

茨城県地域リハビリテーション総合支援事業
つくば保健医療圏茨城県指定地域リハ・ステーション

「つくば地域リハ・セミナー」
-第 30 回症例検討会-

プログラム・抄録集

日時：2021年3月17日(水)18日(木)19日(金)

会場：WEB開催

日程

2020年3月17日(水)18日(木)19日(金) 18:30~20:35

共催・後援

共催： つくば保健医療圏茨城県指定地域リハ・ステーション
(筑波メディカルセンター病院, いちはら病院, 筑波記念病院)
公益社団法人茨城県理学療法士会
公益社団法人茨城県作業療法士会
茨城県指定地域リハビリテーション研修推進支援センター

参加者・演者・座長へのお知らせとお願い

【当日参加者について】

症例検討会に参加するにあたり、事前の参加登録をお願い致します。「本会に関するお問い合わせ先のメールアドレス」に連絡をいただければミーティング参加に必要な URL とパスワード・ID をお伝えします。

【視聴環境について】

今回のセミナーは、Zoom を用いたセミナーになります。参加するにあたり、PC の環境をご確認ください。事前に Zoom のアプリをダウンロード（また最新版に更新）して頂くことをお勧め致します。推奨環境で受講されていない場合における、システムトラブル等には対応しかねます。予めご自身が使用される機器の WEB 環境を十分にご確認ください。

【当日の流れと留意点について】

当日の流れとしては下記の①~③となります。当日は運営スタッフ（ホスト役、サポート役）の指示に従って頂きますようよろしくお願い致します。

① ログイン

- ・セッション開始 10 分前までにミーティングに参加をお願いします。
- ・“ミュート” に設定していただき、“ビデオ” は“開始” の設定にしてください。
- ・アカウント名を【氏名、所属、職種】に必ず変更してください。
(アカウント例：【記念花子、筑波記念病院、PT】)
- ・ログイン後は指示があるまでお待ちください。

② 発表中の留意点

- ・発表時間は 7 分間です。
- ・運営スタッフ（ホスト役、サポート役）の指示に従って頂きますようお願い致します。
- ・演者以外は、“ミュート” の設定をお願いします。

③ 質疑応答の留意点

- ・質疑応答は 4 分間です。
- ・質問者は、画面下部にある“反応” から“手を挙げる” を押してください。
- ・座長からの指名を受けたら“ミュート” を解除してから質問を行ってください。
- ・質問が終わりましたら“ミュート” に設定してください。
- ・質疑応答の時間は演題数により適宜調整させていただきます。

【注意事項について】

受講中の録音・録画・撮影等は固く禁じます。

WEB での開催に際し、演者・参加者の使用されているデバイスやブラウザ、インターネット環境およびアクセス状況等によって視聴できない可能性があります。当運営では責任を負いかねます。またその場合にポイント取得ができない場合がございますので、ご注意ください。よろしくお願い致します。

生涯学習プログラムの単位認定について

公益社団法人茨城県作業療法士会会員に向けて

単位認定については、下記に記載されている3つのケースがあります。ご自身がどのケースに該当するかご確認をお願い致します。また単位申請する際には、発表する場合、参加する場合いずれも事前登録の協力をお願い致します。3月17日13時までに「本会に関するお問い合わせ先のメールアドレス」に・協会番号・氏名・フリガナ・単位認定のケース①②③のいずれかを入力してお知らせください。

〈単位認定について〉

ケース①「現職者共通研修受講記録2」のうち「事例報告」が修了していない方が発表者の場合

→「事例報告」が修了したとみなされます

演題登録はしたものの、当日発表をしなかった場合は修了したことになりません

ケース②「現職者共通研修受講記録2」のうち「事例報告」が修了している方が発表者の場合

→「基礎研修受講記録」2ポイントが付与されます

「事例報告と事例研究」や「事例検討」が修了したことになりません

ケース③参加者の場合

→「基礎研修受講記録」2ポイントが付与されます

ただし90分以上の参加が必要であり、それ未満の時間では2ポイントは付与されません

本会に関するお問い合わせ先

つくば地域リハ・セミナー 事務局

(担当:筑波記念病院リハビリテーション部内 飯野・上原)

TEL: 029-864-1212 FAX: 029-877-4688

E-mail: tmhreha@tsukuba-kinen.or.jp

プログラム

18 : 00~

受 付

3月17日(水)

18 : 30~20 : 35

つくば地域リハ・セミナー・第30回症例検討会(口述)

セッション① 【18 : 30~19 : 30】

座長 : 大好 崇史(筑波記念病院 理学療法士)

1. 右被殻出血を発症し左片麻痺を呈した症例~歩行時の上肢筋緊張軽減を目指して~
佐藤 柊真(筑波記念病院 理学療法士)
2. くも膜下出血後に意識障害と高次脳機能障害を呈した症例に対し抗重力伸展活動により独歩再獲得した一症例
須藤 慎也(筑波記念病院 理学療法士)
3. 重度片麻痺患者における油圧制動付き長下肢装具を用いた歩行トレーニング ~股関節・体幹機能に着目して~
宮崎 翔太(筑波メディカルセンター病院 理学療法士)
4. 機能練習を兼ねたADLの獲得により予後予測を上回った右前頭頭頂葉皮質下出血の症例
加藤 岳奎(筑波メディカルセンター病院 理学療法士)
5. 右視床出血により左片麻痺を呈し独居での自宅退院を目指した症例-家族が安心できるためのアプローチ-
小山 光貴(筑波記念病院 理学療法士)

セッション② 【19 : 35~20 : 35】

座長 : 山口真吾(筑波学園病院 理学療法士)

1. 肺炎再発後に再発前と同程度のADL能力まで改善した症例
辰己 司(筑波記念病院 理学療法士)
2. がん多発転移を呈した患者のデマンド変化に対しプログラム修正によりADL獲得に至った一症例
~多職種連携による自宅退院を目指して~
滑川 廉人(筑波メディカルセンター病院 理学療法士)
3. 化学療法中に増悪した心不全に対して、無菌室内での有酸素運動を中心とした運動療法が有効であった骨髄異形成症候群患者の一症例
江尻 侑斗(筑波記念病院 理学療法士)
4. 化学療法誘発性末梢神経障害に対して神経筋電気刺激と運動療法の併用が有効であった急性リンパ芽球性白血病の一症例
内田 貴一(筑波記念病院 理学療法士)
5. アルコール性末梢神経障害を呈したアルコール依存症症例に対する理学療法を経験して
木曾 稜太(筑波記念病院 理学療法士)

3月18日(木)

18:30~20:35

つくば地域リハ・セミナー・第30回症例検討会(口述)

セッション① 【18:30~19:30】

座長: 中 刈 裕子 (筑波中央病院 作業療法士)

1. 脳梗塞後遺症による麻痺側上肢の学習性不使用に対しアクティビティに着目した介入
出田 楓理 (筑波記念病院 作業療法士)
2. 未破裂前交通動脈瘤クリッピング術後に記憶障害を呈した症例に対し、残存機能に着目した反復動作練習が有効であった一症例
元井 沙都 (筑波記念病院 作業療法士)
3. 目標共有したことにより麻痺手の使用頻度が増加した一事例
大岩 南 (筑波記念病院 作業療法士)
4. 脳梗塞患者の箸操作獲得までの過程
齋藤 隆亜 (筑波メディカルセンター病院 作業療法士)
5. 身体拘束により麻痺側手指の拘縮を認めた症例に対し、他職種で連携することで改善を試みた一症例
遠藤 由香 (つくばケアセンター 作業療法士)

セッション② 【19:35~20:35】

座長: 谷 貝 潤 (いちほら病院 作業療法士)

1. 喪失体験を繰り返す症例の終末期作業療法を経験して
坂本 樹紀 (筑波記念病院 作業療法士)
2. 臥床傾向となった患者に対する作業活動を用いた介入の経験
大貫 愛美 (筑波メディカルセンター病院 作業療法士)
3. 早期からの自主トレ指導と適切な実施により、病前の生活動作獲得、復職を果たした症例
高橋 茉琴 (筑波メディカルセンター病院 作業療法士)
4. 多職種連携にて環境を調整し自宅退院につなげた症例について
小峰 紋美 (筑波学園病院 作業療法士)
5. 個人が重要としている目標の共有と達成により心理機能、しているADLが向上した症例
阿見 美月 (筑波記念病院 作業療法士)
6. 高次脳機能障害を呈した症例に対し、更衣動作自立に向けた作業療法
八巻 風香 (筑波記念病院 作業療法士)

3月19日（金） A会場

18：30～20：35

つくば地域リハ・セミナー・第30回症例検討会（口述）

セッション① 【18：30～19：30】

座長：新井 明香（筑波中央病院 理学療法士）

1. 多職種や家族との連携により ADL 全介助から自宅退院が可能となった症例
坂入 達也（筑波学園病院 理学療法士）
2. 歩行時の下肢疲労感により、歩行耐久性向上に難渋した肺切除後の症例を経験して
樋口 絢音（筑波記念病院 理学療法士）
3. 腹部大動脈人工血管置換術後に急性下肢虚血を呈し、歩行困難となった症例
伊藤 卓馬（筑波メディカルセンター病院 理学療法士）
4. ライフゴール概念を取り入れた目標設定により ADL の向上、不安の軽減を認めた一例
-視神経脊髄炎により対麻痺を呈した症例-
周東 孝徳（筑波メディカルセンター病院 理学療法士）
5. 呼吸機能訓練と離床により、早期に人工呼吸器を離脱した C4 頸髄損傷完全麻痺の一症例
榊原 麻里（筑波メディカルセンター病院 理学療法士）

セッション② 【19：35～20：35】

座長：清田 隼斗（いちほら病院 理学療法士）

1. 高位脛骨骨切り術後症例 ～骨切り離開を防ぐ歩容の検討～
渡邊 溪太（筑波学園病院 理学療法士）
2. 重症筋無力症を既往に持ち腰椎椎体骨折後の廃用症候群を呈した症例～病棟生活のスケジューリングを行って～
山本 星佳（筑波記念病院 理学療法士）
3. 橋梗塞を呈し、非麻痺側に高度の内反変形の変形性膝関節症がある症例に対し、支柱付き膝装具を作成した症例
千田 美紗樹（筑波記念病院 理学療法士）
4. 両側 THA 術後患者に対し、HOPE である犬の散歩の満足度向上を目指して ～JHAQ, VAS による満足度評価法を用いて～
佐藤 俊輔（筑波メディカルセンター病院 理学療法士）
5. 認知症患者における THA 後の脱臼指導に難渋した症例
田村 亮（筑波記念病院 理学療法士）

3月19日（金） B会場

18:30~20:35 つくば地域リハ・セミナー・第30回症例検討会(口述)

セッション① 【18:30~19:30】

座長：下田 美由紀(介護老人保健施設つくばケアセンター 作業療法士)

1. 肘関節関節可動域拡大により整容動作獲得に至った1例
正木 琉衣 (筑波メディカルセンター病院 作業療法士)
2. Branch Atheromatous Disease を呈した症例の食事動作獲得に向けた介入
松山 智帆 (筑波メディカルセンター病院 作業療法士)
3. 心理的負担を考慮した排泄動作の獲得に向けての取り組み
細谷 優花 (筑波記念病院 作業療法士)
4. 高次脳機能障害による更衣動作障害に対して反復学習が効果的だった一症例
野村 優希 (筑波記念病院 作業療法士)
5. 更衣動作自立を目指し段階的に代償手段を用いた介入を経験して
山/井 里佳 (筑波記念病院 作業療法士)

セッション② 【19:35~20:35】

座長：内田 敬也 (木村クリニック 作業療法士)

1. 介入の段階づけがモチベーション改善につながった頸椎損傷の症例
大谷 優香 (筑波学園病院 作業療法士)
2. 臍ヘルニアと著明な膝関節の疼痛により ADL が低下した症例に対して動作指導と環境調節が有効であった症例
佐藤 寛朗 (筑波記念病院 作業療法士)
3. 目標共有とプログラムの段階づけにより禁忌動作定着に至った一症例を経験して
中振 歩美 (筑波記念病院 作業療法士)
4. 腱移行術前後の作業療法介入 一使える手の獲得を目指して
田所 鮎美 (筑波メディカルセンター病院 作業療法士)
5. 指尖部損傷後、指外しを招いた症例へのハンドセラピー経験
大内 天輝 (筑波メディカルセンター病院 作業療法士)

17日①-1

右被殻出血を発症し左片麻痺を呈した症例～歩行時の上肢筋緊張軽減を目指して～

佐藤 柊真¹⁾, 高橋 広樹¹⁾

1) 筑波記念病院 理学療法士

【はじめに】

今回、右被殻出血を発症し歩行時の麻痺側上肢筋緊張亢進が問題点となった患者を担当した。歩容改善と上肢スプリントの併用により上肢筋緊張が軽減した症例を経験したため報告する。

【症例紹介】

40代男性。診断名:右被殻出血。現病歴:2020年9月X日左片麻痺、構音障害出現し当院入院。27病日に当院回復期リハビリテーション病棟に転入し演者担当。発表に際し同意を得た。既往歴:高血圧、うつ病。職業:システムエンジニア、塾手傭い。

【中間評価:52病日】

病棟ADL:車いす自立。FIM:107点、運動72点、認知35点
BRS(左):Ⅲ-Ⅱ-Ⅲ。MAS(左):肘関節屈筋2手指屈筋2足関節底屈筋1。10m歩行:1分11秒(46歩)。

歩行観察:左立脚期に左上肢の筋緊張が亢進し手指・肘関節屈曲位、肩関節外転位となる。左立脚期で殿部が引け後方重心となる。左下肢から右下肢への重心移動がスムーズに行かない。左立脚後期での前方への推進力は低下。

【問題点】

#1 左上肢筋緊張亢進#2 左上下肢随意性低下#3 歩行能力低下

【目標】

屋内独歩自立、屋外T字杖自立

【プログラム】

随意性向上(殿筋中心)、段差を使ったステップ練習、歩行練習(上肢スプリント使用、重心移動の誘導)

【経過】

58病日上肢スプリント装着で歩行練習開始。91病日下肢装具(タマラック)作成。104病日T字杖歩行自立。

【最終評価:120病日】

病棟ADL:T字杖自立。FIM:119点、運動84点、認知35点
BRS:Ⅲ-Ⅲ-Ⅳ。MAS(左):中間評価と変わりなし。10m歩行:15秒(24歩)。

歩行観察:歩行時の左肘関節屈曲、肩外転位は軽減。左立脚期での後方重心は改善。左下肢から右下肢への重心移動がスムーズにでき前方への推進力向上。

【考察】

発症から2ヶ月頃より左上肢の筋緊張が亢進し歩行時の手指・肘関節屈曲、肩関節外転位となっていた。中間評価より左立脚期が不安定であることが原因で連合反応によって左上肢の筋緊張を助長させていると考えた。そのため左殿筋を中心とした随意性向上練習、段差を使ったステップ練習を実施し立脚期の安定を図り、徒手的な誘導により重心移動をスムーズに行う歩行練習を行った。また筋緊張を抑制するため猪狩らはスプリントの使用が効果的であるとし、本症例でも歩行時は手指・肘関節のスプリントを用いて歩行練習を実施した。以上より立脚期の安定性向上による上肢の連合反応の抑制とスプリントの使用による上肢の持続的伸長でIb抑制を促したことで上肢筋緊張の軽減に繋がり歩容が改善したと考える。

①-2

くも膜下出血後に意識障害と高次脳機能障害を呈した症例に対し抗重力伸展活動により独歩再獲得した一症例

須藤 慎也¹⁾, 瀧澤 春奈¹⁾

1) 筑波記念病院 理学療法士

【はじめに】

覚醒改善には上行性網様体賦活系が関与していると言われていいる。さらに歩行機能向上にはCPG賦活を用いることが重要であるとされている。今回くも膜下出血後に意識障害と高次脳機能障害を呈した症例に対し抗重力伸展活動を用いて上行性網様体賦活系とCPG賦活を図り独歩再獲得を果たした症例を以下に報告する。

【症例紹介】

70歳代女性、X-72日畑仕事中に嘔吐、意識障害出現し同日前医に緊急搬送され、内頸動脈-後交通動脈瘤破裂によるくも膜下出血の診断で入院し開頭クリッピング術施行、X-58日スパズムを起こし多発性脳梗塞を発症、X-11日水頭症を併発しVPシャント施行。X日リハビリテーション目的で当院へ転院。

