

第5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：2015年7月4日(土)

会場：TKP ガーデンシティ大阪梅田

共催

NPO 法人 リハビリテーション医療推進機構 CRASEED

社会医療法人 祐生会 みどりヶ丘病院

第5回コンプリヘンシブ・リハビリテーション懇話会開会のご挨拶



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

コンプリヘンシブ・リハビリテーション懇話会も会を重ねまして、今年で第5回を迎えました。今回は、社会医療法人祐生会みどりヶ丘病院とNPO法人CRASEEDの共催となります。

昨年来、私個人の公務として、日本リハビリテーション医学会における、リハ医学会誌の全面的リニューアル、英文誌の創刊、そして、The International Society of Physical and Rehabilitation Medicine (ISPRM) の日本招致活動、ロボット等新規リハビリ機器の検討等に邁進しております。これらの役割はもちろん、皆様に支えられての活動ですので、この場を借りてご報告させていただきます。

しかし、これらの公務と同様に重要な活動は、CRASEEDに集う現場の皆さん同士の交流を促進する本会の開催です。毎年、説明させて頂いている通り、コンプリヘンシブ=Comprehensive=包括的リハビリテーションという会の理念は、チーム医療の原点と考えております。これを共有することで、「多施設」、「多地域」、「多職種」での交流が深まり、情報交換が盛んになり、新たなリハビリテーションの心が育つと考えています。今年から新たな仲間として、京都市の医療法人清仁会シミズ病院および愛知県弥富市の偕行会リハビリテーション病院が加わりました。コンプリヘンシブの理念が確実に広まっていることをひしひしと感じております。

それでは、今年も一般演題、特別講演、そして懇親会まで、楽しく学び、交流したいと思います。よろしくお願いいたします。

第5回コンプリヘンシブ・リハビリテーション懇話会開会のご挨拶



社会医療法人祐生会みどりヶ丘病院理事長

甲斐 史敏

このたび第5回コンプリヘンシブセミナーをNPO法人CRASEEDとともに主催させていただくことになりました社会医療法人祐生会、みどりヶ丘病院理事長の甲斐史敏と申します。兵庫医科大学リハビリテーション医学教室との御縁を頂戴して間もないのですが、早速このような大役を任命頂きましたこと、道免和久教授はじめ、関係病院の皆様から感謝申し上げます。

みどりヶ丘病院は京都と大阪のちょうど中間に位置します。新快速で梅田まで15分、京都まで13分と便利な街で、大阪、京都のベッドタウンとして昭和40年代から反映してきました。現在は人口約35万人です。みどりヶ丘病院も昭和46年に開院し、開院当初は救急医療を診療の柱として発展していきました。

その後平成となり、約20年前からリハビリテーション科にも力を注ぐようになりました。リハビリテーション科を開設してから、リハビリテーション科専門医である森脇医師が赴任されるまでは、リハビリテーション医学の本質を理解せずに運営してきたように思います。しかし近年、森脇医師のおかげでリハビリテーション医学の重要性、奥深さに気づかせていただきました。今後も病院を挙げて高槻市の地域住民の皆様に良質なリハビリテーション治療を提供できるよう努力していく覚悟であります。道免教授、CRASEEDの皆様のご指導、ご鞭撻の程よろしくお願い申し上げます。

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、受付にて会費を沿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いたしますので、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。
- 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20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20分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、指定の演者待機席にお越しください。
- 4) 発表後の文献説明はご遠慮ください。

昼食のご案内

近隣の飲食店をご利用ください。

懇親会ご参加の方へ

懇親会ご参加の方は懇親会の受付時に、懇親会参加費 2,000 円も合わせてお支払いください。

懇親会は懇親会会場 3F の階下、2F 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し込みをお願いいたします。

第5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 ～更なる多職種連携へ、よりよい医療への挑戦～

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 松本 憲二 (関西リハビリテーション病院 医師)

I-1. 大腿骨頸部骨折地域連携クリニカルパスにおける急性期病院としての取り組み

淀川キリスト教病院 リハビリテーション課 理学療法士 浅原 康史

I-2. 脳卒中患者における病棟での移乗動作自立判定基準の試作

～臨床的体幹機能検査を用いて～

西宮協立リハビリテーション病院 理学療法士 國澤 真澄

I-3. 回復期病院における懇話会の現状と分析

～懇話会中の語りとアンケート調査からの検討～

西宮協立リハビリテーション病院 看護師 南 好江

I-4. 大阪府豊能圏域の介護施設における嚥下調整食提供の実態について

関西リハビリテーション病院 言語聴覚士 岸本 綾子

I-5. 日本語版 Action Research Arm Test の信頼性と妥当性の検討

兵庫医科大学病院 リハビリテーション部 作業療法士 天野 暁

一般演題 II (11:10～12:00)

