

訪問リハビリに対する私見～生活を支える視点から～

講師：訪問看護ステーションママック 理学療法士：廣畑 淑郎 (3年目)

サポーター：訪問看護ステーションたんぼぼ 理学療法士：宮家 知里

key word：訪問リハビリ・チームアプローチ

【生活を支える視点】

〔はじめに〕急性期、回復期、維持期それぞれの医療機関にて臨床実習を経験する中で、在宅での生活を支える訪問リハビリテーション（以下、リハ）の必要性を痛感した。その時感じた「在宅での生活を支えるために何か力になりたい」という思いを胸に、訪問リハの道に進んだ。その後、2年半働く中で、症例を通じて学んだことについて報告する。

【症例・経過】

（症例1）80歳代女性、腰椎圧迫骨折により入院。心不全等により長期入院となりADLが著しく低下。退院するも、ADL全般に介助要するため訪問リハ開始。頻繁に担当者会議を開き、ご家族を含めた他のサービス提供者にその時々々の身体状況と目標の確認、動作練習と介助法の指導を実施。その後、Needsであったデイサービスの利用開始、ポータブルトイレでの排泄自立。要介護度5から要介護度3へ。

（症例2）80歳代女性、腰椎圧迫骨折により入院。退院するも痛みと恐怖心から寝たきりとなり、ADL全般に介助を要するため訪問リハ開始。ご家族を含めた他のサービス提供者との連携不足により、共通した身体状況の把握と介助法の指導が出来なかった。その後、ベッド上での動作は自立するも、最終的に施設入所。要介護度2から変わらず。

【考察】

症例1では、「できるADL」を明確にし、ご家族・他のサービス提供者に直接伝達、指導することで、その時々々の目標を共有し、チームとしてサービス提供することが出来た。症例2では、「できるADL」の伝達、指導が直接行えず、ご本人を介して間接的なものとなってしまった。そのため、その時々々の目標が共有出来なかった。結果として、症例1では「できるADL」を、生活や他のサービス提供中に行え、「しているADL」として確立することが出来た。それに対し、症例2では「できるADL」を「しているADL」に結びつけるための機会をリハビリ以外の時間で設けられず、そのギャップを埋めることが出来なかった。

【まとめ】

その人らしい生活を支えるために、チームとして、またチームの中のPTとして以下のような関わりが必要である。まずチームとして、その人らしい生活がどのようなものか、またそれを支える要素がどのようなもので、どのように機能しているかをチームで共通して把握し、さらに、それらのその時々々の細やかな変化を追い、情報を共有すること。またチームの中のPTとして、「できるADL」を「しているADL」に結びつけるために、その時々々の身体状況、「できるADL」を家族の介護力、環境、リスクも踏まえて把握し、伝達・指導すること。訪問リハでは様々な事業所が一人の対象者に時を変えて関わるため、日常的な情報交換は難しい状態である。そのような中で、対象者の生活を真に支えるために、いかに自ら働きかけ、情報を共有し、その人らしい生活を支えるかが今後の自分自身の課題の一つとなる。また、対象者やご家族のその人らしい生活を支えるために、様々な思いの中で、チームのスタッフを含めた全員が納得の上で手助け出来るように、目標を見つけることは訪問リハに携わるものとして頭を悩ますところでもあり、醍醐味であるとも感じる。そして、その方の生活に寄り添い、生涯を見据えて関わっていく中で、その方が人生の最後をどのように終えるかといった点にも目を向けて関わるのが、訪問リハに携わる者としての使命であるとも感じる。