

訪問リハビリテーションにおける 言語聴覚療法実践についての一考察 —「ケア」と「援助—援護—教授」機能連環の視点から—

安井美鈴

A Study on Speech Therapy during Home-Visit Rehabilitation:
From the Perspective of “Care” and the Functional Linkage of “Assist—Advocacy—Instruction”

Misuzu Yasui

abstract

Recently, in the field of speech therapy rehabilitation, those who receive speech therapy at day care facilities and during home-visit rehabilitation are on the rise. While the need for speech therapy in these contexts is starting to become recognized, there are many aspects about the method and techniques that have yet to be established, and issues still remain.

In this study, we provided speech therapy through “care” and the functional linkage of “assist, advocacy, instruction” to patients (and their families) who suffered a recurring cerebrovascular attack while continuing speech therapy during home-visit rehabilitation, and after hospital discharge, were less eager to undergo rehabilitation training due to physical inability. As a result, they recovered their eagerness to undergo rehabilitation training, and expanded their ADL. Through these case studies, we considered the effectiveness of “care” and the functional linkage of “assist, advocacy, instruction” in speech therapy during home-visit rehabilitation, and issues relating to speech therapy during home-visit rehabilitation.

1. はじめに

近年、老人保健施設などの通所施設や在宅への訪問による言語聴覚リハビリテーションを利用する人たちが増加している。しかし、在宅など地域での言語聴覚リハビリテーションの必要性は認識されてきてはいるが、その方法や技術は未確立な部分も多く、課題も少なくない。

訪問リハビリテーションによる言語聴覚療法は利用者の居宅で実施される。その為、言語訓練という狭義の言語聴覚療法以外に、家庭内でのコミュニケーションに関係する課題や様々なニーズへの対応が出てくる。また、利用期間も長期間に渡ることが多いことから、利用者の加齢や障害悪化等の状況変化に対応しつつ、サービスを提供することになる。

今回、訪問リハビリテーションによる言語聴覚療法継続中に脳血管疾患の再発作を起こし、訪問リハビリテーション再開後、「キュア」視点のリハビリテーションの実施により訓練意欲低下となっ

た当事者と介護負担感が増大した家族に、「ケア」視点によるリハビリテーションと「援助—援護—教授」機能連環作業による訪問による言語聴覚リハビリテーションを実施した。その結果、「キュア」視点のリハビリテーションにより低下した訓練意欲が改善し、日常生活 ADL も拡大が見られるようになり、家族の介護負担感も軽減した事例を経験した。その事例から、訪問リハビリテーションによる言語聴覚療法における「ケア」視点によるリハビリテーションとその実践における「援助—援護—教授」機能連環作業の有効性と課題について検討した。

2. 近年のリハビリテーションの変遷

上田 敏は(1983 文献4) リハビリテーションについて「個々の身体部位の機能回復のみを目的とするのではなく、障害をもつ人間を全体としてとらえ、その人が再び「人間らしく生きられる」ようになること、すなわち“全人間的復権”を窮極的な目標とすることである」と定義している。この定義から、「リハビリテーションとは、障害を有する人たちが、その人らしく生活し、その人が生活する社会に復帰できるように支援すること」、と言えるだろう。

1997年に介護保険法が制定され、2000年に回復期リハビリテーション病棟が制度化された。制度化以降脳疾患におけるリハビリテーションは、基本的にはその回復段階に合わせて「急性期」⇒「回復期」⇒「維持期」という3段階のシステムで実施される。「急性期リハビリテーション」は、脳疾患発症後約2週間前後の期間を指し、廃用症候群、早期離床を目標に実施される。「回復期リハビリテーション」は急性期後の症状改善とともに日常生活動作(ADL)を向上させ、社会復帰を目的に実施される。「維持期リハビリテーション」は、身体機能などの回復が緩徐となった時期に実施されるリハビリテーションの総称であるが、その目的が最近、「回復期リハビリテーションで獲得された日常生活動作(ADL)等を実生活内で更に回復、向上させること」とされてきたため、「生活期リハビリテーション」と称されるようになった。急性期リハビリテーション、回復期リハビリテーションは病院などの医療施設で実施されることが多い。維持期(生活期)リハビリテーションには、療養病床などの入院患者や施設入所者へのリハビリテーション、在宅患者対象に医療機関での外来通院リハビリテーション、介護老人保健施設などでの通所リハビリテーション、居宅へ訪問する訪問リハビリテーションがある。また、リハビリテーションの分類として、医療機関で実施されるリハビリテーション、居宅などで実施される地域リハビリテーションなどがある。

地域リハビリテーションは、「障害のある人や高齢者およびその家族が住み慣れたところで、そこに住む人々とともに、一生安全に、生き生きとした生活が送れるよう、医療や保健、福祉及び生活に関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う行動のすべてをいう。」(2001 文献7)と定義されており、その実践方法として訪問リハビリテーションがある。訪問リハビリテーションは、「日常生活の自立と家庭内さらには社会参加の向上を図ること」を目的として、利用者の居宅に伺い、ケアマネ等の関連職種と積極的に連携を図りながら、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士のリハビリ専門職種が利用者本人と家族の生活再建、安定、発展を手助けするサービスである。

3. 訪問リハビリテーションにおける言語聴覚療法

訪問リハビリテーションによる言語聴覚療法は、「言語聴覚士の専門性を用いて、認知・コミュニケーション障害や摂食嚥下障害を有した利用者やその家族の在宅生活継続と質の向上を目的に、在宅で安定した生活が送れるように、そして、自立や社会参加に向けて支援していく一連のサービス」(2014 文献1)と捉えられる。その実践には、狭義の言語訓練だけではなく、その人の所属するコミュニティの人々とのコミュニケーション成立のための支援や在宅生活に即した課題(失語症の方が結婚式でスピーチをしたいなど)や問題の解決、廃用症候群予防等が挙げられる。

4. 事例

次に、事例を通して訪問リハビリテーションにおける言語聴覚療法の実践について検討していく。(なお、事例に関する情報は、事例との「説明と同意」に基づく個人情報保護の為本稿の趣旨に関係しない情報を改変し、記載していない)

事例はA氏。60代後半の男性。元会社員 右利き 妻と二人暮らしである。妻は週2回昼間、パート勤務をしている。近隣に娘夫婦が在住している。

Y年—7年前(今回の病状悪化時をY年とする)に第1回目の左半球脳出血を発症した。Y年—4年に第2回目の左半球脳梗塞を発症し近隣の病院に3か月入院した。退院後、訪問リハビリテーションによる言語聴覚療法を開始した。Y年、症状悪化により再入院となった。再入院から約1か月後退院し、訪問リハビリテーションによる言語聴覚療法を再開した。

Y年の病状悪化による再入院前のA氏の経過概要

Y年—7年 第1回目の左脳出血を発症した。右上下肢不全麻痺、右上下肢感覚低下、運動障害性構音障害が残存した。

Y年—4年 左脳梗塞を再発症し近隣病院に入院した。入院中は理学療法士(以後PTと略す)、作業療法士(以後OTと略す)、言語聴覚士(以後STと略す)による訓練が実施された。本人や妻からは、Y年—7年時脳出血時と右上下肢不全麻痺の状態は変わらなかったが、運動障害性構音障害は悪化したとのことであった。

