

口演 | リハビリテーション

2025年11月27日(木) 13:00 ~ 14:00 第4会場 (海峡メッセ下関 9F 海峡ホール)

[O-L009] リハビリテーション9

座長：藤田 真介 (介護老人保健施設アルボース)

13:00 ~ 13:08

[27-O-L009-01]

屋外歩行強化で在宅高齢者の屋外活動を支えたい！

大阪府 ○山住 恵, 西山 晃秀, 面谷 知一, 塩田 敏久 (松下老人保健施設はーとぴあ)

13:08 ~ 13:16

[27-O-L009-02]

歩行予備能における評価指標としての有用性

長野県 ○笠原 健稔, 大兼政 亮起, 寺澤 翔也, 牛山 保乃花 (社会福祉法人 サン・ビジョン 大型デイケアセンター グレイスフル下諏訪)

13:16 ~ 13:24

[27-O-L009-03]

交流がカギ。独居再建ストーリー

地域とつながる在宅リハ物語

神奈川県 ○鈴木 恵美 (介護老人保健施設野比苑)

13:24 ~ 13:32

[27-O-L009-04]

行動変容ステージを活用した自宅復帰への取り組み

福岡県 ○野田 征吾¹, 長野 剛¹ (1.介護老人保健施設高良台, 2.介護老人保健施設高良台)

13:32 ~ 13:40

[27-O-L009-05]

利用者の主体性を引き出す効果的な支援を目指して

当施設訪問リハビリの目標に関する認識調査の報告

東京都 ○渡邊 恒太 (介護老人保健施設カトレア)

13:40 ~ 13:48

[27-O-L009-06]

視覚障害高齢者の自伝的記憶と現実の乖離へのリハ支援

～帰りたいたいの“家族がいた自宅”～

愛知県 ○清水 友章 (介護老人保健施設サン・くすのき)

13:48 ~ 13:56

[27-O-L009-07]

訪問リハビリ事業所医師の診察の在り方を考える

アンケート調査で分かったこと

静岡県 ○豊島 久美 (介護老人保健施設 白梅ケアホーム)

口演 | リハビリテーション

2025年11月27日(木) 13:00 ~ 14:00 第4会場 (海峡メッセ下関 9F 海峡ホール)

[O-L009] リハビリテーション9

座長：藤田 真介 (介護老人保健施設アルボース)

13:00 ~ 13:08

[27-O-L009-01] 屋外歩行強化で在宅高齢者の屋外活動を支えたい！

大阪府 ○山住 恵, 西山 晃秀, 面谷 知一, 塩田 敏久 (松下老人保健施設はーとぴあ)

【背景と目的】

当施設は大阪府守口市にある。守口市は高齢者世帯に占める一人暮らしの割合が38.7%と高い傾向にあり、在宅生活継続のためには、買い物等の屋外活動を高齢者自身が行う必要が多い。市域は概ね平坦な地形で、リハビリ会議では買い物や通院の移動手段として屋外歩行の耐久性の向上が課題に挙がることが多い。一方、通所リハビリで自立歩行ができるようになって、生活圏では外出しない利用者が少なくないと感じていた。そこで、多職種連携で屋外歩行の取り組みを強化し、生活圏での活動性向上をめざして様々な取組みを行った。それらの取組みを振り返り、実践の効果と今後の展望について考察したので報告する。

【対象および方法】

取り組み期間：2024年4月～2025年5月

1. 歩行距離延長を意識した屋外歩行の取組みを行った。

a) 屋外歩行マップを作製した。施設周辺の屋外歩行コースの距離を計測し、地図上にコースを図示して施設内に掲示した。屋外歩行コースは、約300m、約500m、約750m、約1000mと段階づけて設定した。

b) リハビリ職の個別リハビリ時に屋外歩行を積極的に実施した。屋外歩行マップを用いて、何m歩いたかを利用者へフィードバックした。

c) 介護職が集団歩行を実施した。猛暑期と寒冷期を除く2024年4月～6月、10月～11月、2025年3月～5月に「屋外歩行週間」と称し、雨天以外の毎日14時から30分間、集団屋外歩行を実施した。屋外歩行路は、屋外歩行マップで定めた約300mコースまたは約500mコースを歩いた。

d) トレッドミルを活用し、天候が悪い時期にも連続歩行距離を意識した活動を継続した。歩行速度ごとに何分歩くと500m、1kmに到達するかを表にして掲示し、利用者自身で連続歩行距離を意識しやすいよう環境設定をした。

