

下関リハビリテーション病院 季刊誌

オレンジ

人と人、心と心。いつも春の陽だまりでありたい。

Shimonoseki Rehabilitation Hospital



功山寺の紅葉

(撮影者：院長 林 研二)

基本理念

手には技術、頭には知識、患者様には愛を

CONTENTS

2P 認知症のお話し

4P 講演会「脳血管疾患の急性期治療について」

日本ボツリヌス治療学会

5P 特別講演会「高次脳機能障害について」

シモリハスタッフと行く海響館

6P 家族教室

7P 自宅で出来る簡単体操

8P 医療連携室より

8P アクセス

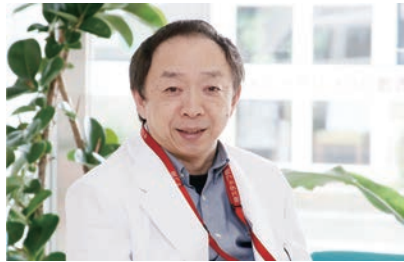


一般社団法人 巨樹の会

下関リハビリテーション病院

認知症のお話し

そのいち『認知症とリハビリテーション』



副院長 小川 浩一
(専門分野：脳神経外科・脊椎脊髄外科)

今回は認知症とリハビリテーションについてお話しします。日本人は認知症が多いと言われていますがそれはなぜだと思いますか。2013 年の認知症の有病率は、70 歳代前半では約 4%に対して、80 歳代前半で 20%、80

歳代後半で 40%、90 歳台前半で 60%、そして 95 歳超では 80%となっています。日本に認知症が多いのはひとえに長寿大国だからです。現在我が国には 500 万人を超える認知症患者がいます。高齢化に伴って 2020 年には 600 万人、2025 年には 730 万人、2030 年には 830 万人、さらに 2050 年には 1000 万人を超えてしまうと言われています。「年取れば 誰でもなれる 認知症」です。

日本リハビリテーション病院協会が行った調査では、回復期

リハビリテーション病棟に入院した患者の約 1/3 が認知症を有していたとされており、今後は間違いなくもっと増えてくることでしょう。以前は「認知症はリハビリの阻害要因」と言われておりましたがそんな事は言っていられません。現在は「認知症を併発する患者にいかに適切なリハビリを提供できるか」の時代です。もっと言えば「認知症そのものをリハビリの対象疾患とする」時代に突入していると私は思います。

? 認知症はリハの対象疾患か？



私の答えはイエスです。認知症に有効な薬は未だ見つかっていません。しかし、認知症予防でエビデンスが一番はっきりしているのは有酸素運動を含むエクササイズ（つまりリハビリ）です。15 の研究のメタ分析で、リハビリは認知機能低下リスクを 4 割削減する事が示されています。また、「認知症の正しい理解と包括的医療・ケアのポイント」（当院の電カルの書庫にあります）を執筆された山口晴保先生らは、「脳活性化リハ 5 原則」（表参照）を取り入れた認知症短期集中リハを実施して、MMSE、認知症行動障害スケール（DBD Scale）、意欲、うつ（GDS5）のいずれもが有意に改善したことを示されています。

表 脳活性化リハビリテーション 5 原則

- ①快刺激→笑顔
笑顔で接し、楽しい雰囲気が相手を心地よくする。楽しくないと続かない。
- ②ほめる→やる気
ほめられることは報酬であり、意欲を高める。認知症になると失敗ばかりでほめられることは少ないので、とくに有効。
- ③コミュニケーション→安心
失敗体験や周囲の差別から疎外感や孤独感を強く持つ認知症の人が、楽しいコミュニケーションで安心する。
- ④役割を演じる→生きがい・日課（尊厳保持）
人が生きていくためには役割・日課が必須である。しかし、認知症になると、役割・日課を取りあげられてしまう。失敗しないのでできる役割や日課を設定することで、生きがいが生まれ、尊厳が保たれる。
- ⑤誤らない支援→成功体験
生活行為を失敗せずにできるよう最低限の支援を行うことで、失敗体験を防ぎ、自己肯定感を高めることが、尊厳を守ることと意欲向上につながる。

? 認知症はリハビリの阻害要因か？



曾川先生のグループが日本リハ医学学会のデータベースを使って、回復期リハ病棟における認知症を合併するリハ患者のリハ効果を検討しています。脳卒中のリハでは FIM 運動項目の利得が、非認知症群、認知症群ともに 18.0 であったことを示し、認知症はリハの阻害因子ではないと述べています。一方、大腿骨頸部骨折のリハでは、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のですが、認知症があってもある程度の改善が見られることを示しています。これは認知症を合併していることをリハを行わない理由にはいけないということです。



