

柏崎市

平成23年度地域リハビリテーション支援体制推進事業

地域リハビリにおける連携 ～途切れない支援のために～

ゆきよしクリニック

理学療法士

三村 健

“連携”はなぜ必要なのか。

“仕事は、第一に世のため、人のために行う。
次に、自分のために行う。”

人のための人とは誰か？

利用者さん・患者さんと、その家族

他職種：ケアマネさん，ヘルパーさん，Dr.

同業者：他施設のOT，ST，PT

“縦の連携”と“横の連携”

縦
の
連
携

小学校
⇕
中学校
⇕
高校
⇕
大学

家庭⇔学校⇔地域
横の連携

“縦の連携”と“横の連携”

縦
の
連
携

急性期



回復期



生活期(維持期)

ケアマネ⇔本人・家族⇔リハスタッフ

(生活期における)横の連携

安心と希望の介護ビジョン

平成20年11月20日

厚生労働省老健局

“「維持すれば十分」などといった関係者の意識改革を促すため、いわゆる「維持期」リハビリテーションの呼称の見直し”

医療・福祉関係者側の先入観

維持期

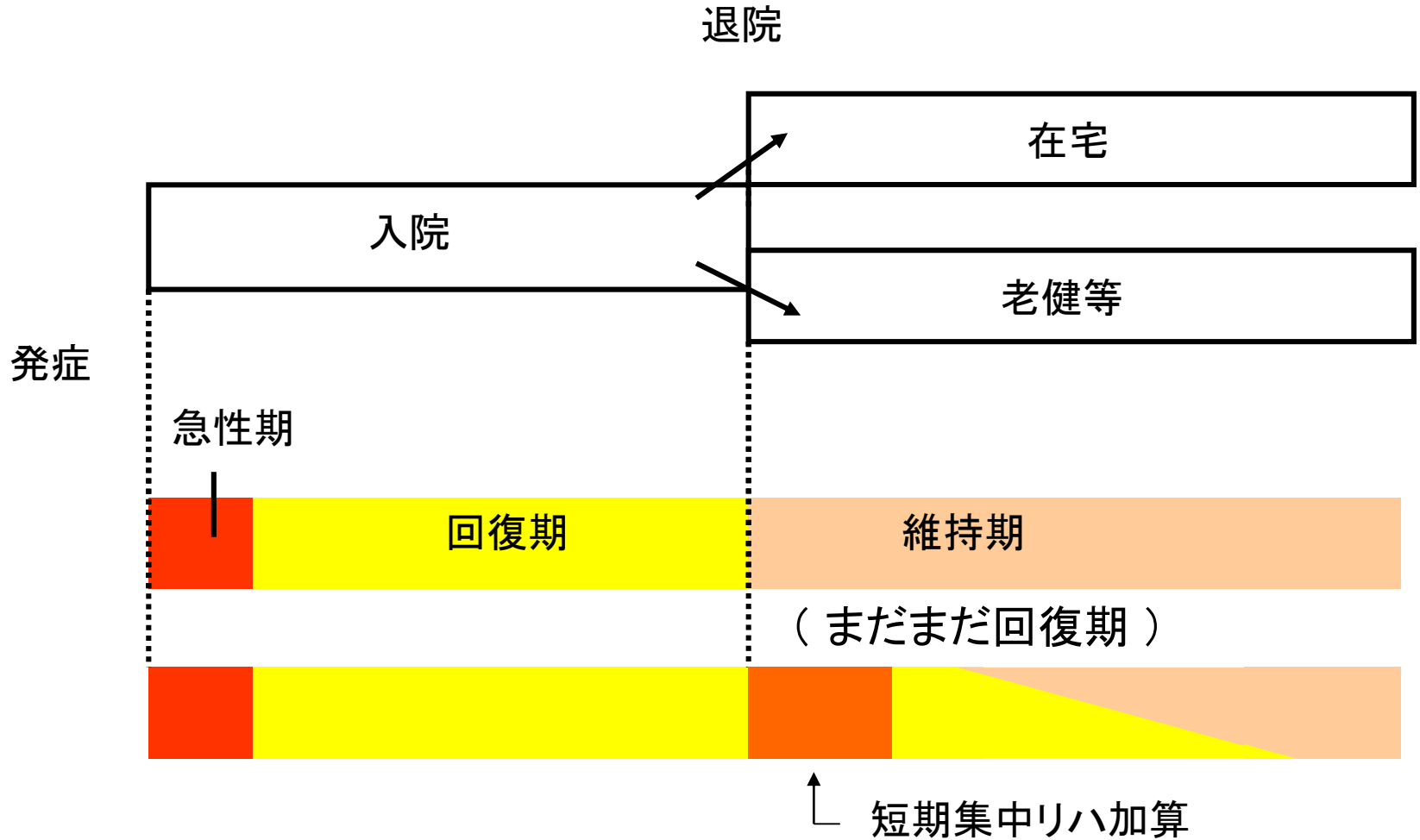
.....「それ以上の回復・改善は期待できないだろう」



生活期

.....「毎日の生活の中でまだ改善する部分があるんじゃないか？」

発症からの経過





“縦の連携”と“横の連携”