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)

Ⅱ－１．回復期病院の脳血管障害患者・家族の状況

—「家族生活力量アセスメントスケール療法士版」を使用して—

関西リハビリテーション病院 作業療法士 山本 麻香

Ⅱ－２．頸髄損傷術後患者に対しカックアップスプリント、対立スプリント、
自着性弾力包帯を状況に応じて使い分け食事動作が修正自立に至った１例

合志病院 作業療法士 山本 健太

Ⅱ－３．生活期で使用される装具の調査と今後の課題

株式会社 小豆澤整形器製作所 義肢装具士 溝畑 俊哉

Ⅱ－４．関西リハビリテーション病院の装具チームの取り組み

～装具療法と新人教育の充実に向けて～

関西リハビリテーション病院 理学療法士 松岡 将司

Ⅱ－５．ボツリヌス投与により歩行動作改善に至った一症例

合志病院 理学療法士 浜森 太

昼休憩（12：00～13：00）

病院紹介（13：00～13：15）：十條武田リハビリテーション病院

シンポジウム（13：20～15：05）

テーマ「在宅・地域医療にむけての多職種連携、在宅・地域医療における多職種連携」

座長 吉田 正明（みどりヶ丘老人保健施設 理学療法士）

座長 後藤 舞（みどりヶ丘病院 病診連携室 事務）

①「在宅生活推進のための多職種連携会議」から見えてきたこと

みどりヶ丘訪問看護ステーション 作業療法士 中西 真一

②“装具を知ってもらう”活動について

株式会社 小豆澤整形器製作所 義肢装具士 川場 康智

③西宮市の在宅・地域医療の多職種連携

～メディカルケアネット西宮の取り組み～

西宮協立リハビリテーション病院総合支援課

医療ソーシャルワーカー 阪口 寛子

医療法人社団甲友会 法人本部 連携推進部

ケアマネジャー 松平 康子

④在宅医療の現場 医師の立場から

兵庫医科大学ささやま医療センター地域総合医療学リハビリテーション科

医師 和田 陽介

教育講演 (15:20 ~ 16:20)

座長 兼松 まどか (洛和会音羽リハビリテーション病院 医師)

「みどりヶ丘病院における多職種協働を意識した摂食嚥下障害への取り組み」

みどりヶ丘病院 リハビリテーション科 医師 森脇 美早

閉会挨拶 (16:20 ~ 16:30)

みどりヶ丘病院 理事長 甲斐 史敏

一般演題 (10:10 ~ 12:00)

座長 (一般演題Ⅰ)

関西リハビリテーション病院 医師

松本 憲二

座長 (一般演題Ⅱ)

西宮協立リハビリテーション病院 理学療法士

成田 孝富

I-1

大腿骨頸部骨折地域連携クリニカルパスにおける急性期病院としての取り組み

淀川キリスト教病院

リハビリテーション課	理学療法士	浅原 康史
	理学療法士	石原 奨大
	理学療法士	金澤 智弘
	理学療法士	石丸 到
	医療社会事業課	谷岡 愛
	看護部	樋口 和代
リハビリテーション科	医師	相良 亜木子
	整形外科医師	高松 聖仁

【はじめに】

当院では大腿骨頸部骨折患者に対し、地域連携クリニカルパス（以下、パス）を運用している。理学療法士、看護師、医療ソーシャルワーカーによる取り組みの効果について報告する。

【対象と方法】

対象はパスを適応された53名中、外来診療を受けた48名。年齢、術前リハビリテーションオーダー件数（以下、術前リハ件数）、術後リハビリテーション実施日数（以下、術後リハ実施日数）、術後リハビリテーション実施単位数（以下、術後リハ単位数）、歩行再獲得率、在宅復帰率、急性期病院から回復期病院退院までの入院期間（以下、全入院期間）、急性期退院時FIM（以下、FIM）を調査し、2013年と2014年で比較した。

