

P-109

リハビリ脳卒中チーム・病棟内訓練室導入による変化の検討

名古屋第二赤十字病院 リハビリテーション課

○山口 順子

【目的】脳卒中のリハビリテーション（以下リハビリ）に対して、リハビリ脳卒中チーム制・病棟内訓練室リハビリを導入した。その前後による変化を検証する。

【方法】対象は、当院脳卒中関連病棟に入院した脳卒中患者で導入前の2011年1月～3月にリハビリ処方された連続47例（前期群）と、取り組み後の2013年1月～3月にリハビリ処方された連続50例（後期群）とした。そして対象を退院時のmodified Rankin Scale (mRS) が0～2の軽症群、3・4の中等度群、5の不良群の3群にわけた。さらに中等度群では転帰別（自宅、回復期、介護）に検討をした。調査項目は入院時年齢、当院在院日数、転帰、リハビリ開始時期、入院時・退院時Barthel Index (BI)、BI利得（退院時BI-入院時BI）、BI効率（BI利得/在院日数）、入院から端坐位および起立開始までに要した期間をカルテから後方視的に調査した。さらに不良群では、退院調整依頼がかけられた日を調査した。また、理学療法・作業療法の各1日あたりの平均実施単位数（在院中の各実施単位数/リハビリ実施日数）を求めた。統計処理はMann-WhitneyのU検定を用い、有意水準は5%未満とした。尚、対象者又は家族には本研究の主旨を説明し書面にて同意を得た。

【結果】リハビリ開始までの期間は前期群2.9±4.8日、後期群1.9±1.7日と短縮した。中等度群で回復期病棟に転院したものは入院から端坐位までに要した期間が前期群4.9±3.6日から後期群2.7±2.6日(p=0.02)、起立動作までに要した期間が前期群8.3±6.1日から後期群4.3±3.5日(p=0.004)と短縮した。

【結論】入院から72時間以内のリハビリ開始は機能予後を向上させるといわれており、リハビリ開始時期はこれに沿うものとなった。急性期リハビリで推奨される早期坐位、早期立位も変化がみられた。今後は達成日の基準の設定と調査が必要と考えられた。

P-110

術後Critical illness polyneuropathyを合併した症例に対するリハビリテーション経験

伊達赤十字病院リハビリテーション科¹⁾、伊達赤十字病院外科²⁾、伊達赤十字病院神経内科³⁾○工藤 豪¹⁾、松竹谷英範¹⁾、佐藤 正文²⁾、中島誠一郎²⁾、行部 洋^{1,2)}、川崎 亮輔²⁾、松岡 健³⁾

【はじめに】Critical illness polyneuropathy(以下CIP)は、重症の敗血症、多臓器不全に伴って発症する軸索性多発ニューロパチーであり、ICU患者の四肢麻痺、呼吸器離脱困難の原因の一つとされる。原疾患への対応以外に特異的な治療は確立していない。発症早期のリハビリテーションが有効と期待されているが、単位の時間を必要とする上、効果に乏しいことも報告されている。今回、CIPと診断され、認知神経リハビリテーション概念を基に介入し、発症5ヶ月で自宅退院された症例を経験したので報告する。

【症例】60歳代女性。専業主婦。潰瘍性大腸炎があり人工肛門閉鎖術後に敗血症性脳症に至り人工呼吸器管理となった。神経伝導検査により複合筋活動電位、感覚神経活動電位の高度低下を認め、軸索性優位の末梢神経障害の所見によりCIPと診断された。

【経過】初期評価：JCS I - 2、四肢弛緩性麻痺、体性感覚重度鈍麻、深部腱反射上下肢消失、上下肢体幹MMT0、Barthel Index 0点。機能回復に合わせて、看護師と協働して病棟での生活動作訓練に取り組んだ。退院時評価(5ヶ月)：運動障害に特筆事項なし、右大腿一部に表在覚軽度鈍麻、深部腱反射軽度鈍麻～正常、上下肢体幹MMT4、Barthel Index100点、神経伝導検査で活動電位上昇、日常生活動作、家事動作が自立し主婦として自宅退院となった。

【考察】認知神経リハビリテーションの概念を取り入れたリハビリテーションの介入により、中枢神経の可塑性を促進したと考えられた。また、病棟との連携や患者・家族教育が良好に行えたことにより早期回復に繋がりを、発症5ヶ月で主婦として自宅退院できたと考えられた。

