

「通所や訪問の例」：病院退院後の病院からの通所リハの一環等

通所リハビリテーション 言語聴覚士の役割

ことばがでにくい・不明瞭な場合や
食べにくい・飲みにくい方に対して
リハビリを行います。

言語聴覚士は

コミュニケーションや摂食嚥下
機能に問題がある方々が、自分ら
しく、そして「話したい」「食べ
たい」という意欲を実現するため
にそれぞれの出来る能力を活か
した生活を支援します。

個別対応と集団対応ができます。



① 摂食嚥下機能、発話明瞭度に改善があった集団活動の例
回数：2回/週 期間：約6ヶ月

【嚥下機能】

Before

利用者60名の内、27名が食事中にムセを認めていた。

通所言語聴覚療法

呼吸練習、発声練習、嚥下体操、構音練習

6か月後には27名のうち、17名に
ムセが見られなくなった。

After

会話場面の声量の拡大を認め、やりとりが
はっきりと聞こえるようになった。



口腔機能向上練習1：上肢や体幹の運動



口腔機能向上練習2：上肢や体幹の運動

□腔機能向上練習 3： 構音練習



□腔機能向上練習 4： 構音練習



<ポイント>

一人一人が**楽しみながら**嚥下体操や構音練習をすることができた。

みんなですることでお互いに**競争心が芽生え、意識し合った**ことも効果につながった。

②失語症、高次脳機能障害に伴う失書が改善した例

回数：1回/週

期間：約10か月

【コミュニケーション能力・書字能力】

Before

細かい内容の伝達は困難、自発書字が困難であった。

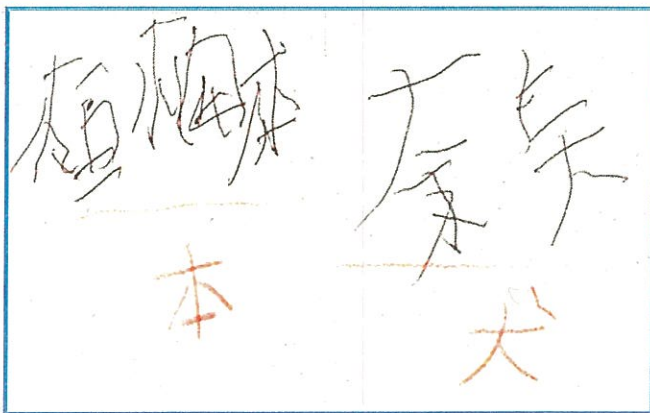
通所言語聴覚療法

電話の応対練習、身辺情報の模写や書字、お金の計算など

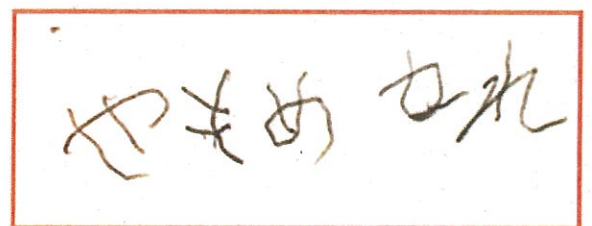
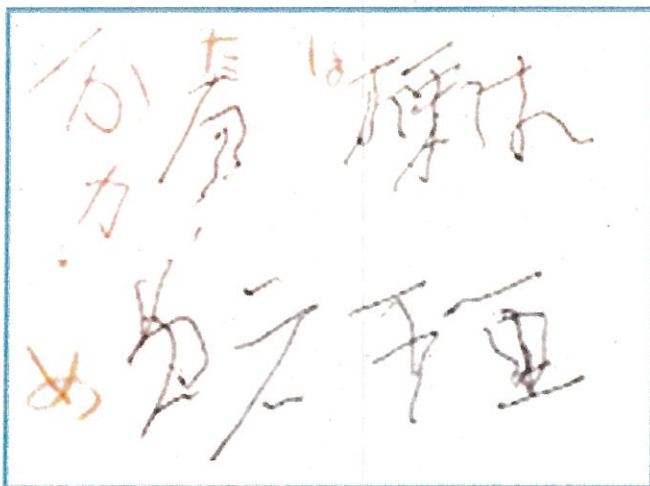
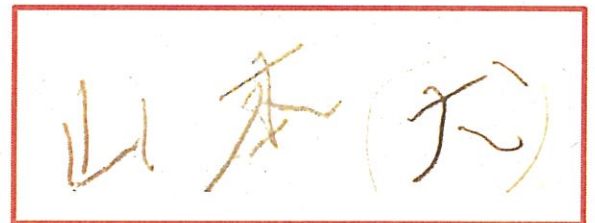
After

