

法人内のリハビリおよび 他職種連携について

医療法人誠和会	通所リハビリ	せいわ
	作業療法士	難波淳平
医療法人誠和会	倉敷記念病院	リハビリテーション部
	作業療法士	田村昌樹
	作業療法士	平田貴也

はじめに

患者退院後のリハビリはどうする？

相談はどこに・誰に・どのタイミングで？

➤ 皆さんもこのような経験はありませんか？

今回、当法人利用の患者を例に挙げ、医療および介護部門の**一気通貫したリハビリ**を行うための方法を共有する。

症例紹介

- M氏 70歳代 女性
- 現病歴：X年9月、自宅にて夫の介助中に棚に腰部を打ち付け、**第一腰椎圧迫骨折**を受傷。当院入院となる。
- 一般病棟、回復期病棟で約2カ月の入院、リハビリを経て自宅退院に至る。
- 既往歴：X-16年 パーキンソン病

病前生活

- 家族：夫（KP）と二人暮らし（日中は独居）
- 家屋環境：2階建て持家
- 移動：屋内移動伝い歩き、階段は夫の介助。屋外は車いす
- 介護度：要介護4
- サービス：せいわ通所リハビリ 3回/週 ヘルパー毎日利用

退院調整時に気づいた問題点

生活状況のギャップ

病前と入院時で生活レベルに大きな違いがある

情報収集の不足

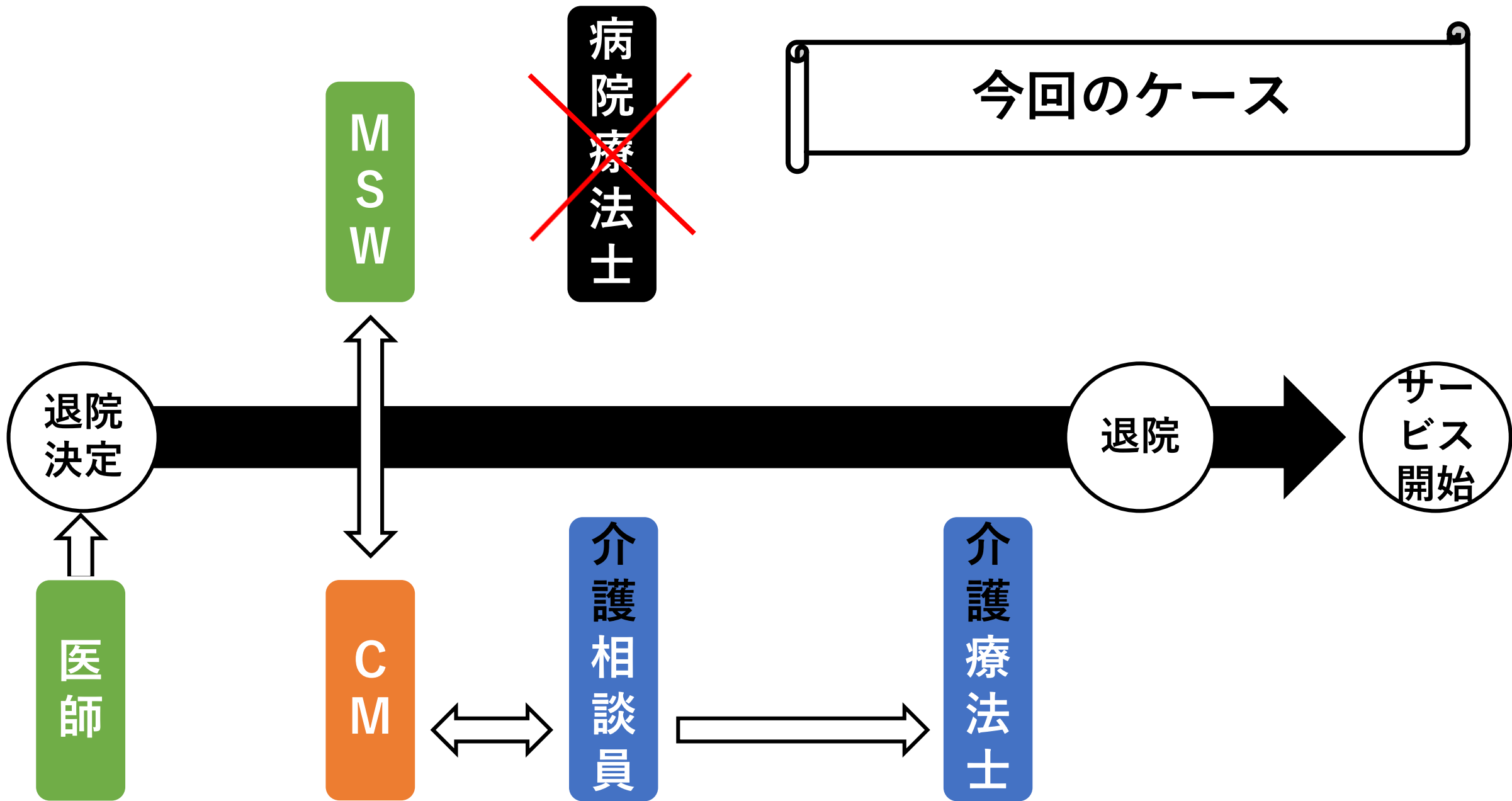
自宅での生活動作や環境の確認ができておらず、自宅退院後の生活を想定したリハビリプログラムが十分に実施できていない

