

# 第3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・抄録集 ——

日時：2013年7月27日（土）

会場：ノボテル甲子園（甲陽西）

共催

NPO 法人 リハビリテーション医療推進機構 CRASEED

医療法人社団 甲友会 西宮協立リハビリテーション病院



## 第3回コンプリヘンシブ・リハビリテーション懇話会を迎えて



NPO 法人 CRASEED リハビリ医療推進機構 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

このたびは、医療法人社団甲友会と NPO 法人リハビリテーション医療推進機構 CRASEED との共催により、第3回コンプリヘンシブ・リハビリテーション懇話会が開催され、今年もまた皆様と再会できることを心より感謝しております。

第1回懇話会は2011年に京都で十条武田病院（武田病院グループ）の主催により開催され、昨年2012年は豊中で関西リハビリテーション病院（医療法人篤友会）の主催により開催されました。数多くの研究会等が立ち上がる中で、単発で終わる会も少なくありませんが、3回目を迎えたことは、会の趣旨であるコンプリヘンシブ＝Comprehensive＝包括的なリハビリテーションの交流の場が皆様に受け入れられたのではないかと考えております。

毎回のご挨拶で書いておりますが、この懇話会のキーワードは、「多施設」、「多地域」、「多職種」です。そのような「仲間」が一同に集い、一般演題、シンポジウム、そして懇親会を盛大に行うことにより、Comprehensive というコンセプトを共有することが、本来のリハビリ医療を推進するために役立つことを実感して頂きたいと思います。これこそが、リハビリテーション医療の真髄であり、専門的な本物のリハビリテーションにつながると思います。施設の壁、地域の壁、職種の壁に捕われるのは止めましょう。患者さんの QOL の向上に指向した治療を共に築いていこうではありませんか。

それでは第3回コンプリヘンシブ・リハビリテーション懇話会を開催しましょう。

## 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、受付にて会費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、入場してください。
- 3) 発表に対して質問等を行う場合は、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ください。
- 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、会場での通話をご遠慮ください。
- 6) 会場内は飲食禁止・禁煙です。

## 座長へのお願い

- 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分間ですので簡潔にお願いします。
- 2) シンポジウムの発表時間は10分です。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) 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

ノホテル甲子園内のレストラン、近隣商業施設をご利用ください。

## 懇親会ご参加の方へ

懇親会へご参加の方は懇話会の受付時に、懇親会参加費 2,000 円も合わせてお支払ください。

懇親会は、ノホテル甲子園（甲陽東）にて行います。当日参加も受付いたしますので、ご希望の方は受付にてお申込をお願い致します。

## 第3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 ~ 11:00)

座長 内山 侑紀 (兵庫医科大学ささやま医療センター 医師)  
座長 成田 孝富 (西宮協立リハビリテーション病院 理学療法士)

#### I-1. 被殻出血により左片麻痺を呈し歩行獲得に向けて介入を実施した症例

～平地歩行練習と BWSTT の併用～

関西リハビリテーション病院 理学療法士 安川 洵

#### I-2. 退院支援に向けた「動きのコツ」の提案

西宮協立リハビリテーション病院 理学療法士 西川 和宏

#### I-3. 長下肢装具からみた当院の装具療法の現状

関西リハビリテーション病院 理学療法士 西本 一始

#### I-4. 当院における急性期脳卒中痙縮に対するボツリヌス療法の取り組み

合志病院 理学療法士 溝辺 民

#### I-5. がん患者のリハビリテーションにおける機能評価 cFAS 利用の試み

淀川キリスト教病院 理学療法士 岡田 努

### 一般演題 II (11:10 ~ 12:00)

座長 石野 真輔 (関西リハビリテーション病院 医師)  
座長 齋藤 淳 (名取病院 医師)

#### II-1. 当院における嚥下造影検査食と、経口維持への取り組みについて～管理栄養士の立場から～

潮田病院 管理栄養士 弓場 由起子

#### II-2. 維持期患者に対する療法士の今後の関わり方

～「医療機関と連携した維持期リハビリ患者向けサポートサービスの取組」より～

篤友会リハビリテーションクリニック 作業療法士 園山 真弓

#### II-3. CVD 回復期から維持期における取り組み

川村義肢株式会社 義肢装具士 天竺 俊太

#### II-4. ADL の差をなくすための取り組み

西宮協立脳神経外科病院 理学療法士 森戸 雅史

## II-5. 家族の評価導入による当院療法士の家族指導の変化

関西リハビリテーション病院 作業療法士 兼田 敏克

昼休憩 (12:00 ~ 13:30)

