

地域医療連携室たより

No.28

「至誠堂総合病院 第11回地域連携交流会」開催

3月14日（金）大手門パルズ 午後6時30分～

発行日

2014年6月6日

医療法人社団松柏会
至誠堂総合病院



地域医療連携室たより
第28号

テーマ 脳卒中に対する回復期および 維持期のリハビリテーション



3月14日（金）「至誠堂総合病院 第11回地域連携交流会」には多数の参加をいただきました。ご協力ありがとうございました。以下、ダイジェストでお伝え致します。



脳卒中における回復期

リハビリテーション病棟の役割

至誠堂総合病院 脳神経内科、リハビリテーション科医師

谷口 央

2000年に回復期リハビリテーション病棟（以下、回リハ病棟）が設置され、すでに14年が経過しました。全国で急速に増床され、今後質的な向上が課題となっています。

回リハ病棟の意義

回リハ病棟はリハビリテーション（以下、リハ）チームによる集中的訓練が行われ、ADL（日常生活動作）を最大限に向上させ、早期の社会復帰を目指す病棟です。実生活の目標を設定し、その実現に向けて訓練します。リハスタッフは訓練で得られた身体機能改善を「できる活動」としてADL向上にいかしていきます。看護師、介護職は訓練時の能力を日常的なケアを通し、実生活で実践できるように「している活動」として定着させていきます。確実に目標を達するためにはチームの連携が大事ですが、回リハ病棟は日常的に情報交換がなされこの連携が非常にスムーズです。

リハにおいては適切な期間、適切な目標の設定が重要です。計画に基づかない単なる機能訓練を漫然と

実施することがあってはなりません。このため、患者さんを中心にした定期的なカンファレンスが開かれます。回りハ病棟での到達状況は今後のADLに大きく関わってくるため、正確な目標の設定が回りハに関わるスタッフの責務であると考えます。

患者さんの能力を最大限に伸ばすためには、過度の安静をとらせない、安全第一という考え方で生活圏を狭めない、大変そうだからといって過剰な介護をしない、つくられた寝たきり、つくられた歩行不能を生じさせないことが大切です。

高年齢はADL予後不良に関連する因子として知られていますが、90歳以上の超高齢者でも積極的にリハを行えば自宅復帰につなげられる可能性があります。

当院回りハ病棟の現状

当院回りハ病棟は60床、入院料1を取得しています。当院のリハスタッフは全部で50人。うち回りハ病棟のリハスタッフは25人です。(PT14人、OT10人、ST 1人)。全国でもリハスタッフ数が基準を超えている施設は88%であり拡充が急速に進んでいます。そうでなければ十分な回復は困難です。2012、2013年度村山地域運用の脳卒中地域連携パス患者を含めた当院脳血管系患者の平均年齢、入院までの日数、在院日数、退院時および入院時BI、自宅復帰率、入退院経路について報告がなされました。

脳卒中リハの変遷

従来、我が国では早期離床は脳循環動態に影響を与えるという懸念から安静臥床をとらせ、リハの開始が遅れていました。しかし、2004年の脳卒中治療ガイドラインで、廃用症候群を予防し、十分なリスク管理をしながら早期のリハを積極的に行い、社会復帰をめざすことが強く勧められるようになりました。また、最近では6ヶ月以降でも症状によっては上肢機能回復の可能性があるとして学習性不使用（患側を使わないでいると脳が使わないと判断し使えなくなってしまうこと）を作らないCI療法（constraint-induced movement therapy）や大脳皮質の興奮性を変化させる経頭蓋的磁気刺激法などの治療法が行われるようになりました。

ADLの向上は重要ですが、それだけに目を奪われず、患者さんの何を良くするべきなのか、今後の患者さんの機能改善の可能性を探りながら、リハ医療に関わっていかなければならないと考えます。



機能回復に向けたリハビリテーション看護 のあり方

至誠堂総合病院 回復期リハビリ病棟看護師 石川 富美

高まる専門性

当院に回復期リハビリテーション病棟が設置され、4年が経過しようとしています。開設当初は整形外科患者が大半を占めていましたが、最近では脳血管疾患患者が増え、患者層が重度化しリハビリテーション看護師のさらなる専門性が求められるようになってきています。

当病棟でのリハビリテーション看護をするための工夫

リハビリスタッフが引き出す「できるADL」を可能な限り「しているADL」につなげることが重要です。

患者の能力をすべての看護師、介護福祉士が知り、それを共有することが必要（介護者が変わっても介助の方法は変わらない）です。これらを実現するため、ナースステーションにホワイトボードを設置し、全患者のADLを絵で表し、介助方法を色により分類し表示しています。また、ベッドサイドには連絡票を設置し日中と夜間の移動手段を表示しています。嚥下障害の患者用には、頭や体の向き、介助方法、水分の調整等の情報を表示しています。その他の注意点として、柵の位置や注意事項を写真にて表示する等の工夫を行っています。

