

第19回  
広島県  
理学療法士学会

備北地区  
開催

# 多様な 視座に 学ぶ

プログラム  
抄録集

平成26年12月6日(土)~7日(日)

会場 / 安芸高田市民文化センタークリスタルアージュ  
主催 / 公益社団法人 広島県理学療法士会

平成26年11月吉日

施設長 殿  
所属長 殿

公益社団法人広島県理学療法士会

会長 沖田 一彦

第19回広島県理学療法士学会

学会長 井上 和章



### 第19回広島県理学療法士学会出張許可のお願いについて

拝啓

晩秋の候、益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

平素は、当会運営ならびに本会会員の理学療法士に対し、ご指導ご鞭撻を賜り深く感謝申し上げます。

さて、このたび当会では、第19回広島県理学療法士学会を下記のごとく開催する運びとなりました。つきましては貴施設職員で本会会員 理学療法士 \_\_\_\_\_ 氏の学会出張に際し、格段のご配慮を頂きますよう謹んでお願い申し上げます。

敬具

記

会 期：平成26年12月6日（土）、7日（日）

会 場：安芸高田市民文化センター「クリスタルアージュ」

〒731-0592 安芸高田市吉田町吉田 761

TEL 0826-42-2411 FAX 0826-42-1866

学会事務局：〒728-8502 三次市東酒屋町 531

市立三次中央病院 リハビリテーション科

事務局長 槇原 伸一

TEL 0824-65-0101 FAX 0824-65-0150

E-mail 2014jimuhpta.or.jp

以上

## 目次

ご挨拶	2
会場周辺地図	4
会場までの交通案内	4
会場見取り図	5
学会プログラム	6
参加される皆様へ—お知らせ—	8
レセプション・理事会	10
講師・座長・演者の皆様へ	12
学会長基調講演	15
特別講演	19
シンポジウム	23
ディベート	27
教育講演	29
市民公開講座	33
演題一覧	36
演題抄録	42
第 19 回広島県理学療法士学会組織図	89
運営委員	90

# ご挨拶

公益社団法人広島県理学療法士会  
第19回 広島県理学療法士学会  
学会長 井上和章



第19回広島県理学療法士学会を2014年12月6日・7日の二日間、安芸高田市民文化センター「クリスタルアージュ」にて開催させていただきます。テーマは、「多様な視座に学ぶ ～今、理学療法士はどのように見られているのか～」です。

わが国に理学療法士が誕生して、ほぼ半世紀が経過しました。その間に社会の情勢やニーズは大きく変遷し、理学療法士はチーム医療の一員として、様々な医療分野に関与するようになってきました。保健福祉分野での疾病予防や健康増進といった面での対応も求められています。また、地域包括連携にみられるような他職種との連携活動は、もはや当然のこととして受け止められているとも言えるでしょう。

こうした状況の中で私たち理学療法士に向けられる目は、果たしてどのようなものになっているのでしょうか。必ずしも好意的なものばかりではないかもしれません。ここで今一度立ち止まり、様々な視座からの提言に耳を傾けることで、私たちの果たすべき役割やあるべき姿を再考してみたいと考えます。

テーマにある「多様な視座」とは、大別して以下の三つを念頭においたものです。まずは、医療・福祉関係の専門職種における視座が挙げられます。連携・協働にあたり他職種は理学療法士に対して、どのような思いを持ち、何を求めているのか、特別講演やシンポジウムを通して忌憚のない意見を伺いたいと思っております。次に、理学療法士自身の視座からの提言も求めます。十万人を超える規模となった私たち理学療法士の中にも、独自の考えや熱い思いを胸に秘めた仲間がいます。同じ理学療法士としての視座から、現状に対する率直な意見を求め、理学療法士の進むべき方向について教育講演の中で熱く語っていただく予定です。そして三つ目は、私たちの関わるクライアント、一般市民の方から捉えられた理学療法士です。社会の中で私たちはどのように受け止められているのでしょうか。私たちはその思いを正しく理解できているのでしょうか。市民公開講座ではそうした声に、皆さんと一緒に耳を傾けてみたいと思います。

本学会では一般演題とともに様々な企画をご用意しました。前述した特別講演、教育講演、シンポジウム、市民公開講座とともに、今回は初の試みとしてディベートを取り入れました。参加型の討論会で繰り広げられる多様な意見の応酬は、皆様に多くのメッセージをお届けできるものと思います。どうぞ、ご期待ください。

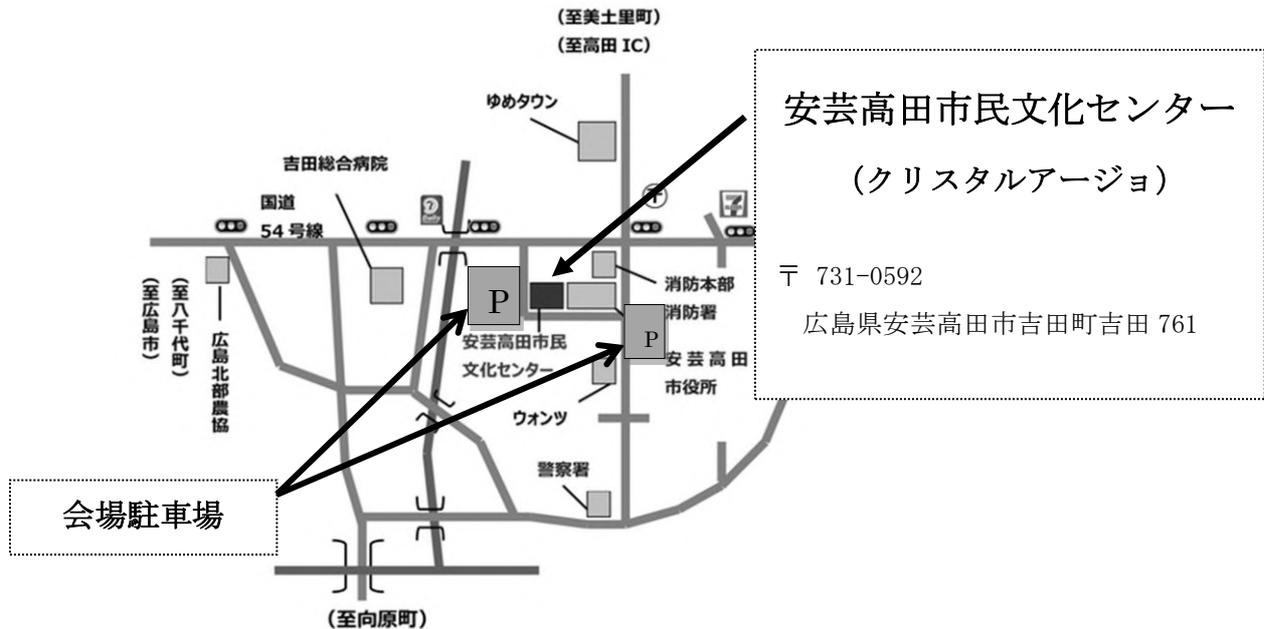
一般演題はすべてポスター発表とし、十分な質疑応答の時間を確保しました。また、経験年数5年未満の方や学会発表を行ったことのない方を対象とした「チャレンジ演題」セッションも設けています。頑張ってまとめ上げた初めての発表が次のステージへと繋がるように、

座長をお願いする先輩方には優しい進行と有用なアドバイスの提示をお願いしています。是非、最初の一步を踏み出す機会として、このセッションをご活用ください。

さて、会員の皆様はご承知のことと思いますが、本学会は県内 11 支部の持ち回りで開催されてきました。しかし、会員数の増大に伴う開催可能施設の制限等、様々な理由から体制の見直しが必要となり、次回からの運営主体は執行部持ち回りで、開催場所も固定化される予定です。よって、今回担当する私たち備北支部にとっては、最後の学会開催となります。前回から、およそ 10 年ぶりの担当ですが、当支部が総数 80 名余と県内 11 支部中、最少人数（しかし、最大面積）であることに変わりはありません。けれども、会員間の結束力は他のどの支部にも負けないものと自負しており、今回も総力を結集して準備を進めてまいりました。

毛利元就とサンフレッチェ広島の町、安芸高田市吉田町で開催される本学会へ一人でも多くの皆様にご参加いただきますよう、備北支部会員一同、心よりお待ち申し上げます。

## 会場周辺地図



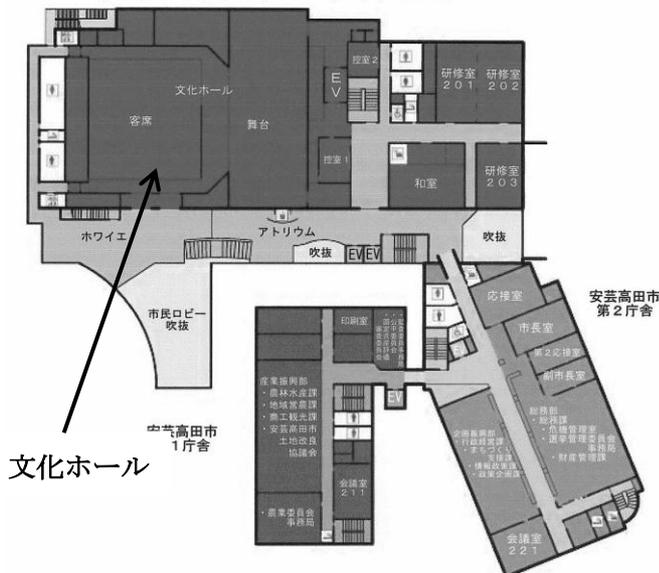
## 会場までの交通案内

- ・バス 広島バスセンター 8 番乗り場 (広島吉田出張所行)  
安芸高田市役所前下車 (90 分)
- ・JR 芸備線向原駅からタクシーで 15 分
- ・車 中国自動車道高田 IC から 15 分  
広島市中心部から国道 54 号線を北上 (80 分)

※当日、車で来場される方は会場駐車場 (無料) をご利用ください

## 会場見取図

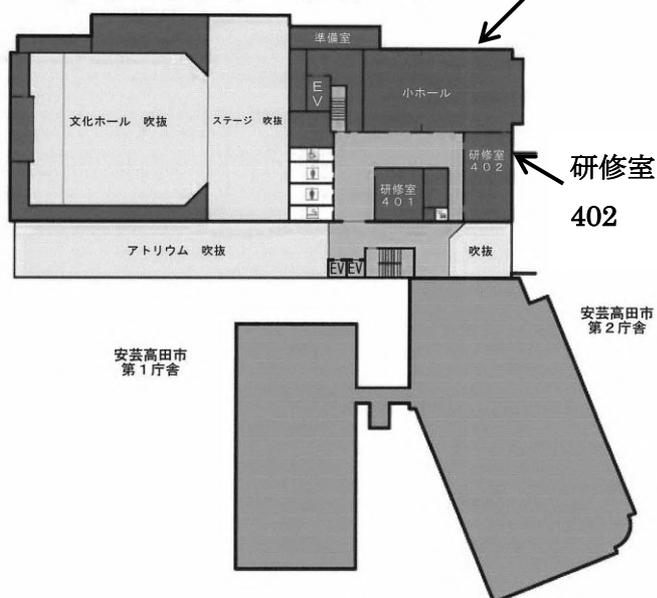
### クリスタルアージョ 2F



12月6日(土)  
(第1日目)

ホワイエ(2階)	受付
文化ホール(2階)	開会式 学会長基調講演 特別講演 シンポジウム
小ホール①②(4階)	ポスター演題
研修室402(4階)	ポスター演題 (チャレンジ演題)

### クリスタルアージョ 4F 小ホール①②



12月7日(日)  
(第2日目)

ホワイエ(2階)	受付
文化ホール(2階)	ディベート 教育講演 学術助成演題 市民公開講座 閉会式
小ホール①②(4階)	ポスター演題
研修室402(4階)	ポスター演題 (チャレンジ演題)

# 学会プログラム 第1日目：2014.12.6（土）

受付 12：00～

時刻	文化ホール	小ホール①	小ホール②	研修室402	
12:00		ポスター貼り付け 12:00～13:00		ポスター貼り付け 12:00～13:00	
13:00	開会式 13:00-13:10				
13:10	学会長基調講演 13:10～13:40				
13:40					
13:50	特別講演 連携を探る 医療福祉の専門家 ～悩み続けるなかで創造される 新たな連携のかたち～ 13:50～14:50				
14:50					
15:00		一般演題 1 15:00～16:00 演題番号 1～6	一般演題 2 15:00～16:00 演題番号 12～17	チャレンジ演題 1 15:00～16:00 演題番号 29～31	チャレンジ演題 2 15:00～16:00 演題番号 35～37
16:00					
16:10	シンポジウム いろいろな職種が感じる 理学療法士との連携 ～いいところもわるいところも～ 16:10～17:40				
17:40					

19:00～

学会レセプション

於：三次グランドホテル

# 学会プログラム 第2日目：2014.12.7（日）

受付 9:10～

時刻	文化ホール	小ホール①	小ホール②	研修室402	
9:10		ポスター貼り付け 9:10～9:30		ポスター貼り付け 9:10～9:30	
9:30					
9:40	ディベート  理学療法室での 理学療法は必要なのか 9:40～10:40		一般演題 3  9:40～10:40 演題番号 18～23	チャレンジ演題 3  9:40～10:40 演題番号 41～43	
10:40					
10:50	教育講演  磨揉遷革 私の伝えたいこと ～変形性膝関節症に対する 私の治療戦略を通して～ 10:50～11:50				
11:50	昼休み				
12:40	学術助成演題 12:40～13:40 演題番号 44～46	一般演題 4 12:40～13:30 演題番号 7～11	一般演題 5 12:40～13:30 演題番号 24～28	チャレンジ演題 4 12:40～13:40 演題番号 32～34	チャレンジ演題 5 12:40～13:40 演題番号 38～40
13:30					
13:40		ポスター撤去 13:40～14:00		ポスター撤去 13:40～14:00	
14:00	市民公開講座  『一日一生』  14:00～15:30				
15:30					
15:40	閉会式 15:40～16:00				
16:00					

# 参加される皆様へ —お知らせ— (必ずお読みください)

## 1. 受付のご案内

下記の時間帯に会場前に受付を設置します。

12月6日(土) 12:00～

12月7日(日) 9:10～

①受付は会員、会員外(県外の理学療法士協会会員・看護師・ケアマネジャー・作業療法士など)、学生・その他受付、一般受付、講師・座長・演者・スライド受付を設けます。所定の受付をしてください。

②会員の方については会員証(H24年3月発行の右下記デザイン)による受付を行いますので、忘れずに会員証をお持ちください。

③参加費については下記の通りです。

会 員：2,000円 (広島県理学療法士会)

学 生： 500円 (学生証の提示をお願いします)

(免許を取得している大学院生は除く)

会員外：3,000円 (医師・看護師・ケアマネジャー・作業療法士など他職種や

日本理学療法士協会に入会している広島県以外の理学療法士)

非会員：10,000円 (日本理学療法士協会に入会していない理学療法士)



## 2. 飲食ならびに昼食について

①文化ホールでの飲食については禁止となっておりますが、その他の場所では飲食が可能です。なお、本学会の会場は公共施設のため一般市民の方々も利用されます。一般市民の方を含めて他の参加者が不快に感じる飲食行為はお控えいただくとともに、飲食により発生したゴミ等は必ず自宅までお持ち帰りください。

②昼食について各自、会場周辺の飲食店もしくはコンビニエンスストア等をご利用ください。

## 3. 公益社団法人 広島県理学療法士会 教育局から単位認定のお知らせ

当学会は、会員証(右上記参照)による会員証明ならびに参加受付・ポイント管理を導入しておりますので、当日は会員証を忘れずにお持ちください。なお、会員証を忘れられた場合には単位認定が出来ませんので予めご了承ください。

### ①新人教育プログラム単位について

教育講演ならびに公開特別講演は新人教育プログラム単位認定の対象となりますので、各講演開始前に設置します新人教育プログラム受付にて会員証を必ず提示してください。学会参加のみでは新人教育プログラムの単位認定はありませんので注意してください。

i) 教育講演「磨柔遷革 私の伝えたいこと

～変形性膝関節症に対する私の治療戦略を通して～

→新人教育プログラム単位 C-2 「運動器疾患の理学療法」

ii) 特別講演

「連携を探る医療福祉の専門家 ～悩み続ける中で創造される新たな連携のかたち～」

→新人教育プログラム単位 C-5 「地域リハビリテーション（生活環境支援を含む）」

なお、一般演題・チャレンジ演題発表者については新人教育プログラム C-6 「症例発表（3単位）」が取得できます。

②専門理学療法士ならびに認定理学療法士資格取得および更新に関わる履修ポイント

学会は2日間にわたって開催しますが、いずれの1日のみの参加でも生涯学習基礎プログラムのポイント認定の対象となります(参加のみ 10pt・演題発表 5pt)。学会受付にて会員証を提示することによりポイントが付与されます。

4. その他

①呼び出し:受付前にホワイトボードを用意いたしますので、そちらをご利用ください。

②喫煙:館内は禁煙です。喫煙される方は所定の喫煙場をお願いします。

③携帯電話:会場内では携帯電話の使用はお控えください。電源をお切りになるか、マナーモードへの切り替えをお願いします。

④クローク・託児所:クロークならびに託児所に関しては、会場の設備上設置いたしません。あらかじめご了承ください。

## 第19回広島県理学療法士学会レセプションのご案内

日 時：平成26年12月6日（土） 19：00～21：00（受付開始18：30～）

場 所：三次グランドホテル

広島県三次市十日市南1-10-1

TEL 0824-63-3111

参加費：事前参加登録 ¥5,000

当日参加登録 ¥5,500

申し込み方法：当日、会場でも参加申込を受け付けますが、可能な限り事前申込にご協力をお願いします。公益社団法人広島県理学療法士会ホームページ <http://hpta.or.jp/> イベント申込・受付内の「第19回広島県理学療法士学会レセプション参加申込」より参加登録してください。

レセプション会場までの交通手段について

レセプション会場までは送迎バスを学会終了に合わせてご用意しております（18：00 学会会場出発）。当日学会会場でもアナウンスいたしますので、お聞きのがしのないようご注意ください。また翌朝、三次グランドホテルから学会会場まで送迎バスをご用意しております。ご希望の方は、8：30までにホテル正面でお待ちください。



今学会レセプションの特別企画として、三次市布野町より横谷神楽団をお招きして、県北を代表する芸能でもある石見神楽の上演を予定しております。このレセプションを通じて、学会とは一味違った目線から、備北をみて、きいて、感じていただければと思っております。

会員同士の情報交換の場として、時間の許す限り親睦を深めて頂き、皆さまと一緒に、思い出に残る素晴らしい学会レセプションにしたいと思います。お誘い合わせの上、多くの方々のご参加をお待ちしております。

## 広島県理学療法士会理事の皆様へ

学会当日は理事会を以下の通りに開催します。

**【第3回定期理事会】**

日時：平成26年12月6日（土）10:00～12:00

場所：安芸高田市民文化センター クリスタルアージュ 研修室203

## 講師・座長・演者の皆様へ（必ずお読みください）

1. 「シンポジウム」「ディベート」の座長・演者の皆様は、開始時刻の30分前までに『講師・座長受付』『演者受付』にて受付をお済ませください。また、開始時刻の10分前までに会場内にお越しくださいますようお願いいたします。

2. 「ポスター演題」の座長・演者の皆様へ

①ポスターによる演題発表は、小ホール①②、研修室 402 の3会場で行いますので、あらかじめ発表場所・発表時間の確認をお願いいたします。

②演題発表時間は、1演題につき5分、質疑応答5分です。

チャレンジ演題の発表時間は、1演題につき7分、質疑応答13分です。

③演者は発表時間になりましたら、各自のポスターの前で待機してください。

④座長は、タイムスケジュールに沿った進行となるようご配慮ください。

⑤演題発表のセッション内での進行は座長に一任いたしますので、演者・フロア・座長間で、活発な質疑、討論となりますよう進行をお願いいたします。

⑥ポスター貼付・撤去作業時間

1日目（12月6日）に発表される方

→12:00～13:00に貼付作業をお願いいたします。

2日目（12月7日）に発表される方

→9:10～9:30に貼付作業、13:40～14:00に撤去作業をお願いいたします。

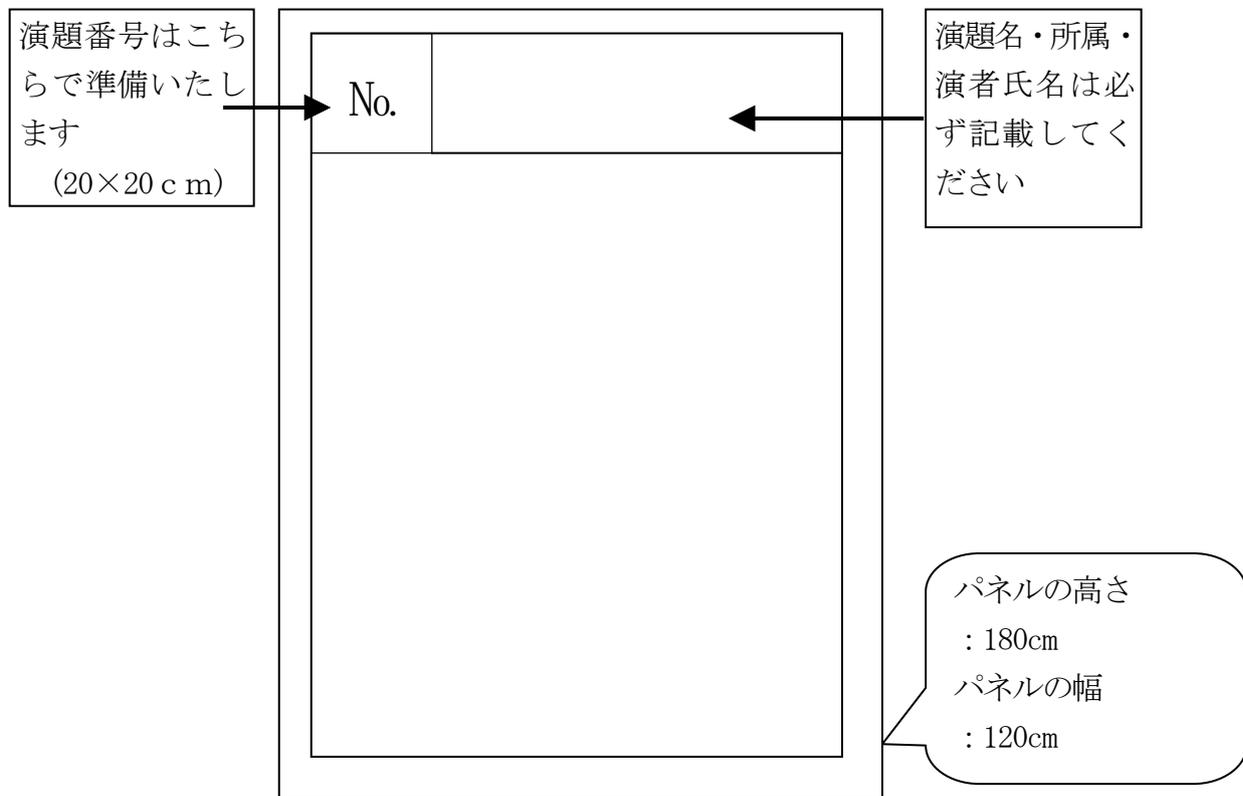
※ポスターの延長掲示のお願い

●学会へ参加される方の中には、いずれか1日のみ参加される方もいらっしゃいます。出来るだけ多くの参加者の方々へポスターを見ていただきたいと考えておりますので、発表当日以外のポスター掲示にご協力ください。なお、ポスターの貼付・撤去作業に関しては所定の時間内をお願いいたします。

●学会1日目にポスター発表される方で、学会2日目もポスター掲示が可能な方は引き続き掲示してください。また、学会2日目にポスター発表される方で、学会1日目よりポスター貼付が可能な方については学会1日目にポスター貼付をしてください。なお、学会2日目のポスター撤去時間を超過して、ポスターが掲示してある場合については学会側が責任を持って処分させていただきます。

## 5. ポスター作成要領

- ①ポスターパネルの大きさは180×120cmです。
- ②演題番号は学会準備委員会であらかじめ用意し、貼付しておきます。
- ③演題名・所属・演者氏名は必ず記載してください。
- ④貼付に必要な画鋏などは学会準備委員会でご用意いたしますのでご利用ください。
- ⑤ポスターは持参し、指定された時間内にポスターを貼付してください。



# 学会長 基調講演

「多様な視座に学ぶ

～今、理学療法士はどのように見られているのか～」

第19回 広島県理学療法士学会

学会長 井上和章



司会：第20回 広島県理学療法士学会

学会長 関川清一

---

---

## 多様な視座に学ぶ

～今、理学療法士はどのように見られているのか～

第19回広島県理学療法士学会 学会長 井上和章

---

---

わが国に理学療法士が誕生して、ほぼ半世紀が経過した。国家試験合格者累計は12万人となり、日本理学療法士協会の会員数はWCPT（世界理学療法連盟）加盟国の中で最多を誇っている。国民の医療・保健・福祉領域に重要な役割を果たす専門職として、理学療法士の存在価値は社会的にも学術的にも高まっており、活動の場は徐々に広がりを見せてきた。

しかしながら、私たちの置かれている状況は、決して安閑としていられるようなものではないであろう。医療費が増え続ければ国家経済が成り立たなくなるという考えの元に、医療介護の効率化や社会医療費の抑制といった面から、様々な制約が課せられるようになってきた。当然のことながらリハビリテーションに関する枠組みにもその影響は波及し、制度の変革も続いている。2000年に創設された“回復期リハビリテーション病棟”では、生活場面のアプローチに重きが置かれ、少人数の患者を担当する病棟勤務体制の結果として、理学療法士をはじめとしたリハ専門職の雇用は飛躍的な増加を認めた。しかし、「平成18年ショック」とも呼ばれた2006年の医療改訂では、現行の“疾患別リハビリテーション料”が導入され、理学療法はリハビリテーション料に含まれることとなった。それゆえ、これは理学療法士の存在性やアイデンティティに関わる事態であるとして多くの議論を呼んだ。そして、本年4月には急性期病棟への理学療法士等の配置による“ADL維持向上等体制加算”や“地域包括ケア病棟”など、出来高払いが基本であったリハビリテーションの診療報酬体系にとって、大きな転機となり得る改正が行われた。こうした一連の流れは、世間一般や厚生行政に理学療法やリハビリテーションがどのように見られているのか、ということを反映したものと言うことができよう。

一方、医療の高度化に伴い、国家資格を有する各種の専門職も次々と誕生してきた。現在は各々の高い専門性を前提に、目的と情報を共有し業務を分担しつつも互いに連携・補完し合って、より適切な医療を提供していくチーム医療がわが国のあり方を変え得るキーワードとして注目されている。こうした多職種連携を進めていく上において、私たち理学療法士は他職種からどのように受け止められているのだろうか。

保健・福祉分野においては、老人保健法に基づく老人保健施設の創設や介護保険法の施行を契機として、理学療法士には介護・福祉領域への関わりも強く求められるようになった。先頃、打ち出された地域包括ケアシステムの実現に向けては、概念図の中心にリハビリテーションが据えられており、地域ケア会議や介護予防事業への参加も強く求められている。こうしたニーズに対して私

