

県中回復期リハビリテーション病棟4病院 連絡協議会研究発表会

The 1st recovery phase rehabilitation ward 4 hospital communication meeting
research presentation

プログラム・抄録集・講演集

会期 令和元年 5月18日 (土)

会場 一般社団法人 郡山医師会 郡山市医療介護病院

主催 県中回復期リハビリテーション病棟4病院連絡協議会

目次

回復期リハビリテーション病棟におけるインピーダンス法によるサルコペニアの調査	3
医療法人社団 新生会 南東北第二病院 リハビリテーション科 齋藤頼亮	
就労を目指す2事例の働く意味とOTのかかわり～社会参加に繋げるオーダーメイドの申し送り～	7
一般財団法人 太田総合病院附属 太田熱海病院 リハビリテーション科 大越汐美	
「認知機能」ってリハビリに影響あるの？～リハビリのアプローチとその役割～	12
公益財団法人 湯浅報恩会 寿泉堂香久山病院 リハビリテーション科 片寄拓也	
三春病院における自動車運転再開支援の導入	18
三春町立三春病院 リハビリテーション科 飛知和勝志	
高次脳機能障害者への自動車運転支援におけるソーシャルワーカーの役割	25
一般財団法人 太田総合病院附属 太田熱海病院 渡邊奈南	
当院の回復期リハビリ病棟における実態調査の変遷	30
公益財団法人 湯浅報恩会 寿泉堂香久山病院 渡邊雄紀	
回復期リハビリ病棟看護師の退院指導に対する取り組み	37
医療法人社団 新生会 南東北第二病院 5病棟 阿部由佳	
認知症高齢者の転院が及ぼす影響とその対応を考える	41
三春町立三春病院 回復期リハビリテーション病棟 白岩優子	

回復期リハビリテーション病棟におけるインピーダンス法によるサルコペニアの調査

齋藤頼亮

医療法人社団 新生会 南東北第二病院 リハビリテーション科

1. はじめに

回復期リハビリテーションでは低栄養とサルコペニアを多く認め、いずれもリハビリテーションの帰結や身体機能と負の関連がある。また、入院中に非るい瘦からるい瘦に陥る患者の存在が示唆される。近年はサルコペニアは筋量だけでなく筋質の評価も重要とされる。今回、大腿骨頸部骨折(以下、骨折)と脳卒中中でサルコペニアと判断された症例の退院時運動 FIM、BMI 変化量、全身・健側下肢・患側下肢の筋量および筋質を 2 疾患で比較した。

2. 方法

対象は、2018 年 11 月以降に入院し 2019 年 4 月まで退院した 15 名(骨折 7 名、脳卒中 8 名)。サルコペニアは Asian Working Group for Sarcopenia の基準に則った。その後退院時運動 FIM、BMI 変化量、全身・健側下肢・患側下肢の筋量および筋質を 2 疾患で比較した。尚、筋質は Phase angle (50kHz)を採用した。

3. 結果

結果を(骨折・脳卒中)順に示す。まず属性の特徴として年齢(84.0±5.5 歳・74.3±10.5 歳)と骨折が高齢であった。運動 FIM は中央値が(88

点・79 点)で、BMI 変化量は(-0.36±0.66kg/m²・0.42±1.54kg/m²)であった。全身の筋量の変化量は(0.10±0.55kg/m²・0.61±0.64kg/m²)、全身の筋質の変化量は(0.08±0.13 度・0.50±0.31 度)であった。健側下肢の筋量の変化量は(0.05±0.20kg/m²、脳卒中 0.24±0.16 kg/m²)、健側下肢の筋質の変化量は(0.24±1.14 度・1.00±0.40 度)であった。患側下肢の筋量の変化量は(0.00±0.18kg/m²・0.29±0.16kg/m²)、患側下肢の筋質の変化量は(0.32±0.70 度・0.94±0.81 度)であった。

4. 考察

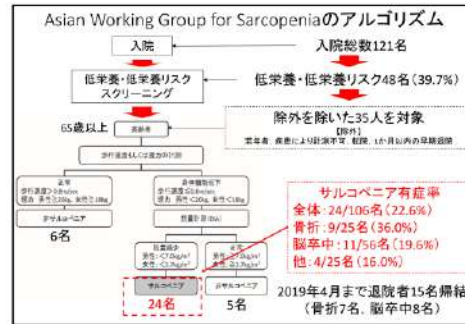
骨折は ADL 能力は高いが、るい瘦が進行していることが示唆され、脳卒中と比較して筋量および筋質も改善しているとは言い難い結果となった。これは骨折の方が高齢であり、筋タンパク合成量が低下しているためと考えられた。骨折ではタンパク摂取量を考慮した上でリハビリテーションを行うことが重要と考えられるが、高齢者では食事を増やすことが困難な場合がある。そこでリハビリテーションとしては、サルコペニアでより減少しやすいとされる速筋線維の収縮を促すために、電気刺激療法を取り入れた介入を進めることが有効ではないかと考えられる。

回復期リハビリテーション病棟におけるインピーダンス法によるサルコペニアの調査
 南東北第二病院 リハビリテーション科 齋藤頼亮

回復期リハビリテーション病棟における
 インピーダンス法による
 サルコペニアの調査



南東北第二病院 リハビリテーション科
 理学療法士 齋藤 頼亮



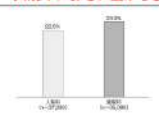
背景①

サルコペニア 加齢、活動、栄養、疾患による進行性、全身性に認める『筋肉量減少』と『筋力低下または身体機能低下』

回復期リハビリテーションでは低栄養とサルコペニアを多く認め、いずれもリハビリテーションの帰結や身体機能と負の関連 (Koh, 2011)

- ✓リハビリテーション施設の自立歩行可能な高齢者は40%にサルコペニア (Radov A, 2012)
- ✓リハビリテーション病棟でのサルコペニア有症率は50% (Sanchez-Rodriguez D, 2016)

入院中に非るい瘦からるい瘦に陥る患者の存在が示唆される



回復期リハビリテーション病棟協会に所属する、全国 864 病院 (1,157 病棟) の 2017 年 8 ~ 9 月退院患者のデータ

- ✓るい瘦 (BMI < 18.5 kg/m²) を示す患者割合は入院時と比べて退院時で増加。

低栄養は、サルコペニアを助長する重要な因子

属性と入院時の筋量・筋質 n=15

	骨折	脳卒中
性別 (人)	男1 女4	男2 女5
年齢 (歳)	84.0 ± 5.48	74.3 ± 10.5
全身の筋量 (kg/m ²)	6.75 ± 0.42	6.84 ± 0.64
全身の筋質	3.72 ± 0.67	3.09 ± 0.41
健側下肢筋量 (kg/m ²)	1.95 ± 0.27	2.00 ± 0.30
患側下肢筋量 (kg/m ²)	2.09 ± 0.33	2.04 ± 0.32
健側下肢筋質	3.62 ± 0.80	2.77 ± 0.42
患側下肢筋質	2.92 ± 0.55	2.60 ± 0.40
★参考: 健側下腿周囲長 (cm)	27.3	29.5


>有意差はないが、年齢は差が大きい
 >健側下肢筋質は骨折で高い

背景②

サルコペニアは『筋量』だけではなく『筋質』の評価も重要

インピーダンス法 体成分分析装置 InBody 510

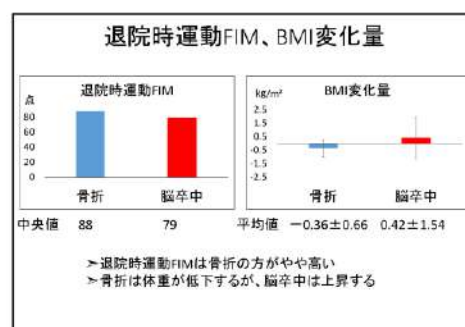
筋量を反映 筋質を反映



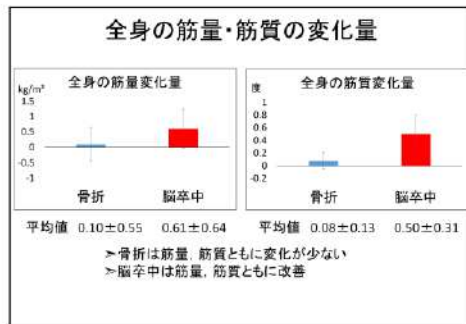
筋量だけでなく筋質も評価可能

- 筋線維が密 脂肪・水分が少ない ⇒ 筋質が高い
- 筋線維が疎 脂肪・水分が多い ⇒ 筋質が低い

大腿骨近位部骨折 (以下、骨折) と脳卒中中のサルコペニアを有する患者の退院時運動FIMと、インピーダンス法を用いることでBMI、筋量、筋質の変化における相違点と、リハビリテーションを行うにあたっての着目点に関して知見が得られたため報告する



回復期リハビリテーション病棟におけるインピーダンス法によるサルコペニアの調査
南東北第二病院 リハビリテーション科 齋藤頼亮

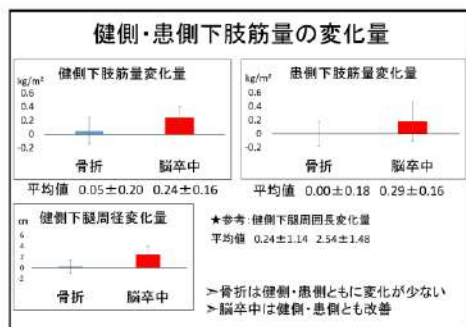


考察①

- ✓サルコペニアは全体で22.6%
- ✓骨折36.0%、脳卒中19.6%と骨折で多い
- リハビリテーション病棟でのサルコペニア有病率は50% (Sanchez-Rodriguez D, 2016)
- ✓報告よりは少ないが、全体として約1/4はサルコペニアに属す。
- ✓スクリーニングで引っかからなかった症例や除外した症例にもサルコペニアの対象者がいることは考えられる。
- ✓疾患間で年齢差があることが有症率の差の一因か。(骨折:84.0歳、脳卒中:74.3歳)
- ✓BMIは平均値で骨折-0.36、脳卒中0.42

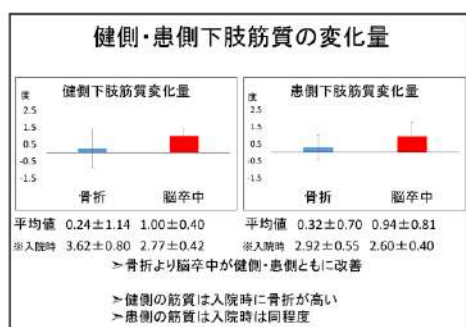
一方

- ✓運動FIMIは骨折88点、脳卒中79点とやや骨折がADL能力が高い
- 骨折はADL能力としては高いが、
るい度は進行していることが示唆される



考察②

	骨折	脳卒中	インピーダンス法の結果	
全身	筋量 (平均値)	0.10	0.61	✓筋量は脳卒中は全体として改善が見られるが、骨折ではほとんど改善が見られない。
	筋質 (平均値)	0.08	0.50	
健側	筋量 (平均値)	0.05	0.24	✓筋量は脳卒中で改善が大きく、骨折ではやや改善した程度。
	筋質 (平均値)	0.24	1.00	
患側	筋量 (平均値)	0.00	0.29	なぜ、骨折と脳卒中で違いが見られるのか？
	筋質 (平均値)	0.32	0.94	
参考	健側下肢周囲長	0.24	2.54	



考察③

✓骨折(84.0歳)、脳卒中(74.3歳)と差がある

高齢者であると筋タンパク合成量が低下するが、タンパク質摂取量が担保されると同等の効果 (Drummond K, 2013)

- ✓骨折は、脳卒中より高齢であることから筋タンパク合成量が低下
- ✓骨折は疼痛で運動量(特に歩行量)の確保が困難な場合がある

脳卒中と比べると骨折では、タンパク質合成量が低下している状態であるため筋量増加が得られづらく、筋繊維回復が少ないために筋質が改善したとは言いきれないと考えられる。

骨折は、よりタンパク質摂取量を考慮した上でのリハビリが重要
 しかし、高齢入院患者は食事摂取量増加が困難であることも多い

回復期リハビリテーション病棟におけるインピーダンス法によるサルコペニアの調査
南東北第二病院 リハビリテーション科 齋藤頼亮

リハビリテーションにおける今後の展望と結論



随意収縮
速筋線維から動員される



電気刺激療法
速筋線維から動員される

骨折では、選択的に速筋線維を収縮させることで、筋量および筋質の向上を図ることも今後検討が必要か

- ✓ 全体の約1/4にサルコペニアが認められた。
- ✓ サルコペニアは脳卒中より骨折で多かった。
- ✓ 退院時のADL能力は骨折が高いが、るい瘻の進行が示唆される。
- ✓ 脳卒中では筋量、筋質ともに改善が見られていた。
- ✓ 骨折は筋量、筋質とも改善しているとは言い難い。
- ✓ 骨折はタンパク質摂取の他に電気刺激療法の導入が有効か