買い物で正確な計算ができることがあった。
不完全だが、メモが書けるようになった。
短時間だが留守番ができるようになった。

【開始時】



【8ヶ月時】



<ポイント>

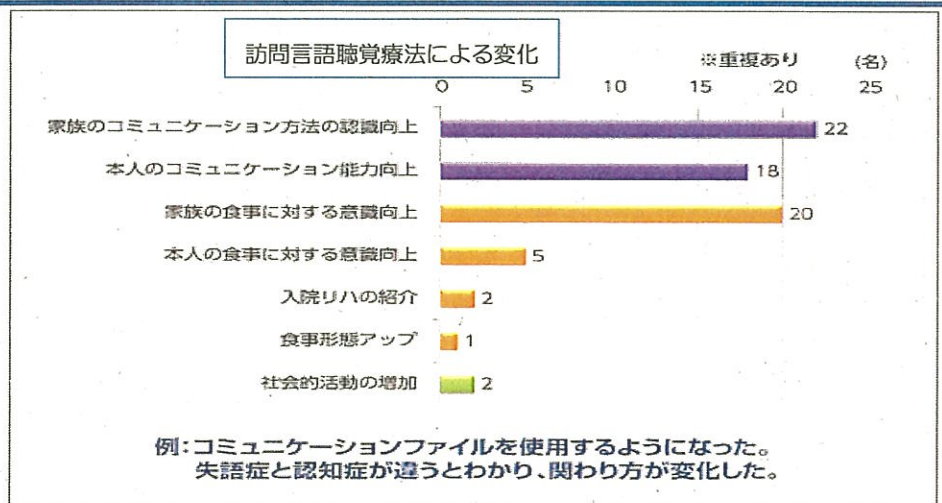
高次脳機能障害は日常生活場面への影響も大きいいため、**生活全般に対する介入**が必要である。
できる能力をのばして自立につなげることができたため、家族としては心配ごとが少し減り、
余裕のある生活が送れるようになった。

訪問リハビリテーション 言語聴覚士の役割

「通所や訪問の例」:

病院退院後の病院からの訪問リハビリテーションの一環

言語聴覚士は
在宅でコミュニケーション機能、
摂食嚥下機能に問題を抱える
方々に対し、家族を含め、より個別
的に関わります。



訪問 ST 開始後の変化については、コミュニケーション面では本人・家族共にやりとりの改善が大きく、摂食・嚥下面では食事に対する家族の意識を向上させることができた。生活の場に即し、個別に関わることができる訪問 ST の果たす役割は大きい。

(船橋市立リハビリテーション病院 訪問 ST の活動報告 2013 年より)

