

第2回
コンプリヘンシブ・リハビリテーション懇話会
抄録集

日時：2012年7月7日（土）

会場：Σホール

（大阪大学 基礎工学部国際棟）

共催

NPO 法人リハビリテーション医療推進機構 CRASEED

医療法人篤友会 関西リハビリテーション病院

「コンプリヘンシブリハ懇話会」第2回を迎えて



NPO 法人リハビリテーション医療推進機構 CRASEED 代表
兵庫医科大学リハビリテーション医学 主任教授
道免 和久

昨年 2011 年 7 月 9 日、医療法人財団医道会十条リハビリテーション病院と NPO 法人リハビリテーション医療推進機構 CRASEED との共催で、第 1 回コンプリヘンシブ・リハビリテーション懇話会が京都で開催されました。皆様のご協力のおかげで、一般演題、シンポジウム、懇親会いずれも大いに盛り上がりました。多職種&多地域&多施設のキーワードを皆様が理解されたことにより、文字通りのコンプリヘンシブ Comprehensive「包括的」な会になったと喜んでおります。今回は第 1 回の成功を継承、発展させるために極めて重要な第 2 回の懇話会となります。主催は皆様お馴染みの医療法人篤友会・関西リハビリテーション病院です。

さて、今年私達のグループでは新たに 3 名の専門医が合格しました。私に関西に来て以来通算で 27 人の専門医が生まれたことになり、難関と言われるリハビリ科専門医試験において不合格者ゼロの記録を更新しております。専門医が育成されることの本当の効果は、医師単独の医療が進むことではなく、リハビリマインドとリハビリサイエンスを共有する仲間として、チーム医療が推進されることです。リハビリ科専門医が、リハビリ医療の質の向上のためにリーダーシップをもってその役割を果たすことにより、他の医療スタッフは本来の仕事に専念でき、新たなチャレンジも可能となります。そして、チームとしてより高い次元に発展することができます。

コンプリヘンシブリハビリ懇話会は本当に楽しく、エキサイティングな会であると思います。しかし、コンプリヘンシブの意味は、何となく皆が集まって楽しくやることではありません。この会を通して、他地域の他施設の他職種が考え、実践していることを知ることができます。そして、リハビリマインドのあり方とリハビリサイエンスの発展を知り、自分たちがやるべきことを自覚することができると思います。このような無数の組み合わせの相互作用が化学反応のように連鎖することによって『コンプリヘンシブリハビリマインド』が培われるものと期待しています。

今年も盛りだくさんの楽しい会になると思います。それでは、開会します！

参加者へのお願い

- 1) 会場受付は、午前9時30分より開始いたします。
- 2) 参加者（座長、発表者も含む）は参加票に所属、氏名等を記入の上、受付にて会費 2000 円を添えてご提出ください。受付で受領証と名札ケースをお渡し致しますので、必ず着用し入場して下さい。
- 3) 発表に対して質問等を行なう場合は、必ず座長の許可を得てから病院名、所属、氏名を述べた後に発言して下さい。
- 4) 会場内では雑音防止にご協力ください。また不必要な座席の占拠はご遠慮ください。
- 5) 携帯電話については、マナーモードにし、会場内での通話はご遠慮ください。
- 6) Σホール内はロビーも含めすべて飲食禁止、禁煙です。

座長の方へのお願い

- 1) シンポジウム・一般演題・講演の座長の方は、セッション開始 10 分前までに会場内の次座長席に、ご着席ください。
- 2) セッションにおいては、限られた時間内に発表が円滑に進行するようご配慮ください。

発表者（演者）へのお願い

- 1) 一般演題の発表時間は 7 分です。制限時間の超過は認められません。質疑応答は 3 分間です。簡潔にお願いします。
- 2) シンポジウムの発表時間は 10 分間です。制限時間の超過は認められません。ディスカッション・質疑応答は約 30 分間を予定しております。
- 3) 遅くとも、前の発表者の演題が始まるまでには指定の演者待機席にお越しください。
- 4) 発表後の謝辞や文献説明はご遠慮ください。

昼食のご案内

大阪大学内の学生食堂をご利用いただけます。当日営業している食堂は以下の通りです。尚、大学等の都合による休業等に関しては責任を負いかねます。

- ・ 福利会館 4階食堂 (11:00 ~ 14:00)
 - ・ 図書館下食堂 (11:00 ~ 15:00)
 - ・ カフェテリア「らふおれ」 (11:00 ~ 13:30)
 - ・ 学生交流棟カフェ & レストラン「宙 (sora)」 (8:30 ~ 20:00)
- (場所はP7の地図をご参照ください)

懇親会ご参加の方へ

懇親会へご参加の方はΣホールの受付にて懇話会参加費とは別に懇親会への参加費として2000円をお支払いください。

懇親会会場（ホテルアイボリー）へは、モノレール柴原駅からホテルアイボリーまでバスをご用意しておりますので、是非ご利用ください（Σホールからホテルアイボリーへはスタッフが添乗いたします）。