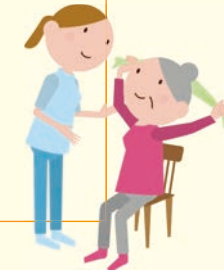
? 認知症を合併した患者にいかに適切なリハを提供できるか？



記憶障害が強い認知症患者は時間の見当識も失われています。つまり 10 年前に起こった出来事と 1 年前に起こった過去の出来事の区別がつかなくなってしまう。そして時間軸が失われて数分前の出来事も覚えられないため、その時その時を必死に生きているのです。さらに未来に対する時間軸も失われると、「今我慢してリハビリを行うことで将来歩けるようになる」といった未来の報酬予測も行えなくなり、嫌な事はやろうとしなくなって結果リハ拒否に至ります。「回復期リハあるある」ですね。ではどうすればいいのでしょうか。



リハビリをしているその時その時が患者にとって楽しい時間であれば良いのです。楽しい環境で、褒めておだててそしてモチベーションを高める事が最も大事です。褒められると脳内の報酬系が働きドーパミンが放出されてモチベーションが高まる事は、当院で行なっているパーキンソン病のリハビリ（LSVT ほめ殺し戦法）で実証済みです。当然より良いコミュニケーションが取れるためには普段の接遇態度が最も重要な点はいまでもありません。



認知症の症状は全て究極の「高次脳機能障害」です。最近、当院ではリハビリテーション科を中心とした『高次脳機能障害チーム』を発足しました。その他、同科の『認知症チーム』は、ついにあの「ユマニチュード」を実践に移す段階まで来ました。ちまたにあふれる「認知症カフェ」ではなく、プロの集団が行う高次脳機能を含めた認知症リハビリが、近い将来当院でできるよう準備をしています。今後の下関リハビリテーション病院にご期待下さい。

副院長 小川 浩一

講演会開催「脳血管疾患の急性期治療について」



8月26日に下関医療センター脳神経外科の中溝一允先生に、脳卒中中の急性期病院についての講演をしていただきました。私と中溝先生は、たまたま病院の近隣の居酒屋でお会いした、先生が研修医時代からの知人です。今年の7月より当院の病棟を月2回、回診もしていただいております。今回の講演会となりました。

脳卒中の語源は、卒然として（急に）邪風に中（あた）ることです。脳卒中は大きくわけて血管が詰まる脳梗塞、血管が破れる脳出血、くも膜下出血となります。脳梗塞が脳卒中の約割を占めて最も多く、次いで脳出血2割、くも膜下出血1割といった内訳となります。

画像所見、実際の手術の動画などあり、大変わかりやすい講演会でした。一番印象的だったのは、講演をされている中溝先生が大変楽しそうにお話されており、本当に脳神経外科が大好きなんだと、伝わってきました。最後のスライドで約10キロの魚を釣った写真で締められ、さらに楽しそうにお

話しされました。貴重なお話をいただき、とても参考になりました。今後も引き続き勉強会、講演会など行って行きたいと思えます。



副院長 兼 事務長
石田 憲司

特別講演会「高次脳機能障害について」を開催しました



門司メディカルセンター
院長 蜂須賀 研二 先生

10月2日に門司メディカルセンターの蜂須賀研二先生をお招きして「高次脳機能障害の基礎知識と自動車運転再開の基本方針」というテーマで講演会をしていただきました。ちなみに高次脳機能障害とは、脳卒中や交通事故等によ

て脳がダメージを受けることで物事を効率良く遂行出来なくなる、注意力が低下する等の症状を呈する障害です。普段私達は何気なく車を運転していますが、車の運転には脳の様々な機能が必要であり、高次脳機能障害を呈すると車の運転に危険が伴うことがあります。



講演では運転再開を希望される高次脳機能障害患者様に対して的確な評価方法や、運転再開に向けた訓練を先生の経験を交えてお話して頂き、貴重な経験が出来ました。今回学んだ事を今後のリハビリに活かしていきたいと思っています。