① 重度失語症でコミュニケーション能力に改善があった例

回数: 1 回/2 週 期間: 発症から 6 ヶ月目 (退院時) ~ 1 年 8 ヶ月

【コミュニケーション能力】

Before

理解は概ね可能。表出は OK サインや頷き・首振りが主体であった。

身辺情報の模写・音読、
興味ある記事の理解練習

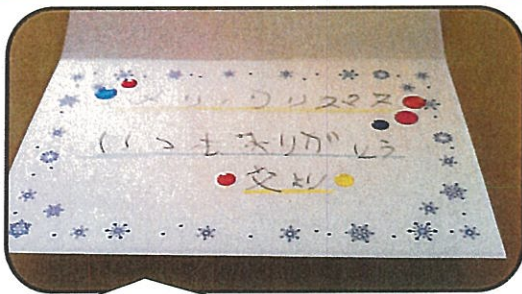
訪問言語聴覚療法

本人の片側に正面の TV のリモコンや電話
など使用頻度の高いツールをまとめ、生活環
境を整えた

家族とのやりとりがジェスチャーや
発話・空書で出来るようになった。

After

家族が留守の時は好きなようにチャンネルを
合わせ TV を見ているという



クリスマスカードを妻にあげたいとご本人より希望があり、訪問時に ST の文字を模写して完成させたもの



<ポイント> 生活の場面に合わせた介入が本人と家族が現状を理解する意識変化につながった。

②顔面神経麻痺、構音機能、摂食嚥下機能に改善があった例
回数：2回/月 期間：退院時から3ヶ月間

【口腔顔面器官とコミュニケーション能力】

Before

下顎がずれ、右口輪筋の筋力低下が著明で、会話もかなり努力的であった。
食事では、口の中に食物が残りやすかったため軟らかいものが中心であった。

訪問言語聴覚療法

口唇、下顎、舌の自主訓練、会話時の姿勢や声の出し方などの指導

ご本人はSTリハビリメニューを毎日意欲的に行なった

After

発話明瞭度が改善した。また、笑顔が作れるようになった。
咀嚼機能も改善したため、少し硬いものでも食べられるようになり、大好きなお寿司や天丼も食べられるようになった。

Before



口唇閉鎖時



口唇引きき時



<ポイント>少ない介入でも、**欲求の実現**に向け、意識や意欲が向上・維持できた。

③重度失語症、特に発話面に改善があった例

訪問回数：2～3回/月 作業所：3回/週 期間：発症から6ヶ月目（退院時）～1年

Before

発話はたどたどしく、ことばの出だしや文の途中で考え込んでしまう場面が多かった。

訪問言語聴覚療法

選択肢がある単語の模写・復唱・音読、興味がある話題提供で自発話を促す、歌唱など

毎回の答え合せ時、音読や喚語など発話面への欲求が大きくなり、費やす時間が長くなっていった。

After

発話自体も文が長くなり、以前よりはスムーズに言葉が出てくるようになってきている。
公共機関を利用して、ジャニーズのコンサートに行くなど、外出の機会も増えている。

Before

好きな食べ物の話題の場面

本人「うーんと、うーんと……。
コーラと、うーんと、うー
と、何だっけな……。」

ST「からあげ？」

本人「そ…です。からあげが好き…
です。」

※ ▲ は音の歪み

After

好きな食べ物の話題の場面

本人「うーんと、からあげとコーラと
ポテトチップスは、食べません。
我慢してます。」

<ポイント>

好きなアイドルの話題をリハビリに利用し、発話意欲を高められたことが効果につながり、社会的活動範囲も広がった。

住民・市町村・リハスタッフによる取り組み 『地域づくり介護予防推進支援事業』

地域づくり介護予防推進支援事業とは？

「住民運営の通いの場」を住民とともに作り上げる事業。市町村が地域の実情に応じた効果的・効率的な介護予防の取り組みを、リハスタッフを活用し、百歳体操など介護予防を図る体操をきっかけに住民主体の地域づくりを作る。山梨県では平成二十七年度よりモデル事業として、韮崎市、身延町、富士川町でスタートした。

事業の目的

なぜ、介護予防のために住民が主体となって運営する「通いの場」が必要なのか。以下の3つの理由がある。

ひとつは、より多くの高齢者が介護予防に取り組めることだ。介護予防には効果が実感でき、歩いて行ける範囲に通いの場があり、継続して行なえることが必要だ。今までの行政主体のやり方ではマンパワーや予算に限りがあり、継続や展開に限界がある。住民が主体になることで、知り合いに声をかけ、さらに介護予防が広がる。

