



回復期リハ病棟を中心とした回復期リハから 維持期リハの提供体制とその取り組み

稲次整形外科病院 (徳島県板野郡) 理学療法士 井内慎也

はじめに

医療法人凌雲会は、徳島市の北部のベッドタウンとして発展が進む藍住町に位置し、地域・リハビリテーション（以下、リハ）・連携・在宅の4つをキーワードに、住み慣れた地域での生活の継続を支援するという理念のもと、回復期リハビリテーション病棟（以下、回復期リハ病棟）を中心とした急性期から回復期、維持期のリハビリテーション医療を展開している。

その中核を担う稲次整形外科病院をはじめ、介護老人保健施設、グループホーム、さらに、当グループ内社会福祉法人にケアハウス、身体障害者就労支援施設、福祉ホーム等の施設を有し、通所リハ、訪問リハ、訪問看護、通所介護、訪問介護、訪問入浴等の介護保険サービスを有している。

当院は一般病床8床、亜急性期病床10床、回復期リハ病棟30床を有し、整形外科では急性期から、脳血管疾患では回復期から在宅復帰を目標とした集中的なリハを行っている。脳血管疾患では、地域基幹病院との密接な連携体制を確立しており、地域連携室間の迅速

な情報交換や入院判定会議により、発症後可能な限り早期に当院へ転院できるよう対応している。一般病棟や亜急性期病棟も急性期患者やその機能に応じた対象者が入院しており、回復期リハ病棟と同等のリハを行っている。

入院直後から在宅復帰の可能性を追求し、本人や家族とリハチームとのカンファレンスを定期的に行い、どのようなレベルでの自宅退院を目指すのか、退院までとその後の介護保険等のフォローアップ体制についてなど、状況に応じたカンファレンスが行われている。

その結果、介護保険を利用した在宅生活が目標となった場合は、MSWがグループ内の居宅介護支援事業所に担当となる介護支援専門員の手配を依頼し、リハスタッフが行う退院前訪問指導の担当となった介護支援専門員が同行するなど、本人、家族との相談やリハチームとの情報交換を綿密、かつ時間をかけて行うことにより、柔軟な維持期への移行をサポートするという連携が行われている。

また、当グループはほぼすべての介護保険サービス事業所を有しているため、入院していた病院と同グループの介護支援専門員、各サービス事業所とで、維持期リハを中心とした介護保険サービス利用が継続できるとい

連携がここでも行われ、患者や家族の安心感が得られている。

このように急性期・回復期・維持期と、すべてに対応するリハを提供する体制に多くの介護保険サービスを加え、地域のリハならびに在宅生活を支援している。このような一連の流れの中で、当院回復期リハ病棟からスムーズな維持期リハや在宅サービスへの移行を達成し、在宅生活を継続している事例や当院でのADLに対する取り組みについて紹介させていただきます。

事例の紹介

入院中から自宅退院を目標とした退院前訪問指導や家族指導と、退院後の短期的な訪問リハの活用にて通所リハ利用に移行し、在宅生活を継続している事例

○Aさん：65歳、男性

・診断名：脳幹梗塞、左上下肢麻痺、構音障害、嚥下障害、高次脳機能障害
 ・現病歴：平成19年10月に発症し、血経済療養法を行い、発症から10日後にリハ目的で当院へ転院。20年4月末自宅退院。
 ・既往歴：平成18年11月脳幹梗塞発症、麻痺等はほとんど見られなかったが、右上下肢に失調症状残存。ADL自立、屋外散歩等も行っていた。

1. 入院中の身体機能、ADL等

① 初期

体幹失調が著明で筋緊張のコントロール不

良、プッシュャー様症状にてADLは著しく阻害されていた。また失行や深部感覚障害もあり、寝返り等起居動作は全介助、座位保持も介助が必要な状態、トイレ動作は2人介助であった。構音障害、換語障害があり、高次脳機能面では注意障害、空間無視が見られ、自己によるリスク管理は困難であった。

・アプローチ

頸部体幹の緊張コントロールを中心に座位保持獲得を目指した。立ち直り反応の誘発や体軸感覚の入力から姿勢調整訓練、それによるADLの向上を目指したアプローチを行った。

② 後期

頸部体幹の緊張のコントロールは向上が見られ、座位保持も短時間なら可能となった。平行棒なら介助歩行が可能なレベルとなった。しかし、体幹の緊張の左右差は著しく、動的バランスは著明な低下をきたしていた。手すりを用いてなら1人介助でトイレ動作が可能となった。

