

# 国保直診と地域で支える リハビリ活動事例集



平成 29 年 11 月

公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会

地域ケア委員会・リハビリテーション部会

## 国保直診と地域で支えるリハビリテーション活動事例集について

地域ケア委員会リハビリ部会では、国保直診の理念の具現化に向けて、直診施設のリハビリ活動について「人にやさしい医療、暮らしを支えるリハビリテーション」を基本理念として、ひろく地域に根ざしたリハビリ（地域リハビリテーション\*参考1）を展開していきたいと考えています。

全国の直診施設のリハビリの役割や療法士の立ち位置は多様ですが、社会のリハビリニーズは急性期、回復期のみならず、訪問リハやデイケアでの維持期（生活期）、そして介護施設等での介護期、終末期まで一貫した関わりと充実が望まれています。

少子高齢社会を迎え地域包括ケアシステム（\*参考2）の構築に加え医療も機能分化していかざるを得ない中、地域、在宅生活を支える生活期のリハビリはますます重要になると考えます。介護予防から治療、そして生活ケアまでを仕事とする直診のリハ活動への期待は大きなものがあります。「医療モデル」から「生活モデル」へと、時代の要請に医療もリハビリもパラダイムシフトを求められています。

今回、リハ部会では「国保直診と地域で支えるリハビリテーション活動事例集」をまとめました。部会員を含む各施設でのリハビリ活動を、チーム医療、院内協働、医療・介護連携、生活支援、継続等をキーに、直診のリハビリならではの関わりの事例を自由に紹介するものです。医療は本来チームケアですが、療法士や看護師、介護支援専門員たちがそれぞれの専門性をいかしながら且つ暮らしを支える視軸を持って、主体的に他のスタッフや組織、行政と協働することの大切さや地域づくりのための活動の様子が見て取れます。

事例では、テーマのあとに疾患名や連携先などのキーワードを記しました。「概要」は関わりのあらすじを、「事例紹介」はプロフィールと関わりの経過を概説し、どのような視点が大切になるのかを「まとめ」としてコメントしています。

事例集はこれで完結ではありません。今後も全国の直診施設の療法士やさまざまな職種によるリハビリ関連の事例の紹介をいただき、今日の地域リハ活動支援事業など、直診の仲間の幅広い活動の実際や工夫を知り、思いを共有しあわせて自身や施設の仕事の振り返りを行い、ともに直診のリハビリの質の向上を図りたいと思います。

皆さんの自由な投稿をお待ちし、継続して活動の発信を行いたいと考えます。

なお、事例集は部会の責任において校正しましたが形態は粗くさらに整理が必要です。本件は数年前からの編纂であり、従って制度的にも旧年のものが含まれること、担当者の意図を尊重した表記のままであることをお断りさせていただきます。

## (参考1) 地域リハビリテーション

### 【定義】

地域リハビリテーションとは、障害のある子供や成人・高齢者とその家族が、住み慣れたところで、一生安全に、その人らしくいきいきとした生活ができるよう、保健・医療・福祉・介護及び地域住民を含め生活にかかわるあらゆる人々や機関・組織がリハビリテーションの立場から協力し合って行なう活動のすべてを言う。

### 【推進課題】

1. リハビリテーションサービスの整備と充実
  - ① 介護予防、障害の発生・進行予防の推進
  - ② 急性期・回復期・生活期リハビリテーションの質の向上と切れ目のない体制整備
  - ③ ライフステージにそった適切な総合的リハビリテーションサービスの提供
2. 連携活動の強化とネットワークの構築
  - ① 医療介護・施設間連携の強化
  - ② 多職種協働体制の強化
  - ③ 発症からの時期やライフステージにそった多領域を含むネットワークの構築
3. リハビリテーションの啓発と地域づくりの支援
  - ① 市民や関係者へのリハビリテーションに関する啓発活動の推進
  - ② 介護予防にかかわる諸活動を通じた支えあいづくりの強化
  - ③ 地域住民も含めた地域ぐるみの支援体制づくりの推進

### 【活動指針】

地域リハビリテーションは、障害のある全ての人々や高齢者にリハビリテーションが適切に提供され、インクルーシブ社会を創生することを目標とする。この目的を達成するため、当面、以下のことが活動の指針となる。

- ・ 障害の発生は予防することが大切であり、リハビリテーション関係機関や専門職は、介護予防にかかわる諸活動（地域リハビリテーション活動支援事業等）に積極的にかわっていくことが求められる。  
また、災害等による避難生活で生じる生活機能の低下にもリハビリテーションが活用されるべきである。
- ・ あらゆるライフステージに対応してリハビリテーションサービスが総合的かつ継続的に提供できる支援システムを地域に作っていくことが求められる。
- ・ ことに医療においては、廃用症候の予防および生活機能改善のため、疾病や障害が発生した当初よりリハビリテーションサービスが提供されることが重要であり、そのサービスは急性期から回復期、生活期へと遅滞なく効率的に継続される必要がある。

- さらに、機能や活動能力の改善が困難な人々に対しても、できる限り社会参加を促し、また生あるかぎり人間らしく過ごせるよう支援がなされなければならない。
- 加えて、一般の人々や活動に加わる人が障害を負うことや年をとることを家族や自分自身の問題としてとらえるよう啓発されることが必要である。• 今後は、専門的サービスのみでなく、認知症カフェ活動・認知症サポーター・ボランティア活動等への支援や育成も行い、地域住民による支えあい活動も含めた生活圏域ごとの総合的な支援体制ができるよう働きかけていくべきである。(2016年改定)

\*日本リハビリテーション病院・施設協会ホームページより引用

#### (参考2) 地域包括ケアシステムとは(山口昇)

- 地域に包括ケアを、社会的要因を配慮しつつ継続して実践し、住民(高齢者)が住みなれた場所で、安心して一生その人らしい自立した生活が出来るように、そのQOLの向上をめざすしくみ
- 包括医療・ケアとは治療(キュア)のみならず保健サービス(健康づくり)、在宅ケア、リハビリテーション、福祉・介護サービスのすべてを包含するもので、多職種連携、施設ケアと在宅ケアとの連携及び住民参加のもとに、地域ぐるみの生活・ノーマライゼーションを視野に入れた全人的医療・ケア
- 換言すれば保健(予防)・医療・介護・福祉と生活の連携(システム)である
- 地域とは単なるAreaではなく、Communityを指す

\*地域医療(全国国民健康保険診療施設協議会)より引用

## 目次

|   |    |
|---|----|
| 1 .....                                   | 1  |
| 急性期、回復期からシームレスに在宅生活を支援                    |    |
| 2 .....                                   | 4  |
| 歯科、栄養との連携、DCと訪問リハとケアマネ連携により当事者の活動、参加を支援する |    |
| 3 .....                                   | 8  |
| 医療、保健、介護保険サービスの活用で在宅を支える                  |    |
| 4 .....                                   | 13 |
| 多疾患を伴う症例と訪問看護・在宅NSTとの関わり                  |    |
| 5 .....                                   | 17 |
| 「家で死にたい」在宅での終末期を支える医療連携                   |    |
| 6 .....                                   | 22 |
| 進行性難病を有する学生の支援                            |    |
| 7 .....                                   | 25 |
| 緩和ケアにおける多職種協働                             |    |
| 8 .....                                   | 28 |
| 「一口でもいい」口から食べたい、を支援する                     |    |
| 9 .....                                   | 31 |
| 老健での摂食嚥下リハでの在宅支援                          |    |
| 10.....                                   | 33 |
| 特養での摂食嚥下リハとチームケア                          |    |
| 11.....                                   | 36 |
| 施設、在宅ケア連携で認知症者を支える                        |    |
| 12.....                                   | 39 |
| 認知症、独居を支える協働、ケアマネジメント                     |    |

|                        |    |
|------------------------|----|
| 13.....                | 42 |
| 生活課題の多い認知症者を支える協働      |    |
| 14.....                | 45 |
| 人工呼吸器装着したALS患者の外出支援    |    |
| 15.....                | 48 |
| 進行性難病者のQOL、在宅生活をチームで支援 |    |
| 16.....                | 51 |
| 重度失語症者、家族の当事者の会を支援     |    |
| 17.....                | 54 |
| 「数日でも家がいい」重度、長期入院者への支援 |    |
| 18.....                | 58 |
| 介護予防教室を通して生活機能の維持、向上支援 |    |
| 19.....                | 61 |
| 地域リハ活動の一環としての町づくり、人づくり |    |
| 20.....                | 64 |
| 地域リハ活動の一環としてのネットワーク化支援 |    |

# 1

## 急性期、回復期からシームレスに在宅生活を支援

〈キーワード〉

高次脳機能障害、独居、退院前会議、試験外泊、  
訪問リハ（住宅改修、福祉用具）、ケアマネジメント

### 概要

脳梗塞、左片麻痺、救急治療の後地域連携パスの利用で当院回復期病棟に転院。転院時、麻痺は軽度であったが高次脳機能障害により基本動作全般において介助や誘導が必要であった。独居での在宅生活は困難と思われたが、ご家族の協力を得ることで自宅退院を目指した。3カ月間の回復期リハビリにおいて、退院前訪問で生活上の困難点等を把握し、住宅改修・福祉用具の導入を行った。家族間の役割の確認や試験外泊・サービス担当者会議を行いながら在宅への準備を進め、家族に可能な介護状況に合わせたサービスの利用で自宅退院できた。

### 事例紹介

氏名：H氏 年齢：81歳 性別：女性

病名：脳梗塞 左橈骨遠位端骨折

障害名：左片麻痺・高次脳機能障害

障害高齢者の日常生活自立度：A2

認知症高齢者の日常生活自立度：Ⅱa～?

介護保険：要介護3

家族構成：3年前に夫が他界後独居、長男は町内、長女は県外、次女は隣接市に在住

キーパーソン：次女

生活環境：持家、木造住宅で段差が多く環境整備の必要あり

### 支援経過（病歴、障害歴含む）

- 平成×年6月 実家を訪れた長男が畑の中で倒れているところを発見し、〇病院へ救急搬送。脳梗塞および左片麻痺を認める。また発症時の転倒により左橈骨遠位端骨折を受傷。脳梗塞に対しt-PA投与、骨折に関してはシーネ固定にて保存的加療。
- 同年7月 脳卒中地域連携パスにて当院回復期リハビリ病棟転院となる。

《入院時のADL》

移動：車椅子駆動介助、場所の把握が困難、所在確認が必要

食事：嚥下食、自立、セッティング等必要

排泄：移乗一部介助、リハビリパンツ使用、尿便意曖昧  
ポータブルトイレにて排泄していたが失敗もあり

更衣・整容：セッティングや声かけ必要、季節に合わない衣服の着用等もみられた

意思疎通：可能だが、発動性低下が著しく発話自体も少ない。場所の間違いや人物の錯誤、思い込みが強く会話も辻褄が合わないことが多くあった

精神機能：長谷川式簡易知能評価スケールでは 30 点中 20 点台前半

- ・7月末 シーン固定除去、嚥下機能検査にて機能の問題は解消されていることを確認のうえ、増粘剤使用は中止となった。

集団での活動や音楽療法への参加など他患者との関わりが増加に伴い徐々に活動性向上がみられた。依然として、注意力低下・指示理解の低下は残存しており、ADL においては動作自体の安定性は向上するも、セッティングや見守り・誘導は常時必要であった。排泄においては失敗が続いている状況であった。

- ・9月 歩行の安定性向上に伴い見守りでの病棟内での 1 本杖歩行を開始、今後の生活について本人・家族と徐々に話し合いを始めていった。

本人・家族ともに退院後は自宅での生活という漠然とした希望はあったが、具体的な生活というところまでのイメージはできていないように見受けられた。本人が自宅での生活を強く訴えられることは少なかったが、家族が本人の気持ちを理解したうえで、慣れ親しんだ自宅で生活をさせてやりたいという思いで在宅生活を希望されたのではないかという印象を受けた。

しかし、入院生活において、ADL 全般に見守り～軽介助を要する状態であること、認知面の低下、それに伴い自己判断能力の低下、またリスク管理の面においても不安は大きいことが予想され、独居での生活は困難であろうかと考えられた。これらの状況は本人・家族、主治医、病棟師長、リハビリスタッフ・ソーシャルワーカーでの面談にて家族に伝え、また面会時の本人の行動や発言からも家族は独居での在宅生活についての困難さを徐々に理解されていった。

子供たちはそれぞれ独立して家庭の事情を抱えるなかで、どのようにH氏の生活の援助をしていくかが課題であったが、家族間での話し合いを重ねた結果、交代でH氏宅へ寝泊りし、常時見守りができる体制をとることで自宅退院を決定された。

在宅生活に向け、IADL を再獲得するべく訓練内容に取り入れた。実際の活動をされるなかでは事故につながるようなこと（調理、炊事場面）もみられたため、独居でのIADL（主に家事）は事故のリスクも高く見守りが必要と判断し家族に伝え、退院後一人で過ごす時間が無いように常時見守りができる体制を整え、また家事等行う場合は見守りのもと一緒に活動してもらえよう提案した。

- ・9月中旬 自宅退院を目標に環境調整等行うため、H氏は家族とともに一時外出し、担当療法士はケアマネジャー・住宅改修業者と同行訪問して家屋チェックを行った。住宅改修については、玄関から居室へ上がる部分へ階段と手すりを設置することにした。また、本人の居室へ電動ベッドと付属品をレンタルすることとした。さらに、居

室とトイレまでの導線が長い安全に排泄できるようポータブルトイレを、浴室内には元々手すりの設置があったため、浴槽台とバスチェアをそれぞれ購入予定とした。ご家族の見守りのもと安全に入浴できるよう準備した。

- 10月初旬 試験的に外泊を試みてもらうよう調整を行った。試験外泊時には住宅改修と福祉用具の搬入が終了し、環境調整が整った状態での外泊ができた。退院に向けての調整は進んだが、その矢先に長男が入院され退院の目処が立たない状況となった。しかしショートステイ利用を頻回に取り入れ、在宅中は2人の娘がご本人宅へ宿泊して在宅生活の援助にあたりたいと希望された。
- 10月中旬 サービス担当者会議では、社会福祉士が中心となり当院病棟師長、リハビリスタッフ、ケアマネジャー、関係機関のスタッフが集合し、本人ご家族とともに今後の在宅生活についての情報・意見交換を行い、ケアの統一化を図った。脳梗塞後遺症の身体的な問題は少ないながらも認知面の低下と高次脳機能障害で日常生活上の全般に声かけや見守りを必要とする状況である、ということころを在宅生活の課題とし援助を行っていくことを関係スタッフで再確認した。

#### 《退院時のADL》

移動：1本杖または独歩

食事：自立、セッティング等必要

排泄：リハビリパンツ使用、ポータブルトイレで排泄していたが失敗もあり

更衣・整容：セッティングや声かけ必要

意思疎通：可能だが、認知面低下による辻褃の合わない言動あり

場所の把握が困難など

## まとめ

麻痺は軽度で身の回りのことはほぼ可能だが、認知面の低下・高次脳機能障害の影響で、発症前のような独居での生活は難しく家族の援助が必要なケースであった。

子どもたちのH氏の希望に添えるようにできる限りの援助を行いたいという意向と、わずかな時間でも住み慣れた自宅での生活を送りたいというH氏のことを尊重した取り組みだったが、常時の所在確認が必要で転倒リスクも考えられる状態での在宅生活を支えるため、近隣施設のショートステイの活用とともに、家屋改修及び福祉用具等の住環境整備をしたことでH氏を支援することができたと思われる。

H氏のように高齢でありながら独居での生活を営むケースは少なくない。こういった場合、地域リハビリテーションでの活動は介護保険の利用のもとケアマネジャーをはじめとする関係機関での情報の共有、それに伴いサービスを提供する側のケアの統一化、また住み慣れた自宅での生活を出来る限り安全に行えるよう環境調整等、さまざまな準備を行うという点での支援が必要になってくると考える。

# 2

## 歯科、栄養との連携、DCと訪問リハとケアマネ連携により当事者の活動、参加を支援する

〈キーワード〉 摂食嚥下障害、歯科、栄養、旅行、仲間、DC、訪問リハ、在宅ケアマネジメント

### 概要

脳出血、右片麻痺、構音障害で杖歩行レベル。発語は不明瞭だが意思疎通は可能。発症時に歯科的損傷が重なり口腔機能が低下して、経口摂取に難渋した。退院後は、訪問看護の入浴支援、通所リハビリや訪問リハビリとともに歯科治療、口腔リハビリを実施しながら在宅生活を継続する。本人は積極的にリハビリに取り組み、次第に〇〇温泉に行きたい、ふぐが食べたいなどの希望を持つようになった。この思いにこたえるためにリハビリスタッフ、歯科スタッフはその都度必要な情報提供や目的達成をめざした練習を行っていった。また、医療面や栄養士による支えもあった。デイケアでは新しい仲間に出会い、のちに家族ぐるみの付き合いに発展した。その後、体調を崩して入院することもあったが、再び活気を取り戻し、仲間を巻き込んで様々なことにチャレンジされるようになった。

### 事例紹介

氏名：N氏 年齢：66歳 性別：男性  
病名：脳出血後遺症  
障害名：右片麻痺・構音障害・歯周疾患・外骨症  
障害老人の日常生活自立度：J-2  
職業歴：自営業  
家族構成：妻・息子と3人暮らし（発症後ご両親他界）  
キーパーソン：妻  
生活環境：持ち家、家の前には急な坂があり

### 支援経過（病歴・障害歴含む）

自宅に、介護が必要な両親と妻・息子と5人暮らし。妻と自営業をされ、両親の介護をしながら生活をしてきた。平成X年、突然、痙攣発作・脳出血にて倒れ、緊急入院となった。右片麻痺・構音障害出現、治療・リハビリが開始された。発症時、痙攣発作のため、歯の損傷がひどくあった。歯周疾患・外骨症があり、入院当初、食事をとれない状況であった。歯科紹介され、歯科治療・口腔ケアが開始となった。構音障害・発

語不明瞭・発話速度の低下・咀嚼困難であったため、言語聴覚士による言語訓練・嚥下評価・訓練を経て食事は普通の食事が可能となった。病院食も全量摂取できることが少なく特別食であったため、栄養士によるかかわりも密に行われた。約 6 ヶ月の入院生活を経て自宅退院となった。在宅復帰時には屋内 1 本杖歩行自立・入浴以外のADLは自立していた。

・退院時の生活～在宅サービスを経て動作獲得・ステップアップ

①食事：普通食。食は細い方である。普通量は食べられずいつも残されている。

自営業の経営、当時は両親の介護も必要であった上、妻への介護負担は大きくあったため、昼食は配食サービスをとられていた。食事中、頬をかむと食事を途中でやめたり、気分的に落ち込まれることが多くあった。

平成 X+1 年 7 月、食事の飲み込み不良があり、食事量はまちまち、体重の減少もあったため、主治医に相談。エンシュアリキッド内服での栄養補給も同時に開始された。食事形態の工夫が行われ、咀嚼障害が著明に見られているため咀嚼回数が少なく楽に飲み込める形態「きざみ食またはミキサー食」での食事を試みた。また、同時期に通所リハビリでの栄養士のかかわりが始まった。体重の変移や食事内容の指導など密な関わりにて体重に増大がみられ、Alb 数値も安定した。さらに、歯科受診継続にて口腔内の清潔保持や口腔運動指導を行い、咀嚼が改善、以前よりスムーズに食事が取れるようになってきた。配食サービスは終了し、奥さんが昼食も作る事となった。再び普通食に近いものが食べられるようになった。

