

第6回
コンプリヘンシブ・リハビリテーション
懇話会 抄録

日時 2016年7月9日(土)

会場 京都テルサ テルサホール

共催 NPO法人リハビリテーション医療推進機構 CRASEED

医療法人財団 医道会 十条武田リハビリテーション病院

第6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 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

第6回のコンプリヘンシブ・リハビリテーション懇話会は、十条武田リハビリテーション病院の主催で行われます。2011年の第1回懇話会以来2度目の主催ということになりますが、会発足当初、私のイメージを汲み取って具体化してくださったおかげで、毎年着実に発展を遂げています。このこともあわせて厚く御礼申し上げます。

CRASEEDは真のMedical Rehabilitationの啓発・普及を目的として、すでに11年の歴史があります。医療としてのリハビリテーションにこだわった私たちの活動は、早期リハや回復期リハの普及はもちろん、「寝たきりリハ」や「リハはサービス」といった誤った考え方の是正に役立ってきたと自負しています。しかし、これからはさらに先を目指さなければなりません。その方向性は2つあり、**Science-based Rehabilitation**と**Patient-oriented Team Approach**です。これらの用語の意味は、ここで解説するよりも本会に参加することでより深く理解できることと思います。

さて、私個人の1年の歩みとして、リハ医学会誌の全面的リニューアルを実現し、英文誌**Progress in Rehabilitation Medicine**も無事に創刊にこぎつけました。また、レジデントのときに翻訳した**FIM**は診療報酬制度のアウトカム評価に採用され、**FIM**講習会の全国連絡会の事務局として大忙しになっています。さらに、昨年招致に成功した**ISPRM2019**では**Local Organizing Committee**の**Chairperson**を仰せつかり、同じ年に開催される第56回日本リハビリテーション医学会学術集会会長も拝命することになりました。2019年はひとつの目標として、日頃の成果を披露できるチャンスでもあると思っています。

このように私たちの活動がリハ医療の本流としてさらに大きく発展しようとしています。この懇話会はその推進役として、コンセプトを共有する会に成長してきたと思います。今年もこれまでも増して”CRASEED alliance hospitals”の”Science”と”Team”の力強さを感じる会になることを期待しています。

参加者へのお願い

- 1) 会場受付は、午前9時30分より開始します。
- 2) 参加者（座長、発表者も含む）は、受付で参加費3,000円（懇親会費2,000円）をお支払い下さい。受付で受領証と名札ケースをお渡し致しますので、必ず見えるところに着用し入場して下さい。
- 3) 発表に対して質問を行う場合は、必ず座長の許可を得てから病院名、所属、氏名を述べた後、発言して下さい。
- 4) 会場内では、雑音防止にご協力下さい。また、不必要な座席の占拠はご遠慮下さい。
- 5) 携帯電話については、マナーモードにいただき会場内での通話をご遠慮下さい。
- 6) 館内はすべて禁煙です。喫煙は決められた場所をご利用下さい。

座長の方へのお願い

- 1) 一般演題・シンポジウム・教育講演の座長の方は、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下さい。
- 2) セッションにおいては、限られた時間内にて発表が円滑に進行するようご配慮下さい。

発表者（演者）の方へのお願い

- 1) 一般演題の発表時間は7分間です。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12分間です。全体討議は25分間を予定しています。
- 3) 遅くとも、前の発表者の演題が始まる際には、指定の演者待機場所にお越し下さい。
- 4) 発表後の謝辞や文献説明はご遠慮下さい。

