



第32回

神奈川県理学療法士学会

The 32nd Congress of KANAGAWA Physical Therapy Association

簡易プログラム集

社会貢献

— 県民に選ばれる理学療法士になるには —

会 期 ◆ 平成27年 3月22日(日)

会 場 ◆ パシフィコ横浜

〒220-0012 神奈川県横浜市西区みなとみらい1-1-1

学会長 ◆ 大平 功路 横浜新都市脳神経外科病院

主 催 ◆ 公益社団法人 神奈川県理学療法士会

【担当】横浜北部ブロック

INDEX

ご挨拶	1
交通案内	2
会場案内	3
参加者へのご案内	5
演題発表要項	6
新人教育プログラムおよび 専門・認定理学療法に関わる ポイントについて	7
キッズルーム(託児所)のお知らせ	8
日程表(タイムスケジュール)	9
プログラム	10
教育講演	18
県民公開講座	19
ハンズオンセミナー1,2	20
ランチョンセミナー	22
ランチディスカッション1,2	23
研究支援部主催講演	25
地域症例リレー/ 先輩による分野別症例報告	26
口演 I ~VII	32
Case Movie Discussion	70
ポスター I ~VIII	76
学会組織図	123
協賛御芳名	124

ご 挨拶

第32回神奈川県理学療法士学会
学会長 大平 功路

この度、第32回神奈川県理学療法士学会を開催させて頂くにあたり、一言ご挨拶を申し上げます。学会長を務めさせて頂くことは大変光栄であるとともに責任の重さに身の引き締まる思いがいたしております。

「理学療法士及び作業療法士法」が昭和40年に施行されて、本年は50年の節目を迎えます。その歴史の中で理学療法は臨床的にも学術的にも着実に発展し、国民の生活に定着してきていると思います。また、今後は2025年に向けて地域包括ケアシステムの整備は必要不可欠であり、我々理学療法士の置かれる環境は大きく変わることが予想されます。そのような社会の変化に対応するために最も重要なことは、我々は「何を社会に提供することができるのか?」、それは「真に社会に必要とされているのか?」このことを一人一人の理学療法士が意識し、行動することであると思います。そこで、学会のテーマを「社会貢献 一県民に選ばれる理学療法士になるには―」とさせて頂きました。50年という大きな節目を機に、我々の技術や学術が社会に貢献できるものなのかを皆で考え、県民に選ばれる理学療法士としてこれからの未来を切り開いていきたいと思っております。

教育講演では、自由診療という形で社会に貢献されている山口光國先生をお招きして、肩関節の理学療法から心理面を含めたアプローチについて御講演して頂きます。まさに学会テーマにふさわしい魅力的な御講演になると期待しております。

県民公開講座では、春木豊先生をお招きして、「ココロとカラダ、そして理学療法」というテーマで御講演して頂きます。県民の方にも興味をお持ち頂ける内容ではありますが、理学療法士にとっても心理と身体の関係を考える上で重要なヒントを頂けるかと思っております。

その他の企画として、地域症例リレー、ハンズオンセミナー、先輩による分野別症例報告、case movie discussion、ランチョンセミナー、ランチディスカッションを行います。地域症例リレーは同一症例を急性期発症した段階から在宅までの経過をまとめました。この企画は理学療法士が患者様を繋ぐ中で、どのようにすればより社会に貢献できるかを考える機会にしたいと思い、各施設に依頼し8か月の期間をかけて症例を見つめました。理学療法士間での連携など様々な問題についてディスカッションして頂きたいと思っております。ハンズオンセミナーでは湯田健二先生、宮川哲夫先生をお招きしております。実技を中心とした講義になっておりますので、ぜひ事前登録を行って頂き技術の向上を図って頂きたいと思っております。また、事前登録できなかった方にも会場の収容範囲内で聴講のみの参加が可能になっておりますので、そちらもご利用頂ければと思います。先輩による分野別症例報告では日頃なかなか聞けない先輩理学療法士の症例発表を行います。case movie discussionは動画を中心とした症例発表となっています。理学療法士の武器である動作分析をもとに治療についてディスカッションして頂きたいと思っております。ランチョンセミナーでは建築士からみた住宅改修について御講演して頂きます。他専門職の知識を吸収し、理学療法の専門分野に生かして頂きたいと思っております。ランチディスカッションでは①学会テーマである「社会貢献」と②子育て支援についてディスカッションして頂きたいと思っております。「社会貢献」では我々理学療法士の存在意義について熱いディスカッションをして頂きたいと思っております。子育て支援では育児をしながら働く苦労やその解決法など、相談も含めたディスカッションをして頂きたいと思っております。今回は、ママとして働いている先輩ママにお話しをして頂きます。現在悩んでいる方、これから職場復帰するのに不安な方ぜひ参加して新たな仲間を作って頂きたいと思っております。また、お子さまと一緒に参加できますのでご安心して頂きたいと思っております。

最後に、本学会が「社会貢献」として自らの臨床や研究や教育を見つめなおし、これからの理学療法の未来を明るくする一助となることを期待しております。また、準備委員一同は心を込めて準備を致しております。当日は慣れない準備でご迷惑をおかけすることもあるかと思っておりますが、皆様のご参加を心よりお待ちしております。

交通案内



電車でのアクセス

● みなとみらい線/みなとみらい駅より徒歩3分

「クィーンズスクエア方面」改札口を出て、左手奥にある長い赤のエスカレーターを利用。さらに正面のエスカレーターへ乗り継ぎ左へ。「クィーンズスクエア横浜」の2Fを通り抜け、陸橋を渡ります。エレベーターをご利用の方は、赤のエスカレーターの左にある、黄色のシースルーエレベーターを利用し、2階で下りて右へ進み、左折して「クィーンズスクエア横浜」を通り抜け、陸橋を渡ります。

● JR線・市営地下鉄 桜木町駅より徒歩12分、バスで7分、タクシーで5分

JR桜木町駅改札口を出て、左手に進み、「動く歩道」を利用。そのままショッピングモール「ランドマークプラザ」、「クィーンズスクエア」を通り抜け、陸橋を渡ります。
桜木町バスターミナル4番のりばより、市営バスにて「展示ホール」または「パシフィコ横浜」下車。

主な高速道路からのアクセス

● 首都高速神奈川1号横羽線 みなとみらいランプより約3分

【東名高速ご利用の場合】

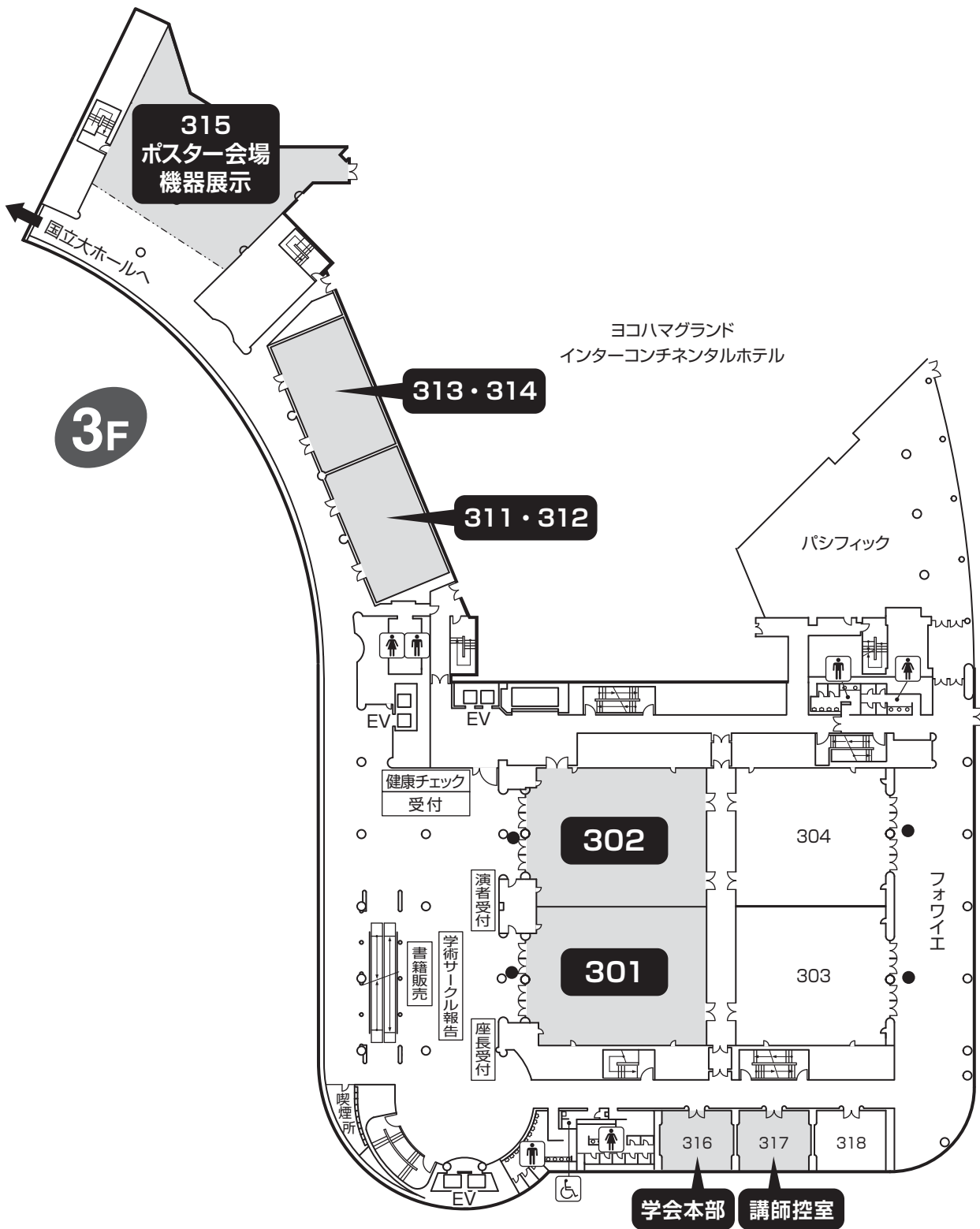
東名高速 横浜町田IC → 保土ヶ谷バイパス 狩場IC → 首都高速神奈川3号狩場線 → 石川町JCT 首都高速神奈川1号横羽線(横浜公園方面) → みなとみらいランプ 出口

【首都高速湾岸線ご利用の場合】

首都高速湾岸線 大黒JCT(横浜公園方面) → 首都高速神奈川3号狩場線 石川町JCT → 首都高速神奈川1号横羽線(横浜公園) → みなとみらいランプ 出口

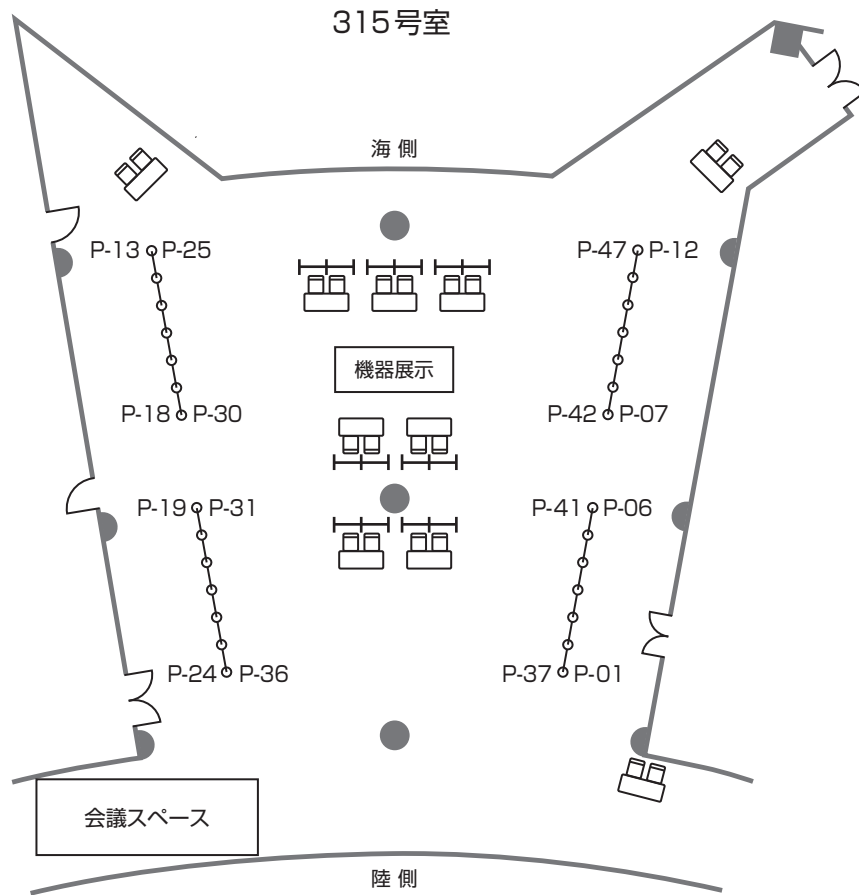
会場案内(1)

～ 学会会場全体図 ～

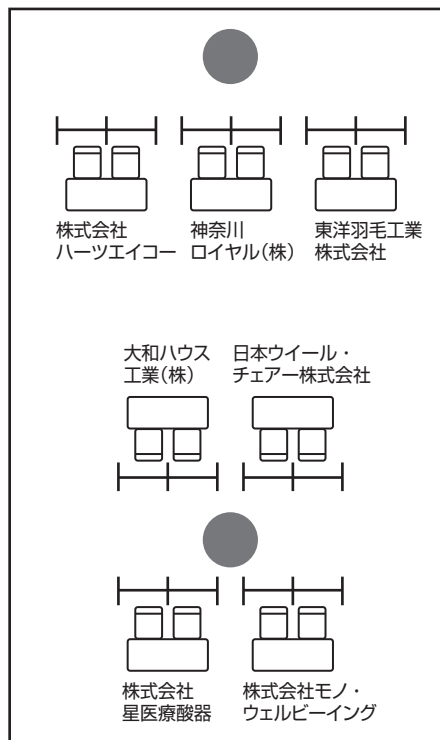


会場案内(2)

～ ポスター会場・機器展示会場 ～



機器展示



参加者へのご案内

参加受付

平成27年3月22日 午前8時～午後4時30分

場所：パシフィコ横浜 会議センター3階

参加登録費

	事前参加登録	当日参加登録
神奈川県理学療法士会員	3,000円	3,000円
非会員 (他県士会員、他介護・医療職者)	4,000円	4,000円
学 生 (有資格者、大学院生除く)	—	無 料 (要 学生証提示)
一 般	—	無 料 (県民公開講座 健康チェックのみ)

事前参加登録について

当学会は事前参加登録が可能です。受付期間は2月1日～28日です。事前参加登録はインターネットでのオンライン登録になります。第32回神奈川県理学療法士学会ホームページ(<http://congress-kpta.jimdo.com/>)内に設置してあります事前参加登録サイトよりお申し込みください。なお学会当日は、事前参加登録時に発行されたチケット(QRコードが確認できるもの)をご用意ください。

当日の受付がスムーズになりますので是非ご利用ください。

ハンズオンセミナー1,2の実技参加、ランチディスカッション2の参加に関しては、事前登録制となっています。参加を希望される方は、学会参加申し込みと併せて第32回神奈川県理学療法士学会ホームページよりご登録ください。

研究支援部主催講演は、新人教育プログラムの単位として認定されます。

日本理学療法士協会ホームページのマイページから「講習会／セミナー登録」にてご登録ください。

参加者へのお願い

- 会場内では、参加証の着用をお願い致します。
- 食べ物の持ち込み及び会場内での飲食はご遠慮ください。
- 会場内は禁煙です。
- 会場内では携帯電話の電源を切るか、マナーモードにしてください。
- ご自身で出されたゴミは、お持ち帰りいただくようお願いいたします。
- 会場内での写真・動画撮影はご遠慮ください。
- クロークサービスは設けておりませんので、ご了承ください。
- 「第32回神奈川県理学療法士学会の出席について」(所属施設への学会出席依頼書)につきましては今回別刷りにて同梱しております。

演題発表要項

演者へのお知らせ(口述発表・ポスター発表・Case Movie Discussion 共通)

1. 当日は、「参加受付」を済ませた後、「演者受付」にて受付をお願いします。
2. 発表者の方は午前8時00分から演者受付が開始となります。
3. 発表者の方は、各セッション開始の1時間前までに、必ず受付を済ませてください。
4. 筆頭演者が発表できない場合は、必ず第二演者が発表してください。
5. 演題終了後、特に談話室など設けませんので、予めご了承ください。
6. 発表内容は抄録と大幅な相違がないようにしてください。

口述発表者へのお知らせ

1. 口述発表のスライドは**3月2日**までに事前にメールに添付してご送信お願い致します。
(メール宛先:kpa.congress+gakujutu@gmail.com)
当日、各自の発表セッション直前の準備時間に動作確認を行って頂くことが可能です。
その際に発表データの編集は出来ませんのでご了承ください。
2. 発表者は各発表セッション開始5分前に所定の次演者席についてください。
3. 発表内容は抄録と相違ないようにしてください。大幅に異なる場合はその場で注意があり、学会賞の権利を失うこともあります。
4. 発表時間は7分、質疑応答は3分です。時間厳守をお願いします。
5. 発表の際は演台に準備してあるポインターまたはマウスを使用し、発表を行ってください。またPC操作も発表者が行ってください。
6. 発表時間終了1分前に1鈴、終了時は2鈴の合図をします。また、質疑応答終了時も3鈴の合図をします。

*口述発表データについて

1. ご提出されるファイルのウイルスチェックは必ず行ってください。
2. 当日使用するソフトはMicrosoft Power Point 2013(Windows版)です。発表ファイルはPower Point2013で開ける形式で保存して下さい。異なるバージョンやMacintoshを使用した場合は、予めPower Point 2013での動作確認をお願いします。
3. 動画は使用できませんので御了承下さい。アニメーションと静止画の使用は可能です(静止画はJPEG形式を推奨)。
4. 静止画の使用に関しては、発表する症例に対して、画像公表の同意を得てください。個人が特定されないようプライバシーの保護に十分ご配慮ください(目線挿入、モザイク処理等)。
5. ファイル名は「演題番号:〇〇 演者氏名:〇〇〇〇〇」として下さい。
例)「1 金川 賢.pptx」
6. 文字化けを避けるために以下のフォントのご使用を推奨いたします。
MSゴシック、MSPゴシック、MS明朝、MSP明朝、Arial、Century、Times New Roman
7. 発表データは、大会終了後に大会主催者側で責任をもって削除いたします。

ポスター発表者へのお知らせ

1. 演者は指定の時間までに所定の場所へポスターの貼り付けを完了してください。
ポスター貼付時間は午前8時00分~10時00分までとなっております。
2. ポスターの撤去は午後5時20分~5時50分の間に行ってください。ポスターは各自でお持ち帰りください。
3. 発表者は、発表セッション開始5分前までに各自ポスター前で待機してください。
4. 発表順は座長の指示に従ってください。
5. Vポスター演題の発表は5分、質疑応答は3分です。時間厳守をお願いします。
6. 発表時間終了1分前に「1分前」、終了時に「終了」の札を掲示します。また、質疑応答終了時も「終了」の札を提示します。

*ポスター作成について

1. ポスターボードの有効面は縦2049×横849mmです。演題番号は主催側にて200×200mmで作成いたします。
2. タイトルサイズは縦210×横649mm以内(縦はA4サイズの短辺と同じ)とします。
3. ポスターサイズは縦1,839×横849mm以内(A3サイズの場合は12枚以内)とします。下のほうは見えにくい恐れがありますので、発表者各位で配慮をお願いします。
4. ポスター内に画像を掲載する場合は、発表する症例に対して画像公表の同意を得てください。個人が特定されないようプライバシーの保護に十分ご配慮ください(目線挿入、モザイク処理等)。
5. ポスターは図も含め2～3m離れたところからでも十分に見える文字の大きさと作成してください。

Case Movie Discussion 発表者へのお知らせ

1. スライドに動画を交えて発表する形式です。発表データは3月2日までに事前にメールに添付してご送信お願い致します。(メール宛先:kpa.congress+gakujutu@gmail.com)
当日、各自の発表セッション直前の準備時間に動作確認を行って頂くことが可能です。その際に発表データの編集は出来ませんのでご了承ください。
2. 発表者は、発表セッション開始5分前までに所定の次演者席についてください。
3. 発表は8分、質疑応答は10分です。時間厳守をお願いします。
4. 発表時間終了1分前に1鈴、終了時は2鈴の合図をします。また、質疑応答終了時も3鈴の合図をします。

*発表データ・動画データについて

1. ご提出されるファイルのウイルスチェックは必ず行ってください。
2. 当日使用するソフトはMicrosoft Power Point 2013(Windows版)です。発表ファイルは、動画を貼り付けた状態でPower Point 2013で開ける形式で保存して下さい。異なるバージョンやMacintoshを使用した場合は、予めPower Point 2013での動作確認をお願いします。
3. 発表する症例に対して、動画公表の同意を得てください。
4. 発表する動画には発表症例以外が画面に映らないよう、最大限の配慮をしてください。個人が特定されないようプライバシーの保護に十分ご配慮ください(目線挿入、モザイク処理等)。目線挿入、モザイク処理等は各発表者が行ってください。
5. 可能であれば矢状面、前額面にて撮影してください。(同時でなくても可)その際、セラピストの介助が入ってもよいものとします。
6. ファイル名は「演題番号:M-〇〇 演者氏名:〇〇〇〇〇」として下さい。
例)「M-1 金川 賢.pptx」
7. 文字化けを避けるために以下のフォントのご使用を推奨いたします。
MSゴシック、MSPゴシック、MS明朝、MSP明朝、Arial、Century、Times New Roman
8. 発表データは、大会終了後に大会主催者側で責任を持って削除いたします。

座長へのお知らせ

1. 当日は「参加受付」を済ませた後、「座長受付」にて受付をお願い致します
2. 座長は担当セッションの開始5分前までに所定の場所にお着きください。
3. 担当セッションの進行はすべて座長に一任しますが、終了時間厳守をお願い致します。

ご不明な点、またご相談がありましたら、以下までお問い合わせください

第32回神奈川県理学療法士学会

学術係 kpa.congress+gakujutu@gmail.com

新人教育プログラムおよび 専門・認定理学療法に関わるポイントについて

本学会参加、発表、セミナー・県民公開講座等受講により、新人教育プログラムならびに専門・認定理学療法に関わる単位、ポイントを以下のように習得可能です。

	新人教育プログラム 履修者の方	専門・認定理学療法士資格取得 および更新に関わるポイント
学会参加	C-7 士会活動・社会貢献	1. 学会参加 6) 都道府県士会学術集会・学会 10ポイント
教育講演受講 「肩の理学療法は、クライアントに寄り添うこと からはじまる」 山口 光國 先生	C-2 運動器疾患の理学療法	設定なし
県民公開講座受講 「ココロとカラダ、そして理学療法」 春木 豊 先生	C-4 高齢者の理学療法	設定なし
研究支援部研究主催公演 「計画の立て方と学会抄録の書き方のヒント ～高齢者の大腿骨頸部骨折をテーマとして～」	C-4 高齢者の理学療法	設定なし
ハンズオンセミナー受講 ハンズオンセミナー1 「股関節疾患に対する理学療法介入の再考」 ハンズオンセミナー2 「急性期から地域まで役立つ呼吸理学療法」	C-2 運動器疾患の理学療法 C-3 内部障害の理学療法	設定なし
演題発表	C-6 症例発表	4. 学会発表等 4) 都道府県学会での一般発表 (指定演題含む)の筆頭演者 5ポイント
座 長	設定なし	4. 学会発表等 8) 都道府県学会での座長 5ポイント
講 師	設定なし	5. 講習会・研修会等の講師 5) 都道府県士会主催の講習会・研修会 10ポイント

注) 認定単位・取得ポイントは、日本理学療法士協会ホームページにあるマイページに自動反映されます。ただしマイページ上に反映されるまで2ヶ月以上かかることがありますので、その点ご理解、ご了承ください。

注) 内容が変更となることもありますので、学会ホームページで最新情報をご確認ください。

キッズルーム(託児所)のお知らせ

～利用申し込みをされた方へ～

●当日の持ち物は大丈夫ですか？

- 保護者の身分証明書(健康保険証・運転免許証など)
- 「託児申込書」の本紙(記入捺印の上、利用初日に保育スタッフにお渡しください)
- 学会参加証明書(ネームカード)

●お子様をお預かりするのに必要なもの

- 昼食(12時に託児時間がかかる場合)
- おやつ(15時に託児時間がかかる場合)
- 粉ミルク・哺乳瓶(お湯のご用意はあります)
- 飲み物(ミネラルウォーターはお出しできます)
- おむつ・おしり拭き
- 着替え
- 手拭き用タオル
- ビニール袋数枚(汚れた服入れ用)



- 持ち物にはすべて、名前の記入をお願いします。
- ご利用時間をご確認の上、気を付けてお越しください!!

キッズルーム(託児室)を申込み希望の方へ

以下の項目をメールにお書き添えの上、お申込みください。
お申込みの確認メールとともに「託児申込書」をお送りします。
「託児申込書」はご記入の上、当日託児室までお持ちください。

- メールアドレス : yoyaku@alpha-co.com
- タイトル : 「第32回神奈川県理学療法士学会 託児室予約」
- 本 文
 - 1) 理学療法士協会会員番号(会員でない方はその旨記載してください。学生・一般参加の方は今回お受けしていませんのでご了承ください)
 - 2) 保護者氏名(よみがな)・所属・連絡先(携帯電話番号含む)
 - 3) 託児希望日・希望時間
 - 4) 子どもの人数・年齢・名前(よみがな)・性別
 - 5) 託児上の注意点(アレルギーなど)

申込み期間：平成27年2月1日～28日

※定員になり次第、締め切らせていただきますので、ご了承ください。

※キッズルームの詳細と申込み方法については、学会ホームページをご覧ください。

学会HP <http://congress-kpta.jimdo.com>

	301	302	311・312	313・314	315 ポスター・機器展示会場	フォワイエ
8:00						8:00 受付開始
9:00	8:45～ 開会式				8:00～10:00 ポスター貼り付け	9:00 ～ 16:30 機 器 展 示
10:00	9:00～10:30 教育講演 肩の理学療法は、クライアント に寄り添うことから始まる 山口 光國 座長：赤羽 太郎					
11:00	10:40～12:10 県民公開講座 ココロとカラダ、 そして理学療法 春木 豊 座長：大平 功路	10:40～12:10 ハンズオン セミナー 1 股関節疾患に 対する理学療 法介入の再考 講師：湯田 健二	10:40～12:10 ハンズオン セミナー 2 急性期から地 域まで役立つ 呼吸理学療法 講師：宮川 哲夫		10:00～13:30 ポスター閲覧	
12:00						
13:00	12:30～13:20 ランチョンセミナー 建築士からみた住宅改修 渡邊 靖	12:30～13:20 ランチディス カッション 1 社会貢献 池畑 健太	12:30～13:20 ランチディス カッション 2 子育て支援 河合 麻美			
14:00	13:30～14:30 会場 2 分割作業時間 講師：池田 崇 座長：岡本 賢太郎	13:40～14:40 研究支援部 主催講演 研究計画の立て 方と学会抄録の 書き方のヒント	13:40～15:30 Case Movie Discussion (M-01～06) 座長：跡見 友章	13:40～14:30 ポスター I 神経① (P-01～06)	13:40～14:30 ポスター V 運動器① (P-25～30)	
15:00	14:40～16:10 地域症例 リレー 座長：清水 美紀	14:50～15:30 口述発表 III 運動器① (O-15～18)		14:40～15:30 ポスター II 神経② (P-07～12)	14:40～15:30 ポスター VI 運動器② (P-31～36)	
16:00		15:40～16:30 口述発表 I 神経① (O-05～09)	15:40～16:30 口述発表 IV 運動器② (O-19～23)	15:40～16:30 口述発表 VI 地域・生活環境 その他 (O-29～33)	15:40～16:30 ポスター III 神経③ 難病・小児等含む (P-13～18)	15:40～16:30 ポスター VII 運動器③ (P-37～41)
17:00	16:20～17:40 先輩による 分野別症例 報告 座長：久保 雅昭	16:40～17:30 口述発表 II 神経② (O-10～14)	16:40～17:30 口述発表 V 運動器③ (O-24～28)	16:40～17:30 口述発表 VII 神経③ (O-34～38)	16:40～17:30 ポスター IV 内部障害 (P-19～24)	16:40～17:30 ポスター VIII 地域・生活環境 その他 (P-42～47)
18:00	17:40～ 閉会式					16:30 受付終了
19:00	19:00～20:30 事業意見交換会(レセプションパーティー) (別会場)					
20:00						

プログラム

開会式 8:45～9:00

会場：301・302

挨拶 大平 功路 第32回神奈川県理学療法士学会 学会長
秋田 裕 公益社団法人神奈川県理学療法士会 会長

教育講演 9:00～10:30

会場：301・302

座長：赤羽 太郎(新横浜リハビリテーション病院)

肩の理学療法は、クライアントに寄り添うことから始まる

山口 光國 有限会社 セラ・ラボ

県民公開講座 10:40～12:10

会場：301・302

座長：大平 功路(横浜新都市脳神経外科病院)

ココロとカラダ、そして理学療法

春木 豊 早稲田大学 名誉教授

ハンズオンセミナー1 10:40～12:10

会場：311・312

股関節疾患に対する理学療法介入の再考

湯田 健二 海老名総合病院

ハンズオンセミナー2 10:40～12:10

会場：313・314

急性期から地域まで役立つ呼吸理学療法

宮川 哲夫 昭和大学大学院保健医療学研究科 呼吸ケア領域

ランチョンセミナー 12:30～13:20

会場：301・302

建築士からみた住宅改修

渡邊 靖 株式会社ワタナベ福祉設計 代表取締役
NPO 法人横浜市まちづくりセンター 正会員

ランチディスカッション1 12:30～13:20

会場：311・312

ファシリテーター：芝原 庸(株式会社 RAINBOW 代表取締役)

社会貢献 ～今自分にできること～

池畑 健太 株式会社 H&H 代表取締役

ランチディスカッション2 12:30～13:20

会場：313・314

ファシリテーター：吉澤 隆治(株式会社 薬樹)

子育て支援 ～ライフイベントを経て私らしく理学療法士でありつづけるために～

河合 麻美 さいたま赤十字病院 / PT ママの会

opening remarks・座長：岡本 賢太郎(神奈川県理学療法士会 学術局担当理事)

研究計画の立て方と学会抄録の書き方のヒント ～高齢者の大腿骨頸部骨折をテーマとして～

池田 崇 神奈川県理学療法士会 研究支援部 部長

座長：清水 美紀(横浜市総合リハビリテーションセンター)

同一症例に対する各病期施設からのリレー形式発表

座長：久保 雅昭(横浜総合病院 リハビリテーション科)

[運動器] 腰部障害への理学療法 ～その適応と限界～

宮澤 俊介(M's PT Conditioning)

[神経] 脳梗塞を再発し両側の脳損傷を呈した患者の初期の介入例
～病棟 ADL 改善に向けて～

義澤 前子(昭和大学横浜市北部病院)

[内部障害] 糖尿病足病変の再発予防を目的とした屋内用フットウエアを作製した一症例

河辺 信秀(茅ヶ崎リハビリテーション専門学校 理学療法学科)

[地域・生活環境] 生活期に関わる理学療法士の役割

五十嵐 由香里(介護老人保健施設ウエルケア新吉田)

[小児] 14トリソミー児の股関節亜脱臼に対する理学療法

児玉 正吾(川崎西部地域療育センター)

座長：隆島 研吾(神奈川県立保健福祉大学 リハビリテーション学科)

O-1 低侵襲人工股関節全置換術後に心理状態が改善しなかった患者の特徴

湘南鎌倉人工関節センター 二宮 一成

O-2 歩行神経筋電気刺激装置ウォークエイド®が回復期脳卒中片麻痺患者の身体機能および歩行能力に及ぼす効果

医療法人五星会 新横浜リハビリテーション病院 江田 博明

O-3 行動分析を用いた環境因子の見直しを行い、生活機能の向上を認めた重度脳卒中片麻痺患者

医療法人社団三喜会 鶴巻温泉病院 佐々木彩花

O-4 パーキンソン病患者に対する脳深部刺激療法術後、理学療法介入により歩行距離改善が得られた一例

日本医科大学武蔵小杉病院整形外科 理学療法室 大橋 豊

座長：藤田 和之(新横浜リハビリテーション病院)

O-5 脳卒中患者の座位前方リーチの有用性に関する検討 ～下肢機能との関連からの考察～

社会医療法人ジャパンメディカルアライアンス 海老名総合病院附属 海老名メディカルサポートセンター 安田 透

- O-6** 床上動作訓練を中心とした介入により、麻痺側下肢へ注意が向いた一症例
社会福祉法人聖テレジア会 鎌倉リハビリテーション聖テレジア病院 岡田 文
- O-7** 視覚情報と固有感覚の促通により感覚脱失から改善を認め歩容にも影響した症例
社会医療法人社団三思会 東名厚木病院 橋本 紗恵
- O-8** Pusher 症候群を呈した右片麻痺患者の一症例
～視覚的垂直認知に対する姿勢鏡を利用したアプローチ～
湘南東部総合病院 長渡 英和
- O-9** 練習環境や課題の見直しが歩行能力の向上につながった前大脳動脈領域脳梗塞患者の一症例
横浜市立脳血管医療センター 中嶋 俊祐

口述Ⅱ [神経②] 16:40～17:30

会場：302

座長：田中 重孝(汐田総合病院)

- O-10** 車椅子での安全な離床に向けて ～症例の個別性を考慮した介入～
IMS グループ医療法人社団明芳会 新戸塚病院 藤永 祐人
- O-11** 治療肢位選択の重要性 ～固定的な姿勢制御と努力的な起立動作の改善に向けて～
IMS グループ医療法人社団明芳会 新戸塚病院 渡部 真由
- O-12** BAD type の脳梗塞右片麻痺を呈した症例が車椅子移乗と座位獲得を目指すまでの過程
湘南東部総合病院 大塚 篤也
- O-13** 寝返り練習を用いて静的座位・立位姿勢を修正し、歩行自立を獲得した一症例
医療法人五星会 新横浜リハビリテーション病院 正道寺早紀
- O-14** 左片麻痺症例の膝折れ改善 ～筋筋膜経線を利用した評価・治療～
IMS グループ医療法人社団明芳会 新戸塚病院 高木 武蔵

口述Ⅲ [運動器①] 14:50～15:30

会場：311・312

座長：阪口 薫(内川整形外科病院)

- O-15** 右大腿骨転子部骨折を呈した患者の術後早期の疼痛改善に着目して
～ TENS と運動療法を用いたアプローチ～
IMS グループ 東戸塚記念病院 茂田 駿介
- O-16** 人工股関節全置換術後に股関節可動域は改善するか
海老名総合病院 横溝 直樹
- O-17** 変形性股関節症患者における股関節の構造的変化と大腿四頭筋の萎縮には関連があるか
海老名総合病院 関田 惇也
- O-18** 高安動脈炎を基礎疾患に有し、左人工股関節全置換術を施行した症例に対する理学療法
横浜市立市民病院 三橋 拓

口述Ⅳ [運動器②] 15:40～16:30

会場：311・312

座長：宮本 謙司(青葉さわい病院)

- O-19** 人工骨頭置換術後に盲腸癌と診断された患者に対し術前の身体機能向上を目的とした
栄養管理と理学療法
社会医療法人社団三思会 東名厚木病院 井上 和也
- O-20** 右膝窩部痛を呈した症例への考察 ～歩行時の下腿の前方傾斜に着目して～
医療法人昌真会 おおざや整形外科 鴨志田幸葉

- O-21** 目的を明確化することで訓練意欲が変容した症例
～「痛くて曲げられない」から「痛いけど曲げたい」へ～
IMS グループ医療法人社団明芳会 新戸塚病院 兵頭 謙二
- O-22** 左人工膝関節全置換術後、反対側の驚足に疼痛が生じた症例
～足部から膝関節へ伝達される運動に着目して～
社会医療法人ジャパンメディカルアライアンス 海老名総合病院 是枝 直毅
- O-23** 人工膝関節全置換術後、歩行時の double knee action が破綻し大腿外側部痛が出現した症例
社会医療法人ジャパンメディカルアライアンス 海老名総合病院 岩村 元気

口述Ⅴ [運動器③] 16:40～17:30

会場：311・312

座長：鈴木 加奈子(たちばな台病院)

- O-24** 内側開大型高位脛骨骨切り術後1年までの経時的な除痛予後の調査、
および関連のある術前因子について
地域医療振興協会 横須賀市立市民病院 近藤 淳
- O-25** 右高位脛骨骨切り術を施行し早期退院を得られた症例
～立位アライメント、荷重ラインに着目して～
公益社団法人地域医療振興協会 横須賀市立うわまち病院 福田 勇人
- O-26** インソールの処方により立位姿勢、toe-in 歩行に改善がみられた症例
内川整形外科医院 磯崎 直道
- O-27** 円滑な立ち上がり動作獲得を目指した胸椎圧迫骨折の症例
～体幹・骨盤前傾誘導による重心前方移動に着目～
IMS グループ 東戸塚記念病院 市川理香子
- O-28** 前額面上での上部胸椎の傾きが肩関節屈曲動作に及ぼす影響
IMS グループ医療法人社団明芳会 横浜新都市脳神経外科病院 磯野 浩之

口述Ⅵ [地域・生活環境 その他] 15:40～16:30

会場：313・314

座長：石川 美和(横浜市総合保健医療センター しらさぎ苑)

- O-29** 訪問リハビリテーションにおける上肢機能評価 ～麻痺側上肢の使用頻度と動作の質に着目して～
医療法人佐藤病院 さとう病院訪問看護ステーション 齋藤 毅浩
- O-30** 在宅要介護高齢者に対する訪問理学療法の経験
～対象者の背景因子を考慮しながら介入した一症例～
訪問看護リハビリテーションネットワーク 新井 健司
- O-31** 理学療法士が排泄介助拒否の強い症例に対し日常生活へ介入した一例
医療法人社団善仁会 介護老人保健施設ハートフル瀬谷 松本 和
- O-32** リハビリテーション介入と入院患者の転倒との関連について
三浦市立病院 林 賢治
- O-33** リハビリテーション部における災害対策への取り組み
済生会横浜市東部病院 今川 祐子

口述Ⅶ [神経③] 16:40～17:30

会場：313・314

座長：島津 尚子(神奈川県立保健福祉大学)

- O-34** 転換性障害によりリハビリテーション介入に難渋した症例に対する心理的アプローチ
医療法人社団三喜会 鶴巻温泉病院 高橋るり子

- O-35** Bickerstaff 型脳幹脳炎を発症し失調症状が残存した一例 ～急性期における臨床経過～
汐田総合病院 飯田 健治
- O-36** 重度不全四肢麻痺を呈した患者に対する移乗動作の介助量軽減を目標とした理学療法
医療法人社団三喜会 鶴巻温泉病院 杉中 勇太
- O-37** ADL 全介助だって歩きたい!! ～第4頸髄損傷患者の歩行獲得に対する理学療法～
IMS グループ医療法人社団明芳会 新戸塚病院 竹内 沙知
- O-38** 免荷式リフト歩行器(POPO)を使用しADL・歩行能力が向上した
 回復遅延型ギランバレー症候群の一症例
社会福祉法人聖テレジア会 鎌倉リハビリテーション聖テレジア病院 内田 実歩

Case Movie Discussion 13:40～15:30

会場：313・314

座長：跡見 友章(帝京科学大学)

- M-1** 踵補高靴により立ち上がり動作の改善を認めた症例
公益財団法人横浜勤労者福祉協会 汐田総合病院 田中 大樹
- M-2** 両側小脳半球梗塞により歩行困難となった症例 ～歩行獲得に向けた治療の再検討～
医療法人社団哺育会 桜ヶ丘中央病院 堀越 千穂
- M-3** 右橋梗塞により左片麻痺を呈した症例 ～歩行自立を目標とした運動療法的介入～
医療法人五星会 新横浜リハビリテーション病院 諏訪部卓哉
- M-4** 既往に左片麻痺があり左大腿骨頸部骨折を呈した症例 ～非麻痺側下肢の姿勢制御に着目して～
横浜新都市脳神経外科病院 上遠野洋平
- M-5** 腱板断裂後、リバース型人工肩関節置換術(RSA)を施行した症例
昭和大学藤が丘リハビリテーション病院 前田 卓哉
- M-6** 内側型変形性膝関節症患者の歩行についての考察 ～二症例比較検討～
医療法人社団暉英会 須藤整形外科クリニック 瀧澤 祥郎

ポスター I [神経①] 13:40～14:30

会場：315(ポスター会場)

座長：鈴木 謙介(歩行専門リハビリティサービス リハビリセンター都筑)

- P-1** 意識障害の改善に伴う姿勢不良により普通型車椅子保持困難となった一症例
 ～腹臥位療法の実施と効果～
社会福祉法人聖テレジア会 鎌倉リハビリテーション聖テレジア病院 丸山 郁
- P-2** 重度右片麻痺患者の寝返り、起き上がり動作自立に向けた介入
 ～連合反応の抑制と環境適応に着目～
社会福祉法人聖テレジア会 鎌倉リハビリテーション聖テレジア病院 大竹 茉未
- P-3** 長座位の介入から食事姿勢の改善を目指した症例 ～誤嚥リスク軽減へ向けて～
IMS グループ医療法人社団明芳会 新戸塚病院 梁 亜希
- P-4** 脳梗塞後、端座位保持困難な症例に対し介入を行った一症例
 ～介助量軽減の為、端座位の自立獲得を目指して～
医療法人社団総生会 麻生リハビリ総合病院 蛸井 竜太
- P-5** 立ち上がり動作の改善により、立位姿勢が変化した一症例
IMS グループ医療法人社団明芳会 横浜新都市脳神経外科病院 風間 康志
- P-6** 移乗動作の介助量軽減を目指した左片麻痺の一症例
 ～非麻痺側上下肢での軸回転による方向転換に着目して～
公益社団法人地域医療振興協会 横須賀市立うわまち病院 木村 友彦

- P-7** 片麻痺患者の病棟内歩行の獲得にむけた介入 ～足部からの運動連鎖に対するアプローチ～
IMS グループ医療法人社団明芳会 新戸塚病院 岡田 雅明
- P-8** 左被殻出血により高次脳機能障害を呈した症例
～移乗動作獲得に向け、視覚的情報を用いた介入～
社会福祉法人聖テレジア会 鎌倉リハビリテーション聖テレジア病院 小島 結佳
- P-9** 左半側空間無視を呈し座位保持困難な状態から3食経口摂取を獲得した症例
～片側メガネを用いたアプローチ～
IMS グループ医療法人社団明芳会 新戸塚病院 梅原 佑介
- P-10** 脳出血急性期治療終了後、肝機能障害により再入院した症例 ～プログラム工夫による効果～
特定医療法人社団沖縄徳洲会 湘南鎌倉総合病院 山口エリカ
- P-11** 肩関節周囲筋が動的立位バランスに与える影響 ～重度右片麻痺を呈した一症例～
IMS グループ医療法人社団明芳会 横浜新都市脳神経外科病院 宮本 寛子
- P-12** 肩甲骨アライメントの修正により立位・歩行に改善が認められた症例
～病棟内歩行導入に向けて～
IMS グループ医療法人社団明芳会 新戸塚病院 藤岡奈緒美

