

実践紹介：整形外科術翌朝からの早期運動療法とADL介入の意義

仲 嶋 理 恵

Key Word 整形術後・早期ADL自立・協業

【要旨】

当院の急性期一般病棟は、脳神経外科（43床）と整形外科（44床）を主体とする病棟である。

急性期リハビリテーションはあらゆる疾患や障害に対して早期から行うことが提唱されており、特に整形外科術後の早期リハビリテーションは、深部静脈血栓症をはじめとする術後合併症の予防としても重要視されている。

2010年1月1日から2010年12月31日までに、整形外科に入院した295件の内訳は、骨折68.0%、後縦靭帯骨化症や変形性関節症など16.3%となっている。手術件数は231件（78.3%）であり、部位別では上肢（鎖骨、上腕骨など）19.9%、下肢（大腿骨、脛骨、足部）60.2%、脊椎（頸椎、腰椎）20.3%である。手術患者のうち約10%は脳血管障害の合併や既往がある。このように、対象疾患および対象部位が多岐にわたるというだけでなく、脳血管障害が重複している症例もある。このような環境下で、個々の患者の障害に応じたケア、病棟でのADL向上をより充実していくことが課題であった。また、術後合併症などは、看護師と共通認識を持って観察、注意する項目であり、病棟とリハビリテーション科との連携をより充実させたいという相互の希望もあった。

そこで2008年より、運動学的な視点で障害を捉えるPTの利点を病棟ケアに提供し、看護師との障害像や合併症予防対策に対する情報共有の質向上を目指し、整形外科病棟での病棟配置のPTを導入した。

現在の関わりは、術翌朝や術待機中の患者に対する保清やトイレ動作での看護師との協業、病棟ケアと同時進行での運動療法など業務拡大、看護師との情報共有の質向上から早期の病棟ADLの自立に対する成果を認めている。

当日は、術後の早期ADL自立の状況や術後合併症予防に対する実績を含め、実践内容を紹介したい。

パーキンソン病 (Yahr Stage5) の患者の褥瘡に対し交代療法を試みた一症例

仲野 敦

【はじめに】

今回、パーキンソン病で褥瘡を呈した症例を担当する機会を得た。ポジショニングや褥瘡処置で治癒困難であった褥瘡に対し交代療法を施行した。治療によって褥瘡が治癒傾向にあるので報告する。

【症例紹介】

90歳代男性、8年前よりパーキンソン病で寝たきり状態となる。本年に他院より長期療養目的で入院。全身性の固縮による筋緊張亢進状態であり、両上肢と右下肢に関節拘縮を認める。栄養状態は、Alb2.6g/dLと低栄養状態であり、食事は胃ろうより経腸栄養剤でとっている。入院当初、褥瘡は無かったが、入院後17日目に右母趾球に褥瘡を発症する。発症時、厚生労働省危険因子評価表（褥瘡対策に関する診療計画書）の褥瘡の状態の評価は、深さ皮下組織までの損傷、大きさ4cm²以上16cm²未満である。

【治療・結果】

入院直後より関節拘縮の維持・改善目的で理学療法を開始。褥瘡発症直後より看護師、看護補助にポジショニング指導を行う。また圧迫、ズレカの排除目的でヘルスケア・マットレスからエアマットに変更する。褥瘡発症直後より壊死組織が増殖し急速に悪化、褥瘡発症後24日目に壊死組織除去目的でデブリードマンを施行する。その後、徐々に褥瘡の大きさは、4cm²未満と小さくなっていくが、深さは皮下組織を超える損傷となっていく。イソジン処置とガーゼ保護及びドレッシング剤を用いた処置を約6ヶ月間行うも依然深さは、皮下組織を超える損傷であり治癒困難であった。看護師、看護補助と連携をとり褥瘡への外力に対して改善を行えたが治癒傾向に至らなかった。そこで褥瘡に直接治療を試み、理学療法としてアイスマッサージと温水（38℃～40℃）の交代療法を18日間施行（継続中）した。この結果、厚生労働省危険因子評価表（褥瘡に対する診療計画書）の褥瘡の状態の評価は、深さ真皮までの損傷、大きさ4cm²未満にまで改善し、治癒傾向にある。

【考察】

日本褥瘡学会の褥瘡予防・管理ガイドライン（09）によると、褥瘡発生メカニズムは①阻血状態②再灌流障害③リンパ系機能障害④機械的変形で起こるとされている。4因子を改善するためにエアマットの使用、ポジショニング、交代療法、関節可動域訓練等を施行した。なかでも交代療法による反応性充血を利用したものが最も本症例の4因子の改善となり褥瘡治癒傾向になったものと考えられる。

「寝たままの入浴はしたくない」という想いを実現した一症例 —チームケアにおける理学療法士の役割—

河端 政志

【はじめに】特別養護老人ホームに入所されている利用者が立位保持能力の低下により、介助浴での洗体が困難となった。そこで、介護職員から特別浴への変更を提案した。しかし「寝たままの入浴はしたくない」と訴えた。この想いを尊重したいという担当介護職員から相談を受けた理学療法士が、介助方法の検討と動作指導、自主トレーニングの導入を行い介護職員が実施した。その結果、介助浴の維持を可能にした症例を報告する。尚、報告にあたり利用者及び家族に説明の上同意を得た。

【症例紹介】79歳の女性。傷病名は変形性頸椎症。既往歴に脳性麻痺。要介護度3。障がい高齢者の日常生活自立度B2、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱa。

【評価】担当介護職員より相談を受け、平成22年9月8日に評価を実施。関節可動域テスト（以下ROM-T）が膝関節伸展右-40°、左-50°。徒手筋力検査法（以下MMT）が両側下肢筋力3~2+。立ち上がりは監視レベル。立位時に膝関節に疼痛がみられる。身長は163cm。体重は一年半で約9kg増加し53.4kg。

【問題点】筋力低下、関節可動域制限、疼痛・体重増加により、洗体介助に必要な1分間の立位保持が困難となった。

【経過と結果】9月9日より立位能力向上を目的に、他職種と評価情報を共有し、そ

れぞれが役割を持って動作指導と自主トレーニングの導入、疼痛や体重の管理を行った。そして、介助方法の検討を何度か繰り返し、9月15日より必要最小限の部位を10秒間の立位保持内で洗体し、その他はシャワーチェアに座り洗体するよう介護職員に提案を行った。この介助方法の変更後、利用者の身体的負担と介護職員の介助量が軽減し介助浴が継続した。その為、各職種のアプローチ目的を立位保持能力の向上から維持へ変更し継続した。

11月24日に再評価を実施した。ROM-T、MMT、疼痛、体重の著明な変化はみられなかった。

【考察】当施設ではチームケアの一員として理学療法士が評価を行い、他職種を介してアプローチを行う間接業務を行っている。

今回「寝たままの入浴はしたくない」という想いと、担当介護職員の想いを尊重したいという想いに対応できたのは、試行錯誤の中で身体機能・動作能力・環境の評価の重要性に気づき、他職種と評価情報の共有を行えたからだと考える。

この症例を通じて、想いを尊重し、その想いを実現する難しさと喜びを経験した。その中で、チームケアにおける理学療法士の役割である間接業務の重要性を学ぶことができた。