

提出年月日：2004/7/29

訪問言語リハビリテーションの効果

QOL、介護負担を中心とした様々な側面から

医療法人 大那 だいなリハビリクリニック
栃木県大田原市紫塚3 2633 10

申請者名 : 近藤健 (医師)
共同研究者名 : 長岡浩正 (言語聴覚士)

【はじめに】

当法人では、医療サービス、介護支援サービスの一環として訪問診療、訪問リハビリテーションを数年前より積極的に実施しています。理学療法（PT）、作業療法（OT）は以前より医療保険、3年程前より介護保険の保険制度により実施が可能となっています。医師、理学療法士、作業療法士の訪問先にて、嚥下障害や言語障害に対し言語聴覚士（ST）の訪問リハビリテーションを行ってほしいとの要望が多数出ています。

しかし、現在の医療および介護保険の制度上、言語聴覚士による訪問リハビリテーションは認められていません（平成16年4月より、医療保険での訪問リハビリテーションは可能となりました）。嚥下障害、言語障害を呈する方は、多発性脳梗塞等によって重度の身体障害を伴っていることが多く、また、当院で訪問リハビリテーションを行っている範囲は半径10km以上のところにお住まいであり、これらのことから通院によるリハビリテーションは、本人や家族には大きな負担となり、事実上不可能といえます。

訪問言語リハビリの効果はコミュニケーション及び言語・構音機能改善、介護者らとの対人関係、本人や家族のストレス改善、言語以外の認知機能改善、社会生活の拡大、摂食・嚥下障害など多岐にわたるとの報告があります。また、言語聴覚障害は医療機関での入院・外来中の訓練のみならず、「訪問」という手法によっても機能改善が得られることが確認されています。

言語聴覚士は、障害を持つ方の生活する場所に直接「訪問」という手法で赴くことで、個々の生活パターンや家族などの人間関係に直接働きかけ、コミュニケーション全体を活発にすること、社会生活拡大に向けて援助を行うことが重要だといえます。

特に嚥下障害は、誤嚥性肺炎の原因のひとつであり、また、低栄養状態となり寝たきり、褥瘡などの要因となり、入院、施設入所の誘因となっているものと思われます。嚥下障害に対する言語聴覚士によるリハビリテーションにより誤嚥性肺炎防止結果により入院治療の必要性の減少、寝たきりにならずにすごせる在宅期間の延長がはかれるものと思われます。

そこで本研究では、言語聴覚士が訪問リハビリテーションの効果を経験した側面（QOLや介護負担、栄養状態など）から調べることを目的としました。

【対象】

70～96歳までの12名（男性5名、女性7名）。平均年齢は81.1歳であった。

主訴は、コミュニケーション面：4例、摂食・嚥下面：10例、介護者指導面：12例であった。詳細な内訳は、嚥下機能評価・訓練：10例、構音障害評

価・訓練：1例、失語症評価・訓練：2例、コミュニケーション指導：1例、家族へのコミュニケーション指導：2例、家族指導：7例、介護士指導：3例であった。

訪問距離は、片道5km以内：4例、5～10km：1例、10～15km：1例、15～20km：5例、20km以上：1例であった。

【方法】

・リハビリテーション実施方法

言語聴覚士が自宅を訪問し1回あたり30～60分(原則30分)実施する。実施回数は原則として週に1～2回とした。

実施期間は、短期間の訪問リハビリテーションで効果が得られるという先行研究から長くとも6ヶ月間とする。しかし、それ以上の継続したリハビリテーションによって効果が得られそうな場合は、6ヶ月以上であっても継続して行うこととする。

・評価方法・訓練方法・指導方法

評価方法、訓練方法、指導方法は一般的に言語聴覚士が用いるものを使用することとする。また、発熱の頻度や血液検査の結果、FIMなども必要に応じて随時使い、様々な側面から評価を行う。

【結果】

症例1

氏名(性別) : H.Y様 (男)

年齢 : 79歳(T12)

主訴 : 嚥下機能評価・訓練、家族指導

介護者 : 妻

訪問実施期間 : 2003/8/28 ~ 2003/11/6 (計7回)

