

1. 石神委員プレゼンテーション資料

高齢者のリハビリテーション

リハビリテーション医学の立場から

石神重信(防衛医科大学リハ科)

里宇明元(慶應義塾大学医学部リハ医学教室)

- 急性期リハは十分か？
- リハ(総合)実施計画書は有用か？
- 維持期には医学的リハは不要か？
- 高齢者における医学リハの新たな課題は？

リハビリテーションとは

各自にとって異なる意味をもつ使い方

リハ医療からリハ看護・介護
理念(人権・尊厳)から医療技術

セラピスト(PT・OT・ST)が行うもの
訓練室で行う運動訓練
専門職が行うもの

リハ医療に必要な基本

- 適応(評価)
- 処方(治療内容)
- 治療期間
- 到達ゴール

老人ほど必要な早期リハ

老人大腿頸部骨折
→緊急手術の対象

老人は入院日が
BEST CONDITION

廃用症候群(Hirshberg)

筋骨格系	筋萎縮・筋力低下・関節拘縮・骨萎縮
消化器系	便秘
精神機能系	うつ・痴呆・不安

■高齢者 ■外傷・早期に進行し不可逆となりやすい

アメリカの脳卒中リハ

3 hours' rule

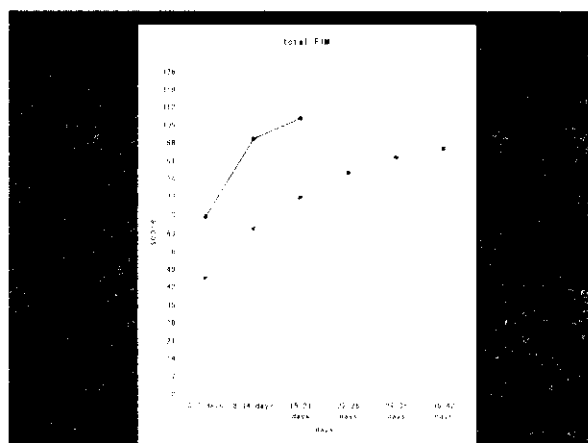
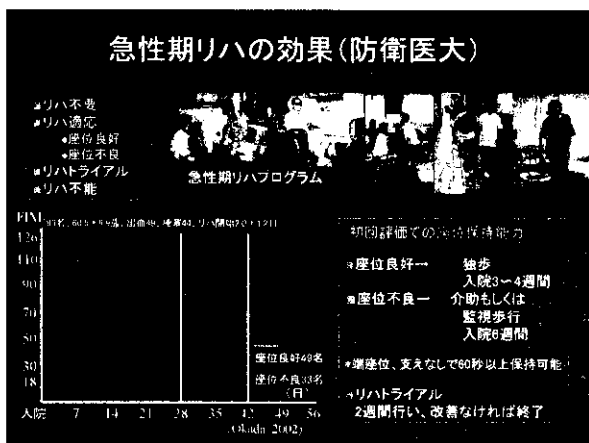
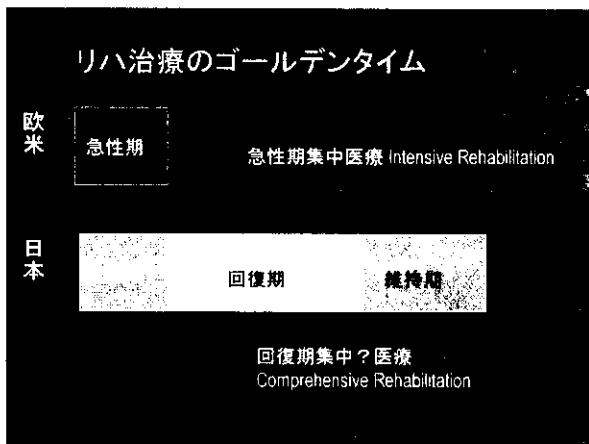
老人保険一発症後1週間で3時間の運動耐性

理学療法・作業療法・言語療法・リクレーション・嚥下治療を含む

4-5時間 Bedsideでのリハ

週末訓練も行う

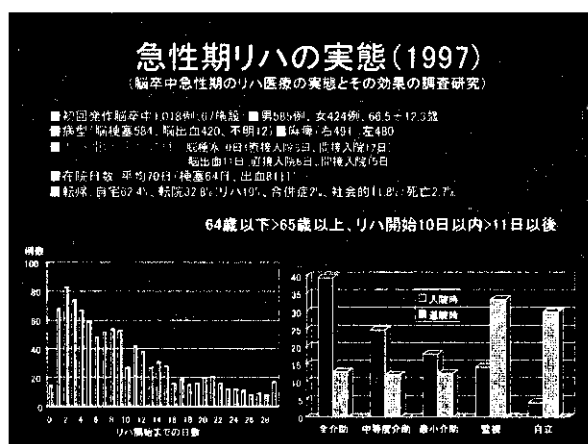
平均入院期間: 4週間



急性期リハがなぜ不十分か

急性期を扱う他科医師のレベル
長期入院を許した今までの国民皆保険
旧弊な医学教育でリハ医教育の地盤な
(国立大学で講座はまれ)

急性期リハを行うと損する現医療保険



脳卒中ガイドラインの項目

リハの進め方

- リハの流れ
- 評価
- 予後予測
- 急性期
- 病型別リハの進め方
- 回復期リハ
- 維持期リハ
- 患者・家族教育

主な障害・問題点のリハ

- 運動障害
- 歩行障害
- 上肢機能障害
- 痙縮
- 片麻痺の肩
- 中枢性疼痛
- 嚥下障害
- 排尿障害
- 言語障害
- 認知障害
- 体力低下
- 骨粗鬆症
- 抑うつ状態

リハビリテーション(総合)実施 計画書は有用か？

これは本当？

- リハビリテーション(総合)実施計画書
 - ICFはすでに医療・介護保険のリハビリテーションで取り入れられている(強引に押しこまれている??)。
 - 特に「リハビリテーション(総合)実施計画書」は個人の尊厳と個性を尊重したリハビリテーションのためのツール(道具)としてICFの基本概念に立っている(そのとおり)。
 - これは医療保険と介護保険のリハビリテーションの間、また一般医療とリハビリテーションの間の連携、そして当事者と専門家との連携のために大きな力を発揮する(現場の意見は??)。

「上手に使いこなす法」

- ICFに理解を示そうとしないリハ医療者に正しいリハのありかた・進め方を教えてやろう
- 「計画書」が临床上、有用という前提で、よく分かっていないリハ医療者に使い方を手取り足取り教えてやろう
- 疑問
 - 項目が最初の「見本」から変わっているのはなぜ？
 - いつ変えられた？(現場では2002年4月に示された「見本」をもとにした計画書を今も使っている)
 - 現場からのフィードバックがいつ、どのようにいかされた？
 - リハビリテーション医学会に相談がないのはなぜ？
 - 医療現場にもたらされた混乱・困惑をどう考えている？

診療報酬改定のリハへの影響

(N=104)

	件数	%	阻害する理由	件数	%
リハ医療の発展に貢献	5	4.8%	リハ訓練時間が減少	50	48.1%
リハ医療の発展を阻害	75	72.1%	急性発症の疾患に偏って利益誘導	47	45.2%
特に影響しない	0	0%	新しい施設基準が現状に合っていない	18	17.3%
分からない	14	13.5%	介護保険におけるリハ前置の原則に反する	14	13.5%
その他	6	5.8%	業務量が増え、診察時間を阻害	48	46.2%
			その他	11	10.6%

リハ医学会社会保険等委員会診療報酬改定緊急アンケート調査(2003)

計画表はリハ臨床に適切か

	件数	%	計画表の問題点	件数	%
大変適切	0	0%	項目が回復期の病棟に偏っている	20	19.2%
比較的適切	17	16.3%	項目が一部の疾患(脳卒中)に偏っている	43	41.3%
やや不適切	36	34.6%	用語が不明確	40	38.5%
大変適切でない	36	34.6%	記入項目数が多すぎる	45	43.3%
どちらでもない	7	6.7%	心理面の項目が不適切	32	30.8%
無回答	8	7.7%	評価方法が不明	43	41.3%
			記入方法や使用方法が不明確	39	37.5%
			家族への説明が煩雑で時間が取れない	47	45.2%

リハ医学会社会保険等委員会診療報酬改定緊急アンケート調査(2003)

計画書の問題点

(「生の声」の一部)

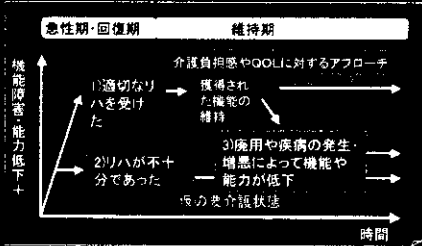
- 妥当性、有用性の検証がないまま臨床現場に強引に持ち込まれた(青天の霹靂、診察報酬の額で仕方なく使用)。
- 実際はインフォームドコンセント、チームアプローチに役立っていない(よく理解できない我々が悪い?)。
- 医師、リハスタッフに無駄な時間、労力を強いている(現場の怒り、ストレスは頂点に達している)。
- 語句も内容も一般向けではない(こんなものいらないと患者さんに言われた)。
- 心理の項目は用語も不明確で治療に悪影響を与えうる(改訂版??ではなくっている)。
- 机上の思想に凝り固まった専門家が自分の理想を具体化した非常に押し付けがましい書類という意見もあり。
- 多様な疾患・障害に対応しづらい。
- 施設の特徴をいかした書式にすべき。
- 急性期・状態不安定期にはしている、できるADL両方をチェックすることは意味がほとんどない。
- 盛り込むべき項目だけをあげ、フリーハンドで簡潔かつ分かりやすくメリハリをつけた計画書とするほうがよほど実用的。

維持期には医学的リハビリテーションは必要か?



