

# 生活期リハビリテーションに従事する理学療法士の目標設定とその実現過程 The Goal Setting and Attainment Process of Physical Therapists Engaged in Community-based Rehabilitation

小池友佳子

(神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部)

杉澤秀博

(桜美林大学大学院老年学研究科)

## 要旨

本研究は、訪問・通所リハビリテーション（リハビリテーションは以下、リハ）に従事する理学療法士における生活期リハの目標設定とその実現過程について、質的研究を用いて分析することを目的とした。対象は、訪問・通所リハに従事する理学療法士 10 名とした。分析は、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いた。分析の結果、理学療法士は、ケアマネジャーからのリハサービスの依頼を受け、《生活期リハを実現する上での障壁に直面》していた。この障壁を乗り越えるために理学療法士は、《生活期リハ実現のための手立てを模索》しており、同時に《生活期リハ受け入れへの働きかけ》を行っていた。その過程の中で、《生活期リハ実践の中で不断に目標の明確化と改善点を探り》ながら実践に繋げていた。

**キーワード** 修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ、目標設定、実現過程、SPDCA サイクル、理学療法士

## 1. 緒言

超高齢社会を迎えた我が国の推計では、65 歳以上の高齢者数が 2042 年にピークを迎え、2065 年には 2.6 人に 1 人が 65 歳以上、3.9 人に 1 人が 75 歳以上となるとされている<sup>1)</sup>。現在、後期高齢者の約 32%が要介護認定者であるとされ<sup>2)</sup>、医療や介護を必要とする高齢者の急増により、今後より一層、リハビリテーション（以下、リハ）ニーズが増大することが予想される。国は、2025 年より、たとえ重度な要介護状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される「地域包括ケアシステムの構築」<sup>3)</sup>を掲げており、リハはその理念を実現する柱の一つに位置づけられている。

生活期リハは、近年、維持期リハと同義で使用され、「回復期までのリハが終了し、獲得された家庭生活や社会生活を維持・継続していくことを保証する為のリハ」として、「健康管理

や自立生活の支援, 介護負担の軽減などを図るため, 各種の在宅及びリハサービスを総合的かつ継続的に提供し, 障害のあるものや家族の安定した日常生活が維持・継続されることを目的<sup>3)</sup>に実施されるものである。医療提供体制の分化に伴い, 疾病の治療が終了し, 自宅に退院する高齢者の多くは, 急性期・回復期リハを経て, 在宅生活を送りながら地域での生活期リハに移行する。高齢者にとって生活期リハは, 障害を抱え, 長期にわたる維持期の生活を支える中核的な役割を担っているといえ, 急性期, 回復期リハにおける「心身機能」重視の関わりから「活動」「参加」にも比重を置いたバランスよい働きかけをいかに実現していくかが喫緊の課題として指摘されている<sup>4)</sup>。地域包括ケアシステムの構築により, これまで以上に在宅医療が推進されている結果, リハサービスの年間受給者数<sup>5)</sup>が年々増加傾向にあることから, 生活期リハの重要性は増しているといえよう。

このような背景から, 近年, 生活期リハの介入効果に関する研究やリハの実践過程に関する研究が増加している。その中で, リハの実践過程に関する研究においては, リハの目標設定後において, 患者と担当理学療法士の間に相違が生じていること<sup>6)</sup>や訪問リハの利用目的に関する本人や家族, ケアマネジャー (以下, ケアマネ) 等との合意が不十分でリハ自体が目的となってしまうやすい<sup>7)</sup>との指摘がなされている。以上のように生活期リハの研究蓄積がなされる一方で, リハの実践過程に関する研究に関しては, 目標設定に至る過程を含め生活期リハの過程全体を視野に納めた研究はほとんどない。

国は優良事業所に対するヒアリング調査<sup>8)</sup>を行い, それに基づき survey-plan-do-check-act (以下, SPDCA) サイクルによるリハマネジメントの過程を示している。SPDCA サイクルは, 企業などで継続的な業務改善に利用されている PDCA サイクル, すなわち Plan (計画), Do (実行), Check (評価), Act (改善) に, Survey (事前調査) を付け加えたものである。PDCA サイクルは, 仮説検証型プロセスを循環させ, マネジメントの品質を高めるために提唱された概念<sup>9)</sup>で, 業種を問わず幅広い分野で活用されている。国は, 生活期リハの実施においてもこのプロセスを踏襲し, 多職種が連携したアセスメントに基づく個別サービス計画の立案, 定期的な評価などを SPDCA サイクルで行うことで, エビデンスに基づいた質の高いリハに再編<sup>10)</sup>していく必要があるとしている。したがって, 生活期リハの効率的でかつ効果的なサービスの提供のあり方を探るには, 生活期リハの介入効果の検証のみならず, 生活期リハの専門職が生活期リハの目標設定をどのように行い, 実現しているのか, その過程について実態に即した詳細な検証が必要である。

本研究は, 訪問・通所リハに従事する理学療法士を対象とし, 生活期リハの目標設定とその実現過程を分析することを目的とした。実現過程については, SPDCA を基本とし, これをどのように実現していくかに着目し分析した。

本研究で想定する利用者は, 急性期・回復期リハを終了し, 在宅復帰を果たした, いわゆる脳卒中モデル<sup>11)</sup>に該当する高齢者とした。このような利用者は, 病院や施設から在宅という療養場所の変化, 医療保険から介護保険というサービス提供体制の変化を経験する。そのため, 生活期リハの専門職は, その移行に伴う利用者や家族への関わり, リハ目標の変更, 専門職種

