

第12回脳血管障害新潟地域連携パス研究会

維持期（生活期）の現状と課題

ゆきよしクリニック

三村 健（理学療法士）

“生活期”という用語について

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”

地域包括ケア研究会報告書

平成22年4月26日

三菱UFJリサーチ&コンサルティング

“急性期から回復期にかけて医療分野における
リハビリテーションと介護分野における生活期
リハビリテーションとが一体的に提供されて
いない。”

Rehabilitation Care Joint Study Conference
リハビリテーション・ケア合同研究大会
くまもと2011



リハ・ケア再考

★すべての人にリハ・マインドを届けよう★

- HOME
- 大会長あいさつ
- 開催概要
- プログラム
- 演者の皆様へ
- 演題募集
- 事前参加・懇親会申込
- 宿泊申込
- 会場へのアクセス
- 協賛・展示のご案内
- 協力医療機関
- 各団体への入会について
- リンク
- お知らせ一覧
- お問い合わせ

Rehabilitation Care Joint Study Conference

リハビリテーション・ケア合同研究大会
くまもと2011



開催まで 24 日

1日目

10月27日(木)

会場名		13:30	14:00	14:30	15:00	15:30	
第1会場	特別講演・シンポジウム	13:30～15:30 研修会シンポジウム-I 日本リハビリテーション病院・施設協会主催 「生活期を支える地域連携ー地域包括ケアとリハ体制ー」 座長：平田 好文(熊本託麻台病院院長),木村 隆次(日本介護支援専門員協会会長) シンポジスト: ①逢坂悟郎(兵庫県立リハビリテーション西播磨病院 リハビリテーション部長) ②田島和周(熊本在宅ドクターネット事務局 田島医院 院長) ③佐藤吉沖(甲州リハビリテーション病院 副院長) ④本庄弘次(本庄内科病院) ⑤平上真紀子(熊本市東3地域包括支援センターひごたい)					「こ... ー平成24 県 談
第2会場		13:30～14:30 教育研修講演-1 「超高齢社会の医療・介護制度とリハケア体制」 講師：鈴木 邦彦(日本医師会常任理事) 座長：	14:30～15:30 教育研修講演-2 「日本人の意識と障害受容(克服)」 講師：岡本 五十雄(医療法人ひまわり会札幌病院 顧問兼リハビリテーションセンター長) 座長：			1 教 「地域包括 マネ 講師：木村 専	

第5会場		ソーシャルワーク-1 1-5-1	ソーシャルワーク-2 1-5-2	地域リ
第6会場		通所リハ-1 1-6-1	通所リハ-2 1-6-2	
第7会場		生活(維持)期リハ-1 1-7-1	生活(維持)期リハ-2 1-7-2	
第8会場		安全管理-1 1-8-1	義肢・装具-1 1-8-2	福祉
P1会場	ポ ス タ ル	急性期リハ-1 1-P1-1	急性期リハ-2 1-P1-2	栄養
P2会場		訪問リハ-1 1-P2-1	訪問リハ-2 1-P2-2	

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？」

生活期(不安定期→安定期→拡大期)

