

P2-77

地域に向けた出張講座「種まきチーム」の活動報告

松尾加代子¹、東田元子¹、藤井有理¹、奥井宏次²
¹JCHO 滋賀病院 看護部、²附属介護老人保健施設

【はじめに】 滋賀病院では地域医療に積極的に取り組んでおり、副看護師長会のワーキンググループでは地域に向けた広報活動として出張講座を行っている。この活動内容及び今後の課題を報告する。
 【目的】 地域に元気の花を咲かせよう！をモットーにたくさんのお花を咲かせるためにコツコツと種をまくように地域に根ざした活動を広げたい。そんな思いから「種まきナース」と名付けて、地域の要望に添ったテーマで出張講座を行い、地域に求められる活動を行っている。
 【内容】 2016年から出張講座の概要と申込書、案内チラシを作成し、認定看護師の協力を得て出張講座のメニューを作成した。院内の地域連携室、総務企画課、広報委員会と連携し、近隣の自治体に案内チラシを配布した。また、「種まきナース」の出張講座を病院のホームページに掲載して広報活動を開始した。さらに、2018年からは医師をはじめとする多職種も協力を得て「種まきチーム」として活動を拡大した。また、地域の方々に病院に招いて歌やダンス、クイズ、ヨガ、体操で地域住民と病院の職員が一緒にふれあえるイベントを開催した。
 【まとめ】 2年間で11か所の団体から出張講座の依頼があった。要望が多かったのは高齢者を対象とした認知症と介護予防、健康寿命のテーマである。アンケート調査では、近隣の住民でも当院を利用したことのない参加者も多く、出張講座は当院を知ってもらえる機会にもなっている。滋賀病院をもっとよく知ってもらい、地域に信頼され身近に感じてもらえるような顔の見える継続的な活動が課題である。今後はさらに多くの地域の方々に当院の取り組みを知ってもらい、地域密着型病院として地域住民に親しまれる活動を広げていきたい。

P2-78

病院看護師と在宅ケア関係者の顔の見える関係づくり～看護部退院支援委員会の活動報告～

島田恵美、福永直美
 JCHO 大和郡山病院 看護部

【はじめに】 地域包括ケアの推進において病院関係者と在宅ケア関係者の連携強化が求められている。当院では地域医療連携室が退院調整を担い、入院患者をケアする病棟看護師が直接、地域の多職種と連携する機会が少ない。そこで「在宅ケア関係者と病院看護師の顔の見える関係づくり」を目的に研修会を開催した。
 【目的】 参加者の意見を振り返り、研修会の効果を明らかにする。
 【研修会の内容】 2019年2月と3月に病院主催で研修会を開催し、退院前カンファレンスをテーマにグループワークを行った。研修会は発表を含めて1時間で開催し、研修会に対するアンケートを実施した。
 【結果】 研修会には病院看護師12名と在宅ケア関係者33名が参加し、44名がアンケートに回答した。研修会が「顔の見える関係づくり」の場になったと38名が回答した。「顔の見える関係づくり」にならなかった理由として、3名が「時間が短い」と回答した。研修会テーマについて、「病院看護師と話ができて安心につながった」「病院側も積極的に退院支援に関わっていることが分かり心強く感じた」「在宅ケア関係者の意見を聞くことで情報伝達の重要性を学んだ」「民生委員の存在を再確認できた」「入院時に情報提供の内容が明確になった」等の意見があった。グループワークでは、薬局薬剤師や民生委員は退院前カンファレンスに参加する機会がほとんどなく、民生委員と在宅ケア関係者の連携窓口が確立されていないことが明らかになった。
 【考察】 病院看護師の参加で在宅ケア関係者は病院の取り組みを知り、「安心」「心強さ」という信頼につながった。地域の多職種の声を聴くことで病院看護師に気づきがあった。病院が主催したことで地域の多職種間の交流の場となった。
 【結論】 1. 病院看護師と在宅ケア関係者が意見交換をすることで連携強化につながる。2. 病院から働きかけることで、病院の取り組みを地域に周知することができる。

