

通所リハビリでのマネジメント

リハビリマネジメントを通して卒業に至った事例紹介

カトレア 通所リハビリ
作業療法士
渡邊恒太

今回のテーマ・講義の内容

通所リハビリにおける目標設定について
(発表者が意識している目標設定)

目標達成と卒業(移行支援加算)に関して

カトリアにおける卒業(移行支援)利用者の状況・取り組み

事例紹介(目標達成によりデイサービスへの移行につながった事例)

通所リハビリの目標設定について (発表者が意識している目標設定)



目的と目標の違い

目的:

目指すべき的. 最終地点

目標:

目的にたどりつくための通過点

通所リハビリの計画に例えると...



目的	<ul style="list-style-type: none">・自宅で安全に過ごせる・いきいきと生活する事が出来る
目標	<ul style="list-style-type: none">・伝い歩きで屋内を転倒なく移動する事が出来る.・老人会に再び参加する事が出来る

➡ 抽象的

➡ 具体的

目的の要素が多くなると達成の判断難しいため、可能な限り目標の要素を強めた計画が望ましい

リハビリテーションの目標設定で留意する事

- 対象者自身に意味があるもの
⇒ 目標到達する事でその人らしさにつながるもの
⇒ 設定する事で利用者自身の心が動くもの



- 言いなりになるわけではなく、想いを感じつつ生活状況や状態に合わせた目標設定が必要
- 利用者や家族・支援者で議論のもと決定していく

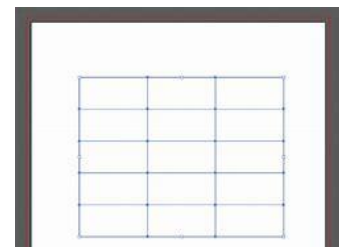


SMARTの法則

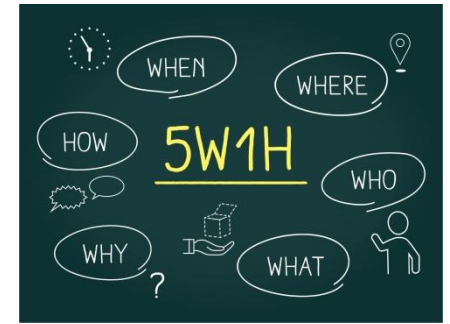
S: Specific	具体的である
M: Measurable	測定可能である
A: Attractive	達成可能である やりたいことである
R: Realistic	現実的である 対象者に関係がある
T: Time-related	目標期限が明確的である



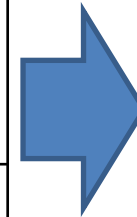
念頭に置く事で目標を深める事が出来る



5W1Hを用いる



When	いつ・どの時期に？
Who	誰か？
Why	何のたために行動するのか？ 役割は？
Where	どこで？
How	どのようにするか？
What	目的の何を？



目標に加える事で
より具体化される

例)

