再びその人らしい生活に

ふれあいひろば

2017年1月31日発行 Vol.79

愛仁会リハビリテーション病院
大阪府地域リハビリテーション
地域支援センター
● 住所：高槻市白梅町5番7号
● 電話：072-683-1212
● URL：http://aijinkai.or.jp

1面 障がい福祉サービス等体験会・在宅重症心身障がい児（者）に対応可能な訪問看護師育成研修会 開催
2面 1面のつづき ／ 第1回AIJINKAI高次脳機能障がいセミナー開催報告
3面 地域クリニックとの連携の中で⑭ 認定看護師からのメッセージ②
4面 患者さまだより⑬ ／ 在宅サービスセンターだより

障がい福祉サービス等 体験会・在宅重症心身障がい児（者）に対応可能な訪問看護師育成研修会を開催しました

三島圏域重症心身障がい児者 地域生活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 主任 巽 史郎

12月4日に、当院にて①障がい福祉サービス等体験会 ②在宅重症心身障がい児（者）に対応可能な訪問看護師育成研修会を開催しました。いずれも大阪府からの委託事業となり、『重症心身障がい児（者）地域生活支援センター』である当院が、三島圏域・豊能圏域の地域関係機関と協働して実施した事業となります。

▼体験会（ボールプール）

当日の内容・参加者人数等について

①障がい福祉サービス体験会

対象者	三島・豊能圏域在住の、重症心身障がい児（以下、当事者）とその家族
目的	何らかの理由で障がい福祉サービスを活用されていない当事者・家族より、福祉のサービスや制度、その他実際の生活の中で悩んでいることについて相談を受けることによって、希望される福祉サービスや制度利用につなげる。
内容	◇医療・福祉サービス各事業所からの事業紹介 訪問看護・訪問リハビリ・放課後デイサービス・短期入所・短期入院・訪問入浴・福祉用具 ◇相談会・体験会 各事業所の個別相談・各市町村障がい福祉課相談 ◇見学 （当院）ひまわり病棟の見学・スヌーズレンの体験
参加者人数	当事者10名　ご家族23名　合計33名
参加者住所別	高槻市2組　茨木市2組　吹田市1組　箕面市6組

▲障がい福祉サービス 相談会

▲スヌーズレンの体験

（2面につづく）

②在宅重症心身障がい児者に対応可能な訪問看護師育成研修

対象者	三島・豊能圏域に所在する 訪問看護ステーションに勤務する訪問看護師
目的	医療的ケアが必要な重症心身障がい児者に、 対応可能な訪問看護事業所の増加をはかる。
内容	**1.重症児者及びその介護者の実態調査** **～在宅重症児者の現状と課題～** 講師：医師 **2.ポジショニング・リハビリテーションについて** 講師：理学療法士・作業療法士 **3.気道・呼吸管理・栄養等の実際について** **（講義と体験談）** 講師：医師・看護師 **4.訪問看護師より在宅療養の実際** 講師：看護師（訪問看護担当） ※事前に見学ツアー実施 高槻病院（NICU／GCU／小児センター／PICU） 当院（ひまわり病棟）
参加者人数	30名
参加者勤務住所別	高槻市5名　茨木市4名　豊中市8名 箕面市6名　吹田市4名　池田市3名

大阪府の推計によると、重症心身障がい児者数（以下、当事者）は府内に8,335名おられ、その内90％以上の方々が在宅で生活していると言われています（平成27年10月1日時点）。しかし、『障がい福祉サービス体験会』に参加されていた当事者・ご家族の声として、「（医療的ケアが必要であれば）短期入所の受入れは難しい。」「（医療的ケアを）受け入れる通所サービスは少なく、希望する日に通えない。」「学校を卒業後（18歳以降）、今まで利用できたサービスが使えなくなるのかが不安。」等があがり、在宅生活における現状を踏まえた課題について、改めて把握する機会となりました。

実地研修

当事者・家族の在宅生活を支える活動を、地域関係機関と協働して実施する。また、当事者・家族を支援する機関の充足や充実に貢献する活動を行う。医療・介護連携におけるコーディネート役が期待される『重症心身障がい児（者）地域生活支援センター』である当院にとっては必要な視点であると考えます。今後も院内スタッフのみならず、地域関係機関と連携を深め、当事者・家族の在宅生活をサポートしていきたいと考えます。

※1：重症心身障がい児者　大阪府の定義：重度の身体障がい（身体障害者手帳1級又は2級）と、重度の知的障がい（重度）が重複している者

第1回 AIJINKAI
高次脳機能障がい セミナー開催

作業療法科 副主任 小澤 大地

11月26日（土）愛仁会リハビリテーション病院にて、「第1回AIJINKAI高次脳機能障がいセミナー」が開催されました。高次脳機能障がいとは脳卒中の後遺症となる症状であり、見えない障がいとも言われます。

参加者は外部の作業療法士や言語聴覚士、当院の医師をはじめ、看護師や言語聴覚士など多職種にわたりました。今回のセミナーでは、藍野大学准教授の酒井浩先生に高次脳機能障がいの症状である「注意障害」「半側空間無視」「記憶障害」「遂行機能障害」について講義をして頂き、その後2つの症例を通じて、グループディスカッションを行ないました。

