

第33回
長崎県理学療法学会大会

DIVERSITY

～社会変化の中での理学療法～

抄録集

会 期 2023年9月2日(土)・3日(日)
会 場 アルカスSASEBO (長崎県佐世保市三浦町23)
ハイブリッド (現地+オンライン) 開催
大 会 長 古田 弘二 (佐世保市総合医療センター)



公益社団法人
長崎県理学療法士協会

令和5年 月 日

施設長・病院長 様

第33回長崎県理学療法学会

大会長 古田弘二

(公印略)

第33回長崎県理学療法学会

出張許可について(お願い)

謹啓

貴台におかれましては益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。平素より長崎県理学療法士協会の活動に格別のご理解とご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、この度、下記のとおり第33回長崎県理学療法学会を開催する運びとなりました。

つきましては、貴施設所属の理学療法士 _____ 氏の学会大会出張に際し、格別のご配慮を賜りますよう、謹んでお願い申し上げます。

謹白

記

テ ー マ : DIVERSITY～社会変化の中での理学療法～
会 期 : 令和5年9月2日(土)・3日(日)
会 場 : アルカス SASEBO
開 催 形 式 : ハイブリッド形式
内 容 : 基調講演・県民公開講座・教育セミナー
一般演題(口述発表)

大会事務局

医療法人 雄人会 三川内病院

リハビリテーション科 山口祐司

〒859-3151 長崎県佐世保市三川内本町 290

TEL : 0956-30-8011 FAX : 0956-30-7810

E-mail : 33st.npta.jimukyoku@gmail.com



「DIVERSITY

～社会変化の中での理学療法～」

大会長 古田 弘二

佐世保市総合医療センター

謹啓

時下皆様におかれましては、ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

さて、今回第 33 回長崎県理学療法学術大会を佐世保市において、令和 5 年 9 月 2 日（土）3 日（日）の日程で行います。対面・現地開催を基本とし、Web オンライン形式の利点を取り入れたハイブリッド形式としました。

理学療法士及び作業療法士法が制定され、半世紀を超え一般的にも理学療法士の一定の認知度も高まり、さらなる理学療法の発展が期待されております。理学療法の目的は、ICF の概念において生活機能評価だけではなく、環境因子や個人因子を鑑み「あたりまえ」の生活がおくれ、自立を手助けすることと考えております。また、理学療法士は社会情勢に目を向け、社会に何を貢献できるか考えていかなければなりません。

今回の学術大会のテーマは、「DIVERSITY～社会変化の中での理学療法～」としました。近年、医療に対してその価値の多様性が取り上げられるようになってきています。evidence based medicine(EBM)はアウトカムを意識していますが、そこから患者の利益、有益さは何なのかを考えていかなければなりません。

チーム医療において、そこに関わる人は多様な存在であり、それぞれの価値の多様性を尊重していかなければならないと考えます。理学療法士と患者の関係においては、デジタル要素よりアナログ要素が大きいのではないのでしょうか。デジタル及びアナログ要素を理学療法士としてチーム医療に生かしていかなければならないと考えております。

また、理学療法士の性別や年齢、地域や社会環境などの多様性、また子育て、介護など理学療法士の取り巻く環境も多様であり、「DIVERSITY」を共に考えていく機会になればと考えております。

本学術大会では大会基調講演、教育セミナー、県民公開講座を企画し、口述形式の演題発表を行います。スタッフ一同一丸となり、より良い学術大会となるようがんばっておりますので、ぜひ皆様の一人でも多くのご参加をお願い申し上げます。

謹白



「ご挨拶」

公益社団法人 長崎県理学療法士協会

会長 大山 盛樹

「第 33 回長崎県理学療法学会」の開会にあたり、ご挨拶を申し上げます。

本学会は長崎県民の皆様の保健・医療・福祉はもとより、健康そして介護等々の向上に寄与すべく、会員ならびにリハビリテーションの専門職たる理学療法士、作業療法士、言語聴覚士や関係する職種の学術高揚を目的に、それまでの「学会」の呼称を改め、平成元年より、「学会」を呼称に開催いたしております。

世界の生活様式を一変し、今もじわりじわりと潜むようなコロナ禍により、一昨年はフルオンライン形式の九州理学療法士学会に挑むために休会し、昨年の第 32 回大会もフルオンライン形式の経験であったこともあり、今大会が働く環境をも意識した WEB 配信も行いますが、久方ぶりに皆様方と対面にて開催出来ますことを、大変心嬉しく感じるとともに、県内外よりご参会の皆様、心より感謝申し上げます。

さて、先般の 6 月 16 日に政府の方針である「経済財政運営と改革の基本方針 2023 (骨太の方針)」が閣議決定され、「健康寿命を延伸し、高齢者の労働参加を拡大するためにも、健康づくり・予防・重症化予防を強化し、デジタル技術を活用したヘルスケアイノベーションの推進やデジタルヘルスを含めた医療分野のスタートアップへの伴走支援などの環境整備に取り組むとともに (中略) リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進を図る。」といった文が明記されました。

昨年の 2022 年度に引き続き、政府の基本方針「骨太の方針」に私たち理学療法士に直接的に関する「リハビリテーション」という単語が記載され、多職種連携を推進することが明文化されたことは国民からの期待が更に込められていることと推察いたします。

また、これから進む少子高齢化と人口減少により起こる社会変化は医療・介護分野にとどまらず、経済構造から全般的な社会構造にも至ることは周知のことでもあります。そのような社会構造においても、我々も専門性を駆使して、住み慣れた場所が住みやすい場所になるように、地域包括ケアシステムの充実から共生社会の形成、誰一人たりとも残さない包摂社会の実現に向けて、先の骨太の方針で挙げた国民や県民の健康、予防、重症化予防をはじめ、高齢者の労働参加やヘルスケア DX 分野等々においても参画することが望まれています。

常にクリエイティブな発想を持って、医療・介護以外の専門職分野とも連携・推進を図らなくてはならないと切に感じる次第です。

第 33 回長崎県理学療法学会

今年度の第 33 回大会は「古田弘二」大会長（佐世保市総合医療センター）ならびに「持永至人」準備委員長（増田整形外科）のもと、「DIVERSITY－社会変化の中の理学療法－」をテーマに講演やセミナー等が企画され、各分野より 39 演題の口述発表が行われます。

テーマの DIVERSITY は日本語で「多様性」と直訳され、個人や集団の間に存在している表層的・深層的な様々な違いといった捉え方がなされます。そこに、リハビリテーションの機能的、能力的、社会的な側面からの考えを加われば、我々理学療法士には数えきれないほど多くの多様性への対応が求められます。

大会長のご挨拶の中に、「evidence based medicine (EBM)」はアウトカムを意識していますが、そこから患者の利益、有益さは何なのかを考えていかなければなりません。」というお言葉があります。私も同じような気持ちを持つとともに、今回のテーマや企画を拝察するにあたり、対象とする方々やその関係者の方々の自身の体験や生活の軌跡などを理解して治療やマネジメントを行う「narrative based medicine (NBM)」を再び思い起こした次第です。

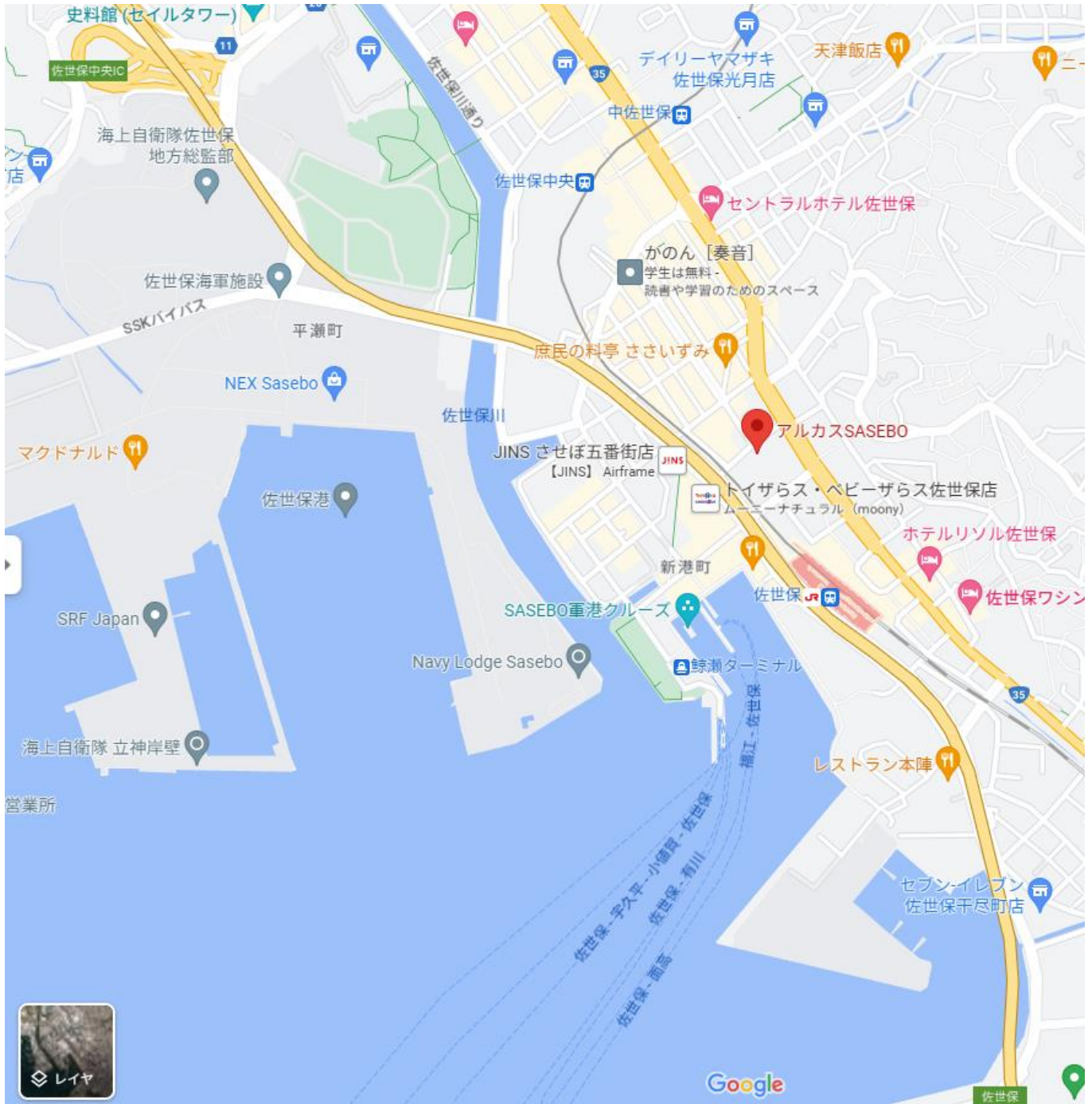
多様性を捉えた臨床ならびに展開を行うにあたって、対話と良好なコミュニケーションを保つことは、多くの多様性を理解する一助なのかもしれません。

それぞれの DIVERSITY (≡多様性) の中に我々の有する理学療法の真髄が存在する社会構造であって欲しいと願っています。

結びに、「長崎県理学療法学会」の開催にあたり、格別の御支援と御協力を賜りました関係の皆様から感謝を申し上げますとともに、参加される皆様の一層の御活躍・御発展を祈念申し上げます、主催者の挨拶といたします。

会場へのアクセス

交通アクセス



福岡 — 約100分 —> 佐世保駅
長崎 — 約90分 —> 佐世保駅

JR利用



福岡 — 高速バス約100分 —> 佐世保バスセンター
長崎 — 乗合タクシー約60分 —> 佐世保駅前
 路線バス約90分 —> 佐世保バスセンター

※佐世保駅・させぼバスセンターから徒歩3分



福岡 — 約120分 —> 佐世保バスセンター
長崎 — 約90分 —> 佐世保バスセンター

バス利用



西九州自動車道佐世保みなとI.C.から約5分

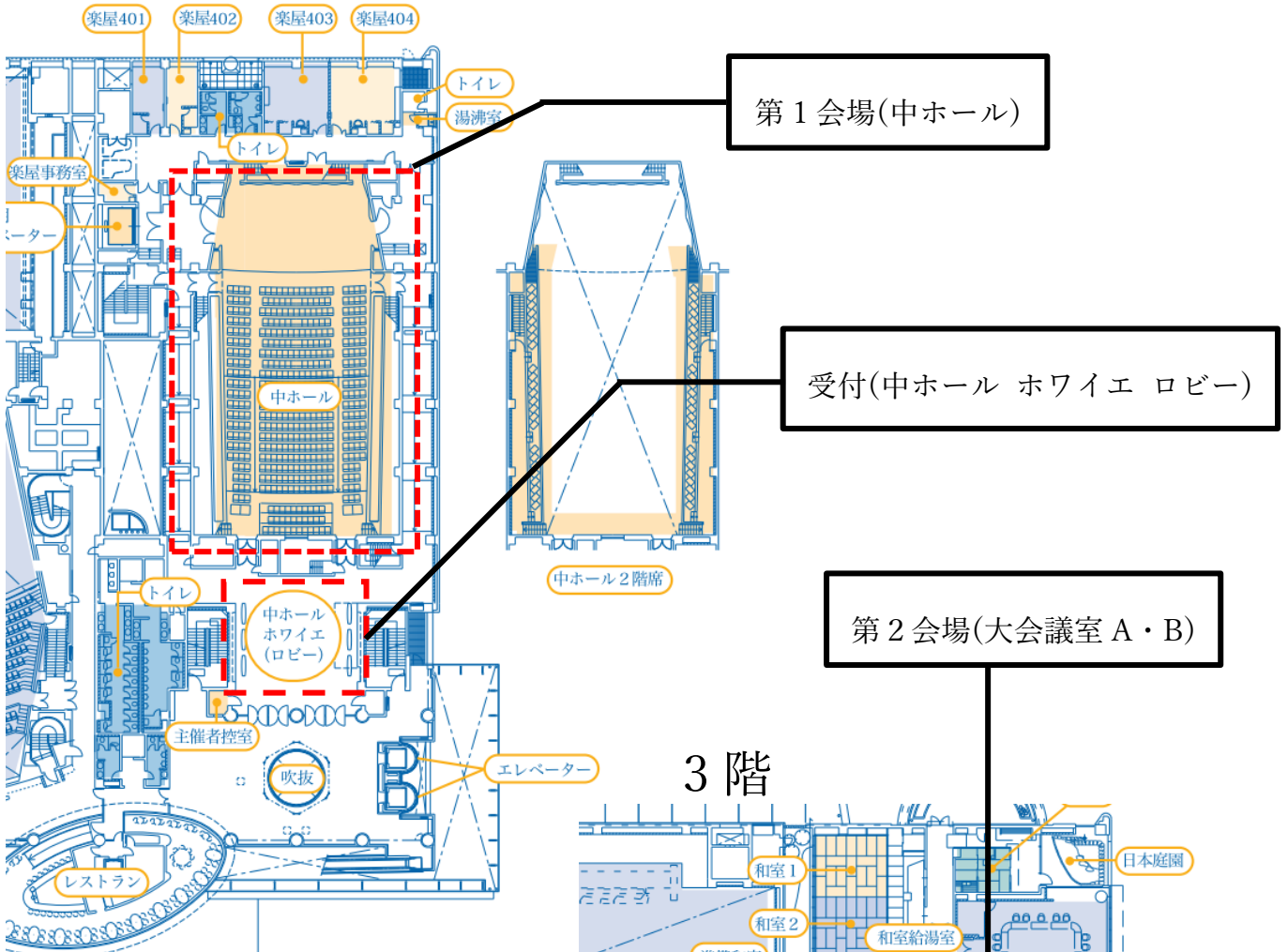
車利用

駐車場案内

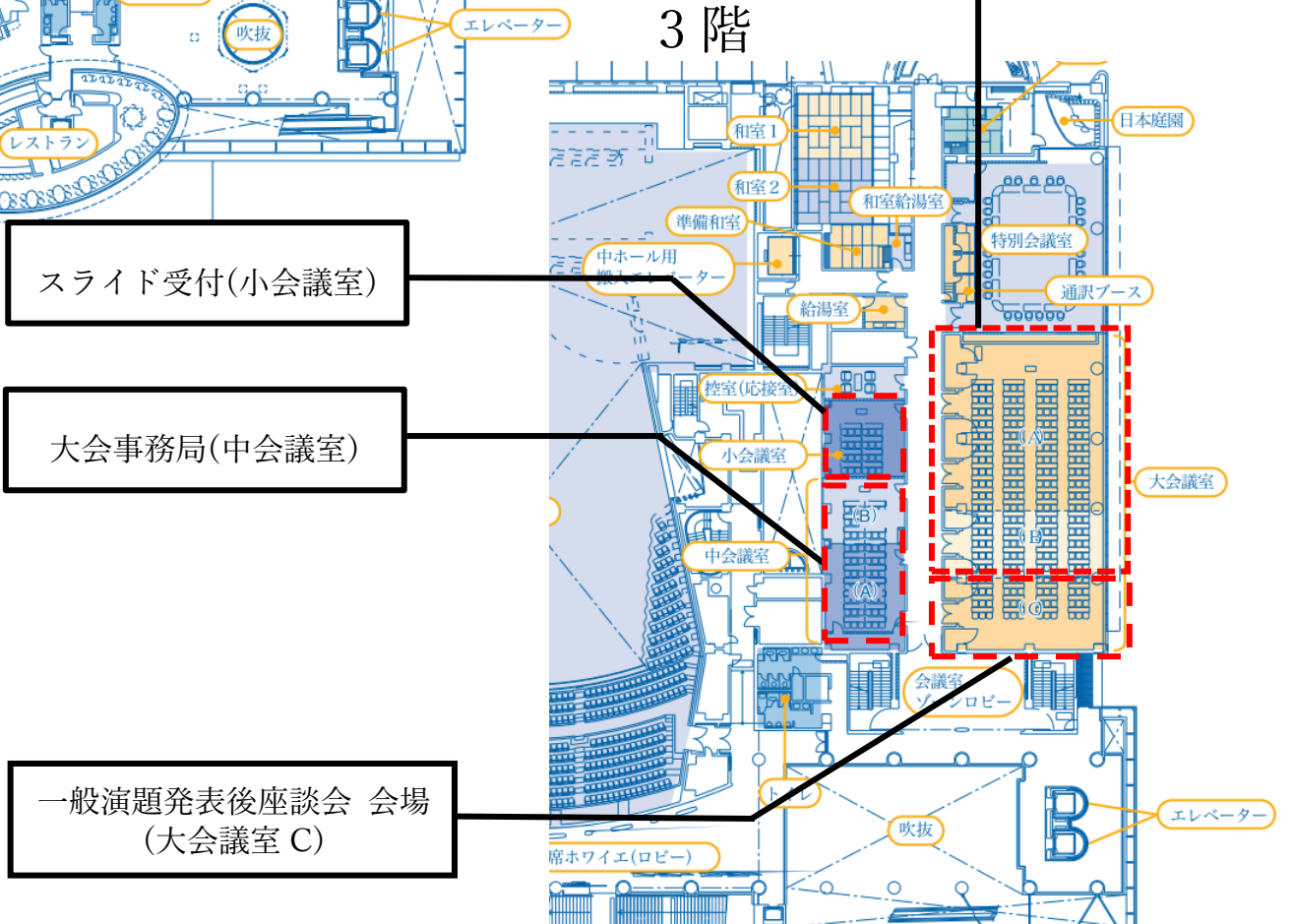


会場案内

4 階



3 階



第 33 回長崎県理学療法学会大会

学会参加申し込みから参加受付までの手順

- ・当学会参加方法はオンライン参加または会場での対面参加の 2 パターンのハイブリッド開催となります。
- ・当学会に参加するためには、『事前参加登録』が必須となります。
日本理学療法士協会ホームページ内のマイページより事前参加登録をお願い致します。

【参加費】

参加者区分	参加費
① 長崎県理学療法士協会会員	2,000 円
② 長崎県外 日本理学療法士協会会員	3,000 円
③ 他職種(OT・ST・Ns・PO 等)	5,000 円
④ 学生	500 円
⑤ 非会員の理学療法士	20,000 円

【参加登録受付期間】

2023 年 7 月 1 日 (土) ～ 2023 年 8 月 25 日 (金) まで

クレジット：2023 年 7 月 1 日 ～ 2023 年 8 月 25 日

口座振替：2023 年 7 月 1 日 ～ 2023 年 7 月 29 日

現金振替：2023 年 7 月 1 日 ～ 2023 年 8 月 6 日

*理学療法士協会会員 (①,②) は、マイページからの登録により、クレジット決済、口座振替、現金振替をご利用頂けます。

*会員外の方は (③～⑤)、大会事務局へメールにてお問い合わせ下さい。

問い合わせ先)

事務局メールアドレス：33st.npta.jimukyoku@gmail.com

*領収書が必要な場合は、日本理学療法士協会マイページより各自ダウンロードをお願い致します。

*学術大会参加のためのご連絡は、マイページより参加登録しているメールアドレス宛にメール配信を予定しております。マイページにメールアドレスが登録されているかをご確認下さい。

(携帯キャリアメールは不可です。以下注意事項を確認してください。)

*ZOOM ウェビナーの“URL”及び“ミーティング ID”と“パスコード”の取り扱いには十分ご注意ください。

<マイページにメールアドレスを登録する際の注意事項>

*マイページにメールアドレス登録する際は、携帯キャリアメールの使用はできるだけ避けてください。

例) PDF 添付メールにて案内することが多くあり、携帯キャリアメールでは迷惑メールに自動的に振り分けてしまう事象が多く発生しています。

携帯キャリアメール・・・

NTT ドコモ ✕@docomo.ne.jp KDDI (au) ✕@ezweb.ne.jp

ソフトバンク ✕@softbank.ne.jp

【対面参加者の参加受付手順】

- ① 日本理学療法士協会の会員ページにログインし、『生涯学習管理』→『セミナー検索・申し込み』に入り、学術大会セミナー番号：113305にて検索し、各項目を入力してから、学会参加申し込みを済ませてください。
- ② 学会参加登録後に登録されたメールアドレスに ZOOM ウェビナーの“URL”及び“ミーティング ID”と“パスワード”が送信されますが、会場参加者はミーティング ID、パスワードは必要ありません。
- ③ 会場に来場の際には、会場受付に参加受付用の QR コードを表示していますので、JPTA アプリで読み取りをすると参加受付が完了となります。
- ④ 会場参加者の受付を **9月2日は12時15分から（一般演者は12時00分から）、9月3日は8時30分から**開始します。
- ⑤ 会員外の方は、大会事務局にお問い合わせください。

【オンライン参加者の参加受付手順】

- ① 日本理学療法士協会の会員ページにログインし、『生涯学習管理』→『セミナー検索・申し込み』に入り、学術大会セミナー番号：113305にて検索し、各項目を入力してから、参加申し込みを済ませてください。
- ② 事前にメールにて送信された ZOOM ウェビナー（第1会場用）の“URL”あるいは、“ミーティング ID”と“パスワード”を使用し、参加登録画面に入ります。尚、ZOOM の参加登録受付時間は、9月2日は12時30分から、9月3日は8時30分からとなります（前日の ZOOM 事前参加登録はできません）。
- ③ その際には、**必ず、参加登録画面右上の参加受付用の QR コードを JPTA アプリで読み取り、参加受付を完了させてください(次項の図参照)。**
注) JPTA アプリを使用した QR コードによる学会参加が確認できない場合、参加ポイント付与対象にならないことがありますのでご注意ください。
- ④ ウェビナー登録の『名』には、会員番号(8桁)、『姓』には、氏名(漢字)をフルネームで入力してください。入力ミスがあれば、発言権が認められませんので、ご注意ください。ウェビナー入室中は名前の変更ができませんので、変更が必要な場合は、ウェビナーを退出され、ZOOM ウェビナーの“URL”から再度入室されてください。
その際は、事前にメールにて送信された ZOOM ウェビナー（第1会場用）の“ミーティング ID”と“パスワード”は使用せず、必ず“URL”を使用し、参加登録画面に入り、登録に間違いがないように入力されてください。

第 33 回長崎県理学療法学会

<参加登録の注意点>

『名』の記入欄に、“会員番号（8桁）”を入力してください。（例：12345678）

『姓』の記入欄に、“氏名(漢字)をフルネーム”を入力してください。（例：県北太郎）

第 33 回長崎県理学療法学会

日時 2023年9月2日

説明 2023年9月2日（受付12時30分～）



JPTAアプリで
読み込み！

<事前登録の注意点>

「名」の記入欄に“会員番号”をご記入ください。（例：12345678）

「姓」の記入欄に“氏名（漢字フルネーム）”をご記入ください。（例：長崎太郎）

※Zoomログイン名が「会員番号（半角数字8桁） 氏名（漢字フルネーム）」でない場合は、発言の権限が与えられません。十分ご注意ください。

なお、退室後に再度ログインする場合も名前の変更画面が表示されますので、ご確認いただきますようお願い致します。

ウェビナー登録

名*

このフィールドは必須です。

姓*

メールアドレス*

登録時に提供する情報は、アカウントオーナーおよびホストと共有されます。アカウントオーナーとホストは、その情報を規約とプライバシーポリシーに従って使用・共有できます。

Webinar has started

登録してご参加ください

1. JPTA アプリで QR コードを読み込む
2. 名の欄に “会員番号 8桁”
姓の欄に “氏名漢字 フルネーム”
3. メールアドレスを入力

第 33 回長崎県理学療法学会

- ⑤ 学会プログラムはアルカス SASEBO の第 1 会場（中ホール）と第 2 会場（大会議室）の 2 つの会場で行われます。学会参加申し込み後の事前メールで送信され ZOOM ウェビナーの“URL”及び“ミーティング ID”と“パスコード”は第 1 会場（中ホール）への入室となります。
第 2 会場（大会議室）への入室に必要な ZOOM ウェビナーの“URL”及び“ミーティング ID”と“パスコード”は第 1 会場（中ホール）への入室後に登録されたメールに返信される登録確認メールの情報内と、会期中のウェビナー内のチャット機能等でお知らせします。
2 つの会場で ZOOM ウェビナーの“URL”及び“ミーティング ID”と“パスコード”は異なりますので、それぞれ入力が必要となります。各会場入室時のウェビナー登録は上記④の手順で入力してください。
- ⑥ 会員以外の方は、大会事務局にお問い合わせください。

【後期研修履修登録希望者の方へ】

- ① 学会プログラムの教育セミナー 1 は後期研修対象のセミナーとなっています。セミナー受講・履修登録には、事前登録はありませんが、学会参加申し込みをさせていただきます。
- ② 対面参加者の方は、第 1 会場出入り口で、後期研修受講者用の QR コードを掲示しますので、会場への入室時と退室時に JPTA アプリを用いて QR コードを読み込むことで、参加受付及び入退室の管理を行います。
- ③ オンライン参加者の方は、研修会開始時と終了時に、ZOOM ウェビナー内のチャット機能で入退室管理用のクエスタントをお知らせします。開始時と終了時にクエスタントに入力することで入退室の管理を行います。
- ④ 後期研修受講者の方は、セミナー途中で一時でも退室、退出されるとポイント付与されない可能性がありますので、ご注意ください。

