

08年度卒 研修医

和田 耕一

地域保健医療研修報告

地域保健医療研修とは

- ◆ 2年間の初期研修のうち、1ヶ月は必修
- ◆ 地域の医療を学ぶ

- ◆ 方法は様々
 - ・ ケアプランを作成
 - ・ 外来（疾患構造の違いを理解）
 - ・ 施設巡り（施設の方と懇談）
 - ・ 牧場体験（地域での生活を知る）

自分は

- ◆ 将来
 - ・ 循環器内科
 - ・ （神経内科が得意な）総合診療科
- ◆ 神経内科にはリハビリは欠かせない
- ◆ 道南では是非リハビリを勉強したい！
- ◆ なんとかうまい理由はないだろうか??

屁理屈？

- ◆ リハビリとは、患者さんをいかに「地域」にかえすかを考える分野である
- ◆ リハビリを学ぶ事が、地域医療との関わりを学ぶ事になる

初期目標設定

- ◆ 患者さんが、急性期病院から自宅や施設などの「地域」へ戻るまでの過程を知る
- ◆ リハビリテーション医学を学び、自宅に帰るために必要な事項の評価の仕方、改善方法の検討の仕方を知る
- ◆ 脳卒中治療において重要な位置を占めるリハビリテーションを経験し、効果を実感する

目標設定(研修中に追加)

- ◆ リハビリ医学において
 - ・ 患者さんをどのように迎え、
 - ・ どんなことを考えて退院させるのかを短期間で経験する
 - ◆ リハビリ医学を通じて、チーム医療を学ぶ
- ⇒地域と関わる医師に必要な視点を取得する

研修方法

- ◆ 2病棟を中心とした研修
 - 急性期病院からの転院患者さん2名
 - 退院間近の患者さん2名

- ◆ 短期間(3週間)で・・・
 - ①急性期から来た患者さんをどう迎えるか？
 - ②どんなことを考えて退院させるのか？

研修内容

- ①急性期からの転院患者さんについて
 - ・ 脳卒中用連携パスの確認
 - ・ 転院前訪問
 - ・ 転院時のADL評価同行
 - ・ 下肢装具型取り見学
 - ・ 入院時リハビリDr面談陪席
 - ・ リハビリDr診察・評価
 - ・ リハビリ見学
 - ・ 新患カンファレンス

研修内容②

②退院予定の患者さんについて

- ・リハビリテーション見学
- ・評価会議参加
- ・ケアマネージャーさん面談陪席
- ・家屋訪問同行
- ・装具外来陪席

研修内容③

③その他

- ・他院との連携

(市立函館病院回診,五稜郭病院,函館中央病院訪問)

- ・嚥下造影
- ・訪問診療
- ・急性期リハ見学(市立函館病院)
- ・神経心理カンファレンス参加
- ・リハビリ医師カンファレンス参加

研修報告

函館について

- ◆ 人口：約28万4千人、約14万世帯。
- ◆ 高齢化率：26.4%（札幌19.5%）
- ◆ 核家族化が顕著⇒老老介護が大きな問題
- ◆ ちなみに、函館では一日に...

出生：5.3人
死亡：8.5人
結婚：3.9組
離婚：2.0組
転入：29.0人
転出：35.6人



函館の医療

- ◆ 病院：33（11.6:人口10万対, 札幌11.1）
- ◆ 一般診療所：243（85.6:人口10万対, 札幌66.8）
- ◆ 病床数：7,480床（2633.8:人口10万対, 札幌2140.2）

- ◆ 急性期、回復期といった機能分化が進んでいる
⇒病院間の連携が非常に重要

リハビリ病棟研修

I. 入院前

他院との連携

- ◆ 脳卒中用連携パス
2008年から脳卒中用連携パスを導入
従来の診療情報提供書に比べ
①情報を(ある程度)過不足なく収集できる
②形式が統一されている
⇒病院間の連携がスムーズに

函館の回復期病院のほとんどが採用している

転院患者さん訪問

- ◆ 急性期病院を訪問
- ◆ MSWさん、リハ技師長さんと
- ◆ MSW同士だけでなく、担当Nsとの情報交換も
- ◆ ご本人,御家族の希望や現状も確認

- ◆ 実際にリハビリを見て、担当セラピストとディスカッション
⇒現時点での課題や問題点などを共有

Ⅱ. 入院後 初期評価

- ◆ 入院後まもなく、入院時のADLを評価
起居動作、端座位、移乗、移動、排泄、食事
- ◆ 前医ではどうしていたか確認
- ◆ トイレの手すりの位置など確認
⇒病棟生活に問題がないか

