



一般社団法人

大阪府理学療法士会生涯学習センター

第1回

東支部 新人症例発表大会 抄録集

開催日：2020年2月2日（日）

会場：阪奈中央リハビリテーション専門学校

主催：大阪府理学療法士会生涯学習センター

主幹士会：枚方市理学療法士会

第1回 東支部 新人症例発表大会プログラム

○第1会場 第1セッション (運動器系)

座長：阪奈中央リハビリテーション専門学校 田中 貴広

会場責任者：東大阪山路病院 米元 佑太

1. 膝蓋骨脱臼に伴い内側膝蓋大腿靭帯断裂を呈した一症例

羽曳野市理学療法士会 佐野葵 城山病院

2. 第一腰椎圧迫骨折受傷後、長期臥床により歩行能力が低下した一症例
～屋内独歩、伝い歩きを目指して～

大東市理学療法士会 村山美月 わかくさ竜間リハビリテーション病院

3. 右大腿骨頸部骨折患者の屋内歩行獲得に向けて
～体幹アライメントに着目して～

寝屋川市理学療法士会 永井晴生 藤本病院

4. 大腿骨転子部骨折症例に対する介入経験
～前方への重心移動に着目して～

門真市理学療法士会 松崎絢子 摂南総合病院

5. 太極拳における左片脚立位が困難であった左変形性股関節術後の一症例

枚方市理学療法士会 岡本峻平 関西医科大学くずは病院

○第1会場 第2セッション (運動器系)

座長：喜馬病院 高濱 祐也

会場責任者：佐藤病院 伊藤 篤

1. 歩行獲得に難渋した右大腿骨転子部骨折の一症例
～アルツハイマー型認知症を考慮して～

大東市理学療法士会 山田拓弥 わかくさ竜間リハビリテーション病院

2. 左脛腓骨遠位端骨折を受傷し保存療法にて良好な結果を得た症例

羽曳野市理学療法士会 川上沙己 城山病院

3. 左大腿骨転子部骨折を受傷した症例
～独歩獲得を目標に筋活動、運動学習に着目して～

寝屋川市理学療法士会 児玉優斗 上山病院

4. 大腿骨転子部骨折後に跛行を呈した症例
～疼痛とアライメントに着目して～

門真市理学療法士会 山下泰輝 摂南総合病院

○第2会場 第1セッション (運動器系)

座長：牧リハビリテーション病院 大野 博幹

会場責任者：牧リハビリテーション病院 横江 美里

1. 交通外傷により左大腿骨骨幹部骨折、右橈骨遠位端骨折を呈した症例の歩行獲得までのプロセス

大東市理学療法士会 山口大悟 わかくさ竜間リハビリテーション病院

2. 人工膝関節全置換術後に術側荷重支持困難が遷延し、杖歩行獲得に難渋した症例
～術前後の X 線所見に基づく joint line の変化に着目した治療及び考察～

守口市理学療法士会 池治拓也 関西医科大学総合医療センター

3. 左 UKA 術後患者に対し、疼痛管理、生活習慣への患者指導を行い成果が得られた一症例

八尾・柏原市理学療法士会 小阪葵 八尾徳洲会総合病院

4. 疼痛・しびれを主とした梨状筋症候群の改善に難渋した症例
～運動療法にて見られた変化～ ～運動療法にてみられた変化～

枚方市理学療法士会 山岸昌平 中村病院

5. 回リハ病棟退院後に転倒し再入院となった坐骨骨折症例
～立位アライメントを考慮した介入～

大東市理学療法士会 柏木晴妃 わかくさ竜間リハビリテーション病院

○第2会場 第2セッション (運動器系)

座長：関西医科大学総合医療センター 和田健吾

会場責任者：藤本病院 吉川 友晴

1. 筋電図評価を用いた運動療法プログラムの再考が有用であった左人工膝関節置換術後の一症例

枚方市理学療法士会 藤岡晴香 関西医科大学くずは病院

2. 第1腰椎圧迫骨折を呈し在宅復帰に至った症例
～心疾患を考慮した介入～

大東市理学療法士会 長谷川万莉 わかくさ竜間リハビリテーション病院

3. 廃用症候群により歩行能力が低下した症例
～趣味活動の再獲得を目指して～

寝屋川市理学療法士会 木下智史 介護老人保健施設ハーモニー

4. 左大腿骨頸部骨折を受傷した恐怖心の強い症例
～Tilt Table を使用して～

枚方市理学療法士会 浜田 直樹 佐藤病院

5. 人工骨頭置換術後に跛行を呈した症例への介入経験
～立脚期における股関節伸展運動に着目して～

門真市理学療法士会 鹿間萌 摂南総合病院

○第3会場 第1セッション (運動器系)

座長：介護老人保健施設美樟苑 下村 浩司

会場責任者：佐藤病院 谷尾 和軌

1. 階段昇降動作が困難であった左膝蓋骨骨折術後患者の一例

守口市理学療法士会 若林菜月 守口生野記念病院

2. 左人工膝関節全置換術術後の左膝関節屈曲可動域の改善に難渋した症例

大東市理学療法士会 中村隆輝 野崎徳洲会病院

3. 自宅退院に向けて、多職種協働で歩行獲得を目指した左脛骨近位端骨折の症例

八尾・柏原市理学療法士会 山本成美 八尾はあとふる病院

4. 左大腿骨転子部骨折及び直腸癌の同日術後、身体機能向上に難渋した症例

大東市理学療法士会 尾形咲季 わかくさ竜間リハビリテーション病院

○第3会場 第2セッション (運動器系)

座長：医療法人はあとふる 運動器ケア しまだ病院 岡田 直之

会場責任者：介護老人保健施設あおぞら 井門 文哉

1. 大腿骨転子部骨折受傷後完全免荷から全荷重が難渋した症例

～移乗訓練に着目して～

寝屋川市理学療法士会 小野莉奈 藤本病院

2. 歩行時右側方への体幹の傾きが見られた右人工骨頭全置換術術後の一症例

守口市理学療法士会 森本神楽 守口生野記念病院

3. 右大腿骨人工骨頭置換術後、閉じこもり傾向となった一症例

～社会参加を目指して～

枚方市理学療法士会 永田大理 関西医科大学くずは病院

4. 住環境設定に着目した第三腰椎圧迫骨折を呈した一症例

～生活動作改善に向けての取り組み～

枚方市理学療法士会 松尾 士 中村病院

○第4会場 第1セッション (神経系)

座長：星ヶ丘医療センター 川村 知史

会場責任者：城山病院 高見 武志

1. 右内頸動脈閉塞により重度左片麻痺を呈した一症例

～車椅子座位姿勢に着目して～

大東市理学療法士会 前川奈穂 わかくさ竜間リハビリテーション病院

2. 両側反張膝を呈した頸椎症性脊髄症に対して、左右別の装具療法にて歩行器歩行を獲得した一例

四條畷市理学療法士会 山田智徳 暁生会脳神経外科病院

3. 右橋出血により重度運動失調を呈した一症例

羽曳野市理学療法士会 嶋貫 翔太 城山病院

4. 食事動作での左麻痺側手の把持動作低下を認めた症例

～自主訓練の重要性と具体的に問題点を共有して～

枚方市理学療法士会 藤井敬汰 介護老人保健施設美杉

5. 内包梗塞により左片麻痺を呈した症例

～4点杖歩行の安定性向上に着目して～

寝屋川市理学療法士会 斉藤彩夏 上山病院

○第4会場 第2セッション (神経系)

