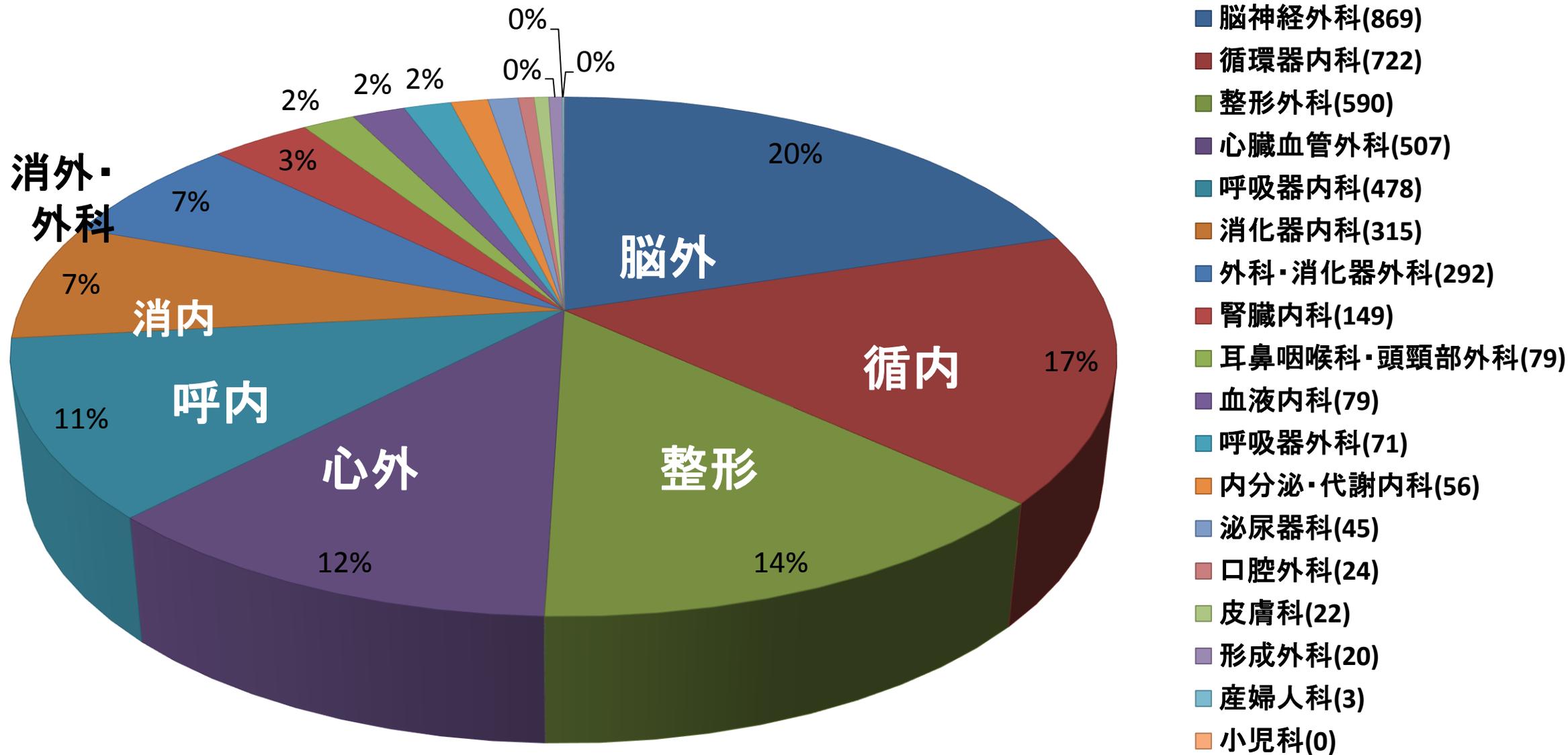


リハビリテーションの実績と あらたな取組み

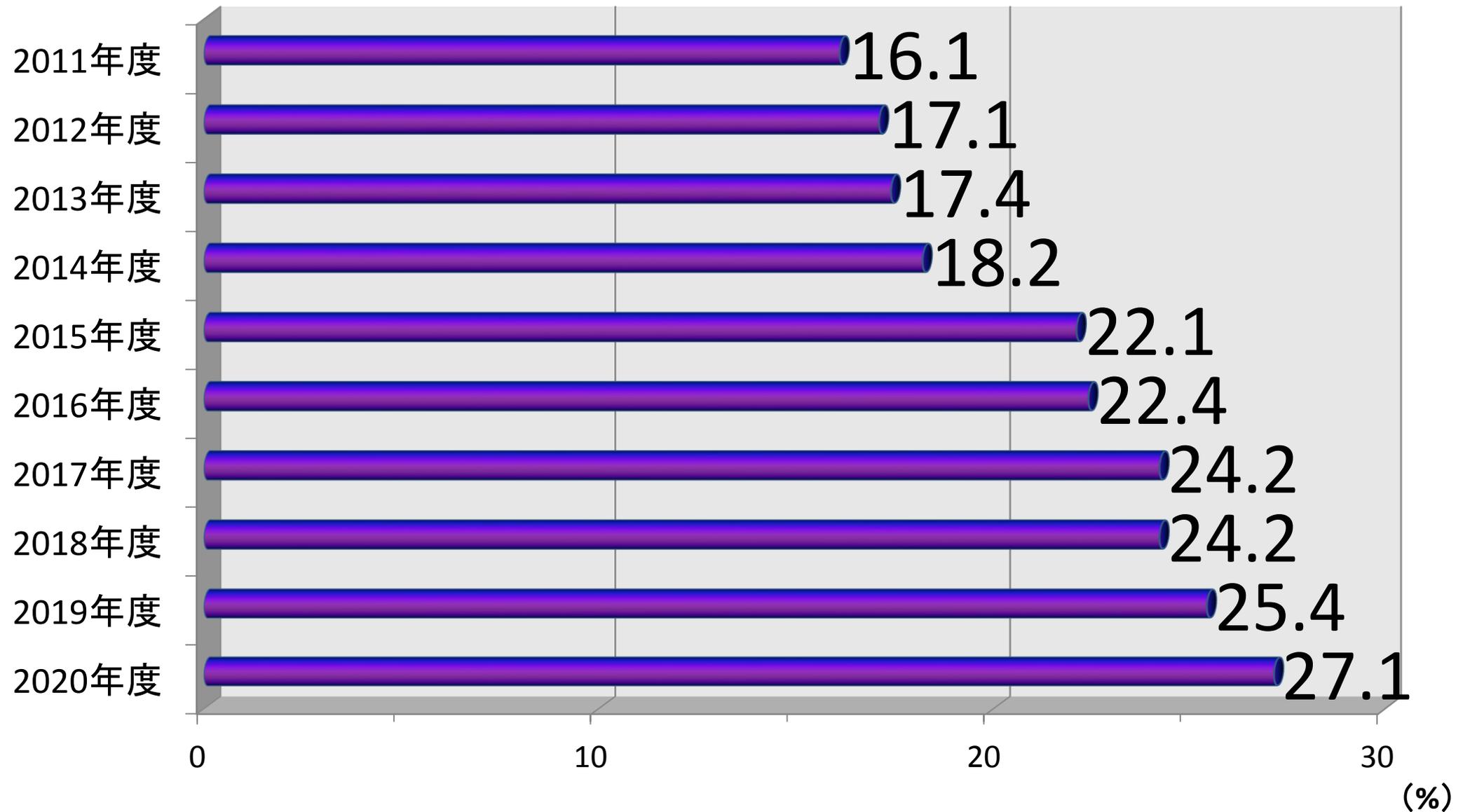
リハビリテーション技術科

- 言語聴覚士(ST) 岩崎佳乃子, 大畑尚子, 久保田恵理, 黒山千穂乃
富永真由, 松浦麻香
- 作業療法士(OT) 赤羽良子, 石向 航, 尾田 睦, 笹谷聡恵, 水上紘司
- 理学療法士(PT) 芦田拓真, 小野田博繁, 小柳慎介, 佐藤俊史
篠原宏幸, 鈴木康介, 杉山和寛, 曾根祥仁, 高塚俊行
田中伸明, 中沢 稔, 藤井奈美, 藤吉翔吏, 牧野泰枝
真杉美春, 増田晋哉, 増田千紘, 山根康嗣
- 技術科科長(ME) 佐藤景二

