


4.



November 24, 2018
第8回神経難病リハビリテーション研究会

パネルディスカッション：
神経難病における多様なリハビリテーション場面の連携を考える

通所リハビリテーションにおける 神経難病の人への支援と課題

～言語聴覚士の視点から～

医療法人社団哺育会
さがみリハビリテーション病院リハビリテーション科
言語聴覚士 市川 勝

中馬：それでは、時間の関係がございまして、質問については後ほどよろしくお願ひします。ありがとうございました。では4人目ということで、テーマとしては通所リハビリテーションにおける神経難病の人への支援と課題、言語聴覚士の視点からということで、さがみりハビリテーション病院、市川先生をお願いします。よろしくお願ひします。

AMC November 24, 2018
第8回神経難病リハビリテーション研究会

パネルディスカッション：
神経難病における多様なリハビリテーション機能の連携を考える

通所リハビリテーションにおける 神経難病の人への支援と課題

～言語聴覚士の視点から～

医療法人社団哺育会
さがみりハビリテーション病院リハビリテーション科
言語聴覚士 市川 勝

市川：よろしくお願ひします。皆さんこんにちは。さがみりハビリテーション病院の市川です。STですが、病院は神奈川県相模原市という、神奈川県の中でも山梨県に接しているほうに所在しています。

最初に申し上げるべきこととして、私どもの病院は、本日お集まりの皆さんが所属されているような神経難病メインの病院ではありません。

病院自体は回復期以降、在宅の脳卒中の方や運動器の方を中心とした在宅支援を行っているのですが、ただ一方で、そういった神経難病の専門の病院ではないところにも、神経難病の方は来られていて、そういったところでいろいろ試行錯誤しながら対応させていただいているところです。

さて、本日は通所リハビリテーションというテーマを頂きましたが、文献検索をしても「難病・通所リハ」というキーワードでなかなかヒットしない状況がございまして。

当院の取り組みがいいということは決していないのですが一例としてご提示し、何かディスカッションのきっかけになればと思っています。どうぞよろしくお願ひします。では始めます。

医療法人社団哺育会
さがみりハビリテーション病院（神奈川県相模原市中央区）



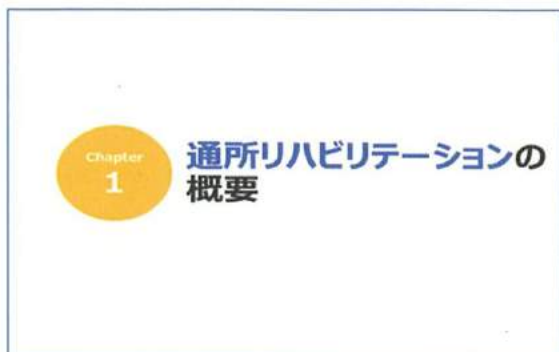
診療科：内科・神経内科・整形外科・
脳神経外科・リハビリテーション科
病床数：130床
回復期リハ病床 106床
医療療養病床 24床
その他、各種在宅支援サービス事業所あり
通所リハビリテーションセンターは平成13年に開設

まず私どもの病院のご紹介を簡単にしますが、130床のうちの106床が回復期リハ病床です。あと医療の療養病床を24床持っています。その他、在宅支援のサービスとして在宅介護支援事業所、訪問診療、訪問看護、訪問介護、訪問リハというところで、さらに通所リハセンターの建物を病院の向かい側に持っています。

さらにサ高住という、先ほど石川先生のところで多様な住まいとありましたが、その1つに数えられるサービス付き高齢者向け住宅も運営しています。本日のテーマである通所リハセンターに関しては、平成13年から運営しています。



簡単に中身です。左上の写真が通所リハセンターの外観で、病院の向かいにあります。3階建てで、2階と3階が居室になっています。個別リハをし、音楽療法士を1名雇用しているので、音楽療法士による集団リハや介護職員による生活リハを行っています。また、入浴と食事も提供しています。



続きまして、通所リハの概要ということで、なかなか通所リハをどう使えばいいか、どういところなのかということもいろいろ制度が複雑です。その辺りを簡単にご紹介いたします。

サービス種別	内容(定義)
通所リハビリテーション(デイケア)	<ul style="list-style-type: none"> 利用者の心身機能の維持回復を図り、日常生活の自立に資するよう妥当適切に行う 理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行うことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図る 医学的管理、心身・生活活動の維持向上
通所介護(デイサービス)	<ul style="list-style-type: none"> 利用者の機能訓練及びその者が日常生活を営むことができるよう必要な支援を行う 必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能維持並びに利用者の家族の精神的負担の軽減を図る ソーシャルケア、レスパイトケア
療養通所介護	<ul style="list-style-type: none"> 指定地域密着型通所介護であって、難病等を有する重度要介護者又はがん末期の者であって、サービス提供に当たり常時看護師による観察が必要なものを対象とし、療養通所介護計画に基づき、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うものをいう。 心身機能の維持、ソーシャルケア、レスパイトケア

介護保険における通所型サービスというところでは大きく3つ、通所リハビリテーション、いわゆるデイケアというものと、通所介護、いわゆるデイサービス、そして療養通所介護があります。まず療養通所介護ですが、実はこれは難病等を有する重度要介護者、またはがん末期の方ということで、介護保険の中で明確に難病の方を対象とした

サービスでございます。

この療養通所介護の目的としては、心身機能の維持、ソーシャルケア、レスパイトケアというところを厚労省として挙げているのですが、



実際にこの療養通所介護というのは、今、全国に83カ所ということで、都道府県によっては1カ所もないところもある状況なので、この辺りは難しいところ。背景として、採算の問題など色々いろいろあるようなのですが、難病の方を対象とした通所系サービスというところでは、今後1つの選択肢に入ってくるのかもしれませんが。

サービス種別	内容(定義)
通所リハビリテーション(デイケア)	<ul style="list-style-type: none"> 利用者の心身機能の維持回復を図り、日常生活の自立に資するよう妥当適切に行う 理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行うことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図る 医学的管理、心身・生活活動の維持向上
通所介護(デイサービス)	<ul style="list-style-type: none"> 利用者の機能訓練及びその者が日常生活を営むことができるよう必要な支援を行う 必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能維持並びに利用者の家族の精神的負担の軽減を図る ソーシャルケア、レスパイトケア
療養通所介護	<ul style="list-style-type: none"> 指定地域密着型通所介護であって、難病等を有する重度要介護者又はがん末期の者であって、サービス提供に当たり常時看護師による観察が必要なものを対象とし、療養通所介護計画に基づき、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うものをいう。 心身機能の維持、ソーシャルケア、レスパイトケア

スライドを戻しまして、本日のメインはこの上の通所リハになるわけですが、石川先生も仰っておられた通り、通所リハと通所介護の役割分担に関しては、厚労省としてもかなり長期間に渡って様々な議論をしてきているようです。

厚労省の定義をここには書いていますが、通所リハでは「利用者の心身機能の維持回復を図り、日常生活の自立に資するよう妥当適切に行う」と。また「理学療法、作業療法、その他必要なリハを行うことによって、心身機能の維持回復を図る。医学的管理や心身、生活活動の維持向上」というところが目的とされています。

一方、通所介護は「利用者の機能訓練およびその者が日常生活を営むことができるよう必要な支援を行う」ということで、なかなかこの文章だけ見ると通所リハとどう違うのか、というところがあるのですが、具体的にはソーシャルケア、これはいわゆる活動や参加の支援というところになるかと思えますけれども、それとレスパイトケア、この辺りが通所介護の1つの目的になるだろうと、そういったところからも1つ分けて考えることができるかと思えます。

	通所リハ	通所介護
サービスを提供する施設	病院、診療所、介護老人保健施設	(-)
医師の配置	責任の医師確保を要する	(-)
リハビリテーションを実施する専門職士・作業療法士、言語聴覚士及び物理療法士等の配置	理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を専任として1名以上、必要に応じて通所リハビリテーションを行う場合で、定期的に適切な研修を受けた専門職士、言語聴覚士、作業療法士、物理療法士を専任として配置し、リハビリテーションの提供に当たって理学療法士等として計画することが出来る。	施設指導員等 1 人以上 【認定介護サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（第11条）】 施設指導員等は日常生活支援のために必要な知識・技能を有する者として、理学療法士・作業療法士、言語聴覚士、作業療法士、物理療法士等として配置する必要がある。
基本方針	【認定介護サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（第11条）】 要介護状態になった場合において、その利用者が可能な範囲で生活している状態にあり、その状態に即して自立した日常生活を送ることが出来ると見込まれる状態にあり、必要に応じて理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図るものとする。	【認定介護サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（第11条）】 要介護状態になった場合において、その利用者が可能な範囲で生活している状態にあり、その状態に即して自立した日常生活を送ることが出来ると見込まれる状態にあり、必要に応じて理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図るものとする。
リハビリテーション計画、通所介護計画	医師の診察内容及び運動機能検査等の結果を基に、認定介護サービス等の提供に当たっては、必要に応じて専門職士の指導の下に行う。	通所介護計画 利用者の心身の状況希望及びその置かれている環境を踏まえて、施設指導員等の指導、当該施設を運営する他の関係サービスとの連携を記載する。

(厚労省「社会保障・介護給付費分科会第141回資料」)