次に、継続的な介護予防の取り組みとなることだ。通いの場に来れば、一緒に介護予防に取り組む仲間と会える。各地では、住民主体ならではの柔軟な発想で、茶話会や食事会、保育園児との交流会など、継続的で様々な取り組みにつながっている。

最後に、介護予防の取組を支える人のモチベーションを維持するためである。通いの場を継続的に運営するには、参加者から喜ばれたり、無理なく運営できる複数人での世話人制度が有効だ。また、行政からやらされるのではなく、自分たちの健康は自分たちで守る、自ら手をあげて始めたこともモチベーションの維持につながる。

これらの必要性を鑑み、介護予防に資する「住民運営の集いの場」のコンセプトがまとめられた。

住民運営の通いの場のコンセプト

- 1、市町村の全域で、**高齢者が容易に通える範囲**に通いの場を**住民主体**で展開する
- 2、前期高齢者のみならず、後期高齢者や閉じこもり等何らかの支援を要する者の参加を促す
- 3、住民自身の積極的な参加と運営による自立的な拡大を目指す
- 4、後期高齢者・要支援者でも行なえるレベルの体操などを実施
- 5、体操などは**週1回以上**の実施を原則とする

図1 コンセプト

事業の効果 (図2)

モデル事業で行なった韮崎市で、事業開始時と三ヶ月後に体力測定と聞き取りによる生活上の変化を聴取した。

モデル地区となった韮崎市大草地域では、もともと体操教室を実施しており、開始当初、担当者の間でも効果ができるのか疑問だった。しかし三ヶ月後の評価では、体の柔軟性（体前屈）、立位バランス（片足立ち）、歩行スピード（5m、TUG）、下肢筋力（立ち上がり）**全ての項目で改善**が見られた。また、「起き上がりが楽になった」「立ったままズボンが履けるようになった」「1時間のコーラスの練習が、座らずに立ったままできるようになった」「伊勢神宮へお参りに行けた」など参加者の実感に伴う生活上の効果が現れた。

兵庫県など先進地域では、**高齢者の10%がこの事業に参加すると、介護保険の認定率に影響する**との発表がある。山梨県でも、引き続き介護予防にこの事業が資するか効果の測定を行なう必要がある。

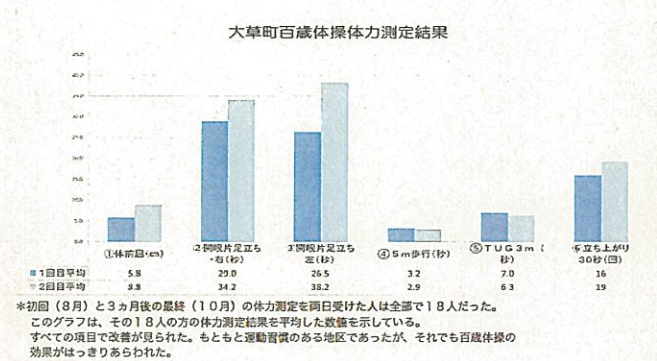


図2 事業の効果 (韮崎市)

リハスタッフの活用 (図3)

本事業には、作業療法士らが山梨県のアドバイザーとして



委任され、住民への体操の説明、体力測定の内容の検討・実施、生活状況の把握などを行なった。

事業導入当初に、住民向けに体操の注意点の解説、筋肉痛やおもりの調整など想定されるリスクの説明、開始時の体力測定を行なった。

また、市町村との協議の上、必要と判断した場合には、生活状況の聴取



を行い、住民の普段の暮らしや隠れたニーズの確認を行なった。従来市町村で行なっていた「基本チェックリスト」、作業療法士らが用いる「興味チェックリスト」などを使い、住民同士で話す機会を作った。予防教室がなければ閉じこもりきりの生活を送っており、読みたい本も買に行けないな

