

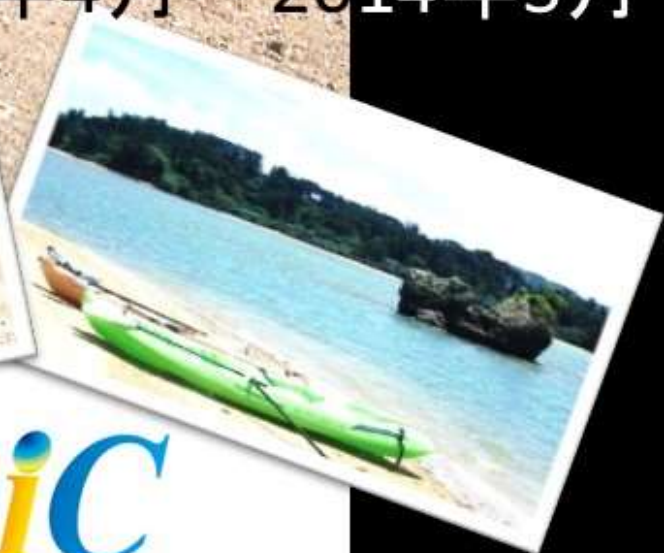
医療法人タピック

沖縄リハビリテーションセンター病院

業績集 2014

The Journal of Okinawa Rehabilitation Center Hospital

2013年4月～2014年3月



TAPiC



施設名称：沖縄リハビリテーションセンター病院

所在地：〒904-2173 沖縄県沖縄市比屋根 2-15-1

電話番号：098-982-1777(代表)

FAX 番号：098-982-1788

URL：<http://www.tapic-reha.or.jp/>

目 次

巻頭言	医療法人タピック 沖縄リハビリテーションセンター病院 院長 濱崎直人・・・1P
業績集 2014 の発刊にあたって	医療法人タピック 沖縄リハビリテーションセンター病院 医局長 奥山久仁男・・・2P
当院企画の講演会・院内行事	・・・3P～
院外講義	・・・4P～
院外講演	・・・6P～
パネリスト	・・・8P～
執筆	・・・8P～
座長	・・・10P～
学会、研究会の査読	・・・10P～
委員会報告	・・・11P～
表彰	・・・11P
学会発表	・・・12P～
ホールカンファレンス	・・・15P～
ミラクルカンファレンス	・・・21P～
執筆論文	・・・23P～
小論文	・・・52P～
院内医療統計	・・・73P～
メディア関連記事（医療医学・観光・その他）	・・・81P～
編集後記	沖縄リハビリテーションセンター病院 リハビリテーション科 部長 又吉達・・・124P

<表紙について>

表紙は、名護市にある「国定公園内屋我地ビーチ・リゾート」です。
干潮のある時間帯のみ、ビーチ側隣地と正面にある小島が繋がるトンボロ現象によりできる道（ピュアロード）です。
純粋な心と新たな縁結びを生む道になると願いを込めて名付けられました。
平成 2014 年 1 月 30 日から名護市の委託により TAPIC グループが運営しています。

巻 頭 言

医療法人タピック
沖縄リハビリテーションセンター病院
院長 濱崎 直人

1997 年、本島と浜比嘉島を結ぶ浜比嘉大橋が架かりました。島の人間は離島の問題を全て解決してくれる『夢の架け橋』として大喜びしました。あれから 17 年、現実が大きく異なり、多くの島の若者が橋を渡って故郷を離れて行きました。残された老人は 1 人減り、2 人減りし、いつしか限界集落は集落の体をかろうじて維持するほどに危うい状態となりました。これは浜比嘉島だけの問題ではなく、日本全国至る所で見られる現象です。田舎では人口減少が著しく高齢者割合は緩やかに増加していますが、一方大都会では人口減少は少ないように見えますが高齢者の割合が急速に増えているようです。これが少子高齢社会の現実です。

そういう時代背景のもとにいろいろな分野で様々な対策が検討実施されています。医療分野では、国は回復期病棟に新たなハードルを課してきました。時代の要請に応じて、私たちは速やかに病棟へ専従医と専従のソーシャルワーカーを配置し全病棟回復期Ⅰ(新基準)を取得しました。簡単な事ではありません。予想通り私たちのチーム内にも数々の問題が噴出しました。時代が激しく流動しているのですからそれも当然です。

私たちの使命は「患者さんをすみなれた地域へ速やかに帰す」ことです。新基準を取得することは、私たちの目的ではなく使命を果たすための新たな始まりにすぎません。面白いことに問題の解決はチーム結束への大きなベクトルを生み出します。それを力に変え、私たちは時代の期待に応えるため常に進化し続けるでしょう。

今年度も職員みなさんの努力のおかげで業績集の発行が無事完了しました。みなさんの頑張りに改めて敬意を表します。病院における研究と発表は我々の進化の証となります。さらなる高見を目指して TAPIC が『地域の夢の架け橋』となるために、個人として、チームとしていっしょに研鑽を続けていきましょう。

業績集 2014 の発刊にあたって

医療法人タピック
沖縄リハビリテーションセンター病院
医局長 奥山 久仁男

1996 年、TAPIC グループ 2 番目の医療施設として、県内リハビリテーション医療の先駆けとなるべく沖縄市泡瀬に開設された沖縄リハビリテーションセンター病院は、理事長の掲げる TAPIC グループの理念（Total Academic Popular International Centurial）のもとに創設期の生みの苦しみを経て、今や県内を代表するリハビリテーション特化型病院としての信頼を獲得し、県内全域から受診を希望して頂ける施設のひとつに成長させて頂きました。

その過程においては常に各スタッフの日々の臨床に対する真摯な取り組みと患者様に対する深い思いやりがあり、川平法を初めとする様々なリハビリテーション理論、実践の取得やロボットスーツ HAL（hybrid assistive limb）、随意運動介助型電気刺激装置（IVES）、メンタルコミットロボット「パロ」等の先端機器の早期導入、認知症患者に対する独創的集団リハビリテーションの試行錯誤、当院で行われている整形外科手術直後の患者様に対する急性期リハビリテーションの模索、考案、評価等が積み上げられて来ました。

昨年、理事長の声がかりがあり沖縄リハビリテーションセンター病院開設以来 17 年にわたる院内学術関連業績集を初めて発行する事ができました。例年開催される院内学術研究大会、全国リハビリテーション関連学会、平成 2012 年度から 4 年に一度、TAPIC グループ全体で催される TAF（Tapic Academic Festival）を中心としたリハビリテーション、看護、介護、医療スタッフの積年の臨床業績を病院内外に広く公表させて頂きました。多くの方々の御批判や評価、御指導を賜り、TAPIC グループの理念とする Academic（探究性）をより深めて行く契機にする事を目的としています。

本年も引き続き業績集 2014 を発行する事ができた事はとても幸甚に存じます。この業績集がスタッフ間での情報共有と患者様へ最適なリハビリテーションの提供を継続する一助となり、さらに当院の発展へと繋げて頂ける事を祈念し、編集に際しては御協力いただきました多くの方々に書面をお借りして、厚く御礼申し上げます。

《当院企画の講習会・院内行事》

《院外講義》

《院外講演》

《パネリスト》

《執筆》

《座長》

《学会、研究会査読》

《委員会報告》

《表彰》

《学会発表》

《ホールカンファレンス》

《ミラクルカンファレンス》

《当院企画の講習会・院内行事》

- 平成 25 年 4 月 沖縄県から「最先端福祉ロボット技術を活用した健康関連サービス創出推進事業」受託
HAL を 1 台(5 月から翌年 1 月まで)、パロを 2 台導入(4 月から翌年 1 月まで)
- 平成 25 年 6 月 第二回タピック リハ・ケア合同研究大会(第 16 回研究大会)
実行委員長：奥山久仁男 脳神経外科部長
副実行委員長：真栄城省吾サブマネージャー(PT)、古川宗宏リーダー(OT)、竹澤和真(Ns)
特別講演：口腔ケア、口腔リハビリが目指す「食べられるための口づくり」
～口から食べることの「喜び」を考える～
講師：村田歯科医院 院長 黒岩恭子 先生
- 平成 25 年 6 月 「運動器疾患の運動療法・皮膚運動学」 講習会を開催
講師：文京学院大学 理学療法士 福井勉 先生
- 平成 25 年 6 月 29 日 参議院議員 橋本聖子氏 理事長表敬訪問
- 平成 25 年 8 月 「院内習熟度別研修」 ユインチホテル南城にて開催
- 平成 25 年 10 月 院内向け「高次脳機能障害研修会」
講師：名古屋市総合リハビリテーションセンター 看護師 藤山美由紀 氏
- 平成 25 年 10 月 高次脳機能障害支援普及事業講演会を開催
テーマ：「高次脳機能障害の看護・リハビリテーション
～NS・PT・OT・ST に学ぶ支援方法～」
会場：沖縄市民会館中ホール
講師：神奈川リハビリテーション病院 PT 波多野直 氏
東京慈恵会医科大学葛飾医療センター OT 石川篤 氏
永生クリニック リハビリテーションセンター ST 江村俊平 氏
名古屋市総合リハビリテーションセンター Nr 藤山美由紀 氏
- 平成 25 年 10 月 「院内管理職宿泊研修」 ユインチホテル南城にて開催
- 平成 25 年 10 月 4 日 中国国際旅行社より 4 名様 宮里理事長表敬と施設見学
- 平成 25 年 10 月 7 日 内閣府西村康稔副大臣来院 宮里理事長との意見交換と施設見学
- 平成 25 年 10 月 30 日 愛知県議会議員団視察
- 平成 25 年 11 月 「タピック観月会 in 東南植物楽園」 開催

平成 25 年 11 月 「物理療法」 講習会を開催 講師：伊藤超短波 青木

平成 25 年 11 月 中国西安健診センター 曹社長 見学

平成 25 年 11 月 中国西安健康栄養協会 栄養士 見学

《院外講義》

1, 氏名：奥山久仁男(医師)

講義名：疾病治療学 IV 脳神経疾患の診断過程と治療

日時：平成 25 年 9 月 5 日～10 月 3 日 計 5 回

講義場所：学校法人湘央学園 浦添看護学校

2, 氏名：藤山二郎（医師）

講義名：言語聴覚学科

日時：平成 25 年 10 月 1～12 月 17 日 計 9 回

場所：沖縄リハビリテーション福祉学院

3, 氏名：照屋益美(看護師)

講義名：平成 25 年度沖縄県認知症介護実践者研修カリキュラム「コミュニケーションの本質」

日時：平成 25 年 9 月 12 日、12 月 5 日

講義場所：いちゅい具志川しんぶん館(大研修室)

4, 氏名：児玉悦津子(作業療法士)

講義名：平成 25 年度沖縄県認知症介護実践者研修カリキュラム「人的環境と住居環境を考える」

日時：平成 25 年 9 月 12 日、12 月 5 日

講義場所：いちゅい具志川しんぶん館(大研修室)

5, 氏名：森田智也(作業療法士)

講義名：平成 25 年度沖縄県認知症介護実践者研修カリキュラム「援助者の位置づけと人間関係論」

日時：平成 25 年 9 月 12 日、12 月 5 日

講義場所：いちゅい具志川しんぶん館(大研修室)

6, 氏名：渡邊弘人（言語聴覚士）

講義名：「摂食嚥下障害のある高齢者の生活とアセスメント」

日時：平成 25 年 6 月 7 日～9 月 26 日 計 2 回

講義場所：浦添看護学校

7, 氏名：渡邊弘人（言語聴覚士）、謝花江里香（言語聴覚士）

講義名：「摂食嚥下評価、訓練の基礎」

日時：平成 25 年 6 月 7 日～9 月 26 日 計 2 回

講義場所：カムカム歯科

8, 氏名：照屋修平（理学療法士）

講義名：「理学療法評価」 日時：平成 25 年 8 月 10 日 計 1 回

講義場所：琉球リハビリテーション学院

9, 氏名：, 照屋修平（理学療法士）

講義名：「アロママッサージ」 日時：平成 25 年 9 月 18 日 計 1 回

講義場所：エステサロン リアン

10, 氏名：比嘉亮太（介護福祉士）

講義名：「生活支援技術Ⅱ」 日時：平成 26 年 2 月 17・25 日 計 2 回

講義場所：沖縄リハビリテーション福祉学院 介護福祉学科

11, 氏名：西平伸也（理学療法士・回復期セラピストマネージャー認定者）

講義名：リハビリ職のおもしろさ 日時：平成 25 年 7 月 17 日 ※90 分 1 講義

講義場所：県立コザ高等学校

12, 氏名：波平功（看護師・回復期リハ看護師認定者）

講義名：活動・休息・睡眠の援助技術

日時：平成 25 年 6 月 7 日・6 月 21 日・7 月 5 日 ※90 分 2 講義（180 分）の 3 日間

講義場所：北部地区医師会北部看護学校

13, 氏名：比嘉俊文（理学療法士）

講義名：MAHALO セミナー 変形性膝関節症患者の総合的視点と局所アプローチ

日時：平成 25 年 7 月 21 日 会場：沖縄県男女共同参画センター ているる

14, 氏名：島袋雄樹（理学療法士）

講義名：老年看護学方法論

日時：平成 25 年 10 月 9 日・16 日・平成 26 年 1 月 8 日

講義場所：浦添看護学校

15, 氏名：照屋益美（看護師）

講義名：平成 25 年度沖縄県認知症介護実践者リーダー研修「事例演習のための講義」「事例演習」

日時：平成 25 年 10 月 17 日～18 日、1 月 28 日～29 日

講義場所：いちゅい具志川じんぶん館

18, 氏名：與名さやか（作業療法士）

講義名：平成 25 年度沖縄県認知症介護実践者研修「生活の捉え方」

日時：平成 25 年 9 月 10 日、12 月 3 日

講義場所：いちゅい具志川じんぶん館

19, 氏名：比屋根友恵(理学療法士)

講義名：女性のこころとからだ

日時：平成 25 年 2 月 16 日

講義場所：からだコンディショニング 東京都台東区浅草

《院外講演》

1, 氏名：宮里好一(医師)

講演テーマ：新たな沖縄リゾートの展開——医療観光の将来性

日時：平成 25 年 5 月 23 日(木)

主催：イオンタウン南城大里店同友店会総会

会場：ユインチホテル南城

2, 氏名：宮里好一(医師)

講演テーマ：なぜ医者の方が観光に魅かれたのか？ 君の未来は開かれている！

日時：平成 25 年 5 月 30 日(木)

主催：専修学校インターナショナルリゾートカレッジ

会場：ユインチホテル南城

3, 氏名：宮里好一(医師)

講演テーマ：3 つの「じりつ」を育む組織を目指して

日時：平成 25 年 6 月 3 日(月)

主催：沖縄県中小企業家同友会

会場：沖縄産業支援センター 1 F ホール

4, 氏名：宮里好一(医師)

講演テーマ：高齢期に健康を続けるポイント

日時：平成 25 年 6 月 20 日(木)

主催：沖縄県老人クラブ連合会

会場：沖縄かりゆしビーチリゾート・オーシャンスパ

5, 氏名：宮里好一(医師)

講演テーマ：高齢期に健康を続けるポイント

日時：平成 25 年 8 月 16 日(金)

主催：豊見城市老人クラブ連合

会場：ユインチホテル南城

6, 氏名：宮里好一(医師)

講演テーマ：日本・沖縄の転機とタピックのチャレンジ

日時：平成 25 年 10 月 30 日(水)

主催：北那覇法人会青年部研修会

会場：ユインチホテル南城

7, 氏名：宮里好一(医師)

講義テーマ：器質疾患に伴う精神障害

日時：平成 25 年 11 月 6 日(水)

主催：琉球大学医学部精神病態医学分野

会場：琉球大学医学部基礎講義等 101 教室

8, 氏名：宮里好一(医師)

講演テーマ：高齢期に健康を続けるポイント

日時：平成 25 年 12 月 9 日(月)

主催：うるま市老人クラブ連合会

会場：健康福祉センター「うるみん」3 階ホール

9, 氏名：宮里好一(医師)

講演テーマ：回復期リハ病棟に必要な認知症の知識

日時：平成 26 年 1 月 25 日(土)

主催：一般社団法人 回復期リハビリテーション病棟協会

会場：沖縄県青年会館

10, 氏名：宮里好一(医師)

講演テーマ：沖縄県におけるリハビリの現状と課題

日時：平成 26 年 2 月 1 日(土)

主催：タイヤランド沖縄福祉事業部

会場：EMウェルネスリゾート コスタビスタ沖縄 ホテル&スパ

11, 氏名：宮里好一(医師)

講演テーマ：脳の働きを知って、ボケ予防を！—幸寿百歳への道

日時：平成 26 年 2 月 12 日(水)

主催：ペアール楽園・幸寿大学校・事前体験会講演要旨

会場：東南植物楽園

12, 氏名：宮里好一(医師)

講演テーマ：女性と健康—幸せな第3の人生のために知っておきたい知識

日時：平成 26 年 2 月 13 日(木)

主催：沖縄市女性団体連合協議会

会場：母子未来センター

13, 氏名：宮里好一(医師)

講演テーマ：「女性管理職に期待すること」—温かく、きつく、細やかな指導を

日時：平成 26 年 3 月 19 日(水)

主催：沖縄県商工会議所女性会連合会

会場：ロワジールホテル&スパタワー那覇

14, 氏名：島袋雄樹

大会名：平成 25 年度健康づくり活動リーダー研修会

講演テーマ：転倒予防のコツ!!

日時：平成 26 年 1 月 30 日 会場：沖縄市老人福祉センター寿楽園

主催：中部地区老人クラブ連合会

15, 氏名：濱川みちる（理学療法士）

大会名：沖縄運動器リハ最前線 2013

テーマ：研究方法論

日時：平成 25 年 9 月 14 日 会場：沖縄リハビリテーション福祉学院

16, 氏名：和宇慶亮士（作業療法士・回復期セラピストマネージャー認定者）

大会名：対象者の生活支援をより具体的な者にする為に

～沖縄県の作業療法士同士の意味ある連携を作る～

テーマ：全体の為の連携研修会（シンポジストとして）

日時：平成 25 年 7 月 19 日 会場：沖縄県総合福祉センター

主催：平成 25 年度 全国作業療法協会パイロット事業

17, 氏名：和宇慶亮士（作業療法士・回復期セラピストマネージャー認定者）

大会名：全国回復期リハビリテーション協会 セラピストマネージャーコース第 3 期

テーマ：「セラマネ体験談～セラマネの先輩と語ろう～」(シンポジストとして)

日時：平成 25 年 11 月 9 日 会場：東京都 三田 NN ホール

主催：全国回復期リハビリテーション協会

《パネリスト》

1, 氏名：宮里好一（医師）

大会名：全国ハープサミット南城市大会

日時：平成 25 年 11 月 22 日（金）

主催：南城市

会場：ユインチホテル南城

《執筆》

1, 氏名：宮里好一（医師）

訪問リハビリテーションにおける認知症の実態と対応

ー日本リハビリテーション病院・施設協会認知症対策検討委員会の調査

地域リハビリテーション 第 9 巻第 5 号（通巻 98 号）2014 年 5 月 p. 419-423

2, 氏名：宮里好一（医師）

介護老人保健施設における認知症の実態と対応

ー日本リハビリテーション病院・施設協会認知症対策検討委員会の調査

地域リハビリテーション 第9巻第8号（通巻101号）2014年8月 p.656-660

3, 氏名：宮里好一（医師）

回復期リハビリテーション病棟における認知症の実態と対応

ー日本リハビリテーション病院・施設協会認知症対策検討委員会の調査

地域リハビリテーション 第9巻第8号（通巻101号）2014年8月 p.662-668

4, 氏名：宮里好一（医師）

リハビリテーション病院・施設における認知症対応の現状アンケート調査結果

ー認知症リハの診療報酬化に向けて

日本リハビリテーション病院・施設協会誌 No.144 2014年冬 p.12-17

5, 氏名：宮里好一（医師）

沖縄タイムスほーむぷらざ連載

第一回 平成25年4月25日(木) 第1347号

知って安心「認知症と在宅ケア」

認知症編①正しい知識で不安解消

第二回 平成25年6月27日 第1356号

知って安心「認知症と在宅ケア」

認知症編②予防や早期治療が大切

第三回 平成25年8月22日(木) 第1364号

知って安心「認知症と在宅ケア」

認知症編③薬は効果的に服用を

第四回 平成25年10月24日(木) 第1373号

知って安心「認知症と在宅ケア」

認知症編④タイプ別で進行度に差

第五回 平成25年12月26日(木) 第1382号

知って安心「認知症と在宅ケア」

認知症編⑤家族は優しく対応を

第六回 平成26年2月26日(木) 第1390号

知って安心「認知症と在宅ケア」

認知症編⑥認知症予防に運動や料理

6, 氏名：宮里好一(医師)

沖縄タイムスほーむぶらざ

新春インタビュー 平成 25 年 12 月 26 日(木)

健康と美を応援します

「エ・トリアル」で再生のお手伝い

7, 氏名：濱川みちる (理学療法士)

Repeated short-term daily exercise ameliorates oxidative cerebral damage and the resultant motor dysfunction after transient ischemia in rats.

Journal of Clinical Biochemistry and Nutrition Vol. 53 (2013) No. 1 p. 8-14

《座長》

リハビリテーション・ケア合同研究大会

日時：平成 25 年 6 月 8 日 会場：千葉県 幕張メッセ 国際会議場

1, 氏名：又吉達 (医師)

2, 氏名：比嘉丈矢 (医師)

全国回復期リハビリテーション病棟協会第 23 回研究大会 in 名古屋会

日時：平成 26 年 2 月 7 日～8 日 会場：愛知県 名古屋国際会議場

1, 氏名：濱崎直人 (医師)

2, 氏名：奥山久仁男 (医師)

3, 氏名：栗林環 (医師)

フラットぷらっと 2013 in 浅草

日時：平成 25 年 7 月 14～15 日 会場：東京都 台東区文化センター

1, 氏名：比屋根友恵 (理学療法士)

《学会、研究会査読》

1, 氏名：和宇慶亮士 (作業療法士・回復期セラピストマネージャー認定者)

学会名：沖縄県作業療法学会

日時：平成 26 年 2 月 16 日

会場：沖縄県総合福祉センター

2, 氏名：濱川みちる (理学療法士)

学会名：第 15 回 沖縄県理学療法学術大会

平成 25 年 11 月 10 日

会場：琉球リハビリテーション学院

3, 氏名：武村奈美（理学療法士）
学会名：沖縄県理学療法協会学術誌
平成 25 年 2 月 15 日

4, 氏名：島袋雄樹（理学療法士）
学会名：沖縄県理学療法学術大会
日時：平成 25 年 11 月 10 日
会場：琉球リハビリテーション学院

5, 氏名：比嘉俊文（理学療法士）
学会名：沖縄県理学療法学術大会
日時：平成 25 年 11 月 10 日
会場：琉球リハビリテーション学院

6, 氏名：比屋根友恵（理学療法士）
学会名：沖縄県理学療法学術大会
日時：平成 25 年 11 月 10 日
会場：琉球リハビリテーション学院

《委員会報告》

1, 発表者：藤澤欽崇（看護師・回復期リハ看護師認定者）、森脇勝幸（薬剤師） 宮平勉（検査技師）
委員会名：院内感染対策委員会平成 24 年度年間報告会
日時：平成 26 年度 3 月 25 日

2, 発表者：安慶名誠（看護師・回復期リハ看護師認定者）、
普久原睦子（看護師・回復期リハ看護師認定者）
委員会名：院内医療安全対策委員会平成 24 年度年間報告会・KYT
日時：平成 25 年 7 月 12 日

3, 発表者：波平功（看護師・回復期リハ看護師認定者）
テーマ：院内褥瘡委員会平成 24 年度年間報告
日時：平成 26 年 3 月 4 日

《表彰》

1, 氏名：武村奈美（理学療法士）
平成 25 年度理学療法士協会優秀賞

《学会発表》

全国回復期リハビリテーション病棟協会 第23回研究大会in名古屋

日時：平成26年2月7日～8日

会場：愛知県 名古屋国際会議場

- 1, 発表者：宮城仁（理学療法士）、伊禮祥子（理学療法士）、比嘉淳（医師）、又吉達（医師）、濱崎直人（医師）、宮里好一（医師）

演題名：当院の回復期リハビリテーション病棟における気管切開患者の現状

- 2, 発表者：潮平有貴（理学療法士）、富山郁美（理学療法士）、照屋修平（理学療法士）、善平大貴（作業療法士）、木村恭太（作業療法士） 又吉達（医師）、濱崎直人（医師）、宮里好一（医師）

演題名：高齢者胸髄不全麻痺に対し回復段階の能力に合わせて HAL を利用した症例

- 3, 発表者：善平大貴（作業療法士）、照屋修平（作業療法士）、又吉達（医師）、濱崎直人（医師）、宮里好一（医師）

演題名：ロボットスーツ HAL を使用後上肢機能が改善し、作業活動に変化が見られた3症例

- 4, 発表者：新里光（理学療法士）、照屋修平（理学療法士）、富山郁美（理学療法士）、安里優介（作業療法士）、又吉達（医師）、濱崎直人（医師）、宮里好一（医師）

演題名：脳血管患者に対して三年間当院で HAL を使用してみえてきたこと
～効果を持続させるための一提案～

- 5, 発表者：高江洲昌太（理学療法士）、楠木力（理学療法士）、塩浜久美子（理学療法士）、鈴木里志（作業療法士）、平山陽介（作業療法士）、當山隆一（言語聴覚士）、大城史子（医師）、栗林環（医師）、濱崎直人（医師）、宮里好一（医師）

演題名：首里城に登ろう！～回復期病棟より社会参加を目指して～

- 6, 発表者：稲葉圭吾（看護師）、上門杏里（看護師）、長谷川智子（看護師）、金城正光（看護師・回復期リハ看護師認定者）、和宇慶亮士（作業療法士・回復期セラピストマネージャー認定者）、

演題名：内服自己管理シートの活用状況と誤薬との関連性

～回復期看護における内服自己管理訓練導入と評価のあり方について考える～

- 7, 発表者：仲地理紗（作業療法士）、名城美鈴（作業療法士）、善平大貴（作業療法士）、新里朋子（作業療法士）、西銘絵里子（作業療法士）、西平伸也（理学療法士・回復期セラピストマネージャー認定者）、濱崎直人（医師）、宮里好一（医師）

演題名：当院での料理サークル活動報告～集団から見つける自分の役割～

- 8, 発表者：濱川みちる（理学療法士）、平勝也（理学療法士）、知花勝也（理学療法士）、
山城貴大（理学療法士）、仲西孝之（理学療法士）、濱崎直人（医師）、宮里好一（医師）
演題名：脳卒中片麻痺患者の歩行自立者割合は麻痺側による差異があるか？
～身体機能の比較を含めた検討～

リハビリテーション・ケア合同研究大会 千葉 2013

日時：平成 25 年 11 月 23 日～24 日 会場：千葉県 幕張メッセ

- 9, 発表者：新里 裕士（作業療法士）、渡邊 健一（作業療法士）照屋 南菜美（作業療法士）
島袋 雄樹（理学療法士）、新里 梓（理学療法士）又吉 達（医師）
演題名：慢性期脳卒中片麻痺患者に対する治療的電気刺激と川平法との併用における治療効果
～上肢機能改善における ADL 参加度向上を目指して～
- 10, 発表者：濱崎育恵（診療放射線技師）、金城辰秀（診療放射線技師）、比嘉健一郎（診療放射線技師）、
比嘉裕之（診療放射線技師）、奥山久仁男（医師）、濱崎直人（医師）、宮里好一（医師）
演題名：車椅子のまま撮影可能な補助具の作成について～患者に優しい撮影を目指して～
- 11, 発表者：安里優介（作業療法士）、照屋修平（理学療法士）、津堅門大也（理学療法士）、
富山郁美（理学療法士）、呉屋大樹（作業療法士）、又吉達（医師）、濱崎直人（医師）、宮里好一（医師）
演題名：HAL を使用して問題点が明確になった一症例～ADL のさらなる飛躍を求めて～

第 50 回 日本リハビリテーション医学会学術集会

日時：平成 25 年 6 月 13 日～15 日 会場：東京都 東京国際フォーラム

- 12, 発表者：又吉達（医師）、比嘉淳（医師）、大城史子（医師）、濱崎直人（医師）
演題名：目的動作を明確にして HAL を使用した効果の検証

第 48 回 日本理学療法学会学術大会

日時：平成 25 年 5 月 24 日～26 日 会場：愛知県 名古屋国際会議場

- 13, 発表者：平勝也（理学療法士）、山城貴大（理学療法士）、濱川みちる（理学療法士）、
武村奈美（理学療法士）、清水忍（理学療法士）¹⁾、松永篤彦（理学療法士）¹⁾
1) 北里大学医療衛生学部
演題名：病棟内歩行が自立した脳卒中片麻痺患者の麻痺重症度別の歩行速度の推移について
- 14, 発表者：比嘉俊文（理学療法士）、島袋雄樹（理学療法士）、大嶺啓（医師）
演題名：変形性膝関節症患者の痛みの機能的尺度と心理的因子の関連
～JKOM と PCS を用いた検討～

- 15, 発表者：高宮城あずさ(理学療法士)、神田真子(理学療法士)、西銘恵美(理学療法士)、
比嘉俊文(理学療法士)、砂川元(理学療法士)、島袋雄樹(理学療法士)、比嘉丈矢(医師)、
濱崎直人(医師)

演題名：腱板断裂症例の脂肪変性の程度と JOA score の改善度との関連性
-MRI からみた脂肪変性評価を用いた検討-

- 16, 発表者：照屋修平(理学療法士)、辺土名健一(理学療法士)、高江洲昌太(理学療法士)、
安里優介(作業療法士)、貞松徹(理学療法士)、又吉達(医師)

演題名：HAL を用いて効果が得られる症例の傾向について

第 47 回日本作業療学会

日時：平成 25 年 6 月 28 日～6 月 30 日 会場：大阪府 大阪国際会議場

- 17, 発表者：石川正樹(作業療法士)、和宇慶亮士(作業療法士・回復期セラピストマネージャー認定者)、
土田真也(作業療法士)、森田智也(作業療法士)、仲西孝之(理学療法士)

演題名：回復期リハビリテーション病棟における作業療法士の役割
～ADL 以外の「作業」を見出すことの重要性～

- 18, 発表者：高良圭(作業療法士)、奥山久仁男(医師)

演題名：全介助者の在宅復帰後の生きがいがづくり～大好きな孫のお遊戯会を通して～

第 15 回言語聴覚学会

日時：平成 25 年 6 月 27～30 日 会場：埼玉県 大宮ソニックシティ

- 19, 発表者：渡邊真由美(言語聴覚士)、又吉達(医師)、岸本幸明(医師)

演題名：小児失語症・高次脳機能障害を呈した長期経過～公立中学校を目標として～

第 16 回 日本全体構造臨床言語学会学術集会

日時：平成 25 年 10 月 12～13 日 会場：東京都 マイナビルーム

- 20, 発表者：渡邊弘人(言語聴覚士)

演題名：ウェルニッケ失語Ⅱ型から超皮質性感覚失語への移行過程と判断した復職を目指す症例

フラットぷらっと 2013 in 浅草

日時：平成 25 年 7 月 14～15 日 会場：東京都 台東区文化センター

- 21, 発表者：比嘉俊文(理学療法士)

演題名：変形性膝関節症患者の大腿四頭筋エクササイズを考える

第 11 回 沖縄県作業療法学会

日時：平成 26 年 2 月 16 日 会場：沖縄県総合福祉センターゆいホール

22, 発表者：山城幸司（作業療法士）、新里裕士（作業療法士）、宮城優子（作業療法士）、
森田智也（作業療法士）、又吉達（医師）

演題名：随意運動介助型電気刺激装置 (IVES) を用いた治療報告～回復期過程の症例に対して～

23, 発表者：安村勝也（作業療法士）、知名真希子（理学療法士）、又吉達（医師）

演題名：復職を希望する高次脳機能障害者の就労前支援
～ADOC を使用し、共有の目標設定が可能となった一症例～

24, 発表者：荷川取慎也（作業療法士）、児玉悦津子（作業療法士）、仲宗根拓也（作業療法士）、又吉達（医師）

演題名：回復期リハビリテーション病棟でのメンタルコミットロボット「パロ」を試用してみる

《ホールカンファレンス》

1, 開催ホール：4 階メディカルホールゆいんち

ファシリテーター：和宇慶亮士マネージャー（作業療法士）

発表者：上原宏子（看護師）、安里優介（作業療法士）、濱川みちる（理学療法士）、
渡邊弘人（言語聴覚士）

テーマ：退院後生活を想定したケースマネジメント

日時：平成 25 年 5 月 24 日 参加者 25 名

目的：4 ケースの退院後生活を振り返り入院中に私たちにできる事を検討する。

概要：ケース (ア) ～ (エ)

(ア) 80 代、女性、腰椎圧迫骨折。頻尿があり、内服や行動療法での対応をしていた。また、不定愁訴が強く、本人の意思と家族の希望が乖離していた。退院後生活の予想はできたが、本人と家族の乖離にもう少し踏み込み、予想されることに対しての具体的支援方法を地域の方と考える必要があった。

(イ) 50 代、女性、脳塞栓症、高次脳機能障害。退院後に入院中では発見できなかった高次脳機能障害の影響による易怒性や依存、夫婦関係の悪化がみられたが、院内の高次脳機能障害支援拠点機関、外来リハへのつなぎで解決。入院中からのインテークによる家族関係や環境因子の早期の把握、予測される高次脳機能障害の影響を検討する必要性を感じた。

(ウ) 50 代、男性、くも膜下出血、両片麻痺、基本動作、ADL 全介助、胃瘻あり、気管切開あり。

ご家族は入院当初より在宅復帰を希望。ご家族も含め、チームにて早期から外出・外泊の取り組みを行い、福祉サービス調整も密に行った。結果、退院当初は不安も多かったが、福祉サービスの再調整や本人の意思の向上により、在宅生活を継続できた。どのような状態でも本人・ご家族の意思を尊重し、在宅復帰を諦めないこと、退院後もフォローしていくことの大切さを学んだ。

(エ) 60 代、男性、右被殻出血、左片麻痺。入院前情報：自治会長、空手指導、地域の消防団活動。余暇・趣味は空手・マラソン。本人のニードは「今まで行っていた自治会の仕事をしたい」。

早期から外出を通して、「自治会の仕事は難しい」との認識と「子供たちへの空手教えたいたい」、「もう一度マラソンがしたい」との強い希望が出てきた。チームにて ADL 自律とニード実現に対する支援を実施。結果、退院後も空手指導と担当スタッフとのマラソン大会への出場・完走を成し遂げた。ニードをしっかりと把握し、本人のその思いをくみ取る熱意を感じたカンファレンスであった。

2, 開催ホール：4 階メディカルホールゆいんち

ファシリテーター：安慶名誠リーダー（看護師）

発表者：屋嘉比優美（看護師）、玉城綾乃（介護助手）、當眞里絵（理学療法士）、我謝翼（言語聴覚士）

テーマ：認知症を呈すケースへの対応～回復期の役割～

日時：平成 25 年 7 月 19 日 参加者 20 名

概要：認知症を呈するクライアントでケア、リハビリに対して拒否があり、対応に苦慮しているケースを通し、生活歴や背景を考慮した声かけや関わりを行い、1 人 1 人の個性、人生を大切にするケアの重要性について改めて学んだ。また、「できることは何か？」の視点を持ち、残存機能を奪わないで生活範囲を広げるといった回復期病棟での役割の再確認、共有を行った。