注意事項

※オンライン参加の方は、日本理学療法士協会メンバーアプリ（JPTA アプリ）の QR コード読み取り機能を用いて参加受付を行いますので、可能であればパソコン端末などを準備され、QR コードを読み込むことができる環境でご参加ください。

※また、通信状況やそれ以外の理由により、音声途切れたり、画像が固まる、回線途切れたりなどのトラブルが起こる可能性がありますので、事前に通信環境がよい場所で受講するようお願いいたします。

※参加用の ZOOM ウェビナーの“URL”および“ミーティング ID”と“パスコード”は、申し込みをされた方に限らせていただきます。第三者への転送はご遠慮ください。また、同一の PC などの端末から複数人での聴講はご遠慮ください。

万が一、不正視聴が認められた場合には調査・確認の上、学会事務局より別途ご連絡させていただきます。

当学会ではどちらの参加方法でも

日本理学療法士協会メンバーアプリ（JPTA アプリ）の QR コード読み取り機能を用いて参加受付を行います。そのため、事前に App Store 又は Google Play ストアより JPTA アプリをダウンロードして頂くようお願いいたします。

（アプリの利用には日本理学療法士協会の会員番号及びパスワードが必要です。）

【学会抄録】

・本大会では冊子での抄録集は準備していません。学術大会内で聴講を予定している演題につきましては、学術大会ホームページ該当箇所より抄録集のダウンロードが可能ですので、各自でご準備をお願い致します

生涯学習ポイント

- ・『前期研修履修中』の会員
ポイント付与はありません。

- ・『前期研修・後期研修履修中』の会員、及び『後期研修履修中』の会員
※規定の時間聴講されることを条件として付与されるポイント
大会基調講演：ポイント対象外
教育セミナー①：C-2 運動器系理学療法学④ 土会オリジナル運動器系理学療法
教育セミナー②：ポイント対象外

- ・『登録理学療法士のみ取得済』の会員
「登録理学療法士更新」or「専門理学療法士取得」のポイントに該当します。
(※事前登録の際、選択必須)
参加：(i)「登録理学療法士更新」
カリキュラムコード 区分 2-20 医療マネジメント 12 ポイント
(ii)「専門理学療法士取得」 都道府県士会主催の学会大会の参加

- ・『登録理学療法士&認定・専門理学療法士取得済』の会員
「登録理学療法士更新」or「専門理学療法士取得」or「認定・専門理学療法士更新」
のポイントに該当します。(※事前登録の際、選択必須)
(i)「登録理学療法士更新」
カリキュラムコード 区分 2-20 医療マネジメント 12 ポイント
(ii)「専門理学療法士取得」 都道府県士会主催の学会大会の参加
(iii)「認定・専門理学療法士更新」
※認定・専門理学療法士 更新に関わる点数基準に準ずる
参加：大項目 1.学会参加 12 点
発表：大項目 4.学会での発表等 4-1) 20 点
座長：大項目 4.学会での発表等 4-3) 10 点
査読：大項目 4.学会での発表等 4-4) 5 点

※JPTA アプリ、または JPTA ホームページからの申し込みの際に、履修目的を一旦エントリーされたものの変更はできませんので、ご注意ください。

参加者の皆様へ

1. クローク

本大会はクロークの準備をおこなっておりませんのでご了承ください。島嶼部からお越しの方などでキャリーケースがある場合は対応いたします。受付担当へお申し付けください。その際、貴重品は各自で管理するようお願い致します。

2. 食事について

食事は施設内ベンチを使用いただいて構いません。第1会場（中ホール）内での食事は禁止されています。昼休憩時は第2会場（大会議室）をご利用ください。

3. その他

- 1)学会会場へは節度ある格好でお越しください。
- 2)新型コロナ感染症等、感染症の流行が懸念されます。手洗い・マスク等、参加者各自で十分な感染対策をお願い致します。
- 3)お手持ちのごみはお持ち帰りいただきますよう、宜しくお願い致します。
- 4)携帯電話につきましては、会場内では必ずマナーモードに設定してください。
- 5)発表会場内での録音、写真・動画撮影等は、著作権保護・プライバシー保護のため、公式プレスを除き、一切禁止させていただきます。

4. 情報交換会について

日時：令和5年9月2日(土) 19:00～21:00

場所：サンウエストホテル 9F

〒857-0871 佐世保市本島町 1-15 （アルカス SASEBO より徒歩 10 分）

会費：5000 円

受付：ホテル会場にて

※情報交換会の参加については、学会大会参加申込者への事前メールにて、クエスタントによりご確認させていただきます。

問い合わせ先：大会事務局 33st.npta.jimukyoku@gmail.com

口述発表演者・座長へのご案内

座長の皆様へ

- 口述発表の進行の方法は、座長の先生方にメールにて配布される『座長マニュアル』をご確認ください。
- 一般参加者同様、日本理学療法士協会の会員ページから本学会の事前参加登録を済ませておいてください。
- 座長受付は、アルカス SASEBO4 階の中ホール前ロビーの座長受付にて行います。JPTA アプリをご用意していただき、参加登録をお済ませください。
- 担当セッション開始 15 分前には、担当セッション会場内の次座長席での待機をお願いいたします。
- セッション終了後、3 階大会議室 C にて、座長、各演者間での座談会を 30 分程度設けますので、進行をお願いいたします。

演者の皆様へ

- 一般参加者同様、日本理学療法士協会の会員ページからの本学会の事前参加登録を済ませておいてください。
- 発表は、口述対面発表とし、使用するパソコンは、本学会が用意するパソコン(OS: Windows 11 Home、Power Point Microsoft Office 2019)で行います。発表は、同時にオンライン聴講者用に Zoom にて、オンライン配信します。また、動画にも対応しますので、可能な範囲で、事前に Zoom 上での動作確認をお願いいたします(スライド受付においても動作確認は行います)。
- 演者受付は、アルカス SASEBO4 階の中ホール前ロビーの演者受付にて行います。JPTA アプリをご用意していただき、参加登録をお済ませください。
- 演者受付の後に、3 階小会議室にて、スライド受付を行ってください。発表データのみをご自身の USB に保存(発表データ以外は、保存しない)し、ウイルスチェックを済ませてから、スライド受付にご持参ください。本学会が用意しているパソコンにデータを保存します。また、動画がある際には、動画の基データもご用意ください。尚、学会終了後、預かったスライドデータは、本学会運営にて消去いたします。
- スライド内の動画音声の使用については、動画と合わせて対応しますが、音量に問題が生じる可能性がありますので、予めご了承ください。
- 発表スライドのファイル名はセッション○-△ 氏名で提出されて下さい。
(○:セッション番号 △:セッション内発表番号)
- スライド受付時間は、1 日目は 12:00~12:45、13:30~18:00、2 日目は 8:30~12:30 の間にスライド受付を行います。自身の口述発表セッション開始の 90 分前にはスライド受付を済ませてください(2 日目のセッション 3・4 の演者の方は、1 日目にスライド受付を済ませてください)。尚、発表の順番の関係上、スライド受付の順番が前後することもありますので、ご了承ください。
- 1 演題発表時間は、7 分、質疑応答は、3~4 分で、質問は、対面聴講者のみならず、オンライン聴講者にも受け付けます。オンライン参加者の質問は Zoom 上の『Q&A』、『チャット』では受け付けず、『手上げ』を使用し、音声のみの質問とします。
- 発表を開始(座長からの演者に対する紹介の終了時点)したら、スライドの画面共有を Zoom 上で行ってください(演台近くの会場スタッフも対応できます)。
- 発表が終わり質疑応答に入りましたら、スライドの画面共有解除を Zoom 上で行ってください。
- セッション終了後、3 階大会議室 C にて、座長、各演者間での座談会を 30 分程度設けますので、是非ご参加ください。

開会式 式次第

1. 開会宣言
2. 大会長挨拶
3. 主催者挨拶
4. 来賓のご紹介
5. 来賓のご祝辞
6. 祝電披露

閉会式 式次第

1. 表彰式
大会長賞・協会長賞・奨励賞
2. 次年度学術大会 大会長挨拶
3. 閉会宣言

第33回長崎県理学療法学会大会

会場受付開始時間 12:15～ (一般演者 12:00～)

オンライン受付開始時間 12:30～

9月 2日 (土) 1日目

第1会場 (4F 中ホール)	第2会場 (3F 大会議室)
<p style="text-align: right;">13:00～13:20</p> <p style="text-align: center;">開会式</p>	
<p style="text-align: right;">13:30～15:00</p> <p style="text-align: center;">【大会基調講演】 『理学療法士としての生き方～社会変化の中で～』 講師：三宅 わか子 先生 (学校法人 名古屋石田学園 星城大学リハビリテーション学院)</p> <p style="text-align: center;">座長：古田 弘二 (第33回長崎県理学療法学会 大会長)</p>	
<p style="text-align: right;">15:15～16:30</p> <p style="text-align: center;">【県民公開講座】 『住み慣れた自宅で生き残るために知っておきたいこと』 講師：富安 志郎 先生 (とみやす在宅クリニック 院長)</p> <p style="text-align: center;">座長：永木 照彦 (長崎県理学療法士協会 理事)</p>	
<p style="text-align: right;">一般演題1 16:45～17:45</p> <p style="text-align: center;">骨・関節</p> <p style="text-align: center;">座長：相良 優太 (愛野記念病院)</p>	<p style="text-align: right;">一般演題2 16:45～17:45</p> <p style="text-align: center;">教育・取り組み</p> <p style="text-align: center;">座長：近藤 康隆 (長崎原爆病院)</p>

第1会場 (4F 中ホール)	第2会場 (3F 大会議室)
<p>一般演題3 9:00~10:00</p> <p>ADL・物理療法</p> <p>座長：佐々木 遼 (十善会病院)</p>	<p>一般演題4 9:00~10:00</p> <p>調査・統計</p> <p>座長：松下 武矢 (長崎リハビリテーション病院)</p>
<p>10:15~11:45</p> <p>【教育セミナー1】</p> <p>『脊椎・脊髄疾患の理学療法～術後治療から社会復帰まで～』</p> <p>講師：須堯 敦史先生 (独立行政法人 労働者健康安全機構 総合せき損センター)</p> <p>座長：島崎 功一 (長崎労災病院)</p>	
昼休憩	
<p>一般演題5 12:30~13:30</p> <p>装具</p> <p>座長：小川 健治 (長崎リハビリテーション病院)</p>	<p>一般演題6 12:30~13:30</p> <p>呼吸・循環</p> <p>座長：夏井 一生 (長崎みなとメディカルセンター)</p>
<p>一般演題7 13:45~14:45</p> <p>成人中枢神経</p> <p>座長：長谷川 隆史 (和仁会病院)</p>	<p>一般演題8 13:45~14:45</p> <p>スポーツ</p> <p>座長：佐治 泰範 (山口てつ整形外科クリニック)</p>
<p>15:00~16:30</p> <p>【教育セミナー2】</p> <p>『理学療法士と多様性』</p> <p>講師：吉尾 雅春先生 (医療法人社団和風会 千里リハビリテーション病院)</p> <p>座長：大山 盛樹 (長崎県理学療法士協会 会長)</p>	
<p>16:40~17:00</p> <p>閉会式</p>	

大会基調講演

9月2日

第1会場(中ホール)

13:30~15:00

大会基調講演

「理学療法士としての生き方～社会変化の中で～」



三宅 わか子 (みやけ わかこ)

学校法人 名古屋石田学園 星城大学リハビリテーション学院

【略歴】

- 1987年 中部リハビリテーション専門学校 卒業
- 1991年 国立静岡大学法経短期大学部法経学科 卒業
- 2010年 放送大学大学院文化科学研究科修士全科課程 修了

【職歴】

- 1987年 静岡医療福祉センター児童部 (現：静岡済生会療育センター令和)
- 2001年 中部リハビリテーション専門学校
- 2006年 星城大学リハビリテーション学院

【業績】

- 第8回日本理学療法教育学会学術大会 大会長基調講演, 臨床能力向上のためのコミュニケーション～情報ネットワークの構築～, 愛知, 2019
- 臨床実習指導者講習会テキスト作成委員 (2019)
- 理学療法教育モデル・コア・カリキュラム作成委員 (2019)
- 指定規則改正検討作業部会部員 (2023)

【著書】

- 三宅わか子, 他 編著: 会話例とワークで学ぶ 理学療法コミュニケーション論, 医歯薬出版株式会社, 東京都文京区, 2018

【その他】

- 公益社団法人 愛知県理学療法士会 代表理事
- 一般社団法人 日本理学療法教育学会 副理事長
- 任意団体 女性理学療法士の会 会長

第 33 回長崎県理学療法学会大会

【講演概略】

わが国のリハビリテーションは 1950 年代よりポリオの後遺症や肢体不自由児を対象とし、米国から新しい思想や技術が導入され対象は障がい者一般へと広がりました。1960 年代は医療機関を中心に脳卒中や高齢者を対象とし、1970 年代は特別養護老人ホーム等の基準を制定、福祉用具の給付や貸与事業も創設されました。1980 年代は在宅の要介護高齢者の介護施設や訪問サービス事業、予防から治療、機能回復と社会復帰を目的とするリハビリテーション、総合的な保健医療サービスへと拡大していきました。このような社会変化に伴い 1965 年 6 月 29 日、法律第 137 号理学療法士及び作業療法士法が制定され理学療法士は誕生しました。

第 1 回理学療法士国家試験（1966 年）の合格者は 183 名。ヒトの姿勢と運動を専門とする唯一の医療専門職が誕生し、第 1 回理学療法士学会大会が東京大学で「PT 管理と運営」をテーマに開催され、熱い議論が交わされたそうです。理学療法の知識と技術ではなく管理と運営がテーマであったことは、さあここから如何にして理学療法を発展させていくのか!、先人方の努力により現在の理学療法の在り方、基盤づくりがなされたのです。1979 年には全国 47 都道府県すべてに都道府県理学療法士会が設置され、社会的ニーズが身近で理学療法士に届けられることとなりました。

1990 年代には、高齢者保健福祉推進 10 年戦略（ゴールドプラン）や老人保健福祉計画に基づき、市町村での高齢者保健福祉の基盤整備が図られたことにより、医療機関から保健福祉施設で働く理学療法士の需要が拡大し、1992 年には理学療法士養成施設として 4 年制大学教育が開始され、以後、急速に理学療法士が増える時代が到来しました。2000 年代には介護保険制度が開始され、医療・福祉の財源事情と国民から求められる理学療法は変化を続け、その後地域包括ケアシステムの充実、全世代型社会保障の確立に向けて社会情勢は移り変わり、理学療法士誕生から半世紀を超えたいま、私たちの働き方も多様性を帯びています。2019 年より働き方改革関連法案の一部が施行され、働き方改革の言葉が全国民に浸透しました。理学療法士の働く環境はブラック企業ではありませんが、労働に見合う対価の視点では少々、疑問が残ります。ワーク・ライフ・バランスに沿った働き方 my 改革の実行が必要です。

1965 年理学療法士法の制定直後に、私は低出生体重児として生まれました。生命が危ぶまれた状況でしたが、新生児チーム医療のスタッフの懸命な治療により今を生きています。理学療法士として人生を送ることは必然なのかもしれません。今回の学会大会「DIVERSITY～社会変化の中での理学療法～」では、2010 年より男女共同参画と働き方について活動して参りました私個人の理学療法士としての人生観も折り込みながら、理学療法の歴史を紐解き、理学療法の価値の多様性、理学療法士の働き方の多様性についてお話させていただきます。

最後にこの度、貴重な講演の機会を授けてくださいました公益社団法人 長崎県理学療法士協会の皆さまに感謝申し上げるとともに、貴会の益々のご発展をお祈り申し上げます。

県民公開講座

9月2日(土)

第1会場(中ホール)

15:15～16:30

県民公開講座

「住み慣れた自宅で生ききるために知っておきたいこと」



富安 志郎（とみやす しろう）

とみやす在宅クリニック

【略歴】

【学歴および職歴】

- 1981年4月 佐賀医科大学（現佐賀大学）医学部入学
- 1987年3月 佐賀医科大学（現佐賀大学）医学部卒業
- 1987年4月 長崎大学医学部附属病院麻酔科研修医
- 1992年4月 長崎大学医学部附属病院助手
- 1999年4月 長崎大学医学部附属病院助手・医局長
- 2001年2月 長崎大学医学部附属病院麻酔科講師
- 2003年8月 長崎大学医学部・歯学部附属病院緩和ケアチーム委員長
- 2005年4月 長崎市立市民病院麻酔科医長・緩和ケアチーム
- 2007年4月 長崎市立市民病院麻酔科部長・緩和ケアチーム委員長
- 2014年2月 医療法人光仁会西田病院麻酔科医長（緩和ケア病棟担当）
- 2017年4月 地方独立行政法人佐世保市総合医療センター緩和ケア科
診療科長
- 2021年4月 とみやす在宅クリニック開設 現在に至る

【学位・資格・免許】

- 1987年5月 医師免許証
- 1990年3月 麻酔科標榜医
- 1999年9月 学位取得

第 33 回長崎県理学療法学会

2009 年 4 月 日本ペインクリニック学会認定専門医

2010 年 4 月 日本緩和医療学会認定緩和医療専門医

【在宅医療領域における主な活動】

厚生労働省 医療用麻薬適正使用ガイダンス作成委員

長崎県在宅医療検討委員会委員

県北緩和医療研究会代表世話人

【所属学会】

日本緩和医療学会

日本在宅医学会

日本麻酔科学会

【講演概略】

内閣府が行った高齢者の住宅と生活環境に関する意識調査において、60 歳以上の方に「万一治る見込みがない病気になった場合、最期を迎えたい場所はどこですか？」という質問をしたところ、約半数の方が「自宅」と答えられ、この傾向は年齢が上がるほど強まる傾向にあったことがわかっています。

自宅で自分らしく生ききるうえで、生活が自立できる間はあまり問題ないかもしれません。皆さんは健康寿命という言葉をご存じですか？健康寿命とは「健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間」のことです。2019 年の日本人の健康寿命は男性 72.68 歳、女性 75.38 歳です。ちなみに平均寿命は男性 81.41 歳、女性 87.45 歳ですから、男性の方で約 9 年、女性の方で約 12 年、なんらかの健康上の問題を抱えながら生活をせざるを得ない状況になっておられ、ぴんぴんころりは難しいのが現状ではないか、と思われれます。

そんな中、自分らしく住み慣れた自宅で生ききるポイントをいくつか挙げてみたいと思います。

- ① 健康寿命をできるだけ長くし、介護の必要な期間を短くする：地域の包括支援センターを利用し、生活習慣の改善や、運動を行いましょう。
- ② 病気になった場合は病気についてよく知る：その病が死に至る可能性のあるものなのか？死に至る可能性があるとしたら、どのような時間経過で疾患が進行するのか、などを医療者と共有しまししょう。また、自宅近くにかかりつけ医を持ち、ふだんから相談しておくことも大切です。
- ③ 介護保険を利用する：自宅は概ね元気な時に作られるので、介護が必要になってから生活するためにはある程度の改修が必要な場合があります。地域の包括支援センターに相談し、介護保険で改修が可能か、相談しまししょう。
- ④ 在宅医療についてかかりつけ医に相談する：病状が厳しくなり、通院が困難になった時のことについて、かかりつけ医と在宅医療について話し合いまししょう。

皆さんは万が一の時、自分がどうしたいか、ご家族や大切な方と話し合ったことはありますか？ご自分だけこうしたいと思っけていても、思い通りには進まないことも実は多いのです。病状が厳しく、最期の医療や療養を決めないといけない状況においては、約 7 割の方が自分で自分の意思を表明できなかった、という研究結果があります。住み慣れた自宅で最期までその人らしく生ききるために、折に触れて患者さんと大切な方、医療者の三者が参加する場で人生の最終段階に受けてたい医療・ケア、これだけはしてほしくないこと、などを話し合う機会、人生会議を行ってほしいと思います。

教育セミナー1

9月3日(日)

第1会場(中ホール)

10:15~11:45

教育セミナー1

「脊椎・脊髄疾患の理学療法～術後治療から社会復帰まで～」



須堯 敦史 (すぎょう あつし)

独立行政法人労働者健康安全機構 総合せき損センター

【略歴】

1998年 九州リハビリテーション大学校 理学療法学科 卒業
1998～2018年 総合せき損センター
2005年 九州工業大学大学院生命体工学研究科博士前期課程 修了
2011～2012年 北海道せき損センター 交流派遣
2019～2020年 岡山労災病院 中央リハビリ部 部長
2021～2022年 長崎労災病院 中央リハビリ部 部長
2023年～現職 総合せき損センター 中央リハビリ部 部長

【著書】

脊髄損傷に対する PT・OT アプローチ メジカルビュー社 2022年
基礎科学を融合した理学療法推論の実際 運動と医学の出版社 2022年
理学療法ガイドライン 脊髄損傷理学療法ガイドライン作成班 2021年
脊髄損傷理学療法マニュアル 文光堂 2020年
理学療法管理学 医歯薬出版株式会社 2018年 など

第 33 回長崎県理学療法学術大会

【講演概略】

理学療法士として自身に強みを持ち、多職種との連携の中でその強みを発揮することが、患者の機能改善・社会復帰に繋がる。理学療法におけるダイバーシティ（多様性）は、疾患に応じた専門性の高さや治療経過の中で役割や治療手段が変化する点と考える。

脊椎・脊髄疾患の理学療法の専門性・多様性に関連して、本邦における脊髄損傷者の受け入れ状況を調査した報告では、積極的に脊髄損傷者を受け入れているわずか 20 施設が、全国のおよそ 50% の脊髄損傷患者の治療を行っている現状が明らかとなった。臨床において、一般的には脊髄損傷者を見る機会が少ない現状から、専門性の高い疾患分野の一つであると言える。

外傷性の脊髄損傷者は、社会復帰に至るまで長期の治療が必要となることもあり、各フェーズにおける理学療法士の役割は変化する。高齢者の転倒などにより引き起こされる頸髄損傷者不全麻痺者は近年増加しており、当院において 2012～2022 年に入院した外傷性脊髄損傷者のうち、62% が頸髄損傷不全麻痺者であった。頸髄損傷者不全麻痺者の歩行獲得の可能性を引き出すため、理学療法士が担う役割は大きい。受傷後急性期のリハビリテーションがもたらす機能回復の機序として、「新たな神経回路の形成」「残存線維を介した迂回路の形成と強化」「歩行中枢の強化」「神経栄養因子の発現増加」などが諸家から報告されている。積極的な感覚入力や運動出力を促す理学療法は、機器や設備などがあれば行いやすいが、理学療法士の技術や介入方法によっても十分に実施可能である。理学療法プログラムの立案においては、脊髄損傷の神経学的分類のための国際基準（ISNCSCI）を遵守した評価が重要となる。評価を基にした神経学のおよび歩行の予後予測と、受傷後経過に応じた理学療法プログラムの変化について、頸髄損傷不全麻痺症例を供覧し解説する。

脊椎変性疾患は加齢に伴う変性や姿勢不良などの生活習慣などから引き起こされるもので、運動による機能向上だけでなく、生活面の指導を含めた包括的な理学療法アプローチが求められる。術後の理学療法は手術部の安静を保ちながらも周囲の体幹筋の強化をはかるといった、相反する内容を同時期に行う。どのような侵入経路で脊椎へのアプローチが行われ、どの筋がダメージを受けたのかなどを把握するため、手術手技の情報を十分に把握しておく必要がある。脊椎固定術後の理学療法の原則は等尺性体幹筋強化であり、脊椎の安定に作用する体幹深層筋をターゲットとする。術後早期から等尺性体幹回旋運動などを取り入れ、体幹深層筋の機能向上をはかる。運動の強度を上げる際には術後の痛みの訴えや手術手技、術後日数、年齢を考慮して慎重に行う。社会復帰に向けて、腰部負担をかけない動作の習得や、適切な腰椎前弯角度を維持するための運動指導などを行う。

本講演では脊椎・脊髄に関連した基礎的な内容から、外傷性脊髄損傷と脊椎変性疾患の理学療法の実際および社会復帰に向けての具体的な方法などを、理学療法士の多様性がいかに患者に貢献できるかを考察しつつ解説する。

教育セミナー2

9月3日(日)

第1会場(中ホール)

15:00~16:30

教育セミナー2

「理学療法士と多様性」



吉尾 雅春（よしお まさはる）

医療法人社団和風会 千里リハビリテーション病院

【略歴】

- 1974年 九州リハビリテーション大学校理学療法学科卒業後、
中国労災病院勤務、星ヶ丘厚生年金病院、有馬温泉病院、協和会病院に勤務
- 1988年 兵庫医科大学第一生理学教室研究生（1988～1995年）
- 1994年 大阪学院大学商学部卒業
- 1994年 札幌医科大学保健医療学部 講師・同解剖学第二講座研究員（1995～2006年）
- 2003年 札幌医科大学保健医療学部 教授
- 2006年 千里リハビリテーション病院 副院長、現職
- 2002年 博士（医学、札幌医科大学 No.2089）
- 2007年 死体解剖資格
- 日本理学療法士協会 脳卒中、運動器、基礎理学療法 専門理学療法士

【著書】

- 運動療法学総論第4版、および各論第4版（医学書院）
- 神経理学療法第2版（医学書院）
- 脳卒中理学療法の理論と技術第4版（メジカルビュー社）
- 症例で学ぶ「脳卒中のリハ戦略」（医学書院）、その他

【その他】

- 2014年～ 日本神経理学療法学会代表運営幹事
- 2021年～ 日本神経理学療法学会監事
- 所属学会 日本神経理学療法学会、日本運動器理学療法学会、日本基礎理学療法学会、
日本地域理学療法学会、日本支援工学理学療法学会、
日本リハビリテーション医学会、日本義肢装具学会

第 33 回長崎県理学療法学会

【講演概略】

「Diversity 多様性」と対比することばとして「University 画一性」があげられるが、対になる用語というわけではない。大学をも意味する university は専門性を持った複数の学部が1つにまとまったものであり、それぞれの専門性を持った学部は個別性をもって専門性を高めながら事業体としての大学を発展させる。一方、diversity は2つあるいはそれ以上の個がバラバラの方向を向いた状態であり、それぞれ個別性は尊重される。個よりも集団が優先される日本独特の文化で育った私たちにとって diversity を受け入れることは容易なことではないが、十年ひと昔ということばがイメージできるほど私たちを取り巻く環境は激変している。少子高齢化、人口減少、コロナウィルス感染症の流行などの社会情勢の変化、医学および医療の進歩に伴う障害の多様化、予防分野などの新規領域の開発、ジェンダーに代表されるような男女に関わる価値観の変化、労働環境や教育環境の変化、ハラスメントの問題など diversity と向き合わなければならない課題が急速に浮上してきた。これらは理学療法士にとっても重要な課題である。

