

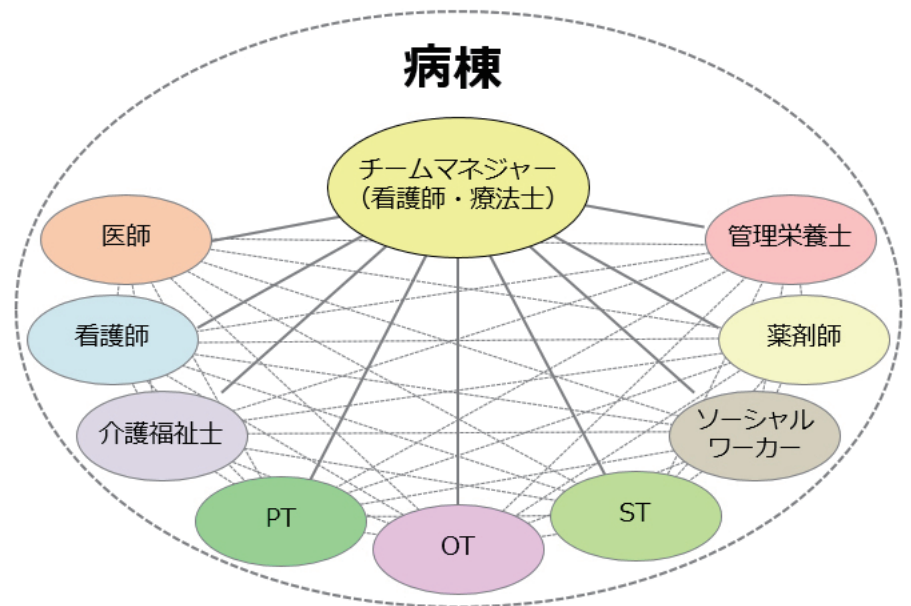
リハビリ室で出来るようになった日常生活動作を、病棟の生活場面でも安全に行えるようになるためには、見守り下での動作を生活場面で反復して行く必要があります。生活場面での活動を安全に拡大していくためには、リハビリを担う療法士とケアを担う看護師・ケアワーカーがお互いに歩み寄り、どのような動作をどこまで患者さんに行ってもらうかをしっかりと協議・情報共有し、協力し合えるチームワークが欠かせません。また、病院で出来るようになった活動を自宅でも実践していただくためには、患者さんやご家族への退院時指導はもちろんのこと、退院後の生活を支えるケアマネージャー等、地域のスタッフとの連携も重要となります。

当院ではチームアプローチ推進のため、「病棟専従体制」「カンファレンスと情報共有の強化」「地域連携の推進」を強化しています。

病棟専従体制

当院では4つの各病棟に、医師、看護師、ケアワーカー、理学療法士、作業療法士、言語療法士、ソーシャルワーカー、管理栄養士、薬剤師を専従で配置しています(図26)。病棟専従体制の一番のメリットは、病棟内で顔を合わせる機会が多くなるため、職種間でのコミュニケーションが密になり、職種の壁が出来にくい環境が自然に形成されることにあります。

図26



カンファレンスと情報共有の強化

回復期リハ病棟のスタッフ間で共有すべき情報は、疾患・合併症・機能障害・能力障害・社会的不利等の基本的な情報はもちろんのこと、リハプログラムの内容や進捗状況、ADL活動度の指示内容、短期・長期ゴール、退院準備の進捗状況、日々のリハ訓練スケジュール、転倒の情報にいたるまで多岐に渡ります。膨大な情報を全職種が正確に把握し、そこから抽出された問題点や対応策に対して、「何を」「誰が」「いつまでに」行うのかを明確にするためには、定期的なカンファレンスが欠かせません。

図27

当院では、患者さん毎に定期カンファレンスとミニカンファレンスを2週間おきに行っています。その他、毎朝・夕に行う病棟全体ミーティングや空き時間で意見交換を活発に行い、カンファレンスの隙間を埋めるようにしています。(図27)

また、当院ではチーム医療での情報共有機能を第一に考えた回復期リハ病棟専用の電子カルテを企業(MBテック)と共同で開発し使用しています。電子カルテの存在がより緻密で正確な情報共有を後押ししています。



地域連携の推進

回復期リハ病棟から自宅に退院する割合は約7割とされていますが、障害を残す患者さんとそのご家族が不安を抱えている状態では自宅退院に向けて動き出すことは出来ません。「退院後の生活がどうなるのか?」「家族の介護負担や経済的な負担はどの程度なのか?」「どのような内容の介護サービスをどの程度利用すべきなのか?」「退院後のリハビリはどうなるのか?」等を具体的にイメージできるよう、ソーシャルワーカーを中心に病院スタッフが丁寧に支援することが求められます。

支援すべき内容として、患者さんやご家族の社会的背景(病前の生活状況、職業、家庭内の役割等)の評価、自宅や周辺環境の評価、介護保険や障害者手帳等必要な社会的資源の申請手続きの援助等が挙げられます。さらに、退院に向けた家庭訪問・家屋改修や福祉機器導入のアドバイス(図28)、ケアマネジャー等生活期のスタッフも交えた退院前共同ケアカンファレンス(図29)、ご家族への介護指導、外泊訓練のサポート、退院後のリハ計画等盛りだくさんです。これらの支援を退院時期に間に合うようにスケジュールを組んでいく必要があります。当院では、退院に向けた患者さんやご家族へのサポートが過不足なく行われるよう、各病棟に2名のソーシャルワーカーを専従で配置しています。

また、当院は平成26年から東京都区西南部の地域リハ支援センター事業施設に認定され、地域のケアマネジャー等退院後の生活を支援するスタッフと普段から顔の見える関係を構築できるよう、勉強会や事例検討会等様々な活動を企画運営し、さらなる地域連携の強化に取り組んでいます。(図30)

図28<家庭訪問・家屋改修や福祉機器導入のアドバイス>



図29<退院前共同ケアカンファレンス>



退院の1か月くらい前に、療法士が患者さんを同伴して家庭訪問し、自宅の浴槽の出入りや玄関の出入りの動作等を確認し、御家族やケアマネジャー(介護支援専門員)とも相談して家屋改修や介護用具の必要性を検討します

図30<地域リハ支援センター事業:福祉機器の勉強会と事例検討会>