P2-79

療養支援科の前方支援の活動と課題～地域包括ケアシステムの拠点病院として～

矢郷敦子、鈴木雅喜、坂口美都
 JCHO 横浜中央病院

【はじめに】 当院の地域ケアサービスセンターは、地域の医療と介護をシームレスに結びつける目的で2013年に開設され、地域連携室、療養支援科、医療福祉相談室で構成されている。療養支援科は看護師3名で、入院受け入れの窓口として地域からの受容に対応している。
 当院の特徴として、総合診療科、地域包括ケア病棟がある。入院病棟の判断は、療養支援科が医師と相談し行っている。入院目的や患者の状況、患者・家族の思い、家族背景やサービス状況など、事前の情報収集により入院後の治療方針や方向性にも大きく影響する。その後の退院支援にも連動し、病棟との連携も重要である。療養支援科を経由した患者は、病棟での多職種カンファレンスで経過を追い、退院前カンファレンスに参加するなど退院まで支援し、退院後は在宅療養後方支援などでモニタリングしているケースもある。今回、昨年度1年間の受け入れ状況と課題を報告する。
 【昨年度の実績】 相談件数：354件、内訳：入院249件（70%）、キャンセル44件（13%）、断り39件（11%）、保留22件（6%）入院目的：治療111件（45%）、レスパイト62件（25%）、リハビリ23件（9%）、在宅調整24件（10%）、療養先調整13件（5%）、看取り13件（5%）、緊急避難3件（1%）
 【結果】 医師からの依頼では、社会背景が不明、ケアマネジャーからの依頼では病状や入院目的が不明確な場合がある。多職種から情報収集し読み込みをした上、更に直接話しをして情報を取ることが重要である。また患者の思いを一番に尊重することを忘れてはいけない。
 【課題】 地域での病院の役割を認識し、アサーティブなコミュニケーション能力を持って対応し、病態把握、緊急度、依頼の目的等、総合的に的確な判断ができるよう努力していきたい。

P2-80

複数施設による同一インターネット予約システムの運用は、地域医療を活性化させる！

安藤康徳、真野瞳、竹内初江、大橋寛
 JCHO 中京病院 地域連携部

【背景】 我々は、「インターネット予約システムを依頼受働施設の開業医院・クリニックの囲い込みツールとせずに地域医療連携の「円滑な運用」や「連携の拡大・活性化」等に繋げることを目的」として名古屋市南部を中心に1回ログインすれば、画面を切り替えるだけで複数施設の予約が可能インターネット予約システム（以下：当システム）を運用している。（2018年末：愛知県下8施設）
 【目的】 当システムの運用が、目的とした「連携の拡大・活性化」を実現しているかを検証する。
 【方法】 隣接する名古屋市南区3施設と緑区2施設の過去7～10年間の高度医療機器（CT・MR）の共同利用件数を調査し比較する。南区3施設は、当システムを運用する 中京病院*、大同病院*、名古屋セントラルクリニックである。緑区2施設は、FAX予約を運用する 名古屋市立緑市民病院*、南生協病院*（2008年度のみ南区）である。
 *：名古屋市医師会病診連携システム関連病院
 【結果】 南区3施設のCT+MR依頼件数は、2008年度：1024件から2016年度：2248件となり、1224件増の2.20倍となった。緑区2施設のCT+MR依頼件数は、2008年度：2133件から2016年度：2464件となり、448件増の1.16（1.1551）倍となった。2016年度での南区3施設の依頼件数伸び率は、緑区2施設の1.90倍であった。
 【考察】 緑区の50歳以上人口の増加率は、2008年10月81717人から2016年10月94354人となり、1.15（1.1546）倍であった。共同利用によるCT+MR依頼件数の増加率（1.1551）と非常によく一致した。緑区での依頼件数の増加は、50歳以上人口の増加によるところが大きいと示唆される。緑区の50歳以上人口に対するCT+MR依頼件数は、2016年度2.6%であった。南区の50歳以上人口に対するCT+MR依頼件数は、2016年度3.5%であった。この差の部分が、当システムの運用により「連携の拡大・活性化」を実現できた部分と考えられる。

2020
 一般ポスター
 ポスター会場

P2-81

QC活動による業務改善の取り組みとその成果

瀧昌也

JCHO 中京病院 リハビリテーションセンター

【はじめに】QC活動とは、働く人の能力向上と自己実現、明るく活気に満ちた生きがいのある職場づくり、お客様満足の向上および社会への貢献を目指すこととされ、当院リハビリテーションセンター（リハセンター）では、平成28年度よりQC活動による業務改善の取り組みを行い、医療の質向上、業務の効率化、働きやすい環境づくりを目指している。今回、当センターで取り組んでいるQC活動について報告する。

【方法】リハセンターの職員をランダムに3チームに分け、問題解決型QCストーリーを用い、テーマの選定、現状把握と目標設定、要因解析、対策の検討と実施、効果の確認、標準化と定着の順に活動を行った。各チームのQC活動の成果を発表する場として、毎年3月にQC活動発表会を開催し、それらの活動・発表を審査、最優秀賞チームを決めている。

