

2019年度三島圏域

高齢者介護予防・地域リハビリテーション推進事業

活動報告集

2020年3月

三島圏域地域リハビリテーション地域支援センター

はじめに

2019年度三島圏域地域リハビリテーション推進事業報告

社会の高齢化が急速に進んだ現在では、リハビリテーションの対象者は、小児から高齢者まですべての年齢層に広がっています。また、急速な少子高齢化は、疾病構造を複雑にし、これに伴ってリハビリテーション医学・医療が対象とする疾患や障害は、運動器障害、脳血管障害、循環器や呼吸器などの内部障害、摂食嚥下障害、小児疾患、がんなど幅広い領域に及んでいます。さらに、不健康寿命が延びるにしたがい、病院や施設だけでなく生活期でも良質なリハビリテーション医療・介護が求められています。関係職種への研修を介してリハの質向上などによる支援活動、施設・職種連携活動の強化とネットワークの構築、そしてリハの啓発と地域づくりの支援等、地域リハビリテーションの活動は一層重要性を増してきています。

ということで、2019年度の地域リハビリテーション連絡会では「生活期のリハビリテーション」というテーマで活動を行いました。

ケアマネジャー連絡会では、ケアマネジャー・介護職を対象とした研修会を8月23日に開催致しました。「退院時のリハビリ連携～回復期リハビリと在宅でのリハビリ～」と題し、病院（回復期）と在宅それぞれのセラピストを講師にお迎えし、病院及び在宅で行われる「リハビリ」について学ぶと共に、在宅での症例をもとに病院とリハビリの関係性や継続性、在宅で行われるリハビリの使い分けについて多職種で活発な意見交換が行われました。

11月16日に「生活期のリハビリテーション～各介護サービスをどう上手く使っていくか～」と題し、各職種連絡会合同の研修会を開催しました。在宅で生活される方が日々の生活でどのようなサービスを使い生活されているか、又各職種がどのような支援をされているかを発表していただき、その後ディスカッションを行いました。多職種合同で研修会を開催することで違う職種の問題点を共有でき、連携を深めることができました。

地域リハビリテーション連絡会主催の症例検討会を、1月25日に開催致しました。これまでは病院の症例を発表していただいておりますが、今年度のテーマを踏まえ、初の試みとして在宅サービス事業所から症例発表していただきました。「生活期のリハビリテーション～共にきず（づ）く目標設定～」と題し、退院後の生活目標の設定と目標達成に向けた効果的なサービス利用について発表いただきました。その後、多職種にて「社会参加に向けて目標設定のアプローチ」について活発なグループ討論が行われました。

セラピスト連絡会では2月3日に「生活期のリハビリテーション～医療・介護をつなぐ～」と題し研修会を開催しました。急性期・回復期・生活期のそれぞれの立場から生活期との連携についてご報告いただき、その後グループワークを行い各職種が抱えている課題に対して情報共有することができました。

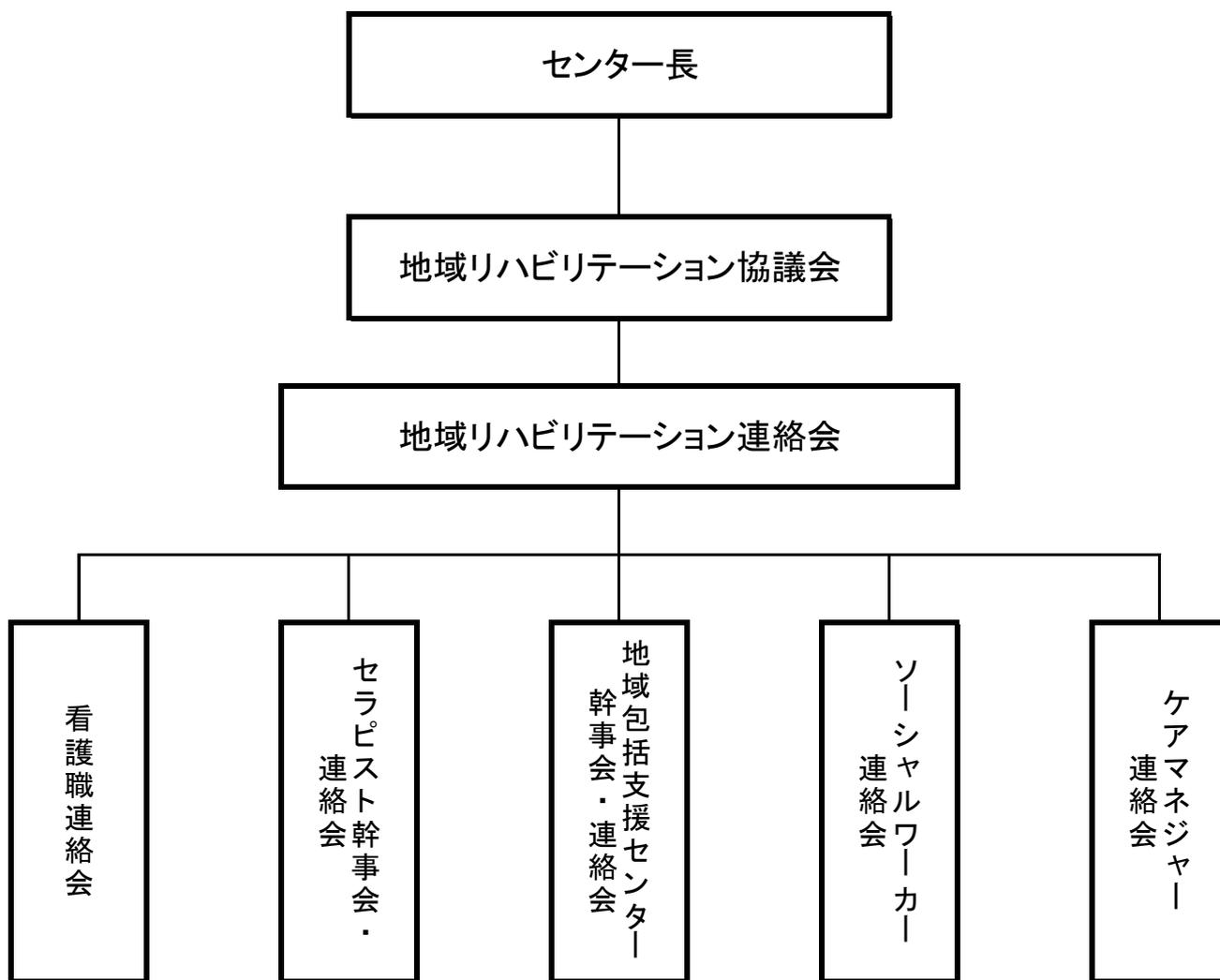
最後に前年度のテーマである「脳血管疾患」について5月11日に講演会・多職種交

流会を開催致しました。一部の講演会では「脳血管疾患の最新治療」と題し、国立循環器病研究センター 脳卒中集中治療科医長 山上宏先生よりご講演いただきました。当日の参加者（医療・介護従事者）約118名も熱心に聞き入っておられました。二部の多職種交流会では、顔の見える連携・協働に繋がることをねらいに各機関の方々より施設紹介の時間を設けました。演者の先生も引き続き参加して下さい、講演会のお話を通じ、参加者との対話が深まる機会となりました。

以上今年度の活動を簡単に紹介しました。次年度も引き続き関係各位のご協力を何卒宜しくお願い申し上げます。最後に地域リハビリテーション推進事業にご協力いただいた病院・施設・事業所の皆様、並びにご支援いただいた茨木保健所、高槻市保健所の方々に深く感謝いたします。

三島圏域地域リハビリテーション地域支援センター センター長
愛仁会リハビリテーション病院 院長
吉田 和也

三島圏域地域リハビリテーション推進事業の概要図



2019年度三島圏域地域リハビリテーション推進事業スケジュール

テーマ「生活期のリハビリテーション」

事業内容		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
会議	地域リハ協議会・連絡会			■6月5日(水) ・地域リハ協議会	■7月1日(月) ・地域リハ連絡会			■10月2日(水) ・地域リハ協議会	■11月11日(月) ・地域リハ連絡会			■2月5日(水) ・地域リハ協議会	■3月2日(月) ・地域リハ連絡会→中止
	・セラピスト連絡会		■5月20日(月) ・セラピスト幹事会①		■7月22日(月) ・セラピスト幹事会②		■9月30日(月) ・セラピスト幹事会③						■3月9日(月) ・セラピスト幹事会④→中止
	・看護職連絡会		■5月24日(金) ・看護職連絡会①		■7月12日(金) ・看護職連絡会②			■10月16日(水) ・看護職連絡会③					■3月18日(水) ・看護職連絡会④→中止
	・地域包括支援センター連絡会	■4月25日(木) ・包括幹事会①		■6月17日(月) ・包括幹事会②		■8月5日(月) ・包括幹事会③	■9月10日(火) ・包括幹事会④					■2月17日(月) ・包括幹事会⑤	
	・ソーシャルワーカー連絡会	■4月24日(水) ・ソーシャルワーカー連絡会①		■6月20日(木) ・ソーシャルワーカー連絡会②		■8月21日(水) ・ソーシャルワーカー連絡会③	■9月18日(水) ・ソーシャルワーカー連絡会④	■10月17日(木) ・ソーシャルワーカー連絡会⑤		■12月19日(木) ・ソーシャルワーカー連絡会⑥	■1月20日(月) ・ソーシャルワーカー連絡会⑦		■3月11日(水) ・ソーシャルワーカー連絡会⑧→中止
	・ケアマネジャー連絡会	■4月2日(火) ・ケアマネ幹事会①	■5月27日(月) ・ケアマネ幹事会②	■6月24日(月) ・ケアマネ幹事会③		■8月8日(木) ・ケアマネ幹事会④	■9月12日(木) ・ケアマネ幹事会⑤		■11月6日(水) ・ケアマネ幹事会⑥			■2月13日(木) ・ケアマネ幹事会⑦	
研修会			■6月25日(火) ・ソーシャルワーカー研修会		■8月23日(金) ・ケアマネ研修会			■11月16日(土) ・合同研修会		■1月25日(土) ・症例検討会	■2月3日(月) ・セラピスト研修会 ■2月22日(土) ・ソーシャルワーカー研修会→中止		
合同研修会に向けてミーティング			■6月5日(水) ・ミーティング①	■7月24日(水) ・ミーティング②			■10月15日(火) ・ミーティング③	■11月16日(土) ・ミーティング④					
講演会・懇親会		■5月11日(土) ・講演会・交流会											
その他	・会議開催場所: 愛仁会リハビリテーション病院											・事業報告集作成	

目次

はじめに

2019 年度三島圏域高齢者介護予防・地域リハビリテーション推進事業 実施状況

I	2019 年度三島圏域地域リハビリテーション連絡会	
	○地域リハビリテーション協議会・連絡会開催状況	7～8
	○セラピスト連絡会	9
	・セラピスト研修会	10～29
	○看護職連絡会	30
	○地域包括支援センター連絡会	31
	○ソーシャルワーカー連絡会	32
	○ケアマネジャー連絡会	33～34
	・ケアマネジャー研修会	35～45
II	三島圏域地域リハビリテーション講演会	
	「脳血管疾患の最新治療」	46～61
	・国立循環器病研究センター 脳卒中集中治療科 医長 山上 宏 先生	
III	三島圏域地域リハビリテーション各職種連絡会合同研修会	62～95
	「生活期のリハビリテーション ～各介護サービスをどう上手く使っていくか～」	
	・藍野病院 吉田 菜央 ソーシャルワーカー	
	・摂津市保健センター居宅介護支援事業所 西村 良美 ケアマネジャー	
	・済生会茨木訪問看護ステーション 西森 麻喜子 看護師	
	・訪問看護ステーション東和会 荒堀 潤 理学療法士	
	・摂津市地域包括支援センター 松崎 悦子 社会福祉士	
IV	三島圏域地域リハビリテーション症例検討会	
	「生活期のリハビリテーション～共にきず（づ）く目標設定～」	96～102
	・若山荘訪問リハビリテーション 皆川 千香子 理学療法士	
	・若山荘ケアプランセンター 澤野 亜友美 ケアマネジャー	

○ 地域リハビリテーション協議会・連絡会開催状況

地域リハビリテーション協議会を3回・連絡会を2回開催した。

【三島圏域地域リハビリテーション連絡会参加機関】

(1) 病院

・高槻市保健所管内

- ① 三島救命救急センター
- ② 大阪医科大学附属病院
- ③ 高槻病院
- ④ 第一東和会病院
- ⑤ 第二東和会病院
- ⑥ みどりヶ丘病院
- ⑦ 高槻赤十字病院
- ⑧ 大阪医科大学三島南病院
- ⑨ 北摂総合病院
- ⑩ うえだ下田部病院
- ⑪ 愛仁会リハビリテーション病院
- ⑫ 緑水会病院
- ⑬ 富田町病院
- ⑭ 三康病院

・大阪府茨木保健所管内

- ① 大阪府済生会茨木病院
- ② 藍野病院
- ③ 北大阪ほうせんか病院
- ④ 茨木医誠会病院
- ⑤ 博愛茨木病院
- ⑥ 摂津医誠会病院
- ⑦ 水無瀬病院
- ⑧ 友紘会総合病院
- ⑨ 谷川記念病院
- ⑩ ほうせんか病院

(2) 保健所

- ① 高槻市保健所
- ② 大阪府茨木保健所

(3) オブザーバー参加

国立循環器病研究センター
大阪大学医学部附属病院
宇都山医院
彩都リハビリテーション病院

(4) 各連絡会代表者

セラピスト連絡会代表：愛仁会リハビリテーション病院
：みどりヶ丘訪問看護ステーション
看護職連絡会代表：愛仁会リハビリテーション病院
：第二東和会病院
地域包括支援センター代表：島本町地域包括支援センター
：富田地域包括支援センター
ソーシャルワーカー連絡会代表：高槻赤十字病院
ケアマネジャー連絡会代表：若山荘ケアプランセンター

○ 2019年度セラピスト連絡会・幹事会開催状況

2019年度は3回の幹事会と各職種連絡会合同研修会、セラピスト連絡会研修会を実施した。各職能団体との連携や情報交換を目的に、幹事会委員に各職能団体から1名ずつ参加して頂いている。幹事会では主に合同研修会、セラピスト連絡会研修会の準備を行った。

2019年11月16日に『生活期のリハビリテーション～各介護サービスをどう上手く使っていくか～』というテーマで各職種連絡会合同研修会を開催した。病院、施設から参加者は157名であり、当セラピスト幹事会からは訪問リハビリテーションに携わっている理学療法士の立場から生活期を支援する様々なサービスに関して対象者、利用料金、実施内容などをわかりやすく報告した。

2020年2月3日には『生活期のリハビリテーション～医療・介護をつなぐ～』というテーマでセラピスト連絡会研修会を開催した。参加者はセラピスト、ケアマネジャー、介護士など50名であり、急性期、回復期、生活期それぞれのセラピストの立場から生活期との連携に関して事例を交えて報告した。後半はグループディスカッションを行い、各病期における連携の課題に対して情報を共有した。参加者からは多職種、施設間での連携に関する前向きな意見を多数いただき、大盛況のうちに終了した。

今年度も多職種と連携を更に高め、地域リハビリテーションの質の向上に努めていく。

【2019年度セラピスト連絡会・幹事会 参加機関】

- ・ 北大阪ほうせんか病院
- ・ 水無瀬病院
- ・ 宇都山医院
- ・ 介護老人保健施設ふれあい
- ・ 訪問看護ステーション東和会
- ・ 特定非営利活動法人いばらき
- ・ みどりヶ丘訪問看護ステーション
- ・ 千里丘協立診療所
- ・ 愛仁会リハビリテーション病院
- ・ 高槻市理学療法士会 (三島圏域代表)
- ・ 大阪府作業療法士協会 三島ブロック代表
- ・ 大阪府言語聴覚士協会 三島ブロック代表



2019年度三島圏域地域リハビリテーション セラピスト連絡会 研修会

「生活期のリハビリテーション」 ～医療・介護をつなぐ～

- [日時] 2020年2月3日(月)15時～17時
- [会場] 愛仁会リハビリテーション病院 9階 アイワホール
〒569-1116高槻市白梅町5-7 TEL072-683-1212
- [対象] 医療・介護・福祉に携わる多職種
- [内容] 生活期を軸に各病期との連携や問題点についての課題と対策について検討します

司会：第一東和会病院 言語聴覚士 グラハム亮子 氏

<三島圏域地域リハビリテーションセラピスト幹事会 報告>
愛仁会リハビリテーション病院 理学療法士 池上 泰友 氏

- ◆情報提供
 - ① 急性期から生活期へ
講師：第一東和会病院 理学療法士 今井 宏幸 氏
 - ② 回復期から生活期へ
講師：水無瀬病院 言語聴覚士 倉橋 利成 氏
 - ③ 生活期から急性期へ
講師：みどりヶ丘訪問看護ステーション 作業療法士 中西 真一 氏
 - ④ 生活期の連携
講師：千里丘協立診療所 作業療法士 上杉 瑞穂 氏

◆グループディスカッション

◆ 参加方法

愛仁会リハビリテーション病院ホームページ(<http://www.aijinkai.or.jp/reha/>)から
三島圏域地域リハビリテーションセラピスト連絡会 研修会の開催をクリック。
登録フォームに必要事項を入力して下さい。**申し込み締切日:1月27日(月)**



三島圏域地域リハビリテーション連絡会
<事務局> 愛仁会リハビリテーション病院
地域医療部 事務 松本

〒569-1116高槻市白梅町5-7
TEL 072-683-0206(直通)・1212(代表)
FAX 072-683-1282(直通)・1272(代表)



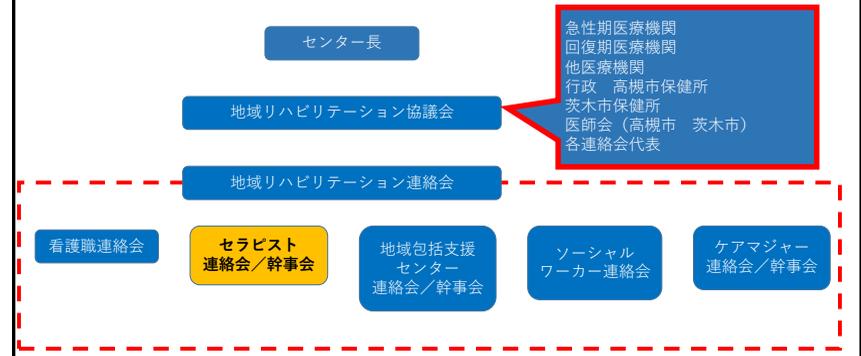
2019年度 三島圏域セラピスト 幹事会報告

日時：2020年2月3日（月）

場所：愛仁会リハビリテーション病院

三島圏域地域リハビリテーション協議会

大阪府三島圏域地域リハビリテーション支援センター



幹事会メンバー構成 (2020.1現在)

	施設名	氏名	職種
幹事長	愛仁会リハビリテーション病院	池上 泰友	理学療法士
副幹事長	みどりヶ丘訪問看護ステーション	中西 真一	作業療法士
	愛仁会リハビリテーション病院	塚本 賢司	作業療法士
	訪問看護ステーション東和会	荒堀 潤	理学療法士
	老人保健施設ふれあい	笠谷 朋寛	理学療法士
	水無瀬病院	倉橋 利成	言語療法士
	水無瀬病院	五十嵐 大二	作業療法士
	北大阪ほうせんか病院	鍋野 貴之	理学療法士
	特定非営利活動法人いばらき	太田 伸一	作業療法士
	宇都山医院	竹内 裕幸	理学療法士
	千里丘協立診療所	上杉 瑞穂	作業療法士



セラピスト幹事会 目的と事業

目的

三島圏域地域リハビリテーションセラピスト幹事会は、三島圏域の地域リハビリテーションの質向上を図ることを目的とする。

事業

1. 三島圏域における各施設連携に関すること
2. 三島圏域セラピスト連絡会（研修会等）に関すること
3. 三島圏域における他職種との連携に関すること

三島圏域地域リハビリテーション幹事会規約より抜粋

2019年度の活動

内容

- > 各市町村 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士代表者一覧表 更新
- > セラピスト連絡会の企画運営
- > その他

・8月23日 ソーシャルワーク連絡会研修会

『退院時のリハビリ連携について』～回復期・在宅の立場から

講師：愛仁会リハビリテーション病院 塚本 賢司

・11月16日 三島圏地域リハビリテーション合同研修会

『生活期のリハビリテーション』～各介護サービスをどう上手く使っていか

座長：みどりヶ丘訪問看護ステーション 中西 真一

演者：訪問看護ステーション 荒堀 潤

・1月25日 三島圏地域リハビリテーション症例発表会

『生活期のリハビリテーション』～共にぎず（づ）く目標設定～

座長：愛仁会リハビリテーション病院 池上 泰友

情報共有が求められている



三島圏域内の連携ツール

- ・ 装具ノート
- ・ セラマップ
- ・ 退院時要約
- ・ 嚙下手帳
- ・ お薬手帳



装具ノート

◆装具ノート配布期間

2013年7月～2019年3月末

配布総件数：4127件

◆装具ノートの運用

2019年3月

37医療機関、8義肢装具製作会社にて運用

セラマップの作製

発行：2008年度～

対象：セラピスト

目的：セラピスト間の連携、交流機会の強化
連絡先の窓口の明確化
情報交換、共有機会の向上
セラピスト以外の職種への情報公開

2018年12月 400部配布
セラマップ第8版



三島圏地域リハビリテーションセラピスト連絡会幹事会 発行

嚥下手帳

発行：2016年8月～

対象：摂食嚥下障害のある方々

目的：情報共有ができる

食を楽しみ続けられる



情報共有が求められている

それぞれの立場で必要な情報は？

どうすれば情報を共有できる
(連携を図れる)？

「生活期のリハビリテーション」 ～医療・介護をつなぐ～

急性期から生活期へ

第一東和会病院 リハビリテーション部
今井 宏幸

Towakai Hospital

当院の紹介

医療法人 東和会 第一東和会病院

昭和57年設立 一般病床243床 急性期病院



リハビリテーション部

理学療法士:21名

作業療法士:7名

言語聴覚士:4名

音楽療法士:2名

事務員:1名

医師事務作業補助者:1名

Towakai Hospital

急性期から生活期へ

急性期病院(当院)の特徴として

・当院では、入院初日(超急性期)、手術後翌日から各部門が介入し機能回復の促進や、臥床に伴う廃用症候群を予防し、入院期間の短縮を図っています。

Towakai Hospital

疾患別リハビリテーション

- ①脳血管疾患等リハビリテーション(I)
- ②運動器リハビリテーション(I)
- ③廃用症候群リハビリテーション
- ④呼吸器リハビリテーション(I)
- ⑤がん患者リハビリテーション
- ⑥摂食機能療法

Towakai Hospital

当院の在宅退院に向けた取り組み

Towakai Hospital

退院前カンファレンスについて

主治医より病状の説明を行ってから
⇒退院前カンファレンスの開催

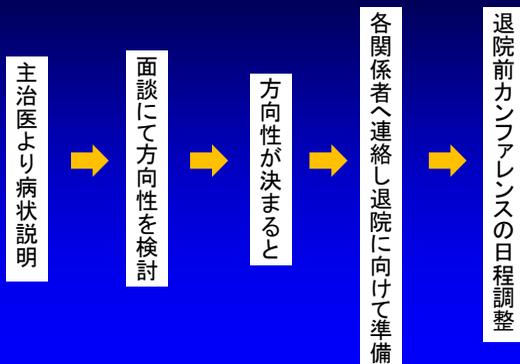
○当院の参加者

- ・主治医
- ・病棟看護師(以下、NS)
- ・ソーシャルワーカー(以下、MSW)
- (・理学療法士(以下、PT))
- (・作業療法士(以下、OT))
- (・言語聴覚士(以下、ST))

など

Towakai Hospital

退院前カンファレンスまでの流れ



Towakai Hospital

チームでの連携として



Towakai Hospital

在宅復帰した症例

Towakai Hospital

症例紹介

【年齢】:48歳
【性別】:男性
【家族構成】:母と2人暮らし
【キーパーソン】:兄

【病前のADL】:元々は全自立
【自宅の住環境】:集合住宅の1階
寝具:布団 トイレ:和式
お風呂:シャワーのない浴槽のみ

Towakai Hospital

【現病歴】

20XY年9月頃水様性の下痢でかかりつけ医を受診。診察にて右上腹部に腫瘤を触知あり。採血にてHb6.3、CEA1299、CA19-9、1020と高値であったため当院紹介となる。

20XY年9月当院受診し、胸腹部造影CT施行・直腸に造影増強される腫瘍を認め、内宮の狭窄による通過障害を伴っていた。左外腸骨リンパ節腫大、巨大な、肝転移、腹水がみられました。大腸癌の多発性肝転移の診断あり。