【初回評価】

意識レベルはGlasgow coma scale(以下GCS):4-3-4。認知機能低下、注意機能障害、左半側空間無視がありコミュニケーションは独語が多く従命困難、運動麻痺は左上下肢手指でBrunnstrom stage(以下BRS):VI。筋力は両上下肢MMT3以上。基本動作、歩行は全介助。

【問題点】

意識レベル低下、高次脳機能障害による基本動作、歩行介助量増大

【目標】独歩自立ADL一部見守りでの自宅退院

【経過】

介入当初は覚醒不良のため介助下での起立練習を中心に行い抗重力伸展活動を促した。X+18日脳室拡大を確認しシャント圧変更となった。その後、覚醒改善が見られ簡単な従命は可能となった。X+30日歩行器歩行も可能となりX+58日100m歩行器使用で見守りにまで改善。当時の歩行器歩行では中枢部の筋出力が乏しく体幹屈曲位であったため歩行時の体幹中間位、股関節伸展、下腿三頭筋の伸長を介助することでCPG賦活を図り独歩獲得を目指した。

【最終評価】

意識レベルはGCS:4-4-6に改善し注意機能障害、左半側空間無視は軽減。四肢の分離運動も可能。独語は減少し簡単なやりとり可能。基本動作は動作上自立だが注意散漫、従命浮動的なため見守り。歩行100m以上独歩見守り。

【考察】

本症例は覚醒不良や高次脳機能障害により従命困難な症例であった。そのため上行性網様体賦活系やCPG賦活を意識し独歩再獲得を目指した。結果として歩行は高次脳機能障害残存により見守りを要したが能力的には自立となった。今回、基本動作を用いて足底からの荷重刺激入力しやすい課題を覚醒状態、介助量に合わせながら変更したことで、従命困難な症例に対しても抗重力伸展活動を十分に行うことができたのではないかと考えた。以上のことから覚醒状態、介助量に合わせながら抗重力伸展活動を促す治療方法を随時変更していくことが身体機能向上を図る上で重要だと考えた。

①-3

重度片麻痺患者における油圧制動付き長下肢装具を用いた歩行トレーニング ～股関節・体幹機能に着目して～

宮崎 翔太¹⁾, 上澤 匡秀¹⁾

1) 筑波メディカルセンター病院 理学療法士

【はじめに】

脳卒中治療ガイドライン 2015 において脳卒中片麻痺患者のリハビリテーションは発症後早期から運動麻痺が重度の場合、長下肢装具を用いた起立・歩行訓練が推奨されている。また、大畑らは油圧制動付き長下肢装具(以下、GS-KAFO)での2動作前型歩行は麻痺側下肢筋活動の増大を報告している。今回、左被殻出血により右上下肢重度麻痺を呈し歩行困難になった症例に対し、GS-KAFO を中心とした介入により体幹・麻痺側下肢機能、バランス・歩行能力向上を認めため以下に報告する。尚、発表について説明し同意を得た。

【症例紹介】

50 歳代男性。診断名:左被殻出血(保存的加療)。既往歴:高血圧、入院前 ADL・IADL:自立、職業無職。

【経過】

第2病日リハビリテーション開始。第5病日一般病棟転棟し演者担当変更。当日よりGS-KAFO使用し歩行練習実施。第67病日リハビリテーション病院転院。

【初期評価:第5病日】

Glasgow Coma Scale (GCS):4-1-6, 右半側空間無視, 重度ブローカ失語, National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS):21 点(上肢4/0, 下肢4/0), Brunnstrom stage (Brs):上肢II手指II下肢II, 感覚:精査困難, Modified Ashworth Scale (MAS):右足関節背屈1, 筋力:左上下肢 MMT5, Functional Assessment for Control of Trunk (FACT):1 点, Functional Balance Scale (FBS):1 点, 基本動作中等度介助, 歩行GS-KAFO 使用し重度介助, Functional Independence Measure (FIM):32 点(運動項目22 点)

【最終評価:第63病日】

GCS:4-3-6, 中等度ブローカ失語, NIHSS:10 点(上肢2/0, 下肢2/0), Brs:上肢III手指II下肢IV, 感覚:表在覚右上下肢8/10, 足底圧覚4/5, MAS:右足関節背屈2, 筋力:左上下肢 MMT5, 右腸腰筋3~4, 大腿四頭筋3, 前脛骨筋2, 大臀筋・中臀筋2, FACT:13 点, FBS:35 点, 基本動作見守り~自立, 歩行GS-KAFO 使用し軽介助(90m), 10m 歩行:10.90 秒(19 歩), FIM:85 点(運動項目62 点)

【考察】

本症例は左被殻出血による重度運動麻痺・感覚機能低下を呈しており、体幹・下肢近位筋への介入を中心に行なった。ベッド上筋力トレーニングや起居動作練習, kneeling などの床上動作練習を行い体幹の両側性活動を促し体幹と股関節の静的安定性向上を図った。また、歩行練習においてはGS-KAFO 使用しフリーハンド後方介助による倒立振り子モデルを意識した2動作前型歩行を積極的に実施した。立脚期における足底荷重や立脚中期~後期の股関節伸展など筋紡錘の伸張を促し、自動的歩行, CPG 賦活を意識した介入を行い、姿勢制御・動的運動性向上を目指した。介入途中、麻痺側筋出力向上を認めカットダウンを検討したが、麻痺側の膝折れ・体幹側方動揺があり実用的ではなく、補高やインソールにて調整し、GS-KAFO での歩行練習を継続した。これらの介入により体幹・麻痺側下肢機能向上、バランス向上、歩行能力向上に繋がったと考える。

①-4

機能練習を兼ねた ADL の獲得により 予後予測を上回った右前頭頭頂葉皮質下出血の症例

加藤 岳奎¹⁾, 杉野 裕仁¹⁾

1) 筑波メディカルセンター病院 理学療法士

【はじめに】

皮質下出血は様々な脳血管疾患の中でも比較的予後良好とされている。今回、種々の機能予後予測では装具装着下杖歩行であったが、予測以上の機能回復を得られ、復職を考慮し介入した症例を担当したので以下に報告する。尚、本報告に関してヘルシキ宣言に則り、本人に同意を得た。

【症例紹介】

50 歳代男性。右前頭頭頂葉皮質下出血(保存療法)。既往歴:無し。職業:警察官。Hope:復職。第2病日リハビリ介入開始。第45病日回復病院転院。

【初期評価:第2~4病日】

GCS4-5-6. 著明な高次脳機能障害無し。NIHSS:10 点。Brs:左上肢II, 左下肢I-II. 感覚:左上下肢の表在覚軽度鈍麻, 深部覚重度鈍麻。MASO, 被動性検査にて左体幹, 左下肢低緊張。Babinski 反射左下肢陽性。基本動作:軽度-中等度介助。ADL:FIM 運動項目38/91 点(移乗7/21 点, 移動2/14 点)。

【プログラム・経過】

第4病日に離床開始。体幹、股関節中心に stability 向上を目的とした床上練習, 座位練習を実施。第6病日に長下肢装具(以下 LLB)装着下にステップングや重度介助にて歩行練習も開始。筋力練習や起立着座を中心に自主練習指導し、機能練習の回数と頻度を増やした。第9病日に stability 向上傾向となり、移乗が監視となった。第25病日 Brs 左上下肢III, FACT14 点。歩行は LLB 歩行軽度-中等度介助となる。以降、足部を踏まえた mobility 向上を目的に Knee brace や短下肢装具を用い歩行練習を重点化した。第34病日にU字型歩行器歩行修正自立となり、病棟内歩行を中心に自主練習指導し活動量を増やした。第40病日に装具無しで杖歩行修正自立となった。

【最終評価:第42~44病日】

NIHSS:1 点。Brs:左上下肢V, MMT:体幹, 左上下肢5. 感覚:左上下肢表在覚, 深部覚軽度鈍麻。MAS:左下腿三頭筋1 点, 深部腱反射左下肢軽度亢進。FACT:20 点, BBS:53 点。基本動作:自立。歩行:フリーハンド監視。10m 歩行8, 63 秒, TUG 左右9.4 秒。ADL:FIM 運動項目75 点(移乗17 点, 移動11 点)。

【考察】

本症例は、発症前 ADL 能力が高く、発症後も健側機能は維持されており、車椅子レベルの病棟 ADL 早期獲得を見込めた。その為、麻痺側下肢の随意性向上を目的に機能練習を中心に介入、自主練習指導したことで、体幹、両下肢近位筋の協調的な活動が可能となり、stability の向上が得られたと考える。その後、LLB 歩行練習量が増加し、機能向上と共にカットダウンを繰り返し、歩行機会の増加に繋がった。使用依存的可塑性を考慮し、動作レベル向上のため機能練習を再考、回復傾向にある機能を病棟 ADL で反復することで予後予測を超えた改善が見られたのではないかと考える。

①-5

右視床出血により左片麻痺を呈し独居での自宅退院を目指した症例～家族が安心できるためのアプローチ～

小山 光貴¹⁾, 小林 麻里絵¹⁾, 古澤 弦¹⁾

1) 筑波記念病院 理学療法士

【はじめに】

右視床出血により左片麻痺を呈し独居での自宅復帰を目指した症例を経験し、家族が安心できるためのアプローチを行ったことにより自宅退院につながったため報告する。

【症例紹介】

70 歳代男性。診断名：右視床出血。既往歴：高血圧，糖尿病。入院 ADL：独居であり歩行，ADL 全自立。主訴：左上下肢が動かさづらい。本人 HOPE：元の生活を送れるようになりたい。Key person：長女。家族 HOPE：自宅での歩行やトイレ動作が不安なため施設入所

【初回評価 X+22 日】

Brunnstrom Stage：上肢Ⅱ，手肢Ⅱ，下肢Ⅲ。関節可動域：左右下肢とも制限なし。ADL：FIM53 点（運動項目 23 点認知項目 30 点）

基本動作：寝返り-修正自立。起居動作-中等度介助。座位保持-見守り。起立-軽介助

【目標】

退院時：屋内，屋外 T 字杖歩行自立，入浴以外の ADL 全自立

【経過】

X+162 日外出練習実施。家族からは「近くにスタッフがいるから集中して歩いているのではないかとコメントがあり不安は払拭できなかった。X+167 日家族に来院してもらい T 字杖歩行，階段昇降，基本動作，トイレ動作を見学。その後，本人と家族で退院先について面談。家族はまだ自宅退院に対して納得していただけなかった。その後，家族から「近くに人がいない状態で転んだりしたら大変。毎日面倒見ることはできない，自宅ではなく施設へがいいです。」とコメントがあった。そこで家族と本人で一日過ごし本人の能力を確認してもらうために外泊練習を提案。X+176 日外泊練習実施。家族からは「まだ少し歩行は不安だが，本人も自宅に帰りたいと希望があるので施設ではなく家に帰らしましょうか」とコメントがあった。不安は完全に払拭することはできなかったが軽減し自宅退院へ同意を得ることができた。

【最終評価 X+189 日】

意識：Brunnstrom Stage 上肢Ⅵ，手指Ⅴ-Ⅵ，下肢Ⅵ。ADL：FIM115 点（運動項目 85 点認知項目 30 点）。基本動作：概ね自立。歩行：屋内 T 字杖歩行自立，屋外 SHB+T 字杖歩行自立。X+192 日自宅へ退院となった。

【考察】本症例は ADL，歩行共に自立レベルであったが，家族は病院のように整った環境でなく自宅の環境に対応し生活できるかという不安があった。自宅退院を目指すには本人の身体機能の向上だけでなく家族の不安に感じていることを解消していくことが重要と考える。

【倫理上の配慮】

ヘルシンキ宣言に基づき本症例に対して十分な説明を行い，発表への同意を得た。また，開示すべき利益相反事項はない。

②-1

肺炎再発後に再発前と同程度の ADL 能力まで改善した症例

辰己 司¹⁾

1) 筑波記念病院 理学療法士

【はじめに】

肺炎を発症すると ADL 能力が低下することについては多くの先行研究で述べられているが，再発後の ADL 能力についての報告は少ない。今回肺炎，腰椎圧迫骨折による入院後，肺炎再発を引き起こした症例を経験する機会を得たので以下に報告する。

【症例紹介】

80 歳代男性。発熱・腰痛のため，当院へ救急搬送され，肺炎，第 3 腰椎圧迫骨折にて入院となった。点滴加療終了後，18 病日目に療養棟へ転入。19 病日目より演者担当。入院前は，屋内歩行器歩行自立，入浴サービス週 2 回利用。自宅にて安静時酸素 1ℓ，動作時酸素 2ℓ で HOT を導入していた。

【理学療法初回評価】

19 病日目より理学療法開始。左下肺野水泡音。関節可動域：両股関節伸展 0°，両足関節 5°。下肢 MMT3。胸腰椎重度後弯。寝返り中等度介助，起き上がり軽介助，座位保持見守り，起立重度介助。本人の hope として「歩行できるようになりたい」とあったため，理学療法の最終目標を「自宅への退院，歩行器使用での屋内歩行自立」と設定した。

【経過】

18 病日目にコルセット完成。19 病日目から離床を開始したが，腰痛増強。鎮痛剤（トラマル）使用し，離床時間の増加を図るが，不穏症状出現のため中止。29 病日目より疼痛範囲内で起立練習を開始。37 病日目より歩行練習を開始。44 病日目には起居動作見守り，トイレ動作軽介助，25m 手引き歩行が可能となった。理学療法以外での離床を提案したが，本人からの同意が得られなかった。49 病日目に肺炎が再発し，酸素投与 3ℓ 開始。51 病日目から離床開始。しかし，易疲労性が強く長時間の離床は困難であった。59 病日目から歩行練習を再開したが，体動により喀痰を伴う咳嗽が増加し，歩行距離の増加には時間を要した。本人の状態に合わせて歩行練習を継続し，その後 81 病日目に 10m，88 病日目に起居動作見守り，トイレ動作軽介助，25m 手引き歩行が可能となった。

【考察】

今回の結果から肺炎再発後は，再発前と比較して身体機能の改善に時間を要したが，同程度の ADL 能力まで改善する可能性があることがわかった。その要因として再発後早期に離床を促したことで，過剰な廃用の進行を予防できたためと考えられる。今後，肺炎再発患者は身体機能の改善が遅延する可能性があることを念頭に置いて，運動負荷量の調節や，目標の設定に活用していきたい。

②-2

がん多発転移を呈した患者のデマンド変化に対しプログラム修正によりADL獲得に至った一症例
～多職種連携による自宅退院を目指して～

滑川 廉人¹⁾, 篠原 正和¹⁾

1) 筑波メディカルセンター病院 理学療法士

【はじめに】

乳癌(stageIV)を原発とした多発肺・肝・脳・骨転移を呈した症例を担当した。患者のデマンド変化に応じたプログラム修正と多職種連携により、入院期間の延長なく退院に至ったため、報告する。

【症例紹介】

60代女性。入院2ヶ月前に右浸潤性乳癌・多発転移(肺・肝・骨)と診断され、その後股関節痛増悪により歩行困難となり、当院入院となった。入院前ADLは自立、夫と次女の3人暮らしで家事全般を担っていた。初期デマンドは「物に頼らず自分の足で歩きたい」であった。

【初期評価/第8病日】

乳癌stageIV, 片桐スコア5点, Th7/L3, 左骨盤臼蓋と左大腿骨頸部に骨転移を認め、安静度はベッドアップ 30-45°であった。身体機能はMMT上・下肢5/5(R=L), 感覚低下は認めず、疼痛は左股関節屈曲時(自動)の鈍重感のみであった。Barthel Index(BI)15/100点, cancer Functional Assessment Set(cFAS)42/102点であった。

【経過】

初期は安静度によりベッド上介入となり、第14病日に車椅子可、左下肢爪先接地可に安静度が変更され離床開始した。同日脳転移と診断されるが神経症状は認めなかった。その後骨関連有害事象カンファレンスを開催し、今後の方向性、治療方針や動作時の注意点の情報共有を行い、目標退院日を第38病日目の放射線治療後とした。第18病日に安静度が歩行可となり第21病日には松葉杖歩行を開始したが、段差の多い家屋状況により、歩行自立が困難と予測された。第27病日、本症例より段差の少ない長男宅への退院について相談を受け、第32病日に退院前カンファレンスを開催し、長男宅への退院が可能となった。第32病日以降は補助具と環境調整を想定したADL練習中心に介入し、第39病日に長男宅へ退院となった。