【結果】

年齢は2013年79.2歳と2014年78.3歳と同等であった。術前リハ件数は3件から14件へ増加、術後リハ実施日数は24.6日と22.4日で減少、術後実施単位数は26.4単位から31.0単位、歩行再獲得率は45.0%から62.1%、在宅復帰率は66.6%から79.3%へ増加、全入院期間は87.6日から79.8日へ短縮、FIMは100.1点から107.3点へ向上した。

【考察】

今回、各職種が早期から介入を行った。これらの取り組みがパス患者に対し、有益であると示唆された。

I-2

脳卒中患者における病棟での移乗動作自立判定基準の試作 ～臨床的体幹機能検査を用いて～

医療法人社団甲友会 西宮協立リハビリテーション病院 リハビリテーション部

理学療法士	國澤 真澄
理学療法士	嶋 定清
理学療法士	西川 和宏
理学療法士	藤原 佑樹
理学療法士	浅野 晃平
理学療法士	松菱 洋明
理学療法士	成田 孝富

【はじめに】

今回は、入院中の脳卒中患者に対して体幹機能能力評価 (Functional Assessment for Control of Trunk 以下：FACT) と病棟での移乗動作（以下；移乗）自立時期との相関関係性を明らかにして、臨床場面での移乗動作自立判定の指標を得ることを目的とした。

【対象・方法】

対象は平成 26 年 4 月から平成 26 年 8 月の間に入院時の FIM の移乗項目が見守り又は介助を要していた脳卒中患者 9 名 (男性 4 名・女性 5 名、平均年齢 65.8 歳±91) で、高次脳機能障害やパーキンソニズム、運動失調、明らかな整形疾患が無く、本研究の目的と方法が理解できる者とした。これら 9 名に対し、移乗が自立になった週の FACT 項目を抽出して動作間との関連を検討した。

【結果】

FACT 平均点は FIM 要介助群が 7.6 点、自立群では 12.8 点であった。また、FACT 各項目の達成率は (以下：入院時 [%] / 移乗自立時 [%])、項目①・②は 100/100、項目③は 88/100、項目④は 22/55、項目⑤ -a は 66/88。項目⑤ -b は 22/66、項目⑥ -a は 88/100、項目⑥ -b は 0/77、項目⑦は 11/55、項目⑧は 11/55、項目⑨は 0/22、項目⑩は 66/66 であった。(※項目⑤・⑥ -a: 片側可能と可能を含む、項目⑤・⑥ - b : 可能のみ)

【まとめ】

本研究により、移乗を自立へ活動度変更する際の判定基準の指標としては、FACT 項目③・⑤・⑥が客観的指標の一つになる可能性があると考えられる。これらは移乗の構成要素である、起立・方向転換とも強く相関があり、本研究で得られた内容を利用して、移乗自立に繋がる効果的な治療プログラムも今後検討していきたい。

I-3

回復期病院における懇談会の現状と分析

～懇談会中の語りとアンケート調査からの検討～

医療法人社団甲友会 西宮協立リハビリテーション病院
看護師 南 好江

当院は、全体の82.5%を脳血管疾患、17.5%を運動器疾患が占める（H26.9時点）回復期リハビリテーション病院である。また、平均在院日数は約85日である。その入院期間の中で患者・家族は体力的問題、運動・認知機能の問題に向き合い、改善に取り組み、退院を迎えることとなる。しかし、発症による様々な障害は、その後の人生も続く永続的なものが大半である。患者本人のみならず、介護する家族もその障害を受け入れ、向き合いながら介護を継続することが必要となる。紫藤は「専門職者との関わりは精神的安定を図る上で重要であり、家族にとって支えとなっていると思われる〔紫藤育恵, 2007〕」と述べている。しかし、関西地区での「家族会」は大阪1団体、兵庫1団体であり、西宮では認知症の家族会、高齢介護者の集いなど3団体が存在しているが、17919人の要介護者認定者数（H26.10時点）を十分にサポートできる状況とは現実的に言い難い。

当院は、2013年秋より、退院指導が役に立っているか、退院後困った事がないか等を把握し看護・介護ケアに活用するために、定期的に懇談会を開催し、現在で6回開催している。懇談会では、『困ったことやがんばっていること』などをグループで自由に語る時間、作業療法士による転倒予防体操、看護師によるワンポイントアドバイス等を実施し、終了後にはアンケート調査も実施している。その内容を分析し、様々な不満や悩みが抽出されたので報告する。

