

学会発表

口述・ポスター

地域ぐるみで患者を支える「ゆふいん・食の連携チーム」の活動報告

JCHO 湯布院病院 看護部

木本ちはる

【はじめに】

2025年問題に向けて地域包括ケア推進が具体化されてきた。当院は脳卒中患者を中心に1999年から嚥下チーム委員会を組織化し、摂食・嚥下リハビリテーションに取り組んできた。2015年入院時経管栄養であった患者の転機は、在宅20%、老人保健施設21%、病院59%であり、各施設間の食に関する連携は事例を通して展開するものの、その場の支援にとどまり、線の視点を持った地域ぐるみで患者を支える支援は不十分であった。今回、「食の連携推進」を目的に町内の病院、歯科医院、老人保健施設、社会福祉協議会等が集まり研修会を開催した。施設間の抱える「食に関する問題」を共有し、地域ぐるみで問題を解決していくための指針を検討したので報告する。

【研究方法】

湯布院町の病院3、クリニック2、歯科医院5、老人福祉施設4、社会福祉協議会1施設等に「食でつながる湯布院町」というテーマで研修会開催を説明し、参加の同意を得た後、研修会を開催した。研修会の中で「自施設に於いて食事に関して困っている事」についてグループワークを行った。その中で明確になった「食に関する問題」について今後の方針を検討した。

【結果】

グループワークには医師、歯科医師、看護師、介護福祉士、MSW、言語聴覚士、作業療法士、理学療法士等施設に関わる全ての職種が参加した。困っている内容として、高齢で虚弱な患者の増加、認知症などの合併症の対応、肺炎の増加、栄養管理の知識不足などの「疾患管理・栄養管理」、食事開始になった時、評価方法が解らない、誤嚥したら心配なので積極的に進められない、どこまで食べさせていいのか心配などの「嚥下のアセスメント・リスク管理」、食事のポジショニングが解らない、食事介助方法についての意見の食い違いがある、嚥下障害の

重症度による食事形態の調整が解らないなどの「食事介助・食事形態の調整」、患者さんが口から食べられなくなった時、適切な評価が行われないままである、患者さんが高齢になる中どのように口から食べるアプローチを進めるのか検討が必要であるなどの「方針の決定」、嚥下に関するリハビリの方法を知らない、口腔ケアに対する意識が低く方法を知らないなどの「口腔ケア・リハビリ」、施設間の食事に関する情報交換がシステム化されていない、食に関する情報用紙がなく個別指導にとどまっているなどの「連携不足」が上がった。グループワークを通して湯布院町内での食の連携チーム設立の必要性を共有することができ「いつでも、どこでも、安心して美味しい食事が食べられる町づくり」をビジョンに10月22日「ゆふいん・食の連携チーム」を設立することができた。

【考察】

「ゆふいん・食の連携チーム」を組織化し、ビジョンの共有を行い、活動規定を作成したことにより湯布院町を一つの組織として捉えることができた。今後はコアメンバーを中心に明確化した問題について十分な意見交換の場を設け、どの施設も主体的に取り組める参加型の教育、実践、相談システムの充実を図っていく。患者の経過を時系列で追い、線で見た時の「その人らしさ・家族の支援」が患者さんの希望に繋がっているのか等、倫理的視点を育てながらの事例検討会を重ねていく予定である。認定看護師は地域包括的ケアのマネジメントを推進する上で専門的な知識、技術、コンサルテーション、交渉力を活用し推進する重要な役割を担っている。

抗うつ薬が有効な内因性うつ病患者は、多くの身体症状を感じて内科外来を受診する

JCHO 湯布院病院 内科
○大隈 和喜

【はじめに】

うつ病患者は内科外来に初診することが多いが、それは身体症状を実際に感じているためと考えられる。従前からうつ病の身体症状では不眠や食欲不振が注目されているが、その他の身体愁訴も多いとされる。今回、深町の「うつ病の問診表」を用いて内因性うつ病と身体愁訴の関連を調べ、治療効果についても検討した。

【方法】

平成23年1月から平成25年12月までの3年間に当院内科外来を受診した患者のうち、うつ病もしくはうつ状態の併発を疑った患者165名に対し、深町の「うつ病の問診表」を用いた半構造面接的問診を実施した。病前性格、質問表の結果、投薬効果、その後の治療経過などを総合的に検討して、後方視的に内因性うつ病と考えられた「うつ病群」(D群60名)と、主病名が不安障害、パニック障害、心身症、未熟型うつ病、人格障害圏、統合失調症などと判断した「うつ病以外群」(O群75名)の2群に分けた。質問表の身体症状22項目、精神症状23項目について2群間で比較、検定した(χ^2 乗)。

【結果】

「うつ病の質問表」の身体症状22項目のうちD群がO群と比較して有意に多かった項目は10項目に上った。当然ながら精神症状23項目ではD群は19項目でO群と有意差が出た。D群は全例に抗うつ薬が投薬されており、平成26年6月の調査時点ですでに寛解、改善している者が85%であった。一方、O群では寛解、改善した者は50.7%で、原因不明の中断、脱落や精神科転科者も多かった。

【考察】

CMI日本版で知られる深町が作成した「うつ病の問診表」は精神症状を尋ねる前に身体症状を問うのが特徴である。精神症状とともに多くの身体症状を併有しうつ病と診断された患者

は、他病名と診断された患者より治療による寛解率が高く、これは抗うつ薬に反応しやすい結果と思われた。以上から、多くの身体症状を認知して内科外来を受診する患者には、抗うつ薬が効きやすいうつ病が多く含まれることが示唆され、内科外来における早期発見の責務は重い。

脳卒中重度片麻痺患者に対する歩行練習アシストの有用性－3次元動作解析による長下肢装具との比較検討－

Effect of Gait Exercise Assist Robot (GEAR) on locomotive kinesis of hemiplegic patients after stroke

1) JCHO 湯布院病院 リハビリテーション科
2) JCHO 湯布院病院 内科

○佐藤 周平¹⁾、宮崎 吉孝²⁾、
大隈 和喜²⁾、根橋 良雄²⁾

【はじめに】

トヨタ自動車株式会社と藤田保健衛生大学が共同で開発した歩行練習アシスト (Gait Exercise Assist Robot, GEAR) は、歩行の立脚期には膝折れを防止し、遊脚期に膝を曲げる機構を有している。今回、重度片麻痺者を対象として GEAR と従来の長下肢装具 (KAFO) を用いた歩行練習の結果を、運動学・運動力学的に比較・検討したので報告する。

【方法】

対象は、口頭での指示理解が可能な初発テント上病変の脳卒中重度片麻痺者で、歩行練習に GEAR を使用した5例 (GEAR 群: 年齢 64.6 ± 4.2 歳、FIM52.6 ± 13.5 点) と KAFO を使用した10例 (KAFO 群: 年齢 65.7 ± 9.5 歳、FIM68.3 ± 25.0 点) の2群とした。性別を除く患者背景には両群間に差はなかった。歩行練習は1日40分間、週6回以上実施した。歩行練習開始から FIM 歩行項目が5点に到達した

時点における歩行速度、歩行率、歩幅と下肢の各関節の関節角度及び関節モーメントを計測、比較検討した。計測には VICON 社製 3 次元動作解析装置を用いた。

【結果】

GEAR 群では KAFO 群に比較して歩行速度、歩行率、麻痺側歩幅が有意に改善しており ($p<0.05$)、3 次元動作解析の結果では麻痺側の股関節屈曲角度、屈曲モーメント及び膝関節屈曲角度の増加に有意差を認めた ($p<0.05$)。

【考察】

GEAR 群では麻痺側において遊脚期の股関節・膝関節の屈曲角度と立脚終期の股関節屈曲モーメントが増加しており、振り出しの学習に有効であったと考える。脳卒中重度片麻痺者の歩行能力改善に関して、GEAR は従来の KAFO を用いた歩行練習より有用性が高いことが示唆された。

歩行練習アシスト (GEAR) は脳卒中片麻痺者の歩行能力を飛躍的に改善させる

GEAR drastically accelerates an improvement of gait potency for hemiplegic patients after stroke

JCHO 湯布院病院

宮崎 吉孝、大隈 和喜、根橋 良雄

トヨタ自動車株式会社と藤田保健衛生大学が共同開発した歩行練習アシスト (GEAR: Gait Exercise Assist Robot) は、片麻痺側下肢に装着するロボットで、立脚時には長下肢装具 (KAFO) 同様に膝を支持するが、遊脚時には短下肢装具 (AFO) 同様に膝を屈曲させ、下肢の振り出しが容易にできるように工夫されている。本研究では GEAR の効果を検証した。

【対象と方法】

2015 年 8 月以降に当院回復期に入院した脳卒中者 5 名に GEAR を用いた歩行訓練を実施した (GEAR 群)。全て 60 歳代の男性で、重度片麻痺があり、顕著な高次脳機能障害を認めなかった。過去 3 年間に当院回復期において KAFO を使用した 60 歳代男性の脳卒中者 7 名全員のデータを対照として使用した (KAFO 群)。両群間で疾患、重症度等の背景に差を認めなかった。各々の訓練法による歩行練習を 40 分 / 日、週 6 日実施し、FIM の歩行点数で評価した。FIM5 点および 6 点に到達した割合と訓練開始から到達までの期間について両群間で比較した。

【結果と考察】

FIM5 点到達率は、GEAR 群 100%、KAFO 群 71% で、到達までの期間は、GEAR 群 35 (30-37) 日、KAFO 群 104 (100-133) 日であった。FIM6 点到達率は、GEAR 群 60%、KAFO 群 38% で、到達までの期間は GEAR 群 67 (59-84) 日、KAFO 群 135 (119-147) 日であった。FIM5 点、6 点への到達期間はいずれも GEAR 群で有意に短かった ($P<0.05$)。GEAR の訓練によって歩行自立までの期間を飛躍的に短縮できることが示唆された。

緩和ケア病棟の「あるべき姿」を病棟スタッフと共に考える

— 術前訪問から麻酔導入まで —

JCHO 湯布院病院

田中 淑子、平井 雅子、梅尾さやか

【目的】

当院の看護理念は「その人らしさを専門的に支える信頼される看護」である。H27 年 5 月に緩和ケア病棟を開設し 8 ヶ月が経過した。病棟の基本理念は「患者と家族の抱える身体や心のつらさが和らぐように、その人らしさを尊重

し、1人1人の思いを大切に「した支援」である。緩和ケアについて知識を深めながら思い悩む場面もあり、自分達の「あるべき姿」を明確にすることが必要であると感じた。

これからの緩和ケア病棟を支えていくために、病棟の基盤作りに取り組んだためその経過について報告する。

【方法】

スタッフ全員に出来ている・出来ていない看護を記載してもらい、行いたい・行うべき看護・介護について、KJ法を用いて行った。

【結果】

出来ている看護として、患者・家族とのコミュニケーション・小集団活動（学習会・レクリエーション）・患者個々に合った看護ケアの提供などがある。出来ている看護と「あるべき姿」を照らし合わせ、自分たちが迷い込んだときに立ち返る場所を可視化・言語化していくこととした。

目指す「あるべき姿」は基本姿勢のケアリングの心であり、患者・家族中心のケア提供と人の尊厳を大切にしたいニーズに合わせた看護である。また専門的に緩和ケアに必要な症状マネジメントの知識を高め、実践していくことである。

【考察】

「あるべき姿」に向かい、個々のスタッフが能動的且つ主体的に看護ケアを行い、言語化していくことが病棟発展に繋がると考える。

リハビリテーションマネジメントの実践により在宅でADLが改善した肺炎後廃用症候群の1症例

1) JCHO 湯布院病院 訪問リハビリテーション事業所

2) JCHO 湯布院病院 リハビリテーション科

菅 雅史¹⁾、河野 将太¹⁾、
佐藤 友美²⁾、米倉 正博²⁾、
大隈 和喜²⁾

【はじめに】

肺炎により急性期病院に入院し自宅退院した事例を通し、リハビリテーションマネジメントの実践が対象者のADL向上に寄与できる経験をした為、以下に報告する。尚、対象者及びその家族に対し発表の主旨を説明し同意を得た。

【事例紹介】

80歳代女性、長女と2人暮らし。畑仕事や家事全般に自立した生活を送っていた（要介護4）。偽膜性大腸炎の既往あり。X年、肺炎にて入院治療し1ヶ月後に自宅へ退院した。直後から、1)週5回のオムツ交換と食事準備などの訪問介護、2)生活全般の評価・訓練の訪問リハ、の利用を開始した。長女は介護に積極的だが日中は不在で介助指導等も受けておらず要領は得られていなかった。

【初期評価】

BMI20.7、麻痺なし。HDS-R25点、MMT上肢4、体幹・下肢3、ROM制限なし。

BI:40点、基本動作は臥位での体位変換、起居・移乗も全介助状態。食事は端坐位保持困難なためベッド上ギャジアップで自力摂取は可能、排泄は尿意・便意はあるものの移動不可のため日中・夜間共にオムツ使用していた。本人の希望は「家族に迷惑をかけず家で生活したい」であった。

【目標と経過】

認知面が良好で元々自立しており肺炎後の廃用変化が主なことから、集中的な関わりにより3ヶ月で排泄は自立すると予測した。担当者会議で目標を「車椅子での自宅内移動とトイレでの排泄自立」とした。他ADLについては生活機能の改善に併せて訓練することとした。第1

期（2ヶ月）：体幹機能の補助としてベッドに手摺りを設置した。筋力訓練、基本動作訓練、排泄訓練、訪問介護と同行訪問による介助指導等を実施した。1ヶ月で起居、2ヶ月で移乗・立位保持が安定し、車椅子移動での排泄が自立した。その他の日常生活動作も本人・家族に指導し自立した（BI：80点）が、入浴・階段昇降は介助を要した。第2期（2ヶ月以降）下肢・体幹MMT 4へと改善したので歩行自立可能と予測し、訪問リハ時にアームウォーカー歩行を導入した。担当者会議の目標も「アームウォーカー歩行での自宅内移動自立」と変更し、定着を促すべく訪問介護と同行訪問し、電話で状況を確認した。結果、約4ヶ月で目標達成した（BI：90点）。現在、新たな目標として「T字杖での自宅内移動の自立、庭の草取りが家族と行える」を掲げて訪問継続中である。

【考察】

本症例への介入は急性期治療後の廃用症候群による生活混乱期であり、適切な評価と他職種の協働が必要であった。訪問介護との同行、電話による状況確認、目標変更時の担当者会議での情報共有など、PDCAサイクルのCAの部分も手際よく行えたことがADL向上に繋がったと考える。急性期治療直後の訪問リハの意義と家族や他職種が関わる時間も包括するリハビリテーションマネジメントの重要性が示唆された。

上咽頭がんの放射線治療を既往にもち、舌がん再発後に経口摂取を断念させられた一例

～経過と経口摂取に向けた取り組み～

1) JCHO 湯布院病院 リハビリテーション科

2) 耀光リハビリテーション病院

○木村 暢夫¹⁾、山本 周平¹⁾、
中野 貴雅¹⁾、松尾 真弓¹⁾、
衛藤 素子¹⁾、谷岡 優花¹⁾、
三ノ宮美紀¹⁾、木本ちはる¹⁾、
大隈 和喜¹⁾、根橋 良雄¹⁾、
本多 知行²⁾

【はじめに】

今回、上咽頭がんの放射線治療を既往にもち、舌がん切除術後に重度嚥下障害を呈した症例を担当した。治療後に経口摂取を断念させられた症例に対して、リハビリテーションを行い、ごく少量の水分摂取の実現と自己受容に繋げることができたので訓練経過に考察を加え報告する。

【症例】

67歳、男性。X年上咽頭がん（CRT60Gy施行）、X+10年10月に右側舌がんにて舌部分切除後は自宅にて普通食を摂取。X+11年12月に舌がん再発と両側頸部リンパ節転移を認め、気管切開術、腫瘍切除術、右下顎骨区域切除術及びプレート再建術、両側頸部廓清術、大胸筋皮弁再建術を施行。X+12年1月胃瘻造設。X+12年2月当院緩和ケア病棟に入院。主訴「飲み込みの状態を正直に教えて欲しい」。入院時所見：ADL自立。右軟口蓋麻痺、催吐反射減弱（右<左）、カーテン徴候、舌の偏位（右側）、右側舌萎縮。発声発語所見：嗄声、開鼻声あり。最大発声持続時間：2.1秒、最大開口位：15mm、発話明瞭度：4、RSST：0回、摂食嚥下グレード：2、摂食状況のレベル：1