たちはどのように向き合い、携わっていくことが出来るのだろうか。さらには、期待される成果を収められるか否かによって、理学療法士に向けられる目は大きく変わってくるであろう。

また、「介護予防事業等においては、診療の補助に該当しない範囲であれば理学療法士という名称を使用して、予防理学療法を実施することに問題はない」とする医政局医事課長通達が昨年末に出されたことは、会員の皆さまもご承知の通りである。これは様々な方面からの働きかけの成果ではあるが、当局側にこうした認識が得られたということは画期的なことと言えよう。その反面、「なんちゃってリハビリテーション」「さすって1単位、散歩して1単位で合計2単位という実態はいかがなものか」といった非常に手厳しい指摘もみられる。こうした受け止め方が広がるようであれば、理学療法士の先行きは危ぶまれるものとなり、これからの時代に不安を覚えずにはいられない。

今、大きな変革期を迎えようとしているこの時代に、私たちは今一度立ち止まってみることも必要ではないだろうか。そこで、本学会ではこれまでを振り返ると共に、社会全体から、そして連携を求められている他の医療・福祉専門職や対象者であるクライアントから、理学療法士はどのようにとらえられているのか、また何を求められているのか、多様な視座からの声を真摯に受け止め、今一度考える機会としてみたい。

# 特別講演

## 「連携を探る医療福祉の専門家

～悩み続けるなかで創造される新たな連携のかたち～」

相模女子大学人間社会学部

教授 浮ヶ谷幸代



司会：介護老人保健施設あさぎり 平岡一志

## 連携を探る医療福祉の専門家

～悩み続けるなかで創造される新たな連携のかたち～

浮ヶ谷幸代 (相模女子大学人間社会学部教授)

私はこれまで医療人類学の視点から、臨床の現場で専門家が抱える苦悩について研究してきました。苦悩が生まれるのは、専門家が生活者としての患者に直面したときと異なる専門家との間の連携がうまくいかないときだということがわかりました。講演会では、後者の多職種連携のあり方を中心に話を進めたいと思います。

連携を探る「多職種」の専門家とはだれのことでしょうか？医療福祉の専門家のことでしょうか？多職種連携の目的が「患者（利用者、当事者）の生活の場でのケア」の提供とすれば、患者やその家族を加えて連携することはごく自然のように思われます。近年、「地域包括ケア」が注目されています。地域包括ケアを「人のQLの維持のために生活支援として提供するケア」だとすると、地域包括ケアは患者の「生活支援」のためのケアであって、治療が先にあるケアではないこととなります。最近、連携の担い手にケアの受け手を含めるという視点も打ち出されたようですが、だれのためのケアか、生活支援と治療とのバランスをどうとればいいのか、みなさんと考えてみたいと思います。

さて、生活支援の「生活」とは何を意味するのでしょうか？人類学的には『生活』とは人が文化的生物としての生存を維持する営みであるといえます。さらに言えば、人それぞれの暮らしぶりといってもよいでしょう。人は「生きて病いを得て、老い、そして死を迎える」という人生のプロセスの中で、文化的、社会的、歴史的な背景によって彩られた「全体的生」を生きています。病院医療の専門家が捉えるような「臓器別身体」「専門分化した生」を生きているわけではありません。では、専門家は人の「全体的生」に向き合うために何が求められているのでしょうか？専門分化した職域を越え、人を「丸ごとの人間」として捉える視座かもしれません。

近頃、高齢者ケアをめぐる‘Aging in Place’という言葉が散見します。「弱っても安心して住みなれたまちに住み続けること」「住み慣れたところでいつまでも」などと訳されていますが、いずれにせよ‘Aging in Place’を可能にするためのケアを「地域ケア」と呼んでみたいと思います。この「地域」が「地域住民の相互関係による支え合いの場としてのコミュニティ」だとすれば、「地域ケア」は高度に発達した「専門知」ではなく、地域住民の間でゆるやかに共有されている「生活の知」を基盤として創造されると考えられます。では、専門家は地域ケアの創造にどのようにかわれるのでしょうか？

そこで、地域ケアを担う住民について考えてみたいと思います。北海道浦河町精神保健福祉の活動、長野県松本市の市民活動と寺院活動による地域ネットワークづくりを見ると、医療福祉の専門家だけではなく行政職員、学校教員、ボランティア、NPO法人、僧侶、檀信徒、葬儀業者、民生委員、大学など、多種多様な立場の住民がかかわっています。そこではどのような連携のかたちを作っているのでしょうか？

事例から見えてくるのは、既存のネットワーク（親族関係、家族・友人・近隣関係、寺・信徒、ボランティアやグループとの関係など）をうまく使い、関係者が「顔の見える関係」を作っていることです。そして、それぞれの専門家は自分の役割を固定せず、役割を越えて互いに「関心」をもっていることです。これらを参照し、専門家と生活者、専門家と専門家との新たな連携のあり方をみなさんと一緒に模索していきたいと思います。

#### 【講師略歴】

- 1975年 富山大学薬学部卒業  
製薬企業研究所前臨床試験部門勤務（4年）
- 1992年 埼玉大学教養学部文化人類学コース社会人編入
- 2001年 千葉大学大学院 学術博士号（Ph.D）取得
- 2009年 相模女子大学人間社会学部教授
- 専攻 医療人類学・文化人類学
- 単著 『病気だけど病気ではない：糖尿病とともに生きる生活世界』誠信書房、2004年。  
『ケアと共同性の人類学：北海道浦河赤十字病院精神科から地域へ』生活書院、2009年。  
『身体と境界の人類学』春風社、2010年。
- 編著書 『苦悩することの希望』、協同医書出版社、2014年（刊行予定）。  
『苦悩とケアの人類学』世界思想社、2014年（刊行予定）。

#### 講師著書紹介



#### 身体と境界の人類学

内容：臓器移植、糖尿病、セクシュアリティ、老い、死など、魅力的なテーマと具体的な事例から、身体の不思議に迫る。

単行本：233 ページ

出版社：春風社

刊行年：2010年



#### ケアと共同性の人類学

内容：精神科病棟の日常的な看護実践と地域住民の日常的な生活の営みの中から、精神障害者を取りまく「できごと」を紹介し、それ自体が人と人との関係を基盤となる共同性として見えてくることを解き明かす。

出版社：生活書院

刊行年：2009年

# シンポジウム

## 「連携を探る医療福祉の専門家

～悩み続けるなかで創造される新たな連携のかたち～

【司会】 浮ヶ谷 幸代（相模女子大学人間社会学部 教授）

### 【シンポジスト】

医 師 岡崎 哲和（岡崎医院 院長）

介護福祉士 廣山 初江（広島県介護福祉士会 会長）

看護 師 保永 康枝（広島県看護協会訪問看護ステーション「中央」 所長）

作業療法士 高本 晃司（介護老人保健施設ピレネ）

社会福祉士 柏原 健一（介護老人保健施設 やすらぎの家 支援相談員）

理学療法士 今田 雄二郎（三次神経内科クリニック花の里）

## いろいろな職種が感じる理学療法士との連携

～いいところもわるいところも～

### このシンポジウムの目的(文責:学会準備委員会企画局長 平岡一志)

地域包括ケアシステムのキーワードとされている多職種連携において、大切なことは、「互いの職種を尊重、理解し、患者のためにチームの一員として何ができるのかを考えること」と言われています。一方、現場では、すべての職種が患者さんのために働いているにもかかわらず、それぞれの信念・視座の違いのために衝突することも多くあり、お互いをよく知り、関わりあうことの難しさも思い知らされることが多いように思います。今回は、各職種のシンポジストの方々が、それぞれの職種として大切にしていることや、患者さんをどのような視座で捉えておられるのか、また、連携において理学療法士をどのように見ておられるのかについて、忌憚のないご意見をいただき、多くの視座について学びたいと思います。その上で、多職種連携のなかで理学療法士として何ができるのかを考えていただく機会になればと思っています。

### シンポジスト紹介～職種として大切にしていること・理学療法士の印象～

#### 岡崎哲和(岡崎医院 院長:医師)



介護保険政制度以前から法人の理念として掲げている「患者さんは、私たちの“先生”です」とい気持ちを持ちながら日々の診療で一番大事にしているものです。患者指導、患者教育という言葉は現場では耳にしますが、常に患者さんを通して教えて、教えられ、成長しているという姿勢で診療することが、患者様と呼ぶことより大事なことでないでしょうか。現在は法人に介護事業が加わり、生活を支えるという視点をより明確にするため、「地域とともに 地域のために」の理念のもと、「患者さんは、私たちの“先生”です」「その人らしく、生きる力に寄り添うチカラ」という視点で「人」として接することを掲げ、今まで得たものを地域のために還元し、また教えられての繰り返しの中で一緒に成長していることを明確にしています。最後に、「人情と道理を尽くす!」。人間らしい視点・心をもって、科学的な物事の道筋を大切に、あきらめないこと。生涯大事にしたいことです。

理学療法士とは、運動機能の知識を駆使しながら、科学的な事実に基づいて、現場での経験を包括して総合し、目の前にいる一人の患者さんに対して、人間らしく、なおかつ科学的なベースをもって治療を行う専門職であると考えています。

#### 廣山初江(広島県介護福祉士会 会長:介護福祉士)

私自身、老人保健施設の中で理学療法士の皆さんと長い月日、共に議論をさせて頂きながら働きましました。経験の中から得たものを発表出来たら幸いです。二つのことについて簡単に書きます。

##### 1. 介護福祉士として働く中で大切にしていること

「あきらめから生きる力を」という自分のケアを実践し、今の自分を受け入れて、自分らしく行ききる支援を目指しています。

##### 2. 理学療法士の印象について

障害を持った利用者が新しい自分の受け入れるためには、自分の能力と活かす方法を知るために、大切な職種であると思っています。

多職種連携の中で私たちの役割について、しっかり考えたいと思っています。



## 保永康枝（広島県看護協会訪問看護ステーション「中央」 所長：看護師）



訪問看護師として大切にしていることは、利用者の気持ちに寄り添った看護をすることです。人間はそれぞれ生きてきた過程や環境、価値観が違います。私が良かれと思うことも相手にとってはそうではないことに遭遇することもあります。利用者の生活の場に入る看護師は、自分の価値観に囚われず相手の思いを傾聴、承認し、人生の選択の場面においては、どんな意味を持つのかを本人や家族と一緒に考えていくことが大切であると思います。

理学療法士は、悪化予防・自立の観点でとても大きな役割を持っており、利用者のニーズも高く、それに伴う満足度も高いと感じています。私たちは、動きのスペシャリストと連携することで利用者の生活がより豊かなものになると思っています。

## 高本晃司（介護老人保健施設ピレネ 作業療法士）

私が普段作業療法士として働いて大切にしているものは、「対象者の人生に関わる事をご本人様に受け入れて頂く。事、そして「対象者の人的な環境として適切な選択肢の提案を行う。事です。また、「作業療法士からみた理学療法士の印象」ですが、広島県作業療法士会アンケート「チーム医療の中で理学療法士の役割とは何ですか？」の結果によると、「基本動作能力・身体機能・循環器系や整形外科的疾患」其々の評価・アプローチ、「疼痛緩和」「装具関連」という意見が大半でした。しかし実際には職域を分けていない状況もあり、この機会に作業療法士は何を行うべきなのか？もう一度考えてみたいと思います。



## 柏原健一（介護老人保健施設やすらぎの家 支援相談員：社会福祉士）



私が大切にしていることは、「もし、自分や家族が病気や要介護となった際、どんな支援相談員に会いたいか。」という視点を忘れず相談援助することです。いくら施設で良いケアやリハビリを実践しても、在宅介護者にストレスがあると、ご利用者の望む生活が支援できないケースもあり、在宅復帰には家族支援が一つの鍵です。ご利用者のみならず、ご家族のできる事、できない事、想いを多職種に繋げる役割が私にあります。

施設では理学療法士の存在は不可欠で、身体機能回復にとどまらずご利用者のライフスタイルや人生目標にも影響力があります。理学療法士への信頼は、ご利用者のみならず、私を含む多職種も同様です。各職種の自己研鑽と、他職種の専門性を認めるチームとしての協働の先に自立支援があると考えます。

## 今田雄二郎（三次神経内科クリニック花の里 理学療法士）

クライアント、家族を含んだチームがお互いにインスパイアされ続ける関係、共に進んでいく関係が築けたとき、本当によい連携がとれていると感じます。そんな時自分自身が体験することは、潜在性が引き出され、足りない物に気づかされ、学習していく過程であり、このような経験を皆で共有出来た時、そのチームでの最高の連携の形になるのではないかと考えています。そのために、私は、「クライアントや家族、多職種も含めた人間を知る」、「個別性を理解する、認める」、ことからスタートすることを大切にしています。そして、誰かの意図的な人生ではなく、その人らしい（本質）人生を引き出していく手助けができればと常に思っています。

今回のシンポジウムを通して、様々な職種の世界感をたくさん感じ皆様と一緒にインスパイアされたいと思います。



# ディベート

## 「理学療法室での理学療法は必要なのか」

### 【プレゼンター】



重岡 宏美  
(三次地区医療センター)



伊藤 俊成  
(庄原赤十字病院)

### 【司会】



崎元 直樹  
(市立三次中央病院)



横田 晋一  
(やすもとクリニック)



小西 華奈  
(広島市立広島市民病院)

## ディベート

### 理学療法室での理学療法は必要なのか

昨今の医療社会情勢の中、理学療法の対象が多様化するとともに、理学療法のあり方も多様化しました。この情勢変化に対し専門家としての関わりを模索し、各現場での理学療法を変化されていると思います。きっと、理学療法室で展開されている理学療法のあり方も変化していることでしょう。この空間での理学療法は患者さんにとっても、理学療法士にとっても必要であることは言うまでもない、きっとそうです。

ひとつだけ、みなさんに質問させていただきたいと思います。みなさんは、日々の業務の中で専門職として何を想い、理学療法室で理学療法を行っていますか。おそらく、患者さんにとってメリットとなるものを提供するために使用されていると思います。

では、どのようなメリットがあるのでしょうか。

精神的な面で良いからでしょうか。

業務効率が良くなるからでしょうか。

理学療法に必要な道具が設置されているからでしょうか。

では、逆にデメリットはなんなのでしょうか。

理学療法室という空間に患者さんを連れてくることで、他職種業務への影響はないでしょうか。

リスク管理は、十分に行える環境でしょうか。

空間にいるというだけになっていないでしょうか。

あなたの提供する理学療法は、本当にその空間でなければ提供できないものですか。私たちは専門職として何を想い、この空間を使用していかなければいけないのでしょうか。

平成 26 年度の診療報酬改定とともに理学療法士のあり方は、より進化する時代を迎えました。専門家として、これまでにこの空間で歩まれ理学療法の礎を築いていただいた方、今この空間で模索を続けている方。そして、この空間とともにこれから成長されていく方。今だからこそあえて、皆さんに聞きたいと思います。

今回の企画では、オーディエンスを取り入れて、聴講される方にも参加していただきながら進行していきます。ぜひ会場に足を運んでいただき、理学療法室という空間の存在する意味、そして、専門職として、どのようにこの空間を使用していくべきか。一緒にその答えを見つけましょう。

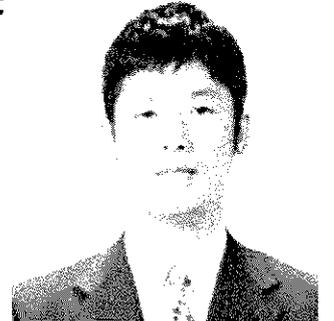
# 教育講演

## 「磨揉遷革 私の伝えたいこと

～変形性膝関節症に対する私の治療戦略を通して～」

総合病院回生病院関節外科センター附属理学療法部部長

山田英司



司会：庄原赤十字病院 井上和章

---

---

## 磨揉遷革 私の伝えたいこと

～変形性膝関節症に対する私の治療戦略を通して～

山田英司（回生病院関節外科センター附属理学療法部部長）

---

---

大規模なコホート研究によると、本邦における変形性膝関節症の患者数は約2,500万人と推定されており、変形性膝関節症で苦しんでいる国民に対して、理学療法という手段を用いて貢献することは、理学療法士に与えられた宿命であると考えられる。これまで、変形性膝関節症に対する理学療法では、急性期病院に理学療法士が多く所属していたこともあり、術後の理学療法が重要視される傾向があった。しかし、理学療法士数の増加により、これまで、薬物療法と物理療法だけを施行されていた患者に対して、運動療法を行うことができる環境が徐々に整ってきた。

最低限の質が保証された理学療法を行うためには、全ての理学療法士が最良のエビデンスを用いる必要がある。変形性膝関節症に対する治療ガイドラインもいくつか報告されているが、変形性膝関節症という大きなカテゴリーで捉えたガイドラインでは、様々な病態や症状を呈する個々の患者に対応することは、現段階では困難である。すなわち、変形性膝関節症という一つのカテゴリーでは、臨床における個別性に対応できるエビデンスを出すことができないということである。今後、変形性膝関節症を様々な視点でサブグループ化し、病態や症状で分類した小さなカテゴリーでエビデンスを構築していくことが重要である。

現時点で、適切な理学療法を提供するために必要なことは、疾患名に依存した理学療法から、機能障害を評価し、機能障害を改善する理学療法に発想を転換することであると考えている。我々はこれまでの教育の中で、疾患名から評価項目を抽出し、治療を展開すること、すなわち疾患ベースでの理学療法を学んできた。しかし、変形性膝関節症だからこの評価項目、あるいはこの治療方法という思考過程では、臨床場面で思うような治療効果をあげることができない理学療法士も多いのではないだろうか。変形性膝関節症は、結果として膝関節に加わるメカニカルストレスが増大したことが様々な症状を呈する第一の原因である。よって、出現している様々な症状の病態を評価し、治療する理学療法（対症療法）と、第一の原因であるメカニカルストレスを軽減させる理学療法（原因療法）とを分けて考えなくてはならない。

理学療法は、科学（science の部分）と客観的に証明されていない、いわゆる定性部分（art の部分）から成り、これらのバランスが重要である。

本講演では、変形性膝関節症に対する治療戦略を通して、理学療法士として今感じていることを述べたい。

## 【講師略歴】

- 平成 5年 国立善通寺病院附属リハビリテーション学院理学療法学科卒業  
石川県立中央病院リハビリテーション部 理学療法士
- 平成 10年 香川医科大学附属病院リハビリテーション部 理学療法士
- 平成 19年 香川医科大学大学院博士課程機能構築医学専攻医用工学部門修了 博士（医学）  
取得
- 平成 22年 香川大学医学部附属病院リハビリテーション部 院内副技師長
- 平成 23年 徳島文理大学保健福祉学部理学療法学科 准教授
- 平成 26年 総合病院回生病院関節外科センター附属理学療法部 部長
- <所属学会等：順不同>
- 日本理学療法士協会 日本体力医学会 日本電気生理運動学会  
International society of electromyography and kinesiology  
理学療法科学学会 医用近赤外線分光法研究会
- <受賞等>
- 平成 12年 第 11 回理学療法ジャーナル賞 準入賞
- 平成 16年 第 15 回理学療法ジャーナル賞 準入賞
- 平成 18年 日本理学療法士協会認定 専門理学療法士（骨・関節系）
- 平成 20年 第 4 回学会賞（第 36 回四国理学療法士学会）
- 平成 23年 日本理学療法士協会認定 認定理学療法士（運動器）

## 講師 著 書 紹 介

### 山田英司 変形性膝関節症に対する保存的治療戦略

（出版社書籍紹介より抜粋）

第一線で活躍する理学療法士が、貴重な経験や紆余曲折の人生を惜しみなく語る、理学療法士列伝シリーズの第 1 弾。ひとりの理学療法士として、どう学び、何を考え、どこを目指すのか。過去、現在、未来と 3 章立てで伝える。学生として、若手理学療法士として、筆者が何を体験し、悩み、そして乗り越えてきたのか。どのような出会いが、理学療法士としての筆者を育て、形づくってきたのか。その人生をもとに語られる「理学療法」は、多くの壁にぶつかって悩み、迷い、苦しんでいる若手理学療法士を奮い立たせ、未来へ向かって進む力を与えてくれるだろう。初めての壁を前にして立ちすくんでいる初学者に、その壁を越える手段として、またさらに一段上を目指すきっかけとして、この希有な書を薦める。

単行本：90 ページ

出版社：三輪書店

刊行年：2012 年



# 市民公開講座

## 「一日一生」

**高橋 建**

（野球解説者、元プロ野球選手

〔広島東洋カープ、ニューヨーク・メッツ〕）



司会：丸川 章 （デイセンターいこい）

渡辺 昌寿（市立三次中央病院）

# 『一日一生』

高橋 建 (野球解説者、元プロ野球選手〔広島東洋カープ、ニューヨーク・メッツ〕)

横浜高校から拓殖大学、トヨタ自動車を経て1994年にドラフト4位で広島東洋カープに入団し、15年間で70勝92敗5セーブ、防御率4.33が私の生涯成績です。私の野球人生は『あと一步』の連続で、横浜高校、拓殖大学、トヨタ自動車で何度も優勝を逃してきました。カープ入団後も1996、1997年は3位になりましたが、優勝に届かず。1998年からの2010年までの13年間は、すべてBクラスでした。優勝はできませんでしたが、広島ファンの暖かい声援で引退することができました。

私の野球人生は、ケガや病気との闘いでもありました。肩の故障、坐骨神経痛、膝、ふくらはぎの故障がありました。肩を故障した時は、打者との対決というよりは痛くなく投げるにはどうするかを考えながらプレーしていました。私が現役の時は今ほど選手が守られる環境にはなく、多くの故障を抱えてプレーする中で、体が経験していることは分かっているけど、体の構造は分からないままトレーニングをしていました。

それでも、41歳まで野球を続けることができました。40歳の年には、それまで夢にも思わなかったメジャーリーグでのプレーも実現しました。現役最後の年にはカープに戻り、カープで15年、アメリカで1年、16年間のプロ野球人生を過ごせました。

今回の講演では、故障を抱えながらどのようにプレーしていたか、手術を経験し、理学療法士などの医療関係者やトレーナーとどのように関わっていたかなどを私の経験を踏まえてお話できればと思います。

また、惜しくも優勝は逃しましたが2年連続でクライマックスシリーズ出場を決めました今年のカープについて、日本とメジャーの違いも経験談と共に少しお話しできたらと思います。

## 講師著書紹介



### カープの建さん

内容：名門・横浜高校から拓殖大学、トヨタ自動車を経て、1994年に広島東洋カープにドラフト4位で入団した高橋建。左腕のエースとなった高橋は、40歳でメジャーリーガーとなり、「おじさんの星」と注目を浴びました。引退後も、ファンから「建さん」と呼ばれ親しまれています。そんな建さんが、これまでの野球人生を振り返り、カープのこと、メジャーのこと、野球論について語ります。

出版社：宝島社

刊行年：2013年

# 演題一覧

## 小ホール①

一般演題 1～6 (運動器1)	第1日目	15:00-16:00
一般演題 7～11 (内部障害2・地域2)	第2日目	12:40-13:30

## 小ホール②

一般演題 12～17 (神経系1・地域1)	第1日目	15:00-16:00
一般演題 18～23 (運動器3)	第2日目	9:40-10:40
一般演題 24～28 (神経系2)	第2日目	12:40-13:30

## 研修室 402

チャレンジ演題 29～31 (生活系)	第1日目	15:00-16:00
チャレンジ演題 32～34 (運動器4)	第2日目	12:40-13:40
チャレンジ演題 35～37 (運動器2)	第1日目	15:00-16:00
チャレンジ演題 38～40 (内部障害3・神経系3)	第2日目	12:40-13:40
チャレンジ演題 41～43 (内部障害1)	第2日目	9:40-10:40

## 文化ホール

学術助成演題 44～46 口述発表	第2日目	12:40-13:40
-------------------	------	-------------

一般演題 会場 小ホール①

一般演題1 (運動器1)

12月6日(土)

15:00~16:00

座長 浜脇整形外科リハビリセンター 葉 清規

- 1 安定性の異なるバランスクッションによる重心動揺の違い  
マッターホルンリハビリテーション病院 尾上 仁志
- 2 バランスクッションを使用したエクササイズの即時効果について  
マッターホルンリハビリテーション病院 児玉 慎吾
- 3 腹部引き込ませ運動における腹横筋筋厚とそれに関連する因子の検討  
超音波画像診断装置を用いて  
太田整形外科 宮本 進太郎
- 4 人工膝関節置換術後の早期運動介入が患者の歩行獲得日数および在院日数に及ぼす影響  
一後ろ向きコホート研究一  
済生会呉病院 梅原 拓也
- 5 人工股関節置換術後患者の身体活動量回復の予後予測  
中国電力(株)中電病院 小川 健太郎
- 6 麻酔下非観血的関節授動術を必要とした段階的両側人工膝関節置換術後の症例について  
おかもと整形外科クリニック 川野 大二郎

一般演題4 (内部障害2・地域2)

12月7日(日)

12:40~13:30

座長 訪問看護ステーションハローナース五日市 森田 秀紀

- 7 当院の胸部食道がん術後の理学療法について  
地方独立行政法人 広島市立病院機構 広島市立安佐市民病院 廣澤 隆行
- 8 癌患者の外科的手術前後のサルコペニアの現状把握についての検討  
福山市民病院 奥田 卓矢
- 9 当院における透析中の運動療法介入が透析後起立性低血圧に与える影響  
医療法人清幸会 土肥病院 石倉 英樹
- 10 当院における診療科担当制施行前後での心臓弁膜症術後患者の離床状況の変化について  
広島市立安佐市民病院 富田 瑛博
- 11 回復期リハビリ病棟開設  
当院の取り組みと今後の課題  
井野口病院 長岡 直

一般演題2 (神経系1・地域1)

12月6日(土)

15:00~16:00

座長 五日市記念病院 大内田 友規

- 12 脳卒中後片麻痺患者に対する低頻度反復性経頭蓋磁気刺激と集中的リハビリテーションの併用療  
法が下肢機能と歩行に与える影響  
西広島リハビリテーション病院 松下 信郎
- 13 多発性微小出血により、脳血管性パーキンソン症候群を呈した症例に対する理学療法経験  
医療法人光臨会 荒木脳神経外科病院 末平 将也
- 14 Camptocormia の姿勢障害を呈したパーキンソン病の患者に対しての介入  
臥位からの治療展開  
医療法人微風会ビハーラ花の里病院 矢野 恵夢
- 15 病院・施設間のリハビリテーション連携  
—新たな連携の手段を用いた一症例—  
医療法人 宗齊会 須波宗齊会病院 佐藤 勇太
- 16 広島県理学療法士会備北支部公益事業の活動報告  
—市民参加のアンケート調査から見たこと—  
松尾整形外科リハビリクリニック 坂井 崇浩
- 17 生活支援における理学療法士のあり方  
在宅復帰困難と思われた姉を自宅で介護する要介護者である弟から見る理学療法士とは  
庄原市立西城市民病院 岡井 耕平

