未満
現在のサービス利用回数	月4回実施

プロフィール

平成24年8月腰椎圧迫骨折にて入院した。同年10月に退院した際、要介護1に認定された。リハビリには積極的で、現在、週1回通所リハビリに通っている。入院前は、狩猟・カメラ・絵画など、多くの趣味を持っていたが、自宅内を伝い歩きする身体レベルとなった現在ではこれらの趣味ができず、日中ゴロゴロと過ごすことが多くなった。

ニーズの把握

(希望調査シートNo.11 外に散歩に行く)

まずしっかり歩けるようになりたいという希望が強く、趣味のことは希望していなかったが、話をしていると、歩けるようになることが趣味の再開と本人の中でつながっていることが感じられた。(しっかり歩けるようにならないと趣味的活動はできないと決めつけている)そのため、希望調査シートの「11.外に散歩に行く」を目標としつつも、併せて趣味的な活動の再開についても取り組むこととした。これまでも、このようなケースであれば本人の希望に従って身体機能への関わりに焦点を絞ることが多かった。今回、改めて希望調査シートを用いて会話する中で、訴えの奥にある思いに気づいた。また、目標設定は本人の思いに添う形で取り入れる必要があると感じた。

目標の実現にむけてどのような介入を行ったか

下肢、体幹中心の筋力トレーニングと持久力運動をメニューとして消化していくこととした。本人も積極的に取り組んでいた。

また、趣味の絵画に取り組んでもらうために、カレンダーの絵を描いてもらうことを提案したところ、周囲の反応が良かったことで自信を深め、デイケアの活動中に絵を描くようになった。

他職種との連携・役割分担

デイケア内のリハビリ専門職、介護職員、ソーシャルワーカーに通常の業務内の会話中で伝達している。このような特別の時間を設けない伝達でも、良い会議として機能する。

また、デイケアの他の利用者に予め、趣味の絵画に対し温かく反応してもらうようお願いしておくなど、役割分担とまでは言えないが、情報の共有を心がけている。

まとめ

本人にもリハビリ＝運動という意識は強く、デイケアを利用する人の多くは身体機能向上のためにリハビリを希望している。希望調査シートを利用しても、しっかり歩けるようになることが第一であったが、リハビリ専門職はその奥にある想いを察知していた。本人の希望に応えつつ、言葉の奥の思いに関わり、周囲を巻き込んで本人のやる気への支援も行っている。会話をすすめる中で、活動への意識を掘り起こすことは大切であるが、リハビリスタッフが想像力を働かせ、行動に結び付けていくこともまた大切であると考えます。

2. 家族の協力のもと目標の共有設定ができた事例

★事例 10

呼吸困難感の憎悪により動くことへの恐怖心が強くなった利用者への取組み
～多職種間・家族間で統一したケアを行った事例～

年齢・性別・要介護度	82歳・男性・要介護2
家族構成	妻・息子夫婦と同居
リハビリの種類と経験年数	訪問リハ 半年未満
現在のサービス利用回数	月4回実施

プロフィール

もともと在宅酸素療法を導入しており、訪問診察や訪問看護を利用していた。ADLはトイレまで歩行する程度で活動範囲は狭小化しているものの、食事や更衣動作は軽介助レベルであった。慢性呼吸不全急性増悪による入院を機にADLが低下。退院時はポータブルトイレ移乗見守りレベル、歩行は歩行器レベルであった。

入院前よりもADL低下したこと、退院後もADL低下が進行し、排泄はオムツでするようになったため、家族からリハビリの希望があり訪問リハが開始となった。（参考：入院時のFIM74点、退院時60点、初回訪問時39点）

ニーズの把握

ADL低下の原因は労作時呼吸困難感の増悪や耐久性の低下であった。特に排泄時の力みで生じる呼吸困難感や、排泄に時間を要するため長時間の座位保持を余儀なくされる点を苦痛に感じており、利用者は労作時呼吸困難感の軽減を希望していた。呼吸困難感のため、ポータブルトイレでの排泄も拒否していた。

一方で、家族はオムツ交換の経験がなく、自分で交換せずにヘルパーに交換を任せているなど、排泄動作を介助することに介護負担を感じていた。そのため、家族はポータブルトイレで排泄してほしいと希望していた。

サービス担当者会議を通じて①退院時はポータブルトイレ移乗が可能であったこと②退院時に指導した内容が在宅生活で活かされていないこと③呼吸困難感等はパニックコントロール（安定した前かがみの姿勢を保持し、体の力を抜く）で対応できること、を確認したうえで、利用者・家族の希望を合わせた「ポータブルトイレで呼吸困難感が少なく排泄できる」を目標として設定した。

目標の実現にむけてどのような介入を行ったか

ポータブルトイレの環境設定・移乗方法・動作時の呼吸困難感に対する安楽肢位（パニックコントロール）の説明と実技・排泄時の呼吸困難感に対する安楽肢位（パニックコントロール）の説明と実技をケア会議において、本人、家族、訪問看護師、ヘルパーに対して行った。また、ケアが統一できるように、写真付きの介助方法（家族に作成依頼・次ページに参考資料掲載）を本人の居室に掲示し、ケアの統一を図った。

現在、ポータブルトイレでの排泄自立までは達成していないが、家族の介助量は減少している。また、自分でマッサージ機を使用することができるようになり、Borg Scale（10段階で主観的な辛さを測定）で客観的な効果測定を試みたところ、介入前後で主観的に「辛い」と感じる度合いが軽減していることが示された。

他職種との連携・役割分担

関係者はそれぞれ異なる事業所に所属する職員だが、月1回、訪問リハの際に皆が集まってケア会議を行っている。その際に他職種にリハビリ方法を見てもらうこともある。他職種と話すことで、お互いが異なる目線を共有できていると感じる。今回の役割分担は以下の通り。

利用者家族・・・・・・・・①排泄の際にオーバーテーブルを置いてもらう。②本人への介助方法の流れを写真にとり、1枚紙にまとめる。家族の言葉で説明も書いてもらい、ベッドサイドに張っておくことで、看護師やヘルパーが介助方法を統一するのに役立っている。③電動歯ブラシの購入

訪問看護師・ヘルパー・・・サービス担当者会議で情報共有。トイレ時の介助を統一してもらうことにした。

ケアマネジャー・・・・・・・・サービス担当者会議で情報共有

まとめ

多職種、家族の間で問題点と目標を共有したことで、ケアの統一が円滑に進んだ。日中のポータブルトイレでの排泄回数は増加したが、夜間はポータブルトイレを使用していない（転倒の危険性を考慮）ため、FIMでの改善効果は得られなかったが、本人の呼吸困難感も軽減し、家族の精神的・身体的負担の軽減が図られた。

