

病棟リハとしての 集団立ち上がり訓練の取り組み

医療法人 恒心会 おぐらリハビリテーション病院

◎豊重友美(Ns)

三石文江(Ns) 上之郷千亜紀 (Ns) 藤園健一(OT) 藤川寿史 (PT)

有村陽子 (PT) 榎畑純二(PT) 野元佳子(MD) 久松憲明(MD)



回復期リハビリテーション病棟の特徴

「回復期リハビリテーション病棟」は、脳血管疾患又は大腿骨頸部骨折等の患者様に対して、食事、更衣、排泄、移動、会話などのADL(日常生活動作)の能力向上による寝たきりの防止と家庭復帰を目的としたリハビリテーションプログラムを医師、看護師、理学療法士、作業療法士等が共同で作成し、これに基づくりハビリテーションを集中的に行うための病棟です。

～全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会ホームページより～

- ADLの向上と家庭復帰という目的がある。
- チームアプローチ。
- 入院期間が限られている。
- 診療報酬上、病棟単位での質の評価がある。
(在宅復帰率、重症者の受け入れ、回復加算)

命題：

ADLの向上を
チームアプローチ

により、限られた期間内で達成し、
家庭復帰を促す。



どのようにして？

ADL (FIM) 評価経過表

レベル	7点 : 完全自立(時間・安全性)		※注意 : 空欄は残さないこと、リスクのために 検査不能の場合は、レベル1とする。										
	6点 : 修正自立(補助具使用)		※小項目 A, K, L, N, O, は、選択項目に ついてレベルに応じて行を変更してください。										
レベル	5点 : 監視		(氏名) ○○ △△										
	4点 : 最小介助(患者自身:75%以上)		5/18	6/7	6/26	7/11	7/31	8/15	8/30	9/11			
レベル	3点 : 中等度介助(50%以上)												
	2点 : 最大介助(25%以上)												
レベル	1点 : 全介助(25%未満)												
	FIM	セル	A. 食事	<input type="checkbox"/> 箸									
			<input checked="" type="checkbox"/> スプーン	1	1	5	5	5	5	5	5		
フル		B. 整容		1	1	2	2	3	3	4	4		
フ		C. 入浴		1	1	1	2	2	2	2	2		
ケ		D. 更衣		1	1	3	4	4	4	4	4		
ア		E. 更衣		1	1	4	3	3	4	3	3		
		F. トイレ動作		1	1	3	4	4	4	4	4		
排		G. 排尿		4	4	4	4	4	4	4	5		
運		H. 排便		4	4	4	6	6	6	6	6		
動		I. ベット・椅子・車椅子		1	4	3	4	3	4	3	6		
項		J. トイレ		1	4	5	5	6	6	6	6		
目		乗	K. 風呂・シャワー	<input type="checkbox"/> 風呂			3	4	4	4	4	4	
				<input checked="" type="checkbox"/> シャワー	1	4							
移	動	L. 歩行・車椅子	<input type="checkbox"/> 歩行		1	1	4	5	6	6	6		
			<input type="checkbox"/> 車椅子	1	5	6	6	6	6				
	M. 階段		1	1	1	1	1	1	1	1			

FIM評価項目で「立ち上がり能力」が関連しそうなもの

13項目中 7項目



「立ち上がり」制すればADLを制す？

- ADLの向上

⇒まずは立ち上がり能力の向上から

- チームアプローチ

⇒リハセラピスト＋病棟スタッフ

- 限られた期間内で

⇒リハの量の確保

(セラピストの行うリハに上乘せ)

