

第40回 神奈川県理学療法士学会

The 40th Congress of KANAGAWA Physical Therapy Association

見たい!
知りたい!
つながりたい!

プログラム・抄録集

会期

2024年2月4日 **日**

オンデマンド配信期間は同年2/4～2/18

形式

Web学会

<https://congress-kpta.jimdofree.com/>

学会長

小田嶋 裕之

(Living baker代表)

副学会長

佐藤 範佳

(太田総合病院 リハビリテーション科)

準備委員長

小田桐 航太

(川崎市立川崎病院 リハビリテーション科)

主催

公益社団法人 神奈川県理学療法士会



第40回

神奈川県理学療法士学会

The 40th Congress of KANAGAWA Physical Therapy Association

プログラム・抄録集

見たい！知りたい！つながりたい！

会期◆2024年2月4日(日)

形式◆Web学会

学会長◆小田嶋 裕之 Living baker 代表

主催◆公益社団法人 神奈川県理学療法士会

【担当】川崎南部ブロック

INDEX

ご挨拶	3
参加者へのご案内	4
日程表 (タイムテーブル)	6
演題プログラム	7
基調講演	14
県民公開講座	15
教育講演	16
パネルディスカッション	19
オンデマンド企画	22
研究支援部教育講演	25
口演 1～12	26

学会組織図・後援御芳名

ご挨拶



第40回神奈川県理学療法士学会
学会長 小田嶋裕之

第40回という節目の年に、川崎南部ブロックが準備委員会として開催に携われることは貴重な機会と感じております。また開催に至るまで関係各所の方々より格別のご支援を賜り学会を迎えますことに厚く御礼申し上げます。

本大会では「見たい！知りたい！つながりたい！」をテーマとしました。その背景にはSNSを用いて県士会員にアンケートを取り、皆さまのニーズを捉え、応えたいという想いがありました。

2023年コロナ対応は五類へと分類が変わり徐々に元の生活を取り戻そうという動きが感じられます。しかし生活者である我々のつながりは自然に任せ、元に戻るわけではないことはリハビリテーション職種である理学療法士は感じているところと思います。病気や怪我に対して良い状態に戻すために理学療法を用います。地域のつながりや多（他）職種連携なども同じではないでしょうか。誰かがつながりを再構築する必要があると確信してやみません。コロナ禍において各病院施設では感染対策や人との接触に制限されてきたと思います。アンケートの結果でも転院先の施設のこと、地域性を見たい、知りたい、つながりたいことが多く寄せられました。

私たちは頂いたご意見を元に川崎南部で活躍されている理学療法士の先生方を中心に教育講演をお願いしました。行政とのつながり、管理職について、臨床のニーズで多かった循環器、臨床推論と幅広く講演をご用意しました。またオンデマンドではリハビリテーション医の水落先生からリハビリ職への想いを語っていただきました。

県民公開講座では新潟医療福祉大学 人類学者の奈良貴史先生をお招きし、「人類進化から見た健康について」を講演していただきます。人生100年時代と言われる近年、自身で健康を保つ行動をとることが必要であると説かれています。県民の皆さまへは、健康を保つヒントが得られる講演です。そのお手伝いを理学療法士が担うことができ、病気や怪我をする前から県民に寄り添うことができる職種。それが理学療法士であるとお伝えできれば幸いです。

そして学会といえば、口述発表が重要な場であると考えます。今回はWEB学会のため発表後の参加者とのやりとりは叶いませんが、きっと発表を行ったことから共感や、より向上を目指したアクションが生まれることでしょう。近年経験豊富な理学療法士の先生方が定年を迎えられ現場から離れていくことも珍しいことではなくなりました。その経験値を補完する上でも他施設の先生方からのアドバイスがより重要となります。勇気を持って演題登録をしていただいた先生方に温かいアドバイスをぜひよろしくお願いいたします。また本学会では、学会長賞以外に独自の賞を設けております。受賞された方にはこれを励みにより患者、利用者のために励んでいただけたら幸いです。

この学会の取り組みが理学療法を施す対象者に届きますように。

参加者へのご案内

1. 参加受付

本学会は Web 開催サイトにて行います。参加には事前参加登録が必須となります。日本理学療法士協会「マイページ」より事前参加登録をお願いいたします。当日参加登録の受付はいたしません。

参加登録費

神奈川県理学療法士会会員 2,000 円
他都道府県士会会員 4,000 円（他県士会員）

参加登録期間

現金振込 2023 年 10 月 30 日（月）～2024 年 1 月 2 日（火）
楽天カード 2023 年 10 月 30 日（月）～2024 年 1 月 21 日（日）

- ・日本理学療法士協会の正会員で会費未納者、協会に対して何らかの未納がある者、入会手続き中、休会者、非会員のご利用はできません。
- ・決済後はキャンセル・返金できませんのでお気をつけください。また、期日内に参加費の支払い確認が取れない場合は事前参加登録を無効とさせていただきます。決済状況はマイページ内よりご確認ください。
- ・スマートフォンや携帯電話のメールアドレスで登録した場合、日本理学療法士協会からの自動返信メールが届かない場合があります。自動返信メールを受信していない場合には、マイページ内でメールアドレスの変更登録をしてください。

2. 参加方法

- 1) 参加登録費の決済が完了した方には、1 月 26 日（金）に登録いただいたメールアドレスへ Web 開催サイトにログインするための ID、パスワードをお送りします。
- 2) 1 月 29 日（月）までに届かない場合は運営事務局へお問い合わせください。
運営事務局 kpta-endai@gakkai.co.jp
- 3) ID・パスワードで Web 開催サイトにログインしますと、すべてのプログラムが視聴可能となります。
- 4) ID・パスワードは個別に管理されておりますので重複ログインができません。
- 5) 学会ホームページにある「Web 開催サイト」よりログインしてください。
- 6) インターネット接続が不安定で中断されることがないように、ライブ配信では有線 LAN 接続を強く推奨いたします。

3. 各プログラムの開催方式

	2月4日（日）	2月9日（金） 正午～2月18日（日）
基調講演、県民公開講座、教育講演、 パネルディスカッション、口演 1・2	ライブ配信	オンデマンド配信
	2月4日（日） 正午～2月18日（日）	
オンデマンド企画 1・2、 研究支援部教育講演、口演 3～12	オンデマンド配信	

【ライブ配信】

- 1) Web 会議ツール Zoom を利用し定刻で開始いたします。Web 開催サイト内「Zoom」ボタンを押してご参加ください。
- 2) オンデマンド配信では Zoom で録画をした内容を配信いたします。

3) 質疑応答

- ・ライブ配信時の質問は Zoom の「Q&A」機能を使用します。Zoom 画面下にある「Q&A」ボタンを押して質問を入力してください。
- ・進行により質疑応答の有無は座長に一任とさせていただきます。
- ・口演 1、口演 2 以外はライブ配信内での質疑応答のみとして、Web 開催サイトにある質疑応答機能は使用いたしません。

【オンデマンド配信演題】

- 1) Power Point による音声動画発表スライドデータを配信いたします。
- 2) Web 開催期間中にご自由な時間で視聴してください。
- 3) 質疑応答
 - ・口演 1、口演 2 を含む一般演題の質疑応答は、Web 開催サイト内の質疑応答機能を使用します。質疑応答期間内で質問をご入力ください。演者は期間内で返答を入力いたします。なお、他の方からの質問や回答もご覧いただけます。
 - ・口演 1、口演 2 を含む一般演題以外はオンデマンド視聴での質疑応答は行いません。

4. 参加者へのご案内

- 1) 参加証および領収書は Web 開催サイト内で Web 開催期間中にダウンロードをしてください。
- 2) 学会参加ポイント
規程のポイントが付与されます。オンデマンド配信の参加のみでもポイントの対象になります。マイページへの反映はオンデマンド配信終了後 2 ヶ月ほどかかります。
- 3) 新人教育プログラム単位認定セッションはございません。
- 4) 一般演題の質疑応答
質疑応答期間を設けますので、期間内で Web 開催サイトにある質疑応答機能を使用して行ってください。期間外の質問、コメントに対しての回答は任意といたします。

質疑応答期間 2月4日(日)正午~2月12日(月)

- 5) 口演 1、口演 2 を含む一般演題以外は Web 開催サイトにある質疑応答機能は使用いたしません。

5. 注意事項・禁止事項

- 1) ライブ配信動画、オンデマンド配信動画、発表スライドデータ等の録画・録音・撮影や画面をスクリーンショット等でキャプチャーする行為、無断転用・複製を一切禁止とします。
- 2) 質疑応答機能を使用した誹謗中傷は一切禁止します。
- 3) インターネット接続に関する技術的なお問い合わせは対応いたしかねます。また、接続の問題により生じる発表及び視聴への支障は責任を負いかねます。
- 4) ID・パスワードは個別に管理されておりますので重複ログインができません。
また、第三者に使用させることを禁止いたします。

日程表 (タイムテーブル)

ライブ配信 2月4日 (日) ライブ配信の内容を2月9日 (金) よりオンデマンド配信		オンデマンド配信 2月4日 (日) 正午～2月18日 (日) Web開催期間中 自由な時間に供覧	
9:00	9:00～9:10 開会式	オンデマンド企画 1 リハビリテーション専門医が理学療法士に期待すること・理学療法士像とは 座長：田中 祥太 講師：水落 和也 聞き手：小田嶋裕之、佐藤 範佳、小田桐航太	口演 3 神経系 1 3-1～3-5
	9:10～9:40 基調講演 何をしたい?何を知りたい?誰とつながりたい? 講師：小田嶋裕之		
10:00	9:40～10:30 口演 1 第40回記念賞演題 フレッシュマン部門・フューチャー部門・ユニーク部門・準備委員推薦部門・地域貢献部門 座長：相馬 光一	オンデマンド企画 2 就労支援につながるリハビリテーション専門職の視点とは? 座長：鴨川 孝介 講師：藤田 真樹	口演 4 神経系 2 4-1～4-4
	10:40～11:30 教育講演 1 ポスト急性期に繋げたい、循環器疾患の評価とリスク管理 座長：小林 直樹 講師：浅田 浩明		
11:00	11:40～12:40 パネルディスカッション 地域理学療法の可能性 ～川崎市：地域リハビリテーション支援拠点事業を例に～ 座長：安藤 岳彦 講師：隆島 研吾 竹田 幹雄 池田 稔	研究支援部教育講演 あなたもできる！意外と身近な研究助成金獲得の秘訣！ 講師：井上 拓保	口演 5 神経系 3 5-1～5-4
12:00	13:00～14:00 県民公開講座 人類進化からみた健康について 座長：小田嶋裕之 講師：奈良 貴史		
13:00	14:10～14:50 口演 2 学会長賞ノミネート演題 座長：仙波 浩幸 2-1～2-4		口演 6 神経系 4 6-1～6-4
14:00	15:00～15:50 教育講演 2 職場運営は学問だ～リハスタッフのための経営学～ 座長：小牧 俊也 講師：八木麻衣子		口演 7 神経系 5 7-1～7-4
15:00	16:00～16:50 教育講演 3 膝関節疾患に対する臨床推論のあり方 —機能解剖学とバイオメカニクスの活用— 座長：南條 恵悟 講師：櫻井 好美		口演 8 運動器 1 8-1～8-4
16:00	16:50～17:00 閉会式		口演 9 運動器 2 9-1～9-4
17:00			口演 10 運動器 3 10-1～10-4
			口演 11 内部障害 11-1～11-5
			口演 12 小児・生活環境支援・その他 12-1～12-6

開会式 9:00~9:10 ライブ配信/オンデマンド配信

基調講演 9:10~9:40 ライブ配信/オンデマンド配信

何を見たい?何を知りたい?誰とつながりたい?

小田嶋裕之 (Living baker 代表)

口演 1 9:40~10:30 ライブ配信/オンデマンド配信

第40回記念賞演題

座長:相馬光一(神奈川県リハビリテーション病院リハビリテーション部)

フレッシュマン部門

歩行の安定性の向上を目的に介入した左視床出血の症例~予測的姿勢制御に着目して~

岡野汐里 (伊勢原協同病院リハビリテーション室)

フューチャー部門

変形性股関節症に対する保存療法における JHEQ の臨床における最小重要差の検討

関田惇也 (座間総合病院リハビリテーション科)

ユニーク部門

介護職員に対する福祉用具使用に向けた継続的な介入が移乗介助の負担感に及ぼす影響

藤崎美沙保 (鶴巻温泉病院リハビリテーション部)

準備委員推薦部門

回復期病棟における転倒数減少要因の検討 過大評価の影響に着目して

井上達雄 (横浜新緑総合病院リハビリテーション部)

地域貢献部門

地域リハビリテーション支援拠点事業の取り組み~当事業での支援が有効であった症例~

嶋川孝介 (川崎医療生活協同組合川崎協同病院リハビリテーション科)

教育講演 1 10:40~11:30 ライブ配信/オンデマンド配信

座長:小林直樹(湘南藤沢徳洲会病院リハビリテーション室)

ポスト急性期に繋げたい、循環器疾患の評価とリスク管理

浅田浩明 (社会医療法人財団石心会川崎幸病院リハビリテーション科)

パネルディスカッション 11:40~12:40 ライブ配信/オンデマンド配信

地域理学療法の可能性~川崎市:地域リハビリテーション支援拠点事業を例に~

座長:安藤岳彦(介護老人保健施設ひまわりの里リハビリテーション部)

地域リハ支援拠点事業アドバイザーの立場から

隆島研吾 (川崎市地域リハ支援拠点事業アドバイザー/神奈川県立保健福祉大学名誉教授)

川崎市における地域リハビリテーション施策の展開

竹田幹雄（川崎市健康福祉局地域包括ケア推進室）

新たな介護予防の可能性・地域リハビリテーション支援拠点との連携

池田 稔（片平地域包括支援センター）

県民公開講座

13:00～14:00 ライブ配信/オンデマンド配信

座長：小田嶋裕之(Living baker 代表)

人類進化からみた健康について

奈良貴史（新潟医療福祉大学リハビリテーション学部/自然人類学研究所）

口演 2

14:10～14:50 ライブ配信/オンデマンド配信

学会賞ノミネート演題

座長：仙波浩幸(神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部)

2-1 ADOC-S による目標設定と自宅での自主的な練習により日常生活動作に変化がみられた脳性麻痺児の一症例

木村優希（相模原療育園）

2-2 電子制御式膝継手つき長下肢装具が脳卒中患者の歩行時の下肢筋活動に与える影響

有馬加偉（済生会東神奈川リハビリテーション病院リハビリテーションセラピスト部）

2-3 当院回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカム評価の除外基準が実績指数に与える影響

木村友彦（横須賀市立うわまち病院リハビリテーション科）

2-4 高頻度での麻痺側股関節伸展運動により歩容が改善した脳卒中片麻痺症例

佐藤 健（湘南慶育病院リハビリテーション部）

教育講演 2

15:00～15:50 ライブ配信/オンデマンド配信

座長：小牧俊也(新百合ヶ丘総合病院リハビリテーション科)

職場運営は学問だ～リハスタッフのための経営学～

八木麻衣子（聖マリアンナ医科大学東横病院リハビリテーション室）

教育講演 3

16:00～16:50 ライブ配信/オンデマンド配信

座長：南條恵悟(湘南鎌倉総合病院リハビリテーション科)

膝関節疾患に対する臨床推論のあり方—機能解剖学とバイオメカニクスの活用—

櫻井好美（湘南医療大学保健医療学部リハビリテーション学科）

閉会式

16:50～17:00 ライブ配信/オンデマンド配信

オンデマンド企画 1

オンデマンド配信

座長：田中祥太(川崎協同病院リハビリテーション科)

リハビリテーション専門医が理学療法士に期待すること・理学療法士像とは
水落和也 (川崎協同病院リハビリテーション科)

聞き手：小田嶋裕之 (Living baker 代表)
佐藤範佳 (太田総合病院リハビリテーション科)
小田桐航太 (川崎市立川崎病院リハビリテーション科)

オンデマンド企画 2

オンデマンド配信

座長：鴨川孝介(川崎協同病院リハビリテーション科)

就労支援につながるリハビリテーション専門職の視点とは？
藤田真樹 (川崎市南部リハビリテーションセンター南部在宅支援室)

研究支援部教育講演

オンデマンド配信

あなたもできる！意外と身近な研究助成金獲得の秘訣！
井上拓保 (神奈川県理学療法士会学術局研究支援部/昭和大学保健医療学部リハビリテーション学科理学療法学専攻/昭和大学藤が丘病院リハビリテーション室)

口演 3

オンデマンド配信

神経系 1

座長：今村朋博(済生会東神奈川リハビリテーション病院リハビリテーションセラピスト部)

- 3-1 金属支柱付短下肢装具の角環の位置と装着についての考察
野田裕太 (横浜市立脳卒中・神経脊椎センターリハビリテーション部)
- 3-2 人工股関節再置換術後に脂肪塞栓症による重度の中枢神経症状を呈した症例の理学療法経験
前田 拓 (横浜市立大学附属市民総合医療センターリハビリテーション部)
- 3-3 左大腿骨頸部骨折術後に脳梗塞を呈し運動指示入力に難渋した症例の経過報告
有田早苗 (川崎市立川崎病院リハビリテーション科)
- 3-4 片麻痺患者の退院時トイレ動作自立に関わる症例対照研究—入院時 SIAS 体幹機能の cut off 値の算出—
石井利樹 (麻生リハビリ総合病院リハビリテーション科)
- 3-5 予測的・反応的な姿勢制御に着目して屋外歩行自立を目指した症例
黒沼 巧 (新百合ヶ丘総合病院診療技術部リハビリテーション科)

口演 4

オンデマンド配信

神経系 2

座長：高橋俊貴(横浜市立大学附属市民総合医療センターリハビリテーション部)

- 4-1 摂食拒否や希死念慮を訴える症例を担当して
大江小百合 (くらた病院)

- 4-2 上肢装具の違いより歩行や立ち上がりは変化するか～上肢に重度運動麻痺を呈した1症例を通じて～
高橋直樹（西湘病院リハビリテーション科）
- 4-3 脊髄硬膜外膿瘍から脊髄炎を呈し、長期間の介入により歩行獲得に至った症例
藤井沙耶香（昭和大学藤が丘リハビリテーション病院リハビリテーションセンター）
- 4-4 注意欠如・多動症を伴う若年被殻出血患者の介入の進め方について
武内百合香（新百合ヶ丘総合病院リハビリテーション科）

□演 5

オンデマンド配信

神経系 3

座長：松本仁美（神奈川県立保健福祉大学大学院保健福祉学研究科）

- 5-1 障害受容を考慮して介入した重度対麻痺を呈した脊髄腫瘍症例
横山竜太郎（湘南鎌倉総合病院リハビリテーション科）
- 5-2 中等度片麻痺を呈し起立着座練習と長下肢装具歩行を併用することで短下肢装具へカットダウンに至った一症例
荒井愛美（湘南慶育病院）
- 5-3 表面筋電図を活用して下肢装具使用法の最適化を図ることで歩行能力が向上した脳卒中重度片麻痺症例
林 翔太（済生会東神奈川リハビリテーション病院リハビリテーションセラピスト部）
- 5-4 筋緊張に着目した介入にて歩行の介助量軽減が図れた症例
山田理子（JA 神奈川厚生連伊勢原協同病院リハビリテーション室）

□演 6

オンデマンド配信

神経系 4

座長：清野由也（西湘病院リハビリテーション科）

- 6-1 急性期脳梗塞左片麻痺患者に対し、装具療法・下肢体幹機能訓練を実施し歩行能力の改善を認めた症例
根本 航（川崎市立川崎病院リハビリテーション科）
- 6-2 左被殻出血により歩行障害を呈した症例～予後予測から歩行練習を実施し在宅復帰した症例～
木村聖哉（桜ヶ丘中央病院）
- 6-3 非麻痺側過剰使用により介助量が増加した脳梗塞の症例～麻痺側の使用と体幹機能賦活による動作獲得～
佐藤勇樹（神奈川県厚生連協同組合連合会伊勢原協同病院）
- 6-4 感覚性運動失調を呈し、歩行自立が困難であった一症例～股関節位置覚低下に着目して～
小林祐太（横浜旭中央総合病院リハビリテーションセンター）

神経系 5

座長：森田智之(神奈川県総合リハビリテーションセンター
神奈川リハビリテーション病院理学療法科)

- 7-1 脳膿瘍に対する理学療法 入院加療中に運動機能障害を呈し認知機能障害に移行した一例
植田里歩(湘南鎌倉総合病院リハビリテーション科)
- 7-2 上肢懸垂用肩関節装具が脳卒中片麻痺者の歩容に及ぼす影響
肥田直人(湘南慶育病院)
- 7-3 抗重力位の経験から運動失調の軽減と屋内歩行自立した小脳梗塞の一症例
天野竜希(新百合ヶ丘総合病院診療技術部リハビリテーション科)
- 7-4 重度の難聴と身体失認により歩行の獲得に難渋した症例
太田洸一(湘南慶育病院)

運動器 1

座長：伊藤智一(北新横浜整形外科・外科リハビリテーション室)

- 8-1 介護老人保健施設職員に対する「これだけ体操®」の導入効果
雨宮耕平(渕野辺総合病院リハビリテーション室)
- 8-2 脛骨近位部骨折に対して術後早期から大腿四頭筋の筋力改善を行った一例
千間愛莉(湘南鎌倉総合病院リハビリテーション科)
- 8-3 膝蓋骨骨折術後、関節可動域制限が生じ自立杖歩行獲得に時間を要した症例
塚田隆之亮(総生会麻生総合病院リハビリテーション科)
- 8-4 肩関節拘縮を呈し鏡視下授動術を施行した症例～肩甲骨不安定性改善での肩甲上腕関節運動の変化を目指して～
加藤宏武(昭和大学藤が丘リハビリテーション病院リハビリテーションセンター)

運動器 2

座長：鈴木加奈子(たちばな台病院リハビリテーション科)

- 9-1 長期治療を要した重度足部外傷に対して理学療法を行った 1 例
片田昌志(湘南鎌倉総合病院リハビリテーション科)
- 9-2 右上腕骨顆上骨折、橈骨遠位端骨折受傷後に前骨間神経麻痺を併発し、結髪動作が困難となった症例
米地直人(横濱松宮整形外科リハビリテーションクリニック)
- 9-3 変形性股関節症保存療法における足底板療法の効果に関する Pilot study
鈴木雅也(座間総合病院医療技術部リハビリテーション科)
- 9-4 右膝蓋骨骨折を呈し保存療法を実施した症例のしゃがみ動作獲得まで～隣接関節の協調運動に着目して～
大崎日菜子(愛川北部病院リハビリテーション科)

運動器 3

座長：湖東英里香(市ヶ尾病院リハビリテーション科)

- 10-1 両側上肢症状を伴う胸郭出口症候群と診断された症例
伊藤智一(北新横浜整形外科・外科リハビリテーション室)
- 10-2 左肩関節唇損傷後の結帯動作制限に対し、筋感覚的イメージへの介入が効果的であった症例
最所朋也(横浜市立みなと赤十字病院)
- 10-3 右変形性膝関節症に対してTKAを施行し動作時に過度な体幹前傾を呈した症例—
体幹・下肢機能に着目して—
吉田龍生(海老名総合病院リハビリテーション科)
- 10-4 スポーツ活動を行う高齢者における膝前十字靭帯再建術後の理学療法成績
唄 大輔(横浜市スポーツ医科学センターリハビリテーション科/畿央大学大学院健康科学研究科)

内部障害

座長：森尾裕志(湘南医療大学保健医療学部)

- 11-1 慢性透析患者の心臓血管外科手術後の透析管理とリハビリテーション：当院の実績
磯邊 崇(昭和大学保健医療学部)
- 11-2 長期気管カニューレ留置により声門下に肉芽形成をきたし呼吸苦を生じた一例
古澤佳奈(川崎幸病院医療技術部リハビリテーション科)
- 11-3 心大血管疾患患者における吸気筋筋力と身体機能・栄養指標の関連性
宮澤 僚(昭和大学保健医療学部リハビリテーション学科/昭和大学藤が丘リハビリテーション病院リハビリテーションセンター)
- 11-4 人工呼吸器管理患者に対する13カ月のリハビリテーションの結果、日中呼吸器離脱し自宅退院に至った一症例
高橋 碧(川崎協同病院リハビリテーション科)
- 11-5 高齢男性心疾患患者における骨格筋量と酸素摂取量の関連について—
一体組成計と心肺運動負荷試験の関係から—
石川秀太(湘南東部総合病院リハビリテーション科)

小児・生活環境支援・その他

座長：鈴木勇佑(小田原市立病院リハビリテーション室)

- 12-1 重度脳性麻痺患者に対して長期的な理学療法により粗大運動能力評価尺度が改善した一症例
黒須香琳(えびなファミリークリニックソラーレ)
- 12-2 脳性麻痺患者の車椅子作製においてPosture and Postural Ability Scaleとカナダ作業遂行測定を用いた一例
木村優希(相模原療育園)

- 12-3 2度の訪問指導を活用し在宅復帰を果たした症例
長谷川真衣（クローバーホスピタルリハビリテーション部）
- 12-4 地域との交流維持・再獲得を目指し通所リハビリテーションの卒業に至った2症例～
本人の想いに寄り添って～
加納慎也（クローバーホスピタルリハビリテーション部）
- 12-5 救命救急センター内での早期離床・リハビリテーション初年度活動報告～令和4年度
診療報酬改定を受け～
大橋 豊（日本医科大学武蔵小杉病院）
- 12-6 チームリーダーとしての取り組み～介助量が多い患者の家族に対して退院先の決定と
安全な自宅退院に向けて～
小川政治（新横浜リハビリテーション病院）

何を見たい？何を知りたい？誰とつながりたい？

Living baker 代表
小田嶋裕之



第40回学会のテーマに即して、基調講演では疑問符をつけて県士会員のみなさまに問いかけてみたいと思います。今回のテーマはすでにSNSよりアンケートで問いかけており、みんなで作り上げた学会内容と自負しております。この基調講演を皮切りに、ぜひテーマを念頭に置いて教育講演、県民公開講座に参加していただきたいと願っております。

