【松坂】　もう少し早くかかわることができたら、もう少し短くて済んだのではないかと思ったのですが。

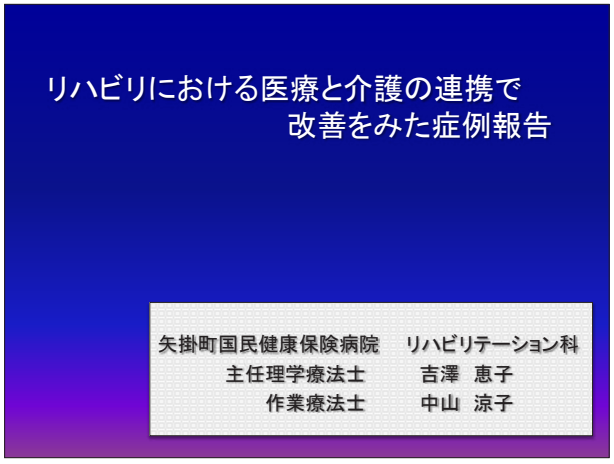
【西村】　結果論はそうかと思いますが、ケアマネジャーもこの方も、うちの病院に入院されている方ではなかったので、他院を退院されてからということだったので、そこら辺の連携がうまく取れていなかったとは思います。

【松坂】　この点について、もっと早くできるのではないかと思われた方もたくさんいらっしゃるのではないかと思いますが、この点が多分、このあとの討論の中での1つの課題になっていくのではないかと思います。ありがとうございました。

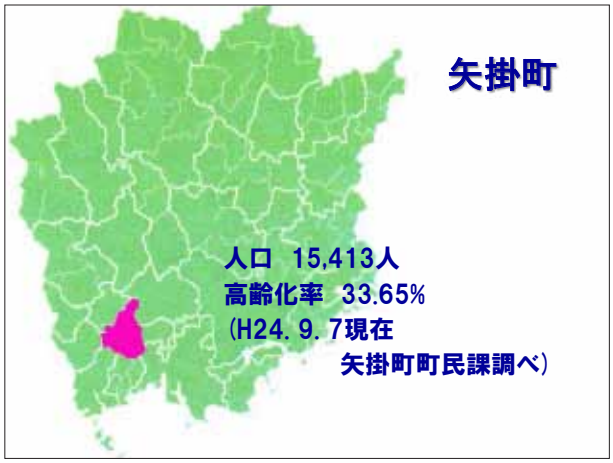
【西村】　ありがとうございます。

【村上】　西村さん、ありがとうございました。
　それでは次の演題です。「リハビリにおける医療と介護の連携で改善をみた症例報告」。岡山県の矢掛町国民健康保険病院、理学療法士の吉澤恵子さんです。ではお願いいたします。

【吉澤】　よろしくお願いします。



「リハビリにおける医療と介護の連携で改善をみた症例報告」。矢掛町国民健康保険病院、主任理学療法士、吉澤恵子。

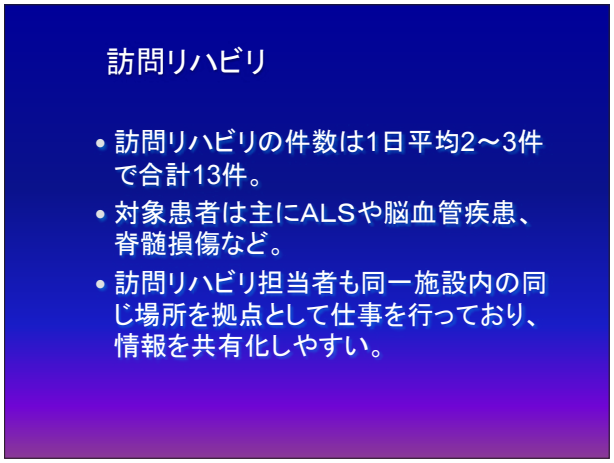


矢掛町は岡山県の南西部に位置しています。人口は1万5,413人、高齢化率33.65%で、年々その割合が増加しています。

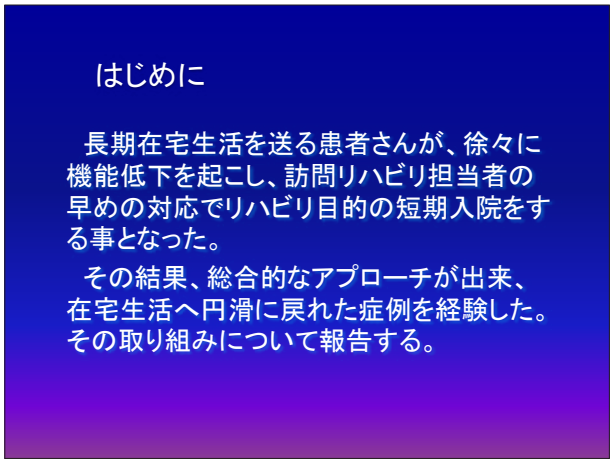
高梁川の支流である小田川が流れ、周囲を山に囲まれる町です。江戸時代には山陽道の宿場町として利用され、現在でも本陣、脇本陣が残され、年に1回、大名行列を再現するお祭りを開催しています。

