

40-1 地域包括ケア病棟・病床

地域包括ケア病棟における腎臓リハビリテーションへの取り組み

加治木温泉病院 総合リハビリテーションセンター

はやさき なお

○早崎 奈央（理学療法士）、末弘 裕哉、飯山 春樹

【はじめに】

腎臓リハビリテーションは透析患者に対して、最大酸素摂取量の増加や左心室収縮機能の亢進、貧血の改善、睡眠の質の改善などの効果をもたらすことが報告されている。また、週あたりの運動回数が多いほど生命予後が良いことが明らかになっている。これまで当院では、慢性腎不全等に伴う血液透析や腹膜透析の治療や導入を主とする患者は、療養病棟で受け入れ、疾患別・維持リハビリテーションを行って来た。

一方で当院はサブアキュート機能を主とした地域包括ケア病棟を有しており、平成30年度の診療報酬改定後、地域包括ケア病棟への慢性腎不全患者が増加して来ている。そのため、新たな取り組みとして、地域包括ケア病棟に入院した血液透析および腹膜透析患者を対象に腎臓リハビリテーションを開始した。現状と課題について報告する。

【実施内容】

地域包括ケア病棟に入院中の血液透析患者に対して、透析中に電動アシスト付エルゴメーターを用いた下肢運動、徒手的抵抗やセラバンド等を用いたレジスタンス運動、EMSを使用した筋力増強運動、自主訓練指導を実施した。介入頻度は週3回とし、透析時間の前半に介入した。

【現状と考察】

今回の取り組みでは、透析後の運動療法は血圧変動を生じやすく、積極的な介入が難しいケースがあるため、透析中の運動療法を主とした介入を行った。透析前半にリハビリを行うことで、安定した状態で介入でき、運動量を増加させることが可能であった。今回は地域包括ケア病棟入院中のみの介入であり、退院や転棟後のフォローアップに関しては問題点を残している。また、マンパワー不足や腎臓リハビリテーションに携わっているリハビリスタッフが少ないこと、運動療法を習慣付けること等も課題である。今後、活動量の変化、FIMへの影響など、本介入による効果について検討を検証していきたい。

40-2 地域包括ケア病棟・病床

地域包括ケア病棟で入退院を繰り返すCOPD患者を経験して
～ときどき入院ほぼ在宅を達成できている症例～

原土井病院 リハビリテーション部

しもはらい あやの

○下拂 綾乃（理学療法士）

【はじめに】

肺癌の既往があるCOPD患者でCOPD増悪等で年に1度程度地域包括ケア病棟（ケア病棟）へ入退院を繰り返すが、約60日の集中的呼吸リハを実施し約5年間ADL維持し自宅生活を継続できている症例を報告する。

【症例紹介】

初回入院時74歳女性。45～73歳で喫煙30本/日。2010年頃より咳嗽や痰が出現しCOPDと右肺下葉に癌を指摘された。放射線治療を受け経過良好であったが2015年1月、右肺下葉肺炎と診断され治療目的で当院ケア病棟に入院した。

【方法】

主な評価は各入退院時のBMI、mMRC呼吸スケール、6分間歩行試験（6MD）、FIM運動項目。呼吸リハはコンディショニング、腹式呼吸+口すぼめ呼吸、体幹・下肢筋力訓練、リカンベントエルゴメータ、歩行練習、ADL・自主訓練指導を主に行った。

【結果】

初回入院時（2015/2）BMI25.7、6MD200m、mMRC3、FIM運動項目86点、退院時（2015/4）24.5、420m、1、89点。その後年に1度程度の入退院を繰り返し、直近入院時（2020/3）25.1、314m、1、90点、退院時（2020/5）25.4、360m、1、90点。初回入院時肺機能検査FVC1.09L、%FVC48.9%、FEV1.0 0.6L、FEV1.0%（G）55.96%であったが、直近（2018/6）1.45L、68.1%、0.85L、58.6%で肺機能も維持傾向である。

【考察】

初回入院時重症度Ⅲ期COPDの症例であったが、薬物療法と集中的呼吸リハで身体機能や呼吸困難感、運動耐容能が改善し自宅生活を維持できている。退院後の自主訓練を指導していたが1年程度でCOPD増悪等をきたしている。

今後はコンディショニングや運動指導だけでなく、近年予後に影響しているとされている身体活動量を評価・指導する必要がある。自宅での評価は難しいが、直近の入院時より歩数計で活動量を把握するよう提案した。

このような症例の「ときどき入院ほぼ在宅」を実現するため当院のようなケア病棟のあり方もあるのではないかと考える。今後も症例の生活に合ったリハや活動の提案を行っていきたい。