3, 開催ホール：4 階メディカルホールゆいんち

ファシリテーター：渡邊弘人リーダー（言語聴覚士）

発表者：屋嘉比優美（看護師）、玉城綾乃（介護助手）、呉屋大樹（作業療法士）、富山郁美（理学療法士）、

テーマ：全身状態悪化の CL への回復期としての対応

日時：平成 25 年 9 月 20 日 参加者 25 名

目的：クライアントのリスクを理解し経過を追いながら、チームとして患者様を評価し対応方法を考えることができる。

概要：80 代後半 男性 右利き。診断名：脳梗塞（右視床・後頭葉）、既往歴：心房細動・前立腺肥大・緑内障 左放線冠・中大脳動脈領域の脳梗塞（再梗塞）。状況：意識レベル JCS II-20～30，基本動作 ADL 全介助、右上肢、左右下肢に浮腫著明。唾液によるむせ込みも多く吸引頻回。栄養状態の悪化を主体とした全身状態の低下が認められておりクライアントへの対応方法に苦慮していた。A1b2.0 までの時期にチームが行うべきこととして、運動療法はコンディショニングを中心に行い、二次的障害の予防に努めること。運動強度としては負荷なし～軽い負荷がかかる程度。胃瘻の時期については、経鼻経管留置による嚥下面への影響や全身状態の予後予測を考慮すると早い時期での胃瘻造設を検討。使用する車椅子についてスタンダードではなく、A1b や全身状態の経過をみながら A1b2.0 以降にリクライニング車椅子を導入。A1b2.0 以降にチームが行うべきこととして、できる範囲で離床を進めていく。運動負荷量の判断は翌日の状態（疲労）をみて判断していく。

4, 開催ホール：5 階メディカルホールはいさい

ファシリテーター：高良清仁（看護師）

発表者：小濱紋乃（介護福祉士）、宮城文龍（理学療法士）、田場恵理也（介護福祉士）、大工廻亜矢子（介護福祉士）

テーマ：モチベーションをあげる為の関わり方

日時：平成 25 年 5 月 21 日 参加者：35 名

概要：80 代、女性、大腿静脈血栓症後廃用症候群、基本動作中等度から軽介助。年齢的な物忘れあり。意欲低下があるため、臥床傾向、動作にムラあり、尿意あるもトイレでの排泄拒否あり。入院当初より在宅復帰希望。退院時目標、本人「歩いて帰りたい」、ご家族「排泄は終日トイレまたはポータブルトイレで行ってほしい」。チーム、ホールで本人、家族の目標にそって、リハ時間以外での歩行やトイレでの排泄促しを根気強く行った。結果、本人自ら歩行、トイレへの訴えが出てくるようになった。この症例を通して、チームだけでなく、関わるキャストがめげずにアプローチしたことが、本人の在宅に帰る思いが明確になり、やる気を出すことに繋がり、あきらめずに関わることの大切さを学ぶことができた。

5, 開催ホール：5 階メディカルホールはいさい

ファシリテーター：山口典子（ST）

発表者：知念一朗（医師）、大城武（看護師）、大工廻亜矢子（介護福祉士）、知花勝也（理学療法士）、仲地理紗（作業療法士）、

テーマ：独居となる片麻痺を呈した一症例～閉じこもりにならないためには～

日時：平成 25 年 7 月 31 日 参加者数：25 名

概要：症例は 40 代男性の右片麻痺を呈した方で、麻痺を呈してからは外出拒否。友人の誘いも「迷惑をかけるから」と涙ながらに断ってしまう等、社会への参加が少なくなっていました。ホールカンファを通して本人の本当の希望や、若い方でも利用しやすいサービスの再検討をし、本人、家族の意思を尊重しながらの退院計画を行えた。

6, 開催ホール：5 階メディカルホールはいさい

ファシリテーター：波平功リーダー（看護師）

発表者：松田りつ子（看護師）、田場恵理也（介護福祉士）、宮城文龍（理学療法士）、新川美希（作業療法士）、崎原盛旭（言語聴覚士）、島袋正也（相談員）、藤山二郎（医師）

テーマ：意欲低下のあるクライアントへのアプローチを考える

日時：平成 25 年 10 月 2 日 参加者数：17 名

概要：70 代、男性、誤嚥性肺炎後廃用症候群、昼夜逆転、活気低下、頻コール、食欲・飲水量低下がありリハ介入が難しくなっている。チームとしては、日中のタイムスケジュール作成、覚醒状況の確認、服薬の調整、トロミや食形態の調整を行い、徐々に覚醒は良くなったが、頻コール、食欲・飲水量低下は残存し課題となる。リハ意欲低下、昼夜逆転に対し、日中のタイムスケジュールの大切さと本人の興味・関心を探ることの重要性を改めて学んだ。

7, 開催ホール：5 階メディカルホールはいさい

ファシリテーター：西平伸也サブマネージャー（理学療法士）

発表者：辺土名健一（理学療法士）、又吉真奈美（理学療法士）、真栄城あかね（理学療法士）

テーマ：同じ外転枕でも対応は違うよ～ ～腱板修復術後と TSA 後の対応の違い～

日時：平成 25 年 11 月 29 日 参加者数：22 名

概要：人工肩関節形成術（TSA）後 5 週経過の男性 1 名と腱板修復術後 3 週、4 週、8 週経過の女性 2 名、男性 1 名。4 名とも術後一定期間外転枕を使用するが、この二術には対応に違いがあり、特に、時期により違いがあること、禁忌事項に違いがあることを再確認・共有できた。

8, 開催ホール：5 階メディカルホールはいさい

ファシリテーター：安慶名誠マネージャー（看護師）

発表者：長嶺由博（看護師）、西平伸也（理学療法士）

テーマ：信頼関係

日時：平成 26 年 2 月 21 日 参加者数：21 名

概要：80 代、女性、脳血管疾患、左片麻痺。ADL は車椅子見守りから軽介助レベル。体幹バランス不良により家族への説明が不十分なまま抑制を行ったことで家族に不信感を与えた事例。ディスカッションにて家族に対する説明と同意の必要性、敬意を持った接遇の重要性を改めて学んだ。

9, 開催ホール：6 階メディカルホールちゅうらうみ

ファシリテーター：真栄城サブマネージャー（理学療法士）

発表者：運天聡子（言語聴覚士）、平勝也（理学療法士）、與谷和真（作業療法士）、兼久順子（看護師）、喜友名朝博（介護福祉士）、奥山久仁男（医師）

テーマ：ご家族への介助指導を通して、チームアプローチを考える

日時：平成 25 年 4 月 23 日 参加者数：32 名

目的：退院後生活を振り返り入院中のチームアプローチを再考する

概要：40 代、男性、くも膜下出血により、重度遷延性意識障害、四肢麻痺、嚥下障害（気切・胃婁）を呈したクライアント。

家族の中で転帰先の不一致がある中、主介護者である母親の在宅介護に対する漠然とした不安に対し、もと入院患者様（同様の境遇である方）の自宅訪問を設定し、話す事で在宅においての安心が得られ、問題点の具体化にも繋がった。家族の意思を尊重し福祉用具、ケア（吸引、発熱時や嘔吐時の対応、嘔吐を誘発しない口腔ケア）、サービスを導入し介護負担の軽減を図り在宅支援出来た症例であった。介助指導のタイミング、優先順位は適切であると思われ、ホール全体での統一したケア、入院中解決出来なかった問題を地域へ丁寧に繋げていく必要性を感じた。

10, 開催ホール：6 階メディカルホールちゅうらうみ

ファシリテーター：真栄城サブマネージャー（理学療法士）

発表者：吉原みゆあ（言語聴覚士）、宮城仁（理学療法士）、木村恭太（作業療法士）、竹澤和真（看護師）、新垣宇海（介護助手）、藤山二郎（医師）

テーマ：失語症へのアプローチ～より良いコミュニケーションを目指し暮らしの中での問題点を考える～ 日

日時：平成 25 年 7 月 2 日 参加者数：26 名

目的：失語症者へのコミュニケーション方法の確立と在宅に向けての課題を明確にする

概要：60 代、男性、心原生脳梗塞（左中脳動脈）により重度麻痺、全失語を呈したクライアント。

転帰先について家族（施設）と本人（在宅）で異なる状況が生じている中、在宅生活を支援する上でコミュニケーションの確立と在宅での課題をどう支援していくべきかを検討した。コミュニケーションにおいては失語症に着目し確立を目指していたが、状況判断の良さや表情・動作等も考慮し本人オリジナルのコミュニケーションの確立を行っていく事の重要性を学んだ。在宅への課題においては家族の考えやスケジュールを具体的に把握していく作業が必要でありそれを踏まえ在宅での具体的な方法の提示や説明が必要ある事を学んだ。その後、本人の強い希望もあり、家族と協働し在宅への退院となった。

11, 開催ホール：6 階メディカルホールちゅうらうみ

ファシリテーター：真栄城サブマネージャー（理学療法士）

発表者：喜瀬光（理学療法士）、新里朋子（作業療法士）、新川京子（看護師）、喜友名朝博（介護福祉士）、大城将平（ソーシャルワーカー）、加藤貴子（医師）

テーマ：患者様一人一人に合った認知症の対応ができるためには

日時：平成 25 年 9 月 17 日 参加者数：29 名

目的：認知症患者に対し、その人に合った対応をホールスタッフ全員が理解し共有する

概要：90 代、男性、胆管炎後廃用症候群、既往に心房細動、直腸癌術後（ストマ使用）を呈してい

る症例。入院前の生活として次女と二人暮らしで ADL は自立していた。入院をしていく中で認知面は見当識があいまいになり、自己の主張を正しく伝える能力が低下している為怒りという形で表現して

いる状況であった。その状況において愛を持ち結びつき（愛着、こだわり）を大切にする事、共に携わる事、自分が自分自身である事を持ち続けられるよう、その方がしている事を出来るだけ支えてあげる事が重要であった。認知症だからではなく、「どうすれば本人にとって良いのか」という事をチームや、ホールで考え共有していく事の重要性を学んだ。

12, 開催ホール：6 階メディカルホールちゅうらうみ

ファシリテーター：真栄城サブマネージャー（理学療法士）

発表者：西村多美子（理学療法士）、新里朋子（作業療法士）、安次嶺千弥子（言語聴覚士）、

玉城明美（看護師）、我喜屋香亜子（介護福祉士）、島袋正也（社会福祉士）、奥山久仁男（医師）

テーマ：重度高次脳機能障害を呈した方へのアプローチ～在宅復帰に向けて～

日時：平成 26 年 2 月 14 日 参加者数：34 名

目的：退院後の生活から入院中の支援を再考する

概要：30 代、女性（主婦）、脳梗塞（左半球）、左内頸動脈瘤術後、高血圧症により右片麻痺、高次脳機能障害、器質性精神障害、全失語症を呈した症例。

重度の麻痺と高次脳機能障害があり、当初発語は有意味ではなく、夫は理解できず子供は怖がって近寄らず夕方から夜間に不穏となる状況であった。しかし賢明なりハビリ、家族を巻き込みハード面（長下肢装具、車椅子、特殊寝台、シャワーキャリー）、ソフト面（相談支援、重度訪問介護、自立訓練）、経済面（特別障害者手当）を総合的にサポートし在宅復帰を支援した症例であった。退院後を振り返り、本人、家族を尊重し通所サービスの巻き込んだ支援体制の必要性、介助を行う家族の支援体制重要性、身障手帳利用の実際について、またホテルのユニバーサルルームの紹介等、余暇も含め支援していく必要性を学んだ。

13, 開催ホール：6 階メディカルホールちゅうらうみ

ファシリテーター：宜野座リーダー（看護師）

発表者：當山正裕（言語聴覚士）、與谷和真（作業療法士）、宮城仁（理学療法士）、

比屋根優子（看護師）、東仲村俊明（介護福祉士）、島袋正也（社会福祉士）、知念一朗（医師）

テーマ：高次脳機能障害のため問題行動がみられるクライアントの経過と対応

～脱抑制、注意障害、記憶障害を中心に～

日時：平成 26 年 3 月 12 日 参加者数：29 名

目的：高次脳機能障害に対し、行動障害に悩まされる中どういう対応をしていくべきかを検討する

概要：60 代、男性、広範囲な右被殻出血、右前頭葉～側頭葉の広範囲な損傷を認め注意障害や記憶障害を呈した症例。

入院後徐々に歩き回る（エスケープ）、電話をかける、妻への暴力等ケースの行動にどう対策しているのか難渋した症例に対し、病態の把握の重要性、症状の 3 側面①身体症状（左片麻痺）、②高次脳機能、③器質性精神症状（嫉妬妄想）を考え、自己に対する認識不足→エスケープ→行動障害の裏には妄想が隠れている事。嫉妬妄想の事件性の多さ、内服の対応、対応の重要さ、安全の管理をあせらずに時間をかけて対応していく必要性を感じた。

14, 開催ホール：7 階メディカルホールていーだ

ファシリテーター：児玉悦津子リーダー（作業療法士）

発表者：安慶名大輝（看護師）、仲程真吾（作業療法士）、玉栄道聡（理学療法士）

知念佳乃（言語聴覚士）

テーマ：転倒対策が難しい症例に対する対策の検討

日時：平成 25 年 5 月 13 日 参加者 24 名

概要：60 歳代男性。左頭頂葉皮質出血。高次脳機能障害・身体機能の低下あり、また病識の欠如認められ日中、夜間ともに転倒を繰り返している。チームアプローチを振り返り、効果的な転倒対策の方法について検討。チームの対応としてはしっかり行えている状況。ホール全体での情報共有を含めた取り組みが必要。転倒した時の患者への動揺を与えないような対応等についても検討が必要。

15, 開催ホール：7 階メディカルホールていーだ

ファシリテーター：宮里由乃リーダー（理学療法士）

発表者：比嘉奈津子（看護師）、玉城和代（介護福祉士）、森谷優希（作業療法士）

仲村祐司（理学療法士）、大田裕理加（言語聴覚士）

テーマ：重症患者様の自宅退院に向けての家族・多職種間の取り組みについて

日時：平成 25 年 6 月 26 日 参加者 24 名

概要：90 歳代女性。右視床出血。重症患者様の自宅退院のに向けてのチームアプローチについて、家族への指導時期や指導内容等について振り返り、より効果的に展開出来ていたかについて検討。最初から「帰れない」、「施設」と決めつけるのではなく、在宅へチャレンジしていくことが大事。家族背景を詳細に把握・情報共有し、家族もチームであるという認識を持ち、お互いに方向性を一致させる様に努力することが大切と学ぶ機会になった。

16, 開催ホール：7 階メディカルホールていーだ

ファシリテーター：児玉悦津子リーダー（作業療法士）

発表者：平勝也（理学療法士）、崎原盛史（看護師）、高安竜三（介護福祉士）

上地さおり（作業療法士）

テーマ：ADL が全介助で認知症を伴うクライアントの自宅復帰に向けてのアプローチ

日時：平成 25 年 10 月 29 日 参加者 21 名

概要：80 歳代女性。脳梗塞。既往に認知症・頸髄症。指示動作の困難さがあり、ADL 全介助となった症例に対し、経済的理由で在宅の方向になった。より良い退院支援(介助指導、サービス調整、福祉用具の活用など)について検討。家族の退院後の在宅生活のイメージ（具体的にどの時間帯にどの支援に対してどれくらいの介助・人数が必要か）の把握が早期からチームと共有することが大事。家族を含めたチームアプローチという視点を持つことが、改めて大切と学んだ。

17, 開催ホール：7 階メディカルホールていーだ

ファシリテーター：藤澤欽崇リーダー（看護師）

発表者：藤澤欽崇（看護師）

テーマ：事例からクライアントに対するキャストの関わりを振り返る

日時：平成 25 年 12 月 18 日 参加者 29 名

概要：40 歳代男性。腰椎破裂・右仙骨・右恥骨骨折。入院当日に様々な要因（入院時のムンテラ、障害受容に対して、キャストの対応についてなど）により離院があったクライアントに対して、入院時から離院に至るまでのキャストの関わりについて検討。コミュニケーションの視点で考えた時に、クライアントとのズレが生じた要因について客観的な情報を集め、コミュニケーションのポイントのズレを分析することが大事。キャストのみの対応だけに目を向けるのではなく、双方の意見を客観的にみて、説明と同意といった考えを持つことが大切と学んだ。

18, 開催ホール：7 階メディカルホールていーだ

ファシリテーター：藤澤欽崇サブマネージャー（看護師）

発表者：仲程真吾（作業療法士）、平川和美（看護師）、高橋小織（介護福祉士）

翁長聡（理学療法士）、當山隆一（言語聴覚士）

テーマ：器質性精神障害・高次脳機能障害を呈したクライアントに対する関わり方の検討

日時：平成 26 年 1 月 29 日 参加者 22 名

概要：60 歳代男性。頭部外傷、脳挫傷。器質性精神障害・高次脳機能障害を呈し、転倒や粗暴行為もあり、チームでの関わりや目標を設定するのが困難。今後の関わり方や目標設定について検討。転倒に関しては、チームのみではなくホール全体での情報共有を含めた取り組みが必要。関わりについては、本人の出来ていることや好むこと等に目を向けること。リハ介入については、うまくいってないと思わず本人と同じ時間を過ごすという視点を持つことも大切。Dr の説明を聞き、しっかりと病態を理解した上での関わりが大事ということを学んだ。

《ミラクルカンファレンス》

1, 開催ホール：6 階メディカルホールちゅうらうみ

ファシリテーター：宮里好一（理事長・医師）

発表者：山城慎子（作業療法士）、島袋成大（理学療法士）、武田愛（言語聴覚士）、下門久子（看護師）、宮里広美（介護助手）、吉田貞夫（医師）

テーマ：若年性脳血管障害（右片麻痺）の家庭復帰までの経過
～美意識が高く受容に時間がかかる方へのアプローチ～

日時：平成 25 年 11 月 13 日 参加者数：27 名

目的：在宅復帰支援を行う上で装具の受け入れや家事動作練習をどう円滑に進め受け入れて頂くべきかを検討する。

概要：40 代、女性（主婦）、左内頸動脈狭窄症保存治療中に出血性梗塞（左頭頂葉、左前頭葉）を合併し右片麻痺と失語を呈された症例。

リハビリを行う上で装具、家事動作の導入において時間がかかったが、ピアサポートを行う事で受け入れてもらう事が出来、その結果、何とか退院までに目標は達成できた。うつでもなく、全失語でもない。しかしリハの提案にのらないという、つかみにくい状況であった。そのポイントは病態把握であり、実際は前頭葉の概念、心構え転換障害等の病態が深く関わっていた。病態を把握し、再発の観点、説明方法、その他の支援する重要性を学んだ。

2, 開催ホール：7 階メディカルホールていーだ

ファシリテーター：宮里好一（理事長・医師）

発表者：仲程真吾（作業療法士）、平川和美（看護師）、高橋小織（介護福祉士）、翁長聡（理学療法士）、
當山隆一（言語聴覚士）

テーマ：器質性精神障害・高次脳機能障害を呈したクライアントに対する関わり方の検討

日時：平成 26 年 3 月 20 日

概要：60 歳代男性。頭部外傷、脳挫傷。器質性精神障害・高次脳機能障害を呈し、転倒や粗暴行為もあり、チームでの関わりや目標を設定するのが困難。今後の関わり方や目標設定について検討。心地よいリハビリが出来ることが脳の回復と共に注意の向上に必要ということが精神障害を有する患者さんとの関わりの中で重要。予後も含めた長期的な視点を持ち、本人の変化をしっかりと観察し、対応していくこと。病期や症状に応じた関わり方を行う事が大切という事で、疾患理解の重要性を学んだ。

《 執筆論文 》

リハビリテーション病院・施設における 認知症対応の現状アンケート調査結果 —認知症リハの診療報酬化に向けて

宮里 好一^{*}、齊藤 正身、田中 志子、
中間 浩一、西 千亜紀、山口 晴保

日本リハビリテーション病院・施設協会 認知症対策検討委員会（*委員長）

1. はじめに

加速する高齢化とともに、リハビリテーション病院・施設（以下、リハ施設）の利用者の中で、認知症高齢者が急増している。この事態に対処していくために、日本リハビリテーション病院・施設協会（以下、協会）では認知症対策検討委員会を平成24年度に改組し、この問題に取り組む姿勢を強化した。

改組された認知症対策検討委員会は、まず手始めに、リハ施設における認知症者の割合や認知症患者への対応などの実態を調査し、今後の方針策定などの活動に役立てたいと考えた。今回、協会加入施設に対して認知症に関する諸問題の現状調査を行ったので報告する。なお、平成25年9月に作成した報告書は、協会ホームページの会員向けページに掲載してあるので、詳細についてはそちらをご覧ください。本報告では、全体の概要を記載する。

2. アンケートの方法

アンケートは認知症対策検討委員会で検討し、① 医療施設への入院（入院系）、② 介護保険施設への入所（入所系）、③ 通所リハ施設（通所系）、④ 訪問リハ施設（訪問系）の4カテゴリーとして作成した。

アンケートは、協会加盟の660会員に送付し、4カテゴリーへの回答を求めた。各会員がどのような施設を運営しているかは、協会にデータがなく、よって、カテゴリーごとの依頼数は不明である。このため、回答率は算定できない。依頼は郵送とメールにて行った。

回答は、回答者が協会ホームページにアクセスして、トップ画面からアンケート画面に入り、モニター画面で回答を選択・書き込む方式とした。回答期間は、平成25年5月24日～7月17日とした。

その結果、① 入院系：151件、② 入所系：38件、③ 通所系：49件、④ 訪問系：54件、合わせて292件の回答を得た。回答者に対して17件の問い合わせをメールで行ったが、ほとんどの項目に未回答など、記載が不十分な回答を分析対象から除いた結果、① 入院系：145件（6件除外）、② 入所系：36件（2件除外）、③ 通所系：47件（2件除外）、④ 訪問系：53件（除外1件）、合わせて281件を以下の解析の対象とした。

回答はExcelに入力し、集計・分析した。

3. 結果

4カテゴリー、281施設からの回答を分析した結果を示す。入院系など個々のカテゴリーについて、複数の施設（病棟）があっても、代表的な1施設（病棟）についてのみ回答してもらった。種類ごとの回答数を表1に示す。

1) カテゴリーごとの認知症を有する割合

リハ施設利用者が認知症を有する割合は、図1に示すように、入院系のリハ対象者9,324名中の3,443名と36.9%、入所系3,084名中の2,428名と78.7%、通所系の5,040名中の1,828名と36.2%、訪問系3,887名中の1,095名と28.2%であった。介護老人保健施設などの入所系が8割近い値を示し、回復期リハ112施設のみでは32.6%であった。

表1 カテゴリーごとの回答施設の種類と回答数

カテゴリー	種類	施設数
入院系	一般病棟	14
	急性期病棟	4
	精神科救急病棟	1
	回復期リハ病棟	112
	医療療養病棟	12
	精神科認知症病棟	2
入所系	介護老人保健施設	27
	介護療養型	9
通所系	通所系デイケア	44
	精神科デイケア	2
	その他	1
訪問系	訪問看護（ステーション）	10
	訪問リハ（医療施設）	38
	訪問リハ（老健）	4
	不明	1

表2 各カテゴリーの認知症診断率、重症度、原因疾患診断の有無

カテゴリー	認知症 診断率	重症度			原因疾患		
		軽度	中等度	重度	未記入	不明	疾患名有
入院系	43%	36%	33%	31%	29.6%	30.9%	39.5%
入所系	61%	26%	51%	23%	28.3%	32.5%	39.2%
通所系	44%	65%	28%	7%	36.2%	35.2%	28.6%
訪問系	29%	54%	31%	15%	47.2%	16.3%	36.5%

表3 認知症の原因疾患

カテゴリー	AD	VD	DLB	FTD	その他
入院系	40.0%	49.9%	3.3%	1.8%	5.1%
入所系	49.4%	38.3%	2.6%	0%	9.7%
通所系	55.7%	30.8%	3.6%	1.9%	8.2%
訪問系	32.8%	48.6%	5.5%	1.3%	11.8%

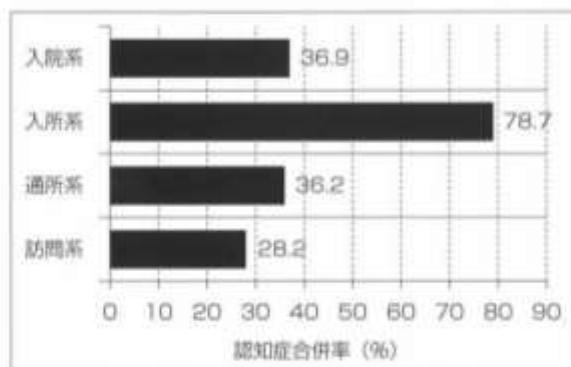


図1 カテゴリーごとの認知症の合併率

2) 認知症の診断

認知症と診断されている割合は、表2に示すように、29～61%で全体的に低かった。

認知症の重症度は、未回答を除いて、軽度（介護保険主治医意見書の認知症の日常生活自立度II）、中等度（III）、重度（IVとM）と分けて表2に示した。入院系では重症度が分散し、入所系では中等度が半数を占め、通所系や訪問系では軽度が過半数を占めた。

認知症の原因疾患は、表2に示すように未記入や不明が2/3を占め、きちんと原因疾患の診断がなされているのは入院系39.5%、入所系39.2%、通所系28.6%、訪問系36.5%に過ぎなかった。

表3に示すように、原因疾患の診断が付いたものの中では、入院系はアルツハイマー型認知症（AD）が40%、脳血管性認知症（VD）が49.9%、入所系はADが49.4%、VDが38.3%、通所

系はADが55.7%、VDが30.8%、訪問系はADが32.8%、VDが48.6%だった。レビー小体型認知症（DLB）は2.6～5.5%と低く、前頭側頭型認知症（FTD）は、0～1.9%とさらに低かった。

3) リハ対象疾患ごとの認知症合併率

リハ対象者は、どのカテゴリーも脳血管障害が一番多く、骨関節疾患が2番目に多かった。認知症の合併率は表4に示す。入院系は廃用症候群とパーキンソン病が約30%と高く、入所系では廃用症候群と呼吸循環器疾患で約80%以上、通所系ではパーキンソン病で43%、廃用症候群で38%が高く、訪問系では高次脳機能障害の50%が高かった。

4) 認知症そのものをターゲットとしたリハについて

回答数は少ないが、カテゴリーごとの回答施設数、対象者数、実施頻度（回/週）、1回の実施時間（分）、実施期間の平均（月）、個別と集団プログラムの比率、かかわるスタッフについてのデータを表5にまとめた。

実施されているリハの内容は、表6に示した。

認知症そのものへのリハを診療報酬として算定しているかどうかの現状と、将来算定可能になったら取り組むかどうかを尋ねると、表7に示す結果となった。入所系には認知症短期集中リハ実施加算がすでにあり、高い実施率であった。

5) 認知症があることによって対応に苦慮する症状

認知症があることによって対応に苦慮する症状、

表4 リハ対象疾患ごとの人数と認知症合併率

	入院系*	入所系	通所系	訪問系
骨関節疾患	283/1,069 (26.5%)	573/752 (76.2%)	451/1,336 (33.8%)	283/1,069 (26.5%)
脳血管疾患	512/1,848 (27.7%)	929/1,269 (73.2%)	718/2,322 (30.9%)	512/1,848 (27.7%)
パーキンソン病	71/248 (28.6%)	72/96 (75.0%)	119/278 (42.8%)	71/248 (28.6%)
高次脳機能障害	34/68 (50.0%)	52/102 (51.0%)	94/357 (26.3%)	34/68 (50.0%)
廃用症候群	59/199 (29.6%)	290/336 (86.3%)	67/177 (37.9%)	59/199 (29.6%)
呼吸循環器疾患	36/163 (22.1%)	210/253 (83.0%)	158/483 (32.7%)	36/163 (22.1%)
その他	99/446 (22.2%)	247/296 (83.4%)	163/585 (27.9%)	99/446 (22.2%)

*認知症者数/全リハ対象人数(割合)

表5 認知症そのものをターゲットにしたリハの実施状況

	回答数	対象者数	回/週	分	期間	個別:集団	スタッフ
入院系	28	618	4.6	65	6月	64:36	PT>OT>ST
入所系	27	800	3.2	23	6月	84:16	OT>PT>ST
通所系	18	519	2.2	43	8月	71:23	設問無し
訪問系	17	142	1.6	44	19月	100:0	設問無し

表6 リハの実施内容

入院系	作業療法>運動療法>回想法>現実見当識訓練>記憶増強>学習>芸術療法
入所系	作業療法>運動療法=回想法=学習>現実見当識訓練>記憶増強>芸術療法
通所系	作業療法>学習>運動療法>回想法=現実見当識訓練=記憶増強>芸術療法
訪問系	作業療法=運動療法>>学習>現実見当識訓練>回想法=記憶増強

表7 認知症そのものへのリハの診療報酬算定と、将来の取り組み

	実施施設/回答数	算定実施率	取り組み率
入院系	15/43	35%	94%
入所系	26/28	93%	93%
通所系	13/25	52%	83%
訪問系	15/26	58%	100%

表8 対応に苦慮する症状(BPSD)の出現割合

	入院系		入所系		通所系		訪問系	
	施設数	割合(%)	施設数	割合(%)	施設数	割合(%)	施設数	割合(%)
徘徊	115	79.3	27	75.0	35	74.5	19	35.8
妄想	74	51.0	20	55.6	16	34.0	19	35.8
幻覚幻視	61	42.1	15	41.7	16	34.0	20	37.7
暴言暴力	125	86.2	29	80.6	25	53.2	32	60.4
不潔行為	86	59.3	19	52.8	15	31.9	21	39.6
異食	56	38.6	10	27.8	9	19.1	7	13.2
著しい意欲低下	120	82.8	30	83.3	28	59.6	30	56.6
食行動異常	49	33.8	10	27.8	7	14.9	6	11.3
脱抑制	92	63.4	13	36.1	17	36.2	15	28.3
暴怒性	114	78.6	25	69.4	28	59.6	35	66.0
その他	15	10.3	2	5.6	3	6.4	3	5.7

つまり認知症の行動・心理症状(BPSD)などについて、施設単位での回答をまとめて表8に示した。どのカテゴリーでも、暴言暴力、徘徊、暴怒性といった興奮性のBPSDやアパシー(意欲低下)で苦慮している率が高かった。

6) 認知症の評価について

表9に示すように、認知機能の評価尺度については、HDS-RやMMSEが多くの施設で行われていた。その一方、BPSDの定量的評価は、大部分の施設で行われていなかった。

表9 評価尺度の実施率 (%)

	スケール	入院系	入所系	通所系	訪問系
認知機能	HDS-R	79.3	88.2	61.7	51.9
	MMSE	68.1	42.4	44.7	25.0
	CDR	6.7	3.0	6.7	2.0
	WMS-R	8.3	0.0	2.3	2.1
	WAIS-III	13.1	0.0	2.3	4.1
BPSD	DBD	3.6	15.2	6.5	6.7
	NPI	0.9	3.2	8.9	0.0
	Behave-AD	1.9	3.2	4.4	0.0

7) 退院について (入院系・入所系のみ)

在宅復帰の困難な理由については、入院系では、家族の受け入れ困難 (55%)、独居 (35%) が多かった。入所系では、家族の受け入れ困難 (86%)、独居 (25%) が多かった。

入院系の転退院先は自宅が52%、介護老人保健施設が19%、病院が17%、特別養護老人ホームが10%だった。入所系の転退院先は自宅が31%、病院が32%、特別養護老人ホームが21%だった。

認知症のために入院・入所を断った、また途中退院・退所についての理由は、帰宅願望で離院、スタッフへの暴力、不穏、自殺企図、夜間の頻回ナースコール、他患への迷惑、徘徊、指示困難、易怒性、夜間不穏、せん妄などが挙げられた。

8) 認知症のリハ実施時の工夫について

① 楽しい雰囲気、② 会話を増やす、③ 役割を持つ、④ 褒める、⑤ 失敗を防ぐ、のどれもが、有効90%以上であった。そして実施率も70%を超えた。

9) 自由意見の分析

各施設からたくさんの記載をいただいた。

① 認知症を有することでの問題点

危険 (リスク)、指示理解困難、必要性認識不能、拒否、BPSD (易怒性、暴言、暴力、不穏) が高頻度にみられた。認知機能に関しては、病識低下によるリハ拒絶、意欲低下、記憶障害で指示を守れない、理解力低下でリハ目的の理解不能、指示の理解不能、コミュニケーション障害で目的を持っていないなどが挙げられた。また、夜間せん妄や昼夜逆転なども指摘された。

② コミュニケーションでの注意点

慣れが大切で、担当を変えない、否定しない、ゆっくり話す、丁寧に聞く・傾聴、褒める、共感する、キーパーソンを交える、命令よりも提案、

やさしさ、ボードやメモの活用、言語より視覚的促しやジェスチャー、自尊心の尊重、目線を合わせる、不安を与えない、根気強くアプローチ、ボディタッチ、笑顔、役割を聞く、顔を覚えてもらう、人生の先輩に敬意を払う、楽しい雰囲気、単純な指示、繰り返し説明、相手のペース、挨拶、興味に合わせる、ウソをつかない、昔話、声かけ、落ち着ける場所、絵や写真などが挙げられた。

③ リハ実施時の工夫

繰り返す、失敗を防ぐ・エラーレスラーニング、安心・集中できる・なじみの環境が高頻度だった。趣味や興味のあるものの取り入れ、個別と小集団の両方、やさしくわかりやすく、能力に合わせた内容、意味のある活動を選択、集中できる環境、視覚入力、声かけ、家族の付き添い、模倣動作、否定しない、気分のムラに合わせる、褒める、短時間頻回介入、役割、時間帯の考慮、拒否時出直し、目的を持たせる、意思尊重、認知テストで把握、個々の生活歴・個性の把握、達成感、ジェスチャー、転倒対策、ポジティブフィードバックなどがみられた。

④ リハ実施以外の時間の工夫

日課や小集団レク・体操・散歩などで離床時間を長くするが高頻度だった。写真やぬいぐるみ・花・アロマオイルなど居室の環境調整の指摘も多かった。

⑤ 生活リズムの工夫

離床、作業活動・茶話会、朝夕更衣、小集団活動・レク・ゲームが高頻度だった。多職種でスケジュール表作成、リハ時間の固定、役割や日課、外気、ちゃんと椅子に座るなども挙げられた。

⑥ 認知症ケアの取り組み

入院・入所系ではレクが高頻度だった。手伝い、散歩、手芸や折り紙、歌、なども挙げられた。訪問系では家族に対するケア・支援などが挙げられた。

⑦ 今後の認知症対策

崩壊寸前の家族を支える仕組みづくり、マンパワー (OTや医師) の強化、認知症も疾患別の算定に、認知症集団リハの算定化、家族への介入、元気高齢者がケアする仕組みづくり、地域連携体制づくり、職員教育、事例集の作成、地域の理解や寛大な社会などが挙げられた。

⑧ 認知症対策委員会に期待すること

診療報酬化とノウハウの伝達 (事例集、対応マニュアル、DVDの制作、講演会など)、理解ある医師の増加や政策提言、診療体制の構築、エビデ

ンスづくり、会報に認知症対策のページを掲載するなど挙げられた。

4. 考察

平成25年6月に発表された高齢者認知症全国実態調査¹⁾からは、認知症者が全国で462万人、65歳以上の高齢者の約15%が認知症だと示された。高齢者が急増する中で、リハ利用者の認知症合併率が上昇していると推測される。ところが、多数のリハ施設での認知症合併率は、ほとんど報告されていない。今回の大規模な調査では、入所系以外で約30%に認知症が認められ、入所系は80%を占めている実態を明らかにした。

今回の調査結果では、認知症の診断がなされていたのは入所系で60%、入院系と通所系で40%、訪問系で30%に過ぎなかった。さらに、認知症の原因疾患が判別している割合は、入院・入所系でも40%、他はそれ以下と低頻度だった。これは、認知症を診断できる医師や設備が不足していることと、保険請求上から診断を躊躇していることがうかがわれる。しかし、きちんとした認知症対策を行うには、認知症であること、およびその原因の診断が必須である。

BPSDでは、暴言・暴力、徘徊、易怒性などの陽性徴候と、著しい意欲低下（アパシー）という陰性徴候の割合がどの系でも高かった。しかし、BPSDの定量的な評価は大部分の施設で行われていなかった。適切な薬剤選択とリハ・ケアによるBPSDのコントロールは入院・入所・在宅生活の継続に必須であり、BPSDの定量的な評価による適切な医療の提供が望まれる²⁾。