P-111

心臓リハビリテーションにおける心肺蘇生シミュレーションの取り組み～第2報

北見赤十字病院 リハビリテーション科¹⁾、北見赤十字病院 医療安全推進室²⁾、北見赤十字病院 循環器内科³⁾○森 博子¹⁾、庄司 寛¹⁾、佐藤佳央里¹⁾、砂野 敬子²⁾、齊藤 高彦³⁾

【はじめに】心臓リハビリテーション（以下、心リハ）においては、突然の意識消失や心肺停止を想定し急変時の対応を備えていく必要がある。当院では2011年より心肺蘇生シミュレーション（以下、蘇生訓練）を部門内で取り組んできた。2012年の第1報では、的確な蘇生技術の定着や関連部門との連携について課題が挙げられた。今回、関連部門による協働で行った蘇生訓練について報告する。

【本論】2011年より主に心リハに携わるスタッフが蘇生訓練を開始、それと同時に緊急時対応フローチャートを作成し、心リハ実施スペースや関連部署へ設置した。2012年、循環器内科医師と医療安全推進室確認のもと、患者の連絡・移送を中心に蘇生訓練を実施した。第1報では、リハビリスタッフ間での役割分担、他患者に対する安全確保のための誘導等の指摘を受け、的確な蘇生技術の定着や関連部門との連携が課題として挙げられた。今回の蘇生訓練では、的確な蘇生を行いながら、医師、看護師へ連絡し、二次救命処置までを想定した。蘇生訓練開始当初より、部門内で月に1回蘇生訓練を継続してきた結果、CPR開始までの時間は短縮し、蘇生技術の向上や周囲のリハビリスタッフとの連携も改善した。また、1) 医師、看護師への適切な連絡や申し送り事項、2) 救急カート内の医薬品や物品の準備、3) 患者状況に応じた搬送先の選択など新たな検討課題が明確になった。

【まとめ】リハビリテーション部門において職種を問わず、患者の急変時には即座に対応できるよう体制を整えるとともに、技術定着のため日々の修練が必須であり、関連部門協働での取り組みは「命を繋げる救命の連鎖」を確実に遂行するためにも継続すべきと考えられる。

P-112

化学療法を受ける血液疾患患者の筋力低下予防への取り組み

岐阜赤十字病院 リハビリテーション科¹⁾、看護師²⁾、○安藤 守代¹⁾、小川 千晴²⁾、浅野まゆみ²⁾

【はじめに】血液疾患患者は長期に及ぶ抗がん剤治療により、嘔気や倦怠感・発熱などの副作用が出現し活動が制限されADLの低下を招く。当院では看護師が筋力低下予防の必要性を認識し、パンフレットを作成し筋力低下予防に取り組んできた。平成24年5月、がん患者リハビリテーション料施設基準を取得し理学療法士も血液疾患患者の筋力低下予防への取り組みを開始したのでここに報告する。

【取り組み内容】・看護師が作成したパンフレットに上肢の運動を追加・看護師サイドの問題点としてあがっていた効果判定の指標として、徒手筋力テスト（MMT）を用いて定期的に筋力を評価する・歩数計を導入し患者が主体的に運動できるように意識付ける・自転車エルゴメーター、トレッドミルの導入

【結果】血液疾患患者はPSが高く、筋力は概ね良好に保たれていた。発熱等により一時的に筋力低下を認める患者にはMMTの結果から、個別に運動内容の具体的な助言ができた。また、歩数計の装着や自転車エルゴメーター等の利用により患者が主体的に運動に取り組むようになり意欲の向上を図ることができ、具体的な目標や当日の実施内容が患者間や病棟スタッフとの会話中に聞かれ、患者自身が個別の目標を持って生活できるようになったとの医師の意見が聞かれた。

【考察及び課題】歩数計を装着後、積極的に廊下を歩行する姿がみられ筋力低下予防の重要な動機付けにつながったと考える。また、体調に応じた具体的な運動内容の提案は患者が安心してトレーニングに取り組める事につながった。筋力測定についてはMMTによる評価は患者に伝わりやすく、検者の主観的判断に依存するという問題点があるため定量的なデータの必要性を感じている。