Y年—4年 退院後、構音器官機能改善、発話明瞭度の向上、日常コミュニケーション支援等を目的に週1回・60分訪問リハビリテーションによる言語聴覚療法を開始した。PT、OTによる訪問リハビリテーションは本人、家族の意向で導入されなかった。介護度は、要介護2であった。

訪問リハビリテーション開始時言語聴覚療法評価結果及び実施内容は以下の通りである。

- ・意識は清明。右上下肢不全麻痺、右半身の軽度感覚低下、運動障害性構音障害が認められた。
- ・発話明瞭度は 3(聞き手が話題を知っていればわかる 標準ディサースリア検査 文献8)
- ・構音器官の間接訓練、構音訓練を開始した。自主訓練は訓練実施内容をプリントしたものを渡し、毎日1回～数回程度実施するように依頼していた。
- ・日常コミュニケーションは、元々の運動障害性構音障害による発話機能低下に加え、「病前の発

話速度で話す」、「聞き手が話の内容を理解していない事に気付かない」等の要因により発話による伝達性は低かった。発話速度を下げることで明瞭度が向上することが確認されたため、発話速度低下方法として、モーラ指折り法（モーラ毎に指を折る）、タッピング法（モーラ、句単位毎に手などでタッピングする）等を検討したが、指折りやタッピング時の手の動きと構音のモーラが一致せず、発話速度低下に繋がらなかった。そこで、「発話時に構音動作を大きくする」という方法を検討した。この方法だと発話時に構音動作を大きく行うことで構音が意識され、そのことで発話速度が低下し、発話明瞭度向上が望めるからである。しかし、実際場面では、この方法の使用を忘れ、方法導入前の状況となった。本人からは「この方法を使えば、ゆっくり話せるようになることはわかっているが、話したい気持ちが先走ってやり方を忘れる。」という発言があった。このことから、本人により発話行動修正は困難と考え、「聞き手からの『もう少しゆっくり話していただけますか』要請により大きく構音動作をする」という発話行動を設定した。導入後、訓練場面や日常生活場面で発話伝達性向上が確認された。本人からは「「相手」から言ってもらったら思いだせるから良い」という発言があった。妻からも「こちらから言うのとやってくれるから、分かりやすくなった」という話であった。

Y年 今回の病状悪化直前までの発声発語器官機能、言語機能、身体機能、日常生活 ADL 機能、社会活動や心理面については以下の通りである。

- ・訓練には積極的で、自主訓練もされていた。自由会話場面は積極的に話されていた。
- ・顔面は、安静時右口角が軽度下垂、右顔面下部感覚低下が認められ、時に右口角からの流涎が見られた。右口唇の引き、突出及び交互動作時に軽度運動範囲制限、速度低下が認められた。
- ・口腔構音機能は、挺舌時偏位は見られなかったが、舌の左右口角交互反復運動時に可動域制限、速度低下が認められた。右舌尖挙上、奥舌挙上で軽度運動範囲制限が認められた。
- ・最長持続時間 15 秒 発話明瞭度 2.5（2：時々わからない語がある段階と 3：聞き手が話題を知っていればわかる段階の中間）で、口蓋破裂音、両唇破裂音、舌音に歪みが認められた。
- ・食事形態は、普通食で副食は一口大サイズであった。水分は軽度トロミを付けていた。
- ・日常生活 ADL 面は、要介護 2（食事や排泄に介助が必要なことがあり、身の回りの世話全般に介助が必要）であった。立ち上がりや歩行に支えが必要で、屋内移動は杖歩行、屋外移動は車椅子を使用しており、入浴は介助が必要だったが、食事、整容、更衣、トイレ動作はやや時間が掛かるが自立レベルであった。
- ・デイサービス等の通所サービスは未使用であった。週数回の通院時に利用される移動介護従事者（＝ガイドヘルパー 以後ガイドヘルパーとする）と話をされることを楽しみにされていた。ガイドヘルパーとの会話では問題は見られなかった。妻と定期的に車椅子で公共交通機関を利用して展览会や外食へ行かれていた。

Y年 妻から「飲み込みづらくなり、流涎がひどくなった。受診したところ、新しい脳梗塞は見られないが、飲み込みが悪くなっているのので、飲み込みの訓練などをするためにしばらく入院した方がよいと言われたので入院します。」との連絡があった。

入院後約 1 か月で自宅退院となった。

再入院後の経過及び訪問リハビリテーションによる言語聴覚療法実施内容

Y年 訪問リハビリテーション訓練再開 1回目、2回目

退院1週間後、訪問リハビリテーションによる言語聴覚療法を再開する。PT、OTの訪問リハビリテーション導入は本人、妻の意向で今回も導入されなかった。

訪問リハビリテーション再開1回目：本人からは「退院できてよかった。病院では飲み込みの訓練はほとんどなくて、喋る訓練をちょっとしたかな。病院では話すことは困らなかった。入院する前とそんなに変わっていないと思う。病院の食事は時々むせていた。訓練は頑張る。普通の御飯が食べたい。」。妻からは「身体のリハビリは毎日あったが、食べることはSTの先生が来てちょっと見て、食事の内容が決まった。食事の内容は退院するまで一緒だった。飲み込みの検査は無かった。食事の作り方についてSTからは説明がなかった。何回も同じ病気をしているからそんなに良くはならないと思うが、せめて今回の入院前の状態には戻って欲しい。今のところ（入院前と）変わらない」という話があった。

第1回目に発声発語器官機能及び構音評価、第2回目に食事場面による摂食嚥下機能評価を実施した。評価結果は以下の通りである。

- ・安静時の右口角下垂、右顔面下部感覚低下は入院前と著変は無かった。右口角からの流涎は増加していた。
- ・頸部筋に軽度緊張が見られた。
- ・右口唇の引き、突出及び交互動作時に運動範囲、速度は入院前より低下していた。
- ・挺舌時、舌の偏位は見られなかったが、舌の左右口角交互反復運動時の可動域、速度及び奥舌挙上運動範囲は入院前よりも低下が見られた。
- ・最長発声持続時間は7秒、発話明瞭度は4（時々解る語がある）と顕著に低下し、口蓋破裂音、両唇破裂音、舌音の歪みは悪化していた。
- ・摂食嚥下機能は、反復唾液嚥下テスト（RSST）2回／30秒間と、嚥下反射惹起低下が示唆された。頸部聴診では嚥下音の遅延は見られたが、著明な咽頭貯留や誤嚥を示す音は認められなかった。退院時の食形態は「軟飯、きざみ（トロミなし）食」だったが、家庭で調理されている軟飯は、普通の米飯に近い硬さだったため、咀嚼に時間を要し、食塊形成は一部可能ではあったが口腔内にかなりの量の米粒の残留が見られた。副食のきざみ食は、食塊形成は困難で、口腔内にきざみが拡散し残留した。以上のことから咀嚼機能低下、食塊形成不良、送り込み機能低下が示唆された
- ・椅子での坐位姿勢は前屈しており、姿勢調整のポジショニングが必要であった。
- ・介護度は 要介護2 介護度変更はされなかった。移動手段は屋内杖歩行、屋外車椅子と変わらないが、立ち上がり時、歩行時のバランスが不安定になっており見守りが必要になっていた。歩行速度も遅くなっていた。食事動作、整容、清拭、更衣、トイレ動作は自立していたが、時間が掛かるようになっており、入浴時の介助量は増加していた。
- ・認知機能面では明らかな低下は見られなかった。