就労を目指す2事例の働く意味とOTのかかわり

～社会参加に繋げるオーダーメイドの申し送り～

大越汐美

一般財団法人 太田総合病院附属 太田熱海病院 リハビリテーション科

1. はじめに

OTは心身機能・環境・個人等を包括的に評価し、本人と仕事・環境をマッチングし、作業能力の向上、仕事環境を整えることができる。今回、2事例の支援にてオーダーメイドの申し送りが有用であったため報告する。

尚、発表に際し、事例から同意を得た。

2. 事例紹介

A氏：40代男性。特別養護老人ホームの介護員。脳梗塞。歩行ADL自立。運動性失語が残存し、円滑なコミュニケーションが困難。

B氏：40代男性。農業を営む。脳出血、左片麻痺。短下肢装具と4点杖にてADL自立。他者交流は希薄。身体機能や環境因子から今後の農業再開は困難。

3. 作業療法評価

A氏：39病日、支援開始。「元の職場に戻りたい、仕事が生きがい」と語る。

B氏：54病日、支援開始。「好きなものに使えるお金が欲しい、パソコン関係の仕事がいい」と語る。

4. 介入経過

A氏：業務内容の抽出のため、職場との面談

実施。職場の思いや欲しい情報を聴取し、業務は場面設定法で評価。できること・支援が必要なこと・考えられるリスクと対応策を申し送りとして作成。事例・職場と共有。

B氏：事業所を見学し、環境・作業を評価。今後の働き方について面接を実施。事例は「家族の送迎」を大切な役割とし、在宅ワークを希望。「ワンステップ」という強みに焦点を当てた申し送りツールを活用。事例の思いや強みを誰でも理解できるよう作成。

5. 結果

A氏：96病日退院。半日勤務から復職。約1ヶ月後、1日勤務を任されるようになった。

B氏：201病日退院。見学した事業所(就労移行支援事業)の体験が開始されつつある。

6. 考察

同じ就労支援であっても、働く意味・問題点・希望する働き方は異なる。それぞれの思いや背景を汲み取り、その人らしく働ける支援が必要であると考え。今回の2事例も、本人との面接や他職種・他機関との連携、オーダーメイドの申し送りにより、家庭内での役割を担いつつ、「仕事」という社会の役割に繋げることができたと考える。

就労を目指す 2 事例の働く意味と OT のかわり～社会参加に繋げるオーダーメイドの申し送り～ 一般財団法人 太田総合病院附属 太田熱海病院 リハビリテーション科 大越汐美

OT は就労支援において、心身機能・環境因子・個人因子等を包括的に評価し、本人と仕事内容・環境をマッチングし、作業能力の向上、仕事環境を整えることができると述べられています。今回、就労を目指す 2 事例の働く意味を明確にし、退院後の生活に繋げるオーダーメイドの申し送りが有用であったため報告します。

事例紹介です。

A 氏、40 代男性。妻との 2 人暮らしで、職業は介護員です。今回、脳梗塞発症し、麻痺はないものの失語が障害として残りました。

B 氏、40 代男性。父・母・祖母との 4 人暮らしで父の農業の手伝いをしていました。幼少期から引きこもりで、父との関係性も悪く、社会との繋がりはほぼない生活でした。今回、脳出血を発症し、左片麻痺を呈しています。

A 氏・B 氏ともに、就労支援介入時の ADL は自立していました。

初めに就労支援に向けて、面接を行いました。

A 氏は、「元の職場に戻りたい、仕事は楽しく生きがい。」と話し、その表情から仕事に対する熱意を感じました。

A 氏にとっての働く意味とは、収入を得て暮らしを維持すること、仕事へのやりがいや誇り、自分自身の居場所といった生計維持・現職での職場復帰と考えました。

B 氏は、もともと父との関係も悪く、農業に戻る気はありませんでした。しかしながら、趣味のパソコンのためにお金を稼ぎたい、母や祖母に迷惑をかけられない、という思いはありました。B 氏は今回の発症をきっかけとして、社会的自立への一歩という働く意味があると考えました。

事例が抱える問題点と利点はそれぞれ異なりました。

A 氏は身体的には大きな問題はありませんでしたが、言語を介する業務や考えたことを文章にするといった業務が課題となりそうと予測されました。また、職場と連携がとれておらず、具体的な仕事内容が不明瞭で早期の面接や情報収集が必要とされました。

B 氏の最大の問題点は社会経験が少なく、何に対しても受け身で消極的であることが挙げられました。入院当初も関係性を作るまでに時間を要しました。しかし、関係性を作っていく中で、B 氏の意見や考えを引き出すことができ、パソコンなどの作業に関しては積極的な一面が見られるようになりました。

続いて介入経過です。

A 氏については、まず、SWを通して職場スタッフとの面談を実施し、具体的な 1 日の流れや業務内容の聴取を行いました。職場スタッフからは「ぜひ戻ってきてほしいけれど、障害がどの程度仕事に影響がでるのかわからない。」といった不安が聞かれました。OT は業務内容をもとに、場面設定法にて評価と練習を進めました。評価を行っていく中で、課題となったのが、やはり「言葉で伝えること」「とっさのときの対応」であり、A 氏とともに業務中に考えられるリスクについて考えていきました。申し送りの工夫としては、業務ごとに可能なこと・困難なこと・考えられるリスク・対応策に分け、職場で働く他スタッフの間でも共有できるよう、専門用語は使わずに作成しました。また、A 氏の仕事への思いや今後の理想の働き方についても記載しました。このように練習風景の写真も添付し、2 度目の職場スタッフとの面接の際に申し送りを行いました。

就労を目指す2事例の働く意味とOTのかかわり～社会参加に繋げるオーダーメイドの申し送り～
一般財団法人 太田総合病院附属 太田熱海病院 リハビリテーション科 大越汐美

B氏については、SW、OT 同行にて就労支援事業所の見学へ行きました。OTとして、仕事内容や環境、身体機能とのマッチングだけではなく、B氏の受け答えや反応にも注目し、評価を進めました。また、日々の介入では、外出に向けた練習も進めていきました。B氏の場合、「相手に伝える」といったコミュニケーション面が課題と考え、その課題に対しての申し送りが必要でした。そこで、ワンステップという申し送りツールの使用を考えました。ワンステップとは、ステップアップシートとプラスシートで構成された申し送りツールで、事例の抱えている課題だけではなく、強みに焦点を当て、事例が考える働くことへの思いと、支援者から考える総合的な評価などを記入することができます。関係性を作るまでに時間がかかるため、一目見て誰もがB氏を理解できるような申し送りを目指し、話し合いを重ねつつ作成しました。

こちらがワンステップの一部です。事例との面接を重ねながら支援者がまとめていきます。

担当者会議にて、普段の申し送りに加えてワンステップでの申し送りを行いました。

他機関との面談や担当者会議での申し送りを経て、2事例とも自宅退院となりました。

就労支援の結果、

A氏は復職し、半日勤務から約一か月後、一日勤務を任されるようになりました。

B氏は退院後、就労移行支援事業所の体験へいくこととなりました。

考察と課題です。

2事例を通し、同じ就労であっても、働く意味・問題点・希望する働き方は異なるため、それぞれの思いや背景を汲み取り、何年後もその人らしく働ける支援が必要であると考えます。事例との面接、他職種・他機関との連携、事例にあった申し送りにより、家庭での役割を担いつつ仕事や社会への参加に繋げることができたと考えます。

B氏の就労は滞っている現状ではあるが、病前まで社会とのつながりを閉ざしていたB氏がデイに通い続け、当院に挨拶に訪れるなど、社会への一歩が踏み出せているのではないかと考えます。入院中にどの段階まで支援するかについても事例によって異なるため、退院後、つまりきそうな課題を予測し、その後のフォロー体制もチームで検討していく必要があると感じました。

以上で終わります。ご清聴ありがとうございました。

就労を目指す2事例の働く意味とOTのかかわり～社会参加に繋げるオーダーメイドの申し送り～
一般財団法人 太田綜合病院附属 太田熱海病院 リハビリテーション科 大越汐美

**就労を目指す2事例の働く意味とOTのかかわり
～社会参加に繋げるオーダーメイドの申し送り～**

一般財団法人太田綜合病院附属太田熱海病院
作業療法士 大越汐美

評価（面接）

A氏

元の職場に戻りたい。
仕事は楽しく、生きがいである。

A氏にとっての働く意味は...？

- 収入を得て、暮らしを維持する
- 仕事に感じるやりがいや誇り
- 自分自身の居場所

⇒生計維持・親戚での面識確保

B氏

父が求めるような農作業は難しい。
自由に使えるお金が欲しい。

B氏にとっての働く意味は...？

- 趣味・娯楽のため
- 母・祖母に迷惑をかけたくない
- 仕事以外の役割も大切にしたい

⇒社会的自立への一歩

はじめに

OTは就労支援において、**心身機能・環境・個人等を包括的に評価し、本人と仕事内容・環境をマッチングし、作業能力の向上、仕事環境を整えることができる。**

今回、就労を目指す2事例の働く意味を明確にし、オーダーメイドの申し送りが有用であったため報告する。

参考文献：廣瀬陽子：病院勤務の作業療法士 OTジャーナル 43(7)：632-635, 2009

利点と問題点

A氏

◎利点

- 身体介助のスキルは慣熟なさそう
- 仕事に対する熱意や今までの経験

△問題点

- 言語を介する業務や文章を作る業務が課題になりそうと予測される
- 業務内容や受け入れ態勢が不明確

B氏

◎利点

- 関係性ができれば考えを引き出せる
- パソコンに対しては積極的で、集中して作業に取り組める

△問題点

- 社会経験が少なく、受け身で消極的
- 身体機能面でのバリエーションが多い

事例紹介

A氏

- 40代男性
- 家族構成：妻との2人暮らし
- 職業：特別養老老人ホームの介護員
- 疾患名：脳梗塞(左中大脳動脈領域)
- 障害名：失語症(感覚性失語)
- AIR状況：歩行AIR自立 (歩行121歩)
- 環境・個人：ケアマネージャーの資格持ち 職場では頼られる存在

B氏

- 40代男性
- 家族構成：父・母・祖母との4人暮らし
- 職業：父の農業の手伝い(引きこもりがち)
- 疾患名：脳出血(右後頭出血)
- 障害名：左片麻痺(BI・III・IV)
- AIR状況：短下肢器具 4点杖自立 (歩行100歩)
- 環境・個人：幼い頃から他者交流は希薄、父との関係性は悪い

介入経過：A氏

- ①職場スタッフとの面談
具体的な一日の流れや業務内容の確認
- ②場面設定法での評価と練習
評価の中で「言葉で伝えること」「とっさのときの対応」が課題に
- ③申し送りの工夫
練習風景の写真を添付
- ④情報共有(2度目の面談)

～A氏、妻と話し合いを重ねながら作成
～業務ごとに可能なこと・困難なこと、考えられるリスク・対応策をまとめる
～専門用語は使わず、職場のスタッフで共有しやすく作成した
～A氏の仕事に対する思いや今後の理想の働き方についても記載

就労を目指す2事例の働く意味とOTのかかわり～社会参加に繋げるオーダーメイドの申し送り～
 一般財団法人 太田総合病院附属 太田熱海病院 リハビリテーション科 大越汐美

A氏の申し送り

①就労支援事業所(A型/移行支援)への見学(B氏・OT・SW)
 環境と身体機能の評価、
 B氏の受け答えや反応などを評価

②外出に向けた練習
 買い物・運動や荷物を持った歩行等

③申し送りの工夫

④情報共有(担当者会議)



結果

A氏
 半日勤務からスタートし、
 約1か月後、
 1日勤務を任されるまでになった



B氏
 退院後、
 就労移行支援事業所の体験へ参加



介入経過：B氏

①就労支援事業所(A型/移行支援)への見学(B氏・OT・SW)
 環境と身体機能の評価、
 B氏の受け答えや反応などを評価

②外出に向けた練習
 買い物・運動や荷物を持った歩行等

③申し送りの工夫

④情報共有(担当者会議)

・B氏との面接を重ね、現状の問題点や本人の仕事や家族への思いを共有した上で作業を進めた

・「曲きたい」を比較するツール One-Stepを利用
 一歩みに着目したツール
 一ステップアップシート・プラスシート

・申し送りを見ただけでもB氏を理解できるように、関わり方や家庭での役割、仕事への思いを重点的にまとめていく

・身体機能も踏まえた、環境・仕事内容とのマッチングも記載

考察と課題

・同じ就労支援であっても、事例それぞれの働く意味・抱える問題点・希望する働き方は異なるため、思いや向きを汲み取り、何年後も事例らしく働ける支援が必要である。

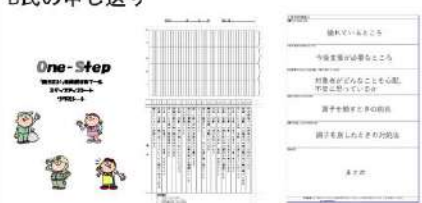
・事例との連携、他職種・他機関との連携、事例にあったオーダーメイドの申し送りにより、家庭での役割を担いつつ、「仕事」や「社会」への参加に繋げることができたと考えられる。

