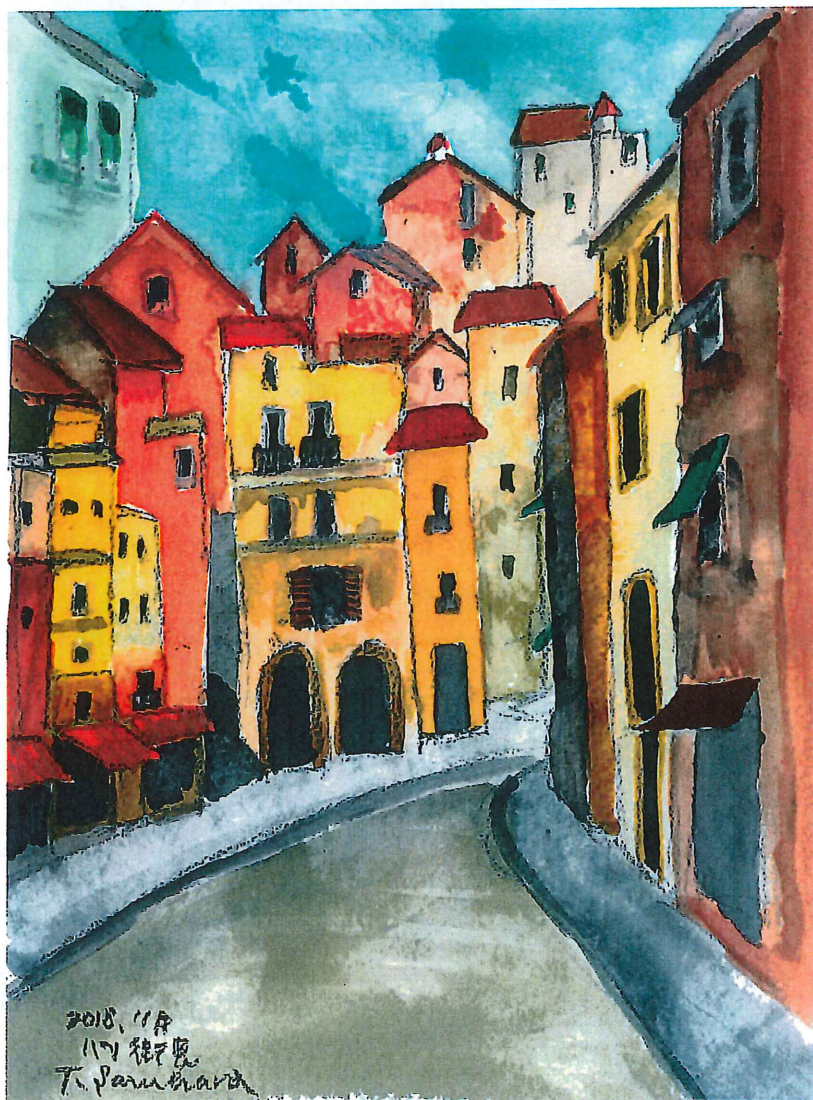


日本慢性期 医療協会誌

JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES

135 vol.29 2021.6 隔月号

- [特集1] 第8回慢性期リハビリテーション学会
[特集2] コロナ禍での現場の取り組み



Contents

論壇

加藤病院 理事長 加藤節司 1

特集1

第8回慢性期リハビリテーション学会

開会式 2

基調講演 コロナ禍：今こそ地域リハビリテーションの真価が問われる
～多職種協働とリハマインドの追求～ 5

招待講演 コロナ禍の地域医療構想と地域包括ケア 10

特別講演1 アフターコロナの外国人労働者の必要性 18

特別講演2 令和3年度介護報酬改定について 23

学会長講演 コロナ禍のリハビリテーションのニューノーマル（新常态） 29

シンポジウム1 with コロナ after コロナ時代で我々はどうやって
リハビリテーションを提供していくのか？ ～多職種連携の再考～ 34

シンポジウム2 コロナ禍の介護報酬改定を目前にしての話題 43

第8回慢性期リハビリテーション学会を終えて
第8回慢性期リハビリテーション学会 学会長 中尾一久 55

特集2

コロナ禍での現場の取り組み

大阪府慢性期医療協会のメンバーによるオンライン座談会 56

認知症の医療とケア
水前寺とうや病院 看護部 川原典子、ほか 66

慢性期医療でのターミナルケア
城東病院・介護医療院 看護師 北野由香、ほか 70

慢性期医療でのリハビリテーション
鹿島病院 副院長 田野俊平、ほか 76

在宅療養支援シリーズ
鬼石病院 医師・病院長 工藤通明、ほか 82

投稿論文
平成扇病院 作業療法士 酒井美花、ほか 86

北九州若杉病院 医師 宮本美知子、ほか 92

JMC 誌上カンファレンス《症例供覧》

第18症例 ～治療などの困難な症例～ 102

投稿治療方針 104

実際の治療内容 107

治療のポイント 東京大学医学部附属病院 老年病科 特任講師 亀山祐美、ほか 109

第19症例 ～治療などの困難な症例～ 110

日慢協 Topics

第29回日本慢性期医療学会の開催に向けて 学会長 鈴木龍太 112