座長：わかくさ竜間リハビリテーション病院 玉村 悠介

会場責任者：わかくさ竜間リハビリテーション病院 桑原 朋之

1. くも膜下出血後の意識障害に対して積極的な離床が有効であった1症例

羽曳野市理学療法士会 宮城大樹 城山病院

2. 外来リハにてパーキンソン病患者に対し歩行能力向上を目指した症例

～職場までの実用的な歩行獲得に向けて～

枚方市理学療法士会 栃木碧奈 中村病院

3. 左半身の認識の悪さが歩行に影響を及ぼした症例

四條畷市理学療法士会 柿原麻耶 暁生会脳神経外科病院

4. 転移性頸髄腫瘍摘出術後に下肢運動失調を呈した一症例

～視覚代償による押し車歩行の安定性向上へ～

大東市理学療法士会 清水智哉 野崎徳洲会病院

5. 左放線冠梗塞を発症した脊柱側弯を呈する症例を担当して

～屋内独歩自立での早期退院を目指して～

大東市理学療法士会 米谷正樹 わかくさ竜間リハビリテーション病院

○第5会場 第1セッション (神経系)

座長：佐藤病院 小西 弘晃

会場責任者：佐藤病院 福原 雅幸

1. 屋外の社会参加に向けて検討した一症例
～右立脚初期～荷重応答期に着目して～

寝屋川市理学療法士会 山副真輝 上山病院

2. 起立性低血圧により離床に難渋した不全頸髄損傷症例
～リクライニング車いすでの食事摂取を目指して～

東大阪市理学療法士会 長谷川裕樹 石切生喜病院

3. 左被殻出血を呈した症例
～立位姿勢の安定性の向上を目指して～

大東市理学療法士会 原田拓弥 わかくさ竜間リハビリテーション病院

4. 機械的血栓回収術後、座位保持の獲得を目標とした急性期心原性脳塞栓症の一症例

守口市理学療法士会 伊田亜希良 守口生野記念病院

5. 出血性脳梗塞による左片麻痺を呈した一症例
～Pusher 症候群を伴った立ち上がり・移乗動作に着目して～

四條畷市理学療法士会 比嘉恒太 暁生会脳神経外科病院

○第5会場 第2セッション (神経系)

座長：守口生野記念病院 佐々木 篤士

会場責任者：佐藤病院 上村 俊秀

1. 橋梗塞後患者の立脚期不安定性に対する介入

東大阪市理学療法士会 塩中裕介 東大阪山路病院

2. 右ラクナ梗塞により股関節・膝関節不安定性を認め、後方へのふらつきを呈した一症例

門真市理学療法士会 森 真哉 牧リハビリテーション病院

3. 左視床出血を発症し、重度感覚障害を呈した症例
～歩行の安定性向上を目指して～

大東市理学療法士会 福永泰士 わかくさ竜間リハビリテーション病院

4. 右ラクナ梗塞を呈し、職業復帰を目指した一症例
～歩行の安定性向上を目指して～

寝屋川市理学療法士会 山田和真 藤本病院

○第6会場 第1セッション (神経系)

座長：わかくさ竜間リハビリテーション病院 酒井雄太

会場責任者：佐藤病院 藤井 寛史

1. 左足部のクローズスを伴う歩行障害を呈した片麻痺患者一症例

～歩行自立度に着目して～

枚方市理学療法士会 清水 凱斗 JCHO 星ヶ丘医療センター

2. くも膜下出血後に水頭症を呈し、治療介入に難渋した症例

～高次脳機能障害に配慮して～

大東市理学療法士会 高田栄治 わかくさ竜間リハビリテーション病院

3. 右レンズ核梗塞後にバランス能力が低下した両側膝 OA 症例に対する運動療法の経験

東大阪市理学療法士会 横本晃之 東大阪山路病院

4. 下肢筋萎縮を伴う深部感覚障害を呈した失調性歩行に対し免荷式歩行器を使用した一例

枚方市理学療法士会 琴浦 穂 関西医科大学くずは病院

5. 下肢装具を用いたトレーニングにより歩行能力が改善した症例

八尾・柏原市理学療法士会 佐伯 慶勝 八尾はあとふる病院

○第6会場 第2セッション (神経系・内部障害)

座長：関西福祉科学大学 有末 伊織

会場責任者：高村病院 仲上 愉孝

1. 脳梗塞片麻痺患者の体幹機能改善に着目した一例

寝屋川市理学療法士会 米田奈央 上山病院

2. 左側頭葉から後頭葉にかけての出血を呈された症例

～パーキンソニズムに着目して～

大東市理学療法士会 石井大貴 わかくさ竜間リハビリテーション病院

3. 左脳梗塞後に右側障害物への頻回な衝突を繰り返した一症例

～視覚的な教示方法を用いた介入～

門真市理学療法士会 磯江健太 摂南総合病院

4. 誤嚥性肺炎後に廃用を呈し、Parkinson 病を診断された症例

～体幹機能に着目した介入～

大東市理学療法士会 宮下千佳 わかくさ竜間リハビリテーション病院

5. 動作種目間で酸素化に差異がみられた間質性肺炎の一症例

～運動耐容能低下の要因に着目して～

寝屋川市理学療法士会 福島惇志 関西医科大学香里病院

○第7会場 第1セッション (内部障害)

座長：大阪府結核予防会大阪病院 小谷 将太

会場責任者：藤本病院 杉本 泰彦

1. 特性が大きく異なる COPD 患者 2 症例の呼吸リハビリテーションの経過
～身体活動量に着目して～

寝屋川市理学療法士会 大庭潤平 一般財団法人 大阪府結核予防会 大阪病院

2. 慢性腎臓病患者の自宅復帰について

寝屋川市理学療法士会 手打 直 介護老人保健施設ハーモニー

3. 熱中症後廃用症候群を呈し、独歩の再獲得を目指した症例
～体幹機能に着目して～

大東市理学療法士会 大橋飛翔 わかくさ竜間リハビリテーション病院

4. 早期運動療法が困難であった, 完全胸腔鏡下右肺部分切除術を施行した一症例

東大阪市理学療法士会 井川敦志 石切生喜病院

5. 栄養科と連携した介入が有用であった高度低栄養を伴う気管支拡張症の 1 症例

枚方市理学療法士会 仲野 生花 KKR 枚方公済病院

1-1-1

膝蓋骨脱臼に伴い内側膝蓋大腿靭帯断裂を呈した一症例

○佐野葵, 高見武志, 藤川薫

医療法人春秋会 城山病院 リハビリテーション科

Key words : 膝蓋骨脱臼, 内側膝蓋大腿靭帯, knee-in

【目的】膝蓋骨脱臼により内側膝蓋大腿靭帯断裂を呈した症例に対し, スポーツ復帰を目標として理学療法を行い, 動作に改善を認めたため報告する。

【症例紹介】30歳代女性. 工作中に足を滑らせて転倒し, 膝蓋骨脱臼・内側膝蓋大腿靭帯(MPFL)断裂を受傷. 約1ヶ月後にMPFL縫合術を施行. 術前より理学療法介入し, Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score(以下KOOS)はTotal 24.4であった。