介護保険がはじまり20年以上が経ちます。医療保険下でのリハビリテーションに加え、多くの介護保険下の施設が登場しました。どれだけ施設や職種があるかと思いきやすぐには想起することは困難でしょう。在宅から病院そして施設など生活者である県民が「その人らしい人生」を送れるように我々がバックアップするにも、同職種も多職種もつながりを持たなければ、QOLの向上を目指すことは難しいのではと感じます。

では、それぞれのお立場から

何を見たいでしょうか？

何を知りたいでしょうか？

誰とつながりたいでしょうか？

「退院した方は、その後どのような生活をしているの？」「転院した方は転院先でどこまで回復されたかな」「転院先はこういうリハビリをしますよ」「以前の病院の理学療法士さんはよく知っていますよ」こんな会話や近隣の施設ではどんなことやっているのかななどの交流が当たり前のようにできたら利用者の方々にはきっと安心してこの地域で暮らしていけることでしょう。

それと同時に理学療法士の地域活用として、施設から飛び出し貢献できる可能性もあると思います。私自身も世間が抱える問題や課題に理学療法士が応えることができるか日々模索しております。

本学会が同職種はじめ多職種と多くの人と関わり、理学療法士の可能性がより拓けていくことを願い、当日を迎えたいと思います。

【略歴】

誠医会 宮川病院、臨床福祉専門学校理学療法学科専任教員の経験を経て複数の施設に勤務し2年間アルバイトPTとして活動する。2019年 副業スタイルのフリーランスとしてLiving baker 設立。

現在サポートライフ・結、在宅看護センターひまわり、ななきナーシングホーム、川崎大師訪問看護ステーション勤務と同時にトライアスロントレーナー、フィットネスクラブアドバイザー、ウォーキングインストラクターアドバイザー、銭湯でのサルコペニアチェックなど保険外の理学療法士の活用を模索中。

【資格】

多摩大学大学院 経営情報学研究科博士課程前期修了 経営情報学修士 MBA取得

【主な役職】

神奈川県理学療法士会 ブロック活動推進部 部長

川崎市南部地区リハビリテーション連絡会 代表

人類進化からみた健康について

新潟医療福祉大学リハビリテーション学部/自然人類学研究所

奈良 貴史



ヒトは云うまでもなく霊長類の仲間であり、遺伝的に一番近い種は、ゴリラなどが属する類人猿のチンパンジーである。ヒトとチンパンジーは遺伝子の違いは僅か2%程でしかないが、外見ではヒトと彼らを見間違えることはないし、解剖学的構造には大きな違いが存在する。その際たる特徴が、ヒトが霊長類の中では唯一直立二足歩行する点である。これがヒトの定義にもなっている。つまりヒトと他の霊長類と容易に区別できる点は直立して二足で歩ける機能に関してである。具体的には歩行に関して重要な働きをする骨盤・膝・足などの構造が違う。二足歩行する際に体がぶれないように左右のバランスを取る小・中殿筋や直立した体を支える働きのある大殿筋が著しく発達するために、これらの筋が付着する寛骨の腸骨翼が幅広くなり、同時に直立したため骨盤内臓を収納する寛骨が正面から見ると朝顔の花が開いたような形になる。人類進化で注目する点は、約700万年前に誕生したとされる猿人段階で二足歩行するのに適した構造に骨盤や脚が変化しているが、脳の大きさは約400ccとチンパンジーとほぼ同じである。ヒトへの第1歩は、知能が発達したことではなく、立ち上がったことである。つまり、容貌は類人猿だが、体型はヒトである。ヒトは立ち上がったことにより手を解放させた。200万年頃前になるとアフリカで死んだ動物の骨髄を食料とするものが出現し、積極的に肉食を採用したことで大量のエネルギーを必要とする脳を発達させるのに十分なエネルギーを確保したことで、脳を拡大させ今日に至っている。しかし、立ち上がったことはいいことづくめではなかった。直立二足が要因、あるいは密接に関わる病気が頭の前から足まで全身に渡って多数存在する。例えば脳貧血、睡眠時無呼吸症候群、誤嚥、肩こり、心臓病、胃下垂、腰痛、難産、痔、単径ヘルニア、坐骨神経痛、膝関節炎、下肢静脈瘤、扁平足など我々が日常に遭遇する病ばかりである。現代人を悩ます多くの病気は、ヒト特有の体の構造と密接に関わっているのだ。我々の多くの不調の原因が、人類進化のよるものだと知ることは、問題の根本的な解決にはならないが、疾病のメカニズムを理解することは、健康を保つ、あるいは取り戻すことの一助になると思われる。

【略歴】

1960年6月東京生まれ。文京区立昭和小学校・第九中学校、都立北園高校を経て慶應義塾大学文学部で考古学を専攻し、文学修士を修得。その後フランス・ボルドーI大学で人類学を本格的に学び、Ph.Dを修得。東北大学医学部助手、国際医療福祉大学准教授、日本歯科大学准教授を経て現職の新潟医療福祉大学教授に至る。2022年より自然人類学研究所所長を併任。専門は自然人類学。著書「ネアンデルタール人類のなぞ」岩波ジュニア新書451 「ヒトはなぜ難産なのか」岩波科学ライブラリー197

ポスト急性期に繋がりたい、循環器疾患の評価とリスク管理

社会医療法人財団石心会川崎幸病院リハビリテーション科

浅田 浩明



本邦では総人口のさらなる減少が予測されるなか、心不全患者数については2030年には130万人に達すると推計されている。「心不全パンデミック」して知られるところであり、高齢者人口割合の急増と治療技術の進歩によってもたらされた一側面と考えられている。日本人を対象に行われた大規模登録研究であるJCARE-CARDやCHART研究からは、いずれも心不全患者の平均年齢は70歳前後と、患者の多くは高齢であることが示されている。このような高齢心不全患者の身体的特徴として、余病の併発も多く、骨関節・運動機能や神経調節機能にも障害を来している場合も稀ではないため、我々理学療法士が遭遇する可能性の高い患者群であると考えられる。つまり、もはやリハビリテーションの対象疾患に関わらず、心不全を合併する患者を避けて通れないと言っても過言ではなく、理学療法士の普遍的知識として循環器疾患に対するアセスメントとリスク管理の重要性は極めて高いと考えられる。

心臓リハビリテーションの効果に目を向けると、運動療法を主体とした包括的介入には心不全患者の自覚症状や運動耐用能の改善に有効であり、さらには心不全再入院率を低下させることから、国内外の主要な循環器関連学会のガイドラインでも高い推奨度となっている。JCARE-CARDにおける心不全増悪による再入院率は退院後6ヶ月以内で27%、1年後は35%と高く、いかに心不全再入院を予防するかが重要な介入目標となる。

一方で、心臓リハビリテーションの重要性が自明である中、急性期病院退院後のリハビリテーションが普及していない現状が指摘されている。高齢心不全患者にとって退院後に自宅近くに通院できる施設や、入院して心臓リハビリテーションを継続できる施設が少ないことは特に重要となる。回復期リハビリテーション病棟における心大血管リハビリテーションや在宅心臓リハビリテーションが徐々に増えてきているが十分とは言えない現状であり、より多くの理学療法士が心臓リハビリテーションに関与していくことが重要であると考えられる。

本講演は、演題名を「ポスト急性期に繋がりたい、循環器疾患の評価とリスク管理」とした。心臓リハビリテーションに専門的に従事していない、または経験の浅い理学療法士が心不全をもつ患者に介入する際のポイントについて紹介し、より多くの理学療法士が心臓リハビリテーションに関わる一助を担うものとした。

【略歴】

2009年 理学療法士免許取得、社会医療法人財団石心会川崎幸病院入職

2017年より心臓血管外科担当主任

2018年よりリハビリテーション科科长

現在に至る

【資格等】

循環認定理学療法士

心臓リハビリテーション指導士

他

職場運営は学問だ〜リハスタッフのための経営学〜

聖マリアンナ医科大学東横病院リハビリテーション室
八木麻衣子



医療専門職として従事する私たちは、専門職としてのキャリアを築き、多くの人たちの健康達成度に貢献することが最大の命題であります。一方、専門職集団としてスタッフの個性や能力を統治(ガバナンス)し、組織を効果的、有機的に運営することができれば、個人の力では成し遂げることはできない集団としての大きな成果を達成し、より多くのものを社会に還元することが可能となります。そのため、医療や介護の職場運営は、管理者やリーダーだけではなく現場で働くすべてのスタッフにとって、もう一つの大切な命題であると考えられます。

職場を運営するにあたりヒントとなるのが、「正解のない中で、最善策を導くために先人の知恵や英知を集約した思考方法」である経営学や経営理論です。「経営学」と聞くと、敷居が高いと感じる人も多いかもしれませんが、私たち理学療法士は、「医学」という学問領域の知見を活用し、目の前にいる患者さんや利用者さんを観察し、評価し、問題点について整理し、問い、調べ、学ぶことで研鑽を積み、エビデンスに基づいたより良い診療を提供することを日々の仕事にしています。その視点をもう少し広い範囲に広げ、より良い医療提供体制を築くために医療現場や職場を観察し、評価し、問題点を解決していくことを考える際に、経営理論が活用できるのです。

経営学や経営理論は、自分たちの組織が持つ「ヒト」「モノ」「カネ」そして「情報」を有効に活用して、最大限の結果を創造することで、その組織の「価値」を高めることを目的に、経営者や管理者が合理的でバランスのとれた意思決定を行うことを助けるための実践科学です。経営学の歴史は学問としてはまだ浅いですが、それでもこれまでに様々なエビデンスが蓄積されており、私たち医療専門職者にとっても十分に応用可能なものが多く存在します。また世代を問わず、世の中で活躍している組織のリーダーの多くは、決してカリスマ的な魅力を持っているわけではなく、経営理論を体系的に理解し、仕事の目的や目標、具体的な内容を明確に伝え、スタッフを適切に動機づけることで結果を出す、業務処理型のリーダーなのです。

本教育講演の目的は、若手セラピストの皆さんが、職場の運営を「自分ごと」として考え、少しでも積極的に関わる気持ちを持てるような、経営学の活用の仕方をお伝えすることです。

【略歴】

聖マリアンナ医科大学病院入職後、川崎市立多摩病院(指定管理者聖マリアンナ医科大学)開院事業、聖マリアンナ医科大学東横病院リニューアル事業の2度の新病院立ち上げの業務に従事。現在、同病院リハ室技術課長。経営管理学博士。立教大学兼任講師。コメディカル組織運営研究会代表。

膝関節疾患に対する臨床推論のあり方—機能解剖学とバイオメカニクスの活用—

湘南医療大学保健医療学部リハビリテーション学科

櫻井 好美



日常生活やスポーツ場面における関節運動は、単一の関節運動では成立しない、多関節運動である。よって、運動パターンは隣接する関節の影響を受ける。

膝関節は可動性が大きく、身体重心の上下方向移動において主たる役割を果たす関節である。膝関節は、身体運動において身体重心の移動方向を制御する股関節と、床面との適応に機能する足関節の仲介を担っている。そのため各種の動作中に股関節運動と足関節運動の影響（運動連鎖）によって機能解剖学的に理想的ではない、非合理的な運動パターンをとらざるを得ないことがある。このような運動パターンでは膝関節の動的安定性が障害され傷害・障害発生の原因となる。よって、膝関節疾患の理学療法では疾患特異性を考慮するとともに、運動連鎖の概念を応用して膝関節で生じている局所的な問題の要因を推論する必要がある。

臨床推論を行う上で機能解剖学とバイオメカニクスは両輪となる知識である。例えば、大腿骨顆と脛骨関節窩の形状の違いから、膝関節は屈伸時に内側関節面と外側関節面で異なる骨運動を呈する。内側関節面では転がり運動と滑り運動が起こるため、関節周囲の組織は短縮方向の柔軟性が求められる。一方、外側関節面では転がり運動が主であるため関節周囲の組織は伸張性が求められる。このため内側関節面ではいわゆる挟みこみや短縮痛による可動域制限が、外側関節では伸長不足や伸張時痛による可動域制限が生じる。

また、膝関節は屈曲角度によって動的安定性を保つためのメカニズムが異なる。伸展位では靭帯と関節包の緊張が、屈曲開始から約60°までは膝関節内旋に伴う前十字靭帯・後十字靭帯の作用が、60°以上の屈曲では股関節伸展モーメントが動的安定性に寄与する。疼痛や関節の不安定感など患者の主訴から症状発生のメカニズムを判断し、その症状が生じる姿勢、動作からなぜそのような関節運動になるのかを運動連鎖を絡めて推論し、修正する必要がある。

本講演では機能解剖学とバイオメカニクスを活用した膝関節疾患に対する臨床推論の例を提示し解説する。

【略歴】

【学歴】

1999年3月 北里大学医療衛生学部卒業

2001年3月 北里大学大学院医療系研究科修士課程修了（医科学修士）

2013年3月 国際医療福祉大学大学院 医療福祉学研究科博士課程修了（博士「保健医療学」）

【職歴】

1999年4月 小松会病院

2001年4月 国立相模原病院

2004年5月 神奈川県立保健福祉大学

2013年6月 学校法人湘南ふれあい学園 大学設立準備室

2015年4月 湘南医療大学（現在に至る）

地域リハ支援拠点事業アドバイザーの立場から

川崎市地域リハ支援拠点事業アドバイザー/神奈川県立保健福祉大学名誉教授
隆島 研吾



地域リハ支援拠点事業とは、市のホームページにもあるように「(略)相談支援・ケアマネジメントのプロセスにリハビリ専門職が関与する体制を構築し、サービスの質の向上と多様な分野の連携を促進する」ために、「①介護支援専門員等の求めに応じて、リハビリ専門職が、利用者宅への訪問やカンファレンスへの同席、介護サービス事業所への助言等を行いながら、サービスの導入に必要な評価やサービス内容の調整等を支援する。②医療機関・介護保険施設・居宅介護サービス事業所・地域包括支援センター等が実施する地域住民を対象とした事業等に対して、リハビリ専門職が助言等を行いながら、地域リハビリテーションを普及・啓発する。」事業であり、市が主体となって行政サービスとして行う画期的な事業と言える。

私はこの事業の計画段階からアドバイザーとして関わっており、計画の当初から医師の指示が必要な理学療法・作業療法業務との整合性についての議論に一番時間をかけたところである。事業が始まってからは、月1回の相談員担当者会議を通じて、アドバイザーとして具体的な対応事例をもとに、全体のすり合わせを行いながら各担当者と事務局である市の担当者との意見交換を行いながら進めている。私は、この月1回の会議は本事業のキーポイントでもあると考えており、この会議でアドバイスと本来業務との境界線を確認しながら進めている。

今回のシンポジウムでは、本事業におけるこれら会議などを通して得た情報や、昨年行ったアンケートなどをもとに、本事業におけるリハ職の役割と必要性について述べたいと思う。

【略歴】

昭和53年～平成9年 横浜市立大学附属病院リハビリテーション科
平成10年～平成16年 川崎市れいんぼう川崎リハビリテーション係
平成17年～令和3年 神奈川県立保健福祉大学リハビリテーション学科
令和4年定年退職

【現在の主な社会活動】

—川崎市— (アドバイザー)：地域リハ支援拠点、介護予防事業、南部リハセンター在宅支援室 (委員)：障害支援区分認定審査会、障害者政策審議会、民間活用事業者選定評価委員会
—国土交通省— 道路空間のユニバーサルデザインを考える懇談会委員
—学会活動— (一社)日本地域理学療法学会監事、ヒューマンサービス学会副理事長兼学術誌編集委員長、神奈川リハビリテーション研究会監事

川崎市における地域リハビリテーション施策の展開

川崎市健康福祉局地域包括ケア推進室

竹田 幹雄



少子高齢化の進展による要介護ニーズの増大と働き手の減少を見据え、医療・介護提供体制の持続可能性を確保することが、大きな課題として顕在化している。このため、急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入し、入院期間を減らして早期の家庭復帰・社会復帰を促すとともに、その受け皿となる在宅医療・在宅介護を一体的に提供する地域包括ケアシステムの構築が求められている。今後は、入院・入所によるケアの重点化を図り、地域の中で生活全体に渡って質の高い支援を提供することによって、できる限り在宅での生活を継続できるようにしていくことが必要となる。

そこで、川崎市では、単に様々なサービスを組み合わせて提供するだけでなく、生活全体がリハビリとして機能するよう、地域で提供される支援やサービスにリハビリの視点を組み込んでいく「地域リハビリテーション」を、市の施策として展開している。具体的な取組として、令和3年4月に総合リハビリテーション推進センターと市内3ヶ所の地域リハビリテーションセンターを整備した。さらには、病院と老人保健施設に委託するかたちで、同年10月に市内8ヶ所の地域リハビリテーション支援拠点を設置し、地域の相談機関や介護サービス事業所等に対する助言や提案を行うことによって、質の高いサービスを包括的かつ効率的に提供することを目指している。

今回は、こうした経緯や取組状況について紹介させていただくとともに、今後のさらなる展開について議論させていただければと考えている。

【略歴】

【学歴】

平成12年3月 日本社会事業大学社会福祉学部福祉計画学科卒業

平成14年3月 日本社会事業大学大学院社会福祉学研究科博士前期課程修了 修士（社会福祉学）

令和2年3月 立教大学大学院コミュニティ福祉学研究科博士後期課程修了 博士（コミュニティ福祉学）

【職歴】

平成14年4月 川崎市入庁

健康福祉局障害計画課、総務局行財政改革室、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課などを経て、令和5年4月から健康福祉局地域包括ケア推進室担当課長

【論文】

・「医療提供体制の改革と地域包括ケアシステム構築に向けた一考察－今後の在宅医療・介護サービス提供体制のあり方－」都市問題第108号，p.93～p.101，2017.

・「医療・介護連携の強化に向けたケアマネジメント体制のあり方」，保健医療科学第66巻第6号，p.650～p.657，2017.

・「医療的ケア児の地域生活支援と地方自治体の役割：医療・福祉・教育による総合的な施策展開に向けて」，コミュニティ福祉学研究科紀要第16号，p.15～p.24，2018.

新たな介護予防の可能性・地域リハビリテーション支援拠点との連携

社会福祉法人一廣会片平地域包括支援センター
池田 稔



川崎市麻生区では、令和4年度より要支援高齢者の介護予防・重度化防止モデル事業の取組を開始。地域リハビリテーション拠点、生活支援コーディネーターと協働し、「新たな日常生活支援総合事業」と「平均寿命から健康寿命日本一」を目指して取組・連携強化中。

【資格・略歴】

特別養護老人ホームのケアワーカー、デイサービスの相談員、在宅介護支援センターや居宅介護支援事業所のケアマネジャーを経て現職に就く。

学校法人榎本学園 町田福祉専門学校（現）町田福祉保育専門学校 卒業

社会福祉法人一廣会 片平地域包括支援センター

介護福祉士

主任介護支援専門員

リハビリテーション専門医が理学療法士に期待すること・理学療法士像とは

川崎協同病院リハビリテーション科
水落 和也



私のこれまでの職歴を示します。

常勤勤務

横浜市立大学医学部病院(研修医)、横浜市立港湾病院、神奈川リハビリテーション病院、横浜市立市民病院、横浜市大医学部附属病院、横浜市大医学部附属市民総合医療センター、横浜市立大学附属病院、神奈川県立がんセンター、川崎医療生活協同組合川崎協同病院（現職）

非常勤勤務

横浜市老人リハビリテーション友愛病院、横浜市南部地域療育センター、大口リハビリテーション病院、横須賀共済病院、済生会横浜市南部病院、横浜船員保険病院、横浜南共済病院、聖ヨゼフ病院、藤沢市民病院、藤沢湘南台病院、神奈川県立こども医療センター、鎌倉市あおぞら園、横浜市中部療育センター

福祉・教育関係

横浜市更生相談所、横浜市立中村養護学校、横浜市立新治養護学校、横浜市立北綱島養護学校、横浜市立大学附属高等看護学校、国立箱根リハビリテーション学院、神奈川県衛生看護専門学校、厚木 YMCA 看護学校、川崎市更生相談所、神奈川県立保健福祉大学大学院、神奈川県更生相談所横須賀補装具巡回相談

社会貢献

日本リハビリテーション医学会理事、日本義肢装具学会理事、日本運動療法学会理事、日本がんリハビリテーション研究会理事、厚生労働省理学療法士・作業療法士国家試験委員、柔道整復師国家試験委員、日本リウマチ学会専門医試験委員

新病院・施設計画

神奈川県立足柄上病院、横浜市障害者スポーツ文化センター、横浜市立大学附属市民総合医療センター、藤沢湘南台病院、聖ヨゼフ病院

とても多くの神奈川県内の医療・福祉・教育施設と関わり、それぞれの場でたくさんの理学療法士の方と仕事できたことは私の財産です。リハビリテーション科医の喜びは、障害を持つ患者さんやご家族の苦痛の軽減のために奉仕することと、同じ志を持つ多くのリハビリテーション専門職と苦楽をともにすることにあります。

リハビリテーションとは・・・

Rehabilitation is a set of interventions designed to optimize functioning and reduce disability in individuals with health conditions in interaction with their environment. (WHO Rehabilitation 2030 : A Call for Action)

リハビリテーションとは、環境との相互関係によって多様な健康状態にある個人の生活機能を最適化し、障害を軽減するために用意された一連の介入である。(水落訳)

皆様には、この崇高なリハビリテーションの理念を大切にして、高いレベルでリハビリテーション医療の職務を全うする Professional であってほしいと思います。

第40回の記念の学会おめでとうございます。

【略歴】

1982 横浜市立大学医学部卒業

1993-94 New York 大学 Rusk Institute of Rehabilitation Medicine 留学

2000 横浜市立大学附属病院リハビリテーション科部長・講師

2005 公立大学法人横浜市立大学附属病院リハビリテーション科部長・准教授

2016 神奈川県立病院機構神奈川県立がんセンターリハビリテーション科部長

2022 川崎医療生活協同組合川崎協同病院リハビリテーション科部長

日本専門医機構リハビリテーション科専門医 No28-00323

日本リハビリテーション医学会認定臨床医 No01979

日本リハビリテーション医学会指導医 No90451

日本義肢装具学会義肢装具専門医 No0024

好きな物理療法：超音波療法

好きな理学療法：Joint Mobilization

就労支援につながるリハビリテーション専門職の視点とは？

川崎市南部リハビリテーションセンター南部在宅支援室

藤田 真樹



「会社に迷惑をかけるので早く復職したい」病院で働くセラピストはこのような相談を受ける事がある。その際にセラピストは何を評価し、どの様なアドバイスをすることが本人の手助けになるのか。

「就労」とは「仕事」をする事とされ、「仕事」とは生計を立てる手段として従事する事柄を意味する。それはつまり所属する会社から対価をもらうだけの作業量をこなし、継続するということになる。就労を継続するために必要な力は、ピラミッドのように積み上げる必要がある事を知っておくと良い。就労準備性ピラミッドと言われるが、以下の①～⑥のように階層になっていると理解する。①健康管理・体調管理(栄養管理、服薬、自分の障害・症状の理解と管理など)②生活のリズム・日常生活の安定(睡眠リズム、ADL・IADL、金銭管理など)③公共交通機関の利用(バス・電車の利用、道順・時間の管理、身体能力との調整など)④対人技術(言葉遣い、共同作業、意思表示など)⑤情緒の安定と職業生活の遂行(障害の受けとめ、感情のコントロール、持続力、ルールの理解など)⑥作業能力・遂行(できる事できない事、できるようになる方法、適した仕事など)。つまり、病状が安定し、規則正しい生活リズムを作る事からはじめ、家事や近所の散歩をする事で活動・行動範囲を広げる必要がある。病気や障害の事が分かり、一定程度状況を受け止めて、情緒的に安定している事が復職の準備をすすめる目安となる。移動に関しては、長時間仕事をする事を視野に、歩行が移動手段となり得るか、公共交通機関は使えるか、エネルギーを残すために電動車椅子や他の移動手段を検討するべきか、会社の近くに引っ越すべきかなど、予後予測をしながら本人と目標を定める必要がある。

その他、就労の種類として一般雇用、障害者雇用、福祉的就労がある事や、退院後の相談や就労支援を受けられる機関などの社会資源の情報を整理し、改めて「就労」「仕事」を見直す事で、今後の支援を振り返る機会となれば幸いである。

【略歴】

1999年 茨城県立医療大学卒業

1999年 横浜市入職(横浜市立大学附属病院、横浜市立脳卒中・神経脊椎センター勤務)

2003年 茨城県立医療大学保健医療学部作業療法学科助教

2007年 筑波大学医科学研究科医科学専攻修了(医科学修士)

2007年 イギリス CSV(コミュニティ・サービス・ボランティアーズ)にてチャリティ活動に従事

2008年 川崎市社会福祉事業団入職(れいんぼう川崎、川崎市北部リハビリテーションセンター北部在宅支援室)

2012年 三軒茶屋内科リハビリテーションクリニックにて訪問作業療法

2020年 川崎市南部リハビリテーションセンター南部在宅支援室

現在、生活期における当事者の生活再構築に関わる作業療法を実施。職場適応援助者研修を修了し、復職や就労の支援を実践中である。

あなたもできる！意外と身近な研究助成金獲得の秘訣！

神奈川県理学療法士会学術局研究支援部/昭和大学保健医療学部リハビリテーション学科理学療法学専攻/昭和大学藤が丘病院リハビリテーション室
井上 拓保



本会学術局研究支援部は「県学会や全国学会で発表をしてみたいけれど、身近に研究を相談できる人がいない」、「どうしていいかわからない」、そんな若手会員の悩みの声に応える目的でスタートしました。第29回神奈川県理学療法士学会で、若手会員の研究活動や学会発表を支援する企画が設けられ、2014年度には研究支援部として本格的に始動し、研究支援部は今年度で10年目を迎えます。

研究支援部の事業は、①「学会発表ナビ」(研究実施方法のナビゲーション)の本会ホームページ公開、②研究方法に関する講習会の開催、③県学会で研究相談会/教育講演の開催、④研究助成の4つです。昨今はコロナ禍を受けて、県学会で行っていた個別研究相談会の開催が難航し、研究助成に注力しています。研究助成の目的は「神奈川県における理学療法に関連する研究の発展およびこれに寄与する研究活動の助成を行う」ことです。これまでに述べ34名が研究助成金を獲得し、研究活動の一歩を踏み出しています。これらの研究活動は学会発表や論文などに成果として公表されています。

50周年を迎えた本会の中で研究支援部は歴史の浅い事業ですが、本会の理学療法の学際的な発展のため、今後も若手会員の研究活動を支援していきます。そこで、本教育講演では、研究助成金の獲得までの流れと獲得の秘訣をお話します。

本抄録を読んでいるあなた！あなたも研究活動の一歩を踏み出してみませんか！

【略歴】

保健医療学博士、脳卒中認定理学療法士、3学会合同呼吸療法認定士、日本摂食嚥下リハビリテーション学会認定士

【学歴】

2007年3月 昭和大学保健医療学部理学療法学科 卒業

2019年3月 昭和大学大学院保健医療学研究科保健医療学専攻 博士後期課程 修了

【職歴】

2007年4月 - 2015年3月 河北リハビリテーション病院/河北総合病院

2015年4月 - 2022年3月 昭和大学藤が丘病院リハビリテーション室

2019年4月～現在 昭和大学保健医療学部理学療法学科 講師

(2023年4月より昭和大学保健医療学部リハビリテーション学科理学療法学専攻に名称変更)

【論文】

- 井上拓保, 宮川哲夫, 田代尚範, 他. 48時間以上経口挿管下人工呼吸管理患者における抜管後誤嚥性肺炎発症の予測因子の検証. 昭和学会誌. 2019.
- Takeshi Unoki, Kei Hayashida, Hiroyasu Inoue, et al. Japanese Clinical Practice Guidelines for Rehabilitation in Critically Ill Patients 2023 (J-ReCIP 2023). Journal of Intensive Care. 2023.

