公益社団法人 東京都理学療法士協会

第８回 西多摩・南多摩ブロック学術集会

理学療法士としての成長

～多分野での活躍力を養う～

特別講演　11：30～12：30

昼食をとりながらの聴講が可能

“大震災とリハビリテーション“

岩戸　徹先生

(多摩リハビリテーション学院専門学校)

一般演題発表

12:40～13:50

教育講演

Ⅰ部　9：50～11：20

脳卒中患者の嚥下障害に対する理学療法介入

内田　学 先生（東京医療学院大学）

新人教育プログラム **C-1**取得可能

Ⅱ部　14：00～15：30

理学療法士として骨粗鬆症を再考する

藤田　博曉 先生 (埼玉医科大学)

新人教育プログラム **C-4**取得可能

日時　2019年12月8日（日）　受 付 9:00～

開会式 9:30～

会場　学校法人和風会多摩リハビリテーション学院専門学校

青梅線　「東青梅」駅　徒歩約10分

◆参加費：都士会員 1,500円　日本理学療法士協会員　2,000円

会員外の医療福祉関係者 4,500円

第8回 西多摩南多摩ブロック学術集会

テーマ
理学療法士としての成長
～多分野での活躍力を養う～

日程
2019年12月8日（日曜日）

場所
学校法人 和風会
多摩リハビリテーション学院専門学校

主催
公益社団法人 東京都理学療法士協会
西多摩南多摩ブロック部

後援
西多摩地域リハビリテーション支援センター
南多摩保健医療圏地域リハビリテーション支援センター

交通案内図

学校法人　和風会
多摩リハビリテーション
学院専門学校

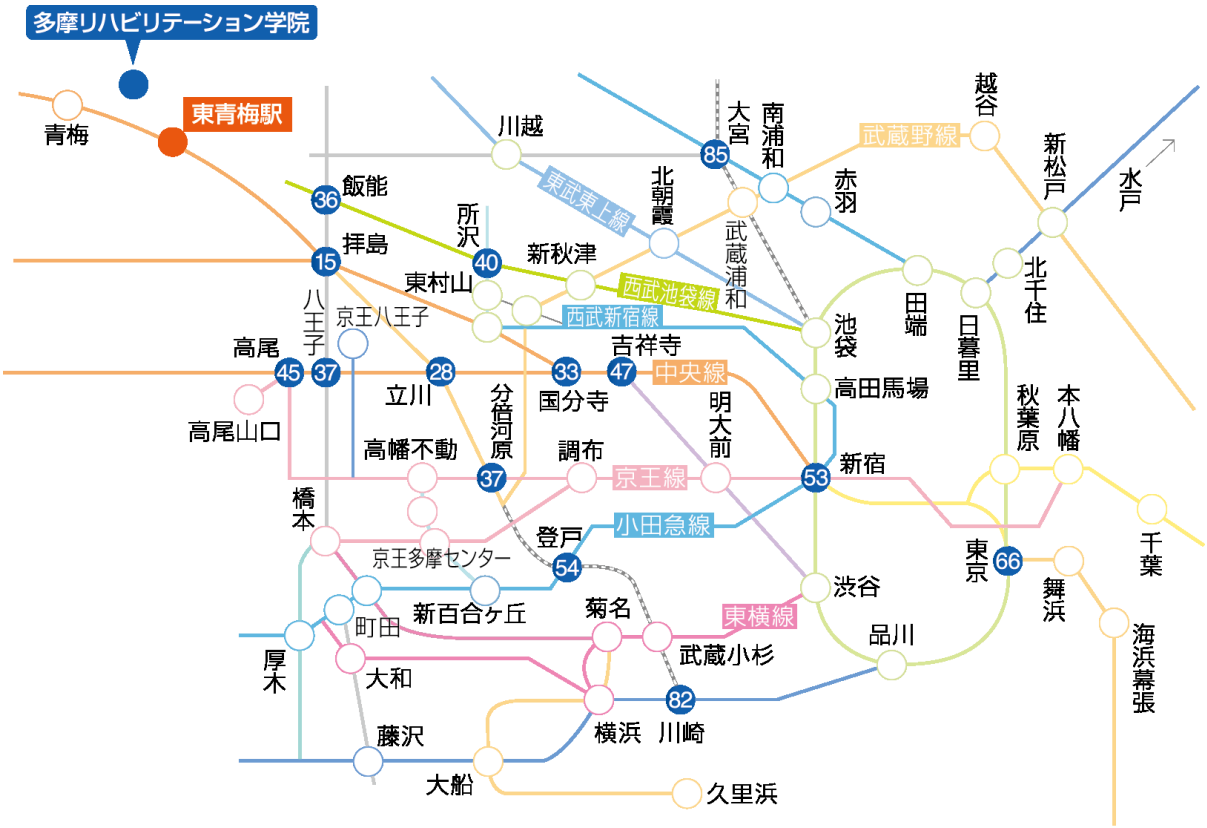
〒198-0004
東京都青梅市根ヶ布1-642-1
FAX. (0428)-21-2410
TEL. (0428)-21-2001

交通／JR青梅線「東青梅駅」下車
徒歩約10分（新宿より約60分）

※学会会場への自動車、バイク
でのご来場はご遠慮ください

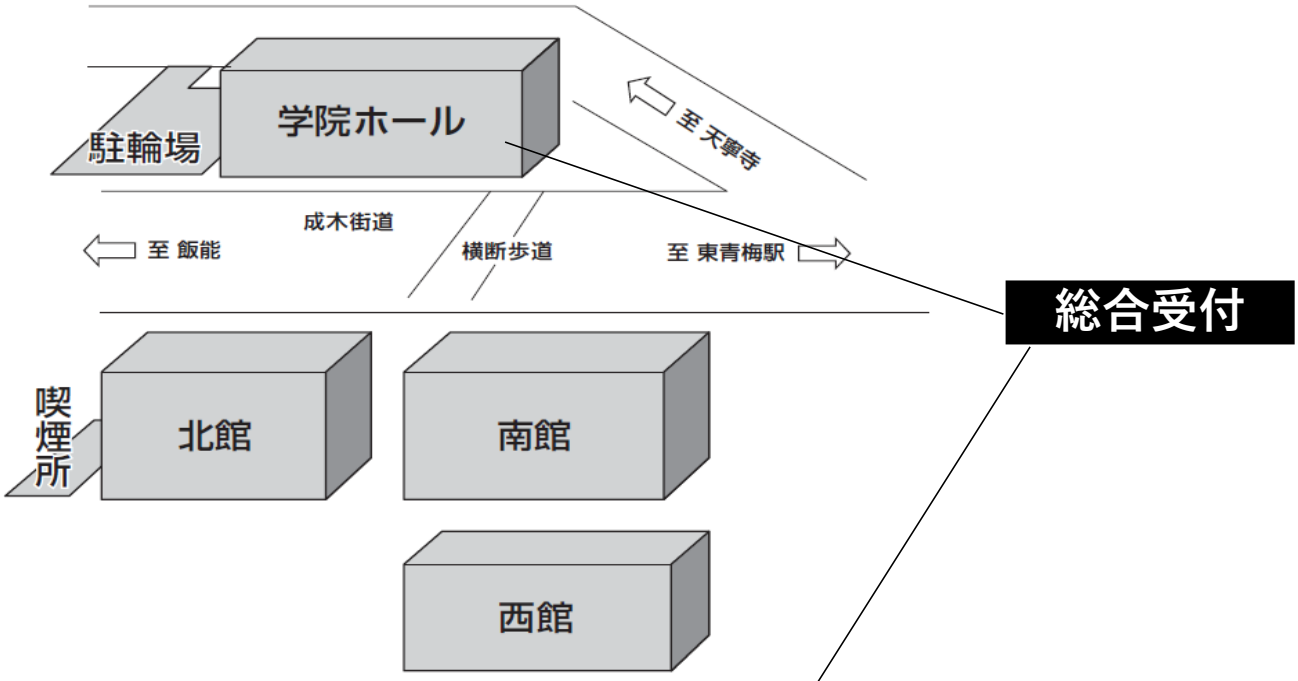
交通／JR青梅線「東青梅駅」下車徒歩10分（新宿より約60分）

多摩リハビリテーション学院 ― 徒歩10分 ― 東青梅駅 ― 青梅線：28分 ― 立川駅 ― 中央線：25分 ― 新宿駅 ― 中央線：13分 ― 東京駅

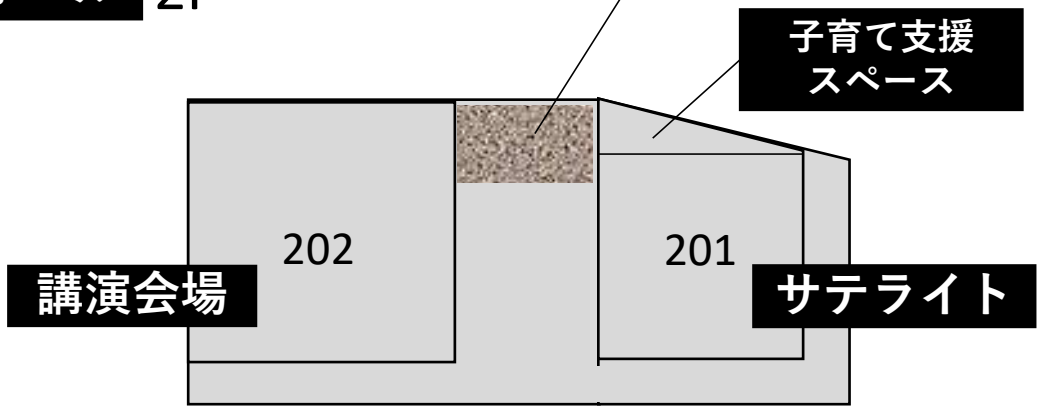


※駅名の丸数字は東青梅駅までのおおよその所要時間です。

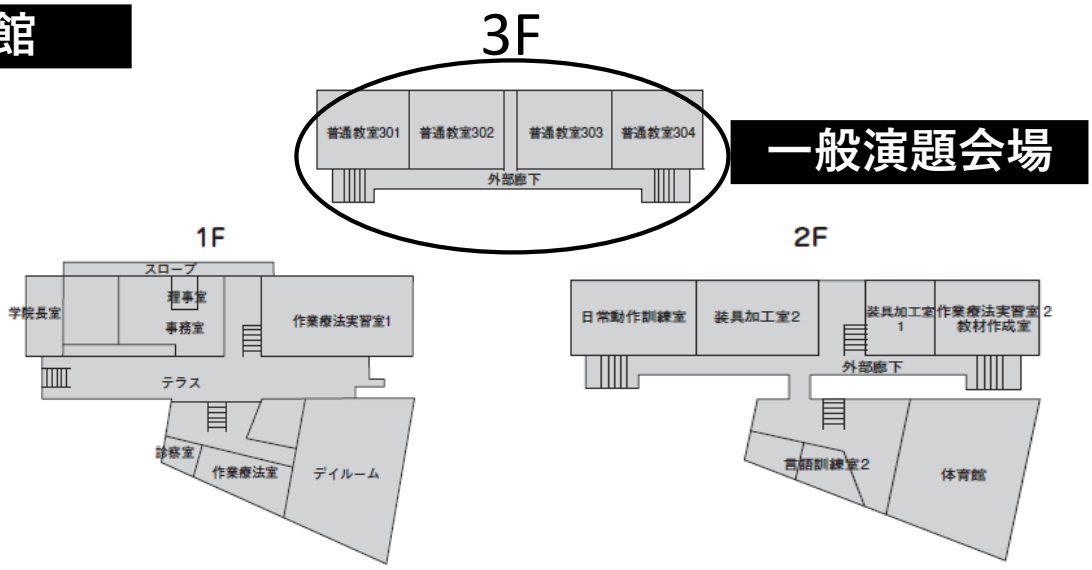
会場案内図



学院ホール 2F



南館



学会日程

12月8日（日曜日）

	学院ホール２F				南館3F			
	ホール ２F 中央	202	201	面談室	普通教室 301	普通教室 302	普通教室 303	普通教室 304
9:00▶								
9:30▶	受付	開会式	講師 座長・演者 受付	子育て支援（フリースペース）			ポスター 掲示	ポスター 掲示
9:50▶		教育講演 I 講師 内田 学 座長 荒尾雅文	サテライト 会場					
11:20▶		休憩						
11:30▶		特別講演 講師 岩戸 徹 座長 工藤弘之	サテライト 会場					
12:30▶		休憩						
12:40▶		口述 1 座長 中嶋一郎			口述 2 座長 射手園慶人	口述 3 座長 青木賢宏	ポスター 1 座長 中野博介	ポスター 2 座長 谷口拓也
13:50▶		休憩						
14:00▶		教育講演 II 講師 藤田博暁 座長 秦 和文	サテライト 会場					
15:30▶		閉会式					ポスター 撤去	ポスター 撤去