訪問の経緯 : 脳梗塞後寝たきり、肺炎(誤嚥性疑い)の繰り返しによってリハビリテーションの依頼を受ける。

評価 : 口腔内視診にて著名な器質的病変は認めなかった。

舌運動において軽度の可動域制限が見られた。

反復唾液テスト(RSST)実施するが、口の渇きが著しく実施困難であった。

3cc水飲みテスト実施、むせは認めなかったが喉頭挙上距離不十分であった。頸部聴診にて異音(喉頭蓋谷残留音)は認めなかった。

食物認知は可能だが、自力摂取は困難であり食事介助を要した。

訓練 : 家族指導を中心にリハビリテーションを行った。家族には誤嚥の危険性の説明、飲食時姿勢指導、食事介助方法指導、食形態の指導、口腔ケアの指導を行った。

また嚥下反射誘発訓練として、本人に頸部及び口唇のマッサージ及びアイシングを実施した。

経過 : 家族の方は誤嚥の危険性についての知識が乏しく、食事介助時に無理やり食べさせており、水分にたいしても、とろみをつけずに飲水させ、むせこむことがしばしばという状況であった。

リハビリとして、まず誤嚥の危険性について簡単な図入りの資料を作成し、わかりやすく複数回説明し、食べるということがいかに複雑で大変なことなのかを理解して頂いた。次に口腔ケアの重要性を説明、スポンジブラシ(ハミングット)を購入していただき口腔ケアの方法を指導。食形態についても、主食はお粥、副食は大きめの刻み食にすることをすすめ、水分には必ずとろみをつけるように指導を行った。また、飲食時の姿勢指導、食事介助時の注意点について、簡単な説明を行った。

高齢な妻一人での介護ということもあり、介護負担の増加をできるだけ最小限にするため、嚥下反射の誘発訓練の指導や嚥下体操の指導などは実施しないこととなった。

結果 : 複数回の家族指導の結果、食形態は本人にとって適切な形態となり、飲食時の姿勢、食事介助方法にも改善が見られた。また、口腔ケアも上手に行えるようになった。

介護者の介護負担は若干増加したが、発熱の頻度は明らかに減少した。

症例 2

氏名(性別) : T.J様 (男)

生年月日 : 74歳(S3)

主訴 : 構音障害評価・訓練、嚥下機能評価・訓練、家族指導

介護者 : 妻

訪問実施期間 : 2003/9/10 ~ 2004/6/25 (計 35 回)

訪問の経緯 : 多発性脳梗塞後寝たきり、イレウス等で入退院を繰り返している。

評価 : 口腔内視診にて著名な器質的病変は認めなかった。
舌運動において中等度の可動域制限を認めた。
発話量、声量ともに著しく低下しており、発話明瞭度は4であった。

反復唾液テスト(RSST)実施した結果、30秒間の嚥下可能回数は1回のみであった。

3cc、5cc水飲みテストでは、むせはなく、喉頭挙上距離も十分であったが、10cc以上となるとむせを認めた。咳嗽反射は認められた。頸部聴診にて嚥下音が長く聴こえ、嚥下反射の低下が疑われた。

食物認知は可能だが、自力摂取は困難であり食事介助を要した。

訓練 : 発話明瞭度の改善、発話量・声量の増強を目標に発声訓練、呼吸筋増強訓練、舌可動域拡大訓練、構音訓練などを継続して行った。

また嚥下機能の改善と誤嚥リスクの軽減のため、頸部及び口唇のマッサージ及びアイシング、飲食時姿勢指導、口腔ケア指導、嚥下反射誘発訓練、意図的咳払いの促しを行った。同時に上記の実施方法を家族に指導し、誤嚥の危険性の説明を十分に行ったうえで毎日継続したアプローチを実施していただいた。

経過 : コミュニケーション面では、発話量、声量ともに著しく低下しており、十分なコミュニケーションをとることができない状態であった。そこで、機能訓練と同時にコミュニケーション補助手段の提供を行ったが、家族および本人がコミュニケーション補助手段の使用を拒否したため、機能訓練のみの実施となった。

嚥下機能面では、飲食時にむせることが多く誤嚥しているリスクがとても高い状態であったので、家族への誤嚥の危険性について十分な説明を行った。間接嚥下訓練を中心に継続したりハビリテーションを行うため、家族の方へ実施方法を指導し毎日の十分なアプローチを促した。

結果 : 発話明瞭度は4から3へ改善を認めた。また、発話量・声量も明らかに増加しており家族間のコミュニケーションが成立するようになった。

嚥下機能面では、飲食時のむせの頻度や発熱の頻度は明らかに減

少した。しかし、10cc 水飲みテストではむせを認めた。機能的に明らかな改善は見られなかったが、飲食時の姿勢や食形態を十分に注意することで能力的には改善が認められたといえる。