認知症そのもののリハ効果について海外の文献を検索すると、メタ分析で、認知トレーニング・認知刺激が認知機能を向上させ、ADLトレーニングが生活機能を向上させ、リラクゼーションや介護者教育などがBPSDを低減することが報告されている^{3)~4)}。しかし、医中誌で回復期（または通所、訪問）リハと認知症をキーワードに文献検索したところ、質の担保された論文はわずかしかなかった⁵⁾。ただし、認知症短期集中リハが定着した老健では、大規模な検討で効果を示す論文が散見された^{6)~8)}。今回、文献検索を行ってみて、リハ職が高質の論文を書かない傾向が明らかとなった。学会報告のみから院内誌や県レベルの学術誌程度のものは多くみられるが、全国誌に載る多数例の研究はごくわずかで、PubMedで検索しても

皆無に等しかった。リハの効果をきちんと原著論文として示すことの重要性を認識し、積極的に原著論文を書くべきである。医師の場合は、研究初心者でもPubMedで検索できる英文誌に載せようと努力するのが当たり前であるが（リハ医はそうでない傾向があるが）、リハ職は、まず院内誌、ついで県レベル、それから全国学会で発表といったステップを重視して、その途中で留まってしまうようである。日々の業務の中でも、アウトカム指標を設定し、多数例の成果をまとめて英文誌に報告することを目標にしてほしい。

山口ら⁹⁾は、認知症のリハにおいて脳活性化リハ5原則を提唱している。① 快刺激で笑顔を生む、② コミュニケーションで安心を生む、③ 認知症の人が役割を持つ、④ 褒めあう、⑤ 失敗を防ぐ支援で成功体験。であり、今回、この5項目についても調査した。この5項目の有効性は多くの施設が認め、実践している実態が明らかになった。今後、若干頻度が低かった「認知症の人が役割を持つ」が広まることが望まれる。認知症のリハでは、「できないこと」よりも「できること（残存能力）」に焦点を当てて、これを引き出すリハが望まれる。認知症の人が持てる能力を発揮して役割を果たし、他者から褒められることが生活意欲を向上させ、その人の尊厳が保持される。老健の認知症短期集中リハでこの脳活性化リハ5原則を用いた介入で、認知機能と活力が高まりBPSDと抑うつが低減することが示されている¹⁰⁾。

今回、認知症そのもののリハを実施している施設では、老健の認知症短期集中リハ以外では集団での実施割合が多かった。老健の「認知症短期集中リハ実施加算」は個別リハであるが、認知症、特にアルツハイマー型認知症では、小グループで、仲間同士のコミュニケーションや助け合いを引き出し、楽しい雰囲気で行うことが有効である¹¹⁾。

認知症を合併するリハ患者のリハ効果については、曾川¹²⁾が、日本リハ医学会のデータベースに登録された回復期リハ患者のデータ（平成22年10月版）を分析し、脳卒中片麻痺のリハでは、認知症があっても運動機能が向上し、認知症が改善阻害因子ではないことを示している。「認知症はリハの阻害因子」という先入観を捨て去る必要がある。今回、認知症を有するリハ患者への工夫（自由記載）は、多くの施設が尊厳を守り、能力を引き出す工夫を試みていることを示している。適切な対応をとれば、認知症があってもリハの効果が上がるのである。しかし、認知症への適切な対応

は、「ゆっくり、丁寧に、やさしく、繰り返して」と、手間と暇がかかる。この手間暇を認知症対応加算として診療報酬化できれば、認知症への適切なリハ対応が充実する。そのためには、手間暇の効果を、論文化してきちんと示すことが求められる。

認知症対策委員会への要望に、診療報酬化が最も多く寄せられた。診療報酬化に向けて、協会加盟施設がこぞって、① 認知症そのものをターゲットとしたリハ、② リハ疾患に認知症を合併している場合の対応、の2点について、成果を示す必要がある。同時に、協会が厚生労働省の補助金などを得て、協会主導でパイロット事業を進めて認知症リハの効果を示すことが望まれる。実際、老健の認知症短期集中リハ加算はこのような努力によって導かれたものである。

また、認知症対応マニュアルや事例集などを要望する声もあった。今後、認知症対策検討委員会では、寄せられた要望に応えるべく、議論を進めたいと考えている。

謝辞

業務でお忙しい中、アンケートにご回答いただいた、協会加盟機関の関係者に感謝します。アンケート結果の集計、データの解析に、群馬大学大学院保健学研究科の牧陽子氏と篠原るみ氏に多大な貢献をいただいたことに感謝します。

文 献

- 1) 朝田 隆, 他: 認知症有病率等調査について. 筑波大学附属病院精神神経科ホームページ (http://www.tsukuba-psychiatry.com/?page_id=806) に掲載
- 2) 山口晴保, 他: 認知症の症状と能力を生かすケア. 山口晴保, 他: 認知症の正しい理解と包括的医療・ケアのポイント第2版. 協同医書出版社, pp97-99, 2010
- 3) Olazarán J, et al: Nonpharmacological therapies in Alzheimer's disease: a systematic review of efficacy. *Dement Geriatr Cogn Disord* 30: 161-178, 2010
- 4) Woods B, et al: Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2: CD005562, 2012
- 5) 曾川裕一郎: 認知症患者の日常生活動作, 認知機能, 退院後転帰に対するリハビリテーション効果について—日本リハビリテーション医学会患者データベースの分析. *臨床リハ* 21: 716-720, 2012
- 6) Toba K, et al: Intensive rehabilitation for dementia improved cognitive function and reduced behavioral disturbance in geriatric health service facilities in Japan. *Geriatr Gerontol Int* 14: 206-211, 2014
- 7) 東憲太郎: 認知症短期集中リハビリテーション—その効果の検証. *老年医学* 51: 17-21, 2013
- 8) 関根麻子, 他: 老健における認知症短期集中リハビリテーション実施加算: 脳活性化リハビリテーション5原則に基づく介入効果. *Dementia Japan* 27: 360-366, 2013

訪問リハビリテーションにおける認知症の実態と対応—日本リハビリテーション病院・施設協会認知症対策検討委員会の調査

Prevalence and problems of dementia in home-visit rehabilitation :
Survey by Dementia Act Committee of the Japan Association of Rehabilitation Hospital and Institution

中間浩一^{*1} 山口晴保^{*2} 西千亜紀^{*3}
田中志子^{*4} 齊藤正身^{*5} 宮里好一^{*6}

要旨

日本リハビリテーション病院・施設協会認知症対策検討委員会が認知症リハの実態把握調査を行った。訪問リハ 53 施設における認知症有病率は 28.2%であり、約 70%が未診断である実態を示した。患者は脳血管疾患が最も多く、転倒・転落などのリスク管理が困難などの問題点が挙げられた。BPSD は易怒性、暴言・暴力や著しい意欲低下の割合が高く、これらの症状に対しては、傾聴、成功体験をさせるなどの工夫が行われていた。HDS-R など認知機能の評価はなされていたが、DBD スケールなど BPSD の定量評価はほとんど実施されていなかった。認知症そのものに対するリハは作業療法、運動療法、学習などが行われていたが、「認知症の人が役割を持つ」の実施頻度がやや低かった。認知症への適切な対応は時間と労力が必要である。このことに対して診療報酬化がされれば、訪問リハにおける適切な対応が充実すると考えるが、そのためには、原著論文で訪問リハの成果を示す必要がある。

Key Words : 訪問リハビリテーション, 認知症, 行動・心理症状(BPSD), アンケート調査

はじめに

今回、日本リハビリテーション病院・施設協会(以下、協会)の認知症対策検討委員会が訪問リハにおける認知症リハビリテーションの実態把握調査を行ったので報告する。協会では、加入施設にアンケート調査を行い、認知症の合併率や、リハの問題点、取り組みなどを明らかにし、報告書を作成した。報告書は協会ホームページの会員ページに掲載されて

いる。本研究論文では、協会に加入している訪問系リハ 53 施設に限定した調査結果を抽出し、詳細に分析した。

方法

アンケートは協会認知症対策検討委員会で検討し、①医療施設への入院(入院系)、②介護保険施設への入所(入所系)、③通所リハ施設(通所系)、④訪問リハ施設(訪問系)の4領域として作成した。アンケートの書式は、そのまま協会ホームページに掲載した¹⁾。

アンケートの回答依頼は、協会加盟の 660 会員に郵送とメールで行った。回答方法は、回答者が協会ホームページ上で回答を選択・書き込む方式で、回答期間は、平成 25 年 5 月 24 日～7 月 17 日とした。

その結果、合わせて 292 件の回答を得たが、ほとんどの項目に未回答など、記載が不十分な回答を除いた、①入院系:145 件(6 件除外)、②入所系:

2013 年 11 月 11 日受付, 2014 年 2 月 28 日受理

^{*1} よみうりランド慶友病院リハビリテーション室
Koichi Nakama, OTR

^{*2} 群馬大学大学院保健学研究科 教授

Haruyasu Yamaguchi, MD

^{*3} 医療法人鴻池会秋津鴻池病院 看護課長

Chiaki Nishi, RN

^{*4} 医療法人大誠会内田病院 認知症疾患医療センター長

Yukiko Tanaka, MD

^{*5} 医療法人真正会霞ヶ関南病院 理事長

Masami Saito, MD

^{*6} 医療法人タビック沖縄リハビリテーションセンター病院

理事長

Yoshikazu Miyasato, MD

表 回答施設数，リハ対象者数と認知症の割合

	回答施設数	解析対象施設数	リハ対象者全数	リハ対象報告者数	うち認知症者数	認知症の割合
入院系	151	145	9,324	9,324	3,443	36.9%
入所系	38	36	3,084	3,084	2,428	78.7%
通所系	49	47	5,040	5,040	1,812	36.0%
訪問系	54	53	4,009	3,887	1,095	28.2%
合計	292	281	21,457	21,335	8,778	41.1%

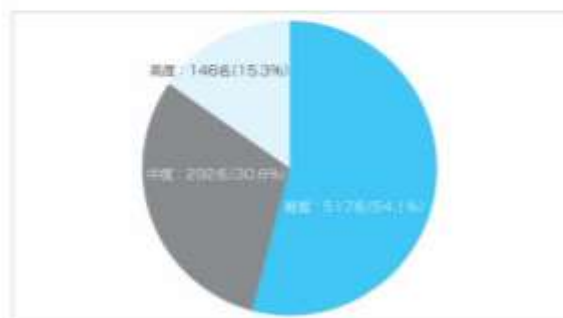


図2 認知症の重症度 (n=955)

36件(2件除外)，③通所系：47件(2件除外)，④訪問系53件(1件除外)，の281件を抽出した(表)。

本研究論文では，このうちの訪問系53施設の回答を分析対象とした。その内訳は，医療施設からの訪問リハ39施設(74%)，訪問看護ステーション10施設(19%)，介護老人保健施設からの訪問リハ4施設(7%)であった。

回答はExcelに入力し，集計・分析した。

本研究は，協会倫理委員会の審査を受け，承認された。

結果

1. 認知症のあるリハ対象者数と割合

全53施設の訪問リハ利用者は4,009名(平均75.6名/施設)で，このうち未記入1施設を除く利用者3,887名中の1,095名と28.2%に認知症があった(表)。各施設の認知症を有する人の割合は，11～30%の施設が多かった。

認知症の診断の有無については，1,095名中，未回答が36名で3.3%，認知症の診断がなされていたのは303名で27.7%，診断なしが756名で69.0%と，診断なし+未回答で70%を超えた(図1)。

認知症の重症度については，未回答の140名(全

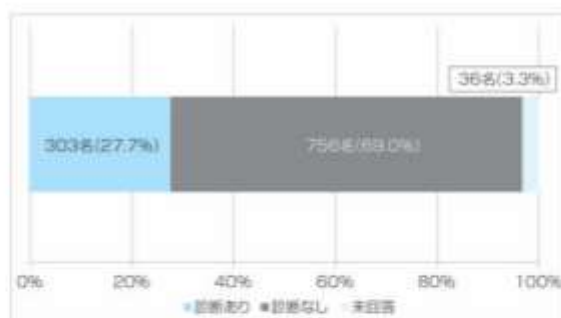


図1 認知症の診断の有無 (n=1,095)



図3 認知症のタイプ：未回答と不明を除いた399名での割合 (%)

体の12.8%)を除く955名中で，軽度(介護保険主治医意見書の認知症の日常生活自立度Ⅱ)は517名で54.1%と最も多く，中度(Ⅲ)は292名で30.6%，高度(ⅣとM)は146名で15.3%と，軽度が過半数を占めた(図2)。

認知症のタイプ(原因疾患)については，517名(全体1,095名の47.2%)と約半数が未回答だった。回答のあった578名の内では不明が179名と多く，全体の16.3%を占めた。未回答と不明を合わせると全体の63.6%と2/3近かった。認知症のタイプの記載があった399名の中で，脳血管性認知症が194名で48.6%と原因疾患の中で最も多く，アルツハイマー型認知症131名で32.8%，レビー小体型認知症が22名で5.5%，前頭側頭型認知症は5名で1.3%，その他が47名で11.8%であった(図3)。

2. リハの対象疾患別の認知症合併率

リハ対象疾患別の認知症合併割合について，53施設から回答を得た。図4に示すように，脳血管疾患が1,848名で最も多く，認知症合併率は27.7%，廃用症候群の199名では認知症合併率29.6%，骨関節疾患の1,069名では認知症合併率26.5%であった。



図4 リハの対象疾患別の認知症合併率

認知症を合併していることでの現状の問題点については、40施設からの自由記載で、①転倒・転落や禁忌肢位などのリスク管理が困難、②指示の理解が困難、③意欲低下や易怒性などのBPSD、④リハに対して拒否などが高頻度に挙げられた。

3. 認知症を有する利用者の対応に苦慮する症状

認知症を有する利用者（以下、利用者）の対応に苦慮する行動・心理症状（BPSD）などについては、53施設から回答を得た（重複あり）。易怒性 66.0%、暴言暴力 60.4%と興奮性のBPSDで苦慮している施設が多いが、著しい意欲低下（アパシー）も 56.6%と多かった（図5）。

認知症ケアへの取り組みについて、35施設からの自由記載を分析すると、①利用者本人の嗜好に合わせた活動の導入、②褒める（成功体験）、③家族に対するケア・支援などが高頻度に挙げられた。

4. 認知症の評価指標の使用有無

認知機能の評価指標であるHDS-RやMMSEを全例に実施が約半数の施設で、一部の症例に実施を含めると、ほとんどの施設で取り入れられていた。一方、DBDスケール、NPI、BehaveADなどの行動・心理症状（BPSD）の評価指標は、大部分の施設で実施されていなかった。

5. 認知症そのものを主ターゲットにしたリハについて

認知症そのものをターゲットにしたリハは、32.1%に当たる17施設で、1～34名を登録し、1日あたり 2.1 ± 3.4 名に実施していた。平均週 1.6 ± 1.0 回、1回20～60分で平均 43.8 ± 13.1 分、期間は10～

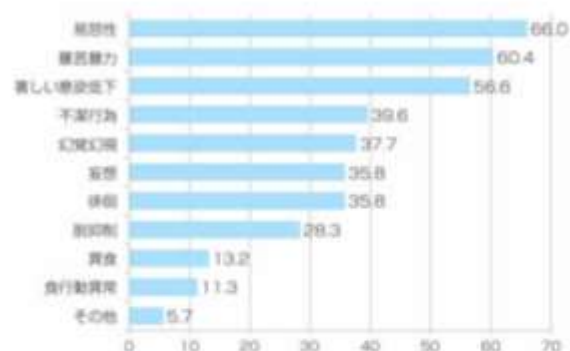


図5 認知症を有する利用者の対応に苦慮する症状について (%)

27.5カ月間で平均 18.8 ± 6.1 カ月間と長期にわたっていた。リハの内容については、21施設から回答（複数）があり、作業療法 76.2%、運動療法 76.2%、学習 38.1%、現実見当識練習 33.3%などが実施されていた。

6. 利用者のリハ実施時の工夫について

利用者へのリハ実施時の工夫については、①楽しい雰囲気をつくる、②認知症者との会話を増やす、③認知症者が役割を持つ、④認知症者を褒める、⑤失敗を防ぐ支援の5項目について、大多数の施設が有効と考え実施していたが、「利用者が役割を持つ」の実施頻度が若干低かった。

その他のリハ実施時の工夫について、43施設から自由記載の回答を得た。①身振りなどを入れてわかりやすく、繰り返し話す、②本人の状態に合わせてプログラム内容や量を調整する、③家族と一緒に介入などが挙げられた。

7. 今後の認知症対策と委員会活動（自由記載）

今後の認知症対策については（26施設から回答）、①認知症の早期発見などを地域でサポートする対策、②家族を支援する対策、③認知症理解のための啓蒙活動などが挙げられた。委員会に期待する活動については（20施設から回答）、①認知症や訪問リハの理解を深めるための啓蒙活動、②認知症リハ・ケアのガイドラインづくり、③診療報酬化（新設や加算）と、そのためのエビデンスづくりが挙げられた。

考察

今回、訪問リハ 53 施設へのアンケート調査から、認知症有病率が 28.2%であり、約 70%が未診断である実態が明らかになった。これは、認知症を診断できる医師や設備が不足しているのか、または、保険請求上から診断を躊躇していることがうかがわれる。しかし、きちんとした認知症対策を行うには、認知症であることや、その原因の診断が必須である。

1. 認知症の評価方法

BPSD では、易怒性、暴言・暴力などの陽性徴候と、著しい意欲低下（アパシー）という陰性徴候の割合が高かった。これらの症状に対して、傾聴、本人の嗜好に合わせた活動の導入、成功体験をさせるなどの工夫を行っていた。

評価指標では、HDS-R や MMSE などの認知機能の評価尺度は大部分の施設で実施されていたが、DBD スケール、NPI、BehaveAD などの BPSD の定量的な評価は実施されていなかった。訪問スタッフや介護者が利用者の理解や適切な対応を行うためには、利用者に残存している認知機能、欠落している認知機能とその程度の把握が重要になる。定量的な評価が実施されていない背景には、1 回の訪問時間の中で評価を行うことの困難さが要因の 1 つであると推測される。

2. リハの効果

認知症そのものへのリハ効果は、メタ分析で、認知トレーニングなどが認知機能を向上させ、ADL トレーニングが生活機能を向上させ、リラクゼーションや介護者教育などが BPSD を低減することが報告されている²⁾³⁾。本邦において、新井ら⁴⁾は、継続的な訪問リハの利用で主介護者における介護負担からくる抑うつ軽減が認められたとしており、岩井ら⁵⁾は、利用者に対する理学療法とともに、介護者に認知症症状への対処方法を指導したところ、対象者の BPSD の軽減と介護者の負担感が軽減したと報告している。利用者が在宅生活を継続するためには、利用者の BPSD のコントロールと介護者の BPSD に対する理解や適切な対応ができる支援が必須であると考え、訪問リハの介入が利用者や介護者にとって効果を生むことが示唆されている。

3. アプローチの工夫

山口ら⁶⁾は、認知症のリハにおいて、①快刺激で笑顔を生む、②コミュニケーションで安心を生む、③認知症の人が役割を持つ、④褒め合う、⑤失敗を防ぐ支援で成功体験の脳活性化リハ 5 原則を提唱している。この 5 項目の有効性は多くの施設が認め、実践していた。今後、頻度が低かった「認知症の人が役割を持つ」ことの実践が望まれる。利用者が役割を果たし、他者から褒められることで生活意欲が向上し、尊厳が保持されることが考えられる。

利用者への工夫は、多くの施設が尊厳を守り、能力を引き出す工夫を試みている。認知症への適切な対応は「ゆっくり、丁寧に、優しく、繰り返し」と、マンパワーを要する。このことが診療報酬化できれば、訪問リハにおける適切な対応が充実するのではないかと考える。

おわりに

訪問リハにおける適切な対応を充実させるためには、「認知症そのものをターゲットとしたリハ」と「リハ疾患に認知症を合併している場合の対応」の 2 点について、原著論文で効果を示す必要がある。医中誌で検索したが、ある程度の規模の症例で訪問リハの認知症への効果を示す論文は、わずかしかなかった³⁾⁴⁾。

今後の認知症対策については、認知症の早期発見などを地域でサポートする対策や家族を支援する対策などがあげられ、委員会に期待する活動については、認知症リハ・ケアのガイドラインづくりが多く挙げられているため、委員会で検討したい。

謝辞

本調査にご協力いただいた、協会加盟施設のアンケート回答者と、調査用ホームページ作成などご尽力いただいた協会事務局の吉野信一様に感謝します。

文献

- 1) ① 医療施設への入院（入院系） <http://www.rehakyoh.jp/q-reha-nyuuin.html>
② 介護保険施設への入所（入所系） <http://www.rehakyoh.jp/q-reha-nyuusho.html>
③ 通所リハ施設（通所系） <http://www.rehakyoh.jp/q-reha-tsuusho.html>
④ 訪問リハ施設（訪問系） <http://www.rehakyoh.jp/q-reha-houmon.html>

- 2) Olazarán J, et al: Nonpharmacological therapies in Alzheimer's disease: a systematic review of efficacy. *Dement Geriatr Cogn Disord* **30**: 161-78, 2010
- 3) Woods B, et al: Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev* **2**: CD005562, 2012
- 4) 新井健司, 他: 継続的な訪問リハビリテーションが主介護者の抑うつに与える影響—ストレスプロセスモデルの観点から. *応用老年学* **4**: 68-72, 2010
- 5) 岩井伸幸, 他: 訪問リハにおける認知症患者の生活機能と介護者支援の必要性—Zarit 介護負担尺度日本語版 (J-ZBI) を用いて. *訪問リハ* **3**: 473-477, 2013
- 6) 山口晴保, 他: 認知症の正しい理解と包括的医療・ケアのポイント 第2版. 協同医書出版, 2010

介護老人保健施設における認知症の実態と対応 —日本リハビリテーション病院・施設協会 認知症対策検討委員会の調査

Prevalence and problems of dementia in Japanese Geriatric Health Services Facilities *Roken* :
Survey by Dementia Act Committee of the Japan Association of Rehabilitation Hospital and Institution

田中志子^{*1}
牧 陽子^{*1}

山口晴保^{*2}
斉藤正身^{*3}

中間浩一^{*3}
宮里好一^{*6}

西千亜紀^{*4}

要旨

認知症の合併率やリハの問題点、取り組みなどの実態把握調査を行い、介護老人保健施設（老健）27 施設の回答を分析した。病床数は 2,719 床で、リハ利用者 2,437 名のうち認知症の割合は 11～100%で平均 83.1%と高かったが、原因疾患が同定されていたのは 4 割以下だった。認知症合併率は廃用症候群が 275 名 88.7%で、その他の疾患でも 6 割を超えた。易怒性や暴力など興奮性 BPSD とアパシーで苦慮する施設が多いが、BPSD の定量的評価はあまり行われていなかった。認知症短期集中リハ実施加算は大部分の施設で算定されていた。認知症に対するリハでは多数の施設が工夫を行い、小集団の活動などに取り組んでいた。現在の認知症短期集中リハは個別リハのみが加算対象であるが、今後、小集団リハなどを認めて診療報酬化されることが、個別リハになかなかなじまない認知症者にとっての福音となるだろう。

Key Words : 認知症, 介護老人保健施設, 認知症短期集中リハビリテーション

はじめに

在宅復帰のための中間施設として位置づけられた介護老人保健施設（以下、老健）は多職種連携をキーワードにリハが実施されてきた。また、全国老人保健施設協会（以下、全老健）では平成 16 年より認知症に対する短期集中的なリハの効果について検討を重ね、認知機能を高める一定のプログラムを行えば、ADL を含め有意な改善が見込めることを示し

た¹⁾。その後、これらの結果も踏まえ平成 18 年 4 月の介護報酬改定では、「認知症短期集中リハビリテーション実施加算（認知症リハ加算）」が創設された。しかし、その算定率は 3%程度と極めて低かった²⁾。その後、重度の認知症者に対する効果について報告し、算定条件は「HDS-R、MMSE で 5～25 点に相当する者」に拡大された。

今回、日本リハビリテーション病院・施設協会（以下、協会）の認知症対策検討委員会が認知症の合併率や、リハの問題点、取り組みなど認知症リハの実態把握調査を行った。この調査全体の報告書は、協会ホームページの会員ページに掲載されている。本研究論文では、協会会員施設に配布したアンケートに回答を寄せた老健 27 施設の調査結果を詳細に分析した。

方法

アンケートは認知症対策検討委員会で検討し、①

2013 年 12 月 16 日受付, 2014 年 5 月 21 日受理

^{*1} 医療法人大誠会内田病院

Yukiko Tanaka, MD, Yohko Maki, OTR

^{*2} 群馬大学大学院保健学研究科 教授

Haruyasu Yamaguchi, MD

^{*3} よみうりランド慶友病院リハビリテーション室

Koichi Nakama, OTR

^{*4} 医療法人鴻池会秋津鴻池病院 看護課長

Chiaki Nishi, RN

^{*5} 医療法人真正会霞ヶ関南病院 理事長

Masami Saito, MD

^{*6} 医療法人タビック沖縄リハビリテーションセンター病院
理事長

Yoshikazu Miyazato, MD

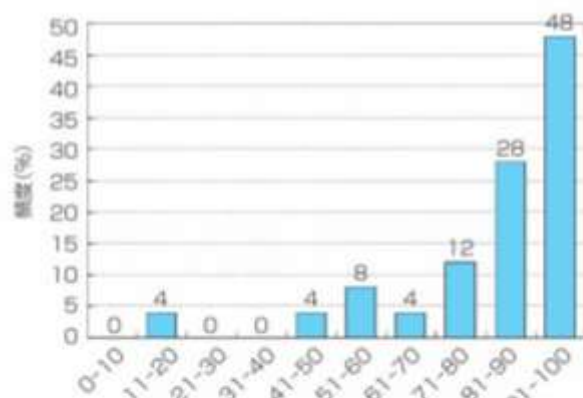


図 施設ごとの「認知症を有する利用者」の割合 (%)
(未回答 1 施設を除く 26 施設)
80%以上の施設が 76%を占める。

医療施設への入院（入院系）、②介護保険施設への入所（入所系）、③通所リハ施設（通所系）、④訪問リハ施設（訪問系）の 4 領域として作成した。アンケートの設問は本文中に「」で示した。入所系アンケートの原文は協会のホームページに掲載した (<http://www.rehakyoh.jp/q-reha-nyuusho.html>)。

アンケートの回答依頼は、協会加盟の 660 会員（団体）に郵送とメールで行った。なお、老健を有さない会員も含まれており、老健への配布数は不明である。回答方法は、回答者が協会ホームページ上で回答を選択・書き込む方式とした。回答期間は、平成 25 年 5 月 24 日～7 月 17 日とした。その結果、①入院系：151 件、②入所系、38 件、③通所系 49 件、訪問系 54 件、合わせて 292 件の回答を得た。ここでは、入所施設の回答 38 件のうちから老健 27 施設のみを分析対象とした。回答者はリハ職・リハ管理職が 18 名と多くを占め、施設長や事務長などの管理者 7 名、看護職員 1 名、相談員 1 名であった。回答は Excel に入力し、集計・分析した。

本研究は、協会倫理委員会の審査を受け、承認された。

結果

1. 認知症のあるリハ対象者数と割合

老健 27 入所施設の病床数は 2,719 床であった。「リハ利用者数」は 2,437 名で、「そのうち認知症を有する人数」（医師の診断またはリハスタッフが生活状況などから判定）は 2,025 名であった。「認知症を有する人数のリハ利用者数に対する割合」は、11～

表 1 認知症の特性

	カテゴリー	該当人数/全体人数 (割合)
有病率	認知症あり	2,025/2,437 (83.1%)
診断の有無 (未回答 10%)	診断あり	1,065/1,823 (58.4%)
	診断なし	758/1,823 (41.6%)
重症度 (未回答 10.8%)	軽度 (Ⅱ)	502/1,806 (27.8%)
	中等度 (Ⅲ)	950/1,806 (52.6%)
	重度 (Ⅳ、Ⅴ)	354/1,806 (19.6%)
原因疾患 (未回答 28.1%)	アルツハイマー型認知症	403/754 (53.4%)
	脳血管性認知症	253/754 (33.6%)
	レビー小体型認知症	23/754 (3.1%)
	前頭側頭型認知症	1/754 (0.1%)
	その他	74/754 (9.8%)

(全 27 施設、2,437 名)

100%で、図に示すように 91～100%の病棟が多く、認知症の割合が非常に高く、平均は 83.1%であった。認知症の診断の有無については、未回答の 2 施設 202 名（全体の 10.0%）を除くと、「認知症あり」1,065 名で 58.4%、「診断なし」が 758 名で 41.6%と、6 割に満たない（表 1）。

認知症の重症度については、未回答の 219 名（全体の 10.8%）を除くと、軽度（介護保険主治医意見書の認知症の日常生活自立度Ⅱ）は 502 名で 27.8%、中等度（Ⅲ）は 950 名で 52.6%と最も多く、重度（ⅣとⅤ）は 354 名で 19.6%だった（表 1）。

認知症のタイプ（原因疾患）については、570 名（全体の 28.1%）と約 3 割が未回答だった。回答のあった 1,455 名のうちでは「認知症のタイプ不明」が 701 名で 48.2%と最も多く、未回答と不明を合わせると、1,271 名で全体の 62.8%と半数を大きく超えた。残り 754 名（全体の 37.3%）の中で、アルツハイマー型認知症が 403 名で 53.4%と最も多かった。次いで脳血管性認知症が 253 名で 33.6%、レビー小体型認知症が 23 名で 3.1%と少なく、前頭側頭型認知症は 1 名で 0.1%、その他が 74 例で 9.8%であった（表 1）。

2. リハの対象疾患別の認知症合併率

「リハの対象となる疾患を有する利用者の人数と、そのうち認知症を合併している人数」を疾患別に記入してもらった（一部重複あり）。「リハの対象となる疾患」は、脳血管障害 907 名、次いで骨関節疾患 664 名で多く、それぞれの認知症合併率は 79.4%、

表2 対応に苦慮する症状
の割合（全27施設）

	施設数（%）
徘徊	23（85.2%）
妄想	15（55.6%）
幻覚幻視	10（37.0%）
暴言暴力	22（81.5%）
不潔行為	12（44.4%）
異食	9（33.3%）
善しい意欲低下	22（81.5%）
食行動異常	7（25.9%）
脱抑制	9（33.3%）
易怒性	18（66.7%）
その他	1（3.7%）

77.7%であった。認知症合併率は廃用症候群 275 名の 88.7%が最も高く、呼吸循環器疾患は 246 名の 82.9%、パーキンソン病は 84 名の 78.6%、高次脳機能障害は 79 名の 64.6%、その他 349 名の 80.2%と、いずれの疾患でも認知症の割合が 6 割を超え、老健における各疾患と認知症合併率の高さの深刻な現状が浮き彫りとなった。

認知症を合併していることでの「現状の問題点」については、22 施設から自由記載分析すると、①転倒を含めたリスク管理困難、②指示の理解困難、③病識低下による必要性の認識困難と拒否、④行動・心理症状（BPSD；他患者やスタッフへの易怒性・暴言・暴力）などが挙げられた。

3. 認知症そのものを主ターゲットにしたリハについて

「認知症そのものを主ターゲットにしたリハについて」は、23 施設から回答を得た。取り組まれているリハの内容は（複数回答）、作業療法が 21 施設 91.3%と最も多く、次いで運動療法、回想法、学習療法が 20 施設 87%で並んだ。現実見当識練習は 18 施設 78.3%で記憶訓練は 16 施設 69.6%であった。芸術療法は 7 施設 30.4%で、その他 6 施設 26.1%に次いで少なかった。

認知症短期集中リハ実施加算の算定については、23 施設から回答を得た。算定している施設は 21 施設 91.3%で、していない 2 施設 8.7%を大きく上回り、老健においては、認知症短期集中リハ実施加算として、認知症のリハの算定が普及していた。

4. 認知症を有する利用者の対応に苦慮する症状について

27 施設において、徘徊が 85.2%で、暴言暴力、著しい意欲低下が 81.5%で続いた。そのほか易怒性が 66.7%、妄想が 55.6%、不潔行為が 44.4%、異食、脱抑制がそれぞれ 33.3%など、多岐にわたる課題が示された（表2）。

5. 認知症の評価指標の使用有無について

認知機能評価指標として使用されているものは HDS-R が 88.0%、MMSE が 50.0%、CDR が 3.8%であり WMS-R や WAIS-III は使用されていなかった。老健における認知症リハ加算算定には HDS-R、MMSE などのモニタリングが必要である。このことから認知機能の評価指標をしっかりと活用していることがわかった。また、BPSD の評価尺度では DBD スケールが 20.0%、NPI が 4.2%、BehaveAD が 4.2%であり、BPSD の評価指標を用いていないと答えた施設も 27 施設中 7 施設で見られ、25.9%であった。このことからスケールを使った BPSD の評価はあまり行われていないことがわかった。

6. 認知症者のリハ実施時の工夫について

「認知症者のリハ実施時に、以下の工夫の効果をどう思いますか？ またこのようにしていますか？」の設問で、無効・有効と、していない・している、の回答を得た。①楽しい雰囲気をつくる：有効 100%；している 100%、②認知症者との会話を増やす：有効 100%；している 100%、③認知症者が役割を持つ：有効 100%；している 88.5%、④認知症者を褒める：有効 100%；している 96%、⑤失敗を防ぐ支援：有効 100%；している 92%と、いずれも項目も大多数の施設が有効と考え実施していた。

「認知症を有するリハ利用者（例えば骨折でのリハ）への対応について」の自由意見は、以下の 4 点を尋ねた。

（1）コミュニケーションでの注意点（n=25）

多くみられたものは短く、ゆっくり、やさしく、繰り返し話す、理解しやすいように説明、また傾聴する、否定しないというキーワードが挙げられた。他にも、笑顔や視覚で訴える方法を取り入れるなどの工夫が挙げられた。

（2）リハビリテーション実施中の工夫（n=26）

集中できる環境をつくる、褒める、認める、ご本

人の気持ちが安定している時に実施する、楽しく実施する、対象者に合わせて、個別介入と集団介入を使い分けるなど多数の工夫が寄せられ、各施設が熱心に取り組んでいた。

(3) リハビリテーション実施以外の時間の工夫 (n=24)

なじみの品の配置や写真、カレンダーなどの環境設定、導線に合わせて手すりを設置する、スケジュール表をつくる、日記をつける、転倒しないようにものを配置する、小集団の脳活性プログラムを取り入れるなどの取り組みなどが多かった。

(4) 生活リズムの工夫 (n=25)

レクリエーションという記載が多く、とりわけ集団で行う体操やレクリエーションが目立った。

考察

老健における認知症リハの介護報酬算定について、23施設からの回答では算定している施設は91.3%で、していない8.7%を大きく上回り、老健においては認知症リハ加算の算定が普及していることがわかった。これは、算定条件が広がったこと、老健における認知症に対するリハのノウハウが蓄積してきたことが考えられる。また本研究の対象施設がリハ協会に所属し、研鑽を積むなどリハに積極的に取り組む姿勢のある施設である可能性も高い。

平成18年度の研究調査³⁾においては脳血管性認知症とその他が認知症リハ加算対象者のそれぞれ3割を占め、アルツハイマー型認知症と診断されていたのはわずか3.6%であった。平成19年度の調査では認知症リハ加算対象者のうちで認知症のタイプとして最も多いものが脳血管性認知症であり36%、対照群では44%であった。アルツハイマー型認知症はそれぞれ13%、11%であった。いずれの群もその他が約半数に上り、認知症のタイプの診断が行われていない可能性が示唆されている²⁾。今回のわれわれの研究でも認知症のタイプが不明とされた回答は未回答と合わせると6割を超えており、老健においてまだまだ認知症の原因疾患の診断が行われていないことを示している。

認知症リハの実施内容に関しては、鳥羽ら²⁾³⁾の報告によれば、認知症リハ加算算定者と非算定者との比較では、算定者では回想法、現実見当識療法、記憶訓練療法、言語コミュニケーション療法、学習療

