

## 121 重度認知症患者に対する段階的手がかり刺激と称賛を用いた食事への介入

○長井 梨香<sup>1)</sup>、加藤 宗規<sup>2)</sup>

1) 医療法人社団 千葉秀心会 東船橋病院

2) 了徳寺大学

【目的】重度認知症患者に対して段階的手がかり刺激と称賛を用いた食事動作自立と食事量増加への介入を行い、その効果について検討した。

【方法】80歳前半女性。アルツハイマー型認知症の既往。外傷性クモ膜下出血による意識障害、筋力低下により救急搬送され入院。発症前は食事の自己摂取可能、また入院当初も食思良好で食事形態はお粥・キザミで自己摂取可能であったが、8病日から食思低下し始め食事介助も拒否にて摂食量が20%程度に減少した。なお、嚥下動作には問題はなかった。理学療法評価は限られた項目のみ実施し、MMSEは8点、SIASなどの機能評価は精査困難であった。そこで自己摂取が困難な場合に、スプーンをお皿に置く、口頭指示、モデリング(名前を呼び、必ず目が合ってから行う)、口頭指示とモデリング、身体的誘導、介助の7段階の手がかり刺激を5秒以内に動作ができるまで順に与え、用いた手がかり刺激の点数付けを行なった(自己摂取7点～介助1点)。併せて食事量を記録・フィードバックするとともに、それらが前日よりも改善した場合および完食した場合に笑顔での称賛と身体接触を行った。そして、経過から介入効果について検討した。

【説明と同意】本研究は、対象者の家族に目的と方法を説明し、承諾を得た。

【結果】多少食事拒否を認める日はあるが、介入2日目以降は全量摂取可能となった。手がかり刺激は徐々に改善し、介入8日目に6点(スプーンを皿に置く)で可能となった。さらに、介入11日目に食事形態がペーストから全粥・超キザミへ変更となり、手がかり刺激の点数は3点(口頭指示とモデリング)となったが、食事量は維持していた。食事全量摂取が維持できたことから、翌日退院となった。なお、介入中の身体機能とCT画像の改は認めなかった。

【考察】認知機能その他の機能は変化していないが、食事動作が再び自立、食事量も全量摂取が可能となったことから介入は症例の食事動作自立と摂取量増加に有効であったと考えられた。介入では認知症による学習の困難さを考慮して、手がかり刺激は細かく7段階に設定し、強化刺激としてより強く称賛が伝わるように目を合わせた状態での笑顔と肩への身体接触も併用した。今回の結果から重度認知症でも段階を含めた適切な手がかり刺激の設定と学習を強化する適切な強化刺激を設定することにより、認知症の改善がなくても動作の改善が得られる可能性を示唆していると考えられた。

Key words：認知症、食事動作、拒否

## 122 廃用症候群の改善により自宅退院可能となった筋萎縮性側索硬化症(球麻痺型)患者の1症例

○佐々木 翔平、太田 幸將、福原 卓

亀田総合病院

【目的】栄養障害に伴う廃用症候群の改善により、自宅退院可能となったALS(球麻痺型)患者の介入を経験したため以下に報告する。

【対象】76歳女性、2010年11月ALS(球麻痺型)の診断。2015年6月8日頃、食事摂取困難となり6月22日入院。入院前ADLは自立、転倒増加・畑仕事困難など活動量が2、3ヶ月前から低下。入院時drop neckを認め、栄養状態は体重(kg)39.5、アルブミン(g/dl)2.7、食事摂取量2割。筋力(Rt/Lt)はMMTで股関節外転3/3、膝関節伸展4/4。歩行能力は側方動揺強く軽介助、TUG1分7秒。ADLはFIM57、BI55。疾患特異的評価はALSFRS-R:31。社会的状況は2階建の1軒家に夫、長男夫婦、孫と同居。家屋は階段のみ手すり設置。寝具は布団を使用していた。

【説明と同意】本症例報告の趣旨をご本人へ説明し、同意を得た。

【介入】予後予測因子(病型、進行速度)と本人、家族のhopeをもとに室内歩行自立、ADL修正自立を目標に設定した。下肢筋力練習、歩行練習、関節可動域練習、ADL練習を約1ヵ月実施。運動負荷量は「筋萎縮性側索硬化症診療ガイドライン2013」、「筋萎縮性側索硬化症の重症度分類」、当院医師指示をもとに設定。栄養に対し、補液で状態安定後に本人の嗜好を聴取しNSTに報告。食事内容変更となった。環境調整は予後予測と本人、家族の意見をもとに提案した。