Towakai Hospital

【入院～手術までの経過】

- ・外来にて検査等を実施し、9月X日に当院入院。
- ・入院後、9月X日に直腸癌の手術予定となる。
- ・9月X日術前より理学療法の指示があり、介入開始となる。

【介入当初の理学療法評価】

- ・浮腫:両下肢
- ・疼痛:腰背部～殿部周囲
- ・ROM:著明な制限なし
- ・MMT:両下肢3～4程度
- ・倦怠感著明にあり。

Towakai Hospital

日常生活動作(ADL)

【介入当初のADL】

- ・起居動作～端座位保持: 物的介助で自立
- ・立ち上がり動作～移乗動作: 軽介助
- ・歩行動作: 軽介助～見守りで10m程可能。



【退院時のADL】

- ・起居動作～立ち上がり動作: 自立
- ・屋内: 独歩・伝い歩き自立 屋外: 独歩見守り
- ・階段昇降: 手すり使用し自立

Towakai Hospital

退院支援に向けて

【退院支援】

20XY年9月X日(手術後)より退院支援にて介入開始。
主治医、病棟NS、MSW、PTで話し合い、退院前カンファレンスの開催日時を決定。

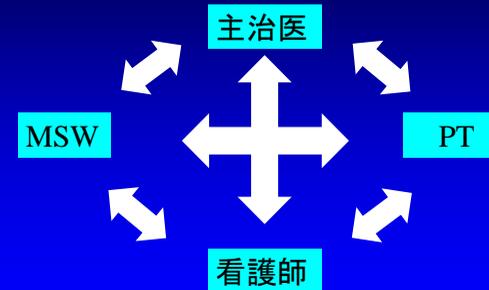
Towakai Hospital

退院前カンファレンス

- ①訪問看護の介入について(週2回訪問看護)
- ②福祉用具について
(据え置き型のトイレ、手すりレンタル、シャワーチェア、浴槽台)
- ③保清について (ヘルパー利用)
- ④食事について (配食サービスの検討)
- ⑤今後の化学療法について (外来通院、お兄様と通院)
- ⑥退院について (10月X日自宅退院を目標とすることに決定)

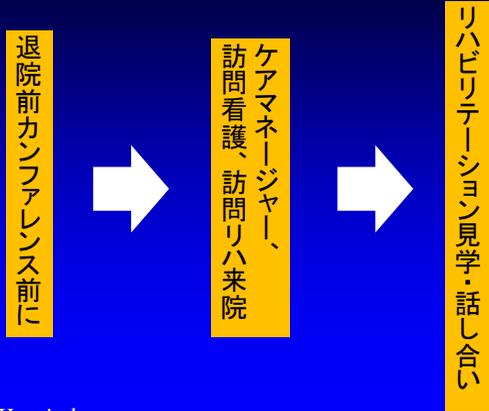
Towakai Hospital

症例を通して①



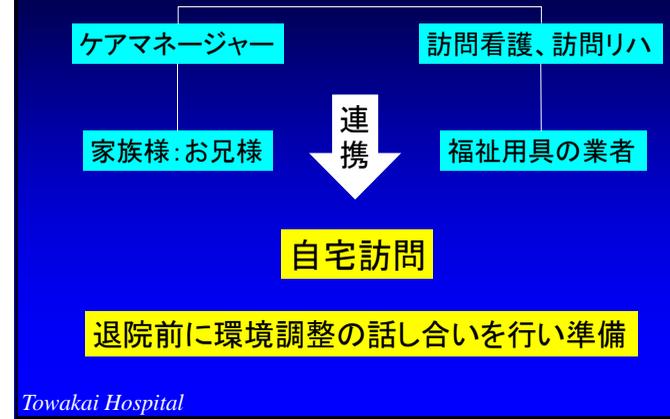
Towakai Hospital

症例を通して②



Towakai Hospital

症例を通して③



Towakai Hospital

急性期の現状から
生活期への連携について

Towakai Hospital

リハビリテーションスタッフの現状

当院の現状



生活期

情報提供や意見交換の
機会が少ない

Towakai Hospital

急性期病院の現状 I

- ①在院日数が短い為、退院する前にケアマネージャーと連絡が取れないことがあり連携がうまくいかないことがある。
- ②入院患者様全ての方にはリハビリテーションおよびMSWは介入できていないため、入院患者様全ては把握できていない。

Towakai Hospital

急性期病院の現状 II

- ③生活期に関わるケアマネージャーや訪問看護から、情報提供して頂いていても、退院時の情報を提供できていないことがある。
- ④医師、看護師など病院のスタッフにおいては知識が不足しているところがある。
(生活期に対するスタッフの知識不足)

Towakai Hospital

まとめ



お互いの理解と協力が必要です。

Towakai Hospital

ご静聴ありがとうございました。

Towakai Hospital

回復期から生活期へ 課題と対策

水無瀬病院リハビリテーション部

倉橋利成

怪復期病棟

- 患者さんがリハビリ依存症
- 退院後すぐに機能が低下
- 病院ではできていたのに、家ではできない
- 退院後は家で無気力、引きこもり
- 働くPT・OT・STは回復期嫌いに

この物語はフィクションです。
実在の人物、団体、事例とは
一切関係ありません……？

回復期の回復のために

1. その人らしい生活
の実現を**目的化**する
2. 回復期と生活期の統
合的連携

回復期病棟の役割

チーム医療、
リハビリを提供す
ること

手段 目的

FIMの改善・
早期自宅復帰

過程 ゴール

その人らしい
生活の実現

目的

怪復期病棟

リハビリを提供す
ること

目的化

- ・患者さんがリハビリに依存
- ・退院後すぐに機能が低下
- ・PT・OT・STは回復期嫌いに

FIMの改善

その人らしい
生活の実現

生活期に
丸投げ

- ・病院ではできていたのに、家ではできない
- ・家で無気力、引きこもり

ICF具体化ツール

目標設定等支援・
管理シート

リハビリテーショ
ン総合実施計画書

興味関心チェック
シート

回復期の回復のために

1. その人らしい生活
の実現を**目的化する**
2. 回復期と生活期の統
合的連携

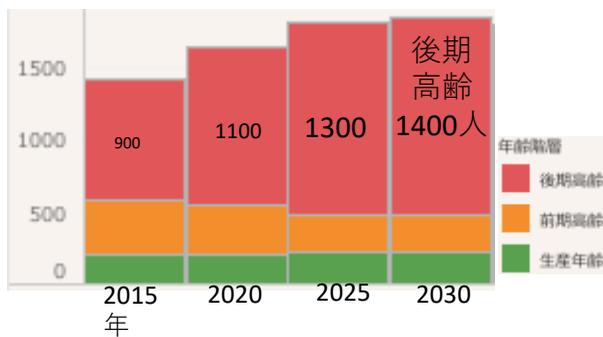
「回復期」退院後

数か月後、〇〇して再入院・・・

転倒、誤嚥、脱水発症、、、

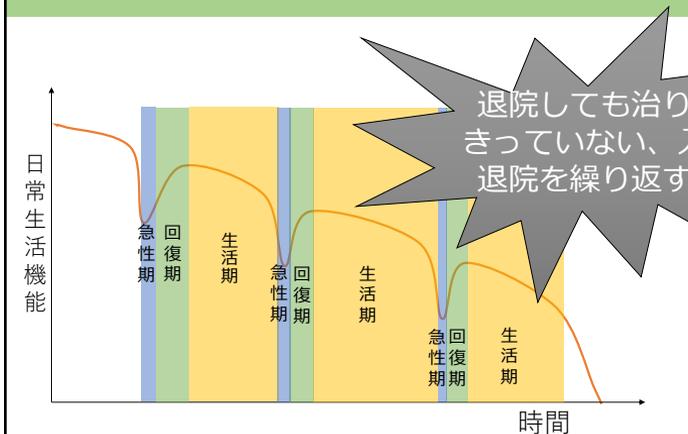


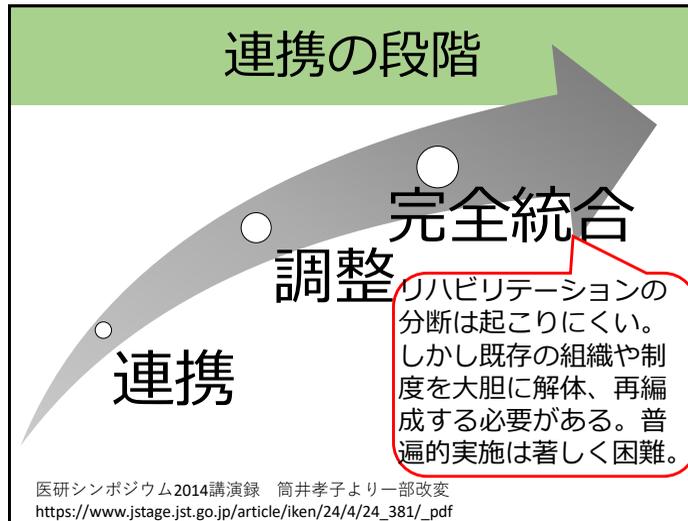
三島圏域の脳卒中患者数推計



医療経営データ分析プログラムのMedysisより

高齢者のケアは連携だけではなく回復期、生活期相互の交わり（統合）が有効





医療法人連仁会 水無瀬病院

退院後訪問 通信 vol.2

〜退院後の生活から見てきたもの〜

2019.12.10発行

2019.12.2報告会の様子

連携後訪問実施センター
 Dr. 榎本 PT 北田
 MSW 舟山 OT 岩瀬

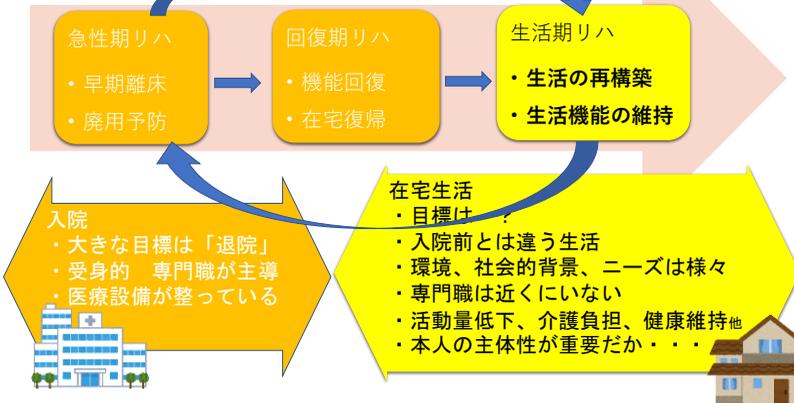


生活期リハから急性期リハへ

訪問看護サービスのリハビリ訪問から、急性期病院へ

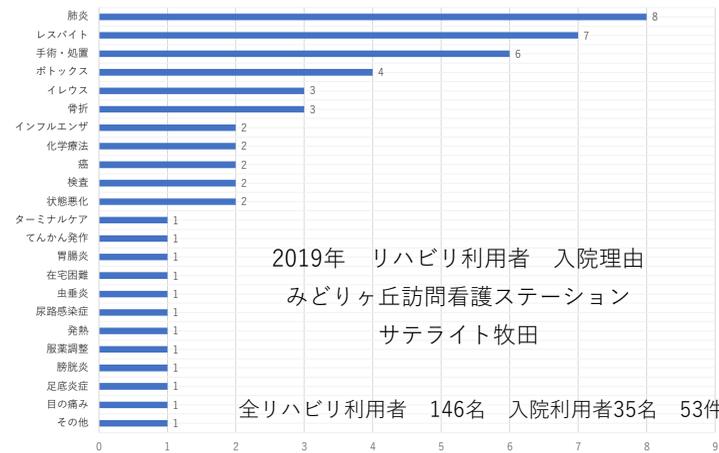
みどりヶ丘訪問看護ステーションサテライト牧田
作業療法士 中西真一

リハビリテーションの流れ



当ステーションの概要

- 社会医療法人 祐生会
みどりヶ丘訪問看護ステーション サテライト牧田
- 所在地 高槻市牧田町 富田団地内
- PT: 1名 OT: 3名 ST: 1名 (兼務) 看護職: 4名
- 利用者数 (2019年)
リハ利用者 146名 (全利用者数 211名)
- みどりヶ丘訪問看護ステーションのサテライト (出張所) であり、訪問看護サービスにおけるリハビリ訪問を行っている。
- 同一法人のみどりヶ丘病院からは離れており、指示医も近隣の病院・診療所の方が多い。



急性期リハへ、そして生活期への流れ



氏名	性別	年齢	生年月日	年月日
職歴	婚姻歴			
過去に山	自立・要守リ・介助	歩行	有・無	
認知症	自立・要守リ・介助	歩行	有・無	
褥瘡	自立・要守リ・介助	歩行	有・無	
言語機能	自立・要守リ・介助	歩行	有・無	
排泄機能	自立・要守リ・介助	歩行	有・無	
認知機能	自立・要守リ・介助	歩行	有・無	
身体機能	自立・要守リ・介助	歩行	有・無	
家族状況	自立・要守リ・介助	歩行	有・無	
入院	自立・要守リ・介助	歩行	有・無	
退院	自立・要守リ・介助	歩行	有・無	
特徴事項				

入院時のリハビリサマリー

- ・ 傷病名
- ・ 既往歴
- ・ 日常生活活動
- ・ コミュニケーション 精神機能
- ・ 身体機能
- ・ 家族状況 生活環境
- ・ 利用サービス
- ・ リハビリの経過
- ・ 在宅復帰に必要な動作

入院時に気になること

- ・ 在宅生活の状況・必要なことを伝える
 - ・ リハ目標設定の材料に
- ・ 入院した経緯を伝える
 - ・ 再発予防につなげてほしい
 - ・ 入院目的にそったアプローチをしてほしい
- ・ 入院するなら
 - ・ 身体症状改善だけでなく、機能回復・向上も
 - ・ いろいろ検査してほしい 嚥下・食欲不振
 - ・ 服薬調整
 - ・ 栄養状態の改善
 - ・ 退院時にケアプラン・生活環境の見直し
- ・ リハビリテーションは実施されるのか？
 - ・ リハビリサマリーの行方は？

退院時、良かったこと・困ったこと

- ・ 入院前よりよく動けるようになった
- ・ 薬剤調整で薬が減り、服薬が楽になった・意識レベルが改善した
- ・ 退院前カンファレンスに出席できない
- ・ 骨折・病巣の情報が伝わってこない
- ・ 急性期の医師と訪問看護指示医が別
- ・ 誤嚥性肺炎の利用者に食事指導がない
- ・ 退院時サマリー内容が間違っている
- ・ 退院時リハビリサマリーがこない

生活期から急性期へ

- 伝えたい情報は多岐にわたる
- リハ部門がかかわらないこともある？
- 入院時にはカンファレンスがない
 - サマリー、電話などによる情報提供
- サマリーは
 - どんな内容が良いか？
 - 病院内でどのように共有されるのか？（リハビリ・病棟看護…）
 - 回復期へは伝達されるのか？

セラピストからの情報であっても、
利用者の病棟看護も含めた急性期・回復期に
役立つように

三島圏域地域リハビリテーションセラピスト連絡会研修会アンケート集計

・開催日:2020年2月3日(月) 15時00分～17時00分

・場所:愛仁会リハビリテーション病院 9階アイワホール

・参加人数:50名

・アンケート記入者:37名(回収率 74%)

1. <所属施設>

①病院 14名

②在宅機関

(地域かかりつけ医・訪問看護・訪問リハビリ・居宅介護支援事業所・地域包括支援センター) 18名

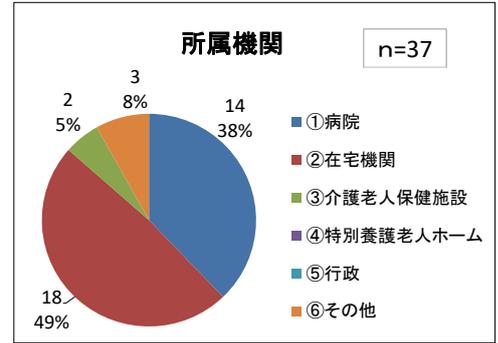
③介護老人保健施設 2名

④特別養護老人ホーム 0名

⑤行政 0名

⑥その他 3名

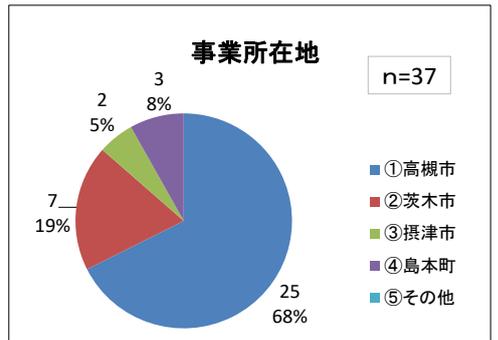
(特定施設1、地域活動センター1、障害者福祉センター(地域活動支援センターⅡ型)1)



2. <事業所在地>

①高槻市 25名 ②茨木市 7名 ③摂津市 2名 ④島本町 3名

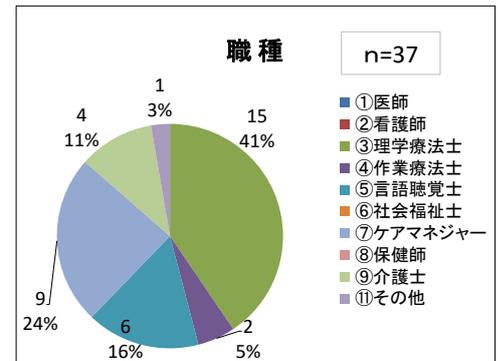
⑤その他 0名



3. <職種>

①医師 0名 ②看護師 0名 ③理学療法士 15名 ④作業療法士 2名 ⑤言語聴覚士 6名

⑥社会福祉士 0名 ⑦ケアマネジャー9名 ⑧保健師 0名 ⑨介護士 4名 ⑩その他 1名(支援員)



4.本日の研修会についてお尋ねします。

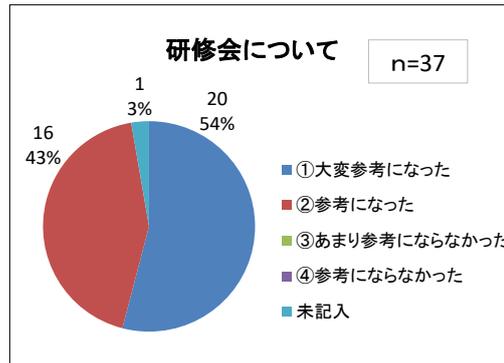
①大変参考になった 20名

②参考になった 16名

③あまり参考にならなかった 0名

④参考にならなかった 0名

⑤未記入 1名



5.グループワークについてお尋ねします。

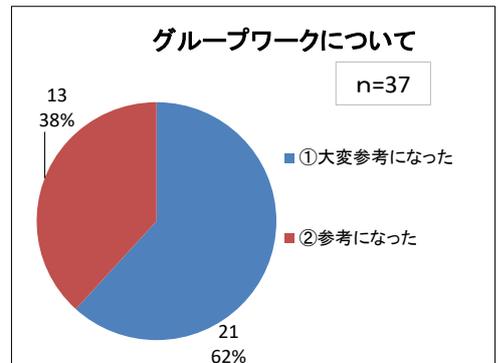
①大変参考になった 21名

②参考になった 13名

③あまり参考にならなかった 0名

④参考にならなかった 0名

⑤未記入 3名

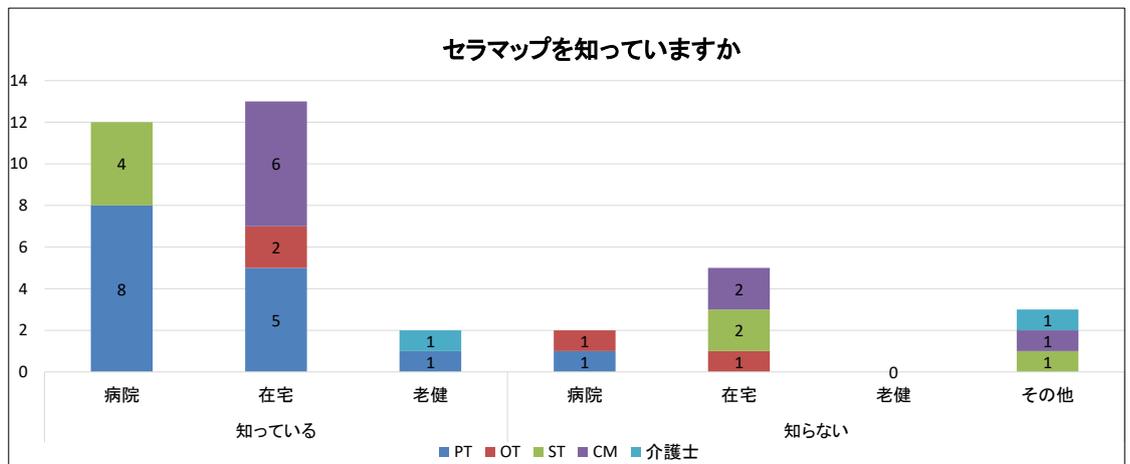


6.本日の研修会・グループワークについてのご意見・ご感想をお聞かせください。

病院	理学療法士	サマリーの重要さを改めて理解できました。生活期が欲しい情報や要望を知れたのが良かった。生活期の方と話す機会が無いので、知れてよかったです。
		ケアマネジャー・セラピストの連携が難しいとの問題があったが、実際、電話やリハ見学などをし、情報共有をしていきたい。
		自分たちの発信している情報が、受け手の役に立っているのか？受け手の必要としている情報を発信していけるように考えていきたいと思います。
		多職種の実践的な声が聞けて良かったです。
		顔の見える関係性をさらに発展させる必要性を感じました。
		他職種の方と話す機会はめずらしいため、参考になりました。
言語聴覚士		グループワークの内容発表が参考になりました。
		普段かかわりの少ないケアマネの方と話し、自分が思っていた以上に伝わっていない現状があると感じました。
在宅機関	ケアマネジャー	現状を把握するきっかけとなりました。
		セラピストも在宅の関係者と直接連携を取りたいと思っている人が多いのだと思う。
		在宅と病院のリハビリ連携について、いろんな方法を知れて勉強になりました。
		法人内での連携が充実している事業所、そうでない事業所はあったが、連携・情報交換の大切さは皆さんよく理解していた。
		迷いや知らなかったことが知れた。
理学療法士		同法人内であれば連携が取れやすいが、法人外ではなかなかできていないことが現状。顔を合わせて情報共有をする大切さを学びました。
		活発な意見が聞けて良かったです。少し時間が短い印象でした。
		グループワークの時間が短かった。
		みんながどうにかならいたいものになと思っているのによい方法がない。せっかく協議会があるので、共通のものを考えたらと思う。また、グループワークの時間が短かった。
作業療法士		他領域の話が聞けて参考になりました。
		”連携”ということに限定してスポットを当ててくださったことで、今まで何度も話していたサマリーの事や情報共有の事について考えを深められ、発展的な会となったと思います
言語聴覚士		セラピスト連絡会なるものがあることを初めて知りました。貴重な時間をありがとうございました。
介護士		いろんな立場の意見が聞けて良かった。もっと連携していきたいな！と思いました。わかりやすいサマリー待っています。
		他職種の意見が聞けて勉強になりました。ありがとうございました。
		連携の大切さを改めて感じました。
老健	理学療法士	話がうまくまとまらなかったが、様々な意見が聞けて勉強になりました。
老健	介護士	リハ等他の職場との違いを感じた。連携の大切さを重要視しなければならない。私自身は、参加してよかったです。