一般演題3 (運動器3)

12月7日(日)

9:40~10:40

座長 広島国際大学 田中 亮

- 18 骨形成不全症患者の骨折後の関節可動域制限  
疾患特性により長期固定後でも拘縮を呈さなかった一例  
独立行政法人 国立病院機構 呉医療センター・中国がんセンター 田代 桂一
- 19 当院のモーニング・リハの取り組みについて  
～ “するADL” を視点に置いた朝のADL介入～  
医療法人社団曙会 シムラ病院 山本 辰也
- 20 歩行様式による水中運動療法の効果  
医療法人社団おると会 浜脇整形外科リハビリセンター 森本 祐穂
- 21 腰部脊柱管狭窄症患者の健康関連 QOL に影響を及ぼす日常生活機能面の因子  
医療法人社団おると会 浜脇整形外科リハビリセンター 宮崎 寛史
- 22 変形性肩関節症に対しリバーズ型人工肩関節置換術を施行した症例の理学療法経験  
マツダ株式会社 マツダ病院 高野 英祐

23 胸髄損傷（T3），対麻痺を呈した患者に対して退院支援が難渋した症例

公立みつぎ総合病院 三谷 仁也

一般演題5（神経系2）

12月7日（日）

12:40～13:30

座長 広島市立リハビリテーション病院 平山 秀和

24 脳卒中装具療法における回復期から生活期への連携づくりのための「装具作製報告書」の使用経験

地方独立行政法人広島市立病院機構 広島市立リハビリテーション病院 川野 義晴

25 当院における装具療法の現状と脳卒中患者に与える効果

医療法人光臨会 荒木脳神経外科病院 土井 貴詔

26 装具療法実施し、足底からの体性感覚入力により半側空間無視の改善を図った脳塞栓症例に対する理学療法経験

興生総合病院 野口 飛鳥

27 脳卒中片麻痺に対する早期歩行訓練導入の意義とADLへの影響

医療法人社団 井野口病院 奥島 悠大

28 脳卒中患者の歩行評価への工夫

2次元動作解析を用いて

医療法人社団清風会 五日市記念病院 宍戸 健一郎

チャレンジ演題 会場 研修室402

チャレンジ演題1（生活系）

12月6日（土）

15:00～16:00

座長 松尾内科病院 中野 徹

29 患者の身体図式と疼痛に関する一考察

～頸部痛が消失した一例より～

三次地区医師会介護老人保健施設あさぎり 武田 由布

30 排泄リハビリテーションの治療実践の現状に関するアンケート調査

たかの橋中央病院 金具 美奈枝

31 生活の中での一つの気づきをきっかけに自身の身体と向き合い改善が認められた一症例

医療法人微風会 ビハーラ花の里病院 齋藤 佳奈

**チャレンジ演題4 (運動器4)**

12月7日(日)

12:40~13:40

座長 和光整形外科スポーツクリニック 佐藤 誠亮

- 32 高位脛骨骨切り術後に第一中足趾節間関節痛を訴える症例の下肢運動学的解析  
広島大学病院 久野 智之
- 33 THA 進入方法の違いによる術後関節可動域の比較  
MIS 仰臥位前外側アプローチと後方アプローチの比較  
中国労災病院 和田 直人
- 34 膝蓋骨開放性粉碎骨折に対し骨接合術(ひまわり法とTBW法の併用)を施行した一症例  
広島赤十字・原爆病院 田辺 真海

**チャレンジ演題2 (運動器2)**

12月6日(土)

15:00~16:00

座長 中電病院 森田 哲司

- 35 腱板損傷に対する治療にレッドコードを使用した一症例  
松尾整形外科リハビリクリニック 神田 裕也
- 36 肩関節周囲炎における夜間痛の発生に関わる背景因子の検討  
医療法人社団おると会 浜脇整形外科リハビリセンター 内平 貴大
- 37 股関節固定術後の腰背部痛に対して胸椎自動運動のアプローチを検討した症例  
おかもと整形外科クリニック 砂池 紗帆

**チャレンジ演題5 (内部障害3・神経系3)**

12月7日(日)

12:40~13:40

座長 福山循環器病院 大浦 啓輔

- 38 回復期病棟入院中に下肢エルゴメータ運動による運動負荷訓練を試みた3症例  
一般社団法人 三次地区医師会 三次地区医療センター 百合田 雅也
- 39 外来での心臓リハビリテーション継続を阻害する要因の検討  
～外的要因に着目して～  
庄原赤十字病院 西山 允隆
- 40 急性期理学療法での目標設定  
重度片麻痺患者の経験を通して  
脳神経センター大田記念病院 山本 沙由美

座長 尾道市民病院 木曾 貴紀

- 41 圧迫骨折を受傷し、誤嚥性肺炎を既往にもつパーキンソン病患者への回復期理学療法  
回復期～生活期の呼吸機能と生活空間に着目して  
西広島リハビリテーション病院 松四 健太
- 42 ALS患者における1年前の呼吸機能と現在のFIMとの関連性  
医療法人微風会ビハーラ花の里病院 原 駿介
- 43 薬剤性間質性肺炎患者に対して呼吸リハビリテーションを施行した一症例  
社会医療法人 里仁会 興生総合病院 田原 裕起

学術助成演題 会場 文化ホール

座長 広島大学病院 對東 俊介

- 44 脳卒中患者における装具地域連携サマリーの開発・運用とその使用経過  
医療法人 光臨会 荒木脳神経外科病院 猪村 剛史
- 45 疼痛との関連性の違いから分類する変形性膝関節症罹患者の表現型  
多施設共同横断研究  
医療法人 サかもみの木会 サカ緑井病院 廣濱 賢太
- 46 臨床理学療法士のプロフェッショナルリズムに関するアンケート調査  
県立広島大学保健福祉学部理学療法学科 島谷 康司

# 演題抄録

## 一般演題

演題番号 1～28

## チャレンジ演題

演題番号 29～43

## 学術助成演題

演題番号 44～46

## 安定性の異なるバランスクッションによる重心動揺の違い

尾上 仁志<sup>1)</sup> ・ 浦辺 幸夫<sup>2)</sup> ・ 島 俊也<sup>1)</sup>  
大岡 恒雄<sup>1)</sup> ・ 児玉 慎吾<sup>1)</sup> ・ 白川 泰山<sup>3)</sup>

- 1) マッターホルンリハビリテーション病院 リハビリテーション部  
2) 広島大学大学院医歯薬保健学研究院  
3) マッターホルンリハビリテーション病院 整形外科

**Key Words** バランスクッション, 静的バランス, 重心動揺

### 【目的】

高齢者の転倒予防のために、バランス能力を向上させることは重要である。バランスエクササイズの難易度の設定では、対象者にとってやや難しい程度の課題が適しているとされるが(望月、2005)、通常のバランスツールでは一定の難易度でしか行えない。難易度の変更可能な装置もあるが、大がかりで高額であるため容易に使用できないのが現状である。そこで筆者らは、ポリプロピレン素材で、ストロー状の管の直径と長さを変えた材料を使用したバランスクッション(以下BC)を作製し、エクササイズの難易度を変化させることを考えた。本研究の目的は、難易度を変化させたBCを使用し、静的バランスとして重心動揺が変化するかを確認することとした。

### 【対象】

当院に通院または入院している整形外科疾患を有する65歳以上の高齢者20名(男性7名、女性13名)と成人30名(男性15名、女性15名)を対象とした。高齢者の平均年齢(±SD)は80.2±6.7歳、身長は148.7±7.8cm、体重は46.4±6kgだった。成人の平均年齢は23.7±2.2歳、身長は164.5±7.9cm、体重は59.9±8.6kgだった。

### 【方法】

BCは小さい管として、管の直径5mm、長さ8mmの材料を一辺43cmの正方形の布製の袋に430g封入した。同じく、大きい管として直径8mm、長さ10mmの材料を465g封入した。いずれも厚さ20mmに統一した。重心動揺の測定は、重心バランスシステム(JK-101、(株)ユニメック)を用いた。サンプリング周波数20Hzで、30秒間開眼両脚立位で静的バランスを測定した。安静時立位、2種類のBC上での重心動揺を測定し、単位軌跡長を比較した。測定は全て裸足で行い、対象には前方3mで高さ1.5mのマーカーを注視させた。統計学的分析は3条件の

比較に一元配置分散分析を用いた。高齢者と成人の重心動揺の比較には対応のないt検定を用いた。危険率5%未満を有意とした。

対象には本研究の趣旨と測定に関する諸注意、説明を行い同意を得た。本研究は当院倫理委員会の承認を得て行った(承認番号MRH120001)。

### 【結果】

成人の単位軌跡長の平均(±SD)は安静時立位で6.1±1.6mm/s、小さい管で6.6±1.9mm/s、大きい管で6.9±1.4mm/sとなった。成人では難易度に応じて単位軌跡長は延長したが有意差はみられなかった。高齢者の単位軌跡長の平均は安静時で9.2±2.8mm/s、小さい管で10.8±3.1mm/s、大きい管で13.0±3.9mm/sとなった。高齢者では安静時立位よりも大きい管で単位軌跡長が有意に長くなった(p<0.05)。高齢者と成人の単位軌跡長は3条件共に高齢者が有意に大きかった(p<0.05)。

### 【考察】

3条件で高齢者では大きい管でより難易度が高くなり、成人では差が出にくかった。これは、高齢者で静的バランスの低下が示された結果としてとらえられる。高齢者では安静時立位と小さい管で差がみられなかったが、バランス能力が低下している者に対しては今回の設定でもエクササイズに使用できる可能性がある。

## バランスクッションを使用したエクササイズの即時効果について

児玉 慎吾<sup>1)</sup> ・ 浦辺 幸夫<sup>2)</sup> ・ 島 俊也<sup>1)</sup>  
 大岡 恒雄<sup>1)</sup> ・ 尾上 仁志<sup>1)</sup> ・ 白川 泰山 (MD)<sup>3)</sup>

- 1) マッターホルンリハビリテーション病院 リハビリテーション部  
 2) 広島大学大学院医歯薬保健学研究院  
 3) マッターホルンリハビリテーション病院 整形外科

**Key Words** バランスクッション, 静的バランス, 動的バランス

### 【目的】

高齢者に対し、バランスエクササイズの有効性は多くの研究で示されており、さまざまなツールが用いられている。これらのエクササイズは、対象に合わせて難易度を調整することでより効果的とされている(出口,2012)。しかしながら、現状のツールは、難易度を簡便に変更できるものは少ない。

筆者らは、難易度を簡便に変更できるツールとして、一辺が43cmの正方形の布ケースにポリプロピレン素材のストロー管を刻んで入れたバランスクッションを開発した。このクッションであれば、素材の大きさや分量の調整により、容易にエクササイズの難易度を変化させられると考えた。今回は、このクッションを使用したバランスエクササイズが、高齢者のバランス能力向上に即時効果をもたらすか調査を行った。

### 【対象と方法】

対象は、当院に外来通院している65歳以上の高齢者10名(男性3名、女性7名)とした。平均年齢(±SD)は75.4±4.8歳、身長は150.8±7.3cm、体重は55.2±8.2kgだった。中枢神経疾患や認知症、感覚障害を有する者は対象から除外した。

ツールは、ストロー管の長さが7～10mm、直径が5～8mmの管で、4種類のクッションを作成し、異なる難易度になるよう工夫した。ツールの上で足踏みを30～60bpmの電子メトロノームの速さに合わせ、各30秒ずつ、計2分間行わせた。1分間の休息後、2セット目を実施した。今回は、重心動揺の計測として、重心バランスシステム(JK-101、(株)ユニメック)を用い、計測周波数を20Hzに設定し、30秒間の開眼安静立位で単位軌跡長(mm/sec)を計測した。Timed up and go test (TUG)、片脚立位時間(OLS)を3回計測し、最も値のよいものを採用した。統計学的解析は、各項目について、エクササイズ前後の値を対応のあるt検定を用いて比較検討した。有意水準は5%未満とした。

対象には、本研究の趣旨を十分説明し、同意を得た。なお、本研究は当院倫理委員会の承認を得て実施した(承認番号140002)。

### 【結果】

単位軌跡長は実施前7.7±2.4mm/sec、実施後6.3±1.4mm/sec、TUGは実施前8.4±1.2秒、実施後7.8±1.0秒、OLSは実施前23.5±18.5秒、実施後33.3±19.3秒であり、いずれも有意な改善が認められた(単位軌跡長、OLS:p<0.05、TUG:p<0.01)。

### 【考察】

高齢者に対し、4種類の難易度の異なるバランスツールで、足踏みのエクササイズを10名の対象で行ったところ、明らかに即時的にバランス能力が改善することを確認した。特に、静的バランスに加え、TUGにみられる歩行能力も改善することは、転倒予防の視点をふまえると注目すべきであろう。引き続き、どのような難易度のバランスクッションがバランス改善効果が高いのか、そして継続したエクササイズの効果についても検討を進めていきたい。

## 腹部引き込ませ運動における腹横筋筋厚とそれに関連する因子の検討 超音波画像診断装置を用いて

宮本 進太郎

太田整形外科

**Key Words** 腹横筋筋厚, 腰痛, 超音波画像診断装置

### 【目的】

脊柱安定性を高めるものとして体幹深部筋（以下深部筋）が着目され、中でも腹横筋機能について数多くの報告がある。健常人の腹横筋機能に関連する因子は胸郭可動性、姿勢不良、年齢、体位等が挙げられている。また、腰痛患者にも腹横筋機能に関連するという報告がある。しかし、腰痛患者の腹横筋機能にもこれらの因子に関連するという報告は狭い範囲では見当たらなかった。さらに、腹横筋機能に最も関連する因子についての報告も見当たらなかった。そこで、本研究では腰痛患者に対し、腹横筋機能を確認できるとされる腹部引き込ませ運動（以下 Draw-in）で、腹横筋機能に最も関連のある因子を抽出することを目的とした。

### 【対象および方法】

対象は当院受診中の腰痛患者で、30歳以上の男女30名ずつ、計60名とした。腹横筋機能は Draw-in による腹横筋筋厚変化量で確認した。測定には超音波画像診断装置（KONIKA MINOLTA 社製 SONIMS613）を用いた。測定肢位は背臥位にて膝関節90度屈曲位とし、プローブは腋窩線から内側の臍周囲上前外側腹壁に当てた。測定位置は腹横筋の筋腱移行部から1.5cm 外側部で、表層側と深層側の筋膜距離とした。安静時と Draw-in における安静呼吸終末時を静止画像記録し、両者の差を腹横筋筋厚変化量として算出した。腹横筋筋厚変化に影響する因子として年齢、性別、BMI、腰痛歴、腰痛の程度（VAS）、骨盤アライメント（前後傾）、腹筋筋力、胸郭可動性を挙げ、各因子と腹横筋筋厚との関連性をスピアマンの順位相関計数を用いて検討した。さらに腹横筋筋厚を目的変数、各因子を説明変数とし、重回帰分析のステップワイズ法を用いて関連する因子の抽出を行った。

### 【倫理的配慮、説明と同意】

対象者には実験内容について、予め書面及び口頭で

説明し同意を得た。

### 【結果】

腹横筋筋厚と優位な相関を示したのは、高い順に腹筋筋力、胸郭可動性であり、他の因子とは優位な相関を認めなかった。ステップワイズ回帰分析により腹横筋筋厚に関連する因子として抽出された項目は腹筋筋力、胸郭可動性であった。

### 【考察】

本研究で挙げた腹横筋機能に関連する因子は、腰痛患者においても関連性のあることが示唆された。中でも腹筋筋力と胸郭可動性の影響が高く認められた。腹筋筋力の高い要因は、深部筋は表在筋に先行して働くとされているため、深部筋の収縮が強い者ほど腹筋筋力も優れていると推測した。胸郭可動性においては、腹横筋は横隔膜や胸腰筋膜と連結していることから、胸郭可動性が低下することに伴い腹横筋機能も低下する傾向にあると推測した。しかし、本研究は腹横筋筋厚変化のみに着目しており、内外腹斜筋の収縮は考慮していなかったため、腹横筋の選択的収縮ができていたとは言い難い。今後は腹横筋における選択的収縮の可否を含めて検討していきたい。

## 人工膝関節置換術後の早期運動介入が患者の歩行獲得日数および在院日数に及ぼす影響 —後ろ向きコホート研究—

梅原 拓也<sup>1,2)</sup> ・ 梯 正之<sup>2)</sup> ・ 田中 亮<sup>3)</sup>  
 永尾 進<sup>1)</sup> ・ 富山 大輔<sup>1)</sup> ・ 川畑 祐貴<sup>1)</sup>

1) 済生会呉病院 リハビリテーション室

2) 広島大学大学院 医歯薬保健学研究科

3) 広島国際大学 総合リハビリテーション学部 リハビリテーション学科

**Key Words** 人工膝関節置換術, 早期運動介入, 在院日数

### 【目的】

早期運動介入は、変形性膝関節症（膝 OA）に罹患して人工膝関節置換術（TKA）が施行された患者の歩行能力の回復に効果がある（Munin ら, 1998）。また、術後の歩行獲得日数は在院日数に影響を及ぼす（石原ら, 2010）。つまり、早期運動介入は、術後歩行獲得日数を短縮させ、結果的に在院日数を短縮させると考えられる。しかし、石原ら（2010）の報告は、交絡因子の調整をしていないなど検討の余地を残している。そこで、本研究は、以下の仮説を検証する；仮説 1 早期運動介入実施者は術後の歩行獲得日数が短縮する；仮説 2 早期運動介入実施者は在院日数が短縮する；仮説 3 術後の歩行獲得日数の短縮により在院日数も短縮する。

### 【方法】

研究デザインは、後ろ向きコホート研究とした。対象は、2008 年 4 月から 2014 年 7 月までに当院整形外科にて膝 OA と診断され TKA が施行された患者とした。対象を、術後 24 時間以内に運動介入を開始した群（早期群）と術後 24 時間以上に運動介入を開始した群（非早期群）の 2 群に分けた。測定項目は、年齢、性別、Body math Index, 同居家族の有無、膝 OA グレード、罹患側、術前の日常生活動作、歩行時の使用道具、術前後のヘモグロビン値、輸血の有無、術後体温、術後の歩行獲得日数および在院日数とした。統計解析では、2 群の術後の歩行獲得日数と在院日数を t 検定にて比較した。在院日数に影響を及ぼす測定項目を特定するために重回帰分析（ステップワイズ法）を実施した。有意水準は 5% とした。

### 【倫理的配慮】

本研究は、済生会呉病院倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号 96）。

### 【結果】

本研究の対象者は、早期群で 16 名、非早期群が 14 名となった。術後の歩行獲得日数は、早期群で  $33.6 \pm 6.4$  日、非早期群で  $41.6 \pm 9.1$  日であり、有意差が認められた ( $p < 0.01$ )。在院日数は、早期群で  $59.0 \pm 17.0$  日、非早期群で  $61.6 \pm 14.0$  日であった ( $p > 0.05$ )。術後の歩行獲得日数以外の全ての変数は、早期群と非早期群の間で有意差がなかった。重回帰分析の結果、在院日数を決定する有意な因子として、術後の歩行獲得日数が抽出され、標準偏回帰係数は 0.55 であった。

### 【考察】

本研究の結果から仮説 1 と 3 は支持された。早期運動介入は、術後の疼痛減少と筋力増強に効果的である（Labraca ら, 2011）。術後の歩行獲得日数の短縮は、疼痛減少や筋力増強といった身体機能の改善によってもたらされたと考えられる。また、本研究では、交絡要因を考慮しても、歩行獲得日数は在院日数に影響を及ぼしていた。これは、石原ら（2010）の結果の信頼性が検証されたと言える。一方、本研究の結果から仮説 2 は支持されなかった。在院日数の延長の原因は、大腿骨近位部骨折ではあるが、転院マネージメントなどの情報に関する要因が挙げられている（藤村ら, 2009）。つまり、在院日数の延長の原因には、医療スタッフの伝達遅延、患者の精神的な不安感や家族の受け入れ状況があると考えられる。

## 人工股関節置換術後患者の身体活動量回復の予後予測

小川 健太郎<sup>1)</sup> ・ 梶村 政司<sup>1)</sup> ・ 田中 亮<sup>2)</sup>

1) 中国電力(株)中電病院リハビリテーション科

2) 広島国際大学総合リハビリテーション学部リハビリテーション学科

## Key Words 人工股関節置換術, Life Space Assessment, 身体機能

## 【目的】

人工股関節置換術(以下THA)は、疼痛や歩行能力を改善し、より質の高い生活を送るために施行される。中北らはTHA後患者において、Life Space Assessment(以下LSA)を身体活動量の指標とした研究を行い、術後3ヶ月で術前とほぼ同程度まで改善したと報告している。しかしながら、術前の状態や術後の経過によっては、術前の状態まで回復しないケースも経験する。そこで、本研究ではTHA後患者の身体活動量の予後を予測できる測定項目を特定し、カットオフ値を算出することで、THA後の予後予測の指標とすることを目的とした。

## 【方法】

当院にてTHAを施行された患者26名(年齢66.2±8.3歳、女性26名)であり、評価時期を術前、術後3ヶ月とし、身体活動量の評価にはLSAを用いた。身体機能評価として、関節可動域(股関節屈曲、伸展、外転)、徒手筋力計モービィ(MT-100 酒井医療)にて股関節屈曲、伸展、外転筋力を測定した。その他、10m歩行時間、Timed Up & Go Test(TUG)、開眼片脚立位、CS-30、SF-36<sup>®</sup>を用いた。

統計学的解析にはROC曲線を使用し、術後3ヶ月の時点で術前のLSAの得点まで回復した者と回復しなかった者を判別できる測定項目を探索した。判別精度の評価基準は尤度比とし、尤度比が5を超えるような感度と特異度になるカットオフ値を算出した。

## 【説明と同意】

被験者には本研究の説明を行い、同意を得た。

## 【結果】

LSAの点数は術前62.7±22.0点で、術後3ヶ月では57.8±15.8点だった。術前の点数まで回復しなかった者は26名中12名(46%)であった。ROC曲線を使った分析の結果、術前の測定項目のうち、尤

度比が5を超えた測定項目はLSAのみであった。術前のLSAは感度42%、特異度93%で尤度比は5.87となり、カットオフ値は77.25点であった。一方、術後3ヶ月と術前の差である変化量に着目すると、尤度比が5を超えた測定項目はTUGのみであった。TUGの改善は感度42%、特異度93%で尤度比は5.87となりカットオフ値は1.3秒であった。

## 【考察】

赤木らはTHA術後の生活について退院当初は症状が改善し、心身両面の苦痛から開放された事に喜びを感じる一方、慣れない生活から脱臼の不安や機能回復の焦り等が残存するとしている。今回の結果からも術前の疼痛により制約される生活が解消される一方、患者自らが活動を制限していることが考えられ、術前のLSAの点数が高い場合には、術後3ヶ月では術前レベルまで回復しない可能性が高いことが示唆された。

TUGは総合的な歩行バランスの指標であり、高齢者において外出頻度との関連性が報告されていることから、今回の結果よりTHA後の活動量を予測する指標として抽出された事は妥当であり、TUGの測定は身体活動の予後予測に有用である可能性が示唆された。

赤木らは術後1年になると人工関節と折り合いを付けた生活と対処が可能となるとしていることから、今後は、術後経過の検証時期を増やし、検討したい。

## 麻酔下非観血的関節授動術を必要とした段階的両側人工膝関節置換術後の症例について

川野 大二郎 ・ 三戸 憲一郎 ・ 砂池 紗帆  
 沖本 信和 ・ 岡本 健

おかもと整形外科クリニック

**Key Words** 麻酔下非観血的関節授動術，両側人工膝関節置換術，膝関節屈曲制限

### 【はじめに】

近年，人工膝関節置換術（以下 TKA）は手術手技，インプラントの進歩により術後成績も向上している。しかし，症例によっては術後の関節可動域（以下 ROM）の確保が困難な例もあり，その際，ROM の改善には術後早期での麻酔下非観血的関節授動術（Manipulation under anesthesia：MUA）が有効であるという報告がみられる（Yeoh D, et al. 2012）。我々は，両内反型変形性膝関節症で段階的両側 TKA を施行し，その際に片側のみ MUA を行い良好な成績を得たものの，MUA 非施行側では未だ膝関節屈曲 ROM 制限が認められる症例を経験したので報告する。

### 【対象および方法】

70 歳代後半女性。10 年来の両膝関節痛を主訴に当院外来受診，両内反型変形性膝関節症の診断を受け理学療法を開始。徒手療法，運動療法を継続していたが両膝関節痛が増強したため手術となる。執刀医が手術的リスクを評価し，段階的両側 TKA を行うこととなり，一期目の右膝 TKA 施行，4 か月後に二期目の左膝 TKA を施行した。二期目の手術時，右膝の ROM 制限に対して MUA を行った。使用インプラントは左右とも Adler 社製 GENUS system を選択している。

### 【倫理的配慮、説明と同意】

報告にあたり当院倫理委員会の承認を得た（承認番号：1401）。また，本症例に口頭にて趣旨を説明し了承を得た。

### 【評価及び治療経過】

MUA 施行側である右膝の ROM は，術前が  $100^{\circ} / -10^{\circ}$ ，麻酔下では  $110^{\circ} / -5^{\circ}$ ，術中置換後に  $120^{\circ} / 0^{\circ}$  であった。その後 3 か月間の術後理学療法を実施したが， $95^{\circ} / -5^{\circ}$  と制限が改善しなかったため，MUA を施行し  $120^{\circ} / 0^{\circ}$  まで獲得した。現在では  $115^{\circ} / 0^{\circ}$  となっている。MUA 非施行側である左

膝の ROM は，術前が  $95^{\circ} / -15^{\circ}$ ，麻酔下では  $100^{\circ} / -5^{\circ}$ ，術中置換後が  $120^{\circ} / 0^{\circ}$  であった。現在は  $95^{\circ} / -5^{\circ}$  となっており，左右で特に屈曲 ROM に差が認められた。

### 【考察】

本症例は，TKA 術後の MUA の有無により屈曲 ROM に左右差が認められた。2 回の手術とも同じ術者，同術式，同インプラントで行われており，ROM の差に影響を及ぼしているのは MUA 施行の有無と推察される。荒川ら（2012）は手術時の術野展開，更には筋中を深部に向かう術創が，皮膚・皮下組織の癒着・瘢痕などを引き起こし術後の可動域制限に影響を及ぼすとしており，本症例においても膝関節他動屈曲時の End feel や，術創部周囲に硬い浮腫を触知できたことから，軟部組織の緊張が屈曲 ROM に影響を及ぼしたと考える。この度の経験より，TKA 術後早期より ROM 改善が認められない場合には執刀医と MUA の施行を検討すべきと考える。また，術後の獲得可動域の予測に，皮膚や皮下組織の硬さの評価を術前に行うことが有用ではないかと考える。

## 当院の胸部食道がん術後の理学療法について

廣澤 隆行<sup>1)</sup> ・ 向田 秀則<sup>2)</sup> ・ 池田 拓広<sup>2)</sup>  
若狭 奈緒美<sup>3)</sup>