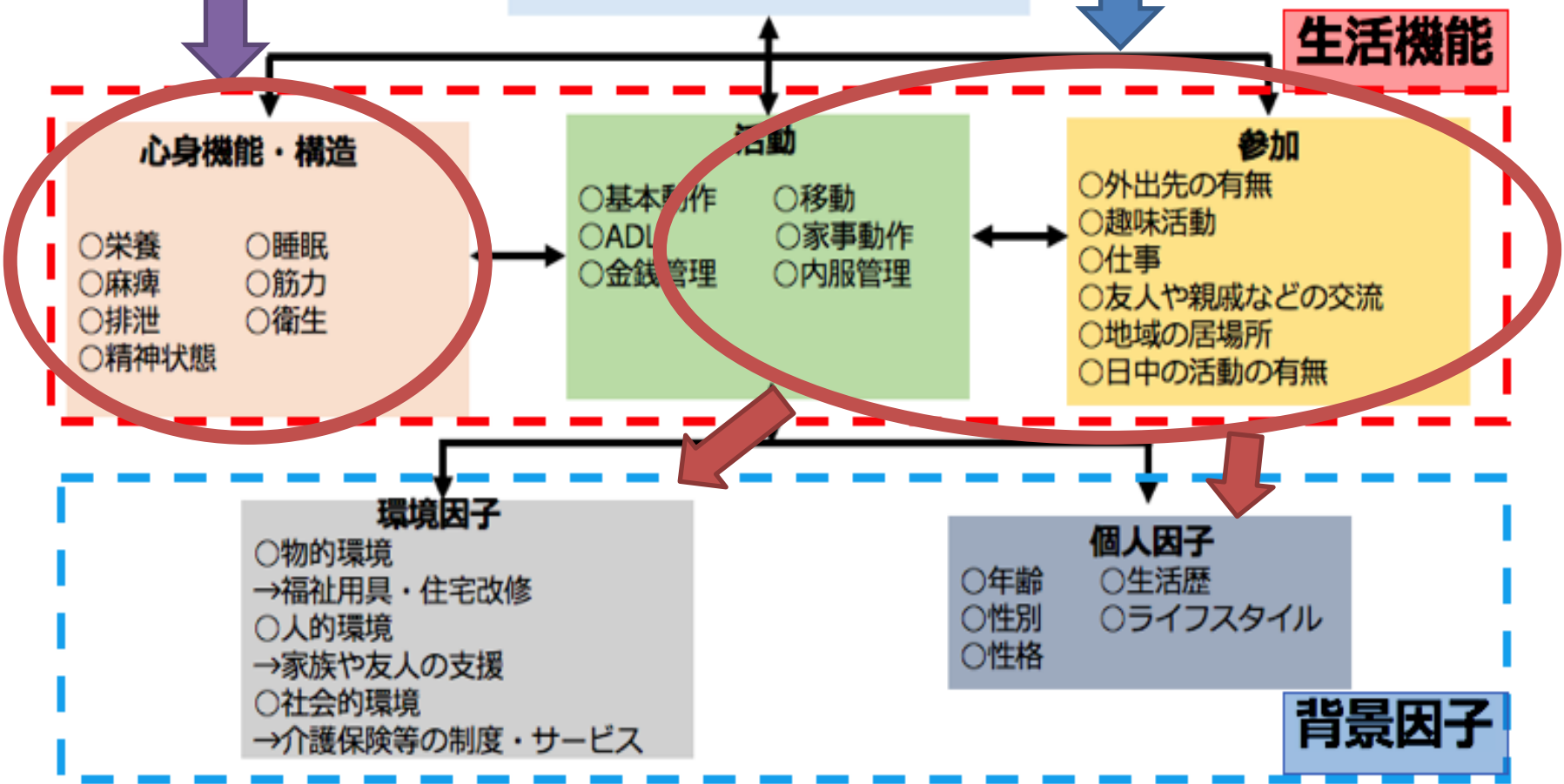
一年後(When) Aさんは(Who) 仲の良い友人達に逢って元気な姿を見せるために(Why) 2km離れた公民館(Where)へバスに乗って(How) 出かける事が出来る(What) ようになる