仮の要介護状態

- 要介護認定が介護保険制度の出入口? 種類の要介護状態
- 疾病や障害自体がADL、自立が困難
- 介護負担を最小限にする工夫と合併症の発生・増悪を予防するためのケア
- 本来自立可能なのにさまざまな要因により要介護の状態
- 適切な薬的ケアも行いながら、状態に合わせて探病的な補床・ADL向上プログラムを実施
- 介護保険制度の効率的な適用のために両者の見極めが重要
- 医学的リハ介入の余地大



仮の要介護状態をもたらす要因

- 抑うつ状態、不眠、譫妄状態
- 高次脳機能障害
- 廃用症候群
- 痙性の増強
- 痛み
- 体重増加
- 嚥下障害
- 排尿障害
- 座位保持障害
- 全身状態(脱水、感染症など)
- 不適切な薬物療法
- 生活・介護環境など

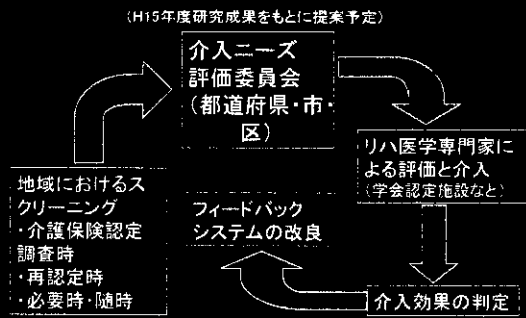


仮の要介護状態スクリーニング・対応システム

(H15年度研究成果をもとに提案予定)

区分	施設数	例数
外来リハ	4	200
訪問リハ	2	100
訪問看護	1	30
転倒予防教室	2	170
老人保健施設	6	250
特養ホーム	1	50
療養病棟	5	200
計	21	1000

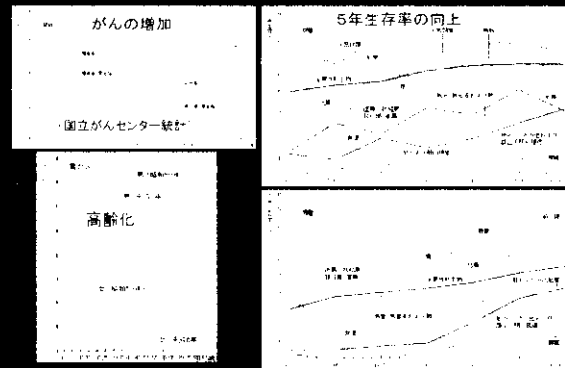
仮の要介護状態スクリーニング・対応システム



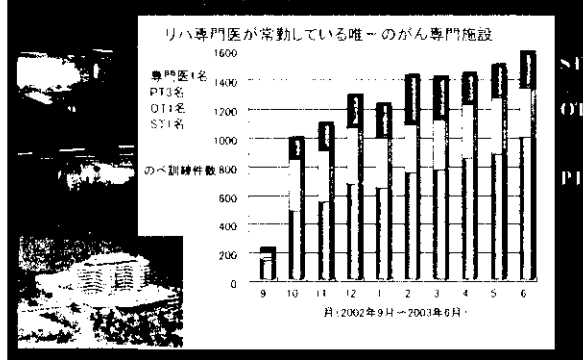
高齢者におけるリハビリテーション の新たな課題と展開

- 悪性腫瘍のリハビリテーション
- 慢性呼吸不全のリハビリテーション

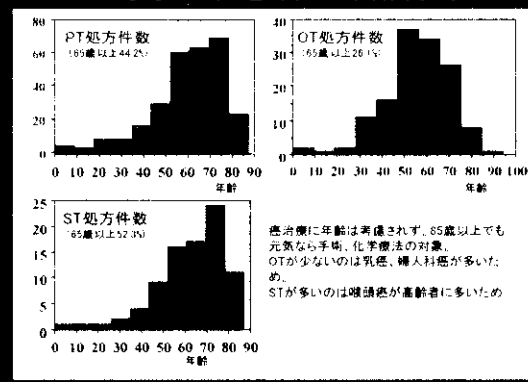
悪性腫瘍：高齢者リハの重要な対象



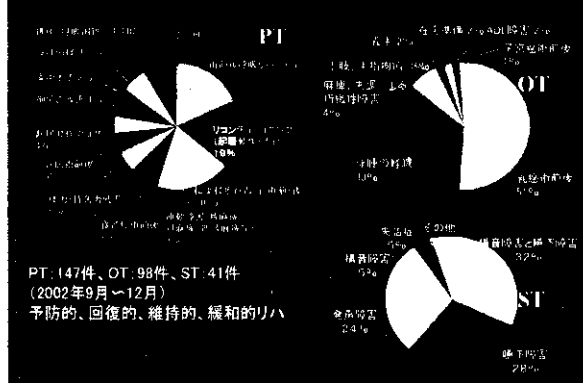
リハ処方件数(静岡がんセンター)



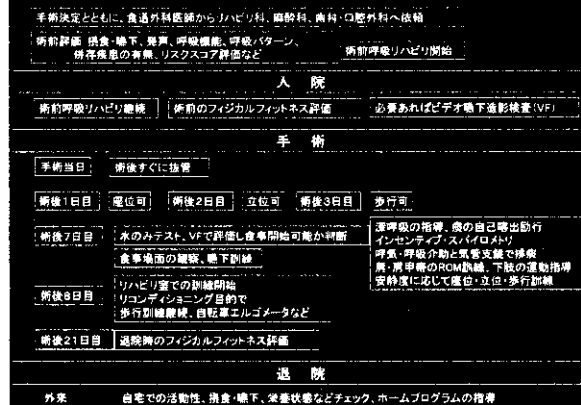
リハ対象の癌患者の年齢分布



リハビリテーション処方内容

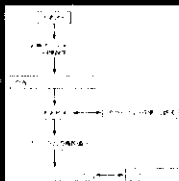


周術期リハビリテーションの流れ(食道癌の場合)



慢性呼吸器疾患 —高齢者リハの重要な対象疾患—

- COPD 500万人(40歳以上の人口の8.5%)
- 高齢化、タバコ消費量増加→COPD増加
- 身体障害の重要な原因のひとつ
- 日本でも包括的呼吸リハの考え方が徐々に浸透
 - エビデンスとしてリハの有用性が確立(GOLD)
 - Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease(2000, updated in 2003)
 - 呼吸リハのステートメント(2000)
 - 運動療法マニュアル(2003)
- 急性期のアプローチも重要



まとめ —高齢者リハの問題点—

- 急性期リハはリハの最重要
不十分→充実が不可欠。
- リハ(総合)実施計画書は見直すべき。ICFの医学的リハへの安易な導入は無理(欧米も同意見)。
- 維持期においても焦点を定めた医学的リハの介入が必要(仮の要介護状態の存在)。
- 高齢者リハの新たな課題として悪性腫瘍と慢性呼吸器疾患のリハの充実が必要。

2. 吉尾委員プレゼンテーション資料

リハビリテーションサービスの現状と課題・提案

(社)日本理学療法士協会
札幌医科大学保健医療学部 吉尾 雅春

問題提起

1. 急性期リハの質
2. 急性期リハから回復期リハへの流れ
3. 回復期リハにおける意識改革
4. 生活機能支援のあり方
5. 維持期リハ・介護予防のシステム

調査(日本理学療法士協会)

理学療法士の関与の程度によって
ADLや退院までの期間などに差が生じるか

調査期間 平成12年6月1日～平成12年10月31日

対象施設 調査協力を承諾した全国の184病院

回収した有効調査表 833部 / 122病院 (66.3%)

n=833

年齢	66.6±12.2歳	
性	男 57.7	女 42.3
診断	脳出血 39.8	脳血栓 39.4
	心源性脳梗塞 15.2	くも膜下出血 5.6
麻痺	右麻痺 48.0	左麻痺 45.2 両側 6.8 (%)

1施設だけで終了した患者と2施設以上経由した患者との比較

発症からの期間の比較

	最初のPT開始	あなたのPT開始	退院
1施設入院	7.6±7.4 n=569	8.0±8.4 n=574	75.8±45.6 n=438
2施設入院	13.2±17.8 n=228	43.1±33.2 n=251	129.9±57.0 n=180

(日)

1施設だけで終了した患者と2施設以上経由した患者との比較

下肢運動機能の比較

発症後2か月の下肢BST

	I	II	III	IV	V	VI	n
1施設	22	47	82	91	91	63	396
2施設	12	36	72	39	37	29	225

発症後3か月の下肢BST

	I	II	III	IV	V	VI	n
1施設	17	28	59	70	62	31	267
2施設	8	23	63	45	29	34	202 (人)

1施設だけで終了した患者と2施設以上経由した患者との比較

発症後3か月以上理学療法を受けた患者の経過

	最初	1か月	3か月	退院時
1施設入院 n=305				
下肢Br. Stage	2.6±1.5	3.4±1.5	3.9±1.4	4.2±1.3
10m歩行可(%)	8.7	26.9	55.9	73.3
2施設入院 n=202				
下肢Br. stage	2.8±1.6	3.4±1.5	3.9±1.4	4.3±1.3
10m歩行可(%)	12.0	32.0	52.6	78.0

1施設だけで終了した患者と2施設以上経由した患者との比較

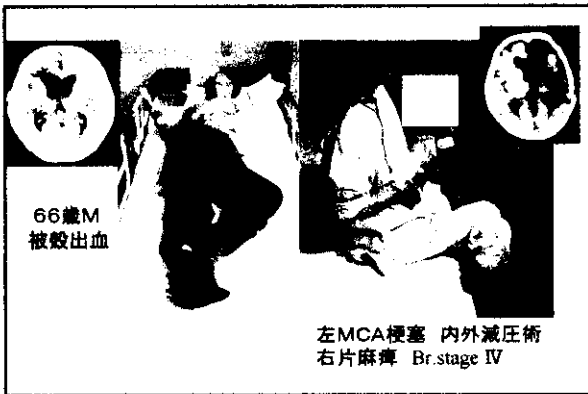
発症後3か月以上理学療法を受けた患者の経過

	発症～退院	PT担当～退院
1施設入院 n=305	104.1±45.2	96.2±43.8
2施設入院 n=202	146.6±49.3	95.4±36.8

43日の差=転院までの期間 (日)

2つ目の病院でリハを受けると何故期間が長くなるのか

- 急性期での対応がまずリセットに時間がかかる
廃用症候群、異常姿勢(特に高次脳機能障害)、装具



急性期リハビリテーションで重要なのは入れ物ではない

施設基準 よりも **人的基準**

将来を見通した
効果的方法を
頻回に
集中して行える
人材を投入

次の病院・施設に
責任を持って紹介

PT・OT・ST・DH・・・

2つ目の病院でリハを受けると何故期間が長くなるのか

- 急性期での対応がまずリセットに時間がかかる
廃用症候群、異常姿勢(特に高次脳機能障害)、装具
- 回復期の受け入れが悪く、転院が遅くなるため1に拍車がかかる
MRSA等の感染症、人工呼吸管理下の患者
3か月という期間が醸し出す緊張感?