間の連携・協働といった課題に向かい合い、それに対応することが求められる。

## 2. 方法

### 1) 調査対象

調査対象者は、訪問リハまたは通所リハに従事する理学療法士 10 名とした。選定条件は理学療法士の実務経験を 3 年以上有する者とした。その理由は次の通りである。公益社団法人日本理学療法士協会が定める理学療法士の生涯学習プログラムでは、卒後教育のプログラムに新人教育プログラムが位置付けられており、その修了必要年数が 3 年となっている。つまり、理学療法士として 3 年以上経験を積むことが知識、技術の質を確保するために必要な年数とみることができるからである。調査対象者の選定は、まず神奈川県内の生活期リハの事業所の中から、優良事業所として 4 施設を選んだ上で、そこに所属する理学療法士を対象に行った。本研究における優良事業所の定義は、厚生労働省の調査<sup>7)</sup>を参考に、それぞれ SPDCA サイクルを踏まえた計画的なりハマネジメントを実践していると考えられる事業所とした。事業所の選定に際しては、優良事業所の定義を示したうえで、神奈川県内の事業所等の実情を把握している立場にある公益社団法人神奈川県理学療法士会の常任理事により、該当する施設を紹介してもらった。調査対象者の基本情報は表 1 のとおりである。

表 1. 調査対象者の基本情報

性別	所属 <sup>1)</sup>	区分	理学療法士 経験年数 (年)	生活期リハ 経験年数 (年)	事例疾患名 年齢
A 男	介護老人保健施設 A	訪問	12	8	脳挫傷 70 代前半
B 女	介護老人保健施設 A	通所	8	6	脳幹出血 60 代後半
C 男	介護老人保健施設 B	通所	9	9	両小脳梗塞 70 代後半
D 女	介護老人保健施設 C	通所	23	15	脳出血 80 代
E 女	介護老人保健施設 C	通所	6	6	脳出血 70 代
F 女	介護老人保健施設 C	通所	22	10	脳梗塞 80 代
G 女	介護老人保健施設 C	訪問	8	4	脳出血 80 代
H 男	D 病院通所リハビリテーションセンター	通所	5	3	大腿骨頸部骨折 70 代前半
I 女	D 病院通所リハビリテーションセンター	通所	11	3	脳梗塞 80 代
J 男	D 病院訪問看護ステーション	訪問	5	2	大腿骨頸部骨折 70 代後半

1) 対象施設概要は以下の通りである。

介護老人保健施設 A：独立型施設。入所、居宅介護支援、通所リハ、訪問リハサービスを展開している。

介護老人保健施設 B：独立型施設。入所、通所リハ、訪問リハサービスを展開している。

介護老人保健施設 C：独立型施設。クリニックを併設し、入所（グループホーム含む）、通所リハ、居宅介護支援、訪問看護、訪問リハサービスを展開している。

D 病院：回復期リハ病院。病院の敷地内で通所リハ、訪問看護ステーションを展開している。

### 2) 調査方法

方法は、インタビューガイドを用いた半構造化面接とした。調査対象者には、直近 5 年間に担当した利用者のうち、生活期リハの目標設定とその実現過程において、特に印象に残ってい

る利用者について、インタビューガイドに沿って回答を得た。通所リハの平均利用期間が 49.6 ヶ月と約 4 年程度であることから<sup>4)</sup>、最長で 5 年以内に担当した利用者について回答してもらった。円滑に対応ができた事例、対応が困難であった事例、いずれの場合も印象に残った事例を分析することで、理学療法士が認識する生活期リハの目標設定とその実現過程の構成要素が明らかになると考えた。

想起してもらった利用者は、回復期リハ病棟を自宅退院した利用者とした。インタビューガイドは、①利用者の回復期リハ病棟退院後、リハ開始から目標設定までの過程、②目標設定とその実現過程の中で、円滑であったことや困難だったことはなにか、③円滑、困難であったことの要因・背景はどのように考えているか、④回復期リハ病棟との連携はどうであったか、⑤生活期リハの目標設定とその実現過程で大切にしていることはなにか、の 5 項目とし、調査対象者の体験や考えを自由に語ってもらった。その他、調査対象者の基本情報（性別、理学療法士経験年数、回復期・生活期リハ経験の有無とその経験年数）、症例の基本情報（要介護度、年齢、疾患名、家族構成等）を得た。

面接調査は 1 人につき約 60 分とし、その内容は、調査対象者の同意を得たうえで IC レコーダーに録音するとともに、ノートに記録した。調査時期は 2015 年 6 月～12 月であった。

### 3) 分析方法

分析は、木下<sup>10)</sup>が開発した修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ (Modified Grounded Theory Approach : 以下、M-GTA) を用いた。この方法を選択した理由は、本研究の分析課題がヒューマンサービス領域に関連した研究領域であり、生活期リハの実現過程が複雑でプロセス性を有するためである。加えて、利用者本人や家族、在宅ケア関係者との間の相互作用が目標設定とその実現過程に影響している可能性があり、その影響も含めた本研究の分析課題を量的データでとらえることが困難であることから、まずは訪問・通所リハの理学療法士の認識・理解に基づき概念化する作業が重要であると考えたためである。分析テーマは、「訪問・通所リハの理学療法士が認識する生活期リハの目標設定とその実現過程」とし、分析焦点者は、訪問・通所リハに従事し、理学療法士の実務経験を 3 年以上有する理学療法士とした。分析は、M-GTA による分析経験が豊富な研究者、及び生活期リハの経験を有する研究者よりスーパーバイズを受けながら、概念からサブカテゴリー、カテゴリーの生成、さらにカテゴリー間の関係性について解釈し、最終的に概念図およびストーリーラインを作成した。さらに、分析結果を調査対象者に確認してもらい、その妥当性を確認した。

### 4) 倫理的配慮

調査対象者には、書面と口頭にて研究の趣旨を説明し、承諾書の署名により同意を得て調査を実施した。本研究は神奈川県立保健福祉大学研究倫理審査委員会の承認を得た (保大第 7-55)。

### 3. 結果

#### 1) ストーリーライン

分析の結果, 20 の概念 (表 2), 8 のサブカテゴリー, 4 のカテゴリーが生成された. 概念図は, 図 1 のとおりである. カテゴリーを《 》, サブカテゴリーを 【 】, 概念を □ で示す.