看護・介護の質の向上を目指して

当病棟ではチーム医療により集中的リハビリテーションを行い、患者の最大限の能力を引き出し、早期社会復帰を目指しています。その中で看護師はADLに深く関わっており、その改善には非常に重要な役割を担っているといえます。特に、脳血管疾患患者は機能障害が重度であることが多く、その看護は、患者のペースに合わせて、ひとつでも自分でできることが増えるよう、根気強く自立を促す支援が大切であると考えています。



当院における脳卒中に対する回復期リハビリテーションと庄内南部地区（鶴岡地区）の医療連携システム

鶴岡市立湯田川温泉リハビリテーション病院 院長 武田 憲夫

庄内地域にはIT化した医療連携システムがあり、ネット4U（鶴岡地区）とID Link（庄内地域全域）の紹介がありました。

地域連携のなかで地域連携パスが重要役割を果たしており、大腿骨頸部骨折パスをはじめ、脳卒中、糖尿病、急性心筋梗塞、5大がんの地域連携パスが運用されています。パス推進協議会やパス全体会議など定期的に多職種が集まり会議を開催しています。パスのIT化は重要ですが、パスを有効に運用して行くためには、「顔の見える連携」を作ることが大切です。

庄内南部地域の脳卒中地域連携パスについて、急性期は全て庄内病院で診て、回復期は鶴岡協立リハビリテーション病院と湯田川温泉リハビリテーション病院が担い、維持期施設としては地域の診療所の約4分の一が加わっています。

湯田川温泉リハビリテーション病院の施設の紹介がありました。回復期病床数は81床、療養病床は39床、リハビリスタッフは63名。365日のリハビリを行っています。年間540名ほどの入院患者を受け入れており、ほとんど基幹病院の庄内病院から転院の患者です。在宅復帰率は73%ほど。圧倒的に女性の80代が多く、リハビリ単位数平成24年度は4.5弱（全国平均6.0）。

次に脳卒中の患者について年齢、疾患別、獲得ADL（Barthel Index、FIM）、在院日数、リハビリテーション単位数、リハビリテーションの解析結果、治療症例の解析結果についての報告がありました。

湯田川温泉リハビリテーション病院のモットーを「患者さんと家族に希望と元気を与えよう」としています。これが患者さんの回復の大きなエネルギーになると考えています。



回復期から在宅へ ～症例を通して見えてきた事～

篠田総合病院 訪問看護ステーション 理学療法士 渡邊 文子

脳卒中の回復について

脳卒中回復のゴールデンタイムは約3ヶ月間と言われ、6ヶ月を過ぎると停滞してきますが、リハビリや継続的な運動でなだらかではあるが症状の回復や体力の向上、生活活動の改善が得られる可能性が大きいといわれています。

「出来るADL」を「しているADL」へ

病院で機能練習やADL練習、身体の管理指導を受け自宅での生活をイメージし退院します。しかし実際家に帰ると、自分のイメージした生活とのギャップに直面し改めて障害の重さに気づき、自分らしい生

活を取り戻すことが難しくなっています。また、病院で練習し獲得したことが、日常生活にすんなり馴染むのも難しいようです。それに伴い家族の方もどのようにサポートするのが良いのか戸惑い過介助になってしまうことも多くあります。そこで私達は病院で獲得した動作を自宅での生活に定着させ、本人らしく自宅で生活が送れるようにサポートしていかなければならないと思います。

より効果的な訪問リハビリサービス提供のために

訪問リハビリを利用すると決まった方は病院から情報収集を行う事はもちろん訪問スタッフが退院前に病院へ行き、実際の出来る能力を退院直後から自宅でも継続して行える様に、早期での介入が必要になります。維持期であっても個別的な機能訓練を行うことによりADLの拡大につながります。その方らしい生活を再構築していくことが大切です。また、到達出来るであろう具体的な目標を設定し、練習を行うことで意欲の向上が図れ、機能回復、ADLの拡大に繋がります。同時に本人の病棟での能力と退院時の希望を家族に伝え、出来る能力を活かせるような家族指導を行う事も必要です。訪問リハビリスタッフが実際に家族の前で出来ることを一緒に行い見て頂くことで家族の方も安心してその方に関わっていけるのではないかと思います。