- 1) 地方独立行政法人 広島市立病院機構 広島市立安佐市民病院 リハビリテーション科  
2) 地方独立行政法人 広島市立病院機構 広島市立安佐市民病院 外科  
3) 地方独立行政法人 広島市立病院機構 広島市立安佐市民病院 看護部

### Key Words 食道がん, 早期離床, 理学療法

#### 【はじめに】

胸部食道がんの手術は頸部、開胸、開腹操作があり、侵襲が大きな外科の手術である。また、術後は呼吸器合併症、反回神経麻痺、縫合不全など合併症が起りやすく、理学療法士は呼吸器合併症を予防し、可及的速やかに早期離床が求められる。南島は、食道がんの胸腔鏡下食道切除術後患者に早期離床を行い、呼吸器合併症の発症率は2.2%、非合併症例127例に関して、ICU在室日数が短縮し、離床の促進が認められたと報告している。

当院では院内に呼吸サポートチームが発足した平成23年6月から周術期の食道がん患者に理学療法を開始した。

そこで、今回、当院の食道がん術後患者に理学療法の実績をまとめたので報告する。

#### 【対象と方法】

平成23年6月～平成26年9月の期間、当院で胸部食道がんの病名で胸腔鏡腹腔鏡下食道亜全摘再建術を施行し(試験開胸で終了した者、重複手術者は除外した)、理学療法を施行した31名(年齢64.8±7.2歳、男女比=28名:3名)の診療録より後方視的調査を行なった。

対象者の属性はBMI(*Body mass index*)21.5±3.8kg/m<sup>2</sup>、呼吸機能検査は%VC110.9±12.1、FEV1.0%71.6±7.8。組織型は扁平上皮癌29名、腺がん1名、悪性黒色腫1名であった。術前治療は治療なし12名、化学療法14名、化学放射線療法5名であった。食道癌の進行度はStage I 6名、Stage II 15名、Stage III 5名、Stage IV 5名であった。手術時間は392.4±51.5分であった。入院日数28.9±11.3日であった。当院の食道がん術後患者の理学療法は以下のように進めている。

術後1日目：人工呼吸器離脱(抜管)後から理学療法介入開始。座位、立ち上がり練習

術後2日目：歩行練習開始

術後3日目～術後7日目：歩行量を徐々に増加し、200m連続歩行を目標とする

術後8日目以降：200m連続歩行可能となれば、自転車エルゴメーターを開始する

理学療法中止基準は安静時血圧(80mmHg以下または180mmHg以上)、脈拍(安静時40bpm以下または120bpm以上)、心房細動(慢性心房細動は除く)、著しい不整脈、酸素飽和度90%未満、38度以上の発熱、強い倦怠感、体動によりめまい、冷汗、嘔気などがある場合、本人の同意が得られない場合としている。

#### 【倫理的配慮、説明と同意】

本調査はヘルシンキ宣言に基づいて行った。

#### 【結果】

術後2日目に歩行開始した者61.3%(19名)、歩行開始できなかった者38.7%(12名)であった。術後7日目に連続200m歩行可能な者51.6%(16名)、不可能な者48.4%(15名)であった。

#### 【考察】

対象者の約60%が術後2日目より歩行練習を開始でき、術後7日目で連続200m歩行が約50%で可能であった。今後、早期歩行が獲得できた、獲得できなかった者の差異について検討する必要がある、術後の理学療法や離床の進め方を再考する必要があると考えられた。

## 癌患者の外科的手術前後のサルコペニアの現状把握についての検討

奥田 卓矢<sup>1)</sup> ・ 河野 明彦<sup>2)</sup> ・ 高橋 節<sup>3)</sup>

- 1) 福山市民病院 リハビリテーション科  
 2) 浜田医療センター リハビリテーション科  
 3) 浜田医療センター 外科

**Key Words** サルコペニア, 筋肉量低下, がん

### 【目的】

サルコペニアは加齢に伴う進行性の骨格筋量ならびに骨格筋力の低下を特徴とする症候群である。入院中・術後は、不活動・疾患・低栄養に関連するサルコペニアが多いことが予測される。実際、臨床場面においても筋力や身体機能の低下をきたしている事例が多くみられる。

しかしながら、サルコペニアと、疾患・身体機能・栄養状態・日本人の生活習慣等との関連は報告が少ない。

今回は、当院（筆者当時所属：浜田医療センター）の癌患者のサルコペニアの現状を把握するため、身体機能、身体活動、栄養状態を調査し、発生頻度について調べた。

### 【対象および方法】

#### 1. 対象

当院で胃癌（11名）・大腸癌（8名）・乳癌（4名）の定期手術を施行する患者、計23名とした（年齢：71.3歳±9.7）。

その内、手術前に筋肉量が低下していた5名は除外した。手術2週後に筋肉量が低下していない12名を非低下群、低下した6名を低下群とした。

#### 2. 検査項目

検査項目は、以下の通りとした。

##### 〔筋肉量〕

Inbody 720 (BioSpace社製)を用いた。事前に18～45歳の若年者268人の筋肉量を測定、身長当たりの骨格筋指数を算出した。その平均値から標準偏差の2倍を引いた値（男性は、 $6.57 \text{ Kg/m}^2$ 、女性は、 $4.94 \text{ Kg/m}^2$ ）以下を筋肉量低下と定義した。

##### 〔筋力〕

左右握力を測定。

##### 〔身体能力〕

歩行速度を測定。

##### 〔身体活動〕

手術前の身体活動を、SF-36のスコアを算出した。

### 〔栄養状態〕

手術前の血清アルブミン、簡易栄養状態評価表 (MNA)、手術後2週間の食事摂取カロリーを調査・評価した。

#### 3. 調査期間

調査は、2013年6月～10月に実施した。手術前、手術後2週間の2つの時期に行った。

#### 4. 統計学的分析

Mann-WhitneyのU検定を実施した。

統計解析はDr. SPSS II for Windowsを用いて行い、有意水準は危険率5%未満とした。

### 【倫理的配慮、説明と同意】

当院の倫理審査委員会により、承認を得た。また、被験者には十分に説明をし、同意書に署名して頂いた。

### 【結果】

術前握力の平均ランクは、非低下群11.3、低下群6.0であった。有意確率は0.052であった。術前MNAは、非低下群10.6、低下群6.0であった。有意確率は0.08であった。

### 【考察】

今回の調査では、統計学的には有意差はなかった。しかし、手術の前に握力が弱い症例と、MNAの点数が低い症例は、手術後に筋肉量が低下する傾向にあった。

術前のこれらの値が、術後の筋肉量低下に関連がある可能性が示唆された。このような危険因子がある患者には、術前から術後において、何らかの対策をとる必要があると考えられる。

有意差の出なかった理由は、症例数が少なかったことがあげられる。今後、術前の栄養状態や筋力について、他の項目を調査し、疾患別や手術侵襲の範囲などの個別性にも注目する必要があると考える。

## 当院における透析中の運動療法介入が透析後起立性低血圧に与える影響

石倉 英樹      ・    落合 秀俊      ・    矢部 妙子  
 松本 智博      ・    越智 優        ・    藤原 直樹  
 國光 佑輔      ・    串畑 重行

医療法人清幸会 土肥病院

### Key Words 血液透析, 起立性低血圧, 腎臓リハビリテーション

#### 【目的】

血液透析(以下HD)患者はHD中の低血圧やHD後の起立性低血圧を起こす。HD中の低血圧やHD後の起立性低血圧は日常生活動作能力を低下させ、HD患者の生命予後に対する危険因子ともなる。そのため、HD患者に起こる低血圧は予防と治療に努めることが必要になっている。近年、腎臓リハビリテーションとして運動療法はHD患者の運動耐容能や日常生活動作能力、生活の質の改善を図る目的で行われている。しかし、HD患者は腎臓機能障害への考慮やHD施行による疲労、運動時間の確保が難しいことなどから運動療法を習慣づけて継続していくのが難しい。一方、HD中の運動療法は時間の確保や継続がしやすいことから検討が行われている。このような背景を受け、当院でもHD中の運動療法介入を開始した。今回、HD患者のHD後起立性低血圧に着目して検討を行った。本研究の目的は当院におけるHD中の運動療法介入がHD後起立性低血圧に与える影響を検討することである。

#### 【対象および方法】

対象は当院外来HD患者のうち、運動療法を開始した7名とした。血圧測定は週に3回のHD実施終了直後に背臥位と立位で実施した。血圧は背臥位時の血圧から立位時の血圧を引き、その値を起立時低血圧として算出した。測定期間はHD中の運動療法開始2週前から開始2週後までとした。運動療法は両下肢のストレッチング・筋力増強運動を20分間実施した。

#### 【倫理的配慮、説明と同意】

研究はヘルシンキ宣言を遵守し、対象者の個人情報保護に配慮して行った。

#### 【結果】

起立時低血圧の平均±標準偏差は運動療法開始前の2週間で収縮期16.5±8.9mmHg、拡張期

8.4±3.6mmHg、開始後の2週間で収縮期13.4±10.4mmHg、拡張期6.6±4.6mmHgであった。運動療法開始前と開始後の間に有意差は認めなかった。

#### 【考察】

HD中の血圧低下はHDを実施することで循環血漿量が急激に減少するために起こると言われている。HD患者に対する運動療法の効果は左室収縮機能の亢進や静脈還流量の増加などが挙げられる。本研究では、運動療法による両下肢の筋ポンプ作用を狙ったストレッチング・筋力増強運動を実施したところ、起立時低血圧が減少する傾向はあったが、統計学的に有意差を認めなかった。今後、HD中に運動療法を実施する時間や内容を検討し、継続して介入を行っていく。

#### 【まとめ】

本研究はHD中の運動療法介入がHD後の起立性低血圧に与える影響を検討した。本研究結果では有意差を認めなかったが、運動療法介入による改善傾向を認めた。今後もHD中の運動療法介入を継続していき、HD中の運動療法がHD後の起立性低血圧に与える影響について再検討していく。

## 当院における診療科担当制施行前後での心臓弁膜症術後患者の離床状況の変化について

富田 瑛博<sup>1)</sup> ・ 廣澤 隆行<sup>1)</sup> ・ 片山 暁<sup>2)</sup>  
川本 純<sup>2)</sup>

1) 広島市立安佐市民病院 リハビリテーション科

2) 広島市立安佐市民病院 心臓血管外科

**Key Words** 診療科担当制, 心臓弁膜症術後患者, 離床状況

### 【目的】

総合病院である当院の理学療法部門は、2011年度から診療科担当制を取り入れている。主要診療科の患者は、診療科専任の理学療法士のみで担当することとし、業務の効率化・専門性の向上を図っている。当院心臓血管外科もその主要診療科の一つであり、専任の理学療法士2名で診療業務を行っている。

本研究では、診療科担当制が取り入れられる前後の開心術患者の患者背景・離床状況・在院日数などを比較し、診療科担当制が開心術患者に対してどのような影響を与えているのかを後方視的に調査することとした。

### 【対象および方法】

対象は心臓弁膜症に対して当院で外科的手術を施行され、術翌日までに人工呼吸器を離脱した症例とした。2009年4月～2011年3月までに弁置換術・弁形成術を施行された24例を専任前群、2012年4月～2014年3月までに手術を施行された37例を専任後群とし、カルテから症例の年齢・術前左室駆出率・手術時間などの基本情報、リハビリの進行状況、術後在院日数などを調査した。人工透析症例や術後に気胸・脳梗塞等の合併症を呈した症例、再手術を行われた症例はあらかじめ除外した。2群の比較は、まず正規性の検定を行ってから、正規性の得られたものには対応のないt検定を、正規性の得られなかったものにはMann-WhitneyのU検定を使用して行った。有意水準は5%未満とした。なお、本研究はヘルシンキ宣言に基づき、対象者の個人情報保護に十分留意して行った。

### 【結果】

症例の年齢は専任前群 68.2 ± 9.8 歳、専任後群 73.1 ± 7.9 歳であり、専任後群の方が有意に高値であった。術後理学療法開始日は専任前群で2日、専任後群で1日、術後端座位開始日は専任前群で3日、

専任後群で1日、立位開始日は専任前群で3日、専任後群で1日、歩行開始日は専任前群で4日、専任後群で3日、100m歩行達成日は専任前群で6日、専任後群で5日であり、全て専任後群で有意に日数が短縮していた。術後在院日数は専任前群で21日、専任後群で22日であり、専任後群の方が1日延長しているものの有意差は認められなかった。

### 【考察】

年齢は専任後群の方が有意に高値を示しており、弁膜症手術の対象年齢が年々上昇していることが示唆された。しかし、専任後群の年齢が専任前群よりも有意に高値を示している中、端座位・立位・歩行開始日は専任前群よりもむしろ短縮しており、診療科担当制の施行により弁膜症術後症例の離床が以前よりも進んでいるものと考えられた。100m歩行達成日も有意に短縮しており、診療科担当制が症例の運動耐容能の早期回復を促している可能性が考えられた。しかし、在院日数には影響を及ぼしていなかった。本研究により、診療科担当制の施行が、当院における心臓弁膜症術後患者の離床をより進行させ、術後の回復を促進させている可能性が考えられた。

## 回復期リハビリ病棟開設

### 当院の取り組みと今後の課題

長岡 直 ・ 奥田 泰司 ・ 北尾 智之  
 松島 鮎美 ・ 田原 大輝 ・ 田淵 学  
 藤堂 之布

井野口病院 リハビリテーション科

#### Key Words 回復期病棟開設, 当院の取り組み, チームアプローチ

##### 【はじめに】

昨今、回復期におけるリハビリテーションの要求は高くなっており、Fulltime Integrated Treatment(FIT) 365 日体制でサービスを提供する施設も増えている。当院も県央部唯一の回復期リハ病棟として平成 25 年 5 月に 49 床を開設し、1 年経過した。その間、早出・遅出対応を始め多くの工夫と改変を行ってきた。そこで FIM や自宅復帰率等を全国平均と比較し回復期リハ対象者の分析を行った。

##### 【方法・対象】

対象期間は平成 25 年 5 月～平成 26 年 3 月とした。対象データは在院日数、自宅復帰率、1 日あたりのリハビリ提供時間、FIM 利得・改善度・効率を利用した。

##### 【倫理的配慮、説明と同意】

対象データは当院の倫理規定に基づき集計を行った。

##### 【結果】

上昇項目：FIM、自宅復帰率、1 日あたりのリハビリ提供時間

下降項目：在院日数

##### 【要因】

1 日あたりの実施単位数の増加、病棟との連携・早出・遅出対応、福祉用具のフィッティング・環境調整、病棟の朝の申し送りへの参加があげられる。

##### 【まとめ】

FIM 利得の全国平均は 15.3 であり当院は 19.2 と平均値より高い数値となっている。運動器は全国平均 16.0 に対し当院は 22.8 と大きく向上している。当院は一般病棟急性期から回復期と途切れずリハビリを实

施することが可能であるためと考える。脳血管は全国平均 17.1 に対して当院 17.0 と若干の低下認める。これは、当院が平成 24 年 8 月に高次脳機能地域支援センターに指定され高次脳機能障害患者数が増えたことによるものであり、高次脳機能障害のみの患者も多数おり運動項目、セルフケア面が入棟時から高い数値となっているためである。

全国平均在院日数は 72.7 日であり当院は 85.5 日と全国平均より長い。運動器の全国平均は 56.9 日だが当院は大腿骨等の骨折 65.1 日、脊椎・骨盤の骨折 62.1 日と延長している。当院は他の全国の回復期の平均年齢 74.5 歳と比較し 75.4 歳と高く認知面の低下・離床へ時間が掛かることも影響していると考えられる。また、全国脳血管在院日数 91.5 日に対し当院脳血管は 94.5 日、高次脳機能障害有する患者は 128.8 日となっている。在院日数は延長傾向だが、自宅復帰率は全国平均 70.4% に対し 79.6% と高い数値である。

1 日当たりのリハビリ提供時間は全国平均 117 分程度に対し当院平均 136 分以上であり脳血管障害では 145 分以上、整形疾患では 113 分以上である。FIM 数値向上や自宅復帰率向上はリハビリ提供時間の延長も大きく影響していると思われる。

当院は県央部唯一の回復期病棟であり開設 1 年とまだ時間はあまり経っていませんが課題を克服し他院、他施設との連携を強化し、よりよい回復期病棟を作っていければと考えています。

## 脳卒中後片麻痺患者に対する低頻度反復性経頭蓋磁気刺激と集中的リハビリテーションの併用療法が下肢機能と歩行に与える影響

松下 信郎 ・ 田中 直次郎 ・ 福江 亮  
 漆谷 直樹 ・ 岡本 隆嗣

西広島リハビリテーション病院

**Key Words** 脳卒中, 低頻度反復性経頭蓋磁気刺激, 歩行

### 【はじめに】

当院では脳卒中後片麻痺患者に対して健側大脳運動野手指領域への低頻度反復性経頭蓋磁気刺激（以下低頻度 rTMS）と上肢に対する集中的作業療法（以下集中的 OT）の併用療法を 15 日間行うプロトコル（NEURO-15）を行っている。今回、集中的 OT に理学療法（以下 PT）も加えた集中的リハビリテーション（以下集中的リハ）を行い、その効果をシングルケースデザインを用いて検証した。

### 【方法】

対象は脳梗塞により左片麻痺を呈した 60 歳代男性。入院時の Brnnstrom stage は上肢 V, 手指 V, 下肢 IV であった。研究デザインは ABA' 型のシングルケースデザインを採用した。A 期はベースライン期（4 日）、B 期は介入期（3 日）、A' 期はフォロー期（7 日）と設定した。A 期と A' 期では 20 分間の低頻度 r TMS, 60 分間の集中的 OT, 60 分間の自主トレーニングからなるセッションを 1 日 2 回行った。B 期では A 期と A' 期でのプログラムに加え 60 分間の PT を行った。PT では下肢機能と歩行の改善を目的として、関節可動域訓練や麻痺側下肢への荷重訓練、歩行訓練等の運動療法を実施した。また、「屋外歩行や段差昇降が不安なく行えるようになりたい」という対象者のニーズに対して、実用的な移動能力の向上を目的に段差昇降訓練や立位でのバランス訓練、応用歩行訓練を行った。歩行の評価として歩行速度、歩幅、ケイデンスをウォーク wayMW-1000（アニマ社製）を用いて、バランス評価として Timed up and go test（以下 TUG）を用いて 1 日 1 回計測した。効果判定は各期で得られた評価項目の変化をグラフ化し、原則目視にて判定した。さらに、分析を補完する目的で 2standard-deviation bandmethod を用いた。下肢機能の評価として Stroke Impairment Assessment Set（以下 SIAS）、改訂 Ashworth スケール（以下 MAS）を用いて入退院時の比較を行った。

### 【倫理的配慮、説明と同意】

本研究は当院倫理委員会で承認され、対象者には研究内容を説明し同意を得た。

### 【結果】

各期の平均値は、歩行速度（57.5 ± 2.7, 69.8 ± 2.4, 67.1 ± 3.5cm/sec）、歩幅（30.5 ± 2.1, 40.8 ± 3.2, 39.2 ± 2.4cm）、ケイデンス（110.2 ± 1.5, 111.0 ± 1.5, 104.6 ± 2.8 歩/min）、TUG（31.8 ± 1.2, 26.7 ± 1.3, 28.8 ± 1.8sec）であった。入退院時の比較においても SIAS と MAS に改善が認められた。

### 【考察】

低頻度 rTMS と集中的リハの併用療法は下肢機能と歩行の改善に有効であったことが示唆された。低頻度 rTMS が pre-conditioning として脳の可塑性を高め、そこに効果的な運動学習として PT を行ったことで、上肢のみならず下肢機能や歩行の改善が得られたと考える。

## 多発性微小出血により、脳血管性パーキンソン症候群を呈した症例に対する理学療法経験

未平 将也

医療法人光臨会 荒木脳神経外科病院 リハビリテーション部

### Key Words 脳血管性パーキンソン症候群, バランス能力, 理学療法

#### 【はじめに】

臨床所見から歩行は小刻み・すり足歩行を認め、MRI 画像所見により両側の脳基底核、視床、および小脳への多発性微小出血を認めた。上記の臨床所見と画像所見から脳血管性パーキンソン症候群と考え、小刻み歩行とバランス能力低下に対して介入を行い、自宅復帰に至った症例を経験したのでここに報告する。

#### 【症例紹介】

本症例は 60 歳代前半の女性、入院前は独居で無職であった。歩行時のふらつきを自覚し、当院外来受診。MRI (拡散強調画像) で前頭葉に高吸収域、T2\* では両側脳基底核、両側視床および両側小脳の多発性微小出血を認め入院。入院時より明らかな運動・感覚障害および失調症状は認めず、認知機能の低下も認めなかった。歩行は小刻み・すり足歩行であり、触れる程度の介助を要した。入院前より小刻み歩行であり、転倒を繰り返す生活を送っていた。上記より、脳血管性のパーキンソン症状を呈していると考えた。脳血管性のパーキンソン症候群は脳基底核、視床などに両側性の病変を認める例が多いとされており、本症例でも同様の所見を認め、介入早期より具体的な理学療法アプローチを展開した。

#### 【理学療法と治療経過】

理学療法開始時、歩行は小刻み・すり足歩行であり、触れる程度の介助を要した。また、起立や歩行などの動作開始時に動作が緩慢であった。入院時の FIM は 104 点であった。

短期目標として、病棟内の歩行自立を挙げ、T 字杖を用いた歩行練習、静的・動的立位バランス練習、筋力向上運動を中心に介入を行った。バランス練習ではリーチ動作練習や、バランスクッションを用いた坐位・立位練習などを行った。杖歩行は練習開始時は杖の操作が拙劣であったが、2 日程度で杖歩行は見守りレベル、約 1 週間で病棟内での杖歩行自立となった。また、

屋外での杖歩行も連続で 30 分以上歩行可能となった。

退院時、ファンクショナルバランススケールは 44/56 点 (減点項目は閉眼立位保持、閉脚立位保持、上肢前方到達、360° 回転)、FIM は 116 点となった。病棟内での移動は独歩にて自立、階段昇降や屋外歩行も自立レベルとなったため、介入開始から約 3 週間で自宅退院となった。しかし、坂道歩行や不整地歩行ではすり足歩行が残存した。

#### 【倫理的配慮】

本発表は個人情報の取り扱いに十分に配慮し、ヘルシキ宣言に沿って対象者の同意を得て行った。

#### 【考察】

本症例は臨床所見と画像所見から、脳血管性パーキンソン症候群を呈しており、脳基底核の運動ループに障害をきたしていると考えた。歩行練習やバランス能力向上練習を中心に介入する中で、運動ループによる動作の構築、発現がスムーズに行えるようになったと考える。今回、臨床所見や画像所見のみで評価するのではなく、それぞれを交えて評価および介入することで、介入開始早期より効率的な介入を実施でき早期自宅退院が可能となったと考える。

## Camptocormia の姿勢障害を呈したパーキンソン病の患者に対しての介入 臥位からの治療展開

矢野 恵夢<sup>1)</sup> ・ 丸川 章<sup>2)</sup>

1) 医療法人微風会 ビハーラ花の里病院 リハビリテーション科

2) デイセンターいこい

**Key Words** Camptocormia, 治療の難易度, 視覚と体性感覚の統合

### 【はじめに】

今回、Camptocormia(Camptocormia とは座位・立位では著名な円背がみられるが、臥位では比較的正中位の保持が可能なパーキンソン病(以下 PD) に特異的な姿勢異常) の姿勢異常を呈した症例を担当した。介入時、身体に対して意識を向けることが困難であった。そこで、視覚情報と体性感覚情報を統合させる介入を行い、徐々に自分の身体を認識することができ、退院時には姿勢異常・歩行能力の改善がみられたので報告する。

### 【症例紹介】

PD 発症後 10 年以上経過した 80 歳代後半の女性で家族 3 人暮らし。主訴は「今より歩けるようになりたい」在宅では自室からトイレ間 3 m 程度は手すりを把持しての歩行か四つ這い位にて移動を行っていた。

Hoehn&Yahr の臨床重症度分類は IV。Functional Balance Scale は 10 点。Manual Muscle Testing は上肢 3~4、下肢 4 レベル。関節可動域は上下肢共に軽度制限あり。

立位姿勢は体幹左凸の側弯・円背、肩甲帯及び骨盤は右回旋位。歩行では右側の立脚期が短く荷重困難。10 m 歩行はシルバーカーにて 223.84 秒 178 歩で可能。

### 【倫理的配慮】

本人に撮影及び発表の趣旨を説明し、同意を得た。

### 【治療内容】

治療は、視覚と体性感覚の統合を図ることを目的に臥位で骨盤とベッドの間にスポンジを入れ、左右回旋位、中間位の順に姿勢認識を行った。次に、立位で壁に手をあてた状態で立脚期を想定した課題を施行した。

### 【経過・結果】

介入時、臥位姿勢は体幹左凸の側弯・円背、肩甲帯及び骨盤は右回旋位。立位と比較すると姿勢異常は僅かで、右肩甲帯はベッドから僅かに離れているが、左側は支持基底面があった。

最終的にスポンジがない状態で頸部を回旋させた時、骨盤がどちらに動くかわかるようになり、立位・歩行時の姿勢異常も軽減した。歩行時の立脚期の左右差も少なくなり、振出しの改善がみられ、退院時の 10 m 歩行はシルバーカーにて 31.34 秒 57 歩と改善がみられた。

### 【考察】

本症例は Camptocormia の姿勢異常を呈しており、自分の身体がどのようになっているかを認識することがより一層困難になっていると考えた。そこで、介入する際に認識し易い情報から認識し難い情報へと難易度を考慮していくことで、姿勢異常が改善すると考え、介入した。

歩行能力の改善を見込む際に、立位からの介入を行うことが想定され易いが、本症例は臥位姿勢の方が良肢位で、感覚情報の入力も、し易いと判断して臥位を選択した。また、姿勢や歩行の改善を見込んで、体性感覚情報を捉えることが目的であったが、一度視覚情報として認識し、意識する点をセラピストと共有した後体性感覚情報へと統合していったことで、立位姿勢・歩行能力の改善に繋がったと考える。

### 【結語】

PD は原因不明な進行性の疾患で、病態の進行や変化が想定される患者に対して長期的なサポートが必要である。その中で、今回のように本人が理解し易い所から介入することが重要だと考える。

## 病院・施設間のリハビリテーション連携

### —新たな連携の手段を用いた一症例—

佐藤 勇太<sup>1)</sup> ・ 楠見 弘司<sup>1)</sup> ・ 赤石 裕介<sup>2)</sup>  
 沖 信和<sup>3)</sup> ・ 清親 亮介<sup>2)</sup> ・ 有本 之嗣<sup>1)</sup>

1) 医療法人 宗齊会 須波宗齊会病院

2) 医療法人 宗齊会 通所リハビリテーションなのはな

3) 医療法人 宗齊会 訪問看護ステーション れんげ

**Key Words** 連携, 通所リハビリテーション, 訪問リハビリテーション

#### 【はじめに】

現在、介護老人保険施設などの併設施設を有する病院数は、非常に多い。それらの病院や施設において、症例はその身体状態に応じて病院や併設施設を利用することが予測される。そのため、病院と併設施設との症例に関する情報交換などによる連携は、非常に重要である。当院は、通所リハビリテーションや訪問リハビリテーションを行っている訪問看護ステーションなどの併設施設を有する。しかし、当院の併設施設において、当院を利用していない症例は多く存在する。この問題点は、症例の状態変化に迅速に対応できない可能性があることである。今回、施設間の連携に難渋したため、新たな連携の手段を用いた症例を経験したので、報告する。

