

第10回 コンプリヘンシブ・リハビリテーション懇話会  
*10th Social Meeting for Comprehensive Rehabilitation*  
(SMCR)

抄録集

2020年10月31日 土曜日 WEB開催

13:00 ~ 17:00

主催:医療法人偕行会 偕行会リハビリテーション病院

共催:NPO 法人リハビリテーション医療推進機構 CRASEED

## 第 10 回

### Social Meeting for Comprehensive Rehabilitation: SMCR 開催に寄せて



NPO 法人 CRASEED リハビリテーション医療推進機構 代表  
兵庫医科大学リハビリテーション医学 主任教授  
道免 和久

今年の第 10 回コンプリヘンシブ・リハビリテーション懇話会 (Social Meeting for Comprehensive Rehabilitation: SMCR) は当初、京都で 7 月 18 日に開催される予定でしたが、COVID-19 感染拡大により 10 月 31 日に延期した上でオンラインにて開催することになりました。本来は第 10 回という節目ですので盛大に開催したいところですが、時期が時期だけに、質素にしかし元気にオンラインで議論と懇親を深めたいと思います。主催病院の偕行会リハビリテーション病院の田丸院長先生始めスタッフの皆様には、準備作業や運営に尽力してくださっていることに感謝致します。

この会は、医療としてのリハビリテーションを根付かせるために集まった CRASEED alliance hospitals の懇話会です。多地域多施設多職種の演者による一般口演やシンポジウムは例年通り大変楽しみにしています。ただ、もう一つの重要なイベントである講演会終了後の懇親会は、残念ながら今年は開催できませんので、来年に 2 年分の期待をつなげたいと思います。

昨年の今頃は、皆さんと一緒に頑張って運営し大成功に終わった ISPRM2019 と第 56 回日本リハビリテーション医学会学術集会の余韻に浸っていました。まさかその数ヶ月後から、ほぼすべての学術集会の現地開催が中止になる事態は誰も予測していませんでした。幸運にも学術集会を成功裏に終了できたことに感謝しつつ、今後は新型コロナとどう共存しながら学術やリハビリテーション医療を発展させるか、という困難な課題に取り組まなければなりません。そこで、今年のシンポジウムのテーマは「POST コロナ・WITH コロナ 各病院の取組み」とさせて頂きました。

また、新専門医制度が始まって 3 年が経過し、メリットやデメリットなどいろいろ指摘されているところです。しかし、私たちの医局に関する限り、少なくとも入局者は倍増しており、昨年度の後半以降 (現在まで) レジデント 5 名を含む 7 名が仲間になりました。新入局の先生方は本日のご挨拶の中で紹介致します。

それでは、新しくリハビリテーション医療を支える新入局の皆さんや Alliance hospitals に入職された方々とともに、オンラインではありますが、今年も”Comprehensive”の 3 要素『多地域・多施設・多職種との comprehension (理解)、compassion (共感)、communication (交流)』を育む会を開会したいと思います。

## 第 10 回コンプリヘンシブ・リハビリテーション懇話会 開催の挨拶



医療法人偕行会 偕行会リハビリテーション病院

院長 田丸 司

この度第 10 回コンプリヘンシブ・リハビリテーション懇話会を主催させていただく機会をいただきました。今回は第 10 回という節目の回におきまして、栄誉ある会合を主催する機会を与えていただきました。CRASEED 代表・兵庫医科大学リハビリテーション医学教室主任教授の道免和久先生に深く感謝申し上げます。

当院が主催させていただくのは今回が初回となり、当初は夏の京都での開催を予定しておりました。2020 年当初よりの新型コロナウイルス肺炎の流行により、従来行われていた会場での 1 日開催、懇親会という形式が困難となりました。春の段階において 7 月の開催は中止となり、8 月に道免教授のご理解ご協力を得ることで、今回のオンライン開催の運びとさせていただきました。何分不慣れなため、不十分な点が多々あるのではと危惧しておりますが、精一杯努めさせていただく所存です。

今回のオンライン開催にあたり、従来の 1 日開催から半日開催となり時間的に短縮とはなりましたが、一般演題、教育講演、シンポジウムのセッションによる大枠を保つようにプログラムを構成させていただきました。シンポジウムのテーマは、正にコロナ禍によるリハビリテーション活動への影響を、各施設より代表してご発表いただくこととなりました。また教育講演では、私共が取り組んでいる人工知能 (AI) による FIM 予測分析を取り上げさせていただき、共同演者の名古屋工業大学大学院 森田良文教授にもご参加いただくことといたしました。一般演題のご発表を含めまして、活発な議論がなされることを期待しております。