回復期リハビリテーション病棟

MRSA等の感染症患者
人工呼吸管理下の患者等

治療費は病院の持ち出し
約20000円×日数
回復期で受け入れるまでに相当の
廃用性諸問題を引き起こす

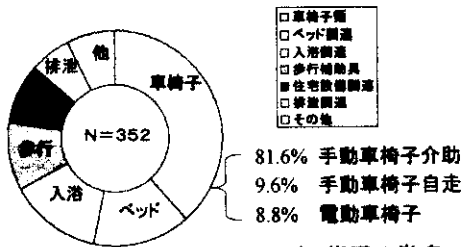
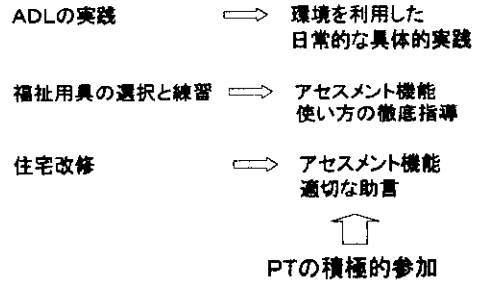
「3か月間」の持つ意味 急性期との違い

本人、家族、スタッフの緊張感
人間のリズムなどから必要な期間なのか
課題志向型アプローチか否か

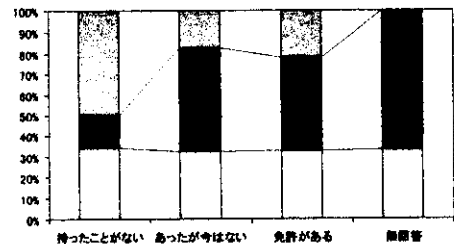
2つ目の病院でリハを受けると何故期間が長くなるのか

1. 急性期での対応がまずリセットに時間がかかる
廃用症候群、異常姿勢(特に高次脳機能障害)、装具
2. 回復期の受け入れが悪く、転院が遅くなるため1に拍車がかかる
MRSA等の感染症、人工呼吸管理下の患者の治療費
3か月という期間が醸し出す緊張感
3. 回復期リハでの生活機能への取り組みが不十分
ADLの実践、福祉機器の選択と練習、住宅改修

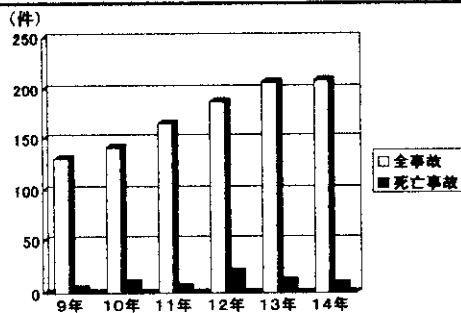
生活機能への取り組み・・・教育における今日的課題



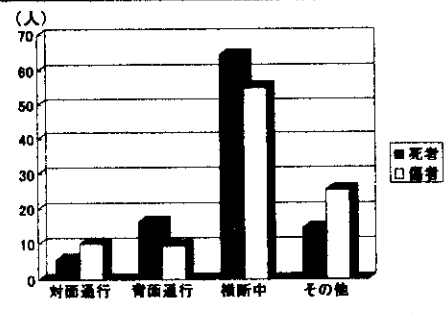
「ひやり・はっと」した福祉用具の種類
H12高齢者の福祉用具製品使用時に保わる事例調査



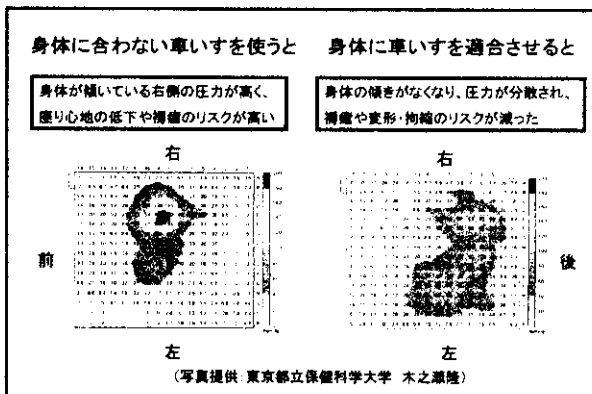
電動車椅子利用者の運転免許の所有状況
国際交通安全学会調査



電動車椅子の交通事故件数 警察庁資料



電動車椅子類型別死傷者数(H9年～14年)
警察庁資料



- ### 二次障害の予防と理学療法
- 寝たきり老人ゼロ作戦⇒「座らせきり老人」の増加
 - 座らせきりでは、変形・拘縮、褥瘡などの二次障害
 - 身体に合わない車いすは疲れやすく、ベッドに横になる時間や回数が増える
 - 廃用症候群による心身機能の低下から介護の手間が増え、介護給付費の増大につながる
 - 変形・拘縮、褥瘡をおこすと、治療のための医療費がかかったり、感染症のリスクなども増える
 - 二次障害の予防には、適時・適切な理学療法の提供と心身機能に応じた車いす等の活用が不可欠

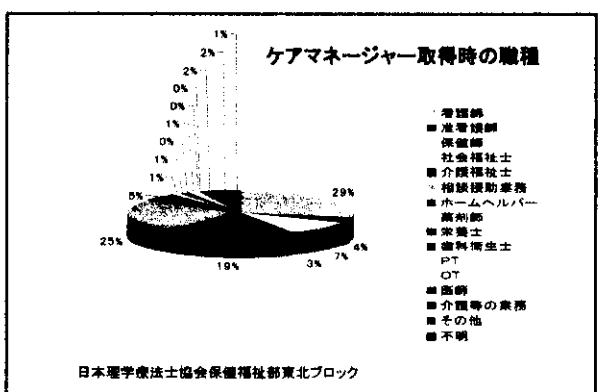
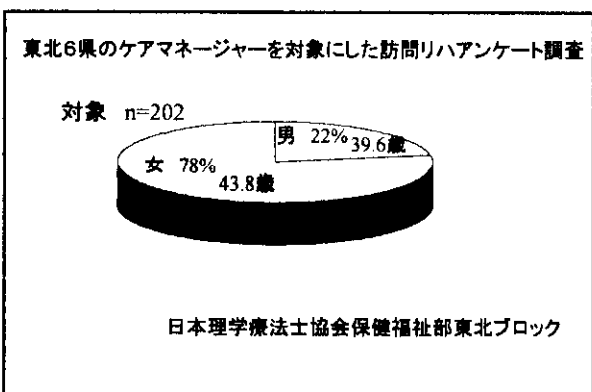
トラブルがあった住宅改修の種類と件数

住宅改修の種類	件数	%
段差の解消	80	36.9
手すりの取り付け	46	21.2
便器の取り替え	41	18.9
床・通路面の材料の変更	11	5.1
扉の取り替え	4	1.8
住宅改修の種類が明記されず	35	16.1
計	217	100

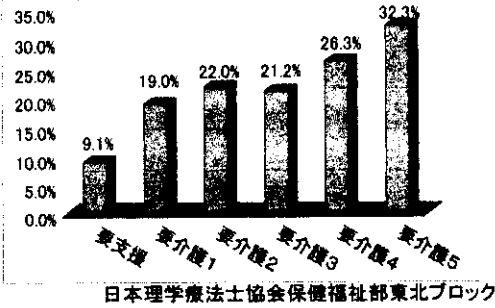
内容: 販売方法、取引条件、工事内容、工事費用、解約、対応・信頼性知識のない業者、ケアマネジャーとの連携

国民生活センター(2000~2001年度)

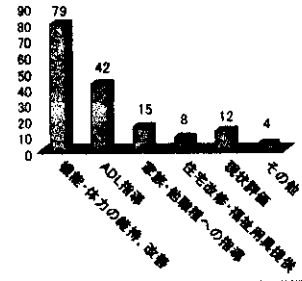
- ### 2つ目の病院でリハを受けると何故期間が長くなるのか
- 急性期での対応がまずくりセットに時間がかかる
廃用症候群、異常姿勢(特に高次脳機能障害)、器具
 - 回復期の受け入れが悪く、転院が遅くなるため1に拍車がかかる
MRSA等の感染症、人工呼吸管理下の患者の治療費
3か月という期間が離し出す緊張感
 - 回復期リハでの生活機能への取り組みが不十分
ADLの実践、福祉機器の選択と練習、住宅改修
 - 維持期のサービスが充実していないため患者の不安・不満が大きい
痺いところに手が届かない金太郎飴



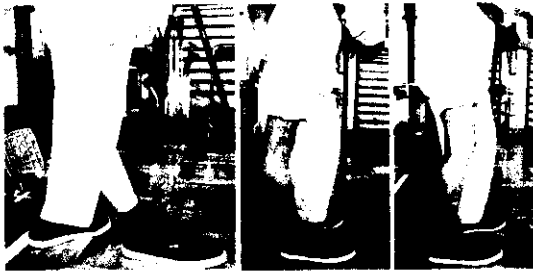
訪問リハを計画に入れた数／訪問リハを必要と判断した数



訪問リハをサービス計画に入れた目的



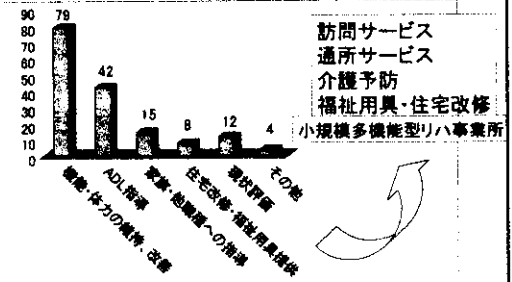
生活の中でのPTの関わり 評価と具体的対応・予防



発症以来28年間PTを受けた経験なし
下肢Br. Stage Vにもかかわらず反張膝

PTの指導で運動
学習を進める

サービス計画に応えるために



小規模多機能型リハビリテーション事業所

大きな箱入りの金太郎飴から
痺いところに手が届くサービスへと変革

- 訪問サービス
介護度に応じた地域密着型サービス
- 通所サービス
個を重視した弾力性のあるサービス
- 介護予防サービス
転倒予防、筋力向上トレーニング、口腔ケア
- 福祉用具・住宅改修相談拠点
アセスメント機能、使い方徹底指導

3. 太田委員プレゼンテーション資料

高齢者リハビリテーション あるべき姿構築に 向けての提言

(社) 日本作業療法士協会保険部員

(財) 竹田綜合病院

介護福祉本部長 太田 睦美

基本姿勢

- ① 費用負担が少なく見え易い、わかり易いサービス提供
- ② 入院・入所期間はできるだけ短期間の方が本人・家族ともに幸せ (在宅が基本)
- ③ いつでも、どこでも必要なリハ・サービスが利用できる地域リハ提供体制

急性期リハの問題

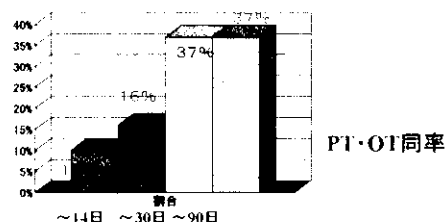
急性期リハの実施率が低いと

廃用症候群発生により
不必要な入院期間が増える

急性期リハ実施状況

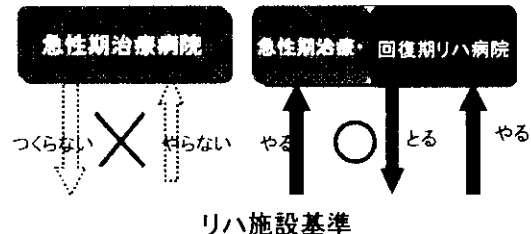
(当院の場合：PT・OT個別件数における急性期リハ請求割合)：平成15年7月実績より