【経過】

入院時「本当に口から食べられないのか、納得するまでお願いします」との要望あり。嚥下間接訓練は、口腔ケア、頸部ストレッチ、口腔器官運動、咳嗽訓練、構音訓練、チューブ飲み込み訓練などを実施。直接訓練は姿勢調整法、

学会発表（口述・ポスター）

トロミ冷水での嚥下訓練を実施。嚥下訓練の他に、肩関節可動域訓練や代償筋強化訓練を実施。18日目のVF検査後よりギャッジアップ45度、一側嚥下（左側下）にてトロミ水分2mlをST介助で開始。32日目より自力摂取を指導。40日目より口腔外頸部瘻孔部からの排膿や右側口腔内出血や疼痛を頻回に認め積極的な嚥下リハは困難となる。本人より「1滴でも口から飲めることがわかって良かった」との感想あり。72日目震災にて自宅近郊の緩和ケア病棟へ転院となった。

【考察】

本症例は、術後の嚥下評価やリハビリが不十分なまま当院に入院となったケース。本人、家族へ経口摂取に向けた評価、訓練を十分説明しながら実施し、少量の水分は経口摂取可能であることが判明した。併せて、自己の嚥下能力への理解も深まった。本症例のアプローチ内容や方向性はこれで良かったのか、また地震の影響で転院していなければ何ができていたのかについて皆様のご経験やご助言を伺いたい。

動脈領域に血管炎を合併し意識レベルⅢ-100へと低下した。入院22日後より全身のリラクゼーションを開始、実践内容は日本ヒューマンナーシング研究会の生活行動回復看護技術に示す「用手微振動療法」「ムーブメントプログラム」を組み合わせ、20分間のプログラムを毎日実施した。援助開始後の意識状態は3日目、座位時に一時的な開眼、13日目、呼びかけに容易に開眼、19日目、端座位時、周囲を見るようになり右手で柵を持った。48日目、常時開眼、不明瞭だが発語が見られた。嚥下機能は、22日目、氷片、飴なめを開始、56日目、覚醒状態が安定し、リクライニング30度で嚥下リード開始、経過中肺炎の合併認めず、85日目、ゼリー2品へ移行した。

【考察】

看護師が全身のリラクゼーションを継続したことは、廃用による身体拘縮を予防し、頻回な声掛け、座位訓練の強化は意識レベルの向上に繋がったと考えられる。リハビリ以外の生活支援の時間に看護師や家族で患者に頻回な刺激を入れられるような一日の過ごし方が重要である。

ヘルペス脳炎後の重症嚥下障害の一症例

JCHO 湯布院病院

木本ちはる、野上 万世、松尾 真弓、
木村 暢夫、本多 知行

【はじめに】

87歳の女性でヘルペス脳炎の再発、血管炎の合併により遷延性意識障害を呈する事例を経験した。回復期リハ9単位に加え、看護師が全身のリラクゼーションを行った。一日の生活リズムに視点を置き多職種で頻回な刺激を行ったことにより、意識状態が改善し経口摂取を開始することができたので報告する。

【看護の経過】

回復期リハ病棟へ入院12日後、両側前大脳

Analysis of the Relationship between Dural Treatment and the Recurrence via a Posterior Approach for Ventrally located Spinal Meningiomas

JCHO 湯布院病院 整形外科
阿部徹太郎

Materials and Methods

Examination Item

- ✓ Tumor position
- ✓ Histopathological type (subtype)
- ✓ Duration of operation
- ✓ Intraoperative blood loss
- ✓ The level of tumor excision (Simpson grade)
- ✓ Pre- and post-operative walking state (Nurick grade)
- ✓ Perioperative complications
- ✓ The presence/absence of recurrence



Abstract number(43068)

Analysis of the Relationship between Dural Treatment and the Recurrence via a Posterior Approach for Ventrally located Spinal Meningiomas

Department of Orthopedic Surgery, Oita University
Tetsutaro Abe, Masashi Miyazaki, Shozo Kanezaki, Naoki Notani, Toshinobu Ishihara, and Hiroshi Tsumura



Materials and Methods

Operative Technique

- ✓ The operation was performed with a posterior approach. The vertebral arch at the level of the tumor was excised, and the dura mater was exposed. If there were any concerns over postoperative instability, stabilization with instruments was used.
- ✓ At the occurrence site, a full layer of dura mater was excised if possible, and was reconstructed using artificial dura mater (Simpson grade I).
- ✓ When excision or reconstruction was difficult, the dura mater at the occurrence site was coagulated with bipolar forceps (Simpson grade II).



Introduction

- ✓ Spinal meningioma is a relatively common tumor amongst intradural extramedullary spinal tumors.
- ✓ To prevent recurrence, excision of the dura mater at the occurrence site is important, in addition to the complete removal of the tumor itself.
- ✓ When the locus of the spinal cord tumor is located on the anterior side, dura mater excision and reconstruction become technically difficult, leading to poor results.

The purpose of this study was to examine postoperative tumor recurrence following excision of anteriorly located spinal meningioma using a posterior approach.



Results

Patient's demographic data

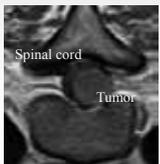
No	Sex	Age, yr	F/U, mo	Level	Subtype	Nurick grade Preop	Nurick grade Postop
1	F	58	24	C6-7	meningiomatous	4	1
2	M	58	37	T2-3	meningiomatous	3	1
3	F	47	36	T11-12	meningiomatous	3	1
4	F	88	52	T12	psammomatous	4	3
5	F	70	60	T10-11	psammomatous	2	1
6	F	81	22	T5-6	meningiomatous	4	1
7	F	67	26	T10	psammomatous	4	2
8	F	87	132	T9	meningiomatous	4	2
9	M	62	84	C6-7	meningiomatous	3	1
10	F	47	60	T7-8	psammomatous	3	1
11	F	79	80	T8-9	meningiomatous	3	1
12	M	51	52	C6-7	meningiomatous	3	1



Materials and Methods

- ✓ 12 patients, who received surgical treatment for anterior spinal meningioma at our hospital (3 male and 9 female).
- ✓ The average age is 66.3 years old (47-88 years).
- ✓ The average observation period is 55.4 months (22-132 months).

※Anterior occurrence is defined as an occurrence on the anterior side from the denticulate ligaments.




Results

Surgical outcomes

No	Simpson grade	Operation time(min)	Intraoperative blood loss(ml)	Instrumentation	Neurological Complication	General complication	Recurrence
1	I	233	250	-	-	-	-
2	II	315	50	+	-	-	-
3	II	222	180	+	-	-	-
4	II	165	110	-	-	-	-
5	II	240	85	-	-	-	-
6	II	211	110	+	-	-	-
7	II	205	130	-	-	-	-
8	II	190	230	-	-	-	+
9	II	115	260	-	-	-	-
10	II	225	405	-	-	-	-
11	II	265	490	-	-	-	-
12	I	230	50	-	-	CSF leakage	-



Discussion

Protection of the spine

In all cases, we identified no neurological complications.



Depending on the size of the tumor, we expanded the vertebral arch excision vertically for the safety and sufficient working space.

On the other hand, Kim et al. performed complete excision of the large anterior spinal meningiomas with only posterior approach laminectomy. (Kim CH et al. SPINE 2011)

Sufficient working space cannot always be secured to perform a Simpson grade I excision. In addition, if there are adhesions, risk of complications such as nerve damage and liquorrhea increases significantly. (Schaller B et al. J Neurooncol 2005)

Discussion

Complete resection and Recurrence rate

In our cases, Simpson grade II resection was 83.3% (10 of 12 cases). → One recurrence case.

For anterior meningioma, there is a risk of nerve damage. And excision of the dura mater on the occurrence side and subsequent reconstruction are difficult. Therefore, surgical treatment for spinal meningioma is often limited to Simpson grade II excisions.

- ✓ In the report of spinal meningioma resection, the recurrence at 11.5 years post-procedure was 0 (0/43) in cases with Simpson grade I excision. While, recurrence at 12 years post-procedure was 31.6% (6/19) in cases with Simpson grade II excision. (Nakamura M et al. SPINE 2012)
- ✓ Patients under 50-years old had a relatively high recurrence rate. (Cohen-Gadol AA et al. J Neurosurg 2003) (Nakamura M et al. SPINE 2012)

If an anterior occurrence of spinal meningioma is predicted, the operative procedure and approach should allow for Simpson grade I excision (especially in younger people).

Conclusions

- ✓ We examined postoperative tumor recurrence following excision of anteriorly located spinal meningioma using a posterior approach.
- ✓ If an anterior occurrence of spinal meningioma is predicted, the operative procedure and approach should allow for Simpson grade I excision.
- ✓ The postoperative observation period was short at 55.4 months. Therefore, extension of the observation period may provide more reliable data of recurrence in patients undergoing Simpson grade II excisions.

地域包括ケア病棟退院後の生活課題解決に対する訪問リハビリテーションとの連携の有用性

Usefulness of cooperation with the visit rehabilitation for reconstruction of activities after discharge community-based care unit

JCHO 湯布院病院

佐藤 友美、菅 雅史、大隈 和喜

【はじめに】

医療機関に入院している患者に作業療法を行うとき、入院環境という模擬的な環境での練習に留まり、患者と家族が望む生活の再建に向けた生活課題が未解決で退院を迎えることが少なくない。そこで当院地域包括ケア病棟では、退院後の生活課題を本人と家族と共に検討した上で、実際の場での練習が必要と判断された場合は訪問リハビリテーション（以下、訪問リハ）を提案している。この取り組みが有用であるかどうかを明らかにするため、本研究では、地域包括ケア病棟を退院し訪問リハを利用した患者の課題解決状況を追跡調査した。その結果、退院後短期間での生活課題の解決に訪問リハが有用と示唆されたため以下に報告する。

【対象と方法】

対象は、H27年4月～H28年1月までに当院地域包括ケア病棟を退院し、訪問リハを利用した患者10名（男性3名、女性7名、平均年齢84.4歳、運動器疾患8名、脳血管疾患2名、FIM平均94.5）とした。方法は、①カルテからの情報収集、②入院担当及び訪問リハ担当療法士からの聞き取り（調査項目：退院時の生活課題、訪問リハプログラム及びその経過、他の公的サービス利用状況）を行い、その結果を分析した。なお、生活課題は入院担当者が設定し、訪問リハ担当者へと引き継いだ項目とした。対象者と家族に本研究の趣旨を説明し、協力への同意を得た。

【結果】

対象者10名のうち1名は再入院による訪問リハ中止のため除外し、9名（男性3名、女性

6名)を解析した。生活課題は、外出の自立4名、家族との外出や散歩3名、入浴の自立3名、家族の介護要領の習得3名、転倒リスク箇所の評価1名であった。課題の根拠は、「整形疾患により入院前とは異なる動作が必要な活動があり、実際の環境での練習が必要」、「家族の不安」、「再発予防に向けた活動の提案」、の3つに分類された。

生活課題の解決を目標とした訪問リハでは、実際の生活の場で動作指導、段取りや環境の工夫の提案を行っていた。入浴の自立を目標に掲げた3名中2名は、家族が通所サービスの利用を希望したが、自立が可能なことを説明し、サービス担当者会議にて合意を得た上で訓練をしていた。

結果、全例において目標の生活課題を解決し、うち6名は訪問リハ利用を終了した(うち2名は介護保険利用終了、4名は通所系サービスや訪問介護に引き継いだ)。課題解決までの期間は、1か月以内が8名、5カ月が1名であった。訪問リハ継続の2名の理由は、1名は新しい生活課題解決のためであり、もう1名はADLに全介助を要し、主介護者にも認知機能低下がある中での二人暮らしであり、かかりつけ医より継続的な支援が必要と判断を受けたためであった。また、2名ともに本人と家族が訪問リハの継続を希望していた。

【考察】

全例において、入院中に抽出された生活課題を、訪問リハによる生活の場での適切な動作指導、環境調整で解決ができた。日本作業療法士協会が推進している生活行為向上マネジメントでは、患者の「したい生活行為」実現のために社会適応プログラムが必須とされている。入院での作業療法では十分に行えない社会適応プログラムを、訪問リハに連携することで実施でき、短期間で目標達成できる可能性が示された。一方、こうした連携の前提条件として、入院中から本人、家族と共に生活課題を明確に評価できていることと、患者と家族との合意が得られていることが肝要と考える。

本研究の限界として、入院担当者が挙げた生活課題の妥当性と、訪問リハを利用しなかった患者との比較検討ができていないことが挙げられる。今後の課題としたい。

地域包括ケア病棟における退院調整

～独居者への退院調整のあり方～

JCHO 湯布院病院

日野 幸子

【はじめに】

地域包括ケア病棟の役割は、急性期病院と在宅への橋渡しである。地域包括ケア病棟(以下A病棟)の入院患者の主たる疾患は、循環器及び呼吸器疾患・内分泌疾患や整形外科疾患で、A病棟のH27年の平均年齢は73.7才、在宅復帰率は84.6%であった。脊椎椎体骨折で入院する患者が1割弱いたが、退院時は歩行レベルで退院した患者が87%であった。そこで、回復期リハビリテーション病棟に比較しリハビリテーション提供単位が少ない地域包括ケア病棟での脊椎椎体骨折の実態を調査し、独居者への退院調整のあり方を考える。

【期間および対象】

地域包括ケア病棟を運用開始したH27年5月～H28年3月まで入院した脊椎椎体骨折患者

【方法】

カルテからの抽出

【結果】

入院患者378名中、主たる病名が脊椎椎体骨折患者は23名6.1%であった。男性4名・女性19名、平均年齢86.4歳であった。入院前の環境は独居6名、老夫婦世帯3名、子供との同居13名、施設1名であった。在宅復帰者は22名95.6%で、退院時の機能レベルは歩行レベル20名87%、車イスレベル3名13%で、全員が受傷前の状態に改善していた。独居者6名は全員が在宅復帰しており、脳梗塞片麻痺車イスレベルの患者が1名いた。

【考察】

限られた入院期間で独居生活を再開できたのは、在宅復帰を目指した詳細な情報収集や退院前在宅訪問での実際の動作確認、そして在宅生

学会発表（口述・ポスター）

活を継続するために何が必要かを入院中早期から明確にして解決したからである。私たちは、患者の機能レベルを見て「独居は無理だ」と考える傾向にある。しかし、「在宅復帰したい」という患者の強い意志を尊重しながら、院内の多職種や訪問看護・地域と連携し、住み慣れた地域でその人らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう退院支援していく必要がある。

3. 備蓄食の食形態と量
4. 病棟閉鎖と患者の退院・転院
5. 災害支援ナースの組織的活動
6. 災害対策本部の運用
7. 災害対策マニュアルの見直し
8. 職員の労務管理とメンタルサポート

個々の問題点については現在分析中で、発表時に詳述する。

【おわりに】

今回の震災では多くの職員が被災者であったが、医療者としての責任感や湯布院病院への思いから、深夜時間帯にも関わらず多くの職員が自ら駆け付け、夜通し水の処理にあたった。患者・職員の誰一人犠牲者が出なかったこと、真冬や真夏など自然環境が厳しい季節ではなかったことが不幸中の幸いであった。湯布院病院として、今回の震災を教訓として、病院の状況に応じた備えに向けて取り組まなければならない。

2016年4月の熊本・大分地震による被災への対応 その1

～今後の災害対策に向けての課題～

JCHO 湯布院病院 看護部

麻生真紀子

【はじめに】

平成28年4月16日深夜、熊本地震に伴い湯布院町もM6弱の揺れが発生し、湯布院病院は建物の損壊やライフラインが障害された。飲用水を供給する屋上の高架水槽が破損し、8tの水が天井を突き破り病棟へ一気に流れ込み、スプリンクラーも破損した。この時、院内には当直医・当直師長の他、病棟夜勤者14名、および施設・設備担当者と守衛各1名が勤務していた。地震発生直後、職員約90名は病院に自主参集し、天井から流れる水の病室流入を防止する作業を停電の中で行った。その後、飲用水や雑水の完全復旧まで7日間を要した。

【目的】

今後の災害対策等に活かすために今回の震災への対応を振り返り、課題を明らかにすることを試みた。

【結果】

下記の問題点が抽出された。

1. 飲用水の水質の保障
2. 排泄物の処理と感染症発生のリスク

2016年4月の熊本・大分地震による被災への対応 その2

～リハビリテーション科の活動～

- 1) JCHO 湯布院病院 リハビリテーション科
- 2) JCHO 湯布院病院 院長
- 3) JCHO 湯布院病院 内科診療部
米倉 正博¹⁾、根橋 良雄²⁾、
大隈 和喜³⁾