②移動：屋内移動は 1 本杖歩行自立、屋外移動は、車椅子が必要。

屋内移動は自立して在宅復帰となったものの、急な坂の上の持ち家という条件があり、外への移動が課題であった。訪問リハビリの介入により、セニアカーの練習を経て外出動作の獲得となった。また自信が付き、散歩の実施や通院も一人で行えるようになった。

③入浴：一部介助～見守り。

退院当初は、入浴動作に介助が必要であったため、訪問看護による入浴支援が必要であった。訪問リハビリの介入により訪問看護時の動作指導を看護師・本人・家族に行い、動作の統一、不安の軽減を図り、繰り返し訪問の度、動作を行うことで、入浴動作の獲得とつながった。

④意思疎通：家族とのコミュニケーションは可能。

構音障害・発話速度の低下・流涎著明なため、電話の応対や他者との会話に不具合を感じられていた。通所リハビリでの言語聴覚士の介入や仲間との会話量が増えるにつれ、著明な改善はみられないものの本人からも意欲的に話される機会が増えた。

⑤心理：脳出血・脳梗塞の既往により、病気への不安感は強くまた後遺症があることで、意欲の低下がみられていた。在宅復帰後のサービスで、在宅でもできることが増え「次は何ができるだろう」と本人のモチベーションの向上・行動範囲の拡大につながっていた。

- 転機

日常生活がほぼ自立した頃に、気分的にも余裕ができてきた。ある訪問リハビリの日に「テレビで見た〇〇温泉に行ってみたいなあ。あそこのお湯は、病気にいいと聞いたから。」と療法士に相談をしてみた。もともと挑戦心の強かった本人は、療法士の助言により「温泉旅行」が目標となった。

本人・家族の不安点は 2 つ、移動と食事であった。移動については、療法士が温泉への連絡や環境チェック・移動手段の提案・交通手段の情報収集をし、予定を組み立てた。また、通所リハビリでの外出時、エスカレーターの練習を行い、様々な移動手段の獲得に努めた。食事については、通所リハビリの言語聴覚士が食指導。食べやすい物を助言した。本人は、家で口腔内運動を行い旅行に備えた。

平成 X+1 年 9 月、旅行当日、奥さんの不安はあったものの一人旅へ出発。移動もスムーズにこなされ、食事も満足のいくものだったと感想を述べられた。この「温泉旅行」が、大きな達成感が生まれた。また、一つの大きな踏み台になり、さらに「次は・・・」と意欲の向上につながった。

- 通所リハビリでの出会い

通所リハビリで比較的同年代の男性が集まる日を参加日とした。通所リハビリの回数を重ねるごとにその方々と意気統合。麻雀から小グループ・言語療法への参加など様々な取り組みに挑まれてきた。利用者さん同士も、個人と個人の付き合いから、次第に家族ぐるみの付き合いに。平成 X+2 年「たのしいしあわせ会」の設立となった。

- 再入院

平成 X+3 年 2 月頃より「飲み込みがうまくいかない」と再度訴えがあった。以前同様、主治医からはエンシュアリキッド内服が処方され、食事と併用されていた。

同年 4 月、大腸憩室下血で入院。食事量の低下、体力・モチベーションの低下がみられた。食事量の低下については、脳出血後遺症があるため、入院を機に再度、耳鼻科紹介し嚥下機能検査が行なわれたが、嚥下機能には問題ないと判断された。咀嚼障害が著明にみられているため「きざみ食またはミキサー食」での食事。引き続き、歯科での口腔内の清潔保持・口腔内運動の継続によって、食事量は増えていった。特別食であったため、栄養士のフォローも加えられた。体力も徐々に体力がつき約 1 ヶ月の入院を経て自宅復帰となった。

- 在宅生活の再開

通所リハビリを継続。脳外科・リハビリ科の定期受診、歯科受診は継続された。また、栄養面の心配から、通所リハビリでの栄養士のかかわりを継続した。父親は他界、母親も近くの介護老人保健施設へ入所されていたため、奥さんの介護負担も以前に比べると軽減されていた。入浴は通所リハビリにて実施するため訪問看護・入浴支援は終了、一人で通院も可能となったため訪問リハビリ終了とした。

食事面に変化があり、不安が強かったが歯科受診による口腔内の清潔保持・口腔運動の継続と通所リハビリ・言語聴覚士の口腔リハビリにより、徐々に不安は軽減されていった。夏場など、特に食欲低下がみられる時には、主治医がエンシュアリキッド内服を処方され、健康維持ができていた。

#### ・S市旅行

「ふぐが食べたい」と発した一言で、「たのしいしあわせ会」メンバーでの平成 X + 4年 1 月、S 市旅行の計画が始まった。数回の旅行経験で、旅行の手配・注意する点なども本人達で確認ができた。

移動に関する不安はなく、食事については、通所リハビリの言語聴覚士が、「『すり鉢・すりこぎ』でやってみてはどう?」と一緒に食事を試してみたり、食べやすくする方法を助言し、道具の購入をして家で練習を行ってもらった。旅行には「すり鉢・すりこぎ」の持参により、不安なくご当地の食事を奥さん・メンバーと満喫された。「疲れたが、その土地のおいしい料理をいただけた」と満足されていた。

#### ・更なる挑戦

構音障害・発話速度の低下を理由に、通所リハビリのカラオケに参加されることのなかったが「たのしいしあわせ会」メンバーに歌の先生がおられ、会のメンバーによるカラオケ教室に参加できることとなった。現在、月に 2 回参加され、4 月には発表会に出られるとのこと。人前で歌うことへのチャレンジされることとなった。今後はさらに日本を飛び出す旅行を検討されている。

## まとめ

脳出血で右片麻痺・構音障害が残存しているNさん。発症後、咀嚼障害で食事がとれなかったが、歯科と言語聴覚士のかかわりにより、普通食が食べられるまでとなった。退院当初は、日常生活がやっと過ごせていた状況であったが、訪問スタッフの関わりにより、できることが一つずつ増え、在宅生活から外へ目を向けることが出来るようになってきた。退院後も、日頃から口腔への意識ができており、歯科での口腔内のチェック・口腔内運動の実施により、口腔内の機能が保たれ食事ができていた。食事量の低下や体重変化を敏感に感じ、エンシュアリキッド内服の処方や栄養士からの栄養指導で、健康維持ができたと考えられる。

旅行・外出には、移動と食事が伴う。食事も大きな課題となる。不安要素を専門のスタッフの関わりによって、本人・家族への不安材料を少なくすることができ、外出への大きな一歩を踏み出すことができた。

また、何気なく「〇〇へ行ってみたい」と発した一言を逃さなかった訪問スタッフの関わりにより、現実できたのだと思われる。これは、Nさんにとって大きな転機となりQOLの向上・意欲の向上となったと考える。もともと前向きな性格ということもあり、その後も映画鑑賞や食事会・旅行にチャレンジされている。

自ら作られた「仲間」と旅行ができるのは、家族の支え、安心できる医療・専門職・介護職からの助言があるからこそであると思われる。後遺症をものともせず、人生を謳歌されるNさんに、パワーをもらっている方々も多いと思う。N氏が、安心して旅が続けられるように、これらも支援していきたいと感じた。

# 3

## 医療、保健、介護保険サービスの活用で在宅を支える

〈キーワード〉

シャイドレーガー症候群、保健師、地域包括支援センター、専門医療、訪問リハ、介護予防デイサービス

### 概要

起立性低血圧などによる生活の困難さに対し、地区担当保健師から地域包括支援センターにつなげ、必要なサービスを利用していた。その後、繰り返す転倒による首の痛みと専門医によりシャイドレーガー症候群と診断されたショックでADLが急激に低下し、閉じこもりとなった。その後、在宅生活の継続が困難となりMリハビリテーションセンターでの集中的なリハビリが行われた。退院時には、通所サービスの利用が適当であると思われたが、本人にとっては新たなストレスとなり、つなげることはできなかった。そこで、訪問リハビリが導入された。訪問で在宅生活を支援していくことによって、少しずつ生活に慣れ、活動範囲を広げていくことができた。これが少しの自信となり意欲を取り戻すきっかけとなって、通所サービスの利用開始となった。状況の変化に応じ、その都度多職種でカンファレンスを行い包括的な関わりを行うことで、生活機能を維持しながら在宅生活を継続している。

### 事例紹介

氏名：M氏 年齢：75歳 性別：女性

病名：シャイドレーガー症候群、起立性低血圧

自立度：A1

要介護度：要支援2

職歴：農業

家族構成：夫と二人暮らし、娘2人、息子1人とは別居（同市内に二女在住）

### 支援経過（病歴、障害歴含む）

#### 1) 発症と保健師、地域包括支援センターの支援開始

平成X年1月、失神発作にて内科受診。その後、約2ヵ月間起立性低血圧などの精査目的で入院となる。以後内科外来にて内服を中心とした治療が続けられるも、失神や転倒が繰り返されていた。

平成X+1年2月頃から腹圧性尿失禁が出現し、同年5月泌尿器科を受診後、12月に腹圧性尿失禁の治療目的で入院。1ヵ月間の入院中TVT手術が施行され

るが、退院後も尿失禁や頻尿などの排尿障害が続き自己導尿が月 2 回程度必要となる。

同年 12 月介護保険を申請。

当町では新規申請者の認定調査はその地区担当の保健師が行うことになっているため、調査時に転倒や排尿障害といった生活の困難さを保健師が把握。保健師は住宅改修など介護保険サービスが必要と思われたので、要支援 2 と認定された後に地域包括支援センターのケアマネジャーと同行訪問。その時にM氏から「トイレの回数が多くて困る」「足がふらついて、あちこちでこけている。意識がなくなる時もある」「特に夜中トイレへ行くときはひどくこげやすい」など訴えられた。そしてまずは、夜中にトイレへ歩いて行かなくてもいいように寝室にポータブルトイレを設置し、また転倒の多い廊下と勝手口到手すりを取り付けることで、ある程度の転倒は予防できると判断され早速用意された。それからケアマネジャーが訪問し、生活状況を伺う中で「尿漏れがひどく導尿を続けているが、独りではうまく行えない。月に 1 回次女が手伝ってくれるがそれでは何も変わらない。」と話され、主治医をふまえたカンファレンスの後、訪問看護（週 2 回）を利用することになった。

## 2) 病状の進行、専門医による確定診断

平成 X+2 年 4 月、日常生活状況の確認と体調の管理、導尿を行うために訪問看護が開始される。導尿が確実に行われるようになったため、残尿が少なくなり、尿漏れが軽減され体調がよくなったと実感されていたが、歩行の不安定感は変わらなかった。毎日血圧を朝昼夕の 3 回記録しており、血圧が低いようであれば活動はせず休むなどして転倒を防いでおられたが、庭先でこけたり、田んぼに落ちたりと数々の転倒がおこっていた。訪問看護はMさんのその歩行状態等、内科主治医に報告し対応が検討されていた時、ある朝自宅前のコンクリートで転倒。骨折はしていなかったが頸部と下肢に痛みが残り、閉じこもりがちとなってしまった。

同年 6 月中旬、その状況が訪問看護より内科主治医に報告され、神経内科へ紹介となり、検査の結果シャイドレーガー症候群と診断された。その後、頸部の痛みがさらに悪化し、ADL が急激に低下。病気に対する不安も強くなり活気がなくなっていた。

## 3) M リハビリテーションセンター入院—集中的なリハビリテーション

このような状態では在宅生活の継続が困難と思われたため、同年 6 月末、ケアマネジャーより M リハビリテーションセンター（以下リハセンター）が紹介され、その後入院となる。頸部の痛みを軽減、筋力、体力の低下など廃用症候群の防止、歩行能力、ADL 能力を改善させ、I ADL が安全に行えて生活機能を改善するために、PT、OT、ST、Ns による集中的なリハビリテーションが行われることになった。

リハセンターでは、物理療法を行い頸部の痛みが改善するにつれてADLは自ら行えるようになり、マシントレーニングや杖歩行、歩行器歩行練習を行い、廃用症

候群を防止。体力に余裕がでてきた頃には、買い物や洗濯、料理など家事のIADLの練習がすすめられた。

また、転倒予防のため「どのような所で転倒しやすいのか」「どういう時に血圧が低下しやすいのか」を入院生活の様々な場面で伝えることにより、M氏は体の特徴を理解され自ら危険を予測し行動できたので、入院中は1度も転倒されることなく過ごすことができた。そして、自宅でもADLやIADLはある程度安全に行える状態になり、退院に向けてのサービス調整が始まった。

担当療法士は、M氏の外泊時に合わせ退院前訪問を行い、在宅生活の動線を確認しながら手すりの設置箇所を決定。移動は屋外歩行器、屋内は杖を利用してできるよう福祉用具の選定が具体的に行われていった。

しかしADL、IADLが安全に行えたとしても、今までのM氏の生活の中心であった畑仕事は、作業面積が広く舗装されていない山道を通らなければならないので転倒の危険性が高かった。本人も「今までのようにできないし、するつもりもない」と言われていた。そのため、閉じこもりがちな生活となり転倒を繰り返してしまうようになるのではないかと心配された。そこで通所サービスの利用が提案されたが、M氏は「知らない他人と話すのは得意ではない」「歌や手芸もしたくない」「車に酔うので遠い所へは行けない」「夫がいるので長い時間家を空けられない」などの理由で利用しないという思いがとても強かった。病前からMさんは集会等、集団の中で過ごす事を好まれない方でもあったので、退院時には通所サービスへつなげることができなかった。

そしてM氏自身も退院後、実際に家の環境で転倒せずに家事等できるかどうか心配していたので、訪問看護に加え訪問リハを利用し在宅生活を支援していくことになった。

退院前カンファレンスを自宅で行い、本人と家族、ケアマネジャーとリハセンターの療法士、訪問看護、訪問リハ、福祉用具貸与事業所が出席。リハセンターでの状況や予測される家での安全な動作方法など具体的に情報が在宅スタッフに伝えられ、同年8月リハセンター退院。その後すぐに訪問サービスが開始された。

#### 4) 在宅生活支援—生活の再建

訪問看護により定期的な導尿が行われ、訪問リハでは在宅生活が入院生活との違いにより生活機能が低下することのないように、入院時に練習した動作を実際の家で行い、定着できるよう練習を重ねていった。トイレ動作や入浴動作、炊事洗濯が安全に行えるか確認。掃除機が立てかけられないことに困っておられたので、普段の掃除は紙モップを使用し、座ったまま軽い力で行える方法を紹介した。また、生活範囲を実際に歩行しながら、転倒しやすい場所を伝えることも行っていった。あえてひとりで歩くと危ない畑への山道を歩き、転倒しそうになりながらもその危なさを体験していただいた。転倒してしまった場所へ行きその原因を推測して伝え、同じような転倒が起きないように関わった。

そして在宅で関わるスタッフは訪問時にMさんの生活状況の様子伺い、お互いに報告し合いながらMさんが不安に思っていることや病状の変化にすぐ対応できるように連携をとっていった。

そうして、以前のような大きな転倒を繰り返すことがなくなり庭先の小さな畑なら草抜きが行えるなど、少しずつ安全に動ける生活範囲が広がっていった。

10月の終わり頃にはMさんが玉ねぎを植えたいと言われ、訪問リハがその作業を確認。畑を耕すことは夫が行っておりMさんは苗の植え付けを行うことになっていた。転倒されないように座って行き、急に立ち上がらないなど自ら気をつけながら160本の苗を安全に植えることができた。

#### 5) 訪問リハビリから介護予防デイサービスへ

同年11月、朝、夕が寒くなりM氏は体の動かしにくさを感じ、「このまま冬になったら、体が思うように動かなくなりそう。どうなるのかな。」と心配されていた。また、冬になれば畑での仕事がなくなるので、日中寝ることが増えてしまうことも予測された。そこで、閉じこもりとなりやすいこれからに時期は通所サービスの利用が生活機能の維持には必要と思われたため、訪問リハの時に再度利用を提案。「I デイサービス」を紹介した。「I デイサービス」は要支援者を対象とした介護予防デイサービスで、利用時間は短時間であり、体操やパワーリハを中心とした関わりが行われている。場所もMさんが通院している病院の隣にあるため車酔いの心配も少なかった。夫も妻の心配をされておりデイサービスの内容の説明をすると、利用することに賛成され、Mさんが「それなら一度行ってみようか。」と言われたので、まずは体験利用を試みるようになった。

「I デイサービス」のスタッフには事前に、病状や生活状況等デイサービス利用の必要性をケアマネジャーと共に伝えており、もし体験利用をされることになれば送迎の配慮が可能な利用日を確認していたので、次の週には体験利用が可能となった。

体験利用時には訪問リハスタッフがデイサービスに訪問し、Mさんとデイサービススタッフに会い様子を確認するなど、普段慣れているスタッフがMさんに不安なくすごしていただけるよう行動した。体験利用の結果「あれなら行ってみようか」と言われ、その1週間後にはデイサービスの利用が開始。週1回の利用を予定していたが、本人の希望で週2回の利用となった。

同年11月、デイサービス開始前に、本人・家族、ケアマネジャー、訪問看護、訪問リハ、デイサービスが参加し、自宅にてカンファレンスが行われた。デイサービス利用時も起立性低血圧による意識消失と転倒が心配されたが、神経内科の医師に確認された予防方法と意識消失時の対処方法が伝えられた。そしてデイサービスの利用が開始されれば、閉じこもりとならず且つ機能が維持できると思われたので、訪問リハビリの目標は達成されたため終了となった。しかし、デイサービスが定着しなかったり、進行性の疾患であるため今後の状況に応じて再開することになった。

同年12月 デイサービス利用開始

M氏は休まず利用しており、他の利用者とも馴染まれて、楽しく利用されている。歩行の姿勢が良くなったなど本人が実感されている効果もあって、その後も生活機

能が低下することなく在宅生活が継続できている。

## まとめ

シャイドレーガー症候群は、起立性低血圧を中心に排尿障害、発汗障害、便秘、強いいびきなど自律神経症状を主軸とし、小脳性運動失調やパーキンソン症状が重なる進行性の神経変性疾患である。そのため徐々にADL、IADLは低下し、介護が必要な状態となってしまう。

M氏は病気や今後に対する不安や喪失感で多くの不安を持ち、閉じこもりとなってしまった。介護予防は、まず閉じこもりを予防することが大切である。今回、保健医療福祉のサービスが包括的に関わったことにより、M氏は介護予防デイサービスを利用され今では休むことなく、デイサービスの雰囲気馴染んで過ごされている。今後もデイサービスを利用し続けることで運動機能の向上だけでなく、予定のある生活ができ、仲間と会い、話し、過ごされる中で更に意欲を取り戻されるきっかけになればと思う。

M氏は進行性の疾患で、今後病状の変化によって様々な支援が必要になることが予測される。必要な時に必要な支援を行うためには、今回のように保険医療福祉のサービスが包括的に関わることで、幅広い支援が迅速に行うことが可能となる。これからもM氏が住み慣れた地域でいきいきと過ごしていただいているように、この連携を大切にして支援していきたい。

# 4

## 多疾患を伴う症例と訪問看護・在宅NSTとの関わり

〈キーワード〉

褥瘡、訪問看護、栄養サポートチーム、リハビリ、在宅支援

### 概要

脳出血、化膿性脊髄炎による対麻痺で、膀胱瘻と人工肛門造設。また、糖尿病により全身は循環不全で褥瘡のリスクが高く、左大腿部は切断を余儀なくされたため、在宅生活では福祉用具を導入して環境調整を行った。在宅では誤嚥性肺炎での入退院を繰り返し、入院中は嚥下リハビリや食事の工夫にて対応した。病状から褥瘡や栄養の管理は重要で、病棟NSTが発足されると同時に関わりを開始し、自宅退院に際しても連携して対応した。その後、在宅NSTが立ち上がり病院・在宅・介護施設と切れ目のない体制が図れるようになった。現在は、入院回数が減少するとともに入院日数も短縮している。