I-4

大阪府豊能圏域の介護施設における嚥下調整食提供の実態について

関西リハビリテーション病院

言語聴覚士	岸本	綾子
理学療法士	花房	義和
理学療法士	石田	浩一
医師	松本	憲二
医師	坂本	知三郎

【はじめに】

2013年9月に日本摂食嚥下リハビリテーション学会から嚥下調整食学会分類2013（以下、学会分類2013）が発表された。豊能圏域においても、一部病院間では嚥下食の標準化に向けて活動を進めているが、施設についての情報が不足していた。そのため、今回当圏域施設での嚥下調整食提供の実態について調査し、若干の知見を得たので報告する。

【方法】

豊能圏域内の介護老人保健施設及び特別養護老人ホームに対し、学会分類2013への分類作業及び、嚥下調整食3・4に相当するソフト食の導入状況、その背景や導入後の感想についてアンケートを実施した。

【結果】

対象施設は73施設、回収は45施設（回収率61.6%）であった。そのうち、ソフト食導入施設は16施設（35.5%）で導入後の感想も良好であったが、食事指導方法の未確立という課題も見つかった。一方、未導入施設では導入のニーズは高いも、「コスト・環境整備の面から難しい」との回答が多かった。

【考察】

超高齢社会の中、嚥下障害患者に対して能力に応じた段階的な食事提供を行うことは重要なことである。アンケートの結果、豊能圏域では整備状況が施設で異なり、ソフト食の食事指導においても整備が不十分であることが浮き彫りになった。ソフト食未導入の施設は未だに多く、施設間の差をなくすため、情報共有の場や嚥下調整食分類に関する研修会開催等が急がれる。

I-5

日本語版 Action Research Arm Test の信頼性と妥当性の検討

兵庫医科大学病院	リハビリテーション部	作業療法士	天野	暁
		作業療法士	竹林	崇
		作業療法士	梅地	篤史
		作業療法士	橋本	幸久
		作業療法士	打田	明
		作業療法士	花田	恵介
		作業療法士	大谷	愛
北里大学医療衛生学部	リハビリテーション学科	作業療法士	高橋	香代子
兵庫医科大学	リハビリテーション医学教室	医師	道免	和久

【はじめに】

Action Research Arm Test (ARAT) は、脳卒中リハビリ領域での上肢能力評価法として“gold standard”であるとその有用性が認められており、海外では高い信頼性と妥当性が示されている。本邦においてその信頼性・妥当性の高さを示す報告はあるが、それらの評価用紙は筆者らが独自に和訳したものであり、逆翻訳などを含む基準化された翻訳手順に従って作成されていない。脳卒中後の麻痺側上肢の能力低下を適切に評価するため、また研究成果を世界と正しく共有するためには、適切な手続きで日本語化し、その信頼性・妥当性を検討する必要があると考えた。

【方法】

SF-36 の日本語版作成手順に準じて、日本語版 ARAT の作成を行った。評価尺度の翻訳に際しては、まず英語原版を日本語に翻訳した。つぎに、英語原版を知らないバイリンガルの協力者が日本語に翻訳された ARAT を英語に逆翻訳し、さらに英語を母国語とし、英語原版を知らない協力者が英語原版と逆翻訳の整合性の検討を行った (“double translation”)。十分な整合性を確認された日本語版 ARAT に対して、検者間信頼性と構成概念妥当性 (Fugl-Meyer Assessment、Wolf Motor Function Test) が検討された。

【結果】

脳卒中片麻痺患者 37 名を対象に、信頼性・妥当性の検討を行った結果、十分な検者間信頼性 (weighted kappa、0.927) と妥当性 (ARAT vs FMA、 $r = 0.92$; ARAT vs WMFT Functional Ability Scale、 $r = 0.91$; ARAT vs WMFT 遂行時間、 $r = 0.93$) を認めた。

Ⅱ-1

回復期病院の脳血管障害患者・家族の状況

—「家族生活力量アセスメントスケール療法士版」を使用して—

関西リハビリテーション病院

作業療法士	山本	麻香
作業療法士	兼田	敏克
作業療法士	夏山	真一
作業療法士	西脇	百合子
作業療法士	大和	健一郎
医師	松本	憲二
医師	坂本	知三郎

【はじめに】

従来、療法士の家族指導は、各自の経験で行なわれており、家族全体を評価・指導する手法がなかった。そのため、兼田らは家族全体の状態を把握する評価法として家族生活力量アセスメントスケール療法士版(以下、家族スケール)を作成した。家族スケールは、9領域、26問からなり、最低は0点～最高26点で、高得点ほど家族機能が高いことを示し、家族の役割分担状況も把握できるものである。今回は、本スケールを使用し、家族の状態を調査した。