63%が急性期リハ加算(加算対象のみ含む)と高率となる。



推進案

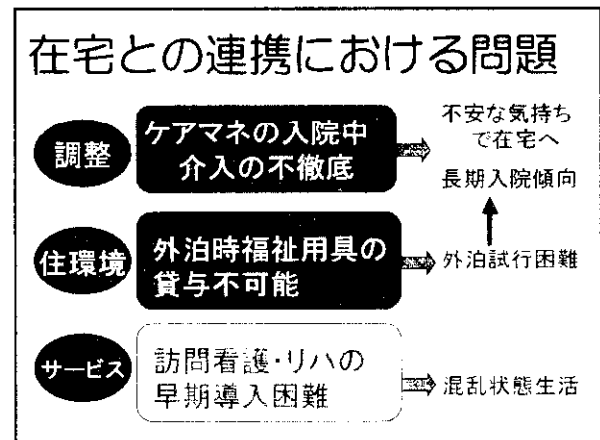
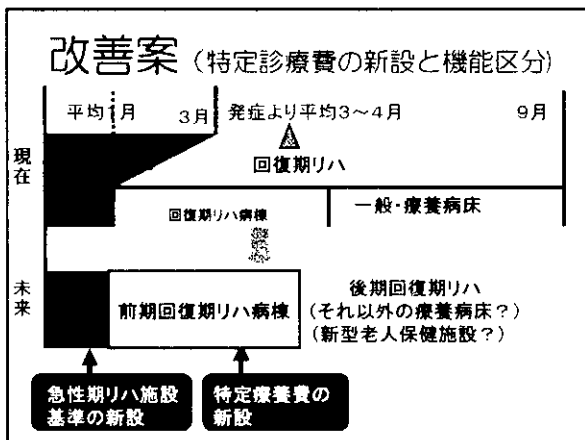
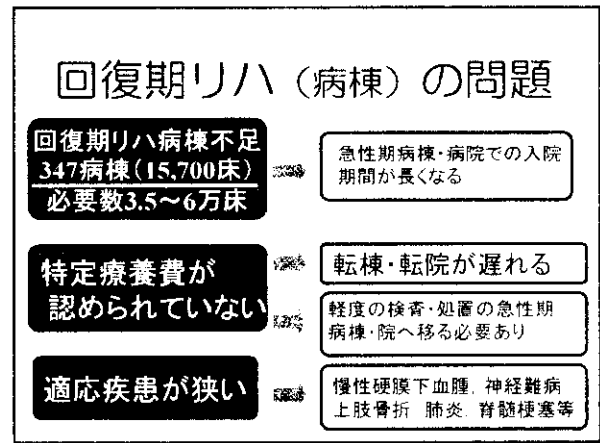
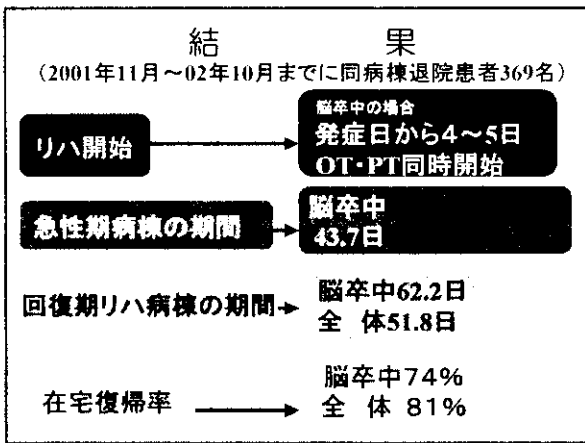
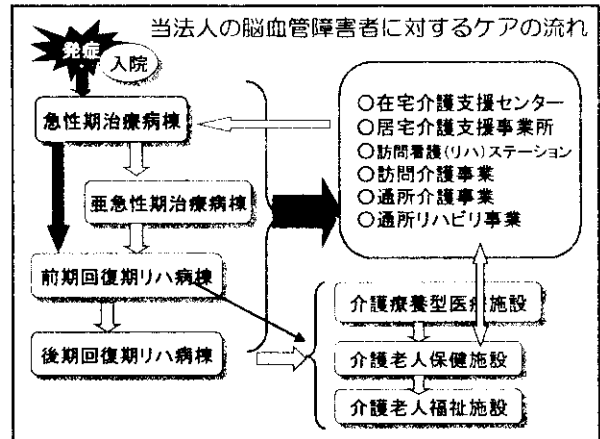
- ① OT, PT, STが協力し合い
積極的に取り組む
- ② 医師の急性期リハに対する
理解度のアップ(早目の処方)
- ③ 広さより人と機能を重視した
新たな施設基準の設定
* 現施設基準 (I・II) を取得していればOK



急性期治療病院は、急性期治療・回復期リハ病院と異なり、リハビリテーション施設基準を取得していないため、急性期リハを実施することができない。

理由

- ①急性期リハの役目は
 - * 廃用症候群の発生防止
 - * 短期間での回復期リハへの移行状態づくり
 であるため
- ②実施場所は病室・病棟であるため



訪問看護・リハ早期導入困難

<制度的>

- 介護・医療保険 ⇒ 退院当日からOK
- 入院中の主治医指示書発行OK

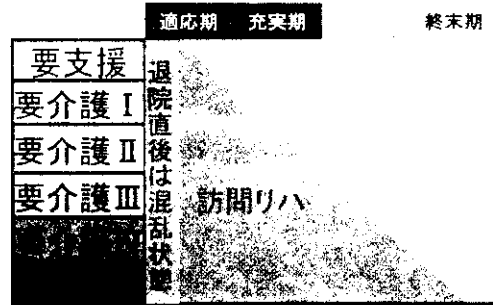
<実態>

調整しても退院後4日程度経過してしまう

<理由>

退院後かかりつけ医が変更になると、
訪問診療後の指示書となり数日経過してしまう

訪問リハの要介護度と適応時期



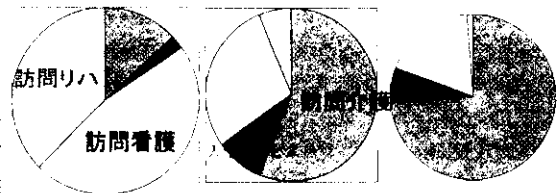
訪問リハビリテーションの現状

- ①指定訪問リハ事業所数は多いが訪問件数が非常に少ない。
- ②訪問看護ステーションからのOT, PT訪問が伸びている。

訪問リハ

指定事業所数 (15年4月) 請求事業所数 (15年6月審査分)

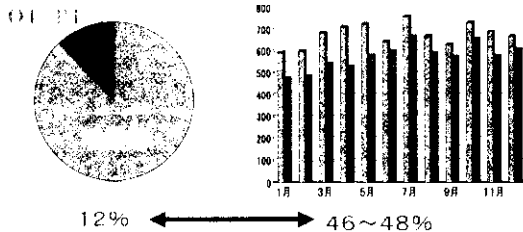
37% → 6% → 1%



訪問系4サービス

訪問看護SからのOT, PT訪問件数

全国の訪問看護Sから 当法人の2訪問看護Sから
介護保険14年度4月審査分 (14年度実績)



問題点

- ①利用者・ケアマネから見え難く使い難い
- ②請求は訪問看護
- ③報酬単価が低い (消極的になる)
- ④依頼の事務手続き二重手間
- ⑤実績が上がらない

改善案

利用者から見え易いようにする

(1案)

訪問看護と同じように、訪問リハビリ・ステーションを開設できるようにする

(2案)

訪問看護から訪問リハビリの看板を撤去可能にする
請求項目の独立

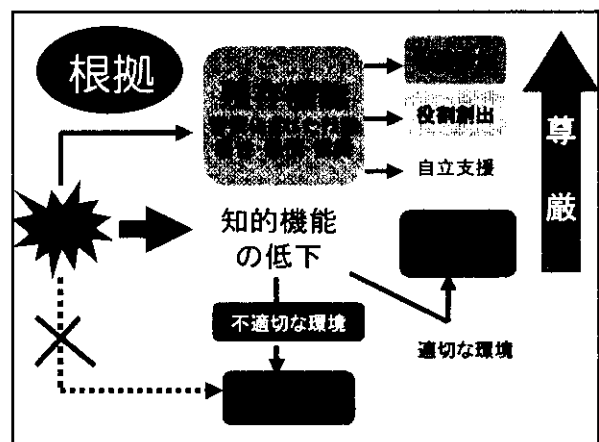
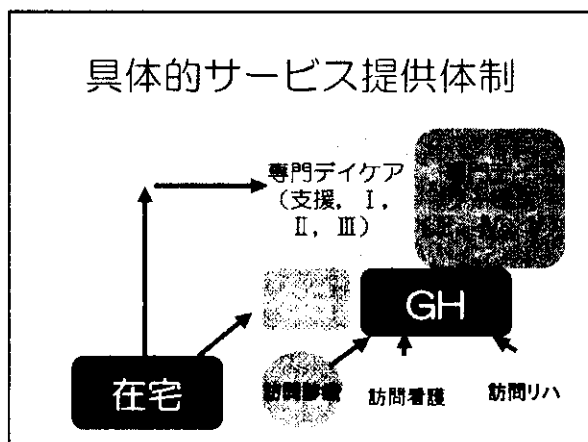
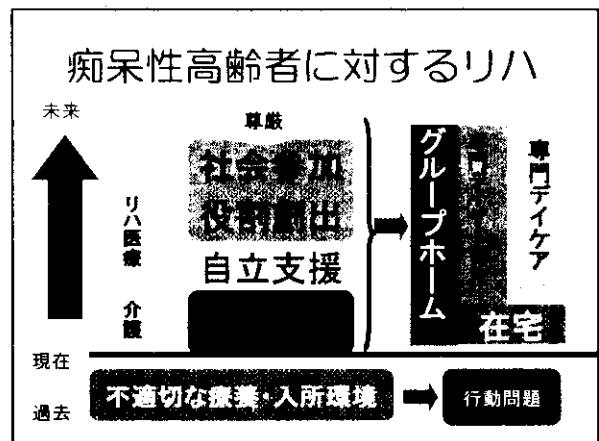
外来リハ・通所リハ・通所介護の機能区分

	通院・通所機能	
改善	外来リハ	要素的機能改善
改善	通所リハ	生活機能の維持・改善
	通所介護	

介護3施設の在り方

リハスタッフの多い老健施設

機能	新型老健	現型老健	特養	介護療養
後期回復期リハ				
生活機能再構築				
医療・リハ・介護				
介護つき住まい				
リハつきSS				
介護代行SS				
医療・介護代行SS				



保健領域への提言

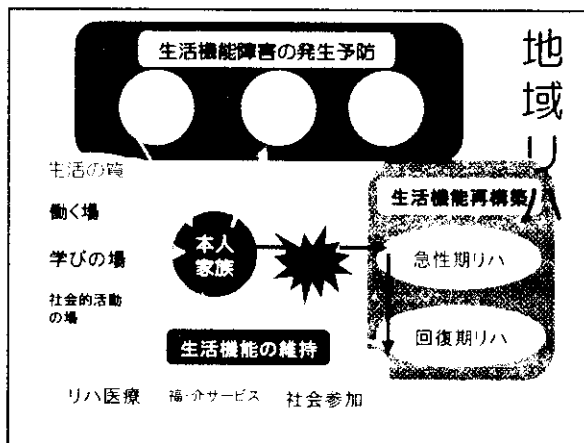
健診に生活機能のチェック項目を加える

個人の判断・責任による生活機能の維持向上に向けた取り組みができるような具体的なメニューを提示する

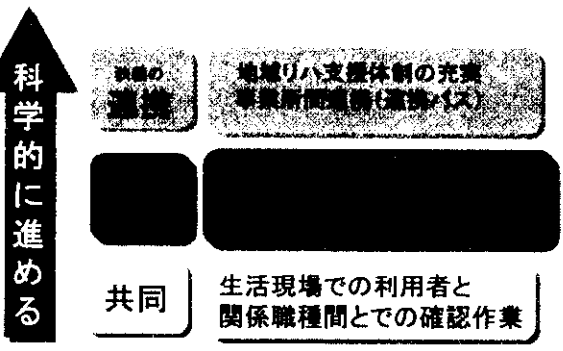
民間担当領域と行政担当領域とを分ける
(対個人＝民間、対集団＝市町村)