#### 【対象】

対象は、通所リハビリテーションを利用する 80 歳の男性 1 名である。本症例は、パーキンソン症候群を有し、要介護度が要支援 2 から要介護 1 へと悪化している。

#### 【方法】

評価項目は、施設間の連携に新たな手段を用いた際の状況とし、担当理学療法士より口頭にて聴取した。

#### 【倫理的配慮、説明と同意】

本研究は、医療法人宗齊会須波宗齊会病院の院長の許可を得て行った。また、本症例には口頭、書面にて研究参加に対する同意を得た。

#### 【結果】

本症例は、平成 24 年 11 月に通所リハビリテーションの利用を開始した。その際の身体状態は、筋緊張が亢進し、軽度のすくみ足様の歩行を呈したものであった。翌年 1 月、身体状態はすくみ足、小刻み歩行が強くなり、突進現象も出現した。また、歩行不安定性は、

方向転換時も著明となり、自宅での転倒も増加する程となった。本症例も、歩行不安定性の増大を自覚した。これに対し、担当理学療法士は、本症例に医療機関の受診を促し、担当ケアマネージャーに相談した。しかし、状態の改善には至らず、必要な情報を聞くことができなかった。同年 2 月、担当理学療法士は、他院の医師に書面にて情報を提示し、相談を行った。その後、他院の医師は、投薬の変更を行うなどの対応を行った。

#### 【考察】

当院において、従来の施設間の連携は、ケアマネージャーを介して行うものである。しかし、この方法は、本症例の状態の改善に向けた方法として効果的ではなく、必要な情報を得て実際に対応するまで時間がかかるという欠点があることが明らかとなった。今回、本症例において、書面による他院の医師に対する直接的な連絡は、状態改善に向けた方法として効果的な手段であった。このため、今後は身体状態の変化時の連絡手順の一つとして、書面による直接的な方法を検討する必要があると考える。

## 広島県理学療法士会備北支部公益事業の活動報告 —市民参加のアンケート調査から見たこと—

坂井 崇浩<sup>1)</sup> ・ 滝口 真登<sup>2)</sup>

1) 松尾整形外科リハビリクリニック

2) 医療法人社団聖仁会介護老人保健施設愛生苑

### Key Words 公益事業, 自助, 市民の視座

#### 【はじめに】

2025年問題に向けて地域包括ケアシステムの構築が推進され、各地域の事情に合った課題抽出が急務となっている。市民に「自助」の意識を定着させることが重要となり、理学療法士として運動習慣の視点から啓発活動を行い、「互助」を確立していく一翼を担えるものとする。備北支部では平成19年度から理学療法士の啓蒙活動を目的に「みよし健康福祉まつり」に参加している。その中で、平成22年度からはインク式フットプリンターによる足型測定を行い、結果に応じた運動指導および習慣化、自己管理の重要性などについて「自助・互助」を意識したフィードバックを実施している。今回、平成25年度の活動内容およびアンケート結果を報告し、今後の備北支部公益事業の内容検討を行う。

の体に対しての意識が高まった」という回答が多くみられ、今回の活動が市民にとって運動介入の視点から「自助」の啓発に繋がっていると確信した。また、本学会のメインテーマである「市民の視座」から捉えても、「理学療法士は運動指導を行ってくれる」といった認識を高める機会となった事は「互助」への期待を広げられるものとなった。今後も備北支部では公益事業として「みよし健康福祉まつり」への活動を継続していく予定である。しかし、平成25年度までの活動では、アンケート項目を自由記述の感想のみとしたので、集計にばらつきが多く「良かった」「悪かった」の内容でしか判断することができなかった。今後はアンケート項目を見直し、市民の理学療法士・運動・健康に関する意識調査ができるように改訂していきたいと考える。

#### 【対象】

「みよし健康福祉まつり」来場者で足型測定に参加した292名(男性85名、女性207名)、年齢は43.7 ± 42.7歳であった。

#### 【方法】

①足型測定(インク式フットプリンター)。②個別の測定結果説明(ホームエクササイズ指導、足の悩み相談)。③アンケート調査(自由記述含む:足型測定や個別説明を受けた感想など)。

#### 【結果】

来場者292名中アンケート回答者192名(回答率65%)で、良かった:190回答、悪かった:2回答となった。

#### 【まとめ】

アンケートの結果、半数以上の来場者が好評価していた。内容としても「教えてもらった運動を続けた」「自分の体の事がわかってよかった」「運動や自分

## 生活支援における理学療法士のあり方 ―在宅復帰困難と思われた姉を自宅で介護する要介護者である弟から見る理学療法士とは―

岡井 耕平

庄原市立西城市民病院

### Key Words 生活支援, 通所リハビリ, 家族の視点

#### 【目的】

通所リハビリで勤務する理学療法士として退院時や退所時のケース会議に参加し、多職種協働のもと、在宅での生活について検討している。通所リハビリ利用中のA氏(左片麻痺60代男性<Brs:上肢、手指ともにstageⅢ、下肢stageⅤ>)の姉(右片麻痺70代女性<Brs:上肢、手指ともにstageⅡ、下肢stageⅢ>)はADL全般に介助を要し、特に外出手段について既存の介護保険サービスでは解決方法がなく、在宅復帰は極めて困難と判断されていた。しかし、主たる介護者であるA氏の献身的な支援により在宅復帰が可能となった。今回、A氏にインタビューを行い、生活支援における理学療法士のあり方を見つめなおす機会を得たので報告する。

#### 【研究背景】

(退所時ケース会議) 姉はADL全般に介助を要す。A氏だけでは移乗介助は適さない。姉を自宅に連れて帰りたいとの思いが強い。道路から自宅までは舗装されていない山道を10分程度歩く必要がある。

残された課題: 移乗方法、外出手段、継続したリハビリ

通所リハビリにて検討、解決策の提案。外出手段については様々な車椅子を検討するも適切なものがなく、送迎手段が喫緊の課題。

継続的課題: 外出手段の検討

(弟による課題解決) 農作業用ミニクローラー運搬車を車椅子が積載できるよう改良。

#### 【方法】

対象および方法: A氏に対するインタビュー 「あなたにとって理学療法(士)とは」

場所: 通所リハビリの一角

#### 【倫理的配慮、説明と同意】

本研究の主旨と個人情報の取り扱いについて説明、同意を得た。

#### 【結果】

「僕のリハビリの目的は機能の維持。特に筋肉が固まらないようにすること。農作業や介護をしないといけないから。広島へも出かけた。姉さんを施設には考えていない。いつまでも一緒に過ごしたい。必要なものは溶接もできるし、作る。リハビリしたり、困りごとの相談をしたりできるから安心して暮らせている。(通所リハビリを)利用できなくなるのは困る。姉さんも楽しみにしている。」

#### 【考察およびまとめ】

結果から、生活環境によっては狭義のADLに止まらず、リハビリのゴール設定を高くしなければならないことや、家族の前向きな思いと行動力が在宅復帰の可能性を上げることが示唆された。また、リハビリに対する充足感や期待感となり、存在そのものが安心感を与え、「生きる力」となっていることを知ることができた。私たちは、いくつかの指標をもとに客観的に在宅復帰の可能性を判定するが、運搬車を改良するなどA氏の一連の行動は、通所リハビリ利用中の様子からは想像し難いものであった。的確な生活支援のためには、居宅での生活状況を把握すべく自宅へ出向くこと、本人・家族、他職種で課題を共有することが不可欠である。今後も様々な視点から在宅生活の可能性を検討するとともに、生活支援における理学療法士のあり方を追究していきたい。

## 骨形成不全症患者の骨折後の関節可動域制限 疾患特性により長期固定後でも拘縮を呈さなかった一例

田代 桂一<sup>1)</sup> ・ 山本 浩基<sup>1)</sup> ・ 道広 博之<sup>1)</sup>  
蜂須賀 裕乙<sup>2)</sup>

1) 独立行政法人 国立病院機構 呉医療センター・中国がんセンター リハビリテーション科

2) 独立行政法人 国立病院機構 呉医療センター・中国がんセンター 整形外科

### Key Words 骨形成不全症, 関節拘縮, I型コラーゲン

#### 【はじめに】

骨形成不全症はI型コラーゲンの遺伝子が機能を喪失し、I型コラーゲンが正常の半分しか存在しない単一遺伝子病であり、非常に稀な疾患である。I型コラーゲンは骨、靭帯、筋(腱)、血管などの軟部組織を構成する主たるコラーゲンであり、組織の強度を保つのに役立っている。骨の脆弱性による易骨折性が主症状となり、その都度関節の長期間安静、固定を強いられることがある。

今回我々は、骨形成不全症における小児患者で、度重なる骨折と手術、長期間の膝関節固定により拘縮が危惧されたが、可動域制限を呈さなかった一例を経験したので報告する。

#### 【倫理的配慮、説明と同意】

今回の報告は対象者に発表の主旨を十分に説明した上で同意を得た。

#### 【症例と治療経過】

10歳代男性、骨形成不全症 type I型、幼少期より骨折を繰り返していた。

X年に段差を踏み外し左大腿骨顆上骨折(AO分類:A3)を受症し、16週間の創外固定を施行した。創外固定抜去時に膝関節受動術を施行した際に、左脛骨近位内側端剥離骨折を受傷した。4週間の外固定を行い、受傷から合計20週間と長期間の固定となり、関節拘縮が危惧された。膝関節可動域は可動域練習開始時に屈曲0~30°であったが、外固定除去後4週目の退院時には左膝関節可動域屈曲0~130°、受症後33週目には可動域制限を認めなかった。

X+2年後、左大腿骨骨折後の脚長差改善目的で、Taylor Spatial Frameによる左大腿骨骨延長術を施行、18週間創外固定し、大腿骨を30mm延長した。創外固定抜去後、翌日より1/3部分荷重を開始したが、荷重後9日目に仮骨形成部の骨折を生じた為、ロッキングプレートを用いた観血的骨接合術を施行した。

膝関節可動域は可動域練習開始時に屈曲0~30°であったが、骨接合術後13日目の退院時に屈曲0~80°、骨延長術後32週経過し0~130°に改善した。

可動域練習は温熱療法を併用し、膝関節周囲筋・関節包の持続的伸張、膝関節自動運動による運動療法を施行した。

#### 【考察】

関節の拘縮に関して、沖田らは関節の長期間固定による筋・靭帯・関節包内のコラーゲン線維の配列変化が伸張性を低下させ、拘縮の原因になると報告されている。榮森らは骨形成不全症はI型コラーゲンの異常により骨は脆弱であるが、同じI型コラーゲンから形成される腱は正常に比べて柔軟である事が考えられると報告されている。

本症例は、度重なる膝関節の長期固定にも関わらず拘縮を呈さなかった。この原因として、I型コラーゲンの減少による軟部組織の柔軟性が挙げられる。これらの事から骨形成不全症患者の術後理学療法では、再骨折を予防する目的で荷重時期や転倒予防などに配慮し、術後の可動域制限が重度であっても、愛護的な可動域訓練を継続することで可動域の改善が得られると考える。

## 当院のモーニング・リハの取り組みについて ～ “するADL” を視点に置いた朝のADL介入～

山本 辰也

医療法人社団曙会 シムラ病院

### Key Words モーニング・リハ, するADL, 目標指向的アプローチ

#### 【はじめに】

当院は、2011年よりモーニング・リハ（以下MR）として、リハビリスタッフの早出勤務を行っている。当院のMRは、「できるADL」で介入することを前提とし、さらに退院後の“するADL”を視野に入れることで「その人らしさ」を尊重した評価、介入を行っている。また、日中のリハビリでは介入の難しい「朝」という時間的な視点を重要視している。今回自宅への退院に向けて評価、介入を実施した症例を実例に、当院でのMRの取り組みを発表する。

#### 【症例紹介】

左大腿骨頸基部骨折、認知症（HDS-R 6点）を呈した100歳代前半の女性。本症例の受傷前の生活は、家族と同居、屋内独歩不安定ながらも自立（転倒歴多数）、更衣、トイレ自立、その他ADLは監視～軽介助。朝は自発的にトイレ、更衣を行い、朝食後デイサービス（6日/週）へ通う生活をしていた。本症例は入院中、尿路感染の疑いによる熱発が9日間続き臥床状態であり、解熱後も臥床傾向にあった。

#### 【倫理的配慮】

本症例発表は、当院の倫理審査委員会にて承認を得た。

#### 【経過】

本症例が退院後、本人の希望や自立心の高い性格から再びデイサービスへ通い活動的な生活を送るために、朝から自発的なトイレ動作、更衣、移動能力の獲得が必要である。これを本症例の朝の“するADL”と設定した。本症例は解熱して2週目に、日中のトイレ動作、更衣、移動は「できるADL」として監視レベルまで改善したが、朝の「しているADL」は、立位不安定による転倒リスクがあるため介助レベルであった。朝のADL能力の改善を目的に、MRを開始。10日後には朝の「しているADL」は遠位監視レベル

まで改善し自発的にできるようになった。

#### 【考察】

大川、上田は将来の目標として“するADL”を設定し、それに向けて「しているADL」を高める目標指向的アプローチの重要性を説いており、そのためには生活場面の「できるADL」のレベル向上が必要で、「しているADL」へ習熟させていくことが必要となると述べている。本症例は、朝は動作不安定のため、病棟では介助下での受動的な生活となっており朝の「しているADL」の低下が生じていた。MRとしてリハスタッフ朝の「できるADL」を評価し、最低限の介助で自発的に行うよう関わった結果、朝の「しているADL」が遠位監視レベルまで改善し、動作に対する自発性も向上した。目標指向的アプローチと朝の実生活への介入により、朝の“するADL”に向けた「しているADL」の改善が可能となったと考える。このように、個別化した“するADL”を設定し、そこに向けた「しているADL」能力の向上を目的に、朝の実生活にリハスタッフとして「できるADL」で介入するMRは、朝のADL能力の向上に有効となる可能性があると考えられる。しかし、現在の取り組みでは退院後の「しているADL」の評価が行えていないため、退院後の調査が今後必要となる。

## 歩行様式による水中運動療法の効果

森本 祐穂 ・ 葉 清規

医療法人社団おると会 浜脇整形外科リハビリセンター

### Key Words 水中運動療法, 歩行様式, 歩行能力

#### 【目的】

水中運動療法は、運動器疾患による筋力低下や歩行能力の低下が見られる者に対し、リハビリテーションの一環として利用されており、当院においても主に運動器の退行変性疾患症例に対し水中運動療法を実施している。水中での運動は重力が軽減され疼痛面等において症状が緩和されるため、特に歩行補助具を使用している者は、運動が効果的に行えると考える。その効果について、水中運動療法利用者と非利用者間での運動機能の比較を行っている報告は散見されるが、歩行様式による水中運動療法の効果について検討した報告は渉猟を得たが見られない。本研究目的は、歩行様式による水中運動療法の効果について調査する事である。

#### 【方法】

対象は当院にて運動器疾患を有して水中運動療法を実施しており、6ヶ月間追跡調査可能であった28名(平均年齢72.3±10.8歳)とし、独歩群(17名:男性2名、女性15名)と歩行補助具群(11名:男性2名、女性9名)とに群分けした。水中運動療法の内容は主に筋力増強運動と歩行練習である。利用頻度は週1~2回程度で1回の時間は30分である。測定項目は利用開始時と利用開始後6ヶ月の時点で10m歩行、片脚立位(左右)とした。10m歩行は直線距離10mを歩いてもらいその速度を計測し、片脚立位は両手を腰にあて片脚立位となり最大30秒まで計測した。各群の初回と6ヶ月後の測定項目の差の検定には分割プロット分散分析を適用した。解析にはR.2.8.1(CRAN, freeware)を用い、有意水準は5%とした。差の効果量はCohenの報告を参照した。

#### 【倫理的配慮、説明と同意】

本研究については医療法人社団おると会臨床研究倫理審査委員会の承認を得て実施している。

#### 【結果】

10m歩行において独歩群、歩行補助具群はともに6ヶ月後に有意に低値を示した。各群の効果量は、独歩群にて効果量中(0.71)、歩行補助具群にて効果量大(0.86)であった。片脚立位についてはどちらの群においても有意な差は見られなかった。

#### 【考察】

本研究結果から、水中運動療法により歩行能力の有意な改善が見られる事が明らかになった。先行文献では、水中運動療法による歩行能力や片脚立位に対する効果について各報告での差は見られるが、共通して効果が見られたのは下肢筋力増強運動であった。当院の水中運動療法では筋力増強運動と歩行練習を主に実施していたため、10m歩行への効果が得られたのではないかと考える。また歩行補助具群において改善が大きかったのは、水中での歩行は陸地と比較し重力が軽減され正常な歩行様式により近付いた形で歩行可能となり、陸地での歩行速度にも影響が出たのではないかと推測される。今後の課題として、バランス能力改善、水中運動療法による効果のさらなる科学的検証に向けた水中運動療法内容の検討を行う必要があると考える。

## 腰部脊柱管狭窄症患者の健康関連 QOL に影響を及ぼす日常生活機能面の因子

宮崎 寛史 ・ 葉 清規

医療法人社団おると会 浜脇整形外科リハビリセンター

## Key Words 腰部脊柱管狭窄症, SF8, ODI

## 【目的】

近年患者立脚型アウトカム評価が重要視されるようになり、整形外科疾患の治療成績においても、健康関連 QOL (以下 HRQOL) の代表的指標である SF36 および SF8 を用いた報告が散見される。しかしながら本邦では腰部脊柱管狭窄症 (以下 LSS) の HRQOL に対して影響を及ぼす因子の報告は乏しい。本研究の目的は、SF8 と腰痛疾患特異的評価法である Oswestry Disability Index (以下 ODI) を用いて、LSS 患者の HRQOL に影響を及ぼす日常生活機能面の因子を分析することである。

## 【対象および方法】

対象は 2014 年 3 月～6 月の期間に当院へ受診し、初診時に SF8 と ODI が評価可能であった 79 例とした。平均年齢は 57.1 ± 13.8 歳、男性 46 例、女性 33 例であった。HRQOL に影響を与える可能性がある精神疾患・中枢性疾患・他整形外科疾患合併症例は除外した。

方法は初診時の SF8 の下位尺度値 (PF: 身体機能、RP: 日常役割機能 (身体)、BP: 体の痛み、GH: 全体的健康感、VT: 活力、SF: 社会生活機能、RE: 日常役割機能 (精神)、MH: 心の健康)、および身体的健康度のサマリースコア (以下 PCS)、精神的健康度のサマリースコア (以下 MCS) を従属変数とし、ODI のサブスケール (痛みの強さ、身の回りのこと (洗顔や着替えなど)、物を持ち上げること、歩くこと、座ること、立っている事、睡眠、社会生活 (仕事以外での付き合い)、乗り物での移動)、年齢、性別を独立変数としてその影響について検討した。また、国民標準値とも比較した。検定はステップワイズ法による重回帰分析を適用した。解析には R2.8.1 (CRAN, freeware) を用い、危険率は 5% とした。

## 【倫理的配慮、説明と同意】

本研究については医療法人社団おると会臨床研究倫

理審査委員会の承認を得て実施している。

## 【結果】

国民標準値との比較では全ての尺度は国民標準値を下回っていた。重回帰分析の結果、それぞれの下位尺度値の標準偏回帰係数は PF では、立っている事 (-0.48)、睡眠 (-0.24)、RP は立っている事 (-0.41)、睡眠 (-0.27)、BP は痛みの強さ (-0.41)、GH は立っている事 (-0.25)、座る事 (-0.24)、VT は物を持ち上げる (-0.30)、SF は立っている事 (-0.29)、身の回りの事 (-0.28)、RE は乗り物での移動 (-0.34)、立っている事 (-0.33)、性別 (-0.26)、MH では乗り物での移動 (-0.45)、立っている事 (-0.26) であった。サマリースコアは PCS では立っている事 (-0.46)、睡眠 (-0.20)、MCS は乗り物での移動 (-0.44)、性別 (-0.26) であった。

## 【考察】

本研究結果より LSS 患者では、立っている事、睡眠、乗り物での移動、性別が多くの尺度で影響している事が示唆された。これらは立位姿勢や睡眠時の姿勢、乗り物での移動時の姿勢保持など、姿勢の要素によるものではないかと考える。よって HRQOL の向上には主症状のみでなく、日常生活での機能の状態も把握することが必要である。

## 変形性肩関節症に対しリバーズ型人工肩関節置換術を施行した症例の理学療法経験

高野 英祐<sup>1)</sup> ・ 平本 剛史<sup>1)</sup> ・ 山崎 重人<sup>1)</sup>  
 菊川 和彦<sup>2)</sup>

1) マツダ株式会社 マツダ病院 リハビリテーション科

2) マツダ株式会社 マツダ病院 整形外科

**Key Words** リバーズ型人工肩関節置換術, 関節可動域, 患者立脚肩関節評価法

### 【目的】

リバーズ型人工肩関節置換術(以下 rTSA)は、修復が困難な腱板損傷を認める肩関節症などを対象に実施されている。rTSA は関節窩に球形、上腕骨頭にカップ型のインプラントを挿入し、肩関節の関節中心を内下方に変化させることにより、三角筋のモーメントアームとテンションを増加させ、筋トルクの増大を図り、挙上運動における不十分な腱板機能を代償することを期待される。rTSA は本国で今年から開始されていることから理学療法経過の報告は見当たらない。そこで手術後 16 週までの理学療法経験に考察を加え報告する。

### 【方法】

対象は 70 代の男性である。約 2 年前に右肩腱板断裂に対し大腿筋腱移植を実施している。手術前の自動運動関節可動域(以下 AROM)は肩関節屈曲 20°、外転 40°、外旋 30°であり、日本整形外科学会肩関節疾患治療成績判定基準(以下 JOA score)は 34 点であった。また、患者立脚肩関節評価法 Shoulder36 V1.3(以下 SH36)の平均点は疼痛 2.5、可動域 1.9、筋力 0.3、健康感 3.8、日常生活機能 2.4、スポーツ能力 2.0 であった。手術後の上肢固定は、手術後 2 週まで三角巾とバスタバンドで行った。その後、過度な内旋を制限する目的で手術後 4 週まで装具を装着した。理学療法は、手術後 2 週までは肩甲上腕関節以外の運動を実施した。そして手術後 2 週から他動運動を開始し、振り子運動、背臥位での右肩挙上自動介助運動を指導した。そして手術後 5 週から前鋸筋など肩甲胸郭関節に対する運動を再び重点的に実施した。

### 【倫理的配慮、説明と同意】

個人情報取り扱いに十分注意し、理学療法施行と本学会発表については本人に理解と同意を得た。

### 【結果】

AROM は手術後 8 週で屈曲 100°、外転 70°、外旋 -20°、手術後 16 週で屈曲 120°、外転 80°、外旋 10°であった。JOA score は手術後 8 週で 58 点、手術後 16 週で 70 点であった。SH36 の平均点は手術後 8 週で疼痛 2.0、可動域 0.7、筋力 0.5、健康感 4.0、日常生活機能 3.4、スポーツ能力 0.0、手術後 16 週で疼痛 2.7、可動域 2.8、筋力 2.5、健康感 3.7、日常生活機能 3.7、スポーツ能力 2.5 であった。

### 【考察】

屈曲、外転 AROM は改善を認めた。特に屈曲は手術前 20° から手術後 8 週で 100°、16 週で 120°と著明に向上している。それにより手術後 16 週の SH36 では、ほぼすべての項目において平均値の上昇を認めた。理学療法プログラムは、前鋸筋などの肩甲胸郭運動を行うことが屈曲 AROM 向上の一助になると考える。

### 【まとめ】

変形性肩関節症に対し rTSA を施行した症例に対し理学療法を実施し、手術後 16 週で AROM、日常生活機能などの改善を認めた。今後は理学療法経験を重ねることにより、より有効な運動療法の方法の模索、運動開始時期の検討を行っていくことが今後の課題である。

## 胸髄損傷 (T3), 対麻痺を呈した患者に対して退院支援が難渋した症例

三谷 仁也

公立みつぎ総合病院

### Key Words 退院支援, 胸髄損傷, 障害受容

#### 【はじめに】

今回、胸髄損傷 (T3), 対麻痺を呈した患者の退院支援が難渋した症例を担当した。患者と家族の意向の違いがある中、退院支援を実施していくことの難しさを感じたので、考察を踏まえ報告する。

#### 【倫理的配慮, 説明と同意】

当院の倫理委員会にて承認を得た上で、患者と家族に説明と同意を得た。

#### 【症例紹介】

本症例は、70歳代女性。受症前の生活は夫・長男と3人暮らし。義父の介護経験あり、義父のケアマネとは隣人で付き合いも多い状況であった。現病歴はH25年2月、墜落外傷で受傷しX病院入院。胸髄損傷、胸椎破裂骨折、対麻痺を呈した。X病院では夫のみ障害告知、H25年3月に当院回復期リハビリテーション病棟に転院した。

#### 【入院時評価】

麻痺は弛緩性対麻痺。感覚はT3以下脱失。基本動作は起居全介助、端座位保持軽介助。FIM 59点で、移動は車椅子全介助、移乗は2人介助、排泄は間歇導尿を実施。活動性は低く、居室で寝ていることが多い状況、心理面としては、今後の下肢・排泄機能への不安が強く、何も考えられない状態であった。

#### 【経過】

入院～2ヶ月は、基本動作能力に合わせADL介助方法・居室の環境統一、心理面のフォローを実施。移動面は、OXベルトを着用、移乗はトランスファーボードを使用。障害告知は、夫の要望で2ヵ月後となった。2ヶ月～3ヶ月半後に方針検討した。担当者間は、介護保険利用し在宅生活可能と判断。夫に居宅選定や自宅訪問を提案したが、本人は、家族介助望まず外出も拒否があった。方針決定のための話し合いの場を設定

し、義父ケアマネにも参加依頼した。結果、施設方針となった。その後、施設担当者と事前面談し、施設生活での目標 (短期在宅) を設定し退院となった。

#### 【退院時評価】

機能面は著変なし。基本動作は端座位見守り、FIM 61点で車椅子駆動可、移乗1人介助、排泄はバルン留置。活動性は増加し、読書やTV鑑賞など変化があった。心理面は著変なく、退院時まで消極的な意見があった。

#### 【考察】

本症例に対しては、環境面へのアプローチを重視した。結果、動作に対する不安及び介助負担の軽減、日中の活動量増加に繋がったと考える。しかし、「家で生活してみる」という参加意欲の促進には至らず方針決定が難渋した。回復期は、脊髄損傷患者にとって長期的な障害受容の通過点であり、それは家族も同様と考える。回復期病棟の目的の一つは在宅復帰であるが、退院支援は、患者・家族が今後どこでどのような生活を送るかを自己決定することが重要と考える。理学療法士として回復期スタッフの1人として患者・家族が、今後の生活の場を自己決定できるような取り組みが重要と考えられる。