参考資料：家族が作った介助方法の流れ・・・ベッドサイドに貼って関係者間のケアを統一。



★事例 11

活動量が増加し、家事への意欲が向上してきた事例

年齢・性別・要介護度	63歳・女性・要介護3
家族構成	夫・息子夫婦と同居
リハビリの種類と経験年数	訪問リハ 半年未満
現在のサービス利用回数	月4回実施

プロフィール

病前は揚げ物上げる仕事をして働いており、自宅の家事もすべてこなしていたが、平成24年に脳梗塞を発症。入院時に病院でもリハビリを受け、退院後は訪問リハが開始された。

ニーズの把握

（希望調査シートNo.7 炊事、洗濯、掃除など家事をする）

希望調査では炊事、洗濯、掃除など家事を希望し、家事動作を行いたいとの希望があった。退院当初はご主人も本人も利き手が動かないので「したい（やってもらいたい）けど、今後でも家事は行えない」と思っていたが、工夫や方法を提示し簡単な動作を一緒に行い、歩行状態も改善されたこともあって家事のイメージが持てるようになった。

ニーズに聴取に関しては従前と著変ないが、希望調査シートを用いると本人や家族に目で見て選んでもらえるので口頭で聞くより具体的に共有できたのが良かった。

目標の実現にむけてどのような介入を行ったか

本事例ではPTとOTで交互に訪問しているので、PTとOT間で方向性について話し合い情報等を共有するようにした。実際の家事動作練習、福祉用具の紹介を行い、本人が自宅で行えたことを確認し、称賛するようにした。片麻痺の方の家事動作のイメージが持てるように本の写真のコピーを渡し、同時に歩行へのアプローチも継続したところ、歩行能力の向上も見られた。活動性が増えるにつれて家事への意欲もさらに増し、他にも外出や車の乗降や段差練習などへの意欲も出てこられ、移動に対するアプローチも並行して継続している。

他職種との連携・役割分担

利用者、利用者家族、事業所の訪問看護師、リハビリスタッフ、ケアマネジャー（電話）、デイケアのリハビリスタッフ（FAX）と情報の共有、利用者には市販の干し物台の購入。

まとめ

介入後は活動に関する意欲がより見られるようになり、自宅で行う活動（家事も）が増えた。夫は福祉用具の購入など協力的で、現現在は洗濯なども行っている。車の乗降や段差の昇降能力も改善され歩行能力も改善された。現在は独歩・応用歩行動作の練習と生活動作へのアプローチを継続している。

★事例 12

家族の協力により「外出」のニーズ達成に向かいつつある事例

年齢・性別・要介護度	85歳・女性・要介護3
家族構成	娘夫婦と同居
リハビリの種類と経験年数	通所リハ 半年未満
現在のサービス利用回数	月8回実施

プロフィール

右大腿骨頸部骨折・急性胆のう炎にて当院入院。入院前は独居で、歩行は独歩、自宅周りの草抜きをしたりと活動性も見られ、介護サービスの利用は無かった。退院後は独居困難との事で娘宅での同居となるが、生活環境の変化や身体機能の低下もあり、介護サービスの利用で通所リハビリが開始となった。家の中ではシルバーカーを使って移動していたが、立位が不安定なためにコントロールが上手くいかず、転倒があり（大けがはないが、打撲や擦り傷がある）、本人・娘ともに不安を感じていた。

下肢の筋力低下と転倒予防及び移動・歩行スキルの向上に向けて個別リハビリを実施していく運びとなった。

ニーズの把握

（希望調査シートNo.11 外に散歩に行く）

通常は、本人や家族などから日常生活で困っている内容を聴取したり、入院中の様子を病棟のリハ専門職から聞いたりして、課題解消にむけた目標を設定するようにしている。今回のモデル事業では希望調査シートから「外に散歩に行く」を本人が選択した。これまでも娘が同伴して家の裏などへ散歩に出かけているが、一人でも行きたい様子を度々示していたこともあり、リハビリ専門職も本人のニーズに気づいていた。

目標の実現にむけてどのような介入を行ったか

膝の痛みを訴え、股関節も膝も常に曲げた状態であることが多かった。歩行の安定性を図るため、個別リハビリで可動域訓練、筋力強化、歩行訓練を行った。デイケア内の移動はシルバーカー歩行でスタッフに付き添ってもらい、自宅では移動時に娘に「歩く練習をしよう」と声掛けと付添をしてもらって家周辺の散歩を日課にもらったところ、立位が安定してきて転倒が少なくなってきた。また、正月には別居の娘が車で本人の元自宅に連れて行き、1週間ほど外泊をした。この娘が時々買い物にも連れ出しているが、スーパーの中までは連れて入らず、車の中で待たせているので、買い物にも同伴してもらえよう家族に働きかけたい。しかし同居していない娘なので、リハビリ専門職としては連携が難しい。現在、工作や縫物をしたいという新たな目標が本人の口から出てきている。

他職種との連携・役割分担

デイケアスタッフに送迎時に本人の家での様子や転倒した際の状況などの情報収集を依頼し、家族との連携役を担ってもらった。家族には、活動場面の拡大（歩行・移動）のため「散歩」と称して歩く場面を多く作ってもらうよう依頼した。

まとめ

本事例は、身体機能の低下による転倒を繰り返しており、そのため生活範囲が狭くなり、本人及び家族の不安感が高まっていた。本モデル事業の介入により、「外出」を目標とし、リハビリの介入（個別リハビリ）と家族の協力により、家周辺の散歩の実施やスーパーへの外出につながり、新たな目標も見出している。本人の意欲を引き出すためには、家族のサポートがより重要となることが示された。そのためには、リハビリスタッフが本人の状況を家族に伝え、リスク管理の上、行っていく必要があるものとする。

★事例 13

家族の協力の下、旧友と再会し交流を深めることが出来、笑顔を取り戻した事例

年齢・性別・要介護度	87歳・女性・要介護1
家族構成	息子夫婦・孫と同居
リハビリの種類と経験年数	通所リハ 3年以上
現在のサービス利用回数	月8回実施

プロフィール

平成19年に自宅で転倒され右大腿骨骨折となる。退院後は運動機会低下予防、疼痛緩和目的でデイケア週3回利用となる。歩行器使用で自宅庭周辺歩行は自立レベルである。受傷前はある程度同居家族との会話はあったが現在は母屋の離れで独居生活を送り家族とは疎遠気味であった。

ニーズの把握

(希望調査シートNo.13 子どもや親せき、友人や近所の家を訪ねる)