【評価と問題点】術後1ヶ月は関節可動域(ROM)練習中心に実施. 術後約2ヶ月よりランニングやスポーツ動作が許可され, 動作練習を開始した. その際, ROMは右膝関節屈曲130°伸展0°, 徒手筋力検査法(MMT)は右膝関節伸展2, 屈曲4, 右足関節底屈3, extension Lagや触診から, 内側広筋機能不全を認めた. 膝外反動揺性テストでは右側屈曲30°で陽性であった. 右片脚立位評価では右膝関節屈曲での保持は右膝関節が内側への動揺を認め保持困難であった. 起立やキック動作など共通してknee-inの特徴が見られた. KOOSは術後2ヶ月でTotal 60.7であった. 以上から膝関節周囲の筋力低下が主な問題によるKnee-inが問題として治療介入を行った。

【治療介入】主に大腿四頭筋, ハムストリングス, 下腿三頭筋などの筋力増強, 徒手やテーピングにてknee-inを制動して右片脚でのジャンプ動作・キック動作など動作練習を繰り返す中での筋力増強を図った。

【結果】術後3ヶ月でMMT右膝関節伸展4, 屈曲5と筋力の向上認め, ジャンプなどの荷重位でのknee-inは減少し, 外反膝の不安定性は軽減を認めた. KOOSはTotal 75.6と改善した。

【考察】大腿四頭筋とハムストリングスが協調的に活動し, 同時収縮にて膝関節の安定化のための役割があると言われている. 本症例は内側広筋の機能不全を認めていた. それに伴い大腿四頭筋とハムストリングが協調的な活動ができない事が原因となり動作時にKnee-inが生じていたと考える. 動作練習を繰り返し行い, 筋の協調性を図ったことで動作時のKnee-in改善に至ったと考えられる。

患者には本発表について説明のうえ同意を得た。

1-1-2

第一腰椎圧迫骨折受傷後, 長期臥床により歩行能力が低下した一症例 ～屋内独歩・伝い歩きを目指して～

○村山美月, 阪本はるか, 桑原朋之, 吉川創

わかくさ竜間リハビリテーション病院

Key words : 長期臥床, 筋力低下, 歩行能力

【目的】第一腰椎圧迫骨折により長期臥床を呈した症例に対して, 筋力増強や持久力向上を目的とし, 全身状態に合わせて負荷量調整した結果, 屋内独歩・伝い歩き自立レベルに至ったため報告する。

【症例紹介】発表に同意を得た60代女性, 身長161cm, 体重39.9kg, BMI15.4kg/m². 自宅で転倒し, その後腰痛があり寝たきり状態. 受傷45病日に下血認め, 48病日に緊急搬送. 68病日に当院転院. 既往歴は糖尿病. 患者には本発表について説明のうえ同意を得た。

【評価と問題点】71病日, ROM(°)(右/左)は体幹屈曲20・股関節伸展0/5. MMT(右/左)は腹直筋2, 大殿筋・中殿筋・大腿四頭筋3/3. 起居～移乗・歩行の際に腰痛(NRS5). 動作時の筋収縮のタイミングと協調性が不十分で, 両大腿筋膜張筋・大腿直筋・ハムストリングス・下腿三頭筋が過緊張. 表在感覚は両足底重度鈍麻. 独歩は両腋窩後方介助にて約5mで筋疲労の訴え出現. また恐怖心により両上下肢の過剰努力を認めた. 両下肢の過緊張, 関節可動域制限の影響から, 体幹・両下肢の筋力・筋持久力低下が生じ, 歩行能力が低下したと考える。

【治療介入】スタティックストレッチや関節可動域運動を実施. 筋力増強運動では低負荷高頻度で行い, 筋力向上後は抗重力位での運動を実施. 歩行練習では段階的に実施. 筋持久力運動ではエルゴメーターを実施。

【結果】153病日, ROMは体幹屈曲35・股関節伸展5/10. MMTは腹直筋3, 大殿筋3/4, 中殿筋・大腿四頭筋4/4. 疼痛は消失. 両大腿筋膜張筋・下腿三頭筋の過緊張が残存, 表在感覚は両足底に重度鈍麻が残存したが, 独歩は両上下肢の過剰努力が消失し約90m自立可能。

【考察】ストレッチや関節可動域運動を行うことで筋の柔軟性向上や可動域が拡大し, 筋張力が向上し筋収縮力も向上した. そこから, 全身状態に合わせて負荷量を調整し, 筋力増強運動を行うことで筋力増強が図れたと考える. 初期は歩行に対する恐怖心を認めたが, 筋力向上や歩行に慣れること, 成功体験を重ねることで恐怖心が軽減し, 独歩・伝い歩きを獲得出来たと考える。

1-1-3

右大腿骨頸部骨折患者の屋内歩行獲得に向けて
～体幹アライメントに着目して～

○永井晴生, 住田悟
医療法人一祐会 藤本病院

Key words : 右大腿骨頸部骨折, 歩行, 体幹アライメント

【目的】体幹アライメントに変形のある右大腿骨頸部骨折症例に対し, 下肢への介入のみでは難渋したが, 体幹への介入により, 屋内歩行獲得に至ったため報告する。

【症例紹介】80歳代女性で, 屋外歩行中に転倒し, 右大腿骨頸部骨折を受傷。術前8日前より理学療法開始, 術後1日目より再開となった。

【評価と問題点】術後7日目でMMTは体幹屈曲2, 右回旋2, 左回旋3, 右股関節外転1, 10m歩行テスト63.0秒, TUG81.6秒であった。座位は円背, 頸椎伸展位, 胸椎右凸腰椎左凸の側弯, 骨盤後傾・左下制・右回旋位であった。歩行器歩行は右立脚期に体幹前傾し右股関節内転が乏しく, 屈曲・内旋を大きく認めた。また骨盤左偏移しており, 左股関節が過度に内転位であった。介入初期, 右MSにおける右股関節外転筋力が不十分である事に着目したが, 改善を認めなかった。そのため体幹の固定不足による下肢筋発揮低下が原因と考え, 体幹筋の筋発揮に対して介入した。

【治療介入】体幹と股関節外転の筋力増強訓練, 上肢側方リーチ訓練, 荷重訓練, 歩行訓練を実施した。上肢側方リーチ訓練は, 座位にて賦活を認めた後に立位でも同様に行った。経過にて歩容は右立脚期の体幹前傾, 右股関節屈曲・内旋の軽減, 十分な内転を認めた。

【結果】術後43日目でMMTは体幹屈曲3, 回旋は左右とも4, 右股関節外転2, 10m歩行テスト20.8秒, TUG22.3秒となった。座位, 立位姿勢は改善し, 側弯軽減, 骨盤前傾を認めた。杖歩行は自立し, 屋内歩行獲得となった。

【考察】体幹筋は下肢の筋発揮をしやすいように体幹を固定する。本症例は体幹アライメントの変形による体幹の固定不足で下肢筋発揮が乏しくなったと考えた。介入によって体幹筋(多裂筋, 腹斜筋群)の賦活により, 歩行時の下肢筋力の増大が得られたと考える。そのため, 右MSにおける安全性向上を認め, 速度・歩幅の改善が得られた事から10m歩行テストが屋内歩行獲得に必要なカットオフ値(24秒)を下回るまで向上したと考える。