※特別講演は、昼食をとりながらの聴講が可能です。ゴミは持ち帰り下さい。

参加者へのお知らせとお願い

会員は会員証による会員証明・参加受付・ポイント管理を導入しております。当日は会員証を忘れずにご持参ください。

【参加登録について】

登録受付は事前参加登録（会員のみ）と当日参加登録がございます。
会員の皆様には事前参加登録を推奨しております。
参加費領収書及び参加証は参加当日、該当する受付にてお渡しいたします。事前参加登録されても学会前に発送いたしません。また、領収書の再発行や会員専用マイページからの発行は出来ません。

1．参加登録費

東京都理学療法士協会会員：1,500円
東京都理学療法士協会会員以外の日本理学療法士協会会員：2,000円
日本理学療法士協会非会員の理学療法士：4,500円
理学療法士以外の医療福祉関係者：4,500円
学生（リハビリテーション職種養成校）：無料

1）事前参加登録の支払は、日本理学療法士協会指定クレジットカード払いのみとなります。
2）事前参加登録完了後は、いかなる理由があろうともキャンセルはお受けできません。
3）当日参加登録は、現金支払いのみの取り扱いとなります。
4）学生とは医療系養成校在学者を指しますが、理学療法士の資格がある方は該当しません。
※当日参加登録の際に学生証を提示してください。

2．事前参加登録方法について（会員のみ）

1）日本理学療法士協会マイページよりお申込みをお願い致します（セミナー番号：21319）
2）マイページログイン後、メニュー→研修会・学術大会→申込登録→セミナー番号入力で申込が可能。
3）楽天カードのみ：11月24日（日）まで。
4）当日は日本理学療法士協会会員証をお持ちください。

※事前参加登録はオンライン登録での受付に限ります。
※事前参加登録のご利用は、日本理学療法士協会の正会員のみです。協会に対して会費など何らかの未納がある方、入会手続き中の方、休会中の方、また、非会員や学生のご利用はできません。
※会費等未納状態の方は、入金後に事前参加登録をしてください（振込より数日たってからお手続きください）。
※事前参加登録にはE-mailアドレスの登録が必要です。協会ホームページから会員専用マイページにログインの上、E-mailアドレスの登録を行ってください。
※マイページのID・パスワードを紛失された場合は、ID・パスワード再発行手続きが必要です。ID・パスワードの再発行に時間を要する場合があります。事前参加登録締切日間近の再発行申し込みは、登録に間に合わない場合があります。ご注意ください。

3. 当日参加登録について

1）会員の方は、専用の受付窓口にて会員証を提示し、参加費の支払い（現金支払いのみ）及び受付をお済ませください。
2）非会員・学生の方は、該当する受付にて参加費の支払い（現金支払いのみ）及び受付をお済ませください。
3）当日参加費の支払い後、参加費領収書及び参加証をお渡しします。
4）領収書の再発行、会員専用ページからの発行はできません。

4．参加受付

学校法人　和風会　多摩リハビリテーション学院専門学校
学院ホール　2階中央　9時00分～14時00分
※クロークはご用意しておりません

5．子育て支援フリースペースをご利用される方

日ごろ子育てに忙しいパパ・ママセラピストにも学会にご参加いただけるよう、**学院ホール２階面談室**を開放致します。お昼寝、おむつ替え、授乳スペースとしてご利用ください。
パーテンション、ポット、マットなどを用意しています。
講演・発表会場には出入りしやすい場所に専用席を設けました。お子様を抱いての聴講も可能です。
※当日スタッフは配置しておりません．また使用済みオムツなどは，各自お持ち帰りください。

6．駐車場

会場の駐車場はご利用できませんので、周辺の有料駐車場をご利用ください。
なるべく公共交通機関をご利用ください。

7．写真撮影について

学会当日、記録として写真撮影を行っております。また、撮影した内容を多摩リハビリテーション学院専門学校のホームページにも掲載する予定です。予めご了承ください。

8．その他

1）参加証の携帯について
各会場への入場の際には、必ず参加証を携帯し、確認できるようにしてください。
参加証の確認ができない方は、会場への入場をお断りさせていただきます。

2）会場内での呼び出し
会場内での呼び出しは原則として行いませんのでご了承ください。

3）携帯電話の使用
会場内では携帯電話の電源をお切りになるか、マナーモードに設定してください。
会場内での通話は禁止させていただきます。

4）会場内での写真・動画撮影、録音
撮影許可証を持たない方のプログラム（ポスター演題含む）の写真・動画撮影・録音等は、発表者の著作権保護や対象者のプライバシー保護のために禁止させていただきます。万が一、撮影・録音をしている方を見かけましたらデータの削除をさせていただきます。
撮影・録音をしている方を見かけましたら近くのスタッフまでお声掛けください。
なお、当日、許可証を持った学会スタッフ等が撮影することがございますのでご了承ください。

5）会場内での喫煙
会場内は禁煙です。指定された喫煙場所でお願いいたします。喫煙場所は、会場案内図、もしくは、当日会場にてご確認ください。

6）飲食について
講演会場内の飲食は、**南館１階作業療法実習室１、学院ホール201及び202のみ**とさせていただきます。ゴミはお持ち帰りください。
※特別講演は昼食をとりながらの聴講が可能です。
昼食時のお弁当の販売は行いません。会場周辺の飲食店、コンビニエンスストアをご利用ください。

7）抄録検索・印刷サービス
本学会では、抄録検索・印刷サービスは行いません。抄録につきましては、東京都理学療法士協会ホームページより事前に印刷してご持参くださいますようお願いいたします。
宅配便・コピー・FAX・データ出力等の対応は致しておりません。

8）非常時の対応
緊急・非常時にはスタッフの指示に従ってください。また、緊急時に備えて必ず各自で非常口のご確認をお願いいたします。

新人教育プログラムおよび専門・認定理学療法士に関わるポイントについて

「事前参加登録受付」または「当日参加登録受付」にお越しいただき、会員証をご提示ください。会員証は忘れずにご持参ください。

新人教育プログラム修了者の方
専門理学療法士・認定理学療法士の資格取得および更新に関わる履修ポイントが自動的に付与されます。
本大会への参加（180分以上）は、学会参加者10ポイントが付与されます。
一般演題発表筆頭者は、5ポイントが付与されます。
マイページへの反映は学会終了後2ヶ月ほどかかります。

新人教育プログラム未修了者の方
教育講演Ⅰ参加者は、「C-1 神経系疾患の理学療法」1単位が付与されます。
教育講演Ⅱ参加者は、「C-4 高齢者の理学療法」1単位が付与されます。
一般演題発表筆頭者は、「C-6 症例発表」に該当し、3単位が付与されます。

新人教育プログラム単位認定
下記の教育講演のセミナーにて新人教育プログラム単位認定を受け付けます。受付は各セミナー開始前及び終了後に行います。単位認定を希望される方は会員証を提示してください。
受付場所：学院ホール　2階中央

お問い合わせ先

第8回西多摩・南多摩ブロック学術集会準備委員会準備委員長　鈴木　奨
（あいフィットネスサロンさくら）
E-Mail:　minaminishitamablock●pttokyo.net
※上記アドレスの●を＠に変更し、件名「西多摩・南多摩ブロック学術集会　問い合わせ」とお願い致します

講師・座長、参加者へのお知らせとお願い

座長・演者は事前参加登録をお願いいたします。
プログラム集及び抄録の配布はございませんので、事前に印刷してご持参くださいますようお願い致します。

【発表時間】
●コンピュータープレゼンテーション
1演題につき10分（発表7分、質疑応答3分）
●ポスター発表
1演題につき10分（発表7分、質疑応答3分）
【講師・座長の方へ】
1）参加受付の後、総合受付内「講師・座長・演者受付」にお越しください。
2）コンピュータープレゼンテーションの座長は、ご担当セッションの開始10分前までに、該当会場内、スクリーンに向かって右前方の「座長席」にご着席ください。
3）ポスター発表の座長はご担当セッション開始10分前までに、担当ポスターの前に座長ネームカードを付けて待機してください。
【演者の方へ】
1）発表者及び参加者の受付は９時開始です。
2）参加受付の後、総合受付内「講師・座長・演者受付」にお越しください。
3）コンピュータプレゼンテーション及びポスターの貼り付けの確認のため、早めの来場をお願い致します。
4）セッション開始10分前までに当該会場内にお越しください。
5）発表の内容が抄録と相違ないようにして下さい。
ご不明な点がございましたら、下記までお問い合わせください。
第8回西多摩南多摩ブロック学術集会
大会長　工藤弘之　　minaminishitamablock@pttokyo.net

1. コンピュータプレゼンテーション要綱
1）プレゼンテーションデータはWindows版Microsoft Power Pointを用いて作成して下さい。
2）スライド枚数の制限はありませんが、発表時間内に収まるよう注意して下さい。
3）動画を用いる場合は、事務局に連絡の上、ご自分のノートパソコン（Windowsに限ります）を持参し使用して下さい。外部出力はHDMIのみとなっています。動画はスライドに貼り付け、Power Point上で再生して下さい。
※ビデオデッキ、DVDプレーヤー等は準備しませんのでご注意下さい。
4）動画を使用しない場合のプレゼンテーションデータは11月29日（金）までに提出をお願いします。minaminishitamablock@pttokyo.netへデータを添付して送信してください。
5）事前に必ずWindows 版Microsoft Power Point 2010で動作可能なことを確認して下さい。
また、自身のパソコン以外のパソコンでも動作可能であることを確認して下さい。
6）プレゼンテーションファイルの操作は演者自身で行って下さい。やむを得ない場合は、操作担当者を一人準備して下さい。
2. ポスター作成要綱
1）横900mm縦1900mmのパネルに貼付できる大きさのポスター（例：Ａ3用紙297mm×420mmが10枚程度）を掲示し行います。表題も含めてポスターを作製して下さい。コンピュータプレゼンテーションやビデオ等の併用はできません。
2）構成はお任せしますが、表題は最上段でお願いいたします。左上側に200mm×200mmの演題番号を学会側で用意いたします。
3）当日は、発表者受付終了後、ポスターを指定されたパネルに張り付けて下さい。パネルへの貼り付け材料は、学会事務局で用意します。各自で用意した画鋲等は、パネルには使用できません。
4）ポスターの撤去は、全プログラム終了後に速やかにお願い致します。
終了後も撤去されないものは、事務局で処分します。

特別講演　　学院ホール202　　11：30～12：30

特別講演は、昼食をとりながらの聴講が可能です。

『大震災とリハビリテーション』

講師紹介

岩戸　徹

【所属】多摩リハビリテーション学院専門学校

【略歴】

平成7年　千葉県医療技術大学校（現千葉県立保健医療大学）理学療法学科卒

平成8年 - 15年　群馬県医師会沢渡温泉病院（現群馬リハビリテーション病院）勤務

平成15年 - 16年　田園都市厚生病院　勤務

平成16年 - 22年　介護老人保健施設あさひの郷　勤務

平成23年　多摩リハビリテーション学院（現多摩リハビリテーション学院専門学校）理学療法学科勤務

平成26年3月 –　同学科　学科長

座長：工藤弘之（医療法人財団利定会大久野病院リハビリテーション部）

『脳卒中患者の嚥下障害に対する理学療法介入』

講師紹介

内田　学

【所属】
東京医療学院大学保健医療学部リハビリテーション学科理学療法学専攻

【略歴】
平成 8年　大分リハビリテーション専門学校卒業
平成 8年　医療法人愛心会大隅鹿屋病院
平成18年　国際医療福祉大学大学院保健医療学専攻運動動作学領域博士前期課程修了
平成21年　国際医療福祉大学大学院保健医療学専攻運動動作学領域博士後期課程修了
平成19年　健康科学大学健康科学部理学療法学科講師
平成24年　東京医療学院大学保健医療学部リハビリテーション学科理学療法学専攻准教授

【資格】
専門理学療法士（内部障害理学療法2019S-04-000118）
3学会合同呼吸療法認定士（102210）
呼吸ケア指導士（214022）

【社会活動】
日本理学療法士学会編集委員会査読委員（現在に至る）
東京都理学療法士協会多摩市支部支部長（現在に至る）
栄養・嚥下理学療法部門運営幹事（現在に至る）
日本理学療法士協会拡大生涯学習システム検討委員会（2019年まで）
日本理学療法士協会検証資料小委員会（2019年まで）
日本理学療法士協会社会局調査部（2017年まで）
日本理学療法士協会社会局業務推進部（2017年まで）
日本理学療法士協会社会局介護保険部副部長（2015年まで）