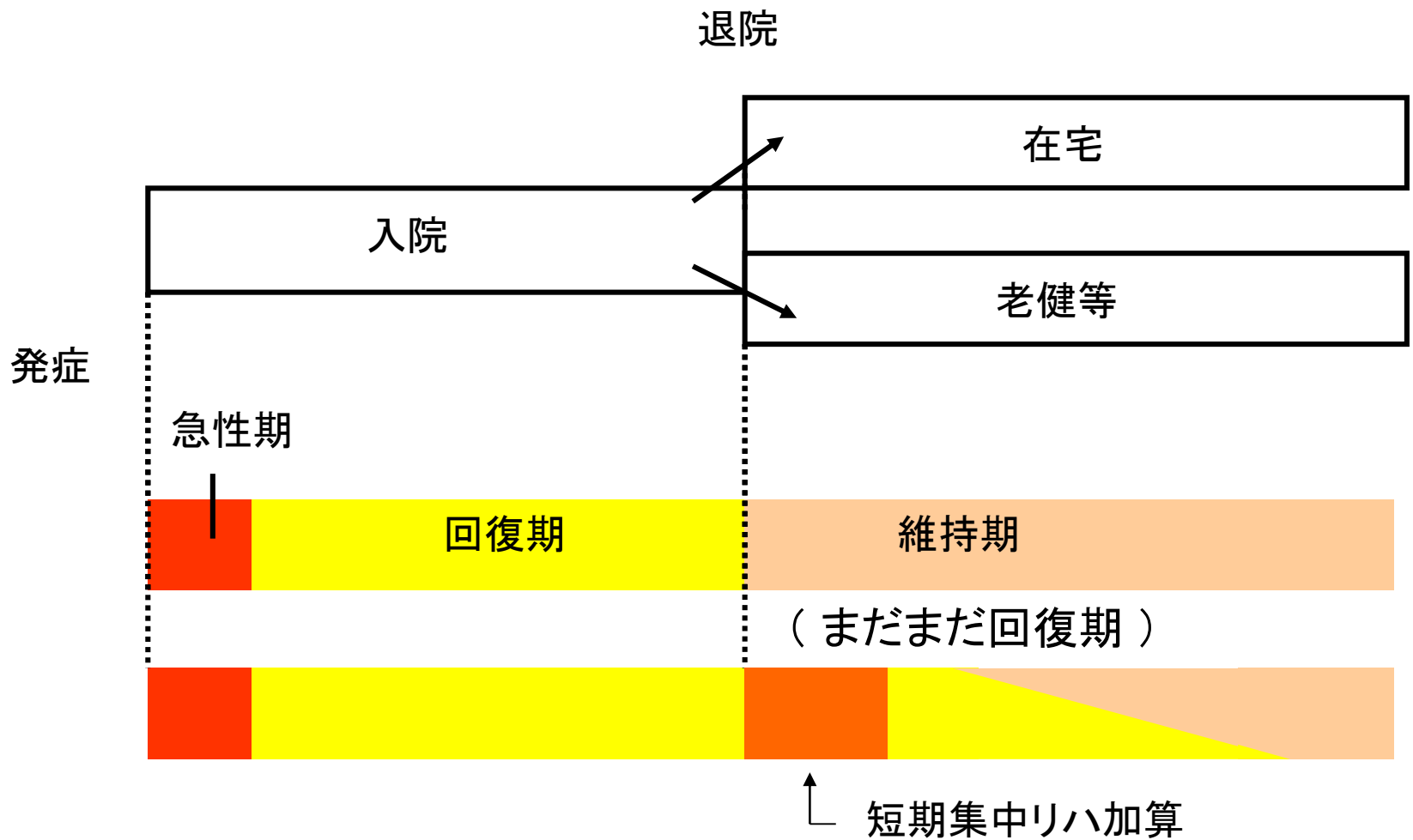
← 生活期 →



維持期と呼ぶには・・・

- 生活不安定期 ……維持してゆくべきADLのパターンが未確立。退院の時点でできていたことができなくなる, 逆に退院の時点でできなかったことが自然とできるようになることもある.
- 生活安定期 ……従来言われている“維持期”のニュアンスに最も近い.
- 生活拡大期 ……退院の時点では「もうできない」と思っていたことができるようになる.