・B氏の就労は滞っている状態ではあるが、病前まで社会との繋がりを閉ざしていたB氏がデイに通い続け、当院に挨拶に訪れる等、社会への一歩が踏み出せているのではないかと考える。

・入院中にどの段階まで支援するかについても事例によって異なる。退院後、つまづきそうな課題を予測し、その後のフォロー体制もチームで検討する必要がある。

B氏の申し送り

One-Step
 一歩みに着目したツール
 一ステップアップシート・プラスシート



「認知機能」ってリハビリに影響あるの？

～リハビリのアプローチとその役割～

片寄拓也

公益財団法人 湯浅報恩会 寿泉堂香久山病院 リハビリテーション科

1. はじめに

近年における超高齢社会に伴い、当院の回復期リハビリテーション病棟においても、高齢かつ、認知症患者の入院が増えてきている。当院では回復期リハビリテーション病棟入院料 1 を届出しており、入院料 1 の算定要件を満たすには FIM (運動項目) の点数向上と在院日数の短縮が必要であるため、認知症の患者さんにおいても、ADL 向上と早期退院が求められている。そこで、当院、回復期リハビリテーション病棟の大腿骨頸部骨折の患者において、認知機能 (FIM の認知項目を用いた) の程度による FIM (運動項目) の改善や在院日数の短縮をリハビリテーションの効果とし、検討したので以下に報告する。

2. 方法

2016年4月から2018年8月に回復期リハビリテーション病棟へ入院した大腿骨頸部骨折後の患者 114 名を対象に実施した。FIM の認知項目の合計点数 5～15 点を A 群 (重症)、15～25 点を B 群 (中等度)、26～35 点を C 群 (軽度から正常) と 3 群に分けた。各群の平均在院日数と、入退院時の FIM の改善度 (以下 FIM 利得) を各群で比較した。また、各群においての改善点数が高かった項目を抽出した。

3. 結果

平均在院日数は A 群が 57.2 日、B 群が 61.2 日、C 群が 50.6 日と大きな差はなかった。FIM

利得の平均値では A 群が 16.5 点、B 群が 17.5 点、C 群が 21.4 点であり、各群において差はなく、平均在院日数、FIM 利得どちらにおいても各群によつての違いはなかった。FIM 運動項目で最も改善した項目としては、A 群はトイレ動作、B 群は歩行、C 群は段差昇降であり各群で違いがあった。

4. 考察

各群において、平均在院日数や FIM 利得に大きな差がなかったことに関しては、各群においてそれぞれに合わせたアプローチを行ったためであると考ええる。A 群に対してはトイレ動作や更衣動作、レクリエーションなどを中心に行ったことで患者の理解が得られやすく、より多くの参加が得られ、活動性の向上に繋がったためであると考ええる。B 群に対しては身体機能の向上に向けて、C 群に対しては理解が得られやすいため、より応用的な動作を中心に行ったためであると考ええる。これらのことから個々に合わせたアプローチをすることで、認知機能が低下していてもリハビリテーションの効果は同じように得られると考える。また、認知機能が低下している患者さんに対しても多職種間の協議、及び患者さんのリハビリ意欲の向上に関わる事が重要であると考ええる。

「認知機能」ってリハビリに影響あるの？～リハビリのアプローチとその役割～ 公益財団法人 湯浅報恩会 寿泉堂香久山病院 リハビリテーション科 片寄拓也

今は超高齢社会で、高齢の方が多くなってきています。高齢の方が増えるに伴って認知症の方も同じく増えてきており、当院にも高齢かつ認知症患者は増えてきています。私は認知機能の程度によってリハビリにどんな影響があるか疑問に思っていたため、認知機能の程度によって FIM の改善や在院日数の短縮など、リハビリに影響はあるのか、高次脳機能の直接的な低下を来さない運動器疾患の患者さんに対して検討したので報告します。

当院は入院時、退院時、入院から 2 週間に 1 回、FIM の評価をしているため、今回はそれを利用して、認知機能及び、運動機能の指標としました。スライドに表している 5 項目の認知項目を認知機能の程度の指標としました。

対象および方法です。

2016 年 4 月から 2018 年 8 月に当院回復期リハビリテーション病棟に入院した大腿骨頸部骨折後の患者 114 名を対象としました。FIM の認知項目の合計点数、5 点～15 点と認知機能が低いかたを A 群、16 点～25 点を B 群、26 点～35 点と認知機能が高い方を C 群の 3 群に分類しました。また、平均在院日数と入退院時の FIM の運動項目の改善度、以下 FIM 利得を各群で比較しました。

この表のように 5 点～15 点が A 群 11 人、16 点～25 点が B 群 36 人、26 点～35 点が C 群 67 人 計 114 人を認知機能で 3 群に分類し、検討しました

結果です。

平均在院日数についてのグラフです。認知機能が低い A 群は他の B 群や、C 群と比較しても大きな差は見られませんでした。

これは入・退院時の FIM 利得についての結果です。FIM 利得の値にも認知機能が低い A 群は他の群と比較して大きな差は見られませんでした。なぜ大きな差が見られず、認知機能が低い A 群はどういったところで改善が見られたのか、疑問に思いました。そこで FIM の運動項目に着目し、計 13 項目ある中でどの項目で最も改善がみられたかを検討しました。

この表は FIM の運動項目ごとの入退院時の平均 FIM 利得です。A 群ではトイレ動作、B 群では歩行、C 群では階段に最も改善が見られました。

考察です。

各運動項目にこういった結果が得られたのは、家族の方からリハビリに対しての希望で「トイレ動作が自立してほしい」、「安全に移動できるようになってほしい」、「自宅の玄関前に階段があるから昇れるようになってほしい」といった声が多く、その目標を医師や看護師、リハビリ、家族の方や本人とカンファレンスを行い、認知機能に応じた無理のない目標の擦り合わせを行いながら、リハビリを進めているためであると考えました。

「認知機能」ってリハビリに影響あるの？～リハビリのアプローチとその役割～
公益財団法人 湯浅報恩会 寿泉堂香久山病院 リハビリテーション科 片寄拓也

今回認知機能の低いA群でも平均在院日数やFIM利得など大きな差は見られなかったため、A群に対してどのような関わりをしていたかを振り返ってみました。認知機能が低いA群に対しては、トイレ動作や更衣動作、レクリエーション訓練など患者さんの理解が得られやすい動作を中心に関わっていました。その結果、患者さんの動作への参加が増え、活動性の向上に繋がったことで他の群と比較しても同じような改善が得られたのではないかと考えました。このことから患者さんに合わせたアプローチを行なうことが重要だと考えました。

これは実際に病棟スタッフと患者さんとトイレ動作を行っている動画です。患者さんは89歳 女性 左大腿骨骨折の方です。病棟内はシルバーカー歩行見守りで移動しています。このようにリハビリ以外でも、看護師や介護士がトイレ動作の介助をすることでさらに患者さんの活動性が向上し、身体機能の向上に繋がっているのだと思います。

A群の方に対してはこういったところでも関わっています。更衣動作は生活リズムを整える、動作への参加が増えるなど、さまざまな目的を持って行っています。また右下の写真は作業活動場面です。患者さんと何かを作ることで達成感や楽しみを共有し、患者さんの笑顔やモチベーションを引き出すこともできます。リハビリ以外でも日中食堂へ離床し、色々な方同士で話をしたり、患者さんみんなで作業活動を行なったり楽しんで過ごされている様子がよく見受けられます。

これは75歳 女性 左大腿骨骨折の患者さんの入院時の様子です。C群と認知機能が高いため、身体機能面を中心にリハビリを実施しました。入院時は松葉杖歩行で移動していました。できるだけ早く病棟での安静度が上がるように関わっています。

これは退院時の動画です。生活動作は自立し、独歩で退院されました。
認知機能が高いためより応用的な動作を行うことで身体機能の改善を図りました。

まとめです。

認知機能に合わせた個別のアプローチを行うことで効果は得られるということ。

また認知機能が低下している患者さんに対しても多職種間の協議、及び患者さんのリハビリ意欲の向上に関わる
ことが重要であると考えます

以上で発表を終わります。ご清聴ありがとうございました。

「認知機能」ってリハビリに影響あるの？～リハビリのアプローチとその役割～
 公益財団法人 湯浅報恩会 寿泉堂香久山病院 リハビリテーション科 片寄拓也

「認知機能」ってリハビリに影響あるの？
 ～リハビリのアプローチとその役割～

寿泉堂香久山病院リハビリテーション科
 理学療法士 片寄 拓也

対象および方法

- 2016年4月から2018年8月に当院回復期リハビリテーション病棟に入院した大脳骨頸部骨折後の患者114名を対象とした。
- FIMの認知項目の合計点数
5点～15点をA群、16点～25点をB群、26点～35点をC群に分けた。
- 平均在院日数と入・退院時のFIM(運動項目)改善度(以下、FIM利得)を各群で比較した。

はじめに

超高齢社会

認知症患者 ↑

回復期リハビリテーション病棟

認知機能の程度によってリハビリの影響あるの？

低

認知機能

高

A群 (11人) FIMの認知項目の合計点数5～15点

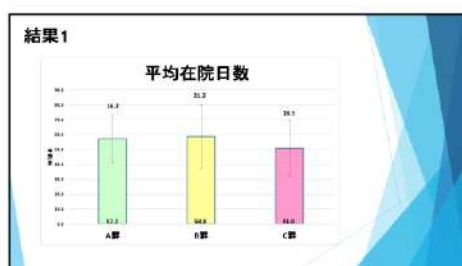
B群 (36人) FIMの認知項目の合計点数16～25点

C群 (67人) FIMの認知項目の合計点数26～35点

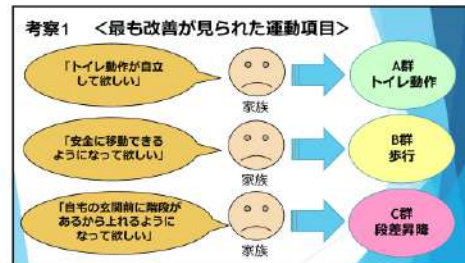
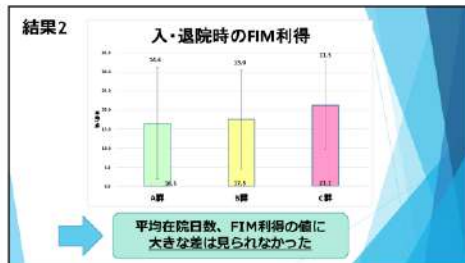
n = 114(人)

FIM(認知項目)

6項目	食事、整容、浴拭、更衣(上・下)、トイレ
2項目	排尿、排便コントロール
3項目	椅子移乗、トイレ移乗、浴槽移乗
2項目	移動、階段
2項目	コミュニケーション(理解・表出)
3項目	社会的交流、問題解決、記憶

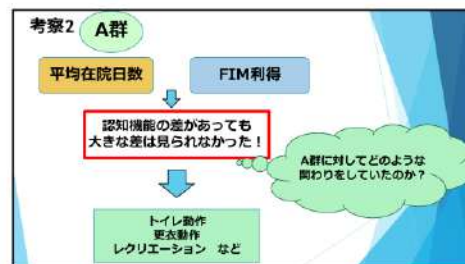


「認知機能」ってリハビリに影響あるの？～リハビリのアプローチとその役割～
 公益財団法人 湯浅報恩会 寿泉堂香久山病院 リハビリテーション科 片寄拓也



FIM(運動項目)

運動項目	認知項目
6項目 食事、整容、清拭、更衣(上・下)、トイレ	2項目 コミュニケーション(理解・表出)
2項目 排泄、排便コントロール	3項目 社会的交流、問題解決、記憶
3項目 椅子移乗、トイレ移乗、浴槽移乗	
2項目 移動、階段	

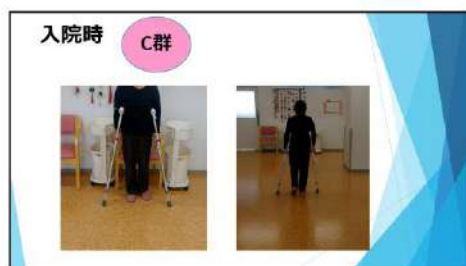
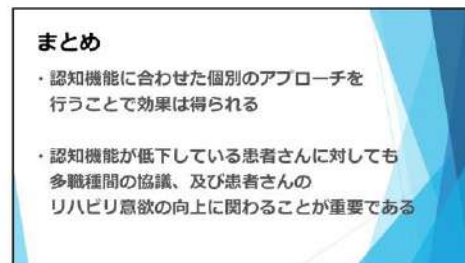


