

セッション 7 内部障害理学療法

座長： 成瀬 亜紀

演題番号28 井上 拓哉

	質問	回答
1	内科疾患ではフレイルに陥る危険性が高い傾向にあるといえますか？	ご質問ありがとうございます。 先行研究によると、フレイルとフレイルの原因であるサルコペニアは低栄養との関連が強いといわれていることから、本研究においてより低栄養であった内科群の方がフレイルに至る危険性が高い可能性があります。しかしながら、本研究の平均年齢が80歳を超えていることや歩行速度の結果から、すでにフレイルに至っている症例であったことも推測されます。また、骨粗鬆症の存在がフレイル・サルコペニアの発生リスクを上げるともいわれていることから本研究からは一概には言えないと考えております。今後はフレイル・サルコペニアとの関係性にも着目して研究を継続していきたいと思っております。
2	整形群ならびに内科群のそれぞれのどのような疾患がいらっしゃったのか教えてくださいいただけますか	ご質問ありがとうございます。 【整形群】関節疾患5例、骨折4例、運動器不安定症1例の合計10例、【内科群】誤嚥性・細菌性肺炎8例、心不全2例の合計10例でした。 併存疾患としては整形群は骨粗鬆症が多く、内科群は心不全と腎不全が多くを占めておりました。

演題番号29 岡田 純怜

	質問	回答
1	再入院を繰り返す患者への効果的なアドバイスをあればご教授下さい	心臓疾患の主な治療方法は、薬物、栄養、運動だと考えます。当院では、運動指導の際にパンフレットを配布し、自宅でも入院中と同じ内容の運動が実施できるように促しています。また、運動ダイアリーも配布し、自宅生活で運動ができているか、外来時に確認できるようにしています。さらに、入院リハビリ中に栄養指導を行うなど、自宅復帰後の生活習慣の指導等もおこなっています。入院中だけでなく、自宅復帰後の生活にも注目して、包括的にサポートを行うことが大切だと考えます。また、指導ばかりではなく、本人がどのように生活したいのかしっかりと聞き出し、ACPを適切に進めることも重要だと考えます。
2	本症例の介入後のSPPBが改善したのは、どの要素によって改善したと考えられますか。	レジスタンストレーニングと歩行訓練による下肢筋力の増強と、活動頻度を上げたことによる体力や持久力の向上だと考えます。加えて、栄養面へのアプローチを行ったことで、全身状態が改善したことも、点数増加の一要因と考えます。
3	退院後の在宅サービスの中にリハビリテーションは含まれていましたか。	リハビリテーションは含まれていませんでしたが、理学療法士が在籍するデイサービスを利用されていました。

演題番号30 小林 道弘

	質問	回答
1	結果としてサルコペニアは予後不良と入れますか？その対策をご教授下さい	今回の結果からは、術後短期間での予後不良因子とは言えませんでしたが、しかしながら、適切なリハビリを行う事でサルコペニア症例でも早期に機能回復し、自宅復帰を支援する事ができることが示唆されたと考えます。術前にサルコペニア症例を抽出し、術前からのNST介入を行う事が重要になるのではないかと考えます。
2	サルコペニアの症例において非サルコペニアと比較して年齢が高いのはわかりますが、女性の割合が多かった要因は何かありますか？先行研究ではどのようになっていますでしょうか？	先行研究で性差を述べているものは、申し訳ありませんが見たことがありません。今回の全データにおいても80歳以上の症例では女性が多い結果であったため、耐術可能高齢者において女性の割合が多かったのではないかと考えます。
3	サルコペニアの基準における身体機能の評価では歩行速度が5回立ち上がりテストもしくはSPPBですが、今回6分間歩行と比較されたのはどうしてでしょうか。	今回の研究は後向き研究であるため、もともと当院で行っていた術前身体機能評価項目を用いたため、歩行速度、立ち上がりテスト、SPPBは評価できていなかったため、実施していた6分間歩行を用いました。直腸がんの症例では術後座位保持が行えない症例が多く、立ち上がりテスト、SPPBの評価が困難なため歩行速度の評価を術前評価に追加いたしました。