- P-13** 脳挫傷重度左片麻痺を呈した患者に対し、移乗動作介助量軽減に向けたアプローチ
社会福祉法人聖テレジア会 鎌倉リハビリテーション聖テレジア病院 高橋 健人
- P-14** 著明な起立性低血圧と情動不安定を呈したギランバレー症候群の一症例
横浜市立市民病院 塚本 佐保
- P-15** 視神経脊髄炎による対麻痺を呈した症例
～荷重による感覚刺激に着目し移乗動作自立を目指したアプローチ～
社会福祉法人聖テレジア会 鎌倉リハビリテーション聖テレジア病院 奥津 悠斗
- P-16** 小脳出血により重度のめまい・嘔気を呈した症例 ～平衡機能を中心としたアプローチ～
社会福祉法人聖テレジア会 鎌倉リハビリテーション聖テレジア病院 石崎 純
- P-17** 小脳性運動失調により右大腿骨頸部骨折を呈した症例 ～安全な歩行の獲得を目指して～
医療法人社団柏信会 青木病院 森川 紀子
- P-18** 失調症状を主症状としたダンディウォーカー症候群の歩行獲得に向けて
川崎西部地域療育センター 診療所 佐々木ともみ

- P-19** 慢性閉塞性肺疾患が既往にある心臓血管外科手術後リハビリテーションの一症例
医療法人社団三成会 新百合ヶ丘総合病院 北田 美香
- P-20** 乾性咳嗽を呈した間質性肺炎患者に対して咳嗽の抑制を目的とした理学療法の経験
横浜市立市民病院 藤田 知哲
- P-21** 用手的肺過膨張手技の施行により無気肺及び呼吸困難感が改善した膿胸患者の一例
公益社団法人地域医療振興協会 横須賀市立うわまち病院 大場理恵子

- P-22** 重度脳性麻痺患者の周術期呼吸器合併症を呈した症例 術前の身体活動に注目して
医療法人沖縄徳洲会 湘南鎌倉総合病院 杉山 和寛
- P-23** 冠動脈三枝病変を呈した患者に対する在宅生活を考慮した術前リハビリテーション
公益社団法人地域医療振興協会 横須賀市立うわまち病院 千葉 公太
- P-24** 当院におけるがん患者リハビリテーションの現状について
横浜市立大学附属市民総合医療センター 清水 由貴

ポスターV [運動器①] 13:40～14:30

会場：315(ポスター会場)

座長：鈴木 浩次(湘南鎌倉人工関節センター)

- P-25** 左恥坐骨骨折を呈し股関節外転筋力低下、大腿筋膜張筋の疼痛により歩行に介助を要していた一症例
医療法人社団総生会 麻生リハビリ総合病院 公文 麻衣
- P-26** 股関節伸展制限を呈し立脚後期改善を目的に介入した一症例
医療社団法人社団総生会 麻生リハビリ総合病院 濱 良太
- P-27** 左人工骨頭置換術後の脱臼管理の意識改善に努めた症例 ～試験外泊を通して～
社会福祉法人聖テレジア会 鎌倉リハビリテーション聖テレジア病院 高橋 彬徳
- P-28** 右人工膝関節単顆置換術施行後 Knee in 姿勢により鷲足部に疼痛をきたしている一症例
医療法人社団総生会 麻生リハビリ総合病院 加治佳奈子
- P-29** 両側 TKA 施行後に疼痛が残存し、両膝伸展制限及び下肢筋力低下を呈した症例
医療法人社団総生会 麻生リハビリ総合病院 山口 卓哉
- P-30** 右足関節疼痛軽減と体幹柔軟性向上にアプローチした脊柱後彎変形を呈する右脛腓骨遠位骨幹部骨折の一症例
医療法人社団総生会 麻生リハビリ総合病院 深津花菜子

ポスターVI [運動器②] 14:40～15:30

会場：315(ポスター会場)

座長：小野 元揮(横浜南共済病院)

- P-31** 左上腕骨頸部骨折・左恥坐骨骨折を受傷され、保存的治療を行なった症例
医療法人社団緑成会 横浜総合病院 渡辺 裕樹
- P-32** 左上腕骨頸部骨折・左恥坐骨骨折を呈した一症例
～独歩・家事動作の獲得による自宅復帰を目指して～
医療法人社団緑成会 介護老人保健施設横浜シルバープラザ 塩谷 直久
- P-33** 左上腕骨頸部骨折・左恥坐骨骨折を呈した症例
～自宅退所後デイケアを継続利用し、更なるIADL拡大を目指して～
医療法人社団緑成会 介護老人保健施設横浜シルバープラザ 成澤 麻子
- P-34** 右大腿骨頸部骨折後、右人工骨頭置換術を施行され、独居での生活を目指して介入した症例
医療法人社団緑成会 横浜総合病院 渡辺 裕樹
- P-35** 右大腿骨人工骨頭置換術施行後、自宅復帰目的で当施設に入所した症例
医療法人社団緑成会 横浜総合病院 藤井 優佳
- P-36** 当施設退所後、デイケアを利用した右大腿骨人工骨頭置換術後の一症例
医療法人社団緑成会 横浜総合病院 東 三四郎

座長：鈴木 暁(横浜新都市脳神経外科病院)

- P-37** 整形外科疾患の筋緊張に着目し応用歩行を獲得した症例 ～実用歩行に向けて～
IMS グループ医療法人社団明芳会 新戸塚病院 菊池美紗季
- P-38** 頸髄損傷後、高齢且つ痙性麻痺により動作獲得に難渋した症例
～寝返り動作獲得に向けた取り組み～
社会福祉法人聖テレジア会 鎌倉リハビリテーション聖テレジア病院 志村 桐子
- P-39** 頸髄損傷不全四肢麻痺患者の移乗動作獲得への試み
～立位・歩行動作と振動刺激を併用したアプローチ～
医療法人 佐藤病院 大場 順平
- P-40** 腰髄不全損傷を呈した症例へ実用歩行での在宅復帰を目指して ～自分の足で歩いて帰りたい～
IMS グループ医療法人社団明芳会 新戸塚病院 水上 歩
- P-41** 広背筋の筋出力向上による仙腸関節へのアプローチ ～屋外の長距離歩行獲得を目指して～
医療法人社団明芳会 新戸塚病院 鮎村 優

座長：中島 陽子(介護老人保健施設 アゼリア)

- P-42** 高齢者片麻痺患者への在宅復帰に向けたアプローチ
社会福祉法人聖テレジア会 鎌倉リハビリテーション聖テレジア病院 山宮 佑毅
- P-43** 右大腿骨転子部骨折を呈し、退院先の選定に難渋した症例
～家族負担を軽減し、在宅復帰を目指して～
社会福祉法人聖テレジア会 鎌倉リハビリテーション聖テレジア病院 岩崎 俊介
- P-44** 早期からの家族指導により在宅復帰方向につながった一症例
医療法人社団明芳会 新戸塚病院 輿石 智秀
- P-45** 顔の見える連携への取り組み
介護老人保健施設 ウェルケア新吉田 長谷川朝子
- P-46** 介護老人保健施設での包括的褥瘡ケアシステム導入1年経過時の職員アンケート調査
介護老人保健施設 ハートケア湘南芦名 小武海将史
- P-47** 理学療法の介入頻度が平均在院日数に与える影響 ～第1報～
湘南鎌倉総合病院 根本 敬

学会賞表彰

次期学会長挨拶 松本 肇 鶴巻温泉病院

閉会の辞 赤羽 太郎 第32回神奈川県理学療法士学会 副学会長・準備委員長



肩の理学療法は、 クライアントに寄り添うことから始まる

山口 光國

有限会社 セラ・ラボ 代表

講師ご紹介

1961年生まれ 長野県出身

経歴

高校卒業後、日本サッカーリーグの日立製作所(現 柏レイソル)にFWとして入団

故障から21歳で引退

都立府中リハビリテーション専門学校に入学

卒業後、昭和大学藤が丘リハビリテーション病院に入職

2005～06年 横浜ベイスターズにフィジカルコーチとして就任

2007年 独立

2009年 桜美林大学大学院健康心理学修士課程を終了

所属学会

日本肩関節学会会員、アジア肩関節学会会員、日本健康心理学会会員

運動を熟知したリハビリテーションの専門家として治療にあたる。一般からプロスポーツ界まで幅広く対応し、スポーツ界では野球はもとより、サッカー、テニス、ゴルフなど多くのジャンルのプレーヤーからの信頼も厚い。現在心身両面から対応についての研究に携わり、現在も研究を続けながら一般、スポーツはもとより、医療従事者にむけての勉強会、講演・セミナー活動も積極的に行っている。

「肩」という文字は、運動器の一部としてだけではなく、「肩を寄せ合う」と言った社会的な、あるいは、「肩を落とす」と言った心理的な側面にも使われるように、肩の動きは、運動機能だけではなく、社会、心理面からも影響を受ける。

また、肩を構成する関節唇、腱板は血管の侵入を拒む組織と言われ、傷ついても炎症がおきにくい、つまり、多少、壊れても自覚されずに使えるようになっている。

しかし、目的の運動、動作には全く支障はないが、注意深く観察すると、あたかも、第三者に、「本当は問題が起きているから、気づいて」と、メッセージを送っているかのような特徴を示していることが多い。

また、その一方で、肩に重大な危険が迫ると、自分の意思に反して動きを止めてしまうなど、自分自身の肩でありながら、自分では理解できないことが多い。

これらのことから分かるように、肩の不調を訴え来られたとしても、現れている現象(愁訴)や運動制限だけでは肩がどの様になっているか理解することは非常に難しいことが多い。つまり、肩の状態を理解するためには、訴えを聞くだけ、健常値と比較するだけでは十分とは言えないことが非常に多い。

特殊テストや、画像評価は、病態を特定するためには有用であるが、肩の愁訴が病態と合致しているとは限らず、むしろ、訴える愁訴は、病態のみで説明できないことの方が多い。

肩に対するセラピーは、確認だけではなく、特徴を受け取ることからはじまり、変えようとする前に、今の状態を理解してあげることが重要となる。

まさにその過程は、人としての基本的対応であり、マニュアルではなく、自分重視ではなく、目の前に居る相手を重視した対応と同じである。

今回は、評価、対応におけるセラピストの勝手な思い込みの例を挙げ、肩への対応をどのように進めるかについて考察する。



ココロとカラダ、そして理学療法

春木 豊

早稲田大学 名誉教授

講師ご紹介

1933年生まれ東京出身 心理学者

経歴

1961年 早稲田大学大学院博士課程卒業

1979年 文学博士(早稲田大学)

1962～2003年

早稲田大学文学部助手～

早稲田大学人間科学部教授

現在 早稲田大学名誉教授

人間性探求研究所理事

日本武術太極拳連盟 理事

マインドフルネスフォーラム会長

2011年、長年にわたり従事して功労を積み重ね、成績を挙げた者を表彰する場合に授与される瑞宝中綬章受章

専門分野

行動主義心理学、健康心理学、身体心理学

著書

『観察学習の心理学 —モデリングによる行動変容』(川島書店、1982年)

『息のしかた —きもちいい生活のための呼吸法』(本間生夫との共著、朝日新聞社、1996年)

『健康の心理学 —心と身体の健康のために』(森和代、石川利江、鈴木平との共著、サイエンス社、2007年)

『身体心理学 —姿勢・表情などからの心へのパラダイム』(川島書店、2002年)

『動きが心をつくる —身体心理学への招待』(講談社現代新書、2011年)

『セラピストの動きの基本 —運動器リハビリテーション新時代』(山口光國共著 文光堂、2014年)

大学生だけでなく、様々な対象に健康と心理学が関連する講演を行っている。リハビリとのつながりは山口光國先生との共著で明確に示されている。

身体心理学は、心と体の関係について探求する学問であり、心は体の動きの結果であるという因果関係でアプローチしている。体から心にはアプローチするやり方としてさまざまな方法があるが、特に理学療法にとって重要な方法のいくつかを紹介し、セラピスト自らの心身を理解することに役立てたい。またセラピストと患者の身体を通じた非言語的なコミュニケーションは、患者を心身両面から理解するために役立つアプローチである。

このようにセラピスト自身の、そして患者の心と体を理解することは、施術の向上のためには重要な視点である。以上のように本講座では、心身相関としての新たな身体の見方を呈示したい。

1. 身体心理学とは

進化論、動きと感覚、レスポラント反応

2. ココロとカラダのトレーニング

呼吸法、筋弛緩法、マインドフルネス、タッチング

3. コミュニケーションとしてのココロとカラダ

言語的コミュニケーションと非言語的コミュニケーション



股関節疾患に対する理学療法介入の再考

湯田 健二

海老名総合病院 リハビリテーション科

講師ご紹介

1991年

国立療養所箱根病院付属リハビリテーション学院卒業

同年

海老名総合病院入職

2002年

人工股関節全置換術後の理学療法を中心に理学療法を展開

2005年

海老名総合病院リハビリテーション科科长

2009年

神奈川県立保健福祉大学大学院修士課程修了

現在

海老名総合病院 リハビリテーション科 医療部門担当 海老名地区統括科長

どのような疾患であれ、患部に限局することなく多岐に渡り全身を評価し、介入ポイントを探求することは重要です。しかし、局所の特性を知ることなく評価の視点を全身に波及させることは、闇雲に臨床を複雑にさせることとなり、セラピストのみならず患者の混乱をも招く可能性のある行為であることを認識しなくてはなりません。

また、患者は何かしらの不安を抱えながら我々セラピストとの時間を共有しています。臨床においては、当然のことながらセラピストが一方的に動きを作り出すことが最終目的ではなく、相手(患者)がどのような反応をしようとしているのかを感じる事が重要であり、それを達成させるきっかけとなる“待つ”という概念がそこになくはならないと考えます。そのためには、我々が向かい合うものに対する特性の理解を深めたうえで、その反応を感じるスキルを持つことが重要なカギとなります。

今回は股関節疾患をその対象として、股関節の構造特性を再度見直すことにより、介入目的を明確にすることを主眼においた解説をしていきたいと思えます。股関節は腸骨・坐骨・恥骨から形成される寛骨臼と、ほぼ2/3が球形状をなしている大腿骨頭による臼状関節(ball-and-socket)です。しかしながら関節適合性の側面からみた場合、肢位によっては必ずしも適合性の高い関節とはいえません。可動性と安定性の両者を必要とする股関節において、介入目的を明確にするためには関節の適合性を把握することは極めて重要なこととなります。今回のハンズオンセミナーでは、股関節の構造的な理解を深め、相手の反応を感じるためのスキルを身につける時間を共有することが出来たらと思えます。

- 本講座の実技参加は定員20名のため、事前登録制となっています。
- 参加希望者は学会参加申し込みと併せて登録を行ってください。
- 尚、聴講のみの場合は、事前登録無しでの参加が可能です。



急性期から地域まで役立つ呼吸理学療法

宮川 哲夫

昭和大学大学院保健医療学研究科 呼吸ケア領域

講師ご紹介

昭和大学大学院保健医療学研究科
呼吸ケア領域 教授

医学博士 理学療法士 米国呼吸療法士
臨床工学技士

ハワイ大学呼吸療法学科 卒業

所属学会

日本呼吸ケア・リハビリテーション学会
代議員・理事

日本呼吸療法医学会代議員

米国呼吸ケア学会 (AARC) 国際委員会
日本代議員

アジア・太平洋呼吸ケア学会 (APARC)
理事

NPO 日本呼吸ケアネットワーク理事長

平成25年の我が国の死亡原因は、1位悪性新生物(364,872人)、2位心疾患(196,732人)、3位肺炎(122,969人)、4位脳血管障害(118,347人)です。このうち70歳以上の高齢者の肺炎のほとんどは誤嚥性肺炎です。COPDの罹病率も増えており、2030年には888万人、2055年には1,126万人となることが予想されています。

また、2025年問題にありますように2025年は団塊の世代が75歳以上の後期高齢者になる年です。2025年以降は、2,200万人の老人で、4人に1人が75歳以上という超高齢社会が到来します。これまで国を支えてきた団塊の世代が給付を受ける側に回るため、医療、介護、福祉サービスへの需要が高まり、社会保障財政のバランスが崩れると指摘されています。国民皆保険の財政面にも限界があり、国は発症・重症化予防やムダな医療費の削減を通じた医療費抑制に力点を移そうとしています。そして在宅医療や介護を含む地域での包括的なケアのために地域医療連携ネットワークが構築されます。

呼吸器疾患に対する医療費も第3位を占めています。医療費の抑制のため、これからますます呼吸に関する理学療法の重要性が増してきます。呼吸器疾患は、急性から慢性、内科系から外科系、小児から老人と幅広く存在します。救命救急・ICUの領域では、ABCDEバンドル、外科の領域ではERASと呼ばれ早期離床が進められています。また、慢性疾患ではCOPDに対する病気の早期ステージからの予防的介入、急性増悪時・安定期・終末期の介入、退院後在宅での呼吸リハビリテーションがあります。

このように呼吸理学療法には、病態に合わせた幅広い知識と技術が必要になります。このハンズオンセミナーでは、「急性期から在宅まで役立つ呼吸理学療法」と題して、呼吸理学療法に必要なフィジカルアセスメントから、排痰法、呼吸法、胸郭可動域トレーニング、運動療法など演習を中心に行いたいと思います。

- 本講座の実技参加は定員20名のため、事前登録制となっています。
- 参加希望者は学会参加申し込みと併せて登録を行ってください。
- 尚、聴講のみの場合は、事前登録無しでの参加が可能です。



建築士からみた住宅改修

渡邊 靖

株式会社ワタナベ福祉設計 代表取締役
NPO 法人横浜市まちづくりセンター 正会員

講師ご紹介

一級建築士、
福祉住環境コーディネーター2級

株式会社ワタナベ福祉設計
代表取締役

NPO 法人横浜市まちづくりセンター
正会員

横浜市出身。平成9年東京電機大学工学部建築学科卒業後、住宅メーカー、設計事務所、住宅改修専門会社を経て2013年株式会社ワタナベ福祉設計を設立。これまでに小規模多機能型居宅介護支援事業所の新築設計や民間団地の集会所バリアフリー改修設計等を手掛けた他、大手住宅メーカーでバリアフリー設計コンサルタントを務めている。横浜市まちづくりセンターでは設計・監理部会副部長として、バリアフリーフェスタかながわ2013及び2014への出展責任者を務める等、まちづくりセンターの行うバリアフリー関連事業の殆どに関わっている。

I 所管官庁が異なる国家資格保有者が、住宅改修で連携することの難しさ

在宅の住宅改修では、理学療法士、建築士という所管官庁が異なる国家資格保有者同士が連携し、お互いの立場や役割を尊重しながら利用者へサービスを提供することが求められます。

さて、理学療法士は厚生労働省所管の『理学療法士及び作業療法士法』、建築士は国土交通省所管の『建築士法』という法律によって、その身分を保障されています。

理学療法士及び作業療法士法第一条では、『この法律は、理学療法士及び作業療法士の資格を定めるとともに、その業務が、適正に運用されるように規律し、もつて医療の普及及び向上に寄与することを目的とする。』とあり、建築士法第一条では、『この法律は、建築物の設計、工事監理等を行う技術者の資格を定めて、その業務の適正をはかり、もつて建築物の質の向上に寄与させることを目的とする。』と法律の目的を定めています。このことからわかるように、理学療法士は医療の普及及び向上に寄与するのが使命で、建築士は建築物の質の向上に寄与するのが使命ですので、在宅の現場においても、見ているところが全然違う、ということになります。この視点の違いを相互理解しない限り、上手く連携は出来ないところに、住宅改修の難しさがあります。

II 所管官庁が異なる国家資格保有者が、住宅改修で上手く連携する

ポイントとは？

例えば、理学療法士が『医療の普及及び向上に寄与するため』に、浴室の扉交換と同時に、敷居の撤去を提案したとします。しかし建築士は『建築物の質の向上に寄与する』という観点から、『その工事は防水性に難があるからNGです！』と頑なに応じないというケースがあります。また建築士の傾向として、なぜ難があるのか、分かりやすく説明することが苦手な人が多く、理学療法士は憮然としてしまい、結局よい連携が出来たとは言えない状況を招いてしまいます。

ランチョンセミナーでは、住宅改修でよくある『手すりの設置』と『床段差の解消』をテーマに、理学療法士と建築士との間で意見の相違が生じやすい事例を、『なぜ、建築士はそう言うのか？』という視点で分かりやすく説明したいと思います。



社会貢献 ～今自分にできること～

○池畑 健太¹⁾、芝原 庸²⁾

1) 株式会社 H&H 代表取締役

2) 株式会社 RAINBOW 代表取締役

講師ご紹介

平成 18 年、理学療法士免許取得後、総合病院、整形外科病院に勤務。

平成 24 年、脳卒中、難病、手術後に特化した歩行改善リハビリ専門デイスサービス「リハビリセンター都筑」開設。現在、横浜市都筑区内で3店舗運営中。

自己紹介

株式会社 H&H 代表取締役、リハビリセンター都筑グループ代表の池畑健太です。

脳卒中、難病、手術後の方の退院後の受け皿として、横浜市都筑区内でリハビリ専門のデイスサービスを3店舗運営しています。

介護の分野では理学療法士がどのようなことが出来るか理解されていないのが現状です。弊社の活動によって、介護保険の分野において理学療法士の認知度が高まり、在宅でリハビリテーションを必要とされている方に適切に届けることが出来るように取り組んでいます。

私たちの活動がひとつでも参考になれば幸いです。

理学療法士が出来る社会貢献とは、どのようなイメージを持たれるでしょうか？

職場以外でのボランティア活動やトレーナー活動を思い浮かべた方が多いのではないのでしょうか。

社会貢献とは、法人または団体、個人による公益或いは公共益に資する活動一般を意味すると定義されていますので、公益性の高い理学療法行為自体が社会貢献という解釈が出来ます。

医療においては、ひとつひとつの機能を最大限に高め、次の分野に責任を持って繋いでいくこと。(まさか「後は歩けば良いですよ」なんてアドバイスはしていませんよね?)

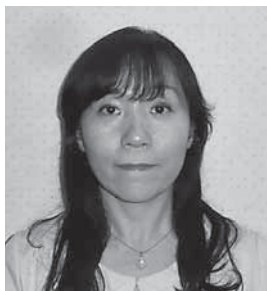
介護においては、そのサービスが適切であるか否かをしっかりと判断し提供すること。(マッサージ、筋トレをして一緒に歩くだけになっていませんか?)

理学療法を受けている時期は点でしかありません。しかし、患者様や利用者様は線で考えています。急性期から回復期へ、回復期から生活期へ、生活期では介護サービスの中核として、発症から線となるように意識しながら、バトンを繋ぐことであると考えます。

そのバトンを滞り無く、その方に合った最善の方法で繋ぐことこそ、理学療法士における本当の社会貢献ではないのでしょうか？

その形が出来れば、県民にとって理学療法士とはなくてはならない存在になるはずです。

そのように考えると、明日から取り組めることが見えてくると思います。わたしどもの話が、取り組むきっかけとなれば幸いです。



子育て支援 ～ライフイベントを経て 私らしく理学療法士でありつづけるために～

河合 麻美

さいたま赤十字病院

講師ご紹介

1992年

埼玉医科大学短期大学卒業、
さいたま赤十字病院入職

1998年

放送大学発達教育学部卒業

2008年

PT ママの会設立

2009年

神経系専門理学療法士取得

2013年

(公社)埼玉県理学療法士会理事、
広報局長就任

女性理学療法士が生涯を通して社会貢献していくことを考えた時、ぶつかる壁にはどんなものがあるのでしょうか？人生の一大イベントである結婚や妊娠、出産、育児などのライフイベントは壁となるのでしょうか？2014年6月現在、(公社)日本理学療法士協会会員のうち約40%が女性会員であり、年齢層は20代後半が35%、20代前半が23%と多く、これから結婚、出産を迎える方も多いと思われる。2010年の女性理学療法士就業環境調査では、女性理学療法士の離職理由は1位「妊娠出産のため」40%、2位「結婚のため」25%という結果であった。また常勤で働くために必要な条件は「職場の協力」71%、「配偶者の協力」55%、「両親や兄弟の協力」30%、「保育施設の充実」21%となっており職場・家庭共に働きやすい環境整備の必要性が示唆された。PT ママの会では2008年より理学療法士をはじめとするリハビリ専門職の妊娠・育児と仕事の両立を目標に、年2回託児付勉強会を開催しスキルアップを図り、ランチ交流会として会員相互の情報交換の場を催している。会員は将来に不安をもつ独身女性や妊娠中の方、育児中の男女、職場管理職も含め約370名となっている。これまで6年間の活動から女性理学療法士の社会貢献継続には、職場の妊娠、出産、育児に対する理解と同時に、当事者自身から取り巻く環境への働きかけの必要性が感じられ、更に当事者同士の知恵を共有することで明日への力が生まれることも実感している。今回の企画では参加者同士のディスカッション時間が設定されているため、男女、結婚・出産の有無に関わらず多くの方に参加していただき、様々な視点から女性理学療法士がぶつかる社会貢献継続の壁と継続しやすい環境整備や対策について議論出来れば幸いである。

PT ママの会公式 HP : <http://ptmama2008.jimdo.com>

- 本企画の参加は定員50名のため、事前登録制となっています。
- 参加希望者は学会参加申し込みと併せて登録を行ってください。
- 尚、本企画に限り、お子様連れでの参加が可能です。(お子様の食事は各自でご用意ください。)

研究計画の立て方と学会抄録の書き方のヒント ～高齢者の大腿骨頸部骨折をテーマとして～

opening remarks・座長

岡本 賢太郎

神奈川県理学療法士会 学術局担当理事

講師

池田 崇

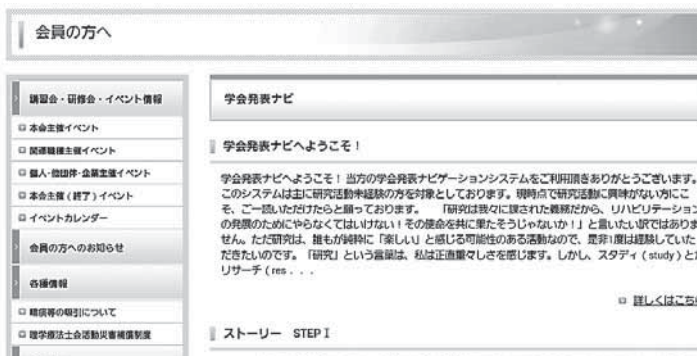
神奈川県理学療法士会 研究支援部 部長

認定単位：新人教育プログラム C-4 高齢者の理学療法

日常的に臨床でわからないことは多く目の当たりにすることが多い。多くのことは文献を調べたり、先輩に指導を仰ぐことで解決できる。しかし、その一方で教科書や先輩の指導通りに介入を行っても良い結果が出ない、もしくは「こういう患者さんが多いな」といった、一定の傾向が見て取れることがとといったことは多く経験する。

このような日々の臨床で感じた疑問(リサーチクエスト)を解決する手段が研究であるが、日々の疑問をどのようにして研究という形に落とし込んでいけばよいのだろうか。本講演では我々理学療法士が、急性期、回復期そして生活期のいずれの段階においても多く担当することの多い高齢者の大腿骨頸部骨折をテーマとして、近年の研究で明らかになっていることを紹介しつつ、研究計画の立案と、データ収集そして学会抄録の作成までの流れを解説する。

また、研究支援部が県士会ホームページで公開中の学会発表ナビについても紹介する。



口述発表とポスター発表

みなさんは口述発表とポスター発表の違いについて考えたことはあるでしょうか。ただ単にスライドとポスターの違いでしょうか。学会を創造する中で、我々はこの違いを「口述発表はロジカルシンキング、ポスター発表はラテラルシンキング」に当てはめられるのではないかと考えました。ロジカルシンキングには演繹(えんえき)的思考と帰納的思考が含まれており(図1、表1)、「Why So」「So What」の向きが特徴となります。演繹的思考は到達点は相互の出発点となり、到達点として獲得した論理を相互検証することで、より確実な真理に近づくことができます。両者は対立するものではなく、状況により選択する手段であり、適した方を使い分けてこそ真価を発揮します。



学会発表ナビのイメージ

なお、本講演では具体的な症例を提示することで研究初学者でも理解しやすい内容となっています。

地域症例リレー

座 長

清水 美紀

横浜市総合リハビリテーションセンター 地域支援課

第32回神奈川県理学療法士学会では、急性期、回復期、生活期の円滑な連携の一助となることを目指し、「地域症例リレー」と題したセッションを企画しました。同一症例に対して急性期、回復期、生活期の各施設における治療経過や予後予測を提示し、より効果的な介入や連携方法を検討したいと思います。

本企画に賛同いただいた横浜市北部地区の急性期病院にて候補となる症例を挙げていただきました。継続して回復期および生活期までの各病期の施設で動画や静止画を含めた評価を記録していただきました。当日は、同一の症例が発症から地域社会への復帰までどのように経過したか、その時、担当セラピストがどう取り組んでいたかを各病期の施設より報告します。そして、理学療法士同士がどのように連携していくのか、どのような情報を共有するとよりよき連携ができるのかをディスカッション形式で検討します。

発 表 者

[急性期] 横浜総合病院
比留木 由季

[回復期] 麻生リハビリ総合病院
中野 友晴

[生活期] リハリゾート青葉
菊池 奏恵

先輩による分野別症例報告

座長

久保 雅昭

横浜総合病院 リハビリテーション科

経験豊富な先生方に症例報告をしていただきます。経験があるから効果的な治療に導いたり、経験があるからこそ悩むところがあったりするのかもしれませんが。普段あまり聞くことができない経験を沢山お聞きできる機会だと思います。

- [運動器] 腰部障害への理学療法 ～その適応と限界～
宮澤 俊介 (M's PT Conditioning)
- [神経] 脳梗塞を再発し両側の脳損傷を呈した患者の初期の介入例
～病棟 ADL 改善に向けて～
義澤 前子 (昭和大学横浜市北部病院)
- [内部障害] 糖尿病足病変の再発予防を目的とした屋内用フットウェアを
作製した一症例
河辺 信秀 (茅ヶ崎リハビリテーション専門学校 理学療法学科)
- [地域・生活環境] 生活期に関わる理学療法士の役割
五十嵐 由香里 (介護老人保健施設ウエルケア新吉田)
- [小児] 14トリソミー児の股関節亜脱臼に対する理学療法
児玉 正吾 (川崎西部地域療育センター)

[運動器]

腰部障害への理学療法 ～その適応と限界～

宮澤 俊介

M's PT Conditioning

【はじめに】理学療法士において、腰部障害は臨床上非常に多く遭遇する障害です。腰椎椎間板ヘルニア、腰部脊柱管狭窄症など、画像所見や理学所見が明確にとれるものから、筋筋膜性腰痛症など臨床所見が明確にとれないものまで幅が広い。医師の理学療法士へのオーダーも曖昧なことが多く、理学療法士には、医師とは別個に機能障害としての評価として、機能診断と臨床症状に対する鑑別診断が求められている。今回は、臨床上比較的遭遇することが多い腰部障害を2症例取り上げる。この2症例は、その後の理学療法の展開に大きな違いがあったことから、そこから考えられる、理学療法の適応と限界を考えてみたい。

【症例紹介】

症例①：38歳女性。2013年頃よりL5椎間板ヘルニアを発症し、症状は、右腰部から下肢にかけての強い痛みと、足関節底屈の筋力低下。既往歴はなし。ブロック注射、針灸、マッサージを行うも著効なし。唯一NSAIDsのみ効果を示すも、痛みで横になっていることが多い。理学所見では、右SLR40°+、右足関節底屈MMT2、下腿外側にやや感覚障害あり。

症例②：82歳男性。L4-5腰部脊柱管狭窄症。発症は、2012年頃より発症しているが、2014年5月頃より症状増悪。症状は、腰部周辺の疼痛、5分ほどの歩行にて間欠性跛行。既往歴として、20年程前に右半月板部分切除術および右変形性膝関節症。腰部へのブロック注射、NSAIDsともに著効なし。

【経過】症例①は、椎間板ヘルニア発症後の坐骨神経の神経根での癒着および癒痕拘縮として、治療を行った。理学療法後、腰部から臀部にかけての疼痛は軽減するも、SLRおよび底屈筋群MMTに大きな改善はなし。理学療法開始1か月後、急激な底屈筋の筋力低下が出現してきたため、主治医と相談し、ヘルニア摘出手術を施行した。

症例②は、SLRの制限や感覚障害、神経障害としての筋力低下がみられなかったため、腰部の後方要素の硬結および拘縮による疼痛、間欠性跛行は多裂筋の硬結および梨状筋症候群の一症状と捉え、理学療法を展開したところ、歩行5分で跛行が出現していたが、現在は30分の連続した歩行が可能となり、腰部の疼痛も軽減してきている。

【まとめ】今回の症例報告では、理学療法士として、何を基準に治療を展開し、何を基準に医師の判断を仰ぐのかを中心に話を進めていき、議論をしていきたい。

[神 経]

脳梗塞を再発し両側の脳損傷を呈した患者の初期の介入例 ～病棟 ADL 改善に向けて～

- 義澤 前子¹⁾、小笹 佳史²⁾、小西 正浩²⁾、迫力 太郎²⁾、長谷川 絵里²⁾、
水元 紗矢²⁾、太田 隆之²⁾、榎谷 高宏²⁾、内藤 翔太(OT)²⁾、山上 裕子(ST)²⁾
1) 昭和大学横浜市北部病院
2) 昭和大学藤が丘リハビリテーション病院

【症例情報】 47歳女性。疾患名：脳梗塞(右 MCA 領域、右 ACA 領域の一部、左 MCA 領域の一部)。既往歴：2011.8月脳梗塞発症。左片麻痺残存。要支援2。杖と装具(タマラック)で歩行自立、買物以外の家事自立。現病歴：2014.8.26発症。Y 病院に搬送。JCS は1、左上下肢麻痺有り、NIHSS10/42。MRI で右 MCA 領域の梗塞を認めた。8.27痙攣発作出現。8.28意識レベル改善なく MRI で右 MCA 領域の梗塞巣拡大と新たに右 ACA 左 MCA 領域の梗塞を認めた。性器出血の為 Hb 低値で抗凝固療法は行えず F 病院に転院。転院時意識レベル E3V2M5/GCS、NIHSS17/42。頭部 MRA で右 M1、海綿静脈洞部の IC に狭窄あり右 IC ～ MCA の描出不良。10.6意識レベル E4V4M6/GCS となりリハビリテーション目的で当院に転院。

【全身状態】 高度貧血の脳梗塞発症の関与が指摘された。入院時 BMI33.95で肥満あるが入院後体重減少傾向。血糖コントロール良好も高脂血症持続で経過観察中。入院初期の意識障害は痙攣発作によるもので改善。

【初期評価 2014.10.13】 意識レベル E4V2M6画像所見から右脳では、中心前回、中心後回、角回、縁上回、下頭頂小葉、上側頭回、中及び下前頭回、左脳では上側頭回の損傷があり予測される障害に照らし評価した結果、左運動障害、感覚障害、注意障害、左半側空間無視、左運動無視、構成失行、遂行機能障害、抑制障害、感情失禁、言語及び思考の流暢性低下、音韻性錯語等を認めた。MMSE17/30 FAB5/18 TMT-A4分45秒 線分二等分線右へ3cm 偏位 SIAS37/76 Br. stage2-1-2 BBS5/56運動機能は左下肢は粗大な屈伸や内外転は可能も抗重力位保てず、左上肢は中枢部の筋収縮は認めるが随意的に動かせず。右の随意性や巧緻性協調性に問題なく、体幹機能も左腹部低緊張である以外は良好であった。

【介入に際しての留意点】 経過中の新たな脳損傷による機能低下の影響は、当院入院前は意識障害残存していた為、無いと判断した。再発により新たに遂行機能障害や抑制障害が生じ、動作開始後の加速や中断困難等が見られ、病棟 ADL で介助量増大が生じていた。早期介入で混乱なく動作が行えるように図った。症例は左片麻痺に慣れており右側機能の低下は見られておらず記憶は良好であった為、動作方法は経験値を積むことで一定化され病棟 ADL 改善につながられた。但し注意障害や半側無視は残存しており潜在的な身体機能を発揮しきれておらず、今回入院を機に最大限機能的な方法で動作を行えるようにしたいと考え機能的介入を行った。

〔内部障害〕

糖尿病足病変の再発予防を目的とした
屋内用フットウエアを作製した一症例

河辺 信秀

茅ヶ崎リハビリテーション専門学校 理学療法学科

【目的】糖尿病や末梢動脈疾患による下肢慢性創傷は、治癒が困難であり、治癒した場合も非常に再発率が高い。これら糖尿病足病変に対しては、フットウエア(靴型装具)を用いることで再発率を抑制できる。足底圧異常や胼胝の改善も可能であるため、屋外用フットウエアは足病変予防に対し有用である。しかし、一日中靴を履いて生活する欧米とは異なり、本邦では屋内は裸足生活が一般的である。そこで、今回屋内外のフットウエアを作製し理学療法を継続的に施行した症例について、屋内用フットウエアの有用性という観点で検討した。

【症例紹介】50歳、男性、2型糖尿病、糖尿病神経障害。入院37ヶ月前：左母趾足底面および第1中足骨頭部に潰瘍出現。入院12ヶ月前：皮膚移植術施行されるも治癒遷延。4月上旬：左脛骨平原骨折受傷。骨接合術施行。6月下旬：1/2PWB開始。7月上旬：理学療法継続目的で当院へ転院。

【開始時所見・入院中経過】左足底面・右第2趾足底面に皮膚損傷あり。糖尿病神経障害による重度知覚障害、皮膚の脆弱化、外反母趾・hammer/claw toe、膝・足・中足趾節関節の可動域制限及び筋力低下が認められた。1/2PWBでの松葉杖歩行可能であったが既存の靴では足病変再発リスクがあると判断され、担当PTがサンダルを作製した。1週後：2/3PWB開始。2週後：FWB開始。1ヶ月後：屋外用フットウエア完成。屋内用フットウエアとしては担当PT作製のサンダルを使用することとした。両口フストランド杖歩行自立となり退院した。

【外来時経過】13ヶ月後：活動量の増加に伴い左母趾足底面に潰瘍形成し、屋内外フットウエアの母趾部をくり抜く加工を追加した。その後、潰瘍治癒した。19ヶ月後：一週間の親戚宅滞在時、cosmeticな理由で屋内用サンダルを使用せず、左母趾足底面・第1中足骨頭部に再潰瘍形成した。屋内用サンダルを再使用し、7か月後に治癒した。32ヶ月後：PT作製サンダルが損傷著しく、屋内用フットウエアを作製した。cosmeticな面も考慮し、コンフォートタイプのサンダルを加工して使用した。インソールに加えて、靴底はrocker sole、母趾部のくり抜き加工を行った。潰瘍既往部の足底圧は裸足歩行時 6.5 kg/cm^2 、靴型装具使用時 3.0 kg/cm^2 であった。屋内用装具使用時も 3.0 kg/cm^2 と靴型装具と遜色のない除圧状況であった。その後、再潰瘍形成は認められていない。

【まとめ】

1. 本症例に作製した屋内用フットウエアの除圧能力は屋外用と遜色がなかった。
2. 潰瘍予防という視点では、一週間の未使用で潰瘍形成したことを考えると、本症例では屋内用フットウエアの使用は必須である。
3. わずかな状況の変化で再潰瘍形成を頻回にきたしており、頻繁なフォローアップが欠かせない。

[地域・生活環境]

生活期に関わる理学療法士の役割

五十嵐 由香里

介護老人保健施設ウエルケア新吉田

【はじめに】在宅復帰と、住み慣れた地域での生活を継続する為の支援に、理学療法士としてのアプローチを日々模索している。今回、在宅生活を望みながらも、条件として階段昇降動作の獲得を掲げ、入所継続との間で揺れる利用者とその家族に対し、結果、在宅復帰を果たした症例を報告する。また本症例を通じ、生活期における理学療法士の役割を述べる。

【症例紹介】A様90代後半。現病歴：右大腿骨頸部骨折。既往歴：心不全・糖尿病。栄養状態：不良。キーパーソン：長男夫婦。家屋状況：3階建て一軒家。玄関が2階にあり外出時は階段昇降が必須である。HOPE：利用者「家に帰りたい」、家族「階段昇降が可能となれば家に帰って来て欲しい」。

【理学療法評価】右股関節の荷重時痛・動作時痛が主問題であったが、徐々に改善し移乗動作・歩行・段差昇降ともに支持物の把持にて可能となった。ADLは、排泄・更衣ともに一部介助から自立へと改善した。しかし、入所時より労作時の脈拍数増加と呼吸苦を認め、酸素飽和度90%前後であり退所時にも改善は見られなかった。疼痛除去を短期目標とし、筋力強化及び姿勢調整から訓練を開始した。疼痛の軽減にてADL能力の向上を認め、施設内で在宅生活を想定した環境設定での動作練習を開始した。入所直後に家屋調査を行った。また退所2週間前に再度自宅を訪問し、在宅生活に関わる他職種と今後の生活パターンの検討を行なった。

【考察】生活期に関わる理学療法士は、身体機能や動作能力を引き出すアプローチと、他職種連携により住宅改修や導入するサービス内容の検討等、在宅生活を具体的にイメージしたアプローチを同時に進めなければならない。本症例は身体機能の向上は認めたが、持久力の低下による問題は残存し、受傷前と同じ生活パターンを再開する事は難しいと判断した。そこで、今回再獲得した動作能力と加齢を踏まえた予後予測について、生活場面を列挙しながら具体的に他職種へ伝達・移譲した事で、本症例とその家族に在宅生活への勇気を与えたと考える。利用者の生活を構築する為には、多職種の視点が必要である。理学療法士として在宅生活での動作能力を具体的に「いつ、誰に、どの様な方法で・どの様な言葉を使って」伝達し、生活を支えるチーム力の活性に向け、具体的提案を行なう役割がある。

[小児]

14 トリソミー児の股関節亜脱臼に対する理学療法

○児玉 正吾¹⁾、佐々木 ともみ¹⁾、古川 真里子¹⁾、城井 義隆²⁾、小玉 美津子³⁾

1) 川崎西部地域療育センター 診療課 理学療法士

2) 昭和大学横浜市北部病院 リハビリテーション科

3) 神奈川県立麻生養護学校 支援連携部 相談支援係 理学療法士

【はじめに】染色体異常による関節弛緩が原因で股関節亜脱臼、脱臼を生じ、生活を困難にする報告を散見する。股関節脱臼に対する治療は、装具や外科的治療が中心である。今回、幼児期より股関節亜脱臼を指摘された14トリソミー児に対し立位などの抗重力活動を中心とした理学療法を実施した結果を報告する。

【説明と同意】対象児の保護者に本症例報告の趣旨と目的を説明し、発表に対する同意を得た。

【症例紹介】10歳男児。診断名は14トリソミー、ウエスト症候群、精神運動発達遅滞であった。在胎は40週で、出生体重は2,900gであった。1歳8か月よりA療育センターにて理学療法を開始した。6歳より当療育センターでの理学療法を開始した。

【理学療法評価】コミュニケーションを取るの難しい。床座位は自立している。つまり立ちは自力で行うが、保持が難しく介助が必要であった。移動は四つ這いで移動できる。8歳時の股関節X線画像(以下Xp)は、頸体角右153度、左154度。Migration percentage(以下MP)右83%、左75%であった。

【問題点】両股関節亜脱臼、両足関節外反扁平足、両下肢支持性低下、立位保持困難とした。

【理学療法経過】下肢支持性向上、立位保持能力の向上を目標に、週1回の理学療法を実施した。リハビリテーション(以下リハ)医より股関節亜脱臼に対して、良肢位保持を目的に股関節外転装具を処方された。また、外反扁平足に対して、金属支柱付短下肢装具を処方された。装具装着しての立位保持練習、介助歩行練習を実施した。股関節亜脱臼の改善が認められなかったため、リハ医と相談し立位保持時間を長くしていくために、起立保持具が処方された。起立保持具は学校での使用を主に考え、学内の理学療法士と担任に使用時の注意点や使用目的を伝え実施してもらった。

【結果】10歳時の股関節Xpは、頸体角右151度、左152度。MP右76%、左68%であった。寄りかかり立位保持が監視にてできるようになった。

【考察】Martinsson Cらは、脳性麻痺児において、1日30分から90分の立位を1年間行い、MPが減少したと報告している。今回、理学療法での抗重力活動の練習に加え、所属機関と連携して日常的に抗重力活動を行いやすくするために、起立保持具を使用して立位時間を多くするようにした。結果は、頸体角やMPに大きな変化は認められていない。立位時間が影響している可能性がある。今後も治療を継続し、抗重力活動が股関節に与える変化をみていきたい。