座長：荒尾雅文（医療法人社団永生会みなみ野病院リハビリテーション科）

教育講演Ⅱ　　学院ホール202　14：00～15：30

『理学療法士として骨粗鬆症を再考する』

講師紹介

藤田　博曉
（ふじた　　ひろあき）

【略歴】

昭和５９年３月　専門学校社会医学技術学院理学療法学科卒業「理学療法士」
昭和５９年４月　東京都　入都　東京都板橋ナーシングホーム
昭和６２年４月　　東京都多摩老人医療センター
平成　９年４月　　東京都老人医療センター
平成１６年４月　国際医療福祉大学保健学部理学療法学科（講師）
平成１９年３月　国際医療福祉大学大学院保健医療学専攻修了（保健学博士）
平成１９年４月　埼玉医科大学保健医療学部理学療法学科（准教授）
平成２２年４月　埼玉医科大学大学院医学研究科医科学専攻（教授）
　　現在に至る

所属学会：
日本予防理学療法学会：運営幹事
日本骨粗鬆学会：評議員、メディカルスタッフ認定委員会委員
　　広報連携委員会委員
日本老年医学会：代議員
理学療法科学学会：理事・編集委委員
日本運動器科学会：評議員

座長：秦 和文（医療法人社団三秀会 羽村三慶病院リハビリテーション科）

口述１　学院ホール202　12：40～13：50

座長：中嶋一郎　（医療法人社団三秀会 羽村三慶病院）

O-01　左大腿骨転子部骨折後フリーハンド歩行獲得を目指した症例
社会医療法人河北医療財団 天本病院リハビリテーション科　佐々木光太

O-02　転倒により下腿近位外側部痛を発症した症例
医療法人社団永生会 永生クリニック　寺本大輝

O-03　右下肢骨折の既往のある頚椎椎間板ヘルニア患者の歩行改善を目指して
～右立脚後期に着目して～
医療法人財団利定会 大久野病院　佐々木真帆

O-04　膝伸展可動域制限が予想された脛骨近位部骨折術後の高齢女性の一例
東京西徳洲会病院　亀山　祐

O-05　当院における大腿骨近位部骨折患者の転帰先決定因子の検討
医療法人社団永生会 南多摩病院リハビリテーション科　梅木鴻太

口述２　南館３階普通教室301　12：40～13：50

座長：射手園慶人　（医療法人社団幸隆会 多摩丘陵病院）

O-06　再発性脊髄炎に対しステロイドパルス療法を施行した
対麻痺患者の歩行獲得を経験した一症例
医療法人社団永生会 永生病院　春日紫野

O-07　体幹機能改善により移乗動作の安定性が向上した重度右片麻痺の症例
青梅三慶病院リハビリテーション科　福田郁未

O-08　脳梗塞発症後のStiff-knee gaitに対し、歩行支援機ACSIVEを使用した症例
社会医療法人河北医療財団 天本病院リハビリテーション科　大木俊幸

O-09　脳卒中片麻痺患者に対する嚥下機能評価
－車椅子自走の可否と身体所見, 嚥下機能の関連性－
特別養護老人ホーム 山河　真鍋祐汰

O-10　反張膝の軽減及び二次的障害の予防に向け介入した症例
社会医療法人河北医療財団 天本病院リハビリテーション科　皆嶋　崇

口述３　南館３階普通教室302　12：40～13：50

座長：青木賢宏　（八王子保健生活協同組合 城山病院）

O-11　歩行障害に対し体幹機能の賦活を行い歩行の安定性向上を目指した症例
青梅三慶病院リハビリテーション科　山田篤司

O-12　慢性硬膜下血腫発症後の起居・歩行バランス能力低下に対し筋緊張への介入を行った症例
社会医療法人河北医療財団 天本病院リハビリテーション科　花岡紘基

O-13　多発性筋炎患者に対して自覚的運動強度に着目し理学療法を行った一例
医療法人社団永生会 南多摩病院リハビリテーション科　道順麻結

O-14　地誌的見当識障害の症状が認められたが，病棟内自立を目指した一症例
社会医療法人河北医療財団 天本病院リハビリテーション科　圓城寺健太

O-15　安静期間が長期化し、せん妄も発症した重症熱傷患者への介入
-自主トレーニング確立への工夫-
杏林大学医学部付属病院リハビリテーション室　清水大貴

ポスター１　　南館３階普通教室303　12：40～13：50

座長：中野博介　（医療法人社団仁成会 高木病院）

P-01　左半側空間無視に対してプリズムグラスを用いた課題動作により
食事動作の介助量軽減を図れた症例
医療法人社団三秀会 羽村三慶病院リハビリテーション科　横須賀怜

P-02　不良姿勢により歩行能力に影響を与えた一例
医療法人財団利定会 大久野病院　堀井規世

P-03　小脳出血により重度失調を呈した症例に対し、
体幹への介入による移乗動作介助量軽減を目指して
青梅三慶病院リハビリテーション科　川島良太

P-04　大腿骨骨折術後、直腸癌の合併により外科手術も受けた症例の自宅退院支援
医療法人社団幸隆会 多摩丘陵病院　矢野俊太郎

ポスター２　　南館３階普通教室304　12：40～13：50

座長：谷口拓也　（医療法人社団永生会 永生病院）

P-05　廃用症候群を予防するためにＡＤＬと自己効力感に着目した症例
医療法人財団 暁 あきる台病院　川越裕輝

P-06　当院における高等学校女子バスケットボール部へのサポート活動報告
医療法人社団三秀会 羽村三慶病院リハビリテーション科　間宮　萩

P-07　運動中心半日型デイサービスを利用する軽度要介護認定者の
入浴頻度と主観的健康感との関連
株式会社ラピオン ラピオンリハビリセンター　荒川裕樹

P-08　住民運営通いの場におけるリハビリテーション専門職の有用性について
医療法人社団三秀会 羽村三慶病院リハビリテーション科　小山　航

P-09　膝痛改善後も跛行が残存した症例に倒立振子モデルに基づく運動学習が図れた経験
～Honda歩行アシストの利用～
医療法人社団幸隆会 多摩丘陵病院　石橋　眞

O-01

左大腿骨転子部骨折後フリーハンド歩行獲得を目指した症例

佐々木光太
社会医療法人河北医療財団天本病院リハビリテーション科

Key words：大腿骨転子部骨折・動機づけ・難易度設定

【はじめに】今回，左大腿骨転子部骨折術後患者のフリーハンド歩行（以下FH歩行）の獲得に向けて介入した為，以下に報告する．
【説明と同意】症例及び家族には口頭，書面にて説明し同意を得た．
【症例紹介】50代後半男性（以下症例），既往は約30年前発症の統合失調症．自宅階段より転落し受傷．受傷2日後に観血的整復固定術施行．術後8週間NWBとなり22日後当院転院．転院後は5日毎に荷重量向上．HOPEは「杖を使わずに歩きたい」である．
【評価】関節可動域制限は両股関節とも伸展0°．筋力は両側股関節周囲MMT2．触診では体幹，両下肢の二関節筋を中心に過緊張，筋短縮を認めた．TMT-Aは66秒，Bは169秒．COGNISTATは注意で重度，記憶で中等度障害．MMSEは26点で計算，遅延再生，視覚記憶にて減点．FH歩行は左右HC消失，左Mstでトレンデレンブルグ徴候出現．左右Tstで股関節，膝関節とも屈曲位．歩容に関しては主観性の乏しい発言を認めた．自主トレの指導も試みたが実施まで至らなかった．
【統合と解釈】介入当初は廃用性筋力低下，筋緊張異常，筋短縮が問題と考え介入したが即時変化のみで学習には至らなかった．また机上評価にて注意，記憶で機能低下を認めていた．樋口は，歩行の心理機構において知覚情報のどこかで問題が生じると運動に支障が生じると述べている．また自主トレの様子から既往の統合失調症に起因する内発的動機づけの低下が推察された．これらの事から視覚認知や分配性注意，動機づけを意識した介入も必要と考えた．
【治療】身体機能への介入に加え，歩行をビデオ撮影し症例とセラピストで問題点，修正イメージの共有．動機づけの為，具体的な退院希望時期を聴取し症例と目標を設定．注意機能を考慮して歩行練習は相毎に分けて部分練習から全体練習に繋げた．自主トレは当初の指導内容から難易度を落として提供した．
【結果】上記の介入により，自主トレを行えるようになり，歩容に対する気づきや姿勢の自己修正を行う機会が増えた．入院から50日目にはFH歩行で左右ともにHCが出現し左Mstのトレンデレンブルグ徴候，左Tstの股関節，膝関節屈曲が軽減した．
【考察】大畑は自己効力感の高い人には難易度の高い設定を与え，自己効力感の低い人には難易度の低い設定を与える事が動機づけ高める為に必要と述べている．精神，認知的問題点を考慮し課題の難易度や目標を設定した事が症例の内発的動機づけの向上，歩容改善に繋がったのではないか．

O-02

転倒により下腿近位外側部痛を発症した症例

寺本大輝
医療法人社団永生会 永生クリニック

Key words：膝関節後外側支持機構・腓骨神経・テーピング

【はじめに】
今回，転倒により下腿近位外側部痛を発症した症例に対して，テーピングによる介入で一定の効果を経験したので報告する．
【説明と同意】
ヘルシンキ宣言に基づき，症例には発表の趣旨と内容を説明し，個人情報には十分配慮することを口頭で説明し，同意を得た．
【症例紹介】
76歳女性．診断名は，右変形性膝関節症であった．Kellgren-Lawrence分類は，Grade3であった．主訴は，歩行時に右脚が痛く，外側にずれる感じ．右膝外側がしわしわするであった．現病歴は，2019年6月に段差で転倒し膝関節前面を強打した．受傷から1か月後にリハビリ目的で当院を受診した．
【評価】
疼痛は，歩行での右踵接地から右立脚中期に右下腿近位外側1/2に認められた．Numerical Rating Scale(以下，NRS)は，4であった．異常感覚は，歩行時に右下腿近位外側1/2に認められた．右膝関節可動域は，0-145°であった．Femoro-Tibal Angle (以下，FTA)は，180°であった．整形外科テストは，後外側引き出し検査が右陽性，ダイヤルテストが右35°左25°であった．歩行観察は，右踵接地から右立脚中期にかけて，右膝関節の外側動揺が認められた．
【治療内容】
治療は，伸縮性テーピングを用いて右膝関節の外側動揺を制動した．
【結果】
疼痛は，NRS0であった．異常感覚も認められなかった．右膝関節可動域は，0-150°であった．歩行観察は，右踵接地から右立脚中期にかけて，右膝関節の外側動揺の減少が認められた．
【考察】
膝関節後外側支持機構の損傷は，膝前内側への直撃打撃によるとの報告がある．また，脛骨の外旋が10°増加すると，膝窩腓骨靭帯，膝窩筋腱の損傷が疑われるとの報告がある．本症例の主訴は転倒後から発生していたことから，転倒により膝関節前面を強打したことで，膝関節の後外側方向への応力が集中し，膝窩腓骨靭帯等の膝関節後外側支持機構に損傷が生じたと考えた．本症例は，右変形性膝関節症に，膝関節後外側支持機構の損傷が加わったことで，歩行時の右踵接地から右立脚中期にかけて，右膝関節の外側動揺が増強され，総腓骨神経を圧迫し，右下腿近位外側1/2に疼痛，異常感覚が生じたと考えた．治療は，伸縮性テーピングを用いて右膝関節の外側動揺を制動した．その結果，疼痛や異常感覚が消失したと考えた．