第6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教室 主任教授 道免 和久

[一般演題 I] 10:10~11:00

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

十条武田リハビリテーション病院 医師 桐谷 奈央子

I-1. 急性期脳卒中患者のリハビリテーションと施設内連携

尼崎中央病院 理学療法士 加藤 久貴

I-2. 合同勉強会の取組み~相互理解と学び合える風土を作るために~

十条武田リハビリテーション病院 看護師 上田 久美世

I-3. 当院の脳卒中患者の転帰先におけるFIM活用と関連性について

合志病院 作業療法士 桜野 勝治

I-4. 中大脳動脈領域脳梗塞患者における各脳領域の損傷度を用いた歩行自立度の 予後予測

偕行会リハビリテーション病院 理学療法士 澤島 佑規

I-5. 脳卒中患者におけるリハビリ初回介入時FIMからの予測

—排尿管理を中心に—

西宮協立脳神経外科病院 理学療法士 内田 健作

[一般演題 II] 11:10~12:00

座長: みどりヶ丘病院

医師 森脇 美早

十条武田リハビリテーション病院 医師 小川 美歌

II-1. 当院における医科歯科連携を含めた摂食・嚥下に対する取り組み

京都民医連第二中央病院 医師 後藤 広亮

II-2. 介護療養型医療施設における慢性期・終末期 嚥下障害患者への取り組み

潮田病院 言語聴覚士 小栗 遼介

II-3. ADL全介助患者の自宅復帰へ向け、介護量軽減の観点から環境整備を行った一例

みどりヶ丘介護老人保健施設 理学療法士 波野 優貴

II-4. 退院後、在宅生活でADL機能が著しく改善した一例

洛西シミズ病院 理学療法士 宮城 麻友子

II-5. Action Disorganization Syndrome(ADS)を呈した右前頭葉皮質下出血の一例

京都民医連第二中央病院 作業療法士 林 達也

[昼休憩] 12:00~13:00

[ISPRM2016 報告] 13:00~13:10

兵庫医科大学ささやま医療センター 医師 内山 侑紀

[病院紹介] 13:15~13:30

洛西シミズ病院 理学療法士 石田 俊介

[シンポジウム] 13:40~15:30

テーマ : 「各職種の卒後研修について」

座長 : 西宮協立リハビリテーション病院 医師 勝谷 将史
兵庫医科大学病院 医師 児玉 典彦

1. 医師の卒後研修

関西リハビリテーション病院 医師 松本 憲二

2. 看護師の卒後教育について

関西リハビリテーション病院 看護師 久米 早苗

3. 卒後研修について

偕行会リハビリテーション病院 看護師 西川 恵美

4. セラピストの卒後研修について-現状と課題-

十条武田リハビリテーション病院 理学療法士 酒匂 優一

5. 療法士の立場から

兵庫医科大学病院 理学療法士 笹沼 直樹

6. 回復期医療ソーシャルワーカーの研修の現状と課題について

西宮協立リハビリテーション病院 医療ソーシャルワーカー 田村 智香子

[教育講演] 15:40~16:30

座長：兵庫医科大学ささやま医療センター 医師 和田 陽介

グリーフ・ケアから考える障害者心理について

十条武田リハビリテーション病院 医師 石野 真輔

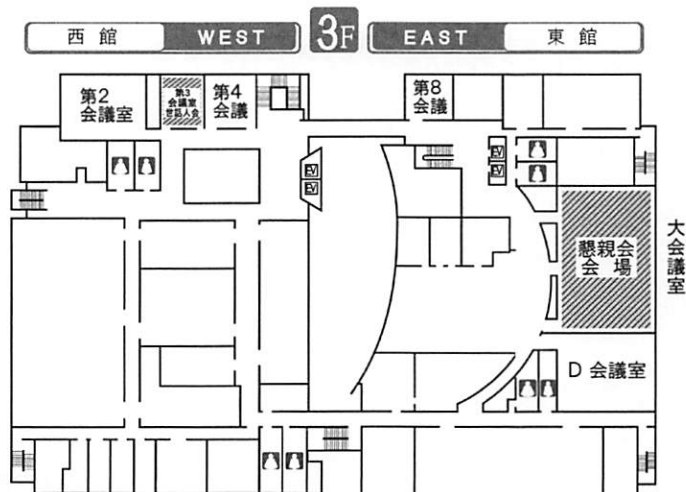
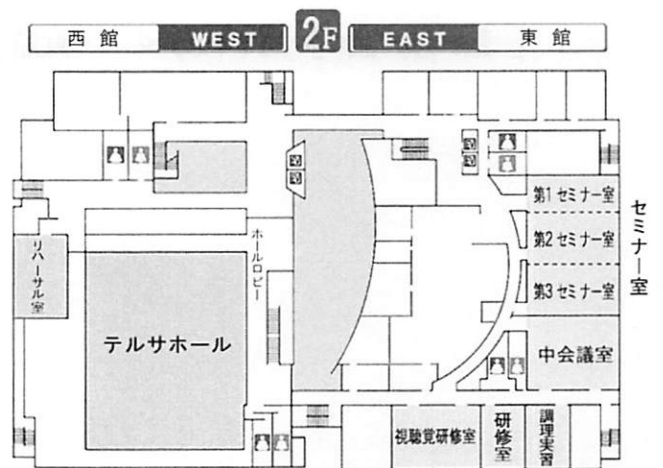
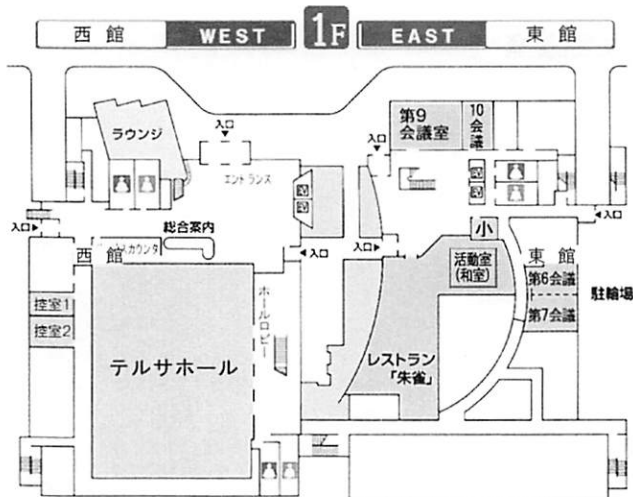
[閉会の挨拶] 16:30~16:40