こちらも厚労省の資料ですが、施設基準で見えますと、通所リハというのは開設主体が病院、診療所、さらに老健のいずれかである必要があり、医師の配置が必須になっています。一方、通所介護ではそういった縛りはないということです。

この点からも、介護保険の中で通所リハは医療系のサービスに位置付けられていることがわかります。

区分	通所系サービスの機能	実施内容等
通所リハ	医学的管理	<ul style="list-style-type: none"> 通所リハビリテーション施設で実施を行い、定期的な診察等により経過観察を行う。 通所リハビリテーション施設に設置し、看護職等の指導等を実施する。
	心身・生活活動の維持・向上	<ul style="list-style-type: none"> 医師の診察に基づき、PT・OT・ST等の専門的知識・技能に基づき生活機能の維持・向上を図る。 生活活動（ADL/IADL）の各行為を向上するためのトレーニング
通所介護・連携・連携・通所連携	ソーシャルケア	<ul style="list-style-type: none"> 利用者の体調管理や、関係機関による活動指導、活動の機会を提供 他の利用者・職員との交流を促す参加型の場づくりに、社会参加を支援する。
	レスパイトケア	<ul style="list-style-type: none"> サービス利用（いわゆるリハ）による介護者等家族の負担の軽減 介護者等家族の心身の健康及び介護環境の改善に資する。施設・職員の研修、介護者等家族の社会参加支援の介入を実施する。

こちらも厚労省の資料ですが、先ほどの通所系サービスの目的を図に表したのようになります。通所リハにしても通所介護にしても、両方ともまず持つべきはレスパイトケアの部分と、あとソーシャルケアです。日常の健康管理であるとか、自立した生活に資する活動参加の機会を提供するというところ。

一方、通所リハはそれにプラスして、医師を配置しているので医学的管理という部分と、心身生活活動の維持向上、いわゆるリハビリテーションというところになるかと思えますが、この辺りが入ってきます。このように2つのサービスを位置付けているということです。

お手元の資料にはこちらはないのですが、今のお話を図にしてみるとこのようになります。通所介護も通所リハビリテーションも、利用者さんが施設の中に来て、時間は短い時間から7時間、8時間いる方もいますが、いずれにしてもその施設の中で過ごし、その結果レスパイトあるいはソーシャルケアに資することになります。

一方、通所リハに関してはそこにプラスして医師の指示に基づくリハビリテーションが行われるため、リハ専門職であるPT・OT・STの総合的な関与が必須になってくる、こういった違いがあるということです。

平成30年度同時改定における変化

Ⅱ-① リハビリテーションに関する医師の関与の強化

○ リハビリテーションに関する医師の詳細な指示について、リハビリテーションのマネジメントに関する加算の要件とした上で、新加算とする。

○ 専任医者のリハビリテーションについて、要介護者のリハビリテーションに課せられている、リハビリテーションのマネジメントに関する加算を設ける。

訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション

○ リハビリテーションマネジメントについて、医師の詳細な指示に基づくリハビリテーションの提供等を要件とし、より手厚く評価する。

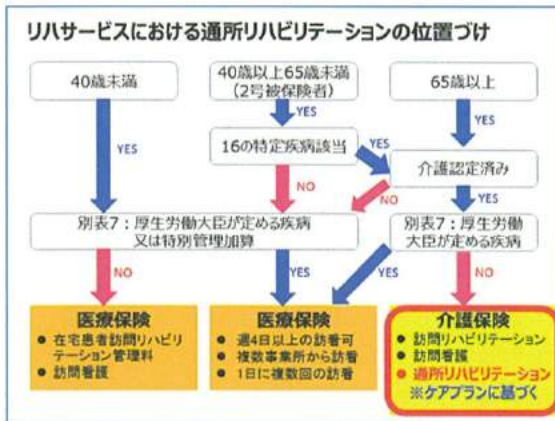
訪問リハビリテーション	通所リハビリテーション
<要件> 94c 特-10(1)の加算(Ⅰ) 60単位/月 94c 特-10(1)の加算(Ⅱ) 100単位/月	<改定案> 94c 特-10(1)の加算(Ⅰ) 230単位/月 94c 特-10(1)の加算(Ⅱ) 300単位/月 94c 特-10(1)の加算(Ⅲ) 230単位/月 94c 特-10(1)の加算(Ⅳ) 420単位/月
<改定案> 94c 特-10(1)の加算(Ⅰ) 1000単位/月 6月以内 94c 特-10(1)の加算(Ⅱ) 700単位/月 6月以内	<改定案> 94c 特-10(1)の加算(Ⅰ) 330単位/月 6月以内 94c 特-10(1)の加算(Ⅱ) 530単位/月 6月以内 94c 特-10(1)の加算(Ⅲ) 1120単位/月 6月以内 94c 特-10(1)の加算(Ⅳ) 1220単位/月 6月以内 94c 特-10(1)の加算(Ⅴ) 900単位/月 6月以内

○ 専任医者のリハビリテーションについて、質の高いリハビリテーションを実施するためのリハビリテーション計画の策定と法外等のプロセス管理の充実、多職種連携の取組の評価を創設する。

介護予防訪問リハビリテーション
リハビリテーションマネジメント加算 230単位/月 (新設)

介護予防通所リハビリテーション
リハビリテーションマネジメント加算 330単位/月 (新設)

今年度同時改定の中で、先ほど石川先生のお話にもありましたけれども、特にこの通所リハビリテーションでは医師の関与が強化されました。詳細はお時間の関係で省きますが、リハビリテーションマネジメントというもので、医師の指示に基づいて、それを前提としてPDCAサイクルを回して、患者さんの自立支援に向けたリハを行うことが求められるようになっていきます。



先ほどのお話でもありましたが、医療保険と介護保険の使い分け、通所リハに関しては介護保険のサービスです。

私どもの病院の通所リハセンターはこういう形です。1日定員が71名なのですが平均58名ぐらいということで、登録が160名ぐらいいらっしゃいます。大規模型Ⅱという基準で、平均要介護度2.8です。7~8時間利用されている方は2グループ、さらに

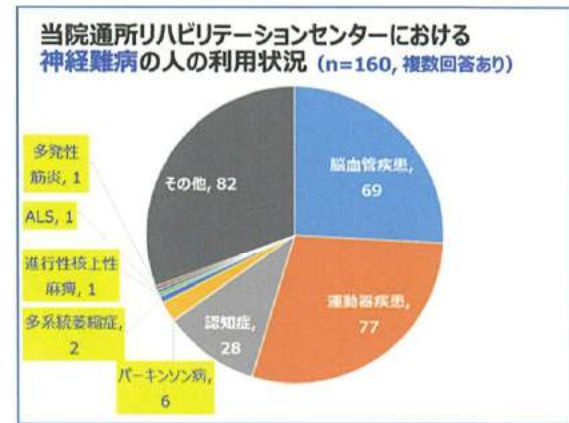
短時間リハということで1~2時間来て個別リハだけ行って帰る方が1グループ、計3グループで構成しています。

専従PT・OTが6名、他に兼任で、1日平均9名から10名ぐらいセラピストがこちらに勤務しているという状況です。

Chapter 2

通所リハビリテーションセンターにおける神経難病の人への支援

さて、そのような私どもの通所リハのセンターで、神経難病の方の支援はどういう状況なのかということをもとめてみましたので、スライドにてお示し致します。



160名のうち現状利用されている方の原因疾患をまとめてみました。こちらは重複もありますが、脳血管疾患の方、運動器の方で半数を超えてくるわけですが、神経系疾患、神経難病としましてはパーキンソン病の方が6名、多系統萎縮症の方が2名、進行性核上性麻痺の方が1名、ALSが1名、多発性筋炎1名というような状況でした。

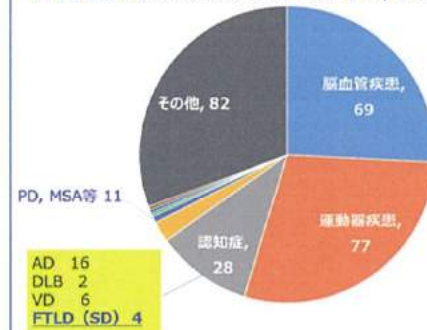
神経難病の通所リハ利用者におけるケアプラン上のニーズ例						
No	診断名	性別	発症後年数	要介護度	年齢	ケアプラン上のニーズとリハの役割 (利用前カンファおよび初回評価後に 当センターよりOCMに渡されたものを含む)
1	PD					閉じこもり予防、レスパイト、発声発語面の評価とモニタリング、摂食・嚥下・栄養面のモニタリング、歩行・ADL能力の評価とモニタリング
2	MSA					閉じこもり予防・社会参加、レスパイト、発声発語面の評価とモニタリング、摂食・嚥下・栄養面のモニタリング、歩行・ADL能力の評価とモニタリング
3	MSA					転倒リスクの評価とモニタリング、摂食・嚥下・栄養面の評価とモニタリング
4	PSP					転倒リスクの評価と動作指導、レスパイト、摂食・嚥下・栄養面のモニタリング、口腔機能の維持(開口、構音)、口腔ケア指導
5	ALS					閉じこもり予防・社会参加、レスパイト、摂食・嚥下・栄養面のモニタリング、ADL能力の維持、特に食事に関する自動具の評価検討
6	PM					ADLおよびADLの評価と動作指導、閉じこもり予防・社会参加