少子高齢化は国家財政に強い影響を与え、中でも厚生行政の予算は膨張の一途をたどり、財務省からの締め付けも厳しいという声が聞こえてくる。世界の中にあってはかなり緩やかではあるが、リハビリテーション医療対象者の早期退院が求められる。多様性あるいは個別性のある対象者に国や自治体として、協会・都道府県理学療法士会として、病院・施設として、家族として、そして一理学療法士としてどう考え、行動するかが問われる。リハビリテーションとは人間としての復権を意味する。人間とは「生活を営む社会的動物」である。そういう人間として復権してもらえるように、多様性に注視したかわりが必要である。

これを実践していく理学療法士もまた diversity に富んだ集団になってきている。臨床家としては不可欠な何かを探究していこうとする「ねばならない」姿勢が希薄になっている傾向を感じる。労働時間の問題や教育環境もそれに拍車をかけている。一方で医学・医療進歩し、疾病構造も変化し、障害に多様化がみられるようになって、課題は一層複雑になってきている。対象者の生活あるいは人生に関わる存在として、その専門性は深く求めていかなければならない。

この数年、コロナウィルス感染症の流行で社会は相当な様変わりをしたが、その間に輩出された理学療法士たちの苦悩に指導者たちはどのように向き合っているのだろうか。学会大会や研修会、会議がほとんどオンラインになったことで対面で得られていた良さを経験できなかった半面、全国どこの地域からでも同じ条件で参加できるようになった。男性でも気兼ねなく育休をとれる社会になったが、まだまだ女性にかかる負担は大である。オンラインの研修会が増えたことで、お子様と一緒に受講している姿を見かけるようになった。Diversity を受け止めた価値観の変化として大いに歓迎したい一面である。

学会プログラム

第33回長崎県理学療法学会

09月02日(土)13時00分～13時30分 開会式 会場：第1会場(中ホール)

09月02日(土)13時30分～15時00分 大会基調講演 会場：第1会場(中ホール)

座長：古田 弘二(第33回長崎県理学療法学会 大会長)

理学療法士としての生き方～社会変化の中で～

講師：三宅 わか子(学校法人 名古屋石田学園 星城大学リハビリテーション学院)

09月02日(土)15時15分～16時30分 県民公開講座 会場：第1会場(中ホール)

座長：永木 照彦(長崎県理学療法士協会 理事)

住み慣れた自宅で生き残るために知っておきたいこと

講師：富安 志郎(とみやす在宅クリニック)

09月02日(土)16時45分～17時45分 骨・関節 会場：第1会場(中ホール)

座長：相良 優太(愛野記念病院)

- 1-1 化学療法誘発性末梢神経障害を経験した一症例
佐世保中央病院 リハビリテーション部 宮上 卓也
- 1-2 大腿骨近位部骨折患者に対する平行棒内で免荷歩行を使用した歩行練習の効果検討
池田病院 リハビリテーション部 山口 暉穂
- 1-3 鏡視下腱板修復術後に関節可動域拡大が得られた一例～超音波検査を用いて～
和仁会病院 リハビリテーション科 戸村 莉帆
- 1-4 低圧血流制限トレーニングによる有害事象と運動誘発性疼痛抑制
古川宮田整形外科内科クリニック
リハビリテーション科 中尾 雄一

09月02日(土)16時45分～17時45分 教育・取り組み 会場：第2会場(大会議室)

座長：近藤 康隆(長崎原爆病院)

- 2-1 長崎野球肘サポートネットワークでの野球肘検診活動（離島編）
山口整形外科医院 リハビリテーション部 内田 慎介
- 2-2 地域包括ケア病棟における補完代替リハビリテーション導入への取り組み（第2報）
長崎県島原病院 リハビリテーション科 林田 晃典
- 2-3 当院の職員に対する腰痛の実態調査と予防の取り組みについて
医療法人 重工記念長崎病院 リハビリテーション科
有福 浩二
- 2-4 当院回復期リハビリテーション病棟における退院後ADLの維持向上を目指す取り組み
耀光リハビリテーション病院 リハビリテーション部
田代 伸吾
- 2-5 教育・研修体制の確立に向けて～多職種共同で研修プログラムの企画・導入を試みて～
介護老人保健施設 恵仁荘 理学療法士 秀嶋 敏和

第33回長崎県理学療法学会

09月03日(日)09時00分～10時00分

ADL・物理療法

会場：第1会場(中ホール)

座長：佐々木 遼(十善会病院)

- 3-1 当院入院中にリハビリテーションを実施した患者におけるADLの変化について
日本赤十字社長崎原爆諫早病院
リハビリテーション科 石丸 将久
- 3-2 拡張相肥大型心筋症による心不全患者への生活指導の経験
佐世保中央病院 リハビリテーション部 山田 有莉奈
- 3-3 多職種で本人・家族へ家族指導等を行い自宅退院につながった症例
耀光リハビリテーション病院 リハビリテーション部
林田 康太
- 3-4 トレンデレンブルグ様歩行を呈した一症例に対し電気刺激療法と
運動療法を併用した経時的効果判定
池田病院 リハビリテーション科 原 聖河
- 3-5 胸椎後縦靭帯骨化症患者の痙縮に対する拡散型体外衝撃波療法の効果について
古川宮田整形外科内科クリニックリハビリテーション科
県立広島大学大学院 総合学術研究科 野口 薫

09月03日(日)09時00分～10時00分

調査・統計

会場：第2会場(大会議室)

座長：松下 武矢(長崎リハビリテーション病院)

- 4-1 整形外科外来に通院する腰椎または下肢疾患患者の社会的フレイルと運動機能に関する調査
道ノ尾みやた整形外科 リハビリテーション科
川村 征大
- 4-2 循環器疾患に対する危険因子・生活習慣に関する意識調査
長崎県島原病院 リハビリテーション科 峰松 俊寛
- 4-3 女子中高生アスリートの睡眠と女性アスリートの三主徴に関する実態調査
医療法人雄人会 三川内病院 リハビリテーション科 池田 尚弥
- 4-4 介護予防事業に参加する地域在住高齢者の運動習慣の獲得者の身体機能・
生活機能の特徴について
長崎大学 医歯薬学総合研究科保健学専攻理学療法学分野
平林 晴菜
- 4-5 小児リハビリテーションMAP長崎県版の認知度・活用度等の調査報告
—小児リハビリテーションMAP長崎県版の改訂に向けて—
(公社)長崎県理学療法士協会 職能推進局 保健福祉部
前田 隼

第33回長崎県理学療法学会

09月03日(日)10時15分～11時45分 教育セミナー1 会場：第1会場(中ホール)

座長：島崎 功一(長崎労災病院)

脊椎・脊髄疾患の理学療法～術後治療から社会復帰まで～

講師：須堯敦史(独立行政法人労働者健康安全機構 総合せき損センター)

09月03日(日)12時30分～13時30分 装具 会場：第1会場(中ホール)

座長：小川 健治(長崎リハビリテーション病院)

- 5-1 右脛腓骨骨折後保存加療中,PTB装具を調整して歩行の改善を図った1症例
佐世保中央病院 リハビリテーション部 益田 大紀
- 5-2 急性期脳卒中症例に対し長下肢装具作成が有用であった一症例
長崎みなとメディカルセンター リハビリテーション部
安藤 駿太郎
- 5-3 改良Frankel分類C1を呈す頸髄損傷不全四肢麻痺患者に対する急性期からの歩行練習の経験
長崎労災病院 中央リハビリテーション部 島崎 功一
- 5-4 義足作成から自宅復帰に至った高齢下腿切断患者の回復期での介入経験
医療法人和仁会 和仁会病院 リハビリテーション部
家里 健太
- 5-5 左人工膝関節再置換術後の反張膝に対して膝装具を検討した一例
池田病院 リハビリテーション部 東 昌也

09月03日(日)12時30分～13時30分 呼吸・循環 会場：第2会場(大会議室)

座長：夏井 一生(長崎みなとメディカルセンター)

- 6-1 筋萎縮性側索硬化症患者における肺炎再発予防に向けた取り組み
-多職種で連携し離床を実施した1症例
佐世保市総合医療センター リハビリテーション科
瀬川 凌介
- 6-2 不安・抑うつを呈した高齢心不全患者に対する心臓リハビリテーションの経験
～心理・社会的側面を考慮した介入によりADL, QOLが改善した一例～
社会医療法人 長崎記念病院 リハビリテーション部
新川 秀太
- 6-3 COVID-19後の廃用症候群により離床に難渋した一症例
池田病院 リハビリテーション科 城戸 貴慶
- 6-4 離床困難な誤嚥性肺炎後の廃用症候群症例に対する経口摂取再開に向けた取り組み
-座位能力に合わせた離床機会と時間の調整に着目して-
一般社団法人 是真会 長崎リハビリテーション病院 臨床部
下邊 潤
- 6-5 早期の栄養管理が奏効し身体機能回復を認めた高齢患者の一例
和仁会病院 リハビリテーション科 本田 果歩

第33回長崎県理学療法学会

09月03日(日)13時45分～14時45分 成人中枢神経 会場：第1会場(中ホール)

座長：長谷川 隆史(和仁会病院)

- 7-1 脳梗塞症例に対して振動刺激を用いた痙性緩和アプローチの一例
 燿光リハビリテーション病院 リハビリテーション部
 久田 勇輔
- 7-2 脳卒中片麻痺患者に対する屋外歩行の自立を目標とした理学療法の経験
 ー表面筋電図を活用して歩行練習の方法を検討した一症例ー
 長崎記念病院 リハビリテーション部 森脇 麻美子
- 7-3 前型歩行獲得に向けてトレッドミル歩行を導入した左被殻出血患者の一例
 燿光リハビリテーション病院 リハビリテーション部
 井上 泰希
- 7-4 歩行能力向上を目的にロボットスーツHAL訓練を導入した一例
 燿光リハビリテーション病院 リハビリテーション部
 小平 麻衣
- 7-5 原因不明のめまい症状の増悪により活動性低下を来した利用者に対する
 前庭リハビリテーションの経験
 介護老人保健リハビリセンターふくえ 訪問リハビリテーション事業所
 木場 宗也

09月03日(日)13時45分～14時45分 スポーツ 会場：第2会場(大会議室)

座長：佐治 泰範(山口てつ整形外科クリニック)

- 8-1 医療法第42条施設（メディカルフィットネス）における理学療法士としての役割
 柿添病院 リハビリテーション課 古川 博斗
- 8-2 当院の成長期野球選手における上腕骨小頭離断性骨軟骨炎に対する新しい治療方針
 山口整形外科医院 リハビリテーション科 森川 明典
- 8-3 両側Osgood-Schlatter病を発症した1例 -骨性修復に着目して
 チカラ整形外科スポーツリウマチクリニック リハビリテーション科
 出口 健多
- 8-4 スポーツ選手の腰椎分離症とその他の腰部疾患における腰椎前弯角と仙骨傾斜角の関係性について
 医療法人雄人会 三川内病院 リハビリテーション科 吉田 卓
- 8-5 反復性肩関節脱臼症例に対しスポーツ復帰を目指した介入経験
 ～Yバランステストを用いて肩関節複合体の安定化に着目した症例～
 古川宮田整形外科内科クリニック リハビリテーション科
 宮永 香那

09月03日(日)15時00分～16時30分 教育セミナー2 会場：第1会場(中ホール)

座長：大山 盛樹(長崎県理学療法士協会 会長)

理学療法士と多様性

講師：吉尾 雅春(医療法人社団和風会 千里リハビリテーション病院)

09月03日(日)16時30分～17時00分 閉会式 会場：第1会場(中ホール)

一般演題

化学療法誘発性末梢神経障害を経験した一症例

○宮上 拓也, 川上 章子
社会医療法人財団 白十字会 佐世保中央病院
リハビリテーション部

キーワード：化学療法、末梢神経障害、歩行

【はじめに】

がんの化学療法による薬物有害反応の一つに化学療法誘発性末梢神経障害(Chemotherapy induced Peripheral Neuropathy; CIPN)がある。主な症状に四肢末梢の痺れ、疼痛、感覚障害等がある。これらが原因となりADLやQOLの低下をきたす場合もある。抗癌剤による末梢神経障害は、一般的に総投与量が増すにつれて、発生頻度の上昇が認められ、進行性に悪化するとされている。今回、CIPNによる下肢の筋力低下や感覚障害を呈した患者に理学療法介入を行った結果、自宅退院へと繋がったため報告する。

【症例紹介】

60歳代男性。膵体尾部癌(stageIVB)の診断を受け、入院1年前より化学療法(GEM+nabPTX)を開始された。入院4カ月前より徐々にCIPNが出現。その後、活動量の狭小化を呈し、全身状態の低下を認めた。その後X日に食欲低下及び倦怠感の訴えがあり、当院に入院された。入院翌日よりリハ開始され、X+17日に地域包括ケア病棟へ転棟となった。

【倫理的配慮・説明と同意】

ヘルシンキ宣言に基づき倫理的原則に配慮し、対象者に説明して同意を得た。

【初期評価】

(初期X+18日、最終X+52日)感覚検査：触覚は初期、最終共に両下腿より末梢に中等度鈍麻あり。異常感覚：初期、最終とも両頬部～口唇、手袋・靴下型の痺れ。下腿周径(右/左)max：初期28cm/27.5cm、最終28.5cm/28.5cm。ROM(右/左)足関節背屈：初期5°/0°、最終5°/5°。MMT(右/左)足関節背屈：初期、最終とも3/2。握力(右/左)：初期15.7kg/12.1kg、最終17.5kg/15.1kg。FACT/GOGNTX：初期29点、最終24点。Common Terminology Criteria for Adverse Events(CTCAE)運動：3点、感覚：3点。Modified Total Neuropathy Score(mTNS)：初期15点、最終14点。mFIM：初期37点、最終54点。連続歩行距離：最終時75m。

【問題点】

CIPNの影響により、平行棒内歩行時に「足を着いた感覚がしない」といった発言や自身の足を踏みながらの歩容となっていた。また、足関節の筋力低下が著しく視線が常時下を向いた歩行となっており、反張膝を助長し、歩行効率の低下を認めていた。

【介入方法】

筋力トレーニングやバランストレーニング、有酸素運動を組み合わせた複合的な運動療法に加え、反張膝の修正を目的にオルトトップ短下肢装具を使用し、視線や姿勢のフィードバックも併用して行った。フィードバックについては、最初は平行棒内で全身鏡を使用し、PTと一緒に姿勢の確認を行いながら歩行練習を行った。徐々に歩行車等へ段階を上げていき、フィードバックの回数も減らすよう工夫した。リハ介入時間外にもセルフエクササイズ等の指導等を行い、疲労感や筋痛の訴えがある場合は負荷量の調整を行いながら介入した。

【考察】

本症例はCIPNによる筋力低下や感覚障害を認めた。更に、活動量の狭小化による廃用性筋萎縮を惹起し、基本動作能力の制限があり、自宅復帰が困難であったが、介入の結果、自宅退院へと繋がった。荒川らによると、CIPNの症状が回復するまでの期間は、化学療法終了から3ヶ月以降とし、6～8週間の運動療法によってCIPNの症状緩和が得られるという報告がある。本症例においても7週間のリハ介入において改善が得られていた。以上より、化学療法の休薬と運動療法が奏功し、本症例のパフォーマンス向上につながったと考えられる。

大腿骨近位部骨折患者に対する平行棒内で免荷歩行を使用した歩行練習の効果検討

○山口 暉穂, 松本 悠飛, 石橋 賢吾, 横田 悠介, 大場 潤一, 大石 賢, 内田 由美子
池田病院 リハビリテーション科

キーワード：大腿骨近位部骨折、レール走行式免荷リフト、歩行練習

【はじめに】

近年、歩行訓練中の疼痛軽減や転倒予防を目的にハーネスを使用した免荷歩行練習の報告を散見するが平行棒内での免荷歩行の報告は少ない。当院でも令和3年度よりレール走行式免荷リフト(以下、免荷歩行)を導入し、歩行練習の一手段として使用している。今回、大腿骨近位部骨折を呈し荷重時痛により歩行の不安定な患者に対し、平行棒内で免荷歩行を実施し歩行能力の改善が得られた為、以下に報告する。

【倫理的配慮】

ヘルシンキ宣言に基づき患者に説明し同意を得た。

【症例紹介】

50代女性。診断名は右大腿骨頸部骨折(骨接合術)。20病日にリハビリ目的で当院回復期リハビリ病棟へ入棟。32病日のNRSは歩行時に右股関節3/10。ROM-t(R/L)は股関節屈曲110°P/115°。介入時の歩行形態は、T字杖自立、独歩見守り。独歩は、患側のLR～MStに重心は健側へ偏移し患側への荷重が不十分で健側への体幹動揺がみられる。

【方法】

介入は34病日～64病日の30日間通常訓練中に、レール走行(オージー技研株式会社製)を使用し免荷歩行を5分間連続で実施。免荷歩行の免荷量は、20%に設定。歩行条件は、快適歩行速度とした。測定項目は、歩行時のNRS、 μ Tas(アニマ社製)で膝伸展筋力、10m歩行時間、ウォークWay-1000(アニマ社製)で歩幅、歩隔、立脚時間、患側/健側立脚比率を測定、歩行観察はビデオ撮影を実施。即時効果は、34病日と64病日の介入前・後で上記の測定項目を測定し結果の平均を比較した。経時的効果は、34病日から10日毎に介入後上記の測定項目を測定し、効果判定として34病日と64病日の結果を比較した。

【結果】

即時効果(介入前/介入後)NRS：(2/1)、患側膝伸展筋力：(10.3kgf/11.4kgf)、10m歩行時間：(7.8秒/6.9秒)、健側歩幅：(41.1cm/46.1cm)、患側歩幅：(43.4cm/47.8cm)、健側歩隔：(11.3cm/10.0cm)、患側歩隔：(11.9cm/9.9cm)、健側立脚時間：(0.86秒/0.71秒)、患側立脚時間：(0.73秒/0.64秒)患側/健側立脚比率：(86.4%/89.7%)で全項目に改善。歩容は、患側のLR～MStに健側への重心偏位減少。経時的効果(34病日/64病日)NRS：(2～3/1)、患側膝伸展筋力：(7.2kgf/13.3kgf)、10m歩行時間：(9.06秒/5.80秒)、健側歩幅：(34.3cm/51.5cm)、患側歩幅：(37.8cm/53.9cm)、健側歩隔：(14.3cm/8.0cm)、患側歩隔：(14.5cm/7.9cm)、健側立脚時間：(0.97秒/0.67秒)、患側立脚時間：(0.72秒/0.63秒)患側/健側立脚比率：(74.2%/94.0%)で全項目に改善。歩容は、患側のLR～MStに健側への重心偏移減少や側方動揺軽減。

【考察】

今回免荷歩行を行い即時・経時共に改善した。高橋らは免荷歩行時の筋活動は、大殿筋や中殿筋、大腿四頭筋の筋活動が着床初期から荷重応答期に大きな活動を示したと報告がある。本症例も免荷歩行時に筋が賦活され股関節周囲が安定し歩行速度向上や疼痛軽減に繋がったと考える。また、植木らは上方へ牽引することで、左右への重心動揺を軽減し前方へ重心移動が容易となり歩幅が拡大したと報告がある。本症例も同様に歩幅や歩行速度が向上したと考える。今後、荷重時痛で歩行の不安定な患者へ早期介入し歩行再建に努める。そして、免荷歩行の効果について再検討していきたい。

鏡視下腱板修復術後に関節可動域拡大が得られた一例～超音波検査を用いて～

○戸村 莉帆, 長谷川 隆史, 八木 春奈
和仁会病院 リハビリテーション科

キーワード：超音波検査、鏡視下腱板修復術、関節可動域

【はじめに】肩腱板修復術後リハビリテーションの主要な目的の一つとして肩関節可動域改善があげられる。特に腱板機能特性から術前は肩関節挙上困難な例が多いため、術後挙上角度の改善は重要となる。肩腱板修復術後可動域の予後は、罹患期間や術前の可動域、痛みなど様々な要因との関係が報告されている。近年、腱板断裂に対する鏡視下腱板修復術(以下,ARCR)は広く普及し、その術後成績も良好な結果が報告されている。戸野塚らは術後3ヶ月時で獲得できた関節可動域(以下,ROM)が、その後の長期的な予後に影響すると報告しており、術後早期のROM獲得が必要である。また、超音波検査は軟部組織や関節の動きをリアルタイムに描出でき、ROM制限因子の特定に有用とされている。そこで今回ARCR後患者に超音波を用いて肩関節軟部組織の動態を評価し治療介入することで、ROM拡大が得られた症例を経験したのでここに述べる。

【症例と経過】ARCR後の70代女性。当院術後プロトコルでは術後8週まで全可動範囲での関節可動域運動を禁止されていたため、初期評価は省く。術後8週時、超音波診断装置KONICA MINOLTA SONIMAGE HS2を用いて肩関節軟部組織の動態を評価した。測定肢位は肩関節挙上と外旋を座位で、肩関節内旋を背臥位とし、それぞれ最終域までの筋、関節包などの動態を長軸像にて撮影した。その結果、肩関節挙上では大結節と上腕骨頭の上に棘上筋腱が挟み込まれ、棘上筋や三角筋の滑走が不十分で関節運動が正常に行えていない様子が観察された。肩関節外旋では棘下筋や三角筋の滑走が不十分で正常な関節運動が行えていないことに加え、上腕骨頭を近位および前方に引きつけられず求心位を保った状態で回旋できていない様子も観察された。肩関節内旋では肩甲下筋と三角筋前部線維の脂肪浸潤に加え、肩甲下筋の萎縮、更には烏口突起と小結節の間に肩甲下筋腱が挟まれている様子が観察された。また、肩峰下滑液包の腫脹も観察された。この結果をもとに、滑液包との滑走性を出すこと、また上腕骨頭の求心性を高めることに重点を置き、回旋筋腱板のトレーニング、関節包モビライゼーションを実施した。術後10週の退院前時点には肩関節挙上135°、外旋35°、内旋40°、外転100°で経過し、退院後も上記トレーニングを継続した結果、術後18週時点では肩関節挙上160°、外旋50°、内旋40°、外転150°まで拡大した。

【考察】腱板損傷症例において、関節窩に対し上腕骨頭が腹側側偏位することは文献的にも示されている。石垣らは高齢で断裂サイズの大きい症例は腱板の変性が高度なために腱板縫着部位を前進すべき症例が多く、腱板の滑走距離が短くなり術後2年の肩関節機能が悪化したと報告しており、本症例もこれに当てはまることが予想された。また腱板修復術後4週での外旋可動域は、挙上角度予測指標の一つになるとの報告もあり、術後早期よりROMを拡大することが必要である。更に肩関節拘縮の発症機序の一つについて、上腕骨大結節の肩峰下滑液包への動きの制限が報告されている。本症例は肩峰下滑液包の残存腱板への癒着があり、滑膜炎も引き起こしていたことから一部切除されており、ROM拡大や腱板出力回復で難渋する可能性があった。

【結論】ARCR後はプロトコルに沿って可能な範囲で早期からROM拡大に努め、制限因子を見極め介入し、医師との連携が重要である。今後も肩関節軟部組織の動態変化について検証し、これらが痛みやROMにどのように影響しているか検討する必要があると考える。

【倫理的配慮】症例には本発表の趣旨と内容を口頭にて説明し、個人情報取り扱いには十分配慮することについて説明し同意を得た。

低圧血流制限トレーニングによる有害事象と運動誘発性疼痛抑制

○中尾 雄一¹⁾, 松本 伸一^{1,2)}, 野口 薫^{1,3)}, 吉賀 亜希子¹⁾, 宮永 香那¹⁾, 下迫 淳平¹⁾, 樋口 隆志⁴⁾, 古川 敬三⁵⁾
1) 古川宮田整形外科内科クリニック リハビリテーション科
2) 長崎大学大学院 医歯薬学総合研究科
3) 県立広島大学大学院 総合学術研究科
4) 大阪人間科学大学 保健医療学部 理学療法学科
5) 古川宮田整形外科内科クリニック 整形外科

キーワード：血流制限トレーニング、有害事象、運動誘発性疼痛抑制

【はじめに、目的】

筋肥大を得るためには、1回の最大反復回数(1-RM)の60~80%の強度でレジスタンストレーニング(以下,RT)を行うことが推奨されている。しかし、この強度は変形性関節症や術後患者では困難なことが多く、低負荷RTを実施することが多いものの、低負荷RTは効果的な筋肥大を引き起こすために筋疲労が起こるまで行う必要があり、患者への負担が大きい。血流制限トレーニング(以下,BFRT)を併用することで、少回数でも筋肥大を引き起こすことや疼痛緩和効果が期待できることが報告されているが膝痛患者を対象とした報告は十分ではない。そこで今回、今後の介入研究に向けて膝痛患者における低圧BFRTの有害事象と疼痛緩和効果を検討することを目的とした。

【対象と方法】

当院を受診し、血流・血管病変、感覚障害がある者を除外した膝痛患者11名(年齢は69.3±9.1歳、男性2名、女性9名、疾患内訳は変形性膝関節症10例、内側半月板損傷1例)を対象とした。低圧BFRTは、大腿部中央にカフを装着し、圧力の設定は先行報告に準じて四肢動脈閉塞圧(以下,LOP)40%程度とされる80~100mmHgとした。介入プロトコルは開始肢位を座位膝関節90°屈曲位として、膝関節完全伸展位までの範囲で伸展相1秒、伸展位保持相2秒、屈曲相1秒を1周期とし20回、10回、10回、10回の計4セット行い、セット間は30秒の休息とした。BFRT後は通常の運動療法を行った。測定項目はBFRT後の有害事象(痒み、痺れ、湿疹、疲労性筋痛など)、Borgスケールを聴取、BFRT直前・直後の20cm段差昇降時疼痛をVASにて測定した。BFRT直前と直後の疼痛VASについて対応のあるt検定を用いて解析を行った。

【結果】BFRT後の有害事象は0件、Borgスケールは平均11.0±1.5であった。BFRT直前の疼痛(平均38.7±28.3)と直後の疼痛(平均30.0±24.7)について有意差はみられなかったが減少傾向にあった(p=0.148)。

【考察】

今回の研究では、カフ圧をLOP40%程度の80~100mmHgに設定し、動脈の閉塞が弱かったため痒みや痺れ、湿疹などの有害事象が確認されなかったと考えられる。また、疲労度がBorgスケールで平均11程度の運動であったため疲労性筋痛を引き起こすことなく運動することができたと考えられる。今回の結果では、BFRT直前と直後の疼痛について統計学的有意差はみられなかった。先行研究では低圧BFRTによる運動誘発性疼痛抑制が報告されており、その効果は通常のRTに比べBFRTでは強く生じ、さらに低圧BFRT(LOP40%)に比べ高圧BFRT(LOP80%)でより強く生じることを報告している。今回の研究では対象者個別のLOPを測定しておらず設定したカフ圧がLOP40%に達していなかった可能性や疼痛測定時に設定した段差昇降動作の運動強度が高い可能性があるため疼痛は減少傾向にあるものの有意差がみられなかったと考えられる。今回の研究により膝痛患者における低圧BFRTは有害事象がなく安全性が高いトレーニング方法であることが示唆された。今後は症例数や介入期間を増やし筋力や筋肥大効果について検討していきたい。

