

表 5 : 地域に向けた活動の経緯

平成 13 年度

ヘルパー養成講座の講師を務め、実技研修を実施した。

ヘルパー事業所職員向けの実技研修を実施した。

協力医療法人の新人 PT の実技研修を当科で行い、

転院症例を通して、OJT と定期的症例検討を協力病院にて実施した。

平成 14 年度

A 病院で回復期リハ病棟の増改築、B 病院で介護老人保健施設の新規開設の立案に参画開始した。

平成 15 年度

東京都の地域リハ支援センターに指名された。

専用電話回線、ファックス、電子メールを開設し、各種の相談窓口として開始した。

武蔵野市内の各在宅介護支援センターで、

ケアマネージャー対象の地区別ケース検討会での講演を行った。

当院の在宅介護支援センターの月例会で、症例検討におけるアドバイザーとして、参加開始した。

平成 16 年度

A 病院の回復期リハ病棟開設に関わる看護師、PT、OT 向けの月例日曜講義を 1 年半実施した。

学生実習と学生見学を大幅に増やし、専門学校へ当科の PT を派遣して講義を増やした。

平成 17 年度

A・B 病院の PT、OT の増員を図り、その新人への実技研修を実施した。

B 病院の介護老人保健施設が新規開設され、維持期リハの患者の通所先として活用し始めた。

多摩府中保健所の地域リハ研修会等の地域活動において、協働作業を開始した。

平成 18 年度

A 病院が新築移転され、回復期リハ病棟が開設された。

他の 2 病院でも回復期リハ病棟が開設され、現在、合計 100 床程度が稼動するようになった。

5 月から 2 病院・2 介護老人保健施設との合同勉強会と転院症例検討会を毎週開催している。

リハ病棟専任医、PT、OT が集まり、交代勤務のため、40 人中常時 20 人程度が参加している。

年度初めには、上記の病院・施設の PT、OT の実技研修を中心とした新人教育を行った。

表6： 早期自宅退院への効率的プログラム

家族面談： 訓練参加の説明と自宅退院計画

(期間とゴール、介護保険の活用)

家屋改修： 当初から退院先の調査と改修指導

外泊訓練： 退院準備の問題点抽出、

自主訓練の実施確認

退院前打合せ： ケアマネ・ヘルパーへの実技指導

装具作製： 麻痺肢の支持性獲得，患側荷重獲得、

立ち上がり訓練と歩行訓練の推進

補装具の選定： 歩行補助具と屋外歩行の推進、

車椅子駆動での自宅退院支援

表7： 早期リハの訓練項目と内容

車椅子訓練：	座位時間の拡大、自力駆動、移乗
立ち上がり訓練：	平行棒を用いた立ち上がり訓練、 漸増して100～300回/日、徐々に自力起立
歩行訓練：	平行棒内歩行から開始し、 下肢装具製作と杖歩行
ADL訓練：	車椅子移乗とトイレ動作訓練から始め、 更衣、整容等の身近動作の自立拡大
ストレッチング：	痙縮コントロール、関節拘縮予防
高次脳機能評価：	半側空間無視、言語機能等 学習能力評価を訓練に役立てる

表8：在宅生活での注意＝リハの継続

- 昼間には腰掛けでの生活をさせる
 - 肩関節の拳上よりも胸部郭のストレッチを欠かさずに
 - 進行する痙縮に対するストレッチの励行
 - 立ち上がり訓練の継続（雨の日こそ立ち上がり）
 - 屋外歩行の習慣（適切な下肢装具と万歩計）
 - 家族の口頭指示でなく、家族と共に活動する
 - 促しと監視が離せない場合が多い
-

表9： 地域リハ支援センターの活動

○地域のリハビリ従事者の研修、援助

： 実技研修、勉強会、症例検討会、学生教育
：

○地域住民と接する各種相談機関の支援

： FAX、電子メール、地域のケース検討会参加

○福祉用具、住宅改修等の相談への支援

： 自宅訪問評価（入院患者）

○地域の関係団体の支援

： 回復期病棟新設、通所リハ拡充、保健所と協業
：

○連絡会、事例検討会の実施

： 武蔵野市医師会との共催

表10： 急性期から在宅まで一貫した考え方

- 当初から在宅生活を想定した訓練を企画する
 - 本当のリハを実行する現場は在宅とする
 - 訓練室は在宅での自主訓練の方法を学ぶ場
 - 訓練するのは患者本人、実行を促すのは家族
 - 全面介助を避け、できることは見守りで実行する
-