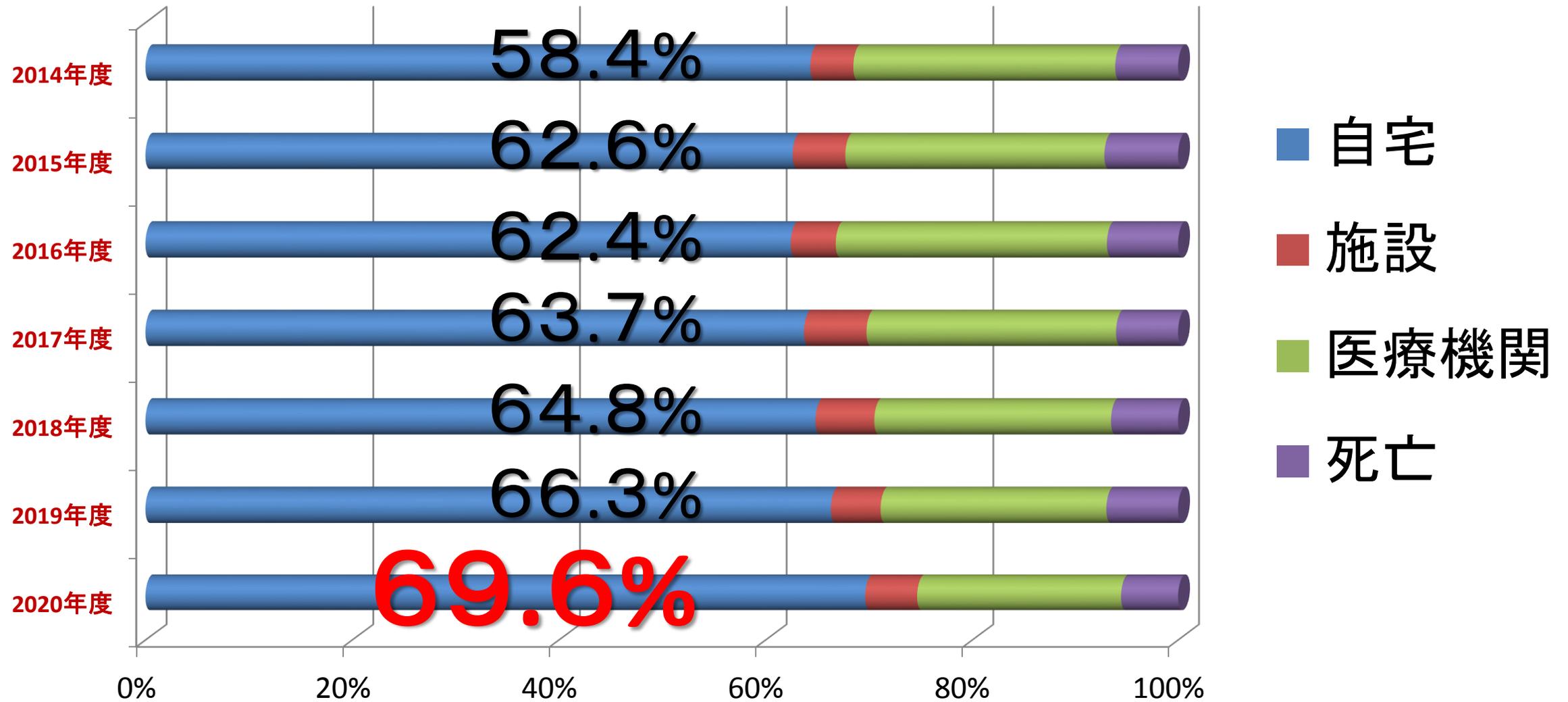
診療科別依頼件数(2020年度)