ケアマネからのリハサービスの依頼を受け, 回復期リハ病棟から自宅退院した利用者・家族を受け入れた理学療法士は, 【治療的リハに固執する利用者】 【目標が明確でない在宅リハのオーダー】 という《生活期リハを実現する上での障壁に直面》した. この障壁を乗り越えるために《生活期リハ実現のための手立てを模索》した. その手立てとは, 【利用者の気持ちに寄り添い良好な関係を築く】 【医療・福祉の専門家との協働態勢の拡充】 【生活に着目した利用者の課題発見】 であった. 同時に【できることを自覚させる】 【マイナス面への理解を促す】 【周囲の協力を得る】 という《生活期リハ受け入れへの働きかけ》を行っていた. 生活期リハの実現過程においては, 《生活期リハ実現のための手立てを模索》と《生活期リハ受け入れへの働きかけ》は相互に作用しあう関係であり, 同時に, [定期的な会合では対応が出来ない] [実践を通して目標の再確認と明確化] といった《生活期リハ実践の中で不断に目標の明確化と改善点を探り》ながら実践に繋げていた.

#### 2) カテゴリーと概念の説明

それぞれのカテゴリーにおける構成概念について述べる. 語られた内容は「」で示す.

(1) 《生活期リハを実現する上での障壁に直面》

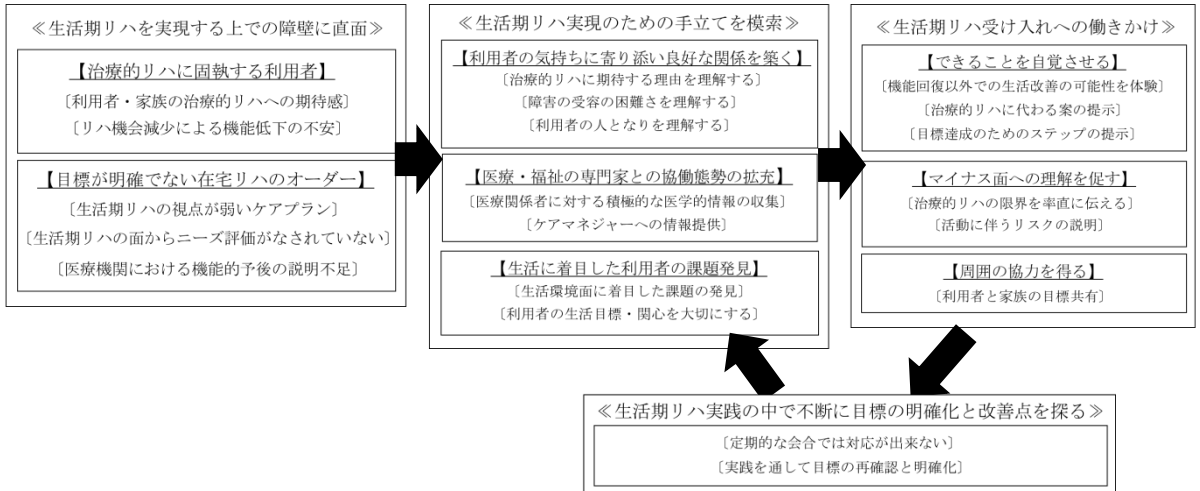
(a) 【治療的リハに固執する利用者】 : ① [利用者・家族の治療的リハへの期待感] ② [リハ機会減少による機能低下の不安] の 2 概念によって構成されていた. ①では, 「とにかく退院前からリハビリの継続というのが, いわゆる機能的なものが十分に引き出されていない, 治療的なりハビリを明言されていまして, そこが出来るところがどこだろうってなって, うちの施設を選んでくれました」 (ケース D), ②では, 「でも家族お嫁さんは今の現状を維持してほしいみたいな, 良くなってほしいけれども, 今よりも落ちないでほしいというか, 介護者になるという立場でもあると思うので, そういう意味でもリハビリをしてほしい目標はよくもなって活動をしてほしいけれども, やっぱり継続的に関わってほしくて落ちないでほしい維持っていうのは伝わってきましたね…」 (ケース G) などの発言から生成された.

(b) 【目標が明確でない在宅リハのオーダー】 : ① [生活期リハの視点が弱いケアプラン] ② [生活期リハの面からニーズ評価がなされていない] ③ [医療機関における機能的予後の説明不足] の 3 概念によって構成されていた. ①では, 「あとうちは短時間サービスなので, 果たして機能向上につながるのかなっていう不安もあったりして, どういうことを目標にするのかなってことで事前に話をして, …」 (ケース I), ②では, 「思ったのは, ケアマネジャーのケアプラン, 目標, 判定会とかにかかる目標と本人と家族が言っていることが違うということがありますね. ケアマネが立てている目標自体が機能訓練, 筋トレ, 筋力をつけるとかが多い,

本当に多い、悔しいほど。実際、どうやって真の目標を出せるかってところから入ってしまったのが現状」(ケース C) などの発言がみられた。加えて、③では、「どういう風にこの障害固定の話とか、どういう風にこの病気と付き合いこんだよってという話をされたのかは聞きたいところですね」(ケース D)、「ただそのある程度ケアマネジャーさんが退院時のケアプランを立てる際の目標設定には少なからず病院側の情報の影響力が大きいんですね」(ケース C) と、ケアマネのスキルのみならず、医療機関における生活期リハの視点に立った評価情報の伝達が乏しいこと、すなわち利用者・家族、ケアマネに対して、障害受容に向けての困難や予後予測について医療機関から情報が伝わっていないと認識していた。

