

公益社団法人茨城県理学療法士会
第5回 専門領域研修会

講義8

在宅における脳卒中訪問理学療法

三村健

ゆきよしクリニック

ゆきよし訪問看護ステーション

理学療法士, 認定訪問療法士

職歴

- 北海道勤医協札幌丘珠病院(入院・外来)
- 同 苫小牧病院(入院・外来)
- 新潟勤医協下越病院(入院・外来)
- 同 舟江病院(入院・外来)
- 介護老人保健施設関川愛広苑(入所・通所)
- 同 新井愛広苑(入所・通所)
- 同 みそのぴあ(入所・通所)
- ゆきよしクリニック(訪問リハ専従)

人は人生をどのように終えるか

▪ Lynn & Adamsonは、人の終末期を、以下の3つに類型

① 短期急速機能低下型

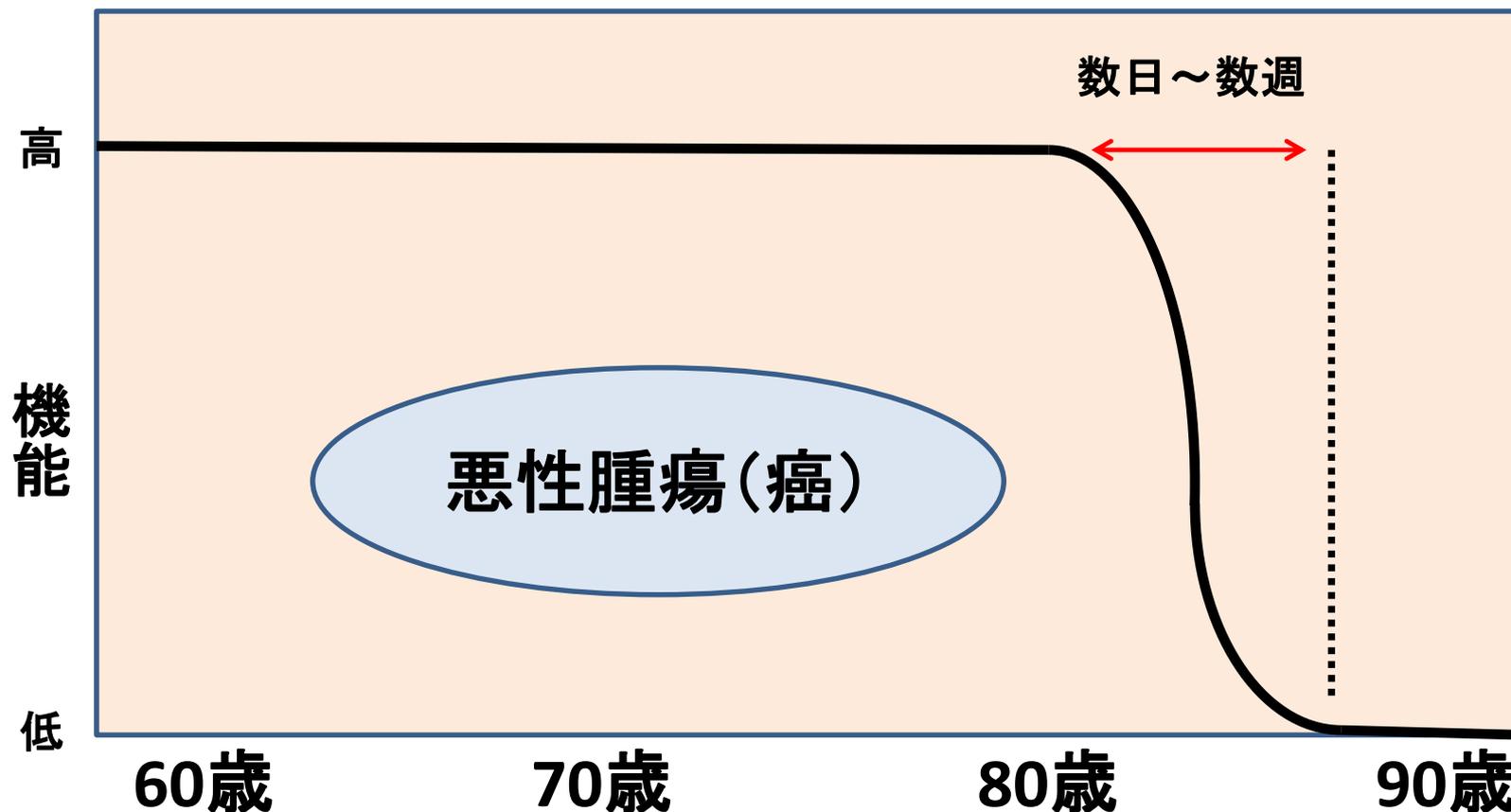
short period of evident decline

② 断続的な急性増悪を伴う、長期緩徐機能低下型

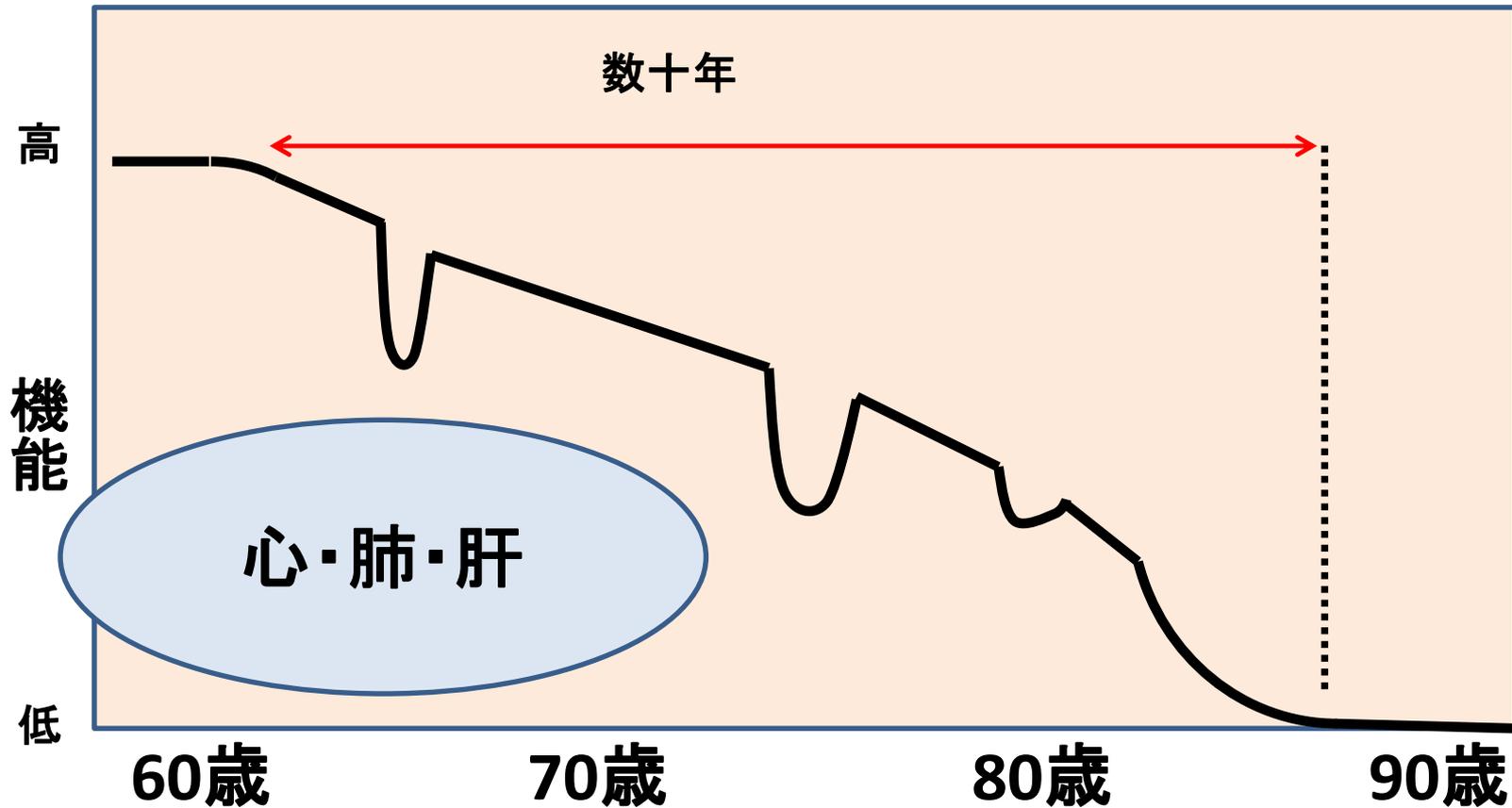
long-term limitations with intermittent serious episodes

③ 長期緩徐衰弱型 *prolonged dwindling*

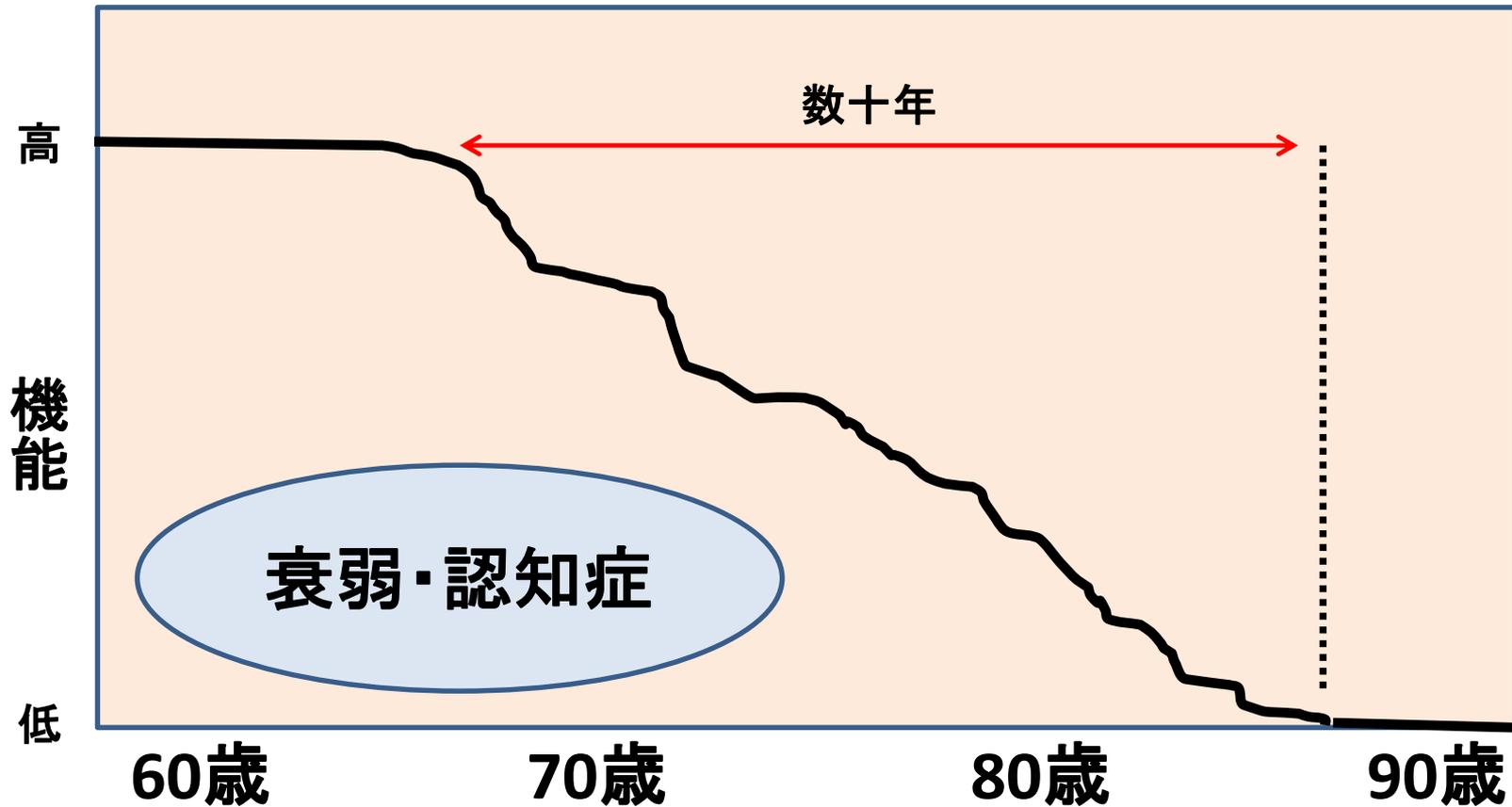
① 短期急速機能低下型



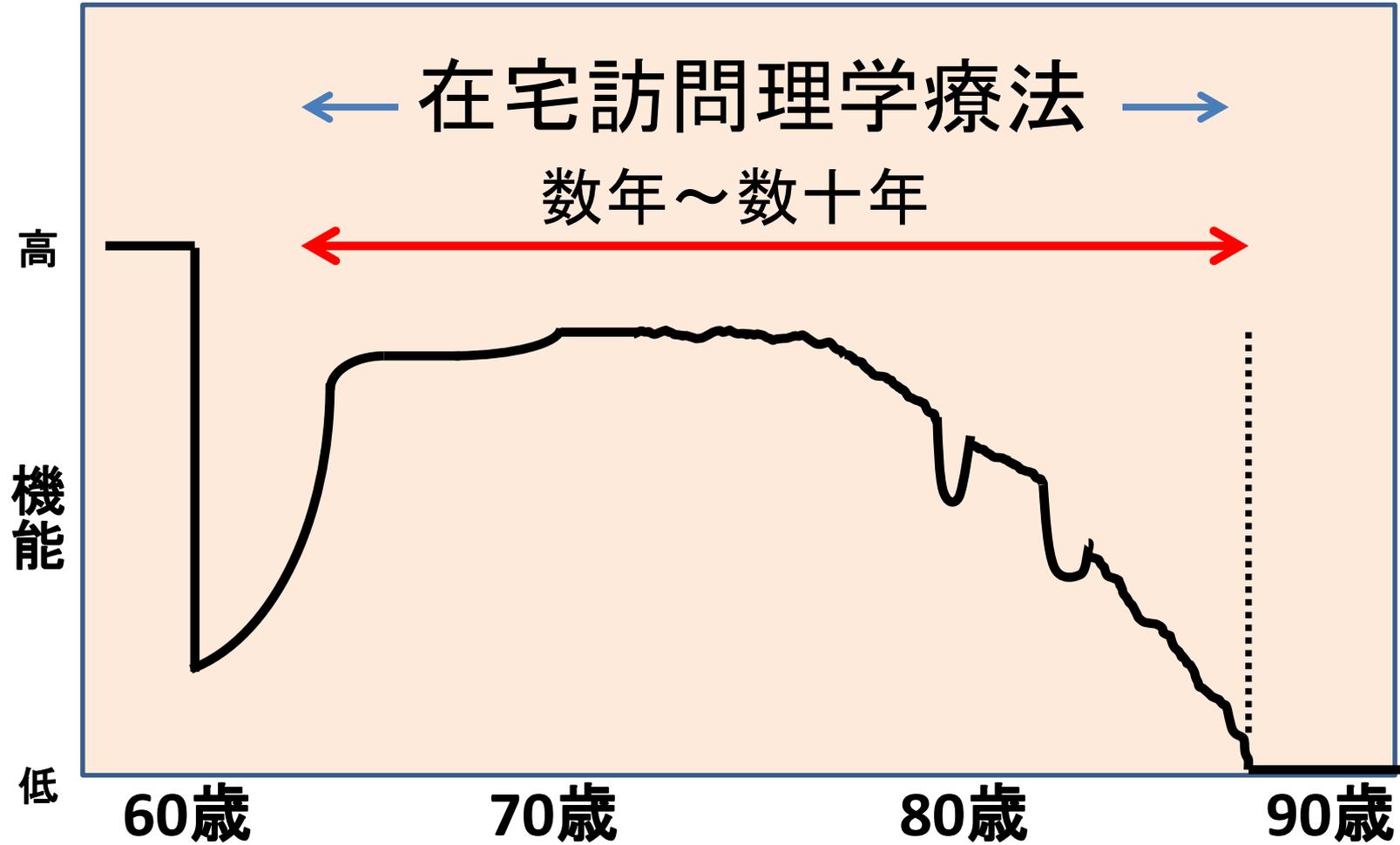
② (断続的な急性増悪を伴う) 長期緩徐機能低下型



③ 長期緩徐衰弱型



脳卒中は....



