

## 当院の通所リハビリテーションにおける取り組み

医療法人竜仁会 牛尾病院（茨城県龍ケ崎市）

介護医療院 病棟管理者 小坂尚志 リハビリテーション科主任 徳永智史

龍ケ崎市西部地域包括支援センター牛尾病院 センター長 永井洋一 看護部長 桑田今日子

### 1. はじめに

2025年には団塊の世代が75歳以上の後期高齢者となり、我が国が超高齢社会を迎える。そのために、住み慣れた地域で自分らしい生活が継続できるように、各地域においてさまざまな支援やサービスを提供できる地域包括ケアシステムの構築が急務である。当院のある茨城県龍ケ崎市においても、高齢化率は28.9%（2020年）であり、地域の高齢者を支える仕組みづくりが必要である。

昭和63年に有床診療所として開院した当院は、東京都心から約45kmに位置し、近隣にベッドタウンとして開発されたニュータウンがある。増床を繰り返しながら、現在一般病棟51床のうち32床を地域包括ケア病床とし、医療療養病床60床の合計111床。病院内には介護療養病床を県内で一番早くに病院内の施設として転換させた介護医療院60床を含む171床の病院である。医療法人として、訪問リハビリ・訪問看護ステーション・訪問介護センター・居宅介護支援事業所・グループホーム・介護老人保健施設・介護付き有料老人ホーム・デイサービス等を展開し、予防から入院そして在宅、看取りまでの支援を行っている。社会福祉法人も市内と隣



写真1 当院外観

接する市に展開しており、地域の慢性期医療を支える病院としての役割を担っている。

病院のキャッチフレーズは「まごころでみる牛尾病院」、基本理念は「1. 地域医療に貢献します 2. 患者さん中心の医療・介護に徹します 3. 医療・介護の質の向上を目指します」となっている。地域での体力低下者の入院や退院後の在宅支援の役割を担っており、病院と地域医療・介護が連携をとりながら地域包括ケアシステムの一端を担っている。（図1）

### 2. 通所リハビリテーションと理念

当院では、病院に併設した形で平成12年より通所リハビリテーションを運営している。地域包括ケア病床、回復期病棟からの退院後の支援や地域の体力低下者の受け入れを行っている。定員は一日40名、平均要介護度は2.16（要介護1：38名、要介護2：42名、要介護3：18名、要介護4：7名、要介護5：8名）、利用時間は利用者にあわせて1時間～7時間以上8時間未満と利用者に合わせた幅広い利用ができるようにしている。職員は介護職員10名、看護師2名、理学療法士2名、作業療法士2名、言語聴覚士1名を配置している。法人基本理念をもとに、「主体性を尊重するデイケア」を基本方針に掲げ、利用者の「やりたい」という気持ちを大事にしたケア・リハビリテーションの提供を行っている。

### 3. 通所リハビリテーションの取り組み

通所リハビリテーションでは平成27年の介護報酬改定以降、リハビリテーションマネジメントの考え方が導入され、利用者の状態や生活環境等を踏まえた計画の作成、適切なリハビリテーションの実施、