### 事例紹介

氏名：T氏 年齢：83歳 性別：男性

病名：脳出血、化膿性脊椎炎、糖尿病、両下肢閉塞性動脈硬化症

障害名：対麻痺、左大腿切断、膀胱瘻、人工肛門

生活自立度：B-2

キーパーソン：妻、嫁・長男の協力あり

現在のADL：〈食事〉水分はトロミ使用でセットすれば自立

〈排泄〉全介助（人工肛門・膀胱瘻）

〈移動〉ベッドから車椅子への移動はリフト、電動車椅子の操作は自立

〈座位〉左大腿部切断と胸椎からの麻痺のため不安定で前屈しやすい

### 支援経過（表-1）（病歴、障害歴含む）

#### ・発生から長期入院を繰り返す時期

平成 X 年に脳出血や、化膿性脊髄炎により対麻痺となる。麻痺の増悪や、循環不全を起こし、冠状動脈バイパス手術、更に左大腿部の切断を余儀なくされた。循環不全や糖尿病のため下肢には創が出来やすく、仙骨部を含めて全身の循環不良の観察が必要な状態であった。訪問看護と通所リハビリで定期的に状態観察を行い、訪問看護（リハビリ）で福祉用具を導入し、座位の安定を含め体力維持に努めた。導入した福祉用具は、移乗用リフト・電動車椅子・車椅子用クッション・電動ベッド・サイドレール・介助バー・褥瘡予防マットである。

- 誤嚥性肺炎の再発を繰り返す時期

左大腿部切断後から、本人や家族も下肢の保護には注意するようになった。傷の悪化は少なくなったが、発熱を繰り返し誤嚥性肺炎で入退院を繰り返した。入院中に、嚥下検査を行い誤嚥が認められると診断され、嚥下食を開始し、管理栄養士や言語聴覚士による支援で食事の工夫を始め、リハビリの訓練などを継続し、頻回に起こる誤嚥性肺炎の治療に努めた。

病棟NSTが発足すると同時に、Tも定期的にNST回診をうけ、肺炎を予防するため、治療やリハビリなどが継続的に行なわれた。退院後は訪問看護（リハビリ）を中心に、管理栄養士・薬剤師はもとより、通所リハビリのスタッフも、栄養確保やトロミ使用確認を行ない対応した。

- 病状安定期

在宅では、病棟NSTと連携して支援を行うことで、除々に本人や家族の食事の工夫に対する受け入れが良くなり、誤嚥性肺炎が減少した。

平成×年+7年12月に訪問看護に緊急電話があり、緊急受診すると、脳梗塞再発との診断とされ、14日間の入院で、早急な処置・対応で重症化には至らなかった。更に平成×年+8年4月からは、在宅NSTが発足し、在宅・介護施設・病院と切れ目なく栄養評価ができる体制が確立でき対応している。（資料1、2）

## まとめ

経過が長く、医療依存の状態も大きくなってきたこの症例は、誤嚥性肺炎の繰り返しと、糖尿病の悪化で体力低下も急速にすすみ、更なる悪化が予測された。定期的にNSTが介入することで、各居宅サービス事業者間の蜜な連携が保たれ、ケアの統一が図られた。その結果、入院回数も除々に減少し、入院日数も少なくなった。このことから、本人が「少しでも長く家に居たい」という強い想いを叶えることができていると考える。

図-1のように、栄養不良や床ずれなどが発生すれば、訪問看護（リハビリ）が必要となり、各サービス事業者より報告を受け、担当医と相談を行うとともに、ケアマネに連絡しサービス内容の変更も視野に統一した処置や工夫を始め、管理栄養士・薬剤師・歯科訪問など居宅管理指導を行なう。

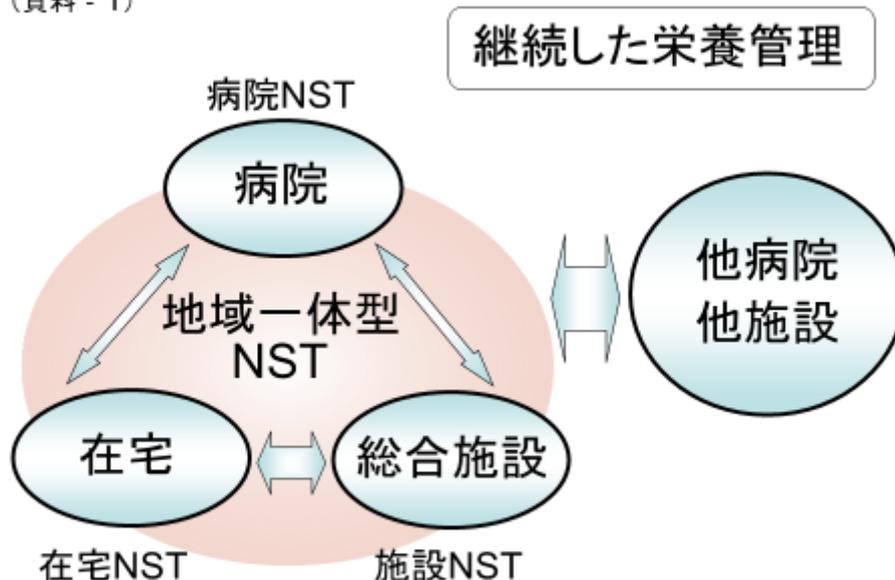
このように栄養状態をアセスメントすることで、スタッフの共通認識の基で病状変化を早期に確認できる。在宅NSTでは、当院で作成したアセスメント用紙をもとにして、「予防」の観点から月1回の定例カンファレンスを行っている。アセスメント用紙を用いることで、各スタッフが統一した関わりをもつことができ、病状の改善をスムーズにしていると思われる。受診困難な利用者に対しては、在宅NSTのチーフである外科医が、訪問診療を行っている。

主介護者は高齢であり、更なる福祉用具の工夫も必要と思われる。また、主介護者の変更も視野に、施設サービスの導入も含めた体制作りが必要となってきている。

(表-1) Tさんの療養経過

| 時期                   | 年月              | 在宅と入院<br>(入院日数) | 病状                      | 処置・対応                                    |
|----------------------|-----------------|-----------------|-------------------------|--|
| ①発症から長期入院<br>の繰り返す時期 | 平成X年～<br>平成X5年  | 約7年間入院を繰り返す     | 脳出血・化膿性骨髄炎の対応<br>不安定歩行症 | 冠状動脈カテーテル手術施行<br>人工肛門造設<br>嚥下練習にて水分に口を併用 |
|                      | 平成X6年           | 11月<br>12月      | 誤嚥性肺炎                   | 誤嚥検査にて嚥下食の実施<br>吸引器使用                    |
| ②誤嚥性肺炎の<br>繰り返す期間    | 平成X7年           | 1月              | 在宅                      | 在宅での吸引器使用                                |
|                      |                 | 2月              | 入院(17日間)                | 誤嚥性肺炎                                    |
|                      | 3月              | 在宅              |                         |  |
|                      | 4月              | 在宅              |                         | 在宅酸素設置                                   |
|                      | 5月<br>6月        | 入院(28日間)        | 誤嚥性肺炎・胸膜炎・糖尿病の悪化        | 病棟NST開始                                  |
|                      | 7月<br>8月<br>11月 | 在宅              |                         |  |
|                      | 12月             | 入院(14日間)        | 脳梗塞再発・不全麻痺              |  |
| ③病状安定期間              | 平成X8年           | 1月<br>3月        |                         |  |
|                      |                 | 4月<br>5月        | 在宅                      | 在宅NST開始                                  |
|                      |                 | 現在に至る           |                         | 定期ショートの利用開始                              |

(資料 - 1)



(資料 - 2)

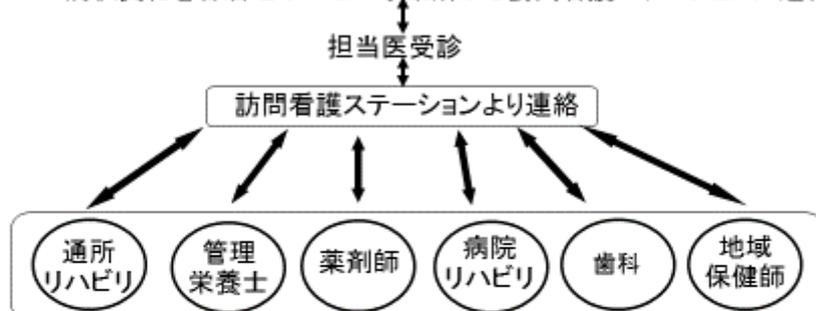
## 在宅NSTの概要

- 病院NSTのコアスタッフの主導で発足
- 平成X年2月に組織され4月より稼動を始めた
- 訪問看護ステーションを中心に機能する

## 在宅NSTの仕事

- カンファレンス(在宅スタッフとの連絡 月1回)
- 訪問診療(病院NST医師)
- 居宅療養管理指導  
(薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士、リハビリ)
- 栄養に対する意識向上のための勉強会
- 開業医との連携
- 研修医教育

(図 - 1) 病状変化による連絡体制  
病状変化を各居宅サービス事業所から訪問看護ステーションに連絡



## 在宅NSTのメンバー

|    |   |
|----|---|
| 病院 | 外科医・看護師・薬剤師・管理栄養士・リハ(POS、T)・歯科(衛生士)   |
| 在宅 | 在宅担当外科医・地域保健師・ケアマネジャー<br>地域包括支援センター・訪問看護ステーション(リハビリ)・<br>ホームヘルパーステーションのスタッフ |
| 施設 | 看護師・ケアマネジャー・介護福祉士・相談員・歯科(衛生士)・<br>管理栄養士・薬剤師・リハビリ(PT,OT,ST)                  |

# 5

## 「家で死にたい」在宅での終末期を支える医療連携

〈キーワード〉

ALS、在宅酸素、医療連携、地域包括支援センター、訪問看護、リハビリ、歯科、ケアマネジメント

### 概要

それまで趣味のグランドゴルフや旅行で楽しまれていたが、数ヶ月前からの体調異変に受診し、入院精査にてALSと診断される。入院中すでに誤嚥・窒息・肺炎を繰り返す状態となりインフォームドコンセントが行われた。本人・家族は延命治療を望まなかったため、退院して在宅で療養されることになり、在宅酸素療法を行いながら当院の地域医療部が看取りを含めて関わることとなった。すべてが急であったため地域の連携と円滑な対応が求められた。また、病状の進行も早く、一つ一つの対応を早急に判断して実施する必要があった。容態の悪化に伴い家族は不安を感じていたが、臨床心理士の訪問や今後予測される状態の説明などをしながら家族を支援した。本人から、「家に帰れてよかった。ありがとう」の声が聞きとれた二日後「今、息を引き取りました」との連絡を受けた。

### 事例紹介

氏名：M氏 年齢：72歳 性別：女性

病名：ALS（筋萎縮性側索硬化症）・糖尿病

本人家族共に全告知あり（今年が越せるか？）

職歴：自営業

保険：医療保険と介護保険での併用

福祉サービス：特定疾患の申請中・介護保険申請中（暫定プラン）

訪問距離：約25km（車で日中は30分弱）

退院時のADL：ポータブルトイレ介助

座位は背もたれ使用、移動は車椅子

電動ベッドの操作自立

食事はゆっくりであるがトロミを使用で自立

薬は水薬と錠剤の併用（散在は飲みにくい）

## 支援経過 期間：平成×年 10月27日～同年 11月16日（21日間）

数ヶ月前頃から四肢筋力低下、構音障害が続くことで、平成×年9月末に受診し、10月9日に精密検査目的にて大学病院に入院してALSと診断される。入院中は急な病状悪化となり、誤嚥からの窒息や肺炎を繰り返した。医療者とのインフォームドコンセントにて本人と家族親族で相談し、積極的治療や延命処置は希望せず在宅での療養を選択された。

### 1) 大学病院退院から在宅調整（図-1）

- 10月26日 急遽当院の医療連携チームで看取りを含めた在宅支援について討を行う。
- 10月27日 本人の強い希望があり大学病院退院し在宅生活の支援を開始した。在宅での環境調整は、在住の地域包括支援センターを経由して居宅介護支援事業所に電話連絡を行い、急遽福祉用具貸与事業所からベッドの搬入を行うと同時に、在宅酸素の導入を行った。

### 2) 在宅での安定期（週単位の病状変化）

（図-2）にて訪問スケジュールを設定して対応を開始する

- 10月29日 訪問開始時は体調も良く自宅に帰ったことで元気が出て、近所や親戚の訪問者と楽しく会話をされる。訪問看護ステーションの看護師とリハビリスタッフが行うことでADLや呼吸リハビリの機能維持や自宅入浴を楽しまれた。また、希望であったご家族（子供や近親者・孫など）と台所で食事もされた。
- 11月2日 訪問時臀部に発赤が軽度発生あり。ケアマネに相談して褥そうマットの利用を開始する。平行して嚥下機能の確保も重要であり訪問看護で「口が乾燥する」と言われたため口腔内を観察すると、潰瘍形成があり本人から「大学病院で口の中が痛いと話しても何もしてもらえなかった。だから何もしなくて良い」と言われるが訪問歯科診療が出来ることを伝えると「ここまで来てくれるのなら早く見てほしい」とのことにて、担当医を通じて歯科訪問を翌日に手配する。
- 11月5日 歯科医師が訪問することで、入れ歯の調整・口内炎の治療・残歯の治療など早急に実施することで口腔内の痛みが改善され、経口摂取が楽に行えるようになった。

### 3) 病状の悪化（日単位の病状変化）

- 11月10日 病気の進行は早くベッド上の生活となり、食事が満足に取れず移動も困難な状況となった。リハビリで呼吸を楽に出来るよう胸郭マッサージやROMを、看護師により呼吸筋のマッサージを行いながら清拭での対応に変更した。訪問診療で点滴も出来ることを本人家族に伝えるが、本人は「首を振り」治療を希望しなかった。この頃からウトウトされることが多くなり、会話も少なくなってきたが本人から「しんどい」と言う言葉は聞かれなかった。
- 11月11日 訪問診療にて息子夫婦から「昨晚から痰が多くなっている。意味不明

の言動がある。」と話される。医師から呼吸困難時の対応や入院も再度説明されるが、本人息子夫婦ともに現状維持の経過を選択される。お別れが近くなってきている状況を説明する。

- 11月13日 清拭着替えを行いマッサージなどのケアを行っている。「家に帰れてよかった。ありがとう気持ちがいい。」と発語困難で僅かに聞き取れる状態であった。しかし、嫁の不安が大きく訪問診療や訪問看護で今後の状態変化や呼吸停止、今から起きるであろう状態経過などについて説明する。MSWも訪問を行って家族の支援に対応した。
- 11月15日 夜間に家族から「今息を引き取りました」との連絡にて医師と同行する。息子から「眠るようにいきました。私たちも安心して見守ることが出来ました。母親の想いが叶えられたことが家族の今後の絆になります。」と穏やかな口調であった。

## まとめ

- 大学病院から電話連絡があってから24時間以内に4回の担当者会議を実施した。このことは本人家族を支えるためであったが、私たちスタッフの意志統一には不可欠の会議であるとする。
- 訪問看護ステーションが核となり在宅チームを編成することで医療から介護、福祉まで統一した連携が出来た。
- 本人を含めた意志統一を図ることで、病状変化に早急に対応し必要なサービスが時期を得て利用可能となった。特に、訪問看護ステーションの中にリハビリスタッフが要することで病状の変化に対応できるリハビリが可能になり、看護師も呼吸訓練などの利用者の状態に合ったリハビリが実践でき環境調整などケアマネジャーのアドバイスにも対応できた。また、歯科訪問により口腔内の清潔や入れ歯の治療など本人が諦めていた治療が在宅で行えたことはとても効果的であり、ADLは低下したがQOLは向上したと考える。
- 21日間の在宅生活が支援でき本人の望みである在宅での終末が送れたことは、24時間で4回の担当者会議の効果と考える。

図-3のシステムを構築することで慢性期の疾患は継続的に、また急性期の疾患は短期在宅を支援しながら入院も含めた対応を行う。終末期は状態に合わせて在宅支援できるよう本人家族の想いに添った訪問看護（リハビリ）が今後も継続出来るよう支援し、施設や地域サービスも視野に入れ開業医やボランティアも含めた訪問看護（リハビリ）の展開を行っていきたい。

(図-1) 大学病院から当院を経由して在宅へ  
～短期間での地域医療部連携会議～

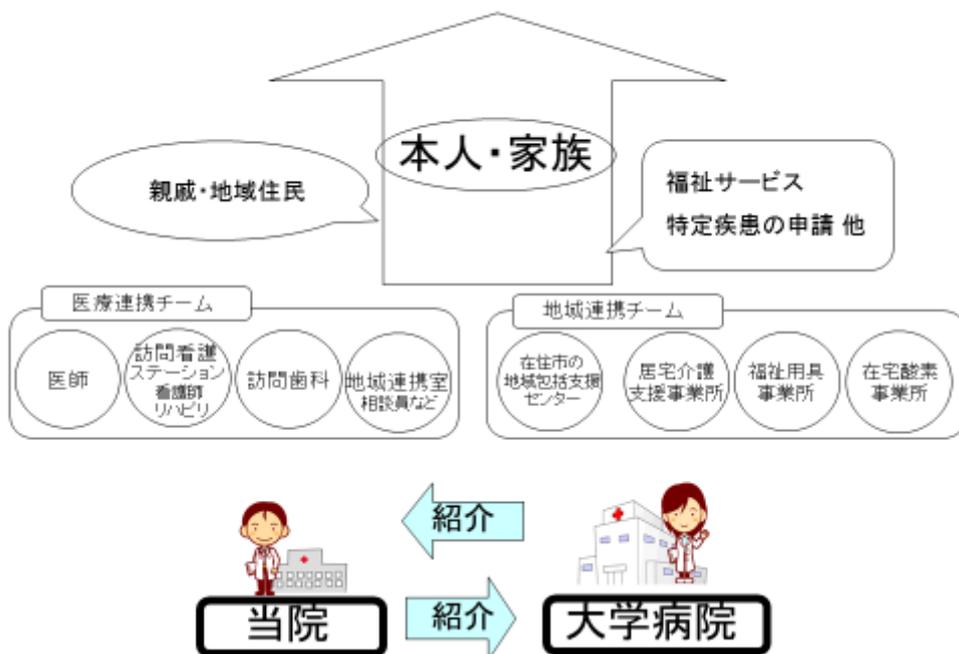
| 回数  | 日時              | 場所                  | 参加者   | 目的  |
|-----|-----------------|---------------------|---|---|
| 1回目 | ○月26日<br>PM19時  | 当院<br>(大学病院からの電話紹介) | 地域医療部<br>Aチーム<br>(医師(在宅医師)<br>地域連携室<br>相談員<br>臨床心理士<br>訪問看護ステーション)                        | ・在宅でサポートが出来るか<br>・在宅での着取りが出来るか<br>・呼吸困難の状態を家族が受け入れられるか<br>・私達にどれだけのサポートが出来るか<br>・緊急時、すぐの対応困難(距離あり)<br>・本人の思いは受け入れてあげたいが |
| 2回目 | ○月27日<br>AM 10時 | 当院                  | Aチーム<br>(電話)<br>在住市の地域包括支援センター  | 本日退院予定<br>本人・家族・スタッフの意見統一を図る<br>(在宅サポートの受け入れの確認)<br>在宅サービスを組み立てる入院の提案   |
| 3回目 | ○月27日<br>PM 20時 | 当院受診                | Aチーム<br>本人・家族<br>(電話)<br>在住市の居宅介護支援事業<br>在住市の地域包括支援センター<br>福祉用具貸与事業所<br>在宅酸素事業所           | 病態の再確認<br>本人・家族・地域医療部の意志の統一<br>本人:「家に早く帰りたい、自然のままでもいい」<br>「命が切れないうちに家族と一緒に家で食事がしたい」<br>家族:「本人の気持ちと同じであり、家で介護をしたい」       |
| 4回目 | ○月27日<br>PM 50時 | 自宅<br>ケース担当者会議      | 本人・息子夫婦<br>臨床心理士<br>訪問看護ステーション<br>在住市の地域包括支援センター<br>在住市の居宅介護支援センター<br>在宅酸素業者<br>福祉用具貸与事業所 | 自宅での生活環境整備<br>訪問スケジュール ケア内容確認<br>(本人の言葉)<br>「あなたならどういう選択をされますか」という問いかけに<br>(訪問看護スタッフ)<br>「????」                         |