入院患者のリハ実施率

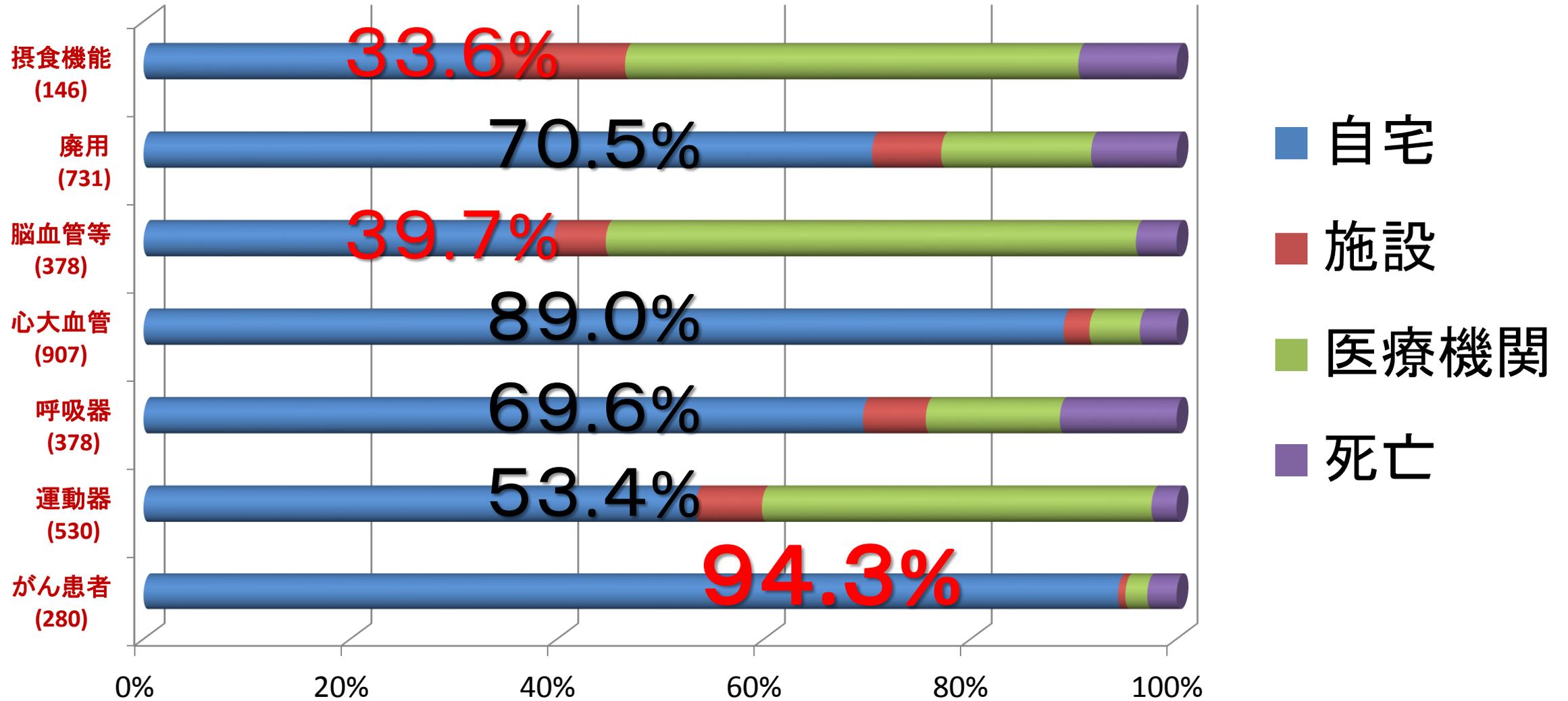


自宅から入院した方の転帰先(年度別)



自宅から入院した方の転帰先

(疾患別リハ&摂食機能療法)



がんのリハビリテーション研修会参加者

年度	医師	看護師	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士
2013	1	1	1		1
2014	1	1	1	1	
2015	1	1	1	1	
2017	1	1	3	1	
2018	1	1	2		1
2019	1	1	1	1	2
2020	1	1	2	2	
2021	1	1	3		1
(小計)	7	7	14	6	5