介護予防における行政の役割

- はっけん ⇒ 見つけ出す
- たんけん ⇒ 相談にのる
- ほっとけん ⇒ すぐ対応する



連携の重要性



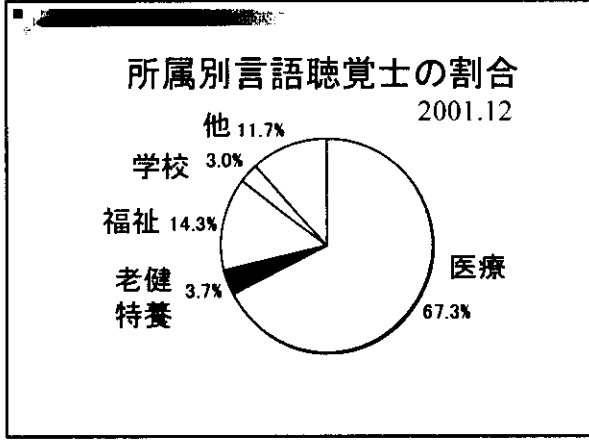
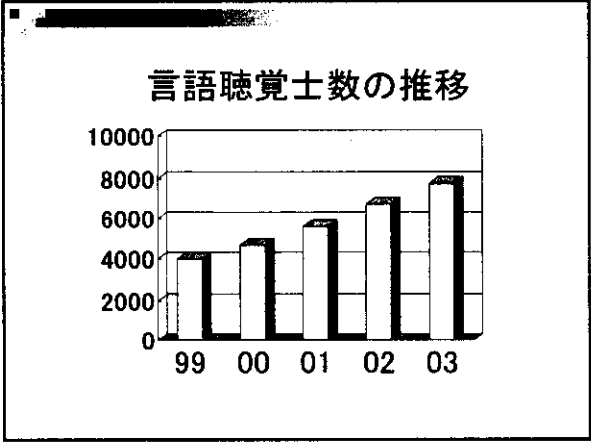
高齢者リハにおけるOTの役割

	急性期	回復期	維持期
社会参加	病棟での小集団活動	集団活動参加	移動範囲の拡大 地域活動の拡大
役割創出	家族と切り離さない	IADL	IADL、創作等諸活動
自立支援	ベッド上・車椅子ADL	基本的ADL コミュニケーション	ADL維持・向上 特技の表現
安全・安心	食事 座位保持	心的支援 判断力改善	安全な起居移動動作
介護量軽減	関わり方の説明	介助方法指導	介助方法指導 住環境整備

4. 藤田委員プレゼンテーション資料

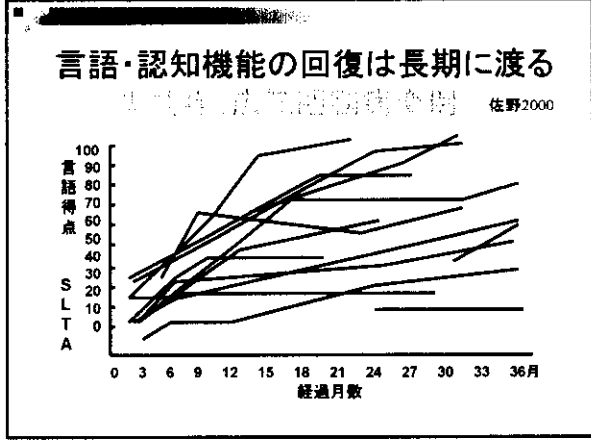
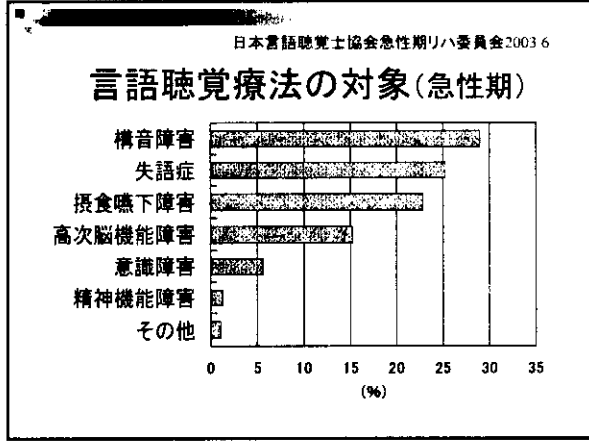
**在宅生活を支援する
言語聴覚療法**
—通所リハ・訪問リハの現状と課題—

国際医療福祉大学言語聴覚学科
藤田 郁代



高齢者の言語聴覚障害

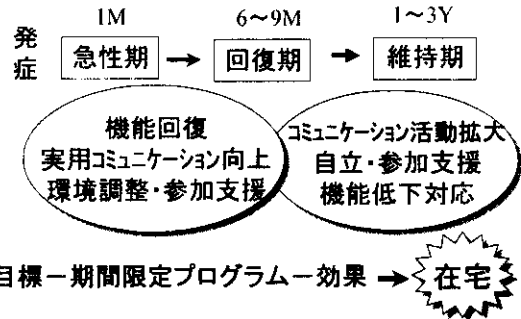
- 失語症
- 構音障害
- 難聴
- 摂食・嚥下障害
- CVD (神経・筋疾患 変性疾患)
- 高次脳機能障害 (痴呆)
- 加齢に伴う機能低下



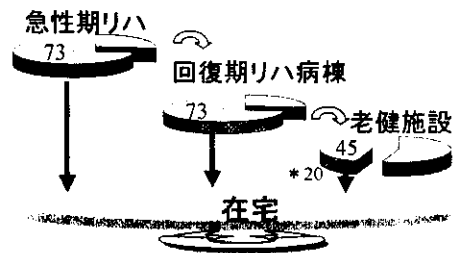
高齢者の失語症の特徴

1. 障害の重複、重度化
特に、知的機能低下、意欲低下との重複
2. 機能回復は長期に渡る(～3年)
3. 機能回復、能力向上は個人差が大きい
4. 在宅復帰、社会参加の受け入れが不十分
5. 失語性孤立、閉じこもりに陥りやすい

失語症の言語聴覚療法の流れ



在宅復帰率とリハ



訪問リハ、外来リハ、通所リハ、福祉、患者会

急性期言語聴覚療法調査2003、浜村2003、介護給付費分科会2001.11、*マロニエ苑2003

言語聴覚療法からみた

通所リハビリテーションの現状と課題

おおたわら総合在宅支援センター 通所リハビリテーション

200年4月開設 栃木県大田原市



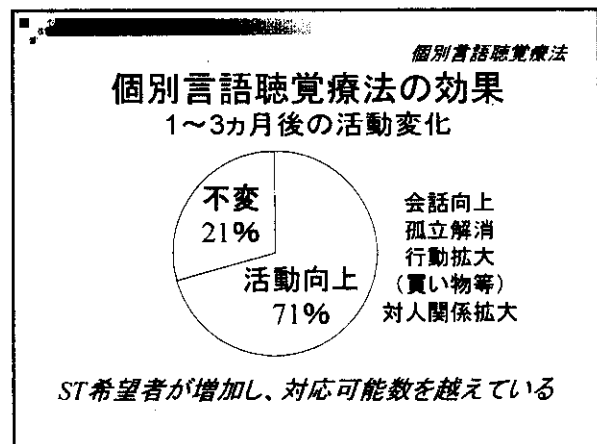
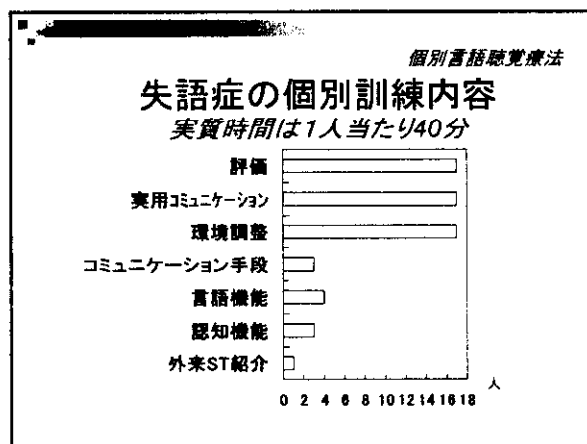
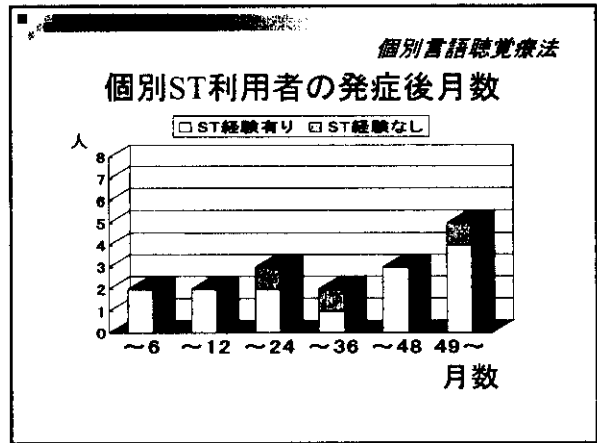
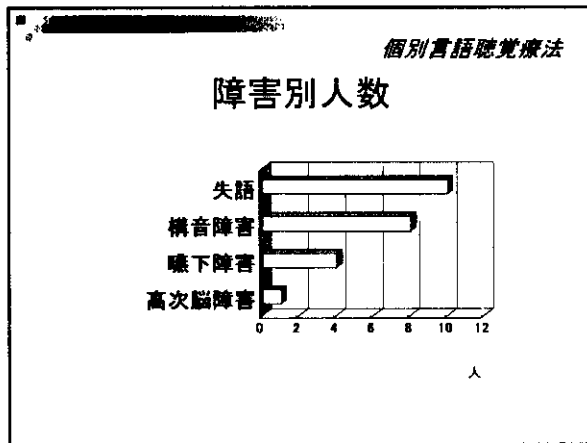
医師 4名(嘱3)
看護師 2名
PT 2名
OT 1名
ST 3名(非常勤)
介護職 5名

通所リハビリテーション利用者

全通所者 89名

個別言語聴覚療法 17名(19.1%)

男性13名	女性4名	要支援 5名
65歳以下	5名	要介護1 1名
66～74歳	11名	要介護2 6名
75歳以上	1名	要介護3 4名
		要介護4 1名



通所リハ・言語聴覚療法の課題

1. 高いニーズに対応する人員配置が不十分
PT,OT又はSTが0.2以上、1職種1回20分！！
2. 個別リハ計画に基づき個別訓練と集団対応を統合して実施
3. 効果測定と期間限定のリハ
4. コミュニケーション・認知活動を含む包括的評価法が必要
5. 医療外来リハ、通所介護との機能分化
6. 地域での受け入れ体制の整備