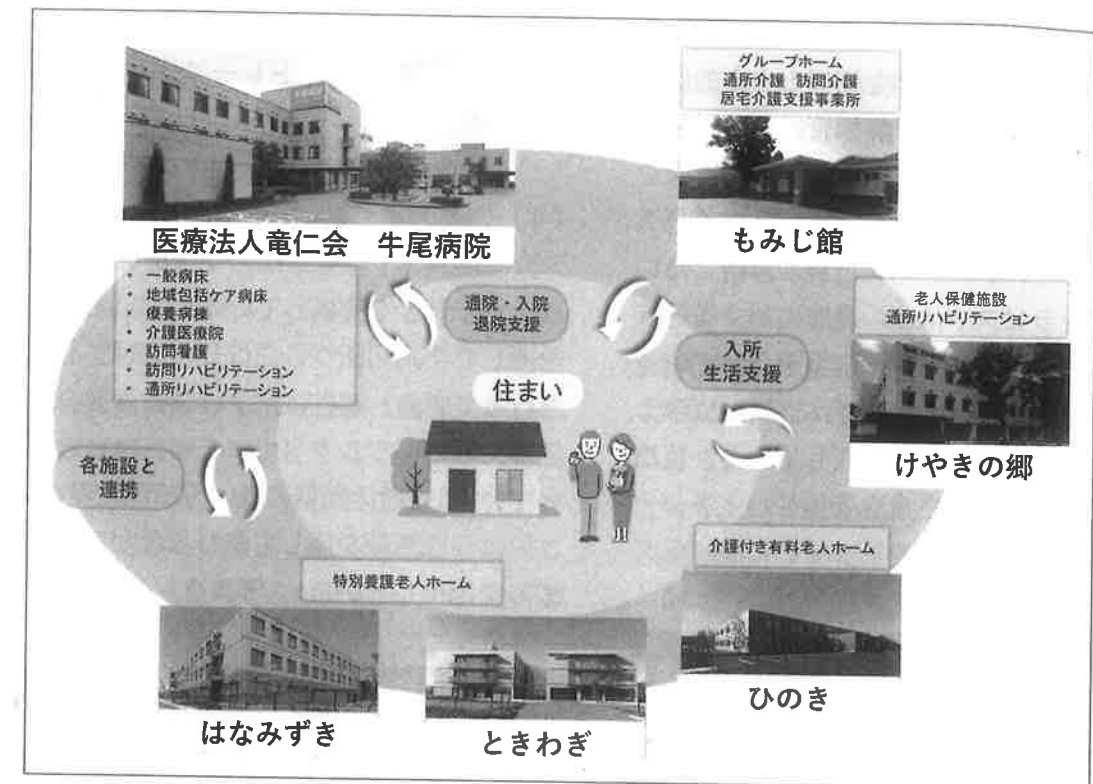


図1 当法人の連携のイメージ

評価、計画の見直しを行い、質の高いリハビリテーションを提供する事が求められている。当通所リハビリテーションの地域での役割は、退院後のリハビリテーションの継続による活動、参加の獲得、中重度者のレスパイトケアである。このような地域でのニーズに合わせたリハビリテーションマネジメントの取り組みを再検討し、生活環境の調査、リハビリテーションの実施、評価、計画の見直しに合わせた5つの活動（①家屋調査、②目標管理ツールの導入、③自主トレーニング支援、④アクティビティの提供、⑤居宅介護支援事業所訪問）を提供している。（図2）

#### （1）在宅訪問

当事業所では、通所開始前、その後は3か月に一度の頻度で在宅訪問調査を実施し、生活状況のモニタリングを行っている。通所開始前の調査では、在宅環境、ADL状況を把握し、生活上の課題を把握することが目的である。3ヶ月後以降は、初回の訪問時に課題となった問題点の状況確認、新たな課題の把握、介護者の介護負担や介護状況の把握を目的としている。この調査によって得た結果をもとに通