【倫理的配慮】

ヘルシンキ宣言に基づき、説明・同意のもと行った。

長崎野球肘サポートネットワークでの野球肘検診活動（離島編）

○内田 慎介 山口整形外科医院 リハビリテーション部

キーワード：離断性骨軟骨炎、超音波、離島

【はじめに】

成長期学童の野球肘では特に外側に生じる上腕骨離断性骨軟骨炎(以下OCD)が問題となるが、OCDは初期では疼痛などが出現しないことが多く、症状が出現した際には、手術になるケースがある。近年、全国各地にて超音波を用いた野球肘検診が行われるようになってきている。そのため早期発見、早期治療のため、我々は平成29年度より長崎野球肘サポートネットワークを結成し、長崎県各地での野球肘検診活動に取り組んでいる。以前、森川らが院内やソフトボール大会での野球肘検診の取り組みについて報告したが、今回は壱岐で行われた長崎県高校野球連盟が主催するキッズベースボールフェスタと同時にやっている野球肘検診の取り組みについて報告する。

【取り組み】

検診内容：エコー検査、理学所見(肩・肘・股関節可動域測定、肩・肘柔軟性テスト、整形外科的テスト)、二次検診の紹介状作成セルフチェック、ストレッチの紹介

【結果】

OCDが4名/67名(5.97%)、内1名は他院にて通院治療中)内側障害が18名/67名(26.8%)発見され、全国の他地域の報告よりやや高値の結果となった。肩、肘、股関節の柔軟性も低下が見られ、これらは諸家の報告とほぼ一致していた。

【問題点】

選手やその家族、また指導者におけるOCDの障害認識が低いこと、我々のOCDに対する情報伝達が不十分なこと、壱岐半島内の医療従事者に対する我々の情報発信が不十分なことが挙げられる。

【今後の課題】

長崎県内にて、野球少年少女、保護者、指導者にむけた啓蒙活動、情報発信を行っていくこと。長崎県野球肘サポートネットワークの活動を長崎県内の医療従事者に情報発信を行い、活動拡大していくこと。

【結語】

今回実施した検診では、離島地区における野球少年の無症候性のOCDを発見することができたが、全国の検診報告よりもやや高値に認められた。

【倫理的配慮】

本報告はヘルシンキ宣言に基づき、個人情報に対する倫理的配慮を行い、口頭にて発表に対する承認を得た。

地域包括ケア病棟における補完代替リハビリテーション導入への取り組み（第2報）

○林田 晃典, 前田 和崇, 浦川 純二
長崎県島原病院 リハビリテーション科

キーワード：地域包括ケア病棟、補完代替リハビリテーション、運用効果

【はじめに、目的】

第32回長崎県理学療法学会において当院地域包括ケア病棟(以下、包括病棟)における補完代替リハビリテーション(以下、CARB)導入への取り組みについて2ヵ月間のCARB試行状況を報告した。今回、CARB運用により一般病棟のリハビリテーション(以下、リハ)診療件数を維持しつつ、CARBを継続するための実施方法と運用後の実績を報告する。

【方法】

CARB対象者は個別リハを実施している患者のうち、Barthel Index(以下、BI)を基準として、主にBI85点以上のADL自立患者を自主リハ対象者、主にBI40点以下で、認知機能低下や活動量低下が認められるADL要介助患者を集団リハ対象者とした。対象者は担当療法士と包括病棟リハスタッフがCARB適応を協議し、リハ専任医よりCARBのリハ処方作成を行った。ADL自立患者による自主リハは実施時間2単位分、ADL要介助患者による集団リハは実施時間3単位分を設定した。実施内容は、自主リハでは自転車エルゴメーターやトレッドミル、上下肢筋力訓練など筋力増強訓練や持久力向上訓練を中心に実施した。集団リハでは、準備体操や起立、足踏み訓練、風船パレーや認知課題などのレクリエーションを実施した。CARB実施時の療法士の役割として、自主リハに1名配置し体調確認、各患者の運動負荷調整を実施した。集団リハに1~2名、リハ助手1名を配置し準備体操、レクリエーション時の声かけ、物品のセッティング、運動補助を行った。運用結果として、CARB開始後の包括病棟と一般病棟のリハ提供単位の検証を行った。検証期間は令和4年2月1日~令和4年10月31日とし、包括病棟患者1人あたり平均リハ提供単位数/日、療法士1人あたり一般病棟リハ提供単位数/日について前年と比較した。

【結果】

一日の平均対象者数は自主リハ、集団リハ共に3~4名であった。期間中、自主リハは100名に対し1017単位、集団リハは172名に対し1978単位実施した。包括病棟患者1人あたり平均リハ単位数は個別リハのみで2.10単位(前年比-0.29単位)であった。しかし、CARBを含めると2.48単位(前年比+0.09単位)であった。療法士1人あたりの一般病棟リハ提供単位数は11.1単位(前年比+0.56単位)であった。

【考察】

個別リハとCARBの併用により包括病棟におけるリハ提供の効率化と一般病棟へのリハ提供が充実したと考えられる。CARB運用では包括病棟担当リハスタッフによる運動内容の調整や指導が重要であった。

【結論】

包括病棟においてCARB運用に至った。包括病棟にてCARBを導入することで、リハ提供内容が多様化され提供単位数が増加した。また、包括病棟でのリハが効率化されたことで一般病棟でのリハ提供単位数も増加した。

【倫理的配慮】

本報告は当院倫理委員会にて承認を得ている

当院の職員に対する腰痛の実態調査と予防の取り組みについて

○有福 浩二, 篠原 晶子

医療法人重工記念長崎病院 リハビリテーション科

キーワード：腰痛実態調査、腰痛予防、職員教育

【はじめに、目的】

当院は長崎県内の脊椎拠点病院に指定されており腰痛患者を診る機会が多い。受診者の中には当院の職員も含まれているが未受診ながら腰痛を抱えて仕事をしている職員も一定数存在しており、職員の腰痛予防も重要であると考えていた。今回、職員の腰痛実態調査と予防を目的とした介入を実施し、腰痛軽減の効果が得られたので報告する。

【方法】

2023年1月から当院の職員に対して腰痛予防の動画視聴・腰椎伸展運動の個別指導・運動ポスターの院内掲示を行った。介入の前後で2022年10月と2023年3月に腰痛に関するアンケート、姿勢、体幹の柔軟性の評価を行った。全職員323名のうち介入前後の比較が可能であった270名(男性52名、女性218名)を対象とした。アンケート内容は職種、自覚的な仕事量、痛みの部位・発生タイミング・強度(visual analogue scale:以下VAS)等とした。柔軟性評価として体幹前屈を指床間距離(以下FFD)、後屈は直立位で床からC7棘突起の高さ(以下NFD)を測定後、後屈時のC7高さを測定しその差を使用した。統計学的解析はウィルコクソンの符号順位検定を用い、有意水準を5%未満とした。

【結果】

介入前の疼痛部位は腰部136名、臀部7名、下肢13名であった。発生タイミング(複数回答)は中腰95名、座位51名、歩行35名、立位14名と屈曲動作の方が多く、仕事量は56名(21.3%)が重いと感じていた。介入前後で有痛者は156名(57.78%)から112名(41.48%)に減少した。全体のVASは前 2.37 ± 2.57 、後 1.45 ± 2.19 ($p < 0.01$)と有意に低下していた。FFD($p = 0.78$)、NFD差($p = 0.11$)はいずれも有意差は認められなかった。VASを職種別に見ていくと看護師($n = 109$)前 2.39 ± 2.54 、 1.4 ± 1.93 ($p < 0.01$)事務職($n = 66$)前 2.07 ± 2.48 、後 1.22 ± 2.23 ($p < 0.01$)と有意差が認められたが、医師($n = 15$)前 1.97 ± 2.43 、後 1.4 ± 2.40 ($p = 0.09$)、清掃($n = 8$)前 2.53 ± 2.97 、後 1.8 ± 2.84 ($p = 0.22$)、保育($n = 11$)前 4.13 ± 2.39 ($p = 0.28$)、後 3.24 ± 3.43 、看護補助($n = 18$)前 4.23 ± 3.31 、後 3.26 ± 2.37 ($p = 0.09$)、医技職($n = 43$)前 1.44 ± 2.12 、後 0.74 ± 1.44 ($p = 0.06$)と低下傾向にはあった。

【考察】

全国的に医療職の腰痛有病率は5~7割といわれており、本調査においても当院職員の調査開始時の有症者の割合も同等であった。その多くは中腰や座位で腰痛を訴えており約2割は仕事量に負担を感じていた。職種別の比較で有意差が認められなかった職種は、n数の少なさや、医技職は他の部署に比べVASの低さなどが影響していることと考えられるが、職員に対する腰痛予防の教育は全体を通して腰痛軽減の効果が得られた。また個別指導の際に、伸展運動により症状悪化するものに対しては伸展運動の制限を行なったことも一つの要因と考えられる。保育、看護補助者はVASが高く効果も少なかったが、体操のみでは対応できない動作や負荷量の影響が考えられ、指導内容の検討が必要である。

【結論】

職員に対する腰痛予防の取り組みを行うことは、一人一人が意識する機会となり、また個別的に介入することで腰痛に対する理解が深まり、腰痛軽減に繋がると考える。

【倫理的配慮】

本研究は当院の倫理委員会の承認を得た。(2023-3)

当院回復期リハビリテーション病棟における退院後ADLの維持向上を目指す取り組み

○田代 伸吾

耀光リハビリテーション病院 リハビリテーション部

キーワード：回復期リハビリテーション病棟、在宅復帰、ADL維持向上

【はじめに】

当院回復期リハビリテーション(以下回復期)病棟は2000年に1病棟57床から開設し、現在4病棟222床の病床があり、年間約900人の患者さんが入退院されている。回復期病棟の主な機能は患者さんを「在宅復帰」させることであり、在宅復帰に向けて、日々多職種で連携しアプローチを実施している。しかし、回復期病棟を退院後、在宅でADLが低下してしまう患者さんが一定の割合で存在する。このような患者さんを減らすために、当院で実施している取り組みを紹介する。

【取り組み内容】

①安心ボード(写真立て)の配布:退院後安心して生活して頂くために、退院前に患者さんを担当スタッフ全員で取り囲み、満面の笑みで写真を撮影する。見開き型フォトフレームの片面に撮影した写真、もう片面に、ADLが低下した際や困り事が発生した際に相談できるよう、当院の相談窓口の電話番号を記載したイラストを挟んでプレゼントしている。②LINE相談窓口の案内:電話での相談窓口は10年前から行っていたが、2022年度からはLINE for Businessによる相談窓口を開設した。登録して頂いた患者さん・ご家族には相談対応のみでなく、毎月1回トピックス情報として、医療や福祉に関する情報を当院で作成し提供している。③退院後自己チェックシート:全老健版ケアマネジメント方式(R4システム)を参考に、基本動作、移動、排せつの3項目の5段階評価としシートを作成した。退院時に患者さんの現状を評価し、ご家族へも説明し、退院後に毎月、在宅でセルフチェックして頂くように説明した。当法人所属のケアマネが自宅訪問した際には、セルフチェックが行えているか、ADL低下がないかの確認をするよう依頼した。④伴走セラピスト(退院後1年後の目標設定):当院入院中に、退院1年後の目標(障害を持ちながらも実現したいこと)を設定し、退院後に継続的(1・6・12か月後)に目標の進捗状況を確認している。

【取り組み結果】

安心ボードに関しては、患者さんを取り囲むスタッフとの写真ということもあり、患者さんのみならず、ご家族からも好評である。実際に電話相談も3件あっており、内服薬の問い合わせや、コロナ罹患の相談であった。LINE相談も毎月登録者が増え、現在30人以上の方が登録されている。相談も12件ほどあり、失禁や転倒などの相談があっている。退院後自己チェックシートも70名以上に配布し、ケアマネからは自己チェック実施の有無は患者によるが、しっかりとセルフチェックを続けている方もいるとの情報が得られた。伴走セラピストの取り組みは開始して3年となり、退院後1年経過した患者数は500名を超えている。1年後の目標の達成割合は約7割程度であり、3割の患者は立てた目標が高すぎたり、コロナが不安で外出できなかつたり、合併症増悪などが多かった。

【おわりに】

当院回復期病棟では、退院後のADLを維持向上して頂くために様々な取り組みを実施している。しかし、退院1か月後の電話調査ではADL低下したとおっしゃる患者さん、ご家族は約1割程度存在する現状である。完全に防ぐことは難しいが、回復期病棟で毎日必死にリハビリに取り組み、在宅に戻ることができた患者さんが、1日でも長く在宅で生活し続けることができるように、退院後ADL低下の原因を分析しつつ、今後も取り組んでいきたい。

【倫理的配慮】

今回の発表は取り組みの報告であり倫理的配慮は特段発生しない。

教育・研修体制の確立に向けて～多職種共同で研修プログラムの企画・導入を試みて～

○秀嶋 敏和

介護老人保健施設 恵仁荘 理学療法士

キーワード：教育研修体制、企画研修委員会、多職種協働

【はじめに】

リハビリテーションを取り巻く環境は、少子高齢化、医療技術の高度化、活動領域の多様化などここ最近で大きく変化している。そのような中で、医療の進歩や臨床実習体系の変化などを背景に、卒業時に学生が身につけているスキルと、臨床現場が新人に求めるスキルとの乖離が生じている状況は否めない。また、ここ数年は新型コロナウイルス感染症の拡大で、これまで実施していた施設内研修の開催や外部研修への参加が思うように実施できなくなっている現状もある。一方で、昨今、介護保険における指定基準に定められている義務化された研修を実施していく事が求められており、介護老人保健施設においても、理学療法士のみならず多職種への組織的・計画的な新入職員を含む職員全体への教育研修体制の整備が必要とされている。そこで今回、多職種で協力し施設内で「企画・研修委員会」を立ち上げ、理学療法士もその体制づくりの一員として参加し、一定の研修体制のフレームが整ったので経過を踏まえ報告する。

【方法】

(1)企画研修委員会の発足 R2年11月委員会の立ち上げを提案し管理会議にて承認。R2年12月主任会議にて新たな研修体制の構築に向けた提案を行う。R3年1月、企画研修委員会の発足および委員選出。(2)アンケートの実施対象は全職員。期間は R3.3.12～3.22(回収率：128/139名)。内容は、①現在の職種、②業務に従事している年数、③研修会に参加しやすい時間帯、④研修時間の長さ、⑤研修内容の調査を行った。(3)研修体制のフレーム整備アンケートや義務化された研修の内容を踏まえて、年間スケジュールを整える。

【結果】

企画研修委員会が R3年4月より本格的に活動開始となった。調査の結果は、研修受講の時間帯では、「業務時間内」が一番多く、子供の迎え等、プライベート時間確保のため業務時間内に研修を実施してほしいという意見が多かった。研修時間としては、30分前後が気軽に参加しやすいことが分かった。どんな内容の研修を受けたいかの質問に対しては、「食事介助」が一番多く、続いて「接遇・マナー」、「移乗介助方法」に関心がある人が多かった。研修体制のフレーム整備に関しては、①新入社研修、②定期研修、③実務研修、④管理者研修のそれぞれの内容や目的、講師などの年間スケジュールが整備され、R3年度～R4年度にかけて微調整を行いながら実施し現在に至っている。

【考察及びまとめ】

新人理学療法士職員のみならず施設の新人職員研修は、社会人としての自覚を醸成し、組織人・職業人としての成長と職場内のコミュニケーションを促すとともに、施設の理念や事業内容の把握、部署方針など、自施設に対する理解を深め、組織の一員として何をすべきか自分自身の役割を認識し、帰属意識を高め形成するものとして重要な意義があると思われる。また、今回多職種共同での研修プログラムを企画したことで、職種を超え職場ぐるみで育成していくという意識を高める事ができた。更に、多職種が一堂に参加する研修を導入することで、チームの一員としての役割を理解し、職種をこえたコミュニケーション、人間関係の構築が図れるようになった。今後もこの研修体制を実践しながら、施設に従事する理学療法士として、施設内研修会の講師などの役割も担いながら、ポジショニングや介助方法など、リハビリテーション職としてその技術を伝え、教え合い学び合う姿勢を施設全体に広げていく事が肝要である。

【倫理的配慮】

本報告において調査対象者が特定される事が無いよう配慮した。

【相反利益】

本演題に関連して、開示すべき利益相反はありません。

当院入院中にリハビリテーションを実施した患者における ADL の変化について

○石丸 将久

日本赤十字社長崎原爆諫早病院 リハビリテーション科

キーワード：ADL、Barthel Index、BI 利得

【目的】

ADL は効果判定ツールとして重要であり、Barthel Index(以下 BI)は診療報酬制度の中に用いられている。今回、当院に入院し、リハビリテーション(以下リハビリ)を実施した患者の BI を調査し、リハビリ後における ADL の変化を検証した。

【方法】

対象は、2021/6/1～2022/1/31 の期間にリハビリを開始して終了し、BI の評価が可能であった患者のべ 118 名(平均年齢：82.9 歳、男/女：64/54 名)とした。また、リハビリ期間が 6 日以内、BI が開始、終了時ともに 0 点の患者は対象外とした。方法は、リハビリ開始と終了時に BI を評価し、改善した群(以下改善群)、点数が変化しなかった群(以下維持群)、悪化した群(以下悪化群)、さらに、改善群内で 15 点以上改善した群(以下改善大群)と 15 点未満であった群(以下改善小群)、悪化群内で 15 点以上悪化した群(以下悪化大群)と 15 点未満であった群(以下悪化小群)として、年齢、性別、BI 利得、リハビリ期間、入院期間を比較検討した。統計処理は Kruskal-Wallis test と t test を使用した。

【結果】

改善群 71 名(60%)、維持群 33 名(28%)、悪化群 14 名(12%)であり、改善群と維持群を合計すると 88%が維持・改善していた。各群間の比較では、リハビリ期間において悪化群(45 日)が維持(17 日)や改善群(24 日)と比較して有意に長く($p<0.05$)、入院期間も悪化群(49 日)が維持(26 日)や改善群(32 日)と比較して長い傾向があった。開始時 BI の点数において維持群(85.0 点)が改善群(55.0 点)と比較して有意に高かった。 $(p<0.05)$ 改善群内の比較では、年齢において改善大群(80.1 歳)が改善小群(86.0 歳)と比較して有意に低かった。 $(p<0.05)$

【考察】

改善群と維持群が 88%を占めており、リハビリの一定の効果が示唆された。悪化群はリハビリ期間や入院期間が長期化しており、要因として、病態の悪化が考えられた。維持群は開始時 BI が高く、それ以上の BI 利得は得られにくく、改善群は年齢の低い方が BI 利得を得られやすかった。

【倫理的配慮】

本研究は、個人情報を匿名加工することによって、患者が特定されないよう配慮した。

拡張相肥大型心筋症による心不全患者への生活指導の経験

○山田 有莉奈, 川上 章子, 吉岡 元
佐世保中央病院 リハビリテーション部

キーワード：拡張相肥大型心筋症、生活指導、心不全

【目的】今回、拡張相肥大型心筋症により急性心不全を発症した症例を経験した。拡張相肥大型心筋症は左室駆出率低下と左室内腔の拡張を認め肥大型心筋症から移行したことが確認されたものを言い、予後不良と報告されている。先行研究や文献も少ないことから、運動負荷量の増減やゴール設定、生活指導について主治医や看護師と情報交換を重ねながらリハビリを進めていった。結果、自宅退院・職場復帰へと繋がったため報告する。

【倫理的配慮】人を対象とする医学系研究に関する倫理指針に従い倫理委員会より承認を得た。

【症例紹介】60代男性、BMI:23。既往歴なし。Y年夏頃より動悸を自覚。半年後より咳嗽、喀痰、呼吸苦が出現し近医循環器科にて急性心不全として薬剤加療開始。改善に乏しく当院へ精査・加療目的で入院し拡張相肥大型心筋症と診断された。入院前生活は自立で妻と2人暮らし、仕事は車両運搬トラックの運転業務であり、職場環境として事務所まで20段程度の階段がある。趣味は友人との釣りであり、船上で8時間程度釣り具(約20kg)の運搬も行う。

【経過】入院から13日目までは鑑別検査や薬剤調整、負荷心電図等行われており、主治医より歩行は150mを上限として歩行速度や休憩回数で負荷量を調整するよう指示があり、血圧・心拍数・呼吸数変動や症状変化をリハビリ毎に主治医へ報告した。入院日と比べ13日後にはCTRが55.2%から47.8%と心陰影の低下、体重は2.5kg減少、収縮時血圧が90mmHg台から70~80mmHg台へ、心拍数は90~100bpm台から70~80bpm台へと低下、BNPも改善がみられた。使用薬剤は $\alpha\beta$ 遮断薬、HCNチャネル阻害薬、利尿剤、SGLT2阻害薬、ジギタリス製剤、ARBであり経過に合わせてそれぞれ増量された。14日目以降は日常生活を見据え歩行距離拡大や階段昇降等徐々に負荷量を増やしていき、18日目に6分間歩行実施。総距離420m、歩行速度70m/minボルグスケール13の結果から最適な運動強度を3METsとし生活指導を行った。

【生活指導】「健康づくりのための身体活動基準2013」に記載されているMETs表を用い動作による負荷量変化を一緒に確認後、日常生活、仕事復帰、趣味活動に分けて指導を行った。日常生活については、自宅内での生活では基本的に3METsを超えることはないことを確認し、仕事復帰については、直接手で荷物を持ち運ぶような作業はなく、高負荷となるのは階段昇降であり、ゆっくり昇った場合でも4~5METsとなることを確認した。行う際は連続で何度も昇らず、実施前後には休憩を挟むよう指導した。趣味活動については、まずは自宅での生活や仕事に慣れること、その後は外来受診にて主治医の指示のもと始めることを提案した。療養指導として、METs表を参考に、負荷が高いものはゆっくりと行い実施後に休憩を挟むこと、実施中は会話をしても息がはずまない程度の負荷量が適していることを説明した。疾患管理として、1週間で2kg以上の体重増加、顔や手足にむくみが出てくる、普段通りの生活で動悸や息切れがある等の症状があればすぐに受診するよう指導した。本人の受け入れは良好で、入院中毎日体重や心拍数を確認したり、METs表を読み込んだりする様子が見られた。退院前には本人へ、退院時には本人と家族へも生活・療養・薬剤・栄養指導を多職種で行った。家族は非常に協力的であり理解も良好であった。

【まとめ】運動負荷量の増減やゴール設定、生活指導を主治医や看護師と情報交換しながら行い、自宅退院、職場復帰へと繋がり、退院から3ヶ月後も心不全症状の増悪なく経過している。多職種連携の重要性を再確認でき、指導に関してもより詳細に行うことができた。

多職種で本人・家族へ家族指導等を行い自宅退院につながった症例

○林田 康太
耀光リハビリテーション病院 リハビリ部

キーワード：家族指導、目標共有、サービス調整

【はじめに、目的】

左被殻出血により右片麻痺を呈した症例を担当した。患者本人のデマンドは「早く退院したい」。家族デマンドは「しっかりと歩けるようになって家で生活を自分で送れるようになってほしい」であった。多職種で本人を含めた家族指導や、住環境調整、サービス調整等を行った結果、入浴動作以外のADL動作が自立し、住環境が整った上で自宅退院が可能となったため考察を含め報告する。

【方法】

多職種でADL動作の評価を行い介助方法の統一を図り、情報共有を行う。患者本人の可能な動作を増加、反復させ、フィードバックすることでADL動作の向上を図る。リハビリの様子やADL動作の現状について家族面談や電話連絡を行うことで家族に病態把握をしてもらい、退院後の生活について共に考える。また、家族から患者へ向けての声かけ等についても話し合う。自宅退院に向けての必要な環境調整や福祉用具の把握を行う。退院後に継続したリハビリや、通院を行えるよう説明とサービス調整を行う。

【結果】

ADL動作の向上を認め、家族がADL動作の現状や今後必要となるサービスについて理解された。家屋環境調整や福祉用具の選定を実施した上で自宅退院が可能となった。退院後にはリハビリ目的、病態管理目的の通院を行う。

【考察】

自宅復帰のためには同居家族が病態を認識し、明確な退院後のビジョンを持つこと、家族と医療スタッフがADL目標を共有することが重要であると西尾らは述べている。今回、多職種で情報共有を行い、家族へ病態についての説明や、今後必要となるサービス調整を行った結果、ADL動作の向上を図れた上で自宅復帰が可能になったと考える。

【結論】

今回、デマンドに沿った退院支援に対する取り組みを行い、家族指導やサービス調整を行うことで自宅復帰が可能になるという結果が得られた。家族指導では家族に退院後のビジョンを持ってもらい、医療スタッフ、家族と共にADL目標の共有を行うことが重要であると明らかになった。今後、自宅復帰を目指す症例を担当する際、退院後のADLについて情報共有を確実にこなしていく。

【倫理的配慮】

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、家族から書面にて同意を得た。

トレンデレンブルグ様歩行を呈した一症例に対し電気刺激療法と運動療法を併用した経時的効果判定

○原 聖河, 永友 雄大, 横田 悠介, 大場 潤一, 大石 賢, 内田 由美子
池田病院 リハビリテーション科

キーワード：トレンデレンブルグ様歩行、電気刺激療法、運動療法

【はじめに】

股関節外転筋力低下の影響によりトレンデレンブルグ様歩行を呈した患者へ電気刺激療法と運動療法を併用しトレンデレンブルグ様歩行の改善,股関節外転筋力の向上に至ったためここに報告する。

【倫理的配慮,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。

【症例紹介】

50歳代女性,診断名は右変形性股関節症術後(人工関節全置換術後).8病日にリハビリ目的で当院回復期リハビリテーション病棟に入棟.31病日での理学療法評価は歩行時術側中殿筋周囲にNRS3,移動能力は杖歩行自立,片脚立位姿勢は骨盤の下制がみられ,トレンデレンブルグ徴候陽性.歩容は術側荷重が不十分な状態で,術側立脚中期にトレンデレンブルグ様歩行がみられる。