“在宅”とは、どういう時期か？

- 維持期
- 生活期
- 慢性期

患者か？利用者(障がい者)か？

- 患者 =これから、もっとよくなる人
- 利用者(障がい者) =その状態で生活してゆく人

医療か？介護か？

- 医療=cure / これから、もっとよくすること
- 介護=care / その状態で介助、介護してもらうこと

“維持期”か？ “生活期”か？

維持期

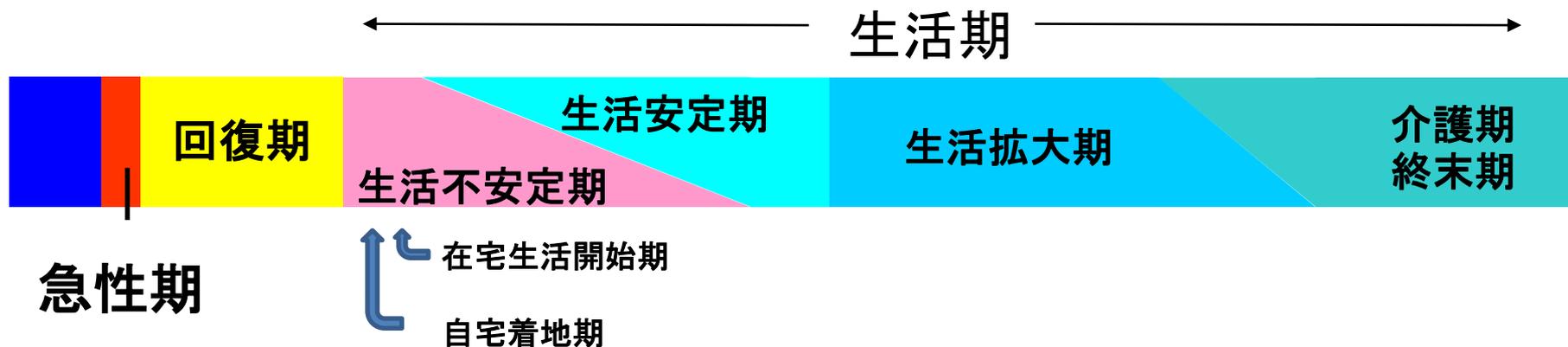
..... 「もう、これ以上の回復・改善は期待できないだろう」



生活期

..... 「毎日の生活の中で、まだまだ改善する部分があるんじゃないだろうか？」

“生活期”を，毎日の生活の状態から区分すると...



生活不安定期 … 維持してゆくべきADLのパターンが未確立。
(生活混乱期) 退院の時点でできていたことができなくなる，逆に退院の時点でできなかったことが，できるようになる。

生活安定期 … 従来言われている“維持期”のニュアンスに最も近い。

生活拡大期 … 退院の時点では「もうできない」と思っていたことが
(生活展開期) できるようになる。

在宅訪問理学療法への適応（三村私案）

1. 訪問リハが介入することによりADL, QOLに何らかの改善が期待される場合
2. 訪問リハが介入しないと（終了すると）、身体機能、ADL、QOLに何らかの低下が予想される場合
3. 何らかの理由で、訪問時以外には、一切、外出しない、歩かない、起きないような場合
4. 本人もしくは家族が、心理的に非常に不安定な場合

5. 独居で、訪問リハを終了すると、在宅の継続困難となると予想される場合
6. 月1回程度でも経過観察を継続する必要がある場合
7. その他

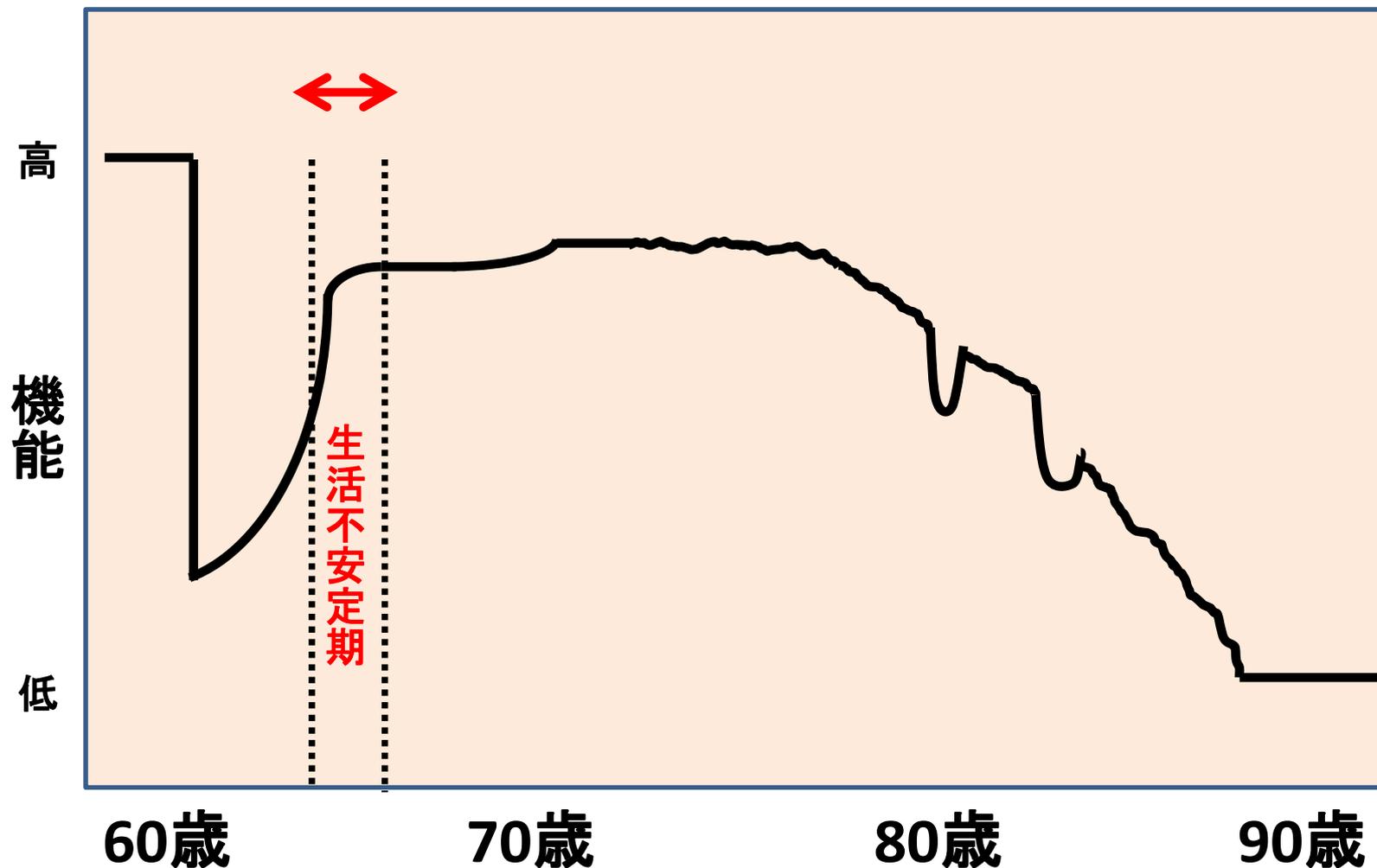
⇒生活期のそれぞれのフェイズに、どのようなニーズがあるのか.

生活不安定期の在宅理学療法

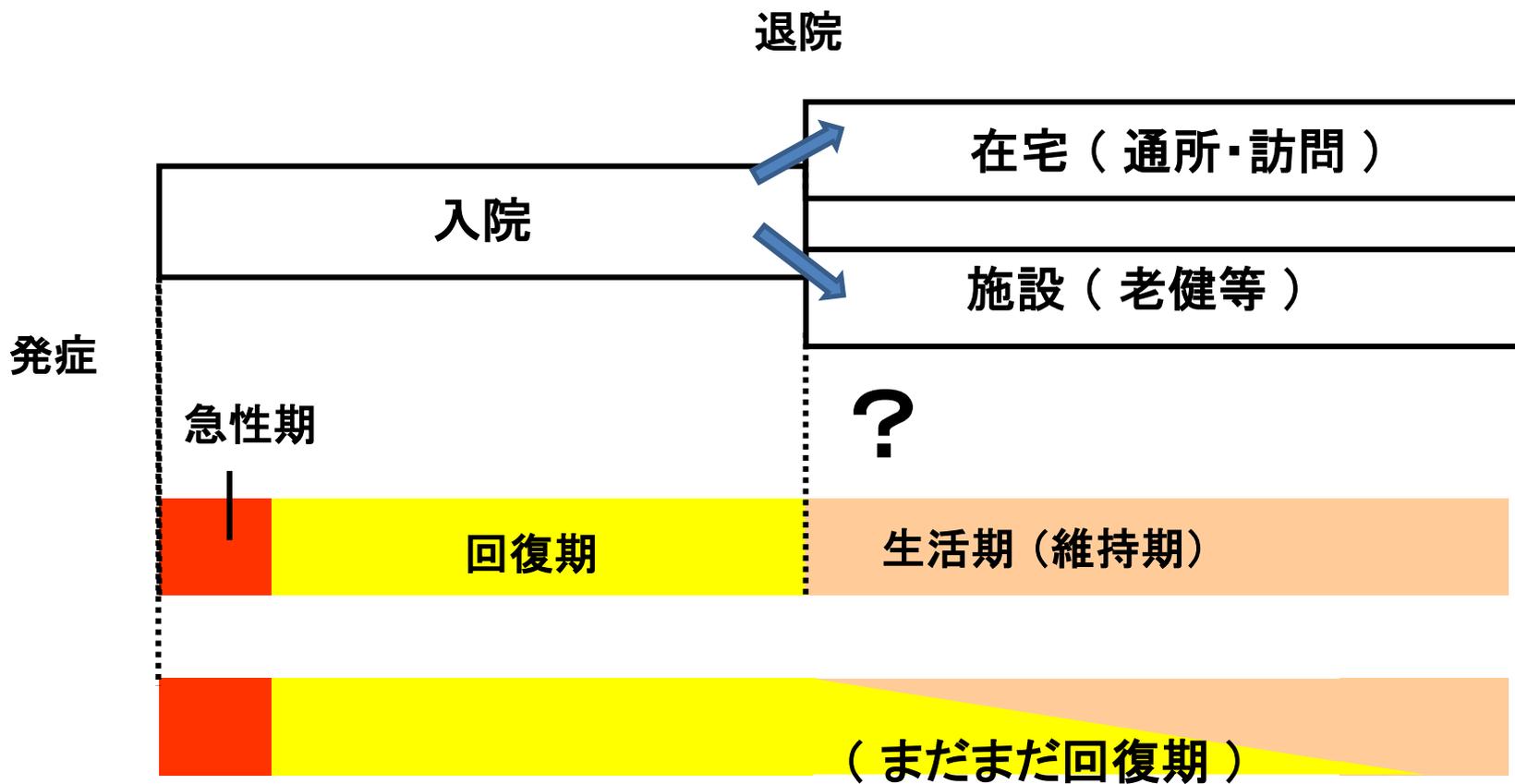
1. 訪問リハが介入することによりADL, QOLに何らかの改善が期待される場合
2. 訪問リハが介入しないと(終了すると), 身体機能ADL、QOLに何らかの低下が予想される場合
4. 本人もしくは家族が, 心理的に非常に不安定な場合
5. 独居で, 訪問リハを終了すると, 在宅の継続困難となると予想される場合

生活不安定期に

在宅訪問理学療法は何をすべきか？

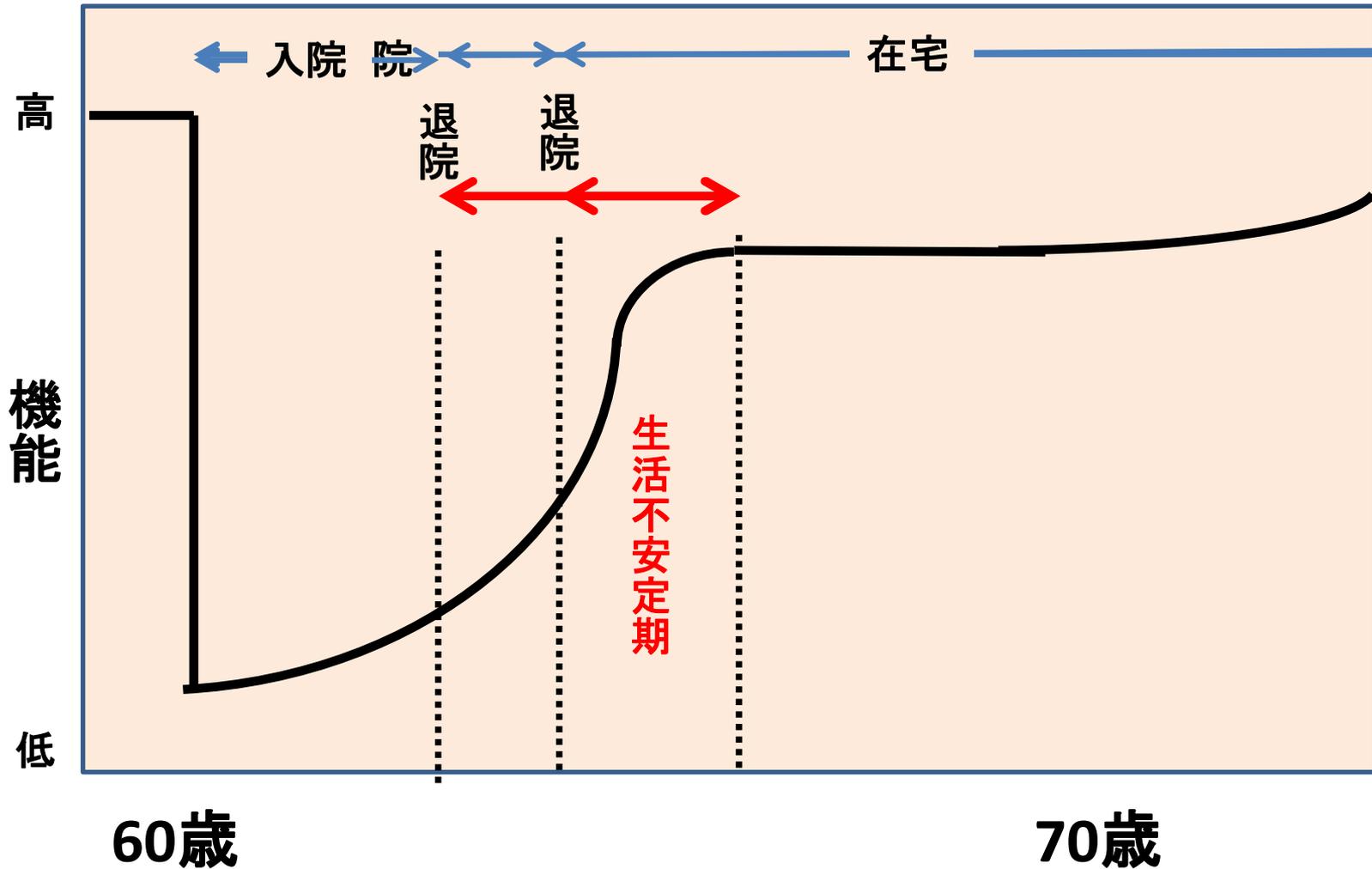


退院と同時に，“回復期”は，終わるのか？



生活不安定期に

在宅訪問理学療法は何をすべきか？



退院後の歩行の改善

車いすによる移動 ⇒ 手すりによる段差昇降 ⇒ 四点杖による昇降



2007年5月(退院時,
発症より6ヶ月経過)