検査結果から、

- ・頸部筋へのアプローチ ・口腔周囲筋群、舌筋群の運動訓練 ・発声構音訓練を設定した。

自主訓練として訓練内容を印刷したものを手渡し、毎日1回から数回程度の実施を依頼した。

- ・食事形態は、炊く際の水分量増量で米飯軟度が上がり口腔期の問題は改善されると判断し、主食は「軟飯」とし、妻に「水分量を増量し、柔らかく炊いてください」と依頼した。キザミの口腔内残留等がムセや誤嚥性肺炎の原因になると考え、「副食はトロミ付きぎみ食」とし、「刻んだおかずには必ず『トロミあん』を掛けてください」と依頼した。但し、ぎみ食に使用するトロミは「トロミ剤だけではなくマヨネーズやトロロなどで和えることも可能である」と説明した。水分については入院中、トロミは付けられていなかったが、トロミなしだと嚥下時にムセが見られるため、とろみ剤でポタージュ状の濃度をつけるように依頼した。トロミは水分だけでなく、味噌汁等の汁物にもつけるように依頼した。食事後は、軟飯、トロミ付きぎみが口腔内に残留することもある為、「食事後は口を漱ぐ」など口腔ケアを依頼した。また、食事時の姿勢調整も依頼した。食事形態、訓練、自主訓練内容について本人、妻から承諾が得られた。

Y年 訪問リハビリテーション訓練再開3回目

A氏の表情は明るく、訓練にも意欲的に取り組もうとする態度が見られた。自主訓練も毎日されていた。本人からは、「頑張ってるよ」という発言があった。家人からは「言葉が解りにくい。入院前にやっていたように、『ゆっくり話して』と言っても変わらない。」という話があった。妻の発言内容から、発話の伝達性について対応が必要と考え、本人、妻に「現在の状態では入院前の方法は困難で、新たな方法を使用した方が良い」と説明し、了解された。本人へは「文字盤（盤に書かれた五十音を使用して表出したい内容を1文字ずつ順に指差す）使用による代替手段を提案した。提案理由として、

- ・失語症の合併は無いため、文字言語使用に問題がない。
- ・左手指による文字盤上の文字の指さしは可能である。
- ・左手による書字は非利き手の為、文字形態が崩れやすく判読に時間を要することが懸念される。ということからである。

文字盤使用によるコミュニケーション場面査定結果は以下の通りである。

- ・理解困難な語や句の一音に対応する文字を文字盤から探す時間が掛り、聞き手は内容が把握できず、理解向上には繋がらなかった。
- ・次に、指された文字を聞き手が音読する、メモに取る方法を追加した。この方法で理解困難な内容確認は可能となるも、音読する、メモを取る行為が加わることで、時間が掛かった。
- ・本人から使用に対して消極的な発言があった。
- ・iPadの文字機能による伝達方法も査定したが、同様の内容であった。

そこで筆記手段の使用を検討した。筆記は非利き手の左手を使用するため文字形態が崩れやすく、書かれた文字の判読困難が懸念されたが、本人から筆記試行の希望があり、査定を実施した。筆記手段使用によるコミュニケーション場面査定結果は以下の通りである。

- ・文字盤の文字を指さす行動よりも筆記行動の方が速かった。
- ・指さされた文字を聞き手が音声化するや再度、書くという過程を経ないため、話し手と聞き手の間に会話の時間差が生じにくい。
- ・文字形態、特に漢字や仮名の文字形態は崩れやすく判読困難な場面も見られたが、判読困難時、自発的に書き直そうとする行動が見られる。
- ・本人から「筆記手段の方が良い」という意見があった。

以上の結果から、「聞き手の理解が困難な時は、筆記で相手に伝える」という方法を導入した。

しかし、実際のコミュニケーション場面では自発的に筆記手段を使用する行為は見られず、聞き手からの「書いて下さい」という教示が必要であったため、「『書いてみて下さい』教示による筆記手段の使用」に変更した。使用文字形態は本人の選択としたが、仮名文字よりもカタカナの使用を提案した。仮名文字はカタカナよりも曲線が多く、仮名文字の曲線を左手で書くことが困難という理由からである。妻への「『書いてみて下さい』教示による筆記手段の使用によるコミュニケーションの取り方」の説明は、訓練場面で口頭説明と担当 ST と本人と筆記を併用したコミュニケーションのやり取り場面内で具体的に使用方法について説明を行った。妻からはこの方法使用について了解が得られた。

Y年 訪問リハビリテーション訓練再開5回～6回

この時期から、活気が乏しくなり、訓練には積極的でなく、自主訓練実施回数も減少していた。訪問リハビリテーション再開後、各訓練時、①訓練開始時に訓練を実施するか否かの確認 ②誤反応訂正よりも出来たことへの賞賛を増やす ③視覚的フィードバック等を使用し、訓練開始時から改善点の理解を促す等の対応を行っていた。毎回の訓練開始時の訓練実施確認では、本人からは「やりたい」という発言があったが、訓練については「頑張ろうと思っているが。宿題もやらないといけないと思っているが・・・」という発言があった。この発言から訓練の必要性は理解されているが、訓練内容や自主訓練が身体的、精神的負担となっている可能性がある判断した。そこで、訓練内容を必要範囲内で減らし、「前回よりもこの部分ができるようになってきました。」と視覚的フィードバックによる確認や賞賛場面を更に増やすように心がけた。また、自由会話の割合を増加し A 氏の話に傾聴するようにした。自主訓練は訓練内容を必要最小限にし、実施回数も出来る時で良いとした。

妻からは「退院した時より動きにくくなっている。移動に時間が掛かるようになってる」等 A 氏の生活面での困難さへの発言が増加した。転倒事故等は起きていないということだったが、妻の話や訓練時の移動状態から身体機能低下が示唆されたため、身体機能向上を目的に PT か OT の機能訓練導入を勧めたが消極的だった。

Y年 訪問リハビリテーション訓練再開7回

本人より「ガイドヘルパーと話が通じない。このまま訓練を続けて良くなるのだろうか。」という発言があった。この発言から訓練への訓練意欲低下の一因として、ガイドヘルパーとの会話不成立が考えられ、また、今後、コミュニケーション意欲減退にも繋がる懸念された。そこで本人、妻と相談し、A 氏の現在の言語機能の状態や筆記によるコミュニケーションの取り方についてガイドヘルパーへ説明するという旨をケアマネジャーに提案することになった。

