

退院後の生活まで責任を持つ、という覚悟。

毎日、リハビリテーションに励んだ患者さんは、いつか退院の日を迎える。

それは、患者さんはもちろん、スタッフにとっても嬉しい瞬間。その一方で、患者さんが退院後どのような経過をたどっているのか、ご自宅での生活をしっかり続けられているのかについては、これまで十分に把握する術がなかった。

そこで、鶴飼リハビリテーション病院では、地域包括ケアワーキンググループを立ち上げ、患者さんの退院後の生活を追跡調査する新しい試みに着手している。



3階病棟作業療法部主任 佐藤英人

「あの方は今、どうされていますか」退院後の生活を、電話で伺う。

立秋を過ぎたある日、鶴飼リハビリテーションのスタッフステーションで、ケアマネジャーに電話をかけるサブリーダー（※）の姿があった。「3カ月前に退院した山田さん（仮名）の生活状況についてお話を伺いたいのですが、よろしいでしょうか」。ケアマネジャーから快諾を得



たサブリーダーは、山田さんの現在の生活場所、要介護度、健康状態、身体機能、活動状況、社会参加などについて一つひとつ質問。ケアマネジャーの回答を、専用のシートに書き留めていった。

こうして細かく聞き取った退院患者さんの情報は、パソコンのデータベースに転記され、メールを使って、入院時に山田さんを担当していたチームメンバー（医師・看護師・療法士・医療ソーシャルワーカー）へ一斉送信される。

担当スタッフは誰しもが、「その後、元気にしていらっしやるだろうか」「楽しみにしていた旅行には行けたのだろうか」と気にかけている。サブリーダーから回答を受け取ったメンバーは、山田さんがしっかりADL（日常生活動作）を

※サブリーダー・サポーター制度

鶴飼リハビリテーション病院では、多職種が一つのチームを組んで、一人の患者さんを支えている。入院から退院までのチームマネジメントを行うのが「サブリーダー」で、入職2年以上の若手スタッフが担う。そのサブリーダーを、管理職クラスのスタッフが「サポーター」として支えることで、効果的なチーム医療を実践している。

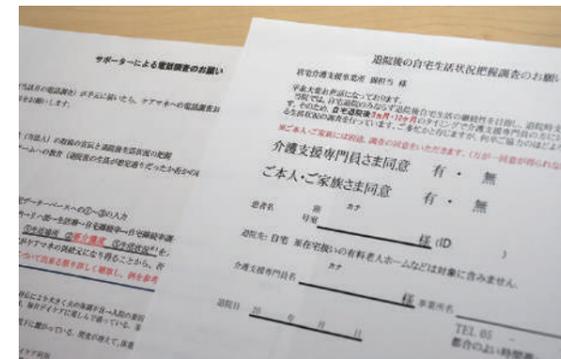
維持できており、奥さまと温泉旅行にも行ったことを知って、心から安堵したのだった。

この電話による追跡調査は、地域包括ケアワーキンググループの取り組みとして行われている。退院した日から3カ月後、12カ月後の年2回、ケアマネジャーを通じて、患者さんの自立度や生活状況を聞き取り調査している。



在宅復帰率に加え、注目される「在宅継続率」。

この追跡調査は、2018年に作業療法士の佐藤英人（3階病棟作業療法部主任）が立ち上げたもの。きっかけは、岩手県で行われた回復期リハビリテーション学会への参加だった。「近年、回復期リハビリテーション病院における在宅復帰率は上がっているが、これからは、在宅継続率（自宅に帰った患者さんのうち、自宅での生活を続けている人の割合）も指標にすべき」という趣旨の講演を聞いて、佐藤は大いに感銘を受けた。



学会から戻った佐藤は、すぐにレポートを仕上げ、翌年のリハビリテーション部の方針に〈在宅継続率〉という指標を加えるよう病院に提案。その後、自院の現状を把握し、データを分析する取り組みを開始したのだ。その方法は、担当のケアマネジャーに電話でアンケートを依頼するというもの。各病棟のサポーターに協力を要請し、退院前に行われるサービス担当者会議（※）の席で、サポーターからケアマネジャーに電話アンケート調査の協力を依頼する仕組みを構築した。