40-3 地域包括ケア病棟・病床

地域包括ケア病棟における退院支援

原病院 地域包括ケア病棟 看護科

はらだ かなこ

○原田 奏子（看護師）、吉田 あゆみ

【はじめに】

当院は平成27年に新設された定数49床の地域包括病棟である。急性期病棟を経た方や在宅、施設での症状悪化した方を受け入れ、継続的な治療・リハビリを行っている。患者一人一人様々な問題を抱える中でその生活背景を受け止め、退院後も患者にあった生活ができるよう介入している。今回は、地域包括病棟としての退院支援活動と、見えてきた課題についてここに報告する。

【方法】

2020年3月中旬当病棟に入院してきた患者を取り上げ退院支援を実施。

実施内容として、①既往に糖尿病があり、血糖値のチェック・インスリンの自己注射の指導。

②認知機能の低下にて手技の理解力低く、またリウマチの既往あり細かい指の動作が困難。そのため主治医・スタッフ・リハビリと情報共有し指導。③退院に向けてMSW・CMとも情報共有。

【結果】

・独居であり、認知機能低下も著明。自宅でインスリン使用可能なレベルまで教育することはできたが、認知面において技術に不安が残った。

・自宅退院を見据えていたが、退院準備を進めていく中で問題点が多く、その都度主治医・MSWに相談した。
・コロナウイルスの流行により、面会制限あり家族のサポート得られず。患者の状況を実際に見て確認できないため、すべての情報共有が難しかった。

【考察】

ADLはリハビリスタッフを協力し入院前の状態に近づけることができた。しかし、インスリン手技については認知面や運動機能の影響もあり、自宅退院困難を思われたが、在宅サービスの導入により自宅退院可能となったと考えられる。また、今後の患者の高齢化に伴い、外部の在宅サービスとの連携もさらに重要となると思われる。

40-4 地域包括ケア病棟・病床

地域包括ケア病棟における取り組み前後でのアンケート調査の比較

筑紫南ヶ丘病院 リハビリテーション科

まつお いっせい

○松尾 一世(作業療法士), 新本 のぞみ, 笹井 直子, 福田 雄大, 大島 大輝, 川下 哲朗, 米倉 未智瑠, 堺 利香

【はじめに】当院は平成27年5月に地域包括ケア病棟(以下:ケア病棟)34床を開設。平成29年4月に60床へ増床。増床前に実施した病棟スタッフ(以下:病棟スタッフ)へのアンケートで「多職種連携が不十分」という意見が多く出たため、多職種間のコミュニケーションを増やす取り組みを行った。取り組み前後で比較を行うため再び病棟スタッフへアンケートを実施し、傾向や今後の課題について検証した。

【方法】比較対象は増床前の病棟スタッフ19名(以下:A群)とした。アンケートの内容は増床前と同じもの(患者の症状や能力の理解、治療・ケア・サポート、Goalの認識、他スタッフとのコミュニケーション)を現在在籍中の病棟スタッフ25名(以下:B群)に実施し、回答方法は4段階評価(4:出来ている~1:出来ていない)とした。A群とB群の比較にはMann-WhiteyのU検定を用い、有意水準は5%未満とした。

また、今回新たに取り組みとして行った①ケア病棟でのカンファレンス、②病棟でのADL評価・訓練、③ADL表の作成・掲示、④排泄チェック表の4項目を追加し、結果は%表記とした。

【結果】24名から回答があり、回収率は96%であった。A群とB群を比較し8項目全てにおいてB群が高く有意差を認めた($P<0.05$)。

追加項目について、活用できている・やや活用できていると回答したものが①ケア病棟カンファレンスで33.2%、②病棟でのADL評価・訓練で74.8%、③ADL表の作成・掲示で63%、④排泄チェック表で25.8%という結果になった。

【考察】今回のアンケート結果からスタッフ間のコミュニケーションが増えたことで患者の症状や能力の理解等に結びついたと考える。またケア病棟で始めた取り組みがコミュニケーションを促す媒体の一助になっていると考える。しかし①病棟カンファレンス、④排尿チェック表の項目で半数以上が出来ていないと回答があったため、それらの強化・見直しを行い多職種間の連携を深め退院支援を行っていきたい。