【結果】平成28年度のテーマは、「他職種にも分かりやすいリハビリカルテ記載の検討」、「リハビリテーション総合実施計画書の作成率Up」、平成29年度は「単位数獲得を目指して」、「病棟との連携」、「摂食機能療法を算定できる環境づくりを目指して」、平成30年度は「自主トレーニングプリントの充実」、「退院時リハビリテーション指導料算定増加のための取り組み」、「リハビリテーション総合実施計画書の作成率向上を目指して」であった。その中の「自主トレーニングプリントの充実」の活動では、プリントの種類が3種類と少ない、あまり使用されていない、個人で作成しているなど指導内容の煩雑さが認められ、プリントを28種類に増やす、設置場所の統一を行い、利用率の増加、作成・説明の時間短縮が得られた。

【考察】QC活動により、業務に対して問題意識を持ち、チームが進んで改善する行動が見られ、それらが日々の業務に定着し業務改善に繋がったと考えられる。また、チーム内や他職種との話し合いを通じてチームワークの充実を得ることに貢献できたと思われる。

P2-82

温泉プールの再開と今後の取り組み

西ノ園龍太郎、若林健太郎、野上友香、吉村修一、佐藤周平、神田真一

JCHO 湯布院病院 リハビリテーション科

【はじめに】

当院では平成31年2月より、温泉プールを利用した運動療法（以下、プール内訓練）を再開した。今回、プール内訓練の紹介と今後の課題を報告する。

【プール内訓練の紹介】

対象者は当院入院中の患者および外来患者のうち、主治医よりプール内訓練が処方された者である。実施日は平日とし、午前到来患者、午後到来患者に分けている。訓練は水中での上下肢運動、歩行訓練など、担当理学療法士が患者ごとに訓練内容を立案し、個別で40～60分実施している。

【利用状況】

利用者は、入院患者が平均20.2名/週、外来患者が3.5名/週である。疾患内訳は、脳卒中29.1%、膝関節疾患25.0%、股関節疾患20.1%となっている。プール内訓練終了後のアンケート結果は、プール内訓練を終了した8名全員が、プール内訓練は「大変よかった」、「まあまあよかった」と回答した。具体的な感想として、「プール内での運動は足が軽く動かしやすい」、「地上では不安な動作が確認できた」、などがあつた。一方で、「プール内訓練の時間が短かった」、「訓練メニューも増やしてほしい」、などの意見があつた。

【まとめ】

アンケート結果より、プール内訓練に対する満足度の高さが伺えた。今後は、運動プログラムも随時見直し、バリエーションを増やしていくとともに、集団体操などを取り入れ、運動量を増加させていきたい。現在、プール内訓練を希望する問い合わせもあり、対象者は増加傾向にある。プールの広報については、近隣の医療機関、ケアマネジャー等へ行うと同時に市民公開講座などを通し、地域住民に対しても積極的にを行っている。今後も温泉プールを活用して入院患者の獲得に繋げていきたい。

P2-83

退院時リハビリテーション指導料算定向上にむけた取り組み

加藤秀卓

JCHO さいたま北部医療センター

【目的】

退院時リハビリテーション指導料（以下、退院時リハ）は、リハビリテーション（以下、リハ）の観点から療養上必要と考えられる指導を行った場合に退院時300点の診療報酬算定が可能な医学管理料である。当院は退院時リハ算定率がJCHO全病院平均算定率より下回っていた。算定向上に対する取り組みの紹介及び結果を報告する。

【方法】

対象期間は2017年4月～2018年12月とした。病院分析システムLibraより月毎の退院時リハ算定可能（在宅療養指導管理料算定かつ退院先が自宅扱い）件数、退院時リハ算定（退院時リハ算定可能件数内の退院時リハ算定）件数、算定率（退院時リハ算定件数÷退院時リハ算定可能件数）を抽出し、Mann-WhitneyのU検定で取組み前後の比較を行った。

【取組み】

(1) 退院時リハフローチャート（以下、フロー）作成→主治医主導の算定フローと算定漏れを防ぐチェック機構確立。(2) 退院時リハ指導書（以下、指導書）、コスト伝票見直し→チェックボックス機能を利用した紙面記載の簡便化 (3) 退院時リハ算定件数の介入→リハ施行患者から全患者を対象 (4) 退院時リハ算定フロー周知、指導書存在場所の明示化→各部門で退院時リハ説明、フロー掲示、カルテ内指導書の位置順番の固定化

【結果】

退院時リハ算定件数は取組み前11.5±4.82件、後18.29±7.83件で有意差はないが、算定件数の増加傾向はみられた。退院時リハ算定率は取組み前73.55±18.4%、後80.46±15.25%で有意差はみられなかった。