結果3 運動項目ごとの入・退院時の平均FIM利得

FIM項目 (A群)	食事	整容	清拭	更衣(上)	更衣(下)	トイレ動作	排泄	排便	移乗	トイレ移乗	浴槽移乗	歩行・車椅子	階段	運動合計
改善点	1.0	1.4	0.8	1.3	1.3	2.0	1.0	1.1	1.1	1.2	0.9	1.6	1.3	16.3
FIM項目 (B群)	食事	整容	清拭	更衣(上)	更衣(下)	トイレ動作	歩行	排便	移乗	トイレ移乗	浴槽移乗	歩行・車椅子	階段	運動合計
改善点	0.6	0.9	1.5	1.2	1.7	1.4	0.8	1.4	1.2	1.3	1.4	2.0	1.9	17.5
FIM項目 (C群)	食事	整容	清拭	更衣(上)	更衣(下)	トイレ動作	歩行	排便	移乗	トイレ移乗	浴槽移乗	歩行・車椅子	階段	運動合計
改善点	0.3	1.4	2.3	1.7	2.0	1.6	0.7	0.4	1.6	1.6	2.3	2.3	2.9	21.2



「認知機能」ってリハビリに影響あるの？～リハビリのアプローチとその役割～
公益財団法人 湯浅報恩会 寿泉堂香久山病院 リハビリテーション科 片寄拓也



三春病院における自動車運転再開支援の導入

飛知和勝志

三春町立三春病院 リハビリテーション科

1. はじめに

当院では平成 31 年 4 月より自動車運転再開支援を導入した。

2. 方法

家族カンファレンス・オリエンテーションとして、希望動機の聴取と、支援には、「入浴以外 ADL 自立」と「屋外移動可能」の達成が条件であることを説明する。また同意書にて、家族の理解と協力を得る。(2)リハビリテーション評価で、身体機能、実動作、高次脳機能を評価する。(3)運転適性相談は、リハビリテーション評価である程度カットオフをクリアした者が実施する。(4)服薬調整にて、禁止薬、注意薬の有無を確認し、必要時調整する。(5)ロードテストには、原則リハビリテーションスタッフが行い、運転の様子を撮影、振り返りにて使用する。評価は同行スタッフと教習指導員が行う。(6)スタッフカンファレンスにおいて、他職種で、評価の結果、本人の性格や日常生活の様子など、総合的に検討する。(7)診断書作成時には、検討した内容を主治医へ情報提供する。再開に至

らなかった場合は、パンフレットにて危険運転致死傷罪等について改めて説明する。(8)本人が診断書を所定の場所に提出し、運転再開となる。

3. 結果

支援する以前の希望者は平成 29 年度では 25 名。内 70 歳以下 18 名。平成 30 年度では 26 名。内 70 歳以下 22 名であった。現在まで情報提供のみ、もしくは評価を行った者は計 32 名である。

4. 考察・結語

支援を導入することで、患者、家族が安心して運転再開し、生活圏拡大や生活の QOL 向上に貢献できると考えられる。しかし、対象が入院中の脳血管障害者である。他疾患でも必要性は高い。また、地域における需要も高いため、外来でも実施できる仕組みの構築が必要である。加えて、運転再開まで至らなかった者が利用できるサービスが少ない。その場合、患者においてメリットは少ないため、今後は地域で利用できるサービスの充足も重要な課題である。

三春病院における自動車運転再開支援の導入
三春町立三春病院 リハビリテーション科 飛知和勝志

当三春病院では平成 31 年 4 月より自動車運転再開支援を導入しましたので、その紹介と説明をしたいと思います。

再開までの手順としては、まず家族カンファレンス・オリエンテーションを行います。次にリハビリテーション評価を実施し、運転適性相談、服薬調整を経て、ロードテストを実施します。その結果をスタッフカンファレンスにて検討し、診断書作成、提出となります。

家族カンファレンス・オリエンテーションについてです。

入院時に原則全員に希望動機を聴取し、再開の希望があれば、ソーシャルワーカーがパンフレットを用いて説明します。同時に同意書もとりませんが、内容として、家族の理解と協力を求めることと、支援は運転技能を評価するもので、事故発生は予測できない事が記載されています。また、支援をするための条件として、入浴以外の ADL 自立と屋外移動可能という 2 つを設定しています。これは、高難易度の運転を行うためには、まず自分の生活ができなければならないことと、屋外の車までの移動が必要になるためです。

リハビリテーション評価についてです。

まず身体機能では、バランス評価と MMT で筋力、MFT で上肢麻痺の程度を評価します。実動作では、停車している車両を用いて、乗り降りや座面調整等の動作を評価します。

高次脳機能では、MMSE で認知機能、TMT で注意と視覚運動協調性、コースで空間構成能力、レーヴンで推測能力を見ます。レイで視空間知覚、記憶、BADS で計画、遂行、線分末梢、二等分線で空間無視の有無を評価します。最後に脳卒中患者が安全に運転可能かどうかの予測に特化した検査 SDSA を実施します。

運転適性相談についてです。

評価のカットオフをある程度クリアした者が、外出、外泊に合わせて実施します。この際、情報提供を行います。

服薬調整についてです。

禁止薬と注意薬がありますので、患者の服薬をピックアップし、必要時に薬剤師に調整を依頼していきます。

ロードテストについてです。

受け入れはこのようなになっていますが、今後は田村教習所にアプローチしていく予定です。内容としては、1 時間 5、6 千円程度で約 2 時間実施します。この際、教習指導員に実車評価表の記入を依頼します。

三春病院における自動車運転再開支援の導入
三春町立三春病院 リハビリテーション科 飛知和勝志

原則として、リハビリテーションスタッフが同行し、動画を撮影します。これは後に振り返りで使用します。改造はこの2社にお願いしています。

スタッフカンファレンスについてです。

当院では週1回他職種でカンファレンスを実施していますので、その際に、再開希望者のカンファレンスも実施しています。評価の内容や本人の性格、日常生活の様子など、総合的に検討します。

診断書作成、提出についてです。

カンファレンスで検討したことを主治医に情報提供し、診断書作成となります。家族カンファレンスにて主治医より本人家族に説明していただきます。再開できなかった場合は、パンフレットでリスクについて再度説明します。使用した書類はカルテに保存しています。後は本人が所定の場所に提出し、再開となります。再開後は電話にて近況を確認しています。

三春の現状と希望者ですが、三春地区の公共交通機関は、このようになっています。平成29年度の希望者は25名おり、70歳以下は18名。平成30年度の希望者は26名おり、70歳以下は22名いました。現在まで情報提供のみ、もしくは評価を行った者は計32名でした。

今後の課題ですが、現在は対象が脳血管のみですが、他疾患でも必要な方は多いと思います。またロードテストはサービスとなる部分が多いため、自費診療で価格設定できれば、もっとやりやすくなると思います。サービスとなる部分が多いため、支援は入院患者のみですが、運転が必要な方は多いと思います。最後に、再開できなかった患者が利用できるサービスが少なく、免許を返納してもメリットは少ないのが現状であるため、地域への働きかけも必要であると考えられます。

三春病院における自動車運転再開支援の導入
三春町立三春病院 リハビリテーション科 飛知和勝志

三春病院における
自動車運転再開支援導入

町立三春病院
リハビリテーション科
作業療法士 飛知和勝志

- 入院時カンファレンス時に原則全員に希望動機とともに聴取
- 支援の流れをパンフレットを使用し、ソーシャルワーカーが説明
- 同意書の説明
自動車運転という特質上、家族の理解は必須
院外の評価もあるため、家族の協力は必須
運転技能を評価するもの(事故発生の判別はできない)
- 支援をするための2つの条件
【入浴以外ADL自立】:自身の生活が出来なければ運転は困難
【屋外移動可能】:手段は問わない(w/oの場合、精進方法検討)

再開までの手順

家族カンファレンス・オリエンテーション
リハビリテーション評価
運転適性相談
服薬調整
ロードテスト(実車評価)
スタッフカンファレンス
診断書作成
診断書提出

家族カンファレンス・オリエンテーション
リハビリテーション評価
運転適性相談
服薬調整
ロードテスト(実車評価)
スタッフカンファレンス
診断書作成
診断書提出

家族カンファレンス・オリエンテーション
リハビリテーション評価
運転適性相談
服薬調整
ロードテスト(実車評価)
スタッフカンファレンス
診断書作成
診断書提出

- 身体機能評価
 - ①座位バランス評価
 - ②徒手筋力テスト(MMT)
→ 筋力
 - ③上肢機能検査(MFT)
→ 上肢麻痺の程度
- 実動作評価(停車している当院公用車を使用)
→ 乗り降り、キー、ミラー、レバー、座面調整、ベルト、ハンドル、ブレーキ等

三春病院における自動車運転再開支援の導入
三春町立三春病院 リハビリテーション科 飛知和勝志

○高次脳機能評価(その1)

- ①ミニメンタルテスト検査(MMSE)
→ 認知機能
- ②トレイルメイキングテスト(TMT) A&B
→ 注意(持続/選択/転換/分配)、視覚探索、視覚運動協調性
- ③コース立方体組み合わせテスト(KBDT)
→ 知的能力、空間構成能力
- ④レーヴン色彩マトリックス検査(RCPM)
→ 知的能力、推測能力

- リハビリテーション評価を実施し、ある程度カットオフをクリアした者が、入院中の外出、外泊に合わせて実施
- 『運転免許センター』『各地区管轄での警察署』にて、所定の医師の診断等が必要であるかの判断を仰ぐ
- 紙面で**情報提供**(リハビリテーション評価や日常生活動作等)
※同意書に記載されているため、守秘義務対象外

○高次脳機能評価(その2)

- ⑤レイ複雑図形検査(ROCF)
→ 視空間知覚/記憶、構成機能
- ⑥遂行機能障害症候群の行動評価(BADS)
→ 計画、遂行能力
- ⑦線分末梢試験、線分二分試験
→ 半側空間無視
- ⑧脳卒中ドライバーのスクリーニング評価 日本語版(SDSA)
→ 脳卒中患者が安全に運転可能かどうかを予測
運転可否予測に特化した検査

家族カンファレンス・オリエンテーション
リハビリテーション評価
運転適性相談
服薬調整
ロードテスト(実車評価)
スタッフカンファレンス
診断書作成
診断書提出

家族カンファレンス・オリエンテーション
リハビリテーション評価
運転適性相談
服薬調整
ロードテスト(実車評価)
スタッフカンファレンス
診断書作成
診断書提出

- 肢体不自由者が退院後も服薬する運転禁止薬
消炎鎮痛剤 疼痛治療剤 鎮痙薬 睡眠薬 抗不安薬 等
- 高次脳機能障害者が退院後も服用する運転禁止薬
抗精神薬 抗てんかん薬 睡眠薬 降圧剤 抗パーキンソン薬
- 注意薬の存在
禁止薬は原則として、運転は禁止であるが、注意薬は本人が注意して服用すれば運転自体は可能
- リハビリテーションスタッフが服薬をピックアップ
薬剤師に禁止薬の有無を確認
有りの場合は**調整を依頼**

三春病院における自動車運転再開支援の導入
三春町立三春病院 リハビリテーション科 飛知和勝志

家族カンファレンス・オリエンテーション
リハビリテーション評価
運転適性相談
服薬調整
ロードテスト（実車評価）
スタッフカンファレンス
診断書作成
診断書提出

家族カンファレンス・オリエンテーション
リハビリテーション評価
運転適性相談
服薬調整
ロードテスト（実車評価）
スタッフカンファレンス
診断書作成
診断書提出

○受け入れ可能
西部 中央総合 昭和 郡山 富久山 本宮
※今後、**田村**にアプローチしていく予定

○ペーパードライバー講習枠での実施
料金は1時間5,000-6,000円程度で、約2時間
50分教習所内、50分路上、残り振り返り

○教習所には、事前に**情報提供書**と**実車評価表用紙**を送る
実施後は指導員に実車評価表用紙を記入していただく

○当院では、**週1回**、病棟スタッフやソーシャルワーカー等と入院患者に対するスタッフカンファレンスを実施している
その際に運転再開希望者におけるカンファレンスも実施

○リハビリテーション評価、ロードテスト等の内容を情報提供し
本人の**性格**や**日常生活での様子**などをもとに総合的に検討

○原則として、**実車評価にはリハビリテーションスタッフが同行**
後部座席より動画を撮影（患者との振り返りで使用）
※明らかに危険は少ないと判断される者においては同行しない
※評価の段階でカットオフを著しく下回る者においても同行しない

○改造は(有)曲山自動車整備工場、(有)フジオートに依頼

○改造車の場合、**路上の実車評価は不可**
※免許に条件が付与されるため
※改造車の場合、数回に分けての補習、習熟が必要
※診断書に条件免許交付後、練習を条件とする

