

当院の取り組み

vol.4
改訂2023.10.

■ 医学的管理

医師の体制	2
検査機器 (MRI・CT・嚥下造影)	2
気管切開への対応	3
経管栄養の管理 (間欠的経管栄養法の取り組み)	4
膀胱留置カテーテルの管理	4
水頭症シャント術後の管理	5
疼痛の管理 (肩手症候群、神経障害性疼痛、筋痙縮)	5

■ 栄養管理

経管栄養	6
嚥下調整食	6
食事へのこだわり	7

■ リハビリテーション

歩行訓練	8
上肢機能訓練	9
摂食嚥下訓練	10
高次脳機能障害	10
痙縮の治療	11
生活訓練	12

■ ケア

当院のリハケア基準	13
モーニングケア・イブニングケア体制	13
転倒予防対策	14
車椅子	14
褥瘡予防対策	15

■ チームアプローチ・地域連携の推進

病棟専従体制	16
カンファレンスと情報共有の強化	16
地域連携の推進	17

医師の体制

リハビリテーション科の医師には、病気の治療だけに留まらず、様々な障害を適切に評価したうえでリハビリ計画を策定し、チーム全体を見渡しながらか計画の進捗状況を確認するというリハビリ科特有の能力が求められます。その他、装具処方、嚥下造影、嚥下内視鏡、痙縮治療等、一般の科では扱わない特殊な診療技術も必要になります。

当院では日本リハビリテーション医学会のリハ科専門医・指導医が中心となり、リハビリ科特有の医師業務が円滑に進むよう医師の診療・教育体制を構築しています。

また、様々な病態や合併症に対応するため、皮膚科・泌尿器科・整形外科・精神科・眼科の医師と歯科医師を非常勤で配置しています。

検査機器(MRI・CT・嚥下造影)

MRI

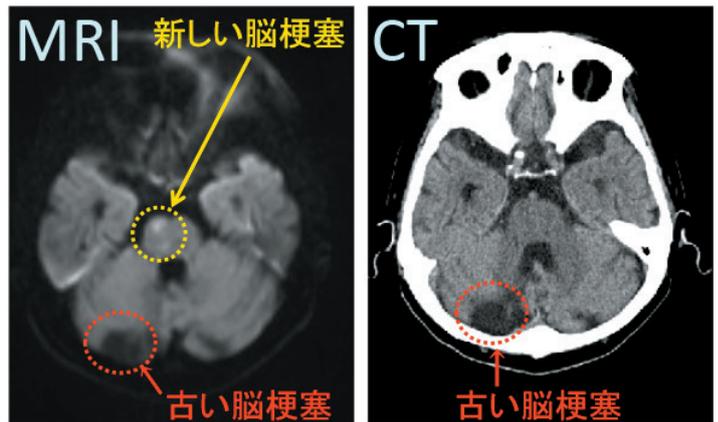
脳卒中では再発予防が何より大事ですが、回復期リハ病棟入院中に万一再発が起きた場合、迅速に診断し適切な治療を一刻も早く開始できるよう急性期病院に搬送し、新たな障害を最小限に食い止める必要があります。

脳梗塞の早期診断にはMRIが有効です。CTでは脳梗塞発症から24時間以上経過しないと画像上の変化が現れないのに対して、MRIでは発症1時間後には画像上の変化として捉えることができるため、より早期での診断が可能となります。

写真は脳梗塞再発から数時間後のMRI とCTを比較したものです。MRIのDiffusion Image (図1:左)ではもともとあった古い脳梗塞の部位は黒く抽出され、新たに発症した脳梗塞は白く抽出されるため、再発が生じたことが一目瞭然です。ほぼ同時に撮影されたCT (図1:右)では、再発した脳梗塞を抽出できていないため、再発を見逃してしまう可能性があります。

当院ではMRIを常設し、診断の精度を上げて患者さんのリスクを最小限に抑えるように努めています。

図1 <脳梗塞発症から数時間後のMRIとCT>



CT

CTは短い撮影時間で、通常のレントゲンとは比較にならないほど多くの情報を得られるメリットがあります。図2の胸部CTでは、一般のレントゲン写真では確認しづらい心臓の裏側にある肺炎像を鮮明に捉えることができます。

当院では肺炎や急性腹症等の合併症をより早期に診断するため、CTを24時間体制で稼働させています。

図2 <胸部CT>



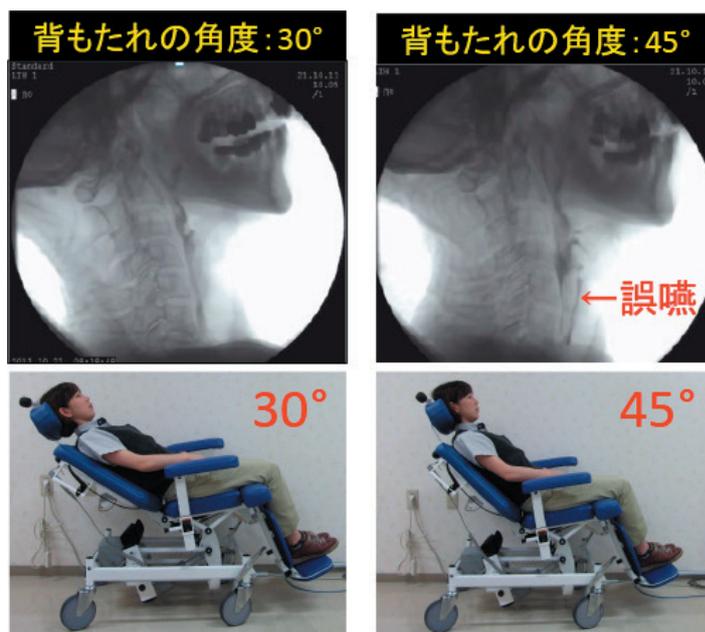
肺炎像

嚥下造影

嚥下造影は、造影剤(バリウム)や造影剤を混ぜた食品を飲み食べてもらい、口や喉の動き・構造の異常・食物の動きをレントゲン透視で観察する検査です。誤嚥の有無を判定するのはもちろん、安全に嚥下訓練ができる姿勢や食品の形態・量を見極めることができます。

写真は実際の嚥下造影の画像です。背もたれの角度を30度にして半分寝かせた状態(図3：左上)では誤嚥なく安全に摂取できていますが、45度に起こした姿勢(図3：右上)では誤嚥が認められています。この検査結果より「30度に寝かせた状態であれば食べる練習を安全に行うことができる」と判定できます。当院では、このような微妙な違いを見極めるために、検査時の姿勢を細かく調節できる嚥下造影専用の椅子(コンバー VFX / 図3：下)を使用し、医師・言語聴覚士・放射線技師の3名で判定しています。

図3 <実際の嚥下造影の画像>



気管切開への対応

動画リンク <https://youtu.be/VhOwiWmP9E>



当院では気管切開があるという理由で入院をお断りすることはありません。気管カニューレの抜去をできる限り追求していくことは回復期リハ病棟の重要な役割の一つであると考えているからです。気管カニューレを抜去して気管切開孔を閉鎖することができれば、発声によるコミュニケーションの可能性を模索することが出来、喉の動きが良くなることで嚥下機能が改善することも期待できます。