この方々に関して、特徴的な6名分のみ詳細にまとめてみました。お手元の資料には性別等々の情報は抜いているかと思いますが、こちらをご覧くださいとまず各疾患、パーキンソン病に関しては発症後10年以上という方がいて、要介護度3で80歳代という方もいますが、MSAやPSPなど、やはり診断から早期の方が多く利用されているという傾向があるかと思えます。

またケアプラン上のニーズとリハの役割というところでは、最初にお示した通所型サービスの目的である閉じこもり予防としてのソーシャルケアやレスパイト、それにSTの面でパーキンソン病の方であれば発声発語の部分や摂食、嚥下、栄養の評価とモニタリングなどが挙げられます。このあたりについて、ごく初期から介入している方々が多くなっています。

特徴としては発症後早い段階の方が多い、逆に言うところある程度進行してくると利用しにくくなる、体力的な問題であるとか移動移乗の問題、あるいは入院されてしまうなど、様々な理由で通所の利用が終わってしまう方が多く、長く利用されている方は少ない状況です。

当院通所リハビリテーションセンターにおける
神経難病の人の利用状況 (n=160, 複数回答あり)



もう1つ神経難病という観点からは、こちらに認知症というところがありますが、当院の通所リハセンターの特徴として、この前頭側頭葉変性症の方が実は4名来ているということで、特に意味性認知症と診断されている方が4名いるというのが特徴であるように思います。

FTLD (Frontotemporal lobar degeneration) 前頭側頭葉変性症

- ・主として初老期に発症し、前頭葉と側頭葉を中心とする神経細胞の変性・脱落により、著明な行動異常、精神症状、言語障害などを特徴とする進行性の非Alzheimer病
- ・経過中に行動障害や認知機能障害以外にも、パーキンソニズムや運動ニューロン症状をはじめとする種々の運動障害を認めうる
- ・タウ蛋白、TDP-43蛋白、FUS蛋白が同定されている
- ・臨床分類
 - 行動障害型前頭側頭型認知症 (bvFTD)
 - 意味性認知症 (SD)
 - 進行性非流暢性失語 (PNFA)

皆様ご承知の通り、いわゆるFTLD、前頭側頭葉変性症ということで指定難病にもなりましたがけれども、特に臨床分類として行動障害型の前頭側頭葉型認知症と意味性認知症、この2つが指定難病になっております。神経難病と通所リハ、そして言語聴覚士という観点からは、この意味性認知症の方に対するリハビリテーションというのも大変重要なものであると考えています。

意味性認知症

- 側頭極ならびに中・下側頭回などの限局性萎縮に起因
- 日常生活に支障をきたすようなエピソード記憶の障害はなく、視空間的な情報の操作や推論能力は保たれる
- 意味記憶の障害
 - 語の辞書的意味の喪失を特徴とする語彙の狭小化
 - 「○○って何ですか？」(反問性反響語)
 - 喚語困難に対する語頭音効果↓
 - 語の頻度・定型性>カテゴリー特異性
 - 補完現象の消失
 - 表層失談
 - 構音・復唱・統語表出に移乗がみられず、発声発語に関わる音韻的側面や文表現に必要な統語表出機能は保存される
- 行動障害もしばしばみられる

意味性認知症は、病巣としては側頭極、あるいは中・下側頭回などの限局性萎縮に起因するといわれていますが、特に初期からエピソード記憶の障害は認めず、視空間的な情報の操作や推論能力は保たれる一方で、意味記憶の障害が前面に出てきます。

意味記憶の障害は語の辞書的意味の喪失を特徴とする語彙の狭小化ということなのですが、例えばレモンなどというものがありますが、これは「レモン」という音の連なりと視覚的なイメージと合わせて、酸っぱい、黄色いなど、レモンという名前を持っている、果物の一種、野菜の一種、絞ったものを紅茶に入れることがあるなど、関連する知識的なものがわれわれの脳には蓄えられており、これを意味記憶というわけですが、意味性認知症ではこの意味記憶が障害されていくということです。これは、アルツハイマー型認知症などで障害されるエピソード記憶の障害とは明らかに異なるものであります。

特徴的なのは「○○とは何ですか？」などと、反問性反響語などといいますが、こちらから「今日の体調はいかがですか？」などと伺うと、「タイチョウ？タイチョウってなんですか？」などと仰います。タイチョウ(体調)という音の響き、聞いたことのある言葉

である、という感覚を失ってしまったような感じがあるようです。

また、いわゆる脳血管疾患に起因する失語症と違って、言葉が出にくいときに語頭音効果、リンゴなら「リ」という言葉をお示しすると、「・ンゴ」と続いたりすることがあるのですが、この語頭音効果が乏しいという特徴があります。これらのような意味記憶の障害とあわせて、さらに行動障害というものもしばしばこの意味性認知症には合併するといわれています。

意味性認知症の診断基準

- 必須項目：以下の3つの診断基準の項目を満たし、それらにより日常生活に支障をきたしている。
 - 記憶力の障害
 - 認知機能の障害
 - 意思決定の障害
- 以下の4つのうち少なくとも2つを満たす。
 - 言語機能の障害
 - 意思決定の障害
 - 行動障害
 - 社会生活の障害
- 診断基準：以下の4つの項目のうち少なくとも2つを満たす。
 - 言語機能の障害
 - 意思決定の障害
 - 行動障害
 - 社会生活の障害
- 補完項目：以下の4つの項目のうち少なくとも1つを満たす。
 - 言語機能の障害
 - 意思決定の障害
 - 行動障害
 - 社会生活の障害

疾病情報センターWebサイトより

すみません、字が小さくて恐縮ですが、診断基準として特にアルツハイマー病との鑑別が重要だということや、二方向性の障害があるなどというようなことが示されています。

事例

60代男性 右利き 診断名：意味性認知症、難聴(中等度)
 介護度：要介護1 身体機能の低下なし ADL概ね自立も活動量減少
 職業：藍染業 最終学歴：高等学校卒
 性格：几帳面 家族構成：妻(同居) 息子(別居)
 主訴：(本人)とにかく何も分からなくなっている。
 (妻)会話が成り立たない、悲観的な発言が多い。

介入までの経緯：

X年2月	本人より「俺は頭がおかしくなった」と訴えあり、A病院へ受診するも診断つかず。
X+1年	すぐ怒る、似てるもの高い聲で叫ぶ。計算を間違える。「目が見えなから字が読めない、耳が聞こえないから分からない」と言う。等の所見が目立つようになる。
X+2年	日常生活で誤解失語との診断が出るも、その後フォローなし。
X+3年	「俺はおかしいからもう死んでほつがいい」といふ等、悲観的な発言が多くなる。家庭内での食生活の崩壊が減少する。
X+4年4月	妻に介護が必要になり、整体院を卒業する。
X+4年7月	認知症の人と家族の会の割合にて、言語聴覚士とつながる。
X+4年8月	認知症疾患医療センター受診し、意味性認知症と診断される。介護保険申請を行い要介護1と認定。
X+4年9月	認知症疾患医療センター受診し、言語聴覚士とつながる。

事例をご提示したいと思います。60代男性で右利きの方です。意味性認知症、中等度の難聴がありました。要介護1で身体機能

低下なしということなのですが、お会いした時には実はこの要介護は付いてなく、下に介入までの経緯と書いていますけれども、私どもが介入する前の段階で、ある時からご本人が奥さんに「俺は頭がおかしくなった」と訴えがあって、近隣の病院に受診するけれども診断がつかないという経緯があります。

そこから1年ぐらい経過しますと、怒りっぽくなったり、言葉の言い誤りが増えるとともに計算などが難しくなり、「耳が聞こえないのでなかなか分からないだけだ」との発言が目立つようになってきたとのことでした。

別の病院で今度は語義失語というような診断がついたようですが、その後のフォローアップがなく、3年経過した時点で、「俺はおかしいので死んだほうがいい」など悲観的な発言が多くなったそうです。家庭内での会話の機会も減少してきました。

もともとこの方はお仕事として自営業を営んでいたのですが、業務にも支障が出るようになってお店は閉めたということです。どこの病院に行ってもその後もフォローがなくどうしたらいいか、という状況の中、認知症の人と家族の会というのが地域に社会資源としてあり、そちらにこの方の奥様が出席されました。

たまたま私はそこに会員として出席しておりましたので、その場で出会うことができ、ではまずしっかりと診断を付けてもらおうということで、専門医療機関の受診をお勧めし、意味性認知症と診断がつけました。

介護保険を申請していただければ、通所リハビリテーションの中で言語療法ができるということもご紹介し、そこで要介護1と認定されたということで通所リハのサービス利用が開始しました。

STによる介入① 初回面接、情報収集

本人 「もう何もできなくなってるから、何もしたくない」「よく分からないけど、馬鹿になっていることは分かる」「妻も俺を避けている、俺はもういない方がいいんだ」

妻 「聞こえてないのか、分からないのか、何が分からないのか？ まったく分からず接し方が分からない」「俺は死んだ方がいい、と言われて辛いので距離を置いている」「認知症の人とは全然違う。認知症ではなく言語障害だと思う」

本人は、理解できない事が増えていくことに対しての強い不安、自発性の低下、自身に対する無関心さがみられた。
妻は、会話が成り立たず接し方が分からないために距離を置いてしまいそれが本人の不安を増加させてしまっていた。また、アルツハイマー型認知症の期の介護の経験から、夫は認知症ではないという思いが強く、今まで相談先を見つけないことが出来なかった。認知症ではなく言語障害ではないか、まずはそこをみて欲しいという強い思いがあった。
本人の喪失感、妻の障害に対する介入への思い、初回面接時の会話の状況から、以下の検査バッテリーを抽出、障害後の中核であろう言語機能面の評価を詳細に行いつつ、全般的な認知機能評価を行った。