家族カンファレンス・オリエンテーション
リハビリテーション評価
運転適性相談
服薬調整
ロードテスト（実車評価）
スタッフカンファレンス
診断書作成
診断書提出

三春病院における自動車運転再開支援の導入
三春町立三春病院 リハビリテーション科 飛知和勝志

- 主治医に依頼
カンファレンスで検討したことを情報提供
- 家族カンファレンス時に主治医より本人、家族へ説明
※再開できず、運転を控えるように助言された方にパンフレット
を使用しリスク(危険運転致傷罪)を改めて説明する
- 記載した診断書や情報提供書等は全てカルテに保存
- 診断書を「運転免許センター」「各地区管轄での警察署」に提出
- 再開後は電話にて、近況状況を確認する

- 三春の現状と希望者。
- 「三春町営バス」・・・約1時間に2-3本(平日のみ)
 - 「福島交通」・・・約1時間に1-2本程度
 - 「JR 磐越東線」・・・約1時間に1本(土曜、休日も同程度)
- H29年度
総数25名
内70歳以下18名
 - H30年度
総数26名
内70歳以下22名
- 現在まで、情報提供のみ、もしくは評価を行った者 32名

- 今後の課題。
- 支援が脳血管障害のみ
整形疾患の患者もその他患者も必要になる人はいる
 - ロードテストはサービスとなる部分が多い
自費診療で価格設定できれば
 - 支援が入院患者のみ(外来の場合は完全サービス)
条件達成までに時間がゆっってしまった
退院してみたら必要だと思った
 - 運転再開できなかった患者が利用できるサービスが少ない
運転出来ない、でも免許返納しても、メリットは少ない

高次脳機能障害者への自動車運転支援における ソーシャルワーカーの役割

渡邊奈南^{*1}, 豊倉 穰^{*2}, 沼田 歩^{*1}, 山本 優^{*1}, 亀谷恵理子^{*1}

遠藤英里^{*1}, 石川詠美子^{*1}, 大竹唯夏^{*1}

一般財団法人 太田総合病院附属 太田熱海病院^{*1}, 東海大学医学部附属大磯病院^{*2}

1. はじめに

近年、高次脳機能障害者に対する自動車運転支援への関心が高まってきており、その取り組みは全国的に広がりを見せているが、そこにソーシャルワーカー(以下、SW)が関わっているという報告は少ない。

当院の高次脳機能障害者への自動車運転支援では、SW が立ち上げから関わり、現在もコアメンバーとして機能している。障害者の社会参加支援の一つとして、患者の運転ニーズに対する個別援助から、地域の他機関との連携、社会資源の開発等行っている。

運転ができないことで、自由な生活、社会参加が大きく制限され、地域柄、病院に行けない、食料を調達できない等生活を脅かす事にもなり得る。生活ニーズとして自動車運転があることが分かった。

当院ではこれまで神経心理学検査を基にリハ医が運転評価を行っており、多職種で関わる体制はなかった。また、実車評価を行う院内のシステム、院外関係機関との連携体制がなく、実際の運転場面での評価は未実施であった。

2. 方法・結果

そこで、2015年にリハビリテーション科医師、作業療法士、ソーシャルワーカーを中心に、看護師、理学療法士、言語聴覚士、臨床心理士で構成される自動車運転支援チームを発足した。月1回ミーティングを行い、先進的な取り組みをしている他機関からの情報収集や道路交通法の読み

合わせ、文献抄読等行いながら、当院における運転支援マニュアル・フロー、患者向けリーフレットを作成し、院内の運転支援体制づくりを行った。また、教習所や公安委員会へ働きかけ、実車評価の実現に至った。

3. 考察・結語

SW とは、『生活課題に取り組みウェルビーイング(よりよく生きること)を高めるよう、人々やさまざまな構造に働きかける』と定義されている。目の前のクライアントの生活ニーズである運転再開への支援(ミクロ)から、院内組織への働きかけ、院内のシステム作り(メゾ)、高次脳機能障害者が生活しやすい地域・社会づくり、そのための地域への働きかけ、社会資源の開発=ソーシャルアクション(マクロ)を行っている。

運転とは、単なる移動手段ではなく、社会の中で役割を果たす社会参加の手段でもある。高次脳機能障害者が地域で役割を持ち生活をしていく支援の一つとして運転支援は重要であり、そこには職域を超えた他職種の連携が必須である。

運転支援とは、再開に向けた支援のみならず、運転を諦めざるを得なくなった場合のその後の生活を一緒に考え、地域の資源の活用・開発への働きかけを行っていく必要がある。そこにクライアントの“生活”を支援するSW が関わる意義は大きいと考える。

高次脳機能障害者への自動車運転支援におけるソーシャルワーカーの役割

一般財団法人 太田綜合病院附属 太田熱海病院 渡邊奈南



高次脳機能障害者への自動車運転支援におけるソーシャルワーカーの役割

◎ 渡邊 奈南¹⁾ 重倉 優²⁾ 沼田 歩¹⁾ 山本 優¹⁾
 亀谷 恵理子¹⁾ 逸藤 英里¹⁾ 石川 詠美子¹⁾ 大竹 唯夏¹⁾

1) 一般財団法人 太田綜合病院附属 太田熱海病院
 2) 横浜大学医学部付属 大橋病院

SWによる運転ニーズの発見

運転できないと会社に行けない…
 これまでしていたドライバーの仕事ができない…
 病院に逢えない…

お父さんしか運転できないのに…
 娘の送迎はどうしよう…

自由な生活、社会参加が制限される → QOLの低下
 住まいや仕事、通院先の変更を余儀なくされることも

家族内役割の転化
 家族システムの変化

生活ニーズとしての運転
 社会復帰、社会参加のために不可欠
 地域防、運転できないことが生活を脅かす事にも

はじめに

- 障害者に対する自動車運転支援にソーシャルワーカー（以下、SW）が関わっているという報告は少ない。
- 当院の高次脳機能障害者への自動車運転支援では、SWが立ち上げから関わり、現在もコアメンバーとして機能している。
- 障害者の社会参加支援の一つとして、患者の運転ニーズに対する個別援助から、地域の他機関との連携、資源の開発等を行っている。
- 本発表ではSWが運転支援にかかわる意義、チームの中で果たす役割について述べる。

これまでの運転支援体制と課題


支援体制

神経心理学検査を基にリハ医が判断、多職種で関わる支援体制なし。

課題


- 実地評価を行う体制がなく、実際の運転場面での評価は未実施。
- 患者の道路交通法の理解がなく、運転再開にあたり評価を受ける必要性の理解なし。→ なり送迎に突然運転を禁止されるのか納得できない患者が多かった。
- 医師に止められているにも関わらず、自己判断で運転してしまう患者もいた。
- 運転を許可されなかった患者へのフォローアップ体制なし。
- 一運転できない生活の保障がないために、せざるを得ない患者も。

自動車運転支援チーム発足まで



自動車運転支援チームの立ち上げ

自動車運転再開の必要性（運転ニーズ）がある患者に対する支援体制づくりや地域におけるネットワーク構築を目的とし、2015年12月より自動車運転支援チームを発足し、活動を開始。



高次脳機能障害者への自動車運転支援におけるソーシャルワーカーの役割
 一般財団法人 太田綜合病院附属 太田熱海病院 渡邊奈南

院内 システムづくり



自動車運転再開支援カンファレンス

MSW	運転ニーズ 免許情報 家族の意向・協力の有無 地域特性（公共交通機関等）	PT	停止車両評価 下駄機能 移動能力 座位、運転姿勢
	OT		SST
心理士	士族機能 ハンドル・車内機器操作 停止車両評価結果 補助装置の必要性の有無	看護師	コミュニケーション 高次脳機能障害

検診事項：
 健康状態・改造や補助装置の必要性
 生活上の・教習所の選定 等

活動内容

- ✓ チーム発足 メンバーの選定
 多職種で運転について検討できる体制を構築
 メンバー：リハビリDR、PT、OT、ST、臨床心理士、SW
- ✓ 月1回チームミーティングを実施
 ・知識研鑽（文献抄読、道路交通法読み合わせ等）
 ・他院からの情報収集
 ・書類整備（支援フロー・マニュアル・患者向けリーフレット作成等）



運転再開支援フロー

運転再開希望（入院・外来）
 オリエンテーション・情報収集

リハビリテーション科医の診察

院内評価：高次脳機能評価
 停止車両評価、身体機能、健康状態、服薬

リハビリテーション科医の診断

運転再開可 経過観察 実車評価

リハビリテーション科医の総合判断

運転再開可 (診断書発行) 運転不可 経過観察 実車リハビリテーション

① 運転ニーズの抑え上げ
 ② オリエンテーション
 ③ 情報収集

【運転支援状況管理シート】に沿って
 運転ニーズ、免許情報等の聞き取り

運転再開支援に関する詳細なフローとポイント

運転再開希望（入院・外来）
 オリエンテーション・情報収集

リハビリテーション科医の診察

院内評価：高次脳機能評価
 停止車両評価、身体機能、健康状態、服薬

リハビリテーション科医の診断

運転再開可 経過観察 実車評価

リハビリテーション科医の総合判断

運転再開可 (診断書発行) 運転不可 経過観察 実車リハビリテーション

医師よりSWに紹介、本人と面接
 (1) 教習所選定の援助
 自宅からの距離、改造車の有無、緊急性等に合わせ選定
 各教習所の特徴を把握し、本人のニーズにあった教習所を誘導
 (2) 教習所との連携
 SWよりTELにて相談
 【情報提供書】にて情報共有

運転再開支援に関する詳細なフローとポイント

運転再開希望（入院・外来）
 オリエンテーション・情報収集

リハビリテーション科医の診察

院内評価：高次脳機能評価
 停止車両評価、身体機能、健康状態、服薬

リハビリテーション科医の診断

運転再開可 経過観察 実車評価

リハビリテーション科医の総合判断


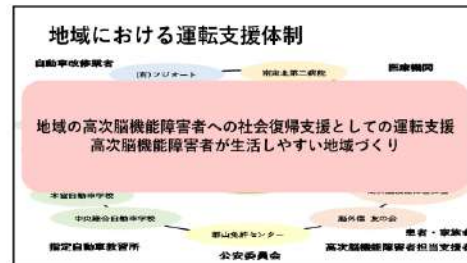
運転再開可 (診断書発行) 運転不可 経過観察 実車リハビリテーション

医師よりSWに紹介、本人と面接
 (1) 教習所選定の援助
 自宅からの距離、改造車の有無、緊急性等に合わせ選定
 各教習所の特徴を把握し、本人のニーズにあった教習所を誘導
 (2) 教習所との連携
 SWよりTELにて相談
 【情報提供書】にて情報共有

高次脳機能障害者への自動車運転支援におけるソーシャルワーカーの役割

一般財団法人 太田綜合病院附属 太田熱海病院 渡邊奈南

院外 地域社会への働きかけ

教習所

郡山市内全教習所にTEL

万が一の場合、責任の所在が…

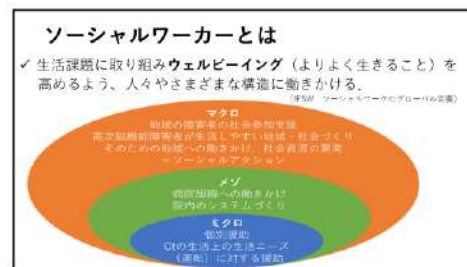
前例がないので…

全教習所お断り

話を聞いてくれるという教習所にチーム(OT, ST, SW)で訪問

- 学生への教習が主であり、障害者の教習に慣れていない
- "高次脳機能障害"の知識がないことへの不安
- 前例がないことへの漠然とした不安、抵抗、戸惑い があると分かった
- 話し合いを重ねるうちに理解が得られ、一例目実現
- 回数を重ねながら評価ツールの作成や連携方法について検討を行った。

- その後、連携教習所を拡大、現在、4教習所で実施。
- 福島県指定自動車教習所協会との連携
- 郡山市内全教習所の会合にて、運転支援の取り組みについて共有。



医療機関

(1) 県内 地域内の医療機関との連携
近隣病院から情報収集する中で…

- 他の病院も支援システムは無し、個別のニーズにその都度対応。
- 県内の他医療機関がどのような運転支援をしているか不明であり知る機会を求める声も。

(2) 県外 先駆的な取り組みをしている医療機関より情報収集

福島県自動車運転支援研究会の立ち上げ
医療機関(セラピスト、SW)、教習所指導員、訪問リハビリ、自動車改修業者の有志で勉強会を実施



まとめ 障害者の運転と社会参加

- 運転とは、単なる移動手段ではなく、社会の中で役割を果たす **社会参加の手段**でもある。
- 高次脳機能障害者が地域で役割を持ち生活をしていく支援の一つとして運転支援は重要である。
- 運転支援は **地域の関係機関との連携**が必須。
- 運転支援とは、再開に向けた支援のみならず、運転を諦めざるを得なくなった場合のその後の生活を一緒に考え、**地域の資源の活用・開発への働きかけ**を行っていく必要がある。
- クライアントの"生活"を支援するSWが関わる意義は大きい。