コロナ禍の状況ではありますが、CRASEED alliance hospitals のメンバーの皆さまにとりまして、リハビリテーションとしての活動は日々進歩しており、そのような活動の一端をこの懇話会にてご発表いただき、情報共有できるものと考えております。今回はいろいろと制約された状況下ではありますが、多地域・多施設・多職種での情報共有として、有意義な機会となることを希望しております。

最後に、一刻も早くコロナ禍が収束し、従来のように face-to-face での会合が開催され、懇親会を楽しめる時が来ることを期待しつつ、会員皆さまのご健勝とご多幸をお祈り申し上げます。



## 参加の皆様へお願い

---

※各施設でご質問などがある場合は、司会・座長から質問や発言についてご案内いたしますので、その際は各施設の会場端末などから、ミュートを解除してご発言いただきますようお願いいたします。

※ご発言がない時はマイクをミュートにさせていただくようお願いいたします。

※会の進行上必要な場合はホストのほうでマイクをミュートにする場合がありますので予めご了承ください。

※講演内容は、倫理規定、個人情報保護、プライバシー等に配慮したものではありませんが、医療関係者としての守秘義務に従い、知りえた情報の取り扱いには十分ご留意ください。

## 一般演題発表者、講演・シンポジストの皆様へお願い

---

一般演題は各7分前後でのご報告、その後3分の質疑応答を予定しております。

シンポジウムは各15分程度のご発表をお願いしております。

※当日のZoomミーティンググループは30分前に入室が可能です。

※所属施設の全体で使用する端末とは別の端末をご用意いただき、会場と別室からのご発表をしていただくことを推奨いたします。

※表示名の頭に☆印+フルネームのお名前となるようにご登録いただきますようご協力をお願いいたします。

※発表資料は発表者の方で画面共有をさせていただくようお願いいたします

※動作確認は当日30分前に加えまして、前日までの間、ご都合を下記事務局担当者までメールでお知らせ下さい。試験接続、動作確認などご希望に応じて対応をいたします。

### 【Zoom アカウント】

<https://zoom.us/j/95866601266?pwd=NXJmN2U3NEFRNDBZSUxHZGFySWZydz09>

ミーティング ID: 958 6660 1266

パスコード: 257934

<第10回コンプリヘンシブ・リハビリテーション懇話会 事務局>

偕行会リハビリテーション病院 担当：澤田

TEL：0567-52-3883 FAX：0567-52-3885

E-mail：asawada@kaikou.or.jp

# 一般演題

---

座長 鈴木伸吉

(偕行会リハビリテーション病院 言語聴覚士)

1. 摂食嚥下プロジェクト委員会の取り組みと今後の課題

～セラピストが参加してからの変化～

吉井恵子 (西宮協立リハビリテーション病院)

2. 予後に差が出た延髄損傷による重度嚥下障害 2 例の比較検討

松浦里恵 (洛西シミズ病院)

3. 回復期リハビリテーション病棟に入棟した気管切開患者のカニューレ抜管の可否に関連する要因

増木詩織 (偕行会リハビリテーション病院)

4. 重度起立性低血圧を呈した Parkinson 病患者の一症例

谷口領 (みどりヶ丘病院)

5. 作業に焦点を当てた介入にリスクコミュニケーション評価を組み合わせたことで作業の可能化が促進された事例

柘植麻理奈 (西宮協立リハビリテーション病院)

6. 装具と歩行神経筋電気刺激装置を用いて、歩容が改善するか検証した症例

三浦忠明 (関西リハビリテーション病院)



## 摂食嚥下プロジェクト委員会の取り組みと今後の課題

### ～セラピストが参加してからの変化～

○吉井恵子<sup>1)</sup> 大渡崇世<sup>1)</sup> 安部聖<sup>2)</sup>

社会医療法人甲友会 西宮協立リハビリテーション病院

1) リハビリテーション部 言語聴覚科 2) 看護部

【はじめに】当院では2012年に看護師主体の摂食嚥下プロジェクト委員会(以下委員会)が発足した。その後多職種の見点が必要との声が挙がり2017年よりセラピストが参加した。セラピスト参加後の委員会の取り組みと、今後の課題を報告する。