初回面接でお話しをしていく中で、ご本人としては「もう何もできなくなっているので何もしたくない」「よく分からないけれどもばかになっていることは分かる」「妻も俺を避けている、俺はもういない方がいいのだ」などの発言がありました。一方、奥様からも、「もう聞こえていないのか分からないのか、何が分からないのか分からない」というようなことだったので、その辺りの思いを伺いながら、まずもう少し細かい言語面の評価、あるいは認知機能の評価とを行おうということにしました。

STによる介入② 評価

評価項目	結果
コミュニケーション	挨拶などの礼節は保たれている。自身から発言をすることが少なく、質問に対して「よく分からないな」と答える際の印象あり、日時や場所などの質問は、カレンダーや地図を用いることで詳細に示すことが可能。
HDS-R	15/30点 見当座(+) 言語性評価で減点
レーン色彩マトリクス検査	28/36点 (60代平均値 29.2±5.4) 正確に類似するものも数種類は平均値。
標準失語症検査 (SLTA)	話す・聞く・読む・書く すべての言語モダリティで名詞の低下あり、同じ力子ゴリーの語での誤りもみられる。しかし単純文法では、語彙のレベルで正確なことができていた。(ex. 船長「夫」と書くだけで正確なことが出来る) 漢字単語の音読・読解は困難も仮名で音読・読解は可能であり、一語音節に意味を込める名詞理解は良好。
言葉の意味記憶	日常生活場面で用いる物品(家電、道具、食べ物など)120枚の絵カードを使用し、物品の用途を尋ねた。自宅のどこにあるのか、どれくらい使うか、どう使うかなど、口頭説明は難しいも、ジェスチャーなどによる表現でおおよその意味は理解できていると判断できた項目は102/120項目であった。

結果：言語機能は名詞を中心に理解力・表出力ともに低下がみられた。しかし言葉の意味記憶の障害は軽度であり、音声言語・文字など複数の言語モダリティを介することにより理解が得られやすいことが分かった。また、言語を介さない物品の理解は概ね可能であった。見当識、記憶力、情報処理能力は年齢相称に保たれているも、言語機能の低下により二次的に影響を受けていると考えられた。

評価のまとめがこちらのスライドになります。言語機能はやはり名詞を中心に低下していますが、まだ語彙の意味記憶の部分の障害は軽度であると判断できたので、音声だけではなく文字なども活用しながら、コミュニケーション能力の維持向上という

ものを図っていく、という方針で進めることになりました。

STによる介入③直接・間接支援

1. 言語情報以外の手段を多用したコミュニケーション
地図、写真、ジェスチャー、描画などを用いて、過去に行った旅行先、仕事内容、人生史などを尋ねる。
【目的】本人に確実なコミュニケーション体験をしてもらい、自信につなげる。妻にもコミュニケーション方法を習得してもらう。

2. 自宅の物品の写真カードを用いた呼称・書字訓練
自宅にて使用するものを本人と一緒に写真撮影し、絵カードを作成。カードの裏に文字情報も記載し、それを写字・呼称する。
【目的】身近な物品名の把握、意味システムの賦活化
言語訓練を通じた本人・家族の障害把握

3. 農園活動への参加とフォローアップ
外への関心の高まりとともに「散歩以外のこともしてみたい」との発言が聞かれるようになったため、活動量の向上と社会参加の拡大、各種相談先の確保を目的に、地域包括支援センターとの連携を回り地域ボランティアグループが主催している農園活動への参加を促す。

具体的な支援内容ですが、まず週に2回40分ずつ来られるので、その中でできることとして言語情報以外の手段を多用したコミュニケーションを体験していただくというようなこと、地図、写真、ジェスチャー、描画、絵を描くなどを使いながらコミュニケーションを体験してもらう、伝わるということを体験してもらうということと、言語訓練として日常よく使用するもの、目にするものの物品の写真カードを使いながら、呼称、書字訓練などを行いました。

写真カード訓練内容

<p>1セット目</p> <p>①ニンジン ②時計 ③トマト ④大根 ⑤キュウリ ⑥傘 ⑦コップ ⑧はさみ ⑨歯ブラシ ⑩糞</p>	<p>内容改善</p>	<p>2セット目</p> <p>⑪たまご ⑫テーブル ⑬箸 ⑭帽子 ⑮白菜 ⑯洗濯機 ⑰薬 ⑱ほうれん草 ⑲階段 ⑳やかん</p>	<p>3セット目</p> <p>㉑トイレ ㉒醤油 ㉓掃除機 ㉔靴 ㉕血圧計 ㉖じゃがいも ㉗豚 ㉘栓抜き ㉙ポスト ㉚スプーン</p>
---	-------------	--	--

1セット目は、よく一人で八百屋に買い物に行くという本人と一緒に身近な物から選出。しかし、同じ格闘着（トマト、時計）、同じカテゴリ（人参、キュウリ等）、同じ文字数（傘、糞）で誤りが頻出。
2セット目から上記条件が少なくなるよう、また連続しないよう選出したことで練習段階での誤りが減少し、呼称成績の向上までの時間が大幅に短縮された。

写真カードを用いた訓練というのがこちらにあります。近所の八百屋さんに行き物に行くのが長年の役割であったことでしたので、その馴染みの八百屋さんにお

1人で行けるようになることを目標に、野菜の名前などを多めに取り入れるなどして言語聴覚療法を進めていきました。

STによる介入③直接・間接支援

1. 言語情報以外の手段を多用したコミュニケーション
地図、写真、ジェスチャー、描画などを用いて、過去に行った旅行先、仕事内容、人生史などを尋ねる。
【目的】本人に確実なコミュニケーション体験をしてもらい、自信につなげる。妻にもコミュニケーション方法を習得してもらう。

2. 自宅の物品の写真カードを用いた呼称・書字訓練
自宅にて使用するものを本人と一緒に写真撮影し、絵カードを作成。カードの裏に文字情報も記載し、それを写字・呼称する。
【目的】身近な物品名の把握、意味システムの賦活化
言語訓練を通じた本人・家族の障害把握

3. 農園活動への参加とフォローアップ
外への関心の高まりとともに「散歩以外のこともしてみたい」との発言が聞かれるようになったため、活動量の向上と社会参加の拡大、各種相談先の確保を目的に、地域包括支援センターとの連携を回り地域ボランティアグループが主催している農園活動への参加を促す。

さらに、介入の3つ目として、これは1つ通所リハの可能性になるかと思うのですが、通所リハを1つの起点に社会とのつながりを広げていくということを試みました。

その時点では散歩だけはされていたのですが、散歩以外のこともしてみたいと、ご本人の社会参加に対する気持ちが広がってきたので、社会参加の拡大や活動量の向上を目指し、地域包括支援センターと連携を図って、地域のボランティアグループが主催している農園をご紹介します。参加を促してみました。

こちらの写真は最初に包括の職員やボランティアグループのボランティアさん、さらに仲間の皆さんに、もちろんご本人、ご家族の承諾を得た上で、この方のコミュニケーション上の特徴や、こういった支援をしたほうが良い、というようなことをお伝えしている場面で、このあとご本人は実際に農園活動に参加することになりました。



収穫の時期です。大根を収穫していますが、「楽しいです」などと笑顔がみられるようになりました。また、近くの保育園とのコラボレーション企画などもあるのですが、そのような場であっても、言葉の不自由さはありながらも、お子さんたちに土のいじり方などを教えたりする様子もみられました。

介入結果（介入開始より3か月経過時）	
リハの状況	練習した写真カード（計70枚）のうち、安定して呼称できるようになった語は68語。一部誤りはあるも仮名で書きができるようになった語は60語。白布でも写真カードを一日のうち何度も見返し、文字や呼称を自主トレーニングとして行う。
コミュニケーション	地図や写真を用いることで、徐々に自身のエピソードについて自発的な発言や描画が増えた。挨拶などを交わす職員や利用者が増え、笑顔が多くみられる。
障害に対する捉え方	（本人）「良くなってはいないけど、妻が嬉しそうにしているから何とかやってみよう。畑も楽しい。」 （妻）「何が分からないのか私が理解したことで、生活でストレスを感じることは減ってきた」 「意味性認知症について一緒に考える場所、人ができたことで、病気について勉強する勇気が出てきた」 「今後はもっと機能が低下すると思うので、とても不安だけど、まわりに相談しながら生活を続けていきたい」
生活状況	夫婦で出かけるなどの機会が増加した。それにより、駅の改札がうまく通れない、出かける準備に時間がかかる、買い物時に袋詰めにとでもこだわると、など利用当初には気づいていなかった部分が見えてきた

スライドには介入結果をまとめております。介入の結果、ご本人の障害に対する捉え方として、「良くなってはいないけれどもなんとかやってみる。畑も楽しい」などとおっしゃったり、奥様としても「ストレスは減ってきた」などの発言をきくことができました。

生活状況としても、ご夫婦で出掛ける機会が増加したのですが、それによって駅の改札がうまく通れなかったり、出掛ける準備に時間がかかってきたり、買いものの袋詰め非常にこだわるなどというような、