法が多く、非算定者では運動療法、音楽療法が多かったとされている。今回のわれわれの調査でも取り組まれているリハの内容は作業療法が91.3%と最も多く、次いで運動療法、回想法、学習療法、現実見当識練習、記憶訓練であった。認知症リハの実施内容についてはこれらが定着してきている。また、認知症リハ加算として算定できるものが個別プログラムであることを鑑みてもこれらの内容が常に上位に来ることは理解し得る。こう考えると認知症リハは作業療法を中心とした身体活動の激しくない実施内容が多く、OTやSTの活躍がますます期待される。山口ら⁴⁾は身体活動が心地よさをもたらすだけでなく覚醒レベルを上げ、記憶力を高め、老化の原因となる活性酸素の毒性から神経細胞を守るとしている。今後はPTが認知症の特徴を理解し、気分のいい時に運動療法をする、楽しく運動療法ができる工夫をするなどのかわりを持つことにより活躍の場が広がると期待したい。

対応に苦慮する認知症のBPSDについて、徘徊をはじめ、暴言暴力、著しい意欲低下など、多岐にわたるBPSDが高頻度に挙げられたが、平成19年の全老健の調査266名²⁾、平成25年に東により報告された207名の調査結果⁵⁾によれば認知症リハ加算算定者ではこれらのBPSDに対して有意な改善を認めている。さらに関根ら⁶⁾は、122名の認知症リハ加算算定者でBPSDに加えて抑うつ⁷⁾の改善も報告した。

認知症リハ実施上の工夫については、「本人の意欲を高めることが最重要であり、個別性を重視して、本人の関心の大きなものを検討してプログラムを構築していく」「プログラム内容を実施するだけでなく、本人の愚痴や不満・不安といった世間話にも対応して、精神的な落ち着きを促す」「リハの場面だけでなく居室を訪問して声掛けをするなど、日頃からの人間関係の構築に取り組むこと」などが挙げられている⁵⁾⁷⁾⁸⁾。今回のわれわれの調査結果においても「短く、ゆっくり、やさしく、繰り返し話す、理解しやすいように説明、また傾聴する、否定しない」という高頻度語が挙げられた。他にも、笑顔や視覚で訴える方法を取り入れるなどのコミュニケーションの工夫や、集中できる環境をつくる、褒める、認める、ご本人の気持ちが安定している時に実施する、楽しく実施する、対象者に合わせて、個別介入と集団介入を使い分けるなどの工夫が多数行われてい

た。これから老健においては認知症のケアやリハの進め方にある一定の理解と技術が得られているのではないかと推測できる。

認知症リハ加算は個別でのかかわりになっているが、小集団で行ったほうが、効果が得られやすいケースもあると報告されている⁸⁾⁹⁾。例えば、グループ間での対話においては、他者が話題を振ってきたり、相づちを打ったりすることで、話が広がる。生活環境や世代が似ている方同士のほうが、話が活発になる傾向もみられると指摘されている。今回のわれわれの調査における自由意見でも、多数の施設から小集団の活動、たとえば脳活性プログラムを取り入れるなどの取り組みなどが挙げられていた。また山口ら⁴⁾も集団の力について言及しているが、認知症者においては個別プログラムよりもむしろ集団の中での役割を持つ、周囲に認められる、人の世話をするなどの活動からよりいっそう「快刺激」が得られ良い状態を維持することができるかという意見が多かった。

謝辞

本調査にご協力いただいた協会会員施設のアンケート回答者と、調査用ホームページ作成などご尽力いただいた協会事務局

の吉野信一様に感謝します。

文献

- 1) 全国老人保健施設協会：介護老人保健施設における要介護高齢者（障害・認知症）の状態像に合わせた短期集中リハビリテーションのあり方に関する試行的事業報告書、平成 18 年 3 月
- 2) 全国老人保健施設協会：認知症短期集中リハビリテーションの実践と効果に関する検証・研究事業報告書、平成 20 年 3 月
- 3) 全国老人保健施設協会：認知症短期集中リハビリテーションの実態と効果に関する研究事業報告書、平成 19 年 3 月
- 4) 山口晴保、他：認知症の正しい理解と包括的医療・ケアのポイント第 2 版、協同医書出版、2010
- 5) 東憲太郎：認知症短期集中リハビリテーション—その効果の検証、*Geriatr Med* 51：17-21, 2013
- 6) 関根麻子、他：老健における認知症短期集中リハビリテーション：脳活性化リハビリテーション 5 原則に基づく介入効果、*Dementia Jpn* 27：360-366, 2013
- 7) 伊古田俊夫：回復期リハビリテーション病棟での認知症対応、*MED REHABIL* 164：39-43, 2013
- 8) 伊藤 隆：回復期リハビリテーション病棟と療養型病棟での認知症対応—生活障害への対応、*MED REHABIL* 164：44-51, 2013
- 9) 全国老人保健施設協会：認知症短期集中リハビリテーション提供後の継続的な認知リハビリテーションの効果に関する調査研究事業報告書、平成 23 年 3 月

回復期リハビリテーション病棟における認知症の実態と対応—日本リハビリテーション病院・施設協会認知症対策検討委員会の調査

Prevalence and problems of dementia in Japanese *Kaihukuki* (convalescent) rehabilitation wards :
Survey by Dementia Act Committee of the Japan Association of Rehabilitation Hospital and Institution

山口晴保^{*1} 中間浩一^{*2} 西千亜紀^{*3} 田中志子^{*4}
牧 陽子^{*1,7} 亀ヶ谷忠彦^{*1} 齊藤正身^{*5} 宮里好一^{*6}

要旨

ネットアンケートによる認知症の実態把握調査を行った結果、回復期リハ病棟 112 病棟 6,946 名のうち認知症を有する者は 2,265 名 (32.6%) であり、このうち 820 名 (36.2%) のみが「診断あり」だった。認知症のタイプは、未回答と不明を除く 993 名では、脳血管性認知症が 552 名 (55.6%)、アルツハイマー型認知症が 371 名 (37.4%)、レビー小体型認知症が 18 名 (1.8%) などであった。行動・心理症状 (BPSD: 暴言や易怒性、アパシーなど) で苦慮している施設が多いが、各施設では日中のレクリエーションやアクティビティー、傾聴、会話などの対策に工夫を凝らしていた。認知機能の評価尺度は普及しているが、BPSD の定量的評価がほとんど行われていなかった。認知症そのものへのリハは一部の施設でしか行われていなかったが、今後、診療報酬化されれば大多数の施設が実施したいと答えた。自由記載で明らかにされた「対応に苦慮する認知症への対策」を加算などで診療報酬化するには、認知症者へ適切なリハ・ケアを提供して、その効果を示すことが求められる。

Key Words: 認知症、回復期リハビリテーション、アンケート調査、行動・心理症状 (BPSD)

はじめに

超高齢社会を迎え、リハ利用者で、認知症高齢者が急増しているが、大規模な実態調査は実施されていなかった。そこで、認知症のもたらす問題に対処するため、日本リハビリテーション病院・施設協会

(以下、協会) の認知症対策検討委員会は、今後の活動に役立てるために、協会会員施設にアンケート調査を行い、認知症の合併率やリハの問題点、取り組みなどを明らかにして、報告書を作成した(協会ホームページの会員ページに掲載)。

本研究論文では、回復期リハ病棟 112 施設に限定した調査結果を抽出し、認知症の実態を明らかにするとともに、今後の対策などについて検討したので報告する。

対象と方法

アンケートは認知症対策検討委員会で検討し、①医療施設への入院(入院系)、②介護保険施設への入所(入所系)、③通所リハ施設(通所系)、④訪問リハ施設(訪問系)の4領域として作成した。アンケートの設問は、本文中に「」で示した。また、原

2013 年 11 月 1 日受付、2014 年 6 月 11 日受理

- ^{*1} 群馬大学大学院保健学研究科
Haruyasu Yamaguchi, MD, Yohko Maki, OTR, Tadahiko Kamegaya, OTR
- ^{*2} よみうりランド慶友病院リハビリテーション室
Koichi Nakama, OTR
- ^{*3} 医療法人鴻池会秋津鴻池病院 看護課長
Chiaki Nishi, RN
- ^{*4} 医療法人大誠会内田病院 認知症疾患医療センター長
Yukiko Tanaka, MD
- ^{*5} 医療法人真正会霞ヶ関南病院 理事長
Masami Saito, MD
- ^{*6} 医療法人タビック沖縄リハビリテーションセンター病院 理事長
Yoshikazu Miyazato, MD
- ^{*7} 現所属: 国立長寿医療研究センター

表1 認知症の特性（全112施設、6,946名）

	カテゴリー	該当人数/全体人数（割合）
有病率	認知症あり	2,265/6,946（32.6%）
診断の有無 （未回答 66）	診断あり	820/2,199（37.3%）
	診断なし	1,379/2,199（62.7%）
重症度 （未回答 220）	軽度（Ⅱ）	876/2,045（42.8%）
	中度（Ⅲ）	683/2,045（33.4%）
	高度（Ⅳ・Ⅴ）	486/2,045（23.8%）
原因疾患 （未回答 588） （不明 684）	アルツハイマー型認知症	371/993（37.4%）
	脳血管性認知症	552/993（55.6%）
	レビー小体型認知症	18/993（1.8%）
	前頭側頭型認知症	8/993（0.8%）
	その他	44/993（4.4%）

文は協会のホームページに掲載した（<http://www.rehakyoh.jp/q-reha-nyuuin.html>）。

アンケートの回答依頼は、協会の660会員に郵送とメールで行った（回復期リハ病棟を有さない会員を含む）。回答方法は、回答者が協会ホームページ上で回答を選択・書き込む方式で、回答期間は平成25年5月24日～7月17日とした。

その結果、①入院系：151件、②入所系：38件、③通所系：49件、④訪問系：54件、合わせて292件の回答を得た。入院系151件のうち、記載が不十分な回答6件と、一般病棟14、療養病棟12、急性期病棟4、精神科病棟3の33件を除き、回復期リハ病棟112件からの回答のみを本論文の分析対象とした。なお、各施設1病棟のみの回答を得たので、112病院112病棟となる。

回答はExcelに入力し、集計・分析した。自由記載は、SPSS Text Analysis for Survey（IBM）を用いて高頻度語を抽出し、出現回数を示した。

本研究は、協会倫理委員会の審査を受け、承認された。

結果

1. 認知症を有するリハ対象者数と割合（表1）

回復期リハ病棟112病棟のリハ利用者は6,946名（平均62.0名/病棟）で、「そのうち認知症を有する人数」は2,265名（平均20.2名/病棟）32.6%であった。施設（病棟）ごとの「認知症を有する人数のリハ利用者数に対する割合」は、 $35.3 \pm 19.30\%$ （平均 $\pm$ SD）、中央値34.3%、範囲0%～95.5%で、21～50%

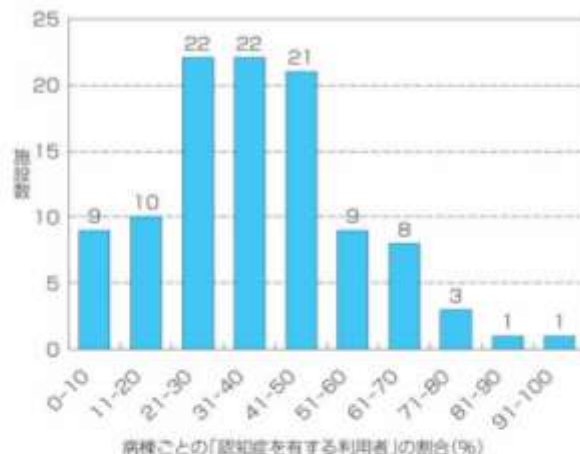


図1 病棟ごとの「認知症を有する利用者」の割合の分布（全112施設）

病棟ごとの割合は0%～95%に分布し、21～50%の施設が多い。

の病棟が多かった（図1）。

「認知症を有する」とされた2,265名のうち、診断の有無について未回答の4施設66名（全体の2.9%）を除くと、「診断あり」820/2,199名（37.3%）、「診断なし」1,379/2,199名（62.7%）で、診断なしが多くを占めた（表1）。

認知症の重症度については、未回答の11施設220名（全体の9.7%）を除く2,045名で、「軽度（介護保険主治医意見書の認知症の日常生活自立度Ⅱ）」は876名（42.8%）と最も多く、「中度（Ⅲ）」は683名（33.4%）、「高度（ⅣとⅤ）」は486名（23.8%）だった。

認知症のタイプ（原因疾患）については、588名（全体の26.0%）と約1/4が未回答だった。回答のあった1,677名のうちでは「認知症のタイプ不明」が684名（40.8%）と最も多く、未回答と不明を合わせると、1,272名で全体の56.2%と半数を超えた。未回答と不明を除く993名の中では、「アルツハイマー型認知症」371名（37.4%）、「脳血管性認知症」が552名（55.6%）と原因疾患の中で最も多く、「レビー小体型認知症」が18名（1.8%）と少なく、「前頭側頭型認知症」は8名（0.8%）、その他が44例（4.4%）であった。

2. リハの対象疾患別の認知症合併率と現状の問題点

「リハの対象となる疾患を有する利用者の人数と、そのうち認知症を合併している人数」を疾患別に記

表2 認知機能とBPSDの評価尺度の使用状況（全112施設）

	使用有り	一部に使用	使用無し	未回答
HDS-R	89 (83.2%)	13 (11.6%)	5 (4.5%)	5 (4.5%)
MMSE	76 (71.7%)	24 (21.4%)	6 (5.4%)	6 (5.4%)
CDR	5 (4.5%)	16 (14.3%)	71 (63.4%)	20 (17.9%)
WMSR	8 (7.1%)	44 (39.3%)	42 (37.5%)	18 (16.1%)
WAIS-III	12 (10.7%)	56 (50.0%)	28 (25.0%)	16 (14.3%)
DBD スケール	2 (1.8%)	12 (10.7%)	70 (62.5%)	28 (25.0%)
NPI	1 (0.9%)	8 (7.1%)	72 (64.3%)	31 (27.7%)
BehaveAD	1 (0.9%)	4 (3.6%)	75 (67.0%)	32 (28.6%)

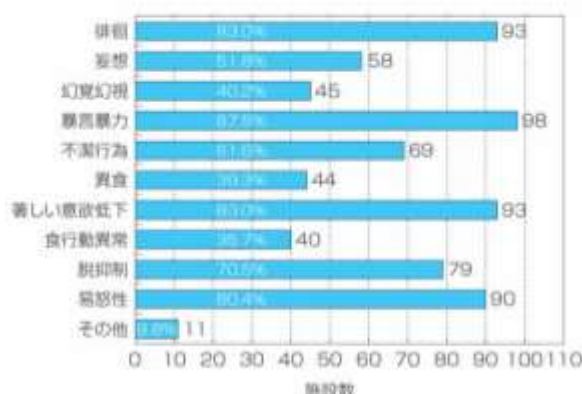


図2 対応に苦慮する行動・心理症状の出現施設数（全112施設）

入してもらった（ $n=109$ ；3施設が未回答）。「リハの対象となる疾患」は、脳血管障害が3,793名で最も多く、そのうちの認知症合併は1,141名（30.0%）、骨関節疾患の2,058名では認知症合併が716名（34.8%）を占めた。認知症合併率は廃用症候群508名中の225名（44.3%）と最も高く、呼吸循環器疾患は117名中の18名（15.4%）と最も低かった。

認知症を合併していることでの「現状の問題点」については、97施設から自由記載の回答を得た。高頻度語の分析から、転倒18+転倒リスク4、指示16、理解13+指示理解10、守れない11、荷重制限5+免荷4+禁忌肢位4、拒否9、リスク8+リスク管理5、危険行為6+危険行動4、禁忌事項8、不穏8、必要性7+必要6、意欲低下7+意欲5、昼夜逆転6、病識6、暴言4、徘徊4が抽出された。まとめると、①転倒を含めたリスク管理困難、②指示の理解困難、③病識低下による必要性の認識困難と拒否、④行動・心理症状（BPSD；他患やスタッフへの易怒性・暴言・暴力）などとなる。

3. 認知症で対応に苦慮する症状

「認知症を有する利用者の対応に苦慮する症状（BPSD；周辺症状）について」の設問には、112施設から図2に示す回答を得た（重複あり；ありと回答した施設数と割合を示す）。暴言暴力87.5%、徘徊83%、易怒性80.4%、脱抑制70.5%と興奮性のBPSDで苦慮している施設が多いが、著しい意欲低下（アパシー）も83%と多かった。

「リハ職が行うリハ以外に、病棟では認知症対策としてどんなケアを行っていますか？ 取り組みを簡潔にご紹介下さい」の回答（自由記載）の高頻度語の分析（ $n=99$ ）では、レクリエーション18、離床12+離床時間6、役割10、散歩6、アクティビティー5、絵5、声5、会話5、行事5、傾聴5、たたむ4+手作業3、折り紙3などが抽出された。日中のレクリエーションやアクティビティー・手作業・イベント・散歩などで離床させる取り組みが主で、傾聴や会話が次いだ。

4. 認知症の評価指標の使用有無

「認知機能の評価」では、HDS-RやMMSEが多くの施設で取り入れられていた。一方、「BPSD（周辺症状）の評価」では、DBDスケールやNPIを実施している施設は少なかった（表2）。

5. 認知症そのもののリハ

「認知症そのものを主ターゲットにしたリハビリテーションについて」は、21施設より回答を得た。各施設の登録者数は2~62名で、一日あたり12.9名に実施していた。「頻度と時間と期間」については、平均週4.9回、1回20~60分で平均40.8分、期間は1~15カ月間で平均4.0カ月間であった。集団対個別比は平均すると6.6対3.4で、集団が約2/3であった。「リハ内容」については、図3に示す順で



図3 認知症そのものへのリハ内容 (21施設)

あった。

「診療報酬や介護報酬などの算定」については、算定している12施設(57.1%)、していない9施設(42.9%)だった。算定方法については、記載のあった8施設では、疾患別リハビリテーション料が7施設と大部分を占め、このうち脳血管疾患等リハビリテーション料が3施設であり、残り1施設は集団コミュニケーション療法であった。「算定できる方法があれば、認知症そのものに対するリハに積極的に取り組んでいきたいか?」という質問には、回答のあった37施設中、「取り組んでいく」34施設(91.9%)と大部分が取り組む姿勢を示した。

6. 認知症者のリハ実施時の工夫について

「認知症者のリハ実施時に、以下の工夫の効果はどう思いますか? またこのようにしていますか?」の設問で、① 楽しい雰囲気をつくる、② 認知症者との会話を増やす、③ 認知症者が役割を持つ、④ 認知症者を褒める、⑤ 失敗を防ぐ支援の5項目について、無効・有効の選択と、していない・しているの選択で、回答を105~110施設より得た。図4に示すように、いずれの項目も、9割以上の施設が有効と考え、7割以上の施設が実施していたが、「認知症者が役割を持つ」の実施頻度が若干低かった。

認知症を有するリハ利用者への対応についての自由意見は、以下の4点を尋ねた。

(1) 「コミュニケーションでの注意点」(n=101)

高頻度語の分析から、否定31、傾聴29、説明15、理解13、訴え11、短い11+わかりやすい7+簡潔6+短文4+シンプル3+具体的3、ペース11+ゆっくり10、配慮6、何度6+繰り返す4、受け入れる

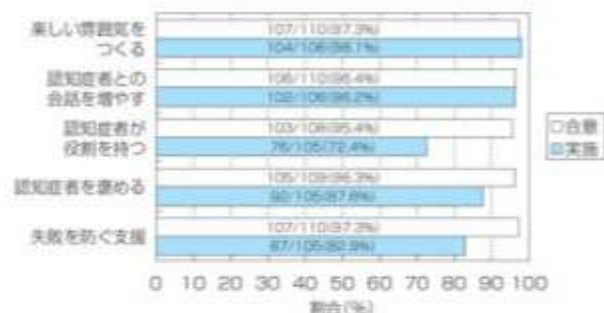


図4 リハ実施時の工夫の合意と実施の割合

認知症者へのリハ実施時の工夫について、5項目を提示して、有効と思う(合意)と実際に実施している(実施)の施設割合(未回答を除いて算出)を表に示した。どの項目も合意は9割を超え、実施も7割を超えた。図中の数値は、該当施設数/回答施設数(割合)を示す。

5+共感5、声5、表情5などが抽出された。① 傾聴・否定しない、理解しやすいように説明、② 短く、ゆっくり、やさしく、繰り返し話す、③ 本人のペースに合わせてとまとめられる。このほか、褒める、笑顔、共感、ジェスチャー、ボディタッチなど、多くの施設がコミュニケーションにいろいろな工夫を凝らしていた。

(2) 「リハビリテーション実施中の工夫」(n=101)

高頻度語では、興味18、活動17、環境12、繰り返す8、時間8+時間帯5、説明6+理解6、集中6、調整6、家族6、難易度5、確認5、注意5、声掛け5、会話5などが抽出された。① 興味を引く活動の取り入れ、② 居心地の良い場所・環境、③ 難易度やペースを調整してエラーレスの活動、とまとめられる。その他多数の工夫が寄せられ、各施設が熱心に取り組んでいた。

(3) 「リハビリテーション実施以外の時間の工夫」(n=96)

高頻度語では、環境17+環境設定7、写真9、トイレ8、離床8、目印8、家族8、自宅7、物品7などが抽出された。① 自宅にあったなじみの品の配置や写真、カレンダーなどの環境設定、② トイレ動作をうまく行える工夫、③ 離床を促進し生活リズムをつくる取り組みなどが多かった。このほか、アロマやアロママッサージ、タッチケアを導入しているところもあった。

(4) 「生活リズムの工夫など」(n=97)

高頻度語では、日中24、レクリエーション22、離床18、役割13、活動12、更衣11+着替え5、参加11、朝10、食事9+食堂5、離床時間6、体操6

などが抽出された。① 日中の離床と活動、② 役割、③ 更衣などとまとめられる。

7. ゴール設定での困難

「ゴール設定での困難は」に対する自由記載の高頻度語の解析 (n=92) から、家族 38、受け入れ 23、認知症 12、理解 11、独居 9+一人暮らし 3、退院先 11、身体機能 9+ADL 5+動作 5 などが抽出された。① 家族の問題が第一で、受け入れや協力の拒否、理解が得られない、老老介護など介護力不足が挙げられた。次いで、② 独居、③ 本人の認識・決断不能、④ 身体機能・生活機能低下、といった困難が多く挙げられた。

8. 在宅復帰支援での困難

「認知症を有することにより、回答いただいている病棟から在宅復帰に向けた支援で困難となること」の設問で、「支援が困難となる理由」を次の3項目で尋ねると、「家族の受け入れ困難」59施設 (40.7%)、「独居」39施設 (26.9%)、「身寄りが無い」23施設 (15.9%) であった (n=104、重複あり)。

9. 今後の認知症対策と委員会活動 (自由記載)

「今後の認知症対策について」の自由意見 (n=58) では、家族 7、理解 7、地域 7+地域住民 3、生活 6 が高頻度語であった。① 家族への対策、② 理解の促進、③ 地域のリソースを増やして支える仕組みが多く挙げられた。「認知症対策委員会に期待する活動となるべく具体的に」についての自由意見 (n=52) では、対応 7、診療報酬 6+算定 4+加算 4、病院 6、地域 5、ケア 4 が高頻度語だった。① 診療報酬化 (新設や加算) と、そのためのエビデンスづくり、② 認知症への対応ノウハウの情報提供 (事例集、DVD、ホームページ掲載など)、が多く挙げられた。

考察

1. 回復期リハ病棟での認知症の現状

認知症は長くりハの阻害因子であるとされてきた。しかし、高齢者が急増する中で、認知症合併率が上昇していると推測される。2013年6月に発表された高齢者認知症全国実態調査¹⁾からは、認知症者が全国で462万人、65歳以上の高齢者の約15%が

認知症と示された。

これまで、多数の回復期リハ病棟を対象とした認知症合併率の調査は、医中誌で検索するかぎり、曾川²⁾以外に報告していない。今回の大規模な調査では、112施設の回復期リハ病棟で人数平均32.6% (施設平均35.3%) と3割以上に認知症が認められ、病棟ごとの割合では21~50%を占める病棟が多かった。しかし、割合の範囲は、認知症は0%の施設から大部分が認知症の95.5%の施設まで、ばらつきが大きかった。認知症を合併する脳卒中や整形疾患のリハ患者が増える中で、認知症対策は喫緊の課題となっている。曾川は、日本リハ医学会のデータベースに登録された回復期リハ患者のデータ (2010年10月版) を分析し、脳卒中回復期リハ患者1,911名中1,347名 (70.5%) に認知症を認め、大腿骨頸部骨折回復期リハ患者182名では59名 (32.4%) に認知症を認めたとしている。今回の調査で、本邦の回復期リハ病棟の多くが、入院患者の2~5割に認知症を合併している実態が明らかになった。

また、認知症を有していても、診断が6割でなされていない、タイプ分類 (鑑別診断) が約半数でなされていないというように、診断割合の低いことが特徴だった。この背景には、認知症を診断できる医師や設備が不足していることや、保険請求上から診断を躊躇していることがうかがわれる。しかし、きちんと認知症対策を行うには、認知症であること、およびその原因の診断が必須である。レビー小体型認知症の割合が1.8%と少ないのは、もの忘れ外来で約1割を占める認知症の実態とそぐわないが、これはレビー小体型認知症が見逃されていることと、幻視やせん妄から入院拒否につながっていると推測される。

評価指標では、MMSEなど認知機能の評価尺度は大部分の施設で使われていたが、BPSDの定量的な評価は大部分の施設で行われていなかった。適切な薬剤選択とリハ・ケアによるBPSDのコントロールは入院継続には必須であり、BPSDの定量的な評価による適切な医療の提供が望まれる³⁾。

BPSDでは、暴言・暴力、徘徊、易怒性などの陽性徴候と、著しい意欲低下 (アパシー) という陰性徴候の割合が高かった。これらの症状に対して、レクリエーション、手伝い、手作業、声かけなど、各施設がケアに工夫を行っていた。今後は、BPSDの定量的評価尺度を導入して、実施しているケアの工

夫の効果を論文などで示すことが望まれる。

2. 認知症へのリハ

認知症そのものへのリハ効果は、メタ分析で、認知トレーニング・認知刺激が認知機能を向上させ、ADL トレーニングが生活機能を向上させ、リラクゼーションや介護者教育などがBPSDを低減することが報告されている⁴⁾⁵⁾。しかし、本邦の回復期リハ病棟で認知症へのリハ効果を示した論文を見つけるため、「回復期リハ」と「認知症」をキーワードに医中誌を検索すると70件の原著論文がヒットするが、ランダム化を加えるとヒットは1件のみで⁶⁾、質の担保された介入研究の論文はほとんどなかった。

山口らは、認知症のリハにおいて脳活性化リハ5原則を提唱している³⁾⁷⁾。①快刺激で笑顔を生む、②コミュニケーションで安心を生む、③認知症の人が役割を持つ、④褒め合う、⑤失敗を防ぐ支援で成功体験、である。今回、この5項目について調査すると、どの項目も、9割以上の施設が有効性を認め、7割以上の施設が実践している実態が明らかになった。今後、若干頻度が低かった「認知症の人が役割を持つ」が広まることを望まれる。認知症のリハでは、「できないこと」よりも「できること（残存能力）」に焦点を当て、これを引き出すリハが望まれる。認知症の人が持てる能力を発揮して役割を果たし、他者から褒められることが、生活意欲を向上させ、その人の尊厳保持につながる。脳卒中片麻痺の歩行練習の後で毎日褒めると、退院時の歩行スピードが有意に速くなったという介入研究から、褒めることのリハへの効果が示されている⁸⁾。介護老人保健施設（老健）の認知症短期集中リハでも、脳活性化リハ5原則を用いた介入で、認知機能と活力が高まりBPSDと抑うつが低減することが示されている⁹⁾。

今回、認知症そのものへのリハを実施している施設では、集団での実施割合が多かった。老健の「認知症短期集中リハ実施加算」は個別リハであるが、認知症、特にアルツハイマー型認知症では、小グループで、仲間同士のコミュニケーションや助け合いを引き出し、楽しい雰囲気で行うことが有効である³⁾。回復期リハ病棟で集団作業療法を行い、認知機能やうつ、QOLに対して効果があったとする報告がある⁶⁾。このような対応に対して診療報酬上の適切な

評価がなされることが望まれる。

認知症を合併するリハ患者のリハ効果については、曾川²⁾が、脳卒中回復期リハでFIM運動項目利得が非認知症群（564名）18.0、認知症群（1,347名）18.0と両群で変わらず、認知症があっても運動機能が向上し、認知症が阻害因子ではないことを示した。しかも理学療法実施単位数が非認知症群210.0±128.6単位に対して、認知症群は160.5±116.4単位と有意に少ないにもかかわらず（入院期間は有意差なし）、同等の効果をj得ていた。一方、大腿骨頸部骨折回復期リハでは、FIM運動項目利得が非認知症群24.5、認知症群17.5と、認知症群で有意に少なかった。しかし、認知症があっても相応の改善がみられることを示した。認知症を合併していても、それを「リハを行わない理由」にしてはいけないことを示している。

3. 診療報酬：認知症対応加算の必要性

認知症を有するリハ患者への工夫（自由記載）は、多くの施設が尊厳を守り、能力を引き出す工夫を試みていることを示している。認知症者がリハ対象者の3割を占めるという実態があり、それぞれの施設が工夫をこらして対応している。認知症への適切な対応は、「ゆっくり、丁寧に、優しく、繰り返して」と「寄り添うかわり」であり、マンパワーが必要である。この「寄り添うかわり」を認知症対応加算として診療報酬化できれば、回復期リハ病棟で認知症へのより適切なリハ対応が促進され、認知症の人の尊厳がより守られるようになり、その人らしさがより支えられ、本人のリハに取り組む意欲もいっそう高まるであろう。この診療報酬化のためには、「寄り添うかわり」の効果を論文化してきちんと示すことが、今後求められる。

認知症対策委員会への要望に、診療報酬化が多く書かれていた。診療報酬化に向けて、まずは、パイロット事業として、①認知症そのものへのリハ、②運動器などのリハ疾患に認知症を合併している場合の対応、の2点について、成果を示す必要がある。

また、認知症対応マニュアルを要望する声もあった。

謝辞

本調査にご協力いただいた、協会会員施設のアンケート回答者と、調査用ホームページ作成などご尽力いただいた協会事務局の吉野信一様に感謝します。

文献

- 1) 朝田 隆, 他: 都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応
- 2) 曾川裕一郎: 認知症患者の日常生活動作, 認知機能, 退院後転機に対するリハビリテーション効果について—日本リハビリテーション医学会患者データベースの分析, 臨床リハ **21**: 716-720, 2012
- 3) 山口晴保, 他: 認知症の正しい理解と包括的医療・ケアのポイント 第2版, 協同医書出版社, 2010
- 4) Olazarán J, et al: Nonpharmacological therapies in Alzheimer's disease: a systematic review of efficacy, *Dement Geriatr Cogn Disord* **30**: 161-178, 2010
- 5) Woods B, et al: Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia, *Cochrane Database Syst Rev* **2**: CD005562, 2012
- 6) 磯 直樹, 他: 集団活動における作業工程の進め方の違いが認知症者の精神・心理機能へ及ぼす影響—回復期リハビリテーション病棟における介入研究, 作業療法 **30**: 20-28, 2011
- 7) Yamaguchi H, et al: Overview of non-pharmacological intervention for dementia and principles of brain-activating rehabilitation, *Psychogeriatrics* **10**: 206-213, 2010
- 8) Dobkin BH, et al: International randomized clinical trial, stroke inpatient rehabilitation with reinforcement of walking speed (SIRROWS), improves outcomes, *Neurorehabil Neural Repair* **24**: 235-242, 2010
- 9) 関根麻子, 他: 老健における認知症短期集中リハビリテーション: 脳活性化リハビリテーション5原則に基づく介入効果, *Dementia Jpn* **27**: 360-366, 2013



みやざき ひろし 1954年沖縄生まれ。79年岡山大学医学部卒業。医師、医学博士。タビックグループ代表。日本リハビリテーション病院施設・協会理事及び認知症対策検討委員会委員長。著書「痴呆の基礎知識」など。

宮里式チェックリスト

認知症を見極めるため、いろんなリストが発表されていますが、これは私の臨床経験からまとめたものです。

- ☐ 物忘れが目立つと家族や友人から言われる
- ☐ 以前に比べていろんな生活の場面で意欲がなくなった
- ☐ 料理が単調になったり味付けが変わった
- ☐ 今まで趣味でしていたことが下手になった
- ☐ 話の内容が単純な内容になってきた
- ☐ 夜寝ぼけて妙な言動をすることがある
- ☐ 感情が淡泊な感じになったり、逆に落ち着かなくなるとか感情が変動しやすくなった
- ☐ 自分の今の状態について自覚が乏しい
- ☐ 久しぶりに会った方から、以前と比べて人が変わったようにだと言われる
- ☐ 物が無くなったと言う

※以上、10項目のうち3つ以上該当したら認知症の疑いがあり、5項目以上だと可能性が高いので、早めの受診をおすすめします。



左は正常な脳画像。白い矢印の部分が記憶の中核「海馬（かいば）」。

右は中等度に進んだアルツハイマー病の方。海馬が縮小したために撮影ができにくく写っている。

高齢者だけでなく若年層にも広がっているといわれる認知症。さらに近年ニーズが高まっている在宅での診療や介護について、隔月で専門家にアドバイスをもらいます。偶数月は認知症について、奇数月は在宅ケアについて取り上げます。（毎月第4週掲載）

高年齢者だけでなく若年層にも広がっているといわれる認知症。さらに近年ニーズが高まっている在宅での診療や介護について、隔月で専門家にアドバイスをもらいます。偶数月は認知症について、奇数月は在宅ケアについて取り上げます。（毎月第4週掲載）

「人の名前が思い出せないことが最近よくあります。認知症が始まったようです」と自分で認知症だと考えて受診される方が増えています。私が医師として認知症に取り組み出して30年の経験をもとに、医学の立場からアドバイスをしたいと思います。

認知症編①

認知症とは、脳に病変があつて物忘れや判断力、計算など思考力が落ち、買い物や料理、仕事などができなくなる状態、それが一時的でなく半年以上続きます。ですから忘れただけでは認知症ではありませんし、思考力が弱くなっても一人暮らしがそれなりにできる状態では認知症とは何かが？



認知症の兆候はさっきのことが思い出せなかったり、意欲を持って取り組むことができないなど

さて認知症はどんな兆候で始まるのでしょうか？「物忘れ」が最初の兆候のひとつであることは知られていますが、もうひとつ「自覚の低下」を強調しておきます。自分から意欲をもつて取り組みことが少なくなるのです。正常な範囲内の「加齢に伴う

加齢と認知症の違い

の神経細胞の中で増え、細胞が壊れるのです。認知症で一番多いアルツハイマー病はこのふたつが増え過ぎて起きます。世界中で研究されていますが、まだ根本的な治療法は見つかっていません。ただ認知症はアルツハイマー病以外にもたくさんある病気が含まれており治療法はさまざまです。その中には治る認知症や早期発見で進行を抑えることが可能な認知症もあります。

● 全国の発症者は？

実は、どのぐらいの人が認知症を発症しているのか、統一した方法による全国的データはまだありません。各地で実施された医学界の報告や行政のデータを大まかに見ると、65歳以上の方の8%、10%の方が発症し、現在全国で200〜300万人が認知症になっているとされています。団塊の世代が75歳以上となる2025年、認知症が一層増加することは避けられません。認知症の問題は、医療・介護の領域にとどまらず、医療・介護費の高騰、ケア人材不足など、少子高齢化と人口減少に入った日本の社会全体を揺るがすほどの財政的課題、労働力確保問題にもつながる可能性が指摘されています。だからこそ、正しい知識やきちんとした対応が求められているのです。

知って安心 認知症と在宅ケア

執筆 宮里 好一
(医療法人タビック理事長)

正しい知識で不安解消

10年前は認知症についてはよくわからないという方が多かったのですが、最近ではみなさんそれそれが認知症へのイメージを明確に持ちだしたようです。ところが、その知識に間違いがあつたり思い込みが強いと、余分な不安が増したり、できる対策を見逃したりすることもあります。認知症の知識を確かなものにして、不安を乗り越えて立ち向かえるようお役にたてれば幸いです。