1. 縦の連携

病院リハスタッフと生活期リハスタッフは、どのように連携すべきか？

2. 横の連携

生活期リハスタッフと、ケアマネージャー、訪問介護・看護、施設内他職種、Drと、どのように連携すべきか。

1. 縦の連携

病院

在宅系

通所

訪問

施設系

老健

特養

地域連携パス

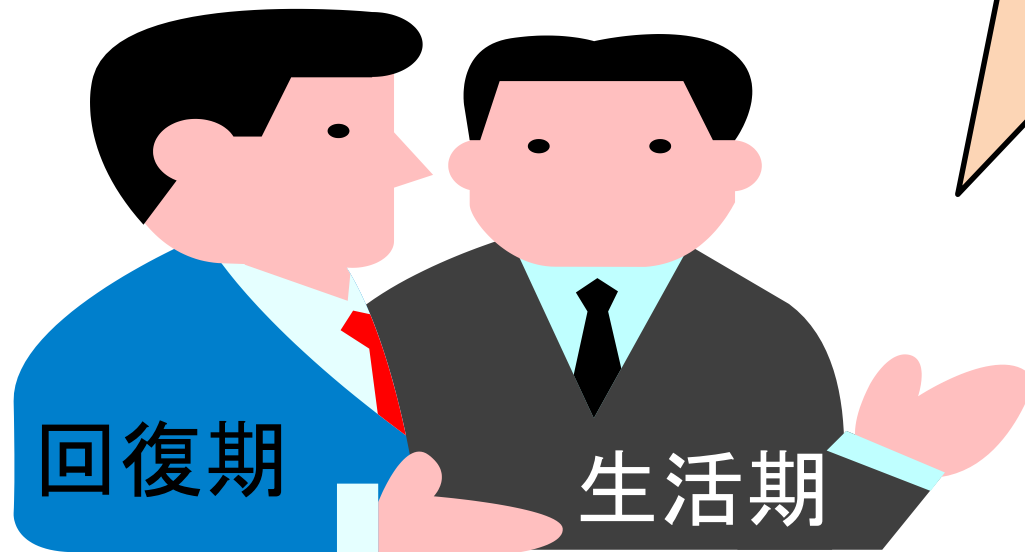
- ・急性期から、回復期、回復期から生活期（維持期）への情報提供のツールとして、全国的に様々な試みが行われている。

問題点：施設間の連携＝医師間の連携となっており、リハスタッフ間の連携のためのツールとして使うには、まだまだ工夫が必要。

連携パスは、回復期リハスタッフから生活期（維持期）リハスタッフに渡っているか？

パスにいろいろ書いても、その後、どうなったのか、維持期のスタッフからのフィードバックがないじゃないか！

え、書いてるの？
パスって、ほとんど見たことないよ。



回復期

Dr, リハスタッフ

相談員

地域

かかりつけ医

ケアマネージャー

訪問リハ

デイケア

病院(回復期)リハスタッフから地域リハスタッフに情報を伝える最も効果的な方法は？

退院前カンファレンスへの参加



院内カンファレンスにて退院の目途が立つ



相談員からケアマネージャーへの退院前カンファレンスへの参加依頼



ケアマネージャーが、暫定ケアプランを作成し、プラン内のリハスタッフ(老健・特養・通所・訪問)にカンファレンスへの参加を依頼



地域リハスタッフが、カンファレンスに参加し、院内リハスタッフと情報交換

実際には....

時間がない

→時間のやりくり(通常業務を動かしてでも)

ケアマネさんが呼んでくれない

→ケアマネさんにアピールを！

望ましい流れ

回復期病棟の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が、退院後のリハの継続の必要性の有無、有るとすれば、その手段を判断し、連携パスに、その旨、記載する。

具体的には...

例1：“（要介護1の）Aさんは、歩行耐久性の維持を目的として、通所リハビリの利用が必要と考えます。ケアプラン立案の際にご検討ください。”

例2：“（要介護3の）Bさんは、日中、在宅ではどうしても臥床しがちとなり、廃用の進行が危惧されます。通所介護、もしくは通所リハビリの利用による外出が必要と思われます。”

