

デイから病院へ 退院後サマリー

～利用者・患者のフィードバックから見た
医療介護の連携～

リハビリデイサービス リハフィット
理学療法士 井口喬

会社概要

- ▶ 名称: 地域密着型通所介護所 リハビリデイサービス リハフィット
- ▶ 所在地: 町田市小川2-36-3 清水ビル1F (小川高校前バス停の前)
- ▶ 開設: 平成26年4月 (5年目)



『からだ・こころ・もっといきいき』を基本方針とした、リハビリ特化型のデイサービス

- ▶ 従業員: 生活相談員(施設長)、介護職員、機能訓練指導員 合計5名(内非常勤2名)
- ▶ 利用時間: 3時間15分(午前の部・午後の部の1日2交代制)
- ▶ 定員: 13名(要介護・要支援)
- ▶ 利用者詳細: 要支援4割、要介護6割、40代～103歳まで幅広い方が利用
- ▶ 利用内容:

全身の不活発な筋の再活動化する目的として、マシンを使用したパワーリハビリテーションの実施。生活の問題解決に向けての運動アプローチ。利用者様同士の関わりの充実。

はじめに

▶連携

同じ目的で何事かをしようとするものが、
連絡を取り合ってそれを行うこと。

同じ目的

連絡を
取り合う

実施する

なぜ、連携が必要か？

- ▶在院日数の短縮により通所介護（以下デイ）にも回復過程で
利用される利用者やリスク管理が必要な利用者も多い。

病院 退院して在宅生活する為に情報を提供する

Ex)退院前カンファ・サマリーなど

在宅 情報をもとに在宅生活がスタートする

Ex)サービス担当者会議・サービス開始

医療介護の連携??

.....一方通行。

在宅 退院後生活していく為の問題解決や連携を在宅チームととる事が多い。在宅のことで忙しい。

(もらいっぱなし現象)

病院 退院すれば新しい患者が入院。退院後の生活を知りたくても知る手段がない。自分が設定した効果判定ができない。

(出しっぱなし現象)

▶南町田病院を退院後、デイと病院のリハ職とが連携を取った実例をご報告します。

▶退院後サマリーの内容

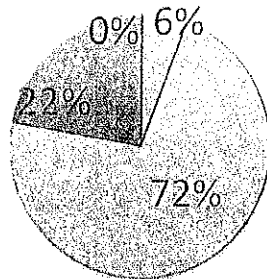
- ①氏名
- ②疾患
- ③入院日・退院日
- ④身体機能の変化
- ⑤月ごとの生活状況 (3か月分)
- ⑦6m歩行速度
- ⑧TUG (Timed Up and GO Test)
- ⑨片脚立位時間
- ⑩6m歩行の動画
- ⑪利用者からの伝言
- ⑫アンケート

結果

アンケート結果

(リハ職11名・病棟看護師3名・MSW4名) 計18名

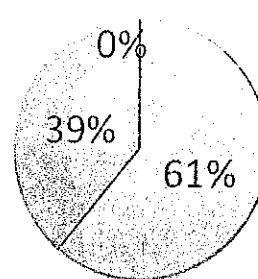
①退院後の情報提供書は必要か？



必要 あった方がいい なくてもよい 必要ない

約80%の方があった方が
よいと思っている

②退院後の様子が理解できたか？



わかった どちらとも言えない わからない

約60%の方が退院後の様子
が理解できた

④退院後の様子で知りたい事

リハ職

- ・活動量・活動範囲の変化
- ・ADLの変化
- ・QOLが満たされているか
- ・提案した福祉用具・住宅改修の使用状況と追加した福祉用具はあるか 等

病棟看護師

- ・重度患者の退院後の様子が知りたい。
- ・入院中に食事量が少ない人が自宅で摂取できているか 等

MSW

- ・ADL・生活状況
- ・本人の希望していることが出来ているか(QOL)
- ・退院時の提案と実際の生活での相違があるか(サービス等含め)

