

演題発表 I

トイレ移動獲得に向け福祉用具の選定に対しアプローチした症例

筆頭演者：渡邊 祐大
共同演者：川越 潤一

所属：桜ヶ丘中央病院
リハビリテーション科

Key word：膠芽腫,福祉用具選定シート

【はじめに】「膠芽腫は,中枢神経原発性悪性腫瘍の中で最もグレードが高く,予後不良であり生活動作困難(沖田,2018)」と報告されている。今回,福祉用具の再検討と環境に応じた動作訓練を行い,歩行によるトイレ移動を獲得した症例について報告する。

尚,報告に際し本人へ説明,書面にて同意を得た。

【症例紹介】70歳代女性,息子夫婦と同居.要介護度3.疾患名は膠芽腫.右片麻痺を呈しておりブルンストロームステージ(以下BRS)は上肢Ⅲ手指Ⅳ下肢Ⅲ.屋内は車椅子自立にて生活.主訴は「一人で杖を使ってトイレに行きたい」であるが,心配性な性格から,生活内での杖使用頻度は低い状況。

【経過・結果】介入当初は車椅子自立にて生活.訪問リハビリテーションでは,杖歩行訓練を実施していた.他の訪問看護ステーションが作成した書類を参考に自作の福祉用具選定シートを用いて,本人・家族に運動機能と福祉用具の適応に関する整理を実施.適宜ケアマネジャー・福祉用具業者と連携を図った.難易度を下げ前輪付き歩行器を選定した結果,歩行によるトイレ移動を獲得できた。

【まとめ】本症例は,悪性腫瘍の中で最もグレードが高く予後不良であり,身体機能の向上は困難と考えられていた.今回福祉用具選定シートを用いて現在の身体機能を整理し,疑問点を埋めていくことで福祉用具の交換にも不安なく移行することができた.また身体機能・BRSに変化は認められていないが,適切な福祉用具の選定・動作定着を図ることで,身体機能に合った生活動作能力の獲得に繋がった。

耐久性低下によるベッド上生活から,外出が目標となった事例 —多職種連携による外出支援—

筆頭演者：佐原 恵里菜
共同演者：富崎 尚志

所属：社会福祉法人 秀峰会
訪問看護リハビリステーション
銀鈴の詩

Key word：難病,外出支援,連携

【はじめに】入院と呼吸器の使用を機に,耐久性が低下し離床困難となった症例を経験した.座位耐久性の向上により,目標が「ベッド上座位の獲得」から「車椅子での外出」に変わった.新たな目標に向け多職種と連携した.その取り組みを紹介する.

【症例紹介】50代,女性,CMT (type 3) ,Dejerine – Sottas病疑い.症例には発表の趣旨を説明し書面にて同意を得た.

【経過】幼少期に発病.屋外移動は電動車いすで自立していた.50代で気管切開し自宅で人工呼吸器を使用したベッド上の生活となる.コミュニケーション手段は文字盤.ベッド上座位獲得の希望があり訪問リハ開始.

【初期評価】症例の主訴と経過を踏まえ,目標をベッド上座位獲得とし,座位耐久性向上のプログラムを実施した.

【中間評価】ファウラー位で20分間の姿勢保持が可能となる.背もたれ無・テーブル上前腕支持の座位保持が数分可能.同時期に,症例から車椅子離床や外出の希望が聞かれたため,目標を車椅子での外出に変更し,初期プログラムの継続と車椅子選定に向けた取り組みを開始した.

【取り組み】市リハビリテーション事業と連携し,自宅で車椅子を用いた動線確認,試乗の実施.事前聴取した症例の希望を多職種に伝達.主治医へ状態報告と呼吸器搭載の相談・連携.ヘルパーと移乗方法や環境調整の検討.支援者の間で連携が取れるよう記録ノートの作成.

【結果】市リハビリテーション事業と車椅子の試乗を実施したことで,車椅子乗車時の全身状態や座り心地の確認ができ,細部仕様の決定がスムーズに進んだ.主治医と連携したことで車椅子への搭載物品が選定できた.

記録ノートの活用で,多くの支援者が介入する在宅介護と訪問看護でリスク管理の検討・統一が可能となった.

【まとめ】症例の思いに寄り添い,多職種で連携し意見交換や情報共有をすることで,車椅子での外出という目標達成に大きく近づくことができた.