行動面の課題が次第に顕在化してきておりまして、この辺りをどのようにしていこうかというのが今の段階です。



通所リハビリテーションにおける多職種連携と今後の課題

通所リハビリテーションにおける連携

- ・ ケアマネジメントの要である介護支援専門員との連携
 - ・ いわゆる入口問題
 - 難病リハにおける通所系サービスの役割に関する啓発の必要性(但し医療依存度の高いケースの受入は…?)
 - 特にFTLDIについては、認知症疾患医療センターや家族会、行政保健師との連携が重要
- ・ 参加を促進するための地域社会資源との連携
 - 通所リハを社会参加の第一歩と捉える
 - 「活動」「参加」の拡大に向け、地域のインフォーマルな資源ともつながる意義がある

最後に、通所リハにおける連携について触れたいと思います。介護保険のサービスなので、ケアマネジメントの要は介護支援専門員でありますから、介護支援専門員抜きでの連携は基本的にはあり得ません。

ここで1つ入口問題というものがあると考えているのですが、神経難病の方のリハビリテーションにおいて、通所型サービスは何ができるかということがまだ不明確ということと、やはり医療依存度の高いケースというのは、私どもの通所リハセンターでもなかなか受け入れが難しかったりするところがあるので、この辺りをどのようにしていくのかということところです。ただ、ご紹介しました通り、神経難病としての

意味性認知症に関しては、通所リハの言語聴覚士をきっかけに連携を上げられる可能性があるのでないか、と考えています。

項目	条件	単位数
40代以下スタッフ加算	・ 40代以下スタッフの配置 ・ 定期検診の7割以上の実施 ・ 20代以下スタッフの配置 ・ 20代以下スタッフの配置 ・ 20代以下スタッフの配置	1. 2.5単位の月 2. 1.0単位の月 3. 0.5単位の月 4. 0.5単位の月 5. 0.5単位の月
看護職中核職員加算	・ 1. 看護職中核職員が1人以上配置されていること ・ 2. 看護職中核職員が2人以上配置されていること ・ 3. 看護職中核職員が3人以上配置されていること ・ 4. 看護職中核職員が4人以上配置されていること ・ 5. 看護職中核職員が5人以上配置されていること ・ 6. 看護職中核職員が6人以上配置されていること ・ 7. 看護職中核職員が7人以上配置されていること ・ 8. 看護職中核職員が8人以上配置されていること ・ 9. 看護職中核職員が9人以上配置されていること ・ 10. 看護職中核職員が10人以上配置されていること	1. 1.0単位の月 2. 1.5単位の月 3. 2.0単位の月 4. 2.5単位の月 5. 3.0単位の月 6. 3.5単位の月 7. 4.0単位の月 8. 4.5単位の月 9. 5.0単位の月 10. 5.5単位の月
施設利用促進加算	・ 1. 施設利用促進に関する取り組みが実施されていること ・ 2. 施設利用促進に関する取り組みが実施されていること ・ 3. 施設利用促進に関する取り組みが実施されていること ・ 4. 施設利用促進に関する取り組みが実施されていること ・ 5. 施設利用促進に関する取り組みが実施されていること ・ 6. 施設利用促進に関する取り組みが実施されていること ・ 7. 施設利用促進に関する取り組みが実施されていること ・ 8. 施設利用促進に関する取り組みが実施されていること ・ 9. 施設利用促進に関する取り組みが実施されていること ・ 10. 施設利用促進に関する取り組みが実施されていること	1. 0.5単位の月 2. 1.0単位の月 3. 1.5単位の月 4. 2.0単位の月 5. 2.5単位の月 6. 3.0単位の月 7. 3.5単位の月 8. 4.0単位の月 9. 4.5単位の月 10. 5.0単位の月
介護職員等特定処遇改善加算	・ 1. 介護職員等特定処遇改善に関する取り組みが実施されていること ・ 2. 介護職員等特定処遇改善に関する取り組みが実施されていること ・ 3. 介護職員等特定処遇改善に関する取り組みが実施されていること ・ 4. 介護職員等特定処遇改善に関する取り組みが実施されていること ・ 5. 介護職員等特定処遇改善に関する取り組みが実施されていること ・ 6. 介護職員等特定処遇改善に関する取り組みが実施されていること ・ 7. 介護職員等特定処遇改善に関する取り組みが実施されていること ・ 8. 介護職員等特定処遇改善に関する取り組みが実施されていること ・ 9. 介護職員等特定処遇改善に関する取り組みが実施されていること ・ 10. 介護職員等特定処遇改善に関する取り組みが実施されていること	1. 0.5単位の月 2. 1.0単位の月 3. 1.5単位の月 4. 2.0単位の月 5. 2.5単位の月 6. 3.0単位の月 7. 3.5単位の月 8. 4.0単位の月 9. 4.5単位の月 10. 5.0単位の月
介護職員処遇改善加算	・ 1. 介護職員処遇改善に関する取り組みが実施されていること ・ 2. 介護職員処遇改善に関する取り組みが実施されていること ・ 3. 介護職員処遇改善に関する取り組みが実施されていること ・ 4. 介護職員処遇改善に関する取り組みが実施されていること ・ 5. 介護職員処遇改善に関する取り組みが実施されていること ・ 6. 介護職員処遇改善に関する取り組みが実施されていること ・ 7. 介護職員処遇改善に関する取り組みが実施されていること ・ 8. 介護職員処遇改善に関する取り組みが実施されていること ・ 9. 介護職員処遇改善に関する取り組みが実施されていること ・ 10. 介護職員処遇改善に関する取り組みが実施されていること	1. 0.5単位の月 2. 1.0単位の月 3. 1.5単位の月 4. 2.0単位の月 5. 2.5単位の月 6. 3.0単位の月 7. 3.5単位の月 8. 4.0単位の月 9. 4.5単位の月 10. 5.0単位の月
介護職員処遇改善加算	・ 1. 介護職員処遇改善に関する取り組みが実施されていること ・ 2. 介護職員処遇改善に関する取り組みが実施されていること ・ 3. 介護職員処遇改善に関する取り組みが実施されていること ・ 4. 介護職員処遇改善に関する取り組みが実施されていること ・ 5. 介護職員処遇改善に関する取り組みが実施されていること ・ 6. 介護職員処遇改善に関する取り組みが実施されていること ・ 7. 介護職員処遇改善に関する取り組みが実施されていること ・ 8. 介護職員処遇改善に関する取り組みが実施されていること ・ 9. 介護職員処遇改善に関する取り組みが実施されていること ・ 10. 介護職員処遇改善に関する取り組みが実施されていること	1. 0.5単位の月 2. 1.0単位の月 3. 1.5単位の月 4. 2.0単位の月 5. 2.5単位の月 6. 3.0単位の月 7. 3.5単位の月 8. 4.0単位の月 9. 4.5単位の月 10. 5.0単位の月
介護職員処遇改善加算	・ 1. 介護職員処遇改善に関する取り組みが実施されていること ・ 2. 介護職員処遇改善に関する取り組みが実施されていること ・ 3. 介護職員処遇改善に関する取り組みが実施されていること ・ 4. 介護職員処遇改善に関する取り組みが実施されていること ・ 5. 介護職員処遇改善に関する取り組みが実施されていること ・ 6. 介護職員処遇改善に関する取り組みが実施されていること ・ 7. 介護職員処遇改善に関する取り組みが実施されていること ・ 8. 介護職員処遇改善に関する取り組みが実施されていること ・ 9. 介護職員処遇改善に関する取り組みが実施されていること ・ 10. 介護職員処遇改善に関する取り組みが実施されていること	1. 0.5単位の月 2. 1.0単位の月 3. 1.5単位の月 4. 2.0単位の月 5. 2.5単位の月 6. 3.0単位の月 7. 3.5単位の月 8. 4.0単位の月 9. 4.5単位の月 10. 5.0単位の月

介護保険のサービスはまず基本的な料金があって、そこに質を高めることによって様々な加算が付いてくるような体系になっているのですが、通所リハでも「重度療養管理加算」や「中重度者ケア体制加算」というものがあり、神経難病など医療依存度の高い方の受け入れ体制を整備している事業所が評価されています。但し、この加算を算定している事業所が半分もないという状況なので、今後増える可能性はあるけれども、医療依存度の高い方を受け入れる体制を整える通所リハはまだまだ少ないということは、ご承知おきいただければと思います。

現状では、通所リハを社会参加の第一歩と捉えるのであれば、ごく早期の方の資源にはなるのかもしれないということ。また活動参加という観点からは、地域のインフォーマルな資源ともつながる、そのハブとしての役割を果たすことができるかもしれないと、そのように考えています。以上です。ご清聴ありがとうございました。

中馬：市川先生ありがとうございました。かなり積極的にとりくんでおられる事例の

お話を伺って大変勉強になりました。どなたか質問等ありませんか。お願いします。

質問者：〇〇大学の〇〇です。興味深い事例を含めたお話をありがとうございました。やはりどうしても神経難病の方というと、病状の変化に伴って通所リハなどが使いにくいのかなというイメージがあったりしますが、先生もおっしゃっていましたが、やはり医療依存度との問題というのは関係があると思うのですが。

実際に先生のところに来ている神経難病の方というのは、かなり長期で使うことが可能なのか、あるいは短期間でサイクルをまわすなど、何かそういったことがあれば教えていただければと思います。

