

P-238

誤嚥を認める患者が食事を確立できる要因の検討～嚥下内視鏡検査の結果から～

諏訪赤十字病院 リハビリテーション科部 言語聴覚療法課¹⁾、耳鼻咽喉科²⁾、循環器科³⁾

○百瀬 将晃¹⁾、野頭 利幸¹⁾、山浦 紫乃¹⁾、加藤 久佳¹⁾、飯島 直也²⁾、茅野 千春³⁾

【はじめに】当課では耳鼻咽喉科の協力のもと、平成22年4月から嚥下内視鏡検査（以下VE）を導入した。当院におけるVEの対象は、誤嚥の可能性が高く、経口摂取の可否の判断や摂食機能療法の立案が困難な患者に限定されている。VEで誤嚥を認めても、VEの評価に基づく摂食機能療法を行うことで、最終的に食事を確立できる症例がある。

【目的】VEの実態を調査し、誤嚥を認めた症例の、経口摂取の可否に関わる要因を検討する。

【対象と方法】平成22年4月～平成24年3月までにVEを実施した40名のうち、誤嚥を認めた16名を対象とした。終了時に3食確立した群（7名）と非確立群（9名）で要因を検討した。

【結果】平均年齢は確立群81.9歳、非確立群78.6歳。入院主病名は確立群7名のうち、外科的疾患3名、肺炎2名の順に多く、非確立群は9名のうち、肺炎5名、COPD 1名であった。不顕性誤嚥を認めた症例は、確立群29%、非確立群78%。開眼が保たれている（JCS=3以上）症例は、確立群86%、非確立群22%。口頭指示での随意嚥下が可能な症例は、確立群86%、非確立群44%。病前の食事形態が普通食の症例は、確立群86%、非確立群33%であった。

【考察】誤嚥を認めた症例の食事の確立に関わる要因としては、1) 誤嚥が不顕性でないこと、2) 覚醒していること、3) 口頭指示で嚥下ができること、4) 病前の食事形態が普通食であること、などが考えられた。VEは、不顕性誤嚥の検出に優れており、経口摂取の確立の推測および、栄養手段の早期決定に役立っている。

P-240

急性期病院での、神経センター病棟デイルームを使用した病棟リハの取り組み

名古屋第二赤十字病院 医療技術部 リハビリテーション課¹⁾、神経内科²⁾、神経センター病棟³⁾

○端谷 僚¹⁾、梅村有希子¹⁾、太田 智絵¹⁾、足立亜維子¹⁾、安井 敬三²⁾、倉田 良子³⁾、細江 浩典¹⁾

【はじめに】脳卒中急性期リハビリは、徹底したリスク管理のもと、患者の実際の生活空間である病棟・病室で早期から生活に視点を向けたりハビリを開始することが重要視されている。当院では急性期医療を担い、発症直後より病棟でのリハビリを開始し、早期離床に努め、機能回復やADL拡大を図っている。2011年7月より、病棟リハ拡充の一環として病棟専従作業療法士を配置し、病棟デイルームを一定時間リハビリ訓練室としてリハビリを実施（以下デイルームリハ）する運びとなった。デイルームリハ開始から約1年が経過し、病棟看護師に対してアンケート調査を実施した。デイルームリハの現状と、アンケート調査から見えてきた課題を検討しここに報告する。

【デイルームリハの現状】神経センター病棟デイルームを平日9時から15時までリハビリ訓練室として使用できるようにし、作業療法士2名（開設当初は1名）を専従配置した。訓練室内には作業テーブル3台、平行棒1台、訓練用の物品を収納する棚を設置した。対象は神経センター、脳卒中センター入院中のリハビリ処方患者であり、デイルーム・病棟・病室にて病棟リハビリを施行している。

【病棟看護師へのアンケート調査】病棟看護師に対しデイルームリハビリ開始前後での、患者のADLの把握や、実際の看護場面で有効な情報活用ができていくかどうかをたずねた。その結果、開始前に比べ開始後は訓練時の最大能力の把握が容易になり、介助量の軽減やセラピストとの連携強化に有効であったとの結果が得られた。その反面、訓練のできるADLと、病棟でのしているADLにまだ解離がみられるといった問題も見られた。