低侵襲人工股関節全置換術後に心理状態が改善しなかった患者の特徴

○二宮 一成¹⁾、鈴木 浩次¹⁾、池田 崇¹⁾²⁾、平川 和男¹⁾

1) 湘南鎌倉人工関節センター

2) 東京医科歯科大学大学院 歯医学総合研究科 リハビリテーション医学分野

Keyword：低侵襲人工股関節全置換術 (MIS-THA)、
日本整形外科学会股関節疾患評価質問票 (JHEQ)、心理状態

【はじめに】近年、THA 後の在院日数は短縮化傾向にあり、患者満足度などの心理面への影響を懸念する意見も聞かれる。THA 後患者の心理状態に関する先行研究からは、退院後1～2ヵ月の多くの患者が脱臼に対し不安感を抱いており、さらに術後1年においても不安感や不満感を抱く患者は、約7～12%存在すると報告されている。THA 後に心理状態が改善しなかった患者の特徴を把握することは、心理面に配慮した介入を行う上で重要と考える。そこで、日本整形外科学会股関節疾患評価質問票 (JHEQ) メンタル尺度 (メンタル) を用いて、THA 後に心理状態が改善しなかった患者の特徴を明らかにすることとした。

【方法】対象は、平成25年1月から平成26年2月までに MIS-THA を施行した片側股 OA 女性患者197名。「心理状態が改善しなかった患者」の定義は、JHEQ メンタルの平均値 μ 、標準偏差 σ を算出し、術後2ヵ月、術後6ヵ月に $\mu - \sigma$ (下位15%) 以下に連続して該当した患者とした。この条件に該当した患者14名 (A 群) と該当しなかった患者183名 (B 群) の2群に分けた。検討項目は、患者特性として年齢、BMI、同居家族の有無、他整形疾患の有無。身体機能項目として術前、術後2ヶ月目、6ヵ月目の ROM、股関節外転筋力 (外転筋力)、10m 歩行時間、UCLA スコア、JHEQ 下位3尺度 (疼痛・動作・メンタル) とした。統計解析は、乱数表を用いて B 群から14名を無作為に抽出し、対応のない t 検定および χ^2 検定を用いて比較検討を行った。本研究は、湘南鎌倉総合病院倫理委員会の承認を受けて実施した。

【結果】全体の JHEQ メンタルの経時的変化は、術前 9.7 ± 5.9 点、術後2ヵ月 17.3 ± 6.6 点、 20.5 ± 5.8 点であった。A 群は B 群と比較して、術前・術後2ヵ月の外転筋力、術後6ヵ月の JHEQ 痛み、術前・術後2ヵ月・術後6ヵ月の JHEQ 動作、JHEQ メンタルが有意に低値であった。 ($p < 0.05$)。

【考察】術前の外転筋力が低値であり、かつ動作困難感を強く感じている患者の中に、THA 後においても痛みや外転筋力、動作困難感が改善しにくい患者が少数存在した。痛みや動作困難感が、心理状態に影響することは Palazzo らの報告と一致した。よって A 群は、THA によって改善すべき痛みや外転筋力、動作困難感が改善しなかった患者であることが考えられる。今後の課題として、THA 後に痛みや外転筋力、動作困難感が改善しなかった理由を明らかにする必要があると思われる。

歩行神経筋電気刺激装置ウォークエイド[®]が 回復期脳卒中片麻痺患者の身体機能および歩行能力に及ぼす効果

○江田 博明、田辺 紘大、亀田 修孝

医療法人五星会 新横浜リハビリテーション病院

Keyword：ウォークエイド、電気刺激療法、回復期脳卒中片麻痺

【はじめに】 電気刺激療法は脳卒中治療ガイドライン2009においてグレードBであり、その効果が示されている。しかし、回復期患者への使用報告は少ない現状である。今回、治療的電気刺激（以下：TES）および機能的電気刺激（以下：FES）として使用可能なウォークエイド[®]（帝人ファーマ社、以下：WA）を1症例に対し一定期間使用した効果を報告する。尚、本研究を行うに当たり、本人に説明し書面にて同意を得た。

【目的】 本研究の目的は、WAを使用し、回復期脳卒中片麻痺患者の身体機能および歩行能力の変化を通して、その効果を検証することである。

【方法】 対象は、左脳梗塞を発症した50歳代女性。右下肢の運動麻痺は12段階片麻痺機能検査にてグレード9。右下肢三頭筋および後脛骨筋の筋緊張はModified Ashworth scale（以下：MAS）にて2。歩行では右接地期に足関節内反および足底外側面接地となり、右立脚中期にて膝関節過伸展を呈した。第21病日から3週間ごとに「運動療法」「運動療法+TES」「運動療法+TESおよびFES」「運動療法」と条件設定を行い、シングルケースデザイン（ABAデザイン）にて検証を行った。電気刺激療法（TES・FES）の設定はパルス幅0.1msec、電極位置は右腓骨頭前下方および前脛骨筋の筋腹とした。TESは背臥位での膝関節伸展位にて実施した。評価項目は、関節可動域（以下：ROM）・MAS（足関節背屈・回内）、踵骨傾斜角（立位にて床面との垂直線と踵骨中央線のなす角度）、10m歩行速度とした。統計的分析は2-standard deviation band分析を用いた。

【結果】 TESの施行によりMAS（足関節背屈・回内）は2から1+、ROM（足関節背屈・回内）は0°から5°、外側への踵骨傾斜角は10°から5°へと改善した。10m歩行速度は12.04秒から7.55秒と向上した。さらにFESの施行を追加し、MAS（足関節背屈・回内）は1、ROM（足関節背屈・回内）は10°、外側への踵骨傾斜角は0°、10m歩行速度は6.29秒まで向上した。

【考察】 MASの改善はTESによる前脛骨筋、長短腓骨筋の筋収縮によって生じた下腿三頭筋、後脛骨筋に対するIa抑制が要因と考えられる。加えて、FESにより右踵接地が誘導され、床反力作用点が後方へ移動したこともMAS（足関節背屈）の改善に繋がったと考える。またFESでの反復した歩行が足関節ロッカー機能を向上させ、歩行速度向上に寄与したと考える。今後は症例数を増やし、適応症例について継続した検証が必要である。

行動分析を用いた環境因子の見直しを行い、 生活機能の向上を認めた重度脳卒中片麻痺患者

○佐々木 彩花、池田 裕

医療法人社団三喜会 鶴巻温泉病院 リハビリテーション部

Keyword：脳出血、高次脳機能障害、行動分析

【目的】今回脳卒中により右片麻痺、失語症、高次脳機能障害、廃用症候群を呈し、ADLに重度介助を必要とした症例を担当した。コミュニケーションが円滑に行えない症例に対し行動分析を用いた理学療法の有効性を検討した。

【対象】対象は80歳代前半の女性。平成25年5月に脳出血を発症し、平成25年6月にリハビリテーション目的にて回復期病棟へ入院。同年12月に療養病棟へ入院となる。発症から長期経過し、BRS右上下肢Ⅲ～Ⅳ、重度廃用による下肢の関節可動域制限や体幹・下肢の筋力低下を認めていた。また重度の高次脳機能障害・失語症により動作手順等の獲得が難しく、意思疎通も不十分であった。理学療法は長下肢装具(ダイヤロック膝継手45度)を装着し、重度介助で立位・歩行練習を実施していたが消極的であった。家族は関わり方が分からないという不安があり、積極的な関わりは少ない状況にあった。

【方法】行動分析に基づき療法士の関わり方を含む環境因子を細分化し、表情や発言に配慮し介入した。ADLを軽介助で行えることを目標とし、長下肢装具を使用した立位・歩行練習、起居移乗練習、排泄練習を実施し、状態に合わせて環境設定や介助方法、病棟内ADLを適宜変更し、症例と家族との情報共有を密に行った。

【説明と同意】本研究の意義・目的は書面で参加の了承を得た。本研究は当院の臨床研究倫理審査委員会の承認を得た上で実施された。

【結果】FIM27点から53点となり、起居移乗は見守りで可能となった。練習に対しても積極的になり、短下肢装具と4点杖にて軽介助での歩行が可能となった。高次脳機能障害・失語症も改善し、日常生活レベルでの会話が可能となった。家族とは絵葉書交換や音楽鑑賞等交流頻度は増加した。さらに自ら発言したり身体を動かす場面が増加し、意識や行動の変容を認め生活全体が活発化した。

【考察】行動に着目し介入することで目標や結果を症例と共有しやすくなり、日常生活での成功体験が増加しADLが向上した。また家族との情報共有や介助指導により、家族が症例の出来ることを認識し積極的な関わりが増加した。症例自身も家族からの賞賛や注目により行動が強化され、活動量・発話量の増加に繋がったと考える。さらに日常生活や家族との関わりの中で成功体験を得られる場面が増加し、行動が強化されたことで生活機能全体が向上したと考えられる。

パーキンソン病患者に対する脳深部刺激療法術後、理学療法介入により歩行距離改善が得られた一例

○大橋 豊¹⁾、太組 一郎²⁾、喜多村 孝幸²⁾、森田 明夫³⁾

1) 日本医科大学武蔵小杉病院 整形外科 理学療法室

2) 同 脳神経外科

3) 日本医科大学 脳神経外科

Keyword : パーキンソン病、脳深部刺激療法、DBS

【はじめに】これまでのパーキンソン病(PD)患者に対しての脳深部刺激療法(DBS)術後の研究や症例発表では理学療法介入効果の報告は少ない。今回、我々はPDによる運動障害から四肢の筋力低下を来した症例に対して、DBS術前後の理学療法介入により歩行能力及び歩行耐久性の改善を得られた症例を経験したので報告する。

【対象】症例は77歳男性。歩行障害で発症し、病期は6年である。当院にて両側視床下核刺激術(STN-DBS)を施行した。Hoehn・Yahr分類(H & Y) stage IV(On時IV、Off時V)主症状はWearing-off、On-Off、無動、すくみ足、小刻み歩行。Off時は歩行困難であった。On-Off症状の恐怖心から活動性の低下を認め、歩行はOn時のみ可能。歩行能力は伝い歩き、トイレ移動以外は臥床傾向であった。

【方法】術前3日前より術後7週で自宅退院となるまで理学療法介入した。介入頻度週5回。介入内容は立位歩行練習、NustepTRS2000を使用した交互式上下肢運動。階段昇降練習、椅子からの立ち上がり反復を施行。運動時、無動に対し聴覚キューとしてピッチメーター60回/分での聴覚刺激を併用した。PD運動項目の評価としてUPDRS.PartⅢ。歩行評価はTimed Up & GoTest(TUG)、10m歩行速度、歩数、連続歩行距離にて行った。患者には十分な説明を行い発表の同意を得た。

【結果】運動項目UPDRS PartⅢ術前23点→術後7週11点。連続歩行距離術前10m→術後7週800m。術後7週退院時の改善率はTUG速度On 130%、Off 398%。10m歩行速度On 140%、Off 320%。歩数On126%、Off 278%。術後1週よりUPDRS.PartⅢ改善、術後3週よりOff症状改善しOn/Offは極僅かとなり、歩行もOff時のTUG、10m歩行速度、歩数の改善がみられたが易疲労は残存し、歩行距離は30mに留まった。術後4週より易疲労改善し100m連続歩行可能、術後7週で800m連続歩行可能となり、在宅指導後退院となった。

【考察】今症例は77才と高齢かつH&Y Stage IVと進行期のPD患者であり、On-Offを恐れ歩行減少に伴う廃用性の筋力低下を呈し、更に臥床傾向となる負の連鎖が生じていた。DBS術後運動症状の改善が1週後より見られたが、歩行距離改善は4週を要した。一般的に運動後の筋肥大は3～6週以降であるとの報告があり、歩行距離改善は運動効果との相関が高いと思われる。活動性の低下したPD患者に対し、DBS治療による運動症状改善に加え、運動療法により筋力低下も改善し、治療の相乗効果が得られたと考える。

脳卒中患者の座位前方リーチの有用性に関する検討 ～下肢機能との関連からの考察～

○安田 透¹⁾、高見 彰淑²⁾

1) 社会医療法人 ジャパンメディカルアライアンス 海老名総合病院附属
海老名メディカルサポートセンター

2) 弘前大学大学院 保健学研究科

Keyword：脳卒中患者、座位前方リーチ、下肢荷重力

【はじめに】脳卒中患者の評価法に Functional Reach を座位に応用した座位前方リーチ（以下座位 FR）が存在し、立位保持困難であっても測定可能なため、発症後早期に使用できる簡便な評価法であると考えられる。先行研究では、座位 FR と体幹機能との関連は示されているものの、下肢機能との関連について述べられたものは見当たらない。もし、下肢機能をも反映した評価指標であると分かれば、早期より脳卒中患者の体幹及び下肢機能を評価できる指標であり、基本動作の予後予測の一指標として有用となり得ると考える。そこで本研究では、下肢機能の簡便な評価法として下肢荷重力を用い、座位 FR と下肢荷重力との関連を明らかにすることとした。

【対象】本研究の主旨を理解し、書面で同意を得た脳卒中患者 11 名（Brunnstrom stage IV 1 名 / V 6 名 / VI 4 名）。骨関節疾患を持つ者や重度の感覚障害の者は除外した。

【測定方法】事前に Brunnstrom stage、Stroke Impairment Assessment Set の感覚機能、長谷川式簡易知能評価スケール、berg balance scale（以下 BBS）、Functional Ambulation Categories を測定。

測定項目として、座位 FR は 40cm 椅子に足底接地の端座位、非麻痺側肩関節 90° 屈曲位・手掌部を床面に向け、非麻痺側上肢の前方最大到達距離を測定。下肢荷重力は 40cm 椅子に端座位、足底に置いた体重計を 5 秒間押し、最大値を計測。測定は、非麻痺側、麻痺側それぞれ測定し、体重比百分率（%）に換算し分析した。

【統計学的解析】SPSS16.0 を使用し、有意水準を 5% とした。座位 FR と下肢荷重力の関連性、また座位 FR と事前に測定した項目との関連性を相関係数または順位相関係数を用いて検討。

【結果】座位 FR と非麻痺側下肢荷重力との間で有意な相関が認められた（ $r=0.64$, $p=0.03$ ）。一方、座位 FR と麻痺側下肢荷重力との間に有意な相関は認められなかった（ $r=0.24$, $p=0.47$ ）。座位 FR と BBS の間には有意な相関が認められた（ $p < 0.05$ ）、座位 FR とその他の項目とは相関が認められなかった。

【考察】座位 FR と非麻痺側下肢荷重力に有意な相関が認められたものの、麻痺側下肢荷重力とは相関が認められなかった。このことから、座位でのリーチ動作は非麻痺側下肢を主軸に行なっていると考えられ、座位 FR は体幹機能に加え、非麻痺側の下肢機能を反映した評価指標であることが示唆された。また座位 FR と BBS との相関が認められたことから、バランス評価の一指標として有用である可能性が考えられた。

床上動作訓練を中心とした介入により、 麻痺側下肢へ注意が向いた一症例

○岡田 文、篠田 麻衣

社会福祉法人聖テレジア会 鎌倉リハビリテーション聖テレジア病院

Keyword：注意障害、半側空間無視、床上動作

【はじめに】右半球損傷の症状として、注意障害や半側空間無視（以下、USN）を呈する症例は数多く存在し、ADLの阻害因子となる事が多々ある。今回、左片麻痺および注意障害・USNを呈し、下肢の動作時の忘れが残存した症例に対し、床上での姿勢変換と動作訓練を中心とした介入を行った。結果、動作時の下肢の忘れの減少・歩行能力の向上につながったのでここに報告する。尚、発表に際し、本症例・家族に同意を得た。

【症例紹介】右前頭・頭頂葉皮質下出血と診断され、第22病日後に当院転院となった70歳代女性。介入8週目にはBr.stage：5-6-4まで随意性向上が認められたが、上肢のADL参加頻度が増加したのに比べ、下肢は基本動作・歩行時に忘れが目立った。感覚：表在・深部下肢中等度鈍麻。高次脳機能障害：注意障害、左USN、記銘力低下。MMSE：19点。起立動作：非麻痺側優位且つ重心前方移動不十分。歩行：右手手すり使用・裸足にて左腋窩軽介助。非麻痺側下肢が先行し、麻痺側の忘れあり。FIM：55（運動32、認知23）点。

【治療・経過】随意性向上が認められた事に加え、身だしなみに対しての関心が高く、整容などのADLで上肢の参加頻度は増加した。しかし、下肢は口頭指示に対して随意運動が可能であるも、注意が向きづらく、起き上がり動作や歩行時には非麻痺側優位の動作となった。そこで、麻痺側下肢の動作への参加を促す事を目的とし、介入8週目より四つ這い・膝立ち、12週目よりいざり動作を含む床上動作訓練を中心とした介入を開始。直後には特に起立動作時の非麻痺側優位傾向が改善した。訓練を継続した結果、介入15週目には症例自ら麻痺側下肢に対する発言が認められるようになり、下肢の認識が向上した事がうかがえた。歩行はT字杖使用監視下にて可能となり、ADLでは更衣が自立し、FIM：87（運動64、認知23）点まで向上。介入21週目に自宅退院となった。

【考察】杉本は注意障害やUSNに対する介入として、機能に合わせた課題設定や麻痺側への注意喚起、環境設定を考慮する必要があるとしている。また、竹林らは左右異なる両側性運動を遂行するためには選択的注意と左右半球間の協調性が作用している事が考えられるとしている。今回、両側上下肢を必要とする姿勢・動作を選択した事で選択的注意が賦活され、麻痺側への注意が向きやすくなり、自発的な運動においても下肢の参加を促す事ができ、ADLでの介助量の軽減に至ったと考える。

視覚情報と固有感覚の促通により感覚脱失から改善を認め歩容にも影響した症例

○橋本 紗恵¹⁾、吉岡 利江子¹⁾、内 啓¹⁾、田近 瞳¹⁾、栗野 浩²⁾、田中 勇¹⁾

1) 社会医療法人社団 三思会 東名厚木病院 リハビリテーション科

2) 同 救急部

Keyword：感覚脱失、視覚情報、歩行

【はじめに】視床は複数の核にて構成されており、後外側腹側核（以下 VPL）は四肢の体性感覚情報を受容している。視床損傷により感覚障害を呈した症例に対して、視覚情報を利用した介入報告が多い中、表在覚・深部覚共に脱失している症例は少ない。今回、VPL 領域と思われる左視床・後頭葉梗塞により、表在覚・運動覚脱失、右同名半盲を呈した症例を担当した。歩行において協調的な振り出し動作獲得に難渋したが、視覚情報と固有感覚の促通により歩容改善を認めた為考察と共に報告する。

【症例】76歳男性。右半身の脱力を認め救急搬送された。MRI で左視床・後頭葉に梗塞を認め、脳保護剤・抗凝固薬で治療していた。既往歴に心房細動・高血圧症があり内服治療中であった。2病日目の初期評価では、Brunnstrom recovery stage（以下 BRS）は、Ⅲ-Ⅳ-Ⅲ～Ⅳであった。感覚は、表在覚・運動覚脱失が認められ、右同名半盲を呈していた。高次脳機能面は失語症を認めたが、簡単な指示理解は可能であった。基本動作は、麻痺側管理が不十分で軽介助であった。歩行は右立脚期に back knee が見られ、遊脚期は振り出しの協調性が欠けていた。FIM は運動項目 40 点、認知項目 12 点であった。

【経過】視覚情報と固有感覚を利用した介入を行った。下肢を視野に入れ随意運動および他動運動を行い、徐々に視覚情報を除き意識下で同様の訓練を施行した。臥位から座位・立位と行き、歩行に移行した。また床面との摩擦や硬さの違う 2 種類のスポンジを利用し、足底からの感覚入力を行った。これらの訓練を反復して行き、19 病日目に BRS はⅣ-Ⅳ-V と改善を認めた。感覚は触れている事が認識できる程に改善し、下肢の運動方向も正答できるようになった。しかし失語症は残存し、右同名半盲も著変はなかった。基本動作は、麻痺側管理が改善し見守りとなった。歩行中の back knee や協調性に欠けた振り出しは改善を認めた。FIM は運動項目 47 点、認知項目 12 点であった。

【考察】本症例は感覚脱失・右同名半盲を呈していた為、感覚入力がより困難な状態であったが、視覚情報や固有感覚の促通を行った事により、感覚入力が賦活化されたと考えた。また、動きや奥行きなどの視覚情報は頭頂連合野に送られ、一次運動野へ入力されることで一次運動野が活性化し、歩容が改善したと考えた。よって感覚脱失や視覚障害を呈した症例に対しても、視覚情報と固有感覚を利用した介入は有効であることが示唆された。

Pusher 症候群を呈した右片麻痺患者の一症例 ～視覚的垂直認知に対する姿勢鏡を利用したアプローチ～

○長渡 英和

湘南東部総合病院

Keyword : Pusher 症候群、視覚的垂直認知、片麻痺

【背景】 Pusher 症候群は座位・立位保持を困難にし、残存すると ADL の自立に大きく影響を与える。今回、Pusher 症候群を呈した片麻痺の一症例に対してその改善を目的に姿勢鏡を利用して正中位保持訓練の効果を検討した。尚、本症例及びご家族へ研究に際して説明し同意を得た。

【症例】 68歳、男性。H26年7月20日に発症。左被殻ラクナ梗塞と診断され7月21日に他院に入院8月27日に当院に転院となった。入院以前の ADL は自立していた。既往歴は右ラクナ梗塞、肺癌(手術後)、糖尿病、白内障である。

【入院時評価】 身体機能は Br-stage 右4-4-4、左6-6-5。MMT 両下肢共に4、体幹は3。感覚は右下肢深部覚中等度鈍麻。関節可動域は著明な制限はみられなかった。高次脳機能面では HDS-R8/30点、失行・注意障害もみられた。入院時 Scale for Contraversive Pushing (以下 SCP) は3.5点(座位：0.75点、立位：2.75点)となった。座位保持は軽介助、左上肢で麻痺側に押し体幹が傾斜し、立位保持は中等度介助、左上肢で平行棒を強く押し、左下肢を前方に置き床を強く押すために体幹の傾斜し立位保持が困難であった。移乗時は左下肢が床を押す為、方向転換が出来ない状態であった。

【方法】 入院時、SCP により、Pusher 症候群の重症度を評価し、鏡を利用した座位・立位での正中位を認識してもらい、対象者自身に姿勢を調整してもらった。2週間後に再度 SCP により評価し、入院時と2週間後の SCP の結果を比較した。

【結果】 2週間の介入で SCP は2.25点(座位：0点、立位：2.25点)と Pusher 症候群の改善がみられた。座位姿勢に関しては Pusher 現象が出現しなくなり、大幅な改善がみられた。しかし、立位姿勢に関しては依然 Pusher 現象がみられる結果となった。

【考察】 本症例は麻痺が比較的軽度で介入当初から座位・立位姿勢の調整を行った。高次脳機能障害で口頭指示は理解が困難である為、姿勢鏡で視覚的に姿勢を認知する事で対象者自身が姿勢を修正出来ると考えた。2週間後、座位保持では Pushing が消失したが、立位保持では Pushing は軽減したが残存しており、依然軽介助を必要とする結果となった。これは座位姿勢では視覚的に認知し姿勢を調整する事が比較的容易であったが、立位姿勢では麻痺や感覚障害の影響で立位をとる事自体に意識が向き、姿勢を認知する事が困難であったと考えられる。

練習環境や課題の見直しが歩行能力の向上につながった 前大脳動脈領域脳梗塞患者の一症例

○中嶋 俊祐、藤野 歩、野田 裕太、萩原 章由、松葉 好子、前野 豊 (MD)
横浜市立脳血管医療センター リハビリテーション部

Keyword：前大脳動脈領域脳梗塞、環境設定、課題

【はじめに】補足運動野を含む脳梗塞により片麻痺、高次脳機能障害を呈した症例に対し、治療場面で観察された現象と脳損傷部位をふまえて経過を見直し、練習環境や課題を工夫することで、効果的に歩行練習を進められた経験をしたので報告する。

【症例紹介】60歳代女性。診断名は脳梗塞（右前大脳動脈領域）。障害名は左片麻痺、高次脳機能障害。発症後他院入院。第28病日当院転院しPT開始。第144病日自宅退院。発表に際し、本症例に発表の目的を説明し書面での同意と当院倫理委員会での承認を得た。

【開始時評価】意識清明。Br-stage 上肢V手指VI下肢II。感覚正常。筋緊張は左下肢中脳部で低下、末梢部で亢進。高次脳機能は構成障害、注意機能低下。基本動作は起き上がりは自立、移乗は見守り、立位は軽介助。

【経過】歩行練習は第39病日より開始した。練習環境は、注意の転導を予防して症例が自己の姿勢に注意を向けやすくするため、個室を利用するなど配慮した。また、麻痺側を使用するための姿勢修正では、口頭指示や鏡を用いたフィードバックによる自己修正を促した。しかし、このような練習では麻痺側の筋活動は得られにくく、また疲労の訴えにより練習が度々中断された。一方、短下肢装具、歩行車を使用した歩行練習や卓球課題での立位練習では麻痺側の筋活動が得られやすく、疲労の訴えもなく課題を継続することができた。これらの現象と脳損傷部位をもとに歩行練習について再検討を行い、第77病日より練習環境や提示する課題を変更した。変更後の練習では姿勢の自己修正の促しは避け、短下肢装具や歩行車を用いてセラピストが姿勢修正を行い、麻痺側の筋活動を促通した。また、歩行場面での物品探しや軽スポーツ等、興味が持続する課題を選択した。それらの練習の結果、修正した姿勢を保持しながらの連続歩行が可能となり、歩行速度、連続歩行距離の向上がみられた。

【退院時評価】Br-stage 上肢V手指VI下肢III。左下肢の異常筋緊張、高次脳機能障害は若干の改善を認めるも著明な変化なし。屋内歩行は継手付きプラスチック短下肢装具、T字杖を使用し自立。10m歩行12.9秒22歩。連続歩行距離500m。

【考察】損傷部位に含まれる補足運動野は、順序立てた運動に関与するとされている。練習環境や課題を、姿勢を意識的に修正せずに遂行できるよう変化させたことが、本症例にとって効果的な練習となり歩行能力の向上に寄与したと考えられた。

O-10 車椅子での安全な離床に向けて ～症例の個別性を考慮した介入～

○藤永 祐人

IMS グループ 医療法人社団明芳会 新戸塚病院 リハビリテーション科

Keyword : レビー小体型認知症、抗重力活動、離床

【はじめに】 右内包～放線冠梗塞による左片麻痺を呈し、更に既往歴のレビー小体型認知症（以下 DLB）によりパーキンソン様の姿勢をとり、車椅子座位において矢状面での姿勢崩れにより介助を要した症例を担当した。本症例に対し、特徴的な体幹の姿勢パターンに加え治療効果の反映されやすい姿勢と環境を評価し介入する事で、車椅子座位が安定し離床へ繋げる事ができた為報告する。尚、本報告はヘルシンキ宣言に基づき説明し同意を得た。

【症例紹介】 80歳代女性。発症から1ヶ月半で当院へ転院。既往歴はDLB、左大腿骨頸部骨折。覚醒はJCS10～30。コミュニケーションは困難。高次脳機能は精査困難。入院時Br.stageは全て3。頸部伸筋、上肢屈筋、腹直筋、大腿直筋は過緊張。左腹部は低緊張。著明な円背が認められた。車椅子座位は、臀部の前方へのずれ落ちや体幹の前方への崩れが認められ、1分程度で介助を要した。ADLは全介助でB.Iは0点。

【経過・介入】 本症例の特徴として、視線や頸部の動きで姿勢が崩れ、覚醒が低下した際には姿勢の崩れが顕著であった。また、座位でふらついた際の体幹は固定的であった。しかし、頭部の安定性を確保した中では若干の姿勢保持が可能であり、体幹の伸展を促し易かった。以上の特徴を踏まえ介入した所、即時効果として5分程度の車椅子座位が可能となった。具体的な介入内容としては脊柱の可動域拡大と、座位での体幹長軸方向への伸展誘導、起立や立位での体幹抗重力筋の賦活を行った。介入姿勢は比較的覚醒の保たれる座位・立位とし、頭部の安定性を確保する事に注意した。介入1ヶ月半で車椅子座位保持時間が約30分となり、3食離床が可能となった。この時点でのJCSは3。B.Iは5点。

【考察】 座位や立位では体幹の抗重力活動が賦活され易いと報告されている。体幹の抗重力活動が乏しい上にパーキンソン様の姿勢を呈していた本症例に対し、抗重力活動が賦活され易い座位と立位を中心に介入した。その中で、頭部を安定させると体幹伸展を促し易いという症例の特徴に着目し介入した事が有効であったと考える。また、症例の特徴であった覚醒不良に対して考慮した事も今回の結果に寄与したと考えられる。このように、単純な離床や抗重力姿勢での介入を進めるのみでなく、症例の個別性を考慮した治療姿勢や環境を選択する事が必要であると考ええる。

O-11

治療肢位選択の重要性

～固定的な姿勢制御と努力的な起立動作の改善に向けて～

○渡部 真由

IMS グループ 医療法人社団明芳会 新戸塚病院 リハビリテーション科

Keyword：膝立ち、支持面、姿勢戦略

【はじめに】体幹の持続的な抗重力伸展が得られにくく、固定的な姿勢戦略となり、動作の自由度が低下している症例に対し、頭部－骨盤－膝の肢位と姿勢戦略に着目し、膝立ちで介入を行った結果、姿勢・動作での改善を認めた為報告する。本報告において患者及び家族に趣旨を説明し同意を得た。

【症例紹介】80歳代女性。脳梗塞発症後44病日で当院入院。左片麻痺。Br.stage5。118病日で座位は股関節外旋外転位、骨盤後傾、円背姿勢。体幹低緊張。起立離臀時、骨盤前傾へ切替えが得られず、上肢や頭部で推進力を得るも、重心は後方に残り離臀困難。立位でも股関節屈曲外旋外転、上半身は座位と同様の姿勢戦略となる。BI50点。

【治療仮説】体幹・股関節の可動域や筋力は比較的保たれていたが、座位・立位では頭部と臀部が重みで釣り合いを取り、後方への崩れを止める為、上肢・骨盤前傾筋による固定が姿勢保持に必要。脊柱・骨盤帯の抗重力伸展活動はあるも、持続性はない。頭部－骨盤－膝を鉛直線上に配列すると体幹伸展を保持可能であったが、座位は重心を低く後方へ位置させ骨盤後傾位となり易い。立位は重心を高く位置するも支持基底面が狭く難易度が高く上肢の固定が著明となった。そこで体幹の持続的な抗重力伸展活動が得られやすい難易度の治療肢位への変更の必要性を感じた。

【治療肢位の選択】膝立ちでは後方重心での姿勢制御を行う事は難しく、前方重心での姿勢戦略を経験できる。また座位よりも重心を高く保持する事が要求される姿勢で、上肢・骨盤の固定的な姿勢戦略から持続的な体幹・股関節の抗重力伸展活動への切替えを促し易い。上肢は前方支持物に置き徐々に不安定な物に変化させた。

【結果】介入直後座位で股関節外旋外転が改善、上肢・骨盤の動きに選択性が生じた。離臀時、骨盤前傾の出現と上肢努力軽減、立位で股関節伸展が生じ、上半身に戦略の変化を認めた。132病日 BI65点、146病日 BI80点(トイレ動作・移乗自立)。

【考察】膝立ちは頭部－骨盤－膝が鉛直線上の配列となり、体幹の抗重力伸展が得られ易く、骨盤前傾筋での姿勢固定からの解放が図れた。体幹の持続的な抗重力伸展を得る事で初めて骨盤の動きに選択性が生まれ、股関節伸展が得られた。支持面・重心・姿勢戦略の関係を考察し、治療肢位が姿勢制御に及ぼす影響に配慮し膝立ちに変更した事が座位・立位の姿勢制御に変化を与える一助となり、ADL 向上へ繋がったと考える。

O-12 BAD type の脳梗塞右片麻痺を呈した症例が車椅子移乗と座位獲得を目指すまでの過程

○大塚 篤也、右田 正澄、高橋 優子、小森 孝一、新井 隆
湘南東部総合病院

Keyword : BADtype、脳梗塞、pusher 現象

【演題】 BAD type の脳梗塞右片麻痺を呈した症例が車椅子移乗と座位獲得を目指すまでの過程。

【はじめに】 本症例は BADtype の脳梗塞を呈し、右片麻痺となった症例である。理学療法評価から麻痺側随意性低下、非麻痺側下肢筋力低下が認められ、これが基本動作の介助量増加となっている因子であると考えられる。介入当初は基本動作において協力動作が見られず、離床困難な状態であり、本症例の HOPE から、まずは起きて活動の幅を広げたいとのことから車椅子乗車を目指した。

また、本症例は非麻痺側上下肢による pusher 現象が阻害因子となっており、端座位、立位において支障をきたしているため、アプローチした経過を以下に報告する。

【方法】 車椅子乗車では初期評価から麻痺側下肢随意性低下、非麻痺側下肢筋力低下が原因として協力動作が得られないと考えた。そのため非麻痺側下肢は筋力訓練を中心に実施し、麻痺側においては KAFO を使用して立位訓練を実施した。これは麻痺側の促通と、抗重力刺激が網様体脊髄路を刺激することで、脊柱の抗重力伸筋活動が賦活され、体幹伸展機構を促しやすくすることを目的とした。

Pusher 現象のアプローチとして非麻痺側上下肢を active に動かす、鏡を使用した Body Image の修正、pusher 側の上下肢を床面に接地し、感覚入力を行った。

【説明と同意】 本症例に症例検討を行うことの説明を行い、ヘルシンキ宣言のもと同意を得た。

【結果】 麻痺側随意性向上、体幹・非麻痺側下肢筋力増加となり、協力動作を得る事が出来、初期評価時 FIM53 点から最終評価では FIM58 点となった。また pusher のアプローチの結果として初期評価時 SCP2.75 だったが、最終評価では SCP0.25 となり pusher は軽減され、座位保持遠位監視最大 20 分可能となった。

【考察】 本症例は BADtype の脳梗塞のため症状は進行しやすく、治療抵抗性のため進行を止められず予後は悪いとされている。入院直後の医師の所見から Br.sⅢとなっていたが、徐々に進行してしまい、リハ介入時には Br.s I まで低下してしまった。そのため症例の精神機能も低下してしまい、訓練に対して消極的となってしまった。その点に対してもアプローチをする事で今回の結果を得る事が出来たと考える。

O-13 寝返り練習を用いて静的座位・立位姿勢を修正し、歩行自立を獲得した一症例

○正道寺 早紀

医療法人五星会 新横浜リハビリテーション病院 リハビリテーション科

Keyword：寝返り、筋緊張、静的姿勢

【はじめに】右脳梗塞により左片麻痺を呈し、4点杖歩行時の左立脚中期に左後方への易転倒性を認めた症例を担当した。座位・立位における上部体幹・骨盤のアライメントに着目し、姿勢修正を目的に寝返り練習を実施した結果、筋緊張の変化により静的アライメントが改善し、屋内歩行自立を獲得したため報告する。尚、学会発表を行うにあたり本人に説明し、書面にて同意を得た。

【症例紹介】60歳代、男性。右アテローム血栓性脳梗塞を発症し、第38病日に当院に入院した。

【理学療法評価】運動麻痺はBr.stageにて左上肢・手指2、下肢4。MMTは右下肢4、腹筋群2。筋緊張は左僧帽筋上部線維、左菱形筋、腰背部筋群で亢進し、左前鋸筋、腹筋群、左臀筋群で低下を認めた。静的座位・立位姿勢は共通して左肩甲帯後退、体幹左後方回旋、骨盤後傾・左後方回旋を呈した。右側への寝返り動作は、体幹伸展・回旋パターンが生じ、左肩甲帯後退を認めた。4点杖歩行では左立脚中期において体幹・骨盤左後方回旋が増強し、左後方への易転倒性を認め介助を要した。

【治療介入】体幹屈曲・回旋パターンを用いた寝返り練習を両側に実施した。動作練習を行うにあたり、口頭指示にて頭頸部の屈曲・回旋を誘導し、上側上肢を把持して肩甲帯、上部体幹、下部体幹の回旋を誘導した。頻度は1日2回の介入時に約20分間、第50病日から第138病日まで毎日行い、可能な限り繰り返して実施した。

【結果】第138病日に、運動麻痺はBr.stageにて上肢3、下肢5、MMTは腹筋群3となった。筋緊張は、左僧帽筋上部線維、左菱形筋、腰背部筋群の亢進が軽減し、左前鋸筋、腹筋群、左臀筋群の低下が改善した。静的座位・立位姿勢は、左肩甲帯後退、体幹左後方回旋、骨盤後傾・左後方回旋が減少した。右側への寝返り動作は、体幹屈曲・回旋パターンを使用し、左肩甲帯後退は改善した。4点杖歩行は、左立脚中期において体幹・骨盤左後方回旋が減少し、前方への荷重が可能となり、屋内歩行自立を獲得した。

【考察】寝返り練習により体幹前面筋を促通したこと、及び腰背部筋群の筋緊張亢進を抑制したことで、静的座位・立位における上部体幹・骨盤アライメントが修正されたと考える。このことで、歩行時の左立脚中期の安定性が向上し、歩行自立の獲得に繋がったと考える。本症例を通して、寝返り練習が異常筋緊張による静的座位・立位姿勢の修正に対して効果的な治療法であったと考える。

O-14 左片麻痺症例の膝折れ改善 ～筋筋膜経線を利用した評価・治療～

○高木 武蔵

IMS グループ 医療法人社団明芳会 新戸塚病院 リハビリテーション科

Keyword：片麻痺、膝折れ、筋筋膜経線

【はじめに】脳梗塞により左片麻痺を呈し、左下肢の膝折れが著明な症例を担当した。臥位での左下肢の随意伸展は可能も、立位では伸展が困難であった。全身の筋緊張を精査した所、右上肢・体幹及び左股関節内転筋群の過緊張を認めた。そこで筋筋膜経線に着目し、連結のある右上肢まで含めた介入により膝折れが改善し移乗・歩行の介助量が軽減したため、ここに報告する。なお、報告にあたり症例に目的を説明し、同意を得た。

【症例紹介】70歳代男性。右中大脳動脈領域の梗塞により左片麻痺を呈す。発症後4週で当院へ転院。

【評価】発症後11週時点ではBrunnstrom stage 左上肢Ⅲ、手指Ⅱ、下肢Ⅲ。著明な可動域制限なし。感覚は表在・深部共に重度鈍麻。MMTは右下肢4、左下肢は臥位にて抵抗に抗した粗大な伸展が可能。立位は把持物を使用し保持可能も、徐々に左下肢が屈曲し修正に介助を要す。移乗・歩行時は膝折れ著明、短下肢装具装着下でも膝折れ残存。

【仮説】筋膜の連結がある右手指屈筋群・右大胸筋・右腹直筋・左股関節内転筋群にそれぞれ過緊張を認めた。これらの筋群の過緊張が、立位での左下肢伸展を妨げていると考えた。また、本症例は右上肢での把持を強く使用する傾向があり、右上肢の過緊張が連結を介し上記の筋群の更なる過緊張を誘発していると考えた。

【治療介入】上記の筋群をグループとして扱い、これらの筋に連続してリラクゼーションを実施。また立位訓練の環境として、右上肢の過緊張を伴う引き込みを防ぐため手すりを把持させず、T字杖を軽く把持させ実施した。

【結果】即時効果として、触診及び被動性にて、手指屈筋群と大胸筋へ介入した段階で、腹直筋・股関節内転筋群の過緊張が改善した。また介入直後の立位にて、左下肢屈曲が軽減し支持性が向上した。

2週間の介入後、訓練前から立位時の左下肢屈曲の軽減を認めた。また装具を使用せず、体幹の介助のみで膝折れなく移乗・杖歩行が可能となった。

【考察】今回筋筋膜経線に着目し、上肢を含めた筋群のリラクゼーションと強い把持を防ぐ環境設定にて膝折れの改善を認めた。このことから、下肢・体幹機能のみならず、上肢の使い方が筋膜の連結を介し、膝折れに影響することが示唆された。また、筋膜の連結は個体内でも左右差があると報告されている。そのため、連結があるとされている筋群の関係を、症例毎に実際の介入で評価した上で応用する必要があると考えられる。

0-15 右大腿骨転子部骨折を呈した患者の術後早期の疼痛改善に着目して ～ TENS と運動療法を用いたアプローチ～

○茂田 駿介、中原 亮

IMS グループ 東戸塚記念病院

Keyword：荷重率、疼痛、TENS

【はじめに】押川らは、大腿骨近位骨折の術後早期の患側荷重率が高値を示せば、歩行能力が高いと報告している。また、荷重率と疼痛の相関についても述べている。このことから、術後早期において、荷重率を向上させることが重要であると言える。荷重率を制限する因子の1つとして、術後早期における疼痛が挙げられ、これを抑制することが重要であると考えられる。今回、術後早期における疼痛の訴えが強い症例を経験した。その症例に対して、脊髄後角レベルでの疼痛閾値の向上を目的にストレッチを実施した。その後、ゲートコントロール理論を利用した TENS と運動療法を併用し、疼痛閾値内での運動を行うことで、筋ポンプ作用による発痛物質の循環を促し、疼痛の軽減、それに伴う荷重量の向上、歩行能力の向上を図ったので報告する。

【症例紹介】年齢：70代前半、性別：男性、受傷前 ADL：自立、受傷日に ORIF 施行、術後1日目よりリハ室にてリハ開始、3日目より平行棒内歩行開始、4日目より歩行器歩行開始。

【理学療法評価(術後2日目、術後9日目)】

- 疼痛 「初期」→ 中殿筋、外側広筋、大腿筋膜張筋、腸脛靭帯に荷重時痛。(NRS：7/10)
「最終」→ 疼痛部位に変化は認めなかった。(NRS：4/10)
- 筋緊張 「初期」→ 大腿筋膜張筋、大内転筋、外側広筋
「最終」→ 大腿筋膜張筋
- 安静時患側下肢荷重量 「初期」→ 8.5 kg、「最終」→ 28.5 kg
- 努力時患側下肢荷重量 「初期」→ 20.0 kg、「最終」→ 38.5 kg
- 歩行 「初期」→ 平行棒内歩行1往復見守りレベル
「最終」→ 歩行器歩行20m 見守りレベル

【説明と同意】症例患者に対して、ヘルシンキ宣言に則り説明と同意を得た。

【結果と考察】治療では、まず筋緊張亢進を認める筋に対し、ストレッチを実施した。ストレッチにより脊髄後角内での α 運動ニューロンの興奮低下がおり、局所の血流改善や ATP 産生が生じたと考えられ、その結果、筋弛緩が認められた。次に、術創部に対して TENS を実施することで、脊髄後角での興奮を抑制し、交感神経活動が減少したと考えられる。また、TENS と同時に座位にて股関節外転運動を実施することで疼痛閾値を超えない範囲での運動となり、筋ポンプ作用による循環改善が認められたと考える。その結果、疼痛が軽減して荷重量の増加につながったと考えられる。

【おわりに】上記アプローチにより、術後早期の疼痛が軽減し、患側への荷重率増加、歩行能力向上が得られたと考える。

O-16 人工股関節全置換術後に股関節可動域は改善するか

○横溝 直樹、関田 惇也、萩原 耕作、湯田 健二
海老名総合病院

Keyword：人工股関節全置換術、股関節可動域、術後経過

【背景】人工股関節全置換術（以下、THA）が施行された患者における可動域の変化に着目した場合、術後1年以降でも可動域の改善があると報告されているが、運動器疾患に対する理学療法の期間は150日間と定められており、術後150日以降の可動域の評価が十分に行えていないのが現状である。そこで、本研究の目的は、THA 後の患者における術後150日以降の可動域の変化を明らかにするため、術前から術後1年にかけての可動域の変化を検討することとした。

