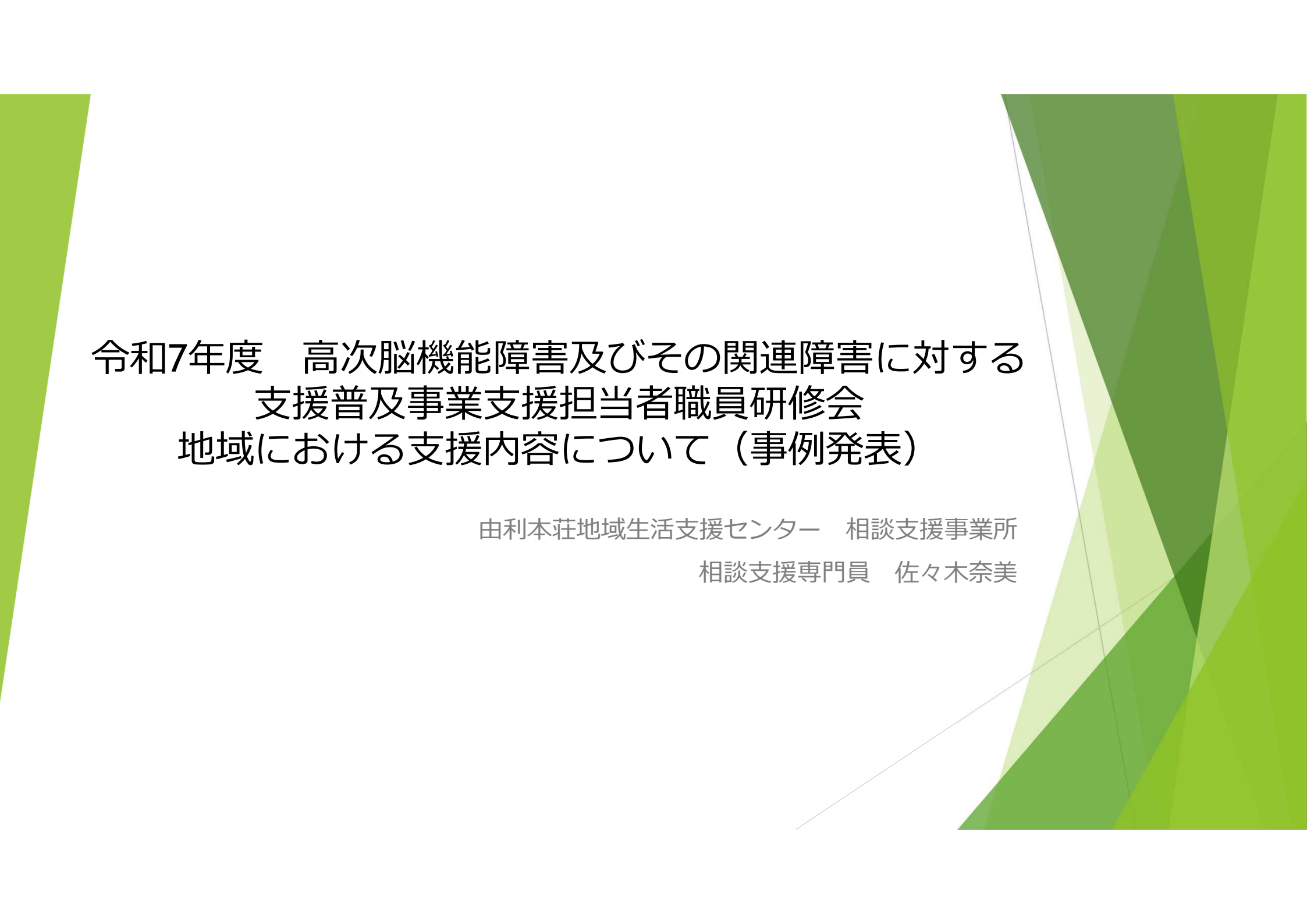




令和7年度 高次脳機能障害及びその関連障害に対する 支援普及事業支援担当者職員研修会 地域における支援内容について（事例発表）

由利本荘地域生活支援センター 相談支援事業所
相談支援専門員 佐々木奈美

由利本荘地域生活支援センター

平成28年4月 事業開始

所在地 由利本荘市二番堰25番地 1

設置運営 社会福祉法人 秋田県社会福祉事業団

実施事業

【由利本荘地域生活支援センター】

<通所サービス>

- ・生活介護 定員20名
- ・児童発達支援・放課後等デイサービス 定員10名

<相談支援事業>

- ・指定特定相談支援
- ・指定一般相談支援
- ・障害児相談支援
- ・由利本荘市障がい者基幹相談支援センター

<障害者就業・生活支援センター>

- ・由利本荘・にかほ圏域 障害者就業・生活支援センター E-support



事例紹介

Aさん 30代 男性

病名：心原性脳塞栓症 心臓粘液腫術後 症候性てんかん

障害等：構音障害 嚥下障害 体幹失調・両上下肢機能
高次脳機能障害 左視野障害

事例紹介

発症から入院、転院まで

大学卒業後、県外の会社に就職。

発症は20代後半

職場で突然倒れ、救急搬送される。当初昏睡状態で検査の結果、心臓粘液腫と診断され同日手術を実施。数日後気管切開実施後、覚醒度が改善し意思疎通が可能となり、リハビリを開始。その後県外のリハビリテーション病院に転院しリハビリを継続。

実家に近い秋田県での治療・リハビリ継続のため県立リハビリテーション・精神医療センターに転院する。

支援経過

1

県立リハビリテーション・精神医療センター（1回目）入院中

リハビリを継続。症候性てんかんとおもわれる痙攣も見られたが、リハビリには積極的に取り組み、徐々に体力も向上。食事について、入院時は経鼻経管チューブが挿入されていたが、胃婁を増設し、昼食のみきざみとろみ食を経口摂取、朝夕は胃婁から栄養剤を摂取するようになる。

リハビリのゴールが近くなり、退院後の生活について検討され、由利本荘市障がい者基幹相談支援センターに相談が入る。施設入所などのサービス利用が想定されていたが、家族や病院と相談を重ねていくうちに、実家に戻って生活したいとの意向が聞かれるようになり、在宅生活に向けての準備を行う。