病棟スタッフが中心となって行う
「病棟リハ」として
集団立ち上がり訓練をしよう！

集団立ち上がり訓練の開始まで

08.12.12 医師、看護師、PT、OTの参加する病棟システムミーティングにて、立ち上がり訓練についての先行研究の勉強会を実施。

12.29 実施にあたっての具体的な問題点
(時間、場所、対象者、介助者、訓練の方法)を検討。

09.01.05 2階病棟で「**集団立ち上がり訓練**」を試験的に開始。

01.13 3階病棟で同様に試験的に開始。

01.16 病棟システムミーティングで実施状況、
問題点について検証

その後、各病棟で適宜、問題点を修正しながら、継続実施。

2月 試験期間内の問題点を踏まえて、

「立ち上がり訓練運用マニュアル」を看護部主体で作成。

以降、病棟システムミーティング、回復期会議でそれぞれ、問題点の検証と確認、マニュアルの見直しを実施しながら訓練継続中。

立ち上がり訓練の実際

立ち上がり訓練運用マニュアル

<目的>

1. 下肢筋力向上による日常生活動作の拡大を図る。
2. 精神活動の活性化をめざし、リハビリに対する意欲の向上につなげる。

<対象者> 安全性を配慮できる人数配分とする。(日曜・祝日は特に)

1. 脳血管疾患患者で、下肢筋力低下のある患者。
2. 整形疾患患者で担当Nsが必要と判断した患者。
※ 変形性膝関節症術後・人工骨頭術後・変形性股関節症術後の患者に関しては必ず主治医の許可を得る。

いずれも、初期カンファレンスで、担当Nsが提案し検討して決定する。

☆ 決定した際には、ピンク指示簿に担当Nsが記載し、カードを作成しスケジュールボードに「立位訓練」のマグネットをつける。注意事項は、担当セラピストに確認の上必ず記入しておく。

☆ 中止となった場合、スケジュールボードのマグネットを外す。再開の時期をみて、担当間で話し合い決定する。

<方法>

1. 9:30前後に対象患者を食堂へ誘導する。9時40分までに集合できるように配慮する。
2. 病棟スタッフは介助の必要な患者に対しては患者1人に1人、見守りだけの患者に対しては患者2~3人に対して1人はつく。
3. 参加者全員にカードを患者に配る。
4. 号令者は開始前に
 - ・ カードの裏の注意事項を確認すること
 - ・ 対象患者へ体調の確認をすること
 - ・ 周囲の安全確認をすること(グレーキ・フット)
 - ・ 新患者の確認をすること以上を全体に声をかけて確認する。
5. 訓練途中、気分不良・痛みがないか声かけを行ないながら実施する。
6. 初回新患者は、25~50回より開始する。開始日より最長1週間(2~3日は必ず)50回までとする。(最初に無理の無いように)
7. 訓練終了後、カードへ担当したスタッフが回数分目付と押印かサインをする。
8. 終了後、水分補給を促す。カードを回収する。
9. 検温時にも、痛みなど出現していないか確認する。認知症の在る患者に関しては十分に観察を行なう。

1. 初期カンファレンスにおいて、立ち上がり訓練参加の是非、参加にあたっての注意事項を協議。

2. 参加決定の場合

集団立ち上がり訓練の参加カードを作成し、実施にあたっての注意事項(中止基準、回数制限の有無、介助方法や環境設定など)を記載。

立ち上がり訓練運用マニュアル

H21.2 おぐりハ看護部作成

立ち上がり訓練の実際



3. 訓練参加

- ①AM9:30誘導開始のアナウンス
- ②病棟食堂へ誘導、集合
- ③体調の確認と、参加カードに記載されている注意事項の確認

4. 訓練開始

- 原則25回×4セット、計100回
※息こらえしないよう、回数を数えながら立ち上がる。
※1セットごとに体調の確認・休憩
※初回は50回以下から参加し、担当もしくは病棟専従セラピストも注意する。

5. 訓練終了後

参加カードに回数の記入と押印。

...その後、お茶を飲みながらの談笑タイム...