安全かつ早期に気管カニューレを抜去するため、当院独自のプロトコルをもとに、痰を吸引する機能重視の通常のカニューレから、より生理的な呼吸を促し発声可能で嚥下訓練にも有利なスピーチカニューレに変更し、呼吸状態や嚥下機能の回復を見極めながらカニューレを抜去する時期を決めています(図4)。気管切開・気管カニューレ留置の状態でご入院された患者さんの69%は退院までに気管カニューレを抜去し気管の孔を閉鎖することができます。(図5)

図4 <気管切開・気管カニューレ留置>

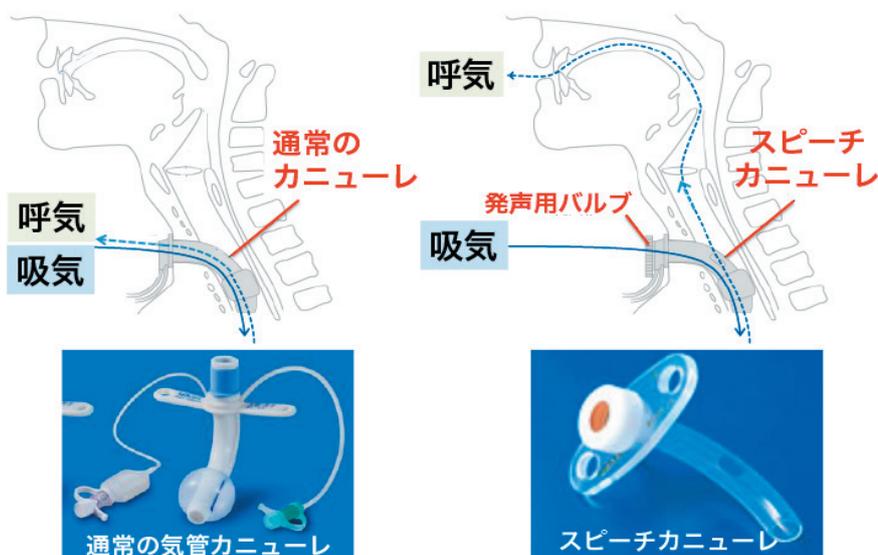
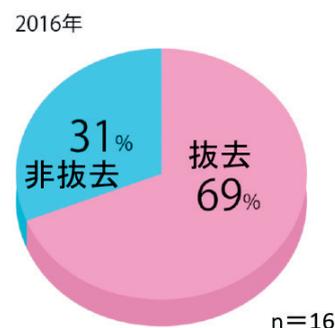


図5 <当院における気管切開の転帰>





経管栄養の管理:間欠的経管栄養法の取り組み 動画リンク <https://youtu.be/AD1JkNiUXso>

嚥下障害が重度で口から十分に栄養摂取が出来ない場合、経管栄養による補助栄養を行います。多くの病院では、鼻から胃まで届くチューブ(経鼻胃管)を留置して栄養剤を注入しますが、チューブが24時間ずっと留置されたままであるため「チューブが嚥下運動を邪魔する」「患者さん自身がチューブをいじらないように手を縛って抑制する必要がある」「喉の奥が不潔になりやすい」「注入に時間がかかるために離床を妨げる」等さまざまなデメリットが生じてしまいます(図6)。

当院では胃瘻以外の経管栄養は原則として間欠的経管栄養法で行っています。間欠的経管栄養法とは、栄養剤注入のたびに口または鼻から栄養チューブを挿入し、注入後はチューブを抜去する方法で、「喉の奥の衛生状態が改善する」「注入時間を短縮できる」「注入する時以外はチューブから解放されるため、患者さんの苦痛が減る」「チューブがない状態で嚥下訓練ができる」「手を縛る等の身体抑制が不要となる」等多くのメリットがあります。間欠的経管栄養法は嚥下訓練を進める上で大きなアドバンテージになり、経鼻胃管留置で管理する場合に比べて3食経口摂取にまで改善する割合が18%も多くなると報告されています(図7)。

間欠的経管栄養法を安全に行うためには、看護師とケアワーカーの手厚い人員配置と十分なスタッフ教育が欠かせません。多くの病院が「医療者側が手技に慣れていない」「看護師の手間が経鼻胃管留置に比べて多い」等の理由で間欠的経管栄養法の導入に踏み切れていないなか、当院ではより多くの患者さんが食べる喜びを取り戻すことができるよう、間欠的経管栄養法にこだわり続けています。

図6 <経鼻胃管留置>

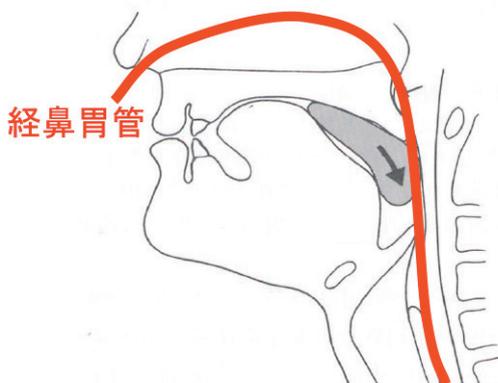
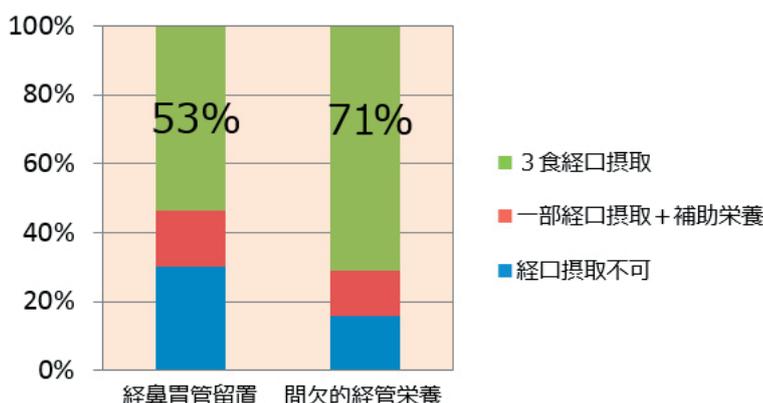


図7 <経鼻胃管留置と間欠的経管栄養の比較>



膀胱留置カテーテルの管理

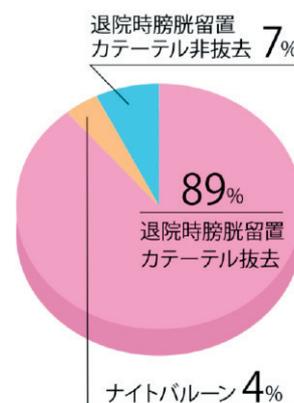
脳卒中や脊髄損傷で排尿反射が障害されて自力での排尿が困難になると膀胱カテーテルを留置することが必要になります。回復が順調であれば早期に膀胱カテーテルを抜くことができますが、回復が遅い場合は膀胱カテーテルが留置された状態で回復期リハ病棟へ転院することがあります。