【はじめに】

平成28年4月16日1時25分に湯布院町は震度6弱の地震にみまわれ、その後も余震が続いた。被災直後、当院は停電・断水の状況となった。病院の復旧へ向けてリハ科の対応について振り返り、被災時の今後への教訓としたい。

【地震直後の病棟支援】

地震直後には、病院近隣の寮・アパートから

スタッフが自ら集結し、余震が続く中、深夜から明け方まで職域を超えて復旧にあたった。余震が繰り返し発生し被害拡大の可能性があったので、病棟運営の支援としてリハ科職員を4グループに分け8時間勤務の3交代制とし3日間実施した。リハビリ科スタッフが夜間にも在棟し、患者の介護支援と共に、余震時の声掛けや配膳を行った。

【入院患者へのリハビリ対応】

被災日より患者はベッド上で過ごす時間が長く、廃用症候群が危惧されストレスがたまつたとの発言も聞かれた。廃用症候群予防や心理的支持として3日目より一部の患者に20分（1単位）のリハビリ訓練から開始した。早期より、廃用予防、心理的安定、生活リズムの調整、離床機会の確保に留意した。結果的に能力の低下を示した患者は認めなかった。また、断水による患者転院に際しては、単なる情報提供に留まらず、セラピスト、MSWが同行して説明を行った。

【訪問リハ・介護支援事業・通所リハ利用者へのリハビリ対応】

訪問リハ・介護支援事業所では、利用者の被災状況の確認と共に能力低下予防のため、4日目より利用者への訪問を開始した。また、通所リハでは6日目より近隣の公民館を借り、利用者を集め午前・午後に分け3日間実施した。住宅等の被災が無い者でも、活動量の低下や不安の増大、生活リズムの乱れ等により生活不活発に陥っている状況が窺えた。早期に対象者を発見し集う場を提供することが必要であると考えた。

【おわりに】

病院職員としての病棟支援、専門職としてのリハビリによる患者・利用者のサポートに十分な活動が行え、貢献できたと考える。

2016年4月の熊本・大分地震による被災への対応 その3

～災害支援ナースとしての報告～

JCHO 湯布院病院

日野ますみ、河野 裕希、森山 志枝、
工藤 三幸

【はじめに】

当院は、現在災害支援ナースは4名いる。2015年は、全職員に対して防災の意識調査を行い様々な意見があげられた。その結果、災害支援ナースを中心に、災害コアチームを立ち上げ、多職種20名が月一回の会議開催で院内のマニュアルの見直しや災害の整備状況の学習を実施していた。地震発生直後より、災害支援ナースとして院内の患者の安全を最優先とした活動を開始した。

【活動報告】

災害支援ナースの院内での役割を検討し、感染拡大防止や食事提供・排泄に関する諸問題の対応もあったが、特に災害関連死等を予測した身体管理を重視し、患者全員に血圧測定3回/日・食事量と飲水量のチェックを実施した。またこの災害の記録をビデオ撮影で残り院内の災害対応が振り返れるようにした。度重なる余震に看護職員も緊張し、普段の看護ケアに対する思考が出来にくい状態に陥っていることを感じた。支援ナースとして巡回時には、不安や要望などを確認し管理者への報告に努めた。建物の安全性の確認後は、今必要なケアの提供として、全員の更衣や清潔（清拭・陰部洗浄）への実施を提案した。また、部署により汚物処理法に差異があり、ノロウイルス感染のアウトブレイクが1病棟で起きるなど、予防策の実践方法を視覚で確認できる工夫などを必要とした。躊躇するスタッフや、不安で活動できない看護師もみられ、意志の統一を図ることは非常に難しいと感じた。自宅や家族の不安を抱える患者の傍に寄り添いメンタルサポートに配慮した。

【今後の課題】

今回の経験から全職員が災害教育を受ける機会を持ち、個々が実践できるアクションカード

学会発表（口述・ポスター）

などを作成して役割認識を持てる取り組みや、患者・家族への院内災害対策への提示などを検討して次の災害に備える準備は必要であると考えている。

2016年4月の熊本・大分地震による被災への対応 その4

～災害時における地域連携部門の役割～

JCHO 湯布院病院 医療社会福祉相談室

割石 高史

【はじめに】

平成28年4月16日に発生した熊本地震に伴い、断水や病棟破損などにより、通常の医療機関として機能を果たせない状況となり、患者の安全と治療の継続を優先し、短期間で多くの患者の退院調整を行った。今回、被災時の状況やその後の経過を振り返り、災害時における地域連携部門の役割を考察したため報告する。

【被災時の状況とその後の経過】

被災時、患者は205名在院、内訳は一般病棟45名、回復期病棟55名、地域包括ケア病棟（2病棟）97名、緩和ケア病棟8名であった。上記被災状況を踏まえ退院調整を進める事となり、本人・家族への説明と退院先について希望の聴取、受入れ可能医療機関の情報収集、搬送手段の確保の3点について地域連携部門の職員で対応した。その結果、震災後1週間で153名の退院調整を実施し、転帰先は自宅92名、医療機関52名、介護施設9名であった。また急遽退院調整を進めた事もあり、震災後1週間後より転帰先へ個別訪問を行った。

【考察・まとめ】

当院の入院患者は亜急性～慢性期のリハビリテーションを目的とする方が多く、そのような患者にとって活動が制限される病棟環境等は、安静による廃用症状の進行や自立支援に向けた

意欲の減退等も懸念された。そのため個々の患者にとって必要な時期に適切な関わりを行う事ができる療養環境を保証するという観点からも今回退院調整を進めたことには意義はあったと考える。また転帰先への個別訪問を行った事で詳細な情報提供が行えたことや、自宅退院となった患者の生活状況を把握する事で再入院の必要性を検討する事に繋がられた。その一方で、被災した同地域の医療機関や介護施設との連携や外来患者などの状況把握などには課題を残した。今回の経験を踏まえ、災害時における地域連携部門のマニュアル作成に繋がりたい。

平成28年熊本地震における湯布院町民に対する当院のリハビリテーション支援活動

JCHO 湯布院病院 リハビリテーション科

○大田 繁、佐藤 友美、大隈 和喜、
根橋 良雄

【はじめに】

平成28年4月に発生した熊本地震により、大分県由布市は震度6弱を記録し、道路・建物に甚大な被害を受け1000名以上の市民が避難生活を強いられた。そこで、大分県リハビリテーション支援センター湯布院病院（以下、県リハ支援センター）は大分県健康づくり支援課からの依頼を受け、廃用症候群、エコノミー症候群の予防を目的に集団、個別介入を行った。今回、介入経過及び結果について整理し、今後の災害に対するリハビリテーション関連職種（以下、リハ職）の介入の在り方についてまとめたので報告する。

【概要】

平成28年4月22日～5月6日、午前・午後1時間、公的避難所2施設において対象者延べ62名に対し、4名1組のリハ職（PT7名、OT3名、ST1名、DH1名）が支援にあたった。

【支援内容】

今回、地震による由布市の被害は住宅の倒壊は少ないものの、ライフラインが寸断されたため、日中自宅で過し、夜間は避難所で過すという生活スタイルをとる高齢者が多かった。そのため派遣当初、避難高齢者の生活課題抽出を目的に保健師からの基本情報を収集し、対象者の生活機能の評価を実施した。その後、床上動作や移動が不安定な者には環境整備を行い、安全で活動的な生活空間の確保に努めた。次に、集団体操によって運動機会を提供すると共に生活不活発病に対するリーフレット作成やポスター掲示を実施した。余震回数の減少に伴い避難者が少なくなり、リハ職の介入を終了した。

【まとめ】

避難所生活へのリハ職の介入では、1) 環境変化に伴う生活機能低下者の発見と廃用予防のための運動機会の提供、2) 避難所の環境整備、3) 新たな生活課題の抽出や健康不安などの情報を保健師やケアマネジャーへ発信すること、などが重要と考えた。今後も上記を踏まえ県リハ支援センターとして、被災地へリハ職派遣にあたりたい。

自費検査への取り組みについて

JCHO 湯布院病院 臨床検査科

大塚 美里、佐藤 清八、志賀美佐子、
衛藤 文子、大山 佳宏、河野 大吾、
江藤 美幸、岩下 大輝、福永 充

【はじめに】

特に症状がなくても、潜在的な疾病や将来の罹病リスクに不安や疑問を抱えている人は存在する、又従来何らかの検査を希望しても、その実施に困難を伴う場合がある。保険診療の対象にならない時、健康診断では実施時期や項目の制限があること、また人間ドック等での希望しない検査もおこなう負担等が挙げられる。そこで当院では本人が検査項目を自身で選択し、か

つ希望する時期に検査がおこなえるように自費検査を開始した。

【目的】

検査項目を自ら選択し希望する人に対して、その要望と本人の状況を十分に確認し、適切な検査項目選択のサポートと検査前説明などによりニーズに充分応える体制作りをおこなうとともに多くの人に臨床検査を知ってもらうことを目指した。

【経過】

平成27年4月より自費検査開始に向けて検査項目の実質単価を算出、保険点数などを確認し、自費検査の意義が高いと思われる項目を抽出し、金額設定をおこない、検査申込書・予約伝票・検査内容の説明書などの書類と検査フローチャートを作成した。検査科内の勉強会開催、職員への啓蒙をおこなった。ポスターなどにて来院者などへ予告案内をおこない自費検査を平成27年11月より開始した。

【まとめ】

今回の試みによる成果としては、検査に対する質問などが多くなり患者等とのコミュニケーションの機会が増えた。その際、解りやすい説明を心がけるようになったことで各検査技師の検査への研鑽の機会にもなり業務への意欲向上に繋がった。更に保険点数や実質単価を再確認し、試薬単価などの見直しが出来、経費削減に繋がった。一方で課題として多くの人に自費検査を周知し、理解を深めてもらうことや検査に関する不安や疑問などを少しでも軽減し、解りやすい説明が出来るよう更なる研鑽が必要と思われる。

iPad® を用いた術前オリエンテーションの試み

～説明用紙との比較検討と効果～

JCHO 湯布院病院 手術室

工藤 三幸

【はじめに】

A 病院では、整形外科単科手術を年間約 300 例行っているが、これらに対して術前オリエンテーションの際、手術室入室～退室までの流れを紙面で説明していた。高齢者には動画の方がよりイメージしやすいと考え、動画を用いたオリエンテーションの効果について比較検討を行った。

【研究目的】

動画を導入し、手術への不安・緊張の軽減を図る。術前オリエンテーション方法を統一する。

【研究方法】

対象は全身麻酔・硬膜外麻酔・腰椎麻酔患者 25 名・手術室看護師 7 名

【期 間】

H27 年 9 月 11 日～12 月 2 日

【方 法】

紙面のみ使用を以下 A 群、iPad® 使用（紙面も手渡す）を以下 B 群と称す。両群を対象に術前オリエンテーションについて術前後に聞き取り調査。不安や緊張の評価に疼痛フェイススケールの表情図を使用し患者が選択。手術室看護師を対象に iPad® 使用前後でアンケート調査。

【倫理的配慮】

個人情報・調査内容は本研究以外に使用しないことを説明し、個人が特定されないようデータのみ使用した。

【結 果】

術前フェイススケール平均点は、A 群 2.76 点/B 群 2.11 点。術後に「術前オリエンテーションを覚えている」割合が A 群 64.7% /B 群

77.7%。紙面では患者に提供する情報量に看護師の個人差があったが、iPad® 使用により説明手段が統一できた。

【考 察】

動画を視聴することは手術室で行われるケアや行為のイメージが容易にでき、術前の精神的不安の軽減につながった。

【まとめ】

視覚的教材での術前オリエンテーションは、術前の不安の軽減に有効。

【おわりに】

病棟と連携し内容の改良を図り、より安全・安心な周術期看護を目指す。

退院支援としての歯科衛生士情報提供書の有用性について

～看護リーダーを導入して～

1) JCHO 湯布院病院 リハビリテーション科

2) 一般社団法人 大鶴歯科医師会

○三ノ宮美紀¹⁾、小田 佳子¹⁾、
木村 暢夫¹⁾、大隈 和喜¹⁾、
川上 昌也²⁾、吉村 順子²⁾、
野上 浩志²⁾、酒井 珠材²⁾

【目 的】

当院では、平成 27 年 4 月より退院支援に向けた取り組みとして必要に応じて歯科衛生士情報提供書の発行を行っている。今回、情報提供書の有用性を検討するため、アンケートによる追跡調査を行ったので報告する。

【対象および方法】

対象は平成 27 年 4 月 1 日から平成 28 年 3 月 31 日までに発行した情報提供書 126 通のうち、調査協力の了承を得られた 67 施設（事業所 31、施設 26、病院 10）の担当者。内容や活

用ケースに関する8項目の質問と自由記載で構成したアンケートを郵送しFAXにて回答を得た。

【結果および考察】

回答は36件（回収率53.7%）。当院の情報提供書内容は、口腔内状態・口腔ケア情報・歯科受診について・今後のフォローアップについての大きく4つに分けて記載している。その平易さや有用性について問う質問では、非常に分かりやすい・分かりやすい94.4%、役に立った88.8%であった。また、その中で最も有用と思った内容を問う質問では、口腔内状態の77.7%が最多であり、次いで口腔ケア情報の61%と送付別での回答のばらつきは認められなかった。しかし、フリー回答欄では、事業所からは咀嚼・嚥下状況を追加してほしい・現在の情報で十分など内容についての回答が目立ったのに対し、施設側からは義歯装着方法や歯科受診の判断基準・写真付きの口腔内情報が欲しい等、より実践向きの情報の要望が多かった。情報提供書の活用ケースを問う質問では、他職種連携44.4%、サービス担当者会議37.1%、カンファレンス31.4%であり職種間の情報共有に有用であったと考える。

【結論】

地域包括ケアシステム構築、他職種連携において歯科衛生士情報提供書の有用性が確かめられた。今後は、アンケート調査にて得た回答など新たな意見を取り入れながら内容の充実を図り、退院支援へ繋げていきたい。

ヘルペス脳炎後の重症嚥下障害の一症例

～全身のリラクゼーションを取り入れた意識改善、経口摂取への取り組み～

JCHO 湯布院病院

○木本ちはる、木村 暢雄、本多 知行

【はじめに】

今回、87歳の女性でヘルペス脳炎の再発、その後の血管炎の合併などにより遷延性意識障害を呈する事例を経験した。回復期リハ9単位に加え意識障害の改善目的で、看護師が全身のリラクゼーションを行った。一日の生活リズムに視点を置き多職種で頻回な刺激を行ったことにより、意識状態が改善し経口摂取開始基準を満たし直接訓練を開始することができた。震災により援助が一時中断されたが、その間も症状悪化することなく意識状態、嚥下機能を維持することができたのでその経過を報告する。

【事例紹介】

87歳 女性、既往歴：高血圧、入院までの経過：平成27年9月、両側前頭葉に脳梗塞を認め近隣の脳神経外科に入院。意識レベルの低下を認め髄液検査にてヘルペス脳炎と診断。抗生剤、抗ウイルス剤の投与、脳梗塞の治療を行い一時、食事を摂取するまで改善していたが11月、脳炎の再発により症状の悪化を認め、意識レベルはII-10程度を推移していた。今回リハ目的にて当院へ入院の運びとなる。

【看護の経過】

平成27年12月24日、回復期リハ病棟へ入院、入院時、意識レベルII-20、PT3単位、OT3単位、ST3単位のリハビリを開始。平成28年1月4日、左上肢の麻痺出現しMRIにて両側前大脳動脈領域にヘルペス脳炎後の血管炎を合併した。翌日より意識レベルIII-100へと低下、声掛けに開眼せず、唾液の処理ができず、1時間ごとに吸引が必要な状況となった。

平成28年1月14日よりリハプログラムに加え、看護師が全身のリラクゼーションを開始した。「全身のリラクゼーション」は日本ヒューマンナーシング研究会の生活行動回復看護技術

学会発表（口述・ポスター）

に示す「用手微振動療法」を用いた下肢、下肢帯、股関節のリラクゼーション、バランスボールを用いた座位、全身への「ムーブメントプログラム」を組み合わせ、20分間のプログラムを実施した。毎日の経過記録、1週間ごとに意識障害の評価、1カ月ごとにVF等による嚥下評価を行った。息子の面会がほぼ毎日あり、息子も一緒にリラクゼーションを実施し、患者への声掛けなどの刺激を行った。全身のリラクゼーション開始後の意識状態は3日目には座位時に一時的な開眼を認め、右手をかすかに動かすようになり4日目には頸部の過伸展が軽減し始めた。5日目には呼びかけにかすかに開眼、13日目には覚醒状態が上昇、呼びかけに容易に開眼、19日目には端座位時、首を回して周囲を見るようになり右手で柵を持つようになった。20日目、問いかけに頷きあり、追視がはっきりしてきた。37日目、笑顔が見られ48日目、常時開眼、不明瞭だが発語が見られ、新聞を見るようになった。