十条武田リハビリテーション病院 院長 若林 詔

[懇親会] 17:00~ 東館3F 大会議室

会場案内図

京都テルサ 〒601-8047 京都市南区東九条下殿田町70番地
TEL(075)692-3400



一 般 演 題

10:10~12:00

一 般 演 題 I 10:10~11:00

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

十条武田リハビリテーション病院 医師 桐谷 奈央子

一 般 演 題 II 11:10~12:00

座 長: みどりヶ丘病院 医師 森脇 美早

十条武田リハビリテーション病院 医師 小川 美歌

I-1

急性期脳卒中患者のリハビリテーションと施設内連携

尼崎中央病院

理学療法士 加藤 久貴

理学療法士 遠藤 静香

理学療法士 三木 辰訓

【はじめに】

当院では H27 年度より脳神経外科が開設となり、多くの患者にリハビリテーションを提供してきた。その中で、医療連携の重要性を改めて実感した。回復期リハ・地域包括ケア病棟を兼ね備える当院の特徴を踏まえ、それぞれの関係性の視点から、脳卒中患者のリハビリテーションにおける施設内連携について当院での取り組みについて報告する。

【主な取り組み】

(a)入院中の患者に対し、週 1 回脳外科医・病棟看護師・担当療法士・医療ソーシャルワーカーで合同カンファレンスを実施している。

(b)急性期リハを担当した理学療法士が回復期・地域包括ケア病棟への転棟後も主担当として関わり、一貫したリハを提供している。

(c)施設内の回復期リハ・地域包括ケア病棟へ円滑に情報を引き継ぐ為、転棟時には他職種からの情報共有を行っている。また主担当の理学療法士が中心となり生活場面における ADL 向上を目的に環境因子を調整し、身体機能の回復と ADL 自立を目指している。

【まとめ】

脳卒中患者が早期に在宅復帰するためには積極的なリハビリが必要となる。当院では合同カンファレンスの場を活用して、適切でシームレスなリハビリが提供できる転帰先を決定している。個々の患者に対して院内での連携を円滑にし、在宅復帰、社会復帰まで適切なリハビリを提供することが当院の役割であると考えている。

I - 2

合同勉強会の取り組み～相互理解と学び合える風土を作るために～

十条武田リハビリテーション病院
看護師 上田 久美世

回復期リハビリテーション病棟は「他職種連携」が大きな要となる病棟である。患者を中心として各専門分野が互いの知識と技術で患者・家族の目指す方向へ支援することが必要である。私たち看護師も専門職としての知識と技術を用いて、より質の高い看護を提供しようと日々考え取り組んでいる。日常生活援助ではセラピストと情報を共有し、動作レベル、移乗・移動、自主トレーニング、などその患者に応じた援助を行っている。しかし、日常生活援助の方法などでセラピストと意見の相違でお互いに譲れない状況も見受けられる。これはセラピストも同じく専門職としての思いだとわかる。その状況下で相互の立場から、それぞれの思いと目指すものが同じであれば共通の情報や学びが必要であると声があがり、平成27年度から勉強会を合同で開催することになった。テーマは各々が考え講師も互いに行い、医師に講師の依頼も行った。この取り組みが互いの知識を共有し学び合う風土を創り、患者・家族への支援が相互の専門知識の上でできるように継続していきたいと考える。

I - 3

当院の脳卒中患者の転帰先における FIM 活用と関連性について

合志病院

作業療法士 桜野 勝治

【はじめに】

当院は急性期病院であるが、近年、脳卒中患者が直接自宅に退院する件数が増加している。そのため、転帰先の予測が、できるだけ早期に必要な。そこで、自宅へ退院する患者について、FIM と自宅復帰への関連性を調べた。

【対象と方法】

対象患者：入院前の居住が自宅で、当院に入院となった脳卒中患者（予後予測が困難な脳幹・小脳レベルの出血や梗塞、クモ膜下出血を除く）。

対象期間：2016年1月1日～2016年2月29日

研究方法：FIM、個人・環境因子を調べ、自宅退院との関連性について検討した。

【結果】

Mann-Whitney の U 検定にて、転帰先が自宅と非自宅患者の入院時 FIM に有意差が認められた。個人・環境因子に関しては、有意差なしであった。また、Logistic 回帰分析にて、次の回帰式を作成することができた。回帰式： $Z = -5.117 + 0.095 \times \text{入院時 FIM}$

