

第11回

三島ブロック 新人症例発表会

日時：平成30年12月9日(日)

開始 13:00～（受付 12:30～）

場所：愛仁会看護助産専門学校

第1会場 ナイチンゲールホール(6F)

第2会場 視聴覚室(5F)

お知らせ：

抄録は大阪府理学療法士会ホームページより各自で事前にダウンロード、印刷していただき、当日会場へご持参くださいますよう、宜しくお願い致します。

※会場には駐車場、駐輪場がございません。また、高槻病院、愛仁会リハビリテーション病院の駐車場、駐輪場の使用もお控えください。公共交通機関を利用して頂くか、近隣の有料駐車場などをご利用ください。

会場の床面保護のため、ヒール等の履き物は、ご遠慮頂きます様宜しくお願い致します。

第 11 回 新人症例発表会 巻頭言

大阪府理学療法士協会三島ブロック会員の皆さま、平素より三島ブロックの活動にご協力頂きありがとうございます。

本年も三島ブロック新人症例発表会に多くのエントリーを頂きました。本会の運営に際し、ご協力を賜りました準備委員の皆さまをはじめ、携わって頂いた皆さまに感謝申し上げます。また、本会の主役である発表者の皆さま、発表に際し、ご指導・ご協力頂いたすべての皆さまにも深く感謝申し上げます。

この新人症例発表会は 3 年目までの若い理学療法士の皆さまの発表の場です。理学療法士として働きはじめ、初めて発表する方も多くいらっしゃると思います。この発表や発表に至るプロセスは理学療法士としてのキャリアを形成する軌跡の 1 つですが、皆さまはキャリアデザインについてお考えになられているのでしょうか。現在、理学療法士は急速にその数を増やしており、また働く場所も多岐に渡っています。大阪府理学療法士会はじめ、多方面でキャリアデザインをテーマにした講習会が開かれたり、理学療法関連の書籍にも同テーマのものが散見されます。

そこで皆さまには、この機会にキャリアデザインに関係している生涯学習についてお知らせをしたいと思います。今年度より一般社団法人大阪府理学療法士会生涯学習センターが立ち上がり、平成 32 年度から生涯学習システムが大きく変わる節目の時期にきております。発表される皆さまをはじめ、理学療法士の皆さままでこのシステムが変わることについて日本理学療法士協会のニュース (JPTA News no.309~310) などで確認をされることをお勧めします。

また、現在のリハビリテーションを取り巻く業界では、医療や介護サービスを提供するにあたりその質を求められている時代になっています。高い質を担保するために必要な要素の 1 つに理学療法士ひとりひとりの学術的な研鑽が必要不可欠であると私は考えます。皆さまには今一度、この生涯学習システムの変化を確認された上で、ご自身の学術的側面について見つめてみる機会を、更にはキャリアデザインについて考える機会をもたれてはいかがでしょうか。

最後になりましたが、皆さまの更なる飛躍を祈念致しまして、巻頭言の挨拶とさせていただきます。これからも三島ブロックの活動と来年度以降に始まります市区町村士会への移行準備や活動にお力添えを頂きますよう重ねてお願い申し上げます。

公益社団法人 大阪府理学療法士協会 三島ブロック
ブロック長 中前喬也
平成 30 年 10 月吉日

参加者のみなさまへ

1. 受付について

- 参加申し込みは、当日受付にてお願い致します。
- 参加費は無料です。
- 受付開始は12時30分から6階ナイチンゲールホールにて行います。開会式は13時からです。

2. 会場について

- 開会式は6階ナイチンゲールホールで行い、その後、各会場へと移動していただきます。
- 会場間の移動は、速やかにお静かにお願いいたします。
- セキュリティー上、1階・5階・6階以外への移動は禁止となります。
- 会場内は禁煙、飲み物は可、食べ物は不可です。また、ゴミは各自お持ち帰りください。
- 携帯電話は、マナーモードにさせていただくか、電源をお切りください。

3. 質疑応答について

- 各演題につき5分間の質疑応答時間を設定しております。
- 座長の指示に従っていただき、活発な質疑応答をお願いいたします。
- 指名されましたら、必ず先に施設名と氏名を告げていただき、簡単明瞭に質問していただきますよう、よろしくお願ひします。

演者のみなさまへ

1. 発表用ファイルについて

- 発表にはMicrosoft Power Point を使用し作成してください。
- 動画を使用される場合は、スライドファイルに加え、動画ファイルも併せてご持参ください。尚、動画ファイルはMPEG形式での保存をお願いします。
- 動画を使用される場合は、スライド作成したパソコン以外でも動画再生可能かをご確認ください。過去の症例発表会でも動画再生が出来ない事例がありましたので、宜しくお願ひ致します。
- 発表データは、USBメモリに保存しご持参下さい（事前にウイルスチェックをお願いします）。

2. 受付について

- 受付時間は12時からとなっております。
- 発表用ファイルは当日に受付いたします。受付は6階ナイチンゲールホール会場入り口に設けております。
- 6階受付にて受付終了後、発表される会場に移動して頂き、会場のパソコンで動作確認を行ってください。パソコンは大会主催者側で用意致しますが、他のパソコンで動画再生などがうまく行えないなどの際は、パソコンを持参して頂いても結構です。
発表される会場については、添付しております演台発表プログラムをご参照ください。

3. 発表方法

- 口述での発表となります。
- 開始10分前までには会場内前席の次演者席にお越し下さい。
- 発表時のスライドファイルの操作は、演者自身が行ってください。
- 発表時間は7分間です。質疑応答は発表終了後、5分間の時間を設けて行います。

座長の皆様へ

- 担当セッション開始10分前までには、会場内前席の次座長席にお越し下さい。
第一セッション担当座長は、開会式終了後に各会場の座長席へお越しください。
- 担当セッションの進行に関しては、すべて座長に一任いたします。
- 発表時間は7分間、発表終了後に5分間の質疑応答時間を設けます。
活発な討議ができるよう、また、必要に応じ適切な助言・指導をいただきますよう、よろしく
お願いいたします。
- 座長は、セッションが円滑に進行するようにご配慮お願いいたします。

第 11 回 三島ブロック新人症例発表会 演題発表プログラム

2018 年 12 月 9 日 (日)

12:30～ 受付開始

13:00～ 開会式 ナイチンゲールホール 6 F

16:20～ 閉会式

第一会場 6 F ナイチンゲールホール

第 1 セッション

13:10～14:10

座長：井坂 昌明 (大阪行岡医療大学)

1. CIDP 患者に対し歩容改善を図り、短期間で屋内外杖歩行獲得に至った一症例
中舛 糧千 (愛仁会リハビリテーション病院)
2. 脊髄梗塞患者の屋外階段昇降獲得に難渋した一症例
友景 祐貴 (愛仁会リハビリテーション病院)
3. 右下葉部分切除後の重症心筋梗塞患者における CPX を用いた理学療法士の関わり
～活動量・不安抑うつに着目して～
濱口 祐衣 (高槻病院)
4. 酸素療法下での運動療法と電気刺激療法が奏功した II 型呼吸不全患者の一例
山田 美穂 (高槻病院)
5. 左脛骨高原骨折術後に驚足炎を呈した症例
粟谷 美春 (第二東和会病院)

14:10～休憩

第 2 セッション

14:20～15:20

座長：玉地 雅浩 (藍野大学)

1. 右 ACL 再建術を施行し、歩容改善に難渋した症例～筋力増強に低周波を用いて～
岡本 真澄 (第一東和会病院)
2. 歩行練習に固執し ADL 練習の受け入れに難渋して一症例
岸 まみ (北大阪警察病院)
3. 脳腫瘍末期患者に対し包括的なアプローチを行った一症例～食事摂取量向上のために～
市川 慎二 (みどりヶ丘病院)
4. Pushing を呈した症例に対し座位機能獲得の為、視覚-身体的垂直認知に着目した一症例
宮脇 正法 (茨木医誠会病院)
5. 終末期がん患者に対する理学療法士としての関わり方を検討した症例
藤崎 あずさ (高槻病院)

15:20～休憩

座長：城野 靖朋（大阪行岡医療大学）

1. 左人工骨頭置換術後、身体能力向上にも関わらず疼痛が慢性化した症例
河村 翼（北大阪警察病院）
2. 視力低下により離床に難渋したアテローム血栓性脳梗塞患者～歩行動作に着目して～
服部 美咲（みどりヶ丘病院）
3. 右被殻出血症例に対する移乗動作獲得に向けた一症例
片山 博人（愛仁会リハビリテーション病院）
4. 自宅復帰に向けて家族指導を工夫した一症例
本田 貴之（北大阪警察病院）

第二会場 5F 視聴覚室

第1セッション

13:10~14:10

座長：岩村 真樹（藍野大学）

1. 右肩上方関節包再建術を施行後、自動外転の改善に難渋した症例
- 棘下筋にアプローチを実施して -
西原 茂（第二東和会病院）
2. 術後、長期にわたり荷重時痛が残存した右大腿骨転子部骨折の一症例
三森 麻由（水無瀬病院）
3. 両足部関節脱臼骨折を呈され左大腿部痛右足部感覚障害に難渋した一症例
河野 大輝（みどりヶ丘病院）
4. 左大腿骨転子部骨折を呈しOMネイル施行後 telescoping が進行した一症例
藤原 将司（水無瀬病院）
5. 長期間患肢の固定を要した脛骨高原骨折患者において関節可動域改善がみられ
ADL 拡大した症例 ~超音波療法と徒手療法を併用して~
宇留島 嵩人（高槻病院）
14:10~休憩

第2セッション

14:20~15:10

座長：松野 悟之（大阪行岡医療大学）

1. 栄養状態を考慮し介入した右視床出血の一症例
玉井 駿也（愛仁会リハビリテーション病院）
2. 易疲労性により理学療法介入に難渋した頸椎症性脊髄症症例について
~病棟スタッフとの連携を介して~
引間 洋介（第二東和会病院）
3. 脳幹梗塞を発症し片麻痺の症状を呈したため、歩行能力が低下した一症例
~体幹の機能向上により、立脚期の支持性が改善された症例~
山崎 壮（みどりヶ丘病院）
4. 非麻痺側立脚期に着目し歩行の介助量軽減を図った一症例
向井 智香（愛仁会リハビリテーション病院）

15:10~休憩

1. 脳卒中片麻痺患者において麻痺側のトゥクリアランス改善を目指した症例
～立位バランスに着目して～
西出 達也（みどりヶ丘病院）
2. 疼痛緩和により歩行能力が向上した一症例～既往歴を考慮した温熱療法の効果～
松原 祐樹（第一東和会病院）
3. ハンソンピン術後、骨頭壊死により変形性股関節症を呈し、THAを施行された症例
小山 梨穂（水無瀬病院）
4. 右ACL再建術後に右片麻痺を呈した一症例 ～歩行時の右膝関節に着目して～
石橋 将也（愛仁会リハビリテーション病院）

CIDP 患者に対し歩容改善を図り、短期間で屋内外杖歩行獲得に至った一症例

中外 糧千¹⁾

1) 社会医療法人愛仁会 愛仁会リハビリテーション病院

【はじめに】

慢性炎症性脱髄性多発神経炎（以下 CIDP）は慢性進行性あるいは再発性に末梢神経の脱髄が生じ筋力低下や感覚障害を示す免疫性神経疾患である。本症例も同様に四肢遠位優位の筋力・感覚低下から歩行障害を認めた。そのため油圧制動付き短下肢装具（以下 GSD）や体重免荷トレッドミルトレーニング（以下 BWSTT）を使用し歩容改善を図り、短期間で歩行能力が向上した症例を報告する。

【症例紹介】

50 歳代、男性。X 日より再発性の CIDP 急性増悪を認め X+19 日にステロイドパルス療法施行。X+40 日に当院入院。3 週間後に再検査のため紹介元に転院予定であり、今回は集中的なリハビリテーションを目的に入院。

【理学療法評価】

表在・深部感覚：両足趾重度鈍麻。筋力（以下 MMT）：両股・膝関節周囲 4、両足関節周囲 2。両下肢協調運動低下。BBS：37/56 点。10m 歩行（杖歩行軽介助）：11 秒/19 歩。FIM：98 点。歩行：杖歩行軽介助。両側共に下垂足で足底接地、右 IC では右膝関節ロック、左 LR 以降に左膝関節動揺を認める。表面筋電図において左右立脚期に前脛骨筋・下腿三頭筋が同時期の活動を認めた。GSD 装着下では、各筋活動のタイミングが良好であった。

【経過及び結果】

両側 GSD 装着、BWSTT を用いて歩容の改善を図った。入院日より 1 週間は免荷量 5～10kg、それ以降は FWB 実施。2 週目には装具なしで両側踵接地可能となり右 IC での