表 2. 生成された概念一覧

概念名	定義
1 利用者・家族の療養のリハへの期待感	利用者・家族にとってこの在宅サービス・施設がどのような目的での利用と考えているのか、療養的なリハへの期待感と安心感
2 生活環境面に着目した課題の発見	利用者の在宅生活上で最も必要な事柄を見極める
3 利用者の生活目標・関心を大切にすること	利用者の性格、趣味、病前生活などを踏まえて、利用者が思い描いている生活目標・関心を大切にすること
4 療養のリハに期待する理由を理解すること	利用者・家族のリハに対する具体的な期待・要望を把握すること
5 療養のリハに代わる案の提示	セラピストが具体的な生活イメージを構築し、家族へ提供すること
6 障害の受容の困難さを理解すること	ホープは変化することが前提であり、具体的なホープに変化していくことに対して支援すること
7 医療機関における機能的予後の説明不足	入院中の障害受容に向けた医師やセラピストの障害や予後予測に関する説明があったのか、またその内容についての情報収集すること
8 療養のリハの限界を率直に伝える	できること・できないことについて、根拠に基づいた予後予測を伝える
9 機能回復以外での生活改善の可能性を体験	利用者・家族と信頼関係を築き、出来ることの成功体験をつませることで、機能回復以外での生活改善の可能性への提言ができる
10 生活期リハの視点が弱いケアプラン	ケアマネによる初回情報からサービス導入理由、目標設定、ケアプラン内容を生活期リハの視点で確認し、助言すること
11 生活期リハの面からニーズ評価がなされていない	医療機関やケアマネによる在宅生活で必要な事柄の評価が適切ではない
12 リハ機会減少による機能低下の不安	リハ機会の減少により、機能低下に対して不安を感じている利用者・家族の思い
13 利用者の人となりを理解すること	利用者の性格、価値観、社会的背景、病前生活を含めて理解すること
14 医療関係者に対する積極的な医学的情報の収集	理学療法を行う上で医学的情報や禁忌、障害受容に関する情報について積極的な情報収集が必要である
15 目標達成のためのステップの提示	生活目標を達成するための道筋を提示すること
16 活動に伴うリスクの説明	活動にはリスクが伴うことを説明すること
17 利用者と家族の目標共有	利用者や家族との思いが相違していないか、随時確認し、すり合わせ協力体制を構築すること
18 ケアマネジャーへの情報提供	リハでのかかわりについて、チームで情報共有するために、こまめにケアマネに情報提供すること
19 定期的な会合では対応が出来ない	利用者の変化する目標や生活上の課題の情報共有は定期的な会合では対応が出来ない
20 実践を通して目標の再確認と明確化	当初の目標や生活上の課題は、在宅生活やリハ実践状況を通して再確認し、明確にしていく



《 》カテゴリー 【 】サブカテゴリー [ ] 概念

図 1. 生活期リハビリテーションの目標設定とその実現過程

(2) 《生活期リハ実現のための手立てを模索》

(a) 【利用者の気持ちに寄り添い良好な関係を築く】：①〔治療的リハに期待する理由を理解する〕②〔障害の受容の困難さを理解する〕③〔利用者の人となりを理解する〕の 3 概念によって構成されていた。①では、「本当にケアマネさんご家族もけがをしないで安全に生活したいっていうのが一番だったので、これ以上落ちてほしくないというかも一回再発してほしくないというのはあって、そこはぶれずに一致していたということですかね」（ケース E），②では、「病院の時に思い描く利用者さんの希望，ホープとやっぱり帰ってきてみて違うそこにずれが生じるのはやむなし，だからこそそこにリハスタッフがいるべきなんでしょうけど」（ケース D）という発言から生成された。治療的リハに期待している理由を深く理解しようと試みながら，在宅生活の中で障害を認識せざるを得ない場面に直面する利用者や家族が障害受容の過程において抱える困難さに，共感，寄り添っていこうという姿勢がみられた。③では，「いきながらなおかつなんでこういう風にやるかっていうとこういうのがあるからって説明していった方がご本人には理解しやすいんじゃないかっていうのがあって，これこれこうだからこの運動は適さないってしてしまうと，なんかモチベーション的な部分とかその人の興味とかを遮断してしまう気がしたので心理的な部分が多かったのかもしれないけど」（ケース F）と，性格や価値観，家族関係，病前生活というように，利用者の人となりを包括的に把握することで，どのように関わりを持つべきなのかについてより具体的に検討していた。

(b) 【医療・福祉の専門家との協働態勢の拡充】：①〔医療関係者に対する積極的な医学的情報の収集〕②〔ケアマネジャーへの情報提供〕の 2 概念によって構成されていた。①では，「少なくとも医療職同士の申送りとして，こういう点に気を付けなければいけないっていう医療的な情報がそこでしっかり入ってきたことが，あの在宅で受ける側としては一つの安心材料にな

るので、そこがはっきりしているっていうのは大きいですね受ける側は」(ケース A), ②では、「やりながらだったりその人の体の変化があるのでその時に必要性が出てきたりする場合もあるので、もちろん最初はケアマネさんとの関係づくりが大事だと思うんですよね、そのあとは何かあった時に他の人とやり取りできるっていうのが大事かなと」(ケース F) という発言から生成された。理学療法士は、自立度の高い活動や新たな介入を始める際には、ケアマネへの情報提供は欠かせないと意識しており、利用者の身体状況や生活の変化を随時伝えることで、ケアプランへの反映やサービス担当者会議の開催に繋がると感じていた。加えて、ケアマネを中心とした在宅ケアチームでの連携のため、こまめにケアマネに情報提供する重要性を認識していた。