膀胱カテーテルの留置が長期に及ぶと、尿路感染症を併発しやすくなり、カテーテルが日常生活動作の邪魔になってリハビリの足を引っ張ることになってしまいます。

当院では膀胱留置カテーテルは入院後早期(原則的に入院当日)に抜きます。カテーテルを抜いた後に排尿が認められない場合には、間欠導尿しながら膀胱機能の回復を待ちます。その際、超音波残尿測定装置で残尿量を測定し、膀胱内の残尿が400ml以上にならないように間欠導尿の頻度を調節します。膀胱機能の回復を促すために、膀胱の収縮を強める薬や膀胱の出口を広げる薬を必要に応じて投与することもあります。回復が思わしくないケースでは非常勤の泌尿器科医に相談して治療方法を検討します。

当院では、膀胱カテーテルが留置された状態で入院された患者さんの89%はカテーテルが抜けて自力で排尿できる状態で退院することができます(図8)。

図8 <当院における膀胱留置カテーテルの転帰>



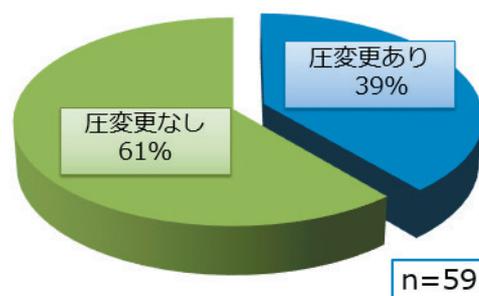
水頭症シャント術後の管理

くも膜下出血後に水頭症を合併すると、脳室内に過剰に溜まった髄液を外に流すチューブを植え込む「シャント術」を行います。シャント術後はシャント圧を調整し、髄液を流す量を適切にコントロールする必要があります。当院の調査では、シャント術後の患者さんの39%が回復期リハビリテーション病棟入院後にもシャント圧調整を必要としました。(図9)

シャント圧調整はトランスミッターという特殊な機器を使用し、レントゲンでバルブの位置を確認しながら行う必要があります。当院はトランスミッターを常備しリハビリ科の医師がシャント圧調整します。シャント圧調整のたびに急性期病院を受診する手間がなくなり、シャント圧調整前後の変化を医師だけでなく看護師や療法士など複数の目できめ細かく評価できるというメリットもあります。

シャント圧調整が適切でないと意識レベル・排泄コントロール・身体機能に影響が出て、リハビリの効果を最大限にすることができません。当院では適時適切なシャント圧調整はリハビリ病院の役割の一つであると考えています。

図9 <回復期リハ病棟入院中にシャント圧調整を要した割合>



疼痛管理

脳卒中後のリハビリを行う上で問題となりやすい疼痛に、肩手症候群、神経障害性疼痛、筋痙縮があります。これらの疼痛は漫然と経過を見ているだけで改善することは少なく、専門的な診断および治療を必要とします。

肩手症候群 (図10)

麻痺した手指がソーセイジ状に腫脹し、手・手背の関節部分の皮膚が発赤し、安静時または運動時の手指の特徴的な疼痛(針を刺されるような、包丁で手を切られるような痛み)が生じます。手の麻痺が重度で感覚障害が強い方に起こりやすいという特徴があります。疼痛が進行すると患者さんは手を触らせてくれなくなり、リハビリの進行を阻害してしまいます。

肩手症候群の予防としてはリハビリでのストレッチや温冷交代浴が有効ですが、症状が進行してしまった場合にはステロイドの内服が有効です。一般的な消炎鎮痛剤はほとんど効果が期待できません。

図10 <肩手症候群>



神経障害性疼痛(視床痛)

脳卒中や脊髄損傷で手足や体の感覚を脳に伝える神経線維が障害されると、手足や顔面に不快な「シビレ」「異常感覚」「知覚過敏」が生じることがあり、これを神経障害性疼痛と呼んでいます。脳の視床という場所が障害されると起きやすいことから「視床痛」と呼ばれることもあります。

症状は、発症後数週間くらい経過した後に生じやすく、灼熱痛(焼け付くような痛み)、突発的な電撃痛、刺すような痛み、正座した後に起こる「ビリビリ」「ジンジン」したような痛みが持続します。痛みが悪化すると患者さんは手を触らせてくれなくなり、不眠や抑うつを合併してリハビリの進行を阻害することもあります。

治療は内服薬で疼痛を適切にコントロールした上で、日常生活場面で手足や顔面に適度な感覚の刺激を入力するように生活指導します。内服薬は神経性疼痛緩和薬、抗うつ薬、抗痙攣薬、麻薬性鎮痛薬が効果的ですが、いずれの薬も眠気やだるさの副作用が出やすいため、投与量の調節には注意する必要があります。

筋痙縮による疼痛

脳卒中や脊髄損傷等の中枢神経が障害されると、筋肉の緊張が亢進し、運動時の筋肉の過剰な収縮いわゆる「筋痙縮」が生じ、痛みを伴うことがあります。症状が悪化しないよう早期の治療が何より大切になります。治療の詳細については「リハビリテーション」の項目内の「痙縮の治療」(11ページ)をご参照ください。

経管栄養

動画リンク <https://youtu.be/UkJvx6pzzkc>



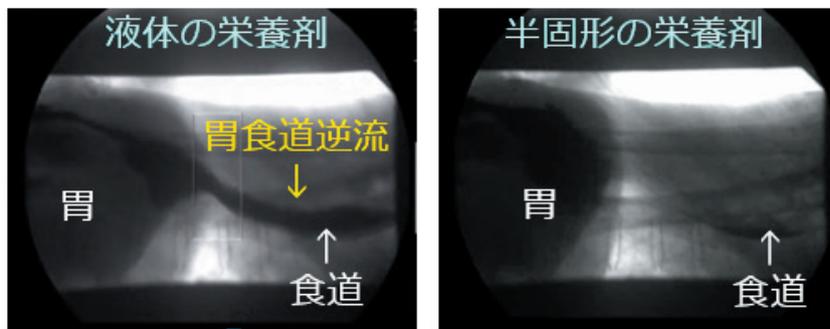
経管栄養の際に問題となりやすい合併症として、胃食道逆流・下痢があります。特に胃食道逆流は、経管栄養剤の大量嘔吐による窒息や誤嚥性肺炎にもつながるとも怖い合併症で、経管栄養の患者さんの20%に生じるとも言われています(図11)。

胃食道逆流・下痢の予防対策として、①栄養剤の注入速度を遅くする、②体位調整(30度半坐位)、③薬物療法、④半固形化栄養剤の使用などがあります。しかし、①②の対策は長時間の安静が必要となるためリハビリや離床の妨げとなってしまう、③は効果が限定的です。現在、胃食道逆流・下痢に最も効果があると言われているのが、④の半固形化栄養剤の使用です。