膝関節ロックは改善。3 週目には杖歩行で屋内自立、屋外見守り～自立。屋内は装具なしにて連続 300m 以上、屋外はオルトップ LH 使用し、約 1km 移動可能。MMT：両股・膝関節周囲 5、両足関節周囲 3。BBS：44/56 点。10m 歩行（杖歩行）：7.4 秒/18 歩。FIM：121 点。表面筋電図における各筋活動は装具なしにおいてもタイミング良好となり、装具使用時と比較しても大きな差を認めなかった。

【考察】

本症例は免疫療法施行により筋力・歩行障害は改善傾向であった。石倉ら（2005 年）は CIDP の治療に神経内科的治療が奏効すると筋力の自然回復が生じる。そのため同時期を狙って筋力増強運動を行うことが残存筋力を維持・向上すると述べている。また筋力増強運動は単一筋の運動よりも様々な筋が協調して働く ADL 動作練習を推奨している。以上のことより BWSTT を使用し転倒予防に努めた状態での積極的な歩行練習が有用であると考えた。また表面筋電図の結果から GSD 装着下での筋活動が良好であったため GSD・BWSTT を併用し、歩容の改善を図った。結果、両足趾の感覚障害や足関節周囲筋の筋力の向上・改善などは大きく認められなかった。しかし、装具なしでの前脛骨筋・下腿三頭筋の歩行時筋活動タイミングが良好となり歩容の改善を認め、短期間で屋内外杖歩行を獲得した。これらは残存筋の賦活による筋力の増強、補装具を用いた一定且つ連続した歩行練習による運動学習の効果であると考えられる。

脊髄梗塞患者の屋外階段昇降獲得に難渋した一症例

友景祐貴¹⁾

1) 社会医療法人愛仁会 愛仁会リハビリテーション病院

【はじめに】

我が国の脊髄損傷患者は既に 10 万人以上おり、更に毎年約 5 千人が新たに受傷していると推定される。脊髄損傷患者は褥瘡リスクが高く、その危険因子として活動性の低下が挙げられている。また、脊髄損傷患者は外出できる能力を有していても外出頻度が減少しているとの報告があり、要因としてバリアへの不安が挙げられている。本症例も自宅に屋外階段があることで転落・擦過傷リスクが高く、単独での昇降に不安を抱えており、外出頻度の減少が考えられた。そこで屋外階段昇降獲得に着目し介入した症例を報告する。

【理学療法評価】

50 歳代男性。腹部大動脈瘤に対し X 日人工血管置換術施行、その後脊髄梗塞を呈し X+33 日に当院転院。改良 Frankel 分類 C1。Th11 不全麻痺。既往歴に解離性大動脈瘤、胸腹部大動脈人工血管置換術後、高血圧症。関節可動域 SLR(右/左 単位:°)90/85。筋力(右/左 単位:kgf) 三角筋前部線維 17.6/17.5、広背筋 19.0/13.7、前鋸筋 15.1/11.6。体幹屈曲 MMT4。独居で自宅はスロープ・EV なし公営住宅。入口に 5 段の階段(蹴上 18cm、踏面 26cm)あり自宅復帰への希望が強い。そのため push up での階段昇降が必要。入院時移乗動作は push up での殿部挙上不十分であり介助を要していた。殿部挙上は 10cm。

【経過及び結果】

入院時より上肢筋力増強運動、四肢関節可動域運動、動作練習として push up・移乗・トイレ動作練習開始。X+62 日移乗動作自立。X+78 日院内 ADL 自立・当院周辺の屋外駆動自立。自宅階段昇降獲得のため X+123 日段差昇降練習及び車椅子の段差昇降動作練習開始。最終評価(X+138 日)にて SLR110/110。体幹屈曲 MMT5。三角筋前部線維は 23.5/21.7、広背筋 29.6/24.1、前鋸筋 20.6/16.9。殿部挙上は 55cm。階段昇降及び車椅子の段差昇降動作自立。X+173 日自宅退院。

【考察】

本症例は抗凝固療法を行っており、擦過傷による出血リスクが高い。自宅には屋外階段があり階段昇降中の擦過傷を考慮した上で安全な屋外階段昇降の獲得をする必要があった。push up による殿部挙上には広背筋・前鋸筋・体幹の同時収縮に加え三角筋前部線維の肩屈曲反作用としての筋力が重要とされている。本症例も上肢・肩甲帯の筋力増強運動、push up 動作練習を行うことで体幹および上肢筋力の向上を図り、実用的な push up 動作の獲得ができたと考える。その上で、屋外階段昇降獲得のために補助具を選定した。殿部保護パッドは擦過傷リスクを最小限にし、下肢ベルトは下肢開排の抑制、支点を近づけることでモーメントアーム短縮を図り下肢管理がしやすくなった。よって安全な階段昇降の獲得に至ったと考える。

右下葉部分切除後の重症心筋梗塞患者における CPX を用いた理学療法士の関わり
～活動量・不安抑うつに着目して～

濱口 祐衣¹⁾

1) 社会医療法人 愛仁会 高槻病院 リハビリテーション科

【はじめに】

心臓リハビリテーション（以下 CR）において身体活動量の向上は再発予防や生命予後・健康関連 QOL に関与するといわれている。また心筋梗塞後、うつ不安感が生じやすく予後不良因子ともいわれている。今回、不安抑うつ症状により著明に活動量が低下していた重症心筋梗塞患者に対して CPX と歩数計を用いた運動指導により、活動量の増加と不安抑うつ症状の改善を認めたため報告する。

【症例紹介】

60代男性、BMI26.6。X-1日、右下葉腫瘤に対する手術目的で入院、術前理学療法実施。術前評価は膝伸展筋力(R/L):0.52/0.53kgf/kg。呼吸機能:FVC 97.9%、FEV1 89.7%、FEV1% 92.1%。6MWD 480m。心機能:EF59.1%。X日、胸腔鏡視下右肺部分切除術の術中に左前下行枝近位部に急性心筋梗塞（以下 AMI、maxCPK 9701IU/l、CPK-MB 594U/l）を発症し、緊急経皮的冠動脈形成術施行。その後 ventilator 管理下で ICU 入室となる。

【経過】

X+1日術後 PT 開始。意識 GCS4-T6、筋力 MRC48点、心機能 EF30%(DOB:5.6γ)。X+4日抜管、離床（端座位）開始。以降主治医の指示に従い段階的離床拡大。X+7日 ICU 退室。X+16日リハ室での運動療法開始。

X+18日、膝伸展筋力 0.4/0.49kgf/kg、呼吸機能:FVC 86%、FEV1 85%、FEV1% 83.44%、心機能としてスワンガンツカテーテル結果は Forrester III 群。CR としてモニター管理下で

のストレッチや有酸素運動を実施。しかし、「どの程度動いていいのかわからない」など発言があり病棟活動量は不安・恐怖心が強く、CR 以外は臥床傾向。労作時のバイタルや自覚症状をフィードバックし、歩行速度など工夫し患者自身での病棟歩行を促した。歩数計の使用当初は約 600 歩と著明に活動量が低値。X+27日 CPX 施行。AT:1.94METs (%AT:42%)、borg13、HR94bpm、peak Mets:3.21 METs (%peakVO₂:46%) といずれも低値で ST 変化は認めなかった。各指標より運動耐容能の低下要因として、心機能低下に加え骨格筋機能の低下が考えられた。そのため、低強度レジスタンストレーニングを追加し骨格筋へのアプローチを実施。また自己にて負荷量の管理ができるよう運動強度の目安として AT を超えないよう検脈の指導や歩数計でフィードバックを図り活動量増加を促した。

退院時評価は膝伸展筋力 0.45/0.5kgf/kg、6MWD 485m。また、10000 歩/日以上可能となり、再発予防や運動に対し前向きな発言や姿勢を伺えるようになったが HADS より不安抑うつ共に疑い残存。X+35日自宅退院、翌週より外来 CR へ移行。

【考察】

AMI、肺切除、ディコンディショニングと病態が混在し、また不安抑うつ症状が強かった症例に対し CPX を用い安全で有効なアプローチが行えた。さらに歩数計の使用で個人にあった指導が可能となり活動量増加に寄与し、不安抑うつ症状の改善にも繋がったと考える。

酸素療法下での運動療法と電気刺激療法が奏功したⅡ型呼吸不全患者の一例

山田 美穂¹⁾

1) 社会医療法人愛仁会 高槻病院 リハビリテーション科

【はじめに】

NPPVを用いた運動では、急性効果として換気補助や、夜間NPPVによる呼吸筋の休息が昼間の運動や活動量向上に繋がると期待されている。また、積極的な運動療法が困難な患者に対し電気刺激療法は疲労・呼吸困難感が少なく、筋力維持・改善の効果があるとされている。そこで、今回高齢Ⅱ型呼吸不全患者に対し、酸素療法下での運動療法と電気刺激療法が奏功した症例を経験したため報告する。

【症例紹介】

80歳代女性。入院前ADLは自立、修正MRC scale:grade3。呼吸困難感を認め肺炎・心不全の診断でX日当院入院。翌日CO₂ナルコーシスに伴う意識レベル低下ありICU入室、NPPV装着(S/Tmode、I/E=12/5cmH₂O、FiO₂:50%)となる(pH:7.15、PaCO₂:76.6torr、HCO₃⁻:26mmol/L、PaO₂:65.8torr)。右心カテーテル検査所見はPCWP:16mmHg、mPAP:30mmHg、CI:2.2L/min/m²と肺高血圧を認めた。

【経過】

第3病日より理学療法開始。NPPV条件はS/Tmode、I/E = 15/7cmH₂O、FiO₂:45% (pH:7.22、PaCO₂:68.7torr、PaO₂:87.8torr、HCO₃⁻:27.2mmol/L)。GCS:E4V5M6。MRC score:56点。HHDによる膝伸展筋力:0.21/0.20kgf/kg。第4病日NPPV装着下での離床(起立・足踏み・車いす乗車)、座位エルゴメーター、ベルト電極式骨格筋電気刺激法(B-SES)開始。第5病日ICU退室。第6

病日夜間のみNPPV装着、歩行練習開始。

第6病日、経鼻酸素1L/分にてSpO₂:93%、%VC:38%。膝伸展筋力(HHD):0.29/0.27kgf/kg。SMI:5.3 kg/m²、ECW/TBW:0.410。6MWD:160m、修正Borg scale:4/2(下肢/呼吸)。

第8病日終日NPPV離脱。呼吸筋リハビリと併せてレジスタンストレーニングや有酸素運動・動作練習・B-SESをSpO₂等のモニタリング・Borg scaleで調整しながら行った。

最終評価日(第20病日)、経鼻酸素1L/分にてSpO₂:96%、%VC:46%。膝伸展筋力(HHD):0.31/0.30kgf/kg。SMI:5.8 kg/m²、ECW/TBW:0.409。6MWD:250m、修正Borg scale:2/0.5(下肢/呼吸)。第22病日HOT導入・自主トレーニング指導を行い自宅退院となった。

【考察】

今回高齢Ⅱ型呼吸不全患者に対し酸素療法下での運動療法及び電気刺激療法を行った。NPPVは換気補助としての急性効果があると報告されており、その利点を活かすことで早期より離床・運動療法が可能となった。また、電気刺激療法は筋力・持久力向上としての効果があると報告されている。今回、初期より下肢疲労感・呼吸困難感が強く積極的な運動療法が困難であったが電気刺激療法を併用することで筋力・運動耐容能低下の予防へ繋がりました。また、活動量は不十分であり低肺機能でもあることから退院後の継続も必要であると考えます。

左脛骨高原骨折術後に鷺足炎を呈した症例

栗谷 美春¹⁾

1) 第二東和会病院

【はじめに】

今回、左脛骨高原骨折術後に鷺足炎と診断された症例を担当した。股関節と足関節にアプローチした結果、疼痛が軽減したので報告する。

【症例紹介】

70歳代女性。BMIは30と肥満傾向。H30/3/24に自宅の玄関にて転倒。同日に救急搬送され、左脛骨高原骨折と第2腰椎圧迫骨折と診断。AO分類はTypeB1である。術後から6週間完全免荷であり、術後6週から1/3部分荷重(以下;PWB)、その後1週ごとに1/2PWB、2/3PWBと荷重量増加した。術後8週から全荷重となった。術後10週から脛骨内側上部周囲に痛みの訴えあり、鷺足炎と診断。

【初期評価】

術後10週より、左立脚中期～後期(以下;左Mst～Tst)と左膝関節屈伸時に鷺足部に疼痛あり、Numerical Rating Scale 7(以下;NRS)。疼痛部位に炎症症状あり。圧迫骨折の疼痛はなく、NRS0。Manual Muscle Test(以下;MMT)右/左は股関節屈曲3/3、伸展(膝関節屈曲位)3/3、外転3/3、外旋3/3、膝関節伸展4/4であった。触診では、左内側広筋の収縮低下が見られ、extension lagがみられた。疼痛誘発テストでは、左半腱様筋・薄筋に陽性反応あり。両下肢のアライメントは大腿内旋、下腿外旋、足関節外返し・外転を認め、knee in toe out傾向である。

