

## 0-8-23

### 舌癌術後に高度の摂食嚥下障害を呈した患者に対する多面的アプローチ

旭川赤十字病院 リハビリテーション科<sup>1)</sup>、旭川赤十字病院 栄養課<sup>2)</sup>、旭川赤十字病院 看護部<sup>3)</sup>、旭川赤十字病院 耳鼻咽喉科<sup>4)</sup>、旭川赤十字病院 歯科口腔外科<sup>5)</sup>

○難波 志奈<sup>1)</sup>、長瀬 まり<sup>2)</sup>、田中 亮一<sup>3)</sup>、長峯 正泰<sup>4)</sup>、岡田 益彦<sup>5)</sup>

【はじめに】舌癌術後に高度の摂食嚥下障害を呈したが、様々なアプローチで経口摂取が確立した一例を経験したので、若干の考察を加えて報告する。【症例】61歳・男性。X-1年3月頃より舌・口腔内に違和感あり、徐々に舌の硬化と右頸部リンパ節腫大を自覚した。X年1月に他院を受診し舌癌が疑われ当院口腔外科で紹介された。舌癌・両側リンパ節転移の診断で治療を予定した。【経過・結果】X年3月11日：舌亜全摘術・両側頸部郭清術・前腕皮弁による再建術が施行された。5病日より摂食嚥下リハビリテーションを開始した。＜評価＞反復嚥下テスト：5回/30秒（舌骨・甲状軟骨は超過せず）。改定水飲みテスト：評価点「2」（不顕性誤嚥）。食物テスト：評価点「3」（嚥下直後ムセ）。嚥下造影検査：「薄いとろみ」・「中間のとろみ」・「濃いとろみ」いずれも多量の誤嚥が認められ、著しい喉頭挙上範囲の制限・食道入口部の開大不全も確認された。＜リハビリ＞口腔ケア・間接訓練→直接訓練→補綴物治療の順に進めた。間接訓練：舌骨上下筋群の徒手のマッサージ、舌骨上筋群の筋力強化訓練などを施行した。直接訓練：体位は左完全側臥位、食形態は嚥下ペースト食（嚥下調整食コード2-1）、食具は経腸栄養用シリンジとした。補綴物治療：就寝時以外は舌接触補助床の装着を徹底した。【まとめ】舌の切除部位・範囲を考慮し継続的・多面的なアプローチを試みた。舌骨の移動距離の増加に伴い喉頭挙上と食道入口部の通過が改善したと考えられた。完全側臥位法により誤嚥性肺炎を併発せず経口摂取が確立した。舌接触補助床の装着で食塊移送が迅速となり発話明瞭度も向上した。

## 0-8-25

### 可動域改善にむけて超音波画像診断装置を用いた急性期理学療法の一取り組み

高知赤十字病院 リハビリテーション科部

○武田 陽平、宗石 憲昇、室伏 順子、大井 沙穂、山本 祐貴、山崎 真、松村 雅史、十河 敏晴

【はじめに】運動器疾患において理学療法の評価と効果判定として超音波画像診断装置(以下、エコー)が活用され始めている。今回、エコーでの評価が可動域改善の一助となった2症例を経験したので報告する。【症例と測定方法】症例1：20歳男性。交通外傷により左大腿骨骨幹部骨折と診断され、親骨の骨接合術を施行。術後翌日よりROM-exを開始し、術後7日目からエコー評価を実施。測定部位は端座位とし、測定部位は左大腿部前面の長軸像を描出し、膝関節屈伸運動時の動態を撮像した。症例2：20歳男性。交通外傷により開放を伴う右脛骨高原骨折・膝蓋腱部分断裂と診断され、親骨の骨接合術・膝蓋腱縫合術を施行。抜糸後、膝蓋腱縫合部へのストレスが加わっていないことを確認するためエコー評価を実施。測定部位は端座位とし、測定部位は右膝蓋腱縫合部の長軸像を描出し、膝関節屈伸運動時の動態を撮像した。【エコー開始後の経過】症例1：所見からは中間広筋の滑走障害による筋性拘縮と同定し、中間広筋に対する選択的収縮練習や膝蓋上セーレンスを実施した結果、可動域の拡大がみられた。症例2：所見からは縫合部へのモビライゼーションはなく、順調に可動域の拡大がみられた。【考察】エコーを使用したことで、症例1は可動域の制限因子が同定でき、集中的に理学療法を行えたことが可動域の拡大につながった。症例2は視覚的に縫合部へのストレスに留意し、安全に有害事象なくROM-exを実施できた。このようにエコーは、リアルタイムに動的な観察が可能となるため、質の高い理学療法とリスク管理が行える有力な情報となる。