教育講演 (13:30 ~ 14:30)

「地域におけるボツリヌス療法の実践とその意義」

勝谷 将史 (西宮協立リハビリテーション病院 医師)

座長 松本 憲二 (関西リハビリテーション病院 医師)

シンポジウム (14:45 ~ 16:30)

テーマ「退院支援ー各職種の取り組みー」

座長 児玉 典彦 (兵庫医科大学 医師)

座長 溝口 嘉津子 (西宮協立リハビリテーション病院 看護師)

1. MSW の退院支援 ~患者支援体制の充実を目指して~

西宮協立脳神経外科病院 医療ソーシャルワーカー 仲川 祥代

2. アガペ会における地域連携体制 (リハビリ支援) と在宅系事業所の課題について

医療法人アガペ会 地域医療支援センター 事務 真名井 敦

3. 退院支援ー作業療法士としてー

兵庫医科大学ささやま医療センター 作業療法士 柏木 純子

4. 退院支援 リハビリテーション科医師の取り組み

近森リハビリテーション病院 医師 和田 恵美子

5. 回復期リハビリテーション病棟における退院支援 ~言語聴覚士の視点から~

関西リハビリテーション病院 言語聴覚士 岸本 綾子

6. 当院、回復期病棟における退院支援について

十条武田リハビリテーション病院 理学療法士 島 浩人

7. 退院支援 ~総合支援課・理学療法士の立場から~

西宮協立リハビリテーション病院 理学療法士 中 千草

閉会の挨拶 (16:30 ~ 16:40)

西宮協立リハビリテーション病院 病院長 太田 利夫

懇親会 (17:00 ~)

会場：ノボテル甲子園 (甲陽東)

# 一般演題 (10:10 ~ 12:00)

---

座長 (一般演題 I)

兵庫医科大学 ささやま医療センター 医師 内山 侑紀  
西宮協立リハビリテーション病院 理学療法士 成田 孝富

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  
名取病院 医師 齋藤 淳



## I-1

# 被殻出血により左片麻痺を呈し歩行獲得に向けて介入を実施した症例 ～平地歩行練習と BWSTT の併用～

関西リハビリテーション病院  
理学療法士 安川 洵  
理学療法士 中原 理

### 【症例紹介】

性別：女性、年齢：60歳代後半、身長：153cm、体重：48.8kg、診断名：右被殻出血、発症後3週間後に回復期リハビリテーション開始した。

### 【目的】

Body weight Treadmill Training (BWSTT) を併用することによる歩行能力改善への利得と環境要因の視点から見た場合の BWSTT の有用性を検討することを目的とした。

### 【介入プロトコル】

治療 A-1 (BWSTT)、治療 B (平地歩行)、治療 A-2 (BWSTT) に介入を分けてそれぞれ5日間ずつ実施した。評価は各治療実施前後で行った。

### 【結果】

各項目を初期評価・A-1 後・B 後・A-2 後の順に記載した。Berg Balance Scale (点)：20・38・41・44、Dynamic Gait Index (点)：7・12・14・15、歩行速度 (m/sec)：0.32・0.54・0.61・0.69、重複歩距離 (m)：0.68・0.75・0.71・0.75、各治療5日間での総歩行距離 (m)：3462・1340・3489 となった。

### 【考察】

下肢練習を主体とした練習を行う上で BWSTT では歩行距離の増加を期待できる。ストライド長を増加させるための治療としての BWSTT は有用であると考えた。環境要因を考慮すると実施頻度や必要人員の問題から、実践が難しい場合もあると考えられた。

## I-2

# 退院支援に向けた「動きのコツ」の提案

西宮協立リハビリテーション病院  
理学療法士 西川 和宏

### 【はじめに】

今回は訓練時の能力を維持するために、症例の視点を重視して「動きのコツ」と題した訓練を提案したので考察を加え報告する。

### 【症例紹介・プロフィール】

本症例は脊髄損傷（不全麻痺）を呈した41歳の男性。職業は建築業。歩行はキャスター付き歩行器で自立。両下肢出力筋力はMMT右下肢4、左下肢2、感覚は表在・深部覚とも問題は認めない。しかし自身の足部の状態に対して、「薄い蒲鉾板のような感じ」と記述され、イメージの変質を認める。

### 【病態解釈】

受傷前とは異なる身体で、環境との相互作用を行うことにより感覚の予測と実際の運動によって生じる感覚に差異が生まれ、運動イメージの変質や左下肢筋に運動単位の動員異常に繋がったと考えた。そこで、下肢のロッカー機能に着目し、症例の馴染みがありイメージがしやすい隠喩を利用しながら足底と床面との相互作用の再組織化を考えた。