歩行の安定性の向上を目的に介入した左視床出血の症例～予測的姿勢制御に着目して～

伊勢原協同病院リハビリテーション室

○岡野 汐里

▶Keyword：視床出血、歩行、予測的姿勢制御

【はじめに】左視床出血、右片麻痺を呈した症例に対して予測的姿勢制御に着目し介入を行ったことで屋内歩行自立、自宅退院に至った症例を経験したため報告する。

【説明と同意】ヘルシンキ宣言に基づき、対象者に対して報告の目的や内容を説明し口頭にて同意を得た。

【症例紹介】70歳代男性。趣味が多く活動的。左視床出血を発症し、自宅退院に向けたリハビリテーションの継続を目的に18病日目に当院に入院。初回評価では、Brunnstrom Stage（以下BRS）上肢V-手指V-下肢V、Stroke Impairment Assessment Set（以下SIAS）66/76点、触診から両側側腹部筋・股関節周囲筋緊張の低下があった。Trunk Control Test（以下TCT）61/100点、Functional Assessment for Control of Trunk（以下FACT）11/20点、Functional Balance Scale（以下FBS）49/56点、Functional Ambulation Categories（以下FAC）2点、10m歩行テストは快適速度13.13秒、最大速度11.33秒であった。18病日目の病棟ADLはサークル歩行器歩行見守りであり、歩容としては歩行周期全般で体幹右側屈位、右遊脚期ではクリアランスの低下がみられた。

【介入および経過】身体所見および画像所見から皮質脊髄路や皮質網様体脊髄路による損傷の影響から歩行の不安定性に繋がったと推察された。今回の発症により日常生活の制限へと繋がってしまうことから、身体活動量の拡大や安定した歩行の獲得を目的に介入した。理学療法プログラムは、体幹・骨盤帯・股関節のリアライメント、抗重力位での体幹・股関節の筋活動の賦活や動的なバランス練習を実施した。最終評価では、BRSV-V-V、SIAS70/76点、TCT100/100点、FACT14/20点、FBS52/56点、FAC3点、10m歩行テストは快適速度9.48秒、最大速度8.69秒に改善した。そして、45病日目で屋内フリーハンド自立とし自宅退院となった。

【考察】本症例は皮質脊髄路による非麻痺側の体幹筋の筋出力の低下に加え、皮質網様体脊髄路による体幹筋や股関節周囲筋の先行的な予測的姿勢制御が発揮しづらくなったことで、更に麻痺側下肢のコントロールが拙劣となり歩行バランスの低下に繋がる要因となったと考えられた。先行研究より、予測的姿勢制御は随意的になされるものではなく荷重や筋紡錘の伸張刺激などの筋活動から得る必要があるとのことから、体幹・股関節周囲のアライメントの改善や遠心的な筋活動の向上、動的なバランス練習を行った結果、歩行能力の改善に至ったと考える。

変形性股関節症に対する保存療法におけるJHEQの臨床における最小重要差の検討

座間総合病院リハビリテーション科¹⁾、座間総合病院人工関節・リウマチセンター²⁾○関田 惇也¹⁾、鈴木 雅也¹⁾、草場 敦²⁾、近藤 宰司²⁾

▶Keyword：変形性股関節症、JHEQ、MCID

【背景】変形性股関節症（股OA）に対する保存療法は疼痛軽減やQOL改善に効果があることが報告されている。近年、日本整形外科学会股関節疾患評価質問票（JHEQ）が開発され、本邦で広く使用されているが、JHEQを使用する際の基準の一つである臨床的最小重要差（MCID）は手術療法を対象とした報告がほとんどであり、保存療法で使用可能な基準は明らかでない。本研究の目的は股OAの保存療法におけるJHEQのMCIDを検討することである。

【方法】研究デザインは後ろ向き研究とし、対象は初期評価を行った股OA患者（KL分類 ≥ 2 ）144名中、効果判定を完了した76名（63.9 \pm 10.2歳、女性率94.7%、薬剤療法併用53.9%）とした。除外基準は関節リウマチと大腿骨頭壊死とした。保存療法として一回40分の外来理学療法（PT）（筋力トレーニングと患者教育）を12週間行った。初回評価および効果判定時に疼痛（VAS）とJHEQ（0-84、下位項目：疼痛、ADL、メンタル）を測定した。統計解析としてAnchor-based MethodによるMCIDとDistribution-based methodによる最小可検変化量（MDC）を算出した。Anchorには股OA患者の薬剤療法におけるVASのMCID（15.3）を用いた。目的変数をVAS（ <15 or $16\leq$ ）、説明変数をJHEQ合計点の変化量と年齢、性別、薬剤療法有無、PT回数を投入したロジスティック回帰分析とMCIDの算出にはROC曲線を用いた。本研究は当院における倫理委員会にて承認された（26号）。

【結果】9.0 \pm 3.2回のPTを行った。初回評価時のVASは66.2 \pm 24.0、疼痛は10.1 \pm 5.2、ADLは8.5 \pm 5.4、メンタルは11.3 \pm 6.2、合計点は29.9 \pm 13.1であった。なお、効果判定未完了の68名の合計点（28.1 \pm 13.2）は本対象と比較して有意差を認めなかった。効果判定時のVASは54.5 \pm 27.9、疼痛は12.3 \pm 5.6、ADLは9.2 \pm 5.7、メンタルは12.6 \pm 6.1、合計点は34.2 \pm 14.1であった。PT前後のVAS変化量の効果量（d）は-0.45であった。合計点の変化量はVASを独立して規定する有意な因子であった。ROC曲線を用いたカットオフ値は6.0であり、曲線下面積は0.74（95%CI：0.62-0.86）であった。MDCは5.9であった。

【考察】VAS変化量の効果量（d）はHernándezらの結果（-0.47）とほぼ同等であり、外的妥当性は良好であった。MCIDとMDCはほぼ同等であり、ROC曲線の曲線化面積は0.7以上と中等度の予測能であったため、この結果は信頼できると考えられた。

【結論】股OAの保存療法におけるJHEQのMCIDは6.0であると示唆された。

介護職員に対する福祉用具使用に向けた継続的な介入が移乗介助の負担感に及ぼす影響

鶴巻温泉病院リハビリテーション部

○藤崎美沙保, 郷上 東, 山口 拓也, 添田 遼

▶Keyword: 介護職員、福祉用具、移乗介助の負担感

【はじめに】介護職員の身体的な負担が、休業の発生など労働上の課題となっている。特に移乗動作場面における人の手による患者の持ち上げ動作(以下、持ち上げ動作)は身体的負担が強く問題視されており、その対策として福祉用具の使用が推奨されている。福祉用具の普及に向けた取り組みが行われているが、効果は時間とともに低下するとされ継続的に介入する必要がある。そこで本研究は、介護職員に対する福祉用具使用に向けた継続的な介入が移乗介助の負担感に及ぼす影響を明らかにすることを目的とした。

【方法】対象は当院の介護医療院に所属していた介護職員 13 名のうち、障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準でランク C に該当する入所者を担当しており、かつ移乗介助の負担感が 4 段階のリッカート尺度(1~4 点)にて 3 点以上と回答した 6 名(男性 1 名、女性 5 名、年齢 37.6±10.1 歳)を対象とした。スライディングボードおよびスライディングシートを施設にて所有していたが活用しておらず、開始時は全対象者において持ち上げ動作にて移乗介助を実施していた。介護職員の情報は基本情報、移乗介助の負担感、福祉用具使用の有無とし、入所者の情報は基本情報を使用した。入所者の身体状況に合わせて理学療法士が福祉用具を提案し、使用時の注意点を記載した掲示物の作成や移乗動作のデモンストレーションを行った。そして開始から 3 ヶ月後まで、1 ヶ月毎に移乗介助や福祉用具の使用状況を全対象者から聴取し、生じた課題に対して介入した。統計学的解析には、移乗介助の負担感および福祉用具の使用率を開始時と 3 ヶ月後で比較し、移乗介助の負担感 Wilcoxon 符号順位検定、福祉用具の使用率は McNemar 検定を使用し検討した。

【結果】介護職員における移乗介助の負担感について、開始時は 3.3±0.5 点、3 ヶ月後は 2.6±0.5 点であり有意差を認めた。また福祉用具の使用率について、開始時は 0%、3 ヶ月後は 63% であり有意差を認めた。

【考察】介護職員の移乗介助の負担感において開始時と 3 ヶ月後に有意差を認め、また福祉用具の使用率についても有意差を認めた。このことから開始時の指導だけでなく、福祉用具使用に向けた理学療法士による継続的な介入が重要であると考えられる。

【倫理的配慮】対象者の同意と鶴巻温泉病院研究倫理審査委員会の承認を得て実施した(承認番号 531)。

回復期病棟における転倒数減少要因の検討 過大評価の影響に着目して

横浜新緑総合病院リハビリテーション部

○井上 達雄, 宗形 唯, 森 真由美, 福田このみ, 酒井 広樹, 大平 雅弘

▶Keyword: 転倒、自己効力感、回復期

【はじめに】病棟における患者の転倒は深刻な問題である。先行研究では転倒の事象で患者自身の過信が関与していると報告されている。当病棟では 2 年間で転倒件数が減少しており、その要因について過信に着目して検証した。

【目的】本研究の目的は、転倒件数の減少と患者・スタッフによる過信の因果関係を明らかにすることである。

【対象】2021 年 10 月から 2022 年 1 月までの当院回復期病棟入院患者 71 名(21 年度)と 2022 年 5 月から 12 月までの入院患者 79 名(22 年度)の計 150 名のうち、除外者を除いた 101 名の脳卒中患者を対象とした。性別は男性 59 名、女性 42 名で、平均年齢は 70.3±13.5 歳であった。

【方法】後ろ向き研究デザインを採用し、患者の心身機能(バランス能力・認知機能など)と患者の自己効力感を評価。患者の自己効力感 Shinmidori self-efficacy scale(以下 SSES)という 21 年度に我々が独自に作成した評価スケールを用いて患者の病棟内動作における「転倒せずに遂行できる自信度」を評価した。SSES は 15 項目から構成されており、患者の自信度を自己評価で 1~7 点で評価する。評価は入院 1 週間以内に行い、その後は毎月実施した。同時に患者の自己評価との認識の違いを検証すべく、職員(Ns、リハビリ)も SSES を使用して患者の上記項目動作を評価した。

【統計方法】転倒件数、SSES、心身機能などの年度間比較は Student の t 検定、Mann-Whitney の U 検定、カイ二乗検定を使用し、有意水準は 5% 未満とした。

【分析】1) 年度間で転倒件数の有意差の検証 2) 転倒件数減少要因の分析

【結果】分析 1) 転倒件数は 21 年度が 13 名、22 年度が 3 名と減少した(p<0.01)。分析 2) 心身機能や患者の自己効力感の過大評価(SSES/BBS)には年度間の差はなかったが、リハビリと Ns による過大評価が減少していた(p<0.05)。

【考察】22 年度に転倒件数が減少した要因は、患者の過大評価だけでなく、職員の患者に対する過大評価減少が要因の一つと考える。

患者への過大評価減少は、転倒カンファレンスの徹底、インシデント 0 報告を 22 年度当初から行ったことが関係した可能性が考えられる。今後は、これらの取り組みが転倒件数減少に寄与するかの検証が必要である。

【倫理的配慮】ヘルシンキ宣言に基づき対象者に口頭または書面にて十分な説明を行い同意を得た。また本研究は当院の倫理審査委員会から承認を受けている。

地域リハビリテーション支援拠点事業の取り組み～当事業での支援が有効であった症例～

川崎医療生活協同組合川崎協同病院リハビリテーション科

○鴨川 孝介, 大迫 秀輔, 田中 祥太, 山崎 真彦, 水落 和也

▶Keyword: 地域リハビリテーション支援拠点事業、コーディネーター（リハビリ専門職）による支援、川崎市委託事業

【はじめに】2021年4月、川崎市の新規事業として地域リハビリテーション支援拠点事業（以下、地域リハ拠点事業）が開始され、当院もその役割を担っている。今回、当事業の取り組みと支援の一例を紹介する。

【地域リハ拠点事業の概要】川崎市に8つの拠点事業所（病院・施設）があり、各拠点にはコーディネーター（リハビリ専門職）と調整員（リハビリ専門職、社会福祉士等）が配置され、相談を受けたコーディネーターを中心にリハビリ専門職の視点で助言・提案等を行う事業（以下、主な業務）。

①ケアマネジメント支援

ケアマネジャー等の依頼でリハビリ専門職が利用者宅の訪問、会議等への同席等を行い、専門的な支援を行う。

②介護予防活動への技術的支援

地域住民を対象とした事業（地域サロン等）に対しリハビリ専門職が助言を行い、地域リハビリテーションの普及・啓発を図る。

【ケアマネジメント支援の事例紹介】地域包括支援センターのケアマネジャーより依頼。

入院中の家屋評価やリハビリ介入の拒否あり。帰宅願望も強く早期退院のため生活支援が間に合わない。退院後訪問に同行し支援の必要性について助言してほしい。

【症例】80歳代男性 左大腿骨頸部骨折 要介護4

一軒家に家族と3人暮らし。認知機能低下から易怒的で頑固な面あり。リハビリ導入や環境評価について拒否反応が強く、入院中は支援提案も困難な状態。退院直後、単発の同行訪問でのリハビリ専門職からの提案には本人・家族に了承され介入となる。

※発表に際し依頼者、本人・家族への同意を得ている。

【助言内容】自宅での動作確認・環境調整も「動作の専門家が言うなら」と受け入れ可能であった。屋外移動手段として歩行車貸与の必要性、入浴物品の購入やリハビリ資源導入の提案をケアマネジャーと共に実施した。

【支援結果】後日、本人にサービス利用の再確認を実施。入浴物品購入やリハビリ資源導入には拒否を示したが、屋外歩行車の貸与は導入に至った。支援自体の拒否を認める症例であったが、リハビリ専門職がケアマネジャーと協働したことで支援導入の契機となった。本人の生活経過に合わせた支援を行う必要性も高く、時期を見て再度同行訪問を行うなど支援を進める方向性となる。

【まとめ】当事業はケアマネジャー等からの地域住民に関する相談に応じ、リハビリ専門職が助言・支援を行う事業である。リハビリ専門職として地域課題やケアマネジメントの一助となれるよう役割を果たしたい。

ADOC-Sによる目標設定と自宅での自主的な練習により日常生活動作に変化がみられた脳性麻痺児の一症例

相模原療育園¹⁾、福島県立医科大学²⁾○木村 優希¹⁾、秋山 亜衣¹⁾、樋口 滋¹⁾、楠本 泰士²⁾

▶Keyword: 脳性麻痺、ADOC-S、共同意思決定

【はじめに】

共同意思決定（Shared Decision-Making: SDM）は小児リハビリテーションにおける Family-Centered Services の実践において重要な考え方である。今回、脳性麻痺児に対してSDMを促進するツールであるADOC-S（Aid for Decision-making in Occupation Choice for school）を用いて目標設定を行い、本人の自宅での自主的な練習により日常生活動作に変化がみられた一症例を報告する。

【症例紹介】

症例は小学校特別支援学級高学年の10代男児で、診断名は脳性麻痺。痙直型両側性麻痺に相当し、GMFCSレベルIII、MACSレベルII、CFCS・EDACSはともにレベルI。今回、ADOC-Sを用いて本人・家族と目標を抽出し、洗顔、トイレ動作、歯磨きの3項目が選択された。理学療法は月1～2回程度（各回60分）の実施であったため、上達には自宅での反復的な練習が必要と考えた。今回、作業療法（月1回60分）を新たに追加し、来園時に毎月自宅での練習の様子を聴取し随時アドバイスをを行った（例：「排泄後の拭き方を色々な大人に聞いてみる」）。評価は目標設定時と1年後に実施した。

【経過】

結果を目標設定時、1年後の順に示す（括弧内は家族より聴取）。カナダ作業遂行測定（COPM）に関して、洗顔〔重要度：5〕の遂行度は4→10（4→10）、満足度は2→10（5→10）、トイレ動作〔重要度：7〕の遂行度は2→3（1→5）、満足度は1→5（1→5）、歯磨き〔重要度：3〕の遂行度は1→6（1→4）、満足度は1→6（1→5）に変化した。Pediatric Evaluation of Disability Index（PEDI）の機能的スキル：セルフケア（73点満点）は57→69（点）に変化した。本人の練習に対する意欲のNumerical Rating Scaleは6→8に向上した。また、家族からは「以前に比べて色々口を出さず、なるべく見守るようになった」といった声が聞かれた。

【考察】

今回、ADOC-Sを用いて本人・家族と共同で目標設定を行い、課題に対するアドバイスを随時実施した中で、本人の意欲に徐々に変化が見られたと考える。また、本人の練習へ取り組み姿勢や課題の上達が、家族の行動の変化に影響したと思われる。本人の意欲や家族の行動の変化、そして自宅環境下での課題特異的な練習がセルフケアに関するパフォーマンスの向上に寄与し、COPMの遂行度や満足度が変化したと考える。

【倫理的配慮】

親権者に症例報告の趣旨および倫理的配慮について説明し、書面にて同意を得た。

電子制御式膝継手つき長下肢装具が脳卒中患者の歩行時の下肢筋活動に与える影響

済生会東神奈川リハビリテーション病院リハビリテーションセラピスト部¹⁾,

新潟医療福祉大学リハビリテーション学部義肢装具自立支援学科²⁾

○有馬 加偉¹⁾, 林 翔太¹⁾, 岡田 紘佑¹⁾, 田中 惣治²⁾

▶Keyword：電子制御式膝継手、長下肢装具、表面筋電図

【目的】脳卒中片麻痺患者に対する長下肢装具（KAFO）を用いた装具療法は、膝伸展位を補填し早期からの歩行訓練を可能にしている。一方、遊脚期での膝屈曲が制限されるため、骨盤挙上などの代償動作を招く原因にもなる。RoboChemia GSKnee（GSKnee、藤倉化成株式会社）は、KAFOの膝継手外側に装着する電子制御式の膝継手であり、歩行における膝関節の固定と解除を任意のタイミングで選択することを可能とする装置である。本報告の目的は、KAFO装着時の歩行において、GSKneeを用いた場合と、リングロック膝継手を用いた場合の下肢の筋活動の変化を、症例をもとに検討することとした。

【方法】対象は左被殻出血を呈した40歳代男性。計測時点では101病日で右下肢Brunnstrom Recovery StageはIVであった。

計測は手すりを把持した見守り条件下での歩行を、通常のリングロック膝継手により膝関節を伸展位で固定した状態のKAFOを装着した歩行（リングロック歩行）と、GSKneeを使用して、手元スイッチで、立脚後期から遊脚期に膝継手の固定の解除の操作を行った歩行（GSKnee歩行）の2条件を、表面筋電計（Trigno Wireless EMG System、Delsys社）を用いて比較した。

【結果】GSKnee歩行ではリングロック歩行と比較して、麻痺側の単脚支持期での腓腹筋外側頭と大腿直筋の筋電位が大きくなり、加えて前遊脚期での大腿直筋の筋電位が大きくなった。

【考察】GSKnee歩行で単脚支持期に腓腹筋外側頭と大腿直筋の筋電位が大きくなった原因は、GSKneeのロックを解除していない設定において、通常のリングロック膝継手よりも弱く、単脚支持期での膝関節屈曲と足関節背屈が強まったことが考えられる。また、ロックを解除したタイミングである前遊脚期で大腿直筋の筋電位が大きくなったのは、リングロック歩行では困難な前遊脚期での膝関節屈曲を再現でき、膝関節の屈曲を遠心性収縮によって制御するための筋活動が生じたためと考えられる。

【倫理的配慮、説明と同意】対象患者には、本報告の目的、方法、参加は自由意志で拒否による不利益はないこと、発表にあたり、患者の個人情報とプライバシーの保護について、文書と口頭で説明を行い、書面にて同意を得た。

当院回復期リハビリテーション病棟におけるアウトカム評価の除外基準が実績指数に与える影響

横須賀市立うわまち病院リハビリテーション科

○木村 友彦, 井上 宜充, 岡山 博信, 和田 奈央, 角田佳代子, 佐藤 慶一

▶Keyword：回復期、実績指数、除外基準

【目的】回復期リハビリテーション病棟ではアウトカム評価としてFunctional Independence Measure（以下FIM）運動項目利得を在棟日数と疾患ごとの算定上限日数で補正した実績指数が導入されている。実績指数の報告にあたり入棟時に一定の基準を満たす患者はアウトカム評価対象から一部除外することが出来る。実績指数40の達成は回復期病棟の重要な課題であり近年、実績指数の予測因子を解析した報告が散見されるが各除外基準が実績指数に与える影響を分析した報告はまだ少ない。本研究は各除外基準が実績指数に与える影響と除外患者の判断に有効な予測因子を明らかにすることを目的とした。

【方法】対象は2020年4月1日～2023年4月30日までに当院回復期リハビリテーション病棟に入院した患者の内、除外基準のいずれかに該当した患者353名とし、対象者を実績指数40未満の群と40以上の群に分けた。調査項目として性別、年齢、発症からリハビリテーション開始までの日数、発症から回復期入棟までの日数、在棟日数、リハ算定区分、入退棟時のFIM、該当する除外基準とその組み合わせ、入院前居所、入院前要介護度、同居家族有無、要介護家族有無、持ち家有無を分析した。統計解析はカイ二乗独立性の検定とマンホイットニーのU検定を使用し有意水準は5%とした。

【結果】カイ二乗検定の結果、運動器疾患において年齢のみ該当する場合、実績指数40未満となるものが有意に少なく、認知FIM低値と年齢が重複して該当する場合および運動FIM低値と認知FIM低値、年齢が重複して該当する場合に実績指数40未満となるものが有意に多かった。入院前要介護度に関しては運動器疾患において、認定無しおよび要支援2で実績指数40未満となるものが有意に少なく、要介護3、要介護4で実績指数40未満となるものが有意に多かった。

運動器疾患と脳血管疾患の実績指数40未満群において、入棟までの日数および年齢が有意に大きかった。

その他の調査項目では二群間に有意差を認めなかった。

【考察】運動器疾患において認知・運動FIM低値または認知・運動FIM低値に加え80歳以上の症例や入院前に要介護3以上である場合、アウトカム評価対象から除外することが有効である可能性が示唆された。

【倫理的説明と配慮】本研究は研究実施施設の倫理審査委員会に承認（承認番号2023016）され実施した。研究計画の開示はオプトアウトにて実施し、研究参加の拒否を受け付けた。

高頻度での麻痺側股関節伸展運動により歩容が改善した脳卒中片麻痺症例

湘南慶育病院リハビリテーション部

○佐藤 健, 相原 康隆, 肥田 直人

▶Keyword: 脳卒中、歩行、高頻度下肢運動

【はじめに】今回、右被殻出血により左上下肢の感覚障害および運動麻痺を呈した症例に対し、高頻度での麻痺側股関節伸展運動を実施し歩容の改善を認めたため報告する。

【倫理的配慮】ヘルシンキ宣言に基づき対象者に十分に説明し発表の同意を得た。

【症例紹介】60歳代女性。X年Y月Z日に左上下肢運動麻痺を自覚し前医受診で2mlの脳出血を発見する。当日に降圧療法実施したが3時間後に出血量12mlで症状増悪し、Z+10日に当院へリハビリテーション目的で転院した。入院前ADLはすべて自立していた。

【初期評価】下肢運動機能はSIAS-mが1-1-0、FMA下肢運動項目が5/34、下肢感覚機能はFMA下肢感覚項目が3/12、その他の心身機能評価は下肢筋緊張がMASで0レベル(弛緩)、TCTが87/100、BBSが5/56であった。AFOを使用した歩行では著明な麻痺側膝折れがみられた。

【理学療法介入】理学療法では介入初期からKAFOを用いた歩行訓練、段差を使用した股関節、膝関節伸展運動、自重免荷装置(レッドコード社製)を用いて麻痺側下肢を免荷した状態での股関節伸展運動を高頻度で実施した。