2. 利用者の自己効力感を高める取組みを行った。

a) リハビリ会議を活用し、買い物や通院等の外出先を具体的に聞き取り、自宅からの距離をスマホアプリで算出し生活圏での目標歩行距離を設定した。また、屋外歩行練習で実施できた連続歩行距離と照らし合わせて生活圏での移動能力を判定し、利用者と家族にフィードバックした。

b) 自主トレをイベント化し、表彰する取組みを実施した。年末には、年間で歩行機能が向上した人を表彰した。

3. 取り組み開始以降に通所リハビリを利用開始した全ての利用者を対象に、バーセルインデックスの平地歩行のスコア(以下BI平地歩行と略)、生活空間評価(Life Space Assessment,以下LSAと略)、連続歩行距離、転倒不安尺度の4つの項目について、利用開始時、利用開始3か月後、利用開始6か月後のデータを取組み期間内に蓄積した。

【結果】

屋外歩行の取組みには、個別リハビリの屋外歩行と介護職の集団歩行をあわせて一日あたり約10人、期間中延べ約1600人の利用者が参加でき、屋外歩行の反復経験に役立った。自主トレでトレッドミルもよく活用され、「あと何分で1kmになるから」と利用者自身で歩行時間を延長する行動変容が見られた。リハビリ会議にて連続歩行距離が生活圏で必要な屋外歩行距離に十分に達していることをフィードバックしたことにより、利用者の外出範囲拡大につながったケースや、家族の不安を解消でき利用者単独での散歩を再開できたケースがあった。

取組み開始後に利用開始し6か月以上利用継続した利用者は62人で、そのうち利用開始3か月後に向上が見られたのは、転倒不安尺度14人(23%)、LSA12人(18%)、連続歩行距離8人(13%)、BI平地歩行5人(8%)の順だった。利用開始6か月後では連続歩行距離17人(28%)、LSA16人(26%)、転倒不安尺度16人(26%)、BI平地歩行7人(13%)の順に向上が見られた。LSAが6か月後に向上した16人の、他の項目変化との一致率は、転倒不安尺度向上が15人(94%)、連続歩行距離向上8人(50%)、BI平地歩行向上5人(31%)だった。

【考察】

利用者が通所リハビリで獲得できた歩行能力を生活圏での活動につなげるためには、屋外歩行の反復経験と歩行能力向上による連続歩行距離延長が、転倒不安を減らし生活圏を拡大する基盤になると仮定して取組みを実施したが、結果から、転倒不安の解消が先立ち、連続歩行距離が後から延長する傾向がわかった。また、6か月後にLSA向上がみられた利用者16人の他の項目との一致率を見ると、転倒不安尺度が94%と非常に高いことから転倒不安の軽減が利用者の活動性向上に直接影響することが示された。

転倒不安尺度の改善が身体的な項目の改善よりも早期から見られることから、利用者の生活圏での活動が縮小した要因は、筋力体力の低下よりも、活動経験不足による影響が大きかったと考える。通所利用開始と屋外歩行の反復経験によっておのずと活動が増え、活動不足で衰えた運動制御の再構築ができるようになった、あるいは心理的效果により活動に対する転倒不安が改善したと考える。

心理的效果としては、自己効力感を高める取組みが効果的だったと思われ、生活圏に必要な距離を意識した歩行の取組みは、利用者個々のモチベーションを上げ行動変容を促すきっかけになり、相乗効果として屋外歩行の反復経験を積み重ねることができたとも考えられる。また、自主トレイベントや表彰式は利用者同士が日頃の努力を称え合い目標達成を意識する機会になったと考える。これらの取組みは、多職種で利用者に寄り添い支える通所リハビリの得意分野であり、今後は、転倒不安を減らすアプローチ方法を具体化する取組みを追加し、さらに生活圏拡大、外出活動の支えへと繋げていきたい。

【結語】

通所リハビリでの多職種での屋外歩行経験は、高齢者の転倒不安の軽減に役立つ。その結果、生活圏が拡大し、6か月以上の通所リハビリ利用は連続歩行距離の延長にも有効だった。今後、多職種連携で転倒不安の解消のアプローチを推進することが高齢者の外出活動の支えに繋がる。

口演 | リハビリテーション

2025年11月27日(木) 13:00 ~ 14:00 第4会場 (海峡メッセ下関 9F 海峡ホール)

[O-L009] リハビリテーション9

座長：藤田 真介 (介護老人保健施設アルボース)

13:08 ~ 13:16

[27-O-L009-02] 歩行予備能における評価指標としての有用性

長野県 ○笠原 健稔, 大兼政 亮起, 寺澤 翔也, 牛山 保乃花 (社会福祉法人 サン・ビジョン 大型デイケアセンター グレイスフル下諏訪)