(図-2) 21日間の週間在宅サービススケジュール

|    | 月                            | 火                                 | 水    | 木                       | 金                       | 土    | 日    |
|----|------------------------------|-----------------------------------|------|-------------------------|-------------------------|------|------|
|    | 10/26                        | 27                                | 28   | 29                      | 30                      | 31   | 11/1 |
| 午前 |                              | ②地域医療部<br>会議                      |      | 訪問看護<br>(看護師)<br>(リハビリ) |                         | 電話確認 |      |
| 午後 | ①地域医療部<br>会議                 | ③地域医療部<br>会議<br>④ケース担当者<br>会議(自宅) | 訪問診療 | 臨床心理士                   |                         |      |      |
| 午前 | 2                            | 3                                 | 4    | 5                       | 6                       | 7    | 8    |
|    | 訪問看護<br>(看護師)                |                                   |      | 訪問看護<br>(リハビリ)          | 訪問看護<br>(看護師)<br>臨床心理士  | 電話確認 | 電話確認 |
| 午後 | 訪問診療                         |                                   | 訪問診療 | 訪問歯科診療<br>訪問看護<br>(看護師) |                         |      |      |
| 午前 | 9                            | 10                                | 11   | 12                      | 13                      | 14   | 15   |
|    | 訪問診療                         |                                   |      |                         | 訪問看護<br>(看護師)           | 電話確認 | 電話確認 |
| 午後 |                              | 訪問看護<br>(看護師)<br>訪問歯科診療           | 訪問診療 | 訪問看護<br>(看護師)           | 訪問看護<br>(リハビリ)<br>臨床心理士 |      |      |
| 午前 | 16                           |                                   |      |                         |                         |      |      |
|    | 死亡確認<br>担当医<br>訪問看護<br>(看護師) |                                   |      |                         |                         |      |      |

24時間対応体制の確保

(図-3) 在宅での看取支援



# 6

## 進行性難病を有する学生の支援

〈キーワード〉

FOP、進行性難病、若年者支援、行政、生活圏の直診、環境調整、訪問看護・リハ、継続

### 概要

FOPは軟部組織に強い疼痛を伴う炎症が起こり骨化する憎悪期と軽快を繰り返す難病であり、外科治療や他動運動などは仮骨促進の恐れがあり禁忌である。

症例は、大学病院での治療などを経て、当初は、行政の保健師の依頼により県のリハビリテーションセンターに介入依頼があり対応を行っていたが、継続的な支援が困難なことから近隣の当院（国保直診）に継続支援依頼があり対応することとなった。一時期は学校生活の継続が困難であったが、環境整備により再び通学が可能となり卒業した。現在は、通所により近隣の障害者施設で生活支援を受けつつ簡易作業を行っている。当院訪問看護にて病態把握を中心に実施し継続支援しているが、自宅にいる時間が少ないため訪問サービスでの支援困難となっているが不定期で継続中である。

### 事例紹介

氏名：A氏 年齢：21歳 性別：女性

病名：進行性骨化性線維異形成症（FOP）

障害および身体状況：

脊柱右側彎、全身に著明な運動制限あり、握力0kg、開口8cm。

起居動作介助。座位、立位は可能もバランス不良。移乗は股関節屈曲位で爪先立ちで行う。

ADL全般に介助が必要であり、日中はソファで過ごしている。

学校生活は、普通型車椅子を使用。教室移動や排泄介助のため母親が別室に待機している。

### 支援経過（病歴、障害歴含む）

- ・2歳の頃より頸部にしこりあり、頸部の動きが悪いため手術を受ける。しかし、症状改善せず、その後全脊柱の可動域制限を認めるようになる。
- ・平成×年1月：中学2年より歩行障害により、松葉杖通学も困難な状態となり自宅療養となる。
- ・平成×+1年11月：県作業療法士・保健師訪問介入開始。日常生活動作・用具等に

ついて指導し、住宅改修（浴室・トイレをリフォーム）を施行する。ボランティアによる歯科医師の訪問により開口制限時に対する口腔ケア指導を受ける。

- 平成 X+2 年 8 月：高校進学を希望、定時制高校訪問・教員との話し合い実施。
- 平成 X+3 年 1 月：春入学を目指して、校内移動を目的とした電動車椅子の検討を行う。
- 同年 3 月：高校進学を目指す本人と家族・学校関係者、専門医で検討会実施。  
高校の理解を得て入学したが、授業中の姿勢保持が困難で疲労を感じ筆記も負担となり疼痛が悪化、欠席が増えた。臥位では、自力体動が困難なため疼痛時は朝までソファで過ごしていた。疼痛の軽減、安眠、筆記の獲得の希望あり。
- 同年 6 月：訪問看護・リハビリ導入に向けて、当院スタッフとカンファレンス実施し、訪問リハ・訪問看護開始される。

### 1) 介入時の日常生活状況

疼痛が強く、夜間もソファで過ごす。

食事：食物を口まで運べず摂食は介助にておこなっている。水分はストロー付きのコップで自力摂取可能。

排泄：洋式トイレにて移乗自立しているが、後始末できず介助が必要。

入浴：毎日、母が介助にて行う。浴槽内への出入りは父が抱え込み介助している。

移動：電動車椅子にて自宅内移動可能。車椅子への移乗は自立している。

### 2) 問題点

- 変形拘縮による不良姿勢、疼痛
- 筆記ができないことにより学業継続に支障をきたし、進級が困難となる
- 睡眠不良

### 3) 検討事項と支援内容

睡眠時：臥位姿勢での疼痛軽減に向けロホクッションはめ込み型、体位変換マットレスなどを試用したが疼痛は変わらず、その他にもツイスト機能付のベッドを勧めたが疲労もあり消極的であった。

学習時：①車椅子姿勢の検討：股関節変形のため車椅子に浅く腰掛け、レッグパイプに指を引っ掛けて姿勢保持を行っていた。症例の要望を交えパイプ部分に台を設置したことで除圧が可能となり姿勢が安定、長時間の座位が得られた。

②学習機の検討：その日の身体状況に応じて高さや傾斜角度が変更可能なものを要望したが、既製品の机を試用するも適合せず価格も高いため、近隣の工業高校にオーダーメイドにて依頼し作成した。

#### 4) 結果

- 安楽な姿勢で授業を受けることが可能となった事やベッドでの睡眠姿勢の調整を行った事で疼痛緩和により熟睡ができるようになった。
- 近隣の工業高校で作業机を本人の状態に合わせて作製してもらった事で、書字能力が向上し、また、スリックを使用しパソコンのキーボード操作が可能となり授業選択の幅が増えた。
- 環境整備により再び通学が可能となり卒業した。

### まとめ

疼痛により、通学や睡眠が困難となった症例に対してベッド周辺の福祉用具を検討し安楽な作業姿勢を確保し、安眠の確保と学業の継続が可能となり卒業できた。

仮骨促進の要因がはっきりしない中で、介入当初は福祉用具の導入について本人や両親は消極的で、症例は疼痛を耐えて過ごしてきた。憎悪期であっても、頻回な対応が困難な行政での訪問指導より、適時近隣の直診施設から安楽な姿勢が獲得できるように相談や福祉用具の調整を行うことができたことで、可能な限り早期に安楽な姿勢が確保され疼痛が緩和していく中で徐々に症例からも信頼関係による要望が聞かれるようになった。

このように在宅での進行性難病などに対しては、行政のネットワークのみならず、日々症状が変化する症例に対して、対象者の生活圏にある直診施設がリアルタイムに介入することで安心した地域生活を継続できることが可能となる。

# 7

## 緩和ケアにおける多職種協働

〈キーワード〉

緩和ケア、緩和的リハビリ、家族ケア、在宅支援、グリーフケア、ボランティア施設緩和ケア、在宅緩和ケアの連携

### 概要

乳癌再発で疼痛コントロールが困難なため、在宅と緩和ケア病棟の往復の生活をされていたが、病状の悪化に伴い緩和ケア病棟で夫婦とも一緒にすごすことを選択された。本人の希望に沿ったリハビリを続けながら、状態に合わせてプログラムを柔軟に変化させていった。ミニイベントを行ない、ご家族を交えて「いい時間」がすごせるように支援した。

### 事例紹介

氏名：S氏 年齢：63歳 性別：女性

病名：乳がん再発

障害名：癌性疼痛、皮膚潰瘍、左上肢リンパ浮腫

自立度：A-1（初回入院時）、要介護度：1

家族構成：夫、長男、近隣に長女夫婦と孫が居住

### 支援経過（病歴、障害歴含む）

- 平成 X 年：左乳癌に対して非定型乳房切除術。その後癌ワクチンや化学療法、局所療法（切除、放射線療法）を繰り返していた。ADL自立。
- 平成 X+5年 11 月：右乳房にも転移、右非定型乳房切除術。化学療法継続するも腫瘍マーカー上昇傾向・痛みも再度増悪。本人はできるだけ在宅生活を希望され、状態が悪くなったときには緩和ケア病棟入院を希望された。
- 平成 X+6年 3 月：当院緩和ケア外来紹介受診、疼痛コントロールと緩和ケア病棟の体験目的に 1 週間の緩和ケア病棟入院。リハビリは左上肢リンパ浮腫ドレナージで介入。退院後もできるセルフドレナージや運動の提案を行なう。退院後は訪問看護ステーションからの訪問リハビリの介入が予定されているため、手技の統一目的で同行しリハビリ実施する。
- 同年 4 月：退院後初の緩和ケア外来受診。疼痛増悪しており症状コントロール困難、食事・水分摂取もほとんどされず精神的にも不安が大きいため緩和ケア病棟入院（2

- 回目)。リハビリでは毎日左上肢リンパ浮腫ドレナージと両下肢のマッサージ、気晴らしや歩行訓練の意味も含めた散歩にて関わる。約1ヶ月の入院生活ののちに退院。
- 8月：しんどさのため定期受診できず、訪問診療。皮膚潰瘍が悪化傾向、身体としんどさや左上肢浮腫増強、食欲不振あり、症状緩和目的で緩和ケア病棟に入院(3回目)。今回も1ヶ月の入院予定で考えておられた。日常生活自立度はA-2で歩行状態は悪化傾向にあったが「家に帰っても歩きたい」希望を話され、本人の体調をみながら無理のない範囲で一緒に歩行練習を行なった。左上肢リンパ浮腫の改善が見られず徐々にタッチングの手技に変更。看護師から弾性チューブ包帯の提案をするも好みに合わず。ADL面では、しんどさを増強しないような入浴方法の検討を看護師とともに行なった。体調は波があったが、良いときにご家族や看護師とともに、緩和ケア病棟のテラスで花火を楽しまれた。
  - 8月末：患者の精神的支援及び家族へのケア目的で、ミニイベントとして多職種も参加してホットケーキ作りを実施。夫、長女や孫とともに表情よくすごされた。日中の療法士によるマッサージに加え、夜就寝前の看護師によるマッサージが好印象で、夜間のレスキューを全く使用しなくても熟睡できることもあった。
  - 9月：訪問リハビリスタッフの面会あり。退院後に使用する福祉用具を紹介。「家に帰ったら使いたい」との返事有り。しかしその後から急速に病状・全身状態が悪化し退院の希望は言われなくなった。臥床時間が増えるにつれ、本人の希望にそってマッサージ中心の関わりをした。いつも音楽療法士にリクエストされていた思い出の曲が病棟廊下に流れるといい表情で聞かれていた。徐々に起き上がりが困難になり、トイレに行くこともままならない状態になったが「トイレに行きたい」思いを支援するために看護師と検討し、ベッドの配置や高さ、ギャッジアップなどのセッティングやスライディングシート、立ち上がり動作補助ベルト、電動昇降便座などの福祉用具の活用を提案した。夫は常に付き添っており、夫の身体的・精神的負担の増大が懸念されたため、夫へのねぎらいの声かけやティーサービスを行なった。ベッド上のポジショニングの検討も行なうなかで、病状が悪化してただ顔のみをみただけ挨拶するだけでも、療法士は毎日訪室を続けた。
  - 10月初め：夫、長女、長男に見守られながら永眠される。亡くなる前日に訪室した際に長女と対話し、「お母さんは絶対聴いてくれている、と信じている」と母に対する今までの感謝の思いやねぎらい、今後のこと、「残される父のことは心配しないで」と本人に語りかけられた。長女より「お母さんが病気になってから、お父さんは今までよくやってきたと思う。でもずっと家ですごしていたならここまで十分にできなかったでしょう。緩和ケア病棟にいたから心に余裕をもってすごせたのだと思います。お母さんの病気は残念だけど、お母さんの病気があったから私たち家族はまた絆が強くなりました」との言葉があった。(今後はご遺族に向けて、担当看護師が定期的の手紙を書くことが計画されている。また緩和ケア病棟では年に一回遺族会が行なわれるため、そこでも支援していく予定である)

## まとめ

緩和ケア病棟では患者さんとそのご家族が支援の対象になる。患者さんご家族と一緒に笑え、同じ時間を共有することができるイベントは、亡くなった後のご家族のグリーフケアに繋がるとも考えている。また今までのことを振り返る作業をお手伝いすることもその一つだとも言える。病状が悪化していく患者さんの思いは察するに余りある。どれだけ希望に寄り添えるかをいつも自問自答しながら関わっている毎日である。精一杯その人らしく生きることを支援したい。しかしリハビリだけで支援することは困難であり、多職種での関わりと連携があってこそ成しえる事ができる、とも思っている。

# 8

## 「一口でもいい」口から食べたい、を支援する

〈キーワード〉

重度嚥下障害、経口摂取、胃瘻、嚥下機能検査、病院、チームケア（看護、リハ、歯科、栄養）

### 概要

工作中的転落による脳出血、脳挫傷、骨折。呼吸状態悪化の時期を経て、回復期病棟転棟。反回神経麻痺および重度の嚥下障害にて経口摂取は厳しい状況であったが、STは急性期から摂食嚥下訓練を実施した。経口摂取は本人・家族の希望でもあり、状態の変化に応じてVFでの嚥下機能評価を行いながら取り組んだ。5カ月間のリハビリに関わらず積極的な経口摂取には至らなかった。しかし、誤嚥性肺炎を発症することなく一部でも経口摂取できるようになったことは、多くの関係職種と連携図り、各方面から多角的に関わることによるものであるといえる。今後、退院後の在宅支援のための連携も視野に入れたい。

### 事例紹介

氏名：A氏 年齢：68歳 性別：男性

病名：外傷性小脳出血、外傷性くも膜下出血、両側前頭葉脳挫傷、第3腰椎圧迫骨折、第2～4腰椎左横突起骨折

障害名：右上下肢不全麻痺、失調、反回神経麻痺、嚥下障害

障害老人の日常生活自立度：B-1

職歴：会社員

家族構成：妻・次女との3人暮らし（次女は仕事にて日中不在）

長男夫婦は同じ町内、長女夫婦は隣接市に在住

キーパーソン：妻

生活環境：持家

### 支援経過（病歴、障害歴含む）

工作中 3m の高さから転落して受傷。急速に脳幹圧迫に伴う意識障害、呼吸不全に至り、小脳出血除去術実施。術後経過は一時呼吸状態の悪化で再挿管も必要な状況であった。両側頭頂部にも外傷性くも膜下出血が広汎に認められ、右上下肢に軽度の不全麻痺を伴っていた。

・19病日：腰椎圧迫骨折の影響で腰痛の訴えがあり座位は不安定であったが、経鼻経

- 管栄養を外して経口摂取可能かどうかを検討するために 1 回目の嚥下機能検査（嚥下内視鏡検査VEと嚥下造影検査VF）を行った。左反回神経麻痺が認められ、ヨーグルトで誤嚥、その際にむせが見られず、検査は中止となった。耳鼻科医の診断では、「絶食でフォロー。胃瘻（PEG）が良いか」であったが、今後嚥下機能が回復することを期待してしばらくは経鼻経管栄養のまま嚥下訓練を実施することになった。
- 30 病日：意識状態がさらに改善し体幹装具が出来たこともあってティルトリクライニング車椅子から普通型車椅子に変更した。失調症状は残存していたが両下肢で車椅子を操作することも出来るようになった。嚥下機能も痰の減少と自己喀痰が見られるようになり少量のトロミをつけたお茶のシャーベットを使って練習を始めた。
  - 40 病日：状態が安定してきたため、2 回目の嚥下機能検査を行った。しかし 1 回目と同様にヨーグルトで誤嚥が見られむせがなかったために検査中止となった。耳鼻科の診断は「絶食でフォロー。胃瘻が良いか」であった。本人・妻共に口から食べられなくなってしまったことによりかなりショックを受けており、胃瘻の件は出さず「もう少しリハビリを頑張ってみましょう」とだけ伝えた。
  - 57 病日：回復期病棟へ転棟、リハビリ中心の入院生活を送ることになった。その頃には移乗動作などは自己流でやや危ない場面はあるものの平行棒内であれば歩行自立、排泄も病室ではポータブルトイレで自立となった。
  - 75 病日：体幹装具がはずれ歩行練習にも積極的に取り組んだ。嚥下訓練でも前回の嚥下機能検査で見られた症状（喉頭挙上不全、喉頭蓋の反転不全、食道入口部開大不全）に対応して頭部挙上訓練と肘付き状態での下向き嚥下に取り組んだ。トロミ付きのお茶を摂取してもらうと複数回嚥下も減少（咽頭残留の減少）し、嚥下機能の改善が期待された。しかし、3 回目の嚥下機能検査でも嚥下状況に大きな変化はなく、耳鼻科医の診断は「絶食でフォロー。胃瘻が良いか」で同じ。
  - 95 病日：当面経口摂取は困難と判断し胃瘻造設。しかし、本人・妻ともに「口から食べたい。」「食べさせてあげたい。」との思いがあり、経口練習は継続した。並行して虫歯の治療と誤嚥性肺炎予防のため定期的な歯科受診を行い、希望していた部分義歯も作成することにした。
  - 135 病日：嚥下機能に大きな改善は得られていなかったが、本人と妻の思いを受けて主治医とも相談の上、トロミ付きの果物のすりおろし 1 品食を開始した。誤嚥の危険性は十分に考えられたが、この間のリハビリと経腸栄養による体力的な回復に期待してのことであった。経口摂取開始から 1 週間、目立った発熱や痰の増加もなく、本人の希望で 1 品食のメニューを果物すりおろしから副食の 1 品に変更。さらにナースステーションで看護師に摂取場面を見てもらい、その後は看護師の見守りで経口摂取を行なうことにした。
  - 168 病日：順調に経過し 1 品食から 2 品食へ変更。さらに義歯も完成したため、ミキサー食からキザミ食へ変更した。そして嚥下機能の改善を期待して 4 回目の嚥下機能検査。検査食のヨーグルト・ムースで少量の誤嚥が認められ、水分では明らかな