通所リハビリ開始時のニーズは「体を丈夫にしたい」であったが今回希望調査シートを使用したところ、(自宅近くの友人宅訪問)が新たな目標となる。

友人宅までは傾斜地や階段が存在し定期的に訪問を安全に行う為には家族の協力が不可欠であると思われた。

目標の実現に向けてどのような介入を行ったか

シルバーカー使用での屋外歩行は高い水準を保っていたが易疲労性を認めたため、通所リハビリでステップマシンによる全身持久力向上、シルバーカー使用での段差、傾斜地などの応用歩行訓練を行った。またニーズ実現の為には家族の協力が必要であった為、家族へ協力を要請した。家族も、月に1～2回なら付き添いで友人宅訪問を行う事を了承。また、利用者の送迎時にPTが同行し、友人宅への歩行指導、現地安全確認を行った。

他職種との連携、役割分担

デイケアスタッフ、ケアマネには担当者会議、雑談を通じて介入内容を共有した。また家族(長男)には送迎時に3度自宅を訪問し利用者のニーズを説明、協力を要請し友人宅への簡易地図を作成してもらった。

まとめ(担当者からのひとこと)

友人宅がやや遠距離にあること、途中で傾斜地、段差が存在することからニーズ達成には家族（息子）の協力が不可欠であった。利用者の歩行能力は高い水準を保っていたが、家族関係が疎遠だったため、定期的に友人宅を訪問してもらうには利用者の強い思いとデイケアスタッフの十分な説明が必要であり、今回の事例で一番苦労した点でもあった。最終的に「月に1、2回なら付き合っただけやる」との言葉を家族（長男）から頂き、介入から2ヶ月経過した現在も友人宅訪問は継続している。

笑顔が多く見られるようになった利用者を見る度に、いつまでも継続して行えるようにデイケア利用を通しての支援を万全にしていこうと思っている。

3. 生活活動の拡大に伴うリスクを考慮した事例

★事例 14

生活空間の拡大よりも安全な生活空間を確保することを優先した事例

～今の生活を維持することが一番の幸福～

年齢・性別・要介護度	94歳・女性・要介護2
家族構成	息子夫婦と同居
リハビリの種類と経験年数	訪問・通所リハ併用 3年以上
現在のサービス利用回数	月4回実施

プロフィール

もともと両膝関節症があった。平成20年、イレウスにて入院。退位後歩行困難にて車椅子生活となり、訪問リハビリが開始された。

ニーズの把握

(希望調査シートNo.20 その他：これからも元気でデイサービスに通いたい)

週2回デイサービスに通っており、それが楽しみで、現在の生活をできるだけ維持していくことが利用者の一番の希望である。生活は安定しており、したい動作(ベッドから車いすへ移乗し、自走して炬燵へ行き、炬燵にあたる。テレビを見る)を自分でできている状況。

家族は認知症の進行を心配しており、実際に見当識障害のために転倒のリスクが高まっているため、生活空間を広げるよりも、安全な空間を確保することに注力すべきと判断し、認知機能の低下予防を目標とした。(モデル事業開始前の目標と同じ)

目標の実現にむけてどのような介入を行ったか

以前から動作練習やADL練習に加え、認知機能へのアプローチも行っていった。具体的には以下の4点である。

- ・ 計算問題、漢字問題を毎回宿題とする
- ・ リハビリ時に答え合わせを実施し、花丸などでモチベーションアップを図る
- ・ 日記を書くよう促し、その都度チェック
- ・ 変化点があればケアマネに報告

また、デイサービスでは、主に利用者同士の会話を楽しんでいる様子を確認している。

他職種との連携・役割分担

利用者家族・・・訪問リハの際、同席していただけるので、そのまま共有できた。宿題を
するよう促すなど、支持的なかかわりを依頼し、実行してもらった。

リハビリスタッフ同士（複数担当者）・・・業務内の連絡事項、雑談の中での共有
ケアマネジャー・・・電話連絡、総合実施報告書での共有

まとめ

利用者の状況によっては、生活空間を拡大することだけでなく、安全な生活空間の確保・維持が必要な場合もある。モデル事業においても機械的な介入ではなく、個別の必要性を見極めて実施した。リハビリ専門職の専門性が発揮された事例。

★事例 15

本人の希望をかなえるため、無理なく、リスクも少ない方法で段階的にステップアップした事例

年齢・性別・要介護度	93歳・女性・要介護4
家族構成	長男夫婦・孫と同居
リハビリの種類と経験年数	訪問リハ 1年未満
現在のサービス利用回数	月4回実施

プロフィール

平成23年6月に一人でトイレに行ったときに腰部打撲。一時は食事・排泄も全介助になり寝たきりに近い状態となっていたが、その後少しずつ回復傾向がみられていた。通所系のサービスも見学したが、なじめそうにないとのことで、同年11月から訪問リハビリが導入された。

ニーズの把握

(希望調査シートNo.8 庭の手入れや園芸のために外に出る)

訪問リハビリ開始当初は腰の痛みと痺れがあり、日中も臥床傾向にあった。認知機能面は正常で、「もっと歩けるようになりたい」とリハビリ意欲も旺盛だった。モデル事業以前から既に「歩行能力の向上」「食堂で家族と食事をする」「自宅での入浴」を設定していたが、希望調査シートではNo.8の「庭の手入れや園芸のために外に出る」を本人が希望。

目標の実現にむけてどのような介入を行ったか

意欲は旺盛だが、筋力の低下が見られ、身体機能はあまり高くない。そのため、いきなり負荷のかかることを実行するのではなく、まずは身近で安全なことから練習するのが良いと判断し、部屋の中にある植木への水やりを可能な範囲で実施できるよう、廊下に椅子を置くよう提案し、環境を整備したところ、本人の花への水やり回数が増えた。

また、椅子のある場所からは仏壇が見えるため、花の水やりの時だけでなく、お経を唱える際にも利用するようになり、結果として離床時間が長くなっている。また、昨年からは開始した「訪問リハビリ新聞」（参考資料有）に掲載した利用者の体験談（入院からの記録、絵手紙や俳句などの作品）に刺激を受け、自宅での歩行訓練をさらに熱心にするようになっている。

他職種との連携・役割分担

利用者家族・・・椅子の設置、水やりの促しを依頼。リハビリ後の雑談の中で連絡した。

リハビリスタッフ同士（複数担当者）・・・朝礼や空いた時間に情報を共有

ケアマネジャー・・・総合実施計画書で連絡

まとめ

目標とした屋外での園芸作業はまだ実現していないが、本人の日中の活動性は向上しており、意欲も高いまま推移している。春にむけて更にステップアップし、安全に屋外移動することが課題となっている。