【方法】

対象は、当院から自宅復帰し、研究に同意した脳血管障害患者・家族59事例である。調査は、主介護者に対して家族スケールを実施した。分析は、9領域と各領域の平均点と家族の役割分担状況を算出した。

【結果】

9領域の平均点は、20.8点であった。各領域は、①健康維持力2.1点、②健康問題対処力2.7点、③介護力5.3点、④社会資源活用力2.5点、⑤家事運営力1.7点、⑥家庭内の役割分担力1.0点、⑦人間関係調整力1.7点、⑧住環境整備力1.9点、⑨家計管理能力1.8点であった。また、家族の役割を主介護者が66%担っていた。

【考察】

自宅復帰した脳血管障害患者・家族の平均点は高く、介護生活を営む力を比較的有していると思われた。しかし、家庭内の役割分担力の点数は低く、主介護者が家族の役割を約7割担っており、主介護者は患者の発病を期に新たに担った役割に困惑する可能性が示唆された。

Ⅱ-2

頸髄損傷術後患者に対しカックアップスプリント、対立スプリント、 自着性弾力包帯を状況に応じて使い分け食事動作が修正自立に 至った1例

合志病院

作業療法士 山本 健太

【はじめに】

食事は基本的欲求の一つであり早期に自立が望まれる行為である。頸髄損傷術後患者に対しカックアップスプリント、対立スプリント、自着性弾力包帯を状況に応じて使い分け食事動作が早期自立となった症例を報告する。

【症例】

40歳台男性。意識消失にて転倒し受傷、2日後C2椎弓切除・C3-5椎弓形成術が施行された。

【初期評価】

Frankel分類C、ASIAスコアニングシステムは運動スコア46/100点、痛覚スコア54/112点、触覚スコア60/112点（排尿障害あり）、上肢MMTは右1～3・左2～4レベル、感覚障害は両上肢に共に明らかな鈍麻は認めず、基本動作・ADLは全介助であった。まずは左上肢での食事動作自立を目指しOT介入した。

【経過】

早期より体幹機能・上肢機能訓練中心にOT訓練開始。左上肢はカックアップスプリント作成し机上でのtaskを実施した。術後7日、左手関節背屈MMT2より3に改善みられ訓練場面では自着性弾力包帯にて機能的肢位を保持するよう変更。術後18日、病棟にて脱着容易な対立スプリント作成し実際場面での食事動作訓練開始。術後21日、対立スプリント・太枝グリップ使用にて左上肢での食事動作自立。

【考察】

筋力の回復に合わせて適切にスプリント等の補助具を使用することで食事動作の早期自立が可能となった。

Ⅱ-3

生活期で使用される装具の調査と今後の課題

株式会社 小豆澤整形器製作所

義肢装具士 溝畑 俊哉

生活期において使用される装具は経年劣化や身体変化に対する修理・調整・再作成が必要になる。当社でも生活期の装具使用者に対して修理・調整を行っているが、ベルトが切れた・変形が進み装具に足が入らなくなったなど、使用困難となり緊急性の高い依頼が多くある。装具使用困難になる前に修理調整を行う事が重要であるが十分にできていない。今回、現在行っているフォローアップの現状を明らかにするために調査を行い今後の課題を検討した。項目は①修理の依頼人②修理調整の多い部位③作製から修理調整までの期間とした。

2014年12月から2015年2月の3ヶ月間に修理・調整を筆者が行ったケースについて調査を行った。修理調整の依頼が24件あり装具使用者・家族から14件・医療従事者8件・介護職員から2件の依頼があった。修理調整の内容として下肢装具のベルト修理が14件、滑り止めの修理が10件、幅の調整が8件、痛みに対する調整が2件（重複有）であった。修理調整までの期間は34ヶ月±29ヶ月となった。その中で作成後1年以内の修理調整は5名に留まっていた。