O-03

右下肢骨折の既往のある頚椎椎間板ヘルニア患者の歩行改善を目指して　～右立脚後期に着目して～

〇佐々木真帆,伏川泰明,酒井涼太朗,河野博之
医療法人財団利定会 大久野病院

Key words：歩行・関節可動域制限・筋力低下

【はじめに】
右下肢骨折の既往がある頚椎椎間板ヘルニアの症例を担当した.廃用の影響が考えられる中,歩行能力改善を目指し,右立脚後期に着目し,介入した結果改善が得られたので報告する.
【説明と同意】
発表にあたり,ヘルシンキ宣言に基づきご本人に説明し同意を得た.
【症例】
80歳代女性.診断名：頚椎椎間板ヘルニア（C3/4）.現病歴：X月自宅で転倒し歩行困難.X月+4か月左上肢挙上困難.X月+7か月上記診断.X月+9か月手術（頸椎後方除圧術）となる.術後17日目に当院入院.既往歴：右大腿骨頸部骨折術後,右脛骨近位端骨折術後,糖尿病.病前ADL：室内伝い歩き.本人HOPE：家に帰りたい.NEED：歩行の再獲得.
【初期評価】
運動時痛：左前腕～手指.感覚障害：左上肢にしびれ.ROM-T（単位：°）（右/左）：股関節伸展PAIN（以下：P）-10（P）/-5（P）,膝関節伸展-15/-15,足関節背屈5（P）/5（P）.徒手筋力検査（右/左）：股関節屈曲3/3,股関節外転2/2,足関節背屈3/3,足関節底屈2/2.歩行：左右立脚期が短縮し,右足部はクリアランス低下が見られた.平行棒1往復軽介助.HDS-R：25/30点.FIM：49/126点.
【問題点】
両股関節伸展,両足関節背屈の関節可動域制限,下腿三頭筋の筋力低下による,歩行時の右立脚後期の消失.
【治療プログラム】
1.関節可動域運動（股関節伸展,足関節背屈）2.筋力増強運動（股関節伸展,足関節底屈）3.ステップ,荷重練習4.歩行練習
【最終評価（6週間後）】
ROM-T（単位：°）（右/左）：股関節伸展10/5,膝関節伸展-10/-10,足関節背屈10（P）/10（P）.徒手筋力検査（右/左）：股関節屈曲4/4,股関節外転3/3,足関節背屈4/4,足関節底屈3/3.歩行：T字杖使用し90m見守り.右足部クリアランス低下は軽減.FIM：55/126点.
【考察】
頚椎椎間板ヘルニアにより左上肢のしびれや筋力低下が生じていたが,歩行には大きな影響はないと考えた.それ以上に入院までの長期的な経過により生じた廃用と既往にある右下肢の骨折による影響により歩行能力の低下を起こしていると考えた.今回,内転筋,下腿三頭筋の短縮により両股関節伸展,両足関節背屈の可動域制限が生じ,下腿三頭筋の筋力低下が生じたことで,右立脚後期が見られず,歩行能力が低下したと考える.股関節伸展,足関節背屈の関節可動域や下腿三頭筋の筋力低下が改善されたことにより,右立脚後期がつくられ,T字杖見守りまで向上したと考える.

O-04

膝伸展可動域制限が予想された脛骨近位部骨折術後の高齢女性の一例

亀山祐
東京西徳洲会病院

Key words：脛骨近位部骨折・高齢者・QOL

【はじめに】脛骨近位部骨折術後の機能成績は比較的良好な経過をたどる.予後不良因子として高齢,手術待機時間,整復位不良,術後後療法の遅れが報告されており,特に後方アプローチでは膝関節伸展関節可動域(ROM)制限の残存が多いとも報告されている.今回,脛骨近位部骨折を受傷しBurk’sアプローチにて内固定を行った高齢女性を担当した.機能制限は残存したものの,受傷前の活動範囲となり高いQOLを維持することが可能であったため報告する.
【説明と同意】本研究はヘルシンキ宣言に則り,十分な配慮を行った上で実施した.
【症例紹介】77歳女性.受傷前日常生活活動(ADL)は自立しており,独歩での外出も行っていた.自転車事故により右脛骨近位部骨折(Schatzker Ⅳ),胸骨骨折を受傷.3日の外固定期間を経て脛骨近位部骨折に対してBurk’sアプローチによる観血的内固定を行った.術後整復位は良好であり,後療法は術後6週間免荷の後,1/3荷重開始の指示で術翌日より理学療法介入を開始した.
【治療内容】術翌日より離床,炎症管理のためRICE処置,膝関節CPMを疼痛に応じて開始した.炎症の軽減に合わせ膝伸展ROM制限,筋力低下の予防を目的とした徒手的介入,経皮的電気刺激を併用した筋収縮練習を実施した.荷重開始後はROM改善を目的とした徒手介入に加えて,荷重下での下肢筋力練習,歩行練習及びADL練習を追加し実施した.術後3か月で自宅退院となり,自主練習の指導と確認を中心とした外来介入を週2回より開始し,術後6か月まで漸減的に継続した.
【結果】術後9か月で膝ROM屈曲(R/L,°)120/140,伸展-10/-10,膝関節伸展筋力健側比91%,Euro VAS 89mm,Euro-5D-5L 0.753.屋外歩行は独歩で30分以上実施,受傷前と同等の活動が可能となった.
【考察】諸家の報告では機能成績は比較的良好と報告されている中,本症例においては高齢であり,Burk’sアプローチのため機能制限が予測された.そのため,術後早期から膝伸展ROM制限,筋力低下を予測した介入を実施している. その結果,屈曲ROMの制限は残存したものの,良好な伸展ROM,膝伸展筋力を獲得することが出来たと考える.QOLは膝伸展筋力との相関や手段的ADLの獲得,地域活動への参加との関連が報告されており,筋力改善,地域活動への参加が高いQOLを維持する結果となったと考える.

O-05

当院における大腿骨近位部骨折患者の転帰先決定因子の検討

◎梅木鴻太(PT)，田井啓太(PT)，瀬戸景子(PT)，井出大(PT)
医療法人社団永生会南多摩病院リハビリテーション科

Key words：大腿骨近位部骨折・転帰先・急性期

【はじめに】我が国における大腿骨近位部骨折患者は増加傾向を辿っている．患者の円滑な在宅復帰に向けて早期に転帰先を検討する必要があるが，当院はクリニカルパスが無い為，転帰先を決めるのに難渋することがある．そこで今まで担当した症例を自宅退院群と転院群に分けその相違点を比較し，先行文献をもとに，転帰先決定因子を抽出した．それを踏まえた上で，その後担当したケースで入院は長期間であったものの自宅退院へと繋げることが出来たケースを経験したため，以下に報告する．

【対象と方法】平成30年6月から平成31年2月までに担当した大腿骨近位部骨折を受傷し，手術を施行した9名(男3名，女6名)とした．転帰先決定因子は①入院前日常生活動作(以下ADL)②改訂長谷川式簡易知能評価スケール(以下HDS-R)③年齢④歩行能力⑤トイレ内動作⑥離床に対する意欲⑦自宅環境とした．これらを自宅退院群と転院群で比較し各因子における基準を検討した．

【結果】自宅退院群は4名，転院群は5名であった．自宅退院群は転院群と比較して①入院前ADL自立②HDS-Rカットオフ値以上③比較的弱年④術後約1週で見守り～軽介助レベルで獲得⑤術後約1週で見守り～軽介助レベルで獲得⑥有り⑦環境設定不必要であった．

【考察】自宅退院群は④，⑤において術後1週程度で動作獲得できたが，転院群では1週程度で獲得に至らなかった．その要因として，転院群は②，⑥の問題等が影響して指示理解が困難であったり，病識理解が乏しいことで上記に挙げた動作獲得に時間を要したためと考えられる．また同居している介助者の有無や住宅環境の調整が必要な場合等，自宅環境が原因となり転院していることから⑦も重要な因子と考えられた．また上記因子で半数以上当てはまっているが，併存疾患により長期入院を余儀なくされたケースも存在した．よって上記因子に加え，⑧併存疾患の有無も転帰先決定因子の1つになりうる．

【まとめ】大腿骨近位部骨折の症例に対して以前より早期から転帰先を検討するための1つの目安として8つの因子を決めた．しかし，上記因子のみで自宅退院の判断は困難であるため，今後はそれぞれに見合った目標設定をして円滑な在宅復帰へと繋げたい．

【倫理的配慮】本研究はヘルシンキ宣言に基づき計画し，個人が特定されないよう情報の管理には十分配慮した．

O-06

再発性脊髄炎に対しステロイドパルス療法を施行した対麻痺患者の歩行獲得を経験した一症例

春日紫野，小林宏彰，谷口拓也
医療法人社団永生会 永生病院

Key words：対麻痺・歩行・筋力

【はじめに】
本症例は対麻痺を呈し2回のステロイドパルス療法（以下パルス療法）と5カ月間のリハビリテーションを施行した．移乗動作介助から歩行獲得となった経過を報告する．

【説明と同意】
本発表について，内容・趣旨をご本人へ十分に説明し，口頭，書面にて承諾を得た．

【症例紹介】
診断名：再発性脊髄炎　50歳代男性．現病歴：肺癌を罹患し，オプジーボにて治療を行っていたがその後下肢脱力，膀胱直腸障害を呈し，第6胸髄領域以下完全麻痺となる．免疫性脊髄炎は否定的であり，ウイルス性脊髄炎と診断された．2度に渡りパルス療法を行った患者である．発症より3ヶ月後リハビリテーション継続目的にて当院転院となる．

【経過】
パルス療法により，介入当初寝返りから座位は自立，立ち上がり・立位は軽介助，平行棒内歩行は中等度介助まで回復が認められたが，問題点として，両側の股関節伸展筋・膝関節伸展筋・足関節底屈筋の著明な筋力低下があり，改善予測が難しかった．装具療法も検討したが膝関節の骨性支持を利用した立位・歩行練習を実施した．途中右下肢に反張膝傾向が認められるが，筋力向上により膝屈曲位での立位，歩行練習へ移行した．

【結果】
当院での介入結果として，MMT体幹屈曲4→4，股関節屈曲4→4，伸展2→3，外転2→4，内転2→4，外旋4→4，内旋4→4，膝関節屈曲3→4，伸展3→5，足関節背屈4→5，底屈2→右3，左2＋　Functional Balance Scale12→37/56点．表在感覚は第2仙髄以下脱失，第4腰髄～第1仙髄領域重度鈍麻であり，変化は見られなかった．起居・移乗自立，屋内杖歩行にて自立，屋外杖歩行は右側金属支柱付き短下肢装具にて軽介助となった．

【考察】
脊髄炎は発症から3～6ヶ月の間に症状が改善しなければ回復は望めないとされており，その回復の程度は個人差が大きいとされている．その中で効率的な歩行獲得に向けて筋力の向上を予測する必要があった．本症例は感覚障害の部位からL3より高位の支配神経の筋に焦点を当て介入することにより予後予測の判定材料とした．介入経過として著明な膝伸展筋力向上を認め，回復が望める可能性が高いと判断した．その為，装具療法や代償的動作練習ではなく，筋力強化練習に重点を置き，リスクとして考えられる膝関節の保護を含めた立位・歩行プログラムを選択した．その結果筋力向上により，立脚期の安定性向上に繋がり，屋内杖歩行自立レベルまで改善したと考える．

O-07

体幹機能改善により移乗動作の安定性が向上した重度右片麻痺の症例

福田郁未
青梅三慶病院 リハビリテーション科

Key words：インナーユニット・下肢伸展筋・移乗動作

【はじめに】ラクナ梗塞は一般的に軽症なものが多い病態であるが，本症例は発症から5日経過した時点での発見となり，右側に重度の運動麻痺が見られている．Functional Assessment for Control Trunk(以下FACT)を用いて評価し，体幹機能の低下が認められた．体幹機能に着目して治療介入を行った結果，移乗動作の安定性向上が見られた為以下に報告する．
【倫理的配慮】ヘルシンキ宣言に基づき，ご本人・ご家族の同意を得ている．
【症例紹介】70代男性．X月X日，右上下肢の動きにくさあり．X＋5日，呂律が回らず違和感を覚え救急要請．ラクナ梗塞(両放線冠)の診断を受け入院，X＋23日当院へ転院．
【評価】Brunnstrom recovery stage 上肢Ⅱ手指Ⅱ下肢Ⅲ．右下肢触圧覚・運動覚軽度鈍麻．右上下肢は随意性低下からADL場面での機能的な運動は乏しく，起居動作時には左上下肢での管理が必要．支持物を使用した移乗動作では膝折れが見られ支持物への依存が強い．また，FBS：22／56点．FACT：7／20点．
【治療内容】骨盤・下肢運動から右下肢随意性の改善と体幹筋の活動向上を図る．起立・立位保持練習，介助歩行練習と実際に移乗動作練習を行い，立位場面での静的・動的安定性の向上を図る．
【結果】FACTが11／20点に向上し体幹機能の改善が認められ，FBSが25／56点へと改善．移乗動作における支持物への強い依存と膝折れが軽減．
【考察】立位場面において右下肢の随意性低下から支持物へ依存し体幹屈曲が増強される．インナーユニットの機能が低下し体幹の抗重力伸展活動が低下する事で，体幹・下肢伸展筋群の協調性が低下して膝折れが見られていると考える．骨盤・下肢運動により腹横筋・腹斜筋が賦活化された事で，横隔膜や骨盤底筋群の筋活動が高まり腹圧向上．体幹の抗重力伸展活動が改善された事で，下肢伸展筋群の活動も得られ易くなり，膝折れ軽減に繋がったのではないかと考える．また，感覚障害は軽度であり，抗重力位での荷重感覚は比較的良好であった為，実動作に近い練習を繰り返し行う事で運動学習が得られ，支持物を使用しても体幹・下肢の支持性が低下しにくい移乗動作を獲得できたと考える．しかし，依然として右下肢の随意性は低下しており膝折れリスクが考えられる為，継続的な治療に加え環境設定についても今後の検討課題である．