きたら認知症ではないのです。つまり認知症とは①脳の病気の②記憶力や思考力など頭の機能の悪化③生活に支障が出る④半年以上続くーと考えていいと思います。

認知症では脳の神経細胞の周りにベータ・アミロイドというタンパク質が異常に増えていることがわかりました。その後、タウという別のタンパク質が脳

きたら認知症ではないのです。つまり認知症とは①脳の病気の②記憶力や思考力など頭の機能の悪化③生活に支障が出る④半年以上続くーと考えていいと思います。

認知症では脳の神経細胞の周りにベータ・アミロイドというタンパク質が異常に増えていることがわかりました。その後、タウという別のタンパク質が脳

きたら認知症ではないのです。つまり認知症とは①脳の病気の②記憶力や思考力など頭の機能の悪化③生活に支障が出る④半年以上続くーと考えていいと思います。

きたら認知症ではないのです。つまり認知症とは①脳の病気の②記憶力や思考力など頭の機能の悪化③生活に支障が出る④半年以上続くーと考えていいと思います。

きたら認知症ではないのです。つまり認知症とは①脳の病気の②記憶力や思考力など頭の機能の悪化③生活に支障が出る④半年以上続くーと考えていいと思います。

きたら認知症ではないのです。つまり認知症とは①脳の病気の②記憶力や思考力など頭の機能の悪化③生活に支障が出る④半年以上続くーと考えていいと思います。



みやざき・よしかず／1954年沖縄市生まれ。79年岡山大学医学部卒業。医師、医学博士。タビックグループ代表。日本リハビリテーション病院施設・協会理事及び認知症対策検討委員会委員長。著書「痴呆の基礎知識」など。

I 変性型認知症

アルツハイマー病、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症、進行性核上性麻痺、認知症を伴うパーキンソン病など

II 血管性認知症

大脳皮質病変型、皮質下病変型（ピンスワンガー病含む）、重要部位病変型、血管炎など

III 脳内病変によるもの

正常圧水頭症、慢性硬膜下血腫、脳腫瘍、AIDS脳症、単純ヘルペス脳炎、進行麻痺、プリオン病、多発性硬化症、頭部外傷後遺症など

IV 全身性疾患に伴うもの

甲状腺機能低下症、腎不全、血糖異常、ビタミン欠乏症（ビタミンB1、B2など）、アルコール長期乱用、シンナー中毒、低酸素症など

認知症の原因となる主な病気

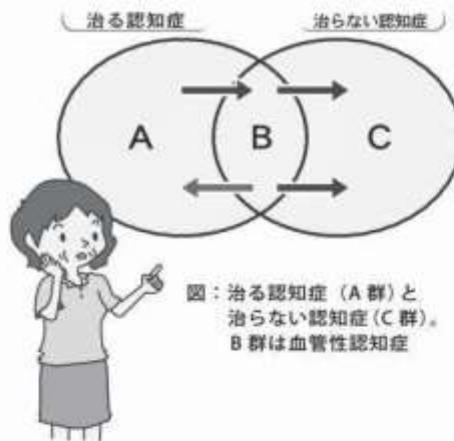
認知症は、たくさん原因（病気）があって起こる状態です。その認知症を起こす病気は50以上あるとも言われ4つのグループに分かれています。それぞれのグループによって対応も違ってきますので、知識として知っておくと良いでしょう。

認知症編②

1 番目のグループは、変性型認知症。脳の神経細胞が萎縮（いしゆく）して消失していくような「変性」を示す病気です。その中にアルツハイマー病、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症などが含まれています。

2 番目は、血管性認知症で、文字通り脳のなかの血管が詰まったり、出血して起こる認知症です。どこの場所の血管が壊れたのかで症状も異なります。

3 番目は、脳内病変によるものです。慢性硬膜下血腫などの脳を圧迫する病気やエイズ脳症など感染症、頭部外傷、自己免疫



図：治る認知症（A群）と治らない認知症（C群）。B群は血管性認知症

原因によって認知症が治るのかどうか分かる。精神科や神経内科、物忘れ外来など、専門医を訪ねて診察を受けることが大切

知って安心 認知症と在宅ケア

執筆 宮里 好一
(医療法人タビック理事長)

予防や早期治療が大切

まず、病気によって分類する方法では4グループに分けられます。それは「変性型認知症」「血管性認知症」「脳内病変」「全身性疾患」があります。

認知症の種類って？

疫学などです。4番目は全身性疾患に伴うもので、甲状腺機能低下症や低血糖の持続、ビタミンB12やビタミンB1の不足、アルコールの長期乱用などです。以上の病気の内容による分け

方とは別に、年齢で分ける場合もあります。

年代で異なる原因

たとえば最近注目されている若年性認知症は、18歳から64歳

治るタイプの把握

読者のみなさんの関心は、「治るのか」「予防できるのか」ではないでしょうか。そこで、今のところ治る認知症と治らないものに分けて図に示しました（上図）。

右側のCが治らない認知症で、先ほどの原因別分類1番目の変性型です。残念ながら現代医学ではまだ根治できず、完全に予防することもできません。ただし、運動や生活習慣病の予防で発症しにくいことが判明しています。

左側のAは治る認知症、原因別の3と4番目の「脳内病変」「全身性疾患」に入るかなりの病気が含まれます。つまりその予防と早期治療で完全に防止でき、発症しても治ることが可能なのです。ですから治るタイプを見逃さないために、専門医がきちんと初期診断することが重要です。私の方でもかなり重度の認知症の方が数日で回復したり、薬によって治るという経験をしています。

真ん中のBが血管性認知症で、発見が遅れると治りません。脳梗塞の再発を防ぐ治療や生活習慣病の治療で治ることがありますが、意外に気付かれにくい認知症です。

(第4週に掲載)

までに発症する認知症と定義され、全国に少なくとも3万8千人、実際は10万人以上発症しているとも言われています。

認知症の原因となる病気別の頻度について最近の報告から推定しますと、アルツハイマー病が50%、血管性認知症が20%、レビー小体型認知症が15%、その他15%ではないかと私は考えています。若年性認知症の中では血管性認知症がもっとも多いと厚生省研究班が報告しています。



みやざき 好一 / 1954年沖縄市生まれ。79年岡山大学医学部卒業。医師、医学博士。タビックグループ代表。日本リハビリテーション病院施設・協会理事及び認知症対策検討委員会委員長。著書「痴呆の基礎知識」など。

表記は ▷薬名＝目的の症状(副作用)※薬の分類 の順。

元気系

- ▷ドネペジル＝認知機能低下、無気力(下痢、易怒性、徐脈)※抗コリンエステラーゼ阻害薬
- ▷ガランタミン＝同上(吐き気・嘔吐、下痢)※同上
- ▷リバスチグミン＝同上(同上)※同上、貼付剤(パッチ)
- ▷アマンタジン＝アバシー、橋下障害(せん妄、興奮)※抗パーキンソン薬、A型インフルエンザ治療薬
- ▷ニセルゴリン＝アバシー、血管性認知症(ほとんどない)※脳循環代謝改善薬

調整系

- ▷メマンチン＝認知機能低下、興奮性の症状(めまい、血圧上昇、活動性低下)※NMDA受容体拮抗薬
- ▷抑肝散＝幻視、妄想、興奮、昼夜逆転(低カリウム血症、過鎮静)※漢方薬
- ▷セルトラリン＝うつ症状(吐き気、食欲低下)※抗うつ薬SSRI
- ▷トラゾドン＝うつ、不安、昼夜逆転(眠気、ふらつき)※抗うつ薬
- ▷タンドスピロン＝不安、易怒性、焦燥(まれに眠気、ふらつき)※抗不安薬

抑制系

- ▷クエチアピン＝妄想、暴力などのBPSD(パーキンソン症状、高血圧)※非定型抗精神病薬
- ▷リスベリドン＝同上(パーキンソン症状、ふらつき)※同上
- ▷チアプリド＝興奮、せん妄、妄想(同上)※定型抗精神病薬
- ▷バルプロ酸＝興奮などのBPSD(眠気、ふらつき、食欲低下)※抗けいれん薬
- ▷ゾルピデム＝不眠、昼夜逆転(まれに日中の眠気、ふらつき)※超短時間作用型睡眠薬
- ▷プロチゾラム＝同上(同上)※短時間作用型睡眠薬

認知症に用いる主な薬

「認知症は治療して治ると思いますか？」との質問に対して、ほとんどの方が「治らない」と答えるでしょう。原因によっては治る認知症と治らないものがあります。今回は治療法の中でも薬について紹介します。

認知症編③

● 認知症薬は3分類

本コーナーの2回目「認知症の種類」で述べたように、認知症の原因は多岐にわたります。中には手術によって短期間で治つたり、不足したものを補うと改善する認知症もあります。つまり、原因によって治る場合と治らない場合があるのです。



物忘れなど認知機能低下そのものの改善を目的に使う薬が元気系のドネペジル、ガランタミン、リバスチグミンと調整系のメマンチンという四つの薬です。記憶に関係するアセチルコリンという脳内物質を維持する作用や脳細胞の保護作用があります。

● 効果も副作用も

今回は治療法のうちで薬について紹介します。わかりやすく言いますと認知症の薬は、①脳を元気にする薬(元気系)、②脳の機能を調整する薬(調整系)、③脳の機能を抑える薬(抑制系)の三つに分類されます。私がよく使う16の薬をまとめました(左表)。効果がありますが副作用もあります。ご本人、ご家族に十分説明し納得していただきながら処方いたします。

知って安心

認知症と在宅ケア

執筆 宮里 好一
(医療法人タビック理事長)

薬は効果的に服用を

実際にご家族が認知症と診断されたとき、どうしても治したい」という思いが強くなるのも人の情だと思えます。アルツハイマー型認知症の薬を回復させたい思いが強く、懸命に「記憶訓練」を繰り返す、結果としてご本人にはストレスになって落ち着かなくなり不眠症になった方がおられました。「訓練をやめただけで不眠症がよくなりました」。

アルツハイマー型認知症は完治できない認知症ですが、発症早期から治療すると進行を遅らせることができることがわかっていきます。「薬を飲んでから孫の名前が出るようになった」と、ご家族からうれしい話を聞くこともよくあります。

● 可能性と限界を共有

先日の私の外来にて、認知症の夫の興奮症状に半年間も悩まされていたご家族から、「チアプリドを飲みだしたその夜から興奮がなくなり夫も私もぐっすり眠れました」とのお話がありました。虐待しそだったとも打ち明けてくれました。大変な負担となる認知症介護をサポートするために、お薬は有効です。薬の可能性と限界を共有しながら、医師とご本人、ご家族、介護職が密に連携することが安全で有用な治療を進める上で大切だと思います。

(毎月第4週掲載)



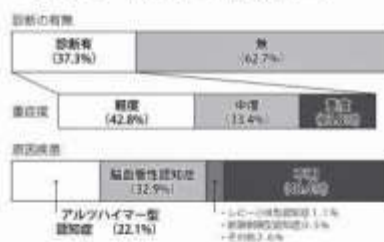
みやざと・よしかず/1954年沖縄市生まれ。79年岡山大学医学部卒業。医師、医学博士。タブックグループ代表。日本リハビリテーション病院・施設協会理事及び認知症対策検討委員会委員長。著書「向來の基礎知識」など。

私が委員長を務める日本リハビリテーション病院・施設協会の認知症対策検討委員会では、このほど、「回復期リハビリテーション病棟における認知症の実態と対応」について調査を行い、結果がまとまりました。

調査に協力してくれたのは、全国の112施設です。これまで、認知症のあるリハビリ対象者に関する全国的な調査はほとんど行われておらず、医療従事者はもちろん、利用者にとっても、現状を把握し、課題や今後の対応を考える上でたいへん興味深い調査だったといえます。

診断の有無や重症度、原因疾患は下図の内訳となっていますが、そのほかに、認知症患者を主体にしたリハビリは21施設で、作業療法については85%以上が実施していました。そういうときの工夫としては、「楽しい雰囲気を作る」「会話を増やす」「役割を持たせる」などがあり、認知症の進行を遅らせるための方法を取り入れていることが分かりました。

<アンケート結果（一部抜粋）>



回復期リハビリ施設の認知症に関する全国調査

「認知症は回復するのか、あるいは進行を遅らせるための方法はあるのか?」と、認知症の方を抱える家族のみさんからよく質問されます。今回は私がいつも回答していることをご紹介します。

認知症編④

早期発見で治る場合

すでに本コーナーで述べたように認知症はいろんな原因があり、早期発見すると完全に治る認知症もあるのです。脳血管性認知症は早期に発見され、脳梗塞再発予防のお薬やリハビリで脳を活性化し続けると、進行が止まることがあります。



私の担当した名護の宮里病院の物忘れ外来を受診して、薬物療法とリハビリを継続した脳血管性認知症の患者のうちの、3割以上の方の進行が止まったことを、3年間の追跡で確かめたこともありました。

では、治らない認知症の代表であるアルツハイマー型認知症はどうでしょうか。76歳の男性の方がおられました。認知症が始まって5年経過したところより、夜になるとトイレの場所が分からなくなりリビングで漏らすことが多くなりました。

変化に応じ環境整備

家族が叱ると自分ではないと言いつけるので家族とのけんかが増え、本人は精神的に追い詰められました。家族の方もあまりに理屈をこねて否定するので、わざとやっているのではないかと感じていたのです。受診されて初めて、ご家族も病気の症状だと納得されました。

進行遅らせる方法も

その他にも進行を遅らせる方法があります。一つはご家庭で本人のできることをできるだけ長くしていただき、ご家族以外とも交流できるデイサービスやアイケアなどを利用され、体と脳と心を刺激する生活を持続することです。

二つ目は、認知症のお薬を早期から服用することです。アリセプトなど認知症の薬は進行を遅らせることが分かっています。三つ目は、原因がはっきりとしている認知症はその原因を早く取り除くことです。例えばアルコール関連の認知症の方は、2年間断酒すると少しずつ脳の萎縮（いしゆく）も改善していくとの研究結果が報告されています。

四つ目は、肺炎や転倒・骨折など合併症の予防です。そのためにはかかりつけ医や専門医、そして何よりもケアマネジャーなど介護専門職の方とのつながりを強めて安心してケアできるチームをつくることです。進行を遅らせる最大のポイントだと思います。

タイプ別で進行度に差

知って安心 認知症と在宅ケア

執筆 宮里 好一
(医療法人タブック理事長)



みやざと・よしかず/1954年沖縄県生まれ。79年岡山大学医学部卒業。医師、医学博士。タビックグループ代表。日本リハビリテーション病院・施設協会理事及び認知症対策検討委員会委員長。著書「痴呆の基礎知識」など。

宮里式チェックリスト

このチェックリストは、私の臨床経験からまとめたものです。年末年始は、家族や親戚が一堂に会する場面が多くなります。いつも一緒に暮らしている家族ではなかなか気付かないことでも、久しぶりに会ったからこそ気になることもあるでしょう。

家族や周囲の人の「気付き」が認知症の早期発見にもつながってきます。以下のチェックリストを参考にしてください。

- ☐ 「物忘れが目立つ」と、家族や友人から言われる
- ☐ 以前に比べて、いろんな生活の場面で意欲がなくなった
- ☐ 料理が単調になったり、味付けが変わった
- ☐ 今まで趣味でしていたことが下手になった
- ☐ 話の内容が単純になってきた
- ☐ 夜、寝ぼけて妙な言動をすることがある
- ☐ 感情が淡白な感じになったり、逆に落ち着かなくなるなど、感情が変動しやすくなった
- ☐ 自分の今の状態について自覚が乏しい
- ☐ 久しぶりに会った方から、以前と比べて人が変わったようだと言われる
- ☐ 「物が無くなった」と言う

※以上、10項目のうち、3つ以上該当したら認知症の疑いがあり、5項目以上だと可能性が高くなります。早めに医療機関での受診をおすすめします。

認知症の兆候らしきものが表れた時、家族はどうしたらよいのでしょうか。家族が「ひょっとしたら」と認知症に気付いたエピソードで最も多いのは、「同じことを何度も尋ねる」という症状です。今回はその対処法についてアドバイスします。

認知症編⑤

あなた自身が、物忘れがひどくなったり事実を指摘されても思い出せないようになった状況で想像してみてください。そうしたら、ふだんの生活で何かとうまくいなくなるでしょう。そんな時、家族から「そんなこともできないの。しょうがないわね」とか、「わざとやっているの？」と責められたら、どんな気持ちになるでしょう。怒ってしまいませんか。落ち込んで閉じこもってしまいませんか。ですから、「同じことを何



物忘れがひどくなったり、同じことを何度も言う場合は、認知症の始まりかも。そんなとき、家族は優しく接することが大切

知って安心 認知症と在宅ケア

執筆 宮里 好一
(医療法人タビック理事長)

家族は優しく対応を

同じことを何度も尋ねられた場合、「さっき言ったでしょう」ときつく言い返すことはせず、優しく接することが大事なのです。

自分に置き換えて

「度々尋ねる」という症状に対して、「もしかしら認知症の始まりかな」と家族が気付いてあげることがもっとも大切です。さて、認知症の診断を受けたらと考えると受診を勧めても、本人が受診を嫌がる場合が少なくありません。自分の物忘れを自覚できないため説明が難しいのです。「一緒に健診受けよう」と誘ってうまくいくこともあります。

「ボケ予防のため一度受けてください」と別の家族からしつかりお願いしてみると、あっさり応じることもあります。

早期発見が近道に

家族が認知症を疑って受診された場合、約95%が認知症と診断されています。これはかかりつけ医から紹介された場合の約90%の診断率よりも、認知症の

確率が高いという報告もあります。日頃から接している家族の認知症に対する知識があることが早期発見の一番の近道といえます。

そして発症して間もないころの患者さんの苦悩を家族が理解し、優しく、その人に合わせた対応をすることが致いになり、進行を遅らせることにつながるのです。

告知の是非も考えて

医師が認知症と診断した場合、本人への告知をどうしたらいいでしょうか。私は家族の意見も聞きながら、初期の方には原則として告知しています。アンケートによると、アルツハイマー型認知症になった方の92%が告知を望むと報告されています。

告知によって、治療への意欲が高まるのです。また後見制度のことを考えたり、遺産相続や生活費への対応も可能となります。しかし、かなり落ち込むことは事実ですので、その方をずっと支える周囲の支援体制が必要

です。わが国では認知症がすでに約400万人、予備軍を入れて800万人になったと推定されています。あたりまえの病気になった認知症を、国民全体の課題であり、自分自身の問題として受け止め、社会全体で本人と家族を支えることがいよいよ重要になってきたと思います。

この連載の1回目(2013年4月25日掲載)に紹介した認知症を見極める「宮里式チェックリスト」を再掲しますので、参考にし、家族や自分の状態をチェックしてみてください。

(第4週に掲載)



みやざき・よしかず/1954年沖縄市生まれ。79年岡山大学医学部卒業。医師、医学博士。タビックグループ代表。日本リハビリテーション病院・施設協会理事及び認知症対策検討委員会委員長。著書「痴呆の基礎知識」など。

厚生労働省は2013年6月、「認知症有病率等に関する調査」結果を公表した。調査期間は、2009年～12年度まで。実施した地域は、宮城、茨城、新潟、愛知、鳥取、福岡など全国10県。65歳以上の高齢者を対象に、住民基本台帳から無作為に抽出された中から、調査に協力した約5400人のデータを基に分析されたもの。

調査方法は調査員による問診、神経心理検査、遺伝子検査を含む血液検査、医師による神経学的および身体的診察のほか、認知症が疑われた場合は頭部MRIを撮影した。

調査の結果、全国の認知症有病者数は2010年の推計で約439万人。さらに、「認知症予備軍」とされる正常と認知症の中間の状態(MCI)の人は約80万人と推計されている。この結果と高齢者人口を照らし合わせると、高齢者人口2874万人のうち、約15%の人が認知症ということになる。

さらに、2012年に厚生労働省が公表した「認知症高齢者の日常生活自立度2以上の高齢者数」の推計データによると、自立度2以上の人は280万人とされる。

また、昨年12月のG8認知症サミットでは「認知症に関する研究資金を大幅に増やす」「研究従事者を増やす」などを盛り込んだ宣言も採択。認知症に関する研究を深め、それらの内容を各国で共有することを強調した。2014年には同サミットの後継イベントとして、「新しい介護と予防モデル」をテーマにした催しを日本で開催する予定となっている。

厚生労働省の認知症に関する調査結果ほか

昨年4月にスタートした連載「認知症編」は最終回となります。これまで認知症のチェック法や薬の種類などを紹介してきましたが、今回は予防法と、私が考えている沖縄をモデルにした命を大切に地域づくりを提案したいと思います。

認知症編⑥

国際アルツハイマー病協会によると世界には4400万人の認知症の方がおり、2050年には3倍の1億3500万人になると指摘しています。英国キヤメロン首相は閉会の辞として、「今日という日が、認知症に世界が立ち向かい始めた日として刻まれることを願っている」と述べました。認知症の種類のひとつである

発症20年前から異常

昨年の厚生労働省の研究班によって、認知症患者は我が国で約439万人、予備軍約380万人を入れるとおよそ820万人となったこと、95歳以上の高齢者の約8割が認知症を発症していることが報告されました。図に参照。また同じく昨年12月11日、ロンドンで主要8カ国G8認知症サミットが初めて開催されました。

アルツハイマー病は、発症する20年以上前から脳の中に異常なたんぱくがたまり始めていくことが分かっています。いったん発症してしまうと、現在の医学では完全に治すことができません。世界の研究者によって、アルツハイマー病になりやすい人となりにくい人の長期的な比較研究が行われています。

料理学を義務付けて
日本では、認知症予防



認知症予防に運動や料理

執筆 宮里 好一
(医療法人タビック理事長)

いる人は認知症になる確率が30%から50%減るといことが国際的に認められています。目安は週3日以上、1日30分以上の運動です。社会的な交流をすることや頭を使う生活、適切な食生活も多く、研究者が重要と指摘しています。

沖縄をモデル地域に

今回の「認知症編」の最終回です。持論を述べさせていたただくことをご容赦ください。認知症が世界共通の課題になったように、今私たちが抱える問題は世界の仲間とともに取り組まないと解決できない課題ばかりです。

そのなかで、戦争、貧困、病気（とくに新型インフルエンザやエイズなどの伝染性疾患）、がん、肥満、認知症、そして環境問題については深刻さが増えています。一方、どうかしようというさまざまな動きも強まっていると思います。

個人から始まった人々の起源はひとつ、私たちが生きている地球はひとつ、「人類と地球はひとつ」という。個人の思想、がこの小さな地球から発信され、その解決のひとつのモデルとして認知症になりやすい地域、命が大切にされ世界の人々が訪れる島「ヌチドクカラ、イチャリパチョーデー」の世界を若い世代とともにつくっていきたいと考えています。

(認知症編は今回で終了。在宅ケア編は3月第4週に掲載)

《 小論文 》

当院の回復期リハビリテーション病棟における気管切開患者の現状

6階メディカルホールちゅうみ 理学療法士 宮城仁
伊禮祥子（理学療法士）、比嘉淳（医師）、又吉達（医師）

【はじめに】

回復期リハビリテーション（以下、回復期リハ）病棟において入院患者が年々重症化しており気管切開を有する患者に対応することの必要性が高まっている。そこで、気管切開患者のチームアプローチの一助とするため、気管切開を有する患者を対象に当院における現状を調査したので報告する。

【対象と方法】

平成24年4月から平成25年3月の1年間に当院を退院した患者823例中気管切開を有する患者15例とした。方法としてカルテより以下の項目を後方視的に調査した。①気管切開を有していた患者の基本情報（年齢、病名、経過）。②全患者の退院時情報（在院日数、日常生活動作、転帰先）。日常生活動作はFIMを用いて評価した。③気管切開を有する患者の退院時吸引回数、入院時における家族の希望転帰先。

【結果】

対象患者15例の平均年齢は59.9歳であった。病名では脳出血5例、廃用症候群4例、くも膜下出血3例、脳梗塞、頭部外傷、硬膜下血腫は各1例ずつみられた。経過として、15例中救急搬送は3例、気管切開閉鎖は2例、退院まで気管切開を有した方は10例（以下、気切患者）であった。

対象患者15例の平均在院日数は104日、全患者は85日であり、対象患者の方が長い結果となった。また、対象患者15例のFIM平均点数は入院時22点、退院時23点であった。一方、全患者は入院時73点、退院時83点であり、対象患者では入退院時の変化が少ない結果となった。

気切患者10例の転帰先では自宅退院5名、長期療養型病院5名で自宅退院率は50%、全患者では自宅退院率82.5%であった。

1日平均吸引回数は、長期療養型への転院例は8.0回、自宅退院例は5.2回、両群に大きな差は見られなかった。家族の希望転帰先に関して自宅退院例では5例中4例が自宅を希望され、1例は車いす生活が自立という条件付きで自宅を希望されていた。また、転院例では5例中4例はトイレ動作や移動動作の自立など入院前レベルまでの回復を条件として自宅を希望されており、1例は入院時より施設希望であった。

【考察】

先行研究において新藤らは、退院時に気管切開や吸引を要した症例では自宅退院率が31%と報告している。今回の調査結果では、退院まで気管切開を有していた患者10例の自宅退院率は50%と高かった。その要因の一つとして、家族が早期から自宅を希望することで自宅生活の認識を深めることができ、早期の住宅訪問や家族のための介護体験など具体的なチームアプローチを積極的に行えたことだと考える。一方、自宅退院が難しい症例もみられた。その要因として、自宅退院者と比較して吸引回数などの介助量の差はなかったことから、主介護者の介護力・知識不足が影響し、自宅での介護方法や吸引などの医療的介助を行う日常生活のイメージを持ちにくくしていることだと考える。

今後の課題として、自宅退院へのチームアプローチだけでなく、主介護者へサービスの情報提供や介護体験などを通して自宅生活の認識を持ちやすい関わり方を行っていき、自宅退院率の向上に努めていきたいと考える。

参考文献

1)新藤直子：脳卒中患者の在宅復帰 復帰難渋例への私たちの工夫—吸引・気切を要する例。

J Clin Rehabil 2003;12:961-965

2)大熊りり：回復期リハビリテーション病棟における気管切開患者の転帰。

Jpn Rehabil Med 2010;47:47-53

高齢者胸髄不全麻痺に対し回復段階の能力に合わせて HAL を利用した症例

6 階メディカルホールちゅうみ 理学療法士 潮平有貴

富山郁美（理学療法士）、照屋修平（理学療法士）、善平大貴（作業療法士）、又吉達（医師）

【はじめに】下肢麻痺は改善してきているものの、上肢使用が主体であった高齢者胸髄損傷に対して、ロボットスーツ HAL 福祉用（Hybrid Assistive Limb：以下 HAL）を導入した。能力の改善に合わせて HAL を導入することで起立動作や日常生活動作（ADL）に改善が得られた症例を経験したので報告する。

【症例・方法】症例は 76 歳の男性、胸椎（T11.12）椎間板ヘルニアで不全対麻痺を呈し、術後リハビリテーション目的で当院入院となった。発症より約 100 日間で ADL はプッシュアップでの移乗動作自立、トイレ動作軽介助となった。歩行は平行棒内両プラスチック短下肢装具（以下：P-AFO）装着で可能になっていた。しかし、上肢の使用が主体となり、下肢への荷重を促すことが困難で車椅子レベルであった。そのため、下肢の支持を利用した ADL の獲得を目的に HAL を導入した。期間は発症より約 100 日後～190 日後で、頻度としては 10 日に 1 回の計 8 回実施した。練習内容として 1、2 回目は下肢への荷重誘導を目的に起立練習を実施し、3、4 回目は体幹重心移動や下肢への荷重誘導を目的に胸腰部にバイブレーションを併用して体幹前傾誘導や起立、歩行練習を行った。また 5、6 回目は左右重心移動と歩行リズム改善を目的に平行棒内歩行練習、7、8 回目は左右重心移動と股関節屈曲誘導を目的に段差昇降練習を実施した。（表 1）HAL で得た動作の誘導及び促通を通常の練習で強化した。HAL 導入前後の比較には、改良 Frankel 分類や機能的自立評価法（以下：FIM）、起立・歩行動作をビデオカメラで録画し評価した。

【結果】HAL 導入前は改良 Frankel 分類 C2、FIM 運動項目 61 点 / 91 点であったが、下肢の運動学習が強化され、発症より約 190 日経過した HAL 終了後は改良 Frankel 分類 D1、FIM 運動項目 87 点と改善した。起立動作で、上肢での引っ張り動作は軽減し片手すりでの起立も可能となった。また、装具装着しキャスター付きピックアップウォーカー自立し、両松葉杖歩行見守りで可能になった。（図 1）

【考察】今回、下肢に荷重する動作が獲得出来ない高齢者胸髄損傷に対し、HAL を導入することで起立動作や歩行能力の改善が認められた。中野らは関節可動域制限に対して振動刺激治療で可動域の改善が認められたと報告している¹⁾。HAL とバイブレーションを併用して体幹の柔軟性の向上を図ることで両下肢への荷重が誘導され、下肢への認識も高まった。このことにより、起立・着座練習で下肢への荷重誘導が可能になり、下肢に荷重した移乗動作やトイレ動作が自立して出来るようになった。さらに、HAL による歩行練習を導入することが可能となり、重心移動や歩行リズムの改善を図ることが出来、歩行能力の改善に繋がったと考える。今後も回復段階の能力に合わせて HAL を使用することでより効率的に能力を改善することが期待できると考える。

参考文献 1)中野治朗 他：振動刺激を利用した関節可動域制限の治療法。理学療法探究，2004

表 1 HAL 練習内容

①1・2回目（発症より100～115日後）			
目的	下肢への荷重誘導	練習	膝伸展運動、起立・着座
効果	下肢への認識は向上	課題	体幹の柔軟性は残存
②3・4回目（発症より115～130日後）			
目的	体幹の可動性向上、下肢への荷重誘導		
練習	胸腰部にバイブレーションを当てながら体幹前傾を誘導後に起立		
効果	下肢へ荷重した移乗動作が可能 トイレ動作自立(下衣操作は立位で行う)		
③5・6回目（発症より130～160日後）			
目的	左右重心移動、歩行リズムの改善	練習	平行棒内歩行
効果	左右重心移動スムーズ	課題	歩行時の股関節屈曲不十分
④7・8回目（発症より160～190日後）			
目的	左右重心移動、股関節屈曲誘導	練習	階段昇降
効果	歩行時の振り出しスムーズに可能		



図 1 HAL 導入前後の起立・歩行能力の比較

ロボットスーツ HAL を使用後上肢機能が改善し、作業活動に変化が見られた 3 症例

6 階メディカルホールちゅうらうみ 作業療法士 善平大貴

照屋修平（理学療法士）、又吉達（医師）

【はじめに】

当院では Hybrid Assistive Limb（以下、HAL）を平成 23 年 3 月より導入開始し、立ち上がり・歩容の改善などを目的に 3 年間使用し様々な効果が得られている。その中で HAL 終了後に上肢機能改善と簡易上肢機能検査（以下、STEF）の点数改善がみられ、日常生活における作業活動に変化が見られた症例を経験したので報告する。

【症例と方法】

通常リハビリテーション（以下、リハビリ）に加え、HAL 使用の同意の得られた 3 症例[症例 A 氏：非骨傷性頸髄損傷（C3/4 レベル）、症例 B 氏：左視床出血（既往歴に右陳旧性被殻梗塞）症例 C 氏：左視床出血（既往歴に陳旧性脳出血）]に對して立ち上がり・歩容の改善・体幹機能の改善を目的に HAL を使用した。使用頻度は週 1 回、HAL 装着下で約 15 分の訓練（立ち上がり、平行棒内歩行、階段昇降、段差昇降を症例の使用目的に応じて選択）を実施した。症例 A、B 氏は STEF を入院後から 1 回／月の頻度で検査、症例 C 氏は HAL 使用前後に検査を実施した。

【結果】

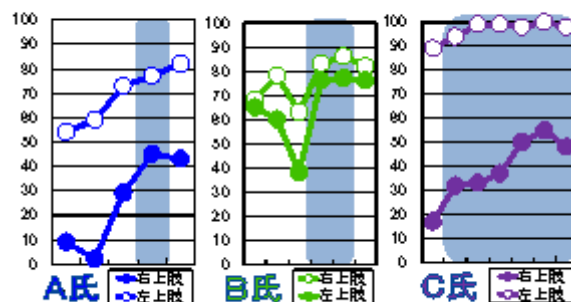
3 症例とも立ち上がり・歩容の改善し、上肢運動時の疼痛・代償動作の軽減の効果が得られた。症例 A 氏は上肢各関節の分離運動出現し両上肢で簡単な作業（書字、調理）可能となり就労に向けてキーボード操作訓練を開始した。STEF は右：43 点、左：82 点と向上した。症例 B 氏は上肢挙上位での作業活動が可能となり、立位で調理動作、洗濯干し、清掃動作遂行可能となった。STEF は右：82 点、左：76 点と向上した。症例 A 氏・B 氏の結果から HAL 使用後に STEF の点数向上がみられたため HAL の効果なのかを検証するため、症例 C 氏には STEF の評価を HAL 使用前日・翌日に評価した。症例 C 氏は上肢リーチ動作範囲拡大し自動車運転の操作評価・訓練開始立位で両上肢使用での家事動作（調理、清掃）可能となった。STEF は HAL 使用毎に STEF の点数向上が確認され、HAL 終了後右：55 点、左：100 点と向上した。

【考察】

症例はいずれも四肢、体幹に障害を有しており、上肢運動時に疼痛が出現していた。そのため、体幹・肩甲帯の代償による非効率な運動の動作であった。立ち上がり・歩容の改善を目的に HAL を使用した症例でも上肢運動時の疼痛・代償動作軽減の効果が得られ、STEF の点数向上、ADL の自立度向上、家事動作をはじめとした作業活動拡大がみられた。このことは HAL を使用したことで下肢の支持性や体幹の安定性が高まり、肩甲帯の動きが改善し上肢運動機能向上がみられ、IADL をはじめとする作業活動範囲の拡大につながったと考える。HAL の使用は立ち上がり、歩行だけでなく上肢機能にも影響を与えたと考える。

	症例 A 氏	症例 B 氏	症例 C 氏
診断名	非骨傷性頸髄損傷 (C3/4 レベル)	左視床出血	左視床出血
既往歴	なし	右陳旧性被殻梗塞	陳旧性脳出血
上肢機能	MMT：右上肢・手指 3、左上肢・手指 3～4	Brunstrom Stage 両上肢・手指 V	Brunstrom Stage 右上肢・手指 IV～V 左上肢・手指 VI
HAL 使用前作業活動	テーブル上に上肢をのせた状態で新聞ちぎりは可能	趣味のビーズ細工、裁縫はテーブル上に上肢をのせた状態で作成可能	洗顔、食器洗い可能も体幹左偏位、上肢リーチ動作不十分
HAL 終了後作業活動	上肢各関節の分離運動出現。両上肢で簡単な作業可能（書字、調理）就労に向けてキーボード操作訓練開始。	上肢挙上位での作業活動が可能となり、立位で調理動作、洗濯干し、清掃動作遂行可能	上肢リーチ動作範囲拡大。自動車運転操作評価・訓練開始立位で両上肢使用での家事動作（調理、清掃）可能

【STEF の点数経過（青枠は使用期間を示す）】



参考文献

- 1)長澤弘：脳卒中・片麻痺理学療法マニュアル 文光堂 P279,2007
- 2)三浦雄一郎・他：上肢挙上時の運動側外腹斜筋による体幹安定化メカニズム 関西理学 12: 29-34, 2012