今回の調査期間中の修理調整内容としては、緊急性の高い状態が大半であった。このような状態になる前に修理調整を行うためには、当社だけのアプローチだけでは難しく、早期発見には本人や家族・医療従事者・介護職員の協力が必要になる。そのために、家族には装具に対する説明の徹底や医療従事者・介護職員には勉強会を開くなど装具についての認識の向上を図り、日常的に装具をチェックしてもらう習慣をつけることで早期よりフォローアップを行うことが今後の目標であり課題である。

Ⅱ-4

関西リハビリテーション病院の装具チームの取り組み ～装具療法と新人教育の充実に向けて～

関西リハビリテーション病院	理学療法士	松岡 将司
	理学療法士	澤 麻衣子
	理学療法士	西本 一始
	理学療法士	花房 義和
リハビリテーション科学総合研究所	理学療法士	土肥 英幸
	作業療法士	吉田 直樹
関西リハビリテーション病院	医師	松本 憲二
	医師	坂本 知三郎

【背景】

当院の経験3年以下のPTは、科全体の約6割を占めており、装具療法の経験は浅い。そのため、評価や選定に難渋することが多く、装具診等で必要な情報を持ち合わせずに参加することが多かった。また当院の装具に関するデータ管理も十分ではなく、作製前後での検証やそれを基にした指導が行えていなかった。

より根拠を持った装具作製と指導が行えるよう、2014年より経験が豊富なPTを軸に構成した装具チームを発足した。今回、その取り組みと課題を報告する。

【主な取り組み】

(a) 担当PTが作製予定の装具を報告し、装具選定のプロセスを知るための装具報告会を実施するようにした。

(b) チームメンバーによる装具診立会いを行い、Dr・PO・PT間のファシリテータ役や経験の浅いPTのフォローを実施するようにした。

(c) 情報共有のための、患者情報シートを改変し、PT評価や装具の仕様等を記載するようにした。

(d) 選定経緯を今後の参考とするため、装具診のデータを蓄積し、過去の傾向を検索できるようにした。

【今後の課題】

それぞれの取り組みで効果が見られたと実感しているが、客観的な判定が行えていない。アンケートなどを通じ、取り組みの検証が必要である。

今後、更なる新人教育の発展と装具療法の効果の見直しを図るため、作製1ヶ月後に経過報告を兼ねたフォローアップ診察を提案していきたいと考えている。

Ⅱ－５

ボツリヌス投与により歩行動作改善に至った一症例

合志病院

理学療法士 浜森 太

リハビリテーション科医師 齋藤 淳

【目的】

今回、発症より半年以上経過した脳出血後遺症患者に対して麻痺側下肢へのボツリヌストキシン（以下 BoNT-A）投与と理学療法を併用して行い、屋内裸足歩行自立となった症例を投与後 4 か月後の経過も含めてこれを報告する。

【症例紹介】

60 代男性・2014 年左被殻出血発症、急性期・回復期病院を經由後、自宅退院。独居で T 杖・シューホンブレース着用で歩行自立。ADL は入浴以外自立。身体機能評価は Brunstrom Recovery Stage(以下 BRS) 右上下肢Ⅲ、他動関節可動域（以下 pROM）背屈 5°，Modified Ashworth Scale（以下 MAS）右下腿三頭筋 3。BoNT-A を下肢合計 250U 投与し理学療法は週 2 回実施。2 週間後の理学療法評価では pROM15°，MAS 右下腿三頭筋 1+ と改善。自宅の裸足移動可能となり入浴動作自立。3 か月後、屋内裸足歩行は継続して自立も徐々に筋緊張亢進あり、予定していた上肢手指 BoNT-A 投与に合わせて下肢も再投与し、装具を可動性の高い継手式短下肢装具に変更。

【結論】

BoNT-A 投与と理学療法介入により歩行動作改善するも、効果は徐々に軽減。投与後の機能維持・改善図るには、装具の見直し等も含め継続してアプローチを模索していく必要がある。

シンポジウム (13:20 ~ 15:05)

テーマ「在宅・地域医療にむけての多職種連携、
在宅・地域医療における多職種連携」

座長

みどりヶ丘老人保健施設	理学療法士	吉田 正明
みどりヶ丘病院 病診連携室	事務	後藤 舞

①

「在宅生活推進のための多職種連携会議」から見えてきたこと

みどりヶ丘訪問看護ステーション
作業療法士 中西 真一

現在、在宅医療では、75歳以上の患者が約3／4を占めている（平成23年厚生労働省の調査）。高齢者は、身体的・精神的・社会的に様々な複合的な問題を抱えていて、在宅・地域医療においても、複合的な視点、実践が重要である。介護保険制度により、訪問看護、リハビリは十分とは言えないまでも、ケアプランの中に組み込まれ利用されるようになった。それに比べると、栄養指導、服薬指導、口腔ケアについては、そのサービス量も少なく、ケアマネジャーの認識も高いとはいえない。