患者には本発表について説明のうえ同意を得た。

1-1-4

大腿骨転子部骨折症例に対する介入経験
～前方への重心移動に着目して～

○松崎絢子, 浅井朱里, 矢野恵夢, 奥埜博之
摂南総合病院

Key words : 大腿骨転子部骨折, 骨盤右回旋, 身体認識

【目的】右大腿骨転子部骨折後に身体機能の改善が得られたものの, 歩行時の不安定性が残存した症例を経験した。そこで骨盤帯の身体認識に着目した介入を行い, 良好な結果を得たので報告する。

【症例紹介】本発表に同意を得た50代女性。右大腿骨転子部骨折受傷後, 骨接合術を施行し, 術後7週から物的支持なしでの歩行訓練を開始した。

【評価と問題点】ROMは右股関節屈曲135° 伸展5°, MMTは股関節伸展4, 外転4, 膝関節伸展5であった。歩行時に右IswからICにかけて骨盤右回旋し, 股関節外転方向への振り出しであった。それに伴い, 右ICでの踵接地位置が不規則となり, 立脚期への移行の際に体幹が右側へ動揺し不安定となっていた。さらに, Mstへと移行する際, 股関節伸展運動が不十分となり, 前方への重心移動が困難であった。水平面上では骨盤右回旋位を中間位と認識していた。BBS43点, 10m歩行は12.3秒, 27歩であった。

【治療介入】右IswからICにおける骨盤右回旋に対する身体認識の改善を図るため, 骨盤帯に対する介入を行った。背臥位で左右の殿部に厚さの異なる板を設置し, 骨盤帯の位置関係について識別を行う介入を5日間実施した。

【結果】介入前は骨盤10°右回旋位を中間位と認識していたが, 介入後は0°を中間位と認識できた。それに伴い, 右IswからICでの骨盤右回旋が減少し, 骨盤帯中間位で振り出しが可能となった。さらに, 踵接地位置が定まるようになることで右側への不安定性が消失し, 股関節伸展運動に伴い重心の前方移動が可能となった。BBS50点, 10m歩行は10.4秒, 21歩となった。

【考察】本症例の歩行時の不安定性には身体認識の誤認が影響しており, 骨盤右回旋位を中間位と認識していたことが一因であると考えた。大腿骨骨折後に跛行に伴う骨盤の運動の非対称性を呈する症例は多い。そのような症例に対して, 筋力や可動域の改善だけではなく, 骨盤帯の身体認識に着目した評価と介入が重要である可能性が示唆された。

1-1-5

太極拳における左片脚立位が困難であった
左変形性股関節術後の一症例

○岡本峻平, 村岡秀映, 森井裕太
関西医科大学くずは病院 リハビリテーション科

Key words : 変形性股関節症, 片脚立位, 股関節外転筋力

【目的】太極拳における左片脚立位が困難であった症例を担当した. 股関節回旋肢位に着目した運動療法により, 良好な結果が得られたため, 考察を加えて報告する.

【症例紹介】症例は70歳代女性で, 左変形性股関節症に対して, Hardinge 法による人工股関節全置換術を施行. 術後34日目より外来での理学療法開始. 術後2ヶ月間は積極的な外転筋力強化は禁忌であった. また症例は太極拳の指導者であり, 左片脚立位で演舞する必要があった. 主訴は太極拳の指導に戻りたいであり, Need を左片脚立位の安定性向上とした. なお, 発表に際し症例に説明のうえ同意を得た.

【評価と問題点】術後34日目, MMT は左股関節外転・内旋が2, 外旋は3であった. その他, ROMや疼痛など著明な問題を認めなかった. 演舞の姿勢である左片脚立位での右下肢前方リーチ(以下, 左片脚リーチ課題)では, 左股関節内転・外旋に伴う骨盤右下制・右回旋が生じた.

【治療介入】術後60日目までは軽負荷での股関節外転筋力強化練習を実施した. 術後60日以降における抗重力位での股関節外転筋力強化練習では, 股関節外旋が増大するため, 股関節内外旋中間位に保持させ実施した. また立位での左股関節外転・内旋の遠心性収縮を促すようにセラバンドを用いて抵抗運動を実施した.

【結果】術後69日の左片脚リーチ課題では左股関節内転・外旋に伴う骨盤右下制・右回旋が軽減し, MMT は左股関節外転3, 内旋2, 外旋3であった.

【考察】今回, 股関節外転筋力強化練習における股関節回旋角度に着目したことで, 左片脚立位時に生じていた骨盤右下制・右回旋が軽減した. 今後, 演舞に復帰するためには更なる筋力強化と片脚立位動作の安定性向上が必要と考える.

1-2-1

歩行獲得に難渋した右大腿骨転子部骨折の一症例
～アルツハイマー型認知症を考慮して～

○山田拓弥, 増永拓朗, 玉村悠介
わかさ竜間リハビリテーション病院

Key words: 右大腿骨転子部骨折, アルツハイマー型認知症, 歩行

【目的】右大腿骨転子部骨折により歩行困難となったアルツハイマー型認知症(以下 AD)を合併する症例を経験した. 認知機能を考慮し, 伝い歩き見守りに至ったため報告する.

【症例紹介】83歳. 女性. 自宅で転倒し右大腿骨転子部骨折受傷(保存療法). 既往歴に末期のAD. 病前ADLは2年前から臥床傾向. 夫の見守り下で伝い歩きは可能だった.

【評価と問題点】第54病日, JCS I -3, HDSR 精査困難, ROMtest(右/左): 股関節伸展-15/-10, 外転 0/5, 膝伸展-25/-25, 粗大下肢筋力(右/左): 3/4, 立位軽介助: 体幹屈曲位, 骨盤左回旋, 右下制, 両股関節内転, 内旋位, 両膝屈曲位(右>左). 伝い歩き中等度介助: 歩幅は小さく, 右LR`MSに股関節内旋, 屈曲に伴い骨盤右回旋・後傾, 体幹軽度屈曲が生じる. BI:15点, FIM:24.

【治療介入】股関節の関節可動域運動, 動作練習中心に実施. 筋力増強は指示理解困難により個別の運動が実施困難だったため, 動作を通じて右大殿筋, 右中殿筋の筋力向上を図るべく, 起立着座練習, 階段昇降練習, 片脚立位, 歩行練習を反復して実施した. その際, 認知機能を考慮し, 単語やジェスチャーで指示入力をする工夫をした.

【結果】第81病日, JCS I -2, 簡単な従命動作は可能となった. ROMtest(右/左)股関節伸展-10/-5, 外転 5/10, 膝伸展-25/-20, 粗大下肢筋力:(右/左)3+/4. 伝い歩き見守り: 右LR`MSに股関節内旋, 屈曲に伴う骨盤右回旋・後傾が軽減した. 伝い歩き 15m, 独歩 5m見守りとなった. BI:50点, FIM:40点.

【考察】認知機能を考慮し, ジェスチャーや模倣にて立位・歩行動作の反復を行ったことで右大殿筋・中殿筋の筋力増強が図れ, 物的介助のある環境下であれば歩行動作の安定性・安全性向上が得られたと考えた. しかし, 関節可動域制限の残存, 粗大筋力の著明な改善は認められず, 認知機能が低下した症例に対する効果的な介入手段の検討が課題である.

なお, 患者には本発表について説明のうえ同意を得た.