記者会見報告、都道府県の活動、ほか 114



第134号表紙絵
パリ マロニエが枯れる
2015年12月の夕方

第135号表紙絵
パリ 街裏
2018年11月



過疎と高齢化が進む地域を支える鹿島病院 ～リハビリテーションを中心に法人の総合力で 慢性期医療を支える取り組み～

医療法人財団公仁会 鹿島病院（島根県松江市）

副院長 田野俊平 ケアマネジャー主任 小松章平 病院経営管理士 原栄嗣

【所属施設の紹介】

都道府県：島根県

開設主体：医療法人財団 公仁会

施設名：鹿島病院

病床数：177 床

病床区分：一般病床 60 床（特殊疾患病棟 60 床）、療養病床 117 床（回復期リハビリテーション病棟 57 床、医療療養病棟 60 床（内 31 床は地域包括ケア入院管理料 1 を算定））

診療科目：内科、リハビリテーション科、消化器内科、循環器内科、神経内科、整形外科、放射線科
関連施設：短期入所療養介護、通所リハビリテーション、訪問リハビリテーション、訪問看護ステーション

いづくしみ、鹿島病院やまゆり居宅介護支援事業所
平均在院日数：特殊疾患病棟 365 日、回復期リハビリテーション病棟 73 日、地域包括ケア病床 47 日、医療療養病床 126 日

入院時平均年齢：特殊疾患病棟 78.9 歳、回復期リハビリテーション病棟 83.3 歳、地域包括ケア病床 84.3 歳、医療療養病床 82.8 歳

1 日平均外来患者数：18.5 人 / 日

1 日平均入院患者数：165.6 人 / 日

※診療統計は 2019 年度実績

【要旨】

当院は島根県の県庁所在地松江市に位置する。松江市は人口約 20 万人、高齢化率 30.5% である。松江市を公民館区別で分けた 29 区画のうち高齢化率が 6 番目に高い 38.26%（65 歳人口 2,412 人 / 総 6,305 人 ※ 2020 年 3 月 31 日）の鹿島地域に位置している。この地域で当院は回復期機能 117 床（回復期リハビリテーション病棟 57 床、地域包括ケア病床 29 床、療養病床 31 床）、慢性期機能 60 床（特殊疾患 60 床）の入院機能を中心に、在宅療養支援病院として外来・訪問診療と通所リハビリテーション、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所を開設している。