嚥下機能は、閉口困難、舌運動認めず、嚥下反射惹起不全を認めた。22日目、VFにて誤嚥を認めたが感覚、味覚刺激目的で氷片、鉛なめを開始した。56日目、発熱なく、覚醒状態も安定し、咳嗽反射が強くなったため、ベット30度で嚥下リード開始した。経過中肺炎の合併認めず、85日目、ゼリー食2品へ移行した。

【考 察】

遷延性意識障害の患者は臥床状態で経過することが多く、関節の拘縮、筋肉の萎縮により心身の発動性が制限され、ベットサイドで端座位をとることも少ない。リハ9単位に加え看護師が全身のリラクゼーションを毎日継続したことは、廃用による身体の拘縮を予防することに繋がったと考える。また、頻回な声掛け、意識レベル回復に向けた座位訓練を強化したことは、脳に蓄積されている記憶を再生されるように感覚刺激を行うことに繋がり、意識レベルが向上したと考えられる。全身のリラクゼーションに引き続き頸部、口腔のリハビリテーションを強化したことにより経口摂取開始基準を満たすことに繋がったと考える。チーム医療での看護師の役割は患者の全身状態の安定を図り、効果的なリハが展開できるように活動と休息のバランスをみながら、リハビリ以外の生活支援の時間に看護師・家族で患者に少量・頻回な刺激を入

れられるような一日の過ごし方を計画し、段階的に進めていく事である。

2016年4月熊本・大分地震による被災者への対応災害支援Nsとしての報告

JCHO 湯布院病院

日野ますみ、森山 志枝、河野 裕希、
工藤 美幸

当院は、大分県看護協会登録の災害支援ナースは4名。昨年は、院内防災対策チームを立ち上げ、院内の備蓄状況やテント等の保管場所、手術室での防災訓練を実施するなど、活動を開始したばかりでの災害となった。今回の災害で、支援ナースとして活動した内容を、以下の5点から報告します。

- 1、感染・衛生面の不安
- 2、食事への関わり
- 3、保清への関わり
- 4、身体管理
- 5、情報の共有

1、感染・衛生面の不安

断水による衛生面の不安が予測され、排泄に関しては、全館トイレの使用禁止となり、全患者がポータブルトイレでの排泄を余儀なくされた。

感染委員と協力し自立レベルの患者のトイレには30分毎の見回りを行い、ポータブルトイレの拭き上げや汚物の片付けをお願いした。しかし排泄物の取り扱い方法が病棟毎で統一できず、変則勤務だと情報伝達ができていない状況であった。汚物の取り扱い方法など周知徹底するには、口頭指示以外にポスター等を用いて、視覚で伝達する工夫が必要であった。また、排泄後の手洗い等、患者には手指消毒を徹底させ、職員には、手袋や手指消毒の使用を確実に促し感染予防に努めた。二次感染予防や異臭対策として、排泄物以外に保管場所の指導も行った。

2、食事への関わり

食事は、自室での食事となった。缶パンやクラッカー等、食べにくい非常食が多く、嚥下困難の患者が多い中、細心の注意を払いながら食事介助を行った。

また、栄養部より一括した非常食を運んできたため、配膳に時間を要した。

配膳間違いを起こさない様に、職員の中では、スマートフォンで写真を撮り配膳に工夫をしている職員もいた。方法の統一は病棟によって違っていたが、良いと思われた情報は、その都度、病棟に取り入れながら工夫していった。

また、歯科衛生士と協力し、少量の水で行う口腔ケア方法の統一と徹底したケアを行った。

3、保清への関わり

入浴不可能な状況においても、少しでも通常のケアを提供することを提案した。しかし余震の中、「こんな状況でケアは行えない」と戸惑う職員も多くいた。二次感染防止、皮膚の観察や爽快感の提供は大切なことであることを説明し支援ナースも一緒にケアを行うことで協力が得られた。

夜間も余震が続く中、直ぐ避難出来る様に寝衣に着替える事が出来ず、不快な夜間を過ごすことが多かったが、毎日清拭を行ったことで、「こんな時に身体を拭いてもらえるとは思ってなかった。」との言葉が聞かれた。

4、身体管理

当院は、脳神経患者や整形患者が多く入院しており、術後の患者も数名いた。

災害関連の合併症を防ぐため、全患者様の血圧測定を1日3回、食事量と飲水量をチェックし毎日15時に評価。摂取量の少ない患者には、医師と相談し点滴を依頼するよう職員にお願いした。また、各病棟にウォーターサーバを導入したことにより、普段以上に経口水分摂取への援助に取り組む姿が見られた。

更に、余震が続く中、通常は自立歩行の患者に対しても、歩行に寄り添うことで、安全確保に努めることが出来た。また、夜間の余震の度に、待機職員が駆け付けたことで、患者や夜勤看護師も安心出来た。

5、情報の共有

対策本部会議には常に参加し、職員・患者の

意見をまとめ情報提供を行うことで、院内の情報の共有を図った。その中で、手洗いに関して職員より「ペットボトルを使用しての手洗いはやりづらい」等の意見が聞かれた為、蛇口付きのポリタンクの提案をし配布した。

汚物の異臭対策とし、ゴミ回収業者への連絡を依頼した。病棟ラウンドを行い情報を問題提起したが、持ち帰って検討するときは、変則勤務の中で情報の共有することは困難を要した。情報共有の難しさを感じた。

今後の課題と取り組み

昨年より院内の防災対策の取り組みを行っていたが、今後は更に実体験を通じた訓練や、防災マニュアルを見直していく。すでにスライドにあるような、トリアージ訓練や自家発電稼働研修等を実施している。災害支援ナースは、被災地で組織支援を決定し派遣される看護職である。

今回の震災を通して改めて院内の災害支援ナースとしての位置付が出来た。

当病院が被災したことで、災害の現場を目の当たりにした中での活動となった。

しかし、震災から5か月経過しすでに院内の破損箇所も修復され日常の業務に戻っている中、防災への意識も風化傾向にある。今後は、院内職員や地域住民への防災意識を高める実践活動が大事であると実感した。

病院内勤務のリハ職員が介護予防・日常生活支援総合事業に参加する意義

JCHO 湯布院病院

○西ノ園龍太郎、首藤 武、
日高 隆之、佐藤 周平、大隈 和喜

【はじめに】

当院では H25 年度より介護予防・日常生活支援総合事業（以下、事業）に入院患者に関わるリハ職員が参加している。今回、事業への参加についてアンケートを用いた意識調査を行い、今後の事業との関わり方を検討した。

【方法】

対象は H27 年度延べ 133 回の事業のいずれかに参加したリハ職員 23 名（PT15 名、OT6 名、ST1 名、GT1 名）とした。各職種の平均経験年数は 9.0 ± 6.1 年であった。

方法はアンケート用紙を用いて調査を行い、結果を集約した。質問内容は事業の、①参加理由、②やりがい、③参加継続希望、④参加前後での入院患者への関わり方に対する変化、⑤参加者の課題、⑥事業の課題とし、程度や具体的内容も記載してもらった。

【結果】

アンケート結果は、参加理由について前年度からの継続希望、または興味があるが約 8 割を占め、全員がやりがいを感じ、約 9 割が翌年度の参加を希望した。事業参加後、入院患者と家族への関わり方が変化すると 9 割以上が回答した。参加したリハ職員はコミュニケーションやプレゼンテーション能力、事業の理解を自身の課題と認識しており、事業の課題は行政との連携が挙げられた。

【考察】

総合事業への参加は、病院内勤務のリハ職員にとって患者や家族、住民集団への対応能力を増進し、リハ職としての自覚や自己肯定感を高める機会となっていた。人材育成の観点からも事業への参加は有益である。

回復期脳卒中片麻痺者に対する歩行練習アシストを用いた経験

1) JCHO 湯布院病院 リハビリテーション科

2) JCHO 湯布院病院 内科

○木原 大輔¹⁾、佐藤 周平¹⁾、
本田 伊織¹⁾ 本城 悠太¹⁾、
宮崎 吉孝²⁾、大隈 和喜²⁾、
根橋 良雄²⁾

【はじめに】

脳卒中後の片麻痺者を対象とした歩行練習アシスト（Gait Exercise Assist Robot:GEAR）は、立脚期には膝折れを防止遊脚期には膝を曲げる機構を持ち、歩行練習の初期段階から 2 動作歩行の習得を補助するロボットである。また視覚・聴覚フィードバック機能も搭載している。今回、回復期脳卒中片麻痺者に対して GEAR を用いた歩行練習を実施したので経過を報告する。

【方法】

対象は、右被殻出血を発症した 60 歳代男性。回復期入院時の SIAS 下肢機能は 6 点、四脚杖と短下肢装具を用いた歩行は 3 動作揃え型で、FIM 歩行項目は 3 点（中等度介助）、10m 歩行時間は 99 秒、歩行率は 35.2 歩/分であった。GEAR 歩行練習の効果判定は、練習開始時から各週の SIAS 下肢機能、歩行様式、FIM 歩行項目点数、10m 歩行時間、歩行率より検証した。

【結果】

歩行距離は 1 週目 600 m、以降週ごとに増加し、5 週目には 1330 m まで増加した。GEAR 終了時の SIAS 下肢機能は 10 点、T 字杖と短下肢装具を用いた歩行は 2 動作前型となり、FIM 歩行項目は 6 点（修正自立）、10m 歩行時間は 22.2 秒、歩行率は 73.0 歩/分と向上した。

【考察】

歩行速度と歩行率の顕著な改善は、多数歩の歩行練習が行えたことやアシスト調整機能を用いて歩行能力に合わせながら段階的に難易度を設定した結果と考える。また視覚・聴覚フィードバック機能により、感覚障害を有しながらも麻痺側への荷重を再学習できた結果と考える。

災害リハビリテーション支援体制構築に向けた大分県リハビリテーション支援センターの取り組み

JCHO 湯布院病院

○佐藤 友美、會川 裕子、日高 隆之、
米倉 正博、大隈 和喜、根橋 良雄

【はじめに】

当院は、平成 18 年より大分県の委託を受け、県リハビリテーション支援センター（以下県リハ）として地域リハビリテーションの普及啓発を行ってきた。平成 27 年、新たなコンテンツとして災害支援を目的とした事業計画を立てていた矢先に平成 28 年熊本地震が勃発した。現実の被災を機に県下での災害リハ支援体制の確立を急ぐ声が高まり、同年 5 月に大分 JRAT を設立し、熊本県南阿蘇村へのチーム派遣に至った。ここに、その経緯を報告し、今後の課題を述べたい。

【取り組みの実際】

本震から 1 週間後の県リハ主催の会議にて大分 JRAT の設立を提案し、関連諸団体と協議を重ね、5 月 2 日に設立の合意に至った。事務局は当面県リハが担うこととなり、JRAT 本部に登録した。その後、県内 11 ヶ所の広域支援センター、各療法士協会に支援活動希望者を募り、複数の施設勤務者からなる派遣チームを編成した。6 日、本部より派遣要請あり、計 8 日間 3 チームを派遣した。派遣中は IT を利用して現地の活動状況を関連諸団体と情報共有し、“自分事”になるよう工夫した。

【今後の課題】

実際には各療法士協会から約 100 名の支援活動希望者があった。療法士の関心が高いことは明らかとなり、その力を活かせる体制作りやニーズの探求に加え、災害リハ支援に特化した平常時からの研修の必要性が課題となった。また、地域住民や行政に対し災害関連死や生活不活発病の予防策をリハの視点から提言していきたい。

震災が要支援・要介護者の生活機能に及ぼす影響

ー熊本地震にて被災した通所リハビリテーション利用者への調査報告ー

JCHO 湯布院病院

田中 聡子、佐藤 友美、山本 貴美、
大隈 和喜

【緒言】

H28 年熊本地震では、当院通所リハビリテーション（以下、通りハ）の利用者も多く被災した。利用者全員の無事を確認したが、家屋の損壊等環境の変化や余震が続いたことから生活機能の低下が危惧された。そこで、震災が利用者の生活機能に及ぼす影響を明らかにするため質問紙を作成、面接を実施し、生活課題を抽出した。ここにその結果を報告し、今後起こりうる災害に対する支援者側の課題を考察する。

【方法】

A 町在住者 97 名を対象に半構造化面接を実施。震災後、避難した者もいたが面接時には全員自宅で生活していた。本研究は、湯布院病院の倫理委員会の承認を得ている。

【結果】

有効回答者 71 名（男性 27 名、女性 44 名、平均年齢 78.3 歳）のうち、24 名が震災後の生活に変化があったと回答した。身内宅に避難したため家事活動を行わなくなった、外出機会が減少した等の参加・活動面の変化が、体力や歩行能力の低下等の身体機能面の変化に繋がっていた。また、独居者は家族同居者より夜間不眠、物音への敏感さ等精神機能面の変化が生じ易いことが示された ($P=0.014$)。

【考察】

震災後、要介護・要支援者の心身機能を維持するためには、IADL の継続が生活不活発病の予防に繋がることを十分に理解し、生活環境の変化により要支援・要介護者の IADL が可及的に損なわれないよう、本人や支援者に働きかけていく必要がある。また、独居者では精神機能面の変化への十分な配慮が重要と考えた。

緩和ケア病棟におけるリハビリテーションの意義について

～患者の希望に沿って関わった症例を通じて～

JCHO 湯布院病院 リハビリテーション科

森元 大樹

【はじめに】

我が国の緩和ケア病棟は、悪性腫瘍および後天性免疫不全症候群の患者に対して、主に苦痛の緩和を図り緩和ケアを行う施設として、診療報酬上に明記されている。緩和ケア病棟入院料を算定するためには、より専門的な緩和ケアを行うことを目的に、緩和ケアに関する研修を受けた常勤医師や一定数以上の看護師の配置、および一定以上の構造設備が定められている。また2008年の診療報酬改定では、緩和ケアを行うとともに、外来や在宅への円滑な移行を支援する病棟であることが明記された。これをより高いレベルで達成するために、緩和ケア病棟にセラピストを配置し、リハビリテーション（以下、リハ）を実施する施設は半数を超えている¹⁾。

次に、当院の緩和ケア病棟の取り組みと実績について簡単に紹介する。当院は平成27年5月に緩和ケア病棟を開設し、平成28年現在12床となっている。当院の緩和ケア病棟にはセラピストを2名（PT・OT）配属しており、入院当初より他職種と協働でがん患者へのリハを実施している。Dietzの分類によるがんのリハビリテーションの各期におけるアプローチの目的を図1にまとめた。積極的な治療期から緩和ケアに移行していくなかで、それぞれ予防的リハ、回復的リハ、維持的リハ、緩和的リハと呼ばれており、患者の状態に応じたリハを実践している。また当院では、本人の希望が可能な限り実現できるよう、外出や外泊の支援、退院前訪問指導を積極的に実施している。当院の昨年度（平成27年度）の転帰実績は、自宅退院が44.2%。転院および施設入所が16%であった（図2）。また死亡退院は40%であり、これは2012年の日本ホスピス緩和ケア白書による死亡退院率の全国中央値86%と比較し低かった³⁾。

今回、当院で関わった症例を掲示して、緩和期のリハの意義について述べる。なお本症例の

提示については、ご遺族からの了承を得た。

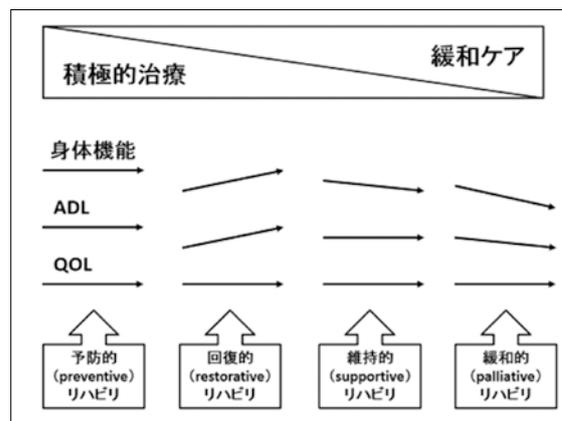


図1 がんのリハビリテーションの各期におけるアプローチの位置づけ(文献²⁾より引用・改変)