【アプローチ】

股関節周囲筋の筋力強化を行い安定性の向上を図った。主に腸腰筋、中殿筋、外閉鎖筋、内閉鎖筋に対し筋力増強訓練を実施した。また、下腿外旋を防ぐために膝関節伸展筋(内側広筋)の筋力強化も実施した。足部に対しては内側アーチパッドを挿入した。疼痛部位にアイシ

ングを実施。病棟では過度な膝関節屈伸を控えるように伝えた。

【結果】

術後15週より、左Mst～Tstと左膝関節屈伸時の鷺足部の疼痛は消失し、NRS0。疼痛部位に炎症症状なし。MMTは股関節屈曲4/4、伸展(膝関節屈曲位)4/4、外転4/4、外旋4/4、膝関節伸展5/5であった。触診では初期より左内側広筋の収縮向上を認め、extension lagは消失した。疼痛誘発テストは陰性であった。内側アーチパッドを挿入後、knee in toe outの改善がみられた。また、膝関節屈伸運動を控えたことで再度疼痛を認めることはなかった。

【考察】

本症例は術後より免荷期間があり、左下肢に廃用性の筋力低下が生じていると考えた。また、両下肢にknee in toe outを認めている。そのため、歩行時に左鷺足部への負担が生じ、疼痛が出現したと考えた。また、訓練において膝の屈伸運動を過剰に行ったことで鷺足部と内側副靭帯や大腿骨との摩擦により痛みを誘発した可能性も考えられる。治療において左股関節周囲の筋力が向上し、大腿骨を外旋方向へ誘導した。結果、骨頭を求心位への保持が可能となり、股関節の安定性が向上した。また、足関節に対しては内側アーチパッドを挿入し、内側縦アーチ矯正を図った。今回、股・足関節から介入したことで鷺足部の負担が軽減し、疼痛が消失したと考えた。しかし、股・足関節からアプローチを実施したため、鷺足部に対してどちらが影響を及ぼしているのか見極めることができなかった。そのため、免荷期間から股・足関節に対して適切な治療介入していく必要があったと考えられる。

右 ACL 再建術を施行し、歩容改善に難渋した症例 ～筋力増強に低周波を用いて～

岡本 真澄¹⁾

1) 医療法人東和会 第一東和会病院 リハビリテーション科

【はじめに】

今回、右膝前十字靭帯損傷と診断され、前十字靭帯再建術（以下：ACLR）を施行し、歩容の改善に難渋した患者様に対し、低周波を用い改善が得られたため、報告する。

【症例紹介】

20歳代女性。平成30年4月末にバスケットボールの試合中に相手選手と接触し受傷。5月上旬に、当院の整形外科を受診され、MRIによる精査にて、上記診断を受け6月上旬にACLR施行。

【理学療法経過】

当院のスケジュールに則り、術後翌日より関節可動域訓練開始。荷重は、術後1週間は1/3部分荷重、2週間は1/2部分荷重、3・4週間は2/3荷重、5週目以降は全荷重で実施。

【初期理学療法評価（術後6週目）】（右/左）

ROM (°) : 膝関節屈曲 130/150、伸展-5/0。

筋力 (Micro FET (kg)) :

股関節屈曲 3.96/7.06 股関節伸展 3.96/15.43

膝関節屈曲 1.83/9.23 膝関節伸展 8.03/20.06

荷重量 (最大荷重) : 47 kg/60 kg (体重 60 kg)

歩行観察 : 矢状面において、右 IC~MSt にかけて常時膝関節完全伸展位にて TSt に移行する。また、右 LR~MSt の片脚支持期が短い。

【治療】①右 IC~LR~MSt~TSt にかけてのステップ訓練と前方への重心移動訓練。

②大腿四頭筋に対し SLR、スクワット

【修正プログラム:術後9週目に低周波追加】
低周波:大腿四頭筋に対し周波数 45Hz で実施。

電気刺激時間は 5 秒間とし筋収縮と弛緩を 20 分間繰り返した。

【最終理学療法評価（術後12週目）】

ROM (°) : 膝関節屈曲 150/150、伸展 0/0。

筋力 (Micro FET (kg)) :

股関節屈曲 9.63/11.4 股関節伸展 9.47/16.1

膝関節屈曲 2.03/8.37 膝関節伸展 14.47/25.13

荷重量 (最大荷重) : 55 kg/60 kg (体重 60 kg)

歩行観察 : 右 IC~MSt にかけて、膝関節軽度屈曲を認め膝関節が動的に安定することで片脚支持期も延長。また、歩幅も広い。

【考察】本症例は、術後6週間（初期評価時）

において跛行が残存していた。その要因は術後による筋力低下が原因として挙げられた。また、大腿四頭筋の筋力低下を代償するため膝関節を骨性支持した状態で歩行を行っており、右下肢に十分な体重移動を行わず TSt に移行していた。そのため今回、大腿四頭筋を中心に筋力強化を実施したが筋力の向上が得られなかった。そのため修正プログラムとして、筋力強化訓練に加え低周波を利用した。電気刺激では容易に最大筋力に影響する速筋線維を刺激することが可能であるとされており、遠心性収縮も速筋線維が優位的に動員される特徴をもつため、低周波を利用することによって筋力強化だけでは得られない最大の張力と筋収縮を促すことができた。結果、ステップ訓練や重心移動訓練においても大腿四頭筋の遠心性収縮が行え歩容改善に繋がったと考える。

歩行練習に固執しADL練習の受け入れに難渋した一症例

岸 まみ¹⁾

1) 北大阪警察病院 リハビリテーション技術科

【はじめに】

今回、リハビリ場面において歩行への執着が強く、ADL練習に対して拒否のある脳卒中片麻痺患者を担当した。本症例は「1人で歩いてトイレに行きたい」という訴えが強く、また環境因子や家族の希望からもトイレ動作の獲得が必要であった。しかし、ADL動作を獲得するために必要となる練習には拒否を示し、セラピストが口頭で説明するも「歩くだけで全部良くなる」等の発言がみられ、セラピストと患者間でのADL動作獲得に対する認識に乖離が生じていた。

そこで、本症例のADL練習の必要性を認識してもらえるよう、まずはトイレ動作に焦点を当て、アプローチを工夫した結果、ADL練習に対する認識が変化したため報告する。

【症例紹介】

80代女性。平成X年Y月に右前頭葉皮質下出血を発症し、病日22日にリハビリ継続目的で当院へ転院し理学療法開始となった。BRSは左上肢Ⅱ、手指Ⅰ、下肢Ⅱ～Ⅲ、上下肢とも重度の感覚障害があった。動作能力として起居・移乗・歩行・トイレ動作は中等度介助レベルであった。家人からの情報では、病前より頑固な性格であった。理学療法介入初期より「歩く練習を増やしたい」など歩行に固執するような発言がみられ、ADL練習の際に「何でこんなことやらなあかんの」「歩くだけで良くなる」といった拒否的な発言があった。

【方法】

今回、練習の必要性を認識してもらうための

アプローチとして、まず患者と話す場を持ち、患者の話を傾聴した。聴取できた内容の中に、トイレ動作に対する目標や希望があった。次に、その内容を踏まえ、患者に対して目標達成に必要な課題を明確にするために、COPMと興味関心チェックシートの2つをもとに作成した自己チェック表を用いて対話を行った。また、必要性は高いが本人が認識できていないADL練習に対しては、セラピストの提示のもと患者に具体的な課題を想起させながらメモを取り「見える化」することで認識の修正を促すような形式をとった。

【結果】

「ズボン下ろすの自分でしてみようかな」「こういうリハビリも必要やね」とトイレ動作に対して前向きな発言が増加し、理学療法中にトイレ動作練習の拒否が軽減した。また、トイレに行くために必要な起き上がり動作や靴の着脱についても「自分でやってみようかな」という発言が増加した。

【考察】

本症例において、トイレ動作に対して前向きな言動がみられるようになった要因として、患者の意見を傾聴し、目標設定や治療方針の話し合いを患者参加の下に行ったことが挙げられる。患者が治療方針の決定に関わることは、決定に関する満足と共に内的な変化や成長に導くとされている。また具体的な課題を想起し「見える化」を図りながら会話を進行したことで、課題の明確化、アプローチへの理解が促進されたと考える。

脳腫瘍末期患者に対し包括的なアプローチを行った一症例 ～食事摂取量向上のために～

市川 慎二¹⁾ 寺田 健司¹⁾

1) 社会医療法人 裕生会 みどりヶ丘病院

【はじめに】

重度のリウマチの既往があり、脳腫瘍に対して手術を施行された患者に対し、食事摂取量向上を目標にアプローチを行ったが難渋した症例を経験したため報告する。

【症例紹介】

70代後半の女性。身長 130cm、体重 26.9kg、BMI：15.91。15年前にリウマチを罹患し Steinbrocker ステージⅣ、class 分類Ⅳ。3月X日脳腫瘍発症され、X+2日目より担当。X+12日目に手術を施行され、右頸部CV留置。X+74日より疼痛増悪、X+94日に脳腫瘍増悪とてんかん発作により死亡された。

【初期評価 発症日 X+76～80日目】

JCS I-3、HDS-R22/30点、BRS左上肢Ⅰ・手指Ⅰ・下肢Ⅲ。頸部右回旋-10°。左半側空間無視+。線分二等分試験は右から4.3cm。疼痛は身体各関節、左肩甲帯にあった。嚥下機能はフードテスト4、反復唾液嚥下テスト1回。FIM23点（運動項目13点、認知項目10点）。食形態はプリン食ととろみ水。本症例のGNRIは33.62であり、必要な全エネルギー消費量はHarris-Benedictの式より、基礎エネルギー消費量約798kcalに活動係数1.2、ストレス係数1.2乗じて約1150kcalであった。必要エネルギーに対し食思低下により食事摂取量は約150kcalと補液にて300kcalと不足していた。食事姿勢は45°ギヤジアップ位で不良姿勢であった。

【介入方法】

理学療法は1日40分介入し、頭頸部リラクゼーション、ポジショニング、ROMexをメインに実施した。また他職種連携としてST

と同時介入し、良肢位での嚥下機能訓練を行い、看護助手・看護師に対してポジショニング表を用いて褥瘡予防・食事時の良姿勢のポジショニング指導を行い、看護師と体重、食事摂取量の情報共有、食事介助方法の指導などを行った。また、昼食時や褥瘡予防の体位変換時に適切なポジショニングができていたかの確認を行い適宜修正・指導を行った。

【最終評価 発症日 X+88～91日目】

頸部右回旋0°。食事時頸部は正中保持が可能となり、疼痛の訴えは軽減したが、食事摂取量は変わらず、全エネルギー消費量を上回ることにはなかった。食思の向上は見られなかった。嚥下機能面の上昇も見られなかった。入院中は褥瘡の発生はなかった。

【考察】

低栄養の原因は大きく悪液質、飢餓に分けられる。本症例は初期評価と既往歴より悪液質と飢餓の両方が原因と考えられる。本症例は食事時に肩の疼痛と嚥下のしにくさ、腹部の圧迫感、食事の見目の悪さの訴えがあった。姿勢改善を目標にアプローチを行った結果、食事姿勢に改善はみられ、疼痛・腹部の圧迫感の訴えは軽減したが、食思の向上には至らず、摂食量の向上はみられなかった。持ち込みの飲料や固形物に対しては摂取の希望があったため栄養士とも連携し食形態にアプローチをする必要もあったと思われる。

褥瘡発生を予防できた点に関しては、ポジショニングの伝達・適宜修正を行うことで、骨突出部への圧を減らすことが可能であった。活動量が少ない本症例に対して、多職種連携にて全身状態の管理が重要であった。

Pushing を呈した症例に対し座位機能獲得の為、視覚的-身体的垂直認知に着目した一症例

宮脇 正法¹⁾

1) 茨木医誠会病院 リハビリテーション科

【はじめに】今回、視覚的垂直認知（以下、SVV）、身体的垂直認知（以下、SPV）、共に問題があると仮説、検証した症例について報告する。

【症例紹介】81歳 男性 利き手：右
診断名：左塞栓性脳梗塞（前頭葉～側頭葉）
右半側空間無視（以下、USN）、失語症、
右片麻痺（移乗：重介助）合併症：慢性腎不全 - 人工透析（以下、HD）、慢性心不全
介護保険：要介護3