症例 3

氏名（性別）： I . H 様 （男）

生年月日： 70 歳（S8）

主訴： 失語症評価・訓練、家族へのコミュニケーション指導

介護者： 妻、息子

訪問実施期間： 2003/9/24 ~ 2003/11/26（計 9 回）

訪問の経緯： 左視床出血後、デイケアを利用。担当ケアマネより家族指導の依頼。

評価： SLTA 実施。聴覚的理解は比較的良好であった。中等度の喚語困難を認め、コミュニケーション不成立の状況であった。また、家族の方は失語症に対する知識がなく、本人が話をしないことに不服を抱いていた。

訓練： 理解レベルに比して表出面が低下していたことより、呼称訓練、慣用句表出訓練、実用コミュニケーション訓練を継続して行った。また、家族に対しては失語症の理解を促すため、失語症の説明およびコミュニケーション方法の指導を行った。

経過： 家族の方は失語症の理解がなく、本人もストレスを感じており、不穏な行動が見られるようになったとの報告を担当ケアマネより受けていたこともあり、家族指導中心に行った。数回にわたっての失語症の説明と実訓練場面への同伴によって、失語症に対する理解が得られたため訪問リハビリは終了とした。

結果： 家族の方とのコミュニケーション手段も確立でき、本人の不穏な行動が見られなくなった。家族の方は失語症に対して、十分な理解には至っていないがある程度の理解は得られ、家族及び本人のストレスは軽減したといえる。

症例 4

氏名（性別）： T . K 様 （女）

生年月日： 91 歳（M44）

主訴： 嚥下機能評価・訓練、家族指導

介護者： 嫁

訪問実施期間： 2003/9/29 ~ 2003/10/27 （計 4 回）

訪問の経緯： 誤嚥性肺炎を繰り返し発症し、入退院を繰り返しており、
依頼を受ける。

評価： 口腔内視診にて著名な器質的病変は認めなかった。

舌運動に可動域制限は認めなかった。

反復唾液テスト（RSS T）実施した結果、30 秒間に 2 回の嚥下
を認めた。

3cc、5cc、10cc 水飲みテストを実施した。むせもなく十分な喉頭
挙上距離を認め、頸部聴診法にても異音は認めなかった。

食物認知は可能で、セッティングさえすれば自力摂取も可能であ
った。

訓練： 飲食時姿勢指導、口腔ケアの指導を行った。

経過： 嚥下機能の明らかな低下は認めなかったことより、家族指導を中
心にリハビリテーションを実施した。主に口腔ケアの指導を実施し
た。スポンジブラシ（ハミングット）を購入していただき、食前に
緑茶を用いて口腔ケアを行うように指導した。実施方法は図を用い
て丁寧に説明を行った。数回にわたり実技的な指導を行い、家族の
方が十分な口腔ケアをできることを確認して訪問を終了した。

結果： 訪問リハビリテーション開始前は、発熱によって入退院を頻繁に
繰り返していたが、訪問開始後は発熱の頻度が著名に減少し、入院
することがなくなり、自宅介護を継続している。また、ショートス
テイの利用が開始できるまで全身状態も改善した。

症例 5

氏名（性別）： S . Y 様 （女）

生年月日： 79 歳（M38）

主訴 : 嚥下機能評価・訓練、家族指導

介護者 : 嫁

訪問実施期間 : 2003/10/3 (計1回)

訪問の経緯 : 誤嚥性肺炎を繰り返し発症し、依頼を受ける。

評価 : 口腔内視診にて著名な器質的病変は認めなかった。

舌運動において軽度の可動域制限を認めた。

反復唾液テスト(RSST)実施試みたが、口腔内の湯きが著しく実施困難であった。

3cc水飲みテストでむせはなかったが、喉頭挙上距離は不十分であった。

頸部聴診にて嚥下音は正常であった。

食物認知は可能であった。

自力摂取困難であり、食事介助を要した。

訓練 : 頸部及び口唇のマッサージ及びアイシング、口腔ケアの指導、飲食時の姿勢指導、食形態の指導、食事速度の指導を行った。

経過 : 介護者の出入りが多いため、家族の負担が多くなるということで、1回のみで終了とした。その際、担当の介護士に訓練方法を十分に引継ぎ、継続した訓練を実施していただいた。

症例6

氏名(性別) : F.N様 (男)

生年月日 : 76歳(S2)

主訴 : 嚥下機能評価・訓練、家族指導

介護者 : 妻

訪問実施期間 : 2003/11/12 (計1回)