【最終評価/第38病日】

安静度は歩行可、左下肢爪先接地可。運動麻痺は認めず MMT 上・下肢 5/5 (R=L), 異常感覚や感覚低下はなし。疼痛NRS0, 左股関節屈曲時の鈍重感は消失した。BI15→80/100点, cFAS42→70/102点と改善し、歩行器使用にて屋内歩行自立に至った。デマンドは「自分の身の回りの事はできるようになりたい」と変化した。

【考察】

本症例は当初、物に頼らず動作自立獲得への意志が強かったが、良好な信頼関係を築けた事で、補助具使用の提案を受容する姿勢が見られ、プログラム内容も心情の変化に対し適宜修正することができたと考える。また多職種とのカンファレンス開催により現状の把握、問題点に対する解決方法の立案や目標設定、本症例を担当する医療従事者全体での情報共有が為されたため、ADLの獲得と入院期間の延長なく退院に至ったと考えられる。

②-3

化学療法中に増悪した心不全に対して、無菌室内での有酸素運動を中心とした運動療法が有効であった骨髄異形成症候群患者の一症例

江尻 侑斗¹⁾

1) 筑波記念病院 理学療法士

【はじめに】

化学療法中のがん患者に対する治療法として筋力強化訓練、有酸素運動を組み合わせた運動療法は有効とされている。今回、慢性心不全悪化により運動耐容能低下を呈した骨髄異形成症候群(以下 MDS)患者に対して、運動療法を施行し、良好な経過が得られたため報告する。

【症例紹介】

80歳代男性。約10年前に僧帽弁狭窄症によりp-MVP施行。定期外来受診にて血球低下を認め、精査の結果MDSと診断され、ピタザ治療開始。同日無菌室内にて理学療法開始。初回評価時PS2, SpO2-97%(O2 3L-nasal), 関節可動域に制限認めず、筋力は両上下肢 MMT5, 歩行は独歩自立。動作時呼吸苦あり。血液データ:WBC-4840/ μ L, Hb-7.1g/dL, Plt-3.7万/ μ L

【経過】

化学療法実施前から貧血により慢性心不全増悪し、安静時SpO2-87%と低下, O2-3L nasal 開始された。肺水腫が認められ、動作時呼吸苦が強く出現しており歩行困難であった。主な問題点として心肺機能低下による運動耐容能低下と考え、入院前の歩行耐久性再獲得を目標にした。治療方針は血球減少に留意し、介入初期より呼吸理学療法を実施し、8病日目より端座位での下肢自動運動開始。10病日目より立位姿勢での自動運動, 13病日目よりポータブルエルゴメーターを用いた有酸素運動を開始した。頻度は週7回、ペダル負荷はなし、速さは3km/hから開始した。負荷量はカルボーネンの式を参考に低負荷($k=0.3\sim 0.5$)で設定し、心肺機能改善に伴い、1分/日の割合で漸増した。最終評価時、速さ3km/hで連続14分間実施可能、SpO2低下なく連続歩行距離は約100m可能と耐久性向上を認めた。両下肢筋力低下なくMMT5レベルで維持され独歩・ADL自立レベルであった。同治療継続の為、22病日目に一時退院となった。

【考察】

無菌室内での化学療法中のがん患者に対し有酸素運動を実施することで耐久性向上を図れたが、入院前の運動耐容能とはほど遠い結果となった。要因として無菌室内での運動機会の減少、介入期間の短さが推察されるが、化学療法中のがん患者に対し、有酸素運動を中心とした運動療法は運動耐容能向上の一定の効果を果たせたと考えられる症例であった。

【倫理的配慮, 説明と同意】

ヘルシンキ宣言に基づいて本症例に対し十分な説明を行い、発表への同意を得た。また、開示すべき利益相反事項はない。

②-4

化学療法誘発性末梢神経障害に対して神経筋電気刺激と運動療法の併用が有効であった急性リンパ芽球性白血病の一症例

内田 貴一¹⁾

1) 筑波記念病院 理学療法士

【はじめに】

化学療法誘発性末梢神経障害（以下 CIPN）はビンカアルカロイド製剤、白金製剤など神経毒性のある薬剤にて治療を受けている患者に見られる。今回 CIPN により下肢筋力低下を呈した症例に対し、神経筋電気刺激（以下 NMES）と運動療法の併用治療を実施する機会を得たため、若干の考察を加えて報告する。

【症例紹介】

60 歳代男性。39.0°C の発熱を認め紹介受診。精査の結果急性リンパ芽球性白血病と診断され、Hyper-CVAD 療法開始。同日より無菌室内にて理学療法開始。初回評価時 PS0、関節可動域に制限認めず。筋力は両上下肢 MMT5。歩行は独歩自立であり、片脚立位は左右とも 30 秒以上可能であった。

【経過】

抗がん剤投与終了後 1 週間ほどで右下腿の筋力低下を認めた。MMT にて前脛骨筋 2/5、長母趾伸筋 2/5、下腿三頭筋 3/5 であった。感覚障害は認めなかった。歩行は遊脚時に右膝関節を過屈曲させる代償動作が見られた。片脚立位は右 3 秒であった。13 病日目より右前脛骨筋と下腿三頭筋に対する NMES を開始した。頻度は週 5 回。パラメーターは周波数 60Hz、パルス幅 300 μ sec とした。1 回あたりの治療時間は 20 分とし、治療時に随意的筋収縮とも併用し、無菌室内での筋力・耐久性の低下予防のために反対側の筋力強化練習やポータブルエルゴメーターによる耐久性向上練習も同時に実施した。NMES 実施から 3 週間後 MMT にて前脛骨筋 3/5、長母趾伸筋 4/5、下腿三頭筋 4/5 と改善を認めた。歩行は遊脚時の代償動作の軽減を認め、片脚立位は 15 秒可能となった。骨髄は寛解が得られ、38 病日に独歩・ADL 自立にて一時退院となった。

【考察】

治療対象筋は MMT にて概ね改善が見られ、歩行の代償動作も軽減したが、前脛骨筋に関しては改善に乏しかった。抗がん剤の副作用は長期にわたるといふ点もあり、治療期間から考えると副作用が消失していない影響もあると推察されるが、早期より CIPN による筋力低下に対してアプローチすることにより一定の筋萎縮予防の効果は果たせたと考えられる症例であり、CIPN に対する理学療法的手段として NMES と運動療法の併用治療が有効であ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いて本症例に対し十分な説明を行い、発表への同意を得た。また、開示すべき利益相反事項はない。

②-5

アルコール性末梢神経障害を呈したアルコール依存症症例に対する理学療法を経験して

木曾 稜太¹⁾、大好 崇史¹⁾

1) 筑波記念病院 理学療法士

【はじめに】

アルコール性末梢神経障害は、アルコール摂取に伴う代謝産物によって直接神経を障害することで生じる。また、飲酒に伴う偏食や吸収障害等で二次的にビタミン B1 が欠乏することも多い。症状としては、下肢優位の筋力低下、感覚障害、深部腱反射の消失等がみられるが、リハビリテーションの立場からの報告は非常に少ない。今回、アルコール性末梢神経障害を呈した症例に対し理学療法を実施する機会を得たため報告する。

【症例紹介】

60 代男性、アルコール依存症の診断。アルコール性末梢神経障害・ビタミン B1 欠乏性末梢神経障害あり。外傷性脳出血、てんかん、肝硬変の既往あり。入院前は独歩で酒浸りの生活。入院 13 日前から這って生活。2020 年 5 月歩行困難の精査目的で急性期病棟入院。

【経過】

6 病日目までアリナミン点滴投与、以降は内服投与。23 病日目に施設への退院調整のため療養棟へ転出、演者が担当開始。尚、発表に際し症例に同意を得た。初回評価時（23～33 病日）、やりとりは可能だが辻褄の合わない発言あり。幻覚・失見当識あり。HDS-R12/30 点。足関節背屈関節可動域（右/左）-35°/-30°、その他制限なし。HHD（ANIMA 社製 μ TasF-1）にて、筋力（右/左 kg f）は股関節屈曲 2.2/1.8、外転 7.9/5.8、膝関節屈曲 1.9/2.3、伸展 3.4/2.1、足関節背屈 0.0/0.0。感覚精査困難。腱反射上下肢消失。起居見守りで可能。移乗は膝折れあるため両膝固定を要し、重度介助。歩行実施困難。主の問題を末梢神経障害・廃用に伴う下肢筋力低下と考え、退院までに車椅子軽介助での移乗獲得を主目標とした。

【プログラム】

ティルトテーブルを傾斜させ立位保持、ハーフスクワット等。徐々に平行棒内運動へ移行し、起立、立位保持、ハーフスクワット、股上げ等。部分免荷での歩行練習（CYBERDYNE 社製オールインワン使用）。

【最終評価（53 病日目）】

HHD にて股関節屈曲 4.4/4.4、外転 13.6/12.4、膝関節屈曲 2.9/2.4、伸展 3.3/0.0、足関節背屈 1.2/0.0。移乗時の膝折れ軽減し、片膝固定で中等度介助。歩行実施困難。

【考察】

今回の結果より、アルコール性末梢神経障害を呈する症例に対し適切な医学的管理をし、抗重力位での介入を中心に理学療法を行うことで筋力向上及び介助量の軽減を認める可能性があることが分かった。今後もアルコール性末梢神経障害を呈する症例に対して症例報告等を行っていき、知見を深めていく必要がある。

18日①-1

脳梗塞後遺症による麻痺側上肢の学習性不使用に対しアクティビティに着目した介入

出田 楓理¹⁾

1) 筑波記念病院 作業療法士

【はじめに】

脳梗塞後遺症により右片麻痺を呈し、発症から1年4カ月たち麻痺側の学習性不使用が生じている症例を担当した。麻痺側を用いたアクティビティを行ったところ、麻痺側上肢の使用機会が増え、基本動作介助量の軽減を認めため報告する。

【症例紹介】

70歳代後半の女性。診断名：心不全。現病歴：1病日、心不全症状あり緊急要請となる。既往歴：脳梗塞。社会背景：施設入所中。要介護5。利き手：右。

入院前生活：食事は左手でおにぎりを摂取。その他ADL全介助。車椅子ベースでの生活。移乗全介助。

【初回評価】

運動失語により保続、換語困難あり。簡単な指示理解可能。認知機能は物品の用途理解可能。循環はnohria分類warm&dry、下肢浮腫あり。呼吸苦あり。頻脈あり。運動麻痺はbrunnstrom stage(右)上肢Ⅲ手指Ⅴ下肢Ⅲ。筋力は左上下肢MMT3。基本動作は起居ベッドアップ経由し重度介助。移乗中等度介助。ADLは全介助。

【問題点】

心不全と運動麻痺による基本動作介助量増加、活動範囲の狭小化、意思疎通能力低下

【目標】

麻痺側上肢の使用機会の増加、基本動作介助量軽減、日中活動の獲得、スタッフや家族との意思疎通能力向上

【経過】

心不全症状の経過に合わせて基本動作練習、座位耐性練習、自動運動中心の随意性促通練習を行い、運動麻痺brunnstrom stage(右)上肢Ⅳ手指Ⅴ下肢Ⅳと、初回と比べ麻痺は向上を認めしたが、症例が自ら麻痺側上肢を使用する様子はなく、基本動作や移乗も中等度介助を要していた。そこで、53病日より麻痺側上肢での塗り絵、起立動作のリーチ練習のため前方輸入れを実施。開始当初は塗り幅は狭かったが、少しずつ上肢の可動範囲が増え塗り幅が広がり、色も濃くなっていった。塗り絵に対し「楽しい」と発言があり、積極的に取り組む様子が認められ、発話や笑顔も増えた。基本動作でも徐々に麻痺側上肢の使用が増え、67病日には運動麻痺には変化は認めなかったが、起居柵支持し見守り～軽介助、起立見守り、移乗柵支持し軽介助で可能となった。

【考察】

マーティン・ロツェらは、学習性不使用の治療において、学習の中心は患者自身であり、効率的な可逆的変化の誘導には機械的介入やセラピストの他動的な運動よりも、患者本人が動かそうとする意志を持たせた訓練や目的動作の中での随意運動に重点を置いた治療計画が重要と述べている。今回、症例が楽しみながら積極的に行える課題として塗り絵を提供したことで、より効率的な麻痺側の使用向上に繋がったと考える。

①-2

未破裂前交通動脈瘤クリッピング術後に記憶障害を呈した症例に対し、残存機能に着目した反復動作練習が有効であった一症例

元井 沙都¹⁾、上原 智彦¹⁾

1) 筑波記念病院 作業療法士

【はじめに】

未破裂前交通動脈瘤クリッピング術後に、記憶障害を呈した症例を担当した。残存機能を生かした反復練習による代償手段定着と、地域サービスとの連携を図った結果、独居生活再獲得に至ったため以下に報告する。

【症例】

60歳代女性。診断名は未破裂前交通動脈瘤。入院前は独居、清掃会社勤務。術前ADLは全自立。趣味はパチンコ。性格は自由気まま。

【経過】

術前評価(1病日目)、認知機能Mini-Mental State(以下MMSE)30点、注意機能Trail Making Test(以下TMT-J)正常、両上下肢筋力MMT5。2病日目クリッピング術施行。術後評価(3病日目)、MMSE21点、TMT-J異常、日本版レーヴン色彩マトリックス検査(以下RCPM)30点、リバーミード行動記憶検査(以下RBMT)標準プロフィール点2点・スクリーニング点0点。仕事内容や数分前の出来事を思い出せず、病識低下と作話を認めた。そこで、毎朝1日の予定をベッドサイドに掲示した。慣れた段階よりメモリーノートを導入し、リハビリ時間と介入内容の記入を促した。また介入毎に担当者がフィードバックを記入した。39病日目回復期病棟転出。ノートの置き場を指定し、リハビリ時に持ち歩く・終わった予定を消すことを条件とし、68病日目よりリハビリ時間に集合可能となり、病棟ADL自立となった。また「忘れっぽい」と病識改善ととれる発言が増えた。しかし「ノートを常に持つのは面倒」と発言は消えず、カレンダーを追加導入したところ、予定把握が可能となった。入院中に仕事は解雇、生活保護を受給し、市の担当者と情報共有した上で馴染みのある場所に退院先を決定した。並行し、危険場面を想定した対処行動を反復練習した。道に迷った際は携帯から住所や緊急連絡先を引き出す、作成した張り紙を見ることで火元や鍵の管理を確実にを行うことを定着させた。最終評価(206病日目)、MMSE28/30点、TMT-J正常、RCPM32点、RBMT標準プロフィール13点・スクリーニング点5点。ADL全自立。退院時同行にてカレンダー等設置し、地域サービス担当者へ対応方法を説明し207病日目退院となった。

【考察】

フィードバック記入により客観的意見を振り返ることができた。さらに、性格を考慮した上で、カレンダー等退院後使用する手段を導入し目的理解が進んだ結果、病識改善に繋がりに手段定着に繋がったと考える。残存機能に着目し、置き場指定等の条件付けや反復練習による行動の手続き記憶化を図ったことが、より有効であったと考える。また地域担当者と直接協働したことが独居を可能にしたと考える。

①-3

目標共有したことにより麻痺手の使用頻度が増加した一事例

大岩 南¹⁾, 上原 智彦¹⁾

1) 筑波記念病院 作業療法士

【はじめに】

左被殻出血発症後、生活上での麻痺手の不利用が生じた事例を担当した。そこで段階付けをした課題指向型訓練と生活上での目標共有を行い、麻痺手参加が拡大した為以下に報告する。

【事例】

70 代男性。診断名は左アテローム血栓性脳梗塞。妻と二人暮らし。病前の日常生活動作 (ADL) は自立。17 病日目に演者担当となった。

【初期評価】

Brunnstromstage (Brs) : 右上肢IV手指IV下肢V。感覚 : 表在覚は右指尖に痺れあり。関節可動域 : 肩屈曲 120° , 外転 85° , 外旋 20° , 手関節背屈 40° 。握力 : 右 12kg, 左 22kg。簡易上肢機能検査 (STEF) : 右 32 点, 左 88 点。機能的自立度評価表 (FIM) : 74 点。ADL は健側手中心に使用していた。入浴は機械浴。