【方法】対象は変形性股関節症により THA が適応となった女性28名（年齢 65.7 ± 9.2 歳）とし、同意を得て行った。除外基準は両側 THA 施行者や再置換術施行者、整形外科的手術歴を有する者、中枢神経疾患またはその他神経筋疾患を有する者とした。測定時期は術前、術後3, 6ヶ月、1年とし、評価項目は股関節屈曲、伸展、外転、内転可動域とした。計測は日本整形外科学会の方法に準じて測定した。

統計学的解析に関しては、術前、3, 6ヶ月、1年のそれぞれの時期の間において、Wilcoxon の符号付順位和検定を用いて行った。有意水準は1%とした。

【結果】股関節屈曲可動域は術前($72.0^\circ \pm 18.0^\circ$)、3ヶ月($82.3^\circ \pm 13.3^\circ$)、6ヶ月($87.3^\circ \pm 13.2^\circ$)、1年($94.1^\circ \pm 12.4^\circ$)、伸展可動域は術前($-0.9^\circ \pm 4.5^\circ$)、3ヶ月($3.2^\circ \pm 3.9^\circ$)、6ヶ月($5.2^\circ \pm 3.5^\circ$)、1年($5.0^\circ \pm 3.6^\circ$)、外転可動域は術前($10.7^\circ \pm 5.4^\circ$)、3ヶ月($18.0^\circ \pm 6.9^\circ$)、6ヶ月($20.5^\circ \pm 6.9^\circ$)、1年($22.3^\circ \pm 6.0^\circ$)、内転可動域は術前($8.0^\circ \pm 3.1^\circ$)、3ヶ月($9.1^\circ \pm 2.4^\circ$)、6ヶ月($9.5^\circ \pm 2.8^\circ$)、1年($9.1^\circ \pm 2.4^\circ$)となった。屈曲可動域は全ての時期の間において有意に改善が認められた($p < 0.01$)。伸展と外転可動域は術前と3ヶ月、3ヶ月と6ヶ月において有意に改善を認めたが($p < 0.01$)、6ヶ月と1年では有意な改善を認めなかった($P \geq 0.01$)。内転可動域は全ての時期の間において有意な改善を認めなかった。

【考察】股関節内転可動域のみ術前後において改善を認めなかったが、屈曲、伸展、外転可動域は術前から6ヶ月において改善し、屈曲可動域に関しては6ヶ月から1年経過しても改善することが示された。本研究から、各可動域で改善の経過や程度が異なる結果が示されたが、その要因として術前の可動域制限、術後の介入期間などが挙げられるため、今後の課題としていきたい。

O-17 変形性股関節症患者における股関節の構造的変化と 大腿四頭筋の萎縮には関連があるか

○関田 惇也、横溝 直樹、萩原 耕作、湯田 健二
海老名総合病院

Keyword：変形性股関節症、大腿四頭筋、レントゲン

【背景】変形性股関節症(以下、股 OA)患者は病期の進行に伴い、関節変形に伴う外転筋のレバーアームの短縮を原因の一つとして、股関節外転筋筋力が有意に低下するとされている。一方、下肢の支持能力やバランス機能を反映するとされる膝関節伸展筋力に関しても、健側と比較して患側の低下を認めるとの報告がある。鐘司らは、股 OA 患者における膝関節伸展筋力と股関節外転筋力には正の相関があると述べており、股関節の構造的変化が、外転筋の筋力低下とそれに伴う大腿四頭筋の萎縮を生じさせている可能性が推察されるが、詳細は不明である。そこで、本研究の目的は、股 OA 患者における股関節の構造的変化として外転筋のレバーアームの短縮に着目し、大腿四頭筋の萎縮への関連性を明らかにすることとした。

【方法】対象は股 OA と診断された女性 28 名(年齢 65.7 ± 9.2 歳)とし、同意を得て行った。除外基準は整形外科的手術歴を有する者、中枢神経疾患を有する者とした。大腿四頭筋の萎縮の程度を評価するため、大腿周径(膝蓋骨上縁から 10cm)を計測し、患側/健側比を算出した。レントゲン評価は、放射線科技士により術前に撮影された正面画像を用い、患側の Sharp 角と CE 角、外転筋のレバーアームを評価する為、a/b 比(a: 大腿骨頭中心より恥骨結合中心を通る重心線への垂線の長さ、b: 大腿骨頭中心より股関節外転筋群の張力作用方向線への垂線の長さ)を計測した。a/b 比の計測方法は二ノ宮らの方法に従った。

統計学的解析として、レントゲンの各パラメーターと大腿周径患側/健側比との相関係数をそれぞれ算出した。有意水準は 5% とした。

【結果】大腿周径患側/健側比に対して、Sharp 角($p \geq 0.05$)は相関を認めず、CE 角($p < 0.05$, $r=0.47$)と a/b 比($p < 0.01$, $r=-0.57$)に関しては、相関を認めた。

【考察】Sharp 角は臼蓋の構造を評価するのに対し、CE 角は骨頭の側方移動の有無も評価するため、CE 角が減少している場合、臼蓋に対して骨頭が外側へ移動し、レバーアームが低下する可能性がある。a/b 比は数値が大きいほどレバーアームが小さくなる評価方法であり、大腿周径患側/健側比に関連した項目はともにレバーアームの短縮を示す項目であった。以上より、片側性股 OA 患者において、レバーアームの低下を伴うような構造的変化を生じている場合に大腿四頭筋の萎縮が生じやすい可能性が示唆された。

O-18 高安動脈炎を基礎疾患に有し、左人工股関節全置換術を施行した症例に対する理学療法

○三橋 拓¹⁾、井出 篤嗣¹⁾、森川 由季¹⁾、石田 由佳¹⁾、前野 里恵¹⁾、
高橋 素彦 (MD)²⁾

1) 横浜市立市民病院 リハビリテーション部

2) 同 リハビリテーション科

Keyword : 高安動脈炎、術後人工股関節全置換術、リスク管理

【はじめに】 高安動脈炎 (TA) は全身性の非特異的な大型血管炎で、大動脈と主要分枝の狭窄や閉塞、拡張により多彩な症状を呈し、重篤な合併症を引き起こす。国内登録者は約 5,000 人で、TA の理学療法 (PT) に関する報告は少ない。今回、TA を基礎疾患に有し、左人工股関節全置換術 (THA) を施行した症例の PT において、TA に対して配慮したリスク管理を中心に報告する。

発表に際し、説明と同意を得た。

【症例紹介】 50 歳代女性、BMI28.3。2002 年 TA 診断、ステロイド療法、両頸動脈バイパス術。2003 年大動脈弁置換術。2012 年両側大腿骨頭壊死。2014 年 X 日 THA 目的に当院入院、X+6 日 THA 施行。

術前は屋内伝い歩き、屋外 T 字杖歩行自立。活動の程度により倦怠感が残存し、翌日は臥床傾向。

【PT 経過】 X+8 日 PT 開始、安静時血圧 140/40 mmHg (膝窩動脈)、脈拍 80~90 回/分 (足背動脈整)、経皮的酸素飽和度 (SpO₂) 88~94%、車椅子乗車。X+9 日貧血 (Hb : 6.1 g/dl) にて輸血。X+20 日再度輸血 (Hb : 6.6 g/dl)。X+26 日 T 字杖歩行練習開始。X+31 日 T 字杖歩行自立。X+35 日自宅退院。

【介入時の注意点・対応】 主治医からの血圧指示は収縮期血圧 160 mmHg 以上で運動中止。PT ではさらに不整脈や貧血症状の出現、強い全身疲労感を指標として、特に離床や歩行開始時は十分に配慮した。PT 中に上記所見が出現した場合は十分な休息をとった後に再開し、自覚症状を確認しながら運動強度を調節した。

バイタルサインの確認は、両側橈骨動脈の触知が困難で、足背動脈で可能であったため、血圧測定は大腿用マンシェットを使用し、統一した肢位のもと膝窩動脈で行った。また、SpO₂ も足趾にて測定した。貧血は血液データを確認し、運動時の SpO₂ と自覚症状を評価した。また、PT 前後に全身倦怠感や下肢疲労感の有無を確認した。

PT アプローチは特に運動に伴う血圧上昇に配慮し、疼痛の軽減を目的に、患側股関節周囲のリラクゼーションと ROM 練習は入念に実施した。また、筋力強化練習や動作時は呼吸を意識するように指導し、動作練習では環境設定にも配慮した。

【考察】 TA の臨床症状や所見は多彩なため、それらに応じたアセスメントや PT 中の配慮が必要である。本症例は高度な両側頸動脈の狭窄と心疾患の既往を有する、重症度の高い TA といえる。THA 術後、TA のリスク管理の徹底に加えて、PT アプローチを工夫したことで、合併症を生じることなく自宅退院が可能となったと考えられる。

○井上 和也、吉岡 利江子、四宮 明宏、栗野 浩、田中 勇
社会医療法人社団 三思会 東名厚木病院 リハビリテーション科

Keyword：骨折、がん、栄養管理

【はじめに】大腿骨頸部骨折や癌は代謝量が亢進するため、低栄養に陥りやすいと報告されている。今回、左大腿骨頸部骨折に対して人工骨頭置換術を施行し、その後盲腸癌と診断された症例を担当した。盲腸癌切除術後の合併症を生じにくい身体機能獲得を目指し栄養管理と理学療法を展開したため考察と共に報告する。

【症例】80歳女性併存疾患はパーキンソン病 Hoehn-Yahr 重症度分類は Stage II。人工骨頭置換術翌日の評価は、身長159.4 cm 体重51 kg BMI20.1 kg/m² Alb2.7 g/dL CRP7.04 g/dL 握力15 kg 大腿周径(以下周径)右41.0 cm 左41.0 cm 起居動作・平行棒内歩行は軽介助で可能であり、FIM 運動項目は41点であった。

【経過】人工骨頭置換術後翌日から早期離床を目標に訓練を開始した。理学療法プログラムは関節可動域訓練、立位訓練、平行棒内歩行訓練とした。術後4週間目、血便の精査目的のため、大腸内視鏡検査が施行され盲腸癌と診断された。再評価の結果、体重44.2 kg 体重減少率13.3%/1ヶ月 BMI17.4 kg/m² Alb3.5 g/dL CRP1.88 g/dL PS3 握力5 kg 周径右38.0 cm 左37.0 cm 連続歩行距離は60 m であり、FIM 運動項目は60点となった。合併症を生じにくい身体機能獲得を目指し、目標を文献、ガイドラインより %VC40% 以上 %FEV1.0 50% 以上 FIM 運動項目60点以上 Alb3.5 g/dL 以上 PS 2と体重増加とした。プログラム内容として栄養面では摂取カロリーの増量、身体機能面ではデロームの漸増抵抗運動、階段昇降・床上動作訓練などのADL訓練、呼吸訓練、病棟内移動は歩行とした。術後7週間目、体重45.6 kg BMI17.9 kg/m² %VC55.3% %FEV1.0 78.3% Alb3.6 g/dL CRP0.37 g/dL PS2 握力10 kg 周径右39.0 cm 左37.0 cm 動作は階段昇降、床上動作が可能となり、連続歩行距離は180 m であった。FIM 運動項目68点となり、目標は達成された。回盲部切除術後は、合併症なく自宅退院となった。

【考察】代謝量が亢進した状態での積極的な訓練は筋力低下や筋萎縮・ADL低下を引き起こすことが改めて示唆された。栄養改善と代謝量を考慮した運動療法を行なうことは身体機能向上に必要であり、合併症を生じさせにくい身体機能獲得に有効であった。

右膝窩部痛を呈した症例への考察 ～歩行時の下腿の前方傾斜に着目して～

○鴨志田 幸葉、丸 洋平、佐藤 洋平

医療法人昌真会 おおぎや整形外科

Keyword：右膝窩部痛、上半身重心、下腿の前方傾斜

【はじめに】本症例は長時間の歩行で右膝窩部痛を呈しており、両変形性膝関節症と診断を受けた。立脚初期から荷重応答期にかけての下腿の過剰な前方傾斜の増加に着目し、膝関節及び脊柱からの介入によって症状の軽減が得られたため、以下に報告する。尚、報告するにあたり本症例には同意を得た。

【症例紹介】60代女性。1年前より長時間の歩行で右膝窩部痛、左大腿部後面の伸張感を感じていた。痛みが増強したため当院受診。両変形性膝関節症の診断を受け、理学療法開始となった。

【理学療法評価】疼痛に関して、右外側ハムストリング付着部に収縮痛と伸張痛があり歩行時痛の再現が得られた。歩行時のNRSは8/10であった。歩行では立脚初から荷重応答期にかけて下腿の過剰な前方傾斜がみられた。骨盤の前傾が強く胸腰椎は伸展位が継続されていた。立位姿勢では骨盤前傾、体幹の前方傾斜が強く、身体重心に対して上半身重心が前方に偏位しており、ハムストリングスの持続的収縮がみられた。ROM(左/右)は膝関節屈曲135°/130° 伸展-5°/-15° 股関節伸展10°/0°であった。また、大腿骨に対して下腿の後方すべりの可動性低下、胸腰椎の屈曲方向の可動性の低下がみられた。MMTでは大きな筋力低下はみられなかった。

【治療・経過】治療介入は週1回で期間は6週間。初期の介入は大腿骨に対する下腿の後方すべりの可動性の改善へ治療を行った。介入直後では膝関節伸展可動域の改善及び疼痛の軽減が得られるが、長期効果は乏しく、修正介入を行った。修正後は胸腰椎屈曲の可動性の改善を目的とした。

【結果】膝関節ROMは右-10°と可動域の改善、立位姿勢に大きな変化はみられなかったが、歩行時の立脚初から荷重応答期の下腿の前方傾斜の軽減、体幹前方傾斜・骨盤の前傾の軽減がみられた。NRSは0～1であった。

【考察】立位では上半身重心が前方に偏位し、ハムストリングスの持続的収縮がみられた。歩行では立脚初期から荷重応答期にかけて下腿の過剰な前方傾斜により、下腿の前方引出力が加わった結果、それを制御するために外側ハムストリングが過剰収縮を起こして疼痛が出現したと推察した。介入の結果、下腿の後方すべりの可動性の改善から下腿の前方傾斜の軽減がみられ、また上半身重心の後方移動が可能になったことで、外側ハムストリングの過剰収縮が軽減し、疼痛の消失に繋がったと考える。

目的を明確化することで訓練意欲が変容した症例 ～「痛くて曲げられない」から「痛いけど曲げたい」へ～

○兵頭 謙二

IMS グループ 医療法人社団明芳会 新戸塚病院 リハビリテーション科

Keyword：目標設定、痛み、価値観

【はじめに】 機能改善に理学療法は重要であるが、受け入れが消極的な患者は少なくない。意欲低下の原因は痛みや障害受容、動作困難等様々であるが、一般的に傾聴や負荷量の調整、手段の工夫等が対処法として用いられている。しかし、今回の症例は退院後の生活イメージが乏しく、動機づけに問題があった為、効果を得難かった。そこで具体的な目標設定を行ったことで、能力改善に繋がったので報告する。

本症例にはヘルシンキ宣言に沿って発表に関する説明を行い、同意を得た。

【症例紹介】 70歳代男性。2月に転倒し、右膝蓋骨粉碎骨折受傷。観血的整復固定術後に骨転移を認め、3月に再手術。2ヶ月を経て当院へ転院。入院時は右膝関節屈曲40°で皮膚の可動性なし。熱感・腫脹が認められるが、CRP0.02であった。疼痛はNRSで膝関節自他動屈曲時9/10。荷重時7/10。消炎鎮痛薬服薬中。

ADLは移乗監視で移動は車椅子、B.I 65点であった。

【介入と経過】 関節可動域練習・膝関節のコントロールを行い、即時効果が認められたが、痛みの訴えが強く「勘弁して下さい」等の発言があった。病棟では常に右膝関節を伸展固定し、動作時は免荷してしまうため、効果の持続に乏しかった。

そこで自宅退院する価値を見つめ直す機会を作り、「奥様との時間を大切にする・奥様と歩いて旅行に行く」という明確な目標を設定した。また、これらを達成するためにはどの機能が必要かを明示した。

目的を具体化したことで、即時効果として膝関節屈曲時NRS5/10に変化した。また「浴槽に入りたい・旅行に行きたい」等、具体的で前向きな発言が増えた。そこで「浴槽に入るには90°必要で、今の角度は0度です」と、必要な角度を提示し、情報共有を図った。

その後は膝関節のセルフケア・可動域・荷重練習にも積極性が認められ、2ヶ月でB.I 100点となり、NRS0/10で膝関節屈曲100°可能となった。また、退院後には奥様と肩を並べて旅行に行くことができた。

【考察】 構造的な変化は痛みを引き起こす為、症例の意識を減退させていると考えられた。また、症例の目標は元通りになる・膝を曲げる等曖昧であり、達成度やゴールが明確でなかった。

そこで価値観を明確にした上で目標設定を行った。これにより不安が解消され、下行性疼痛抑制系の働きにより痛みの軽減が起これ、目的を達成する為に膝の痛みに向き合うことができるようになり、症例の自発性を引き出したのではないかと考えられる。

O-22 左人工膝関節全置換術後、反対側の鷺足に疼痛が生じた症例 ～足部から膝関節へ伝達される運動に着目して～

○是枝 直毅、豊田 裕司、湯田 健二

社会医療法人ジャパンメディカルアライアンス 海老名総合病院

Keyword：変形性膝関節症、鷺足痛、後足部アライメント

【はじめに】本症例は左人工膝関節全置換術（以下、左TKA）施行後、3週間でT字杖にて退院された。退院後、歩行時に術側と反対側の右膝関節内側部、右鷺足に疼痛を訴えていた。疼痛発生機序を探る目的で評価を実施し、右後足部に原因があると仮説を立て介入したところ、右鷺足の疼痛軽減を認めたため報告する。

【説明と同意】ヘルシンキ宣言に基づき、症例に目的及び方法を十分に説明し同意を得た。

【症例紹介】80歳代女性。平成26年6月に左TKA施行、3週間の入院を経て退院。退院後1週頃より歩行時に右膝関節内側部と右鷺足の疼痛が出現。

【理学療法評価】疼痛評価：伸張時痛は縫工筋と薄筋、収縮時痛は縫工筋のみ。歩行時の右荷重応答期（以下、右LR）に右膝関節内側部と鷺足に疼痛（NRS7/10）。関節機能評価：右膝関節伸展 -5° 屈曲 125° 、右膝関節内反動揺あり。右LR時の膝関節内反角度： 193° 足部-下腿機能評価（立位）：右踵骨 5° 内反位、右下腿 7° 外側傾斜。触診：右足底腱膜、右後脛骨筋に硬さあり。歩行分析（前額面）：右LRにおいて右下腿外側傾斜増加、立脚側への骨盤側方移動減少、体幹右側屈あり。

【方法】効果判定：介入前後で立位時の踵骨内外反角度と下腿外側傾斜角度、右LRの右膝関節内反角度を測定した。また、右LRにおける鷺足の疼痛はNRSを用いて評価した。

【仮説】右LRに右踵骨内反位、距骨下関節回外位であり、脛骨外旋位となるため、下腿外側傾斜が起こると思われる。その結果、右膝関節の外旋ストレスに縫工筋と薄筋が拮抗し、鷺足に疼痛が出現していると考えた。

【治療アプローチ】右後足部の内反に対して、右後脛骨筋と右足底腱膜の伸張性改善、右踵骨の外反徒手誘導。脛骨の外旋に対して、右膝関節内旋可動域の促通と荷重位での脛骨内旋誘導を実施。

【結果】右踵骨内反角度（立位）： $5^{\circ} \rightarrow 2^{\circ}$ 。右下腿外側傾斜角度（立位）： $7^{\circ} \rightarrow 5^{\circ}$ 。右膝関節内反角度（右LR）： $193^{\circ} \rightarrow 187^{\circ}$ 。鷺足疼痛（右LR）： $7/10 \rightarrow 3/10$ 。

【考察】治療アプローチとして右踵骨を外反誘導した結果、右LRにおいて右膝関節内反角度が減少し、右鷺足の疼痛が軽減した。立位においても、右踵骨内反角度と右下腿外側傾斜角度が減少しており、距骨下関節の回内が誘導されたと思われる。そのため、右LR時に脛骨が内旋誘導され、右下腿外側傾斜角度が減少した結果、縫工筋と薄筋の収縮が低下し、鷺足の疼痛が軽減したと考える。

○岩村 元気、豊田 裕司、湯田 健二

社会医療法人 ジャパンメディカルアライアンス 海老名総合病院

Keyword : double knee action、大腿外側部痛、人工膝関節全置換術

【はじめに】右人工膝関節全置換術(以下、右TKA)後、歩行時の double knee action が破綻し、膝折れ感、歩行後の右大腿外側部痛を訴えた患者を担当した。筋の協調的な活動に問題があると仮説を立てアプローチした結果、疼痛の軽減と跛行の改善を認めたため報告する。

【症例紹介】60代女性。平成19年他院にて左TKA施行。当院にて平成25年頸椎椎弓形成術施行、平成26年9月右TKAを施行。術後1週から歩行練習を開始したが、歩行後に右大腿外側部痛出現。主訴は膝折れ感、右大腿外側部痛であった。

【説明と同意】ヘルシンキ宣言に基づき、目的および方法を説明し同意を得た。

【評価】ROM(右/左):膝関節屈曲($100^{\circ}/120^{\circ}$)。MMT(右/左):大腿四頭筋(4/5)、大殿筋(4/5)。疼痛:歩行後、右大腿外側部に出現。ober test 陽性で大腿筋膜張筋に圧痛を認めた。下肢伸展動作(背臥位):踵部に抵抗をかけて下肢伸展を行った際、膝の動揺が観察された。歩行:初期接地(以下、IC)と荷重応答期(以下、LR)は膝関節屈曲 0° 。また、前遊脚期(以下、Psw)は膝関節屈曲 20° であった。表面筋電図:対象筋として歩行時の大腿筋膜張筋を計測した。

【仮説】本症例の歩行は、立脚初期に膝関節伸展位を呈した跛行であったが、これは大殿筋と大腿四頭筋の協調的な筋活動不全であると考えた。そのため、膝関節屈曲の制動が困難であり、主訴である膝折れ感が出現したと考える。また、膝関節伸展保持機能のある大腿筋膜張筋が腸脛靭帯と共同的に立脚期全般で働き、大腿外側部痛が出現したと考えた。

【治療アプローチ】下肢屈曲位から踵部に徒手抵抗を加え、下肢伸展運動にて大殿筋、大腿四頭筋の協調的な筋活動を促通した。

【結果】疼痛:大腿外側部痛軽減。下肢伸展動作:膝の動揺が消失し、直線上の運動を確認。歩行:歩幅の拡大を認めた。膝関節屈曲角度はIC $0^{\circ} \rightarrow 5^{\circ}$ 、LR $0^{\circ} \rightarrow 10^{\circ}$ 、Psw $20^{\circ} \rightarrow 30^{\circ}$ であった。表面筋電図:大腿筋膜張筋の活動量の軽減を認めた。

【考察】アプローチ後、歩幅ならびにIC、LR、Pswでの膝関節屈曲角度の増大による double knee action の獲得および、筋電図より、大腿筋膜張筋の活動量軽減を認めた。これは、大殿筋と大腿四頭筋の協調的な筋活動が可能となり、立脚期での膝関節屈曲の制動が可能となったためだと考える。そのため、主訴である膝折れ感や大腿外側部痛の軽減も図れたと思われる。

内側開大型高位脛骨骨切り術後1年までの 経時的な除痛予後の調査、および関連のある術前因子について

○近藤 淳、永塚 信代、糟谷 紗織、雲谷 夏美、井上 宜充

地域医療振興協会 横須賀市立市民病院 リハビリテーション療法科

Keyword：高位脛骨骨切り術、疼痛、変形性膝関節症

【目的】 変形性膝関節症の外科的治療法に内側開大型高位脛骨骨切り術(OWHTO)がある。今回、OWHTOの経時的な除痛予後を調査し、関連する術前因子を明らかにすることで、除痛予後予測と理学療法に反映したいと考えた。

【方法】 対象は片側にOWHTOを行った40例(男性9例、女性31例)40膝であった。疼痛はKOOSの中の疼痛の下位尺度(KP)を術前・術後1・3・6・12ヶ月で調査し(KPPre・KP1・KP3・KP6・KP12)、各時期の差の検定に多重比較検定(Holm法)を使用した。OWHTOによる除痛効果の指標として術後各時期のKPから術前KPを引いた術前差を算出した(KP1術前差・KP3術前差・KP6術前差・KP12術前差)。除痛効果と相関を検討した術前因子は、年齢・体重・BMI・膝関節可動域(ROM)・膝関節伸展筋力・大腿脛骨角(FTA)とした。術前因子と各KP術前差との相関の検討はSpearman順位相関係数検定を使用した($p < 0.05$)。

【説明と同意】 本研究は当院倫理委員会の承認を得た(承認番号：第24-28号)。ヘルシンキ宣言に則り実施した。全ての対象に倫理的配慮をし、文書で説明し同意を得た。

【結果】 測定結果の中央値(四分位範囲)は以下の通り。各時期のKPはKPPreが52.78(42.36-63.89)、KP1が55.56(40.28-63.89)、KP3が66.67(58.33-79.86)、KP6が77.78(63.89-88.89)、KP12が86.11(72.22-93.75)であった。術前因子は年齢が66.5(62.25-71)歳、体重が56.9(53.5-67.16)kg、BMIが24.53(23.07-26.98)、伸展ROMが0(-3.75-0)°、屈曲ROMが140(135-145)°、伸展筋力が1.14(0.99-1.46)N・m/kg、FTAが181(178-183)°であった。

各KPの差の検定に関してKPPreとKP1以外の全ての時期に有意差を認めた。術前因子と各KP術前差との相関検定は、術前年齢とKP1術前差($P < 0.05$)・KP3術前差($p < 0.01$)、術前伸展ROMとKP6術前差($p < 0.05$)・KP12術前差($p < 0.01$)に相関が認められた。

【考察】 OWHTO術後24ヶ月まで機能回復したと報告があり、術後12ヶ月では回復途中であり継続的に除痛効果が認められたと考えた。術後1・3ヶ月での除痛効果と年齢の相関は、骨切り部癒合に年齢が関与したと考えた。術後6・12ヶ月での除痛効果と伸展ROMの相関は、残存する伸展ROM制限による膝蓋大腿関節痛が関与していると考えた。

【まとめ】 OWHTO術後3ヶ月から12ヶ月まで継続的に疼痛が改善していた。術後1・3ヶ月での除痛効果と術前の年齢、術後6・12ヶ月での除痛効果と術前伸展ROMに相関があった。

O-25 右高位脛骨骨切り術を施行し早期退院を得られた症例 ～立位アライメント、荷重ラインに着目して～

○福田 勇人、田村 拓也、小方 優帆

公益社団法人地域医療振興協会 横須賀市立うわまち病院

Keyword：内側開大式高位脛骨骨切り術、疼痛、立位アライメント

【はじめに】内側開大式高位脛骨骨切り術（以下 OWHTO）は内反変形した膝関節を外反位に矯正し、膝関節内側への荷重を分散させ疼痛を軽減する手術である。当院の OWHTO プロトコルは術後1週で1/2部分荷重、術後2週より可及的全荷重へ進め、術後3～4週で退院となる。今回、右 OWHTO を施行した症例の右立脚期の立位アライメントと荷重ラインに着目し理学療法を施行した結果、早期退院に繋がる経験をしたためここに報告する。

【症例紹介】60代女性。平成26年1月より右膝の疼痛が生じ、7月に右 OWHTO を施行された。術前評価では、右膝関節可動域 $0^{\circ} \sim 140^{\circ}$ 、FTA 186° 、右膝関節裂隙部にNRS3～4/10の疼痛あり。徒手筋力検査法で右膝関節屈曲・伸展共に5レベル、独歩自立、10m 歩行5.62秒であった。

【理学療法経過】術後2日目より理学療法介入開始。2日目より患側非荷重にて平行棒内歩行訓練開始。7日目より1/2部分荷重にてピックアップ歩行器歩行自立。14日目より可及的全荷重にてT字杖歩行自立となったが、右鷲足部にNRS3/10の疼痛あり。10m 歩行9.81秒であった。そこで疼痛軽減、歩行能力向上を目的に右膝関節外反モーメントが軽減するような体幹・骨盤・膝・足部の立位アライメントの修正をハンドリング及びフィードバックにより行い、右下肢への重心移動訓練、歩行時の足部の接地位置訓練を施行した。16日目に疼痛消失し、独歩自立。18日目に退院となった。退院時、右膝関節可動域 $0^{\circ} \sim 155^{\circ}$ 、FTA 173° 、徒手筋力検査法で右膝関節屈曲・伸展共に5レベル、10m 歩行6秒であった。

【考察】右 OWHTO 施行により、右変形性膝関節症による膝関節の変形は修正され、右立脚期の荷重ラインが内側になったが足部の外側接地は不変であった。そのため、右膝関節に外反モーメントのストレスが加わったことで右鷲足部に疼痛が出現し、右下肢への重心移動が困難になっていたのではないかと考えた。そこで、立位アライメントの修正、右下肢への重心移動訓練、歩行時の足部の接地位置訓練を施行した。その結果、立位アライメント・荷重ラインが変化したことで右膝関節の外反モーメントが減少し、疼痛消失、歩行能力の向上に繋がったのではないかと考えた。

【おわりに】本症例の経験より OWHTO の理学療法を施行するにあたり、習慣性歩行の改善、立位アライメントへのアプローチ、膝関節のみならず全身のアライメントを評価する必要性を改めて再確認した。

O-26 インソールの処方により立位姿勢、toe-in 歩行に改善がみられた症例

○磯崎 直道¹⁾、橘 幸子¹⁾、川端 薫¹⁾、内川 友義 (MD)²⁾

1) 内川整形外科医院リハビリテーション科

2) 内川整形外科医院

Keyword：インソール、立位姿勢、歩容

【はじめに】今回、左側 toe-in 歩行を呈した症例に対し、家族主訴である「まっすぐな歩行」の獲得を目標とし、運動学習の維持困難であることからインソールを処方した。その結果、立位姿勢、歩容に良好な反応を得られたため、以下に報告する。

【説明と同意】保護者に本症例報告の目的を説明し、発表に対する同意を得た。

【症例紹介】16歳女性。診断名：発達遅延、内転歩行。家族主訴はまっすぐな歩行の獲得。

【理学療法評価】静止立位アライメントは矢状面上で胸椎後弯消失。水平面上で左肩甲帯後方回旋位、左骨盤前傾位。前額面上で左肩甲骨拳上位、左骨盤下制位。歩行動作では踵接地後に左側 toe-in の出現。左踵接地期～荷重応答期で体重の早期前方移動、下腿の前傾。蹴り出しは小趾側。

【介入】左足に2mm踵高パット挿入。

【結果】静止立位アライメントは前額面上で左肩甲骨下制、左骨盤拳上。水平面上で左肩甲帯前方回旋、左骨盤後傾。歩行動作では左踵接地期～荷重応答期で体重前方移動の遅延、左下腿前傾の遅延。左側 toe-in の改善。

【考察】静止立位アライメントの評価から下肢では股関節内旋、足部内反の運動連鎖が生じ、前方重心で姿勢を維持していた。歩行においても踵接地期～荷重応答期にて踵への十分な荷重を行うことが出来ずに代償として体重の早期前方移動、下腿前傾、左骨盤前傾、股関節内旋、足部内反がえしを行い、足趾屈筋群を過活動させることで立脚期のバランスを保持していた。その要因として静止立位、左踵接地期～荷重応答期で同様の姿勢反応がみられることから静止立位でも重心が前方に偏った不安定な状態になっていることでの反応だと考え、踵高パットを挿入した。その結果、三平面上での静止アライメントが改善した。このことから踵高パットを処方したことで荷重位での重心の安定化が図れ、静止立位、踵接地後の歩容に改善がみられたと考えられる。

O-27 円滑な立ち上がり動作獲得を目指した胸椎圧迫骨折の症例 ～体幹・骨盤前傾誘導による重心前方移動に着目～

○市川 理香子、間宮 智行

IMS グループ 東戸塚記念病院

Keyword：立ち上がり動作、骨盤前傾、慣性力

【はじめに】本症例は、立ち上がり動作の屈曲相で骨盤・体幹の前傾が不十分であり、円滑な立ち上がり動作が困難となっていた。そこで、骨盤および体幹前傾運動に対してアプローチしたところ、良好な結果が得られたため、ここに報告する。

【説明と同意】症例発表に際し、本症例に対してヘルシンキ宣言に則り説明し、同意を得た。

【患者情報】[年齢] 70歳代。 [性別] 男性。 [診断名] 第12胸椎圧迫骨折。

【現病歴】6/21台から転落して受傷。6/24理学療法介入開始。

【病前生活】ADL 自立、独歩自立。 [画像所見] 第12胸椎に骨折が認められる。

【理学療法評価】

【姿勢観察】座位：腰椎過前弯、体幹伸展位、後方重心。立位：腰椎過前弯、体幹伸展位。

【立ち上がり動作】屈曲相～殿部離床までの骨盤・体幹の前傾が不十分。殿部離床後の伸展相で身体重心の上方移動が努力性となっており時間がかかる。

【ROM】両股関節屈曲110°、内旋40°、両足関節背屈15°。

【MMT】両股関節屈曲5/5、伸展5/5、両膝関節伸展5/5。

【筋緊張】脊柱起立筋群亢進、ハムストリングス亢進。

【疼痛】骨折部周囲体動時痛、脊柱起立筋群収縮時痛。

【主要な問題点】

#1. 脊柱起立筋群の収縮時痛

#2. ハムストリングスの筋緊張亢進

#3. 立ち上がり動作時骨盤前傾運動不十分

【治療プログラム】1) ストレッチ(ハムストリングス) 2) リラクゼーション(脊柱起立筋)
3) 腹横筋トレーニング 4) 骨盤前傾練習 5) 立ち上がり練習

【結果】介入後の立ち上がり動作では、骨盤前傾により殿部離床までの重心前方移動が可能となった。また、殿部離床から終了肢位までに要した時間が介入前は9秒であったのに対し、2秒となり、伸展相での大幅な時間の短縮が認められた。さらに、上肢支持なしでの重心上方移動が可能となった。

【考察】本症例の骨盤前傾運動の阻害因子として、脊柱起立筋群の収縮時痛、脊柱の安定性低下、ハムストリングスの筋緊張亢進が考えられた。これらに対してアプローチし、骨盤・体幹前傾運動練習および立ち上がり動作練習を行ったところ、円滑な立ち上がり動作を獲得した。これは、屈曲相～殿部離床までの骨盤前傾運動が可能となったことで、円滑な重心移動および慣性の利用が可能となり、伸展相での大腿四頭筋への負担が軽減したためであると考えられる。

O-28 前額面上での上部胸椎の傾きが肩関節屈曲動作に及ぼす影響

○磯野 浩之

IMS グループ 医療法人社団 明芳会 横浜新都市脳神経外科病院

Keyword：一側上肢挙上、上部胸椎の傾き、下部胸椎

【はじめに】肩甲骨は胸郭と機能的な関節であり体幹の機能やアライメントに大きく影響を受けることが考えられる。臨床において胸椎の前額面上の傾きを有する患者に対し胸椎へのアプローチを行う事で肩関節の可動域が改善することを経験する。上肢挙上時の脊柱屈曲伸展運動や回旋運動との関係についての先行研究は多い。上肢挙上時の前額面上での胸椎の傾きとの関係は明らかにされていない。本研究は前額面上での上部胸椎の傾きが一側上肢挙上に及ぼす影響について検討した。

【対象と方法】対象は健常男性10名20肩とした。端座位にて足関節、膝関節90°とし両上肢下垂位(以下0°)と一側肩関節屈曲動作30°60°90°120°150°の6肢位とした。肩峰、両上後腸骨棘(以下 PSIS)、第1・7・12胸椎棘突起(以下 T1・7・12)にマーカーを貼付し、デジタルビデオカメラにて撮影した。画像より ImageJ を用いて上部胸椎の傾き(T1・7を結ぶ線と両 PSIS を結ぶ線のなす角)、下部胸椎の傾き(T7・12を結ぶ線と両 PSIS を結ぶ線のなす角)、胸椎後弯角度(T1・7を結んだ線と T7 と T12 を結んだ線のなす度)を計測した。前額面上での上部胸椎の傾きは傾きがある方が傾き側、対側を逆側とした。骨盤に対する垂直線を基準値とし垂直に近づくと(-)、遠ざかると(+)とした。

【説明と同意】被験者にはヘルシンキ宣言に則り書面と口頭にて説明を行い、同意を得た。

【結果】10名中上部胸椎の傾きが右のものが9名、左が1名であった。傾き側上部胸椎では0°から全ての区間で減少傾向を示した。一方、逆側では増加傾向を示した。上部胸椎では傾き側、逆側ともに上肢挙上側と対側に変化する傾向を示した。傾き側下部胸椎では0°から120°の区間で増加傾向を示し、0°から150°の区間では減少傾向を示した。逆側の下部胸椎では0°から120°の区間で減少傾向を示し、0°から150°の区間では増加傾向を示した。

【考察】一側上肢挙上動作時の傾き側、逆側ともに上部胸椎の移動方向とは対側に下部胸椎が移動する傾向を示した。これは上部胸椎が傾いていくのに対し、下部胸椎が対側に傾くことで胸郭の拡がりを作っているものと考えられる。一側上肢挙上時において上部胸椎の傾きは必要な要素の一つであると考えられた。

O-29 訪問リハビリテーションにおける上肢機能評価 ～麻痺側上肢の使用頻度と動作の質に着目して～

○齋藤 毅浩¹⁾²⁾、加藤 知子¹⁾²⁾、中野 るりあ¹⁾²⁾、土岐 哲也¹⁾²⁾、寺内 知香¹⁾²⁾、
山岡 洸¹⁾²⁾、藤本 義道¹⁾²⁾

1)医療法人 佐藤病院 さとう病院訪問看護ステーション

2)同 リハビリテーション科

Keyword：訪問リハビリテーション、MAL、生活期

【はじめに】生活期にある片麻痺者の多くは、麻痺側上肢を適切に使用していることが少なく、生活での能力障害が改善されていない事が多い。今回、訪問リハビリテーション(以下、訪問リハ)で、日常生活における麻痺側上肢の使用状況の評価法である Motor Activity Log(以下、MAL)を用いて、麻痺側上肢の使用頻度(Amount Of Use:以下、AOU)、動作の質(Quality Of Movement:以下、QOM)の評価を1年間行い、改善が得られたので報告する。

【症例紹介】50歳代、男性。診断名：左被殻出血。障害名：右片麻痺。利き手：右。説明と同意：対象者に対し、本発表の趣旨を文書と口頭にて説明し、同意を得た。

【MAL 導入経緯】要介護度は2。訪問リハ開始から3年が経過。Brunnstrom recovery stageは上肢Ⅲ→Ⅵ、手指Ⅲ→Ⅵ、下肢Ⅳ→Ⅵへと向上。機能的自立度評価表(Functional Independence Measure:以下、FIM)も119点→126点となり、身体機能の回復が得られていた。しかし、日常生活は非麻痺側上肢に依存していたため、MALの導入に至った。

【介入方法】30の日常生活動作項目で構成されたMALを用いて、麻痺側上肢のAOU・QOMを各項目5点満点で評価を行った。各々を、該当した項目の合計点数を該当項目数で割った平均点を最終得点とする。

【結果】MAL導入時のAOUは1.75点、QOMは2.73点であった。導入1年後のAOUは3.75点、QOMは4点で、AOU及びQOMの改善が得られた。

【考察】生活期にある片麻痺者の多くは、麻痺側上肢を生活で使用していることが少ない。その上肢評価を訪問リハで行う場合、簡易上肢機能検査など特殊な道具を用いる検査は、準備や環境などの点から在宅で行うことは難しい。また、FIMは非麻痺側上肢で動作を代償することが可能で、麻痺側上肢の回復を評価することは難しい。これらとは異なり今回用いたMALは、日常生活動作を具体的に提示しているため動作のイメージが行いやすく、対象者の主観を客観的に捉えることが可能である。先行研究では、簡易上肢機能検査と有意な相関が得られており、上肢機能評価の妥当性が得られている。つまり、生活期にある片麻痺者の能力障害を、MALによって数値化することが可能になり、客観的な指標となりうる。これらから、対象者と目標の共有、回復意欲の向上などの効果が期待できる。更に、継続的な評価によって、訪問リハの効果判定として用いることができる可能性が示唆された。

在宅要介護高齢者に対する訪問理学療法の実験 ～対象者の背景因子を考慮しながら介入した一症例～

○新井 健司¹⁾、齋藤 崇志¹⁾、大森 祐三子²⁾、大森 豊¹⁾

1) 訪問看護リハビリテーションネットワーク

2) 訪問看護リハビリテーション麻生

Keyword：訪問理学療法、日常生活活動能力、要介護高齢者

【はじめに】在宅要介護高齢者の生活機能は、国際生活機能分類における環境因子や個人因子から影響を受ける。これらの背景因子は時間経過と共に変化する。今回、背景因子を考慮しながら訪問理学療法（訪問PT）を行った在宅要介護高齢者の一症例を報告する。

【症例紹介】症例は74歳の男性（身長160cm、体重52kg）で、エレベーター（EV）のない公営住宅の4階で妻と暮らしていた。診断名は脊椎腫瘍、病院で腫瘍摘出術後、約3週間の急性期リハビリテーションを受けた後に自宅退院した。退院直後から訪問PTが開始され、開始時の理学療法評価では、著明な麻痺はなく、廃用性と考えられる下肢筋力低下があった。歩行と階段昇降は不可能で、車椅子への移乗は妻の介助が必要であった。

【方法】Barthel index (BI) と等尺性膝伸展筋力体重比（膝筋力）の測定を行った。訪問PT開始時の評価をE0、1年後をE1、2年後をE2とし、E0とE1の間を期間A、E1とE2の間を期間B、E2以降を期間Cとした。倫理的配慮として、臨床データを発表に用いる旨を本症例に説明し同意を得た。

【経過】E0のBIが45点、膝筋力（右/左）が16.9/16.2%であった。症例は外出に対して消極的であり、またEVがなく外出困難であった。期間Aでは自宅内生活の確立が課題となり、訪問PTで車椅子関連動作の自立を目標とし筋力増強運動と環境整備を行った。E1のBIが75点、膝筋力が39.5/37.5%となり、妻と自宅近隣の散歩が可能と考えられた。期間Bの途中、公営住宅1階へ転居することになり、他者と交流し外出意欲を高める目的でデイケアが開始された。また、訪問PTで屋外歩行練習を実施し妻との散歩を促したが実行しなかった。E2のBIは100点、膝筋力は55.8/50.9%であった。期間Cで、症例はデイケアで知り合った友人宅への訪問を希望した。訪問PTで歩行距離を延長する屋外歩行練習を実施した結果、妻と友人宅を訪れることが可能となった。

【考察】2年以上を要したが、転居や外出に対する意向の変化といった背景因子に考慮した訪問PTにより、本症例は妻と共に友人宅を訪れることが可能となった。社会参加を促すためには、機能障害の改善のみならず精神的要素など様々な因子が関与していることが理解できた。このような方に関しては、早期より社会参加を促す方向へのアプローチが適切なのか、時間をかけてでも本人の意向が上向きになるのを待つべきなのかは今後の検討課題であると考えた。