対象と方法

【対象】

当院回復期リハ病棟に入院した脳血管障害患者のうち

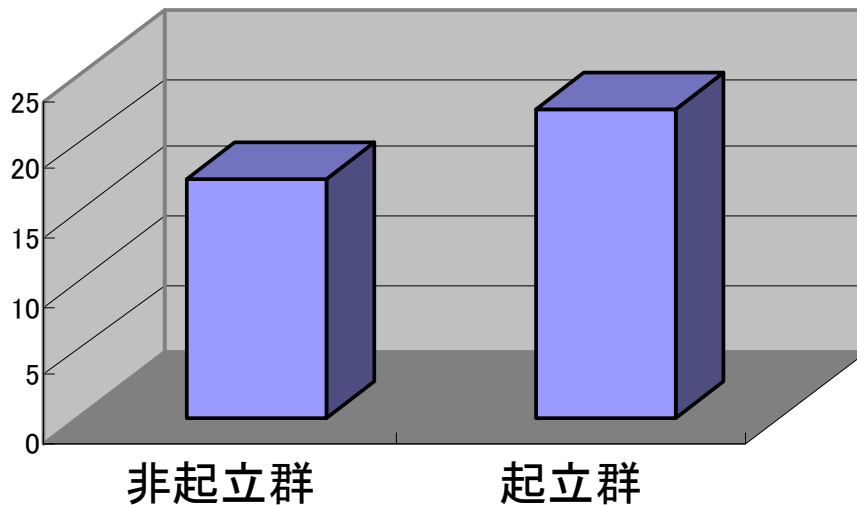
- ①平成20年4月～8月に退院した 52名（非起立群）
男性 32名 女性 20名 平均年齢 70.3±14.5 才
- ②平成21年4月～8月に退院し、入院中に
集団立ち上がり訓練に参加した 41名（起立群）
男性 17名 女性 24名 平均年齢 72.1±10.5 才

【方法】

非起立群と起立群の入退院時のFIM運動項目、移乗（ベッド・椅子・車椅子）及び、歩行の点数を調査し、それぞれの利得を比較検討、有意差の検定を行った。検定にはMann-Whitney's U test を用いた。