判別率的中率は 85.7% であり、高い的中率を示した。

【まとめ】

FIM 活用により、急性期病院であっても、入院時から転帰先が自宅と予測される患者を検出することが、ある程度可能であることが示唆された。これにより入院時から、転帰先が直接自宅と予測される患者に対して、治療方針の一助として役立てていきたいと考える。

I - 4

中大脳動脈領域脳梗塞患者における各脳領域の損傷度を用いた歩行自立度の 予後予測

医療法人偕行会 偕行会リハビリテーション病院

理学療法士 澤島 佑規

理学療法士 足立 浩孝

医師 田丸 司

【目的】

本研究は急性期脳画像の各脳領域の損傷度から回復期病棟退院時の歩行自立度を予測できるか検討することを目的とした。

【方法】

対象は当院回復期病棟を退院した中大脳動脈領域の脳梗塞患者 121 名 (73.4±11.3 歳) とし、本人または代諾者に研究参加の同意を得た。急性期の MRI (FLAIR 像) にて、半卵円中心レベルの縁上回・角回、脳梁体部レベルの前頭葉・上縦束 (島直上の範囲)・脳室外側から脳実質外側の範囲にて内側 10% の範囲にあたる傍脳室白質部 (前後に 4 等分割)、モンロー孔レベルの前頭葉・内包前脚・内包膝・内包後脚 (前後に 3 等分割)・レンズ核・島 (前後に 2 等分割)、脳室を除く大脳半球に対して梗塞域が最大のレベルの梗塞域 (最大梗塞域) の梗塞面積と全体面積を測定し、損傷度: 梗塞面積/全体面積 × 100 (%) を算出した。歩行自立度は回復期病棟退院時の FIM 歩行点数にて評価した。分析は FIM 歩行点数を目的変数、各脳領域の損傷度を説明変数としたステップワイズ法による重回帰分析を行った (p<0.05)。

【結果】

傍脳室白質前 3/4 部・内包膝・最大梗塞域の 3 項目が有意に抽出され、得られた重回帰式は $6.79 - 0.02 \times \text{傍脳室白質前 3/4 部} - 0.01 \times \text{内包膝} - 0.04 \times \text{最大梗塞域}$ (自由度調整済み決定係数 $R^2=0.47$, $p<0.01$) であった。

【考察】

傍脳室白質前 3/4 部は下肢の運動や感覚に関わる皮質脊髄路や視床皮質路が走行し、内包膝には姿勢制御に関わる皮質網様体路が走行するため歩行自立度の予測に関与したと考える。

I - 5

脳卒中患者におけるリハビリ初回介入時 FIM からの予測 —排尿管理を中心に—

西宮協立脳神経外科病院 リハビリテーション科
理学療法士 内田 健作
理学療法士 河面 雅俊
医師 小山 哲男

【はじめに】

ADL の評価法の一つである FIM は臨床で広く用いられている。近年、脳梗塞患者の FIM 排尿管理スコアが機能予後へ関連することが報告されている（文献 1）。そこで、当院の脳卒中患者を対象にリハビリ初回介入時の FIM 排尿管理のスコアが退院時の FIM の点数にどのように関連するのかを検討した。

【方法】

対象は 2015 年 4 月～9 月に当院へ入院されリハビリ介入があった脳梗塞・脳出血患者で入院前 modified Rankin Scale が 1 以下のものとした。FIM はリハビリ初回介入時と転院または退院時に採点したものをを用いた（初回 FIM, 最終 FIM）。初回 FIM の排尿管理が 5 点以上のものを HB 群, 5 点未満のものを LB 群に分類し自宅復帰率と最終 FIM 合計を比較した（一元配置分散分析, $p < 0.05$ ）。

【結果】

対象人数は合計 65 名であった。HB 群は 35 名で最終 FIM 合計は 76-126 点 (IQR, 101-123 点), LB 群は 30 名で最終 FIM 合計は 19-126 点 (IQR, 30-110 点) と HB 群において有意に高値であった。また自宅復帰率は HB 群で 45.7%, LB 群で 16.7%であった。

【考察】

2 群間比較において初回の FIM 排尿管理スコアが低い群よりも高い群において最終 FIM の合計と自宅復帰率が高かった。当院でも初回の排尿管理と最終 FIM 合計において関連性が認められたと考えられる。