O-31 理学療法士が排泄介助拒否の強い症例に対し日常生活へ介入した一例

○松本 和、上杉 睦、園 英則、伊藤 はるえ、前田 晃希
医療法人社団善仁会 介護老人保健施設ハートフル瀬谷

Keyword：認知症、BPSD、日常生活

【はじめに・目的】認知症患者の行動心理学的症候（以下 BPSD）は介護負担だけでなく、リハビリの効率・効果にも影響を及ぼす。介助拒否の場合、過介助になり行動を抑制すると拒否は悪化するため適切な介助方法の検討が必要である。そこで、排泄介助の拒否がある症例に対し、歩行状態の評価を中心に介助方法を多職種と検討したので報告する。

【対象・方法】対象は認知症患者1名（80歳代女性、要介護3、既往歴：認知症、高血圧、糖尿病、右大腿骨頸部骨折）。自宅トイレにて転倒し右恥坐骨骨折を受傷。4ヵ月間入院し当施設入所。入院中に排泄の介助拒否があり、当施設でも介助拒否を認めた。施設内は車いす移動だが、職員がいつでも支えられる環境にあれば介助なくトイレ内動作や伝え歩きは可能であった。しかし、介助場面では拒否があり複数の職員が介助し過介助になっていた。そこで訓練室ではなく実際に生活している環境で介入を開始。歩行やトイレ内動作を中心とした内容を実施し、介護職員へ介助量の伝達を行い近位監視での介助を検討した。評価項目はMMSE、HDS-R、DBD、NM スケール、N-ADL、FIM を入所時と入所1ヵ月後で経過を確認。また、カルテ記録より BPSD の経過を調査した。

【倫理的配慮】個人情報取り扱いはヘルシンキ宣言及び臨床研究に関する倫理指針を順守し、対象者及び家族へ説明と同意を得て実施した。

【結果】MMSE は入所時2点が1ヵ月後に3点、HDS-R は変化がなかった。DBD は入所時26点が20点。NM スケールは11点が12点。N-ADL は17点が23点、FIM は総得点41点（運動項目32点、認知項目9点）が57点（運動項目48点、認知項目9点）であった。入所から時間経過に伴い介助拒否は減少し1ヵ月後には概ね無くなり、近位監視で動作を行った。

【考察】BPSD は時間経過に伴い減少したが、その間は積極的な運動療法が困難であった。しかし、理学療法士が生活場面に入り歩行評価、動作分析による介助量の設定を行い、早期より多職種と協働し適切な介助方法、介助量の検討が行えた。そのため認知機能の改善は十分に得られなかったがADLの向上が図れた。訓練室での1対1の介入だけではなく、実際の生活場面、介護場面へ理学療法士が介入し生活全体へのリハビリをマネジメントしていくことも重要である。

【まとめ】BPSD が著明な症例に対しては、時間経過とともに症状の改善を待つだけでなく、早期の適切な評価により介入できる方法を検討し、生活場面への介入及び多職種との連携が重要である。

O-32 リハビリテーション介入と入院患者の転倒との関連について

○林 賢治、竹内 晃雄、重枝 利佳、藤田 千穂、池田 正孝、吉田 朱里、
藤井 伸行
三浦市立病院

Keyword：転倒、リハビリテーション、排泄動作

【はじめに・目的】 当院は3病棟ある中でリハビリテーション（以下リハビリ）を積極的に行う病棟（以下リハビリ病棟）での転倒が多い。またリハビリスタッフが平成25年度に5人から15人に増員し、リハビリ介入患者が増加している。先行研究より、鈴木らはリハビリ介入による運動機能回復に伴い、転倒リスクが増加すると報告していること。よって、リハビリ病棟ではリハビリ介入に伴う活動性向上により、転倒リスクが高いと考えられる。そのため、リハビリ介入と転倒の関連について調査し、転倒予防策の考案を目的に本研究を行った。

【対象・方法】 対象期間は平成25年4月1日から平成26年3月31日までとし、その期間に報告されたインシデントレポート58例から、カルテ・レポートからリハビリ介入有無、入院から転倒までの日数、リハビリ開始から転倒までの日数、転倒時行動、トイレ種類、転倒発生時間帯、服薬状況を抽出した。

【倫理的配慮】 本研究はヘルシンキ宣言に基づき、平成25年度のカルテ、転倒サマリーから個人が特定できないように上記情報を抽出した。

【結果】 インシデントレポート58例の年齢は 82.8 ± 8.3 歳であった。リハビリ介入群は57%、非介入群は43%であり、病棟別転倒数はリハビリ病棟（59%）が最も多かった。入院から転倒までの日数は介入群で 42.7 ± 31.2 日、非介入群で 25.2 ± 51.1 日であり、介入群のリハビリ開始から転倒までの日数は 36.9 ± 29.6 日であった。転倒時行動は排泄（34%）が多く、種類は病室トイレ（48%）が多かった。転倒発生時間帯は14～15時台（19%）、20～22時台（22%）が多かった。服薬は降圧利尿剤（22%）、眠剤・下剤（16%）が多かった。

【考察】 結果より、リハビリ病棟では転倒が多く、リハビリ経過に伴い転倒件数が増えている。その原因として、リハビリ介入に伴う活動レベル移行期の身体能力と患者が認識している身体能力とのずれが考えられる。本調査では食後の時間帯に病室トイレを利用した排泄動作が多いことから、トイレ動作を安全に行うための環境設定が不十分なため転倒につながったと考えられる。さらに、転倒患者は利尿薬や眠剤使用者が多く、排泄切迫感や覚醒度低下が生じて転倒を助長したと考えられる。

今後、転倒予防のためにADL評価や環境設定などの情報共有に取り組んでいきたいと考える。

【臨床的意義】 本研究はリハビリ介入による活動レベル移行期に多い転倒に対し、具体的な予防策を提示できる。

O-33 リハビリテーション部における災害対策への取り組み

○今川 祐子¹⁾、吉田 公一¹⁾、山崎 元靖²⁾、長田 麻衣子³⁾、内川 研³⁾

1) 済生会横浜市東部病院 リハビリテーション部

2) 同 救急救命センター

3) 同 リハビリテーション科

Keyword：災害、リハビリテーション、初動対応

【はじめに】3月11日の東日本大震災以降、災害に備えた訓練の重大さが問われており、災害に対して積極的に取り組む医療機関が全国的にも増加している。済生会横浜市東部病院（以下、当院）も同様で、院内の災害対策委員会による災害医療対策マニュアルの作成及び見直し、全職員対象の災害訓練の実施や院内各部署への災害対策訓練の支援等の活動を積極的に行っている。また、院外の災害訓練にも日本DMAT（Disaster Medical Assistance Team）メンバーを中心に積極的に参加している。

当院の災害医療対策マニュアルには、部署ごとに災害時に取るべき対応が明確化されており、リハビリテーション部は避難誘導班としての役割を担っている。一般的な災害医療におけるリハビリテーションの役割は、災害より数日経過した地域での生活支援や生活不活発病に対する取り組みであり、初動対応についての研修は多くない。

【目的】災害時における院内のリハビリテーション部の初動対応を確認する。

【方法】リハビリテーション科と共同し、リハビリテーション部にて災害対策訓練として4つの訓練を実施した。

- 1) スタッフの自宅位置を地図上で確認し、病院までの移動方法・移動手段の確認
- 2) エアストレッチャーを使用した患者さんの搬送訓練
- 3) トリアージタグの使用法およびトリアージのシミュレーション訓練
- 4) 就労時間中を想定した災害時の対応方法のシミュレーション訓練

【結果】訓練後は参加者へアンケートを実施し、研修への参加意義に関して調査した。今回の訓練により、スタッフの災害に対する意識付けを行うことが出来、初動対応について考える機会を得ることができた。しかし、災害時に各自が落ち着いた判断をして行動するためには、何度も実践的な訓練をして振り返りをする必要がある。また、初動対応後の院内での活動内容についても事前に検討しておく必要がある。今後も定期的な訓練を行い、災害時にできるだけ多くの貢献ができるよう取り組んでいきたい。

O-34 転換性障害によりリハビリテーション介入に難渋した症例に対する心理的アプローチ

○高橋 るり子、大木 雄一

医療法人社団 三喜会 鶴巻温泉病院

Keyword：転換性障害、身体症状、心理的アプローチ

【目的】 転換性障害を呈した症例を担当したが、心理的な問題で円滑なりハビリテーション（リハ）の実施が困難であった。本研究の目的は、不安や身体症状の軽減を企図した心理的アプローチを行った経過を振り返り、その妥当性を検討することである。

【対象】 30代の女性で、右小脳、右中脳に急性梗塞を認め、発症後41日でありリハ目的にて当院回復期リハビリテーション病棟に入院した。もやもや病（10歳時）の既往歴があるが、今回入院前の日常生活動作は自立していた。入院時より不眠の訴えがあり、精神的に不安定な様子が見られた。入院時の左下肢の運動麻痺は中等度、FIM 運動項目は71点であった。入院から2か月後、退院が現実味を帯びるにつれ、原因不明の身体症状が出現するようになった。主な身体症状は、非麻痺側下肢筋群の過緊張による立位保持困難、過換気症状、非麻痺側上肢の痙攣であった。これらの出現により精神状態が更に悪化し、易興奮性や依存性がみられ、更に自室で転倒・転落を繰り返すなどリハ実施が困難となった。入院から3か月後、精神科を受診し転換性障害と診断された。

【方法】 不安感の軽減のために、入院生活で関わりを持つ職員数を限定し、本人の発言を否定せず支持的態度で傾聴した。その際、好ましくない感情の変化（転移など）が生じないようにコミュニケーション方法を統一することとした。また漠然とした不安感の解消のために、日々の生活を記録させ、自己の生活を客観視できるようにした。更に、自己の動作能力を過小評価する傾向が見られたため、外泊・外出を通し、自己の動作能力を適切に把握してもらった。リハ実施時には、賞賛・承認などの好子を積極的に与え、標的行動の正の強化を図った。

【説明と同意】 本研究の意義、目的について書面にて説明し、承諾を得た。また、当院の臨床研究倫理審査委員会の承認を得た。

【結果】 介入期間は約1か月であった。日毎に表情が明るくなり、不眠の訴えはほとんどなくなった。身体症状（過緊張、過換気、痙攣）の出現は介入後2週で消失し、易興奮性や依存性は軽減した。転倒・転落は介入直後に認められなくなった。退院時 FIM 運動項目は86点であった。

【考察】 心理的なアプローチにより漠然としていた不安が明確になり、対処可能な対象であると認識できたこと、また職員が支持的に接し続けたことが不眠や身体症状の軽減に寄与したものと考える。

Bickerstaff 型脳幹脳炎を発症し失調症状が残存した一例 ～急性期における臨床経過～

○飯田 健治、田中 重孝、村上 貴史

汐田総合病院 リハビリテーション課

Keyword : Bickerstaff 型脳幹脳炎、急性期、失調

【はじめに】今回、Bickerstaff 型脳幹脳炎（以下：BBE）を発症した症例の理学療法を担当した。BBE の発症率は年間50～100名程度と報告されている。予後は比較的良好とされるが呼吸器合併症により重症例となる報告もある。本症例は退院時著明な歩行障害がなかったが、軽度の失調症状ならびに眼球運動障害が残存した。急性期にて早期離床を実施し、入院から退院に至るまでの臨床経過を報告する。

【説明と同意】今回症例報告を行うにあたり、ヘルシンキ宣言に基づき患者様ならびにご家族に同意を得た上で報告する。

【症例紹介】20代男性、診断名はBBEで既往歴はなかった。現病歴は平成X年Y月Z日に38℃の熱発があり、その日を1病日とした。3病日目には歩行困難となった。6病日目には当院入院し同日より理学療法介入を開始した。18病日目より病棟内ADL全自立となり25病日目に自宅退院となった。

【評価および経過】介入初回時の評価ではGCSはE3V4M6で軽度の意識障害を呈し、動作時発汗および頻脈が出現した。また、両側にて眼瞼下垂があり全方向で眼球運動障害が認められた。筋緊張は腹部前面筋において低緊張を示していた。反射では四肢は腱反射亢進しバビンスキー反射陽性、腹壁反射は消失していた。失調検査では四肢および体幹に失調症状が出現していた。基本動作全般に介助を要し、歩行困難であった。使用薬剤は主にベニロンを使用していた。理学療法プログラムとして合併症予防および耐久性向上のため、リスク管理に注意し離床を実施した。また、歩行能力向上のためバランス訓練、歩行訓練を主に実施した。20病日目の評価では、GCSはE4V5M6となり意識障害は改善した。眼球に関しては軽度の視覚異常は残存した。失調は軽減傾向も左下肢において動揺が残存した。基本動作は自立したが、歩行時左側への動揺が時折出現していた。屋外歩行は自力で可能なレベルとなった。

【考察】本症例はBBEを発症し基本動作も介助を要したが、25病日目で自宅退院が可能となった。BBEは急性の意識障害、眼球運動障害、運動失調、上位運動ニューロン障害等を呈する炎症性自己免疫疾患と言われているが詳細は不明な点が多い。本症例はリスク管理にて全身状態を確認し歩行訓練へ移行することで、合併症なく歩行能力が向上した。本疾患に関する報告は少ないが、急性期での早期離床および歩行獲得が自宅退院に至った一要因と示唆された。

重度不全四肢麻痺を呈した患者に対する 移乗動作の介助量軽減を目標とした理学療法

○杉中 勇太、池田 裕

医療法人社団三喜会 鶴巻温泉病院 リハビリテーション部

Keyword：不全麻痺、起立性低血圧、移乗動作

【目的】 頸髄損傷による重度不全四肢麻痺を呈した患者に対して、移乗動作の介助量軽減を目標に理学療法を行った結果を報告、考察する。

【対象】 70歳代男性。交通事故によりC4椎体骨折を受傷し頸髄損傷（不全四肢麻痺）と診断。C2-7後方固定術とC4-7椎弓切除を施行。リハビリテーション目的にて当院回復期病棟に入院。介入当初の身体機能はAmerican Spinal Injury Association（以下、ASIA）尺度B、ASIA 脊髄損傷の神経学的分類49点（運動5点、触覚22点、痛覚22点）、Frankelの分類A、Zancolliの分類C5A、体幹・両下肢の随意収縮は認めない。端坐位時、血圧が臥床時より約50 mmHg急激に低下し、60/40台 mmHgとなり失神に至る。Functional Independence Measureの移乗動作は1点（水平3人介助）であった。臥床期間は6週間、活動量低下に伴い重度の廃用症候群を呈していた。

【介入方法】 本人の強い希望であった、「1人介助での移乗動作」を目標の一つとして理学療法を実施。特に3人介助である大きな要因であった起立性低血圧の改善や坐位能力向上のため、坐位・立位・歩行練習を積極的に実施。介入期間は約3ヶ月、毎日1～2時間/日、理学療法を実施。

【説明と同意】 本研究の意義・目的について、書面をもって説明し承諾を得た。本研究は当院の臨床研究倫理審査委員会の承認を得た上で実施された。

【結果】 ASIA 脊髄損傷の神経学的分類69点（運動9点、触覚30点、痛覚30点）、端坐位時、約20分経過後の血圧が120/60 mmHgと失神なく経過。起立性低血圧が改善、荷重時の両下肢・体幹の筋収縮が得られ、移乗動作が端坐位経由一人介助へと介助量の軽減を認めた。また、レクリエーションへの参加、ご家族との散歩等、生活範囲が拡大した。

【考察】 移乗動作の介助量軽減のために坐位だけでなく、立位・歩行練習を積極的に実施。その結果、両下肢・体幹の廃用症候群の改善と、交感神経活動が充進したことによる起立性低血圧の改善が図れたと考える。また、坐位・立位が1人介助となったため、移乗動作の介助量も大幅に軽減し、生活範囲の拡大にも繋がった。重度不全四肢麻痺者に対して、坐位だけでなく立位・歩行練習を行う事は、起立性低血圧の改善や体幹・下肢機能向上が図られ、移乗動作の介助量軽減に対して、効果が期待できると考える。

○竹内 沙知

IMS グループ医療法人社団明芳会 新戸塚病院 リハビリテーション科

Keyword：頸髄損傷、重度不全四肢麻痺、歩行

【はじめに】第4頸髄損傷により重度不全四肢麻痺を呈し、ADL 全介助の症例を担当した。予後予測が困難であったが、日々の変化を捉え、積極的な介入を行っていった。それにより、入院時は ADL 全介助であった症例が、最終的に介助歩行獲得に至った為、報告する。なお、報告にあたり症例に目的を説明し、同意を得た。

【症例紹介】70歳代男性。転倒により、第4頸髄損傷受傷、重度不全四肢麻痺を呈す。発症後4週で当院へ転院。

【機能的評価】Frankel 分類 C1、ASIA は運動24・痛覚58・触覚66、MMT は体幹2・下肢1(伸筋のみ2)、ROM は制限無し。感覚は表在軽度鈍麻、深部重度鈍麻。損傷髄節より下位で痺れ。ADL は全て全介助で B10 点。HOOP「歩きたい」。起立性低血圧を認め、起立台30°で収縮期血圧70mmHg 台まで低下。

【介入と経過】予後予測について、先行研究では Frankel 分類や ASIA のレベル、年齢との関係性を述べている物がある。しかし、本症例の様な高齢で高位の頸髄損傷かつ ADL 全介助レベルに対する報告は少なく、予後予測は難渋した。初期は起立性低血圧に対し、ギャッチアップ座位練習と共に下肢筋群の促通を行った所、反応良好で徐々に随意性・筋出力が向上していった。しかし、立ち上がりや移乗等の動作に対する効果は乏しかった。座位・立位ともに支えがあれば、下肢の随意運動が僅かに認められた為、重介助だが、よりダイナミックに下肢の動きや出力を引き出せる歩行練習やエルゴメーターを行っていった。結果、立ち上がりの離臀がスムーズになり、移乗時にはステップも得られるようになった。この頃から歩行獲得を視野に入れ、上記介入に加えて下肢筋力強化練習・立位練習・段昇降練習も行った。

【結果】介入12週後では Frankel 分類 C1、ASIA は運動54・痛覚110・触覚112、MMT は体幹3・下肢3。ADL は端座位保持見守り、立ち上がり・移乗・立位保持は軽介助、歩行は軽介助で5m・中等度介助で30m 可能となった。現在、サークル型歩行器歩行を行い、トイレ誘導を試行している。

【考察】今回、頸髄損傷の症例を担当し、介入するにあたり予後予測が難しかった。日々の細かい変化に着目し、介助量の多い段階から、歩行練習やエルゴメーター等を積極的に取り入れていった。その結果、症例の機能向上に至ったと考える。本症例の様に、高齢で重症の患者でも、日々の細かい変化に着目し、積極的な介入を行う事で、患者の可能性を導き出せると考える。

免荷式リフト歩行器 (POPO) を使用し ADL・歩行能力が向上した回復遅延型ギランバレー症候群の一症例

○内田 実歩、小山 理恵子、篠田 麻衣、田中 亨典

社会福祉法人聖テレジア会 鎌倉リハビリテーション聖テレジア病院

Keyword：ギランバレー症候群、回復遅延型、免荷式リフト歩行器

【はじめに】 ギランバレー症候群は基本的に予後良好な疾患であるが本症例は回復遅延型であり、初期では移乗やトイレ動作において2人介助を要した。免荷式リフト使用 (POPO) での歩行訓練による機能改善に加え、病棟スタッフと動作方法を検討した結果、病棟での移乗・トイレ動作が1人介助に至り転院となった。発表に際して本人に主旨を説明し同意を得た。

【症例紹介】 60歳代男性。診断名：ギランバレー症候群 (脱髄性多発ニューロパチー)、障害名：四肢麻痺。免疫グロブリン大量療法施行・呼吸機能低下し肺炎を併発、第125病日に当院転院。HOPE：歩けるようになること。

【初期評価】 身長：170 cm、体重：65 kg。起立性低血圧あり。筋力：MMT 下肢1～2体幹2、ハンドヘルドダイナモメーター (HHD) 股関節伸筋右3.2/左3.4 kg 屈筋1.0/1.4 kg 膝伸筋0 kg。感覚：下肢深部感覚重度鈍麻。深部腱反射：消失。ROMT：両足関節背屈 -15° 。起居・起立・立位保持・移乗：全介助。FIM：61 (運動27/認知34) 点。

【経過】 移乗・トイレ動作介助量軽減と歩行獲得を目標に介入した。入院17日日起立性低血圧が改善、19日目より POPO を使用し免荷20 kgでの歩行訓練開始。トイレ動作時には簡易移乗機の使用を検討し病棟スタッフにデモを行い2人介助にてトイレでの排泄を開始、33日目移乗・トイレ動作1人介助で可能となった。51日目平行棒内歩行監視、53日目サークル歩行器歩行が最小介助にて可能。簡易移乗機を使用しないトイレ動作はリハビリでは59日目、病棟では70日目に中等度介助で可能となった。85日目にさらなるリハビリの継続を目的に転院。

【最終評価】 筋力：HHD 股関節伸筋9.6/7.8 kg 屈筋9.0/9.5 kg 膝伸筋3.0/1.7 kg。感覚：下肢深部感覚正常。深部腱反射：消失～減弱。ROMT：両足関節背屈 5° 。起立・移乗：中等度介助。立位：最小介助。FIM：79 (運動45/認知34) 点。

【考察】 回復遅延型とは発症後2ヶ月で起立不能、握力の回復を認めない状態であり、本症例は発症から4ヶ月経過しており回復遅延型に該当すると考えた。免荷式リフト歩行器を使用し早期から歩行訓練を行ったことで足底からの感覚入力を促し、殿部の筋収縮が得られた。このことから早期からの歩行訓練は筋出力向上・感覚改善に有用であったと考える。

○田中 大樹

公益財団法人 横浜勤労者福祉協会 汐田総合病院

Keyword : 立ち上がり、補高靴、筋緊張

【目的】 本症例は、立ち上がり動作で麻痺側異常筋緊張を生じ、足底接地困難であった。踵補高靴使用にて異常筋緊張が軽減し、立ち上がり動作の改善を認めたのでここに報告する。

【方法】 立ち上がり動作(ベッド座位より安定した立位保持までの動作)をビデオカメラで動作分析した。裸足の場合と麻痺側に3cmの踵補高靴を履いた場合の2通りで比較検討を行った。右側に支持物として台を設定した。

【説明と同意】 本研究は、ヘルシンキ宣言に基づき、個人情報保護に十分配慮し研究内容の説明を行い、同意を得た。

【症例紹介】 60代男性。右視床出血を発症し出血が被殻まで及び脳室穿孔を伴ったので第2病日に開頭血腫除去術施行した。第30病日回復期転院、第142病日に自宅退院となった。BRSⅡ-Ⅱ-Ⅲ、感覚中等度鈍麻と重度麻痺を呈していた。可動域は左股関節・膝関節伸展制限、足関節背屈制限を認めた。高次脳機能は左半側空間無視、注意障害、前頭葉機能低下を認めていた。

【結果】 裸足では、離殿直後に麻痺側異常筋緊張を生じ、足底接地困難であった。踵補高靴では、足底接地が可能となり異常筋緊張の軽減が認められた。

【考察】 江原は『立ち上がり動作における最も重要な力学的要求は、殿部が座面から離れた瞬間に、身体重心の投影点が足部で構成される支持基底面内に存在することである』と述べている。補高靴を使用したことで、足部の後方へ支持基底面拡大、座位姿勢改善による体幹前傾の増大を認めた。離殿時の身体重心が支持基底面内に移動可能となったことで、麻痺側異常筋緊張の軽減に関与したと考える。

【まとめ】 今回、補高靴使用にて足部後方への支持基底面拡大、座位姿勢改善により体幹前傾の増大を認めた。離殿時の麻痺側異常筋緊張の軽減したことで、立ち上がり動作の改善を認めた。

両側小脳半球梗塞により歩行困難となった症例 ～歩行獲得に向けた治療の再検討～

○堀越 千穂

医療法人社団哺育会 桜ヶ丘中央病院

Keyword：小脳梗塞、歩行、予後予測

【はじめに】今回、両側小脳半球梗塞により小脳性運動失調を呈し、歩行困難となった症例を担当した。介入当初より目標設定に難渋し、歩行獲得に至らなかった要因を再検討した。

【患者情報】本症例は、両側小脳半球梗塞により小脳性運動失調を呈した60歳代男性である。発症前は友人宅に居候しており生活保護を受給していた。

第21病日当院へ転院し、第150病日施設へ退院予定である。

【初期評価】抑うつ症状がみられ、終日ベッドで寝て過ごすことが多かった。

FIMは67点(運動項目38点、認知項目29点)。協調運動検査は左上下肢陽性、体幹協調機能ステージはⅢ。両手背と足部に軽度の痺れの訴えが聞かれた。バランス検査は座位・立位ともに左側・後方への体幹の立ち直り反応が陰性であった。

歩行に関する主訴やHOPEは聞かれなかったが、障害受容過程、ADLや予後予測を考慮し目標を“歩行獲得”とした。

【治療内容および経過】介入当初、歩行は体幹の動揺が著明であり、平行棒内では軽介助レベル、歩行器では中等度介助レベルであった。

主要問題点として体幹失調を挙げ、左腹斜筋の遠心性収縮を中心にアプローチすることで、第90病日、歩行は平行棒内・歩行器ともに見守りレベルとなった。体幹協調機能ステージはⅡ、バランス検査は座位での左側・後方への体幹の立ち直り反応が陽性と改善を認めた。ADLでは、移乗動作は自立レベル、移動は車椅子自操にて棟内フリーとなった。また、抑うつ症状の改善を認め、HOPEは「早く帰りたい。」と訴えが多く聞かれるようになった。しかし、その後歩行に変化を認めなくなり、また、痺れの増悪と右肩の痛みが出現したため、この頃より体幹の深層筋を中心にアプローチしてきた。

【治療結果】第150病日、T字杖と手引き歩行は中等度介助レベルで可能となったが、実用的な歩行獲得に至らず車椅子での退院となった。最終的なHOPEは「もっと歩ければなあ。」であった。

【考察】今回、歩行獲得に至らなかった要因として以下に考察する。

まず1つ目は、体幹の深層筋に対するアプローチの遅延を考える。体幹の深層筋を中心に促通することで、症例自身で自覚可能なほど立位・歩行時の動揺が軽減した。

2つ目は、予後予測が不十分であったと考える。

3つ目は、抑うつ症状により、歩行獲得の意義も含めた目標の共有が不十分であり、また、症例に対して成功体験やフィードバックが不十分であったと考える。

M-3

右橋梗塞により左片麻痺を呈した症例 ～歩行自立を目標とした運動療法的介入～

○諏訪部 卓哉

医療法人五星会 新横浜リハビリテーション病院

Keyword：歩行、運動療法、橋梗塞

【はじめに】今回、右橋梗塞により左片麻痺を呈した症例を経験した。歩行能力改善のため、体幹アライメントや麻痺側 stance に対する治療を中心に行うことで、T-cane 歩行自立まで改善が得られた。その治療経過について報告する。

【症例紹介】70歳代女性。左不全麻痺・構音障害を認め、急性期病院へ搬送。右橋梗塞の診断にて、入院・加療。第21病日目に当院入院。

【理学療法評価(第23病日目)】左下肢 Br.stage IV、立位での足関節の背屈は内反しながら僅かに可能。MMTは左下肢粗大筋力3、腹筋群3。ROMは左足関節背屈10°(膝屈曲位)、5°(膝伸展位)。左足クローヌス陽性であり、感覚は左股・膝・足関節の位置覚軽度鈍麻。T-cane歩行は近位見守り。全歩行周期において体幹右偏位を呈す。触診にて左ICで左大殿筋の収縮が微弱で、左LRは短縮している。左MStで、骨盤左後方回旋や左側方動揺、体幹の杖への過剰な偏位を呈す。しかし、大殿筋の収縮を補うように骨盤を補助する事で、左側方へのふらつきは軽減した。左TStの左足関節背屈は不十分であり、左PSwの蹴りだしは乏しい。左swingは分廻しであり、左ISwで体幹右偏位の増大を呈し、左MSwに足部の躓きがみられた。

【治療】左MStのふらつきに対しては、骨盤左後方回旋の徒手的な修正にて軽減が得られたため、骨盤左後方回旋の改善を中心に実施した。左大殿筋・中殿筋・前脛骨筋の筋出力向上、足関節背屈可動域の拡大を図り、左ICの股関節支持や左LRのヒールロッカー機能を促した。左MSwの躓きに対しては、左下腿三頭筋・腹斜筋群の筋出力向上、右広背筋のstretchを行い、左PSwの蹴りだしを促通し、左ISwの体幹右偏位の改善を図った。

【結果(第63病日目)】最終評価では、左下肢 Br.Stage Vとなり、左大殿筋・中殿筋・前脛骨筋・下腿三頭筋の筋出力向上、左足関節の可動域改善を認めた。歩行にて左MStのふらつきやMSwの躓きは改善したが、体幹右偏位による分廻しは残存した。

【考察】主に大殿筋の筋出力向上により左ICで骨盤左後方回旋の改善が得られたことで、ふらつきは改善したと考えた。また、左TStでの下腿三頭筋の筋出力向上や左ISwでの体幹右偏位の改善が躓きの消失に繋がったと考えた。

既往に左片麻痺があり左大腿骨頸部骨折を呈した症例 ～非麻痺側下肢の姿勢制御に着目して～

○上遠野 洋平

横浜新都市脳神経外科病院

Keyword：非麻痺側下肢、姿勢制御、麻痺側下肢支持性

【はじめに】今回左大腿骨頸部骨折を呈し、既往に左片麻痺がある症例を経験した。左下肢の支持性を向上させるため、右下肢からアプローチした結果、右下肢立脚期の姿勢制御が変化し左下肢支持性が向上したため以下に報告する。

【症例紹介】90代女性。自宅内で転倒し左大腿骨頸部骨折後、人工骨頭置換術施行。術後4週経過。受傷前は自宅内短下肢装具を装着し伝い歩きにて自立していた。既往歴に脳梗塞（左片麻痺 Br.stageⅢ-Ⅲ-Ⅲ）がある。

【評価及び治療】疼痛：左大腿外側の動作時痛（VAS8/10）。ROM：左股関節伸展-15°、右股関節伸展-10°、左右膝関節伸展-10°、左足関節背屈5°。筋緊張亢進：右上肢屈筋群、腰方形筋、腸腰筋、股関節内転筋群、下腿三頭筋、後脛骨筋。

歩行観察及び解釈：左遊脚初期から左骨盤挙上、股関節屈曲・内転を増強させ、中期～後期にて体幹、股関節屈曲を強めている。対側の右立脚では右足部過回外させ右足底面前外側部支持となる。左遊脚期での肢位が残存した状態で体幹屈曲左側屈、左骨盤挙上・後方回旋、左股関節屈曲内転内旋、足部内返して左立脚初期に移行し、左立脚中期～後期では骨盤の左後方回旋、左股・膝関節屈曲が増加された支持となる。これらに対し、右立脚期の姿勢制御が左遊脚期及び立脚期に影響していると考えた。左遊脚期で左腰方形筋、腸腰筋、股関節内転筋群の筋緊張を過剰に高めていたのは、右下肢立脚期にて右足部過回外位となり右足底面前外側部での支持が右下肢の姿勢制御を低下させ、左下肢遊脚期を作り出す上で努力的となる為と考える。ゆえに、右下肢の姿勢制御の変化が左下肢アライメントの改善と支持性向上に繋がると考えた。従って、介入としては右足部回内方向への誘導を実施した。

【結果】疼痛：左大腿外側の運動時痛（VAS2/10）両下肢 ROM 変化なし。

10m 歩行60歩 /63.6秒→58歩 /58.6秒。右立脚期の右足部過回外位が軽減し、体幹股関節伸展位の姿勢制御が可能となった。

【考察】右下肢での姿勢制御が変化した事で左下肢への重心移動が可能となり、左上下肢のアライメントの改善と支持性向上、疼痛軽減が図れたと考える。本症例のように既往に片麻痺があり受傷側下肢の過剰な筋緊張亢進が見られる症例に対し麻痺側下肢の支持性を向上させる為、非麻痺側下肢からのアプローチを施行することは理学療法の一手段として考えられる。

腱板断裂後、リバーズ型人工肩関節置換術 (RSA) を施行した症例

○前田 卓哉、千葉 慎一、嘉陽 拓、出井 彩子、田村 将希
昭和大学藤が丘リハビリテーション病院

Keyword：リバーズ型人工肩関節置換術、人工肩関節、腱板断裂

【はじめに】 リバーズ型人工肩関節置換術 (以下 RSA) は、平成 26 年 4 月から日本国内でも施行されるようになった手術であるが、まだ一般的ではない。RSA は、従来の人工肩関節全置換術 (以下 TSA) と異なり、上腕骨側が凹、関節窩側が凸の形状をしたユニットを取り付ける手術である。当院では平成 26 年 4 月から 10 月までに 10 名 10 肩に対して RSA を施行している。今回私が RSA 後の症例を担当したのでその経過を報告する。

【症例紹介】 症例：70 代女性、主訴：左肩挙上困難、診断名：左肩腱板断裂 (棘上筋、棘下筋) 5 年前より徐々に肩挙上困難となった。ADL に支障をきたしているため今回 RSA 施行することとなった。

【理学療法評価】 術前評価時：疼痛無し、左肩自動可動域は屈曲 45° 外転 45°。他動可動域は屈曲 100° 外転 100°。徒手筋力テスト (MMT) は、外旋 3 であった。左肩甲骨は内転位であった。

【経過】 術後 2 日目より理学療法を開始した。術後 4 週間は外転装具で固定、術後 5 週目からスリング固定、術後 7 週目から固定無しとした。外転装具固定期間中の肩甲上腕関節の可動域訓練は、scapula plane 上の挙上・外旋を行い、その他腰背部リラクゼーション、肩甲骨可動域訓練、肘関節より遠位の自動運動を行った。スリング固定期間は、上記の訓練に加えて屈曲・外転方向の可動域訓練を行い、徐々に自動介助運動、自動運動へ移行した。術後 2 ヶ月の自動運動は屈曲 80° 外転 70°、術後 3 ヶ月は屈曲 90° 外転 80° である。

【考察】 RSA は従来の TSA とは異なり、ボールとソケットの位置関係を逆にすることで、肩甲上腕関節の回転中心を内下方へ移動し、三角筋のモーメントアームと張力を高めることで挙上の初動を行うことが出来る手術である。しかし、デメリットもあり、脱臼の可能性があることや、術後 1 年以内に肩関節関節窩下方にノッチが形成されるとの報告がある。ノッチが形成されるメカニズムはまだ解明されていないが、挙上運動時に肩甲骨が過剰な上方回旋し、上腕骨の挙上が遅れるために、上腕骨ユニットが関節窩下方にぶつかることにより形成されると考えられる。そのため、早期から肩甲骨の上方回旋を抑えながら三角筋の筋収縮訓練を行うことが、筋力強化のポイントだと考えた。可動域訓練は、脱臼肢位である伸展 + 内転 + 内旋方向に気をつけて行うことがポイントだと考えた。

内側型変形性膝関節症患者の歩行についての考察 ～二症例比較検討～

○瀧澤 祥郎

医療法人社団暉英会 須藤整形外科クリニック

keyword：変形性膝関節症、矢状面歩行特性、入谷式足底板

【はじめに】現在まで内側型変形性膝関節症（以下膝 OA）の歩行特性は前額面の外側動揺という視点で捉えられてきたが、歩行という本来の役割からすれば矢状面運動に着目すべきである。

今回は立脚前半および後半に疼痛を訴える二症例について、入谷式足底板を用いて治療介入し良好な結果を得た。そこで各々について比較検討し、膝 OA 患者の治療介入について考察していきたい。尚、本症例に対して発表の主旨を説明し同意を得ている。

【症例紹介および理学療法評価】

症例1) 70歳代女性。X-P 所見では右膝内側関節面の狭小化がある (K&L 分類3～4)。主訴は「歩行時右膝内側に槍で刺されるような痛みが出現する」とのことである (NRS8～9)。運動時痛は active で深屈曲時に驚足停止部から膝蓋骨内側に鋭痛が生じている。歩行では右立脚初期から体幹の過度な前方移動に伴い右膝関節が過伸展する。立脚後半には疼痛が生じるため膝の屈曲が困難であった。

症例2) 80歳代男性。右膝内側関節裂隙は完全に消失している (K&L 分類4レベル)。主訴は「歩行を10分続けると疼痛が出現し、歩行困難となる」とのことである (NRS9)。右膝関節は伸展制限 -10° であり、熱感はないが膝蓋腱部に圧痛があり passive での深屈曲時に伸張痛が出現している。歩行では立脚初期に骨盤の過度な前方移動に伴い体幹の前方移動が遅延し、膝が過屈曲する。右立脚中期には沈むような動きが観察され疼痛が出現する。

【結果】症例1) は足底板処方後立脚初期に体幹の過度な前方移動に伴った膝関節の過伸展が軽減し、立脚後半の疼痛が軽減した (NRS1～2)。

症例2) は立脚初期の膝関節過屈曲が軽減し、右立脚中期の疼痛が軽減した (NRS1)。

【考察】膝 OA の前額面上での外側動揺は立脚初期～中期に出現するが、同時期に膝関節が矢状面上でどちらの方向に向かっているかが臨床上重要であると考えている。身体を一つの個体として捉えた時に歩行という運動では床面に対しては前方に推進する力が働いている。しかし、身体を分節として捉えた時には、各分節が前方に推進する加速度は異なっており、それらの相違によってある部位に力学的ストレスとして負担がかかっていると考えている。今回は矢状面上の膝関節の運動方向という視点で動きを捉えていき、入谷式足底板を用いてアプローチした結果、疼痛が寛解した二症例を比較検討し、膝 OA の治療介入について再考して行きたい。

意識障害の改善に伴う姿勢不良により 普通型車椅子保持困難となった一症例 ～腹臥位療法の実施と効果～

○丸山 郁、田中 宇徳

社会福祉法人 聖テレジア会 鎌倉リハビリテーション聖テレジア病院

Keyword：車椅子座位、姿勢不良、腹臥位

【はじめに】本症例は左視床出血により意識障害を呈していた。意識改善に伴い頸部・体幹の姿勢不良、非麻痺側の過活動が出現した。そこで腹臥位療法を行った結果、車椅子乗車が安定した為報告する。尚、発表するにあたり本症例は全失語のため親族に同意を受けた。

【症例紹介】70歳代女性。以前より失語症・血管性パーキンソンニズム・右肩脱臼の障害あり。今回、左視床出血を発症(2度目)。第21日リハビリ目的にて当院に転院。既往歴：左被殻出血、両側性硬膜下血腫、高血圧症。

【初期評価】意識レベル：JCSⅡ-10～30。Br-Stage：Ⅱ-Ⅱ-Ⅱ。感覚：精査困難(発症部位より感覚障害有りと判定)。筋緊張：非麻痺側上下肢 MAS2。高次脳機能障害：注意障害・全失語症。基本動作：全介助。排泄：全介助(オムツ使用)。普通型車椅子姿勢：頸部伸展・右回旋・側屈、肩甲帯右下制、体幹右側屈(右側弯有)・右回旋、股関節左内転・内旋、足関節右内反。ADL：全介助。病棟生活：リハ時間以外は終日ベッド臥床。

【経過と介入】入院初期は意識障害が強くリクライニング式車椅子乗車にて離床した。腹臥位療法開始前までは意識障害改善を目標に端座位・立位練習を中心に実施し、入院5週目でJCS1桁まで改善。しかし意識改善に伴い注意障害が出現し頸部が定まらず常に過伸展状態、また非麻痺側の過活動により体幹は崩れ普通型車椅子乗車時はヘッドレストが必須であった。そこで腹臥位療法を取り入れ麻痺側・非麻痺側の頸部・肩甲帯・体幹への促通を行った。その結果右肩甲帯下制、体幹側屈、頸部過伸展の姿勢不良が改善しヘッドレストが不必要となった。

【考察】車椅子乗車不良となった要因は、意識改善により注意障害出現に伴った脱抑制・感覚障害・筋力低下であると考え、それらにより頸部や非麻痺側の過活動・姿勢不良を引き起こしたと考えた。そこで腹臥位療法を選択したことで、麻痺側への刺激が増えた為注意や感覚が改善され非麻痺側の過活動が軽減されたこと、頸部筋力の向上、肩甲帯・体幹筋の賦活、以上のことが車椅子座位獲得に繋がったと考えた。また姿勢の改善に伴い、注視時間が延長し注意障害が軽度改善された。橋本は意識・姿勢等の身体へのリハビリテーションを実施することで高次脳機能が自然に高まると述べている。今回姿勢に着目しアプローチした結果、注意障害へのアプローチにもなり普通型車椅子乗車獲得に繋がったと考えた。

重度右片麻痺患者の寝返り、起き上がり動作自立に向けた介入 ～連合反応の抑制と環境適応に着目～

○大竹 茉未、篠田 麻衣

社会福祉法人聖テレジア会 鎌倉リハビリテーション 聖テレジア病院

Keyword：起き上がり、連合反応、環境適応

【はじめに】本症例は重度右片麻痺と失語症を呈し、コミュニケーション・動作獲得に難渋した一症例である。寝返り、起き上がり動作に着目したところ、頭頸部、腰背部の過緊張、連合反応により動作が阻害されていた。今回、支持面への適応を促した介入により支持面の知覚と外部環境を把握することで動作自立に至ったので報告する。尚、本発表に際し本症例、家族の同意を得た。

【症例紹介】60歳代、女性。左前大脳動脈破裂によるクモ膜下出血、翌日開頭クリッピング術施行。第53病日当院転院。介入3週目、JCS：1桁。Br.stage：右2-1-2。感覚：表在・深部ともに中等度鈍麻。高次脳機能障害：右半側空間無視、失行、注意障害、運動性失語。基本動作は坐位保持自立、その他全介助。FIM：22点。動作観察：非麻痺側への寝返りは、麻痺側上下肢の忘れ、頭頸部の押しつけがみられ、非麻痺側上肢で柵を引くことで、連合反応により麻痺側肩甲帯・骨盤後退、腰背部が伸展し、動作が阻害されていた。起き上がりでは寝返りの阻害因子に加え、非麻痺側肩甲帯伸展、体幹左側屈を強め、ブリッジ活動により頸部・体幹の分節的な動きが行えず、上体を起こすことが困難だった。また、ベッド下への転落に対する恐怖心から重心移動が行えず、介助を要した。

【治療及び経過】背臥位時、腰背部とベッド間にタオルを入れ、支持面を広げ、筋緊張の抑制を図った。また、恐怖心に対してベッド前に椅子を設置し、支持面の拡大・床への視覚情報を遮断した。高次脳機能障害により動作獲得までに時間を要したが、頭頸部屈曲・回旋の徒手的誘導を行い、各相に分けて反復訓練を行った。

介入3ヶ月後、諸動作にて頭頸部屈曲・回旋の自動運動により、連合反応の抑制、腹筋群の活動によりテンタクル活動を利用した動作が可能となった。麻痺側上下肢を忘れるが動作の途中で気づき、柵を使用せず寝返り・起き上がりが自立となった。それに伴い上衣更衣見守りとなりADL向上へ至った。退院時、Br.stage：右2-3-2。立位：軽介助。起立・歩行：中等度介助。移乗：軽介助。FIM：運動42点、認知21点。

【考察】柏木は環境適応について、接触刺激を利用して体幹・四肢で支持面を探索し認知するように促すことが重要であると述べている。本症例においても支持面の拡大により頭頸部・腰背部の過緊張の抑制、支持面の感覚情報により、身体状況を知覚できたことで動作獲得に至ったと考える。

長座位の介入から食事姿勢の改善を目指した症例 ～誤嚥リスク軽減へ向けて～

○梁 亜希

IMS グループ 医療法人社団明芳会 新戸塚病院 リハビリテーション科

Keyword：長座位、姿勢、食事

【はじめに】 身体機能・高次脳機能面の原因から、姿勢崩れが著名であり食事の誤嚥リスクが高い症例を担当した。本症例の特徴から介入姿勢を長座位にした所、食事の姿勢改善に至ったため報告する。本報告において家族に同意を得た。