O-08

脳梗塞発症後のStiff-knee gaitに対し，歩行支援機ACSIVEを使用した症例

大木俊幸
社会医療法人河北医療財団天本病院リハビリテーション科

Key words：脳卒中・Stiff-knee gait・ACSIVE

【はじめに】脳卒中後のStiff-knee gait（以下SKG）を呈した症例に対し，歩行支援機ACSIVE（以下ACSIVE）を用いる事で歩容の改善を認めた為以下に報告する．
【説明と同意】症例及び家族に症例報告の趣旨を書面にて説明し，同意を得た．
【症例紹介】80代女性．左脳梗塞．26病日後当院回復期病棟へ転院となる．既往歴に変形性膝関節症をもつ．
【評価】Brunnstrom-recovery-stageは上下肢手指においてⅥ，筋力はManual Muscle Testing（以下MMT）にて股関節屈曲（右3/左4），伸展（2/3），膝関節屈曲（3/4），足関節底屈（2/3），Modified Ashworth Scale（以下MAS）は膝関節屈曲において右１＋，左１．Timed Up ＆ Go Test（以下TUG）最大歩行速度17.7秒，10m歩行最大歩行速度15.6秒．歩行に伴う擦り足が麻痺側遊脚初期～中期において毎回認められた．麻痺側下肢の立脚期から遊脚期の移行に遅延あり．
【治療内容】筋力強化訓練，関節可動域訓練，バランス訓練に加え，ACSIVEを麻痺側下肢に装着し歩行訓練を10分行った．バネの抵抗力は3段階中の中とした．
【結果】MMTは股関節屈曲（4/4），足関節底屈(2＋/3)，MASは左右膝関節屈曲１，TUG最大歩行速度7.91秒，10m歩行7.38秒．ACSIVE着用下での10m歩行は10.4秒，使用直後の10m歩行は8.2秒であった．摺り足は10mに1～2回程度となった．
【考察】本症例は遊脚期の膝関節屈曲角度が低下しておりToe clearanceが確保できず，摺り足が出現していた．運動麻痺は軽度であり筋出力低下を主症状としていたため，足関節底屈筋力や股関節屈曲筋力の低下を要因として検討した．しかし，はずみ運動や部分練習による即時効果がなく，既往に変形性膝関節症をもつことから筋緊張以上を呈しやすい状態にあると考え，大腿直筋や中間広筋の過活動であるSKGと判断した．そこでACSIVEを用いて，遊脚期の膝屈曲を運動パターンとして学習する方法を選択した．ACSIVEには股関節伸展時のバネ抵抗があり，歩行速度の低下がみられる．しかし遊脚期の膝関節屈曲が増大し摺り足の軽減が認められた．ACSIVEがSKGの改善に寄与する可能性が示唆された．

O-09

脳卒中片麻痺患者に対する嚥下機能評価
－車椅子自走の可否と身体所見,嚥下機能の関連性－

真鍋祐汰1）,月岡鈴奈2）,桜澤朋美2）,富永有紀1）,内田学3）
1）特別養護老人ホーム 山河
2）石神井台特別養護老人ホーム秋月
3）東京医療学院大学保健医療学部リハビリテーション学科

Key words：脳卒中片麻痺・嚥下機能・車椅子自走

【はじめに,目的】
脳卒中は発症48時間以内に約3割の患者に摂食嚥下障害を認めたと報告1）され急性期の肺炎発生の要因となる.一方で,経過と共に嚥下障害の割合は減少し機能予後は良好であるとの報告2）もなされている.脳卒中における嚥下障害は改善を示すという見解がある中で胃婁の増設を余儀なくされる疾患として脳卒中は最多であるとの報告3）もあり純粋に嚥下機能だけで判定することの困難さを感じている.我々は,運動機能と嚥下機能について調査を実施しているが,本研究では車椅子の自走能力と嚥下機能に着目し姿勢調節と実際の嚥下状態との関係性を明確にすることを目的とした.
【方法】
対象は当施設入所中の利用者21名であり平均年齢82.6±5.2歳であった.全員が,基礎疾患として脳血管障害の診断がありそれぞれBrunnstrom stage Ⅱ～Ⅴの運動機能障害を有していた.測定項目は,Brunnstrom stage（上肢・下肢）,体重変動率,車椅子自走,座位能力,改訂水飲みテスト（MWST）,相対的喉頭位置,食事の自己摂取の有無,食事の摂取率とした.対象をFIMの評価に基づき車椅子を自走している者を自走群,自走困難な者を非自走群の2群に群分けしそれぞれの項目について比較検討を実施した.統計的手法としては,自走群と非自走群のそれぞれの差についてMann-Whitney's U testを実施した.なお有意確立は5%とした.本研究はヘルシンキ宣言に基づき実施されている.
【結果】
自走群,非自走群の順に座位能力は4.2±0.3,2.5±0.3,MWSTは4.0±0.1,3.2±0.2,相対的喉頭位置は49.0±0.1%,55.0±0.1%,食事の自己摂取の有無は1.0±0.1,1.9±0.2であり差を認めた.それ以外の項目に関しては差を認めなかった.
【結論】
結果より車椅子の自走能力は嚥下機能に影響を及ぼす可能性が示唆された.嚥下機能の評価として口腔,咽頭機能が重要ではあるが,車椅子自走に伴う運動性や姿勢調節も加えた嚥下機能のスクリーニングも有効ではないかと推察された.

1)Barer DH. The natural history and functional consequences of dysphagia after hemispheric stroke. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1989；52：236－41.
2）Kobayashi H, Hoshino M, Okayama K, et a1：Swallowing and cough reflexes after onset of stroke. Chest 105：1623, 1994
3)Fukai K,takiguchi T, Mortality rates of community-residing sdults with and without dentures.

O-10

反張膝の軽減及び二次的障害の予防に向け介入した症例

皆嶋　崇
社会医療法人河北医療財団天本病院リハビリテーション科

Key words：反張膝・歩行・右視床出血

【初めに】
今回，反張膝の軽減および二次的障害発生の予防に向け，理学療法を実施したため報告する．
【説明と同意】
症例には口頭，書面にて説明し同意を得た．
【症例紹介】
50歳代，女性，右視床出血の診断にて入院，保存加療となる．X+43日左上肢麻痺の増悪認め，MRIにて急性期の脳梗塞所見を認める．X+72日当院回復期病棟へと転棟となる．
【評価】
<転棟時>Brunnstrom stage(以下Brs)：左上肢Ⅲ，手指Ⅳ，下肢Ⅵ．関節可動域(以下ROM)(右/左)：足関節背屈5°/0°．感覚：表在，深部ともに重度鈍麻．筋力(徒手筋力テスト以下MMT)(右/左)：膝伸展5/4，股関節伸展4/2，足関節背屈5/3．歩行：左立脚期における過剰な右側屈が見られ，重心は右側へと偏移．左swingは過大となり，HCでの衝撃は大きい．LRでの足関節底屈は性急，Mstでは股関節屈曲位を取り，反張膝出現する．
<現在>(変化点のみ)ROM：左足関節背屈5°．筋力：股関節伸展4/3，足関節背屈5/4．歩行：左立脚期での体幹側屈軽減，LRにおける足関節底屈は緩やか，Mstでの股関節伸展位保持可能となり，反張膝軽減する．
【治療内容】
足関節背屈ROMex．前脛骨筋，腓骨筋の促通．大殿筋の筋力強化．HCからMstにかけての部分歩行練習．
【考察】
反張膝の軽減を目指し，足関節，股関節の機能改善に着目しアプローチをした．下肢の分離は良好であり，画像所見上，皮質脊髄路の下肢領域への侵襲も小さいことから，下肢運動機能への障害は少ないと考えた．左膝関節伸展筋力は保たれており，足関節，股関節筋力の問題が大きいと考え，それらの促通を重点的に実施した．LRにおける足関節底屈が緩やかとなったことから，前脛骨筋，腓骨筋による遠心性制御が行えheel rocker，ankle rockerが改善されたと考える．また，大殿筋の筋力が向上しMstでの股関節伸展保持が可能となったと考える．その結果，足関節，股関節の機能改善により，連鎖的に膝のコントロールが行えるようになり，反張膝が軽減したと考える．しかし，歩行機会，距離が増加すれば二次的障害を生じる可能性は高まる．症例はまだ若く，更なる活動範囲の拡大が必要となり，更なる安定性の向上は必須．引き続き促通を進めていくとともに，装具などの代償手段での反張膝の抑制を検討していく必要があると考える．

O-11

歩行障害に対し体幹機能の賦活を行い歩行の安定性向上を目指した症例

山田篤司
青梅三慶病院 リハビリテーション科

Key words：歩行・体幹機能障害・起居動作

【はじめに】
今回右橋梗塞を発症し歩行障害を認めた症例を治療する機会を得た．症例は左立脚期での骨盤の動揺や左側の抗重力伸展活動の低下がみられ最小介助が必要であった．Trunk Impairment Scale（以下TIS）を用いた評価に於いても体幹機能障害が認められた．治療では体幹機能障害に着目し起居動作中心に１０日間介入した．結果，歩行に若干の変化が得られた為以下に報告する．
【説明と同意】
ヘルシンキ条約に則りご本人，ご家族に説明し同意を得た．
【症例紹介】
年齢：80代 性別：男性 診断名：右橋傍正中急性期脳梗塞 既往歴：高血圧症，脳梗塞，脊柱管狭窄症，頸動脈狭窄 現病歴：×日起床後足元がおぼつかずO病院に脳梗塞の診断を受け入院．×＋11日当院入院 CT所見：橋底部に低吸収域を認める 病前ADL・IADL：自立
【評価】
Brunnstrom Recovery Stage：上肢VI手指Ⅴ下肢VI 体性感覚：問題なし 高次脳機能：TMT-A120秒 TMT-B120秒 関節可動域：両足関節背屈，体幹制限 躯幹失調試験グレード：2 FBS：26/56点 TIS：9/23点 10m歩行：歩行速度0.52m/s 歩行率1.52歩/秒 FIM：81/126点（運動項目52点） ADL：移乗，トイレ動作以外一部介助
【治療】
＃筋緊張コントロール ＃体幹・下肢ROMex ＃起居動作練習 ＃歩行練習
【結果】
独歩監視レベル 10m歩行：歩行速度0.71秒m/s 歩行率1.50歩/秒に改善．TIS：11/23点
【考察】
本症例は体幹機能障害の影響により歩行時に介助が必要であった．神経系では橋底部損傷により体幹筋・近位四肢筋の運動制御に問題を抱えていた．また，小脳ネットワークにも問題が生じ体幹の不安定性から四肢遠位部での過剰努力が認められた．そこで，治療介入では，体幹機能の賦活，身体の様々な触圧覚を入力し多重感覚の統合を目的に起き上がりを実施した．側臥位，on elbow肢位にて安定を図ることで四肢遠位部の緊張は緩和され，四肢近位部，体幹筋コントロールが出来るようになった．奈良らは腹内側系は中枢性神経系が運動を開始する際に最も基本的な系として作動し，この系に含まれる脊髄下行路は直立姿勢の維持，体幹および四肢運動の統合，方向運動時の方向づけや目標物に向かう体位の方向づけなどに対して重要な役割を果たすとされている．よって，歩行バランスも改善されたと考える．