誤嚥が認められムセがないことで検査中止になった。前回よりもわずかながら改善が見られたが、耳鼻科医の診断では「現状の 2 品食で。基本的な栄養は胃瘻から」であった。本人・妻に再度画像を見せて、誤嚥の危険性を説明し、現状の楽しみとしての経口摂取を維持することが目標であることを伝えた。

## まとめ

本事例は嚥下障害が重度であったため完全には経腸栄養から経口摂取に移行できなかったが、できるだけ本人・妻の気持ちに寄り添い、希望であった経口摂取を一部だけかなえることができた。現在でも常に誤嚥性肺炎の危険性とは隣りあわせではあるが、入院期間中一度も誤嚥性肺炎を発症していないのは嚥下機能検査によるところが大きい。重度の嚥下障害では誤嚥してもむせない事がよくある。嚥下訓練場面ではトロミつきお茶をむせずに摂取できるようになって嚥下機能の改善を期待していたが、検査ではむせずに誤嚥している様子が明らかとなり、安易な経口摂取を開始しなかった。希望はかなえてあげたいが患者さんの安全を守ることはもっと大切なことであり、今回はぎりぎりの選択だったと言えるのではないだろうか。

摂食嚥下障害にはリハビリだけでなく多くの職種の関わりが求められる。この症例の場合にも医師・看護師による医学的管理、管理栄養士による嚥下食の提供、歯科による治療と口腔ケアがあっただけでここまでくることができた。退院後には在宅主治医、訪問看護師、ケアマネジャーとの連携も必要であろう。摂食嚥下障害は多職種で協働して支えることが求められる領域である。

# 9

## 老健での摂食嚥下リハでの在宅支援

〈キーワード〉

嚥下障害、胃瘻、老健、経口摂取、施設ケアと在宅ケア、サービス担当者会議

### 概要

くも膜下出血による右片麻痺、失語症、嚥下障害。回復期病棟入院時から摂食嚥下リハビリが行われたが、実用的な経口摂取は困難で胃瘻増設して老健入所。入所時右片麻痺は軽度から中等度であるものの、筋力低下と失調症状により起居動作はほぼ全介助の状態であった。また、体動による頻繁な嘔気・嘔吐がみられ、離床時はマイティルト車いすを利用した。入所中経口摂取は行わないこととしていたが、家族の希望が強いため状態を見ながら摂食嚥下リハビリを実施した。老健では、状態の変化に伴って在宅生活を視野に入れた関わりを行い、家族指導や在宅サービスとの連携を図っていった。数か月ごとの入所利用をする中で、在宅サービス・施設サービスがその都度目標を定めて関わることで生活支援している。

### 事例紹介

氏名：H氏 年齢：70歳 性別：女性

病名：くも膜下出血、脳動脈瘤破裂

障害名：右片麻痺、失語症、嚥下障害

障害老人の日常生活自立度：B-2

家族構成：夫とのふたり暮らし

### 支援経過（病歴、障害歴含む）

- 平成×年9月 くも膜下出血発症。翌日開頭血腫除去術施行時、脳動脈瘤破裂にてクリッピング行う。急性期を経てリハビリ目的にて市内の総合病院回復期病棟へ転院。
- 同年12月 胃瘻造設。
- 平成×+1年4月 老健入所。2週間後、誤嚥性肺炎にて入院。
- 同年6月 再入所。積極的な経口摂取は行わないことで夫の同意を得る。  
リハビリは、体調に合わせて離床することと誤嚥性肺炎予防のため口腔内を清潔に保つこととした。嘔吐予防の必要から経腸栄養は時間をかけて滴下されるため、合間を縫ったわずかな時間に離床を図った。口腔内は逆流による経腸物で汚染されて口臭を伴うため、口腔ケアは歯科衛生士の関わりも含め頻回に行った。
- 同年7月 嘔吐の頻度がやや減少したため、主治医の了解の下、STは基礎的嚥下

訓練を実施した。VFではムースとヨーグルトで少量の誤嚥が認められ、検査中にも嘔気がおこった。経口摂取は味を楽しむ程度に可能と判断され、少量のすりおろしフルーツにとろみをつけての訓練を始め、状態に合わせて徐々に摂取量を増やしていった。同時に車椅子座位時間が長くなり表情に明るさが増えた。

- 同年 10 月 2 週間の短期在宅を行うため、経腸栄養の管理やオムツ交換・車椅子移乗などの介護指導を受けて退所した。在宅では経口摂取はできなかったが、本人は久しぶりの家庭を喜んだ。
- 再入所後のVFでは、水分に不顕性誤嚥を認めた他は問題なく、嘔気や逆流も見られなかった。そこで全粥・ミキサー食 1/2 量・水分にはとろみ使用として昼 1 回の食事を開始した。当初は特変時の対応や摂取不良時の栄養管理のため、スタッフの体制が整う平日のみとしたが、徐々に状態が安定し昼食は全て経口摂取となった。これを機に再度在宅への調整が行われた。夫の食事に対する不安に対し、ミキサー食の調理やとろみの使用方法について指導した。介護負担の軽減と今後の経口摂取の見極めのため、3 ヶ月後には入所の受け入れをすることで夫の安心を得た。また、掛かりつけ医で開催されたサービス担当者会議には、担当のSW、看護師、PT、STも参加して情報提供した。
- 平成 X+2 年 7 月 3 か月の在宅を経て、本人は見違えるほど表情が良く発話量も増えていた。夫は慣れない調理や、ぎこちなかった移乗介助も上手に行えるようになった。VFで嚥下機能の改善を確認し、今後の目標を食事形態のアップと 3 食経口摂取とした。また、座位の安定により車椅子は標準型に切り替えて、運動面のリハビリやレクリエーションへの参加を促した。経口摂取については、毎週実施される栄養カンファレンスで主治医、管理栄養士、看護師、介護福祉士、歯科衛生士、薬剤師、STらが検討し、食事量、食事回数、食形態を段階的に変更していった。その間、経口摂取がすすむに連れて口腔内の汚染は減少していた。
- 平成 X+3 年 1 月 水分にとろみを使用しての軟飯・普通食で 3 食経口摂取が可能となった。この時点で、PTによる家屋チェックを行い、食堂へ移動のための段差解消の後、自宅へ退所となった。

## まとめ

今回のケースは、入院期間中には身体状況が安定せず経口摂取も困難であったが、老健において適切に評価し、多職種の専門的な関わりを継続することで 3 食経口摂取が可能となった。また、入退所を繰り返す中で段階的に目標を設定し、長期的にアプローチしたことで在宅中心の生活に移行できたと考えられる。今後、早期の胃瘻増設で老健入所となるケースは増加するものと思われるが、その都度経口摂取の可能性について評価・検討し、多職種協同での継続的な関わりを行いたいと考える。

# 10

## 特養での摂食嚥下リハとチームケア

〈キーワード〉

胃瘻、特養、嚥下障害、栄養カンファ、  
チームケア、介護福祉士、家族

### 概要

脳出血による右片麻痺と失語症で在宅困難となり、老健を経て特養入所。数年間は食事に問題なかったが、徐々に傾眠傾向となり経口摂取が困難となる。外来受診もしたが新たな所見はなかった。栄養状態について家族へのインフォームドコンセントの後、胃瘻造設される。胃瘻で栄養が確保されるようになったため、再度多職種で経口摂取への取り組みを行い、胃瘻を抜去するに至った。

### 事例紹介

氏名：K氏 年齢：80歳 性別：女性

病名：脳出血後遺症

障害名：左片麻痺、失語症、嚥下障害

障害老人の日常生活自立度：Ⅱa

特養入所時の状況：

〈移動〉車椅子駆動可能（移乗は全介助）

〈排泄〉一部介助

〈食事〉自立（常食）

〈着替え・整容〉全介助

〈入浴〉全介助

〈意思疎通〉失語症にて意志疎通困難。頷きで返答可能だが、何に対しても頷くので本当に理解しているか不明な点がある

### 支援経過（病歴、障害歴含む）

- ・平成×年7月 脳出血を発症し、右片麻痺・失語症残存する。
- ・平成×+4年5月 老健より、特養に入所。
- ・平成×+7年11月 第2腰椎圧迫骨折
- ・平成×+9年10月 食事中に傾眠がみられ、ムセが頻回にみられるようになった。嚥下機能低下があると判断し、言語聴覚士（ST）が簡易評価実施した。

- 同年 11 月 5 日 嚥下造影検査（VF）にて評価し、水分で嚥下反射遅延があり、トロミを使用することとなった。
- 同年 11 月 傾眠傾向、経口摂取が困難な状況が増えてきており、ご家族に現状と嚥下機能について電話にてSTが説明した。またその後、家族に対しての医師による胃瘻のインフォームドコンセントにSTも同席し、現状と嚥下機能説明を行なった。
- 同年 12 月 胃瘻造設。
- 平成 X+10 年 1 月 特養で毎週行っている栄養カンファレンスにて、栄養が確保され、傾眠傾向も改善してきたことで、経口摂取の可能性があると判断し、STの基礎訓練で 1 ヶ月経過をみることを提案した。この点をご家族の意向を伺い同意を得た。また、介護福祉士にも連絡し共通の認識を持ってもらい、ST訓練時以外でも、座位姿勢を調整、座位時間確保など、生活の中で行えることを実施してもらった。
- 同年 2 月 基礎訓練では嚥下反射も見られており、ご家族も「出来れば口から食べて欲しい」といわれる。再度嚥下造影検査を実施し、経口摂取の可否判断を行なった。嚥下反射の遅延はみられたものの誤嚥はなく直接訓練に移行できると判断し、1 品食から開始した。
- 同年 3 月 昼のみ経口摂取が可能となり、栄養量については栄養カンファレンスで調整した。
- 同年 4 月 3 食ミキサー食（嚥下食）経口摂取（摂取量が 3 割以下なら経腸併用）
- 同年 12 月 食事形態をキザミ食（嚥下食）に変更する。
- 平成 X+11 年 3 月 ご家族の希望にて胃瘻抜去する。

## まとめ

今回のケースは、経口摂取が困難になり一旦胃瘻になったが、その後段階的に経口摂取が可能となり、最終的に胃瘻抜去に至った。ご家族は、面会にもよく来てくださり、ご本人の状態をよく理解されていた。小さなことでもご家族に経緯を随時説明していくことで、一緒に方針を考えることが出来たことがよかったと考える。

また、当特養で毎週行っている栄養カンファレンスは、その方の状態に応じて多職種で情報共有できる場である。経口摂取については、主治医、管理栄養士、看護師、介護福祉士、歯科衛生士、薬剤師、STらが検討し、スモールステップで段階的に変更していった。そこでは、ご家族の意見に基づき、検討したことについて共通の認識を持つことで、共通した関わりが実現し、経口摂取が可能となったと考える。またこの栄養カンファレンスは、しっかりとした方針の軸となり、職員同士、そしてご家族との「情報交換の機会の増加」のきっかけにつながっていることが改めてわかった。

特養という生活の場で、じっくり時間をかけて嚥下訓練ができたことも大きいと考える。一旦胃瘻になっても経口摂取の可能性のあるケースが少なからずあるのではないかと考える。また、リハビリだけではなく、介護福祉士によるケアカンファレンスでは、

その方の毎日の状況を確認し、嚥下機能や座位姿勢などのリハビリの視点を盛り込んだケアプランを作成し、生活の中で行えることを検討して実行していった点も経口摂取にうまくつなぐことが出来た要因である。しかし、今回のように経口摂取がうまくいくケースばかりではなく、胃瘻後経口摂取が困難な方も多くみられることにも考慮する必要があり、どのような方針であれ、その方がどのようなことを望まれるのか、本人・家族の意思確認を十分に行い、関わっていくことが重要になると考える。

# 11

## 施設、在宅ケア連携で認知症を支える

〈キーワード〉

認知症、老健、家族会、家族支援、ケアマネジメント、施設・在宅連携

### 概要

実姉が亡くなったのをきっかけに見当識の低下や物忘れが出現し、アルツハイマー型認知症と診断される。長男夫婦の介護の元、通所介護を利用して生活されていたが、徐々に介護量が増大して、食事以外のセルフケアは見守りから声かけ・一部介助を要した。介護負担を軽減するため老健のショートステイ利用の後、認知症専門棟へ 1 ヶ月間入所となる。老健では、ケアプラン・リハビリテーション実施計画・栄養ケア計画を立案し、それぞれの立場で生活上の困難への対応を行い、環境の変化がある中で安心して施設生活を送っていただけるよう図った。また、再び在宅生活を始めるにあたり、サービス担当者会議などで在宅サービスとの連携に努めた。退所後は、通所介護の利用と月に 1 度定期的にショートステイを利用することで在宅生活が継続されている。

### 事例紹介

氏名：H氏 年齢：89 歳 性別：女性

病名：アルツハイマー型認知症

既往歴：変形性膝関節症、高血圧症

認知機能：記憶力低下、見当識低下、不安による介護者への依存、夜間の独語、不定愁訴など

基本動作：座位は安定しているが、起居動作に一部介助、起立・移乗は全介助

障害高齢者の日常生活自立度：B-1

認知症高齢者の日常生活自立度：Ⅲ-B

介護保険：要介護 3

内服薬：認知症症状の進行予防薬ほか

家族構成：長男夫婦、孫の 4 人暮らし

キーパーソン：長男妻

## 支援経過（病歴、障害歴含む）

### 1) 施設サービスを使う前の状況

2年前に実姉が亡くなり、徐々に日時がわからなくなったり、もの忘れが目立つようになった。認知症と診断された。その後は、長男夫婦の介護のもと在宅生活を続けていた。介護保険のサービスは当院併設の通所介護を月・金の週2回、認知症対応型通所介護（他事業所）を火水木の週3回利用していた。その後、認知症の進行に伴い、家族の介護量が増大したこと、家族の用事への対応として、平成×年3月28日～4月4日（8日間）、老健の認知症専門棟のショートステイを利用される。利用時の身体状況、ADL状況は、元々の変形性膝関節症や股関節症に加えて、徐々に身体機能の低下がみられ起立や歩行は困難になってきていた。移動は車椅子を利用しており、腰痛などの訴えや認知症による口渇や不定愁訴的な訴えもみられていた。セルフケアにおいても、食事以外に介助を要す状況であり、今後は施設入所利用も検討する状況であった。

### 2) 介護老人保健施設への入所

#### ・入所時の関わり

4月下旬、独語や不定愁訴、感情の起伏が激しくなり、認知症症状に対して抗精神病薬が処方される。平成×年6月1日、在宅での介護量が増大し、当施設認知症専門棟に入所となる。家族は、本人の訴えや不定愁訴的な発言に対して、怒りをぶつけることもあったようで、かなりの介護負担を抱えていた様子。入所時は、自宅での様子、家族の介護への想い、要望をケアスタッフと療法士により情報収集し、暫定ケアプラン、暫定リハビリテーション実施計画書を作成し、説明と同意を頂く。また、管理栄養士による栄養ケア計画を立案。その内容は、ケアについては、下肢筋力の低下による起立、移乗が介助となっており、転倒の危険や皮膚剥離の恐れに対して、低床ベッドの利用、床にも緩衝マットを敷くなどの対応をとる。また、楽しみの時間が持て、穏やかに過ごせることを目的に本人の好きなカラオケや会話などの時間を設け、諸活動に参加を促し、他者との交流をはかることで不安や寂しさの緩和を図ることが挙げられた。リハビリテーションにおいては、下肢筋力の維持向上のための起立や移乗練習、音楽療法などへの参加、生活リズムを整えるためにも離床を促し、諸活動（作業活動など）に参加を促していくことを挙げた。栄養計画においては、食欲を損なわないように美味しく食べていただけるように調理実習への参加や口腔内保清に努めることを挙げている。

#### ・サービス担当者会議の実施

施設では、入所後2週間で、家族、施設スタッフ（医師、看護師、介護福祉士、療法士、支援相談員）、関係職種を交えて施設でのケアや今後の方針についてカンファレンスを行っており、ケアマネジャーの参加も促し、在宅への連携が上手く行えるように参加を促している。カンファレンスでは、ケアプランの説明、家族の要望や自宅での様子、今後について多職種で話し合っている。これは、関わりを統一

し、家族の想いに添ったケアに繋がるよう努めるためであり、退所時の在宅の生活への移行時にスムーズな連携を図るためでもある。

#### ・施設での関わり

施設への入所は、本人にとって環境の変化に伴う認知症症状の進行や緩和など、様々な作用が働く可能性がある。ケースの場合は、不安や寂しさが強いいため、嫁の名前を呼び続けたり、執拗に大声を上げたりと落ち着かない場面も見られた。しかし、ゆっくり会話をする時間を設けたり、好きな音楽を歌い聴く際には、不定愁訴は無く落ち着きが見られ、大声や悲痛な訴えはなくなっていた。施設での生活は、他の利用者との関わりもあるため、社交性が見える場合と、拒絶反応のような症状が出る場合がある。今回は、起立や移乗などの出来る部分は自分でしていただくことで生活リハビリを実践し、在宅での介助量軽減に繋がるように身体機能の維持を図った。また、何度も繰り返し尋ねられる質問に対しても、時間の許す限り丁寧に返答する関わりを継続した。

#### 3) 自宅への退所

入所期間は 1 ヶ月であり、自宅への退所となった。その際、本人の状態について事前にケアマネジャーへの情報提供を行い、退所前のサービス担当者会議を実施し、少しでも介護者の精神的な介助量軽減を図ろうと連携を図った。サービスとしては、通所介護の利用を継続し、ひと月に 1 週間程度定期的にショートステイを利用することとなった。

## まとめ

認知症のある方のかかわり方、介護については、個々の状態に合わせた対応が求められるが、実際に介護している介護者が関える精神的なストレスは大きいものである。ケースのように、徐々に重度化していく認知症症状に対して、早めに施設サービスを提供し、介護量、ストレスの軽減、安心できるような対応を行うことが家族のフォローにおいて重要であると考えられる。また、認知症のある方は、周囲の人の関わり次第で症状に影響が出やすいため、関係職種の情報共有は重要と感じる。

当院では、認知症の方を介護している介護者の集まり（家族会）を月に一度行っている。認知症に対する理解が難しく、在宅での介護に不安やストレスを感じておられる方に参加していただき、臨床心理士や療法士、支援相談員が参加し、医療的立場からの助言や同じ介護者同士での意見交換などを行うことで、在宅での介護を少しでも軽減することが目的である。認知症専門棟を利用されている家族や精神科を受診された方に紹介しており、当事者と当事者の家族を支えるための支援も継続していきたい。

# 12

## 認知症、独居を支える協働、ケアマネジメント

〈キーワード〉

認知症、独居、ケアマネジメント、  
在宅ケア・施設ケアの協働

### 概要

夫の死後独居になり物忘れ出現。徐々に下肢筋力が低下し要支援状態となった。長男と次男はそれぞれ隣町在住で、デイサービス週2回と訪問介護による入浴週2回で在宅生活を継続していた。介護保険の更新で要介護1になったことから関わりを開始したが、認知症の進行で徐々に独居生活の維持が困難になってきていた。家族は、限度額を超えてもサービスを利用して在宅で過ごさせてあげたい気持ちと、施設入所で安心したい気持ちの両方を持ち合わせていた。本人の症状の安定と家族のこれらの思いに添えるよう、ケアマネジャーを中心に在宅・施設での会議、情報共有に努めた。認知症高齢者の独居生活の支援のために、情報提供と必要時の早急の対応に向けた体制作りが求められる。