【症例紹介】 80歳代女性、診断名は右被殻出血。発症から1ヶ月後当院入院。入院時 Br. stage 左上下肢 I、ROM 頸部左回旋自他動 -5度、SLR 両側 70度。左上下肢重度感覚障害、右胸鎖乳突筋緊張亢進、左腹部筋緊張低下。左半側空間無視・左身体失認。指示理解は曖昧、基本動作・日常生活動作全介助。各姿勢円背で骨盤後傾位、頸部伸展・右回旋位（以下：定型パターン）、視線が常時右斜め上方に定位し自他動ともに修正困難。食事はリクライニング車椅子を使用するも常時定型パターンが出現しむせ込み易くなる。

【介入方針】 端座位や立位など支持面が狭くなると、定型パターンが強まり右上下肢で支持面を押し付け介助量が増加する。右上肢の押し付けを失うとバランスを崩し易い。視覚から両下肢全体が見易い環境や右手で左半身に触れている場合、視線が正中位になり易くバランスの崩れが少ない。また支持物を抱え込み重心が前方にある中での端座位では右上下肢の押し付けが軽減。わずかに頸部の自己修正がみられ、声掛けにより視線の修正が可能。以上より支持面の広さ・重心の位置、視覚・身体の情報に姿勢保持に影響していると考えた。

【介入】 支持面が広く視覚から身体の情報に得られ易い長座位で骨盤を前傾方向に誘導し、体幹を伸展方向へ誘導した。また右手を視線で追いながら重心を前方へ移動させ左下肢を触るなど、視覚から左半身への意識づけを行った。

【結果】 介入1週間後、右上下肢の押し付けが軽減した中で端座位見守り、声掛けにより視線・頸部が中間位まで修正可能。定型パターンの出現なくリクライニング車椅子座位は3分間保持可能。1ヶ月後、ROM 頸部左回旋自他動5度、食事の際に定型パターンの出現なくリクライニング車椅子座位保持10分間可能。

【考察】 本症例にとって定型パターンが出現することで食事の際にむせ込み易くなる。本症例は①視覚から両下肢全体が見える環境 ②重心が前方にある状態だと定型パターンが軽減し易い。長座位は上記条件を満たし支持面が広く、その中で介入した事が食事の姿勢改善に繋がったと考えた。以上より本症例にとって長座位は適した介入姿勢と考えた。

脳梗塞後、端座位保持困難な症例に対し介入を行った一症例 ～介助量軽減の為、端座位の自立獲得を目指して～

○蛸井 竜太、荒井 繁人、森川 紀宏
医療法人社団 総生会 麻生リハビリ総合病院

Keyword：意識レベル、端座位保持、介助量軽減

【はじめに】本症例は心原性脳塞栓後、左片麻痺となった70代の女性である。意識レベル低下、麻痺側随意性低下、筋力低下、感覚鈍麻などの問題点により端座位保持が困難となっており、そこに着眼し介入を実施した。介入方法として座位訓練、装具を使用した立位訓練を行ったところ改善がみられたため報告する。

【症例紹介】心原性脳塞栓により中大脳動脈領域広範に損傷を受けた70歳代の女性。急性期病院を経て第54病日に当院へ転院。発症より91病日経過しているが、基本動作が全介助。症例に対し発表の主旨を説明し同意を得た。

【初期評価】Brunnstrom Stage (以下 Brs) は上肢Ⅰ-手指Ⅰ-下肢Ⅱ。脳卒中機能障害評価 (以下 SIAS) は18/76点。意識レベルは Japan Coma Scale (以下 JCS) にて10。徒手筋力検査 (以下 MMT) は体幹2、下肢は右3、左1～0。感覚検査は精査困難で重度鈍麻疑い。起居～移乗動作全介助。端座位保持は立ち直り反応消失のため20秒程度で後方へ倒れ込む。端座位姿勢は矢状面で頭部伸展、骨盤後傾し重心が後方に偏移。前額面で重心が右に偏移し体幹側面で右上肢の支持を要す。

【介入】1日60分、週6～7日間、約7週間実施。通常訓練としてROM訓練、体幹・股関節の筋力訓練、歩行訓練を実施した。加えて意識レベル改善、麻痺側随意性改善、股関節周囲筋促通を目的に端座位での前後左右への重心移動訓練、短下肢装具、Knee プレースを使用しての立位保持訓練を実施した。

【結果】Brs は上肢Ⅲ-手指Ⅱ-下肢Ⅲ。SIAS は35/76点。JCS は2。MMT は体幹2、下肢は右3、左2～1。感覚検査は中等度鈍麻。起居～移乗動作中等度介助。端座位保持は立ち直り反応が軽度出現し、60秒以上保持可能。端座位姿勢は矢状面で初期評価時より骨盤が前傾した。前額面では重心線が正中に近づきフリーハンド可能となった。

【考察】症例に対して端座位での訓練を行い、姿勢アライメントが改善され介助量が軽減された。座位刺激により求心性刺激が脳幹網様体に入力され、意識レベルが改善されたと考える。意識レベルが改善されたことで立ち直り反応が出現し、座位・立位で抗重力筋が活動し姿勢アライメントが改善され、座位の介助量軽減につながったと考える。また吉尾によると長下肢装具を使用した立位姿勢をとることによって抗重力筋が自動的に活動しやすいと報告している。座位保持訓練や立位保持訓練により股関節周囲や体幹の筋収縮を促し、麻痺側随意性や筋力が改善されたと考える。

○風間 康志

IMS グループ 医療法人社団 明芳会 横浜新都市脳神経外科病院 リハビリテーションセンター

Keyword：片麻痺、立ち上がり、骨盤右前方回旋

【はじめに】立位姿勢で右踵が接地しない右片麻痺患者を担当した。立ち上がり屈曲相（以下、屈曲相）で、骨盤前傾を骨盤右前方回旋で代償していた為、立ち上がり伸展相（以下、伸展相）では脊柱起立筋が過収縮する事で前上方重心を制動し、右下腿三頭筋が過収縮する事で右脛骨の前方傾斜を制動した結果、右踵接地が生じなかった。屈曲相の骨盤前傾を促す介入をし、右踵接地に改善が見られた為ここに報告する。

【症例紹介】40代、男性、左被殻出血、BrunnstromStage は右下肢3で、ROM は左右足関節背屈10°、底屈40°でMMT は左上下肢4であった。座位姿勢は、胸腰椎屈曲位で上半身重心は左後方へ位置し、骨盤右後方回旋していた。屈曲相で胸腰椎軽度屈曲、左回旋が生じた。骨盤は前傾せず右前方回旋、右膝関節 Knee in し離殿した。伸展相で重心が前上方移動し立位となるが、右踵は接地していなかった。

【説明と同意】ヘルシンキ宣言に則り書面と口頭にて説明を行い同意を得た。

【解釈】屈曲相を骨盤前傾ではなく骨盤右前方回旋で代償していた為、重心が麻痺側へ移動し右脛骨が前方傾斜した。伸展相では、脊柱起立筋の過収縮により、過度な重心の前上方移動を制動していた。しかし、右前足部への荷重が増加し右足関節背屈モーメントも増加した。その為、右下腿三頭筋の過収縮によって右脛骨前方傾斜を制動した結果、右踵接地が生じなかった。つまり屈曲相での骨盤前傾を引き出す事で右踵接地が生じると考え、右腸腰筋、右大腿直筋に対する介入が必要と考えた。

【介入】背臥位で右関節屈曲90°、右股関節内外転・内外旋0°、左股関節屈曲0°で右股関節屈曲運動を行った。これを通常行っている訓練に加え、一週間継続した。

【結果】屈曲相で骨盤前傾と胸腰椎屈曲角度が増加した。伸展相で上半身重心が正中線に近づき、右踵が接地した。

【考察】屈曲相で骨盤前傾が生じない要因に、右股関節屈筋群の機能低下が考えられた。Donald A. Neumannによると、骨盤前傾は腸腰筋、大腿直筋、脊柱起立筋によって起こるとされている。右腸腰筋、右大腿直筋に介入した結果、骨盤前傾により屈曲相で右脛骨前方傾斜が抑制された。また、伸展相で脊柱起立筋、右下腿三頭筋への負荷が軽減した結果、右踵接地が生じたと考えた。以上より、屈曲相の骨盤前傾を骨盤右前方回旋で代償している症例には、腸腰筋、大腿直筋に対する介入が有効であると示唆された。

移乗動作の介助量軽減を目指した左片麻痺の一症例 ～非麻痺側上下肢での軸回転による方向転換に着目して～

○木村 友彦、岡山 博信

公益社団法人地域医療振興協会 横須賀市立うわまち病院

Keyword：片麻痺、移乗動作、介助量軽減

【はじめに】移乗動作では両下肢で体重支持・重心移動を行い、下肢を踏み直すことで方向転換する必要がある。しかし、麻痺側下肢の支持性低下により踏み直しが困難な場合の方向転換について言及した報告は少ない。そこで、非麻痺側上下肢での軸回転動作の獲得により方向転換が可能となった症例を経験したためここに報告する。

【症例】70歳代女性。疾患名：右視床出血。障害名：左片麻痺。

【理学療法評価(発症後80日)】Brunnstrom Recovery Stage I-I-II。麻痺側上下肢・体幹筋緊張低下。表在・深部感覚共に重度鈍麻。検査では現れないが動作時に左側空間への注意障害あり。車椅子・ベッド間の移乗は非麻痺側上下肢への荷重が不十分であることと、方向転換時に麻痺側下肢の膝折れが生じることで重度介助。

【経過】評価後、移乗動作の介助量軽減を目的に立ち上がり訓練・移乗訓練、長下肢装具を使用した立位保持・麻痺側荷重訓練・歩行訓練を実施した。しかし、移乗動作の方向転換時において麻痺側下肢の膝折れが残存し、非麻痺側下肢を踏み直すことが出来ず、介助量の軽減には至らなかった。そこで、移乗訓練のプログラムを変更した。

【変更後のプログラム】本症例は、移乗動作の方向転換において麻痺側下肢の支持性低下及び非麻痺側上下肢への荷重不足により踏み直しが困難となっていた。そこで、非麻痺側下肢を床に着けたまま前足部で軸回転する方向転換を取り入れることとした。そのために移乗訓練を、(1)非麻痺側上下肢へ荷重した立ち上がり・立位保持、(2)立位で非麻痺側下肢の踵上げ、(3)非麻痺側前足部での軸回転、(4)非麻痺側上下肢へ荷重した着座の4相に分けて約3週間実施した。上記プログラムは全て症例の病室にて、実際に使用している車椅子・ベッドを用いて行った。

【結果】車椅子・ベッド間の移乗において、非麻痺側上下肢で軸回転することで近位監視～軽介助にて方向転換が可能となった。

【考察・まとめ】本症例は高齢かつ発症から長期間経過しても、麻痺側の随意性・感覚・筋緊張が改善しなかった。しかし、そのような症例においても非麻痺側上下肢を優位に用いた移乗動作を反復することで介助量軽減し、トイレ動作等のADLやQOLの向上に繋がったと考えた。

片麻痺患者の病棟内歩行の獲得にむけた介入 ～足部からの運動連鎖に対するアプローチ～

○岡田 雅明

IMS グループ 医療法人社団 明芳会 新戸塚病院 リハビリテーション科

Keyword：運動連鎖、立脚姿勢、足関節

【はじめに】今回左延髄外側梗塞により右片麻痺を呈し、歩行の遊脚後期に後方へのふらつきが著明であった患者を担当した。ふらつきの原因として右立脚での姿勢の崩れを考え、足部からの運動連鎖を考慮し介入した所ふらつきが軽減され、歩行導入が可能となった為、考察を交え報告する。本報告に患者及び家族に同意を得た。

【症例紹介】60歳代男性。発症から約2ヵ月で当院へ転院。入院時 BRS 上下肢共に3。股関節周囲筋低緊張、右足関節底屈、内反筋高緊張。足底腱膜の柔軟性低下。立位にて前方への重心移動不十分が触知された。歩行は四点杖軽介助で右立脚初期に足関節底屈・内反、足趾屈曲、足底外側接地、膝関節伸展位、股関節屈曲外旋位(以下定型パターンとする)となっていた。その後の右遊脚ではふらつきが認められた。BI75点。

【介入】介入当初、右立脚での姿勢の崩れが遊脚相へ影響していると考えた。特にその中で股関節に対し周囲筋の低緊張を賦活させることで股関節の安定性向上を図った。改善点として臀部からの重心移動が可能となったが、定型パターンに変化は得られなかった。安定した立脚のためには足底全体での重心移動が必要と考え、足部・足関節に着目した。徒手的に背屈、内外反中間位を誘導し歩行を行うとふらつきが軽減された為、股関節だけでなく足関節・足部に介入した。底屈内反筋の筋緊張適正化、足底腱膜の柔軟性向上、足関節底屈の遠心性収縮を促した後に運動連鎖を考慮し、足底全体接地した上で定型パターンからの脱却を目的に介入を実施した。

【結果】立脚時の定型パターン改善、足底全体接地、臀部からの重心移動と足関節背屈が可能となる。その後の右遊脚でのふらつきにも軽減が認められた。入院1ヵ月にて病棟内毎食事四点杖歩行見守り。BI80点。

【考察】本症例は、立脚姿勢の崩れが遊脚でのふらつきに繋がっていた。今回運動連鎖を考慮し足部・足関節から介入したことで股関節にも改善が認められ歩行導入が可能となった。足関節底屈・内反が著明であり、運動連鎖の破綻をきたし立脚姿勢に影響を及ぼし、歩行時にふらつきが生じる症例に対し運動連鎖を考慮した足部からのアプローチは有効な方法の一つであると考えられる。

左被殻出血により高次脳機能障害を呈した症例 ～移乗動作獲得に向け、視覚的情報を用いた介入～

○小島 結佳¹⁾、末政 友佳子²⁾

1) 社会福祉法人聖テレジア会 鎌倉リハビリテーション聖テレジア病院 リハビリテーション部

2) 神奈川県立保健福祉大学 リハビリテーション学科

Keyword：高次脳機能障害、移乗動作、視覚的情報

【はじめに】今回左被殻出血により右片麻痺、高次脳機能障害を呈した症例を担当した。移乗動作獲得を目標に介入し、見守りにて動作可能となったので報告する。

【症例紹介】60歳代女性。平成26年6月に左被殻出血を発症、第29病日に当院転院。既往に糖尿病、左放線冠ラクナ梗塞あり。なお、本報告の目的を症例および家族に説明し承諾を得た。

【初期評価】JCS1桁。発語はないが、状況理解が可能。質問に対して首振りやうなずきで対応あり。BRS 右2-2-2。感覚は精査困難(表在・深部とも推定重度鈍麻)。非麻痺側筋力MMT3～4。基本動作は軽～中等度介助、協力動作あり。平行棒内歩行約3m 中等度介助。FIM23(運動15/ 認知8)点。

【経過】介入当初は運動に対する集中が持続せず易疲労性著明。離床・抗重力伸展活動を促すため座位・立位・歩行練習中心に実施。第60病日、軽介助にて移乗動作が可能となったが、1)立ち上がり時に麻痺側足部の位置がばらつく 2)方向転換時の踏みかえが困難 3)ブレーキ・フットレストの操作の忘れにより、動作の定着に至らず。そのため体幹の促通や立位・歩行練習に加え、移乗実施前の注意点を記載したポスターの掲示、床面に移乗時の足と車いすの位置のマーキングを行った。移乗動作練習では、ポスター及び床面のマーキングの確認を繰り返し口頭指示、動作の修正を行った。第107病日、病棟内移乗見守りにて可能となった。

【最終評価】BRS 右2～3-2-2～3、感覚は表在・深部ともに中等度鈍麻。FIM60(運動42/ 認知18)点。

【考察】本症例は当初、注意障害、失語症による注意の転導により運動に集中できない状態であった。移乗動作の問題点に対し、症例は視覚的情報の理解が得やすく短文理解が可能であったためポスター・マーキングを用いた。鈴木は、日常生活動作はいずれも複雑な行動連鎖を有しており、健常者は一連の複雑な行動の連鎖により動作を遂行するが、片麻痺患者は部分動作の組み合わせにより日常生活動作を遂行するため、障害を生じる以前になかった行動連鎖を獲得しなければならないと述べている。本症例ではポスターを用い一連の行動を分解し1つずつ動作を行うようにしたことで、移乗動作における行動連鎖を獲得、動作見守りに至ったと考えられる。また、床面のマーキングにより症例の注意を促し、適切に足や車いすを置けるよう指導した。それにより成功体験の積み重ねが増えたことも動作定着に至った1つの要因と考えられた。

左半側空間無視を呈し座位保持困難な状態から 3食経口摂取を獲得した症例 ～片側メガネを用いたアプローチ～

○梅原 佑介

IMS グループ 医療法人社団明芳会 新戸塚病院 リハビリテーション科

Keyword：片側メガネ、半側空間無視、経口摂取

【はじめに】半側空間無視、押しつけを呈する患者に対するリハビリテーションは難渋するという報告が多い中、今回同様の症状を呈した患者を担当した。本人・家族の希望である経口摂取獲得に向けて片側メガネを用いたアプローチを行い良好な結果が得られたため報告する。

【症例紹介】50歳代女性。診断名は右被殻出血。発症2か月で当院転院。

経鼻経管栄養で ADL 動作全介助。BI0点。

初期時 Br.stage 上下肢・手指Ⅱ。全身的に低緊張、頸部筋・左大胸筋過緊張。右共同偏視、左半側空間無視、注意障害を認める。臥位姿勢から頸部右側屈・右回旋し、ベッド上端座位では右側へ注意が向き右後方へ姿勢を崩し保持困難。経過と共に右上下肢の押しつけを認め左へ姿勢を崩す。

【倫理的配慮】本人・家族に発表の趣旨を説明し同意を得た。

【介入の糸口】本症例の両目をタオルで覆い視覚情報を遮断したところ、頸部の筋緊張が軽減し頭部正中位への誘導が可能となり、姿勢の崩れも軽減した。しかし、タオルを外し開眼すると効果の持続はなし。声掛けによる視線の誘導は可能も注意が持続せず。セラピストの手で右側からの視覚情報を遮断すると閉眼時と同等の効果が得られた。そこで右側からの視覚情報を遮断できる代用品を考案した。

【片側メガネ】プラスチック製のメガネの左右レンズの右側半分を黒い紙で覆った物を使用した。

【介入】訓練室では他方への注意転動、疲労の訴えが聞かれやすかった為、刺激が少ない病室にて実施。片側メガネ・支柱付短下肢装具を患者に装着させた中で座位練習および起立・着座練習を実施。

【結果】介入1か月後、片側メガネ無しでも頸部右側屈・右回旋傾向が減少しベッド上端座位5秒可能となるも右上下肢による押しつけを認める。2か月後、押しつけの軽減を認めベッド上端座位10秒可能となり、車椅子上で3食経口摂取が見守りにて可能となった。

【考察】本症例は視覚による姿勢の崩れと押しつけの徴候を呈していたが、片側メガネを利用した介入により改善が認められた。先行研究において右側の視覚情報を遮断することで頭部の右回旋の軽減に繋がったとの報告から、今回の介入が有効なものであったと示唆される。本症例において、能動的トレーニングやミラーアプローチのように視線を誘導し右側から左側へ注意を向けていくのではなく、あえて右側からの視覚情報を遮断したことが介入へのきっかけになったと考える。

脳出血急性期治療終了後、肝機能障害により再入院した症例 ～プログラム工夫による効果～

○山口 エリカ

特定医療法人社団 沖縄徳洲会 湘南鎌倉総合病院

Keyword：脳出血、急性期、運動量

【はじめに】今回、湘南鎌倉総合病院にて脳出血の急性期治療終了後に回復期病院に転院するも、肝機能障害により当院へ再入院した症例を担当する機会を得た。脳出血の病期を加味すると本症例は積極的なりハビリ介入が必要であった。治療や感染管理の制限のある環境下であったがプログラムを工夫することで身体機能・ADLの向上を認めた。以下に報告する。

【症例紹介】70歳代男性、脳出血発症前ADLは完全自立。診断名は薬剤性肝機能障害。既往に左被殻出血。2014年3月下旬から38日間左被殻出血にて当院入院。第39病日回復期病院へ転院したが、採血にて薬剤性の肝機能障害を認め、当院再入院。回復期転院時の意識レベルはJCSⅡ-10。Brunnstrom.stage 右上肢Ⅰ手指Ⅱ下肢Ⅲ。健側粗大筋力上下肢4レベル。基本動作は重～中介護。歩行は重介護、ADLは全介護にて実施。

【経過と治療】第39病日理学療法再開。長下肢装具歩行練習再開。第44病日短下肢装具歩行練習実施。第48病日肝機能改善傾向にあり転院調整開始。第49病日トキシン陽性となり個室隔離。動作練習中心に実施。2週後、隔離解除。第87病日ADL向上目的に回復期病院へ転院。

【治療の計画と内容】再入院同日にリハビリ処方・介入開始。全身状態の評価後、運動療法開始。内服調整で肝機能の改善を認め、段階的に運動量を増加。運動療法は脳出血の病期を考慮し、プログラム立案。活動量増加を目的に他療法・病棟にて車椅子乗車を行い、生活リズムを構築。理学療法は身体機能向上目的に装具歩行練習実施。個室隔離期間は反復的に基本動作・装具歩行練習を実施し運動量を維持。ご家族に自主トレ指導を行い、運動量の増加を図った。プログラムを継続する事で転院時の基本動作は軽介護～監視。ADL介護量軽減。

【考察とまとめ】脳血管障害の回復過程において回復期リハでは身体機能の向上が最も期待される時期であるとされている。本症例は再入院後、早期に全身評価をした後、運動量を設定。積極的に運動療法を実施。また、隔離期間中も他療法・家族の協力の下、重点的なりハビリを提供したことで身体機能の回復が図れた。近年の超高齢化社会において、合併症により回復期リハへの受け入れが困難となる高齢者も増えてきている。急性期リハの役割としては廃用症候群予防と早期離床とされているが障害の問題点の整理を十分に行い、患者の全体像に合った対応を行うことも身体機能・ADL向上に必要と考えられる。

肩関節周囲筋が動的立位バランスに与える影響 ～重度右片麻痺を呈した一症例～

○宮本 寛子

IMS グループ 医療法人社団 明芳会 横浜新都市脳神経外科

Keyword：麻痺側肩甲帯、重心移動、動的立位

【はじめに】今回、左被殻出血により重度の右片麻痺を呈し、立位姿勢は右肩甲帯周囲の筋緊張低下により体幹前傾・右側屈位、右骨盤後方回旋しており、重心移動が困難なため動的立位バランスの低下が見られていた。今回麻痺側肩甲帯に着目し、動的立位バランスの向上が即時的に図れたため報告する。

【症例・評価】60代女性、左被殻出血により右片麻痺を呈している。既往に両膝変形性膝関節症・高血圧あり。麻痺はBrunnstrom Stage 右上肢2、手指2、下肢2。感覚は表在感覚・深部感覚共に軽度鈍麻。筋緊張は右肩関節周囲筋に著明に低下が見られていた。それにより立位姿勢は、身体重心は左前方にあり、右肩甲上腕関節に1横指の亜脱臼がみられ右肩甲骨下制・体幹前傾・右側屈位となり、右骨盤が後方回旋位であった。前方リーチでは身体重心の股関節戦略がとれず左肩甲帯を挙上させ、左足関節で重心を軽度前方移動させた動作となっていた。左側方リーチでは重心が左にあり体幹を左側屈させての動作となっていた。後方への振り返り動作では、重心が左に偏位しており頸部回旋のみの動作となっていた。

【説明と同意】症例は本報告の主旨を説明し同意を得た。

【方法】側臥位で右大胸筋のストレッチ、大円筋・小円筋のストレッチを行った後、前鋸筋の促通を行った。動的バランスの評価として前方リーチ、左側方リーチ、振り向きとし、動的立位バランスを治療前後で比較した。

【結果】立位姿勢は右肩甲骨下制・体幹前傾・側屈位軽減、麻痺側骨盤の後方回旋位の軽減、重心の左偏位の軽減が見られた。また立位での前方リーチでは骨盤の後方移動が可能となり体幹の前傾・右回旋が生じ18cmの改善、左側方リーチでは麻痺側への骨盤の外側移動が可能となり3.3cm改善した。体幹・骨盤の回旋が生じ後方への振り向き動作が可能となった。

【考察】右前鋸筋を促通することにより広背筋や腹筋群の筋活動が増加するとの報告がある。広背筋、腹筋群の筋活動増加に伴い、立位姿勢で右肩甲骨の下制、体幹の前傾・右骨盤の後方回旋が軽減し、右後方へ重心移動が可能となったと考える。右後方へ重心移動が可能となったことにより前方・左側方リーチ、右後方への振り向き動作が可能となり動的立位バランスの改善がみられた。これらから動的立位バランス向上には麻痺側下肢だけでなく、麻痺側肩甲帯も関与する要因の一つであると考えられる。

肩甲骨アライメントの修正により立位・歩行に改善が認められた症例 ～病棟内歩行導入に向けて～

○藤岡 奈緒美

IMS グループ 医療法人社団明芳会 新戸塚病院 リハビリテーション科

Keyword：肩甲骨、歩行、体幹筋

【はじめに】麻痺側下肢の突っ張りにより立位時に体幹右側屈・右肩甲骨外転・右側への重心偏位を認め、歩行では右立脚中期で体幹右側屈が増悪しふらつきを認めた症例を担当した。そこで、右肩甲骨内転位での脊柱伸展と左右への重心移動を促す事で良好な結果が得られた為、考察を加え報告する。今回の発表にあたり本人及び家族の同意を得た。

【症例紹介】70歳代男性。診断名は脳腫瘍。Br.Stageは左上下肢6。ROMは胸腰椎移行部の左凸側弯変形あり。MMTは体幹・下肢3。筋緊張は右大胸筋、右腰方形筋、左脊柱起立筋、右ハムストリング、左下腿三頭筋の亢進。姿勢は座位・立位ともに右肩甲骨外転、体幹左回旋・右側屈、脊柱屈曲となり右後方重心。病棟内移動は車椅子。理学療法時の歩行器歩行は、右立脚中期での体幹右側屈により歩行器が身体に対し右へ偏位する為中等度介助。Berg Balance Scale (以下BBS) 26点。Berthel Index (以下BI) 55点。

【経過・治療】入院時より麻痺側下肢の突っ張りが著明に認められ、座位から軽介助を要した。座位・立位保持の獲得に向け、下肢のプレーシングや起居動作を行った。それにより、座位は改善したが立位に変化は無かった。そこで、臥位での右大胸筋と右腰方形筋のリラクゼーション、及び立位で右肩甲骨内転位を誘導する事で、右立脚中期での体幹右側屈が減少した。これを糸口に、右肩甲骨内転位を治療時の設定とした。そして、座位で手を後方へつく事で肩甲骨内転位を保ち、その中で脊柱伸展と左右への重心移動を行った。その後、同様の運動を立位でも実施した。

【結果】右大胸筋・腰方形筋と左下腿三頭筋の筋緊張低下。立位時右側への重心偏位減少。右立脚中期でのふらつき減少。理学療法14日目で病棟内歩行の導入。BBS39点。BI60点。

【考察】肩甲骨は内転位に保持する事で後傾し、それに伴い脊柱は前方へ押し出され伸展が生じ易くなる。今回、肩甲骨内転位での脊柱伸展活動により脊柱起立筋の筋活動増大を認めた。三浦らは立脚初期で多裂筋・最長筋・腸肋筋の筋活動が増大し、立脚中期で内腹斜筋の筋活動が増大すると報告している。本症例は体幹筋力低下や脊柱変形に加え、大胸筋や腰方形筋の筋緊張亢進により抗重力筋活動が生じ辛かったが、肩甲骨内転位での脊柱伸展と左右への重心移動を行う事で、右立脚初期から中期で活動する体幹筋が賦活され、立位姿勢の改善と歩行時のふらつき減少に繋がったと考える。

脳挫傷重度左片麻痺を呈した患者に対し、 移乗動作介助量軽減に向けたアプローチ

○高橋 健人、小山 理恵子、呂 善玉、大竹 里枝

社会福祉法人 聖テレジア会 鎌倉リハビリテーション聖テレジア病院

Keyword：脳挫傷、移乗動作、介助量軽減

【はじめに】右前頭葉脳挫傷による重度左片麻痺と高次脳機能障害を呈した症例を担当した。本症例は独居のため施設入所に向け、介助量軽減に取り組んだ症例を報告する。尚、発表に際し事前にご家族に発表の主旨を説明し同意を得た。

【症例紹介】60代男性、独居、職業調理師。現病歴はバイクで転倒し受傷、脳挫傷と診断され急性期病院に入院、第58病日リハ目的にて当院転院。

【初期評価】意識障害 JCS2-10。BRS2-2-2。ROMT 左足関節背屈 -5°。筋緊張(MAS)胸腰部、左下肢2。表在・深部感覚中等度鈍麻。前頭葉の損傷であったが、意識障害のため高次脳機能障害は精査困難。基本動作は起居、座位保持1人介助、起立、立位保持、移乗2人介助を要した。FIM23(運動14/認知9)点。

【経過】基本動作の介助量軽減を目標に特に移乗動作に着目し介入した。当初は意識障害が著明であり二次的障害予防目的にて離床時間の延長やROM訓練、基本動作訓練を実施した。全般的に非麻痺側優位の動作であり各動作時に連合反応による痙性が出現していたため、麻痺側下肢への荷重感覚を促通すると共に、棟内生活ではSLBを使用した介助方法を統一し痙性予防に努めた。その結果、第87病日で手すり使用し座位、立位保持軽介助。第118病日、手すり使用しての端座位保持見守り。第175病日、SLB完成。第179病日、手すり・装具使用し立位保持見守り、移乗動作軽介助。第233病日に施設入所となった。

【最終評価】意識障害 JCS1-1。BRS変化なし。ROMT 左足関節背屈5°。筋緊張(MAS)胸腰部・左下肢1。表在・深部感覚軽度鈍麻。注意機能障害(TMT-A:185秒で可能、TMT-B:理解困難)は残存した。車椅子移動動作全介助、起居、起立、移乗動作1人介助。FIM51(運動33/認知18)点。

【考察】本症例は入院初期より介助量が多く、また独居生活のため在宅復帰は困難であることが予想された。介入初期から抗重力活動を促すことで、脳幹網様体を賦活し意識障害が改善したと考える。起立動作や立位保持練習にて荷重感覚を促通することで、麻痺側上下肢の活動性の向上や非麻痺側上下肢の過剰努力が改善した。また、麻痺側下腿三頭筋の過緊張により足関節背屈制限が生じ姿勢保持・バランス能力が低下し移乗動作の介助量が増大する可能性を考慮しSLBを使用した。これにより麻痺側下肢の支持性を高め、荷重量を増加させ、連合反応を抑制した移乗動作を継続したことで介助量が軽減したと考える。

著明な起立性低血圧と情動不安定を呈した ギランバレー症候群の一症例

○塚本 佐保¹⁾、石田 由佳¹⁾、前野 里恵¹⁾、高橋 素彦 (MD)²⁾

1) 横浜市立市民病院 リハビリテーション部

2) 同 リハビリテーション科

Keyword : ギランバレー症候群、起立性低血圧、理学療法

【はじめに】 ギランバレー症候群 (以下 GBS) の多くは予後良好といわれるが、回復が遅延する症例も散見される。今回、著明な起立性低血圧と全身の疼痛に加え、情動不安定を呈した GBS 患者の理学療法 (以下 PT) を経験したので報告する。

【症例紹介】 20 歳代、女性。病前状況に特記事項なし。発表に際し説明と同意を得た。

【現病歴】 X-9 日発熱、X-5 日他院入院。意識消失にて X 日当院転院、GBS 診断、免疫グロブリン静注療法開始。X+2 日リハビリテーション (以下リハ) 開始。X+4 日抗利尿ホルモン不適合分泌症候群による低ナトリウム (以下 Na) 血症診断 (Na112mEq/L)。X+17 日起立性低血圧にて自律神経障害診断。暴言や気分の変動に対し X+22 日神経精神科併診、抗精神病薬開始。X+38 日全身疼痛増強し、鎮痛薬開始。X+58 日回復期リハ病院転院。

【開始時評価】 意識清明、四肢末梢感覚鈍麻、ROM 正常、MMT3~4、寝返り軽介助。

【PT 経過】

低 Na 血症期 (X+2 日から) : ROM、筋力維持を目標に自動介助運動、寝返り練習を実施。Na 補正後より腰かけ座位へすすめるが、意識消失経験や疲労から座位に消極的となり、ベッド上運動を漸増しギャッジアップ座位練習を継続。

起立性低血圧と情動不安定期 (X+17 日から) : 離床を目標に全介助でリクライニング型車いす乗車開始。Na 改善後より訓練室に移行し、起立台での立位を慎重に実施。情動不安定に対しては、神経精神科の介入により傾聴とともに身近な目標を本人と確認。さらに、リハ担当者 と看護師で接し方を統一。また、リハ時間を固定し離床時間を明確化。

疼痛増強期 (X+38 日から) : リハ継続を目標に、愛護的なマッサージを通して本人の意欲を確認しながらも起立台での立位練習や腰かけ座位練習を転院時まで継続。

【終了時評価】 ROM 正常、MMT2~3、全身疼痛残存、寝返り自立、移乗軽介助、リクライニング型車いす乗車 90 分可能。

【考察】 本症例は低 Na 血症、自律神経障害を呈した GBS 亜型の診断で、全身の疼痛や情動不安定の影響もあり回復が遅延した。PT は常に廃用予防を考慮しながら、身体症状にあわせて慎重にすすめたことで、ROM 維持や介助量軽減、離床につながったと考える。また、精神面への配慮として、傾聴やスケジュールの調整、愛護的な関わり等の対応をチーム内で統一したことが有効であり、入院中のリハ継続およびリハ病院への転院が可能となったと考える。

○奥津 悠斗、田中 亨典

社会福祉法人聖テレジア会 鎌倉リハビリテーション 聖テレジア病院

Keyword：視神経脊髄炎、感覚刺激、移乗動作

【はじめに】視神経脊髄炎により両目の視力低下、体幹と下肢の感覚、運動障害を呈した症例に対して足底からの感覚刺激を目的とした荷重練習を行った結果、下肢筋力の向上を認め移乗動作を獲得し自宅退院へ至った。

【症例紹介】診断名：視神経脊髄炎。60歳代。女性。右目の失明と左目の視力低下で発症（MRIにてTh5レベル以下に高信号病変）。

既往歴：Fisher 症候群、高血圧。病前生活は自立。

【初期評価】改良フランケル分類：C1。感覚：表在、深部感覚共に重度鈍麻。ROM：上下肢共に著明な制限なし。筋緊張：体幹、下肢共に低緊張。MMT (Rt/Lt)：上肢4～5/4～5、体幹1～2、大腿四頭筋3/2、大殿筋2/2、その他下肢2～3/2～3。基本動作：起き上がり近位監視、座位保持軽介助、立位保持、歩行不可能。移動：車椅子全介助。移乗動作：全介助。FIM64/126点。

【経過】発症47病日より入院。起立台での立位練習から開始。座位、立位共に裸足での荷重練習を取り入れ、両上肢支持によるプッシュアップでの移乗動作自立を目指し介入。96病日頃よりトランスファーボードを用いた移乗動作が自立。その後平行棒での立ち上がり、荷重練習を実施したが、上肢や腰背部の過剰努力、筋緊張亢進を認めたため、前腕支持による荷重練習を実施。149病日頃より手すり把持での移乗とトイレ内動作が自立となった。家屋改修後に家庭訪問を実施。186病日頃には夜間も移乗動作が安定し車椅子での自宅退院となった。

【最終評価】改良フランケル分類：C2。感覚：表在感覚中等度鈍麻、深部感覚は重度鈍麻。筋緊張：左右下腿三頭筋、左右大腿筋膜張筋、頸部、腰部筋緊張亢進。MMT (Rt/Lt)：体幹2、大腿四頭筋4/4、大殿筋3/3その他下肢3～4/3～4。基本動作：自立、移動：屋内車椅子自操。移乗：支持物使用して自立。FIM101/126点。

【考察】本症例は視力の低下、感覚鈍麻により視覚と体性感覚系による感覚情報が低下し、座位や立ち上がり、立位保持といった動作時の筋活動が低下したと考えられる。重度の感覚鈍麻に対し足底からの感覚刺激を用いた座位、立位での荷重練習を行った結果、足底の感覚受容器や、筋紡錘、腱紡錘などの固有受容器からの求心性刺激が増加し、殿筋群や大腿四頭筋、抗重力筋の活動が賦活され筋力の向上が認められたと考える。また、立ち上がり台を用いた前腕支持での立位保持を行うことで、上肢や背部筋の過剰な代償を抑制し、腹部、下肢筋群の筋力や筋出力が向上し移乗動作獲得に至ったと考える。

小脳出血により重度のめまい・嘔気を呈した症例 ～平衡機能を中心としたアプローチ～

○石崎 純、田中 宇徳

社会福祉法人聖テレジア会 鎌倉リハビリテーション聖テレジア病院

Keyword：小脳出血、平衡運動、めまい

【はじめに】本症例は小脳出血により重度のめまい・嘔気を認め、歩行能力低下を呈した。在宅復帰後家族との外出を目標に早期のめまい・嘔気軽減、バランス向上、安定歩行獲得を目指し平衡機能を中心として介入をした。尚、発表に際して本症例に主旨を説明し同意を得た。

【入院前情報】小脳出血(虫部、左半球)の70歳代女性。急性期病院を経て第15病日に当院転院。家族構成は夫、娘と三人暮らし。病前はご家族と旅行・買物など活動的な生活を過ごしていた。

【初期評価】HOPE はめまい・嘔気なく歩くこと。頸部運動を中心とした体位変換時に、めまい・嘔気・嘔吐を認め、活動量の低下がみられた。著明な運動・感覚麻痺、関節可動域制限は無く、協調性検査では両上下肢失調、躯幹協調機能検査 Stage3。MMT 体幹屈曲4、股関節周囲筋3～4レベル。立ち直り反応減弱。眼振陰性。BBS41点。FIM99点(運動64、認知35)。歩行は平行棒内近位監視レベルで軽度運動失調性歩行が認められた。

【経過と結果】平衡機能へのアプローチは眼球・頸部運動時のめまい・嘔気の軽減を目標に、眼球運動は追視運動、頸部運動は自動運動を実施。さらに、四肢・体幹運動を座位から始め、立位、歩行と順に難易度を上げた。運動強度は嘔気を自覚する直前までと設定した。また、股関節周囲筋や体幹筋筋力強化、膝立ち位運動、応用歩行練習を実施した。結果、入院2週目よりめまい・嘔気軽減、病棟でU字型歩行器歩行開始。7週目より病棟で独歩開始。9週目より病棟でのめまい・嘔気の訴えが無くなる。10週目より外出練習で公共機関を利用して、買物を実施。結果、めまい・嘔気の改善、両上下肢・体幹失調の軽減、立ち直り反応出現、BBS56点、FIM123点(運動88、認知35)。入院期間第92病日で自宅退院に至った。現在、本症例は散歩、娘との買物など病前生活に近い生活を過ごしている。

【考察】入院当初からめまい・嘔気の改善を目指し、平衡機能に対してのアプローチを実施した。長沼は平行訓練は、前庭系、視覚系、深部知覚系に反復刺激を加え、できるだけ短時間に前庭性左右不均衡の中枢性代償、各系の相互作用の強化、中枢神経系の運動学習を成就させることを目的としていると報告している。本症例も眼球運動、頸部自動運動を行うことにより、視覚系、前庭系を介して小脳の機能残存部位が賦活され、出血部位の機能を代償し始めた為、めまい・嘔気の軽減・改善に繋がったと考える。

小脳性運動失調により右大腿骨頸部骨折を呈した症例 ～安全な歩行の獲得を目指して～

○森川 紀子

医療法人社団柏信会 青木病院

Keyword：運動失調、大腿骨頸部骨折、中殿筋

【はじめに】本症例は、小脳性運動失調により右大腿骨頸部骨折を呈し、人工骨頭置換術を施した症例である。歩容は、右足底接地から立脚中期にかけて右股関節内転・内旋し、接地側骨盤が前方回旋し側方への動揺がみられた。右中殿筋へのアプローチによって右立脚中期にかけて、側方動揺の軽減が認められた。立ち上がりでは、離殿時に脛骨が後方回転し重心が後方に残っていたが、骨盤前傾を促すことで重心が前方移動し、脛骨の前方回転がみられ、立ち上がりの動揺が軽減したので以下に報告する。

【症例紹介】80代男性。診断名：右大腿骨頸部骨折。右大腿骨骨幹部骨折。正常圧水頭症。H24年12月自宅居間で転倒し、右大腿骨頸部骨折と判明。H25年1月人工骨頭置換術施術。その後右大腿骨骨幹部骨折し、H25年3月当院へ転院となる。

【理学療法評価】ROM：右股関節伸展0°、右股関節外転15°、右股関節外旋30°、右膝関節伸展-15°、左膝関節伸展-10°。MMT：右股関節伸展2、右股関節外転4。疼痛：右股関節屈曲最終域で出現。鼻指鼻試験：左右共に企図振戦・測定異常。踵膝試験：左右共に測定過多で円滑に動かさない。躯幹失調試験：ステージII。

【治療プログラム】側臥位にて膝伸展位・屈曲位での右股関節外転保持運動。座位にて骨盤前後傾運動。座位・立位にて骨盤への圧迫を加え、体幹部の固定を目的とした介入を行った。

【考察】前輪型歩行器を使用しての歩行で、右足底接地から立脚中期にかけて右股関節内転・内旋し接地側骨盤が前方回旋し、側方への動揺がみられた。右中殿筋の筋力低下と考え、治療介入を行った。結果、立脚中期の側方動揺が軽減した。立ち上がりでは骨盤後傾位で体幹前傾が不十分であることから、骨盤前傾の促通を行ったところ、体幹前傾し重心の前方移動が増大した。しかし、歩行周期を通じ、後方重心で両脚支持期が長く、円滑な前方への重心移動には至っていない。転倒防止を最優先に考え、QOL改善のために、歩行時の重心移動を円滑にし、安定性のある歩行の獲得が今後の課題である。

失調症状を主症状としたダンディウォーカー症候群の 歩行獲得に向けて

○佐々木 ともみ¹⁾、児玉 正吾¹⁾、古川 真里子¹⁾、城井 義隆²⁾

1)川崎西部地域療育センター 診療所

2)昭和大学横浜市北部病院 リハビリテーション科

Keyword：ダンディーウォーカー症候群、装具療法、歩行

【はじめに】 失調症状を主症状としたダンディウォーカー症候群の症例に歩行獲得を目指し、装具療法を実施し、良好な結果が得られた為報告する。

【説明と同意】 対象児の保護者に本発表に関する説明をし、同意を得た。

【症例紹介】 小3男児。在胎は37週で、出生体重は2,282gであった。10ヶ月検診で発達遅滞を指摘され、精査によりダンディウォーカー症候群と診断された。1歳7ヶ月よりA療育センターにて理学療法を開始し、4歳4ヶ月より当療育センターでの理学療法を開始した。装具療法実施前の評価を以下に示す。筋緊張は全身的に低緊張であり、関節可動域は両足関節背屈60°であった。協調運動障害は動作時において目的に沿った運動は生じるが、運動の制御が拙劣になり運動がいき過ぎた状態を呈し、四肢・体幹の細かい動揺を伴っている。基本動作は立位可能だが体幹、股および膝関節は屈曲、足関節は底屈し、ワイドベースである。両側外反扁平足も認めた。移動は四つ這いや伝い歩きで可能だが重心動揺が大きく、振り出しと歩幅が大きかった。上肢への依存も強かった。PCWでの歩行が安定してくると、遊脚期の尖足が目立った。