ICF(生活機能分類)の活動・(特に)参加レベルを意識する

リハビリに対する依存・半永久的なリハビリ介入に陥りやすい

健康状態
○疾病と症状
○既往歴
○服薬内容

対象者のらしさ・自律した生活につながる



背景因子

目標達成とデイケア卒業（移行支援加算） に関して



令和2年10月の厚労省文科会より

- 一定期間リハビリテーションをやって、その後通所介護につなげていくことが理想であり、通所リハビリテーションと通所介護の役割分担を考える

令和3年4月の改定では

- 移行加算の見直し
- 要支援者における長期利用者の減算適応



以前より増して
通所リハビリの卒業が求められてきている

通所リハビリ卒業（修了）を困難にする要因例

利用者

- リハビリがなくなったら不安
- 環境を変えたくない …etc

- リハビリがなくなってまた悪くなったら嫌だ

打開策を考えていかななくてはならない

ケアマネ

- リハビリがなくなって悪くなる認識
- 高齢者は落ちていくもの（悪い時のイメージが強い）…etc

リハビリ

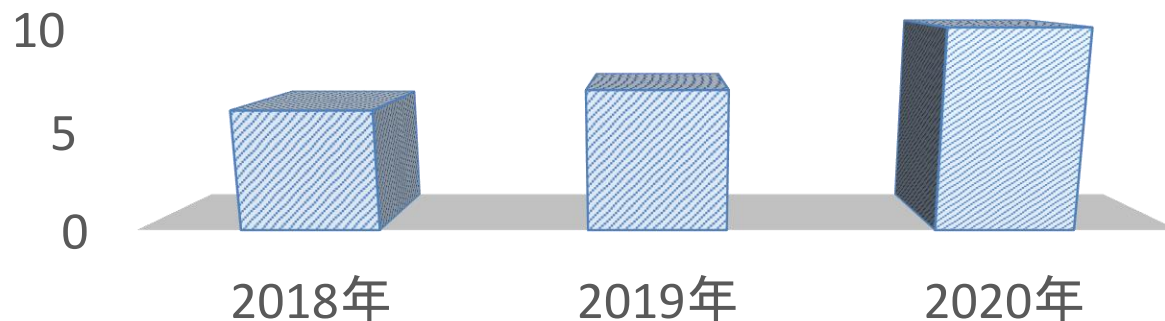
- 開始時の説明不足
- 信頼されている中で言いにくい
- リハビリが離れた時のイメージが出来ていない…etc

カトレアにおける卒業(移行支援)利用者の 状況・取り組み



近年カトリア卒業利用者の状況と取り組み

カトリア通所の卒業利用者推移



社会参加支援加算(今年度から移行加算)は算定出来ているも、チームで計画的・連携した中での卒業はまだ少ない状況

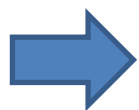
令和3年度より

- 卒業推進班の設立
- 卒業強化指定の利用者を挙げ、チーム内で進捗共有
- 月に1回、卒業カンファレンスの実施

など新たなシステムを導入

2021年6月現在の卒業利用者

利用者	介護度	到達した目標	利用期間	移行先
A様男性	要介護2	通所サービスの定着	3か月	デイサービス
B様男性	要介護3	屋外歩行・買い物の獲得	1年4か月	デイサービス
C様女性	要介護2	家事・買い物の獲得	6か月	デイサービス
D様女性	要介護1	図書館に通う	2年	デイサービス
E様男性	要介護1	散歩に行けるようになる	1年	なし
F様男性	要介護5	奥様の介護負担軽減	5年	デイサービス



例年より卒業利用者は増加傾向

●卒業に至った利用者の特徴

- ・ADL能力・移動能力の高さ
- ・依存的でない(自立心がある)
- ・リハビリ介入の必要性が低い
- ・目標達成者
- ・他のサービスが適切である

・・・etc

卒業が困難な事例

- 長い間利用を継続して生活の一部になっている利用者
- リハビリから離れると生活に支障をきたす利用者
- 卒業に意思が向いていない利用者
- 卒業によりメンタル的な負荷が生じやすい利用者
- デイサービスでの適応が難しい利用者

・・・etc

全ての利用者に卒業(デイサービスへの移行)を促すわけではない

ここまでのまとめ

- 通所リハビリの適切な目標設定について説明
(目的と目標の違い・SMARTの法則・5W1H・ICF
の参加レベルに着目・・・など)
- 目標達成とデイケア卒業(移行支援加算)について)
- カトレアの取り組みについて報告