発症からの経過



リハビリテーションの流れ

急性期



そもそも、このわけ方が医学モデル、中でも“身体機能”のみ、中でも“麻痺の回復(Bs stage)”のみに焦点を絞った分け方ではなかろうか？

“全人的復権”，“生活重視”を謳ったリハビリテーション医療のモデルとして適切なのか？

一定の障害を残存させて退院してくるCVA患者には、 全例、ケアプランに訪問リハを！

訪問リハを行う期間	目的	内容
1ヶ月コース	主に評価	・退院時のプランが履行されているか否かの確認
2ヶ月～1年コース	発症前の歩行， ADL の再獲得，さらなる拡大を目指す。	・歩行訓練 ・ ADL 訓練
継続コース	退院時の歩行， ADL を維持する。	・歩行訓練 ・ ADL 訓練



二つの異なる意味合いで用いられている“終末期”

- ① 癌, ALSなどの疾患における”終末期”(ターミナルケア)
- ② CVAなどにおける急性期, 回復期, 維持期に続く, さらにその先の“終末期”

→ 本演題における

“終末期リハビリテーション”

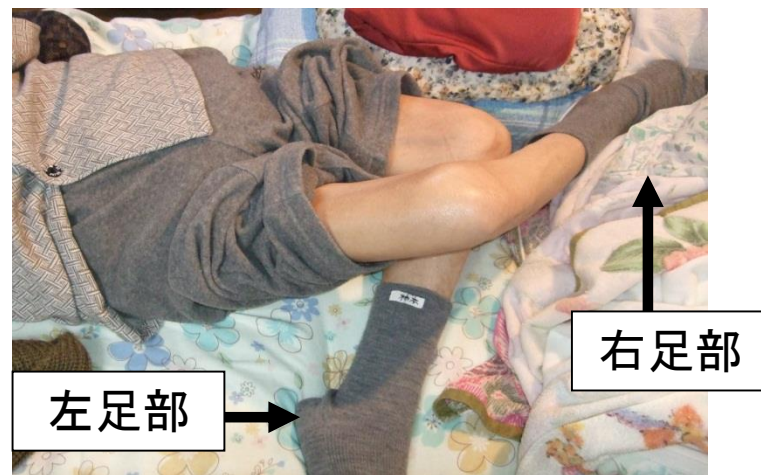
定義

“加齢や障害のために自立が期待できず, 自分の方で身の保全をなしえない人々に対して, **最後まで人間らしくあるように**医療・看護・介護とともに
行うリハビリテーション活動”