脳血管障害患者に対して三年間当院で HAL を使用してみえてきたこと

～効果を持続させるための一提案～

7階メディカルホールでいーだ 理学療法士 新里光

照屋修平（理学療法士）、富山郁美（理学療法士）、安里優介（作業療法士）、又吉達（医師）

【はじめに】

当院では HAL (Hybrid Assistive Limb ; 以下 HAL) を獲得したい動作の起点として三年間使用してきた。当院では、動作の起点として HAL を使用し効果を得るための治療方針として①使用前の動作を分析して個々の患者に対して目的動作(重心移動、体幹の安定、歩行リズム改善、下肢の認識強化、股関節屈曲の促通等)を明確にし、プログラムを作成する。②HAL 使用時には動きやすいようにアシストを設定し、介助や口頭指示を利用して目的動作を誘導する。③さらに患者に変化を感じてもらうため、患者自身に変化を確認しながら行う。④使用後に通常の治療介入で、HAL で得られた目的動作を促通、強化するためのプログラムを行い、獲得できるように工夫する。という 4 つ過程が必要だと考える。今回、当院での治療方針を踏まえて脳血管障害患者に使用してきた結果から歩行だけでなく、移乗動作やトイレ動作の ADL 動作にも効果があることがわかった。そこで当院の HAL 使用過程を振り返り、HAL の効果を得るためにみえてきたことを報告する。

【対象と方法】

平成 23 年 4 月から平成 25 年 7 月の期間で当院回復期病棟に入院し 3 週間程度身体機能、ADL に変化が見られなかった脳血管患者 23 例(平均年齢 62.4 歳)に対して HAL を 20 分施行した。調査内容として HAL 前後のビデオ撮影による比較評価、FIM の変化、セラピストおよび対象者へのアンケート【運動変化の理解(以下、運動イメージ)、HAL 施行後に運動変化があったもの(以下、即時効果)、動きやすさ、フィット感、疲労】を実施した。

【結果】

全症例で ADL の改善が認められたのは 18 例、認められなかったのは 5 例であった。改善した 18 例中 14 例で運動イメージ、即時効果の両方を有し、4 例では即時効果はあったが運動イメージを持てなかった。改善しなかった 5 例中 3 例は、即時効果はあったものの運動イメージが持てなかった。残り 2 例は両者とも有していなかった。HAL 装着中の動きやすさについても改善あり群に多く、疲労の有無は改善あり群に大きな差は見られなかったが、改善なし群は全員が疲労ありとなっていた。

改善あり群(18)			改善なし群(5)		
運動イメージ	即時効果		運動イメージ	即時効果	
○	○	14例	×	×	2例
×	○	4例	×	○	3例

【考察】

改善あり群では、先行研究同様に運動イメージ、即時効果を有しており改善なし群では運動イメージを持てたものはいなかった。HAL を使用することで目的動作が遂行できリアルタイムに関節運動を制御するため、運動と感覚の一致により感覚フィードバック効果が高まることで運動イメージの習得が行いやすくなったと考える。

運動イメージは ADL の改善に重要な要素の一つとして考えられるが、今回改善あり、なしの両群で即時効果があったが運動イメージが持てなかった症例があった。改善できた症例は HAL 後の通常治療介入にて患者本人が運動の変化に気付くことができ、それを治療の中で強化することができていた。一方、改善しなかった症例では、通常治療介入でも変化に気付くことができず、治療プログラムを上手に組み立てられていなかった点が考えられた。以上より HAL を使用して得られた効果を強化していくためには、HAL 実施以前からその後の治療介入を含めて実施者が目的動作に合ったプログラムを考え、実践していくことが重要と考える。また、治療場面だけでなく入院中の生活場面を含めた指導、意識付けを行うことで運動イメージを継続的に意識していけると考える。

首里城に登ろう！

～回復期病棟より社会参加を目指して～

4階メディカルホールゆいんち 理学療法士 高江洲昌太

鈴木里志（作業療法士）、平山陽介（作業療法士）、大城史子（医師）、栗林環（医師）

【はじめに】

当院回復期病棟を退院した患者でADLは自立しているが、医療・介護施設を除いた個人・家族単位での趣味活動や外出が、病前と比較すると少ない方を多く見かける。QOLと社会参加の関連性の報告は多く聞かれるも、回復期病棟における社会参加への取り組みの報告は少ない。回復期病棟から社会参加へアプローチすることは退院後QOLを高めるうえで有用と考え、以下の取り組みを行ったので報告する。

【対象・企画準備】

対象は当院回復期病棟入院患者で主治医より院外練習の承諾が得られた中枢疾患5名、整形疾患1名の計6名（歩行可能者5名、車椅子1名）と家族6名。同行医療スタッフは医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の計9名。場所は観光名所の首里城を設定。階段や坂道も多く、観光としての楽しみや達成経験も得られやすい場所だと考えられる。事前に視察を行い、歩行距離や階段の段数・高さ、トイレ等の公共設備、休憩場所を把握し、道順や時間を設定。歩行が可能な方は階段や坂道のある一般コースで、車椅子の方はバリアフリーコースで実施。ポスター掲示や声掛け等で案内を行い、患者・家族からの希望に対して参加意思を確認した。「石畳を登ぼりきる」「城内を散策する」「家族と外出を楽しむ」等の患者、家族間での目標を担当チーム内で共有化し、達成するための計画設定を行った。そして、入院生活中に歩行や階段練習、車への乗り込み練習、家族への動作指導を実施して、首里城の登頂に臨んだ。

【企画実施結果】

首里城登頂は6名全員が達成した。首里城登頂へ参加した患者の感想として「石畳の階段を登れて嬉しかった」、「沢山のひとと交流ができ有意義だった」、「また孫のはしゃぐ姿が見たい」等が聞かれた。実施後の変化として、企画実施前は移動における不安を抱いていた方の自信回復に繋がったことや、本企画がきっかけとなり退院後に近隣公園への散歩を趣味とされる方がいた。

【考察】

今回の経験から社会参加を促すために必要なこととして、不安を自信に変えるリアリティのある社会参加の経験を提供することが挙げられる。その経験を提供するためには、社会参加に向けた目標を患者とスタッフや家族が共有し、達成に向けて具体的なプログラムを共同して考えることが必要だと考える。また、患者・家族のみならずスタッフも入院中より社会参加に対しての意識や目標を持ってもらうことが重要だと考える。自宅退院された方の行動範囲は、自宅と通所系サービスが主な方が多くみられ、患者・家族間の自立した社会参加の機会が少なくなる傾向にある。今後も入院中より、社会参加に向けたプログラムを実施していき、成功体験や自信回復に繋げることで、患者・家族間の自立した社会参加に対して支援する機会を増やしていきたい。



写真1 当日の様子



図1 退院後の社会参加

内服自己管理シートの活用状況と誤薬との関連性 ～回復期看護における内服自己管理訓練導入と評価のあり方について考える～

4階メディカルホールゆいんち 看護師 稲葉圭吾

上門杏里（看護師）、長谷川智子（看護師）、金城正光（看護師・回復期リハ看護師認定者）、
和宇慶亮士（作業療法士・回復期セラピストマネージャー認定者）

【はじめに】

内服自己管理は疾患管理や社会生活において重要である。内服自己管理の習得は、回復期看護の重要な課題の一つである。当ホールでは先行研究にて独自に内服自己管理シート（以下シート）を作成し、日々の自立支援に活用している。今回シート導入後の活用状況や誤薬との関連性について調査を行い、今後の活用方法及び改善点について検討したので報告する。

【方法】

対象：H24年4月～H25年1月まで、内服自己管理を実施した患者50名（a～c）及び当ホール看護師（Ns）21名

内容：a；シートの使用及び活用状況、b；誤薬率（シート活用/活用不十分で比較）、c；誤薬率（シート活用しているケースでFIM「記憶」6点以上/5点以下で比較）、d；シートについての意識調査（アンケート）

【結果】

a；シートの使用率は88%で十分に活用されたのは66%。34%は使用していても活用までは至っていなかった。

b；誤薬率はシート活用では48%・活用不十分では67%であった。

c；シート活用群でFIM 記憶の6点以上と5点以下で分けて誤薬率について調査した結果、FIM6点以上では33%であるのに対し、FIM5点以下では73%であった。

d；アンケート調査の結果、シートを知っていると答えたNsは85%であった。そのなかでも、シートを使用していると答えたNsは75%で、使用している主な理由は、「ホール内での決まり事だから」といった意見が多く述べられていた。それ以外でも、「導入の指標となるからわかりやすい」といった理由もあった。

また、シートは活用しやすいと答えたNsは75%で、「手順が明示されているから」「担当チーム間で確認して管理開始できる」といった意見も聞かれた。逆に、「担当以外の患者のシートをみるとわかりづらい」といった意見も述べられていた。

【考察】

現行のシートでは6点以上の患者には服薬管理能力の評価が適切になされ、個人の能力に合わせた内服管理を行えていると考える。しかし5点以下の患者には現行のシートでは十分な評価・導入が困難と考えられた。

要因として、指導開始日や個別性に合わせたアセスメント内容を書き込むスペースがないため、5点以下の患者には対応しきれないことが考えられた。そのため、シートの修正を行い、記憶力の低下が見られる5点以下の患者にも個別に対応できる方法を検討していく事が必要と考えられた。

また、シートを「使用」することが「活用」することと同じ意味のように捉えていたが、アンケート調査結果より「使用」はしているが「活用」不十分であった症例が散見され、シートの持つ本来の目的・有用性を再認識するために、勉強会などを通しキャストの意識を高め、使用方法の定期的な振り返りを行う必要がある。

【まとめ】

回復期における服薬指導は常にリスクがあるものと考え、様々な因子を考慮したシートの見直しと統一した指導が重要である。修正したシートではFIM5点以下の患者に対するアプローチがより詳しく評価出来るよう改善し、個別に合わせた記入スペースを作成する必要がある。新たに作成したシートを活用し、患者が自立した社会生活を送るための一助となるよう今後も評価・改善を重ねていきたい。

<参考文献>

1) 医学書院 在宅看護論 松野かほる他 2002年 P192

当院での料理サークル活動報告

～集団から見つける自分の役割～

5階メディカルホールはいさい 作業療法士 仲地理紗

名城美鈴（作業療法士）、善平大貴（作業療法士）、新里朋子（作業療法士）、西銘絵里子（作業療法士）

【はじめに】

当院では個別での訓練とは違う位置づけとして、集団での料理活動を行っている。単に集団で楽しむというだけではなく皿洗いや麺を踏む等、運動の要素を含んだ動作もあり、訓練に対して拒否のある方への個別訓練へのきっかけづくりの場となっている。今回、サークル活動について症例を通して報告する。

【対象】

月3回（第1・2・3木曜日）14～16時で活動。主治医の許可を得て、患者約6名、OT3名、外部講師1名で実施。献立と買い物、能力に応じた段階付けは事前にOTで提案し、患者同意のもと決定する。

平成25年6月～8月に参加した42人を対象とした。

- 1) 疾患割合 中枢：整形 11：10 2) 男女比 3：8 3) 平均年齢 75.3歳（最少齢26歳 最高齢94歳）
- 4) 累積活動人数（1回の活動での平均参加人数）5.25人

【活動内容】

《家庭料理》沖縄料理や定番のおかずなど様々な料理を季節に合わせて調理する。

《麺料理作》パスタ・沖縄そば・うどんを順に麺作りから行う。

麺料理活動には調理師経験のある右片麻痺を呈する外部講師がついており、片手で料理を行っている姿を見る事ができる。

共に木曜日の14時～16時に行っており、患者6名に対しセラピスト3名が付き、活動を行っている。

【症例と結果】

症例1：80代女性。右膝関節内骨折。病棟内ADLはT字杖にて自立だが膝痛あり。骨折前は家事全般を行っていたが「また痛みが出たら嫌だから家事は全部娘にやってもらう」と発言あり。料理訓練提案するも「1人では出来ない」と前向きでない。

集団であれば料理サークルに参加し、膝痛自制内にて料理を完成出来た事、他患を見て不自由な点があっても料理が出来る事を知った。参加後「やってみたら出来たよ」と自信向上あり、個別での料理訓練の介入もスムーズとなった。

症例2：70代女性。左被殻出血による右片麻痺。「もう自分は何もできない」と消極的な発言多くみられた。無理のない範囲での参加という約束で渋々料理サークルに参加。段階付け、環境設定にて片手で出来る作業の提供、同じ疾患の他患をお手本とし作業を達成する事が出来た。その後、次の参加を自発的に希望される心境の変化が見られた。

【考察】

症例1に関しては痛みにより漠然とした不安があったが、集団という環境が不安を和らげ、家事動作再獲得へのきっかけ作りとなったと思われる。

症例2に関しては集団が「自分だけではない」という安心感をもたらす場となり、同じ障害を持つ患者や講師と共に行動する事で「出来る」事に気付け自信に繋がったと思われる。

結果として、料理サークルは多くの工程がある為、各々の能力に合わせた役割分担や段階付けができる。また、成功体験が得られやすいことから単に料理訓練だけではなく、個別訓練のきっかけ作りや今後の生活に何らかの影響をもたらす事が示唆される。



脳卒中片麻痺患者の歩行自立者割合は麻痺側による差異があるか？

—身体機能の比較を含めた検討—

4階メディカルホールゆいんち 理学療法士 濱川みちる

平勝也（理学療法士）、知花勝也（理学療法士）、山城貴大（理学療法士）

【はじめに】脳卒中片麻痺患者は麻痺側によって抱える障害が異なり、リハビリテーションの経過や予後が異なると言われる。回復期リハビリ病棟入院中に歩行自立に至った者の割合や歩行自立に影響すると考えられる身体機能に関して、麻痺側による差異を検討した報告はない。これらを検討することは、歩行自立に向けて麻痺側に対応した理学療法を行う上で有用である。そこで本研究の目的は、脳卒中片麻痺患者の退院時の歩行自立者割合と身体機能に麻痺側による左右差があるかを比較検討することとした。

【対象】平成23年1月から25年8月までに当院に入院していた脳卒中患者のうち、発症から6ヵ月未満に10mを介助なしで歩行可能となった者でかつ少なくとも4週間以上観察可能な者とし、入院時より病棟内歩行自立していた者を除外した72例とした。

【方法】評価項目は、麻痺側、背景因子、移動手段、Stroke Impairment Assessment Set (SIAS)総得点、SIAS運動麻痺下位項目合計点、非麻痺側等尺性膝伸展筋力(非麻痺側筋力)、麻痺側等尺性膝伸展筋力(麻痺側筋力)、Functional Balance Scale(FBS)、最大歩行速度、及びTimed Up & Go test(TUG)とした。背景因子は初回測定時に、それ以外の項目は初回測定時と退院時に評価した。移動手段は、病棟内移動において車椅子を必要とする状態(車椅子移動)と、自力歩行で移動可能な状態(歩行自立)のいずれかに判別した。対象を右麻痺群(n=41)と左麻痺群(n=31)に分け、各群のn数に対する退院時の病棟内歩行自立者の割合(自立者割合)を算出した。解析方法は、初回測定時及び退院時の各評価結果を群間で比較した。統計学的検定にはカイ二乗検定及び対応のないt検定を用い、有意水準は5%未満とした。

【結果】退院時の自立者割合は右麻痺群が61.0%、左麻痺群61.3%と群間の差は認められなかった。初回測定時、退院時ともに、SIAS

表1. 初回測定時の身体機能の比較

総得点と麻痺側・非麻痺側筋力において左麻痺群が有意に高い結果となった(p<0.05).		右麻痺群	左麻痺群	p値
	SIAS総得点(点)	46.2±2.0	52.0±1.8	<0.05
	SIAS運動麻痺下位項目合計点(点)	6.5±0.8	10.4±1.0	<0.01
	非麻痺側等尺性膝伸展筋力(kgf)	16.4±1.4	19.7±1.2	
	麻痺側等尺性膝伸展筋力(kgf)	7.8±1.1	11.9±1.1	<0.05
	FBS(点)	26.4±2.2	24.8±1.7	
	最大歩行速度(m/min)	24.1±3.3	23.2±2.3	
	TUG(秒)	44.4±5.2	50.1±5.4	

表2. 退院時の身体機能の比較

総得点と麻痺側・非麻痺側筋力において左麻痺群が有意に高い結果となった(p<0.05).		右麻痺群	左麻痺群	p値
	SIAS総得点(点)	51.5±2.2	57.1±1.8	<0.05
	SIAS運動麻痺下位項目合計点(点)	8.8±0.7	10.4±0.6	0.066
	非麻痺側等尺性膝伸展筋力(kgf)	19.1±1.3	21.6±1.2	
	麻痺側等尺性膝伸展筋力(kgf)	10.0±1.0	13.9±1.4	<0.05
	FBS(点)	39.7±2.2	38.3±2.3	
	最大歩行速度(m/min)	41.8±3.1	40.5±4.0	
	TUG(秒)	27.3±4.0	30.5±3.3	

慢性期脳卒中片麻痺患者に対する川平法と治療的電気刺激との併用における治療効果 ～上肢機能改善による ADL 参加度の向上を目指して～

メディカルホールひんぷん 外来リハビリテーション 作業療法士 新里裕士

渡邊健一（作業療法士）、照屋南菜美（作業療法士）、新里梓（理学療法士）、
島袋雄樹（理学療法士）又吉達（医師）

【はじめに】

脳卒中片麻痺患者の麻痺側上肢に対する治療が多様化してきている。その1つに片麻痺機能回復を目的とした神経筋促通法の中に川平法（促通反復療法）があり、当院でも多くのセラピストが実施している。

また、随意運動の改善効果及び痙縮の抑制効果がある治療的電気刺激の応用が期待されている。そこで今回、川平法と治療的電気刺激を併用し、より良い治療効果が得られたので報告する。

【対象】

対象者は本研究の趣旨を十分理解し、同意が得られた者で、外来リハビリテーションを受けている慢性期脳卒中片麻痺（手指 Brunnstrom stageⅢ以上）の患者で2カ月以上変化がみられなかった10名（平均年齢49±27.6歳：発症からの期間は8カ月から10年）。実施基準は、麻痺側上肢MP関節伸展10°以上、手関節伸展20°以上で肩手症候群や重篤な疼痛がなく、MMSE（23/30）点以上で著明な認知症、高次脳機能障害がない者とした。

【方法】

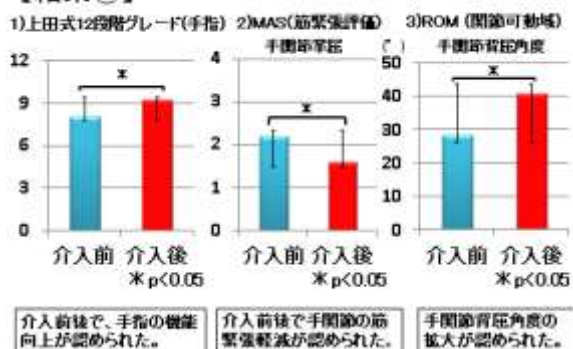
訓練期間は、3ヶ月間（15週間）、週1回20分実施した。治療機器は、低周波装置（トリオ300医療機器）で、設定は電気持続モード（CSTモード）、通電条件は、周波数100Hz、パルス幅150～200とした。徒手介入方法は、川平法（神経・筋促通法）を対象関節である手関節、手指、母指に対し対象者の状態に応じて低周波を持続的にあてながら、促通を50～100回実施した。

評価方法は、12段階手指グレード、自動関節可動域、筋緊張、徒手筋力検査、握力、片麻痺上肢機能検査、麻痺側上肢参加度評価を用い、治療期間の前後に評価を行った。（統計処理は対応のあるt検定を用いた。）

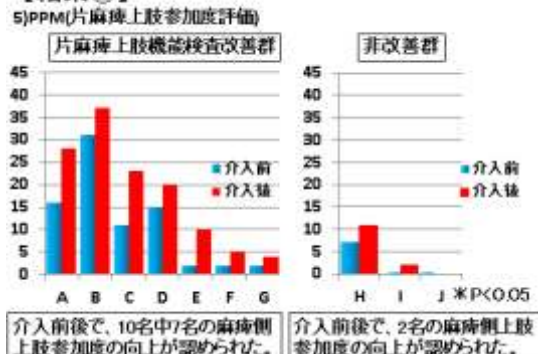
【結果】

12段階手指グレード、筋緊張、自動関節可動域に改善が認められた。片麻痺上肢機能検査では、介入前後で、10名中3名が実用手レベルまで向上が認められ、4名が補助手レベルでの向上も認められた。片麻痺上肢の参加度も、片麻痺上肢機能検査改善群、非改善群ともに参加度が向上し有意差が認められた。

【結果①】



【結果②】



【考察】

治療的電気刺激による痙性抑制効果及び動作の誘発がえられたことで、川平法による動作の促通・強化が行いやすくなった。その事が積極的な上肢機能訓練による麻痺側上肢の意識付けへとつながり、ADL上での参加度の向上に影響した。両者の併用は、中枢神経系強化・再構築に寄与した運動学習に有効である可能性が考えられた。

車椅子のまま撮影可能な補助具の作成について

～患者に優しい撮影を目指して～

メディカルホールひんぷん 放射線科 診療放射線技師濱崎育恵
金城辰秀（診療放射線技師）、比嘉健一郎（診療放射線技師）、比嘉裕之（診療放射線技師）

【はじめに】

胸部単純X線撮影では立位撮影が基本だが、体位保持が困難な患者の場合は車椅子のまま正面像を撮影している。それでも体位を保持できない患者の場合には技師が介助に入り、撮影する。今回この問題点を改善し、患者に負担の少ない安全な撮影を行うと共に患者及び介助者への被ばく線量低減のために補助具の作成を検討した。

【対象と方法】

自力では立位保持困難な患者を対象とし、胸部正面像の撮影時に車椅子のまま撮影可能な補助具（図1）を作成し、その結果を比較、検討した。

【結果】

カセットが補助具に固定でき、袋が滑り止めにもなり、患者の体勢も保持しやすくなった。その為撮影台での撮影と同様の画像が得られ、再撮影の割合が減少し（表1）、患者の被ばくも減少したと共に介助が減り、介助者の被ばくも減少した。

また、車椅子のまま撮影する為、移動による転倒のリスクが減少し、患者の身体的負担の軽減もできた。

【考察】

補助具を使用しない時の撮影ではカセットが安定せず撮影時にずれてしまい、再撮影や、介助者が入り固定する必要があった。

今回作成した補助具により、患者の体勢維持ができ、画像の質を落とすことなく安全に撮影することができた。

今後は胸部正面像撮影のみでなく車椅子のまま安全に撮影できる補助具を考案していきたい。



表1： 入院患者の胸部X線正面像
再撮影の割合

	胸部X線撮影をした 入院患者数(人)	座位撮影数 (人)	再撮数 (人)	再撮 割合 (%)
2月	95	41	11	28.2
3月	83	33	2	7.30

*2月：補助具使用前 3月：補助具使用

HALを使用して問題点が明確になった一症例

～ADLのさらなる飛躍をもとめて～

4階メディカルホールゆいんち 作業療法士 安里優介

照屋修平（理学療法士）、津堅門大也（理学療法士）、富山郁美（理学療法士）、
呉屋大樹（作業療法士）、又吉達（医師）

【はじめに】

今回、両下腿蜂窩織炎後の廃用症候群で入院治療を行い、ADLの一定の改善は得られたものの、既往の脳卒中による障害により動作が固定され、さらなるADLの改善が困難であった症例に対し、ロボットスーツHAL（以下HAL）を使用し、その有用性について検討した。

【症例紹介】

70歳代男性。既往に右被殻出血、多発性脳梗塞があり、動作における努力性が強く、ADLに介助を要していたが、在宅で車椅子中心の生活を送っていた。廃用前FIMは98/126点。

今回の受傷でもある、両下腿蜂窩織炎廃用症候群で、廃用によりさらに介助を要する状態であり、FIMは75/126点と能力面の低下が著名であった。本人のニーズとして一人でトイレに行きたいという希望をあげていた。今回発症から3ヶ月目で、廃用前のFIM得点やADLまでは改善したが、トイレ動作の安定を目指し治療を行ってきた。しかし、既往の疾患により治療にて修正する事が困難であった。

【方法】

実施期間は週1回のペースで計4回実施し、装着時間は30分とした。訓練内容はHAL装着下での起立訓練を中心に実施した。また、通常通りの理学療法、作業療法のリハビリテーション（以下、リハ）も介入した。

【結果】

HAL使用時に支持脚である右下肢への荷重が不十分であることがわかった。そこでHALに加え、通常訓練でも右下肢に力を入れるという口頭支持と立ち上がり、荷重訓練の強化を併せて行った。訓練後は右下肢での支持が向上し、立位動作の改善が図れ、下衣の着脱や排泄動作が自立となり、HAL後のFIMは103/126点と廃用前よりも向上した。



図1 HAL使用前後の立ち上がり

【考察】

HALのアシストを利用して容易に起立が行え、本人主体での動作学習や両下肢への認識が強化された。また、HAL使用後も動作パターンを習得するためHALに加え、通常リハでも反復した起立訓練や荷重訓練を実施し学習の強化を図り、固定された動作を改善することが出来たため廃用前ADLの改善に繋がったのではないかとと思われる。また、HALは慢性期のクライアントに対しても、効果的な利用でADLの改善が得られると思われる。



図2 HAL使用前後のトイレ動作

病棟内歩行が自立した脳卒中片麻痺患者の麻痺重症度別の歩行速度の推移について

6階メディカルホールちゅうみ 理学療法士 平勝也

山城貴大（理学療法士）、濱川みちる（理学療法士）、武村奈美（理学療法士）

【はじめに】

我々は先行研究（第29回日本私立医科大学理学療法学会，平成23年度日本理学療法士協会研究助成）において，脳卒中片麻痺患者（片麻痺者）の病棟内歩行自立の可否を規定する有力な因子の一つとして歩行速度が挙げられることを報告した．しかし，歩行速度自体が下肢麻痺の重症度に左右され，歩行速度やその推移が麻痺の重症度によって異なることが予想されるが，経時的に片麻痺者の歩行速度を調査した報告は極めて少ない．片麻痺者の下肢麻痺の重症度別に歩行自立に至る推移がわかれば，自立度を判定する至適時期や歩行速度の達成度合いを推し量れ，歩行自立の為に介入の手助けになると思われる．そこで，本研究では，病棟内歩行が自立に至った片麻痺者を後方視的に調査し，下肢麻痺の重症度別に歩行速度の推移を検討した．

【対象と方法】

対象は，リハビリテーション目的で当院に入院した片麻痺者とした．採用基準は，10m間を介助なし（見守り，歩行補助具，装具は許可）で歩行可能な者，病棟内の移動手段が入院中に車椅子から歩行自立（歩行補助具と装具は許可）となった者，および病棟内の歩行自立に至った時期が特定され，歩行速度が連続して測定可能であった者とした．測定項目は，背景因子として年齢と麻痺側，歩行に関する項目として歩行速度，Stroke Impairment Assessment Set の下肢遠位テスト（foot-pat test）および移動手段とした．歩行速度については距離10m間の最大歩行速度（MWS）を毎週，foot-pat test と移動手段は入院時より毎4週の頻度で評価した．また，移動手段は病棟内において車椅子か歩行自立のいずれかに判別した．解析方法は，発症から病棟内歩行自立に至るまでの期間におけるfoot-pat testが0～2点だった者を麻痺重度群，3～5点だった者を麻痺軽度群の2群に分類したうえで，発症から病棟内歩行自立に至るまでの期間，歩行自立に至った時点でのMWSの差異を対応のないt検定を用いて検討した．さらに群別に，歩行自立に至った時点から1週毎に遡り，歩行自立時のMWSとそれ以前の時期のMWSの差異を対応のあるt検定を用いて検討した．統計学的有意水準は危険率5%未満とした．

【結果】

採用基準に合致した症例は22例（麻痺重度群：10例，平均58.5±10.85歳，左麻痺4例．麻痺軽度群：12例，平均69.58歳，左麻痺7例）であった．発症から歩行自立までの期間は麻痺軽度群（11.66±4.39週）が麻痺重度群（18.0±3.94週）より有意に短かった．麻痺軽度群の歩行自立時のMWS（48.29±18.26m/min）は麻痺重度群（30.9±8.5m/min）と比べて有意に高かった．また，歩行自立時のMWSと1週ごとに遡っていったMWSとの差異を比較すると，麻痺軽度群では歩行自立となる前1週目で有意な差異が認められたが，麻痺重度群では歩行自立となる前4週目で差異が認められる結果となった．

【考察】

片麻痺者の下肢麻痺の軽度群と重度群とでは，病棟内歩行自立に至る時期とその時点のMWSに大差があり，foot-pat test 3点以上の軽度群は歩行時に足関節のコントロールがある程度可能であることから，MWSとその改善度合いも大きくなったと考えられた．歩行速度の推移を比べると，軽度群では歩行自立時のMWSと僅か1週前のMWSとの間に差異があることから，歩行自立までの歩行速度の改善が急峻であることが認められた．一方，重度群では自立時から約3週遡ってもMWSに差異がなく，歩行自立に至る数週間前にはすでに歩行速度の改善が緩やかになっていることが認められた．このことから，下肢麻痺の軽度例では概ね11週前後を目安とし，到達している歩行速度で自立度を推し量ることができるが，麻痺重度例では概ね18週前後を目安にするとしても歩行速度はその自立時期の数週間前から変化しない可能性があり，周辺環境整備や環境に応じたスキルの獲得等に焦点をおいた介入が必要と考えられた．

変形性膝関節症患者の痛みの機能的尺度と心理的因子の関連

－ JKOM と PCS を用いた検討－

メディカルホールひんぷん 外来リハビリ 理学療法士 比嘉俊文

島袋雄樹(理学療法士)、大嶺啓(医師)

【はじめに】

変形性膝関節症（以下、膝 OA）の危険因子として、年齢、性差、筋力低下、肥満などいくつか報告されているが、身体機能面のみで帰結に至るには不十分である。近年、疼痛と心理的因子の関連性の報告が増えてきており、Cook らは痛みに対する破局的思考が直接的に、または逃避・回避行動を介して間接的に日常生活に悪影響を及ぼし、痛みは慢性化するとしている。ゆえに慢性疼痛疾患ないし痛みを有する病態を理解する際に、心理的因子の影響を評価することは重要である。そこで本研究では、変形性膝関節症患者における痛みの程度と心理的因子としての痛みに対する破局的思考の関連性を検討した。

【対象と方法】

当院に外来通院している膝 OA の診断されている患者 32 名のうち、回答不備を除いた 21 名（男性 11 名、女性 10 名、平均年齢 64.4 ± 11.2 歳）を対象とした。痛みの機能的尺度は、痛みの程度と痛みによる活動制限を評価する質問紙法として日本整形外科学会が推奨する変形性膝関節症患者機能評価尺度（以下、JKOM）を構成する項目の中から、膝の痛みの項目を抜粋して利用した（JKOM-P）。JKOM-P の痛みの項目は、8 項目の質問からなり重症度により 0 から 4 の 5 段階で評価し、数値化した合計点数を採用した。痛みに対する心理的因子の評価は、痛みの破局的思考の評価として信頼性の高い、松岡らの PCS 日本語版を用いて調査した。PCS は 13 項目の質問からなる質問紙法であり、あてはまる破局的思考の程度を 0 から 4 の 5 段階で表し、その合計点数と、反すう、拡大視、無力感の 3 つの下位尺度それぞれの点数を算出した。統計学的解析は、JKOM-P と PCS 合計点数、反すう、拡大視、無力感の点数をそれぞれ Pearson の相関係数にて行い、さらに JKOM-P と PCS13 項目のそれぞれに対して Spearman の相関係数を用い解析した。

【説明と同意】

本研究はヘルシンキ条約に則り、対象者には本研究の主旨を十分に説明し、承諾を得た上で実施した。

【結果】

JKOM-P と PCS 合計点数、下位尺度である反すう、拡大視、無力感との相関は認められなかった。質問 13 項目それぞれの検討では、質問 5「これ以上耐えられないと感じる」にのみ有意な相関が認められた ($r=0.45$, $p < 0.05$)。その他の質問との相関関係は認められなかった。

【考察】

痛みに対する評価として、田中らは、運動器疾患患者を対象に VAS と PCS13 項目すべての質問との間に有意な相関があり、痛みに対する主観的尺度である VAS は心理的因子の影響を受けやすいとしている。本研究では、JKOM-P と PCS 合計点数、各下位尺度との相関は認められず、PCS の質問 5 の「これ以上耐えられないと感じる」にのみ相関関係を認めた。このことから機能的尺度である JKOM-P は、主観的尺度である VAS に比べ、心理的因子の影響を受けにくいことが考えられる。痛みの評価において、VAS と JKOM-P を組み合わせることで、情動による痛みの助長の変化も踏まえた評価が可能になることが示唆され、有効な痛みの評価方法として利用できると思われる。

【理学療法学研究としての意義】

JKOM による痛みに対する機能評価尺度と主観的尺度である VAS を組み合わせることで、心理的因子の影響も踏まえた痛みの評価が可能になることが示唆された。今後は JKOM-P と PCS に加え、VAS の評価を組み合わせながら、経時的変化を踏まえ、臨床での有効性について知見を重ねていきたいと考えている。

腱板断裂症例の脂肪変性の程度と JOA score の改善度との関連性

～MRI からみた脂肪変性評価を用いた検討～

メディカルホールひんぷん 外来リハビリテーション 理学療法士 高宮城あずさ

神田真子(理学療法士)、西銘恵美 (理学療法士)、比嘉俊文 (理学療法士)、砂川元 (理学療法士)、
島袋雄樹 (理学療法士)、比嘉丈矢 (医師)、濱崎直人 (医師)

【目的】

腱板断裂症例の MRI 画像の脂肪変性の程度と日本整形外科学会肩関節疾患治療成績判定基準 (以下 JOA score) の改善度との関連性について検討し、腱板断裂保存療法の予後予測の一因子になるか検討する。

【方法】

対象は 2010 年～2012 年に当院を受診し MRI 所見から腱板断裂と診断され、保存療法を実施し、6 ヶ月以上の経過観察が可能であった 15 名 15 肩 (男性 6 肩、女性 9 肩) である。治療開始時年齢は平均 70.4 歳 (61～77 歳) であり、経過観察期間は平均 10.4 ヶ月 (6～36 ヶ月)、発症から初診までの期間は平均 8.1 ヶ月 (1 日～5 年) であった。これらの症例に対して理学療法を中心とした保存療法を行い、一部の症例は投薬や関節内注入を併用した。理学療法は、安楽肢位や生活指導、リラクゼーション、関節可動域・腱板機能強化運動などで、外来リハビリにて週 1-3 回施行した。治療成績は JOA score を用いた。検討項目は初診時、3 ヶ月時、6 ヶ月時の JOA score および、関節可動域 (自動屈曲) とした。脂肪変性の評価は Goutallier の提唱する棘上筋の脂肪変性と筋萎縮の分類を用いた。Goutallier 分類とは、Stage0:脂肪変性なし、stage1:軽度の脂肪変性と筋萎縮、stage2:筋よりも脂肪変性の範囲が狭い、stage3:筋と脂肪変性が同程度の範囲、stage4:筋よりも脂肪変性の範囲が大きい、と提唱されている。今回、stage1・2 群を脂肪変性軽度群 (以下、軽度群)、3・4 群を脂肪変性重度群 (以下、重度群) として群分けし、各検討項目を比較した。MRI 画像の確認は T2 強調斜位冠状断像にて同一の医師によって行った。統計学的検討には t 検定を用い、有意水準は危険率 5%未満とした。

【結果】

初診時、JOA score は軽度群 (stage1:4 肩、stage2:2 肩) が 59 ± 7.64 点、重度群 (stage3:3 肩、stage4:6 肩) は 52.6 ± 10.36 点であった。両群間に有意差は認められなかった。3 ヶ月時では軽度群 75.5 ± 10.66 点、重度群は 65.1 ± 7.35 点、6 ヶ月時では軽度群 84.67 ± 7.85 点、重度群にて 70 ± 8.25 点であった。軽度群と重度群を比較すると 3 ヶ月時に軽度群がより改善する傾向にあり ($p = 0.065$)、6 ヶ月時においては有意差が認められた ($p < 0.05$)。6 ヶ月時の JOA score 各項目別では、疼痛が軽度群にて 24.17 ± 3.44 点、重度群にて 17 ± 5.1 点、機能が軽度群 15.5 ± 2.75 点、重度群 10.8 ± 2.56 点であり、それぞれ統計学的有意差を認めた ($p < 0.05$)。