院長あいさつ

至誠堂総合病院院長 高橋 敬治

本日は多くの方にお集まりいただき感謝申し上げます。

各地域の医療の構築は人口動態に大きく左右されます。これからは少子高齢化、人口減少社会であり、山形県においても2037年頃までは高齢者人口が増加し、その後人口は減少に転じると言われていますが、75歳以上の人口の割合は増えていくと推計がなされています。

このような背景のもと厚生労働省は入院から在宅へ、医療から介護へと「地域包括ケアシステム」の構築を推進しようとしています。山形県は昨年3月に5つの視点を提起しています。「医療との連携強化」「介護サービスの充実強化」「予防の推進」「生活支援サービスの確保や権利擁護」「高齢者の住まいの整備」です。これらが包括的、継続的に推進されることが望まれています。

我々の法人松柏会においても、今年4月から地域包括システムの一環として「定期巡回・随時対応型訪問介護看護至誠堂ホームケア24」を開設します。しかし実際には様々な課題があります。

本日のシンポジウムにおきましても会場から多くの発言をいただき、盛り上げていただきたいと思います。よろしくお願いします。



ご自宅での生活を、介護と医療の連携サービスで24時間・365日サポートします。

定期巡回・随時対応型訪問介護看護

「至誠堂ホームケア24」



「今日は、手冷たいね。」と介護福祉士が手をさすります。Yさん（87歳男性）の表情は穏やか。笑顔がみられます。

ここは山形市西部。5月の午後2時、緑豊かな田園風景が広がります。Yさんは至誠堂総合病院を4月上旬に退院し、現在自宅で療養生活を送っています。

Yさんは今年1月に仙骨部褥瘡が悪化し、入院。毎日の処置、リハビリを行い、栄養状態が改善。仙骨部褥瘡は良くなり、自宅へ退院。担当のケアマネージャーを含め、入院中に担当者会議が開かれ、退院と同時に、「至誠堂ホームケア24」の定期巡回のサービスを利用することになりました。

Yさんは要介護5の寝たきり状態の方。妻と長男は自宅隣で製本業を営んでいます。毎日5回介護福祉士がケアのため訪問します。午前6時30分、10時、午後2時、4時、8時。主にオムツ交換・体位交換・水分補給を行います。約10分から20分程度です。

このサービスとは別に、週2回の訪問入浴と褥瘡処置、排便コントロールのため訪問看護のサービスが毎日はいっています。医学管理は市内のかかりつけ医。週1回の訪問診療を受けています。

「至誠堂ホームケア24」は住み慣れた自宅で、好きな物を食べテレビを見たりしながら家族と共に過ごしたいというYさんの思いを支えます。

緊急な場合でも対応できるように24時間、オペレーターが配置されています。

「至誠堂ホームケア24」は要介護認定を受けている方が利用でき、「定期巡回」、「随時対応」、「随時訪問」とサービスの種類は違っています。

「Yさん、また4時に来ますね。」と布団を掛けなおしながら、担当の介護福祉士はYさんの自宅を後にしました。



懇親会 顔の見える連携



シンポジウムのあと懇親会が行われ、多くの方々より挨拶をいただきました。また、アンケートが多く寄せられました。以下抜粋です。

- 「作られた歩行不能」を生じさせないという言葉通り、リスク管理に配慮して積極的なリハを行っていきたい。
- IT化した地域連携パスの話聞いて良かった。時代に合わせた地域連携について考えるよい機会となった。



我らが街 桜町・木の実町・旅籠町商店街 ⑱



よしみ美容室

山形市木の实町 8-2 TEL.023-623-1930

営業時間 午前9時～午後6時（毎週月曜日、第3日曜日・月曜日は休み）

◆平田よしさん、敦子さんに聞く

昭和32年8月から営業をしています。親子2代母と娘で営んでいます。お客さんは、この界隈に勤務の看護師さん、学校の先生等勤めをやめても通ってくれるお馴染みの方が多いです。

平成22年にリフォームした際「高齢者に優しい」つくりとしました。段差をなるべくなくし、バリアフリーに心がけました。

こじんまりしているので、画一的でなく、一人一人のお客さんの髪質に応じて手間をかけることができます。二人で相談しながら対応しています。

「けんかになったりしませんか？」

「いいえ、母が私の考えを尊重してくれますから。」

玄関にはガーデニングの花々が置かれ、何とも気持ちがゆったりします。

どうぞ、ご利用ください。



日本医療機能評価機構認定施設
病院機能評価 Ver.6

至誠堂総合病院
地域医療連携室

山形市桜町 7-44
023-622-7551（直通）
http://www.shiseido-hp.jp
E-mail mail@shiseido-hp.jp
発行責任者 至誠堂総合病院
小林 真司
編集 地域医療連携室