まとめ

- ▶ 南町田病院の協力により、在宅の変化を知ってもらい、病院と顔の見える関係が構築できた。
- ▶ 病院のリハ職は在宅を学ぶ。在宅のリハ職は最新医療・医療保険等を学ぶ。相互にリハ職としての専門性の向上に繋がる関係作りを作っていきたい。
- ▶ 病院の他職種も退院後の生活は知りたいと思っているが、それぞれ専門性の視点がある。
- ▶ 同職種間の退院後連携があれば、現在・未来の患者・利用者に大きな希望は生まれる。
- ▶ サービス提供者として、探究心・自分から1歩踏み出す気持ち・やる気が大切。
- ▶ 医療介護の連携は

『一方通行ではなく、双方向または循環できる物が必要』

全ては利用者様・患者様のため！！

すばる研修会

『みんなの力で在宅GOOD LIFE』

～利用者様の想いを形にするチーム力～

『みなさんならこんな時どう思う？』

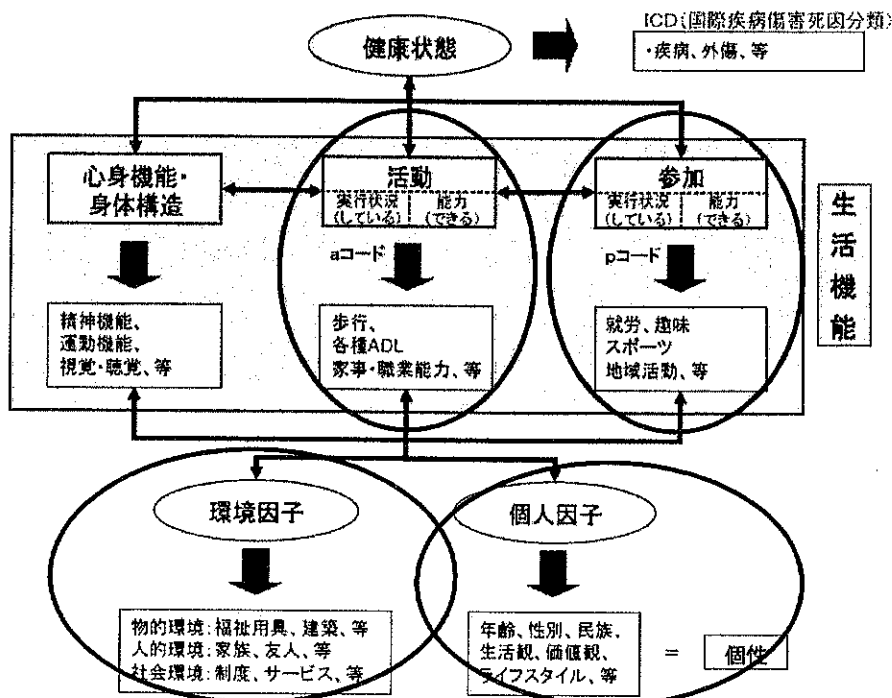
～今こそ利用者様・医療・介護チームの力を一つに～

ビーケア訪問看護リハビリステーション

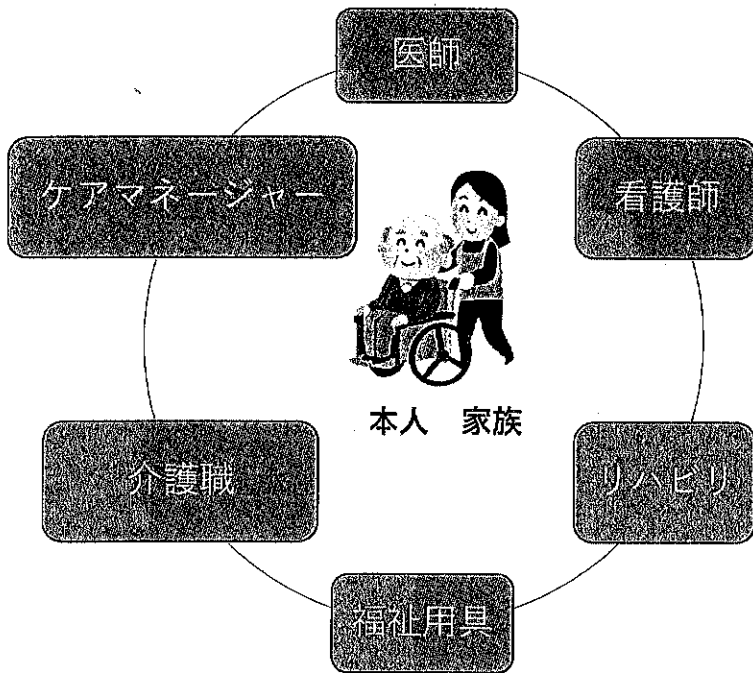
理学療法士 田中 優

ICF国際生活機能分類

(International Classification of Functioning, Disability and Health)