## 脳卒中装具療法における回復期から生活期への連携づくりのための「装具作製報告書」の使用経験

川野 義晴<sup>1)</sup> ・ 小林 浩介<sup>1)</sup> ・ 甲田 宗嗣<sup>1)</sup>  
 坂本 貴志<sup>2)</sup> ・ 鈴木 貴弘<sup>3)</sup> ・ 野坂 寿子<sup>4)</sup>  
 北島 隆信<sup>5)</sup> ・ 山根 和男<sup>6)</sup>

1) 地方独立行政法人広島市立病院機構 広島市立リハビリテーション病院

2) 広島共立病院 3) 日比野病院

4) よりしま内科外科医院 5) 訪問看護ステーション瀬野川

6) ぎおん牛田病院

### Key Words 脳卒中, 装具療法, 地域連携

#### 【はじめに】

我々は、(公社)広島県理学療法士会の平成25年度学術研究助成事業において、脳卒中者に対する下肢装具フォローアップの現状を調査した。アンケート調査により、回復期から生活期へ移行する際の下肢装具の申し送りが不十分であり、回復期で作製される下肢装具について情報共有することで、装具療法の連携の改善を図ることができる可能性が示唆された。そこで我々は、回復期と生活期の装具療法の連携づくりにつながる手段として、回復期病棟を退院する際に、装具作製業者、作製目的、退院後の使用場面などについて記載した「装具作製報告書」を作成し、運用を開始した。本研究の目的は、当院回復期病棟を退院した後に装具作製報告書がどのように活用されているかを電話調査することとした。

#### 【対象および方法】

電話調査の対象は、当院の回復期病棟を退院した脳卒中者3名が利用している・利用していた施設で勤務する療法士3名であった。調査項目は、1) 装具作製報告書が療法士の手元に届いたか、2) 電話調査時、あるいは施設でのリハ終了時の患者の装具使用状況について、3) 装具作製報告書がどのように活用されたか、4) 装具作製報告書に追加して欲しい情報はるか、の4項目とした。脳卒中者3名の回復期病棟退院時の装具の種類は、全例短下肢装具(プラスチック短下肢装具2例、金属支柱付短下肢装具1例)であり、2名は日常生活での使用、1名はリハ時のみの使用であった。

#### 【倫理的配慮、説明と同意】

本研究は当院の倫理委員会に承認され、対象者には研究内容を口頭にて説明し同意を得た。

#### 【結果】

1) について、3名とも装具作製報告書は療法士の

手元に届いていた。2) について、日常生活で使用していた2名のうち1名はリハ時のみの使用となり、他2名は回復期病棟退院時と同様の使用状況であった。3) について、回復期入院時と同様の装具使用状況の継続、使用目的など装具に関する情報の他部門への伝達、故障・不具合時の連絡先の把握に活用されていた。4) について、装具作製報告書の内容に追加して欲しい情報は特に挙げられなかったが、装具を使用して動作を行っている動画があると参考になる、という意見が挙げられた。

#### 【考察】

今回の調査から、装具作製報告書は全例とも療法士の手元に届いたことが明らかとなり、回復期から生活期へ移行する際の下肢装具の申し送りの有効な手段になり得ると考えた。回復期病棟退院後の装具使用状況は、退院してから電話調査までの期間に影響を受ける可能性が示唆された。装具作製報告書は、回復期入院時と同様の装具使用状況の継続、他部門への装具に関する情報伝達、故障・不具合時の連絡先の把握に活用されており、下肢装具についての情報共有に有効であったと考えた。装具作製報告書に加えて、実際に装具を使用している状況を動画で伝達することも装具療法の連携をより円滑に行う上で有効になるのではないかと考えた。

## 当院における装具療法の現状と脳卒中患者に与える効果

土井 貴詔

医療法人光臨会 荒木脳神経外科病院

### Key Words 装具療法, FIM, 早期介入

#### 【目的】

脳卒中ガイドライン2009では、早期から装具を使用して歩行練習することを推奨グレードAとして位置付けており、理学療法診療ガイドライン第1版(2011)においても早期理学療法、早期歩行練習、装具療法是推奨グレードAとして位置付けられている。当院は片麻痺患者に治療を行う上で発症早期より装具療法を行っているが、当院装具療法の効果判定には至っていない。そこで本研究では、当院急性期・回復期病棟で脳卒中片麻痺患者に早期より行っている装具療法が、日常生活動作能力、在院日数に与える影響について検討した。

#### 【対象および方法】

対象は平成25年5月～平成26年7月の間に当院急性期・回復期を経て退院し、装具療法を行った患者85名とした。その内、リハビリテーション開始から装具療法開始まで1週間未満で行った群(早期群)、1週間以降に行った群(遅延群)の2群に分けた。両群で退院時FIM歩行項目、退院時FIM移乗項目、退院時FIM歩行項目の改善点について比較を行った。また、下肢Brunnstrom Stage(以下Br-Stage)と装具療法開始までの日数について検討した。統計解析には、マンホイットニーのU検定およびスピアマンの順位相関係数を使用した。危険率5%未満を統計学的有意とした。

#### 【倫理的配慮、説明と同意】

本研究は個人情報の取り扱いに十分に配慮し、ヘルシンキ宣言に沿って行った。

#### 【結果】

早期群では遅延群と比較して、退院時FIM歩行項目、退院時FIM移乗項目、退院時FIM歩行項目の改善点は有意に高かった。また、早期群は遅延群と比較して在院日数は有意に短かった。なお、Br-Stageと在院日

数では正の相関を認めなかった。

#### 【考察】

今回、早期装具療法介入患者では、退院時FIM歩行項目、退院時FIM移乗項目、退院時FIM歩行項目の改善点は有意に向上していた。早期より装具療法を開始することで、廃用症候群を予防でき、適切な姿勢で動作学習が図れたと考える。装具療法遅延の理由としては、担当療法士間で装具使用までに差異があること、急性期治療時の意識障害や合併症が考えられる。今後は療法士間で装具療法に対して標準化した介入を行うとともに、より早期より装具療法が開始できるような患者の状態を見極めていくことが重要だと思われる。

## 装具療法実施し、足底からの体性感覚入力により半側空間無視の改善を図った脳塞栓症例に対する理学療法経験

野口 飛鳥<sup>1)</sup> ・ 石田 勝<sup>1)</sup> ・ 中川 実<sup>2)</sup>  
 島田 雅史<sup>1)</sup> ・ 藤原 賢次郎<sup>2)</sup>

1) 興生総合病院リハビリテーション科

2) 興生総合病院脳神経外科

**Key Words** 長下肢装具, 半側空間無視, 体性感覚

### 【目的】

半側空間無視 (USN) が歩行自立度の阻害因子となることは広く知られている。今回重度左片麻痺、USN を呈した症例に対して、足底からの体性感覚入力の賦活を目的に長下肢装具を用いた積極的立位・歩行練習を実施し、USN の改善を認め、歩行能力が向上した症例を経験したため報告する。

### 【対象】

症例は前頭葉、側頭葉の脳塞栓症発症し、頭頂葉に外傷性くも膜下出血を認め、左片麻痺を呈した 40 歳代女性。病前の日常生活動作は全て自立していた。入院時は Brunnstrom Recovery Stage (BRS) 上肢 I、手指 I、下肢 I と弛緩性麻痺を呈していた。感覚は表在、深部覚ともに重度～脱失、高次脳機能障害として重度の左 USN、注意障害を認めた。Barthel Index (BI) は 20 点で動作全般で介助を要す状態であった。

### 【倫理的配慮、説明と同意】

なお、本症例には事前に発表の主旨を口頭にて説明し、同意を得た。

### 【経過および理学療法プログラム】

発症当日より、理学療法開始し、7 病日より端座位練習実施、14 病日より長下肢装具を用いて起立、歩行練習を開始した。開始当初は USN による影響から頸部右回旋位を取っており、重心は右側変位で左下肢の振出は困難で介助を要していた。歩行練習では右側からの情報量を遮断する目的で壁沿いの手すりを用いて実施した。また積極的に麻痺側下肢からの荷重感覚入力を賦活することを目的として徒手的な重心移動訓練、ステップング練習を追加した。28 病日には正中位での立位保持が自力で可能となり、リーチング課題を加えた。以上のアプローチの結果、BRS 上肢 I 手指 II 下肢 III と左片麻痺は軽度改善し、感覚は表在覚軽度鈍麻、深部覚は正常、USN は消失と大きな改善を認

めた。また 96 病日より短下肢装具にカットダウンし歩行練習実施した。105 病日で BI は 75 点まで向上、Berg Balance Scale は 47 点で歩行は T 字杖、短下肢装具使用し可能となった。

### 【考察】

空間認識は視覚、聴覚、体性感覚の統合により行われ前頭葉、頭頂葉が関与していると考えられている。長下肢装具を使用し足底からの体性感覚入力を賦活させたことは麻痺側身体への注意喚起を図り、自己身体と空間の位置関係の統合を促進させ、USN の改善につながったものと考えられる。また USN の改善により視覚、固有感覚の統合をさらに促進し、生体内座標がより適切に再現された。このことは症例の姿勢制御能力の向上に寄与し、加えて長下肢装具装着下での訓練は体幹・股関節周囲の筋活動を賦活させる。以上のアプローチの結果、下肢の支持性が向上し、歩行能力が改善したと考えた。

### 【まとめ】

健常者の空間認知に対して、体性感覚の刺激が影響を及ぼすことは異種感覚系の相互作用によって広く知られてきた。この度、USN を呈した症例に対しても足底からの体性感覚入力によって改善が認められた。体性感覚入力が USN の改善に寄与すると考えられた。

## 脳卒中片麻痺に対する早期歩行訓練導入の意義と ADL への影響

奥島 悠大 ・ 藤堂 之布 ・ 奥田 泰司  
 田淵 学 ・ 丸石 正治

医療法人社団 井野口病院

## Key Words 早期歩行訓練, P.KAFO, QOL

## 【目的】

臨床現場において、脳血管障害は必ず一度は目にする疾患であり、その発症率は年間約 134 万人と極めて多い。その中でも 50 代以下は就労者が多く、職場復帰を Needs とされていることも多い。職場復帰を考える際、実用歩行獲得は ADL 自立のための予後因子であるだろう。歩行獲得ができず車椅子生活が主体となると生活範囲は狭小化し、屋外での行動範囲も限られるため、意欲低下を招き QOL の低下にも繋がる。患者の QOL 低下は、介助量増加等の患者を取り囲む人々の QOL 低下を招き、患者のさらなる QOL 低下を引き起こす。このような負のサイクルが結果として、患者の予後を左右する要因となりかねない。そこで本症例は、自立歩行獲得を目指し、プラスチック製長下肢装具 (以下: P.KAFO) を使用し早期歩行訓練をすることで、どのような影響を及ぼすかを検討した。

## 【対象および評価方法】

50 代男性、アテローム血栓性脳梗塞による左片麻痺。Br.Stage III 不十分、リハビリ介入時は発症 6 週経過している。脳梗塞以外に器質的疾患はない。介入翌日から歩行訓練開始。歩行の問題点として、主に姿勢異常・荷重連鎖障害が挙げられた。これらに対し、P.KAFO を処方することで姿勢調節を行い、麻痺側立脚の安定化・遊脚期下肢の振り出しを容易にした。身体能力・歩行能力の評価には 10m 歩行最大歩行速度、ADL の評価には機能的自立度評価表 (以下: FIM) を用いた。

## 【倫理的配慮、説明と同意】

ヘルシンキ宣言に基づき対象者に口頭にて十分説明しプライバシーに配慮することを伝え同意を得た上で行った。

## 【結果】

理学療法開始し、約 3 週間後に 10m 歩行最大歩行

速度測定。初回測定時、歩行速度 28.6 秒であったが、約 5 週間で 8.9 秒へと速度向上を認めた。FIM は、入院時 74 点 (運動 43 点、認知 31 点) から約 7 週間で 92 点 (運動 59 点、認知 33 点) へと向上した。また、P.KAFO を処方することで異常姿勢の改善、歩幅増大・歩行における拮抗変換促進を図ることができた。

## 【考察】

本症例の歩行における問題点として主に姿勢異常・荷重連鎖障害であると考えられた。これらに対し P.KAFO を処方することで、姿勢調節を容易にし、過剰努力の少ない歩行が可能となったものと考えられる。これにより疲労感の少ない効率的な歩行が可能となり、積極的歩行訓練による抗重力機構の賦活化、またリズム歩行による拮抗変換・共同筋活動の賦活化が図れたものと考えられる。さらに、動的歩行への移行が容易となり早歩き歩行が可能となった。一般的に 10m 最大歩行速度 11.6 秒以下では屋外歩行自立レベルであると言われているが、本症例はカットオフ値よりも早く歩行可能である。さらに、年齢が若く非麻痺側筋力も十分にあるため、歩行速度さらなる向上の可能性も考えられる。10m 歩行速度と歩行自立の密接な関係は先行研究においても強く示唆されていることから、実用歩行獲得により生活に制限を持ちにくい高い QOL 獲得を図れるものとする。

## 脳卒中患者の歩行評価への工夫 2次元動作解析を用いて

穴戸 健一郎

医療法人社団清風会 五日市記念病院

### Key Words 歩行評価, ImageJ, 可視化

#### 【背景】

リハビリテーションを行う上で歩行評価を行うことは多い。歩行を客観的に数値化できる定量的測定は不可欠であり、3次元動作解析や加速度計を始め、多くの機器が存在する。しかし、機器が高価であることなどから、実際の臨床場面に設備されているのはごく稀である。その為、歩行分析や歩容の評価は各担当者に委ねられていることが多く、臨床経験などによっても評価の質や正確さが異なる。今回、装具の有効性を2次元動作解析にて実施し、正常との比較および装着前後の関節角度の比較を行い歩行評価の一助となった症例を経験したので報告する。

#### 【対象および方法】

対象は当院回復期病棟に入院中の脳卒中患者1名。方法は歩行動作を矢状面から全身が入るように撮影し、その後動画をパソコンに取り込み、30Hzで静止面を作成した。その後2次元動作解析(ImageJ)を用いて1歩行周期の関節角度を測定した。測定はイニシャルコンタクト、ローディングレスポンス、ミッドスタンス、ターミナルスタンス、プレスウィング、イニシャルスウィング、ターミナルスウィングの各層で行った。マーカー位置は腓骨頭、外果、第5中足骨頭の3点とした。歩行設定は①装具なし②GaitSolution(以下:GS)装着の2種類を撮影し、正常歩行の関節角度との比較を行った。なお、正常歩行は当院スタッフの歩行時の関節角度を用い、関節角度は(静止立位時の角度) - (実測値)を計算して角度変化をグラフに示した。

#### 【倫理的配慮】

今回の発表は本会の学会評議委員会および理事会において採択された、「症例報告を含む論文および学会・研究会・検討会等での発表における患者プライバシー保護に関する規定」を遵守し、患者が特定されないように配慮した。

#### 【結果】

立脚期においては①装具なし②GS装着、正常歩行のいずれの間でも大きな差はないことが分かった。遊脚期ではGS装着にて正常歩行へと近づいていることが分かった。これにより本患者において正常から逸脱した関節運動を修正し、正常歩行同様の関節運動を装具装着により逸脱させていないことが可視化できた。

#### 【考察】

今回、歩行時の関節角度を客観的評価指標として可視化することで正常歩行との差やGS装着による効果を確認することができ、臨床での歩行評価の一助となった。2次元動作解析の限界として前額面の歩行評価に適していないことや回旋などの動作の評価が行えないなどが挙げられるが、芥川らはビデオ撮影での2次元動作解析による検者内・検者間信頼性の高さを報告しており、歩行の効果判定や経過の追跡などを行う手法として有効であると考えられる。また、患者自身に歩行の改善や現状を伝える手段として用いることができ、より良い情報提供および臨床へと繋がると考えられる。

## 患者の身体図式と疼痛に関する一考察 ～頸部痛が消失した一例より～

武田 由布 ・ 平岡 一志

三次地区医師会介護老人保健施設あさぎり

### Key Words 身体図式, 対話, 頸部痛

#### 【はじめに】

今回、患者との対話に重点を置き、理学療法士（以下、PT）と患者の間で身体認識について情報共有しながら治療を展開したことで痛みが消失した経験を報告する。

#### 【症例紹介】

70代男性、約10年前から嚥下・構音・歩行障害等が出現し、進行性核上性麻痺の診断を受けた。FIMは77/126点で車いすを使用し、基本動作・ADL動作に軽介助を要し、コミュニケーションに問題はなかった。姿勢反射障害や注意力・危険認知力の低下による易転倒性を認め、また開眼失行を伴い、自発的な開眼は乏しく閉眼で行動されていた。さらに診断は出てないが左顔面・上下肢の麻痺を認めた。

#### 【倫理的配慮、説明と同意】

発表に際し、本人とご家族に口頭にて趣旨を十分に説明し、同意を得た。

#### 【病態解釈】

症例は左頸部痛の訴えが強かった。姿勢観察では左腹背部は低緊張であるため、姿勢保持の為に代償的に左肩甲骨を過度に挙上していると考えた。また、左顔面・舌因・迷走神経障害により左咽頭通過が難しい為、頭頸部は左回旋・側屈位をとり、右の咽頭を広くし食物を流れ易くしていると考えた。これらから、肩甲骨挙上筋と頭頸部回旋・側屈筋の過剰収縮による痛みと推測した。患者との対話からは、筋の収縮感などから想起される自覚的な肩の位置と、客観的にPTが見た肩の位置の間に差異が生じており、身体図式の変容が起きていたと考えられた。そこで、身体図式を改変することで姿勢の改善を図り、それに伴う頸部痛の軽減を目標に、肩・頭頸部をどのように捉えているかを聞きながら治療を展開した。

#### 【経過】

左右の比較や、隣接する他の部位との位置関係、視覚情報から対話によって肩の再認識を促した。その結果、これまで感じられていなかった左肩の脱力感を感じる事が可能となり、肩の位置の左右差が改善された。また、頭頸部は左回旋位の状態で正中位であると認識していた為、同様に再認識を促すことで改善した。さらに生活の中で身体の左右差を意識するよう促した。その後、肩・頭頸部周囲のアライメントは改善し、1週間で痛みは消失した。

#### 【考察】

Harrisらは「知覚・運動協応や脳における各種感覚情報の統合の破綻が病的痛みを引き起こす」と述べており、他にも中枢神経系における情報の不一致や整合性の欠如によって痛みが生じる可能性について報告されている。症例においても、身体感覚情報の統合が不十分なために、疼痛が引き起こされ、自己観察により身体の各部位に選択的な注意が向くことで、身体図式と実際の身体との間の差異が改善し、疼痛の消失につながったと考えた。本症例を通じてPT評価によって得た身体情報と、本人が感じている身体には少なからず差異がある事が分かった。PTは患者が自己身体をどう認識しているのかを理解し、両者で患者の身体図式を共有することが大切だと感じた。

## 排泄リハビリテーションの治療実践の現状に関するアンケート調査

金具 美奈枝<sup>1)</sup> ・ 竹内 昭博<sup>1)</sup> ・ 日和 将貴<sup>1)</sup>  
井上 勝己<sup>2)</sup>

1) たかの橋中央病院 リハビリテーション科

2) たかの橋中央病院 泌尿器科

### Key Words 排泄リハビリテーション, セラピスト, 骨盤底筋体操

#### 【目的】

排尿の問題は、本人の生活の質を低下させる要因となる以外にも、介護者をも巻き込んだ問題となるため、患者の在宅復帰支援の際にこの問題が解決されず、長期入院が強いられるケースはまれではない。正常な排尿には排尿機能、認知機能、運動機能が必要であるが、リハビリテーションにおいて排泄リハビリテーションを実施しているセラピストは少数であると思われる。そこで、排泄リハビリテーションの現状を知るべく、アンケートによる調査を実施したので報告する。

#### 【対象と方法】

広島市内の医療機関・介護施設・訪問リハの理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を対象に質問紙調査を実施した。調査内容の概略は①日常生活動作の中で評価、治療にあたり尊厳または躊躇する項目は何か、②排尿障害の病態理解の程度、③骨盤底筋体操の知識の有無、④排尿リハビリテーションへの興味の有無である。内容は16項目中9項目を抜粋し、実務経験年数に分け統計した。なお、アンケート調査に際して事前に調査の趣旨、および結果を学会発表することを説明し、アンケートの回答をもって同意とみなす旨の了承を得た。

#### 【結果】

対象者数は128名で回収率は89%であった。「骨盤底筋体操を含めた運動プログラムを立案したことがあるか」に対し52%がないと返答した。「骨盤底筋体操を知っているか」に対しよく知っているが25%、まあまあ知っているが40%、「骨盤底筋体操を指導できるか」は全くできないが28%、少しできるが28%、まあまあ出来るが35%であった。しかし、経験年数5年以下では55%がよく知っているまあまあ知っているで、67%が少し指導出来る全く指導出来ないと返答があった。

#### 【考察】

骨盤底筋体操を知っており実践できる技術を有したセラピストはいるが、骨盤底筋体操を含めた運動プログラムを立案した者は少ない。その要因として考えられることは、根拠に基づく治療法が確立されていない点や、リハビリテーションにおいて運動機能を重要視しがちである点が排泄リハビリテーションの提供に歯止めをかけていると考える。今後、排泄リハビリテーションが発展していくためには、排泄リハビリテーションについて治療法が確立され、さらに、排尿障害に悩む大多数の人が、排泄機能のみでなく多様な運動機能障害を有していると言われている点から、セラピストによる姿勢・体幹機能の評価を含めた、より包括的な関与や個々の症例に合わせた運動指導が重要と考える。

## 生活の中での一つの気づきをきっかけに自身の身体と向き合い改善が認められた一症例

齋藤 佳奈<sup>1)</sup> ・ 今田 雄二郎<sup>2)</sup> ・ 丸川 章<sup>3)</sup>

1) 医療法人微風会 ビハーラ花の里病院 リハビリテーション科

2) 医療法人微風会 三次神経内科クリニック花の里 リハビリテーション科

3) デイセンターいこい

### Key Words 気づき, 生活, 視点

#### 【はじめに】

理学療法に対して改善の限界を感じ自身の身体と向き合うことが困難だった症例が、リハビリ室では気づけなかったことを在宅生活という環境の違いの中で、一つの気づきをきっかけに自身の身体に向き合うことが可能となり、より改善が認められたことを経験したので、ここに報告する。

#### 【症例紹介】

50歳代後半の男性。妻・義母と同居。約1年前に脳梗塞発症し右片麻痺を呈している。他院退院後、当院で週2～3回通院されている。

介入当初の状態は、Brunnstrom recovery stage 上肢、手指、下肢ともにstage III。表在・深部感覚は中等度鈍麻。FIM 114/126点。歩行は4点杖使用し30m自力で可能。歩容は右下肢分回し、骨盤の引き上げ、内反尖足のパターン化された動作で、動作開始時や会話時に右上下肢、手指の痙性が増強し、右肩関節に痛みが出現していた。

在宅では、床での生活が主になっており、外出はされていない。

#### 【倫理的配慮、説明と同意】

本人・家族から撮影および発表の趣旨を説明し、同意を得た。

#### 【経過】

介入当初

右上肢分離運動、右下肢筋出力練習、リハ室内4点杖使用し歩行

理学療法実施にあたり、言葉での説明や身体への感覚入力に対して受け入れ困難

症例自身が身体に対して向き合うことに拒否的で行動変容が困難

「これ以上はよくならない」との発言もあり、身体の改善に限界を感じている状態

介入4週後

両足趾、足関節のアライメント調整、下肢の振り出し

練習へ変更

「もっと上手に歩けるようになりたい」との発言があり

症例と再々目標の共有を図るが、身体と向き合うことは依然困難であり変化なし

介入8週後

歩容の変化がみられる

身体の改善の認識は低く、歩行時の映像を見せ、試行錯誤するも変わらない状態

介入10週後

在宅でトイレへの移動時、毎回麻痺側下肢が躓いていたのに躓かないことに気づく

身体の変化に気づき自身の身体と向き合うことが可能となった

セラピスト自身も視点を変え、外来時も日常の動作がイメージしやすく本人の気づきや学習につながりやすい床上動作を中心に理学療法を変更

現在

「家でも練習がしたい」との前向きな発言や身体の変化への気づきが多くなっている

#### 【考察・まとめ】

今回、目標の共有などを行い、介入により歩容は改善したが、身体に向き合うことは困難であった。しかし、リハビリ室では気づけなかった歩容の変化を在宅の中で気づいたことで、身体と向き合うことが可能となった。これは、リハビリ室での歩行と在宅での歩行は異なっているからだと考えられる。リハビリ室では、歩行すること以外に目的なく歩行しているが、在宅ではトイレへ行くなどの目的を遂行することに注意が向いており、意識や注意のない中で歩行をしている。つまり、本人の目的の動作の中で「楽にできた」という快の情動が、気づきにつながったため、自身の身体に向き合えたのではないかと考えられる。

## 高位脛骨骨切り術後に第一中足趾節間関節痛を訴える症例の下肢運動学的解析

久野 智之

広島大学病院診療支援部リハビリテーション部門

**Key Words** 高位脛骨骨切り術, 足関節バイオメカニクス, 第一中足趾節間関節痛**【目的】**

変形性膝関節症(以下、膝 OA) に対する高位脛骨骨切り術(以下、HTO) は膝関節痛の軽減に有効である。しかし HTO 後、足関節痛や第一中足趾節間関節痛を訴える症例を経験するが、HTO による足関節や足部の運動学的変化は不明である。本研究の目的は、第一中足趾節間関節痛の有無により、HTO が足関節と足部に与える影響について運動学的に解析することである。

**【対象および方法】**

対象は膝 OA に対して HTO を施行され、術後 6 ヶ月で新たに第一中足趾節間関節痛を生じた症例(疼痛有: 60 歳代後半女性、BMI20.4kg/m<sup>2</sup>) と疼痛を生じなかった症例(疼痛無: 60 歳代後半男性、BMI23.1kg/m<sup>2</sup>) とした。歩行解析は 3 次元動作解析装置 Vicon612 (Vicon Motion Systems 社、英国) と床反力計 (AMTI 社製、米国) 4 枚を使用し、Plug-In-Gait モデルに即し対象の 39 カ所に赤外線反射マーカーを貼付し、サンプリング周波数 120Hz で行なった。運動課題は 8m の歩行路で歩行速度を規定しない裸足の自由歩行とし、膝関節内外反角度と足関節内外反角度を計測した。歩行立脚期中の平均値を代表値とした。術前と術後 6 ヶ月で測定し、両者の術前後で比較した。

**【倫理的配慮、説明と同意】**

研究の実施に先立ち、広島大学疫学研究倫理審査委員会にて承認を得た(第疫-204 号)。

**【結果】**

疼痛有の膝関節内外反角度は術前内反 2.4° から術後外反 2.5° であり、疼痛無は術前内反 2.8° から術後外反 3.0° であった。疼痛有の足関節内外反角度は術前外反 0.4° から術後外反 0° であり、疼痛無は術前外反 2.8° から術後内反 3.0° であった。外部足関