高次脳機能障害者への自動車運転支援におけるソーシャルワーカーの役割
一般財団法人 太田総合病院附属 太田熱海病院 渡邊奈南

ご清聴ありがとうございました。

当院の回復期リハビリ病棟における実態調査の変遷

渡邊雄紀^{*1}, 佐藤正憲^{*2}, 菅野裕雅^{*3}, 鈴木克宜^{*4}

公益財団法人 湯浅報恩会 寿泉堂香久山病院 MSW^{*1}, 脳神経外科^{*2}, 整形外科^{*3}, 総務課^{*4}

1. はじめに

当院では患者受け入れの実態調査(実調)を看護師とMSWの二人体制で行っていたが、平成27年4月にリハビリ病棟専従医師が着任した以降、医師を含めた多職種チーム(医師・看護師・セラピスト・MSW)により行なっている。

平成29年6月末からは、更にきめ細やかな実調を行うことを目的とし、リハビリ医師が脳血管疾患のみではあるが紹介元病院の回診に参加してきた。また、平成30年7月からはセラピスト・MSWも同行し回診に参加している。

2. 方法

平成26年度分と平成27年4月～平成29年6月分および平成29年7月～平成30年12月分での実調件数・入院および退院の状況・平均入院日数、施設基準に係る重症の割合・在宅復帰率等について分析した。

3. 結果

(1) 多職種チームによる実調後では実調件数・入院数・退院数は増加し、非該当での入院数および死亡退院が減少していた。

(2) 多職種チームによる実調後に重症の割合・在宅復帰率が低下したが、医師の回診参加後は重症の割合・在宅復帰率ともに改善していた。

(3) 医師の回診参加後は脳血管疾患が著明に増加した。

(4) 紹介元病院別の入院数を比較検討すると回診参加病院からの入院数が増加した。

4. 考察

(1) 多職種チームでの実調は入院前に職種間で患者状態の情報を共有でき、受け入れ決定に有用であった。

(2) 非該当の入院および死亡退院を減少でき、効率的なリハビリ提供に繋がった。

(3) 非該当例の減少にて重症の割合・在宅復帰率が低下したものの、回診参加による脳血管疾患の増加により、重症の割合・在宅復帰率が改善していた。

(4) 紹介元病院への回診参加により多職種間で顔の見える関係が生まれ、患者の受け入れ態勢が強化された。

5. 結語

(1) 多職種チームによる実調は職種間での患者情報の共有化が図られ、適切な受け入れ・効率的なリハビリの提供において重要と思われた。

(2) 医師・セラピスト・MSWが紹介元病院の回診に参加することにより、各職種間で関係性が構築され、病棟運用に際しては有益であると考えられた。

当院の回復期リハビリ病棟における実態調査の変遷
公益財団法人 湯浅報恩会 寿泉堂香久山病院 MSW 渡邊雄紀

当院の回復期リハビリ病棟における実態調査の変遷について発表します。

回復期リハビリ病棟についてですが、急性期病院へ入院された患者さんが、早期の社会・在宅復帰を目的に、集中的にリハビリを受けていただく病棟で、一般開業医からの入院はできません。あくまでも、急性期病院からの転院・リハビリの継続が必要です。

当院では 51 床を運用しています。

平成 27 年 3 月までは内科医 2 人が他病棟との兼任で管理していましたが、平成 27 年 4 月からは専従医が配置され、平成 28 年 12 月からは専従医が二人体制となりました。また、以前より入院に際しては、市内 4 病院において、入院前実態調査を行っていました。

実態調査は、平成 27 年 3 月までは看護師とソーシャルワーカーのみで行っていましたが、平成 27 年 4 月からは、医師・看護師・セラピスト・ソーシャルワーカーの多職種チームにより行うこととし、可能な限り患者家族の同席も依頼しました。さらに、平成 29 年 6 月末からは迅速な患者情報の取得を目的に、脳血管疾患のみですが医師が寿泉堂総合病院と星総合病院の回診へ参加することとなり、平成 30 年 7 月からは、セラピストとソーシャルワーカーも同行して参加しています。実態調査の内容ですが、平成 27 年 3 月までは、本人・家族の転院希望の確認と回復期リハビリ病棟の説明が中心で、病院の空床状況から入院を決定していました。一方、平成 27 年 4 月からの多職種チームの実態調査では、各職種が検査結果を含めた病状確認・リハビリの進行状況・退院に向けた希望や在宅サービスの提案などを行い、多職種で協議して入院を決定しています。

回診参加についてです。寿泉堂総合病院では水曜日の 8 時半からの朝回診に当院の医師が参加しています。星総合病院では水曜日の 14 時からの脳外科医をはじめ、看護師・セラピスト・ソーシャルワーカーが加わった総回診に、当院の医師・セラピスト・ソーシャルワーカーが参加しています。病状だけでなく、看護上の問題点や転院後の方向性などについても情報収集しています。

多職種チームでの実態調査および回診参加の導入前後の申込み総数・実態調査数を赤枠の月平均と比較検討すると、ともに増加しています。それに伴い、特筆すべきは入院数も増加していることです。実態調査導入前に入院数が実態調査数を上回っているのは、紹介状のみや電話依頼のみで入院が決定されていた場合があったと考えられます。疾患別の入院数でも、赤枠・赤字の月平均と比較すると、平成 27 年 4 月からは専従医が脳外科医となったことから、脳血管疾患が増加しており、回診参加後も順調に増加しています。疾患別の退院数でも入院数の増加と同様、増加していました。

全体的な平均入院日数は短縮していましたが、これは、新方式の実態調査導入効果というよりは、短期間に運動機能を改善させなければいけないという、実績指数の向上対策のためと思われます。

転院・退院の年平均の状況です。年平均では在宅復帰者が増加して、死亡退院が減少。目標に沿った入院決定が的確に行われ、効率的なリハビリの提供に繋がったものと思われます。

当院の回復期リハビリ病棟における実態調査の変遷
公益財団法人 湯浅報恩会 寿泉堂香久山病院 MSW 渡邊雄紀

回復期リハビリ病棟の入院料1を算定するためには、1月(ひとつき)の入院患者の30%以上が重症患者であること、1月(ひとつき)の退院患者の70%以上が在宅復帰しなければいけません。

多職種チームの実態調査により、患者さんの病状を把握した上での入院調整や、適切かつ集中的なリハビリを提供し、在宅ケア・介護保険サービスへの移行の啓蒙を図ることで、重症の割合・在宅復帰率が改善するのではないかと考えておりましたが、実際は導入前と同程度もしくは若干劣っていました。しかし、月平均の実数では多職種チームでの実態調査後、回診参加導入後に増加しています。

割合が改善していなかったことについて検討すると、他職種チームでの実態調査導入前は入・退院ともに脳血管、運動器、廃用、以外の非該当での入退院が多く、非該当例はほとんどが重症だったため、重症の割合を押し上げており、反対に退院時に非該当の場合、在宅復帰できなかつたとしても在宅復帰率にはカウントされないため、在宅復帰率は低下していないことが考えられます。実際、在宅復帰者の月平均実数は改善しておりました。

次に、紹介元別入院の推移ですが赤枠・赤字の月平均を見ていただくと星総合病院からの入院が増加しており、星総合病院からの入院を疾患別に比較すると、増加分は脳血管疾患の増加が反映したものと考えられ、実態調査導入前の5倍以上となっており、回診参加の効果と思われます。さらに、平成30年10月からは、スライドのように、星総合病院で診断となった脊椎圧迫骨折患者は脳神経外科に入院し、早期に当院へ転院し、リハビリを継続するシステムの運用も開始しました。これは、新たな入院確保に繋がるだけでなく、脊椎圧迫骨折ではベッド上安静を要することが多く、予後も良好なことから、重傷の割合や在宅復帰率がさらに安定すると思われるからです。平成31年4月までで7例の実績となっておりました。

結果および考察です。

1. 多職種チームによる実態調査では入院数・退院数が増加し、入院前の患者状態の把握に有用であり、非該当例を減少できた。
2. 多職種チームによる実態調査後に、重症の割合・在宅復帰率が低下したが、回診参加後は改善していた。
3. 紹介元病院を比較検討すると星総合病院からの脳血管疾患が著明に増加しており、他疾患においても増加が期待できる。

結語です。

多職種チームによる実態調査は職種間での患者情報の共有化が図られ、適切な受け入れ・効率的なリハビリ提供に繋がったと思われた。紹介元病院の回診に参加することにより、各職種間で紹介元病院との関係性が構築され、病棟運用に際しては有益であると考えられた。

以上で発表を終わります。ご清聴、ありがとうございました。

当院の回復期リハビリ病棟における実態調査の変遷
 公益財団法人 湯浅報恩会 寿泉堂香久山病院 MSW 渡邊雄紀

当院の回復期リハビリ病棟
 における実態調査の変遷

寿泉堂香久山病院
 MSW¹ 脳神経外科² 整形外科³ 総務課⁴
 渡邊雄紀¹ 佐藤正憲² 菅野裕雅³ 鈴木克宣⁴

当院における入院前訪問・実態調査の変遷

- ◇H27年3月までは、看護師とMSWの二人体制。
- ◇H27年4月からは、医師を含めた多職種チーム(医師・看護師・セラピスト・MSW)で実施。可能な限り家族(キーパーソン)の同席を依頼した。
- ◇H29年6月末からは、医師が紹介元病院の回診に参加。
- ◇H30年7月からは、セラピストとMSWも回診参加。

回復期リハビリテーション病棟



実態調査の内容

- ◇H27年3月まで(看護師とMSWの二人体制)
 本人・家族の転院希望確認と病院・病棟の説明。
- ◇H27年4月から(医師を含めた多職種チーム)
 検査結果等の病状・リハビリの進行状況・退院に向けた
 本人・家族の希望など患者情報の共有化。

はじめに

- ◇回復期リハビリテーション病棟(51床)を運用している。
- ◇H27年3月までは内科医2人が他病棟との兼任で回復期リハビリ病棟を管理していた。
 H27年4月に病棟専従医が配置され、
 H28年12月からは専従医が二人体制となる。
- ◇以前より患者入院に際しては市内4病院において、
 入院前実態調査を行っていた。

回診のスタイル

- ◇寿泉堂総合病院: 20例
 水曜日の8時半からの朝回診に参加。脳外科医・
 神経内科医と一緒に病室を回診。
- ◇星総合病院: 45例
 水曜日の14時から脳外科医・看護師・セラピスト・
 MSWの総回診に参加。病状だけでなく、看護上の
 問題点など患者さんの情報を収集。

当院の回復期リハビリ病棟における実態調査の変遷
 公益財団法人 湯浅報恩会 寿泉堂香久山病院 MSW 渡邊雄紀

申込み数・実態調査数

	H26年度	H27年 4月～ 6月	H29年 7月～ 12月
申込み総数 (月平均)	236 (19.7)	618 (22.9)	537 (29.8)
実態調査 (月平均)	179 (14.9)	544 (20.1)	447 (24.8)

多職種チーム 回診参加

疾患別 退院数(月平均)

	H26年度	H27年 4月～ 6月	H29年 7月～ 12月
全体	167(13.9)	448(16.6)	368(20.4)
脳血管	61(5.1)	194(7.2)	172(9.6)
運動器	90(7.5)	229(8.5)	187(10.4)
廃用	16(1.3)	25(0.9)	9(1.5)

多職種チーム 回診参加

申込み数・実態調査数・入院数

	H26年度	H27年 4月～ 6月	H29年 7月～ 12月
申込み総数	236	618	537
実態調査数	179	544	447
入院数 (月平均)	185 (15.4)	472 (17.5)	367 (20.4)

多職種チーム 回診参加

疾患別 平均入院日数

	H26年度	H27年 4月～ 6月	H29年 7月～ 12月
全体	82.7	75.6	62.8
脳血管	118.7	90.9	74.8
運動器	62.5	64.0	51.8
廃用	73.8	42.2	76.4

多職種チーム 回診参加

疾患別 入院数(月平均)

	H26年度	H27年 4月～ 6月	H29年 7月～ 12月
全体	185(15.4)	472(17.5)	367(20.4)
脳血管	70(5.8)	205(7.6)	179(9.9)
運動器	99(8.3)	244(9.0)	181(10.1)
廃用	16(1.3)	23(0.9)	6(0.4)

多職種チーム 回診参加

転帰・退院の状況(年平均)

	H26年度	H27年 4月～ 6月	H29年 7月～ 12月
在宅	133	150.7	200.0
施設	9	10.2	11.3
転院	16	36.9	32.0
死亡	9	2.2	2.0

多職種チーム 回診参加

当院の回復期リハビリ病棟における実態調査の変遷
 公益財団法人 湯浅報恩会 寿泉堂香久山病院 MSW 渡邊雄紀

重症の割合・在宅復帰率(%)

	H26年度	H27年 4月～6月	H29年 7月～12月
重症の割合	42.2%	37.5%	36.3%
(月平均実数)	(6.5)	(6.6)	(7.2)
在宅復帰率	83.0%	76.0%	82.0%
(月平均実数)	(11.1)	(12.6)	(16.5)

多職種チーム 回診参加

星総合病院:疾患別入院数(月平均)