P-239

眼咽頭型筋ジストロフィー患者の嚥下障害に対するバルーン法の有用性

さいたま赤十字病院 リハビリテーション科¹⁾、看護部²⁾、栄養課³⁾、耳鼻咽喉科⁴⁾

○安西 利恵¹⁾、小沼 岳久¹⁾、矢野 聡子²⁾、井原佐知子³⁾、栗田 昭宏⁴⁾、平賀 良彦⁴⁾

【はじめに】当院では2011年10月から耳鼻科医師指導の下、ST、摂食・嚥下認定看護師、管理栄養士がチームを組んで、月2回のVEと必要に応じてVFを行っている。経口摂取が難しい眼咽頭型筋ジストロフィー患者に対しVE・VFを施行しバルーン法を行った結果、経口摂取が可能になった症例を経験したので報告する。【症例】70歳の男性、57歳より眼瞼下垂を認め、2004年に眼瞼挙上術を施行した。2008年頃よりふらつきや嚥下障害が出現した。2010年に脳梗塞を発症した。2012年1月頃より嚥下障害が進行し、誤嚥性肺炎の為に近院へ入院した。入院前は常食を摂取していた。眼咽頭型筋ジストロフィーの確定診断の為に当院へ入院し、遺伝子解析の結果、眼咽頭型筋ジストロフィーと診断された。

【経過】入院時に経口摂取が困難だったので、経管栄養を行っていた。入院5日目よりSTが介入し、RSST0回、唾液が嚥下できず全て吐き出し、重度嚥下障害と判断した。入院6日目にVEを行った所、唾液貯留や喉頭感覚の低下がみられた。水、1%トロミ水、ゼリーを試した所、全てにおいて嚥下が困難で、喉頭挙上弱く少量の喉頭侵入があり、食道入口部開大不全が考えられた。入院20日目にVFを行った所、バリウム液は喉頭蓋谷や梨状窩凹に少量残留したが、嚥下が可能であった。ゼリーは伸展位で梨状窩凹に送った後、複数回嚥下を行い嚥下が可能であった。VE・VFの結果から食道入口部開大不全があると考え、入院27日目よりバルーン法を開始した。入院31日目に経口摂取が困難な為、胃瘻を造設した。入院48日目の退院時にはバルーン法の効果がみられ、ゼリーの経口摂取が可能となった。

【考察】眼咽頭型筋ジストロフィーに対してバルーン法が有用な可能性が示唆された。

P-241

重度要介護高齢者の在宅復帰に向けた理学療法アプローチ

伊豆赤十字病院 リハビリテーション課¹⁾、伊豆赤十字介護老人保健施設グリーンズ修善寺²⁾

○松井 紀道¹⁾、居倉 裕子²⁾

【はじめに】今回、パーキンソン病及び右視床出血により左片麻痺を呈し、基本動作全般で重度介助を要するにも関わらず、在宅復帰を果たした症例の退所までの経過を報告する。

【症例紹介】80歳代男性、要介護4。2年前に右視床出血、5年前にパーキンソン病発症。Yehrの分類ステージ5。麻痺はBr.stage左上肢手指ともに4。左上肢、体幹に鉛管様固縮あり。右上下肢筋力はMMT3。可動域制限として左上肢伸展、胸腰椎、骨盤帯の分節的回旋、伸展。基本動作は起き上がり全介助。姿勢反射障害の為座位保持不可。立ち上がり環境設定にて軽介助。移乗は支持物使用にて中等度介助。

【説明と同意】今回の発表に際し、本人及び家族に説明し同意を得た。

【経過】約1年半理学療法介入し、起居動作及び基本動作の介助量軽減を目的として治療を進めた。本症例の最も大きな問題点として、胸腰椎と骨盤帯の分節的回旋、伸展が制限されている為、起き上がりや移乗時に重度介助を要する。治療として、体幹の筋緊張緩和を目的としたストレッチ、体幹回旋筋促進、環境設定を行い動作訓練を繰り返し行い介助量軽減を図った。その結果、協力動作の増加や方向転換時の体幹回旋が改善。主介護者である妻は介護に対する不安を強めていた。その為、在宅復帰に向け約3ヶ月間、週1回、介助の方法や注意点を直接指導。支援相談員が自宅訪問し、その情報を基に居住スペースの変更、福祉用具の検討を行った。

【考察】理学療法介入により、体幹の分節的回旋可動域の拡大や動作時筋出力のタイミング学習、基本動作時の協力動作増加による介助量軽減がみられた。在宅復帰に至った要因として、環境設定による介助量軽減や家族への介助指導、住環境の改善を進め介護に対する不安の軽減と理解を得られた為と考える。