文献 1) E. H. Mizrahi et al., Archives of Gerontology and Geriatrics, 2011

Ⅱ－１

当院における医科歯科連携を含めた摂食・嚥下に対する取り組み

京都民医連第二中央病院

医師 後藤 広亮

医師 中村 紀子

医師 磯野 理

医師 小林 充

あすかい診療所

歯科医師 大塚 翼

【はじめに】

特定医療法人信和会 京都民医連第二中央病院（以下当院）における医科歯科連携を含めた摂食・嚥下に対する取り組みを報告する。

【報告内容】

当院は京都市左京区に位置する病床 172 床（回復期病床 51 床、一般病床 121 床）の病院である。歯科診療については関連診療所からの往診をうけている。摂食・嚥下に対する取り組みとしてNSTチームおよび看護部を中心とする摂食・嚥下・口腔ケアチーム（以下摂食チーム）が存在した。

また 2014 年より信和会が主催する摂食・嚥下に関する勉強会「なおいあん」が定期開催されており、開始当初より当院への往診歯科医師も参加し歯科関連の講義も行なわれた。

2014 年度より摂食チームに医師・歯科医師が参加し、2016 年にはNSTチームと摂食チームを栄養・嚥下チームとして統合した。これにより担当医師は当院での栄養・嚥下・口腔ケア・歯科診療全般を把握するようになった。

この中で①口腔機能障害を持つ患者に対し歯科医師・医師を含めたチームによる診療・カンファレンス・リハビリを行う、②医師は歯科医師に嚥下内視鏡の技術伝達を行い歯科往診時の嚥下評価につなげる、等の医科・歯科連携の取り組みを開始した。①については実際の症例も含めて報告したい。

II-2

介護療養型医療施設における慢性期・終末期 嚥下障害患者への取り組み

医療法人八甲会 潮田病院 リハビリテーション科

言語聴覚士	小栗	遼介
医師	奥野	太嗣
看護師	辻田	明美
管理栄養士	弓場	由起子
言語聴覚士	霜村	智一
言語聴覚士	沖元	暁

【はじめに】

過疎地域の療養型病院である当院において、入院患者は長期療養生活を経た後期高齢者が中心であり、嚥下機能の低下を呈する症例が殆どである。当院は 60 床の個人病院であるが、リハビリ専門医 1 名、言語聴覚士 3 名により“最期まで食べる事”へのサポートを手厚く行っている。

【方法】

2015 年 4 月より 1 年間で 104 件の VF、また VE も適宜実施している。詳細な検討を実施した上で、必要により即日に食事形態の変更を行っている。嚥下回診・NST 等での協働、口腔ケアの病棟との連携など、組織的な取り組みを幅広く実施した。

【結果】

重篤な症例が多い中、概ねの入院患者は経口摂取を継続している。また嚥下機能の低下が見られた際も、機能的な限界まで経口摂取を検討し、楽しみながら食べる事と安全面への配慮を両立させる事が可能な環境となっている。

【まとめ・考察】

目覚しい回復が見込めない嚥下障害患者においても、リハビリ専門職の観点からサポート出来る事は多岐にわたり、安全かつ嗜好性の高いものを最期まで口から食べる事は QOL に直結すると考えている。今後はより機能の維持・向上をはかるアプローチをしていく事、ならびに患者家族にとっても快い介護となるような配慮を検討していきたい。

II-3

ADL全介助患者の自宅復帰へ向け、介護量軽減の観点から環境整備を行った一症例

社会医療法人 祐生会 みどりヶ丘介護老人保健施設
リハビリテーション課
理学療法士 波野 優貴
理学療法士 吉田 正明
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】

当施設では入所者のADL改善や褥瘡予防などを目的に車いす診を行っている。クモ膜下出血後、四肢麻痺と意識障害を生じADL全般に重介助が必要となった症例に対し、介護量軽減に向けた取り組みを行い、自宅復帰が可能となったため報告する。

【症例】

70歳代女性。クモ膜下出血発症後、約8か月で当施設へ入所した。入所時、JCS I-3～II-10と傾眠傾向で両膝関節に伸展制限があった。麻痺は下肢に優位で随意性は低下しており左右のSIAS(motor)は3,2/1,1,2であった。FIMは27点で、移乗は2人以上の介助を要した。

【方法】

自宅復帰のためには介護量軽減が必要と考え、体位交換（以下体交）間隔の延長と移乗介助量軽減を目標とし家族指導、環境整備を行った。体交間隔の延長に関しては仙骨圧を測り体圧が分散されるようにポジショニングを行い、体交間隔の延長を目指した。移動用リフトとティルトリクライニング車いすを導入し移乗介助量軽減を目指した。

【結果】

体交間隔は2時間から4時間に延長できた。移乗は一人介助で安全に移乗できるようになった。身体機能、FIMに大きな変化はなかった。

【考察】

一般に体交間隔は2時間程度とされている。しかし、2時間間隔での体交は自宅復帰の際に家族の介護負担を増加させてしまう。そこで今回は数値化できる評価を用いることで体交回数を減らすことができ、家族の介護負担軽減ができたと考える。