はじめに当施設では運動成果の可視化を目的に体力測定を開始した。3ヶ月置きに開催し、10m歩行テスト (Walking Time : 以下WT) を実施した。測定結果はカットオフ値や前回、結果との比較を行い、快適速度 (Comfortable Walking Time : 以下CWT) と最大速度 (Maximum Walking Time : 以下MWT) の差について振り返りを行った。通常機能と通常機能以上に発揮される最大機能との差を予備能と言い、1)橋立らは歩行予備能と称し、生活範囲、生活機能と密接に関連する指標であると報告した。先行研究では他の応用歩行検査を用いての研究が多く、WTにおける予備能への報告は少ない。本研究ではWTにおける予備能を評価指標としての有用性について検討した。方法検査項目WTの測定は測定回として2024年度に計4回実施した。CWT、MWTそれぞれ1度行い、歩行速度 (m/s) 快適歩数 (Comfortable Walking Time Steps : 以下CWTS) 最大歩数 (Maximum Walking Time Steps : 以下MWTS) を測定した。CWT、MWT計測前には「いつも通り、普通に歩いて下さい。」「先程より転ばないように早く歩いて下さい。」と説明し、計測した。歩行予備能は最大機能に対する至適機能との差を示す指標とした (WT Reserve : 以下WT-R)。WT-Rは下記の式に基づいて算出した。WT-R = (MWT - CWT) / MWT * 100 / MWT対象測定回参加者を対象者とし性別、年齢、介護度、歩行形態を調査した。分析方法WT-RとCWT、MWT、CWTS、MWTSのPearson積率相関係数を算出し、関連性を検討した。また性別、歩行形態、介護度それぞれのWT-RについてWelchのt検定を用いて比較した。統計処理はNumbers、Stats tester miniを用いて、両側検定で危険率5%未満を有意水準とした。結果対象者は73名 (男性27名、女性46名)。平均年齢は全体86.95歳 (男性86.15歳、女性87.41歳)。平均介護度は要介護0.97。歩行形態では独歩29名、杖22名、歩行器22名。WT-RとCWT、MWT、CWTS、MWTSとのPearson積率相関係数では有意差は見られなかったものの全測定回においてMWT、MWTSに負の相関が見られた。性別のWT-RにおけるWelchのt検定では2回の測定回で有意差が見られた。歩行形態のWT-RにおけるWelchのt検定では杖・独歩にて2回の測定回で有意差が見られた。また独歩・歩行器においても1回の測定回で有意差が見られた。介護度のWT-RにおけるWelchのt検定で要介護1・2または要支援1・2にて1回の測定回で有意差が見られた。考察本研究ではWTにおける予備能を評価指標としての有用性を検証することを目的とし、測定及び分析を行った。WT-RにおけるWelchのt検定では歩行形態及び要介護度が低いことで有意差を認めた。2)大塚らは平均的な至適歩行速度が低下することで要介護発生リスクが上昇することを報告している。WT-Rの経時的な変化は歩行形態の低下、要介護状態への移行の予測となる指標として有用性が考えられる。WTの測定、WT-Rの算出を行い、経時的な変化を観察することが重要である。Pearson積率相関係数では有意差が見られなかったものの全測定回においてWT-RとMWT、MWTSに負の相関が見られた。3)森らは歩幅の低下は下肢筋力、動的バランス低下の判別をするスクリーニング指標となることを示唆した。4)関屋らは歩幅の増大には歩行率に比べて歩行速度の増大が影響することを報告している。WT-Rの明らかな増加、低下は容易に振り返りを行える。しかし微増、微減といった明確な振り返りが行いづらい場合でも利用者への振り返りをしなければいけない。その中でMWT、MWTSに着目し、WT-Rの振り返りを行うことで明らかな変化がない利用者へもMWT、MWTSを用いて具体的な解釈、考察が出来るのではないかと考えた。今後の展望今回の研究を踏まえてWT-Rの測定、最大発揮について述べる。CWT測定前の説明では「普通に、いつも通り」と主観的な判断を基に測定した。

MWTも同様に「今より早く」と主観的な判断であるがCWTとの比較が出来ることから再現性の高い測定値であると言える。しかしWT-Rを測定するにあたって現状のMWTの測定が最大発揮したと断定出来る要素が乏しい。MWTを実施した後の borg scale、恐怖感、Vas、Nrsを用いて最大発揮が行えているかの検証も必要であると考えた。本研究ではWT-Rとの関連がMWT、MWTSに示唆された。そのため最大発揮出来る人の特性にはどのような要素があるのか、WT-Rへ影響するのか調査する必要がある。まとめWT-Rの評価指標としての有用性を調査、分析し、考察した。WT-Rの経時的な変化を確認することで歩行形態の低下、要介護状態への移行を予測となることが考えられた。またWT-Rが低下している場合にはMWT、MWSTの影響が示唆された。予測としての指標が立証されているのか、WT-Rが上昇するためにはどのような要素があるのか引き続き、調査、分析を行っていく。引用文献1)橋立博幸：地域高齢者における応用歩行予備能の有用性と生活機能との関連 20062)Otsuka R：Twenty-year prospective cohort study of the association between gait speed and incident disability 20223)森耕平：地域在住女性高齢者における歩幅と身体機能との関連 20244)関屋昇：正常歩行における歩行速度、歩行率、歩幅の相互関係 1994

口演 | リハビリテーション

2025年11月27日(木) 13:00 ~ 14:00 第4会場 (海峡メッセ下関 9F 海峡ホール)