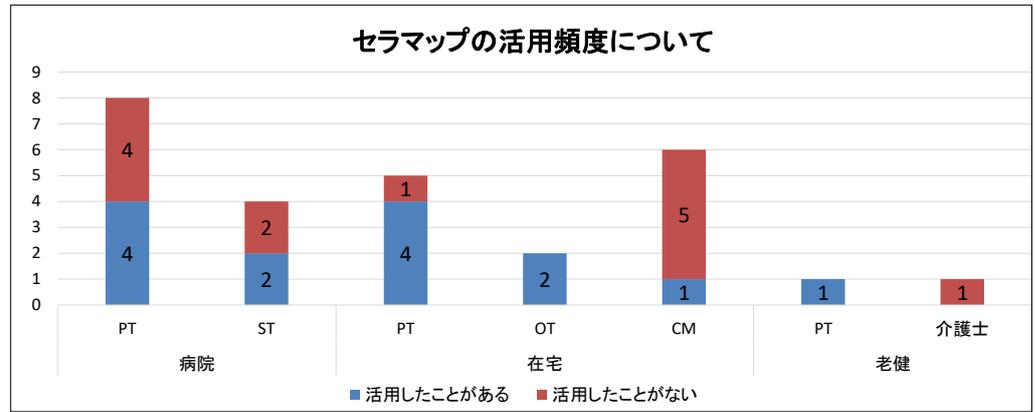
7.セラマップをご存じですか。

- ①知っている 27名
②知らない 10名



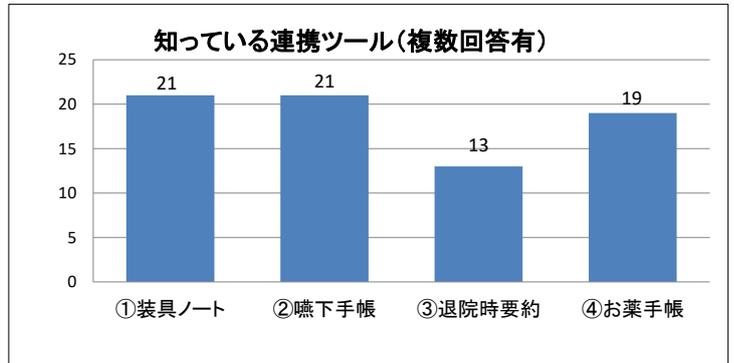
8.7で知っていると答えた方のみ、セラマップの活用状況をお聞かせください。

- ①よく活用している 0名
- ②活用したことがある 14名
- ③活用したことがない 13名



9.三島圏域の連携ツールでご存知のものをお聞かせください。(複数回答有)

- ①装具ノート 21名
- ②嚥下手帳 21名
- ③退院時要約 13名
- ④お薬手帳 29名



10.三島圏域の情報共有のためにあったらいいと思う連携ツールがあればお聞かせください。

サービスノートとして一冊を見れば訪問の記録(気がついた所、困っている所)が見れるノートがあればと思います。在宅では家族様ノートを一冊作成しています。
グループの発表でもありましたが、「装具ノート」みたいな患者さん、利用者さんが持って回るものがあればよいと思いました。関わる人が多いのでやっぱりまずはアナログでスタートするべきだと思います。
評価ノートがあっても良い。
母子手帳ならぬ介護手帳(全国共通、府共通)があれば良い。
連携するにあたって、FAX以外でIT等があればよいと思う。
ICT頼りでいいと思います。
オンラインシステム
医療介護情報共有システム、PHRシステム
病院(入院前)のADL情報が共有できるもの。
サマリーの他病院間での共有
移動手段(補助具)の経過ノートなどもあっていいのかなと思いました。(今までピックアップなのかバギーなのかどんな杖なのか)
法人外での連携の強化に対して何かあればと思います。
リハ経過ツール

○ 2019年度看護職連絡会開催状況

2019年度の三島圏域地域リハビリテーション連絡会のテーマは、「生活期のリハビリテーション」でした。看護職連絡会は今年度3回開催し、急性期・回復期・在宅に関わる14か所の病院・施設の看護師の顔の見える関係作りと、患者やご家族が在宅復帰を目ざし安心して地域で生活できるための連携について取り組みました。

各看護職の情報交換では、認知症高齢夫婦、高齢の親が子供の介護、独居でPEGのある事例の在宅支援の取り組みなどについて情報共有しました。また、病院看護師が在宅は難しいと思われる事例でも、潜在能力をみて出来ることはないかを考え、その人を中心に家族を含めた多職種での看護ケアが大切であると再認識することができました。

各職種合同での研修会が、11月16日（土）に「生活期のリハビリテーション～各介護サービスをどう上手く使っていくか～」をテーマに開催されました。看護職は、済生会茨木訪問看護ステーションの訪問看護師より、その人の生活すべてがリハビリであり、潜在能力を大切にしたいかかわりをしており、「生活者が自己で行えることを見つけ出し、自己で出来ることを少しでも行ってもらうための援助」について報告しました。また各職種の発表では、在宅リハビリテーションやサービスについてなど在宅での活動が非常によくわかる内容でした。参加した看護師からは、「退院がゴールではなく、在宅生活でのスタートだ」との感想もあり、在宅生活を見据えたケアが必要であることを考えるきっかけになったのではないかと思います。

今後も、さらに急性期から回復期・在宅への連携強化ができるよう活動していきたいと考えています。

【2019年度看護職連絡会の参加機関】

- ・みどりヶ丘病院
- ・第二東和会病院
- ・北大阪ほうせんか病院
- ・大阪医科大学三島南病院
- ・茨木医誠会病院
- ・水無瀬病院
- ・摂津医誠会病院
- ・愛仁会リハビリテーション病院
- ・大阪医科大学附属病院
- ・高槻赤十字病院
- ・第一東和会病院
- ・藍野病院
- ・アクティブネットワーク訪問看護ステーション
- ・済生会茨木訪問看護ステーション

○ 2019年度地域包括支援センター連絡会・幹事会開催状況

三島圏域地域包括支援センター連絡会・幹事会においては、今年度を通じ「生活期のリハビリテーション」とのテーマのもと、各職種連絡会合同研修会、症例検討会開催に向けたミーティングへ代表2名が出席し、多職種協働を目的に協議に参加した。幹事会では研修会に向けて討議を重ねた。

今年度の研修会は各職種連絡会合同で「生活期のリハビリテーション～各介護サービスをどう上手く使っていくか～」をテーマに、2019年11月16日に開催した。

地域包括支援センター連絡会は、「三島圏域4市町の一般介護予防事業の様子」と題し、各市町が取組を進めている介護予防を目的とした体操やその啓発のためのイベント等について写真も交えて発表・報告し、合わせてこれらの取組の現状とその効果・課題についてまとめた資料を作成し配布した。

退院時から在宅にわたる各職種の取組や留意すべきこと等について見識を深めることができ、興味深いものであった。今回の研修を踏まえ地域包括支援センターとして、介護予防事業を推進することで生活期のリハビリテーションの拡充に貢献したいとの意識を新たにした。

2020年1月には症例をもとに各職種間で意見交換等を行い、「共にきづく（きづく）目標設定」について理解を深めた。当該検討会の準備等にも積極的に関与することができた。職種ごとや働く場ごとに複数回意見交換を重ねるなど新たな試みもあり、たいへん有意義な検討会であった。

上記取組のほか、地域包括支援センター幹事会では各地域包括支援センターや市町における現状・課題等について情報交換、意見交換を行い問題意識の共有等を図った。

【2019年度地域包括支援センター幹事会の参加機関】

- ・富田地域包括支援センター
- ・清水地域包括支援センター
- ・茨木市地域包括支援センター常清の里
- ・清溪・忍頂寺・山手台地域包括支援センター
- ・摂津市地域包括支援センター
- ・島本町地域包括支援センター

○ 2019年度ソーシャルワーカー連絡会

ソーシャルワーカー連絡会は、2015（平成27）年度より三島圏域地域リハビリテーション地域支援センター（以下、地域支援センター）の下部組織に参画し、各連絡会と共に活動を行ってきた。2019年度はソーシャルワーカー連絡会幹事会（運営委員会）を7回実施した。地域支援センター全体のテーマである「生活期のリハビリテーション」を踏まえ、①支援センターのテーマに基づく研修会の企画について②診療報酬・介護報酬改定を踏まえた各機関の連携（主に入退院支援）について③地域包括システムにおけるソーシャルワーカーのあり方について議論を重ねた。

ソーシャルワーカー連絡会独自の研修会として、2019年6月25日に「権利擁護・成年後見制度について」をテーマに「権利擁護たかつき」の理事である高岡克行先生より講演いただき、後見人を申し立てる場合のポイントや、基本的な仕組み、後見人就任後の活動など、現場での経験を学ぶことができた。

また、三島圏域地域リハビリテーション連絡会合同研修会として2019年11月16日に「生活期のリハビリテーション～各介護サービスをどう上手く使っていくか～」をテーマに各連絡会から発表を行い、当連絡会からも藍野病院・吉田菜央氏が、病院から地域へ退院支援を行う中で体験した課題等、問題提起も含めて発表を行った。

また2019年度は三島圏域ソーシャルワーカー連絡会創立25周年を迎えるため、ソーシャルワークの原点を見つめ直す機会を踏まえた記念事業の企画にほとんどの時間を費やした。記念講演と懇親会を2020年2月22日に予定し準備をすすめていたが、新型コロナウイルスの感染予防対策のため、延期することとした。4月現在、新型コロナウイルスは終息していないばかりか緊急事態宣言が発令されており、延期の日時も未定である。

2020年明けからの新型コロナウイルスの前代未聞の流行は、医療・介護・福祉領域にも多大な影響を及ぼしている。このような時期だからこそ、これまで以上に医療と介護、福祉における各機関同士の連携・協働を通じて、患者（利用者）・住民を支えていくことが求められる。ソーシャルワーカー連絡会では、相互の連携・協働を通じネットワーク機能をさらに強化し、役割を果たしていきたいと考える。

【2019年度ソーシャルワーカー連絡会幹事会（運営委員会）の参加機関】

- ・大阪医科大学附属病院
- ・大阪医科大学三島南病院
- ・藍野病院
- ・愛仁会リハビリテーション病院
- ・うえだ下田部病院
- ・高槻赤十字病院
- ・高槻病院
- ・第一東和会病院
- ・光愛病院
- ・新阿武山病院
- ・水無瀬病院

○ 2019 年度ケアマネジャー連絡会開催状況

ケアマネジャー連絡会は、平成 29 年度に発足した当協議会唯一の介護系部会であり、「地域包括ケアシステムで求められているリハビリとは何か」を介護の立場から探求すべく活動を行っている。

今年度は、テーマが「生活期のリハビリテーション」ということで、独自開催の研修は 1 回のみであったが、合同研修会での発表及び症例検討会を担当したことで、ケアマネジャーの立場から多くのことを発信できた 1 年であった。また、昨年度の反省を踏まえ、講義や発表のあとの質疑応答・意見交換・グループワークの時間を十分確保したことで、活発な意見・情報の交換・共有につながり研修が盛り上がった。ケアマネジャー同士はもちろんのこと、多職種間で有意義な時間を持つことができたと評価している。

来年度にむけては、引き続き介護の立場から色々な発信ができるように、介護職の方の参加が増えるように、多職種間で『連携』について一歩進んだより具体的な話し合いが持てるように、活動していきたいと考えている。

【開催した研修】

□2019 年 8 月 23 日（金） 15 時～17 時 参加人数 60 名

「退院時のリハビリ連携」～回復期リハビリと在宅でのリハビリ～

*アンケートから

- ・介護職、セラピスト、機能訓練指導員、社会福祉士の方の参加もあった。また、圏域外（吹田市）からの参加もあった。
- ・参加理由では「病院と在宅のリハビリの連携について考えたい」が、内容については「大変参考になった」との回答が最も多かった。
- ・今後知りたい情報、取り上げてほしいテーマは、「各通所事業所がどんなリハビリをやっているのか」「各介護施設がどんなリハビリをやっているか」「ヘルパーとリハビリ職との連携事例（ヘルパーの自立支援の取り組みなど）」が多く選ばれた。
- ・その他、「家族も含め身体介護に関わるヘルパーやデイサービススタッフへのレクチャー等セラピストが在籍する施設の垣根を越えての活動ができるか等の“しくみ”作りについて」との記載もあった。

【参画した研修】

□2019 年 11 月 16 日（土） 14 時～16 時

「生活期のリハビリテーション」～各介護サービスをどう上手く使っていくか～

発表：「生活期のリハビリテーション～ケアマネジャーの立場から～」

ヘルパー支援により、目的のある外出が自立につながった事例

□2020年1月25日（土） 15時～17時

「生活期のリハビリテーション」～共にきづく（きづく）目標設定～

症例発表：「回復期リハビリから生活期リハビリへ

～退院後の生活とサービスの使い分けを考える～」

【ケアマネジャー連絡会参加機関】

- ・ アイケアライフ
- ・ 北摂総合病院ケアプランセンター
- ・ れんげ荘
- ・ 茨木診療所指定居宅介護支援事業所
- ・ 春日丘荘居宅介護支援事業所
- ・ たかとりケアプランセンター
- ・ ケアプランセンターゆらら
- ・ 正雀ひかりケアプランセンター
- ・ 摂津保健センター居宅介護支援事業所
- ・ とりかい白鷺園居宅介護支援事業所
- ・ ケアプランセンターしまもと
- ・ 弥栄の郷居宅介護支援事業所
- ・ 若山荘ケアプランセンター

ケアマネジャー
介護職の皆さまへ

2019年度三島圏域地域リハビリテーション
ケアマネジャー連絡会研修会

『退院時のリハビリ連携』

～回復期リハビリと在宅でのリハビリ～

三島圏域地域リハビリテーション ケアマネジャー連絡会は、平成29年度に発足し「地域包括ケアシステムで求められているリハビリとは何か」を介護の立場から探求すべく活動しております。

今回の研修テーマは「退院時のリハビリ連携」です。病院と在宅それぞれのセラピストの先生を講師にお迎えし、病院（回復期）及び在宅で行われる「リハビリ」について学ぶと共に、ケアマネジャーが担当している事例をもとに、病院と在宅のリハビリの関係性や継続性、在宅で行われるリハビリの使い分けについて考えたいと思います。

今回もケアマネジャーだけでなく介護職の皆さまも、ご興味のある方はぜひご参加下さい。

1. 日時： 2019年8月23日（金） 15～17時
2. 場所： アイワホール（愛仁会リハビリテーション病院 9F）
3. 対象： ケアマネジャー、介護職員
4. 内容：
 - ① ミニ講演：「退院時のリハビリ連携について」～回復期・在宅の立場から～
講師：社会医療法人愛仁会 愛仁会リハビリテーション病院 リハ技術部
作業療法士 塚本 賢司氏
医療法人清仁会 介護老人保健施設若山荘
理学療法士 冷水 健太郎氏
 - ② 事例発表：ケアマネジャー連絡会より…事例に対して講師より助言アドバイス
 - ③ 質疑応答（参加者より）

◆ 参加を希望される方は申込書にて8月5日（月）までに愛仁会リハビリテーション病院へファックスして下さい

三島圏域地域リハビリテーション地域支援センター
＜事務局＞ 愛仁会リハビリテーション病院
地域医療室 事務 杉本

TEL 072-683-0206（直通）・1212（代表）

FAX 072-683-1282（直通）・1272（代表）

退院時のリハビリ連携 ～回復期リハビリテーション病棟の立場から～

愛仁会リハビリテーション病院
作業療法士 塚本賢司

1. 回復期病棟の現状
2. 回復期での患者について
目標設定や活動量
3. 回復期からの連携について

回復期リハビリテーション病棟とは

回復期リハビリテーション病棟は、脳血管疾患または大腿骨頸部骨折などの病気で急性期を脱しても、まだ医学的・社会的・心理的なサポートが必要な患者さんに対して、多くの専門職種がチームを組んで集中的なリハビリテーションを実施し、心身ともに回復した状態で自宅や社会へ戻っていただくことを目的とした病棟。

(回復期リハビリテーション病棟協会ホームページより)

回復期リハビリテーション病棟設立の背景

- 日本リハビリテーション病院・施設協会が中心となり、急速に進む高齢化社会において日本中どこに住んでいても一定の水準以上の良質なリハビリテーション医療が受けられるリハビリテーション医療界(システム)を作り上げるため
- ADL向上による寝たきり防止と在宅復帰が目的。
- 創設: 2000年診療報酬改正で創設

同じ2000年に 介護保険法施行 ケアマネジャー誕生
来年成人式を迎える同級生

対象疾患

高次脳機能障害があると180日

	対象疾患	条件	期間
1	脳血管疾患、脳挫傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳炎、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、神経脳脊損傷等の発症後若しくは手術後の状態または義肢装着訓練を要する状態	発症又は手術後 2ヶ月以内の方	算定開始日から起算して 150日以内
2	大腿骨、骨盤、脊髄、股関節若しくは膝関節の骨折又は2肢以上の多発骨折の発症又は手術後の状態		算定開始日から起算して 90日以内
3	外科手術又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術または発症後の状態		算定開始日から起算して 90日以内
4	大腿骨、骨盤、脊髄、股関節又は膝関節の神経、筋又は靭帯損傷後の状態	損傷後又は手術後 1ヶ月以内の方	算定開始日から起算して 60日以内
5	股関節又は膝関節の置換術後の状態		算定開始日から起算して 90日以内

回復期リハビリテーション病棟入院料1～6の内容

▶ 回復期リハビリテーション病棟において実施されているアウトカム評価の推進を図る観点から、当該入院料の評価体系についてリハビリテーションの実績指数を組み込むなどの見直しを行う。

	入院料6	入院料5	入院料4	入院料3	入院料2	入院料1
医師	専任常勤1名以上					
看護職員	15対1以上(4割以上が看護師)		30対1以上		13対1以上(7割以上が看護師)	
看護補助者	30対1以上					
リハビリ専門職	専従常勤のPT2名以上、OT1名以上				専従常勤のPT3名以上、OT2名以上、ST1名以上	
社会福祉士	専任常勤1名以上					
管理栄養士	専任常勤1名(努力義務)					
リハビリ計画書の実施項目記載	必須					
リハビリテーション実績指数等の院内掲示等による公開	○					
データ提出加算の届出	○(200床以上の病院のみ)					
休日リハビリテーション	※休日リハビリテーション提供体制加算あり					
「重症者」の割合(日常生活機能評価10点以上)	—	—	2割以上	—	—	3割以上
重症者における退院時の日常生活機能評価	—	—	3割以上が3点以上改善	—	—	3割以上が4点以上改善
自宅等に退院する割合	—	—	—	7割以上	—	—
リハビリテーション実績指数	—	30以上	—	30以上	—	37以上
点数(生活療養を受ける場合)	1,847点 (1,832点)	1,702点 (1,687点)	1,906点 (1,791点)	1,861点 (1,846点)	2,025点 (2,011点)	2,085点 (2,071点)

※ 重症を整理する観点から回復期リハビリテーション病棟入院料における重症度、医療・看護必要度に係る要件は除外

効果の実績の評価基準

3か月ごとの報告において報告の前月までの6か月間に退院した患者を対象とした「実績指数」が2回連続して27未満の場合

$$\text{実績指数} = \frac{\text{各患者の (FIM得点[運動項目]の、退院時と入棟時の差) の総和}}{\text{各患者の (入棟から退院までの在棟日数)}} \times \text{各患者の (状態ごとの回復期リハビリテーション病棟入院料の算定上限日数) の総和}$$

早期退院を求められている。

目標設定はカンファレンス



Dr.、Ns、Sw、PT、OTなど担当スタッフが月1回カンファレンス
カンファレンスでチーム目標を設定します。

2カ月目には、退院先を決定する。運動器は2カ月、脳血管疾患は3カ月を目途に退院
当院での昨年度の平均在院日数は67日

目標設定は、月1回だけではない

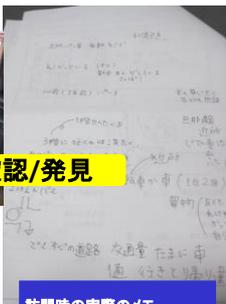
- 各専門職種も各役割の中に目標設定を行う。
- ゴール＝退院先に向けて、何が必要なのかを考えアプローチしていく
- 日々変わる患者の変化に対応すべく、多職種での関り、チームアプローチを行う。

自宅情報収集 ～入院時訪問～

居住空間の計測



入院時訪問 生活環境も把握



実際見て、感じて確認/発見



習慣
趣味
生活リズム
家族形態
動線

訪問時の実際のメモ

退院に向けて生活をデザインする

- 目標設定は、回復期では病前の一日の流れを見ながら、自宅情報を照らし合わせ、一日どう安全に過ごせるのが。
 - FIMに合わせて考えていることが多い。
移動(家への入り方、家での動線確保)、食事、トイレ、入浴、更衣をどのように行うのが。
介助が必要な場合はどうするのか。(誰がするのか、サービスを利用するのか)
 - 在宅復帰の目的がつけば、生活の質も 役割、復職、外出、家事
- 以上のことを、現状の能力と患者自身の希望に沿って考える。

リハビリテーション料 提供されている単位数(時間)

- 最低2単位/日以上での提供、最大9単位
平均単位数は、全国平均6.39(2時間8分)
当院は回復期病棟平均 7.4
- 脳血管疾患と運動器では、少し単位数に差がある。
当院でも 脳血管疾患は、9単位の実施
運動器は最大8単位
- 言語聴覚士は、運動器疾患では処方がない。

活動量としては

一日の中で活動量としては、リハビリは2時間30分
それ以外の12時間をどう過ごしているか
それが退院後の生活の維持にも関わる
意欲の高い患者は、自主トレを行っている

【回復期病棟に入院中の患者さん】



入院生活から在宅生活では 活動量が増える？増えない？

- 在宅生活の方が、生活動作が多いので基本的には増えるはずですが。
- 重症な患者や転倒リスクのある場合は、大きくは活動量は増えない。座ってできること、寝てできることぐらいい。
- 移動、移乗が、自立しているかで変わる。
- 離床を積極的に進めているかどうか
デイルームなどで座ったり、見守りをおこなっているか
⇒活動量が決め手になる。
- リスクマネジメントが優先される。
100回中、1回でも転倒するなら自立にならない。



良く感じる差

1. 空間の広さ

メリット: 車椅子など福祉用具の利用での移動の自立はしやすい。
デメリット: 伝い歩きができない。トイレまでが遠い。家の動線を確保できない。また段差はない。

2. 介助量

自宅よりもマンパワーはある(二人、三人介助もできる)が、レスポンスは早くない。
他人に介助される気軽さ、気遣い。
リスクを優先、気持ち優先

回復期の弱点

在宅環境ではないので、退院後の生活の維持ができるのかは、評価しきれない。
特に初めて障害を持ち、後遺症が残り、生活レベルが変わる方は、生活のイメージがつかないこともあるため、暮らしながら。

よく来てくれる家族は評価できるが、会えない家族は評価できない。

時間の制約もあり、可能な限りかわりを持ってとうとするが難しいこともある。

回復期の療法士一場面を評価するが、一連の流れを理解しながら行っている方が少ない。上記のこともあり、完全ではできない。

ただし回復期は時間的に関わる期間が長いので、色々な事を試せる。

一年単位はなかなか想像できていない。

四季、行事などは、在宅で関りがあってこそ

⇒ここは在宅の関りの見せ所

サービス

- 現状の能力を維持できれば、ある程度生活を維持できている節がある。

栄養や服薬なども維持できている状態。

- 清潔を保つためにも、入浴をどこで行うか。安易にデイ

- 単純に活動量を維持できれば、外に出る頻度、離床している時間の確保

回復期リハビリテーション病棟の届出病床数の推移

回復期リハビリテーション病棟の病床数は、直近10年でおよそ2.5倍に増加している。

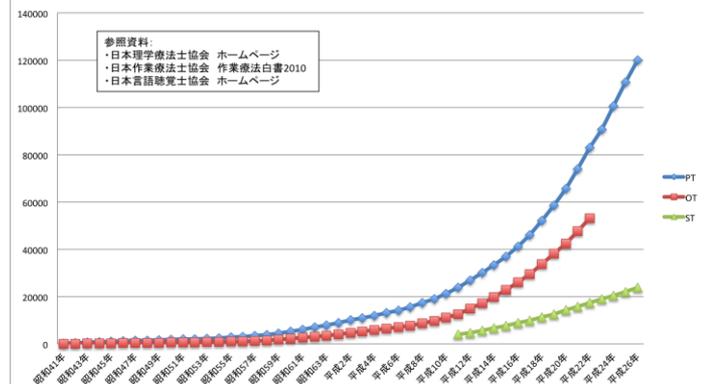


出典：平成12-27年医療施設（動態）調査・病院報告（毎年6月末病院病床数）

56

POST有資格者数の推移

参照資料：
・日本理学療法士協会 ホームページ
・日本作業療法士協会 作業療法白書2010
・日本語聴覚士協会 ホームページ



回復期の療法士のスタッフ

- 経験年数の浅いスタッフが多く、回復期以外の経験がないスタッフが多い。
- 関わる時間が多くなっただけ一方一年間にかかわる患者の量も減り、経験する場面も少なくなっている。
- また病院勤務者は、在宅リハビリ、通所リハビリ、介護保険下でリハビリテーション経験がほとんどない。

⇒セラピストによる能力差もかなりあり。
介護保険も具体的に理解できていない可能性もあります。
ただし、若いスタッフたちは、熱意もあります

退院前訪問指導

退院前訪問検討会で指導の必要性がある場合に実施。主に住宅改修、動作指導、環境調整を行う。

訪問者：患者さん、セラピスト、MSW、Ns、CM、業者



サマリー

- 病院⇒病院
- 病院⇒施設
- 病院⇒家族⇒施設
- 病院⇒家族⇒ケアマネージャー⇒

- リハスタッフ(Dr、Ns含む)に向けて
- 家族、本人に向けて
- ケアマネージャーに向けて
- ⇒受け手によって、工夫、配慮が必要

在宅からのフィードバックを

- 患者さんの退院後、その後を知らないことが多い。
- サマリーは、ちゃんと届いているのか。本当に知りたい情報が載っていますか。以前から担当している場合と、今まで関係性がある場合知りたい情報は違うんじゃないでしょうか。
- 何か月後に、ケアマネさんから是非フィードバックしていただくと嬉しいです。
- 垣根なく相互に連携できれば