表11： 地域への一貫したリハの啓蒙

- 地域連携は移管作業ではなく、協業であるべき
 - 文字情報の連絡で終わらせてはならない
 - 多職種を交えた協議を常時実施する
 - 早期離床、自立支援の理念を忘れないこと
-

Ⅱ. 分担研究報告

2. 脳卒中診療動向の実態調査 2) 回復期における脳卒中診療動向

a) 当院における脳卒中リハビリテーションの現状

東京都立豊島病院リハビリテーション科

中島英樹

【研究要旨】

26床の専門病棟を持ち、急性期から回復期初期のリハビリテーション(以下リハ)に関与している当院の脳卒中リハの現状について報告する。平成18年1月から12月までの間、当院リハ科に入院した患者を院内転科群(40名)と直接入院群(60名)に分け、患者基本情報、リハ科入院までの経緯、リハ科入院時の身体機能、ADL経過、転帰を調査した。

患者居住地は転科群では区西北部2次医療圏が83%、直接入院群では区西北部2次医療圏が60%、区西部2次医療圏が22%と近隣地域居住患者が多かった。

転科群における発症からリハ科入院までの期間は平均36日。直接入院群では、発症から当院紹介までの期間は平均33日。入院までの待機期間は平均8.7日であった。両群とも下肢Br.stage V以上の患者が半数以上であったが、転科群では独居生活者が比較的多く、直接入院群では嚥下障害、高次脳機能障害によるADL障害のある患者が多かった。Br-stage III以下の患者には下肢装具を積極的に用いて歩行を目標としたリハを行った。リハ科入院期間は、転科群では平均52.5日、直接入院群では平均61.4日で、それぞれADLの向上がみられ、自宅復帰率は転科群66.7%、直接入院群86.7%と、特に直接入院群で高い率を示した。

急性期から回復期にかけての脳卒中リハを担当している当院のような地域基幹病院では、より早期から充実したリハを提供することが重要である。発症直後に入院した患者で積極的リハ適応のある患者はできるだけ早い時期にリハ転科させ、近隣の急性期病院からの積極的リハ適応患者は短い待機期間で入院させる努力をする必要がある。

【はじめに】

当院は高度・専門医療、行政医療に取り組んでいる病床数 360 床、平均在院日数 16.0 日(H17 年度)の地域基幹病院である。その重点医療の一つに「リハビリテーション(以下リハ)医療」をかけた、一般病床として 26 床のリハ科専門病棟を有し、特に脳卒中のリハに関しては急性期から積極的に関与している。また、平成 16 年 10 月には東京都西北部 2 次医療圏の地域リハ支援センターの指定を受けた。適切なリハ医療の提供をするとともに、医療と福祉の連携をより密にして、急性期から回復期、維持期にかけて、リハがよどみなく流れるよう努力している。今回、慶応義塾大学リハビリテーション科里宇明元教授を中心として行われる大都市圏脳卒中診療連携体制の構築に関する研究に参加協力することになった。大都市圏の脳卒中診療の実態調査を行うにあたり、まずは当院における脳卒中リハの現状について調査を行った。

【当院の脳卒中リハの概要】

リハスタッフは医師2名(リハ専門医)、PT 6名(常勤5,非常勤1)、OT 7名(常勤4,非常勤3)、ST 3名(常勤1,非常勤2)である。(H19.1月現在) 当院では急性期からのリハと回復期初期のリハに対応している。

(1)急性期病院としてのリハ

発症直後に当院他科(主に脳神経外科)に入院した脳卒中患者に対し急性期から積極的にリハを行っている。週1回脳神経

外科とリハ科の合同カンファレンスを行い、積極的リハの適応のある患者についてはリハ科転科としてリハを継続している。

(2)地域基幹病院としての回復期の集中的、積極的リハ

当院は「回復期リハ病棟」を有さないが、他院で急性期治療を受けた脳卒中患者でリハが必要な患者に対し、リハ科入院し、集中的、積極的リハを行っている。

【対象および方法】

平成 18 年 1 月から 12 月までの間、当院リハ科に入院した患者を他科から転科してきた群(転科群)と他院から入院してきた群(直接入院群)に分け、患者基本情報、リハ科入院までの経緯、リハ科入院時の身体機能、FIM による ADL 経過、転帰を調査した。