[O-L009] リハビリテーション9

座長：藤田 真介 (介護老人保健施設アルボース)

13:16 ~ 13:24

**[27-O-L009-03] 交流がカギ。独居再建ストーリー
地域とつながる在宅リハ物語**

神奈川県 ○鈴木 恵美 (介護老人保健施設野比苑)

【はじめに】

高齢者が介護老人保健施設（以下、老健）を退所し、在宅生活へ復帰する際には、身体機能の維持だけでなく、精神的な安定や社会的孤立の防止も重要である。本事例では、老健退所後に訪問リハビリを継続しつつ、心理的支援および社会参加の機会を得たことで、独居での生活再建が可能となった90代女性の事例を通して、多職種による包括的な支援の重要性について報告する。

【対象者】

90代の独居女性。要介護1。老健に入所中は、車椅子レベルでADLは概ね自立。居住先はアパートの4階で、エレベーターはなく、階段昇降は困難であることから、外出の機会がほとんどない状態であった。退所後は、在宅サービスを利用しながら、独居生活を再開した。

【リハビリ・サービス内容】

老健退所後は、週1回の訪問リハビリを継続している。主にADLの維持と屋内移動の安定性向上を目的として支援を行った。また、週1回ヘルパーによる入浴介助と掃除支援も併用することで、生活全般の安定化を図った。当初は身体的機能の大きな低下は見られなかったが、自宅内に閉じこもる生活により、精神面での不安定さや気分の落ち込みが徐々に強まっていった。

【マネジメント・連携の工夫】

退所後しばらくは久しぶりの在宅生活に満足されていたが、半年ほど経過した頃から「もういつあの世に行ってもいい」「何もできなくて情けない」などの悲観的な発言が多くなった。同時期に、自宅内での転倒もあり、訪問スタッフやケアマネジャーと情報共有を行い、精神的な側面への支援が必要であると判断。そこで、他者との交流や社会参加を目的に、デイサービスの利用を提案した。送迎時は横須賀市独自の給付である特別搬送サービスを導入し、車椅子ごと階段昇降を行い、デイサービス利用開始となった。他者交流やレクリエーション等を通して生活への意欲が見られるようになった。訪問リハビリ時にも表情が明るくなり、ネガティブな発言が減少した。

【結果・経過】

週1回のデイサービスを継続することで、対象者は人間関係を持ち直し、生活にリズムが生まれた。「デイサービスの準備が面倒くさい」と話されることがあるものの、「お風呂は気持ちがいいのよね」とデイサービスを楽しみにするようになり、笑顔や会話も増加した。訪問リハビリの介入時にも、「デイサービスの隣の人が面白いの」と楽しめる様子や「昔は演歌歌手のコンサートにもよく行ったの」といった前向きな発言が増え、生活全体への意欲が回復した。現在も在宅生活を維持しながら、訪問・通所サービスを併用し、自立的な生活が継続できている。

【考察】

本事例では、退所後早期からリハビリテーションマネジメントを行った。まずは生活再建に必要な身体機能の獲得。次に在宅支援体制の整備に取り組んだ。心理的支援や社会参加の機会を設けることで、対象者の精神的な安定と生活意欲の回復が得られた点が重要であると考えられ

る。高齢の独居生活者は、身体的な支援だけでは生活再建が困難となるケースが多く、精神面や社会的なつながりの有無が生活の質（QOL）に大きく影響する。今回のように、リハビリテーションマネジメントを行い、多職種が連携して支援体制を調整し、本人の心理的状态や生活背景を踏まえた柔軟なアプローチを行うことが、在宅支援の成功に繋がると考えられた。独居生活の継続には、交流機会の創出や社会的孤立の予防を含めた多面的な支援が必要である。今後も変化していく生活課題に対して医療的視点を持ってリハビリテーションマネジメントを行い、「地域での暮らし」を支援していきたい。

口演 | リハビリテーション

2025年11月27日(木) 13:00 ~ 14:00 第4会場 (海峡メッセ下関 9F 海峡ホール)

【O-L009】リハビリテーション9

座長：藤田 真介 (介護老人保健施設アルボース)

13:24 ~ 13:32

【27-O-L009-04】行動変容ステージを活用した自宅復帰への取り組み

福岡県 ○野田 征吾¹, 長野 剛¹ (1.介護老人保健施設高良台, 2.介護老人保健施設高良台)

【はじめに】

今回、脳梗塞により左片麻痺、高次脳機能障害を呈し、急性期、回復期を経て、老健に入所した利用者を担当した。自宅復帰の要望はあるものの、リハビリに対し消極的であった利用者に対し、行動変容ステージを評価しながらアプローチをした結果、自宅復帰となった症例を経験したので、ここに報告する。

