

P-234

人間作業モデルの観察スケールを用いた急性期作業療法介入の1例

北見赤十字病院 リハビリテーション科部

○日谷 正希

【はじめに】今回、くも膜下出血を患い重度の高次脳機能障害を呈した事例を担当した。多様な認知機能低下を示し、落ち着いて機能訓練に参加頂くことは難しく、ADLも強く制限を受けていた。そこで臨床観察から対象者を評価することのできるMOHOST・VQを使用した。この評価の実施は、OTが見落としていた排泄動作という興味・価値の高い作業活動を抽出するに至り治療に導入した。その後、排泄動作のみならず食事や移動能力にも改善がみられたため、若干の考察を以下に述べる。

【事例紹介】事例は50代男性。X年Y月（以下、病日）に昏睡状態で倒れている所を発見される。搬送時はJCS100、CT確認にてSAHが判明。CTAでは前交通動脈に動脈瘤がみつき、病日+1day脳動脈瘤頸部クリッピング術を施行。攣縮期を終え、病日+30dayOT開始。運動麻痺は軽度だが、重度の高次脳機能障害を認めた。日中は四肢・体幹抑制使用中であった。人間作業モデルでの評価MOHOSTは作業への動機づけが7点、作業パターン4点、コミュニケーションと交流技能4点、処理技能4点、運動技能6点、環境7点であった。VQは機能訓練17点、食事14点、排泄動作34点であった。以上の評価より排泄動作に価値と動機づけがあることを窺わせた。OTは評価より抽出された排泄動作を中心に治療介入することを方針とした。

【考察】ベッドで過度にADLが阻害されていた事例に対しMOHOST、VQを実施した結果、排泄動作という意味ある作業に改めて気がつくことが出来た。排泄動作の実現は、事例の有能感を高め、全く反応のなかった食事動作の改善も認めた。また目的地まで歩くなど移動能力に改善がみられるなど、意味ある作業の実現の効果が、他活動に般化したことが考えられた。

P-236

2型糖尿病患者の体力レベルについて

武蔵野赤十字病院 リハビリテーション科

○伊東 彰、山崎 倫子、高橋 紳一、藤田 進彦

【はじめに】2型糖尿病の治療のうち運動療法は直接血糖値を下げる効果、体脂肪を減少することで得られるインスリン抵抗性の改善を獲得する上で重要と言われている。しかし、その際の運動強度は心拍数からの予測で決定されているにすぎない。患者個人の状態に即したより効率的かつ効果的と考えられる運動強度は設定されていないのが現状である。今回、運動療法実施前の最大酸素摂取量（以下 VO_{2max} ）を測定し、患者の体力レベルについて若干の知見を得たので報告する。

【対象】当院内内分泌代謝科が運動療法を必要と判断し、マスターダブル試験で虚血性心疾患の疑いがなく、リハビリテーション科にて運動療法の処方した患者に対し実施した。

【方法】理学療法士により運動療法の講義を実施、その後エルゴメーター（COMBI社製 AEROBIKE XL75）を用いて運動療法開始前の VO_{2max} を測定した。

【対象】症例数21名（a.30代男3名、b.40代男8名、c.50代男5名、d.50代女性5名）

【結果】 VO_{2max} a.31.47ml/kg/min \pm 4.61、b.34.50 ml/kg/min \pm 6.65、c.30.28 ml/kg/min \pm 4.73、d.25.02 ml/kg/min \pm 3.26を得た。

【考察】『健康づくりのための運動基準2006』に記載されている健康の維持・増進に必要な体力における VO_{2max} の基準値に対して今回の各年代別の平均値は低い値を示した。2型糖尿病患者は運動が不足がちであることを具体的に示した内容となっている。しかし基準値よりも高値を示す症例もいた。これは体力は年齢並のものを有しており、治療の内容としては薬物・食事療法が中心になってくることを示唆していると思われる。これまで2型糖尿病患者には運動療法が必要であると言われてきたがどのような運動が適当であるか言及されてこなかった。今回、2型糖尿病患者の VO_{2max} を計測することで患者自身の体力を数値化したことで、より具体的に治療・訓練を進めることが可能となった。