【委員会】構成：看護師を委員長とし、看護師各病棟1名、PT、OT、ST各1名の計7名。  
活動内容：①各病棟間の情報共有②摂食機能療法の実施(2018年度実施43件、看護師、PT、OT、STが実施)③嚥下勉強会(講義2回、事例検討1回の年計3回)の企画

【セラピストの関わり】①摂食機能療法の実施②看護師による摂食機能療法のプログラムを共に検討③勉強会の講師及びテーマの選定に参加④事例検討会での発表⑤リハビリテーション部へ活動内容の発信

【参加後の変化】①摂食機能療法の実施件数の増加②セラピスト、介護スタッフの勉強会への参加人数の増加③食事時の姿勢に配慮するスタッフの増加が見られた。また、アンケート結果より看護師からセラピストに相談しやすくなったなどの意見が聞かれ、多職種で取り組むきっかけ作りとなった。

【今後の課題】運動器疾患で入院し嚥下障害を呈する患者の嚥下機能評価スケールの作成を始めている。スケール実用化を契機に均質化された評価、関わりができるように委員会の内容を院内に発信し、摂食嚥下に関する意識向上にさらに努めていきたい。



## 予後に差が出た延髄損傷による重度嚥下障害 2 例の比較検討

○松浦里恵 茨木静香

洛西シミズ病院 リハビリテーション科

嚥下運動は延髄の嚥下中枢を中心とした反射の運動である。延髄損傷で起こる症状の一つとして、食道入口部開大不全がある。今回、当院に延髄損傷によって重度嚥下障害を呈した症例が同時期に 2 例入院。嚥下造影検査を実施し、2 例とも食道入口部開大不全を認め、経口摂取は困難であった。五ヶ月間入院し、バルーン法やシャキア等の頭部挙上訓練を中心とした嚥下訓練を実施した。前述の内容を自主訓練としても指導していた。同様の訓練内容、訓練期間であったにも関わらず 1 例は三食経口摂取可能となり退院し、もう 1 例は経口摂取訓練に至らず経管栄養での退院となった。病巣部位、年齢、症状所見の差から経過の違いについて考察を行った。症状に応じた訓練内容を検討し今後の延髄損傷による嚥下障害を呈した症例に活かしたいと考えた。

## 回復期リハビリテーション病棟に入棟した気管切開患者の カニューレ抜管の可否に関連する要因

○増木詩織<sup>1)</sup> 伊藤良太<sup>2)</sup> 鈴木伸吉<sup>3)</sup> 丹羽理圭<sup>3)</sup> 星野智子<sup>3)</sup> 山脇佑太<sup>3)</sup>

偕行会リハビリテーション病院 リハビリテーション部

在宅リハビリテーション課<sup>1)</sup> 理学療法課<sup>2)</sup> 言語聴覚療法課<sup>3)</sup>

【目的】先行研究では回復期リハビリ病棟での気管切開の長期的経過に関する報告は少ないため、カニューレの抜管に影響する因子を明らかにすることを目的とした。

【対象】2014年1月1日から2020年4月30日までに当院回復期リハビリテーション病棟に入棟した気管切開患者30名とした。

【調査項目】入棟中のカニューレの抜管の有無と、入棟時と退棟時のJCS, FIM 運動および認知項目合計, 嚥下機能（藤島の摂食・嚥下能力のグレード, DSS）, 基本属性（年齢, 性別, 病名, 在棟日数, 退棟先）とした。

【統計的解析方法】対象者をカニューレの抜管可能群, 抜管不可能群に分け調査項目の2群間比較をした。また, 抜管不可能群は抜管が不可能であった要因について調査した。

【結果】抜管可能群は不可能群に比べて入棟時のJCS, FIM 認知項目合計, DSS, 退院時の全ての項目で有意に高値であった。

【考察】覚醒状態や嚥下の重症度評価, 認知機能はカニューレの抜管の指標の一つになると考えられる。またカニューレの抜管の可否がADLなどに関連する可能性が示唆された。