【症例紹介】

年齢は70代後半の男性。要介護4。疾患名は心原性脳梗塞。家族構成は妻と2人暮らし。妻は小柄であり、腰痛・膝痛を認める。

【入所に至る経緯】

心原性脳梗塞により、左片麻痺、高次脳機能障害を呈し、急性期、回復期を経て約6か月間リハビリを行ったが、妻の介助では自宅復帰は難しく、リハビリ目的で老健入所となった。

【初期評価】

Brunnstrom stage (以下BRS) : 上肢2、下肢2、手指2 HDS-R13/30点

〈基本動作〉

起居動作：中等度介助。

立ち上がり動作：非麻痺側の股関節・膝関節伸展筋が弱く、自力で離殿することが困難であった。

立位保持動作：左右不均等な立位姿勢で自力での立位保持は困難であった。

排泄動作：車椅子・便器間の移乗、下衣の着脱は2人介助であった。

本人希望:リハビリを頑張って家に帰りたい。

家族希望:介助が必要でも家に帰ってきて欲しい。

【経過】

「無関心期」

- ・リハビリには消極的であり、ベッド上での介入を望まれていた。
- ・リハビリ以外の時間は臥床の希望が多々見られていた。

〈アプローチ〉

(意識の高揚)

自宅復帰を行うためには、立ち上がり動作、立位保持動作、移乗動作の介助量の軽減を図る必要がある事を説明しながらリハビリを実施した。

(感情的経験)

臥床状況が続くと身体機能が低下し、寝たきりの生活になる方が多いことを説明し、看護師、介護士と協力し、離床時間の延長を図った。

(環境の再評価)

トイレや移乗時の介助量が多いと小柄で腰・膝痛がある妻では在宅生活は困難であることを説明する。

「関心期」

- ・リハビリ時ベッド上での介入希望は聞かれず、リハビリ以外も離床している時間が長くなっ

た。

- ・立ち上がり動作を数回行えるようになったが、疲労感の訴えが著名であった。

〈アプローチ〉

前医で装具を作成していなかった為、立ち上がり、立位保持時の不均等な体重分配が改善できる様に装具を作成した。

（自己の再評価）

入所後訪問で家屋状況を把握できたので、設置する予定の手摺の形状、設置場所、理想の姿勢、在宅復帰後の生活をイメージしてもらいながらリハビリを実施した。

「準備期」

- ・朝からリハビリの時間を自ら確認するようになった。
- ・立ち上がり訓練は、継続的に行えるようになり、疲労感の訴えも減った。
- ・麻痺側下肢の荷重量が増加し、立位姿勢が改善した。
- ・立位保持が20秒程度見守りで保持可能となった。

〈アプローチ〉

- ・リハビリ時間以外で看護師や介護士が立ち上がり動作訓練を行った。
- ・排泄動作を1人介助に変更した。
- ・妻に車椅子・ベッド間、排泄動作を安全に行えるように動作指導を開始した。

「実行期」

- ・妻の介助でベッド・車椅子間の移乗動作、トイレ動作が行えるようになった。

〈アプローチ〉

・退所前訪問でベッド・車椅子間の移乗動作やトイレ動作を確認し、手摺の位置決定を行った。

- ・退所後のサービス調整を行った。

【結果】

変更点のみ記載。

- ・立ち上がり動作：入所時に比べ、麻痺側に荷重をかけられるようになった事で、手摺を使用し、自力にて離殿を行うことができるようになった。
- ・立位保持動作：入所時に比べ、非麻痺側への側屈は改善し支持物を使用し、見守りで20秒程度保持可能となった。
- ・排泄動作：妻の介助で安全に行えるようになった。

【考察】

行動変容ステージモデルでは、人が行動を変える場合、「無関心期」「関心期」「準備期」「実行期」「維持期」の5つのステージを通ると考えられており、対象者の心理的特徴を理論的に把握することが出来る。前医からリハビリに消極的で装具も作成していなかった症例が、自宅復帰できたのは本人の言動と介入内容を行動変容ステージ毎に分類し、時機よく支援できたことが要因の1つであると考え。行動意図と行動の不一致が見られる利用者に対し、ステージを評価し支援方法を検討する事は、行動意図と行動の不一致が見られる利用者に対し、有効な手段の一つになりえると考え。

口演 | リハビリテーション

📅 2025年11月27日(木) 13:00 ~ 14:00 📍 第4会場 (海峡メッセ下関 9F 海峡ホール)

[O-L009] リハビリテーション9

座長：藤田 真介 (介護老人保健施設アルボース)

13:32 ~ 13:40

[27-O-L009-05] 利用者の主体性を引き出す効果的な支援を目指して
当施設訪問リハビリの目標に関する認識調査の報告

東京都 ○渡邊 恒太 (介護老人保健施設カトレア)

【はじめに】 リハビリテーションにおいて、セラピストと利用者との間で目標を設定し、それを共有・確認する過程は極めて重要である。適切な目標設定は、利用者の主体的な行動を引き出し、より効果的な支援へとつながると考えられている。