### 事例紹介

氏名：N氏 年齢：83歳 性別：女性

病名：認知症、高血圧、右肩腱板損傷

障害高齢者の日常生活自立度：A2

認知症高齢者の日常生活自立度：Ⅱb

介護保険：要介護1

身体状況：基本動作は把持物使用で可、自宅内は伝い歩き、屋外は老人車にて見守り

認知機能：見当識低下、物盗られ妄想、感情の起伏が激しく急に怒りだす

セルフケア：〈食事〉普通食 自立

〈排泄〉時に失敗あり、リハビリ用の紙パンツ使用

〈整容〉洗顔や口腔清潔は声かけ、一部介助

〈着替え〉着替えの拒否がある為、声かけ、一部介助

〈入浴〉一般浴、全介助（通所で入浴）

〈意思疎通〉やや難

家族構成：独居

キーパーソン：長男（別居）

## 経過

### 1) 介護保険更新の結果、要支援 2 から要介護 1 に変更し関わる

- 平成×年5月 介護保険の更新で要支援 2 から要介護 1 となり、地域包括支援センターから介護支援事業所に変更となり担当することになる。本人、長男と事業所の職員と会議を開催し、当面は引き続きデイサービス週 2 回と訪問介護週 2 回で様子を見ることにした。もともと頑固な性格であるが、次第に感情の起伏が激しく、急に怒りだして攻撃的になることがあった。時にはサービス拒否することもあった。本人の思いを傾聴し信頼関係に努めてきた。本人の状況や状態、関わり方等については、長男含め、主治医や関係スタッフで検討し情報共有し、対応の統一を図ってきた。

次第に認知症の進行に伴い、今まで出来ていた服薬や洗濯、その他、日常生活動作が難しくなり、他者の声かけや指示がないと出来ないことが増えてきた。さらに、関係スタッフの声かけや指示に興奮や拒否、被害妄想や盗られ妄想も増えていて支援しにくい状況になることも出てきた。長男へ報告し一番信頼している長男から本人に説明や説得を依頼したり、関係スタッフの中で、興奮時や拒否等の対応について、時間をおいたり人をかえたりと対応策を検討した。

訪問介護サービス内容も入浴介助から入浴後の水分補給や洗濯など食事の準備などで支援するよう変更し、デイサービスの日にちがわからない為、準備や声かけのため訪問介護を追加。週末は長男が訪ねて買物や掃除等用事など定期的に関わった。長男や訪問介護スタッフとの日常生活状況、報告、依頼など「連絡ノート」を作成し情報交換をおこなった。ケアマネも、本人の状態や依頼事項など日常的なやりとりは書き込んだ。

関係スタッフより日にちや時間などがわからないことが増えた。歩行が不安定で転倒などが心配であるとの報告や長男からもおかしい言動があるので心配している。限度額はオーバーしてもいいので必要なサービスは導入したい。これから寒くなるため在宅での独居生活はますます不安なので施設入所も考えたいと希望される。

- 同年10月 サービスの見直し、今後の方針を検討するため長男と主治医含めた関係スタッフでサービス検討会議を開催。検討内容として長男からは時間や場所がわからなくなり、この2~3週間はおかしい言動が多く心配した。土、日は必ず行くようにしているが仕事の都合で行けない時も多かったのが本人にとって不安だったのかとも思う・・・。デイサービス事業所は本人から「夜、眠れない」などの訴えや歩行も以前と比べ難しくなっており転倒の心配がある。主治医からは興奮気味で不穏があり精神面で不安定さがみられるなど動作面やメンタル面での機能低下がみられるようになった。加齢や認知症の進行、その他いろいろな原因が考えられるがCT検査結果は年齢相応で特に異常な所見はなかった。自宅では一人で臥床している時間が多く、特に寒い時期になるとその傾向は強くなることで、両下肢の筋力低下もありリハビリ目的も兼ね冬場の老健入所の方向で話しが決まる。12月、冬場の間の老健入所となる。

## 2) 老健退所前サービス担当者会議の実施

- 平成 X+1 年 3 月 老健で退院前の会議を開催する。参加者は、長男、施設スタッフ（看護師、介護福祉士、療法士、支援相談員）デイサービス職員、訪問介護職員、ケアマネジャーで施設での本人の状況や退院後の自宅での生活やサービス利用について検討した。情報共有し、心身機能状態や注意事項等関わりの統一や、本人、家族の想いに添ったケアや、老健退所時の在宅での独居生活への移行が安全にスムーズに連携を図る目的である。

## 3) 自宅への退所

- 同年 4 月 老健退所し自宅での独居生活再開となる。本人にとって久しぶりの在宅で独居生活になるため環境の変化に伴い認知症症状の進行等、様々な作用が働く可能性があることを考慮。サービスは今まで利用していたデイサービスに加え、今回、利用した老健のデイケアを追加し週 3 回（月・水・土）通所サービス利用。入浴も通所時に利用。月～土までは訪問介護で通所時は朝の準備や声かけ等、迎えるのくるまでの対応と通所の帰りは洗濯や調理、薬のセッティング等で対応。日曜日は長男が買物やゴミの分別、掃除等で関わるようにした。

## 4) 現在の状況

- 平成 X+2 年 11 月 暖くなるまでの予定で老健施設に入所利用。数ヶ月前に体調不良により安静にしていたことで歩行が不安定なため、在宅生活再開に向けてリハビリ訓練中である。本人も家で生活するためリハビリには積極的に参加している。歩行の状況をみながら、介護者（長男）や老健施設職員、ケアマネ、在宅でのサービス事業所職員と退所前の会議で再度、在宅生活に向けて検討していく予定である。

## まとめ

本人の住みなれた家で生活したい思いと、長男も本人が望むように、できるだけサービス利用して在宅で生活させたいとの思いがある。今回の冬場の老健入所後は在宅での独居生活が可能であるかを検討していく予定である。

独居で徐々に進行していく認知症症状に対して、状況の把握や情報共有や検討等、家族を含めて連携をとり対応する事が重要と考える。在宅サービスだけでは限界がある。家族や地域の協力や介護保険以外のサービスの利用などが必須である。

今回のケースは、本人の状態や状況に対して関係者が密に連絡をとり情報共有や役割分担をすることが重要であることと、認知症の症状などの対応については関係スタッフなど周囲の人の関わり方で症状が不安定になったり悪化する原因にもつながる。担当医や関係職員の情報共有や必要時にはすぐに集まり検討できるような体制づくりが今後ますます重要であると感じる。

# 13

## 生活課題の多い認知症者を支える協働

〈キーワード〉

認知症、困難事例、生活障害、地域包括支援センター  
ケアマネジメント、医療・介護サービス

### 概要

軽度知的障害のある妻を支えながら生活されていたが、徐々に身体機能や認知機能に低下が見られるようになり介護保険申請。要支援で通所介護週1回、訪問リハビリ週1回、ベッド式レンタルなどで在宅支援が開始される。その後転倒により更にADLが低下して要介護となった。服薬管理やそれまで本人が主に行っていた家事ができなくなったことを機に生活は崩れていった。近隣の住民にも助けも求めることもあった。その都度、ケアマネジャーは家族と相談しながらサービスを調整し、また、集中的なリハビリと介護の見直しのため某リハセンターへの入院で生活の立て直しを図った。その後、妻にも要介護1の認定があり、双方を支援していくことで生活に落ち着きを取り戻した。認知症を支援するために、ケアマネジャーは生活の変化への対応や細かな部分に配慮したケアプランをたてる必要があり、今後も近隣を含めた地域での支援を図りたい。

### 事例紹介

氏名：I氏 年齢：83歳 性別：男性

病名：認知症、脳梗塞、症候性てんかん、パーキンソン症候群、慢性心不全、糖尿病  
障害高齢者の日常生活自立度：B-2

認知症高齢者の日常生活自立度：IIb

要介護度：要介護3

身体状況：身体機能の低下、廃用症候群による下肢筋力低下

認知機能：記銘力低下、短期記憶低下、判断力の低下

基本動作：起居、起立自立、歩行1本杖または伝い歩き、動きは緩慢

セルフケア：〈食事〉普通食 自立、食べこぼしあり

〈排泄〉尿便意あるが動作自体緩慢で間に合わないことが多い。

リハビリ用の紙パンツ、パットを使用。頻尿あり

〈整容〉洗顔や口腔清潔は声掛け見守り必要

〈着替え〉衣類の選択とおおむね介助が必要

〈入浴〉一般浴、全介助（通所で入浴）

〈意思疎通〉日常会話は可能であるが、理解力の低下がある。

内服薬：以下に係る薬剤（心不全、むくみ、血圧、凝固阻止、てんかんほか）

職歴：鉄鋼関係の会社に定年まで勤務、その後近所の木工所に勤務し農業も行ってた。  
家族構成：認知症の妻と2人暮らし（介入時知的障害の息子氏の出入り）  
キーパーソン：別居の長女 ⇒ 週1回は訪問し金銭の管理もされる。

## 経過

### 1) 要支援から要介護へ

- 平成X年5月 転倒打撲により更に歩行が困難となる。
- 同年9月 介護保険の更新で要介護となり、当居宅支援事業所で関わることになる。
- 平成X+1年1月 娘夫婦とサービスについて相談。下肢筋力の低下に対するリハビリの希望と、以前から夫婦とも認知面の低下があるがあるため薬の管理、介護がうまくいかなくなっているため、訪問介護の利用を希望され、通所リハビリ週2回、訪問介護週3回の利用を開始することになる。薬をきちんと飲むことが出来てないこともあり医師にサービスの変更について意見を伺った際に、薬剤師と相談し内服時間の変更は可能なのか相談する。今まで、朝服用していた薬は誰かが声をかけてくれる夕方の時間に変更することになった。また排泄の失敗が多いため、週1回の入浴介助の追加、毎回の服薬介助、口腔ケアなど身体介護と、薬の確認カレンダーのセッティングをしてもらうことになる。

### 2) 妻の介護負担の軽減

妻は（軽い知的障害があると娘さんが言われる）理解力の低下があり、以前からあまり家事をすることが出来ず、本人が調理などの家事をしていたため、夫の介護と、家事をすることがとても負担になっていた。生活リズムもうまくいかず、朝ごはんが10時、11時になることも日常的で、食事については、出来合いの総菜、パン、寿司などを買って食べていた。そのためか、本人が頻繁に下痢をしてトイレに間に合わないことが多くなり、トイレや衣類を汚すため妻はイライラすることが多くなっていった。歩行困難になったあたりから暴言がみられるようになり排泄の失敗の際には「死んでしまえ」と言ったりするため娘から注意をされていた。

- 同年6月 短期入所の利用で妻の介護負担を軽減したが、本人からお金がかかるから行かないと言われ2回利用後中止になる。歯科の治療には訪問診療、居宅管理指導（歯科）を導入する。

徐々に転倒することも増え妻が起こすことが出来ないので近所の人や、娘を呼ぶことも増えた。

訪問介護利用開始後は少しずつヘルパーさんと家事が出来るようにはなったが、多弁で訪問時も話し始めたら家事がなかなかできない状態が続いた。

- 平成X+3年9月 妻は円背もあり身体的な負担も増えてきたため、疲れが出てき始めたことと、本人の身体機能の低下が見られるようになったため、リハビリ目的で某リハセンターへ入院することになった。

### 3) 妻一人暮らしと、夫の退院在宅開始

本人の入院の為妻は一人暮らしになり、生活は乱れるばかりとなる。また息子は問題も多く、娘が金銭の管理をすることになり、息子は作業所に通うことになった。

- 同年 12 月 以前から地域包括支援センターに相談をしていた妻の介護保険の申請を行い、(主治医意見書、認知症高齢者生活自立度Ⅱb) 週 2 回の訪問介護の家事支援をやってみることになる。少しずつ生活リズムができていたところで、本人の退院が迫ってきた。入院中規則正しい生活をしていたからか下痢もほとんどなく体調も良かったとのことであった。

退院の為に、娘夫婦、地域包括支援センター、訪問介護、通所リハビリ、訪問歯科、薬剤師、福祉用具業者、リハビリセンター相談員、ケアマネジャーにてカンファランスを行う。妻に要介護 1 が認定されたため、訪問介護の家事支援を週 3 回、ベッド一式を福祉用具自費レンタルで利用する。本人は通所リハビリ週 2 回、訪問介護週 3 回、居宅管理指導(歯科、薬剤師)の訪問、毎日の配食サービスを利用させていただくことになる。

- 同年 12 月中旬 退院し在宅生活が始まった。退院後は朝の訪問をしてもらい、起床時間、朝食や昼食がきちんと摂れるような支援もお願いした。訪問介護の支援を受けることで妻も落ち着いて夫の介護ができているようである。

## まとめ

認知症のある夫婦の生活をささえていくためには、近隣の住民、包括支援センター、地域の保健師、主治医、介護保険のサービス事業所、などのかかわりが不可欠と思われる。夫婦ともに認知面の低下があり、些細な生活の変化や身体機能的な面の低下が在宅生活の崩壊につながってしまうところがあり、緊急時の対策と整え、情報の共有を行いながら、見守っていかねばいけないケースと思われる。

認知症のある方は、周囲の人の関わり方次第で症状に影響が出やすいため、関係職種の情報共有は重要と感じる。

# 14

## 人工呼吸器装着したALS患者の外出支援

〈キーワード〉

進行性難病、人工呼吸器、外出、QOL、主体性、継続、プロボノ、地域リハマインド

### 概要

50歳でALS発症。現在人工呼吸器を装着して入院生活を送っている。病院リハビリではほとんど毎日アンビューバックを使用して屋外散歩を行う。また、月に1回の退院（4～7日）では、ボランティアと共にALS患者の会や地域の催しへの参加の継続を支援している。発症当初からの関わりの中で、「リハビリテーション」「ノーマライゼーション」「生きる」などについて改めて考える。

### 事例紹介

氏名：T氏 年齢：54歳 性別：男性  
病名：ALS（筋萎縮性側索硬化症）  
障害名：下位運動神経麻痺、人工呼吸器装着  
自立度：C-2

### 支援経過

- ・X年夏 ALS発症、リハビリでの関わり開始。
- ・X+2年8月 人工呼吸器装着。
- ・同年暮より 月1回の退院（4～7日）で、外出・参加を支援する。
- ・X+5年 1泊2日で某市リハビリテーション懇話会に参加。

ALSは上位及び下位運動神経細胞の変性により錐体路症状、筋萎縮、球麻痺症状をきたす重篤な障害を呈する進行性の神経疾患である。進行速度に個人差はあるが、胃瘻造設、人工呼吸器装着、そして最終的にはtotal locked inの状態に追い込まれる。

過去に神奈川県相模原市で、長男（ALS）の求めで人工呼吸器の電源を切り窒息死させ、自らも自殺を図った母親は嘱託殺人罪で懲役3年、執行猶予5年の判決を受けた。人工呼吸器を着けたALSの長男の「死にたい」との訴えに、当時の医療関係者は「不自由な体でも前向きに生きる患者はたくさんいる。呼吸器を外せば、外した人は殺人罪に問われる。病気を嘆くより、生きることを考えよう」と何度も言い聞かせたそうである。しかし、上記のような痛ましい結末になってしまった。

また『北里大学の全国調査の報告で、「いったんつけた人工呼吸器を外して欲しい」と患者から依頼された医師が、条件次第では「外していい」と考える容認派が回答者の50%を越えた』という新聞記事を見た。その条件は明記されていないが、非常に憤りを感じたというのが感想である。「脳死を人の死とみなすか」という論議でさえ、倫理上の問題が大きいというのに、仮に total locked in の状態になったとしても、知的能力など人間にとって最も大切なものがしっかり残存している人に対して、「死を選ぶ権利」と称してあたかも尊厳死を思わせるような議論は間違っていると思う。

なぜ患者、家族がそのように思いつめるかということ、周囲の人たち、特に医療関係者は真剣に考えねばならないと思う。患者、家族に対し、身体的、物理的ばかりでなく、心理的に孤立、絶望感に陥っているのではないかという想いが少ないのではないかと考える。家族以外の共感者がいれば、避けられたのではないかと思う。

現在、私が担当している患者T氏は発病初期から関わり、人工呼吸器を装着し、在宅復帰をひとつの目標にしている方である。T氏は子供の成長を見とどけたいという想いで人工呼吸器を装着した。その後、ほとんど毎日、アンビューバッグを使い、車椅子で20～30分程度の屋外散歩に連れ出している。

家族が仕事上の関係から日中独居ということで休日を間に挟んだ日程で、X+2年暮から月1回は4日から1週間程度の一時退院を継続している。県内での関連の催し（ALS患者の集い、総会など）、地域の催し（学習発表会、体育祭など）には片道2～4時間かかるところへも出かける。しかも、できるだけ医療のにおいを感じさせない形（医師、看護師抜き）で出かけている。

人工呼吸器を装着したALSの方が外出するとなると、まだ医師、看護師などの医療職の付き添いが必須のように考えられている。しかし、そんなことでは自ずと外出の機会も制限され、ALSが非常に特別な（医療抜きには行動が許されない）障害をかかえた人として考えられてしまうと思うからである。外出する時の不安は今のところ、交通事故だけ、それ以外は例えば人工呼吸器がトラブルしたとしても家族とボランティアと僕で対応できると確信している。

X+5年、某市でのリハビリテーション懇話会に招かれ、フェリーで1泊2日の日程で出かけ、講演した。招いてくれた香崎島の人達も感じるところが大きかったようであるが、何よりも本人、家族にとって生きる自信につながったようである。それが縁で他市からも声がかかっている。前日本ALS協会長に会いに行くことも計画している。

たとえ身体的には全介助の寝たきり状態であっても、生活空間としては広げたいし、ALSに対する固定観念を何かひとつでも崩したいとT氏、家族の人たちと考え行動している。

人工呼吸器を着けたALS患者の多くは「閉じ込め症候群」や「完全な閉じ込め状態」と呼ばれる状況に追い込まれる。その時、患者は「死にたい」との訴える（本当は望んでいないと思う）。それに対して医療関係者は無力だ。条件付きであろうと、「呼吸器を外していい」という容認するという考えは間違っていると思う。しかし、それに対して私

も解決策は持ちえていない。ただ外出支援をしながら感じることもある。

重い病、障害だから故に大いなる役割があることを感じている。それは命の大切さ、生き抜くことの意味を、少なくとも私たち健丈者と言われる者より千倍、万倍の力をもって伝えることができる。『絶望しかかった人』に闇夜の中での光明を与えることができるように思える。

T氏と発病当初から現在まで関わり、病の発症を感じた時からの身体的変化（麻痺の進行、疼痛、ADL能力の低下など）、それに伴う心理・精神的な面の変化（不安、苦悩、怒り、絶望など）、家族のこと、周囲との関係など、奇麗事ではなく、どろどろとした葛藤の連続だと感じている。

世の中には、数え切れないほどの病がある。比較して、どの病がいいとか悪いとか言えるものではない。しかし、ALSは最も苛酷な病のひとつだと思う。『ALS患者の自殺』に関する報道に触れるにつけ、肉体的、精神的な苦悩だけではなく、スピリチュアルな苦悩があることが想像される。この病がいかに辛辣な苦悩を強いられ続けられるか想像に絶するところである。

しかし、全く絶望的な世界しかないかと言えばそうではないように思えてきた。今回の某市での講演後、いろいろな人から感想をいただいた。それらを伺って、『この世の中で最も重い荷を背負って生き続けている人にしか語れない本当の言葉』は、「リハビリテーションとは、ノーマライゼーションとは、生きるとは」を改めて考えなおせているのではないかと感じている。