【経過】

機能向上に伴い ADL 上での麻痺手の参加が可能となった。27 病日目に肩の疼痛が NRS6/10 へ増強し、「痛くなるから全然使えない。」と消極的な発言があった。そこで MoterActivityLog (MAL) で本人の生活と関連するもの 8 項目を抜粋し、AOU3 点、QOM0 点。ADL 上で生じた代償動作による疼痛から、麻痺手の不利用が生じたと推察した。麻痺手を適切な場面で積極的に使用することを目的に課題指向型アプローチを開始。できる動作の増加を実感できるよう難易度や負荷量を調整し、模擬的に動作を反復練習。また、肩の疼痛緩和目的に自主ストレッチ方法を提示。さらに、生活上でも適切な方法で麻痺手使用していくことを目的に生活場面での目標共有を行い、麻痺手の使用状況を毎日の面接と 2 週ごとの MAL によって確認。「今日も痛くない。使ってるよ。」などの肯定的な発言が聞かれるようになった。

【最終評価】

Brs : 右上肢IV手指V下肢V。握力 : 右 16kg, 左 23kg。STEF : 右 54 点, 左 90 点。MAL : AOU5 点, QOM3 点。FIM : 113 点。食事 : 麻痺手で茶碗の把持。洗顔 : 両上肢での洗顔。トイレ : 両上肢での下衣操作。更衣 : 両上肢でボタン操作。入浴 : 両上肢での洗体。疼痛 : 右肩 NRS3/10

【考察】

事例は当初、代償動作を伴う方法で生活上で麻痺手を使用していたため、肩の疼痛が増強し、麻痺手の不利用が生じたと考える。そこで生活上での使用方法を目標共有し、段階づけたりハビリプログラムを実施。面接での定期的な実施状況の確認により、目標共有を行った各項目における見直しができた。それにより課題ごとの内的動機づけが強固となり、生活上での麻痺手の正しい使用方法が獲得され、実生活に般化させることができた。また、自主ストレッチの定着が図れたことで疼痛軽減され、生活上での麻痺手参加の一助となったと考える。

①-4

脳梗塞患者の箸操作獲得までの過程

齋藤 隆亜¹⁾

1) 筑波メディカルセンター病院 作業療法士

【はじめに】

アテローム血栓性脳梗塞を呈する症例を担当した。右上肢機能低下により箸操作が困難であった。箸操作獲得を目標に介入した為以下に報告する。尚、報告に際し症例に同意を得た。

【症例】

60 代男性。右利き。現病歴 : 右手の動かしづらさを自覚。停車中の車に追突し搬送。診断名 : 左中大脳動脈領域アテローム血栓性脳梗塞。入院前 : 自立。仕事 : 足場点検。希望 : 利き手で箸を使用したい。入院前の箸の持ち方 : 上箸を右母指末節部、中指末端、環指末節部にて把持。下箸を母指基節部、小指末節部にて把持

【作業療法評価 4~7 病日】

意識レベル : 清明。日常会話可能。麻痺 : BrunnstromStage (以下 Brs) 右上肢 V、手指 IV、下肢 V。表在覚 : 右上肢軽度鈍麻。深部覚 : 左右差なし。徒手筋力テスト : 左上下肢 5。基本動作 : 自立 Barthel Index (以下 BI) : 60 点。食事は軟菜食、左手スプーン使用。箸操作 : 入院前の持ち方にて把持。開閉動作により次第に箸がずれ、上箸は母指を除く 4 指で握るように把持。下箸は母指末節部のみの固定となり物をつまむことが困難【問題点】上箸を母指~中指で上下に操作させることが困難。開閉動作に併せて示指~小指の屈曲伸展運動が生じ、下箸の固定が不十分。

【目標】

箸操作獲得

【プログラム】

①箸操作練習。上肢機能練習。②上肢筋力練習

【経過】

5 病日 : 食事はスプーン使用。①開始。8 病日 : 箸で物の把持が可能になる。持ち直しや疲労感残存。14 病日 : Brs 手指 V に変化。②開始

【最終評価】

変化点のみ記載。16 病日 : 麻痺 : Brs 右上肢、手指、下肢 V。表在覚 : 左右差なし。徒手筋力テスト : 四肢 5。BI : 100 点。箸操作 : 上箸を母指~中指の三点で把持。下箸を母指、環指で固定することが可能になる。食物の把持、大豆をつまんでの移動が容易になる。実際の食事場面ではスプーンを併用。使用後疲労感残存。

【考察】

本症例は右上肢機能低下により、箸操作において上箸の母指~中指の屈曲・伸展と下箸の固定が不十分で食事動作に支障をきたしていた。介入により手指の随意性、筋力向上が認められ、食物の把持が可能になった。しかし耐久性の低下が残存、食事の時間経過により箸操作・把持に時間を要する場面があった。退院時はスプーンを併用しており箸のみでは疲労感が生じてしまう課題が残った。この課題に対しては引き続き箸を中心に食事を行なうこと、右上肢・手指の筋力トレーニングを自宅で行なうことにより改善の見込みがあると考え

①-5

身体拘束により麻痺側手指の拘縮を認めた症例に対し、他職種で連携することで改善を試みた一症例

遠藤 由香¹⁾

1)つくばケアセンター 作業療法士

【はじめに】

介護保険施設では、緊急をやむを得ない（切迫性・非代替性・一時性の3要件すべてを満たす）場合のみ身体拘束が認められている。今回、身体拘束により麻痺側手指に拘縮が生じたと考えられる症例に対し、他職種連携を図り改善を試みた結果、一時性という点から、症例への対応に変化が見られたため報告する。尚、発表に際し症例より同意を得た。

【症例紹介】

80歳代後半男性。要介護2。尿路感染症・廃用症候群の診断にて当施設入所中。アルツハイマー型認知症、脳梗塞の既往あり。嚥下障害あり経鼻経管栄養となっている。今後の方向性未定。

【担当開始時評価（Y月）】

JCS I-3。両耳難聴あり。簡単なやりとり可能。独語多い。N式老年者精神状態尺度10/50点。Brunnstrom stage 右上肢V手指VI下肢V。ADL上問題となる関節可動域制限なし。左上下肢MMT3~4。基本動作中等度介助。排泄中等度介助、その他ADL全介助。両上肢の動き多く、常時両手にミトン装着中。

【経過】

Y+1月、ミトンを装着したまま胃管自己抜去したため、ビーズが詰まっているミトンへ変更。その後、肺炎を発症し、2週間介入中止。介入再開後、右第II~V指に屈曲拘縮と疼痛を認めため、手指関節可動域練習中心に介入。また、手指の動きを妨げないミトンへ変更を依頼。しかし、屈曲拘縮・疼痛共に改善乏しかったため、右手ミトン解除に向け、危険行動の評価実施後、身体拘束委員会にて提案。午前中のみ右手ミトン解除となった。

【最終評価（Y+10月）】

右第II~V指に屈曲拘縮あり。疼痛減少。右上肢は動き少ない。午前中は右手ミトンを外して過ごす。

【考察】

中田らは、週5日、1回20分以上の持続的伸張運動によって拘縮の進行抑制効果が認められると述べている。当施設では、1回20分、週2回の介入であることから、介入時間のみで拘縮進行抑制は困難であり、早期から他職種連携が必要であったと考える。厚生労働省が作成した身体拘束ゼロへの手引きでは、身体拘束について、緊急をやむを得ない場合に該当するかどうかを常に観察、再検討し、要件に該当しなくなった場合は直ちに解除する、と述べられている。本症例では、リハビリテーションスタッフとして、身体機能の変化を他職種と共有し、働きかけを行ったことで、症例に対する身体拘束について見直しがなされ、現在の状態に応じた適切な対応につながったと考えられる。

②-1

喪失体験を繰り返す症例の終末期作業療法を経験して

坂本 樹紀¹⁾

1)筑波記念病院 作業療法士

【はじめに】

今回終末期癌患者を担当する機会を得た。最期を迎えるまでの症例と家族と関わりで、妻の行動変容のきっかけを生み、患者のQOL向上に繋がったため、以下に報告する。発表に際して症例から同意を得ている。

【症例紹介】

60代後半男性。入院4か月前に十二指腸癌と診断。妻と二人暮らし、入院前ADL自立。

【経過】

作業療法開始時、意識清明、PerformanceStatus(以下PS)grade1、MiniMentalStateExamination24/30点。「妻と散歩したい」と希望あり。自宅退院を視野に入れ、QOL向上を目標に介入した。倦怠感が強く、離床が困難な時はライフレビューを行うと笑顔がみられた。28病日目、移動は車椅子となり、病状が悪化し自宅退院が困難となった。症例は外出を希望したが、家族が希望せず実行しなかった。56病日目、車椅子での散歩に妻を誘うが賛同を得られなかった。毎日妻が面会する時間に介入し、散歩をする姿を見せ、介助方法や車椅子乗車可能な時間を伝えた。数日後、再度散歩に誘うと同意が得られた。61病日目、夫婦で散歩し、満面の笑顔でピースをする症例の様子がみられた。67病日目、一人で歩いて転倒する等、自立した生活が困難となった。78病日目、永眠。

【考察】

本人の希望に沿った最後の生活の実現に、医療者が家族に本人の意思を軸に働きかけることの有効性を示す(中里:2020)。喪失体験が多い中、ライフレビューを実施したことで症例の語りを引き出し、希望を聞くことができた。またセラピストと共に喪失感を共有することで、その想いに寄り添い、やりたかった事ややり残す事を受容していく一助となったと考える。病气や現状の受け止めの違いといった両者の溝を深めている影響要因に働きかけ、正の作用をもつ成り行きを相互作用へとシフトする後押しが大切になる(庄村:2008)。「妻と散歩がしたい」という希望にセラピストが介入したことで、妻が症例と散歩を行う手段を知り、自立していた症例の弱さを認知し、妻の行動変容を促す後押しになったと考える。散歩中の症例の満面の笑顔でピースからもQOL向上に寄与できたと考える。妻は、症例を受容することに時間を要し、散歩や外出に賛同できなかったと考えられたが、症例の弱さを認知することで妻の心情が変化し院内での散歩は実現した。限られた時間と環境の中で症例や家族の想いに寄り添い、出来る事に焦点をあて、症例の置かれた状況を伝えることで妻の行動変容と症例の希望を部分的に叶えることができQOL向上につながったと考える。

②-2

臥床傾向となった患者に対する作業活動を用いた介入の経験

大貫 愛美¹⁾, 曾我 朋子¹⁾

1) 筑波メディカルセンター病院 作業療法士

【はじめに】

肺癌治療中、間質性肺炎の増悪を呈した症例を担当した。日中臥床傾向となった症例に対し、作業活動を用いた介入を行った結果、離床意欲の向上、介助量軽減が得られた。作業活動の有用性を再認した症例となった為、以下に報告する。発表に際し本人の同意を得た。

【症例】

70 代女性。診断名は間質性肺炎急性増悪。左肺癌(StageⅢA)に対し他院にて治療中、酸素化不良となり加療目的に当院転院。ADL 自立。症状の改善乏しく、61 病日目に緩和ケア病棟へ転科。

【作業療法評価(61 病日目)】

JCS I-2, 簡単な会話・指示動作が可能。左胸部に癌性, Th8 病的骨折による疼痛あり。安静時より鼻カニューレにて酸素 1L/分投与, 動作時に軽度呼吸苦あり。四肢は分離運動可能で筋力は MMT3-4。眠気や倦怠感が強く, 排泄時以外は臥床傾向。離床に対して「今日はいい」等消極的な発言が聞かれた。Barthel Index(以下 BI) 50 点。トイレでの排泄を希望していたが, 移動は車椅子, 下衣操作は介助で実施しており介助量は増加傾向であった。

【問題点】

廃用症候群に伴う意欲・活動性低下

【目標】

トイレで排泄ができる, 日中の座位時間を拡大し廃用進行を予防する。

【介入】

離床が困難な日はリラクゼーションや会話に留め, 信頼関係の構築を図った。会話の中で「何か作ったりするのは好きだよ」との発言があり, 折り紙や塗り絵等の作業活動を提案した。受け入れは良好で, 作業療法時間以外でも自らベッド上座位で作業に取り組む様子がみられるようになった。作品は自室に飾り, 他者から賞賛される機会を設けた。日中座位での離床時間は拡大し, 起立練習やトイレ動作練習が実施可能となった。

【最終評価(106 病日目)】

JCS I-3, 簡単な会話・指示動作が可能。酸素は安静時 1L/分, 体動時 3L/分使用。四肢 MMT3-4。疼痛は内服にて自制内。起立・移乗は軽介助, 自室トイレまでは歩行器歩行, 下衣操作は見守り。BI60 点。日中はベッド上座位でテレビ鑑賞や塗り絵等をして過ごす。

【考察】

作業は意志減退した患者に対し、徐々に活動性を回復させるといわれている。今回作業活動を併用した介入により、意欲向上や離床時間の拡大を図ることができ、結果的に動作介助量軽減へ繋がった。より早期から検討することでさらに症例の嗜好に合わせた作業内容や難易度の調整が可能であったと考える。

②-3

早期からの自主トレ指導と適切な実施により、病前の生活動作獲得、復職を果たした症例

高橋 茉琴¹⁾

1) 筑波メディカルセンター病院 作業療法士

【はじめに】

右橈尺骨の骨折を呈し、術後の関節可動域(以下 ROM)制限により、復職に不安を持った症例を担当した。早期からの自主トレーニング(以下自主トレ)指導と適切な実施により、ROM 制限を残さず病前の日常生活動作(以下 ADL)獲得と復職に繋がったため、以下に報告する。尚、報告に際し症例に同意を得た。

【事例紹介】

属性:50 歳代女性。診断名:右橈尺骨骨幹部骨折。入院前:独居。ADL 自立。職業:獣医。

【術後評価】

意識レベル:清明。医学的管理:創傷治療システムレナシス装着。前腕から手関節はシーネ固定。安静度:患部外 ROM 運動可。感覚:手指触覚軽度鈍麻。ROM:右肘屈曲制限あり。フルグリップ困難。対立:小指困難。浮腫:前腕~手指にあり。疼痛:手指運動時伸張痛あり。ADL:自立(左手が主)。

【問題点】

手関節部固定に起因する ROM 制限での ADL, 復職の制限。

【目標】

ROM 改善。病前動作獲得。復職。

【経過】

4 病日目、橈尺骨に対する観血的整復固定術施行、レナシス装着。翌日より患部外 ROM 運動開始。肩挙上運動、肘屈伸運動、手指運動の自主トレを指導。翌日、自主トレの過度な実施による疼痛が出現。そのため、1 日 20 回×4 セットを目標に行うよう指導。介入ごとに自主トレ状況確認を実施。9 病日目、レナシス終了。安静度が手関節背屈、前腕回内外の自動運動可へ変更。各動作の自主トレを同様に指導。13 病日目、自宅退院。退院時、ADL 場面で右手を使用するよう伝え、自主トレ内容と禁忌事項を書面にて指導。外来初回 20 病日目、浮腫改善。37 病日目、右手で箸使用可。65 病日目、荷重と他動 ROM 運動開始。93 病日目、ROM の左右差なくなり、仕事(外科手術)を助手として再開。114 病日目、病前の仕事内容に復帰。

【最終評価】

感覚:左右差なし。ROM(°):(自動/他動)掌屈 60/65, 背屈 65/75。回内 90/95, 回外 90/95。フルグリップ可。対立:全指可。浮腫:なし。疼痛:なし。ADL:両手使用し自立。

【考察】

担当した症例は、自主トレの過度な実施による疼痛が出現した。1 日に行う自主トレの回数は、1 セット 20~30 回を 3~5 回行うことが望ましいとされている。早期から適切な負荷、頻度を保つことに重点を置き自主トレを実施したため、合併症が生じることなく ROM 拡大に繋がり、病前と同様の生活を送れるようになったと考える。

②-4

多職種連携にて環境を調整し自宅退院につなげた症例について

小峰 紋美¹⁾, 浅野 祐一¹⁾, 末政 聡子¹⁾

1) 筑波学園病院 作業療法士

【はじめに】

術後より昼夜逆転し Activities of Daily Living (以下 ADL) が低下した患者に対して多職種連携を行い具体的な環境調整やサービスを提案し自宅退院につなげた症例を報告する。報告に関して症例より同意を得た。

