

# 情報共有 医師の立場から

社会福祉法人こうほうえん  
錦海リハビリテーション病院  
角田 賢

**なぜ情報を共有するのか**

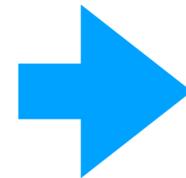
- 仕事の効率化
- 安全性の担保

- ・より良いリハ提供のため
- ・より良い在宅復帰のため

**患者さんのため**

# 回復期リハビリテーション病棟の特長

- ・ 入院可能な疾患が限定
- ・ 各専門職種<sup>①</sup>の専従配置
- ・ カンファレンスの義務化

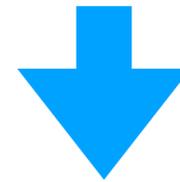


**チームアプローチ**

# 回復期リハ病棟における医師の 立ち位置

# 医師の専従配置

- 2000年、回復期リハビリテーション病棟入院料新設時から医師の専従配置が要件の一つ
- 2008年、いったん専従から専任へ
- 2014年、体制強化加算導入、再び専従配置が導入



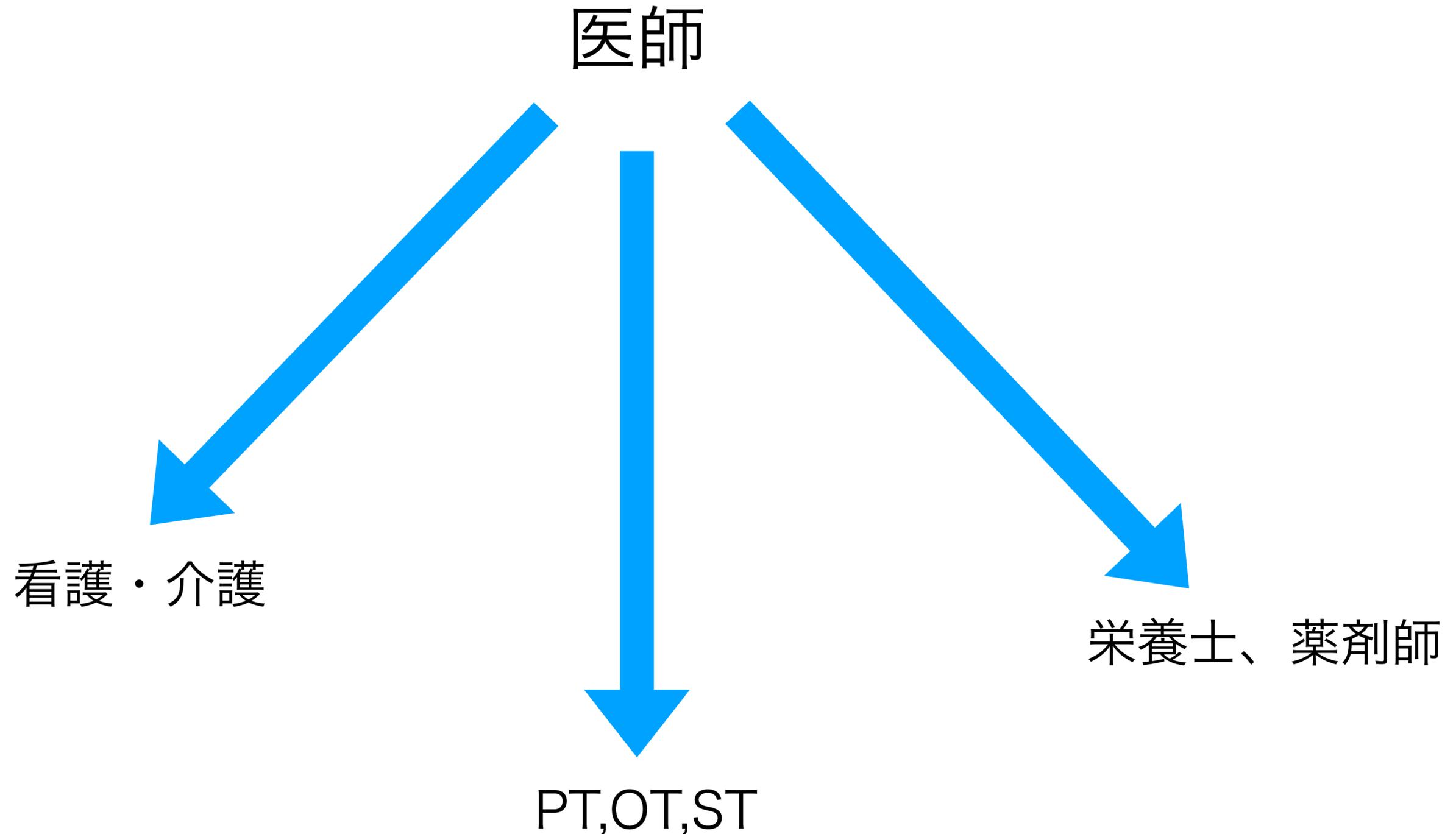
**2024年、医師の専従配置が再び要件から外れる**

**回復期における医師の重要性が低下したというわけではないはず**

# 医療制度における医師の立場

- 看護師、PT,OT,ST等のほとんどの業務は法的に医師の指示のもとに行われることとされている
- 疾患別リハビリテーション料も医師の指示、リハ処方、実施計画書に基づいて行われる必要がある