【結果】退院時(36病日)病棟内ADLは監視～修正自立。栄養状態は体重(kg)39.9、アルブミン(g/dl)3.2、食事摂取量10割と改善。筋力(Rt/Lt)は股関節外転4/4、膝関節伸展4/4と向上。歩行能力はシルバーカーで屋内自立、TUG17.6秒。ADLはFIM87、BI85。ALSFRS-R:33。環境調整は、介護保険を申請、寝具をベッドに変更。手すりを設置し、シルバーカーは購入。退院時指導として訪問リハビリの提案と自主練習指導を実施した。

【考察】今回、ALS患者に対し上記介入を実施しADL向上を認めた。要因は、栄養状態の改善と下肢筋力練習実施による筋力向上だと考えた。そのことから、ADL低下の原因は低栄養に伴う廃用症候群であったと考えられた。ALSのリハビリは心身機能、ADLの維持が主だが、今回の様に廃用の影響が強い場合は十分に改善を図れると考えた。ADL低下が原疾患か、廃用の影響かを判断することは難しい。そのため、介入する際は常に廃用の要素を念頭に置く必要がある。退院前に、環境調整、患者指導を実施したことで、退院後の活動量低下を防ぎ今後の廃用予防に繋がると考えた。

Key words：ALS、廃用症候群、自宅退院

## 123 腰部切創からのADLを改善できなかった症例 ～食事量と栄養状態に着目して～

○本庄 貴大

新松戸中央総合病院

【目的】腰部切創から全身状態悪化し、廃用が進行した症例に対して、長期介入したにも関わらずADLを改善できなかった。その原因を食事摂取量と栄養状態から考察したので報告する。

【症例】90代男性。診断名は右腰部切創。自宅の風呂場で転倒し、右腰部の皮膚をドアのガラスで高さ30cm×幅5cm程度で受傷し当院入院。既往に高血圧症・心房細動・腰部脊柱管狭窄症・頸椎症あり。病前ADLは屋内伝い歩き自立、外出時は車椅子にて移動。

【説明と同意】ヘルシンキ宣言に則り、本人と家族には説明を行い同意を得た。

【評価】第6病日より理学療法開始。初期評価時、MMTについて上肢3～4下肢2～3。FIMは64点で起居動作は中等度介助、座位保持は近位監視、移乗は中等度介助、歩行は平行棒内中等度介助。「歩いて帰りたい」との希望があり訓練に意欲的だったが、食思不振(食事量23.6%)であり飢餓状態にあることが考えられた。

【治療・経過】食事量は入院51日間の平均58.3%、第1～7病日と第21～42病日は基礎エネルギー消費量(以下BEE)を下回っていた。また、Albについて第14～28病日・第49病日以降は3.0を下回っていた。訓練は日々の食事摂取量を確認し、摂取量が少ない日は自動介助運動と座位訓練など低負荷の訓練を実施。結果として、第30病日のMMTは上下肢ともに2。FIMは59点で起居動作は重度介助、端座位は軽介助(5秒程度)、移乗は全介助、歩行は平行棒内重度介助。第50病日のMMTは上下肢2～3。FIMは68点、起居動作は中等度介助、端座位は近位監視(30秒以上)、移乗は全介助、歩行は平行棒内重度介助と、第30病日と比較すると端座位の介助量減少と持続時間延長を認めた。

【考察】若林は、エネルギー摂取量不足時の安静臥床は骨格筋分解を加速させるため、安静臥床を避けることや、2～3METs程度の日常生活活動は制限しないことが重要であると報告している。本症例は倦怠感のためリハビリ以外は寝たきりの状態だったため、食事摂取と離床の重要性を本人と家族に説明し、食事やご家族の見舞いの際には離床をするように指導し、ADL低下を最小限にするよう努めた。結果として寝たきりになることを防ぎ、家族の介助と介護サービスを利用し自宅退院に繋げることができた。FIMは初期から最終まで4点の改善(清拭+2・更衣+5)したが、移乗-1点、歩行-2点と患者のHOPEは達成できなかった。これは、摂取カロリーがBEEを下回った14～28病日の飢餓による筋萎縮が原因と考えた。

Key words：皮膚損傷、低栄養、筋力

## 124 長期人工呼吸器管理となった皮膚筋炎患者への運動強度についての検討

○渡邊 亜美

国保直営総合病院 君津中央病院

【はじめに】5年前発症の皮膚筋炎に対しプレドニゾロン減量中であった患者。H27年1月に重症肺炎、敗血症を併発して入院となり、ICU入院時からリハビリテーション(以下リハ)を実施した。急性期～亜急性期の運動強度について検討したので報告する。

【対象】66歳女性(身長150cm、体重36kg、BMI18)。診断名：細菌性肺炎、敗血症。現病歴：H27年1月4日呼吸不全、意識レベル低下し緊急入院。入院時AIB2.3g/dl、CRP11.58mg/dl。