矢掛町国民健康保険病院は町内唯一の公立病院になります。1日に訪れる平均外来患者数は300人、入院患者数は、一般病棟57床、療養病床60床です。

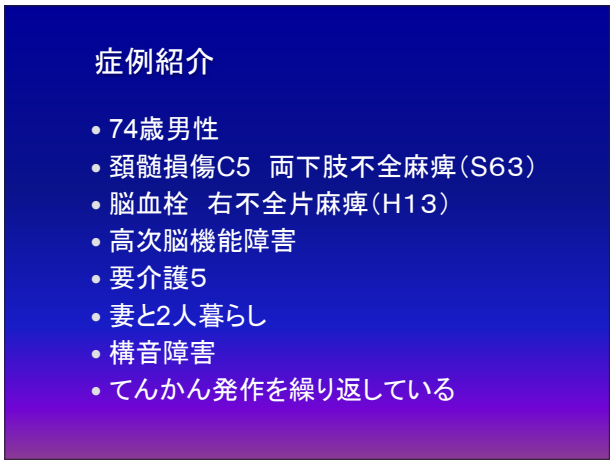
私の所属しているリハビリテーション課は、PT4名、OT3名、STST1名の、総勢8名がリハビリに従事しています。全員が病院でのリハビリに携わり、訪問リハビリは病院と掛け持ちで、1名が対応しています。



訪問リハビリの件数は1日平均2～3件、合計13件です。ALSや脳血管疾患、脊髄損傷などの疾患の訪問リハビリを実施しています。そして最大の特長が、同一施設内の同じ場所を拠点として仕事を行っていることです。このような環境にあるため、入院中の患者さんに、訪問リハビリの必要があれば、入院中から患者情報を共有化しやすい状況にあります。また、訪問リハビリを実施していた患者さんが入院した場合にも、情報が伝わりやすく、リハビリの継続がしやすい状況です。



初めに、今回、長期在宅生活を送る患者さんが、徐々に機能低下を起こし、訪問リハビリ担当者からの早めの対応で、リハビリ目的の短期入院をすることとなりました。結果、総合的なアプローチができ、在宅生活へ円滑に戻れた症例を経験しました。その取り組みについて報告します。



症例紹介。74歳男性。脊髄損傷、両下肢不全麻痺を昭和63年に発症。脳血栓、右片麻痺を平成13年に発症されました。脊髄損傷と脳血栓の麻痺が重なる状態でした。高次脳機能障害を伴い、介助で車椅子に移乗するレベルです。介護度は要介護5。介護者である妻と二人暮らしです。

経緯

平成13年～週1回の通院リハビリ、通所リハビリを受ける。

平成19年5月～通院リハビリと通所リハビリの併用が出来なくなったため、通院リハビリから訪問リハビリへ移行。介助歩行が可能なレベルだった。

平成21年2月～4月てんかん発作にて入院。退院後、徐々に臥床の割合が増加し、身体機能、ADL能力低下認める。

平成13年以降は週1回の通院リハビリを実施し、別の施設で通所リハビリも利用して、機能維持を図っていました。平成19年5月より、通院リハビリと通所リハビリの併用ができなくなったため、通院リハビリから、週1回の訪問リハビリへ移行しました。そのときは介助歩行が可能なレベルを維持し、妻が一人介助で、ポータブルトイレを時間誘導していました。平成21年2月から4月にてんかん発作にて入院。退院後、体調を崩すことがあり、徐々に臥床の割合が増加していました。

機能低下の状況

右膝関節伸展の可動域制限が悪化、起き上がりの際に自力では下肢がベッドから降ろせなくなった。

端座位保持では右足が後方に引け、体重支持する事が困難になった。

妻からも移乗時の介護負担が増えたとの訴えがあった。

平成21年の退院後、右膝関節伸展の可動域制限が悪化、起き上がり時に、自力では下肢がベッドから下ろせなくなりました。端座位では右足が後ろに引けるため、足底で体重を支持することが難しく、自力保持が困難になりました。もともと腰痛を持病としている妻からも、下肢が支持として使われなくなったため、移乗時の介護負担が増えたと訴えがありました。