予防的な介入に難渋した症例 ～ALS利用者の支援を通じて～

筆頭演者：正垣 宏弥
共同演者：佐藤 幸智

所属：社会福祉法人 秀峰会
訪問看護リハビリステーション
陽光の大地

Key word：ALS,福祉用具,ベッド臥床

【はじめに】本人がベッド上での生活を拒否しリクライニングソファ（以下：ソファ）上の生活を望んだ症例を担当し、ベッド臥床への移行支援を行った症例を以下に報告する。

【説明と同意】症例報告にあたり、本人と家族に説明し書面にて了承を得た。

【基本情報】71歳男性。妻、長男と同居。訪問看護2回/W。訪問入浴1回/W。

【現病歴】手の動かしづらさで発症しALSと診断。3年後、嚥下障害が出現し胃瘻造設。

【経過】H30.1月、肘かけのない食卓椅子にクッション使用で就寝。しかし姿勢保持が困難になり、ソファを導入。座位姿勢安定に伴い、ソファでの生活となる。この時点では、お持ちのベッドへの臥床は不快感がありできなかった。H30.6～8月、ベッド臥床に移行するための担当者会議を開催。徐々に家族・本人からベッド移乗への介護負担が聞かれ、リハビリ以外の移乗は行われなくなった。H30.9～H31.2月、スマホでの意思伝達が難しく、機器の導入。H31.3月、家族の介護疲労の蓄積がみられレスパイトを提案。施設からの条件でベッド臥床が必須となりエアマット導入を提案。5モーターのベッド導入と同時にエアマットの提案をすると本人が興味を持ち両方の導入につながった。ベッド中心の生活となり、ポジショニングを検討しつつ在宅生活を続けていたが、R5.8月ご逝去された。

【考察】ALSの利用者には早期の予防的対応が必要とされている。しかし、症例はベッド導入に介入時から1年以上を要した。要因としては疾患進行に伴う受容が出来なかったこととベッド・マットレスに対して必要性を感じていなかったことが上げられる。リハビリでは早期からベッド臥床の訓練に取り組み受容を促したことで必要に迫られたとき本人に合ったベッド・マットレスを導入でき、ベッド生活に移行できたと考える。

【まとめ】本人はベッド上の生活を拒否されていたが、本人の身体機能に合わせた福祉用具の提案ができた事でベッド臥床に繋がったと考えられる。

脊髄小脳変性症を呈する症例～HOPEとNEEDSの相違に難渋～

筆頭演者：田代 千絵
共同演者：川越 潤一

所属：桜ヶ丘中央病院
リハビリテーション科

Key word：訪問リハビリ,HOPE,NEEDS

【はじめに】平成30年度の介護報酬改定に伴い,リハビリテーション会議(以下リハ会議)や訪問リハビリ(以下訪問リハ)受診時に多職種が同席し評価する事で適切な訪問リハの提供実現へと繋げているが,本人HOPEと訪問リハNEEDSに相違が生じ,目標設定等に難渋する事例は少なくない.今回興味関心シートを活用し本人HOPEに沿ったより適切な訪問リハが提供できた一例を報告する.尚,倫理的配慮をもって本人へ書面による説明を行い,同意を得ている.

【症例紹介】20年程前に脊髄小脳変性症(以下SCD)を発症した70歳代女性.要介護2,SCDの重症度分類stageⅢa.独居で転倒を繰り返すもADLは時間をかけて概ね自立.外来リハビリと訪問看護,訪問介護を利用するも通院困難となり,訪問リハへ移行後2年が経過した.訪問リハ介入当初より「歩かなければ生きる意味がない」と機能訓練を強く拒み,屋外歩行訓練のみ実施.しかし,身体機能低下や転倒回数増加から二次的障害により現在の生活が困難となる可能性が高かった.

【経過】リハ会議で現状ADLと興味関心シートを用いて目標を再設定.ADLの見直しが必要だが本人にとってADL訓練の必要性は低く捉えていた.歩行以外での介入の動機付けとして在宅生活の維持のための機能訓練の導入を考えた.これらを元に関連職種へ情報提供を行い,サービス担当者会議にて上記内容を提案.また,受診時医師からも本人家族へ予後を踏まえた現状や転倒リスク,リハビリ内容変更の必要性を再度説明して頂いた.

【まとめ】本人HOPEと訪問リハNEEDSの相違で生活の質が阻害されていたが,目標を見直し,関連職種間での情報共有,内容を整理した事でHOPEに必要なNEEDSについて本人の理解を得る事が出来た.しかし,家事動作方法の見直しや福祉用具の検討導入には至っていない.今後もツールを用いて継続的な関連職種間での情報共有の場を設け本人HOPE実現のためにできる限りサポートし,訪問リハNEEDSの必要性の理解も深めていきたい.