【当施設の現状と研究の動機】 当施設では、セラピスト2名が訪問リハビリテーションを担当し、令和7年6月時点で41名（要支援5名・要介護36名）の利用者がサービスを利用している。利用者の主な目標内容は、IADL（家事や外出等）獲得が59%、ADL（日常生活動作）獲得が24%、（痛みの軽減や筋力向上など）機能面の改善が0.1%、維持目的が0.1%である。介入期間については1年未満の利用者が17%にとどまり、年単位での長期利用が多い。近年は、目標達成や自立度の向上による“卒業”が減少傾向にある。サービスが長期化していく中で - リハビリが漫然化していないか？目標に関する話し合いの機会を十分に持ち、利用者の主体性を引き出せているか？支援の期間が長くなる中、利用者のリハビリ終了に対する認識はどうか？といった疑問が生じ、介入の質の見直し・改善を目的に、目標認識に着目したアンケート調査を実施した。

【方法】 訪問リハビリを利用している41名に対し、書面によるアンケート調査を実施。主な質問項目は以下のとおりで、いずれも4段階評価で回答を求めた。1. 目標設定は重要だと感じるか 2. 目標は明確にあるか 3. 目標を意識してリハビリに取り組んでいるか 4. 目標について話し合うことは必要だと思うか 5. リハビリ開始時に目標を十分に話し合えたか 6. リハビリの途中で目標を振り返る機会があるか 7. 目標を達成したらリハビリを終了しても良いと考えるか

【結果】 回答回収率は93%（38名）以下のような傾向がみられた。目標の重要性：90%以上が「重要」と回答 - 目標の明確さ：70%以上が「明確にある」と回答 - 目標意識：87%以上が「とても意識している」「ある程度意識している」と回答 - 目標の話し合いの必要性：90%以上が「とても必要」と回答 - 開始時の話し合い：90%近くが「十分に話し合えた」「まあまあ話し合えた」と回答 - 目標達成後のリハビリ終了に関する認識：90%近くが「考えていない」「終了したくない」と回答

【考察】 目標設定に関しては、利用者の意識は高く、セラピストとの間で目標を共有しながらリハビリを進められている実態が示された。これは、訪問リハビリというサービスの特性上、日常生活の文脈の中で支援が行われており、目標が具体化しやすいことが要因と考えられる。特に目標がIADLに関する内容が多いことも、利用者の主体性やモチベーションに好影響を与えていると考えられる。一方で、「目標達成=リハビリ終了」とは結びついておらず、支援終了に対する抵抗感や不安が大きいことも明らかになった。通所サービスに通う事が困難な利用者・家族にとって、訪問リハビリは拠り所となっている例もあり、一概に「目標達成=リハビリ終了」に繋げる事が適切かは慎重な判断が必要である。ただインテーク時や目標振り返り時、セラピストが終了(卒業)を意識して均一に説明をしているかは今後も振り返り、改善していく必要があると考える。利用者の主体性を引き出す効果的な支援を目指し、今後も継続して質の見直しや向上を図ると共に、終了(卒業)を見据えた適切な支援を模索していきたい。

口演 | リハビリテーション

2025年11月27日(木) 13:00～14:00 第4会場 (海峡メッセ下関 9F 海峡ホール)

【O-L009】リハビリテーション9

座長：藤田 真介 (介護老人保健施設アルボース)

13:40～13:48

【27-O-L009-06】視覚障害高齢者の自伝的記憶と現実の乖離へのリハ支援
～帰りたいのは“家族がいた自宅”～

愛知県 ○清水 友章 (介護老人保健施設サン・くすのき)

【はじめに】

視覚障害は活動性や他者との関わりが制限され、生活の質（以下、Quality of Life : QOL）が低下しやすいことが指摘されている。一方で、支援のアプローチが機能回復や身体活動に偏ると、本人の内面的な思いや生活歴に十分寄り添えないまま介入が進むケースも少なくない。本事例では、訪問リハを通じた継続的な関わりの中で、視覚障害を有する高齢者が語る「自宅に帰りたい」という希望に込められた背景と、QOLの変化との関連を明らかにすることを目的とした。

【事例紹介】

対象は90代前半の男性。主疾患は両網膜脈絡膜萎縮で、右眼は失明、左眼も輪郭がぼんやり見える程度。加えて難聴も進行しており情報入手や他者との関わりが制限されていた。入所前は独居で訪問介護等を利用していたが、生活困難や入院を経てX月に住宅型有料老人ホームに入所。キーパーソンは県外在住の嫁。入居時の主訴は「目が見えない」「自宅に帰りたい」「死にたい」など悲観的なものが多く、本人の希望として「自宅に帰りたい」「歩けられるようになれば帰られる」と語られていた。起居動作はベッド柵を使用して自立、移動は車椅子自操または介助下での杖歩行により室内移動が可能。排泄はベッド真横にトイレを配置し、環境設定と一部見守りにて自己完結している。その他食事等のIADL動作も介助や説明により遂行可能な状態である。