【説明と同意】本発表はヘルシンキ宣言に基づき、家族に対し説明を行い書面にて同意を得た。

【経過】当院でHD、療養目的で入院中、意識レベル低下。急性期病院へ緊急搬送。左塞栓性脳梗塞と診断。第15病日目にリハビリ目的で当院の回復期病棟へ入院。第17病日より担当症例となり理学療法開始。

【初期評価 第17病日目】

意識レベル：JCS I - 3

BRS（右）上肢Ⅲ、手指Ⅱ、下肢Ⅲ。

MAS：1 触診：腹部（低緊張）。

表在感覚：精査困難も右側鈍麻を認める。

SCP：立位（1/1/1）座位（0.75/1/1）。

NIHSS：18/43点。 mRS：5。

FIM：運動項目13点 認知項目5点。

眼球運動（臥位）：右側へ追視困難。

座位姿勢：正中線を越える麻痺側への傾斜（修正時抵抗あり）。下方視線、頸部、腹部低緊張により円背様姿勢、保持困難。

【統合と解釈・仮説】西田は主にPushingはSVVが保たれている、一方SPVが非麻痺側へ大きく傾いており、視覚との差を埋めるために押す現象が出現すると述べている。本症例は評価内容、経過よりSVV、SPV、共に問題があると仮説。より多くの感覚情報を入力するため、先行随伴性姿勢調整（以下APAシステム）による姿勢制御が必要と考えた。

【SVV、SPVへアプローチ】APAシステムに不可欠な身体重心（以下COG）と床反力作用点（以下COP）の逸脱感覚の感覚入力を積極的に実施。

【最終評価：第32病日目】変化点のみ記載。
触診：腹部（緊張感あり）SCP：座位（0.25/0/0）
座位姿勢：正中位保持。頸部、体幹伸展向上。
非麻痺側上肢の支持出現。

【結果・考察】本症例は頸部、体幹機能は改善しPushingの改善を認めたが、身体機能として端座位獲得までは至らなかった。

主にPushingの責任病巣とし中心後回、島後部、視床後外側であり本症例の主病巣は前頭側頭葉である。本症例は片麻痺症状、USNによる身体の左右不均衡がSVV、SPVの偏倚を生みPushingを起因させたと考える。先行文献よりAPAシステムは前庭系や網様体系などの統合により運動に先行する活動とされている。そのため、APAシステムの改善を図り座位姿勢からCOGとCOPの逸脱感覚の感覚入力を積極的に行った。よってSPVの再学習に繋がりPushingの改善を認めたと考える。

終末期がん患者に対する理学療法士としての関わり方を検討した症例

藤崎 あずさ¹⁾

1) 社会医療法人愛仁会 高槻病院 リハビリテーション科

【はじめに】

終末期がん患者に対するリハビリテーションとして、「最高の QOL の実現には、身体的・精神的苦痛の死を迎えるまでのいずれの段階においても、人生における未完成な課題を解決する機会を実現させる事で可能」であるとされている。今回、終末期がん患者の自宅退院希望を目指し理学療法士としての関わり方を検討したため報告する。

【症例提示】

30歳代女性、夫(60歳)と子供(5歳,7歳)との4人暮らし。体重:36.9kg、BMI14.18。PerformanceStatus(以下:PS)1-2。X-85日進行胃癌 stageIVと診断。化学療法自己中断。X-1日突然の腹痛で救急搬送、同日消化管穿孔にて緊急で大網充填術、腹腔洗浄ドレナージ術施行。

【経過】

X日より理学療法介入開始。全体像:自発的発言少なく、悲観的言動多かった。栄養に関しては、腸瘻から栄養投与中であるも嘔気にてほぼ投与は出来ていなかった。Alb: 2.0g/ml。術後の疼痛の訴えはなし。PS1-2。FIM(点): 70(運動 35 認知 35)動作能力:点滴台把持歩行 10m で疲労感あり。Palliative Prognostic Index (以下:PPI) 6。理学療法介入していくも、身体的・精神的苦痛が強く、またリハビリテーションがきつい・しんどいというイメージが強く、新しい事を始める事にも不安が強い様子であった。そのため、まずは何が不安なのかを本人だけでなく、担当看護師から聴取し、また理学療法から聴取出来た情報など

も共有する事から開始した。多職種間で同じ情報としては「自宅で子供と生活をしたい」「自宅にもう一度帰りたい」との事であった。そのため、再度本人より話を聞く中で現状何が一番困っているのかを聴取した。一番の不安要素は「体力低下により自身でできる事が少なくなる事」であったため、細かく目標設定を行い本人の目標達成の実感を得られるようにリハビリテーションを実施していく事となった。ベッド上で出来るエルゴメーターや歩行など日々細かく目標設定出来るものを用いる事で、何が現在出来て何が出来ていないのかを明確にする事が可能となり、現状のADLを把握しやすくなり自宅生活に向けたイメージを付ける事が可能となった。以上の事を続け、ADL評価を他職種に報告し退院に向けて支援した。最終評価日,全体像:理学療法に前向きとなり、自宅退院後の明確な話も可能。体重:35.8kg、BMI14.1、栄養状態に関しては、腸瘻からの投与量増加。Alb2.2g/ml。PS1-2。FIM(点): 94(運動 59 認知 35)動作能力:ドレーン把持歩行連続 50m 可能となった。PPI2.5。X+25日同日より訪問看護導入し自宅退院となった。

【結語】

終末期がん患者にとって、がんという疾患は身体的・精神的苦痛が大きく退院後の生活に不安を感じる患者は多い。今回、理学療法に意欲的でなかった患者に対し、多職種連携により目標設定をする事で、現状のADLを把握出来、自宅退院に向けた支援をする事が可能になったと考えられる。

左人工骨頭置換術後、身体能力向上にも関わらず疼痛が慢性化した症例

河村 翼¹⁾

1) 北大阪警察病院 リハビリテーション技術科

【はじめに】

今回、左大腿骨頸部骨折に伴う人工骨頭置換術後の患者を担当した。本症例の主訴は歩行時痛と下肢の倦怠感であり、筋力や関節可動域に対して介入した。しかし、歩行時痛と倦怠感は改善を認めなかった。また、趣味活動に対する不安発言や外出意欲の低下がみられ、退院後の活動性低下が危惧された。このような疼痛慢性化の一因として心理・社会的因子が関与していると考えた症例を報告する。

【症例紹介】

年齢：70 歳代 性別：男性

趣味：20 分以上の散歩 性格：神経質

【評価：初期(第 28 病日)/中間(第 76 病日)/最終(第 100 病日)】

ROM-t：左股関節伸展 5° /5° /5°

MMT：左股関節外転 2/2+/4

歩行時痛：股関節外転筋の収縮時痛(NRS：5/4/3)、股関節屈筋の伸張痛(NRS：2~3/2~3/2~3)

安静時の下肢の倦怠感(NRS：1/3/2)

20 分歩行時の下肢の倦怠感(NRS：未評価/2~4/2~3)

痛みに対する発言：痛いのが嫌だね/痛みが取れるのかな/痛みさえ取ればいいのに

趣味に対する不安発言：歩けるから大丈夫/散歩できるかな/休めばなんとかなるかな

歩行：体幹左側屈(初期のみ)、骨盤左側方傾斜、骨盤左回旋(初期以降変化なし)

【介入方法】

初期評価では、股関節外転筋力低下と股関節

伸張制限により跛行が生じ、股関節外転筋の過用、股関節屈筋の伸張による歩行時痛が出現していると考えた。股関節外転筋に対し筋力増強訓練とリラクゼーション、超音波、股関節屈筋に対しリラクゼーションとストレッチ、跛行に対して部分歩行訓練を実施した。

中間評価では、跛行の改善を認めたが、歩行時痛は残存した。また、20 分歩行訓練では股関節外転筋の倦怠感が増悪した。同時期に趣味活動に対する不安および外出意欲の低下を訴え、退院後の活動性低下が危惧された。そこで、歩行時痛と長距離歩行時の股関節外転筋の倦怠感に着目し、介入方法を再考した。歩行時痛に対しては初期同様の介入方法、倦怠感に対しては低負荷高頻度の筋力増強訓練を実施した。しかし、3 週間継続後も歩行時痛と倦怠感に変化を認めなかった。また、歩行時痛と倦怠感の増悪に加えて、安静時に倦怠感の訴えがあったことから、遅発性筋痛と考え、筋力増強訓練と歩行訓練を1週間中止した。しかし、歩行時痛と倦怠感は残存した。

【まとめ】

今回、歩行時痛と倦怠感の緩和を目的に身体機能を中心に介入した。しかし、身体機能の向上にも関わらず、疼痛が慢性化した。この要因として本人の性格や、介入中の不安発言の増加から心因性疼痛が疑われる。関口らによると「疼痛の増悪や遷延化には、心理・社会的因子が早期から関与している」と述べている。今後は疼痛に対する心理・社会的因子を考慮し評価及び治療に繋げたい。

視力低下により離床に難渋したアテローム血栓性脳梗塞患者 ～歩行動作に着目して～

服部美咲¹⁾ 杉森仁志¹⁾

1)みどりヶ丘病院 リハビリテーション部

【はじめに】視覚障害者は視機能が低下した場合、閉じこもり生活へと移行し活動性が低下することが報告されている。本症例はアテローム血栓性脳梗塞発症後、徐々に進行していた加齢黄斑変性により視力が低下し離床や他者との関わりに消極的となった。今後、視力低下が進行しさらに活動性が低下する事が予測される為、今回移動に必要な歩行動作に着目し趣味活動を継続できる様に取り組んだ。

【症例紹介】80歳代男性。平成30年4月24日に呂律困難にて救急搬送。入院前は屋内伝い歩き、屋外は歩行器を使用し自立、週に3回囲碁教室に通っていた。第30病日に回復期病棟へ転棟。

【初期評価 第30病日～37病日目】

画像所見より、左前頭葉と後頭葉領域に梗塞を認める。BRS 手指・上肢・下肢 stageVI。脊柱の左凸側彎と後彎。感覚は表在、深部感覚ともに正常。FACT5/20点。10m 歩行 20.41 秒 31 歩。静止立位スウェイバック姿勢(SW)。BBS は 36/50 点。歩行観察(独歩)は左立脚中期～後期に体幹の前傾と右側屈が増強し右立脚初期が性急な接地となる。また右立脚初期～中期に骨盤の側方移動があり左右へと大きく動揺がみられた。また初期評価時から右眼の中央部分に小さい黒点が見えると訴えがあった。

【治療介入】体幹機能の改善を目的に上位頸椎と体幹屈曲、頸椎のリトラクション運動、体幹回旋・伸展筋出力増強運動と端座位リーチ練習、立位ステップ練習や歩行練習を行った。初期評価後、黒点部分が拡大し視力が著

しく低下され、運動や離床に対して消極的となった。初期は独歩練習を中心に行っていたが、歩行補助具の使用や伝い歩き練習も並行して進めた。

【最終評価 第75病日目～82病日目】

BRS 手指・上肢・下肢 stageVI。脊柱左凸側彎と後彎。感覚は表在・深部感覚正常。FACT8/20点。10m 歩行 14.81 秒 25 歩。静止立位 SW 軽減。BBS は 42/50 点。独歩観察、左立脚中期～後期での体幹前傾と右側屈の軽減。右立脚期での骨盤側方移動も改善し右立脚期の延長を認めた。右眼は黒点部分の拡大と黒点周囲のぼやけも生じ初期より視力低下を認めた。

【考察】本症例は初期評価時に比べ体幹機能、バランス能力、歩行速度の向上がみられた。Davies は上肢機能、歩行、バランス能力の改善には体幹機能の改善が必要であると報告している。本症例は胸腰椎の後彎と左凸側彎があり立位姿勢は SW を呈していた。治療では上位頸椎と体幹の屈曲運動や端座位リーチ練習等を行い、体幹筋出力を向上した結果、体幹の伸展保持が可能となりバランス能力や歩行速度に改善が得られたと考える。視力低下に対しては、補助具の使用や自宅環境を想定した移動練習を行う事で歩行での移動手段を獲得した。その他、趣味である囲碁の継続を長期化する為、マス目を大きくしリハビリ時間外で離床時間を作る取り組みをした。マス目を大きくし移動手段を獲得した事で、趣味を継続することが可能となり、離床時間の延長と活動性の維持を図ることができたと考える。

右被殻出血症例に対する移乗動作獲得に向けた一例

片山 博人¹⁾

1)社会医療法人愛仁会 愛仁会リハビリテーション病院 リハ技術部 理学療法科

【はじめに】本症例は自宅復帰が目標であり、退院後は昼間独居のため移乗動作自立が必要である。運動麻痺や pushing、高次機能障害の影響により難渋し、退院時は移乗動作に見守りを要した。今回、移乗動作が自立に至らなかった要因について考察を加え報告する。