在宅生活開始

両親、祖母と実家で生活。電動車いすで部屋から外に出られるようにしたり、移乗のためのリフトを設置するなどの住宅改修が行われ、発症から約2年後、実家での生活を始める。主なサービス等は以下のとおり。

- 訪問診療
- 訪問看護 訪問リハビリ
- 居宅介護（身体介護）
- 通所生活介護
- 身体障がい者デイサービス 《本人の意向により数回の利用で終了》
- 短期入所（有事に備えて）

在宅生活では①

両親はどちらも働いており、日中の見守りや昼食準備などは高齢の祖母が担う。自分でできることを増やしていくことを目標に掲げていたが、介助を受けることが日常となり、何かしてほしいときは自分のペースで祖母をコールしてお願いすることが当たり前になっていた。

○この頃の本人の様子

「今は特に困っていることはない」「今のままで良い」と話す。

○相談支援専門員から見て

現在の生活に満足している様子であった。

在宅生活では②

複数のサービスを組み合わせて様々な支援を受けながら、在宅生活は安定しているように思えた。

そんな中、訪問するヘルパーや、通所先の支援員に暴言とも捉えられるような発言が増えてくる。また、特定の支援員の支援を断固拒否するようになった。

○この頃の母親の思い

こんな子ではなかった。もっともっと優しい子であった。どうしてこんなに頑固になったのだろうか？病気のせいだろうか？これが後遺症なのだろうか？

在宅生活を始めて2年が経過したある日

祖母の腰痛発症

本人も心配しており、いよいよ短期入所等の検討をしていくことになる。有事に備えて体験利用の提案をする。通所生活介護事業所で短期入所の受け入れもしているため、事業所へ相談。

○この頃の本人の様子

「祖母の腰を心配している。」「自宅以外で泊まるのはあそこ（生活介護利用事業所）は古いからそれ以外がいい。」と話す。生活介護利用事業所で特定の職員の支援拒否が続く。

○相談支援専門員から見て

由利本荘圏域には、現在の本人の状態（特に胃薬対応）で利用できる施設がほとんどない。

そうこうしているうちに

祖母が転倒し骨折

いよいよ祖母の協力が得られなくなり、暫時現状の福祉サービスの中で調整を行う。通所の日数も増やせば良かったが、事業所の都合でできなかった。祖母は高齢であるため、今後は祖母の協力を得ないで生活する基盤を整えていく必要があった。