## 0-8-27

### 認知症ケアチームの活動紹介 ー作業療法士の役割についてー

福井赤十字病院 リハビリテーション科

○仲辻 良仁、高野誠一郎、山内 幸子、山本 隆、横山 友美

【はじめに】当院は平成28年7月より認知症ケアチーム(以下、チーム)が始動し、作業療法士(以下、OT)も一員として活動している。今回、当院での活動を紹介します。OTの役割について症例を含め報告する。【メンバー及び活動内容】認知症専門医、看護師長、認知症看護認定看護師、社会福祉士、OTの5名で構成される。週一回病棟ラウンド及びチームカンファレンスを開催し、病棟スタッフや家族に助言等を行う。【OTの役割】対象者の日常生活動作(以下、ADL)評価、認知機能検査としてHDS-R、MMSE、せん妄アセスメントツール(以下DST)などの検査を週一回実施。問題の症状は認知症のBPSDなのか、せん妄なのか評価する。薬物処方された場合、過鎮静の有無、活動性低下の有無を確認し、転倒、誤嚥防止を他職種とともに確認する。また日中の離床を促進し、活動性を高めていく。【症例紹介】80歳代女性。尿路感染症にて入院。合併症は糖尿病、慢性心不全、認知症。入院時より食欲低下あり、経鼻胃管挿入後、自己抜去するなど不穏あり。初回ラウンド時HDS-R6点、MMSE13点、DSTにてせん妄あり。嚥下機能、排泄、歩行能力低下を認めた。医師より不穏時の薬物処方の指示あり。日中離床し活動性を高めること、ADLの改善を目的にOT介入した。最終ラウンド(4回目)MMSE19点、DSTにてせん妄なし。経口摂取可能となり、経鼻胃管抜去。認知機能低下はあるが、せん妄は改善。眠剤服用にて夜間の不穏は軽減し、チーム介入は終了したが、ADL低下ありOT介入は継続した。【今後の課題】高齢者がせん妄を発症した場合、歩行や排泄機能低下を引き起こすという文献もある。せん妄発症により、ADLが低下する恐れのある患者を入院早期より予測し、ADLの低下、廃用症候群をいかに予防することができるか、チーム及び病棟スタッフとの連携が重要となる。

## 0-8-24

### 当院における心臓リハビリテーション運動効果の検討

京都第二赤十字病院 リハビリテーション科<sup>1)</sup>、京都第二赤十字病院 循環器内科<sup>2)</sup>、京都第二赤十字病院 看護部<sup>3)</sup>、京都第二赤十字病院 リハビリテーション科部<sup>4)</sup>

○草木 喜高<sup>1)</sup>、入江 大介<sup>2)</sup>、野田 拓寛<sup>1)</sup>、永福 将史<sup>1)</sup>、安田 幸子<sup>3)</sup>、山崎 隆仁<sup>4)</sup>

【はじめに】早期からの心大血管リハビリテーション(以下、心リハ)実施は、種々の心大血管疾患の生命予後に有用である。しかし在院日数短縮が進められている急性期病棟の入院心リハだけでは実施回数に限られ運動効果の検討が困難なことが多い。【目的】歩行能力・日常生活動作を指標に当院での心リハ運動効果を調査し早期退院に繋げる。【対象】H27年度で心リハ開始・退院時ともに6分間歩行距離(以下、6MD)の測定が可能であった52例。【方法】6MD・日常生活動作(Barthel Index;BI)の改善を調査した。また、最終6MDにて外出判断に有用な400mを改善到達のカットオフ値とし、400m未満を非到達群(32名33例)、400m以上を到達群(19名19例)とし、年齢・発症後心リハ開始までの日数・初回6MD・実施回数・BI・在院日数について群間比較した。【結果】6MDは+59.42±69.74m、BIは+2.0±4.78点と全体で有意に改善を認めた。また到達群は、年齢が若年、初回6MD・BIが高値、在院日数が短期と4項目で有意差を認めた。【考察】非到達群は平均年齢70.97歳と高齢で歩行低下を来す65歳を上回り、到達群と比較すると慢性心不全患者の割合が多かった。また、心リハ開始までに平均8.26±5.11日経過していた。そのため、元々の身体機能低下に加え廃用に至ったことが初回BI低値・6MD短縮・在院日数長期化の原因と考えた。しかし、退院時BIは到達群と有意差が無いまでに改善しているため、早期退院には有酸素運動と並行し介入直後からの積極的な動作訓練が重要となる。