演題発表Ⅱ

整形外科クリニックにおけるテレビ電話を使用した 訪問リハビリテーション会議の経験

筆頭演者：富田 淳
共同演者：森田 将矢

所属：東逗子整形外科クリニック
リハビリテーション科

Key word：リハビリテーション会議,テレビ電話,多職種との連携

【はじめに】当院は2018年2月に訪問リハビリテーション（以下訪リハ）を開設した。利用者は通院困難であり,受診できたとしても生活環境の把握は困難である。更に現状に合わせた目標設定を行うため医師との相談が必要とする場面は少なくない。そこでリハビリテーション会議（以下リハ会議）の際,テレビ電話（以下TV電話）を導入し,利用者の表情だけでなく環境

状況が画面を通して把握できるようにした。今回TV電話を用いたリハ会議での多職種連携により目標達成が得られた症例を報告する。本症例は倫理的配慮をもって行い本人家族へ書面で説明し同意を得た。

【方法】Apple社「iPhone 7」2台でビデオ通話アプリ「Facetime」を利用。

【症例紹介】40代後半,男性,要介護3,腰椎椎間板ヘルニア,右膝半月板損傷,ダウン症,自室は2階,手摺設置済み。2017年4月右膝痛により当院受診し,運動器リハビリテーション開始。その後2017年10月腰椎椎間板ヘルニアによる右下肢麻痺歩行困難。他院入院,腰椎椎弓形成術を施行。自立度向上と介助量軽減,術前勤務先の作業所へ復帰を目標に2018年2月訪リハ開始。

【経過及び結果】退院後はPickup歩行器を使用し歩行可能,階段昇降困難,以前よりも外出頻度が減り居宅での運動習慣もないことから体重も増加した。訪リハ介入からリハ会議を月1回開催し医師の指示の下,現状に合わせた目標を設定した。結果動作の改善が図れT字杖歩行が可能,自室への移動も自立した。更に作業所への復帰時期の検討,本人家族への助言が適宜行えた。

【考察】今回,目標達成が得られた背景には,リハ会議でのTV電話の導入があげられる。医師の介入が時間的課題で困難な面もある中で多職種と利用者間の連携がスムーズに図れた。今後もこのツールを使用し多職種との連携を強化していくことで,年齢や既往により外来通院が困難になった患者に対して訪リハでの介入で包括的なリハビリテーションを実現していくことができると考える。

目標の共有が困難な対麻痺事例に対し、家族と共働して行った 排尿管理への支援

筆頭演者：正木 宏昌
共同演者：佐藤 隆行

所属：やすらぎ訪問看護ステーション

Key word：排尿管理支援,高次脳機能障害,家族指導

【はじめに】脳梗塞と脊髄梗塞を併発し,高次脳機能障害・対麻痺を呈した症例で排尿管理が一部可能になった事例について報告する.

【倫理配慮】対象者に説明し書面にて同意を得た.

【症例紹介】40歳代男性,上行大動脈～両側腸骨動脈の急性大動脈解離手術後,両側前頭葉～後頭葉に散在する脳梗塞と脊髄梗塞を発症.回復期リハ病棟を経由し,185病日後に訪問リハビリ開始.両親と同居,日常的に介助に協力をえられていた.

【理学療法評価】認知機能面ではHDS-R25/30点,意欲・自発性低下あり,高次脳機能障害を認めた.身体機能面ではT8以下完全麻痺,ASIA運動スコア48/100点,FIM47/126点.両上肢筋力はMMT4レベル,両下肢筋群過緊張で可動域制限を認めた.排尿回数約6回/日,排尿量約1000-1200mlと,

排尿・蓄尿機能は保たれていたが尿意なく,IPSS QOLスコア3/6点であった.排尿はオムツを使用しベッド上全介助で行っていた.

【経過】高次脳機能障害により症例は排尿管理を課題と捉えておらず,リハビリ目標の共有が困難な状態であった.これに対し,症例と家族に対する排尿管理の指導,家族による排尿管理の促し,排尿間隔に合わせたスマートフォンのアラーム設定を行った.介入当初,排尿管理は両親が全介助で行っていたが,約3カ月後には1回/日程度の自発的な排尿管理がみられるようになった.FIMは57点へ改善した.

【考察】

症例の特徴は対麻痺が基本動作の阻害因子になっていることに加え,高次脳機能障害によりトイレ使用に対する意欲・自発性低下を生じていることである.意欲・自発性低下により目標の共有が困難な症例に対し,最も身近な環境である家族と共働し継続的な介入を行ったことが排尿管理に対する行動変容につながったと考える.