当法人では、「在宅生活推進のための多職種連携会議」を、平成26年3月に開始した。この会議では、対応が難しい問題を抱えている訪問看護ステーションの利用者について、毎週、多職種でのケースカンファレンスを行っている。

メンバーは、法人内の病院の管理栄養士・歯科衛生士、同訪問看護ステーションの看護師・作業療法士・言語聴覚士、および近隣の院外薬局の薬剤師の6職種である。ケースカンファレンスにおいて、それぞれの専門的視点から意見を述べ合い、対応策を検討、提案する。また、必要があれば、各専門職が自宅に訪問し、直接、利用者・家族に対して服薬指導、栄養指導、口腔ケア支援などを実施している。

この活動を通じて得られた、多職種連携の意義、課題について述べたい。

②

“装具を知ってもらう”活動について

株式会社 小豆澤整形器製作所

義肢装具士 川場 康智

脳卒中ガイドライン 2009 の公開により脳卒中患者に対する装具療法が見直された。回復期で装具を作成する機会も増え、生活期に移行した後に継続して装具を使用するケースも増えた。入院中の装具は医師をはじめとした医療従事者の監視下であり、適時見直しが行われるため機能面や身体的適合が保証されている。一方で生活期に入ると装具に理解のある医療従事者と接する機会は減り、チェックの頻度も減少する。

生活期における装具とは自動車や自転車と同じく移動手段であり道具である。

安全面に関してはセルフチェックが基本だが、障害の程度によっては困難な場合も多い。ユーザーの家族や医療・介護従事者などより多くの目が装具に向けられれば、早期に対策がとれ安全な状態で使用を継続することができる。

そのためにはより多くの人に“装具を知ってもらう”活動を実践することが重要であると考え。ユーザーやその周囲の方々に対し機能や制度の説明を行う機会は重要ではあるが、その効果は聞き手が装具に関する情報を知りたいかどうかで大きく変化する。情報を欲していない聞き手に対してはかえって装具に対するネガティブな印象を与える危険性もある。つまり“装具を知る”という行為は“装具に興味を持つ”過程を踏まえることで加速するのではないだろうか。

装具がファッションのように選べ、音楽のように身近な存在になれば、道具として適切にユーザーを支えていけると考える。

③

西宮市の在宅・地域医療の多職種連携

～メディカルケアネット西宮の取り組み～

西宮協立リハビリテーション病院総合支援課

医療ソーシャルワーカー 阪口 寛子

医療法人社団甲友会 法人本部 連携推進部

ケアマネジャー 松平 康子

西宮市で「医療と介護の連携」に向けて行政も巻き込んだ取り組みが始まったのは、2011年、厚生労働省の第5期介護保険事業計画が示された時である。入院期間の短縮などから医療ニーズの高い方の自宅退院が増加し、在宅の現場では、医療関係機関と介護保険関係機関の情報共有がそれまで以上に重要性を増していた。メディカルケアネット西宮はそうした現場の声があがる中で、訪問看護ネットワーク、ケアマネ協会、地域包括と市立病院のMSW、市の介護保険課・高齢福祉課、6者の集まりから発足した。徐々に、各専門職団体が加わり、西宮市医師会をはじめ現在はほとんどの団体が定例会に参加し、「住み慣れた地域でその人らしく生活する」ことの実現に向けた課題や対策を話し合っている。

西宮市は土地の形状から5つの圏域に分かれており、各圏域に所属する事業所や医療関係者等で顔の見える関係作りとして事例検討会が年3回開催。その他、市全体の勉強会も年2回行われている。

また、医療と介護の双方の視点で要介護者の望む暮らしが支援できるように、市共通の様式を作りたいと始まった取り組みが、「地域連携ノート」である。まず、ICFの概念を基に利用者自身の基本情報シートを作成。その上で利用者・家族と介護サービス事業所と医療関係者の三者の情報交換ノートとして活用できるよう試行錯誤を重ねて試作品ノートが完成。現在、試行期間を終えて関係機関、利用者本人へアンケートを行っている。今回はアンケート結果も踏まえ、当事者主体の連携ノートの重要性もふまえ、メディカルケアネット西宮の取り組みを紹介したいと思う。