Y年 訪問リハビリテーション訓練再開8回

第8回の訓練時、本人、妻の了解のもとに、ケアマネジャー、ガイドヘルパーに A 氏の言語機能について説明を行った。次に、「『書いて頂けますか』教示による筆記手段の使用」によるコミュニケーションの取り方について口頭で説明し、実際にその方法を使用した A 氏とのコミュニケーションのやり取り場面を見学してもらった。ケアマネジャー、ガイドヘルパーに A 氏の発話の理解が困難時には、「『書いて頂けますか』教示による筆記手段の使用」を要請した。正確な確認が必要な場合（例えば急な体調変化等）は、聞き手から確認内容を筆記し、確認することを依頼した。ケアマネジャー、ガイドヘルパーからは「A さんの言語機能の状況が理解できた」という発言があった。A 氏の話が理解困難な時、「『書いて頂けますか』教示による筆記手段」使用については

了解が得られた。ケアマネジャーやガイドヘルパーからは、「実際に筆記を使用したコミュニケーションの取り方を見せてもらったので、やり方がわかり、良かった」ということであった。コミュニケーション方法指導後、ケアマネジャー、ガイドヘルパーへは「A氏の発話状況や手段について質問などがあれば、いつでも相談してほしい」と依頼した。筆記ツールは、携帯しやすさ、悪天候時の使用などを考慮し、屋内で使用していたマジックペン、紙から小型のホワイトボードとマーカーに変更した。

Y年 訪問リハビリテーション訓練再開9回

妻より「最近、今までの半分くらいしか食べない。体重は変わらない。」という話があった。本人からは、「半分くらい食べると腹が一杯になる。飲み込みにくい。食べにくい。粥にして欲しい。」という話があった。そこで再開時に設定した食形態（軟飯、トロミ付き刻み食）についての再評価及び妻からの聞き取りを実施した。その結果、「軟飯」は訪問リハビリテーション再開評価時の形態に近い状態で、咀嚼や食塊形成がしにくく、口腔内に米粒が拡散し残留しやすかった。副菜のトロミ付ききざみには、おおむねトロミ付きのきざみ食が出されてはいたが、時にトロミなしのきざみ食が出されていた。全粥への変更については、妻は消極的であったことから全粥変更後に硬めの軟飯に変更される可能性が示唆されたため、全粥には変更せず軟飯継続とした。但し、「訓練再開時の軟飯の軟らかさになるように水分を増量して欲しい。食後は必ず口を漱いでください」と依頼した。副菜のトロミについては、現在の本人の嚥下機能からはトロミが必要であることを説明し、形態変更はしなかった。本人の食事摂取量低下によるカロリー減及び栄養摂取不良が懸念されたため、補助栄養食品を導入した。この補助栄養食品導入可否について妻から主治医に確認を依頼した。食事時の姿勢調整は妻へ調整内容を確認し、依頼をした。本人へ嚥下機能改善には自主訓練が必要であることを説明し、可能な範囲内の自主訓練実施を依頼した。

Y年 訪問リハビリテーション訓練再開10回

妻より「おかずはトロミがつかないとダメか？」という質問があった。「夫の食べる能力はよく解っているし、普通のを食べさせて大変なことになるのも怖いので食べさせるつもりはない。でも、これだと食べてくれないし。外で食べるものがない。入院前に食べられたものが食べられなくなるような気がする。」という理由からであった。再度、妻に「トロミ無しの場合、口の中で残ってむせの原因となる。また、誤嚥性肺炎の危険性も高くなる。食べる機能は少しずつ良くなってきているので、今の状態で食べられるメニューを考えてみよう。入院前の状態に戻るには時間が掛ると思われるが、ここは焦らずに慎重にいきましょう」と説明し、全面的な形態変更は行わなかった。トロミの代替として「トロミの代わりに刻んだおかずを軟飯に混ぜる」や「カレーのルーなどもトロミの代わりなる」と説明した。また、「家族用に作った料理にあんをかけ、ほぐしながらあん絡めて食べる。例えば煮魚の煮汁にトロミを付けほぐした魚のみにあんを絡める。ハンバーグもあんを絡める」等を提案した。また、A氏の嚥下機能が舌と口蓋でつぶせる程度の軟らかさであれば食塊形成が可能な段階まで改善されていたため、「舌でつぶせる程度の硬さのもの、かぼちゃの煮物やマグロの刺身、豆腐などを一口大の半分の大きさであれば可能である。」と説明し、具体的な調理例などを写真等で提示した。「今後メニューなどで困ったことがあれば一緒に考えていきましょう。」と伝えた。調理負担軽減を目的に市販の嚥下食用レトルト食品などを提案したが、購入には消極的であった。

Y年 訪問リハビリテーション訓練再開 11回～12回

訓練前に妻から「入院前よりも介護量が増え、これからやっていけるかどうか不安だ。施設などの入所も考えた方が良いのか？」という話があった。本人、妻の了解を得て、訓練内容を必要最小限に実施し、妻の話を聴くこととした。妻の様子からは介護負担軽減のための支援導入等の具体的な提案よりも話を聞いて欲しいという様子であったため、まずは「話に傾聴する」という対応とし、具体的な方策の提示は必要があれば実施することとした。妻の介護負担感に共感し、実施している介護内容などについて賞賛するようにした。

12回訓練時、妻から「(気持ち)が落ち着いたのももう少し頑張ってみようと思う。話を聞いてもらえて気持ちが楽になった。」という話があった。

Y年 訪問リハビリテーション訓練再開 13回以降

この時期から、本人に活気が見られるようになり、訓練にも意欲的になっていた。妻やガイドヘルパーとの会話は、『書いてみて下さい』教示による筆記手段の使用の併用であったが、発話のみでの伝達可能な場面が増加していた。食事摂取量は増加した。補助栄養食品使用は本人や妻の希望から継続していた。

この時期より本人の室内移動等のスピードは速くなってきており、歩行も安定してきていた。妻から「(A氏の)動作や歩くのが速くなってきた。食事の量も増えてきた。おかずは柔らかく煮るとか、自分が食べるものと一緒のものをほぐしてあんをかける、トロロで和える、ご飯はドリアにする等調理にいろいろできることが増えた。一時はどうなるかと思ったけど、なんとかやれそう」という介護に対する肯定的な話が増え、妻にも活気が見られてきた。

Y年 訪問リハビリテーション訓練再開 15回

訓練再開後初めて妻と車椅子で公共交通機関を利用して他県の美術館まで行かれた。その際、外食をした。「(外食はオムライスとスープ)ご飯はケチャップで和えてあった。ご飯の上の卵は軟らかかったから噛んでいた。スープはトロミが付いていた。ムセなく、全量摂取した」とのことであった。妻からは「退院後初めての外出だったのでちょっと心配だったが、大丈夫だった。これからも外出しようと思う」という発言があった。