市川：ありがとうございます。最初にお示したパーキンソン病の方で80代の方というのは、もう7年ぐらい利用していますが、それ以外の方も年間を通してあのぐらいの割合でいるのですが、やはり入れ替わりで1年を超える方というのは少ないでしょうか。数は少ないですが、早いサイクルで在宅のサービスに移行していったりなどという方が多い印象があります。ありがとうございます。



November 24, 2018
第8回神経難病リハビリテーション研究会

ハネリデイズカンファレンス:
神経難病における多様なリハビリテーション場面の連携を考える

通所リハビリテーションにおける 神経難病の人への支援と課題

～言語聴覚士の視点から～

医療法人社団哺育会
さがみりハビリテーション病院リハビリテーション科
言語聴覚士 市川 勝



医療法人社団哺育会

さがみりハビリテーション病院 (神奈川県相模原市中央区)



標榜科：内科・神経内科・整形外科・
脳神経外科・リハビリテーション科
病床数：130床
回復期リハビリ病棟 106床
医療療養病棟 24床
その他、各種在宅支援サービス事業所あり
通所リハビリテーションセンターは平成13年
に開設



通所リハビリテーションの 概要

介護保険における通所系サービス

サービス種別	内容 (定義)
通所リハビリテーション (デイケア)	<ul style="list-style-type: none"> 利用者の心身機能の維持回復を図り、日常生活の自立に努めるよう適切に行う 理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行うことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図る 医学的管理、心身・生活活動の維持向上 利用者の機能訓練及びその者が日常生活を営むことができよう必要な支援を行う 必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能維持並びに利用者の家族の精神的負担の軽減を図る ソーシャルケア、レスパイトケア
通所介護 (デイサービス)	<ul style="list-style-type: none"> 指定地域密着型通所介護であって、軽病等を有する重度要介護者又はがん末期の者であって、サービス提供に当たり常時看護師による観察が必要なものを対象者とし、療養通所介護計画に基づき、入浴、排せつ、食事等の介護その他日常生活上の世話及び機能訓練を行うものをいう。 心身機能の維持、ソーシャルケア、レスパイトケア
療養通所介護	

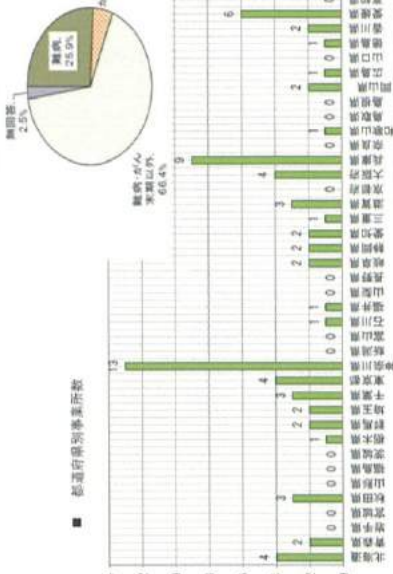
介護保険における通所系サービス

サービス種別	内容 (定義)
通所リハビリテーション (デイケア)	<ul style="list-style-type: none"> 利用者の心身機能の維持回復を図り、日常生活の自立に努めるよう適切に行う 理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行うことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図る 医学的管理、心身・生活活動の維持向上 利用者の機能訓練及びその者が日常生活を営むことができよう必要な支援を行う 必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の軽減及び心身の機能維持並びに利用者の家族の精神的負担の軽減を図る ソーシャルケア、レスパイトケア
通所介護 (デイサービス)	<ul style="list-style-type: none"> 指定地域密着型通所介護であって、軽病等を有する重度要介護者又はがん末期の者であって、サービス提供に当たり常時看護師による観察が必要なものを対象者とし、療養通所介護計画に基づき、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うものをいう。 心身機能の維持、ソーシャルケア、レスパイトケア
療養通所介護	

療養通所介護 都道府県別利用者数

- 47都道府県のうち、30都道府県にある(特に神奈川県、兵庫県、愛媛に多い)
- 利用者の疾病分類では、「難病」が25.9%、「がん末期」が5.2%である

利用者の疾病分類(n=5577)



(厚労省:社会福祉-介護給付費分科会第141回資料改定)

通所リハビリテーションと通所介護の要件等の比較

	通所リハ	通所介護
サービスを提供する施設	(一)	(一)
医師の配置	(一)	(一)
リハビリテーション実施する施設	理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を専任として配置し、100人以上に1名以上の専任スタッフを有し、1～2時間の通所リハビリテーションを行うことができる施設	理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を専任として配置し、100人以上に1名以上の専任スタッフを有し、1～2時間の通所介護を行うことができる施設
基本方針	【指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第110条】 要介護状態にある場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ、自立し日常生活を送ることができるよう生活機能の維持向上を図るとともに、必要に応じて通所介護を行うことにより、利用者の社会生活の軽減及び心身の機能の維持を図ることを旨とする。	【指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第92条】 要介護状態にある場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ、自立し日常生活を送ることができるよう生活機能の維持向上を図るとともに、必要に応じて通所介護を行うことにより、利用者の社会生活の軽減及び心身の機能の維持を図ることを旨とする。
通所介護計画	通所リハビリテーション計画	通所介護計画
リハビリテーション計画/通所介護計画	通所リハビリテーション計画	通所介護計画

(厚労省:社会福祉-介護給付費分科会第141回資料)

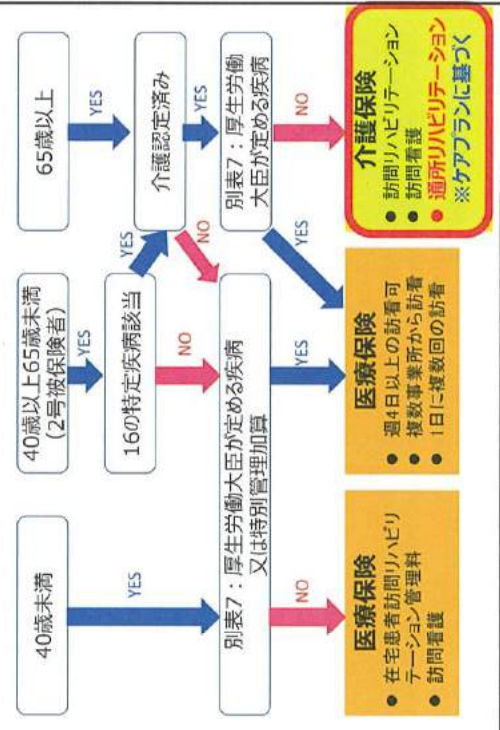
【参考】生活機能の維持・向上を目標とした通所系サービスの普遍的機能と実施内容

(全国デイケア協会 通所サービス実践ガイドライン 第3版改定より)

区分	通所系サービスの機能	実施内容等
通所リハ	医学的管理 ● 医師の診察等による医学的管理 ● 看護職による薬等の医療機能 心身・生活活動の維持・向上 ● 早期退院者、在宅にて専業主婦の方への専門的リハビリテーション ● 生活活動 (ADL/IADL) の各行動を向上するリハビリテーション	● 通所川田当座と主治医が連携し検査を行い、定期的に診察等にお互に情報連携を行う。 ● 通所川田当座の処方箋を受診し、看護職が処方薬等を実施する。 ● 医師の診察に基づき、PT・OT・STが専門的検査を実施し、チームとして目標を設定し、心身・生活活動 (ADL/IADL) の生活行動目標を共同で設定。
通所介護・連携所	ソーシャルワーク ● 日常の健康管理、自立した生活に資する活動への参加機会の確保 ● 社会性の向上を図る。 レスパイトケア ● 介護者等家族の支援 ① 精神的介護負担軽減 ② 身体的介護負担軽減 ● 身体的介護負担軽減 ● 環境調整 (福祉用具等) による介護負担軽減	● 利用者の体調管理や、関係機関による運動指導等、活動の場を確保 ● 他者の存在、個人との交流を通じて参加機会の確保により、社会性の向上を図る。 ● サービス利用 (おしゃべり活動や機能) による介護者等家族の精神的負担軽減 ● 介護者等家族の心構えや介護者の負担にわたる負担軽減を図り、介護者等家族の社会参加を促し介護者支援を行う。

(厚生省・社保審・介護給付算分科会第141回資料)