ホテルアイボリーにおいても懇親会参加受付をいたします。予定変更等での参加の場合は、ホテルアイボリーにて申し込みをお願い致します。

第2回コンプリヘンシブ・リハビリテーション懇話会 プログラム

●開会の挨拶（10：00～10：10）

NPO 法人リハビリテーション医療推進機構 CRASEED 代表
兵庫医科大学リハビリテーション医学 主任教授
道免 和久

●一般演題Ⅰ（10：10～10：55）

（座長）

十条リハビリテーション病院 医師 寺田 央
洛和会みささぎ病院 医師 兼松 まどか

①心臓リハビリテーションへの取組み～外来の心臓リハビリへつなげる取組みを中心に～
淀川キリスト教病院 理学療法士 久保 一光

②当院リハビリテーション部の医療安全の取組み
京都民医連第二中央病院 理学療法士 齋藤 裕一

③CI療法により上肢機能の改善を認めた症例～トランスファーパッケージに着目して～
兵庫医科大学病院 作業療法士 梅地 篤史

④入院時に気管切開が行われていた慢性期療養型病院入院症例におけるカニューレ抜去に関
わる因子の臨床的検討
坂本病院 言語聴覚士 三野 英孝

●一般演題Ⅱ（11：10～11：55）

（座長）

関西リハビリテーション病院 医師 石野 真輔
潮田病院 医師 奥野 太嗣

⑤歩行能力の低い慢性期脳卒中患者に対するA型ボツリヌス毒素療法とリハビリテーション
の併用経験
兵庫医科大学ささやま医療センター 理学療法士 野添 匡史

⑥回復期リハビリテーション病棟における集団レクリエーションの取組み
十条リハビリテーション病院 看護師 船木 一美

⑦地域連携強化に向けての取組み
西宮協立リハビリテーション病院 看護師 溝口 嘉津子

⑧当院におけるチームアプローチ実践の取組み
名取病院 理学療法士 藤井 俊彰

●昼休憩（11：55～13：30）

●教育講演（13：30～14：30）

「エビデンスに基づいた院内転倒対策」

亀田総合病院
医師 宮越 浩一

（座長）

西宮協立脳神経外科病院
医師 小山 哲男

●シンポジウム（14：45～16：30）

テーマ「リハビリテーションのチーム医療における情報共有のあり方」

（座長）

関西リハビリテーション病院 医師 松本 憲二
兵庫医科大学病院 医師 児玉 典彦

①リハビリテーションのチーム医療における情報共有のあり方～医師の立場から～

兵庫医科大学ささやま医療センター 医師 島田 憲二

②チーム医療における効果的な情報共有への取り組み

関西リハビリテーション病院 看護師 禰 純子

③もし高校野球の元女子マネージャーのPTが「もしドラ」を読んだら

北中城若松病院 理学療法士 城間 あゆみ

④近森リハビリテーション病院の情報共有方法について

近森リハビリテーション病院 作業療法士 森沢 三重