参考資料：訪問リハビリ新聞（訪問リハビリでも通所リハビリのように、利用者同士のコミュニケーションを図ることを目指したもの）

高齢者の心と体

第2号
2017年2月号

リハビリ認知症の「筋力強化」知識編
リハビリ認知症専門チームの今後は「筋力強化」について、リハビリチームの皆さんに、最も重要視してほしいと考えています。

筋力強化ってなに?
筋力強化とは、筋肉が収縮するときに発揮される力を増やすことです。年齢とともに筋力は低下していきます。筋力強化は、筋力低下を防ぎ、筋力を維持・向上させることです。

トレーニングによる筋力増加のメカニズム
筋力強化は、筋線維の断面積を増やすことで行われます。トレーニングによって、筋線維が傷つき、修復される際に、より太い筋線維が作られることで、筋力が向上します。

利用者さん作品紹介 其の五
「お花の絵」を描いた利用者さん。お花の絵は、色とりどりの絵です。お花の絵を描くことで、認知症の症状を軽減することができます。

おわりに
今回の記事は、リハビリ認知症専門チームの取り組みについてです。リハビリ認知症専門チームの取り組みは、認知症の症状を軽減し、生活の質を向上させることです。

ゆめぐり
あまのり
あまのり

★事例 16

寄り添うことで自信をつけ、再び店の手伝いができるようになった事例

年齢・性別・要介護度	85歳・女性・要支援1
家族構成	息子夫婦と同居
リハビリの種類と経験年数	訪問リハ 半年未満
現在のサービス利用回数	月4回実施

プロフィール

息子夫婦（自宅で、仕出し屋と小売店を経営）と同居しているが、平成24年7月下旬に自宅で転倒し左大腿骨頸部骨折となり、病院で人工骨頭置換術を施工。入院中は、歩行訓練を中心にリハビリを行い9月中旬老人車レベルで退院となった。退院に先立ち、居室・シャワー室のある離れから食堂、お風呂のある母屋を安全に移動できるよう手すりなどの環境調整が行われた。

退院後は、転倒に対する恐怖心からか離れ（居室）に引きこもりがちになり訪問リハビリが開始となった。

ニーズの把握

（希望調査シートNo.18 収入になる仕事や家業の手伝いをする）

転倒前は、自営の小売店でのレジや陳列の手伝い、畑仕事、時折食事の支度を行うなど活動的であった。しかしながら、退院後は、嫁が食事を離れの居室まで運んでおり、入浴は離れにあるシャワー浴で済ませていた。

希望調査では、「もう一度店の手伝い」とのことであった。身体機能的には、問題はないが本人の不安感が強いいため本人の不安感を軽減する必要があった。そのためにはケアマネジャーやデイサービス職員、家族も含めて話をする必要があると思われた。

目標の実現に向けてどのような介入を行ったか

本人の不安を取り除くためにケアマネジャー、デイサービス、家族とともに10月初旬から移動機会を増やすよう心がけた。屋内移動での老人車歩行はすでに安定していたが、老人車歩行では店内の移動が困難であるため杖歩行の練習を行った。

10月下旬より離れの居室にこもっていたが、次第に母屋への移動機会も増え家族と一緒に食事を取り、入浴も浴槽に一人で入れるようになった。

11月下旬よりお店に顔を出すようになり、12月に入ると商品の陳列を行い、近所の方と話す機会も増え笑顔が増えた。

12月下旬に独歩も短い距離なら可能となり、訪問リハビリの介入を終了した。

他職種との連携・役割分担

家族・・・本人の身体機能面の説明と安全な移動方法・浴槽へのつかり方の説明をし
入浴時の見守り依頼

デイサービス・・・最初は、老人車での移動を行い11月ごろよりT字杖での歩行
ふらつきがみられたため見守りを依頼

ケアマネジャー・・・電話やカンファレンスを通じて現状・今後の方向性について
意見交換

まとめ

訪問リハビリ担当者が本人の能力を見極め、しっかり寄り添うことで本人の不安感が軽減し、少しずつ自信が芽生えてきた。当初は、専門職種や家族に見守られながら実施していたが、繰り返すうちに一人でもできるようになってきた。その結果、本人の希望であった「店を手伝う」ことを実現することができた事例である。

★事例 17

要介護度が高い利用者に対して生活期リハビリの効果を実感した事例

年齢・性別・要介護度	57歳・男性・要介護5
家族構成	義父母・妻・娘と同居
リハビリの種類と経験年数	訪問リハ 1年未満
現在のサービス利用回数	月4回実施

プロフィール

平成4年くも膜下出血発症し左片麻痺、平成18年直腸癌にて人工肛門造設、妻が介護している。平成24年4月に左大腿骨骨幹部骨折、5月に手術し、退院後の6月から訪問リハ開始。9月より現担当者となる。訪問時は全身のリラクゼーション、ROM-ex、車椅子練習を行っている。

ニーズの把握

(希望調査シートNo.1 ベッドから出て食事をする)

年齢的には、若いものの全てにおいて介護が必要であり介護量は多い。介入当初は痛みの訴えが強くあったが、痛みの評価を行いながら介入していくなかで、介助による座位保持が可能であり、ベッド上で自身で水分補給を行っているということで、車椅子に乗って自力摂取をすることを目標とした。

目標の実現にむけてどのような介入を行ったか

介護時に体を動かされることに対する恐怖心が強く、筋緊張を高めてしまい痛みの訴えがあるため、様々な姿勢に対する経験を増やして行くこと、座位保持時間を長くして行くことをプランとして設定した。妻が訪問時にいつも同席するので、介護状況等について本人と一緒に妻（家族）にも相談しながら介入し、ケアマネにも頻繁に連絡している。

他職種との連携・役割分担

利用者や妻（家族）・・・リハビリの時間や雑談の中で情報交換。

ケアマネジャー・・・月末の報告、変化があればその都度報告。

デイサービス職員・・・臥床機会を増やしてもらうことを依頼

まとめ

リハビリというと、改善の可能性のある人が対象というイメージが強く、本事例のように要介護度が高い人は、対象外と思われがちである。しかし本事例では、訪問リハビリが介入することで、要介護5であっても環境を整えればできる車椅子に座り食事を取る能力があることを見つける事ができた。

そこで、本人や家族、ケアマネジャーとともに目標設定を行った。

そして、訪問リハビリ以外の関わりとしてデイサービス介護職員や家族へ本人の特長と適切な介助方法の指導をおこない、みんなが安心して離床介助できる体制をつくった。このことで、当初は体を動かされる恐怖心より痛みが体の硬さが強くなりこのことが介助を妨げていたが、少しずつ座位時間を長くすることが可能となった。

4. 医療との連携・協働が図られた事例

★事例 18

生活範囲拡大への取り組み～不安の解消で活動性向上が得られた事例～

年齢・性別・要介護度	72歳・女性・要介護2
家族構成	息子夫婦と同居
リハビリの種類と経験年数	訪問リハ 半年未満
現在のサービス利用回数	月4回実施

プロフィール

平成9年に左人工股関節置換術、平成19年に右人工股関節置換術を施行。家事全般は嫁の支援により在宅生活を送っていた。デイサービスや一般高齢者事業にも参加していたが、適応が難しく中止。デイケアを利用することとなったが、過敏な反応が多く些細なことからトラブルとなり、間もなく終了となる。