【症例】

症例：80代女性 診断名：壊疽性胆のう炎 介護区分：要介護1 現病歴：X年Y月Z日に上記診断で当院に入院し、翌日に胆のう摘出術を施行。術後に理学療法士（以下 PT）、作業療法士（以下 OT）による介入が開始した。術後より昼夜逆転しせん妄症状を認めた。また、起立や移乗の際に全介助を要した。

入院前の生活：長男家族と同居し、日中は独居になる事あり。歩行は屋内独歩、屋外歩行器見守り。ADL は入浴以外自立し、入浴は嫁の介助で実施。

家族の希望：自宅のトイレまでの歩行の獲得

【介入方針】

自宅退院には概日リズムの再構築、屋内歩行・トイレ動作の自立が主な課題であり、ケアマネジャー・家族より情報を収集し、環境・サービス調整を行う事で自宅退院が可能と考え介入。

【多職種と連携した事】

PT とは目標を共有し、PT は屋内シルバーカー歩行の自立、OT はトイレ動作の獲得を目標にトイレ動作訓練や自宅内の環境調整を中心に介入。また情報共有を頻回に行い、今後の見通しや必要なサービスの検討を行った。

看護師とは昼夜逆転・せん妄症状の軽減のため病棟にて日中の離床時間の拡大を図った。離床した際に本人の意欲が高い活動を提供し、日中の活動量の増加を図った事で徐々に昼夜逆転・せん妄症状が軽減した。また早期からトイレ誘導を依頼し、排泄機会を設けた。定期的に介助量や現状の問題点について情報共有を行った。

ケアマネジャー・家族からは入院前の生活や自宅の環境を聴取し、入院前 ADL との乖離があったためリハビリ見学の場にて現状確認と自宅が必要になる環境調整やサービスについて情報共有した。自宅訪問を行い、具体的な環境調整・今後必要なサービスを提案した。

【結果】

OT が提案した福祉用具を導入し、自宅退院となった。

【考察】

日本リハビリテーション病院・施設協会は地域リハビリテーションの推進課題において「連携活動の強化とネットワークの構築」の中で多職種協働体制の強化を唱えている。入院前の生活について把握しているケアマネジャー・家族、入院中の状況を把握している看護師・PT・OT が退院後の生活を見据えて情報共有を行った事で必要な環境設定、サービス調整を具体的に提案でき自宅退院につながったと考えた。

②-5

個人が重要としている目標の共有と達成により心理機能、している ADL が向上した症例

阿見 美月¹⁾

1) 筑波記念病院 作業療法士

【はじめに】

Brunstein (1993) は個人が重要としている目標を達成することで主観的な改善に繋がり、心理機能が改善するとされる Personal Goal モデルを提唱している。介助に依存的な症例に対し、個人が重要としている目標を達成することで心理機能、している ADL が向上したため報告する。発表に際し症例には口頭で同意を得た。

【症例】

60代女性。診断名は殿部蜂窩織炎、左下腿熱傷。風呂場で動けないところを発見され体動困難にて入院。娘と2人暮らしだが、生活には関与していない。ADL 自立、生活スペースは風呂場と廊下、家はゴミが散乱している。今後は施設方向。

【18 病日目演者初回評価】

主訴はお尻が痛くてできない、できないからやってほしい。基本動作中等度～全介助。ADL は更衣、排泄、入浴全介助。機能的自立度評価法（以下 FIM）は運動 21 点、認知 34 点、合計 55 点、バーセルンデックス（以下 BI）は 15 点。リハビリ以外は臥床。

【目標】

入浴以外 ADL 自立、施設内で主体的な生活を送る。

【経過】

介入当初希望の聴取は困難で、基本動作、ADL 介助量軽減を目標に介入。51 病日目介助量は軽減したが依存的で、できる ADL としている ADL に乖離がみられた。そこで希望を聴取し、症例自身で「靴が1人で履けるようになりたい、楽に立ち上がりたい」と目標を再設定。毎日目標や達成状況を確認し、成功体験を重ねた。目標を達成する毎に前向きな発言や、主体的な行動が増加し、している ADL が向上した。

【97 病日目最終評価】

主訴は何も使わないで自由に歩きたい。基本動作は見守り～自立。更衣セッティング自立、排泄見守り。FIM は運動 62 点、認知 34 点の合計 93 点、BI 70 点。臥床時間は減少。

【考察】

している ADL が向上しなかった要因として、現在の能力や状況理解が不十分で、介助量が軽減したことを理解できず、依存的な心理状態となっていたのではないかと考える。症例が目標を設定することで、行うべきことが明確化され、達成に向け毎日目標と達成状況を共有した。それらを繰り返すことで能力や状況が理解でき、目標達成後前向きな発言や主体的な言動が増加したと考える。また、千田 (2014) は目標達成には患者のリハに臨む意欲や動機付けが必要であると述べており、症例と毎日目標を共有したことは、意欲を保つことにも有効であったと考える。目標と達成状況の共有を繰り返し、目標を達成していくことで心理機能が改善し、主体的な言動の増加、している ADL の向上に繋がったと考える。

②-6

高次脳機能障害を呈した症例に対し、更衣動作自立に向けた作業療法

八巻 風香¹⁾

1) 筑波記念病院 作業療法士

【はじめに】

高次脳機能障害を呈し更衣動作獲得に難渋した症例に対し、更衣動作自立に向けた作業療法を実施したため、その経過や考察を以下に報告する。発表に際して症例から同意を得ている。

【症例紹介】

60代男性、診断名：左視床出血、入院前生活：ADL 自立、家族の希望は身の周りのことは自分でできるようになってほしいとのこと。

【初回評価】

運動麻痺：Br. Stage 上肢Ⅱ-下肢Ⅱ-手指Ⅱ。感覚：表在・深部覚中等度鈍麻

高次脳機能：コース立方体組み合わせテスト 10点 その他バッテリーでの評価困難

観察上注意障害、感覚性失語あり。FIM42/128点(上衣更衣：3点)袖の認識は可能だが、上衣の全体を見て左右の袖を選択することは困難。着衣手順の理解不十分。

【経過】

介入初期(1~2週目)手洗い等のADL動作を行い、麻痺側の管理向上を目的とした介入するも、声かけがないと麻痺側を視界に入れることは困難。介入中期(2~6週目)視界に麻痺側が入るように前方にテーブルを設置し、衣服の構成を理解するために袖につけた目印の探索練習を実施。介入後期(6~10週目)更衣一連の過程を反復練習。時間を要すと「難しい」と諦めることが多く消極的。正のフィードバック、時間を測り成果を数値化、時間を要す工程で声かけを多くするよう関わった。次第に終了時「できた」との発言が多くなり、反復練習に意欲的に取り組む様子がみられた。声かけなくとも手順通り動作が可能になり、更衣動作を獲得することができた。

【最終評価】

FIM60/128点(更衣上衣5点)タグを見てセッティングし、左右の袖の選択可能。更衣方法が定着し一連の動作が自身で可能。コース立方体組み合わせテスト：29点

【考察】

更衣上衣自立に至った要因の1つは視覚情報を限局化し環境設定や意識付けを行ったことで上衣構造に注意を向けることができたと考え。同じ手順を反復練習するだけでは能力の改善が図れず、失敗体験が拒否的感情を生み出す(佐藤, 2007)症例は持続性の注意能力低下や性格、また自身の変化点を認識できず、更衣練習に対して拒否的であった。今回の介入では更衣手順の反復練習だけではなく、症例が変化点を認識できるよう更衣時間を測りその値を数値化し共有したこと、エラーレス学習に努め成功体験を積むよう関わったことで、より意欲的な感情を引き出し更衣動作の獲得に繋がったと考える。

19日A①-1

多職種や家族との連携によりADL全介助から自宅退院が可能となった症例

坂入 達也¹⁾

1) 筑波学園病院 理学療法士

【はじめに】

今回、肺結核にて入院前ADLと乖離が生じていた患者に対して、ご家族と病棟と協力して自宅退院につながった症例を経験したため以下に報告する。なお、今回の発表にあたりご本人、ご家族に発表の同意を得ている。

【症例】

80歳代女性。2019年10月に自宅で体動困難となり、A病院に救急搬送。肺結核の診断により、当院を紹介されて入院。入院前ADLは自立。歩行は屋内伝い歩き、屋外杖歩行が可能であった。

【初期評価】

Japan coma scale1-0。RoomAirにてSpO₂98%以上であり、呼吸苦なし。寝返りは一部介助にて可能だが、寝返り以外の基本動作は拒否のため実施できず。このため病棟では日中・夜間を通してベッド上で過ごしていた。Barthel index(以下BI)10点(食事のみ自立)。家族は在宅復帰を希望されていた。

【問題点】

ご家族より自宅退院の希望が聞かれていたが、初回介入時のADL全介助であり、自宅退院に向けての課題として、①本人からの家屋情報の聴取困難②臥床期間の延長による廃用症候群のリスク③入院前ADLとの乖離が大きいことが考えられた。

【アプローチ】

家屋情報の収集に関しては、ご家族に自宅内の写真を撮ってきてもらい、実際の手すりの位置や、家具の配置などの情報提供を頂いた。また、情報を元に模擬環境を設定し、リハビリ見学を通して動作指導を行った。臥床傾向に対しては、日中の離床機会を増やすため、OTと興味のあるアクティビティーを検討した。またNsに病棟で積極的に塗り絵や折り紙を促して頂き、離床時間の拡大を図った。ADL低下に関しては、BIの減点項目を元に動作訓練を実施し、身体機能の向上を図った。

【結果】

最終評価時には、基本動作・歩行が自立し、病棟ではアクティビティー等に自発的に取り組まれており、離床時間が拡大した。自宅内を想定したADL動作は自立し、BIは100点となった。しかし、入浴に関してはご家族の不安があり、ケアマネジャーと訪問入浴サービスの利用を検討し、自宅退院の運びとなった。

【考察】

今回の症例では、病棟と協力しアクティビティーを促していき離床時間の拡大が可能となりご家族とは模擬動作練習を通して情報共有が図れたことで、スムーズな自宅退院につなげることが出来たと考える。

このことからスムーズな退院調整を進めていくうえでは家族を含めた情報共有や病棟との連携を図っていくことが大切である。

A①-2

歩行時の下肢疲労感により、歩行耐久性向上に難渋した肺切除後の症例を経験して

樋口 絢音¹⁾

1) 筑波記念病院 理学療法士

【はじめに】

Mossberg らは肺切除後の運動耐容能低下の原因として下肢筋の疲労よりも息切れが問題となることが多いとしている。今回先行研究とは異なり、既往の下肢不全麻痺の影響で歩行時の下肢疲労感が著明で、歩行耐久性向上に難渋した肺切除術後の症例を経験したため、若干の考察を加え報告する。

【症例紹介】

70 歳代男性、肺腫瘍の診断を受け、手術目的で当院に入院。既往に悪性リンパ腫による下肢不全麻痺がある。要介護 2 であり、訪問リハビリテーションを受けていた。事前情報より Berg Balance Scale (BBS) 28 点。歩行は屋内は伝いで自立、屋外はロフトランド杖で軽介助。妻と 20~30 分の散歩を日課としていた。

【経過】

手術 2 日前より理学療法を開始した。初回評価時、筋力 (MMT 右/左) 前脛骨筋 3/4。両下肢 L4~S1 領域の表在感覚と母趾運動覚は右重度鈍麻、左中等度鈍麻。移乗時、下肢の震えが著明で歩行は未実施。目標をロフトランド杖軽介助にて 20 分の屋外歩行ができるレベルとした。胸腔鏡補助左肺部分切除術を施行し、術後 2 日より歩行練習を開始した。術後 5 日にロフトランド杖で 30m。術後 7 日に 100m の歩行を実施したが、全歩行周期において下肢の過剰収縮を認め非常に不安定で、下肢疲労感 Borg Scale (BS) 15 で強い疲労感があった。術後 8 日には、BBS18 点、10m 歩行テストの最大歩行 15.7 秒、Timed up & go test (TUG) 27.8 秒。協調練習としてペダリング運動やバランス練習を開始した。術後 14 日に 250m、術後 17 日に 15 分 350m の歩行が可能となった。術後 25 日には、BBS27 点、最大歩行 12.8 秒、TUG18.7 秒。下肢疲労感 BS13 で 20 分 450m の屋外歩行が可能となり、術後 26 日に自宅退院となった。

【考察】

本症例は、下肢不全麻痺による足趾や足関節の不安定性を補うために、下肢筋を過剰収縮し安定性を高めて歩行していた。そのため、歩行時に強い下肢疲労感を認めたのだと考える。今回、術後早期からの歩行練習や呼吸練習に加え、ペダリング運動による協調練習や段階的なバランス練習を実施した。これらによって下肢過剰収縮を抑え疲労を軽減できたことが、歩行耐久性向上に寄与したのではないかと推測される。今回の経験より、術後早期から既往を考慮したプログラムを行っていくことが、目標達成に重要であると考えられた。

A①-3

腹部大動脈人工血管置換術後に急性下肢虚血を呈し、歩行困難となった症例

伊藤 卓馬¹⁾、江口 哲男¹⁾、小林 雅明¹⁾

1) 筑波メディカルセンター病院 理学療法士

【はじめに】

人工血管置換術を施行する際に大動脈遮断を行うが、本症例の血管は石灰化が強く形状が複雑であったため clamp injury を発症した。下肢虚血状態となり術後から強い下肢痛を訴えた。また、一時的な腎虚血が起こり術後腎機能障害に陥った。厳格な血圧管理と共に、疼痛と下肢虚血状態に合わせて理学療法を進め、歩行再獲得に至った症例を経験したためここに報告する。なお、本報告は御家族に目的や概要を説明し同意を得た。

【症例紹介】

80 歳代男性、左総腸骨動脈瘤に対して人工血管置換術、大動脈基部置換術、冠動脈バイパス術等の手術歴がある。今回は解離性腹部大動脈瘤に対する開腹人工血管置換術と左腎動脈の再建術目的に入院。術前、握力 42.2/42.8kg、MRC60 点、SPPB8/12 点、全 ADL 自立。

【経過】

術後 1 日目、安静時から右臀部痛を訴え NRS8、体動時には右大腿前面から外側、下腿以遠全体に NRS5、左下肢全体に NRS2-3 程度認めた。両足趾周囲にチアノーゼを認め、下肢全体で痺れを認めた。また、疼痛により筋出力低下を認めた (MMT 右/左: 腸腰筋 2/4、大腿四頭筋 3/5、下腿三頭筋 2/2、前脛骨筋 2/4、ハムストリングス 2/4、大筋筋 2/2)。同日の CK 値が 8164U/l と高値を示していたため、疼痛自制止内での関節可動域訓練、開腹後で咳嗽が困難であったことから肺ケアを実施した。術後 2 日目に CK11552U/l まで上昇。peak out を確認後、疼痛の程度に合わせ運動負荷量を設定し術後 3 日目で端座位、5 日目で車椅子乗車、7 日目より立位、歩行と段階的に進めた。リスク管理として、理学療法介入時には疼痛や体動で血圧上昇を認めたため鎮痛剤投与の上、各動作後にバイタル測定を行った。

【結果】

疼痛は右ヒラメ筋の最終伸張時に NRS1 程度残存、握力 39.6/43.6kg、SPPB9/12 点、MRC60 点、右下腿三頭筋のみ MMT3 レベルに留まったが、他筋は MMT4-5 レベルまで改善した。歩行は独歩で連続 100m 以上可能となり、術前と同等レベルまで改善した。

【考察】

大動脈瘤術後であるため血圧上限が定められており、一方で血圧低下による全身血液還流量の低下から更なる腎機能低下の可能性が考えられたため血圧低下に対しても注意が必要であった。疼痛や体動により血圧上昇が見られたため鎮痛剤や運動負荷量の設定で抑えつつ、介入後の CK 値上昇・腎機能増悪・疼痛増悪が無い事を確認して実施し、増悪すること無く進行することが出来た。リスク管理の徹底と実施前後の身体状況チェックが行えている中で最大負荷トレーニングを実施出来たことが、歩行再獲得に繋がったと考える。