O-12

慢性硬膜下血腫発症後の起居・歩行バランス能力低下に対し筋緊張への介入を行った症例

花岡 紘基
社会医療法人河北医療財団天本病院リハビリテーション科　回復期リハ係

Key words：筋緊張・起居動作・歩行動作

【はじめに】
慢性硬膜下血腫後に動作能力低下を呈した症例に対し，筋緊張に介入した結果，起居・歩行の向上を認めたため報告する．
【倫理的配慮】
発表に際しヘルシンキ宣言に基づき口頭で説明のうえ了承を得た．
【症例紹介】
右慢性硬膜下血腫を呈した70代女性．発症25病日に穿孔ドレナージ術施行．発症54病日に当院へ転院．
【評価】
関節可動域(以下ROM)足関節背屈0°．徒手筋力テスト(以下MMT)腹直筋・腹斜筋2，その他3．被動性筋緊張検査より最長筋・腸肋筋亢進と腹直筋・腹斜筋低下がみられた．立位は骨盤軽度前傾，股膝関節軽度屈曲，上部体幹軽度伸展．起居は第1相の頭頸部と体幹の屈曲・回旋が乏しく上肢支持を要し，第2相ではon elbowとon hand時に頭頸部と体幹の伸展が著明となり後方転倒姿勢強まるため介助を要した．フリーハンド歩行は歩行周期を通して骨盤前傾位，両側Tstでは股関節伸展が乏しく骨盤回旋不十分，後方転倒リスクがあり病棟ではキャスター付歩行器監視としていた．
【仮説】
最長筋･腸肋筋の筋緊張亢進と腹直筋･腹斜筋の筋緊張低下により骨盤前傾・上部体幹伸展が生じ，重心が後方に偏倚，足関節ROM制限に伴う足関節戦略低下により後方転倒姿勢を強めていると考えた．更にTstの股関節伸展低下は，腸肋筋の筋緊張亢進により骨盤が固定され，体幹・骨盤回旋の分離性低下により生じていると考えた．また起居でのon elbowとon hand困難も同じ要因によるものと考えた．
【治療】
リラクゼーション，ROM訓練，徒手的刺激入力と筋緊張抑制を併用した反復動作練習．
【結果】
足関節ROM5°，腹直筋・腹斜筋MMT3まで改善．筋緊張は最長筋・腸肋筋の緩和と腹直筋・腹斜筋の向上認めるも正常には至らず．起居は頭頸部・体幹の屈曲・回旋が向上，on elbowとon handを経由した動作を行えるようになった．しかし，on elbow時に上側上肢による引きつけの代償がみられる．歩行では骨盤前傾姿勢が改善，Tstでの股関節伸展が増加，病棟内終日T-caneにて自立した．
【考察】
筋緊張への介入による上部体幹伸展姿勢・骨盤固定の改善と体幹回旋の増加および足関節背屈ROM拡大による足関節戦略向上により後方転倒姿勢の修正，起居動作の改善に繋がったと考える．しかし，筋力の大きな変化はなく腸腰筋や前鋸筋の低下により起居での上肢代償を行っていると思われるため，今後は筋力増強も行う必要があると考える．

O-13

多発性筋炎患者に対して自覚的運動強度に着目し理学療法を行った一例

◎道順麻結（PT）１），倉田考徳（PT）１），宮武智子（PT）２），井出大（PT）１）
1)医療法人社団永生会南多摩病院　2)永生クリニック

Key words：多発性筋炎・高CK血症・自覚的運動強度

【はじめに】多発性筋炎(Polymyositis以下PM)の理学療法はCreatine Kinase(以下CK)値正常化や筋痛症状に合わせた介入が推奨されている．運動負荷に統一見解はなく過負荷は過用症候群が危惧される一方，高負荷が予後を改善する報告もある．安静は筋負荷を回避するが安静臥床は廃用症状を誘因し日常生活動作(Activity of Daily Life以下ADL)低下を招く報告もある．今回，PM患者の自覚的運動強度に着目し理学療法を行い運動機能の維持・精神面の向上を経験したので報告する．
【症例紹介】60代男性でX-6ヵ月前より臥床傾向，X日に転倒・体動困難，高CK血症(12900IU/L)・筋炎症状認め，同日PMの診断にて入院となった．X+20日よりステロイド治療開始．X+1～49日まで理学療法を行った．
【評価】身長160cm体重49kgとやせ型．動作時筋痛著明，近位筋は徒手筋力検査(Manual Muscle Testing以下MMT)2と筋力低下を認め，基本動作は寝返り・座位自立，その他重介助であった．動作時BorgScale19(非常にきつい)であり，機能的自立度評価(Functional Independence Measure以下FIM）54点で，精神的落胆による離床拒否が多くみられた．
【治療内容】運動頻度は1日40分を週6回，関節可動域練習，基本動作練習，筋力増強運動，車椅子自立練習を行い運動強度は自覚的運動強度BorgScale11-13を目標とした．また環境設定を病棟と連携し行った．
【結果】X+50日転院時にCK値(1309IU/L)・筋痛症状は改善した．近位筋はMMT2，FIM60点であった．病棟では車椅子自立，趣味活動を行いリハビリに意欲的となった．
【考察】CK高値段階から自覚的運動強度に合わせて運動療法を実施した結果，筋炎を再燃せず筋力維持が可能となったと考える．精神面は趣味ができる環境を病棟と共有設定したことで離床やリハビリ意欲向上に繋がったと考える．
【今後の展望】今回運動療法を実施した結果筋力増強に至らなかったのは長期臥床による筋力低下やCK高値の長期化で負荷量設定が不十分であった可能性が考えられる．今後も負荷量設定について症例数を増やし検討していきたい．
【倫理的配慮】ヘルシンキ宣言に基づき対象者に症例発表をする説明と同意を得た．

O-14

地誌的見当識障害の症状が認められたが，病棟内自立を目指した一症例

圓城寺健太
社会医療法人河北医療財団天本病院リハビリテーション科

Key words：地誌的見当識障害・ランドマーク・病棟内移動自立

【初めに】今回，脳卒中後の地誌的障害に対してアプローチを行い，病棟内移動自立を獲得した為，以下に報告する．
【説明と同意】
症例及び家族には口頭，書面にて説明し同意を得た．
【症例紹介】80代女性．現病歴：左頭頂葉梗塞を認めA病院に入院．発症X＋27日当院へ転院．既往歴：多発性脳梗塞．当院でのMRI検査によって小脳，延髄に梗塞巣が認め，右頭頂葉，後頭葉が萎縮．
【評価】Brunnstrom recovery stage：上肢・手指・下肢VI．抑速付き歩行器にて病棟内見守り．居室から目的地までの道順に誤りがあった．
自宅周辺および病棟内の地図を作成したが描写が困難．HDS-R：27点．三宅式記銘力検査：9-10有対2-3-6無対．リバーミード行動記憶検査：PSP17点．
行動性無視検査139点．
【介入方法】身体機能訓練に加え，以下項目を実施．
①目的地までの方向を床に掲示②目的地にランドマークを掲示③記憶しやすいランドマークを決め，進行方向に何があるか指示
【結果】①矢印を確認し目的地まで到達可能となった．しかし，周囲を確認し移動する為，矢印を見ることに指示が必要となった．
②ランドマークを掲示する事により目的地まで到達可能となった．しかし，目的地までの道順はその時々で違い，また到達まで時間を要した．ランドマークを取り外して行うと目的地周囲まで到達可能となるが，正確な判断は困難であった．
③記憶しやすいランドマークに対して方向を反復して指示することにより最短距離で到達可能となった．
【考察】本症例は高次脳機能評価から年齢相応の記憶は保持可能と考えた．また，半側空間無視や視野の問題はなかった．その他，高次脳機能障害として軽度注意障害が認められた．病棟内の道順が覚えられないことや自宅周辺の地図を作成した際に本来の地図と差異が認められたこと，後頭葉の萎縮があることから地誌的障害が疑われた．今回，物品記憶や模写試験の結果から視覚代償が可能と考え①～③の介入を実施した．①は二重課題が困難な事．②は時間を要すことがあり実用的でなかった．しかし，③は三宅式記銘力の結果から反復して行なうことにより物事を結び付ける能力があり，目的地とランドマークに対しての位置関係を結び付けることが可能となった．地誌的障害を呈した症例において残存した機能を活用することで代償が可能であることが示唆された．

O-15

安静期間が長期化し，せん妄も発症した重症熱傷患者への介入　- 自主トレーニング確立への工夫 -

清水大貴，櫻井俊光
杏林大学医学部付属病院　リハビリテーション室

Key words：自主トレーニング・日記・せん妄

【はじめに】
創部治療のため安静期間が長期化し，せん妄により運動療法に難渋した重症熱傷患者を経験した．早期離床困難な中，効果的な自主トレーニングの確立により歩行・階段昇降自立に至り，ADL獲得に繋げることができたため報告する．
【説明と同意】
ヘルシンキ宣言に基づき，本発表に対し対象者に口頭にて説明し同意を得た．
【症例紹介】
60歳代後半の男性，診断名は全身熱傷，Prognostic Burn Index104，Total Body Surface Area43%（Ⅲ度熱傷面積29%・Ⅱ度熱傷面積14%），気道熱傷はなく，左前腕手指・右上腕・体幹から大腿部まで全周性に受傷した．
【経過】
受傷前はIADL自立であった．第1病日事故で受傷し他院で気管挿管・人工呼吸器管理となり，第2病日当院搬送となった．第6病日人工呼吸器抜管しリハビリテーション（以下，リハ）開始となった．介入時安静度はベッドアップ30°・創部の関節可動域訓練（以下，ROMex）禁止であった．第12病日よりチェアモード・ROMex可能となり，第27病日から安静度制限はなくなり，第90病日に歩行・階段昇降自立となった．第103病日までICU管理は継続し一般病院へ転院となった．
【リハビリテーション経過】
第8病日から第24病日はIntensive Care Delirium Screening Checklist（以下，ICDSC）にてせん妄陽性，FIM52点（運動項目13点,認知項目19点）であった．第12病日以降も疼痛の不定愁訴によりチェアモードや最終域ROMexが困難であった．そこで記憶障害に有効とされるICUダイアリーを利用し，見当識･リハ実施内容･翌日の目標を記載する課題を与え，リハ介入時にフィードバックした．せん妄に対しては鎮痛管理で使用したフェンタニル持続投与（1mL/h）を第16病日から漸減，第20病日に中止した．日記記載中は不定愁訴が消失し，ICDSC陰性となった第25病日以降は記載に対し促しが不要となった．その後はリハメニューにおいて意識すべきポイントを記載するようになり自主トレーニングに活かすようになった．転院時には股関節屈曲80°→110°，伸展0°→10°へ改善し，FIM86点（運動項目51点,認知項目35点），歩行･階段昇降自立に至った．
【考察】
重症熱傷患者に対し，受傷後3ヶ月で歩行・階段昇降を獲得することができた．その要因として日記記載による不定愁訴の改善，リハ内容を詳細にフィードバックしたことで，リハ場面以外に効果的な自主トレーニングを実施できたことが挙げられる．早期離床困難な場合でもベッド上介入から自主トレーニング獲得に繋げられたことがADL獲得に有効であったと考える．

P-01

左半側空間無視に対してプリズムグラスを用いた課題動作により食事動作の介助量軽減を図れた症例

◎横須賀怜(PT) 1),川村大樹(OT) 1),東田智樹(ST) 1),佐藤文雄(PT) 1),三浦剛士(MD) 1),山健斗(PT) 2)
1)医療法人社団三秀会羽村三慶病院リハビリテーション科
2)株式会社ARCE 健康予防事業部

Key words：半側空間無視・ﾌﾟﾘｽﾞﾑｱﾀﾞﾌﾟﾃｰｼｮﾝ・食事動作

【はじめに】
今回，心原性脳塞栓症により重度左半側空間無視(以下USN)を呈した症例に対して，プリズムグラスを用いた左側への輪入れ動作(以下:左側注意課題)を実施した．USNの改善に伴う座位姿勢の正中化と食事動作の介助量軽減を認め，USNの改善に左側注意課題が有効であったことが示唆された為，以下に報告する
【症例紹介】
80歳代前半の女性．前医にて右中大脳動脈領域広範の心原性脳塞栓症と診断され，第30病日目にリハビリテーション加療を目的に当院へ転院された．既往は骨粗鬆症，心房細動，心不全．病前のADL・IADLは全て自立．歩行は屋外歩行自立であり，自動車の運転も行っていた．今回の報告に当たって，本人と家族への説明と同意は得ている．
【初期評価】
Brunnstrom Recovery stageは左上肢Ⅰ/手指Ⅰ/下肢Ⅰ．左上下肢の表在・深部感覚は重度鈍麻．立位，座位保持は不能であり，BIT:Cにて11/146点と重度USNを呈しており，食事動作は全介助であった．
【理学療法経過】
介入時から座位練習，長下肢装具を使用した立位練習を実施．座位，立位姿勢では共に視線が右側に固定され，左側空間や身体への注意が欠落していた．口頭指示による促しにて正中位までは追視可能であったが，それ以上左側へは追視を促しても眼球と頚部の運動は追従してこなかった．食事動作においても頭頚部が右側方を向いてしまい全介助にて対応していたため，左視空間への注意拡大を目的に入院11病日目から，左側注意課題を実施した．プリズムグラスへ順応後，即時効果として頭頚部の正中位指向に伴う座位姿勢の改善を認め，軽介助にて食事動作の遂行が可能となった．入院30病日目にはFIMの食事項目の得点が5点に向上し，監視下にて自力摂取が可能となった．退院時BITは58/146点と改善を認め，入院105病日目に特別養護老人ホームへの退院となった．
【考察】
松藤らによると，プリズムグラスにより移動した視覚と到達運動による体性感覚との誤差が感覚-運動間の可塑性に働きかけ，高次の空間表象機能を再構築し，方向性注意が変容する現象をプリズムアダプテーション(以下:PA)と定義した．本症例もPAにより自己中心空間，物体中心空間の偏移が修正され，無視症状が改善した結果，主に食事場面での介助量が軽減した．USNを有する患者に対して左側注意課題は左方向への空間認識を広げ，USNの改善に繋がる可能性が示唆された．