しかし、ただでさえ忙しいケアマネジャーやサポーターにとって、電話調査は大きな負担になると受け取られたのではないだろうか。「最初は心配したのですが、

実際はケアマネジャーさんから『退院後のことまで気にかけてくださるんですね』と、とても好意的に受け入れていただきました。調査の対象となった患者さんも喜んでくださっていると聞いています。サポーターの負担が増えることも気にしたのですが、皆、退院後の生活に関心が高く、快く協力してくれました」と、佐藤は振り返る。

こうして歩み始めたアンケート調査は、やがて院内で評価され、2020年度から地域包括ケアワーキンググループが発足し、より大々的に展開されることになったのだ。※患者さん、病院の担当スタッフ、在宅の担当スタッフが一堂に会し、退院後に必要なサービス内容を検討する会議。

退院を支援した自分たちが退院後の生活に責任を持つ。

身体機能を改善するだけでなく、生活・社会への復帰をめざす回復期リハビリテーション病棟において、在宅復帰率は極めて重要な指標であり、病棟の施設基準の要件にもなっている。では、そうした在宅復帰率に加え、佐藤たちが在宅継続率に目を向けるのはどうしてだろうか。

「これは、理事長も言っていることなのですが、退院し



たら終わりではない、ということ。ADLの改善をサポートし、退院を支援した自分たちが、患者さんのその後の生活にもしっかり責任を持つという意識が大切だと思います」。さらに佐藤は次のように続ける。「たとえば、せっかく入院中にADLを獲得できたのに、ご自宅に戻ってからADLが著しく低下し、要介護度が進んでしまったとしたら、その原因はどこにあるのでしょうか。もしかしたら当院のリハビリテーションや家族指導などの退院支援が至らなかったからかもしれませんし、退院後の介護サービスのプランニングに不備があったのかもしれません。もし至らないところがあれば率直に反省し、その教訓を次に活かすことが大切です。在宅継続率を指標にすることは、そうした問題点を抽出し、自分たちの医療・サービスを省みる意味でも非常に役立つと考えています」。

地域医療の中心は病院から在宅に移行し、病気とともに生きる人をいかに地域で支えていくかが重要な課題になっている。そのなかで回復期リハビリテーション病院もまた、ただ自宅に帰すだけでなく、少しでも長く在宅での生活を続けられるよう、リハビリテーションや退院支援に取り組んでいかなければならない。同院はそうした時代の変化を機敏に察知し、在宅継続率というアウトカム(成果)を新しい指標としてプラスしたのである。

在宅継続率を高め、 当院の強みにしたい。

今年度から動き出した地域包括ケアワーキンググループには、佐藤に加え各病棟から看護師1名・療法士1名が参加。月に1回、メンバーが集まり、データの情報共有や今後の活動方針の立案を行っている。また、電話調査は、サポーターだけでなく一部のサブリーダーも行う体制に変更し、ソーシャルワーカーがケアマネジャーへの橋渡しを担うことで、年間300~400名の患者さんを追跡できるようになった。

さらに、院内で、電話アンケート調査の意義や目的を共有するために、勉強会にも力を入れている。「コロナ禍で、大勢が集まることはなかなか望めません。そこで、音声付きのパワーポイントの資料を作成して、好きな時



間に見に来てもらうようにしたところ、たくさんのスタッフが見てくれました。勉強会の参加率はかなり高いと思います」と佐藤は笑みをこぼす。

今後の目標はどんなことだろうか。「この2年間で、療法士や看護師の在宅継続率への意識は非常に高まってきたと思います。今後は、医師やソーシャルワーカーにももっと関心を持ってもらえるように働きかけていきたいですね。たとえば、医師は退院後の患者さんの健康状態に高い関心を持っていますから、そういうデータをわかりやすく提示していこうと考えています」。さらに佐藤は、データの分析にも力を入れていく方針だ。「2018年度からの2年間のデータは手元にあります。これからさらに2年間データを取り、比較したいですね。それで、在宅継続率が上がっているようなら、私たちの退院支援の質が上がっていることになります。そうしたデータをきちんと示すことができれば、地域の皆さんに当院の実力をわかりやすく発信することもできます。データの収集と分析を通して、在宅継続率という指標をきちんと役立てていきたいと思っています」。