40-5 地域包括ケア病棟・病床

地域包括ケア病棟での更衣の取り組み

花川病院 看護部

たなか めぐみ

○田中 恵 (看護師), 豊澤 涼子, 伊藤 駿作

【はじめに】

地域包括ケア病棟とは、急性期からまっすぐ自宅退院するには不安がある患者や、地域で生活している患者が、医療・看護・リハビリを行い住み慣れた場所で最後まで生活できるよう支援する病棟である。そのため、入院前に行っていた生活習慣を維持し、自立した生活を送れるよう支援しなければならない。日常生活動作の中でも、更衣は入院中、ほとんど取り組まれていない。しかし、身だしなみを整えることは、患者の意欲向上に繋がるとの先行文献もあり、生活習慣を維持し、入院生活にメリハリを付けるためにも重要である。今回、当院地域包括ケア病棟で2020年2月から更衣に取り組んだ。

【目的】

更衣取り組みに対する職員の意識調査と今後の課題を明らかにする。

【研究方法】

調査方法：

勉強会前後の意識調査、対象者は地域包括ケア病棟職員18名

【結果】

意識調査1回目：

- ①更衣を開始してどう思うか。賛成28%、どちらとも言えない50%、面倒22%
- ②更衣をする意味を理解しているか。している22%、なんとなく67%、わからない11%

2回目

- ①地域包括ケア病棟の役割を理解できたか。できた100%
- ②更衣する意味を理解できたか。できた100%
- ③更衣を必要だと思ったか。思った63%、どちらとも言えない37%

【考察】

2月から更衣に取り組んでいたが、今回、病棟師長による勉強会を実施し、地域包括ケア病棟の役割や、更衣をすることを全職員が理解できるようになった。しかし、更衣が必要かとの問いに、「どちらでもない」との回答が37%あり、更衣の必要性は理解しているが、実施できない状況があると考えた。行っていなかったケアの取り組みは、受け入れがたく、今後は更衣継続のために業務改善が課題と考える。

更衣は身だしなみと同様に社会的意味を持つと言われており、患者の今ある能力を落とさず、退院後の姿をイメージして看護ができ、地域包括ケア病棟の役割を果たせるようにしたい。

40-6 地域包括ケア病棟・病床

当院地域包括ケア病棟における情報共有方法の変遷とその有効性の検討～転倒発生率を指標として～

1 芳珠記念病院 リハビリテーション室, 2 芳珠記念病院 診療局

いわがみ りんたろう

○岩上 倫太郎 (理学療法士)¹, 合歡垣 洸一¹, 木村 繁文¹, 西田 好克¹, 上田 佳史², 仲井 培雄²

【はじめに】

地域包括ケア病棟では60日間という期間内での退院を目指し、早期介入・早期退院支援が求められ、そのために多職種での情報共有は重要であると考えられる。当院においては日々変化する入院患者のADLや退院支援に関する情報を、病棟全体のスタッフでいかに効率よく、正確性をもって共有できるかが課題であり、その改善のための取り組みとして、転倒予防ラウンドや情報共有ボードの導入を地域包括ケア病棟開設以来行ってきた。

今回は、当院地域包括ケア病棟において、専従療法士（PT）を中心とした安心安全な医療を提供するための情報共有に対する取り組み内容と効果について、転倒発生率の観点から考察し、報告する。

【方法】

対象は2015年11月から2019年9月に当院地域包括ケア病棟を退院した75歳以上の患者とした。期間を①POCリハ導入時期：2015年11月～2016年8月、②転倒予防ラウンド導入時期：2016年9月～2018年7月、③情報共有ボード導入時期2018年8月～2019年9月の3期に分け、各期の対象患者の在院日数1日あたりの転倒件数（転倒件数/日）を算出し、その中でも入棟7日以内に発生した転倒件数の割合を算出した。また、各期の退院患者の年齢、在院日数の平均値を算出した。

【結果】

各期の結果を、平均年齢・在院日数・転倒件数/日・入棟7日以内の転倒件数の割合で示す。

①：83.9歳・21.7日・0.69件/日・40.0%，②：84.7歳・25.3日・0.60件/日・33.9%，③：85.0歳/24.7日/0.59件/日・23.5%

【考察】

開設から入棟患者の平均年齢が上昇し、在院日数も延長している。これは社会的背景として地域高齢者の割合が増え、高齢者の独居や老々介護など退院支援においても課題が多くなっていることが一要因ではないかと感じる。しかし、その状況においても変化に伴って情報共有方法を模索しながら変更を加えていった。その結果が、病棟全体の転倒件数・入棟7日以内の転倒件数の抑制に繋がったと考えられた。

40-7 地域包括ケア病棟・病床

地域包括ケア病棟での Wernicke 脳症症例に対する Canadian Occupational Performance Measure を用いた介入

1 小林記念病院 リハビリテーション部, 2 小林記念病院 診療部

おかだ けんすけ

○岡田 健佑 (作業療法士)¹, 小田 高司²

【はじめに】

地域包括ケア病棟では,入院期限が60日のため,十分なりハビリテーションが提供できず,支援が不十分なまま退院するケースがあると報告されている.今回,地域包括ケア病棟に入院した Wernicke 脳症患者に対して, Canadian Occupational Performance Measure (以下,COPM) を用い目標設定を行ったことで,入院期限内で遂行度・満足度の向上し,自宅退院に繋がった症例を経験したため報告する.