⑤法人内における情報共有～連携ワーキングチームの取り組み～

西宮協立脳神経外科病院 医療ソーシャルワーカー 今田 美紗

⑥臨床心理業務と情報共有

関西リハビリテーション病院 臨床心理士 定政 由里子

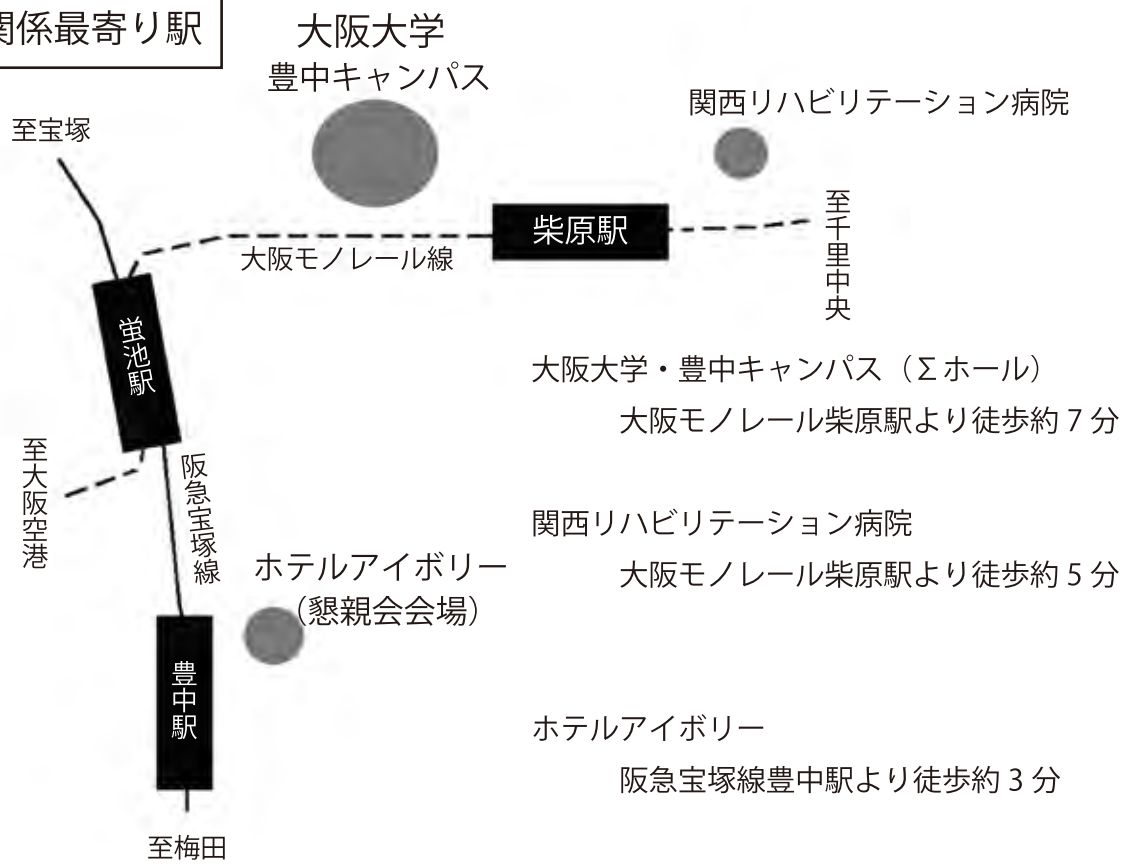
●閉会の挨拶（16：30～16：40）

関西リハビリテーション病院
病院長 坂本 知三郎

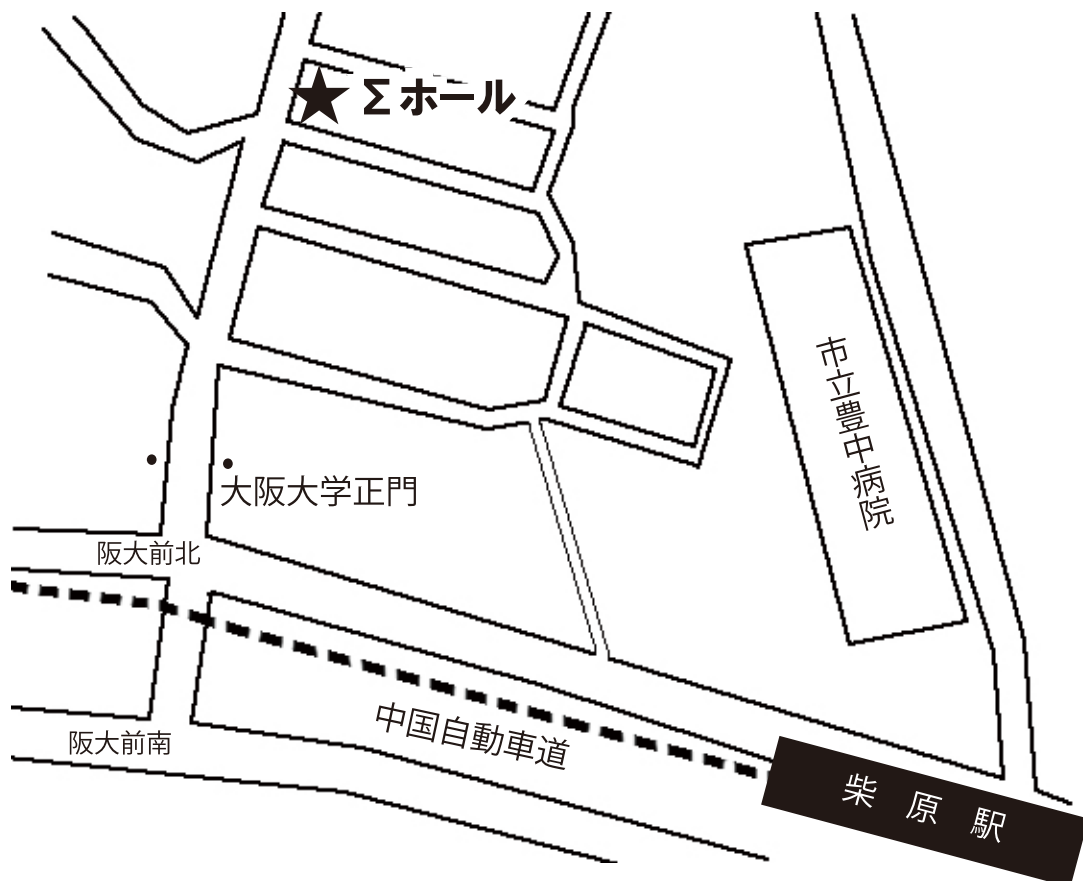
●懇親会（18：00～）

会場：ホテルアイボリー

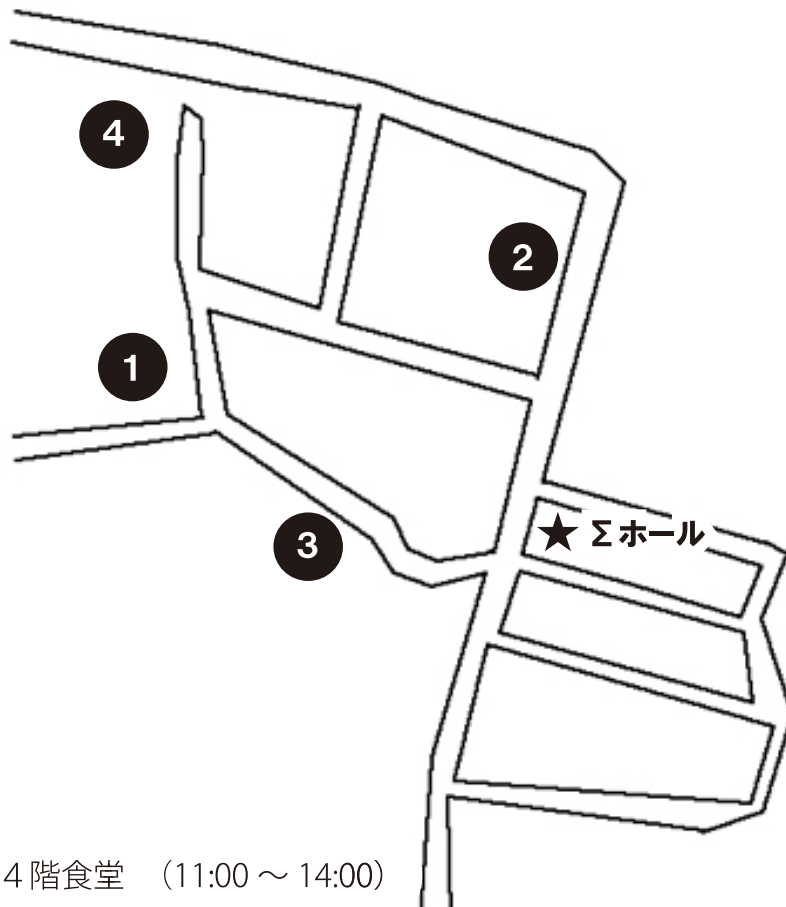
会場関係最寄り駅



Σホール (基礎工学部国際棟)



レストラン・食堂マップ



①福利会館4階食堂 (11:00～14:00)

②図書館下食堂 (11:00～15:00)

③カフェテリア「らふおれ」 (11:00～13:30)

④学生交流棟カフェ & レストラン「宙 (sora)」 (8:30～20:00)

一般演題

(10:10～11:55)

座長（一般演題Ⅰ）

十条リハビリテーション病院	医師	寺田 央
洛和会みささぎ病院	医師	兼松 まどか

座長（一般演題Ⅱ）

関西リハビリテーション病院	医師	石野 真輔
潮田病院	医師	奥野 太嗣

一般演題①

心臓リハビリテーションへの取り組み～外来の心臓リハビリへつなげる取り組みを中心に～

淀川キリスト教病院

理学療法士 久保 一光 大和 昭子 宮内 貴志子

循環器内科 田中 康史

リハビリテーション科 相良 亜木子

心疾患に対する運動療法の効果が認識されるようになり、心臓リハビリテーション（以下心リハ）が注目されるようになった。2008年施設基準が緩和され心リハ認定施設は増加傾向にあるが、外来心リハを実施している施設はまだ少ない。

当院では1990年開設当初より入院・外来心リハを行ってきた。しかし、カテーテル技術が向上し入院期間の短縮に伴い、入院での十分な心リハが実施できないまま退院となり、外来心リハへの移行がスムーズに行えない症例を多く経験した。

そこで2010年より外来心リハに重点をおき、取り組みを行ってきた。

その結果、外来移行率は2009年は26%だが、2010年42%、2011年54%と徐々に増加した。また、臨床工学士やトレーナーの参加により理学療法士が集団で行うことが困難な患者への対応が可能となり、急性心筋梗塞に加え、心臓血管術後や心不全患者へと対象疾患も拡大している。

2012年7月には新病院移転となり循環器病棟と同じフロアに心リハ室が開設される。今まで参加できなかった開心術後早期患者や重症心不全患者に対し心リハを提供することが可能となり、患者数の増加が見込まれる。