訪問の経緯 : 多発性脳梗塞後寝たきり、肺炎(誤嚥性疑い)を繰り返しており、依頼を受ける。

評価 : 口腔内視診にて著名な器質的病変は認めなかった。

舌運動において重度の可動域制限を認めた。

反復唾液テスト(RSST)実施試みたが、教示の理解も難しく実施不可であった。

3cc水飲みテストも実施不可であった。

食物認知もできない状態であった。

自力摂取困難であり、食事介助を要した。

訓練 : 頸部及び口唇のマッサージ及びアイシング、飲食時姿勢指導、口腔ケアの指導を行った。

経過 : 十分な関わりが必要であったが、本人、家族とも継続した訪問リハビリテーションに対する意欲が低く、1回のみで十分と継続を拒否。よって1回にて終了とした。

症例7

氏名(性別) : M.K様 (女)

生年月日 : 82歳(T10)

主訴 : 失語症評価・訓練、家族へのコミュニケーション指導

介護者 : 息子夫婦

訪問実施期間 : 2003/11/13 ~ 2004/3/26 (計24回)

訪問の経緯 : 脳出血後コミュニケーション不良になり、息子さんより依頼を受ける。

評価 : SLTA実施。理解面、表出面とも軽度に低下しており、軽度の失語症が疑われた。

訓練 : 実用コミュニケーション訓練を中心に、歌唱やゲーム等を用いて訓練を実施した。また、家族の理解も十分に得られていなかったこともあり家族へのコミュニケーション指導を行った。

経過 : 家族の方と本人とがコミュニケーションのとり方が分からず、話をしない状況であった。家族に対してコミュニケーション方法の指導を行い、会話頻度の増加を促した。また、本人に対して歌唱などを用いて、声を出すこと、話を出すことに積極的になってもらい、複雑な内容の会話などより実用的なコミュニケーションの訓練を行った。

結果 : 理解面、表出面ともに改善が見られた。また、家族との会話の頻度も増加し、本人の発話量も増加した。はじめは喚語困難が目立っていたが、訪問リハビリ終了時には言葉がつまるということはほとんど見られなかった。

症例 8

氏名（性別）： I . F 様 （女）

生年月日： 86 歳（ T6 ）

主訴： 嚥下機能評価・訓練、介護者指導

介護者： 施設利用中であり、担当介護士

訪問実施期間： 2003/12/12 （計 1 回）

訪問の経緯： 多発性脳梗塞後寝たきりに加え、痴呆症状も出現。口腔摂取が困難になったため依頼を受ける。

評価： 口腔内視診にて著名な器質的病変は認めなかった。

舌運動において重度の可動域制限を認めた。

反復唾液テスト（ R S S T ）実施試みたが、教示の理解も難しく実施不可であった。

3cc 水飲みテストも実施不可であった。

食物認知もできない状態であった。

自力摂取困難であり、食事介助を要した。

訓練： 頸部及び口唇のマッサージ及びアイシング、飲食時姿勢指導、口腔ケアの指導を行った。

経過： 口腔摂取は極めて困難な状態であり、体調の良い時のみ指示した方法で摂取を試みるように指導を行った。担当の介護士に注意点等を十分に指導し、1 回にて終了とした。しかし、必要に応じて訪問を行うこととした。

症例 9

氏名（性別）： U . F 様 （女）

生年月日： 91 歳（ T2 ）

主訴： 嚥下機能評価・訓練、介護者指導

介護者： 施設利用中であり、担当介護士

訪問実施期間： 2004/5/20 ~ 2004/6/24 （計 9 回）

訪問の経緯： 食事の際にむせが多くなり誤嚥が疑われるため、評価および飲食時指導の依頼を受ける。軽度痴呆症状有り。

評価： 口腔内視診にて著名な器質的病変は認めなかった。

舌運動において軽度の可動域制限を認めた。

反復唾液テスト（R S S T）を実施した結果、30秒間に2回の嚥下を認めた。

3cc水飲みテストでむせを認めたが、喉頭挙上距離は十分であった。頸部聴診法でも異音は聴かれなかった。

食物認知は可能であり、セッティングさえすれば自力摂取可能であった。

訓練： 頸部及び口唇のマッサージ及びアイシング、飲食時姿勢指導、口腔ケアの指導、食事速度の指導を行った。

経過： 軽度の痴呆症状を認めたが、教示の理解もよく、複数回の継続した指導によって、下向き嚥下、十分な咀嚼、食後の口腔ケア（うがい）が習慣化された。

結果： 上記の指導が習慣化されることによって、むせの頻度が明らかに減少した。

症例10

氏名（性別）： Y.S様（男）

生年月日： 75歳（S3）

主訴： コミュニケーション指導、嚥下機能評価・訓練、家族指導

介護者： 妻、娘

訪問実施期間： 2004/4/12 ~ 2004/6/11（計18回）

訪問の経緯： 脳梗塞、肺癌手術後、胃婁増設。胃婁増設後、コミュニケーション困難であり、コミュニケーション手段の確立を求め依頼を受ける。また、可能であれば経口摂取を望む。