### 【治療】

運動イメージを利用し、足関節の動き・筋の収縮感の認識向上を図った上で、他関節との位置関係の変化を識別する課題を立位で実施した。それらが統合されてから自動運動での筋出力の制御へと課題を展開した。

### 【結果・考察】

1日の訓練の中であるが、歩行中に生じていた膝関節の動揺や下垂足などの改善を認めた。また記述も「足裏にお肉がついた感じ」と変化を認めた。臨床ではセラピストの視点での指導が多いが、患者さんの視点に立ち指導していくことの重要性が示唆された。

## I-3

# 長下肢装具からみた当院の装具療法の現状

関西リハビリテーション病院  
理学療法士 西本 一始

### 【はじめに】

装具を用いた早期歩行訓練は強く推奨され、早期のADL向上と社会復帰を獲得する要因のひとつである。当院においても入院早期から積極的な装具療法を中心とするリハビリテーションの提供を行なっている。今回、当院における装具処方状況などについて調査し、得られた結果から今後の我々の取り組み方や課題について述べる。

### 【対象と方法】

2011年4月～2012年3月の期間、脳卒中により入院された317名のうち、期間内に装具を作製した患者92名を対象。対象者の入院情報と装具に関連する情報をデータベースより収集した。

### 【結果】

当院では、KAFOの初回装具作製率48.6%でその他の装具よりも高い特徴が分かった。しかし、作製に至る日数はKAFO $21 \pm 34.4$ 日となり河津ら、大竹らによる日数の比較では、3～8日の処方時期の遅れが判明した。

### 【考察】

装具作製が遅れる考察として①重症度との関係：発症から当院に入院するまでの期間が全国平均よりも約8日遅く、ADL評価においても全国平均よりも重度となる傾向②装具診察までの流れ：診察を開始してもらったまでにチーム内カンファレンスや科内検討会などの時間を要し、また、家族の了承や市町村への申請など人的介入の煩雑さがある③スタッフ：1～3年目の若手スタッフが装具作製に関わる事が多く、知識や経験の不足や先輩への相談など人員配置が早期作製に至らない理由として考えられた。

## I-4

### 当院における急性期脳卒中痙縮に対するボツリヌス療法の取り組み

合志病院

理学療法士 溝辺 民

理学療法士 仲谷 麻美

脳卒中発症後のリハビリ障害因子として、痙縮による関節可動域 (ROM) 制限や疼痛が挙げられる。当院では急性期から回復期へリハビリを継続するにあたり、上記のような障害因子を除外する目的で急性期脳卒中に伴う痙縮に対しボツリヌス療法を施行しており、その使用経験について報告をする。

#### 【方法】

平成 24 年 10 月～平成 25 年 4 月で 8 症例、全症例で痙縮筋 modified Ashworth scale (MAS) 2～3 及び ROM 制限を呈し、うち 4 症例で痙縮筋に疼痛を呈していた。発症からボツリヌス毒素注入までの期間は平均 38.4 日 (最長 90 日、最短 18 日)、注入後平均 7.8 日 (最長 14 日、最短 2 日) で転院となった。

#### 【結果】

①どの症例も転院までに MAS は一応に改善を認めたが、3 症例で ROM 制限に関しては大きな改善が認めなかった。この 3 症例のうち 2 症例は痙縮の出現からボツリヌス毒素注入までの期間は長期であった。②動作に関して改善がみられたのは 3 症例、低下がみられたのは 2 症例あったが 1 症例は数日後に改善した。③疼痛に関してはすべて軽減を認めた。

#### 【まとめ】

①症例により痙縮出現から注入までの期間に差があり、より効果が得られる最適な治療時期の検討が必要である。②当院では注入後平均 7.8 日で転院されており効果判定するには短く、その後の経過を検証するために回復期病院との連携が必要である。

## I-5

### がん患者のリハビリテーションにおける機能評価 cFAS 利用の試み

淀川キリスト教病院

理学療法士 岡田 努

作業療法士 宝持 裕見子

理学療法士 石丸 到

医師 相良 亜木子

当院では、がん患者の運動機能評価として試験的に cFAS (cancer Functional Assessment Set) を導入した。今回 cFAS の有用性を検討した。

対象は、2012年8月～2013年3月にがんの加療目的で入院中にリハを実施し、cFASを2回以上評価した患者59例(男性39例、女性20例)、平均年齢71.0±10.4歳。Diezの分類では、予防的25例・回復的13例・維持的20例・緩和的1例。原発巣では、消化器がん26例・肺がん16例・血液腫瘍11例・乳がん3例・その他3例。リハ実施日数は、平均17.9±14.0日。リハ終了時の転帰は、自宅退院46例・死亡10例・転院等3例。