【考察】

退院時リハ算定件数の増加傾向は認められ、取組みは意義があつたと思われる。退院時リハ算定率は有意差がみられず、退院時リハ算定可能件数に対する取組みではなかった事が示唆され、他部門と協議しさらなる取組みが必要である。またフローの認識が風化する事も鑑み、適宜周知を行い退院時リハの意識付けが必要である。

P2-84

Guillain-Barre症候群を契機に合併症を重複し重症化した一症例

～自宅退院を目指す重症患者に対するHCUから在宅までのシームレスなりハビリテーションの提供～

辻内名央、安田由香、島袋尚紀

JCHO 星ヶ丘医療センター リハビリテーション部

【はじめに】

当院は、急性期、回復期、訪問看護ステーション等がある地域支援病院である。リハビリテーション（リハ）部 PTは病期と疾患ごとの班に分かれているため、HCU入室患者はHCU担当PTが担当し、退室後は疾患に応じた班の担当者に引き継ぐこととなる。今回、HCUにてGuillain-Barre症候群（GBS）を契機に合併症を重複し重症化した患者を担当した。自宅退院に向けて、リハ部内での連携を充実させ、シームレスなりハを提供し自宅退院に至ったため報告する。

【症例紹介】

40歳代後半男性。GBSの診断で入院した同日夜間に呼吸状態が悪化しHCUに入室、経口挿管し人工呼吸器管理となった。Hughesの機能グレード尺度はGrade5。Bickerstaff型脳幹脳炎、Fisher症候群もoverlapしたため、眼球運動障害、意識障害、全身の筋力はMMT0となった。発症14日目の気管切開術後、横紋筋融解症を発症し69日目まで血液透析が施行された。

【経過および結果】

入院翌日よりPT開始。呼吸理学療法を中心に、多職種とリスク管理のもと離床を行った。69日目のHCU退室後、疾患担当PT（担当PT）・OT・STも介入開始したが、自宅退院に向けて呼吸管理の継続が必要と考えHCU担当PTも介入を継続、転棟後も安全な管理を継続できる様、入院からの経過を元に病棟スタッフとのコーディネートも行った。まずは人工呼吸器離脱を目標に、担当PTと協力し活動量の向上を図った。離脱後はスピーチカニューレへの変更や二次的な呼吸器合併症の予防を継続し、担当PTやOT・STは更なる身体機能の向上と自宅復帰に向けたADL練習に役割分担をした。退院後の当院訪問看護・リハの利用に際し訪問担当OTと入院時からの情報を共有した。退院時は意識清明、MMT1-2レベル、ADLは全介助もスピーチカニューレでの会話が可能となり276日目に自宅退院した。

【考察】

重症患者の自宅退院の支援では、リハ部内でも連携を充実させ、シームレスなりハを提供することが重要と考える。

P2-85

ポジショニングの周知方法について

吉田徳子、池田馨、山畑公弘、山崎ちひろ、森下輝、松下舞子
JCHO天草中央総合病院附属介護老人保健施設

【はじめに】

当施設では利用者の介護度が上がるにつれ皮膚障害等増え、適切なポジショニングの必要性が増している。これまでもポジショニングの統一を図ってきたがどれも継続困難であった。今回、ケアの質を上げていくためにポジショニングの周知徹底をめざした。そこで、職員への意識調査を行い、周知方法を検討したので報告する。

【方法】

看介護職員(36名)へポジショニングに対する意識調査と周知方法についてアンケート実施。アンケートで上位だった3種の周知方法に絞り、各2名ずつ選定し、11日間、正確なポジショニングが行えているのか1日2回確認した。再度アンケート実施した。

【結果】

・意識調査では、クッションの使用法の理解、1人の利用者に対し数種類のポジショニングを行っているか等すべての項目において意識改善が見られた。・アンケートによると分かりやすい周知方法は、Iベッド頭上に表示、II申し送り書に入れる、IIIタンス内に表示の順であったが、実践後にはI、III、IIの順に変化した。実際にポジショニングが正確に行えているかチェックした結果、IとIIIがほぼ同率で正確なポジショニングが行えていた。・実践後のポジショニング確認方法は、まず表示で確認するようになった。・調査中はクッションを自己判断で変更することは一度もなかった。

【考察・まとめ】

表示の写真にポイントをかきこむことで、デモンストレーションや申し送り等の時間を使わなくても正確に周知する事ができる。また、直接目に触れない場所(ご家族や同室者に配慮して)に表示しても、表示場所を明確にしておくことで十分周知できる事が分かった。ポジショニングの修正に関しては、窓口をきめることで、他職種で協働し適切なポジショニングの検討ができ、自己判断での行動をさげることができると思われる。今後施設全体で統一が図れるよう、リハビリ部門でもさらに表示方法等検討していく必要がある。