For the Best Rehabilitation

Topic 1

2019年度から、年次報告書に〈在宅継続率〉を掲載。

在宅継続率のデータは、職員に広く周知するため、2019年度から鶴飼リハビリテーション病院の年次報告書にも掲載されている。

その2018年度データによると、退院後3カ月の在宅継続率は92%、退院後12カ月は72%だった。3カ月後に在宅生活を継続できなかった人は全体の8%で、11名。そのうち6名が入院、施設入所が1名、死亡が4名である。12カ月後になると、在宅生活を継続できなかった人は24名



に増加。そのうち12名が入院、施設入所が3名、死亡が9名だった。

このデータから見てくるものは何だろうか。「まず退院後3カ月は当院でのリハビリテーションの結果が色濃く反映される期間です。この間、92%の人が自宅での生活を続けられたというのはまずまずだと思います」と、佐藤は評価した上で、「決してここで満足することなく、100%をめざしていきたい」と話す。「たとえば、併存症のある患者さんには予防的に訪問看護をつけることで、その後の入院や死亡率を下げるができるかもしれません。また、要介護度が3以上になると施設入所の割合が増加する、というデータも出ていますので、要介護度を2までに抑える工夫ができれば、施設入所を減らせる可能性もあります。いろいろな角度から検討し、入院中そして退院時、どんな介入をすればよいか改善策を導き出していきたいと考えています。そして、その上で、さらに長期間の在宅継続をめざしたいです」(佐藤)。

Topic 2

取り組みの成果を学会で発表し、地域のモデルに。

佐藤は2018年からの2年間の取り組みをまとめ、回復期リハビリテーションの学会や愛知回復期リハビリテーションの会などで発表している。今後、研究したいのは、在宅継続率と要介護度の経年変化の関係だということ。これから2年間のアンケート調査の結果を分析し、研究論文に仕上げる計画だ。

このように臨床研究の成果を積極的に発表しているベースには、「地域のリハビリテーション医療をリードする立場にある病院として、愛知県のなかで医療の質を示す指標のモデルを示していきたい」という佐藤の思いがある。「私たちの取り組みを一つのモデルとして提示し、賛同してくれる病院の方にこの指標をどんどん使っていただきたいと考えています。そうすることで、ある程度、普遍的な傾向が見えてくるし、私たちが取り組

むべき課題もより明確になっていきます。まずは愛知県で先陣を切って、在宅継続率という指標を役立てる取り組みを始め、やがて全国へと広げていけたら素晴らしいと思います」。佐藤は力強い口調で意気込みを語った。



Support Party!

通所リハビリ ウカイ

■通所リハビリテーション（1～2時間）・（3～4時間）

病院でのリハビリと同等のリハビリの提供に努めています。

介護保険で行う通所リハビリテーション施設（デイケア）です。利用者さんの状態やニーズに合わせ、医師やリハビリ専門スタッフがサービスを提供します。理学療法士・作業療法士・言語聴覚士を配置し、病院でのリハビリ（医療保険）が終了となった場合でも同等のリハビリを提供できるよう努めています。

日常生活での動作獲得やコミュニケーション能力の向上をめざし、身体機能や筋力の維持・向上がはかれるようプログラムを立案。個別リハビリ、機器での筋力強化やマッサージ、物理療法の低周波やホットパック等を行います。



施設概要

体力や基本動作能力の向上をはかりたい方を対象に、20～40分の個別訓練と1～3時間程度の自主訓練を行います。

対象：要介護・要支援認定の方
ご利用日：月～金曜日
(祝祭日、年末年始を除く)

ご利用時間：午前 9:00～12:30
午後13:30～17:00

サービス内容
○3つのコースと利用者に応じた個別リハビリテーション
○健康状態の確認(メディカルチェック) など
※食事・入浴・送迎はありません。

鵜飼病院

地域に密着した病院として、患者さん・ご家族を支えます。

当院は、地域に密着した病院として近隣の病院や診療所と連携を取り、患者さんにとってより快適な入院診療・外来診療を提供できるよう努めています。急に体調が悪くなられた方や、救急車の受け入れにも対応しており、整形外科手術も行っています。

また、患者さん、ご家族の「自宅で生活を」という気持ちにお応えできるよう、リハビリテーションにも力を入れています。法人内外の居宅介護支援事業所や訪問看護ステーション等の介護保険サービス事業所と協力し、患者さんのご自宅での生活を支えます。