【症例紹介】50代男性で病前ADL自立。右被殻出血を診断され、30病日目より当院へ入院。Brunnstrom stage(以下BRS)は左上肢Ⅱ、下肢Ⅱ。左下肢の表在・深部感覚重度鈍麻。左半側空間無視、持続性注意障害、病態失認を認めた。Scale for Contraversive Pushing(以下SCP)は座位1.5、立位1.75。線分末梢試験は左側の消し忘れがあり、TMT-Aは1~4で中止、TMT-Bは実施困難。移乗動作は両腋窩中等度介助で歩行は全介助。

【経過】介入当初はガイドラインや先行研究により推奨される姿勢鏡を用いた座位保持練習や立位・歩行練習を中心に行い、70病日目ではSCPは座位0.5、立位1.0に改善。130病日目の評価ではBRSは左上肢Ⅱ、下肢Ⅱ~Ⅲ、SCPは座位0、立位0.5に改善した。線分末梢試験では見落としがなくなったが時間を要した。TMT-Aは108秒、TMT-Bは216秒であった。移乗は監視下で可能となったが、動作方法の統一、環境変化への対応、危険認識の乏しさがあり、自立に至らなかった。家族様へは注意点として、移乗中に下肢同士が引っかかるリスクをお伝えした。夜間は足元が見えにくくなるため、足元灯の設置を提案した。本人は車椅子のブレーキやベッドの高

さ調節を忘れやすいため、家族様へは声掛けをして頂くように指導した。

【考察】SCPは各下位項目>0であれば、pushingを生じていると言われており、本症例は各項目で加点項目があり、pushingが著明であった。治療法として姿勢鏡を用いた座位・立位保持練習で視覚的なフィードバックを、長下肢装具を使用して左下肢の支持性向上を図った。SCP、下肢の運動麻痺が若干改善したことにより、移乗時に下肢の踏み替えができ、移乗動作は見守りで可能となった。移乗が見守りで留まった要因の1つとして、持続性注意障害から集中力が途切れて動作パフォーマンスが低下することが考えられる。退院後のベッド環境はポータブルトイレの兼ね合いから車椅子へは180°の移乗となる。1度に180°の移乗を行うとポータブルトイレの肘置きに引っかかり、動作が拙劣となり、転倒リスクが上がるため、移乗前には肘置きを跳ね上げて90°ずつ移乗する必要があると考えられる。1度に高い難易度で試みるより、より安全に行える環境方法を患者に提示することが必要であると考えた。

【まとめ】pushingに早期から介入したことで、SCPと下肢の随意性が若干向上し、移乗動作の介助量が軽減した。年齢も若く、動作の慣れもあり、動作が定着しつつあったが自立には至らなかった。要因として、下肢の随意性の低下や、高次脳機能障害の残存があり、対処方法、家族指導や退院後の調整の方法を今回の症例を通じて学ぶことができた。

自宅復帰に向けて家族指導を工夫した一症例

本田 貴之¹⁾

1) 北大阪警察病院 リハビリテーション技術科

【はじめに】

今回、左大腿骨転子部骨折を受傷し入院となった症例を担当した。本症例は重度の認知症があることや、それに対する投薬調整の困難さから、昼夜逆転や不穏、覚醒不良が生じており、日常生活における介助量に変動が大きかった。そこで、自宅復帰に向け、家族に対し患者の状況に合わせた介助方法の指導を行ったため報告する。

【症例紹介】

87歳女性。自宅にて転倒し左大腿骨転子部骨折受傷した。翌日γ-nail施行し受傷後約一か月で当院回復期リハビリテーション病棟に転院した。病前は自宅内伝い歩き・トイレ自立、入浴はデイサービスを利用していた。同居家族は娘夫婦とその息子であり、主たる介助者である娘氏のデマンドは「一人でトイレに行けるようになってほしい」であったが、どのような状態でも家に連れて帰りたいという意思があった。

【初期評価】

身体機能は左下肢粗大筋力3、精神機能は長谷川式簡易知能評価スケール(以下HDS-R)5点、覚醒度はJapan Coma scale(以下JCS)2-RからII-20、ADLは、立ち上がりや移乗、坐位保持、立位保持は中等度介助レベル。日中のトイレ動作は2人介助であり夜間はオムツを使用していた。初期の目標は基本動作の介助量軽減、手引き歩行の獲得とした。FIMは41点であった。

【経過】

転院10週目までは身体機能及び動作能力の

改善が図られず、覚醒レベルにより介助量が大きく変動する状態であった。そのため今後も大きな改善を見込めないと考え、介助量に変動することを踏まえた上で、家族へ介助方法の指導を行った。

今回、自宅復帰に際して行った主たる指導として①移乗動作②上がり框段差異降③トイレ動作(オムツ交換)であった。①の覚醒良好時は手すりを用いて症例の立ち上がり能力を活かす介助方法を実施した。また、覚醒不良時は全介助であり膝ロックと体幹前傾の誘導に着目した指導を実施した。②では覚醒状態に関わらず転倒リスクを考慮し、車イスを2人介助で引き上げる段差異降を指導した。③の覚醒良好時は、ポータブルトイレを想定した指導を実施した。また、覚醒不良時ではオムツ内で排泄をすることを想定して、Nsによるオムツ交換の指導を実施した。指導全般を通して介助量の変化に対する、家族の判断能力を培っていった。

【最終評価】

身体機能は左下肢粗大筋力3、精神機能はHDS-Rが4点、覚醒度はJCS II-10~II-20。ADLは全介助から軽介助に至るまで変動が見られ、FIMも39点から45点と変動した。

【考察】

今回、介助量が覚醒状態により変動することから、家族へ覚醒状態に応じた介助方法に加え覚醒状態の判断基準を指導した。

患者の介助量は一定でなく様々な要因により変動する為、家族指導の際にも考慮する必要があることを学んだ。

右肩上方関節包再建術を施行後、自動外転の改善に難渋した症例
 - 棘下筋にアプローチを実施して -

西原 茂¹⁾

1) 第二東和会病院 リハビリテーション科

【はじめに】

今回、右肩上方関節包再建術（以下 ASCR）後の症例を担当した際、自動外転可動範囲を獲得することに難渋した。この症例に対し肩関節外転時、腱板筋による上腕骨頭の求心位について着目しアプローチした。

【症例紹介】

症例は 70 代男性で誘因なく右肩に疼痛発生し経過観察をしていたが徐々に右肩痛が増強し、初診から約半年で右肩 ASCR 施行した。

【理学療法評価】

術後 120 日で疼痛は Visual Analogue Scale（以下 VAS）を用いて安静時、運動時、夜間時全てにおいては 0。他動可動域は屈曲 170° ・外転 160° ・外旋 35° ・内旋 L1 であり、自動運動屈曲 150° ・外転 90° ・外旋 35° ・内旋 L1 であった。筋力は Hand-held dynamometer（以下 microFET）を用いて測定。(kgf)

肩関節（背臥位）	右	左	肩関節（座位）	右	左
外転 0 度	9.5	13	外転 0 度	8.4	9.6
外転 45 度	7.3	9.2	外転 45 度	6.6	11
外転 90 度	6.2	9.2	外転 90 度	2.5	7.3
外旋	5.6	6.5	外旋	3.9	5.4
内旋	8	9	内旋	8.4	9.7
90 度外転位外旋	3.4	7.3			
90 度外転位内旋	7.8	8.7			

【術後スケジュール】

	1week	5week	8week	現在
肩関節等尺性筋力訓練	→			
臥位他動屈曲可動域訓練	→			
座位自動挙上訓練	→			
臥位他動全方向可動域訓練	→			
腱板筋力増強訓練	→			

【理学療法】

術後 120 日では、他動関節可動域の左右差はほぼみられなかった。しかし自動外転可動域は右 90° 左 170° であり、そのためセラバンドを用いて外旋筋力増強訓練、腹臥位にて抗重力下で外転 90° 肢位での外旋筋力増強訓練、座位で鏡を用いての外転 90° 保持訓練を重点的に実施した。

【結果】

術後 154 日で疼痛は変化なし。他動可動域は屈曲 170° ・外転 165° ・外旋 35° ・内旋 L1 であり自動運動では屈曲 170° ・外転 155° ・外旋 35° ・内旋 L1 であった。

肩関節（背臥位）	右	左	肩関節（座位）	右	左
外転 0 度	9.4	12	外転 0 度	9.8	14
外転 45 度	9.9	9.6	外転 45 度	7.1	12
外転 90 度	6.5	8.4	外転 90 度	3.2	7.6
外旋	5.6	6.2	外旋	5.1	6.3
内旋	7.6	9.8	内旋	8.7	10
90 度外転位外旋	5.6	7			
90 度外転位内旋	7.6	8.5			

【考察】

本症例は上方関節包再建術後であり、棘上筋の機能改善は見込めないが棘下筋をはじめとする残存する腱板筋にアプローチすることで上腕骨頭を求心位に保つことができスムーズな外転運動を獲得できたと考える。過去の研究でも、棘下筋・肩甲下筋は肩関節外転に伴い、棘上筋の筋活動に追随するように漸増すると言われており、早期より残存する腱板筋へのアプローチが重要だと考える。

術後、長期にわたり荷重時痛が残存した右大腿骨転子部骨折の一症例

三森 麻由¹⁾

1) 医療法人清仁会水無瀬病院 リハビリテーション部

【はじめに】

右大腿骨転子部骨折を呈し γ -ネイル術施行後、長期にわたり荷重時痛が残存した症例を担当した。そこで歩行の実用性向上を目指したアプローチを行い、良好な経過を認めたため以下に報告する。

【症例紹介】

70歳代女性。要支援2。平成〇年×月△日電車内で転倒受傷。右大腿骨転子部骨折と診断され、他院にて γ -ネイル (Targon long nail: 以下LN) 施行。△+30日後当院転院。既往歴にペースメーカー留置あり。入院前は独居で自宅ADL自立、屋外シルバーカー歩行自立。

【理学療法評価】

右大腿部外側 (近位術創部) に Numerical Rating Scale (以下NRS) 10/10の荷重時痛を訴え、歩行困難であった。大腿周径は膝蓋骨15cm上で右40.5cm、左36.0cmであり大腿部全体に浮腫を認め、術創部の癒着形成がみられた。MMT(右/左)は股関節外転 2/3 外旋 2/3。荷重量は右31.4%、左68.6%だった。

【経過】

初期評価より近位術創部の癒着による荷重時痛、殿筋群の筋力低下や浮腫による下肢の易疲労性・持久力低下が問題点と考えた。

理学療法では右術創部周囲に超音波療法を実施し、中殿筋の収縮方向に合わせて徒手的な圧迫を加えながら右股関節外転の自動介助運動、歩行、荷重練習を実施した。また浮腫

に対し軽擦法・弾性ストッキングの着用による圧迫を実施した。△+54日目には大腿周径は-2.5cmの減少を認めた。しかし近位術創部の荷重時痛は消失したが、新たに右大腿部外側 (遠位術創部) にNRS7/10の荷重時痛が出現した。歩行能力は屋内シルバーカー歩行見守りで60m歩行可能であったが、歩行速度は0.4m/sであり、実用性は乏しい。

【修正プログラム】

超音波画像診断装置 (以下エコー) を用いて評価した結果、遠位術創部周囲組織の滑走性低下が視認された。そのため新たに遠位術創部に対し、エコー視認下でのモビライゼーションを行った。

【結果】

修正プログラム実施後より1ヶ月後 (△+89日) には遠位術創部の荷重時痛が消失し、滑走性の改善がみられた。MMT(右/左)は股関節外転 4/4 外旋 3/4。荷重量は右41.5%、左58.5%であった。最終歩行能力は屋内杖歩行自立 (速度0.8m/s)、屋外シルバーカー歩行自立 (速度1.0m/s) となり自宅退院となった。

【考察】

長期に及ぶ浮腫形成は脂質組織を含んだ分厚い線維に発達し、不規則なクロス・リンクスを生じさせる。またLNでは外側広筋と腸脛靭帯の筋膜連結部にロッキングスクリューが挿入されており、創傷治癒過程において癒着が生じた。そのため本症例では遠位・近位術創部両方に荷重時痛が生じたと考えられる。

両足部関節脱臼骨折を呈され左大腿部痛右足部重度感覚障害に難渋した一症例

河野 大輝¹⁾ 木坂 有紀¹⁾ 眞淵 敏¹⁾

1).社会医療法人祐生会みどりヶ丘病院

【はじめに】

今回、工作中的の事故により右リスフラン関節脱臼骨折、左足関節脱臼骨折を呈した症例を担当した。開始当初の目標は松葉杖歩行自立し退院であった。その後外来リハに移行し独歩自立、職場復帰となる予定であった。しかし、荷重開始しても歩行獲得が難しく退院時には長下肢装具装着が必要になった症例を経験したので報告する。