P2-86

当院における心臓リハビリテーションの現状と課題

木下佳子
JCHO神戸中央病院 リハビリテーション科診療部

【はじめに】

当院では、2013年10月より心臓リハビリテーション(以下心リハ)を開設した。当院の入院心リハは、経皮的冠動脈形成術や血管内治療といったカテーテル治療後に運動指導を実施する群(以下A群)と、その他の心臓血管疾患群(以下B群)に分かれており、両群から外来へ通院する流れとなっている。

【目的】当院における入院・外来心リハの現状を報告し、今後の課題について考察する。

【対象・方法】2018年5月から2019年4月までに入院心リハを施行したA群221名(平均年齢73.15±8.82歳 男性:女性=162:59)と、B群115名(平均年齢79.01±9.7歳 男性:女性=69:46)に対し、各群が占める割合と対象疾患の傾向および外来移行率について検討した。さらに同期間に外来心リハを施行した外来心リハ群37名(平均年齢70.03±12.63 男性:女性=28:9)に対し、その傾向と継続率およびDrop outについて検討した。

【結果】入院心リハはA群66%、B群34%であった。B群では心不全56%、心筋梗塞23%、不安定狭心症8%であった。外来移行率はA群18.1%、B群18.26%であった。外来心リハはA群49%、B群38%(外来から開始13%)。外来継続率は64.86%であった。Drop outは13名で、医学的理由4名(不整脈1名、血圧コントロール不良1名、その他2名)、復職2名、詳細不明7名であった。

【考察】外来移行率はA・B両群でほぼ同率であった。A群には短期間で効果的な動機付け、B群には早期から退院後の目標や外来通院をイメージさせることが必要である。これに対しては、院内での啓蒙活動と他職種からの強い働きかけを強化していきたい。また復職者でも継続可能な外来通院プログラムの考案も急務である。更に、2018年8月より個別の評価結果の定期的なフィードバックを試みており、患者のモチベーション向上と継続率改善への有効性を調査している。今後はこの調査のアウトカムを院内外に発信して啓蒙活動につなげたい。

P2-87

手根管症候群に対する浅指屈筋腱切除術後のSWTの変化

内村祐太、加藤聡美、稲森貴也、江井洋
JCHO仙台病院 リハビリテーション部

【目的】

当院では、手根管症候群に対する浅指屈筋腱切除術が施行されており、術前後の経過として、神経伝達速度やリハビリテーションでの機能評価を行っている。Semmes Weinstein Monofilament Test (SWT)は、径の異なるナイロンフィラメントを用いて皮膚上に触刺激を加え、その応答によって静的触覚の閾値を判定する感覚検査である。定量的な評価が可能で、唯一信頼性や妥当性が確認されている。今回、手根管症候群に対する浅指屈筋腱切除術が静的触覚にどう影響するのか、SWTを点数化して使用し、比較・検証した。

【方法】対象は手根管症候群を呈した患者のうち、浅指屈筋腱切除術が施行された13名(男性4名、女性9名)とした。静的触覚の評価として、術前と術後3カ月目にSWTを行った。評価結果をフィラメント番号毎に点数化(フィラメント番号2.83:5点、3.61:4点、4.31:3点、4.56:2点、6.65:1点、測定不可:0点)し、術前後での平均値を比較した。統計解析は対応のあるt検定を用いた(P<0.01)。

【成績】手根管症候群に対する浅指屈筋腱切除術前後で、SWTの合計点数は118.3±18.8点から140.7±16.6点と有意に増加した(P<0.01)。

【結論】手根管症候群に対する浅指屈筋腱切除術前後において、静的触覚は有意に改善した。SWTを点数化することで、術前後の治療成績を評価でき、経過観察するうえで有用な評価法になる可能性がある。症例数を増やし、引き続き検討していきたいと考えている。