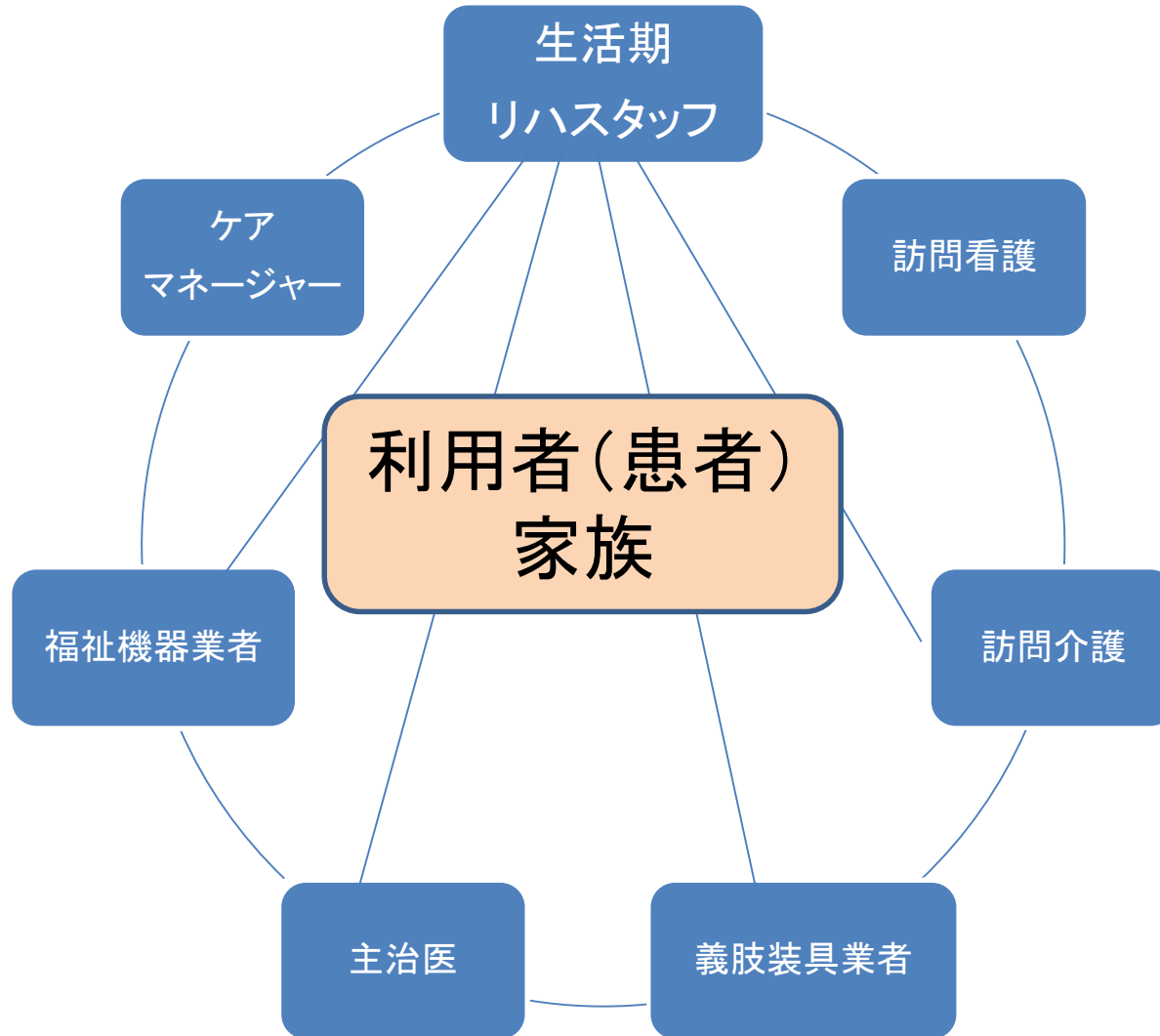
例3：“（要介護2の）Cさんは、すでに退院前訪問を行い、在宅でのADLも検討済みですが、立案どおりに行われるか、フォローが必要とと思われますので、訪問リハの導入をご検討ください。”

例4：“（要介護2の）Dさんは、自宅周囲の歩行が自立する可能性があります。入院中は十分に練習できませんでした。訪問リハを導入し、屋外歩行の練習を継続していただければと思います。