【最終評価】下肢運動機能はSIAS-mが3-3-2、FMA下肢運動項目が14/34、下肢感覚機能はFMA下肢感覚項目が4/12、その他の心身機能評価は下肢筋緊張がMASで1~1+レベル、TCTが100/100、BBSが38/56、FACTが17/20、TISが15/23、10m歩行試験が最大歩行速度で27.78秒、TUGが23.66秒であった。歩行はAFOと4点杖を使用し膝折れなく軽介助下で歩行が可能になった。

【考察】介入初期からKAFOを用いた歩行練習に加えて、高頻度での股関節伸展運動を実施したことで、下肢の随意性が向上し、バランス機能に向上がみられたと考える。また、自重免荷装置を用いて股関節伸展という単一の関節動作にアプローチすることで殿筋群が賦活された。これらの影響から歩行中の股関節伸展角度の向上に伴い身体重心が前方に位置し、麻痺側の膝折れと歩容が改善したと考える。

金属支柱付短下肢装具の角環の位置と装着についての考察

横浜市立脳卒中・神経脊椎センターリハビリテーション部

○野田 裕太, 古賀麻奈美, 大森 泰河

▶Keyword: 金属支柱付短下肢装具、角環、装着

【はじめに】両側金属支柱付短下肢装具(支柱付AFO)は片麻痺者のリハビリテーション治療上、大きな役割を果たすと同時に、使用者の生活における日常使いの靴としての役割も大きい。このような支柱付AFOの使用者では装着に時間を要し、特にベルトを角環へ通し足部を固定する動作で難渋する場面によく遭遇する。今回支柱付AFOの角環の取付位置に注目し、取付位置の決定理由を調査した。目的は支柱付きAFOの角環取付位置の傾向を分析し、角環取付位置は装着に影響を与えていることを明らかにすることである。

【倫理的配慮】対象症例と症例の担当PTに本調査の主旨を説明し同意を得た。当院倫理委員会承認番号142201041。

【対象】2022年11月~2023年4月に当院入院中に支柱付AFOを新規処方され、調査に同意した19例とその担当PT13名(平均経験年数12.01±8.1年)。

【方法】調査票を用いて対象症例の基本属性を調査した。角環の取付位置の選択理由と装着方法について担当PTにインタビュー調査を行った。聴取した取付位置の選択理由を分類し傾向を分析した。

【結果】発症から作製開始まで平均109.7±26.4日、装具完成から退院まで平均38.7±27.7日であった。角環の内側取付(内環)11例(右片麻痺4例、左片麻痺7例)、外側取付(外環)8例(右片麻痺4例、左片麻痺4例)であった。内環選択理由は関節可動域や高次脳機能障害により「外環にベルトを通し辛い、通せない」8例、次に「外観上の理由」2例であった。外環選択理由は「固定が良い」3例、「非麻痺手で外環に通しやすい」2例、自己装着困難例で「ベルトを外すことはできるため」2例であった。

【考察】片麻痺者の支柱付AFO装着の足部固定は、まずベルトを角環へ通し、次にベルトを引いて固定する2段階の操作を主に非麻痺側で行う。外環はより麻痺側に位置するため関節可動域、高次脳機能障害によって「通す段階」に困難が生じやすく、結果として内環が選択される傾向にあると考えられた。外環は非麻痺側へ引くことができ固定しやすいため、「通す段階」がクリアされれば選択される傾向にあると考えられた。このように支柱付AFOの装着においては、その過程の特徴から角環の取付位置が装着の容易性、自己装着可否に影響を与えていた。このことは、支柱付AFOの処方に立ち会うPTは、心身機能構造を踏まえた装着方法を評価し、患者ごとに角環の取付位置を含めた検討や提案が求められることを示唆している。

人工股関節再置換術後に脂肪塞栓症による重度の中中枢神経症状を呈した症例の理学療法経験

横浜市立大学附属市民総合医療センターリハビリテーション部¹⁾、同リハビリテーション科²⁾

○前田 拓¹⁾、染谷 涼子¹⁾、林 和子¹⁾、根本 明宜²⁾

▶Keyword：脂肪塞栓症、中枢神経症状、短下肢装具

【はじめに】脂肪塞栓症は外傷後や下肢の人工関節置換術後に稀に発症し、中でも中枢神経症状を呈するものがあるが、リハビリテーション(以下リハ)の報告は少ない。今回、人工股関節再置換術後、脂肪塞栓症により重度の意識障害と両片麻痺を呈した症例の理学療法を経験したので報告する。

【症例】30代男性。1年前に右人工股関節置換術施行。今回、感染により再置換術を施行。術後に覚醒不良となり、脂肪塞栓症による脳梗塞の診断となる。1病日からベッドサイドPTを開始。44病日に訓練室へ移行。128病日に回復期リハ病院へ転院。既往歴はうつ病。

【経過】ベッドサイドPT開始時、GCS：E1V3M3、人工呼吸器管理中、随意性なし、下腿三頭筋で筋緊張亢進、足関節背屈：5/5、BI：0点であった。機能維持を目標とし、全身状態と意識障害の改善に合わせて離床を進めた。訓練室移行時、GCS：E4V3M6、Br.stage：II～IIIの右優位の両片麻痺、四肢の筋緊張：MAS4、足関節背屈：-30/-30、基本動作：全介助、BI：5点、車椅子座位耐久性は1時間であった。離床時間の延長、座位耐久性と安定性の向上を短期目標とした。随意性の改善に合わせて訓練内容を変更し、65病日から歩行練習を開始。69病日に多職種カンファレンスを開催。この時点で、GCS：E4V3M6、Br.stage：IV～Vの両片麻痺、四肢の筋緊張：MAS3、足関節背屈：-25/-20、基本動作：介助～見守り、BI：5点であった。歩行獲得し社会復帰を長期目標とし、短期目標を移乗の介助量軽減、中期目標を短下肢装具装着し屋内両松葉杖歩行を獲得、ADL見守りとした。その後、筋力や耐久性向上に合わせて運動負荷、運動量を漸増し、足関節背屈制限や麻痺の改善に合わせて短下肢装具を調整し歩行練習を進めた。転院時、GCS：E4V5M6、Br.stage：VI、四肢の筋緊張：MAS2、足関節背屈：-5/5、基本動作：自立、歩行：ロフトランド杖で見守り、階段昇降：見守り、BI：90点まで改善した。

【結論】脂肪塞栓症の症状は可逆的であり予後は良好といわれている。本症例は、人工股関節再置換術後に脂肪塞栓症の三大徴候全てを呈する重症症例であった。発症約1ヵ月で意識障害が改善し始め、状態の変化に合わせて適宜目標を立て直し訓練内容や負荷量を再設定したことで段階的に機能改善し、約4ヶ月でロフトランド杖歩行の獲得に至った。発症時に重症でも適切なリハ治療を行ったことで回復が得られたと考える。

【説明と同意】ヘルシンキ宣言に基づき本人に説明と同意を得た。

左大腿骨頸部骨折術後に脳梗塞を呈し運動指示入力に難渋した症例の経過報告

川崎市立川崎病院リハビリテーション科

○有田 早苗、荒木 孝介、間山 啓太、野田 剛、阿部 玲音

▶Keyword：起居動作、反復部分練習、認知機能低下

【はじめに】今回、左大腿骨頸部骨折2週間後に右中大脳動脈領域心源性脳塞栓症を呈し、起居動作困難となった症例を担当した。当初は運動指示入力に難渋したが、課題難易度を調整した反復部分練習を行うことで起居動作自立につながった。その結果離床機会が増大し、認知機能低下防止の一助となったと考えられたため、経過を報告する。

【症例紹介】80歳女性。独居ADL自立。診断名：左大腿骨頸部骨折、右中大脳動脈心源性脳塞栓症。既往歴・合併症として認知症。(脳梗塞による通院歴あり)

【左大腿骨頸部骨折術14日後】意識清明：短文レベルの会話可能。MMSE13点。T字杖歩行200m見守り。

【脳梗塞発症4日後】意識清明：短文レベルの会話可能。明らかな失語症は認めないものの感覚検査精査・口頭での運動指示入力困難。BRSV-V-V。MMSE13点。高次脳機能障害：注意障害、身体失認の可能性あり(机上課題での精査困難。靴の着脱動作左困難)表在・深部感覚：麻痺側体幹～下肢重度鈍麻。起居動作介助(on elbow から on hand への移行困難)、座位保持～起立動作は自立、歩行器歩行50m見守り。

【問題点】起居動作困難(認知や感覚機能低下)

【アプローチ】課題難易度を調整した起居動作の反復部分練習

【脳梗塞発症14日後(退院時)】意識清明：短文レベルの会話可能。粗大運動は口頭指示にて理解良好。BRSV-VI-V。MMSE13点。表在・深部感覚：麻痺側体幹～下肢重度鈍麻。起居～起立動作は自立、独歩100m見守り。

【考察】本症例は重度な運動麻痺は認めない一方で、重度感覚障害や発症前から認知機能低下を有していた。脳梗塞発症後の介入としては、認知機能低下防止を目的に、病棟での離床機会増大を図るため起居動作自立を目標とした。起居動作に介助を要する因子として、認知や感覚機能低下、および注意障害・身体失認の影響が挙げられた。そこで起居動作の問題点に対して反復部分練習を取り入れた。これにより、障害された固有受容覚からの情報を元にした感覚フィードバックを円滑にする一助となり、起居動作自立につながったと考えられた。

【おわりに】今回、認知や感覚、高次脳機能低下によって運動指示入力に難渋したが、介入難易度を調整した反復部分練習を行うことで起居動作自立につながった。そのため病棟での離床機会が増大し、認知機能低下防止の一助となった可能性があった。本症例はその後回復期病院へ転院となった。

片麻痺患者の退院時トイレ動作自立に関わる症例対照研究—入院時 SIAS 体幹機能の cut off 値の算出—

麻生リハビリ総合病院リハビリテーション科

○石井 利樹

▶Keyword：片麻痺、トイレ動作、予後予測

【はじめに】回復期病院から自宅退院を目標とする際、排泄動作の自立は介護負担などの観点から重要である。杉浦らの調査(2014)では、移動手段が車椅子の脳卒中患者における自宅退院条件にトイレ動作が求められると報告している。このようにトイレ動作の自立度は、転帰先を決定する要因として報告されているが、トイレ動作の自立度を予測した研究は多くない。本研究では、退院時 FIM におけるトイレ動作の自立に関わる因子とその cut off 値を入院時の SIAS から検討する。

【方法】対象は、当院入院患者で初回評価時に脳卒中機能評価 SIAS を評価した脳卒中患者 74 名とした。除外基準は、再発や転院、入院時 FIM のトイレ動作が 6 点以上とし、解析対象は 50 名となった。対象を退院時 FIM のトイレ動作が 5 点以下を介助群 (15 名)、6 点以上を自立群 (35 名) に群分けした。評価項目は、入院時 SIAS と FIM、退院時 FIM とした。SIAS は下位項目を麻痺側運動機能、筋緊張、感覚機能、関節可動域、疼痛、体幹機能、視空間認知、言語機能、非麻痺側機能に分類した。統計解析は、2 群間で性別、年齢、入院期間、発症から SIAS 評価までの期間、SIAS 分類項目、FIM の合計及び運動項目と認知項目を χ^2 検定と Mann-Whitney U 検定を用いて比較した。次にトイレ動作自立に関係する要因を SIAS から麻痺側運動機能、筋緊張、感覚機能、体幹機能、非麻痺側機能を説明変数とし、ロジスティック回帰分析を行った。抽出された有意な変数に対し ROC 曲線を描き、曲線下面積 (AUC) および cut off 値を算出した。有意水準は 5% とした。尚、本研究は当院の倫理委員会の承認を得て行い、患者への説明と同意はオプトアウト形式とした。

【結果】群間に年齢および入院時と退院時 FIM に有意差を認めた。SIAS からは麻痺側運動機能、筋緊張、関節可動域、体幹機能、非麻痺側機能で有意差を認めた。ロジスティック回帰分析の結果、体幹機能が有意な項目として認められ、ROC 解析の結果、体幹機能の cut off 値は 4 点 (感度 0.60、特異度 0.89、AUC0.80) であった。

【考察】当院片麻痺患者の退院時トイレ動作自立を予測する因子として、SAIS の分類項目から体幹機能が抽出され、cut off 値が 4 点となった。トイレ動作には、座位及び立位におけるバランスに加え、下衣操作や清拭時に体幹の複合的な動作調整が求められる。そのため体幹機能を回復期病院入院時に SIAS を用いて評価することは退院時のトイレ動作自立を予測できる可能性がある。

予測的・反動的な姿勢制御に着目して屋外歩行自立を目指した症例

新百合ヶ丘総合病院診療技術部リハビリテーション科¹⁾、同診療部リハビリテーション科²⁾

○黒沼 巧¹⁾、小牧 俊也¹⁾、松本 恭徳¹⁾、北原 行雄²⁾

▶Keyword：橋梗塞、Mini-BESTest、バランス制御

【はじめに】橋梗塞は小脳性の運動失調や頸部・体幹・四肢近位筋の姿勢制御障害が生じやすいと言われている。今回、体幹・下肢の協調性低下により屋外歩行中のふらつきが生じていた症例を担当した。Mini-BESTest (以下 MBS) は得点分布が均一的で中等度の転倒予測精度を有し動作課題項目も少ないことから有用な評価とされており点数改善に伴いふらつきが軽減したためここに報告する。

【説明と同意】ヘルシンキ宣言に基づき患者本人へ書面にて説明を行い同意を得た。また当院倫理委員会の承認を得た。(承認番号 20230522-5)

【症例紹介】80 歳代男性、左橋梗塞 (傍正中動脈領域) 右上下肢麻痺と構音障害で発症、第 8 病日目、回復期リハビリテーション病棟へ転棟。

【初期評価】FIM：運動 34 点 (歩行 1 点、階段 1 点)、MBS：1 点 (予測的姿勢制御 1 点、反動的姿勢制御 0 点、動的歩行 0 点)、歩行速度：独歩 0.59m/sec、移動：病棟内車椅子自立、移乗見守り。入院前生活動作は独歩にて自立。

【経過】第 43 病日：病棟内独歩自立、屋外歩行を開始。歩行中の不意な振り向きや下り坂での右側方へのふらつきが認められた。MBS では予測的・反動的姿勢制御、動的歩行に着目した。下位項目である片足立ち、右側方・後方へのステップ動作、頭頸部を回旋させながらの歩行で右側方へのふらつきが著明に生じていた。第 70 病日：自宅周辺へ外出練習を実施。実際に通院するバスを使用し、買い物を実施した。坂道、横断歩道を含め 20 分独歩でふらつき無く経過。第 108 病日：自宅退院。

【結果】FIM：運動 88 点 (歩行 7 点、階段 6 点)、MBS：20 点 (予測的姿勢制御 4 点、反動的姿勢制御 3 点、動的歩行 6 点)、歩行速度：独歩 0.95m/sec、歩行は自立。

【考察】MBS 下位項目である反動的姿勢制御と動的歩行項目が転倒患者では有意な低下を示していると言われている。本症例では上記 2 項目を中心に点数低下が見られた。ステップ動作では一側下肢の伸展支持と垂直方向への体幹伸展活動が必要であると言われている。アプローチとして徒手的に骨盤を固定しながらのステップ動作の反復や患者自身でのふらつきを認知するために口頭でのフィードバックを交えた。実施することで右立脚中期において右側方へのふらつきが軽減した。股関節周囲と体幹部の協調性が向上し歩行中の予測的・反動的な制御が可能となったため、実用的な屋外歩行が獲得できたと考えられる。

摂食拒否や希死念慮を訴える症例を担当して

くらの病院

○大江小百合

▶Keyword：脳卒中、摂食拒否、希死念慮

【はじめに】脳出血再発後、摂食拒否や希死念慮を訴え、積極的に治療を進めていくことが困難な患者様を担当する機会を得たので報告する。

【倫理】ヘルシンキ宣言に基づき、倉田会の倫理審査の承認（2023-1）を得た。

【症例紹介】左脳梗塞、2回目の脳出血により右麻痺を呈した70代女性。再発3ヶ月前に脊椎圧迫骨折を受傷。骨折前は、介護老人保健施設に入所していた（日常生活自立度B1ランク）。

【入院時評価】病後34日目：Brunnstrom Recovery Sage 右上肢II手指I下肢II（以下、BrsII-I-II）、右半側無視が認められた（日常生活自立度C1ランク）。「死にたい。生きていたくない。」と訴えていた。摂食拒否のため食事が摂れず、補液を点滴中であり、主治医より看取りの方向性も提示されていた。

【介入】「リハビリをやりたくない」との発言より、傾聴を心がけながら強制せずに進めていった。可能であったベッド上の運動から開始した。座位保持や立位、歩行などに抵抗を示した為、スローペースで進めていった。

【経過】病後40日目：Brs III-II-III。表情が穏やかになった。病後42日～72日までコロナの感染対策のためリハビリを中止した。病後73日目：座位保持が軽介助となり、リクライニング車椅子にて食事摂取が可能となった。病後76日目：寝返り動作が手すり利用で可能となり、手支持座位が5分間可能となった。出身地の話に積極的であり、笑顔を見せることが増えた。病後82日目：平行棒内立位練習を開始した。病後91日目：BrsIII-IV-III。病後96日目：腰痛を強く訴え、立ち上がり練習を拒否した。病後100日目：腰痛の治療後、痛みが緩和した。病後113日目：平行棒内立位保持が2分間可能となった。病後129日目：車椅子駆動が可能となった。病後134日目：入り口にぬいぐるみを設置することで部屋まで戻れるようになった。病後135日目：歩行練習を開始した。病後137日目：疲労や恐怖感を訴え、歩行練習を拒否した。介助立位練習まで実施した。病後149日目：施設復帰の話を知り、歩行練習が再開となった。病後158日目：最終評価 BrsIII-V-III。座位保持は安定し、移乗や歩行は軽介助レベル（日常生活自立度B2ランク）となった。病後160日目：前施設へ復帰した。

【考察】再発後、寝たきりになってしまったことが希死念慮の一因と考えられた。患者様の話を聞きながら、嫌なことを行わないように心がけた。また、好きな話題や出来る動作を増やすことで、リハビリの継続に繋がったと考える。

上肢装具の違いより歩行や立ち上がりは変化するか～上肢に重度運動麻痺を呈した1症例を通じて～

西湘病院リハビリテーション科

○高橋 直樹, 清野 由也, 飯田 員頌

▶Keyword：脳梗塞、上肢装具、歩行

【はじめに】脳卒中患者に対して上肢装具を用いることで麻痺側の肩関節亜脱臼を予防することは臨床で多く経験するが、歩行や立ち上がりへの影響を示したものは少ない。そこで上肢装具の違いによる歩行や立ち上がり能力の変化を比較したので報告する。

【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説明し同意を得た。

【症例紹介】右レンズ核線条体動脈領域の脳梗塞を発症した60歳代女性。介入時評価ではJapan Coma ScaleでI-1、改訂長谷川式簡易知能評価で20点、運動麻痺はBrunnstrom Recovery Stageで上肢II手指II下肢IV。Trunk Control Testは49点であった。歩行は装具なしで可能であったが左半側空間無視（以下USN）を呈していたため中等度介助を要した。

【方法】測定条件は上肢装具なし（以下A）、アームスリング装着下（以下B）、ottobock社製上肢懸垂用肩関節装具オモニューレクサプラス装着下（以下C）とし、10m歩行テストの時間と歩数、5秒間立ち上がりテスト（以下SS-5）、Mini-BESTestを比較した。10m歩行テストでは麻痺側手引き介助にて快適歩行にて1度ずつ実施した。検査は日ごとに測定順をランダムに変え実施した。

【結果】歩行時間および歩数は初回A 23.37秒 47歩、B 22.68秒 50歩、C 23.19秒 41歩であり、最終A 14.34秒 30歩、B 16.26秒 32歩、C 15.12秒 30歩であった。SS-5は初回A 15.18秒、B 26.21秒、C 14.95秒であり、最終A 10.42秒、B 10.65秒、C 10.18秒であった。Mini-BESTestは初回A、B、Cともに0点であり、最終A 3点、B 2点、C 4点であった。

【考察】上肢装具の違いが歩行や立ち上がりに変化を及ぼすか検討したところ、本症例ではいずれの項目においても大きな差はなかった。先行研究ではC装具を使用することで歩行速度の向上や立位姿勢の改善がみられたとの報告があるが、これらの報告は自力歩行が可能な者が対象であった。本症例は左USNがあり、歩行時など身体介助を要したため、測定結果に影響を及ぼした可能性がある。今後、対象者数を増やし検討する他、自力歩行が可能な者を対象とするなど検討を重ねる必要がある。

脊髄硬膜外膿瘍から脊髄炎を呈し、長期間の介入により歩行獲得に至った症例

昭和大学藤が丘リハビリテーション病院リハビリテーションセンター¹⁾、
 昭和大学保健医療学部リハビリテーション学科²⁾
 ○藤井沙耶香¹⁾、本島 直之^{1,2)}、相本 賢二¹⁾、井上 真聡¹⁾

▶Keyword：脊髄硬膜外膿瘍、対麻痺、歩行

【はじめに】脊髄硬膜外膿瘍はI-III期に手術を行うと予後良好だが、麻痺完成後（IV期）48時間以降に手術を行っても運動麻痺の回復は難しいことがHeusnerらによって報告されている。この度、広範囲の膿瘍のため保存的療法を施行し、長期間の介入により歩行車歩行自立まで回復したため報告する。尚、本発表はヘルシンキ宣言に基づき、患者に趣旨を説明し同意を得た。【現病歴】X日に当院入院。X-70日に両下肢完全対麻痺を認め、IV期の胸腰椎硬膜外膿瘍により炎症が波及して脊髄炎と診断され、リハビリテーション継続目的に当院転院。

【初期評価】膀胱直腸障害：あり、表在・深部感覚：重度鈍麻（Th10以下）、しびれ：両側下肢外側・後面（R>L）、MMT：体幹・下肢2、臨床的体幹機能検査（FACT）：1点、寝返り：軽介助、座位：中等度介助、移乗・立位：全介助、歩行：非実施【治療と経過】障害受容が進まず、装具着用下の歩行に否定的であった。そのため、筋力強化、端座位保持、立位練習から開始した。立位練習は装具着用し、鏡での視覚フィードバックを行うことで荷重感覚や筋収縮が意識しやすかった。この経験により、装具やリハビリへの前向きな反応が増え、X+35日に装具歩行練習開始し、X+49日には車輪付きPUW歩行見守りを獲得した。この時期から立位でのADL動作獲得のため、立位バランス練習などを行い、X+122日に病棟歩行車歩行見守りを開始し、X+151日には病棟歩行車歩行自立、X+169日に自宅退院となった。さらに自宅退院2か月後には、杖で10分間連続歩行、屋外は歩行車歩行自立に至った。

【最終評価】表在・深部感覚：正常（Th10-L1）・軽度鈍麻（L2以下）、しびれ：両下肢後面（R>L）、MMT：体幹4/下肢3、FACT：13点、寝返り・座位・移乗：自立、立位：修正自立、歩行：杖歩行見守り、フリーハンド歩行軽介助

【考察】入院当初は歩行に消極的であったが、視覚的な筋収縮の意識を高めるための鏡を使用した介入により意欲が向上し、さらに下肢の支持性や協調性向上目的の立位バランス練習による介入が自宅退院可能のとなるまでの歩行能力に至った要因であると考えられる。本症例の経験から、IV期以降の運動麻痺の回復が困難であるとされる脊髄硬膜外膿瘍例であっても動作獲得の可能性を考え、麻痺完成後の患者において長期的なアプローチにより、歩行予後が改善する可能性が示唆された。

注意欠如・多動症を伴う若年被殻出血患者の介入の進め方について

新百合ヶ丘総合病院リハビリテーション科
 ○武内百合香、北原 行雄、松本 恭徳、小牧 俊也

▶Keyword：注意欠如・多動症、前頭葉機能、被殻出血

【はじめに】注意欠如・多動症（以下ADHD）は前頭葉機能の低下を示し、遂行機能やワーキングメモリの低下、継次処理が得意であり同時処理が苦手としやすくとされる。今回、被殻出血患者を担当し、麻痺に加えADHDの影響もあり歩行獲得等に難渋した例を経験した。成人ADHDの脳卒中患者への介入報告は少なく、本症例はワーキングメモリ等を考慮した介入をすることで屋内歩行の自立と、公共交通機関を見守り下で利用可能となったため報告する。

【説明と同意】ヘルシンキ宣言に基づき、患者本人へ書面にて説明を行い同意を得た。また、当院倫理審査委員会の承認を得た。承認番号20230522-⑦

【症例情報】30代男性。会社員。外出先で脱力あり救急搬送。左被殻出血の診断にて保存加療。発症前のADLは自立。成人でADHD診断され、内服にて日常生活や就業に支障なし。16病日目回復期病棟へ入棟。入棟時はBrunnstrom recovery stage（以下BRS）I-I-III、失語なし。運動FIM41点、FAB14点、CATよりワーキングメモリや処理速度の低下を認めた。病棟生活は車椅子介助レベル。SNSで経験を調べるなどで情報を集め、他者との交流に意欲はあるものの、自発的行動はなかった。

【介入経過】歩行訓練を進めるにあたり、身体的介助量軽減するにあたり、歩行の意識だけでなく、周辺環境への注意も必要になった。ダブルタスク以上では、良好であった麻痺側荷重が不十分になり、非麻痺側も跨ぎのような振り出しになる様子が見られた。そのため、会話しながらなど、動作のみに集中して行わなくても遂行可能になるまで指示を固定した。また、経験のある動作は細かな指示を要さず動作遂行可能であったが、初めての動作や環境に対しては、筋緊張亢進や動作不安定性を認めた。バス、電車昇降訓練前に動作を順序立て、細分化し反復練習を実施した。なるべく複数の経験を重ね、場面・場合分けをして訓練を実施し、想定外の事象を少なくできるように訓練を実施した。