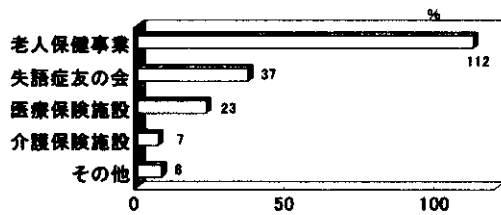
言語聴覚療法からみた 訪問リハビリテーションの現状と課題

訪問言語聴覚療法実態調査

実施 日本語聴覚士協会 2001.10～11
対象 訪問リハを実施している10施設のST
失語症友の会にて訪問リハ担当ST40名

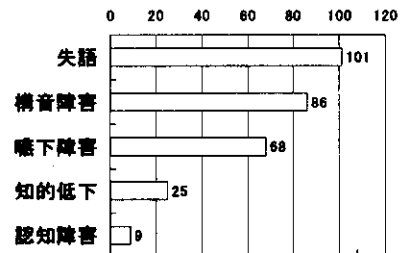
訪問リハに言語聴覚療法の位置づけはまだない

訪問言語聴覚療法の実施主体



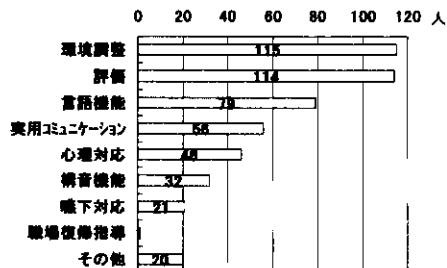
2001.11 日本語聴覚士協会調査

訪問言語聴覚療法の障害別人数



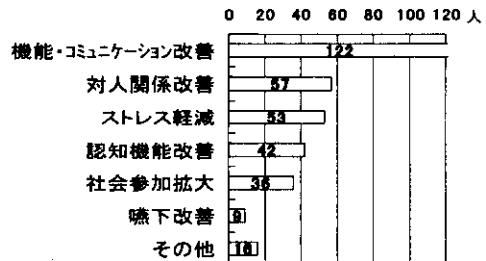
2001.11 日本語聴覚士協会調査

訪問言語聴覚療法のサービス



2001.11 日本語聴覚士協会調査

訪問言語聴覚療法の効果

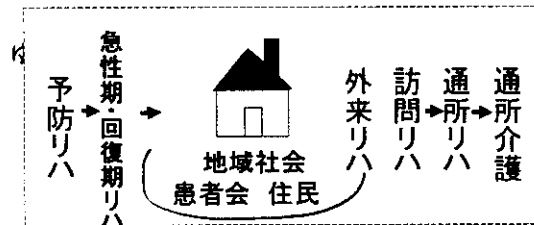


2001.11 日本語聴覚士協会調査

訪問リハ・言語聴覚療法の課題

1. 機能による類別化
 - ・退院・退所直後の訪問リハ
期間限定で活動拡大、環境調整、参加支援
 - ・長期・間欠的訪問リハ
機能維持、生活支援、参加支援
2. チーム連携
特に、摂食・嚥下障害への対応
3. 目標、期間の明確化、効果測定
4. 通所リハ、通所介護、社会参加の方向へ

在宅生活を支援するリハ



機能分化と連続的にサービス提供
チーム連携で一貫した自立支援計画作成・実施

言語聴覚療法からみた 在宅生活支援リハビリの課題

- ・急性期・回復期リハの充実
- ・言語・認知の長期機能回復は外来リハで
- ・訪問リハ・通所リハの適正な人員配置
- ・訪問リハ事業の位置づけと訪問看護との連携
- ・チーム連携で自立支援計画を作成し、一貫したサービス提供
- ・効果測定とエビデンスに基づくサービス
- ・コミュニケーション・認知を含む包括的評価の実施
- ・予防リハ、社会参加、痴呆への取り組み

5. 山崎委員プレゼンテーション資料

チームアプローチで高齢者の生活機能のQOLを目指す

～看護におけるリハビリテーション～

社団法人 日本看護協会
常任理事 山崎摩耶

I 看護の機能としてのリハビリテーション

1) 療養上の世話

生活支援

セルフケア

おきる・整容・更衣・食事・医道・排泄・清潔・入浴・睡眠

社会性を保つ・人とかかわる・生きがい

早期離床・体位交換・褥そう予防・おむつはずしなど

2) 診療の補助

急性期・回復期・維持期の看護によるリハビリテーション

II 急性期/一般病院でのリハビリテーション看護

1) 日本リハビリテーション看護学会抄録より演題一覧

2) リハビリテーションの機能

3) クリティカルパスの事例-3例

4) 日本看護協会が急性期リハビリテーション等に関して提出した要望事項

III 保健及び地域ケア（コミュニティケア）の領域

日本看護協会が行う「まちの保健室」活動の事例

IV 訪問看護ステーションでのリハビリテーション

1) 訪問看護ステーションの現状

2) 訪問看護内容に占めるリハビリテーションの割合

3) おもて参道訪問看護ステーションの事例-要介護度1～5

V 回復期リハビリテーションに見るチームケア

- 1) 先駆的な回復期リハ病棟の取り組み
- 2) 初台リハビリテーション病院におけるスタッフ配置

VI まとめと提言

提言その1

高齢者の生活機能の向上を目指す多面的なチームアプローチによるリハビリテーションの実施とその地域包括システム作り

提言その2

- 1) 介護保険の見直しに
 - 適切なリハビリテーションが継続して受けられるようなアセスメントチーム（訪問看護と訪問リハビリ）とケアマネジャーの連携
 - パスの開発やガイドラインで標準化し、インセンティブをつける
 - 在宅移行時の **Quick Response** と初期集中リハと看護の仕組み
- 2) 地域包括リハのための多機能拠点に「まちの保健室」などを制度化
- 3) 賢い利用者になるための国民向け標語の作成・普及

チームアプローチで高齢者の生活機能とQOL向上を目指す ～看護におけるリハビリテーション～

社団法人 日本看護協会
常任理事 山崎摩耶

看護の機能としてのリハビリテーション

◆療養上の世話

- ・生活支援
- ・セルフケア(自立支援)
起きる・整容・更衣・移動・排泄・清潔・入浴・睡眠
社会性を保つ・人とのかかわり・生きがい
早期離床・体交・褥そう予防・おむつはずし等

◆診療の補助

- ・急性期・回復期・維持期の看護によるリハビリ

急性期／一般病棟でのリハビリテーション看護

日本リハビリテーション看護学会にみる
研究テーマ

	在宅・在宅・口腔	在宅・在宅・口腔	在宅・在宅・口腔	在宅・在宅・口腔	在宅・在宅・口腔	在宅・在宅・口腔	在宅・在宅・口腔	在宅・在宅・口腔	在宅・在宅・口腔	在宅・在宅・口腔	在宅・在宅・口腔	在宅・在宅・口腔	在宅・在宅・口腔	在宅・在宅・口腔	在宅・在宅・口腔	在宅・在宅・口腔	在宅・在宅・口腔	在宅・在宅・口腔	在宅・在宅・口腔	在宅・在宅・口腔
第11回	7	3	3	4	3	4	4	5	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5
第13回	16	8	5	4	5	4	3	3	2	2	1	8	6	6	6	6	6	6	6	6
第14回	9	12	12	7	7	7	4	3	5	3	0	7	7	7	7	7	7	7	7	7
合計	32	23	20	15	15	15	11	11	12	10	4	23	19	19	19	19	19	19	19	19
割合	16%	11.5%	10%	7.5%	7.5%	7.5%	5.5%	5.5%	6%	5%	2%	11.5%	9.5%	9.5%	9.5%	9.5%	9.5%	9.5%	9.5%	9.5%

リハビリテーション看護の定義

リハビリテーション看護とは、リハビリテーション過程の促進を目指した多職種チームによるアプローチのなかで、身体的または精神的障害、慢性疾患、老化に伴う生活の再構築に直面した人々を対象に、可能な限りの自立と健康の回復・維持・増進によって生活の質を向上させるために、看護師の専門的な知識と技術をもって行うケアである。

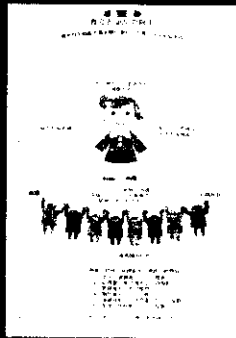
出典：「リハビリテーション専門看護」著者代表 石崎圭子 医書出版株式会社2001 3 p3

リハビリテーション看護の機能

1. セルフケアの確立を促す
2. 退院後の生活に向けたケア計画を実施する
3. 多職種と連携し、援助を調整する
4. リハビリテーション過程における疼痛を緩和する
5. 不安を緩和し、精神的・心理的支援を実施する
6. 離床を促し、廃用症候群や二次的障害を予防する
7. 体調を整え、健康の自己管理ができるようにする
8. リハビリテーションにおける生活環境を整える
9. 障害をもった生活を再構築し、社会参加を助ける

出典：「リハビリテーション専門看護」著者代表 石崎圭子 医書出版株式会社2001 3 p41

リハビリテーション過程にある個人の目標と看護師の役割



出典「リハビリテーション専門職」原著代表 石橋会等 医療革新出版社2001.3 p42

クリティカルパスの事例

脳卒中リハビリテーション看護におけるクリティカルパスの効果

済生会山口総合病院

- ◆ 脳卒中発症後は急性期の積極的治療と共に、十分なリハビリテーション看護が重要と考えられる。
- ◆ 早期リハビリテーションの必要性はたびたび指摘されている。
- ◆ 早期リハビリテーションを阻害する因子の分析を行い1997年7月より脳卒中クリティカルパスを導入し、計画的にリハビリテーション看護を行いその効果を得た。

出典「第11巻 日本リハビリテーション看護学会会報」植村貴利 1999年、pp.140-141

過去の軽症脳卒中患者

○不必要な

- 1)酸素マスクの使用
- 2)持続導尿カテーテルの挿入
- 3)ベッド上絶対安静
- 4)経口摂取の禁止

○不十分な

- 5)ベッドサイドの日常動作訓練
- 6)うつ状態への対応
- 7)家族への働きかけ



早期リハビリテーションを疎外する因子

1997年7月から脳卒中クリティカルパスによるリハビリテーション看護を展開

パス使用患者の基準

- ◆ 脳卒中発症3日以内に入院治療した患者
- ◆ 意識レベルはJapan.Coma.Scale(JCS) 0~10
- ◆ 運動麻痺がありリハビリテーションを必要とする患者

- ◆ 脳卒中入院治療患者3年間の総数374人
→うちリハビリテーション実施患者154人(総数の41.17%)

- ◆ 実施した患者で軽快した患者134名(実施総数の87.0%)、
治癒した患者2名(同1.3%)
→リハビリテーションを実施した患者はほぼ軽快・
治癒している

- ◆ 疾患分類:脳梗塞280人(74.9%)、脳出血94人(25.1%)
(総数374人中)
→うちリハビリテーション実施患者は脳梗塞97人(63%)、
脳内出血57人(37%)