【介入方法】

介入期間：31病日～51病日の21日間.研究デザインはABA法によるシングルケーススタディを用いた.理学療法中に電気刺激を用いた運動練習をする期間(以下A1・A2期)及び,電気刺激を用いず運動練習を行う期間(以下B1期)とし,各期間の介入日数を7日間とした.電気刺激療法は,術側中殿筋に対して実施.電極の位置は上後腸骨棘と大転子の間および腸骨棘と大転子の間に貼付.使用機器は伊藤超短波株式会社製電気刺激装置(以下NM-F1)を用い,パルス幅300 μ sec,波数50Hzに設定.刺激強度は,各症例に合わせて疼痛や不快感なく筋収縮を誘発する最大強度とした.電気刺激はハンドスイッチを用いて,介入者が歩行練習中に,中殿筋が活動するとされる遊脚終期から立脚中期に通電した.評価項目は,アニメ株式会社製 μ tasF-1を用いて術側股関節外転筋力,TUG-t,10m歩行,アニメ社製ウォークWay-1000を用い歩幅,ストライドを測定.また写真,動画を用いて片脚立位姿勢,歩容観察を行った.経時的効果はA1・B1・A2期の介入前後に各評価項目を測定し介入後評価から介入前評価の差を算出し比較した.また31病日と51病日の評価項目を比較した.また各期の最終日に歩容,片脚立位姿勢の観察を実施.運動療法はステップ練習左右各10回,歩行練習は5分間,休憩を3分挟み2セット実施。

【結果】

経時的効果(A1/B1/A2)は術側股関節外転筋力：0.8kgf/1.7kgf/-0.2kgf,TUG-t：-3.01秒/-0.84秒/-0.22秒,10m歩行：-1.18秒/0.47秒/0.13秒,歩幅：術側6.05cm/6.29cm/-0.97cm,非術側9.31cm/4.45cm/-3.77cm,ストライド：術側15.63cm/11.87cm/-5.37cm,非術側24.83cm/9.37cm/-3.5cm.B1期と比較してA1期の方がTUG-t,10m歩行,非術側歩幅,非術側ストライドに改善みられた.介入前/後効果では術側股関節外転筋力：8.2kgf/9.7kgf,TUG-t：9.31秒/8.46秒,10m歩行：8.81秒/8.23秒,歩幅：術側48.88cm/54.20cm,非術側56.75cm/57.43cm,ストライド：術側106.13cm/112.63cm,非術側105.13cm/114.5cmと改善みられた.片脚立位姿勢：骨盤の下制改善した.歩容：非術側への重心偏移改善し,術側立脚期の骨盤,体幹動揺軽減した。

【考察】

本症例において,電気刺激を用いて歩行練習を行うことで筋力向上,歩容の改善がみられた.先行研究より,荷重練習や歩行練習中に電気刺激によって股関節外転筋の収縮をアシストすることで術側立脚期の安定性が向上し,歩幅の増加,歩行速度の向上,歩容の改善に繋がったと考える.今後中殿筋力低下で歩行が不安定な患者に対し電気刺激療法を実施し症例数を増やし効果検討をしていきたい。

胸椎後縦靭帯骨化症患者の痙縮に対する拡散型体外衝撃波療法の効果について

○野口 薫^{1,3)}, 松本 伸一^{1,4)}, 中尾 雄一¹⁾, 吉賀 亜希子¹⁾, 宮永 香那¹⁾, 下迫 淳平¹⁾, 古川 敬三²⁾
1) 古川宮田整形外科内科クリニック リハビリテーション科
2) 古川宮田整形外科内科クリニック 整形外科
3) 県立広島大学大学院 総合学術研究科
4) 長崎大学大学院 医歯薬学総合研究科

キーワード：痙縮、拡散型体外衝撃波、胸椎後縦靭帯骨化症

【はじめに】痙縮は神経疾患における頻度の高い合併症であり,痙縮の罹患期間が長期化すると,伸張反射亢進による筋緊張の増加に加え,筋の構造変化が痙縮に影響を与えると考えられている.慢性脊髄損傷患者の多くは,痙縮由来の疼痛や関節可動域の減少などの症状を有し,歩行などの日常生活動作が妨げられる.体外衝撃波療法は,高強度の圧力波を身体に当てる物理療法である.拡散型体外衝撃波(以下,rESWT)は,筋・筋膜組織に対する広範な圧力波による筋滑走性や緊張の改善が期待できる.rESWTが脳卒中や脳性麻痺患者の痙縮軽減に有効であることが報告されているが,脊髄性の痙縮に関する報告は少ない.今回,胸椎後縦靭帯骨化症により両下肢痙縮を呈した症例に対し,rESWTを用いた治療を行い,良好な結果が得られたので報告する。

【症例紹介】症例は50歳代女性,4年前に胸椎後縦靭帯骨化症と診断され,4年前,2年前に椎体後方固定術を施行.当院にて約3年間理学療法を継続して行っているが,関節可動域や筋緊張に大きな変化はみられていない.既往歴に右THA,第12胸椎圧迫骨折がある.【rESWT開始前評価】臥位にて下肢伸展時に右大腿前面と左大腿後面にひきつるような痛み(NRS4/10)あり,大腿四頭筋,ハムストリングス,下腿三頭筋の過緊張がみられた.関節可動域は股関節屈曲100/100,伸展-35/-25,膝関節伸展-15/-20,足関節背屈0/0.Modified Ashworth Scale(以下,MAS)は股関節屈筋群2/1+,膝関節屈筋群1+/2,足関節底屈筋群2/2.股関節・膝関節屈曲位で体幹前傾位の立位姿勢を呈しており,短時間であれば支持なしで立位保持可能.歩行時は両ノルディック杖を使用し,歩幅は狭く,体幹前傾の増強,右立脚中期後半の骨盤回旋が見られる.歩行や階段昇降動作による易疲労性あり.3mTUG18秒03,5回立ち座りテスト12秒38,運動FIM89/91.

【介入】rESWTはMASTERPULS®MP100(STORZ MEDICAL AG,Switzerland)を使用し,アプリケーションのヘッドは15mmを使用した.照射プロトコルは先行研究を参考に2bar,5Hz,2000発とし,右大腿四頭筋,左ハムストリングス,左腓腹筋の筋腱移行部に2回/wを8セット照射した.rESWTによる有害事象は見られなかった.その他のプログラムは,ストレッチや筋力増強運動など従来行ってきた理学療法を実施.【rESWT開始2ヶ月後評価】下肢伸展時の右大腿前面と左大腿後面のひきつるような痛みは消失.関節可動域は股関節伸展-30/-15,膝関節伸展-15/-15,足関節背屈0/0.MASは股関節屈筋群1+/1+,膝関節屈筋群1+/1+,足関節底屈筋群2/2.立位・歩行時の股関節,膝関節伸展,体幹前傾改善しており,支持なしでの立位時間延長と歩行時の易疲労性の軽減がみられた.3mTUG16秒09,5回立ち座りテスト11秒09,運動FIM89/91.

【考察】脊髄性の痙縮に対してrESWTを用いた治療を行うことで,症例の主観的な訴えとして疼痛や筋緊張の軽減が得られ,客観的な評価からも痙縮が軽減しており,身体機能の改善がみられた.ESWTはアクチンとミオシンに作用し,痙縮筋の硬度の低下をもたらしと考えられている.本症例は罹患期間が長期化しており,反射を介した筋緊張の増加に加え,線維化,弾性特性の変化といった構造的な変化も痙縮の要因として加わっていることが考えられる.そのため,rESWTは構造的な問題に対して作用したことが考えられ,より長期的に治療を行っていくことで更なる改善が見られる可能性があると考えられる。

【倫理的配慮,説明と同意】本研究はヘルシンキ宣言に基づき,個人情報に対する倫理的配慮を行うとともに,口頭及び書面にて発表をする承認を得た。

整形外科外来に通院する腰椎または下肢疾患患者の社会的フレイルと運動機能に関する調査

○川村 征大 1), 石井 瞬 1), 辻田 みはる 1), 森岡 銀平 1), 小森 峻 1), 小山 将史 1), 大鑄 俊博 1), 宮田 倫明 1), 飯野 朋彦 2), 井口 茂 3)
 1) 道ノ尾みやた整形外科 リハビリテーション科
 2) 介護老人福祉施設 にしきの里
 3) 長崎大学 生命医科学域・保健学系

キーワード：整形外科外来、社会的フレイル、運動機能

【はじめに】

フレイルは身体的、精神心理的、社会的といった多面性を有し、フレイルを有する高齢者の転帰となる事象の発生率が高くなることが報告されている。近年では、社会活動への参加や社会的交流が希薄となった状態を示す社会的フレイルが着目されている。社会活動の低下は認知機能や身体機能、生活機能の低下に繋がることや、社会的フレイルを有する高齢者は4年後の身体的フレイルまたは身体的プレフレイルの発症リスクがより高まることが報告されている。本邦では、地域在住高齢者を対象とした調査や入院中のがん患者や心疾患患者に対する社会的フレイルの調査は見受けられるが、整形外科外来に通院する高齢者に対して調査した報告は認めない。そこで本研究にて調査を行った。

【方法】

対象は2018年12月13日～2022年3月31日の期間に、当院で運動器リハビリテーションが処方された65歳以上の下肢疾患患者112名、腰椎疾患102名の合計214名に対して、社会的フレイル、身体的フレイル、運動機能、疼痛を評価した。疾患部位別に社会的フレイルを有する患者の特徴を調べるために社会的フレイルのフレイル群、非フレイル群の2群に分類し比較した。社会的フレイルは、①昨年に比べて外出頻度が減っている(はい)、②友人の家を訪ねている(いいえ)、③友人や家族の役に立っていると思う(いいえ)、④独居である(はい)、⑤誰かと毎日会話をしている(いいえ)の5項目のうち2項目以上該当を社会的フレイルとした。身体的フレイルの有無はJ-CHS基準を用いた。運動機能はリハビリテーション初回介入時に下腿周径、握力、膝伸展筋力、5m歩行時間、片脚立位時間、5回椅子時間を評価した。疼痛はNumerical rating scaleで評価した。

【結果】

対象者全体では社会的フレイルは66名、非フレイルは148名であった。下肢疾患患者では112名中33名、腰椎疾患患者では102名中33名がそれぞれ社会的フレイルであった。フレイル群と非フレイル群を比較した結果、下肢疾患患者ではフレイル群は非フレイル群より年齢と身体的フレイルの有症率が有意に高値を示し、5回椅子起立時間、歩行速度、両側膝伸展筋力、左片脚立位時間が有意に低値を示した。腰椎疾患患者ではフレイル群は非フレイル群より右側下腿周径が有意に低値であった。

【考察】

整形外科外来に下肢または腰椎疾患で通院する高齢者において約30%が社会的フレイルを有し、本邦における地域在住高齢者を対象とした社会的フレイルの有症率の報告より多い結果となった。歩行速度と筋力低下は社会的フレイルの発症を予測するとされ、下肢疾患で社会的フレイルを有する場合、加齢に伴う運動機能低下が社会活動の妨げとなっている可能性が考えられる。腰椎疾患を有する高齢者は、今回調査した方法では社会的フレイルの原因の特定には至っていないため更なる調査が必要であると考えられる。

【倫理的配慮】

本研究の計画立案に際し、長崎大学大学院医歯薬学総合研究科倫理委員会の承認を得て実施した(許可番号：21040803)

循環器疾患に対する危険因子・生活習慣に関する意識調査

○峰松 俊寛 1), 松原 健太 1), 龍田 大 1), 浦川 純二 1), 大和 慎治 2)
 1) 長崎県島原病院 リハビリテーション科
 2) 長崎県島原病院 循環器内科

キーワード：循環器疾患、心不全、意識調査

【目的】現在、高齢化により多疾患併存した循環器患者が増加している。当院でも基礎疾患が重複した循環器疾患を呈す症例を多くみてきた。先行研究によると、高血圧症、糖尿病、脂質異常症など基礎疾患毎に循環器疾患危険因子の認知度の差があると指摘されている。今回、アンケート調査を通じ、循環器疾患に対する理解と入院患者自身の生活習慣等を療士が把握し、適切な指導を行うことで、循環器疾患の発症・増悪予防を目的とした。

【方法】対象者は、循環器疾患以外で入院したりハビリテーション実施患者のうち、長谷川式認知症スケールが21点以上と認知機能に問題がない患者13名(男性8名、女性5名、平均年齢68.5±10.4歳)とした。選択式アンケートを用い、患者自身による回答を実施した。調査内容には循環器疾患の知識や心不全についての理解を問う質問と栄養・服薬・喫煙・運動習慣等の生活習慣について質問した。調査を実施した患者の基礎疾患と薬歴については、カルテより情報収集を行いアンケート調査内容との整合性を確認した。

【倫理的配慮、説明と同意、利益相反】ヘルシンキ宣言に基づき、当院倫理委員会の承認を得た(承認番号：5島病第60号)。患者には口頭、書面にて説明実施し、カルテ上にも調査協力に同意得たことを記録した。また、本研究において企業等との利益相反はない。

【結果】心臓疾患の原因となる基礎疾患として考えられる疾患についての質問に対して、高血圧症、糖尿病、肥満、不整脈を選択した患者は75%を超えており認知度が高かった。一方、風邪などの感染症、腎臓病を選択した患者は20%以下となり、認知度が低い結果となった。また、心臓疾患につながる生活習慣には何があるかという質問では、塩分・糖分過多などの栄養面を選択した患者は90%を超えた。また、過労や内服忘れを選択した患者は少なく、認知度が低い結果となった。心不全の症状にはどのようなものがあるかについての質問では、息切れや脈の乱れ、心拍数の上昇などの自覚症状についての選択は多く、認知度が高い結果となった。しかし、尿量減少、体重増加、腹部膨満、起坐呼吸を選択した患者は少なく、認知度は低い結果となった。

【考察】高血圧症や糖尿病などの生活習慣病が循環器疾患に影響すると認知している患者が多く、加えて、塩分・糖分過多も増悪因子と考える患者が多いことから、栄養面での生活習慣が循環器疾患に大きく影響すると考える患者が多いと推察した。また、当院では栄養指導も実施していることも、認知度に影響しているのではないかと考えた。一方、感染症や腎臓病などは、循環器疾患との関連をイメージできていない方も多くいたため、他疾患との関連についても指導行っていく必要がある。心不全の症状についての質問では、息切れや胸部症状、心拍数上昇、脈の乱れなど自覚しやすい症状については、心不全の可能性を考える患者が多い一方、尿量減少、体重増加、腹部膨満など胸部症状が生じていない場合は、心不全の可能性を考慮しない患者が多数いると考えた。心不全の早期発見、早期治療のためにも胸部症状以外の症状について指導を強化していく必要があると考えた。

【結論】本研究を通して、患者の循環器疾患・心不全への理解度を確認することができた。今回の調査結果から、循環器疾患と生活習慣病を関連させる患者は多くいることがわかった。また、心不全の症状として、胸部症状以外の症状は認知度が低い結果となった。心不全の早期治療のためにも、胸部症状以外の症状についての指導が必要である。

女子中高生アスリートの睡眠と女性アスリートの三主徴に関する実態調査

○池田 尚弥, 八木原 幸子, 吉田 卓

医療法人雄人会 三川内病院 リハビリテーション科

キーワード：女性アスリート、睡眠障害、FAT

【はじめに、目的】

アスリートの4人に1人が睡眠障害を抱えていると報告されている。その要因は、重要な試合での精神的緊張や高負荷の練習、長距離の遠征など多岐にわたる。また男女比較では女性の睡眠時間が短く、主観的睡眠の質と女性アスリートの三主徴：Female Athlete Triad(以下FAT)は相互に影響を及ぼす可能性が報告されている。しかし、中高生年代のアスリートの睡眠に関する調査報告は少なく、実態把握も十分ではない。そこで本研究はFATや疲労骨折などの障害予防活動に繋げることを目的として、女子中高生アスリートの睡眠とFATに関する実態を調査した。

【方法】

中学校・高校それぞれ1校のバレーボール部に所属する女子選手50名(平均年齢14.66±1.20歳)を対象とした。睡眠評価はアテネ不眠尺度(以下AIS)を用いて評価した。AISは不眠評価と日中の機能評価が可能であり合計点が4～5点は不眠症の疑い、6点以上は不眠症の可能性が高いと判定される。FATの評価は女性スポーツ研究センター(順天堂大学)のFATスクリーニングシートを使用した。設問は「エネルギー摂取：10項目」「体調：7項目」「月経：6項目」「骨：2項目」の4つの大項目で構成されており、チェックリスト方式でFATの危険性を把握する。また自己記述式アンケートを作成し、BMIや障害発症件数を調査した。AISが6点以上をAIS高群、6点未満をAIS低群とし、両群の結果を比較した。群間比較はt検定、カイ二乗検定およびFisherの正確率検定を用い、優位水準は $p < 0.05$ とした。

【結果】

AIS高群24名、AIS低群26名であった。エネルギー摂取、体調、月経、骨の大項目の比較では、エネルギー摂取($p = 0.046$)、体調($p = 0.014$)、骨($p = 0.027$)の項目でAIS高群が有意に高値であった。小項目では体重を減らすとパフォーマンスが向上すると思いませんか($p = 0.044$)、最近めまいや立ちくらみが頻繁にありますか($p = 0.045$)、疲労骨折をしたことがありますか($p = 0.035$)の項目でAIS高群が「はい」と答えた者が有意に多かった。

【考察】

睡眠障害を有する女子中高生アスリートはエネルギー摂取、体調、骨に関する問題が有意に多いことがわかった。エネルギー摂取の項目は食事や女性アスリートの「やせ」に繋がる意識を問う設問が多い。その中でもAIS高群は「体重を減らすとパフォーマンスが向上すると思う」($p = 0.044$)と回答した割合が多く、睡眠や食事・運動による体の変化などのヘルスリテラシーが低いことが予測される。また体調に関する問題も有意に多く、これらの問題による身体的、精神的ストレスが睡眠障害と相互に影響を及ぼしている可能性が考えられる。骨に関する項目は疲労骨折の既往が有意に多いという結果であった。AISは過去1ヶ月間を対象とした評価のため、過去の疲労骨折に直接的に影響を及ぼしたと判断することはできないが、上述した睡眠やエネルギー摂取、体調の問題が疲労骨折の発生要因となっていた可能性があり、今後の障害予防の観点からそれらの問題の早期改善が必要である。以上のことから中高生年代のアスリートに対し睡眠や食事の重要性、運動による体の変化などの健康教育を行うことで障害予防に貢献できると考える。

【倫理的配慮】

倫理的配慮として、ヘルシンキ宣言に基づいて対象者に研究の目的や個人情報保護について十分な説明を行い、同意を得た。

介護予防事業に参加する地域在住高齢者の運動習慣の獲得者の身体機能・生活機能の特徴について

○平林 晴菜¹⁾, 井口 茂¹⁾, 久保 智恵²⁾

1) 長崎大学 医歯薬学総合研究科保健学専攻理学療法学分野

2) 社会福祉法人致遠会 サンハイツ

キーワード：地域在住高齢者、介護予防、トランスセオレティカル・モデル

【はじめに、目的】

近年、高齢化に対する対策・解決のために健康寿命の延伸が必要であり、介護予防は重要性を増している。それに対して理学療法士は、転倒予防・フレイル予防などの観点から高齢者に対する運動介入を実践し、運動習慣の獲得を推進する役割がある。高齢者の運動習慣の状況について、厚生労働省の調査では、運動習慣のある65歳以上の男性は46.2%、女性は39.0%であり、男女ともに健康日本21(第二次)の目標値に届いていないと報告している。そこで、今回、我々は地域在住高齢者を対象とした一般介護予防事業の運動習慣の定着を調査し、運動習慣獲得者の身体機能・生活機能の特徴について、検証することとした。なお、運動習慣は行動科学の分野で広く使用され、運動にも応用されているトランスセオレティカル・モデル(以下、TTM)より、「1回20分以上の運動を週に3回、6か月以上継続している」と定義した。

【方法】

長崎市の介護予防教室9か所に参加する地域在住高齢者を対象に調査した。なお、認知機能低下が見受けられるものは除外した。調査項目は、年齢・家族構成・疾患・疼痛の有無・介護予防教室への参加期間などの基本属性、TTMにおける運動習慣の行動変容段階、国際標準化身体活動質問票(IPAQ)、基本チェックリスト(以下、KCL)を問診にて調査し、運動機能評価は身長、体重、握力、開眼片脚立位、5回椅子起立テスト、Timed Up and Go Testとした。統計解析は、対象者を運動習慣の獲得に至っていない段階を「未到達群」、運動習慣獲得に至った段階「到達群」とし、Mann-WhitneyのU検定、カイ二乗検定を用いて群間比較を行い、有意差を認めた項目に対してロジスティック回帰分析を年齢と性別で調整を行った。いずれの統計手法とも有意水準は5%未満とした。

【結果】

参加者176名のうち、38名を除外した138名(平均年齢80.9±5.4歳)が解析対象となり、そのうちTTMにおける行動変容段階は、前熟考期4名(2.9%)、熟考期7名(5.1%)、準備期31名(22.5%)、実行期3名(2.2%)、維持期93名(67.4%)で、前熟考期から実行期までを未到達群(45名)、維持期を到達群(93名)とし比較した。その結果、IPAQ(.002)、KCL合計点(.02)、フレイル判定(<.001)、口腔リスク(.001)、うつリスク(.033)、左右平均握力(.005)に有意差を認めた。多重共線性を考慮したうえで二項ロジスティック回帰分析を行ったところ、IPAQ(オッズ比：2.080)、フレイル判定(オッズ比：2.584)に有意差を認めた。

【考察】

本研究の対象者は後期高齢者の女性が多く、運動習慣の定着している者は6割以上であった。群間比較の結果からは、IPAQ、KCL合計点、フレイル判定、口腔リスク、うつリスク、左右平均握力に有意差がみられ、到達している人は高強度の活動をしている人が多く、フレイルの該当者が少なく、生活機能では口腔リスク及びうつリスクの該当者が少なかった。ロジスティック回帰分析の結果、IPAQとフレイル判定が抽出された。これらのことから運動習慣を獲得者は、体力の維持、活動性が維持され、フレイルの予防につながっていることが示唆された。

【結論】

地域在住高齢者における介護予防は運動教室の参加により、運動習慣獲得を目指した介入の重要性が示唆された。

【倫理的配慮】

本研究はヘルシンキ宣言並びに「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に基づき、参加者の同意を得て実施した。(長崎大学医歯薬学総合研究科保健学系倫理審査委員会承認番号 (2080403-2))

小児リハビリテーション MAP 長崎県版の認知度・活用度等の調査報告—小児リハビリテーション MAP 長崎県版の改訂に向けて—

○前田 隼, 永木 照彦, 清水 章宏, 兼俵 敬太, 田邊 花倫, 矢野 雄大

(公社)長崎県理学療法士協会 職能推進局 保健福祉部

キーワード:小児リハビリテーション MAP 長崎県版、認知度、活用度

【目的】長崎県理学療法士協会職能推進局保健福祉部では、2004年に小児リハビリテーション MAP 長崎県版(以下、小児リハ MAP)の初版を発行し、以降3回の改訂を行った。本調査は4回目の改訂に向けて、小児リハ MAP の認知度・活用度、意見等から現状や課題について整理することを目的とした。

【対象】長崎県理学療法士協会会員(1,877名)、長崎県作業療法士会会員(952名)、長崎県言語聴覚士会会員(295名)の合計3,124名

【方法】対象が所属する475施設へ調査依頼文を送付し、クwestionnaireによる選択及び自記式アンケートを実施した。回答期間は2023年1月31日から2月28日までとした。調査項目は回答者の属性(職種・所属機関名と機関の機能・免許取得からの経験年数等)、小児期もしくは小児期から継続している疾患を有する18歳以上の方(以下、障害児(者))への対応状況、小児リハ MAP の認知や活用、改訂において活用度向上のために必要と考える掲載内容・運用方法等に関する項目の全18問で構成した。アンケート結果は表計算ソフト(Microsoft Office Excel2016)に出力し、単純集計と必要に応じてクロス集計を行った。

【結果】調査回答は749名から得られ、回答率は24%であった。小児リハ MAP の認知度は全体749名中285名(38%)であり、障害児(者)対応者別での認知度は246名中139名(57%)の結果となった。また、全体の中で所属機関の機能別では障害児(者)専門の医療または福祉機関・重症心身障害児(者)施設・行政機関等の障害児(者)を主たる対象とする機関に、経験年数別では21年目以上に認知している者が認知していない者より多かった。小児リハ MAP の認知方法は、協会のホームページや通知で認知している者を多く認めた。小児リハ MAP の活用度としては、小児リハ MAP を認知している285名の内、他者に小児リハ MAP を紹介した実績(以下、紹介実績)を有する者は87名(31%)であった。小児リハ MAP を認知している障害児(者)対応者139名の中では、52名(37%)が紹介実績を有していた。また、認知している285名の内、小児リハ MAP の掲載内容について情報提供した実績(以下、情報提供実績)を有する者は67名(24%)であり、小児リハ MAP を認知している障害児(者)対応者139名の中では、47名(34%)が情報提供実績を有していた。紹介実績・情報提供実績において、所属機関の機能別では急性期病院が最多であった。小児リハ MAP 掲載機関においては、掲載情報を基に問い合わせを受けた機関を認めた。活用度向上に向けた意見としては、情報更新や他職種・団体、患者・家族への定期的な周知、見やすさ・リンク機能の充実化の必要性が多く挙げられた。

【考察とまとめ】調査結果より全体として認知度・活用度が低いという課題はあるが、現状として障害児(者)対応者、障害児(者)を主たる対象とする機関、急性期病院において小児リハ MAP が認知・活用されていることが分かり、急性期病院では急性期リハの展開後の療育に関する病病連携、地域連携を目的として活用されていることが示唆された。今後は本調査の結果より、活用しやすい掲載内容と併せて運用方法等を検討し、改訂作業を行っていく予定である。

【倫理的配慮・説明と同意】本調査は「ヘルシンキ宣言」に基づき、三士会の承認を得た後に行い、分析にあたっては個人情報保護に配慮しながら実施した。

右脛腓骨骨折後保存加療中、PTB装具を調整して歩行の改善を図った1症例

○益田 大紀, 川上 章子

佐世保中央病院 リハビリテーション部

キーワード:保存療法、下腿骨折、PTB

【はじめに】Patella Tendon weight Bearing(以下PTB)とは主に下腿骨骨折の際に用いられ、膝蓋腱部を中心に体重を支持する機構を持つ装具である。脛骨・腓骨に負担をかけずに早期から歩行が可能であるため、筋力低下などの廃用症候群の予防にも有効とされている。本症例はビスフォスフォネート製剤長期の服用により非典型骨折で保存療法中、以前も右脛骨遠位端骨折を呈しておりPTBを装着しての退院となった。今回の骨折に伴い、足部の外反が増強し前回使用していたPTBが合わなくなったため調整を行った。結果10m歩行の時間、

Figure of eightの改善が図れ、37日間のリハ介入により歩行獲得と在宅復帰へ繋がったため、以下に報告を行う。

【症例紹介】70歳代女性、関節リウマチの治療のため、ビスフォスフォネートの長期服用中、靴を履こうとした際に「ボキッと」と音がした後に疼痛が増強し歩行が困難となった。右脛腓骨遠位骨幹部骨折の診断を受け入院。手術は行わず保存療法。入院3日目よりリハビリ開始した。