1-2-2

左脛腓骨遠位端骨折を受傷し、保存療法にて良好な結果を得た症例

○川上沙己, 高見武志, 藤川薫

医療法人春秋会 城山病院 リハビリテーション科

Key words : 左脛腓骨遠位端骨折, 保存療法, 精神疾患

【目的】左脛腓骨遠位端骨折を受傷し、保存療法となった症例に対し自主練習を工夫し、良好な結果を得たため報告する。

【症例紹介】49歳の女性。階段で転倒し、左脛腓骨遠位端骨折を受傷。関節内骨折であり手術療法を勧められるが、本人希望により保存療法にて経過。受傷後の理学療法の介入はなく、16週間の外固定後から理学療法を開始した。安静度は左下肢1/2荷重から開始し、受傷後18週後より左下肢全荷重となった。仕事は飲食業であり、既往歴にうつ病・パニック障害があった。

【評価と問題点】開始時、関節可動域(ROM)は左足関節背屈5°底屈30°、徒手筋力検査(MMT)は背屈3、底屈2。動作レベルは両松葉杖1/2荷重歩行にて監視であった。また背屈ROM時、左荷重時に左足関節前面・踵部に疼痛を認めた。荷重に対する不安の訴え強く、日常生活での活動量が低下し、できるADLとしているADLの乖離があった。

【治療介入】疼痛・ROM制限・筋力低下の改善を目的に足関節ROM・Kager's fad pad・下腿三頭筋のストレッチ・足趾筋力トレーニング、基本動作の再獲得を目標に荷重練習・歩行練習を実施した。また精神疾患を考慮してコミュニケーションを多くとり、活動量が増加するよう立位で出来る家事動作から行うよう自主練習を指導した。

【結果】受傷後34週で疼痛は消失しROMは足関節背屈20°底屈45°MMTは足関節背屈5底屈4+と改善を認めた。基本動作は全て自立し、精神面も落ち着いたため職場復帰も可能となった。

【考察】本症例は手術適応も、本人の希望により保存療法となった。精神疾患から荷重に対する不安が強かったが、積極的に会話をして不安を傾聴しながら自主練習を伝えた結果、ROM筋力が改善し、屋内での活動量が増加したため基本動作は自立となった。それにより自信が付き屋外の活動や職場復帰が可能となった。精神面に考慮して適切な理学療法介入を行えたことにより良好な結果を得ることができた。

患者には本発表について説明のうえ同意を得た。

1-2-3

左大腿骨転子部骨折を受傷した症例
～独歩獲得を目標に筋活動、運動学習に着目して～

○児玉優斗, 阪口英樹

上山病院

Key words : 運動学習, デュシャンヌ徴候, 独歩

【目的】デュシャンヌ徴候が出現した症例に対し、左立脚期の筋活動、運動学習に着目した結果、デュシャンヌ徴候の軽減、独歩自立に至ったため報告する。

【症例紹介】80歳代女性、自転車で転倒し7日後に歩行困難となり左大腿骨転子部骨折と診断。8日後に左PFNA施行。受傷前ADLは自立で趣味は多彩。

【評価と問題点】初期(47日目)

触診:大腿筋膜張筋, 大腿直筋, 縫工筋が過緊張

ROM(右/左):股関節伸展10/5 内転10/5

膝関節伸展0/0, MMT(右/左):股関節外転5/3P

エリーテスト, トーマステスト, オーバーテスト:陽性

片脚立位(右/左):15秒以上/0秒 TUG:17, 16秒

10m歩行:12, 38秒

疼痛検査 圧痛:左大腿直筋 外側広筋 大腿筋膜張筋

荷重時痛:左鷲足 VAS:恐怖心あり 満足度の低下あり

歩行:左立脚期に膝折れが出現し体幹の左側屈によるデュシャンヌ徴候を認めた。

【治療介入】過緊張の筋に対しストレッチを実施し、中殿筋、小殿筋のOKCでの筋力増強訓練、片脚立位、サイドステップにてCKCでの筋活動の再学習を実施した。裸足での訓練、姿勢鏡を利用した中でステップ訓練を反復し運動学習に繋げた。

【結果】最終(77日目)

触診:大腿筋膜張筋, 大腿直筋, 縫工筋の過緊張軽減

ROM(右/左):股関節伸展10/10 内転15/15

膝関節伸展0/0, MMT(右/左):股関節外転5/4

整形外科的テスト:陽性ではあるが改善はあり

片脚立位(右/左):15秒以上/3, 56秒 TUG:9, 60秒

10m歩行:7, 78秒 疼痛検査 圧痛:軽減, 荷重時痛:消失

VAS:恐怖心軽減, 満足度向上

歩行:膝折れは消失しデュシャンヌ徴候は軽減

【考察】大腿筋膜張筋、大腿直筋、縫工筋の過緊張軽減により左股関節伸展10、内転15と可動域の拡大がみられた。また、大腿筋膜張筋での代償の軽減により中殿筋、小殿筋の筋力がより向上したと考える。ステップ訓練では代償動作に注意して固有感覚、視覚からのフィードバックを利用したことでデュシャンヌ徴候の軽減、独歩自立に繋がり趣味活動参加の意欲が向上したと考える。

患者には本発表について説明のうえ同意を得た。

1-2-4

大腿骨転子部骨折後に跛行を呈した症例
～疼痛とアライメントに着目して～

○山下泰輝, 下手千明, 橋本宏二郎, 奥埜博之
摂南総合病院

Key words : 大腿骨転子部骨折, 疼痛, 歩行

【目的】術後の疼痛や筋力低下は歩行能力の低下を招くことが多く, γ -nail 固定後は荷重時痛が強くなるとの報告がある. 今回, 荷重時痛とアライメントに着目して介入を行った結果, 良好な結果を得たので報告する.

【症例紹介】本発表に同意を得た. 70 歳代男性. 左大腿骨転子部骨折後に骨接合術(γ -nail)を施行された.

【評価と問題点】術後 6 週目の ROM は左股関節伸展 5° , MMT は左腸腰筋 4, 左中殿筋 2, 感覚障害は認めなかったが, 術後の疼痛回避肢位により左股関節外転位を中間位と知覚していた. 疼痛は左殿部と左大腿外側に NRS8 の荷重時痛を生じていた. 歩行では, 左荷重応答期から立脚中期に骨盤の側方移動が不十分で, 骨盤右回旋, 左股関節屈曲, 外転, 外旋位で支持をしていた. 加えて, 股関節伸展を体幹の前傾で代償しており, 左立脚期の支持が不十分で T 字杖歩行は軽介助を要していた. この要因は, 左中殿筋の筋力低下と, 左股関節中間位の誤認と考えた. そのため, 適切なアライメントでの支持が行えず, 中殿筋と大腿筋膜張筋の過剰収縮により出現していると考えた.

【治療介入】股関節中間位の再学習を目的として, 臥位で股関節の位置覚の識別課題を実施した. その後, ステップ位にて重心移動と股関節の運動の関係性を教示し, 骨盤の移動による適切なアライメントでの支持と筋出力の向上を図った.

【結果】MMT は左中殿筋 3, ROM は左股関節伸展 10° と改善し, 疼痛は NRS2 へと軽減した. 歩行は左立脚期の股関節伸展が出現し, 左立脚期の支持が向上し T 字杖歩行が自立となった.

【考察】立脚相では, 中殿筋の筋活動や筋出力のタイミングが重要である. また, 股関節の肢位により中殿筋の筋出力が低下すると報告されている. 本症例を通じて, 知覚の視点からアライメントに着目した介入により, 中殿筋の筋出力が向上し, 過剰収縮による疼痛の軽減に繋がる可能性が示唆された.