同年10月
(発症より10ヶ月経過)



2011年5月
(発症より4年経過)

⇒介護保険で行っている, 医療行為としてのリハビリテーション

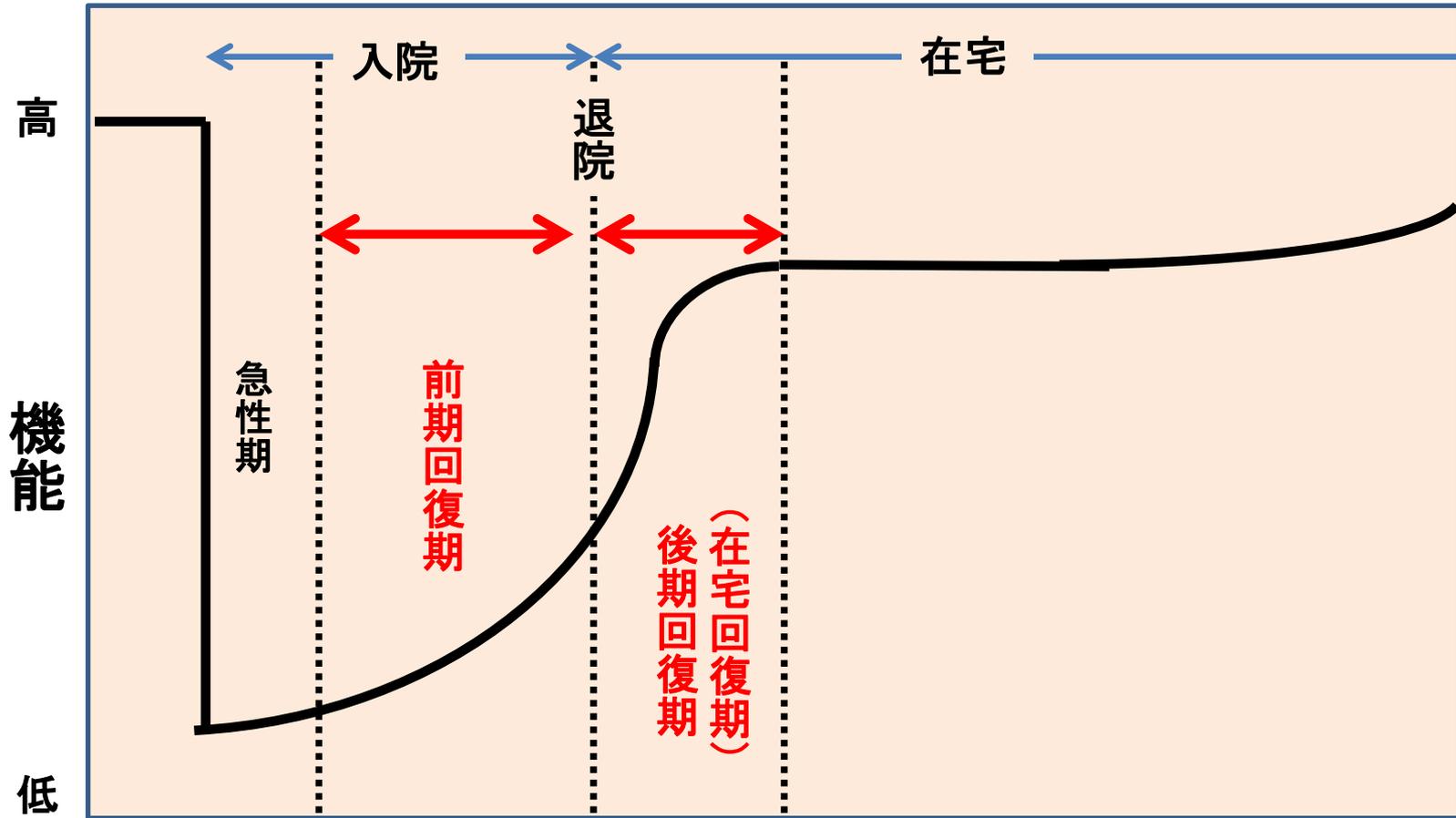
		エピソード	生活の場	フェイズ	訪問頻度
2006年12月	脳梗塞発症, 入院	自宅	発症前の生活	↓	
		病棟	急性期リハ		
2007年 5月	自宅退院			回復期リハ	
8月	自宅内, 家族による介助歩行が可能となる.	自宅	生活混乱期	↓	訪問開始 2回/週 ↓
10月	玄関階段に手すりを取り付け		生活安定期	↓	
			生活拡大期	↓	
2008年 1月	大腿骨近位部骨折受傷, 入院	病棟	急性期リハ		休止 ↓
2月	自宅退院		回復期リハ		
3月	再び, 家族による介助歩行が可能となる.	自宅	生活不安定期	↓	訪問再開 2回/週 ↓
4月	腎盂腎炎発症, 入院し, 安静による廃用が生じる.				
5月	自宅退院	病棟	入院・安静		休止 ↓
8月	大腿骨近位部骨折近位部骨折受傷前のADLまで改善	自宅	生活不安定期	↓	訪問再開 2回/週 ↓ 1回/週 ↓ 1回/月 ↓
10月	訪問頻度を週に1回に削減 県外の親戚の家に旅行		生活安定期	↓	
2009年3月	訪問頻度を月に1回に削減		生活拡大期	↓	
2010年7月	玄関階段を四点杖にて昇降可能となる.				
11月	自宅内歩行自立				
2011年5月	玄関階段の手すりを撤去				

退院後に開始した階段昇降の練習

- ・49歳，男性．脳出血（左片麻痺）
- ・発症後，3ヶ月の入院リハを経て自宅退院．発症前は自宅2階に寝室があったが，退院前訪問の結果，階段昇降は困難と判断され，寝室を1階に移動．
- ・退院直後より訪問リハ開始．その2カ月後に，自宅での階段昇降の練習を開始．昇降ともに見守りがあれば可能となり，非麻痺側に手すりを設置することとした．



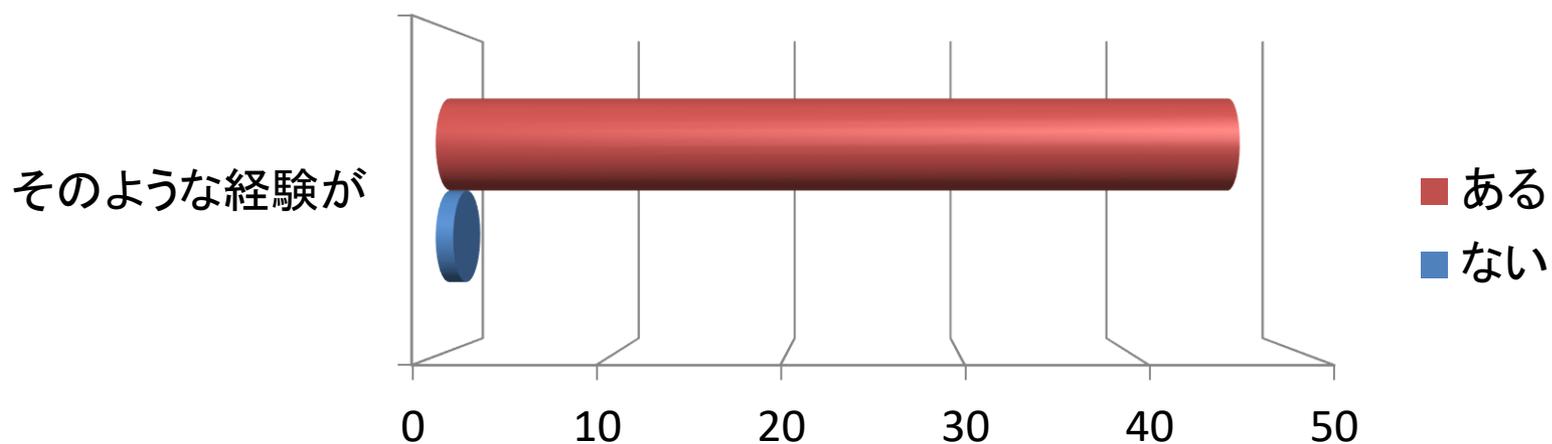
前期回復期と後期回復期



Facebook上にて簡単なアンケートを実施

対象：facebook内のグループ【訪問リハビリ交流会】に参加している理学療法士，作業療法士. 47名が回答

Q. あなたがこれまでに訪問リハで担当したCVAの症例の中で、退院時よりも『歩行が改善した』という経験はありますか？



【退院後の回復＝後期回復期】

- 麻痺が改善するのか？
- 麻痺の改善は望めないが，ADLは改善するのか？
- 麻痺は改善しないが，その他の廃用が改善するのか？



脳の可塑性を期待した、 生活期(慢性期・維持期)への様々な試み

治療法	
CI療法 Constrained Induced Therapy	経頭蓋反復磁気刺激療法 Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation
促通反復療法(川平法)	ミラーセラピー Mirror therapy
HAL Hybrid Assistive Limb	HANDS療法 Hybrid Assistive Neuromuscular Dynamic Stimulation

(ボトックス)

訪問以外の日はどうしてるの？

						
日	月	火	水	木	金	土

訪問の日以外にも，歩いてもらうために...



セラピストによる
歩行の練習



歩行の練習と
“介助の練習”



家族による
介助歩行

環境因としての家族 ①



住宅改修について

退院前訪問で取り付けた



手すりの、その後...

1. プラン通り, ずっと使われている.
2. 退院後, 一定期間使ったが, その後不要となった.
3. 退院後直後から, ほとんど使っていない.

退院直後は、どのような機器が必要かも 不安定な状態...



急性期

理想的には...



- 退院時の住宅改修は、必要最小限にする。
- 取り外し可能な手すり（ベストポジションバー，たちあっぷ）を利用。
- 訪問リハを導入して、必要であれば、増やす。

退院直後の生活は誰が立案するか？

パターン	退院前訪問による立案	訪問リハによる立案
I	×	×
II	○	×
III	×	○
IV	○	○

中等度以上のCVA患者の退院後の生活の立案は、退院前訪問だけでは不十分.

理由①

生活の一つひとつの要素を評価・立案するには、退院前訪問の時間、頻度が不十分

理由②

退院前訪問は特殊な状況であり、本来、生活の主体者であるはずの本人、家族に現実的な判断は困難

理由③

退院後の生活、ADLは変化する

玄関の上り框用“たちあっぷ”



実は、短下肢装具も. . . (-_-;)

“縦の連携”と“横の連携”

縦
の
連
携

急性期



回復期



生活期(維持期)

ケアマネ⇔本人・家族⇔リハスタッフ⇔多職種

(生活期における)横の連携

望ましい流れ

回復期病棟の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が、退院後のリハの継続の必要性の有無、有るとすれば、その手段を判断し、ケアマネジャー、もしくは、かかりつけ医、その旨、記載する。

具体的には...

例1：“（要介護1の）Aさんは、歩行耐久性の維持を目的として、通所リハビリの利用が必要と考えます。ケアプラン立案の際にご検討ください。”

例2：“（要介護3の）Bさんは、日中、在宅ではどうしても臥床しがちとなり、廃用の進行が危惧されます。通所介護、もしくは通所リハビリの利用による外出が必要と思われます。”

例3：“（要介護2の）Cさんは、すでに退院前訪問を行い、在宅でのADLも検討済みですが、立案どおりに行われるか、フォローが必要とと思われますので、訪問リハの導入をご検討ください。”

例4：“（要介護2の）Dさんは、自宅周囲の歩行が自立する可能性があります。入院中は十分に練習できませんでした。訪問リハを導入し、屋外歩行の練習を継続していただければと思います。”

中途障がい者が、退院後に元気をなくす原因となる“七つの心”

- ① 生活感覚の戸惑い
- ② 社会的孤立と孤独感
- ③ 獲得された無力感
- ④ 役割の変化と混乱
- ⑤ 目標の変更ないしは喪失
- ⑥ 可能性がわからない
- ⑦ 障害の悪化や再発の不安

CVA患者の心理的側面



主体性を引き出すリハビリテーション 教科書をぬりかえた障害の人々

三軒茶屋リハビリテーションクリニック
長谷川幹 著 日本医事新報社

- ・脳卒中，パーキンソン病，頸髄損傷等の21人の症例にインタビューを行い，発症，受傷後の約10年～20年の経過を後方視的に検討.

“片麻痺の場合は，発症後数年は心理的に落ち込み，気持ちを整理して前向きになれるのに，3～5年かかる人が多い”

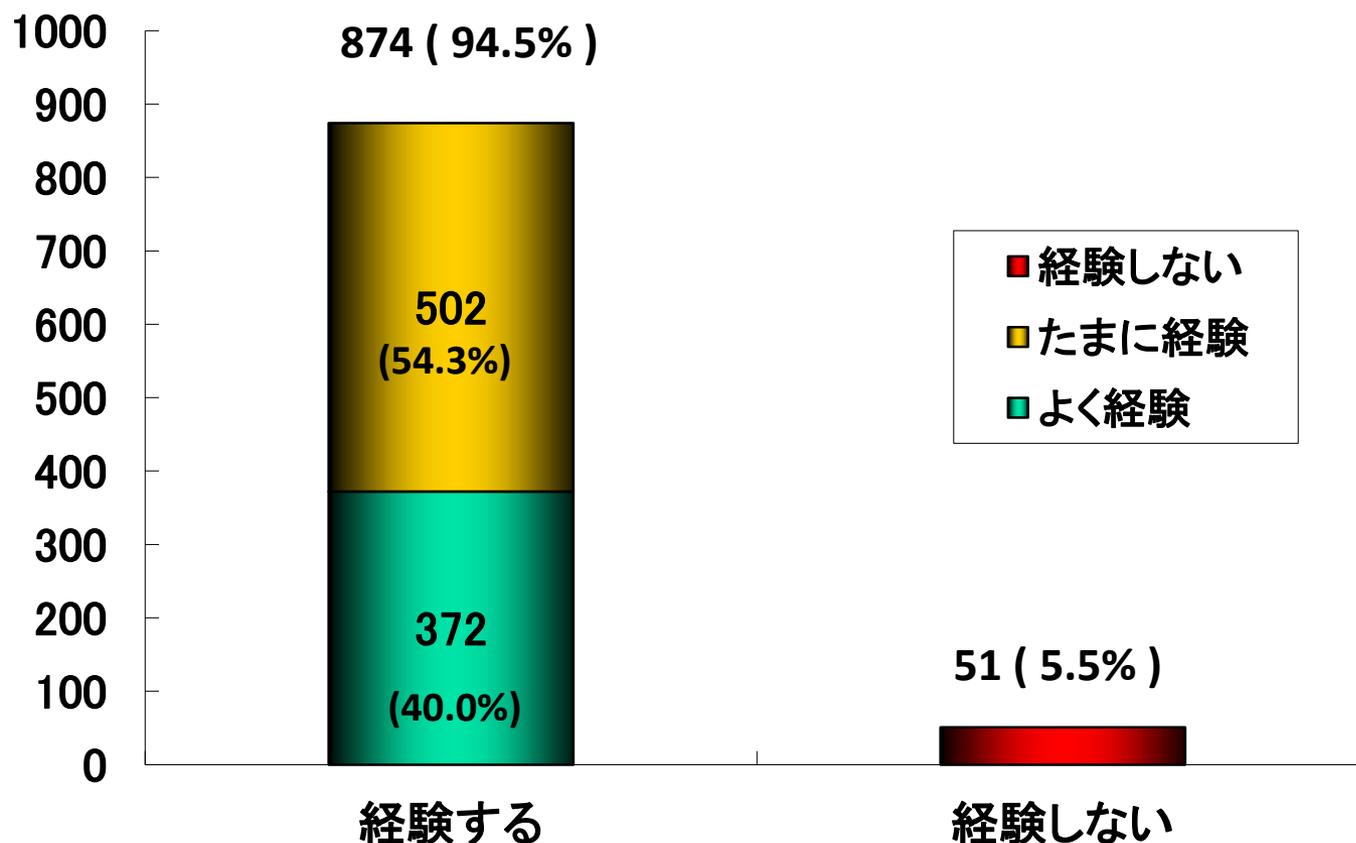
機能的予後に関する

アンケート調査より

- 新潟県内の理学療法士を対象として、主としてCVA患者を念頭において、機能的予後に関するアンケート調査を施行.
- 新人～ベテラン，病院～通所までの，すべての理学療法士が対象.