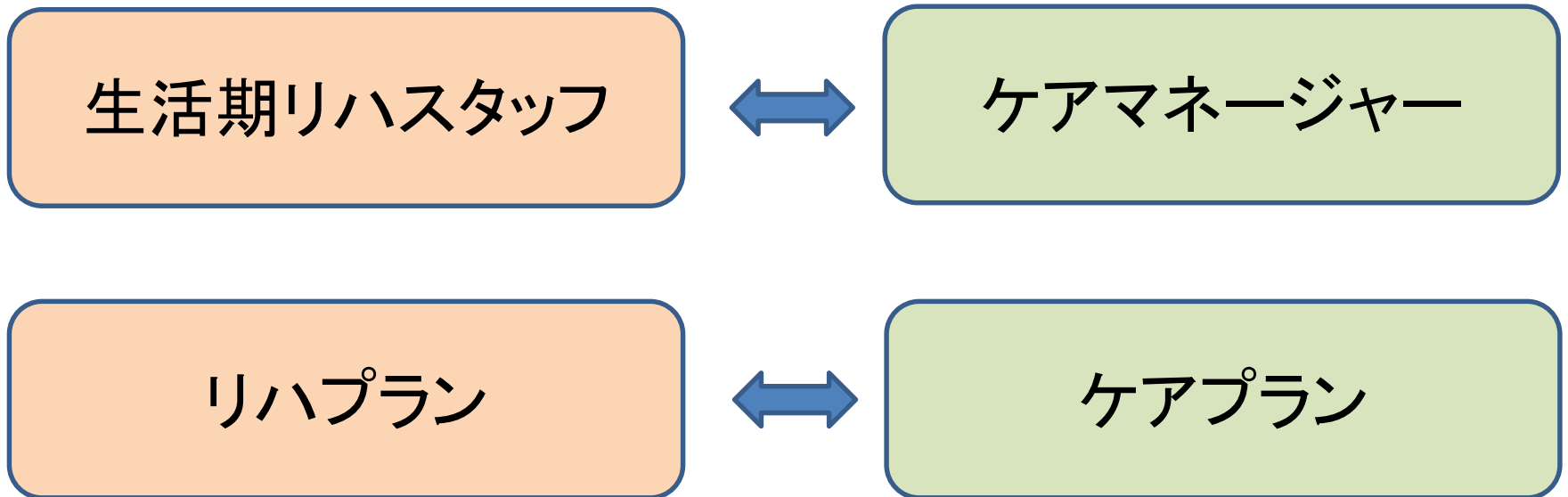
担当している利用者さんが入院したら

生活期リハスタッフが、入院中の様子を知りたいように、病院リハスタッフも在宅での様子、どのようなリハを行っていたのか、知りたい。 →別紙参照

2. 横の連携



① ケアマネージャーとの連携

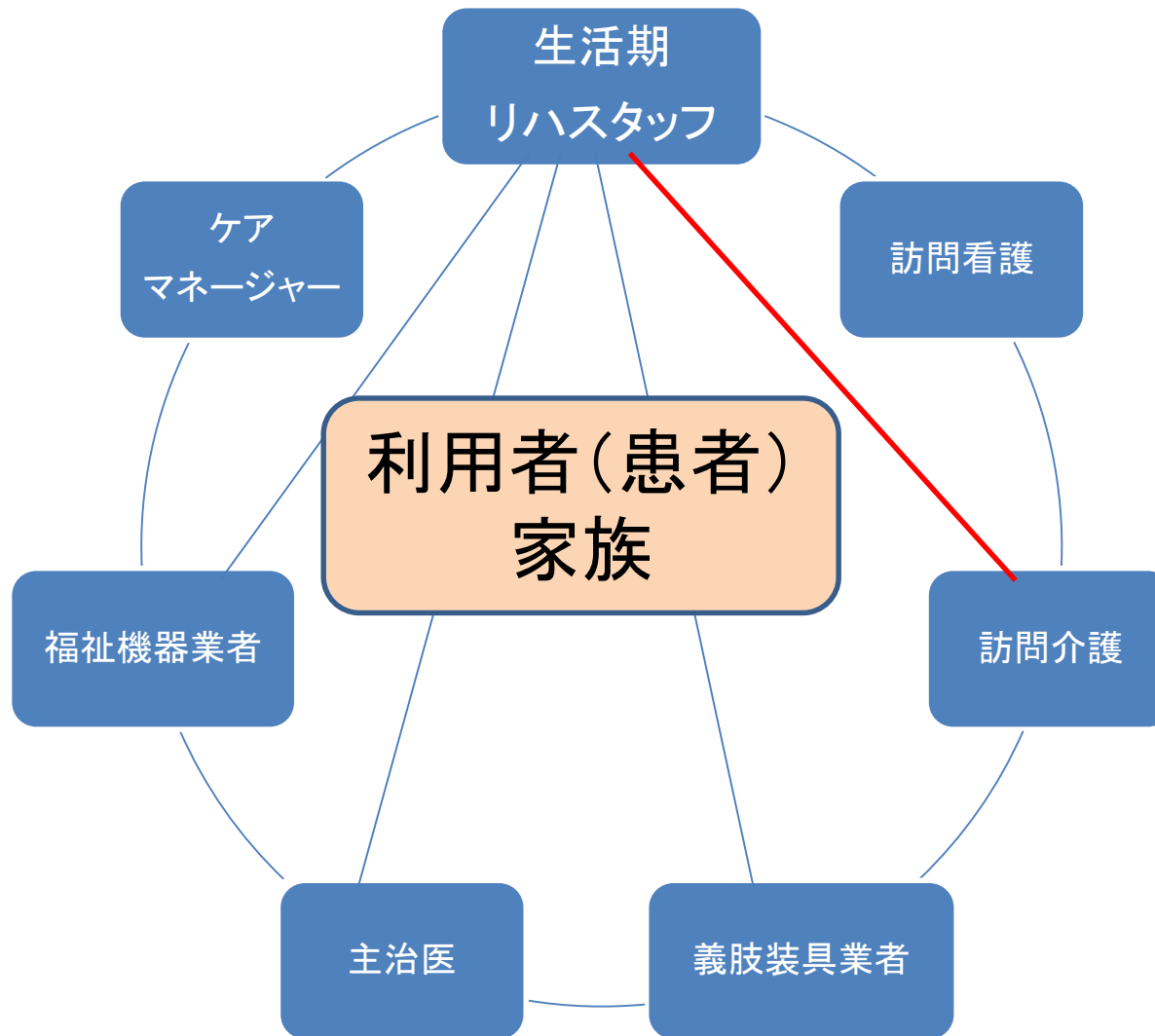


- こちら側の意図, プランは十分にケアマネージャーに伝える.
- 両者に大きな矛盾がなければ, 良し(としたい).

これではまずい！

	リハスタッフ	ケアマネージャー
移動	歩行を目指したい！	転倒するといけないので、このまま車いすで...
入浴	家族の介助で、家のお風呂に入れるようになってほしい！	家族の負担を増したくないので、デイサービスの入浴でいい...
食事	少しでも経口摂取してほしい！	誤嚥が怖いから胃瘻のままでいい...

② 訪問介護との連携



平成24年度介護保険改正の一つ

■ 訪問介護と訪問リハビリテーションとの連携の推進

利用者の在宅における生活機能向上を図る観点から、訪問リハビリテーション実施時にサービス提供責任者とリハビリテーション専門職が同時に利用者宅を訪問し、両者の共同による訪問介護計画を作成することに対する評価

① 訪問介護

生活機能向上連携加算(新規)

⇒ 100単位／月(3ヶ月間算定可能)