リハサービスにおける通所リハビリテーションの位置づけ



平成30年度同時改定における変化

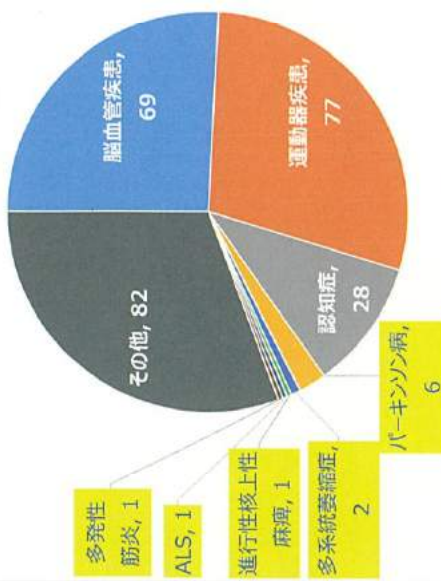
Ⅱ-① リハビリテーションに関する医師の関与の強化

- リハビリテーションに関する医師の詳細な指示について、リハビリテーションのマネジメントに関する加算の要件として、別添資料を添付し、リハビリテーションについて、要介護者のリハビリテーションに設けられている、リハビリテーションのマネジメントに関する加算を設ける。
- **訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション**
 リハビリテーションマネジメントについて、医師の詳細な指示に基づくリハビリテーションの提供等を要件とし、より手厚く計画する。
 訪問リハビリテーション
 <加算>
 別添資料を添付し、リハビリテーションのマネジメントに関する加算(Ⅰ)
 別添資料を添付し、リハビリテーションのマネジメントに関する加算(Ⅱ)
 別添資料を添付し、リハビリテーションのマネジメントに関する加算(Ⅲ)
 別添資料を添付し、リハビリテーションのマネジメントに関する加算(Ⅳ)
 250単位/月
300単位/月
350単位/月
420単位/月
 60単位/月
150単位/月
 <改定案>
 220単位/月
1000単位/月
700単位/月
 通所リハビリテーション
 <加算>
 別添資料を添付し、リハビリテーションのマネジメントに関する加算(Ⅰ)
 別添資料を添付し、リハビリテーションのマネジメントに関する加算(Ⅱ)
 別添資料を添付し、リハビリテーションのマネジメントに関する加算(Ⅲ)
 別添資料を添付し、リハビリテーションのマネジメントに関する加算(Ⅳ)
 330単位/月
550単位/月
550単位/月
1100単位/月
1200単位/月
1200単位/月
500単位/月
- 要介護者のリハビリテーションについて、質の高いリハビリテーションを実施するためのリハビリテーション計画の策定と活用等のプロセス管理の本質、多職種連携の取組の計画を新設する。
 介護予防訪問リハビリテーションマネジメント
 リハビリテーションマネジメント加算：220単位/月 (新設)
 介護予防通所リハビリテーションマネジメント
 リハビリテーションマネジメント加算：220単位/月 (新設)

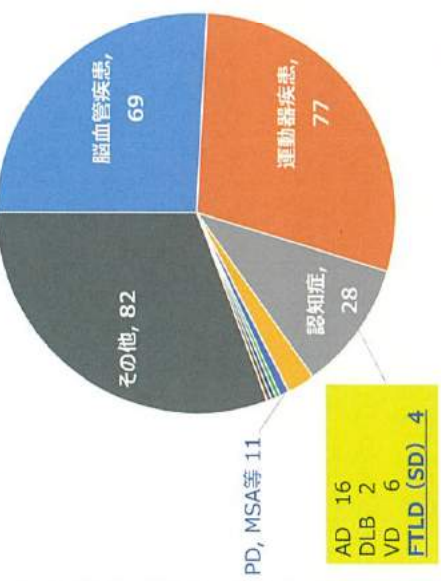
Chapter 2

通所リハビリテーションセンターにおける神経難病の人への支援

当院通所リハビリテーションセンターにおける
神経難病の人の利用状況 (n=160, 複数回答あり)



当院通所リハビリテーションセンターにおける
神経難病の人の利用状況 (n=160, 複数回答あり)



神経難病の通所リハビリ利用者におけるケアプラン上のニーズ例

No	診断名	性別	発症後年数	要介護度	年齢	ケアプラン上のニーズとリハの役割 (利用前カンファおよび初回評価後に 当センターよりCCMに提案したものを含む)
1	PD					閉じこもり予防, レスバイト, 発声発語面の評価とモニタリング, 摂食・嚥下・栄養面のモニタリング, 歩行・ADL能力の評価とモニタリング
2	MSA					閉じこもり予防, 社会参加, レスバイト, 発声発語面の評価とモニタリング, 摂食・嚥下・栄養面のモニタリング, 歩行・ADL能力の評価とモニタリング
3	MSA					転倒リスクの評価とモニタリング, 摂食・嚥下・栄養面の評価とモニタリング
4	PSP					転倒リスクの評価と動作指導, レスバイト, 摂食・嚥下・栄養面のモニタリング, 口腔機能の維持 (開口, 構音), 口腔ケア指導
5	ALS					閉じこもり予防, 社会参加, レスバイト, 摂食・嚥下・栄養面のモニタリング, ADL能力の維持, 特に食事に関する自助具の評価検討
6	PM					ADLおよびADLの評価と動作指導, 閉じこもり予防, 社会参加

FTLD (Frontotemporal lobar degeneration)
前頭側頭葉変性症

- 主として初老期に発症し, 前頭葉と側頭葉を中心とする神経細胞の変性・脱落により, 著明な行動異常, 精神症状, 言語障害などを特徴とする進行性の非Alzheimer病
- 経過中に行動障害や認知機能障害以外にも, パーキンソンズムや運動ニューロン症状をはじめとする種々の運動障害を認めうる
- タウ蛋白, TDP-43蛋白, FUS蛋白が同定されている
- 臨床分類
 - 行動障害型前頭側頭型認知症 (bvFTD)
 - 意味性認知症 (SD)
 - 進行性非流暢性失語 (PNFA)

意味性認知症

- 側頭極ならびに中・下側頭回などの限局性萎縮に起因
- 日常生活に支障をきたすようなエピソード記憶の障害はなく、視空間的な情報の操作や推論能力は保たれる
- 意味記憶の障害
 - 語の辞書的意味の喪失を特徴とする語彙の狭小化
 - 「○○って何ですか？」(反問性反響語)
 - 喚語困難に対する語頭音効果↓
 - 語の頻度・定型性>カテゴリー・特異性
 - 補完現象の消失
 - 表層失読
 - 構音・復唱・統語表出に移乗がみられず、発声発語に関わる音韻的側面や文表現に必要な統語表出機能は保存される
 - 行動障害もしばしばみられる

意味性認知症の診断基準

(1) 必須項目：次の3つの中2つ以上の病状の両者を満たし、それらにより日常生活の障害を来している。

- 物忘れの障害
 - 意味性認知症の診断基準をみたすことともつは認めらる。
 - ① 「○○って何ですか？」などの反問性反響語、(特に名動詞/形容詞性のもの)の頻発
 - ② 発音性失読・失算
 - ③ 意味が失われた、意味性の喪失を呈する。
 - ④ 発話(口語や自発語)は保たれる
 - 診断で定症する例も存在するが、70歳以上で発症する例は稀である²⁾。
 - 画像検査：前方後角の閉塞性にMRI/CTでの蓄積がみられる³⁾。
 - 認知診断：以下の両方を鑑別する。
 - 1) レーノ・ヘンリッセン症
 - 2) 多発性脳梗塞
 - 3) 慢性アルコール中毒
 - 4) 慢性肝臓病
 - 5) 認知症関連疾患(甲状腺機能亢進症)
 - 6) うつ病などの精神疾患
- 注1) 高齢での発症が少なくないことから、認知症65歳以上の対象とする。
注2) 画像診断レポートまたはそれら両方の文字の写し。閉塞性の存在の記載されたものを認むること、ならぬ、閉塞性所見以外の病状については、病状を多量に鑑別を行う。

(参考)

- 注3) 特徴的な病態の病変に対して、本人や介護者はしばしば「物忘れ」として訴えることに留意する。
注4) 任意検査項目。前頭側頭型認知症と同様の行動異常がしばしばみられることに留意する。
a) 例：これらの病変は一般的に「蓄積がみられる、つまり、異なる検査結果や日常生活でも同じ物品、単語に障害を示す。
b) 例：高血圧や糖尿病などの疾患を見せても、血中塩素といったことは理解できても特定の単語や各単語の意味を失い、語彙を喪失する(「何故か」と呼称がでる。「見たことない」、「言い換えがつかない」となる)などである。
c) 例：本人や友人、たまにしか書かない言葉の病状の両方を認むべきでない。それらを見るに、「何れも思いがけない」、「聞きとりがたかりすぎる」、「三日月」などとし、三日月「ともかくつぎ」

認知情報センターWebサイトより

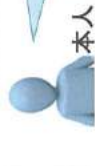
事例

60代男性 右利き 診断名：意味性認知症、難聴(中等度)
介護度：要介護1 身体機能の低下なし ADL概ね自立も活動量減少
職業：整体業 最終学歴：高等学校卒
性格：几帳面 家族構成：妻(同居) 息子(別居)
主訴：(本人)とてかく何も分からなくなっている。
(妻) 会話が成り立たない、悲観的な発言が多い。

介入までの経緯：

X年2月	本人より「俺は頭がおかしくなった」と訴えあり、A病院へ受診するも診断つかず。
X+1年	すぐ怒る、眠るものにも言い聞かせる、計算を間違える。「自分が見えないから字が読めない、耳が聞こえないから分からない」と言う。妻の所有が目立つようになる。
X+2年	B病院で語彙失憶との診断が出るも、その後フォローなし。
X+3年	「俺はおかしいからもう死んだらどうがいい」など絶望的な発言が多くなる。家屋内での会話の機会が減少する。
X+4年4月	業務に支障が出るようになり、整体院を閉業する。
X+4年7月	認知症の人と家族の会の例益にて、言語聴覚士とつむぎが
X+4年8月	認知症療養医療センターを受診し、意味性認知症と診断される。介護保険申請を行い要介護1と認定。
X+4年9月	認知症通所リハビリにて言語聴覚士による訓練開始。