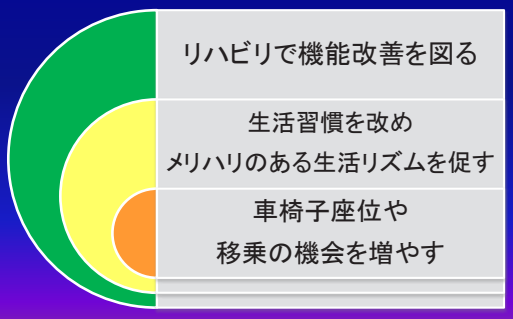
内容

週1回（40分）の訪問リハビリでは下肢の支持性を向上する為に十分な訓練を行うには時間的にも環境的にも困難になり、緩やかに廃用症状が進行する状況だった。

訪問リハビリ担当者がケアマネージャーや主治医に報告。受診をすることとなりその結果、4週間のリハビリ目的の入院となった。

週1回40分の訪問リハビリでは、可動域制限の進行を防ぐための可動域訓練が中心になり、下肢の支持性を向上する立位訓練や介助歩行を行うには、時間的にも環境的にも困難になりました。そのため、緩やかに廃用症状が進行する状況でした。このことを訪問リハビリ担当者がケアマネジャーや主治医に報告、受診をすることとなり、その結果、4週間のリハビリ目的の入院となりました。

全体目標



入院時の全体目標は、できるだけリハビリで機能改善を図り、寝た状態が当たり前になっていた本人と妻の生活習慣を改善することで、メリハリのある生活リズムを促し、車椅子座位や移乗の機会を増やすこととしました。

リハビリ目標

- 両下肢の可動域が向上することにより端座位で足底が床に接地する。
- 下肢の支持性を出し、移乗動作の介助量軽減を図る。

リハビリの目標として、両下肢の可動域が向上することにより、端座位で足底が床に接地することと、下肢の支持性を出し、移乗動作の介助量を軽減することを挙げました。

訓練内容

- PT・OTが各2単位を実施。
- メニュー
  - 関節可動域訓練
  - 座位訓練
  - 立位訓練
  - 歩行訓練
- 時にはPT、OTが一緒に訓練を行う事で訪問リハビリでは困難だった訓練を可能とした。

訓練内容は、PT、OT が日に各2単位で訓練を実施、関節可動域訓練、座位・立位・歩行訓練を行いました。入院期間が4週間と決められていたので、全身の機能低下をすべて改善することは難しく、一番問題となっている下肢にアプローチを集中することにしました。時には PT、OT が一緒に訓練をする時間を取ることで、より効果的なアプローチをすることができ、訪問リハビリでは時間的、環境的に難しくなっていた立位訓練を実施することで機能改善を図りました。

病棟目標

病棟スタッフには、車椅子移乗と生活リズムの改善を依頼。リハビリから移乗の介助方法を指導し、食事の前後の時間も車椅子で過ごすようにした。
そうすることで妻の介護負担を和らげ、車椅子座位の耐久性向上につなげた。

病棟スタッフには、車椅子移乗を実施してもらうことと、生活リズムの改善を依頼しました。入院時にリハビリから移乗の介助方法を指導し、3度の食事の際には、前後に車椅子座位で過ごしてもらう時間を取るようにしました。そうすることで、妻の介護負担を和らげ、車椅子座位の耐久性向上につなげました。

家族の協力

妻には安易に介助する事を控えてもらい、安全に食事動作や車椅子駆動が出来るよう見守りを依頼。
本人が意欲的にリハビリに取り組めるよう励ましてもらう。

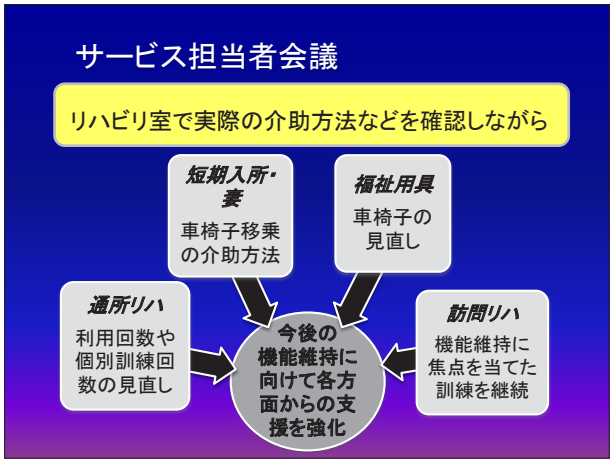
妻には安易に介助することを控えてもらい、食事動作や車椅子駆動を見守り、本人が意欲的にリハビリに取り組めるよう、励ましてもらいました。