ど普段の想いを共有した。この話をきっかけに、教室の仲間で本を貸しあうなど支えあいの輪が広がった。

参加者には、やや虚弱な方もいる。長く歩く、段差の上り下り、立ち上がりに苦労されている方のご自宅での生活を確認し、作業療法士として何かできるかを探りにご自宅へ訪問した。玄関に手すりがないため転倒のリスクが高いため、転倒する前の予想的な住宅改修などが必要であると感じた。

課題

効果的・効率的で継続した介護予防事業のひとつとして、本事業の可能性は大きい。継続して参加できる住民の効果はあり、地域で持続可能な集いの場ができるのは画期的だ。

一方で、一度参加したが来なくなった方、行ってみたいがそこまで来れない方もいるのが現実だ。また、男性の参加者が女性に比べ、明らかに少ない。虚弱な方の個別支援の方法をどうするか、男性が参加したくなる介護予防の取組みはどうか、住民と話し合いながら作っていくことが今後の課題である。

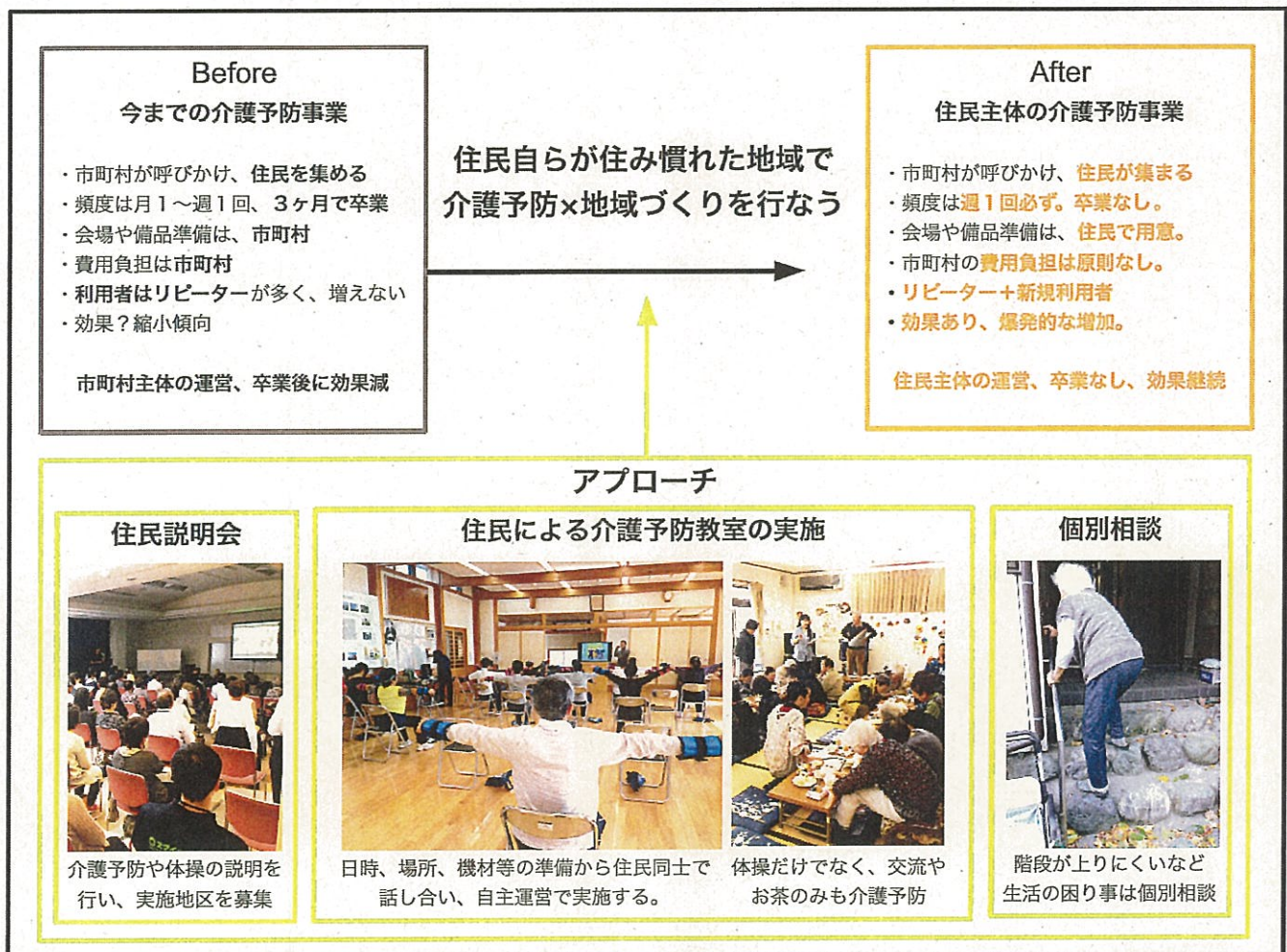


図3 リハスタッフの活用

いきいき百歳体操の進め方例

① 市町村は、市町村内の地域診断を実施します。これにより、市町村内のどの地域に対し本事業を進めていくのか戦略を練りましょう。

② 同じ担当は元より、他課の健康づくり担当者をはじめ、関係機関、関係職種と本事業の進め方について共有し、協力体制や役割分担を図ります。



{打合せ会：地域診断の検討}

③ 対象とする地域の住民に対し、本市町村内の課題や現状の説明といきいき百歳体操の説明を行います。この時、押しつけの「やらしてもらおう」意識ではなく、住民が自主的に「やる」意識が育つまで待つ姿勢が重要です。



{住民への講演会}

④ 住民からいきいき百歳体操の実践を進めたいとの要望を受けた場合、DVDの貸出を始め、進め方について打ち合わせを行います。また、参加者の中に、通院を行っている者などがある場合は、受診時に、いきいき百歳体操等の内容などを、医師に説明し参加への相談をするよう伝えましょう。