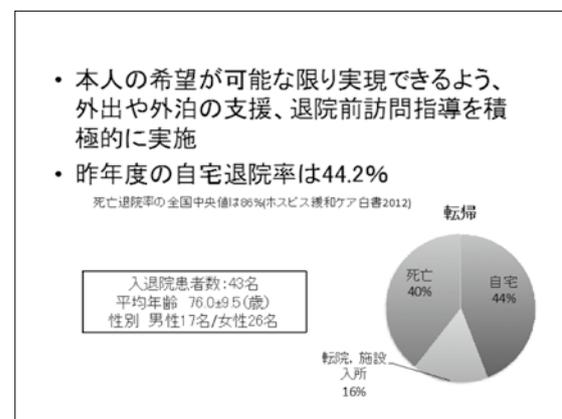


図2 当院の緩和ケア病棟の実績

【症例紹介】

独居の60歳代女性。診断名は子宮平滑筋肉腫（Stage IV）、肺がん（Stage I）、腹膜播種。他院での化学療法前に入院し、ADLは独歩で自立レベル。体力が低下しており、家事や外出が困難（Performance Status 2）。疾患による自覚症状は特になく、体力面の向上が図れると判断され、調理ができ自家用車で買い物や通院が可能となることを目標にリハを開始した。

【リハ経過】

独居復帰に向けた回復的リハとして、プログラムは歩行練習、家事動作訓練を実施した。体力向上し（PS1）、姉が同居し家事援助を受ける形で、1週間後に自宅退院した。他院での化学療法開始後に再入院を繰り返し、独居生活を目指した（図3）。また抗がん剤による副作用は少なく良好に経過した。

その後、調理訓練を実施し、椅子で休憩をとれば問題なく可能となった（図4）。退院前訪問指導を本人と姉、OT、MSW、ケアマネジャーが同席のもとで実施した（図5）。部屋の間取りや段差の状況を確認し、自宅でも自力で家事が行える事を確認した。また体力面の不安も軽減し、自家用車の運転での外出が可能となった。

そして2週間後に退院し、通院治療をしながら独居に復帰し、しばらく自宅生活を送るが出来るようになった。

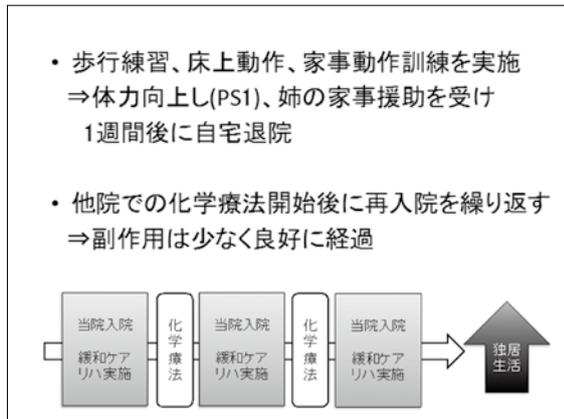


図3 独居復帰に向けた回復的リハの経過



図4 病棟のキッチンでの調理訓練

肉じゃがを作っている様子、椅子で休憩をとれば問題なく可能となった



図5 退院前訪問指導の様子

本人と姉、OT、MSW、ケアマネジャーが同席し部屋の間取りや段差の状況を確認した

退院5ヶ月後に体調悪化し再入院した。病態が進行し、閉塞性イレウスと腫瘍熱があり、予後数カ月と判断された。PSも3となり食事が低下し、ベッドで寝て過ごすことが多くなった。本人は「歩いて自分のことをしたい」と希望されリハは継続し、維持的リハとしてセルフケア自立の維持を図り、体調に合わせてストレッチや歩行器での歩行練習を実施した。しかし1ヶ月半後、腰背部の疼痛、下肢の浮腫、嘔気の出現により離床が困難となり、オピオイドの投与が開始となった。苦痛を伴う症状の緩和、すなわち緩和的リハが必要となった。まずはベッド上のポジショニング、浮腫マッサージを実施し苦痛の緩和と精神的支持を図った。この頃、部屋に伺ったときは「痛い」と表情を歪めていたが、実施後は「ありがとう、気持ちよかった」と表情がやわらぐ様子が見られた。

覚醒が徐々に低下する中、「桜を見たい、花見がしたい」と希望が聞かれ、腹部を圧迫しないようリクライニング車椅子での離床訓練を開始した。家族同伴で院内を散策していると突然「自販機に行きたい」言われて、カフェオレを買って飲んだりして楽しむ時間が出来た。そして花見は町内で、患者搬送車とストレッチャーにて家族が同伴し、OT、看護師、MSWとともに実施した（図6）。桜の満開までは待てなかったが、本人の希望の通り、実際に桜を見ることができた。本人から「ありがとう、よかった」と言われ、家族は「よかったね、こんな所で桜を見るなんて素敵ね」と、とても満足した様子がみられた。その約10日後に、容態悪化し永眠された。



図6 最期に町内で花見をした様子

【結果と考察】

本症例では、入院早期から本人の状態に応じて回復的リハ、維持的リハ、緩和的リハを実施することで、自宅復帰への援助から最期まで本人の希望が実現できるよう関わることができた。このように、進行がん・末期がん患者へのリハビリテーションでは、その病期・病態に合わせて様々な援助を行うことが重要と考えられる。

また緩和ケアにおけるリハビリテーションは、「余命の長さに関わらず、患者とその家族の要求 (Demands) を十分に把握した上で、その時期におけるできる限り可能な最高の ADL を実現すること」、また「ADL を維持、改善することにより、できる限り可能な最高の QOL を実現すること」を目的としている²⁾。さらに ADL の維持向上以外にも疼痛や呼吸困難感、倦怠感に対する症状緩和、患者や家族の QOL 向上などの効果を期待して推奨されている⁴⁾。本症例のように、がん患者は疾患そのものや治療によって機能障害を生じうるため、日常生活に支障をきたすことも多い。よって ADL や QOL に直接アプローチするリハビリテーションは、がん患者や家族にとって生きていく希望や安心となりうるものであり、今後もリハビリテーションの需要が高まっていくものと考えられる。

そして、今後の地域医療においても、適切なリハビリテーションが提供されるべきであると考える。

参考・引用文献

- 1) 富安志郎, 他: 緩和ケアチームの動向と現状, 日本緩和医療学会の緩和ケアチーム登

録結果報告. 日本ホスピス緩和ケア白書: p6-9, 2012 年

- 2) 辻 哲也: 緩和ケアにおけるリハビリテーション. 辻哲也 (編): 実践! がんのリハビリテーション, p159, メヂカルフレンド社, 2007 年
- 3) 佐藤一樹: 緩和ケア病棟の動向と現状, 日本ホスピス緩和ケア協会の調査データからみた緩和ケア病棟の現況. p10-17, 青梅社, 2012 年
- 4) 日本リハビリテーション医学会ががんのリハビリテーション策定委員会: がんのリハビリテーションガイドライン. Pp135-145, 金原出版, 2013 年

大腿骨頭壊死症に対する Bipolar 型人工骨頭置換術の術後成績

The clinical results of bipolar hemiarthroplasty for osteonecrosis of the femoral head

- 1) JCHO 湯布院病院
- 2) 大分大学医学部 整形外科
阿部徹太郎¹⁾、加来 信広²⁾、
田畑 知法²⁾ 針 秀太¹⁾、
津村 弘²⁾

【目的】

大腿骨頭壊死症に対し関節温存術が難しいと思われる場合、最近では人工股関節全置換術 (THA) が行われる傾向にある。我々は従来から軟骨下骨が残存していると思われる状態においては人工骨頭置換術 (Bipolar) を施行してきた。当科で施行した Bipolar の術後成績を報告する。

【方法】

対象は、1996 年以降で大腿骨頭壊死症に対し Bipolar を使用し、1 年以上経過観察が可能であった 69 症例 79 関節である。男性 36 症例、

女性 43 症例で手術時平均年齢は 53.5 歳、平均観察期間は 7 年 6 ヶ月（1-20 年）であった。手術時間は平均 110 分、術中出血量は 172.5ml であった。臨床成績は、日整会股関節機能判定基準（JOA hip スコア）を用い、単純 X 線像では outer head の移動（migration）、outer head 周囲の透亮像の発生、ステムの弛みについて調査した。

【結果】

JOA hip スコアは総合で術前の 50 点から最終調査時 94 点に、疼痛においては 14 点から 37 点に改善していた。また可動域も術前の屈曲と外転がそれぞれ平均 94 と 27°であったのに対して、120°と 37°に改善していた。透析中の 1 症例に内方への migration の進行を認め、術後 14 年経過時点で再置換術を施行した。

【考察】

変性疾患に対する Bipolar の長期成績は不良とする報告は多々ある。一方、stage3b までに対象を絞った場合、良好な術後経過をたどったとする報告も散見される。また、耐脱臼性については THA より Bipolar が優れていると報告されている。

【結語】

当科における大腿骨頭壊死症に対する Bipolar 人工骨頭置換術の中期成績は良好であった。

重労働者に生じた腸腰筋腱炎の 1 例

JCHO 湯布院病院 整形外科
阿部徹太郎

重労働者に生じた腸腰筋腱炎の 1 例

JCHO湯布院病院1), 大分大学医学部 整形外科2)
阿部徹太郎1), 加来信広2), 針 秀太1), 津村 弘2)

症例

患者: 66歳 男性

主訴: 右股関節痛

現病歴:

2か月前頃より、大型車両荷台の乗降の際に右股関節痛が生じるようになった。徐々に歩行時など日常的な動作でも右股関節痛が出現するようになり、当科受診となった。

既往歴: 脳梗塞(58歳頃、後遺障害無し)

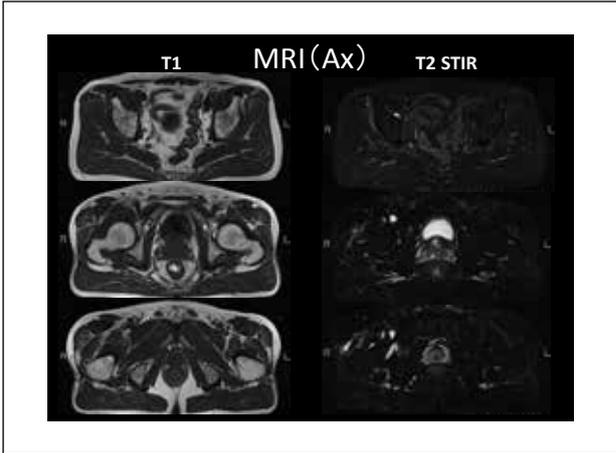
職業: 運送業

現症

歩行: 独歩可能。跛行なし。
階段: 手すりを使って1足1段。
安静時痛(-), 動作時痛(+), 夜間痛(-)

<ROM(°)>(自動/他動)	<MMT>
flex. 90/100	Iliopsoas 4p+/5
ext. 10/15	Quadriceps 4p+/5
abd. 30/35	Tibiaris Anterior 5/5
add. 15/20	EHL 5/5
ext.rot. 20/30	FHL 5/5
int.rot. 10/15	Gastrocnemius 5/5

学会発表（口述・ポスター）



各種計測値

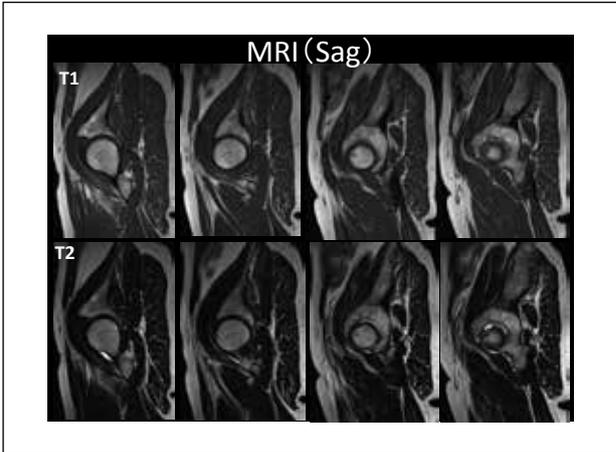
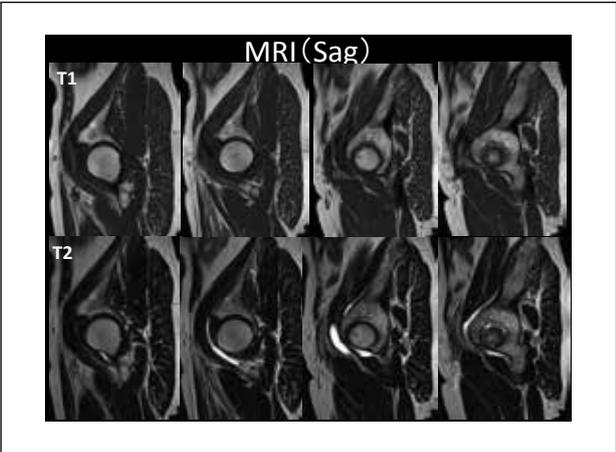
	右	左
α角	48°	37°
Crossover sign	-	-
Pris sign	-	-
Sharp角	32°	38°
CE角	21°	28°
AASA	56°	64°
PASA	82°	84°
AHI	84.1	82.8
大腿骨頸体角	134°	135°
骨盤後傾	6°	

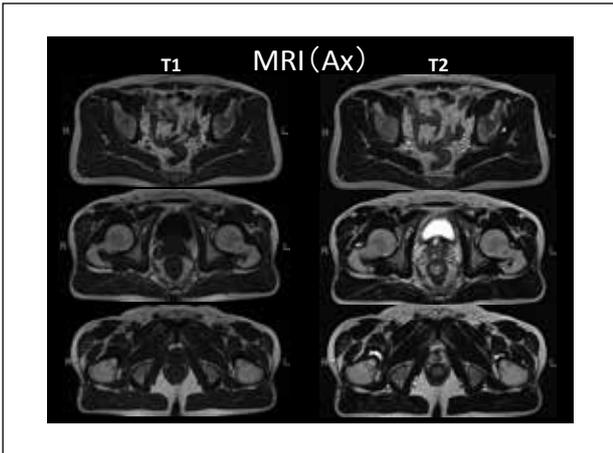


- ・臨床症状、画像所見、キシロカインテストの結果より、腸腰筋腱炎と診断
- ・NSAIDs内服、安静、理学療法の指導を行った
- ・保存治療を2か月間継続し、症状は軽快した

<ROM>
 flex. 120° ext. 10° abd. 35° add. 20°
 ext.rot. 40° int.rot. 30°

- ・疼痛による筋力障害も改善





考察(腸腰筋腱炎の治療)

- ✓ 保存治療として、消炎鎮痛薬内服、腸腰筋のストレッチ、局所麻酔薬、ステロイドの局注等を行う。
- ✓ 腸腰筋は、内外転中間位では股内旋筋として作用するが、外転位では外旋筋の作用を持つ。ストレッチの方法としては、股外転内旋して、伸展するものが合目的。

(萬納寺 毅智, 臨床スポーツ医学 1986)
 (Jasani V et al. J Bone Joint Surg. 2003)
 (木下 浩一, 日本人工関節学会誌 2011)
 (Ryan MN et al. Clin Orthop Relat Res. 2010)

考察(腸腰筋の解剖)

✓ 腸腰筋腱は大腰筋、小腰筋および腸骨筋の総腱であり、股関節屈曲の主動作筋である。

- 大腰筋
【起始】T12(椎体)、L1~5(椎体、横突起)
【停止】小転子
- 小腰筋
【起始】T12、L1(椎体、椎間)
【停止】腸恥隆起
- 腸骨筋
【起始】腸骨(腸骨窩)
【停止】小転子

A: 腸骨筋前部, B: 腸腰筋腱
C: 小転子, D: 大腿骨

(Stanley H et al. Surgical Exposures In Orthopaedics, 4th Edition)
 (平野 和宏, 理学療法学, 2010)
 (萬納寺 毅智, 臨床スポーツ医学 1986)

考察(腸腰筋腱炎の治療)

Author	Year	Method	Result
Eddine	2001	局所麻酔薬注射	4/9人(44%)で疼痛消失
Jasani	2002	CTガイド下局所麻酔薬注射	1~2回の投与で2/9人(22%)疼痛消失
Rezig	2004	安静+NSAIDs	1例報告
Adler	2004	超音波下局所麻酔薬注射	1~2回の投与で9/10人(90%)が50%以上の疼痛軽減
Nunley	2010	X線透視下局所麻酔薬注射	1~3回の投与により21/27人(78%)が手術を回避
Dalmou-Carola	2014	X線透視下局所麻酔薬注射	1例報告 2.5年間疼痛再発を認めず