- ◆ リハビリテーション開始日
96年 9日目、97年5日目、98年4.5日目
→クリティカルパスを活用したリハビリテーションの効果と
考えられる。

健康度の改善

健康度	入院時(%)	退院時(%)
1~7	25	56
8~9	25	25
10~11	50	19
合計	100	100

疾病分類

	全体(人)	%	リハビリ実施者(人)	%
脳梗塞	280	75	97	63
脳出血	94	25	57	37
合計	374	100	154	100

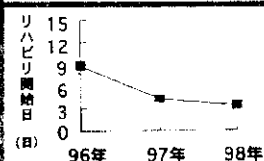


図1 リハビリ開始日の早期化

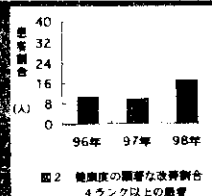


図2 健康度の顕著な改善割合 4ランク以上の患者

◆ 脳卒中急性期は絶対安静という考え方が主流で、医師により治療方針もまちまちであったが、脳卒中クリティカルパスの導入により、早期診断、治療、早期リハビリテーション開始、計画的なアセスメントおよび介入が可能となった。

◆ これによりリハビリテーション看護も大きく変化し、早期から車椅子に移動させ食事をしてもらったり、洗面所で整容を行ったり、ポータブル便器の使用を促したり、トイレでの排泄も行うようになるなど、看護の中心に積極的に「リハビリテーション」の視点を取り入れるようになった。

人工関節全置換術のリハビリテーション看護の評価 -クリティカルパスを導入して-

湯布院厚生年金病院

- ◆ 研究期間 平成10年～11年4月
- ◆ 方法 人工関節全置換術を受けた患者をクリティカルパス導入前後に分け、次の項目を比較、検討した。

- 1)術後離床と移動(歩行器歩行・杖歩行)を確立した時期
- 2)機能回復訓練の開始時期
- 3)連続受動式可動域訓練器(CPM)開始時期
- 4)CPMにおける膝関節可動域の目標値に到達した術後日数
- 5)ウォーキングからの合併症の発症
- 6)平均術後在院日数/平均在院日数

湯布院厚生年金病院 研究報告書 1999年, pp.146-147

◆ 平成10年4月にクリティカルパス検討委員会発足

◆ メンバー:医師、看護師(病棟・手術室・外来)、PT、OT、MSW、臨床検査技師、薬剤師、栄養士、放射線技師、医療事務代表者

◆ フォーマット:

横軸に時間をとり外来受診、術前評価、入院、手術、退院、外来までの日数を表示。

縦軸に医師、看護、リハビリテーション室、栄養部などの23項目

対象患者 35名 平均年齢は導入前72歳 導入後70歳

術前評価時間短縮効果 導入前 術後5日→導入後 術後1日

クリティカルパス導入前後の比較

	症例数(名)		平均年齢	リハビリ開始日	CPM開始	術後膝関節可動域目標達成期間	離床(W/C)	歩行器歩行	杖歩行	平均在院日数	術後在院日数
	導入前	導入後									
導入前	女	20	73	5	3	34	2	14	28	69	59
	男	2	70								
導入後	女	15	69	1	2	20	2	13	19	52	45
	男	1	81								

結果

- ◆ 術後1日目にベッドサイドで大腿四頭筋筋力増強訓練開始
引き続きCPMを実施。膝関節可動域の目標到達まで14日短縮
- ◆ 歩行の確立→9日間短縮
- ◆ 平均在院日数→17日短縮
※歩行の確立時期の短縮が影響
※外来から患者の術前準備が開始されたため平均在院日数の大幅な短縮
- ◆ 心の変化→クリティカルパス導入後に手術や治療経過の不安を訴える質問が少なくなった。
外来と病棟において実施した入院期間や治療・看護・機能回復訓練経過、そして入院費などのインフォームドコンセントが患者や家族の理解を求め、十分に納得して手術な治療に望むための心の準備と自分の治療が目標どおりに達成できたという安心感や満足感が生じた結果ではないか。

人工関節全置換術を受ける患者にクリティカルパスを導入して
兵庫県立リハビリテーションセンター中央病院

- ◆ 手術後の経過は術式別プログラムに沿って展開している。しかし医療者中心であり患者への具体的な説明が行われていないのが現状であった。
- ◆ 治療経過が具体的にイメージできて治療意欲が向上し、早期社会復帰ができるようクリティカルパスの導入を試みた。
- ◆ 人工関節全置換術(TKA)を対象に、平成10年7月よりクリティカルパスを作成・使用。

大田 悦子 ほか「クリティカルパス」『看護実践』大田悦子 1999年、pp.143-145

項目	入院	手術前	手術日	手術後1日目	手術後2日目	手術後3日目	手術後4日目	手術後5日目	手術後6日目	手術後7日目	手術後8日目	手術後9日目	手術後10日目	手術後11日目	手術後12日目	手術後13日目	手術後14日目	手術後15日目	手術後16日目	手術後17日目	手術後18日目	手術後19日目	手術後20日目	手術後21日目	手術後22日目	手術後23日目	手術後24日目	手術後25日目	手術後26日目	手術後27日目	手術後28日目	手術後29日目	手術後30日目	手術後31日目	手術後32日目	手術後33日目	手術後34日目	手術後35日目	手術後36日目	手術後37日目	手術後38日目	手術後39日目	手術後40日目	手術後41日目	手術後42日目	手術後43日目	手術後44日目	手術後45日目	手術後46日目	手術後47日目	手術後48日目	手術後49日目	手術後50日目	手術後51日目	手術後52日目	手術後53日目	手術後54日目	手術後55日目	手術後56日目	手術後57日目	手術後58日目	手術後59日目	手術後60日目	手術後61日目	手術後62日目	手術後63日目	手術後64日目	手術後65日目	手術後66日目	手術後67日目	手術後68日目	手術後69日目	手術後70日目	手術後71日目	手術後72日目	手術後73日目	手術後74日目	手術後75日目	手術後76日目	手術後77日目	手術後78日目	手術後79日目	手術後80日目	手術後81日目	手術後82日目	手術後83日目	手術後84日目	手術後85日目	手術後86日目	手術後87日目	手術後88日目	手術後89日目	手術後90日目	手術後91日目	手術後92日目	手術後93日目	手術後94日目	手術後95日目	手術後96日目	手術後97日目	手術後98日目	手術後99日目	手術後100日目
経過	入院	手術前	手術日	手術後1日目	手術後2日目	手術後3日目	手術後4日目	手術後5日目	手術後6日目	手術後7日目	手術後8日目	手術後9日目	手術後10日目	手術後11日目	手術後12日目	手術後13日目	手術後14日目	手術後15日目	手術後16日目	手術後17日目	手術後18日目	手術後19日目	手術後20日目	手術後21日目	手術後22日目	手術後23日目	手術後24日目	手術後25日目	手術後26日目	手術後27日目	手術後28日目	手術後29日目	手術後30日目	手術後31日目	手術後32日目	手術後33日目	手術後34日目	手術後35日目	手術後36日目	手術後37日目	手術後38日目	手術後39日目	手術後40日目	手術後41日目	手術後42日目	手術後43日目	手術後44日目	手術後45日目	手術後46日目	手術後47日目	手術後48日目	手術後49日目	手術後50日目	手術後51日目	手術後52日目	手術後53日目	手術後54日目	手術後55日目	手術後56日目	手術後57日目	手術後58日目	手術後59日目	手術後60日目	手術後61日目	手術後62日目	手術後63日目	手術後64日目	手術後65日目	手術後66日目	手術後67日目	手術後68日目	手術後69日目	手術後70日目	手術後71日目	手術後72日目	手術後73日目	手術後74日目	手術後75日目	手術後76日目	手術後77日目	手術後78日目	手術後79日目	手術後80日目	手術後81日目	手術後82日目	手術後83日目	手術後84日目	手術後85日目	手術後86日目	手術後87日目	手術後88日目	手術後89日目	手術後90日目	手術後91日目	手術後92日目	手術後93日目	手術後94日目	手術後95日目	手術後96日目	手術後97日目	手術後98日目	手術後99日目	手術後100日目

結果

- ◆ クリティカルパスを使用することにより、「枕元に表があって、いつでも見ることができたので、荷重段階が予測できたし、入浴開始時期や退院日については事前に知っていた」などの声が聞かれて治療経過の理解が得られ患者自ら治療に参画し訓練意欲も向上し積極的に入院生活を送ることができた。

経済効果

- ◆ 本事例の在院日数は51日であり、平成9年度に「TKA」を受けた患者の平均在院日数は80.1日(34例)と比較すると約1ヶ月間の短縮が図れた。
- ◆ クリティカルパスをリハビリチーム間の共通コミュニケーションとして活用することで、統一した援助ができるようになった。

大腿骨頭部骨折の手術適応患者のケアマップ導入を試みて

全労社会医療病院

◆ ア計画(ケアマップ)があれば患者に次の利点があると考えた。

- ① 患者・医師・理学療法士・看護師が同じ情報をもち、必要なケアが行われることができる。
- ② 患者は治療やケアの流れが分かり、積極的に取り組むことができる。
- ③ 家族は患者の情報を知ることができ、入院中及び退院後の生活を考え、自分の生活に取り組みやすくなる。
- ④ 看護師は患者の生活を見ながら、定期的に患者や家族へのケアを行い、自分にあった社会復帰の具体的な援助を行うことができる。

大田 悦子 ほか「ケアマップ」『看護実践』大田悦子 1999年、pp.137-139

表1: 高齢者のケア

項目	介護職員	介護職員	介護職員	介護職員
1. 高齢者のケア	高齢者のケア	高齢者のケア	高齢者のケア	高齢者のケア
2. 高齢者のケア	高齢者のケア	高齢者のケア	高齢者のケア	高齢者のケア
3. 高齢者のケア	高齢者のケア	高齢者のケア	高齢者のケア	高齢者のケア
4. 高齢者のケア	高齢者のケア	高齢者のケア	高齢者のケア	高齢者のケア
5. 高齢者のケア	高齢者のケア	高齢者のケア	高齢者のケア	高齢者のケア
6. 高齢者のケア	高齢者のケア	高齢者のケア	高齢者のケア	高齢者のケア
7. 高齢者のケア	高齢者のケア	高齢者のケア	高齢者のケア	高齢者のケア
8. 高齢者のケア	高齢者のケア	高齢者のケア	高齢者のケア	高齢者のケア
9. 高齢者のケア	高齢者のケア	高齢者のケア	高齢者のケア	高齢者のケア
10. 高齢者のケア	高齢者のケア	高齢者のケア	高齢者のケア	高齢者のケア

表2: 高齢者のケア

項目	介護職員	介護職員	介護職員	介護職員
1. 高齢者のケア	高齢者のケア	高齢者のケア	高齢者のケア	高齢者のケア
2. 高齢者のケア	高齢者のケア	高齢者のケア	高齢者のケア	高齢者のケア
3. 高齢者のケア	高齢者のケア	高齢者のケア	高齢者のケア	高齢者のケア
4. 高齢者のケア	高齢者のケア	高齢者のケア	高齢者のケア	高齢者のケア
5. 高齢者のケア	高齢者のケア	高齢者のケア	高齢者のケア	高齢者のケア
6. 高齢者のケア	高齢者のケア	高齢者のケア	高齢者のケア	高齢者のケア
7. 高齢者のケア	高齢者のケア	高齢者のケア	高齢者のケア	高齢者のケア
8. 高齢者のケア	高齢者のケア	高齢者のケア	高齢者のケア	高齢者のケア
9. 高齢者のケア	高齢者のケア	高齢者のケア	高齢者のケア	高齢者のケア
10. 高齢者のケア	高齢者のケア	高齢者のケア	高齢者のケア	高齢者のケア