A①-4

ライフゴール概念を取り入れた目標設定により ADL の向上, 不安の軽減を認めたと一例

—視神経脊髄炎により対麻痺を呈した症例—

周東 孝徳¹⁾

1) 筑波メディカルセンター病院 理学療法士

【はじめに】

視神経脊髄炎は、複視などの視神経症状を引き起こす視神経炎と、脊髄損傷のような症状を認める脊髄炎を特徴とした中枢神経系の炎症性疾患である。本症例は視神経脊髄炎を疑われ、免疫療法を受けるが症状は改善しなかった。目標の歩行獲得も困難となり、元の生活に戻れない不安を抱えていた。近年では目標設定に患者を参加させる方法として、ライフゴール概念が報告されている。ライフゴール概念を取り入れた目標設定により ADL が向上, 不安の軽減を認めため報告する。本報告は本人の同意を得た。

【症例紹介】

症例: 20 歳代男性。家族: 妻, 長男。仕事: 工場勤務。現病歴: 入院 13 日前に複視, 眼痛出現。眼科受診するも異常所見なく, その後症状回復。8 日前に両殿部, 股関節に疼痛出現, 2 日前に排尿困難。両下肢感覚低下を認め近医受診するが, 原因不明。当院に紹介。同日, 歩行困難となり, 当院入院。

【経過】

初期評価(第 2 病日): 意識: 清明。安静度: ベッドアップ 60 度。HOPE: 歩けるようになりたい。感覚: Th5, 10/10, Th8-10, 5/10, Th11 以遠 0/10。筋力(MMT): 上肢 5, 下肢 0。HADS: 不安 18 点, 抑うつ 12 点。ADL: BI10 点, FIM55 点。同日, 関節可動域練習, 筋収縮促通練習, ベッドアップ練習開始。第 4 病日: ステロイドパルス療法開始。起居, 端座位練習開始。第 8 病日: 車椅子移乗練習開始。第 9 病日: 起立台練習開始。第 15-26 病日: 血漿交換療法実施, 著明な症状改善は認めず。血漿交換療法終了後, 医師より歩行獲得困難と説明され, 目標を見失う。その際ライフゴール概念を取り入れた目標を設定。ライフゴールは Rivermead Life Goal Questionnaire で評価。同日, 車椅子 ADL 獲得に向けリハビリ内容を変更。車椅子駆動練習, プッシュアップ段差昇降練習開始。第 36-40 病日, 第 64-68 病日: 免疫グロブリン療法計 2 クール実施, 症状改善せず。免疫グロブリン療法中, トイレ動作練習, 自己導尿練習開始。転院時評価(第 71 病日): 意識: 清明。安静度: リハビリに応じて。HOPE: 家族に迷惑をかけたくない, 家族の為に働きたい。

感覚: Th5-10, 10/10, Th11, 5/10, Th12-L1, 2/10。筋力(MMT): 上肢 5, 腹直筋 2, 下肢 0。HADS: 不安 7 点, 抑うつ 3 点。ADL: BI70 点, FIM115 点。第 72 病日: リハビリ転院。

【考察】

症例は歩行獲得しなければ元の生活に戻れないと考えていた。目標設定にライフゴール概念を取り入れたことで, 最も重要とする目標が明確となった。新たな目標に合わせてリハビリ内容を変更, 目標との関連性を説明した結果, リハビリへの意欲が向上。症例自身も必要な自主練習の立案が行えるようになり, リハビリ, 自主練習を重ね ADL が向上, 不安の軽減にも繋がったと考える。

A①-5

呼吸機能訓練と離床により, 早期に人工呼吸器を離脱した C4 頸髄損傷完全麻痺の一例

榊原 麻里¹⁾, 飯沼 優¹⁾

1) 筑波メディカルセンター病院 理学療法士

【はじめに】

頸髄損傷完全麻痺では呼吸筋麻痺により換気能力低下や上気道クリアランス低下を来し, 受傷直後より呼吸合併症を有するリスクが高い。今回頸椎損傷完全麻痺・気管切開症例に対し, 呼吸器合併症予防と早期人工呼吸器離脱を目指した症例を担当したため, ここに報告する。

【症例】

70 代男性。診断名: C4/C5 脊髄損傷(ASIA: A)。現病歴: ゴルフ場で転倒し受傷。同日 C3 椎弓切除術・C4-C6 椎弓形成術・C3/4 後方固定術・骨移植施行。翌日より理学療法介入開始。5 病日気管切開, 39 病日胃瘻造設, 67 病日一般病床転棟。安静度: 4 病日までカラー装着にて Up フリー, 7 病日よりシムス位可, 16 病日よりカラー装着にてフリー。病前生活: 妻と 2 人暮らし。ADL 自立。喫煙歴: 5-10 本×40-50 年。

【初期】

意識: JCS I-1。Key Muscles: C5 領域以遠 0/0。MMT: 僧帽筋 2/2, 三角筋 0/0, 腹直筋 1。感覚: 触覚・痛覚共に C3 領域以遠脱失。可動域(°): 肩関節屈曲 90/90・外転 90/90。筋緊張: 四肢弛緩。呼吸: 横隔膜収縮わずかに可能, 痰量多く胸部可動性低下あり。COPD 疑い。その他: 腹部膨満。栄養: 800-1000kcal。基本動作: 全介助。

【理学療法】

呼吸器合併症予防と早期人工呼吸器離脱を短期目標とし, 理学療法を実施。人工呼吸器離脱過程に準じ, ①気管切開~CPAP での呼吸訓練開始までの期間②CPAP にて PEEP を段階的に下げていく期間③CPAP にて PS を段階的に下げていく期間④人工鼻評価開始~終日人工鼻獲得までの期間の 4Phase に分け, 胸郭可動域練習や咳嗽練習, 徒手的呼吸介助, ギャッチアップ座位から車椅子座位への段階的離床等の介入を行った。

【最終】

意識: 清明。コミュニケーション: 口形・透明文字盤使用にて一部可能。Key Muscles: C5 領域以遠 0/0。MMT: 僧帽筋 3/3, 三角筋 0/0, 腹直筋 2。感覚: 触覚 C3-C4 領域 8/10・C5-S4/5 領域脱失(0/10)。可動域(°): 肩関節屈曲 110/100・外転 100/100。筋緊張: 下肢優位に痙性亢進(MAS1+2)。呼吸: 下部胸郭・腹部わずかに可動性あり。栄養: 1200kcal。基本動作: 全介助。移乗: 2 人全介助。車椅子座位: 連続 40 分可能。

【考察】

上気道クリアランス低下や換気量低下, 呼吸器合併症発症リスクを抱えるなかで, 人工呼吸器離脱可能なレベルまで呼吸機能の向上を図ることができた。早期からの胸郭可動域練習や呼吸機能練習は, 本症例における咳嗽能力向上に繋がったと考える。また, 段階的な離床は換気能力の維持・向上と, 排便促進や全身耐久性の向上による肺炎や無気肺等の呼吸器合併症予防の一因となったのではないだろうか。

A②-1

高位脛骨骨切り術後症例 ～骨切り離開を防ぐ歩容の検討～

渡邊 溪太¹⁾

1) 筑波学園病院 理学療法士

【はじめに】

今回、変形性膝関節症（以下：膝OA）で右高位脛骨骨切り術を行った症例の介入を経験した。荷重開始後に骨切り部の離開が生じてしまい、その原因を分析し対策を検討したため報告する。個人情報保護については書面にて十分に説明をし同意を得た。

【症例情報】

60代男性、病前ADLは自立。診断名は両側変形性膝関節症、今回は右膝OAの手術のため入院となった。術式は閉鎖式楔状高位脛骨骨切り術（Hybrid CW）を施行。術後のリハビリテーションプランは、術後2週間で患肢免荷（toe touch可）、術後14日目～1/3PWB、術後21日目～1/2PWB、術後28日目～2/3PWB、術後35日目～可及的FWBとなっており、可動域訓練についての制限はなかった。理学所見は、下肢筋力検査にて術側の筋力低下を認め、肢長検査にて術側の棘果長・転子果長が1cm長い脚長差を認めた。

【経過】

2週間の免荷期間は、歩行器（以下：ASW）を使用した歩行練習を行った。ASW歩行では左膝の疼痛が生じていたため、移動手段は左膝OAを考慮して車椅子自走とした。その後、1/3PWBでのASW歩行を開始した。しかし、徐々に術部の疼痛増強を認め、術後21日目のX線画像所見にて骨切り部の軽度離開を認めた。

【考察】

1/3PWB開始後は、右初期接地（以下：IC）は膝関節軽度屈曲位の状態で踵接地しており、その後、骨切り部の離開が生じてしまった。離開の原因としては膝関節軽度屈曲位での踵接地により立脚期での骨切り部への剪断力増加と考えた。膝関節軽度屈曲位となる要因は術側の大腿四頭筋、大殿筋の筋力低下と術側が優位に長い脚長差と考えた。

【介入方法】

筋力低下に対しては、膝関節への負担を考慮して解放運動連鎖を意識した訓練を中心に行い、脚長差に対しては足底板にて補高して調整した。歩行は術部への負担を第一に考え、右ICを足底全面接地にて垂直につくことで術部の剪断力減少を意識した歩行指導を行った。

【結果】

術後35日目まで疼痛増強・骨切り部離開は認めなかった。その後、歩行能力が改善しT杖歩行が自立し、日常生活動作も自立して自宅退院となった。

【まとめ】

今回の介入を通して骨切り部の離開というリスクについて術式や術部の状態だけでなく、本人の身体機能や歩容にも着目して介入することで、そのリスクを軽減することは可能だと考える。

A②-2

重症筋無力症を既往に持ち腰椎椎体骨折後の廃用症候群を呈した症例～病棟生活のスケジューリングを行って～

山本 星佳¹⁾、古澤 弦¹⁾

1) 筑波記念病院 理学療法士

【はじめに】

重症筋無力症（以下、MG）は筋の過用により筋力低下を引き起こす危険性がある疾患であり、積極的な運動療法が行われなことが多い。今回、MGを既往に持つ症例に対して筋力強化を中心としたプログラムではなく、病棟生活のスケジューリングを行い抗重力位でのプログラムを中心に行うことで良好な経過を得られたので報告する。

【症例紹介】

60歳代前半女性。診断名：第3・4腰椎椎体骨折。既往歴：MG。現病歴：MGの加療目的で他院に入院中、腰をかがめたところ腰椎椎体骨折を受傷し、16日間の床上安静となった。X-14日より離床開始した。自宅退院目的でリハビリテーション継続の希望があり、X日に当院回復期リハビリテーション病棟に転院となった。尚、発表に際し本症例に同意を得た。

【初回評価 X 日】

関節可動域：制限なし。筋力：MMTにて左右共に腸腰筋2・大腿四頭筋2・下腿三頭筋2。神経症状：なし。基本動作：自立。歩行：U字型歩行器にて5m可能。BorgScale胸部15/下肢13。座位耐久性：30分。疲労に伴い努力的な呼吸パターン出現。立位バランス：開脚開眼立位9.1秒。

【問題点】

廃用症候群による座位・歩行耐久性低下

【治療プログラム】

易疲労性が著明なため、BorgScale、HRを指標に座位・立位時間の増加を図った。また、病棟での生活においても疲労が蓄積してしまうため、リハビリの時間の固定、病棟生活上での休息時間の確保、入浴時間への配慮など病棟生活のスケジューリングを行った。

【経過】

X+15日に自室内の約5m先のトイレまでT杖歩行自立可能となった。病棟生活のトイレまでの歩行で出現する疲労が落ち着いてきたX+19日より立位プログラムを増やし、バランスマットを使用し、静止立位バランスの向上を図った。

【最終評価 X+35 日】

筋力：MMTにて左右共に腸腰筋3・大腿四頭筋3・下腿三頭筋2。歩行：T杖使用し最大20m可能。10m歩行12.3秒。BorgScale胸部13/下肢15。座位耐久性：疲労なく1時間可能。立位バランス：開眼開脚・閉脚・タンデム立位30秒以上可能。

【考察】

MGを既往にもち廃用症候群を呈した症例に対して、病棟生活のスケジューリングを行い、病棟生活上での休息の時間を確保した上で抗重力位での運動を行ったことが座位・立位耐久性向上に繋がり、T杖歩行自立を獲得できたと考えられる。

A②-3

橋梗塞を呈し、非麻痺側に高度の内反変形の変形性膝関節症がある症例に対し、支柱付き膝装具を作成した症例

千田 美紗樹¹⁾、高橋 広樹¹⁾

1) 筑波記念病院 理学療法士

【はじめに】

変形性膝関節症(以下膝 OA)に対し対症療法を選択する人もおり、装具療法が有効とされている。今回、橋梗塞を呈し非麻痺側に高度の内反変形の膝 OA がある症例に対し、支柱付き膝装具を作成し、有効であったため報告する。

【症例紹介】

80 代女性。右上下肢麻痺、構音障害出現、左橋梗塞の診断で他院に入院。24 病日当院回復期リハビリテーション病棟へ転院し演者担当。既往に左膝 OA。入院前 ADL 自立。移動は手すり使用し伝い歩きとシルバーカーの併用で自立。尚、倫理的配慮として症例報告を行うにあたり、家族に説明し同意を得た。

【理学療法経過】

初回評価:BRS 右上肢Ⅳ以上、手指Ⅴ、下肢Ⅴ。疼痛 Face Scale0。X-P 上左 FTA183°、左膝関節内反変形。MMT 体幹 2、左下肢 4-5。基本動作は中等度～重度介助。頻尿にてトイレ回数が多。FIM55 点。問題点:基本動作能力低下、歩行困難、目標:基本動作自立、トイレ歩行の再獲得。経過:24 病日歩行後、左膝 Face Scale2 の疼痛出現。61 病日インソール使用開始。103 病日活動量の増加に伴い、Face Scale4 の疼痛増悪あり、支柱付き膝装具を処方。また施設方向となり能力的に歩行困難と判断。基本動作、ADL の介助量軽減に目標変更。最終評価:BRS 右上肢Ⅳ以上、手指Ⅵ、下肢Ⅵ。動作時左膝 Face Scale2～3 の疼痛あり。基本動作は見守り～軽介助。FIM66 点。116 病日施設退院。

【考察】

橋梗塞により膝 OA のある左下肢が支持側になり、頻尿のため、トイレ移乗の回数が多く、ADL、活動量の増加に伴い、左膝の疼痛がみられた。ADL が低下すると、廃用性の萎縮によりさらに ADL が低下するとされている。本症例も疼痛により ADL の低下が予測されたため、装具療法を行った。支柱付き膝装具の使用により疼痛は軽減し、lateral thrust が抑えられ、左下肢の支持性も向上し、トイレ移乗を含めた ADL が退院まで安定して行えるようになったと考えた。さらに、施設退院後も継続した ADL 維持につながるのではないかとと思われる。

【結語】

活動量増加につれて、膝 OA による疼痛がみられ、ADL の低下が予測されたため、支柱付き膝装具の作成を行った。その結果、疼痛が軽減し、ADL の低下を防いだ。今回の症例から、膝 OA に対し装具療法は有効であることを再確認した。

A②-4

両側 THA 術後患者に対し、HOPE である犬の散歩の満足度向上を目指して

～JHAQ, VAS による満足度評価法を用いて～

佐藤 俊輔¹⁾、加藤 昂¹⁾

1) 筑波メディカルセンター病院 理学療法士

【はじめに】

跛行が残存した両側変形性股関節症に対する両側 THA 術後症例を担当した。股関節機能、運動耐容能、生活動作の実施状況に着目し、犬の散歩とそれに関連する靴の着脱動作の満足度向上を得られたため報告する。なお、発表について説明し同意を得た。

【症例紹介】

60 代女性。診断名:両側変形性股関節症。現病歴:X-3 月右 THA 施行(3 週間入院介入、X-1 月まで週 1 回外来介入実施)。X 月左 THA 施行(3 週間入院介入。退院後 5 か月間週 1 回外来介入)。

【初期評価(X+1 月、左 THA 後外来初回)】

主訴:靴の着脱を自力でやりたい。HOPE:15 分間、快適歩行での犬の散歩(満足度 VAS46mm)。疼痛:左術創部痛 NRS1。ROM(R/L;°):股関節屈曲 90/90、伸展-5/-20、外転 30/15、外旋 30/15。筋緊張:両腸腰筋、大腿直筋、長内転筋亢進。歩容:右 T 字杖使用、骨盤前傾位、挟み足様歩行、左右立脚中期～後期体幹側屈・骨盤回旋代償。TUG:11.12s/10.78s。6 分間歩行:250m。JHEQ:股関節の状態 VAS36mm、合計 35/84。BI:100 点。靴の着脱:靴べらを使用し修正自立。