結果

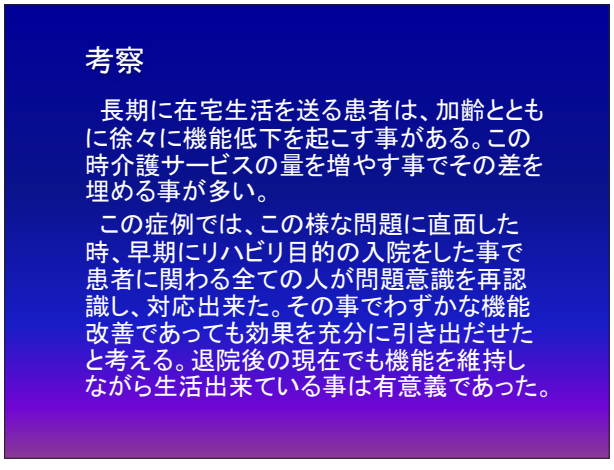
関節可動域が5°～10°改善。左下肢のみではあるが立位時に支持として利用可能となり、介助量がわずかに軽減、FIMの点数も3点だが上がった。車椅子座位の耐久性がつき、妻もその必要性を再確認出来た。

	（正常値）	入院時	退院時	
股関節屈曲(125°)		105°	115°	10° UP
外転(45°)		15°	20°	5° UP
内転(20°)		0°	10°	10° UP
内旋(45°)		0°	10°	10° UP
膝関節伸展(0°)		−20°	−10°	10° UP
FIM	(126点)	47点	50点	3点UP

結果。関節可動域で、股関節や膝関節が5度から10度改善、移乗時に左下肢のみではありますが、支持として利用可能となり、介助量がわずかに軽減。FIM の点数も3点ですが上がりました。車椅子座位の耐久性がつき、妻もその必要性を再確認できたようでした。

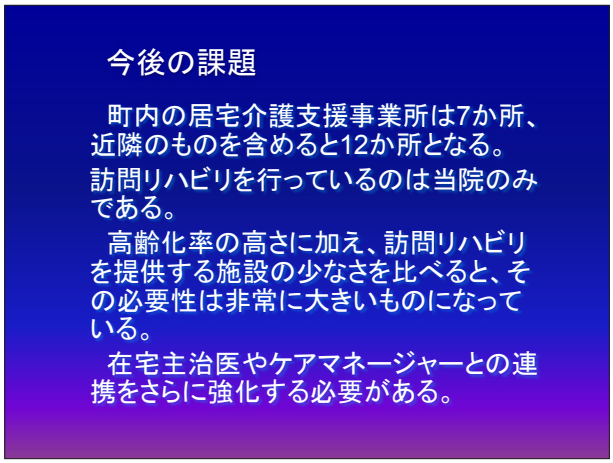


退院前、ケアマネジャーがサービス担当者会議を開催しました。開催場所をあえてリハビリ室で行い、実際の動きを確認できるようにしました。病院スタッフ以外に、ケアマネジャー、妻、通所リハビリスタッフ、短期入所スタッフ、福祉機器の業者に集まってもらいました。病院スタッフからは、入院目的と4週間の状況報告をしました。今後の機能維持に向けて、各方面からの支援を強化し、再び在宅生活へとつなぐため、通所リハビリスタッフには訓練内容を伝達し、個別訓練の回数の見直しを依頼、短期入所スタッフおよび妻には、実際に車椅子移乗の介助方法を伝達しました。福祉機器の業者には車椅子の調整を依頼し、訪問リハビリ担当には、引き続き機能維持に焦点を当てた訓練内容を伝達しました。