演題番号31 岩下 知裕

	質問	回答
1	プレリハが短期間である為、工夫されている対策をご教授下さい	ご質問ありがとうございます。 入院中の手術前リハビリテーション介入（プレリハ）では、身体機能評価や術後実際に行う運動（ベッド上での運動、レジスタンストレーニング、有酸素運動等）、手術後の起居動作指導等を行っています。手術後は1日目よりVital管理下で離床、歩行訓練を開始し、術後合併症の予防に努めています。また、手術後は手術前身体機能評価結果を基に、身体機能の再獲得を目指しています。手術前リハビリテーション介入（プレリハ）は1～2回しか介入することが出来ないため、対象者へ手術後の運動療法や早期離床の重要性を説明、理解して頂くことは非常に重要なものと考え、丁寧な説明を心掛けています。
2	大腸がん術後におこりうるADL阻害因子としては呼吸器合併症とせん妄が一番強い因子でしょうか。	ご質問ありがとうございます。 今回の研究では、手術後合併症として呼吸器合併症（無気肺）とせん妄の発生がみられましたが、大腸がん術後合併症として他にも腸閉塞や縫合不全、膿瘍形成などが挙げられます。今回は、各手術後合併症ごとにどれがADL阻害因子として強い因子であるか検討を行っていないため、今後更に検討していく必要があると思います。今回の対象症例の手術後合併症は呼吸器合併症（無気肺）とせん妄の2つでしたが、日々の臨床のなかで腸閉塞発生の場合には絶食となり、イレウス管挿入などにより体動が制限され、身体機能が大きく低下する症例もあり、腸閉塞の発生はADL阻害因子として強い因子ではないかといった印象があります。
3	今回のアウトカムとしては合併症の発生率ですが、印象的に歩行獲得までの日数や在院日数などにも運動群と非運動群では差がありそうでしょうか。	ご質問ありがとうございます。 在院日数に関して、運動群のほうが非運動群と比べて在院日数がわずかに短いのみで大きな差はなく、統計学的な有意差もありませんでした。歩行獲得までの日数に関しては、データの収集を行っていなかったため、今後の研究では歩行獲得日数のデータも収集し、比較していければと思います。

演題番号32 福田 慎太郎

	質問	回答
1	高齢者では、フレイル予防が最大の重要課題でしょうか？	ご質問ありがとうございます。 今回フレイルについては触れていませんでしたが、フレイル予防が重要であることは間違い無いと思います。 しかし、何が原因でフレイルという状態に陥ってしまったのか、その人にとって何ができるとフレイル改善に繋がるのかを考える必要があると考えます。予防的観点も同様であると思います。 答えが的外れでしたらすみません。
2	各群における重症度の割合を教えてくださいませんか？	ご質問ありがとうございます。 第5波群は、軽症：36%、中等症Ⅰ：57% 中等症Ⅱ：7% 第6波群は、軽症：58%、中等症Ⅰ：42% でした。 人数で言うと、 第5波群の軽症：5名、中等症Ⅰ：8名、中等症Ⅱ：1名 第6波群は、軽症15名。中等症Ⅰ：11名 でした。
3	精神的な不安に対する心理的アプローチとは具体的にどのようなアプローチをされたのでしょうか。	ご質問ありがとうございます。 今回の研究において理学療法介入を行ったことによる心理面に対しての効果がみられたと考えました。 理学療法介入としては歩行や筋力トレーニング等の運動療法を実施し、また介入時には不安等の訴えの傾聴を行いました。 しかし心理面に対しての評価や不安感に対する具体的な心理的アプローチは行っていませんので、実際の効果判定はできておりません。 その為今後の課題とさせて頂きました。