睡眠障害に固執した精神科症例に対するリフレーミングと ストレングスアプローチ

筆頭演者：青木 賢二

所属：社会福祉法人 秀峰会
訪問看護リハビリステーション
豊穰の大地

Key word：統合失調症,ストレングスアプローチ,リフレーミング

【目的】統合失調症を呈した男性に対し,ストレングスアプローチを意識した面談や会話,軽体操を行った結果,主訴である不眠は残ったが,趣味である旅行や友人との音楽観賞に参加することが出来た事例を体験したため以下に報告する.

【説明と同意】本事例には倫理的配慮をもって行い,口頭にて説明し同意を得た.

【事例紹介】元々父親を介護しながら,半日就労されていた発達障害の40歳代男性.X-2年父親の他界に伴い,父親名義の市営団地からアパートへ転居.生活への不安が増大しX年に頭部打撲を受け異物圧迫感を示し不眠となる.病院受診にて統合失調症の診断を受け,以降内服治療し就労は継続できて

いたが不安と不眠が強く,X+1年,不安の軽減,生活リズムの安定,軽体操によるリラクゼーションなどを目的に訪問作業療法(以下OT)が導入される.

【評価】当初OTの理解がなく訪問自体を拒否されたが,共に不安や不眠に向き合っていくことを繰り返し伝えることで介入が承諾.面談では表情強張りうつむいたまま,不眠状態に対する不安や希死念慮を訴え,発話不明瞭で感情が平坦化していた.また睡眠以外の話題には返答が得られない状況であった.

【方針】不眠が希死念慮との結びつきを感じたため肯定的に接し,傾聴を心掛けた.面談では興味関心チェックシートを用いて話題を展開,不眠への対処として軽体操を取り入れ同意を得た.

【結果】不眠は残ったが,訴えはかなり減少した.また趣味である旅行や友人との音楽観賞,職場同僚との交流も行えるようになった.

【考察】当初,本事例はOT介入による生活変化に対し,ストレス増悪の不安があったと推察される.目標共有と同意が得られたことはラポール形成に繋がり,ストレングスに着目した関わりが本人の「強み」を引出し,加えてリフレーミングが効果的に「強みの強化」に働いたのだと思われる.その結果,ストレス増悪を回避でき,参加の場が広がったのだと思われる.

「座っているしかできないじゃないか」 屋外歩行の希望が強い注意障害のある症例の社会参加を考える

筆頭演者：沼田 千晴
共同演者：佐藤 幸恵
青木 賢二

所属：社会福祉法人 秀峰会
訪問看護リハビリステーション
豊穰の大地

Key word：注意障害,社会参加

【はじめに】注意障害の影響により道順障害のある症例とその家族に対し、目標を共有することで症例の希望である映画鑑賞に繋がられた為、報告する。

【説明と同意】本事例と家族に倫理的配慮をもって口頭で説明を行い、同意を得た。

【症例紹介】70歳代男性.脳梗塞をX年に発症し左麻痺を呈した.救急病院,回復期病院を経て自宅退院しX年+6月当事業所での訪問リハビリ開始.OTはX+2年より開始した。

【評価】主介護者である妻と就労中の娘と三人暮らし.病前は趣味として調理や読書,散歩をしていたが,現在は自室で臥床傾向.視野の左右1/2半盲を認めるが麻痺は軽度.ADLは自立していた.各種高次脳検査を実施した結果,注意障害や短期記憶障害を認め,計画の立案や実行を阻害し道順障害の原因だと推察された.症例は外出を強く希望していたが,夫婦共に高次脳機能障害の病識は乏しく,妻は症例に自発的な行動を求め,外出支援には消極的であった。

【経過】評価結果を踏まえ,目標を共有するため聴取を行うと,症例から見守り下で構わないので近所の散歩や映画を観に行きたいと返答があった.外出希望を具現化するように,OTが質問しながら,場所や交通手段,映画の題名等を答える形で計画の支援を実施した.上映予定の検索等PCを使う時は紙面で項目を羅列した物を課題とし,「レポートですね」と笑顔で取り組まれた.内容に間違いがある時は,ミスの原因を症例と確認してから,修正を実施した.その他,妻の訴えを傾聴し,支援方法やOTの進捗を丁寧に説明する事で外出に前向きになりOT介入より3か月後に映画鑑賞が実現した。

【考察】症例の注意障害と夫婦の病識の乏しさが,目標の摺合せを困難とさせ「座っているしかできないじゃないか」と不満を示したと考えられる.症例の希望に耳を傾け,具体的な目標を設定した事で症例の意欲が引き出され,机上検査による問題の焦点化が行い易くなり外出に繋がったと考える。