事例報告

独居生活適応と買い物に行く事が可能となり、デイケア卒業に繋がった
60代男性の報告

一般的情報

氏名:A様

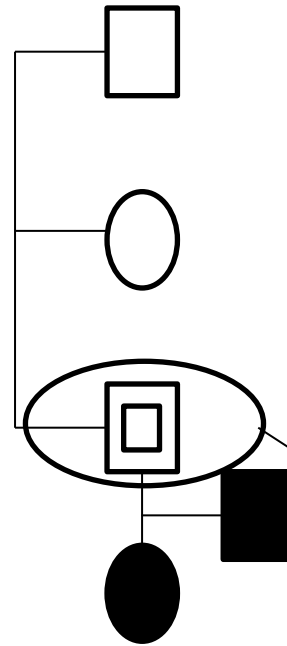
年齢:60代

性別:男性

主病名:脳出血

介護度:要介護3

キーパーソン:兄(遠方)



一軒家(バリアフリー)
にて一人暮らし

生活史と通所リハビリ利用の経緯

- ・20代で上京し、郵便局員として30年以上勤めあげる.
- ・50代で奥様が倒れ要介護状態となったため、早期退職.
- ・奥様他界後、定期的にゴルフ・飲み会と楽しんでいたが脳出血を発症.
- ・発症後、回復期リハビリ病棟で半年間リハビリに励み、入浴以外のADLは自立レベルに至る

キーパーソンの兄は退院してすぐ独居になる事を心配

退院してすぐに家には帰らず、実家の〇県に戻る運びとなる



実家で1年間療養の後、本人の強い希望で東京に戻り1年半振りに一人暮らしを再開する



東京に戻りカトレアデイケアの利用が開始される

開始時の生活自立度

移動

屋内杖歩行自立
屋外未実施

トイレ

手すり使用し自立

食事

昼・夕で配食サービス

入浴

デイケアで対応

掃除・洗濯・買い物

ヘルパーで対応



左片麻痺はあるも
入浴以外のADLは
自立しサービスを
利用しながら独居
生活を営んでいた



東京に戻ってきてからの生活




- ケアマネ付添いで通院する事とデイケアに通う
以外は閉じこもりがちな生活
- ただ、友人が訪ねて差し入れを持ってきてくれるなど、交流はゼロではないとの事
- 一年振りの一人暮らしなので「まだ、手探りだよね」と不安な様子で話される
- 一人での外出は未実施



開始時のCOPM①

挙げられた作業	重要度	遂行度	満足度
友人とゴルフに行く	10	1	1
買い物に行く	7	4	1
自宅での入浴	7	1	1
2階に服を取りに行く ←(事前情報で得られていた希望)	3	1	1

- 
- ・「友人とゴルフに行く」が最も重要度の高い点となった
 - ・ 自宅での入浴、買い物に行く事が次に高い重要度であった
 - ・ ヘルパーに依頼しているためか「買い物」の遂行度は4点であったが、他の作業は遂行度・満足度共に1点が占めている状態であった