【倫理的配慮】

発表に際し、口頭で家族へ趣旨を説明し同意を得た。

Ⅱ－４

退院後、在宅生活でADL機能が著しく改善した一例

洛西シミズ病院

理学療法士 宮城 麻友子

【はじめに】

回復期リハビリ病棟において、退院後リハビリをする機会が減ることに対しADL機能低下を懸念する患者、家族が多い。それにより在院日数長期化に繋がるケースがある。今回、退院後在宅でADLが著しく向上した症例についてその要因を明確にし、早期在宅復帰に繋げていきたいと考え追跡調査を実施した。

【症例】

70代男性、診断名：右脳梗塞、障害名：左片麻痺・失語症、病前ADL：自立、性格：社交的、入院生活：失語症により意思疎通困難、病識の乏しさ、リハビリ拒否あり。転倒予防のためベッド4点柵、車椅子転落防止ベルト使用。166病日目、自宅退院

【方法】

①入院時、退院時、退院後7ヶ月のFIMを比較②退院時設定した自宅環境、介護保険サービスの利用状況③退院後7ヶ月の生活状況

【結果】

①FIM：入院時25点、退院時42点、退院後7か月74点（排尿・排便管理で各5点向上）②介護保険サービス：[退院時]デイサービス・ショートステイ・訪問リハビリ利用予定[退院後7ヶ月]ショートステイ不利用、福祉用具：退院時レンタルしていた玄関スロープ、屋内車椅子返却③周囲に同じ境遇にある人がおり介護者が情報共有や相談をできる、妻の日課に同行し頻回に外出し他者との交流を行う、訪問リハビリでの屋外歩行練習

【まとめ】

排泄が自立し積極的に外出でき、主介護者が困難を感じた際すぐに相談できる環境にあったことで介護生活を続けられ活動量向上、ADL改善に繋がった。

II-5

Action Disorganization Syndrome (ADS) を呈した右前頭葉皮質下出血の一例

京都民医連第二中央病院

リハビリテーション部 作業療法士 林 達也

神経内科 医師 磯野 理

【はじめに】

ADS とは、歯磨きなど多くのステップを含む日常的な道具使用動作において、意味的誤り、順序過程の誤り、省略、質的誤り、空間的誤りのために目的行為ができなくなる症候をいう。今回我々は、右前頭葉皮質下出血にて発症した脳アミロイド血管症に ADS を合併した症例を経験したので報告する。

【症例】

60 歳代男性右利き。X 年、脳出血発症し第 20 病日目に当院転院。病前生活は ADL 自立していたが、発症半年前より道に迷う、計算間違いあり。行為障害なし。

【頭部 MRI 所見】

T2* 強調画像：右前頭葉皮質下出血に加え、脳表へモジデリン沈着症、両側後頭・頭頂葉皮質下に脳内微小出血病変多数。

【神経学的・神経心理学的所見】

意識覚醒。失見当識。HDS-R5 点、MMSE7 点。軽微な左不全麻痺。独歩自立。言語は発話流暢、反響言語、保続あり。理解は中等度障害。環境依存症候群、使用行動、言語性・運動性保続あり。日常使用道具の呼称が一部困難だが、単一の道具使用は適切。

【ADS の症候】

歯磨き：コップや歯磨き粉の蓋に粉を付ける（意味的）、歯ブラシに粉を付けず磨く、繰り返し歯を磨く（順序過程）。

【考察】

本症例は、前頭葉症状による ADL 障害だけでなく、系列的な道具使用動作の障害など ADS が日常生活動作を困難にしていた。

シンポジウム

13:40～15:30

テーマ：「各職種の卒後研修について」

座長：西宮協立リハビリテーション病院 医師 勝谷 将史
兵庫医科大学病院 医師 児玉 典彦

1. 医師の卒後研修

関西リハビリテーション病院

医師 松本 憲二

医師の卒後研修は、古くはインターンでのただ働きの時期がありましたが、その後、待遇改善がされ、私が卒業した27年前には、何の縛りもなく自分で進路を選択することができました。しかし、その弊害で入局した科のことしかできない、専門バカな医師が多くなると批判がありました。そして初期研修に、基本科を2年で回るスーパー・ローテート研修が2008年から開始され、卒後2年目までの初期研修の定式化がされました。しかし、3年目以降の専門医をとるところまでは、はっきりとした縛りはありませんでした。今回、2017年度から新専門医制度が施行されることになり、専門医の資格を取るための勉強・症例経験のために、リハ科の場合は各県に1～数か所の大学を中心とした病院群（京都は1つ）での研修を3年間行うことが義務づけられることになりました。まだ、走り出していないので、問題点は明らかではありませんが、専門医の診療内容の質を担保するという面では、有用な制度であることはまちがいないと思われます。例えば、リハ科の専門医のプログラムに入るということは、原則として他科と掛け持ちせずリハ科に専念することを意味します。ただ、現状では他科医師でリハの専門医を取得している医師がリハ医療を支えている部分も多く、門戸を制限しすぎると、リハ医療の普及の妨げという観点ではマイナスになる可能性が危惧されるようです。