2006 年度に療養病床に医療区分が導入されるまで当院の入院機能は 180 床の慢性期医療を提供する病院であった。2006 年度以降、介護保険病棟か

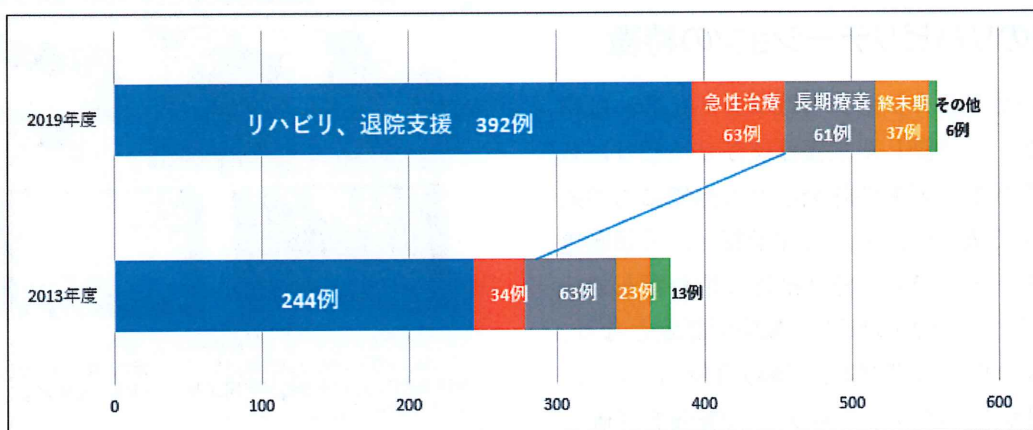


図1 病床機能変化に伴う患者の入院目的の変化



写真1 医療法人財団公仁会鹿島病院外観



図2 島根半島にある原発に近い位置にある鹿島病院

ら回復期リハ病床転換をかわきりに回復期機能を推進して現在に至っている。患者のADLの回復・維持の為に病院・在宅サービスのMix総合力をいかに提供していくかが必要となっている。当院のリハビリテーションの概要について述べる。

1. 当院のリハビリテーションの特徴

当院のリハビリテーション（以下リハビリ）は早くから口腔ケアと連動した栄養療法がリハビリに有効で、廃用症候群、誤嚥性肺炎などの治療にも効果があると考えて歯科衛生士、管理栄養士、言語聴覚士、医師らのチームで栄養療法推進に取り組んでいた。2004年よりJSPENのNST稼働施設認定となり、2005年2月からはNST実地修練教育施設となる。2005年4月から2020年3月まで病院機能評価とリハビリ付加機能 Ver 3.0の認定を受ける。2020

年4月から3rdG.ver.2.0副機能のリハビリを認定される。リハビリ提供体制を（図3）に示した。この体制で、回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病床、医療療養病床、特殊疾患病棟の入院患者へリハビリ施設基準の脳血管1、運動器1、呼吸器1、がんリハビリを提供している。

さらに、長期的視野で在宅部門と退院後のリハビリに積極的に関与する体制を構築している。院内での研究をリハビリ治療に活かすことを目的に2016年には重度な片麻痺の脳血管疾患、重度な廃用症候群、下肢の免荷期間中の患者様の回復促進にチャレンジすべく島根県の地域医療の向上に向けた公募型チャレンジ事業を利用して「足こぎ車椅子とソフトウェアの実証」研究を行った（写真2）。現在も研究の成果をリハビリの療法に導入して機能回復に寄与している。



プレスリリース

医療機関において島根初導入！
足こぎ車いすと支援アプリケーションで
効果のあるリハビリテーションをより楽しく！





足こぎ車いすと支援アプリケーション用のタブレット 結電・結音ハイブリッドセンサ




支援アプリケーションの画面

私たち医療法人財団 公仁会 鹿島病院は、島根県の「地域医療の向上に向けた公募型チャレンジ事業」を活用し、『足こぎ車椅子を活用した片麻痺患者のリハビリとその効果判定ソフトウェアに関する実証』という実証事業に取り組みました。

写真2 足こぎ車椅子とソフトウェア

- ・リハビリテーション専門医 2名 ・リハ指示医 1名 ・他医師 4名
- ・理学療法士 23名 ・作業療法士 16名 ・言語聴覚士 6名
(呼吸療法認定士 6名、転倒予防指導士 1名、NST 療法士 1名、
ケアマネジャー 2名、セラピストマネジャー 1名含む)
- ・管理栄養士 5名 (NST 療法士 2名含む) ・歯科衛生士 2名、
- ・社会福祉士の医療相談員 6名 ・NST 療法士の臨床検査技師 1名
- ・認知症看護認定看護師 1名
- ・慢性呼吸器疾患看護認定看護師 1名
- ・回復期リハ看護師回復期リハビリテーション病棟協会認定 2名

図3 リハビリテーション提供体制

(1) 回復期リハビリテーション病棟

回復期リハビリテーション病棟(以下回リハ病棟)では、大腿骨頸部骨折地域連携パス、脊椎術後疾患などの重度な整形外科系疾患、脳卒中パス、重度な麻痺や嚥下障害を呈した脳血管系疾患をリハビリ専門医、リハビリ指示医、認知症看護認定看護師、回復期リハ認定看護師を含めたチームアプローチで3早(早期入院、早期治療開始、早期自宅退院)を実践している。毎週行われるリハビリ運用会議で治療経過・在宅受け入れ準備状況などの進捗状況の精査・アウトカム評価を行っている。またそれに加えて、在宅サービス部から退院後1、3、6か月が経過した患者の在宅生活のフィードバックを受け、今後の治療やアプローチに活かす取り組みを行っている。コロナ渦においては病棟担当者による退院後訪問が難しいため退院支援を行う上で効果的な取り組みである。