(c)【生活に着目した利用者の課題発見】: ① [利用者の生活目標・関心を大切に] ② [生活環境面に着目した課題の発見] の 2 概念によって構成されていた。①では、「興味関心シート自体の設問が、すごいダイレクトに恋愛の話からお金を稼げるようになりたいとか、あれはそのものの回答が大事ではなくてそのコミュニケーションをとっていきの中で引き出していく。その生活、活動、参加レベルのイメージを引き出していくツールなんじゃないかなって」(ケース D), ②では、利用者の生活目標や関心を踏まえて「生活していく中のあなたにとって必要なこと解決していく優先順位っていうのをセラピストなら心身機能を通じてひも解いていくというのは心掛けていますつもりです」(ケース D) など、利用者・家族が思い描いている生活や暮らし、活動、参加レベルのイメージを、時間をかけて、時に興味関心チェックシートなどのツールを用いて汲み取りながら、利用者の生活環境上で必要な改善課題を発見することを試みていた。

### (3) 《生活期リハ受け入れへの働きかけ》

(a)【できることを自覚させる】: ① [機能回復以外での生活改善の可能性を体験] ② [治療的リハに代わる案の提示] ③ [目標達成のためのステップの提示] の 3 概念によって構成されていた。①では、「よくなる兆しをセラピストとしてちゃんと見せないといけないと思うんですよね。その人の障害受容の過程の中で元通りではないけれども今より変わるよくなるってものをお見せしないと、やっぱりこっちに信頼してもらえない」(ケース D), ②では、「(中略) 本人が望んでいた料理がしたいってところが娘さんとしてはとんでもないってそういうことは絶対危ないからさせたくないって感じだったので、私としてはいきなり包丁使ったりだとかは考えていなくて、レンジで何かをチンするだとか、あるものを混ぜるだけだとか、漬物も混ぜるとい動作がメインだったらいいんで、そういうのを少し娘さんにお伝えしたり、その場でケアマネさんともお話しして(以下省略)」(ケース E) という発言から生成された。理学療法士は、出来ることの成功体験をつませることで、機能回復以外での生活改善の可能性への提言ができ、利用者・家族と信頼関係の構築にも繋がると捉え、具体的な解決策の提案や動作指導をすることで、利用者とその家族に治療的リハ以外の目標を具体的にイメージしてもらうようにしていた。加えて③では、「ただ環境とのマッチングで、ここに行くんだったらこうしてください、って言っても、これじゃそこにはいけないよってって、そうしたらもう少し



待ちましようって、機能訓練と共に調整はやっていけたかなって感じですね」(ケース H) という発言にみられるように、生活目標を達成するための道筋、予後予測に基づいた短期目標、課題を明示することが重要であると認識していた。

(b)【マイナス面への理解を促す】：①〔治療的リハの限界を率直に伝える〕②〔活動に伴うリスクの説明〕の 2 概念によって構成されていた。①では、「ただ、魔法使いではないのでやっぱり加齢現象があるので、そこはできる出来ないをしっかりと伝えていく」(ケース D) などの発言から生成された。理学療法士は、利用者・家族が望んでいる在宅生活を実現するためには、良好な関係を築いたうえで、科学的根拠に基づいた予後予測に基づき、治療的リハの限界を率直に伝えることの重要性を認識していた。②では、「ただやっぱり目標が強い分無理してやってしまって痛みが出てしまったり、転倒の危険性も屋外といたら、もちろんあったのである程度その辺を抑えてもらうっていうのを、気を付けましたかね」(ケース H) など、専門職として、機能的予後やリスクについての説明責任を果たしていきながら、実場面在宅生活様式や活動量、地域社会への参加をマネジメントしていく重要性について認識していた。

(c)【周囲の協力を得る】：〔利用者と家族の目標共有〕という概念によって構成されていた。「やっぱり慢性期とか生活期とかの分け方も、リハビリテーションの言葉でそれすらもわからない利用者も家族もケアマネもいるので、その中で目標とかを立てても、それをずっと同じ方向をみていていけるかっていうのも難しいし、最初の目標設定自体も利用者も家族もケアマネジャーも同じ方向を向いて立てているかどうかとも疑問視されますよね」(ケース C) という状況に対し、理学療法士は利用者と家族と一緒に妥協点を見つけていく、納得と同意を得られるような働きかけにより協力体制を構築する必要性を感じていた。

(4) 《生活期リハ実践の中で不断に目標の明確化と改善点を探る》

①〔定期的な会合では対応が出来ない〕②〔実践を通して目標の再確認と明確化〕の 2 概念によって構成されていた。①では、「サービス担当者会議をやらなきゃいけないのは基本的に、そのサービス追加になる時とか介護度が変わる時とかのタイミングなので、その定期的なものだけでは対応がしきれない」(ケース A) などの発言から生成された。実践の中で変化する利用者の状態や、生活上の目標や課題について、制度上で開催されるサービス担当者会議などでは情報提供やその共有は困難であるということを認識していた。②では、「やっている中で予後予測をして、よく求められるので、予後予測の見直しを定期的に行っていくのが大事ななって、それと共有するのが大事ですね」(ケース C) などの発言から生成された。利用者の生活やリハ実践状況を通して、定期的に予後予測を行い利用者の目標や生活上の課題を見出し、見直すこと、そしてその内容を多職種に情報提供することの重要性を認識していた。

