

PC-446

神経センター病棟でのブラッシング指導 — 歯科衛生士との取り組み

名古屋第二赤十字病院 医療技術部・リハビリテーション科¹⁾、
歯科口腔外科²⁾、看護部³⁾

○寺島 有希子¹⁾、足立 亜維子¹⁾、黒田 真梨¹⁾、鬼島 真紀²⁾、
倉田 良子³⁾、細江 浩典¹⁾

【はじめに】口腔ケアは口腔内細菌数を減少させ、誤嚥性肺炎などの全身疾患の発症を抑制することが報告されており、早期からの口腔内プラークコントロールは重要である。脳卒中の発症により片麻痺や感覚障害、嚥下障害等の機能障害が出現し、発症前に行っていた方法での歯磨き動作に困難を抱える患者は多く、適切な口腔ケアが自己にて行えている患者は少ない。

【企画の背景】 当院では要介助状態の患者に対し、介助下での口腔ケアは実践されているが、自発的な動作が期待できる患者への支援や指導体制は構築されていない現状があった。多職種間で連携をとり対象者に関わることで、適切な口腔ケア方法の選択と実施、自己にて行える能力の向上が期待でき、健康的な生活習慣の確立に寄与できる。神経センター病棟は当院の中でも病棟リハビリテーションが推進されている病棟の一つであり、作業療法士 (OT)、歯科衛生士 (DH)、看護師 (Ns) の協働が図りやすいと思われ、実施場所として選択した。

【実施の現状】 毎週火曜日、午後2時-3時30分、病棟にてDHがブラッシング指導を実施する。対象者数は1回5-8名程度である。事前にOTが入院中のリハビリ施行患者の動作能力、認知機能を評価し、対象者を選択、病棟Nsが嚥下機能や病棟で動作が実践できるかを判断し対象者を選定、DHに伝達する。実施場所はOTが対象者の身体機能を考慮し、自室かデイルームかを選択する。実施前にはOTとDHにてミーティングを行い、対象者の状況を口頭で伝達、確認し、情報共有をしている。実施後にはDHが口腔内の状況から再指導を必要とする対象者をあげ、OTと共に次回以降の方針を決定し、今後の指導に活かしている。

PC-448

病棟デイルームにおける食事介入 - 看護師と協働での取り組みをはじめて -

名古屋第二赤十字病院 リハビリテーション科¹⁾、看護部²⁾

○足立 亜維子¹⁾、寺島 有希子¹⁾、黒田 真梨¹⁾、杉浦 美樹²⁾、
細江 浩典¹⁾

【背景】 当院神経センター病棟において誤嚥・窒息リスクがあり、食事に介助が必要な患者は多く、食事訓練へのニーズは高い。さらに、摂食障害の原因は、身体機能のみならず、精神・認知機能、社会性など多岐にわたる、その対応にはチームで介入することが有効である。このような状況の中で当院では神経センター病棟デイルームにおいて、作業療法士と看護師が協働で食事介入を始めた。作業療法士が実際の食事場面に介入することで、専門的な食事動作への介入が可能となる。また、食事はその他の時間との区別を明確にするとともに、他患者と食事場を共有することで生活リズムおよび精神の安定をもたらすことが期待される。加えて、患者を作業療法士と看護師が同時に介入・評価することで迅速に他職種間の意見交換ができ、病棟ADLの向上に繋がることを期待される。

【活動の紹介】 食事介入の取り組みに先立ち、作業療法士と摂食嚥下認定看護師が打ち合わせを実施し、作業療法士、看護師の役割分担、準備する物品、リスク管理について検討・確認した。

平成26年1月～2月の期間に合計9回、1回あたり1時間程度で病棟デイルームにおいて試行した。看護師1名、作業療法士2～3名、患者は4～6名程度が参加した。対象患者は神経センター病棟に入院しており、食事動作になんらかの困難さのある患者とし、作業療法士が患者を選定した。看護師は主にリスク管理および服薬管理、作業療法士は主に環境設定、食事動作に介入し、患者の移送および集団を統率する役割も担った。