【考察】

本研究の結果から、JOA score において軽度群が重度群に比べ 3 ヶ月時より改善の傾向がみられ、6 ヶ月時では有意な差を認めた。6 ヶ月時における JOA score 各項目の詳細な検討では、疼痛と機能の項目で有意な差を認めた。軽度群は脂肪変性が少ないことから残存腱板機能が高いことが考えられ、疼痛の軽減に伴い残存腱板機能が十分に発揮され JOA score の機能項目が有意に改善したと考えられる。

中垣らは、腱板断裂のある腱板筋には筋線維の脂肪変性がみられ、脂肪変性の程度は腱板の退縮の程度に関連すると報告し、Gerber らは腱板修復術にて筋萎縮は回復するが、脂肪変性は回復しないとしている。このことは、腱板断裂症例における脂肪変性の評価の重要性を示している。本研究において腱板断裂症例の脂肪変性の程度と JOA score の改善度との関連性が示唆されたことから、初診時より脂肪変性を評価することで、残存腱板機能を踏まえた理学療法を展開していく事が重要であると考えられる。本研究の問題点として、断裂のサイズは統一していないこと、保存療法から手術へ至った症例や 6 ヶ月以上の経過観察が不可能であった症例は除外しているため、症例数が少なく、治療成績やその他因子に影響を与えている可能性がある。今後は症例数を増やし、手術療法例も含めた検討が必要である。

HAL を用いて効果が得られる症例の傾向について

4階メディカルホールゆいんち 理学療法士 照屋修平

辺土名健一（理学療法士）、高江洲昌太（理学療法士）、安里優介（作業療法士）、
貞松徹（理学療法士）、又吉達（医師）

【はじめに】

現在、全国的にもロボットスーツ HAL（以下 HAL）福祉用が普及しており、主に身体機能の改善や起立や歩行動作など基本動作の改善に用いられている。現在、HAL を用いた治療効果や実績などの報告は増えてきているが、治療効果にばらつきがあり、どのような病態に効果的かどうかはまだ明確になっていない。当院では平成 23 年 2 月から HAL を導入しているが、HAL 導入当初は、疲労や動きづらさにより、思うような治療効果が得られなかった。そこで我々は「起立時の離殿」「歩行の振り出し」など改善させたい動作を明確にし、HAL 装着下で視覚的、聴覚的な介助や誘導を行う事で運動パターンを獲得させ、通常リハでも獲得した運動パターンを促通・反復することで機能・動作改善を図っている。今回、当院での HAL 訓練を振り返り、HAL によって効果が得られた症例の傾向について報告する。

【方法】

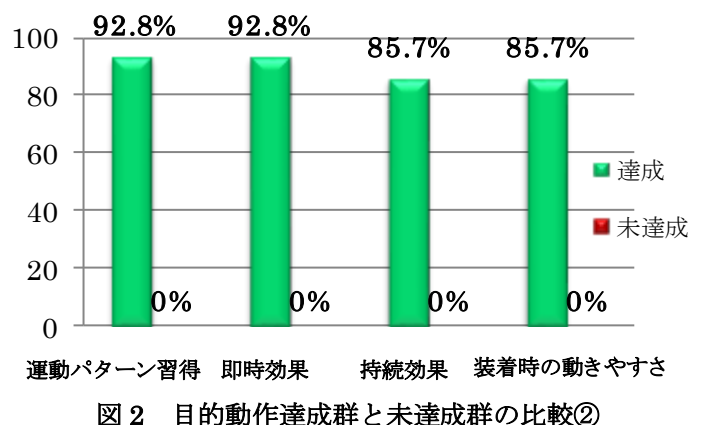
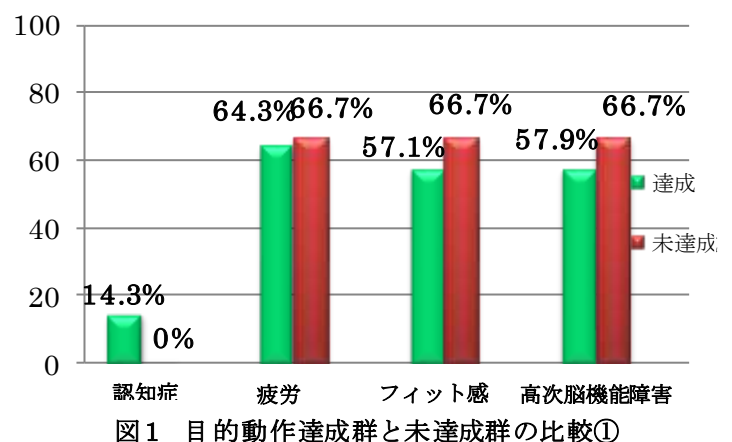
対象は平成 23 年 4 月から平成 24 年 10 月まで HAL を装着して目的訓練を行った 17 症例（脳血管障害 10 例、脊髄疾患 5 例、神経筋疾患 2 例）。調査方法として、カルテより「移動手段」「歩行自立度」「歩行パターン」「起立動作自立度」「高次脳機能障害の有無」「感覚障害の有無」の項目を抜粋し、更に「目的動作の達成」「即時効果の有無」「翌日以降の効果の持続」「フィット感」「装着中の動きやすさ」「装着後の疲労」「運動パターンの習得」などの項目を担当セラピストに対してアンケートを実施した。

【結果】

目的動作達成人数では達成 14 人、未達成 3 人となった。達成群で共通していたのが「運動パターンの習得」「即時効果」「翌日までの持続効果」「HAL 装着中の動きやすさ」の項目で高い傾向を示していたが、未達成群ではこれらの項目には該当者がいなかった（図 1. 2）。

【考察】

今回、目的動作の達成群と未達成群で図 2 のように 4 項目で顕著な差が認められた。HAL 装着時に動きやすくなる為には適正なアシスト量を設定する事は勿論だが、セラピストが聴覚的や視覚的なフィードバックを行い、動作を介助・誘導することで HAL 装着中も動きやすさを出す工夫をする必要がある。そして運動パターンを習得させるように工夫する事が重要になってくると思われる。しかし最終的に目的動作を達成したにも関わらず、即時効果や翌日までの治療効果が持続していない症例も経験した。これは装着後の疲労感が強く、効果を打ち消していた可能性が考えられた。そのため、HAL による運動パターン習得の効果は残存している可能性があり、通常リハで促通・反復することで目的動作獲得に繋がってくると思われる。よって、使用時間或使用回数が少なくても運動パターンを習得させる事で目的動作を達成する事が出来るのではないかと考えた。



回復期リハビリテーション病棟における作業療法士の役割

～ADL以外の「作業」を見出すことの重要性～

6階メディカルホールちゅうらうみ 作業療法士 石川正樹

和宇慶亮士（作業療法士）、土田真也（作業療法士）、森田智也（作業療法士）、仲西孝之（理学療法士）

【はじめに】

回復期リハビリテーション病棟（以下回復期リハ病棟）は、ADL向上による寝たきりの防止と家庭復帰を目的として設置された病棟である。今回、作業療法の展開で、在宅復帰を目指しADLへの関わりが順調であったにもかかわらず、退院を控え妻の不安が解消されずにいたケースを担当した。そこで、「作業」を中心に据えた聞き取りから、これまで表出できなかったニーズを把握する事ができた。それによって展開に変化が得られ、作業療法士の役割について再認識させられた経験を報告する。

【ADOCとは】

作業療法での目標設定をクライアント・作業療法士の両方から行う事で、施行可能かつ効果的な活動の決定を行うために、コミュニケーションを促進するiPadアプリである。下図に示すように作業のイラストを選択する事で容易に患者の意思表示ができるようデザインされており、専門用語を知らなくても希望する作業の選択が可能となる。

【対象と方法】

妻の不安とニーズを再聴取する必要があると判断し、友利ら(2010)により開発されたADOCを使用して面接を実施した。妻からは夫が大切にしていた作業がゴーヤーの栽培や県人会で三味線を聴く、沖縄料理を食べる事などが抽出できた。また、併せて今後「発症前の笑顔を見る事は出来ない」、「夫と何を楽しみに暮らせばいいのかわからない」とこれまで語られた事のない喪失への思いを聴取した。妻のニーズが「夫らしさ」や「夫との時間」を取り戻す事にあると判断し、アプローチを修正した。症例には笑顔が取り戻せるように趣向である園芸・調理・民謡作業をプログラムに追加した。また、妻には作業療法への同伴を依頼し、夫の反応や介助を必要としながらもこれらの活動が可能である事を直接見てもらった。

【結果】

調理活動で夫に笑顔が見られた時に、妻は「入院前の主人を見ているような気分になります」と大変喜ばれていた。今後は「ドライブに行ってみたい」「一緒に何か作ってみたい」と前向きな発言が聞かれた。また活動を通して症例のうなづき反応がより正確になってきた事に対しても、夫の意志を読み取る事が少しずつ出来るようになったと喜ばれていた。

【考察】

回復期リハ病棟は制度的に入院までの期間と入院期間の短縮が進み、作業療法の関わりが機能・ADL訓練中心の偏ったものになっていると考えられる。この症例も当初は同様であったが、残存する不安に着目して「作業」をテーマに面接を行うことで、ADLのみでなく症例の価値観に基づく活動や時間の過ごし方なども聴取できた。それで見出された作業を取り入れた活動の実施とその見学などを通し、妻の中に症例の夫らしさが確認でき、また退院後のADL以外の時間を含めた生活のイメージができていったと推察する。それによって不安の軽減、今後の生活に対して前向きな気持ちが生まれるきっかけになったと考える。

ADLは回復期リハ病棟における大切なテーマであるが、その後の患者・家族の生活を考えると、ADLの自立・非自立を問わず、作業療法士は症例や家族が個別に持つADL以外の「作業」も見いだし関わっていく事の重要性を再認識させられた。



全介助者の在宅復帰後の生きがいづくり

～大好きな孫のお遊戯会を通して～

訪問リハビリテーション室 作業療法士 高良圭

奥山久仁男（医師）

【はじめに】

発症後、悲観的発言が多かった症例が在宅復帰を目指していく中で、具体的なニーズを表出した。このニーズの達成を目標として家族との協業を行った結果、在宅復帰時の家族力の向上につながり、また目標の達成が症例の次の意欲を引き出した例を報告する。

【対象・方法】

橋出血発症から4ヵ月経過した重度四肢麻痺の40代男性（以下A氏とする）である。「何も出来ない」「死にたい」と家族やスタッフに話していたが「孫のお遊戯会に参加したい」とのニーズを表出した。当初はバイタル変動があり、収縮期血圧（160～180mmHg）・体温（37～39℃）、経皮的動脈血酸素飽和度も一時的に90%以下まで低下していた。また、リクライニング車椅子での耐久性低下・移動手段の確保も不十分の為、病院近くの公園の散歩から始め、段階を踏まえて孫のお遊戯会へ参加出来るように実施した。

目標を達成する為に①『バイタル変動時への対処法』、②『リクライニング車椅子での長時間の耐久性確保』、③『安全な移動手段の確保』の3つを中心に家族と共に行った。①は看護師が家族に吸引指導や実際に行ってもらう事で解決した。作業療法では②と③を中心に行う事となった。耐久性は当初5分でもバイタル変動があり、体調を考慮しながら離床時間の確保をはかった。また、家族が改造車を購入して病院周辺を5～10分ドライブする等、徐々に座位耐久性向上・移動手段の確保が出来た。ドライブ時、頸部・体幹の動揺による気分不良・車へのスロープの高さの不適合等の問題が生じたが、その都度、家族やスタッフと考えながら解決した。

【結果】

A氏と家族5名（内：孫2名）、PT・OT・ST・Nsのスタッフ4名で近くの公園を約3時間散歩する事が出来た。その間、バイタルは安定し本人から気分不良は聞かれなかった。この経験を通した後、家族から「自信ができました」「お遊戯会は家族だけで連れて行けます」との声が聞かれ、約7ヵ月の経過を経てA氏と家族のみでお遊戯会へ無事参加可能となった。お遊戯会後は、「楽しかった」「今度は遠くの海に行きたい」と話され、その後のリハビリも意欲的となり無事退院された。退院後は、家族と共に自宅近くの海へのドライブや孫のイベントやエイサー祭りにも参加された。

【考察】

『孫のお遊戯会』参加を目標に家族・スタッフと共に段階的アプローチを行った。当初は様々な問題が挙げられたが、1つずつ解決し近くの公園に散歩が実施出来た事で、最終的にお遊戯会参加へと繋がった。A氏にとって昔から馴染みのある作業を目標設定する事で本人が機能訓練に対する意欲を高めた事や、実践していく中で生じるリスクを家族と共に解決する事で、本人や家族が自分達だけでも外出出来るという自信へと変わり『孫のお遊戯会』参加が可能になったと考えられる。



小児失語症・高次脳機能障害を呈した長期経過～公立中学校進学を目標として～

4階メディカルホールゆいんち 言語聴覚士 渡邊真由美

岸本幸明（医師）、又吉達（医師）

【はじめに】

小児の失語症・高次脳機能障害はコミュニケーションが可能なレベルに回復しても、新しい学習に困難を示し、進学に伴い様々な問題を抱えることが少なくない。今回、小学校1年時に頭部外傷により失語症・高次脳機能障害を患った小児に対し、長期的アプローチを実施した。結果、公立普通中学校への進学に至った経過を報告する。

【症例紹介】

平成〇年×月自転車乗車中バイクと衝突し急性硬膜下血腫のため緊急手術が行われた。術後経過良好のため平成〇年×月から平成〇年×月当院へ入院。退院時の神経学的所見では右片麻痺軽度。失語症、高次脳機能障害（知的機能低下、記憶能力低下、注意能力低下）を認めた。現在（平成25年6月現在）外来リハを継続。

【経過】

受傷1ヶ月から60ヶ月のSLTAでは文字理解は短文レベルから長文レベル向上。表出面では、語列挙、まんの説明、まんの説明、書字能力の向上を認めた。（図1）

高次脳機能評価では、WISC-IIIではVIQ72 PIQ85 FIQ76（受傷1ヶ月目）からVIQ99PIQ86 FIQ89（受傷6年目）、TMT-A216秒（受傷1ヶ月目）から125秒（12歳児平均22.58秒 受傷6年目）、TMT-B未評価（受傷1ヶ月目）から214秒（12歳児平均31.81秒 受傷6年目）の向上を認める。Benton 視覚記憶力テスト模写36/36、即時再生15/36、遅延再生17/36（受傷6年目）三宅式記憶力検査（有関係3-8-7 無関係2-2-3 受傷6年目）。家族や学校、病院が現状や問題点を把握し対応する目的とし交換日記を使用した。学習の遅れにおいて特別支援員の配置やことばの教室に通う事で学習能力の向上が図れた。結果、平成25年4月より公立中学校へ進学となる。

【訓練方法】

訓練は、60分1回/2週の頻度で教科書を使用し長文読解や音読、書字訓練を取り入れた。高次脳機能障害に対する訓練では遊びを取り入れ実施した。

【家族・学校への支援方法】

年に1度、家族・学校とのカンファレンスを設け、現状報告を行い各問題点に対する対応方法の指導を行った。普通学級では特別支援員の配置、ことばの教室にも通い学習面のサポートを行った。学校、病院と交換日記を使用し情報を共有した。

【考察】

小児失語症・高次脳機能障害児において、宇野1）は長期的にみると言語の障害または言語発達の遅れ、学業での困難さ、読み書きの障害もしくは困難さなどが認められ何らかの特別な教育が必要であると述べている。栗原2）は家庭、学校、病院が連携し情報交換を行い、問題点の把握と解決策を検討していくことが大切と述べている。本症例においては、長期にわたり家族や学校側へ失語症及び高次脳機能訓練・指導を実施した。結果、失語症・高次脳機能障害の改善を認め公立中学校進学へ至った。しかし、学業の遅れや新しく習得する学問において困難を認めたため、普通教室に加え特別支援員、ことばの教室へのサポートが必要であるとともに、家族や学校、病院が連携を強化し長期的なフォローが重要であると考えた。

【引用文献】

1) 宇野彰：高次神経機能障害の臨床. 2002

2) 栗原まな：小児びまん性軸索損傷—高次脳機能障害の予後と問題点—, リハビリテーション医学 39. 2002

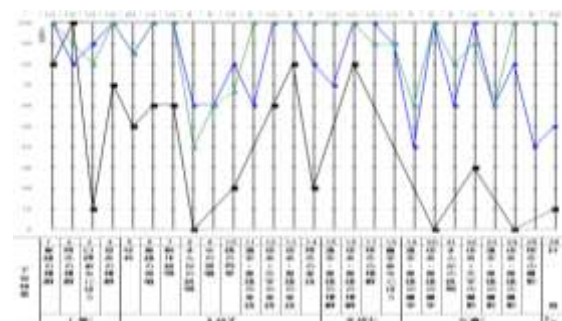


図1 標準失語症検査（SLTA）

（発症1ヶ月 受傷3年 受傷6年）

随意運動介助型電気刺激装置 (IVES) を用いた治療報告

7階メディカルホールていーだ 作業療法士 山城 幸司

新里裕士（作業療法士）、宮城優子（作業療法士）、森田智也（作業療法士）、又吉達（医師）

【はじめに】

近年、手指の随意性向上を目的とした電気治療機器として、随意介助型電気刺激装置 (Integrated Volitional control Electrical Stimulator :以下 IVES) が注目を集めている。今回、受症後 2 カ月が経過した症例に対して IVES を施行し、手指機能の改善が認められた為、考察を交え以下に報告する。

【対象】

10 代男性 利き手：右手 麻痺側：右側 診断名：外傷性びまん性軸索損傷

【方法】

使用機器は、オージー技研株式会社から開発された「IVES GD-611」を使用した。示指の伸展が多少出現していた為、電気刺激により本人の動きをアシストする「パワーアシストモード」に設定し、当院入院 2 週間目に導入した。刺激部位は手根伸筋と総指伸筋に行い、手関節背屈と手指伸展を 20 分間施行、1 週間実施した。また、IVES 施行期間中は、手指に対する徒手的治疗は行わなかった。評価方法は、Fugl-Meyer Assessment (FMA) 上肢・手関節・手指項目、Modified Ashworth Scale (MAS)、麻痺側上肢自動運動可動域 (a-ROM)、Brunnstrom Stage (BRS) 上肢・手指項目、Motor Activity Log (MAL) の使用頻度 (AOU) と動作の質 (QOM) の平均値を実施。IVES 施行前の 1 週間を「使用前」、IVES を施行した 1 週間を「使用時」、IVES 終了後の 1 週間を「使用後」と設定し、即時効果と経時変化を確認した。

【結果】

使用前では、FMA 手関節運動項目 2 点であったが、使用時では 2 点から 8 点に改善した。使用後も 8 点から 10 点 (満点) まで点数の改善が見られた。また、FMA 手指項目では、使用前 6 点から、使用時は 14 点 (満点) へと大幅な改善が見られた。BRS 手指項目は、使用前は stage II だったが、使用時で Stage IV へと改善し、使用後も stage IV を維持していた。MAS は、使用前は 1 点だったが、使用時には 0 点まで改善し、使用後も 0 点お維持した。a-ROM も手関節背屈は使用前 0° から使用時 10° まで改善し、示指伸展も使用前 20° から使用時 50° まで改善された。MAL に関しては、AOU、QOM 共に、使用前、使用時、使用後共に大きな点数の変化は確認できなかった。使用前と比べて使用時に多数の評価項目で改善が確認でき、使用後にも機能改善が継続して得られた。

【考察】

入院初期から IVES を導入した事で、症例の手指機能は短期間で大きく改善した。回復期過程にいる症例で年齢も若い事から、IVES を導入せずとも、最終的には手指機能は回復していた可能性はある。しかし、IVES を早期導入した事で、随意運動を確認、学習し、自主訓練へと繋げたモチベーションの変化が短期間で改善の手助けになった要因ではないかと考える。今回の結果から、IVES は手指の治療ツールの一つとして対象者に短期間で大きな効果をもたらす電気治療機器である可能性がこれまでの報告同様に示唆された。今後、対象者の増加と適切な評価を行い、検討する必要があると考える。



左：施行前 右：施工後

復職を希望する高次脳機能障害者の就労前支援

～ADOC を使用し、共有の目標設定が可能となった一症例～

訪問リハビリテーション室 作業療法士 安村勝也

知名真希子（理学療法士） 又吉達（医師）

【はじめに】

当院の回復期病棟から復職を希望している高次脳機能障害者の男性を担当した。復職の思いは強いものの身体機能面の改善に固執してしまい段階的な復職支援を提案するが合意を得られなかった。

そこで、症例のエンパワメントが構築できるよう作業選択意思決定支援ソフト（以下、ADOC）を使用し面接を実施した。結果、現実的かつ段階的な共有目標を設定することが可能となり、症例の行動変容がみられたのでここに報告する。なお、本報告は症例・家族へ十分な説明を行い、同意を得ている。

【症例紹介】

50代男性。左被殻出血。右重度麻痺。失語症、注意障害、遂行機能障害。ADL自立。歩行はT字杖＋下肢装具。退院後は両親と同居。ニーズは、前職（卸売の営業）への復職。性格は頑張り屋、頑固。介護度区分4から要支援1。訪問リハ2回/週（OT・PT）から1回/週（OTのみ）。

【支援経過】

第1期：訪問リハ開始：在宅でのADLはほぼ自立しており、復職に向けて高次脳機能評価や机上課題を中心に介入した。しかし、症例からは「右手が元に戻れば職場に戻る」と身体機能の改善に固執してしまい、作業療法で提案する課題は症例のニーズに添うものではなかった。さらに、職場の意向を確認することが必要と感じ、社長との面会を提案したが症例からの拒否があり保留となった。復職に向け調整を図っていたが、職場から退職勧奨を受けることになった。

第2期：ADOC面接を導入：症例との協働作業を促す目的でADOC面接を実施した。結果、症例の価値ある作業として＜仕事（有給）＞＜公的機関の利用＞の順で優先度は高くなり、対して両項目共に満足度は低かった。＜仕事＞の優先度が高くなった背景には、これまでの会社の職務や責任感からきていた。優先度が高い仕事に関する支援は、解雇に伴い一旦保留とした。次にくる＜公共機関の利用＞の満足度が低い理由として、母親の手続きの動きが遅いとあり、苛立ちや他人任せの発言が聞かれた。そこで、母親に依存している公共機関の手続きや申請、金銭管理を症例で行うことを共有目標とした。

第3期：作業療法の展開～他職種との連携：セルフケアが高められるようメモリーノートを活用し、朝食メニュー・服薬・血圧などの記入を提案した。同時期に、高次脳デイケアが利用開始となった。高次脳デイケア相談員や生活支援センター相談員（以下、相談員）へ訪問リハでの取り組みを報告し、具体的に公共機関の申請・手続きサポートの役割分担を行った。失業保険申請に初回のみ相談員と同行したが、定期的な手続きは症例1人で行かれ、また障害年金の受給申請用紙にサポートを受けながらではあるが記入することができた。解雇を契機に経済面の不安や焦りが顕在化したため 相談員と共に社会保障制度の情報提供を行った。金銭管理を明確化したことで、不安や焦燥感を軽減することができた。

【考察】

症例の実際の能力と自己認知の間には乖離がありそれを修正することが必要と感じていた。できるだけ症例の自己決定・自己選択を尊重したいと思い ADOC で面接を実施した。イラストを用いていることで言語機能に頼ることなく作業選択することが可能となった。また、具体的に目標を可視化したことで協働作業が可能となり、症例自身で必要な支援を選択・決定したことが結果、行動変容に繋がったと思う。さらには焦燥感が軽減したことで、相互のコミュニケーションも取りやすくなり認知課題も前向きに取り組まれるようになった。今回の経験で、訪問リハでの作業療法の展開や他職種と連携・役割分担することの重要性を感じることができた。今後の課題として、復職に向けてさらなる連携を図っていききたいと思う。

回復期リハビリテーション病棟でのメンタルコミットロボット「パロ」を試用してみる

4階メディカルホールゆいんち 作業療法士 荷川取慎也

児玉悦津子(作業療法士)、仲宗根拓也(作業療法士)、又吉達(医師)

【はじめに】

回復期リハビリテーション病棟(以下、回復期病棟)に入院している患者で、心身機能の低下により不安や抑うつ、暴言・暴力、徘徊などの行動・心理症状でリハビリテーション(以下、リハビリ)やケアに影響することはある。今回、認知症高齢者に対しセラピー効果のあるメンタルコミットロボット「パロ」(以下、パロ)を当病棟で試用し、患者に若干の変化がみられたので、パロの使用方法和結果について報告する。

【パロについて】

ギネスブックにも認定されている「セラピー効果のあるロボット」で、姿はタゲトアザラシの赤ちゃんである。多数のセンサーや人工知能の働きにより呼びかけに反応し、人との身体的な触れ合いを通して、心理的(不安・徘徊の抑制、動機付けなど)、社会的(コミュニケーションの活性化など)、生理的(ストレスの軽減、脳活動状態の改善など)の作用を与えるとされている。

【対象】

当病棟に入院している患者 53 名の中、入院生活に心身機能の影響が認められ、なおかつパロに対して笑顔の表出や触る、話しかける、抱くなどの良好な反応が 1 つ以上みられた、3 名(男性 1 名、女性 2 名)を対象とした。

【方法】

セラピストが個別で介入し、はじめパロを見せ、対象者の反応を窺った。対象者が良好な反応をした場合に接触を促すよう撫でたり、触ったりするような声掛けを行った。さらに触れやすく、抱きやすい易いようにテーブルにパロを設置しました。対象者には導入前後に認知症行動障害スケール(以下、DBD スケール)、N 式老年者用精神機能尺度(NM スケール)を実施した。また、対象者の反応は介入時記録表を用いた。期間は平成 25 年 9 月 12 日から 25 日までの 14 日間実施した。

【結果】

DBD スケールは平均 7.6 点の改善みられ、うち対象者 3 名とも点数の向上あり。NM スケールでは 2 名に点数の向上がみられた。また HDS-R において B 氏のみが 1 点から 4 点への変化がみられ、その他の 2 名は HDS-R、MMSE とともに実施困難であった。(表 1)

パロに対しての反応として 3 名ともパロに触り、うち女性 2 名には笑顔の表出、話しかける、抱くなどの良好な反応がみられた。さらに B 氏においては歩行練習に対し拒否が減少し、容易に実施することができるようになった。(表 2)

【考察】

パロを見つめる、触れる、話しかけるなど関わりを持つことで、「快」刺激の指標である笑顔もみることができた¹⁾。さらに DBD スケールをはじめ、NM スケールでも若干の改善がみられたことから、導入期間中、パロと関わることで行動・心理症状の軽減、症例ではリハビリに対する自発性向上の一要因になったと考える。また、他院の回復期病棟では、自発性の向上みられたことで食事、整容などの介助量減少や離床時間増加の報告があることから²⁾、期間限定の使用ではなく継続使用していれば、さらに行動・心理症状が軽減し、安定・安心した病棟生活やリハビリの促進に期待できたのではないかと考える。今後も事例数を増やし、回復期病棟でのパロの活用方法を検討し、生活支援につなげていきたい。

【参考文献】 1)山口晴保：認知症の正しい理解と包括的医療・ケアのポイント 第 2 版 P152-166

2)第 2 回 アザラシ型ロボット・パロによるロボット・セラピー研究会：抄録集 P40-44

対象者	年齢	性別	DBD スケール	NM スケール	HDS-R	MMSE
A氏	77歳	男性	前: 39 後: 35	前: 17 後: 17	実施困難	実施困難
B氏	82歳	女性	前: 21 後: 15	前: 9 後: 11	前: 1/30 後: 4/30	前: 7/30 後: 7/30
C氏	88歳	女性	前: 47 後: 37	前: 10 後: 15	実施困難	実施困難

表 1 パロ導入前後の結果

※□は改善あり

導入前	導入中	終了後
3日/14日間	8日/14日間	6日/14日間

表 2 B氏における歩行練習実施日数

《 院内医療統計 》

沖縄リハビリテーションセンター病院 年代別集計

診療月(平成25年4月～平成26年3月まで)

平成26年7月28日作成

【外来患者の月別推移】

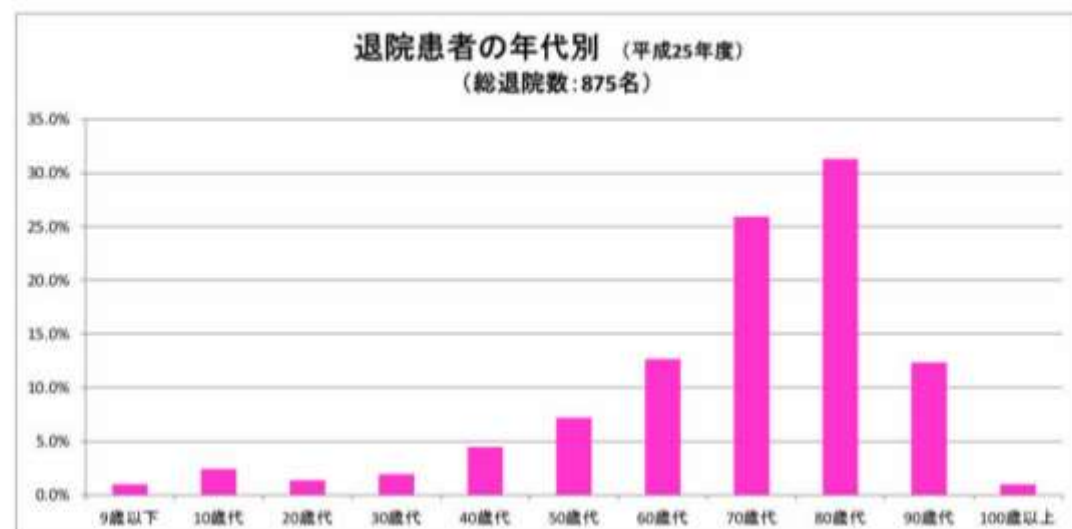
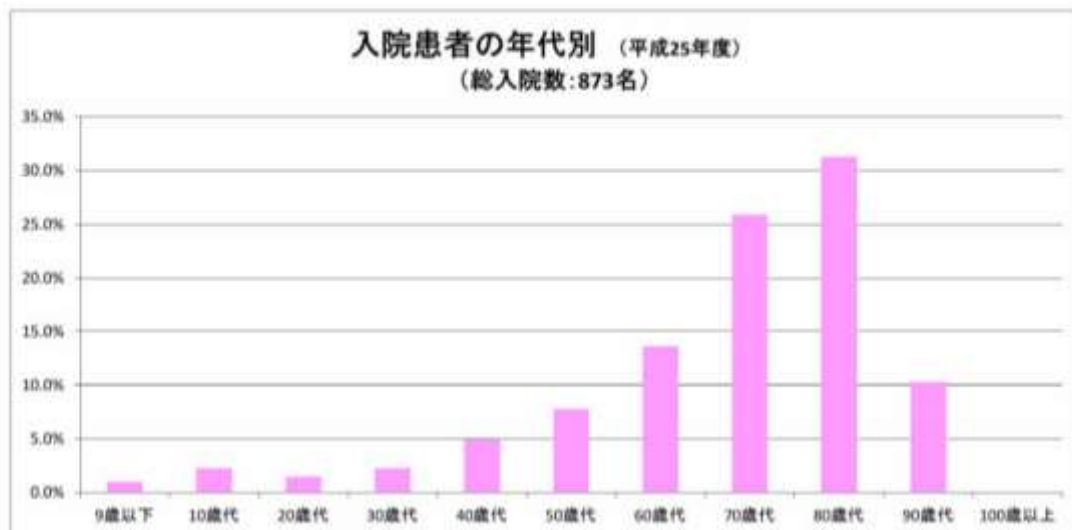
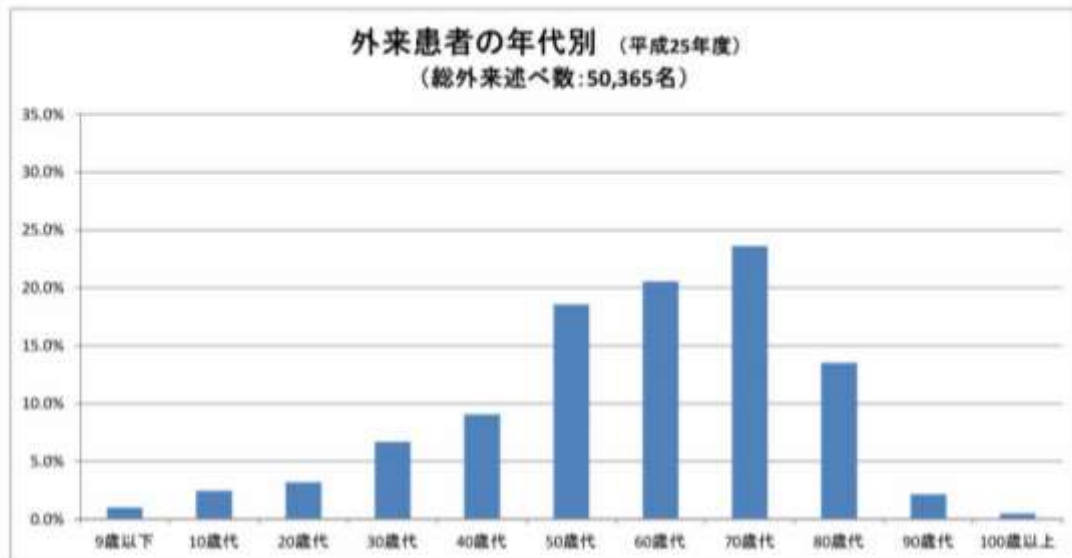
診療月	H25/4	5	6	7	8	9	10	11	12	H26/1	2	3	計
9歳以下	9	7	4	4	11	16	3	3	12	14	8	15	106
10歳代	92	102	82	72	89	99	128	121	101	104	129	112	1,231
20歳代	144	146	136	144	118	104	124	158	114	150	126	139	1,603
30歳代	293	282	254	288	270	263	284	381	251	273	267	257	3,363
40歳代	411	382	368	361	353	333	414	441	348	390	367	396	4,564
50歳代	764	818	790	846	786	739	804	787	743	738	754	787	9,356
60歳代	857	904	829	967	891	852	869	886	835	786	802	872	10,350
70歳代	948	1,058	963	1,104	966	987	1,048	978	962	965	903	1,010	11,892
80歳代	516	554	541	628	592	569	556	534	541	558	577	635	6,801
90歳代	105	95	72	99	87	79	111	85	92	93	91	79	1,088
100歳以上	0	1	1	2	1	0	2	1	0	1	2	0	11
計	4,139	4,349	4,040	4,515	4,164	4,041	4,343	4,375	3,999	4,072	4,026	4,302	50,365

【入院患者の月別推移】

診療月	H25/4	5	6	7	8	9	10	11	12	H26/1	2	3	計
9歳以下	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
10歳代	1	0	1	3	4	0	1	1	2	2	1	4	20
20歳代	0	1	1	3	4	1	0	0	2	0	0	1	13
30歳代	0	2	2	0	4	1	4	2	2	2	1	0	20
40歳代	4	7	2	4	1	6	5	3	2	4	4	1	43
50歳代	6	2	7	3	6	4	12	6	5	6	6	5	68
60歳代	5	12	9	10	7	7	21	13	7	9	7	12	119
70歳代	16	19	24	20	13	20	24	19	16	15	21	19	226
80歳代	22	32	22	19	25	23	16	19	27	31	19	18	273
90歳代	11	2	5	7	5	6	8	13	13	3	9	8	90
100歳以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
計	65	77	73	69	69	69	91	76	76	72	68	68	873

【退院患者の月別推移】

診療月	H25/4	5	6	7	8	9	10	11	12	H26/1	2	3	計
9歳以下	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
10歳代	1	0	0	1	6	2	1	1	3	2	1	3	21
20歳代	0	0	2	2	2	2	1	1	1	1	0	0	12
30歳代	1	1	0	1	2	1	5	2	2	1	0	1	17
40歳代	4	1	1	4	1	5	8	4	4	1	4	2	39
50歳代	8	3	7	2	6	4	7	4	3	6	7	6	63
60歳代	2	9	9	7	13	5	16	12	5	13	9	11	111
70歳代	18	17	20	19	19	27	14	25	19	16	17	16	227
80歳代	20	26	28	20	26	21	22	21	25	20	23	22	274
90歳代	14	8	13	8	2	5	9	7	8	13	8	13	108
100歳以上	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
計	69	66	80	64	77	72	83	78	70	73	69	74	875