また、4チーム(ICF、FIM、余暇、栄養)が側面からADL向上、健康の自己管理方法習得などに働きかけて健康増進と身体機能向上の支援をしている。とりわけ栄養療法にこだわりがあり、栄養チームは毎週木曜に実施する体重測定の経過とリハビリ活動量、食事摂取量、血液生化学検査結果などによる栄養モニタリングを電子カルテで管理して栄養状態の改善を図っている。

その結果として栄養改善率やFIM利得が高くなり良好な実績指数、在宅退院率に繋がっている。疾患別の平均年齢は全国平均より高齢化は顕著で、当院の整形外科系疾患 85.4歳(全国平均 80.0歳¹⁾)、脳血管系疾患 79.2歳(73.3歳¹⁾)である。退棟時

の要介護度も全国平均より高く、要支援は 19.7%(全国平均 10.7%¹⁾)、要介護 66.8%(全国平均 54.7%¹⁾)である。高齢化が進み、身体機能低下が全国平均より進んでいる高齢先進県では栄養支援を含めた質の高いリハビリと退院後の生活を見据えたチームアプローチ、さらに在宅支援チームと融合した総合力を提供していくことが非常に重要である。2020年度の実績指数は 47、在宅復帰率 91%であった。



写真3 管理栄養士の栄養療法、生活習慣病対策の教室

(2) 地域包括ケア病床

地域包括ケア病床(以下地ケア)は地域包括入院管理料1を算定して当該地区の開業医、中核病院との密な連携から誤嚥性肺炎、栄養障害、尿路感染などの急性期状態で要介護認定の紹介例が多い。病棟医2名を中心に質の高い医療を提供しながらリハビリを平均 2.8 単位提供して在宅支援を充実させている。当院の地ケアの入院患者の要介護認定者の割合は 94%台と高く、在宅支援にはかなりのパワーが必要である。入院時には家族から病前の生活、自宅環境、ケアマネからの要介護の詳細な情報を得る必要がある。退院後の生活設定の検討、自宅の環境を念頭に入れて、退院準備期には専門職の視点で(介護福祉士+リハビリ+看護師)介護指導などの提供と、可能な範囲で担当ケアマネ、在宅支援サービス事業所スタッフ、福祉用具業者と一緒に自宅へ訪問して移動面、生活関連動作面などの動作確認、環境の確認・整備を提案して在宅支援を行い在宅復帰率

は78.8%であった。

※診療統計は2019年実績より

(3) 医療療養病床

医療療養病床（以下療養）は療養病床入院基本料1を算定し、当該地区の開業医、中核病院から終末期、長期療養が必要な患者の継続療養と身体的に重傷者へ慢性期のリハビリを提供して機能維持に努めている。医療区分の割合は医療区分1（11.5%）、2（77.5%）、3（11.0%）で、医療区分2、3の患者が8割以上を占めている。リハビリは嚥下障害に対して言語聴覚士のリハビリ、喀痰吸引が頻回患者への呼吸療法士のリハビリに力を入れている。2019年度のリハビリで在宅・施設退院支援目的入院59人の在宅復帰率が44.1%、平均在棟日数は126日であった。

※診療統計は2019年実績より

(4) 特殊疾患病棟の紹介

特殊疾患病棟の入院患者は神経難病、脊髄損傷、重度意識障害と呼吸障害の人工呼吸器が20台前稼働している。呼吸器稼働台数は中国地方でも高く、他県からの入院希望患者も受けている。人工呼吸器は全て統一してリスク低減の工夫をしている。そして呼吸機能障害の患者は、慢性呼吸器疾患看護認定看護師らの呼吸管理と呼吸療法認定療法士が呼吸リハビリを提供して機能維持に努めている。また、リ



写真4 人工呼吸器を管理する病棟責任医



写真5 週2回の人工呼吸器を装着して入るミスト浴は看護師のペアで実施



写真6 居室と浴室との移動時は慢性呼吸器疾患看護認定看護師と看護師2名がアンビューバックで呼吸管理を万全にして実施

ハビリが必要な神経難病などの患者へリハビリを提供している。在宅退院・施設退院が可能な方の在宅復帰率は39.2%であった。

※診療統計は2019年実績より

(5) 在宅サービス部

当院の在宅サービス事業所（以下在サ部）は通所リハビリテーション、訪問リハビリテーション、訪問看護、居宅支援事業所で構成している。鹿島病院にとって、有益な医療と介護サービスを提供して、対象地域の方が入退院後にも安心して身体機能を維