回復的・維持的リハを実施した33例において、自宅退院22例は開始時 cFAS 72.8±12.0点・FIM 68.4±13.5点、終了時 cFAS 79.5±11.0点・FIM 80.3±10.8点とともに高くかつ増加していた。死亡退院9例は、開始時 cFAS 49.2±20.5点・FIM 50.0±17.3点と低い傾向にあった (FIMは、運動機能のみの点数)。

cFAS はがん患者の身体機能評価に有用である可能性がある。

## II-1

### 当院における嚥下造影検査食と、経口維持への取り組みについて ～管理栄養士の立場から～

潮田病院

管理栄養士 弓場 由起子

当院は、奈良県吉野郡吉野町に位置する 60 床の療養病床を有する病院で、地域密着型の医療、QOL を重視した医療・ケア、リハビリテーション医療に取り組んでいます。

当院に入院される患者様のほとんどに摂食・嚥下障害があり、リハビリ科医師、言語聴覚士（ST）をはじめ、管理栄養士・薬剤師・看護師など他職種のスタッフがチームとなり摂食・嚥下リハビリテーションに携わっています。

その一環として、当院ではリハビリ科医師と中心として、平成 20 年より入院患者様及び外来患者様を対象に嚥下造影検査を実施しております。検査では、誤嚥の有無の確認やそれぞれの患者様に適した食事形態の検討、より長く経口摂取が維持できるようにと、摂食・嚥下チームにより定期的にカンファレンス等も実施しております。

今日までの約 190 例の検査の中で、検査開始当初の検査食を提供する上での問題点や、当院で工夫した検査食の紹介、そして検査後の経口維持サポートについて、当院においての取り組みを紹介し、食事が治療の一部として、栄養部門がどのように取り組むべきかの課題について、述べたいと思います。

## II-2

### 維持期患者に対する療法士の今後の関わり方 ～「医療機関と連携した維持期リハビリ患者向けサポートサービスの取組」より～

篤友会リハビリテーションクリニック  
作業療法士 園山 真弓

#### 【背景及び目的】

平成 26 年度の診療報酬改定では維持期における医療保険のリハは廃止になる方向性が打ち出された。これまでは外来リハ療法士による定期的な支援が可能であったが、今後はそれさえも困難となる。介護保険のリハへの誘導は行うものの、ある程度日常生活が自立されている方は必ずしも適応とは言えない。今回、新しい取り組みとして（株）コナミスポーツ&ライフと連携し、維持期の患者を支援できたので報告する。

#### 【対象及び方法】

プロジェクト実施期間は平成 23 年 9 月からの 4 ヶ月間。対象は、当院外来リハ終了者で今回の事業を説明し、同意が得られた 8 名。平均年齢 63 歳。疾患は、脳血管疾患が 75%と大半を占めていた。当院 PT が定期的に評価し立案した運動プログラムを、週 1 回の頻度コナミジムで実行。その際コナミトレーナーは 1 対 1 で運動指導を行った。この取り組みの効果判定は長期的な身体評価結果とその後の活動度とした。

#### 【結果及び結語】

身体評価結果としては、全患者において機能の維持が可能であった。プロジェクト終了後、8 名全てがジムの利用を継続。半年経過した現在、7 名の継続が確認出来た。今後、維持期の患者においてジムと連携できるような体制作りと、障害特性を踏まえた療法士による定期的評価・リハプログラム立案が、診療報酬上の位置付けられることを望む。



## II-3

### CVD 回復期から維持期おける取り組み

川村義肢株式会社

義肢装具士 天竺 俊太

回復期リハビリテーション病院では CVD 患者に対して治療用装具、機能代償用装具と 2 つの装具を製作することが多くある。治療用装具は患者の機能回復の為に導入し、機能代償用装具は患者の退院後生活環境に合わせて導入することを視野に入れて製作していく。いずれも製作するにあたり明確な目的があり、装具装着される患者もしくは家族も目的意識を共有する必要がある。私達では患者を中心としたリハビリチーム内で治療の方向性に対し共通認識を持って頂くために補装具サービス計画書を導入している。また補装具サービス計画書を通じて装具とはどのような目的で構造を選定し製作したか、装具はどの部位にどんな調整機構があるのか等といったことを回復期セラピストから維持期セラピストにサマリーを通して連携の一部としていただいている。弊社が退院後の電話連絡の他、アフター DM を発送し、装具使用状況の確認をとり、在宅訪問を行い適合確認など行っている。