疾患別割合

診療月(平成25年4月～平成26年3月まで)

■入院患者の主疾患別割合

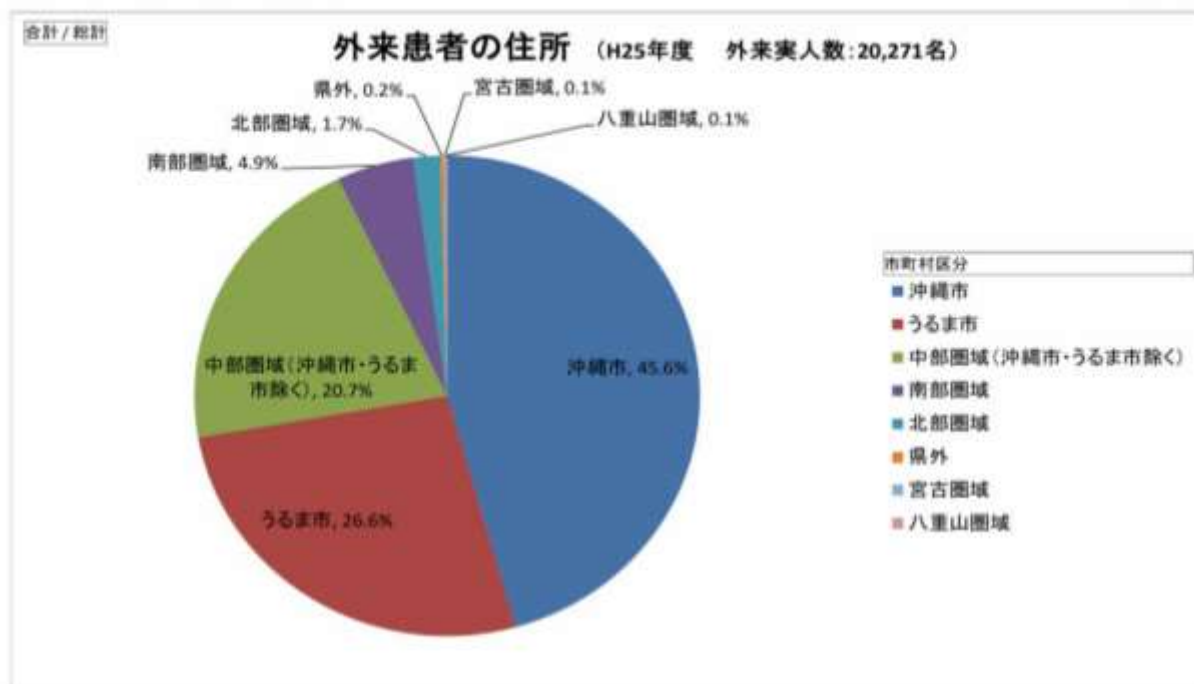
(総退院者:875名)

大分類	疾患区分	集計
脳関連	脳梗塞	146
	脳出血	117
	くも膜出血	19
	外傷	32
	水頭症	7
	腫瘍	3
	脊髄性疾患	2
	神経疾患	2
	その他	7
脊椎関連	脊髄性疾患	92
	神経疾患	1
	脊髄・頸髄損傷	21
骨折・損傷関連	大腿骨頸部骨折	139
	骨盤部	14
	股関節	16
	膝関節	81
廃用症候群	廃用症候群	147
その他	リハ実施なし(検査入院)	29
	総計	875

住所別(外来)

診療月(平成25年4月～平成26年3月まで)

平成26年7月28日作成



合計 / 総計	集計
市町村区分	
沖縄市	45.6%
うるま市	26.6%
中部圏域(沖縄市・うるま市除く)	20.7%
南部圏域	4.9%
北部圏域	1.7%
県外	0.2%
宮古圏域	0.1%
八重山圏域	0.1%
総計	100.0%

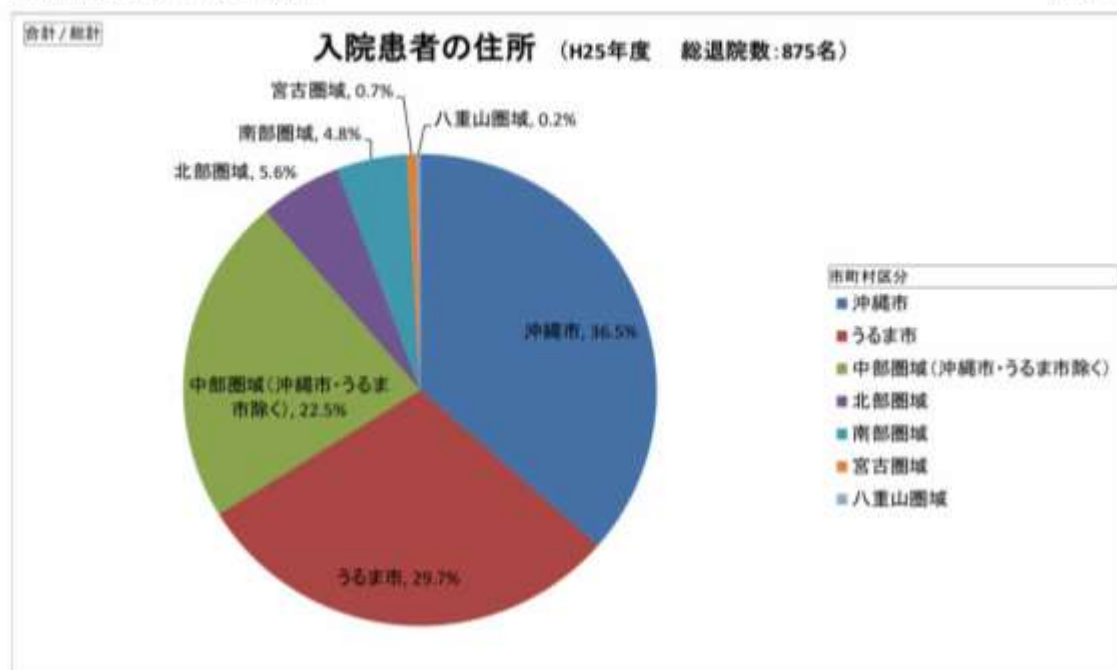
(単位: 人)

市町村区分	住所	総計
沖縄市	沖縄市	9,250
うるま市	うるま市	5,389
中部圏域(沖縄市・うるま市除く)	北中城村	1,377
中部圏域(沖縄市・うるま市除く)	北谷町	742
中部圏域(沖縄市・うるま市除く)	宜野湾市	696
中部圏域(沖縄市・うるま市除く)	中城村	515
中部圏域(沖縄市・うるま市除く)	読谷村	429
中部圏域(沖縄市・うるま市除く)	嘉手納町	227
中部圏域(沖縄市・うるま市除く)	西原町	209
南部圏域	那覇市	440
南部圏域	浦添市	196
南部圏域	与那原町	103
南部圏域	南城市	101
南部圏域	南風原町	54
南部圏域	豊見城市	51
南部圏域	糸満市	25
南部圏域	島尻郡八重瀬町	19
南部圏域	島尻郡久米島町	6
南部圏域	島尻郡粟国村	1
南部圏域	島尻郡伊是名村	1
南部圏域	島尻郡護国村	1
北部圏域	国頭郡恩納村	107
北部圏域	国頭郡金武町	85
北部圏域	名護市	67
北部圏域	国頭郡国頭村	23
北部圏域	国頭郡本部町	19
北部圏域	国頭郡大宜味村	14
北部圏域	国頭郡宜野座村	12
北部圏域	国頭郡東村	12
北部圏域	国頭郡伊江村	6
北部圏域	国頭郡今帰仁村	3
県外	東京都	14
県外	兵庫県	10
県外	千葉県	7
県外	愛知県	6
県外	奈良県	6
県外	高知県	3
県外	大阪府	2
県外	静岡県	1
県外	北海道	1
宮古圏域	宮古島市	20
宮古圏域	宮古郡多良間	5
八重山圏域	沖縄県八重山郡	14
八重山圏域	石垣市	2
		20,271

住所別（入院）

診療月（平成25年4月～平成26年3月まで）

平成26年7月28日作成



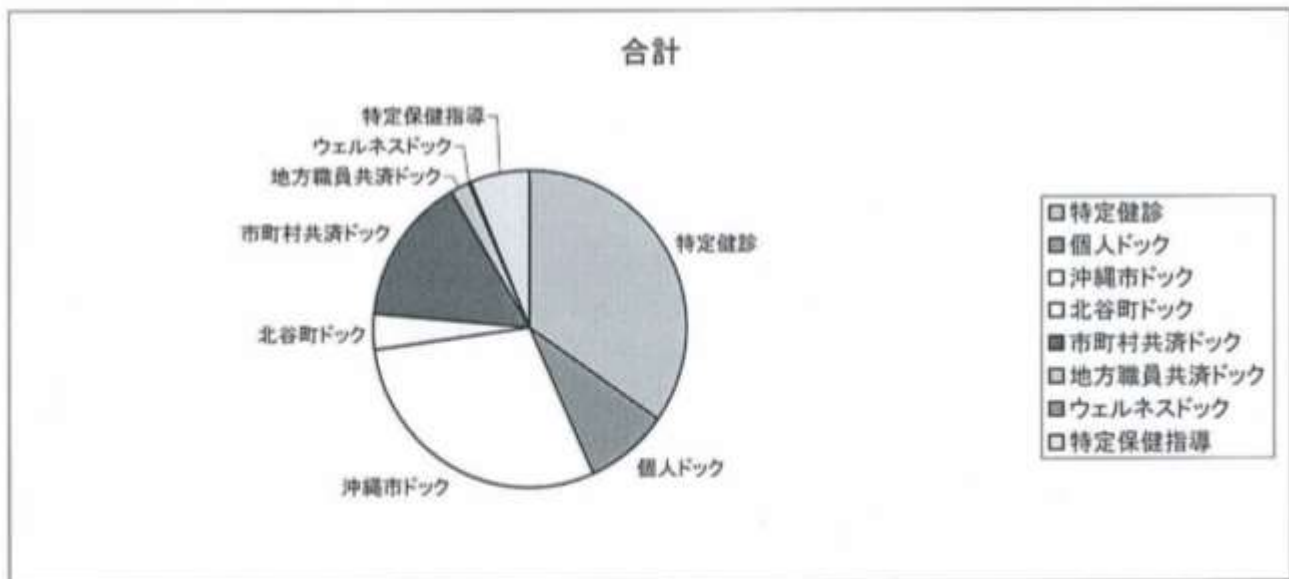
（単位：人）

合計 / 総計	集計
市町村区分	
沖縄市	36.5%
うるま市	29.7%
中部圏域（沖縄市・うるま市除く）	22.5%
北部圏域	5.6%
南部圏域	4.8%
宮古圏域	0.7%
八重山圏域	0.2%
総計	100.0%

市町村区分	住所	総計
沖縄市	沖縄市	319
うるま市	うるま市	260
中部圏域（沖縄市・うるま市除く）	北中城村	44
中部圏域（沖縄市・うるま市除く）	北谷町	35
中部圏域（沖縄市・うるま市除く）	中城村	33
中部圏域（沖縄市・うるま市除く）	宜野湾市	30
中部圏域（沖縄市・うるま市除く）	読谷村	19
中部圏域（沖縄市・うるま市除く）	浦添市	13
中部圏域（沖縄市・うるま市除く）	西原町	12
中部圏域（沖縄市・うるま市除く）	嘉手納町	11
北部圏域	名護市	18
北部圏域	国頭郡恩納村	7
北部圏域	国頭郡金武町	7
北部圏域	国頭郡宜野座村	5
北部圏域	国頭郡本部町	5
北部圏域	国頭郡今帰仁村	4
北部圏域	国頭郡国頭村	1
北部圏域	国頭郡大宜味村	1
北部圏域	国頭郡東村	1
南部圏域	南城市	12
南部圏域	那覇市	11
南部圏域	与那原町	8
南部圏域	島尻郡久米島町	4
南部圏域	南風原町	3
南部圏域	島尻郡伊是名村	2
南部圏域	島尻郡八重瀬町	1
南部圏域	豊見城市	1
宮古圏域	宮古島市	6
八重山圏域	石垣市	2
		875

平成25年度 健診実績

健診項目	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
特定健診		5	9	8	9	7	12	10	8	5	5	9	87
個人ドック			1	1		1	3	1	5	1	3	6	22
沖縄市ドック		1	10	16	5	10	8	10	8	3	3		74
北谷町ドック			1	3	1		2	1		1			9
市町村共済ドック			1	2	1	5	3	4		6	6	10	38
地方職員共済ドック				1	3	1							5
ウェルネスドック							1						1
特定保健指導				1		1	2		5		2	4	15
計	0	6	22	32	19	25	31	26	26	16	19	29	251



平成25年度 健診実績

		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計	合計
国保	特定健診		2	2	6	3	5	6	6	1	2	3	8	44	87
	長寿健診		2	2		4	2	2	3	1	2	1	1	20	
社保	特定健診		1	5	2	2		4	1	6	1	1		23	
個人	人間ドック			1			1	1		5		1	2	11	22
	脳ドック				1			2			1		2	6	
	併用ドック								1			2	2	5	
沖縄市	人間ドック		1	7	10	3	8	6	5	2	1			43	74
	脳ドック				3	1		1	4	5	2	3		19	
沖縄市後期高齢	人間ドック			1	1		2			1				5	
	脳ドック			2	2	1		1	1					7	
北谷町	人間ドック				2									2	6
	脳ドック				1	1		1	1					4	
北谷町後期高齢	人間ドック							1			1			2	3
	脳ドック			1										1	
市町村共済	人間ドック				1		4	3	4		4	5	8	29	38
	脳ドック										1			1	
	併用ドック			1	1	1	1				1	1	2	8	
地方職員共済	人間ドック				1	3	1							5	5
ウェルネスドック								1						1	1
国保 特定保健指導	積極的支援						1	2		2		2	2	9	9
	動機付け													0	
社保 特定保健指導	積極的支援				1					2			1	4	6
	動機付け									1			1	2	
計		0	6	22	32	19	25	31	26	26	16	19	29	251	251

年間報告

入退院患者状況(H25.4月～H26.3月)

【病棟別】1日平均在院患者数

	対象	対象割合	対象外	対象外割合	合計	平均
4F(53床)	49.8人	96.0%	2.1人	4.0%	51.9人	97.9%
5F(40床)	34.8人	88.5%	4.5人	11.5%	39.3人	98.3%
6F(53床)	50.4人	97.1%	1.5人	2.9%	51.9人	97.9%
7F(53床)	49.6人	96.1%	2.0人	3.9%	51.6人	97.4%
合計(199床)	184.6人	94.8%	10.1人	5.2%	194.7人	97.8%
利用率	92.7%		5.1%		97.8%	97.8%

【病棟別】回復期リハビリ病棟入院料1(算定要件実績)

	重症者の割合		在宅復帰率 (70%)	重症者改善率 (4点以上) (30%)	回復期リハ 対象者 (80%)
	日常生活機能 評価10点以上 (30%)	A項目 (15%)			
4階病棟	36.9%	22.9%	87.0%	47.0%	96.1%
5階病棟	44.7%	40.9%	90.3%	78.3%	87.6%
6階病棟	37.7%	28.0%	85.3%	47.3%	97.8%
7階病棟	35.3%	25.7%	80.7%	43.3%	96.1%
合計	38.2%	28.5%	85.6%	53.1%	94.8%

【病棟別】在宅復帰率

	在宅復帰率 回復期病棟用(%)	自宅	宅老所・ グループ ホーム等	施設	病院	その他 (対象外・ 死亡等)	総計
4階病棟	87.0%	140	14	13	55	12	234
5階病棟	90.3%	118	13	11	30	52	224
6階病棟	85.3%	121	12	11	52	7	203
7階病棟	80.7%	126	16	14	48	10	214
合計	85.6%	505	55	49	185	81	875

【病棟別】在院日数状況表

	入院数	退院数	在院延べ数	平均在院日数
4階病棟	230	232	18,933	81.96
5階病棟	222	224	14,330	64.26
6階病棟	202	201	18,956	94.07
7階病棟	219	218	18,829	86.17
合計	873	875	71,048	81.29

【リハビリ疾患別】在院日数状況表 (実績)

	入院数	退院数	在院延べ数	平均在院日数
脳血管	490	488	47,257	96.64
運動器	376	371	23,784	63.68
呼吸器	0	0	0	0.00
リハ実施なし (検査入院等)	7	16	7	0.61
合計	873	875	71,048	81.29

【1日平均外来・入院患者数】

	H25.4	H25.5	H25.6	H25.7	H25.8	H25.9	H25.10	H25.11	H25.12	H26.1	H26.2	H26.3	平均
外来	179.6	192.8	179.0	187.6	169.4	192.1	180.4	198.5	173.5	193.5	191.7	190.8	185.7
入院	195.3	193.1	195.6	198.2	195.0	192.0	191.0	196.2	195.9	193.9	196.4	193.4	194.7

＜メディア関連記事＞

メディア関連記事は冊子にて掲載しております。
ご希望の方に数量限定ではありますが冊子の配布
をしております。



万国医療津梁協議会 第1回北京ミッション団 報告書



平成23年8月30日
万国医療津梁協議会事務局

全体工程

8月7日(日)	8月8日(月)	8月9日(火)	8月10日(水)
0930 那覇空港集合	0700 スタッフ集合@長富宮飯店セミナー会場	0845 当日日程ブリーフィング@長富宮飯店ロビー	0600 ホテル、チェックアウト
1040 那覇空港発 ↓	0800 全員集合@長富宮飯店セミナー会場	1000 在中日本大使館訪問	0825 北京空港発 ↓(以下、日本時間)
1315 成田空港着	0900 国務院衛生部会見	1055 日本政府観光局北京事務所訪問	1255 成田空港着～解団式 ↓ バス移動
1600 結団式@成田空港ラウンジ	0900 セミナー開場	1430 北京市旅遊発展委員会訪問	1500 羽田空港着
1815 成田空港発 ↓(以下、現地時間)	0930 セミナー開会 ↓	1500 北京神舟方舟国際会議展覧有限公司訪問	1600 羽田空港発 ↓
2215 北京空港着	1215 セミナー終了	1600 北京和岐家医院訪問	1830 那覇空港着
2330 ホテル、チェックイン	1515 中国国家旅遊局訪問		
	1630 中国国家衛生部中日友好医院訪問		
	1900 中国国家旅遊局主催晩餐会@釣魚台		



ミッション団参加者名簿

No.	機関・団体・企業名等	役職	氏名
1	内閣府沖縄総合事務局	経済産業部長	山内 徹
2	財団法人沖縄観光コンベンションビューロー	常務理事	上運天 昂
3	一般財団法人貿易研修センター	専務理事	赤津 光一郎
4	医療法人友愛会豊見城中央病院	院長	潮平 芳樹
5	医療法人友愛会豊見城中央病院	副院長	城間 寛
6	医療法人タビック沖縄リハビリテーションセンター病院	理事長	宮里 好一
7	株式会社Tripod	代表取締役	玉城 清樹
8	学校法人国際医療福祉大学	准教授	岡村 世里奈
9	株式会社Tripod	取締役	友利 博朗
10	株式会社Tripod	取締役	元田 聡
11	株式会社Tripod	取締役	岩村 比呂彦
12	株式会社Tripod	取締役	史 常德
13	株式会社Tripod	部長	岡部 正義
14	株式会社Tripod	事務局長	前里 勝也
15	株式会社Tripod	通訳	富山 満忠
16	株式会社Tripod	通訳	孫 静
17	株式会社Tripod		眞栄田 祐哉
18	株式会社Tripod		李 善保
19	医療法人タビックやはら万国クリニック／日本亜健康研究所	未病・亜健康医学センター長／医学博士／所長	柯 彬
20	沖縄ターリスト株式会社	国際事業本部国際部チーフ	加藤 新吾
21	JTA商事株式会社	代表取締役常務	金城 彰
22	JTA商事株式会社	旅行事業部商品企画2課主任	前城 美琳
23	株式会社ホット沖縄カヌチャリゾート	セールスマーケティング部長	山城 重剛
24	株式会社ホット沖縄カヌチャリゾート	セールスマーケティング部	島尻 古之
25	内閣府沖縄総合事務局	企画振興課課長補佐	太田 浩一
26	株式会社おきぎん経済研究所	研究員	上地 良平
27	株式会社おきぎん経済研究所	PM	洲藤 孝
28	財団法人沖縄観光コンベンションビューロー	受入推進部部長	下地 貴子
29	財団法人沖縄観光コンベンションビューロー	NM	石原 守次郎
30	株式会社FUJITA	代表取締役社長	藤田 賢
31	株式会社FUJITA	代表取締役副社長	古田 修嗣
32	株式会社FUJITA		徳藤田 美幸
33	株式会社FUJITA		野々山 佳代子

中国国務院衛生部会見

【日時】平成23年8月8日（月）9：00～9：30（以下、現地時間）

【会場】長富宮飯店・VIP控室（中国北京市建国門外第26号）

【中国側参加者】国務院衛生部国際合作司・李延生処長 他4名

【沖縄側参加者】沖縄総合事務局経済産業部長・山内徹、沖縄観光コンベンションビューロー常務理事・上運天昂、貿易研修センター専務理事・赤津光一郎、獨協医科大学・史常德、豊見城中央病院・潮平芳樹、同・城間寛、医療法人タビック理事長・宮里好一、国際医療福祉大学准教授・岡村世里奈 他

【会見要旨】

①北京訪問を歓迎する。

②私たちのセクションは国際医療交流を促進する部署であり、お手伝いできることは努力したい。

③沖縄での健診の値段と上海の値段に大差がないとすれば（沖縄の取り組みは）非常に有意義だ。

④ビザの緩和の取り組みもすばらしい。

その他、沖縄の医療サービスについて、料金や医師のレベル、リハビリサービスに関して質疑応答があり、意見交換を行なった。



万国医療津梁北京セミナー ①

【主催】万国医療津梁協議会、一般財団法人貿易研修センター

【日時】平成23年8月8日（月）9：30～12：15

【会場】長富宮飯店・芙蓉の間（北京市建国門外第街26号）

【実施内容】

①基調講演 獨協医科大学医学博士 史常德氏「美しい島、安心な医療——日本・沖縄——」

②プレゼンテーション1 ㈱トリポッド代表取締役社長（医師）玉城清訓氏

「沖縄での健診・検診サービスの提供」及び「モニターツアー参加者体験談」

③プレゼンテーション2 医療法人友愛会 豊見城中央病院副院長 城間寛氏

「直腸・結腸癌に対するFDG-PET検査の有用性」

④プレゼンテーション3 医療法人タビック理事長 宮里好一氏

「リハビリテーションサービスの提供——沖縄におけるリハビリテーション医療の活用のお勧め——」

⑤プレゼンテーション4 医療法人友愛会 豊見城中央病院院長 潮平芳樹氏「医療の国際化」

【実施概要】

北京市内病院関係者、旅行業関係者、関連メディア等130名余の来場があった。

翌日のメディア報道の関心の高さからも理解されるように北京市の関係機関にはインパクトのあるセミナーであった。



万国医療津梁北京セミナー ②



中国国家旅遊局訪問

【日時】平成23年8月8日（月）15：15～15:45

【中国側参加者】中国国家旅遊局 旅遊促進与国際合作司副司長・王燕氏、中国国家観光局東京主席代表・范巨レイ氏

【沖縄側参加者】沖縄総合事務局経済産業部長・山内徹、沖縄観光コンベンションビューロー常務理事・上運天昂、貿易研修センター専務理事・赤津光一郎、獨協医科大学・史常德、豊見城中央病院・潮平芳樹、同・城間寛、医療法人タビック理事長・宮里好一、国際医療福祉大学準教授・岡村世里奈、他

【中国側発言要旨】

- ①中日友好関係は観光にも良い影響が出ている。
- ②2010年実績で、双方向交流において中日間を570万人が往来している。
- ③311震災後観光は打撃を受けたと認識しているが、北京～那覇直航便就航など、交流人口は拡大していくものと楽観視している。
- ④日本の自治体は盛んに北京にPRに来ているが、当局の東京事務所、大阪事務所として日本観光を振興していきたいと考えている。
- ⑤医療観光は潜在力があると思う。ストレス社会においては癒しの旅は必要だ。
- ⑥日本の医療は優れていると認識しているので、医療観光は進めていきたい。
- ⑦人材交流を行なってもらおうと良い。



中国国家衛生部中日友好医院訪問

【日時】平成23年8月8日（月）16：30～17：00

【場所】北京市朝阳区樱花東路2号

【中国側参加者】Wang（王） Yunhua氏（女性医師）、Meng（孟） Huachuan（男性医師）

※両氏とも日本語会話可能

【沖縄側参加者】沖縄総合事務局経済産業部長・山内徹、沖縄観光コンベンションビューロー常務理事・上運天昂、貿易研修センター専務理事・赤津光一郎、獨協医科大学・史常德、豊見城中央病院・潮平芳樹、同・城間寛、医療法人タビック理事長・宮里好一、国際医療福祉大学準教授・岡村世里奈、他

【中日友好病院基礎情報】

- ①1984年10月設立、3級甲種病院（最高位）
- ②ベッド数 1500床
- ③総スタッフ数 2800名（内、医師800名、看護婦1,000名）
- ④医科大学の臨床病院に位置付けられている
- ⑤東京大学、慶応大学や国立癌センター、循環器センターなど、日本との交流は盛ん
- ⑥外来 1日7,000人、年中無休

【王氏発言要旨】

- ①リハビリ科は設置されているが、医師4～5名、計20名程度のスタッフで取り組んでいるが、日本のようには進んでいない。
- ②脳卒中などの平均入院期間は3週間程度。その後は在宅でのリハビリになる。
- ③現在、ベッドの使用率が98%であり、満杯状態なので長期受入れは難しい。
- ④国際部では3分の1くらいは日本人患者を受け入れている。
- ⑤こちらの患者を沖縄へ移送する仕組みはできないことはないが少ないだろう。
- ⑥但し、患者に対して沖縄の医療機関を紹介することは可能だとは思う。
- ⑦過去にJICAの医療研修に送り出しているが、沖縄での研修も可能だろう。希望者はいると思う。
- ⑧人材交流は必要だろう。
- ⑨交流促進のための提携覚書等の対応は提案があった段階で上司に相談し、対応したい。



在中日本大使館訪問

【日時】平成23年8月9日（火）10：00～10：30

【場所】北京市建国門外日壇路7号

【日本大使館側】公使（商務）・堂之上武夫氏、一等書記官・鮎澤良史氏

【沖縄側参加者】沖縄総合事務局経済産業部長・山内徹、沖縄観光コンベンションビューロー常務理事・上運天昂、貿易研修センター専務理事・赤津光一郎、獨協医科大学・史常德、豊見城中央病院・潮平芳樹、同・城間寛、医療法人タビック理事長・宮里好一、国際医療福祉大学準教授・岡村世里奈、他

【公使発言要旨】

- ①日本各地から多くの自治体が中国へセールスに来るが、数次ビザの件も含め、沖縄は国内他地域と差別化できるのではないかと。
- ②今後、交渉していく上で、中国側のメリットを整理して伝えていくことが非常に重要だ。
- ③中国人は長寿が好きなので、その点は沖縄と合っている。



日本政府観光局北京事務所訪問 ①

【日時】平成23年8月9日（火）10：55～12：00

【場所】北京市建国門外大街甲26号

【中国側参加者】主席代表所長・飯島康弘氏、代表副所長・北沢直樹氏

【沖縄側参加者】沖縄総合事務局経済産業部長・山内徹、沖縄観光コンベンションビューロー常務理事・上運天昂、貿易研修センター専務理事・赤津光一郎、獨協医科大学・史常德、豊見城中央病院・潮平芳樹、同・城間寛、医療法人タビック理事長・宮里好一、国際医療福祉大学準教授・岡村世里奈、他

【JNTO中国事情レク】

（1）全体

- ①311震災後、中国側は友好的になっている。
- ②5月には中国側関係者で東京・大阪を視察。
- ③6月には個人旅行復活の兆しが出てきた。
- ④海外の旅行会社に訪日旅行取扱いを許可した。
※3カ国限定（日本、ドイツ、アメリカ）であり、中国企業との合併であることが条件となっている。日本はJTBが認可を受けた。
- ⑤北京市場は保守的な市場。上海、広東はツアーの回復が早い。しかし、本格回復は国慶節以降だろう。
- ⑥中国には旅行ピークが4回ある。春節、日本の桜開花期、夏休み、国慶節。
- ⑦年間141万人訪日、月平均12万人程度だが、平成22年8月は17万人を記録した。



日本政府観光局北京事務所訪問 ②

（２）北京市場トレンド

- ① エージェントの再分化が起きている。
- ② 企業インセンティブツアーなどが増加していて、MICE専門会社が増えている。
- ③ その他、教育旅行専門、富裕層専門、SIT専門なども出てきている。
- ④ プロモーションの際、「健康志向」は重要点。サプリメントは人気がある。
- ⑤ 以前の旅行ニーズは「グルメ」「ショッピング」「温泉」という順位だったが、今は「癒し」「グルメ」「ショッピング」に変わってきている。
- ⑥ 海への憧れは強い。

（３）医療ツーリズム

- ① タイ、マレーシアの医療ツアーは不人気ではないか。
- ② 北京には医療ツアー専門で売っているエージェントがある。
「名士優翔」
 - ・この3～4年で、日本とスイスでの実績がある。
 - ・年間66本程度の実績があるはずだ。
 - ・日本では大阪の病院と提携している。
 - ・ツアーは完全カスタムメイドで16万円くらいするようだ。（通常の大阪ツアーは5,000円～6,000円程度）
- 「和平旅行社」
 - ・まだ動き出していないが、取組み始めている。
 - ・アプローチしても良いと思う。
- ③ 沖縄の取組みは国内他地域に比べ非常に進んでいる。
- ④ 観光庁的に見れば、マルチビザ＆医療ツーリズムという流れは非常に良いという感触ではないだろうか。
- ⑤ 医療について言えば、中国の病院には設備はあるが、技術とサービスが追いついていない。
その辺りからのアプローチをすれば潜在需要は相当あるのではないか。



日本政府観光局北京事務所訪問 ③

（４）中国人受入れに関する必須事項

- ① 歓迎の方法。特別待遇が大好きである。
- ② 撮影が大好き。撮影サービスや、素敵な撮影場所などを教える資料を用意しておく。
- ③ 言語対応は必須。
- ④ 朝、ホテル周辺を散歩するので散歩マップを提供する。
- ⑤ ネット環境は必須。
- ⑥ 中国語放送のテレビを受信できるようにしておく。
- ⑦ 食事は豪華さが大事。
- ⑧ その食材が健康に配慮されたものだと言明するとさらに良い。
- ⑨ 銀連対応必須。
- ⑩ 提供する商品やサービスが日本で一番のモノである、ということはとても重要。
- ⑪ 有名人をうまく活用する。（〇〇〇〇が泊まったホテルとか、〇〇〇〇が美味しいと言ったグルメとか・・・）

（５）JNTO北京事務所スタンス

- ① 沖縄を日本の重点プロモーション地域として取り扱っていきたい。
- ② 旅行会社へのアプローチ、メディアの招聘等が重要だが、お手伝いする。
- ③ 招聘時に重要なことはその当人が本当にその企業や事業のキーパーソンなのかどうかをしっかりと把握しないと無駄な招聘となる。この点もお手伝いできる。

（６）沖縄の取組みについて

- ① 地域振興で中国人を呼びたいという自治体は数多いが、医療機関と組んでプロモーションに来るのはかなり先進的。
- ② 昨日のセミナーは本当に良かった。
- ③ 中国の医療サービスには、最新の設備はあるが技術とサービスがない。最新設備と最高の技術、高水準のサービスの３点をセットとして考え、売り込む必要があるだろう。



北京市旅遊發展委員會訪問

【日時】平成23年8月9日（火）14：30～15：00

【場所】北京市建国門外大街28号501室

【中国側参加者】北京旅遊發展委員會 旅遊促進一処副所長・劉京安

【沖縄側参加者】沖縄総合事務局経済産業部長・山内徹、沖縄観光コンベンションビューロー常務理事・上運天昂、貿易研修センター専務理事・赤津光一郎、獨協医科大学・史常德、豊見城中央病院・潮平芳樹、同・城間寛、医療法人タビック理事長・宮里好一、国際医療福祉大学準教授・岡村世里奈、他

【中国側発言要旨】

- ① かりゆしウェアはいいですね。
- ② 医療ツーリズムについて、付加価値の高いリハビリなどは良いと思う。
- ③ 北京で沖縄をセールスするのであれば以下のイベントには是非参加を。
（6月）北京国際観光博覧会（OCVB出展実績あり）
（9月）北京国際観光まつり



北京和睦家医院（United Family Hospital）訪問

【日時】平成23年8月9日（火）16：00～17：00

【場所】北京市朝阳区樱花将台路2号100015

【中国側参加者】院長・Sylvia Pan氏、他数名

【沖縄側参加者】獨協医科大学・史常德、豊見城中央病院・潮平芳樹、同・城間寛、医療法人タビック理事長・宮里好一、国際医療福祉大学準教授・岡村世里奈、他

【同病院基礎情報】

- ① 世界17カ国から医師が来ている。
- ② 患者の60%は外国人滞在者。中国人、日本人は徐々に増えている。
- ③ 診察料金は一般病院の10倍くらいだと思う。盲腸で10万元ほど。入院個室は7,000元から。
- ④ 上海、広州、天津、他2か所にも設置している。（クリニックもあるが。）

【院長発言要旨】

- ① 中国ではリハビリの医師が不足している。
- ② もっとリハビリの勉強が必要。
- ③ そのために日本のリハビリ病院と提携し、当病院にも来て欲しい。
- ④ 当病院は世間では最高の病院だと言われている。当病院で治療後、患者を沖縄へ送ることは可能。
- ⑤ 是非、提携したい。

【その他、院内見学】



編集後記

医療法人タピック
沖縄リハビリテーションセンター病院
リハビリテーション科 部長 又吉達

医療法人タピック沖縄リハビリテーションセンター病院業績集 2014 が完成いたしました。昨年初めて業績集を発行致しました。今回はより深く当院の特徴を知って頂きたく、研究発表や論文だけでなく、特徴あるホールカンファレンスの内容や病院の診療実績も加わっております。今後、業績集の内容を振り返り、当院における診療や研究及び院外での活動を充実させていくことがリハビリテーション医療の更なる向上のためにつながるものと感じております。二度目の発行ですが、まだまだ不慣れなことも多く、関係各位には多々ご迷惑をおかけしました。この場を借りてお詫び申し上げます。来年以降スムーズに発行していけるように取り組んでいきたいと思っております。

この発刊がより良い臨床、研究に繋がって、病院の発展に寄与していくものと確信しております

発行責任者：宮里 好一（タピック代表）
編集委員長：濱崎 直人（沖縄リハビリテーションセンター病院 院長）
編集委員：奥山 久仁男（医局長 医師）
又吉 達（リハビリテーション科 部長 医師）
仲西 孝之（リハビリテーション担当 部長 理学療法士）
森田 智也（4階メディカルホールゆいんち サブマネージャー 作業療法士）
大城 将平（医療相談室 サブマネージャー 社会福祉士）
阿嘉 哲（管理部 課長）
和宇慶 亮士（教育研修局 作業療法士）

医療法人タピック 沖縄リハビリテーションセンター病院 業績集 2014

発刊日：平成 2014 年 12 月 1 日
発行元：医療法人タピック 沖縄リハビリテーションセンター病院
編集者：医療法人タピック 沖縄リハビリテーションセンター病院 業績集 2014 作成委員会

医療法人タピック 沖縄リハビリテーションセンター病院
〒904-2173 沖縄県沖縄市比屋根 2-15-1
電話番号：098-982-1777 FAX 番号：098-982-1788
ホームページ：<http://www.topic-reha.or.jp/>