## 重度起立性低血圧を呈した Parkinson 病患者の一症例

○谷口領 黄瀬智也 大崎康寛 眞淵敏

祐生会 みどりヶ丘病院 リハビリテーション部 理学療法課

### 【はじめに】

Parkinson 病(以下 PD)の自律神経障害のなかでも起立性低血圧(以下 OH)は、QOL に影響を与える。今回、OH により意識消失を伴い運動量が低下した患者を担当した。OH 対して評価・分析し、チームアプローチを行ったことで mFIM が向上したため報告する。

### 【症例紹介および介入内容】

現病歴：約 13 年前に PD と診断。X-120 日に腰痛を自覚した。その後、自宅にて腰痛が増悪した為、入院となり、X 日に手術を施行した。X+9 日に回復期病棟に転棟する。

初期評価 血圧(mmHg)：日中安静仰臥位 90～110/60～70。端坐位 60～80/35～55。Yahr

分類：IV。mFIM：30/91 点。介入初期より血圧低下による意識消失を認めた。その際、下肢運動と腹帯を促したが、血圧の上昇はみられなかった。離床確保の為に、看護師と協力し離床方法について情報共有をした。介入内容としては、足関節を中心に ROM、筋力練習を実施した。

### 【結果】

最終評価 血圧(mmHg)：端坐位 90～120/60～80。ROM(右/左°)：足関節背屈-5/0。

GMT：体幹 2,左右下肢 3。Yahr 分類：IV。mFIM：58/91 点。

### 【考察】

本症例は、廃用症候群に加え PD 患者特有である OH がみられた。廃用による OH に関しては、足関節の背屈可動域が-5/0、下肢 GMT が 3 と向上したことにより OH が改善傾向になったと考える。PD には、負荷量を調節しながら筋力練習を行うことで、心臓血管自律調節に対し、効果があるとされている。本症例は、理学療法に加え、OH に考慮したチームアプローチにより mFIM 向上に繋がったと考える。

## 作業に焦点を当てた介入にリスクコミュニケーション評価を組み 合わせたことで作業の可能化が促進された事例

○柘植麻理奈<sup>1)</sup> 平松良啓<sup>1)</sup> 渡邊康子<sup>1)</sup> 林亜遊<sup>2)</sup> 宮口英樹<sup>3)</sup>

1) 社会医療法人甲友会 西宮協立リハビリテーション病院

2) 大阪医療福祉専門学校

3) 広島大学学術院大学院 医歯薬保健学研究科

【はじめに】作業に焦点を当てた介入について多くの報告がある一方で、リスクについて検討されていない。今回、作業に焦点を当てた介入とリスクコミュニケーション評価(以下、RCA)を組み合わせ、作業の可能化が促進されたため報告する。

【事例紹介】100歳代、女性。診断名：左大腿骨頸部骨折。術後23日後にリハビリテーション目的で当院入院。受傷前は独居で茶道の師範として月1回茶道教室を開催。

【評価・介入】作業選択意思決定支援ソフトを使用し、退院後の茶道教室の再開を目標として共有。RCAにてリスク目標を設定し、能力評価(1:まったくできない～4:できる)・リスク評価(1:非常に危険である～4:危険ではない)をそれぞれ評価した。畳の上を六足で歩く(能力評価/リスク評価)、事例(1/1)、OTR(1/1)。25cmの椅子からの起立・着座(能力評価/リスク評価)、事例(1/1)、OTR(1/1)。リスク目標について問題点を共有し、機能練習や実動作練習にて改善を図った。

【結果】退院1カ月後に茶道教室を再開。RCA：畳の上を六足で歩くに対し、事例(4/4)、家族(4/4)。25cmの椅子からの起立・着座に対し、事例(4/4)、家族(4/4)。

【考察】作業に焦点を当てた介入にRCAを組み合わせることで、作業遂行におけるリスクを検討した上で、作業の可能化が促進される可能性が示唆された。

## 装具と歩行神経筋電気刺激装置を用いて、歩容が改善するか検証した症例

○三浦忠明 松本憲二 坂本知三郎

医療法人篤友会 関西リハビリテーション病院

【はじめに】脳卒中患者の歩容で麻痺側立脚期に膝関節が過伸展してしまう Extension Thrust Pattern (以下:ETP)がある.先行研究では麻痺側前脛骨筋の筋力低下や足関節底屈筋の筋緊張亢進が要因で挙げられ,臨床場面では装具療法で対応することが多い.しかし,動作時の筋緊張亢進については装具のみでは抑制困難な場合がある.今回,麻痺側前脛骨筋に対し歩行神経筋電気刺激装置ウォークエイド(以下:WA)使用し,前脛骨筋の筋力強化と底屈筋に対する相反抑制を図りつつ装具療法と合わせ歩容が改善するか検証した.