【最終評価(X+5 月)】

HOPE:初回同様(満足度 VAS10mm)。疼痛:なし。ROM(R/L;°):股関節屈曲 90/90、伸展-20/-20、外転 30/30、外旋 30/30。筋緊張:初回同様。歩容:初回同様(X 月より減少)。TUG:8.78s/9.06s。6 分間歩行:450m。JHEQ:股関節の状態 VAS1mm、合計 61/84。BI:100 点。靴の着脱:開排法にて自立。

【問題点とアプローチ】

問題点は跛行による動的バランス能力の低下、異常筋緊張による股関節外旋可動域制限、運動耐容能の低下であった。自主練習で伸張運動と、トレッドミルにて歩行練習を指導した。関節可動域の拡大と 6 分間歩行距離の延長に伴い、歩行練習の速度・時間と散歩の時間延長を指導した。外来介入では跛行に対して、代償を抑制したステップ練習、犬の散歩を想定した歩行練習を実施した。また、実際の犬の散歩はご家族に見守りとフィードバックの協力を依頼した。満足度の経過を JHEQ, VAS を用いて評価した。

【考察】

JHEQ は変形性股関節症の満足度評価として用いられ、THA 後の満足度と相関している。X+4 か月に靴の着脱自立、X+5 月にはご家族の協力のもとで 15 分間の犬の散歩を達成し、満足度の向上が見られた。大腿直筋の伸張にて股関節伸展可動域が拡大し骨盤前傾が減少、さらに長内転筋の伸張が効率的になり X+4 か月に股関節外旋可動域拡大が得られ、靴の着脱が自立になったと考える。跛行の改善による動的バランス向上、歩行時間の指導、家族の見守りにて安全な犬の散歩の実施範囲を可及的に拡大し、家族からのフィードバックにより達成感を得られたと考える。犬の散歩を動作満足度向上には、機能面と心理的側面からの介入が必要と考える。

田村 亮¹⁾, 大沢 誠¹⁾, 平塚 隼太¹⁾

1) 筑波記念病院 理学療法士

【はじめに】

認知症を有する THA 後の患者に対し、ADL 指導を行った。短期記憶障害により脱臼部位の理解が乏しく、指導した内容を忘れるため、動作獲得に難渋した経験を報告する。

【症例紹介】

80 歳代女性。診断名：左大腿骨頭壊死。術式：THA 後方アプローチ。現病歴：半年前より左股関節痛出現し疼痛軽減せず手術目的で入院。既往歴：認知症。入院前 ADL：全自立

【初回評価（術前）】

HDS-R9/30 点。MMSE：13/30 点。疼痛：歩行時痛大腿前面に NRS5/10。MMT：左股関節屈曲 4 伸展 3 外転 3。ROM：左股関節屈曲 120° 伸展 5° 外転 20°。歩行：T 字杖自立

【経過】

2 病日より起居動作の指導を開始。本人は脱臼の危険性を覚えておらず、動作には口頭指示と徒手的に誘導を要した。動作指導では誤った手順を学習しないよう、正しい手順でのみ練習を繰り返した。病棟では看護師見守りのもと ADL を行っていたため、看護師とも動作指導の手順について情報を共有し連携した。また動作手順を写真で提示し記憶の補助手段として活用した。3 病日から靴の着脱、7 病日から更衣動作の指導を開始した。いずれも開始初期は口頭指示と徒手誘導を要したが、2~3 日で口頭指示のみで動作可能となり、12 病日には起居、靴の着脱、更衣動作が口頭指示なしでも可能となった。最終的に動作手順は定着したが、なぜこの動作手順で行う必要があるのかといった脱臼部位については説明できなかった。17 病日以降は、入浴、床上動作の指導まで行ったが、退院日まで見守りを要した。22 病日に入浴、床上動作に関して家族への指導を行い、自宅退院となった。

【最終評価（21 病日）】

HDS-R9/30 点。MMSE11/30 点。疼痛：安静時動作時 NRS0/10。MMT：左股関節屈曲 5 伸展 4 外転 4。ROM：左股関節屈曲 100° 伸展 5° 外転 20°。歩行：T 字杖見守り

【考察】

本症例は短期記憶が障害されているが、ADL が自立できている軽度認知症の段階であった。山上は軽度認知症の段階であれば、新しいことも学習することができるとしており積極的な動作指導を行った。今回はエラーレスラーニングによる繰り返しの学習が手続き記憶として保持され、動作の獲得に至ったと考える。学習機会を増加させるためにも看護師との連携や写真の提示など、理学療法中以外での取り組みも重要な要素であることが考えられた。

正木 琉衣¹⁾

1) 筑波メディカルセンター病院 作業療法士

【はじめに】

左変形性肘関節症の症例を担当する機会を得た。関節可動域(以下 ROM)改善を図り、利き手での整容動作再獲得に至ったため以下に報告する。なお、発表に際し症例より同意を得た。

【症例紹介】

50 歳代男性。現病歴：幼少期から左肘関節脱臼を繰り返す。高校では肘関節の痛みが出現。2020 年 3 月より疼痛増強。同年 6 月関節形成術施行。ROM-t(自動/他動)：術前 肘関節屈曲 105° /105° p 伸展-25° /-25° 回内 80° /80° 回外 90° /90°。術中屈曲 130° 伸展-10°。利き手：左。書字右。ADL：自立。歯磨き、洗髪、洗顔は非利き手。仕事：自営業(和菓子屋)。自動車運転：週 2~3 回。趣味：テニス。

【初期評価】(手術後 1 日)

安静度：自動 ROM 訓練可。疼痛：安静時 なし。運動時 左肘関節屈曲伸展時術創部痛あり。腫脹・熱感：左前腕・手指。ROM-t(自動)：肘関節屈曲 110° 伸展-25° 回内 70° 回外 80° 肘外反(右/左)10° /15° 肩関節屈曲 95° p

【問題点】

#疼痛#腫脹#肘関節屈曲制限#整容動作が利き手で困難

【目標】

肘関節 ROM を改善し、利き手を用いた整容動作を獲得する。

【経過】

手術後 1 日から医師の指示により、GPM をリハビリテーション(以下リハビリ)時間外で開始。手術後 2 日には肘関節屈曲 95°、伸展-30° であった。筋スパズムの改善、癒着防止を目的に、上腕筋・上腕二頭筋・上腕三頭筋の低負荷の反復した収縮や等尺性収縮を実施。加えて、筋短縮改善のための上腕二頭筋・三頭筋のストレッチと ADL で利き手を使用するよう説明。手術後 10 日には肘関節屈曲 130°、伸展-10° となり自宅退院。外来リハビリ開始。

【最終評価】(手術後 57 日)

ROM-t(自動)：肘関節屈曲 125° 伸展-5° 回内 90° 回外 90° 肘外反(右/左)10° /10°。疼痛：安静時 なし。運動時 肘関節屈曲伸展時、上腕骨内側上顆付近に時折疼痛あり。ADL：利き手を使用し歯磨き、洗顔、洗髪可能。

【考察】

手術により異所性骨化は除去されたと考え、筋・靭帯・関節包へのアプローチを実施。筋スパズムと筋短縮の改善、切開した上腕三頭筋腱と関節包の癒着防止を図り、軟部組織の伸張性低下を防いだことで、ADL において利き手利用が増え、ROM が改善したと考える。肘関節 ROM は改善し目標である整容動作獲得には至ったが、肘関節運動時痛が残存している。評価を行うと、仕事で上肢に過負荷になる動作がある事が分かった。肘関節運動方向の再指導と筋のストレッチ・リラクゼーションを行うよう指導していきたい。

B①-2

Branch Atheromatous Disease を呈した症例の食事動作獲得に向けた介入

松山 智帆¹⁾

1) 筑波メディカルセンター病院 作業療法士

【はじめに】

今回橋梗塞発症し、入院後より麻痺の悪化が見られた症例を担当した。本症例に対し、食事動作獲得に向けた介入を行ったため報告する。尚、発表に際し本人に同意を得た。

【症例紹介】

80代男性。診断名：橋梗塞。現病歴：X日に歩行障害、右上肢麻痺を自覚し救急要請。入院前：独居、ADL自立。

【麻痺悪化時】

JCS：I桁。Brunnstrom stage(以下Brs)：右上肢、手指Ⅲ。感覚：正常。握力：右9.5kg左22.7kg。基本動作：端座位見守り。日常生活動作(以下ADL)：食事動作は右手で太柄スプーン把持は可能だが持続せず、上肢のリーチも不十分。Barthel Index(以下Bi)：20点。

【問題点】

右肩甲帯の筋出力低下や耐久性低下により空間でのリーチ動作やスプーン把持が困難。また前腕回外が不十分なためすくう動作が努力的。

【目標】

右手で食事動作自立

【経過】

症例は右利きであり、麻痺の悪化を契機に食事動作を左手や介助下で行うことが多かった。そのため介入初期は右上肢のプレーシングやお手玉等を使用したリーチ練習、太柄スプーンを使用して食事動作練習を実施し、肩甲帯の筋出力低下やグリップの耐久性低下に対して介入を開始した。空間での操作性やグリップの持続が向上してきたところで、実際の昼食場でセラピストが右手アシストを行いながらスプーンでの食事動作を実施。リーチ動作は改善が見られたが、「口元までの距離が分かりにくい」との発言が聞かれた。そこで鏡を使用して食事動作練習を実施し実際の食事の際にも鏡を使用して実施した。16病日目まで口元まで食べこぼしなく運ぶことができ、ポジショニングや鏡なしで、右手で普通のスプーンを使用し自力摂取が可能となった。

【最終評価】

JCS：I-1。Brs：右上肢、手指Ⅳ。握力：右11.3kg左29.4kg。基本動作：端座位自立。ADL：食事動作は右手で普通のスプーンを使用し自立。Bi：50点。

【考察】

東口らは、「視覚フィードバックは習熟過程および学習の保持において誤差が小さく学習効果が大きかった」と述べ、また「学習の習熟後に視覚フィードバックを除去した場合、学習効果の保持が良好となる可能性が示された」としている。今回鏡を使用してスプーン操作練習を実施したが、これにより視覚的にスプーンと口元の距離を認識でき、また実際の食事場面でも鏡を使用して実施したことで運動学習が促され、それが保持された結果鏡なしでの食事動作が獲得されたと考える。

B①-3

心理的負担を考慮した排泄動作の獲得に向けての取り組み

細谷 優花¹⁾

1) 筑波記念病院 作業療法士

【はじめに】

本症例は夜間の排泄に対し不安があり不眠傾向となっていた。そこで他職種と情報共有しながら心理的負担の少ない排泄方法の獲得に向けた作業療法を実施したため、以下に報告する。発表に際して、症例から同意を得ている。

【症例紹介】

70代男性。右被殻出血。16病日に回復期病棟へ転棟。入院前ADL自立。妻と2人暮らし。目標は車いすと4点杖使用して入浴以外のADL自立。転棟時は意識障害あり。運動麻痺はブルンストロームステージ上肢Ⅰ・手指Ⅰ・下肢Ⅱ。注意障害、半側空間無視あり。基本動作は重度介助。食事・整容は軽介助。更衣は全介助。排泄はカテーテルとおむつ、便意あり。入浴は機械浴。

【経過】

19病日から排泄動作に対し介入。介入経過と共に介助量は減り、153病日には昼夜共に4点杖歩行で排泄動作が見守りレベルとなった。しかし、経過とともに「おむつを汚さないのはいいが漏れそうで不安」と発言聞かれるようになり、生活リズムへ影響が出始める。夜間の看護師からも、移動に不安が強くなり、不眠が増え、注意散漫となり、安全を確認せずに立とうとする等の行動がみられるとの意見が聞かれ、他職種と自室の環境を整え、夜間帯はポータブルトイレを提供するも、「漏れそうで心配」と発言聞かれた。日中にも影響があるため179病日目にウエスタン尿器を導入。導入後は「眠れる」と不眠や不安なく使用可能で、日中の生活も安全に送れるようになり193病日に退院した。

【最終評価】

食事・整容・更衣自立、入浴はサービス、日中の排泄は4点杖、夜間はウエスタン尿器を妻がセッティングし使用することとなり、睡眠も十分にとれる状態で退院した。

【考察】

ネガティブな事を繰り返し考えることは、抑うつ傾向といった心理的傾向に加え、睡眠にも影響する(西迫, 2010)。本症例は排泄の不安から、不眠傾向となり、日常生活動作に影響を及ぼしていたことが考えられた。そのため、訴えの傾聴と、夜間の状況把握のために他職種と情報共有をし、不安を取り除けるように排泄方法を再検討した。結果として生活リズムが整い、日常生活も安全に行えるようになった。以上のことから患者の身体面だけでなく、早期の心理的な変化の気付きや、それに対する他職種との情報共有が必要であると考えられる。

B①-4

高次脳機能障害による更衣動作障害に対して反復学習が効果的だった一症例

野村 優希¹⁾, 上原 智彦¹⁾

1) 筑波記念病院 作業療法士

【はじめに】

高次脳機能障害が日常生活動作(以下 ADL)の獲得, 遂行に大きく関わることは過去に多く報告されている。本症例は脳梗塞を発症, 運動麻痺の改善後も, 高次脳機能障害により ADL に介助を要した。高次脳機能障害を呈した症例に対し ADL の獲得を目標に介入する機会を得たため報告する。

【事例紹介】

80代女性, X 病日塞栓性脳梗塞発症。入院前は ADL 全自立, 家事も一人でできていた。発症前は夫と 2 人暮らし。しかし本症例の入院中に夫が転倒, 骨折し, 独居困難となったため, 夫は施設に入所。

【作業療法評価】

X+30 病日, 当院転入。抑うつ傾向でブルンストロームリカバリステージ(以下 BRS) II-II-III で重度麻痺を認めた。感覚も表在, 深部ともに重度鈍麻。基本動作は軽介助, 移動は車椅子で介助, ADL は食事が左手不参加で自立, 整容は介助, 更衣は重度介助で, 排泄動作は中等度介助, 入浴は全介助であった。MMSE は 20 点, 構成障害により模写は困難, コース立方体テストは実施困難であった。さらに注意機能の低下を認め, TMT は A で 5 分以上の時間を要し, B は実施困難であった。

【作業療法経過と結果】

45 病日, 活動量の増加に伴い抑うつ症状が改善, BRS は V-V-V まで向上した。HOPE を聴取し, 症例と共通の目標を更衣の自立とした。

90 病日, 評価用紙を用いて更衣動作評価を行った。服の前後がわからずセッティングに介助, 服を着る手順も随時誘導や介助を要した。介助下でも 30 分以上の時間を要した。手順と介助方法を統一, 介入時間以外に病棟での更衣練習を導入した。動作の定着に合わせて徐々に介助量を減らした。

120 病日, BRS VI-VI-VI まで向上, ボタン部分をマジックテープに変え, 自力で更衣が行えるようになった。

【考察】

症例は高次脳障害により更衣に介助を要した。松井らは高次脳機能障害を呈した症例に対して, ADL 動作練習を行う際に動作の細分化, さらに動作の反復学習が効果的であると述べている。そこで症例の更衣動作を評価, 細分化し, 段階付けを行った。注意障害により動作一つの定着にもかなりの時間を要したため, 他職種連携をとり, リハビリ以外にも動作の反復学習を行う機会を設けた。また適切に動作の反復練習が行えるよう, 介助方法や手順を統一した。以上により注意障害, 構成障害がありながら, 自力での更衣動作が可能になったと考える。介入できる時間は限られているため, 他職種と連携し, 目標や現状能力を共有することでより効果的な ADL 練習が期待できるのではないかと考える。

B①-5

更衣動作自立を目指し段階的に代償手段を用いた介入を経験して

山ノ井 里佳¹⁾

1) 筑波記念病院 作業療法士

【はじめに】

今回, 左片麻痺・感覚障害・高次脳機能障害を認めた症例の更衣動作獲得を目指した。段階的に代償手段を用いつつ介入した結果, 更衣動作自立に至ったため報告する。

【症例紹介】

50 歳代前半, 女性, 診断名: 両側皮質下出血。現病歴: X-34 日食事の支度中に倒れ A 病院に救急搬送され, 保存的加療となった。X 日に当院へ転入院した。既往歴: 高血圧, 糖尿病。病前の生活: 4 人暮らし, ADL・IADL 全自立。