PC-447

病棟デイルームにおける食事介入 — 介入により変化のあった2症例 —

名古屋第二赤十字病院 リハビリテーション科¹⁾、看護部²⁾

○黒田 真梨¹⁾、寺島 有希子¹⁾、足立 亜維子¹⁾、杉浦 美樹²⁾、
細江 浩典¹⁾

【背景】 当院神経センター病棟のデイルームにおいて作業療法士と看護師が協働して集団での食事介入を試行した。当介入を通して食事場面で変化が見られた2症例を紹介する。なお発表に際し書面にて症例の同意を得ている。

【症例紹介と介入】 症例1は右視床出血の80代男性で重度左片麻痺、左半側空間無視、注意障害、身体失認が認められた。介入前はベッド上にて数口のみ食事摂取が可能も、身体・認知機能の影響にて介助を要していた。介入では車椅子での姿勢保持や左無視を配慮した環境調整と動作指導、適宜の声掛けを行った。徐々に姿勢は安定し、食事動作の停止や注意転動場面が減少し自己摂取量が増加した。介入時以外も食事の際には車椅子に乗り、看護師の声掛けにて摂取可能となった。環境調整により姿勢が安定し動作能力が向上、加えて食事へ集中できる場の設定により食事への注意が向きやすくなり、自己摂取が可能となったと考える。症例2は希死念慮が強く食事拒否していた70代女性で極度の衰弱があり、入院時より経管栄養であった。介入では食事環境の設定や食意向上を図るため食事内容や食器への配慮を行った。介入時以外は経管栄養を継続していたが、3食経口摂取が可能となり、その時点で本人の希望にて当介入を終了した。居室以外の場所という環境の変化、集団で行うことで食事場面の共有や他患者との交流を通して心理面へ良い影響を与えることができ、食意向上へ繋げることができたと考える。

【まとめ】 デイルームでの食事介入により身体・高次脳機能、心理面など様々な側面での変化がみられた。個々ではなくチームで介入することで様々な視点からのアプローチや病棟での実際場面への汎化が可能となったと考える。

PC-449

2種類の治療的電気刺激における感覚運動野への効果の相違

浜松赤十字病院 リハビリテーション科¹⁾、

東京電機大学情報環境学部²⁾、

千葉県立保健科学大学リハビリテーション科学部³⁾

○小川 真司¹⁾、永島 翔平²⁾、川勝 正喜²⁾、三和 真人³⁾

【目的】 感覚運動野の活動性の増大が脳卒中片麻痺の回復を促進するという知見がある。脳卒中のリハビリテーションに治療的電気刺激 (Therapeutic Electrical Stimulation; TES) を利用することがある。本研究では2種類のTESを上肢に施行して脳血流に及ぼす影響を近赤外分光法 (Near - Infrared Spectroscopy; NIRS) を使用して比較した。

【方法】 対象は8人の右利きの健常者。NIRSはFOIRE-3000 (島津製作所) を使用して計測して脳機能マッピング画像を作成した。TESはPASシステムGD-601 (オージー技研) を使用した。刺激部位は長橈側手根伸筋で、2種類のTESは「トリガモード」と「パワーアシストモード」を選択した。2秒に一回の右手関節背屈運動を20秒間行い、その前後の20秒間はそれぞれ休憩とした。休憩・運動・休憩の一連の60秒を1タスクとした。タスクを6回行い1セットとした。3セットで1課題とした。NIRSは各セットにおいて測定した。TESは第2セットに施行した。第1と第3セットではTESを施行せずにNIRSを測定した。他方のTESは日を変えて行った。統計的解析と脳機能イメージングにはNIRS-SPMを使用した。【結果】 左半球の感覚運動野の脳血流はパワーアシストモードの場合は増加、トリガモードの場合は減少した。

【結論】 パワーアシストモードでは、TES施行中も自身の筋収縮を制御して動作を行わなくてはならない。トリガモードでは、動作開始時にのみ随意的な筋収縮を必要とするが、その後は電気刺激により筋収縮が起こり自身の能動的な筋収縮を必要としない。このようなTESのパターンと筋活動の違いに依存して脳活動の相違が生じたと推測された。今後は実際の治療におけるTESの麻痺や痙縮に対する効果を観察していきたい。