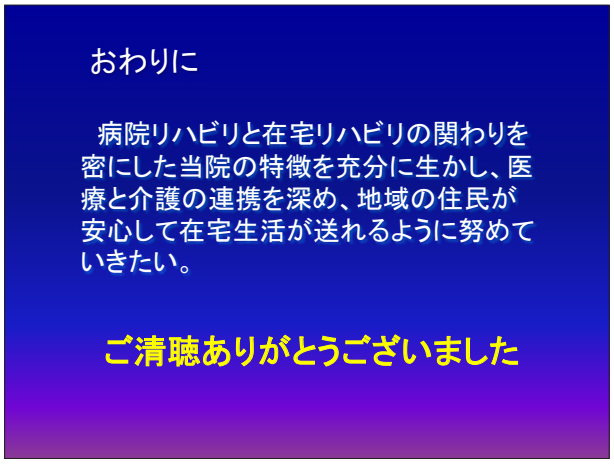
考察。長期に在宅生活を送る患者は、加齢とともに徐々に機能低下を起こすことが必至です。このとき介護サービスの量を増やすことで、その差を埋めることが多いのではないでしょうか。この症例では、このような問題に直面したとき、早期にリハビリ目的の入院をしたことで、患者にかかわるすべての人が問題意識を再確認し、対応できました。そのことで、わずかな機能改善であっても効果を十分に引き出せたと考えます。退院後の現在でも、機能を維持しながら生活できていることは有意義だったと考えます。

患者1人1人に合った連携、入院から在宅、在宅から入院など、さまざまな連携が考えられても良いのではないかと考えます。



今後の課題。町内の居宅介護支援事業所は7カ所、近隣のものを含めると12カ所になります。訪問リハビリを行っているのは当院のみです。高齢化率の高さに加え、訪問リハビリを提供する施設の少なさを比べると、その必要性は非常に大きいものになっています。在宅主治医とケアマネジャーとの連携を

さらに強化する必要があると考えます。



おわりに。病院リハビリと在宅リハビリのかかわりを密にした当院の特長を十分生かし、医療と介護の連携を深め、地域の住民が安心して在宅生活を送れるよう努めていきたいです。なお、ご協力してくださいました患者さんには、写真掲載について了承していただいております。

ご清聴ありがとうございました。

【村上】 吉澤さん、ありがとうございました。在宅リハと病院のリハと、うまく連携できていると思いました。この演題につきましても、フロアの皆さまからご質問なりご感想なりでよろしいのですが、いかがでしょうか。

またあとでもお聞きするのですが、サービス担当者会議をあえて病院のリハ室で行ったということですが、普通、サービス担当者会議はケアマネが招集して行いますが、この事例に関しては、いわゆるリハビリのほうがコーディネーター役を務めたということでしょうか。

【吉澤】 そうです。入院した経緯も、やはり訪問担当から、身体状況が訪問リハビリだけでは改善し切れないというのをケアマネジャー、主治医に報告したことにより、そういう機会を得ました。ケアマネジャーとしても、いかに工夫して、また在宅に戻るかということを頭に置いていただいていたので、こちらから提案はしましたが、非常に協力的に、どのサービスの方も、リハ室ですることに積極的に参加していただき、実際に実技もしたような状態になります。

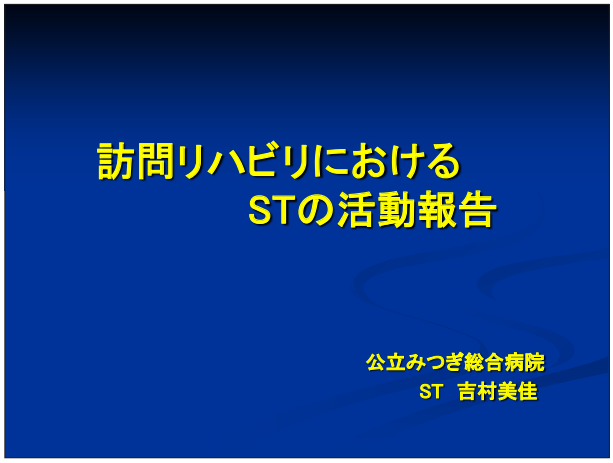
【村上】 素晴らしいですね。

【松坂】 非常に素晴らしい活動だと思います。特にリハ職がコーディネートしたということは、今後、地域包括ケアのシステムを作っていくときの、1つのキーワードになりそうなところではないかと思いました。どうもありがとうございました。

【村上】 フロアの皆さまからはよろしいですか。

それでは吉澤さん、またあとで、よろしくお願いいたします。ありがとうございました。

では3番目の演題です。「訪問リハビリにおけるSTST の活動報告」。広島県公立みつぎ総合病院言語聴覚士の吉村美佳さんです。



【吉村】 よろしくお願いします。今回の発表に際しまして、ケースの紹介をさせていただくのですが、写真をたくさん使わせていただいています。これについてはご家族が、「私たちで役に立つのだったら、どんどん使って、どんどんアピールしてきて」と了解をいただいていますので、見ていただけたらと思います。よろしくお願いします。