節内外反モーメントは、両症例ともに術前後に大きな変化はみられなかった。

**【考察】**

両症例ともに HTO により膝関節は内反位より外反位へ変化したが、疼痛有の足関節内外反角度は術前後でほとんど変化を認めなかった。Jeong ら (2014) は HTO 後の足関節外反変形を報告しており、第一中足趾節間関節痛の原因として、膝関節のアライメント変化に対して足関節の順応が不十分だった可能性がある。

## THA 進入方法の違いによる術後関節可動域の比較 MIS 仰臥位前外側アプローチと後方アプローチの比較

和田 直人<sup>1)</sup> ・ 藤村 宣史<sup>1)</sup> ・ 西山 健二<sup>1)</sup>  
新谷 保貴<sup>1)</sup> ・ 久留 隆史<sup>2)</sup> ・ 豊田 章宏<sup>3)</sup>

1) 中国労災病院 中央リハビリテーション部

2) 中国労災病院 整形外科

3) 中国労災病院 リハビリテーション科

**Key Words** 人工股関節全置換術, 進入方法, 術後可動域

### 【はじめに】

中国労災病院では、人工股関節全置換術 (Total Hip Arthroplasty、以下 THA) の進入方法として、従来は後方進入 (posterolateral approach、以下 PL 法) を選択していたが、平成 26 年 4 月より前外側進入 (anterolateral approach、以下 AL 法) に変更した。AL 法へ変更後、術後可動域が以前の PL 法と異なる印象を持った。そこで本研究では、進入方法ごとの股関節可動域の相違を明らかにすることを目的に、PL 法と AL 法の股関節可動域を比較した。

### 【対象と方法】

当院で H25 年 4 月から平成 26 年 8 月に初回 THA を施術した 75 例のうち、データに欠損のあった 17 例を除く 58 例を分析の対象とした。術前と術後 3 週における股関節可動域 (屈曲、伸展、外転、内転、外旋、内旋) を診察情報録より後方視的に調査した。統計解析については、進入方法と時間 (術前—術後 3 週) を要因とした 2 元配置分散分析により股関節可動域の交互作用を求めた。そして PL 法と AL 法において、術前と術後 3 週の股関節可動域をウィルコクソンの符号順位検定により検定した。また術前と術後 3 週において、進入方法間の股関節可動域をマン・ホイットニーの U 検定により検定した (有意水準は 5% 以下とした)。

### 【倫理的配慮、説明と同意】

当院の倫理審査委員会の承認を得て本研究を実施した。なお本研究は後方視研究の為、対象者から同意を得ることは難しく、当院ホームページ上で本研究の概要を公開した。

### 【結果】

PL 法 (n=45) における術前と術後 3 週の股関節可動域は、屈曲 :80.4 ± 21.3° → 86.4 ± 11°、伸展 :0.78 ± 11.1° → 5.44 ± 8.7°、外転 :16.3 ± 9.9

° → 20.7 ± 8.3°、内転 :7.8 ± 6.4° → 7.9 ± 5.7°、外旋 :33.9 ± 12.7° → 36.6 ± 9.3°、内旋 :8.33 ± 18.2° → 31.0 ± 12.7° であった。AL 法 (n=13) は、屈曲 :79.2 ± 20.5° → 85.8 ± 7.3°、伸展 :0.8 ± 8.4° → 3.9 ± 6.2°、外転 :16.2 ± 7.4° → 21.8 ± 8.6°、内転 :10.0 ± 4.1° → 13.5 ± 6.3°、外旋 :31.5 ± 18.4° → 35.4 ± 10.5°、内旋 :7.3 ± 18.6° → 18.3 ± 8.9° であった。2 元配置分散分析において、交互作用を認めた運動方向は内旋であった (p=0.030)。PL 法において、術前と術後 3 週の股関節可動域に有意差を認めた運動方向は、屈曲 (p=0.020)、伸展 (p=0.001)、外転 (p=0.005)、内転 (p=0.05)、内旋 (p=0.001) であった。AL 法では、内転 (p=0.001)、内旋 (p=0.011) であった。術前において、PL 法と AL 法の股関節可動域に有意差を認めた運動方向はなかった。術後では、PL 法と AL 法の股関節可動域に有意差を認めた運動方向は、内転 (p=0.002)、内旋 (p=0.001) であった。

### 【考察】

股関節可動域のうち内旋が、進入方法の違いによる影響を受けていた。すなわち PL 法は AL 法よりも術後の股関節内旋可動域が大きかった。PL 法と AL 法の大きな違いは短外旋筋群の切離の有無であり、PL 法では短外旋筋群を切離する。短外旋筋群は股関節内旋制動を担っていることから、この筋群を切離する PL 法は、術後の内旋可動域を大きくすると考える。

## 膝蓋骨開放性粉碎骨折に対し骨接合術（ひまわり法とTBW法の併用）を施行した一症例

田辺 真海 ・ 吉本 尚記

広島赤十字・原爆病院 リハビリテーション科

### Key Words 膝蓋骨開放性粉碎骨折, 外泊, demand

#### 【はじめに】

今回、膝蓋骨の開放性粉碎骨折を呈し、ひまわり法と tension band wiring 法 (TBW 法) を併用した観血的骨接合術を施行された症例を経験したので、ここに報告する。

#### 【症例紹介】

50歳代、男性。妻と娘の3人暮らし。仕事に3mの高さから転落し、右膝と右足部を強打し受傷。右膝蓋骨の開放性粉碎骨折と右第2中足骨骨折と診断された。同日緊急手術で右膝の切開洗浄を行い、以後感染がないことを確認した上で骨接合術を行う方針となる。中足骨の骨折に対しては保存療法による経過観察となった。また、患者自身は4人兄弟の長男であり、術後2週目に控えていた法要の施主として参席するため、強い外泊希望があった。

#### 【倫理的配慮、説明と同意】

本報告の趣旨について、本人とご家族に説明し同意を得た。

#### 【経過】

受傷日同日の切開洗浄後はニーブレスにて膝関節伸展位固定、中足骨骨折に対してはシーネ固定による保存的加療となった。感染兆候がないことを確認した上で、受傷12日目に骨接合術（ひまわり法+TBW法）を施行された。術前は血栓予防と病棟でのADL練習を中心に介入し、手術翌日は下肢自動運動と移乗練習から介入を再開した。術後3日目から免荷で平行棒内での歩行練習を開始したが、右下肢を下垂させると疼痛が惹起されるため30秒以上の立位保持と平行棒の往復は困難であった。術後10日目に疼痛の範囲内で部分荷重開始となり、最大で体重2/3まで荷重可能であったため、松葉杖による歩行練習を開始した。この頃には、下肢下垂位での疼痛も消失しており、外泊に向けた介入も具体的に進めることができた。術

後18日目に外泊を行い、術後20日目にシーネ固定を除去しロフトランド杖歩行を開始、術後22日目にはT字杖歩行を開始した。膝関節可動域については術後15日目より屈曲開始となり、初回屈曲時はactiveで20°、術後3週目にはpassiveで45°まで獲得した。術後24日目で回復期病院へ転院となった。

#### 【考察】

通常、膝蓋骨骨折は手術療法によって早期の荷重・屈曲が可能となるが、本症例では中足骨骨折を合併していたことや、膝蓋骨が開放性かつ骨片の多い粉碎骨折であったことから、後療法が遅延し膝関節可動域の獲得が遅れた。しかし患者の強いdemandである外泊については、松葉杖での屋外歩行、60段の階段昇降、バスの利用等、外泊に必要な要素を挙げ、それらに対して実践的な介入を進めることでdemandの達成に繋がったと考えられる。機能的な術後経過に難渋する症例においても理学療法の介入によって患者のdemandを達成した経験を得ることができた。

## 腱板損傷に対する治療にレッドコードを使用した一症例

神田 裕也

松尾整形外科リハビリクリニック

### Key Words 腱板損傷, レッドコード, 関節可動域

#### 【はじめに】

今回、腱板損傷(棘上筋・棘下筋)を伴い、自動での関節可動域(以下 Active ROM)制限を有する患者に対して保存療法を行う機会を得た。洗髪動作を楽に行いたいという患者の希望があった。そこで Active ROM に着目したところ、洗髪動作に必要とされる肩関節屈曲可動域は 75~120° とされていた。腱板断裂を伴うため、外転動作が困難であるとされている。そこで屈曲動作に着目し、Active ROM 改善を目的とした運動療法を行った。アプローチとして、レッドコードを使用し、重力の影響を無くした環境下で自動関節運動を反復して行い、改善を認めたため以下に報告を行う。

#### 【対象】

70 歳代後半の女性、H26 年 2 月より来院、棘上筋・棘下筋断裂と変形性肩関節症を伴い、初期では肩関節の炎症症状があり疼痛も強く発現していた。H26 年 6 月末に疼痛は消失し、なんとか洗髪動作を行える状態まで回復したが、Active ROM 制限が残った。そこで H26 年 7 月より Active ROM 改善のための介入を行った。

#### 【方法】

レッドコードを使用し、健側を下にした側臥位を取る。スリングポイントが上腕骨頭部を通るようにあて、肩甲帯の代償動作を抑制するため、徒手介助下での肩関節自動屈曲運動を行う。評価として ROM(Active・Passive) とハンドダイナモメーターを使用し筋力測定を行い、1 ヶ月間の経過を追った。

#### 【結果】

今回、アプローチを肩関節屈曲動作のみに絞り治療を進めたところ、肩関節屈曲 Active 40° → 95° 外転 Active 50° → 50° と屈曲動作の改善が確認できた。筋力については外転: 20.5N → 21.5N・外旋:

14.5N → 22.7N と筋力増加も確認できた。そして動作においては肩甲帯代償動作が改善され Active での関節可動域の改善も見られた。

#### 【考察】

可動域改善に対してアプローチを開始から 1 ヶ月で Active ROM の関節可動域の改善を認めた。Active ROM ついて、牧内らは腱板断裂患者に対して保存療法を行った結果、Active での屈曲が平均 140° まで改善をしたと報告している。自動関節運動において、肩関節周囲筋群のバランス不良は関節面に対して垂直に近い方向で筋が走行する腱板筋群と、関節面と平行に近い方向で筋が走行する他の筋群との張力バランスが上腕骨頭のすべり・転がり動作に異常をきたし、関節運動に影響を与えるのではないかと考えられている。また、棘上筋・棘下筋断裂の場合、大胸筋、広背筋が棘上筋機能を代償し骨頭を下方化させるように働くと報告がある。この症例においては、断裂した棘上筋の機能を、大胸筋・広背筋に代償させたことが Active ROM 改善につながったと考える。

#### 【結語】

今回、運動療法においてレッドコードを使用し、重力の影響を無くした環境下で自動運動を繰り返し行えたことが、肩関節周囲筋群の協調性に変化を与え Active ROM の改善に繋がったと考えた。

## 肩関節周囲炎における夜間痛の発生に関わる背景因子の検討

内平 貴大 ・ 葉 清規

医療法人社団おると会 浜脇整形外科リハビリセンター リハビリテーション科

### Key Words 肩関節周囲炎, 夜間痛, 関連因子

#### 【はじめに】

肩関節周囲炎は肩関節周囲組織の退行変性を基盤とし、多くは50～70代に発症し、主症状として疼痛・関節可動域制限が挙げられる。なかでも夜間痛は患者の睡眠を妨げ、生活の質を大きく低下させている症例を多く経験するが、夜間痛を訴えない症例も存在するなど、その発生には個人差がみられている。先行研究において、肩関節周囲炎患者に対する夜間痛の背景因子を検討した報告は少ない。そこで今回我々は、肩関節周囲炎患者の夜間痛に関連する背景因子を検討したので報告する。

#### 【対象および方法】

2012年1月から2014年5月までに当院において肩関節周囲炎と診断され、理学療法の適応となった88症例88肩(男性41例・女性47例)、平均年齢 $56.0 \pm 10.1$ 歳を対象とした。腱板断裂や石灰沈着性腱板炎を呈している者、両側肩に肩疾患を合併している者・その既往がある者は除外した。カルテより年齢、性別、糖尿病の有無、理学療法開始時の夜間痛の有無・罹病期間・自動屈曲角度・自動外転角度を抽出し、夜間痛の有無を従属変数、各関連因子を独立変数とし多重ロジスティック回帰分析を用いて関連性を検討した。有意水準は5%とした。

#### 【倫理的配慮】

本研究は当院倫理委員会の承認を得て実施している。

#### 【結果】

対象の88例は夜間痛を有する例41名(男性16名、女性25名)、夜間痛を有さない例47名(男性25名、女性22名)であった。多重ロジスティック回帰分析の結果、理学療法開始時の糖尿病の有無(OR:4.68、95%CI:0.98-2.24)、年齢(OR:0.93、95%CI:0.88-9.79)、罹病期間(OR:0.98、95%CI:0.96-9.99)、

自動屈曲角度(OR:0.98、95%CI:0.97-9.95)が選択された。判別的中率は63.6%であった。

#### 【考察】

今回の研究より、①糖尿病を有している、②低年齢である、③罹病期間が短い、④自動屈曲角度が制限されているといった、4つの因子を有する症例に夜間痛が出現しやすいことが示唆された。理学療法場面においては、自動屈曲角度に対するアプローチの必要性が示唆される結果となった。今後は回旋可動域など因子となる項目を増やすとともに、長期的な介入経過、予後も含めて夜間痛に関連する因子について検討していきたいと考える。

## 股関節固定術後の腰背部痛に対して胸椎自動運動のアプローチを検討した症例

砂池 紗帆<sup>1)</sup> ・ 三戸 憲一郎<sup>1)</sup> ・ 川野 大二郎<sup>1)</sup>  
 川口 浩太郎<sup>2)</sup> ・ 岡本 健<sup>1)</sup>

1) おかもと整形外科クリニック

2) 兵庫医療大学 大学院医療科学研究科 リハビリテーション学部理学療法学科

## Key Words 股関節固定術後の腰痛，多裂筋，胸椎アプローチ

## 【はじめに】

股関節固定術による股関節固定は、動作において隣接した関節での代償動作を引き起こし、股関節固定術後に腰背部痛を経験する症例は多い。今回、腰背部痛を伴った股関節固定術後患者に対し、自動運動による分節的な胸椎伸展運動を促したところ、症状の軽快を認めたので、その評価、治療内容、経過に考察を加えて報告する。

## 【倫理的配慮，説明と同意】

本報告に先立ち、当院倫理委員会の承認を得た（承認番号 1402）。症例には同意書にて趣旨を説明し、同意を得た。

## 【症例紹介】

症例は 70 歳代前半の女性で 30 年前に左股関節固定術が施行された。術後より、背部痛あり、昨年、腰痛も出現したため当院受診した。腰椎椎間板症と診断され、理学療法開始となった。

## 【評価】

X-p にて腰椎左凸側弯，L5-S1 椎間関節変形が認められ、疼痛は Numeric Rating Scale（以下 NRS）にて背部痛 8，腰痛 7 であった。左股関節は屈曲 30°，軽度外旋位にて固定されており、姿勢は sway back を呈していた。パピーポジションでの体幹自動伸展では Th6 を中心に可動性低下が認められ、胸椎レベルでの傍脊柱筋は萎縮していた。下位腰椎では過可動性が認められ、脊柱起立筋群は過緊張しているものの多裂筋の収縮は触知できなかった。仙腸関節は他動運動にて過可動性が認められた。

## 【経過】

本症例における腰痛は、左股関節固定による腰椎 / 骨盤帯（仙腸関節）での過剰な代償動作に加え、ローカルスタビライザーの機能不全による下位腰椎椎間関

節および仙腸関節の不安定性が原因であると考えられた。

理学療法プログラムとしてパピーポジションにて胸椎部触圧によるフィードバックを行いながら胸椎自動伸展運動を行った。その結果、Th6 を中心とした胸椎の分節的な動きを獲得でき、体幹伸展時に多裂筋の収縮を触知出来るようになった。さらに胸椎レベルの脊柱起立筋の筋緊張の緩和、背部痛の消失が認められた。また、この運動を継続することにより腰痛の頻度は減少した。理学療法開始 3 週で NRS は背部痛 8 から 4，腰痛 7 から 4 へと変化した。

## 【考察】

Wilke ら（1995）は、多裂筋には脊椎分節の剛性を高める作用があり、脊椎の分節的安定性を基礎にグローバル筋システムの活動が安定すると述べている。

多裂筋に対する運動療法として四つ這いでの上下肢挙上運動や骨盤の前後傾運動が多く用いられる。しかし、本症例では股関節の可動性消失によりこれらの運動を行うことが出来なかったため、パピーポジションでの胸椎伸展運動を行った。この運動で胸椎の分節的な可動性を獲得しながら多裂筋の収縮を促し、体幹伸展時の腰椎の代償的な過可動性を軽減することができたことが腰背部痛の軽減につながったものと考えられる。

## 回復期病棟入院中に下肢エルゴメータ運動による運動負荷訓練を試みた3症例

百合田 雅也<sup>1)</sup> ・ 永富 彰仁<sup>2)</sup>

1) 一般社団法人 三次地区医師会 三次地区医療センター

2) 広島大学病院 リハビリテーション科

## Key Words 回復期病棟, 下肢エルゴメータ運動, 運動負荷

## 【はじめに】

今回、当院入院症例を対象に、リカンベントタイプエルゴメータを用いた運動負荷設定を行った後、運動負荷訓練を試みた。少数例であるが考察を交え報告する。

## 【対象】

当センター回復期病棟入院中の5症例(男性2名、女性3名、平均年齢:84.6±6.4歳)。原疾患は脳梗塞2例、大腿骨頸部骨折3例であった。

## 【方法】

通常のリハビリテーションプログラムに加え、リカンベントタイプエルゴメータ(コンビウエルネス社製AEROBIKE2100R)を使用したプログラム(以下;エルゴメータ運動)を実施した。負荷量設定の前に多段階負荷試験(以下:負荷試験)を行った。負荷設定後エルゴメータ運動を約1か月間実施した。評価は心肺機能、運動機能評価(10M歩行、TUG、片脚立位時間)、ADL評価(FIM)、疲労評価(Borgスケール)とし、エルゴメータ運動期間の前後に実施した。

## 【倫理的配慮、説明と同意】

本症例に対して研究内容の趣旨を説明し同意を得た。

## 【結果】

5症例中3例で約1か月間のエルゴメータ運動が可能であった。実施できなかった2例の内訳は、エルゴメータ運動開始後1週間で退院した症例が1例、易疲労性が強く継続困難な症例が1例であった。

(症例1)脳梗塞(左麻痺)79歳、男性

ADLはFIM106点。エルゴメータ運動負荷は20W×5分より開始し、2週間後に25W×5~10分週5回実施した。運動負荷時のBorgスケールは11程度であった。最終評価時では、片脚立位時間が2秒

から14秒と延長した。負荷試験では、当初5分で終了したが、最終評価時は10分間継続可能となった。

(症例2)大腿骨頸部骨折(γ-nail術後)、87歳、女性

ADLはFIM115点。運動負荷20W×5分より開始し、2週間後に20W×10分週7回実施した。最終評価時では10M歩行テスト22秒が16秒となり、また、TUGが47秒から24秒と改善した。負荷試験では当初実施困難であったものが、最終評価時は10分間40Wまで実施可能となった。

(症例3)大腿骨頸部骨折(γ-nail術後)、91歳、女性

ADLはFIM102点。運動負荷25W×10分より開始し、2週間後に30W×10分週5回実施した。最終評価時では右下肢片脚立位時間3秒から8秒と延長した。負荷試験では心拍数の増加割合がエルゴメータ運動前に1.8回/分であったものが、最終評価時は0.8回/分となった。

## 【考察】

今回、回復期症例に負荷試験後にエルゴメータ負荷運動を実施した。高齢者の運動はBorgスケール10~11で開始・継続することが多いが、今回の3症例では負荷試験での心肺機能変化を記録することで、より適正な負荷量設定へつなげることが出来た可能性がある。今後は、呼気ガス分析などを加えたより詳細な評価のもと、運動負荷を検討する必要があると考える。

## 外来での心臓リハビリテーション継続を阻害する要因の検討 ～外的要因に着目して～

西山 允隆

庄原赤十字病院

**Key Words** 心臓リハビリテーション, 外来, 外的要因

### 【目的】

外来での継続的な心臓リハビリテーション（以下、心リハ）は、虚血性心疾患患者や慢性心不全患者などの生命予後や Quality of Life を改善する上で重要である。当院においても 2010 年 2 月より心大血管疾患リハビリテーション料の届出を行い、入院および外来での心リハを行ってきた。現在、入院中の患者においては対象症例数も増加し、徐々に充実した対応が行えるようになってきている。しかし、外来患者に対しての心リハは必ずしも十分な対応状況とは言い難い。今後、外来患者に対する心リハを充実させていくため、継続した心リハが行えない理由について、外的要因に着目した後方視的調査を行った。

### 【対象および方法】

対象は 2010 年 2 月から 2014 年 8 月に当院で急性心筋梗塞の治療を行い、退院後も当院をかかりつけ医にした 27 例（男性 22 例、女性 5 例）であった。これらを外来での心リハ実施群と非実施群に分類し、心リハ実施率を算出した。そして、両群の性別、年齢、居住地から当院までの距離、仕事の有無、同居者の有無、在院日数、入院中の心リハ実施日数を比較した。統計処理には Statcel2 を使用し、有意水準は 5% 未満とした。なお、情報収集は情報診療録を参照して行った。

### 【倫理的配慮、説明と同意】

本研究はヘルシンキ宣言および当院倫理規定に基づき実施した。

### 【結果】

外来での心リハ実施群は 6 例（男性 5 例、女性 1 例）、非実施群は 21 例（男性 17 例、女性 4 例）であり、心リハ実施率は 28.6% であった。性別、年齢、居住地からの距離、仕事の有無、同居者の有無、在院日数、入院中の心リハ実施日数の全ての項目で、両群間に有

意差は認めなかった。

### 【考察】

今回の研究結果から、外来での心リハ継続を阻害する要因を明らかにするには至らなかった。先行研究ではその要因として、「遠方」「通院困難」「仕事」などを挙げたものもある。しかし、今回は当院をかかりつけ医とし、循環器内科を受診しているにも関わらず、心リハを行っていない症例を対象としたため、「遠方」や「通院困難」といったものがその要因にはなり得ないと考える。そこで、今後は単なる距離ではなく、通院にかかる時間やアクセス手段、症例の家庭内での役割なども検討する必要がある。

また、今回は症例の内的な要因、つまり心リハに対する熱意や自己効力感といった主観的な面についての検討が行えなかった。心リハを継続していくためには、症例自身がその重要性を理解した上で意欲を持ち、実践していくことが必要である。よって、今後は内的要因も検討項目として追加していくことで、より幅広く原因の追究を行うことができるものと考えられる。

## 急性期理学療法の目標設定 重度片麻痺患者の経験を通して

山本 沙由美 ・ 村上 祐介 ・ 茅本 洋平  
河原 利枝

脳神経センター大田記念病院 リハビリテーション課

### Key Words 目標設定, 座位保持能力, 歩行獲得

#### 【目的】

理学療法において歩行獲得は重要である。しかし、片麻痺患者は急性期で歩行獲得が困難で回復期病院へ転院する者も少なくない。急性期リハビリを実施した脳卒中患者で、初期に座位が安定していた患者はほとんどが歩行自立し、逆に座位の安定しない患者の自立度は低いという報告がある。更に、脳卒中発症後の座位保持可能時期と歩行到達レベルとの関係について、初期評価時、座位バランス良好ならば約3週間、座位保持可能ならば約6週間強で歩行可能、また、座位不能であっても3週以内に可能になれば約2ヶ月で歩行可能であると示唆されている。これらの報告から、急性期の段階で座位保持を獲得することは機能予後を改善する重要な予後因子であると考えられる。今回、超急性期より担当した座位保持困難であった重度左片麻痺患者に対し、歩行獲得を見据えた端座位へ着目し、目標設定・治療を行ったので報告する。

#### 【症例紹介】

症例は60代女性。右被殻出血による左片麻痺、感覚障害、左半側空間無視を呈していた。第2病日より開始し、第5病日の初回端座位実施日を身体機能初期評価とした。Brunnstrom recovery stageは、上肢Ⅱ・手指Ⅰ・下肢Ⅲレベル、感覚は表在・深部覚共に重度鈍麻であった。静止座位は徐々に体幹から麻痺側後方へ崩れるため単独保持困難、支持物利用では非麻痺側の引き込み・体幹側屈にて見守り保持可能、動的座位では非麻痺側でのプッシングを認め介助量の多い状態であった。

#### 【倫理的配慮、説明と同意】

本人に発表の趣旨を説明し同意を得た。

#### 【目標設定および経過】

長期的な歩行獲得へ向け、3週間までに端座位が自立することを目標に設定した。動作へつなげるための

座位姿勢獲得に向け、介入初期は臥位～座位訓練を中心に実施した。静止座位保持可能となった3週目以降では、より難易度の高い起立・立位バランス訓練を取り入れることで動的座位保持能力向上を図り、23病日より歩行練習を開始した。

病棟ADLはトイレ動作の介助量が改善した。14病日は立位で多大な介助量を必要としたため二人介助、19病日には移乗・立位保持の介助量が軽減し、一人介助にて可能となった。30病日には支持物を利用し移乗自立、34病日は見守りにてトイレ動作可能となった。

43病日に回復期病院へ転院となり、転院後150病日に屋内4点杖歩行自立となり、自宅退院となった。

#### 【まとめ】

今回、急性期から将来的なADLを見据えた目標設定を行い、アプローチを行った。端座位獲得がADL拡大へ大きく影響することを経験し、可及的早期より端座位獲得に向けて関っていくことが大切であると感じた。今回、急性期での目標設定について整理したが、その妥当性を高めていくために、地域の回復期～生活期との情報交換や連携の場を大切に、スキルアップにつなげたい。

## 圧迫骨折を受傷し、誤嚥性肺炎を既往にもつパーキンソン病患者への回復期理学療法 —回復期～生活期の呼吸機能と生活空間に着目して—

松四 健太 ・ 田中 直次郎 ・ 山岡 まこと  
 沖田 啓子 ・ 岡本 隆嗣

西広島リハビリテーション病院

### Key Words パーキンソン病, 咳嗽, 生活空間の広がり

#### 【はじめに】

パーキンソン病は緩徐進行性の神経疾患であり運動機能のみならず呼吸機能も障害されるため、早期から呼吸機能にも着目した治療を行うことは有用と思われる。今回、圧迫骨折後に誤嚥性肺炎を発症したパーキンソン病患者を担当した。身体機能へのアプローチに加えて、呼吸機能へのアプローチを実施し、入院時、退院時、退院後6か月に機能評価と退院後の生活空間を調査したので報告する。

#### 【倫理的配慮、説明と同意】

本研究は院内倫理審査委員会による承認を受け、本人と家族に同意を得て行った。

#### 【症例紹介】

症例は70代前半の男性で身長154.5cm、体重45.0kg、BMI18.9であった。既往歴は平成12年にパーキンソン病の診断を受け、現在Yahr IV、薬物療法と運動療法を併用していた。自宅にて歩行中の体幹回旋動作によって第4腰椎圧迫骨折を受傷、前医にて誤嚥性肺炎を発症した後、当院に入院となる。