サービス調整に関われていない

退院後にリハビリの必要性は感じていたが、どうやってサービス調整に関われれば良いかわからない

病院療法士の反省点として

- M氏の病前の生活レベルを十分に把握できていなかったため、入院中の生活レベルにギャップが生じていた。
- 病前に利用していた通所リハビリのスタッフに相談していれば、自宅生活の様子を聴取したり、具体的なリハビリの方法を相談できていた。
- 事前に療法士間での連絡・情報共有ができていれば、退院後のサービス調整に関わることができていた。



退院
決定

M
S
W

病院
療法士

今回のケース

退院

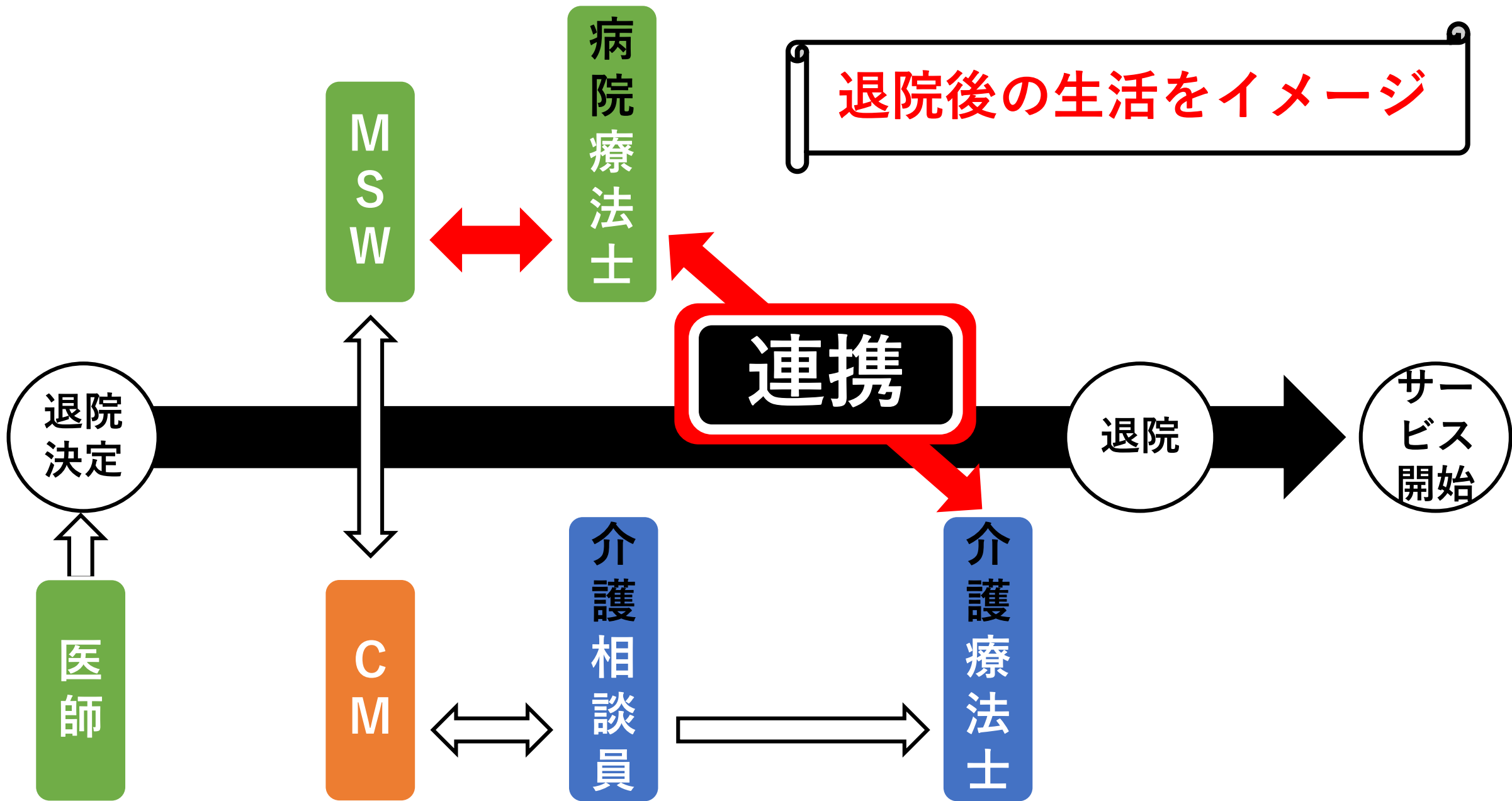
サー
ビス
開始

医師

C
M

介護
相談員

介護
療法士



まとめ

「高齢者の地域における
新たなリハビリテーションの在り方検討会 報告書」
(平成27年3月)には…

「今後更に議論すべき課題等」の1つとして、

通所リハビリや訪問リハビリなどの機能をさらに発展させるための「医療と介護の連携」の充実

を挙げている。

その内容として

○急性期から生活期までの一貫したリハビリテーションの提供のため、医療機関のリハビリテーション専門職からの情報を、在宅にかかわる専門職に伝えることが望ましく、そのための環境整備が必要。

○リハビリテーションについては医療から介護の一方通行ではなく、介護から医療への円滑な連携が行えるような現場の意識も重要で、相互理解を進めるための連携様式の標準化や相互の情報交換のための体制整備が重要。

と述べられている。

今後の展望

現在、連携シートによる各部署の情報共有を図るためのシステム作りをきっかけとして、更なる相互連携の充実を図っていきたい。