リハビリテーション科
言語聴覚室 副主任 大畑 智志

第6回 日本ボツリヌス治療学会 学術大会



9月27日から2日間にかけて東京都永田町で開催されました、第6回日本ボツリヌス治療学会学術大会に参加させていただきました。

今回の学会テーマは、「これからのボツリヌス治療」とのことでした。ボツリヌス治療とは、ボツリヌス毒素（A）を筋注することにより、神経筋接合部でのアセチルコリンの放出を抑制し痙縮が軽減する治療です。また、限局性であり、痙縮の強い筋肉のみに対して打つことが可能です。脳卒中や脊髄損傷、多発性硬化症等、痙縮の強い方が適用となります。ボツリヌス治療は、脳卒中治療ガイドライン2015では、グレー

ドAとなっています。特にリハビリテーションを併用することで、より効果が高まります。治療アプローチには、電気刺激療法、CI療法、促通反復療法、装具療法、振動刺激療法、ミラーセラピー等、有効性が高いということでした。

当院でもボツリヌス療法を実施しているため、今後も学んだ事を生かしていければと思います。



リハビリテーション科
理学療法士 有澤 和美

第1回
シモリハスタッフと行く
海響館



10月6日（日）に訪問リハビリをご利用されている方を対象に、当院のリハビリスタッフが同行して海響館に行ってきました。

在宅で生活されている方には、外出機会の少ない方や、介助が無いと外出がなかなか出来ない方が多くいらっしゃいます。そのため、どの方もすごく喜ばれ、良い笑顔を見ることが出来ました。

皆様の感想に『こんな機会を作ってくれたので、久しぶりのデートとなりました。』『こんな笑顔を久しぶりに見ましたよ。』など満足していただけました。

今回当院のリハビリスタッフが手助けを行わせてもらうことで、外に出る機会ができ、生活範囲の拡大やQOL向上に繋がる一助となれたと思います。

今後もこのような機会が出来ればと、第2回、第3回を望まれる声がたくさんありましたので、繋げて行ければより地域に密着したサービスができると思い期待しています。



リハビリテーション科
理学療法士 樋口 翔

家族教室

7/13
開催

『介護・介助指導①(寝返り・起居動作・立ち上がり・歩行)』

今回の家族教室では「寝返り・起き上がり・起立・移乗・歩行介助」について講義させて頂きました。

ご家族様より実際の介護・介助の場面では「力尽くで行う、過介助になりすぎる」といった声やイメージをお聞きしました。今回の家族教室では介助者・介護される側の双方の身体的・精

神的負担が少しでも軽減すれば一緒に考える良い機会となりました。この経験をご家族様への介助指導や情報提供の際に生かしてリハビリを提供していきたいと思います。

リハビリテーション科
理学療法士 岡崎 拓也



今回は、
認知症委員による『認知症（種類と対応の仕方について）』
日時：11月9日（土）13：00から

参加者の声

- ・介護する事が初めてですので、大変勉強になりました。
- ・介助のポイントを教えて頂いて良かった。理論的でわかりやすかった。
- ・実技、実演して頂けたのでしっかりと理解出来ました。また半信半疑の点、起き上がってもらう時の角度等がはっきり確認出来ました。



参加者の声

- ・資料だけでなく実際に目にする事でイメージがわかりやすかった。
- ・実演でわかりやすかったのとプリントがあるので復習ができる。
- ・車椅子の操作方法が良く分かったので良かった。
- ・介助方法がわかったので良かった。

転倒のリスクが高くなるため、適切な介助方法を知っておく必要があります。

今回は、実際に車椅子や階段を準備し介助方法を示しながら説明をさせてもらい、わかりやすくお伝えできたかなと思います。参加者からの質問も多く、個々の患者様で介助方法も変わってくるため、これからはリハビリの時間などで丁寧に説明をしなければならなかったと感じました。

リハビリテーション科
作業療法士 城田 祥貴

9/14
開催

『楽しめる食事とは（主に高血圧・糖尿病の食事について）』



第144回家族教室は薄味付けでも楽しめる食事のテーマを中心に、今回は話をすすめました。

食塩の過剰がすべての病因の一つになっている今、病院食は2020年の

日本人の摂取基準改定では食塩が引き下げられ、厳しい対応に立たされます。薄味付けには徐々に慣れていき食材そのものの美しさが解ればしめた物。それに加えてどのくらいの食品をどのように摂ればバランスが良くなるのかを両手の手ばかりでお示をしまし