【初回評価(X 日目)】

運動麻痺: Brunnstromstage 左上肢・手指 I-下肢 II, 感覚: 表在・深部覚は重度鈍麻。筋力: 体幹 MMT3。基本動作: 重度介助(プッシュャー現象+)。移動: 車いす介助。ADL: 食事・整容以外は重度介助。高次脳: 線分末梢課題は左半分を見落とす, 注意検査は実施困難。

【経過】

X+57 日目より実際場面での ADL 練習を始め, 入浴・更衣以外の ADL は練習する事で自立した。入浴の自立は自宅環境により困難なため, 更衣の自立を目指した。更衣が自立に至らなかった要因として, 衣服の形の理解が乏しい・身体の状態に気づきにくい・身体と衣服のマッチングが難しい事が考えられた。治療戦略として, 第一に前後を間違えずにセッティングでき, 上下肢を正しい場所に通せる事を目標にした。左上下肢を通す場所には目印を付けた。上下肢を正しい場所に通せるようになった所で衣服の目印をなくしたが, 間違えずに遂行出来た。第二に手順を理解する事を目標にした。繰り返し練習する事で手順は理解したが, 衣服が偏っている事に気づけず介助が必要だった。鏡を用いて衣服の状態を認識できるように調整し, 衣服が偏っている場所を気づけるようになった。第三に 40 分かけて着替えていたためスムーズに行える事を目標にした。介助下で更衣を行う機会が多かったため自力で行えるように調整した。結果, 上下衣を 15 分で着替えられるようになり X+152 日目に更衣自立になった。

【最終評価(X+197 日目)】

運動麻痺: Brunnstromstage 左上肢 III-手指 II-下肢 IV, 感覚: 表在・深部覚は軽度鈍麻。筋力: MMT4。基本動作: 自立。移動: 車いす自立, 歩行は四点杖+装具で見守り。ADL: 入浴以外は自立。高次脳: 線分末梢課題は全て末梢可能, 注意検査は Trail Making Test で A132 秒, B265 秒。周辺環境に注意を向けられたが, 歩行時は足を振り出す事に注意が向き, 注意を分配させる事が困難。

【考察】

佐藤は視覚的に確認するポイントを指導し練習する事が重要であると述べている。今回, 衣服の状態を視覚的に認識できるように目印や鏡を導入し確認すべき所を指導した。更衣自立に至るまでの過程で代償手段を用いた事でスムーズに行えるようになったと考える。

B②-1

介入の段階づけがモチベーション改善につながった頸椎損傷の症例

大谷 優香¹⁾, 浅野 祐一¹⁾, 小野瀬 一希¹⁾

1) 筑波学園病院 作業療法士

【はじめに】

頸椎損傷により上下肢不全麻痺を呈し日常生活動作（以下ADL）全介助となった症例に対し、リハビリ意欲向上させ箸動作獲得を目指して段階的訓練を実施し、食事自立に至ったため報告する。本報告に際し事例から同意を得た。

【症例紹介】

70代女性。診断名：頸椎損傷（C3-C7狭窄）。既往：頸椎症性脊髄症。受傷前ADL：全自立。利き手：右。受傷起点：X年Y月Z日に頸椎伸展位で入浴して体動困難となりA病院に入院。Z+2日に当院へ転院。Z+10日手術施行。翌日よりリハビリテーション（以下リハ）開始となった。

【初回評価（術後1日）】

徒手筋力テスト（以下MMT, 右/左）：浅指屈筋3/3, 深指屈筋3/3, 短母指屈筋3/4, 長母指屈筋3/4, 指伸筋3/3, 背側骨間筋2/2, 虫葉筋1/1。感覚：手指MP関節に遠触覚軽度鈍麻（掌側橈側優位）。Barthel Index（以下BI）：5/100点。食事：太柄フォークを円筒握りで使用。精神面：「箸が使えず嫌」「何もできないよ」等の消極的発言が多い。HOPE：箸で摂食したい。

【経過】

初回評価にて消極的発言が目立つため、成功体験を増やしリハ意欲向上に繋ぐため動作訓練を3段階に分けて実施。初めに手内筋の筋力改善のため、継続的な筋力訓練実施。同時に手指分離運動の促しと感覚入力を目的に、回内位でお手玉を数個握り1つずつ落とす訓練を実施。次第に分離運動が見られ、把持筋力も向上。本症例から徐々に肯定的発言が聞かれるようになる。次段階に、より高次な分離運動獲得と固定指・動作指動作の再学習を目的に、ビーズを複数握り1つずつ落とす訓練とピンセット型箸の使用練習を実施。示指と中指の分離が改善され、箸のフォームが安定する。積極的な自主訓練も観察され、食事時も稚拙ながら箸で摂食する。3段階目に通常の箸で細かい物を持つ・食事を裂く練習を実施。箸のフォームを維持して細かい物のつまみが可能となり、こぼしやすい食事でも箸で摂食可能になった。本症例より「より上手く箸を使いたい」との発言あり。

【最終評価（術後35日）】

MMT：浅指屈筋3/4, 深指屈筋3/4, 短母指屈筋3/4, 長母指屈筋3/3, 指伸筋3/3, 背側骨間筋3/3, 虫葉筋2/2。感覚：変化無し。BI：70/100点。食事：箸を使用し摂食可能。精神面：消極的発言は減り肯定的な発言増加。継続的なリハを希望。

【考察】

武田らはリハ意欲には「目標」「生きがい」等の精神面が影響を与えると報告している。今回各段階を達成させ箸動作を獲得する目標が本症例にとってリハ意欲向上につながりリハ・自主訓練を継続する動機づけになったと考える。

B②-2

臍ヘルニアと著明な膝関節の疼痛によりADLが低下した症例に対して動作指導と環境調節が有効であった症例

佐藤 寛朗¹⁾, 藤原 あゆみ¹⁾

1) 筑波記念病院 作業療法士

【はじめに】

疼痛は日常生活動作（以下、ADL）の改善を阻害する因子であり治療法として負荷量を段階的に調節することが推奨されている。今回疼痛による長期臥床によりADLが低下した症例に対し自宅退院に向けトイレ動作に着眼して介入した結果、良好な経過を得られたので考察を加え報告する。

【症例紹介】

50代女性（体重99kg BMI 35.8）。現病歴は臍ヘルニアの診断で他院に入院。本人の希望で保存治療後当院へ転院し、自宅退院目的にて27病日に療養病棟に転入。Needは排泄動作自立。既往歴は両側の変形性膝関節症を認め入院前ADLは固定型歩行器（以下、PUW）使用。自宅環境は居室からトイレまでの動線は10m、便座の高さは40cmで手すりは無し。今回発表にあたり口頭にて説明し同意を得た。

【初回評価：28病日目】

意識清明、コミュニケーション良好で認知機能問題なし。ROM（右/左：°）股関節屈曲90/90、膝関節屈曲80/75、膝関節伸展-5/-5、上肢制限無し。筋力（右/左）MMT 両上肢4、股関節屈曲2/2、伸展3/3、膝屈曲2/2。起立は座面55cmより可能だが上肢優位で膝の疼痛はNRS4/10。立位保持は柵把持で可能。移乗動作は左足のステップは出ずり足様であり時間をかけ見守りで可能。排泄動作での下衣操作は一部介助、清拭は見守り。歩行は膝周囲の疼痛の影響で不可能。

【目標/治療】

自宅でのトイレ動作の獲得を目標にまずは起立時に疼痛が出にくく、かつ腹圧がなるべくかからない動作指導を行い、膝の疼痛に合わせ座面の高さを段階的に下げ自宅トイレの高さ（40cm）での起立練習を行い、居室から歩行を含めた一連の動作が遂行できる能力の獲得を目指すことにした。

【最終評価】58病日目※変化点のみ記載

ROM（右/左：°）股関節屈曲100/95、膝関節屈曲90/90、膝関節伸展0/0。筋力はMMT（右/左）膝屈曲4/4、伸展4/4。排泄は病棟トイレ（高さ40cm）までPUWにて移動し、膝の疼痛なく排泄一連の動作可能となった。

【考察】

本症例は膝関節の疼痛及び臍ヘルニアの影響で廃用症候群をきたしADLの低下を認めていた。基本動作は概ね見守りであったが膝関節の疼痛と腹圧の関係で活動が制限されており、起立は下肢に荷重が十分にかけられず上肢優位の努力様であった。慢性疼痛がありながらも早期から動作指導と段階的な環境調節を行ったことで疼痛の出現しにくい動作が行なえ本人のできる動作が増えたことにより活動量も増加しトイレ動作の獲得に繋がったのではないかと考える。

B②-3

目標共有とプログラムの段階づけにより禁忌動作定着に至った一症例を経験して

中振 歩美¹⁾

1) 筑波記念病院 作業療法士

【はじめに】

転倒により胸椎椎体骨折を呈した症例を担当した。禁忌動作の定着に難渋したため、目標共有を行い、難易度を段階づけて介入した。その結果、禁忌動作への理解が促されて、ADL 向上に繋がった症例を担当したため、考察を加えて報告する。発表に際して、症例から同意を得ている。

【症例紹介】

90 歳代女性、診断名は第 11 胸椎椎体骨折、既往歴は腰椎すべり症、入院前 ADL は自立、デイサービスを週 3 回利用していた。【初期評価】改訂長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R) 26/30 点、安静時痛なし、ADL は食事・整容以外介助、FIM50/126 点。

【経過】

11 病日に回復期リハビリテーション病棟に転棟。28 病日に座位でのコルセット脱着が許可されたが、禁忌動作に関する理解は不十分で、ADL 場面では必ず声かけが必要であった。退院後の希望について伺うと「デイサービスに通うための身支度ができるようになりたい」と聞かれた。そこで ADL の現状を振り返り、具体的な目標として禁忌動作を守り自立して更衣を行うことを共有した。まず、更衣手順の定着を目的として、手順を指定し、声かけのもと練習をし、介入初期は口頭指示や衣服を手渡しての誘導を行った。徐々に声かけや誘導を減らし、禁忌動作の指導に移行した。経過とともに意欲的に練習に取り組む姿勢が見られ、禁忌動作への理解は良好であった。その頃から、衣服を拾う、タンスから取り出すといった更衣に関連する動作指導にも理解を示すようになり、48 病日で更衣自立となった。その他の ADL の自立度も上がり、59 病日で自宅退院に至った。

【最終評価】

認知機能は HDS-R25/30 点。ADL は入浴見守り、その他自立。FIM109/126 点。

【考察】

症例自らが問題点を整理し、目標を具体化し、主体的に訓練に取り組むことで、症状への認識が促され、病棟生活に汎化することが可能になったと述べている(松田, 2019)。本症例は、セラピストとともに目標を設定したことで、禁忌動作の定着の必要性を認識することに繋がり、禁忌動作定着や ADL の向上が実現できたと考える。また、介入当初は禁忌動作の定着が難渋したことを踏まえ、指導を段階づけたことでスムーズな動作定着と意欲的な姿勢を保つことに繋がったと考える。今後は、早期から症例のホープを元に具体的な目標設定を行うことで効率的な禁忌動作定着や ADL 向上に繋がると考える。

B②-4

腱移行術前後の作業療法介入 一使える手の獲得を目指して

田所 鮎美¹⁾, 高村 順平¹⁾

1) 筑波メディカルセンター病院 作業療法士

【はじめに】

右上腕骨骨幹部骨折に伴う、正中・尺骨神経断裂により手指機能が低下した症例を担当した。1 年 5 カ月後に母指屈曲、対立、手指屈曲、示指外転の同時再建術を行った。実用的な機能獲得を目指して術前後に実践した介入について報告する。発表に際し同意を得た。

【事例紹介】

20 代男性、右利き。インドネシア留学生、日本語で会話可能。プレス機に挟まれ受傷し、右上腕骨骨幹部骨折、正中・尺骨・筋皮神経損傷の診断。受傷 2 日後に正中神経は端端縫合、尺骨神経は腓腹神経遊離移植術を施行した。1 年 5 カ月後に長母指屈筋 (FPL)、深指屈筋 (FDP)、短母指外転筋 (APB)、第一背側骨間筋 (IOD1) 再建の腱移行術を施行した。

【術前評価・介入】

徒手筋力テスト: 腕橈骨筋 (BRD) 5. 長橈側手根伸筋 (ECRL) 5. 母指対立筋 1. FPL3. 長母指外転筋 (APL) 5. APB3. IOD1. 小指伸筋 (EDM) 4. FDP2. 掌側外転 25° STEF 右 44, 左 99 点。手掌感覚は正中神経領域重度鈍麻。尺骨神経領域脱失。橈骨神経領域正常。受傷後から麻痺や知覚障害による二次的障害予防の為の介入を実施した。経過とともに筋力は改善したが、つまみ動作は困難であった。腱移行術に備え弾性包帯等を使用し、不良肢位を予防した運動を行った。

【手術】

①APL→IOD1②EDM→APB③BRD→FPL④ECR→FDP

【目標】

実用的なつまみ動作を獲得し、生活の中で右手の使用を目指す。

【術後評価・介入】

術翌日から介入し、リハビリ以外は手関節中間位、中手指節間 (MP) 関節屈曲位、母指・示指外転位で固定した。簡単な言葉で機能変換の運動を説明し、理解を得てから運動を実施した。初めは移行術前の機能を意識した動きで、移行後に期待する運動を再現させた。術後 2 週でカックアップ・対立スプリントを作成し、つまみ練習を継続した。自宅であるべく右手を使用するよう指導し、受傷 5 ヶ月で掌側外転 50° へと改善を認め、術前は困難だったボタン等のつまみが可能となった。しかし ADL での実用的な使用は困難なままである。

【考察】

症例は長期的な経過で麻痺・知覚障害により代償動作が完成し、利き手としての機能を失った。介入では継続的に手の使い方を指導し、良肢位での機能練習を実施していくべきだった。今後は“使える手”の獲得を目標に、運動機能の回復に合わせた筋・知覚再教育を実施していく。

大内 天輝¹⁾、池田 拓¹⁾

1) 筑波メディカルセンター病院 作業療法士

【はじめに】

今回、指尖部損傷後、指外しに伴う機能低下を認めた症例を担当した。安定性、運動性、知覚の3要素に着目し介入した結果、良好な成績が得られた為、以下に報告する。尚、今回の報告に際し、症例に同意を得ている。

【症例紹介】

40歳代男性、右利き。プレス機に左示中指を巻き込み受傷。左示指中指切断(石川 subzone 分類:示指Ⅰ, 中指Ⅱ)と診断。示指に対して composite graft, 中指に対して再接着術を施行したが血流障害により壊死。受傷5日後、断端形成。示指Kutler 皮弁術, 中指逆行性動脈皮弁術・全層植皮術を施行した。

【経過】

受傷翌日から患部外の ROM ex を開始。皮弁術後5日, MP・PIP 関節に対して、色調・皮膚温に留意した愛護的な ROM ex と伸筋腱滑走の維持目的に TG ex を実施。日中は組織修復を優先するため他指の使用を指導した。術後12日, DIP 関節の ROM ex 開始に伴い、屈筋腱に対し place & hold ex や blocking ex, スポンジ等のピンチ練習も実施。日中は自主練習と、知覚低下による二次的障害に留意した上で損傷指の使用を促した。しかし、皮弁部に浮腫を伴うふくらみが形成、外見の不安から不必要な保護が見られた。また、過敏性の異常知覚を認め、損傷指使用に恐怖心を抱いた。生活場面では損傷指を用いた手指動作の遂行に困難さがあることから指外しを招き、それに伴う機能低下を認めた。そこで安定性・知覚に対し、減感法と soft dressing, 固有感覚を利用した材質の異なる物品のピンチ練習を追加。運動性に対しては joint jack splint を夜間装着, ROM 改善に伴い capener splint へ変更し適宜調整した。

【結果】

術後1ヶ月と9ヶ月を比較し, %TAM は示指 54%から 83%, 中指 36%から 80%, SWT は測定不能から示指 3.22, 中指 4.31, HAND20 は 88点から 9点へ改善。外見への不安や損傷指使用の恐怖心, 生活場面での指外しは消失した。

【考察】

今回、組織修復を優先した中、早期から腱滑走を促したことで安定性・運動性は維持されていたが、指外しを機に機能低下が生じた。その要因として、知覚への介入不足と推察されたため、他・能動的な触刺激入力訓練を追加した。故に、機能向上とともに心理的不安の解消にも繋がりがり, Useful hand 獲得へ前進したと考える。