

## 在宅医療を支えるリハビリテーションの役割

蕨野博明<sup>†</sup> 豊島義哉 大西 靖  
藤部百代 水野晋利 松原 健

第73回国立病院総合医学会  
(2019年11月9日 於 名古屋)

IRYO Vol. 75 No. 1 (63-67) 2021

## 要旨

回復期リハビリテーション病棟の退院支援においては、患者・家族との情報共有や介護や障害者支援の担当者（以下、後方支援スタッフ）との連携が必要不可欠であり、退院後に安全かつ安心な生活を送るためにも、在宅医療へのスムーズな移行が重要となる。

国立病院機構東名古屋病院（当院）での退院支援では、Activities of Daily Living (ADL) 表や住宅情報シートの活用、病棟リハビリテーションと家族指導を通じて、段階的な目標や課題の理解を促進している。それでも多職種での検討にて必要と判断された場合には、退院前訪問指導を実施している。

退院前訪問指導は、病棟と自宅での変化に対する評価と見直しを行い、ADLおよび住宅改修案の検討や、後方支援スタッフとの情報共有を行うことができる。また、本来に近い患者・家族の行動や表情を確認できる貴重な機会であり、チームで検討する姿勢を常に心掛ける必要がある。

退院前訪問指導を効率的に行うためには、入院当初から患者・家族へ段階的に理解してもらえように関わる<sup>つな</sup>ことが重要である。病状や課題を踏まえた目標の理解が、より具体的かつ現実的な目標の共有に繋がり、退院前訪問指導時における評価や検討内容が明確になりやすい。また、段階的な理解により、長期的に課題や目標に向き合うことが可能となり、生活期リハビリテーションへの移行もスムーズに行われると考える。

回復期リハビリテーション病棟には心のサポートと回復が求められており、その人らしく人生を歩んでいけるような支援を通じて、在宅医療に繋がられるよう心掛けたい。

キーワード 回復期リハビリテーション病棟, 退院前訪問指導, 情報共有, 住宅情報

## はじめに

回復期リハビリテーション病棟は、急性期を脱しても、まだ医学的・社会的・心理的なサポートが必要な患者に対して、多くの専門職種がチームを組んで集中的なりハビリテーションを実施し、心身とも

に回復した状態で自宅や社会へ戻っていただくことを目的とした病棟である。

回復期リハビリテーション病棟の退院支援においては、患者・家族との情報共有や介護や障害者支援の担当者（以下、後方支援スタッフ）との連携が必要不可欠であり、退院後に安全かつ安心な生活を送

国立病院機構東名古屋病院 リハビリテーション部 <sup>†</sup>理学療法士  
著者連絡先：蕨野博明 国立病院機構東名古屋病院 リハビリテーション部  
〒465-0065 愛知県名古屋市名東区梅森坂5-101  
e-mail: warabino.hiroaki.he@mail.hosp.go.jp  
(2020年3月23日受付, 2020年7月10日受理)

The Role of Rehabilitation in Supporting Home Medical Care  
Hiroaki Warabino, Yoshiya Toyoshima, Yasushi Onishi, Momoyo Fujibe, Akitoshi Mizuno and Ken Matsubara, NHO Higashinagoya Hospital

(Received Mar. 23, 2020, Accepted Jul. 10, 2020)

Key Words: convalescence rehabilitation ward, pre-discharge guidance, information sharing, housing information