Y年 訪問リハビリテーション訓練再開 20回～

訓練や自主訓練は積極的に取り組まれていた。

再開第20回時構音器官機能評価及び構音検査などを実施した。結果は以下の通りである。

- ・舌、口唇等の構音器官の機能は若干改善が見られていた。
- ・最長発声持続時間は10秒と延長していた。
- ・発話明瞭度は、訓練再開時の4(時々解る語がある)から3.5(3:聞き手が話題を知っていればわかる 4:時々わかる語がある 中間)まで改善していた。
- ・口蓋破裂音、両唇破裂音、舌音の歪みもやや改善されていた。
- ・摂食嚥下機能は、反復唾液嚥下テスト(RSST)2回/30秒間と変化は見られなかったが、唾液指示嚥下では嚥下反射速度は速くなっていた。
- ・咀嚼機能能力、食塊形成能力、送り込み機能能力に改善が見られことから、主食は軟飯で継続するが、副食は一口大の半分の大さきの軟菜へと食形態を変更した。

再開第23回、A氏から「車椅子で投票所に行った。候補者の名前は仮名文字だけだったが、左手で何とか書けた。」という話があった。また、コミュニケーションについては、「この頃、病院の

看護師さんや先生と話（発話のみで）が通じるようになった。」という話があった。

今後ケアマネジャーとの情報共有の必要性があると考え、妻にケアマネジャー訪問時について尋ねたところ「月1回の訪問時には話すことは話す。」という返答であった。PT、OTについても尋ねたところ、「昔（第1回発症時?）、PTからの勧めで歩行器などを借りたが、結局は使わなくなったから・・・」という話があった。

経過とSTの対応内容をまとめると

A氏の場合、今回の病状悪化から構音器官や摂食嚥下機能、身体機能が低下し、入院前可能であったコミュニケーション、摂食嚥下や日常生活が困難となった。退院後、機能改善訓練を実施するも効果は緩徐で、周囲との発話によるコミュニケーション行動は不成立な状態が継続され、訓練意欲が低下した。しかし、「書字によるコミュニケーション手段」導入により周囲とコミュニケーションが成立するようになり、それに伴い訓練意欲が向上した。その結果、身体機能が向上し始め、可能な日常生活行動が増加し、自信を取り戻すようになった。

妻の場合は、A氏の構音器官、摂食嚥下機能、身体機能低下により入院前可能だった日常生活が困難となり介護量が増加した。また、訪問リハビリテーション再開直後に設定した食事形態も妻の思いが反映されておらず、更に介護負担感や不安感が増大した。しかしA氏の身体機能向上に伴う介護負担量の減少や妻の思いを考慮した食形態設定を実施したことで妻の介護負担感や不安感の減少につながったと思われる。

以下は、経過とST対応内容を継時的にまとめたものである。

表1 A氏、妻の経過及びSTの対応内容

経過	X年—7年	X年—4年(訪問リハ開始)	X年
症状, 状況	左脳出血発症(1回目) 病院にてPTOTST施行 右上下肢不全マヒ 右上下肢感覚低下 運動障害性構音障害	左脳梗塞発症(2回目) 病院にてPTOTST施行 介護度 要介護 2 週1回60分訪問リハ実施 右不全マヒ, 右半身感覚低下 運動障害性構音障害残存	脳梗塞(?)発症(3回目) 病院にてPTOTST施行

経過	X年 訓練再開1回~2回	X年 訓練再開3回	X年 訓練再開5回~6回
症状, 状況	週1回 60分で再開 介護度 要介護2 変更されず 右上下肢不全マヒ変化なし 右半身感覚低下変化なし 運動障害性構音障害悪化		
A氏の行動, 心理面	訓練頑張る。 普通食が食べたい。	宿題がんばってる	活気乏しくなっている 訓練などへ消極的態度
妻の行動, 心理面	入院前の状態に戻ってほしい	言葉が解りにくい	動きにくくなっている
ST対応内容	間接訓練, 構音訓練 自主訓練 食形態再設定し妻へ依頼	AAC(筆記)再設定 妻に使用要請 書字訓練導入	訓練, 自主訓練内容の変更 A氏の話に傾聴する 出来たことへの賞賛

経過	X年 訓練再開7回, 8回	X年 訓練再開9回, 10回	X年 訓練再開11, 12回
A氏の行動, 心理面	ガイドヘルパーと会話困難訴え	食形態変更依頼	
妻の行動, 心理面		食事量減少訴え 食事形態変更拒否傾向	介護不安訴え⇒減少
ST対応内容	ケアマネジャー, ガイドヘルパー へAAC使用依頼	妻の思いとA氏の嚥下機能を 考慮した食形態再設定 具体的な調理例の提示 補助栄養食品導入	妻の話に傾聴, 介護負担感への 共感 介護内容への賞賛

経過	X年 訓練再開13回以降	X年 訓練再開15回	X年 訓練再開20回～
A氏の行動, 心理面	活気あり。訓練へ積極的 AACによる会話成立 発話による伝達性向上 摂取量増加 ADL面やや改善	妻と公共交通を利用した外出と 外食	構音器官機能改善 発話明瞭度改善 食形態向上 投票所に車椅子で行く 病院で医療職と発話で伝達可能
妻の行動, 心理面	妻に活気みられる 介護への肯定的な意見増加	外出には前向きな意見あり	他職種への不満感あり
ST対応内容			再評価実施 食形態変更

5. 「ズレ」と「キュア」、「ケア」

中野一司は「村田理論におけるキュア概念とケア概念—「苦しみ」の構造—」で、「ズレ」について「「苦しみ」の構造」は、その人の客観的状況（①）と、主観的な思い・願い・価値観（②）のズレから生じる。例えば、「末期癌がありその根治は難しい」という患者の客観的状況（①）がある。そして、「癌が治って元のように職場復帰したい」という患者の主観的な思い・願い・価値観（②）がある。末期癌であるだけに客観的状況は改善できず、①と②のズレが生じる。そして、そのズレが大きいほどその人の苦しみは大きくなる」と解説している。（図1）（2012 文献5）

つまり、客観的状況（①）が変化しない状況の場合、変化しない状況と変化しない状況に対する当事者やその家族の主観的な思い・願い・価値観との間に生じた感情を「ズレ」と捉え、その「ズレ」から生じた心理的葛藤を「苦しみ」と捉えている。

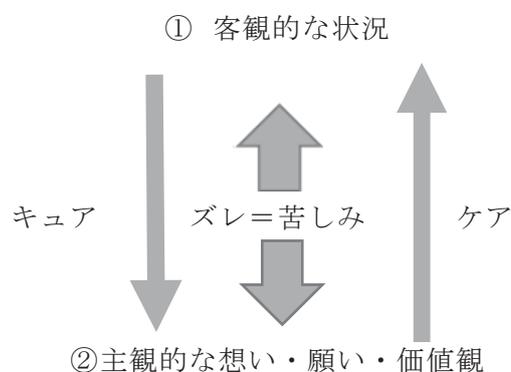


図1 苦しみの構造の図（中野一司 2012 文献5）

A氏の訓練意欲低下を「苦しみ」の構造で捉えてみると、客観的状況（①）は、今回の病状悪化から生じた

- ・構音器官機能低下によるコミュニケーション不成立
- ・摂食援護機能低下による食形態の変更
- ・身体機能低下による日常生活上の困難や失敗
- ・訓練効果がなかなか見えない。

主観的思い・願い・価値観 (②) は

- ・入院前と比べて、話すこと、食べること、身体を動かす能力はそれ程悪くない筈だ。
- ・訓練すれば良くなって言葉で伝わるようになり、昔と同じものも食べられるようになる。家の中の生活にも困らなくなるだろう。