## 4. 考察

### 1) 全体的な考察

本研究では、SPDCAサイクルを踏まえた計画的なリハマネジメントを実践している事業所を

選択し、そこで働く理学療法士を対象に調査した。その結果、《生活期リハを実現する上での障壁に直面》《生活期リハ実現のための手立てを模索》《生活期リハ受け入れへの働きかけ》《生活期リハ実践の中で不断に目標の明確化と改善点を探る》という過程、すなわち事前調査から改善までの各過程がきちんと踏まえられ実践されていることが明らかになり、対象とした事業所が本研究の目的に合致したところとみることができた。しかし、このような事業所であっても、①事前調査においては、医療機関やケアマネからの情報提供から在宅リハサービス利用目的が伝わりにくく、利用者や家族の生活期リハに対する理解を促すことなどマイナスの出発点となる要因が存在すること、②計画、実施、評価、改善では、介入頻度と時間が限られている中で、生活期リハの働きかけを行いながら、具体的な手立てを模索し、さらにそれを実践しつつ改善点と次の目標を探るというように、各段階の順序性が必ずしも明確でなく同時並行で行われていることが示唆された。

これまでの研究では、各段階での問題点は指摘されていたものの、その背景やそれをどのように克服しているかといったプロセスについては明確ではなかった。本研究では、事前調査、計画と実施、評価、改善の過程全体を視野に納め、各段階でどのような問題に遭遇しているのかを検討した。

## 2) 事前調査の段階

この時期の利用者・家族に目を向けると、《生活期リハを実現する上での障壁に直面》においては【治療的リハに固執する利用者】というサブカテゴリーが生成された。これまでの実証研究では、利用者はなぜ治療的リハに固執するのか、「事前調査時から利用者のことが十分に把握できておらず、本人も事業所側も通所継続が目的となってしまうやすい」<sup>4)</sup>といった課題の指摘に留まっていた。本研究では、[利用者・家族の治療的リハへの期待感]と[リハ機会減少による機能低下の不安]が生活期リハにとって対応すべき課題として概念生成された。松村<sup>1)</sup>は、リハに対する利用者の不安や期待に対応することがいかに重要であるかについて、次のように指摘している。リハ開始当初に利用者がリハに対して期待するのは自己の身体的変化にあり、その期待に応じ身体的な変化が生じた場合には理学療法士に対して満足するが、期待通りに変化しなかった場合には理学療法士への不満をもつ。

このように、生活期リハに対して期待や不安を持ちながら申送りがなされてくるのは、本研究で生成されたサブカテゴリーである【目標が明確でない在宅リハのオーダー】、すなわち生活期リハを想定した準備が急性期と回復期リハの段階で行われていないことが一因にあると考えられる。しかし、目標が明確でない在宅リハのオーダーにしても、治療的リハに固執する利用者にしても、在宅ケアの目的が明確でなく、また生活期リハに対する理解や準備が十分でないまま、生活期リハに移行するわけであり、生活期リハの段階でこの課題解消のための取り組みが不可欠となる。そのため、生活期リハの立場として、この課題にいかに取り組み、解決していくのかを検討することが賢明であろう。

理学療法士は《生活期リハを実現する上での障壁に直面》するが、その状況を踏まえ計画と

実施の段階で、【利用者の気持ちに寄り添い良好な関係を築く】など理学療法プラン立案のために《生活期リハ実現のための手立てを模索》すると同時に、【できることを自覚させる】【マイナス面への理解を促す】【周囲の協力を得る】という《生活期リハ受け入れへの働きかけ》を行っていることが明らかになった。これらは、従来より指摘されてきたリハ医療を構成する急性期、回復期、生活期の各時期の機能分化と連携、「心身機能」重視から「活動」「参加」に比重を置いた働きかけの実現への課題に対する具体的な取り組みの過程が明らかになった。

以上の課題に対して、計画の段階における理学療法士の解決への取り組みについては、《生活期リハ実現のための手立てを模索》として【医療・福祉の専門家との協働態勢の拡充】【生活に着目した利用者の課題発見】が生成された。医療機関と在宅ケア関係者、在宅ケア関係者間の顔の見える関係づくりと多職種連携の必要性は、これまでも指摘されてきたことであり、本研究では、リハ専門職が実際に行っている多職種連携として〔医療関係者に対する積極的な医学的情報の収集〕〔ケアマネジャーへの情報提供〕が明らかになった。医学的情報の収集については、医師が参加するサービス担当者会議で行うことが理想的ではあるが、会議への医師の参加率の低さが指摘されており、フォーマルな関係を利用した医学的情報の入手が困難な状況にある。しかし、本研究のように、事前調査の段階などに、生活期リハの担当者自ら、医療関係者や利用者家族から積極的に医学的情報の収集を行うなど工夫により、医学的情報の不足を補うことができる可能性が示唆された。加えて、在宅ケアマネジメントの中心を担っているケアマネに対して、〔情報提供〕を丁寧に積極的に行うことで、ケアプランとの整合性の確認・修正や他サービスとの連携の必要性についてのケアマネの理解を広げることに繋げていた。つまり、医療関係者との間では一方的に情報の入手者であるが、目標設定に際しては生活期リハの実現を図るために、ケアマネに積極的に働きかけることで顔の見える多職種連携のキーパーソンとなり得ることも示唆された。ただし、【利用者の気持ちに寄り添い良好な関係を築く】【医療・福祉の専門家との協働態勢の拡充】については、これらを可能とする要因として以前の実務経験などが考えられるが、本研究ではインタビューからこれらを可能とした概念は生成できなかった。