【結果】運動FIM76点、BRSV-IV-Vに改善し、退院時には屋内歩行自立し、屋外歩行や公共交通機関利用は見守りで可能となった。

【考察】ワーキングメモリや情報の処理能力を考慮した介入により動作法の習得ができ、屋内歩行自立、屋外歩行見守りレベルまで獲得ができたのではないかと考える。しかし、想定外の事象に対して対処法をより検討する必要がある。また、今後自立のためには時間帯変化での環境変化の経験も必要と思われる。

障害受容を考慮して介入した重度対麻痺を呈した脊髄腫瘍症例

湘南鎌倉総合病院リハビリテーション科

○横山竜太郎, 南條 恵悟, 塚田 浩庸, 石坂 建

▶Keyword: 脊髄腫瘍、障害受容、機能予後**【はじめに】**

胸髄に主部がある脊髄腫瘍患者の機能予後は不良であり、先行研究に準じて心理面が不安になりやすい。リハビリテーションは脊髄損傷患者に対する介入に準ずることが推奨されているが、脊髄腫瘍患者に対する理学療法への報告は少ない。今回、重度の対麻痺を呈したホープの高い胸髄脊髄腫瘍患者に対して、身体機能面だけでなく、障害受容を考慮しながら練習に対する患者のモチベーションを保ち、自宅退院に繋がった症例を経験したので報告する。

【説明と同意】

ヘルシンキ宣言に基づき、本人に趣旨を説明し同意を得た。

【症例紹介】

40代の男性、原発性脊髄腫瘍疑いで入院。生検術前はサークル歩行器歩行が自立であったが、生検術後に重度の両下肢対麻痺が出現した(Frankel分類C、ASIA機能障害尺度C、motor-FIM23点)。X日に脊髄腫瘍内腫瘍生検術、X+32日セカンドオピニオン受診。X+41日放射線治療、抗がん剤治療開始。X+110日に車椅子生活が自立し、自宅退院となった。生検術後はサークル歩行器歩行の再獲得を希望したが、ニードは車椅子ADLの自立であった。放射線治療と薬物療法開始前は歩行再獲得への不安が強調され、X日～X+41日まで障害受容の否認期と判断した。

【理学療法介入】

障害受容が否認期の患者に対して身体機能の向上だけでなく、心理面にも十分に配慮をした。傾聴する時間を多く割き、患者のホープに対して、支持的態度で接した。車椅子でのADL自立を見据えた練習と並行して、患者のニードを支持するために平行棒内での歩行練習を取り入れ、練習へのモチベーションの維持に務めた。また、患者とのラポールを強固に築くために、他職種とも協力し、ADL練習・歩行練習の時間を多く確保した。

【結果と考察】

生検術後に運動麻痺は進行したが、車椅子を利用してADLは自立し、自宅退院した(Frankel分類C、ASIA機能障害尺度C、motor-FIM77点)。機能予後が不良かつ、障害受容が否認期である患者の依存ニードを満たすプログラムを実施することで、練習へのモチベーションを保ち、自宅生活に必要なADL練習を継続することができた。脊髄腫瘍患者への介入は、脊髄損傷患者に準ずることが妥当とされている。しかし、脊髄腫瘍患者は治療方針が明確になりづらく、身体機能の急激な低下が起こりうる。そのため、障害受容の過程に合わせ、必要な練習を継続するために心理的側面に十分な配慮が必要である。

中等度片麻痺を呈し起立着座練習と長下肢装具歩行を併用することで短下肢装具へカットダウンに至った一症例

湘南慶育病院

○荒井 愛美, 石田 咲瑛, 久保 雅昭

▶Keyword: 長下肢装具、起立着座練習、歩行

【目的】本症例は入院前は社会的で活動的な生活を送っていた中等度片麻痺患者である。最終目標として趣味のコミュニティへの参加を掲げて歩行獲得を目指し、起立着座練習と長下肢装具(KAFO)での歩行練習を併用することで短下肢装具(AFO)へのカットダウンに至ったため以下に報告する。

【説明と同意】ヘルシンキ宣言に基づき、家族に目的及び方法を説明し同意を得た。

【症例紹介】左頭頂葉から側頭葉のアテローム血栓性脳梗塞により右片麻痺を呈した70歳代女性。第20病日に当院回復期病棟に転院。入院前のADLは自立しており、趣味は登山であった。

【理学療法評価(第127病日)】

運動麻痺:Fugl-Meyer Assessment 下肢項目(以下FMA-LE)61/100点。感覚:表在、深部共に中等度鈍麻。Trunk Impairment Scale(以下TIS):6/20。歩行(AFO使用):右踵接地(IC)では膝屈曲を呈し、立脚中期では膝過屈曲、体幹前傾を呈していた。前額面上で麻痺側へ体幹傾倒、骨盤麻痺側偏位を呈し、体幹正中位保持困難であった。体幹正中位保持、麻痺側下肢振り出しに介助を要していた。

【方法】介入期間は4週間とし、正中位での動作学習を目的とした起立着座練習に加えてKAFOによる2動作前型杖歩行練習とAFOによる歩行練習を併用して実施した。

【結果(第158病日)】FMA-LE:64/100点。感覚に変化は認められなかった。TIS:8/20。歩行(AFO使用):右IC時の膝屈曲軽減、右立脚期の体幹前傾軽減。麻痺側への体幹傾倒軽減、体幹介助量軽減。麻痺側下肢振り出し協力動作あり。

【考察】AFOへのカットダウンを阻害する因子として①体幹筋力低下により体幹屈曲位を呈していること、②股関節伸展筋力の筋力低下により、ICの膝過屈曲を呈していること、③姿勢定位障害などにより麻痺側下肢の振り出しが困難なことが挙げられた。

これらの問題点に対してそれぞれ有効性が報告されている起立着座練習とKAFOによる歩行練習を併用して介入を行うことでAFOへのカットダウンが可能となった。しかし最終目標となる趣味のコミュニティへの参加・外出機会獲得のための歩行能力には至っていないため、さらなる介入が必要であると考えられる。

表面筋電図を活用して下肢装具使用法の最適化を図ることで歩行能力が向上した脳卒中重度片麻痺症例

済生会東神奈川リハビリテーション病院リハビリテーションセラピスト部

○林 翔太, 中村 学

▶Keyword：装具療法、脳卒中、表面筋電図

【はじめに（背景・目的）】脳卒中治療ガイドライン 2021 では「脳卒中後片麻痺で膝伸展筋力もしくは股関節周囲筋筋力が十分でない患者に対して、歩行機能を訓練するために長下肢装具を使用することは妥当である」とされている。しかし、重度片麻痺者に対しての下肢装具の具体的な使用方法に関しては、まだ十分なコンセンサスが得られているとは言い難い。近年、簡便に使用できる表面筋電図 (SEMG) の登場により、臨床における治療内容の意思決定に役立てることができるようになった。今回、SEMG の評価を基にして下肢装具の使用法を検討し、重度片麻痺者の歩行能力が良好な経過を辿ったため、経過を含めて報告する。

【方法・経過】症例はくも膜下出血を発症され、8 病日に脳梗塞を併発、56 病日に当院の回復期病棟に転院した 30 歳代の女性。脳画像所見では左前大脳動脈領域と左頭頂葉に梗塞巣が確認された。初期評価では Fugl-Meyer assessment 下肢項目 (FMA-LE) で 10 点、バランス能力は Berg Balance Scale (BBS) で 4 点、歩行能力は Functional Ambulation Category (FAC) 0 で、短下肢装具 (AFO) では膝折れにより歩行困難であった。自動運動では麻痺側足関節底屈は困難であり SEMG 上でも活動電位が確認できなかったが、KAFO 使用下での歩行では活動電位が増加する様子がみられた。92 病日で KAFO を作製し、KAFO 使用下で一日に 30 分以上の歩行練習を実施した。また、起立・着座動作において、AFO 使用時に膝伸展筋の活動電位が増加することが確認されたため、理学療法訓練中に KAFO をメインに使用している時期から、病棟生活においても AFO の装着を看護師と進めた。

【結果】退院時 (167 病日) の FMA-LE は 15 点、BBS は AFO ありで 51 点、歩行は FAC4 で杖と AFO を使用して屋内自立、屋外は見守りで可能となり、10m 歩行は最大で 10.1 秒、6 分間歩行テストは 280m となった。

【考察】FMA-LE の臨床上に重要な最小の差 (MCID) は 6 点とされており、本症例は、下肢の運動麻痺が重度に残存し、MCID を超える変化が見られなかったが、パフォーマンスが大きく改善した。SEMG を使用しながら下肢装具のより適切な活用方法について意思決定を重ねたことで、下肢の支持性の向上と歩行能力向上に寄与したと考えられる。

【倫理的配慮 (説明と同意)】本報告にあたり、症例の個人情報とプライバシーの保護に配慮し、十分な説明を行った後に口頭および書面で同意を得た。

【利益相反】なし

筋緊張に着目した介入にて歩行の介助量軽減が図れた症例

JA 神奈川厚生連伊勢原協同病院リハビリテーション室

○山田 理子

▶Keyword：塞栓原不明脳梗塞、筋緊張、歩行

【はじめに】今回、塞栓原不明脳梗塞 (以下、ESUS) で右片麻痺を呈し、歩行時に筋緊張が亢進し、麻痺側立脚終期から遊脚前期にクリアランスが低下することで、軽介助を要する症例を担当した。筋緊張に着目した治療を行い、介助量軽減が図れたため報告する。

【説明と同意】ヘルシンキ宣言に基づき、本人に十分な説明を行い同意を得た。

【症例紹介】80 歳代男性。ESUS を発症し、第 31 病日に当院転院。既往歴にラクナ梗塞があり、入院前 ADL は独居で介護サービスを利用して自立。HOPE は一人で歩きたい。

【理学療法評価】入院時評価は、Brunnstrom Recovery Stage (以下、BRS) 上肢 IV 手指 IV 下肢 V、麻痺側の関節可動域は足関節背屈 0°、股関節伸展 -5°。下肢の感覚は触覚、深部感覚ともに軽度鈍麻。筋緊張は Modified Ashworth Scale (以下、MAS) 下腿三頭筋 1、上腕二頭筋 3。また、Stroke Impairment Assessment Set (以下、SIAS) : 51 点、Functional Assessment for Control of Trunk (以下、FACT) 5 点、Functional Balance Scale (以下、FBS) 30 点、Timed Up and Go test (以下、TUG) : 72 秒、10m 歩行 (最大速度) : 63 秒 42 歩、歩行率 : 40m/min。歩行は、麻痺側立脚終期から遊脚前期にかけて非麻痺側の体幹が屈曲、麻痺側の足関節が内反、肩甲骨が内転し、クリアランスが低下することで介助を要した。

【経過】第 51 病日から麻痺側足関節背屈や股関節伸展可動域の拡大、裸足にて感覚入力を促し、起立着座練習やステップ練習、歩行練習を中心に介入。また、連合反応が出現しないように非麻痺側の環境設定を行った。

【結果】第 75 病日にて、麻痺側の関節可動域は足関節背屈 5°、股関節伸展 0°、SIAS : 58 点、FACT16 点、FBS41 点、TUG : 53 秒、10m 歩行 : 59 秒 43 歩、歩行率 : 43.7m/min と改善を認めた。歩行時、下腿三頭筋および上腕二頭筋の筋緊張亢進は改善し、見守りで可能となった。

【考察】後藤は、過剰努力や異常な精神状態が連合反応を強めるため、適切な環境設定を準備することが必要と報告している。今回、歩行時に非麻痺側の過剰努力による、麻痺側の連合反応が筋緊張を亢進させることで、クリアランスが低下すると考えた。そのため、昇降式テーブルを支持物として使用し、非麻痺側での引き込みを抑制した環境設定で介入した結果、介助量軽減が図れた。ESUS においても筋緊張に着目した介入が、歩行の介助量軽減に有用であることが示唆された。

急性期脳梗塞左片麻痺患者に対し、装具療法・下肢体幹機能訓練を実施し歩行能力の改善を認めた症例

川崎市立川崎病院リハビリテーション科

○根本 航, 小田桐航太, 元永 皓太, 野田 剛, 阿部 玲音

▶Keyword：片麻痺、歩行障害、感覚障害

【はじめに】今回、心原性脳塞栓による右 MCA 領域の梗塞で左上下肢の麻痺・感覚障害を呈する症例を担当した。本症例は復職希望があり、年齢も若く、初期介入時の運動能力も保たれていたため予後は良好であると推察した。しかし、当院加療中は ADL に介助が必要であり、まずは 3~4 週間での屋内移動フリーハンド自立を目標に歩行能力の改善を図った。

【説明と同意】ヘルシンキ宣言に基づき、本人に十分な説明を行い同意を得た。

【症例情報】60 代男性、X 月 Y 日の勤務中に心原性脳塞栓症を発症し来院時には左上下肢完全麻痺となった。血栓回収療法を施行し、梗塞部位の再開通がみられ、術後左上下肢の随意性改善を認めた。Y+2~4 日時点では BRSIV、下肢粗大運動は可能であったが、運動麻痺により特に下肢近位筋に随意性低下を認めた。また、深部感覚のみ中等度鈍麻、高次脳機能では軽度注意障害がみられた。閉脚立位は困難であり、TCT48/100 点、BBS44/56 点、10m 歩行 21 秒/34 歩であった。歩行動作以外の ADL は概ね監視~軽介助レベルであったが、歩行動作では前遊脚期に左足部のクリアランス低下・左立脚期にて軽度の膝折れを認めた。そのため転倒リスクが高く、中等度レベルの介助が必要であった。

【介入経過】Y+2 日より離床開始。起立・歩行訓練、体幹・下肢近位筋賦活を目的とした筋力増強運動を実施した。歩行訓練では筋緊張の亢進や足部の可動域制限は認めなかったため、介入初期から SHB を使用した。SHB 着用後は足クリアランスの改善・左立脚期の安定性向上を認め、Y+23 日では装具を着用せず監視下で歩行可能となった。結果、Y+23~25 日では BRS 左上下肢 VI、感覚障害なし、タンデム立位 5 秒保持可能、TCT100/100 点、BBS49/56 点、10m 歩行 11.5 秒/18 歩、歩行動作・階段昇降以外の ADL は自立、歩行動作はフリーハンドにて監視、階段昇降も手摺を把持し監視下で可能となり、入院時に比較し歩行能力の向上を認めた。その後、Y+26 日に回復期病院に転院となった。

【考察】介入初期から深部感覚の障害及び麻痺側下肢の随意性低下を認め、歩行時の転倒リスクが高かった。そのため、理学療法介入では麻痺側や下肢近位筋への感覚入力・筋賦活を図りつつ、SHB を用いて正常歩行パターンを学習させることで下肢機能の随意性向上、歩行時の足クリアランス改善や歩行速度・歩幅の増大を認めたと考える。

左被殻出血により歩行障害を呈した症例~予後予測から歩行練習を実施し在宅復帰した症例~

桜ヶ丘中央病院

○木村 聖哉, 岡原隆之介, 金田 拓人, 山本 真広, 南 裕貴

▶Keyword：被殻出血、予後予測、歩行

【はじめに】

歩行獲得に向けての予後予測の要因として若年者、非麻痺側運動機能、病前 ADL が高いことが挙げられている。今回、左被殻出血により右片麻痺を呈した患者に対して歩行練習を実施した事で独歩での歩行自立を獲得した為、以下に報告する。

【説明と同意】

ヘルシンキ宣言に基づき、本人、家族に発表の目的、方法等を説明し書面にて同意を得た。

【症例紹介】

50 歳代女性。意識消失し救急要請。左被殻出血（内科的治療）で救急入院。第 18 病日、リハビリテーション加療目的で当院回復期病棟入院。病前は仕事されており、ADL は自立していた。合併症は糖尿病。

【理学療法評価】

リハビリテーションに積極的である。Stroke Impairment Assessment Set (以下 SIAS) 下肢運動機能 2-2-1、体幹機能 3-1。感覚検査：右足底中等度鈍麻。歩行：長下肢装具（以下 LLB）使用し後方介助で振り出し可能。Functional Balance Scale (以下 FBS) 12 点。Functional Independence Measure (以下 FIM)：運動項目 20 点/認知項目 16 点。高次脳機能障害は運動性失語。

【経過と結果】

第 20 病日よりリハビリテーション時間 60 分のうち、LLB での歩行練習を 50 分程度実施し、右下肢支持性向上に伴い右大殿筋・大腿四頭筋の賦活を図った。第 50 病日より練習用の下肢装具用油圧式足継手ゲートソリューション（以下 GS）に移行し歩行練習を中心に実施。第 61 病日より棟内装具なしでの杖歩行自立、独歩での歩行練習開始。第 94 病日 SIAS 下肢運動機能 5-4-4 体幹機能 3-3。感覚検査：右足底感覚軽度鈍麻。歩行：独歩自立レベル。FBS：55 点。FIM：運動項目 88 点、認知項目 24 点。第 101 病日自宅退院。

【考察】

本症例は、若年者でリハビリテーションに積極的な方であり、非麻痺側運動機能の能力値が高く、前院からの経過が良好であった。また医療処置として外科的治療と内科的治療を比較すると機能面において内科的治療の方が予後良好とされている。以上を踏まえ予後予測を行い、さらに右下肢支持性向上に伴う歩行練習の難易度を変更した事で独歩獲得に至ったと考える。今回、予後予測を行った上で評価・治療を開始し退院に向けた支援をしていく大切さを実感した。

非麻痺側過剰使用により介助量が増加した脳梗塞の症例～麻痺側の使用と体幹機能賦活による動作獲得～

神奈川県厚生連協同組合連合会伊勢原協同病院

○佐藤 勇樹

▶Keyword：心原性脳梗塞、非麻痺側過剰使用、起居動作

【はじめに】非麻痺側の過剰使用により介助量が増加していた脳卒中片麻痺患者に対し、麻痺側使用と体幹機能の賦活により非麻痺側の過剰使用と介助量軽減に至った症例について報告する。

【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説明し同意を得た。

【症例】心原性脳塞栓症により左片麻痺を呈した80歳代男性。第24病日目に当院回復期病棟へ転院。同日の理学療法評価ではBrunnstrom Recovery Stages（以下BRS）II-II-V、Stroke Impairment Assessment Set（以下SIAS）45点、SIAS-Motor（以下SIAS-M）上肢2-1下肢5-5-4、Trunk Control Test（以下TCT）24点、Functional Assessment for Control of Trunk（以下FACT）1点、改訂長谷川式簡易知能評価スケール（以下HDS-R）26点、機能的自立評価（以下FIM）運動13点認知15点、感覚は表在・深部ともに上下肢中等度鈍麻、高次脳機能障害として全般性注意度障害あり、基本動作全般で麻痺側上肢に注意が向かず動作への参加不十分。加えて、起居動作では非麻痺側上肢が過剰使用となり麻痺側上肢の連合反応が出現。それにより重心移動やon elbowへの変換、下肢操作が拙劣となり中等度の介助を要した。

【理学療法】麻痺側上肢と体幹の機能低下による非麻痺側の過剰使用が介助量増加の要因と考え、麻痺側の賦活と体幹可動性向上を目指し介入。特に起居動作での麻痺側上肢の参加と体幹の回旋に着目。自動介助運動と声かけにて上肢と連動した体幹の回旋を促しながら非麻痺側過剰使用の軽減を図った。

【結果】第71病日にてBRS IV-III-V、SIAS 61点、SIAS-M 上肢4-2下肢5-5-5、TCT100点、FACT10点、HDS-R23点、FIM 運動38点認知21点、感覚は表在・深部ともに上下肢中等度鈍麻。高次脳機能障害は全般性注意度障害が残存。基本動作は、起居動作が側臥位on elbow経路にて見守り、起立着座は支持物を使用せず可能。

【考察】本症例は、脳梗塞による麻痺側上肢と体幹の機能低下により、動作時に非麻痺側の過剰使用を呈していた。石井らは「非麻痺側の代償を使用した学習をすることで、非麻痺側の努力的活動は麻痺側の連合反応を増強させる」と述べている。今回、両側性の動作訓練にて麻痺側上肢の活動量と体幹機能が向上し、非麻痺側の過剰使用が軽減。結果として上肢・体幹の連動による回旋動作が生まれ、起居動作で側臥位を経由できるようになり介助量軽減に繋がったと考える。

感覚性運動失調を呈し、歩行自立が困難であった一症例～股関節位置覚低下に着目して～

横浜旭中央総合病院リハビリテーションセンター

○小林 祐太

▶Keyword：感覚性運動失調、深部感覚障害、非対称性立位姿勢

【はじめに】感覚性運動失調は、運動制御における感覚入力欠落によって生じる協調運動障害として定義される。今回、感覚性運動失調を呈し、左側の股関節（以下、股jt）に限局した位置覚低下を認めた症例を経験した。左股jt位置覚低下による非対称性の立位姿勢が、歩行自立を困難とする要因と考え、左股jt位置覚改善を図った。結果、歩行が自立した為、以下に報告する。

【説明と同意】本症例報告は、ヘルシンキ宣言に基づき、口頭にて十分に説明し同意を得た。

【症例紹介】60歳代男性。X日に多発性脳梗塞（両側小脳、右延髄、右橋）発症。X+27日、回復期病棟へ転棟。X+27日の評価は、Romberg試験：陽性、左股jt前額面上の位置覚中等度鈍麻で、股jt中間位が外転方向へ偏倚。立位姿勢は胸郭右偏倚、左寛骨下制、左股jt外転位で非対称。膝立ち位、立位での左荷重時に、胸郭右偏倚・体幹左側屈し、立ち直り反応消失、左中殿筋の筋収縮低下。歩行は、右LR-MStで右寛骨挙上、股jt過内転し、右側方動揺出現。試験的介入にて、膝立ち位、立位での左荷重時、左大転子を白蓋方向へ圧迫し、軸圧をかけると、胸郭左偏倚、立ち直り反応出現、左中殿筋の筋収縮が向上。FIM：110/126点（歩行4点）。

【方法】左股jt前額面上の位置覚を、膝立ち位での左荷重訓練や、臥位にて、視覚を用い、認知を促した。認知できた後、視覚遮断し、同様の訓練で体性感覚を用い、左股jt位置覚改善を図った。

【結果】X+50日、Romberg試験：陰性、左股jt前額面上の位置覚改善、立位姿勢の非対称性軽減、膝立ち、立位での左荷重時に、胸郭左偏倚、立ち直り反応出現、左中殿筋の筋収縮向上、右LR-MStで右股jt過内転、右側方動揺軽減。FIM：124/126点（歩行7点）。

【考察】本症例は、MRIにて右延髄内側毛帯に高信号を認めた為、後索-内側毛帯路が損傷を受け、左股関節位置覚低下、感覚性運動失調を呈したと考えた。後藤は、運動失調患者は、股jt周囲筋の協調的収縮が得られない時、下肢を広げ、白蓋方向に重みをかけ、協調性を補うと報告している。本症例も評価や試験的介入から、非対称性立位姿勢、反応は左股jt位置覚低下の代償と解釈し、左股jt位置覚改善を図った。左股jt位置覚改善により、立位の左股jt外転位が軽減し、左中殿筋の張力が向上した事で、左荷重時の左中殿筋の筋収縮が向上したと考えた。以上より、左MStで左股jt内転が増加し、左中殿筋の出力向上により、左MSt-TStが延長し、左から右への加速度を制動できた為、右側方動揺が軽減し、歩行自立に至ったと考えた。

脳膿瘍に対する理学療法 入院加療中に運動機能障害を呈し認知機能障害に移行した一例

湘南鎌倉総合病院リハビリテーション科

○植田 里歩, 長谷川和也, 一條 幹史

▶Keyword: 脳膿瘍、局所症状、認知機能障害

【はじめに】脳膿瘍とは、脳実質内に細菌が感染して膿瘍が形成された頭蓋内の局所性感染症であり、脳血管疾患に類似し局所症状として運動麻痺、感覚障害、高次脳機能障害など複雑な障害構造を呈する。脳膿瘍に対する理学療法の報告は、我々が渉猟する限りほとんどない。今回、脳膿瘍罹患患者に理学療法を実施する機会を得た。本症例は入院加療中に、運動機能障害を呈し認知機能障害に移行する経過を辿った。以下に報告する。

【症例紹介】70歳代男性。病前ADLは自立。X-2日に発熱と頭痛、X-1日に嘔吐。X日に症状の改善が得られず当院に受診。脳膿瘍、細菌性髄膜炎の疑いで入院となる。

【入院経過】X日より抗生剤開始、X+1日から理学療法を開始。初期評価はFIM 90点、MMSE 24点。理学療法プログラムは、ADLの維持目的に歩行練習を中心に実施。X+7日に意識レベル低下と左上下肢麻痺が出現。Brunnstrom Stage(以下、Brs)はII-II-II、表在感覚は中等度鈍麻、深部感覚は精査困難であった。X+11日に左下肢の深部静脈血栓症を認め、安静度はベッド上へ変更。X+18日まではベッド上で可動域運動や基本動作練習を実施。X+19日からヘパリンが開始され、安静度は制限なしへ拡大。離床を中心に理学療法を進めていた。抗生剤加療により膿瘍は縮小傾向であったが、X+34日に認知機能障害を認めた。その際の評価は、FIM 28点、MMSE 15点、HDS-R 15点、BrsはV-V-V、異常感覚は無し。理学療法は、転倒予防のADL管理やプログラム開始時に患者自身にその日のリハビリ目標を立ててもらうなど探索行動を賦活するよう工夫し、認知機能面に関わる部分に比重をおいた。認知機能の改善後は、理学療法プログラムを筋力トレーニングや基本動作、歩行、トイレ動作、バランス練習の割合を高めた。最終評価はFIM 88点、MMSE 28点、HDS-R 28点、BrsはV-VI-V、異常感覚は無し。X+69日に自宅に向けた回復期病院へ転院となる。

【考察】脳膿瘍は多彩な神経学的症状を呈する。また、その症状は発症日より数日から数週間後に発生する。本症例は、初期は運動麻痺、遅発性に認知機能障害を認めた。認知機能障害を呈する患者は、自身で探索活動が実施できるかが重要視される。認知機能障害が主症状の局面では、症状を鑑みてプログラムの変更を適切に行えたと考える。