面談を重ねるうちに、本人から

家を出て東京で暮らしたい

との話がある。この頃、家族の知り合いが自宅を訪れ、東京だったら、もっと良い暮らし方ができるかもしれないよと話していた。

○この頃の本人の様子

祖母のことは相変わらず心配しており、あまり動けないことも理解し、これまでコールで呼び出していたが、ほとんど呼ばなくなる。ヘルパーが来た時に全部まとめて頼むようになっていた。東京での暮らしについては、病院でも何でもいいと話す。

○この頃の母親の思い

どうにもならなければ、仕事を辞めて世話をいくつもりでいた。本人はまだ若いし、本人が望むのであれば望みを叶えてあげたい気持ちもある。色々調べてみたい。

○相談支援専門員から見て

確かに都会なら、本人が意欲を持って暮らしていける何かがありそう。でもどうしたらいい？もしかしてまずは家を出たいのかな？

実は、家族、通所生活介護事業所、相談支援専門員の中では、何かあった時は現在利用している通所生活介護事業所で短期入所を利用するしかないですねという話し合いをしていた。

しかし、本人の拒否、その事業所での支援拒否に加えて、人員不足などから今は短期入所の受け入れができないとの返答がある。

往診をお願いしている医師にもレスパイト入院などの相談した結果、本人の状況では施設などでは厳しいものがある、受け入れてくれそうな病院は一つに限られるとの返答をいただく。その病院に打診をしたが、すぐに返答がなかった。

そこで、県立リハビリテーション・精神医療センターへ相談をする。生活基盤の立て直しを図るための入院等ができないか、検討してもらうこととなる。

リハセンを受診し、改めて医師へ現在の状況と今後の生活の意向などについて説明をする。

担当医より、入院して再度高次脳機能障害などの評価をしながら、リハビリの必要性や、本人の可能性などについて確認していくとの話をいただく。入院が決定し、それまでは現状の福祉サービスで対応していくこととする。

○この頃の本人の様子

久しぶりにリハセン医師やスタッフに会えて嬉しそう。リハセン入院については「スパルタだからな」とにこやかに話しており、入院を心待ちしている様子も見られた。自分の置かれている状況が今後変わるかもしれないという期待を持っているようだった。

県立リハビリテーション・精神医療センター（2回目）入院中

高次脳機能障害の再評価を行う。前回退院時と大きくは変わっていない。リハビリは継続しており、車いすの調整を行い、自走もしている。

（※車いすの操作については、安定していないことと、本人が「怖い」と話していたことから、最初の退院時より操作は支援者が行っていた状況）

リハセンススタッフより本人へ、得意なことを活かせる場所としてC施設の情報提供を行い、施設の担当者からも、本人へどのように過ごすのか説明をしていただく。

○この頃の本人の様子

「ベッド上での生活は嫌だ」「車いすで散歩とかもしたい」など新たな要望がでてくる。C施設の説明を聞いて、「ここで決まりかな」と話す。

県立リハビリテーション・精神医療センター（2回目）入院中

リハセンからの情報提供及び、C施設からの説明により、本人が将来のことについて具体的に考えられるようになった。入所に前向きな本人の意向を受け、両親、祖母と相談支援専門員とで面談を行う。

○家族の思い

家にいる時は、食事やリハビリ以外寝てばかりの生活になってしまい、何の楽しみもないだろうなと思う反面、まだ一緒に生活をして、世話をしたい気持ちもある。本人とも話してみても検討していく。

本人、家族の意向を受け、C施設の見学を調整。リハセン協力のもと、見学に至る。本人、両親、リハセンスタッフ、相談支援専門員でC施設を訪問。リハセンから入所した人もおり、スタッフと親しげにしているのを笑顔で見ていた。話が合いそうな年齢が若い利用者もいることで、安心した様子も見られた。

県立リハビリテーション・精神医療センター（2回目）入院中

C施設の見学を終えて、家族も本人が前向きに入所を希望していることを確認し、入所申し込みに至る。しかし、現在満床であり、空きがでる時期も未定とのことで、待機期間の生活について検討。といっても、前述のとおり通所日の増加や短期入所などの利用は難しく、自宅でこれまで通り過ごせるように調整した。

○この頃の本人の様子

入所申し込みをしたことや、入所までの間どうするかなどのお話をしている時も笑顔が多く見られた。通所生活介護事業所における支援拒否についても、「それは大丈夫」と言い「今まで通りでお願いします」と話す。