2-1-1

交通外傷により左大腿骨骨幹部骨折, 右橈骨遠位端骨折を呈した症例～歩行獲得までのプロセス～

○山口大悟, 今村将, 桑原朋之, 吉川創
わかくさ竜間リハビリテーション病院 療法部 療法課

Key words: 左大腿骨骨幹部骨折, 右橈骨遠位端骨折, 荷重制限

【目的】今回, 左大腿骨, 右橈骨の骨折を呈し, 対側上下肢に荷重制限を設けられた症例を担当し, 歩行獲得により自宅退院に至ったため報告する. 患者には本発表について説明のうえ同意を得た.

【症例紹介】40 代男性. 169cm, 66kg, BMI23.2kg/m². 実家暮らし, 受傷前 ADL 全自立. 上記診断後, 共に観血的骨整復術施行. 24 病日目, 当院転院となった.

【評価と問題点】26 病日目, 左下肢, 右手関節完全免荷で車椅子移動自立. FIM114/126. ROM(右/左, 度)は手関節掌屈 40/90, 背屈 40/70, 膝関節屈曲 140/90, MMT(右/左)体幹屈曲 3, 回旋 3/3, 股関節伸展 5/2, 外転 5/2, 膝関節伸展 5/3, 足関節底屈 4/2, 大腿四頭筋力(右/左)18.9/12.1 と右手関節, 左膝関節屈曲の可動域制限, 体幹, 左下肢筋に筋力低下を認めた.

【治療介入】介入当初, 荷重制限内での荷重練習, 歩行開始に向けた右手関節, 左膝関節可動域運動, 体幹, 下肢の筋力増強訓練を実施し, 筋出力, 筋力の維持, 向上を図った. 44 病日目に左下肢 1/3 荷重となり, 荷重訓練開始. 64 病日目, 左下肢 2/3 荷重, 右手関節全荷重開始にて松葉杖歩行練習開始. 骨癒合の経過に応じ, 筋力増強訓練の負荷量を増加. 87 病日目, 左下肢全荷重開始となり独歩練習実施.

【結果】100 病日目, 関節可動域は手関節掌屈 45/90, 背屈 50/70, 膝関節屈曲 140/135, 体幹, 下肢筋力は MMT より体幹屈曲 4, 回旋 4/4, 股関節伸展 5/3+, 外転 5/3+, 膝関節伸展 5/4, 足関節底屈 4/3, 大腿四頭筋力 23.7/19.6 と向上を認めた. FIM125. 歩行は杖歩行自立. 独歩は長距離連続歩行可能だが跛行残存. 階段昇降は 1 足 1 段にて自立レベルとなった.

【考察】本症例は対側上下肢に免荷期間を設けられていたことから, 荷重開始早期からの歩行訓練導入が困難であったが, 各荷重期に合わせた治療介入を実施したことにより, 体幹, 左下肢筋力, 筋出力の向上, 右手関節の可動域拡大を認め, 荷重, 歩行練習に必要な関節可動域, 筋力の獲得をし, 屋内外歩行自立獲得にて自宅退院が可能となったと考える. 今回, 全荷重開始後の治療期間が短く, 独歩時に跛行が残存していたため, 杖歩行にて退院となった.

2-1-2

人工膝関節全置換術後に術側荷重支持困難が遷延し、杖歩行獲得に難渋した症例～術前後の X 線所見に基づく joint line の変化に着目した治療及び考察～

○池治 拓也, 新谷 健, 山本 博章, 今井義廣
関西医科大学総合医療センター リハビリテーション科

Key words : TKA, 膝伸展筋力, joint line

【目的】変形性膝関節症に対する人工膝関節全置換術(以下; TKA) 施行後, 術側荷重支持困難が遷延し杖歩行獲得に難渋した症例の X 線所見に着目した. 理学療法介入の経過及び治療結果を報告する.

【症例紹介】70 歳代女性. 術前の X 線所見より KL 分類 gradeIV の外反変形を呈した変形性膝関節症であり, 移動は屋内独歩, 屋外手押し車で自立であった. 左 TKA 術後 4 日目から理学療法開始となった. 患者には本発表について説明し同意を得た.

【評価と問題点】術後 14 日目で, 歩行器歩行は自立していたが, 両手杖歩行の歩行速度は 0.37m/s であり, 軽介助が必要であった. 左膝伸展角度は -10° , 左膝伸展筋力は 66N であり健患比は 36%であった. 介入当初は, 荷重支持困難の原因を膝全域に渡る NRS6 の荷重時痛と考えていたが, 術後 14 日目を経過後, 荷重時痛の減弱にも関わらず荷重支持困難が遷延し, 「膝に力が入らない。」との主訴を確認した. X 線所見より, 腓骨頭上端-脛骨内側関節面またはインサート摺動面との距離はそれぞれ 11.5mm, 24.4mm であり, joint line の約 13mm の上昇を認めた. 術前後で joint line が 5mm 以上上昇すると膝中間屈曲位での安定性が低下すると報告されているため, 荷重位かつ膝中間屈曲位での筋出力低下に問題があると仮説を立て, 理学療法治療の方針を決定した.

【治療介入】荷重位での膝伸展筋力増強練習, 膝中間屈曲位での荷重練習, 両手杖歩行練習を中心に実施した.

【結果】術後 25 日目では, 左下肢筋力は MMT4 を有しており, 膝伸展筋力は 125N であり健患比 78%まで向上した. 両手杖歩行の歩行速度は 0.61m/s となったが, 左下肢の荷重支持困難が遷延し, 杖歩行の自立は獲得できず, 回復期病院へ転院となった.

【考察】本症例では, 左膝関節伸展筋力の向上が左下肢荷重支持の改善に繋がらなかった. joint line 上昇例では, 膝関節安定化に必要な以上の筋力を要する可能性, 膝関節アライメント変化に伴う大腿四頭筋の筋活動及び関節固有感覚の異常が生じていた可能性が示唆された.

2-1-3

左 UKA 術後患者に対し, 疼痛管理, 生活習慣への患者指導を行い成果が得られた一症例

○小阪葵, 松井沙也加, 野村日呂美
八尾徳洲会総合病院

Key words: 生活習慣病, 疼痛管理, UKA

【目的】今回, 内側単顆人工関節置換術(以下, UKA) 施行された症例を術前～入院, 外来を含めて術後約 100 日目までの経過を担当し, 本症例は, 疼痛出現が歩行困難の要因, 運動不足に陥ることで悪循環となることが予測されたため, 疼痛管理, 指導を行い疼痛増悪せずに活動量が向上し, 体重減量に至ったため報告する. 本症例に発表の趣旨を説明し, 同意を得た.

【症例紹介】70 代女性, BMI31.0kg/m², 既往歴は高血圧, 脊柱管狭窄症. 左膝関節が疼痛増悪し UKA 施工され, 翌日より理学療法を開始. 術前移動は自転車約 15 分, 歩行は約 10 歩で疼痛出現し, 歩容は疼痛性跛行を認めた. 退院後は夫の見舞いのため長距離歩行が必要となる.

【評価と問題点】術後 1 日目-7 日目までは, 炎症症状が著明に出現, ROM は左膝関節屈曲 75° - 105° , 伸展 -30° - 15° , MMT は左膝関節伸展 3, 屈曲 4. 動作は 1 日目より病棟内動作車椅子にて自立, 歩行は 2 日目より平行棒内歩行開始. 8 日目より病棟内歩行器歩行を開始. 歩容は立脚期が短縮し, 下肢の振り出し減少を認めた.