P2-88

当院における人工関節全置換術後の新たな報告書作成から運用までの取り組み

岡田紗也花、千葉一貴、多久和良亮、吉田圭佑、橋良幸
JCHO星ヶ丘医療センター

【目的】

当院では、疾患ごとに報告書を作成しており、人工関節全置換術後の報告書も存在新たな報告書を作成し、当院リハビリテーション部での運用に取り組んだため、報告する。

【取り組み】従来の報告書における問題点は、1.(管理・システムの問題)管理者がいないことやデータの使用目的が明確でないこともあり、単なる業務の負担となっており、記載漏れや未作成が多かった。2.(内容の問題)術前項目があるが、術前リハビリテーションは未介入であった。また、評価項目として日本整形外科学会機能判定基準(以下、JOAスコア)を使用しているが、項目内容と評価基準を覚えていなければ記載できない形式であった。加えて、JOAスコアは2011年理学療法(以下、PT)ガイドラインには載っていなかった。上記の問題点を検討し、新しい報告書では、1.(管理・システムの対策)月に1回、人工関節班による報告書チェックを行うようにした。さらに、報告書の重要性やデータ結果を共有するため、年に1回程度部内でデータを集計し報告することとした。2.(内容の対策)術前リハビリテーションに関して、評価時間短縮のため、病棟で評価できるシステムを確立した。また、評価項目は、JOAスコアではなく、PTガイドラインで推奨グレードAとされているWestern Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Indexを採用した。その他Pain Catastrophizing Scale、Tampa Scale For Kinesiophobia、Pain Self-efficacy Questionnaireの自己記入式尺度を導入した。

【今後】報告書のデータを集積し、在院日数に影響する因子を検討し、在院日数軽減に役立てられることを目指す。そのために、報告書回収率の向上や欠損データを軽減させていく。

2020
一般ポスター
ポスター会場

P2-89

青年海外協力隊に参加し、東ティモールで作業療法士として働いた2年間の活動報告

佐藤央基、加藤敏一

JCHO星ヶ丘医療センター リハビリテーション部

【はじめに】青年海外協力隊とは日本政府の政府開発援助（ODA）予算により、独立行政法人国際協力機構（JICA）が実施する事業である。技術・知識・経験を持ち、「開発途上国の人々のために生かしたい」と望む人を募集し、訓練・派遣する。今回、自己啓発休業制度を利用して青年海外協力隊へ参加し、東ティモールの首都ディリにある国立リハビリテーションセンター（CNR）に派遣された。作業療法士として同僚への技術指導、治療マニュアル作成、患者統計の管理システム構築を目的に2年間活動した内容を報告する。2002年に独立を果たした東ティモールは東南アジアの共和制国家で、主な公用語はテトゥン語である。

【活動内容】CNRは理学療法、作業療法、言語聴覚療法、義肢装具、車椅子作成、地域リハビリテーション部門で構成され、患者に対して義肢装具及び車椅子、リハビリテーションを無償で提供している。同僚は東ティモールの作業療法士1名と新人アシスタント3名、アシスタント達は専門教育を受けておらず、技術的な課題が多く見られた。また治療のマニュアル化や患者統計システム等も確立されていなかった。そのため、日本で行う作業療法の評価・治療を紹介し、一緒に患者を治療する中で新人アシスタントへの指導を行った。並行して解剖・病理・生理学等の研修会を開催した。また現地に合った形の作業療法マニュアルや患者統計システムを同僚達と一緒に考え、運用をサポートした。

【活動成果】新人アシスタント達が1人で患者を担当できるまでに成長し、彼らの治療を受けたことで、1人で立位保持が可能になった脳性麻痺患者もおり、とても喜ばれた。作業療法マニュアルや患者統計システムも活用され、省庁への報告書にCNRの患者数や疾患傾向が記載された。

【結語】職場の理解もあり、青年海外協力隊で貴重な経験ができ、その後無事職場にも復職出来た。海外に興味のある方は是非参加することを勧める。

P2-90

回復期リハビリテーション病棟における指導浴の取り組みについて

山本貴美、佐藤友美、鶴山雅美

JCHO湯布院病院 リハビリテーション科

【はじめに】当院では介助が必要な患者の入浴（以下、介助浴）を週に3回、14時半から17時の間に行っている。短時間に複数の患者の入浴介助を行う為、患者個々の自立度に応じた入浴指導は困難な状況にある。そこで、入浴動作の自立度向上を目的とした指導浴を介護福祉士（以下、CW）と作業療法士（以下、OT）が協働し、開始した。今回、指導浴の取り組みを実践事例とともに報告する。

【指導浴の手順】対象者は介助浴にて清拭・浴槽への移乗のFIM項目が3～6点であり、自立が見込める者、または支援が必要であるが自立度の向上が見込める者とし、本人やその家族の同意を得て開始する。場所は自宅環境に近い、家庭浴室を利用する。OTが患者の退院後の生活環境と心身機能を踏まえた目標設定を行い、患者とともに動作方法を決定する。入浴手順が確立した後はCWが付き添い動作習熟を図る。