調子の良い時は電動三輪車で近くの店や温泉に行っていたが、平成24年に肺炎の為に入院後、家族との買い物に行けないほど能力が低下し、閉じこもり状態となっていた。平成24年10月に、地域包括支援センターより依頼があり訪問リハビリの導入に至った。

人工股関節の再置換の時期を気にしており、「いつ壊れるのかが不安」と何度も口にしていたことから、閉じこもりの主要因は肺炎後の廃用ではなく、股関節の痛みを過度に気に病むことからくる精神面の落ち込みと思われた。

ニーズの把握

(希望調査シートNo.12 外に買い物に行く)

サービス担当者会にて、家人、本人も含め話し合うことで、現状や希望を把握し、問題点を抽出した。閉じこもりに対する支援として、近所の店への買い物が可能となることを長期の目標とし、その為に必要な精神面のフォローや身体機能向上を短期の取り組みとした。

多職種や家人、本人を含めた問題点の把握、それに対しての目標設定、介入といった流れにはこれまでの通所リハの取り組みと大きな違いがないと思うが、希望調査シートは、視覚的・直感的にニーズを聞き出せる為、対象者の考えを引き出し、課題を設定するのに有効と考えられた。

目標の実現にむけてどのような介入を行ったか

訪問リハ実施病院の整形外科に外来受診しているため、レントゲン写真などで股関節の状態を確認したところ、ルーズニングの進行が見られないことが確認された。痛みは物理的なものというよりは、人口股関節の再置換の時期が近いとの思い込みからくる不安によって増幅していると判断し、精神面の落ち込みを軽減するために、股関節の状態について説明し安心を得るよう取り組んだ。

また、実際に外出するためには機能面のサポートも必要であるため、筋力強化や、バランス訓練、階段練習、電動三輪車の操作の練習を行い、最終的に実際に近所の店まで買い物に行った。現在はリハビリ専門職が近所を一緒に回り、電動三輪車で散歩をしている。その他の日常生活でも、自発性が向上し離床時間が長くなるなど、良い影響がみられている。

他職種との連携・役割分担

利用者の家族、地域包括支援センターのケアマネジャーと内容を共有。サービス担当者会議にて情報を話し合った。電動三輪がしばらく使用していない状態であったため、家族にバッテリーの充電等の整備をお願いした。

まとめ

痛みの原因を専門的な視点から確認し、どの点（本事例の場合は精神的不安）に積極的に介入すれば解決するかを見極めたうえでリハビリを実施したことで効果が上がったと思われる。また、同一病院で回復期・生活期のリハビリを担っていたため、医療との連携が非常にスムーズに行われた点にも特徴のある事例である。

参考資料：階段の昇降動作を確認する（左）、電動三輪で買い物に出る様子（右）



★事例 19

介助方法の指導により、歩行自立に至った事例

年齢・性別・要介護度	99歳・女性・要介護3
家族構成	施設入所
リハビリの種類と経験年数	通所リハ 半年未満
現在のサービス利用回数	月8回実施

プロフィール

有料老人ホーム入所者で、週2回デイサービスを利用していたが、通所拒否・歩行困難があったため、デイサービスの利用を中断した。立位は可能であったが、歩行では介助量が多く、自室内から出る機会も減ったため、家族の希望により、訪問リハビリのサービスを開始した。

60代の娘が近所に住んでいるが、本人の施設に泊まり込むことが多く、実質的には2人で生活しているような状況である。

ニーズの把握

(希望調査シートNo.5 入浴をする)

自室内での閉じこもり等が見られ、活動性が低い。認知症もあるため、こちらの問いかけに対して「そうですねー」などと返答はするが、自発的な希望は出なかった。デイサービスで時々入浴の拒否が見られていたが、入所施設内でも入浴拒否があったので、家族(娘)の希望で希望調査シートの5番「入浴をする」を目標として設定した。

目標の実現に向けてどのような介入を行ったか

入浴を阻害している要因は、立位・歩行機能の低下と、それによる移動の負担感(本人主観)の増大と考えた。

これまでは歩行時に家族・介助者が後方から介助する格好となっており、利用者は、介助者に自身の身体を預け、もたれるように歩いていた。そのため立ち上がり・立位場面でも後方への重心となり、立位保持が困難なまま歩行へと移行していた。

そこで重心コントロールを改善するために、前方への重心・荷重移動の為に歩行器などの導入を進め、ケアマネ・家族・施設スタッフへの介助・介入方法の指導を併せて行った。

その結果、介入後は歩行器を使用し施設内の廊下を50mほど歩けるようになった。歩行がしっかりしてきたため、娘と本人が満足し、入浴の実現を待たずして、1カ月と少し(8回の訪問)で訪問リハが終了した。現在は病院の外来リハに切り替えてリハビリを継続している。

他職種との連携・役割分担

ケアマネジャー・・・福祉用具の導入について依頼。サービス開始時の問題点と目標設定が明確だったため、福祉用具（歩行器）の導入までスムーズに運んだ。
施設職員と家族・・・歩行介助の方法について説明し、介助方法の統一をはかった。

まとめ

認知症のため介助に対する本人の訴えもなく、介助者による支援方法の相違もあって閉じこもりに至ったケースである。

家族の希望を取り入れつつ、リハビリ専門職が身体機能を的確にアセスメントし、介助方法の統一を図ることで生活範囲の拡大につながった。

本事例においては、特に目標の明確化と関係者を巻き込んだ周知により、介助方法が統一されたことが奏功したと思われる。

早期に訪問リハビリが終了したが、その後は医療リハビリ（訪問リハ実施病院の外来）が引き継いで本人を担当している。今後は病院の担当者と訪問リハビリの担当者、介護スタッフとが更に連携を深め、利用者の様々な状況に地域全体で対応できる体制を整えていくことが課題である。

★事例 20

医療職とも目標を共有し運動量が増加した事例

年齢・性別・要介護度	76歳・男性・要介護2
家族構成	妻・長男家族と同居
リハビリの種類と経験年数	訪問リハ 1年未満
現在のサービス利用回数	月4回実施

プロフィール

平成12年に自宅裏での転倒により頸椎損傷。その際は畑仕事や自動車運転も行うことができたが、パーキンソン症候群の発症によって自動車の運転をやめたことをきっかけに、閉じこもりがちな生活となる。これまでの訪問リハビリでも閉じこもり解消のために、セニアカーの利用を進めたが、急こう配の多い環境のため利用に適さなかった。また、行事が盛んな地区なので、公民館へ行くことを促したりもしたが、利用者の生活空間を広げるに至っていない。病院で外来リハビリも受けている。