作業の獲得に向けた介入①

買い物に行く



玄関へ手すり
設置



屋外歩行練習



筋力強化練習



自主練習指導

自宅での入浴



動作練習



フロアでの個浴
実施・指導

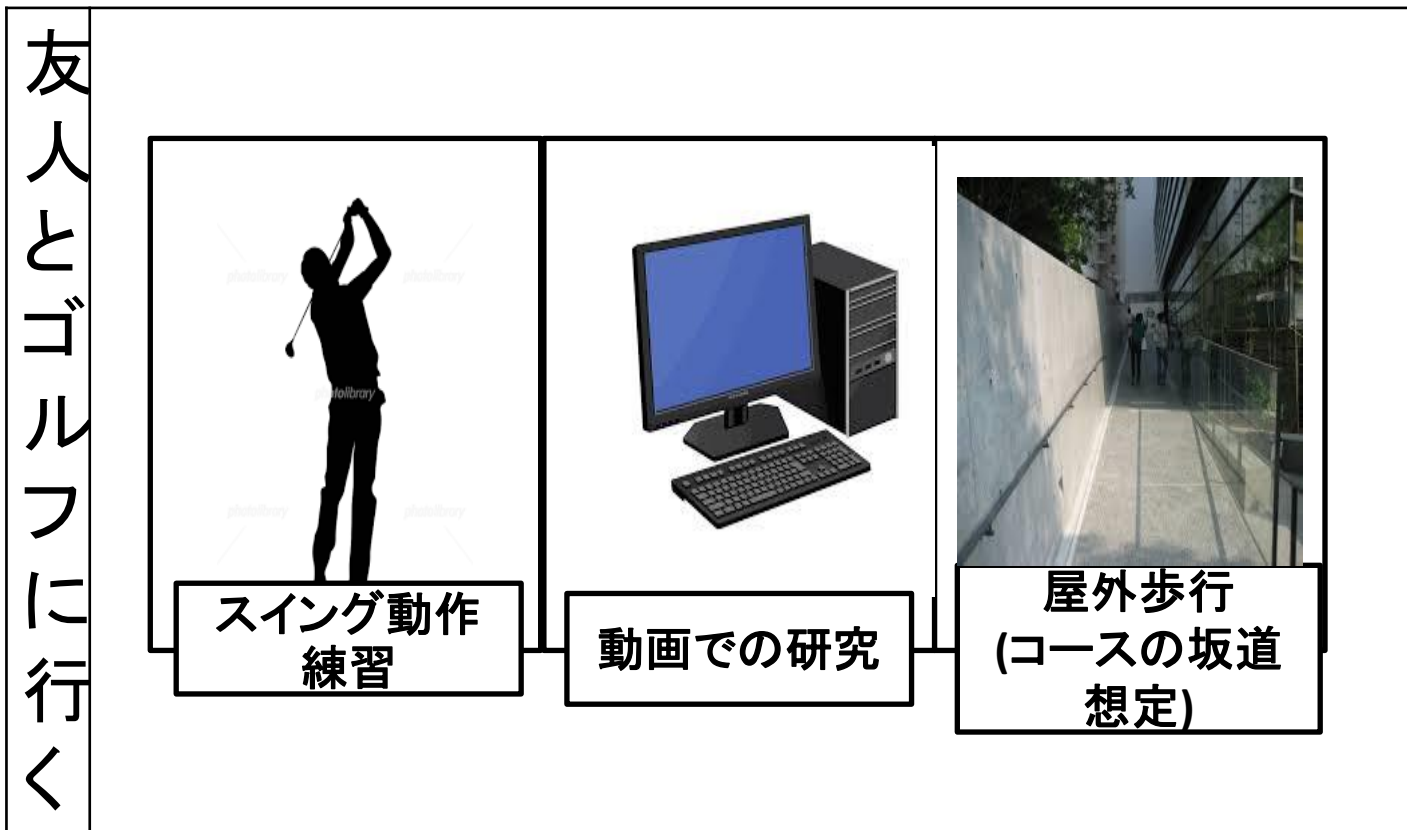


福祉用具の購入



訪問リハビリ
の提案・導入

作業の獲得に向けた介入②



「もとのような打ち方で」ではなく「今の身体で行える方法」を本人がイメージし受け入れていけるよう支援

介入場面(一部)



リハビリ会議の内容と経過

1回目

- COPMで挙げた希望の確認と共有
- 屋外に出るために、新たな手すりの提案を行う

2～3回目

- 自宅生活での適応状況を確認・共有
- 施設内での入浴が定着したため、家での実施に向け福祉用具の提案を実施
- 訪問リハビリの導入も開始していく

4～5回目

- 屋外の歩行を継続し、目標としていた買い物に行く事が可能となる
- 入浴は実家のお兄様が心配され「サービスで入れるのなら入って欲しい」との要望あり。入浴のヘルパー導入も本人はカトレアでの入浴を希望。

6回目以降

- 一人で外出する事が当たり前になる
- 入浴は訪問リハビリでも継続してアプローチするが、カトレアでの入浴を変わらず希望される
- 自立度向上に伴い、介護度が下がる事を想定してサービスを減らす事や・デイケア卒業について説明していく

COPM変化(介入6か月)

挙げられた作業	遂行度	満足度
友人とゴルフに行く	1⇒1	1⇒1
買い物に行く	4⇒10	1⇒10
自宅での入浴	1⇒3	1⇒6
2階に服を取りに行く	1⇒10	1⇒10

コロナの影響を受けるが...