“あなたは、脳卒中後遺症者から、「今後、私は、リハビリを行えば、一人で歩けるようになりますか？」「この手は動くようになりますか？」等、機能予後に関する質問を受ける、あるいは過去に受けた経験がありますか？”



在宅訪問理学療法への適応(三村私案)

1. 訪問リハが介入することによりADL, QOLに何らかの改善が期待される場合
2. 訪問リハが介入しないと(終了すると), 身体機能、ADL、QOLに何らかの低下が予想される場合
3. 何らかの理由で, 訪問時以外には, 一切, 外出しない, 歩かない, 起きないような場合
4. 本人もしくは家族が, 心理的に非常に不安定な場合

高次脳機能障害⇒生活不安定期が遷延

49歳，男性．病弱な母親との二人暮らし．脳出血左片麻痺を発症し，入院，回復期リハを受けたが，廃用手，屋内歩行自立に留まるレベルで退院．高次脳機能障害による社会行動障害を合併．

発症後，2年を経過しても，自らの障がいを受け入れられず，自殺未遂を起こし，精神科に1ヶ月ほど入院．加えて，母親への暴言が著しく，ときに暴力もあり，本人，母親共に，精神的に非常に不安定な状態．

ADLはこれ以上の改善は期待できず，かつ，訪問リハを終了しても，現在のADLが低下する可能性も低いと思われるが，本人，母親の精神的なフォローを目的として，現在も訪問リハを継続している．

家族には理解不能な高次脳機能障害



家族に対し、高次脳機能障害というものを説明し、家族のストレスのコントロールの手伝いを行う必要がある。

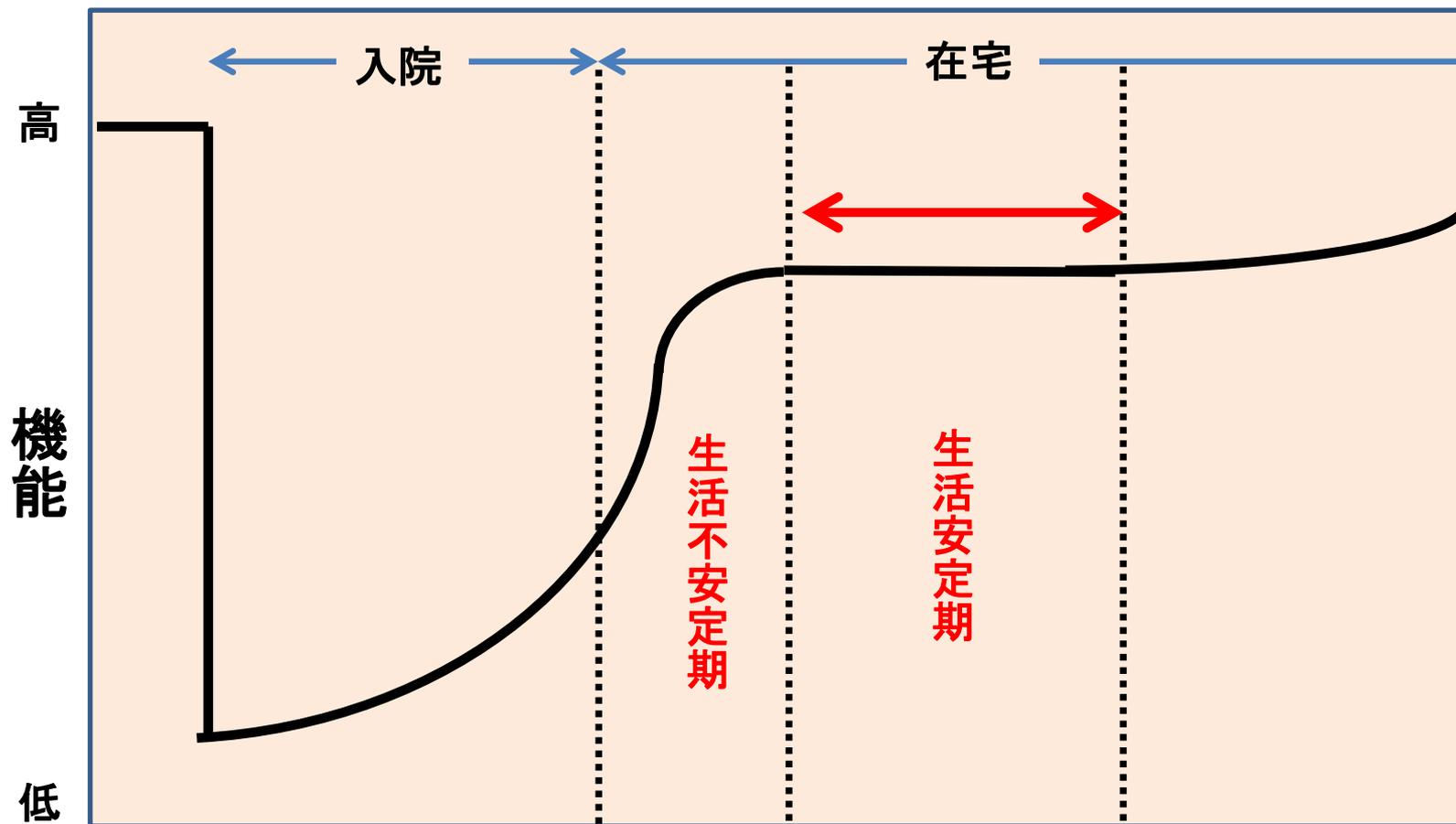
施設入所を勧めるか？否か？①

Patient どんな患者さんが	48歳，男性，左片麻痺，発症から2年，母親と二人暮らし（妻とは3か月前に離婚），高次脳機能障害（母親への暴言，暴力），自殺企図
Intervention どんな介入をすると	老健等，施設入所を勧める
Comparison 他のことと比べて	現状のまま，在宅を継続する
Outcome 結果はどう違うか？	本人の生命予後は？本人のQOLは？母親の心身の健康は？

生活安定期の在宅理学療法

2. 訪問リハが介入しないと(終了すると), 身体機能、ADL、QOLに何らかの低下が予想される場合
3. 何らかの理由で, 訪問時以外には, 一切, 外出しない, 歩かない, 起きないような場合
6. 月1回程度でも経過観察を継続する必要がある場合
7. その他

