

## 吉田記念病院におけるリハビリテーションの取り組み

医療法人碩済会 吉田記念病院（鹿児島県鹿児島市）

リハビリテーション課マネージャー 湯田法弘 リハビリテーション課主任 福田貴之  
訪問リハビリテーション主任 笹潤之

### 1. 吉田記念病院の沿革と概要

当院のある吉田地域は鹿児島市の北部に位置し、周りを山に囲まれた田園地域である。地域の人口は減少傾向にあり、高齢化率 31.3%と全国比率を上回っている、いわゆる少子高齢化の地域である。当院は昭和 60 年 9 月に吉田温泉病院として外科・内科・胃腸科・理学療法科（現：リハビリテーション科）を開院、平成 31 年には吉田記念病院へと病院名を変更し、地域の方々を支える医療療養型の病院として慢性期の医療とリハビリテーションに力を注いできた。また、平成 5 年 2 月には隣接地に老人保健施設「吉田ナーシングホーム」を開設、平成 14 年 10 月には「通所リハビリテーション」を、平成 20 年 5 月には「訪問リハビリテーション」をスタートさせ、リハビリテーションの充実を図ってきた。

リハビリテーション課の方針としては法人の経営理念（図 1）を基に、「医療・福祉の連携を図りながら患者様・利用者様の家庭復帰や在宅生活を支援し、地域に根ざしたリハビリテーションの提供を目指す」を掲げている。

#### 経営理念

1. 私たちは、患者様・利用者の方々やそのご家族に心から喜ばれる質の高い、安心・安全な医療・看護、介護サービスを実践致します。
2. 私たちは、患者様・利用者の方々に愛情と尊敬をもって接し、私たち自身や私たちの家族が受けたい医療・看護、介護サービスを実践致します。
3. 私たちは、地域における他の医療・看護、介護サービスを行う方々と連携し、共に地域の方々の健康と生活を守ります。
4. 私たちは、医療人、看護師、介護人としての初心を忘れず、日々研鑽し、本分を守り、誇りを持って職場づくりを目指します。また、医療・看護、介護サービスを通じて自己実現をはかり、ひいては社会貢献に資すると共に私たち自身や私たちの家族も幸福を追求致します。

図1 医療法人碩済会 経営理念

### 2. 当院におけるリハビリテーションの取り組み

#### (1) 療養病棟におけるリハビリテーションの取り組み

当院は 137 床の療養病棟を備え、脳血管疾患等リハビリⅡ、廃用症候群リハビリⅡ、運動器リハビリⅠを算定している。当院は地域の病院としては唯一、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士を配置しており、鹿児島市内の急性期病院からも充実した慢性期リハビリテーションを提供する体制がある病院として位置づけられている。

平成 30 年度の診療報酬改定に伴い、当院においても医療区分の高い重症患者の割合が多くを占めるようになり、これまで以上に全身状態の把握やリスク管理を徹底しながらのリハビリが求められるようになってきている。週 3～4 回リハビリカンファレンスを開催し（写真 1）、主治医を中心にリハビリ専門職や看護師、薬剤師、管理栄養士、MSW 等が参加することで情報共有や治療方針の決定に役立てられている。



写真1 カンファレンス風景

病棟と通所リハビリテーション（以下：通所リハビリ）の連携としては、入院中から通所リハビリの説明や見学を行うことで在宅復帰への意欲を高め、退院後からリハビリ開始期間までの短縮が図れるように取り組んでいる。また、通所リハビリ利用者が当院へ入院した際には、通所リハビリスタッフが病棟を訪問し、利用者の不安解消や在宅復帰への意欲向上を促し、退院後はスムーズに通所リハビリの再利用が図れている。

当院は地域の在宅療養患者の入院治療の場としての役割や、急性期治療を終えた患者のリハビリ継続、また全身状態が安定せずリハビリを十分に受ける事が出来なかった方のリハビリ継続希望に対する受入れも行っている。ここではそのような事例を紹介する。

### 【事例紹介】

80歳代女性

誤嚥性肺炎にて在宅よりA病院入院、入院時のCT検査にて上行結腸癌による腸重積所見認めため誤嚥性肺炎が落ち着いた所で大腸癌手術受けられる。もともと嚥下機能の低下があったこともあり、その後も誤嚥性肺炎、脱水を繰り返していたが家族の経口摂取の希望強く、点滴しながら食事訓練ができる環境を（経管栄養は拒否であった）との事で約4か月の入院を経て当院へ入院となった。