みんなの力

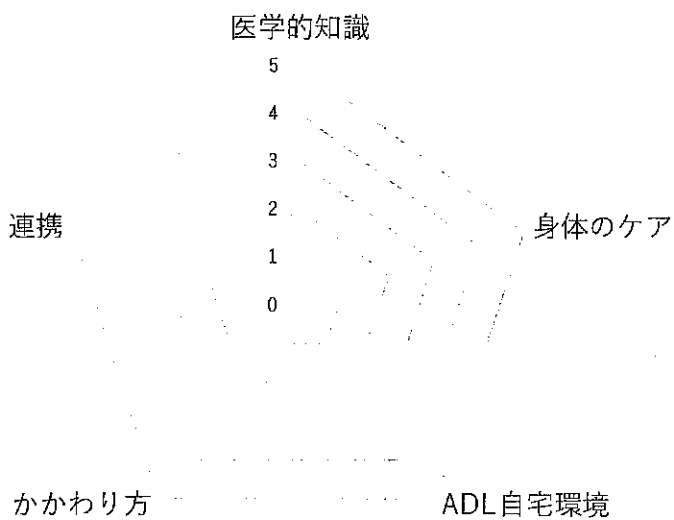


みなさんの力は？

私は_____（役割）

_____ができる！

私のパラメーター



医学的知識

→病態や症状、リスク、服薬

身体のケア

→身体の変化やケアに対応

ADL自宅環境

→安全に生活できているか

かかわり方

→本人や家族との話や悩みなど

連携

→他職種との連携、報告、相談

症例1) 関節が硬くならないようにリハビリをしてほしいです

- 年齢：70代 性別：女性
- 疾患：くも膜下出血 退院後に左足部（脛骨-腓骨）骨折
- キーパーソン：娘
- 趣味：ガーデニング、お買い物
- 経過
- H28.3月クモ膜下出血発症、6月にリハビリ病院転院。9月胃瘻造設。10月退院。H30.2月左脛骨遠位端骨折。
- 在宅では寝たきりの生活となっている。
- サービス内容
- ヘルパー週6回 週一度ショートステイ利用 福祉用具（トーカイ）

症例2) 家のお風呂へ入りたい！

- 年齢：80代後半 性別：男性
- 疾患：特発性血小板減少性紫斑病（ITP）
- 既往歴：ペースメーカー（DDDR）鼠径部ヘルニアOPE
- キーパーソン：娘 仕事のためほとんど家にいない
- 趣味：散歩、ガーデニング
- 経過
- H.28 12月から2ヶ月入院となりADLの低下が認められた。
- 長女の仕事復帰に伴い在宅でのサービスを利用
- 入浴はデイサービスを利用していた。
- サービス内容
- 訪問看護週に1回
- 訪問看護リハビリ週2回 主に移動動作を中心に介入していました。
- 家屋調整 福祉用具（トーカイ）

症例3) 家での転倒を防止したい！

- 年齢：80代 性別：男性
- 疾患：下垂体腺種術後（30年前）虚血性脳血管疾患
- パーキンソン病疑い（2016年）
- キーパーソン：妻（介護疲れをしている）
- 趣味：散歩、スケッチや芸術品を作成
- 経過
- サービスに1月より介入。ケアマネより下を向く状態（首下がり症候群）が悪化している。転倒も多く身体状態がどんどん悪くなってきている。
- サービス内容
- 病院のリハビリ、福祉用具（パナソニック）訪問看護
- 訪問看護リハビリ

最後に

～今こそ利用者様・医療・介護チームの力を一つに～

今回紹介させていただいた3症例はすべてが一人、又は一職種では満足の行ったサービスを提供できません。

更に利用者様、ご家族様の思いがなければみなさんの力があっても一つにはなりません。

まさに**利用者様、ご家族様を含めた医療介護のチームの力が一つ**
その力が地域を変えていくと私は思います！