## II-4

### ADL の差をなくすための取り組み

西宮協立脳神経外科病院

理学療法士 森戸 雅史

理学療法士 西村 瞬

#### 【はじめに】

当院の平均在院日数は 12.6 日と 2 週間程である。この期間で患者の機能回復、生活環境の満足度を上げる為、リハビリスタッフ（以下リハ）と病棟との情報共有、ADL の差を無くすことは必須だと考えられる。これらに対し当院が行っている「朝の申送り」「ADL 連絡票」について紹介したいと思う。

#### 【紹介】

リハと看護師との情報共有の場は日々の臨床、カンファレンスなどで行われる。臨床場面では個人の情報収集力、コミュニケーション力による差がでる。週 1 回行われるカンファレンスでは日々の変化、情報の周知は行えず、リハと看護師で患者への関わり方に差があった。

まずは、個人の情報収集の差をなくすため、リハでの ADL 状況・食事について朝の申送りを行なった。リーダー看護師とリハで情報伝達を行い、必要に応じ時間、申送り内容、返答の仕方、用紙への記載方法などルール改正を行ってきた。

また、これだけでは質問事項には対応できるが、日々の部屋持ち看護師の違いから ADL 状況に対応しきれず、ヒヤリ・ハットや事故が発生した。そこで、誰でも確認ができ、病棟での動作能力・介助レベルが記載できる用紙を作成した。作成に当たり、記載内容をリハと看護師が各々必要としている内容、病棟生活に必要な内容、『している』と『できる』に差がでる内容を記載した。

上記活動前後で、お互いに病棟 ADL を意識し、介助方法の差も緩和されている。また、会話の機会が増え、顔が見えだした。

## II-5

### 家族の評価導入による当院療法士の家族指導の変化

関西リハビリテーション病院  
作業療法士 兼田 敏克

大阪府立大学大学院  
総合リハビリテーション学研究科  
高畑 進一  
西川 智子  
金尾 洋子  
福井 信佳

#### 【はじめに】

現在、回復期病院の療法士には、患者と家族の円滑な自宅復帰を可能にする支援が求められている。しかし、従来療法士の家族指導は、独自の判断で家族の評価と指導を行っており、指導に見落としが生じていた。当院ではこれを防ぐため、家族全体を幅広く把握できる家族の評価を導入し、この評価導入の効果を検証した。

#### 【方法】

対象は、家族の評価導入前に指導を受けた脳血管障害患者とその家族 44 事例（対照群）と導入後の 57 事例（介入群）、および両群に家族指導をした担当療法士（PT、OT）、延べ 202 名であった。調査内容は、患者と主介護者および療法士の属性を調べた。加えて、療法士の家族指導毎の日付、指導した対象者、指導内容、指導のために根拠とした情報を調べた。分析は、導入前後の療法士の家族指導を比較した。

#### 【結果】

2 群間の属性は、介入群の主介護者の平均年齢のみ有意に低かった。介入群は、入院から家族指導開始までの期間が有意に短縮し、家族指導平均回数も有意に増加した。また、介入群の指導内容や指導のために根拠とした情報では、家族を支援する療法士や指導の根拠に家族の情報を用いる療法士の比率が有意に増加した。

#### 【考察】

家族の評価導入は、短時間で家族の情報が収集可能となり、家族指導立案までの時間を短縮し、指導開始までの時期を早めたと考える。加えて、療法士の家族に対する認識を支援対象へと変化させ、指導の広がりにつながったと考える。

# 教育講演 (13:30 ~ 14:30)

---

座長

関西リハビリテーション病院 医師 松本 憲二

## 地域におけるボツリヌス療法の実践とその意義

西宮協立リハビリテーション病院  
医師 勝谷 将史

2012年版高齢社会白書によると、65歳以上の高齢者の割合は2013年には25%を越え4人に1人が高齢者となると報告されている。著しい勢いですすむ高齢化に伴い要介護者の数も増加しており、現在要介護者の数は560万人に達した。脳血管疾患は要介護の原因として最たるものであり、維持期（生活期）における脳卒中患者の数は120万人を超える。脳卒中患者の多くは医療保険で行われる急性期・回復期でのリハビリテーションが終了すると維持期（生活期）では介護保険でのリハビリテーションに移行する。それゆえに維持期における脳卒中患者の多くはかかりつけ医による疾患管理が中心となり、医学的な視点でのリハビリテーションは不十分となっている傾向が強い。