初回の嚥下造影検査（VF）において、食塊形成不良、送込み困難、咽頭残留を認め、誤嚥時の喀出困難有り。これが誤嚥性肺炎を繰り返す原因と思われた。VF動画を家族にも見てもらい、現状での摂食は困難であること、経管栄養による栄養の補給が必要であることを説明し、経鼻胃管での注入食を開始。

STにて咀嚼訓練や呼吸訓練等の間接的嚥下訓練およびジェントルスティムによる干渉波電気刺激を併用した直接的嚥下訓練を実施。その結果ミキサー食レベルの摂食が可能となる。

3か月後に再度VF評価行ったところ、食塊形成不良、送込み困難、咽頭残留ともに改善認められたものの少量の不顕性誤嚥は残存し、喀出も不十分であったため経口への完全な移行はリスクが大きいと判断。1日1食の提供にとどめることとし、家族も了



写真2 VF風景

解された。3食への移行ができなかったことは我々としても残念であったが、ここまで肺炎の再発もなく、食事に対しておいしいとの言葉や、楽しみとしているとの言葉も聞かれるようになってきている。経過も安定しており、近日中に介護保険施設へ入所の予定となっている。

### （2）通所リハビリテーションにおける取り組み

当院の通所リハビリは現在、実利用者登録数120名程度、1日平均32名程度の利用があり、大規模型リハビリテーション（I）を算定している。

リハビリ専門職は常勤理学療法士3名、作業療法士1名、非常勤理学療法士1名により常時2.5名以上を配置している。また、吉田地域には言語聴覚士が配置されている医療機関がないため、必要に応じて言語聴覚士による摂食・嚥下訓練、言語聴覚療法も可能な体制を作っている。

吉田地域の社会資源から見てみると、通所リハビリ事業所は当施設を含め、隣接する老人保健施設併設の2箇所のみで、フォーマルサービスは十分な数とは言えない。そのため、当通所リハビリ事業所はリハビリ目的だけではなく、レスパイトや地域交流の場としての側面も持ち合わせている現状がある。次回の介護報酬改定ではインセンティブ制度の導入が見込まれており、現在の重点的な取り組みとして「運動機能回復訓練から生活機能改善へ」を目標に掲げてはいるものの、利用者からは「リハビリ

＝リハビリ専門職にしてもらうもの」と思われている感が否めず、利用者の行動変容をどのようにして促すかが課題となっている。

そこで取り組みの一例として利用者へ対し、「①定期的に勉強会を開催（写真3）、②勉強会の内容に沿った運動や体操を指導、③利用時の空き時間や自宅でのセルフトレーニングとして行ってもらう」といった流れを作っている。この取り組みにより、受身的だった利用者が、自主的にリハビリに取り組む姿がみられてきている。今後さらに利用者の行動変容を促すためには「利用者の自主性とリハビリの効果が一致する目標」を設定し、利用者が自主的に行動を継続することが重要となる。当通所リハビリテーションは吉田地域や隣接する地域で暮らす方々の在宅生活と健康を守るという大きな役割を担っているため、利用者へのインセンティブをしっかりと拡大していく必要がある。



写真3 勉強会后、テーマに沿った運動や体操を行う

そのほかの取り組みとしては、平成30年度の介護報酬改定後よりリハビリテーションマネジメント加算Ⅲの算定を開始し、現在では約95%（H31.3月現在）の算定を行っている。医師の参加によるリハビリ会議は、利用者や家族から好評を得ており、介護支援専門員や他職種の方々からも「能力把握ができた、連携強化に繋がった、普段気付かない課題に取り組める」等、サービスへ反映するためへの情報共有強化に繋がっている。

リハビリ会議を通して、利用者の在宅生活機能を

再確認すると同時に、利用者や家族の思いや希望、隠れたニーズを掘り起こすことで、前述した「利用者の自主性とリハビリの効果が一致する目標」を設定しやすくなった。

今後、リハビリ専門職は、利用者の状況、リスク管理、予後予測と目標を把握し、介護専門職との情報共有を図り、家族や関係者に積極的に情報発信できるマネジメント能力のスキルを高めていかねばならない。そのような観点からも、家族や介護支援専門員、他職種が参加するリハビリ会議を開催した事は大きな意味を持つこととなった。

利用者の在宅生活を支えるためには、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士がリハビリ専門、介護職は介護専門と分担するのではなく、職員全員がリハビリの視点を持ち、通所リハビリとしての質を常に高めていくことが重要である。