・アプローチ

後半はADL訓練に多くの訓練時間を費やすようにし、家族を交えて介助指導などを中心に行った。

2. リハに対する家族の関わり

妻が協力的で、毎日午前10時くらいから夕食前まで来院され、リハの見学やトイレや食事介助についてリハスタッフや看護スタッフから指導を受けていた。

3. 退院に至るまでの支援経過

① 入院1か月目



家族を交えたカンファレンスを実施し、自宅退院の希望からこれに向けたリハの内容や方針等を確認。

② 入院3か月目～

2回目の家族を交えたカンファレンスで本人、妻とともに自宅退院への意思を確認。MSWからグループ内居宅介護支援事業所へ連絡、ケアマネジャーの決定。本人、妻、MSW、ケアマネジャーにて在宅復帰後の具体案にて検討開始。

③ 入院5か月目～

カンファレンスにて福祉用具や住宅改修の必要が高いとの結論から退院前訪問指導を行い、ケアマネジャー、住宅改修・福祉用具業者も同行。最終的にリハカンファレンスや退院前訪問指導の見解から、本人、妻、ケアマネジャーとの話し合いのうえ、退院当初は通所リハ週2回、訪問リハ週1回、訪問看護週1回の利用を計画。

その理由として、身体機能維持やADL介助量軽減のためリハ継続の必要があるため、通所リハ利用を中心に検討された。また、自宅浴室の環境と本人の能力から考慮して、自宅での入浴は困難と判断し、通所リハ利用時の入浴サービスにて、入浴の機会を確保することになった。

さらに本人、妻の在宅生活に対する不安を和らげるため、訪問リハと訪問看護の1か月程度の短期的な利用を計画した。訪問リハについては福祉用具や手すり等、住宅改修が目的として行うこととし、訪問看護は介護方法や日常生活の指導、全身状態の管理等を目的

とした。

④ 入院最終月

住宅改修施工（玄関 敷居の段差解消、玄関 トイレ段差解消）、福祉用具納入後に、担当リハスタッフ、ケアマネジャーと自宅へ外出訓練実施。訪問リハ開始に当たっては、この外出訓練時の写真等をもとに、入院時担当リハスタッフと訪問リハ担当スタッフがミーティングを行い、現状のADLや指導方法、リハの方向性や内容について検討を行った。

退院約1週間前に1泊2日で外泊訓練実施。退院後に要介護認定4の結果が出る。

4. 退院後の在宅サービス利用の経過

① 訪問リハ

導入した福祉用具や住宅改修が所での車いす、簡易式スロープを利用した玄関ポーチへの車いす移動介助、玄関上がり框の昇降、車いす、歩行器での屋内移動介助、トイレでの手すりの使用と介助方法等を本人と妻へ訓練指導を実施。約1か月間にわたって、5回利用。妻の介助にて安全に行えるようになったため、当初の目的を達成し訪問リハ終了。

② 通所リハ

訪問リハを終了した分、通所リハでのリハ継続とともに、外出の機会を増やす目的で週2回から3回へ変更となる。その後、通所リハは週4回へ増え、入院中に行っていた構音障害に対する個別言語訓練も再開し、利用を継続している。

③ 訪問看護

退院後も夜間のトイレ介助については、ポータブルトイレでの排泄に固執していた傾向

があり本人、妻ともに夜間の負担が大きかったが、訪問看護スタッフの助言にてリハパンツを併用することにより、失禁してしまっただけにも余裕を持って対応でき、双方が精神的にも体力的にも楽になったとのことである。妻にも自信が芽生え、当初の目的をはき達成したので、月1回の定期訪問と緊急連絡時の対応に変更となった。利用期間は約1か月間にわたり5回実施。

考察

自宅退院を希望していたものの、入院中とは異なる在宅生活の未知の部分にご家族が不安を抱いていたが、在宅生活でのADL向上を目標とするチームアプローチやリハ、それを補完するための福祉用具導入や住宅改修、ケアプラン立案等、ケアマネジャーの積極的な参画、入院時担当スタッフと訪問リハや通所リハスタッフとの情報と目標の共有など、関わる各部門の連携がスムーズな自宅退院と在宅生活の継続に有効であったと考えられる。

ADLに対する写真や動画を用いた情報共有の取り組み

回復期リハビリ棟における種々の課題の中でも、ADLの向上は最も重要なもののひとつとして、多様な取り組みがなされている。当院もカンファレンス等で「できるADL」としているADL」の差を埋めるべく情報共有を行っていたが、刻々と変化する患者のADLにおいて単なる「一部介助レベル」ではなく、どこをどのようにどれくらい介助するのが最も

望ましいのかというのは、口頭や書面では詳細な動作手順まで伝達するのは困難な場合があった。そこで、デジタルカメラ（以下、デジカメ）の写真や動画を利用し、院内ADLの統一、介助方法等の伝達が円滑に行われるようになった。前述した事例にも上記のアプローチを用いたので、紹介させていたがたい。