「連休対応」

<2019年度>

- ◆ 4連休とならないように対応（一部のスタッフ）

<2020年度>

- ◆ 3連休とならないように対応（一部のスタッフ）

<2021年度>

- ◆ 3連休とならないように対応（スタッフ半数程度）
- ◆ 10月より、隔週で土曜対応開始（スタッフ半数程度）



<2022年度>

※毎週土曜日の対応を開始

あらたな取組み2

「嚥下スクリーニング検査」の導入

嚥下スクリーニングシステム (2019年12月導入)

1次スクリーニング (Ns) → 2次 (ST) → 3次 (耳鼻科Dr)

1. ST依頼状況 (2020.4-2021.3)

全依頼数	摂食機能療法算定数	2次スクリーニング数
425件	172件	193件

- ・ST依頼の**4割が摂食機能療法**
(残りは脳血管疾患・がん・廃用)
- ・2次、3次を経て**摂食機能療法開始に至るのは89%**
- ・3次スクリーニングを実施しても今後の方向性やご本人、ご家族の意向で摂食機能療法に至らない場合もある
- ・年間のリハビリ実施日数(約250日)から考えると、**1日当たり0.7人が摂食機能療法開始**となっている

2. スクリーニング検査実績 (2020.4-2021.3)

1次(Ns)完遂率	2次(ST)完遂率
79%	89%

- ・導入前(2019.4-11)のNsによるスクリーニング(コップからの飲水)の完遂率は16%であり、学会推奨の現行の方法で嚥下評価を行う認識は高まっている
- ・医師から指示がでてでも1次スクリーニングが実施できなかった約20%は「危なそう」「こわい」とのことで「判定不能」で2次スクリーニングに回ってきている
→完遂率向上のために勉強会など実施
- ・2次スクリーニングが実施できなかった約10%は、本番3mlの前に1~2mlの唾液程度の量の水を飲んでいただいてSTが危険と判断し中止

3. 摂食機能療法開始のタイミング

2020.4-2021.3	入院～リハ開始	入院～退院
平均日数	14.2日	36.3日
中央値	20日	28日

- ・患者さんの状態により開始まで時間がかかる場合がある
- ・スクリーニングを1次～3次まで実施し摂食機能療法開始となるまでに4日ほどかかっている

4. 診療科 * 別の開始から退院までの期間(平均値)

	依頼数	入院～開始	入院～退院
呼吸器内科	80	10.1	28.8
循環器内科	20	16.2	35.5
整形外科	17	19.6	46.8
消化器内科	12	13.8	34.8
内分泌代謝科	10	14.5	29.4
心臓血管外科	9	16.3	47.4
消化器外科	6	32.3	72.8
耳鼻咽喉科	5	16	62.6
泌尿器科	4	10.5	24.3
腎臓内科	4	26.3	57.5

* 依頼が1～2名の診療科は除外

・依頼数としては呼吸器内科・循環器内科・整形外科・消化器内科・内分泌代謝科の順に多かった

・入院～開始まで10日以内であれば1ヶ月以内に退院できる傾向がみられた

5. ST介入後の経口摂取状況

～藤島嚥下グレード(できる嚥下能力)を元に検討～

摂取状況	割合
元々食事を食べられた	29.6%
ゼリーなど少し食べられるようになった	19.5%
食事を食べられるようになった	18.9%
食べられず変わらない	14.2%
死亡	11.3%
初回評価よりも低下	6.5%