2011年10月より痙縮に対し保険適応となったボツリヌス毒素製剤は、主に維持期（生活期）脳卒中患者の痙縮治療に使用されている。ボツリヌス治療を維持期で行っていく場合、問題となるのはリハビリテーションのあり方である。先に述べたように維持期（生活期）脳卒中患者の多くは介護保険でのリハビリテーションが主流となっており、ボツリヌス治療後のリハビリテーションではこの介護領域でのリハビリテーションの内容が重要となる。本講演では地域において医療保険で行うボツリヌス治療と介護保険で行われるリハビリテーションの連携を考え、地域におけるボツリヌス治療の実践とその意義を述べていく。

# シンポジウム (14:45 ~ 16:30)

---

テーマ「退院支援ー各職種の取り組みー」

座長

兵庫医科大学 医師 児玉 典彦

西宮協立リハビリテーション病院 看護師 溝口 嘉津子

# 1

## MSW の退院支援 ～患者支援体制の充実を目指して～

西宮協立脳神経外科病院

医療ソーシャルワーカー 仲川 祥代

医療ソーシャルワーカー 今田 美紗

医療ソーシャルワーカー 池田 美智子

退院調整加算や介護支援連携指導料等、昨今 MSW の患者支援に関する業務が診療報酬上で評価されてきている。平成 24 年度の診療報酬改定では、新たに患者サポート体制充実加算が設けられた。算定する為の施設基準としていくつかの患者支援体制の整備が求められ、その中のひとつに、患者支援に係る取組の評価等を行うカンファレンスが週 1 回程度開催されることが盛り込まれた。

当院では、脳神経外科病棟の看護課長と MSW の所属長が週 1 回カンファレンスを行っていたが、平成 18 年、所属長交替を機に、各病棟の看護課長とカンファレンスをそれぞれ週 1 回開催するようになった。平成 24 年度の診療報酬改定に伴い、施設基準と照らし合わせ、カンファレンス方法の再編とシステム化に取り組み、MSW2 名、看護課長、主任やリーダークラスの看護師、時には Dr やセラピスト、管理栄養士等が加わった。内容はこれまで各自メモする程度であったが、議事録に残すようにした。このカンファレンスにおいて、退院困難な要因を有する者の抽出と該当患者に対する退院支援計画の作成も行うこととした。

結果、MSW だけでは抽出が難しい、退院支援が必要な患者を把握出来るようになり、カンファレンスでの他職種の視点からの情報も退院援助に活かせるようになった。

新たな体制になってから 1 年が経過した。システムの構築過程と成果を振り返り、今後の課題について検討したので報告する。

## 2

### アガペ会における地域連携体制（リハビリ支援）と在宅系事業所の課題について

医療法人アガペ会 地域医療支援センター  
事務 真名井 敦  
理学療法士 宮里 朝康  
医師 涌波 淳子

当法人は北中城若松病院（223床 回復期リハ病棟 36床）、老健施設若松苑、そして在宅サービスを提供する地域医療支援センター（ファミリークリニックきたなかぐすくを中心に介護サービス等の13事業所）の3つの部門が連携しながら、地域医療を担っている。

北中城若松病院の回復期リハ病棟は施設基準2を取得し、近隣の急性期病院よりリハビリ目的の紹介入院を受けている。入院時と退院時のFIM利得値は在宅系退院者18.3、転院者6.2（2012年）、退院患者の法人内サービス利用率は約3割である。

当センターの在宅系事業所から出される事故報告書及びヒヤリハット報告では転倒転落に関する事例が多く報告されている。このことは身体的機能の低下に現場対応が出来ず、転倒・転落を招いていることも要因と考えられ、在宅系事業所へのリハビリ支援体制が課題となった。そこで、平成22年2月に「地域連携実施確認書」を作成し、各事業所がリハビリスタッフからの支援を受けやすい体制を作った。これまでに104件の支援が実施され、支援先は小規模多機能が最も多く47件、続いてGH36件、リハビリ支援を実施した場所は86%が依頼元の事業所内であった。支援内容は「身体機能（評価・訓練方法）に関する」が33%、「職員の介助方法」が24%、「言語・嚥下・口腔ケア訓練指導」と「福祉用具」が11.3%であった。支援内容を分析することで、在宅事業所における課題と今後のリハビリ連携について理解を深めたいと思う。

### 3

## 退院支援 —作業療法士として—

兵庫医科大学ささやま医療センター  
作業療法士 柏木 純子  
医師 内山 侑紀

### 1. 当院の紹介

当院は病床数 180 床（一般病床 136 床、療養病床 44 床）の総合病院で、リハビリテーション科 MD 2 名、PT 17 名、OT 10 名、ST 5 名、助手 1 名が勤務し、入院・外来・訪問リハを行っている。介護老人保健施設（入所 100 床）、居宅介護支援事業所を併設している。