講義では各症状に対する説明、検査、治療方法、生活での問題点、それに対する声掛けの仕方や関わり方など、わかりやすい説明をして頂きました。

グループディスカッションでは、「着替え」「記憶障害」に対しての治療方法について、参加者で意見を出し合いました。他職種で話し合うことでいろいろな視点からの意見が挙がり、有意義な時間となりました。

当初は上手くできるのか不安も多くありましたが、アンケートには「とても良かった」という意見を多く頂くことができました。これからもこうしたセミナーを開催していけるように、作業療法科全体でより高次脳機能障害に力を入れていきます。また、今後は医療の視点だけでなく、在宅生活での支援についてのセミナーや当事者の方、一般の方も交えた交流会を企画し、高次脳機能障がいをより多くの方に知って頂きたいと思います。

医療法人 **居相整形外科**

診療科目 整形外科・外科・リハビリテーション科・リウマチ科

今回の『地域クリニックとの連携の中』では、茨木市で整形外科を中心に開業されています居相整形外科・居相浩之院長にインタビューさせていただきました。

Q 愛仁会リハビリテーション病院では、脳血管・運動器を中心とし、入院に特化したリハビリテーションを実施しております。しかし、患者さんの退院後生活については、かかりつけ医の先生や関係機関（介護保険サービス機関等）にフォローをお願いしている状況にあります。入院から在宅生活に向けた、連携面の現状や当院に対するご要望についてお聞かせ下さい。

A 以前、『装具外来』を受診する患者さんに付き添う機会がありました。一般的に装具の作成は、義肢装具士（業者）が主で作成することが多い中、そちらでは、医師・セラピスト・装具技師が一体となって、様々な装具を用いて患者さんと一緒に検討してくれる場面を見受けました。一方的でなく、患者さんの立場になって一緒に考えてもらえる印象を受け、素晴らしいなと感じました。

A 連携面については、一般の開業医から（集中的な）リハビリテーションの件で依頼したい場合に、どこまで対応してくれるのか見えづらい印象があります。例えば、『装具外来』のように明確であれば、開業医からもアクセスしやすく感じます。また、可能なフォローは開業医で行うとしても、スタッフの人数や規模に限りがあります。ゆえに、例えば骨粗鬆症の患者さんであれば、リハビリテーションの視点について、評価を踏まえ専門的なレクチャーを頂き、その後をこちらでフォローする。そのような連携を図ることが出来れば、患者さんにとっても良いことであると感じます。後は、当院のスタッフ（柔道整復師）も、そちらのスタッフと一緒に学べる場（研修会等）をつくって頂けるとありがたいです。

〒567-0021
大阪府茨木市三島丘2丁目8-17 角屋ビル
TEL.072-620-7540

診療時間	月	火	水	木	金	土
8:30～12:15	○	○	○	○	○	○
15:30～19:15	○	○	―	○	○	―

【休診日】日曜日・祝祭日
備考：水曜日・土曜日午前のみ 臨時休診あり

居相先生、お忙しい中ご対応頂きありがとうございました。日頃から地域で生活される患者さんを診ておられる中で、感じておられる貴重なご意見を戴きました。先生より高槻病院にご紹介され、手術等を行われた後のリハビリテーションを当院で実施し、再び先生に掛かられる方も多数おられます。その方々がより長く地域で生活できるよう、当院の様なリハビリテーション病院では、どのような役割を果たすことが可能か、改めて検討していきたいと思います。

（地域医療室 主任 巽）

認定看護師からのメッセージ VOL.2

脳卒中の発症 再発 予防

脳卒中
リハビリテーション
看護認定看護師
前岸 知香

はじめまして、脳卒中リハビリテーション看護認定看護師の前岸知香です。

認定看護師の資格を取得して1年半が過ぎたところです。

脳卒中とは脳の血管が詰まって脳へ栄養が滞った場合と、脳血管が破れて出血し脳機能が低下した病気で、脳梗塞、脳出血、クモ膜下出血の総称です。

生活習慣病（高血圧、糖尿病、脂質異常症、肥満など）や喫煙、飲酒、加齢が主な原因です。

脳卒中になると、麻痺や高次脳機能障がいなどの後遺症で自立した生活が困難になることが多く、介護保険認定者の要介護4、5の第一位になっています。また再発しやすい病気といわれています。

生活習慣病の予防を行うと、脳卒中発症の可能性が低くなります。「減塩食や、バランスの良い食事、水分補給をこまめに、のどが渇く前に飲む。血圧を目標値に近づける。ご自分の血圧の変動の傾向を知って高くならないように注意する。禁煙、深酒を避ける。疲労、ストレスの解消、適度な休息、良質の睡眠をとること」などです。

発症した場合は、早急に治療をすると、後遺症の程度が軽いか殆どない状態に回復できることがあります。「顔のゆがみ、口の片方が下がっている。片方の手に力が入らない、だらりとしている。言葉が出にくい、何を言っているかわからない」といった症状があれば、すぐに脳神経科のある病院を受診して下さい。脳卒中は早期発見、早期治療、早期リハビリテーションが重要です。

