

第36回大阪府作業療法学会 事前企画

伝えたい!! 第36回大阪府作業療法学会の魅力 急性期の作業療法!!

第36回大阪府作業療法学会事前企画として8月30日にナイトセミナーが開催されました。

第2大阪警察病院から松下卓也さん、野崎徳州会病院から前田浩明さん、松下記念病院から熊野宏治さん（話し手順）を講師としてお招きし、急性期の作業療法についてお話を聞かせていただきました。

第2大阪警察病院から松下卓也さん 急性期×魅力

普段勤務して感じていたり自身の経験をお話いただきました。

急性期のイメージは？

『術直後・ルートがたくさんある・せん妄・リスク管理しながら...』日々この繰り返しというイメージでは？

→この繰り返しの中にいろいろな変化がある！

感じていること・大切にしていること

対象者の笑顔に寄り添わせてもらいたい（※対象者の笑顔に寄り添いたいではない！）

入院直後に意識が無くても離床を繰り返すことで対象者の笑顔に会えるまでになる

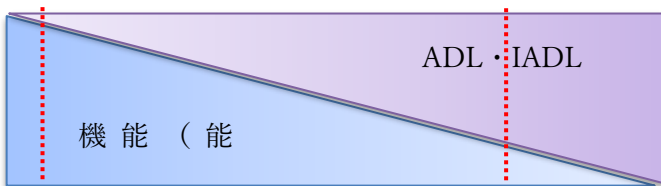
「笑顔に出会いたい」という思いで関わっている

そのために

↳1人1人必要に応じた自助具を準備する・実際の動作を評価して動作訓練する・スプリントの作成

機能回復とADL

出会ったときに対象者がどの時点で過ごされているのかを把握する評価が必ず必要



機能を回復する時期？ADL・IADLを回復する時期？

急性期に関わる際に必要な事

急性期の最大目標＝廃用予防

廃用予防をするために何をするか？

↳離床とは言うものの、起きて座るだけでは意味がなく、『起こして何をするか』が大切

- ・対象者の必要な機能（身体機能？精神機能？生活機能全般？）
- ・急性期病棟の後の生活（在宅？転院？施設？）
- ・必要な介護サービスや地域資源

「転院決まったから（施設に入るから）あとはよろしく！」ではなく、環境や今後の生活を含めて入院の時から

らできることを急性期でしておくことが必要。

プロフェッショナルとして. . .

「急性ばかりではいけないのでは？」と考え、【心不全患者へ作業療法士ができることは何か】【糖尿病性舞踏病を呈した1事例の運動療法経験】【熱中症と脱水症に対するリハビリテーション】といった急性期以外の分野の発表をされてきています。

1 症例を通して自分が何をしないといけないか・次に繋げるために何をすればいいか考えるきっかけになったと振り返って話してくださいました。

正解がない世界だからこそおもしろい！OT=おもろいセラピストになろう！

松下さんは『困っているのは目の前の対象者であり、常に対象者にとって最高を提供できているか』この言葉を自身に問いながらプロフェッショナルであるためにアンテナを常に張って学び続けていると話していただきました。

答えがないから、**解決するすべを身に着ける事・いい方向へ進むために悩む姿勢は対象に伝わる事・対象者に教えてもらう事**が大切で、悩んだら先輩・同期・後輩、周りの人たちを巻き込んで頼りながら愚痴も吐きながら解決するといったの考えを聞かせていただきました。

OTとして熱い思いをお話しいただき、聞いている方々の心を熱くさせるお話でした。

野崎徳州会病院から前田浩明さん 急性期×精神・心理

なぜ急性期で精神・心理か？

- ・非日常の空間
 - ・せん妄の発症率（高齢者の約4割・術後では約5割・ICUでは約8割）
 - ・認知症を持つ医療依存の高い患者が増えている（5人に1人が認知症）
- これらの事から患者様とコミュニケーションが取りづらいケースが多くなってる。

急性期における認知精神ケアの課題

- ・身体面の治療がうまくいかない
 - ↳ レートが多い・眠剤の導入で動きにくい
- ・痛みや苦痛をうまく伝えられない
 - ↳ 排泄時に尿意を訴えられず排泄訓練が自由に進まない
- ・急性期に入院する認知症の方の7割がせん妄を併発する
 - ↳ もともとの身体機能の疾患がさらに悪くなる・新たな疾患が併発する

急性期に求められる認知面の対応

身体疾患＋認知面

- ・認知症の見落としを防ぐ（長谷川式認知症スケール 15/30点でも独居生活をしている方もいる）
- ・せん妄の予防と発見・対応
- ・認知機能障害に配慮した管理
 - 身体管理（疼痛・栄養管理・脱水予防・感染予防・服薬管理・誤嚥・セルフケア）