と捉えられ、客観的状況 (①) と主観的思い・願い・価値観 (②) 間に感情的な「ズレ」が生じ、それが「苦しみ=心理的葛藤」となり、訓練意欲低下に繋がったと思われる。

妻の介護負担感や不安感増加については、

客観的状況①は、

- ・A氏の様々な機能低下による日常生活上の困難、失敗による介護量増加
- ・食事形態変更
- ・訓練効果がなかなか見えない。

主観的思い・願い・価値観 (②) は

- ・入院前と様々な能力はそれ程悪くない筈だ。
- ・訓練すれば良くなり、介護も楽になる。
- ・食事形態は頭では解っているが、元の状態に戻って欲しい。

A氏の客観的状況 (①) と主観的思い・願い・価値観 (②) 間に「ズレ」が生じ、介護負担感、介護不安感増加という「苦しみ=心理的葛藤」になったと思われる。

「ズレ」の軽減方法について、中野一司は次のように提唱している。(2012 文献5、16)

- 1) 「ズレ」軽減方法には2種類ある。一つは、客観的状況 (①) を改善し、客観的状況①と主観的思い・願い・価値観 (②) のズレを少なくし、患者の苦しみを緩和する方法である。薬や手術などの医療的行為や本人の努力などで患者の客観的状況 (①) を改善し、患者の主観的な思い・願い・価値観 (②) を満足させ、苦しみを軽減させる。村田理論での「キュア」に当たる。もう一つは、客観的状況 (①) の修正 (キュア) が困難な場合、患者の主観的な思い・願い・価値観 (②) が客観的状況 (①) に沿うように変わるのを支援する方法で、客観的状況 (①) と主観的な思い・願い・価値観 (②) のズレを軽減し苦しみを和らげる方法である。例えば、「末期がんであっても今すぐに死ぬわけではないので、残された命を楽しもう」、というように「その人の考え方 (主観) が変わることを」支援するアプローチである。この方法を村田理論では「ケア」と定義する。
- 2) 「キュア」志向の医療は病院医療であり、医療機関内で実施される医療である。病気が優先され、治療 (キュア) が優先される医療である。「ケア」志向の医療は医療機関外で実施される医療で、地域 (在宅、施設) で行われる医療である。人や生活 (ケア) を優先させる医療で、病気や障害があっても地域の生活の場で最後まで生活しても良いことを医療的に保証する。在宅での看取りを可能とする要件は、慢性期医療の哲学が、「キュア」志向の病院医療の哲学から「ケア」志向の在宅医療の哲学へパラダイムチェンジすることである。

リハビリテーションの実践を中野一司の「キュア」志向の医療と「ケア」志向の医療概念で考えていくと、主に急性期や回復期の病院施設等で実施される機能回復訓練は「キュア」志向のリハビリテーション、つまり機能回復を中心とする「キュア」に視点を置いたリハビリテーションと言える。その人らしい生活を取り戻すことを目的に医療施設での「キュア」で獲得された機能をその人の生活場面（在宅、施設）で使用可能にするための訓練や環境調整という地域リハビリテーションは「ケア」志向のリハビリテーション、つまり人や生活を重視する「ケア」に視点を置いたリハビリテーションと言える。

A氏やその妻への今回の訪問リハビリテーション内容について「キュア」視点のリハビリテーションと「ケア」視点のリハビリテーションの視点で考えていく。

A氏の場合、今回の入退院後の訪問リハビリテーション再開時、構音器官機能低下に伴うコミュニケーション成立困難や摂食嚥下困難という客観的状況改善に対して構音器官機能訓練、構音訓練という「キュア」に視点を置いたリハビリテーションを実施した。しかし、「キュア」視点による訓練だけでは訓練効果はなかなか見られず、客観的状況(①)は改善されなかった。その為、ガイドヘルパー等とのコミュニケーション成立困難状況は継続し、客観的状況(①)と主観的な思い・願い・価値観(②)の間で「ズレ」を生じ、「苦しみ=心理的葛藤」となった。A氏はその「苦しみ=心理的葛藤」から訓練に不安感を持つようになり、訓練意欲低下となった。しかし、『書いて頂けますか』教示による筆記手段の使用」という残存機能を利用したコミュニケーション方法の導入という「ケア」視点のリハビリテーションの実施により、ガイドヘルパーとのコミュニケーションが成立するようになった。

A氏の訓練内容を機能改善目的の「キュア」視点のリハビリテーションから生活場面でのコミュニケーション成立を優先させた「ケア」視点のリハビリテーションへ変更したことで、『発語機能回復は緩徐である』という客観的状況(①)に対する『訓練しても発話では伝わらない、訓練しても良くなる。』というA氏の主観的価値観を、『発話では伝わらないが、筆記という代替手段で伝わるから大丈夫だ。訓練もがんばろう』という主観的価値観に変容させることになり、「ズレ」による「苦しみ」が軽減された。食事場面では、A氏の摂食嚥下機能に適した食形態変更や補助栄養食品導入という「ケア」視点へ変更したことにより食事摂取負担の軽減に繋がった。

妻の場合も、退院後の「A氏の摂食嚥下機能に合わせた食事形態に変更する」という「キュア」視点のリハビリテーションの実施で介護の客観的状況(①)と介護に対する主観的思い・願い・価値観(②)の間で生じた「ズレ」から「苦しみ=心理的葛藤」が増大した。しかし、A氏の摂食嚥下機能と妻の思いを考慮した食形態設定という「ケア」視点による実践したことで介護量増大という客観的状況(①)と介護に対する主観的な思い・願い・価値観(②)の間の「ズレ」から生じた介護負担感、介護不安感増大という「苦しみ=心理的葛藤」が減少したと思われる。

急性期や回復期等の機能回復が望める時期の「ズレ」の軽減には機能回復訓練を中心とした「キュア」視点のリハビリテーションが有効であり重要だと思われる。しかし、A氏やその妻のような再発毎に機能低下を経験し、「キュア」視点のリハビリテーションでは急激な機能回復が望めない慢性期の当事者やその家族の「ズレ」から生じる「苦しみ=心理的葛藤」の軽減や「その人らしくあり、また、その人らしい生活を送る。」ための支援の実践には、機能回復訓練を中心とした「キュア」視点のリハビリテーションではなく、当事者やその家族の生活場면을視野に入れた「ケア」視点のリ