半固形化栄養剤は嘔吐や下痢を予防・改善するだけでなく、液体に比べて注入時間を大幅に短縮できるというメリットもあります。注入時間が短くなると、離床やリハビリ時間を延長することができ、介護負担も減ります。

半固形化栄養剤は液体の栄養剤に比べてコストが高く病院側の都合で敬遠されることが多いようですが、当院では経管栄養の患者さんには原則的に半固形化栄養剤を提供するようにしています。胃食道逆流・下痢のリスクから患者さんを守り、より安全にリハビリを進めていきたいと考えているからです。

図11<胃食道逆流に対する半固形化栄養剤の効果>



臥床すると液体のバリウムが胃から食道に逆流している(左の写真)
半固形化したバリウムでは胃食道逆流がほとんど認められなくなった(右の写真)

嚥下調整食

当院では日本摂食嚥下リハビリテーション学会が提唱している「嚥下調整食分類2013」をベースに6段階の嚥下調整食を、患者さんの摂食嚥下機能の回復状況に合わせて提供しています(図12)。

嚥下食という安全性ばかりが強調され、無味乾燥で見ただけで食欲が失せてしまいそうなものを想像してしまうかもしれませんが、当院では食べる楽しみ、食べる喜びを感じていただけるよう、食感や盛り付けに様々な工夫を施しています。月に1回栄養士と療法士・医師が嚥下食の試食会を開催し、嚥下調整食の新メニューの開発や既存のメニューのさらなる質向上に取り組んでいます。

図12



食事へのこだわり

当院では「体を作る基礎はおいしい食事から」という理念のもと、食事の質向上に取り組んでいます。和食・洋食ともレストラン出身のシェフや調理師が常勤で勤務し、腕によりをかけた食事を提供しています。

食材も一般的な病院の約1.2倍の費用をかけ、盛り付ける食器はすべて陶器や漆器を使用しています。



歩行訓練

片麻痺で歩行困難となった場合、麻痺側の足にしっかりと体重をかけて、適切な刺激を外から与えることで麻痺の回復を促進させていく必要があります。麻痺が重度の場合は体重をかけようとしても膝折れしてしまうため、そのままでは適切な荷重訓練ができませんが、膝と足首を固定する長下肢装具を使用することで適切な荷重訓練を行うことができます(図13)。

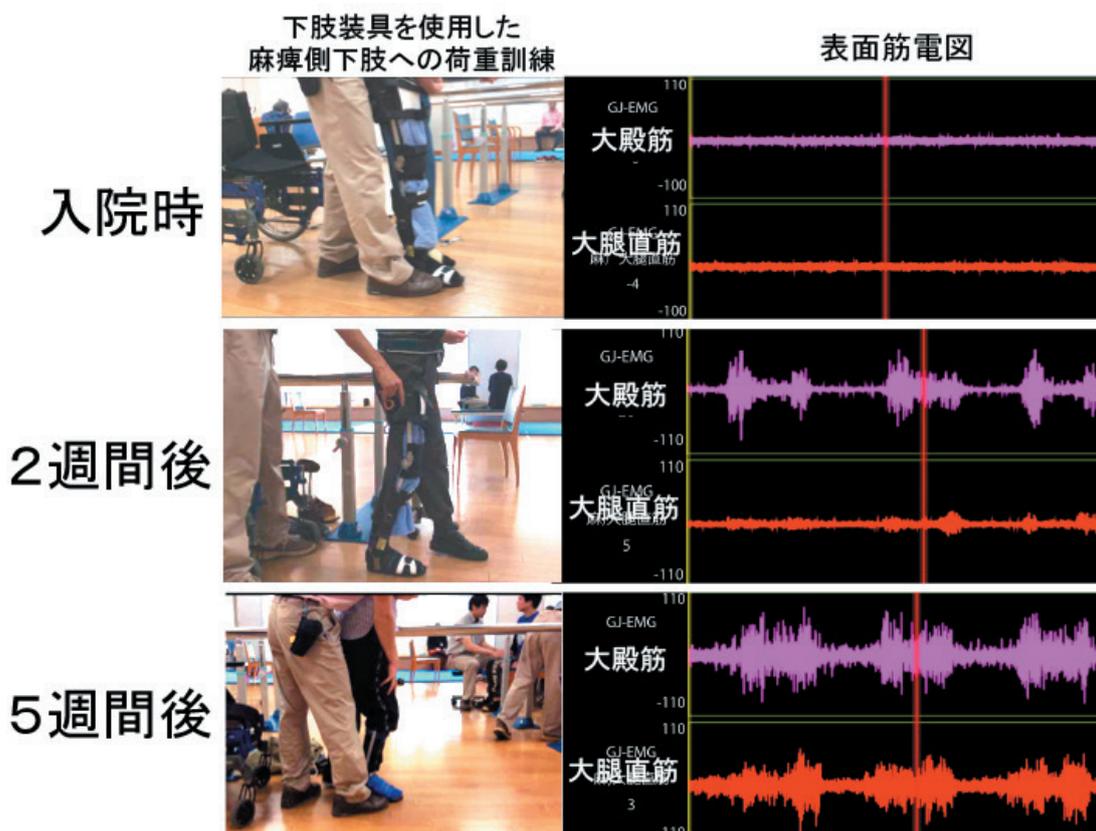
図14は重度の右片麻痺を患った患者さんの荷重訓練をしている時の麻痺側下肢の筋活動(表面筋電図)を経時的に示したものです。入院時(図14:写真上)、膝と足首を固定する長下肢装具を使用して麻痺側への荷重訓練をしています。体重を支える筋肉(大殿筋・大腿直筋)の活動はまったく認められていません。この時点では、患者さんは自分の足の力ではなく、装具の固定力と理学療法士の支えによって体重を支えています。しかし、このような練習を繰り返し続けていくことで、2週間後(図14:写真中)には大殿筋・大腿直筋にわずかながら筋活動が見られるようになっていきます。5週間後(図14:写真下)には筋肉の活動がさらに大きくなり、装具での膝の固定力を必要としなくなり、膝から下だけの短い下肢装具でも体重を支えられるようになっていきます。

麻痺の重症度に応じて早期から適切な下肢装具を使用し、理学療法のなかで適切な歩行パターンを獲得した後は、日常生活の中でも歩行する機会を設け、歩行距離を段階的に延長しながら歩行の実用性を高めていきます。屋内だけでなく、屋外の凸凹や坂道や階段なども練習して外出能力を高めることも重要です。

図13<長下肢装具を使用した歩行訓練>



図14



上肢機能訓練

片麻痺の上肢や手指の機能回復には、麻痺の重症度や回復状況に適した難易度の課題を反復して行うことが重要です。課題の難易度が高すぎたり、逆に易しすぎるとリハビリの効率は落ちてしまいます。個々の患者さんに最適な難易度の課題を提供していくためには作業療法士の力量に加えて、課題難易度をきめ細かく調節できる訓練機器や自助具(図15：左上)を過不足なく取り揃え、必要に応じていつでも提供できるよう体制を整えておく必要があります。当院では上肢機能訓練ロボットのReo Go-J (図15：右上)、機能的電気刺激のIVESやMURO Solution、スパイダースプリント(図15：左下)やポータブルスプリングバランサー等を揃え、重症度に合わせた訓練を提供できる体制を構築しています。