【結果】

転科群は40名。直接入院群は60名。転科群は平均年齢 64.2 ± 12.3 才、疾患内訳は脳梗塞21名、脳出血15名、くも膜下出血3名、脳挫傷1名。運動障害内訳は左片麻痺22名、右片麻痺14名、失調症4名。他の併存障害として半側空間無視9名、失語症6名、嚥下障害1名、高次脳機能障害2名があった。直接入院群は平均年齢 65.6 ± 12.5 才、疾患内訳は脳梗塞33名、脳出血20名、くも膜下出血4名、脳腫瘍1名、脳炎1名、脳挫傷1名。運動障害内訳は左片麻痺35名、右片麻痺19名、失調症2名、麻痺なし4名。他の併存障害として半側空間無視14

名、失語症10名、嚥下障害3名、高次脳機能障害4名があった。

(1) 転科群

患者の居住地を表1に示す。板橋区16名(40%)と一番多く、次いで練馬区8名(20%)、北区5名(13%)、豊島区4名(10%)であった。区西北部2次医療圏内の患者は全体の83%を占めていた。発症から転科までの日数は 36.0 ± 18.4 日であった。その間、 27.7 ± 15.1 日リハは行われ、転科が検討された。リハ転科時の下肢Brunstrom stage(Br-stage)内訳を図1に示す。Br-stage V以上が全体の65%と多かったが、この27%は独居生活者であった。Br-stage VIは全て運動失調患者。Br-stage III以下は25%であった。リハ入院期間は 52.8 ± 31.2 日であった。リハ転科時および退院時のFIMを表2に示す。転科時のFIM運動項目は 50.6 ± 17.6 点、FIM総得点は 76.5 ± 23.3 点、退院時のFIM運動項目は 71.3 ± 16.1 点、FIM総得点は 101.6 ± 20.6 点であった。FIM運動項目得点別および総得点別の患者内訳を図2、3に示す。転帰は自宅復帰が27名、転院が13名で自宅復帰率は67.5%であった。転院例の中には更なるリハ目的の転院が6名いた(表3)。

(2) 直接入院群

患者の居住地を表1に示す。区西北部2次医療圏内の患者が39名(60%)と多く、中でも板橋区が26名(43%)と一番多かった。隣の区西部2次医療圏からの患者も13名(22%)いた。発症から当院入院相談までの日数は 33.0 ± 19.6 日、入院相談を受けてか

ら入院までの期間は 8.7 ± 6.2 日であった。入院時の下肢Br-stageを図1に示す。Br-stage V以上が全体の57%と多かった。Br-stage VIは高次脳機能障害、嚥下障害、運動失調症の患者であった。Br-stage III以下の患者は33%であった。

リハ入院期間は 61.4 ± 32.9 日であった。リハ入院時および退院時のFIMを表2に示す。入院時のFIM運動項目は 46.1 ± 21.4 点、FIM総得点は 70.3 ± 28.6 点、退院時のFIM運動項目は 65.8 ± 23.1 点、FIM総得点は 94.3 ± 29.3 点であった。FIM運動項目得点別および総得点別の患者内訳を図4、5に示す。転帰は自宅復帰が52名、転院が8名で自宅復帰率は86.7%であった(表3)。

(3) 転科群と直接入院群における下肢Br-stage別のFIM運動項目の比較

転科群と直接入院群におけるリハ科入院時下肢 Br.stage 別の入院時および退院時のFIM運動項目の比較を行った(図6、7)。下肢 Br.stage I,II,IV では転科群の方が入院時FIM運動項目の点数が高く、それが退院時まで、その傾向が維持されていた。

【考察】

患者居住地は転科群では区西北部2次医療圏が83%、直接入院群では区西北部2次医療圏が60%、区西部2次医療圏が22%と近隣地域に居住している患者が多かった。転科群における発症からリハ科入院までの期間は平均36日。その間、平均27.7日