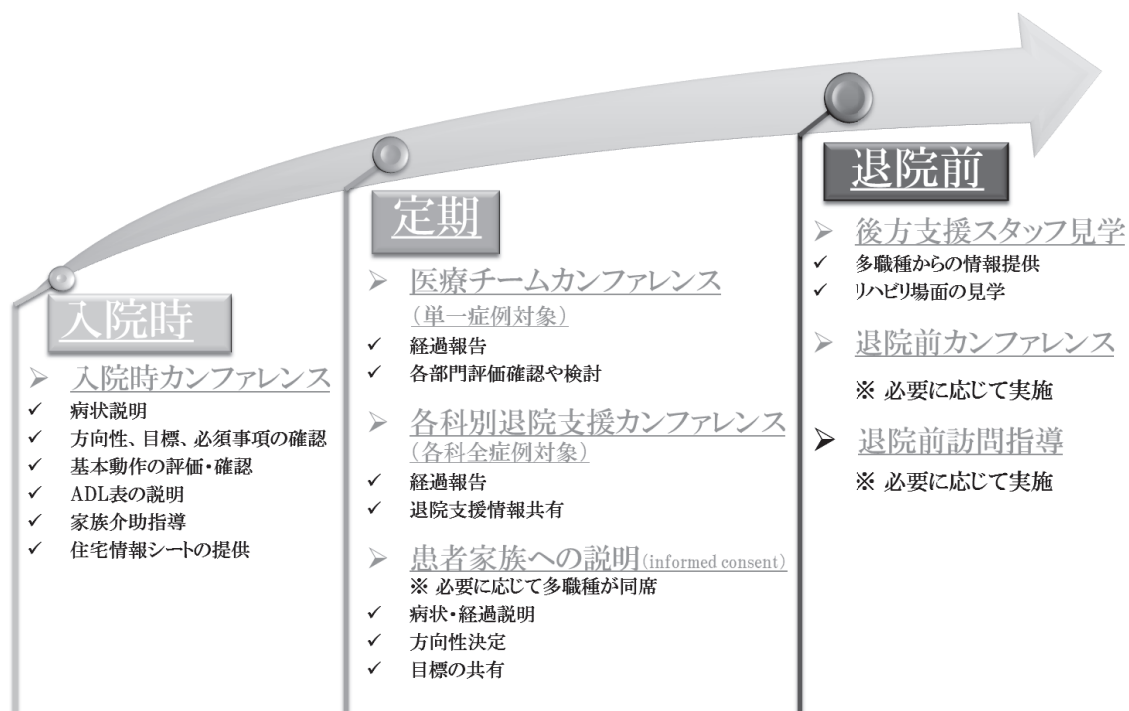


図1 当院回復期リハビリテーション病棟における退院支援の取り組み

るためにも、在宅医療へのスムーズな移行が重要となる。その移行の実現には、入退院時や定期的に行われる各種カンファレンス（カンファ）、病状説明、後方支援スタッフの見学に加え、退院前訪問指導が重要な役割を担う。

今回、国立病院機構東名古屋病院（当院）回復期リハビリテーション病棟における退院支援に向けた取り組みを、退院前訪問指導の実際や考察を交えながら紹介する。

### 当院回復期リハビリテーション病棟における退院支援の取り組み（図1）

当院では、2009年度より回復期リハビリテーション病棟を開設し、脳血管障害や脊椎・下肢骨折を中心とした患者を対象として、365日リハビリテーションを行っている。入院時における患者・家族と多職種によるカンファに始まり、スタッフによる症例個別のカンファや各科別での退院支援カンファを通じて、定期的に情報共有や目標・課題に対する検討を重ねている。また、病状説明や介助指導にて患者・家族と適宜情報共有を行い、後方支援スタッフに見学や病状説明に参加してもらうことで、少しでも不安が少ない退院後の生活を送るための援助を行っている。

入院時カンファにおいては、病状説明に加え、退院先での目標やニーズなどを確認することで、スタッフと患者・家族で退院時目標を可能な限り具体的に共有することが重要である。その目標を視覚化するためにも、当院ではActivities of Daily Living (ADL) 表（図2）をベッドサイドに掲示し活用している。情報共有の簡略化にとどまらず、患者・家族への目標や課題の理解促進にも有効である。

退院先が自宅の可能性のある方に対しては、入院時訪問指導を行わない代わりに住宅情報シート（図3）を提供している。家族の協力のもと情報収集を行う事で、早期から住宅情報を踏まえた評価訓練や検討を行うだけでなく、家族自身が退院後ADLや環境をイメージして整理する機会にも繋がっている。

スタッフ間での各種カンファでは、リハビリテーション場面でできるADLと病棟でしているADLの乖離軽減や退院前訪問指導の必要性などの検討を行っている。また必要に応じてセラピストが同席のもと、患者・家族への病状説明を行っている。専門用語を用いないなどの説明時の配慮は当然だが、説明後の患者・家族の理解や想いの聴取を行い、見据える先に違いがないか確認することも重要である。その確認は、個別で関わる時間が十分確保できるセラピストこそ行いやすく、実行すべきだと考える。