P-02

不良姿勢により歩行能力に影響を与えた一例

〇堀井規世，河野博之，酒井涼太朗
医療法人財団利定会 大久野病院

Key words：膝の疼痛・姿勢・歩行

【はじめに】
　本症例は不良姿勢での歩行になっていた為，左膝の疼痛が出現していた．今回膝の疼痛軽減を目的に，姿勢へのアプローチを行い歩行能力の向上が得られた．その結果を以下に報告する．
【説明と同意】
ヘルシンキ宣言に基づき，ご本人様，ご家族様に説明し同意を得た．
【症例紹介】
80代女性　154㎝/54.5kg＜診断名＞右頭頂葉皮質下梗塞＜現病歴＞左下肢が上がらなくなり，B病院を救急受診．MRIにて上記診断．＜既往歴＞認知症，高血圧，脂質異常症，左変形性膝関節症（Ｋ－Ｌ分類Ⅱ）＜主訴＞早く帰りたい＜病前ADL＞屋内伝い歩き，屋外シルバーカーを使用し自立．
【評価】
＜初期評価＞
Brunnstrom Recovery Stage：ⅴ-ⅴ-ⅴ NRS（左膝関節）：歩行時8～9　徒手筋力検査（L/R）：腸腰筋（3/3）関節可動域（L/R）：股関節伸展（10°/10°）膝伸展(⁻10°/⁻15°)HDS‐R：12/30点　姿勢：座位，立位ともに骨盤後傾位．歩行：シルバーカーを使用し10m見守り．歩行時に膝の疼痛の訴えあり．体幹前傾位で骨盤後傾しており膝関節屈曲位での姿勢．歩容は左立脚期が短縮し，下肢の振り出しは内転位で前足部からの接地となる．FIM：74点
上記評価より，問題点として腸腰筋の筋力低下を挙げた．
【治療内容】治療期間：4週間
①下肢筋力増強トレーニング②起立着座練習③歩行練習
＜最終評価＞
徒手筋力検査（L/R）：腸腰筋（3/3）NRS（左膝関節）：歩行時7　歩行：シルバーカーを使用し60m見守り．歩行時に膝の疼痛の訴えなし．姿勢は初期評価時より骨盤が前傾し膝関節が伸展した．又踵接地がわずかに得られ，左立脚期が延長した．FIM：77点
【考察】
　本症例は，脳梗塞による運動麻痺は軽度であったが歩行時の不良姿勢がみられ，膝の疼痛が出現していた．歩行時は体幹の前傾が強く骨盤後傾し股関節，膝関節の屈曲が強かった．運動連鎖にて姿勢が崩れると，歩行時に膝の疼痛は強くなると考えられる．問題点として腰椎と股関節の可動域に著明な制限が無い為，腸腰筋の筋力低下により骨盤後傾位になっていたと考える．その為座位で骨盤を前傾させ，腸腰筋に対しての筋力トレーニングを行った．
　本症例では，筋力増強トレーニングによる筋力向上は得られていないが，腸腰筋が賦活し歩行時に骨盤前傾位での保持が可能となったと考えられる．骨盤が前傾したことにより，歩行時の姿勢が改善された．その結果膝の疼痛軽減や，歩行能力の向上に繋がったと考える．

P-03

小脳出血により重度失調を呈した症例に対し，体幹への介入による移乗動作介助量軽減を目指して

川島良太
青梅三慶病院　リハビリテーション科

Key words：小脳性失調・体幹・移乗動作

【はじめに】小脳損傷者は支持基底面からの求心性情報を受容する活動が低下し随意系を作動させ代償的に運動を行うとされている．体幹の従重力活動による外部環境との協調，抗重力伸展活動に着目して促通した結果，移乗動作介助量に改善がみられた症例について考察を含め報告する．
【説明と同意】ヘルシンキ宣言に基づき，患者様，御家族様からの同意を得ている．
【症例紹介】６０代男性　発症日：令和元年Ｘ月Ｙ日　手術日:Ｙ＋３１日　診断名：小脳出血，水頭症（V-Pシャント術施行），硬膜動静脈瘻　既往歴：心房細動，高血圧　介入期間：Ｙ＋９５～Ｙ＋１０９日
【評価】Ｂｒｕｎｎｓｔｒｏｍ Ｒｅｃｏｖｅｒｙ Ｓｔａｇｅ(以下，Ｂｒｓ)上肢Ⅲ手指Ⅳ下肢Ⅳ．ＳＡＲＡ：３０/４０点，体幹・左上下肢優位に失調あり．
躯幹協調性検査：ｓｔａｇｅⅢ．外乱刺激に合わせた筋出力の調整が困難であり姿勢制御に必要とされる体幹の機能不全を上部体幹の同時性収縮により代償的に制御機構として働かせている．体幹での安定性が得られ難く，起立時には重心移動に伴う性急さがみられ支持基底面上に重心線を落とすことが難しく後方重心となり易い．ステップ時の足底接地位置は疎らで左下肢支持での伸展保持が行えず膝折れを呈しやすく移乗動作は中等度介助となっている．
【治療内容】胸郭モビライゼーション　ボールポジションによる筋緊張調整　床上動作による従重力運動　座位・立位での抗重力運動
【結果】Ｂｒｓ：上肢Ⅳ手指Ⅳ下肢Ⅴ．ＳＡＲＡ：２６/４０点，体幹・左上下肢優位に失調あるも軽減．
躯幹協調性検査：ｓｔａｇｅⅡ.体幹従重力活動が得られたことで上部体幹の同時性収縮，上下肢の過活動や企図振戦は減少された．体幹機能の賦活性により，起居動作では重心移動の円滑性が向上し座位での後方重心も抑制された．起立では前方重心移動に伴う動作の性急さも減少し，足底荷重量の増大を認めた．床反力を下肢から体幹へと伸展反応が連鎖しやすくなったことで左下肢の膝折れは抑制され，ステップ後の支持性が向上したことで移乗動作は軽介助へと改善が得られた．しかし立位での体幹や股関節の伸展活動は不十分であり後方重心，ステップ位置の疎らさは残存している．
【考察】体幹機能は外部環境との協調性や下肢伸展出力など様々な観点で重要な役割を担っている．適切な体性感覚入力は体幹機能の改善や移乗動作介助量軽減を図る上で欠かせない介入であると考える．

P-04

大腿骨骨折術後，直腸癌の合併により外科手術も受けた症例の自宅退院支援

矢野俊太郎，永見直明
医療法人社団幸隆会 多摩丘陵病院

Key words：家屋情報・多職種連携・長期臥床

【はじめに】大腿骨骨折術後，回復期リハビリテーション病棟（以下，回リハ病棟）に入院中に直腸癌が見つかり，外科手術も受けた症例を担当した．今回は，回リハ病棟再転棟後の自宅退院支援について，報告する．
【説明と同意】今回の発表に際してご本人とご家族に十分な説明を行い，書面にて同意を得た．
【症例紹介】80歳代女性．入院前は杖なし歩行にてADL自立．自宅は段差が多い構造．X日，転倒され，右上腕骨骨折と右大腿骨転子部骨折にて当院へ入院．髄内釘固定術施行後，X+29日に回リハ病棟へ転棟．X+35日，入院時訪問指導実施．X+39日より約1ヶ月半，感染症によりカーテン隔離，ベッドサイドリハ実施．その後，直腸癌が判明し外科へ転科．X+92日，直腸切除術を施行．X+106日，再度回リハ病棟へ転棟．在宅設定会議実施後，X+118日，動作確認及び環境設定目的で退院前訪問指導を行い，同日自宅退院．
【評価（X+106日）】起居・移乗動作見守り，トイレ動作見守りにて可能．前輪付歩行器歩行も見守りにて10m程可能だが，易疲労性強く，リハビリ以外はベッド臥床．FIMは35点．
【治療内容】X+112日の在宅設定会議に向けて，段差昇降・前輪付歩行器歩行・トイレ動作などを評価し，家屋情報から動線の確認及び手すり設置等をOTとも検討．看護師と排泄方法や薬剤についての情報交換．夫への介助指導等も行った．在宅設定会議では，退院後のサービスの決定や退院日に訪問指導を行うことを決定．
【結果】自宅内移動は前輪付歩行器歩行見守り，トイレ内移動及び動作は手すりを設置し自立．屋外は車椅子使用の設定で自宅退院．FIMは85点．
【考察】本症例は，回リハ病棟再転棟後12日目の自宅退院を目指した．回リハ病棟転棟後も体調不良の日も多くあったが，徐々に体調も戻り，無事に自宅退院を果たせた．家屋情報から必要な動線を考え，実際場面を想定し動作評価を行い，安全に動ける為の福祉用具選定をOTとも検討した．また，夜間を含めた生活状況も看護師と確認しながら在宅設定会議に臨み，福祉用具業者や介護支援専門員と，具体的内容を話し合うことが出来た．また，退院日とはなったが，実際場面でも動作確認を行う事で，ご本人の不安軽減にもつながったと考える．自宅環境やサービスを整える上では詳細な家屋情報の収集と院内外での多職種連携が特に重要であることを実感した．

P-05

廃用症候群を予防するためにＡＤＬと自己効力感に着目した症例

川越裕輝　　作業療法士
医療法人財団 暁 あきる台病院

Key words：自己効力感・自己認識・廃用症候群

【はじめに】
独居で自立した生活を送っていたが，転倒を繰り返したことで活動性が低下し，臥床傾向となった症例を担当する機会を得た．将来的な廃用症候群や閉じこもりを予防するために，身体機能訓練と併せて自己効力感への介入を行ったため報告する．
【説明と同意】当院倫理委員会の許可を得た上で，本症例とご家族に同意を得た．
【症例紹介】
基本情報：８０代　男性．独居．介護区分：要支援２→要介護４．現病歴：転倒を繰り返し，他院受診するも病変なく帰宅．しかし自宅生活困難にて当院へ入院．方向性：特別養護老人ホーム
【初期評価】
ＨＤＳ-Ｒ２５/３０点．動作能力は保たれているが，諦めが早い．介助に受け身的．下肢・胸腰部のＲＯＭ制限，下肢・体幹の筋力，バランス能力，歩行能力等の低下．ＦＩＭ８７/１２６点（運動項目：清拭，下衣更衣，移乗，歩行）．
【方法】
段階的に身体機能と動作能力を自己認識できる訓練を実施．それに伴い，成功体験，外発的動機付け，外在的フィードバックを行う．
【治療経過】
一期：身体機能の自己認識　①ＲＯＭ訓練②筋力強化訓練③座位訓練
二期：動作能力の自己認識　①～③＋④下衣更衣動作訓練⑤歩行訓練．内在的フィードバックが可能となる．動作能力は自立レベルに達するが，介助下では受け身的．
三期：動作の汎化　④，⑤＋実用化，習慣化を図る．介護職員と情報共有，動作時は見守り．
【最終評価】
ＨＤＳ-Ｒ22/30点．ＭｏＣＡ-Ｊ8/30点．動作能力の自己認識が可能となり，介助が得られる環境下やできない動作に対して，自発的に取り組む姿勢が見られるようになった．下肢・胸腰部のＲＯＭ拡大，下肢・体幹の筋力，バランス能力，歩行能力等の向上．ＦＩＭ97/126点（運動項目：清拭4→6，下衣更衣4→6，移乗5→6，歩行1→5）．
【考察】
初期評価の結果から，症例は実際の能力低下以上に自己効力感が低下しており，活動に回避的となっていた．そのため，介助に受け身的で能力以上の介助を要した．治療一期で身体機能，二期で動作能力の向上を段階的に自己認識できたことで，内在的フィードバックが可能となったと考える．中西は「失敗よりも成功の方略帰属を促すことで自己効力感の上昇が導かれる」と述べている．今回の介入において身体機能と併せて自己効力感が向上したことで，自発的に取り組む姿勢がみられるようになり，ＡＤＬ全体が向上したと考える．