セラピストのスケジュール

単位制なので、タイムイズマネー
1日療法は、18単位(6時間/7時間半)

直接はという方は、MSWに連絡していただければ、空いた時間話が
できると思います。

患者、利用者のごことはもっと知りたい療法士が多い。
患者、利用者のごことの相談で怒る療法士はいないと信じています。

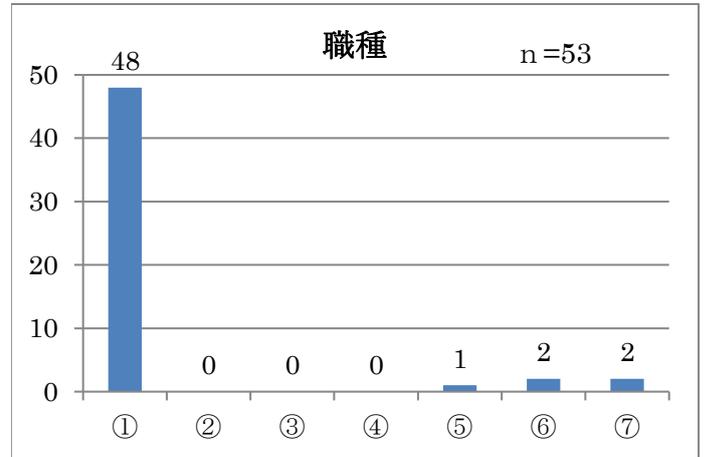
ケアマネジャー研修会アンケート集計

- ・開催日：2019年8月23日（金） 15時00分～17時
- ・場所：愛仁会リハビリテーション病院 9F アイワホール
- ・参加人数：60名
- ・アンケート記入者：53名（回収率88.3%）

1. 現在の職種について

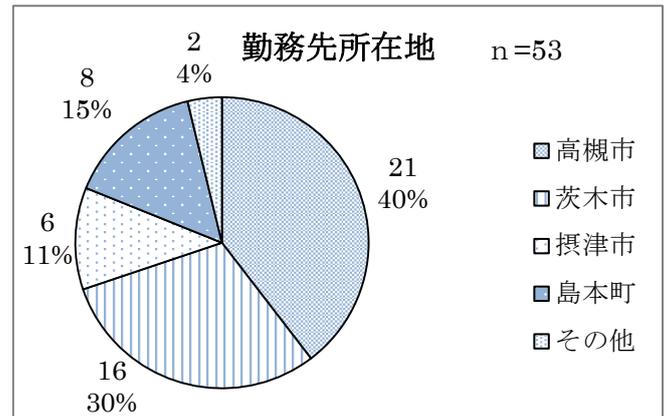
- ①ケアマネジャー 48名
- ②看護師 0名
- ③相談員 0名
- ④管理栄養士 0名
- ⑤介護職 1名
- ⑥セラピスト 2名
- ⑦その他 2名

（機能訓練指導員、社会福祉士）



2. 勤めておられる事業所所在地について

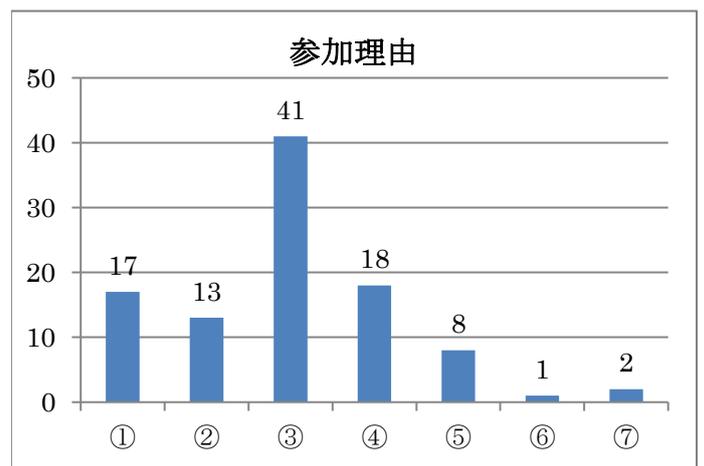
- 高槻市：21名
- 茨木市：16名
- 摂津市：6名
- 島本町：8名
- その他：2名（吹田市）



3. 今回の研修の参加理由（複数回答可）

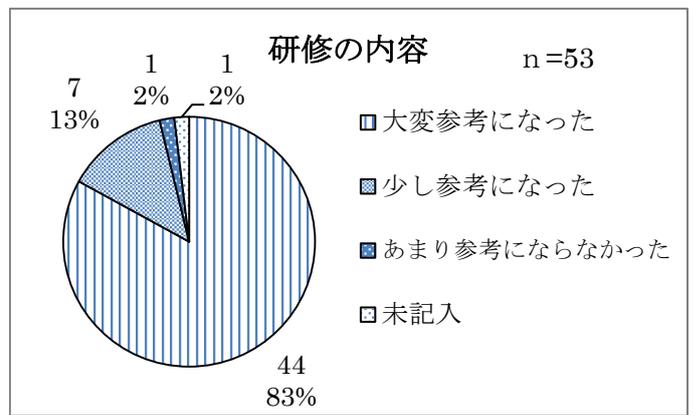
- ①病院のリハビリについて知りたかった 17名
- ②在宅のリハビリについて知りたかった 13名
- ③病院と在宅のリハビリの連携について考えたかった 41名
- ④在宅で行われるリハビリの使い分けについて考えたかった 18名
- ⑤セラピストとの接点が少ないため話を聞きたかった 8名
- ⑥職場・上司からの指示 1名
- ⑦その他 2名

- ・勉強のため。
- ・愛仁会さんから退院して来られた方を担当させていただき、スムーズな支援に繋がられたので、より幅広く知識を得られたらと思ったため。



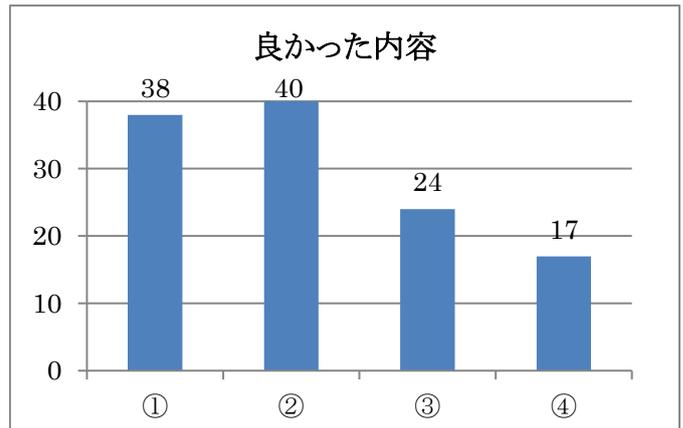
4. 今回の研修会の内容について

大変参考になった	44名
少し参考になった	7名
あまり参考にならなかった	1名
未記入	1名



5. 良かった内容（複数回答可）

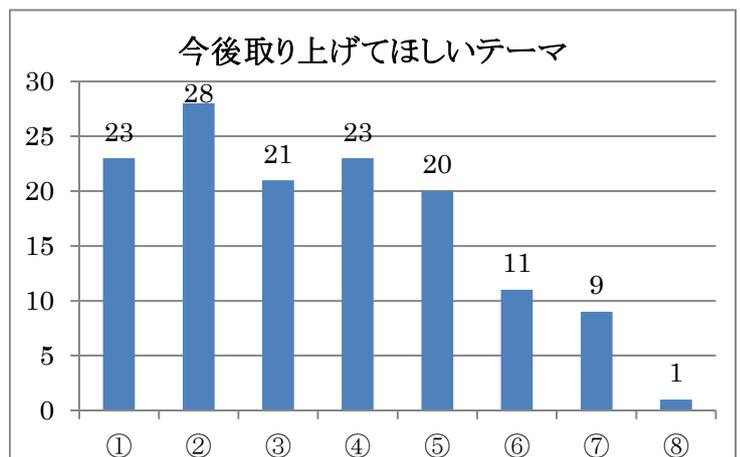
①ミニ講演（病院）	38名
②ミニ講演（在宅）	40名
③事例	24名
④質疑応答	17名



6. 今後、知りたい情報、取り上げてほしいテーマ（複数回答可）

①各介護施設（特養・老健）がどんなリハビリをやっているか	23名
②各通所事業所（デイサービス、デイケア）がどんなリハビリをやっているか	28名
③各訪問事業所（訪問リハビリ、訪問看護）がどんなリハビリをやっているか	21名
④ヘルパーとリハビリ職との連携事例（ヘルパーの自立支援の取り組みなど）	23名
⑤入退院時のリハビリ連携について	20名
⑥口腔ケア・栄養に関する研修	11名
⑦専門的なリハビリ知識の研修	9名
⑧その他	1名

・家族も含め身体介護に関わるヘルパーやデイサービススタッフへのレクチャー等セラピストが在籍する施設の垣根を越えての活動ができるか等の“しくみ”作りについて



7. その他（感想）

- ・退院サマリに情報フィードバックの必要に「有」など明記してもらえると数か月後情報を伝えられるのでは。
- ・それぞれの違いを体験デイや見学会で見聞している。共通のリハビリ内容があれば器具の名称など、知りたかった。要介護者には退院前カンファに加算（ケアマネ）がつくが、変化（体調・症状）の多い要支援者に加算はなく、同席しているのは個人的に負担が大きい。
- ・リハビリの先生たちが、患者さんが帰った後のご様子を気にしてくださっていると知れたのは、とてもうれしかったです。
- ・在宅の講演のレジュメも頂きたかったです。
- ・スムーズな進行でした。ありがとうございました。

三島圏域地域リハビリテーション連絡会

第3回 講演会・多職種交流会のご案内

日時：2019年 5月11日(土)

会場：愛仁会看護助産専門学校 6階(ナイチンゲールホール)

参加費：1,000円

第一部：講演会

15:00～16:30

座長

大阪府茨木保健所 所長 谷掛 千里 先生

「脳血管疾患の最新治療」

国立循環器病研究センター

脳卒中集中治療科医長 山上 宏 先生

第二部：交流会

17:00～18:30

会場：愛仁会リハビリテーション病院 9階(アイワホール)

☆ささやかではございますが、軽食をご用意しております。皆様奮ってご参加下さい。

☆ご希望される施設・事業所には、PR をして頂く予定です。

◆参加方法：

愛仁会リハビリテーション病院ホームページ(<http://www.aijinkai.or.jp/reha/>)の

全てのお知らせより三島圏域地域リハビリテーション連絡会 講演会・多職種交流会の
開催をクリック。

登録フォームに必要事項を入力して下さい。**申し込み締切日：4月26日(金)**

*問い合わせ：

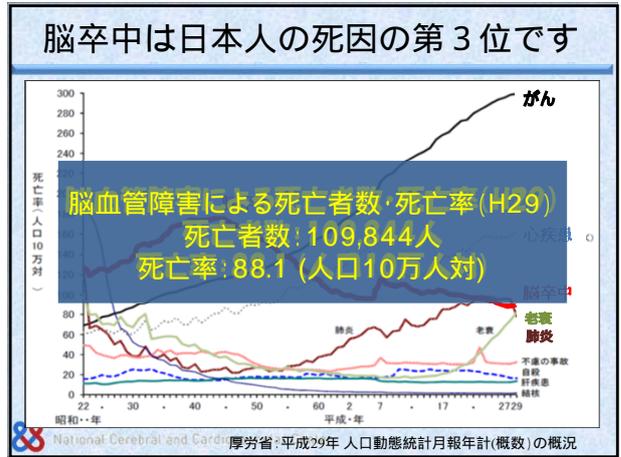
事務局：愛仁会リハビリテーション病院 地域医療部 事務 松本

TEL：072-683-0206(直通)・1212(代表)

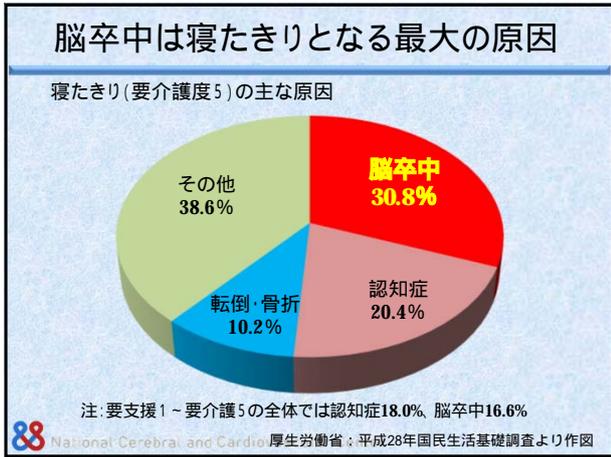
FAX：072-683-1282(直通)・1272(代表)



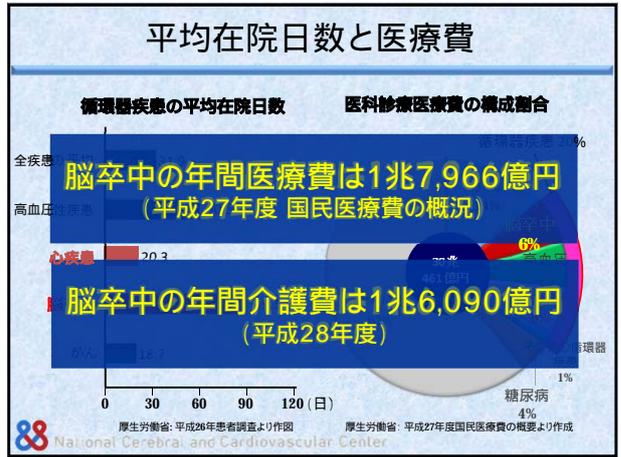
1



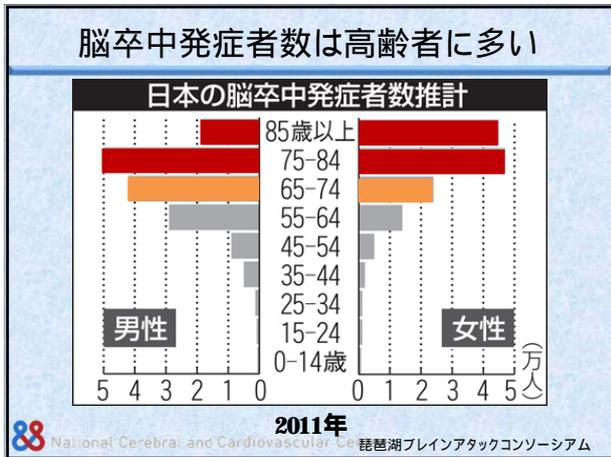
2



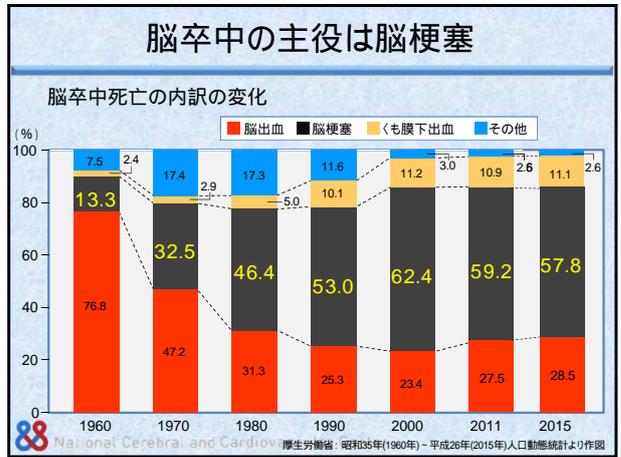
3



4



5



6

脳梗塞の原因と予防(2)

心原性脳塞栓症

最大の要因は

血を固まりにくくする薬(抗凝固薬)で
血栓が出来ないようにする

血栓



心疾患

心臓弁膜症 洞不全症候群



National Cerebral and Cardiovascular Center

監修: 中山博文(日本脳卒中協会)

13

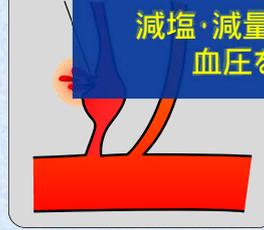
脳出血の原因と予防

脳出血

最大の要因は

減塩・減量・運動・薬で
血圧を下げる

動脈硬化



●脳動静脈の奇形
●もやもや病
など



National Cerebral and Cardiovascular Center

監修: 中山博文(日本脳卒中協会)

14

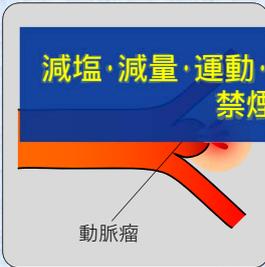
くも膜下出血の原因と予防

くも膜下出血

最大の要因は

減塩・減量・運動・薬で血圧を下げる
禁煙する

動脈瘤



●喫煙 もリスクです

他の原因

●脳動静脈の奇形 など



National Cerebral and Cardiovascular Center

監修: 中山博文(日本脳卒中協会)

15

脳卒中の発症には、
様々な危険因子が関連しています

脳卒中の原因

脳卒中によくない生活習慣

危険因子



National Cerebral and Cardiovascular Center

監修: 中山博文(日本脳卒中協会)

16

脳卒中は予防できる病気です

脳卒中予防十か条

- ① 手始めに **高血圧**から 治しましょう
- ② **糖尿病** 放っておいたら 悔い残る
- ③ **不整脈** 見つかり次第 すぐ受診
- ④ 予防には **タバコ**を止める 意志を持って
- ⑤ **アルコール** 控えめは薬 過ぎれば毒
- ⑥ 高すぎる **コレステロール**も 見逃すな
- ⑦ お食事の **塩分・脂肪** 控えめに
- ⑧ 体力に **合った運動** 続けよう
- ⑨ 万病の 引き金になる **太りすぎ**
- ⑩ **脳卒中** 起きたらすぐに 病院へ

番外編 **お薬**は 勝手にやめずに 相談を



National Cerebral and Cardiovascular Center

日本脳卒中協会

17

手始めに
高血圧から
治しましょう



18

血圧が高いですね...

Q: 健康診断で「血圧が150/95です。少し高いですね」と言われました。あなたなら、どうしますか？

A 血圧は年齢+100くらいまでは大丈夫なので気にしない。
 B 特に頭痛もないし、身体の調子もいいのでそのままの生活を続ける。
 C 時々、自動血圧計で測ると140/90程度なので塩分をたくさん取って、なるべく家で安静にする。
 D 血圧の薬は飲み始めると一生飲まないといけないので、医者にはかからない。

88 National Cerebral and Cardiovascular Center

19

血圧が高いほど、脳卒中の危険性は高まります

血圧と脳卒中による死亡の関係

収縮期血圧 / 拡張期血圧 (mmHg)	男性 (危険度)	女性 (危険度)
<120 / <80	1.00	1.00
120-129 / 80-84	1.36	3.00
130-139 / 85-89	2.62	1.28
140-159 / 90-99	2.27	3.48
160-179 / 100-104	3.70	3.28
180 または 105	4.69	6.06

対象: 30歳以上の日本人10,558例
 方法: 14年間追跡した前向きコホート研究で、血圧値と脳卒中死亡の関係を検討。データは年齢調整後

88 National Cerebral and Cardiovascular Center NIPPON DATA 80. J Hum Hypertens 17 (12): 851, 2003より作図

20

2017 AHA 高血圧治療ガイドライン

成人における血圧カテゴリー

分類	SBP		DBP
正常血圧	<120mmHg	and	<80mmHg
血圧高値	120-129mmHg	and	<80mmHg
高血圧			
ステージ1	130-139 mmHg	or	80-89mmHg
ステージ2	140mmHg	or	90mmHg

Circulation. 2018 Oct 23;138:e426-e483.

まずは、生活習慣の改善！
 塩分制限, 適度な運動, ダイエット

88 National Cerebral and Cardiovascular Center

21

血圧の薬を怖がらないでください

薬で収縮期血圧を平均15 mmHg下げたら

脳卒中は約4割減らすことができます。

対象・方法: 降圧療法に関する10の無作為試験の解析。対象患者の総数は18,542例で、平均追跡期間は3.9年、血圧低下の平均は収縮期/拡張期血圧14.4/6.6mmHg

88 National Cerebral and Cardiovascular Center He, J. et al. J Hypertens 17 (suppl 2): S7, 1999より作図

22

無責任な特集を信用しないでください

88 National Cerebral and Cardiovascular Center

23

家庭でも血圧を正しく測りましょう

家庭血圧の測り方のポイント

- カフの位置**
ひじ関節にからぬように、カフの中心を心臓の高さに
- 毎日決まった時間に測りましょう
朝の起床後1時間以内、朝食・服薬前に測る。できれば、就寝前にも測る。
- ゆっくり落ち着いて測りましょう
座って1~2分待ち、落ち着いてから測る。
- 家庭血圧の目標は
数日間の平均が **130 / 80 未満**

上腕カフ型血圧計がおすすめ

88 National Cerebral and Cardiovascular Center 日本高血圧学会: 家庭血圧測定条件設定の指針より改変

24

不整脈
見つかれば次第
すぐ受診

25

心原性脳塞栓症

心臓でできた血栓が脳の動脈につまる。

突然おこり、症状が重い

National Cerebral and Cardiovascular Center

26

心房細動

正常の心電図:
脈拍は規則正しい

心房細動の心電図:
脈拍がバラバラ

心臓(左心房)の中で**血栓(血の固まり)**が出来やすい。
慢性心房細動と、発作性心房細動がある。

National Cerebral and Cardiovascular Center

27

性別・年代別にみた心房細動有病率

心房細動は男性に多く、加齢とともに増加する

年齢	男性 (%)	女性 (%)
40~49歳	0.24	0.04
50~59歳	0.78	0.12
60~69歳	1.94	0.42
70~79歳	3.44	1.12
80歳~	4.43	2.19

National Cerebral and Cardiovascular Center
Inoue H, et al. Int J Cardiol 2009; 137: 102-107より作成

28

心房細動のある人は脳梗塞になりやすい

心房細動の有無と脳梗塞および脳塞栓症

性別	心房細動の有無	全脳梗塞 (危険度)	脳塞栓症 (危険度)
男性	なし	2.0	2.0
	あり	5.0	17.0
女性	なし	2.0	2.0
	あり	2.9	12.0

National Cerebral and Cardiovascular Center
対象: 1961年に福岡県久山町の循環器健診を受けた脳卒中の既往のない140歳以上の住民1,621例
方法: 心房細動の有無と脳卒中発症の関係を検討。追跡期間32年

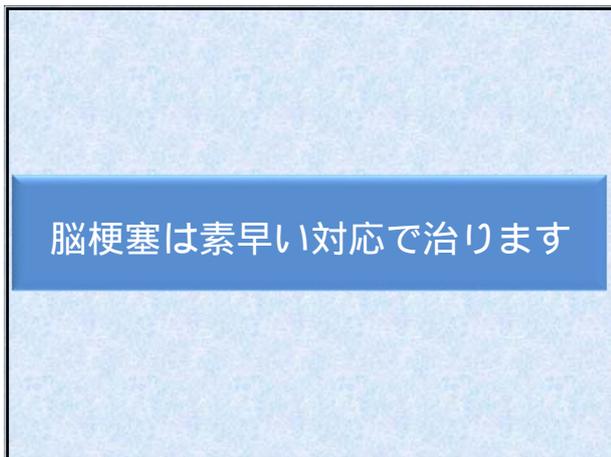
29

心房細動がある人も脳梗塞は予防できます

- 心房細動を原因とする脳梗塞の予防には**抗凝固薬(血を固まらなくする薬)**を使います。
- 抗凝固薬の内服で脳梗塞の発症を**約6~7割減らす**ことができます。
- 抗凝固薬には、**ワーファリン、プラザキサ、イグザレルト、エリキュース、リクシアナ**があります。
- 脈の乱れや動悸をたびたび感じる方は、**放っておかず**に**医師に相談**してください。