【説明と同意】本人および患者家族へ説明し同意を得た。

【経過】

急性期：2病日PT開始。MMT 頸部・体幹2、上肢2～3、下肢3レベル。人工呼吸器管理、抗生剤投与にて酸素化良好だが、近位筋筋力低下による換気障害を認めた。16病日抜管を試みたが再挿管となり、20病日気管切開術施行。全身状態に応じて呼吸リハと離床練習を実施。Barthel Index(以下BI)10点。

亜急性期：23病日肺炎兆候および間質性肺炎は否定。終日人工呼吸器管理下(SIMVモード、FiO<sub>2</sub> 0.4、PEEP3、f18)であったが、リハ時はインスピロンTピースにて呼吸リハ、座位練習中心に継続。バイタルサインと修正Borg scale(以下mBS)で呼吸苦と疲労感を評価し、運動強度の目安とした。練習後mBS3以下であれば、翌日に疲労残存せず練習継続可能であった。35病日AIB2.7g/dl、体重33.5kg、エネルギー量1,200kcal→1,500kcalへ増加。55病日AIB3.2g/dl、体重34.0kg。トイレ動作練習開始し、BI40点まで改善。62病日歩行器歩行を開始したが、mBS1で経過。mBS3以下で運動量増やすも体重増加し、MMT下肢4レベルまで改善。人工呼吸器完全離脱した後、149病日BI90点にて自宅退院となった。

【考察】急性期は早期離床、呼吸リハにて廃用症候群予防を図り、亜急性期は低栄養状態、ICU-AW併発の可能性、安静時疲労感の持続を考慮しmBS3以下での練習継続に努めた。一般的に筋炎患者の運動強度は、CK値などの筋原性酵素を目安に設定するが、毎日のCK値の測定は困難な場合も多い。mBSを用いた運動強度の設定は、翌日に疲労を残さず継続的なリハが可能であり、臨床上有用と思われた。本症例を通じ、適切な栄養管理と運動強度の設定の下で、運動療法を継続することの重要性を再認識できた。

Key words：皮膚筋炎、栄養、運動強度

## 125 自宅退院に至った、終末期慢性間質性肺炎患者の1症例

### ～病状と想いのギャップに対する関わりの考察～

○原 悠一

国保直営総合病院 君津中央病院

【はじめに】今回、終末期間質性肺炎患者の病状と、家族の想いのギャップに対して介入した症例を経験した為、以下に報告する。

【症例紹介】60代前半女性。同年代の夫(Key person)と次男の3人暮らし。家族関係は良好。2011年9月労作時呼吸苦確認しPSL導入。2015年5月トイレ時に呼吸苦出現し、改善せず、当院搬送。間質性肺炎による右心不全の診断にて加療目的に当院入院。翌日よりリハビリテーション(以下リハ)開始。

【説明と同意】当報告はヘルシンキ宣言に基づき患者・患者家族に対し説明を行い、当報告について了承を得た。

【経過】介入時、ADLは食事・整容を除き全介助レベルであった。呼吸機能は安静時O<sub>2</sub> 5L<sub>n</sub>でSAT90%台後半、起居動作時80%台前半まで低下し、呼吸苦増悪(修正BorgScale8)が確認される状態だった。病状は終末期だが、環境により自宅退院の可能性は残されていた。本人Hopeは「家に帰りたい。家人に迷惑を掛けたくない」であり、夫からは「すぐ治る。下の世話は出来ない」との発言があった。上記発言から自宅退院に向けての問題点は病状に対する夫の病識の乏しさと、病状と想いのギャップと考えた。そこで、夫の病状理解・協力が得られれば、自宅退院が可能と考え、家族を含めたリハを実施した。

病識に乏しい夫に対して、本症例の呼吸機能的なADL能力の限界及び自覚的呼吸苦の具体的な理解の必要があった。その為に、面会時間に合わせて介入し、リハ見学の機会を出来る限り設定した。リハでは起居動作・ポータブルトイレ移乗を中心に実施した。リハ中は「数値」を共通理解の為のツールとして強調した。一つはSpO<sub>2</sub>モニターの数値、二つ目は修正BorgScaleの数値である。これらの数値を本人・家族にフィードバックする中で夫は「これだけでそんなに苦しいのか。大丈夫か?」と妻を気遣うようになった。また、上記介入を続ける中で、本人より「家に帰る為に今出来ることを頑張る」、夫より「よく頑張っている。出来るだけのことはするから帰ってきて欲しい」と現状を受け入れる発言が聞かれた。自宅環境調整後、46病日を経て同年7月退院となった。

【考察】本症例が自宅退院に至った要因は、病状と夫の想いのギャップを埋め合わせることが出来た為と考える。日々のリハに家族が参加出来たことと、数値を用いて本症例の病状を明確にしたことが、夫の病状理解・受容を促したと考える。

Key words：間質性肺炎、労作性呼吸苦、退院支援