# 15

## 進行性難病者のQOL、在宅生活をチームで支援

### 〈キーワード〉

ALS、人工呼吸器、QOL、訪問看護、訪問リハ、訪問診療、在宅ケア会議、歯科との連携、ボランティア、福祉用具（コミュニケーション装置）、継続、旅行

### 概要

40代でALS発症。次第に障害重度化し、四肢まひ、経腸栄養、人工呼吸器装着となる。在宅ケア会議等でQOL支援、家族介護支援のためチームケアの必要性を確認。訪問診療、看護を中心にサポート。訪問リハとして二次予防、環境整備等にかかわり、コミュニケーション装置の入力スイッチに関しては歯科（歯科技工士）に協力を得た。また医師、看護師、療法士がボランティアとして付き添い外出、外泊支援を行って来た。ALS発症から20年近く、入退院を繰り返しながらも年に1度の旅行を楽しみに前向きな生活を支えている。

### 事例紹介

氏名：F氏 年齢：60歳 性別：男性

病名：ALS（amyotrophic lateral sclerosis、筋萎縮性側索硬化症）

身体状況：四肢麻痺、胃瘻造設、気管切開、人工呼吸器使用

自立度：C2、要介護度5

職歴：公務員

家族構成：妻と二人暮らし（発症時は父、子二人も同居）

### 支援経過（病歴、障害歴含む）

#### 1) 発病から症状の進行

- X年春頃より四肢の筋力低下が現れ、長く歩くことは困難となり、外来受診とリハを開始する。その後も徐々に在宅生活において不自由さを感じるようになっていった為、ベッドを搬入し、さらにリハスタッフが家庭訪問を行い、玄関の段差部、トイレ、浴室に手すりや入浴台を設置、これら環境整備を行なうことで、何とかセルフケアは自立していた。
- X+2年、急速に介助量は増しセルフケアは全介助となった。訪問看護ステーションの利用を開始し、介護量軽減のため主に清潔介助（清拭・入浴）を行うことから関わ

り始めた。訪問診療は定期的実施し経過を見ていた。舌の萎縮、口腔内の動きも低下し、呼吸が苦しくなってきた。また、呂律難があり嚥下も難しくなってきた。その後、頸部の保持が難しくなりリクライニング車椅子を使用、将来的にも必要なことから補装具にて申請。

- 同年 11 月、職場を退職。時折、自力排痰が難しいためネブライザー・吸引器の使用を開始する。
- X+3 年 1 月、呼吸、発語、嚥下困難は確実に悪化。同年 2 月、F 氏に病状説明し、病名を知らせる。
- 同年 4 月、呼吸、発語、嚥下困難悪化し、検査とコミュニケーション困難さに対してのリハビリ目的（意思伝達トレーニング等）で入院。この入院中、嚥下困難のための胃瘻造設、呼吸障害に対して気管切開を行なう。人工呼吸器による在宅生活復帰を F 氏は選択した。

## 2) 病院から在宅療養へ

F 氏の在宅生活復帰に伴い、在宅ケアスタッフ、病院医療スタッフ合同でケア担当者会議を開催し検討を行なった。医療依存度が高いことから訪問看護を密にしたプログラムを組んだ。介護者である妻の精神的ストレス軽減のため、月に 1 回くらいのペースで訪問滞在時間の延長を行い、妻の自由時間の確保を図ることにした。リハビリにおいては、PT による訪問リハを四肢拘縮予防と精神面のフォローのため 2 回/週行なう。また同時に ST と連携してコミュニケーション維持のため、コミュニケーションボード、パソコンによる意思伝達装置などをトレーニングし活用してきた。

## 3) 外出そして旅行支援

身体レベルは全介助、さらに人工呼吸器を使用しているため外出は困難である。F 氏は退院後、訪問サービスにより在宅生活は安定していたが、自宅から外に出るのは皆無に等しかった。氏は一般の人と同じ欲求で戸外に出てみたい、好きな植物を見てみたいという気持ちがあった。介護者である妻も精神的なストレスがたまる様子が見受けられた。ケア担当者会議でこういった内容が報告され、訪問スタッフによる外出介助を試みるようになった。

主治医である内科医師、訪問看護師、保健師、PT、妻によって外出する。PT の役割は、リクライニング車椅子の調整（呼吸器、外部バッテリーを搭載）、乗り移り方法の確認と実行であり、同時に楽しみをもちあげるなど精神面への関わりも行なう。外出は 1~2 時間程度であったが、戸外の空気、匂いなどを五感に感じるとも気持ち良い時間を過ごせた。妻も当初不安を感じていたが、F 氏の表情の良さなどにより、外出に自信をつけたようだった。それ以降、少しずつ生活環境が広くなり、F 氏、妻、娘の 3 人で 2 時間程度の車での外出も行なえるようになった。さらに外出に自信をもった氏は「今度は泊まりで外出したい」との希望があった。

宿泊地の確保、緊急時の病院確保、リクライニング車椅子の車用キャリア作成など準備を整え、四国方面への一泊旅行を実現できた。それ以来、外出は在宅生活をするF氏の大きな楽しみの1つとなり、定番の外出に加え年に1度の一泊旅行（8回実施）を行なっている。X+9年には息子の結婚式へも出席することが出来た。

F氏と妻は「外泊を計画したり、その日を待ったりするのも楽しい」と次の計画を練っている。

## まとめ

ALSは進行性の疾患であり、次第に介護量も増加していく。私たちの想像を絶する苦しみや不安が存在していると思われる。支援するスタッフとして、医療面や機能面の維持に関わることは当然必要なことであるが、精神面に対しての関わりも重要であるということを改めて考えさせられた。F氏の楽しみは意欲となり、更には生活の活性化につながっている。家族を含めたいわゆるQOLの向上へ繋がっていると考える。支援する私たちもF氏との関わりの中で、チーム医療におけるリハビリ本来の生活支援・QOL支援の重要性を確認している日々である。

（F氏はその後もOTによる訪問リハと一日・一泊旅行などでリハビリとの関係は続いていたがX+17年に永眠された）

# 16

## 重度失語症者、家族の当事者の会を支援

〈キーワード〉

失語症、言語友の会、当事者支援、家族会、ピアサポート、継続、プロボノ、QOL

### 概要

脳梗塞による右片麻痺、失語症。リハビリ目的による入院および住宅改修の後、ベッド上自立レベルで退院。訪問看護・デイケア・訪問リハビリおよび外来リハビリを行導入して在宅生活を開始する。失語症は重度で、言語訓練には当初より拒否的であり、妻は夫との意思疎通が図れないことで対応に困っていた。STは訪問して関わりの糸口を見つけながら、言語友の会への参加を促した。本人・家族は言語友の会の仲間とかかわる中で再び生活を取り戻していった。

### 事例紹介

氏名：T氏 年齢：84歳 性別：男性

病名：脳梗塞

障害名：右片麻痺、失語症（全失語）

障害老人の日常生活自立度：B-1

家族構成：妻とのふたり暮らし

職歴：元大手造船会社での建築士。単身赴任で日本中のダムにかかる橋梁建設に携わった。

### 支援経過（病歴、障害歴含む）

平成×年5月脳梗塞発症。3ヶ月の急性期治療の後、当院に転院となった。失語症は重度で言語訓練に拒否的であったが、2ヶ月弱のリハビリでADLがほぼベッド上自立となったため、住宅改修の後自宅退院した。

外来で週2回のリハビリを継続したが、やはり言語的な関わりはできず、付き添いで通院する妻との会話にとどまった。妻は、家庭での意思疎通の困難さと夫が外来や通所リハビリで他者と交流がもてず、何もできなくなってしまったことが悲しいと言った。

当院では昭和62年に言語友の会「やまびこ」を立ち上げ活動している。集まりは毎月1回で、近況報告に始まりゲームや歌、ケーキ作りや書初めなどの屋内活動。花見・みかん狩り・絵画鑑賞・グランドゴルフなどの屋外活動。新年会に忘年会。中でも最も楽しみなのが毎年恒例の泊りがけの旅行である。その他、県の言語友の会の活動として、

各友の会が持ち回りで開催する年 1 回の大会や風船バレーボール大会への参加・運営などを行っている。

この「やまびこ」への参加を勧めたが、当初は妻の自信のなさから踏み出せなかった。そこでSTは在宅への訪問を行うことにした。家庭でみる表情は病院とは違い柔らかく落ち着いていた。数回の訪問で、昔の写真などを見て話すうちにT氏に笑顔が増えてきた。これをきっかけに、ついに参加されることとなったのは退院から 7 ヶ月後であった。妻は会員に暖かく迎えられたことをとても喜び、この日から「やまびこ」の仲間となった。

「やまびこ」で活動し始めて半年後、県言語友の会の風船バレー大会に参加した。強引に進めた形での参加であったが、T氏はこの日、自ら選んだというネクタイとスーツで決めてきた。それまで見たことのない姿に驚き、皆、声をかけて喜び合った。妻は「バスに乗ってどこかへ出られるなんて夢のようです」と語った。また、ある時は弁論大会と題して、失語症者の体験発表を企画した。全く言葉が話せないことから妻は欠席を考えていた。そのため、STは日本の白地図を作成して自宅を訪問した。過去の写真を見ながら話すうち、T氏は白地図のあちらこちらを指差した。それは、橋梁建設に関わった場所であり、これを白地図に書き記して発表のための原稿とした。弁論大会では、演台の前に立ち笑顔で地図を指差した。言葉はなかったが立派な発表に大きな拍手が起こった。

このようなことをきっかけにT氏と妻は少しずつ自信を取り戻していった。発症後は参加していなかった親戚の集まりにも出かけられるようになり、孫の結婚式にも出席できた。丁度その頃、年 1 回の宿泊旅行がやってきた。初めての参加後の感想文には『出発前や道中のあの不安一杯の気持ちは、今はすっかり喜びに変わり、希望と勇気が沸いてきました』と記された。

神奈川への旅行を無事に終えると、また、少しずつ変化が見えてきた。「おはようございます」の挨拶と自身の名前が言えるようになったのである。実際ははっきりとした言葉にはなっていなかったが、他者との関わりの中で表現する気持ちが芽生えてきたのではないかと妻にもその言葉を聞き取ろうという余裕が出てきたのではないかと思われた。「やまびこ」での自己紹介でも立ち上がって挨拶し、他の会員もまたそのことを喜んだ。また、訪問看護のスタッフが入浴時にTさんの好きな黒田節や炭坑節を歌い、そのうちに外で待っている妻のもとへも歌声が聞こえるようになった。妻はこのような小さな変化に気付いては、本心から喜びT氏を励まし続けた。

発症から 5 年、長男夫婦の同居に当たり自宅を改築することとなった。台所の床材はもともとT氏が山から切り出したものであったが、新しく張り替える予定で話が進んでいた。そのことを感じたT氏は、何度も台所へ行って様子を見ていたがひと言「いけん」と言った。妻は、普段発語のない夫の言葉に驚き、慌てて予定を変更したとのことであった。

長年の経過の中で体調が優れず、入院することも度々あった。臥床が続くとすぐに体

力が低下するため、その都度リハビリを行った上で退院し「やまびこ」に参加した。神奈川に始まった旅行も高知、徳島、愛知、沖縄・石垣、長崎、京都、奈良と体調の許す限り一緒に旅することができた。時には出発2日前に医師の許可を得ることもあった。沖縄・石垣旅行の際は、心臓病の悪化を案じて主治医から紹介状まで持たせてもらえたことも大きな力となった。そんな状態であっても、宿では温泉につかり、宴会のカラオケで歌い、一杯飲んで頬を染めることができた。行く先々での普段見ることのない表情や新たな発見が旅行の醍醐味であり、関わるスタッフの元気の源にもなった。

何よりも健康に注意しながら過ごしてはいたが、次第に体調を崩すようになり「やまびこ」への欠席が増えていった。そうして発症から丁度10年が過ぎた年、Tさんは他界された。数週間後、お参りのため数年ぶりに訪問した。祭壇では静かに笑ういつものT氏が迎えてくれた。そして、その傍らには学生時代から愛用し、発症後も常に枕元に置いてあったという建設専門の辞書が添えられており、改めて氏の人生に触れた気がした。

49日も過ぎたある日、妻の姿が「やまびこ」にあった。

「10年前、主人が倒れ脳梗塞で完全失語となりましたが、良いことばかりの人生でした。色んな方と出会い、助けて頂いたお陰ですが、その中でもやまびこでは言葉がなくても普通の人と同じように楽しく過ごさせてもらいました。年齢・性別に関係なく、障害を持ちながらも亡くなるまで出会いと絆を感じる事ができました。主人に代わりまして厚くお礼申し上げます」

## まとめ

脳梗塞により右片麻痺と失語症を生じたT氏に、言語友の会を通じて関わった。氏の失語症は重度で「聞く・読む・話す・書く」といった言語機能面での変化は極わずかであった。しかし、妻の言葉に感じるように、同じように言葉に障害を持った仲間との活動の中で、お互いがそれぞれの悩みや小さな喜びを共感し支えあうことで、発症後の10年間を楽しく過ごすことができた。毎月顔を合わせて共に活動すること、毎年の旅行を目標に運動やカラオケの練習を行うことは、障害や年齢によって生じた足りないものを埋める作業ではない。そこから始まる新たな出会いと発見が、人生に彩を添えていくのだと感じる。

やまびこに関わる一人ひとりから様々な力を与えてもらっているが、多くのことを教えられた亡きT氏と奥様には心からお礼を申し上げたい。

# 17

## 「数日でも家がいい」重度、長期入院者への支援

### 〈キーワード〉

透析、四肢麻痺、胃ろう、訪問（看護、訪問リハ、訪問介護、訪問口腔衛生指導）、ボランティア、在宅ケアマネジメント、長期入院・短期在宅

### 概要

両片麻痺、慢性腎不全、人工透析で寝たきり。重度、重複障害を持ちながら、訪問看護、訪問介護、訪問歯科、訪問リハ、福祉用具の活用、ボランティアの送迎（送り）等で、週3回、透析、リハビリ等に通院しながら在宅生活を継続。

その後3度目の脳梗塞、重度麻痺、嚥下障害にて経腸栄養となる。肺炎、発熱等繰り返すが、状態安定時、外泊練習を繰り返す。この間の在宅サービス（訪問看護、介護、ベッド等の福祉用具など）はすべてケアマネの依頼によりサービスで行った。

外泊で本人、家族に自信がついたことから、本人・家族とケアマネで短期退院（1週間）を計画。主治医、病棟等と訪問看護、リハ、介護、訪問口腔衛生指導等の連携でこれまで3度の短期在宅生活が実現した。なおその都度、療養応援を兼ねて音楽療法士や在宅看護職の会員が自宅を訪問し、ボランティアとして歌などを披露し、ご本人を励ます会を催した。

現在、長期まではいかないものの、自宅へ戻ることを楽しみに、意欲と笑顔を失いがちな療養生活が支えられている。今後は長期の在宅生活支援を目指している。

### 事例紹介

氏名：S氏 年齢：78歳 性別：男性

病名：脳梗塞、糖尿病、慢性腎不全、肺炎

障害名：右片麻痺、左片麻痺、嚥下障害、構音障害、右大腿切断

自立度：C2、要介護度：5

家族構成：妻（向かいの敷地に長女夫婦）

### 支援経過（病歴、障害歴含む）

- ・10年前：脳梗塞（右片麻痺）2度目の発症もADLは何とか自立。
- ・平成×年5月：療法士がケアマネとして介入、住宅改修等施行。デイサービス利用。
- ・同年10月：居間で転倒受傷（右大腿骨骨折）手術のため入院。歩行は実用性困難もADLは軽介助。車いす、昇降機等福祉用具、環境調整を行う。

- 平成 X+1 年 10 月：デイケア、訪問看護利用しながら生活落ち着く。作業場で手工芸をしたり、電動車いすで犬の散歩をおこなう。このころ下肢の浮腫で受診等おこなう。12 月、貧血、嘔吐で入院。
- 平成 X+2 年 1 月：慢性腎不全により透析開始。（週 2 回）
- 同年 4 月：透析通いのタクシー代がかさむ（往復 5000 円）ため、迎いのボランティアを組む。（リハスタッフ有志。車は病院公用車の使用許可を受ける）町の機能訓練教室の一日旅行などに積極的に参加される。
- 同年 12 月：嘔吐、発熱で入院。
- 平成 X+3 年 8 月：透析週 3 回となる。  
今後の方針、家族、主治医、訪問看護等と話あう。「急変の可能性大」（医師）「細く、長くは望まない。（医療管理しながら）楽しみのある生活をさせたい」（娘）
- 平成 X+4 年：直腸ポリープ、シャント術のため数度入院。
- 平成 X+5 年 5 月：肺炎のため入院、脳梗塞再発（左片麻痺、嚥下障害、重度構音障害）嚥下造影は良好。少しは経口で食す。7 月シャント術、入院。
- 平成 X+6 年 1 月：介護の妻の整形疾患のため 2 人で入院。1 週間で退院。
- 平成 X+7 年 1 月：介護の妻、めまいで臥床。訪問看護、介護の協力でしのぐ。シャント拡張術のため入院。  
4 月「ふくろうの会」（在宅療養を励ます会：訪問看護主催）開催。
- 平成 X+8 年 10 月：発熱、肺炎で入院。ICU。（入院継続となる）  
ケアマネとして「小康を得たら、ベッドサイドリハと口腔ケア」を病棟へ依頼。
- 平成 X+9 年 2 月：胃ろう造設。
- 同年 5 月：外出。  
主治医の許可を得、訪問看護、介護のボランティア協力を得て自宅へ帰る。車いすは社協、ベッドは福祉用具提供事業者から協力を得る。（以降、同様の支援を得る）本人、家族喜ばれる。
- 同年 8 月：2 回目の外出。昼食の経腸栄養の操作を長女が訪看スタッフと行い、習得。同月、一泊外泊。昼食の経腸栄養は看護、夕、朝は長女が担当。入浴も行われ大変喜ばれる。
- 同年 10 月：短期退院調整。関係者、機関とカンファ。透析室から「シャント音に注意のアドバイス」。28 日、1 年ぶりの 1 回目退院。30 日「ふくろうの会」（在宅療養を励ます会）開催。歯科医師、ボランティアなどが集ってくれる。
- 同年 12 月：シャント術（右大腿部）（腹膜かん流を進められるが家族は消極的）
- 平成 X+10 年 1 月：2 回目の短期退院。前回と同様の日だったが、延長を希望され 7 日となる。「ふくろうの会」も同様に開催。（別紙 1、2 参照）
- 同年 3 月：発熱、嘔吐続く。右下腿壊疽。
- 同年 4 月 21 日：右大腿部より切断術施行。
- 同年 6 月：状態落ち着く。本人、家族の短期退院の希望あり。ケアマネが調整。主

- 治医、整形外科の同意を得て、3回目の短期退院を行う。「ふくろうの会」も開催。
- 同年8月：4回目の短期退院実施。「ふくろうの会」も開催。

## まとめ

主治医からは今までも在宅生活が続けられていたこと、現在の状態でも短期退院ができてきていることは奇跡に近い、と言われている。入院の期間はケアマネの稼働に対価はないが、リハ職のケアマネとしてQOL支持を中心に長期にわたり常に関係者と調整を行い、訪問看護、介護スタッフと一緒に、在宅のターミナルケアのつもりで関わってきた。地域ケアの継続には多くのスタッフの共感と理解が必要だが、直診のある地域には土壌として培われているのではないだろうか。