National Cerebral and Cardiovascular Center

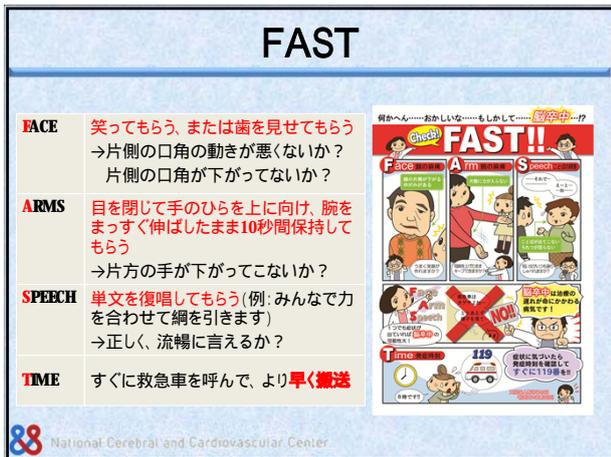
30



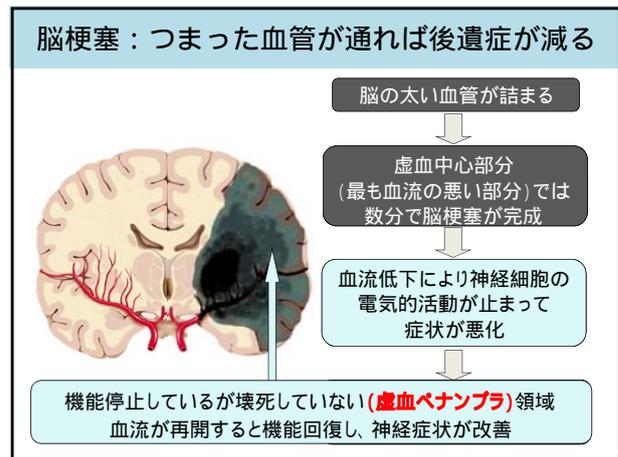
31



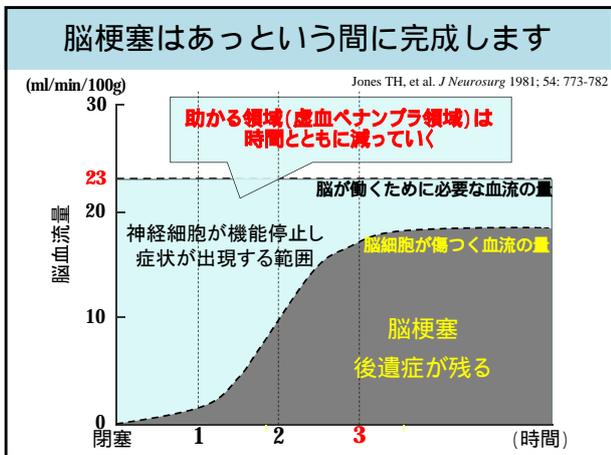
32



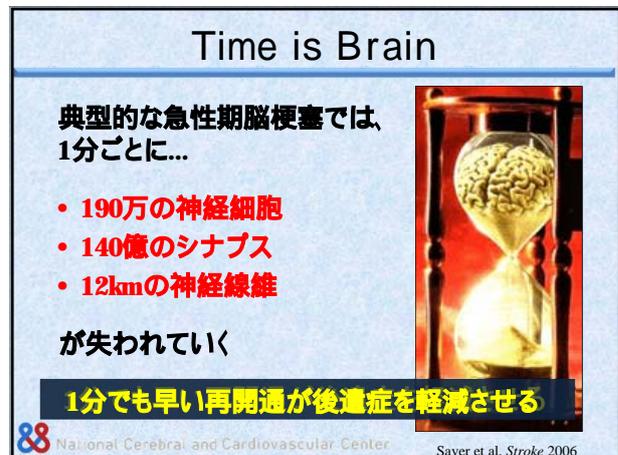
33



34



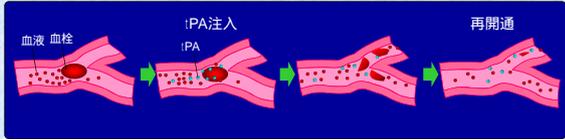
35



36

tPA静注血栓溶解療法

tPA (Recombinant Tissue Plasminogen Activator) 血栓溶解療法
 組織プラスミノゲン活性化因子: 血の固まりを溶かす作用を持つ



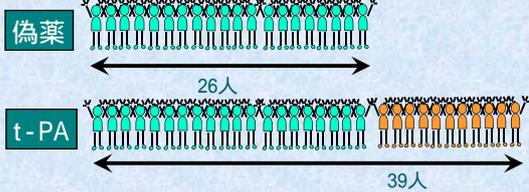
血液 血栓 tPA注入 再開通

 National Cerebral and Cardiovascular Center

37

脳梗塞に対するtPA静注療法の効果

発症3時間以内の脳梗塞患者さん100人を治療して、元通りの生活ができるまで回復した人数



偽薬 26人
 t-PA 39人

米国の臨床試験(NINDS): 発症3時間以内の脳梗塞にtPAを静注すると約39%が社会復帰し、使わなかった時の約26%に比べて明らかに有効でした
 1996年に米国で認可、2005年から日本でも認可

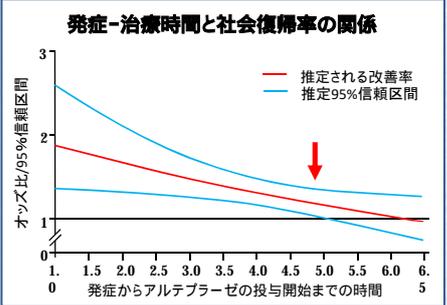
 National Cerebral and Cardiovascular Center

38

t-PAの投与開始が早いほど効果が高い

t-PA静注療法の比較試験 9研究6756例の統合解析
 -ATLANTIS A/B, ECASS I/II/III, EPITHET, IST-3, NINDS A/B-

発症-治療時間と社会復帰率の関係



— 推定される改善率
 — 推定95%信頼区間

 National Cerebral and Cardiovascular Center Lancet, 2014

39

TARGET: STROKE (AHA/ASA)

救急隊の啓発

病院の啓発



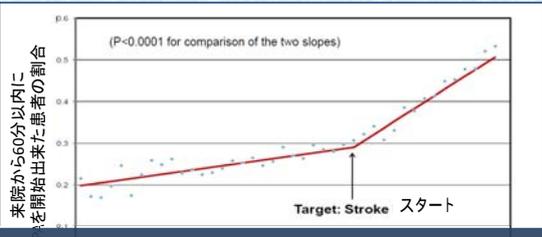
1. ホットラインによる連絡
2. Stroke toolの使用
3. Stroke teamへの連絡 (15min)
4. CTへの直接搬入
5. Door to CT/MRI 25min
6. tPAの溶解
7. 出血の除外 直ちにIV rt-PA
8. DTTN 60min

 National Cerebral and Cardiovascular Center

40

TARGET: STROKE (AHA/ASA)

t-PA静注療法を行った脳梗塞71,169例



(P<0.0001 for comparison of the two slopes)

来院から60分以内に治療を開始した患者の割合

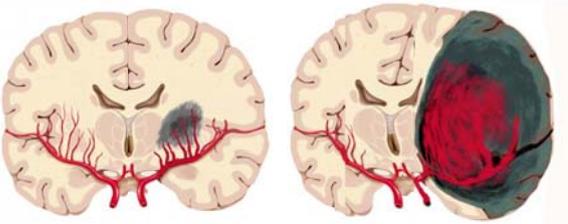
Target: Stroke スタート

TARGET: STROKEキャンペーンの前後で院内死亡が11%減少し、自宅退院が14%増加

 National Cerebral and Cardiovascular Center JAMA. 2014;311(16):1632-1640

41

再開通と出血性梗塞



最小限の脳梗塞ですむ 出血性梗塞 脳ヘルニアにより症状悪化

 National Cerebral and Cardiovascular Center

42

tPAの弱点

症状が出てから4.5時間以降
脳出血をおこしたことがある
最近大きな手術やケガをした
最近吐血や下血をした

tPAは使えない

太い血管に詰まった大きな血栓
tPAでは溶けにくい

88 National Cerebral and Cardiovascular Center

43

カテーテルを使った 脳梗塞の治療 血栓回収療法

44

脳主幹動脈閉塞

Large Vessel Occlusion: LVO

内頸動脈、中大脳動脈、脳底動脈などの太い血管が詰まると、大きな脳梗塞が出来てしまう

症状が重篤で、後遺症も重い

88 National Cerebral and Cardiovascular Center

45

tPAによる主幹動脈閉塞の再開通率

tPA投与開始後3時間以内の早期再開通率

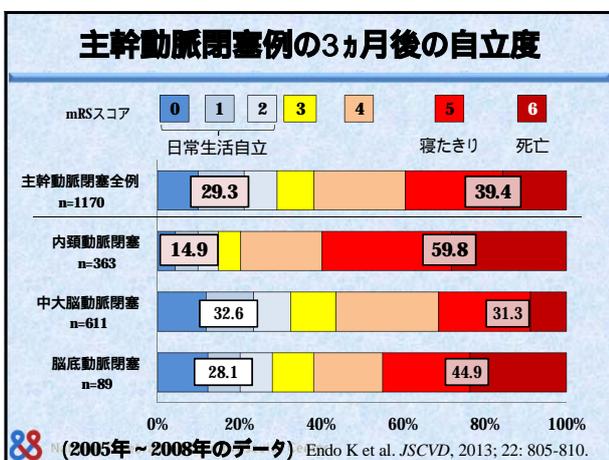
33%

内頸動脈閉塞 脳底動脈閉塞

13% **13%**

88 National Cerebral and Cardiovascular Center Seners P et al. Stroke. 2016;47:2409-2412.

46



47

カテーテルを使った血栓回収治療

ステント型血栓回収機器 血栓吸引カテーテル

ソリティア ベナンフラ ACE 68

トレボ

国産ステントリトリーパー トロン

88 National Cerebral and Cardiovascular Center

48

血管内治療と内科治療の比較試験

MR CLEAN: A Randomized Trial of Intraarterial Treatment for Acute Ischemic Stroke

ESCAPE: Randomized Assessment of Rapid Endovascular Treatment of Ischemic Stroke

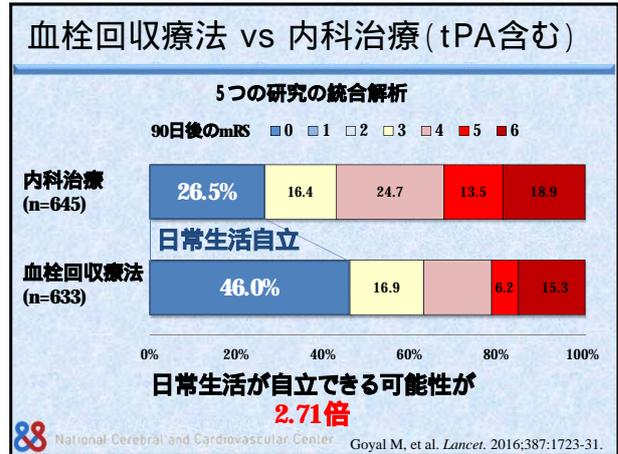
SWIFT PRIME: Stent-Retriever Thrombectomy after Intravenous t-PA vs. t-PA Alone in Stroke

EXTEND-IA: Endovascular Therapy for Ischemic Stroke with Perfusion-Imaging Selection

REVASCAT: Thrombectomy within 8 Hours after Symptom Onset in Ischemic Stroke

National Cerebral and Cardiovascular Center

49



50

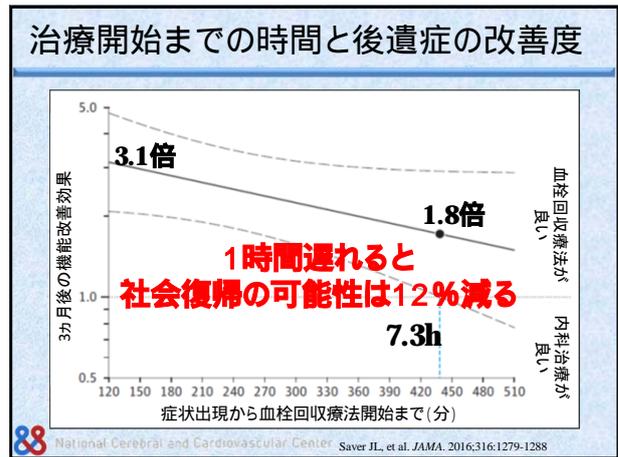
脳卒中治療ガイドライン2015[追補2017]

推奨

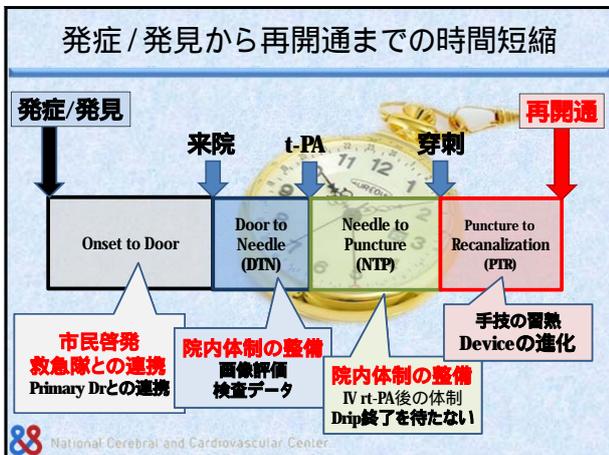
前方循環系の主幹脳動脈(内頸動脈または中大脳動脈M1部)閉塞と診断され、画像診断などに基づく治療適応判定がなされた急性脳梗塞に対し、rt-PA静注療法を含む内科治療に追加して、**発症6時間以内**にステントリトリーパーなどを用いた**血管内治療(機械的血栓回収療法)を開始**することが強く勧められる(グレードA)。

National Cerebral and Cardiovascular Center

51



52



53

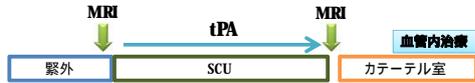
急性期治療の時間短縮

当院での取り組み

54

当院における治療体制の変更

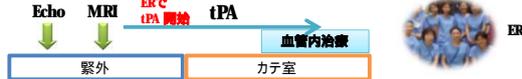
1. 初期(2011-2012年9月)



2. 第1弾改訂(2012年10月から 近位部主幹動脈系例)



3. 第2弾改訂(2015年3月から 近位部主幹動脈系例)



55

医師と関連部署との連携

・医療チームの連携、勉強会・シミュレーションの開催

講義「rt-PA治療・血管内治療について」

TIME IS BRAIN!!



医師・検査技師・関連病棟看護師と
tPA治療・血管内治療シミュレーションの実施

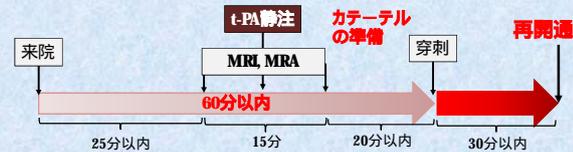


医師・ER看護師・SCU看護師・カテ室看護師・検査技師
合同tPA・血管内治療シミュレーション

56

当院での現在の目標時間

来院から
60分以内にカテーテル治療開始
90分以内に再開通



57

救急隊症例検討会

池田市消防本部症例検討会

箕面市消防本部症例検討会

豊中市消防局プレホスピタルセミナー

茨木市消防本部症例検討会

吹田市消防本部症例検討会

摂津市消防本部症例検討会



58

主幹動脈閉塞例の症状

注意すべき症状:

片麻痺

言語障害

眼球の共同偏視

心房細動の存在

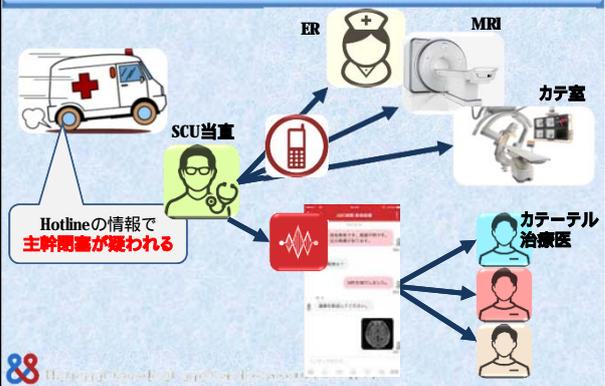
意識障害



これらの項目を認める場合、主幹動脈閉塞の可能性が高い
ハイリスク脳卒中患者である

59

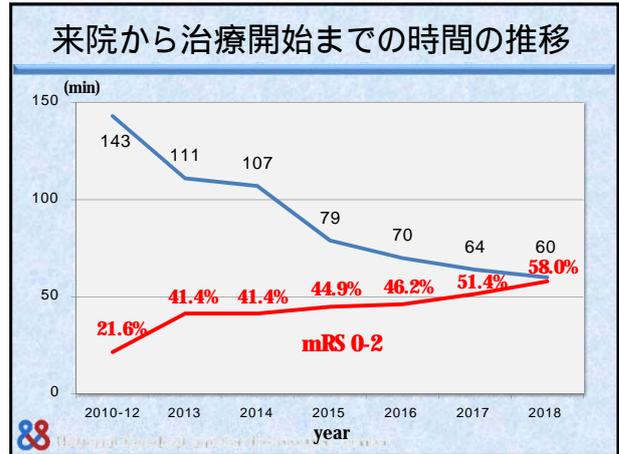
当院での主幹閉塞疑い例への対応



60



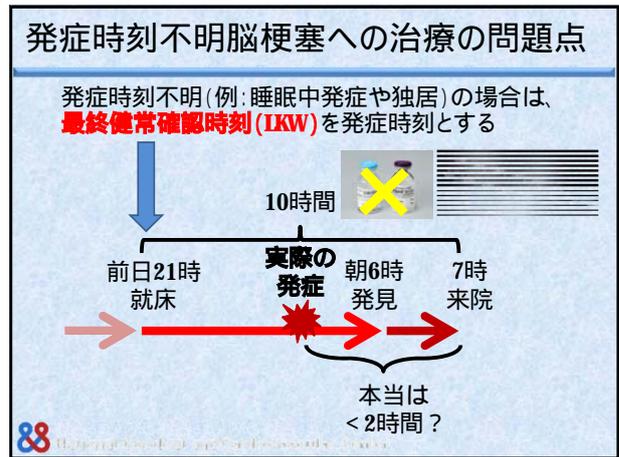
61



62

血栓回収療法の治療可能時間の延長

63



64

発症時刻不明例に対する血栓回収療法

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE

Thrombectomy 6 to 24 Hours after Stroke with a Mismatch between Deficit and Infarct

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE

defuse-3

Thrombectomy for Stroke at 6 to 16 Hours with Selection by Perfusion Imaging

New England Journal of Medicine, 2018

65

脳梗塞体積と神経症状による患者選択

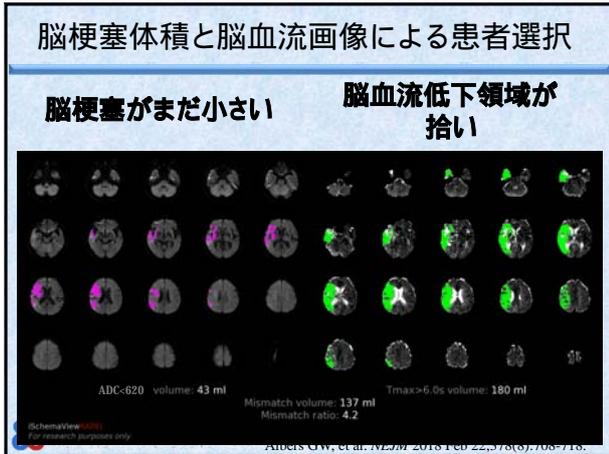
脳梗塞がまだ小さい

神経症状が重い

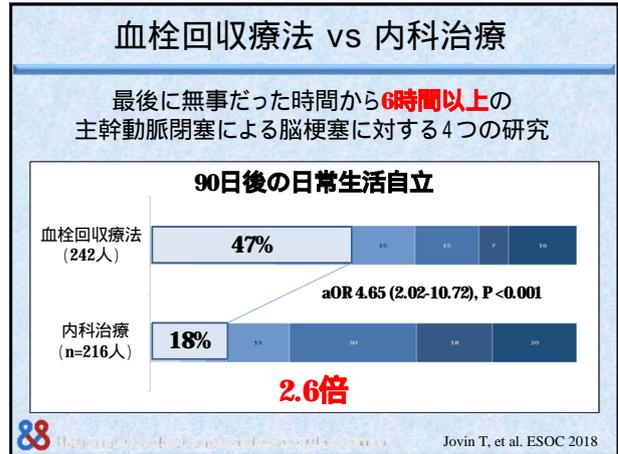
ADC-620 volume: 43 ml

Mismatch vol Mismatch

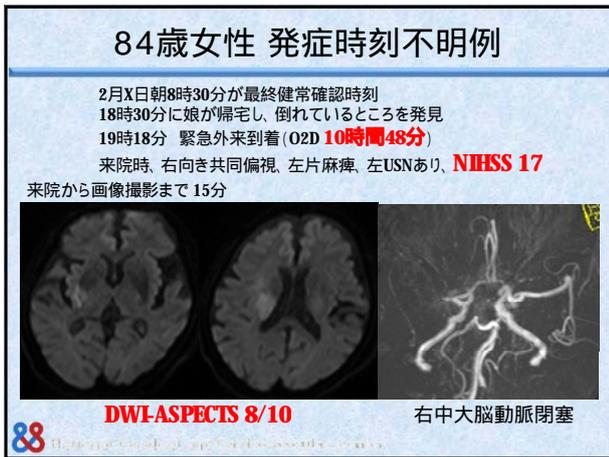
66



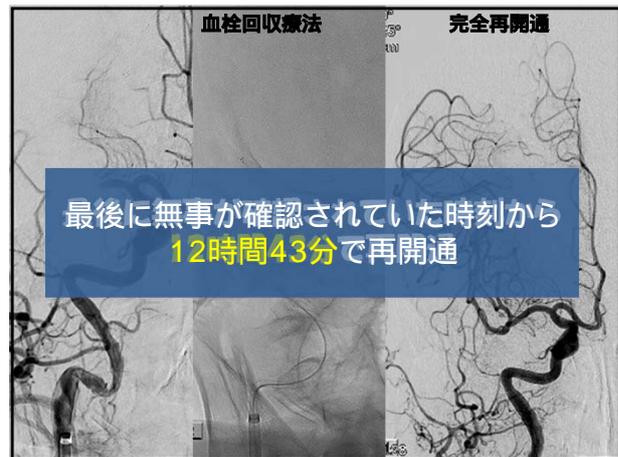
67



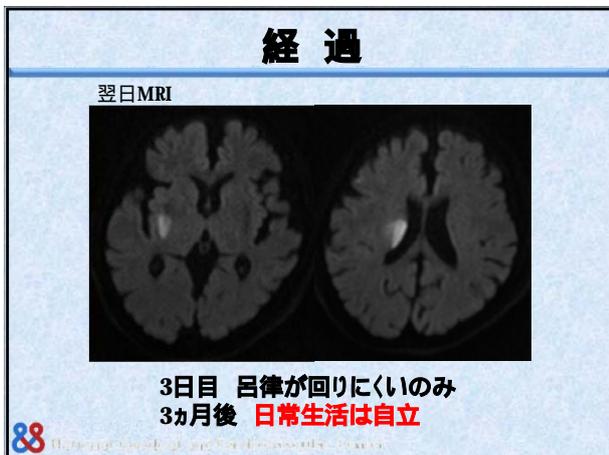
68



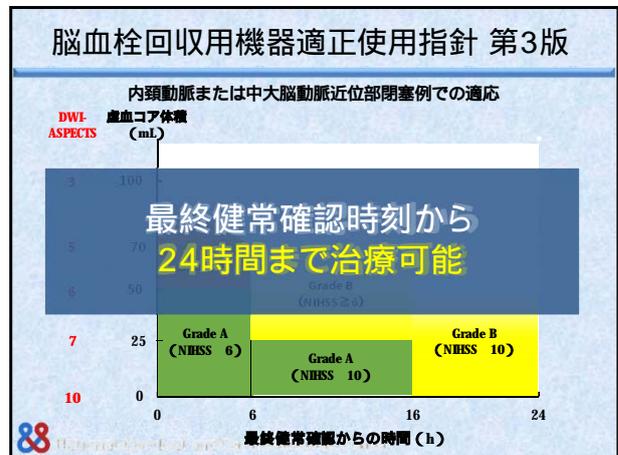
69



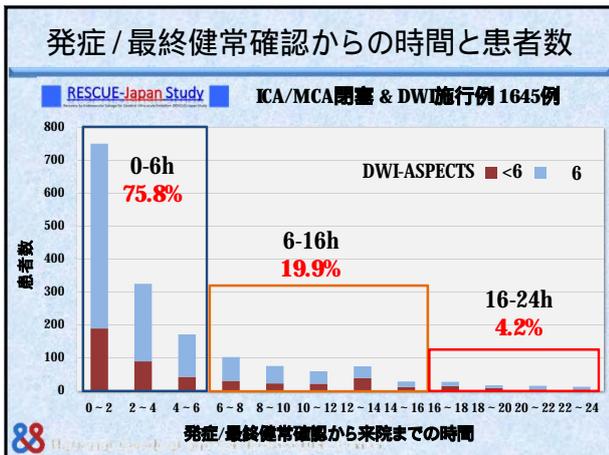
70



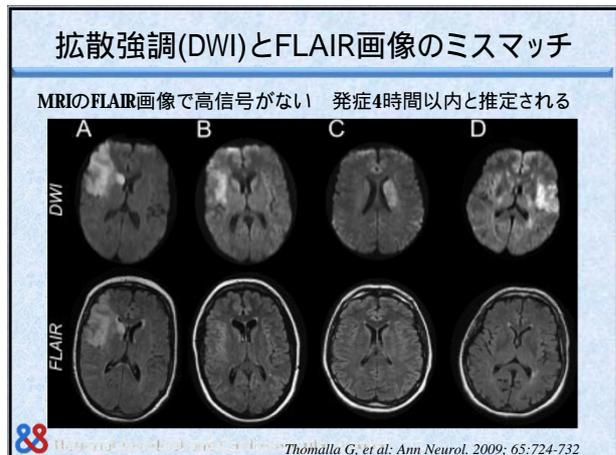
71



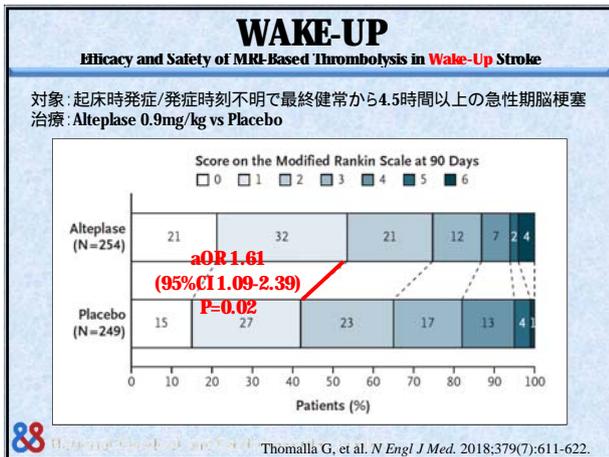
72



73



74



75

静注血栓溶解 (rt-PA) 療法適正治療指針 第三版

2. 治療開始可能時間

(推奨)