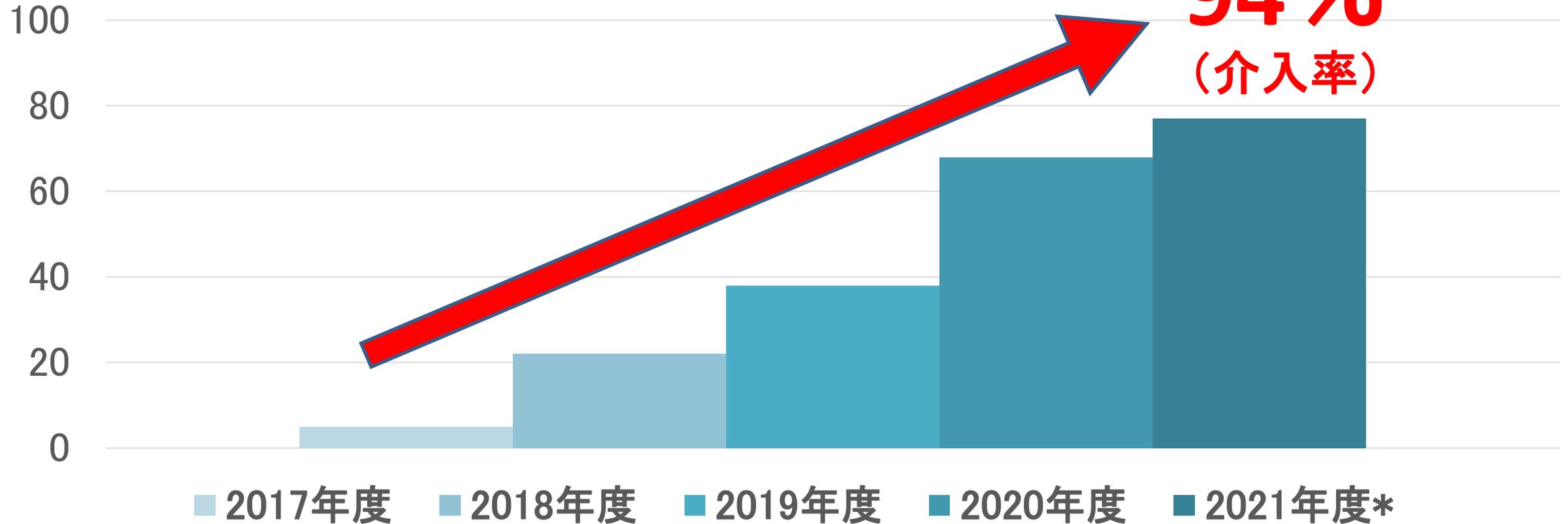
・30%は開始時から何らかの形態の食事が食べられており、そのうち約13%がST介入後食上げができた

<まとめ>

他職種と連携しつつ、早期に適切な評価・介入ができるよう体制を整えていく

TAVI患者に対する Frailty評価とリハビリ介入

依頼件数



* 2021年度は1月28日までの依頼件数

TAVI患者の背景

◆開胸手術ではなくTAVIが選択される理由

→ 高齢・Frailty(フレイル)である方が多い

◆Frailtyが強ければ・・・

術後 身体機能低下や死亡率の増加

在宅復帰率の低下

在院日数の延長

合併症の増加 など、円滑な退院に支障

→ その解決策として・・・

→ リハビリテーション・チームアプローチの促進が必要

早期離床

ADL維持

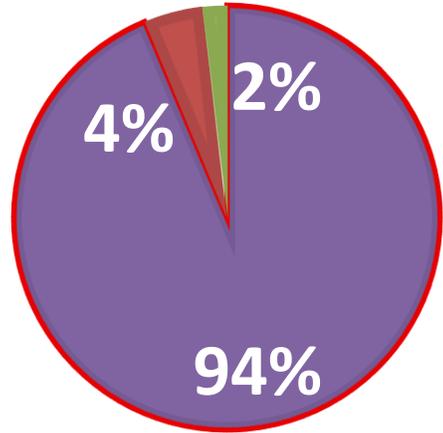
せん妄予防

フレイル評価項目

- Fried Frailty Criteria
- 臨床フレイルスケール (Clinical Frailty Scale: CFS)
- 精神・心理的フレイル (MMSE)
- 身体的フレイル (SPPB)
- 持久力評価 (6分間歩行)
- ADL評価 (Katz Index)