### 別紙 1 ふくろうの会 概説

- ふくろうの会は、療養生活が長いSさんと、介護を続けている奥様を励まそうと、訪問看護テーションの提唱で始めました。ご自宅に、在宅療養支援に関わるスタッフやボランティアさんたちが集い、話や歌で盛り上がります。
- 最近では入院生活が長いので、外泊時や退院時に開催されることが多くなりました。
- 因みに、ふくろうの会は、S家の納屋に一時梟が棲みついていたことや、ふくろうが幸運を呼ぶ縁起物であることから命名されました。S家には、たくさんのふくろうの置物や写真が所狭しと飾られています。
- 「家では表情も反応も何もかも違います。帰る楽しみやふくろうの会の楽しみがあれば、主人の療養生活のハリになります」と、奥さまや娘さんはいわれています。

| 第3表 |       | 週間サービス計画表                   |                  |                  |                  |                |                |                                    |
|-----|-------|-----------------------------|------------------|------------------|------------------|----------------|----------------|------------------------------------|
|     |       | 10月上旬様の計画を転写し、状況、希望により調整する。 |                  |                  |                  |                |                |                                    |
|     |       | 1月6日(水)                     | 1月7日(木)          | 1月8日(金)          | 1月9日(土)          | 1月10日(日)       | 1月11日(月)       | 1月12日(火)                           |
| 午前  | 5:00  | 栄養給食、栄養開始                   | 栄養給食、栄養開始        | 栄養給食、栄養開始        | 栄養給食、栄養開始        | 栄養給食、栄養開始      | 栄養給食、栄養開始      | 栄養給食、栄養開始                          |
|     |       | 終了                          | 終了               | 終了               | 終了               | 終了             | 終了             | 終了                                 |
| 午前  | 8:00  | 訪問看護<br>(介護タクシー)            |                  | 訪問看護<br>(介護タクシー) |                  |                |                | 訪問看護<br>(介護タクシー)<br>(入浴)作業へ<br>送迎へ |
|     |       | 「適期」介護センター<br>訪問看護1.2       |                  |                  |                  |                |                |                                    |
|     | 10:00 | 訪問看護                        | 送迎               | 訪問看護             | 送迎               |                |                |                                    |
|     | 12:00 | 経路、開始、ケア                    | 終了               | 経路、開始、ケア<br>終了   | 経路、開始、ケア<br>終了   | 経路、開始、ケア<br>終了 | 経路、開始、ケア<br>終了 | 経路、開始、ケア<br>終了                     |
| 午後  | 14:00 | 訪問看護                        | 訪問看護             | 訪問看護             | 訪問看護             |                |                |                                    |
|     |       | 経路終了、ケア                     | 訪問看護<br>(介護タクシー) | 訪問看護<br>(介護タクシー) | 訪問看護<br>(介護タクシー) |                |                |                                    |
|     | 16:00 | 訪問看護2.14:30                 | 訪問看護2.14:30      | 訪問看護2.14:30      | 訪問看護2.14:30      | 訪問看護2.14:30    | 訪問看護2.14:30    | ケア                                 |
|     | 18:00 | 訪問看護2.17:00                 | 訪問看護2.17:00      | 訪問看護2.17:00      | 訪問看護2.17:00      |                |                |                                    |
| 夜間  | 19:00 | 経路、開始、ケア                    | 経路終了、ケア          | 経路、開始、ケア         | 経路終了、ケア          |                |                |                                    |
|     | 20:00 | 経路終了                        | 経路終了             | 経路終了             | 経路終了             | 経路終了           | 経路終了           | 経路終了                               |

別紙2  
短期在  
宅時  
S氏の  
週間  
サービ  
ス計画  
表の例

※経路、経路変更等要時対応  
※経路、経路変更等要時対応は訪問看護センターへ緊急連絡にて対応  
※経路停止、不可状況など発生した場合、理由によっては最寄りの要時対応センターへ連絡  
※経路変更の際は、マシ、確認、及び乗降手配(介護用)、タクシー  
※オムツ手洗は併設施設センターへ送付  
○転送時について再確認の必要あり(要時対応)  
□ 介護員が不在、30分、ご家族から要時対応

# 18

## 介護予防教室を通して生活機能の維持、向上支援

〈キーワード〉

地域包括支援センター、介護予防教室、生活機能  
地域リハ広域支援センター、町づくり

### 概要

脳梗塞、脳出血の既往があるも麻痺は軽度。セルフケアは自立しているが、高次脳機能障害にて確認が必要で生活空間が狭まっていた。介護予防事業への参加にあたり、介護予防基本チェックリストを用いてアセスメントし、目標を立てて関わった。3カ月間の運動教室への参加は、当初消極的であったが、専門のリハビリスタッフの協力も得て、運動教室担当者間で課題の共有を行いながら関わり、参加の回数を重ねるうちに次第に参加者同士の会話もできるようになった。これがきっかけで、生活場面にも変化が生じ活動範囲も拡大していった。今後、教室での効果が事業終了後も継続するための町づくりが求められると感じている。

### 事例紹介

氏名：H氏 年齢：65歳 性別：女性

病名：脳梗塞、脳出血、高血圧症

障害名：左上下肢不全麻痺、失認、失語症、記憶障害

障害高齢者自立度 A2、認知症高齢者自立度 II a

家族構成：夫と二人暮らし（同じ敷地内に息子世帯）

### 支援経過（病歴、障害歴含む）

- 平成 X 年脳梗塞、翌年に脳出血を発症、セルフケアは自立されているが、夫などの確認が必要な場面がある。外出を一人でされることは少なく、夫の休日に一緒に買い物に行く程度であり、近所の人との交流も少ない。
- 平成 X+5年 介護予防事業参加に伴い、介護予防基本チェックリストを用いてアセスメントを実施し、総合的な課題を抽出して目標を立てた。

#### 1) 基本チェックリストの結果

- 運動器の機能向上（4/5）
- 栄養改善（0/2）
- 口腔機能の向上（0/3）
- 閉じこもり予防（2/2）
- うつ予防（3/5）

## 2) 介護予防アセスメント時の総合的な問題

- 課題 ①原疾患（脳出血に起因する運動、感覚麻痺にともなう）や筋力低下（二次的）により歩行や立ち上がりが不安定になってきている。
- ②介護者（夫）と一緒にないと外出することはなく、日中一人で家で過ごすことが多く活動の機会や範囲の減少
- ③言語機能障害、記憶障害もあり、人との交流がほとんどみられない。  
精神的活動も少なく、認知症の重度化が懸念される。

## 3) 課題に対する目標

- 自分自身の身体の状態（特長）の再確認
  - 筋力の強化（主に下肢）運動習慣をつけ家での活動性の向上
  - 人との会話を通して、精神的な意欲の高まり
- 同年 10 月運動教室『筋力すてっぴあっぴ教室』へ参加開始（週 1 回計 12 回）教室開始時、体力とくに下肢筋力の低下と不安、消極性がめだった。
- 筋力低下については、脳梗塞にともなう失認、姿勢バランスの低下が考えられた。また、身体面での特長を自分自身が理解できていないことも、自分の能力を過少評価している要因と考えられた。社会性の乏しさについては、言語障害、記憶障害が要因と考えた。最初の一ヶ月の目標を『教室を通し体調管理をする。運動になれる』とし、本人の運動面、疾病特長の評価については、広域支援センター理学療法士が評価およびアセスメントを行った。言語障害については、当院言語聴覚士より関わり方について助言を受けた。これらのリハ専門スタッフからの助言を運動教室担当者（看護師、介護職員）へ伝達を行い課題の共有を行った。
- 教室開始当初は、不安感強く、他の参加者との会話も少なく職員との会話を中心であったが、途中より、自分自身が忘れやすいことなどを話をはじめようになった。参加者との会話のなかで、他の参加者が、『日記を毎日付けるようにしている』と言うと、日記を付けることで、『認知症の悪化が防げるかも・・・』とそれ以来毎日日記を付けるようになった。また、家でも歩く機会を作るなど生活習慣についての改善への意欲がみられた。
- 平成 X+6 年 1 月 教室終了 1 ヶ月訪問を行い、家のなかでの活動状況、生活機能面の評価そして、生活習慣について聞き取りを行った。教室終了後も気分の良い日などは、積極的に老人車を使用して近所を散歩するなど活動範囲の拡大（J2 レベル）がみられた。また、表情が明るくなり、服装、化粧もするようになるなど運動機能だけでなく生活意欲の部分でも変化がみられた。

## まとめ

今回の事例では教室参加前は、活動意欲の低下がみられたが、教室参加を通して人と定期的に会う機会を得ることで、生活意欲の高まりがみられ、そのことが生活習慣の変化もみられるようになった。ただ、当地域では、当事者が自分のペースで出歩ける、集まれる拠点となるもの（趣味の会、サークルなど）が乏しいために、介護予防での教室、個別訪問指導で効果が得られたとしても、それを継続するにあたっては、自助の努力、家族の理解と協力を頼るところが大きい。今回の事例においても、外出についての意欲高まりがみられるものの、外出する目的となる場所（拠点）が自分ひとりで気軽に行ける範囲にないことが、支援者にとって気がかりな点となった。

介護予防の目的は、①未然に生活機能低下者を把握する②生活機能の維持改善を図る③本人の「活動」を高め「参加」につなげることであろう。今回の事例をとおして、介護予防のすすめ方、関係機関の関わりについてよい結果がえられたが、今後の課題として、身近な地域での資源づくり（まちづくり）の必要性が明確になった。

# 19

## 地域リハ活動の一環としての町づくり、人づくり

〈キーワード〉

国保直診、地域リハ、地域リハ広域支援センター活動、障害体験、啓発活動

### 概要

三豊総合病院リハビリテーション科では、社会福祉協議会との協力のもと、障害体験学習として小・中学生を対象に車いす体験・高齢者疑似体験を実施している。また、平成21年にはボランティア養成講座を開講した。地域住民への啓発により障害者に優しい環境づくりを目指している。

### 地域の概要

当院は香川県西端に位置し、瀬戸内の燧灘に面し南東部は讃岐山脈から連なる小高い山々に囲まれ、また愛媛県、徳島県の県境も近い。三豊医療圏は三豊市・観音寺市（人口約13万3千人）で高齢化率は28.20%である。

### 活動の歴史

当院リハビリテーション科では平成10年から三豊市社会福祉協議会の依頼により年に1回、三豊市立三野津中学校での車椅子体験を開催してきた。平成19年度より車椅子体験に加え高齢者疑似体験などが追加となり、平成21年度にはボランティア養成講座を開催し、車椅子体験・高齢者疑似体験の指導者として地域の住民（地域の高齢者）にボランティアとしての参加を依頼した。平成21年度には中学生だけでなく小学生にも対象を拡大し、6つの会場にて活動を行なった。平成21年度の活動内容は表1に示したとおりである。現在の活動内容を紹介し今後の課題について報告する。

表1. 活動内容

| 開催月       | 会場（活動内容）                 | 参加者 |
|-----------|--------------------------|-----|
| 平成21年 5月  | 三野津中学校（車椅子体験）            | 78名 |
| 平成21年 10月 | 三豊市社会福祉協議会（ボランティア養成講座）   | 40名 |
| 平成21年 11月 | 山本町大野小学校（高齢者疑似体験・車椅子体験）  | 40名 |
| 平成21年 11月 | 高瀬町勝間小学校（高齢者疑似体験・車椅子体験）  | 45名 |
| 平成22年 1月  | 山本町辻小学校（高齢者疑似体験・車椅子体験）   | 36名 |
| 平成22年 1月  | 三野町下高瀬小学校（高齢者疑似体験・車椅子体験） | 33名 |
| 平成22年 2月  | 仁尾町仁尾小学校（高齢者疑似体験・車椅子体験）  | 60名 |

## 活動の意義

近年、車椅子体験、高齢者疑似体験などの体験学習は医学部等の教育において、1年次の早期に積極的に展開されており教育方法の有効性が報告されている。理学療法士などのコメディカル分野の教育においても取り入れられるケースが増えている。体験学習の活動意義は共感性であり、共感性とは他者の気持ちを汲み取り、他者と同様の情動を体感することである。今回の対象となった小中学生は発達段階において早期に障害体験学習を行なう事で共感性を換気し、①障害者の気持ちを感じ取る ②より良い介助方法を習得する ③障害者に優しい環境作り（バリアフリー・ノーマライゼーション）の促進を共感することが活動の目標となった。

## 活動内容

まず、障害者及び高齢者の現状やバリアフリー、ノーマライゼーションなどについて簡単に講義を行った後、車椅子の操作方法、高齢者疑似体験セットの装着方法の指導を行っている。その後2班に別れ車椅子体験と高齢者疑似体験を実施している。

### ・車椅子体験（写真1）

車椅子体験では、前進・後進・方向転換の自走体験を行った後、段差昇降などの介助体験を行っている。車椅子の自走体験については「わずかな道路の傾きで車椅子がまっすぐ進まなくなる」、「方向転換が難しい」など障害者の気持ちが分かったとの感想が多く聞かれた。また車椅子の介助体験については、「少し早く車椅子を介助されるだけですごく怖かった」、「方向転換や段差昇降の前に声かけがあると安心できた」などの感想が多かった。

### ・高齢者疑似体験（写真2）

高齢者疑似体験では、視覚・聴覚障害、肘・膝関節の関節拘縮などを疑似体験できるセットを使用し、色の異なる標識を比較する体験や平地歩行、階段昇降、スプーンでの豆すくいなどを行っている。「信号の色や標識の色が視力障害のある人に合わせて工夫していることに初めて気付いた」、「膝が曲がりにくいと階段の昇り降りに時間がかかり怖かった」、「スプーンで豆をすくうことが難しくて驚いた」などの感想が多かった。



写真1. 車椅子体験



写真2. 高齢者疑似体験

体験を通して障害者や高齢者の苦勞と、環境整備の必要性を感じ取り、今後は「なにかお手伝いできることはありますか」と声をかける勇氣の大切さ等を指導している。

## ボランティア養成講座

活動には安全面に配慮して、三豊市社会福祉協議会職員、当院理学療法士など合計6名程度のスタッフの協力が必要である。そこで、地域住民にスタッフとして協力していただくことを目的に平成21年10月にボランティア養成講座を開催することとなった。

養成講座は当院理学療法士3名が講師となり、現在行っている活動内容の講義と、実際に車椅子体験・高齢者疑似体験を行った。参加者は平均年齢70歳前後と高齢者が多かったが、体験を通じて「高齢者の苦勞が分かった」、「介助される側の人の恐怖を感じる事が出来てよかった」などの感想が多かった。その後、小学校へ活動の範囲が広がり、登録していただいたボランティアの中から毎回4名前後がスタッフとして参加していただいている。

## 今後の課題

市内の小中学校からの車椅子体験・高齢者疑似体験の依頼は増加している。今後も多くの学生が障害者・高齢者の気持ちを共感し、介助方法を知り、障害者に優しい環境作りの必要性を感じ取ることが出来るように継続した活動が必要と思われる。その為には多くのスタッフが必要であり、今後はボランティア養成講座などを通じて地域住民（地域の高齢者）の参加を促し、地域住民が指導者として地域の小中学生を育てる環境作りを支援していきたい。

# 20

## 地域リハ活動の一環としてのネットワーク化支援

〈キーワード〉

国保直診、地域リハ広域支援センター、地域ケア会議、地域リハ活動支援事業、ネットワーキング

### 概要

現在、市町の介護予防・日常生活支援総合事業の推進にあたり、国は「地域リハ活動支援事業」として地域のリハビリ資源の活用を提示し、リハビリ関係機関やリハ専門職としても支援にかかる量的、質的な準備を進めているが、一方の市町の多くはリハ資源、専門職とどのように連携すればよいのか、その方途を模索している。

今回、当院では地域リハ広域支援センターとして、県内の担当 2 次保健医療圏域にある M 市の担当課及び M 市内の地域リハサポートセンター（協力病院・施設）等へ働きかけ、M 市独自の自立支援型地域ケア会議（サービスケア会議）の定例化に向けてネットワーク構築支援を行った。

### 経過

【経過 1】 ネットワーク化に向けた取り組み（平成 28 年 6 月～平成 29 年 1 月）

（行政・地域包括支援センターとリハ資源、およびリハ職間の協働促進）

- ・ もともと当院は地域リハ広域支援センター（以下広域 C）として M 市内の地域包括支援センター（以下包括）の研修会等に協力を行っていた
- ・ その経緯から、M 市行政から広域 C へ、地域リハ活動支援事業での「サービスケア会議（自立支援型地域ケア会議）」へ、リハ職協力についての依頼があった
- ・ 広域 C の声掛けで、M 市内のサポートセンター及び協力可能な施設の集まりを持つ（協力リハ職の量と質の担保の必要性を共有）
- ・ 行政・包括・専門職の顔の見える関係づくり（規範的統合の機会を設ける）を進めた
  - ① ネットワーク会議(仮称)（28 年 7 月）
  - ② 地域リハ M ブロック会議（28 年 12 月）
  - ③ 包括センター長会議（28 年 12 月）
    - ・ 事業展開について行政説明
    - ・ リハ職能からの説明
    - ・ ケアプランシート等の説明（包括）
    - ・ グループワーク（研修内容、役割分担等協働について）



(写真1 ネットワーク会議)

**【経過2】** サービスケア会議の実施準備（平成29年1月～3月）

- ・ サービスケア会議実施に向け行政・包括とリハ専門職の研修会を実施（2回）



(写真2 研修会：2回で144名参加。保健所も参加)

- ・ 行政・包括・リハ専門職（サポートC他医療機関、老人保健施設等）  
合同の模擬サービスケア会議開催（29年3月）（2回）



(写真3 2回実施 140名参加)

**【経過3】** サービスケア会議実施（平成29年4月～）

- ・ サポートセンターでローテートを組み各包括（市内5カ所）にてケア会議を実施



(写真4 市内のサポートセンター施設の協力によるサービスケア会議開始)

- ・地域リハ連絡会にてより効果的に、継続的に進めるための意見交換会を実施



(写真5 市内のサポートセンター以外のリハ専門職も参加)

- ・現在6つのサポートセンターが定期的に協力体制を継続

## まとめ

10数年前から国が進めてきた地域リハビリテーション支援体制整備推進事業は、当初ほぼ全国的な展開を見せていたが、紆余曲折を経、現在では約30ほどの都道府県の実動に止まっているとされる。その地域リハ広域支援センターについては、地域医療を実践する国保直診施設が担っているところも多く、当院も事業開始時点から活動を行ってきた。

しかし地域リハ活動の展開について、特に市町（行政）との連携にはリハを提供する医療機関、受け手である行政双方に課題を持つように思われる。医療機関については①病院として地域リハ、地域支援の動機が薄いこと②施設経営（診療報酬）優先であること等がある。市町（行政）については①地域リハビリがどう役立つのか分からない②ネットワーク（リハ専門職との協働等）の仕組みがつかれない、などがあげられる。

今回当広域支援センターはM市行政と市内の地域リハ協力病院・施設との協働体制の基礎固めを支援した。「多職種の研修会」には「県の新基金事業」の予算を活用できたが、地域リハ広域支援センター事業の予算はなく、多くは各人の手弁当での協力、参加であった。

こうした地域支援の実際には根気強い、丁寧な関わりと調整力が必要になる。医療機関の運営上のきびしい課題は依然としてある。しかし今回、圏域のリハビリ職たちの持ち前のリハビリマインドと国保直診の地域医療の理念が、本件のネットワーク構築の下支えになっていることが実感できた。今後とも等身大の地域リハ活動を実践していきたい。

作成者 公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会  
地域ケア委員会 リハビリテーション部会  
発行日 平成 29 年 11 月

事務局 公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会  
<https://www.kokushinkyo.or.jp/>



*Japan National Health Insurance Clinics and Hospitals Association*