※入院中の経過や本人の意向について、都度関係機関に報告し退院後の生活についても情報を共有しながら対応している。

県立リハビリテーション・精神医療センター 退院

約3カ月半でリハセンを退院する。

医師より、身体的状況に変化はないが、リハビリの取り組みにより電動車いすの自走や、アイパッド操作が可能。今後もリハビリを継続することで機能維持ができるとの説明がある。また、嚥下の検査もしており、言語聴覚士や栄養士からも食形態や、嚥下機能向上のための訓練などについての説明があった。

○本人の様子

「やっと退院だ、やっぱりスパルタだった」などと話す。

○相談支援専門員から見て

リハセンスタッフとの関係性が良く、本人が信頼をしている様子がよくわかった。スタッフと患者の関係というよりは、自分が話をできる人、良き理解者と思っているのではないかと感じた。

在宅生活再開

退院後、以前と同じ生活リズムで過ごしている。往診医をはじめ、関係機関全てで情報を共有し、サービス等を提供している。

○往診医より

本人が行きたいと思える所が見つかって良かった。これで少しは安心できたでしょう。入所が決まるまで、また2週間ごとに来ますからね、リハビリも頑張っていきましょう。本人は「よろしくお願いします」と答える。

○祖母より

病院で色々見てもらって良かった。病気が治ったわけではないけれども、何か良くなった気がする。いつかは必ず親元を離れる日がくる。一人では生きていけないのだから、その準備ができたと思っている。私もいつまでこうしてられるかわからないけど、その時が来るまで元気でいなきゃいけない。

○家族より

親としてこの選択が正解だったのか考えてしまう。実際に家を出る時がきたらまた悩むかもしれない。でも、退院後は家族にも「ありがとう」と言ってくれるなど、なんだか人が変わったように思える。東京の話は全くなりなくなった。

○通所生活介護事業所より

車いすの自走ができると聞いて少しびっくりしている。利用開始当初より本人には操作してもらわないという申し合わせだった。リハセンで習得したことが無駄にならないように協力したい。

○居宅介護事業所より

支援者側の話も良く聞いてくれるようになり、コミュニケーションがとりやすくなった。

本人の変化

- 積極的に挨拶やお礼を言うようになった。
- 通所先では支援拒否の場面が少なくなり、柔軟に支援を受け入れられるようになった。
- 本人に関わるほぼ全ての機関から、表情が明るくなったとの報告があった。
- 東京で暮らしたいという要望が完全になくなったわけではないが、まずはC施設に行くという目標設定ができた。

○相談支援専門員から見て

リハセンに再入院してから、本人が本当に思っていることを話してくれるようになった。やっと関係性ができてきたかなと感じている。

相談支援専門員の独り言

私とA様の付き合いはまだ3年程度。これまでの状況を振り返ると、祖母の腰痛や怪我により、本格的に福祉サービスの調整が必要になるまで、希薄な関係であったのではないかと考えている。計画相談のモニタリングで定期的に顔を合わせてお話を聞いているのに、A様の将来に対する不安があるなど、考えてもいなかった。それどころか、短期入所の体験などを提案しても、何かしら理由をつけて、消極的だったことから、現状に満足していて、自宅での生活を継続することが本人と家族の希望だと思い込んでいた。リハセンの医師やスタッフと本人の様子を見ていて、この関係は何だ、羨ましいとの思いすら芽生えたのも事実。病院は通い続けることがなければ、関係はなくなるはずなのに、皆A様のことを心配してくれていて、本当の意味で親身になってくれた。この関係はA様が作り上げた人脈、病院スタッフという枠から外れても、人として関係を持っていたほしい。本人が望んでいることはそういう人が近くにいてほしいということだったのかも。私はA様にとって、そんな人になれるのだろうか？

終わりに

今回は「地域における支援内容について」とのテーマで高次脳機能障害の方のケースを発表させていただきました。

本人や家族の困りごとから、既存の福祉サービス等でどうにかならないか悩んでいる時に、当相談事業所内でリハセンに相談してみてはどうかとの助言をしてもらいました。

高次脳機能障害拠点であるリハセンに相談し、丁寧に対応していただいたことで、本人の可能性、支援の必要性などを再確認すると同時に、本人の本当の思いや希望に少し近づくことができたのではないかなと思っています。

ご清聴ありがとうございました。