生活安定期



訪問リハは、いつの時点で介入が始まるか？

パターン①

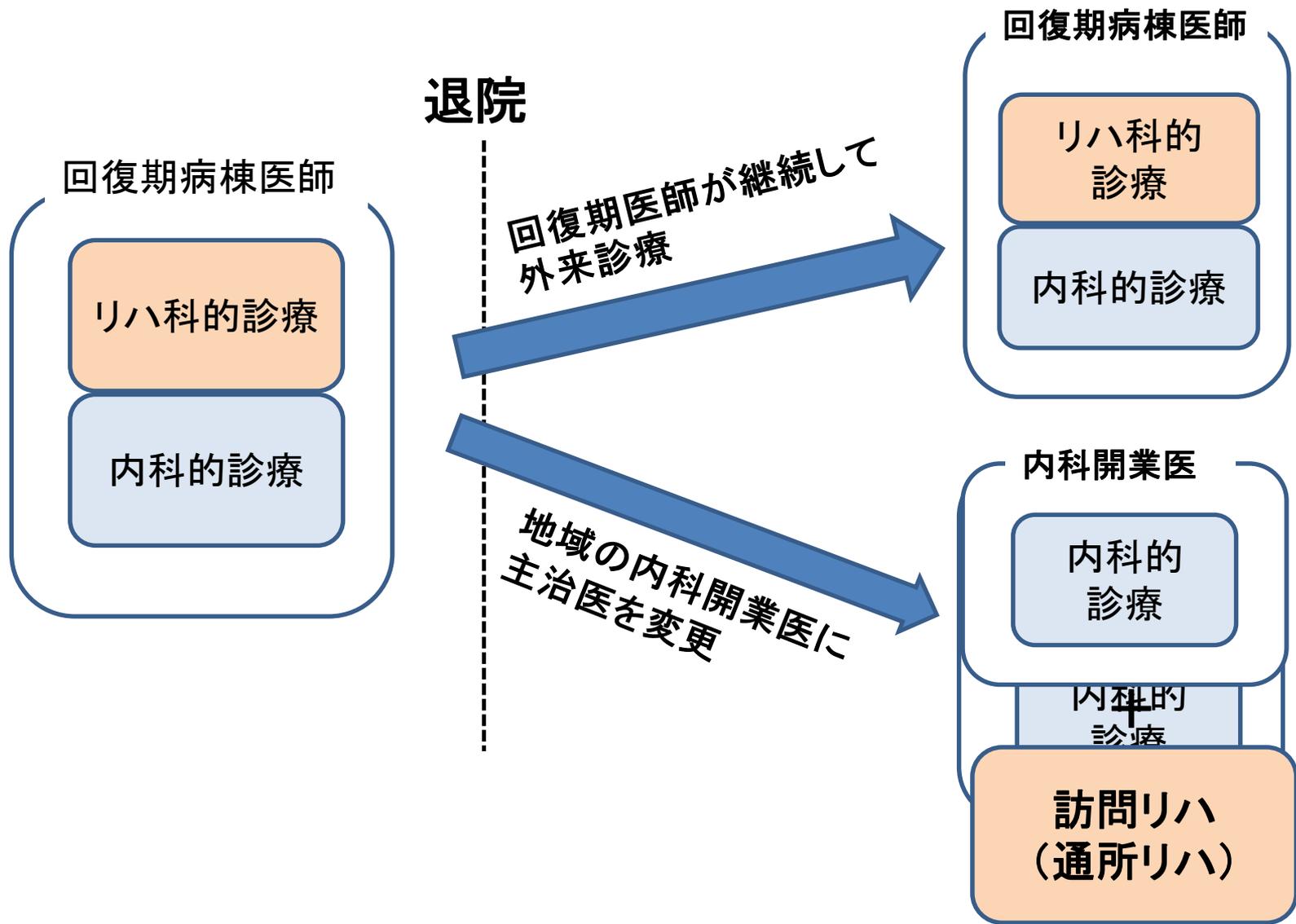
退院直後から介入する

パターン②

退院後、数年～数十年を経て、新たなニーズが生じたために介入開始となる。

ケアマネ、主治医が、リハ的なニーズを、タイムリーに見つけてくれるか？

回復期病棟退院後は、リハ的なフォローは誰が？



上肢痙縮にボトックスを使用

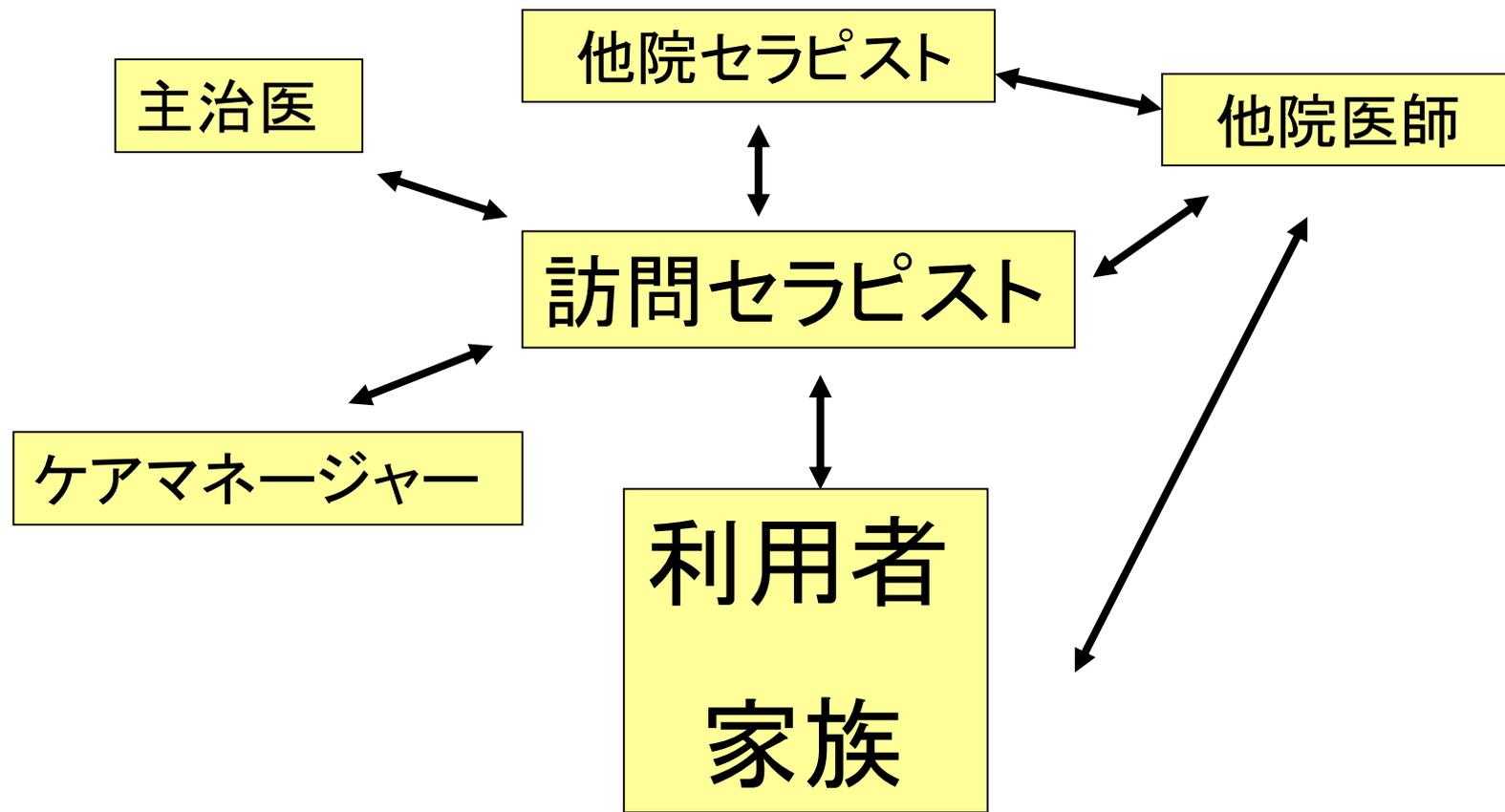
before



after



【担当セラピストが行った連絡・調整】



在宅訪問理学療法における

Evidence Based Medicineの

重要性

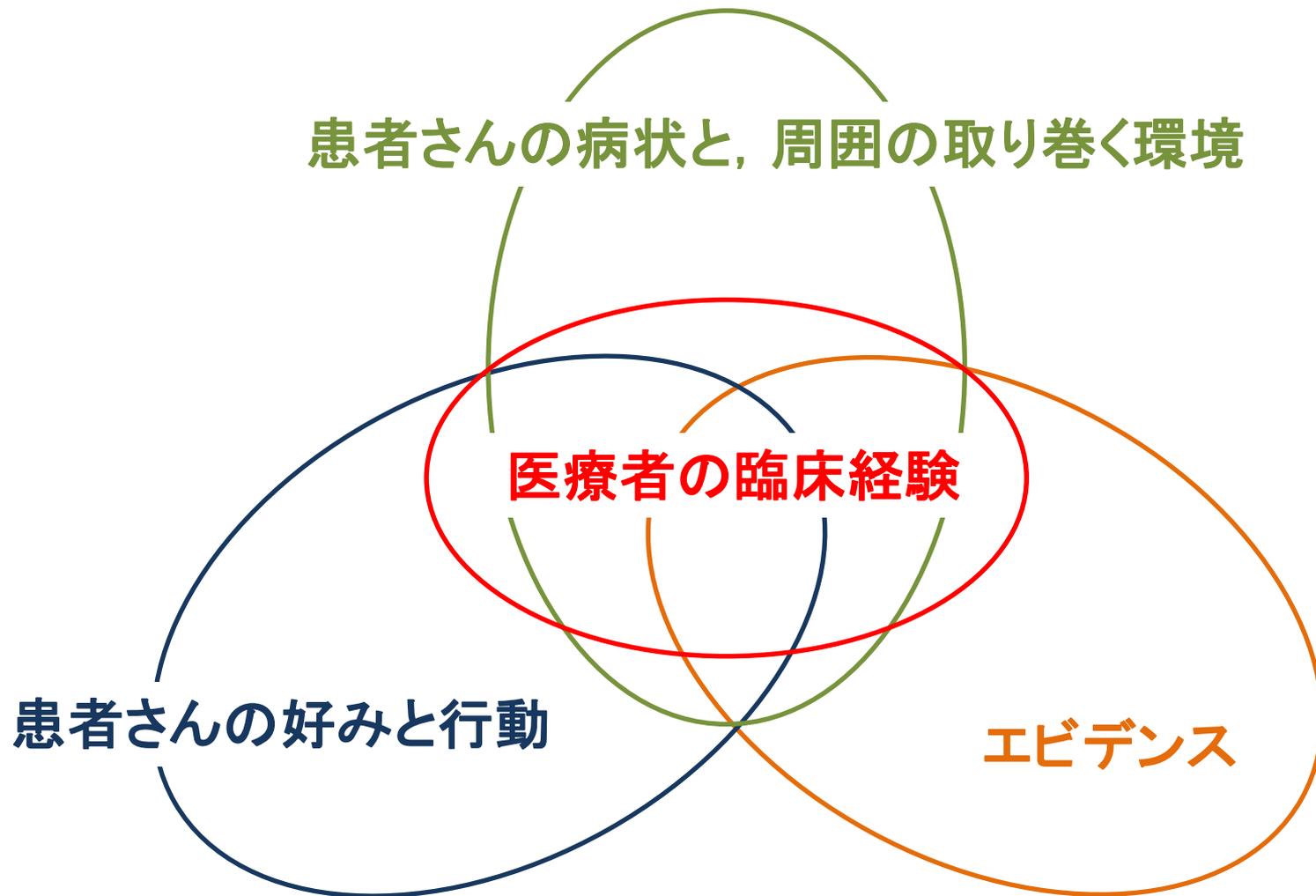
EBMの五つのプロセス

1. 疑問の定式化
2. 情報の収集
3. 得られた情報の批判的吟味
4. 患者への適応の検討を，患者さん，
ご家族と一緒に
↑ 重要なことは...

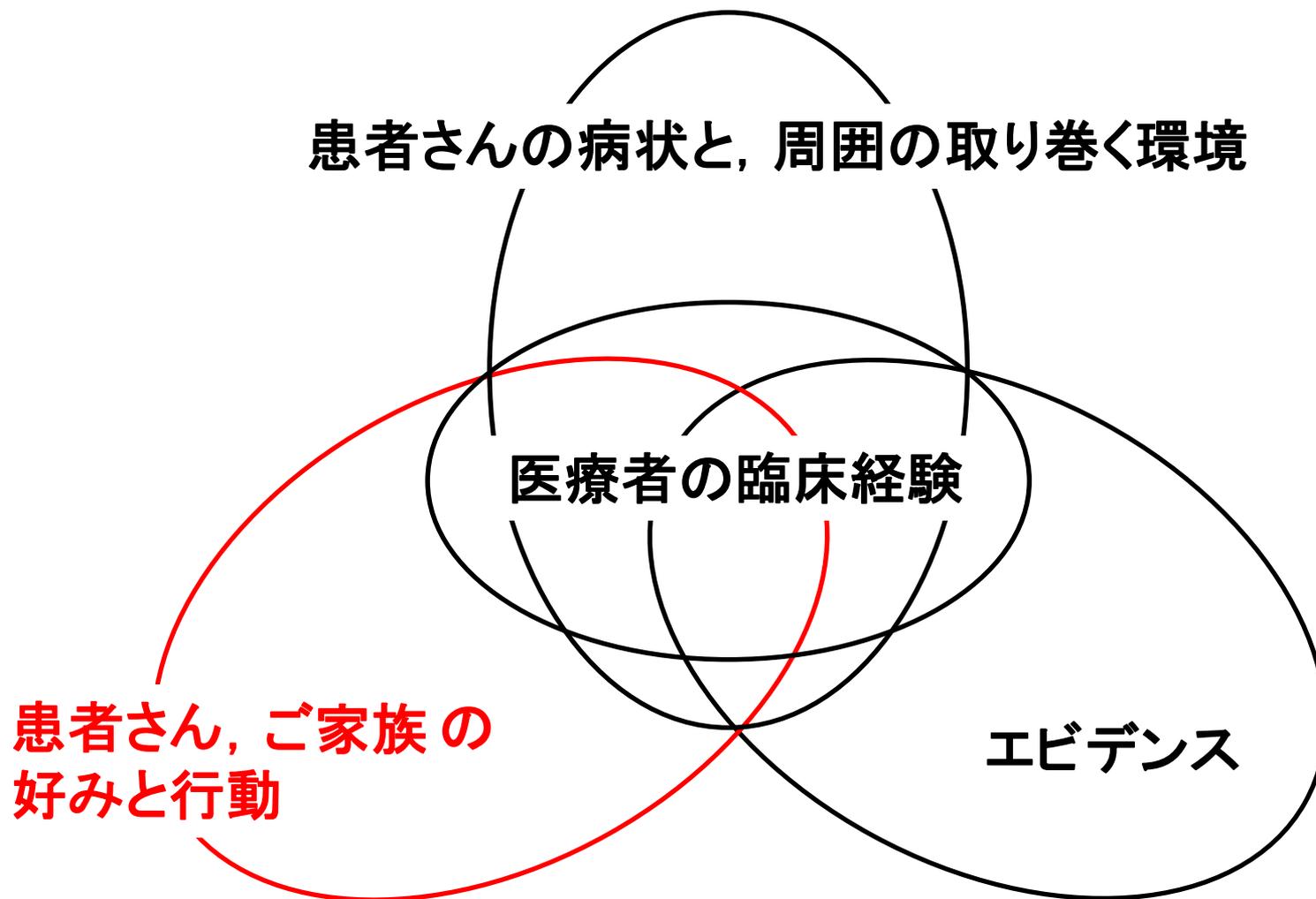
患者さん・ご家族の意思の尊重

5. 適応した結果の評価も，患者さん，ご家族と
一緒に
↑ 重要なことは...

EBM step4 (適応の検討) における 重要な要素



EBM step4 (適応の検討) における 重要な要素

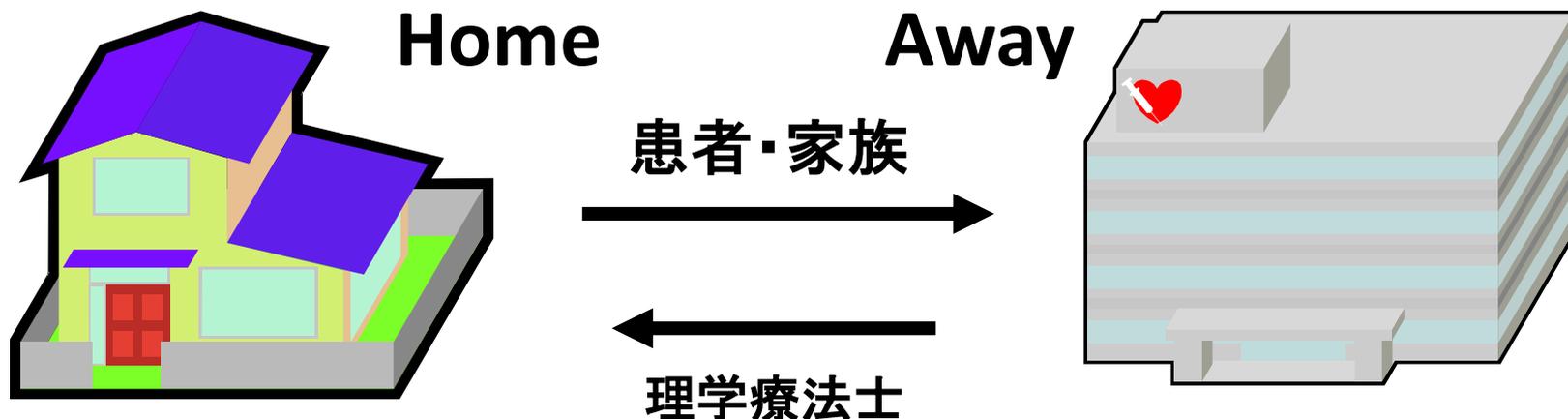


在宅において

“患者さんの好みと行動”が、
より重視される理由

訪問リハ

入院 外来
デイケア デイサービス



“退院前訪問” のときは、患者・家族にとってhomeのような, Awayのような.

通所を勧めるか？否か？

Patient どんな患者さんが	80歳，男性，右片麻痺，発症から5年，妻と二人暮らし，通院以外に外出せず，家族，訪問理学療法士以外と会話がない．歩行機能の低下も危惧される．
Intervention どんな介入をすると	訪問リハを終了し，通所リハ，通所介護の利用を勧める
Comparison 他のことと比べて	現状のまま，訪問リハを継続する
Outcome 結果はどう違うか？	歩行機能がより改善し，他の利用者との交流も増える．外出の機会が増える

患者さんの好みと行動

担当理学療法士は、情報を収集し、得られた情報を吟味した結果、通所リハの利用の方が明らかに効果的であると判断した。



「〇〇さん、このまま訪問リハを続けるよりも、デイケアに行った方が、歩くのも上手くなるし、お友達もできるかもしれませんよ。どうですか？行ってみませんか？」



「そういうところは絶対行きたくない！こんな姿を人に見られたくない！外に出ると、かつての部下に会うかもしれない。」

Narrative Based Medicine

“物語と対話に基づく医療”

“EBMは基本的には、科学的な証拠を重視して曖昧な部分をできるだけなくするという発想のムーブメントですが、EBMを突き詰めていくとそれを補うものが必要になります。”

“この視点は科学としての医学と、人間の触れ合いという意味の医療とのギャップを埋めていく効果を持つ可能性があると思います。”

NBMに関する文献

- ・斎藤清二(著)『健康に良いとはどういうことかーナラエビ医学講座』 晶文社, 2006.
- ・斎藤清二・岸本寛史:『ナラティブ・ベイスト・メディスンの実践』. 金剛出版, 2003.
- ・Greenhalgh T, Hurwitz B (編)(斎藤清二他監訳):『ナラティブ・ベイスト・メディスンー臨床における物語と対話』. 金剛出版, 2001.

在宅訪問理学療法の適応(三村私案)

1. 訪問リハが介入することによりADL, QOLに何らかの改善が期待される場合
2. 訪問リハが介入しないと(終了すると), 身体機能、ADL、QOLに何らかの低下が予想される場合
3. 何らかの理由で, 訪問時以外には, 一切, 外出しない, 歩かない, 起きないような場合
4. 本人もしくは家族が, 心理的に非常に不安定な場合



- 60歳・男性・頭部外傷
- コミュニケーション不可
- 介助により、車いす移乗し、
デイサービスも利用
- 週に1回の訪問リハで、
ベッド端坐位を取る。

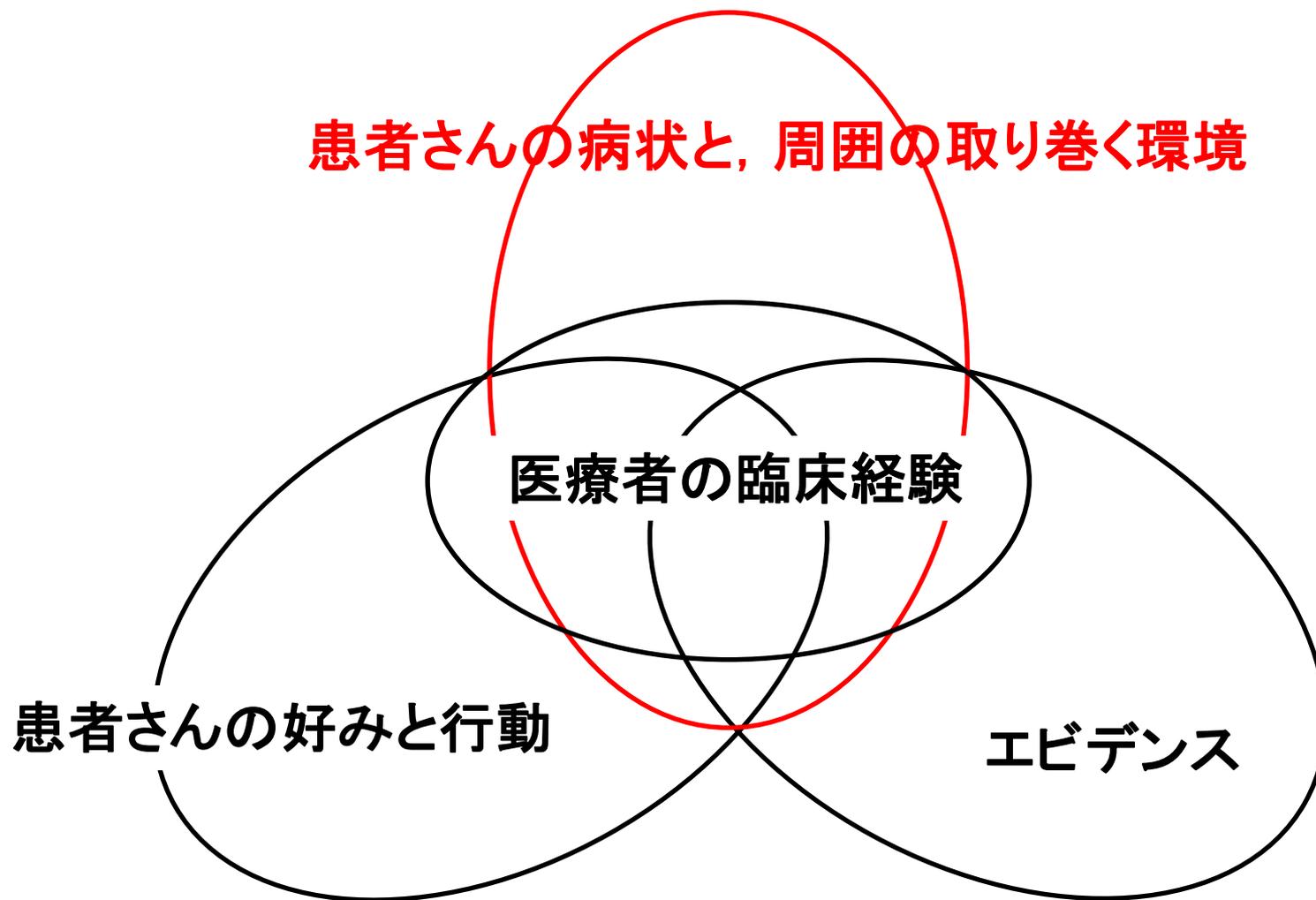
お父さんが、腰かけて
いるのを見られる、
唯一の機会です...