【治療・経過】 バランス練習、歩行練習を中心に月2回理学療法を実施した。歩行獲得への治療計画についてリハビリテーション(以下リハ)医と話し合い、足関節の適度な固定力があり、足部のアライメントを修正出来るHiflex Foot Gear(以下HFG)を作製する方針となった。他の装具も検討したが、SLBやSHBでは固定力が強すぎ他関節が適応出来ず、不安定さが増強し恐怖心が生じた。HFG装着で立位時の体幹、股および膝関節は中間位で保てるようになり、重心動揺は軽減し、自力での歩行が可能となった。上肢への依存も改善した。

【考察】 一般的には失調症状に対するリハとして重錘負荷や弾性包帯により固有感覚入力を増強させる運動やバランス練習などが行われている。本症例もバランス能力の向上は認めたがさらに運動制御を得る目的で装具療法を検討した。染谷らは片麻痺患者に対してHFGを装着することで、左右動揺条件で患側への荷重比増加や、圧中心位置の位置が認められたことから、左右方向への安定性をより向上し得るものと述べている。本症例もHFGを装着することで動揺が抑制され、一側下肢へ重心移動が容易になったと考えられた。また軽量で違和感が少なく常時装着できたため学習効果が得られ自立歩行を獲得したと考えられた。

慢性閉塞性肺疾患が既往にある 心臓血管外科手術後リハビリテーションの一症例

○北田 美香¹⁾、小牧 俊也¹⁾、森 久晃¹⁾、古川 広明¹⁾、原島 宏明²⁾

1) 医療法人社団 三成会 新百合ヶ丘総合病院 リハビリテーション科

2) 南東北グループ 首都圏リハビリテーション部門

Keyword：心臓血管外科手術患者、COPD、離床

【はじめに】慢性閉塞性肺疾患（以下、COPD）が既往にある心臓血管外科術後患者の症例を経験した。呼吸機能低下により術後の離床に遅延を生じることが予測されたため早期離床に着目し、心臓リハビリテーション（以下、CR）の介入を行ったので報告する。

【症例紹介】70歳代男性、以前より指摘されていた弓部大動脈瘤が拡大傾向にあったため今回、全弓部人工血管置換術目的に入院となった。症例はCOPDの既往があり、術前はFEV1：62%、安静時SpO₂：90%前後、MRC息切れスケールGrade2、ADLはBarthel Index（以下、BI）100点であった。術後は手術当日に抜管の予定であったが、酸素化不良のため術後2日目に抜管となった。そのため離床開始は遅延したが、術後4日目に歩行開始、9日目にはADL自立、14日目には自宅退院となった。

【方法】CRは術前から開始し、合併症予防のため咳嗽・排痰・呼吸方法の指導及び反復練習を実施した。また、患者に術後のリスクやリハビリの必要性などの理解が得られるようCRの流れについて説明も行った。術後は、翌日よりベッド上での介入を開始し、1日に40分2回に分けて介入した。肺炎や無気肺の予防を目的とし、体位交換、呼吸徒手介助、排痰、端座位を中心にCR介入をした。抜管後も呼吸理学療法を継続した上で積極的に離床を行った。

【結果】術後は、酸素化が良好となりSpO₂：90%前後と術前の状態に回復し合併症を予防することが出来た。その結果、抜管後も呼吸状態は安定しCRでは離床を進めることが出来た。離床後は、心肺機能向上目的とした歩行訓練や階段を取り入れることが出来たため、離床開始時のBIは10点であったが9日目には95点に回復し退院時には術前同様のADLを獲得した。

【考察】本症例は術前からの介入により、同体位時間の軽減、排痰量の増加、胸郭可動性が向上し、酸素化が改善した。そのため肺炎・無気肺の予防ができ、術後スムーズな離床・歩行訓練や階段昇降へと移行出来たのではないかと考える。

【まとめ】今回は、心臓血管外科患者の術後リハビリテーションにおいて、離床に着目し、症例を検討した。

抜管は遅延したが、術前・術後のCR介入により離床が進み、早期退院に至った。今後は、術前・術後の機能評価をより詳細に行い、CR介入の効果を検討していく必要があると考えた。

乾性咳嗽を呈した間質性肺炎患者に対して 咳嗽の抑制を目的とした理学療法の実験

○藤田 知哲¹⁾、井出 篤嗣¹⁾、森川 由季¹⁾、前野 里恵¹⁾、高橋 素彦(MD)²⁾

1) 横浜市立市民病院 リハビリテーション部

2) 同 リハビリテーション科

Keyword：間質性肺炎、乾性咳嗽、理学療法

【はじめに】間質性肺炎(IP)に対する理学療法(PT)として、乾性咳嗽にアプローチした報告は少ない。今回、頻回な乾性咳嗽を呈したIP患者に対し、咳嗽の抑制を目的としたPTを実施し、咳嗽の軽減・活動量の増大に至った症例を経験したので報告する。発表に際し説明と同意を得た。

【症例紹介】60歳代、女性。病前状況に特記事項なし。

【現病歴およびPT経過】X-3日咳嗽・発熱にて当院救急受診、KL-6(1076U/ml)、SP-A(46.3ng/ml)。X日咳嗽・呼吸困難感持続にて入院加療。CTでは両肺に散在するスリガラス影/網状影、器質化傾向。翌日ステロイド治療開始。X+9日PT開始するも徐々に呼吸状態悪化し、X+15日ネーザルハイフロー管理。X+19日オキシマイザーに変更。X+36日咳嗽の抑制を目的としたPT開始。

【介入前評価：X+36日】頻回な乾性咳嗽で会話は単語程度に制限、起居動作は困難。浅・頻呼吸で息切れ著明、最大呼気時間は約1秒。胸郭可動性低下あり。聴診は右肺野と両肺区域(S)5・8で減弱、全肺野に捻髪音あり。SpO₂は、オキシマイザーにて酸素(O₂)1L下で安静時94%、会話時80%台に低下。

【咳嗽抑制PT方法】呼吸状態改善の目的で深呼吸を試行するも、咳嗽が頻回となり呼吸苦を助長したため、まず咳嗽を抑制することを目的に切り替え、母音『あ』を発声させるPTを開始。ベッドアップ座位でリラクゼーション後に実施し、発声回数は10回1セット。声量よりも自然な発声を意識させ、咳嗽が発生する直前で止めるように指導し、徐々に発声時間を延長。

【介入後評価：X+57日】咳嗽は軽減し日常会話可能、起居動作自立。歩行はO₂3LにてSpO₂94%、軽介助30m。浅・頻呼吸や息切れは軽度残存するも改善。最大呼気時間は約10秒。胸郭可動性改善。聴診はS5・8以外改善傾向。SpO₂は、鼻カヌラO₂1L下で会話時96~98%。

【考察】本症例においては、深呼吸練習では咳嗽を助長させてしまい、母音『あ』を発声する練習では咳嗽を抑制することが可能であった。乾性咳嗽により日常会話や起居動作・歩行が困難になっているIP患者に対し、母音『あ』を発声する練習が有効である可能性がある。

用手的肺過膨張手技の施行により無気肺及び呼吸困難感が改善した膿胸患者の一例

○大場 理恵子、長谷川 哲也、宮地 竜也、松井 裕人、千葉 公太、岡本 賢太郎
公益社団法人地域医療振興協会 横須賀市立うわまち病院

Keyword：無気肺、用手的肺過膨張手技、膿胸

【はじめに】膿胸は胸腔内に膿が貯留した状態と定義され、急性膿胸においては全身の炎症症状に加えて膿性胸水による胸腔内臓器の圧迫によって生じる循環・呼吸器障害が問題となる。今回、膿胸により右無気肺を呈した88歳女性に対して用手的肺過膨張手技(manual hyperinflation、以下MH)を行った結果、呼吸機能及び歩行能力の改善が得られ自宅退院が可能になった症例を担当したので報告する。

【説明と同意】患者及び家族に対して本発表の目的及び個人情報取扱について十分に説明を行い、書面にて承諾を得た。

【症例】88歳女性、夫と二人暮らし、軽度認知症あり。病前歩行レベルは屋内独歩自立、ADLは自立～見守りレベル。現病歴は2014年5月に右季肋部痛・呼吸困難で当院へ救急搬送され、膿胸の診断にて当院入院。入院時胸部CT所見にて膿性胸水の圧排による右側の肺胞虚脱が認められ、胸腔ドレナージ及び繊維素溶解療法が開始された。

【理学療法経過】第2病日より理学療法を開始した。第24病日頃より著明な労作時呼吸困難感の訴えがあり、歩行訓練を中心とした立位での運動療法の継続が困難になった。また、労作時の呼吸数増加・SpO₂低下が認められたため、第38病日より右側の無気肺に対してMHを開始した。MH前(第38病日)、肺活量は700cc、視診及び触診所見にて呼吸時の右胸郭運動は消失、聴診所見にて右肺中葉～下葉にかけて肺胞呼吸音の消失・気管支呼吸音化が認められた。歩行能力はroom airにて平行棒内2往復監視レベル、歩行中に「苦しい。もう歩けない。」との呼吸困難感の訴えがあり歩行を中断した。この際の呼吸数(安静時→歩行後)：22回/分→32回/分、SpO₂(安静時→歩行後)：93%→91%であった。第38病日及び第39病日にMHを約20分間実施した。MH後(第44病日)、肺活量は900cc、呼吸時の右胸郭運動が改善、右肺中葉～下葉にかけて肺胞呼吸音が聴取された。歩行能力はroom airにてサークル歩行40m監視レベル、歩行後の呼吸困難感としては「少しはあはあする。」との訴えがあった。この際の呼吸数(安静時→歩行後)：18回/分→26回/分、SpO₂(安静時→歩行後)：95%→94%であった。運動療法を継続した結果room airにて伝い歩き屋内自立レベルを獲得し、歩行後の呼吸困難感はなかった。第55病日に自宅退院となった。

【終わりに】MHは膿性胸水の圧排により生じた無気肺を改善し、歩行時の呼吸困難感の改善に有効であったと思われる。

重度脳性麻痺患者の周術期呼吸器合併症を呈した症例 術前の身体活動に注目して

○杉山 和寛

医療法人沖繩徳洲会 湘南鎌倉総合病院

Keyword：重度脳性麻痺、周術期、呼吸器ケア

【はじめに】近年の低侵襲手技の治療発展もあり、脳性麻痺患者に対する侵襲的治療が行われることは珍しい事ではなくなっている。一方で重度脳性麻痺患者は胸郭の拘束化や上気道通過障害により慢性呼吸不全を呈しており排痰能力の低下を認めているため、日常から定期的な呼吸器ケアが必要とされる。今回、重度性麻痺患者の周術期において、日常的に実施されていた呼吸器ケアを取り入れたことにより、術後の呼吸器合併症に対して良好な経過を得られたため、ここに報告する。対象者の家族にはあらかじめ本発表に関する説明を行い、同意を得た。

【症例紹介】49歳女性。横行結腸癌摘出目的で当院に入院。ADL 全介助、重症心身障害者施設長期入所中の既往に脳性麻痺（痙直型四肢麻痺）。2009年気道切開、胃瘻造設。

【経過】上記診断により腹腔鏡下摘出術予定であったが、施行中に上腹部正中切開へ移行。同日に人工呼吸器を離脱するも第3病日、酸素化不良、胸部 X 線にて両肺野透過性低下を認め、人工呼吸器再装着。第5病日にリハビリ初回介入となり、人工呼吸器管理下でリクライニング車椅子乗車および腹臥位療法実施した。

第12病日より Spontaneous Breathing Trial (SBT) を開始。第18病日に人工呼吸器を離脱し、第23病日、退院となった。

【考察】開腹術後の早期離床は呼吸器合併症の予防に有効である事はよく知られているが、本症例は既往の重度脳性麻痺に周術期プログラムの実施が困難であった。そのため、既存のリクライニング車椅子を使用した座位時間の確保および、入院前より習慣化されていた腹臥位療法を施設の方法に準じた内容で実施することをプログラムとして立案した。これらにより、良好な座位姿勢を保持することができ、効果的な換気の促進が得られたと考えられ、さらに腹臥位療法を併用したことが背側肺野の気道浄化および背側肺野の換気の維持に繋がり、術後呼吸器合併症に対して良好な経過に至ったと考える。術後の早期離床を達成し、周術期合併症を予防するために、術前の患者の状態を把握することが重要とされている。本症例のように低身体機能であり術前の活動が制限されている患者に対して、術前に実施されていた活動内容を注意深く観察し、それを基に周術期プログラムを立案し、早期より実施したことが重要であったと考える。そのために、施設と病院間の情報共有、患者家族を含めた包括的呼吸ケアによる環境設定が重要であった。

○千葉 公太

公益社団法人地域医療振興協会 横須賀市立うわまち病院

Keyword : 三枝病変、術前リハビリテーション、生活指導

【はじめに】 昨今、心臓血管外科術後合併症に関わる因子や術後リハビリテーション遅延に影響する要因等の報告が散見される。また、冠動脈バイパス術(以下、CABG)待機中のリハビリテーションの重要性も多くの研究にて示されている。

本症例は心不全にて入院し、入院中に手術適応の狭心症が発覚した症例である。糖尿病コントロールのため入院中にCABGが施行できず、手術日調整目的に一度自宅退院となった。主治医より手術前の自宅待機中のADL評価目的でシャワー浴負荷試験の指示あり。心電図監視下の運動負荷試験を実施し、Metabolic equivalents(以下、Mets)を用いて自宅療養中のシャワー浴をはじめとした生活指導を実施。再入院後無事にCABGを施行し、自宅退院となった症例を経験したため報告する。

【症例紹介】 70歳代男性。身長：170.0cm、体重：82.0kg、BMI：28.4。診断名：心不全、労作性狭心症。現病歴：入院1週間前より労作時呼吸困難感あり。近医受診したところ、完全左脚ブロックあり当院へ救急車にて搬送。NYHA class：Ⅲ、Forrester subset：Ⅱ。既往歴：高血圧、糖尿病、関節リウマチ、慢性腎臓病。検査：BNP：1,276pg/ml、BUN：32.3mg/dL、Cre：2.4mg/dL、eGFR：22.6ml/min/1.73m²。血糖値：226～243mg/dL。超音波エコー検査：EF：25%、左室壁運動はびまん性に低下。冠動脈造影検査：#3-75%、#6-100%、#11起始部-75%、#12-90%。歩行能力：T杖使用し屋外自立、最大活動：ゴミ出し(玄関から50m程度)、運動習慣：なし、喫煙歴：20本×40年。

【経過】 2病日より理学療法開始。8病日に200m歩行(約1.3km/h、2.0Mets)実施。9病日、インスリン導入。20病日、300m歩行(約2.6km/h、2.0Mets)実施。十二誘導心電図のⅡ、Ⅲ、V5、V6誘導にてST2mm低下(自覚症状なし)。21病日、運動前にミオコールスプレー使用し、シャワー浴(1.5Mets)・歩行時の心負荷評価の指示あり。シャワー浴負荷試験では、ミオコールスプレー使用の有無に関わらず、ST1mm低下がみられた(自覚症状なし)。歩行後のST変化は最終時まで変わらず、基線までの回復には12分要した。36病日に自宅退院となり、生活指導を行った。40病日再入院され、43病日CABG施行。63病日自宅退院となった。

【おわりに】 今回、CABG待機中の在宅生活に向けて運動/生活指導が必要な症例を担当する機会を得た。心電図監視下の運動負荷試験、Metsを用いた生活指導は、術前リハビリテーションの一助となることが示唆された。

P-24 当院におけるがん患者リハビリテーションの現状について

○清水 由貴、藤浦 達、林 和子、菊地 尚久 (MD)

横浜市立大学附属市民総合医療センター

Keyword : がん、リハビリテーション、ADL

【はじめに】2014年度より、当院ではがん患者のリハビリテーション(以下がんリハ)料算定が開始された。本邦において、がんリハに関する報告はまだ少数にとどまっており、その現状に関しては明瞭でない点も多い。今回、地域がん診療拠点病院である当院において、実施されているがんリハの現状調査および課題の検討を行ったので報告する。

【方法】2013年1月～12月にがんを主疾患として入院し、リハビリテーション(以下リハ)が実施された150症例について、診療録をもとに後方視的に調査した。

【説明と同意】入院時の包括同意書にて同意を得た。

【結果】対象150例の内訳は男性98例、女性52例で、年齢は 68 ± 5.2 歳(平均 \pm SD)、入院期間は 59.3 ± 54.3 日(中央値41日)、リハ実施期間は 37.6 ± 47.1 日(中央値23.1日)。転帰はそれぞれ自宅退院78例、転院41例、死亡退院31例であった。疾患の内訳は、消化器系のがん41例、肺がん19例、脳腫瘍18例、血液のがん18例、転移性骨腫瘍9例、乳がん9例、前立腺がん6例、その他のがん30例であった。合併症は運動麻痺31例、骨転移31例、嚥下障害28例、脳転移18例をみとめた。入院中に行われた治療は、外科手術53例、化学療法37例、放射線療法25例、造血幹細胞移植6例、緩和的治療のみを行われた例が43例であった。リハ開始時のBarthel Indexは 35.8 ± 31.0 点であり、その内訳については、自宅退院または転院された119例において 37.9 ± 31.4 点、死亡退院された31例において 27.5 ± 28.2 点であった。なお自宅退院または転院された119例については、リハ終了時に 58.9 ± 33.9 点へと改善されており、119例中60例でBarthel Indexの向上をみとめた。また死亡退院患者が、死亡する何日前までリハを実施されたかについては、平均 7.7 ± 12.8 日、中央値3日であり、最終日のリハ内容はほぼ全例でROM訓練や呼吸訓練のみであった。

【考察】当院のがんリハ対象患者において運動麻痺、および骨転移を合併する症例はいずれも全体の20.7%にのぼった。またリハ開始時のBarthel Indexも低値を示しており、身体機能やADLの低下した症例が多く含まれていた。リハを実施してもADLが低下してしまう症例や死亡退院される症例が一定数含まれるなかで、ADLが改善する症例も多く含まれることが明らかとなった。がんリハ対象患者の機能予後は、疾患や病態により大きく異なる。今後は疾患や治療ごとに、より詳細な検討を重ねるべきと考えられる。

左恥坐骨骨折を呈し股関節外転筋力低下、 大腿筋膜張筋の疼痛により歩行に介助を要していた一症例

○公文 麻衣

医療法人社団総正会 麻生リハビリ総合病院

Keyword：股関節外転筋、大腿筋膜張筋、側方バランス

【初めに】本症例は左恥坐骨骨折を呈しバランス能力低下から T 字杖歩行自立困難であった。立位姿勢改善、左股関節外転筋力向上、左大腿筋膜張筋（以下 TFL）の疼痛軽減からバランス能力が向上し T 字杖歩行自立レベルとなった為報告する。尚当院倫理委員会の承認を受け患者に説明し同意を得た。

【症例紹介】80代女性。診断名は脳外傷性後遺症、左恥坐骨骨折。既往に左大腿骨頸部骨折（γ-nail）。

【理学療法評価】治療開始から40病日目著明な麻痺症状無し。左 ober テスト陽性。疼痛は T 字杖歩行の左立脚時に生じ、左 TFL で NRS3。関節可動域（以下 ROM）は股関節伸展右 5° 左 0°。徒手筋力検査法（以下 MMT）は左大殿筋、中殿筋、内転筋共に 2。立位姿勢は前額面で脊柱の右凸側彎、右上後腸骨棘（以下 PSIS）が左 PSIS よりも拳上位、右股関節内転、左股関節外転位。矢状面で胸腰椎後弯、骨盤後傾位。側方バランステスト（以下 MDRT）右 20.0 cm、左 12.5 cm、Functional Balance Scale（以下 FBS）45点。減点項目は片脚立位、360°回転等。10m 歩行は 14.5秒 23歩。歩行は T 字杖歩行時の左立脚時、骨盤の左側方への過剰な移動、骨盤の右側の下制がみられた。

【介入】1日1時間週7回7週間実施。左 TFL の疼痛緩和のため TFL ストレッチと股関節周囲筋のマッサージ、股関節周囲筋を中心とした筋力増強訓練、立位での左右へのリーチ動作訓練、その他通常訓練として立位でのバランス訓練や歩行訓練を実施した。

【結果】ober テストは左右差が消失。疼痛は NRS0。ROM は股関節伸展右 10° 左 10°。MMT は左大殿筋、中殿筋、内転筋共に 3。立位姿勢は前額面で両側の股関節が中間位に近い位置となった。矢状面で胸腰椎後弯、骨盤後傾位が軽減した。MDRT は右 22.0 cm 左 15.5 cm、FBS51点。減点項目は片脚立位。10m 歩行は 9.59秒 16歩。歩行は T 字杖歩行の左立脚時の骨盤の左側方への過剰な移動、右側の下制は軽減し、左右の動揺が減少した。

【考察】骨盤が両側下肢で支持されるとき、側方への安定性は股関節内転筋、外転筋の同時的な筋活動により確実となり、前額面に置ける姿勢は安定するとされる。本症例は股関節周囲筋筋力向上、前額面上の立位姿勢が改善し、側方バランスが改善した結果、歩行能力が改善したと考える。また骨盤後傾角度の減少により TFL の疼痛が緩和されるという報告があり、本症例も矢状面上での立位姿勢改善、TFL の疼痛軽減がみられたと考える。

○濱 良太

医療社団法人社団総生会 麻生リハビリ総合病院

Keyword：股関節伸展制限、立脚後期、歩幅

【はじめに】本症例は右股関節伸展制限により立脚中期～立脚後期（以下、Mst～Tst.）にて右股関節伸展運動が低下している。今回、右Mst～Tst改善を目的に右股関節伸展可動域練習、股関節伸展・外転・足関節底屈・足趾屈曲筋力強化練習、動作練習を中心に実施し、対側の歩幅（着目肢と対側の歩幅を示す。）増加・歩行速度向上、歩容の改善が認められた為、報告する。発表に際し、当院の倫理委員会の承認を受け、症例に説明し同意を得た。

【症例紹介】80歳代、女性、右大腿骨頸部骨折を受傷し、右人工骨頭置換術を施行。既往に緑内障（60歳代）、左網膜剥離（70歳代）を持つ。

【理学療法評価】術後16日、疼痛は術創部に圧痛（NRS：5/10）、腓脛部に伸張痛（NRS：5/10）、歩行時痛はなし。関節可動域（以下、ROM：右/左）制限は、股関節伸展： $-10^{\circ}/20^{\circ}$ 、膝関節伸展： $-5^{\circ}/-10^{\circ}$ 。徒手筋力検査法（以下、MMT：右/左）は、股関節周囲筋力：2/3、足関節背屈：3+/4、足関節底屈：2/2+、中足趾節間関節（以下、MP関節）屈曲：3/3。Functional Reach Test（以下、FRT）は、23cm。10m歩行はフリーハンドにて20.7秒、歩数29歩、歩行速度48.0cm/秒、対側の歩幅約34.4cm。

【治療介入】右Mst～Tstでの股関節伸展運動を獲得するため、伸張痛の緩和（ホットパック使用）、右股関節伸展可動域練習、Mst～Tstに作用する股関節伸展・外転筋（大殿筋、中殿筋など）、足関節底屈筋（下腿三頭筋）、足趾屈曲筋の筋力強化練習、右立脚期の股関節伸展運動練習、歩行練習を中心に60分～120分/日、週に6～7日、約6週間実施。

【結果】圧痛・伸張痛は消失。ROM制限は右股関節伸展： 15° 、MMTは右股関節伸展：3、右股関節外転：3+、右足関節底屈2+、MP関節屈曲：4/4、FRTは30cmと改善。歩容は右Mst～Tstでの股・膝関節伸展運動と重心の前方移動が増大し、対側の歩幅約35.7cmと増加。10m歩行は16.9秒、歩数28歩、歩行速度59.0cm/秒と改善。

【考察】南角らによると歩行中の股関節伸展角度の減少が蹴り出し時の上方への推進力を低下させるとしている。また、橋本らによると足趾屈曲力と対側の歩幅に有意な正の相関関係を認めるとしている。以上より、本症例において右Mst～Tstでの股関節伸展運動と足趾屈曲筋力に着目し、介入した結果、対側の歩幅増加、歩行速度の向上が認められた。右Mst～Tstにて股関節伸展運動の改善とMst～Tstに作用する筋力の増強により上方への推進力増大、足趾屈曲筋力向上により対側の歩幅増加に繋がったと考えられる。

左人工骨頭置換術後の脱臼管理の意識改善に努めた症例 ～試験外泊を通して～

○高橋 彬徳、小山 理恵子、橋本 篤、塚原 郁代、川崎 康太
社会福祉法人 聖テレジア会 鎌倉リハビリテーション聖テレジア病院

Keyword：脱臼管理、試験外泊、連携

【はじめに】左大腿骨頸部骨折による人工骨頭置換術施行例に対し、他職種と連携し、試験外泊を通し、脱臼管理や介護保険サービスの必要性について患者、家族の意識改善に努めた症例を報告する。尚、発表に当たり本人に発表の趣旨を説明し同意を得た。

【症例紹介】70歳代女性。現病歴は自宅庭にて転倒しS病院に救急搬送、左大腿骨頸部骨折の診断にて第2病日目に人工骨頭置換術施行、第18病日目リハビリ目的にて当院転院。既往は12年前からパーキンソン病 Hoehn-Yahr 分類 Stage3屋外での転倒が頻回。夫と二人暮らし。介護保険要支援1、介護保険サービスの受け入れ拒否あり、服薬管理不良。HOPE：身の周りの事は自分でやりたい。

【初期評価】円背姿勢、体幹右側屈著明。ROMT 体幹伸展 -15° 左側屈 10° 左股関節屈曲 95°。MMT 体幹3、左下肢2～3。基本動作軽介助。10m 歩行 10.04sec。突進現象あり。TUG 22.42sec。BBS10点。FIM88(運動58/認知30)点。

【経過】入院時、術後脱臼管理の意識不足が問題であったため患者、家族、病棟スタッフに対しセラピストが禁忌動作を実演した。また、しゃがみ動作を避けるためベッド周囲の環境設定を行った。次第に脱臼管理や服薬管理が可能となったため、第60病日目の家庭訪問時に入浴時の脱臼管理目的でヘルパーの導入を提案したが必要性が認識されず受け入れ困難であった。このため、第69病日目に試験外泊を設定し脱臼管理や服薬管理の可否を体験した結果、患者は自身の管理不足を認識した。理学療法では自宅での動作指導をし、第75病日目に再度試験外泊を設定したが、自己管理能力不十分であったため患者、家族に介護保険サービスの必要性をケアマネージャー(CM)と共に再提案したところサービスの受け入れに了承し、第90病日目に自宅退院に至った。

【最終評価】姿勢は著変なし。MMT 体幹5、左下肢3～4、基本動作自立、10m 歩行 9.01sec、TUG 20.11sec、BBS 43点、退院時 FIM105(運動75/認知30)点。

【考察】本症例は入院初期より脱臼肢位の意識不足があり早期より患者、家族、病棟スタッフに脱臼管理指導を行うと共に病室の環境も整備した。また、自宅退院後の脱臼リスクを認識させるため試験外泊を設定した事で患者、家族の脱臼リスクの意識が高まったと考える。入院中より退院後の生活を患者、家族、CMと生活場面に同行し情報共有をすることで介護保険サービスの提案や退院後の生活指導がより明確になることを改めて学んだ。

○加治 佳奈子

医療法人社団 総生会 麻生リハビリ総合病院

Keyword : UKA、Knee in、鷺足炎

【はじめに】今回、両側変形性膝関節症(以下:膝OA)を呈し、右人工膝関節単顆置換術(以下:UKA)を施行後鷺足部に疼痛をきたしている症例を経験した。立位・歩行アライメントに着目し、Knee in 姿勢を修正するアプローチを実施した結果、疼痛軽減、歩行能力向上がみられたため報告する。発表に際し、当院の倫理委員会の承認を受け症例に説明し、同意を得た。

【症例紹介】70歳代、女性、両膝OAと診断され右UKAを施行。既往に頸髄症(保存)、約1年前に脊柱管狭窄症(第2～5腰椎椎弓形成術)を施行。

【理学療法評価】術後24日鷺足部に圧痛及び荷重痛あり。(ともにNRS8/10)、関節可動域(以下:ROM(右/左))は股関節外転30°/45° 股関節外旋30°/45° 膝関節伸展-10°/0° 膝関節屈曲115°/140° 徒手筋力検査法(以下:MMT)は右中殿筋3、右大殿筋3、右大腿四頭筋3、右ハムストリングス3、立位姿勢では膝関節屈曲位、骨盤右下制、股関節内転内旋位、膝関節外反位(約170°)。歩行時膝関節最大屈曲位での膝関節外反角度は約170°でknee in 姿勢をとっている。歩行は屋内両杖使用自立、片杖使用軽介助。最大連続歩行距離は100m程度。

【治療介入】Knee in 姿勢を修正するため、股関節外転、外旋ROM練習、Knee in 姿勢修正に作用する筋力強化練習、股関節外転外旋位で足底外側接地を意識した立位練習、歩行練習等を実施。

【結果】60日間施行後、疼痛の軽減がみられた。(NRS2/10)。ROM(右/左)では股関節外転40°/45° 股関節外旋40°/45° 膝関節伸展-5°/0° 膝関節屈曲130°/140°。MMTでは右中殿筋4、右大殿筋3+、右大腿四頭筋4、右ハムストリングス4に改善。立位姿勢では骨盤正中位となり股関節内転、膝関節屈曲、外反が減少(約175°)しKnee in 姿勢は改善された。歩行時膝関節最大屈曲位での膝関節外反角度は約175°でknee in の改善がみられた。歩行は屋外両杖自立、屋内片杖自立。最大連続歩行距離は500m程度となった。

【考察】坂本によるとknee in 姿勢が股関節内転・内旋肢位をとることから股関節外転・外旋ROM制限、筋力低下を要因としてあげている。田中らはknee in 傾向の改善には足底外側接地を意識した荷重訓練の介入が重要としている。

本症例に対し、Knee in 修正アプローチとして非荷重位練習と荷重位での練習を併用し実施した。

結果、姿勢が改善され疼痛の軽減、歩行距離の増大、歩行能力の向上が得られたと考えた。

両側 TKA 施行後に疼痛が残存し、両膝伸展制限及び 下肢筋力低下を呈した症例

○山口 卓哉

医療社団法人総生会 麻生リハビリ総合病院

Keyword：両側 TKA、関節可動域制限、メディカルストレッチ

【はじめに】石黒らは、痛みの強い症例においては膝伸展制限の改善に難渋することが多く二関節筋の起始、停止のいずれか一方を緩める肢位でのメディカルストレッチ（以下、MS）は疼痛の強い症例に有効だとされている。本症例において両人工膝関節置換術（以下 TKA）を施行後に疼痛が残存し、両膝伸展制限及び、下肢筋力低下を呈している症例に対し、筋力強化訓練や通常の関節可動域（以下、ROM）訓練に加えて MS を実施した。また当院倫理委員会の承認を受け、患者に説明し同意を得た。

【症例紹介】70歳代女性。診断名は両側変形性膝関節症、両側同時 TKA 施行から7日後に当院へ転院。病前歩行は両 T 字杖にて自立。1年前に両側変形性股関節症により両側人工股関節置換術を施行。

【理学療法評価】術後40日、疼痛は、両膝関節に運動時痛あり（NRS：右5/10、左3/10）。ROMは、膝関節屈曲：右110°/左115°、膝関節伸展：右-15°/左-25°、股関節伸展：右0°/左5°。徒手筋力検査法（以下 MMT）は、大腿四頭筋両側4、下腿三頭筋両側3、大殿筋両側4、中殿筋右3/左4。歩行は左側 T 字杖にて軽介助、全歩行周期において両側股・膝関節屈曲位である。片脚立位は把持物なしにて右7/左15秒。10m歩行は14秒、歩数は27歩。連続歩行距離は約300m。

【治療介入】理学療法期間は40日間、1日1時間を週6～7回実施。通常訓練として、ROM、筋力強化訓練、歩行訓練、階段昇降訓練を実施。加えて両膝伸展制限に対して、MSを実施した。

【結果】疼痛は、両膝共に NRS 1～2/10に減少。ROMは、膝関節屈曲：右115°/左125°、膝関節伸展：右-10°/左-20°に改善。MMTは、大腿四頭筋両側5、下腿三頭筋両側4、大殿筋両側4、中殿筋両側4に改善。片脚立位は右10/左20秒、10m歩行は10秒、歩数は21歩。連続歩行距離は約800mに拡大し、T字杖歩行自立となった。

【考察】丹波らによると MS は従来のストレッチよりも疼痛が少なく、ROM 改善に有効であると述べている。また石黒らによると MS は痛みや不快感が少ないことによって、継続性が高いと述べている。本症例においては、他動運動時に疼痛が起因の防御性収縮が出現していた。その為、MS での自動運動を実施したことで、ROM 訓練や筋力強化が円滑に介入できた。その結果、下肢筋力が向上し連続歩行距離の拡大、歩行速度の向上が認められたと考える。

右足関節疼痛軽減と体幹柔軟性向上にアプローチした 脊柱後彎変形を呈する右脛腓骨遠位骨幹部骨折の一症例

○深津 花菜子、森川 紀宏、荒井 繁人

医療社団法人 総生会 麻生リハビリ総合病院

Keyword：疼痛、体幹柔軟性、歩行

【はじめに】右脛腓骨遠位骨幹部骨折を受傷し、既往歴の胸腰椎圧迫骨折により脊柱後彎変形を呈した患者を担当した。左右 M.st 時の安定性低下に対し介入した結果、歩行の介助量が軽減した為報告する。症例に対し発表の主旨を説明し同意を得た。

【症例紹介】80歳代女性、右脛腓骨遠位骨幹部骨折を受傷し観血的整復固定術を施行。

【理学療法評価】(右/左)疼痛は右足関節背側面に自動・他動での足関節背屈時・荷重時にあり(NRS6)。関節可動域(°)(以下 ROM)制限は右足関節背屈(膝伸):0P・(膝屈):5P、体幹回旋15/10・側屈10/15・前屈30・後屈0。徒手筋力検査法(以下 MMT)は前脛骨筋2P/4・下腿三頭筋2P/4、腹直筋5。T字杖歩行は軽介助にて約15m(疼痛により中止)可能で、右下肢への荷重不足による右立脚時間減少(歩幅:9.4cm)・左右 I.C 時の歩隔拡大(19cm)・体幹側屈による左右への重心移動が見られる。

【介入】下肢や体幹の筋力強化・ROM-EX や歩行訓練に加え、足関節疼痛軽減を目的にマッサージや座位・立位での足関節運動、体幹柔軟性向上を目的にストレッチポール(以下 SP)の代行として棒状に丸めたタオル(以下棒状タオル)を脊柱下に入れ腹横筋賦活 EX を1日1時間、週7回、約1ヶ月間実施。

【結果】疼痛は足関節背側面に荷重時痛が残存しているが NRS3 と改善傾向。ROM 制限は右足関節背屈(膝伸):5・(膝屈):10、体幹回旋20/20・側屈15/25、MMT は前脛骨筋4・下腿三頭筋3に改善。歩行では右下肢への荷重不足の改善(歩幅:35cm)・歩隔減少(14cm)・体幹側屈による左右への重心移動の消失が認められ、T字杖歩行の介助量は見守りに改善、連続歩行距離は120m と増大した。

【考察】沖田らは疼痛により臥位において筋リラクセーションが得られず関節運動も容易に行えない場合は、座位や立位で関節運動を行う事が良いと報告している。本症例の右足関節疼痛に関しては、上記介入により疼痛が軽減、それに伴い持続的な筋収縮が減少し ROM が拡大、抗重力位での関節運動により筋力が向上したと考える。また、山口らは SP を使用した EX 前後での腰背部の筋硬度に有意な相関が認められたと報告している。本症例では棒状タオルを使用した EX により脊柱周囲筋の筋硬度が減少したことで柔軟性が向上し ROM 拡大につながったと考える。以上のことから、効率的な重心移動が可能になり、左右 M.st 時の安定性につながったと考えた。

左上腕骨頸部骨折・左恥坐骨骨折を受傷され、 保存的治療を行なった症例

○渡辺 裕樹

医療法人社団緑成会 横浜総合病院

Keyword：恥坐骨骨折、上腕骨頸部骨折、急性期

【はじめに】本症例は、転倒により左上腕骨頸部骨折・左恥坐骨骨折を呈した70代女性である。保存的治療にて約3週後 T 字杖歩行監視レベルになったが、本人・ご家族のニード・ホープから当院関連施設に在宅復帰目的で入所となったため報告する。

【説明と同意】発表に際して本症例とご家族に趣旨を説明し同意を得た。

【基本情報】夫と息子の三人暮らし。家事行っていた。バリアフリー。要介護度3。デイサービス利用。夫は脊髄損傷により車椅子レベルだが、ADL 自立で自動車運転可能。

【初期評価】ROM：肩関節屈曲135/40、外転130/40、外旋90/25、内旋60/30、股関節屈曲100/60伸張10/-10、膝伸張-5/-15。MMT：股関節周囲筋3～2/2。VAS：左下肢他動・自動運動時7cm 安静時5cm 筋攣縮：左大腿直筋・ハムストリングス・内転筋群・左肩甲骨帯周囲筋・腰背筋膜 FIM：49点。BI：15点。立位：骨盤の右スウェー・左下制、左股関節外転位、体幹左側屈位。

【治療】筋攣縮に対し、リラクゼーションを行った。荷重制限は無く、5日目に平行棒内立位練習、9日目に平行棒内歩行、13日目に歩行器歩行練習、17日目に T 字杖歩行練習を開始。OKC での筋力増強練習を実施。上肢は、穏やかな ROM 訓練・肩甲骨周囲筋のリラクゼーションを行った。理学療法介入時間以外に病棟職員との歩行練習を処方した。

【結果】ROM：肩関節屈曲140/100、外転140/90、外旋100/70、内旋70/25、股関節屈曲120/110、伸張15/5。MMT：股関節周囲筋3/3。VAS：左下肢他動・自動運動時2cm 安静時1cm 荷重時2cm。攣縮：軽減傾向。BBS：39点。FIM：91点。BI：65点。立位：骨盤右スウェー・下制軽減傾向、体幹正中化が得られた。歩行：2動作前型 T 字杖歩行監視。左 MSt での左後方への不安定性あり。

【考察】骨折部の疼痛の緩和や荷重開始時期とその際の疼痛、可動域や筋力の回復から筋攣縮の原因は防御性収縮と考えられる。筋攣縮の軽減による可動域の改善や、左中殿筋、大殿筋、大腿四頭筋の筋力回復により立位での骨盤スウェーと下制の改善、体幹の正中化が得られ、歩行の改善につながったと考えられる。また島田らは、高齢者の運動機能は課題依存性に向上すると述べており、病棟での歩行練習機会の増加も改善の一要素と思われる。

左上腕骨頸部骨折・左恥坐骨骨折を呈した一症例 ～独歩・家事動作の獲得による自宅復帰を目指して～

○塩谷 直久¹⁾、東 三四郎¹⁾、久保 雅昭²⁾

1) 医療法人社団緑成会 介護老人保健施設 横浜シルバープラザ リハビリテーション科

2) 医療法人社団緑成会 横浜総合病院 リハビリテーション科

Keyword：自宅復帰、独歩、家事動作

【はじめに】転倒により左上腕骨頸部骨折・左恥坐骨骨折を呈した70代女性。急性期病院退院時に歩行時不安定性・左肩甲帯機能低下が残存し、自宅復帰目的にて当施設入所となった。HOPEは歩行・家事動作自立であり、夫が車椅子レベル・長男も勤務していることから、歩行・家事動作自立が必要であった。自宅復帰に向け介入し、歩行による家事動作の獲得が可能となり自宅退所したので報告する。

【説明と同意】報告の趣旨を本人に説明し同意を得た。

【症例紹介】病前生活：屋内自立(監視)、屋外介助レベル。家族構成：夫(車椅子レベル、ADL自立)、長男と同居。

【初期評価】ROM：左肩屈曲105°、内旋35°、左股伸展5°、両膝伸展-5°。MMT：左肩周囲筋3、股周囲筋3/2。筋攣縮：左中殿筋・大殿筋・腸腰筋・長内転筋・小円筋・大円筋。TUG：18.29秒。FIM：98点。BI：75点。立位：骨盤後傾、重心は右後方偏位。歩行：屋内独歩監視。左MSw以降の歩隔減少、左MSt以降の後方重心。階段：両手手すり二足一段監視。家事動作：食器洗い・洗濯・衣類整理困難。

【治療】上下肢筋群の筋攣縮に対するリラクゼーション、殿筋群・腓骨筋群の筋力増強練習、坐位・立位での側方重心移動練習、応用・屋外歩行練習、家事動作練習を実施。ユニットにて介護士とPT作成の自主トレーニング、歩行練習、家事練習を実施。

【結果】ROM：左肩屈曲125°、内旋60°、左股伸展15°。MMT：左肩周囲筋4、股周囲筋4/4。筋攣縮：左小円筋・大円筋(軽度)。TUG：15.60秒。FIM：118点。BI：100点。立位：骨盤軽度後傾、重心は軽度右後方偏位。歩行：屋内独歩。左MSw以降の歩隔は延長。左MSt以降の後方重心は軽度改善。階段：片手手すり一足一段監視。家事動作：ユニットにて自立。

【考察】左中殿筋や腸腰筋の筋力向上によりSw時の内転筋優位性が改善し歩隔が延長したと考える。また、後方重心は殿筋群の筋力向上により骨盤前傾が増加し軽度改善したが、膝伸展制限の影響や体幹へのアプローチが不十分であり残存したと考える。また、左肩関節後方線維の筋攣縮軽減により左肩甲帯機能向上も見られた。そして、家事動作について田口らは歩行能力・機能的バランス能力・下肢筋力の向上によりIADL困難感を改善できると示唆しており、本症例においても歩行時安定性やTUG・下肢筋力に改善が認められ自立となった。よって、独歩・家事動作が自立し、自宅復帰可能となった。

○成澤 麻子¹⁾²⁾、東 三四郎¹⁾²⁾、久保 雅昭²⁾

1) 医療法人社団緑成会 介護老人保健施設 横浜シルバープラザ リハビリテーション科

2) 医療法人社団緑成会 横浜総合病院 リハビリテーション科

Keyword : デイケア、余暇活動、QOL

【はじめに】 本症例は、左上腕骨頸部骨折・左恥坐骨骨折(保存的療法)を呈した70代女性。当施設へリハビリテーション(以下理学療法)目的で入所し、当初のHOPEであった家事動作・歩行自立を達成し自宅退所となる。その後、当施設のデイケアを利用し、継続した理学療法介入にて屋外歩行の自立や公共交通手段の利用、友人と食事に行く等の余暇活動の拡大が可能となったため報告する。

【説明と同意】 報告と趣旨を本人に説明し同意を得た。

【症例紹介】 夫と息子と3人暮らし。約40年前より夫が脊髄損傷にて車椅子レベルであるため自宅はバリアフリー改修済み。

夫は、自動車運転も可能であり、ADL自立。

【初期評価】 ROM: 股関節伸展20/15、膝関節伸展-5/-5。MMT: 肩関節周囲筋5/4、股関節周囲筋4/4～3。BBS: 49点。10m歩行15.06秒。TUG: 16.52秒。片脚立位: 2.65秒。FRT: 28cm。触診: 左小円筋・大円筋、左股関節内転筋群・大腿直筋に筋攣縮。歩行: 屋内独歩自立。左MSt以降の後方重心。階段: 片手すり使用で1足1段見守り。

【治療】 上下肢の筋攣縮部位にリラクゼーションを行い、上肢は腱板筋群、下肢は股関節周囲筋の筋力増強練習を実施。その他動的バランス練習、屋外歩行練習、階段練習を実施。

【最終評価】 ROM: 股関節伸展25/20。MMT: 股関節周囲筋4/4。BBS: 51点。10m歩行: 14.34秒。TUG: 13.56秒。片脚立位: 3.58秒。FRT: 31cm。歩行: 屋内・外独歩自立。階段: 片手すり使用で1足1段自立。