	H26年度	H27年 4月～6月	H29年 7月～12月
全体	24(2.0)	84(3.1)	88(4.9)
脳血管	8(0.6)	40(1.5)	60(3.4)
運動器	13(1.1)	44(1.6)	26(1.4)
廃用	3(0.3)	0	2(0.1)

多職種チーム 回診参加

非該当:入・退院時の分析(重症・在宅不可)

	H26年度	H27年 4月～6月	H29年 7月～12月
非該当・入 (重症数)	13 (11)	4 (2)	1 (1)
非該当・退 (在宅不可)	22 (19)	6 (5)	2 (2)

多職種チーム 回診参加



紹介元別入院数:全体(月平均)

	H26年度	H27年 4月～6月	H29年 7月～12月
寿泉堂病院	131(10.9)	313(11.6)	232(12.9)
星病院	24(2.0)	84(3.1)	88(4.9)
西ノ内病院	10(0.8)	35(1.3)	25(1.4)
南東北病院	20(1.6)	28(1.0)	14(0.6)

多職種チーム 回診参加

- 結果・考察
1. 多職種チームによる実態調査では入院数・退院数が増加し、入院前の患者状態の把握に有用であり非該当例を減少できた。
 2. 多職種チームによる実態調査後に、重症の割合・在宅復帰率が低下したが、医師の回診参加後は改善していた。
 3. 紹介元病院の入院を比較検討すると星総合病院からの脳血管疾患が著明に増加しており、他疾患においても増加が期待できる。

結 語

◇多職種チーム(医師・看護師・セラピスト・MSW)による実態調査は職種間での患者情報の共有化が図られ、適切な受け入れ・効率的なリハビリ提供に繋がったと思われた。

◇医師・セラピスト・MSWが紹介元病院の回診に参加することにより、各職種間で職員と関係性が構築され、病棟運用に際しては有益であると考えられた。

回復期リハビリ病棟看護師の退院指導に対する取り組み

阿部由佳, 折笠匡史, 斎藤愛
医療法人社団 新生会 南東北第二病院 5病棟

1. はじめに

脳卒中患者は再発リスクが高い原因疾患を持っている場合が多い。また、高血圧や糖尿病は骨密度や骨質が低下しやすくなり、骨折のリスクが高くなる。当病棟入院患者の既往歴をみると、退院後も骨折リスクが高い患者が多く、前述した脳卒中患者とともに退院後の生活習慣に対する指導が重要であることが分かる。

当病棟では、再発予防への退院指導は各担当看護師が個人の判断で実施している、もしくは退院指導を行っていないことが多い現状にある。

今回、退院指導が十分に行われていない原因を明らかにし、退院指導パンフレットを作成し使用することで退院指導に対しての看護師の意識向上を図ることが出来たため報告する。

2. 研究方法

1. 研究デザイン: アンケートによる質的研究
2. 対象者: 回復期病棟看護師
調査期間 平成 29 年 5 月～平成 30 年 5 月
3. 調査方法
 - ①退院指導に関する事前アンケート
 - ②脳卒中患者、大腿骨・股関節骨折術後の退院指導パンフレットの作成と活用
 - ③退院指導実施後に意識調査アンケートの実施

3. 結果

1. 事前アンケート回収率(100%)
退院指導後アンケート回収率(100%)
2. 事前アンケートと使用後の比較
3. 事前アンケート結果
 - ①退院指導を行っているか
必ず実施している(3名)
時々実施している(6名)
実施しない事の方が多い(8名)
実施したことが無い(2名)
 - ②実施した退院指導内容
インスリン注射、オムツ交換や更衣、吸引など技術面(9名)
内服指導(6名)
 - ③退院指導を実施していない理由
4. 退院指導パンフレット使用後アンケート結果
 - ①パンフレットを今後も活用していきたいか
活用したい(15名)
どちらかといえば活用したい(1名)

4. 考察

小林は「脳卒中リハビリテーション看護認定看護師に求められる役割に、脳卒中の重篤化回避と合併症の予防、生活再構築のプロセス管理がある。これらは認定看護師に限らずリハビリテーション看護に携わる看護師すべてが意識し取り組み、専門的な看護を実践するためには、ある程度の基礎知識が必要となる」と述べている。今回のアンケート結果では、看護師経験年数をみると新卒看護師は少ないが、脳神経外科・整形外科病棟での経験年数をみると0年が半数以上を占めている。退院指導を実施していない理由として、知識が少ないから、日々の指導(リハビリ、栄養士からの栄養指導)で十分であると考えられるが多い。実施している場合の退院指導内容が技術面に関する指導が多く知識面での指導が少ない結果となっている。以上のことから脳卒中・骨折患者に関する専門的な知識を勉強会や研修で深め再発予防や合併症予防に関する指導につなげる必要があると考える。

矢萩は「新人看護師や脳神経外科で勤務したことがない既卒看護師には、患者指導が容易ではない現状にある。患者が理解しやすく、統一されていて、かつ個別性を尊重した指導が必要となる」と述べている。アンケート結果から、パンフレットに関して「理解しやすい内容であった」「今後も活用したい」とポジティブな意見が聞かれ、パンフレットを使用することで経験や知識に左右されない統一された指導が出来、退院指導を実施する意識向上につながったといえる。

患者には、これまでの生活習慣を見直し、望ましい生活行動に変更することが求められている。退院日が決定してからの退院指導ではなく入院当初より複数回指導を行うことが重要といえる。さらに、患者のみでなく家族の理解も重要であるため入院早期から患者・家族が主体的に健康問題や生活習慣の見直しに取り組むことが出来るように情報収集をし、具体的な指導に踏み込めるよう努めることが大切だと考える。

5. 結語

1. 勉強会や研修会を開催し、脳卒中・骨折患者に関する知識を深める必要がある。
2. パンフレットを作成したことで統一された退院指導を提供する事が出来、看護師の意欲向上につながった。
3. パンフレット内容改善の意見もあり、見直しをすることが必要。

引用文献

- [1]鈴木千佳代編著:認定看護師が書いた やさしい脳卒中リハビリテーション看護: 疾患・治療・看護がわかる! 事例で看護実践力が身につく! (ブレインナーシング/リハビリナース 2012 年合同臨時増刊)、P8 メディカ出版(2012 年)
- [2]矢萩匠編著:看護のくふうのキモとミソ、ブレインナーシング 2015 vol31 メディカ出版(2015 年)

参考文献

- [1]神奈川県総合リハビリテーション事業団リハビリテーション看護研究会編著:実践!リハビリテーション看護—脳卒中を中心に 照林社(2010 年)
- [2]まるっと 1 冊 リハビリ病棟の退院支援: 個別性のある患者・家族支援ができる! (リハビリナース 2013 年秋季増刊) メディカ出版(2013 年)

回復期リハビリ病棟看護師の
退院指導に対する取り組み

5病棟 ○阿部 由佳
新笠 匡史
吉橋 愛

研究方法

- ①退院指導に関する事前アンケートの実施
- ②退院指導パンフレットの作成と活用
- ③退院指導実施後に意識調査アンケートの実施

- ①脳卒中の再発率は高く10年間で再発する人は約半数
→再発リスクが高い原因疾患(高血圧、高脂血症、糖尿病)がある
- ②高血圧・糖尿病
→骨密度や骨質が低下し骨折リスクが高くなる

生活習慣に対する指導が重要

結果・考察

退院指導に関する事前アンケート

退院指導実施後の意識調査アンケート

退院指導に関する事前アンケート

退院指導実施後の意識調査アンケート

研究目的

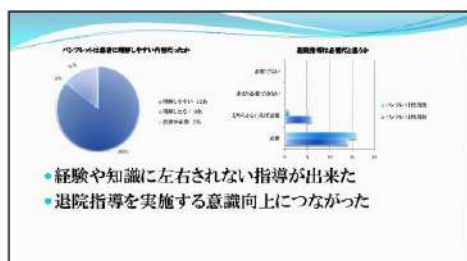
脳卒中患者、大腿骨・股関節骨折術後患者への退院指導に組み看護師の意識の変化を明らかにする

- ①脳神経外科・整形外科経験者が少ない
- ②日々の指導(リハビリ・栄養指導)で十分と考えている
- ③技術面での指導が多い

↓

脳卒中・骨折患者に関する勉強会や研修に参加し専門的な知識を深める必要がある

回復期リハビリ病棟看護師の退院指導に対する取り組み
南東北第二病院 5 病棟 阿部由佳

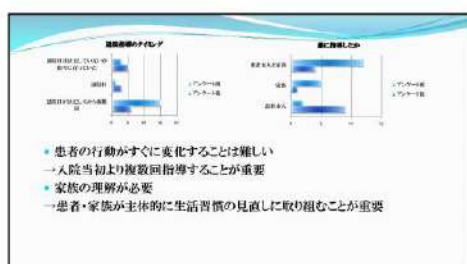


引用文献

- 1) 鈴木千佳代編著:やさしい脳卒中リハビリテーション看護、プレイングリハビリナース2012合同臨時増刊、P8
- 2) 矢萩経:看護のくふうのキモとミソ、プレイング2015、vol.31

参考文献

- 1) 実践！リハビリテーション看護 脳卒中を中心に、置林社
- 2) 伊東由美子編:リハビリ病棟の退院支援、メディカ出版



結論

- ①勉強会や研修会を開催し知識を深める
- ②パンフレット作成したことで統一された退院指導を提供できた。
- ③パンフレット作成によって看護師の意識向上につながった
- ④パンフレット内容の改善、見直しが必要

認知症高齢者の転院が及ぼす影響とその対応を考える

白岩優子, 箭内真由美, 石井薫
三春町立三春病院 回復期リハビリテーション病棟

1. はじめに

回復期リハビリテーション病棟(以下、回リハ病棟)に転院する患者は、高齢で認知障害を伴っている人もいる。

認知症高齢患者は転院という環境の変化による影響を受けやすいため、せん妄や心理行動症状の出現により、リハビリテーションの実施に影響を及ぼす場合がある。

今回、入院時せん妄症状や認知症状のみられた患者に対して、環境調整を行い、認知・理解の評価をして見守りをする中で、患者の反応に良い結果が見られたので報告する。

2. 方法:事例研究

研究対象:後期高齢者で認知症または認知機能低下によりリハビリテーション看護が困難を予測された3名の患者。

- ①事例紹介:Aさんは、帰宅願望が強く徘徊・離院などがあった。
- ②事例紹介:Bさんは、転倒リスクが高く、見当識障害がみられた。
- ③事例紹介:Cさんは、帰宅願望があり、自傷行為や徘徊、不潔行為などがあった。

3. 結果

1)3事例共通の行動・症状は大きく2つに分けられる。

①理解力の低下による、指示理解困難。

ナースコールの意味が理解できず使用することが出来ない。自分の状態が理解できないため、一人で行動する。

②環境の変化による認知症状またはせん妄症状の出現。帰宅願望による徘徊や離院、不潔行為、自傷行為があった。

2)ケアの実施と結果

(ケアの内容)

- ①入院時に ADL の評価と認知力・理解力のアセスメントを実施。
- ②環境調整。ステーション近くの病室にしたり、センサーマットを使用。
- ③コミュニケーションの工夫
- ④離床を促し昼夜の生活リズムを整える。
- ⑤安全に配慮し、行動を見守る。

(ケアの結果)

Aさんは、入院後5日は、徘徊・離院・異食が見られたが、1週~2週間後には穏やかに過ごし、1日の生活スケジュールを理解して過ごすようになった。

Bさんは、他患者と交流して過ごし、離床時間が増えた。入院から13日目、行動症状安定し試験外泊を実施した。入院28日目、自宅退院された。

Cさんは、入院から2週間、不穏症状を自身でクールダウンする様子が見られ、自傷行為は減少したが、離床・徘徊が増えた。不潔行為も見られ、入院30日目に心療内科受診し内服薬処方となった。

4. 考察

認知症高齢者の特徴として、相手のことや話を理解する力、憶えておく力が低下しているため、普段通りの説明では本人に伝わりにくく、不安や混乱を引き起こす場合がある。3事例共に転院による環境の変化から、認知症状やせん妄症状が出現していると考えられた。安心できる環境の提供と一人ひとりに応じたケアの実施によりリハビリテーションを進められることが分かった。またケアの結果から、入院時から2週間の対応によりその後に影響を及ぼすことも分かった。

当院では約81%の患者が、急性期病院から転院での入院である。患者の転院を受け入れるにあたって、環境の調整はとて重要で、過ごし易い環境を整えることが必要である。パーソン・センタード・ケアでは「自分の居場所があって、大切にされている安心できると感じれば、どんな人でも安定して、BPSDは出にくくなるだろう」と言われている。認知症のケアの基本6項目のケアを基に安全を考慮した環境を提供し、日常生活援助の時に適切な声掛けをしていくことで、患者は病棟内での居場所をつくり、安心して入院生活に適應できると考える。そのためには、入院前からの情報が必要であり、入院後は患者をよく観察し、より多くの生活情報を収集することが大切である。