STによる介入① 初回面接、情報収集



「もう何もできなくなってるから、何もしたくない」
「よく分からないけど、馬鹿になってきていることは分かる」
「妻も俺を避けている、俺はもういない方がいいんだ」

本人



「聞こえてないのか、分からないのか、何が分からないのか、何が分からないのか、何が分からないのか、何が分からないのか、何が分からないのか」
「俺は死んだ方がいい、と言われて辛いので距離を置いている」
「認知症の人とは全然違う。認知症ではなく言語障害だと思う」

妻

本人は、理解できない事が増えていくことに対しての強い不安、自発性の低下、自身に対する無関心さがみられた。

妻は、会話が成り立たず接し方が分からないために距離を置いてしまいが本人の不安を増加させてしまっていた。また、アルツハイマー型認知症の親の介護の経験から、夫は認知症ではないという思いが強く、今まで相談先を身につけることが出来なかった。認知症ではなく言語障害ではないか、まずはそこをみて欲しいという強い思いがあった。

本人の喪失感、妻の障害に対する介入への思い、初回面接時の会話の状況から、以下の検査バッテリーを抽出、障害除の中核である言語機能面の評価を詳細に行いつつ、全般的な認知機能評価を行った。

STによる介入② 評価

評価項目	結果
コミュニケーション レブアングラ	挨拶などの礼節は保たれている。自発的に発言をすることが少なく質問に対して「よく分からない」と会話を避ける印象あり。日時や場所などの質問は、カレンダーや地図を用いることで詳細に示すことが可能。
HDS-R	15/30点 見当識 (+) 言語性課題で減点
レブアングラ マトリクス検査	28/36点 (60%平均点 29.2±5.4) 正答に間違いあるも、所置論評は平均値。
標準失語症検査 (SLTA)	話す・聞く・読む・書く すべてでの言語モダリティで名詞の低下あり。同じカテゴリーの語での誤り多くみられる。しかし厚紙課題では、語頭音のヒントで正答することができていた。(ex 鉛筆「えん」と聞くだけで正答することから) 漢字単語の音読読解は聴覚も、仮名の音読読解は可能であり、一度音戸に変換してからの音読読解は良好。
読解の意味記憶	日常生活場面を用いる物品(家電、運具、食べ物など)120枚の絵カードを使用し、物品の用途を調べた。自宅のどこにあるのか、どれくらい使うか、どう使うかなど、口頭説明は難しいも、ジェスチャーなどによる表現でおおよその意味は理解できていると判断できた語は102/120語であった。
結果	読解の意味記憶は名詞を中心に理解力・表出カとも低下がみられた。しかし読解の意味記憶の障害は軽度であり、音声言語+文字など複数の言語モダリティを介することにより理解が得られやすいことが分かった。また、言語を介さない物品の理解は概ね可能であった。見当識、記憶力、情報処理能力は年齢相順に保たれているも、言語機能の低下により二次的に影響を受けていると考えられた。

STによる介入③ 直接・間接支援

1. 言語情報以外の手段を多用したコミュニケーション
地図、写真、ジェスチャー、描画などを用いて、過去に行った旅行先、仕事内容、人生史などを尋ねる。
【目的】本人に確実なコミュニケーション体験をしてもらい、自信につながる。妻にもコミュニケーション方法を習得してもらおう。
2. 自宅の物品の写真カードを用いた呼称・書字訓練
自宅に使用するものを本人と一緒に写真撮影し、絵カードを作成。カードの裏に文字情報も記載し、それを写字・呼称する。
【目的】身近な物品名の把握、意味システムの賦活化
言語訓練を通じた本人・家族の障害把握
3. 農園活動への参加とフォローアップ
外への関心の高まりとともに「散歩以外のこともしてみたい」との発言が聞かれるようになったため、活動量の向上と社会参加の拡大、各種相談先の確保を目的に、地域包括支援センターとの連携を図り地域ボランティアグループが主催している農園活動への参加を促す。

写真カード訓練内容



1セット目は、よく一人で八百屋に買い物に行くという本人と一緒に身近な語から選出。しかし、同じ語頭音(トマト、時計)、同じカテゴリー(人参、キュウリ等)、同じ文字数(傘、鍵)で誤りが頻出。
2セット目から上記条件が少なくなるよう、また連続しないよう選出したことで練習段階での誤りが減少し、呼称成績の向上までの時間が大幅に短縮された。

STによる介入③ 直接・間接支援

1. 言語情報以外の手段を多用したコミュニケーション
地図、写真、ジェスチャー、描画などを用いて、過去に行った旅行先、仕事内容、人生史などを尋ねる。
【目的】本人に確実なコミュニケーション体験をしてもらい、自信につながる。妻にもコミュニケーション方法を習得してもらおう。
2. 自宅の物品の写真カードを用いた呼称・書字訓練
自宅に使用するものを本人と一緒に写真撮影し、絵カードを作成。カードの裏に文字情報も記載し、それを写字・呼称する。
【目的】身近な物品名の把握、意味システムの賦活化
言語訓練を通じた本人・家族の障害把握
3. 農園活動への参加とフォローアップ
外への関心の高まりとともに「散歩以外のこともしてみたい」との発言が聞かれるようになったため、活動量の向上と社会参加の拡大、各種相談先の確保を目的に、地域包括支援センターとの連携を図り地域ボランティアグループが主催している農園活動への参加を促す。



介入結果（介入開始より3か月経過時）

リハの状況	練習した写真カード（計70枚）のうち、安定して呼称ができるようになった語は68語、一部誤りはあるも仮名で書字ができるようになった語は60語。 自宅でも写真カードを一日のうち何度も見返し、写字や呼称を自主トレーニングとして行う。
コミュニケーション	地図や写真を用いることで、徐々に自身のエピソードについて自発的な発話や描画が増えた。挨拶などを交わす職員や利用者が増え、笑顔が多くなる。
障害に対する 捉え方	（本人）「良くなっってはいないけど、妻が嫌しそうにしてるから何とかやってみよう。畑も楽しい。」 「何が分からないのか私が理解したこと、生活でストレスを感じることは減ってきた」 「意味性認知症について一緒に考える場所、人ができたことで、病気について勉強する勇氣が出てきた」 「今後はもっと機能が低下すると思うので、とても不安だけど、まわりに相談しながら生活を続けていきたい」
生活状況	夫婦で出かけるなどの機会が増加した。 それにより、駅の改札がうまく通れない、出かける準備に時間がかかる、買い物時に袋詰めにとってもこたわる、など利用当初には気づいていなかった部分がみえてきた

通所リハビリテーションにおける多職種連携と今後の課題

Chapter

3

通所リハビリテーションにおける連携

- ケアマネジメントの要である介護支援専門員との連携
- **いわゆる入口問題**
 - 難病リハにおける通所系サービスの役割に関する啓発の必要性（但し医療依存度の高いケースの受入は・・・？）
 - 特にFTLDについては、認知症疾患医療センターや家族会、行政保健師との連携が重要
- 参加を促進するための地域社会資源との連携
 - 通所リハを社会参加の第一歩と捉える
 - 「活動」「参加」の拡大に向け、地域のインフォーマルな資源ともつながる意義がある

通所リハビリテーションにおける各種加算・減算

項目	要件	単位数
リハビリケア加算	<ul style="list-style-type: none"> リハビリ計画を作成 医師のリハビリ指導を履修 上記2つの要件に1項目でも満たす 	1: 2.20単位/月 2: 1.10単位/月 (6月以降)7.00単位/月
地域連携中継制リハビリ加算	<ul style="list-style-type: none"> 1週間で3回以上のリハビリ実施で算定 遠隔での実施は1回として算定 	1.10単位/日
認知症高齢者中リハビリ加算	<ul style="list-style-type: none"> 利用者が95歳以上の高齢者で65-75歳未満の場合 1週間で2回以上リハビリ実施で、30分以上のリハビリを実施 リハビリ加算(1)及び(2)を算定 【注】ただし、認知症高齢者(65歳以上74歳未満)の介護付有料老人ホーム(認知症対応型共同生活介護施設)に収容されている場合は、介護付有料老人ホームの介護加算(1)を算定 リハビリ加算(1)を算定 	1: 2.50単位/日 2: 1.25単位/日
生活行動向上リハビリ加算	<ul style="list-style-type: none"> 生活行動向上リハビリを実施 リハビリケア計画を作成 1週間で3回以上実施 	3月まで2.00単位/月 3月以降1.00単位/月 6月以降 - 1.5%減算
入浴介助に対する加算	<ul style="list-style-type: none"> 介護付有料老人ホームに収容されている高齢者 1週間で3回以上実施 	5.00単位/日
若年認知症利用者受入加算	<ul style="list-style-type: none"> 認知症高齢者介護施設に若年認知症利用者を受容 1月に2回以上実施 	6.00単位/月
特設加算	<ul style="list-style-type: none"> 1週間で3回以上実施 	1.50単位/日
口腔機能向上加算	<ul style="list-style-type: none"> 1週間で3回以上実施 	1.50単位/日
通所療育加算	<ul style="list-style-type: none"> 療育計画を作成 1週間で3回以上実施 	2.00単位/日
中継療育ケア付加算	<ul style="list-style-type: none"> 療育計画を作成 1週間で3回以上実施 	2.00単位/日
社会参加支援加算	<ul style="list-style-type: none"> 社会参加支援を実施 	1.2単位/日
減算減算	<ul style="list-style-type: none"> 減算減算を実施 	1.2単位/日

(厚労省「社会福祉施設運営費算定率」(平成27年11月14日現在)を参照)