評価： 口腔内視診にて著名な器質的病変は認めなかった。

舌運動において重度の可動域制限を認めた。

発話量、声量ともに著しく低下しており、発話明瞭度は5であった。

反復唾液テスト（R S S T）実施した結果、30秒間の嚥下可能回数は1回のみであった。喉頭挙上距離は不十分であった。咳嗽反射は認められた。頸部聴診にて嚥下音は正常であったが、嚥下反射の低下が疑われた。

訓練 : 発話明瞭度の改善、発話量・声量の増強を目標に発声訓練、呼吸筋増強訓練、舌可動域拡大訓練、構音訓練などを継続して行った。
また嚥下機能の改善と誤嚥リスクの軽減のため、頸部及び口唇のマッサージ及びアイシング、意図的咳払いの促しを行った。

経過 : 訪問開始時では、発話はほとんど認めない状況であった。また、胃婁を増設していたこともあり経口摂取はきわめて難しいと考えられた。

コミュニケーション面として、できるだけ声を出すように指導し、家族の方へも協力を求めた。数回のリハビリテーションを実施し発話量が増加し、唾液分泌量も増加した。唾液誤嚥のリスクが生じてきたこともあり、頸部マッサージおよびアイシングや意図的咳払い訓練を導入し、誤嚥のリスク軽減を目指した。

長期の継続したリハビリテーションが必要と判断し、担当Drと相談の結果、医療保険での訪問リハビリテーションへと移行した。

結果 : 発話明瞭度は5から3.5へと改善を認めた。嚥下機能に関しても喉頭挙上距離に改善を認め、唾液嚥下時のむせの頻度は減少した。

症例 1 1

氏名(性別) : K.K様 (男)

生年月日 : 74歳(T5)

主訴 : 嚥下機能評価・訓練、介護士指導

介護者 : 無し(独居)、訪問介護士が毎日入っている

訪問実施期間 : 2004/6/3 ~ 2004/6/29 (計7回)

訪問の経緯 : 誤嚥性肺炎を頻発しており、また誤嚥による窒息もあり、嚥下機能の評価および訓練指導の依頼を受ける。

評価 : 口腔内視診にて著名な器質的病変は認めなかった。

舌運動において可動域制限の認めなかった。

反復唾液テスト(RSST)実施した結果、30秒間に2回の嚥下を確認した。

3cc、5cc水飲みテスト実施、むせは認めなかったが喉頭挙上距離は不十分であった。頸部聴診にて異音は認めなかった。

食物認知は可能であり、自力摂取可能であった。

訓練 : 嚥下体操指導、飲食時姿勢指導、口腔ケア指導、十分な咀嚼運動の促しを行った。

経過 : 毎日介護士が入るとはいえ、一人暮らしで家事全般できるだけ一人で行っているということであった。過去に2度ほど咽頭に食塊が詰まり、喉頭鏡にて取り出すということがあった。訪問開始後、実際の食事場面を評価し、問題点を本人に説明、本人の十分な理解が得られたこともあり、上記指導を円滑に行うことができた。口頭による促しなしでも十分に注意して食事が行えるようになった。

結果 : 飲食時のむせの回数も著しく減少した。また、訪問前は発熱を頻発していたが、訪問後は発熱しなくなった。

症例 1 2

氏名(性別) : W.K様 (女)

年齢 : 96歳 (M41)

主訴 : 嚥下機能評価・訓練、家族指導

介護者 : 娘

訪問実施期間 : 2004/6/2 ~ 2004/6/28 (計6回)