- ◆ PT,OT,ST,病棟ヘルパーさんでチームを形成
⇒ディスカッションしながら評価

初期診察（面談）

- ◆ 本人・家族の希望を確認
- ◆ 発症以前の状況や前医での様子について確認
- ◆ 初診時において予測される予後を説明
- ◆ 今後の方針について確認

初期診察（診察）

- ◆ 内科的診察、神経学的診察

《自分が行っていた診察(救急など)との違い》

これまでの自分

- ・ 麻痺の評価⇒MMT(筋力)

リハビリテーションでは

- ・ Brunnstrom Stage
- ・ 片麻痺回復グレード

どう違うか

- ◆ 救急など
どこがどの程度障害されているか
⇒どこかに異常があるはずだ
- ◆ リハビリ医学
今後回復する中で今はどの段階か
⇒どういう風に良くなっていくか

MSW面談

- ①現在の状況について
入院前の生活、家族構成、住宅状況など
 - ②退院後について
本人・ご家族の希望、介護力、経済状況など
 - ③復職希望 ⇒仕事内容、条件など
 - ④今後の面談について
連絡先、キーパーソン、今後も来院可能か
- ◆ 1番の目的は、本人・ご家族との信頼関係を築く事

リハビリテーション

- ◆ 機能障害、能力低下を評価
それぞれの職種で時間をかけて評価
- ◆ できるだけ早期に歩行訓練を開始
歩行を妨げる原因を判断⇒装具など検討
- ◆ 本人/周囲の希望も加味して目標設定
訓練による改善状況と照らし合わせて
ディスカッションを重ねて

情報共有

- ◆ 新患カンファレンス
MSW(司会)、医師、セラピスト、Nsが参加
それぞれが得た情報や評価を共有

長期ゴールを検討
⇒次なる手（短期ゴール）を検討する

定期的な情報共有

- ◆ 評価会議
MSW(司会)、医師、セラピスト、Nsが参加
ケアマネなど、他スタッフが参加する事も
新たな情報や変化、その時点での評価を共有
- ◆ リハ医師カンファレンス
リハスタッフが集まり、相談症例を検討
リハDrも参加

リハ医師カンファレンス



Ⅲ. 退院に向けて 家屋訪問

- ◆ MSW、PT、OTが患者さんと一緒に訪問
- ◆ 家屋構造を評価
玄関、トイレ、寝具、段差や手すりの状態など
- ◆ 実際に動いてもらい、家でのADLを評価
改修や手すりなどの必要性を検討
新たな問題点がないかディスカッション

家屋訪問



装具外来

- ◆ 装具の目的
 - ①制限、固定 ②荷重 ③不要な動きを抑制
 - ⇒早期に歩行可能にする
 - ⇒歩行状態を改善させる
- ◆ 本人用の装具を作成
 - 「本人が気持ちよく歩けるか」が重要

仮合わせ



実際に歩いてみて、微調整

IV. 退院後 施設見学

- ◆ 療養型病床：A病院
- ◆ 老人保健施設：老健B
- ◆ 有料老人ホーム：有料老人ホームC
入居一時金:1000万弱+月額20万弱

退院後のリハビリ

- ◆ 通所リハ
- ◆ ショートステイ
時間の制約により・・・
介護者の負担軽減にも重要
- ◆ 訪問リハ
当院でも09年度から開始

訪問リハビリ

- ◆ 09年度より
- ◆ 現在スタッフ1名
一人で20人程度を担当している
- ◆ 来年度から訪問リハステーションができる
- ◆ 全国的に遅れている分野
需要は多いが、供給が全く追いついていない

学んだこと

- ◆ 患者さんの退院には、リハビリの視点が重要
- ◆ どんな理由で入院していても同様
⇒病気は治ったけど帰れません...では×
- ◆ 他職種からの視点を総合する事が大切
- ◆ 総合医、家庭医には必須の視点
- ◆ 専門医にも必要な視点

研修目標

- ◆ 患者さんが「地域」へ戻る過程を経験できた
- ◆ どう迎え、どう退院させるかを経験できた
- ◆ 退院に向けた評価・検討に参加できた
- ◆ リハビリによる改善をみる事が出来た
- ◆ 繰り返し行われるカンファレンスや、多職種の間を体験し、チーム医療を実感できた

最後に...

函館観光

- ◆ MSW本間さんを中心に
- ◆ さすがという内容
- ◆ 次から次へと情報が！
- ◆ しかもマニアック

函館観光



手動式エレベーター

函館観光



冬の函館山



五稜郭から

函館観光

研修の目玉にして良いと思います

あったかい冬パフェ



御清聴ありがとうございました！！

今後ともよろしく申し上げます！