1. 1期：自宅環境を想定し家族、看護師と介助量や方法を統一した時期

座位 立位バランスが向上してくるとともにトイレ動作訓練を実施、介助量軽減が図られ、一連のトイレ動作の練習を家族や看護師を交えて行い、車いす操作時のブレーキの忘れ、便座への立ち位置への声かけ、下衣上げ下げが一部介助のレベルまで向上した。

さらに、自宅に最も近い環境のトイレで練習を重ね、動作手順統一するためデジカメ画像により動作手順シートを作成し、看護師、本人、家族へ伝達を行った（写真1）。看護師へ伝達する際、従来の口頭や手書きの書面等と比べて、いつ誰が見てもわかりやすいという反復しやすく、結果として動作手順の統一化が図られるようになった。また、本人と家族にも提供し、本人は実際の動作を客観的に捉えるようになり、できたか否かを判断しやすい、家族は手順シートを何度も再確認できるとの評価が得られた。

2. 2期：退院前訪問指導を実施し、具体的に自宅退院に向けて準備を行った時期

院内のトイレは車いすが便座直近まで到達可能だったが、自宅トイレでは直近まで進入

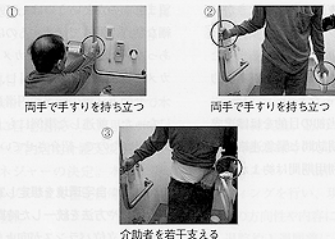


写真1 院内トイレ動作手順



写真2 自宅でのトイレ動作

困難だったことから、手すり等を使用して車いす～便座間の歩行や方向転換が必要と判断した。院内の手すりが多く設置されているトイレにて、車いす～便座間の距離を考慮しながら、自宅環境に近い状態で練習を継続した。

3. Ⅲ期：住宅改修施工後、自宅トイレでの動作手順シートを作成した時期

住宅改修後に自宅でのトイレ動作訓練を実施し、在宅生活における実際の場での動作手順シートを作成した(写真2)。手すりを握る

位置、足を運ぶ位置、車いす停止位置等をテープで目印を付けたうえで、リハスタッフが実際に正しい動作を行っている場を撮影して、動作手順シートの資料とし、細かな動作のポイントを各場面に付け加えて手順シートを完成させた。

トイレ動作手順シートを自宅用としてご家族にお渡しするとともに、各場面ごとに資料を見ながら介助ができるように当面の間、トイレに資料を掲示することを勧めた。また、退院後担当の訪問リハスタッフに、トイレ動作を含む住宅改修が所でのADL訓練・指導の資料として提供した。

考察

写真や動画を利用した動作手順シートを活用して情報共有を図ることにより、各職種や家族を含めた連携がより円滑になり、前述した事例においてもADLの向上や統一、退院後の介助方法等の伝達に役立てるなど、成果が見られた。リハにおいて獲得したADL能力を病棟生活においてもタイムリーに共有することが重要であり、こうした小さな取り組みも継続していくことにより、回復期リハ病棟の在宅復帰率や在宅生活、維持期リハ継続に大きく影響してくるものと思われる。

今後の課題として、写真や動画を使用した動作手順シート作成方法の簡素化や定型化、運用方法など、さらに発展した利用方法を検討している。

おわりに

当院は、併設に長期療養の病床を持たないリハ専門病院であり、入院当初から患者に関わるすべてのスタッフが在宅復帰への強い意識を持つとともに、円滑な連携を行わなければならない在宅復帰率を維持できない。また、在宅生活の継続には、リハを中心とした医療体制や各種介護保険サービスが不可欠になっている。

自宅退院を目指し在宅生活を実現するには、身体機能やADL能力、介護負担、家族間の問題、また近年の疾患別リハや回復期リハ病棟の算定日数上限など、さまざまな課題が生ずるが、入院中から関わるスタッフ、退院後の在宅生活に関わるスタッフ、さらに本人・ご家族を合わせたチームアプローチにより、今そこにある現状の中から最善の方法を模索し、住み慣れた自宅や地域での生活の継続を支援していきたい。

●文献

- 1) 日本リハビリテーション病院 施設協会、全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会編：回復期リハビリテーション病棟 新しいシステムと運営のしかた、三輪書店、2003。
- 2) 全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会編：全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会機関誌；第8巻第2号、2009。
- 3) 澤村誠志監修：これからのリハビリテーションのあり方、青海社、2004。
- 4) 浅山潤：リハビリテーションと介護保険、MB Med Reha, No.81, 2007。