④

在宅医療の現場 医師の立場から

兵庫医科大学ささやま医療センター地域総合医療学 リハビリテーション科

医師 和田 陽介

医師 内山 侑紀

兵庫医科大学リハビリテーション医学教室

医師 高橋 和子

医師 道免 和久

在宅医療の重要性は、2025年問題に象徴される高齢者の増加による病床の不足、医療費の増加の観点から述べられることが多い。それらは重要な問題であるが、もっと根源的には医療者が住み慣れた場所で暮らしたいという患者のニーズに応えるという使命を果たすことにある。在宅医療の特徴は、患者中心であることとその継続性にある。患者中心であるためには患者のニーズを的確にとらえ、目標設定や優先度を検討しなければならない。そのためには包括的に患者の問題を拾い上げ、評価を行う必要がある。それと並行して、目標や方針は関係者間で共有される必要がある。在宅医療においては、担当スタッフが多施設にまたがるが多いために、コミュニケーションが量、質の両面で低下する。一方で各担当者のモチベーション、責任感は病院内のそれよりも高いことが多く、むしろ連携がとりやすいこともある。

私は、都市部の中小病院、山間地域の中小病院、診療所で勤務をしてきた。それぞれの施設で入院、外来診療や訪問診療に関わってきた中での経験を基に、包括的な診療の重要性、職種間のコミュニケーションの工夫、課題などについて考察したい。

教育講演 (15:20 ~ 16:20)

座長

洛和会音羽リハビリテーション病院 医師 兼松 まどか

みどりヶ丘病院における多職種協働を意識した摂食嚥下障害への取り組み

社会医療法人祐生会 みどりヶ丘病院 リハビリテーション科
医師 森脇 美早

【はじめに】

当院は急性期、回復期病棟を有する 329 床の総合病院である。当院でみる摂食嚥下障害は高齢化に伴い脳卒中による摂食嚥下障害だけでなく、他疾患や認知症、サルコペニアによる摂食嚥下障害も多く、原因が多岐にわたっている。そのため摂食嚥下医療には多職種での視点が重要であると考え、平成 24 年 4 月、NST 委員会を解体し NST、口腔衛生チーム、摂食嚥下チームの 3 つからなる摂食嚥下栄養委員会を立ち上げた。これらの活動により、病院全体に摂食嚥下への取り組みやリハ栄養の重要性が浸透してきた。この 3 年半の活動実践経験を報告したい。

【摂食嚥下チーム】

メンバーはリハ医、PT、OT、ST、DH、歯科医師、管理栄養士、病棟Nsである。嚥下回診を週 1 回、昼食時に開催。目的はすべての摂食嚥下障害が早期に発見され適切な介入を受ける事。対象は摂食嚥下障害が疑われる患者とした。回診ではフードテスト、改定水飲みテスト、口腔衛生、義歯の使用や適合判定、サルコペニアの有無の確認、マッケンジー法やシーティング技術を習得した PT・OT による姿勢の調整、OT による自助具や環境の調整、栄養評価を主とし、食形態の提案、栄養療法の提案、VF・VE の提案、薬物療法の提案、摂食機能療法の指示を行い必要があれば NST、装具チーム、シーティングチーム、t DCS チームに介入を依頼した。回診の場はスタッフ教育にもつながり、院内全体の嚥下障害の意識改革がすすみ、より包括的な摂食嚥下医療が可能となった。

【新たな取り組み】

訪問看護患者の多職種カンファ、回復期入棟時 ST 嚥下ラウンド、回復期のリハ栄養カンファなど。

【今後の展望】

嚥下や栄養医療を地域で実践する多職種連携の場、医・産・商連携の場となることを期待して、高槻島本（三島地域）嚥下栄養実践連携会設立のための準備室を設置した。臨床栄養から一歩進んだ Social Nutrition の考えに基づき、地域ぐるみで取り組む本物の嚥下栄養医療を実践していきたい。

MEMO

A series of horizontal dotted lines for writing, spanning the width of the page.

第5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教室 主任教授
道免 和久

発行所 第5回コンプリヘンシブ・リハビリテーション懇話会事務局
社会医療法人 祐生会 みどりヶ丘病院