図15

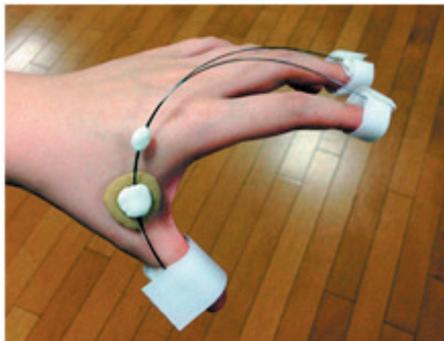
<ポータブルスプリングバランサー>



<上肢機能訓練ロボットのReo Go-J>



<スパイダースプリント>



<HANDS療法>



HANDS療法について

当院では片麻痺で入院されている患者さんのうち一定の条件を満たす方を対象にHANDS療法を施行しています(図15：右下／HANDS療法)。HANDS療法とは、機能的電気刺激装置と上肢装具を1日8時間装着し、作業療法士が作成した自主訓練を通して日常生活で積極的に麻痺側上肢を使用するという治療法です。適応のあるケースでは通常の作業療法よりも効果があり、脳卒中治療ガイドラインでも推奨されています。

HANDS療法の適応

1. 脳卒中後遺症による片麻痺(SIASのKM 2以上かつFF 1 B以上:肘の屈曲が可能で手指のわずかな伸展が可能な状態)
2. 麻痺側上肢に著名な関節拘縮がない
3. 階段昇降・歩行・入浴以外のADL自立している、もしくは自立の見込みがある
4. 治療の実施に影響を及ぼす認知症・高次脳機能障害・コミュニケーション障害がない
5. 12歳以上、80歳未満

摂食嚥下訓練

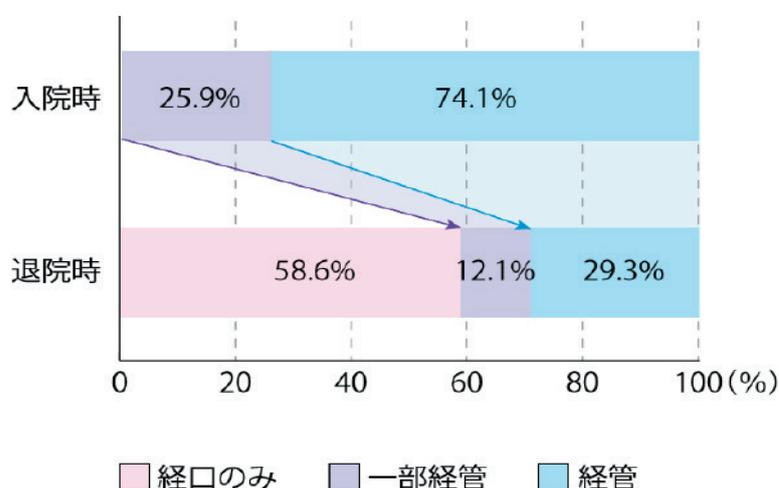
摂食嚥下リハビリテーションでは、口腔ケア、栄養管理、摂食嚥下評価および訓練を包括的にバランスよく行う必要があります、どれかひとつの要素が欠けていても最善の結果は得られません。医師・看護師・ケアワーカー・言語療法士・管理栄養士・歯科医・歯科衛生士等のプロフェッショナルとしての質の高さとチームワークの融合が成功の鍵となります。

当院では、48床の病棟に対して医師3名・看護師20名・ケアワーカー14名・理学療法士18名・作業療法士14名、言語聴覚士6名、管理栄養士1名、薬剤師1名を病棟専従で配置しています。病棟専従体制の最大のメリットは、多職種が病棟内で顔を合わせる機会が多くなるために職種の壁が出来にくく、コミュニケーションが密になり、チーム医療の質が向上することにあります。これは摂食嚥下リハビリテーションを進める上でも大きなアドバンテージとなります。

また、当院では胃瘻以外の経管栄養は原則として全例間欠的経管栄養法で行っており、これも経口摂取獲得の可能性をさらに引き上げています（詳細は4ページの「経管栄養の管理:間欠的経管栄養法の取り組み」を参照ください）。

以上の取り組みにより、嚥下障害により経管栄養の状態でご入院された患者さんの58.6%は退院までに3食経口摂取可能となり、経管栄養を離脱することが出来ました（図16）。

図16<摂食嚥下リハビリテーションの実績>



高次脳機能障害

大脳の損傷によって引き起こされる高次脳機能障害には、注意障害、記憶力障害、見当識障害、発動性低下、遂行機能障害、半側空間無視、構成障害、失行、失認等、様々なものがあります。高次脳機能障害のリハビリテーションでは、どのような症状がどの程度あり、それが日常生活や家事動作や職業活動にどのような影響を及ぼすのかをしっかりと評価し、問題点を克服するための対策をたてていきます。

高次脳機能障害は半年から長い場合では数年間かけて改善していくことがよくあります。多くの場合、入院期間内にすべての問題を解決することには至らず、退院後も外来に通いながらリハビリを継続し、回復を長い目で見ていく必要があります。外来のリハビリの他に、自立支援施設での高次脳機能障害グループ訓練や就労支援や職業訓練等、より難易度の高いリハビリを併用することで、さらに高いゴールを目指せる方もいます。

当院は、外来にも高次脳機能障害の治療を行える療法士を十分に配置し、ソーシャルワーカーを窓口として地域のリハビリテーションの資源ともしっかりと連携を取りながら包括的に治療を進めていく体制を構築しています。

痙縮の治療

筋肉の過剰な収縮いわゆる「筋痙縮」は脳卒中や脊髄損傷の患者さんの20～30%に生じ、活動量が高まる回復期の時期に症状が悪化しやすいと言われています。痙縮が悪化すると本来の運動を妨げ、関節の疼痛や変形を来し、リハビリテーションの進行に大きく影響するため、早期から予防や治療を行う必要があります。

筋痙縮の予防・治療として、以下A～Fが推奨されています(脳卒中治療ガイドライン)。痙縮の程度や疼痛、日常生活への影響を医師と療法士が共同で評価し、適切な治療法を選択します。A～Eは当院で実施することができ、物理療法ではパワープレート®等の振動療法を多く実施しています。モーターポイントブロック・ボツリヌス療法は医師の技量で治療の成否が大きく左右されるため、リハビリテーション科専門医の指導のもと実施しています。

外科的治療が必要となった場合は連携病院と協議しながら治療を進めます。

- A) 関節可動域訓練・自己ストレッチ
- B) 装具療法
- C) 物理療法
- D) 内服薬(筋弛緩薬等)
- E) モーターポイントブロック・ボツリヌス療法(図17・18)
- F) 外科的治療(アキレス腱延長術、バクロフェン髄腔内投与療法など)