【対象】60代の脳梗塞,左片麻痺の患者.移動はT字杖とプラスチック製短下肢装具を使用し自立.麻痺側前脛骨筋の筋力はMMTで2,Modified Ashworth scale(以下:MAS)で下腿三頭筋は2と筋力低下・筋緊張亢進を認め,ETPの歩容を認めた.

【方法】理学療法の中でWAを20分使用.5回/週で2週間実施.実施前後の評価は麻痺側前脛骨筋のMMT,下腿三頭筋のMAS,ETPの変化をビデオ評価にて矢状面上で非麻痺側つま先離地時の麻痺側膝関節伸展・足関節背屈の角度とした.

【結果】MMT2→2,MAS:2→1+,下肢関節角度:膝伸展 $10^{\circ}$  →  $-3^{\circ}$  , 足背屈 $-15^{\circ}$  →  $-5^{\circ}$  で改善を認めた.

【考察】下腿三頭筋の筋緊張が軽減によりヒールロッカー機能の獲得に近づき,ETPが改善したと考える.

# 教育講演

---

AI による回復期脳神経患者の FIM 予測の試み

AI に関する解説と疑問について

田丸司（偕行会リハビリテーション病院 院長）

森田良文（名古屋工業大学大学院電気・機械工学専攻 教授）



## AI による回復期脳神経患者の FIM 予測の試み AI に関する解説と疑問について

偕行会リハビリテーション病院 田丸 司

名古屋工業大学大学院 電気・機械工学専攻 森田良文

AI (人工知能) は、コンピューターテクノロジーの発展により医療分野にも応用利用が始まっている。リハビリテーション分野でもデータ解析などの応用が期待されているが、まだ実用的には不十分で検討段階です。われわれは、AI を用いて回復期脳神経障害に対する FIM の帰結予後予測を検討しており、内容についてご紹介いたします。この講演では、前半では、取り組んできた研究内容のご紹介を田丸司により行い、後半では共同研究者の森田良文により AI に関する全般的な解説などを予定しています。

(研究内容紹介) 当院での過去の脳神経疾患患者 1100 サンプルを電子カルテより抽出し以下の解析を行った。AI による予測のための目標としては、基本的に入院時に得られる評価尺度のみから退院時の FIM が予測できるかを検討した。患者基本情報, 病型, FIM, SIAS など 66 項目のパラメーターについてデータベースを作成し、以下の分析を行い比較検討した。①AI: 人工知能の基本構造はニューラルネットワークとし、パラメーター調整にて最適化したものを検討し用いた。データベースの 80% を学習データ, 20% を検証データとして解析した。②重回帰分析: 学習データにおいて重回帰分析により予測式を作成し、検証データにおいて帰結 FIM の予測値を抽出した。③人: 検証データの過去の記録より入院時の担当者による予測値を抽出した。

各方法での予測値と実測値の相関係数は、①AI: 0.95, ②重回帰分析: 0.89, ③人: 0.85 であり、AI による予測が最も予測能力が優れていると考えられた。リハビリテーション分野においても、AI によるデータベース分析の 1 例として、より予後予測プログラムが有用であり、今後実証的に応用利用を検討していく必要があると考えられた。

(AI に関する解説と疑問について)

- ①サルでもわかる AI
- ②AI で出来ることと出来ないこと
- ③AI について想定質問と回答





# シンポジウム

---

## POST コロナ・WITH コロナ 各病院の取り組み

座長 石崎公郁子

(偕行会リハビリテーション病院 副院長)

### 1. 急性期・大学病院での取り組み

笹沼直樹 (兵庫医科大学病院)

### 2. 新型コロナウイルス感染症に対する当院での感染対策

～リハビリテーション部での対応～

赤藤紗織 (西宮協立リハビリテーション病院)

### 3. With コロナによる地域在住高齢者の環境変化と訪問リハビリテーションの活用について

岩竹雄治 (坂本診療所)

### 4. 回復期リハビリテーション病院としての取り組み

澤田真紀 (偕行会リハビリテーション病院)