【事例紹介】40代男性、脳挫傷、骨盤骨折、左下肢の総腓骨神経損傷を呈し、入院中であった。セルフケアは両松葉歩行にて入浴を除き自立していた。（FIM:107点）入浴は左下肢の感覚過敏により、裸足移動や浴槽内に足をつけることが困難であり、機械浴にて2人介助で行っていた。左下肢の感覚過敏への対応方法が確立することで早期の入浴の自立が見込めた。指導浴では、感覚過敏に対して、浴室を暖め、浴槽に入る前にかけ湯やシャワーにて十分にお湯に慣らし、浴槽へ入るようにした。更にバスマット、シャワーチェア設置し、各動作工程における検討事項を共有した。浴室環境の写真や手順を記したパンフレットを作成し、CWとOTと3回、CWと3回の指導浴を実施し、自立となった。

【考察】指導浴により、対象者の能力に応じたきめ細かな介助方法や環境の検討ができ、早期の入浴自立や自立度の向上に繋げることができた。併せて、CWとOT間のコミュニケーションも活発となり、対象者の目標達成に向けた効果的な関わりが行えた。

P2-91

回復期リハビリテーション病棟入院料1の算定へ向けた取り組み

池田祐志、石井亮太

JCHO登別病院 リハビリテーション室

【はじめに】平成30年度の診療報酬改定により回復期リハビリテーション病棟入院料の再編・統合が行われた。入院料1は2025点から2085点へ引き上げられたものの、それに伴い算定要件も実績指数27から37へと引き上げられ、より厳しい要件が課せられた。今回当院回復期リハビリテーション病棟では、入院料1を算定するため実績指数に着目した取り組みを行ったので報告する。

【目的】入棟早期より退棟時のFIM到達レベル及び退棟時期を予測し、それに基づいて目標設定とスケジュール管理を行う。また実績指数の算定除外対象者を適切に選定することで実績指数37以上を達成する。

【方法】平成30年度に入棟した全患者を対象とし、担当セラピストによる予後予測と重回帰分析を用いた予測式により退棟時FIM運動項目得点、退棟日を算出した。加えて患者基礎情報等も勘案し総合的に目標を検討した。算出された目標のFIM得点と退棟日は、担当セラピストと当該チームに伝達・共有しスケジュール管理を行った。予測値が低値と判断された対象者は、除外項目に則って優先的に除外した。

【結果】実績指数は平成29年度39.77、平成30年度48.52だった。仮に算定除外をしなければ、平成29年度32.79で除外した場合との差は6.98、平成30年度は39.46で除外した場合との差は9.06だった。FIM運動項目得点は平成29年度19.7点、平成30年度22.4点で2.7点向上した。在棟日数は平成29年度62.9日、平成30年度61.1日で1.8日短縮した。

【考察】予測結果をチームに還元し早期より退棟時期を共有して意識することで、入棟期間中の停滞を減らし、より効率的にスケジュールを遂行できたと思われる。算定除外の選定については、平成29年度は担当セラピストによる予後予測と先輩セラピストの経験則に基づいた主観的側面が強かったのに対し、平成30年度は重回帰分析による予測式を取り入れたことで客観的な指標が得られ総合的に予測精度が向上したと思われる。

P2-92

回復期リハ病棟における高齢患者離床促進への取り組み

黒田泰介、来海悟、川上和子、山田大輔

JCHO玉造病院 リハビリテーション科

【はじめに】

鳥根県は高齢化率33.6%で全国3位であり、玉造病院回復期病棟でも高齢化率が高く、臥床傾向の患者が多いため、長期臥床による廃用が懸念される。この地域では昔から10時と15時にお茶を飲んで近所の方々と交流する習慣がある。そこで離床機会を増やす目的で2017年9月から回復期病棟の一室でお茶会を開始し、2018年頃から場所をダイルームに移し、対象者を増やしてお茶会を開催している。以下、当院の回復期リハビリ病棟で運営するお茶会について報告する。

【活動紹介】

目的：離床機会の増加、患者間の交流や活動性向上、飲水促進、身体機能・認知機能維持

対象：高齢で活動性が低く心身機能低下が予想される回復期リハビリ病棟患者

形態：5～9名程度の集団で週5日15時から40分間実施

運営スタッフ：作業療法士、病棟看護師、看護助手

内容：ダイルームに対象患者を集め、お茶を配膳して飲水と交流を促しつつ、作業療法士が見当識訓練や軽体操、季節の作品作り、唱歌などのレクリエーション活動を提供

【まとめ】

お茶会を運営することで、臥床傾向にある高齢患者の離床機会を増やすことに繋がっており、患者からは平日15時からはお茶会が開催されると認知され、病棟活動として習慣化している。また他患者との交流やレクリエーションを通して患者の活動性向上や達成感を感じる機会となっており、一定の効果があると考えられる。