【考察・まとめ】 初期評価時、屋外歩行では左MSt以降にふらつきの転倒リスクを有するため介助者の見守りを要した。股関節周囲筋筋力増強を実施した後に動的バランス練習、屋外歩行、階段練習を実施した。最終評価時はMSt時の股関節伸展の改善が観察された。TUGも13.56秒と改善し、階段も手すり把持せず見守り、屋外歩行も自立となった。また鈴川らはTUG、階段昇降能力が外出行動と関連すると報告しており、本症例は最終評価時にTUG、階段能力共に改善が認められ、外出行動も自立となった。このような余暇活動が可能となったことでQOLの向上にもつながったのではないかと考えられる。

右大腿骨頸部骨折後、右人工骨頭置換術を施行され、 独居での生活を目指して介入した症例

○渡辺 裕樹

医療法人社団緑成会 横浜総合病院

Keyword：大腿骨頸部骨折、人工骨頭置換術、急性期

【はじめに】本症例はゴミ出し中に自宅前で転倒し右大腿骨頸部骨折後、人工骨頭置換術を施行された78歳女性である。約1ヶ月経過後、T字杖歩行監視レベルとなるも、独居のため在宅復帰目的で当院関連施設へ入所となったため報告する。

【説明と同意】発表に際して本症例とご家族に趣旨を説明し同意を得た。

【基本情報】独居。家事含め自立。外出可。介護度2。デイサービス・訪問介護利用。居住空間は2階で玄関から20段の階段あり。導線に手すりあり。自宅前に坂あり。既往に右TKA。150cm・65kg。

【初期評価】ROM：股関節屈曲40/100、伸展-15/-5、膝伸展-20/-5、足関節 背屈0/0。左優位に外反母趾あり。MMT：股関節周囲筋2/3～2、VAS：右下肢他動運動時7cm・自動運動時7cm安静時7cm。筋攣縮：右腸腰筋・大腿直筋・ハムストリングス・内転筋群・腰背筋膜。FIM：50点。BI：15点。

立位：骨盤右下制。体幹前傾位・左側屈。ワイドベース。

【治療】筋攣縮に対し、リラクゼーションを行った。術後3日立位練習、4日目に歩行器歩行、18日目にT字杖歩行練習を開始。OKCでのキッキング・中殿筋などの筋力増強練習を実施。健側についてはストレッチングや股関節周囲筋の筋力訓練を実施。理学療法介入時間以外に看護師との立ち上がり練習や歩行練習にて活動量の増加に努めた。

【結果】ROM：股関節屈曲90/105、伸展-5/5、膝伸展-15/-5、足関節 背屈5/5。MMT：股関節周囲筋2～3/3。VAS：左下肢他動運動時・自動運動時・安静時・0cm。荷重時1cm。攣縮：軽減傾向。BBS：38点。FIM：100点。BI：70点。立位：骨盤下制・体幹側屈軽減傾向、体幹前傾位軽減。

歩行：T字杖歩行2動作前型監視。右MStでトンデレンブルグ徴候あり。右立脚時間短縮。左立脚期に全体としての左方向への傾斜あり。階段昇降：手すり把持し軽介助。

【考察】術部の疼痛の緩和や荷重開始時期とその際の疼痛、可動域や筋力の回復から筋攣縮の原因は防御性収縮と考えられる。筋攣縮の軽減による可動域の改善、右中殿筋、大殿筋、大腿四頭筋の筋力回復によって立位での骨盤下制の改善、体幹の正中化が得られたと考えられる。異常歩行の原因として、患側下肢筋力不足が挙げられるが、BMI28.89ということからも、健側下肢筋力を含めた更なる機能向上が必要と考えられる。

右大腿骨人工骨頭置換術施行後、 自宅復帰目的で当施設に入所した症例

○藤井 優佳、東 三四郎、久保 雅昭

医療法人社団 緑成会 横浜総合病院

Keyword：大腿骨頸部骨折、自宅復帰、歩行

【はじめに】急性期病院入院後、独居生活が困難(屋内歩行監視、階段昇降軽介助、床からの起立(水回り掃除)不可、安全な更衣動作未習得(脱臼肢位の理解不十分))となり IADL 向上目的にて当施設へ入所した症例を担当したので報告する。

【説明と同意】報告の趣旨を本人に説明し同意を得た。

【症例紹介】70歳代女性。診断名：右大腿骨頸部骨折(人工骨頭置換術)。入院前：独居。家事含め自立。外出可。介護サービス：デイサービス週2(入浴)、訪問介護週1(掃除機かけ)。家屋：居室2階。導線上に手すり+。玄関前階段20段(片側手すり)。自宅前に坂(受傷場所)。既往：右変形性膝関節症(人工関節置換)

【理学療法】初期評価(術後43～50日)ROM(右/左)：股伸展-5/5、膝伸展-15/0、足背屈5/0。徒手筋力検査(MMT)：中殿筋3+/4、腸腰筋3+/4、大殿筋3+/4。HDS-R：19点。BBS：38点。歩行：右立脚後期の股・膝伸展不十分。右立脚時間短縮。右トレンデレンブルグ徴候+。TUG：26秒、54歩。起き上がり～立位保持：自立。歩行：T字杖にて監視。階段昇降：手すり把持し軽介助。下衣更衣：股関節過屈曲+。FIM：107点。アプローチ：ストレッチ、筋力増強練習、バランス練習、歩行練習、階段練習、更衣練習(ソックスエイド・リーチャーにて靴下・ズボン履き)。独居での自宅退院に向けた調整：訪問介護の水回り掃除援助、自治体サービスでのゴミ捨て、キーパーソンによる買い物。

【結果】最終(術後96～100日)ROM：股伸展5/5、膝伸展-10/0、足背屈5/5。MMT：中殿筋4/4、大殿筋4/4。HDS-R：27点。BBS：40点。歩行：T字杖にて屋内自立。右立脚後期の股・膝伸展改善。立脚時間左右差なし。右トレンデレンブルグ徴候なし。TUG：20秒、45歩。階段昇降：手すり把持し監視。下衣更衣：ソックスエイド、リーチャーにて可。FIM：112点。洗濯の習慣化。

【考察】右中殿筋の筋力向上によりトレンデレンブルグ徴候が消失し、体幹の動揺が減少したことで転倒リスクが軽減された。階段昇降は監視レベルのため、今後屋内中心の生活に切り替えできるよう、ゴミ捨て、買い物は調整した。半場は、週3回の有酸素運動、感覚的・知的・社会的刺激の多い環境が、認知症改善に影響を及ぼすと述べている。今回、共同生活での他入居者との会話や、行事・クラブ参加の刺激が認知機能向上に影響し、更衣動作習得や、洗濯の習慣化に繋がったと考える。

当施設退所後、デイケアを利用した 右大腿骨人工骨頭置換術後の一症例

○東 三四郎¹⁾²⁾、久保 雅昭¹⁾

1) 医療法人社団緑成会 横浜総合病院

2) 医療法人社団緑成会 介護老人保健施設 横浜シルバープラザ

Keyword：大腿骨頸部骨折、デイケア、IADL

【はじめに】本症例は、当施設協力病院退院後、当施設に入所し、自宅退所後に当施設デイケア（以下、デイ）を利用。独居での生活を支援するよう介入した。

【説明と同意】報告の趣旨を本人に説明し同意を得た。

【症例紹介】70歳代女性。診断名：右大腿骨頸部骨折。入院前生活：独居。家事含め自立。近所へ外出可。介護サービス：デイサービス週2回（入浴）、訪問介護週1回（掃除機かけ）。家屋：居室は2階。玄関前階段20段（片側手すり+）。導線上に手すり+。自宅前に坂（今回の受傷場所）。既往：右変形性膝関節症（人工関節置換）。

【理学療法】関節可動域（ROM）[°]（右/左）：股伸展5/5、膝伸展-10/0。徒手筋力検査（MMT）：腹直筋3、腸腰筋4/4、中殿筋4/4、大殿筋4/4。ベルグバランススケール（BBS）：40点。立位姿勢：両足間隔縮小、体幹前傾位。起居動作：自立。歩行：T字杖使用して屋内自立。Timed Up and Goテスト（TUG）：20.5秒。階段昇降：手すり把持し近位監視。FIM：112点。外出機会：デイと受診のみ。理学療法は下肢・体幹筋力強化、関節可動域運動、バランス練習、歩行練習、階段昇降練習を行った。デイは週3回利用した。

【結果】デイ利用後1ヶ月。ROM [°]：膝伸展-5/0。MMT：腹直筋4。BBS：114点。TUG：19.5秒。FIM：114点。歩行：屋内手すり把持し自立。転倒なし。屋内でのADLは入浴以外自立。IADL：料理は自分で行えるが、長時間の立位保持は困難。また、家族とデパートに買い物に行く機会もある。屋外歩行はT字杖使用し近位監視。デパート内はカート使用し自立。掃除は困難なためヘルパー利用。

【考察・まとめ】IADLについては、屋内歩行自立であり簡単な家事や食事の準備は行えるようになった。しかし、掃除は困難となっている。田口らはIADLの困難さと歩行能力・機能的バランス能力・下肢筋力低下の関連を報告している。本症例も大腿骨人工骨頭置換術後で下肢筋力低下を認めており、BBSはカットオフ値以下でバランス能力の低下を認めている。今後は、これらの改善のため下肢筋力強化・バランス能力向上に向けてアプローチを行い、より高いIADLレベルの獲得が課題と考えられる。また、独居であるが買い物などの外出は付き添いが必要となっている。そのため、屋外歩行練習も行っていく。

○菊池 美紗季

IMS グループ 医療法人社団明芳会 新戸塚病院 リハビリテーション科

Keyword：定型パターン、筋緊張、実用歩行

【はじめに】歩行時、殿部痛出現、上肢リーチ動作困難であり実用歩行困難であった症例を担当した。疼痛と定型パターンに対し、筋緊張に着目し介入を行った結果、実用歩行獲得、自宅退院に至った為ここに報告する。本報告において患者及び家族へ説明し同意を得た。

【症例紹介】70歳代女性、平成26年7月右足関節外果骨折術後、同年8月当院入院。既往歴に腰部脊柱管狭窄症・脊柱側彎あり。入院時よりサークル歩行器を使用し歩行可能も、右殿部痛、上肢リーチ動作困難を呈し、コップに水を入れる等（以下応用歩行）困難であり、日中の活動量低下が認められた。立位・歩行の特徴として疼痛増加に伴い頭頸部屈曲・体幹前傾・骨盤右後方回旋（以下定型パターン）の悪化を認めた。ManualMuscleTest（以下MMT）体幹2、右足関節背屈3、膝関節伸展4、股関節屈曲4、伸展3。腹部低緊張、腰背部・上肢筋過緊張。歩行時 NumericalRatingScale（以下NRS）8.10m 歩行28秒。Barthel Index（以下BI）75点。

【治療方針】定型パターン修正に対し、筋力強化練習を実施するも改善は得られなかった。その為、筋緊張に着目し筋緊張の不均衡が少なく筋出力が発揮し易い肢位を評価した所、座位・立位での介入は疼痛出現、筋緊張亢進し修正困難。腹臥位では疼痛軽減、筋緊張の不均衡が軽減し定型パターン修正可能であった点を介入の糸口とした。

【介入方法】具体的には、1)パピー肢位で頭頸部屈曲伸展 2)座位にて肩甲帯のアライメントを整え頸部正中位で骨盤の選択的な動きを誘導。

【結果】定型パターン軽減し、疼痛軽減、上肢リーチ動作・応用歩行獲得。2週間後MMT著変なし。腰背部・上肢筋緊張適正。歩行時NRS1.5、10m歩行20秒。病棟内実用歩行導入、日中活動量増加。BI80点。

【考察】本症例は、定型パターンに起因し疼痛増加、上肢リーチ動作困難となり応用歩行困難を呈していると考えた。介入では疼痛や筋緊張の不均衡が少ない腹臥位・パピー肢位から開始、次に抗重力肢位へ展開というように疼痛と定型パターンの関連を評価し定型パターンの修正を図った事が効果的であったと考える。日常生活では、歩行自体が目的となる事は少なく、ただ歩くだけの機能改善は生活範囲、活動量が狭まると考える。退院後の生活を見据え、実用歩行の獲得がQOL向上、「その人らしさ」の獲得、機能維持・向上に繋がると本症例を通し示唆された。

頸髄損傷後、高齢且つ痙性麻痺により動作獲得に難渋した症例 ～寝返り動作獲得に向けた取り組み～

○志村 桐子、川寄 康太

社会福祉法人聖テレジア会 鎌倉リハビリテーション聖テレジア病院 リハビリテーション部

Keyword：頸髄損傷、痙性麻痺、高齢

【はじめに】痙性麻痺や加齢により動作獲得に難渋した症例を経験した。痙性麻痺の大幅な改善は得られなかったが、動作の反復訓練により寝返り動作獲得に至った。尚、今回の発表にあたり、本人と家族に発表の趣旨を口頭にて説明し同意を得た。

【症例紹介】80代男性、現病歴：X年Y月Z日友人宅にて三脚で作業中に転落。救急搬送され、保存的加療。受傷Z日+17日リハビリ目的にて当院へ転院。

【初期評価】ASIA：BZancolli：右C6B I左C6A 筋緊張：MAS3、腹直筋、脊柱起立筋群、腸腰筋、大腿四頭筋、ハムストリングス、内転筋群亢進感覚：表在感覚；右Th10まで残存、左Th8まで残存、以下脱失深部感覚；股関節重度鈍麻、膝、足関節脱失認知機能；HDS-R26点起居動作：全介助 ADL：全介助 FIM：44点。

【経過】入院当初から両下肢屈曲の強い痙性麻痺があり、ダンドリウムを1日4錠内服し一時的に軽減した。訓練内容は、筋の持続的伸張、バランス訓練、抗重力運動を実施した。経過により痙性麻痺が増強しダンドリウムを2錠増量したが、大幅な改善はみられなかったため、筋の持続的伸張、寝返り動作訓練に変更した。運動方法は他動運動から徐々に自動運動へ切り替え、背臥位から腹臥位への動作を反復した。また、高齢であり複雑な言語指示は入力され難いため、簡潔且つ簡単な指示を心掛けた。日常生活で痙性麻痺が助長しないようベッド上のポジショニング方法を再検討し、病棟スタッフへポジショニング方法を実演した。

【最終評価】ASIA：CZancolli：右C8B左C6B II筋緊張：MAS2～3腹直筋、脊柱起立筋群、腸腰筋、大腿四頭筋、ハムストリングス、内転筋群亢進感覚：表在感覚；右Th12まで残存、左L5まで残存、以下脱失深部感覚；股、膝関節中等度鈍麻、足関節重度鈍麻認知機能；HDS-R29点起居動作：寝返りから腹臥位まで自立 ADL：食事、整容セッティングにより自立、更衣、移乗時協力動作あり FIM：57点。

【考察】動作獲得に最も阻害要因となっていた痙性麻痺に対し、薬物療法を試みたが大幅な改善は見られなかった。しかし、寝返り動作獲得に至ったのは、背臥位から腹臥位への体位変換の反復訓練であると考えられる。これは、固有感覚受容器の入力が賦活され位置覚が改善し、運動中の四肢や体幹の空間的な位置関係の認識が可能になった。その為、四肢や体幹の運動方向や運動のタイミングが身に付いた。また、セラピストのハンドリングによる誘導と口頭指示が動作効率向上に関与したと考える。

頸髄損傷不全四肢麻痺患者の移乗動作獲得への試み ～立位・歩行動作と振動刺激を併用したアプローチ～

○大場 順平、櫻田 良介、黒沼 宏隆、金子 亜未、石田 啓子
医療法人 佐藤病院

Keyword：頸髄損傷、振動刺激、痙性

【はじめに】頸髄損傷を受傷し、不全四肢麻痺を呈した症例を担当した。退院後の生活の質の向上、介護者との体格差を考慮し、移乗動作獲得を目的とした。積極的な立位・歩行練習と痙性筋への振動刺激の介入をし、移乗動作に改善が認められたので以下に報告する。また、症例には今回の学会発表の趣旨を十分に説明し、同意を得た。

【症例紹介】65歳男性。診断名：頸髄不全損傷(C5, 6レベル：改良 Frankel 分類 B1)。階段より転落し受傷。57病日当院転院となる。転院時改良 Frankel 分類 C1。ASIA：運動35点、触覚99点、痛覚79点。基本動作は座位保持最大介助、移乗動作・立位保持全介助。Functional Assessment for Control of Trunk(以下、FACT)1点、立ち直り反応は頸部では出現し、体幹では消失。離床が進むにつれ痙性、足クローヌスが両側に出現、徐々に増悪が確認された。立ち上がり動作における股関節屈曲相で両足のクローヌスが増強し足部荷重が困難となり、離殿動作を阻害した。

【治療】下肢・体幹の筋緊張促通目的に座位・立位練習を実施。痙性および足クローヌスが確認された段階から、装具着用下の立位バランス、介助歩行、ハムストリングスおよび下腿三頭筋のそれぞれの筋腱移行部への振動刺激、座面の高さを調節したいざり動作へと治療を切り替えた。振動刺激には Handy vibe(大東電機工業製 YCM-721)を使用し、139病日よりリハビリ前後に87Hzで3分間実施した。

【経過】199病日改良 Frankel 分類 C2、ASIA：運動48点、触覚110点、痛覚89点。座位保持自立。立ち上がり中等度介助、立位保持軽介助。FACT3点、立ち直り反応は頸部・体幹ともに出現。股関節屈曲相における足クローヌスが軽減し、トランスファーボードを用いたざり動作による移乗動作見守りレベル。209病日自宅退院。

【考察】ざり動作の獲得段階において、座位時の重心移動に伴う立ち直り反応は出現していたが、体幹前傾に伴う重心の前方移動時に出現する足クローヌスが離殿時足部荷重の阻害要因となっていた。徒手もしくは装具装着下の立位・歩行練習と振動刺激を併用したことで、筋紡錘、ゴルジ腱器官から介在神経細胞を介したシナプス前抑制により伸張反射の抑制および両足クローヌス軽減といった効果が得られたと考える。痙性および足クローヌスの軽減を治療と並行して行なう事で足部全体への荷重が促され、前方への重心移動ならびに離殿動作への介入が有効的に実施出来た。

○水上 歩

IMS グループ医療法人社団明芳会 新戸塚病院 リハビリテーション科

Keyword：腰髄不全麻痺、電気治療、歩行

【はじめに】第2腰椎ヘルニアで第2～4腰髄不全損傷を呈した症例を担当した。本症例は左下肢に著明な筋力・支持性低下を認め前医の予後予測は車椅子ベースだったが、当院では左下肢筋の賦活される姿勢や環境を評価し介入した事で歩行獲得に至った為報告する。尚、本報告において症例に同意を得た。

【症例紹介】70歳代男性。発症後8週に当院入院。発症後11週時点Frankel分類C、下肢MMT右3～4、左1～2。足関節背屈可動域右 -5° 、左 -15° 。下肢感覚鈍麻は右表在・深部共軽度、左表在中等度・深部軽度。起立・立位は体幹が固定的で両上肢支持と右下肢荷重で可能も不安定。ADLは移乗・トイレ監視、その他車椅子自立。歩行は平行棒内で左下肢に装具を使用し中等度介助。

【経過・介入】背臥位での下肢挙上運動はコアマッスル機能低下で下部体幹の不安定さを認め代償を伴ったが、骨盤帯の介助で軽減した。左下肢は著明な筋力低下で徒手療法では下肢機能改善に難渋したが、電気治療で筋収縮を認め症例も足に力が入ることが自覚出来た。

上記特徴よりコアマッスル機能の賦活と左下肢筋力・支持性向上の2点を治療方針とした。具体的に、下部体幹の安定化で下肢機能が十分に発揮できるよう四つ這い訓練や呼吸法の中でコアマッスル機能の賦活を図った。左下肢では大腿四頭筋への電気治療後、荷重下で電気治療時の筋収縮感を想起させ支持を促した。即時効果は立位時に膝折れの軽減を認めた。電気治療介入3週後自身で筋収縮が可能となり、歩行距離の拡大や装具無し歩行練習が可能となった。退院時は下肢MMT右4～5、左3～4。足関節背屈可動域右 0° 、左 -5° 。左下肢表在感覚軽度鈍麻と改善し、自宅内T字杖・屋外両側ロフトランド杖歩行が自立となった。

【考察】脊髄損傷は電気治療で中枢神経系に対し固有受容器を介し刺激する事で筋が促通され、また荷重下での具体的な運動課題は個別練習より有効と報告されている。症例は電気治療により自身で筋収縮が可能となり筋力向上を認めた。しかし電気治療のみでは十分な下肢の支持が困難だった為、徒手療法で下部体幹の安定化を図り促通された筋収縮感を荷重下で想起させた事で支持性向上を認めた。このように一般的な予後予測に捉われず残存機能を評価し、物理療法と徒手療法の併用で良好な結果に結びついたと考える。

広背筋の筋出力向上による仙腸関節へのアプローチ ～屋外の長距離歩行獲得を目指して～

○鉛村 優

医療法人社団 明芳会 新戸塚病院 リハビリテーション科

Keyword：腰痛、仙腸関節、広背筋

【はじめに】L3圧迫骨折後より腰痛が出現しており、リラクゼーションで一時的に軽快するものの持続性に乏しく治療に難渋した症例を担当した。全身状態を再評価したところ、仙腸関節の安定性に関与するといわれる大殿筋、広背筋の筋出力低下による不安定性が疑われた。そこで即時的に改善の認められた広背筋に重点的にアプローチを行ったところ、腰痛の軽減へと繋がったためここに報告する。なお、報告にあたり症例に目的を説明し、同意を得た。

【症例紹介】80歳代女性。左変形性膝関節症により人工関節置換術施行。術後の経過は良好であったが1年前に受傷したL3圧迫骨折後より出現していた腰痛は残存していた。5m以上の連続歩行が困難であり、自宅～最寄り駅間(約2km)の歩行に制限があった。腰痛は右腰背部の過緊張部位に局所的に認めていた。MMTは体幹3、下肢3、広背筋3、大殿筋2。膝蓋腱反射、内転筋反射は消失、アキレス腱反射は亢進しており、L3レベルの末梢神経障害が疑われた。Patrick test、Newton test、SLR testは陰性であり、仙腸関節や神経根の圧迫に起因する痛みではないと判断した。立位姿勢は股関節軽度伸展位で上半身重心が後方に位置していた。

【仮説】仙腸関節の安定性を保つと言われる筋群に神経性の筋萎縮や廃用等による筋出力の低下を認めており、仙腸関節の不安定性が生じていると考えられた。そこでL3レベルの神経支配を受けず、なおかつ収縮イメージを掴み易い広背筋の単独の筋出力向上が他の筋群の筋力低下を代償出来ると仮説を立てた。

【検証】座位にてプッシュアップバーを使用したプッシュアップ動作を5回実施。座面から殿部を浮かすように指示した。動作後は右腰背部の過緊張が軽減し、即時的に姿勢の改善、歩行時の腰痛の軽減を認めた。

【治療介入】検証と同様のプッシュアップ動作を5日間取り入れた。骨盤を垂直方向に誘導し、また足底にエアスタビライザーを設置しハムストリングスによる代償を抑制した。

【結果】立位時の上半身重心位置の改善を認めた。退院時の最寄り駅～自宅間の歩行では5分程度の休憩を3回、連続歩行は600m以上可能となった。

【考察】広背筋の筋出力を促すことで、仙腸関節の安定性が改善し、腰痛の軽減へ繋がったと考える。このことから広背筋単独の出力向上であっても仙腸関節の安定性が改善することが示唆された。また、腰痛に対して仙腸関節の安定性を考慮する必要があると考えられる。

P-42 高齢者片麻痺患者への自宅復帰に向けたアプローチ

○山宮 佑毅、川寄 康太

社会福祉法人聖テレジア会 鎌倉リハビリテーション聖テレジア病院 リハビリテーション部

Keyword：高齢者、指示入力、視覚的フィードバック

【はじめに】脳出血発症後、重度左片麻痺と意識障害を呈し、病棟では移乗動作3人介助であった。さらに認知機能が改善されず、家族による介助では自宅復帰困難と思われた。しかし、環境設定により認知機能に依存しない方法を検討・実施することで、1人介助まで介助量軽減し、自宅復帰が可能となった。尚、本人と家族に症例発表の目的を説明し、同意を得た。

【症例紹介】90歳代男性、病前ADL自立。診断名：右前頭葉皮質下出血。障害名：左片麻痺・高次脳機能障害。既往歴：憩室炎。家族構成：妻・息子・娘と同居。

【初期評価】JCSⅡ-10。Br-stageⅡ-Ⅱ-Ⅲ。表在・深部感覚左上下肢重度鈍麻。難聴あり。高次脳機能障害：注意障害・左半側空間無視、FIM41（運動21点、認知20）点。MMSE20点。

【介入と結果】入院当初、意識障害・重度の左片麻痺・大柄（身長168cm/体重76kg）であり、移乗動作時に姿勢保持と下肢の位置修正に3人の介助が必要であった。理学療法介入により麻痺の改善がみられ、立位時の支持性が向上し移乗動作が2人介助で可能となった。しかし認知機能は改善せず指示従命困難であり、依然として下肢の位置修正に介助が必要であった。難聴がある為、口頭指示を聞き取れず混乱する場面もみられた。口頭指示・徒手的介助に代わる方法としてベッドサイド・トイレに移乗時の手順を書いた張り紙や下肢を運ぶ位置をマーキングする方法を試みた。口頭指示の量が減ることで混乱する場面も減り、下肢の位置を徒手的に修正する必要が無くなり、1人介助となった。また、退院後も安全に移乗動作が行えるよう家族指導を行った後、自宅復帰となった。

【最終評価】JCSⅠ-1。Br-stageⅢ-Ⅲ-V。表在・深部感覚左上下肢軽度鈍麻。難聴あり。高次脳機能障害：注意障害・左半側空間無視。FIM55（運動35点、認知20）点。MMSE20点。

【考察】経過の中で移乗の際、下肢の位置修正と姿勢保持に2人介助を要していた。言語的な指示入力では指示理解が困難であり、下肢の位置修正に徒手的な介助が必要となっていた。床にマーキングする非言語的な視覚的フィードバックに置き換える事で、下肢の位置修正を患者自身で行えるようになった。これは難聴・認知機能の低下している患者に対して視覚的フィードバックが言語的な指示入力よりも情報を少なく、正確に認知させることができたため、介助量軽減に繋がったと考える。

右大腿骨転子部骨折を呈し、退院先の選定に難渋した症例 ～家族負担を軽減し、在宅復帰を目指して～

○岩崎 俊介、松本 貴照、川崎 康太

社会福祉法人聖テレジア会 鎌倉リハビリテーション聖テレジア病院 リハビリテーション部

Keyword：環境調整、車いす自操、チーム連携

【はじめに】受傷以前から入退院を繰り返し、廃用症候群が進行していた。さらに今回の転倒により歩行が困難となった。入院当初の身体機能や介助量から在宅復帰が困難と思われたが、チーム間で連携を取り、環境調整を行うことで在宅での生活が明確化され在宅復帰が可能となった。

【症例紹介】80代女性。診断名：右大腿骨転子部骨折。現病歴：X年Y月Z日自宅内で転倒し受傷。Z+2日骨接合術施行、Z+25日当院転院。既往歴：胃潰瘍、左上腕骨大結節骨折、高血圧。独居でキーパーソンの息子は就労中。病前ADL：自宅内伝い歩き、週5日デイサービス利用・週2日ショートステイ利用。要介護認定：要介護4。

【初期評価】両股・膝関節に屈曲拘縮あり。MMT 下肢2～3。両膝関節に疼痛。NRS：7。HDS-R20点。FIM62点(運動31点、認知31点)基本動作：重介助。移乗・トイレ動作：2人介助。手引き歩行重介助。

【介入と結果】入院時より、両側股・膝関節の可動域制限と両膝関節炎による疼痛の訴えが強く、基本動作に重介助を要した。経過により徐々に下肢の支持性が向上し基本動作の介助量が軽減した。歩行訓練を実施するが実用的な歩行獲得には及ばず、退院後の移動手段は車いすとした。本人や家族の在宅復帰の希望が強く、チーム内へ家庭訪問実施の提案をした。本人は同行せず家庭訪問を実施し、人的・物的環境調整をすることで在宅復帰の可能性が見えた。その為、車いす自操や移乗、トイレ動作など在宅で必要となる動作を積極的に訓練した。認知機能低下に伴い、ブレーキ忘れや車いす操作が困難であったが、視覚的な代償を取り入れ反復練習を行ったことで介助量の軽減に繋がった。その後、本人同行のもと家庭訪問を行い、動線・動作を確認し在宅復帰となった。

【終期評価】改善するも両股・膝関節の屈曲拘縮残存。MMT 下肢3～4。HDS-R15点。FIM76点(運動46点、認知30点)臥位～端坐位：自立。端坐位～移乗・トイレ動作：見守り。手引き歩行中等度介助。

【考察】初期から病棟側の施設退院の意識が強かったが、他職種やケアマネージャー、福祉用具業者、家族と連携を密に取り環境調整・家族指導を実施したことで退院後の生活イメージが明確化できた。また、病室で退院後の自宅ベッド周囲と同じ環境での訓練を実施。病棟スタッフへはADL動作の介助指導を行い、病棟生活の動作が反復練習となり運動が学習され動作獲得、介助量軽減に繋がったと考える。

P-44 早期からの家族指導により自宅復帰方向につながった一症例

○興石 智秀

医療法人社団 明芳会 新戸塚病院 リハビリテーション科

Keyword：回復期、家族指導、介助

【はじめに】重症例の身体の変化と共に自宅退院の不安が軽減し、家族介助での移乗動作が可能となった症例を担当した為、家族指導の観点を交え以下に報告する。尚、家族に趣旨と目的を十分に説明し同意を得た。

【症例紹介】40歳代男性。平成26年4月に脳幹出血と診断され、同年6月に当院入院。Japan Coma Scale (以下 JCS) 3-200～300。緊張性頸反射が残存しており、また他動運動時、右上肢屈筋、左上肢・両下肢伸筋の筋緊張が亢進。Range of motion (以下 ROM) も頸部・上肢は筋緊張を整えることで比較的動きは出るが、下肢は屈曲方向の ROM 制限より座位は保持困難。寝返りも突っ張りにより介助量増加。家族情報は、4人家族で妻と学生の子供2人。妻は右上肢のテニス肘があり、過剰努力により疼痛あり。仕事もしている為、介入頻度は週1回程度。自宅復帰を希望だが、障害需要も不十分で、何が不安かもわからない状態。

【治療方針】緊張性頸反射、伸張反射、咳反射時に屈筋群の収縮が触知可能。また姿勢変換後は筋緊張が整い易い。これらを糸口に ROM の向上、介助量の軽減を図る。また身体状態・家族の心境の変化と共に家族指導を実施し、家族介助での起居・移乗の獲得を目標とした。

【治療】介入時は側臥位・半腹臥位での ROM 訓練。1ヵ月、座位訓練。2-3ヵ月、チルト台使用。指導としては初期より ROM の伝達。1ヵ月、ギャッチアップ等の姿勢変換伝達。2ヵ月、寝返り動作伝達。3ヵ月、起居・移乗動作伝達。

【経過・結果】1ヵ月、突っ張り後の弛緩が生じ易く、頸部屈曲時の抵抗感も減少。「手足が動かし易い」と身体の変化に家族の気づきあり。また座位等の機能向上に伴い家族が涙ぐまれる場面あり。2ヵ月、頸反射の減弱・脊椎の後彎増加・膝屈曲位での動作が可能となり、寝返りの介助量軽減。「せっかく良くなってきているから維持してあげたい」と自宅退院方向に決定。3ヵ月、呼吸が肩甲帯まで波及、足底荷重での突っ張り減少に伴う座位での体幹前傾時の突っ張りが軽減。「起居動作のコツが掴めてきた」と家族の発言あり。また一人介助での移乗動作が可能。JCS 終始3桁。12月に自宅退院予定である。

【まとめ】家族指導の重要性は多くの文献で言われている。今回は早期より介入することで身体機能の変化の気づきを促し、主体性を引き出すことができた。家族の心的変化と共に機能改善に伴う各動作の伝達を行うことで自宅退院方向につながったと考える。

P-45 顔の見える連携への取り組み

○長谷川 朝子

介護老人保健施設 ウェルケア新吉田

Keyword：地域連携、子育て支援、技術向上

【はじめに】在宅復帰の支援に向け、我々は利用者とその家族の不安解決策を日々模索している。不安解決には多職種でのアセスメントや経験知の共有が必要であると考え、近隣病院・施設などが「どの様な取り組みをしているのか」「そもそも、どの様な得意分野を持った専門職がいるのか」等、お互いの“顔を知らない関係”にあるのが現状である。そのため職種間・施設間の具体的な“連携”にはいまだ至っていない。そこで我々は、利用者が「住み慣れた地域での生活」が継続できるよう、専門職間の地域連携を目指した研究会を昨年発足したので、研究会の内容・特徴について紹介する。また、発足してから間もない会ではあるが、参加者から挙げられた当研究会への要望から見える専門職の抱える不安について報告する。

【目的】

- ①事例を通じた職種・施設間の技術の向上と情報共有を図る
- ②地域貢献に繋げるための専門職間の連携を目指す

名称：“うちらぼ”

対象：リハビリテーションに関わる専門職種（介護士・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・支援相談員・看護師・医師・栄養士など）

内容：実践的な講義と事例検討を主とした勉強会

開催頻度：2～3カ月に1度開催

特徴：①子連れで参加できるスペースを設置

- ②対象の職種を制限せず、多職種にて事例検討を行う

当研究会で取り上げて欲しいテーマへのアンケート調査では、身体機能・精神機能の技術面に対する要望だけでなく、施設・職種間での連携の方法に関する内容の要望が出された。

【まとめ】発足してまだ1年の研究会であるが“うちらぼ”を通じ、近隣病院・施設や居宅事業者だけでなく、建築士や歯科医師、訪問管理栄養士といった多職種との関わりを持つ事が出来た。また、講演・事例検討ともに活発な意見交換や情報提供がなされ、お互いの顔と技術を知り“顔の見える連携”を築ける手ごたえを既に感じている。

意見交換の中で、訪問リハビリに携わる専門職から「帰ったあとの生活をイメージできていますか？」と指摘されたことから、我々がこの会を発足する際に感じていた専門職が抱えている不安の端緒であると言えるのではないだろうか。お互いに不安を出し合い、解決への糸口を見つけられる場となる事も当研究会に望まれていると考える。

今後、より利用者とその家族の不安を軽減できる地域貢献を目指し、地域包括ケアシステムでの発信源となれるよう、この取り組みを継続して行く。

○小武海 将史

介護老人保健施設 ハートケア湘南芦名

Keyword：介護老人保健施設、褥瘡、包括的ケアシステム

【目的】 褥瘡は長期臥床により生じる創傷で、ADL・QOLを低下させる。当施設では平成24年9月に包括的褥瘡ケアシステム（以下システム）を導入した。導入の効果・課題について第49回日本理学療法学会に報告した。今回は課題解決の目的で、システム導入1年経過時に施設職員に対し実施したアンケート調査を報告する。

【システム】 OHスケールでのリスク評価、各専門職の役割と業務の明確化、褥瘡カンファレンス（発生、継続、完治、経過、モニタリング）の開催、勉強会実施、褥瘡防止用具の補充を行った。

【方法】 研究の目的と内容を説明し同意が得られた施設職員62名を対象とした。調査内容は①褥瘡に対する意識の変化 ②褥瘡カンファレンス（以下褥瘡カンファ）継続の有無 ③②の結果をフロア別の解析とした。データは単純集計を行い百分率で示した。

【結果】

①褥瘡に対する意識の変化：「かなり変わった」34%（21名）、「まあまあ変わった」40%（25名）、「どちらでもない」11%（7名）、「あまり変わらない」13%（8名）、「まったく変わらない」2%（1名）であった。

②褥瘡カンファ継続の有無：「継続する」79%（49名）、「継続しない」15%（9名）、「どちらでもない」6%（4名）であった。

③フロア別褥瘡カンファに対する意見：4つのフロアの内、2つのフロアでは褥瘡カンファ継続の有無に対し「継続する」が100%で、その要因は「連携が取れる」、「早期発見早期治療に繋がる」、「褥瘡に対する意識が高まる」で肯定的であったが、残りの2つのフロアでは「継続する」19%（12名）、「継続しない」15%（9名）、「どちらでもない」6%（4名）で、肯定的な意見も見られる中、「褥瘡カンファの時間が長い」、「他の業務に支障が出る」、「意義や流れがわかっていない」等の否定的な意見があった。

【考察】 施設全体で意識の変化は74%で向上が見られたが、褥瘡カンファに対して少数意見であるが否定的な意見も聞かれた。また、否定的意見は4つのフロアのうち2つのフロアのみで聞かれた。今後システムの更なる有効化の為に、フロア別に、職員の知識・技術の影響、フロアの特徴等を、検討する必要があると考えられた。

P-47 理学療法の介入頻度が平均在院日数に与える影響 ～第1報～

○根本 敬

湘南鎌倉総合病院

Keyword：急性期理学療法、平均在院日数、介入頻度

【はじめに】近年の医療界は各施設の機能分化の推進が望まれている。なかでも急性期病院は平均在院日数の短縮を使命に、より先進的・効率的な運用が求められる一方、短期集中型の治療形態でどこまで各専門職が効力を発揮できるかが重要とされている。リハビリテーションの分野も例外ではなく、殊に患者の退院調整に関わる部分などではその在院日数に影響を与えうる存在であることが望ましい。

臨床で、急性期における理学療法(以下;PT)は、これまでリスク管理の徹底や廃用症候群を防止するなど前提とした予防的概念の比重が未だ大きい。PTの効果が積極的な治療として当該施設全体的な規模からの観点で検証されれば、急性期PTの方向付けをする指針の一つともなり得る。

【目的】湘南鎌倉総合病院にてPTを実施した患者の平均在院日数の推移が、PTの実施頻度にどのような関わりを持つかを検証する。

またこの平均在院日数を年次毎に比較することで相対的なPT効果判定の指標の一つとし、今後の急性期PT概念の検討の題材とする。

【方法】対象は2010年1月から2013年12月までの4年間にPTが介入した診療科10科の入院患者で、PT開始時のBarthel indexが85点以下の症例を後方視的に抽出した述べ17,521例である。各々のPT実施頻度として週間に対し2日、3日、4日、5日、6日、7日の6群項に分類(各日1単位以上の介入)、平均在院日数との関係をスピアマンの順位相関係数を用いて検証した。

また同年間のPT介入患者の平均在院日数を年毎に比較し、一元配置分散分析(危険率5%)にて有意差を検証した。

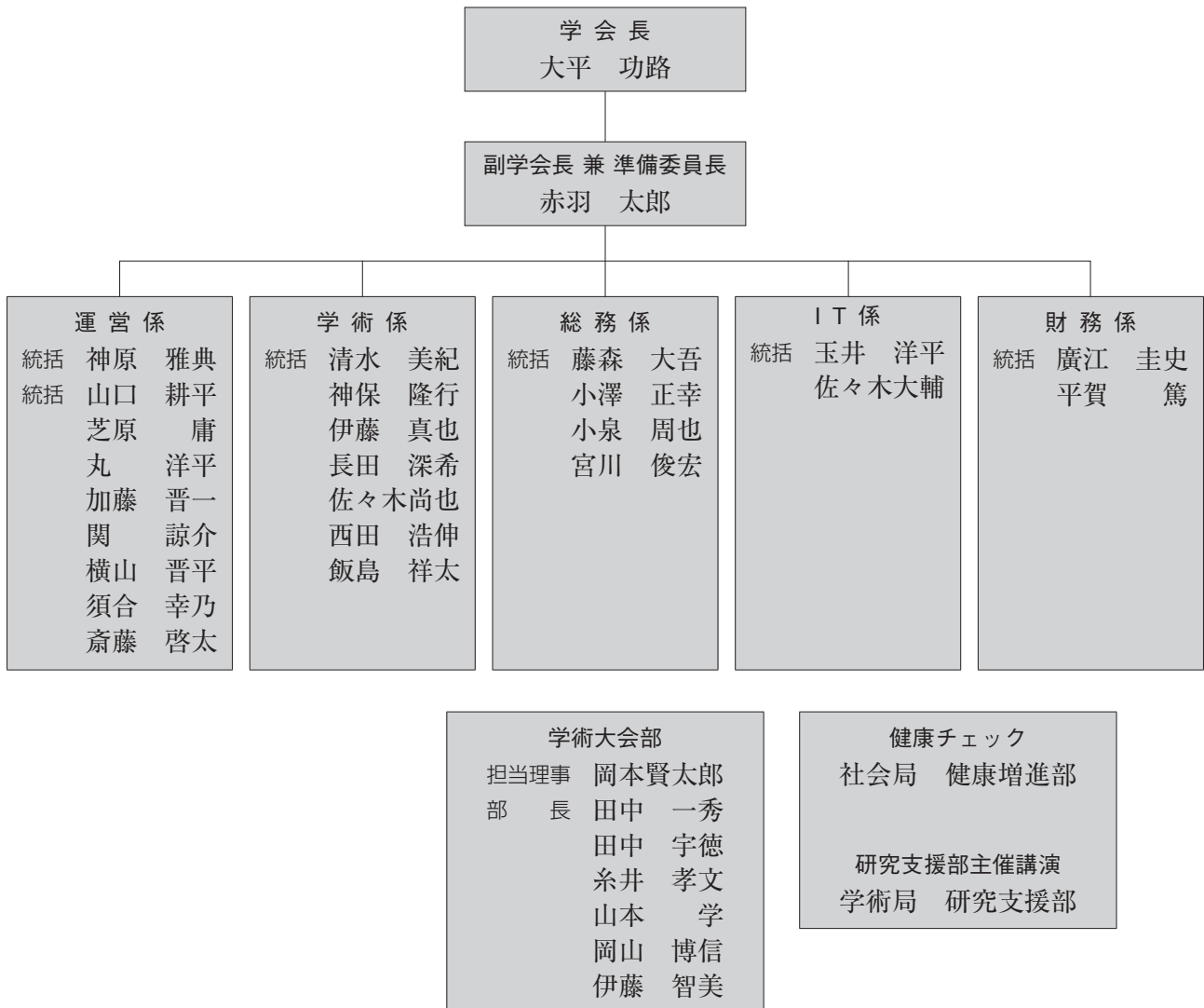
【結果】PTの介入頻度と平均在院日数は相対的に負の相関を示すに至り、週4日以上PT介入時に有意な値を示した($\gamma=0.643, P<0.05$)。

年次毎の平均在院日数の推移としては2010年の26.6日を基準に、2012年の23.2日($P=0.034$)と2013年の22.8日($P=0.028$)で、有意にこれを短縮させる結果を示した。

【考察】PTの週4日以上介入で当該科における平均在院日数を短縮させる傾向を得た。また平均在院日数の年次毎の短縮は2010年以降、推進を強化してきたベッドサイドPTやチーム担当制度の醸成によりその専門性が洗練されたこと、包括的アプローチの質が向上したことを示唆するものと考えられた。

今後はPTの具体的な成果と内容に関して、実施率や専門評価項目などの客観的指標をも用いて詳細な調査を重ね、平均在院日数短縮の要素を検討することが望まれる。

第32回 神奈川県理学療法士学会
学会組織図



協賛御芳名

【後 援】

神奈川県
横浜市健康福祉局
川崎市
相模原市
tvk(テレビ神奈川)
神奈川新聞社
神奈川県社会福祉協議会
神奈川県病院協会
神奈川県医師会
神奈川県医療専門職連合会

【福祉機器展示〈賛助会員のみ〉】

株式会社ハーツエイコー
神奈川ロイヤル(株)
東洋羽毛工業株式会社
大和ハウス工業(株)
日本ウイール・チェアー株式会社
株式会社星医療酸器
株式会社モノ・ウェルビーイング

【書籍販売】

スペース 96