### （3）訪問リハビリテーションにおける取り組み

当院の訪問リハビリテーション（以下：訪問リハビリ）は、平成20年5月より近隣地域の需要増加に伴い、理学療法士1名により病棟と兼任で開始され、現在は理学療法士2名、言語聴覚士1名が病棟と兼任しながら提供している。当初は退院後の在宅フォローを目的に少人数に対し提供していたが、その後徐々に件数が増加してきたことをうけ、平成26年頃より拡充を進めることとなった。拡充の背景には、周辺地域に訪問リハビリのみを提供出来る事業所が存在しないことや、隣接市の訪問リハビリの供給不足などがあった。当院が拡充の際に着目したのは、「当院へ通院を行わず、係りつけ医の診療情報提供書のみで行う」「訪問看護ステーションをもつ介護支援事業所との役割分担」の2点である。前者は以前から明確化されていなかった部分ではあったが、外出が難しい利用者の現状をふまえ、所属する理学療法士県士会にも法律の解釈等を確認し、当院への受診は実施しないこととした。後者においては、訪問看護を必要としない利用者への介入を当院が担うというスタイルで周辺の事業所との関わりを増やしていくことに成功した。隣接する市へも当院から実施可能な範囲は積極的に受け入れてき

た。それらが当院の訪問リハビリ拡充の軸となった。事業計画として本格的に拡充を進めた平成 28 年度と比較すると平成 30 年度は約 2 倍の利用量となり、登録利用者も 30 名を越えている。

当院への訪問リハビリ利用者は、通所系サービスの拒否とその後の不活動による廃用症候群をはじめ、脳卒中、運動器疾患、認知症、難病、呼吸器疾患、心疾患、時にエンドステージの方など多岐にわたっている。疾患以外の付随する問題として、身体機能のみならず栄養状態不良・家族との不仲・服薬拒否・うつ病などがある。そのため、国が目指している「介護保険がいらなくなるほど元気になる」高齢者とはほど遠いのが当院利用者の現状である。そのような利用者への対応としては、身体機能や活動面への介入のみではなく、服薬や栄養面の伝達、家族同士の関わり方の伝達などを行っている。介護保険法にある「自助」の観点から、セルフトレーニングや生活上のアドバイスを積極的に行っている。

例えば、寝たきりに近い COPD の利用者（日常生活自立度 C1）へセルフトレーニングを推進し、下肢の筋肥大や呼吸困難感の減少など効果が得られた症例などである。上記のように当院で介入する利用者は様々な疾患や環境問題を抱えていることが多く、専門外の知識の習得にもスタッフ一同取り組んでいる。

先に述べたように、当院へ依頼がくる利用者は「不活動になり、能力も低下してきたので訪問リハビリ」というケースが多い。当院では、「対処」よりも「予防」の意識を高めてもらおうと、出来るだけ早期に介入を行うこと等（場合によってはアドバイスのみでの訪問等）を各事業所へ伝達を続けている。また、リハビリ専門職の予後予測が出来る強みを活かし、その利用者に対して訪問リハビリやその他サービス量の調整など介護支援専門員へ相談している。院内研修では、訪問リハビリの症例提示を通して、予防や自らが活動していく（自助）ことの重要性を伝え、病院内のスタッフへも働きかけている。

訪問リハビリの今後の展望としては、「当院から

の訪問診療との連携」が一つの理想像である。現在は遠方や他院係りつけの利用者が多く、周辺地域への認知度は高まっているが、近隣地域とは関わりが少ない。訪問診療と併せて、近隣地域への関わりを強めていきたい。また、地域の要支援レベルの高齢者に対して運動や生活上のアドバイスをすること等も介護支援専門員と協力して行っていきたい。

### 3. 今後の課題

国が地域包括ケアシステムの確立へ向けた取り組みを進める中、リハビリ専門職の役割は、病院での「身体機能回復のためのリハビリ」から、地域活動や社会参加を想定した「生活機能を重視したリハビリ」へと大きく変化してきており、また、予防を目的とした活動や、地域生活を送る上で直面するリハビリ関連の課題への働きかけも重要とされ、地域でのマネジメント能力が求められている。

地域生活上での問題は病気や障害の有無だけでなく、生活環境や社会的役割などからも強く影響を受けており、一人ひとりにどのような支援や関係調整が必要なのか、どのように問題解決すべきなのかをリハビリの視点から常に考えることが重要となる。さらに、予防という観点から言えば、病気は突然の産物ではなく、生まれた頃より積み重ねてきた生活習慣等にも起因することも少なくない。子供の生活習慣病(肥満、サルコペニア等)が懸念されている中、高齢者のみに注視することなく地域で暮らす方々に充実した支援が提供できるように取り組んで行かねばならない。

今後は当院や併設する施設を地域の社会資源と活かせるよう、フォーマルサービスに限らず、地域の需要を捉え、住民主体の取り組みや環境作りなどにも当院リハビリ専門職がマネジメント能力を発揮し、地域の方々の生活と健康を守る役割を果たしていきたい。