## 急性期，大学病院での取り組み

笹沼直樹<sup>1)</sup> 児玉典彦<sup>2)</sup> 内山侑紀<sup>2)</sup> 津田宏次朗<sup>1)</sup> 宮城陽平<sup>1)</sup> 道免和久<sup>3)</sup>

1) 兵庫医科大学病院 リハビリテーション技術部

2) 兵庫医科大学 リハビリテーション科

3) 兵庫医科大学 リハビリテーション医学教室

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）はごく軽症から重篤症例まで様々な病態を呈する。この様な特性を有する COVID-19 症例に対するリハビリテーション医療の実際について症例を通じて紹介する。

症例 1. 68 歳男性，発症後 13 日目に当院入院。入院後は呼吸症状増悪あるもオルベスコ，レムデシビル等にて加療，呼吸窮迫症状には至らず経過。肺病変増悪の沈静並びに人工呼吸回避の目処が立った段階でリハビリ依頼，処方に基づき入院後 13 日目(13 病日)から理学療法(PT)開始 (PCR 陽性)。開始時点での採血データ各ピーク値は CRP20.6(mg/dL), WBC147.7( $\times 10^2/\mu\text{L}$ ), CK2172(U/L)であった。初期評価：意識清明，室内気にて SpO<sub>2</sub>92, HR68, 握力(右/左) 24.2/22.2(kg), 膝伸展筋力 41.2/38.4(kg)。PT では呼吸理学療法，有酸素運動，筋力強化練習を実施。運動時は SpO<sub>2</sub>88, HR95, 経過に伴い変化量は減少。38 病日自宅退院。退院時評価：握力 30.4/25.4, 膝伸展筋力 56.2/49.8, 6 分間歩行距離 556(m)であった。

症例 2. 48 歳女性，発症後 11 日目に当院入院。採血データピーク値は CRP9.1, WBC235.5, CK161 であった。2 病日（入院後 2 日目）に人工呼吸開始。16 病日に呼吸理学療法目的で PT 開始 (PCR 陽性)。初期評価：意識混濁，離握手拙劣，膝伸展 MMT 2/2。19 病日に抜管。26 病日握力 7.8/6.8, 運動療法時の SpO<sub>2</sub>低下および HR 上昇は顕著。36 病日 OT, ST 開始。退院時評価：握力 14.5/11.3, 膝伸展筋力 29.9/25.6, 6 分間歩行距離 331m。59 病日自宅退院。

症例 1,2 に共通して運動時の顕著な SpO<sub>2</sub>低下と HR 上昇を認めたがその機序解明は今後の課題である。シンポジウムでは実施した感染防御策や医師，療法士の働き方の実際を交えて報告する。

## 新型コロナウイルス感染症に対する当院での感染対策

### ～リハビリテーション部での対応～

赤藤紗織

社会医療法人甲友会 西宮協立リハビリテーション病院

リハビリテーション部 言語聴覚士 院内感染予防対策委員

当院では、新型コロナウイルス感染症（以下 COVID-19）の流行と共に院内感染予防対策委員会（以下 ICT）を中心に様々な対策をとってきた。

従来は3病棟の入院患者と外来患者が2階リハビリフロアで混在していたが、COVID-19の流行後、①外来と入院患者のリハ室の使用エリアをゾーニング②午前・午後でリハ室使用病棟を分け、他病棟の患者と共用しない③セラピストの他病棟への代診を中止④COVID-19発症を疑うセラピストが発生した病棟は、患者は「病棟制限対策」をとり、セラピストは別フロアの会議室をスタッフルームとして使用し「隔離対策」を行いセラピストの交流機会を制限した。

家族の面会については、平日のみ1患者につき2名まで、週1回15分と制限し、代替としてリハの様子を撮影しDVDにして情報提供やリモート面会等を実施した。外出泊や家族指導は感染対策に留意した上で実施している。

8月に外来担当セラピスト1名がCOVID-19陽性となったが、感染対策を徹底していたことで濃厚接触者はゼロであり、職員も都度迅速に対応してきたため、混乱なく乗り越えることが可能であった。

## With コロナによる地域在住高齢者の環境変化と 訪問リハビリテーションの活用について

若竹 雄治

坂本診療所 理学療法士

【はじめに】新型コロナウイルス感染拡大予防対策としての緊急事態宣言に伴う外出自粛要請や、感染者が発生した施設の閉鎖などにより、地域コミュニティは縮小した。高齢者の活動機会が減少し、フレイルの惹起が懸念された。当法人の在宅部門として、主に訪問リハビリテーション（以下、リハ）部門がこの二次的弊害のフレイル拡大を防ぐために取り組んだ内容を報告する。