大田仁史 (2002年)「終末期リハビリテーション」 p.56



両肘，手指の屈曲拘縮



両下肢の重度の拘縮

※写真の使用は、ご家族様の同意を得ている

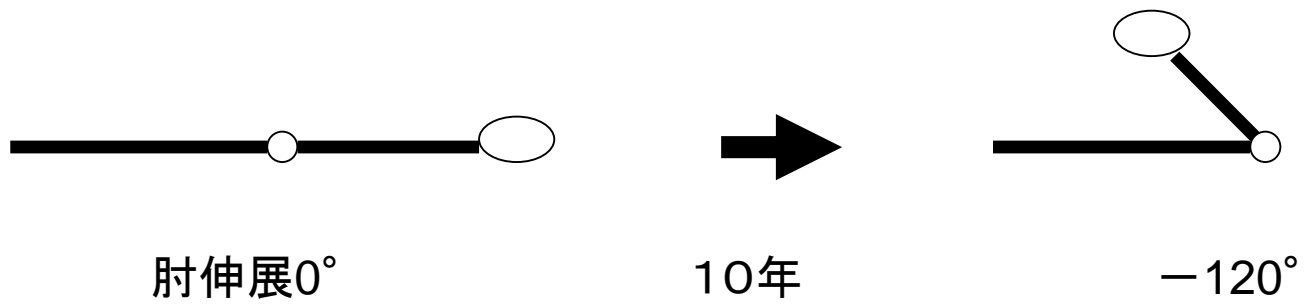


介護者(妻)によるおむつ交換



車いす上では足部の固定が必要

拘縮の進行

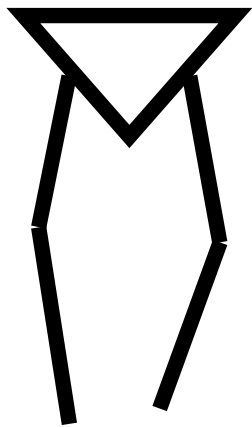


10年で $0^{\circ} \rightarrow 120^{\circ}$

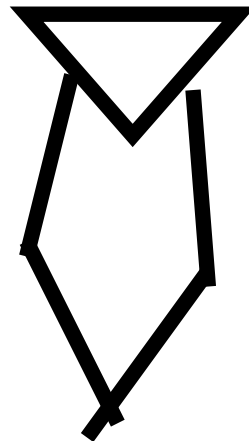
1年で $0^{\circ} \rightarrow 12^{\circ}$

1ヶ月で $0^{\circ} \rightarrow 1^{\circ}$

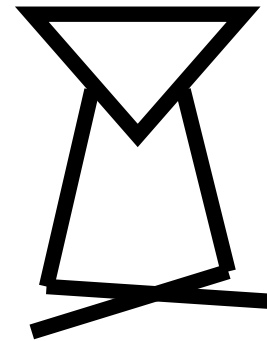
膝屈曲拘縮の進行



H11



H16



H22

訪問リハにおける拘縮の予防

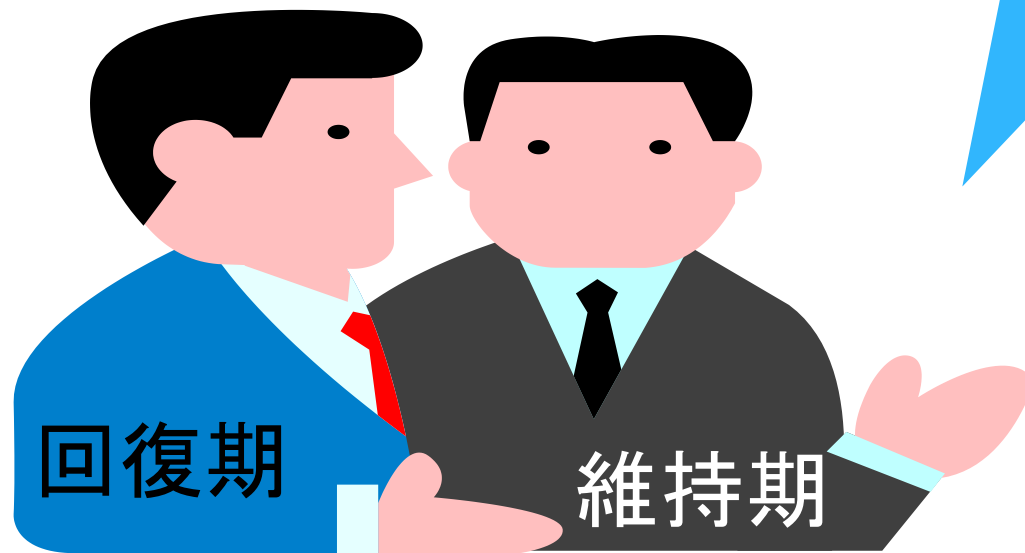


週1回2単位の訪問を入院, もしくは死亡されるまで継続の予定

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

リハの必要性は誰が判断？

医療保険
(医療機関)