P-235

慢性期への挑戦！～数字には表せない質の改善～

北見赤十字病院 リハビリテーション科部

○伊林 恵美

【はじめに】受傷後20年になるが身体機能の改善がみられ、改善することで点数化できない変化もあることを経験できたので報告する。

【症例紹介】30代男性。10代にバイク事故にて受傷。脳幹出血の診断。受傷から数年間はリハビリしていたが終了。敗血症後から外来にてリハビリ再開となる。両親と3人暮らしでキーパーソンは母。マンション2階。屋外の移動は車椅子、階段は介助。流延のため外出時マスク着用。言語理解良く、不明瞭だが発語と傾きや首振り等で行う。全身的に筋萎縮、筋短縮あり。足部変形、左上下肢失調。床上座位自立。端座位監視。立位中等度介助。FIM39点（以前25点）。

【経過】身体、動作能力の維持・向上目的だけでなく、表情、言語等の表出能力の向上を目指したアプローチ開始後、受傷から15日目から味覚、満腹感がわかるようになり、食べこぼしがなくなる。流延減少しマスク使用量減少。感情表現が豊かになる。父も発語が理解可能となり関係性が良くなる。床上座位が安定することで目を離せる時間ができ、母の心に余裕がでてくる。四肢末梢の冷感減少。温度による調整可能。受傷後初めて夕食、キャンプへ行く。

【考察】評価バッテリーに当てはめるとわずかな向上だったが、介助量の軽減、家庭内の雰囲気改善、母の時間が持てるようになった、介護に対する充実感が得られる等、主観での変化は大きかった。客観的評価が重要視されている現在だが、数字や決まった形には表せない評価の大切さを知った。人を相手に行うことなので、主観を大切にしながら客観的評価が重要なのではないかと感じる。慢性期でも能力の評価、本人やご家族のニーズ、患者様を取り巻く環境の総合的判断をしながら進めていくことが重要であり、リハビリテーションの中でセラピストが決して諦めてはいけないと感じる。

P-237

肺癌術後臍胸により全身衰弱、低栄養を来した症例への栄養管理と摂食機能療法

長岡赤十字病院 リハビリテーション科¹⁾、

長岡赤十字病院 NST²⁾

○今村 玲子¹⁾、金田 聡²⁾

【諸言】肺癌術後臍胸により、全身衰弱、低栄養を来した患者への栄養管理と摂食機能療法を経験したので報告する。

【症例】79歳男性。入院前ADLは自立していた。

【現病歴】右肺癌にて右肺下葉切除術を施行後、臍胸を発症して入院した。

【経過】臍胸に対し開窓術施行後、急激な食欲低下と体重減少を認めた為、NST介入による栄養管理と摂食機能療法を行った。問題点を高度炎症、急性の栄養状態の悪化、経口摂取困難とし、栄養管理ではNST回診を行い、栄養評価、経腸栄養・末梢輸液による投与カロリーアップの提案を、摂食機能療法では摂食機能評価を行った。嚥下造影等の結果で高度の誤嚥が認められ、誤嚥予防方法を検討した。開窓部のパッキングを強化する、息こらえ嚥下をするなどを試み、その有用性が気管支鏡下で確認された為、経口摂取を条件付で開始した。経口摂取に際しては、食形態の選択、代償法の指導・訓練、チーム内での情報の共有を図った。その結果、徐々に体重増加、創部の肉芽の形成がみられ、NST介入から70日目に胸腔閉鎖術が施行され、術後は経腸栄養を再開し、術前同様の栄養量の投与が可能となった。

【考察】肺癌術後臍胸により全身衰弱・低栄養を来した患者への栄養管理と摂食機能療法を経験した。十分な栄養の確保により全身衰弱や低栄養の増悪を防止できた。摂食機能療法により誤嚥の量が減り、投与した栄養が体重増加につながった。

【結語】高度炎症下の急性低栄養に対し、栄養管理と摂食機能療法を行い、一部、経口摂取が可能となるまでに回復を認めることができた。