今後のシステム作りやリスク管理の徹底、運動メニューの増加や患者教育の充実など質の向上に向け工夫が必要と考えている。

今回は心リハについて我々の取り組みについて報告する。

一般演題②

当院リハビリテーション部の医療安全の取り組み

京都民医連第二中央病院
理学療法士 齋藤 裕一

【はじめに】

当院は総勢 47 名のリハビリテーション部で、高齢者や脳血管疾患を多く抱える地域の病院です。近年スタッフの増加に伴い、リハビリテーション部独自に医療安全対策を講じる必要性が高まり、リスクマネージャーとして、2006 年度より取り組んでいます。今回は、2009 年度の取り組みを報告いたします。

【病院・部門紹介】

242 床 一般病棟 141 床 療養病棟 50 床 回復期病棟 51 床 (2009 年度)

急性期～回復期～維持期、在宅 (通所・訪問リハ) と幅広くリハビリテーションを展開

リハビリテーション部：理学療法課・作業療法課・言語療法課・通所リハビリテーション

職員数：47 名 PT24 名 OT15 名 ST5 名 事務 1 名 送迎助手 2 名

【医療事故傾向】

①医療事故の 75%が 1～4 年目 ②時期別では 7/8 月と 10/11 月に多く発生 ③医療事故内容は、転倒・外傷・ルートトラブルが大半を占める

【対策】

傾向より、大きく①1～4 年目の対策、②時期別の対策を行った。①に対しては、当院新人研修の一つである OSCE (客観的臨床研修) に、過去の医療事故の事例や転倒・外傷・ルートに関する内容を新たに加えて行った。②に対しては、医療事故の件数が多い病棟異動時期の 10 月に、各病棟での対策や事例検討を行った。

【結果】

全体の件数は 42 から 33 件へ減少し、1～4 年目の医療事故割合の減少が得られた。また、転倒項目の医療事故の減少、異動時期 10 月の医療事故の減少が認められた。

【考察】

過去の医療事故を分析し、医療事故対策をリハビリテーション部独自で実施した。試行錯誤であるが一定の対策効果が得られており、リハビリテーション部としての医療安全の取り組みが重要と考えられる。現在も年度ごとに対策を見直し、医療事故軽減に努めている。

一般演題③

CI療法により上肢機能の改善を認めた症例～トランスファーパッケージに着目して～

兵庫医科大学病院

作業療法士 梅地 篤史 竹林 崇 花田 恵介

兵庫医科大学リハビリテーション医学

道免 和久

【はじめに】

現在、CI療法はエビデンスの高い療法として定着している。近年、欧米ではCI療法の重要な要素の一つとして、麻痺側上肢を日常生活内で用いるための治療戦略である Transfer Package（以下 TP）が重要視されている。今回、TPを導入したことで日常生活への汎化を図れ、上肢機能の改善を認めた症例を経験したので結果を報告する。

【症例紹介】

年齢：50代後半、性別：女性、診断名：脳梗塞（左放線冠）、現病歴：X年Y月発症、Y+6ヶ月まで回復期病院にてリハビリ実施。退院後は通所リハ週1回実施。X+1年Y+6ヶ月当院にてCI療法実施。

【初期評価】

FMA:47、WMFTでのFAS:61、STEF:18、ARAT:43、MAL:AOU1.14 QOM1.0。感覚:表在・深部ともに低下なし。ADL:箸操作や書字は非麻痺手で遂行可能。

【経過】

1日5時間、連続平日10日間CI療法実施した。本症例に対するTPの内容を以下に記す。訓練初日に麻痺側上肢での目標動作を10個挙げ、目標に近い課題を設定し、難易度を調整しながら実施した。さらに、毎日日常生活内での麻痺側上肢の使用状況を聴取し、使用するための方法を論議し、指導した。

【最終評価】

FMA:58、WMFTでのFAS:64、STEF:55、ARAT:50、MAL:AOU1.86 QOM1.57。ADL:食事は一部エジソン箸で、右手で行う。書字は右手で可能となる。

【考察】

CI療法のメカニズムは学習性の不使用の克服と、使用依存性の脳機能再構築であるといわれている。本例においても、TPを導入することで麻痺側上肢の使用の定着が図れ、使用頻度が向上したと考える。これらのことから使用依存性の脳機能の再構築を促し、より上肢機能の改善を図ることが出来たと考える。

入院時に気管切開が行われていた慢性期療養型病院入院症例における
カニューレ抜去に関わる因子の臨床的検討

坂本病院
言語聴覚士 三野 英孝
大阪大学大学院
耳鼻咽喉科・頭頸部外科 小川 真

【はじめに】

当院は慢性期療養型病院であり、多数の患者が気管切開を行われた状態で入院となる。気管切開は音声言語機能、摂食嚥下機能を低下させる。これらのリハビリテーションを行うために、症例の状態に合わせて適宜最適な形状のカニューレに変更し、気管切開が不要になったら抜去を行う必要がある。今回我々は入院中の気管切開症例を対象に、気管切開術後のカニューレ変更あるいはカニューレ抜去に至るための必要条件について検討を行ったので報告する。

【対象と方法】

H21年3月からH22年4月の1年間の新規入院症例296例中、入院時にカフ付きカニューレを使用していた気管切開症例53名を対象とし、その中でJCS-Iレベル以上であり、3ヶ月以上経過観察可能であった症例35名を、入院経過中カフ付側孔付カニューレを使用していた23症例(A群)、スピーチカニューレに変更可能であったが、カニューレ抜去には至れなかった5症例(B群)、スピーチカニューレ変更の後にカニューレ抜去に至った7症例(C群)の3群に分け、意識レベル、指示従命能、改訂水飲みテスト、入院中の肺炎罹患の有無、唾液の処理状況、摂食可能な食形態の推移を調査した。調査期間中JCS-II、IIIレベル、進行性疾患の症例については対象外とした。

【結果】

A群よりもB+C群で意識レベル、指示従命能、改訂水飲みテストの結果が良好であったが、B群とC群の間では差を認めなかった。しかしながら、B群とC群の間では入院中の肺炎罹患の有無、唾液のカニューレからの漏出の有無、摂食可能な食形態の推移に明確な差を認めた。

【結語】

以上のことから、慢性期療養型病院入院中の気管切開症例においては、カフ付きカニューレからスピーチカニューレへの変更の条件としては認知能が、スピーチカニューレの抜去には、下気道クリアランスおよび摂食嚥下能が必要条件となっていることが示唆された。

歩行能力の低い慢性期脳卒中患者に対する
A 型ボツリヌス毒素療法とリハビリテーションの併用経験

兵庫医科大学ささやま医療センター
理学療法士 野添 匡史 佃 英明 荻野 直子 和田 智弘
兵庫医科大学地域総合医療学
内山 侑紀 島田 憲二 福田 能啓
兵庫医科大学リハビリテーション医学
道免 和久