### 3) 計画（目標設定）の段階

目標設定に関する【生活に着目した利用者の課題発見】については、〔生活環境面に着目した課題の発見〕〔利用者の生活目標・関心を大切にする〕という概念から生成された。理学療法士の利用者をみる視点として必要なこと、すなわち、安全かつ利用者が望む在宅生活を実現・継続するために、生活上の困りごとや課題を包括的に評価するということを実践していた。加えて、専門職の見地での課題分析・目標設定だけでなく、利用者の興味・関心を尊重し、それを統合する作業を行うことで、利用者が決定に主体的に関わるプロセスを実践していることが明らかとなった。近年、目標が見出せない利用者の目標創出や目標共有を目的として、興味関心チェックシートなどの目標設定・共有のツールも多く開発されている<sup>13)</sup>。このようなツールの活用の際には、利用者の興味・関心や想いを把握するだけでなく、理学療法士が評価した内

容と利用者の興味・関心や想いを統合させるためのコミュニケーションツールとしても位置づけることが必要である。加えて、本研究の計画の段階で強調されたサブカテゴリーは【利用者の気持ちに寄り添い良好な関係を築く】であった。これは、具体的なプランを立てることと同時並行で行われており、【治療的リハに固執する利用者】への対応のために不可欠な作業であった。赤羽根<sup>14)</sup>は、生活期に影響を与える要因の一つとして、上田<sup>15)</sup>が提唱した「主観的体験」をとりあげ、要介護高齢者が自身の生活機能や健康状態、環境因子、個人因子に満足しているのか、何らかの問題ありと感じているのか、理学療法士はそれらを把握することが重要であると指摘している。すなわち、一方的に情報を得るだけでなく、自分のことを理解しようと一生懸命に考えてくれているという理学療法士の姿勢が利用者からの信頼を得ることに繋がり、その結果として理学療法士からの提案に心が動き、提案を受け入れてくれるというものであろう。

#### 4) 実施の段階

実施の課題については、これまで、個人の状態や希望等に基づく適切な目標設定とその達成に向けた個別性を重視したリハが必ずしも計画的に実施できていない<sup>4)</sup>、訪問リハ・通所リハのサービス提供内容は心身機能に偏った実施率となっている<sup>7)</sup>などといった、事前調査と計画の問題として捉えられ、それが実施における問題として継続しているという指摘がなされている。加えて、実現過程における固有の課題として、利用者本人に対する、今後の生活の全体像や将来の目標に向かっての過程の説明が不明瞭である<sup>16)</sup>ことが指摘されている。本研究においても、事前調査と計画の段階が生活期リハの実現過程にいかに関与するかを支持する結果が得られた。その際、重要なことは【生活に着目した利用者の課題発見】し、それを利用者と共有することで【目標達成のためのステップの提示】を行うことを通じて生活期リハの実現に近づくとしたことであった。

加えて、本研究で実施における重要な点として生成されたのは【できることを自覚させる】【マイナス面への理解を促す】【周囲の協力を得る】という3つのサブカテゴリーであった。本研究で明らかにされたことは、生活期リハの目標を単に説明しただけでは、利用者にとって、治療的リハに期待感を寄せる利用者であるならばなおのこと、それを受け入れることは困難であるという点である。加齢の影響を含めた治療的リハの限界を伝えるとともに、生活期リハの可能性だけでなく限界をも率直に伝え、理解を仰ぐように働きかけることが必要であることが示唆された。さらに、これらだけでは十分ではなく、新たに以下の働きかけが必要であることも示唆された。第1に機能回復以外での生活改善の可能性、すなわち生活期リハの効果を体験し、これからの生活に可能性や希望を与えられるような働きかけを行うこと、第2に周囲の人たちによる利用者への働きかけが一貫するように、家族、ケアマネにも目標を共有してもらうことである。利用者の意向には家族の意向が大きく影響<sup>17,18)</sup>していることから、利用者家族も巻き込んでいくことが重要であるといえる。

## 5) 評価と改善の段階

評価と改善の段階、すなわち計画の見直しと改善の段階では、制度的にはサービス担当者会議を定期的開催し、予後予測を行い、目標の達成度の確認やその見直しをすることとされている。このことに関しては、①リハ実施計画書を見直すタイミングとケアプラン作成のタイミングが合わず情報共有してもケアプランの内容に反映されにくいこと、②再評価と目標の再設定の場面に、ケアマネやかかりつけ医が参加することが望ましいが実際には難しいなどの問題が指摘されている。本研究では、《生活期リハ実践の中で不断に目標の再確認と改善点を探る》に関連して「定期的な会合では対応が出来ない」というように、生活期リハの実現にとってサービス担当者会議では機動性に欠けるという新しい問題点が明らかとなった。別の見方をすれば、生活期リハを実践し、それを実現していこうとする場合の計画の見直しについては、制度的な見直しの場よりもリハ専門職自身による実践の過程で、「実践を通して目標の再確認と明確化」を行い、次の計画と実施の過程に繋げることが重要であることが示唆された。しかしながら、リハ専門職自身による実践の過程で目標の再確認と明確化を行うにしても、多職種への情報提供の必要性を認識していることから、評価と改善の段階においてどのような情報をどのようなタイミングで共有することが生活期リハの実現において効果的であるのか、サービス担当者会議などの機会の効果的な活用法などについては、今後の検討課題であるといえよう。

## 6) 本研究の限界

本研究の限界として、以下の点が挙げられる。第1に調査対象者が特定の地域における理学療法士に限定されていることに加え、生活期リハの実務経験年数にばらつきがあること、第2に想定した事例に在宅生活中に生活機能が低下した事例が含まれていないこと、第3に要介護度や重症度による目標設定や共有における詳細な過程については言及できないこと、第4に実現過程において、【利用者の気持ちに寄り添い良好な関係を築く】【医療・福祉の専門家との協働態勢の拡充】等が可能であった要因を探ること、などが指摘できる。