【評価】初期評価は入院1週目～2週目、最終評価は5週目に実施をした。NRS:8/10→1/10。Figure of eight(右/左cm):56,5/50,1→51,3/50,1。ROM-t(右/左°)足関節背屈:-5/5→0/5。MMT(右/左):足関節背屈:2/4→4/4。足関節底屈:2/4→4/4。FIM 1 0 m歩行:15秒33→12秒1。FIM(点):90→112。

アライメント:2度目の骨折により足部の内反変形著名→著変はないが装具+第一リスフラン関節(内側楔状骨と第一中足骨の間)に内側パットを入れる。

【経過】術後1週間は、シーネ固定されており荷重完全免荷であった。Kager's fat pad等へのアプローチや自動運動を中心とした滑走訓練を実施した。2週目よりPTBを装着し荷重を開始した。今回の骨折により足部の内反変形が増強されたため、義肢装具士によりPTBの調整された。しかし、装具の支柱部が症例の下腿に接触しないように外側に強く湾曲しており、内側の足底部が浮いている状態であった。本人から「歩きづらい」と発言があり、歩行観察すると右立脚のLR~TS tにかけて骨盤の外側への動揺が大きかった。また、骨折部に負担がかかっていたため歩行後に腫脹や疼痛が増強していた。再度装具の調整を義肢装具士に依頼するために歩行を動画に撮影し、立位アライメントも撮影をした。上記の評価を元に、支柱の角度を3°内側に戻した。内反変形ではあったが、5mmの内側パットを第一リスフラン関節の下に挿入すると「立ちやすく、痛くない」と発言があたり、主治医確認後内側パットをPTBに付属した。また、左足底に5mmの足底板をいれ右下肢の振り出しの改善を図った。上記の調整を義肢装具士と行った。入院5週目には、足関節の疼痛腫脹も軽減され1本杖歩行自立。入院37日後に自宅退院となった。

【考察】今回、右脛腓骨遠位端骨折を呈した症例を担当する機会を得た。初期のPTBでは、骨折部の負担に伴い歩行困難であった。そのため、義肢装具士に相談を行いPTBの調整を行った事で本人の下肢にあった装具の作成が行えた。結果、歩行中の疼痛軽減につながりPTBのメリットでもある早期の歩行獲得が図れ自宅退院に繋がったのではないかと考える。今回の症例を通し、多職種連携の重要性を学べたため今後も継続して行っていきたい。

【倫理的配慮・説明と同意】世界医師会によるヘルシンキ宣言の勧告に従い、対象者へ説明と同意を得て行った。

急性期脳卒中症例に対し長下肢装具作成が有用であった一症例

○安藤 駿太郎, 前田 明人, 廣重 慎一
長崎みなとメディカルセンター リハビリテーション部

キーワード：急性期脳卒中、長下肢装具、理学療法

【はじめに】脳卒中治療ガイドライン 2021 では十分なリスク管理のもとに、早期座位・立位、装具を用いた歩行訓練、摂食・嚥下訓練、セルフケア訓練などを含んだ積極的なリハビリテーションを、発症後できるだけ早期から行うことが勧められている。当院でも急性期脳卒中症例に対し体幹や股関節、膝関節の制御が困難な症例には、早期から長下肢装具(以下 KAFO)を積極的に使用している。また、本人用装具の活用はスキントラブル軽減や歩行時の筋活動が高いこと等が報告されており、発症早期の装具作成は有用性が認められている。一方、急性期の装具作成は多くの課題があり、実臨床では作成する機会が少ないのも実状である。今回急性期脳卒中症例に対し KAFO を作成し、急性期における装具作成の有用性や課題に対して考察したため報告する。

【倫理的配慮・説明と同意】本症例報告に際しヘルシンキ宣言に基づき、個人情報とプライバシーに配慮する事を説明し同意を得た。

【症例紹介】40 代男性。既往歴：高血圧。病前 ADL 自立。現病歴：自宅内で体動困難となり救急搬送。頭部 CT にて右被殻から内包後脚部へ血腫伸展を認め、被殻出血と診断。同日開頭血腫除去術施行。入院時現症：GCS:E2V4M5.NIHSS:27 点。右共同偏視あり。

【経過】X+1:理学療法開始。GCS:E2V4M5,BrS I - I - II。感覚は表在・深部共に中等度鈍麻。左 USN,注意障害あり。X+2:座位練習開始。Pusher 症候群(SCP:5)あり。麻痺側への体幹傾斜を認め座位保持困難。X+3:KAFO 使用し起立練習開始。立位保持は膝折れや体幹の支持性乏しく全介助。X+7:装具採型。GCS:E4V4M6 へ改善も、Pusher 症候群残存(SCP:3.25)しており座位保持に介助を要す。X+10:BrS:II - II - IIIと改善し装具歩行開始。X+16:装具完成。X+30:回復期へ転院。X+36:AFO へ cutdown。X+54:T 杖+AFO にて屋内歩行自立し自宅退院。

【考察】急性期での装具作成効果として栗田らは回復期病院退院後の歩行及び階段昇降能力の改善や下肢装具の脱却率が高値となったと述べており発症早期の装具作成を推奨している。しかし実臨床における装具作成の課題として①意識障害や神経症状の変動が大きく予後予測が難しいこと②明確な装具作成基準がなく作成の有無は各セラピストの判断に委ねられていること③急性期病院では医療機関の機能分化により治療と並行して発症後早期より退院支援、転院調整を行うため完成までに時間を要する装具作成に躊躇してしまうことが考えられた。今回本症例に対し発症早期に KAFO を作成した理由として、外科的介入から術後の全身状態の管理等、保存例と比べ入院期間の長期化が予測されたこと。また若年であることや術後は意識障害に加え、重度片麻痺や高次脳機能障害により基本動作は全介助であったが、術後の画像所見から血腫の減少を認め、神経症候の改善が予測されたこと等が挙げられた。運動療法時は下肢の支持性低下に加え、感覚障害や高次脳機能障害の影響から持続的な立位・歩行姿勢の保持が難しく麻痺側への注意や認識も乏しく、荷重を促すことが困難であった。そのため適切なアライメント下での運動学習を促す上で発症早期から適合性が高い KAFO での運動療法が効果的であると考え作成に至った。発症早期より装具を作成し本人用装具を用いた運動療法を展開した結果、最終的に AFO と T 杖にて自立歩行を獲得できた。転院先のスタッフからも転院後早期から効果的な運動療法を実践できたとの声も聞かれたことから、シームレスなリハビリテーションの提供ができたと考え、装具作成の有用性を再確認できた。

【おわりに】今後も後方支援病院と連携を図り、急性期での装具作成に関する効果判定や意見交換を行い、将来的には急性期における装具作成の判断基準の一助となるよう取り組んでいきたい

改良 Frankel 分類 C1 を呈す頸髄損傷不全四肢麻痺患者に対する急性期からの歩行練習の経験

○島崎 功一, 平山 大輔, 松田 俊之, 山口 佑矢, 塚本 倫央, 渡辺 良一
長崎労災病院 中央リハビリテーション部

キーワード：頸髄損傷、不全四肢麻痺、歩行練習

【はじめに】

近年、不全脊髄損傷患者に対する歩行練習として、体重免荷型トレッドミルが推奨されているが、設置されていない施設も多く、当院も例外ではない。そこで、当院では、骨盤吊り上げ式後方介助歩行(以下、UPW)を独自に開発した。今回、我々は、第 5 頸椎脱臼骨折不全四肢麻痺患者の急性期からの歩行練習を UPW にて実施した。そこで、本症例に対する急性期からの歩行練習の紹介と、歩行能力の回復を示し、その効果を考察する。

【症例報告】

本症例は、第 5 頸椎脱臼骨折となった 40 歳代の女性である。発症当日、当院に入院、頸椎後方固定術を施行され、第 18 病日まで ICU 管理となった。MRI 上は、C4/5～C6/7 レベルで脊髄の異常信号あり、MMT は、上肢で近位筋が 3、手指が 1、下肢は、全て 0、感覚は、温痛覚は保たれ、改良 Frankel 分類は、B3 であった。第 32 病日まで、通常の頸髄損傷に対する理学療法を行っていたが、両股関節に、わずかに筋収縮が出現。ティルトテーブルの傾斜角度 50～60° にて立位練習を行ったが、起立性低血圧で、それ以上は実施困難であった。第 35 病日後、下肢の MMT は 1、下肢 ASIA motor score(以下 LEMS)は、10 点となり、平行棒内で膝折れを抑制しながらの立位保持練習(1 回 5 秒程度)を開始した。第 54 病日は、下肢の MMT は 1～2、LEMS は 17 点となり、両側支柱付き長下肢装具下(以下、KAFO)で、UPW にて 40m を 3 セットから開始した。第 60 病日は、左下肢は、KAFO、右下肢は、シューホン短下肢装具(以下、SHB)を着用し、UPW を実施、第 64 病日は、LEMS は 24 点となり、両側 SHB で、UPW にて歩行練習が可能となった。第 67 病日に、改良 Frankel 分類は、C2 で、回復期リハビリ病院へ転院となった。その後、第 182 病日に杖歩行が自立した上で回復期リハビリ病院から自宅退院した。

【UPW 概要】

両下肢に KAFO を装着させ、患者の後方から密着して介助する。体重の免荷方法は、患者の左下肢にくぐらせたハーネスを後方の理学療法士の左肩にかけて、患者の体重を免荷させる。ハーネスの張力の目安は、下肢の振り出しがスムーズに可能になる程度に長さを調節する。介助の方法は、立脚期の倒立振り子と遊脚振り子をイメージして、特に患者の立脚後期での股関節伸展を誘導した。実際の歩行解析(LeiMac 社製 バランスエイド使用)では、右下肢、左下肢それぞれの立脚期の平均ピーク荷重体重比は、44.2/50.0%、ストライド長は、平均 1.05/1.26m、立脚時間は、平均 1.72/1.56 秒、両脚支持期は、1 歩行周期のうち、右下肢前、左下肢前でそれぞれ平均 19.5/13.1%、歩行速度は 0.48m/秒であった。

【考察】

先行研究では、頸髄損傷者の歩行獲得者は、術後 2 週間の運動麻痺の回復が著しいと報告されているが、本症例は、理学療法開始当初、下肢 MMT は、全て 0 で、筋収縮の出現に 1 か月を要し、当初、実用歩行は困難と思われた。須堯らは、最終的な歩行自立の目安に、受傷後 1 か月の LEMS のカットオフ値の 32 点を挙げており、本症例の同時期の 14 点と比較すると大幅に低値を示した。この状況下で、UPW は、正常歩行と比較して、両下肢共に、正常に近い立脚と遊脚の反復パターンを再現できた。最終的に、本症例は、転院時に改良 Frankel 分類は C2 となり、UPW は、頸髄損傷不全四肢麻痺患者において、歩行再建の手段として使用できることが示された。

【倫理的配慮】

本報告は、患者の個人情報が特定されないよう配慮し、同意を得て行った。

足作成から自宅復帰に至った高齢下腿切断患者の回復期での介入経験

○家里 健太, 鶴田 春菜
医療法人和仁会 和仁会病院 リハビリテーション部

キーワード：義足、下腿切断、自宅復帰

【はじめに】切断患者、義足装着患者を取り巻く問題として、理学療法士の臨床経験やエビデンスの少なさ、教科書や論文から適切な答えを得ることの難しさが指摘されている。また、義足の作成課程や自宅復帰に向けての関わりに焦点を当てた報告は少ない。今回、切断後に義足作成目的で回復期病棟へ入院し、自宅復帰に至った高齢下腿切断患者を経験したため、報告する。

【症例紹介】80歳代後半の女性。X-7日に立てかけてあったガラス戸が倒れ右下肢を挟まれて受傷。翌X-6日にデブリードマン、分層植皮術を行うも、血行不良、感染が見られたため、X日に右下肢切断術実施。X+41日に当院地域包括ケア病棟へ転院。義足作成の方針となりX+49日に回復期病棟へ転棟となる。既往として、両人工膝関節全置換術後、2型糖尿病、慢性心不全があった。要介護1で、受傷前歩行レベルは歩行車自立レベル。改訂長谷川式簡易知能評価スケールは18点。

【初期評価】関節可動域(ROM、R/L)は股関節屈曲110/120、伸展5/5、膝関節屈曲135/140、伸展-5/-5、筋力(MMT、R/L)は股関節屈曲3/4、伸展3/3、外転3/3、膝伸展4/4。両膝関節とも弛緩性あり。断端より遠位～指先まで幻肢がみられ、第1～5足趾、踵部に幻肢痛が見られていた。起立、移乗は1人介助で立位保持は見守り。排泄は介助パーにもたれ掛かる形で立位保持を行い、清拭、下衣操作に介助を要した。

【経過】X日に下腿切断術実施。転院を経て、地域包括ケア病棟棟棟棟棟棟時に義足作成の方針となり、弾性帯での断端管理が開始。回復期転床後のX+49日より義肢装具士(Prosthetist and Orthotist：以下PO)の介入開始。X+56日よりパッチテストをはじめ、シリコンライナー(以下：SL)の装着練習開始。X+59日から義足着用に向け、断端側の荷重練習を開始。X+80日には仮義足作成のための計測を実施。X+88日には仮義足完成し、義足の装着練習、装着下でのリハビリ介入が開始。義足装着下では、着脱練習、義足側への感覚入力を実施。X+91日から平行棒内歩行、X+103日から固定式歩行器での歩行練習を開始。X+119日に本義足作成開始となり、X+126日に本義足完成。退院前には階段昇降練習実施し、X+150日に自宅退院となる。

【最終評価】関節可動域(ROM)は股関節屈曲110/110、伸展5/5、膝関節屈曲110/120、伸展-5/-5、筋力(MMT)は股関節屈曲3/4、伸展3/3、外転2/2、膝伸展4/4。幻肢は変化なく、幻肢痛の程度、頻度は低下した。自室内は固定式歩行器歩行にて自立、排泄は自室トイレにて自立となった。固定式歩行器では連続15m程可能となった。

【考察】本症例の課題として、高齢、認知機能低下、膝関節の不安定性、受傷前歩行能力が挙げられる。セラピスト側には、切断・義足患者の知識、経験不足の問題があった。そのため、予後予測と目標設定に難渋した。義足での動作獲得目標は排泄動作の自立とし、受傷前歩行能力から、義足歩行は可能となっても低活動量になると想定した。ソケットの選定では、POから着脱が自立することの条件の提示があり、義足装着下での活動強度について課題の共有を行った。それにより、本人の能力に合わせたソケットの選定ができた。在宅スタッフや家族への申し送りとして、断端部、SLの管理は資料作成し、義足の着脱方法はご家族、通所スタッフへの指導を行った。

【結語】症例に合わせた目標設定、それに合わせた義足作成を行い、退院後に向けての関わりを行うことで、高齢切断患者の自宅復帰を達成できた。

【説明と同意】本症例に対し、学会発表の主旨、目的等を説明し、書面にて同意を得た。

【利益相反】本発表における開示すべき利益相反はない。

左人工膝関節再置換術後の反張膝に対して膝装具を検討した一例

○東 昌也, 島田 誉貢, 松尾 順司, 横田 悠介, 大場 潤一, 大石 賢, 内田 由美子
池田病院 リハビリテーション部

キーワード：反張膝、膝装具、シート式下肢荷重計

【はじめに】今回、左人工膝関節再置換術後に反張膝を呈した症例を担当した。反張膝の原因として、膝関節伸筋の筋力低下が影響していると考え、積極的な筋力強化を行ったが、十分な筋力が得られず代償手段として装具を検討した。今回、本症例に対し裸足、軟性膝装具、ダイヤロック継手膝装具(ラックニー「リガ」ACL 811N：中村ブレイス社製、以下ラックニー)の3種類の歩容を比較し検討した為ここに報告する。

【倫理的配慮、説明と同意】ヘルシンキ宣言に基づき、本人及び家族に説明と同意を得た。

【症例紹介】左TKA術後にインサートの緩みを指摘された80代女性。身長156cm、体重54.9kg、BMI22.6kg/m²。既往に左変形性膝関節症、リウマチ、高血圧、糖尿病。現病歴は、左変形性膝関節症の診断にて、約半年前に左TKAを施行。術後も反張膝は残存し、自宅退院後に転倒。今回、左TKAのインサートの緩みを指摘され、X日に左インサート入れ替え術を施行。リハビリ継続目的で当院へX+11日に入院。初期評価は、FIM93点、膝伸筋力(R/L)9.8kgf/2.6kgf、5回椅子起立19.09秒、TUG-t34.02秒、10m歩行22.12秒、MMSE:25点、ROM-t:左膝屈曲135° 伸展0°、左膝疼痛:安静時動作時共にNRS:5/10。移動は車椅子駆動全介助、リハビリにて歩行器歩行練習実施。左側の歩容は、荷重応答期より下腿後傾し、膝関節は過伸展位のまま、立脚中期は股関節軽度屈曲位、体幹前傾位を呈し、立脚期は短縮していた。X+38日での中間評価では、膝伸筋力(R/L):13.8kgf/8.0kgfと改善が乏しく、左立脚期で下腿の前傾を誘導する目的で、左側靴への補高や左膝に軟性膝装具を装着して歩行練習を実施したが、改善は得られなかった。中間評価後、X+48日に代償手段としてラックニーの使用を検討し、リハビリを継続した。

【方法】X+72日に、裸足、軟性膝装具、ラックニーの条件下にて、歩行観察及びシート式下肢加重計(アニマ社製)を用い歩幅、歩隔、歩行周期、立脚時間を測定し比較した。

【結果】歩容に関して、裸足、軟性膝装具では反張膝のコントロールは困難であったが、ラックニー屈曲30度の設定にて荷重応答期以降で下腿前傾を誘導し、反張膝を防止できた。また左立脚期の増大、歩幅の拡大が観察された。シート式下肢加重計の結果において、歩幅(R/L):裸足31.39cm/24.75cm、軟性膝装具29.50cm/25.54cm、ラックニー29cm/28cm。歩隔(R/L):裸足8.43cm/9.46cm、軟性膝装具8.27cm/9.04cm、ラックニー6.45cm/6.93cm。歩行周期(R/L):裸足1.39秒/1.39秒、軟性膝装具1.44秒/1.44秒、ラックニー1.43秒/1.43秒。立脚時間(R/L):裸足1.04秒/0.94秒、軟性膝装具1.09秒/0.97秒、ラックニー1.02秒/1.06秒とラックニーの使用下にて、歩幅、立脚時間の改善が得られ、在宅生活においても、ラックニーの使用が本症例に有用と考え、膝装具としてラックニーを選択しリハビリを継続。X+84日の退院時評価は、FIM114点、膝伸筋力10.3kgf/4.1kgf、5回椅子起立25.15秒、TUG-t21.17秒、10m歩行19.15秒、MMSE:28点、左膝疼痛:安静時動作時共になし。移動はT字杖歩行にて自立。入浴動作は見守りが必要であったが、その他のADLは自立レベル。X+88日に自宅退院。退院後は当院通所介護を週2回利用。退院後1か月評価は、膝伸筋力9.2kgf/6.1kgf、5回椅子起立17.78秒、TUG-t18.35秒であった。

【考察】本症例に対し、裸足、軟性膝装具、ラックニーの条件下にて、歩容を検討し、ラックニーを用いて理学療法を実施した結果、左荷重応答期に下腿前傾し、膝関節軽度屈曲位保持が可能となった事で反張膝が軽減し、歩容の改善に繋がったと考える。反省点として身体機能の大きな改善に至らなかった事が挙げられるが、退院後の評価にて筋力を維持できている事が確認できた。今後も継続的に経過を追っていきたい。

筋萎縮性側索硬化症患者における肺炎再発予防に向けた取り組み

-多職種で連携し離床を実施した1症例-

○瀬川 凌介, 光岡 昭人, 勇川 美波, 古田 弘二
佐世保市総合医療センター リハビリテーション科

キーワード：筋萎縮性側索硬化症、離床、肺炎予防

【はじめに】

筋萎縮性側索硬化症(以下 ALS:amyotrophic lateral sclerosis)は運動ニューロンが選択的かつ進行性に变性し筋力低下を呈する進行性疾患であり、呼吸障害は必発の症状である。多くの ALS 患者が誤嚥性肺炎を経験しており、誤嚥性肺炎や呼吸不全は直接的な死因となると報告されている。今回、ALS に対する患者に対して多職種連携し肺炎再発予防に向けて取り組みを実施したため報告する。

【症例紹介】

70 歳代男性で診断名は誤嚥性肺炎、ALS(5 年前発症、4 年前診断)であり、併存疾患として両腱板断裂(右のみ手術施行)を認めた。5 年前の発症時より当院フォロー中の患者。X 日に呼吸苦出現し、かかりつけ医の往診の際に SpO₂ 低下あり当院紹介。喀痰著明・呼吸苦増悪あり、誤嚥性肺炎疑いによる呼吸状態悪化のため入院となった。X+1 日よりリハビリ介入開始。

【入院時評価】

理学療法評価ではコミュニケーションは読唇にて可能、指示理解問題なく、各関節に関節可動域制限あり肩関節と足関節に高度の制限を認めた。筋力は MMT にて上肢 1-2 レベル、下肢 1 レベル、体幹 1 レベルであり ADL すべて全介助レベルであった。

【経過】

X+1 日より体位ドレナージ中心に理学療法介入開始。X+6 日に呼吸状態増悪し翌日人工呼吸器管理となった。X+15 日に気管切開術施行され、その後はギャッジ座位や端座位練習を継続しながら、X+24 日より車椅子移乗開始。移乗練習開始時にはリハビリスタッフ内で介入時間を統一しその時間を周知すること、その日の担当看護師と連携をとることを工夫し移乗時の協力を依頼した。車椅子移乗はリハビリ担当者と看護師、看護補助者の 6 人介助でリクライニング式車椅子にて実施した。移乗練習は週に 3-4 回を本人の体調に合わせて実施し、座位時間は本人の体調に合わせて 30-40 分実施し、乗車中は ROM 練習に加えてコミュニケーションツールや意思疎通の練習を行った。その後は肺炎の再発なく身体機能の低下も認めなかった。最終的には X+79 日に自宅へ一時退院し、X+86 日に療養目的に他院へ転院となった。

【考察】

今回、人工呼吸器装着下での離床を行えた要因として、まず、車いす移乗への本人の意欲が高かったことが離床時間の確保につながったと考えられる。前回の入院の際にも離床訓練を実施しており離床が習慣化されていたことが奏功したと考える。人工呼吸器装着下における離床は呼吸器トラブルへの対応やより慎重な介助が必要となるが、今回は看護師に必ず同席また協力していただくことでトラブルを予防することができた。また、介助量が多い患者においても離床時間を確保することで耐久性の向上または ST によるコミュニケーションツールの練習の追加も行うことができ、本人にとって更なる活動意欲向上につながり精神面にも寄与することができたと考える。今回は介入時間の統一や事前に看護師と連携したことがスムーズに離床訓練を実施し、呼吸状態の改善につながり肺炎の再発を予防できた大きな要因と考える。

【まとめ】

人工呼吸器下や介助量が多い場合でも活動性を維持することの重要性を再認識し、本人にとって効果的な介入を実施するために理学療法士が主導し多職種で連携し介入することの重要性を学んだ。

不安・抑うつを呈した高齢心不全患者に対する心臓リハビリテーションの経験～心理・社会的側面を考慮した介入により ADL, QOL が改善した一例～

○新川 秀太
社会医療法人 長崎記念病院 リハビリテーション部

キーワード：不安・抑うつ、高齢心不全患者、心臓リハビリテーション

【はじめに】高齢心不全患者に対する心臓リハビリテーション(以下、CR)では、心理・社会的側面にまで視野を広げて評価し、テーラメード型に介入することが必要である。今回、不安・抑うつを呈した高齢心不全患者に対し、心理・社会的側面の影響に焦点を当て傾聴と動機付けを図りながら CR を実施した事で身体機能、ADL、QOL が改善し自宅退院に至った一症例を経験した為、報告する。

【症例紹介】症例は 90 代の男性で BMI は 20.1 kg/m²で、入院前の ADL は概ね自立していた。X 日に起坐呼吸と浮腫の増悪を認め、当院循環器内科を受診し、うっ血性心不全の診断(NYHA 分類Ⅲ)で入院となった。胸部 X 線画像では心胸郭比が 68.0%、心エコーでは左室駆出率が 44.3% で中～重度の僧帽弁閉鎖不全症を認め、血液データでは NT-proBNP2840.0pg/mL であった。

【初期評価】X+3 日のリハ開始時の身体所見では浮腫、頸静脈怒張、四肢冷感、呼吸困難があり、うっ血所見と低還流所見を認めた。認知・心理面は MMSE が 22 点、HADS は不安 17 点、抑うつ 10 点で軽度の認知機能低下と不安・抑うつを認めた。加えて、HADS の質問内容を活用し不安や心配事などを掘り下げて問診し、ご自身の生い立ちや同居家族との関係性について把握した。次に、握力は 11.3 kg、SPPB は 0 点で筋力と身体機能の低下を認めた。また、ADL は Barthel Index(BI)で 35 点、QOL は EQ-5D-3L で 0.322 であった。以上の初期評価の結果から、症例の問題点として、自分の人生に対して悲観的に捉えている事や、家族関係の希薄化などの心理・社会的問題に加えて、心不全に伴う胸部痛や呼吸困難による身体機能や ADL 能力の低下が不安や抑うつを助長させ、QOL の低下に繋がっていると考えた。理学療法介入として、目標心拍数(安静時心拍数+20bpm)を設定し、自覚症状に合わせて低負荷高頻度の運動内容で介入した。なお、介入時の留意点として心理・社会的側面を考慮し、継続して症例の訴えを傾聴し性格や特徴を理解しながら随時運動の動機付けを図った。

【経過】X+6 日に病前の生活状況を尋ねる中で「日光浴が日課だった」と話されていた為、リハビリ後に日光浴の時間を設け動機付けを図った。体液貯留の改善が乏しいため X+11 日に心不全治療薬が追加された後、徐々に体液貯留が改善し、X+17 日以降には「体が軽い、リハビリいきましようか」、「自分のペースで歩いたら胸が楽だった」といったポジティブな発言が聞かれた。その後、X+42 日に退院後のサービス調整と家族説明を行い X+46 日に自宅退院となった。

【最終評価】X+43 日にはうっ血と低還流所見は軽快した。心理面は HADS で不安 17 点、抑うつ 11 点だったが、上記のように歩行のペースによる呼吸困難の軽減を自覚している発言も聞かれ、身体活動に対しても意欲的になっていることが伺われた。握力は 20.5 kg、SPPB は 5 点、連続歩行距離は 15m で筋力と身体機能の向上を認めた。ADL は BI で 70 点、QOL は EQ-5D-3L で 0.370 となり ADL および QOL が向上した。