- 静注血栓溶解療法は、発症から4.5時間以内に治療可能な虚血性脳血管障害患者者に対して行う【推奨グレードA, エビデンスレベル高】。
- 発症後4.5時間以内であっても、治療開始が早いほど良好な転帰が期待できる。このため、患者が来院した後、少しでも早く(遅くとも1時間以内に)静注血栓溶解療法を始めることが勧められる【A, 高】。
- 発症時刻が不明な時は、最終健常確認時刻をもって発症時刻とする【A, 低】。ただし次の場合は、この限りでない。
- 発症時刻が不明な時でも、頭部MRI拡散強調画像の虚血性変化がFLAIR画像で明瞭でない場合には発症4.5時間以内の可能性が高い。このような症例に静注血栓溶解療法を行うことを、考慮しても良い【C1, 中】。

MRI FLAIR画像による診断で
発症時刻不明例でもrtPA静注療法が可能に

76

急性期脳梗塞に対する血栓回収療法

時間による患者選択
rt-PA静注療法 <4.5h, 血栓回収療法 <6h

画像所見による患者選択
最終健常確認から24時間以内

77

脳卒中起きたらすぐに病院へ

脳卒中では以下のような症状が突然起こります

- 片方の手足・顔半分の麻痺・しびれが起こる
- ロゼツが回らない、言葉が出ない、他人の言うことが理解できない
- 力はあるのに、立てない、歩けない、フラフラする
- 片方の目が見えない、物が二つに見える、視野の半分がかかる
- 経験したことのない激しい頭痛がする

*重症の時は意識がなくなることがあります

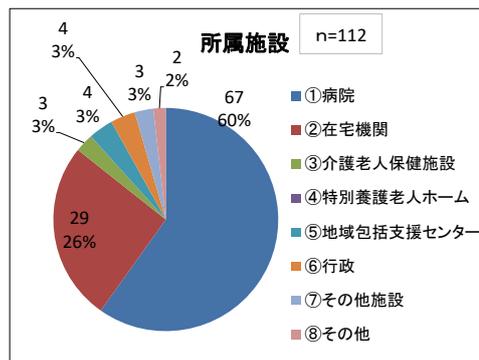
78

三島圏域地域リハビリテーション講演会アンケート集計

- ・開催日: 2019年5月11日(土) 15時00分～16時30分
- ・場所: 愛仁会看護助産専門学校 6階ナイチンゲールホール
- ・参加人数: 118名
- ・アンケート記入者: 112名(回収率 94.9%)

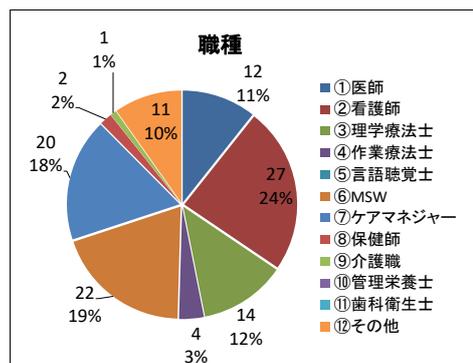
<所属施設>

- ①病院 67名
- ②在宅機関(地域かかりつけ医・訪問看護・訪問リハビリ・居宅介護支援事業所) 29名
- ③介護老人保健施設 3名
- ④特別養護老人ホーム 0名
- ⑤地域包括支援センター 4名
- ⑥行政 4名
- ⑦その他施設(有料老人ホーム・サービス付き高齢者住宅) 3名
- ⑧その他 2名



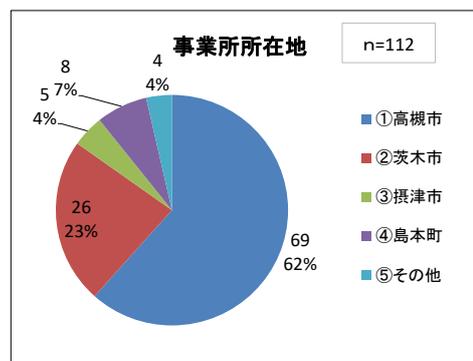
<職種>複数回答有り

- ①医師 12名 ②看護師 27名 ③理学療法士 14名 ④作業療法士 4名
- ⑤言語聴覚士 0名 ⑥MSW 22名 ⑦ケアマネジャー 20名 ⑧保健師 2名
- ⑨介護職 1名 ⑩管理栄養士 0名 ⑪歯科衛生士 0名 ⑫その他 11名
- (薬剤師 1名 放射線技師 1名 臨床工学技士 1名 コーディネーター 1名 事務 3名 支援相談員 1名 サービス提供責任者 1名 その他 2名)



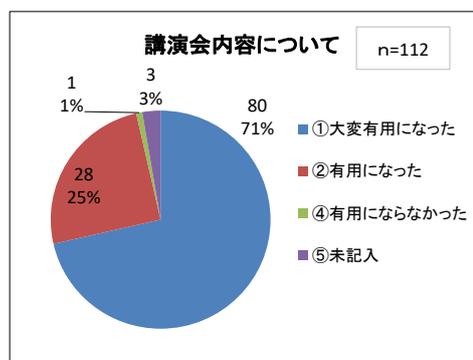
<事業所在地>

- ①高槻市 69名 ②茨木市 26名 ③摂津市 5名 ④島本町 8名
- ⑤その他 4名(大阪市、豊中市、吹田市、未記入)



4.講演会の内容に関してお尋ねします。

- ①大変有用になった 80名
- ②有用になった 28名
- ③あまり有用にならなかった 0名
- ④有用にならなかった 1名
- ⑤未記入 3名



5.またこのような講演会を開催した場合、参加されますか。

- ①はい 109名
- ②いいえ 0名
- ③その他 1名
- ④未記入 2名

6.本日の講演会のご意見・ご感想をお聞かせください。

病院	医師	大変解りやすいご講演ありがとうございました。(高槻市)
	看護師	わかりやすい講義でした。(高槻市)
		病棟で退院指導する際に血圧コントロール項目で大変参考になりましたので取り入れていきたいと思っています。一緒にホットラインも伝えていきたいと思っています。(高槻市)
		予防などの話が聞けて良かった。(高槻市)
		新しい死亡率や血圧管理について知れてよかった。(高槻市)
	理学療法士	急性期での治療の最先端を教えてくださいながら、症例も出してくださり、とても分かりやすかったです。(高槻市)
		CVAの予後予測に画像を用いておりましたが、それだけではなく治療法や発症日(時間)なども参照する必要があると気付きました。貴重なご講演ありがとうございました。(高槻市)
	MSW	最新の治療方法などが聞けて勉強になりました。(豊中市)
		急性期における対応を勉強させていただきました。私は、回復期MSWとして脳卒中予防、一次予防に力を入れてできることからやっていきたいと思っています。(高槻市)
		普段聞くことのできない貴重なお話ありがとうございました。MSW今年2年目で、患者様はやはり高齢者の方が多く、大半は脳卒中の方です。自分、身の回りの人たちがいつ脳卒中を起こすか分からないため、血圧管理には十分注意しようと思いました。(高槻市)
脳卒中治療ガイドラインについて、最新の情報を非常にわかりやすく説明していただき、勉強になりました。今までtPAや血栓回収術について断片的な知識しかなかったため、良い機会になりました。(高槻市)		
脳卒中の治療について、最新の状況や変更点まで知ることができ、学びになりました。ありがとうございました。(高槻市)		
	わかりやすい講演ありがとうございました。(高槻市)	
在宅	理学療法士	最近の治療など大変わかりやすく説明して頂けて、理解できました。(高槻市)
	ケアマネジャー	わかりやすく説明していただきありがとうございました。(高槻市)
		最新医療の話でしたが、福祉職でも興味深く話を聞くことができました。(高槻市)
		予防方法、血圧管理など、在宅でも気をつけてみていきたいと思っています。独居、認知症夫婦等増えているので、参考になりました。(高槻市)
		脳卒中に対する新しい治療法を詳しくわかりやすく講義して頂いたと思います。日々利用者様に接する際に役立てたいと思いました。(茨木市)
		単身者は毎日、誰かが関与する生活が大切だと思った。(茨木市)
		専門すぎてわからないかなあとと思って参加しましたが、思っていたよりわかりやすかったです。とにかく早く受診する、その前にまずは予防することですね。(島本町)
今後も参加したいが先生等が多く、場違いかなと感じる。		
老健	理学療法士	非常にわかりやすい講演でした。急性期を離れ、介護の分野にいますが、今後も最新の情報は吸収していきたいと思っています。介護や福祉の場で役立つ内科的な薬に関する講演があれば参加したいです。(摂津市)
包括	ケアマネジャー	介護の部門からもわかりやすい話でした。血圧管理などできていない人も多いが、少しでも現場で生かせるようにしたい。高齢者は塩分制限も味覚の衰えからなかなか難しい。(茨木市)
行政	保健師	大変わかりやすい講演でした。ありがとうございました。高齢化の中、今後の問題を実感し、しかし、希望も持つことができました。脳卒中の治療で命は助かったが後遺症が今後問題になってくるのだと思います。(茨木市)
その他	事務	非常にわかりやすい内容(話し方)で、勉強になりました。(高槻市)

7.今後取り上げてほしい内容や、講師の希望についてお聞かせください。

- ・在宅医との連携について
- ・運動器疾患の最新治療について
- ・急性期→回復期→維持期の流れがわかるような内容、それぞれの時期でのケアや注意点などについて
- ・認知症の治療と関わり方・治療薬について
- ・再生医療の前方、後方連携について
- ・小児関連の研修
- ・早期退院(急性期)に対するリハビリテーションについて
- ・地域ケア会議での様子や地域包括ケアの課題
- ・脳卒中で、最先端の診断、治療を実地に基づいて講義頂ける先生
- ・地域住民を交えた健康教育の開催について
- ・心疾患について
- ・訪看等すすめても拒否する方で薬を多種服用している方への説得方法・独居の方の確実な服薬方法について
- ・レビー小体型認知症について
- ・フレイル、口腔フレイル、特に栄養面のアプローチについて
- ・パーキンソン病の治療について
- ・介護や福祉の場で役立つ内科的な薬に関する講演

生活期のリハビリテーション

～各介護サービスをどう上手く使っていくか～

在宅で生活される方が、日々の生活でどのようにリハビリを行っておられるか、
どのように支援されているか各職種（セラピスト・看護・ソーシャルワーカー・
ケアマネジャー・地域包括）よりお話しさせていただきます！

参加料無料

日時…11月16日（土）14時～16時

会場…愛仁会看護助産専門学校 6階ナイチンゲールホール

〒569-1115高槻市古曽部町1-3-33 TEL072-681-6031

対象…セラピスト、看護師、ケアマネジャー、
地域包括支援センター職員、ソーシャルワーカー、
その他関係職種

生活期の
リハビリとは

実際の
リハビリサービスの
使い分け

地域での
予防事業の取り組み

★ 申し込み方法 ★ 申し込み締切：11月11日（月）

当院ホームページ（<http://www.ajinkai.or.jp/reha/>）の
全てのお知らせより、三島圏域地域リハビリテーション連絡会
各職種連絡会合同研修会をクリック。参加フォームに必要事項
を入力して下さい。

お問い合わせ

三島圏域地域リハビリテーション連絡会
<事務局>愛仁会リハビリテーション病院 地域医療部 事務 松本
〒569-1116高槻市白梅町5-7 TEL 072-683-1212(代)

シンポジウム「生活期のリハビリテーション」 ～各介護サービスをどう上手く使っていくか～

座長：三島圏域地域リハビリテーション セラピスト連絡会
副幹事長：みどりヶ丘訪問看護ステーション 中西 真一

1. ソーシャルワーカー連絡会
「地域包括ケア病棟における退院支援～SWの取り組みと問題点～」
藍野病院 ソーシャルワーカー 吉田 菜央
2. ケアマネジャー連絡会
「生活期のリハビリテーション～ケアマネジャーの立場から～」
摂津市保健センター居宅介護支援事業所 ケアマネジャー 西村 良美
3. 看護職連絡会
「日常生活を楽しむ“生活リハビリ”」
済生会茨木訪問看護ステーション 看護師 西森 麻喜子
4. セラピスト連絡会
「各介護サービスをどう上手く使っていくか」
訪問看護ステーション東和会 理学療法士 荒堀 潤
5. 地域包括支援センター連絡会
「地域での予防事業の取り組み」
摂津市地域包括支援センター 社会福祉士 松崎 悦子

<愛仁会看護助産専門学校へのアクセス>

所在地:〒569-1115

高槻市古曾部町1丁目3番33号

・JR高槻駅から

中央改札口を出て、北口から上空通路を経由し、愛仁会リハビリテーション病院前で階段を降り、横断歩道を渡って、高槻病院前を左折して下さい。

・阪急高槻市駅からの場合は、JR高槻駅を経て、上のルートをご利用ください。



★今回ご提供いただく個人情報は本研修会に必要な事務運営にのみ使用し、他の目的で使用しません。

生活期のリハビリテーション

急性期リハ

- ・ 早期離床
- ・ 廃用予防

回復期リハ

- ・ 機能回復
- ・ 在宅復帰

生活期のリハビリテーション

- ・ 生活の再構築
- ・ 生活機能の維持

入院

- ・ 大きな目標は「退院」
- ・ 受身的 専門職が主導



在宅生活

- ・ 目標は ？
- ・ 入院前とは違う生活
- ・ 環境、社会的背景、ニーズは様々
- ・ 専門職は近くにいない
- ・ 活動量低下、介護負担、健康維持^他
- ・ 本人の主体性が重要だか . . .



生活期のリハビリテーション：

在宅生活の再構築・維持のために、各介護サービスをどう上手く使うか？

(介護) サービス

- ケアプラン
- 訪問系
 - 訪問介護
 - 訪問看護
 - 看護師訪問
 - リハビリ訪問
 - 訪問リハビリ (病院・診療所・老健)
- 通所系
 - デイサービス (通所介護)
 - デイケア (通所リハビリ)
- 地域包括支援センター (介護予防)
- 本日のシンポジスト
 - ソーシャルワーカー連絡会 (病院から在宅へ)
 - ケアマネジャー連絡会 (ケアプラン)
 - 看護職連絡会 (訪問看護)
 - セラピスト連絡会 (訪問・通所系リハビリ)
 - 地域包括支援センター連絡会 (介護予防)

地域包括ケア病棟における退院支援

～SWの取り組みと問題点～

藍野病院 地域医療連携室
社会福祉士 吉田 菜央

1. 症例紹介 | 患者情報

- (1) 84歳 女性
- (2) 病名：右脛腓骨遠位端骨折
- (3) 要支援 2
- (4) 長女・孫と 3人暮らし

2. 経過 | 在宅から急性期入院～当院転院

- ① 在宅 転倒
- ↓
- ② 急性期病院 右脛腓骨遠位端骨折の為入院⇒手術
尿閉⇒バルン管理
- ↓
- ③ 当院へ転院 リハビリ、環境調整目的にて転院

2. 経過 | 地域包括ケア病棟へ転入

当院入院約 1 ヶ月後

在宅復帰に向けて
支援強化



2.経過 | 今後の生活についての希望



家に帰りたい
2階で生活したい



不安はあるが
本人の希望に沿いたい

2.経過 | 転入時の本人ADL

- ◇ 起き上がり ⇒ 物的支持
- ◇ 座位保持 ⇒ 見守り～軽介助
- ◇ 移乗動作 ⇒ 見守り～軽介助
- ◇ 歩行 ⇒ 歩行器50m程度

2.経過 | 住宅情報

1階 和室2部屋（仏間、掘りごたつ和室）
トイレ・お風呂

2階 和室2部屋・トイレ・台所

2.経過 | 病棟カンファレンスでの課題

- Ns ➡ バルンがストレスになっている
- OT/PT ➡ 転倒リスク高い
- SW ➡ 家族だけでは介護が困難

2.経過 | カンファレンスでの取り組み

- Ns → バルン 抜去
- OT/PT → 歩行レベル改善
階段昇降練習
- SW → 介護保険の区分変更

2.経過 | カンファレンスでの結果

- Ns → バルン 抜去
- ・ 離床時間の増加
- ・ リハビリの意欲アップ

2.経過 | カンファレンスでの結果

- OT/PT → 歩行レベル改善
階段昇降練習
- ・ 歩行指導によるつまずき軽減
- ・ Ns軽介助での歩行器歩行開始

2.経過 | カンファレンスでの結果

- SW → 介護保険の区分変更
- ・ 居宅介護支援事業所へ担当変更

2.経過 | 家屋調査

- ・ 本人
- ・ 居宅介護支援事業所 CM 2名
- ・ Ns
- ・ 長女
- ・ 福祉用具担当者
- ・ OT
- ・ 孫
- ・ PT
- ・ SW



2.経過 | 家屋調査

- (1) 本人状況
床から支持物で立ち上がり可能
階段昇降は2人介助施行
- (2) 家屋状況
居室やトイレに段差あり
階段の一段一段が高い

2.経過 | 家屋調査による課題

2階での生活について

〈デメリット〉

階段での
転倒転落リスク

〈メリット〉

家族の目が届く

2.経過 | 課題に対するアプローチ

- (1) 階段の左右に手すり設置
- (2) 室内用の靴の購入
- (3) 自宅と同じ高さの階段でリハビリ
- (4) 家族への介助指導
- (5) 本人のリハビリ見学

3. 結果 | 退院に際してのサービス内容

- ◇ 介護保険：要介護3
- ◇ 訪問リハビリ、ヘルパー、デイ利用検討
- ◇ 退院後の状況に応じてケアプラン作成

3. 結果 | 退院

家族の強い希望 本人のがんばり



2階での生活を前提とし**自宅退院**

6. 考察 | この症例を通して

本人、家族の希望に沿って
在宅復帰支援が行えた

6. 考察 | 退院が困難となる要因

- (1) 本人の状態（ADLや認知機能）
- (2) 家族の介護力
- (3) 家屋環境

6. 考察 | 要因に対する地域連携

- (1) 訪問看護、訪問リハビリ
- (2) ヘルパー、デイサービス、デイケア
- (3) 福祉用具、住宅改修

6. 考察 | この症例を通して

院外を含む多職種との

情報共有が必要不可欠

生活期のリハビリテーション ～ケアマネジャーの立場から～

摂津市保健センター居宅介護支援事業所
ケアマネジャー 西村 良美

ヘルパー支援により、目的のある外出 が自立につながった事例

事例紹介

- ・76歳女性、既往歴；骨粗鬆症
- ・一戸建て住宅に、夫と二人暮らし。
(夫は脳血管障害により要介護2認定)
- ・3人の娘は結婚し、それぞれ遠方、就労の為日常的な支援は困難である。

H30年 12月8日 外出時に転倒し、右大腿骨頭部骨折受傷。

12月12日 手術(大腿骨頭置換術)

12月25日 転院(リハビリ目的)

H31年 1月25日 自宅退院

H31年 2月7日 要支援2認定

退院時の日常生活動作能力

- ・起立・立位 ⇨ 支え必要
 - ・歩行 ⇨ 自宅内杖歩行、伝い歩きにて自立
 - ・身の回り動作(排泄、着替え、整容、入浴など) ⇨ 自立
- ※夫のための住宅改修により、トイレ・浴室・廊下・玄関など手すり設置済み
- ・夫への介護：見守りは可能だが、身体介護は困難。
 - ・家事：体力的に困難で、支援が必要な状況。
トイレ掃除や浴室掃除は術後脱臼の心配もあり困難。
買い物は宅配利用。夕食の配食サービス利用検討。

目標設定

ご本人の意向

「娘たちには負担をかけず、また以前のように、夫婦で協力して生活できるようになりたい」

夫「出来るときは、食器洗いを手伝って、妻を助けてい。」

具体的な目標（H31年1月25日退院時）

- ゴミ出しが出来るようになりたい
- 庭仕事(水やりや花の手入れ)をやりたい
- 近所の店まで買い物へ行きたい
- 電車に乗って、友人に会いに行きたい
- 毎年恒例の、親戚旅行に夫婦で参加したい
(今年は6月に予定)

ケアプラン H31年2月1日

- ゴミ出しが出来るようになりたい
- 庭仕事(水やりや花の手入れ)をやりたい
- 近所の店まで買い物へ行きたい
- 電車に乗って、友人に会いに行きたい
- 毎年恒例の、親戚旅行に夫婦で参加したい
(今年は6月に予定)

ケアプラン H31年2月1日

- ゴミ出しが出来るようになりたい
- 庭仕事(水やりや花の手入れ)をやりたい
- 近所の店まで買い物へ行きたい
- 電車に乗って、友人に会いに行きたい
- 毎年恒例の、親戚旅行に夫婦で参加したい
(今年は6月に予定)

住宅改修での手すり設置
(勝手口・庭への掃き出し窓)

元気リハビリ教室
(短期集中C型リハビリ)

訪問型サービス
掃除支援(トイレ・浴室・リビング)

元気リハビリ教室の紹介 通所型サービスC(短期集中予防サービス)

対象者

要支援認定を受けた方
事業対象者(チェックリストで基準に該当した方)

利用期間

3ヶ月～6ヶ月

サービスの流れ

事前訪問

セラピストが訪問
具体的な生活課題を把握

通所サービスの実施

目標に向けて
リハビリテーションを実施

事後訪問

セラピストが訪問
状態の評価を行う

終了後、地域のつどい場等に通えるように支援

ケアプラン H31年2月1日

住宅改修での手すり設置
(勝手口・庭への掃き出し窓)

工事終了
環境整備は完了

- ゴミ出しが出来るようになった!
- 庭仕事(水やりや花の手入れ)をやりたい
- 近所の店まで買い物へ行きたい
- 電車に乗って、友人に会いに行きたい
- 毎年恒例の、親戚旅行に夫婦で参加したい
(今年は6月に予定)

元気リハビリ教室
(短期集中C型リハビリ)

訪問型サービス
掃除支援(トイレ・浴室・リビング)

外出の自立に向けた支援

- ご本人の意向「だいが動けるようになった。そろそろ買い物や郵便局へ行けるようになりたい。ヘルパーさんに付き添ってもらいたい。」
- ケアマネジャー「元気リハビリ教室での指導と日常生活で歩行能力は向上している。外出の自立を目標にサービスを検討する。ヘルパー?セラピスト?どちらが適切?」

外出の自立に向けた支援

- 元気リハビリ教室のセラピスト「身体機能の回復は順調であり、歩行状態安定している。ヘルパーの支援で良いと思われる。」
- 摂津市高齢介護課「ケアプランにヘルパーの外出支援を位置づけることについて問題なし。自立支援のプランとして良いでしょう。」
- 訪問介護事業所「外出に付き添い、徐々に外出に慣れていけるように支援します。」

ケアプラン H31年4月1日

訪問型サービス
(外出支援)