様 患側：右・左 更新日 月 日

診療科	脳神経内科・脳神経外科・整形外科																																																										
整形外科患部	免荷・部分荷重 ( kg )・全荷重																																																										
禁止事項	▲有・無	<table border="1"> <tr> <th>昼</th> <th>方法</th> <th>家族介助</th> <th>夜</th> </tr> <tr> <td>乗リ</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>移</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>移</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ト</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>レ</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	昼	方法	家族介助	夜	乗リ				移				移				ト				レ				<table border="1"> <tr> <th>昼</th> <th>方法</th> <th>家族介助</th> <th>夜</th> </tr> <tr> <td>車椅子</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>歩</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>行</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>器</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>杖</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>独</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>歩</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	昼	方法	家族介助	夜	車椅子				歩				行				器				杖				独				歩			
	昼	方法	家族介助	夜																																																							
乗リ																																																											
移																																																											
移																																																											
ト																																																											
レ																																																											
昼	方法	家族介助	夜																																																								
車椅子																																																											
歩																																																											
行																																																											
器																																																											
杖																																																											
独																																																											
歩																																																											
義歯	上・下・無																																																										
補聴器	右・左・無																																																										
めがね	有・無																																																										
間食	可・不可																																																										
とろみ	有( %)・無																																																										
メッセージ																																																											
転ばないための対策	<table border="1"> <tr> <th>昼</th> <th>方法</th> <th>家族介助</th> </tr> <tr> <td>院内</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>屋外</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>階段</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	昼	方法	家族介助	院内			屋外			階段			<table border="1"> <tr> <th>夜</th> <th>方法</th> <th>家族介助</th> </tr> <tr> <td>院内</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>屋外</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>階段</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	夜	方法	家族介助	院内			屋外			階段																																			
	昼	方法	家族介助																																																								
院内																																																											
屋外																																																											
階段																																																											
夜	方法	家族介助																																																									
院内																																																											
屋外																																																											
階段																																																											
柵：	柵：																																																										
車椅子腰ベルト	有・無	車椅子腰ベルト																																																									
センサー	有・無	センサー																																																									
種類		種類																																																									
その他注意事項	その他注意事項																																																										

病棟 ADL におけるさまざまな情報の早見表であり、ベッドサイドに掲示され、適宜更新される

図2 ADL表

### 自宅退院をお考えの患者さんのご家族の方へ

【 様 】

退院後、症状に見合ったご自宅での生活が可能か、快適な生活を送るために改善すべき点は何かを検討するために、生活環境についての具体的な情報が必要になります。その情報をもとに、自宅退院の準備に役立てたいと思います。

自宅の準備が整い、主治医の許可があれば、外泊訓練をしていただき、自宅での生活状況、更に改善が必要な点を把握し、今後のリハビリテーションにも反映させていきたいと考えております。ご家族の方のご協力をお願い致します。

以下のごことご協力をお願いいたします。

1. 自宅状況に関するアンケート、写真撮影
2. 外泊訓練は、外泊中に困ったことなどをお知らせ下さい

自宅状況のアンケート・写真が出来ましたら、看護科にお渡しください。なお、この資料はリハビリテーション内容や住宅改修の必要性を検討する目的以外に使用は致しません。資料・写真は退院の際にお返しいたします。また、希望されない方はお答えくださらなくても構いません。

### 住宅情報シート (写真見本)

撮影のポイントとして以下に挙げておきましたので、ご参照ください。

① 玄関までのアプローチ

公道からの段差  
玄関前の段差  
玄関前の段差  
手すりの有無等

② 玄関

段差  
玄関の厚み等  
(厚み開けた状態での撮影を！)

③ 廊下

廊下の幅  
手すりの有無等

④ 居室・リビング

入口の幅  
段差  
物の配置等

⑤ キッチン

床から流し台・ガス台までの高さ  
物の配置等

⑥ 階段

段の高さ  
段の奥行き  
手すりの有無等

段差や廊下幅などの測定に加え、見取り図や住宅写真も提供していただく

図3 住宅情報シートの一部



a. 玄関アプローチ階段の介助指導



b. 入浴時補助具選定と介助指導



c. 伝い歩き評価・指導



d. 洗面動作評価・指導



e. リラックススペースの確認・評価

図4 退院前訪問指導の様子

できるADLとしているADLの乖離軽減に向けては、病棟内で行えるリハビリテーション内容を提示し、自立した活動範囲の拡大に向けた日常的な評価を行っていく。指導が完了していれば、家族にも積極的に介助を実践してもらい、退院後ADLのイメージ拡大に繋げることができる。

### 退院前訪問指導

当院での退院前訪問指導は、2010年度より回復期リハビリテーション病棟にて開始された。診療報酬に定められている要件に加え、移動時間を含めて2時間で完了できる患者を対象とし、退院後の在宅療養上必要動作指導と住宅改修案の検討を中心として実施している。患者・家族、セラピスト、ケアマネジャーや各種業者が主に参加し、実施後は報告書を患者・家族とケアマネジャーへ配布し、実施後の情報共有を図っている。2019年度時点では、退院後の訪問指導や情報収集などのフォローは行っていない。

具体的には、車の乗降に始まり、玄関前アプローチ、扉開閉、上りかまち框、靴着脱、室内移動、洗面動作、

浴室浴槽動作、リラックススペースでの動作など、各場面における評価を行う（図4）。円滑な実施のためには、事前に患者・家族とADL方法を検討しておくことが重要である。また、現場での住宅環境や福祉用具のサイズ確認や実動評価を行うことにより、患者・家族もより具体的な環境や動作をイメージしやすく、住宅改修や福祉用具の選定が容易となる。