施設概要

リハビリテーションを中心に医療・福祉活動を展開しています。最先端設備と人に優しい環境を整え、患者さん一人ひとりを支えます。

診療科目：内科・神経内科・外科・消化器外科・整形外科・リハビリテーション科・放射線科

病床数：120床（一般病床30、地域包括ケア病床30、療養型病床60）

外来受付時間
月～金曜日 9:00～12:00 / 15:30～18:00
土曜日 9:00～12:00
休診日 日・祝

※在宅医療サービス、介護保険サービスも行っています。

老人保健施設 第1若宮

■通所リハビリテーション（6～8時間）

利用者さんの笑顔が職員の励みです。



第1若宮では、年間を通して、節分や夏祭りなど季節に合わせた行事のほか、お花見や遠足などの外出行事を実施しています。

行事では、機能訓練や認知症の進行予防の援助も取り入れながら、利用者さんが、ご自分の能力に合わせて楽しんで参加していただけるよう配慮しています。

利用者さんが行事で見せてくださる笑顔が、職員の励みになっています。これからも、一人でも多くの利用者さんに、楽しんで参加していただけるような行事を企画していきます。

施設概要

介護を必要とする方を対象に、心身機能の維持・向上のためのリハビリを提供するとともに、入浴・食事・送迎サービス等も行います。

対象：中村区にお住まいの要介護認定の方
ご利用日：月～土曜日
(祝祭日、年末年始を除く)

ご利用時間：9:50～16:10
サービス内容
○理学療法士、作業療法士によるリハビリテーション
○日常生活の援助
(健康状態の確認、入浴・食事の介助等)
○在宅生活における各種相談

鵜飼リハビリテーション病院

■通所リハビリテーション（1～2時間）

利用者さんの状態に合わせ、専門スタッフがリハビリや運動を実施します。



介護保険で行う通所リハビリテーション施設（デイケア）で、1時間30分の短時間型通所リハビリを提供しています。病院を退院した後、安心してご自宅での生活が送れるよう、専門スタッフ（理学療法士）が利用者さんの状態やニーズに合わせ、個別リハビリ（20～40分）や機械を使つての運動（40～50分）を実施します。

また、平成24年から、要介護者の方に限りお宅への訪問を始めました。実際の生活現場で情報収集を行うことで、解決が必要な課題を明確にし、より充実したリハビリを提供できるよう、スタッフ一丸となりサポートしています。

施設概要

利用者さんの状態に合わせ、20～40分の個別訓練と1時間程度の自主訓練で体力や基本動作能力の維持・向上をはかります。

対象：要介護・要支援認定の方
ご利用日：月・木・火・金・水・土
(祝祭日を含む)

ご利用時間：午前 9:00～10:30 / 10:30～12:00
午後13:00～14:30 / 14:30～16:00

サービス内容
○筋力増強訓練や関節運動など
○食事・排泄・更衣・入浴など日常生活動作
○在宅環境の整備
○ホームプログラムの指導 など
※食事・入浴・送迎はありません。

大門訪問看護ステーション

短期間の利用も可能。退院後の不安を取り除きます。

「退院後すぐに体調が悪くならないだろうか」「自宅でどんな運動をすればいいのだろうか」「トイレやお風呂の介助がうまくできるだろうか」など、退院後の不安はどなたもお持ちだと思います。

当ステーションでは、退院前のリハビリ見学等を通して入院スタッフからの情報収集を実施しており、退院後、看護師やリハビリスタッフ（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士）が週1～2回程度訪問して、ご本人の状態や環境に合わせた指導・援助をしています。退院後から生活が落ち着くまでの短期間利用も可能です。



施設概要

看護師、リハビリスタッフがご自宅に訪問し、利用者さんやご家族が安全・安心に暮らせるよう、在宅生活を支援します。

営業日時：月～金曜日 9:00～18:00
(祝祭日、年末年始を除く)

サービス提供地域：中村区・西区・中川区
サービス内容
○健康状態・病状観察
○日常生活の支援
○医療処置・カテーテル管理支援
○在宅リハビリテーション
○看護・介護・住宅改修・福祉用具の助言、相談 など
※ご利用にあたっては医師の指示書が必要です。ステーションにお問い合わせいただくか、ケアマネージャーにご相談ください。
※看護師の24時間対応。