② 訪問リハビリテーション

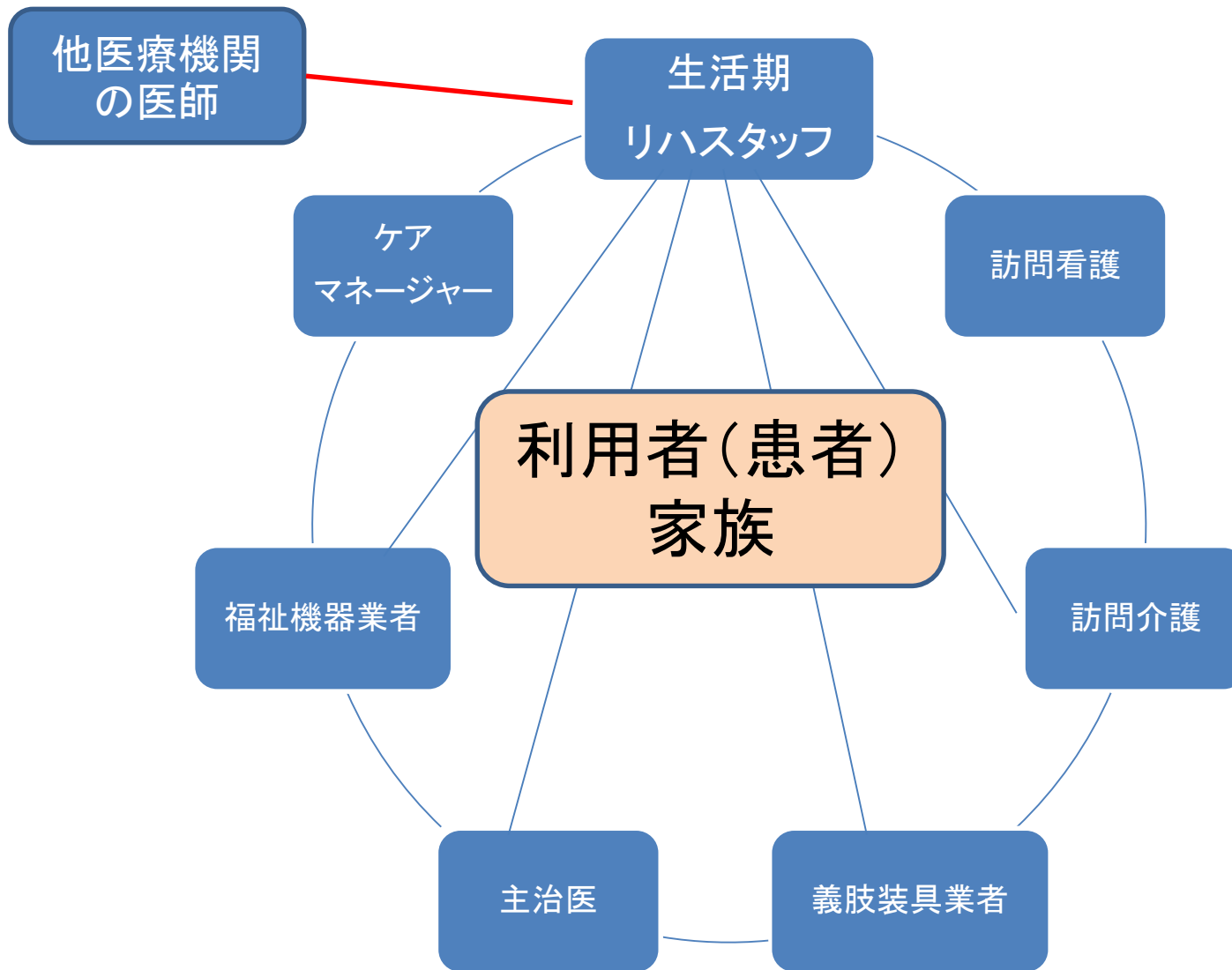
訪問介護事業所のサービス提供者と連携した場合の加算

⇒ 300単位／回(3月に1回を限度に算定可能)

訪問介護に訪問リハが同行し、浴槽の出入りに
ついて連携



③. 他医療機関医師との連携



上肢痙縮にボトックスを使用

before



after



上肢痙縮に対するボツリヌス療法

脳卒中(脳血管障害)とは

「脳卒中」とは、脳の血管が破けた
り、詰まったりして、その先の細胞に
栄養が届かなくなり、脳の働きに障害
が起きる疾患です。「脳血管障害」と
もいわれます。



詳しくはこちら

けいしゆく 痙縮(手足の筋肉のつっぱり)とは

脳卒中によくみられる運動(機能)障
害の一つに痙縮という症状がありま
す。痙縮とは筋肉が緊張しすぎて、手
足が動きにくかったり、勝手に動い
てしまう状態のことです。



