第3回　地域連携・リハビリテーション技術研修会

テーマ 「パーキンソン病のリハビリテーションを考えよう」

平成23年5月14日（土） 13時30分～

【地域連携・リハビリテーション技術研修会とは】

病院と在宅（地域）の連携が重要視されていることは医療者のみならず、患者やその家族にとっても周知のことであります。リハビリテーション医療でも、機能回復や維持のための継続した練習、身体的あるいは環境的状況に応じた介助器具の設定や変更などの観点から、病院と地域で連携すべき点は多いと思います。しかし現実問題として、リハビリテーションの内容において病院での指導内容が在宅の実情に即していない、在宅での問題が病院側で把握できない、各事業所・者で対応が異なるなどの指摘を受けることがあります。

そこでこれらの問題解決に向けて、リハビリテーションに関する知識・技術情報の共有とレベルアップ、地域での実情把握をおこない、病院と地域のスタッフ間で共通認識を形成し、リハビリテーション医療の平準化、協力関係を構築することを目的として、本研修会を発足させました。

【第3回の目的】

パーキンソン病のリハビリテーションについて、病院、施設、在宅で関わる各々の職種の立場から、現状と問題点をディスカッションし、連携を深めることを目的として実施しました。

【参加者】

45名

PT：16名、OT：7名、ST：2名

看護師：9名、保健師：5名

ケアーマネージャー：6名

26施設

病院：6、福祉施設など：5

訪問看護ステーション：9

ケアプランセンター：4

保健所：2

【プログラム】

講義 「パーキンソン病とその治療法」

NHO刀根山病院リハビリテーション科部長　井上 貴美子

グループワーク 「パーキンソン病のリハビリテーションを考えよう」

司会　川邊 利子　山本 洋史

「病院の立場から」

NHO刀根山病院リハビリテーション科　理学療法士　宗重 絵美

作業療法士　増田 いずみ

言語聴覚士　山道 啓子

「訪問リハの立場から」

城見会アムス訪問看護ステーション　主任理学療法士　増井 伸樹

「訪問リハの立場から」

拓海会神経内科クリニック　理学療法士　池田 由美

「ケアマネの立場から」

吹田市医師会立ケアプランセンター　主任ケアマネージャー　杉本 浜子

グループワーク　ディスカッションとまとめ

講義「パーキンソン病とその治療法」

神経内科医である刀根山病院リハ科部長の井上が、パーキンソン病の病態、治療法など、最近の知見を含む講義を行いました。パーキンソン病のリハビリテーションをおこなう上で、病気の理解は必須です。参加者からは、「疾患の理解が深まった」「薬の効果・副作用に関することがわかった」「合併症やリスク管理が参考になった」という感想が多く寄せられました。今後の臨床に役立てられる講義になったと思います。

グループワーク「パーキンソン病のリハビリテーションを考えよう」

パーキンソン病患者に対するリハビリテーションをおこなうにあたり、病院と地域との連携について、また各職種（PT・OT・ST・看護師・保健師・ケアマネ）の役割を理解するために、グループワークをおこないました。

まず「病院」と「訪問」で実践しているリハについて、各々の立場から実施内容や問題点を、また「在宅リハを考慮したケアプラン」というテーマで、在宅リハを導入する際の着眼点を実際の事例を通して講演していただきました。その後、各職域に分かれてテーマ別のディスカッションを実施し、発表をおこないました。（詳細は次のページ）

理学療法士グループ
　「動作能力を維持するためには？」
作業療法士グループ
　「病院と地域を結ぶためには何が必要か？」
言語聴覚士グループ
　「発声や嚥下機能を維持するためには？」
看護師グループ
　「転倒予防のための工夫」
ケアマネージャーグループ
　「在宅リハを考慮したケアプラン作成のための着眼点は？」
保健師グループ
　「パーキンソン病における保健師の関わりと取り組み」

「時間がもう少し欲しかった」「他職種とのディスカッションがしたかった」などの意見がありましたが、「各職場での意見や現状が聞けて良かった」「他職種と顔の見える連携が必要だと思った」「考え方や着眼点が大変参考になった」など、連携時の情報交換の重要性が認識できたグループワークだったと思います。

グループワーク「パーキンソン病のリハビリテーションを考えよう」 ディスカッション

「動作能力を維持するためには？」

在宅：

活動性の維持、活動時間の確保
・自発的に動ける状態への環境調整
自主トレメニューの作成，家族への指導
・動けるけどなかなか動かない患者さんなどに
1日/wしか行けないというのが現状(30min～1h)
座位姿勢へのアプローチが難
肺炎・転倒などのきっかけを作らないことが大切
動線の確認
夜間の頻尿の対応をしっかり
・自動採尿器、ポータブルトイレetc
四肢体幹の可動性
嚥下機能維持
家族の協力
柵や床にマーキング→受け入れ悪いことがある
リハビリにより動作が活発
・転倒の危険大、家族からも言われる