実際の現場では、発症前の動作や気持ちを想起する患者も多く、事前に検討した内容と異なるADL方法の検討や指導を必要とするケースも少なくない。その際、指導内容がスタッフの押し付けではなく、患者・家族が快く納得できるよう、チームで検討することが重要である。在宅生活の主役が患者・家族であることを、忘れてはならない。

退院前訪問指導は、病棟と自宅での変化に対する評価と見直しを行い、ADLおよび住宅改修案の検討や、後方支援スタッフとの情報共有を行うだけでなく、本来に近い患者・家族の行動や表情を確認できる貴重な機会であり、チームで検討する姿勢を常に心掛ける必要がある。



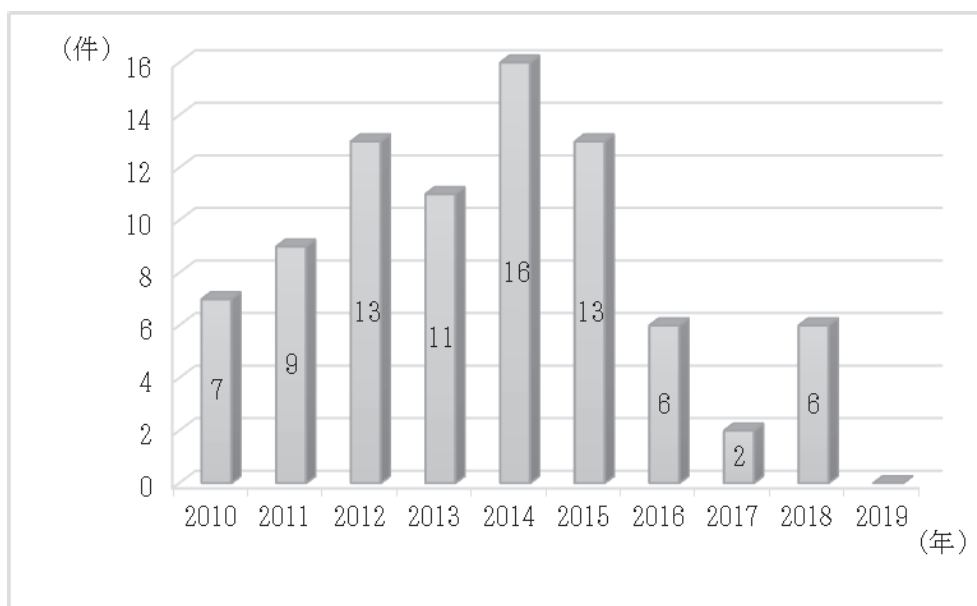


図5 当院回復期リハビリテーション病棟における退院前訪問指導実施件数

## 考 察

退院前訪問指導を効率的に行うためには、入院当初から患者・家族へ段階的な理解をしてもらえるように関わるのが重要だと考える。患者・家族の病状や課題を踏まえた目標の理解が、より具体的かつ現実的な目標の共有に繋がり、退院前訪問指導時における評価や検討内容が明確になりやすい。また、段階的な理解により、長期的に課題や目標に向き合うことが可能となり、生活期リハビリテーションへの移行もスムーズに行われると考える。

当院においては、開始当初と比べて実施件数が減少している（図5）。日々の臨床業務内における退院前訪問指導実施時間の制約が原因の一つであるが、退院前訪問指導開始当初に比べ、入院中における後方支援スタッフの見学や病状説明への参加などの連携強化がもたらした結果とも考えられる。また、退院後の患者・家族からの貴重な意見をいただき、後方支援スタッフと提供した内容の見直しを行うなどのフォロー体制の確立が課題である。患者・家族の満足度や、選定された住宅改修や福祉用具の有効性を評価し、今後の退院支援や退院前訪問指導内容の改善に繋げる必要がある。

## ま と め

在宅医療を支えるリハビリテーションの役割は、患者・家族に対して、病状や課題、段階的な目標の理解を促し、長期的に課題や目標に向き合っただけのよう支援することだと考える。そのためには、段階的で適切な説明、訓練、ADLの改善をはかり、より具体的かつ現実的な目標の共有を行い、退院後を見据えた家族との関わりが重要となる。

また、回復期リハビリテーション病棟協会の提言からも、回復期リハビリテーション病棟には心のサポートと回復が求められている。未知なる道に進む患者・家族の心のケアが必要であり、その人らしく人生を歩んでいけるような支援を通じて、在宅医療に繋げられるよう心掛けたい。

〈本論文は第73回国立病院総合医学会シンポジウム「地域の在宅医療を支える国立病院の役割 —トランジショナル・ケアを中心に—」において「在宅医療を支えるリハビリテーションの役割」として発表した内容に加筆したものである。〉

**著者の利益相反：**本論文発表内容に関連して申告なし。