詳しくはこちら

ボツリヌス療法とは

ボツリヌス療法とは、ボツリヌス菌
(食中毒の原因菌)が作り出す天然の
たんぱく質(ボツリヌストキシン)を
有効成分とする薬を筋肉内に注射する
治療法です。



詳しくはこちら

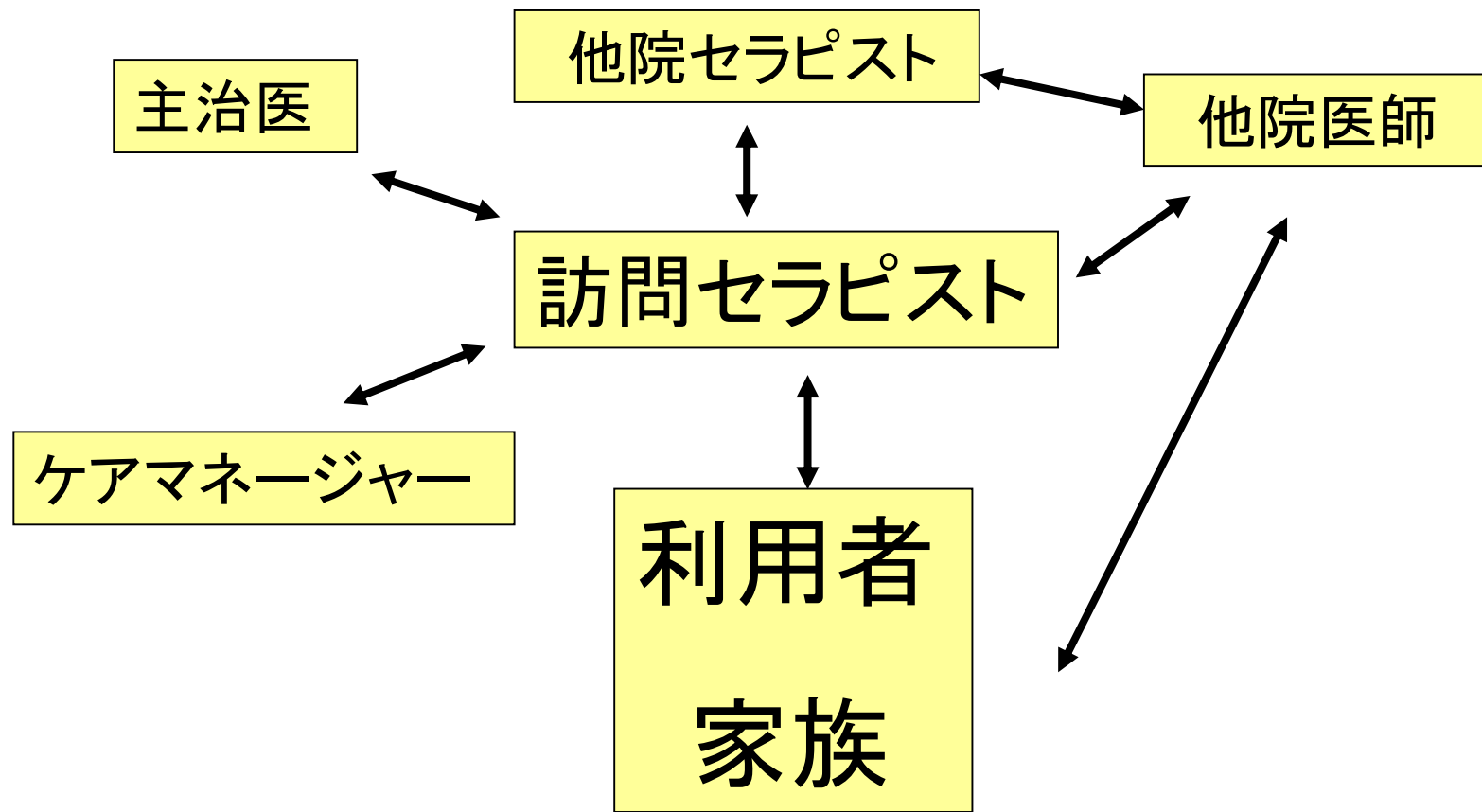
脳卒中と公的支援

脳卒中の後遺症でお困りの方は、公的
支援を受けることができます。



詳しくはこちら

【担当セラピストが行った連絡・調整】



手指の屈曲拘縮(屈筋群の短縮)による 手掌の保清困難



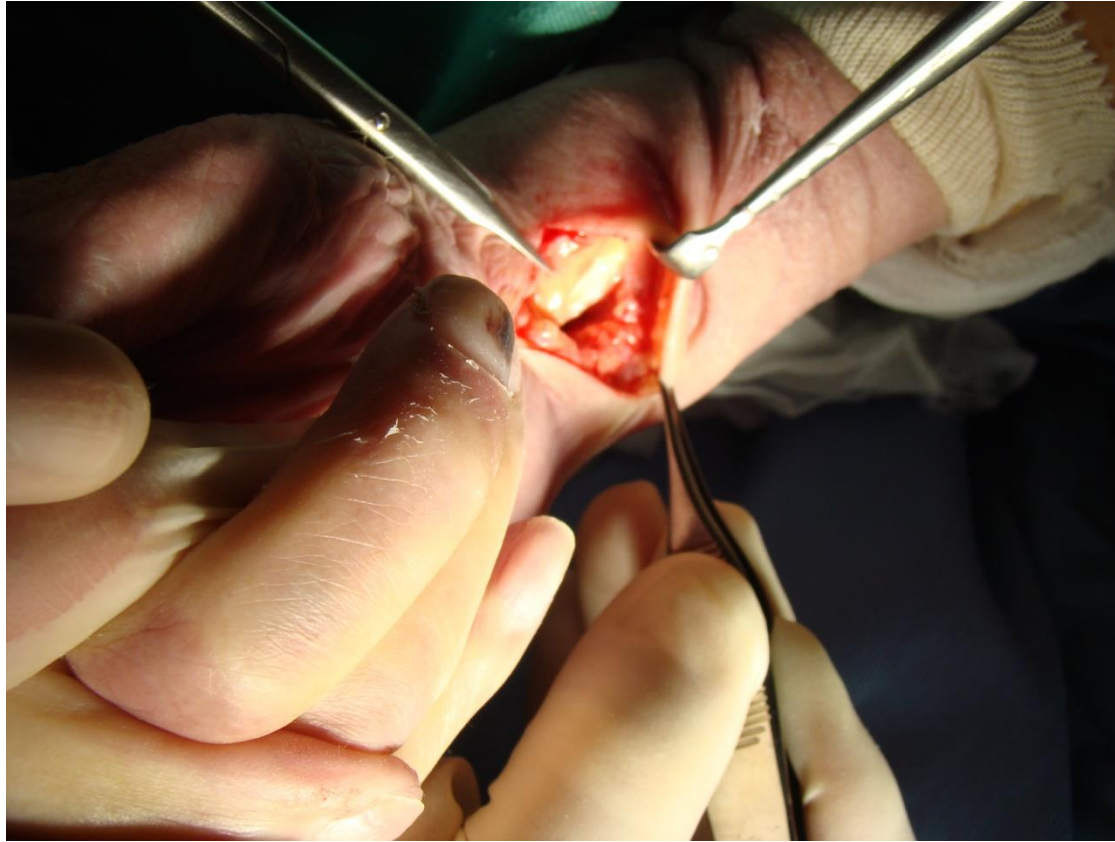
介護者からは「手を握ったままなので、掌を洗ったり、爪を切ったり、タオルを握らせるのが大変」「爪が切りにくい」などの声が聞かれた。