【結論】脳膿瘍の患者への理学療法は、こまめな生活機能評価、および症候に合わせた理学療法プログラムの調整およびADL管理が大切である。

上肢懸垂用肩関節装具が脳卒中片麻痺者の歩容に及ぼす影響

湘南慶育病院

○肥田 直人

▶Keyword: 脳卒中、上肢懸垂用肩関節装具、歩行分析**【目的】**

上肢懸垂用肩関節装具は麻痺側肩の亜脱臼や疼痛を予防するだけでなく、歩行能力の向上を目的に処方される。実際に、脳卒中片麻痺患者に対して上肢懸垂用装具を装着することで、立脚時間の対称性が改善したことが報告されている。一方で、上肢懸垂用肩関節装具の使用が歩行中の姿勢に影響を及ぼすかは定かではない。そこで、本研究では上肢懸垂用肩関節装具が脳卒中片麻痺患者の歩容に及ぼす影響を明らかにすることを目的とした。

【説明と同意】

ヘルシンキ宣言に基づき、対象者に目的及び方法を説明し同意を得た。

【対象と方法】

当院回復期病棟に入院中の片麻痺者14名(右麻痺4名、左麻痺10名、67±11歳)を対象とした。片麻痺者の選定基準は、運動麻痺を有している者(BRS III-Vレベル)、T字杖を使用して見守りで歩行可能な者、MMSE24点以上の者、歩行計測を困難とするほどの高次脳機能障害を有していない者とした。Helen Hayes マーカーセットを基準とし、計35個の反射マーカーを身体に貼付したのち、三次元動作解析装置と床反力計を用いて快適速度での歩行を計測した。歩行はT字杖と上肢懸垂用肩関節装具オモニレクサ(オットボック社製)装着時と非装着時の2条件で実施した。データ分析ではVisual3dを用いて、歩行中の歩幅、歩隔、歩行速度、股関節伸展角度、体幹伸展角度、重心位置を算出し条件間での比較を行った。統計処理には対応のあるt検定を用いた。

【結果と考察】

上肢懸垂用肩関節装具装着時は非装着時と比較し、即時効果として歩行速度が有意に向上した。一方で、その他の歩幅、歩隔、最大股関節伸展角度、最大体幹伸展角度、重心の高さ等には有意な差はみられなかった。本研究の結果からは、上肢懸垂用肩関節装具が歩容に与える影響は大きくはないことが示唆された。しかし、本研究の対象者は14名と少ないことが挙げられる。今後は対象者数を増やし、上肢懸垂用肩関節装具が歩容に与える影響を分析していく必要がある。

【謝辞】

本研究は令和3年度神奈川県理学療法士会研究助成を受けて実施した。

抗重力位の経験から運動失調の軽減と屋内歩行自立した小脳梗塞の一症例

新百合ヶ丘総合病院診療技術部リハビリテーション科¹⁾, 新百合ヶ丘総合病院診療部リハビリテーション科²⁾
○天野 竜希¹⁾, 小牧 俊也¹⁾, 松本 恭徳¹⁾, 北原 行雄²⁾

▶Keyword：小脳梗塞、歩行自立、SARA

【はじめに】小脳梗塞患者は歩行速度低下の残存など歩行能力の改善に問題が残る場合が多いとされている。右上小脳動脈領域の梗塞を呈し右小脳虫部・半球への影響から下肢と体幹の運動失調が生じ歩行障害を認めた症例を担当した。早期から立位以降の抗重力位の経験、伝い歩きや独歩で歩行練習を積極的に実施し屋内歩行自立獲得が図れたため以下に報告する。

【説明と同意】ヘルシンキ宣言に基づき、患者本人へ書面にて説明実施し同意を得た。また当院倫理審査委員会の承認を得た(承認番号 20230522-6)。

【症例紹介】70歳代男性。眩暈、嘔吐と歩行障害が出現し当院へ救急搬送。右小脳梗塞と診断、保存加療。第20病日、当院回復期入棟。入棟時FIM：運動項目59点、Scale for the Assessment and Rating of Ataxia(以下SARA)：18.0点。歩行は歩行器使用し体幹部を徒手で固定しなければタンデム様歩行となり転倒リスクが高いと判断し、病棟内移動は車椅子介助とした。

【経過】初期においては移動先の足部の位置を示し視覚で確認しつつステップ動作を正確に行い立位で遊脚制御を反復練習した。歩行練習ではタンデム様歩行が軽減されるまで歩行器を使用、その後伝い歩きや後方介助での歩行練習を中心に理学療法を実施した。定期的にFIM、10m歩行テスト、SARAを測定し本人と共有、フィードバックを実施した。

【結果】FIM：運動項目83点、10m歩行テスト：8.94秒、SARA：8.0点。屋内独歩獲得し第105病日に自宅退院となった。坂道を含む屋外は突進様歩行となる場面が散見されたため、T-caneを使用し見守りであった。また自宅退院後想定される動線確認のため家屋調査を実施し、自宅周囲における屋外環境が坂道であることから訪問リハビリを導入とした。

【考察】運動の適応学習は、小脳が重要な役割を示していると報告されている。固有感覚受容器は四肢や体幹の位置、速度または力を検出し、その情報に対して小脳や脳幹から各筋肉に指令を送り姿勢制御系を構成している。本症例においては早期から抗重力位を経験させ積極的な伝い歩きや独歩を行った。その結果として足底からの固有感覚受容器に対してのフィードバック制御を促し運動失調の軽減、独歩での屋内歩行自立獲得に繋がったと考える。

重度の難聴と身体失認により歩行の獲得に難渋した症例

湘南慶育病院
○太田 洸一, 小林 大明, 肥田 直人, 久保 雅昭

▶Keyword：免荷、トレッドミル、運動学習

【はじめに】右アテローム型血栓性脳梗塞により、重度の身体失認を呈し歩行が困難となった症例に対して、部分免荷トレッドミル歩行練習(Body Weight Supported Treadmill Training；以下BWSTT)を用いた結果、介助下での歩行の獲得が得られたため報告する。

【同意】ヘルシンキ宣言に基づき発表の趣旨を説明し同意を得た。

【症例紹介】70歳代後半の男性。右アテローム血栓性脳梗塞の診断。

【経過】Y+11日に当院転院。初回評価をX+64日で実施、最終評価をX+136日で実施。

【初期評価】X+64日：SIAS-m：1-0-2-2-2。BBS：7/56点。FMA 20/100点(感覚0/12点)。TMT-A 131秒。BIT140点。SCP 3.5点。BLS12点。歩行時に左下肢を振り出さず右下肢のみを振り出す場面がみられた。

【治療アプローチ】体重免荷にハーネス式の体重免荷装置(インターリハ株式会社製ニューウェイト免荷装置)を使用し免荷量は体重の20~40%、トレッドミルの速度は0.5km~0.8kmとした。転倒リスクが軽減された条件下で麻痺側下肢の遊脚を介助し歩行練習を繰り返し実施し、運動学習を促した。また、左下肢の振り出しを忘れた際には音声変換アプリを用いて左下肢への注意を促した。

【最終評価】最終評価時、BBS19/56点、TMT-A 63秒、SCP3.0点、BLS6点に向上が認められた。平地歩行では左下肢を自身で振り出すことができ、接触介助下での杖歩行が可能となった。さらに、階段昇降も介助下で可能となった。

【考察】本症例は、左半側空間無視は軽度であった。しかし、歩行時に左下肢を振り出さないまま右下肢のみを振り出す場面から重度の身体失認が疑われた。また、表在感覚・深部覚脱失による感覚フィードバック(以下FB)消失、注意障害により歩行中に麻痺側下肢に意識が向かず歩行が困難と考えた。また、重度難聴のため口頭指示が入らずFBには音声変換アプリを使用する必要があり、歩行介助中にFBを与えることが困難であった。

Hesseらは、BWSTTでの歩行練習によって麻痺側単脚支持期の増加、遊脚相の左右対称性が平地歩行よりも優位に高くなったと報告している。

介助下での歩行獲得が可能となった要因として、免荷トレッドミルを使用し転倒リスクを軽減した状態で麻痺側下肢への注意を促しながらの歩行動作を反復したことにより麻痺側下肢への認識が向上したことが挙げられる。

介護老人保健施設職員に対する「これだけ体操[®]」の導入効果

渕野辺総合病院リハビリテーション室

○雨宮 耕平, 宮本 真明

▶Keyword: これだけ体操、腰痛予防、介護老人保健施設

【目的】

腰痛予防に運動が効果を示す事は概ね一貫した見解だが、継続可能性の観点から簡便に行える、導入が容易なものが望ましい。そこで、今回は介護老人保健施設職員を対象に「これだけ体操[®]」に関するオンライン研修を行い、腰痛及び関連要因へ与える効果について検証する事を目的とした。

【方法】

本研究は当施設研究安全倫理委員会の承認を得て実施した。対象者は介護老人保健施設青葉の郷常勤職員 70 名とし、タブレット端末を使用し「これだけ体操[®]」に関する 15 分程度の腰痛予防研修動画を視聴した。業務前・昼休み・業務中（介助前後など）・自宅での実施を推奨し、研修の受講及び 6 ヶ月間の「これだけ体操[®]」実施を介入とした。アウトカムは介入前後の腰痛有無、恐怖回避思考質問票（Fear Avoidance Belief Questionnaire: FABQ）、プレゼンティーズム（Single-Item Presenteeism Question 東大 1 項目式: SPQ）とし、「これだけ体操[®]」のアドヒアランスについても調査した。腰痛の有無は χ^2 検定、FABQ・SPQ は Wilcoxon の符号付順位和検定により介入前後比較を行った。

【結果】

介入前後のアンケートが不足なく回収できた 50 名を解析対象とした。介入前腰痛有訴率は 62%、FABQ は中央値 17 点、SPQ は中央値 80% であった。半年間の「これだけ体操[®]」アドヒアランスの中央値は業務前 10%、昼休み 8.75%、業務中 10%、自宅 20% であった。介入後の腰痛有訴率は 58%、FABQ は中央値 15 点、SPQ は中央値 90% であった。腰痛の有無、SPQ は有意差を認めず、FABQ は有意に低下した ($p < 0.05$)。

【考察】

「これだけ体操[®]」のアドヒアランスは 10~20% 程度と低めであり、より対象者の意欲を引き出すコンテンツになるための工夫が必要であった。アウトカムの前後比較では腰痛有訴率、SPQ は有意差を認めなかったが、FABQ は改善を認めた。恐怖回避思考は腰痛の慢性化に深く関わる事が示唆されており、今回の介入は直接的な腰痛やパフォーマンス改善には至らなかったものの腰痛の慢性化リスクを軽減したという点で意義があったと考える。

【結論】

「これだけ体操[®]」の導入により腰痛有訴率やプレゼンティーズムは変化がなかったが、恐怖回避思考に改善を認めた。

脛骨近位部骨折に対して術後早期から大腿四頭筋の筋力改善を行った一例

湘南鎌倉総合病院リハビリテーション科

○千間 愛莉, 片田 昌志

▶Keyword: 関節原性筋抑制、膝蓋下脂肪帯、ExtensionLag

【はじめに】脛骨近位部骨折術後の機能障害の一つとして大腿四頭筋の筋力低下が報告されており、理学療法において大腿四頭筋の筋力改善は重要性が高いと考える。今回、左脛骨近位部骨折術後に関節原性筋抑制（AMI）や膝蓋下脂肪体（IFP）による伸展制限などの複合的な要素によって大腿四頭筋の筋力低下を認め、筋力改善に難渋した症例を経験したため、以下に報告する。

【説明と同意】ヘルシンキ宣言に則り、本人に趣旨を説明し同意を得た。

【症例紹介】60 歳女性。自転車走行中に転倒受傷。当院搬送後に脛骨近位部骨折（Schatzker 分類 II）と診断され、受傷後 6 日に骨接合術を施行された。

【初期評価（術後 1 日）】膝関節可動域は屈曲 75°、伸展 -5°、膝蓋骨の上下の可動性低下を認めた。疼痛は膝屈曲伸展時に膝蓋下部 NRS9 を認め、周径（膝蓋骨直上）は健患差 +4.0cm であった。筋力は大腿四頭筋 MMT2 であり、自動伸展運動時は「力の入れ方が分からない。」との主訴がみられた。

【経過】術後翌日から ROM 練習、膝蓋骨モビライゼーション、低周波を併用したクアドセッティングを開始した。また、膝蓋骨周囲の腫脹に対して弾性包帯による圧迫を行った。両松葉杖で移動自立したため、術後 3 週で自宅退院となった。当院退院時は膝屈曲 130° まで改善したが、膝伸展 -5°、膝屈曲伸展時に膝蓋下部 NRS5、大腿四頭筋 MMT2 が残存していた。エコーで膝蓋下部の動態を観察した結果、短軸像で IFP の柔軟性の低下を認めたため、超音波療法を追加した。術後 4 週で部分荷重を開始し、荷重位筋力トレーニングを実施した。術後 6 週で屈曲 145°、伸展 0°、術後 10 週で Extension Lag が消失した。

【最終評価（術後 12 週）】膝関節可動域は屈曲 150°、伸展 0°、大腿四頭筋 MMT4、等尺性膝伸展筋力は健側比 81.8% であった。疼痛は最終伸展位からの屈曲時と歩行時に膝蓋下部 NRS3 を認めた。独歩可能であるが、立脚期短縮を認めた。

【考察】本症例は脛骨近位部骨折術後の大腿四頭筋の筋力改善を目的として、術後早期から腫脹による AMI、IFP の柔軟性の低下による伸展制限に対して運動療法を行い、術後 10 週目で Extension Lag が改善した。一方、術後 12 週以降も IFP の疼痛による大腿四頭筋の筋力低下や荷重位での下肢支持性低下を認めるため、今後も IFP の疼痛評価と荷重位での大腿四頭筋の筋力改善を継続していく必要があると考える。

膝蓋骨折術後、関節可動域制限が生じ自立杖歩行獲得に時間を要した症例

総生会麻生総合病院リハビリテーション科

○塚田隆之亮

▶Keyword：膝蓋骨折、関節可動域制限、皮膚の伸張性低下

【はじめに】今回、屋外外出中に段差につまずき転倒され右膝蓋骨折を受傷し、手術を施行した症例を担当した。術後、膝関節の腫脹による皮膚組織の伸張性低下の為、創部の突っ張りがあり、創部が離開するかもという恐怖心による屈曲制限があった。また、腫脹による荷重時痛や転倒時の恐怖心も重なり、自立歩行を再獲得し退院するまでに時間を要した症例を経験した為報告する。発表にあたり対象者には書面と口頭で説明し同意を得た。

【症例】症例は82歳女性。2023年6月に受傷、手術をされ、術後翌日より介入し装具装着の下、荷重開始となった。術後14日から関節可動域訓練を開始。術後15日より装具OFFとなった。術後より創部は腫脹、熱感が強く、荷重時痛が主だった。膝関節の可動域訓練開始時には創部が突っ張る様な痛みや創部が離開するような痛みを訴えていた。平行棒内歩行でもすり足歩行となり、右下肢挙上自体への痛みや恐怖心が残っていた。

【介入】術後翌日より足部や下腿の浮腫軽減の為に足背動脈に沿ってのRelaxationや底背屈運動を促した。病棟で過ごす時間には熱感や腫脹が悪化しない様にクーリングを指導。関節可動域訓練では創部が離開しないように、膝の皮膚組織を外側から創部に向かって寄せてゆとりを持たせて行なった。また、膝周囲の腫脹に対しては循環を良くする為に膝窩動脈に沿ってRelaxationを行なった。歩行訓練では段階的に負荷量を調節し疼痛のコントロールを図り、歩行に対しての恐怖心を和らげるようにした。

【結果】術後14日の関節可動域訓練開始時では、膝関節可動域は屈曲90°、皮膚の伸張性低下や荷重時痛は残存していた。術後20日には屈曲100°まで改善、皮膚の伸張性にも改善が見られ始め、腫脹も残存していたが荷重時痛も徐々に減少した。術後26日には伸張性低下は残存しているものの、屈曲120°まで改善、関節可動域訓練の痛みも消失し荷重時痛も消失された。自立杖歩行も獲得された為、退院となった。

【考察】本症例は膝関節の腫脹や皮膚の伸張性低下によって膝関節屈曲に必要な皮膚の可動性が損なわれ関節可動域制限が生じた。また、腫脹による荷重時痛や創部の離開への恐怖心が重なり、自立杖歩行獲得までに時間を要したと考える。

肩関節拘縮を呈し鏡視下授動術を施行した症例～肩甲骨不安定性改善での肩甲上腕関節運動の変化を目指して～

昭和大学藤が丘リハビリテーション病院リハビリテーションセンター¹⁾、昭和大学スポーツ運動科学研究所²⁾、

昭和大学藤が丘病院整形外科³⁾、昭和大学保健医療学部リハビリテーション学科⁴⁾

○加藤 宏武¹⁾、井上 駿也¹⁾、阿蘇 卓也¹⁾、高橋 知之¹⁾、古山 駿平¹⁾、田村 将希^{1,2)}、古屋 貫治^{2,3)}、

磯崎 雄一^{2,3)}、西中 直也^{2,3,4)}

▶Keyword：肩関節拘縮、肩甲骨不安定性、腱板機能

【はじめに】今回、肩拘縮に対して鏡視下授動術を施行した症例を経験した。肩甲骨機能の低下により疼痛と腱板機能低下を惹起していると思われた症例に対し、肩甲骨不安定性に着目し介入した結果を以下に報告する。

【説明と同意】ヘルシンキ宣言に基づき、本人に趣旨を説明し同意を得た。

【症例紹介】70歳の女性で左肩関節拘縮に対して鏡視下授動術を施行(X日)し、全周性に関節包を切離した。疼痛の範囲内で自動運動を術直後から許可された。X+21日に退院し外来理学療法を週1回の頻度で施行した。

【理学療法評価】退院時の肩可動域は屈曲90°、外転80°、外旋5°、内旋25°であり、肩甲上腕(GH)関節後方の硬さのために上腕骨頭が前上方へ変位していた。徒手外転抵抗テストではGH関節前方の疼痛と棘上筋の筋出力低下を認め、肩甲骨下方回旋の逸脱運動が生じていた。肩甲骨の逸脱運動を抑制した場合は疼痛軽減し、筋出力が向上した。前鋸筋と僧帽筋の収縮は弱い状態だった。また、Hawkins testは陽性で肩峰下インピンジメント(SAI)を認めた。

【治療と介入】疼痛は外転動作時に上腕骨頭が前上方に変位することで、SAIが生じているために出現していた。SAIを回避するために上腕骨頭が求心位を取る必要があるが、本症例の場合は、肩甲骨不安定性のために腱板機能を十分に発揮することができず骨頭が前上方へシフトしていたと考える。つまり、肩甲骨不安定性を改善することで腱板機能が改善し骨頭の求心性を改善できると考え、前鋸筋、僧帽筋などの強化と共に、自動介運動にてGH関節と肩甲胸郭関節の協調的な運動学習を図った。

【結果】X+90日での肩可動域は屈曲110°、外転100°、外旋15°、内旋45°であった。徒手外転抵抗テストでは疼痛と肩甲骨の逸脱運動は軽減し、腱板の筋出力向上が見られた。

【考察】肩甲骨の不安定性は腱板機能への負荷量増加、肩甲上腕リズムの乱れを引き起こすと報告されている。本症例は腱板の損傷はないが、拘縮の影響により腱板は収縮と弛緩を行にくい状態であった。さらに、肩甲骨不安定性によってGH関節運動時に腱板が機能できず、上腕骨頭が前上方化しSAIが生じ疼痛の原因となっていた。肩甲骨不安定性改善により腱板が機能でき、上腕骨頭が求心位を保持したまま運動できることで屈曲、外転可動域の改善につながったと考える。

長期治療を要した重度足部外傷に対して理学療法を行った1例

湘南鎌倉総合病院リハビリテーション科¹⁾、湘南鎌倉総合病院外傷センター²⁾

○片田 昌志¹⁾、西田 匡宏²⁾

▶Keyword：重度足部外傷、Acceptable foot、長期治療

【はじめに】重度足部外傷治療の目標は、Acceptable foot を獲得することである。しかし、壊滅的な足部外傷において、正常に近い足底接地歩行の再獲得は至難を極める。今回、長期治療を要した重度足部外傷に対する理学療法について報告する。

【症例紹介】50歳代女性。通勤中にバイク事故で受傷し、当院搬送となる。踵骨外側の軟部欠損を伴った Mangled foot (足関節骨折、踵骨骨折、外側楔状骨骨折、リスフラン関節脱臼骨折、ショパール関節不安定性) の診断となった。

【経過】受傷同日に距腿関節とリスフラン関節ピンニング固定、受傷後3日に踵骨結節-外側楔状骨の架橋固定、踵骨結節-距骨の架橋固定を施行された。この時期から固定関節以外のROM練習を開始したが、前足部浮腫による足趾の可動性低下を認めたため、足趾間を含めた弾性包帯を併用して足趾ROM練習を行った。受傷後5日に逆行性腓腹動脈皮弁(RSAF)を施行、RSAF術後2日から車椅子離床、受傷後40日からPTB歩行を開始した。受傷後59日に回復期病院に転院となったが、受傷後69日に創部感染で当院再入院となった。再入院同日に距腿関節とリスフラン関節ピンニングと踵骨結節-距骨の架橋スクリューを抜去、受傷後70日から足関節ROM開始となった。開始直後は背屈-底屈：0-30°、回内-回外：0-10°、踵骨外側-後方部に運動時痛NRS6を認め、皮弁部を避けるように軟部モビライゼーションや低周波を併用した求心性底屈運動を行った。この時期は再入院の経緯もあり悲観的な発言や意欲低下を認めたため、短期的な目標設定の共有を行った。受傷後131日に骨移植、受傷後141日に自宅退院、受傷後230日から全荷重を開始した。歩行時足圧測定では中足部外側に荷重が抜ける軌跡であったため、外側ヒールウェッジの足底挿板を作成した。受傷後270日で背屈-底屈：5-40°、回内-回外：5-20°、踵骨外側部に歩行時痛NRS4を認めるが、自宅内独歩可能となり、映画鑑賞などの社会参加をされるようになった。

【考察】重度足部外傷治療は、骨軟部再建および術後感染率の高さから長期入院、後療法の遅れが余儀なくされ、本症例においても機能障害のみならず精神的苦痛を生じていた。運動療法に留まらず、足底挿板による荷重矯正や Acceptable foot を患者と共に模索することが重要であると考えた。

【倫理的配慮】ヘルシンキ宣言に基づき、本人に趣旨を説明し同意を得た。

右上腕骨顆上骨折、橈骨遠位端骨折受傷後に前骨間神経麻痺を併発し、結髪動作が困難となった症例

横濱松宮整形外科リハビリテーションクリニック

○米地 直人

▶Keyword：前骨間神経麻痺、円回内筋、結髪動作

【はじめに】結髪動作において、肘関節や手指機能に着目した報告は少ない。今回、右上腕骨顆上骨折、橈骨遠位端骨折受傷後に前骨間神経麻痺を併発し、右肘関節屈曲可動域制限、母指、示指の屈曲不全により、結髪動作が困難であった症例を担当した。本症例に対し、右肘関節伸展、前腕回外可動域の改善が、円回内筋の柔軟性向上と右肘関節屈曲可動域拡大に繋がり、結髪動作の獲得に至ったため報告する。なおヘルシンキ宣言に則り、本人に説明し同意を得た。

【症例】40歳代女性。X日、バイク走行中に転倒し受傷。右上腕骨顆上骨折、右橈骨遠位端骨折の診断。X+6日、前院にて観血的整復固定術施行(19日間シーネ固定)。X+11日、右母指、示指の屈曲不全確認。X+25日自宅退院。翌日より当院でのリハビリ開始。Hopeは「髪が結べるようになりたい」であった。

【評価：X+4週】視診：右肘関節、手関節周囲の腫脹。右橈骨頭前方偏位。触診：右上腕二頭筋、上腕筋、円回内筋の過緊張。右肘関節後面、手関節前面の滑走低下。ROM：右肘関節屈曲70°、伸展-30°、前腕回外20°、手関節背屈30°。MMT：右示指DIP関節屈曲1、母指IP関節屈曲1。ティアドロップサイン：陽性。結髪動作：結束保持困難。

【治療】物理療法。上腕二頭筋、上腕筋、円回内筋のリラクゼーション。上腕筋、上腕三頭筋の等尺性収縮。右肘関節伸展、前腕回外可動域運動、橈骨頭のモビライゼーション等。

【結果：X+12週】視診：右肘関節、手関節周囲の腫脹軽減、右橈骨頭前方偏位改善。触診：右上腕二頭筋、上腕筋、円回内筋の過緊張軽減、右肘関節後面、手関節前面の滑走改善。ROM：右肘関節屈曲130°、伸展-5°、前腕回外85°、手関節背屈60°。MMT：右示指DIP関節屈曲2、母指IP関節屈曲2。結髪動作：自立。

【考察】前骨間神経麻痺の原因として、円回内筋の過剰収縮が報告されている。本症例は上腕二頭筋の過緊張による橈骨頭の前方偏位や、右手関節背屈制限により、右肘関節伸展、前腕回外可動域が制限されたと考えられる。その結果、動的安定性を担う円回内筋の過緊張が生じたと考えた。また、受傷時の損傷によって上腕筋や前方関節包が滑走不全となり、前方インピンジメントによる肘関節屈曲制限が生じていると考えた。よって、早期からの右肘関節伸展と前腕回外可動域の拡大が、円回内筋の過緊張軽減による母指、示指の屈曲改善や、前方インピンジメントの改善に伴う右肘関節屈曲可動域の拡大に繋がり、結髪動作の獲得に至ったと考えた。