図17<当院のボツリヌス療法の実績>

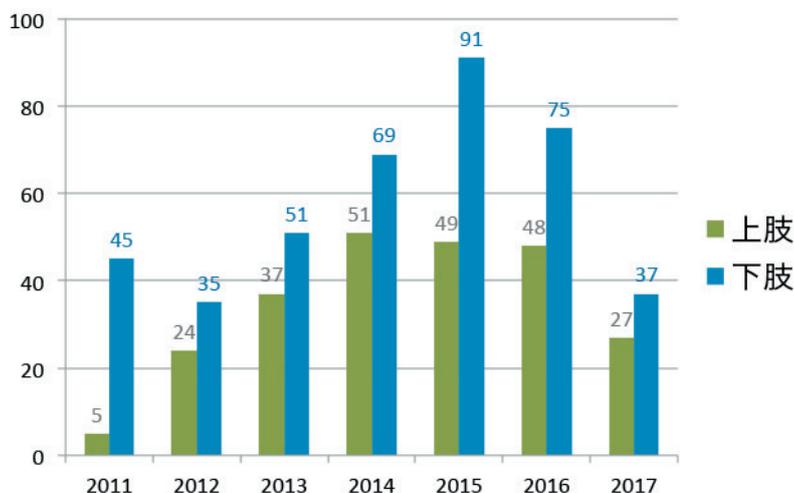
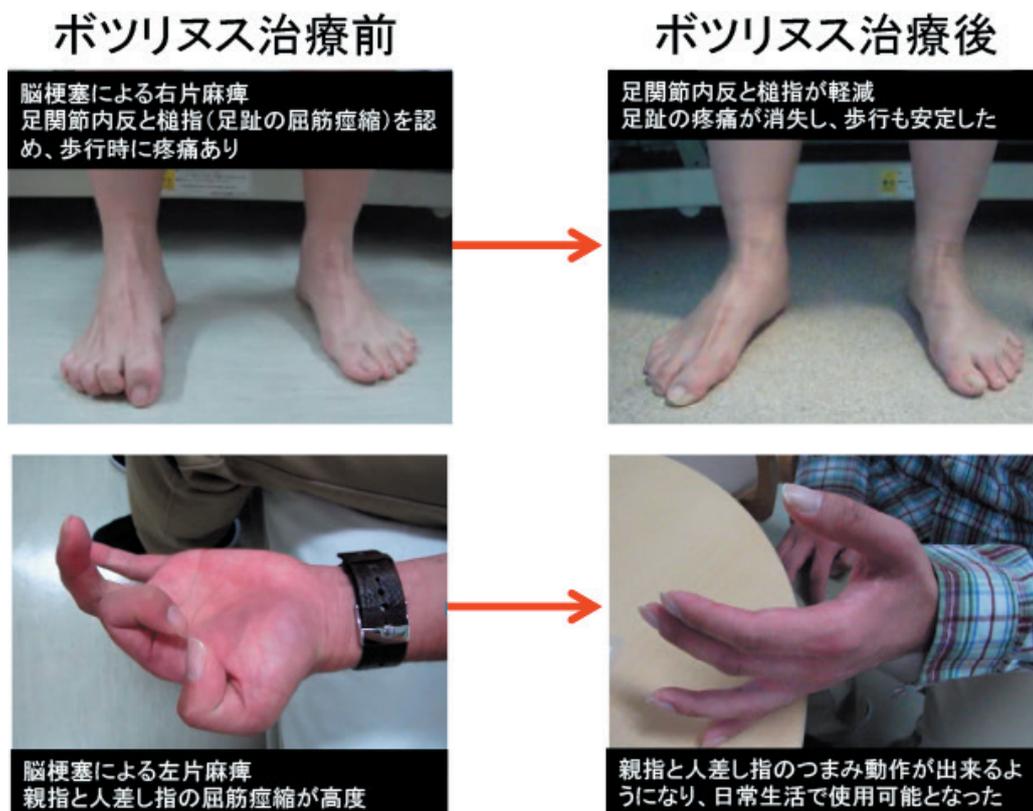


図18<ボツリヌス治療前後の比較>



生活訓練

リハビリの訓練の時だけでなく、麻痺した手を日常生活の活動のなかでも使用するように心がけると、動かす機会が増えてさらに回復するという好循環が生まれます。調理や洗濯ものたたみ等の家事動作は両手を使うことが多く、手の訓練として大変良い課題となります。また、成し遂げた時の達成感もあるため、精神的な自立にもつながります。

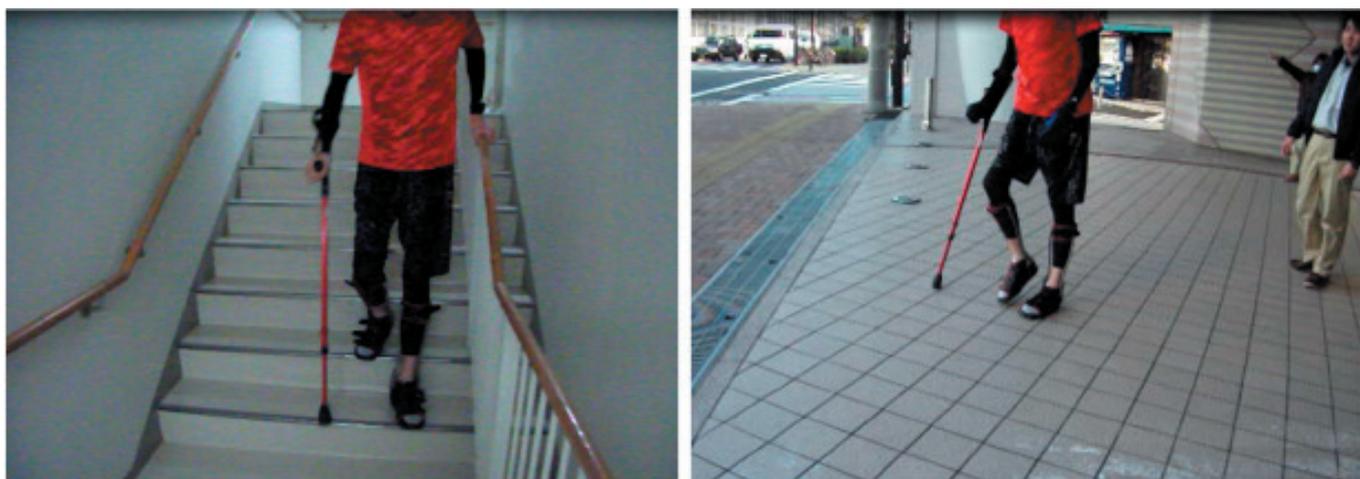
麻痺が重度で手が使えない場合でも器具の工夫によって片手で調理できるようになる方もいます。入院中から家事動作や屋外歩行や公共交通機関の利用、あるいは復職・復学等、生活をどこまで広げられるかを訓練しながら見極め、退院後に患者さんが自分なりの役割を持って生活していくことはとても重要です。(図19・20)