➢ 保存治療に難渋する場合、手術療法が試みられる。
 (腸腰筋腱切離術、小転子骨隆起切除術など)

考察(腸腰筋腱炎の原因)

- ✓ 原因として、スポーツなどの慢性摩擦刺激の他、変形性股関節症や関節リウマチ、大腿骨頭壊死など、股関節疾患に合併していることが多い。
- ✓ 解剖学的な特徴として、腸腰筋は小転子で付着する手前で、寛骨臼前縁、大腿骨頭、前方関節包が滑車として作用している。寛骨臼前壁の低形成がある場合、滑車機構が破綻してしまう。

(佐竹 哲典, 中四整会誌, 2014)
 (新垣 薫, 整形外科と災害外科, 2007)
 (Dora C et al. J Bone Joint Surg Br, 2007)

結語

- 重労働者に発症し、保存的に治療を行うことで症状の改善を認めた1例を経験した。
- 今回の症例では、寛骨臼前壁の形成不全があり、そこに慢性的な機械的刺激が加わり、症状を生じたと考えられた。
- 股関節疾患を有する場合が多いが、そのような既往がない場合でも発症することもある。原因不明の股関節痛の鑑別に本疾患も考慮すべきと思われる。

考察(腸腰筋腱炎の診断)

- ✓ 股関節自動屈曲時の鼠径部痛、股関節痛が主症状。車の乗り降りなどで下肢を拳上した際に疼痛が誘発されることが特徴的。
- ✓ 腸腰筋腱に局所麻酔剤を注射し、疼痛が消失すれば診断となる。約14%で股関節と腸腰筋腱は交通しているとされる。手技の面からも、股関節内への局所麻酔、造影剤注入をまず試みても良いとする報告もある。

(佐竹 哲典, 中四整会誌, 2014)
 (新垣 薫, 整形外科と災害外科, 2007)
 (Dora C et al. J Bone Joint Surg Br, 2007)
 (Chandler S.B. Et al. Anat. Rec., 1934)

選択に寄り添うMSW支援を考える

～災害時にソーシャルワーカーとして感じた戸惑い～

JCHO 湯布院病院 医療福祉相談室

豊田 俊介、割石 高史、繁田 聖子
大隈 まり

1. はじめに

平成28年4月16日に発生した熊本地震に伴い、断水や病棟破損などにより、通常の医療機関として機能を果たせない状況となり、短期間で多くの患者に退院を促す必要があった。それは患者の安全と治療の継続を優先するという医療機関として最善の判断であると考えた。一方、医療ソーシャルワーカー（以下、MSW）として、上記状況を振り返ってみると、患者一人一人の意向の尊重ができていたのかというような不安全感が残った。そこで今回、災害時に感じた不安全感の要因を考察し、選択に寄り添うMSW支援や役割について考える。

2. 被災状況

当院は建物破損やライフラインが障害された。具体的には飲用水を供給する屋上の高架水槽が破損し、8tの水が天井を突き破り病棟へ一気に流れ込み、スプリンクラーの破損、停電が発生した。そのため飲用水や雑水（トイレの排水など）の復旧まで7日間を要した。またライフラインが障害されたことにより食事の提供や入浴ができない、またトイレの使用ができないなどの状況が続き、感染症が発生するリスクも高まっていた。

3. 経過

地震発生時、205名の患者が在院していたが、被災状況を勘案し、医療機関として適切な入院機能が果たせないと判断があり、多くの患者に転院を促す事になった。退院支援部門（MSW 8名）が中心となり、その調整を行った。その結果、被災後7日間で153名の退院調整を実施し、転帰先の内訳は、自宅92名、医療機関52名、介護施設9名であった。退院した患者のうち当院がある由布市在住の方が約3割、隣

接する市町村の患者が約3割いた。

転帰先を検討する際、近隣の医療機関は当院同様被災し受け入れが難しく、遠方の医療機関や介護施設での対応を依頼する状況であった。そのため患者や家族の希望と提案できる選択肢のマッチングに苦慮した。その中でもマッチングに苦慮した一事例を紹介する。

4. 症例

A氏 女性 64歳

主病名：左下肢蜂窩織炎

既往：脳性麻痺（両足関節変形）

治療目的で当院一般病棟に入院。症状改善が思うように進まず立位・歩行時の荷重制限もあった。A氏・夫ともに自宅生活再開を目指し、リハビリテーションによるADL向上に取り組んでいく治療方針。また自宅も当院近隣で家族の面会も頻回であった。被災後、本人からは『家の状況も心配だし自宅に帰りたい』等の意向も伺ったが、介助量や医療処置も踏まえ、最終的には自宅から遠方の医療機関への転院調整となる。そのため夫も面会が制限される状況となった。

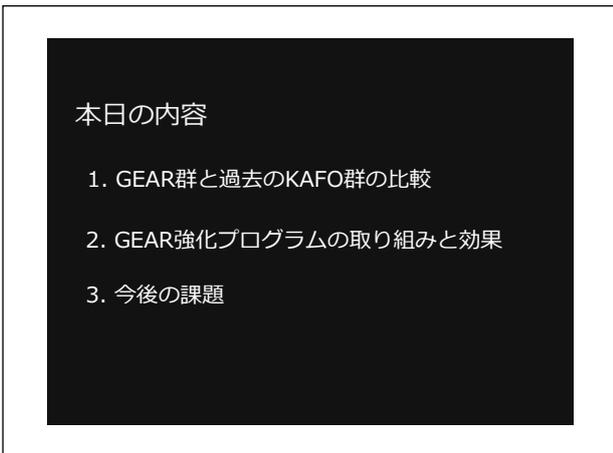
5. 考察とまとめ

災害時に感じた不安全感は、療養を継続する場の選択肢や意向を確認する時間的猶予に制限を受け、医療者側の判断が優先される状況が要因であったと考える。ただ、その不安全感は通常の業務の中でも、限られた期間で退院支援を行う際や、患者家族の希望に沿う選択肢が提示できない状況下で同様の事が生じる。患者家族が主体的に様々な選択・決断を行うためには、医学的側面からだけでなく、心理社会的側面から状況を捉え、統合的に検討する必要がある。今回の災害時の経験を通し、改めて選択・決断の場面でMSWがその媒介者として役割を果たす必要性や重要性を実感する事が出来た。

GEARの効果検証と GEAR 強化プログラムの取り組み

JCHO 湯布院病院

木原 大輔、佐藤 周平、宮崎 吉孝



対象 (GEAR群 vs KAFO群)

GEAR群 2015年8月から現在まで当院回復期病棟に入棟した患者のうち、以下の条件を満たしてGEARを用いた歩行練習を行った者

KAFO群 過去3年間の症例のうち、下記1から3の条件を満たし、KAFOによる歩行練習を実施した者

条件

1. 初発の脳卒中(テント上病変に限る)で重度の片麻痺を認めた者
2. 顕著な高次脳機能障害を認めなかった者
3. 顕著な内部障害を認めなかった者
4. 参加の同意が得られた者

ただし、両群間を比較するためにすべて60歳台、男性に限定した

方法 (GEAR群 vs KAFO群)

<練習方法>

- ・KAFO群、GEAR群とも歩行練習を40分/日以上、毎日実施
- ・両群ともPT、OT、STによるリハビリを合計180分間実施

<歩行能力の判定方法>

- ・歩行能力は、FIMに準じて7段階で判定(以下、FIMW)
- ・判定は、KAFO群においては担当PT、GEAR群においては多職種が合議で判断

<群間で比較した項目>

1. 歩行練習開始からFIMW 5点および6点に到達した日数
2. FIMW 5点および6点への到達率

(上記1についてはMann-Whitney U-検定、2については χ^2 検定を実施)

対象者の基礎情報 (GEAR群 vs KAFO群)

ID	年齢	病名	麻痺側	入院時BRS	発症→入棟の期間	FIMW 1	FIMW 2	FIMW 3	FIMW 4	FIMW 5	FIMW 6
G1	67	脳梗塞	左	Ⅲ	24	0	3	7	27	50	
G2	60	脳出血	右	Ⅲ	41	0	4	25	93		
G3	68	脳出血	左	Ⅲ	32	0	3	7	37	101	
G4	60	脳梗塞	右	Ⅲ	30	0	14	28	35	67	
G5	68	脳出血	左	Ⅲ	43	0	6	13	29	30	
G6	67	脳出血	右	Ⅲ	55	0	3	7	21	55	
K1	66	脳梗塞	右	Ⅲ	20	0	77				
K2	65	脳出血	右	Ⅲ	27	0	59	77	133		
K3	65	脳出血	左	Ⅲ	26	0	7	21	104	158	
K4	60	脳出血	左	Ⅲ	32	0	12	40	100		
K5	60	脳出血	左	Ⅲ	24	0	32	63	167		
K6	62	脳出血	右	Ⅲ	27	0	13	82	99	135	
K7	64	脳梗塞	右	Ⅲ	45	0	4	56			

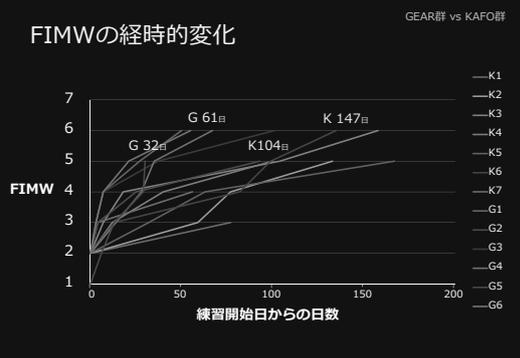
両群間で年齢、疾患、麻痺側、発症から入院までの日数、入院時BRS、入院時FIMWに有意な差は認められなかった

FIMW5、6点の到達率と到達日数の比較 (GEAR群 vs KAFO群)

	到達率		到達日数	
	GEAR	KAFO	GEAR	KAFO
FIMW5	100%	71%	32日	104日
FIMW6	67%	29%	61日	147日

※ p < 0.05

FIMWの経時的変化



GEAR強化プログラムの導入

1日複数回の実施により歩行練習量が増加することで
更なる歩行能力の向上が図れるのではないかと

GEAR強化プログラム：午前と午後1日2回以上複数回のGEAR練習を実施するプログラム



まとめ

- 入院時FIMW 1点、2点の脳卒中片麻痺者にGEARを使用した歩行練習を実施した。
- その結果、KAFOを使用した歩行練習よりもFIMW 5点、6点に到達する日数を有意に短縮できることが明らかとなった。

GEAR強化プログラム導入の工夫

セラピスト2人体制から1人体制へ移行
・リハビリ助手の協力
対象者の介助と機器操作以外を担当

症例の身体的・心理的負担への配慮
・午前・午後に練習時間を分ける
・毎日の疲労感をチェックする

円滑に歩行練習が導入できるよう工夫
・脚部調整は2人体制で行っている
担当セラピストが行う

2人体制のセラピストがAの脚部調整と準備を行う

時間	症例	脚部	
午前	9時～	B	左脚
	10時～	A	左脚
昼休み			
午後	13時～	A	左脚
	15時～	C	右脚

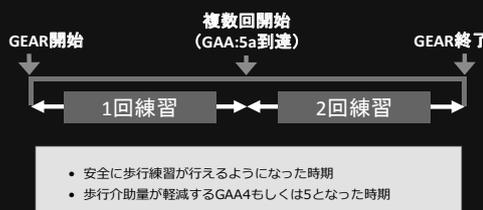
練習終了後、Cの担当セラピストが次の日のBの脚部調整を行う

考察

GEARを使用することで歩行能力の改善を早めることができた理由については、以下の点が考えられる。

- 歩行練習量が圧倒的に多かったこと
- 課題難易度を連続的、可変的に調整できたこと
- 歩行の代償作用を生じにくかったこと
- 視覚、聴覚等内在的フィードバック機能を活用できたこと

GEAR強化プログラムの導入時期



本日の内容

- GEAR群と過去のKAFO群の比較
- GEAR強化プログラムの取り組みと効果
- 今後の課題

症例紹介

- 【基礎情報】 80歳台、女性
- 【疾患名/障害名】 右視床出血/左片麻痺
- 【日常生活活動】 FIM：57点（運動項目24点、認知項目33点）
- 【高次脳機能障害】 注意障害（TMT-A：108秒、TMT-B：測定不可）
視空間失認、身体失認
- 【経過】 21病日：回復期病棟に入院
71病日：GEAR歩行練習開始

GEARを用いた歩行練習

GEAR強化プログラム

平地歩行

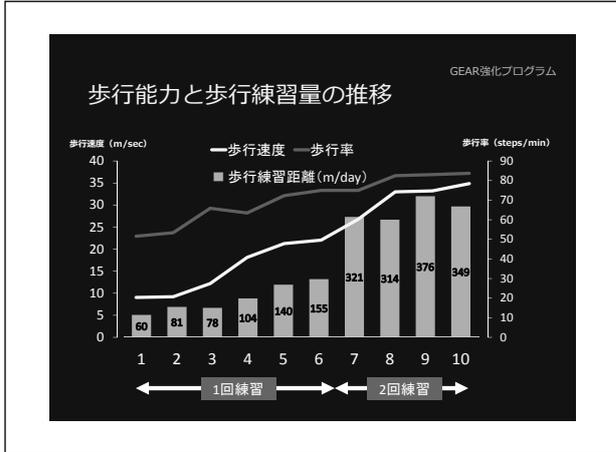
GEAR強化プログラム

GEARの設定

GEAR強化プログラム

	1週	2週	3週	4週	5週	6週	7週	8週	9週	10週
画出しアシスト	6	6	6	4	5	5	3	3	3	3
前後前合	前型	前型	前型	前型	前型	前型	前型	前型	前型	前型
膝伸縮アシスト	10	10	10	7	7	7	5	4	4	4
体重免除量(kg)	5	5	0	0	0	0	0	0	0	0
ヒップジョイント	有り	有り	有り	有り	無し	無し	無し	無し	無し	無し
固定or遊動	遊動	遊動	遊動	遊動	遊動	遊動	遊動	遊動	遊動	遊動
足継手	固定or遊動	遊動	遊動	遊動	遊動	-	-	-	-	-
背屈制限(°)	10	10	10	10	10	15	15	15	15	15
底屈制限(°)	-2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
補高(cm)	0	0	10	10	10	10	10	10	10	10
歩行様式	前型	前型	前型	前型	前型	前型	前型	前型	前型	前型
GAA	3	3	3	3	4	5a	5a	5a	5a	5a

← 1回練習 → ← 2回練習 →



平地歩行の経時的変化

GEAR強化プログラム

	1週	2週	3週	4週	5週	6週	7週	8週	9週	10週
鉄具・靴	金属AFO	金属AFO	金属AFO	金属AFO	普通靴	普通靴	普通靴	普通靴	普通靴	普通靴
足継手	固定or遊動	遊動	遊動	遊動	遊動	-	-	-	-	-
背屈制限(°)	20	20	20	20	-	-	-	-	-	-
底屈制限(°)	0	0	0	0	-	-	-	-	-	-
肩関節フレア	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
補高	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
補助具	サイドケイン	サイドケイン	サイドケイン	シルバーカー	シルバーカー	歩行車	歩行車	歩行車	歩行車	歩行車
歩行様式	揃え型	揃え型	揃え型	前型	前型	前型	前型	前型	前型	前型
GAA	3	3	3	3	4	5a	5a	5a	5a	5a

← 1回練習 → ← 2回練習 →

GEAR強化プログラムのまとめ

GEAR強化プログラム

- GAA：5a到達後も1日2回の歩行練習を導入したことで練習量が増大し、更なる歩行能力の向上を認めた。
- 症例の体力と人員の確保に課題を残すが、複数回の歩行練習は有用である可能性が示唆された。
- 今後、GEAR練習の効果が最適となる練習量と頻度を明確にするために症例数を重ねて検討したい。

麻痺側下肢機能の経時的変化

GEAR強化プログラム

	GEAR開始時	強化プログラム開始時	強化プログラム終了時
下肢Brunnstrom recovery stage	III	IV	V
Hip-Flexion	3	4	4
Knee-Extension	3	4	4
Foot-Pat	3	4	4
SIAS			
Touch	2	2	2
Position	1	2	2
Abdominal	2	3	3
Verticality	2	3	3
股関節内転筋	0	0	0
筋緊張(MAS)	ハムストリングス	0	0
	0	0	0
下腿三頭筋	0	0	0
クローヌス	無し	無し	無し
足クローヌス	無し	無し	無し