施設（通所・入所）

施設では歩けるが家で歩けない
・家ではできない練習してもらう
・動作練習・床上動作
on, offなりに自分で動ける範囲を調節してもらう
頚部体幹の可動域
介護職との連携
・リハ以外での活動量↑
・在宅よりも動ける場所が広い
車椅子や福祉用具のアドバイス
入所はじめは短期集中リハをおこなう
集団リハにならざるをえない
老健では投薬に制限が出てくる(2～3回/週)

病院：

体幹頚部の可動域（回旋・伸展）
ステップの練習・テープの使用
on/offの時間帯の評価→Dr.,Ns.との連携
重症度高い患者→患者とセラピストが一緒に訓練
肺炎への早期の対応の重要

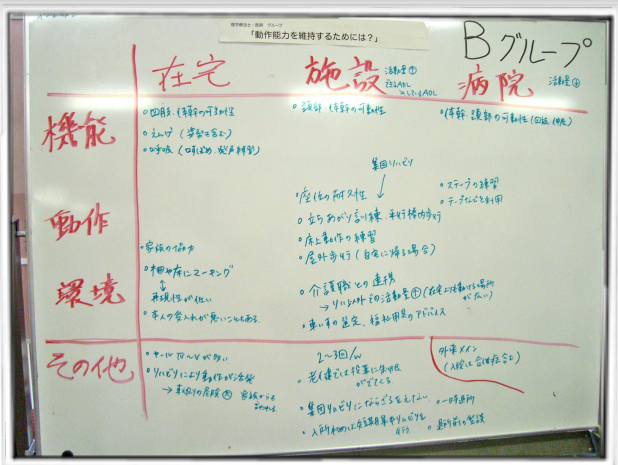
「病院と地域を結ぶためには何が必要か？」

施設・地域→病院に対して

- 治療経過、方針、医療機関への引き渡しのタイミングに悩む
- 医師からの説明が知りたい
- 在宅で維持できるプログラムを医療機関から発信してもらえれば・・・
- 在宅＝対象者が主体になり必要な支援ができない（病院ではしていたが自宅に戻ると今までのように自己判断が多くなり、環境調整も難しくなる）

病院→施設・地域に対して

- 病院→地域だけでなく、地域→病院へも情報提供が必要（家屋状況・ADL実施状況など）で、現在は書面やTELが主体であるが、CMからの伝達が有効なのではないだろうか
- 施設の特色を病院がご本人に説明し、理解した上で利用してもらう



「発声や嚥下機能を維持するためには？」

発声

- 視覚的フィードバックを使う
- 聴覚的フィードバックを使う
- 発声発語器官を他動的に動かす
- 胸郭ROMの改善

嚥下

- ベッドサイドではクッションを使うなどして良姿勢へアプローチする

その他、話題にあがった事

- 舌運動不良は認知面の低下なのか
- うつ症状によるリハビリ拒否
- 遂行機能障害、自助具使用の拒否

「転倒予防のための工夫」

病棟リハビリ

- 目印があると歩きやすい
- ベッドからトイレまでラインひく
- 歩行器の足元にひもをつなぐと足がすくまない
- 手すり、小型の車椅子（自宅用）
- ポータブル使用時、靴下履かないすべり止め

一般病棟

- 拘束する時もある（本人or家族に同意書）
- on/offがあり車椅子から転落があるため、目のとどく所にいてもらったり、車椅子のテーブルを設置する（ほとんど車椅子、寝たきり）
- 掛け布団をかけれない、布団の上を毛布にするとかけやすい

在宅

- 歩ける人は必ず誰かが見守り
- マットレス上のシーツははがれやすい
- 動き方，姿勢保持を見てもらう
- 危険と思われる所を見つける
- 寝具にこだわりがあったり、寒いとずっと靴下をはく
- 自宅だから好きに過ごしたい，転倒してもいいように全面コルクボードを敷きつめる
- 自宅の生活構造に合わせた工夫、一職種だけでは難しいので他職種と連携

「パーキンソン病における保健師の関わりと取り組み」

- 受給者証申請直後からの関わり
  制度の案内や相談
- 地域と医療の連携
  患者様1人1人の状況に応じて、ケアマネージャーや専門相談員などの必要な機関へつなぐ
- 支援関係者への研修
- 患者様やご家族への学習会

「在宅リハを考慮したケアプラン作製のための着眼点は？」

ADLが困っているということでリハビリにつながる

- 外へ出る意欲がなくなっている
- どこのリハビリがパーキンソンの方のリハをして下さるかわからなかった
- 家人や本人で家に来られるのが嫌な方がおり通所リハへつないだ
- 医療情報がタイムリーに入ってこない
- 本人の訴えと療法士の見立てに差がある、またその調整が難しい
- 専門的なリハビリつなぐのは医師の一言が重要
- 本人が通所リハと訪問リハの違いをわかってくれない