【経過】

担当セラピストは手指屈筋腱々切り術について整形外科医（当院医師）に相談を行い，往診による検討の結果，“適応あり”という回答を得た．

その後，担当セラピストから，家族，担当ケアマネージャー，主治医への手術内容，期待される効果について説明，同意を得て，××年2月27日，当院にて手術が施行された．

腱切り術を施行



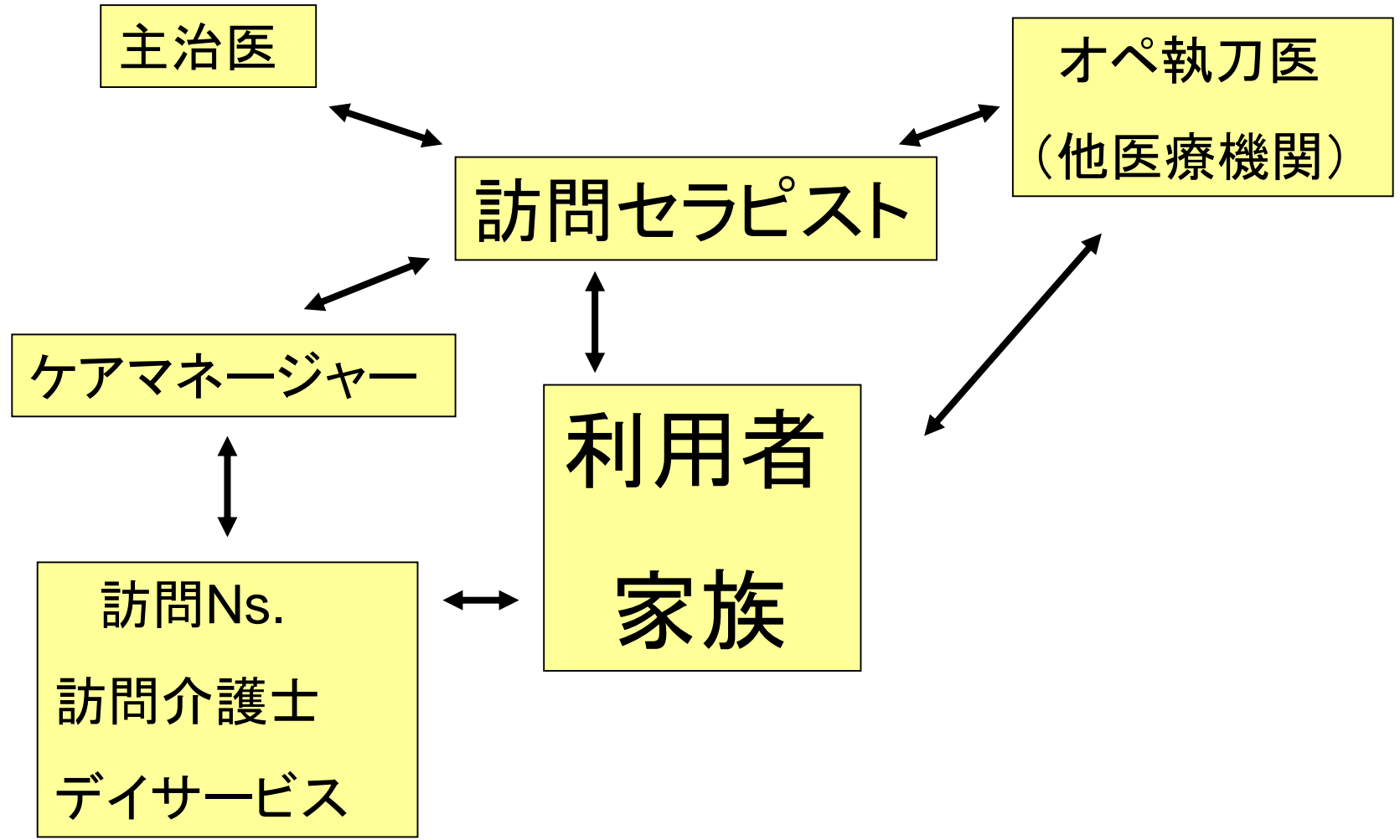
両側の長掌筋腱，浅指屈筋腱，深指屈筋腱の9本の腱を切断
(当院にて日帰りオペ)

【結果】



手術後，訪問看護師，訪問介護士，デイサービス職員からも「手掌の保清，爪きりや，タオルを握らせるのが容易になった。」との情報を得た。

【担当セラピストが行った連絡・調整】



在宅に行ける義肢装具業者との連携



どの職種と連携するにしても...

必ず、

ケアマネさんに断ってから行う.

“横の連携”とは、見方を変えれば...

リハスタッフのできることなど、限られてるのだから、他職種力を借りなければ、利用者・家族は、こちらが望んでいる、いい方向にいかない。

連携で大事なことは

“メールよりも電話、電話よりも会って(話す)”

メール → 記録には残るが、ニュアンスが伝わりにくい。

電話 → ニュアンスは伝わるが、表情が見えない。





OT・ST・PTが
やらねば
誰がやる？

“キャシャーンがやらねば誰がやる？”