訪問の経緯 : 誤嚥性肺炎を頻発しており、嚥下機能の評価および訓練指導の依頼を受ける。

評価 : 口腔内視診にて著名な器質的病変は認めなかった。

舌運動において軽度の可動域制限を認めた。

反復唾液テスト(RSST)実施した結果、30秒間の嚥下可能回数は1回のみであった。

3cc、5cc水飲みテストではむせは認めなかったが、喉頭挙上距離は不十分であった。頸部聴診にて嚥下音が長く聴こえ、嚥下反射の低下が疑われた。

食物認知は可能であり、セッティングすることによって自力摂取可能であった。

訓練 : 嚥下体操指導、飲食時姿勢指導、口腔ケア指導、十分な咀嚼運動の促しを行った。また、頸部マッサージおよびアイシングを行った。

経過 : 本人は飲み込みの悪さを自覚しておらず、家族の方よりむせるこ

とがあり、発熱を繰り返しているとの訴えがあり訪問を開始した。96歳と高齢なこともあり、嚥下機能の低下（減衰）が認められた。機能的なアプローチとして頸部マッサージなどの嚥下反射誘発訓練を実施した。家族の方に実施方法を指導して継続した嚥下反射誘発訓練を試みたが、介護者である娘も高齢であり仕事をしている状況であったため、介護負担の増加を懸念し、嚥下反射誘発訓練の継続は断念した。能力的なアプローチとして飲食時の姿勢の指導を本人および家族に行った。数回にわたり継続して行ったことによって、適切な飲食姿勢を習慣化することができた。また、誤嚥性肺炎の予防として、食前、食後の口腔ケアの徹底を促した。介護負担は増加してしまうが、発熱を頻発していたこともあり徹底して行ってもらった。

結果：訪問前は発熱を頻発しており、しばしばDrが往診している状況であった。しかし、訪問開始後から現在まで発熱した報告は受けていない。またむせの頻度も減少傾向にあり、訪問最終日には不十分であった喉頭挙上距離も十分に挙上するようになっていた。頸部聴診法でも、嚥下音がしっかりとしてきており、嚥下音の異常もなくなっていた。

【考察】

今回訪問リハビリテーションを行った12例中10例において、言語聴覚士の訪問前と訪問後で、機能面または能力面に明らかな改善を認めている。多くの方に比較的短期間で訪問リハビリテーションの効果が得られた理由は家族および本人が、障害などに対して知識が乏しく、かつ適切な指導を受けていなかったためと考えられる。実際に、今回主訴として最も多かった嚥下機能に関しては、寝たきりの方が多く、介護者も十分な指導を受けずに介護をしているケースがほとんどであった。

言語聴覚士が訪問することによって、食事に関する適切な介護方法の指導や食事における注意点、危険管理の問題、嚥下体操などの家庭で行える簡単なリハビリテーション方法の指導を行うことが可能となり、誤嚥リスクを軽減でき、発熱の頻度を減少させることができ、全身状態の改善にもつながるといえる。

またコミュニケーション面においても、障害に対する理解が乏しかったことや家族の方が患者様本人との接し方に不安を感じていたことから、お互いの会話の頻度も減少し、また話をしたときにはお互いにストレスになるとい

う状態であったのだと考えられる。ここで、言語聴覚士が患者様と家族の方の間に入り、コミュニケーション方法や障害に対する理解の促しをすることによって、家族間の会話が増加し、ストレスの減少につながると考えられる。

今回の訪問リハビリテーションにおいての問題点もあった。嚥下機能面では、嚥下機能の改善に反して、介護量は一時的に増加し、介護者の介護負担も一時増加してしまうという点である。長期的には発熱の減少や全身状態の改善によって介護負担は減少すると考えられるが、家族の方にとっては、一時的とはいえ介護量が増加することを拒否する方もおられた。介護負担と誤嚥予防への働きかけのどちらを重要視するのかは、患者様本人の全身状態や家庭状況、本人・家族の意向などを踏まえ、最小限度の介護負担の増加にとどませつつ、対処方法を提供していくように努める必要があるといえる。

本研究中に医療保険の改正が行われ、医療保険での言語聴覚士の訪問リハビリテーションは可能となった。しかし、介護保険での訪問リハビリテーションはまだ実施できない状況にある。今回の結果から考えると、高齢者の方こそ、このサービスを必要としていると思われる。つまり介護保険での訪問リハビリテーションが今後は必要となってくると考えられます。今後の訪問リハビリテーションは、リハビリテーションを行うだけでなく家族指導などを含んだ総合的なアプローチも必要になってくると考えられる。

さらに、訪問スタッフ全員がチームとしてのアプローチをしていくことが今後の在宅医療に必要となってくると考えられる。

【おわりに】

本研究をするにあたって、「財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団」様に助成していただいたことに深く感謝を申し上げます。