【症例紹介】

20歳代男性。工作中 2t の重機に両大腿部以遠を挟まれ受傷した。救急搬送され当院へ入院、両足部観血的整復術を施行した。左足部は 21 病日から、右足部は 38 病日から 1/3PWB 開始し一週間おきに 1/2PWB、2/3PWB、全荷重と進めていった。

【初期評価】 42 病日～45 病日

NRS は右足部 0、左足部安静時 2 荷重時 10、左大腿外側部(外側広筋、腸脛靭帯)安静時 4 荷重時 10 であった。周径は下腿最大(R/L)31.0cm/31.5cm、足関節背屈 ROM(R/L)は 10° /10°。MMT(R/L)は大腿四頭筋 2/2、下腿三頭筋 1/2、前脛骨筋 1/3 であった。右足部感覚は表在感覚、深部感覚消失、膝股関節の感覚に異常はみられなかった。移動は車椅子自立、移乗はプッシュアップで平行移乗し自立していた。血液データは CRP0.01 mg/dl、炎症所見は疼痛のみであった。

【治療経過】

45 病日～96 病日までは左大腿部痛に対して筋リラクゼーション、ストレッチ、低負荷での収縮運動、テーピングを行った。右足部に対して足底感覚入力、視覚代償を利用した足関節の運動学習を行った。下肢支持

性向上の為、股膝関節運動による CKC での荷重感覚入力、膝立ち練習を実施した。59 病日の全荷重開始時から右下肢は全荷重可能であったが膝折れが著明であった。左下肢は痛みが強く 20 kg から疼痛が出現し 40 kg が限界であった。101 病日～131 病日からは左大腿部痛に対しては弾性包帯より簡易的な装具を作製した。右膝折れに対して長下肢装具作製し、自宅復帰に必要な日常動作練習を行った。

【最終評価】 127 病日～131 病日

NRS は右足部 0、左足部安静時 0、荷重時 1、左大腿部安静時 4、荷重時 7、周径は下腿最大(R/L)31.0 cm/31.5 cm。足関節背屈 ROM(R/L)は 15° /15°。MMT(R/L)は大腿四頭筋 5/3、前脛骨筋 2/4、下腿三頭筋 2 / 2+。表在、深部感覚の変化はしなかった。移動は SPEX 膝継手長下肢装具を装着して 30m 両松葉杖歩行近位監視で可能となった。

【考察】

自宅復帰、歩行獲得に向けて、左下肢は疼痛が強く支持脚としての実用性は難しいと考え、右下肢を主支持脚とした。膝折れは感覚障害から下腿三頭筋、前脛骨筋の筋力低下が起き、膝屈曲時の筋収縮するタイミングが難しくなっていると考えられる。膝折れに対して金属付短下肢装具を用いた治療も行ったが大幅な回復は得られなかった。このことから膝継手の角度設定により膝屈曲時の筋収縮のタイミングが計りやすくなる SPEX 膝継手長下肢装具が適応と考えた。リハ計画通りに身体機能向上は難しかったが装具検討によって両松葉杖歩行を獲得することができ、安全に自宅復帰することができた。

左大腿骨転子部骨折を呈し OM ネイル施行後 telescoping が進行した一症例

藤原 将司¹⁾ 奥田 正作¹⁾ 小山 梨穂¹⁾

1) 水無瀬病院 リハビリテーション部

【はじめに】

今回、左大腿骨転子部骨折術後 1 週目に 14mm の telescoping が進行したが、独歩可能となり、再転倒予防を目指した症例を経験したので報告する。

【症例紹介】

80 歳代女性。元刺繍作家。BMI19.7。平成 30 年 5 月 X 日、自宅内で転倒し、左大腿骨転子部骨折 (Evans 分類 Type1Group II) 受傷。X+2 日に観血的骨接合術(左 OM ネイル) を施行。翌日より全荷重での理学療法開始。X+11 日当院転院となる。受傷前は ADL 自立しており、娘との二人暮らしである。

【初期評価 OPE 後 10 日～15 日】

Numerical Rating Scale(以下、NRS) : 荷重時 6/10。立位姿勢は、上部体幹右凸側弯、胸椎後弯増強位、骨盤左挙上、左回旋位、右股関節外転位、左股関節内転位である。ROM (右/左) 左股関節屈曲 125° /110° 伸展(腹臥位困難) 外旋 45° /25° 内旋 20° /15°。MMT (右/左) 中殿筋 3/2 外旋筋 3/2。10m 歩行 : 47.5 秒。ステップングテスト : 8 回。歩容は、左荷重応答期から左立脚中期にかけてのトレンデンブルグ徴候陽性であり、同時に体幹の右側屈が観察された。超音波画像診断装置 : 小殿筋、中殿筋の収縮を確認したところ、健側と比較し、滑走性の低下、収縮時の筋厚変化量が低下していた。

【理学療法】

小殿筋、中殿筋、外旋筋の機能低下に対す

る機能改善。重心右偏移したアライメントに対する体幹伸展を促した重心移動訓練を行い、患側下肢への荷重量増大を図り、筋出力向上、telescoping 進行の予防、また、TFL にかかる伸長ストレスの軽減を行った。

【最終評価 OPE 後 71 日～76 日】

NRS : 0/10。ROM では大きな改善は認めなかった。MMT(右/左)では、中殿筋 4/3 外旋筋 5/4。10m 歩行 : 10.2 秒。ステップングテスト : 17 回。歩容は跛行が軽減し、独歩可能となった。超音波画像診断装置 : 初期と比較し中殿筋の機能改善はみられたが、小殿筋の滑走性の低下、収縮時の筋厚変化量の低下は残存したままであった。

【考察】

理学療法を施行するにあたり、telescoping に対して医師へ負荷量の確認を行った。まず、左下肢への荷重量増大を図り、重心右偏移の修正や内転位の改善を行い、telescoping 進行の予防を行った。当院転院後、telescoping の進行は認めなかった。疼痛の消失により早期の積極的な理学療法の介入を行うことができ、アライメント修正により、中殿筋、外旋筋の筋出力を向上させ筋力強化が行え、正しい運動学習が行えた事により跛行が軽減し、独歩可能となった。しかし、独歩での跛行は残存した。室伏らによると、歩行や片脚立位時には中殿筋より小殿筋の活動が高いと報告されており、小殿筋に対する効果的な治療を行う事ができなかったのではないかと考える。

長期間患肢の固定を要した脛骨高原骨折患者において
関節可動域改善がみられADL拡大した症例
～超音波療法と徒手療法を併用して～

宇留島 嵩人¹⁾

1) 社会医療法人愛仁会 高槻病院 リハビリテーション科

【背景と目的】今回、左脛骨高原骨折の患者を担当した。受傷後より創外固定、術後もニーブレス装着し約1ヶ月の膝伸展位固定を要した。今回、膝関節可動域（以下、ROM）に着目し理学療法を行った結果、膝ROMの改善、ADLの拡大がみられたため以下に報告する。

【症例と介入】30代女性、診断は左脛骨高原骨折。現病歴は子供を2人乗せ電動自転車乗車中に転倒。x-13日受傷され救急搬送。x-12日より創外固定術され、x日ORIF施行。x+1日より理学療法開始。x+14日よりROM-ex開始。初期評価(X+14日)安静度は患肢免荷。ニーブレス除去し、90°までROM許可。WBC、CRPは陰性化し炎症所見は軽減傾向。周径は膝蓋骨上縁34.0/36.5cm。ROMは左膝屈曲60°伸展-5°。屈曲最終域では膝蓋上嚢部の圧迫感の訴えあり。超音波画像診断装置を用い癒着の有無を評価し、癒着所見陽性。移動は下肢伸展板付き車椅子にて自立。術直後よりセッティング等実施したが、疼痛が強く積極的に行えなかった。X+14日よりROM-ex、超音波療法、徒手療法開始。超音波は3MHzで1.0w/cm²、20分間照射した。徒手療法は、Lift off、膝蓋上嚢のモビライゼーションを行った。

【経過および結果】超音波療法と徒手療法を併用することで膝ROMはX+28日で60°から110°まで改善。同日松葉杖使用し免荷のまま自宅退院され外来フォローとなった。自宅での育児では、立位や椅子座位で子どもをあや

しており、「下の子を座ってあやしたい」との希望あり。X+40日より1/3荷重開始。膝ROMは120°。週2回の外来にてROM-ex、筋力増強運動、自主練習指導を行った。最終評価(X+60日)安静度は全荷重開始。周径(膝蓋骨上縁)は34.0/35.0cm。ROMは膝屈曲155°と踵部と殿部の接地が可能となった。動作面では独歩にて自立。胡座位も可能。

【考察】本症例は複雑性の脛骨高原骨折を呈し長期伸展位固定が必要であった。それに加え疼痛が強く他動でも積極的なROM-exが行えなかったことにより、ROM制限が生じ動作制限をきたしていた。初期での筋の伸張運動では著名な改善がなく超音波画像装置を使用し制限因子の明確化を行った。癒着に対し手動的な癒着剥離操作と超音波療法を併用することで、コラーゲン繊維の伸張性を増大させ、滑走性を促すことで癒着剥離が可能であったと考える。その後は関節性の制限より筋性の制限の要因が強いと考え、大腿直筋・大腿筋膜張筋にアプローチを行った。またこの時期から荷重も開始したことにより関節運動が促進されたことも、ROM改善に大きく関与したと考える。胡座位を獲得したことで、子どもをあやしたり、遊びや授乳が行えるようになり、本人が望む育児スタイルの獲得ができた。

【結語】早期より機能障害を明確化させ、治療を行うことでその後のROMが円滑に改善されADL拡大ができ本人のHOPEが達成できた。

栄養状態を考慮し介入した右視床出血の一症例

玉井駿也¹⁾

1) 社会医療法人愛仁会 愛仁会リハビリテーション病院 理学療法科

【はじめに】

症例は右視床出血を呈し、栄養摂取量の低下やサルコペニアにより積極的な運動や病棟生活活動が困難な状態であった。そのため、当院転院後 Nutrition support team (以下 NST) 回診対象となり、エネルギー摂取量・消費量の算出や健康状態の管理による運動強度の設定を行うことで移乗動作の介助量軽減が可能となった症例を報告する。

【症例紹介】

80歳台女性。4月上旬、浴室内転倒を発見され翌日救急搬送。搬送時、GCS3-5-6、左片麻痺 BRST 上肢・手指・下肢 I。6月上旬当院に転院。既往歴は狭心症、右変形性股関節症。病前 ADL は杖にて自立。

【理学療法経過】

初期評価 (6/6~6/12) ADL は端座位軽介助、起居・移乗中等度介助。食事平均 2~4 割程度。総エネルギー消費量 TEE1395.73kal/日、摂取エネルギー量 1140kal/日。体重 40.1kg。BMI16.06。SMI11.85kg/m²。血液データ CRP0.39mg/dl、Alb2.9g/dl。BRST 上肢 III 手指 II 下肢 V。大腿四頭筋筋力体重比 (R/L) 0.23/0.11kgf/kg。体幹機能評価の TCT0 点。本症例はサルコペニアに関する国際ワーキンググループの定義より、筋肉量、筋力、身体機能のいずれも低下した重度サルコペニアであると評価した。

治療は起居・移乗動作練習、立位保持・歩行練習を中心に実施。総エネルギー量に消費エネルギー量を引いた状態から体重増加のた

めの貯蓄分を引き、残りの範囲で METs を用いて運動負荷量を算出した。

最終評価 (7/11~7/17) ADL は起居・移乗見守り。食事平均 5 割~全量摂取。総エネルギー消費量 TEE1395.73kal/日、摂取エネルギー量 1682kal/日。体重 41.3kg。BMI16.54。SMI12.86kg/m²。血液データ CRP0.09mg/dl、Alb3.4g/dl。BRS 上肢 IV 手指 III 下肢 V。大腿四頭筋筋力体重比 (R/L) 0.28/0.16kgf/kg。TCT75 点。

【考察】

本症例は低栄養状態を呈し、動作練習などの低強度運動を中心に介入し負荷量の調整を図ることで、起居・移乗動作の介助量軽減が可能となった。また、低栄養患者に対して、若林 2013 はサルコペニアに対するリハに関し、原因別に至適負荷量や推奨、禁忌事項を報告しており、原因によって差はあるものの 2~3Mets 程度の運動負荷に関しては制限しないと報告している。また、NST 介入では、低栄養を是正し、骨格筋量維持に有用とされており、本氏において 2~3Mets 程度の運動負荷の範囲内で課題を設定し摂取エネルギー量や体組成数値の変化をモニタリングしながらリハプログラムを調整したことが ADL 介助量軽減に繋がったと考えられる。