{初回時の説明場面}

⑤ 体力測定の実施（参考資料-6）。初回及び3ヶ月後、6ヶ月、1年後と体力測定を行うことで、参加者の励みにも通じます。



{体力測定場面}

⑥ 市町村は、住民が途中で困った時や、進め方について質問などある時は、随時受けられる体制を整えましょう。

(初回からの進め方の実施例)

初回時：体力測定を行い、いきいき百歳体操、ニコニコ長生きやまなし体操の仕方を説明します。このいきいき百歳体操等は、あくまで住民の自主運営で行い、自己責任で行います。4回目（市町村の状況により短縮可）以降では、市町村職員は参加せず、住民が自主的に運営を行うことを確認します。

2回目：再度体操の仕方、事業の進め方について、住民に説明します。

3回目：参加した住民が3ヶ月後に「どのような状態になっていたのか」住民同士で話し合えることを行います。



{介護予防いきいき百歳体操の実施}

3ヶ月後：体力測定の実施。初回と3ヶ月後の比較を説明します。実際に3ヶ月経た住民の感想や各自の目標との達成度など話し合ひましょう。また、今後の継続について、確認し合うことが必要です。

体力測定：初回にリハビリテーション専門職に参加を得て、体力測定を行います。この時、グループのリーダーやボランティアが参加している場合、その実施方法を説明し、参加者が自分達で実施できるようにしましょう。

○リハビリテーション専門職の役割：初回の体力測定や体操の仕方などを住民に対し説明します。また、参加者の中で虚弱者や自宅での生活上のしづらい動きがある者に対し、具体的な生活への支援策を保健師と同行訪問などを図り、適切な改善策を助言します。

(住民が運営する内容例)

- ① 地域の住民最低5名を確保する。
- ② 地域で集える場所を確保する。椅子での体操を行うため、椅子を確保する。
- ③ DVDを映像できるプレーヤー機器を確保する。血圧計を確保する。
- ④ 参加名簿を揃える。
- ⑤ 週1回、住民が集える曜日を定める。