また、コミュニケーションについてスタッフ間で統一性があること、患者への支援や介助を統一することで、患者の混乱を避け安心が得られる。そして、患者が安心して入院生活を送ることができるようになるために、患者自身が出来ることをアセスメントし、安全に配慮しながら「見守る」という関わりがある。この「見守る」というケアが患者に安心を与える援助でもあると考えている。

回リハ病棟において、私たちは認知症患者や高齢患者に向き合う際に「患者に対して過度な刺激を与えず、できることを評価してそれを見守る」ということを大切にしている。「見守る」とは、寄り添い、安全を確保し、患者が安心できること、それにより患者が安心してリハビリをし、ADLの改善につながり、自立していけるのではないかと考える。

5. 結語

安全を考慮した環境を提供し、日常生活援助の時に適切な声掛けと見守りや介助をしていくことで、患者は病棟内での居場所をつくり、安心して入院生活に適応できたと考える。また、患者自身が出来ることをアセスメントし、安全に配慮しながら「見守る」という関わりが、患者に安心を与える援助でもあると考えられる。

認知症高齢者の転院が及ぼす影響とその対応を考える 三春町立三春病院 回復期リハビリテーション病棟 白岩優子

1. はじめに

回復期リハビリテーション病棟（以下、回リハ病棟）に転院する患者は、高齢で認知障害を伴っている人もいます。認知症高齢患者は転院という環境の変化による影響を受けやすいため、せん妄や心理行動症状の出現により、リハビリテーションの実施に影響を及ぼす場合があります。

今回、入院時せん妄症状や認知症状のみられた患者に対して、環境調整を行い、認知・理解の評価をして見守りをする中で、患者の反応に良い結果が見られたのでここに報告します。

2. 研究目的

回リハ病棟に入院する認知症高齢患者が、環境調整と見守りケアによって早期に入院生活に適応できることを明らかにする。

3. 倫理的配慮 スライドを参照ください。

（患者様・家族様のプライバシー・個人を特定できないよう配慮し、倫理委員会の承認を得ました。）

4. 用語の定義

認知症高齢者とは、医師によって認知症と診断された高齢者、または診断はされていないが看護師が認知症の可能性があると考える高齢者とします。

5. 研究方法：事例研究

研究対象：後期高齢者で認知症または認知機能低下によりリハビリテーション看護が困難を予測された
3名の患者

<事例紹介>

Aさんは、帰宅願望が強く徘徊・離院などがありました。

Bさんは、転倒リスクが高く、見当識障害がみられました。

Cさんは、帰宅願望があり、自傷行為や徘徊、不潔行為などがありました。

6. ケアとその結果

1) 3事例共通の行動・症状は大きく2つに分けられます。

①理解力の低下による、指示理解困難。

ナースコールの意味が理解できず使用することが出来ない。自分の状態が理解できないため、一人で行動する。

②環境の変化による認知症状またはせん妄症状の出現。

帰宅願望による徘徊や離院。不潔行為。「死んだほうがいい」など訴え自分を叩く行動がありました。

2) ケアの実施と結果

〈ケアの内容〉

認知症高齢者の転院が及ぼす影響とその対応を考える
三春町立三春病院 回復期リハビリテーション病棟 白岩優子

- ①入院時に ADL の評価と認知力・理解力のアセスメントを実施。
- ②環境調整。ステーション近くの病室にしたり、センサーマットを使用。
- ③コミュニケーションの工夫
- ④離床を促し昼夜の生活リズムを整える。
- ⑤安全に配慮し、行動を見守る。

〈ケアの結果〉

A さんは、入院後 5 日は、徘徊・離院・異食が見られましたが、1 週～2 週間後には穏やかに過ごし、1 日の生活スケジュールを理解して過ごすようになりました。

B さんは、他患者と交流して過ごし、離床時間が増えました。入院から 13 日目、行動症状安定し試験外泊を実施しました。

入院 28 日目、自宅退院されました。

C さんは、入院から 2 週間、不穏症状を自身でクールダウンする様子が見られ、自傷行為は減少しましたが、離床・徘徊が増えました。不潔行為も見られ、入院 30 日目に心療内科受診し内服薬処方となりました。

7 考察

認知症高齢者の特徴として、相手のことや話を理解する力、憶えておく力が低下しているため、普段通りの説明では本人に伝わりにくく、不安や混乱を引き起こす場合があります。

3 事例共に転院による環境の変化から、認知症状やせん妄症状が出現していると考えられました。安心できる環境の提供と一人ひとりに応じたケアの実施によりリハビリテーションを進められることが分かりました。またケアの結果から、入院時から 2 週間の対応によりその後に影響を及ぼすことも分かりました。

当院では 80%以上の患者が、急性期病院から転院での入院です (81.29%)。

患者の転院を受け入れるにあたって、環境の調整はとても重要で、過ごし易い環境を整えることが必要です。パーソン・センタード・ケアでは「自分の居場所があって、大切にされている安心できると感じれば、どんな人でも安定して、BPSD は出にくくなるだろう」と言われています。

認知症のケアの基本 6 項目のケアを基に安全を考慮した環境を提供し、日常生活援助の時に適切な声掛けをしていくことで、患者は病棟内での居場所をつくり、安心して入院生活に適応できると考えます。

そのためには、入院前からの情報が必要であり、入院後は患者をよく観察し、より多くの生活情報を収集することが大切です。

また、コミュニケーションについてスタッフ間で統一性があること、患者への支援や介助を統一することで、患者の混乱を避け安心が得られます。

認知症高齢者の転院が及ぼす影響とその対応を考える
三春町立三春病院 回復期リハビリテーション病棟 白岩優子

そして、患者が安心して入院生活を送ることができるようになるために、患者自身が出来ることをアセスメントし、安全に配慮しながら「見守る」という関わりがあります。この「見守る」というケアが患者に安心を与える援助でもあると考えています。

回リハ病棟において、私たちは認知症患者や高齢患者に向き合う際に「患者に対して過度な刺激を与えず、できることを評価してそれを見守る」ということを大切にしています。「見守る」とは、寄り添い、安全を確保し、患者が安心できること、それにより患者が安心してリハビリをし、ADLの改善につながり、自立していけるのではないかと考えます。

8. おわりに

認知症高齢者は、転院による環境の変化から認知症状やせん妄症状の出現が高いことが分かりました。そのため、認知症高齢者に対してリハビリテーション看護に必要なことは以下の通りです。

- ① 入院前から情報をアセスメントし環境を整えるための準備を行う。
- ② 患者が安心できるようコミュニケーションを工夫していくこと。
- ③ 「見守る」援助をより多くし、声かけ・タッチなど行い安全を確保する。
- ④ 医療スタッフ間のリハビリテーション計画の共有を行う。

これらを十分に実践できるよう、日々看護をしていきたいと思えます。
ご清聴ありがとうございました。

認知症高齢者の転院が及ぼす影響とその対応を考える
三春町立三春病院 回復期リハビリテーション病棟 白岩優子

認知症高齢者の転院が及ぼす影響とその対応を考える

町立三春病院回復期リハビリテーション病棟 白岩優子

•4 用語の定義

認知症高齢者とは、医師によって認知症と診断された高齢者、または診断はされていないが看護師が認知症の可能性があると考える高齢者とする。

•5 研究方法:事例研究

研究期間:2018年6月～

研究対象:後期高齢者で認知症または認知機能低下によりリハビリテーション看護が困難を予測された3名の患者

1 はじめに

- 回リハ病棟へ転院する患者には、高齢で認知障害を伴っている人もいる。
- 認知症高齢患者は、転院という環境変化に対して、心身へ影響を受けやすい。せん妄の症状や心理行動症状が出現し、リハビリテーションの実施に影響を及ぼす場合がある。
- 入院時に認知症状やせん妄症状のみられた患者に対して、環境調整を行い、認知・理解の評価をして見守り(安全配慮)をすることで、患者の反応に良い結果が見られたのでここに報告する。

事例紹介

	A	B	C
年代	70代後半	80代	80代
診断名	中重度認知症(脳梗塞)	軽度認知障害	右半球脳卒中(軽度)
ADL	感覚性失語症(状況理解困難) 見守り	認知症(軽度)	認知症(軽度) 見守り (病院ではリエゾンチームが介入)
HDS-R	12点	12点	15点
転院行動	単独行動	一人で行く	一人で行く

•2 研究目的

回リハ病棟に入院する認知症高齢患者が、環境調整と見守りケア看護によって早期に入院生活に適応し、在宅での生活を獲得できることを明らかにする。

•3 倫理的配慮

患者様・家族様のプライバシー・個人を特定できないよう配慮し、倫理委員会の承認を得ている。

6 ケアと結果

•1)問題点

- ① 理解力の低下による、指示理解困難。
ナースコールの意味が理解できず使用することが出来ない。
自分の状態が理解できないため、一人で行動する。
- ② 環境の変化による認知症状またはせん妄症状の出現。
帰宅希望による徘徊や嘔吐、異食、放尿。
「死んだほうがいい」など訴え自分を卑く。

認知症高齢者の転院が及ぼす影響とその対応を考える
三春町立三春病院 回復期リハビリテーション病棟 白岩優子

・2)ケアの内容

- ① ADLの評価と認知力・理解力のアセスメントを実施。
- ② 環境調整。ステーション近くの病室にする。
安全を確保するために、センサーマットを使用。
- ③ コミュニケーションの工夫
笑顔で常に分かりやすい言葉で話しかける。
日常の活動や行動を声掛け誘導する。
リアリテイオリエンテーション。
- ④ 齋床を促し、リハビリ以外での活動の機会を作る。
昼夜の生活リズムを整える。
- ⑤ 安全に配慮し、行動を見守る。

過ごしやすい環境をつくる

・認知症のケアの基本6項目

- ①中核症状へのケア ②適度な運動・活動
- ③体調管理 ④会話の機会を持つ
- ⑤趣味や楽しみの活動 ⑥役目・日課がある

・パーソン・センタード・ケアでは、
「自分の居場所があって、大切にされている安心できると感じれば、どんな人でも安定して、BPSDは出にくくなるだろう」と言われている。

3)ケアの結果

A	B	C
入院1～5日目：徘徊・離院・異食があった。 入院7日目：徘徊・離院・異食は見られず、安定する。 入院10日目：失物はあるが、転院理解は良く1日の生活スケジュールに定着した行動がみられる。リハビリを実施するようになった。 転院が実施し直会後も期を許えることなく、穏やか経過する。	離院時間が短え、転院客と安定して過ごす。 入院18日：行動症状安定し、散歩見守りで歩行安定している。朝晩排便。食事で物に問題なかった。 入院18日目：日中歩行自立。 再轉の日直において生活し身近な処理動作も自立していった。 入院28日目：自宅転院される。 退院時HLSは17点と改善あり。	入院1日目：「死んだほうがいい」「息子に置いて行かれた」「替りない」と、自身の頭を叩きだすことあり。髪も剃留あり。離床が早いから降りて歩み出す。 入院9日目：日中は歩いすで過ごし、デイルームで自分の座にいると落ち着いている。気分も自分でコントロールできるようになった。 入院10日目：徘徊・離院が増える。不要行動が目立つようになる。 入院30日目：心臓病発症後、認知症に対して内服薬を認められる。 退院する。

患者が安心を得られるために

- ① 入院前からの情報が必要であり、入院後は患者をよく観察しより多くの生活情報を収集すること
- ② リハビリテーションを実施できる環境（人的・物的）を整備することで、患者の安心できる居場所をつくる
- ③ コミュニケーションについてスタッフ間で統一性がある
- ④ 患者への支援や介助を統一していく

7 考察

- ・認知症高齢者の特徴として、相手のことや話を理解する力、憶えておく力が低下しているため、普段通りの説明では本人に伝わりにくく、不安や混乱を引き起こす場合がある。
- ・転院という環境の変化は、患者に影響を及ぼし、心身の症状となって表れる。
- ・患者の転院を受け入れるにあたって、環境の調整はとても重要である。

「見守る」ということ

患者自身が出来ることをアセスメントし、安全に配慮しながら「見守る」という関わりがある。この、「見守る」というケアが患者に安心を与える援助でもあると考える。

- ・患者に対して過度な刺激を与えず、できることを評価してそれを見守る
- ・寄り添い、安全を確保し、患者が安心できること。それにより患者が安心してリハビリをし、ADLの改善につながり、自立していけるのではないかと考える。

認知症高齢者の転院が及ぼす影響とその対応を考える
三春町立三春病院 回復期リハビリテーション病棟 白岩優子

8 おわりに

- 認知症高齢者に対するリハビリテーション看護
- ① 入院前から情報をアセスメントし環境を整えるための準備を行う。
- ② 患者が安心できるようコミュニケーションを工夫していくこと。
- ③ 声かけやタッチングなど行い、安全を確保し「見守る」援助をする。
- ④ 医療スタッフ間のリハビリテーション計画の共有を行う。

ご清聴ありがとうございました