【結語】

エネルギー摂取量・消費量の算出や健康状態の定期的な評価は、低栄養症例のリハ実施に対して、運動強度の調整の一助となると考えられる。

易疲労性により理学療法介入に難渋した頸椎症性脊髄症症例について ～病棟スタッフとの連携を介して～

引間 洋介¹⁾

1) 医療法人東和会第二東和会病院

【はじめに】

今回、易疲労性を認め、理学療法介入が困難な頸椎症性脊髄症を呈した症例を担当した。運動療法と病棟スタッフと連携を図ったことで全身持久力・歩行の安定性が向上し、退院に至ったので報告する。

【症例紹介】

80代男性。病前は自宅で臥床傾向であり離床は外出時のみである。約3年前より、上肢の痺れと歩行障害を認め、H30/5/15にA病院でC3-C4前方固定術を施行された。術後16日目に、在宅復帰目的にて当院転院となる。入院時、臥床傾向で夜間は不眠を認めた。BMIは23.8、血液データはAlb3.3g/dl、ヘモグロビン12.7g/dlであった。

【経過及び病棟での取り組みについて】

術後16日目の移動は病棟車椅子他操であった。術後22日目に歩行車一部介助に変更した。また、病棟スタッフに歩行訓練を依頼した。歩容や疲労、拒否の訴えなどを聞き取った。術後42日目より固定式歩行器近位見守りとなった。病棟術後55日目に、動作確認等を目的に、患者様と自宅訪問を行った。術後72日目に、病棟内伝い歩き一部介助となった。

【理学療法初期評価】

離床拒否を認め、基本動作は一部介助で動作全般に易疲労性を認めた。歩行は伝い歩き連続約10m歩行可能で、BP100-90/80-60mmHg、P70-80bpm、SpO₂94-97%、修正Borg scaleは4.0で呼吸困難感を認めた。また、右立脚中

期でトレンデレンブルグ跛行が出現した。片脚立位では右下肢測定不可で左は6.80秒であった。前後へのステップ反応は認めなかった。MMT股関節外転は右2、左3であった。HDS-R7点で、見当識及び短期記憶中心に認知機能低下を認めた。

【理学療法】

立位バランス訓練、段差昇降訓練、歩行訓練を行った。また、離床拒否が強い時は、座位での全身持久力向上訓練を行った。

【理学療法最終評価】

離床拒否は入院時より減少し、基本動作は一部介助～見守りとなり、易疲労性は軽減した。歩行は独歩・伝い歩きで連続約100m歩行可能となり、バイタルはBP100-90/80-60mmHg、P70-80bpm、SpO₂95-97%、修正Borg scaleは4.0で、呼吸困難感は認めなかった。右トレンデレンブルグ跛行は軽減認めた。片脚立位は右2.00秒、左8.12秒に向上した。前後へのステップ反応を認めた。MMT股関節外転は右は3に向上して、左は3であった。

【考察】

本症例は入院中の活動性の低下が懸念されたが、病棟訓練を導入したことで、全身持久力の改善が図れた。その結果、身体機能に対するアプローチが可能となり、右下肢の支持性が向上した。その結果、目標である伝い歩きの安定性向上に繋がり、自宅復帰に至ったと考える。

脳幹梗塞を発症し片麻痺の症状を呈したため、歩行能力が低下した一症例 ～体幹の機能向上により、立脚期の支持性が改善された症例～

山崎 壮¹⁾ 大崎 康寛¹⁾ 眞淵 敏¹⁾

1) 社会医療法人祐生会みどりヶ丘病院 リハビリテーション部

<はじめに>

今回、脳幹梗塞を発症し、右片麻痺と構音障害を呈した症例を担当した。発症時より、著明な体幹機能の低下と右下肢の筋出力低下が見られた。今回、体幹機能の向上と右下肢の筋出力向上を目指し、評価及び治療を行った結果を報告する。

<症例紹介>

80歳代男性 病前ADL自立。H.30年7月により橋背側部領域に脳梗塞を発症。発症当初より、Brst:上肢Ⅰ 手指Ⅰ 下肢Ⅰの状態であった。急性期のリハビリテーションでは二次的機能障害の予防と右下肢の筋出力向上を目標に行っていた。脳梗塞を発症後第11病日にて回復病棟へ転入となる。

<初期評価(第病11日目)>

Brst:上肢Ⅲ 手指Ⅲ 下肢Ⅱ

DTR:内転筋反射+ PTR+ ATR+

Sensory:表在感覚 右足底部 3/5

FAC1 MAS:右下肢 2

MMT:体幹屈曲 3 回旋 2/3 股関節伸展 1/3

屈曲 2/3 外転 2/3 膝関節伸展 2/3

足関節背屈 1/3

FACT: 8点 (減点項目:動的端座位保持能力、最大伸展での回旋、脊柱最大伸展)

Foot pat test:陽性 踵膝試験:陽性

FIM=移動:歩行全介助 車椅子駆動自立

<経過>

第11病日目(回復期)の身体機能として、BRSt上肢Ⅲ 手指Ⅲ 下肢Ⅱであり、右下肢の筋力低下がみられる。動作能力としては移乗軽介助レベル。移動は車椅子駆動軽介助レベルである。第12病日目より、KAFOでの歩行時にて、体幹前傾と下肢の振り出しにてセラピストによる後方からの介助が必要であった。殿筋群と体幹筋群への収縮を目的にKAFO装着して重心移動と歩行を行った。第18病日目より、BRSt上肢Ⅲ 手指Ⅲ 下肢Ⅲの向上がみられ、KAFO歩行の下肢の振り出しの出現が見られた。その後、体幹筋群の筋出力向上を目的に、四つ這い動作、膝立ち動作を、殿筋群と膝伸展筋群の筋出力の向上を目的に、KAFOでの歩

行を行った。第24病日目より、BRSt上肢Ⅳ 手指Ⅳ 下肢Ⅳまでの向上と、右殿筋群と膝関節伸展筋群のMMT3までの改善があり、AFOへのカットダウンを行った。歩行中に単脚支持期にて膝関節の動揺が見られた。その為、膝関節伸展筋群の出力向上を目的に段差昇降を行った。また、IC~LRまでのPhase獲得を目的に、AFO装着下での歩行を行った。第26日目より、歩行時の膝関節伸展筋群の動揺が軽減し、AFOと歩行器での移動が可能となった。第30日目より、足関節背屈筋がMMT3まで向上がみられるため、病棟内移動時にてAFO外し、歩行器歩行見守りへ移行した。

<最終評価(第病41日目)>

Brst:上肢Ⅴ 手指Ⅴ 下肢Ⅴ

DTR:内転筋反射+ PTR+ATR+

Sensory:表在感覚 右足底部 5/5

FAC4 MAS:右下肢 0

MMT:体幹屈曲 4 回旋 3/3+ 股関節伸展 3/3+

屈曲 3+/3+外転 3/3+ 膝関節伸展 3+/3

足関節背屈 3/3

FACT: 14点 (減点項目:最大伸展での回旋、脊柱最大伸展)

TUG (R/L): ①15.46②15.52/①15.87②16.47

10m歩行: 18.64秒

Foot pat test:陽性 踵膝試験:陰性

FIM=移動:歩行器歩行見守り

<考察>

本症例は体幹機能の向上と右下肢の筋出力向上により、右単脚支持期が改善されたと考えた。高草木(2014)の報告では、体幹と上下肢近位筋の協調的な運動や姿勢制御において網様体脊髄路が重要であるとしている。四つ這い動作やKAFOでの重心移動と歩行を行い、体幹・下肢近位筋への筋出力向上を図った。その結果、歩行時の体幹前後動揺が軽減し、右下肢単脚支持期が向上したと考えた。麻痺が改善し、失調症状がみられていた。治療の一助として、脳画像からの評価も重要であると考えた。

非麻痺側立脚期に着目し歩行の介助量軽減を図った一症例

向井 智香¹⁾

1)社会医療法人愛仁会 愛仁会リハビリテーション病院

【はじめに】脳卒中後片麻痺患者の歩行に影響を与える因子として、非麻痺側の下肢筋力低下が関与するとされている。今回、非麻痺側の下肢筋力増強と立脚期における重心移動の学習を図る事で歩行の介助量軽減が得られた為、ここに報告する。

【症例紹介】80代女性。左放線冠ラクナ梗塞発症。同日 BRS 上下肢Ⅰと麻痺の進行認め Branch Atheromatous Disease 診断。25病日に当院入院。入院時 BRS 上下肢Ⅱ。麻痺側下肢の支持性向上目的に長下肢装具による歩行練習から開始し、30病日に短下肢装具(以下 AFO)へ移行。52病日より非麻痺側に着目し介入を開始。

【理学療法評価〈52病日〉】

〈身体機能面 R/L〉BRS:下肢Ⅲ、MMT:下腿三頭筋 2/2、大腿四頭筋 2/4。筋力(kgf/kg):下腿三頭筋 0.03/0.25、大腿四頭筋 0.06/0.35。立位:支持物なしで保持困難。FR:測定困難。

〈動作面〉移乗動作は麻痺側への姿勢崩れあり軽介助。歩行は AFO 使用。全歩行周期で下肢屈曲、体幹前傾位。非麻痺側立脚期に麻痺側後方への姿勢崩れが著明であり、踵離地困難。また、表面筋電図(以下 EMG)より非麻痺側立脚中期(以下 Mst)から立脚後期(以下 Tst)の非麻痺側下腿三頭筋筋活動低下を確認。

【介入】非麻痺側の下肢筋力増強と前足部へ

の荷重を図る事を目的に段差昇降や前方介助歩行などの動作練習を中心に実施した。

【理学療法評価〈79病日〉】

〈身体機能面〉BRS:下肢Ⅲ、MMT:下腿三頭筋 2/3、大腿四頭筋 2/4。筋力(kgf/kg):下腿三頭筋 0.11/0.4、大腿四頭筋 0.4/0.7。立位:支持物なしで1分保持可能。FR:3cm。

〈動作面〉移乗動作は姿勢崩れ減少し見守り。歩行は AFO 使用。全歩行周期で認めていた下肢屈曲、体幹前傾は減少し非麻痺側 Mst から Tst における踵離地が出現。また EMG より非麻痺側 Mst から Tst における非麻痺側下腿三頭筋の筋活動増大を確認。

【考察】本症例は、非麻痺側 Mst から Tst における重心の前方移動が拙劣であり、麻痺側後方への姿勢崩れが出現していた。Mst から Tst にかけて足関節を動的に安定させ、踵離地を行うために、下腿三頭筋が歩行周期において最大に活動する必要がある。しかし、本症例では非麻痺側下腿三頭筋の筋力低下が著明であり Mst から Tst にかけて筋発揮が十分に行えていなかった。そのため、筋力増強及び運動学習を図る事を目的に動作練習を実施した。その結果、非麻痺側下腿三頭筋の筋力増強が得られ、Mst から Tst における重心の前方移動が良好となり、麻痺側後方への姿勢崩れが減少し介助量軽減に至ったと考えられる。

脳卒中片麻痺患者において麻痺側のトゥクリアランス改善を目指した症例 ～立位バランスに着目して～

西出 達也¹⁾ 熊本 亮¹⁾ 眞淵 敏¹⁾

1)社会医療法人 祐生会 みどりヶ丘病院

【はじめに】

アテローム血栓性脳梗塞により歩行時の麻痺側のトゥクリアランスが低下した症例に対して立位バランスの向上によりトゥクリアランスの改善を経験したので報告する。

【症例紹介】

80歳代前半，男性．2018年7月2日アテローム血栓性脳梗塞（左片麻痺）を発症。

【初期評価（第17病日目）】

BRS：上肢V 手指V 下肢V

SIAS：5-5-5-5-4 筋緊張：腹部 low tone

BBS：39点（減点：閉眼立位，閉脚立位，タンデム肢位，片脚立位は保持困難）

10m歩行：〈快適〉11.56秒 21歩〈最大〉9.07秒 19歩 TUG：16.72秒

立位：頭部伸展・頸部屈曲・両肩関節内旋・両肩甲骨外転・胸椎屈曲・骨盤後傾・両股関節外旋・両膝関節屈曲位

歩行：独歩．左遊脚期の短縮あり．ワイドベースにて歩幅減少．左遊脚期のトゥクリアランス低下．両上肢の振りが消失．

【統合と解釈】

立位では胸椎屈曲位で胸椎の可動性低下により腹部が low tone となり静的立位が不安定となることでワイドベースを呈していると考えた．ワイドベースにより右立脚期での荷重が不十分となり左遊脚期が短縮しトゥクリアランスの低下に繋がっていると考えられる．

また，すり足や前足部接地となるため転倒リスクも考えられる．

【治療介入】

立位でのワイピングにて腰椎伸展を徒手的に抑制し胸椎伸展の可動性を促した．体幹の姿勢コントロールに対しては，エアースタビライザー上座位で両股関節外旋位により支持基底面を広げて姿勢を保持していたため，両股関節外旋位を抑制し体幹の姿勢保持を促した．