のリハが行われ転科が検討された。直接入院群では、発症から当院紹介までの期間は平均33日。その後、平均8.7日の比較的短い待機期間で入院となっていた。

運動麻痺に関しては、下肢Br.stage V以上の軽度の患者が転科群では65%、直接入院群では57%と多く、在宅復帰を目標とした入院であったが、転科群ではその27%は独居生活者であり、在宅復帰にはかなりの自立度を要求される患者であった。直接入院群では嚥下障害、高次脳機能障害と歩行以外にもADL障害のある患者が多かった。Br-stage III以下の患者は転科群で25%、直接入院群で33%であったが、それぞれ下肢装具を積極的に用いて歩行レベルを目標にリハを行った。

リハ科入院期間は、転科群では平均52.5日、直接入院群では平均61.4日で、それぞれADLの向上がみられ、自宅復帰率は転科群66.7%、直接入院群86.7%と、特に直接入院群で高い率を示した。

リハ科入院時の下肢Br.stage別のFIM運動項目をみると、下肢Br.stage I,II,IVと重度から中等度の患者で、転科群の方が直接入院群に比して入院時のFIM運動項目点数が高かった。転科群では転科前より平均27日のリハを行っており、当院でのリハがADL改善に早期から効果的に行われていることが示唆された。

急性期から回復期にかけての脳卒中リハを担当している当院のような地域の基幹病院では、より早期から充実したリハを提供することが重要である。当院に脳卒

中発症直後に入院した患者で積極的リハ適応のある患者はできるだけ早い時期にリハ転科させ、近隣の急性期病院からの積極的リハ適応患者は短い待機期間で入院させる努力をする必要がある。

入院患者は他の2次医療圏からも多く、当院の回復期のリハの需要は大きい。

今後も患者の早期受け入れ、効果的なリハの提供に努力し、急性期から回復期にかけてよどみないリハが提供できるよう努力していきたい。

表1 患者居住地内訳

		転科群(40)		直接入院群(60)	
区西北部 2次医療圏	板橋区	16	33	26	39
	練馬区	8		6	
	豊島区	4		3	
	北区	5		4	
区西部 2次医療圏	新宿区	1	3	8	13
	中野区	0		4	
	杉並区	2		1	
他の23区		1		5	
都23区以外		0		0	
東京都以外		3		2	

表2 リハ入院期間と入院時、退院時FIM

		転科群(40)	直接入院群(60)
リハ入院期間		52.8±31.2	61.4±32.9
入院時	FIM運動項目	50.6±17.6	46.1±21.4
	FIM認知項目	25.9±7.7	24.2±9.3
	FIM総得点	76.5±23.3	70.3±28.6
退院時	FIM運動項目	71.3±16.1	65.8±23.1
	FIM認知項目	30.3±5.9	28.5±7.9
	FIM総得点	101.6±20.6	94.3±29.3

表3 転帰

	転科群(40)	直接入院群(60)
自宅	27	52
転院等	13	8
転院先	病院(リハ目的)	6
	病院(療養目的)	4
	老健等	3
自宅復帰率	67.5%	86.7%

Ⅱ. 分担研究報告

2. 脳卒中診療動向の実態調査 2) 回復期における脳卒中診療動向

b) リハビリ手帳併用による地域リハ推進の有用性について

多摩北部医療センター

リハビリテーション科 鴨下 博

【研究要旨】

脳卒中患者とその家族が安心して暮らせる町づくりのためには、脳卒中診療体制の構築が望まれるところである。ニーズと資源のマッチング用データベースを用いた医療連携システムの補完としてリハビリ手帳は、病院間のみならず医療機関と福祉施設との間においても患者情報が共有されることを目的に作成された。医療保険から介護保険とスムーズにリハビリテーションが引き継がれるための情報として、かつ、個人情報保護を考慮し必要な情報の受け渡しが行えるためにリハビリ手帳が有用と考えられ、リハビリ手帳を試行した結果を報告した。

北多摩北部二次医療圏では、リハ従事者、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚療法士、ケアマネージャー、および、保健師、市職員などが参加する交流会が年一回開催されている。平成 17 年度に実施した「リハビリテーション従事者のための交流会」において、『継続したリハビリテーションを必要とする患者(利用者)の連携に必要な情報が医療機関、施設間で繋がらない、全施設共通で使用可能な「リハサマリー」を作成して欲しい。』という意見が多数寄せられた。その結果、リハビリテーションの履歴が綴れる冊子型「リハビリ手帳」を作成した。

