

在宅生活を支える通所リハビリテーション ～短時間デイケアを立ち上げて～

久保綾子, 小幡彰一, 佐々木修一, 澤田浩至

舞鶴赤十字病院リハビリテーション科

要旨:

近年の診療報酬改訂では要介護被保険者の維持期リハビリテーション（以下、リハ）に関して、医療から介護保険への移行を推進している。地域にリハ資源が少なく、長年、当院が維持期リハの役割も担っていたため、平成27年2月から短時間通所リハ（以下、短時間デイケア）を開設することとなった。理学療法士1～2名（訪問リハ兼任）で担当し、利用時間は1時間以上2時間未満で送迎はなく、各利用者週1回の利用にしている。指示医は当院の医師に限定し、診察や投薬状況、画像などが確認できる。おおよそ決まったセラピストが対応でき、訪問リハスタッフが兼任しているため必要に応じて居宅訪問できる。自主トレーニングと個別リハで長時間関わられ、これまで外来リハを継続できなかった患者も継続して通所できるようになった。利用者13名のうち要介護度は2名で改善がみられ、Barthel Index（以下、BI）は3名で改善がみられた。機能訓練だけでなく、生活に即したプログラムを立てられたことでADLの改善にもつながった。短時間デイケアは維持期リハの受け皿としてだけではなく、機能や日常生活動作能力を高める有用な手段になり得ると考える。

I. はじめに

近年の診療報酬改訂により、要介護被保険者の医療保険での維持期リハは介護保険でのリハに移行していくよう推進されている。地域にリハ資源が少ないこともあり、長年当院が維持期リハの役割も担っていたため、当院でも平成27年2月から短時間デイケアを開設することとなった。短時間デイケア立ち上げまでの流れと、一年間運用してみえたメリットと課題について以下に報告する。

II. 当院短時間デイケアの紹介

当院の短時間デイケアは、医療外来と共有スペースで行っており、常勤理学療法士は1～2名、指示医は当院の医師に限定している。送迎はおこな

ていない。火曜と木曜の週2回、午前中に2グループ1時間半程度実施している。各グループ定員は10名だが、現在それぞれ3～4名で施行している。個別リハビリテーションも必ず組み込んで、必要に応じて作業療法、言語聴覚療法も受けることができる。個別リハビリと自主トレーニング、物理療法を混ぜながら1時間半程度の利用となっている。各利用者、介護度に関わらず週1回のみの利用にしている（図1）。利用者13名の要介護度の内訳は、要支援者が7名、要介護者が6名となっている（図2）。

利用者は入室後、まず自分で血圧を測定し、日付・名前を書いて測定値を記載してもらう。測定できない場合はセラピストがフォローするが、日

	月	火	水	木	金
8:30～10:00		10名まで (現在3名)		10名まで (現在3名)	
10:00～11:30		10名まで (現在4名)		10名まで (現在3名)	

個別リハ(20分)
自主トレーニング
物理療法

各利用者週1回のみ

図1 当院の短時間デイケアスケジュール

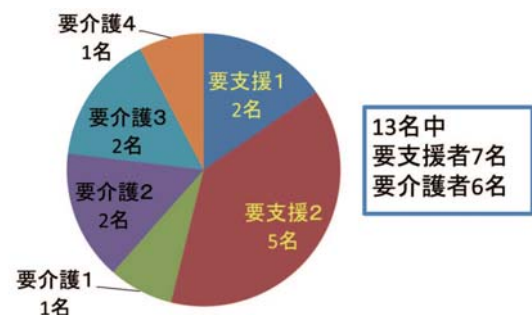


図2 利用者の要介護度（平成28年2月現在）

付がわかっているか、いつもと同じ事ができているかの確認もかねて行ってもらっている。その後、個別リハビリテーションを受ける方、自主トレーニングをされる方に分かれて開始する（図3）。自主トレーニングはセラピストが立案し、自転車エルゴメーターやマシントレーニング、階段昇降練習などを行っている。また、物理療法も必要に応じて実施している。マシンの設定や、マシン間の移動に介助がいる方はセラピストが対応している。慣れてきて、自分で設定できる人は、声かけ・見守りのもと、自分で行ってもらっている（図4）。短時間デイケア開始前には、必ず居宅訪問を行い、移動手段・動線の確認、改修や福祉用具貸与などでの環境調整の提案を行う。それ以外にもヘルパーとの入浴時の介助方法など、動作指導でも居宅訪