【今後の課題】

お茶会開催によって高齢患者の機能維持・改善に繋がっているか調査を行い、お茶会の有用性について検討するとともに取り組みとしての改善点を探っていきたい。

P2-93

『当院における心不全患者様に対する作業療法士の取り組み』当院での安心・安全な日常生活動作への作業療法介入

今村恵¹、羽田晋也¹、大石理奈¹、山元智子²、内田聖子²、花谷麻子²、
宮本証³、塩田絨美³、河原千穂³

¹JCHO滋賀病院 リハビリテーション部、²看護部、³循環器内科

【はじめに】平成27年5月に心臓リハビリテーションを開設した。心臓リハビリテーションチームとして、医師、看護師(外来・入院)、管理栄養士、理学療法士、作業療法士などの多数の職種が関わっており、立ち上げ時から作業療法士も携わっている。その中で、当院における心不全患者に対する作業療法士の取り組みについて報告する。

【症例】71歳/男性/和菓子職人

【診断名】慢性心不全

【現病歴】数週間前より、発作性心房細動を認めるようになったため、Holter心電図を施行されていた。X年Y月Z日朝、本人が起床せず家人が起こしに行くとき意識レベルが低下していたため、当院へ救急搬送となった。

【個人・社会的背景】<家族構成>妻との二人暮らし<生活歴>代々続く船作り職人の仕事をされていた<自宅環境>自宅兼仕事場の1階建ての日本家屋

【作業療法評価・経過】<16病日目>作業療法介入開始。JCS二桁台、BI10点、FIM25点、<25病日目>テイルト型車椅子座位開始。<40病日目>平行棒内歩行、バランス練習を開始。<53病日目>身の回り動作自立。職場復帰へ向けて職業訓練を開始。<81病日目>自宅退院、上下肢ともにMMT5、MMSE30点、BI100点、FIM125点

【結果】安定した立位動作、かがみ動作、立位動作での投げる動作の獲得により、自宅退院後船作り職人として職業復帰された。

【まとめ】入院前の生活や仕事内容、職場・生活環境などの情報を収集し、リスク管理をしながら作業療法を行うことにより、早期にADL、IADLが改善し、職業復帰やQOLの向上へと繋げることができた。患者様一人一人に対して介入し、動作を工夫することで労作の軽減が図ることができ、作業療法士は心臓リハビリテーションチームの一員として重要な役割を担うことができると、とても大きな経験となった。今後もより一層、安心・安全な患者様の生活を目指し、心臓リハビリテーションチームの一員として取り組んでいきたい。

P2-94

当院における地域包括ケア病棟の現状と課題

森剛正、井芹康貴、西田貞利、西川あゆみ、品矢浩太、甲斐万智、鈴木亮太、
下大迫将喬

JCHO南海医療センター リハビリテーション科

【はじめに】当院では平成28年6月に地域包括ケア病棟を開設し運営している。当院の地域包括ケア病棟の現状把握を目的に調査したので報告する。

【対象】平成28年6月1日から平成30年9月30日に当院地域包括ケア病棟に転入し、在宅もしくは施設に退院したリハビリテーション(以下リハ)実施患者698名。

【方法】リハ処方率、疾患の内訳、リハ提供単位数、平均在院日数、転帰先、在宅復帰率、入棟時・退院時のBIについて、電子カルテより後方視的に調査した。

【結果】リハ処方率は92.1%、疾患は運動器疾患が58%、次いで廃用症候群が25%であった。平均リハ提供単位数は2.48単位、平均在院日数は36.3日、転帰先は自宅が66.5%、施設が26.5%であった。在宅復帰率は92.3%であった。入棟時と退院時のBIの平均変化は、全体が入棟時43.1点から退院時61.5点、在宅群が入棟時54.1点から77.8点、施設群が入棟時26.9点から退院時36.6点であった。

【考察】一定の成果を上げる事が出来たのは、入棟後1週間以内のカンファを実施する中で、早期から情報共有を図り、目標や計画・治療方針を検討できた事や、病棟スタッフと連携し、生活動作場面への介入、入棟後以外での定期的にカンファを実施などで連携を図ったことが改善に繋がったと考える。全体的には改善が目立つ結果だが、一部では入棟後の目標設定が病棟生活を見据えた内容に留まっている事や、原疾患の回復の遅延、認知症の併発により、生活動作能力の回復が不十分になっている例もあった。特に施設群は大きな改善に至っていない現状がある。今後は限られた入院期間の中で、要点を絞った生活指導や、連携強化の他、入棟早期から本人・家族の意向を確認し、環境面の整備、介護保険、福祉サービスの導入の検討等を早期に開始する事が望まれる。