在宅での平行棒歩行



デイサービスでも平行棒では歩いてはいるが...

EBM step4 (適応の検討) における 重要な要素



環境因としての家族 ②



施設入所を勧めるか？否か？③

Patient

どんな患者さんが

80歳，女性，両膝OA，肥満．二人暮らし，自宅内は歩行器を使って5m程なら歩行可能．日常的な移動は車いす．居住スペースは2階にあり，玄関前に12段の階段があり，夫の介助により昇降していたが，最近，歩行困難となってきた．

Intervention

どんな介入をすると

(階段昇降不可となれば)老健等，施設入所を勧める

Comparison

他のことと比べて

現状のまま，在宅を継続する(一切，外出しない生活)

Outcome

結果はどう違うか？

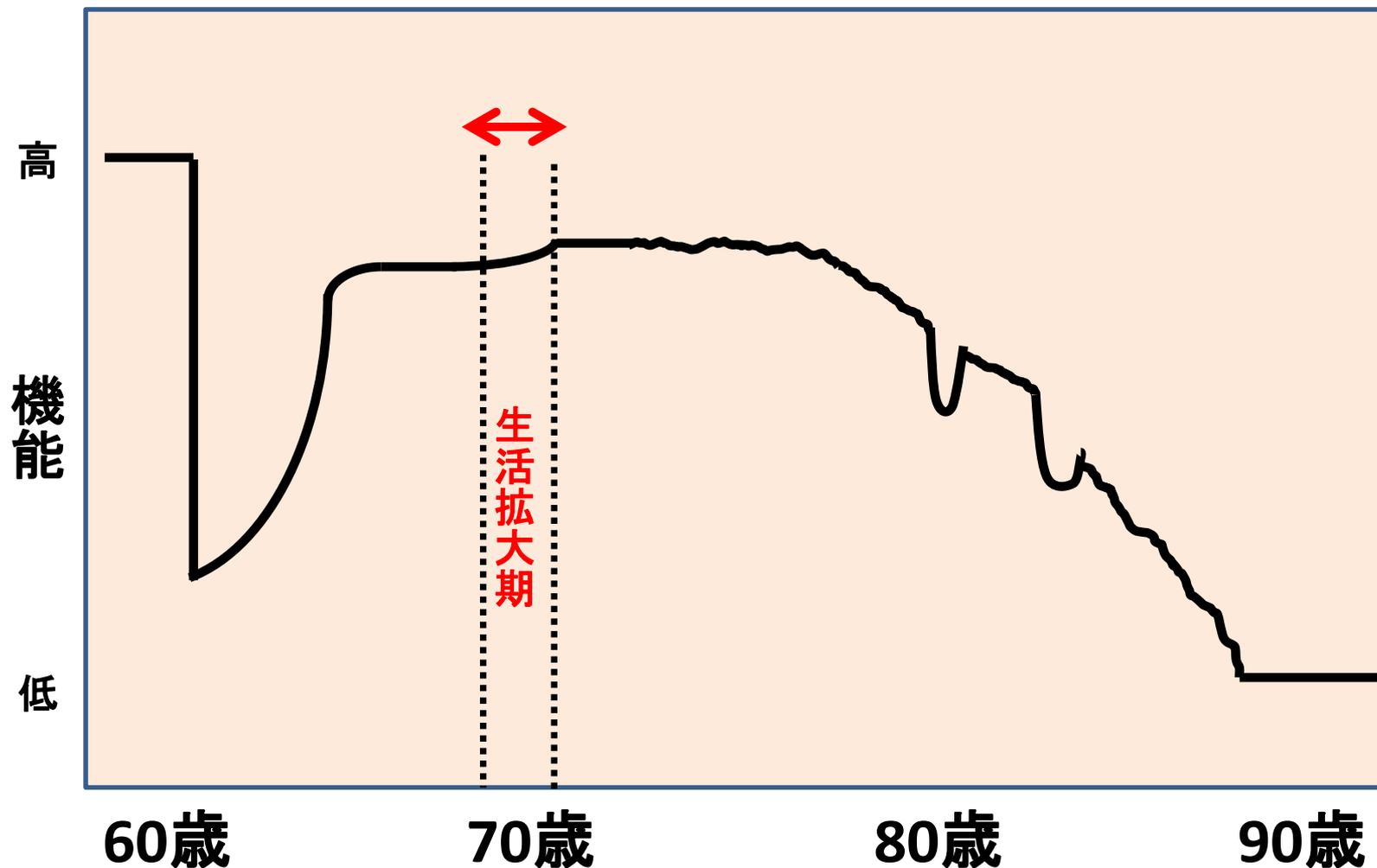
本人のQOLは？夫の疲労は？

生活拡大期の在宅理学療法

1. 訪問リハが介入することによりADL, QOLに何らかの改善が期待される場合

生活拡大期に

在宅訪問理学療法は何をすべきか？



家事・趣味の広がり



趣味の広がり



【新たな役割の獲得】



専門学校理学療法学科での特別授業

車いすによる移動 ⇒ 手すりによる段差昇降 ⇒ 四点杖による昇降



2007年5月



同年10月



2011年5月

自宅での評価が困難な場合，その方がデイケア，デイサービスも利用していれば，その施設に，評価，治療を依頼することも検討する.

【例】

自宅内の平地歩行が安定してきた.



玄関の階段昇降も可能かもしれない.



自宅には，手すりのある階段，段差がなく，評価，練習が出来ない.



利用しているデイケアの理学療法士に、デイケア利用時に評価、練習を依頼.



「手すりがあれば昇降が可能である」との情報を得て、自宅玄関の階段に手すりをつけることを決定.



自宅玄関も歩行にて昇降が可能となった.



生活拡大期（外出/買い物の練習①）



生活拡大期（外出/買い物の練習②）

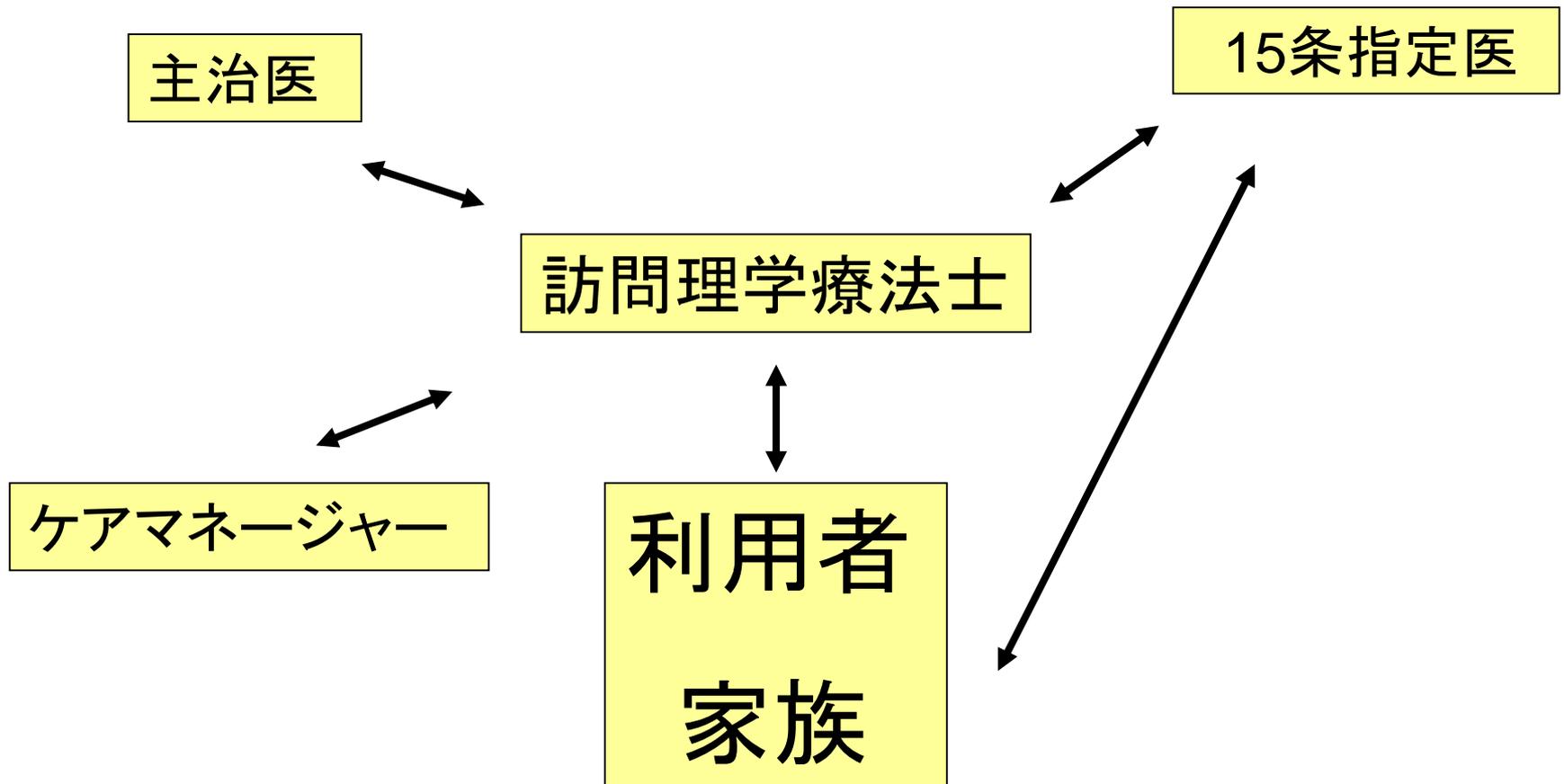


生活の拡大に伴う，装具の作り直し，修理



医療保険で作るか？ 身体障害者手帳で作るか？

※補装具を手帳で修理・作成する際には
15条指定医の意見書が必要



事例2 在宅で短下肢装具を作成した例

通所リハビリ
(デイケア)

通所介護
(デイサービス)



(電話で)
訪問リハで、短下肢
装具を作成しました。
そちらでの個別リハ
の際にも試してみ
ていただけますか。

(電話で)
装具を作成しました。
そちらで歩く練習を
される際にも試して
みていただきたいの
で、一度、そちらに
伺いたいのですが。

訪問リハ

【拡大期の課題】

自動車の運転を勧めるか？否か？

Patient どんな患者さんが	50歳，男性，左片麻痺（廃用手）， 屋外歩行自立，発症から1年，妻， 子供二人と四人暮らし
Intervention どんな介入をすると	自動車の運転を行う支援
Comparison 他のことと比べて	運転はあきらめて，外出時は，妻 の車に乗る
Outcome 結果はどう違うか？	事故の可能性は？本人のQOL は？妻の通院介助の手間は？