入院中には生活訓練が十分に行えなかった場合でも、退院後に外来リハビリや訪問リハビリを継続することで残された課題を解決できることもあります。当院には外来リハビリや訪問リハビリ部門があり、退院後も切れ目なく生活期のリハビリを継続していくことが出来ます。

図19<家事動作訓練>



図20<階段昇降訓練、屋外歩行訓練>



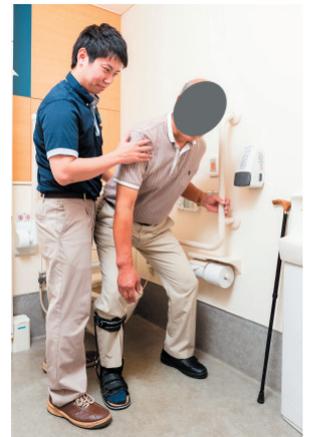
当院のリハケア基準

回復期リハビリテーション病棟では1日2時間～3時間のリハビリを実施することができます。2時間～3時間という和多いように感じるかもしれませんが、患者さんにとっては24時間の中の一部に過ぎません。訓練以外の21時間をいかに有効に過ごすかは、訓練の量や質を追求していくことと同様に大切な課題です。

当院では独自に「リハケア基準」を策定し、寝・食・排泄・清潔の分離を徹底しています。これにより、リハビリ訓練の時間以外も活動的に過ごすことが出来、リハビリの訓練で練習した動作を病棟の生活場面で実践することが出来ます。どのような動作をどのタイミングで日常生活に汎化させていくのかを検討していく過程では、訓練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、協力し合えるようなチームアプローチが欠かせません。また、病棟スタッフのマンパワーも必要とします。当院ではリハケア基準を順守できるよう、適切な人員を配置し、モーニングケア・イブニングケア体制を構築し実践しています。

当院のリハケア基準

- ◎ 食事は食堂に誘導し、可能な限り経口摂取を推進。
- ◎ 洗面は洗面所で朝夕、口腔ケアは毎食後実施。
- ◎ 排泄は必ずトイレへ誘導し、オムツは極力使用しない。
- ◎ 入浴は隔日に必ず浴槽に入れる。
- ◎ 日中は普段着で過ごし、更衣は朝夕実施する。
- ◎ 体形に適合した車いすを用意する。
- ◎ 転倒・誤嚥等の安全対策を徹底し、可能な限り抑制しない。
- ◎ 可能な限り日中臥床しないようにケア。
- ◎ PT・OT・STを土・日・祝祭日を問わず、365日間毎日2時間～3時間実施する。



モーニングケア・イブニングケア体制

朝と夕方は食事・整容・更衣等の活動が最も活発になる時間帯ですが、一般的な病院では日勤スタッフと夜勤スタッフの引き継ぎの時間帯に重なるため、マンパワーが不足してケアが疎かになってしまいます。

当院では必要なケアを十分に提供できるよう、朝・夕の時間帯にも患者さん48人に対して8名のケアスタッフを配置しています(図21)。8名の内訳は看護師3名、ケアワーカー3名、理学療法士1名、作業療法士1名で、理学療法士と作業療法士はこの時間帯は個別リハ訓練を行わずに患者さんのケアに専念しています。療法士が朝・夕のケアに入ることによって、訓練場で「できるADL」が病棟で「しているADL」として適切に実践できているかを自らの目で確認することが出来ます。

図21 < 1病棟(48床)あたりの時間帯別看護ケア人員配置 >

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
07:00～08:30	N	N	N	C	C	C	P	O			
08:30～12:30	N	N	N	N	N	N	N	C	C		
12:30～16:00	N	N	N	N	N	N	N	N	C	C	C
16:00～17:30	N	N	N	N	N	N	N	C	C		
17:30～21:30	N	N	N	C	C	C	P	O			
21:30～07:00	N	N	C	C							

N 看護師
 C ケアワーカー
 P 理学療法士
 O 作業療法士

転倒予防対策

回復期リハ病棟入院中の患者さんは、高次脳機能や身体機能が不安定な状態で活動量を増やしていくため、転倒しやすい状況にあります。過去の調査によると回復期リハ病棟入院中の転倒率は約3割にもものぼると言われています。転倒時の外傷やその後の恐怖感は日常生活動作自立への回復を妨げる要因となり、まれに骨折までに至ってしまった場合は手術のために急性期病院に逆もどりしなければならなくなります。リハビリのプログラムを円滑に進めていくうえで、転倒の予防は極めて重要な課題となります。

当院では転倒予防対策として、①入院時の合同評価における転倒リスクアセスメント、②転倒ハイリスク者の抽出、③転倒予防対策の策定(ベッド周囲の環境調整、転倒予防のセンサー設置等)と見直し、④患者さん・ご家族へのオリエンテーションを行っています。

当院では転倒予防のための抑制は原則として行っておりません。多種多様な特殊コールを患者さんの特性に合わせて使用することで転倒予防を図っています。患者さんの特性に合った特殊コールをいつでも提供できるよう、マットコール、離床センサー、サイドコール、赤外線センサー、チェアセンサー等を多数常備しています。

また、日々変化する転倒に関する情報をチームでしっかりと共有できるよう、電子カルテを駆使してリスク管理のための情報共有を徹底して行っています。

車椅子

動画リンク https://www.youtube.com/watch?v=DQun_xbTtDQ



早期離床を促す際に、車椅子は極めて重要な役割を果たします。坐位保持が難しい患者さんが入院してきた場合でも、最初はチルトリクライニング車椅子を使用して半座位での離床時間を拡大し、段階的にリクライニングの角度を上げて普通型の車椅子に移行していきます。車椅子は患者さんの体型や座位バランスの回復状況に合わせてきめ細かく調節する必要があります。しかし、日々変化する患者さんの構成や回復状況に合わせて必要な車椅子を過不足なく提供するのには容易なことではありません。当院では院内に常駐している福祉用具レンタル業者(L S S : Life Step Service)から短期レンタルして入院患者さんに提供することでこれを実現しています(図22)。レンタルする車椅子は全てモジュール型で、座面の高さや角度、フットレストの長さや角度、アームレストの高さ、背もたれのたわみ具合を調節することができます。車椅子の調整や交換は担当の療法士やケアスタッフが業者のフィッティングスタッフと相談しながら行っています。(図23)

図22



図23



褥瘡予防対策

リハビリテーションでは離床が何より大切ですが、患者さんをやみくもに起こすだけでは殿部に体圧が集中してしまい、褥瘡を形成・悪化させてしまうことにもなりかねません。離床と褥瘡の予防という相反することを両立させるためには、体圧をいかに上手に分散させるかが重要なポイントになります。

当院では離床時の体圧分散が適切になされるよう、チルトクライニング機能が付いたモジュラー型の車椅子に特殊空気構造のクッション等を組み合わせ、離床と褥瘡予防の両立を図っています。褥瘡のリスクが高いケースでは、座面の圧を測定しながら車椅子やクッションを調整します(図24)。