リハビリ手帳は、リハビリ診療情報提供書、住宅環境・福祉用具、リハビリ情報を記載することで患者様のリハビリテーション実施状況(履歴)が医療機関、老人保健施設、または在宅などでケアする方に情報伝達されることを目的とした。印刷部数 2,000 部、発行部数 500 部程度、試行期間 6 ヶ月(平成 18 年 4 月から 9 月)、発行情報報告書による発行状況の把握、患者(利用者)へのアンケート調査実施、平成 18 年 12 月に開催された交流会で内容が検討された。

リハビリに関する情報(相談窓口の連絡先、リハビリ体操の方法、福祉用具の紹介など)を掲載して欲しいという意見もあった。回答内容から、患者様、及び医療従事者に「リハビリ手帳」の使用方法や「リハビリ手帳」自体のPRを推進していく必要性が痛感された。今後はアンケート結果を活かし、手帳の改訂を行ったうえで継続してゆく。

【はじめに】

脳卒中患者とその家族が安心して暮らせる町づくりのためには、脳卒中診療体制の構築が望まれるところである。ニーズと資源のマッチング用データベースを用いた医療連携システムの補完としてリハビリ手帳は、病院間のみならず医療機関と福祉施設との間においても患者情報が共有されることを目的に作成された。医療保険から介護保険とスムーズにリハビリテーションが引き継がれるための情報として、かつ、個人情報保護を考慮し必要な情報の受け渡しが行えるためにリハビリ手帳が有用と考えられるので、リハビリ手帳を試行した結果を報告する。

【地域リハ支援事業】

東京都が推進している地域リハビリテーション支援事業(地域リハ支援事業)として北多摩北部地域リハビリテーション支援センターはリハビリ手帳を作成し、昨年4月から協力病院の参加により実施している。当地域リハ支援センターの事業内容について概略を述べる。財団法人東京都保健医療公社多摩北部医療センターに事務局を設置し、リハビリテーション科鴨下が代表者となり、北多摩北部二次保健医療圏から選出された幹事会において各事業を展開している。二次保健医療圏は東村山市、清瀬市、東久留米市、小平市、西東京市の5市からなり、人口は東村山市、146,685人、清瀬市、73,998人、東久留米市、114,825人、小平市、184,355人、西東京市、192,988人、計712,851人(多摩

地域の17.7%、多摩地域、4,018,850人、平成18年5月現在)である。

支援センターの経緯は、平成15年に東京都より東京都老人医療センターが北多摩北部地域リハビリテーション支援センターとして指定された(2年間の指定)。平成17年、東京都老人医療センターは(財)東京都保健医療公社に移管され多摩北部医療センターと名称変更され、再度東京都より委託事業として支援センターに指定された(2年間の指定)。有識者、基幹病院関係者、圏域内行政担当者、保健所、医師会、その他リハビリ関係者、事務局からなる幹事会は、事例検討会、講演会、公開市民講座、圏域内のリハビリ従事者、医師、ケアマネージャー、リハスタッフによる交流を計る会合交流会)の開催、圏域内のリハビリ資源の情報提供冊子(リハマップ)の発行を行ってきた。また、協力病院に医療法人社団青葉会 小平中央リハビリテーション病院、独立行政法人国立病院機構 東京病院、社会福祉法人 上宮会 清瀬上宮病院、医療法人財団 緑秀会 田無病院、財団法人東京都保健医療公社 多摩北部医療センターが参加している。

【リハビリ手帳】

リハビリ手帳は、交流会における検討結果作成された。平成17年度に実施した「リハビリテーション従事者のための交流会」において、『継続したリハビリテーションを必要とする患者(利用者)の連携に必要な情報が医療機関、施設間で繋がらな

い。全施設共通で使用可能な「リハサマリー」を作成して欲しい。』と言う意見が多数寄せられた。交流会部会により「リハサマリー」作成について検討を開始した。

リハビリテーションの履歴が綴れる冊子型(ファイルなど)を検討し、最終的に「おくすり手帳」「母子健康手帳」などの形状を参考に、冊子型「リハビリ手帳」を作成することとした。

実際の運用は、使用状況を再検討(アンケート調査など)することを前提に試行期間を設けることとした。施行期間中の発行状況は、「発行報告書」(はがき)の回収で行い、交流部会で検討していく。試行期間中の「リハビリ手帳」発行は、地域リハビリテーション支援事業の協力病院を中心に行う。以上が決定さ、幹事会の承認後にリハ手帳の試行が開始された。