【はじめに】

慢性期脳卒中患者の下肢痙縮筋に対する A 型ボツリヌス毒素 (BTXA) 療法は、痙縮改善効果のみならず歩行能力の改善も報告されているが、そのほとんどが歩行自立レベルの患者を対象にしたものが多く、歩行能力の低い介助歩行レベルの患者を対象にしたものは少ない。今回、歩行能力の低い慢性期脳卒中患者に対して BTXA 療法と入院によるリハビリテーション (リハビリ) を併用し、歩行能力の改善が得られた症例を経験したので報告する。

【症例】

60 代男性。3 年前に左中大脳動脈領域に広範囲の脳梗塞を発症。その後当院でのリハビリを経て発症から 9 ヶ月後に自宅退院。介護保険サービスを利用して療養を行っていたが、痙縮改善と歩行能力の改善目的に入院加療を行うこととなった。

【経過】

入院時の FIM は 74/126 点。右上下肢の痙縮は MAS3, 右足関節可動域は背屈 -30° , 外反 -20° 。歩行は金属支柱付き短下肢装具を用いて最大介助レベルであり、移動には車椅子が必要な状態であった。重度運動性失語と易怒性があり、関節可動域練習や歩行練習時の疼痛増強によって、リハビリ拒否が強かった。入院 5 日後に右下腿三頭筋、後脛骨筋に BTXA300 単位を施注。その 1 週間後より右足関節可動域は背屈 -10° , 外反 0° に改善。疼痛の軽減とともにリハビリ拒否の回数も減り、妻との介助歩行練習が可能となった。その後も歩行距離は延長し、1 ヶ月後には 30m の監視歩行が可能となり入院 1 ヶ月半後に退院した。退院後は訪問リハビリで家族に自宅での歩行練習方法を指導し、排泄時の移動手段として介助歩行を行えるようになった。

【考察】

歩行能力の低い慢性期脳卒中患者であっても、BTXA 療法にリハビリを併用することで良好な結果が得られると考えられた。

回復期リハビリテーション病棟における集団レクリエーションの取り組み

十条リハビリテーション病院

看護師 船木 一美

【方法と結果】

回復期リハビリテーション病棟の患者は、セラピストによるリハビリテーションの時間以外は、自主訓練や他の患者との交流などを中心に過ごしている。しかし、活動意欲の低い高齢者や危険認識が低い患者は、生活リズムの調整や離床を促す事を目的に、車椅子に乗車しスタッフステーションで何もせずに過ごしている現状があった。またスタッフからは、そんな環境に違和感を覚える声もあった。そこで当院では、刺激のある生活リズムの調整や精神面の賦活を目的に、集団レクリエーションとして食堂に患者を集めラジオ体操を実施した。結果、集団レクリエーションでは、最初は見ているだけであった患者も集団で行うことで刺激され、ラジオ体操のビデオが流れると、参加者全員に何らかの動きがみられた。その中でも、コミュニケーションが活発となり笑顔が増え、自発的に動く事が無かった患者が、日常動作を積極的に行えるようになるという変化が見られた。

【考察】

高齢者の記憶力は、最近の記憶は失われるが過去の記憶は残っているという特徴がある。ラジオ体操という誰もが知っている物を取入れた事で自然に受け入れやすかったと思われる。集団レクリエーションを行うことで、共通の楽しみや出来るという自信、上手く出来たという成功体験が得られ、精神機能の賦活、改善へとつながったと考える。

毎日集団レクリエーションに参加することは、多くの患者、スタッフとの接触を保ち、何らかの楽しみを見出し刺激のある生活リズムへと変化したと思われ、会話や笑顔が増えるという社会性にも変化が見られたと考える。

「何もしていないより行く方がいい」という参加患者の声から、患者にとって何もしていない時間は刺激の無い時間であり、またスタッフステーションで車椅子にただ座らされている環境は、違和感のある環境であった事を再認識させられた。

地域連携強化に向けての取り組み

西宮協立リハビリテーション病院
看護師 溝口 嘉津子

当院は 120 床の回復期リハビリテーションに特化した病院である。開院 10 年目を迎え地域連携の充実に向け、平成 23 年 4 月「総合支援課」を立ち上げ組織変更を行った。

これまでの地域連携の窓口としては、急性期病院への訪問や地域連携パスの窓口は医事課が担当し、入院の受入れから退院調整までは「医療福祉相談室」としてMSWが中心となって担ってきた。また、自宅退院された患者の 3 ヶ月後アンケートには看護師と理学療法士が関わるなど複数の部署や職種が連携業務に関わっていた。その中でもMSWの業務は、入院中の担当患者の医療福祉相談や前方・後方の連携先との電話対応や事務書類の処理等広範囲にわたり煩雑多忙であった。

今回の組織変更で「総合支援課」に看護師、事務を専従配置（今後、理学療法士も加わる予定）し、MSWと協働することで連携窓口を集約し、それぞれの職種の業務を整理しながら各職種の強みを活かせる組織と環境作りを目指している。新体制となり 1 年、これまでの取り組みと今後の課題を検討したのでここに報告する。

当院におけるチームアプローチ実践の取り組み

名取病院
理学療法士 藤井 俊彰

【はじめに】

当院回復期病棟は平成 18 年に開設し、大阪市西淀川区の地域医療を担ってきた。開設当初よりチームアプローチを実践するに当たっての目的意識の統一・情報共有についての問題が山積していた。平成 22 年度より、これらの問題を解決するための構造的改革を実施したので考察を踏まえ報告する。

【目的・方法】

①病棟リハの充実、責任感の共有のために、患者 1 人につき 1 ユニットで構成されるユニットリハビリテーションの実施。②在宅復帰後の生活イメージを共有するために入院時家屋評価への看護・介護職員の参加。③病棟リハの方法を全職員に周知するために、動画による介助方法伝達の導入。④入院早期より心身機能及び ADL 能力の把握をし、リスク管理を行うため、多職種による入棟時合同評価の実施。⑤リハビリテーションケア・看護実践のための病棟勉強会実施。また在宅復帰後も地域医療におけるチームアプローチ体制を形成するにあたり、法人外のグループホームや老健施設、有料施設に対しても退院前訪問を実施している。また、退院後のリハサービスへ引き継ぎを行う場合にも書面だけでなく、直接患者宅へ担当スタッフが出向いて退院後のサービス担当者へ直接デモを行い、情報交換を行っている。