- ゴミ出しができるようになりたい
- 庭仕事(水やりや花の手入れ)をやりたい
- 近所の店まで買い物へ行きたい
- 電車に乗って、友人に会いに行きたい
- 毎年恒例の、親戚旅行に夫婦で参加したい
(今年は6月に予定)

元気リハビリ教室
(短期集中C型リハビリ)

訪問型サービス
掃除支援(トイレ・浴室・リビング)

外出支援の目標期間設定

『自宅周辺の外出が可能となり、
2ヶ月程度で卒業したい!』



外出時の歩行
車輪付きのショッピングバッグを支え
に移動。荷物を運ぶこともできる。

ヘルパーとの外出支援の経過

- ・店まで歩いて行ける。
- ・少量の買い物が出来る。
- ・郵便局へ行き、郵便物を出す。
- ・クリーニング屋へ行く、クリーニングを依頼できる。
- ・ドラッグストアへ行き、必要な物を購入できる。
- ・公民館まで行く。
- ・駅まで行き、エレベーターで改札口階まで行く。
- ・駅へ行き、入場券を購入。改札口を入り、ホームへ降りる。

開始から2か月後・・・

自宅周辺で生活に必要な範囲の移動が
出来るようになった。

目標達成

外出支援、元気リハビリ教室の終了にあたり、元気リハビリ教室のセラピストの意見

『ご本人の生活意欲が高く、生活の範囲も徐々にアップしている。ヘルパーによる外出支援も、元気リハビリ教室も終了で問題ないと思われる。』



ヘルパーによる外出支援、元気リハビリ教室ともに卒業！

ケアプラン H31年6月1日

訪問型サービス
(外出支援)

終了

- ゴミ出しが出来るようになりたい
- 庭仕事(水やりや花の手入れ)をやりたい
- 近所の店まで買い物へ行きたい
- 電車に乗って、友人に会いに行きたい
- 毎年恒例の、親戚旅行に夫婦で参加したい
(今年は6月に予定)

元気リハビリ教室
(短期集中C型リハビリ)

終了

訪問型サービス
掃除支援(トイレ・浴室・リビング)

外出支援 終了後

6月 買い物へ行き、商品を購入できる。
公民館の講座へ通う。
電車にのり、一駅外出できる。
親戚旅行(1泊2日)の参加も達成できた。

7月 1人で電車に乗り、友人に会いに行くことができた。

ヘルパーによる支援が上手くいった背景

- ・ご本人の目標設定が明確であり、意欲が高かった。
- ・元気リハビリ教室のリハビリ効果を実感し、自信が持っていた。
- ・徒歩圏内(400M~800M)に生活に必要な店や駅などがあり、環境に恵まれていた。

今回の事例を通して

- 外出支援について、ヘルパー支援かりハビリセラピストの支援か、どちらが適切かはケースによって異なると思う。今回は、元気リハビリ教室のセラピストより助言をいただき、ヘルパーによる支援を選定し、上手くいったケースである。
- 2ヶ月間の外出支援で、ご本人の自信につながり、支援終了後に、自立した買い物や公民館の講座へ通うなど、その後の生活範囲が徐々に拡大していった。支援の2ヶ月間は練習期間で、その後の生活こそが『生活リハビリ』であると感じた。

ご清聴ありがとうございました。

日常生活を楽しむ 「生活リハビリ」

済生会茨木訪問看護ステーション
西森 麻喜子

リハビリには

特に定められた「定義」ではありませんが・・・

- 個別リハビリ
- 生活リハビリ
- 集団リハビリ

リハビリには

- 身体機能リハビリ
- 精神的リハビリ
- (日常)生活リハビリ
- 社会生活的リハビリ

- 体操など身体的な訓練だけが機能訓練ではなく、朝起きる、顔を洗う、歯を磨く、お化粧をするという日常生活の動作一つ一つが機能訓練

- 毎日楽しんで過ごすことが、ひいては機能向上に繋がっていくという考え

「生活リハビリ」って何？



症例紹介

- 88歳 パーキンソン病
 - 食事に対する意欲の低下にて、PEG造設。2015.1訪問看護導入し退院へ。
 - 2016.12少しづつ経口摂取希望出てくる。
→経口摂取アプローチ(おやつ程度で開始)
 - 2017.6 昼食のみ食事開始。9～10割摂取。
 - 2018.2 朝をラコールより、ブリックゼリー1/2へ。
 - 残りの1/2は夕食として摂取。15時ラコール半固形300ml。
 - 現在も継続中で、機嫌が良い時には自己にて数口摂取。
- ↓
- 自己でできることを見つけたし、自己でできることを少しでもしてもらおう

症例紹介

- 2017.5.1 38度台の発熱・左踵の褥創悪化の為A病院受診。
尿路感染症の為入院。
 - 2017.5 自宅退院に向け、訪問診療・訪問看護導入。
 - 退院直後は毎週訪問していたも、現在2回/月。
 - この夏より夜間発汗が多くなり、訪問時にシャワー浴介助開始。
 - 手引き歩行可能。着脱衣時、手の挙上可能。一番上のボタン以外は外す・通すこと可能。
- ↓
- 高齢だから出来ない！
ではなく、何が出来ないのかを観察し、ケアを提供することが大切

症例紹介

- 2018.4.18認知症、糖尿病あり 独居
インシュリン導入の為訪問看護開始
- ↓
- その人が出来ることを見出し、看護が必要な事のみ支援する。

症例紹介

- 2019.9.1直腸がんにてストマ増設 独居 既往歴に糖尿病あり
5分程度で手技等忘れる程の認知機能の低下あり。
- 2019.12.5訪問看護導入し退院へ。
- 2019.8類天疱瘡にてステロイド治療開始
- 2019.10.22糖尿病悪化。インシュリン治療開始

↓

独居で認知機能低下がある。糖尿病悪化にてインシュリン導入

↓

施設 ⇒ ではなく、一度自宅へ帰ってみよう!!
(近隣の訪問看護STに相談をしてみてください)

さいごに

- 日常生活全てがリハビリテーションで
あることを忘れないようにする!
- その人の潜在能力を大切にし、
看護ケアを行う!
- 他職種と連携した看護ケアを行う!

生活期の リハビリテーション

～各介護サービスをどう上手に使っていくか～

セラピスト連絡会
訪問看護ステーション東和会
理学療法士 荒堀 潤

生活期を支援する さまざまなリハビリテーション

(訪問サービス)

●訪問リハビリテーション

●訪問看護からのリハビリテーション

(施設)

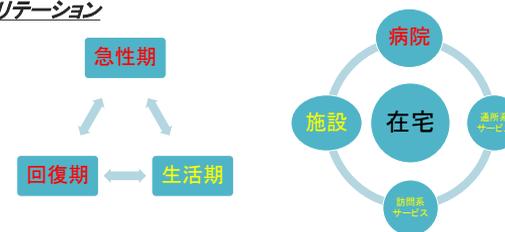
通所系サービス

●デイケア

●デイサービス

入所系サービス

●ショートステイ



訪問リハビリと 訪問看護からのリハビリの違いは？



2つの違いのポイント

1. リハビリテーションの実施内容
2. サービス提供の対象者
3. 利用料金
4. 国の方針



訪問リハビリも
訪問看護からのリハビリも
内容に差はありません
(ぶっちゃけ、やる事は一緒です!!)

リハビリテーションの内容

自宅でリハビリ専門職が、定期的に1対1の個別訓練を実施する
(内容)

- 病状の観察 ●身体機能の維持・改善
- 日常生活動作の訓練・指導・助言 ●生活環境の調整・福祉用具の選定
- 介護の相談・家族への支援 など

(特徴)

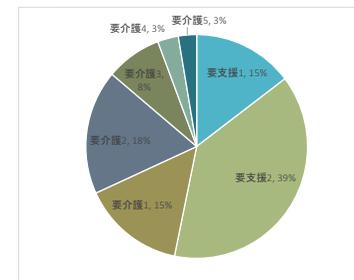
- 利用者の個性に合わせた個別性 ●住み慣れた環境で出来る
- 外出が不要 ●家族(同居者)との関わり方が容易 など

2つの違いのポイント

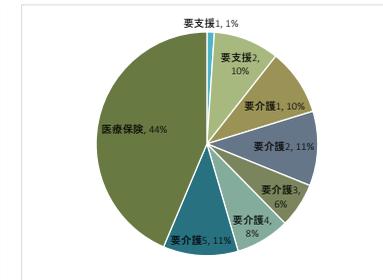
1. リハビリテーションの実施内容
2. サービス提供の対象者
3. 利用料金
4. 国の方針

サービス提供の対象者

2019.5.1～2019.8.31.訪問リハビリ



2018.9.1～2019.8.31.訪問看護からのリハ



リハビリ指示書と指示期間

【訪問リハビリ】

- ・規定の用紙はなし(診療情報提供書:250点)
- ・院内処方の場合は算定料なし
- 1~3ヶ月に1回医師から指示をもらう必要あり

【訪問看護からのリハビリ】

- ・訪問看護指示書という規定のものがある(訪問看護指示書:300点)
- 1~6ヶ月に1回医師から指示をもらう必要あり

サービス提供の対象者

- 介護保険を利用する対象者は、訪問リハビリ、訪問看護からのリハビリ共に可能
- 状態が安定している要支援者(介護予防)は、訪問リハビリが優先度が高い(指示書が1~3ヶ月)
- 介護度が重度な要介護者は、訪問看護からのリハビリが優先度が高い(指示書が1~6ヶ月)
- 医療度が高い要介護者は訪問看護からのリハビリが優先度が高い
※医療保険を利用する対象者は、医療的処置が多く、特に難病疾患の利用者は医師・看護師との迅速かつ密な対応・連携が必要となるため

2つの違いのポイント

1. リハビリテーションの実施内容
2. サービス提供の対象者
3. 利用料金
4. 国の方針



介護保険の基本料金

1単位20分の料金	介護予防	要介護
訪問リハビリテーション	2900円	2900円
訪問看護からのリハ	2860円	2960円

訪問リハビリは、介護予防(要支援者)も要介護も料金は同じ
訪問看護は介護予防は訪問リハビリより安く、要介護は訪問リハビリより高い

医療保険の基本料金

訪問リハビリテーション	在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料
訪問看護からのリハ	30分～90分で約9000円

- 訪問リハビリは、**指導管理料のみ適応**
- 訪問看護からのリハビリは、あくまで**訪問看護の一つ**のということで訪問が可能
- この料金は事業所に入る料金で、利用者の負担は**1割～3割**

2つの違いのポイント

1. リハビリテーションの実施内容
2. サービス提供の対象者
3. 利用料金
4. 国の方針

国がそれぞれに期待すること (平成30年度介護報酬改定より)

	訪問リハビリ	訪問看護からのリハビリ
料金	介護予防(要支援)の料金がアップ 2900円(訪看リハは2860円) →要支援を手厚く対応するため	介護予防<要介護に料金格差 2860円<2960円 →要介護を手厚く対応するため
対象	短期集中リハ実施加算 →介護保険初認定・退院後3か月の利用者をしっかりと対応するため	医療保険の点数が高いまま →重症・難病患者を手厚く対応するため
役割	事業所の医師としっかりと連携をとることで 料金が減算しない →要支援の能力を落とさないため 早期に改善することを目指すため	3か月に1回以上の看護師の訪問が必要 あくまで訪問看護という位置づけ →看護師とより密接に運動するため リハビリ業務以外のケアもしっかりと行うため

生活期を支援する さまざまなリハビリテーション

(訪問サービス)

- 訪問リハビリテーション
- 訪問看護からのリハビリテーション

(施設)

通所系サービス

- デイケア**
 - デイサービス**
- 入所系サービス
- ショートステイ

デイサービスとデイケアの違いは？



2つの違いのポイント

1. サービス提供や利用目的
2. 機能訓練とリハビリテーション
3. 利用料金



デイサービスとデイケアの違い

デイサービス	正式名称:通所介護 目的:日常生活支援、本人の孤立感解消、家族の負担軽減 サービス:食事、入浴、機能訓練、レクなど 運営:社会福祉法人、民間企業など スタッフ:管理者、生活相談員、機能訓練指導員、看護職員、介護職員
デイケア	正式名称:通所リハビリテーション 目的:リハビリ サービス:リハビリ、食事、入浴、レクなど 運営:病院、診療所・介護老人保健施設のみ スタッフ:医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護職員

2つの違いのポイント

1. サービス提供や利用目的
2. 機能訓練とリハビリテーション
3. 利用料金



機能訓練とリハビリテーションの定義

機能訓練指導員が在籍しているデイサービスは「機能訓練」
 医師が常勤で在籍しているデイケアは「リハビリテーション」

機能訓練(医師の指示は不要)

機能訓練とは、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護師、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師などが「減退防止」を目的に提供する訓練

リハビリテーション(医師の指示が必要)

リハビリテーションとは、医師の指示に基づき理学療法士・作業療法士・言語聴覚士などの専門職種が「身体機能の維持・回復」を目的に提供する訓練

※より専門的な個別訓練が必要であれば、**デイケアの優先度が高い**

2つの違いのポイント

1. サービス提供や利用目的
2. 機能訓練とリハビリテーション
3. 利用料金



デイサービスとデイケアの基本料金 (1割負担の場合)

	要介護Ⅰ	要介護Ⅱ	要介護Ⅲ	要介護Ⅳ	要介護Ⅴ
デイサービス (7時間以上 8時間未満)	645円	761円	883円	1003円	1124円
加算	個別機能訓練加算(Ⅰ):46円 個別機能訓練加算(Ⅱ):56円 など				
デイケア (6時間以上 8時間未満)	726円	875円	1022円	1173円	1321円
加算	短期集中個別リハビリテーション実施加算:110円/日 など				

訪問リハビリと訪看からのリハビリ
 デイサービスとデイケア
 の違いより

T様: 70歳・外傷性頸髄損傷 平成29年2月～平成30年8月

平成29年2月、訪問看護・訪看リハが2回/週で開始(要介護Ⅲ)

平成29年9月、ADL・歩行能力の向上により週1回のデイサービス開始

平成30年3月、訪問看護が1回/3ヶ月、訪問リハが1回/週、デイサービスが週2回に変更

平成30年8月、週2回のデイサービス継続・訪問看護・訪問リハ終了(要支援Ⅱ)

S様: 95歳: うっ血性心不全 平成30年3月～令和1年9月

平成30年3月、1回/月の訪問看護・1回/週の訪問リハが開始(要介護Ⅳ)

平成30年6月、1回/3ヶ月の訪問看護・2回/週の訪問リハに変更

平成30年10月、2回/週のデイケア開始

令和1年9月、死亡のため訪問看護・訪問リハ・デイケア終了

介護度が軽度な利用者

介護度が比較的軽度な利用者は、

訪問リハビリでは筋力トレーニングや関節可動域訓練などを行い、身体機能や日常生活動作能力の維持を目指す

デイサービス・デイケアでは、介護予防として、専門療法士による個別訓練ではなく、マシンを利用した運動や機能訓練により、身体機能や日常生活動作能力の低下を予防する

状態が改善し、活動性の向上が図れるようになってきた時点で、在宅生活から屋外(社会)参加の頻度を促し、向上していく

介護度が中～重度な利用者

介護度が中等度～重度な要介護者や難病を有する利用者は、

訪問看護からのリハビリでは、身体機能や日常生活動作能力の維持・向上を目指す

例えば、

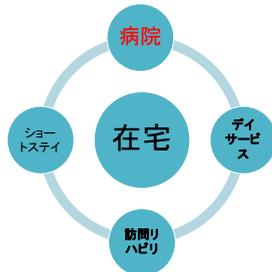
病状により寝たきりの利用者に対し、全身調整訓練・呼吸リハなどを実施し、病状の安定を図る

→病状の安定により、車椅子座位時間の延長を図る

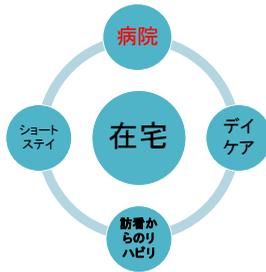
→活動性の向上として、デイサービス<デイケアの利用を行い、専門療法士によるリハビリテーション(個別訓練)を受けるなど

生活期を支援する さまざまなリハビリテーション

介護度が軽度な利用者



介護度が中～重度な利用者



まとめ

- ◆生活期のリハビリテーションにおいて、各サービス内容や特徴を理解し、使い分けを行うことは非常に重要である
- ◆訪問リハビリと訪問看護からのリハビリ、またデイサービスとデイケアの各特徴を理解し、利用者にあったリハビリテーションの選択が不可欠となる
- ◆利用者の状態のみならず、家族の介護力や生活環境を考慮し、都度利用サービスについての見直しや調整を迅速に行う必要がある
- ◆的確なサービスを利用することで、介護度の高い利用者や難病患者においても、在宅生活を継続・支援することは可能である
- ◆医療・介護における各専門職種は、今後の国の動向や指針に注目し、柔軟な対応と密な連携が必要である

三島圏域4市町の 一般介護予防事業の様子

摂津市地域包括支援センター
社会福祉士 松崎 悦子

島本町



「交流大会」

毎年、島本町内の各所で「いきいき百歳体操」「かみかみ百歳体操」に取り組んでいる仲間が一同に会し交流を深めています。
皆で励まし合いながら、また明日からも頑張ろうという気持ちになります。



「いきいき百歳体操の「おさらい」風景」

毎年、いきいき百歳体操の「おさらい」では地元の理学療法士さん達に体操についてや各自の健康状態について指導などをしてもらっています。
写真のような少人数のグループでは自然とPTさんを囲んで、皆で和気あいあいと話し込むこともあります。

高槻市



「ますます元気体操」

包括主催の介護予防教室で高槻市の介護予防体操（ますます元気体操）を実施しています。ますます元気体操はストレッチ・筋力アップ体操・口腔体操・ウォーキングから構成され、写真は筋力アップ体操の中の1つ、スクワットを行っているところです。



「ますます元気大作戦！交流大会」

交流大会では地域で「ますます元気体操」に取り組むグループが一堂に集まり、活動報告や表彰などを通してグループ同士の交流を図ります。またそのことによりグループへの参加や体操を継続して取り組んでもらえることにもつながります。

茨木市



元気！いばらき体操のようす



元気いばらき体操に取り組む
茨木のキャラクターたち

はつらつパスポート



日頃から持ち歩いて、スケジュール帳として使っており、健康チェックをしたり、より健康になるための情報がたくさんつまっています。

摂津市



「春の交流会」

春の交流会は各グループから数名が参加し、講義を受け、その内容を所属するグループに伝達することと、他グループとの交流を目的としています。



「秋の交流会」

摂津体操4部作やラジオ体操、太極拳などを発表する秋の交流会は市長やセッピー、観客も合わせると500名を超える大盛況です。

ご清聴ありがとうございました。

三島圏域における介護予防事業の取り組みと効果・課題(2019年度)

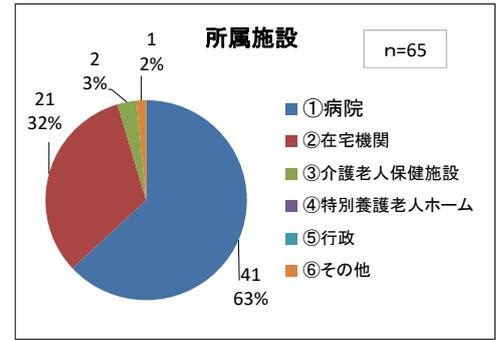
	島本町	高槻市	茨木市	摂津市
概況	人口 31,247人 高齢化率 27.3% 包括 直営1箇所 (2019年7月1日現在)	人口 351,741人 高齢化率 28.9% 包括 12箇所(全委託) (2019年3月末現在)	人口 282,030人 高齢化率 24.02% 包括 11箇所(全委託) (2019年8月31日現在)	人口 86,103人 高齢化率 25.58% 包括 委託1か所 (2019年3月末現在)
担当課	いきいき健康課	長寿介護課	長寿介護課	高齢介護課
一般介護予防事業の取り組み	<ul style="list-style-type: none"> 「いきいき百歳体操」「かみかみ百歳体操」の地域展開を行っている。(住民が主体的に集会所等の拠点箇所に集まり、週1回もしくは週2回、重りをつけての筋力運動や、口腔機能向上の運動をする。拠点立ち上げ時には4回の技術支援を行い、その後は住民のみで運営している。) 年1回「おさらい月間」を設け包括職員・地区担当保健師・病院のPT・OT・STが協働して各拠点をまわり、体操のおさらいや参加者への個別アドバイスをを行う。 毎年10月11日を「しまもと年長者いきいき月間」と位置づけ、介護予防や認知症に関するイベント、「いきいき百歳体操交流大会」を開催。 	<ul style="list-style-type: none"> 市のオリジナル体操「ますます元気体操」の周知、実施 市や包括で地域のグループに出前講座を行ったり、体力測定等を行い支援 市や包括で介護予防教室の実施 市で講演会や敬老イベント、ますます元気交流大会の実施 	<ul style="list-style-type: none"> 「元気いばらき体操」Ver1～3まであり、街デイや老人会などに配布されており、自主的に実施 はつらつパスポート:サロンなどへ持参したり、日記がわりに活用 介護予防健康運動教室:保健医療センターで実施 はつらつ教室:市内16か所で、月2回実施 街デイ、コミデイ介護予防事業:事業所に委託して運動教室の実施 介護予防指導者養成研修、フォローアップ研修:運動指導者の育成のための事業 はつらつ出張講座:10人以上のグループで実施 シニアいきいき活動ポイント:ボランティア活動 	<ul style="list-style-type: none"> はつらつ元気でまっせ講座の実施(6回コース。初回体力測定、一か月後にフォロー、半年後にまた体力測定)。 摂津みんな で体操四部作、脳トレ体操の普及 いきいき体操の会による体操指導委託 健康づくりグループ活動支援(春のおしゃべり交流会・秋の活動発表交流会) つどい場の実施(委託・補助) 保育所・幼稚園での高齢者と乳幼児とのふれあいを目的とした体操(たちより体操タイム)
一般介護予防事業の効果・課題	<p>(効果)</p> <ul style="list-style-type: none"> いきいき百歳体操は現在は40拠点。 「おさらい月間」にはアンケート調査を実施しており、654人、65才以上人口の7.5%、75才以上人口の10.5%の人が体操に取り組んでいる。(2018年度) おさらい時に、Timed Up & Goと反復唾液嚥下テストを行ない年1回評価を続けている。参加者の平均年齢は上昇しているものの、いずれの数値も改善している。 体操後に茶話会を開催する拠点などもあり交流の場にもなっている。92.2%の方が交流を楽しみにしており、82.6%の方が毎回参加していると回答している。 自由記載欄から「しゃがんだ姿勢からの立ち上がりが楽になった」、「坂道を歩くのが楽になった」、「同じ位の年齢の方と逢えて楽しく話ができて気分的に楽になる」等々と多数の感想を聴取している。 「いきいき百歳体操交流大会」は例年、全地域が一堂に会することで、地域間交流と体操継続のモチベーション維持に繋がっている。 	<p>(効果)</p> <ul style="list-style-type: none"> 周知の成果もあり、ますます元気体操を実施するグループの数が徐々に増加(約190か所)。 ますます元気体操に週1回以上(3か月以上の継続)取り組む人には効果が見られた。 市の予防教室(3か月間、週1回)に通う人は運動や栄養、口腔機能の向上が見られた。 教室等を通して他の参加者と関係が深まり、新たな集いの場に出向いている方もいる。 <p>(課題)</p> <ul style="list-style-type: none"> 予防教室の参加者はリピーターの方が多く、新規の方や男性の参加が少ない。 自主グループの数は増えてきているものの、近場に体操や集まる場がない地域もある。 	<p>(効果)</p> <ul style="list-style-type: none"> 「元気いばらき体操」を実施しているグループが増えている。体操しながら、茨木の名所や特産物がわかり、場が盛り上がる。街デイ、サロンなどでは継続的に取り組んでいる。 介護予防教室が増えており、周知が進んでいる。運動習慣につながり、仲間づくりや交流の場になっている。 はつらつパスポートについては自身の健康維持のツールの一つになっている。 <p>(課題)</p> <ul style="list-style-type: none"> 利用状況の実態把握が不十分。 介護予防教室は増えているが、徒歩で行ける範囲になく、行きたくてもいけない人がいる。 実施後の効果測定(アンケート、体力測定)が必要。 	<p>(効果)</p> <ul style="list-style-type: none"> 摂津みんな で体操四部作やラジオ体操、太極拳などを発表する場が秋の活動発表交流会で、これが健康づくりをすることの動機づけになっていて、大盛況である。 <p>(課題)</p> <ul style="list-style-type: none"> 活動場所が狭いため、新規に参加したい人の受け入れができないところがある。 閉じこもりがちな人が参加できるような働きかけが充分とはいえない。