【最終評価（第49病日目）】

BBS：48点（減点：タンデム肢位，片脚立位）

片脚立位(R/L)：6秒/4秒

10m歩行：〈快適〉10.25秒 20歩〈最大〉8.53秒 17歩 TUG：11.88秒

立位：胸椎屈曲・骨盤後傾が軽減した．

歩行：ワイドベースが改善し左遊脚期が延長し歩幅の拡大あり．トゥクリアランスも改善．両上肢の振りも可能となる．

【考察】

トゥクリアランスの改善には右立脚の安定が必要であり，立位バランスに着目し介入した．胸椎の可動性が改善し体幹のアップライトが可能となり，不安定な支持面でも姿勢保持が可能となったことで静的立位の安定性が向上したと考えられる．そして，片脚立位保持が可能となり動的立位バランスが取れることで右単脚支持期の安定性が向上しワイドベースが軽減したことで左遊脚期が延長し歩幅が拡大したと考えられる．また，左遊脚期の延長により下肢の振り出しが十分に行えることでトゥクリアランスの改善に繋がったと考えられる．

疼痛緩和により歩行能力が向上した一症例 ～既往歴を考慮した温熱療法の効果～

松原 祐樹¹⁾

1) 医療法人東和会 第一東和会病院

【はじめに】

今回、右変形性膝関節症に対して人工膝関節全置換術（以下 TKA）を施行した患者様を担当した。術後 1 週間で歩行器歩行を獲得したが、既往歴の RA による足関節の疼痛によりさらなる歩行能力の向上に難渋した。足関節の疼痛に対して温熱療法を追加し、改善が得られた為に、ここに報告する。

【症例紹介】

60 代女性。右膝関節の疼痛増強にて、日常生活が困難となり、平成 30 年 1 月 TKA を施行した。主訴は膝も痛い、手指や足首も痛い。既往歴は 6 年前より RA、同年に左 TKA 施行した。術前は独歩、日常生活も自立していた。

【理学療法と経過】

手術翌日より TKA に対して理学療法開始。開始当初より機能訓練を実施し、疼痛の改善に伴って、1 週間で歩行器歩行を獲得した。さらに機能改善を図り、独歩獲得に向け訓練を進めたが、足関節の疼痛が増強し歩行能力の向上に難渋した。

【理学療法評価：術後 3 週目】

膝関節腫脹・熱感は持続し、疼痛は Numerical Rating Scale(以下 NRS)で、安静時 0/10、荷重時 2/10、足関節の疼痛は安静、荷重時共に NRS4～7/10 と日差変動があった。足部には外反母趾も認めた。ROM(右/左)° 膝伸展-10/0 屈曲 115/120 足背屈 10/10 底屈 40/45、MMT(右/左)膝伸展 3/4 屈曲 2/4 足背屈 3/4 底屈 2/4 であった。歩行は平行棒内歩行で再評価し、踵接地、ダブルニーアクショ

ンが消失していた。また右立脚中期～後期に足関節に疼痛があり右立脚期が短縮していた。

【アプローチの追加】

足関節の疼痛に対しての機能訓練を試みたが、疼痛により消極的であった。CRP が陰性化していた為、温熱療法による除痛を図った。方法は、下腿中央から遠位に対して過流浴を実施した。実施後、即時効果が得られ、リハビリ前に過流浴を継続した。

【最終評価：術後 7 週目】

NRS 膝関節安静、荷重時 0/10、足関節安静・荷重時 0～2/10、ROM(右/左)° 膝伸展 0/0 屈曲 125/120 足背屈 10/10 底屈 40/45、MMT(右/左)膝伸展 4/5 屈曲 3/4 足背屈 5/5 底屈 4/4 であった。歩行は踵接地、ダブルニーアクションが出現し独歩を獲得した。

【考察】

本症例の歩行は足底より接地し、ダブルニーアクションが消失していた。TKA を施行された為に、立脚期の膝屈曲による衝撃吸収が困難となった。さらに足関節の疼痛により足底接地となったことで、衝撃吸収が不十分となり、足関節の疼痛が増強したと考えた。疼痛の改善策として、足関節の慢性疼痛ととらえ、過流浴を追加した。実施後、足関節の疼痛が軽減し足関節へのアプローチが可能となり膝関節、足関節の協調的な運動を意識したステップ訓練を取り入れ関節の負担軽減を図った。それにより、退院時には独歩を獲得することが出来た。

ハンソンピン術後、骨頭壊死により変形性股関節症を呈し、THA を施行された症例

小山 梨穂¹⁾, 藤原 将司¹⁾, 奥田 正作¹⁾

1) 医療法人清仁会水無瀬病院 リハビリテーション部

【はじめに】

今回、ハンソンピン術後、骨頭壊死により変形性股関節症を呈し、左人工股関節全置換術（以下 THA）を施行された症例を担当する機会を得た。術後疼痛訴えが強く可動域獲得に難渋したが、疼痛軽減、可動域改善がみられたため報告する。

【症例紹介】

70 歳代女性、要介護度Ⅱ、身長 146 cm、体重 50 kg、BMI23.4。既往歴 4 年前左ハンソンピン術施行。今回、左股関節の疼痛増悪のため X 日 THA（後側方アプローチ）施行。術後プロトコールは術後 1 週まで NWB、術後 2 週目から 1/3PWB、術後 3 週目から 2/3PWB、術後 4 週目から FWB で実施した。

【術前評価】

ROM (R/L) : 股関節屈曲 100° /90° (P) 伸展 15° /-25° (P)。MMT (R/L) : 腸腰筋 4/3(P) 大殿筋 3/2(P)。立位姿勢: (前額面) 骨盤右偏位、左股関節軽度外旋位 (矢状面) 骨盤左回旋・骨盤後傾、両股関節・膝関節屈曲位 (右>左)。荷重検査 (R/L) : 31kg/19kg。下肢長 (R/L) : SMD79.0 cm/77.5 cm TMD70.5 cm /70.0 cm。疼痛: 伸張痛 (左腸腰筋) NRS10、荷重時痛 NRS7~8。圧痛: 左腸腰筋。骨盤傾斜角 (以下 PIA) : 24.35°

【初期評価 X+1~8】

ROM (R/L) : 股関節屈曲 100° /70° (P) 伸展 15° /-45° (P)。MMT (R/L) : 腸腰筋 4/2(P) 大殿筋 3/2(P)。荷重検査 (R/L) : 36kg/10kg。下肢長 (R/L) : SMD79.0 cm/79.0 cm TMD70.5

cm/70.5 cm。疼痛: 伸張痛 (左腸腰筋) NRS10、荷重時痛 NRS10。圧痛: 左腸腰筋。PIA: 26.42°

【経過】

術後初期、左腸腰筋の伸張痛が著明なため常時ベッドアップにて股関節屈曲位をとられていた。術後疼痛の軽減、可動域の獲得、立位アライメントの修正を図り介入。自動介助による ROM、リラクゼーション・ストレッチ、左股関節筋力トレーニング、荷重練習、骨盤前後傾運動等を実施。

【最終評価 X+21~28】

ROM (R/L) : 股関節屈曲 100° /90° 伸展 15° /-10° (P)。MMT (R/L) : 腸腰筋 4/3 大殿筋 3/2。立位姿勢: (前額面) 骨盤軽度右偏位、左股関節軽度外旋位 (矢状面) 骨盤後傾、両膝関節屈曲位 (右>左)。荷重検査 (R/L) : 26kg/24kg。疼痛: 伸張痛 (左腸腰筋) NRS4。圧痛: 左腸腰筋。PIA: 24.36°

【考察】

術前から左股関節周囲の疼痛強く、常に股関節屈曲位をとられていた。そのため左股関節周囲の筋や関節包などの軟部組織の短縮が生じ、筋緊張の持続的な亢進により筋スパズムが惹起され可動域制限が生じていた。術後は脚長差の消失により周辺組織が伸張され筋内圧が上昇、循環障害が生じ、左腸腰筋の筋スパズムが進行したと考える。そのため筋収縮を促し循環改善を図り、リラクゼーション、ストレッチ等を実施した。その結果、軟部組織の短縮や筋スパズムの軽減に伴い疼痛は軽減し可動域改善へとつながったと考える。

右 ACL 再建術後に右片麻痺を呈した一症例 ～歩行時の右膝関節に着目して～

石橋 将也¹⁾

1)社会医療法人愛仁会 愛仁会リハビリテーション病院 リハ技術部

【はじめに】

ACL 再建術後の合併症としては、創部の感覚障害や深部静脈血栓症などがあるが、ACL 再建術後に片麻痺を呈した症例の理学療法報告はない。今回右 ACL 再建術後に右片麻痺を呈した症例に対し、右膝関節に着目し、運動器、脳血管それぞれの機能障害に留意しながらアプローチを行った結果、歩行能力の改善に至ったため報告する。

【症例紹介】

50代女性。病前 ADL 全て自立。BMI35.1。平成30年に右 ACL 再建術施行。ACL 術後10日目に左中脳動脈領域の脳塞栓を発症され、血栓回収術施行。ACL 術後70日目に転院。

【初期評価(ACL 術後70日目)】

全体像:失語あり。BRS:右下肢IV。炎症徴候:右膝関節の腫脹および熱感+。ROM:右膝関節屈曲 100° p(patella 上部), 伸展-10° p(膝窩部)。筋力(R/L):徒手筋力計にて、膝関節伸展 10.7N/179.3N。歩行:T 字杖および右膝サポーター使用, 両腋窩中等度介助。[右 IC]体幹前傾・殿部後退+。[右 MSt]右膝折れおよび膝関節の荷重時痛+。[右 PSw]膝関節屈曲-, [右 ISw~TSw]右足尖の引っかかり, 体幹・骨盤後傾+。10m 歩行速度:38秒(39歩)。

【治療プラン】

膝関節周囲のリラクゼーション:Hold and Relax を中心に実施した。ステップ練習:右 TSt~PSw 初期にて膝関節屈曲を促した。歩行練習: 右 TSt での右膝関節屈曲を促した。

【中間評価(ACL 術後130日目)】

全体像:単語レベルで会話可能。BRS:右下肢IV。炎症徴候:右膝関節の腫脹, 熱感軽減。ROM:右膝関節屈曲 130° p(patella 上部), 伸展 0° p(膝窩部)。筋力(R/L):徒手筋力計にて、膝関節伸展 23.5N/241.0N。歩行:T 字杖を使用, 見守り。[右 IC]体幹前傾・殿部後退軽減, [右 MSt]膝折れ-, 荷重時痛自制内, [右 PSw]右膝関節屈曲+, [右 ISw~TSw]右足部のすり足-。10m 歩行速度:8.9秒(17歩)。

【考察】

健常人では、TSt~PSw において、大腿直筋は過剰な膝関節屈曲を抑制し、また膝窩筋は膝関節屈曲に関与するのだが、本症例は右 ACL 再建術後に不動の期間が長く、特に大腿直筋、膝窩筋の収縮弛緩運動が稚拙となっていた。そのため、右 PSw では右膝関節の屈曲を認めず、右 TSw での右足尖の引っかかりが生じていると考えた。本症例は ACL 術側が麻痺側であったが、膝関節周囲のリラクゼーションを図り、ステップ練習および歩行練習を行ったことで、歩行時の右膝関節屈曲の運動学習がなされた。そのため、右遊脚期のすり足が軽減し、歩行能力改善に至ったと考える。

【結論】

本症例では、ACL 術側が麻痺側であったが、右膝関節に着目し、運動器、脳血管それぞれの機能障害に留意しながらアプローチを行った結果、歩行能力が改善したと考える。

第 11 回三島ブロック新人症例発表会 運営組織・委員一覧

大会長	中前 喬也（北大阪警察病院）
準備委員長	中嶋 隆志（サンガピア館）
事務局	大森 尚樹（北摂総合病院）
	古澤 隆雄（北摂総合病院）
財務局	早見 雅俊（サンガピア館）
委員	助川 明（大阪行岡医療大学）
	岩村 真樹（藍野大学）
	奥田 正作（水無瀬病院）
	奥 壽郎（大阪人間科学大学）
	田中 喜代茂（第二東和会病院）
	高橋 大輔（彩都友絃会病院）
会場担当	山下 真人（高槻病院）

会場案内

場 所 : 愛仁会看護助産専門学校 6階 ナイチンゲールホール

下記地図を参照していただくか、ホームページをご参照ください。

※会場には駐車場、駐輪場がありません。公共交通機関をご利用いただくか、

周辺の有料駐車場をご利用ください。 また、高槻病院、愛仁会リハビリテーション病

院など関連施設への駐車、駐輪もご遠慮ください。