ニーズの把握

(希望調査シートNo.12 外に買い物に行く)

再びできるようになりたいことに関して、一つの例として希望調査シートを使用して聴取したところ、本人から「病院の近くにあるスーパーを歩いてまた妻と買い物をしたい」との要望が出されたため、これを目標とした。

従前から目標設定は具体的にしよう心がけていたが、ふり返って考えてみると、「今困っていること」の解消に焦点を当てる傾向にあった。しかし、今回希望調査シートを用いたことにより、意欲を引き出せる具体的な目標を設定することができ、将来的なニーズを早く捉える事が出来たと感じた。

目標の実現にむけてどのような介入を行ったか

ショッピングカートを手押し車として利用し、歩行スピードと方向転換は妻の介助に頼れば、目標の達成は可能だろうと思われたが、現在の体力では歩いて店内を一周することが難しいため、家庭内での運動、通院の際の杖歩行による体力増強を目指すこととした。

利用者と家族に加え、外来担当のリハビリ専門職との間でも目標と介入内容の共有をしている。

他職種との連携・役割分担

家族(妻)には現在、本人の頑張りへの励ましを依頼している。また、今後買い物を実施する際には妻と嫁(運転担当)に介助方法を伝達し、お願いする予定である。

外来担当リハビリ専門職には本人の目標達成のために歩行量を増やす関わりを依頼した。

まとめ

病状の進行に伴って活動の手段を失い、とじ込みがちとなったケース。当事者は出来なくなったことへの思いが強いため、リハビリ専門職からの提案には抵抗感を持ってしまうことがある。希望調査シートを用いて会話することで、本人が自分自身の思いに気づき活動への意欲を持つことができた。本人の頑張りとそれに対する家族の励ましが、双方の気持ちの変化に繋がるものと思われる。

意欲が増加したことで運動量も増やせるようになったため、医療外来担当のリハビリ専門職とも連携して訪問以外の場面での歩行量も確保した。

5. チームケアによって多職種連携が上手くいった事例

★事例 21

ポータブルトイレでの排泄を希望する独居の方の事例

～家族負担の軽減と動作練習への連携～

年齢・性別・要介護度	80歳・女性・要介護4
家族構成	独居
リハビリの種類と経験年数	訪問リハ 1年未満
現在のサービス利用回数	月4回実施

プロフィール

近隣に娘が住んでいるが、独居。関節リウマチの既往があり、平成4年に左股関節痛があり、いったん人工骨頭となるが、平成22年に感染により抜去した。それ以降はリハビリ入院などをしながらベッド周辺動作、ポータブルトイレでの排泄自立レベルの生活を維持していた。

平成23年、左化膿性股関節炎・腎機能低下により入院。平成24年3月に退院したが、退院後は基本動作、生活全般に介助が必要な状況となっている。

現在は介護保険によるホームヘルパー、訪問看護、訪問リハビリの利用と、近所に住む娘の通いの介護（毎日・複数回）で在宅生活を維持しているが、依存が強い状態で、介護者の精神的負担も高まっている。身体状況からは入院または施設入所でもおかしくない状態だが、本人の在宅を望む気持ちが強く、入院すると蜂窩織炎等、体調を崩しやすい。

ニーズの把握

（希望調査シートNo.4 トイレで排泄する）

退院直後から、ポータブルトイレでの排泄自立を希望していたが、体調に波があり、練習がうまくいっていなかった。今回のモデル事業でも実現は困難と思われたが、強い希望があったため、改めて目標として設定した。

目標の実現にむけてどのような介入を行ったか

排泄に向けて自立できる動作の練習を行った。具体的には、疼痛緩和を図りながら、電動ベッドを捜査しての起き上がり動作や立位保持・移乗動作を中心に介入をした。現在、立ち上がりまでは何とかできるようになった。足の移動や下衣の上げ下ろしは困難であるものの、体調によっては手伝いがあればポータブルトイレでの排泄が可能となった。しかし、これは

同時に介護量を増やすことにもなり、時間を作って日に数回訪問する家族には排泄介助は大きな負担となってしまった。

家族の負担感を軽減し、役割分担を明確にするために関係者で話し合い、ポータブルトイレでの排泄はホームヘルパーに担当してもらうこととし、家族は可能な範囲で車椅子散歩をするという役割分担がなされた。

ポータブルトイレでの排泄という目標は車いすへの移乗ができることと並列であり、これはベッドから離れる時間を作るということにつながる。このことについて家族（娘）の理解と協力が得られ、今まではおむつ交換のために訪問していたが、家に行った際に車椅子に移乗して散歩をさせるという活動にも広がりを見せている。

他職種との連携・役割分担

本人、家族と介入内容を共有している。また、地域の病院（国保直診）から協力を得て、社会的な入院（1～2カ月に1回、10日前後）も実施しており、在宅生活の維持に役立っている。

訪問看護師や入院時の担当療法士との連絡は口頭で行っており、大きなレベル低下のない状況が維持できている。

今後、ホームヘルパーの介入時のトイレ動作の際に、本人が可能な部分を生かしながらの介助ができるよう、他職種に向けて指導していきたいと考えている。

まとめ

要介護4での独居は、多くの支援を必要とする。日中のほとんどをベッド上で過ごす本人の希望は、ポータブルトイレでの排泄だったが、これはリハビリ専門職の奮闘だけでは実現困難である。家族やヘルパーと話し合い、協働することで目標に近づいている。高齢者の在宅生活を支えるためには他職種の協働が欠かせないことが示された事例であった。また、その中でリハビリ専門職の関わりの重要性も示されている。

また、本事例のように医療的介入の必要な方に対し、社会的な入院で家族の精神的ゆとりを作ることも、在宅支援の重要なサポートの一つであると考えられる。

★事例 22

リハビリ目標が明確でない事例に対し、チームでの関わりにより明確な目標を設定した事例

年齢・性別・要介護度	77歳・女性・要介護4
家族構成	娘夫婦・孫と同居
リハビリの種類と経験年数	訪問リハ 1年未満
現在のサービス利用回数	月4回実施

プロフィール

以前から身体機能の低下が見られ（パーキンソン病）家人の介助で生活。介護保険申請せずに週1回電気治療に通って在宅で生活。右視床梗塞で2ヶ月入院しリハビリ実施。退院後すぐに血尿あり1カ月入院（血尿なし）。ショートステイ利用は本人拒否。在宅にてデイサービス週3回、通所リハ週2回利用し、リハビリをしたいと希望あり。