変形性股関節症保存療法における足底板療法の効果に関する Pilot study

座間総合病院医療技術部リハビリテーション科¹⁾、座間総合病院人工関節・リウマチセンター²⁾
○鈴木 雅也¹⁾、関田 惇也¹⁾、草場 敦²⁾、近藤 宰司²⁾

▶Keyword：変形性股関節症、保存療法、足底板

【背景】

変形性股関節症(股 OA)に対する運動療法は、短・中期的な疼痛緩和、機能改善に有用である。理学療法(PT)には運動療法以外にも足底板などの装具療法があるが、股 OA に対する足底板の効果に関するエビデンスは乏しい。本研究の目的は、股 OA 保存療法における足底板療法の効果を明らかにすることである。

【方法】

研究デザインは Case series study とし、対象は股 OA と診断された患者 70 名(有：62.4±13.7 歳/無：63.3±10.3 歳)(KL≥2)とした。その際、初回評価に同意を得られなかったものは除外した。足底板は、初回評価後に同意を得た 5 名を対象に入浴式足底板に準じて作成した。作成ありは有群、作成なしは無群に分類した。足底板の有無に関わらず、保存療法は 1 回 40 分の外来 PT(筋力強化と患者教育)を 12 週間行った。初回評価と効果判定時に日本整形外科学会股関節疾患評価質問票(JHEQ)、10m 最大歩行速度(m/s)、股関節外転筋力(HA)(Nm/kg)、膝関節伸展筋力(KE)(Nm/kg)を測定し、両群の値とその変化量を算出した。MCID の観点から JHEQ6 点、10m 最大歩行速度 0.14 m/s、筋力 30% 以上の差を有効と判断した。筋力は Hand Held Dynamometer を用いて測定した。

【倫理的配慮】ヘルシンキ宣言に基づき、対象者に配慮した上で調査を行った。

【結果】

外来 PT の平均回数は(有：7.6±2.7/無：9.3±3.1)であった。各測定項目の介入前後の値とその変化量(Δ)は、JHEQ(有：前 29.8±11.6、後 34.8±16.1、Δ5/無：前 29.4±12.4、後 33.7±13.9、Δ4.3)、10m 歩行速度(m/s)(有：前 1.53±0.18、後 1.51±0.20、Δ-0.01/無：前 1.40±0.33、後 1.46±0.34、Δ0.06)、HA(有：前 0.64±0.21、後 0.78±0.22、Δ0.15%/無：前 0.57±0.22、後 0.66±0.21、Δ0.09%)、KE(有：前 1.06±0.34、後 0.96±0.32、Δ-0.09%/無：前 1.04±0.34、後 1.11±0.38、Δ0.07%)であった。すべての項目で両群の変化量に明らかな差を認めなかった。

【考察】

股 OA に対する保存療法において足底板療法は明確な効果を示さなかった。運動連鎖は起点から離れるほど他関節への影響が小さくなるため、股関節に影響を与えるには足底板単体では不十分である可能性が考えられた。しかし、JHEQ においては有群で 5、無群で 4.3 と有群がわずかに改善傾向を示し、MCID の 80% まで近づいた。本研究の限界として、サンプルサイズが小さかったことが挙げられるため、今後はサンプルサイズを増やして調査していく必要がある。

右膝蓋骨骨折を呈し保存療法を実施した症例のしゃがみ動作獲得まで～隣接関節の協調運動に着目して～

愛川北部病院リハビリテーション科
○大崎日菜子、石川 卓典、淵橋 潤也

▶Keyword：しゃがみ動作、協調運動、遠心性収縮

【はじめに】骨転位の少ない膝蓋骨骨折は保存療法が一般的である。本症例も保存療法を選択し介入した結果、他動的な膝関節屈曲可動域は増加したが、CKC でのしゃがみ動作獲得には至らなかった。そこで、隣接関節の協調運動を考慮した治療を実施した所、CKC での膝関節屈曲可動域が優位に増加し、完全なしゃがみ動作を獲得することが出来たため、ここに報告する。

【説明と同意】ヘルシンキ宣言に基づき、本人に趣旨を説明し同意を得た。

【症例紹介】80 歳代女性。本人 HOPE：自宅庭の手入れのためにしゃがみ動作をしたい。

【リハビリスケジュール(受傷日=X)】

- ・X+2 週：右膝関節屈曲禁止
- ・X+2~4 週：右膝関節屈曲 90° まで
- ・X+4 週～：右膝関節全可動域屈曲、ニーブレース OFF 下で荷重開始

【理学療法評価(X+4 週目)】ROM-t：右膝関節屈曲 140°。両手支持物ありのしゃがみ動作時、膝関節屈曲 85°で右膝蓋骨上方に疼痛が出現し、それ以上の屈曲困難。

【経過】X+4 週目で、右膝関節屈曲の他動的な可動域は 140°まで獲得出来たが、しゃがみ動作では屈曲 85°と他動運動時と比べ可動域が不足していた。X+5 週目より、隣接関節である腰椎・骨盤・足関節の主動筋と拮抗筋の協調運動を促進する治療を実施した所、屈曲 135°までしゃがみ動作を行えるようになった。しかし、動作としては不完全であり、安定した姿勢保持は困難であった。そこで X+6 週目より、支持面である足関節の固定性低下に着目しアプローチした所、疼痛なく屈曲 155°まで達する完全なしゃがみ動作を獲得することが出来た。

【考察】Bostrom は、膝蓋骨骨折の保存療法では 12% に可動域制限が存在すると報告している。そのため、本症例では初期より可動域制限が生じないよう留意し介入した所、他動運動においては制限が見られなかった。しかし、しゃがみ動作では制限が残存する結果となった。X+5 週目で大きく可動域が改善した理由としては、動作時に体幹前傾・骨盤後傾・下腿前傾が可能になったことで、大腿四頭筋による膝関節優位の姿勢制御が改善され、安定性が向上したためであると考えられる。しかし、依然として動作時における後方重心が残存し、安定した姿勢保持が困難であった。その原因は支持面である足関節における下腿前傾の制御機能が不足していたためであると考察し、X+6 週目では下腿三頭筋の遠心性収縮をより促進する治療を行った。その結果、支持面の固定性が向上し、最終的に完全なしゃがみ動作獲得に至ったのではないかと考える。

両側上肢症状を伴う胸郭出口症候群と診断された症例

北新横浜整形外科・外科リハビリテーション室

○伊藤 智一

▶Keyword：胸郭出口症候群、機能診断、姿勢アプローチ

【はじめに】胸郭出口症候群（Thoracic outlet syndrome：以下：TOS）は腕神経叢の圧迫・牽引という異なる病態が混在するため、これらを区別して評価・治療することが肝要と言われている。今回両上肢症状を呈する症例を担当し、評価・介入を行ったのでここに報告する。

【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説明し同意を得た。

【症例紹介】40代女性。仕事は事務職。誘因なく両前腕から手指のしびれ・握りづらさが出現。他院で頸椎MRIを実施するものの、症状を説明できる画像所見なしとの診断。Y月X日当院の診察にて上記診断となり、頸部への理学療法開始となる。

【介入と経過】Y月X日から理学療法介入。右肘外側から母指および左肘内側から小指安静時しびれ、右前腕しびれ領域に7/10触覚低下あり、握力(kg)20/15、両手内在筋に筋萎縮なし。tinel 徴候：斜角筋+/-、小胸筋-/+、肘部管-/-、手根管-/-、Guyon管-/+。90°外転外旋位-/+、上肢下方牽引症状誘発テスト+/-、上肢保持症状改善テスト+/-、Adson test+/-、Eden test-/-、Spurling test・Jackson test-/-。ROM (°)：頸部伸展 30P・側屈 40/30P・回旋 50/45P、股関節屈曲 110/120、内旋 30/40。筋力：両前鋸筋、僧帽筋中・下部、腹横筋・大殿筋筋力低下。姿勢：骨盤右優位の後傾・胸腰椎軽度右回旋・胸椎後弯、右肩甲骨下制・両肩甲骨外転、頭部前方偏位。頸部・肩甲帯筋リラクゼーション・ストレッチ実施にて両側しびれ・握力改善。週1頻度にて通院加療。X+7日、症状変化なし。頸部・肩甲帯筋リラクゼーション・ストレッチ、体幹筋力強化、股関節可動域練習追加。両手しびれ、骨盤後傾・右肩甲骨下制姿勢改善みられた。

【考察】右上肢症状は斜角筋牽引型 TOS、左上肢症状は小胸筋混合型 TOS 症状を検討。頸部から肩甲帯前面の筋柔軟性低下・肩甲帯筋力低下、体幹筋力低下・両股関節筋性拘縮による不良姿勢に起因していると考えられた。TOS に対して、病態を的確に評価すること、姿勢含めて総合的な介入が重要であると考えた。

左肩関節唇損傷後の結帯動作制限に対し、筋感覚的イメージへの介入が効果的であった症例

横浜市立みなと赤十字病院

○最所 朋也, 蔵合 勇斗

▶Keyword：肩関節唇損傷、結帯動作、筋感覚的イメージ

【はじめに】

左肩関節唇損傷後、肩関節唇形成術を施行した症例を担当した。術後は、結帯動作の制限をはじめとした主訴に対し介入。筋感覚的イメージに着目したことで結帯動作の獲得に至ったため以下に報告する。

【説明と同意】

ヘルシンキ宣言に基づき、本人に説明の上、同意を得た。

【症例紹介】

50代女性。半年ほど前に自宅で洗濯物を引き上げようとした際に左肩関節脱臼感が出現、その後疼痛が発生。左肩関節唇損傷の診断によりX日関節鏡下肩関節唇形成術施行。X+5日自宅退院。X+9日より週1-2回外来で理学療法を開始。

【経過】

X+5日、左肩関節可動域は伸展40度、内転60度、1st内旋80度、2nd内旋40度、結帯動作（第7頸椎棘突起～母指間の距離）右22cm、左46cmであった。肩甲帯周囲の静的アライメント不良や筋スパズムに対し理学療法を実施した。X+20日、疼痛は消失し、MMT（左）前鋸筋5、僧帽筋上部5、中部5、下部4。左肩関節可動域は伸展50度、2nd内旋60度であり筋力と可動域に大きな左右差を認めなかったが、結帯動作は左36cmと左右差は残存。結帯動作は早期から肩甲骨が肩甲胸郭関節では外転、肩甲上腕関節では伸展、内旋動作が大きく、内転動作が乏しかった。それらの代償動作を介助誘導しつつ結帯動作を反復すると即時的に左26cmほどに改善。しかし、次回外来時には介入前の可動域に低下してしまうことが続いた。そのため、肩関節模型を活用し肩関節運動をイメージしてから肩甲上腕関節の伸展、内転、内旋方向への自動介助運動後、肩甲骨面の前傾、下方回旋を誘導した結帯動作の自動介助運動を実施した。その後、週ごとに5cm程度の改善を認め、可動域が戻る範囲が徐々に少なくなった。

【結果】

X+57日、結帯動作では左25cmとなった。ADLでは左上肢での下着の着脱が可能となった。

【考察】

本症例は、結帯動作に必要な肩関節運動、結帯動作の反復運動に加えて肩関節模型を提示することで筋感覚的イメージの再学習したところ、可動域の即時的な改善効果が持続し、最終的に健側と同等の可動域を獲得することができた。結帯動作は肩甲胸郭関節を含めた複合運動であり、協調的な活動が求められる。このような複雑化した運動に対し、筋感覚的イメージを付加した中での運動療法は動作獲得に効果的であることが示唆された。

右変形性膝関節症に対してTKAを施行し動作時に過度な体幹前傾を呈した症例—体幹・下肢機能に着目して—

海老名総合病院リハビリテーション科

○吉田 龍生, 田中 亮太, 宮谷 洋平

▶Keyword: TKA, 起立動作, 腰背部痛

【はじめに】今回、TKAを施行し起立動作が円滑に行えず、起立動作時に過度な体幹前傾や上肢の過度な使用を認めた症例を担当した。主訴として動作時に右膝関節痛ではなく左腰背部痛の訴えを強く認めた。体幹・下肢機能に着目して介入した結果、主訴の改善を認めたためここに報告する。

【説明と同意】ヘルシンキ宣言に基づき、対象者に同意を得た。

【症例紹介】80歳代男性。入院前のADLは杖歩行自立。人工透析を週3回受けている。HOPEは左腰背部痛の軽減。右変形性膝関節症に対してTKAを施行。

【理学療法評価(術後13日)】指理解が可能だが病識の低下を認めた。疼痛:右膝関節NRS3、左腰背部NRS4。ROM:右膝関節伸展-5°、屈曲100°。MMT(右/左):腸腰筋2/3、大腿四頭筋2/3。腰椎運動制御:Chest drop陽性、Sitting knee extension陽性。触診:左脊柱起立筋の筋緊張亢進。起立動作は重心前方移動時に骨盤前傾運動の不足により体幹を過度に前傾。臀部離床期では右股関節外転・外旋位になり、右下肢への荷重不足により両上肢・左下肢を優位に使用し起立動作を行う。

【仮説】左腰背部痛出現の理由として、仮説①では、腰椎の運動制御が困難なことから骨盤前傾運動が不足。その結果、体幹を過度に前傾させるために脊柱起立筋を優位に使用したことが一因として考える。仮説②では、右荷重時痛、右腸腰筋の筋力低下・右大腿四頭筋の筋発揮低下により、前脛骨筋のIa線維で大腿四頭筋の求心性に促通しているが、右下肢への荷重不足により左脊柱起立筋を優位に使用したことが一因として考える。

【治療】

仮説①:座位にて骨盤前傾運動、前方リーチ動作練習

仮説②:大腿部にバンドを巻き、起立動作の反復練習

【結果(術後13日)】疼痛:左腰背部NRS0。MMT:大腿四頭筋3/3。触診:左脊柱起立筋の筋緊張軽減。起立動作の重心前方移動期では体幹はアップライトに保持可能となった。臀部離床期では股関節外転・外旋位は認めなくなり、右下肢へ荷重を認めた。

【考察】症例は病識不足や疼痛などから、起立動作時に右下肢への活動参加が乏しかった。それに対して大腿部にバンドを巻いたことで圧刺激感覚や視覚が入ることで右下肢へ意識付けされ、活動参加が促され荷重が乗るようになった。それにより努力的な両上肢、左脊柱起立筋の過活動が軽減した。また、患側下肢が起立動作時に参加したことで前方への重心移動が促され起立動作が円滑に行えたと考えた。

スポーツ活動を行う高齢者における膝前十字靭帯再建術後の理学療法成績

横浜市スポーツ医科学センターリハビリテーション科¹⁾、畿央大学大学院健康科学研究科²⁾、横浜市スポーツ医科学センター整形外科³⁾○唄 大輔^{1,2)}、鈴川 仁人¹⁾、玉置 龍也¹⁾、清水 邦明³⁾

▶Keyword: 膝前十字靭帯損傷、スポーツ、高齢者

【目的】スポーツ活動を行う高齢者における膝前十字靭帯(ACL)再建術後の理学療法成績を後ろ向きに調査すること。

【方法】手術時年齢が65歳以上でスポーツによりACLを損傷し、膝屈筋腱を用いた再建術を施行され、術後スポーツ復帰を目標に理学療法を実施し、術後12か月以上経過観察が可能であった7例7膝(男性1例、女性6例、平均年齢:68.0±2.0歳)を対象とした。複合靭帯損傷、再々手術、下肢の骨関節疾患の既往を有する症例は除外した。尚、所属機関の研究倫理委員会の承認を得たうえで実施し、対象者からは診療記録を匿名で研究目的に使用することをあらかじめ書面にて同意を得た。評価項目は術後6、9、12ヶ月の等速性(60度/秒、180度/秒)膝関節伸展・屈曲筋力それぞれの患側測定値に対し、健側測定値で除した患健比(%)を算出した。更に、膝十字靭帯機能検査機器(KNEELAX3、Index Ltd.)を用いて88Nの牽引力にて脛骨前方移動量(ATT)を術後6、12ヶ月時点で評価し健側値に対して患側値を減算した患健比(mm)を算出した。各測定項目において時期別変化を比較検討し、有意水準は5%とした。

【結果】全例術後9ヶ月以降に術前スポーツ復帰レベルまで改善した。各項目の平均値について、伸展筋力患健比の60度/秒は6ヶ月で64.1±8.4%、9ヶ月で72.9±8.7%、12ヶ月で79.7±9.8%であり、180度/秒は6ヶ月で67.5±6.1%、9ヶ月で74.7±7.4%、12ヶ月で80.9±9.9%であった。屈曲筋力患健比の60度/秒の6ヶ月で89.0±19.9%、9ヶ月で90.3±12.7%、12ヶ月で91.5±12.5%で180度/秒は6ヶ月で89.6±19.5%、9ヶ月で96.8±9.4%、12ヶ月で95.7±11.6%であった。すべての項目で有意な改善は認めなかったが改善傾向は確認できた。ATT患健差は6ヶ月で0.7±0.3mm、12ヶ月で0.4±0.6mmであり有意差がなかった。

【考察】筋力に関して若年者と比較し回復が遅延するといった報告はあるが、65歳以上でも各術後時期による改善傾向を認め、スポーツ復帰基準の一つである患健比85%以上は屈曲筋力のみ基準を満たすことができた。伸展筋力の不足に関しては年齢による影響が考えられるが、更なる検討が必要である。ATTは再損傷のカットオフ値として報告されている3mm以下であり、かつ時期による有意差を認めなかったため、脛骨前方移動量が増大することなくスポーツ復帰が可能であった。

【まとめ】高齢者のACL再建術後症例においてもある一定のスポーツ活動レベルまで改善する可能性が示唆された。

慢性透析患者の心臓血管外科手術後の透析管理とリハビリテーション：当院の実績

昭和大学保健医療学部¹⁾、昭和大学横浜市北部病院リハビリテーション室²⁾、
昭和大学江東豊洲病院リハビリテーション室³⁾
○磯邊 崇¹⁾、村重 美佳²⁾、保坂 亮^{1,3)}

▶Keyword：心臓血管外科手術、持続的血液濾過透析、術後リハビリテーション

【目的】

慢性透析患者の心臓血管外科手術では、術後早期の透析開始と循環動態の安定化が期待される持続的血液濾過透析（以下 CHDF）が選択されることがある。本研究の目的は、慢性透析患者の心臓血管外科手術後の透析管理とリハビリテーションの現状を明らかにすることである。特に、CHDFの管理状況と術後のリハビリテーション進行に着目した。

【方法】

2020年4月1日から2021年3月31日までに心臓血管外科手術後に開心術リハビリテーションパスを施行した慢性血液透析患者7例を対象とし、手術関連情報、術後透析管理状況、リハビリテーション進行状況と転帰を電子カルテから抽出した。統計学的解析には JMP ver.16(SAS Institute Inc. Cary, NC, USA)を使用した。測定値は中央値（四分位範囲）で示した。すべての解析において有意水準は5%未満とした。

【結果】

透析管理方法として、CHDF管理が6例（85.7%）、HD管理が1例（14.3%）、CHDF期間は3（3-4）日、バスカスカテテル抜去日は4（4-5）日であった。リハビリテーション進行状況は、端坐位開始日は5（5-5）日、立位開始日は5（5-9）日、歩行開始日は7（5-14）日、階段昇降開始日は21（10.5-39）日、リハビリテーションパス完遂日数は25（11-40.5）日であり、入院期間は48（34-69）日であった。すべての患者が自宅へ退院した。

【考察】

CHDFが主な透析管理法として選択されることで循環動態の安定化が期待されることが示唆された。CHDF症例では、バスキュラーアクセス抜去後から離床が開始され、端坐位開始日が遅れる傾向がみられた。その後の歩行開始までは順調であったが、リハビリテーションパスの完遂までには時間を要することが示唆された。

【まとめ】

CHDF症例ではバスキュラーアクセス抜去後からの離床開始となり、リハビリテーションの進行が遅延する傾向が示唆された。今後の研究では、症例数を拡大し、透析管理下でのリハビリテーションの頻度や内容などの要素を検討していく必要があると考える。

【倫理的配慮】

本研究を実施するに際し、昭和大学における人を対象とする研究等に関する倫理委員会の承認を得た（承認番号22-024-B）。

長期気管カニューレ留置により声門下に肉芽形成をきたし呼吸苦を生じた一例

川崎幸病院医療技術部リハビリテーション科
○古澤 佳奈、浅田 浩明

▶Keyword：気管カニューレ留置、肉芽形成、呼吸苦

【はじめに】

肉芽形成による声門下狭窄は気管内挿管や気管切開など気道管理の合併症として生じることが稀にある。今回、大動脈人工血管置換術後に肺炎を合併し気管切開による気道管理を要した患者において、気管カニューレ抜去後に肉芽形成による気道狭窄から呼吸苦を生じた症例を経験したので報告する。発表にあたり、患者の個人情報とプライバシーの保護に配慮し、本人より口頭にて同意を得た。

【症例】

80代女性。病前ADL自立。屋外T字杖歩行、要支援2で週1回ヘルパーと訪問リハビリ利用中であった。今回、背部痛により救急要請。急性大動脈解離Stanford Aと診断されX日医師により全弓部大動脈人工血管置換術施行された。これまでに気道管理を要する呼吸器疾患の既往はない。

【経過】

術後に肺炎を合併し人工呼吸器管理となり、X+24日に医師により気管切開術施行。X+39日に人工呼吸器離脱したが、左声帯麻痺に加え腹筋群弱化による咳嗽力低下のため自己喀痰能力獲得後X+63日に気管カニューレ抜去とした。抜去から数日後、労作時に呼吸苦および気道狭窄音を認めた。薬剤治療を試みたが改善なく、耳鼻科の診察で声門下の肉芽が気道狭窄の原因と診察された。X+73日、気道確保と呼吸苦改善目的に医師により肉芽切除術を施行した。その後気道狭窄音、呼吸苦が改善し自宅退院となった。

【考察】

気管カニューレ長期留置の合併症として、カニューレに沿って肉芽が形成されることが報告されている。本症例は自己喀痰獲得を気管カニューレ抜去の基準としてしたが、獲得判断が経験則に委ねられていたことで長期留置につながった可能性がある。客観的な指標をもとに評価し早期カニューレ抜去を進める必要があったと考える。また、初期症状においては労作時の換気拡大により気道狭窄症状が顕著となっており、運動療法を担当する理学療法士が認識する可能性が高い。長期気管カニューレ留置後には肉芽形成を生じうる可能性を認識し呼吸状態の観察することが必要であると考えられる。

【結語】

気管カニューレ長期留置により気道内に肉芽形成をきたし呼吸苦を生じた症例を経験した。人工呼吸器離脱から客観的な評価基準を元に可及的速やかに気管カニューレ抜去を目指し、抜去後も肉芽形成のリスクを認識した上で呼吸状態の観察の必要性を認識した。

心大血管疾患患者における吸気筋筋力と身体機能・栄養指標の関連性

昭和大学保健医療学部リハビリテーション学科¹⁾,
昭和大学藤が丘リハビリテーション病院リハビリテーションセンター²⁾,
昭和大学藤が丘リハビリテーション病院循環器内科³⁾, 昭和大学藤が丘病院循環器内科⁴⁾
○宮澤 僚^{1,2)}, 相本 賢二²⁾, 井上 真聡²⁾, 藤井紗耶香²⁾, 加藤 宏武²⁾, 南雲さくら³⁾, 磯 良崇⁴⁾,
齊藤 哲也²⁾

▶Keyword: 吸気筋筋力、心大血管、SPPB

【背景】心疾患患者は、骨格筋機能障害により運動機能低下を認める。同時に呼吸筋にも同様に機能障害が生じることが知られている。回復期リハビリテーション病院に入院した長期入院を必要とする高齢心疾患患者においては、吸気筋筋力と身体機能および栄養状態に関して明らかではない。

【目的】本研究の目的は、回復期リハビリテーション病院に入院した高齢心疾患患者の吸気筋筋力と身体機能および栄養状態の関連性を検討することである。

【方法】2022年9月～2023年8月の期間で当院にリハビリテーションを目的に入院した心大血管疾患患者46名を対象として、入院時の吸気筋筋力 (P_{Imax}, %P_{Imax}) および運動機能 (SPPB、握力)、栄養状態を評価した。吸気筋筋力の中央値で高値群と低値群に分けて、運動機能および栄養状態を比較した。統計解析は、2群間の比較を対応のないt検定を用いて行った。また、吸気筋筋力と各項目の相関係数をピアソンの相関係数を用いて検討した。統計学的処理はJMP Pro ver.16 (SAS Institute, Cary, NC, USA) を用い、統計学的水準は95%とした。なお、本研究は当院の倫理審査委員会の承認を得て実施した。本研究は『2022年度 神奈川県理学療法士会研究助成』を受けて実施した。

【結果】患者背景は、年齢: 77.1±14.7歳、男性: 65.2%であった。リハ病名は、心筋梗塞8例、慢性心不全30例、開心術後6例、その他2例であった。入院時のP_{Imax}は45.4±26.4cmH₂O、%P_{Imax}は72.9±33.3%でした。SPPBは7.6±3.8点、握力は22.7±8.9kg、BMI値29.7±26.9 [kg/m²]、Alb値3.5±0.5 [g/dl]、Cre値1.1±0.6 [mg/dl]、Hb値12.1±1.9 [g/dl]、BNP値295.7±268.9 [pg/ml]、GNRI 91.8±11.0であった。高値群は、低値群と比較して、年齢、入院時の体重、入院時の握力、SPPB、Hb、GNRIにおいて有意に高値であった(p<0.05)。%P_{Imax}とSPPBは、強い相関関係を認めた (r=0.89, p<0.05)

【考察】吸気筋筋力は、身体パフォーマンス機能と強く関連し、特に先行研究と同様に骨格筋機能と関連を認めた。

また、栄養状態や他の身体機能においても弱い関連を認めている。身体機能および骨格筋機能を維持する上で、栄養状態の維持は重要である。栄養状態の悪化は、骨格筋機能および吸気筋筋力の低下につながる事が想定される。