【考察】今回、不安・抑うつを呈した高齢心不全患者に対して、心理・社会的側面を把握し、本人の訴えを傾聴し動機付けを図りながら運動療法を実施することで、HADS の点数は変化を認めなかったものの、前向きな発言が増え活動量も向上し、身体機能・ADL・QOL が改善した。したがって、心理・社会的側面に問題を抱える高齢心疾患患者に対する CR では、身体機能面だけでなく、本人の訴えや生活背景に踏み込んだ情報収集を行い、それらを踏まえて動機付けを図りながら介入することが有用となる可能性が示唆された。

【倫理的配慮・説明と同意】ヘルシンキ宣言に基づき、本人及び家族に説明と同意を得た。

COVID-19 後の廃用症候群により離床に難渋した一症例

○城戸 貴慶, 田邊 花倫, 大石 賢, 内田 由美子
池田病院 リハビリテーション科

キーワード: COVID-19 後遺症、目標共有、インフォームド
コンセント

【はじめに】

今回、重症化リスクのある重度糖尿病患者が COVID-19 感染により肺炎治療による安静臥床・全身状態の悪化を繰り返した。更に左大腿骨頸部骨折を受傷、基本動作・ADL 全介助となり、離床に強い拒否、介入に難渋した症例を担当した。リハビリテーション(以下リハ)への意欲向上に繋がった関わりについて経過を踏まえ報告する。

【症例紹介】

60 歳代男性。診断名は新型コロナウイルス感染症による肺炎治療後の廃用症候群。身長 167 cm, 体重 66 kg, BMI23.7。X 日 COVID-19 による左肺炎で入院。X+7 日右下肺にも高度の肺炎を認め、酸素化不良により同日挿管、人工呼吸器管理開始。X+15 日抜管、翌日状態悪化し再挿管。X+17 日経管栄養開始。X+21 日気管切開。徐々に状態安定、X+42 日リハ開始、X+44 日人工呼吸器離脱、X+48 日酸素管理終了。X+50 日左大腿骨頸部骨折判明。転位無かったが全身状態悪く、骨粗鬆症もある為保存加療。X+77 日経口摂取開始。X+90 日気管切開チューブ抜去、自然閉鎖待ち。X+108 日リハ継続目的で当院入院。前院では他動でも再骨折のリスクがある為骨の状態観察が必要との指示。発症前は寝たきり度 A2、移動は自宅内伝い歩き、週 3 回デイサービス利用。また、X-5 年に糖尿病指摘、X-3 年に糖尿病性網膜剥離手術施行するも進行に伴い、X-2 年半に失明。

【評価・介入と経過】

初期評価(入院時 X+109 日): 基本動作全介助, FIM38 点, HDS-R23 点, 左股関節痛安静時 NRS4~5, 他動時 NRS7~8, ROM-t(右/左)股関節屈曲 90°, 外転 35°, 内旋 5° (疼痛により左測定不可), 膝関節屈曲 110° P/90° P(P: 疼痛), MMT(右/左)上肢 3~4/3, 体幹 3, 下肢 3/0~1, 握力(右/左)9.8 kg/7.2 kg, 表在感覚は下肢遠位部重度鈍麻, 深部感覚は疼痛により精査困難。褥瘡は尾骨部・右踵部Ⅲ度。本人の希望は自宅退院, トイレへの移動・排泄動作自立。しかし左下肢の ROM-ex, 座位練習では左股関節痛増強を認め「痛い思いをしてまでしなくていい」と手で抑える等の抵抗, 強い拒否と暴言等も認められた。また時間が経てば疼痛消失し離床時間や意欲も向上する等の楽観的な発言も多く, 現状理解の乏しさが伺えた。他職種からも廃用や褥瘡のリスクについて説明されるも理解されず, リハ介入に難渋した。そこで家族へリハ見学を促し, 整形外科より可骨形成, 荷重は可能である事, 現在不動による廃用も進み, 骨折部以外の関節拘縮や褥瘡悪化リスクが高い事, 廃用進行防止の為に離床が必要である事, 今後排泄獲得・起居動作自立が目標となる事等を説明した。その結果, 本人・家族も交えたチーム間での目標の共有, リハ必要性の理解が得られた。中間評価(現在 X+138 日): 基本動作は協力動作有るも軽介助~全介助, FIM44 点, 左股関節痛安静時改善, 他動時 NRS6~7, ROM t(右/左)股関節屈曲 90°/50° P, 外転 45°/40° P, 外旋 45°/50° 内旋 10°/-5°~0°, 膝関節屈曲 130° P/90° P, MMT(右/左)上肢 4/3~4, 体幹 4, 下肢 3/1~2, 握力(右/左)10.6 kg/7.4 kg, 表在・深部感覚は著変無し。褥瘡は尾骨部治癒, 右踵部Ⅲ度, 右脛骨外側Ⅰ度。現在は拒否無く, 起立~立位保持練習, 車椅子離床実施可能。

【考察】

今回、本人・家族と方向性や目標を確認したことで、現状を理解され、リハの必要性を感じ、意欲向上に繋がったと考える。本人の意思が伴うことでリハ介入もスムーズになり、インフォームドコンセントの重要性を改めて感じた。

【倫理的配慮、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。

離床困難な誤嚥性肺炎後の廃用症候群症例に対する経口摂取再開に向けた取り組み-座位能力に合わせた離床機会と時間の調整に着目して-

○下邊 潤, 中里 彰宏

一般社団法人 是真会 長崎リハビリテーション病院 臨床部

キーワード: 誤嚥性肺炎、座位能力、離床

【はじめに】

誤嚥性肺炎後の廃用症候群により食事摂取困難な症例を担当した。離床困難な症例に対し、PT は座位能力に着目し病棟生活における離床機会を短時間から頻回に作った。結果、経口摂取の再開ができたため経過を報告する。

【症例紹介】

症例は 80 歳代、女性、要介護 5。施設入所中に誤嚥性肺炎を発症し A 病院に入院。食事の経口摂取が困難となり、発症 22 病日に当院に入院。既往歴は、右大腿骨頸部骨折、左大腿骨骨折、アルツハイマー型認知症、うつ血性心不全、発作性心房細動、うつ病。病前は寝返り以外の基本動作が全介助、移動はリクライニング車椅子を使用していた。食事はベッド上で自己摂取していた。

【入院時評価】

身長 160 cm, 体重 38.7 kg, MMT 四肢体幹 2, 握力 2.4kg, Alb2.3g/dl, BNP375.5pg/ml。基本動作は上肢の僅かな協力動作はあるが最大介助~全介助。端坐位は頸部体幹の立ち直り乏しく後方へふらつき最大介助。離床は疲労を主とする訴え多く標準型車椅子では 20 分以上続かず、リクライニング車椅子を使用した。HDS-R は 12 点、基本的な欲求は伝えられるが、練習や介助を拒否する場面があった。FIM 運動項目 15 点、認知項目 18 点。食事は咽頭貯留やムセが目立ち、間歇的口腔食道経管栄養法(以下 IOE)で実施。

【経過】

PT は標準型車椅子で離床し、食事が三食経口摂取となり自立することを目標に 1 日 4 単位介入。入院初期の理学療法は介入時間を 2 単位ずつに分けて、車椅子座位保持、ベッドでの端坐位練習、背臥位での下肢の自動介助運動、頭部挙上運動をリハビリテーションの中止基準や Borg スケールを用いて実施した。栄養は IOE と中心静脈栄養を併用した。入院 4 週目、MMT 四肢体幹 2~3、四肢の協力動作や増え、寝返りは修正自立、端坐位は手すりを使用して数秒保持見守り。標準型車椅子座位は疲労を訴える頻度が減少し 30 分程度は保持可能。病棟生活でも看護師や介護福祉士等と協力依頼し 30 分前後を目安に、本人の疲労感に合わせて離床機会を作った。食事は嚥下食を一食のみ介助で摂取開始。理学療法は車椅子座位での下肢の自動運動、起立練習、開口練習を行った。入院 6 週目、端坐位保持は手すりを使用し 60 秒保持見守り。離床は一度に 60 分程度は可能となり、運動後や食後に離床を促し、TV 鑑賞や補食の自己摂取、他患者交流等の活動する場面で離床時間を作った。理学療法は手すりを使用した歩行練習を実施した。

【退院時評価】

入院 10 週目、体重 41.0 kg, MMT 四肢体幹 3, 握力 4.6 kg, HDS-R18 点, Alb2.9g/dl, BNP121.3pg/ml。基本動作は寝返り修正自立、端坐位 120 秒以上見守り、起立や移乗動作は最大介助。FIM 運動項目 19 点、認知項目 20 点。食事は全粥、軟菜を三食、自己摂取見守りとなった。退院前に本人、施設スタッフ、当院スタッフで運動や食事、基本動作の介助方法、離床方法について情報共有し、元の施設に退院となった。

【考察】

一度に長時間の離床が困難な症例に対して PT のアプローチのみならず、病棟生活で離床機会を短時間から頻回に作る事で、1 日を通しての離床時間が増加し、身体機能や食事能力向上につながったと推測する。離床機会を作るために、PT は患者の身体機能や座位能力の評価結果に基づいた離床方法の提案をすることが重要であると考えた。

【倫理的配慮】

本研究は、人を対象とする医学系研究に関する倫理指針に基づき、医療機関情報及び患者の個人情報等を匿名加工することによって、患者が特定されないよう配慮した。

早期の栄養管理が奏効し身体機能回復を認めた高齢患者の一例

○本田 果歩¹⁾, 深堀 ユリエアリーシア¹⁾, 砂川 伸也^{1,2)}, 坂本 崇¹⁾

1) 和仁会病院 リハビリテーション科

2) 長崎大学大学院 医歯薬学総合研究科保健科学分野

キーワード：低栄養状態、腰椎圧迫骨折、MNA-SF®

【背景】 リハビリテーションにおける栄養管理の重要性は高く、回復期リハビリテーション病棟に入院する患者の43.5%が栄養障害であったとの報告もある。現在、回復期リハビリテーション病棟入院料1では専任の常勤管理栄養士の配置が望ましいとされており、リハビリテーションを実施する上で栄養状態を職種間で共有する必要性が認知されている。今回、簡易栄養状態評価表であるMNA-SF®にてスクリーニングを行い、血液検査や身体機能評価などのアセスメントから低栄養状態と判定された高齢患者に対し、介入早期より管理栄養士と協同し奏効を得たため報告する。

【症例紹介】 90歳代後半の男性で、有料老人ホームに入所中であった。以前より施設内での転倒は頻回に確認されていた。今回、施設内での転倒により強い腰痛が出現し、A病院にて第1腰椎椎体骨折と診断され入院となった(入院日を第1病日とする)。第30病日にリハビリテーション目的で当院へ転院となった。

【初期評価】 第31病日から33病日に実施した。栄養および身体評価について、MNA-SF®は0/14点、身長162.0cm、体重41.6kg、BMIは15.9kg/m²、下腿周径(右/左)は24.3cm/24.6cm、握力(右/左)は15.5kg/11.4kgであった。血液検査にて、アルブミンは3.2g/dL、総蛋白は6.0g/dLであった。身体機能評価では、疼痛はFRSにて安静時および動作時ともに4/5、下肢筋力はMMT3から4、CS-30は5回であった。バランス評価において、TUGは16秒8(歩行器使用)、FBSは38/56点であった。

【介入内容】 転院直後の栄養評価より、症例は低栄養状態であると判定された。第31病日から33病日の平均食事摂取量は約4割程度であり、1日の平均摂取カロリーが680kcalに留まった。症例の基礎エネルギー消費量は約800kcalであり、摂取カロリーの不足は明らかであったため、管理栄養士と早期に連携を図った。食事形態の変更や補食の導入、また、食事環境や食事の姿勢、リハビリテーション実施時間の見直しを行った。運動負荷および身体活動について、基礎代謝量や消費・摂取カロリーを算出した上で、改訂版身体活動のMETs表を用い、段階的に負荷を設定した。第45病日(見直し2週間後)で食事摂取量は8割を超え、一定の運動負荷での介入が可能となった。

【最終評価】 第80病日から82病日に実施した。栄養状態について、MNA-SF®は1/14点、体重46.2kg、BMIは16.9kg/m²、下腿周径(右/左)は25.0cm/25.0cm、握力(右/左)は20.3kg/17.6kgであり改善を認めた。血液検査にて、アルブミンは3.7g/dL、総蛋白は6.5g/dLであり両値とも基準範囲内となった。身体機能評価において、疼痛は全ての動作で消失し、下肢筋力はMMT4、CS-30は10回となり機能向上した。バランス評価では、TUGは13秒8(独歩)、FBSは51/56点であり比較的良好な機能を示した。

【考察】 MNA®は汎用性が高い栄養状態の評価法であり、本検討で用いたMNA-SF®はスクリーニング評価としての有用性が高く、BMIや上腕周径、血液検査等のアセスメントと合わせ総合的な判断が求められる。本症例について、早々に栄養状態の評価を実施したことにより低栄養状態を発見でき、管理栄養士との連携を進めながらリハビリテーション時の運動負荷量や活動量を安全かつ効率的に設定できたと考える。低栄養状態の場合、過度な負荷設定では機能悪化を招く可能性があり、慎重な対応が必要となる。今回、管理栄養士と協同で運動負荷・活動量を細かに設定することができ、円滑に機能回復が得られたと考える。【倫理的配慮】 本検討は「ヘルシンキ宣言(2013年10月改訂)」に基づき、対象者に口頭および書面にて十分に説明し、本人および家族に同意を得た。

脳梗塞症例に対して振動刺激を用いた痙性緩和アプローチの一例

○久田 勇輔

耀光リハビリテーション病院 リハビリテーション部

キーワード：振動刺激、筋緊張亢進、脳卒中

【はじめに】

今回、脳梗塞により過剰な痙性片麻痺を認め基本動作に支障をきたす症例を担当した。先行文献にて振動刺激が筋緊張抑制に作用することが報告されており、ハンディーマッサージャーが脳卒中痙性片麻痺の治療として用いられる。症例は過剰な筋緊張を呈しストレッチングを行ったが筋短縮が著明で伸長痛を伴った。「伸ばすと痛む」との精神的不安が増強するなど、さらに筋緊張亢進を助長した。今回振動刺激を用いて痙性治療を行い良好な経過を得たため報告する。

【症例紹介】

症例は60歳代、男性、心源性脳塞栓症(右MCA領域)。発症前は自立。現病歴：X年Y月左片麻痺を認めA病院へ搬送。保存療法にて加療し、1ヶ月後に当院へリハビリ目的で転院。全体像：入院時より左上下肢の筋緊張高く、ベッド臥床時より不良肢位(上肢、下肢ともに過度の屈曲共同運動パターン)を呈している。半側空間無視、身体失認を認め不良肢位に気付かず自己修正困難。

【初期評価】

下肢Br.s：III、感覚：重度麻痺、筋緊張(MAS)ハムストリングス4、下腿三頭筋3、深部腱反射：大腿四頭筋3+、下腿三頭筋3+、関節可動域(麻痺側)股関節伸展：-20度、股関節内転：-10度、股関節内旋：-20度、膝関節伸展-50度、足関節背屈-5度。

【方法】

ハンディーマッサージャー：THRIVE(大東電機会社製)を使用。設定：低速(50Hz)開始肢位：ベッド仰臥位、膝関節軽度屈曲位(疼痛を伴わない最大伸展位より開始)、ターゲット筋であるハムストリングス、下腿三頭筋(筋腹、腱)に対して各5分ずつ10分間実施した。介入初期は触圧刺激で疼痛の恐怖心強く、ハンディーマッサージャーを手で覆い振動量を調整しゆっくり当てる。痛み、恐怖心軽減に伴いヘッドを筋腹、腱部へ直接当てる。

【最終評価】

筋緊張(MAS)ハムストリングス3、下腿三頭筋1+、関節可動域(麻痺側)股関節伸展：-5度、股関節内転：-5度、股関節内旋：-10度、膝関節伸展-30度、足関節背屈0度へ改善を認めた。また、ハンディーマッサージャー実施前後で立位保持姿勢の改善、歩行時の伸長痛が軽減し、歩行介助量の軽減を図ることができた。

【考察】

振動刺激により介在神経を介したシナプス前抑制の発動によってα運動神経の興奮性を抑制する事が報告されている。脳卒中後、痙性片麻痺を呈した本症例に対してもハンディーマッサージャーの使用が痙性抑制効果を認めたと考える。また、脱感作療法(振動刺激を段階的に当てていき触圧刺激に対して恐怖心を軽減させる)を行った。その結果筋緊張軽減、関節可動域の拡大、立位保持姿勢や歩行能力等の運動パフォーマンスの即時効果を認めた。

【倫理的配慮・説明と同意】

症例報告についてヘルシンキ宣言に基づき症例に同意を得た

脳卒中片麻痺患者に対する屋外歩行の自立を目標とした理学療法の経験—表面筋電図を活用して歩行練習の方法を検討した一症例—

○森脇 麻美子, 中川 晃一, 片岡 英樹, 山下 潤一郎
長崎記念病院 リハビリテーション部

キーワード：脳卒中、歩行能力、表面筋電図

【はじめに】 脳卒中片麻痺患者における地域での歩行自立度には歩行速度や持久力が重要であると報告されていることから、回復期リハビリテーション(リハ)では予後予測を適切に行いそれらの改善に焦点をあてた理学療法(PT)が必要となる。なかでも、歩行練習はその主要な方法の一つであるが、施行時の効果的な歩行様式や装具の必要性を客観的に判断することが困難な場合も多い。そのような場合、表面筋電図(sEMG)を用いて歩行様式や補助具の有無などの測定条件ごとに筋活動パターンを比較することは麻痺側下肢の機能回復を目指した歩行練習の方法を決定する一助となる。今回、脳梗塞によって左片麻痺を呈し、歩行能力が低下した症例を担当した。sEMGを用いた麻痺側下腿三頭筋の筋活動を指標に、効果的な歩行練習の方法を検討し、屋外歩行の自立を目標にPTを実施した結果、良好な成績が得られたため報告する。

【倫理的配慮】 ヘルシンキ宣言に沿って個人情報保護に配慮し、症例に対し同意を得た。

【症例紹介および初期評価】 症例は60代後半の男性(BMI22.6kg/m²)で、発症前は独歩にてADLは全て自立であった。X-26日、右内包後脚のアテローム血栓性脳梗塞の診断にてA病院へ入院となり、X日に当院の回復期リハ病棟に転院となった。初期評価ではBr.Stageは上肢IV、手指IV、下肢IV、歩行はサイドウォーカー(SW)と短下肢装具(AFO)を使用した揃え型歩行で、10m歩行時間(10MWT)は54.7秒、6分間歩行距離(6MWD)は51mであった。また、高次脳機能障害は認めず、セルフケアは概ね見守りまたは一部介助であったが、移動は車椅子介助であった。本症例の機能予後としては、二木の予後予測(1982)に加え、年齢や発症前の歩行能力、認知症、合併症などの阻害因子を有していないことを考慮し、屋外歩行の自立と予測した。

【歩行練習の方法の検討】 先行研究において、歩行推進力には麻痺側足関節底屈筋の筋活動が重要(Turns LJ et al,2007)であり、揃え型よりも前型歩行においてそれらの筋活動が増大する(大鹿糠ら, 2017)ことや、AFO装着によってエネルギー消費が軽減する(前田ら, 2006)ことが報告されており、これらは、歩行速度や持久力に関連するとされている。そこで、PT介助下で杖を使用せずに「揃え型」、「前型」、「AFO装着下での前型」の3つの歩行様式における麻痺側の外側腓腹筋(LG)の筋活動をsEMGによって評価した。その結果、「AFO装着下での前型」が最もLGの筋活動が得られ、かつ長距離の歩行が可能であったため、初期の歩行練習として決定した。

【経過および結果】 介入初期の歩行練習では、AFO装着下での前型で介助歩行を中心に実施した。また、併行してSWを使用した実用的な歩行練習も実施し、X+14日にはSW+AFOによる見守りでの病棟内移動を開始した。中間評価(X+28日)では、10MWTは24.2秒、6MWDは125mとそれぞれ改善を認め、その後、非介助下でも前型歩行が可能となった。以降は独歩練習や応用歩行練習および屋外歩行練習を追加し、X+63日にはT-cane+AFOにて病棟内移動が自立した。最終評価(X+96日)では、Br.Stageは上肢VI、手指VI、下肢Vであり、歩行時のLGの筋活動は、周期的な筋活動が十分に得られていた。T-cane+AFOでの10MWTは10.0秒、6MWDは294mとなり、屋外歩行は見守りで可能となった。また、病棟内ADLは全て自立し、X+98日に自宅退院の運びとなった。

【考察】 屋外歩行の自立が目標となる脳卒中片麻痺患者では、麻痺側下腿三頭筋の筋活動が得られやすい「AFO装着下での前型」にて早期から歩行練習を実施することが、歩行速度や持久力の改善をもたらし、目標達成に寄与する可能性が示唆された。

前型歩行獲得に向けてトレッドミル歩行を導入した左被殻出血患者の一例

○井上 泰希, 木寺 孝文
耀光リハビリテーション病院 リハビリテーション部

キーワード：前型歩行、トレッドミル、脳卒中

【はじめに】

脳卒中片麻痺患者において前型歩行の獲得を目的とした訓練の有用性が報告されている。今回、左被殻出血により重度片麻痺、重度感覚障害、高次脳機能障害(運動性失語症、注意障害、右半側空間無視)の問題を呈した患者を担当した。本症例は発症4ヶ月時点で杖歩行自立レベルまで向上したが、歩行形態としては2動作揃え型となっている状況であった。前型歩行獲得に向けてトレッドミルを用いた歩行訓練を行うことで、前型歩行が可能となったため、経過・考察を踏まえてここに報告する。

【症例紹介・中間評価発症147日目】

40代男性。診断名は左被殻出血。発症前ADLは自立で独居。杖歩行時は麻痺側感覚障害起因による恐怖心あり。トレッドミル歩行訓練実施前の理学療法評価は上田式12段階片麻痺機能検査:上肢I、下肢V、手指I、表在感覚中等度鈍麻。非麻痺側MMT:股関節屈曲-伸展:5、膝関節屈曲-伸展:5、足関節底屈-背屈:5、10m最大歩行速度:0.53m/sec、歩数27歩、6分間歩行テスト:200m(休憩1回)、杖を使用して2動作揃え型歩行自立。基本動作自立。高次脳機能障害:運動性失語症、注意障害、右半側空間無視、FIM:115/126点であった。

【介入内容】

使用機器:トレッドミル。実施期間:5週間。歩行速度設定:歩容が崩れず、快適歩行速度よりも速めの速度に設定。1~2週目では0.31~0.35m/sec、3~5週目では0.58~0.6m/sec。歩行距離:100m×3set/日。非麻痺側上肢はトレッドミルの手すりを把持し、安定した状態で実施。

【最終評価発症188日目】

上田式12段階片麻痺機能検査:上肢I、下肢VI、手指I、表在感覚中等度鈍麻、深部感覚重度鈍麻。非麻痺側MMT:股関節屈曲-伸展:5、膝関節屈曲-伸展:5、足関節底屈-背屈:5、10m最大歩行速度:1.01m/sec、歩数16歩と歩行速度の上昇を認めた。6分間歩行テスト:290m(休憩0回)杖を使用して2動作前型歩行自立。高次脳機能障害:運動性失語症、注意障害、右半側空間無視、基本動作自立。FIM117/126点であった。

【考察】

本症例は麻痺側立脚期の減少により、揃え型歩行となってしまう、ストライド長や歩行速度が低下していた。平地歩行と比較してトレッドミル歩行ではアライメントの崩れを出現させない範囲かつ快適歩行速度よりも速めの速度に設定することで、歩行運動の自動化を促すことが期待出来る。連続的に股関節屈曲-伸展運動を誘発し、CPGを利用した2動作前型歩行を可能とすることが出来たと考える。さらにトレッドミル歩行では支持物として固定された手すりを使用したため、杖歩行時よりも恐怖心を軽減させた介入が行えた事で、重心をより前方へ移動させることが可能となり、運動学習を促進することが出来た。その結果、2動作前型歩行の獲得に繋がったと考える。

【倫理的配慮】

ヘルシンキ宣言に基づき、口頭および紙面上にて同意を得た。

歩行能力向上を目的にロボットスーツ HAL 訓練を導入した一例

○小平 麻衣

耀光リハビリテーション病院 リハビリテーション部

キーワード：筋出力低下、重心移動、視覚的フィードバック

【はじめに】

今回、右被殻出血により重度の片麻痺、感覚障害、高次脳機能障害を呈した患者を担当した。麻痺側下肢の筋出力低下により、左右への重心移動が十分に行えず、歩行困難である症例に歩行能力向上を目的にロボットスーツ HybridAssistiveLimb®(以下 HAL)訓練を導入した。麻痺側下肢の筋出力向上とともに歩行能力が向上した為、ここに報告する。

【症例紹介】

60歳代後半女性診断名：右被殻出血現病歴：勤務中に左上下肢の脱力・呂律不良を訴え急性期病院へ救急搬送。その後、リハビリ目的の為、発症+20日目に当院へ転院となる。既往歴：高血圧・脂肪肝前病生活：病院調理員。家事全般を担い、買い物はバスか徒歩を使用していた。

【初期評価】

発症+46日日上田式12段階片麻痺グレード下肢：2。下肢の筋出力：低下。表在感覚：重度鈍麻。深部感覚：重度鈍麻。Functional Independence Measure(以下 FIM)：23点。Scale for Contraversive Pushing(以下 SCP)：1.5点。高次脳機能障害：ブッシュャー現象・左半側空間無視・注意障害・脱抑制

【経過とアプローチ】

鏡とモニターを使用し、HAL装着下での起立訓練・重心移動訓練・歩行訓練を繰り返し行った。(発症+47日目)1回60分の5日間実施。①起立訓練 10回×3セット②重心移動訓練③歩行訓練 20m×3セット重心移動訓練では重心の位置をHALモニターで確認しながら、患者へ視覚的フィードバックを行い、麻痺側へ荷重・アライメント修正を促した。歩行訓練では後方と側方の2名介助で行った。HAL1日目(歩行モード)制御モード：Cybernic Voluntary Control(以下 CVC)。感度レベル：5倍。トルクリミット：50%。トルクチューナー：1。バランスチューナー：股関節屈曲2。膝関節伸展2。HAL4日目(歩行モード)介助量の軽減・下肢の振り出しを視認した為、モード変更を実施。制御モード：CVC。感度レベル：5倍。トルクリミット：30%。トルクチューナー：2。バランスチューナー：股関節屈曲0。膝関節伸展2へ変更。

【HAL訓練後評価】

発症+52日日上田式12段階片麻痺グレード下肢：5。筋出力：向上。表在感覚：重度鈍麻。深部感覚：重度鈍麻。FIM：35点(運動項目)。SCP：2.25点。高次脳機能障害：ブッシュャー現象・左半側空間無視・注意障害・脱抑制