結果① ～FIM運動項目～

運動FIM利得平均

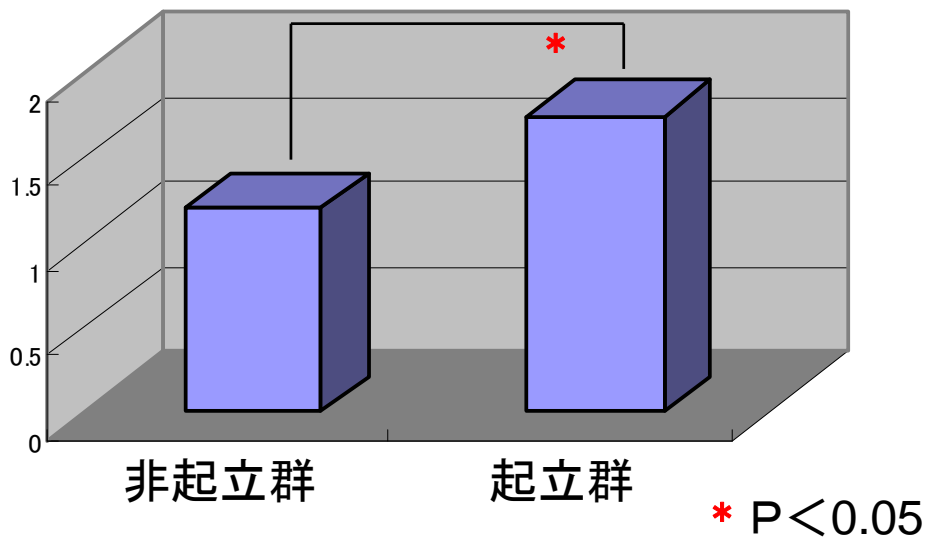


	非起立群	起立群
入院時	47.8	40.1
退院時	65.1	62.8
利得	17.3	22.4

運動FIM利得平均は起立群の方が高かったが、二群間で有意差はなかった。

結果② ～FIM移乗項目～

移乗FIM利得平均

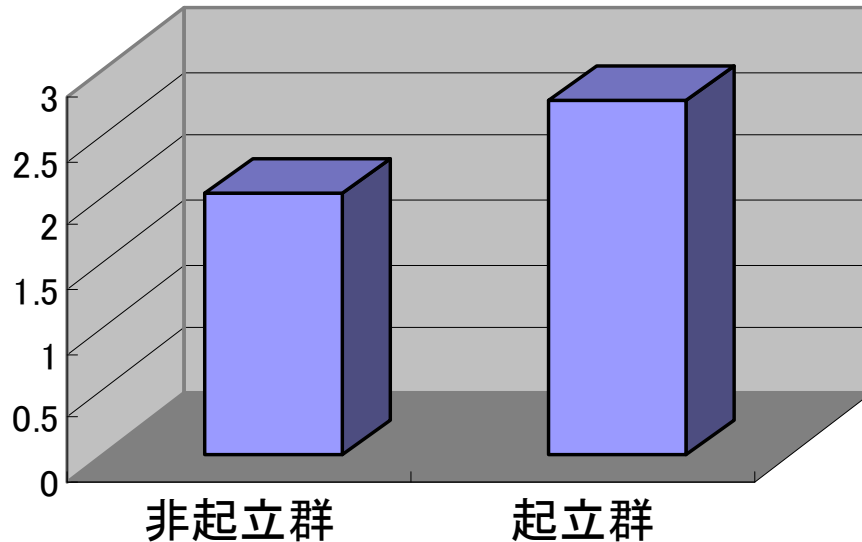


	非起立群	起立群
入院時	4.28	3.75
退院時	5.54	5.51
利得	1.21	1.76*

移乗のFIM利得平均は二群間で有意差を認めた。

結果③ ～FIM歩行項目～

歩行FIM利得平均



	非起立群	起立群
入院時	2.72	1.66
退院時	4.84	4.41
利得	2.03	2.75

歩行のFIM利得平均は起立群の方が高かったが、二群間で有意差は認めなかった。

考察 ...立ち上がり訓練の意義

- 麻痺を回復しなければ、歩行などの運動機能を回復できないという考えは誤りであり、健側肢を訓練・強化することで、効率的に歩行や身の回り動作を回復できる。⇒**健側肢の強化**
- 起立訓練により一人で椅子から立ったり座ったりできるようになれば、階段訓練に進め、それが自立すれば自ずと杖歩行は可能になる。
⇒**歩行訓練の第一歩は起立訓練から**

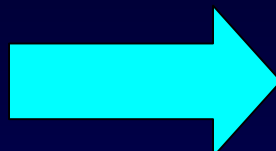
三好正堂 著

「脳卒中・片麻痺の早期リハビリテーション—原理と方法—」



集団立ち上がり訓練

考察



+ α

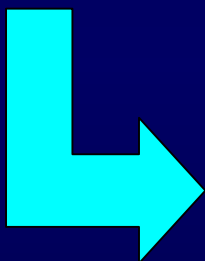
起立群

移乗点数の利得 ↑

歩行点数の利得 ↑

運動項目利得 ↑

ADL向上に寄与



利点

- 病棟で行え、看護介護スタッフ主体に取り組める。
- 看護スタッフが患者の起立能力の現状を把握でき、適切な看護計画や転倒転落対策に生かせる。
- リハセラピストと病棟スタッフの情報交換の場となり得る。

チームアプローチの促進

- 個別リハにのらない患者も参加。
- 患者同士の交流の機会の増大。

まとめ

- 病棟リハとして集団立ち上がり訓練を平成21年から開始し、その効果を検討した。
- 集団立ち上がり訓練に参加した起立群の平均FIM利得は移乗の項目において、非起立群に比べて有意に高値であった。
- 病棟スタッフ主導で行う集団立ち上がり訓練は、チームアプローチを促進し、入院患者のADL向上に寄与している可能性が示唆された。