コミュニケーション

意思決定支援

行動心理症状(BPSD)を予防する環境整備

精神・心理・認知面の評価の大切さ

- ・評価したことを他職種に伝えていく（多職種連携）
- ・機能低下のみだけでなく、残存している部分を把握する
- ・本人の思いに寄り添う（心理面の把握）

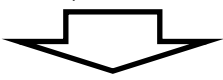
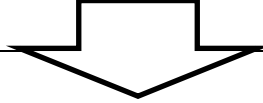
入院という非日常の中で精神・認知面を把握できる唯一の職種である

評価のポイント

- ・検査バッテリーの特徴を理解する（どういった項目を評価できるか知っておく）
- ・評価して終わりではなく評価は最低限必要な要素であると認識しておく
- ・点数のみで結果を判断しない→どの項目が低下・残存しているか
- ・認知機能面が改善するものか・しないものか
- ・せん妄か認知症かを判断する

評価の流れ

- ・認知機能の評価（長谷川式認知症スケール・CTSD・MOCA-J・MMSE）
- ・せん妄のスクリーニング（step0→1→2→3）

| step0：予防対策 | step1 | step2 | step3 |
|--|---|-------------------------|--|
| ハイリスク check □70 歳以上 □認知症 □睡眠薬 □重症患者 □侵襲の高い治療 □せん妄の既往 □頭部疾患の既往 □アルコール多飲 1 つでも当てはまれば  | □興奮している (イライラ・ソワソワ・点滴やドレーンを頻繁に触る・暴力的) □活気がない (ウトウト・日中も閉眼して過ごす・要望を聞いても返答がない) □見当識障害 (時々つじつまの合わない会話になる・会話が止まる) □幻視・幻覚・誤解  | せん妄 スクリーニング (DST) | 評価に基づくケア ・からだの状況 (病態・薬・症状) ・まわりの状況 (見当識を保つ・快適で安全な環境の構築・生活リズムの改善・安心を向上) |
| <u>夜間指示の再確認</u> ・睡眠薬の単独使用を避ける ・追加指示は病棟で実施可能か | step2 へ | | |

身体的治療を受ける認知高齢者に対応する際に知っておくべきこと

身体管理：早期から重複障害の病態やリスク管理

精神・心理管理：患者の精神状態や意欲に配慮

活動や参加の促進に向けて介入し、主体性・意欲の向上・不安の軽減・早期退院に繋げる

松下記念病院から熊野宏治さん 急性期×内部障害

内部障害との出会い

- ・大学での内科学で臨床に交えた授業を受けて、目に見えないものを推察し作業療法をすすめていくのは面白いのではないかと考えるようになった。
- ・COPD の患者様との出会いから内部障害に対する知識不足を痛感し、知識を深めていくきっかけとなった

内部障害評価で大切にしていること：みる・きく・たたく・さわる

みる（実際の映像や評価結果を交えながら説明していただきました）

一秒量から（1000ml を切ると日常生活で支障が出る・1200ml 以下では階段の昇降が辛くなる）

スパイロメトリーから→呼吸で吐ききれないことがみてとれる

映像から→胸鎖乳突筋の過剰収縮

呼気努力が見られる

頸静脈怒張：右心部に負荷がかかっており、慢性的な低酸素になっていることがわかる

Hoover Sign→横隔膜が働いておらず、運動すると呼吸筋疲労が出る可能性が考えられる

ばち指→慢性的な低酸素状態にあること

きく（実際の音声を聞かせていただきました）

笛声音（ウィーズ）→細い気道の狭窄する音が聞かれる。

動く前後のどの場面で聞かれるかによってリハの内容が変わる。

いびき音（ロンカイ）→炎症や痰で気道が狭窄する音が聞かれる

たたく（実際の音声（清音・濁音・鼓音）を聞かせていただきました）

さわる→胸郭の上部・下部それぞれの動きや左右差を触診で確認する。

健康寿命の延伸

COPD では身体活動レベルが高い人ほど予後が良いというデータが出ている

身体活動がなぜいいのか？

↳筋収縮によって骨格筋から分泌される液性物質の中のマイオカインに抗炎症作用があるのではないかとされている。マイオカインに抗炎症作用が脳・血管・肝臓・骨にも良い影響を及ぼすと言われているため筋収縮を促すことが大切。

どんどん体を動かそうと言われていたものの、高い身体活動を続けるのは難しいため、活動的な日常生活（掃除・趣味活動）などに変えて身体活動に変えていこうという流れになっている。あわせて、歩数が予後に与える影響や内部障害の作業療法と EBM についてデータを交えてお話ししていただきました。