P-06

当院における高等学校女子バスケットボール部へのサポート活動報告

◎間宮萩(PT),秦和文(PT),奥野美咲(PT),佐藤文雄(PT)
医療法人社団三秀会 羽村三慶病院 リハビリテーション科

Key words：青年期・スポーツ障害・障害予防

【はじめに】
近年，青年期のスポーツ場面に理学療法士が介入することは，個人の継続した競技参加によるQOL向上のみならず，成人期以降の障害予防の意識向上へ寄与すると考えられている．当院では，スポーツ障害への対応や障害予防を目的として，理学療法士による高等学校女子バスケットボール部へのサポート活動を行っている．今回，その活動を通して得た考察と課題について報告する．

【説明と同意】
本研究は対象者全員に十分な説明を行い，同意を得て報告した．

【取り組み内容】
平成30年9月から，当院所属の理学療法士4名が週1回の交代制で練習や試合に同行している．主に急性外傷の応急処置，外傷術後から競技復帰へのフォローアップ，慢性障害に対するケアとリコンディショニングを個別に行っている．対応中は即時的な症状緩和の処置に加え，個人の動作特徴を踏まえて症状発生の原因や身体状況の変化点，再発予防策を伝えている．対応後は顧問，コーチ，当院理学療法士とSNSを通して情報共有している．

【結果】
対応件数(延べ)は，平成30年9月から平成31年3月では，急性外傷の応急処置4件，外傷術後のフォローアップ3件，慢性障害2件，3ヵ月以内に発生した疼痛5件，コンディショニングの相談0件であった．平成31年4月から令和元年9月では，急性外傷の応急処置16件，外傷術後のフォローアップ2件，慢性障害4件，3ヵ月以内に発生した疼痛10件，コンディショニングの相談3件であった．

【考察】
平成31年4月から令和元年9月では，試合数が増加し選手個々の運動量も増加したため，急性外傷の応急処置，慢性障害，3ヵ月以内に発生した疼痛への対応件数が増加したと考えた．また，選手個人の動作特徴と再発予防策を意識付け，選手自身が症状の改善を実感したことで，スポーツ障害への早期対応と予防に対する関心が向上し，3ヵ月以内に発生した疼痛への対応とコンディショニングの相談件数が増加したと考えられた．

【今後の課題】
青年期のスポーツ障害は，学校生活や成人期以降の運動機能に影響を及ぼす可能性がある．今後は，競技特性や身体的・精神的な負荷量と障害発生との関係を分析し，予防的対応も充実させる必要があると考えた．また，スポーツ障害の予防の意識を広め，部全体でコンディショニングに取り組む教育的なサポートをしていくことが課題であると考えた．

P-07

運動中心半日型デイサービスを利用する軽度要介護認定者の入浴頻度と主観的健康感との関連

荒川裕樹[1)]，梶原文規[1)]　　1)理学療法士
1)株式会社ラピオン　ラピオンリハビリセンター

Key words：軽度要介護認定者・入浴頻度・主観的健康感

【はじめに】健康成人男女を対象に行った調査では，全身浴頻度の高い群は「緊張不安」「抑うつ・落込み」「疲労感」が有意に低く，主観的健康感が有意に高かったと報告されている（早坂,2012）．先行研究より，入浴頻度が高い人は主観的健康感が高いと仮説を立てた．主観的健康感で「健康ではない」と答えた人ほど死亡率が高いことが，世界中27ものコホート研究で確認されている（Idler,1997）．健康状態をポジティブに認知すれば健康を維持・回復しやすいといわれていることから，入浴頻度と主観的健康感に関連がないかを調査した．

【倫理的配慮】対象者にはヘルシンキ宣言に沿った研究である旨を説明し参加への同意を得た．

【対象および方法】対象は当施設の要支援1,2，要介護1,2認定者(軽度要介護認定者)からシャワー浴の人を除外した99名(82.02±7.56歳）とし，入浴状況と主観的健康感を聴取した．主観的健康感を「非常に健康」と「まあ健康な方」と答えた人を健康群，「あまり健康ではない」と「健康ではない」と答えた人を非健康群に分けた．入浴頻度を週6～7回群，週3～5回群，週1～2回群に分け，健康群の割合をフリードマン検定で群間比較した．統計ソフトはExcel2010を使用し，有意水準は5％とした．

【結果】入浴頻度は週6～7回が56％，入浴場所は自宅が95％，介助無しが86％，湯に浸かる時間は1～5分が55％，入浴が好きと答えた人は79％であった．主観的健康感は，厚生労働省が全世代を対象に行った調査で健康群が73％であったが（2014年），当施設では健康群が69％だった．入浴頻度と主観的健康感には有意差は見られなかった（週6～7回群と週3～5回群：p値0.23，週6～7回群と週1～2回群：p値0.99，週3～5回群と週1～2回群：p値0.34）．

【考察】早坂が健康成人を対象に調査した結果とは異なり，当施設軽度要介護認定者の入浴頻度と主観的健康感に有意差は見られなかったが，これは湯に浸かる時間の短さや，何らかの身体的問題を抱えていることが影響したと考えられる．当施設軽度要介護認定者の平均年齢を考慮すると主観的健康感は高かったが，これは好きな入浴を自宅で行い，身体を清潔にできているという生理的欲求達成感があることが考えられる．軽度要介護認定者は改善が難しい身体的問題を抱えているため，精神的な満足感を得ることは重要であり，入浴は心理的健康を高める生活習慣の1つと考えられる．

P-08

住民運営通いの場におけるリハビリテーション専門職の有用性について

◎小山航(PT)，佐藤文雄(PT)，中嶋一郎(PT)，吉岡孝徳(PT)，
寺島佑(PT)，金子梨花(PT)，諸橋杏(PT)，齋藤俊文(PT)
医療法人社団三秀会 羽村三慶病院 リハビリテーション科

Key words：介護予防・通いの場・健康増進

【はじめに・目的】
介護予防・日常生活支援総合事業での取り組みとして，住民運営通いの場(以下，通いの場)が重要視されている．各市町村での取り組みも強化され，その数は全国で9万1059カ所にのぼっている．当院でも病院の所在する羽村市から委託を受け，平成30年度より行政職員と協業して取り組みを開始し，通いの場の立ち上げに関わってきた．リハビリテーション専門職(以下，リハ職)として関わり，有用性を感じたことなどを含めて報告する．
【方法】
フレイル予防，認知症予防の内容を盛り込んだ資料を作成し，通いの場として提供可能な場所で住民説明会を実施した．興味を持ったグループに対して全12回の3ヶ月応援メニューを展開し，行政職員とリハ職でその後の活動をフォローした．リハ職は，体力健康チェックとしてロコモ25，Timed Up & Go Test(以下，TUG)，握力等の測定，体操の指導，質疑応答，3ヶ月応援メニューの終了後には結果のフィードバックを行った．フィードバックでは，初回と最終の体力健康チェックの結果を各検査項目のカットオフ値を含めて具体的に開示した．体操は群馬県鬼石町の「高齢者の暮らしを広げる10の筋トレ」を使用した．
【結果】
平成30年度は説明会を11会場にて13回実施し，10グループの通いの場を立ち上げることができた．その内3ヶ月応援メニューを終了した7グループ全てが現在も活動を継続している．体力健康チェックを初回・最終とも測定できた67名の結果では，ロコモ25の平均値は11.0点から8.2点に，TUGの平均値は7.4秒から6.7秒へ変化を認めた．また，関わりの中で効果的な体操の方法や参加者の持っている疾患や疼痛に関する質問が多く聞かれた．
【考察】
山田らは，通いの場は個別リハビリテーションとは異なり，短期的な効果が得られにくいものの，中長期的には介護予防効果が認められると報告している．今回，通いの場の活動を継続できている要因として，参加者に明確なフィードバックをしたことで効果を実感し，モチベーションの維持に繋がったと考えられた．次に，効果的な体操の方法，疾患や疼痛等に関する質問に対して医学的知識を元に応答したことで安心感を与えられたことが考えられた．リハ職が通いの場へ定期的に関与することが，さらなる通いの場の普及，地域住民の健康増進の啓発に有用であると考えられた．
【倫理的配慮】
　本研究は倫理的配慮のもと後方視的に調査を行い，個人情報の管理には十分に配慮した．

P-09

膝痛改善後も跛行が残存した症例に倒立振子モデルに基づく運動学習が図れた経験　～Honda歩行アシストの利用～

◎石橋眞,青木忍,射手園慶人,永見直明
医療法人社団幸隆会 多摩丘陵病院

Key words：Honda歩行アシスト・倒立振子モデル・運動学習

【はじめに】
Honda歩行アシスト(以下,歩行アシスト)は装着型歩行補助装置で，股関節屈伸アシストトルクの発生機能をもつ．今回，歩行アシストでの介入にて倒立振子モデルに基づいた運動学習が図れた症例について報告する．
【説明と同意】
発表に際して対象者及び家族に説明し書面にて同意を得た．
【症例紹介・経過】
80代女性．病前は屋内外杖なし歩行にてADL・IADL自立．既往歴に両側膝OA（時折右膝痛）．X日，転倒し右大腿骨転子部骨折の診断にて当院へ入院．X＋5日，ORIF術施行．X＋28日，回復期リハビリテーション病棟転棟．術後は運動量増加に伴い右膝痛があった．下肢筋力向上・ROM拡大に伴い，膝痛消失したが，跛行が残存した．X＋98日，病棟内杖歩行自立．
【理学療法評価（X＋95日）】
ROM-T(R/L):股関節屈曲110/120・伸展15/20，膝関節伸展-10/-10．MMT：股関節屈曲(R/L)4/4・伸展3/4，膝関節伸展4/5．立位姿勢:軽度円背，右膝関節内反屈曲位，右距骨下関節回外位．歩行自立度:棟内歩行器歩行自立．歩容:右立脚初期にて体幹前傾し，対側の左股関節伸展運動が減少．右遊脚後期での右股関節屈曲運動の減少があった．そのため，歩行アシストを右股関節伸展と左股関節屈曲を中心に補助するように設定すると，即時効果として右立脚初期での体幹前傾の減少見られた．10m歩行:18.3秒(30歩)．TUG:18.6秒．
【治療内容】
通常の理学療法訓練に加え，X+103日から上記の設定のまま，歩行アシストでの歩行練習を5日間×20分/日を実施した．
【結果（X＋108日）】
ROM-T，MMT，立位姿勢，歩行自立度に著変なし．歩容:右立脚初期での体幹前傾の減少，その際，対側の左股関節伸展運動が増加．右遊脚後期での右股関節屈曲運動の増加．症例から，「脚が出しやすくなった，体が真っ直ぐした」との発言があった．10m歩行:14.0秒(25歩)．TUG:15.8秒．X＋113日，自宅内杖なし歩行自立，屋外シルバーカー歩行自立で自宅退院．
【考察】
歩行アシストを使用すると歩容に即時的な効果が得られた．症例は，右膝痛の逃避として右立脚初期で体幹屈曲により右立脚初期以降の右股関節伸展速度を軽減させるという誤学習していたと考えた．そこで歩行アシストの利用により，倒立振子モデルに基づいた歩行パターンを繰り返し行うことで，新たな歩行パターンでの運動学習が行えたと考える．歩行の誤学習の修正のために，徒手的な誘導によるステップ練習等だけでなく，歩行アシストでの介入は有効であることを学んだ．

学会組織図

顧問
中澤 幹夫
多摩丘陵病院

学会長
工藤 弘之
大久野病院

準備委員長
鈴木 奨
あい フィットネスサロンさくら

学術局

局長
柴崎　大介
あきる台病院

講演部部長
大山 善久
青梅三慶病院

講演部員
宮地 司
東京医療学院大学

演題部部長
齋藤 隆哉
東京医科大学
八王子医療センター

演題部員
秦 和文
羽村三慶病院

演題部員
河野 博之
大久野病院

演題部員
関谷 貴広
青梅三慶病院

運営局

局長
佐藤 譲司
多摩リハビリテーション学院
専門学校

運営部員
増田 智子
デンマークイン若葉台

運営部員
成塚 修一
多摩リハビリテーション学院
専門学校

運営部員
岩井 琢也
多摩リハビリテーション学院
専門学校

運営部員
鈴木　恒
多摩リハビリテーション学院
専門学校

運営部員
西井 琢馬
多摩リハビリテーション学院
専門学校

事務局

局長
瀧原　暁
多摩丘陵病院

会計部部長
森　梨沙
多摩丘陵病院

会計部員
小林 健一
康明ホームケアクリニック

総務部部長
山中 裕司
平川病院

総務部員
永見 直明
多摩丘陵病院

総務部員
濱田 賢二
平川病院

総務部員
井出　大
南多摩病院

総務部員
浅野 雄太
多摩丘陵病院

総務部員
渡邉　耕介
多摩丘陵病院