【考察・展望】

今後は仕組み・環境などハードの整備に対してソフト（意識・動機づけ）の充実が課題となっている。また、今後も院内の連携については充実させていく必要があるが、当院が地域医療の中核施設であることから、院外のシームレスな連携についても課題として取り組む必要があると考えている。

教育講演

(13:30～14:30)

「エビデンスに基づいた院内転倒対策」

亀田総合病院

医師 宮越 浩一

(座長)

西宮協立脳神経外科病院

医師 小山 哲男

医療機関においては転倒事故に対する十分な対策が求められる。不幸にして転倒による骨折などを生じた場合には患者の ADL を低下させる結果となることがあり、治療成績に悪影響を与えることとなる。また近年では訴訟に発展するケースも散見される。

その一方で深刻な看護師・介護職の不足、および医療財源の制限のために転倒予防対策として投入できる資源には限界がある。このため転倒予防対策には効率性も求められる。

効率よく転倒対策を行うためには、転倒のリスクが高い症例を適切にスクリーニングすることが重要である。この分野の研究は盛んであり、現在までに多くの転倒スクリーニング方法が報告されている。しかしこれらの多くは他施設での予測精度の検証はなされていない。海外のスクリーニング方法のいくつかは他施設での予測精度の検証がなされているが、そこでは予測精度が低下していることが多い。この原因としては入院している症例の性質や環境の違いによるものであると考えられる。このため当院では独自に開発した転倒スクリーニングを実施している。

またハイリスク症例に対する対策としては病院のスタッフによる見守りが重要である。しかし病院スタッフの数には限界があるため、見守りも効率よく実施する必要がある。当院ではハイリスク症例に対してマーカーを着用することで、多くの職員から見守りが提供できるよう工夫している。

その他の対策としては薬剤の調整や環境調整などがある。薬剤については精神安定剤の転倒誘発のリスクが以前から指摘されている。そして近年はビタミン D 製剤の転倒抑制効果が報告され、その効果が期待される場所である。

これらの様々な転倒対策について、当院での試みと海外の転倒予防ガイドラインの内容などを紹介する。

シンポジウム

(14:45～16:30)

「リハビリテーションのチーム医療における情報共有のあり方」

座長

関西リハビリテーション病院 医師 松本 憲二
兵庫医科大学病院 医師 児玉 典彦

シンポジウム①

リハビリテーションのチーム医療における情報共有のあり方～医師の立場から～

兵庫医科大学ささやま医療センター
医師 島田 憲二 足立 清香 内山 侑紀

リハビリテーションチームにおいて医師は全体の方針を決定し、最終的な責任を負う重要な立場にある。そのために、方針決定に重要な情報を受け、決定した方針をしっかりと各スタッフに伝える必要がある。しかし、リハビリテーションチームは多くのスタッフで構成されているために、そのやりとりは容易ではなく、定期的なカンファレンスの開催だけでは十分ではない。適宜、掲示板の利用や、口頭で伝えたりカルテ記録を参照することなどで補う必要がある。

相手の受け取りかたが表情などを介してわかりやすく、その場で疑問点への質問などのやりとりもできるため、直接会って口頭で伝えることが望ましいと思う。しかし、すべての情報を全スタッフに直接会ってやりとりすることは現実的には不可能であり、掲示板・カンファレンス・カルテ記載の参照などで補うことになる。ただし、カルテに記載しただけでは医師に伝わらないことがあり、緊急性や必要性に応じて別個に口頭で伝えることが重要である。

情報伝達の不備や情報量不足は明らかに問題であるが、多すぎる情報も医師の判断に混乱をきたす可能性がある。医師にとって必要な情報だけを受けることができればよいが、事前にそれを判断することは難しい。とりあえず多くの情報を受けを優先し、その情報の重要性は受け取った医師が判断するべきである。医師は各スタッフからの情報には真剣に耳を傾け、決してスタッフが医師に対して報告を遠慮してしまうような態度をとるべきではない。

チーム医療における効果的な情報共有への取り組み

関西リハビリテーション病院
看護師 禰 純子 南 智恵美

【研究目的】

リハビリテーション医療の特徴は、それぞれの専門職が、同じ患者のリハゴールを目指し、協働しながら患者をサポートしていくことである。リハチームが、各専門性を最大限に発揮するためには、互いが得た患者の情報を共有し活かしていくことが重要であるといわれている。しかし、当病棟では他職種が得た情報は、各々紙ベース、パソコンなどに散在しており、コミュニケーションを図ってはいるものの、患者の情報をすべて共有するには難しい現状がある。また、情報収集は個人に委ねられており、個人差があるのも否めない。そこで、情報収集、共有に関する現状を把握するためにアンケート調査を行った。

【対象・方法】

1. 医師 10 名、看護師 44 名、理学療法士 47 名、作業療法士 29 名、言語聴覚士 15 名、ソーシャルワーカー 5 名、計 150 名対し、アンケート調査を行った。
2. アンケート結果を元に、現状を把握、検討を行う。

【結果・考察】

現状で情報を共有できていると思われると回答したのは 53%であり、チームアプローチが行えているかの問いでは 51%のみが行えているとの回答であった。また、51%が情報収集に不便を感じているとの結果であった。しかし、患者の基本情報、介助量などの情報を知っているかの問いでは、全職員がほとんどの項目で知っているとの回答であった。各自、必要な情報は得ているが、情報共有できている、チームアプローチが行えていると感じていない結果であった。それは、各自情報は持っけていても共有できる場が少ない、コミュニケーション不足、職種間の遠慮などが挙げられる。これらの結果より、各自が知りえた情報を如何に提供しあえるかが重要となってくる。より良いチームアプローチ行うためには、職種間の垣根をなくし、情報共有できる対策が必要と考える。その対策として、情報共有できるツールを検討していきたい。

シンポジウム③

もし高校野球の元女子マネージャーのPTが「もしドラ」を読んだら

北中城若松病院
理学療法士 城間 あゆみ

当院の回復期リハビリ病棟（36床）は、平成12年に新設され、今年で12年目を迎える。当初PT4名、OT3名、ST1名の配置でスタートしたが、早出遅出勤務の導入、365日稼働（平成20年）等に伴い、現在は各15.5名、9.5名、1.5名と3倍以上に増えている。セラピスト間、その他療養者、ご家族、医師、看護師、介護士、MSW、栄養士、薬剤師、また急性期、維持期、訪問、その他在宅サービススタッフ等々、『チーム』は、どんどん大きくなっていく。