【治療介入】炎症症状軽減目的に寒冷療法, 患側下肢のポジショニング, 疼痛のない範囲で行える自主トレーニング指導を実施. 並行し, 関節可動域運動, 運動療法を実施. 疼痛軽減後は, 動画にてフィードバックし, 負荷量を増加させる運動指導を行った.

【結果】術後 50 日目は疼痛消失, ROM は左膝関節屈曲 120° , 伸展 -5° , 筋力は膝関節屈曲・伸展 MMT5 であった. 活動量は術後 30 日目より自転車約 30~40 分, 約 10 分連続歩行可能となり体重は入院時に比べ約 10.0Kg 減量認めた. 自宅退院後は, 自主トレーニング, 歩行, 自転車での運動を行っており, 夫の見舞いも可能となった. 疼痛管理, 運動指導を行うことで, 動作を円滑に行う事が可能となった.

【考察】疼痛減少に伴って運動量向上がみられ体重が減量したことによって, 反対側の膝 OA 進行予防, 生活習慣病予防にも繋がると考える.

2-1-4

疼痛・しびれを主とした梨状筋症候群の改善に難渋した症例～運動療法にて見られた変化～

○山岸昌平 平野祐輔 磯村優子
医療法人みどり会 中村病院

Key words : 梨状筋症候群, 疼痛, 筋力強化

【目的】今回疼痛や痺れを主とし, 梨状筋症候群と診断された症例に対し, 筋力強化を行う事で疼痛が軽減したので報告する.

【症例紹介】60代男性. 左下肢の疼痛・痺れを訴え他院受診. 梨状筋症候群と診断され, 当院にてリハビリ開始. 既往歴に両側人工股関節全置換術, 脊柱管狭窄症(保存療法)あり.

【評価と問題点】視診・触診にて殿部を中心に左下肢全体の過緊張, 左優位に殿筋群の筋萎縮を認める. 関節可動域測定(以下, ROM-t)は股関節伸展左右 0° , 下肢伸展挙上(以下, SLR)は左 60° 右 70° , その他は制限認めず. 徒手筋力測定(以下, MMT)は股関節伸展左3, 外転左4, 足関節背屈左2. 疼痛評価では殿部圧迫時と左股関節伸展・外転の自動運動で殿部周囲・大腿外側に Numerical Rating Scale(以下, NRS)7~8/10. また同様の運動で大腿後面から足部にかけて痺れを認める. 日常生活では起居や歩行時, 長時間の座位保持や骨盤前傾で殿部痛と痺れの増悪を認める.

【治療介入】ストレッチにて疼痛軽減を図るも効果は一時的であったが, 殿筋群の収縮を促した際は症状軽減が持続したため, 殿筋群の筋力強化を中心に図るとともに, 座位姿勢の修正, また日常生活内での座位時間短縮を指導した.

【結果】疼痛はNRS2~3/10へと改善し, 出現頻度も減少した. 下肢全体の筋緊張は左大腿筋膜張筋を除き軽減し, ROM-tは股関節伸展左右 10° , SLR左 75° , 右 80° , MMTは股関節伸展左4, 外転左4, 足関節背屈左2となった.

【考察】殿筋群の筋力低下により梨状筋の負担が増大し, また大殿筋の萎縮した状態で長時間坐位をとることで神経圧迫が助長されたと考えた. 殿筋群の筋力強化を図る事で, 梨状筋の負担や神経圧迫が軽減され症状改善し, また生活範囲の拡大を認めたと考える.

尚, 今回の発表に際し, 患者に趣旨説明し了承を得た.

2-1-5

回リハ病棟退院後に転倒し再入院となった坐骨骨折症例～立位アライメントを考慮した介入～

○柏木晴妃, 木村奈津子, 増永拓朗, 玉村悠介
わかくさ竜間リハビリテーション病院

Key words: フレイル, 坐骨骨折, 歩行

【目的】右大腿骨転子部骨折術後, 回復期リハビリテーションを経て自宅退院に至ったが, 5ヶ月後転倒し坐骨骨折を受傷, 再入院となった症例を経験した.

【症例紹介】発表の同意を得た86歳女性, 身長142.5cm, 体重49.5kg, BMI24.4kg/m². 現病歴は外出先のトイレで転倒し坐骨骨折受傷. 第38病日リハビリ目的で入院. 既往に右大腿骨転子部骨折, 左大腿骨頸部骨折, 心肥大(CTR65.3%, BNP71.5), 病前ADLは屋内外独歩自立. 前回退院時握力23.5kg, 歩行速度0.83m/秒, デイサービスとデイケアを週2回利用, 外出時はタクシーを利用していた.

【評価と問題点】第41病日. ROM(右/左, 度) 股関節伸展10/5, MMT(右/左) 大殿筋2/2, 中殿筋3/2, 左内転筋荷重痛NRS3, 握力13.2kg, 大腿四頭筋力9.9kg, 歩行速度0.49m/秒, BI75点. 立位姿勢は両股関節外転位, 左股関節内旋位で立位荷重量(右/左)は30/18kg. 杖歩行はワイドベースでダブルニーアクション消失. 独歩では体幹と骨盤の分節的な運動が乏しかった. 受傷前生活や入院時身体指標から, J-CHS基準におけるフレイルに該当していた.

【治療介入】骨盤の固定性向上を目的に腹筋群, 殿筋群に対し1RMの50%負荷で筋力増強運動, 立位で体幹-骨盤-下肢の分離運動, 階段ステップ練習, 動的バランス訓練として応用歩行練習を実施. 歩行練習時の運動負荷はBorg scale11-13で介入. また, 病棟に杖歩行を導入し活動量増加を図った.

【結果】第74病日. BMI23.6kg/m², ROM 股関節伸展10/10, MMT 大殿筋3/2, 中殿筋3/3, 疼痛消失, 握力14.2kg, 大腿四頭筋力11.1kg, 歩行速度0.53m/秒, 立位時両股関節外転, 左股関節内旋角度減少, 立位荷重量25/23kg, BI100点. 杖歩行はワイドベース軽減, ダブルニーアクション出現, 歩幅増大(49cm→53cm).

【考察】骨盤の固定性向上が図れたことで歩行時の体幹-骨盤の分節的な運動が獲得され, 歩行の安定性・迅速性が向上し, ADL自立レベルで自宅復帰に至ったため, フレイル脱却に向けた一助になったと考える. しかし, 依然としてフレイルに該当しており, 退院後も活動量を向上させることが必要である.

2-2-1

筋電図評価を用いた運動療法プログラムの再考が有用であった左人工膝関節全置換術後の一症例

○藤岡晴香, 村岡秀映, 伊藤沙希, 森井裕太
関西医科大学くずは病院 リハビリテーション科

Key words : 変形性膝関節症, 筋電図, 運動療法

【目的】トイレ動作時の左側方向転換時に安定性低下を認めた症例を担当した. 認知機能の低下があり動作指導が難しく, 機能障害の改善に難渋していた. 今回, 表面筋電図を用い, 運動療法を再検討したため報告する.

【症例紹介】疼痛による歩行困難のため, 左変形性膝関節症に対してTKAを施行した80歳代女性. HDS-Rは17点であり, 動作指導の内容を模倣することが困難であった.