ニーズの把握

（希望調査シートNo.7 炊事、洗濯、掃除など家事をする）

事業参加時点では基本動作は自立し、手つなぎにて短距離歩行可能レベルだった。希望調査シートからはなかなか選択できず、ご本人は「とにかく歩けるようになりたい」と話していた。家族やケアマネとも話し合い、最終的に家事（家族の手伝い）を目標として設定した。

目標の実現にむけてどのような介入を行ったか

身体機能の向上に加えて歩行補助具（シルバーカー）の選択をし、ダイルーム内で車椅子から椅子に乗り換えて、椅子での生活で手引き歩行等の機会を増やした。また、皿ふきの手伝いをしてもらい、上肢の使用機会を増やした。その結果、入浴も機械浴から一般浴になり、車椅子送迎時に手引き歩行で座席に移ったりすることもあった。

他職種との連携・役割分担

デイサービススタッフ・・・歩行方法、椅子の使用、皿拭きの実践について相談。（口頭連絡のみ）

まとめ

意欲が乏しく、希望調査シートを用いても当初は「うまく歩きたい」と漠然としたニーズしか引き出せなかったが、リハビリ担当者とケアマネジャー、家族が話をしながら「今できていること」を共有し、デイケアや自宅で少しずつ移動機会を作って活動量を増やして行った。

リハビリ担当者だけの関わりでなく、デイケアにおける介護職種、家族も巻き込んでチームとして取り組むことができた症例であった。

★事例 23

意欲低下に対して目標提示を行い、他職種との連携で活動を促した事例

年齢・性別・要介護度	68歳・男性・要支援2
家族構成	息子夫婦・孫と同居
リハビリの種類と経験年数	通所リハ 3年以上
現在のサービス利用回数	月4回実施

プロフィール

平成19年2月脳梗塞発症、退院後訪問リハを開始。その後平成20年4月より訪問リハを引き継ぎ通所リハ開始となる。身の回りのADLは自立、屋外歩行可能であった。

平成20年7月に脳出血にて入院。9月から訪問リハ再開、四肢筋緊張亢進、歩行能力低下された。平成23年1月に配偶者が亡くなり意欲低下、身体機能も低下している。日中独居、週2回の通所サービス利用。

ニーズの把握

訪問開始時は自主的な活動も多く「庭の手入れをしたい」との発言もあったが、平成20年9月より歩行能力低下に伴い趣味活動より歩行の向上の意欲が強くなって、機能面の改善を重視されることが多くなったため、日常生活や役割遂行、趣味への意欲の方向転換を促していたが、妻が亡くなり、意欲そのものの低下がみられ、現在はニーズの把握が困難。

目標の実現にむけてどのような介入を行ったか

意欲低下に対して目標を提示し（ケアマネ・家族）活動への促し（自主トシなど）を実施。自宅での活動意欲が低下しないよう（転倒の恐怖など）動作確認、環境評価。

自ら行いたいと言っていた塗り絵を提示、実施した後には称賛するよう心掛け、意欲づけを行った。また、四肢筋緊張の亢進に対して装具の更新をした。

他職種との連携・役割分担

家族には口頭と書面、ケアマネは利用者宅にて口頭、デイサービスは電話。訪問看護師とはステーション内にて情報交換を行った。家族（孫）には自主トシの促しと散歩への誘いを依頼。

まとめ

希望調査シートを利用することにより、再度目標を確認できた。現在も意欲低下が続いているが、目標の提示を繰り返し確認し活動維持を図ることが出来ている。

★事例 24

食事をすることを目標に生活範囲が拡大した拒否反応の強かった施設入所者

年齢・性別・要介護度	85歳・男性・要介護1→4
家族構成	施設入所
リハビリの種類と経験年数	訪問リハ 半年未満
現在のサービス利用回数	月8回実施

プロフィール

当院入院から有料老人ホームへ入所。頸椎症と珪肺の既往あり。その後、当院通所リハビリを週2回予定で2～3回利用したが、本人の拒否が強く通所困難となる。家族にも暴力的な言動があり、自宅退院が困難となり、有料老人ホームへ入所したが、家族としても少しでも臥床が進まないようにとの希望もあり、訪問リハビリにて対応していくこととなった。

入所施設でも臥床傾向が続き、食事量・活動意欲共に乏しくなり、反抗的で投げやりな発言が多く、生活に対する意欲が全般的に低下している様子で、自室から出てくること自体が難しい状態であった。

ニーズの把握

(希望調査シートNo.11 外に散歩に行く)

本人から常に「えらい(体がきつい) …もう寝かしてくれー」などの発言が多く、リハビリに対してもADL向上においても意欲はみられなかった。しかし、『食』に対してはやや関心があったため、食に関わる目標が良いと判断し、「ベッドから出て食事をする」を目標とし、活動意欲が少しでも向上するように関わっていった。

目標の実現に向けてどのような介入を行ったか

目標実現に向けてというより、少しでも生活意欲・活動意欲の向上に向け、利用者様の環境設定や、介入方法などを工夫した。最初は色々と話かけられるのでさえ嫌がる様子なので、無理強いをしないように気をつけながら関わった。そのため、空間拡大につながる関わりがなかなかできず、箸でものをつまむ作業から関わりを始めた。布団をはぐと「年寄りをいじめんな」と本人が発言するなど、季節的な理由からも離床が困難だったが、なるべく自室から出る機会を作るように、リハビリ実施時にトイレの声掛けや車椅子への移乗頻度を増やしていった。

また、主治医に対して、服薬調整を依頼し、ケアマネには入浴サービスを導入してもらうなど、他職種へも協力を要請し、少しずつ活動場面の提供をすることで、離床機会を作っていた。

当初は車椅子に乗せても抵抗していたが、現在は部屋から出て過ごす時間が増えている。また、部屋から出る際にもすぐに応じるなど自発性が見られるようになってきている。さらに、通所リハも復活することになり、摂食に積極性が見られ、穏やかに過ごしている様子がみられている。

他職種との連携・役割分担

「食事」の自立に関わらず、「離床」を目標に施設職員、ケアマネジャー、ソーシャルワーカーと連携し、入浴サービスや施設内での活動場面の提供をはかった。また、事例の精神的安定のため主治医へ服薬調整を依頼した。現在、本人の一時帰宅に向け、家族との連絡調整を依頼している。

まとめ

本事例は精神状態が不安定だったために、リハ及び支援に対する拒否が強かったが、「食」に対する関心をきっかけに、離床を目的としてアプローチした。精神的安定のために主治医との連携、施設職員、ケアマネジャーとの情報共有により、入浴サービスの利用や施設内活動の拡大、通所の再利用につながったケースである。精神的安定に伴い、事例自身のADL自立への認識が高まり生活範囲の向上につながったものと考えられる。