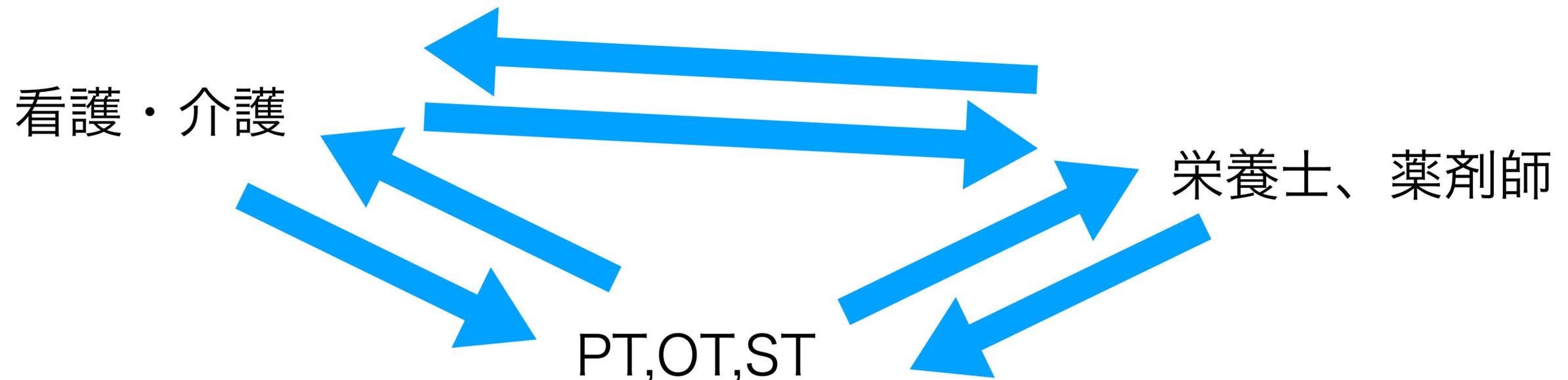
# 医師の指示に基づいた医療



# リハ病棟の現場での情報のやりとり

医師

医師は病棟チームの一員になれているのか？



# 情報共有は双方向

- 医師として他職種に伝えなければならない情報
- 他職種から提供してもらいたい必要がある情報

# 医師→他職種

- 回復期リハ病棟における医師の役割の一つはリスク管理、病状の安定化
  - 疾患のリスク、合併症のリスク、使用する薬剤のリスクetc
  - リハビリテーション実施可能な状態をどう維持するか

# 単に病名、病状を説明するだけでは不十分

- 例えば・・・

- 脳梗塞、76歳男性、2型糖尿病あるが、今回の入院まで放置、入院時に血糖値450mg/dL、前医でインスリン開始1日4回のインスリン注射で血糖安定した。食事は前医では口に合わず、摂取量不安定であったため、食事量と血糖値をみながらインスリンの単位数は変更されていた

# 伝書鳩では意味がない



急性期からの情報のコピペは危険

# 医師が行うべき、情報共有

- 各職種の業務上、してはいけないこと、注意すべき点、起こりうる危険性、対応方法を明確に伝達するべき。

先程の糖尿病のある患者さんなら血糖に関して・・・

- 低血糖のリスク、その時の症状、対処方法
- リハ実施時間帯（食前のPT訓練はしない）
- 早期からの再発予防へ向けた指導が必要
- 食事摂取量について、インスリンの自己注射について

# 他職種→医師

- ・ リスク管理、病状の安定化、回復状況の把握、方向性の決定に必要な情報
  - ・ 伝達手段は様々、電子カルテ、電話、カンファレンス、ポストイット・・・



受動的に情報がやってくるのを待っていてはダメ

欲しい情報は自分から手に入れに行こう！！

みんなに自分から情報発信していこう！！

# ベッドサイド、訓練室、食堂・・・

- 病棟のケアの状況、介護必要量の理解
- 訓練時の「できるADL」の把握
  - なにができるようになってきたか
  - 何が回復の妨げになっているか
- 食事摂取状況、嚥下状況

**実際の状態を現場でディスカッションして情報共有していく**

**コミュニケーションの精度があがる**

# 事件は会議室で起きてるんじゃない、 現場で起きているんだ！！

- 病棟で、
- 食堂で、
- 訓練室で、
- 患者さんの家で、

電子カルテのテキストや画像だけでは  
見えてこない「真実」がそこにあるはず