

地域とともに歩む老健施設 生活と人生のサポーター

[第1回]

三沢理恵 [みさわ・りえ]

介護老人保健施設デンマークイン若葉台(東京都)
リハビリテーション部 部長

はじめに

当施設は、東京都名誉都民として表彰された故山田禎一先生によって、多摩丘陵の一角の稲城市に東京都第1号の老健施設として設立されました。入所定員192名、通所定員30名の大型の施設です。特定医療法人となった2017年に法人内の3つの老健施設名が統一され、「ヒルトップロマン」から「デンマークイン若葉台」と名前を改めました。長年めざしてきた在宅強化型に2018年2月に初めてなり、制度改正のあった同年4月より超強化型になることができました。

私個人は、入職してまもなく丸18年を迎えます。いまは管理センターの日々ですが、はじめの5年は生活リハビリ、その後の5年は多職種協働と在宅復帰、さらにその後の5年は地域も含めた老健施設のあり方について作業療法士の立場で働いてきました。作業療法士としての可能性を広げてくれたのは「老健施設」と思っており、その楽しさをお伝えできたらと思います。

作業療法士が考える老健施設のリハビリ

私は、26年前に身体障害領域の病院で作業療法士のスタートを切りました。結婚と出産、子育てという自分の人生の節目で職場が変わり、意図してというよりは結果的に、急性期、回復期、生活期、地域のリハビリを経験する機会を得ました。

これらの経験を経て、改めて作業療法士は、生活と人生のサポートができる職業であり、それをめざしていきたいと強く感じるようになりました。それは「老健施設」で発揮できることが多いと思いました。なぜなら基礎医学・解剖学・生理学・運動学を学び、機能と能力を評価でき、生活における活動と参加の視点をもっています。また活動と参加につなげる支援の優先順位をつけ、利用者とともに目標を立て、生

活行為を段階づけし、実際のリハビリ場面でチャレンジし、生活の場で再現するためのコーディネートができることが強みだからです。

また、その人らしい生活に向けた支援は、その人らしい作業・活動として考え、作業療法士として大切にしているところであり、病院に比べると対象者の方と関わる期間が長いので、何を大事にどう生きてこられたかという「その人らしさ」を把握した上でアプローチしやすい環境です。こういったところからも、作業療法士として、生活・その人を軸に考えたアプローチができるのは「老健施設」だと思っています。

機能訓練から生活リハビリへ

一概には言えませんが、比較的、回復期リハビリテーション病棟から老健施設に来られたご利用者やご家族は、病院と同様の機能訓練の継続を望まれます。そういう方々は、「老健施設では、リハビリの時間や機会が少ないから機能がよくなる。機能が落ちる」とおっしゃることが多いです。しかし、リハビリ専門職の配置から、また求められる老健施設の機能から考えても、病院と同様のことを行うのは不可能です。そういったご利用者やご家族の方に対し、どのように老健施設のリハビリについてお伝えすべきか本当に悩みました。

入職して数年は、作業療法士として、個人的に担当しているご利用者のケアプランのなかで、できるようになった機能や能力の要素を日常生活に取り入れることに力を注ぎました。そして、徐々に「生活リハビリ」として支援できる基盤ができてきたのが、5年経過したころでしょうか。心のなかで「病院と老健施設の違いは、短時間頻回に生活のなかにリハビリの要素を盛り込んだ24時間365日の生活リハビリができることである」とお伝えすることを決めました。

私のなかの「生活リハビリ」としての働きかけはこれがスタートです。気持ちが定まっても、そのころは、まだまだ「生活リハビリ」や「自立支援」という言葉が、いまのように飛び交う時代ではなかったので、老健施設でこれらを実施していくことが基本であり、リハビリ専門職を含め全スタッフに、啓発していく必要がありました。

繰り返し「生活リハビリ」という言葉を出したり、老健施設でのリハビリについて広報誌に記事を書いたり、チラシをつくったり、いろいろ経験しました。振り返ってみて、発信による効果があったかどうかはわかりませんが、「その人らしい生活」を目標に、個別性をもった「老健施設でのリハビリ」を自分自身が語れるようになり、それを実現しようと思えるようになったのは、こういった発信のおかげかな、といまは思います。私自身も本当の意味で、訓練室での訓練から脱皮できました。

積極的に生活の場へ

立場的に後輩が増えてきたころだったので、機能訓練室での個別機能訓練だけでは機能、能力、生活は変わらないことを繰り返し伝え、フロアでアプローチをする機会を増やし、必要なときしか機能訓練室での訓練を行わないように促しました。機能訓練室での訓練が必要ないとは言いません。しかしそれよりも、実際の生活の場で、できるようになった能力を段階づけて、いかに日常生活の活動に取り入れていくことができるかが重要です。生活に移行するための練習を行い、フロアのスタッフに見てもらいながら、介助方法をわかりやすく伝え、積極的に生活場面に入ることを推奨しました。

はじめは抵抗していたスタッフもいましたが、生活上での変化と多職種協働で実施する面白さに気づき、その必要性を感じ始めてくれました。生活の場での訓練は、フロアにいる看護師や介護職と一緒に考える機会が増え、それが自然になり、フロアのスタッフからも提案や情報が入るようになってきました。このようにしてリハビリテーション科(現、リハビリテーション部)全体が、生活リハビリに移行していく流れが少しずつできてきました。この変化は、スタッフがご利用者の生活について話すときの表現や、情報共有する際の内容の具体性で実感でき、そういった変化が



施設外観

生まれてきたときは、本当にうれしかったです。

「しているADL」の設定

「生活リハビリ」導入にあたって、「しているADL」の設定は、とても重要です。新人時代は本当に難しいと感じていました。なぜなら、「できるADL」との差を少なくするような見極めは、残存能力の把握以上に難しいからです。当然、ぎりぎり「できるADL」を日常生活に取り入れることはできませんし、らくらくできる方法でやっても、残存能力は活かされません。新人時代は、作業療法士としてのADL評価やアプローチをするのが精一杯で、生活の場での段階づけや目的、また介助方法の伝達ができず、生活への移行をうまく進めることができませんでした。

生活に移行するには、同じ目標、方向性で動いていくために、その必要性を伝える能力、コミュニケーション能力、ときにはリーダーシップが必要で、作業療法士としての技術や知識と同じかそれ以上に重要だと思いました。そしてそれは、訓練室でできるだけでは日常生活に導入できません。その能力とともに必要なのが、やはり、生活の場で動くことなのです。

つまり、機能訓練室での個別機能訓練ではなく、生活の場での生活リハビリを成り立たせるためにフロアで動くことで初めて、「生活リハビリ」導入に向けたスタートが切れるのです。このスタートが切れると自然に、多職種とのやり取りが生まれます。このように、しているADLとして、「老健施設」での生活リハビリを実施していくには、多職種協働は必然的なことでした。今回は、その多職種協働と在宅復帰に向けた取り組みについてお伝えしていきたいと思います。