参加者の声

- ・大変ためになり聞いて良かったです。わかりやすかったです。
- ・表を目に付く場所に貼り、思い出す様にします。

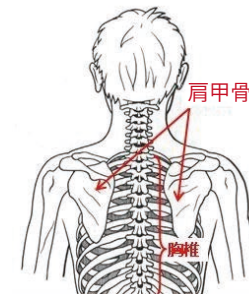
管理栄養士
梅田 富士子



た。皆様の一つ一つの納得の笑みを見ました。きっとメニューが楽しく浮かんではくはず。これからは体にいいかどうかを考えながら食事をして頂ければいいのではないのでしょうか。

御意見ご感想は今後に生かしたいと思います。

自宅で出来る簡単体操

けんこうこつ
肩甲骨運動シリーズ③

肩甲骨のこと、気にしていますか？
今回は前鋸筋ぜんきょきんに注目しました。



リハビリテーション科
理学療法室
主任 高木 雄作

ぜんきょきん
前鋸筋ってなに？

前鋸筋は肩甲骨と肋骨に付いている筋肉ですので、体幹と肩甲骨をしっかりと繋ぐ大事な筋肉です。この筋肉が弱くなると肩甲骨が安定せず上手く腕を持ち上げることが出来なくなります。



前鋸筋は
ココ

やってみよう！

<ゴムを使った肩甲骨運動「前鋸筋の運動」>

1 背中にまわしたゴムを
両手でつかみます。



横から見たら
↓こんな感じです。



2 肩幅よりやや広く
そこから腕を前に伸ばします。



肘は伸ばした
まま、内に向けて
腕を伸ばします。

横から見たら
↓こんな感じです。



①～②を15回～20回程度、ゆっくり行って下さい。もう片方の手も行います。

※トレーニング用のゴムはスポーツ店等で購入できます。

肩甲骨運動シリーズ①～③はいかがでしたか？
肩甲骨シリーズは今回で終了です。

「自宅で出来る簡単体操」コーナー
次回をお楽しみに♪



介護保険について②

医療連携室より

今回は『介護保険の申請から認定まで』について説明させていただきます。

Q. 介護保険の申請は何か必要？
認定までの流れは？



1 申請

【窓口】

- ・市役所又は支所
- ・地域包括支援センター



【申請に必要なもの】

- ・介護保険被保険者証
- ・マイナンバー
- ・健康保険証（第二号被保険者の方のみ）
- ・顔写真付の身分証明書
- ・申請者の印鑑

代行申請される方のみ必要

申請は本人・家族だけでなく、ケアマネージャーや介護保険施設の人にも代行してもらうことができます。

当院に入院されている方については私たち医療ソーシャルワーカーが代行申請も可能です。



医療ソーシャルワーカー
坪井 美桜

2 訪問調査
主治医意見書

【訪問調査】

訪問調査員が訪問し、心身の状態や生活状況について聞き取り調査を、約 1 時間実施します。

【主治医意見書】

主治医に心身の状況についての意見書を作成してもらいます。

3 判定

【一次判定】

訪問調査員による聞き取り調査や主治医意見書を基に、コンピューターソフトが判定します。

【二次判定】

一次判定結果と主治医意見書、聞き取り調査の特記事項をもとに、保健・医療・福祉等の専門家が審査・判定します。

4 認定・通知

保険者は二次判定結果にもとづき認定区分を認定し申請者に結果を通知します。
申請から認定の通知までは原則 30 日以内に行います。状況によっては 30 日を過ぎる場合があります。
認定区分は非該当（自立）、要支援 1・2、要介護 1・2・3・4・5 で認定します。

※認定結果に不服がある場合は、認定結果を知った翌日から 3 ヶ月以内に都道府県の介護保険審査会に申し立てすることができます。



上記以外のことで何かお困りごとやご心配なことがございましたら、お気軽にMSWまでご相談下さい。

相談受付

TEL : 083-232-5811 月曜日～土曜日（祝祭日のぞ）
9 : 00～17 : 00
メールでのご相談 : renkei@shimoreha.jp

表紙の写真 📷 下関市長府の功山寺の紅葉が綺麗だったので撮影しました。



一般社団法人 巨樹の会

下関リハビリテーション病院

〒750-0064 山口県下関市今浦町 9 番 6 号
TEL:083-232-5811
FAX:083-232-0219
URL:http://www.shimoreha.jp
Mail:info@shimoreha.jp

アクセス方法

- JR 下関駅より徒歩 5 分
- サンデン交通竹崎バス停より徒歩 1 分