【方法】

訪問リハでは、ICF（以下、International Classification of Functioning, Disability and Health）に基づいて各項目へ個別的な支援を実施。特に、本人の希望である自宅復帰を前提に動機づけを行い、自発的に生活動作を促す活動量維持・増加を図った。具体的支援例として歩行機会の支援、照明や時間が分かる環境調整、本人の思いや悩みに対する傾聴等を行った。さらに、本人の訴えや状況に応じて心情に寄り添いながら意図的に対話の機会を設け、現実との差異をプライドが損なわぬよう丁寧に擦り合わせていった。主アウトカムは活動量として活動量計（Omron HJA-750C）を装着し、週単位での軽活動量（1.5～3.0METs）の割合を指標とした。またQOL評価としてASCOT（以下、Adult Social Care Outcomes Toolkit）を使用し、活動量と共に定期的に評価した。

【結果】

X+1年強までの身体的な改善は限定的で、軽活動量は5.7%→8.9%と上昇したが、HDS-Rは29→23点、SC-QOLスコア（ASCOT）は0.029→-0.263と低下。自宅復帰に向けた動機づけとして、本人の希望を根拠に活動量や生活範囲の拡大を図ったが、提案は実行に至らず活動量・日常生活の状況は大きく変化しなかった。本人も徐々に「もう諦めた」「帰りたいけど施設の生活が続いても仕方ない」と語るようになっていた。転機はX+1年7カ月、本人が「帰りたいのは、家族がいた自宅」と語られた。そこに至る要因として、本人より「支援者に自宅復帰の際に具体的状況の想定を幾つも提示された（自宅での支援者の配置、移動や外出、金銭管理など）ことが考えを改めるキッカケとなった」様の発言が

あった。それまで本人の中で曖昧だった希望が初めて整理され、言語化された瞬間だったと考える。視覚や聴覚による外界との接点が乏しい中で、過去の「家族と過ごした生活」の記憶（自伝的記憶）が強く残っており、現実の生活との乖離を生んでいた。これは感情的な体験が記憶として強く定着しやすい高齢者の特徴でもあると考えられる。

この“語れなかった記憶”がようやく整理され、初めて自身の願いと現実との距離を自覚することができた。今回の「気づきと気持ちの整理」は、支援の方向性を再定義する重要な契機となった。

本人が語られた翌月（X+1年8カ月）に各アウトカムを再評価。軽活動量は5.8%と低下したが、SC-QOLスコア（ASCOT）は0.352と大幅な改善がみられた。現状本人の迷いや不安が消えた訳ではなく日常生活状況に明らかな変化はみられないが、会話時に笑顔が増える・時折自発的な発言をされるなど様子がみられた。

【考察】

この事例での支援の困難さは、本人の「自宅に帰りたい」が、実は“現実の自宅”ではなく“記憶の中の自宅”だったことに、支援者・本人自身も気づけなかった点にある。支援者は自宅復帰に関する動機づけを繰り返したが、実際には“行き先”が本人の中で明確でなかったため、行動に結びつかなかったと思われる。気づきの前に支援を積み重ねるだけでは変化が生まれなかった。

「帰りたいのは家族がいた自宅」という言葉は、単なる語りの変化ではなく“心の奥にあった願いがようやく言語化された瞬間”だったと考える。これが本人・支援者共に大きな転機となった。

結果として活動量は増加しなかったが、QOL（ASCOT）に改善が見られたことは、支援の質的転換と意味づけの変化が生活の満足度に与える影響を示唆している。

【まとめ】

本事例は様々な支援を重ねても変化が見られなかった期間を経て“本人の気づきと気持ちの整理”がQOLを動かした一例である。視覚障害や加齢による社会的刺激の低下により、過去の自伝的記憶が現在の行動や希望に影響を及ぼすことは十分考えられる。

今後も数値的な改善のみを支援の成果とせず、本人の中にある希望や記憶に丁寧に寄り添い、それが言葉になるまでの“時間”を支えるリハビリテーション支援が求められる。

口演 | リハビリテーション

2025年11月27日(木) 13:00 ~ 14:00 第4会場 (海峡メッセ下関 9F 海峡ホール)

[O-L009] リハビリテーション9

座長：藤田 真介 (介護老人保健施設アルボース)

13:48 ~ 13:56

[27-O-L009-07] 訪問リハビリ事業所医師の診察の在り方を考える
アンケート調査で分かったこと

静岡県 ○豊島 久美 (介護老人保健施設 白梅ケアホーム)