今後の課題

課題	内容
適応の拡大	年齢、発症時期、麻痺や高次脳機能障害の程度 両片麻痺、下肢の術後など
終了のタイミング	いつまでGEAR練習を行うか？
FIMW 5 未到達者の分析	心理的特徴、歩行練習量などの要因分析
練習方法の検討	集中練習と分散練習、疲労回避、行動変化の保持
他のロボットへのスイッチ	Honda歩行アシスト、機能的電気刺激装置などの導入

コントロール不良の本態性高血圧症が全人工膝関節置換術（TKA）後に軽快した関節リウマチの1例

JCHO 湯布院病院 内科

○宮崎 吉孝

【症 例】

78歳、女性

【主 訴】

右片麻痺、左膝痛

【現病歴】

2011年に高血圧症および関節リウマチ（RA）を発症し、カンデサルタン8mg、プレドニゾン7mg、サラゾスルファピリジン1000mg等の投与を受けていた。本年4月に脳梗塞、右片麻痺を来し、5月から当院で回復期リハビリを開始した。入院時、左肘と左膝に腫脹および圧痛を認め、右TKA後状態であった。右片麻痺はBrunnstrom V度で第1日目から歩行訓練を開始した。第10病日頃から左膝痛を訴え、SBP 180mmHg以上に上昇した。未破裂脳動脈瘤の経過観察中であったため積極的に降圧剤を増量し、第54病日にはニフェジピンCR 40mg、シルニジピン20mg、アジルサルタン40mg、エプレレノン50mg、アテノロール25mg、インダパミド0.5mg、エチゾラム0.5mgの7剤併用したがなおコントロール不良であった。第77病日に左TKA施行され、左膝痛が消失し、第113病日に自立歩行、セルフケア自立を達成できた。血圧は正常化し、第145病日には、ニフェジピンCR 40mg、シルニジピン20mg、アジルサルタン40mgの3剤でSBP 120mmHg以内となった。画像上副腎に異常なく、アルドステロン・レニン比、デキサメサゾン抑制試験ともに正常であった。左膝滑膜病理ではリウマチ性病変を認めた。

【考 察】

片麻痺発症後、健側下肢のRAが急性増悪し、血圧コントロールも不良となった。リハビリのゴール達成や合併症予防の点からも早期の外科的介入が有効であった。

当院での経口摂取における関わりが退院後に継続できなかった1症例をめぐって

JCHO 湯布院病院 リハビリテーション科

○山本 周平、木村 暢夫、松尾 真弓、
谷岡 優花、大隈 和喜

【はじめに】

多発脳梗塞による偽性球麻痺にヘルペス脳炎を併発した重度嚥下障害に対して嚥下リハビリテーションを施行した症例を経験した。覚醒度や嚥下機能などの改善を認めながらもリハ継続できなかった反省をこめて本症例における課題を検討したい。

【症 例】

80歳代女性。現病歴：平成X年9月、両側前頭葉に脳梗塞を発症し、急性期治療中に発熱と意識レベル低下を来してヘルペス脳炎と診断された。食事や会話はできたが11月に脳炎再発し、ADL全介助となり、経鼻経管栄養となった。12月に当院回復期病棟に転院した。入院時評価：JCS II - 20、両側に中等度の麻痺を認め、偽性球麻痺による重度嚥下障害（摂食・嚥下グレードは2、臨床的重症度分類は1、FOISはLevel 1）を呈した。画像では両側前頭葉、小脳、左後頭葉、右被殻、左側頭葉に病変を認めた。

【経 過】

家族は経口摂取させたいと希望した。入院時は覚醒不良で嚥下スクリーニングもできず、間接的嚥下訓練を実施した。その後も左小脳半球、橋右側にラクナ再発などが続き、43日目の第1回VFでは不顕性誤嚥あり。78日目の第2回VFにて、漸く舌根～中咽頭に食塊を置くとゼリーが嚥下できた。少量の直接嚥下訓練は可能と考えて訓練継続した。覚醒も向上し、嚥下能力も改善したので、口腔ケアや口腔器官運動等を家族に指導した。しかし、栄養摂取量不足で胃瘻造設となり、自宅近隣の医療施設へ退院し、家族の希望した嚥下リハの継続に至らなかった。

【考 察】

今回、重度嚥下障害者に専門的リハを施行してゼリー等の経口摂取が可能となり、覚醒の向上や意思表出の増加を認めた。しかし、退院後の医療機関では嚥下リハは継続できず、施設職員や家族への助言・指導など行うべきだったか反省している。一方、地域で普段から摂食嚥下リハの啓発、教育を行い、摂食嚥下を一般的なケアとして行える医療環境が希求されているのではと考えた。

熊本・大分地震にて被災した通所リハ利用者の生活不活発予防と精神的ケアを目的とした取り組み

～公民館でのボランティア活動～

JCHO 湯布院病院付属

居宅介護支援センター通所リハビリ

○芦刈 一也、佐藤 友美、有井 瑠吾、
山本 貴美、佐々木聡子

【はじめに】

2016年4月16日に発生した熊本・大分地震にて湯布院町も被災し、当通所リハビリ（以下通所リハ）は室内の耐震強度の確認やトイレの排水、昼食が提供できないという諸問題から営業休止を強いられた。営業再開までの間、利用者の外出機会の減少や自宅内外の活動性の低下が危惧された。また、精神的なケアが必要と考え、通所リハスタッフが地域に出て介護保険適応外活動を行うことを決定し4日間実施した。その結果、37名の利用があり、利用者の支えになることができた。以下に、我々の取り組みと、その経験から得た課題を報告する。

【地震発災後の状況】

1日目：上記の問題のため営業休止。利用者の安否確認、けが人なし。担当CMにも電話連絡し独居の利用者やサービス調整が必要な利用者の確認。

4日目：公民館での介護保険適応外活動決定

6日目：4月21日～25日の4日間実施

11日目：通所リハ営業再開

【目的と方法】

震災の影響で環境の変化による外出の減少、活動性の低下が危惧された。そこで、生活機能の低下予防、余震の恐怖や不安に対する精神的ケアを図ることを目的とした。対象は通所リハ利用者（湯布院町在住者89名、町外在住者22名）と地域住民とした。

場所：A 公民館

時間：AM10:00～11:30

PM13:30～14:30の2回

実施内容：①送迎②バイタルチェック③自宅での生活状況の確認④プログラム（めじろん体操、床上動作指導、他者交流、自己訓練指導、レクリエーション、水分補給と休憩）⑤送迎

【結 果】

延べ37名（うち1名一般住民）が利用した。

男性14名、女性22名、独居者は8名であった。平均利用者数は6.8人であった。

利用時の様子：利用者は、職員の顔を見るだけで表情が明るくなり震災の恐怖や不安を共感することで精神的に落ち着く様子が見られた。

【自宅での生活状況】

生活に何らかの変化が生じた者は21/36名であった。以下に内訳を示す（重複あり）。

1) 自宅内外での活動量と外出の頻度が減少し身体機能面で低下を感じた5名。

2) 不安を感じ、夜よく眠れない10名。

3) 自己訓練や活動を実施した14名（例：自宅周囲を20～30分歩く、家の中の片付け、通所リハで覚えた体操をした、A公民館に行く）。

身体機能面で低下を感じた者には生活状況、自宅環境を確認し、自宅内外でできる自己訓練や活動を行うことの効果について再度指導した。自宅の片付けができないことが阻害因子となっている者もあり、社協の片付けボランティアの紹介を行った。

【考察・課題】

通常営業が再開した際、利用者から、通常の生活リズムを取り戻した安心感と共に、公民館での活動を支持する言葉をいただいた。なかで

も、独居生活を送る者にとって、なじみの人に会えることが精神的なケアになることが利用者の声から実感された。この結果から、我々の行動は微力ながら利用者の支えになれたのではないかと考える。また、14名の利用者が生活不活発予防を意識して活動していたことから、通所リハでの関わりが有事の際にも活きるということが明らかになった。

今回の取り組みを通し、以下4点を課題と考える。①日頃から生活不活発を予防する意味と方法の啓発と指導を徹底すること②防災グッズの準備等、防災の知識と備えを周知すること（利用者・職員共に）、③地域との繋がりを大切にする（今回の活動場所は無償で提供を受けることができた）。④有事の際居宅系サービス事業者の役割及び助け合いのしくみ作りを行政も含めて議論していくこと。

今回は湯布院が被災したが、今後どこでも災害は起こる可能性がある。私たちの取り組みを、一例として参考にしていただきたい。

緩和ケアに携わる作業療法士の役割の一考察

～「家に帰りたい」という思いを実現し看取りまで介入した事例を通して～

JCHO 湯布院病院

○郷司 実花、佐藤 友美、近藤 博樹、
山本 周平、梅木 彩

【はじめに】

当院は平成27年5月に緩和ケア病棟（12床）を開設した。患者の身体の苦痛のみならず、こころの苦痛や不安を軽減し穏やかに過ごせるような人的・物的環境を整えケアを行っている。また、可能な限り一時帰宅など本人の希望を支援できるよう他職種が関わっている。今回、演者が初めて経験した事例を通して、緩和ケア病棟での作業療法士の役割を考察したので報告する。

【症例紹介】

B氏は72歳の女性、要介護2を取得済み。発症前は夫と居酒屋を営み生活していた。A-10年に発症し、左上顎歯肉癌切除術など8回の手術を行い、自宅で生活していた。X-3月より疼痛が増強し、他院にて右下顎歯肉に癌の転移の診断を受けたが、本人の希望により治療は行っていなかった。入院前は訪問看護・リハビリを利用し、調子の良い日は店に顔を出していたが、体力の低下により転倒が増え薬の管理も困難となった。今回、下顎の疼痛増強によりA年X月より緩和治療目的で入院となる。入院時の希望は「痛みがなくなって帰りたい」であった。キーパーソンは妹と夫で関係は良好であった。

【作業療法評価】

下顎の疼痛（VAS）：8/10 発話明瞭度：2

HDS-R：19/30点

ADL・IADL：排泄は歩行にて自立。その他の活動は体力と判断力の低下から全般的に介助が必要。

性格：元々人と関係を築くまで時間を要す。

【作業療法経過】

1. 疼痛緩和のため内服薬を調整した時期X + 1か月（FIM88点）：疼痛は持続していたが、病院で落ち着いて過ごすことができ、入院時に希望した自宅生活は消極的であった。作業療法も拒否傾向であったが、顔なじみの関係となることを目標に、毎日訪室し、疼痛緩和のためリラクゼーションを行った。
2. 自宅外出を目標にした時期X + 1か月～3か月（FIM27点）：熱発によりベッド臥床が続き、身体・認知機能の低下を認めた。会話は辻褄が合わず、昼夜逆転傾向であった。一方で、それまでと一変し「家に帰りたい」と頻回に聞かれ、家族の同意も得られたため、チームで外出の調整を始めた。OTは自宅環境を確認し、B氏の疲労や移動能力を考慮した屋内外の移動手段を検討した。体調が良い日は介助歩行練習や車椅子離床を実施した。結果、2時間の外出ができ、自宅では居酒屋のママのように、笑顔で飲み物を差し出し、病院では見ることができない本人らしい様子が見られた。
3. 鎮静開始から永眠までX + 3か月（FIM18

点）：下顎の疼痛が増強、夜間不眠やせん妄症状が出現しベッド離床が困難となった。鎮静療法を開始後は痛みから解放され、家族も安心した様子だった。OTは、拘縮予防、浮腫に対するマッサージ、B氏のこれまでの人生を家族と共に共有する時間とした。鎮静開始から6日後、B氏は好きな音楽を聴きながら家族が見守る中で永眠した。

【考察】

B氏に対し作業療法士として、まず不安と闘う患者に寄り添い安心感や信頼関係の構築に心がけた。そして、本人・家族が希望する作業を支援するための手段を考え、提案することに努めた。緩和ケアにおけるリハビリテーションの意義は、選択の自由と権利を保障し、最期までその人がその人らしく生きることを支援しつづけるところにある¹⁾。緩和ケア病棟での作業療法士は、本人・家族が希望した作業を環境や身体能力を評価した上であらゆる手段を検討し、最期まで諦めない姿勢で関わるのが役割と考える。

【参考文献】

- 1) 林部博光：緩和ケアにおけるケア哲学とリハビリテーション概念 2011 p 60

記述法を用いた自動思考の妥当性の検証が奏功した社交不安障害の一例

- 1) JCHO 湯布院病院 心理相談室
- 2) JCHO 湯布院病院 心療内科
羽坂 雄介¹⁾、宮越彩矢香¹⁾、
大隈 和喜²⁾

【はじめに】

社交不安障害により、不安感情の過度の汎化が見られた一例を経験した。この症例に対し、記述法を用いた自動思考の妥当性の検証が奏功

したので報告する。

【症例】

40代女性。幼少期より、高圧的な父の態度に怯えて過ごしていた。20代で職場の人間関係の問題でうつ病を発症。内服は続けていたが、職場のトラブルや父親の叱責により不安が増大し、X年6月当院入院となった。

【経過】

入院当初は、病院での物音や特に男性の声に過敏に反応し、常に過緊張状態であった。父親や特定の男性に対する不安感情を汎化し、周囲のすべてに怯える傾向が顕著であったため、現状を整理する目的で、CP面接において出来事に対する感情をノートに記述させる試みを行った。当初はポジティブな感情は少なく、ネガティブな感情についても病的な予期不安や根拠の無い不安が多かった。しかし、中には妥当な不安も存在していたため、その点は共感した上で、不安の質の違いについて繰り返し気づきを促し、比較の中で自動思考の妥当性を繰り返し検証させた。またポジティブな感情についても、不自然さがないかなどを振り返る試みも行った。経過の中で徐々に「これは妥当じゃないですね」など自身の思考の特徴への気づきが見られ、解決可能な具体的な悩みが増えていったため、その対応について話し合うことができた。併せて、行動範囲が広がるにつれて、行動をもって不安に根拠が無いものであることの認識が高まっていった。退院前には恐怖の対象であった父親にも将来の希望を伝えることができ、退院となった。

【考察】

本症例に関しては父親の態度や暴言など不安に至る要因が確認できたため、ネガティブな思考の一部の妥当性をしっかりと認めることが、まずは安心感に繋がったと考える。加えて、記述法を用いることで、不安が妥当かどうかを客観的に識別でき、時間経過による変化に気づくこともでき、自信付けが図れたと考える。

動作法の導入により症状の緩和と失感情症への気づきを得られた慢性疼痛の一症例

1) JCHO 湯布院病院 心理相談室

2) JCHO 湯布院病院 心療内科

宮越彩矢香¹⁾、羽坂 雄介¹⁾、
大隈 和喜²⁾

【はじめに】

交通事故を契機に失感情症や妄想知覚を呈した慢性疼痛患者の一例を経験した。動作法の導入により、症状緩和だけでなく自己への気づきや能動性といった内面にも変化が得られたので報告する。

【症 例】

30代女性。X-10年交通事故にて後遺症（頸部痛、頭痛、左手の痺れ）あり。X-1年1月2度目の交通事故により症状悪化。その後、職場や保険会社との対人関係で心身ともに疲弊。X年6月に近医にて精神面の治療を行っていたが、身体症状の改善が得られずリハビリ目的にて8月に当院入院となった。

【経 過】

介入時、兄からの暴力や元職場での過剰労働、父の他界や事故後の対応等の環境要因ばかりが語られ、感情表出はなく“自分が解決せねば”という強迫的思考が窺われた。筋緊張が高いが自覚はなく、疼痛は天候や睡眠状況により自覚はなく、疼痛は天候や睡眠状況により浮動的。悪化時には幻聴や“足を引っ張られた”等の妄想知覚を認めた。そこで主治医の指示のもと言語面接に加え動作法を導入した。“緊張し易く弛緩し難い”姿勢筋の特徴について共有していくことで身体感覚や自己への気づきが増し、次第にこれまでの強迫的な思考や行動への気づきが語られるようになった。徐々に自主的に緊張や疼痛をコントロールできるようになり、退院時には慢性疼痛や筋緊張が軽減し「後遺症はコントロールしながら付き合いたい」と語り、妄想知覚も消失した。面接においても周囲の事象ではなく、自身の気持ちや希望等について語るようになった。

【考 察】

本症例は、様々なストレスに強迫的責任感で対処してきた結果、事故を契機に後遺症の増悪を呈していた。“疼痛”という身体面の主訴に合わせて動作法を導入することで、身体感覚の変化を媒介にして、自己への気づきが深まっていった。また身体をコントロールできる感覚に伴い、自己効力感や能動性が増した結果、周囲にとらわれず自身について考えることができるようになったと思われた。