【結果・考察】

本症例の歩行困難の大きな要因として、麻痺側の筋出力低下、左右への重心移動が行えない事が問題点として挙げられた。犬飼らは、HALは装着者の運動意図に基づき、正しい動作を反復し、運動の成功感覚が反復する際に報酬が予測される。運動が改善されることは、訓練を反復する事により大脳皮質の可塑性が惹起され、障害された神経回路とは別の神経回路が運動遂行の際に新たに動員され、運動機能を強化することによりなされると考えたと述べている。HALによって補助された運動を随意的に変化させる事により、適切な歩行パターンを繰り返す行うことが出来た。その結果、筋出力は向上し、モニター・鏡を使用し重心位置のフィードバックを行う事で、左右への重心移動が行えるようになり、歩行能力の向上が図れたと考える。

【まとめ】

HAL訓練を導入する事で、筋出力は向上し、歩行能力は向上された。今後も患者の状態を確認した上で、筋出力低下が認められる患者に対して、HALを積極的に活用していきたい。

原因不明のめまい症状の増悪により活動性低下を来した利用者に対する前庭リハビリテーションの経験

○木場 宗也

介護老人保健リハビリセンターふくえ訪問リハビリテーション事業所

キーワード：前庭障害、前庭リハビリテーション、訪問リハビリテーション

【はじめに】めまいやふらつきは内耳や平衡機能障害が原因として、耳鼻咽喉科等の診療科において治療が行われている。諸外国ではめまいに対するリハビリテーションが行われており、前庭リハビリテーションと呼ばれている。今回訪問リハビリテーション利用者のめまい症状が増悪され介入に難渋したが、前庭リハビリテーションを施行し、改善が得られた為、ここに報告する。

【症例紹介】80代男性。50年程前より浮動性のめまい症状がみられ、様々な検査を行われるも原因は不明。2年前に腰椎圧迫骨折を受傷。1か月後訪問を開始したが、めまい症状が増悪。2か月前には良性発作性頭位めまい症の診断を受け、抗めまい剤が処方されたが、改善なく休業。検査実施は拒否。現在食事・排泄・入浴以外は、ベッド上背臥位にて過ごされている。介入において基本動作、筋力強化運動を実施するも、症状改善なく経過、主治医へ相談、めまい症状への介入を許可して頂き開始した。【倫理的配慮・説明と同意】ヘルシンキ宣言を遵守し、利用者本人及びご家族へ説明を行い、同意を得ている。

【評価とリーズニング】問診では、常にぼーっとする。首を右に向けたり、動作時右側への回転が加わった際に強く揺れるようにめまいがすると訴える。注視眼振：反発眼振認め、中枢性前庭障害(第4脳室周辺の病変)示唆。ベッドサイド Head impulse test 右回転時 catch up saccade(+)。介入前及び、4週後の最終日に、めまいに関連する評価として Numerical Rating Scale (NRS)、Dizziness handicap inventory (DHI)、身体機能評価として Timed up and go test (TUG)、Short Physical Performance Battery (SPPB)、ADL 評価として Functional Independence Measure (FIM) の測定を行った。初回介入時 NRS：8/10(安静時)・10/10(体動時)、DHI：78点(Physical20点・Emotional24点・Functional34点)、TUG：25.34秒、SPPB：3点(バランス1点・歩行0点、立ち上がり1点)、FIM：運動項目51点・認知項目35点。結果よりめまい等によるADLの障害は重度で、日常生活の質を低下させていることが示唆。右側への頭部の動きにより特に症状が誘発される事から、一側性の前庭機能低下が関与している事が考えられた。TUGやSPPBではカットオフ値を超え、転倒の危険が迫っている状況である事も考えられ、めまい症状の軽減と姿勢安定性の向上を図る事を目的として特に右側前庭機能に対する介入を行った。

【介入と結果】頻度は週2回40分、介入期間は4週間の計8回、①視線安定化訓練(1枚のカードを追視しながら頭部の運動を伴う練習)、②慣れの訓練(めまいが出現する動作を繰り返す行う)、③姿勢安定化訓練(壁の文字を見ながら歩く等)を実施。訪問以外の日には、視線安定化訓練を指導した。結果はNRS：安静時・体動時5/10。DHI：50点(Physical10点・Emotional12点・Functional28点)。TUG：21.65秒、SPPB：7点(バランス4点・歩行2点・立ち上がり1点)、FIM：運動項目70点・認知項目35点と項目全てに改善が認められた。生活場面では、右側臥位からの起き上がりが実施可能となり、自主的に室内歩行練習を行えるまでに改善を認めた。

【考察】今回評価に基づき中枢性と一側性末梢性前庭障害の併存が考えられた。慢性期の一側性末梢性前庭機能障害への前庭リハビリテーションは、めまいやふらつき、関連した障害に対し自覚症状のスコアを改善させるエビデンスが示されており、同様の結果が得られた。めまい症状については誘発する動きや視覚刺激の曝露により症状が軽減されたと考えられ、視覚や体性感覚による姿勢制御が強化された事で動作の安定化が得られたと考えられる。しかし安静時のめまい症状については軽微な改善に留まった。これは中枢性前庭障害の合併により、前庭機能や小脳・脳幹等の中枢神経系の可塑性が乏しかったと考えられ、今後継続介入による改善を期待したい。

医療法第 42 条施設（メディカルフィットネス）における理学療法士としての役割

○古川 博斗

柿添病院 リハビリテーション課

キーワード：医療法第 4 2 条施設、メディカルフィットネス、健康づくり

【はじめに】

当病院では令和 2 年 4 月より疾病予防を目的とした医療法第 42 条施設「疾病予防運動施設 ミシックジム (Misick Gym)」メディカルフィットネスを開設した。当施設は健康増進・疾病予防・疾病改善を目的として、医師の管理のもと、健康運動指導士が正しく安全な運動療法を提供し、利用者の健康増進に必要な知識・予防・自立性を支援していく施設である。当施設では、理学療法士と管理栄養士が健康運動指導士として運動指導を行っている。今回は、当疾病予防運動施設を紹介すると共に、疾病予防運動施設における理学療法士の役割について知見を加えて報告する。

【運営形態】

スタッフは常勤 3 名(健康運動指導士 2 名(理学療法士 1 名、管理栄養士 1 名)、事務員 1 名)で、平日 9:00~20:00(土日休み)で運営している。当施設では問診表を用いたカウンセリング、身体評価(体成分分析装置 InBody を使用)を行い、その結果を基に利用者の目的に合わせた運動を処方し、マシントレーニング、有酸素運動を中心に行ってもらっている。また、必要に合わせて血液検査や栄養指導、その他身体評価も行っている。会員形態は、一般会員、メディカル会員、学生会員、非会員(ビジター)の 4 つのコースとなっている。

【現在の利用者状況】

令和 5 年 4 月 30 日現在で、会員数は男性 28 名、女性 46 名。平均年齢男性 56.3 歳、女性 59.1 歳、入会時の利用目的は筋力アップ 35.3%、健康づくり 41.2%、ダイエット 38.2%である。うち問診表から有症状を訴える利用者の割合は 56.8%(ほとんどが整形外科疾患で心疾患が 8%)である。また、服薬状況は 58.1%であり高血圧、糖尿病、高脂血症などの生活習慣病に対する服薬をしている者は 70%であった。有症状のある利用者が多く、生活習慣病に対しての運動も必要となっており、カウンセリングや身体評価を行い、理学療法士、管理栄養士が一人一人に合わせた運動メニューを作成し安全に運動に取り組んでもらっている。

【考察】

当施設では理学療法士が健康運動指導士として介入している。現在、利用者の有症状率は 56.8%であり、身体に何らかの不調や、不安があり当施設の利用に至るケースがほとんどである。その中で、理学療法士が介入することでカウンセリングや、身体評価時に不調を訴えて入会を希望する利用者に対して、理学療法評価を行い、運動処方を作成することにより、安心して利用していただくことが可能となっている。もし、運動中にケガや不調を訴えることがあった場合でも、応急処置や必要であれば医師への上申、もしくは病院受診を勧めることができ、一般のジムとは違い、リスクのある方でも安全に運動を行うことが出来る。人生 100 年時代、健康寿命の延伸を目標に国が政策をとり、若い世代から高齢者まで健康づくりの意識がここ数年で高まってきた。その中で医療保険外での運動を継続してもらう為にも、一般的な健康運動指導士ではなく理学療法士が関わることで、幅広い世代への関与が出来、又、リスク管理も行えると思われる。以上の事から、医療法第 42 条施設(メディカルフィットネス)において理学療法士が健康運動指導士などの多職種と一緒に運動指導を行っていくことは重要な役割ではないかと考えられる。

当院の成長期野球選手における上腕骨小頭離断性骨軟骨炎に対する新しい治療方針

○森川 明典 1), 山口 和博 2)

1) 山口整形外科医院 リハビリテーション科

2) 山口整形外科医院 整形外科

キーワード：上腕骨小頭離断性骨軟骨炎、超音波診断装置、体外衝撃波療法

【はじめに、目的】

上腕骨小頭離断性骨軟骨炎(以下小頭 OCD)は成長期野球選手の障害の中でも難治することが多いとされている。小頭 OCD は症状がないうちの早期発見・早期治療が重要で症状が出た時には手術が必要になる場合がある。また、病変部の修復に 1 年以上を有することがあり、復帰までに時間がかかることが選手たちにとって問題となる。小頭 OCD の発見には超音波診断装置(以下エコー)が有用でレントゲンよりも患部の変化を早く見つけることができると言われている。また、小頭 OCD に対する治療で体外衝撃波療法(以下 ESWT)の有効性の報告が見られる。当院では成長期野球肘障害の診断に必ずエコーを使用している。治療では ESWT を照射し患部の治癒促進を図り、患部の安静を目的としてソフトブレースを使用している。また、早期復帰・再発予防のため理学療法により身体のコンディショニングも行っている。今回、当院の方針で復帰までの期間を検討したので報告する。

【方法と対象】

2018 年 6 月から 2023 年 4 月までに当院を受診して小頭 OCD と診断され、保存療法を実施した成長期野球選手 9 名、平均年齢 12.3 歳(11-13)。ESWT を実施した実施群と実施しなかった非実施群の 2 群に分けて経過を追った。

【治療計画】

診断後、ESWT を 1~2 週に 1 回、計 3 回照射し、ソフトブレースを 3 週~4 週装着する。照射は患者が我慢できる強度とし、1 回に最大 0.25mmJ で 2500 発とした。

【結果】

実施群では病変部の変化をレントゲンとエコーで確認し、早い症例で 3W から画像上の変化が見られ、4 か月後から復帰できた症例がみられた。非実施群では復帰に 2 年以上要した症例がみられた。

【結論】

小頭 OCD は早期発見・早期治療が必要でエコーは早期発見にはとても有効である。また、ソフトブレースを装着し患部の安静を図り、ESWT によって疼痛の減少、患部の治癒促進を図ることが競技復帰までの期間を短縮するための有効な手段の一つと考えられる。

【倫理的配慮】

本報告は、ヘルシンキ宣言に基づき症例に同意を得て行った。

両側 Osgood-Schlatter 病を発症した 1 例-骨性修復に着目して-

○出口 健多 1), 吉田 大佑 1), 濱田 孝喜 1), 太田 智一 1), 宮本 力 2)

1) チカラ整形外科スポーツリウマチクリニック
リハビリテーション科

2) チカラ整形外科スポーツリウマチクリニック 整形外科

キーワード：Osgood-Schlatter 病、保存療法、超音波検査

【はじめに】

Osgood-Schlatter 病(OSD)は成長期に発症するスポーツ障害である。その特徴は脛骨粗面部の腫脹や圧痛、運動時の痛みである。病態としては脛骨粗面部が力学的に脆弱な apophyseal stage 期に大腿四頭筋による牽引ストレスが加わることで、脛骨粗面部の二次骨化中心前方部分が剥離した状態であるとされている。OSD に対する一般的な治療はスポーツ活動中止による安静や大腿四頭筋を中心とした下肢筋群のストレッチなどであり、疼痛の改善が得られた後にスポーツ活動を再開する。しかし、このような従来の治療では脛骨粗面部に生じた二次骨化中心の修復過程が考慮されておらず、剥離部の骨性修復が得られていない状態でスポーツ活動を再開している症例が多い。剥離部の骨性修復が得られず遊離骨片となった場合、症状が遷延化しスポーツ活動に支障をきたすため、脛骨粗面部の骨性修復獲得が重要であると考えられる。しかし、OSD 症例に対して脛骨粗面部の骨性修復が得られるまでの過程を提示した報告は少ない。そこで超音波検査を用いて脛骨粗面部の骨性修復が得られるまでの過程を評価し、競技復帰まで経過を追った両側 OSD 症例を経験したため報告する。

【倫理的配慮】

ヘルシンキ宣言に従い、対象者が特定されないように配慮した。

【症例】

12 歳男性、サッカー部。体育の授業で長縄跳びをしていた際に左膝痛出現し、翌日当院受診となった。初診時に脛骨粗面部の圧痛はあったが超音波検査で脛骨粗面部に明らかな異常を認めず、深膝蓋下滑液包炎の所見のみ観察された。初診から 1 週後に超音波検査にて脛骨粗面部に剥離像が確認され、左 OSD と診断された。その後、1~2 週おきに超音波検査を行い剥離部の経過を観察した。初診から 3 週後には深膝蓋下滑液包炎の所見は消失した。初診から 5~7 週後には脛骨粗面部の剥離像は癒合傾向を示したため、ジョギング開始となり 10 週後にはダッシュが可能であった。初診から 12 週後には剥離部の骨性修復が得られ治癒と判断された。しかし、初診から 11 週で走っていた際に反対側の右膝脛骨粗面部に疼痛が出現し、左 OSD が治癒と判断された同日に右 OSD と診断された。右 OSD は初診から 6 週後に脛骨粗面部の剥離像が癒合傾向を示し、7 週からジョギング開始となった。初診から 8 週でダッシュが可能となり、22 週後に骨性修復が得られ治癒と判断された。

【考察】

今回、両側に OSD を発症した症例に対し超音波検査を用いて脛骨粗面部に生じた二次骨化中心の剥離像の治癒過程を評価した。左 OSD は初診から 12 週後に剥離部が治癒したが、右 OSD は初診から 22 週後に治癒と判断された。右 OSD の治癒までの期間が左 OSD と比較して長期化した要因として、右 OSD 発症から約 1 ヶ月間、体育大会の練習に参加し運動を休止していなかったことが考えられる。このことから、脛骨粗面部の骨性修復の獲得には、発症後早期のスポーツ活動の中止が有効であると考えられる。OSD の重症度別治癒率や治療期間、具体的なリハビリテーションプロトコル、OSD 再発の有無などは不明であり、OSD に対する保存療法は確立されているとは言えない。また、今回は 1 例 2 膝の報告であり、本症例の経過がすべての OSD 症例に適用できるとは言えない。今後はさらに多くの症例の経過を評価していく必要があると考える。

スポーツ選手の腰椎分離症とその他の腰部疾患における腰椎前弯角と仙骨傾斜角の関係性について

○吉田 卓, 八木原 幸子, 池田 尚弥

医療法人雄人会 三川内病院 リハビリテーション科

キーワード：腰椎分離症、腰椎前弯角、仙骨傾斜角

【はじめに】

腰椎分離症は、腰椎椎弓の上・下関節突起間部に起こる疲労骨折であり、スポーツを行っている 10~15 歳での発症が最も多く疲労骨折全体の 55.5% を占めている。メカニカルストレスである腰椎の伸展動作や回旋動作が主な発症原因とされているが、腰椎前弯角や仙骨傾斜角に異常をきたすと腰仙部にストレスが加わり様々な腰部疾患を引き起こすことが考えられている。そこで、腰椎分離症とその他の腰部疾患における腰椎前弯角や仙骨傾斜角に相互関係があるのではないかと考えたため、スポーツを行っており腰部疾患を有している対象者の X 線上下の腰椎前弯角と仙骨傾斜角を比較したため報告する。

【方法】

当院に 2021 年 4 月から 2023 年 3 月の間に腰痛を主訴とし外来受診した 20 歳未満のスポーツ選手を対象とした。腰椎分離症(以下、分離群)12 名(12.8±2.3 歳)とその他の腰部疾患(以下、非分離群)と診断された 15 名(15.1±2.2 歳)に分けた。測定方法は、第 1 腰椎椎体上縁-仙骨上縁がなす角度を腰椎前弯角、仙骨上縁-水平線がなす角度を仙骨傾斜角とし、測定は PACS(画像処理ソフトウェア)を使用した。また、医師が診断時に用いた臥位での腰椎矢状面の X 線像を使用した。測定した分離群と非分離群の腰椎前弯角と仙骨傾斜角は対応のない t 検定で比較した。また、優位水準は、 $P < 0.05$ とした。

【結果】

腰椎前弯角において、分離群は $51.3^\circ \pm 8.3^\circ$ に対し非分離群は $39.1^\circ \pm 3.6^\circ$ となり、分離群は有意($P=0.04$)に高値を示した。また、仙骨傾斜角は、分離群 $44.0^\circ \pm 7.3^\circ$ に対し非分離群は $33.5^\circ \pm 3.6^\circ$ となり、腰椎前弯角と同様にその差は有意($P=0.04$)であった。

【考察】

脊柱矢状面アライメントにおいて、腰椎前弯角の基準値は $34^\circ \sim 73^\circ$ 、仙骨傾斜角の基準値は $33.4^\circ \sim 48.8^\circ$ と報告されている。本研究は臥位での測定のため一概に比較することはできないが、分離群・非分離群における腰椎前弯角や仙骨傾斜角はそれぞれ基準値内であった。しかし、分離群・非分離群における腰椎前弯角や仙骨傾斜角はそれぞれ有意差を認めた。非分離群に比べ分離群の腰椎前弯角、仙骨傾斜角が大ききことは腰椎の伸展ストレスを助長させていると考えられ、基準値内であっても腰椎分離症の発症につながる可能性があると考えられる。また、佐藤らは、仙骨傾斜角の増大は、腰椎の前方への剪断力を大きくし、脊椎分離症やすべり症の発生に関係すると述べている。それに加え、中尾らの先行研究によると腰椎分離症と非特異的腰痛の腰椎前弯角に差が生じるという結果が得られており、本研究でも同様の結果が得られた。また、腰椎前弯角の増強が、椎間関節への伸展ストレスを助長していると述べている。これらの先行研究では立位での腰椎前弯角の最大伸展時および屈曲時を測定し比較している。しかし、先行研究とは異なり、本研究では姿勢の指示を行わず臥位での腰椎前弯角と仙骨傾斜角を測定し比較した。測定時の姿勢が異なるにも関わらず同様の結果が得られたことは、診断時に骨折線が認められなくても年齢等を加味した上で腰椎分離症予備軍の抽出や早期発見につながる可能性を示唆された。さらに、それらをもとに腰椎分離症の予防につなげることができるとは考えられる。

【倫理的配慮】

本研究はヘルシンキ宣言に基づき、対象者が特定できないよう考慮した。

反復性肩関節脱臼症例に対しスポーツ復帰を目指した介入経験～Y バランステストを用いて肩関節複合体の安定化に着目した症例～

○宮永 香那 1), 松本 伸一 1), 野口 薫 1), 中尾 雄一 1),
吉賀 亜希子 1), 下迫 淳平 1), 古川 敬三 2)

- 1) 古川宮田整形外科内科クリニック リハビリテーション科
2) 古川宮田整形外科内科クリニック 整形外科

キーワード：反復性肩関節脱臼、Y バランステスト、プレー復帰

【はじめに】 外傷性肩関節脱臼では、初回脱臼と複数回脱臼で保存的治療の方針が異なる。後藤らによると若年での受傷であるほど再受傷するリスクは高くなると報告しており、ラグビーなどのコンタクトスポーツにおいては肩甲帯を含めた上肢機能に高い安定性が必要になると考えられる。そこで肩甲帯を含めた上肢機能を複合的に評価することができる Y バランステストを用いて良好的な介入結果を得られたので報告する。

【症例紹介・初期評価】 症例は男性、高校ラグビー部に所属し、ポジションはウイング。来院までの 6 ヶ月間で 3 回の右肩関節脱臼経験があり 3 回目の脱臼後に当院を受診した。受診時は Apprehension test (+), Relocation test (+), 安静時痛はないものの肩前方への不安定感がみられ、動作時痛 NRS6/10 程度であった。関節可動域(表記単位は角度、記載は右/左)は肩関節屈曲 160/180, 外転 170/180, 外旋 55/75, 2nd 外旋 85/105 であり、肩甲骨外転・前傾が強く見られた。MRI 画像所見では Bankart 損傷、前下肩甲上腕靭帯の肩甲骨付着部損傷 (HAGLlesion), Hill Sachs 損傷と上腕骨頭後上面の骨髄浮腫が確認された。本症例の希望は、保存的治療での競技復帰であった。

【理学療法介入・経過】 疼痛や肩関節周囲の違和感、肩甲帯筋群の過緊張がみられたため、疼痛に応じて関節可動域運動、肩甲帯の自動運動や患部外のトレーニングを中心に開始。受傷後 1 週で疼痛軽減し可動域も左右差なくなったものの、不安定感は継続していた。視診・触診にて肩甲骨の運動範囲が不十分であったため、肩甲帯の可動性と動的安定性の改善を目的とした体重支持練習を四つ這い運動から開始し、腱板筋や前鋸筋に対する運動も適宜開始した。受傷後 1 ヶ月で、恐怖心・関節不安定感は軽減し、片手での体重支持が可能となったものの、肩甲骨内側縁の浮き上がりなど肩甲帯の不安定性が見られたため、上肢での体重支持能力を定量的に評価することができる Y バランステストを行った。Y バランステストは両膝伸展位の四つ這い(プランクポジション)を検査開始姿勢とし、体重支持側上肢が検査側となる。反対側上肢を頭部・体幹部を検査側へ横断して可能な範囲で前上方と下後方へリーチする(右上肢測定の場合、右上肢で体重を支持し、左上肢を右上方・右下方へできるだけ遠くに伸ばす)。それぞれ距離を測定し、各々間隔をあけ 3 回試行し平均値を算出した。受傷後 1 ヶ月時点では、(右 cm/左 cm)上外側 73/80, 下外側 65/70 と受傷側である右側で支持機能の低下が示唆された。

【結果】 受傷後 2 ヶ月時点で疼痛・不安定感はなく練習へ復帰、Y バランステストで上外側 83/83、下外側 80/78 とそれぞれ改善がみられたものの、主観的な支持力に左右差がみられた。受傷後 3 ヶ月では主観的な支持力全てに左右差はなくなっていた。

【考察】 今回、反復性肩関節脱臼を呈したラグビー選手に対し、保存療法によりプレー復帰を果たした症例を経験した。本症例は介入開始 1 か月目の評価時点で肩不安定性・恐怖心は低下していたものの、体重支持下での肩甲帯の安定性に乏しかった。Y バランステストを用いて上肢機能を評価することで、動的な肩甲帯の安定性を可視化でき、不十分な運動課題や運動機能の目標レベルが明瞭になったことで症例が積極的に運動に取り組むことに寄与したと考えられる。

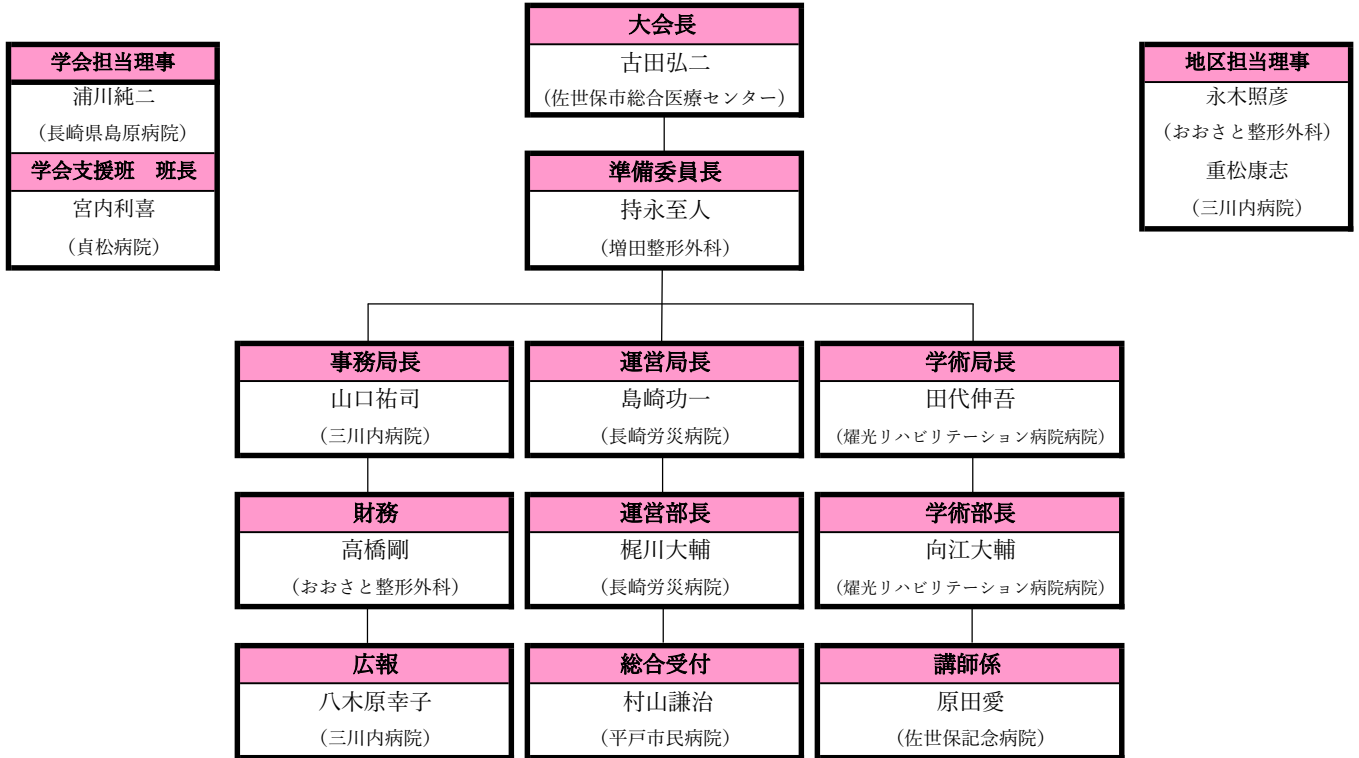
【倫理的配慮】 本研究はヘルシンキ宣言に基づき、個人情報に対する倫理的配慮を行うとともに、口頭及び書面にて発表をする承認を得た。

【MEMO】

【MEMO】

【MEMO】

【大会組織図】



第 33 回長崎県理学療法学会 抄録集

発行日：2023 年 8 月 26 日

発行者：公益社団法人 長崎県理学療法士協会

E-mail：33st.npta.jimukyoku@gmail.com

URL：http://www.npta.or.jp/wp/?page_id=9480