## 0-8-26

### リハビリテーションが造血管悪性腫瘍患者の日常生活動作に及ぼす効果について

深谷赤十字病院 リハビリテーション技術課<sup>1)</sup>、深谷赤十字病院 内科<sup>2)</sup>

○岡田 武士<sup>1)</sup>、小杉 成樹<sup>2)</sup>、吉野 宏美<sup>1)</sup>、吉田 憲正<sup>1)</sup>

【はじめに】がんのリハビリテーションガイドラインにおいて、化学療法・放射線療法中もしくは治療後の造血管悪性腫瘍患者に対して運動療法を行うことが身体活動性や身体機能、生活の質(Quality of life;QOL)を改善するため強く勧められている。当院では平成27年9月から血液内科領域におけるがん患者リハビリテーションを開始している。今回、リハビリテーションが造血管悪性腫瘍患者の日常生活動作(Activities of daily living;ADL)に及ぼす影響についてBarthel Index(BI)を用いて検討したのでここに報告する。【対象と方法】平成27年11月から平成28年10月に当院血液内科からリハビリテーションの依頼があった、化学療法・放射線療法中もしくは治療後の造血管悪性腫瘍患者22名(年齢73.8±7.3歳、男性12名、女性10名)を対象とした。なお死亡退院患者は対象外とした。リハビリテーションを実施した22名に対して、初期評価時と最終評価時のBIを比較しADL改善度を評価した。また、ADL改善度の性別、年齢、疾患による差を評価し統計的に解析した。解析には統計ソフトのstatal2を用い、危険率5%以下を有意水準とした。【結果】造血管悪性腫瘍患者のBIの点数は初期評価時59.3点から最終評価時77.7点と有意に改善した。性別、年齢、疾患によるADL改善度の差に有意差はみられなかった。【結論】造血管悪性腫瘍は他の固形腫瘍に比べ化学療法・放射線治療に対する感受性が高く、比較的容易に長期寛解を望める悪性腫瘍である。化学療法・放射線療法中もしくは治療後の造血管悪性腫瘍患者にリハビリテーションを行うことによりADLの改善を認めることから、円滑な職場や家庭復帰にリハビリテーションが貢献するものと考えられる。

## 0-8-28

### リハビリテーション依頼箋による危機管理の取り組み ～医師への啓蒙活動～

那須赤十字病院 リハビリテーション科<sup>1)</sup>、那須赤十字病院 整形外科<sup>2)</sup>

○吉田 祐文<sup>1)</sup>、池澤 里香<sup>1)</sup>、熊倉万実子<sup>1)</sup>、赤倉有希子<sup>1)</sup>

当院は460床の急性期病棟で、リハビリテーション科(以下リハ科)にはPT・OT・ST合わせて33人の療法士が在籍し、1ヵ月間の患者数は約340人、インシデントおよびアクシデントレポート(以下レポート)が約2件、ヒアリングは多ければ50件を超える。平成28年度のレポートは25件で、1件はレベル3bであった。しかし職員は、特に医師はリハビリテーション(以下リハリ)は安全で有害事象は発生しないと思われており、科あるいは疾患特有のリスク、症例に特有のリスクを共有出来ない依頼箋が多く、可能性が高い有害事象への備えがない中でリハリを実施する状況が続いていた。そこで、リハリ介入時に、その症例がリハリに際して有するリスクを担当者が認識できるように改善策を検討し、実施した。1)リハリにも様々なリスクがあることを医師が認識できるように、依頼箋に「原疾患によるリスクの有無」、「リハリ実施に伴うリスク」の2項目を追加した。前者には、高血圧、心疾患、糖尿病、静脈血栓、呼吸不全、誤嚥、などの病態が記入されており、起こる可能性のある病態にチェックをする。後者には、1.転倒、転落による骨折や外傷、2.血圧の変化、不整脈、呼吸不全、運動負荷による循環器異常、3.原疾患の再発、症状の急変、4.接触・嚥下訓練による誤嚥、誤飲、窒息、5.接続チューブ(ドレーン、点滴など)の抜去、が記入されており、起こる可能性のある項目の説明を依頼箋に本人あるいは家族にしたいというチェックをする。2)リハ科の部長が毎月開催される医局会で、適宜依頼箋の記入方法につき説明をする。これらの取り組みの詳細と現状について報告する。