三島圏域地域リハビリテーション 各職種連絡会合同研修会アンケート集計

- ・開催日:2019年11月16日(土) 14時00分～16時00分
- ・場所:愛仁会リハビリテーション病院 9階アイワホール
- ・参加人数:157名
- ・アンケート記入者:65名(回収率 41.4%)

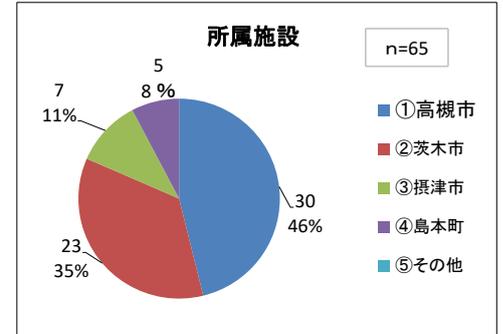
1. <所属施設>

- ①病院 41名
- ②在宅機関(地域かかりつけ医・訪問看護・訪問リハビリ・居宅介護支援事業所) 21名
- ③介護老人保健施設 2名
- ④特別養護老人ホーム 0名
- ⑤行政 0名
- ⑥その他 1名



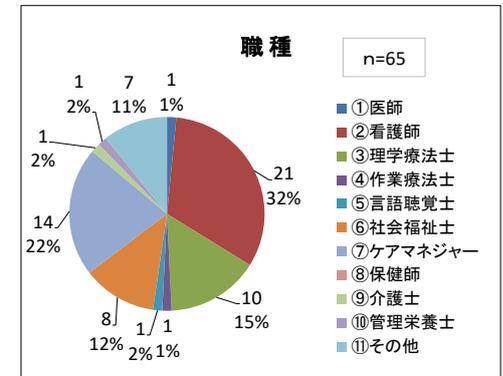
2. <事業所在地>

- ①高槻市 30名
- ②茨木市 23名
- ③摂津市 7名
- ④島本町 5名
- ⑤その他 0名



3. <職種>

- ①医師 1名
 - ②看護師 21名
 - ③理学療法士 10名
 - ④作業療法士 1名
 - ⑤言語聴覚士 1名
 - ⑥MSW 8名
 - ⑦ケアマネジャー14名
 - ⑧保健師 0名
 - ⑨介護士 1名
 - ⑩管理栄養士 1名
 - ⑪その他 7名
- (管理者 1名 柔道整復師 1名 相談員 1名 精神保健福祉士 1名 事務 2名 未記入 1名)

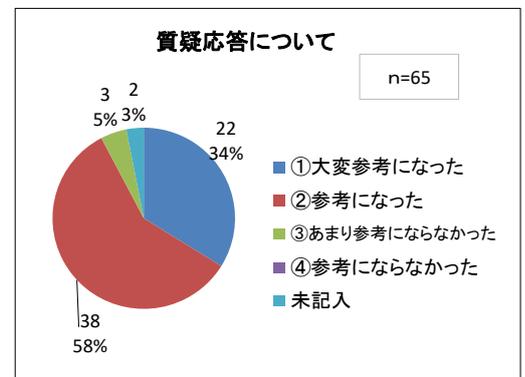
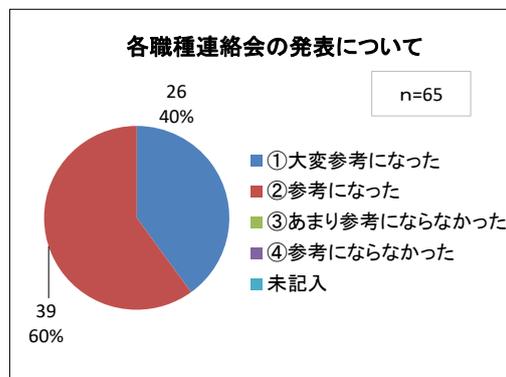


4.各職種連絡会の発表に関してお尋ねします。

- ①大変参考になった 26名
- ②参考になった 39名
- ③あまり参考にならなかった 0名
- ④参考にならなかった 0名

5.質疑応答に関してお尋ねします。

- ①大変参考になった 22名
- ②参考になった 38名
- ③あまり参考にならなかった 3名
- ④参考にならなかった 0名
- ⑤未記入 2名



6.研修時間についてお尋ねします。

- ①適切 65名
- ②長い 0名
- ③短い 0名

7.本日の研修会のご意見・ご感想をお聞かせください。

病院	医師	たいへん勉強になりました。
	看護師	訪問看護からのリハと訪問リハとの違い、デイサービスとデイケアの違いがよくわかりました。在宅でのリハビリは、目標をしっかりと決めておくことが大切だと思いました。
		現在、リハビリ病棟で勤務しておりますが、今後に活かしていきたいと思います。
		自宅退院後スムーズに進んだ例が多かった印象です。難しかった症例などがあれば伝えていただきたかったなと思います。
		生活期のリハビリテーションについて詳しく知ることができて、今後の参考になった。
		在宅で本人ができない部分を補ってもらうという程度の理解でしたが、個々のサービスの工夫などされていることがわかり勉強になりました。
		様々な職種からの生活支援についての取り組み、発表を聞くことでとても参考になりました。
		病院では、在宅での生活のイメージが十分ではなかったが、今日の研修を受けて入院中での介助、支援の必要性を知ることができました。退院はゴールではなく在宅生活でのスタートだと感じました。その人らしい生活のために取り組んでいきたいです。
		入院の早い時期から自宅退院に向けて情報共有が必要。私たちが在宅は無理とあきらめられないようにすることが必要。
	理学療法士	連携とります。
		回復期に所属しているため、いかに生活期へスムーズに移行するかについて考える良い機会となりました。
		各職種の取り組み、フロアからの質疑共に大変参考になる内容で、勉強になりました。有意義な研修会でした。ありがとうございました。
		訪問リハビリを依頼する際、訪問介護からのリハビリについてあまり利用したことがないことを再度確認することができた。ソーシャルワーカーを介してケアマネジャーへ連絡を取る頻度を増やす必要があると感じました。
	作業療法士	生活期のスタッフから、急性期・回復期に期待すること等をもっと教えて頂きたかった。
	社会福祉士	家屋訪問早めという件、リハサマリー欲しいという件 参考になりました。
病院のセラピストに期待したいことの質問とそのご回答が特に勉強になりました。セラピストの先生方にお答えいただきやすいよう、早めに予想される在宅での心配事を患者様やご家族とお話していきたいと思います。		
ビデオでの動画は、在宅生活がよく分かり発表内容がわかりやすかった。訪問リハビリの違いについてもよく分かった。今後の業務に活用していきたい情報が多かった。		
精神保健福祉士	生活期リハビリについて病院以降の経過や、現場での実践について知ることが出来ました。もっと手配の際に検討時から利用について考慮や本人さんへ情報提供ができるようになればと思いました。	
相談員	介護でのリハは、中々利用するのに問題がたくさんあるのだなと考えさせられました。	
その他	主治医意見書については病院によって違うことがよく分かりました。	
在宅機関	理学療法士	貴重な意見が聞けました。ありがとうございました。
	言語聴覚士	病院勤務から在宅分野へと転身して間もなく、各職種の方々の日々の取り組みをお聞きすることで、より深く職域の理解を図ることができました。また、同職種の保険制度やサービスの様々などをより具体的に知ることができ、大変参考になりました。ありがとうございました。
	ケアマネジャー	興味深い内容だった。事例がとても参考になった。
		在宅と病院それぞれの他職種の取り組みにふれることができて良かったです。
		在宅の生活期リハビリでは、関わるメディカル一人一人がいかに小さな課題に気づき吸い上げ共有していくかが大事。目標等ケアマネ任せが多い中、西森さんの4事例は細やかに看護師がアセスメントし自立支援をはたらきかけておられ感動しました。リハビリは身体的なことだけでなく、些細なことでも、できる事に着目し焦点を当てアプローチ、フィードバックするというのが我々の仕事ということを再確認できました。
		多職種が合同で勉強できる、貴重な機会だと感じました。
		録画した物を資料として使用しているシンポジストの方がいたが、ご利用者の顔が映るのは避けた方が良かったと思った。質疑応答は、あの雰囲気の中では挙手出来ない。
		専門職種の合同研修会なので、専門職ならではの発表(ケアマネの立場からの事例発表)が興味深く聞けた。地域包括連絡会からの、市町村の一般介護予防事業の様子は知っている内容ではないから、より専門的な話しが聞きたかった。質疑応答については、同じような疑問もあったので、とても参考になった。
		訪問リハビリと訪問看護からのリハビリの違いを改めて理解することができた。
	リハビリについて再度考える機会になった。利用者自身が目標を見出せない時の目標設定の方法が勉強になった。	
シンポジウムは実際包括でも問題と考えている課題があり、参考になった。		
管理者	各職種の取り組みを聞いて、参考になりました。	
老健	理学療法士	様々な職種からの意見が聞けてよかったです。

8. 今後、地域リハビリテーション地域支援センターで取り上げてほしい内容がございましたら、ご記入ください。

多職種連携についての具体的内容について
認知症に対する取り組み、支援など
急性期、回復期、在宅に従事する、他職種で取り組むオープンカンファレンスのような事。
地域・生活期に戻ってから必要な情報など、連携
この様に各専門職が集まって同じテーマに沿って研修することが大切だと思います。ありがとうございました。
医療リハビリ(入院)から生活リハビリ(退院後)の交流はどのようにしているのか。連携について知りたい、取り上げてほしい。(高齢者の入院が多くなっている。退院時にこのままで生活が出来るのかと気になる場面が多く、生活する身体機能が低下していることが多い為。)

三島圏域地域リハビリテーション連絡会症例検討会

生活期のリハビリテーション

～ 共にき **ず**く目標設定 ～

日時：1月25日(土)15時～17時

受付：14時30分～

会場：愛仁会リハビリテーション病院
9階 アイワホール

〒569-1116 高槻市白梅町5-7 TEL 072-683-1212



対象：医療・介護・福祉に携わる多職種

●内容● 『回復期リハビリから生活期リハビリへ ～退院後の生活とサービスの使い分けを考える～』

＜症例発表＞ ＜グループワーク＞

退院後の生活目標の設定と目標達成に向けた効果的なサービス利用(使い分け)についての症例発表を行います。

その後、多職種でのグループワークを通じて、本テーマについての理解を深めます。

◇座長：愛仁会リハビリテーション病院 理学療法士 池上 泰友 氏

◇発表者：若山荘訪問リハビリテーション 理学療法士
若山荘ケアプランセンター ケアマネジャー

●申し込み方法●

当院ホームページ(<http://www.aijinkai.or.jp/reha/>)全てのお知らせより、三島圏域地域リハビリテーション症例検討会をクリック。参加フォームに必要事項を入力して下さい。

申し込み締切日
1月17日(金)

お問い合わせ

三島圏域地域リハビリテーション連絡会
＜事務局＞愛仁会リハビリテーション病院 地域医療部 事務 松本

〒569-1116高槻市白梅町5-7 TEL 072-683-1212 (代)

『回復期リハビリから生活期リハビリへ ～退院後の生活とサービスの使い分けを考える～』

若山荘訪問リハビリテーション 理学療法士・皆川 千香子
若山荘ケアプランセンター ケアマネジャー・澤野 亜友美

今年度の テーマ 『生活期のリハビリテーション』

- ▶ 令和1年8月23日（金）ケアマネジャー連絡会研修
「退院時のリハビリ連携
～回復期リハビリと在宅でのリハビリ～」
- ▶ 令和1年11月16日（土）合同研修会
「生活期のリハビリテーション
～各介護サービスをどう上手く使っていくか～」
- ▶ 令和2年2月3日（月）セラピスト連絡会
「生活期のリハビリテーション～医療・介護をつなぐ～」

概 要

78歳・男性 要支援1 夫婦二人暮らし

【入院理由】腰部脊柱管狭窄症（腰痛増強）

L3/4椎弓切除+L4/5両側外側陥没除圧

後方椎体間固定術後

【既往歴】

小児麻痺・両変形性股関節症・右股関節骨切り術後

右人工骨頭置換術後・左大腿骨頸部骨折術後

病院での関わり

- ▶ 理学療法士
歩行訓練（歩行器・杖）、装具作成、インソール調整
- ▶ 作業療法士
筋力・体力向上に向けた訓練、自宅での生活動作訓練
（室内伝い歩きや入浴動作）
- ▶ ソーシャルワーカー
認定調査同席、各調整



回復期⇔在宅



MSW

ケアプラン作成依頼

- ・家屋評価訪問から同行
- ・退院後のサービス利用希望

- ①シャワーイス購入
- ②屋外用歩行器レンタル
- ③通所型サービス（短時間運動重視型）

☆入院前の生活

散歩が日課、〇〇までよく買物に行っていたらしい



ケアマネージャー

「再び出来るようになりたいことがあって、それを実現できる可能性があるなら、そのための方法を提案して実現を目指す」

要支援1 ⇒ 通所系利用は週1回のみ、訪問リハと通所リハ併用不可

- ▶ 通所型サービス（運動重視短時間）：機能維持
- ▶ 訪問リハ：1回40分、明確な目標・期間設定（終了も視野）
- ▶ 通所リハ：生活行為向上加算算定（最大6ヶ月で終了）
通所の枠にとらわれない、個別目標達成のための関わり
目標【社会参加】⇒ 遠方への外出（実地訓練）が可能



ケアマネージャー

→MSWへ依頼

退院後の『生活目標』をどう設定するかで
ケアプラン（利用サービスの提案）が変わる

- ①本人確認：また〇〇まで買物に行きたい？
- ②関係者カンファレンス開催

→在宅セラピストへ相談

生活目標達成のためのより効果的なリハビリとは？

→本人へ相談（家屋評価訪問時）

生活目標再確認、今後について説明・提案

関係者カンファレンス

- ▶ 参加者：病院セラピスト（PT・OT）、MSW
在宅セラピスト（訪問PT・通所OT）、CM
- ▶ 内容
病院セラピスト：経過・現在の状態について説明
CM：通所サービス・訪問リハ・通所リハの内容について説明
サービス利用にあたっての注意点等確認
在宅セラピスト：予後予測＝課題・能力の確認
外泊提案（評価項目チェックリスト）
- 利用サービス・期間を決定

『生活目標』⇒ケアプラン目標

【目標】体力・筋力をつけて〇〇まで買物に行けるようになる

【サービス利用】

- ①退院～3ヶ月 訪問リハ（週1回）+ 通所型サービス（週1回）
（訪）屋内動作確認・屋外歩行訓練・装具等助言
（通）各種運動・マシンを使ったパワーリハビリ等
- ②訪問リハ終了～3ヶ月 通所リハビリ（週1回）
各種訓練・個別リハビリ・実地訓練（予行演習）等
- ③通所リハビリ終了後 通所型サービス（週1回）再開

まとめ

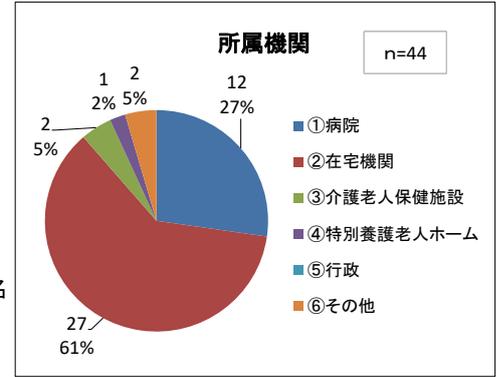
1. 【社会参加】に結びつく生活目標の設定
病院職員の情報収集 入院中の目標
2. 生活目標達成に向けた取り組み
①入院中から ②介護保険サービスの使い分け
3. 病院セラピストとMSW × 在宅セラピストとCM
それぞれの役割 協力・協働

三島圏域地域リハビリテーション 症例検討会アンケート集計

- ・開催日:2020年1月25日(土) 15時00分~17時00分
- ・場所:愛仁会リハビリテーション病院 9階アイワホール
- ・参加人数:74名
- ・アンケート記入者:44名(回収率 59.5%)

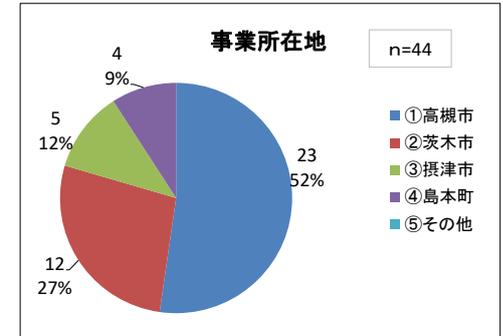
1. <所属施設>

- ①病院 12名
- ②在宅機関
(地域かかりつけ医・訪問看護・訪問リハビリ・居宅介護支援事業所・地域包括支援センター) 27名
- ③介護老人保健施設 2名
- ④特別養護老人ホーム 1名
- ⑤行政 0名
- ⑥その他 2名(福祉用具事業所)



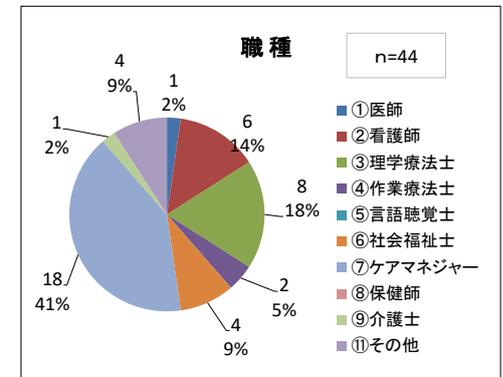
2. <事業所在地>

- ①高槻市 23名
- ②茨木市 12名
- ③摂津市 5名
- ④島本町 4名
- ⑤その他 0名



3. <職種>

- ①医師 1名
- ②看護師 6名
- ③理学療法士 8名
- ④作業療法士 2名
- ⑤言語聴覚士 0名
- ⑥社会福祉士 4名
- ⑦ケアマネジャー18名
- ⑧保健師 0名
- ⑨介護士 1名
- ⑩その他 4名
(福祉用具専門相談員 2名 支援相談員 1名 精神保健福祉士 1名)

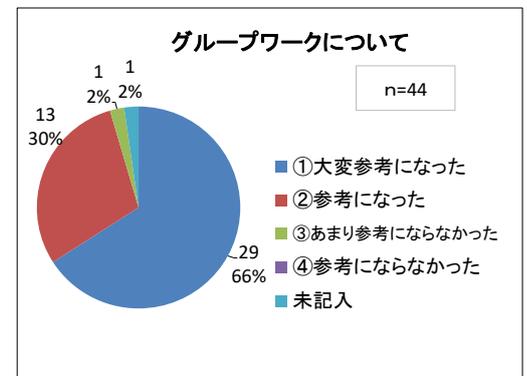
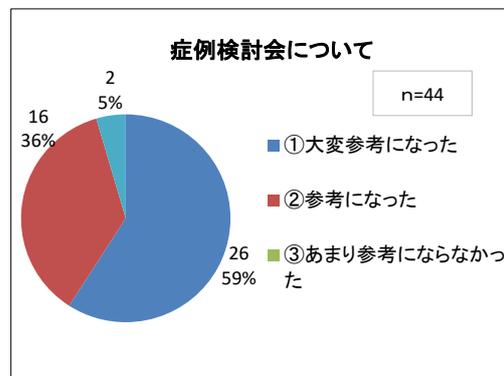


4. 本日の症例検討会についてお尋ねします。

- ①大変参考になった 26名
- ②参考になった 16名
- ③あまり参考にならなかった 0名
- ④参考にならなかった 0名
- ⑤未記入 2名

5. グループワークについてお尋ねします。

- ①大変参考になった 29名
- ②参考になった 13名
- ③あまり参考にならなかった 1名
- ④参考にならなかった 0名
- ⑤未記入 1名



6.本日の症例検討会・グループワークについてのご意見・ご感想をお聞かせください。

病院	看護師	自分が思っていたワールドカフェではありませんでしたが、最終的には良かったと思います。当病院では、CMさんからのフィードバックを頂く機会がないので、愛仁会さんのようなフィードバックシステムを取り入れられたら良いと感じました。
		ワールドカフェ方式のグループワークでしたが、グループ替えは1回くらいにして、他の職種の人とも情報交換が良かったです。
		本日、在宅の様々な職種の方々から、貴重なご意見を頂き、とても勉強になりました。退院支援看護師として、退院後の長期的な目標を見出し院内外のスタッフと連携を図っていけるよう取り組みたいと思います。
		社会参加に向けた退院後の生活の目標設定が難しいということがわかった。入院中から退院後、どうい生活を送りたいのか話を聞いて、在宅スタッフに情報伝達できるようにしていきたいと思う。
	多職種の方の意見や同じ職種の意見が聞けて良かった。情報共有について自分ができることを行動していきたい。	
理学療法士	機能面にばかり目を向けてしまっていたので生活期の話聞いてとても参考になりました。	
	回復期・生活期へのつながりをどう上手に行っていくか、改めて考える場になり、とても参考になりました。	
社会福祉士	病院側として社会参加についての目標を考えていないことを再確認しました。情報共有の大切さを感じました。	
	院内・院外問わず、多職種の方の意見が聞けてすごく勉強になりました。院内と院外をつなぐのがMSWの役割の一つだと思っているので、スムーズな連携が取れる様自身のやり方について改めて考えようと思いました。	
精神保健福祉士	ワールドカフェ方式だったので、多職種グループの意見が統一した形で聴取できた上で再度議論出来たので、とても参考になりました。ありがとうございます。	
在宅機関	ケアマネジャー	ワールドカフェ はじめてでしたが、今後もこのスタイルを取り入れて下さい。
		ひとつのグループ内だけでなく、色々な意見を聞きに行けたので良かったです！
		自主的にグループを選べることは良かったと思う。(それぞれ聞きたいことが違うと思うので)
		ワールドカフェ方式は短時間で多くの意見が聞けて良かった。
		困難ケースであった症例検討もして欲しい。
		ワールドカフェ方式は初めて経験しましたが、予想していたよりも、意見等の共有に有効だと感じました。
		大変参考になりました。
		ワールドカフェ方式を理解できていなかったの、意見がまとまらなかった。時間に追われて忙しなかったの、もっと話し合いたかった。
		社会参加に向けた目標は入院時から始まる。
		情報を共有する大切さを改めて感じました。
		色々な職種の方の思いが聞けて良かった。普段の業務の中で小さいグループワークの連続が大切だと感じた。
		ワールドカフェ方式で2回目～4回目のグループ間でも意見交換できれば良かったかもしれない。ある程度ファシリテータから伝え終えた後、他のグループの方がどうい考えを持っているか交換しても良かった。
		ワールドカフェで様々な意見共有できたのがよかった。グループ人数もちょうど良く、時間も良かった。
		立場の違う方の話が聞けて重要な時間となった。早めの情報共有はどの専門職も望んでいる。積極的に病院に出向いていきたいと改めて思う。
多職種の方々の視点でお話が聞けて大変参考になりました。		
大変慌ただしい感じになりましたが、多くの方の意見が聞けて良かったです。		
理学療法士	他のグループでも質問したかったです。	
	初めてのスタイルで、各機関を模擬的に巡回したような経験ができました。	
	各場所で多職種を入れてのグループワークが行いやすいとおもいます。	
	在宅のスタッフも病院スタッフもそれぞれ一生懸命やっているのうまく回らないのは、意識的でなくても各々で話を進めちゃうからかと感じます。やはり情報共有が必要だとは思いますが、そのやり方を少しずつまとめられたらいいのかと思っています。	
作業療法士	今日のワールドカフェ方式は自分が気になる領域の話聞きに行けて非常に良かったと思います。情報というものの重要さと共有することの難しさを感じました。	
	各々の立場の状況で分かり勉強になりました。情報を共有し、その人らしく支援できるよう努めたいと思います。	
社会福祉士	あらためて一人の利用者に何人もの支援者が関わっているのを感じました。立場によって目標が違うのは当然で、いかにすり合わせるか。まさにデザイン力が問われる仕事と感じました。	
老健	社会福祉士	多職種でグループワークできたこと、大変勉強になり、今日の気付きを、今後の自信の仕事に生かしていきたいと思います。
特養	介護士	多職種の方と意見交換ができてよかったです。
その他	福祉用具専門相談員	情報共有、連携が必要だと改めて思いました。 ワールドカフェ方式でグループワークをさせていただきましたが、様々な業種の意見を聞くことができて大変役に立ちました。

7. 今後、地域リハビリテーション地域支援センターで取り上げてほしい内容がございましたら、ご記入ください。

各機関のオリジナリティーのある取り組みの紹介

情報共有の大切さはいつも言われてるのですが、具体策を考えていかないと進展はしないと思うので、そのあたり検討して行けたら良いと思う。

医師との連携について

ケアプランと、通所リハビリや訪問リハビリ、看護看護等の各サービスの目標との連携(整合性、一貫性)の、あるべき考え方について。同様に入院中の看護やリハ計画・目標と、在宅側の計画・目標の連携について。

病院との連携すべきことについて