【結語】回復期リハビリテーション病院に入院した心大血管疾患患者においては、吸気筋筋力と身体機能および栄養状態は強く関連している。

人工呼吸器管理患者に対する13カ月のリハビリテーションの結果、日中呼吸器離脱し自宅退院に至った一症例

川崎協同病院リハビリテーション科¹⁾, 川崎協同病院看護部²⁾
○高橋 碧¹⁾, 山形 晴香¹⁾, 大迫 秀輔¹⁾, 木島 幸江²⁾, 水落 和也¹⁾

▶Keyword: 人工呼吸管理、長期リハビリテーション、自宅退院

【はじめに】心不全、急性呼吸不全で人工呼吸器管理となり、重症疾患筋障害にて全身の筋萎縮が進行し臥床が続いた症例に対し長期リハビリテーション(以下リハと略)を行い、日中の人工呼吸器離脱、ベッド周囲のセルフケア自立を再獲得し自宅退院に至った症例を経験したので報告する。

【説明と同意】学会報告に関し説明し同意を得た。

【症例紹介】50歳代女性。夫と二人暮らし。身長152cm、体重30Kg、BMI12.9。X年Y-2月貧血・心不全の診断で他院入院。呼吸障害に対し非侵襲的陽圧換気療法開始。Y月当院転入院。呼吸障害・四肢筋力低下に対しリハ開始。Y+1月CO₂ナルコーシスとなり経口挿管。心肺停止蘇生後、急性呼吸窮迫症候群を併発し気管切開施行。間欠的陽圧換気に変更。Y+3~5月ウィーニング試みるも困難。Y+5月夫の急逝にて心理的落ち込み。Y+6月COVID-19感染にてリハ介入中断。Y+7月リハ介入再開。【リハ再開時(Y+7月)評価】認知機能良好。スピーチカニューレ使用し発声可能。換気SIMVモード。人工鼻でのウィーニングは30分程度実施。S_rO₂や呼吸数、血行動態安定しているが呼吸苦の訴えあり。常食摂取可能。下肢MMT2レベル、右膝関節伸展-20°、右足関節背屈-20°、左足関節背屈-10°。Functional Independence Measure (以下FIMと略)は59点 (mFIM27点、cFIM32点)。

【リハ経過】医療ソーシャルワーカーに社会的背景と利用可能な社会資源を確認し日中呼吸器離脱、トイレ動作自立となれば自宅退院可能となることを本人・多職種と共有。呼吸理学療法に加えトイレ誘導を中心に多職種で病棟での活動性を高めた。Y+10月車いす移乗自立し数時間の離脱・離床が可能となる。Y+11月トイレ動作、車いす自走自立。FIM95点 (mFIM61点、cFIM34点)に改善。離床時間延長に伴い日中の呼吸器離脱。喀痰自己吸引獲得し、Y+13月妹と同居し自宅退院となった。

【考察】長期人工呼吸器からの離脱についていくつかの理学療法の症例報告があるが離脱後は転院する例が多く単一医療機関で長期入院から自宅退院に至った報告は少ない。今回、人工呼吸器患者に対し自宅退院に向け理学療法士が患者・多職種の合意を得ながら離床を進めたことが日中呼吸器離脱に成功し自宅退院に至る一助になったと考える。

高齢男性心疾患患者における骨格筋量と酸素摂取量の関連について— 一体組成計と心肺運動負荷試験の関係から—

湘南東部総合病院リハビリテーション科

○石川 秀太, 坪山 洋之, 奈良 瞳, 尾崎 由唯, 吉川 洸貴, 吉田 愛子, 森谷 美鈴

▶Keyword : CPX, VO₂, SMI

【はじめに】心疾患患者に対する運動処方、心肺運動負荷試験 (cardiopulmonary exercise testing : CPX) の結果に基づいて行うことが、「心血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドライン」で推奨されている。但し、CPX は運動処方でも有効であるが、高齢者はトレッドミル上での転倒やエルゴメーターが上手く漕げないなどの問題点が考えられた。

【目的】先行研究において、骨格筋量の減少など身体組成の変化は、運動耐容能の指標である最大酸素摂取量 (Peak VO₂) と関連することや、健常高齢者において筋量の低下は、呼吸機能の減少と関係があることが報告されている。そこで本研究は、高齢心疾患患者において、簡便な指標として使用できる体組成計を用いて、骨格筋量と CPX で測定した VO₂ の関連について検討した。

【対象】2019年1月から2022年11月の間に、当院に入院された心疾患患者であり、CPXを実施し、且つ体組成計 (MC-780A) により筋肉量の測定が行われた高齢男性 (年齢 80.3±4.2 歳) 25 名とした。倫理的配慮として、湘南東部総合病院倫理委員会の承認を得た (承認番号 : 20230224-002)。

【方法】研究デザインは、後方視的観察研究とした。体組成計で測定された筋量から四肢骨格筋肉量 (Skeletal Muscle mass Index : SMI) を算出し、呼気ガス分析装置 (AE310S) により計測された数値との相関関係を明らかにするために、Pearson と Spearman の相関係数を算出した。また、SMI 維持群 (≥7.0kg/m²) と低下群 (<7.0kg/m²) で分け基本属性と VO₂ を比較するために、対応の無い t 検定を行った。

【結果】対象者の SMI は 7.48±0.95kg/m² であり、SMI と Rest VO₂ (r=.531)、AT VO₂ (r=.452)、Peak VO₂ (r=.543)、Peak VO₂/HR (r=.497) の間に有意な正の相関を認めた。また、SMI 維持群と低下群において、Rest VO₂ (p=.005)、AT VO₂ (p=.028)、Peak VO₂ (p=.007)、Peak VO₂/HR (p=.004) に有意差がみられた。

【考察】VO₂ は、心ポンプ機能、エネルギー代謝量、運動耐容能などの指標であり、Peak VO₂ は、筋活動を含めた個人の最大運動能力を示す指標である。VO₂/HR は、1 回心拍出量の指標であり、Peak VO₂/HR は、最大運動負荷時の心ポンプ機能を推定できる。これらのことから、高齢男性心疾患患者においても SMI が多ければ VO₂ も多く、SMI を増加させることは、運動時の 1 回心拍出量の増加につながり、心肺機能を補完し運動耐容能の向上へとつながることが示唆された。

重度脳性麻痺患者に対して長期的な理学療法により粗大運動能力評価尺度が改善した一症例

えびなファミリークリニックソラーレ

○黒須 香琳, 廣江 圭史, 山下 愛茜

▶Keyword : 脳性麻痺、粗大運動、長期介入

【はじめに】小児リハビリ分野において、重症度が高い脳性麻痺児のリハビリ報告は少ない。また、根拠に基づきリハビリの介入は様々な背景因子があり治療効果の判断が難しいと言われている。

今回 1 年間、週 1 回のリハビリを継続し、粗大運動能力評価尺度 (以下 GMFM) の改善を得た症例を担当したので報告する。

【説明と同意】ヘルシンキ宣言に基づき、患者家族に口頭で説明し、書面にて同意を得た。

【症例紹介】8 歳、女兒。診断名は脳性麻痺痙直型四肢麻痺。粗大運動能力分類システム (以下 GMFCS) IV、視力低下、聴力良好。初回介入時 GMFM14 点、上肢 MAS3、非対称性緊張性頸反射 (以下 ATNR) 消失、対称性緊張性頸反射 (以下 STNR) 残存。定頸は可能。座位保持は頸部・体幹の立ち直り反応なく右体幹傾斜し後方へ倒れていた。自発的な動きは口元に右手を持っていく動きがみられた。

【方法】X 年 Y 月から 1 年間に外来リハビリを週 1 回計 38 回実施した。体幹機能の賦活、上肢の筋緊張を軽減し動作での使用を促すことを目的に床上動作中心に介入した。

【結果】1 年間の外来リハビリを継続することで、GMFM の臥位と寝返り領域は 7 点から 23 点へ改善。座位領域は 7 点から 18 点へ改善。四つ這いと膝立ち領域では 0 点から 4 点へと改善した。総合点は 14 点から 45 点と改善がみられた。上肢 MAS は 3 から 2 に改善し自分の足、床や椅子を触る動きがみられるようになった。GMFCSIV、STNR 残存で変化はみられなかった。

【考察】脳性麻痺児の運動発達について GMFM で評価したところ、Rosenbaum の報告では、重症度別の発達曲線を描くことが可能であり、7 歳頃にはプラトーになると言われている。本症例は、プラトーになる年齢を超えても変化がみられた。床上動作を中心に行い、上肢・体幹機能が賦活され寝返り、座位保持能力が向上し点数の増加がみられた。四つ這い位や膝立ち位で訓練をする際、上肢を使用し姿勢保持を行うことで体幹機能が向上し座位保持能力が向上した。MAS3 から 2 に改善し上肢での探索が増えたことで、手指や手掌からの感覚入力が増え網様体賦活系を刺激し、大脳皮質への入力増加も自発的な動きを促すことにつながったと考えられる。

【まとめ】重症度が高い脳性麻痺児に理学療法を継続することで、粗大運動を促し姿勢動作に改善がみられた。

脳性麻痺患者の車椅子作製において Posture and Postural Ability Scale とカナダ作業遂行測定を用いた一例

相模原療育園¹⁾, 福島県立医科大学²⁾

○木村 優希¹⁾, 深澤 宏昭¹⁾, 三谷 真由¹⁾, 樋口 滋¹⁾, 楠本 泰士²⁾

▶Keyword: 脳性麻痺、Posture and Postural Ability Scale、カナダ作業遂行測定

【はじめに】

これまで脳性麻痺患者の車椅子の作製において、姿勢を定量的に評価した報告は少ない。姿勢の定量的評価には Posture and Postural Ability Scale (PPAS) があり、姿勢能力 (どのような運動が可能か; レベル 1~7) と、姿勢の質 (頭部や体幹、四肢の位置関係等; 0~6 点) を評価する。姿勢の質は前額面および矢状面から観察を行い、各項目に関して「対称または正中位」の場合は 1 点、「非対称または正中から逸脱」の場合 0 点と採点し、各最大 6 点となる。また、リハビリテーションにおける目標設定のツールにはカナダ作業遂行測定 (COPM) があり、作業に対する対象者の満足度や遂行度の評価を行う。今回、車椅子作製において PPAS と COPM を用いた一例を報告する。

【症例紹介】

症例は 20 代女性。診断名は脳性麻痺でジスキネティック型に相当し、粗大運動能力分類システム (GMFCS) はレベル V。座位における PPAS「姿勢能力」はレベル 2 (姿勢保持に介助が必要) で、軽度左凸の脊柱側弯により背臥位と座位で体幹は右側屈位になりやすい。今回、PPAS「姿勢の質」の項目を用いて、従来の車椅子と新たに作製した車椅子 (サンライズメディカル社製) 上での座位姿勢を比較した。また、車椅子作製における本人・家族のニーズを聴取し、COPM を用いて遂行度と満足度をそれぞれ家族より聴取した。

【経過】

車椅子上の座位における「姿勢の質」のスコア (6 点満点) は従来、新規の順に、前額面: 0→2 (点)、矢状面: 1→1 (点) であった。前額面では「体幹」と「骨盤」の 2 項目に変化が見られ、矢状面では変化はなかった。また、COPM は「自宅内での移動がしやすい」が満足度 6→9、遂行度 3→10 に変化した。その他、「食事時にむせにくくなった」「リラックスしやすくなった」、「腰背部の疼痛の訴えが減った」等の声が聞かれた。

【考察】

歩行が困難な脳性麻痺患者では姿勢の非対称性を認め、姿勢や重力の影響で経年的に脊柱側弯などの変形が進行することが報告されている。そのため、変形予防の観点では、姿勢を評価し車椅子等でより対称的な姿勢をサポートすることが重要と考える。また、車椅子の作製にあたりニーズを明確にするという点で、COPM の使用は有用であったと思われる。

【倫理的配慮】

代諾者に症例報告の趣旨および倫理的配慮について説明し、書面にて同意を得た。

2 度の訪問指導を活用し在宅復帰を果たした症例

クローバーホスピタルリハビリテーション部

○長谷川真衣, 宮川 浩平, 坂部 尚子

▶Keyword: 訪問指導、在宅復帰、多職種協働

【はじめに】介護老人保健施設では、在宅復帰に向けた取り組みとして、入退所時の訪問指導が活用されている。また早期の訪問指導は、在宅復帰に向けた具体的なプログラム作成や利用者の目標意識向上に有用であると言われている。今回 2 度の訪問指導を行い、環境面、多職種協働、本人の意欲に焦点を当て介入した結果、元々住んでいたサービス付き高齢者向け住宅 (以下、サ高住) へ在宅復帰したため報告する。

【症例紹介】80 歳代男性。X 年 Y 月 Z 日に自室内歩行中に転倒し、右鎖骨骨折と左下腿挫創を重傷。地域包括ケア病棟でのリハビリを経て、Z+55 日当介護老人保健施設へ入所。入所時トイレ動作は中等度介助、移乗動作は見守り、移動は普通型車いす自走自立であった。元々の生活様式に対するこだわりが強く聞かれた。

【経過】Z+62 日に 1 度目の訪問指導を実施。家族、担当セラピスト、相談員で家屋環境の確認と受傷前生活の課題を把握した。居室の間取りから、目標を 6 輪型車いす自走・トイレ動作自立とし、本人と共有した。Z+102 日に 2 度目の訪問指導を実施。本人も同行し、居室内の 6 輪型車いす自走とトイレ動作は可能であったが、トイレ移乗の際に介助を要した。退所後の生活設定と必要なサービスを本人・家族を含む多職種で協議し、決定した。退所に向け、本人と自室トイレ環境で移乗動作が安全に行えることを目標として共有し、残りの入所期間も継続して意欲的にリハビリに取り組むことができ、Z+112 日サ高住へ退所した。

【考察】1 度目の訪問指導で、住環境や受傷前生活と身体機能の変化を踏まえた課題を把握したことで、本人と移動・トイレ動作の自立を目標として共有することができた。また 6 輪型車いすを早期から導入でき、移動の自立を達成した。2 度目の訪問指導では、トイレ内移乗動作に課題が残ることを、本人・多職種と共有できたことで、残りの入所期間において集中的な介入とサービス調整ができ、住み慣れたサ高住へ退所することができたことと考える。

【おわりに】2 度の訪問指導により、本人・家族を含む多職種協働ができ、本人と目標共有をすることで、意欲を維持できた。これにより、安全な移動手段を獲得し在宅復帰を果たした。今後も訪問指導を活用し、生活上の課題の把握や具体的な目標設定を行い、円滑な在宅復帰を支援していきたい。

地域との交流維持・再獲得を目指し通所リハビリテーションの卒業に至った2症例～本人の想いに寄り添って～

クローバーホスピタルリハビリテーション部

○加納 慎也, 坂部 尚子, 土居 忍

▶Keyword：合意目標、想いと生活に寄り添う、地域社会との交流

【はじめに】施設利用継続がゴールとなりやすい生活期において、地域社会との交流維持・再獲得を目標にリハビリテーション（以下、リハ）を行った結果、当施設卒業に至ったので報告・紹介する。

【事例紹介】事例1：80代、女性。心臓弁膜症。ADLは自立、屋内外移動は独歩で可能。年齢を重ねるごとに歩行が不安定となり、地域の交流を継続するため体力の維持と歩容の改善を目標に利用開始となった。

事例2：70代、男性。上行結腸癌・糖尿病。ADLは自立しており移動時は杖を使用。杖歩行からの脱却と自宅役割であった買い物再開のため歩容の改善と体力の向上を目標に利用開始となった。

【経過】両事例とも最初に本人の希望を聴取し想いに寄り添う形で実現可能な合意目標を提示し共有した。当施設では歩容の修正指導、基礎筋力の改善、身体活動量の確保を目標に個別リハや集団リハに参加。個別リハでは運動指導後にフィードバックを実施。正のフィードバックに焦点をあて伝えることでリハの効果を認識させ身体機能向上に合わせてメニューを更新した。自主トレーニングは活動量や基礎筋力向上を目的としたメニューを提供。正しいフォームで行えているか個別リハの際に確認した。利用終了時には、事例1は歩容改善に伴い不安感が解消。より運動に特化した通所施設を利用するため当施設の卒業となった。また事例2は、独歩を達成し自宅役割を再獲得。利用日以外は体育館で運動をされており運動機会は十分にあると判断。本人の希望もあり当施設の卒業となった。

【結果】両事例とも認知機能に問題はなく身体機能改善の意欲が高かった。今回、目標達成のため自宅での基礎体力や筋力を改善する自主トレーニングの提供と当施設での歩容・姿勢改善を目的とした訓練の二本立てを実施し運動時間と量を確保した。想いに寄り添えるよう合意目標を提示したことでセラピストと利用者との間で同じ目標に向かうことができ、さらに達成点も伝えることでトレーニング効果が自覚でき、より高い目標へ繋がる結果となった。

【考察】施設を卒業し地域社会との交流維持または再獲得するには、相手の想いに寄り添い実現可能な合意目標を立てることで共通の目標に向い、運動意欲を維持させていくことが重要と考える。

救命救急センター内での早期離床・リハビリテーション初年度活動報告～令和4年度診療報酬改定を受け～

日本医科大学武蔵小杉病院¹⁾、同救命救急科²⁾

○大橋 豊¹⁾、中村 康一¹⁾、井上 潤一²⁾

▶Keyword：早期離床・リハビリテーション、早期リハ、救命救急

【はじめに】早期離床・リハビリテーション（早期リハ）は在院日数やせん妄等に対する様々な効果の報告がされており、令和4年度診療報酬改定で特定集中治療室に加え救命救急センター（CCM）でも早期リハが算定可能となった。日本医科大学武蔵小杉病院（当院）では令和4年度5月よりCCMでの早期リハを開始、初年度活動内容を報告する。

【倫理的背景】個人情報に該当する項目なし。

【参加者】専任理学療法士（PT）1名と医師、看護師（Ns）でチームとして実施。専任休暇時は他の療法士が専任としてカンファレンス（CF）含め業務を代行する。

【方法】当院CCM内10床で実施。入室48時間以内に指示書、計画書を作成し介入。安静度を5段階に分け、毎朝、医師主催のCCM入院患者のCFに参加、参加者にはPT、Ns、薬剤師、栄養士、患者支援センターも含まれ包括的な意見交換が行われ、安静度と早期リハの方向性を決定。内容は全身状態、治療経過に応じ随時変更と計画書の再作成を行う。

【結果】患者延べ人数81±27.58人/月。診療報酬40500±13792.44点/月。

【活動の内容・成果】開始当初から他部門の十分な協力を得られたが入室後48時間以内に指示、計画、実施という流れの浸透に時間的な行き違いが見られた。対策は算定要件の説明と資料配布の実施で対応、当院スタッフの早期リハの意識は高く、相互確認により行き違いは改善した。状態が不安定な入室48時間以内に開始される早期リハは、多数の医療機器や生命維持装置を装着した状態で開始が多く、救命救急センターは特定集中治療室と比較しより重症例が多い傾向にある。早期リハのPTの立ち位置は、専門的なコンディショニングや離床、筋力強化、立位歩行などの手段の見極めや提供であり、Nsと連携し離床をすることで患者の全身状態管理、様々な医療機器やライン類の安全管理など相互間に好影響が得られ、日曜祝日などはNsに依頼し切れ目なく早期リハが実施出来た。CCMの特性上、緊急手術を要する重症患者、多臓器不全患者、多発外傷等様々な重症例が対象となり、早期リハ対象外となる入室14日超の症例に関してはCFで医師に依頼することにより疾患別リハビリテーションへ切り替えが円滑となった。

【今後の展望】2年目となる現在、件数増加傾向のため勉強会を実施し連携を深めた。今後は更なる質の高い医療サービスを提供できるよう日々努力と研鑽する所存である。

チームリーダーとしての取り組み～介助量が多い患者の家族に対して退院先の決定と安全な自宅退院に向けて～

新横浜リハビリテーション病院

○小川 政治

▶Keyword：チーム医療、チームリーダー、コロナ禍

【はじめに】新横浜リハビリテーション病院では、チーム医療を行っている。そして、チーム内の看護師またはリハビリスタッフがチームリーダーと称され、カンファレンスや退院計画が円滑に行われるように調整している。今回、コロナ禍の為に面会制限などの感染予防対策をせざるを得ないなかで、退院先を迷っていた家族に対してチームリーダーとして関わり、約5ヶ月間という長い入院期間ではあったが、患者も家族も笑顔で自宅退院された為、以下に報告する。なお、本報告はヘルシキ宣言を遵守し、本症例・その家族に説明と同意を得ている。

【事例紹介】診断名：脳梗塞、心房細動、心不全、高血圧、大動脈弁狭窄症、性別：女性、年齢：70歳代、BMI：33.1、介護度：要介護5、既往歴：関節リウマチ、現病歴：X日 肺炎でA病院入院、X+1日 右内頸動脈閉鎖に伴う右中大脳動脈領域の梗塞を発症、X+37日 リハビリ継続目的で当院入院（FIM：26点）、約5ヶ月後 当院退院（FIM：31点）

【チームリーダーとしての取り組み】

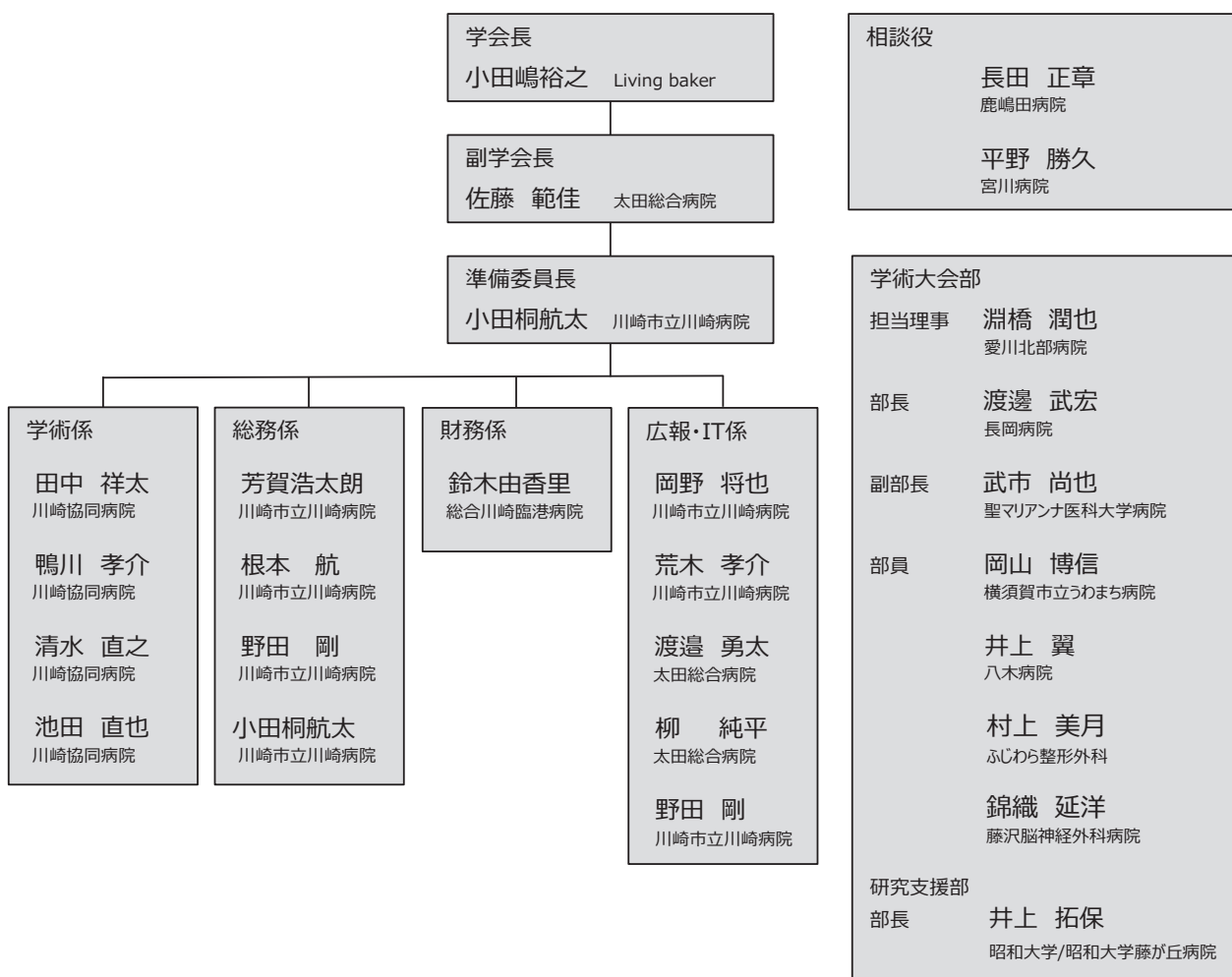
- ①動画をを用いた現状説明に向けて、家族との日程調整や他職種の説明内容の確認と調整、撮影動画の厳選などを行ったことで、家族の希望日時に多職種で効率よく、現状の介助量を動画と口頭で説明できた。
- ②家屋環境提案書と介助方法指導書などを作成したことで、安全な自宅退院に必要な物品や介助方法を非接触方法、且つ記録物として家族に提案できた。
- ③家族指導に向けて、家族との日程調整や他職種の指導内容の確認と調整などを行ったことで、自宅退院に必要・最低限の介助方法を家族に指導できた。
- ④宿泊体験に向けて、病棟看護師長や院内感染対策チームへの実施相談や家族との日程調整、当日夜勤看護師に体験内容を伝達・依頼したことで、患者も家族も笑顔で自宅退院できた。

【結果】 当院入院約5ヶ月で自宅退院

【まとめ】当院ではチームリーダーとして患者や家族に関わることは、今回のように多くの業務を担うことがある。しかし、多職種の考えを聞くことができ、また多くの意見を集約する必要がある為、個人のスキルアップに繋がると再実感した。

【最後に】今回、家族の退院先決定までに多くの時間を要してしまった。先行文献を考慮すると、対面での介入機会を、もっと早くから実施すべきであったと反省が残る。

第40回 神奈川県理学療法士学会 学会組織図



後援御芳名

神奈川県
川崎市
公益社団法人神奈川県医師会
公益社団法人神奈川県病院協会
社会福祉法人神奈川県社会福祉協議会
神奈川県医療専門職連合会