結果

トイレの改築、退院までに試験宿泊、行動範囲の期間に余裕を得たことで、ケアマネが導入が7ヶ月かかったが、O氏が家族も自信を持って、在宅で暮らすことができた。

O氏へのケアが困難となる場合は、介護が実家のあつた、最悪不在の家族のライフスタイルが出来なくなると、家族も悲しく十分ではないために、介護が困難、不安が生じる。大規模のリハビリがなければ、在宅で暮らすことが出来ず、介護の負担が家族の負担になることが確認された。

日本看護協会が急性期リハビリテーション等に関して提出してきた要望事項

平成9年

- 急性期リハビリテーション看護実践研修の開催
- 回復期リハビリテーション看護実践研修の開催
- ケアマネの手がかりとなる研修の開催

平成10年

- 急性期リハビリテーション看護実践研修の開催
- 回復期リハビリテーション看護実践研修の開催
- ケアマネの手がかりとなる研修の開催

平成11年

- 急性期リハビリテーション看護実践研修の開催
- 回復期リハビリテーション看護実践研修の開催
- ケアマネの手がかりとなる研修の開催

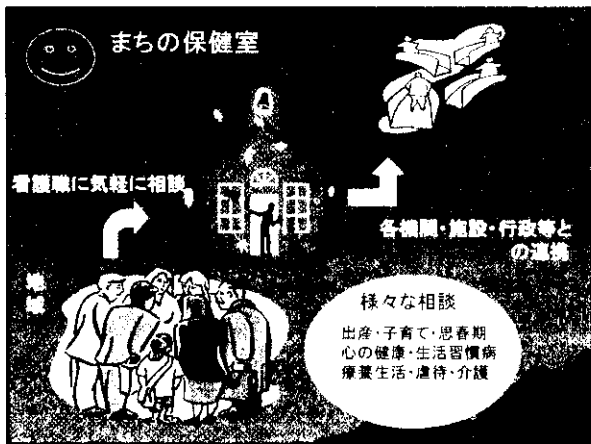
保健及び地域ケア(コミュニティケア)の領域における介護予防

保健及び地域ケア(コミュニティケア)の領域

- ◆ 保健師の活動
- ◆ 老人保健事業など
- ◆ 地区活動・老人会や町内会での衛生教育など

↓

日本看護協会による「まちなの保健室」活動



介護予防を目指した「まちの保健室」

新潟厚生連魚沼病院

目的
 生きがいをもって積極的に社会生活を送れるような支援と環境作り。

事業内容
 ◆JA、行政、商店街と協力して「まちの保健室」を開催
 ◆「いきいき健康づくり」フォーラムの開催

考察
 ◆地域における他の組織との連携が「まちの保健室」が結ぶことにより、地域全体の健康度を高めるためのネットワークとなりつつある。

訪問看護ステーションでの リハビリテーション

訪問看護ステーション 事業所 年次推移

2) 看護協会立等訪問看護ステーション数

総数	看護協会立 ST	事業団・財団立 ST	協会立 サテライト	事業団・財団立 サテライト
325	157	95	34	39

職種別従事者数の年次推移

	平成5年	平成6年	平成7年	平成8年	平成9年	平成10年	平成11年	平成12年	平成13年
保健師	160	273	388	524	746	824	899	970	886
助産師							21	36	61
看護師	1057	2220	3631	6343	9260	12449	16105	20688	22087
准看護師	227	420	669	1149	1703	2196	2898	3565	3590
理学療法士	91	176	243	377	465	945	1380	1935	2249
作業療法士	41	76	85	154	183	373	518	693	894
その他(別掲)			247	400	775	860	1190	1293	1208

出典：平成5年～13年厚生労働省保健医療統計年報、平成12～13年介護サービス施設・事業所調査

訪問看護ステーション 利用者 年次推移

介護保険法、健康保険法等別 利用者の割合

34976人

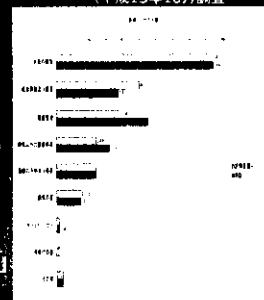


168597人

n=203573人

訪問看護におけるリハビリテーションの実績 (平成13年10月調査)

- ◆実施した医療的ケア内容(療養上の世話を除く)
- ◆状態の観察が基本であり、以下「機能訓練・指導」「服薬管理」と続く。
- ◆「機能訓練・指導」が「訪問看護ステーション」でより実施率が高い。



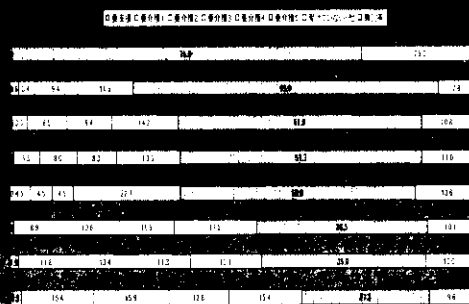
出典：平成14年度訪問看護・実務研修報告書 日本訪問看護協会財団実施

利用者へのケア内容

- ◆「機能訓練及び指導」は、疾病全般に40～60%の利用者に対して実施されているが、とくに「脳内出血」や「脳梗塞」「その他の筋骨格系・結合組織の疾患」などで実施率が高い。

出典：平成14年度訪問看護・実務研修報告書 日本訪問看護協会財団実施

要介護度別実施したケア内容 (訪問看護ステーション)



事例

おもて参道訪問看護ステーションの実績

職員数：20名

(内訳)看護職17名(常勤換算13.2名)、

PT2名(常勤換算1.1名)、事務職1名

利用者：200名

(平成15年9月現在)

訪問看護ステーションからのサービス利用状況

要介護度1の事例

性別	女性
病名	慢性呼吸不全・閉塞性気管支炎
訪問看護	2回/月
PTの訪問	1回/ 1～2月
その他	ヘルパー1回/週
リハプログラム	自主トレーニング内容の調整 屋外歩行能力の評価
参酌標準の訪問看護	1回/週

要介護2の事例

性別	女性
病名	脳梗塞
訪問看護	1回/週
PTによる訪問	1回/1月
その他	ヘルパー6回/週、デイサービス1回/週
リハビリプログラム	自主トレーニング内容の調整 身体機能、日常生活動作評価
参酌標準の訪問看護	1回/週

要介護3の事例

性別	男性
病名	両膝間接拘縮
訪問看護	2回/月
PTによる訪問	2回/月
その他	デイサービス1回/週(入浴のみ)
リハビリプログラム	可動域訓練、筋力訓練 日常生活動作訓練
参酌標準の訪問看護	1回/週、(痴呆型)0.5回/週、(医療型)3回/週

要介護4の事例

性別	男性
病名	脳梗塞
訪問看護	1回/週
PTによる訪問	1回/2~3月
その他	ヘルパー2回/週、訪問入浴回数1回/週
リハビリプログラム	介助方法の調整 身体機能、日常生活動作評価 身体機能、日常生活動作訓練 日常生活動作訓練
参酌標準の訪問看護	2回/週、(痴呆型)1回/週、(医療型)3回/週

要介護5の事例

性別	男性
病名	脳梗塞
訪問看護	1回/週
PTによる訪問	1回/2~3月
その他	ヘルパー2回/週、訪問入浴回数1回/週
リハビリプログラム	介助方法の調整 身体機能、日常生活動作評価 身体機能、日常生活動作訓練 日常生活動作訓練
参酌標準の訪問看護	2回/週、(痴呆型)1回/週、(医療型)3回/週

回復期リハビリテーション病院 に見るチームケア

先駆的な回復期リハ病棟の取り組み

全国回復期リハ病棟連絡協議会調査

1. 病棟看護人員を1.5:1以上配置
2. 病棟専従PT・OT:4~6床に各1名
3. 365日体制のリハサービス
4. 早朝・準夜におけるケアスタッフ充実
5. 病棟ADLの重視
6. チームアプローチの充実

初台リハビリテーション病院のスタッフ数

階	看護	医師	介護	作業	PT	OT	言語	理学	作業	その他	計
8F	16										
7F	16	1	17	1	5	4	1	1	1	1	32
6F	45	2	24	14	14	13	3	2	1	1	74
4F	48	2	21	10	12	13	3	2	1	1	85
3F	48	2	21	11	13	12	3	2	1	1	85
その他	1	8		7	3	2	1	1	1	1	24
計	173	8	81	43	54	45	13	8	5	6	361

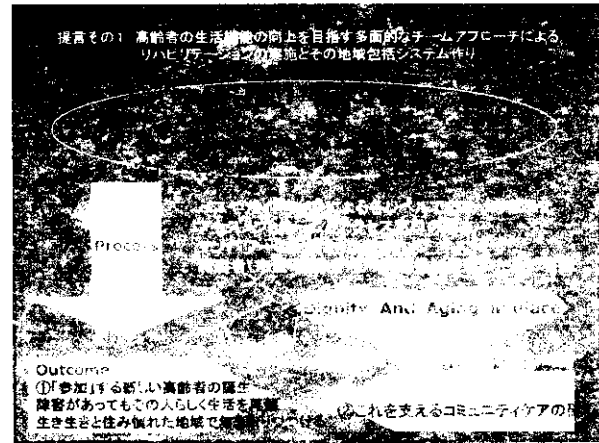
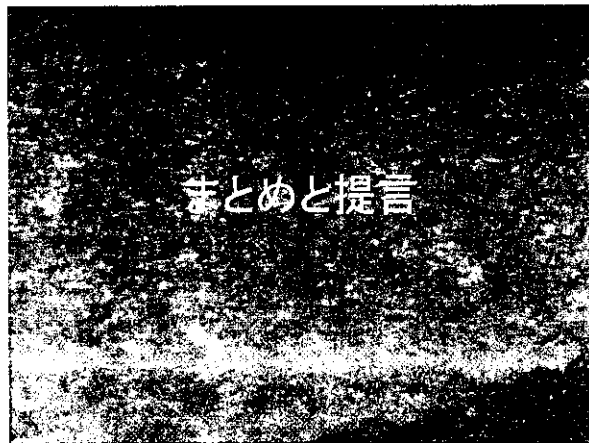
127 118

H15.6.1現在

時間帯別病棟看護人員配置(48床)

時間帯	5	10
0:00~7:00		
7:00~9:00		
9:00~12:30		
12:30~16:00		
16:00~17:30		
17:30~21:30		
21:30~24:00		

■ 夜勤 (Ns・CW) ■ 早出 (OT・PT)
 ■ 早出 (Ns・CW) ■ 遅出 (OT・PT)
 ■ 日勤 (Ns・CW)
 ■ 遅出 (Ns・CW)



- ### 提言その2
- 介護保険制度の見直し
 - ◆ 適切なリハビリテーションが継続して受けられるようなアセスメントチーム(訪問看護と訪問リハビリ)の創設とケアマネジャーの連携
 - ◆ ハスの開発やガイドラインで標準化し、インセンティブをつける
 - ◆ 在宅移行時のQuick Responseと初期集中リハと看護の仕組み
 - 地域包括リハのための多機能拠点にまちの保健室などの制度化
 - 賢い利用者になるための国民向け標語の作成・普及