【事例紹介・リハビリテーション初期評価】

40代男性.職場退職後,砂糖水のみでの生活を続け,ADL低下.急性期病院にて Wernicke 脳症と診断される.初期評価の COPM は屋内独歩・セルフケア自立の重要度10,遂行度・満足度が2であった.Pittsburgh Rehabilitation Participation Scale (以下,PRPS) は4点.入院時 ADL は,FIM - M69点で歩行5点であった.SPPB0点と著明な筋力・バランス低下と失調を認めた.MMSE30点であった.

【介入経過・結果】

屋内独歩・セルフケア自立を目標に挙げ,定期的に COPM を評価し,問題点を症例・療法士間で共有した.介入2週目に屋内独歩・セルフケアの遂行度・満足度は7.PRPSは6点.FIM-M82点で歩行7点に改善した.また,新たに重要度10の項目に屋外独歩が挙がり,遂行度・満足度は2であった.そのため目標を屋外独歩自立に変更した.介入6週目に屋外独歩自立.COPMは屋外独歩の遂行度・満足度は7 ,FIM-M87点に改善した.SPPB12点に改善したが,失調は残存した.

【考察】

Phippsらは,患者が重要視する生活上の課題を COPM で明確にすることで,目標とした活動の遂行度と満足度が有意に向上したと述べている.本症例に対しては,定期的に COPM を評価し,重要度の高い項目の共有と目標の再設定を繰り返すことで,症例自身の課題への動機づけと主体的なりハビリ参加に繋げることができたと考える.

地域包括ケア病棟入院期間でのリハビリ退院支援において COPM を用いた目標設定は有用であると考えられる.

40-8 地域包括ケア病棟・病床

地域包括ケア病床におけるがん患者へのリハビリテーション専門職の関わり～患者・家族のサポートに向けて～

春日部厚生病院 リハビリテーション部

しぶや さやか

○渋谷 沙也果 (理学療法士), 杉山 昇平, 南本 浩之

【目的】 地域包括ケア病床の患者像は、軽症急性疾患からがんや整形外科手術後の患者まで多岐に渡る。本症例は進行がんの急性期治療を終えたが、家族は在宅復帰に不安がありリハビリテーションの継続を強く希望された。短期間で在宅復帰に向けたリハビリテーション及び生活支援が必要であった為、地域包括ケア病床の入棟対象者となった。本症例を通し、地域包括ケア病床でのがん患者に対するリハ専門職の関わりの必要性を考える。

【症例】 50歳代女性。中学生頃からがんを発症し、両親と共に地域生活を送ってきた。今回、転移性脳腫瘍の急性期治療を経て当院地域包括ケア病床に入院となった。入院時、原疾患と化学療法等の治療過程により、重度運動機能障害と高次脳機能障害を呈していた。基本動作及び日常生活動作は全介助を要した。

【経過】 当院入院日同日から患者・家族との関わりが始まった。約1週間は本人の協力動作を得ながら、ポータブルトイレでの排泄とリクライニング車椅子での外出に向けた移乗動作練習を行った。しかし、意識レベルの低下と食後の嘔吐により経口摂取が急激に困難となり、点滴加療を行いながらベッドサイドで身体の苦痛緩和ケアや本人が行える作業活動等へと移行した。家族の希望は車椅子生活を中心とした活動的な考えから、本人が安心して過ごせる環境での生活に向けた在宅療養への考えに変化した。全身状態の悪化を多職種連携でサポートし、家族の精神的ケアも同時に行った。全身状態が悪化後も家族は在宅復帰を強く希望され、在宅環境の見直しと介護保険サービスの導入による患者家族のサポート体制の整備を行い在宅復帰へと繋いだ。

【考察】 リハ専門職は、対象の身体活動や日々変化する精神状態を把握することができる。また、病状・病期に合わせ臨機応変に、退院後の変化を見通した生活環境やサービスの提案ができる強みを持ち、がん患者に対しリハ専門職の関わりの必要性は高いと考える。