ハビリテーションが重要であると思われる。

6. 「援助—援護—教授」の機能連環作業

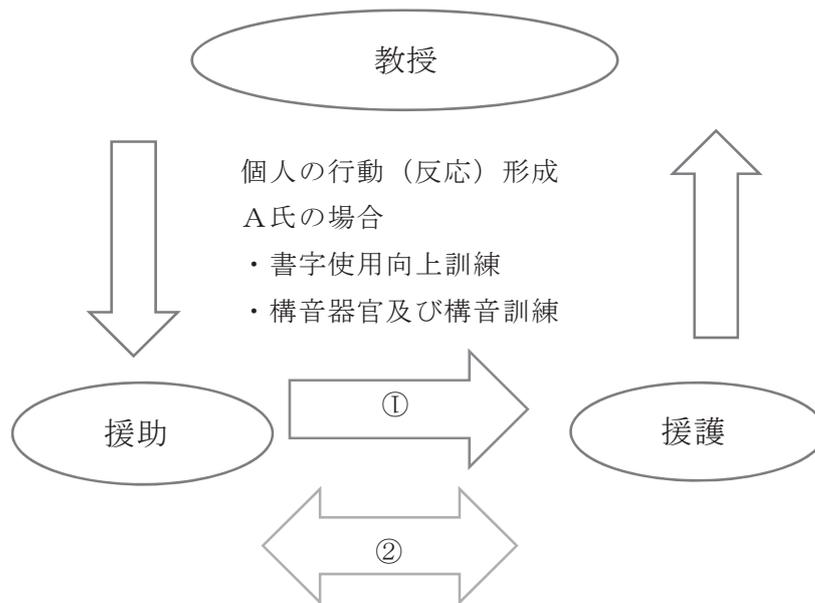
1) 「援助—援護—教授」機能連環作業

望月昭 (2009 文献16) は、「対人援助の目的を、当事者が選択する自発的行動の選択肢の拡大とする時、それを実現するために援助者が介入する作業は3種類の機能（援助・援護・教授）によって分類される。その3つの作業をもって、対人援助の進歩を表現しようという対人援助学のモデルを表現することが出来る (図2)。「援助」とは、行動成立のために新しい環境設定を導入する作業、「援護」は、新しい環境設定を定着させるための社会的要請作業、「教授」はこの2つの前提として当事者自身に訓練や教育を行う作業である。」と述べている。

「援助—援護—教授」機能連環における「援助」とは、目標行動成立のために必要な方法を設定・導入することである。例えば、発話によるコミュニケーションが困難な場合、筆記等の AAC 手段を設定し、AAC 使用ないし発話との併用によりコミュニケーションを成立させることである。この援助で設定される手段は、あくまでも当事者の希望する手段選択が前提となる。「援護」とは、「援助」で設定した様々な支援方法の使用による行動成立を環境側に依頼・要請することである。「援護」作業設定の理由は、「援助」設定した支援方法が環境側で実践されることがほとんどない方法であることが多く、当事者の生活環境にその方法を定着させるためには、環境側に「援助」で設定した支援方法の使用を要請する必要があるからである。「援護」には AAC 使用等の手段使用要請だけでなく、当事者の既得能力や現状説明、対応要請なども含まれる。「教授」とは、援助で設定した支援方法の当事者や関係者への獲得訓練や当事者の機能向上・維持目的訓練に相当する。その作業には援助者としての家族、施設職員等への教育等も含まれる。

訪問リハビリテーションを、「教授—援助—援護」機能連環の枠組み (図2) から考えていくと、「援助」作業は、医療施設などで実施される訓練で獲得された機能を生活場面で使用可能になるような様々な支援を設定する作業と捉えられる。「援護」作業は、その「援助」作業で設定された支援内容を生活場面に定着するように環境側へ依頼・調整する作業と捉えられる。「教授」作業は、援助で設定した支援内容の使用訓練や医療施設内での訓練で獲得された機能を更に生活場面で使用可能にする訓練と捉えられる。

A 氏のリハビリテーション実践内容を機能連環の枠組み (図2) で考えてみると、「援助」作業は、コミュニケーション成立を目的とした「『書いて頂けますか』教示による筆記手段の使用」の設定である。「援護」作業は、援助作業で設定した「『書いて頂けますか』教示による筆記手段の使用」によるコミュニケーション方法の使用を妻やガイドヘルパーに依頼・要請し、生活場面で使用を定着させる作業である。「教授」作業は、「援助」で設定した筆記手段向上を目的に実施した「書字訓練」や低下した構音器官の機能や発話能力に対する「発声発語機能及び発話明瞭度改善訓練」である。摂食嚥下場面での「教授」作業は、摂食嚥下機能向上訓練で、「援助」作業は、A 氏の摂食嚥下機能から設定した食形態や栄養補助食品導入である。「援護」作業は、「援助」で設定した食形態による調理要請や栄養補助食品提供等の妻への依頼である。



行動成立のための
新たな環境設定
A氏の場合

- ・書字使用による
コミュニケーション行動設定
- ・食形態の調整や補助食品導入

援助設定の定着のための
要請（要求言語行動）
A氏の場合

- ・妻やガイドヘルパーへの書字使用による
コミュニケーション行動の依頼
- ・妻への食事形態調整や補助食品導入依頼

図2 対人援助作業に不可欠な3つの機能の連環的作業とA氏や妻への作業内容
(望月昭 2009 文献 16 改変)

2) 「援助—援護—教授」連環作業起始点

望月 (2013 文献 15) は、「「援助—援護—教授」の機能連環作業では作業開始点を「教授」作業ではなく「援助」作業に置くことが重要である。」と述べている。

「教授」作業に作業起点を置いた場合、「教授—援助—援護」という実践過程になり、「教授」作業による「援助—援護」作業内容の獲得訓練や目標行動成立の為に実施される機能獲得や優先され、目の前にある目標行動成立に必要な支援設定の「援助」作業や支援設定を環境側に要請・依頼する「援護」作業は先送りされやすくなる。そのため目標行動に必要な機能が獲得されるまで目標行動は絶えず不成立な状況となり、客観的状况を当事者やその家族の主観的価値観は受け入れが困難となる。さらに、客観的状况と主観的想い・願い・価値観による「ズレ」から生じた「苦しみ＝心理的葛藤」は軽減されにくい。しかし、「援助」作業に作業起点を置くと、まず目標行動成立に必要な手段や方法が設定され（「援助作業」）、次に設定された手段や方法の使用を環境側へ依頼・要請する作業を行うことが可能となるため（「援護」作業）、援助付きではあるが目的行動成立のために必要な機能獲得を待つことなく目的行動は成立し、主観的想い・願い・価値観が客観的状况を受け入れやすくなる。そして、客観的状况と主観的想い・願い・価値観による「ズレ」から生じる「苦しみ＝心理的葛藤」の軽減に繋がる。

A氏の場合も、退院直後、書字使用によるコミュニケーション手段設定という「援助」作業ではなく、構音機能改善訓練という「教授」作業に作業起点を置いたため、妻やガイドヘルパー間で発