確かに、サービスの“量”は増えてきているが、“質”や“内容”についてはどうか、中でも『チーム』やそれに伴う“連携”や“情報共有”等については、課題を残すところと考える。実際、当院でも様々なシステムも増え、取り組みはしてきているものの、未だ十分とは言い難い。特に規模が大きくなればなる程、関わるスタッフが増えれば増えるほどに、これらの言葉がよく用いられるが、安易に用いられ過ぎてはいないだろうか。

今回のテーマは“情報共有のあり方”ということだが、前述したように、“連携”にしても“情報共有”にしても、『チーム』という言葉に伴ってのことであると思われるが、果たして『チーム』の捉え方は、共通なのかという根本のところに戻って考えてみたい。

私自身、過去に高校野球のマネージャーの経験があり、発表内容を整理するにあたり、野球やその他のスポーツに例えて話をする中で、『チーム』について、皆で改めて考えるきっかけになったことが、今回何よりもの収穫である。

近森リハビリテーション病院の情報共有方法について

近森リハビリテーション病院
作業療法士 森沢 三重

【はじめに】

回復期リハビリテーション病棟とは、ADL向上による寝たきり防止と家庭復帰を目的とした訓練を集中的に行う病棟である。多職種が協働してリハアプローチを行うことが特徴であり、チーム内の目標を統一しプログラムの作成、実施することが重要となる。これを実践するためには、担当者によるチーム内はもとより、患者さんに関わる全てのスタッフ間での情報共有が不可欠となる。

【当院の診療システム】

当院では、リハスタッフの病棟配属制を取り入れており、入院から退院までのリハアプローチがスムーズに実践できるよう診療システムが整備されている。入院時には多職種による入院日合同評価が行われ、その後定期的に月1回の総合カンファレンスと、進捗の状況の確認を行う為、一人の患者に対して2週に1回のリハミーティングを行っている。更に円滑な自宅復帰に向け、家屋調査の為の家庭訪問や訪問後カンファレンスをしており、自宅退院決定時には、在宅支援スタッフとの地域カンファレンスを実施している。また、アプローチが円滑に行えるようサブリーダー制を実施しており、担当間での連絡、調整を行っている。

【電子カルテの活用】

平成18年には電子カルテ(NEC社)が導入され、情報共有がよりスムーズに行えるようになった。全職種の診療記録が一元化されていることに加えて、各職種の報告書、総合実施計画書はYahgee文書作成ソフトを併用し、文書を閲覧しやすい工夫がされている。

【おわりに】

当院では、診療システムの整備、電子カルテの導入など情報共有の為に様々な工夫がされている。多職種が情報共有を行いながら、質の高いチームアプローチを実践してゆく上で、専門職の質の向上を目的とした教育と多職種と協働出来ることが必要であり、当院の今後の課題と考える。

シンポジウム⑤

リハビリテーションのチーム医療における情報共有のあり方

西宮協立脳神経外科病院
ソーシャルワーカー 今田 美紗

医療法人社団甲友会は、兵庫県西宮市において、2病院（急性期・回復期リハビリテーション）3事業所（訪問看護・通所リハビリ）を有しております。

在宅から急性期・回復期リハを経て再び在宅へ、と法人内での患者さんの行き来があります。当然のことながら、この行き来には連携・情報の共有が必要です。MSWは、法人内・各関係機関との連携の窓口として、患者の情報を扱う部署であり、連携の必要性を日々痛感しています。

これまで、同じ法人なのに『連携』の捉え方に違いがあるのではないかと、些細なことで行き違ったりしているのではないかと、という思いがありました。そこで、法人内の連携を見直す機会として、平成22年12月に「甲友会連携ワーキングチーム」を発足させました。

職種を越えたメンバー（看護師・セラピスト・相談員など）で構成されており、現在は年4回の会議を開催しています。ワーキングチームの目指すゴールは、法人全体がひとつのチームになって、地域に貢献することで、地域の皆さんも私たちも「仲良く」「幸せ」になることです。これまで、お互いを知り、実践的な連携をするための話し合いを重ねてきました。退院時カンファレンスのあり方について話し合うことで職場や職種によって事情が違うことがわかり、お互いの連携の現状を知ることで情報共有のズレ・重なりがわかりました。これをもとに、生きた情報共有に向けて書類の見直しを行い、相手が欲しい情報を送るための新たなシートの作成や、情報の管理体制を整理しました。これらの話し合いの課程で、法人が抱えている課題が見えてきました。現在、ワーキングチームではそれらの課題を整理し、「企画会」として取り組んでいます。

これまでのワーキングチームの活動を通して、「チーム医療」を「法人」と大きく捉えた、情報共有のあり方について一法人の取り組みをご紹介します。

臨床心理業務と情報共有

関西リハビリテーション病院

臨床心理士 定政 由里子

リハビリテーション医療においては、様々な分野の専門家がそれぞれの専門性を活かし、患者様のために協働するチーム医療が適切に機能することで、より質の高い治療を提供することができると言える。そしてチーム医療を成功させる鍵となるのが、情報共有であると言っても過言ではないだろう。

関西リハビリテーションでは、2008年に臨床心理士が常勤として入職し、それ以降臨床心理業務が、それぞれの職種の方々にどのように受け入れられているのかを知るために毎年アンケートを行っている。年毎に、心理士の必要性を感じるという回答の割合が高まっているのと同時に、より情報共有を求める回答も増えてきている。それらの要望を受け、「心理コンサルテーション」として患者様に関して話し合いをするための個別の時間を設定しているが、未だ効果的に活用されているとは言えず、より活用を促していくことが今後の課題となっている。