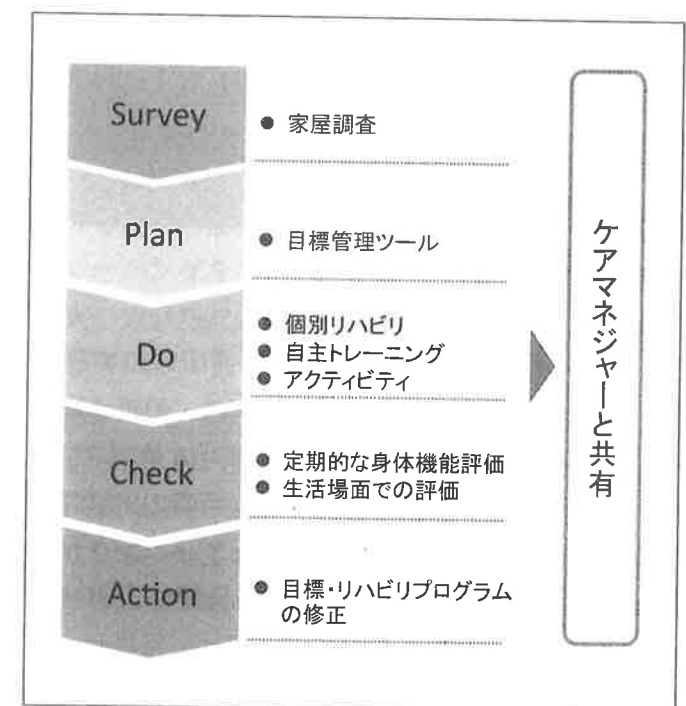


図2 リハビリテーションマネジメントと当院の取り組み

所時の目標へと反映している。また、訪問時に実際の場面でのトレーニング、自宅での自主トレーニング指導も合わせて行っている。

**(2) 目標管理ツール**

当院では、利用者自身が課題を把握し自主的に課題に取り組める仕組みとして、目標管理ツールを導入している。これは利用者と合意した上での目標を決め、見える化したツールである。目標はセラピストが利用者と面接を行い、利用者自身の解決したい課題を確認し、セラピストはその課題に対する解決策やリハビリテーションプランの提案を行っている(写真2)。利用者と合意できた場合に目標と定め、カンファレンスにて介護職員と共有している。目標を共有することで介護職員も自立支援や自主トレーニングの促しなどの取り組みを行っている。



写真2 目標設定面接の様子

目標が決定すると、長期目標、通所時の実施課題、達成度を記載した用紙を作成する。用紙は通所時に利用者の机の上に置き、利用者、スタッフが常に確認ができるようにしている。通所時の実施課題は、運動機能を高めるための筋力トレーニングからADL場面での訓練など、利用者の目標に合わせて多種多様なものとなっている。課題は、毎日セラピストが実施状況をチェックし、月毎に達成度を評価、課題や目標の更新を行っている。

**(3) 個別自主トレーニングメニュー作成**

課題解決のために、通所時や自宅で取り組む自主トレーニングメニューの作成を行っている。個人の能力や目標に合わせた持続可能なメニューの立案

を行っている。目標管理ツール導入後は利用者の90%が通所時に自主トレーニングを実施するようになった。

**(4) アクティビティ**

介護職員とリハビリテーション職員が協働してアクティビティを提供している。利用者は好きな活動を通して手指巧緻性、立位での訓練、認知機能訓練を行っている。現在は、手作業、園芸、木工、屋外散歩、スポーツレク(ボッチャ)などの活動を提供している。普段活動量の低い方や重症度の高い方も、このような活動を通して楽しみながら体を動かす仕組みを提供している。(写真3)



写真3 アクティビティの様子(木工)

**(5) 居宅介護支援事業所訪問**

定期的に居宅介護支援事業所へ訪問し、リハビリテーションの進行状況の情報共有を行っている。訪問を行うことで顔の見える関係が構築され、情報共有が行いやすい環境を作ることに努めている。

**4. 事例紹介****【患者情報】**

年齢：80歳代後半女性、要介護4

疾患：第12胸椎圧迫骨折、両腓骨神経麻痺

性格：頑張り屋、負けず嫌いな性格

入院前は老人会のグランドゴルフやカラオケ、麻雀等に参加していた。

本人希望：自宅2階での生活の再開(自宅入浴、仏壇の世話、家事の再開)

家族希望：再転倒予防、身の回りのことが一人でできるようにしてほしい。

**【生活環境】**

1階は店舗スペースとなっており、入院前は2階での生活が主であった。退院後より1階で生活している。トイレは居室より5mほどの場所に位置し、廊下には手摺りが設置されている。浴室、リビング、入院前の居室、仏壇は2階に位置し、浴室前には15cmの段差があった。階段は左に手摺りがあり、1段20cm、15段であった。食事は家族がセッティング介助し、摂食は自立していた。

**【開始時 ADL】**

当院地域包括ケア病床退院後より利用開始。退院時ADLは、移動は歩行器を利用し監視、起立は支持物を使用し監視。階段は20cmの階段を両手摺り使用にて3段は監視にて可能であった。腰痛により長時間座位困難であり、日中はベッド上臥床生活であった。トイレ動作は家族の監視のもと歩行器歩行で移動し、下衣更衣、後始末は監視にて実施していた。

**【利用開始時】**

- ①希望、訴え：腰が痛くて座ってられない。通所したときは必死で寝ないようにしている。息子の手は借りたくない。
- ②課題：腰痛による座位時間の延長、トイレ動作の自立、起立動作安定性向上が課題として挙げた。
- ③目標管理：2階での生活再開が最終的な目標であ