リハビリ手帳は、リハビリ診療情報提供書、住宅環境・福祉用具、リハビリ情報を記載することで患者様のリハビリテーション実施状況(履歴)が医療機関、老人保健施設、または在宅などでケアする方に情報伝達されることを目的とした。印刷部数 2,000 部、発行部数 500 部程度、試行期間 6 ヶ月(平成 18 年 4 月から 9 月)、発行情報報告書による発行状況の把握、患者(利用者)へのアンケート調査実施、平成 18 年 12 月に開催された交流会で内容が検討された。

【リハビリ手帳利用者へのアンケート調査結果】リハビリ手帳は、4月から12月の8ヶ月間に500弱の発行が行われた。その

うち、10月末までに発行報告書を受領した448件について、リハビリ手帳を使用している(発行された)患者(利用者)に対し、アンケート調査を行い、157件の回答があった

【おわりに】

リハビリに関する情報(相談窓口の連絡先、リハビリ体操の方法、福祉用具の紹介など)を掲載して欲しいという意見もあった。回答内容から、患者様、及び医療従事者に「リハビリ手帳」の使用方法や「リハビリ手帳」自体のPRを推進していく必要性が痛感された。かないといけなだろうと考えている。今後はアンケート結果を活かし、手帳の改訂を行ったうえで継続していく。

表. リハビリ手帳利用者へのアンケート調査

		回答	小計
問1 現在、自身のリハビリ手帳を発行された方の状況を教えてください	在宅療養	62	123
	医療機関	24	
	老人保健施設	19	
	その他	18	
問2 リハビリ手帳を渡されたとき、使い方について説明を受けましたか？	説明された	55	112
	説明されていない	21	
	覚えていない	36	
問3 リハビリ用は現在手元にありますか？	手元にある	86	111
	手元になり	25	
問4 リハビリ手帳を家族、現在の主治医、訪問看護師、ケアマネジャーなどに見せたことがありますか？	みせたことがある	68	108
	みせたことがない	40	
問5 どなたにリハビリ手帳を見せましたか？	家族	54	100
	現在の主治医	14	
	訪問看護師	10	
	ケアマネジャー	15	
	その他	7	
問6 リハビリ手帳はあなたのリハビリテーションに役立っていますか？	役立っている	35	107
	役立っていない	17	
	よくわからない	55	

【リハビリ診療情報提供書】

(ふりがな) _____

生年月日: 明・大・昭・平

患者氏名: _____ 殿 (男・女)

____年____月____日生 (____歳)

1	診断名: (発症日・手術日: / /) 既往歴:	注記事項(疾患上のリスク等): 併発疾患: (医師・看護師・PT・OT・ケアマネ・その他) 所属施設名: 担当名称:

※以下の項目は新たな病気やけが等で医療機関入院時、または医療機関での

治療や手術を受けた時に医療機関の担当者がご記入下さい。

2	診断名: (発症日・手術日: / /) 既往歴:	注記事項(疾患上のリスク等): 併発疾患: (医師・看護師・PT・OT・ケアマネ・その他) 所属施設名: 担当名称:

3	診断名: (発症日・手術日: / /) 既往歴:	注記事項(疾患上のリスク等): 併発疾患: (医師・看護師・PT・OT・ケアマネ・その他) 所属施設名: 担当名称:

【住宅環境】

最初の記入日： 平成 年 月 日

(住宅環境情報について、最初に記入いただいた日付をご記入下さい。)

項目	内容	記入日
家屋	持ち家 [階建て アパート・マンション・公共住宅 [階建ての 階) その他 [])	/
居室・器具	[] 階 ベッド・電動ベッド・布団	/
家屋の状況 事項		/
現状の住居 改善	なし → 今後の住宅改善が必要な場合に記入するへ	/
	あり (例: 改築計画、手すり取付け、トイレ、浴室…) (手すり (高さ:))	/
今後の住居 改善	不要	/
	必要 (例: 改築計画、手すり取付け、浴槽トイレにする…)	/
住居改善の 必要性		/

【福祉用具】

最初の記入日： 平成 年 月 日

(福祉用具情報について、最初に記入いただいた日付をご記入下さい。)