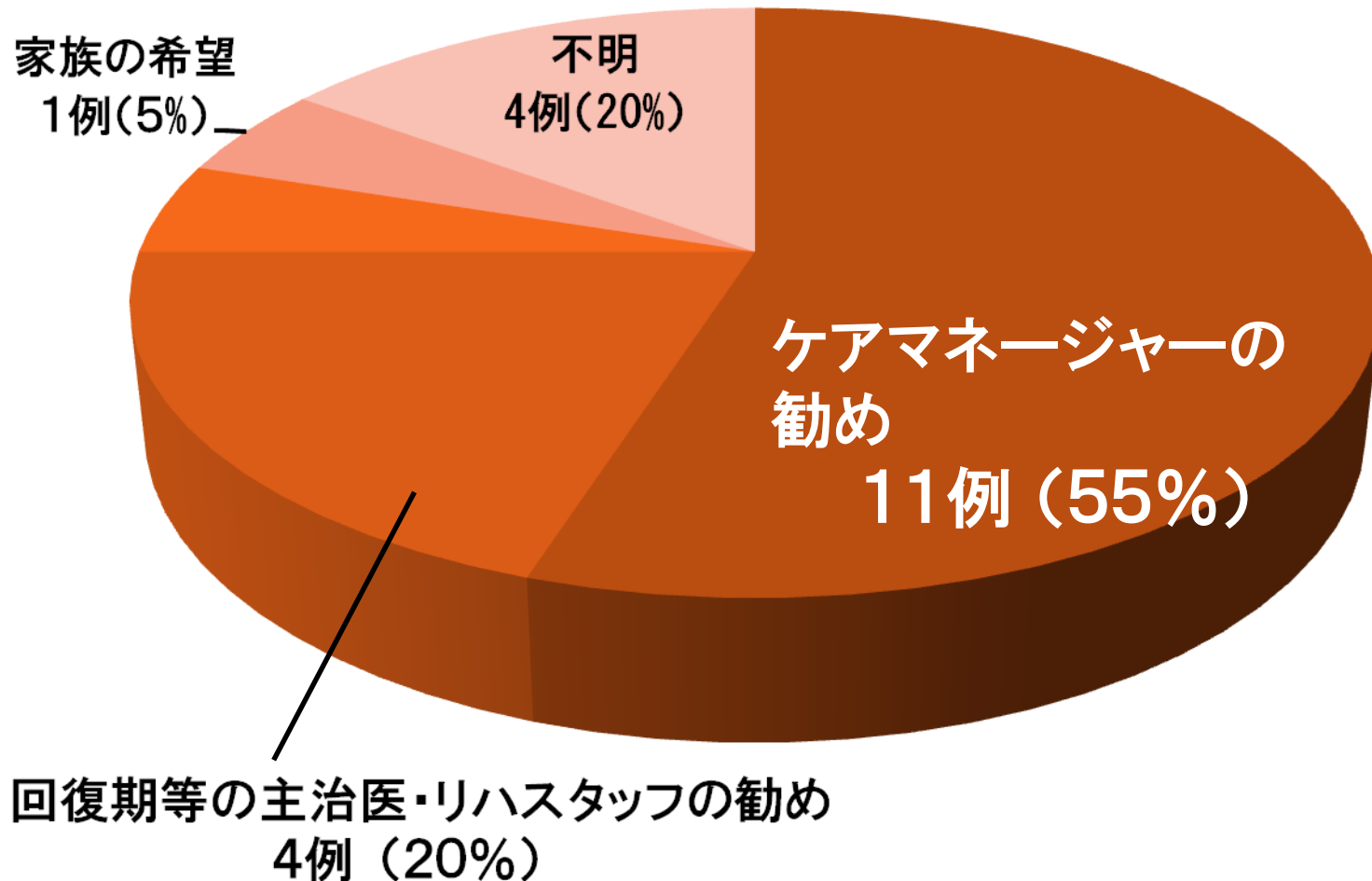
医師

介護保険
(在宅・施設)

ケアマネージャー

理学療法士・作業療法士・言語聴覚士

訪問リハ導入のきっかけ



ケアマネージャーさんへ、アピールを！

- 地域連携パスが、医療機関から、地域のかかりつけ医だけでなく、ケアマネージャーさんへ確実に渡ること.
- パスの中に、リハの継続の必要性が明記されること.
- パスが、ケアマネージャーさんから、リハスタッフへ確実に渡ること.