2. 看護師の卒後教育について

医療法人 篤友会 関西リハビリテーション病院
看護師 久米 早苗

看護師の養成は、看護大学、短期大学、看護専門学校と様々な養成制度がある。卒業後も、入職した病院によっては、計画的に研修を行なっている病院もあれば、現場の業務を通して、経験を重ねていくという看護師もいる。

当院は、3病棟の回復期リハビリ病棟がある。65名の看護師と4名の准看護師が在職しているが、新卒者は、准看護師1名のみである。

看護の経験が11年以上ある看護師が51%を占めているが、病院で働いていた看護師ばかりではなく、クリニックや診療所、または老人保健施設で勤務していた看護師もいる。病院で働いていた看護師も、大学病院や国公立の病院ばかりではなく、100床未満の病院で仕事をしていた看護師もいる。したがって、卒後教育体制も、それぞれ違った看護師が、入職してくる。

回復期リハビリ病棟での経験年数は、1年未満が16%、2年から5年未満が36%、6年から10年未満が45%、11年以上が3%である。

リハビリテーション看護は、看護業務として療養上の世話をするだけでなく、ケアを通して自立の促進や拡大を目指す。そのため、患者の意欲を引き出す心理的なケアや生活動作の指導、嚥下・排泄機能などの障害に対する専門的な知識が必要になる。

当院でも先輩看護師が、入職した看護師にプリセプターとして関わり、教育に当たっている。

また、専門的知識や視点を広げるため、回復期リハビリ認定看護師の要請にも取り組み、現在9人看護師が、教育に関わっている。

3. 卒後研修について

医療法人偕行会 偕行会リハビリテーション病院
看護部 クリニカルチーフ 西川 恵美
(回復期リハビリ認定看護師)

当院看護部の教育理念は、「社会の変化に対応できるよう、専門知識（サイエンス）、看護実践能力（アート）、人間性（ヒューマニティ）を兼ね備えた看護師の育成をめざします。」と掲げ、リハビリ看護師の育成を目指している。【看護実践能力】としては、標準クリニカルラダーを導入している。当院ではビギナー（ステップ0）を加え、1年後に到達レベルを設定し、慌てた詰め込み教育を避け、基礎を確実に学ぶ時間を作っている。看護研修プログラムは、基礎看護技術チェック・院内集合研修・eラーニング・課題レポートなどで構成されている。【専門知識】に対しては、認定看護師による OJT・off-JT での教育を行っている。【人間性】に対しては、倫理に関する研修会はもちろんの事、自分の看護観を多職種に語りたり情報交換することで、チーム医療に欠かせない和（輪）や社会性を養うために多職種合同の「ふたばの会」を年3回開催している。また、メンタルサポート「リラックマタイム」として、週1回、主任との交流会を実施している。看護の教育支援体制は、2014年から杏林大学医学部付属病院で考案された「アプリコットナーシングサポートシステム」を導入、さらに新人看護職員向けのスケジュール表を作成したことで、スタッフと新人看護師が相互に進捗状況を確認できるようになった。こういったチームみんなで新人を育てる（共育）体制を構築しており、これまで新卒看護師の離職者は0%である。

4. セラピストの卒後研修について-現状と課題-

十条武田リハビリテーション病院
理学療法士 酒匂 優一

現在、理学療法士は約9,000名、作業療法士は約5,000名、言語聴覚士は約2,000名ずつ毎年増加している。また、有資格者数が急増している一方、現場では経験年数の浅いスタッフの割合が高まっている。当院もその例に漏れず、全体の約半数が経験3年未満、約6割が経験5年未満のスタッフ構成となっている。そのため一定以上の質を担保する卒後教育の重要性が高まっており、教育システムの構築・運用が必須な状況である。

[現状と課題]当院は、理学療法士48名、作業療法士21名、言語聴覚士8名のセラピストがおり、回復期リハビリ病棟には約9割のセラピストが在籍している。卒後教育としては、武田病院グループでの卒後教育と院内教育研修の2つを実施している。武田病院グループでは新人や中堅職員研修および全体研修を中心に行っている。院内教育研修では平成27年4月より教育研修ユニットを中心に試験的・段階的に実施している。その指針は、1. リハビリスタッフの知識・技術の質的向上を図る、2. 臨床能力の質的向上を図る、3. 研究に向けての知識向上を図る、4. 学生およびスタッフへの教育・指導方法の質的向上を図る、とし、新人教育のみならず継続的卒後教育に取り組みは始めている。当院の卒後教育の課題としては、経験年数の浅いセラピストへ一般的な部分も含めた指導がなかなかゆきとどかないこと、経験年数に応じた教育基準が定まっていないこと等が挙げられ、今後検討が必要となっている。