話によるコミュニケーション不成立状態が持続した。その為、発話によるコミュニケーション不成立という客観的状況と「訓練したら何とかなるはずだ」という主観的想い・願い・価値観による「ズレ」から「苦しみ＝心理的葛藤」が増大し、自己の客観的状況受容困難と訓練への期待感減少を生みだし、徐々に訓練意欲低下となった。しかし、「『書いてみて下さい』 教示による筆記手段の使用」という「援助」作業に作業起始点を変更し、その設定した援助内容を妻やガイドヘルパー等の環境へ要請する「援護」作業を行った結果、コミュニケーションは成立するようになり、A氏は、コミュニケーション成立という安心感を持ちながら訓練することになるため、「機能回復しなければこれからどうなるのだろうか」という不安感は減少し、訓練への期待感を持てるようになり、積極的に取り組むことが可能となった。また、意欲的に訓練に取り組めることになったことで構音機能改善や発話明瞭度が向上し、発話によるコミュニケーション成立が可能となり、援助内容も「筆記併用が不可欠」から「併用が望ましい」への向上につながった。摂食嚥下場面でも、A氏の摂食嚥下機能に応じた食形態設定や栄養補助食品導入という「援助」作業と妻にその援助内容を依頼・要請する「援護」に作業起点を置くようにしたことで、毎回の食事時の食べにくさや摂取量の負担感が軽減した。その結果、食事への不安感が減少し、「教授」作業である訓練にも安心感を持ちながら訓練を受けられるようになり、摂食嚥下機能改善し、食形態向上（一口大1/2の軟菜への変更）という援助内容に繋がり、外出行動も増え日常生活行動が拡大した。これらの経験がA氏や妻の「ズレ」から生じた「苦しみ＝心理的葛藤」の軽減に結びついたと思われる。

A氏や妻への実践からも機能連環作業起始点を「教授」作業ではなく「援助」作業に置くことが重要であることが示唆される。

3) 「援助」内容設定と「援助—援護」作業過程

「援助」内容設定と「援助—援護」作業過程について、妻への働きかけから検討していく。

妻への働きかけは、妻の立場がA氏に設定した「援助」作業を要請される「援護」側であるため、具体的には「援護」内容設定作業における環境側との調整作業であった。

コミュニケーション場面では、設定した「『書いて頂けますか』 教示による筆記手段の使用」の妻への要請作業「援護」では、A氏に設定した援助内容が妻の負担が少なかったことなどから依頼・要請作業はスムーズに遂行された。しかし、摂食嚥下場面では、食形態変更（軟飯から全粥への形態変更）という「援助」内容の環境側への依頼・要請作業は、環境側である妻の食形態への思い（トロミ付きごみ食では食べてくれない。このままでは食べられなくなるのではないかなどから難渋した。しかし、A氏の摂食嚥下機能と妻の思いを考慮した「水分量調整による軟飯」、「家族も食べている副食を利用した調理方法」、「食形態の調整（舌でつぶせる程度の硬さ）」に依頼内容を変更することで要請内容の妻の受け入れが可能となり、「援護」作業は成立した。

望月は（2009 文献16）、「援助—援護—教授」機能連環作業での「援助—援護」作業過程について、「援助」作業で設定した援助内容を環境側へ依頼するという「一方向」の流れ（図2矢印①）を提唱している。しかし、今回の事例のように妻への食形態要請には妻との調整作業が重要であったことから、援助内容設定という「援助」作業と環境側への要請という「援護」作業を有効的に成立させるためには、援助内容についての環境側との調整作業とその作業結果から援助内容の再設定という「援助」—「援護」間の「双方向」のやり取り（図2矢印②）が重要と思われる。

この「援助—援護」作業における「援助」—「援護」間の「双方向」のやり取りの重要性について

ては、以前に A 氏の歩行機能などへの補助目的で PT が導入した自助具がほとんど使用されなかったことから伺える。

7. 「ケア」の視点によるリハビリテーションと「援助—援護—教授」機能連環作業

A 氏やその妻への実践では、急激な機能回復が望めない慢性期の当事者やその家族の支援には機能回復訓練を中心とした「キュア」視点のリハビリテーションではなく、当事者やその家族という「人」やその人たちの「生活」を視野に入れた「ケア」視点のリハビリテーションが重要であった。

また、その実践内容を「援助—援護—教授」機能連環の各機能、つまり、「援助」作業は A 氏の書字使用によるコミュニケーション行動設定や食形態の調整、補助食品の導入、「援護」作業は妻ガイドヘルパー等への A 氏の書字使用によるコミュニケーション行動の依頼や妻への食事形態調整や補助食品導入依頼、「教授」作業は「援助—援護」作業で必要な書字能力の獲得訓練や構音器官機能訓練等、というように捉えることで、「ケア」視点のリハビリテーション実施内容が明確化し、具体化された。また、「援助—援護」作業において、「援助」と「援護」の双方向作業、作業起点の「教授」作業から「援助」作業への変更などの作業が有効的な「ケア」視点のリハビリテーション実践に重要であることが確認された。

以上から、訪問リハビリテーションによる言語聴覚療法目的の「住み慣れたところで、その人らしい生活が送れるように」(2014 文献2)の実践には、「ケア」視点のリハビリテーションの実践とその実践には「援助—援護—教授」機能連環による作業が重要であることが示唆された。

8. 今後の課題

今回の実践では、A 氏や妻の意向ではあったが ST 単独の実践となった。訪問リハビリテーションにおける「ケア」視点によるリハビリテーションの実践や「援助—援護—教授」の機能連環作業を効果的に実践するには多職種連携が重要である。今後の課題として、多職種とどのように連携していくのか、という点が課題であろう。

引用文献

1. 森田秋子 (編) (2014) 在宅・施設リハビリテーションにおける言語聴覚士のための地域言語聴覚療法 P2 ~ P19 三輪書店
2. 森田秋子 (編) (2014) 在宅・施設リハビリテーションにおける言語聴覚士のための地域言語聴覚療法 P49 ~ P53 三輪書店
3. 石神重信 (編) (2005) 最新リハビリテーション医学 第2版 P5 ~ P17 医歯薬出版株式会社
4. 上田 敏 (1983) リハビリテーションを考える P11 障害者問題双書
5. 中野一司 (2012) 在宅医療が日本を変えるキュアからケアへのパラダイムチェンジ P17 ~ P20 医療法人ナカノ会
6. 中野一司 (2015) 在宅で迎える終末期—慢性期医療におけるケア志向の在宅医療という新たな医療概念の重要性— MEDICAL REHABILITATION NO.186 (2015.7) P1 ~ P8 全日本病院出版社
7. 2001年改訂 日本リハビリテーション病院・施設協会 HP より

8. 西田正輝 (2004) 標準ディサースリア検査 P25 ~ P28 インテルナ出版
9. 日本リハビリテーション病院・施設協会 (編) 維持期リハビリテーション P6 ~ P13
10. 日本嚥下障害臨床研究会 (編集委員) 荻安誠他 嚥下障害の臨床 リハビリテーションの考え方と実際第2版 (2012) P282 ~ P310
11. 水尻強志 (編) (2013) 脳卒中リハビリテーション早期リハからケアマネジメントまで 第3版 P57 ~ P59 医歯薬出版株式会社
12. 水尻強志 (編) (2013) 脳卒中リハビリテーション早期リハからケアマネジメントまで 第3版 P220 ~ P223 医歯薬出版株式会社
13. 村田久行 (2014) ケアの思想と対人援助 川島書店
14. 望月昭 (編) 対人援助の心理学 (2007) P6 ~ P10 朝倉書房
15. 望月昭 (編著) 対人援助学の到達点 (2013) P209 晃洋書房
16. 望月昭 (編著) 「対人援助学」キーワード集 (2009) P144 晃洋書房

(大阪人間科学大学医療心理学科准教授)