演題発表Ⅲ

訪問看護ステーションにおける看護の定期的な訪問による 多職種連携がリハビリのみの利用者に及ぼす影響の検証

筆頭演者：野崎 幸介
共同演者：鈴木 めぐみ
武井 勇憲
中村 真弓
瀬川 由亮
鳥取 申太郎

所属：とまと訪問看護リハビリステーション
戸塚平戸

Key word：看護の定期的な訪問,多職種連携

【はじめに】訪問看護ステーションからのリハスタッフによる訪問看護において、看護師との連携が不十分であるとの報告を受け、平成30年の介護保険法改定にて見直しが行われた。当ステーションでもリハスタッフのみの訪問を受けていた利用者に対して、看護の定期的な訪問が実施されるようになり、保清や服薬相談、創傷処置等の医学的管理の情報共有が実施され、今まで以上に多職種連携が図れる様になって来ている。法改定から一年以上経過し、看護の定期的な訪問がリハビリのみの訪問を受けていた利用者にとってどう影響しているかを検証した。

【方法】対象は法改定以前からリハビリのみの訪問を受けており、法改定後から看護の定期的な訪問を受けた者で、書面と口頭にて説明を行い、同意が得られた12名とした。方法は利用者全員のADLをFIMで評価、又、看護の定期的な訪問が追加となった事への意見や服薬相談等の医学的管理等についても介入前後でどう変化したかをインタビューにて聴取した。

【結果】利用者全体のFIMに関しては、一人を除いて大きな変化は無く、変化のあった者では、看護師による服薬援助により排便コントロールの項目に改善が見られた。看護の定期的な訪問に対しては、爪切りや服薬相談が出来る安心感への意見が多い一方で、「従来通りのリハ訪問だけで十分」「必要性を感じない」等、看護の定期的な訪問の意義が利用者に浸透していない事が明らかになった。

【考察】FIMの変化に関しては、利用者の利用歴が長くADLの変化が乏しい事、看護の内容がADLの援助より医学的処置が多い事が挙げられる。看護の定期的な訪問の必要性については、利用者に対して訪問看護のリハビリは看護業務の一環である事と多職種連携の効果の説明が十分されていない事が考えられる。リハスタッフとしては、実際に利用者を訪問した看護師に相談が出来、計画書作成だけでなく臨床場面への連携が図りやすくなったと感じている。

磯子区内の訪問看護ステーションにおける看護師とリハビリ職の連携の状況について

筆頭演者：今岡 誠
共同演者：河村 朋子

所属：磯子区医師会訪問看護ステーション

Key word：訪問看護,連携,リハビリ職

【はじめに】訪問看護ステーション（以下訪看ST）に入職するリハビリ職の多くは訪問看護に対する教育機会を持たないまま入職する。看護師とチームを組んで働く機会も少なく、入職前の経験に基づいてリハビリテーションを実施していることが多い。看護職への理解不足から連携が不足している可能性が考えられる。

【目的】看護師とリハビリ職の連携の現状を把握し連携による効果を明らかにする。

【方法】磯子区訪看ST連絡会に参加している6訪看STで働く看護師、リハビリ職を対象とし、質問紙調査を行なった。

【倫理的配慮】本研究は、全国訪問看護事業協会における研究倫理審査委員会規定に基づき研究倫理審査を依頼し、承認を得て実施した。

【結果】アンケート結果の記述を以下の通りカテゴリーに分類した。

1 連携を必要とした理由 2 具体的な連携内容 3 連携できて何が良かったか

【考察】1 利用者の安心が脅かされる状況が生じる時に連携を通して知見・技術の幅を広げ、問題解決につなげていくため。

2 リハビリ職の専門性を活用する。看護師は、利用者全体の看護のキーパーソンとしての役割を担う、利用者全体を取り巻くサービス全体の調整役を担う。

3 (1) 連携して協力態勢を取りながら、専門性の分担をはかる事のほうが単独職訪問では解決困難であった事例の問題解決に繋がった。(2) 連携は結果的に担当者の不安を軽減していた。(3) 看護職にとっては、リハビリの視点やリハビリ技術を学べるメリットがあった。(4) リハビリ職にとっては、看護師が利用者の身体状況の把握、利用者の精神的なフォロー、医師との連携の窓口となっていることで業務上の安心感を得た。

【まとめ】1.利用者・家族の気持ちを大切にする訪問看護の実践が行われていた。2.担当職員間の学習効果が図られると共に担当職員のアナウンスの軽減された。3.リハビリ職に対する在宅看護教育の必要性が課題となる。