### 2. 退院支援の取り組み

入院から退院までの流れは、入院→当日にリハ開始→翌日入院カンファレンス→1 か月カンファレンス→適宜カンファレンス→退院前家屋訪問→退院前カンファレンス→退院となっており、適宜他職種と情報を共有している。カンファレンスには、MD、PT、OT、ST、Ns、Ns 助手、MSW、Ph が参加して、チーム医療体制を整えている。

また、情報共有の工夫として、病棟申し送りへの参加、OT 病棟ラウンドがある。OT 病棟ラウンドでは、病棟での患者さんの ADL を OT 全員で確認し検討を行い、病棟職員に対してできる ADL を伝達する機会でもある。

### 3. 地域との連携

退院後、地域生活にスムーズに移行するには、CM など地域で支援する職種との連携が不可欠である。OT は患者さんの退院後に担当 CM に連絡し、生活状況を確認するようしており、提供したりハや環境整備を振り返る機会としている。また、篠山市地域福祉課と地域包括支援センターが主催する保健医療福祉に関わる職種の連絡会（年 3 回）に PT、OT、ST が継続して参加しており、顔の見える関係が作られ、日々の業務における連携につながっている。今後、院内カンファレンスに早期から CM に参加してもらい、さらに連携を深めていく予定である。



## 4

### 退院支援 リハビリテーション科医師の取り組み

近森リハビリテーション病院  
医師 和田 恵美子

回復期病棟では納得できるまで入院し訓練を継続したいと考える方がいます。しかし障害が残り、歩行に装具が必要だったり、車椅子で介助が必要だったりする状態での退院が多いのが現実です。そこから退院することを受容できるようにするのが私たちリハ科医師の退院支援です。退院支援の始まりは入院時の面談です。誰もが元通りになって帰れると思って入院してきます。入院時にスタッフ全員で評価し、障害の現状と予測、回復期病棟でおこなえることを本人家族に説明をします。意識障害やせん妄が認められる場合は一ヶ月経過をみて再度修正した予後を説明する場合があります。在宅か施設入所かを決めかねている場合はスタッフ同行で家屋訪問を行うこともあります。その時の患者本人の様子を家族がみることと、スタッフから環境調整の提案を行い退院への後押しを行います。退院することを「見捨てられる、放り出される」と感じる方もいるため、訪問リハや外来リハでのソフトランディングをおこなっています。また退院後訪問リハが介入する場合は家屋訪問時に訪問リハのスタッフが同行し、退院後の不安軽減を図ります。医師はカンファレンスでチームの方向性を確認、適切なタイミングで本人家族面談をおこないます。再発や身体機能悪化への不安解消も重要です。特に医療依存度の高い患者の場合は受け入れる地域のサービス担当者の不安も高くなるため地域カンファレンスで病状の説明を行い、直接地域の医師との連絡を取り合います。そのような医療サービスの調整、インスリンや内服の調整、栄養剤の選定、嚥下食の指導、屋内用装具の作製などとともに適切な介護保険の認定の支援、経済的側面をサポートするために障害者手帳や民間保険などの書類作製も退院支援として必要な仕事です。

## 5

### 回復期リハビリテーション病棟における退院支援 ～言語聴覚士の視点から～

関西リハビリテーション病院		
言語聴覚士	岸本	綾子
言語聴覚士	林	拓也
言語聴覚士	石津	友美
理学療法士	石田	浩一
	医師	石野 真輔
	医師	松本 憲二
	医師	坂本 知三郎

関西リハビリテーション病院は144床が全て回復期リハビリテーション病床で、365日体制で100名以上の療法士が患者1名当たり1日平均8.5単位の個別療法を実施しています。言語聴覚士（以下ST）は現在17名が所属し、主として高次脳機能障害・運動障害性構音障害・認知機能障害・摂食嚥下障害を有する脳血管障害患者のリハビリテーションに入院当日より携わっています。

平成24年度の関西リハビリテーション病院の総退院患者は698名であり、豊能圏域の回復期リハビリテーション病棟では最も多く、脳血管疾患患者は456名（65.3%）存在しました。また、脳血管疾患患者のうち306名（67.1%）は、なんらかの高次脳機能障害を有し、失語（22.1%）、失認（3.3%）失行（7.7%）、注意障害（50.7%）、遂行機能障害（1.1%）でした。