5. 療法士の立場から

兵庫医科大学病院 リハビリテーション部
理学療法士 笹沼 直樹

日本理学療法士協会では専門理学療法士制度の改訂が2009年度から2012年度を移行期間とし、2013年度から新たな履修要件での専門理学療法士認定制度が開始されている。この制度は卒後3年目までの新人教育プログラム修了者を対象に、自らの専門性を高め、良質なサービスを提供する臨床能力を備え、理学療法の学問的発展に寄与する研究能力を高めていくことを目的としている。また、同制度では一定程度以上の臨床能力を備えた者を認定理学療法士、研究能力を具備する者を専門理学療法士と呼称している。

専門理学療法士制度は学会参加、論文執筆、講習会等の参加、論文査読、臨床実習指導担当などにより定められた単位を取得することで認定・専門理学療法士と認められる。しかし認定理学療法士の単位取得に必要な症例報告は10症例と少なく、専門理学療法士では必ずしも症例報告は必要でないなど、理学療法士の業務の社会的基盤である臨床業務が十分に勘案されていないなどの欠点を有している。

シンポジウムでは同様の問題を抱える作業療法士、言語聴覚士の卒後研修を含めて意見を述べ合いたい。

6. 回復期医療ソーシャルワーカーの研修の現状と課題について

西宮協立リハビリテーション病院

医療ソーシャルワーカー 田村 智香子

当院は回復期病棟 120 床の病院である。総合支援課は看護師 1 名、MSW は 6 名(1 名は育休中)、PT1 名、OT1 名、事務 2 名で業務している。

MSW としての経験年数の浅い職員が多く、退院支援を行う中で悩み、苦勞することも多いが、中堅・指導者の MSW についても業務に追われており、なかなか新人教育や指導もできていない現状である。日本医療社会福祉協会等が、それぞれの経験年数に合わせた研修を行っているが、東京で開催されるものも多く、なかなかすべての職員が参加できない。

そこで当院では、前年度まで月 1 回事例検討会を行い、事例を振り返りながら、より良い支援や各制度について学ぶ機会を設けていた。さらに今年度は、同じ法人内の急性期病院、居宅介護支援事業所、通所リハビリ事業所等とも連携を取り、他職種の仕事内容や医療福祉制度等についても学び、実務に活かしていけるような機会を設けることとした。また MSW 全員で新入職 MSW の教育や指導方法について話し合い、どの MSW も最低限必要な知識や退院支援に関する流れ、他職種との連携についても獲得・実践していけるような教育プログラムを試行錯誤しながら、スタートしているところである。

診療報酬の改定等で入院期間も以前より短く早めの退院支援をしていく方向性となり、MSW は院内だけでなく、より一層他院や院外の各事業所や行政機関等との連携を図っていく必要性を感じる。

教育講演

15:40～16:30

グリーフ・ケアから考える障害者心理について

十条武田リハビリテーション病院 医師 石野 真輔

座長：兵庫医科大学ささやま医療センター 医師 和田 陽介

グリーフ・ケアから考える障害者心理について

十条武田リハビリテーション病院 リハビリテーション科
医師 石野 真輔

今回の懇話会が十条武田リハビリテーション病院の主催で行うことが決まりプログラムを構成する上で、一つの問題は教育講演をどなたに依頼するのか、という事でした。講師をお招きする事も考えたのですが、当院から何か話せる事はないかと絞り出した答えが上記のタイトルとなりました。

私は脳神経外科からの転科した医師で、リハビリテーション科に移り主に回復期の病棟主治医として、特定の研究テーマを持って仕事をしてきたわけではありませんが、障害者心理について関心を持っています。

心理に関して全く専門家ではなく、それを専門とされている心理士の先生もおられる訳ですが、今回グリーフ・ケアの講義を連続して聴く機会があり、そこから派生して障害者心理について考えるところがありましたので、それをテーマにお話しさせていただければと思います。

内容的に力不足は否めず、おかしな点もあるかも知れません。けれどもこれが何らかの問題提起となり、医療者として、一個人として、グリーフについて考えてみる契機になればと思い、今回の講演の準備をさせていただこうと思います。力を抜いてお気楽に聴いていただければと思います。

第6回 コンプリヘンシブ・リハビリテーション懇話会抄録

2016年6月

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6回コンプリヘンシブ・リハビリテーション懇話会事務局
京都市南区吉祥院八反田町32番地
医療法人財団医道会 十条武田リハビリテーション病院 総務部
TEL 075-671-2571

印刷所 文教堂印刷株式会社
TEL 075-313-8583