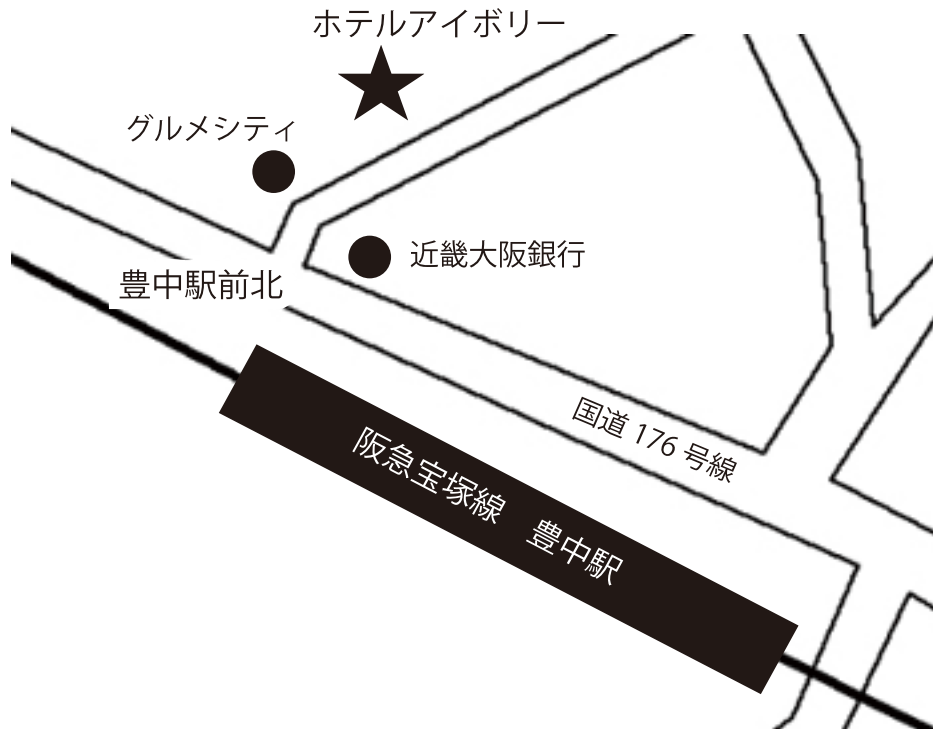
またカウンセリングを中心とする臨床心理業務においては、取り扱う情報が、大変個人的なものであったり、複雑な感情を背後に持つものであったりすることも多いため、心理士が知り得た情報をどこまで、そしてどのように多職種に伝えるのかは重要な課題である。そして情報の受け取り方は、受け取り手によって様々であるため、いかに受け取られたかによって情報の使い方が変わってくると言える。どのような情報であったとしても、患者様にとって有益に働くように取り扱う必要があり、情報のマネジメントが重要だと思われる。

懇親会のご案内

(18:00～20:00)

会場：ホテルアイボリー

ホテルアイボリー（懇親会会場）



懇親会会場へは、

モノレール柴原駅より参加者専用のシャトルバスをご用意しております。

(スタッフがΣホールよりホテルアイボリーまで添乗いたします。)

ホテルアイボリー

〒560-0021

大阪府豊中市本町3丁目1番16号

06-6849-1111（代表）

<http://www.hotel-ivory.co.jp/>

余興のご紹介①

「篤と鼓（とくとこ）」

和太鼓は、日本神話の天岩戸の場面でも登場するほど、古代より祭りや芸能など生活の多くの場面に共にしてきた我々日本人にとって親しみ深い楽器です。

時に重厚で、時に繊細な和太鼓の音色を自分たちの手で奏でてみたい、そんな思いから医療法人篤友会の職員有志で、平成22年1月に「篤と鼓」は結成されました。結成当初は全員が太鼓未経験ながら、他団体の講師を招き練習を重ね、まだまだ未熟ながらも今日まで活動を続けてきています。

現在「篤と鼓」結成2年半になりますが、和太鼓は本当に不思議な力をもつ楽器です。年に数回、病院内で行う患者様ご家族様向けの演奏会で、毎回その空間に広がる太鼓の残響に明らかに患者様の顔が変わる瞬間があります。ある方の顔には笑みがこぼれ、ある方は涙を流して聞き入っていただく。決してプロではない素人集団の演奏に何を感じていただいたのか。その瞬間、和太鼓の音は舞台の中心で太い根を張り、やがて生き生きと天高く幹を伸ばすような生命の息吹そのものとして、患者様の体内に溶け込んでいくものなのかもしれません。

和太鼓の演舞というと、筋骨隆々の逞しい男性による禪一丁での荒々しい演舞を彷彿されるかもしれませんが、しかし私たち「篤と鼓」はその過半数を女性が占めています。太鼓だけでなく、篠笛や鐘を交えて踊り、唄い、豪快さの中にも女性特有の繊細さを兼ね添えた奥深い響きをお届けし、皆様の記憶の余韻として残れば幸いです。



余興のご紹介②

「Heart Beat Jazz Orchestra」

Heart Beat Jazz Orchestra は、医療法人篤友会の house band として 2009 年に結成されたビッグバンドです。法人内のスタッフ - 医師、看護師、セラピスト、コメディカルなどなどで構成されています。病院という多職種が交わる特殊な職場ではありますが、バンド内において役職や職業は関係なく、和気あいあいと、しかし、ごくごくたまには厳しく…。日々練習にとりこんでいます。

Heart Beat という名前は、いつまでもトキメキを忘れないようにという意味を含めて、また直訳すると“動悸”や“不整脈”という意味もあるそうで、医療職らしさ?も加え、二つの意味をかけて名づけられました。(実は、後者は後で知りました(笑))

編成は、他のビッグバンドと同様に、木管セクションのサクソ、金管セクションのトランペット、トロンボーン、リズムセクションのピアノ、ベース、ギター、ドラム、パーカッションに分け演奏をしています。

現在はグレンミラーやデュークエリントンなどジャズのスタンダードナンバーを中心に演奏をしています。バンドが結成されて3年目。初心者ばかりが集まって、本当にビッグバンドとして演奏できるのか半信半疑でしたが、なんとかここまでくることができました。リハビリテーション医療は、一人、一人の職種がチーム一丸となってそれぞれの役割を果たすことでよりよい結果が生まれます。ビッグバンドも同じだと常に考えています。

一人だけ頑張ってもいい音は生まれません。一人、一人、ひとつ、ひとつの楽器が合わさることで初めてハーモニーが生まれそこに音楽が生まれます。チーム医療を行うものとしての心得を音楽に、そしてこのビッグバンドに教えてもらっていると思いながら日々練習に励んでいます。

今日は、拙い演奏ではありますが、楽しんで聴いていただければ幸いです。



第2回 コンプリヘンシブ・リハビリテーション懇話会抄録集

発行者 NPO 法人リハビリテーション医療推進機構 CRASEED 代表
兵庫医科大学リハビリテーション医学 主任教授
道免 和久

発行所 第2回コンプリヘンシブ・リハビリテーション懇話会事務局
医療法人篤友会 関西リハビリテーション病院

印刷所 株式会社チバ商業印刷（大阪府豊中市）