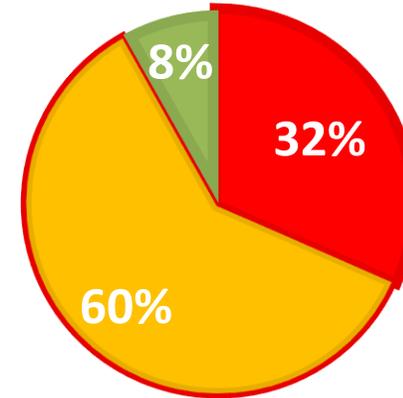
術前フレイル評価 (2020年6月～2021年12月17日 リハビリ介入111例)

KATZ INDEX



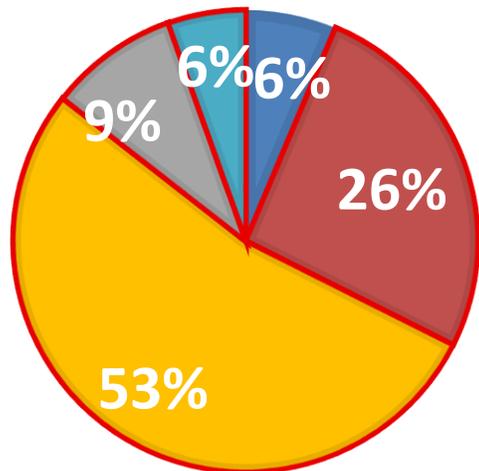
- A(ADL自立) 104名
- B(ADL1つ介助) 5名
- C(入浴介助+他ADL1つ介助) 2名

フレイルの評価基準



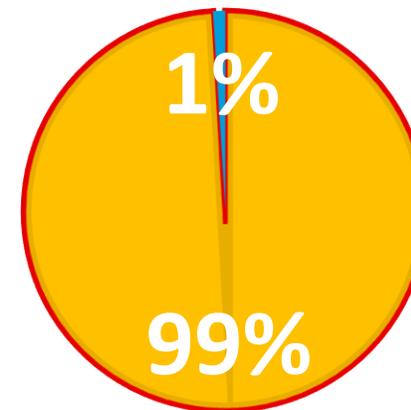
- フレイル 35名
- プレフレイル 67名
- フレイルなし 9名

CFS



- 健常 7名
- 健康管理しつつ元気な状態を維持 29名
- 脆弱 59名
- 軽度のフレイル 10名
- 中等度のフレイル 6名

術後退院先



- 自宅 110名
- 転院 1名

各種評価

評価項目	術前	術後	P値 (P<0.05)
MMSE(点)	26.32±3.46	26.67±3.25	0.0687
SPPB(点)	10.03±2.17	9.65±2.25	0.00486
4m歩行速度(点)	3.57±0.72	3.27±0.83	0.0000736
椅子立ち上がりテスト(点)	2.85±1.17	2.73±1.27	0.105
バランステスト(点)	3.60±0.81	3.63±0.74	0.614
6分間歩行距離(m)	312.27±108.32	300.97±96.55	0.0398

※2020年6月～2021年12月17日までの130例のうち、死亡と評価不能の19例を除いた111例

※検定方法:6分間歩行距離は対応のあるt検定、それ以外はwilcoxonの符号付順位和検定

まとめ

- 当院のTAVI患者：94%に術前後のフレイル評価を行った
 - 結果 術前：92%がADL自立・身体的虚弱
 - 術後：99%が元の生活の場へ復帰
- TAVI患者においてフレイルは
 - 術後の身体機能低下や死亡率の増加
 - 在宅復帰率の低下を及ぼす要因の一つ
 - 術前にフレイル評価を行う事で
 - 個々に合わせたリハビリ介入・チームアプローチが可能に

治療効果を生かし、さらなる予後改善のために

- 認知機能・バランス・立ち上がりに関して術前後で有意差はなかった
しかし、**歩行・持久力は低下している**

→**術後に移動能力を低下させない取り組み**
(歩行距離延長・頻度を増やす等)

→早期在宅復帰後、身体機能向上のため

地域でのリハビリや通院リハでのシームレスな介入

→ **術後Frailtyを改善し、予後改善につなげる**