平成28年熊本（大分）地震被災時の地域患者・職員に対する当院のメンタルケア活動

1) JCHO 湯布院病院 心療内科

2) JCHO 湯布院病院 心理相談室

3) JCHO 湯布院病院 リハビリテーション科

大隈 和喜^{1) 3)}、羽坂 雄介²⁾、
宮越彩矢香²⁾、佐藤 友美³⁾

【目 的】

平成28年4月14日から発災した熊本地震では、大分県湯布院町でも16日の本震により病院建物や町内で多大な被害を受け、その後2週間以上も昼夜を問わず余震に見舞われた。経過中、被災した地域の患者や職員に対して行った当院心理相談室やリハビリテーション部（リハ部）の活動を報告する。

【心理相談室、リハ部の活動】

4月16日日本震直後から病院職員は損壊、機能停止した病院の復旧や患者対応に追われたが、当日より2名の臨床心理士（CP）もラウンドやケアを開始した。通所リハ部も町内利用者の安否確認を開始した。19日CPは職員の求めに応じて震災ストレスへの対処法を紙面配布し、25日には同目的のポスター掲示を行っている。断水で病院機能が途絶し入院患者は近隣病院へ転送させたが、リハ部は10日目から通所リハや訪問リハの再開に漕ぎ着けた。リハ

部も震災後の利用者のメンタルケアを行ったが、CPは4月26日から5月2日まで、通所リハ患者に対して震災ストレスに対処してリラクゼーション技法、動作法の実技指導を行った。また、動揺する児童への対応に不安を感じた父兄の疑問に応え、町内中学校保護者向けの文書を配布した。23日には全職員に対して院内通信システム上でのストレスチェックを施行。6月6日には震災後のストレスケアとして動作法の講習会を実施した。一方、5月末に通所リハ部は利用者を対象に心理行動面への影響を調査した。本調査で不眠、不安、過敏性などを呈した患者が抽出され、6月初旬にCPが介入している。

【まとめ】

被災後、職員は病院や自宅の復旧に取り組みながらも職責の遂行に全力を尽くしていた。リハ部は発災直後から利用者の安否確認を開始し、病院本体は稼働できない間も、通所、訪問リハの早期再開に尽力した。CPは患者、職員、市域住民に対してストレスチェック、啓蒙活動を行い、動作法などリラクゼーション法の実技を普及した。大規模災害に対して連携、情報交換して各自の職責を全うすることが重要であった。

「熊本地震における大分 JRAT の取り組み」

JCHO 湯布院病院

井上 龍誠

平成28年4月14日に始まった熊本地震による被害は、断層帯に沿った大分県にも及び、多くの家屋が破壊され避難者が出た。県リハセンターのある湯布院病院自体も被災し、特に高架水槽の破損で水が使えず病院機能維持が困難となり入院患者の殆どを帰宅ないし転院させた。かような次第で組織的活動のスタートが遅れたが、4月27日井野辺病院にて大分県、県

リハセンター、広域支援センターからなる緊急三者会議を開催、5月2日には各職能団体を含めた拡大会議で「大分 JRAT」が設立された。翌3日には JRAT 本部に登録され、5月6日同本部より「大分 JRAT」に南阿蘇村への派遣要請がなされた。よって5月8日より第1陣、5月11日より第2陣が現地へ向かった。与えられた任務はおおよそ1週間後の撤収であり、避難所にいる避難者の機能維持を図るとともに、地元に関連スタッフへの引継ぎ作業を行った。6月4日には改めて「大分 JRAT」設立式および研修会を開催した。

回復期脳卒中者におけるロボットリハビリテーションの中断を防ぐ取り組み

JCHO 湯布院病院

佐藤 周平、宮越彩矢香、羽坂 雄介、長谷川美帆、宮崎 吉孝、大隈 和喜

【はじめに】

ロボットリハビリテーション(ロボットリハ)は、ロボットによる精緻な運動を反復することで運動学習に必要な多くの練習量を提供することができる。しかし、回復期脳卒中者においてはロボットリハを中断する症例も経験しており、その原因として入院生活のストレスや脳卒中を発症したことによる心理的な落ち込み、反復運動による疲労の蓄積などが考えられた。今回、それらの要因を考慮し、ロボットリハの中断を予防する取り組みを行ったので報告する。

【方法】

対象者は、歩行練習アシストを導入した脳卒中11名で、FIM 歩行項目は全例3点以下であった。ロボットリハは週5日以上実施し、終了基準を FIM 歩行項目5点到達、もしくは8週間後とし、それ以外の終了者を中断者とした。ロボットリハ導入前に心理評価として日本語版 Ten Item Personality Inventory、状態自尊感情尺

度、ストレスコーピング尺度を実施し、臨床心理士の解析結果を基に、セラピストと対応方法の共有を行った。加えてセラピストは看護師から対象者の病棟での活動量、食事摂取量と夜間睡眠状況について聴取し、毎回のロボットリハ実施直後に対象者から主観的な疲労感・効果、継続希望を Visual Analog Scale にて聴取して、課題の提示方法、歩行練習量を調整した。

【結果】

対象者の心理的特徴を把握したことが、モチベーションを維持しやすい運動課題の提示やリハ効果のフィードバック方法の工夫につながった。また、毎回の主観的疲労感と食事摂取量・睡眠状況に合わせた運動負荷量を設定することができた。結果、FIM 歩行項目は全例向上し、主観的な効果や継続希望の点数は高く、中断者は0名であった。

【考察】

ロボットリハの中断を防ぐには、多職種から得た心理的・身体的情報を統合し、運動課題の提示や結果のフィードバック方法を工夫すること、また運動負荷量を決定することが重要であると考えられる。

「脳卒中の回復過程に応じたリハビリテーションロボットの選択～TOYOTAの歩行練習アシストの後にHonda歩行アシストを用いた1例～」

1) JCHO 湯布院病院 リハビリテーション科

2) JCHO 湯布院病院 内科

津田 真美¹⁾、佐藤 周平¹⁾、
西田 工¹⁾、宮崎 吉孝²⁾

【はじめに】

近年、脳卒中片麻痺者の歩行再建に向けて様々なリハビリテーションロボット（リハロボット）が開発されている。当院では、立脚期

の膝折れを防止し、遊脚期には膝屈曲することで自然な振り出しをアシストする歩行練習アシスト（Gait Exercise Assist Robot：GEAR）と歩行時に股関節屈曲・伸展をアシストするHonda歩行アシストの2種類のリハロボットが利用可能である。今回、回復期脳卒中者に対して、2種類のリハロボットを連続的に導入した結果、歩行能力の飛躍的な改善が得られた症例を経験したので報告する。

【症例紹介】

81歳、女性、右視床出血を発症。71病日にリハロボットを使用した歩行練習を開始した。開始時のSIAS 下肢機能は15点、SIAS 体幹機能は4点であった。麻痺側下肢や体幹の支持性の低下に加えて、注意障害、視空間失認の高次脳機能障害を認めており、歩行はAFOを使用して重度の介助を要していた（FIM歩行項目2点）。歩行速度は9.0m/秒、ケイデンスは51.6歩/分であった。

【方法と結果】

2種類のリハロボットを用いた歩行練習を1回40分以上、週5回以上実施した。まず介助量の軽減を目的にGEARを用いた歩行練習を実施し、10週間後には体幹・下肢の支持性が向上して歩行は見守りとなった（FIM歩行項目4点）。その後、歩行の自立度を高めることを目的にHonda歩行アシストを使用した歩行練習を5週間実施し、歩行は自立となった（FIM歩行項目6点）。歩行能力は、2種類のリハロボット歩行練習期間を通して連続的な向上を認め、最終時の歩行速度は41.4m/秒、ケイデンスは95.2歩/分、SIAS 下肢機能は16点、SIAS 体幹機能は6点であった。

【考察】

各種リハロボットの特徴を理解し、最適に組み合わせる使用することにより、単独での使用に比べて相乗的な効果が期待できることが示唆された。

地域ケア会議における理学療法士の助言に関する実態調査

キーワード：地域ケア会議・コーディネーター・アンケート調査

- 1) 大分県理学療法士協会 渉外部
地域包括ケア推進課
- 2) JCHO 湯布院病院
- 3) JCHO 南海医療センター
- 4) 大分県済生会日田病院
- 5) 臼杵医師会立コスモス病院
佐藤 周平^{1) 2)}、井芹 康貴^{1) 3)}、
久恒 健^{1) 4)}、竹村 仁^{1) 5)}

【はじめに】

大分県では平成 27 年からすべての市町村で地域ケア会議が開催されるようになり、助言者として参加する理学療法士（以下、PT）の数は増加している。そのため、（公社）大分県理学療法士協会（以下、当会）は地域ケア会議に関連する研修会を開催し、助言者の育成に努めてきた。今回、地域ケア会議に派遣されている PT の助言の実態を明らかにすることを目的にアンケート調査を行い、課題について考察したので報告する。

【方法】

大分県内すべての地域ケア会議コーディネーター（以下、コーディネーター）を対象に PT の助言に関するアンケートを実施した。調査期間は、平成 28 年 8 月 24 日から 10 月 8 日とした。調査方法は、コーディネーターが所属する 81 ヶ所の市町村および地域包括支援センターに郵送にて質問紙を送付・回収した。調査項目は、PT の助言に対する満足度と助言の質に関する質問 20 項目とし、5 件法を用いて回答を求めた。また、満足度の理由については自由記載とした。得られたデータは、単純集計を行い、助言の質に関する質問と自由記載については肯定的な項目と批判的な項目を抽出してカテゴリー分類を行った。なお、すべての調査対象者に対して、本研究の趣旨、目的、およびデータの活用方法について書面にて説明を行い、同意は調査の回答をもってみなすこととした。

【結果】

アンケートの回答件数は 103 件であり、PT が派遣されていない姫島村を除くすべての市町から得られた。PT の助言に対する満足度は、満足 38%、やや満足 49%、どちらともいえない 11%、やや不満足 2%、不満足 0%であった。助言内容について肯定的な意見としては、「適切なタイミングで明瞭な発言をしている」、「参加者の役割を理解している」、「疾患や生活機能におけるリスク管理や予後予測をしている」などが挙げられた。批判的な意見としては、「発言時間が長い」、「疾患や機能障害に偏った発言が多い」、「専門用語が多く理解できない」、「自立支援を促すサービスや福祉用具の提案が少ない」、「助言の質や内容が PT によって差がある」、「個別の生活課題や地域課題の抽出が少ない」、「地域のことを知らない」などが挙げられた。

【考察】

PT の助言に対してコーディネーターの満足度は全体的に高かった。これは当会において地域ケア会議に関連する多くの研修会が開催され、PT の地域ケア会議に対する理解が高いためと考える。しかし、満足度が低いとする回答が 13%あり、今後も改善の余地がある。地域ケア会議における PT の助言の質を向上するには、①適確で分かりやすいプレゼンテーション、②自立支援の観点から生活機能全般に対する個別課題の抽出、③地域資源の把握と地域特性に応じた助言が必要と考える。今後も地域特性などアンケートの分析を進め、地域に必要とされる PT を育成できるように、さらなる改善を目指したい。

介護予防・日常生活支援総合事業に参加するリハ職員の課題と支援のあり方

キーワード：総合事業、アンケート調査、リハ職員

- 1) JCHO 湯布院病院 リハビリテーション科
 - 2) JCHO 湯布院病院 内科
- 西ノ園龍太郎¹⁾、佐藤 周平¹⁾、大隈 和喜²⁾

【はじめに】

当院では H25 年度より介護予防・日常生活支援総合事業（以下、総合事業）に入院患者に関わるリハ職員（以下、リハ職員）が参加している。本研究はリハ職員が総合事業へ参加するにあたっての課題を明らかにするとともに、今後のリハ職員への支援のあり方を考察することを目的とする。

【方法】

対象は H27 年 4 月から H28 年 3 月に開催された延べ 133 回の総合事業に参加したリハ職員 23 名（理学療法士 15 名、作業療法士 6 名、言語聴覚士 1 名、健康運動指導士 1 名）とした。各職種の平均経験年数は 9.0 ± 6.1 年であった。方法はアンケート紙を用いて、H27 年度分の総合事業終了後の H28 年 3 月 28 日～4 月 3 日の期間に調査を行い、結果を集約した。質問は、総合事業の参加理由、総合事業に対するやりがい、対象者自身の課題、総合事業の課題とした。

【結果】

アンケートの回答率は 100% であった。総合事業への参加理由は、昨年度からの参加継続希望 52%、興味があり参加 26%、興味はなかったが参加 9%、その他 10% であった。総合事業参加後は対象者全員がやりがいを感じていた。対象者自身の課題としては、対象者全員が何らかの課題を感じており、具体的内容は、利用者になりやすいプレゼンテーション、総合事業への理解、トレーニング方法の立案、アセスメント技術が挙げられた。対象者の約 4 割が総合事業に関する課題を感じており、具体的内容は、行政との打ち合わせや反省の場がなかった、指

導した内容が利用者に伝わっているのかわからない、病院の収益や担当患者へ迷惑をかけているのではないかと疑問を感じるなどの意見が挙がった。

【考察】

総合事業に興味はなかったが参加したりハ職員において、参加後はやりがいを感じており、参加することによってモチベーションが得られる可能性が示唆された。総合事業に参加するリハ職員への支援のあり方としては、利用者へ指導や講義の内容が伝わっているかをフィードバックする機会の設置、総合事業の理解を図るために事前の十分なオリエンテーション、総合事業に参加する意義の理解を他の病院スタッフに促すことが必要と考える。今後も入院患者に関わるリハ職員の総合事業への参加を積極的に促し、地域で活躍できる人材を育成していきたい。

T K A 術後ホンダ歩行アシストによって歩行能力を飛躍的に改善させることができた関節リウマチの一症例

- 1) JCHO 湯布院病院 内科
 - 2) JCHO 湯布院病院 リハビリ科
 - 3) 大分大学医学部 整形外科
- 宮崎 吉孝¹⁾、吉村 修一²⁾、佐藤 周平²⁾、加来 信広³⁾

【症例】

78 歳、女性

【主訴】

右片麻痺、左膝痛

【現病歴】

本年 4 月に脳梗塞を発症し、軽度の右片麻痺が後遺したため当院で回復期リハビリを実施した。2011 年から関節リウマチの治療中で、当

院入院時、Stage IV、右 TKA 後の状態であった。左肘、左膝に腫脹と圧痛があり、DAS28=4.7 であった。歩行訓練開始後、左膝関節炎が憎悪したため、左 TKA を実施した。術後の通常リハビリでは実用歩行に至らなかったため、ホンダ歩行アシスト（アシスト）を用いた歩行訓練を開始した。経時的に歩行速度、歩幅等を測定し、更に三次元動作解析装置 VICON MX を用いて重心動揺性、関節可動域、関節モーメント、二重立脚時間等を計測した。アシスト開始後、歩行速度は著明に改善し、屋外歩行自立となった。三次元動作解析の結果、重心動揺性と二重立脚時間の減少、関節可動域およびモーメントの増大が明らかとなった。

【考 察】

アシストは TKA 術後の歩行能力改善に有効であった。

【結 果】

歯科介入事例は 48 例であった。（男 8 名、女 40 名、平均 73 歳）介入理由は口腔内トラブル治療、手術前精査目的が多かったが、2016 年以降は生物学的製剤やビスホスホネート製剤投与前精査目的も増えていた。抜歯が望ましいのが 22 例あったが抜歯できたのは 1 例のみであった。

【考 察】

歯周病や残根のため抜歯が望ましいにも関わらず抜歯できた事例が非常に少なかった。現在では他職種による RA チームを作って、RA 治療開始前に X 線撮影、DXA、骨代謝マーカーなどによる骨粗鬆症の評価と歯科介入を行うようにシステム化している。

当院の関節リウマチ患者に対する 医科歯科連携の取り組み

JCHO 湯布院病院 リハビリテーション科

○三ノ宮美紀、杉崎 彩、宮崎 吉孝

【諸 言】

歯周病は関節リウマチ（RA）や骨粗鬆症と関連がある一方で、RA や骨粗鬆症の治療開始後は歯科治療による合併症のリスクが高まるということが知られている。

【目 的】

当院の RA 症例における歯科介入の実績を調べてみることにした。

【方 法】

2013 年 11 月からの 3 年間で歯科介入を行った RA 症例を抽出し、介入の理由や内容の分析を行った。