ることを確認し、まずは離床時間の延長を目標とし合意した。目標の阻害因子として腰痛があり、腰痛の要因と緩和するためのトレーニングにて説明し同意を得て実施する。同時に自宅での動作の留意事項や、緩和させるためのトレーニングについて指導した。

**【通所開始1か月】**

- ①希望、訴え：少しずつ座っていられるようになってきた。トイレへは息子の手を借りながらいつている。ベッドから立ちづらい。
- ②家屋調査：開始1か月の調査では、起立の動作確認を行った。ベッドサイドに机が設置してあり、その机につかまって起立していた。机は不安定なものであったため、置き型の手摺り又は机の修理の提案を行った。歩行器によるトイレまでの移動が課題として挙げた。
- ③目標管理：座位時間は延長されてきているため、トイレ動作が安定して行えることを次の目標とした。トイレ動作には起立・立位保持の安定性・移動時の安定性が向上する必要があることを説明した。それらを阻害する要因として、胸椎の可動性低下、体幹・股関節の筋力低下、腓骨神経麻痺による足部の筋出力低下があり、これらに対するトレーニングを提案し、ご本人に取り組む内容を選択していただいた。決まった目標をシートに記載した。

**【通所開始3か月】**

- ①希望、訴え：寝ていることはなくなってきた。トイレも歩いていくことに自信がついてきた。息子が呼んでも来ないから一人で歩くこともある。見つかると息子と喧嘩になる。階段もこっそり登って練習してみている。
- ②家屋調査：トイレ動作について安全性を確認する。トイレのドア開閉時に歩行器を離すタイミングが早く、独歩となっていることがあったため、ご家族と共に確認し方法の修正を行う。片手摺りでの歩行や杖歩行が課題となった。
- ③目標管理：階段昇降の安定性向上には体幹・股関

節の筋力強化，腓骨神経麻痺の改善による筋出力向上が必要であり，これらに対するトレーニングを提案し，取り組む課題を選択し実施した。

【7ヶ月目】

- ①希望，訴え：2階での生活を再開したい。この前，息子がいないときにこっそり2階まで上がってみた。
- ②家屋調査：家族と共に階段昇降動作を確認し，介助なく昇降が可能となった。また，浴室への出入りや仏壇の花瓶の水替えなどの動作も可能となった。家族と相談し，3ヶ月後を目処に仏壇の世話などを自宅で行っていくこととした。階段昇降の安定性向上，独歩，物持ち歩行の獲得が課題となった。
- ③目標管理：独歩や物持ち歩行の獲得に向け目標設定を行う。以前からの課題に加え，物持ち歩行などの応用動作を追加したし実施することで合意を得た。

【12ヶ月目】

自宅での入浴開始，仏壇の世話再開となる。歩行も屋外歩行時のウォーカーを返却し杖歩行となる。

【18ヶ月目】

通所介護へ移行し，通所リハビリテーション利用終了となった。

5. 通所リハビリテーションの今後の課題

当院通所リハビリテーションでは，家屋調査で得た情報を目標管理へとつなげ，利用者の主体性を引き出す取り組みを行っている。慢性期のリハビリテーションは入院時に比べ十分な量や頻度を確保できないのが現状であり，患者自身が疾病や生活上の課題に向き合い，リハビリテーションに取り組む必要がある。利用者の課題や目標のマネジメントを行う事は利用者の自主性を引き出し，身体機能・ADLの維持・向上に寄与していると考えられる。

また，退院後の在宅療養においては，いかに在宅生活に適合できるかが重要である。そのためには，在宅生活の課題を適切に把握し，解決していく必要がある。その実現には，専門職による在宅訪問の機会を増やす取り組みが効果的であると考えられる。昨今では，利用者・施設の多様化により地域のニーズに合わせた施設の特色を出すことが求められる。在宅療養支援では，最期まで住み慣れた地域でその人らしい生活が送れるよう，利用者の興味や関心のある事柄に着目し，生活の質を変えることを目標としたサービスを提供していく必要がある。

6. おわりに

通所リハビリテーションでは，病院の理念に基づき療養生活における利用者の生活ニーズに応えるべく，生活の質の向上を目標に日々多職種で連携をとりながら活動している。今後は地域の慢性期医療を支える病院としての役割を担うために，通所リハビリテーションのみならず，在宅療養支援における理念を作成し，その責務を果たしていきたい。