慢性期医療でのリハビリテーション

持しながら在宅生活が送れるよう支援をしている。在サ部一丸となって地域を支える思いを込めてユニホームの背部には「Tryhome」と「Stayinghome」の文字が書かれている。利用者本人、家族、病棟スタッフが、鹿島病院の在宅サービス事業所を信頼し、施設入所ではなく在宅の可能性を探り、チーム一体で、利用者の望む自宅生活を継続できるようにと掲げたのである。デザイン性から職員に人気で医師をはじめ多職種が着用している。チームマインドは All for One である。



写真7 思いを込めたユニホーム

①通所リハビリテーション・訪問リハビリテーション

病院併設の通所リハビリテーション(以下通りハ)は所長に理学療法士、看護師4名、介護福祉士8名、介護士5名、療法士6名を配置してリハビリを主に、



写真8 個別リハビリテーションの様子

健康管理、栄養管理、脳トレーニング、手指訓練などの身体機能維持・向上と健康増進に力を入れている。カンファレンスは担当医と療法士、看護師、介護福祉士、ケアマネ、ご家族が同席して改善度、問題点を描出して生活のトータル的な支援の充実に取り組んでいる。通りハサービス利用者のうち、同法人デイケアを利用されている方の割合が最も多くなっている。在宅療養支援病院である鹿島病院と在サ部全体で、一人の利用者様を多角的に支えるしくみが構築されている。

訪問リハビリテーションは、患者個々の自宅での実生活に密着したリハビリテーションを提供して、残された機能を使って実生活がおくれる機能訓練に力を入れている。

②訪問看護

1997年に開設した訪問看護ステーションいづくしみは、認定在宅看護専門看護師ら5名の看護師、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士(療法士は鹿島病院、デイケアと兼務)各3名ずつ所属している。事務所は病院の医局と看護部長室、地域連携室、居宅介護支援事業所と同じフロアにあり、状態に変化が起きた場合などは、担当医師、担当ケアマネとタイムリーに検討が出来る環境にある。利用者数は約80名でそのうち約4分の1の利用者が、当事業所の療法士による訪問リハを利用している。また、利用者の約半数を鹿島病院の医師が主治医として管理し、60%の利用者を同法人の居宅のケアマネが担当している。訪問看護は、在サ部のなかでも、医療・介護の両面から生活全体をアセスメントして心身共に安心・安楽に生活出来る様に整えている、訪問リハに同行し医療面の支援を行う事もある。また、リハビリを中心とした自立支援を目的としたケア、精神疾患をもつ方への看護、作業療法、エンドステージにある利用者へのエンド・オブ・ライフケアや看取り、がんをもつ方への在宅での医療用麻薬の管理の支援など、幅広くケアを提供している。

③居宅支援事業所

居宅支援事業所は各病棟に担当ケアマネを配置している。担当ケアマネは各病棟の運用会議へ参加して各病棟から退院した患者後の生活の全体像、参加活動面、短期に低下したFIM項目、家族の介護負担面の変化などの様子を病棟へフィードバックして医療の質の向上に働きかけている。

さらに、退院後に在宅支援サービスの介入が必要だと考えられるケースには、どの様な在宅支援サービス提供が望ましいかをアドバイスして、在サ部



写真9 在宅サービス部の運用会議

が受け入れ可能エリアの情報提供も行う。そこで検討された内容は在宅サービス部運用会議で共有することで退院後からシームレスな在宅支援サービスが提供できる体制を整えている。ご本人、家族の心配と介護負担の軽減に繋がっている。

2. 終わりに

当法人の強みは、回復期・慢性期医療を入院から在宅まで一貫して提供できる体制を組んでいるところにある。病棟スタッフと在宅を担当するスタッフが、医療・介護それぞれの分野のアプローチにより入院から退院後の生活を支えている。

このように、病院のリハビリと通リハのリハビリ、訪問看護、訪問リハビリ、ケアマネ、それぞれの力を融合させた医療と介護の総合力が慢性期医療を支えていると考える。

【参考文献】

- 1) 2021年2月 一般財団法人 回復期リハビリテーション病棟協会「回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書」より