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。”

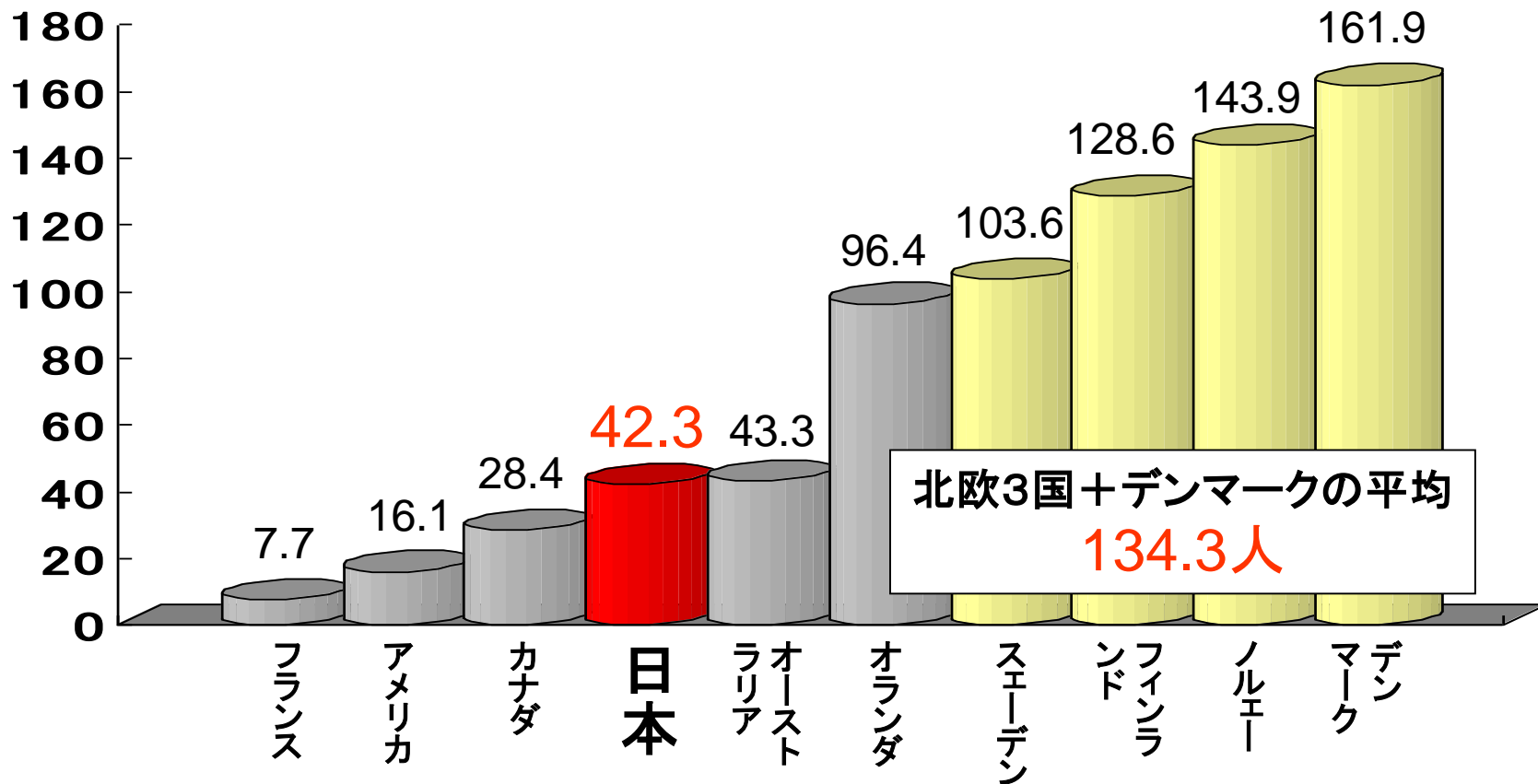
実際には...

- 訪問リハを始めとする生活期(維持期)に従事するリハスタッフの圧倒的不足
→従事者の育成の必要性

職種	平成22年国家試験合格者数(人)
理学療法士	8291
作業療法士	5317
言語聴覚士	1619

各国の理学療法士の数

(人/10万人)



日本に北欧なみのリハ、ケアを保証するなら、PTだけでも現時点で17.1万人必用(11.7万人の不足)。

(ただし、今後の介護保険料は？ 消費税は？)



ご清聴, ありがとうございます。