健康維持を楽しみながら、発症予防、再発予防を行っていきましょう。

INTERVIEW

患者さまだより⑬ インタビュー

Kさん（70代男性）は、心臓疾患で急性期病院に入院され、その後脳梗塞を起こされました。歩くことは問題ありませんでしたが、半側空間無視の後遺症にて、左側への注意が向かず、これまでずっと取り組んでこられたパソコンの操作も思うようにいかないこともありました。そのためリハビリ目的で当院へ転院、リハビリテーション入院を経た後、自宅へ退院されました。

Q 現在（退院後）はどのように過ごされていますか？

A.

【奥様】 週に3回デイサービス（以下、デイ）を利用しています。（本人は）退院前は、デイの利用について気乗りしておらず、とりあえず見学だけは行きました。でも、自宅に居ても私としか会話をしないでしょ？『それでは退屈だ』と言って、自分から行くことを選択しました。しばらく頑張って通っていたのですが、高次脳機能障害に対する学習が本人に取って難しく、疲労感が蓄積されてか、どうもストレスになってしまった様です。夜間眠れなくなり、デイを休むこともありました。だから、今はデイのスタッフや担当ケアマネジャーと話をして、回数を週2回に、また『学習』より『体を動かす』ことを中心としたプログラム準備を行ってもらっています。

【Kさん】 デイを休んでしまい、自分の中でも『どうしようか』と思っていた所、（デイの）職員さんから手紙をもらった。内容はものすごく僕の事を見てくれていて、訓練に取り組んでいる内容や、デイでの生活が書いてあり、うれしかった。見ていないようでよく見てくれていることに感心したよ。だからこそ、頑張ってデイは続けようと思う。（職員）みんなが忠告してくれていた自転車には乗っていないよ。外を奥さんと歩いている時に電柱にぶつかった事があってね。それで、『この状態で自転車にのったら大変なことになるのでは？』と感じ、やめようと思ったよ。

退院後訪問を終えて

（脳梗塞の後遺症である）注意力障がいを踏まえると、"Kさんが、奥様に内緒で外出していないだろうか。自転車に乗っていないだろうか。"職員間で心配していました。しかし、ご本人は在宅での生活を通じて危険なことを認識されつつ、『こうしたら危ない。こうしたらやりやすい』など、ご自身で気づきながら、安全に生活する方法を取得されつつありました。

訪問日は約1ヶ月ぶりの再会でしたが、昔からの友人に久しぶりに会ったかのように温かく迎え入れて下さいました。ご本人は、元々グランドゴルフをされていましたが、現在はお休みされ、奥様が見つけた『※1ノルディックウォーキングを体験し新たな趣味を始める予定だ。』とお話しして下さいました。Kさん、奥様お忙しい中貴重なお時間を頂きありがとうございました。

※1 ノルディックウォーキング：2本のポール（ストック）を使って歩行運動を補助し、運動効果をより増強するフィットネスエクササイズの一種。　地域医療室 ソーシャル・ワーカー 渡部

愛仁会高槻 在宅サービスセンターだより

高槻在宅サービスセンター　ケアプランセンター愛仁会高槻 ケアマネジャー 今道 里美

今回は、愛仁会リハビリテーション病院を退院され、病院からの退院後訪問を受けられたIさんをご紹介します。

Iさんは脳梗塞後遺症でADL（日常生活動作）向上の目的で当院に入院され、リハビリを頑張って、自宅に退院されました。退院を機にご長男家族と同居され新しい環境での生活がスタートしました。

退院前から在宅生活に向けての準備が始まり、退院前のカンファレンスは多職種との情報共有が十分に行えて、ケアマネジャーとしては様々な予測を含めた居宅ケア計画の立案を行う事が出来ました。退院前の家屋調査では、IさんのADLの向上を目指しながら、かつ安全に生活できるように手すりの設置や福祉用具を活用し環境を整えていきました。

退院された1ヶ月後に、担当していたセラピスト、ソーシャルワーカーによる退院後訪問が行われ、ケアマネジャーとして同席しました。退院前訪問で調整した事が上手く活用して、安全に生活できているか等の確認が行われました。しっかりと手すりを使って室内を移動し、退院前よりも元気に歩行できているIさんの姿を実際に見て、セラピストもソーシャルワーカーも大変喜ばれていました。

退院後訪問は、退院したからそれで終わりでは無く、実際に生活をしていく中で起きる様々な問題を再度検討することとなり、今後の支援に重要な事だと、ケアマネジャーとして改めて考える事が出来ました。

ご長男家族は介護を行う生活は初めてのことで、最初は不安を抱えておられましたが、大きな問題も無く安心して生活できていることを、病院のスタッフと一緒に確認することができたことも嬉しく思いました。

退院前・退院後訪問がご利用者・ご家族にとって安心した在宅生活に繋がるように、ケアマネジャーとしても病院スタッフと協力しながら支援していけるように頑張っていきたいと思います。