- ・ゴルフ場で働く友人がおり環境面に強み
- ・庭にネットを張るなど意欲は衰えず



訪問リハビリの介入もあり
点数向上が見込める

遂行度の変化=(介入後遂行平均)-(介入前 遂行平均)

$$6 - 1.75 = 4.25 \text{ 点の向上}$$

満足度の変化=(介入後満足平均)-(介入前満足平均)

$$6.75 - 1 = 5.75 \text{ 点の向上}$$

遂行度・満足度共に臨床上、明らかな向上

通所リハビリを利用してからの生活変化

	介入前	介入 半年以降
ケースの発言・様子など	「わからない事ばかり」 「まだ手探りだよね」 不安感	「(生活は)問題ない」 「満足だね」 満足感
外出機会	ケアマネと通院するのみ	杖使用し一人で週1回以上の買い物・散歩
課題	自宅生活の適応 外出を可能にする事	減量 ゴルフをする事
サービス	ヘルパーを週3回 デイケアを週2回	デイケアとデイサービスを週1回ずつ・ヘルパーを週2回
入浴	全てサービス	時折 シャワー浴 浴槽に入る事は通所

事例が卒業に至るまでの流れ

面接で目標
の確認

- 屋外歩行
- ゴルフ
- 入浴など

介入

- 通所リハビリ内での練習だけでなく、自主練習の提案や助言・介護との連携・手すりや福祉用具など環境面にもアプローチ

・目標の到達と通所の役割・卒業について説明

目標の到達
具合を確認

- リハビリ会議で適時実施

CM

繰り返し

事例へ

デイケア卒業へ

通所リハビリの必要性についてCM・事例と検討

卒業時のサービス担当者会議

- これまでの経過
- 事例が望む事
- サービス利用時の様子
- 今後必要な支援などを共有



デイサービス職員

デイケアセラピスト

事例

デイケア相談員

CM

ヘルパー

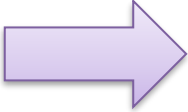
生活に問題が生じるなど、必要に応じてカトレアに戻る事も可能である事を伝える

目標達成後の関わり

目標達成後

「情があるので」
「せっかく慣れたから」
「麻雀がやりたいから」……etc

- 次のステージに移行する事に難渋した時期……



事例にとって通所リハビリの利用が
「目標」⇒「目的」に変化してしまっている状態

目標達成後、卒業に至れないケースでありがちな状態

目標達成後、卒業に至れた今回の事例

- 定期的なりハビリ会議で生活状況や目標達成状況など進捗確認が出来た事もあるが・・・

CMが



- ケースの要望だけを重視していなかった
- 生活状況が変化しても目標と目的を区別する事が出来ていた
- ケースの今後の事や自立支援を見据えていた
- 通所リハビリの役割や国の方針を理解し適切な判断をしていた……

⇒これらを踏まえてアプローチ



卒業に至れた大きな要因

事例のまとめ

脳出血を発症し、療養を経て1年半振りに自宅に戻る60代男性の通所リハビリの支援について報告

独居生活に適応し、目標達成に至った事で、通所リハビリ卒業に至った内容を報告

講義のまとめ

- 通所リハビリでの目標や卒業事例をテーマに講義
- デイサービスへの移行は通所リハビリの役割の一部である
- 今後、他のテーマにおいても他事業者様・CMと更に連携し、より良い支援をしていければと考える

ご清聴ありがとうございました