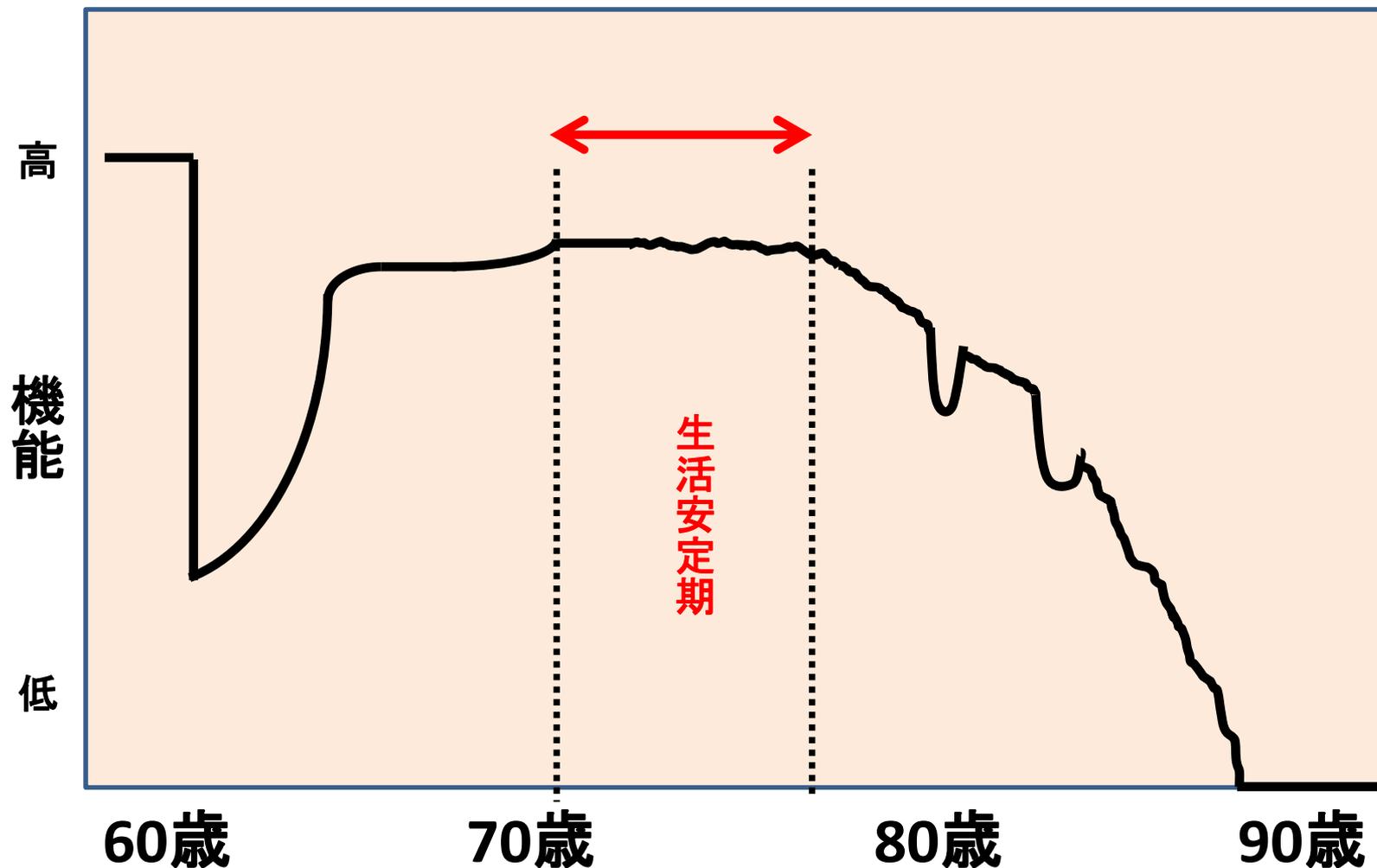
54歳，男性，脳出血，四肢麻痺



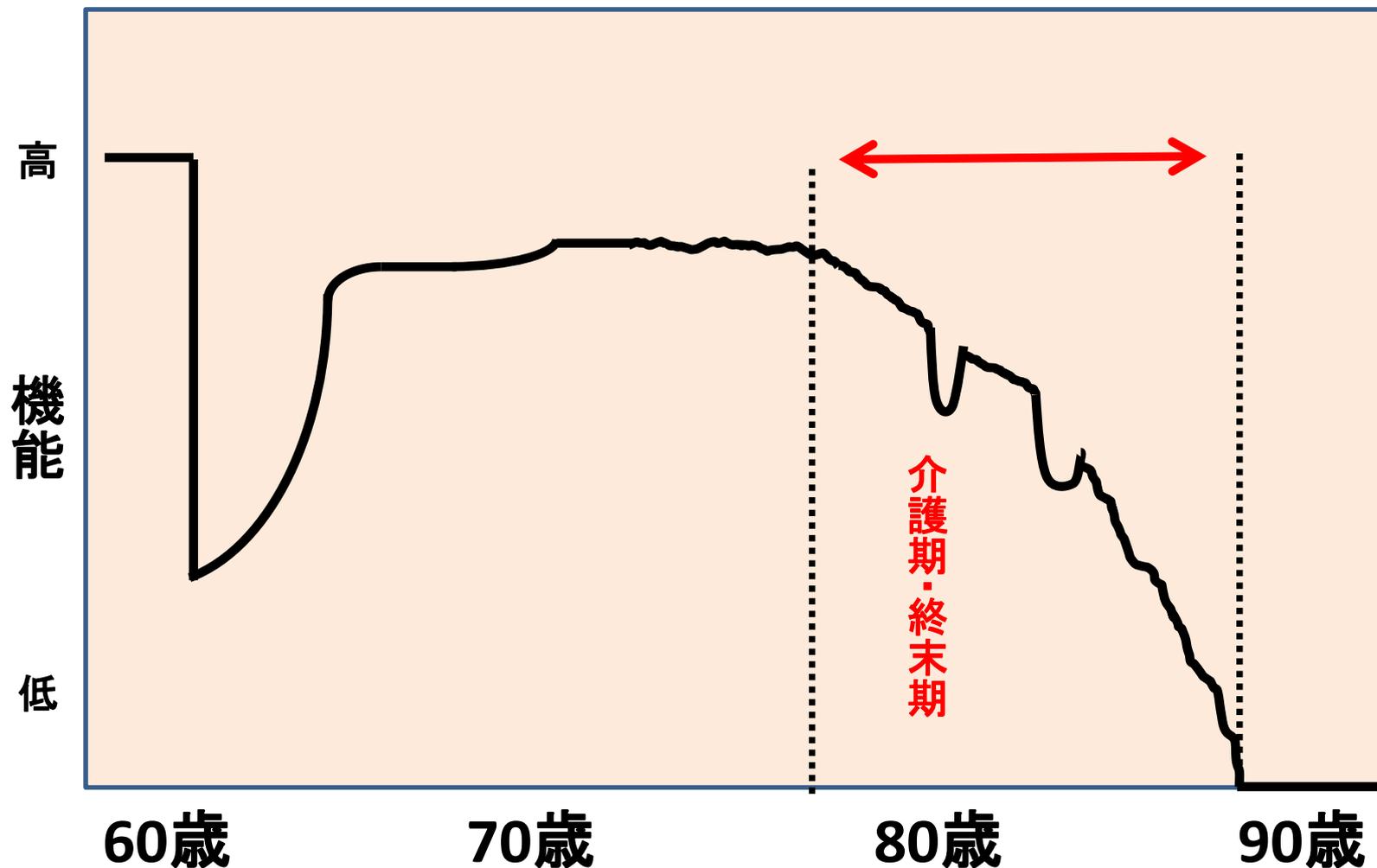
- ・(面識のない)内科主治医に連絡を取り、ギヤッチアップ，車いす移乗の許可を得る.
- ・ケアマネジャーにケアプラン変更の提案
- ・週1回の訪問の際に血圧をモニターしながら，ギヤッチアップ
- ・ケアマネジャーを通じて，ティルト・リクライニング型車いすのレンタルを依頼



一定の展開を見た後に、再び、安定した生活となる。



介護期・終末期に 在宅訪問理学療法は何をすべきか？



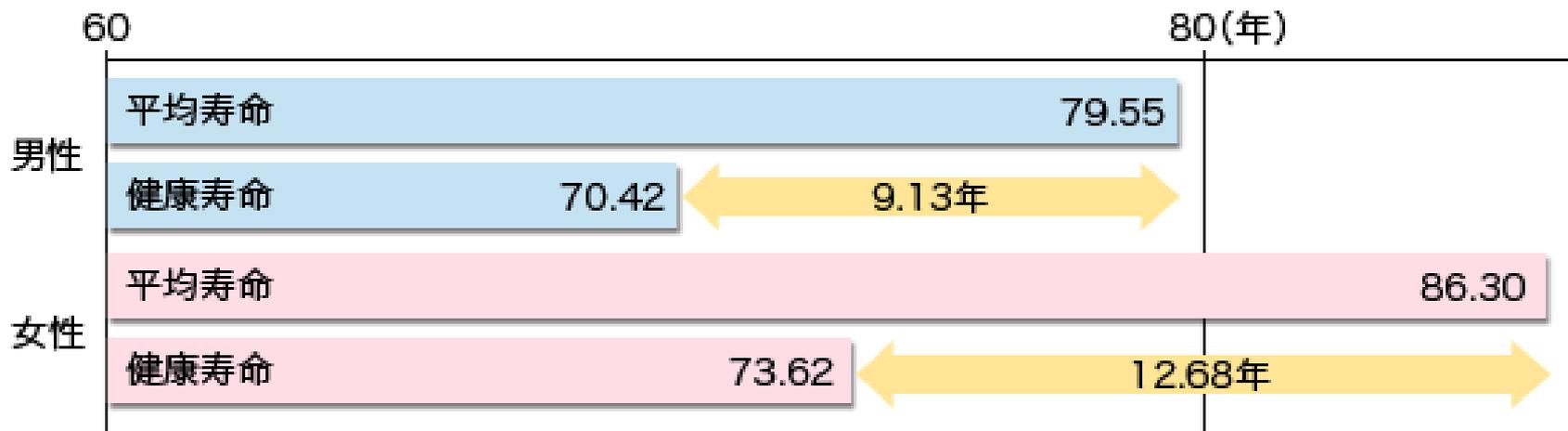
介護期・終末期の在宅理学療法

2. 訪問リハが介入しないと(終了すると), 身体機能、ADL、QOLに何らかの低下が予想される場合
3. 何らかの理由で, 訪問時以外には, 一切, 外出しない, 歩かない, 起きないような場合
4. 本人もしくは家族が, 心理的に非常に不安定な場合
5. 独居で, 訪問リハを終了すると, 在宅の継続困難となると予想される場合

在宅訪問理学療法の適応(三村私案)

1. 訪問リハが介入することによりADL, QOLに何らかの改善が期待される場合
2. 訪問リハが介入しないと(終了すると), 身体機能、ADL、QOLに何らかの低下が予想される場合
3. 何らかの理由で, 訪問時以外には, 一切, 外出しない, 歩かない, 起きないような場合
4. 本人もしくは家族が, 心理的に非常に不安定な場合

平均寿命と健康寿命 (平成22年)



平均寿命と健康寿命の差が、日常生活に制限のある“不健康な期間”を意味し、我が国では平成22年の時点で、男性で9.13年、女性で12.68年。



日本人は、男性で約9年、女性で12年半の間、“人からのサポートを受ける期間”を経て、人生を終わる。

“今後平均寿命の延伸に伴い、こうした健康寿命との差が拡大すれば、医療費や介護給付費の多くを給付する期間が増大することになる。(中略)平均寿命と健康寿命の差を短縮することができれば、個人の生活の質の低下を防ぐことができるとともに、社会保障負担の軽減も期待できる。”

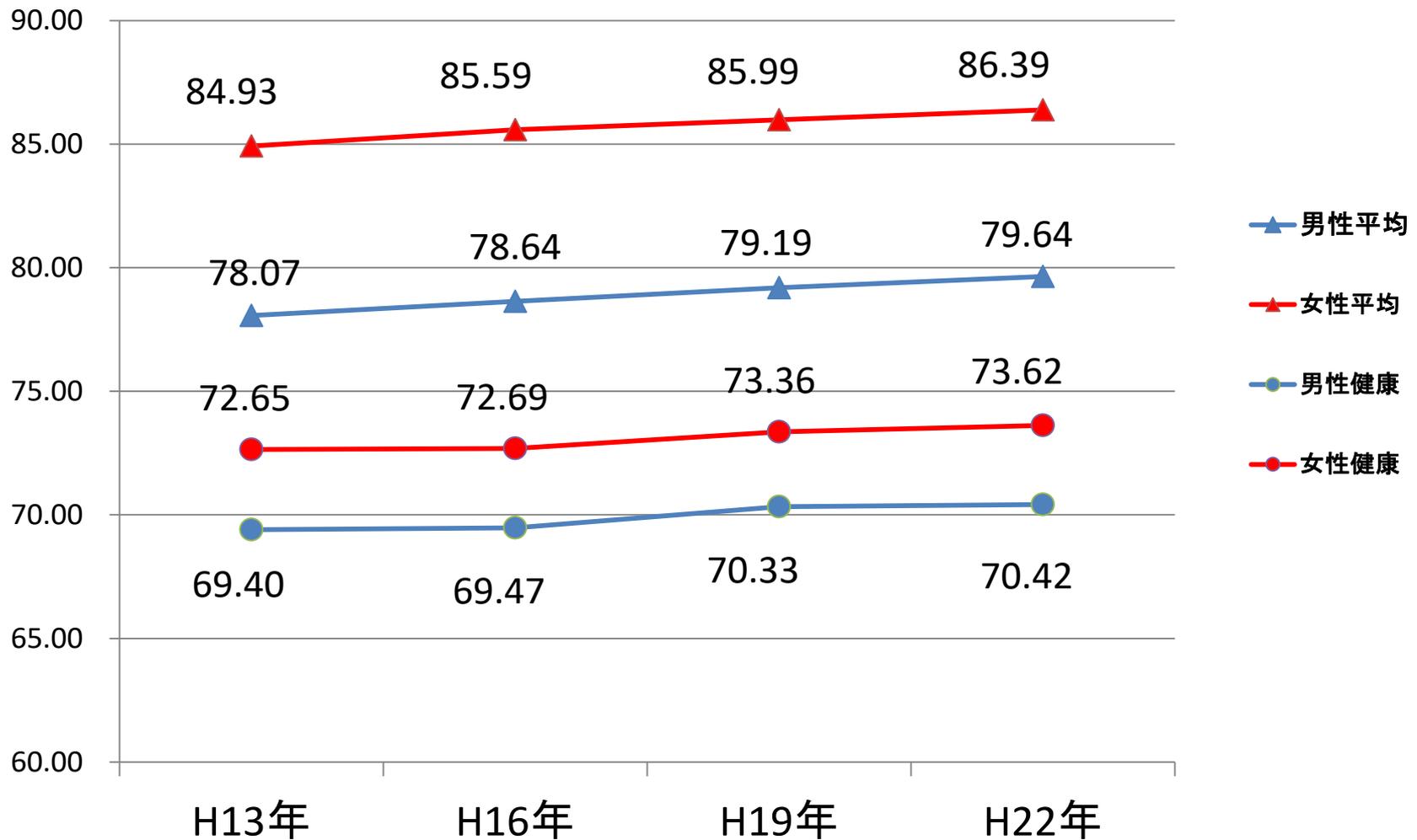
二十一世紀における第二次国民健康づくり運動(健康日本21(第2次))



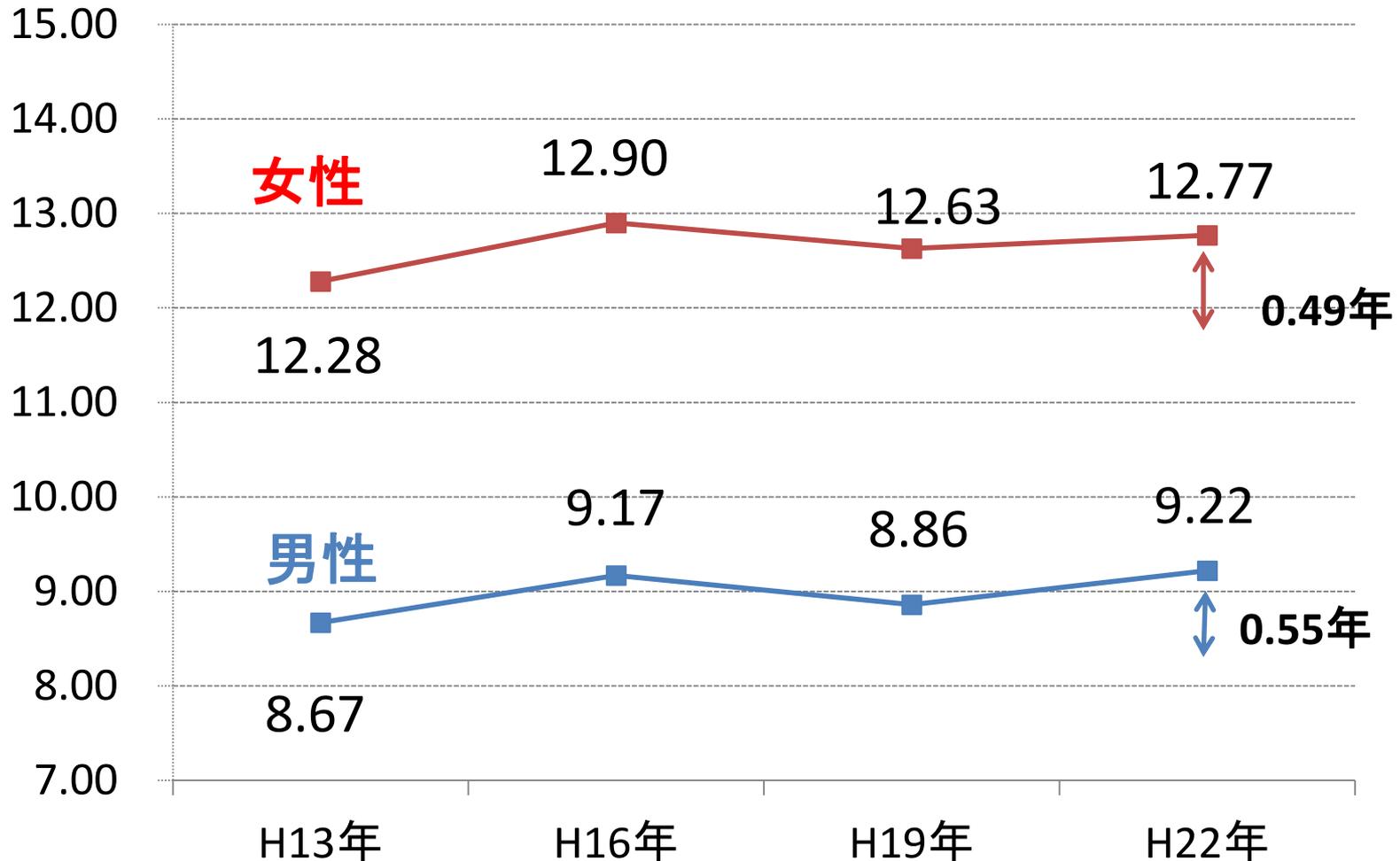
国の目標:

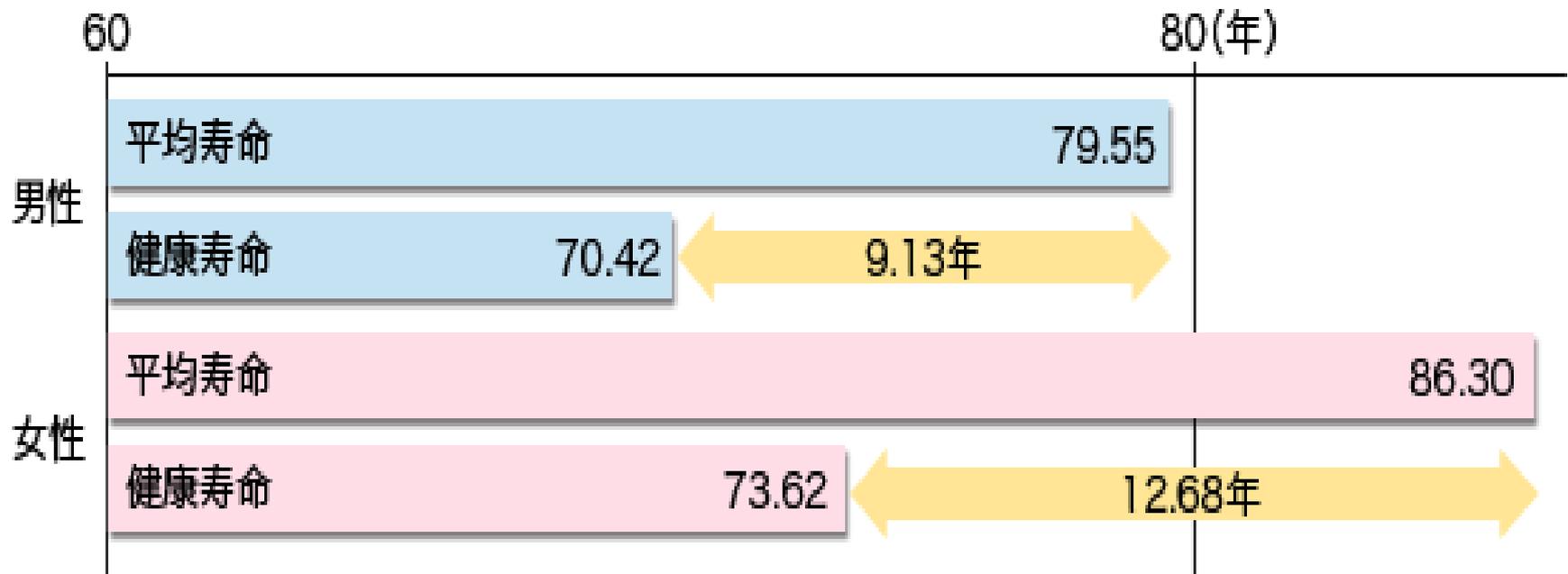
『平均寿命の増加分を上回る、健康寿命の増加』

平均寿命，健康寿命の推移



“人からサポートを受ける期間”の推移





男性で約9年，女性で約12年半の
“人のサポートを受ける期間”を，
より安楽に，よりよいQOLにするために，
理学療法士は何ができるか？

二つの異なる意味合いで用いられている“終末期”

- ① 癌, ALSなどの疾患における”終末期”(ターミナルケア)
- ② CVAなどにおける急性期, 回復期, 維持期に続く, さらにその先の“終末期”

本演題における

→ “終末期リハビリテーション”

定義

“加齢や障害のために自立が期待できず, 自分の力で身の保身をなしえない人々に対して, 最後まで人間らしくあるように医療・看護・介護とともに行うリハビリテーション活動”

大田仁史 (2002年) 「終末期リハビリテーション」 p.56

終末期リハビリテーションの目的

大田仁史

- ① 清潔を保つ
- ② 不動による苦痛の解除
- ③ 不作為による廃用症候群の予防
- ④ 関節の著しい変形拘縮の予防
→拘縮の進行は、他の目標への影響が大きく、
その予防は特に重要
- ⑤ 呼吸の安楽
- ⑥ 可能なかぎりの経口摂取
- ⑦ 尊厳ある排泄方法の確保
- ⑧ 家族へのケア



両肘, 手指の屈曲拘縮



左足部

右足部

両下肢の重度の拘縮

※写真の使用は、ご家族様の同意を得ている



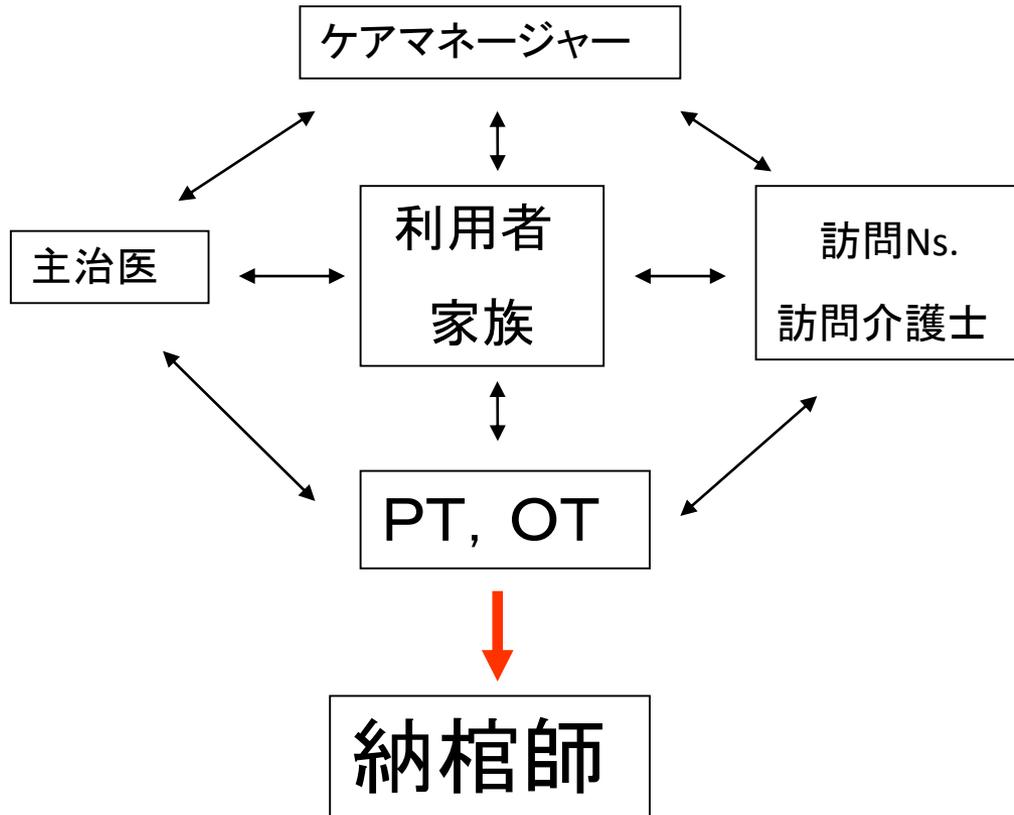
左足部

介護者(妻)によるおむつ交換



車いす上では足部の固定が必要

多職種間の連携



“終末期リハの究極の目的は、きれいなご遺体を作ること”（大田仁史）



納棺師（おくりびと）に、（著しい拘縮のない）きれいなご遺体を引き継ぐこと

人それぞれのNarrative

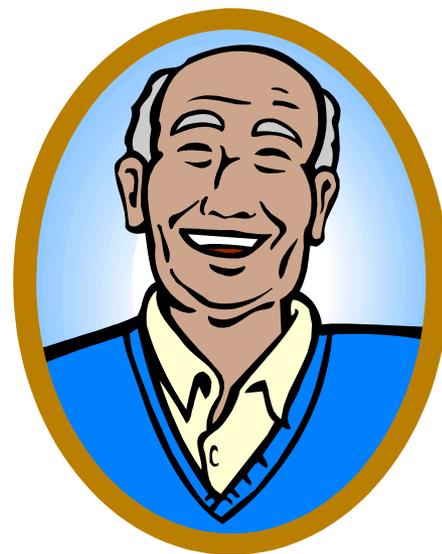
【認知症の母 奇跡的な回復】

“89歳の母は認知症です。要介護5。4か月前に誤嚥性肺炎になり入院しました。主治医からは「点滴も入らなくなるし、口からの食事もわずかですから、これ以上よくなることはありません。覚悟をしてください」と言われました。

ところが母に奇跡が起き、口からの栄養ゼリーもたくさんたべるようになり、やがてベッドから立って、車いすにも乗れるようになりました。3カ月後、介護老人保健施設に入居し、ここでもリハビリの指導者が訓練をしてくれました。2週間後、母は杖をついてベッドの周りを私の介助で3メートル歩けました。

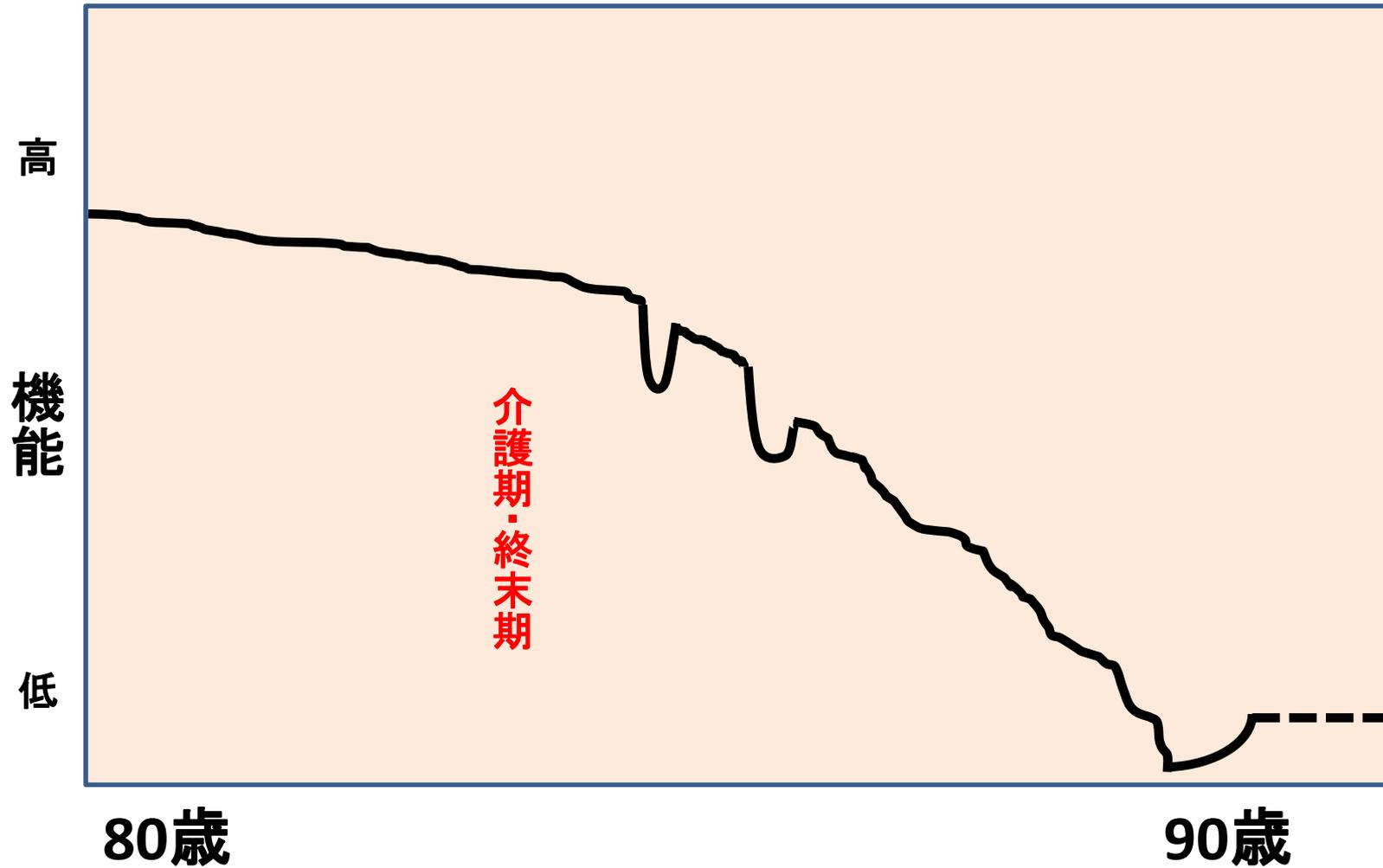
“次は廊下を歩いて食堂まで行ければと思っています。
言語と記憶を失った母にとって歩くことは生きること。歩きながら、母は表情が豊かになります。認知症患者の残存能力を探してください。あきらめないでください。”

やっぱり、
あきらめちゃ
いけないんですね！
(訪問リハビリ、これから
も継続してください。)

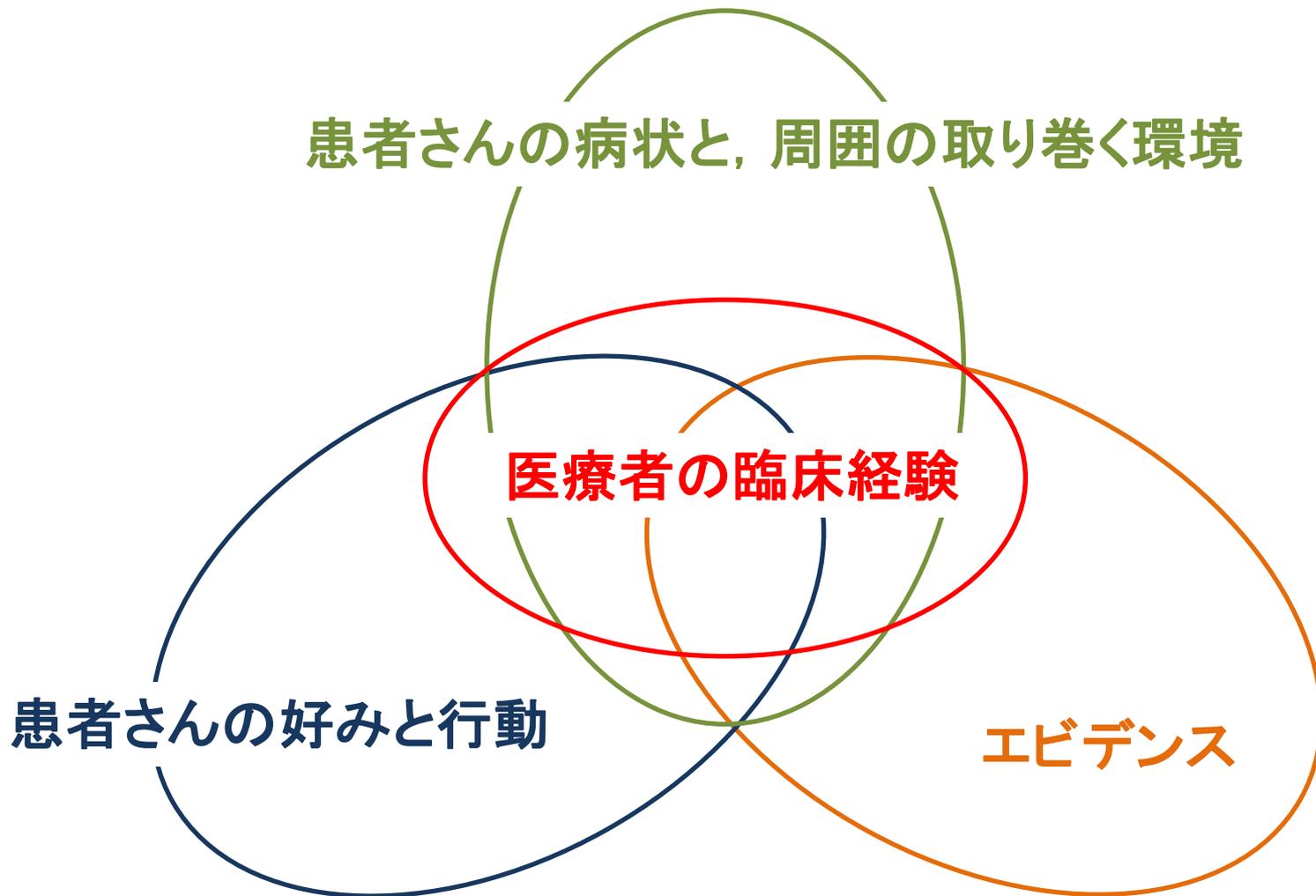


82歳の奥さんを介助する，80歳男性

介護期・終末期？



「決めるのはエビデンスではなく人間である」
”Evidence does not make decisions, people do”





ご清聴、ありがとうございました。