血圧測定（自分で測って記載） 個別リハビリテーション

図3 短時間デイケアの様子



図4 自主トレーニングの様子



- ・移動手段、動線の確認
- ・環境調整（改修、福祉用具貸与）
- ・動作指導（ヘルパーへの入浴介助方法）
など

図5 居宅訪問

問している（図5）。

病院で行う短時間デイケアの利点としては、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を完備していること、必要な検査がすぐに行えること、指示医を当院の医師に限定しているため、緊急時の対応・指示をすぐに仰ぐことができること、レントゲン画像が確認でき、診察・投薬状況を把握することができること、などが挙げられる。

Ⅲ. 結果

短時間デイケアを1年運用した結果、利用者13名のうち、介護度は2名で改善した。その内訳は要介護3から要支援2が1名、要介護3から要介護1が1名であった。

BIは3名で改善しており、その内訳は5点改善が2名、10点改善が1名であった（図6）。改善があった項目は、整容、平地歩行、更衣、階段昇降であった。また、BIには反映されなかったが、入浴をシャワー浴のみで済ませていた利用者が浴槽へ入ることができるようになった、自宅内で車椅子移動していた利用者が歩いて移動するようになった、などの変化も聞くことができた。

運動習慣がつき、生活に変化があった利用者もある一方、利用時以外に運動が継続できなかった利用者もあった。また、終了者や終了の見通しのある利用者はいなかった。

- ・利用者13名のうち、介護度は2名で改善

要介護3→要支援2
要介護3→要介護1

- ・ Barthel index (BI) は3名で改善

5点改善2名
10点改善1名

図6 デイケア1年運用しての結果

Ⅳ. 考察

医療における外来リハと異なり、短時間デイケアは開始前に居宅訪問することでより生活面に即したプログラムを立てやすい。また、医療での外来リハの時よりも家族と話をする機会が多く、サービス担当者会議にも出席できるため、利用者を取り巻く人々から情報収集ができる。週1回の運動習慣が定着し、より運動時間が長くなることで身

体機能面の向上もあったが、問題点に対しては機能訓練だけでなく住宅改修の提案や必要な道具の作成、ヘルパーへの介助方法指導などを実施できたこともADLの改善につながったと考えられる。また、状態悪化時にスムーズに受診していただくことができ、そのまま帰宅させることなく主治医の指示を仰ぐことができたことは病院でおこなうデイケアのメリットである。高齢で内科疾患の合併がある、気管切開をしており痰の貯留が多いなど、医療必要度の高い利用者が安心して運動を行うことができたのではないかと考える。

運動習慣が定着しなかった利用者に対しては送迎される家族を巻き込む方法も考えられる。岡本らは病院に併設しているフィットネスジムの協力を得て、ジムでの短時間デイケアを実施している。その際、希望する家族は本人と一緒に利用し汗を流してもらうことで運動時間が長くなったとしている¹⁾。

今年度の診療報酬改定では、要介護被保険者の疾患別リハビリテーション料が下がったが、リハの必要な要介護被保険者を短時間デイケアへ移行することで、病院の収益も増加した。要介護被保険者が医療での外来リハを受けることが難しくなっていく状況の中、短時間デイケアという選択肢が増えれば、利用者・家族にとっても病院側にとってもメリットがあると考えられる。

ADLが向上し、生活目標を達成できた利用者を延々と短時間デイケアに留めるのではなく、終了しても自立生活が継続されるような支援が必要である。そのためには利用しているサービスとの連携から街の民生委員や近所の住民までの連携が必要となってくる²⁾。自宅の中だけをみるのではなく、短時間デイケアを終了したその先も見通していく必要がある。

V. 結語

外来リハビリテーションを受けていた時よりも長時間関わることができ、必要に応じて居宅訪問したことで介護度やBIで改善がみられた人もいる。短時間デイケアは維持期リハビリテーションの受け皿としてだけでなく、適応の是非はあるが、機能や日常生活動作能力を高める有用な手段になりうる。

今年度の診療報酬改訂では、要介護被保険者は平成30年の3月までに介護保険でのリハビリテーションへの移行を推進している。今回、短時間デ

イケアにおいても機能・ADLの改善に効果が得られることがわかったことから、今後、短時間デイケアの開設曜日・担当セラピストを増やし、リハの必要な要介護被保険者を短時間デイケアへ移行していくことも検討していく。

【参考・引用文献】

- 1) 岡本隆嗣, 岡光孝, 松田秀之ら: 通所リハビリテーションにおける医師の役割と可能性—短時間通所リハにおける医師のかかわり. 地域リハビリテーション, 18: 579-584, 2013.
- 2) 浜村明徳: 地域包括ケアシステムにおける通所リハビリテーションの役割と可能性. 地域リハビリテーション, 18: 572-577, 2013.