高次脳機能障害を有する群は、障害を認めない群に比して、入院期間の長期化・入退院時のFIM得点の低値・自宅復帰率の低下が認められ、高次脳機能障害の存在が退院支援を難しくしていることが示唆されます。加えて、入院中のアプローチにより病棟ADLが大幅に向上し在宅復帰を果たし得た場合でも、退院後の実際の生活状況が入院中に予測した在宅生活と大きく乖離した症例もあり、復職・在宅生活の維持・医療から介護への橋渡しなど、課題も少なくありません。

今回、当院のST科の退院支援に対する取り組みを、高次脳機能障害を有する症例のエピソードを通じて紹介いたします。

## 6

### 当院、回復期病棟における退院支援について

十条武田リハビリテーション病院  
理学療法士 島 浩人

医療費の適正化の観点から、在院日数の短縮化が必要とされている。このためには、患者の年齢、障害の程度、経済面、家族の受入、住環境、在宅サービスなど複数の要因が関連しているため、自宅復帰への移行が難渋する場合も多い。この状況下において、円滑に退院と退院後の必要サービスが受けられるように、退院支援の重要性が高まっている。

当院では医師、看護師、セラピスト、MSW がチームでカンファレンスを行い、現在の病状、リハビリテーションの方向性や目標、退院後どのようなサポートが必要かを患者や家族に理解してもらうために説明会を実施している。退院前にはケアマネージャーや医師も加わり、退院前に家屋評価を行い、手すりの設置や段差解消などの住居改修面だけでなく、生活サイクルや家族の介護状況を理解した上で円滑な在宅生活が送れるようにアドバイスしている。このことで自宅での ADL 状況の確認、介護指導、それぞれの関係者が一同に揃うことで患者情報の共有や、在宅生活での不安感の緩和、本人や家族の主体的な参加ができる。また、機能や能力低下をできるだけ引き起こさないように入院中から自主トレーニングを指導して習慣化してもらい、退院後も継続できるように指導している。さらに、当院では訪問看護ステーションが併設されているため、必要性があればその部所と連携をとり訪問リハビリテーションに繋げている。

退院支援で難渋するのは、独居、身寄りがいない、生活保護者、条件に合う住居が見つからないといった介護者や経済的問題を抱えているケースやリハビリに意欲がないケースがある。後者については自宅への一時帰宅の支援や、リハビリ時間に家族に来院して頂き、訓練に参加してもらうなど、気分転換と生活のイメージや必要性を掴んでもらえるような工夫をしている。

このシンポジウムで、難渋した事例を提示して退院支援のポイント等のディスカッションができればと考える。

## 7

### 退院支援 ～総合支援課・理学療法士の立場から～

西宮協立リハビリテーション病院  
理学療法士 中 千草

当院では1年前から総合支援課に理学療法士を配属している。主な後方支援業務として退院後アンケートの分析や退院後訪問調査、生活期リハビリや施設ごとの介護サービスの特色を把握し、院内スタッフに伝達を行い、退院後の生活の理解を深めてもらうという活動を行っている。

入院担当スタッフは退院後の生活を想定してチームアプローチを展開し、退院前訪問指導や家族指導等を行っている。そして医療ソーシャルワーカーを中心にケアマネジャーと情報共有し、安心して暮らせるよう介護サービスを検討している。その中で本当にこの方は自宅に帰って大丈夫かとスタッフが不安を抱えて送り出しているケースが少なからず存在する。またアンケートより患者・家族が様々なリアリティショックを受けているという事実も確認できた。

そこで当院の新たな取り組みとして患者・家族の不安を取り除き、在宅復帰後のリアリティショックを緩和する事、また地域のスタッフへとスムーズに繋いでいく事をコンセプトとした訪問リハビリテーションを開始している。当院から訪問リハビリを行うメリットとして、入院担当スタッフと密なコミュニケーションがとれる為、患者の状態が把握しやすい点や、患者とも度々顔を合わせている事でスムーズに訪問リハビリへと移行できる点があげられる。この結果、より安心して在宅生活のスタートがきれるように支援できる。また、退院後の状況を院内スタッフにフィードバックする事で在宅をイメージしやすくなり、アプローチの再構築ができると考える。

そして訪問リハビリ終了時には、その後に必要な介護サービスをケアマネジャーと共に検討し、顔の見える環境で引き継ぎを行う。

今後の展望として、当院だけでなく地域の病院・在宅の架け橋の役割を担っていきたい。





## 第3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3回コンプリヘンシブ・リハビリテーション懇話会事務局  
医療法人社団 甲友会 西宮協立リハビリテーション病院

制作 株式会社メディカルフォト