項目	内容	記入日
現在使用する 福祉用具類	杖 [7半・4半杖) 歩行器 [] 車いす [電動) スロープ・特殊渡台・褥子用器具・移動用リフト・ 手すり・ポータブルトイレ・入浴補助用具・ 特殊尿器・体位変換器・コミュニケーション機器・ 測尿他老人用便器 その他 [])	/
福祉用具の 必要性 ※今後5年以内 に必要とする	杖 [7半・4半杖) 歩行器 [] 車いす [電動) スロープ・特殊渡台・褥子用器具・移動用リフト・ 手すり・ポータブルトイレ・入浴補助用具・ 特殊尿器・体位変換器・コミュニケーション機器・ 測尿他老人用便器 その他 [])	/
その他		/
介護保険の 利用状況	なし、有り [平成 年 月ごろ] (住宅改善・福祉用具の購入)	

【リハビリ情報】

平成__年__月__日の状況報告

【記入者】氏名_____ 職種_____

所属事業所名: _____

<言語聴覚>

コミュニケーション

理解 【理解できる、簡単な内容なら理解できる、理解できない】

表出 【表出できる、簡単な内容なら表出できる、表出できない】

聴力 【聞きとり可能、聴覚有り】〔補聴器使用: 有・無〕

身体姿勢

障害の程度 【有り、低下無い、不良】

見当座 【有り、低下無い、不良】

姿勢性 【普通、低下】

*具体的な問題点:

<基本動作能力>

起き上がり

全介助 能介助で可 つかまりで可 つかまらずに可

備考:

坐位保持

不可 背もたれあれば可 つかまりで可 横坐位可

備考:

立ち上がり

不可 介助で可 つかまりで可 つかまらずに可

備考:

立位保持

不可 介助で可 つかまりで可 つかまらずに可

備考:

移動

全介助 介助で可 つかまりで可 つかまらずに可

備考:

<ADL(日常生活)>

食事

経口摂取不可 全介助 一部介助 自立(箸・スプーン)

全形類(味噌汁、みそ汁、みそ汁、みそ汁)

備考:

更衣

全介助 (かぶり物、ボタン類、下衣、靴下・靴)は可 すべて自立

備考:

入浴

備付けのみ 備付け

(洗髪介助、洗髪介助、移動介助)で一脱可 自立

備考:

嚥下

ベッド上

(移動、下衣の上げ下げ、坐位保持、姿勢)に介助が必要 自立

使用しているトイレ(トイレ・普通トイレ)

備考:

移動

W/C乗車不可 W/C介助 W/C自乗

()を用いて歩行は(要介助・見守り自立)

備考:

口腔ケア

全介助 一部介助(介助内容) 自立

備考:

<その他>

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ⅱ. 分担研究報告

2. 脳卒中診療動向の実態調査 2) 回復期における脳卒中診療動向

c) 脳卒中患者の体力(Cardio Respiratory fitness)と社会的活動度の関連

多摩北部医療センターリハビリテーション科 鴨下 博

初台リハビリテーション病院リハビリテーション科 岡田 真明

【研究要旨】

〈目的〉 脳卒中患者の体力測定が社会生活上重要な意味を持つことは、介護予防の観点から議論のないところであろう。脳卒中診療連携の科学的根拠の一つとして体力を取り上げた。乳酸閾値測定により脳卒中患者の体力(Cardio Respiratory fitness)を推定する報告がある¹⁾。今回、入院中、及び退院後の乳酸閾値を測定し、体力と社会的活動度との関係を研究した。

〈方法〉 当院に入院した脳卒中患者を対象に、入院中、退院後の2回、自転車エルゴメーターを用いた負荷、安静時の心拍数、乳酸値を測定して乳酸閾値を計測した。社会的活動度は、老研式活動能力指数を用い評価した。

〈結果〉 入院中の乳酸閾値の平均は2.0mmol/l(1.8-2.3)、外来は2.33(2.0-2.7)だった。乳酸閾値は、退院後に増加していた。体力(Cardio Respiratory fitness)は、退院後にも改善していたと推測される。一方、社会的活動度は、老研式活動能力指数の項目中社会的役割が減点していた。

〈考察〉 対象者は全員歩行自立しており、退院後の日常生が体力の回復をもたらしたと考えられた。しかし、老研式活動能力指数の中で社会的役割の低下が認められており、社会的役割は多くの因子が関与していると考えられた。社会的役割低下の原因と対策について、今後研究を重ねる必要があると思われる。