【はじめに】

訪問リハビリテーション(以下訪問リハ)の利用には適切なリハビリテーション(以下リハビリ)を提供するために医師の診察が必要である。介護保険の場合は原則3ヶ月内に1回事業所医師の診察を行い、リハビリ計画を作成する。当訪問リハでは事業所医師が利用者の自宅へ訪問して診察を行っている。令和4年度生活期リハビリテーションにおける適切な評価の在り方に関する調査研究事業より、医師の関わりについて介護支援専門員が期待する計画作成医の役割は「身体状況・障害に関する予後の説明や助言」「在宅生活における見通しやリスクの説明や助言」「関係医療機関の医師との連携・情報共有」であったと述べている。介護支援専門員の記述はあるが、利用者や利用者家族が訪問リハに関して医師へ期待することについての文献は少ない。

【目的】

今回、利用者にとって自宅に事業所医師が訪問して診察することに対して実際どのように思っているのか、また何を期待しているのか等を調査して、診察の在り方について考えていきたい。また、期待されていることが明らかになることでリハビリに対して利用者の意欲向上につながると思われる。

【方法】

当訪問リハの利用者で1年以上利用を継続している方を対象に、医師の診察に関するアンケート調査を実施した。なお、対象の利用者はアンケートの内容に理解があり、意欲的にリハビリを受けている方を選定した結果、女性5名から協力を得られた。アンケートの内容は「医師が訪問する診察についてどう思いますか」「医師が訪問する診察は有益だと感じたことは何か。また期待していることは何ですか」「満足度を教えてください。その理由は何ですか」と自由記載形式、5段階の満足度調査とした。

【結果】

5名の利用者から協力を得て、アンケート調査を実施することが出来た。以下に気になった記載のみを示して報告する。

「医師が訪問する診察についてどう思いますか」に対して記載は「訪問してくれてとても有難い。自分で動けないし、精神的に安心する場所にきて頂けるから助かる」「とても有難いです。以前は病院に行って診察していましたが、1時間半待って診察1分、そして行く度に先生が変わってすごく不思議に思っていた」「しっかりと医師の話が聞けて安心して良いなと思いました」「とても丁寧、具合悪いときに相談出来たことが安心して良かった」。

続いて「医師が訪問する診察は有益だと感じたことは何か、また期待していることは何ですか」に対して記載は「病気やリハビリに関して相談出来て知識が豊富だから信頼できると思った、とても助かる」「せっかく来て頂いているので色々提案、助言をして頂きたい。自分の身体について判断できない部分を意見してほしい」「家族は自分に遠慮して何も言えないことがあるので、第三者で関係ない人から助言してもらえることが嫌ではない」「歳を取ると褒められなくなるから微笑んで褒められると嬉しいです」「もっと評価してほしいし、現状維持でも褒めてもらいたい」と述べられている。

最後に「満足度を教えてください.その理由は何ですか」に対して「大変満足.内科の先生より長く時間をとって説明して下さるから」「満足.とても丁寧だからこれからリハビリを良くしてくれると期待した」「大変満足.医師による知識で言ってもらえるから」「大変満足.安心できる場所で説明して下さるので助かる」と大変満足と回答する方が多かった.

【考察】

アンケート調査の結果より,医師が訪問する診察について全体的に満足度は高く,自由記載のアンケートで理由を明確に回答されていた.有難さと感謝の認識がみられ,利用者にとって負担なく,かつ安心できる自宅で医師と1対1で話が出来ることが精神的安定になっていることが分かった.また,代弁してほしい,医療知識が豊富な医師に対し信頼できるという記載からも精神的安定を得たい心理が働いていると伺える.

今回もっとも印象深かったことは「褒められたい」という部分である.高齢者はさまざまな機能の低下により,どうしてもケアの対象としての立場に立たされがちである(榎本,2006),人から世話を受けなければならない,つまり自立できない存在であると自分自身を認めざるを得ないとき,人は卑屈になったり,自尊心を低下させたりしがちである(榎本,2006).これまで社会的に自立して地位等を確立してきた存在がさまざまな喪失を経験する中で,現状維持でも何でも自身が頑張っていることを褒められることで自尊心の回復を自然に図っていると考ええる.

今回家族や他の医療従事者ではなく,先に述べた信頼できる存在である医師に褒めてもらうことがポイントである.患者との信頼関係の構築について生活習慣の改善に頑張った患者を褒めることは患者のポジティブ・フェイス(親近欲求:他者から理解され,共感され,称賛されたい欲求)を満たし,行動変容を後押しする(吉岡,2008).よって医師が訪問する診察は利用者にとって精神的安定,自尊心の回復を図る時間になると推測する.診察の在り方を考える上で事前に健康状態,生活状況,リハビリ内容とその成果等の利用者の置かれた現状や日々の取り組みを把握する必要がある.今回の調査で自尊心の回復からリハビリに対して利用者の意欲向上につなげるよう医師と情報を共有し連携することが大切であると改めて理解することが出来た.

【終わりに】

今回アンケートに答えられる利用者を限定したことで女性だけとなり,偏った調査となってしまう.また質問の「診察についてどう思うか」と「満足度の理由」について内容が似ており回答が重複する形となり,今後アンケート内容について検討する必要があり,次に活かしたい.