本事例は家族との関係も目標となるため、今後、家族に対する施設職員、ケアマネ、ソーシャルワーカーの支援が必要となるものと思われる。

★事例 25

足の痛みを恐れずにやりたいことができるようになった事例

年齢・性別・要介護度	81歳・女性・要支援2
家族構成	独居
リハビリの種類と経験年数	通所リハ 3年以上
現在のサービス利用回数	月8回実施

(プロフィール)

5年前に夫を亡くし独居となるが敷地内に長男夫婦が新居を構え母屋で入浴等支援を受ける。既往に腰椎椎間板ヘルニアがあり両下肢坐骨神経痛著明。入浴以外のADLは自立しているが長年夫と育ててきた田畑の世話をしていないことが気がかりであった。疼痛コントロールと歩行改善目的で通所リハビリを週2回利用開始となる。

(ニーズの把握)

(希望調査シートNo.8 庭の手入れや園芸のために外に出る)

デイケア利用開始時は両下肢坐骨神経痛緩和、歩行能力維持改善が目的であった。通所リハでの運動療法によりある程度の作業でも下肢疼痛コントロールは良好となる。今回希望調査シートを使用したことで、ずっと気がかりであった田畑への移動、農作業を単独で行うことを目標に設定することにつながった

(目標の実現に向けてどのような介入を行ったか)

体幹、骨盤周囲筋力低下があり目標達成の為には下肢体幹筋力、支持性アップが必要であった。デイケアではPTと共に座位、バランスボールエクササイズ、臥位でのヒップアップ、下肢外転訓練中心に訓練を行い自宅でも骨盤周囲筋力訓練を実施。運動内容を忘れやすいので家族に運動チェックを行ってもらった。また作業場である田畑が傾斜地に存在する為シルバーカー応用歩行を送迎時に月2回、PTと共にいった。

(他職種との連携、役割分担)

家族、本人とデイケアスタッフ、ケアマネと朝礼時に介入内容を説明、共有した。

また、家族には在宅自主訓練のチェックシートを作成して渡し、毎日運動内容のチェックを行ってもらった。

デイケアスタッフには送迎時に自宅手前で車を止めシルバーカー応用歩行を行ってもらった。

まとめ

デイケアでのリハビリを通じてニーズが歩行改善から畑までの移動、及び作業に変化していった。自宅から畑の移動には傾斜地が存在し歩行器使用の単独移動、作業は疼痛増悪の恐れがあった。基本動作能力は高い水準を保っていた為下肢体幹支持性アップ目的の訓練をデイケアで行い併用して在宅で家族の協力を得て自主骨盤周囲筋力訓練を毎日行った。また歩行に自信をつけてもらう為通所リハ送迎時にスタッフ付き添いで畑まで実際に移動、疼痛チェックを行った。現在も月に2～3回は単独歩行器移動で農作業を行えている。いつまでも自分のやりたい事を支援できる様に家族、スタッフ共に見守り続けて行きたいと考えている。

★事例 26

呼び寄せ高齢者の生活混乱期支援において関係者の緊密な情報交換とチームワークで自信回復と社会参加につながった事例

年齢・性別・要介護度	60歳・女性・要介護4
家族構成	夫・娘夫婦と同居
リハビリの種類と経験年数	訪問・通所リハ併用 半年未満
現在のサービス利用回数	月8回実施

プロフィール

脳出血（右片麻痺）発症前は就業しており、家事全般も行うなど積極的な性格であった。発症後、夫婦で県外の娘宅に転居した。慣れない地域での生活となり、不安が強く、娘夫婦への遠慮もあり、自分たち夫婦の部屋への閉じこもり生活となった。日中はテレビを見たり、臥床しなどの生活で低活動である。リハビリ病院退院直後から通所リハ・訪問リハを利用していたが、「利き手がダメになったから何もできない」「怖いから一人で出来ない」と夫に依存的である。身体能力は落ちていないのに、「しているADL」が少ない。

また、注意障害のため転倒リスクが高く、夫は過介助でもある。夫もパーキンソン病の持病があり、要支援1の状態である。

ニーズの把握

（希望調査シートNo.7 炊事、洗濯、掃除など家事をする）

調査希望シートでは「炊事、洗濯、掃除など家事をする」を選択したが、家事や趣味活動への参加を促しても「何にもしたくない」と話す。一方、「右足がしっかり立たないとだめ」という否定的な気持ちを訴えつつ、自分の茶碗ぐらい洗いたいと話す。心理的に不安定であり、発症から1年ということもあり、障害受容が課題となっている。

本人が依存的であることと夫が過介助であることも、本人の閉じこもりに影響している。

通所リハでは機能訓練やゲームなどに積極的に参加する場面もあり、夫や娘に対して「負担をかけたくない」「手伝ってあげたい」という気遣いも見せている。

本人の希望は以前と変わりはないが、希望調査シートは心理的な問題がある場合に話のきっかけになった。

目標の実現にむけてどのような介入を行ったか

夫の過介護と依存的な本人との関係改善を図るために、夫婦が離れて過ごす時間を作った。本人の通所頻度を増やし、本人が楽しみにしている「入浴」の利用ができるようにした。夫にも介護認定を受けてもらい、通所リハを導入し社会との接点を作った。

「しているADL」を増やすために、月毎の目標を定め、簡単な家事（茶碗を洗う）、日中はトイレで排泄、一人でベッドから起き上がる等の行為を行ってもらった。その後、成功体験を積みかさね、少しずつ目標を上げていくことで自信回復につなげた。

残存機能を活用した楽しい生活のためにADL・IADLの改善を期待し、本人は中止を希望していた訪問リハを継続した。

他職種との連携・役割分担

通所リハ、訪問リハ、介護支援専門員、家族（夫、娘）は連携し役割分担を行った。

通所リハと訪問リハでは、それぞれのプログラムと目標を連絡ノートで情報交換し、通所リハPTは訪問リハの場面にも参加した。家族は訪問リハや通所リハに同席し、介助・見守り・声掛けで本人を支援した。介護支援専門員とは日常的に情報交換した。

まとめ

呼び寄せ高齢者が、体も生活も発病により激変した中で、利用者自身がしばらくは甘えたり依存することも必要だ、と関係者が情報交換することで長期的な視点も考慮しながら共通の認識を持って対応することができた事例である。

障害による喪失感に対して家族の協力を得ながら支援しつつ、本人の訴えも傾聴し、潜在的な可能性を取り入れてケアマネジャーがケアプランを微調整した。本人が徐々に生活上の成功体験を積み重ねていくと同時にハビリ専門職が寄り添っているという安心感を提供した。家族とともに、それぞれのサービス提供者達が支える事で自信回復につながり、生活の拡大が図られ活動的な生活に変わっていった。