## 5. 結語

生活期リハを実現するには、次のような取り組みが必要であることが示唆された。

事前調査では、退院前カンファレンスなどの退院支援に関わる機会をもつなど、医療情報の収集に積極的に取り組むこと。計画では、①個別の関係を利用した医学的情報の収集やケアマネへの情報提供といった医療・福祉の専門家との協働態勢の拡充。②生活環境面に着目した課題の発見といった専門職の見地での課題分析・目標設定だけでなく、利用者の生活目標・関心を尊重しそれを統合する作業を行うことで、利用者が決定に主体的に関わる過程を実現すること。実施では、①加齢の影響を含めた治療的リハの限界を伝えるとともに、生活期リハの可能性だけでなく限界をも率直に伝え、理解を仰ぐように働きかけること。②生活期リハの効果の体験により、これからの生活に可能性や希望を与えられるような働きかけを行うこと。③周囲

の人たちによる利用者への働きかけが一貫するように、目標を共有してもらうことが挙げられる。

## 謝辞

本研究の実施にあたり、調査にご協力をいただきました皆様に深謝いたします。分析にあたり、ご助言いただきました隆島研吾先生に感謝申し上げます。

## 文献

- 1) 内閣府：令和元年版高齢社会白書  
(<https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2019/html/zenbun/index.html>, 2020. 7. 21 アクセス) (2019).
- 2) 厚生労働省：地域包括ケアシステム  
([https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/chiiki-houkatsu/](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/), 2020. 7. 21 アクセス) (2016).
- 3) 日本リハビリテーション病院・施設協会，編：維持期リハビリテーション 生活を支えるリハビリテーション. 6-8, 三和書店, 東京(2009).
- 4) 厚生労働省：「高齢者の地域における新たなリハビリテーションの在り方検討会」報告書  
(<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku-Soumuka/0000081900.pdf>, 2020. 7. 21 アクセス) (2015).
- 5) 厚生労働省：平成 30 年度介護給付費実態調査  
(<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/kyufu/18/index.html>, 2020. 7. 22 アクセス) (2019).
- 6) 上岡裕美子, 吉野貴子, 菅谷公美子, 他：脳卒中後遺症者と担当理学療法士が認識している外来理学療法目標の相違—回復期後期, 維持期前期, 維持期後期別の比較検討—. 理学療法科学, 21(3) : 239-247(2006).
- 7) 厚生労働省：生活期リハビリテーションに関する実態調査報告書  
([https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu\\_Shakaihoshoutantou/0000051903.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000051903.pdf), 2020. 7. 22 アクセス) (2014).
- 8) 野村総合研究所：PDCA サイクル用語解説  
(<https://www.nri.com/jp/knowledge/glossary/1st/alphabet/pdca>, 2020. 7. 22 アクセス) (2020).
- 9) 厚生労働省：高齢者リハビリテーションのあるべき方向  
(<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku-Soumuka/0000059451.pdf>, 2020. 7. 22 アクセス) (2004).
- 10) 木下康仁：ライブ講義 M-GTA—実践的質的研究法—. 015-229, 弘文堂, 東京(2007).

- 11) 松村剛志：通所リハビリテーション利用者が理学療法士に対して抱く役割期待とその変化；身体的変化に対する利用者の自己評価結果との関係．日本在宅ケア学会誌，19(1)：51-58(2015)．
- 12) 川越雅弘，備酒伸彦，森山美知子：要介護高齢者に対する退院支援プロセスへのリハビリテーション職種の間与状況－急性期病床，回復期リハビリテーション病床，療養病床間の比較－．理学療法科学，26(3)：387-392(2011)．
- 13) 千田直人，村木敏明：リハビリテーション医療における目標共有に関する研究動向とその課題－過去 20 年間の ADL/QOL に対する目標設定方法－．茨城県立医療大学紀要，19：15-32(2014)．
- 14) 赤羽根誠：訪問による要介護高齢者との長期的関わりと理学療法士の視点．PT ジャーナル，43(11)：975-982(2009)．
- 15) 上田敏：リハビリテーションの思想－人間復権の医療を求めて－．第 2 版(増補版)，98-101, 126-139, 医学書院，東京(2004)．
- 16) 宮田昌司：生活期リハビリテーションの実態と課題－訪問リハビリテーション・サービスの視点から．総合リハビリテーション，43(9)：809-816(2015)．
- 17) ト部古文，杉澤秀博：訪問リハビリテーションにおける長期継続利用に至るプロセス；軽介護度の高齢者を対象として．日本在宅ケア学会誌，16(2)：45-52(2013)．
- 18) 岡光孝，岡本隆嗣：在宅生活者の生活期リハビリテーションに関する介護支援専門員へのアンケート調査．総合リハビリテーション，40(9)：1245-1251(2012)．

## The Goal Setting and Attainment Process of Physical Therapists Engaged in Community-based Rehabilitation

Yukako Koike

(Faculty of Health and Social Services, Kanagawa University of Human Services)

Hidehiro Sugisawa

(Graduate School of Gerontology, J.F.Oberlin University)

**Keywords** Modified Grounded Theory Approach, Goal Setting, Attainment Processes, SPDCa cycle, Physical Therapists

The purpose of this study was to analyze the goal setting and attainment process of physical therapists engaged in rehabilitation during the chronic phase. The subjects included 10 physical therapists who were engaged in home-visit and daycare rehabilitation. Qualitative research using a modified grounded theory approach was employed for the analysis. Each “ ” indicates a separate category. The results of the analysis revealed that the physical therapists received a request for a rehabilitation service from the care manager and were then “faced with obstacles related to the provision of rehabilitation in the chronic phase.” In order to overcome these obstacles, the physical therapists “looked for ways to provide rehabilitation in the patient’s life.” The physical therapists also worked on “acceptance of rehabilitation in the chronic phase during the patient’s life.” Also, they “constantly clarified the goal of rehabilitation service and explored points for improvement in it while providing it.”