#### 【方法】

回復期での理学療法プログラムは関節可動域練習、筋力増強練習、バランス練習、歩行練習、ADL練習を実施した。呼吸機能へのアプローチとして、パーキンソン体操や筋力増強運動、起立練習時において動作の切り替えや筋力発揮時に合わせて呼吸も同調させた。介入期間は2ヶ月であった。評価項目はハンドダイナモメーターによる膝関節伸展筋力、スパイロメーターによる肺活量・咳嗽力と、連続歩行距離とした。生活空間の評価はlife space assessmentの生活空間に関するレベルを参考にした。

#### 【結果】

項目ごとに入院時、退院時、退院後6か月の

順に結果を示す。膝関節伸展筋力(左/右)は13.7/12.6kgf、20.2/17.6kgf、18.2/15.6kgfと入院時と比較し、改善した。連続歩行距離は175m、300m、400mと増大した。肺活量は1.87L、1.89L、2.21Lで、咳嗽力は183.0L/min、288.6L/min、273.6L/minと改善した。また、咳嗽力のflow-volume曲線は入院時では多峰性を示していたのに対し、退院時、退院後6ヶ月では一峰性に变化していた。生活空間は退院時では自室内であったが、退院後6か月では隣町への外出まで広がっていた。

#### 【考察】

パーキンソン病患者における咳嗽の問題点として、吸気時に生じる固縮の影響と、呼吸筋収縮時に生じる無動・寡動があると言われている。アプローチでは、固縮に対して胸郭の可動域をできるだけ増大し、肺活量を増すように努めた。無動・寡動に対しては身体運動と呼吸を同調させることによって、協調的な呼吸運動を促したことが一峰性のflow-volume曲線で示される、効果的な咳嗽の獲得につながったと考えた。膝伸展筋力や連続歩行距離の改善は全身的な身体機能の向上と考えられ、活動量の向上と生活空間の広がり大きな役割を果たしており、活動量の増加に伴う呼吸機能の改善も得られたと考える。

#### 【まとめ】

ステージIV期にあるパーキンソン病患者に対しても呼吸機能へのアプローチを併用することは有用であり、生活空間を広げ、活動量の向上を促すことにつながった。

## ALS 患者における 1 年前の呼吸機能と現在の FIM との関連性

原 駿介<sup>1)</sup> ・ 丸川 章<sup>2)</sup> ・ 和泉 唯信<sup>3)</sup>

1) 医療法人微風会 ビハーラ花の里病院 リハビリテーション科

2) デイセンターいこい

3) 医療法人微風会 ビハーラ花の里病院 神経内科

**Key Words** 筋萎縮性側索硬化症, 呼吸機能, FIM**【目的】**

筋萎縮性側索硬化症 (ALS) は種々の発症形態が存在し、どの型で発症しても全身に筋力低下が進むため日常生活活動 (ADL) 能力が速やかに低下してしまう特徴がある。また呼吸機能の低下により動作能力に制限を来すようになる。しかし、ALS における呼吸機能と ADL 能力の関連性を検討した報告は少なく、確立されていない。本研究では、現在の呼吸機能が将来の機能自立度評価法 (FIM) とどのように関連しているかを研究することで、ALS 患者の ADL 能力の予後予測及び状態に応じた適切な介入を行うことが出来ると考える。本研究では、ALS 患者の 1 年前の呼吸機能と現在の FIM との関連を検討した。

**【対象および方法】**

対象は当院に入院していた ALS の患者 19 名 (53.9 ± 11.5 歳、男性: 14 名、女性: 5 名) とし、1 年前後 2 回のデータが無いものは除外した。方法は、呼吸機能 (肺活量 (VC)、% 肺活量 (%VC)、努力性肺活量 (FVC)、一秒率 (FEV1.0%)、最大換気量 (MVV)、% 最大換気量 (%MVV)、1 回換気量 (TV)、呼吸数、最大呼気流速 (PCF)) と FIM (食事、整容、清拭、上衣、下衣、排泄、移動、7 項目の総得点) のデータをカルテ情報から収集した。その後、各呼吸機能と FIM の各項目の相関を Spearman の順位相関係数を算出し検討した。有意水準は 5% 未満とした。

**【倫理的配慮、説明と同意】**

通常の医療の検査範囲で施行したものであり、本人に特別な負担は生じない。また本研究は後ろ向き調査であり、匿名化された患者データで検討を行った。

**【結果】**

VC は食事・整容・上衣・下衣・排泄・総得点と有意な正の相関を示し、%VC は全ての項目と有意な正の相関を示した。その他の呼吸機能の項目と FIM の

各項目では有意な相関はみられなかった。

**【考察】**

本研究の結果から 1 年前の VC が現在の FIM の食事・整容・上衣・下衣・排泄・総得点の項目と有意な相関を示し、%VC が全ての項目と有意な相関を示した。このことから VC と %VC が 1 年後の ADL 能力に影響する可能性が示唆された。一般的に、VC は動作能力や体力の指標といわれている。VC が低下すると効率的な酸素の取り込みが阻害され、動作時のエネルギー量が増加し、各動作における運動耐用能が低下する。呼吸機能が徐々に低下してくるといった特徴を持つ ALS 患者においては、特にこの傾向が顕著となり、強く ADL 能力に影響したのではないかと考えた。

本研究から ALS 患者の ADL 能力の維持には、呼吸機能においては主に VC の維持を目的に呼吸練習を行うことで ADL 能力を維持出来る可能性が示唆された。また呼吸機能が比較的保たれている発症初期から呼吸練習も積極的に行う必要性があると考えられる。

## 薬剤性間質性肺炎患者に対して呼吸リハビリテーションを施行した一症例

田原 裕起 ・ 石田 勝

社会医療法人 里仁会 興生総合病院

## Key Words 薬剤性間質性肺炎, 呼吸リハ, ADL

## 【はじめに】

間質性肺炎に対する呼吸リハビリテーション(以下呼吸リハ)は確立していないが、他の慢性呼吸不全と同様にディコンディショニングの改善が期待されている。間質性肺炎に対する呼吸リハの効果の検討は特発性肺線維症(以下IPF)を主としているが、今回、関節リウマチの治療中に薬剤性間質性肺炎を生じた症例に対し外来にて運動療法、コンディショニングを中心に呼吸リハを施行した結果、ADLの改善を認めたので以下に報告する。

## 【倫理的配慮、説明と同意】

症例報告に際し、本人に説明し、同意を得た。

## 【症例紹介】

70歳代後半、女性、身長140.5cm、体重29.5kg、BMI14.9、主な既往歴は関節リウマチ。現病歴は数年前より関節リウマチの治療のため当院に通院していたが、突如、呼吸困難の訴えあり薬剤性間質性肺炎と診断された。約1か月間入院加療後に自宅退院となったが、退院後も労作時呼吸困難の訴えが持続していた。発症より約5か月後に主治医より外来呼吸リハ開始の指示がでる。

## 【理学療法経過】

初期評価では、上下肢筋力はMMT4、ROMは著明な制限は認めなかった。SPO<sub>2</sub>は安静時96%であったが、労作時は92%まで低下を認めた。労作時の呼吸パターンは上部胸式呼吸であり、呼吸補助筋優位に活動していた。スパイメトリーは%VC:68%、FEV1.0%:71%であり拘束性肺疾患を呈していた。修正息切れスケール(以下mMRC)はグレード3、6分間歩行試験(以下6MWT)は約180mにて呼吸困難感増強していた。長崎大学呼吸器日常生活動作評価表(以下NRADL)は82点であった。外来呼吸リハは週2回実施し、リカンベントエルゴメーター・四

肢筋力増強など運動療法、呼吸補助筋のリラクゼーションなどコンディショニングを中心に3ヶ月間上記プログラムを継続した。3か月経過時の評価では安静時SPO<sub>2</sub>97%、スパイロメトリーは著変なかったが、mMRCはグレード2、6MWTは約400m、NRADLは87点と改善を認めた。

## 【考察】

呼吸困難は間質性肺炎の主要な症状であり、特に労作時の呼吸困難の為、患者は身体活動が制限される。間質性肺炎とCOPDは基本的に異なる疾患ではあるが、両者とも換気力学的異常、呼吸仕事量の増加、ガス交換障害といった肺生理学的な異常を有する。またIPF患者の運動耐容能制限因子として、COPDと同様に骨格筋機能異常が関与する為、COPDと同様、IPFなどの間質性肺炎に対しても、呼吸リハによる呼吸困難、不安やうつ、運動耐容能などに対する改善が期待されている。

本症例においても薬剤性間質性肺炎による労作時の呼吸困難感を訴えており、運動療法とコンディショニングを中心にしたプログラムを作成し呼吸リハを施行した。その結果、mMRCグレード、6MWT、NRADLでの改善を認め、呼吸リハの有用性が示された。

## 脳卒中患者における装具地域連携サマリーの開発・運用とその使用経過

猪村 剛史<sup>1)</sup> ・ 梶原 淳子<sup>2)</sup> ・ 今田 直樹<sup>1)</sup>  
 岩田 学<sup>1)</sup> ・ 蔵田 裕子<sup>1)</sup> ・ 佐藤 優子<sup>1)</sup>  
 武田 純和<sup>3)</sup> ・ 沖 修一<sup>4)</sup> ・ 荒木 攻<sup>4)</sup>

1) 医療法人 光臨会 荒木脳神経外科病院 リハビリテーション部

2) 医療法人社団 CMC コールメディカルクリニック広島

3) 武田義肢装具製作所

4) 医療法人 光臨会 荒木脳神経外科病院 診療部

**Key Words** 装具, 装具地域連携サマリー, 脳卒中

### 【緒言】

我が国において 2025 年問題への対策として、地域包括ケアシステムの実現に向けた取り組みが加速している。地域包括ケアシステム構築の要因である高齢社会の到来により、要介護原因疾患の第 1 位である脳卒中患者は今後ますます増加することが予測される。脳卒中患者に対して理学療法を行う上で、急性期から回復期、そして生活期へとシームレスに展開することが重要である。しかしながら、近年、脳卒中ガイドラインや理学療法診療ガイドラインにおいて、その重要性が強く示されている装具療法ひとつをとっても、病院で展開される『治療』としての装具療法から生活期で展開される『生活を支える』装具療法の連携は不十分であり、具体的な連携システムの構築が急務である。そこで本研究では、情報連携の推進および標準化を目的に装具地域連携サマリーを開発したため、その使用経過を報告する。

### 【対象および方法】

装具地域連携サマリーの原案は当院における各病期担当（急性期、回復期、生活期）の療法士および義肢装具士との協議を通して作成した。原案の完成後、他院で訪問リハビリテーションに従事する理学療法士との協議を通して内容の修正を行った。装具地域連携サマリーの運用は、当院で装具作成を行い、退院後に他院もしくは他事業所において装具を継続して使用する症例を対象とし、当院退院時に装具地域連携サマリーおよび装具使用時の動画を送付した。

### 【倫理的配慮、説明と同意】

本研究を行うにあたって、対象者には研究およびサマリー作成の趣旨を説明し、同意を得た。なお、本研究は公益社団法人 広島県理学療法士会 平成 26 年度学術研究助成を受け実施した。

### 【結果】

装具地域連携サマリーの内容として、装具に関する基本事項は、装具採型日、装具適合日、装具作成の利用制度、身体障害者手帳の有無等とした。また、装具の仕様は、各継手の名称やその選択理由、作製した装具の参考耐用年数とした。さらに、対象者に対し、退院後の装具に関するフォローアップおよび相談先を明確化するため装具作製業者に関する情報も明記した。サマリーの送付については現在運用開始直後であるため、発表時における現状について報告したい。

### 【考察】

本研究では、リハビリテーション医療の中で理学療法士が主体的に活動することの多い装具療法における地域連携を目的に装具地域連携サマリーを開発した。装具療法は各種ガイドラインにおいて、積極的な展開が強く勧められているが、病院および事業所間での連携を密に図ることで、その使用効果が高くなることが予測される。また、退院後に理学療法士が関わらない対象者のために他職種に対しても、不具合時の対応先を伝達することで、不具合の早期発見・早期対応に繋がると考えられる。今後は装具地域連携サマリーの見直しを進めるとともに、その運用効果を検証したい。

## 疼痛との関連性の違いから分類する変形性膝関節症罹患者の表現型 多施設共同横断研究

廣濱 賢太<sup>1)</sup> ・ 南有田 くるみ<sup>2,3)</sup> ・ 田中 亮<sup>4)</sup>  
小澤 淳也<sup>4)</sup> ・ 木藤 伸宏<sup>4)</sup>

1) 医療法人 サかもみの木会 サカ緑井病院 リハビリテーション科

2) 医療法人 あずさ会 森整形外科 リハビリテーション科

3) 広島国際大学大学院 医療・福祉科学研究科

4) 広島国際大学総合リハビリテーション学部リハビリテーション学科

**Key Words** 変形性膝関節症, 表現型分類, クラスター解析

### 【目的】

変形性膝関節症 (膝 OA) 患者の疼痛は、患者によって原因が異なり、理学療法の内容の決定には患者特性を考慮する必要がある。しかし、その内容は暗黙知的領域であり、経験の浅い PT が苦慮する点である。近年、膝 OA 患者を複数の表現型 (フェノタイプ) に分け、治療内容を変える考え方が提唱されている。もし、疼痛と関連する要因を軸にフェノタイプを作成できれば、患者特性が考慮された理学療法の内容を形式知化する枠組みができる。本研究の目的は疼痛を有する膝 OA 患者がどういったフェノタイプに分類可能かの探索かつ、フェノタイプ分類の作成方法の妥当性を検証することとした。

### 【方法】

対象は、2014年4月から8月の間にサカ緑井病院、緑井整形外科病院にて膝 OA と診断された18名であった。組み入れ基準は、疼痛を有し、理学療法が処方されている者とした。調査項目は、先行研究において膝 OA の疼痛と有意な関連が示されている下肢の関節可動域、膝関節の筋力、起立・着座能力、歩行速度、自己効力感、破局的思考とした。症状の重症度を Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS)、疼痛の評価に Numeric Rating Scale (NRS)、神経障害性疼痛の評価に painDETECT を用いた。フェノタイプの作成は以下の手順であった：(1) NRS を使用した疼痛と変数のデータ間に線形回帰を仮定して回帰式を求めた。(2) 疼痛と変数の2軸からなる座標点から回帰式までの距離を計算した。(3) 各変数の距離データを使ってサンプルを複数のフェノタイプに分類した。(4) 分類したフェノタイプごとに疼痛と関連が強い変数を特定した。(5) フェノタイプ間で KOOS のデータを比較し、フェノタイプの特徴を検討した。統計解析には、t 検定およびクラスター解析を使用し、有意水準は5%とした。

### 【倫理的配慮, 説明と同意】

サカ緑井病院、緑井整形外科の倫理委員会から承認を得た。対象者には、紙面と口頭にて研究の概要を説明し、署名による同意を得た。

### 【結果】

クラスター解析の結果、膝 OA 患者のフェノタイプは2つに分類できた。タイプ1は、疼痛と破局的思考の関連性が想定され、タイプ2は、疼痛と膝関節可動域の関連性が想定される集団であった。タイプ1は、タイプ2よりも、NRSの疼痛が有意に強く、自己効力感が有意に低く、破局的思考が有意に強く、KOOSの疼痛、ADLおよびQOLが有意に低下していた。

### 【考察】

水野は、破局化は疼痛を持続させ悪循環させる重要な一部分と報告している(心身医、2000)。本研究結果でも、疼痛と破局的思考の関連性が想定される集団が示されており、一部の膝 OA 患者は心理状態と疼痛に因果関係があるタイプの可能性が示唆された。また、タイプ間には症状の重症度に有意な差があり、特徴の違いは説明可能であり、フェノタイプ作成方法の妥当性の一部は検証できた。本学会では、サンプルサイズを増やしたうえで再解析し、解釈可能で臨床的にも扱いやすいフェノタイプの数とその特徴を報告する。

## 臨床理学療法士のプロフェッショナリズムに関するアンケート調査

島谷 康司<sup>1)</sup> ・ 井関 茜<sup>2)</sup> ・ 甲田 宗嗣<sup>3)</sup>  
 沖田 一彦<sup>1)</sup>

1) 県立広島大学保健福祉学部理学療法学科

2) 西広島リハビリテーション病院リハビリ部

3) 広島市総合リハビリテーションセンターリハビリテーション科

**Key Words** プロフェッショナリズム, 理学療法士教育, 臨床理学療法士

## 【目的】

理学療法士教育においてもプロフェッショナリズムへの関心も高まりつつある。しかし、理学療法士数の急激な増加によって、医師と同様に理学療法士にも患者との関係に起因するトラブル、理学療法士のワークライフ・バランス、理学療法士の在り方に関する問題などが危惧されている。これらの問題に対して、井関らは、職業集団として高い能力水準を保つためにはプロフェッショナリズムを再考する必要があるとし、理学療法学生に対してプロ意識の調査を行っている。その調査結果の1つに、「理学療法学生のプロフェッショナリズムは専門的知識量には左右されず、学校教育上では学生のプロフェッショナリズムは育たない」ことを挙げている。その理由として、対象とした学生にはプロフェッショナリズムに関する講義が開講されていないことを示したうえで、「医療職を志す学生は入学以前から類似したコンピテンス（資質）を持ち合わせている可能性」を示唆している。また、島谷らは、臨床実習中の伊国の理学療法学生（1年、2年生）と対峙すると、彼らのコンピテンスは日本の学生とは明らかな違いを感じ、その違いがプロフェッショナリズムにあるのではないかと考え、日本と伊国の理学療法学生のプロフェッショナリズムを比較した。その結果、幼少期からの学習形態の違いや理学療法カリキュラムの違いによって自己学習に相当するプロ意識に差異をもたらしているのではないかと推察し、科目教育と臨床教育の乖離を埋め合わせる必要を示唆している。

このようにプロフェッショナリズムが重要なテーマの1つとして議論され、卒前・卒後を通して教育が行われる必要があるとされているが、理学療法士免許を取得した理学療法士に対するプロフェッショナリズムに関する調査は見当たらない。本研究では、臨床理学療法士のプロフェッショナリズムの特徴を明らかにし、卒前・卒後の理学療法士教育の一助とすることを目的とする。

## 【対象および方法】

調査方法として、心理学的手法に基づいて理学療法士のプロフェッショナリズムに関する無記名式の質問紙を作成した。そして、広島県理学療法士会のご協力により提供いただいた施設データより、広島県内の対象施設（約500施設）に郵送した。郵送した施設の理学療法部門管理者様に、臨床経験が3年以上の1名の理学療法士の方を人選していただき、対象者とした。回収方法は、質問紙への回答記入後に、期日までに同封した返信用封筒にて郵送して頂く方法を用いた。

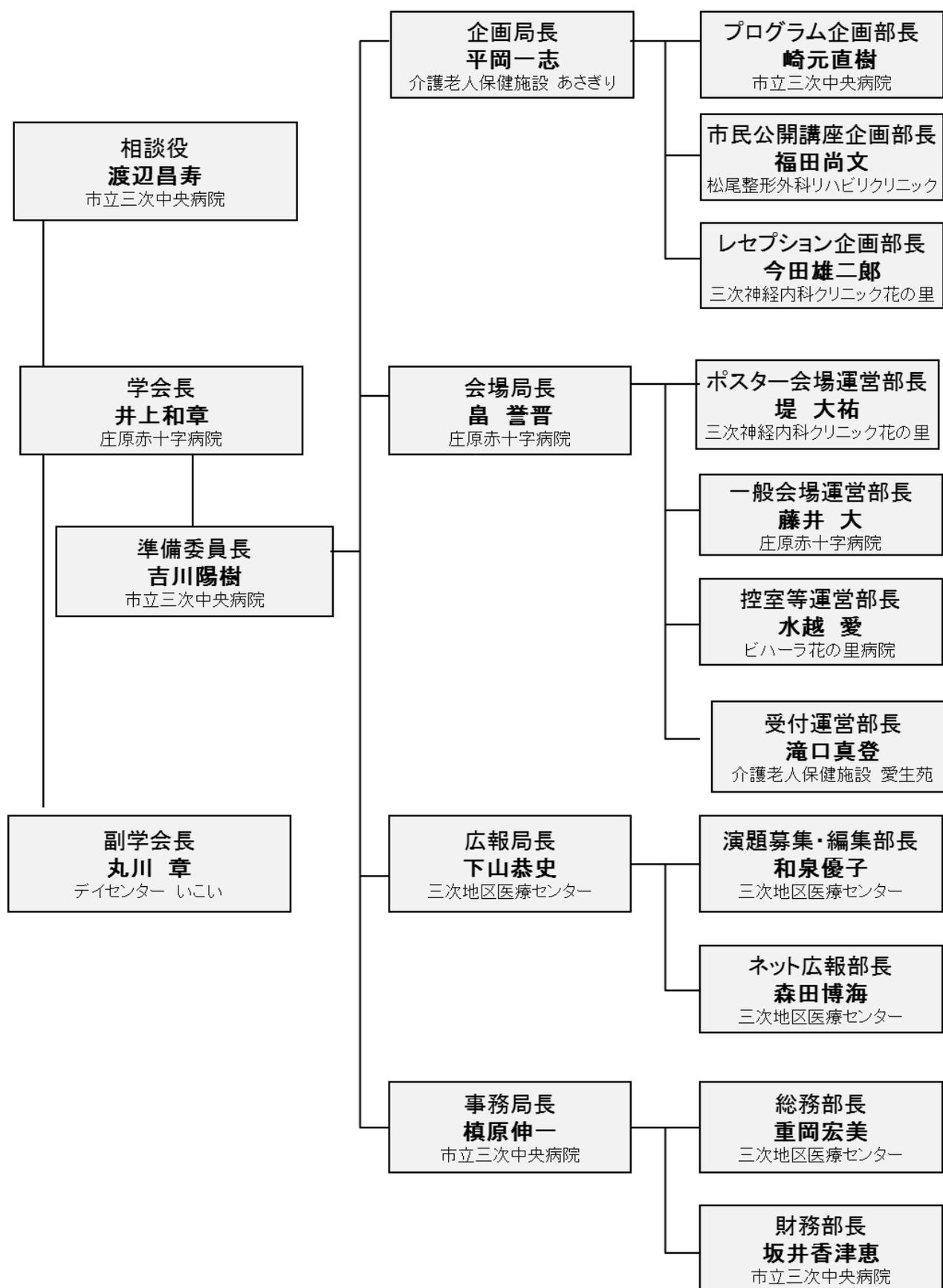
## 【倫理的配慮、説明と同意】

本研究は県立広島大学の倫理委員会の承認を得たうえで行っている。

## 【結果】

臨床経験3年以上の理学療法士のプロフェッショナリズムの特徴について、また先行研究で実施した理学療法学生との比較検証を行った結果を報告する。

# 第 19 回広島県理学療法士学会 組織図



## 運営委員

(五十音順 敬称略)

井川 祐美	坂井 崇浩	西山 允隆
石田 尚矢	崎元 直樹	島 誉晋
石田 希美	佐々木 和哉	原 駿介
和泉 優子	佐々木 典恭	平岡 一志
伊藤 俊成	佐藤 昌永	福田 尚文
井上 和章	重岡 宏美	藤井 小百合
井上 崇志	島岡 卓弘	藤井 大
居原 操	清水 謙一	槇原 伸一
今田 雄二郎	下山 恭史	松川 康伸
上田 裕子	世良 謁史	丸川 章
上野 千沙	谷出 純	幹戸 みずほ
海渡 聡子	滝口 真登	三嶋 亜弓
岡井 耕平	瀧口 真由	水越 愛
岡崎 大輝	竹内 政邦	宗安 仙太郎
片山 一洋	武田 由布	村上 嘉章
河原田 祐美	田邊 敦	室地 敏雄
神田 裕也	田原 岳治	森田 博海
吉川 陽樹	辻 圭太	矢野 恵夢
小林 幸枝	堤 大祐	湯浅 美聖
齋藤 佳奈	時田 拓馬	百合田 雅也
齋藤 浩二	研谷 友範	横山 愛佳
坂井 香津恵	中 泉	渡辺 昌寿

### 第 19 回広島県理学療法士学会

◆担当支部

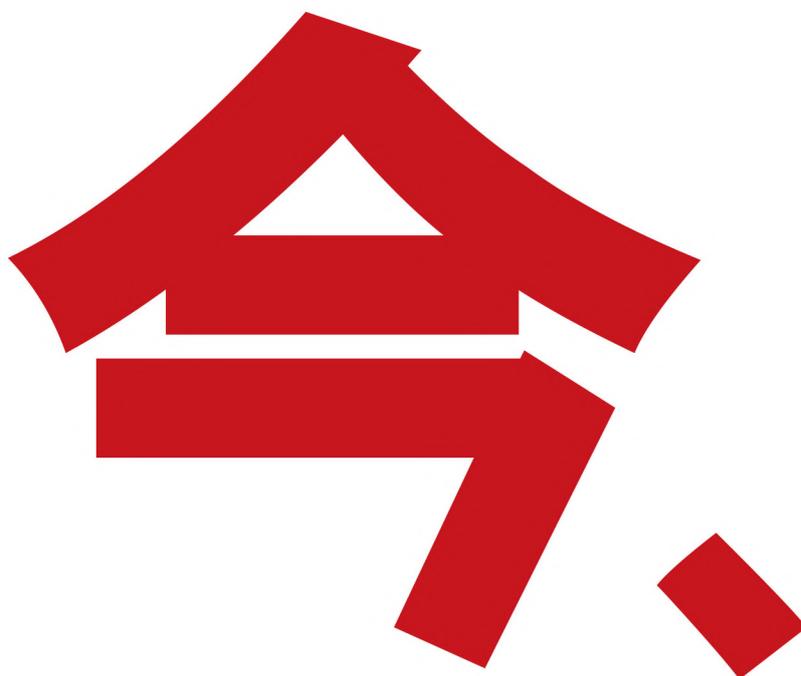
備北支部

◆学会事務局

事務局長 槇原伸一

所 属 市立三次中央病院

〒728-8502 三次市東酒屋町 531 番地



# 理学療法士は どのように 見られているのか？



後援 /

広島県

安芸高田市

一般社団法人 広島県医師会

一般社団法人 安芸高田市医師会

一般社団法人 三次地区医師会

一般社団法人 庄原地区医師会

一般社団法人 広島県歯科医師会

公益社団法人 広島県看護協会

一般社団法人 広島県作業療法士会

広島県言語聴覚士会

公益社団法人 広島県薬剤師会

広島県病院薬剤師会

NPO法人 広島県介護支援専門員協会

公益社団法人 広島県社会福祉士会

広島県医療ソーシャルワーカー協会

公益社団法人 広島県介護福祉士会

公益社団法人 広島県診療放射線技師会

一般社団法人 広島県臨床検査技師会

一般社団法人 広島県臨床工学技士会

広島県精神保健福祉士協会

広島県臨床心理士会

社会福祉法人 広島県社会福祉協議会

社会福祉法人 安芸高田市社会福祉協議会

中国新聞社