【方法】フレイル高齢者の増加を防ぐために「既利用者のサービス継続」、「サービス利用が継続できなくなった高齢者の訪問リハへの連携」を目標に掲げた。目標達成のためには、スタッフを感染から守る予防策の構築とリハの必要性を地域と共有するための啓蒙活動が必要と考えた。前者はスタンダードプリコーションに加え、直行直帰システムを導入した。直行直帰システムを実行するため職員へのスマートフォンの支給、病院外で書類業務が行えるよう Cloud の設定、勤怠管理を目的としたデータ入力支援ツールの作成を行った。後者は、問題の共有と解決策を地域包括支援センターとともに考えることが効率的と考え、豊中市の地域包括支援センター7箇所を訪問した。

【結果・考察】2020年3月から2020年10月現在までのスタッフ感染者は0名、利用者の感染者は0名であった。既存利用者のサービス継続率は86.3%、短期的にリハ時間を延長できたケースは全体のうち5%であった。緊急事態宣言後に実施したアンケート調査では運動量低下が明らかであり、訪問リハが運動量維持の一助を担えたと考える。

地域包括支援センターからのフレイル改善（予防）を目的とした依頼は1件のみに留まり、その理由の一部として「訪問による感染リスクが怖い」「デイ（通所介護）からサービスを切り替えると人気のデイには再び入りにくい」などが挙げられた。

【結論】取り組みを実施したことにより、既存利用者のサービス継続率は比較的維持することができ、サービス内容を充填できたケースもあった。一方、地域のフレイル高齢者を訪問リハに繋げた事例は1名のみであり、継続的な啓蒙活動が必要と考えている。

## 回復期リハビリテーション病院としての取り組み

澤田真紀

医療法人偕行会 偕行会リハビリテーション病院 看護部

### 1. はじめに

新型コロナウイルス感染症の拡大が、日常生活と医療に大きな衝撃を与えている。今回、2020年2月～8月をPOSTコロナ期、9月以降をWITHコロナ期として当院の取り組みを紹介する。コロナ禍の6月に看護部長に就任し、院内の現状把握と同時進行で組織リスクマネジメントの視点と看護管理者の課題に日々悩みながらも、迅速な対応が求められた。そこで7月に、地域連携会の「愛知県尾西・尾北地区看護部長会」所属の看護部長にコロナ対応についてのアンケートを実施した。結果も交えて報告する。

### 2. 組織の取り組みと課題

法人は、透析治療を柱として愛知県を中心に関東・長野・静岡・岐阜に事業を展開している。急性期病院である名古屋共立病院は感染防止対策加算Ⅰの体制があり、基幹病院としての役割をもつ。当院の感染対策体制は、院長を中心に各部署の課長職以上と専任の看護課長が感染対策委員会に所属し、定期と緊急時に会議を開催している。コロナ対応についてのアンケートは近隣の看護部長も関心が高く、各病院の回答を発信することで、実情の一部を知ることが出来た。内容は院内でも共有した。

そんな中、転院3日目の患者に発熱・肺炎症状が認められ、コロナウイルス抗体検査で擬陽性の結果が報告された。そして、急性期病院に診断と治療を依頼し、PCR結果を待つことになった。濃厚接触者と判断する職員は看護職員18名、医師1名、セラピスト11名に上り、30名が就業制限となった。同日PCR結果陰性が報告されたが、この経験を期に、より身近にコロナを感じ臨時会議を招集し①状況把握②発熱者の対応③対応可能な検査等を検討した。一見、専門家不在で脆弱さを想像するであろうが、コロナ期においては、「意思決定の速さ」「担当者の明確化」「不可能な部分の共通認識」「職員への発信」などで効果を実感した。

WITHコロナと言われるが、インフルエンザ流行期と相まって拡大が懸念される。そして、医療フェーズが変化する中でのリスク予測や、職員のメンタルマネジメントなど課題もある。



**【第10回コンプリヘンシブ・リハビリテーション懇話会抄録集】**

編集：第10回コンプリヘンシブ・リハビリテーション懇話会事務局

医療法人偕行会 偕行会リハビリテーション病院

発行 2020年10月