図24

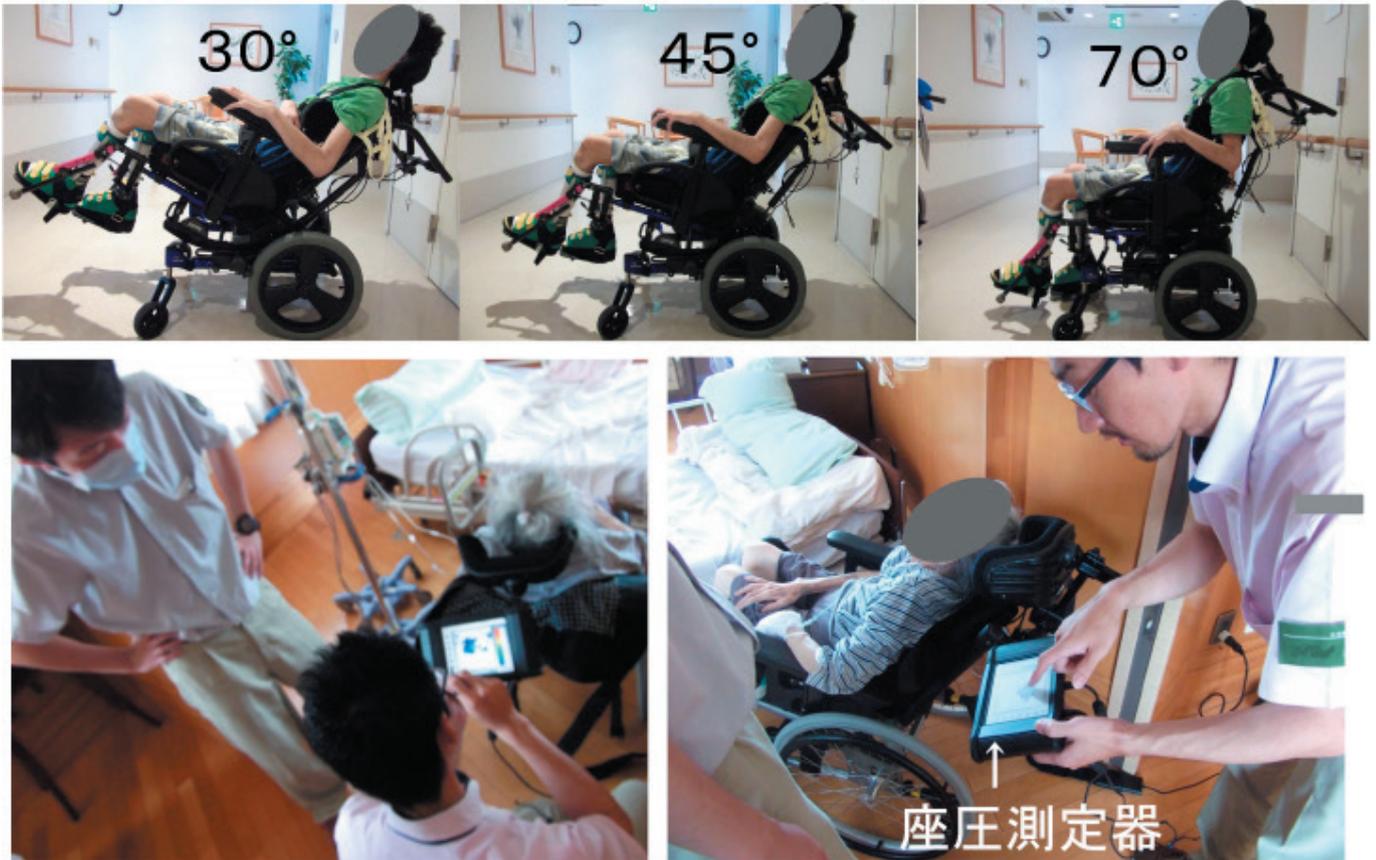


図25

臥床時の褥瘡を予防・治療のためには、エアマットのような特殊空気構造の体圧分散寝具を使用することもあります。柔らかすぎるマットは寝返り動作や座位保持の安定性を犠牲にしてしまいます。当院では体圧分散機能が高く、なおかつ寝返りや座位保持の安定性もしっかりと確保できる「アルファプラ」「パラフィット」「マキシフロート」等の体圧分散寝具を使用し、褥瘡の予防と活動の拡大の両立を図っています。(図25) 当院の褥瘡発生率は1.05%で、全国の一般病院での発生率(1.52%)や大学病院での発生率(1.16%)よりも低い結果を残すことができています。



チームアプローチ・地域連携の推進

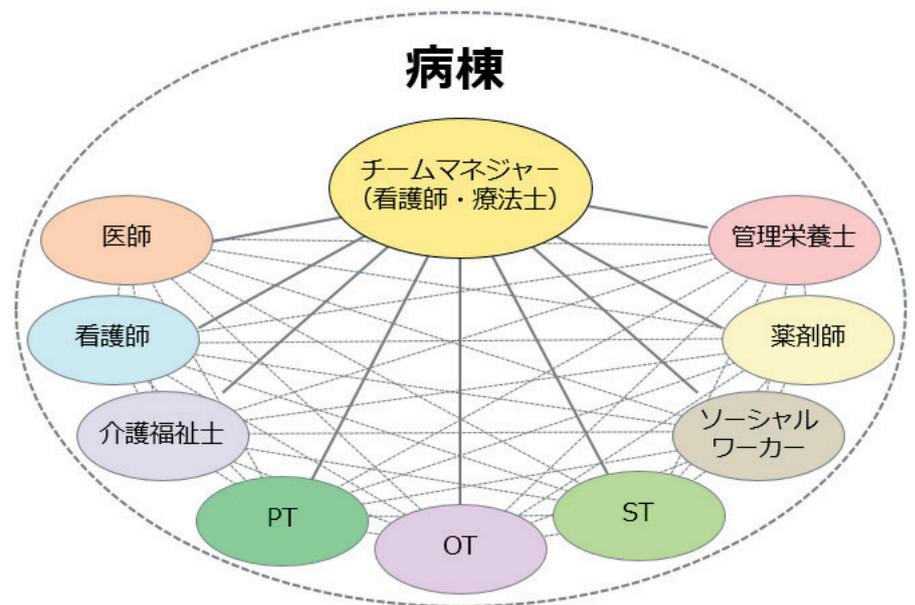
リハビリ室で出来るようになった日常生活動作を、病棟の生活場面でも安全に行えるようになるためには、見守り下での動作を生活場面で反復して行う必要があります。生活場面での活動を安全に拡大していくためには、リハビリを担う療法士とケアを担う看護師・ケアワーカーがお互いに歩み寄り、どのような動作をどこまで患者さんに行ってもらうかをしっかりと協議・情報共有し、協力し合えるチームワークが欠かせません。また、病院で出来るようになった活動を自宅でも実践していただくためには、患者さんやご家族への退院時指導はもちろんのこと、退院後の生活を支えるケアマネージャー等、地域のスタッフとの連携も重要となります。

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のようなのか?」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>