【評価と問題点】初期評価時, トイレ動作では左側方向転換時に左股関節内転による骨盤右下制が生じ, 安定性低下を認めた. MMT(R/L)は股関節外転 2/2, 膝関節伸展 4/4であった. 骨盤右下制に対して, 股関節外転筋力練習として, 横手すり使用下での横歩き練習を実施した. しかし, 実施後に一時的に方向転換動作の安定性が改善するが, 持続効果が得られなかった.

【治療介入】運動療法を再考する目的で, 表面筋電図を用いて横手すり使用下での横歩き動作中の中殿筋前部・後部線維の筋活動を確認した. 方法は臨床で使用している横手すりの高さである73cmに加え, 70cm, 76cmと3種類の手すり高で実施した.

【結果】70, 73, 76cm 高の順で, 横歩き動作中の中殿筋前部線維, 中殿筋後部線維の筋活動が増加した.

【考察】筋電図学的検討において, 76 cm 高で中殿筋の筋活動が増加した要因として, 手すり高が高くなることにより, 体幹が垂直位に近づき, 手すりへの支持が軽減したことが考えられた. 客観的な効果判定を用いることで, 筋発揮に違いがあることが分かった. 今後, 動作練習時の姿勢と環境因子が筋活動に大きな影響を及ぼすことを考慮する必要があると考える.

なお, 発表に際し症例には説明のうえ同意を得た.

2-2-2

第1腰椎圧迫骨折を呈し在宅復帰に至った症例～心疾患を考慮した介入～

○長谷川万莉, 斎藤潤一, 永井美穂, 酒井雄太, 吉川創
わかさ竜間リハビリテーション病院 療法部 療法課

Key words : 心不全, 全身持久力, 運動負荷量

【目的】第1腰椎圧迫骨折を呈した症例に対して, 既往の心疾患に考慮した運動負荷を設定し介入を行った. 歩行でのADLを獲得し, 在宅復帰に至ったため報告する.

【症例紹介】80代後半の女性. 階段から転落し, 第1腰椎圧迫骨折を受傷. 第31病日に当院へ転院. 既往歴に慢性心不全, 心房性頻拍症, 1度房室ブロック, 完全左脚ブロック. 病前ADLは全て自立.

【評価と問題点】第31病日, BNP245pg/ml, EF43.9%, 体重34kg, HDS-R10点. GMT 下肢 3-/3-, MMT 体幹屈曲・伸展 2. 周径(膝蓋骨上縁 15cm)32.5/31cm, BBS18点, 10m 歩行(歩行器)33.8秒 34歩, TUG(歩行器)38.8秒. 歩行器歩行(軽介助)は, 両LR~TStに体幹・股関節周囲筋の筋収縮が減弱し, 骨盤の後方回旋を認めた. 最大歩行距離は20mで, Borg scale 安静時12から歩行後16と上昇. 階段昇降は, 中等度介助を要した. NYHA 分類Ⅲ, CTR57.0%, BI30点, FIM(運動項目)22点.

【治療介入】全身持久力向上を目的とした持久力運動と下肢・体幹を中心とした低負荷の筋力増強運動を実施. 段階的に運動回数・時間を増加し, 応用歩行やバランス練習, 階段昇降などの動作練習を実施した.

【結果】第99病日, 体重32kg HDS-R9点. GMT 下肢 4/4, MMT 体幹屈曲・伸展 3. 周径(膝蓋骨上縁 15cm)31/31cm, BBS33点, 10m 歩行(独歩)17.9秒 32歩, TUG(独歩)14.9秒となった. 独歩(自立)は, 最大で150m可能となり, Borg scale では安静時11から歩行後13. 階段昇降は見守りで可能. NYHA 分類Ⅱ, CTR55.8%, BI90点, FIM(運動項目)67点となった.

【考察】本症例に対して圧迫骨折の運動療法に加え, 心負荷を考慮した運動基準を設定し介入した. 易疲労性が著明であった為, 全身持久力の向上を目的とした運動から開始. 全身持久力の改善に伴い, 筋力増強運動の負荷量を漸増的に調整し, 動作練習も併用したことで歩行時の体幹・股関節周囲筋の筋発揮が向上した. また, 支持脚の安定化とバランス能力の向上も認め, 屋内独歩自立・階段昇降は見守りで可能となった. 屋内生活の実用的な移動手段を獲得できたことにより, 自宅退院へと至った.

患者には本発表について説明のうえ同意を得た.

2-2-3

廃用症候群により歩行能力が低下した症例
～趣味活動の再獲得を目指して～

○木下智史, 竹歳紀子
医療法人一祐会 介護老人保健施設ハーモニー

Key words: 廃用症候群, 体幹機能, 趣味

【目的】食道癌による術後, 安静臥床により廃用症候群を呈した症例を担当した. 下肢筋群以外に体幹筋力, 筋持久力向上により歩行動作が改善され, 趣味活動の再獲得ができたので報告する.

【症例紹介】80歳代前半の男性, 胸椎圧迫骨折術後すぐ食道癌を発見する. 食道癌の手術後当施設に入所される. 術前は妻と二人暮らし団地の二階に住まわれており ADL はすべて自立.

公園で友達と話すことが趣味で, 唯一の外出機会だった.

【評価と問題点】MMT(右/左)体幹屈曲 3, 体幹伸展 2, 股関節周囲筋(3/4), 膝関節屈曲(3/4), 膝関節伸展(2/4), 足関節底屈(2/4)で著明な体幹筋群, 下肢筋群の筋力低下を認め, 歩行時では右 MSt で右膝折れを認めた. また, 深部感覚系の検査では中等度～重度鈍麻を認めた. 目標を自宅復帰と趣味活動の再獲得とし, 歩行の安定性, 持久性が問題点と考えた.

【治療介入】歩行時の膝折れの原因を右大腿四頭筋, 右ハムストリングス, 右下腿三頭筋の筋力低下だと考え, これらの筋の筋力増強訓練を第1病日目から実施した. しかし第45病日目経過時点で筋力の改善は見られなかったため, 再考察を行い体幹筋群筋力増強訓練, 感覚系へのアプローチ, 下肢筋持久力訓練を実施した.

【結果】90病日目, MMT(右/左)体幹屈曲 4, 体幹伸展 3+, 股関節周囲筋(4/4), 膝関節屈曲(4+/5), 膝関節伸展(4/4+), 足関節底屈(3/4)で筋力に大きな改善を認めた. また左右の荷重バランスも改善され, 押し車を使用し屋外歩行連続 500m可能となり趣味活動の再獲得ができた.

【考察】体幹機能の改善により歩行時骨盤の安定性が向上した. それに伴う運動連鎖により, 股関節周囲筋の筋発揮が可能となり, 歩行時の膝折れが消失した. また趣味活動の再獲得により自宅から外出機会を作ることで, 在宅復帰後の筋力, 動作能力の維持に繋がると考えられる.

本症例に対して症例報告の旨を説明し, 発表に際しての同意を得た.

2-2-4

左大腿骨頸部骨折を受傷した恐怖心の強い症例
～Tilt Table を使用して～

○浜田直樹, 佐藤大輔, 栗原麻衣, 武田治憲
社会医療法人美杉会 佐藤病院

Key words : 大腿骨頸部骨折, Tilt Table, 膝折れ

【目的】左大腿骨頸部骨折を受傷した恐怖心の強い症例を担当し, 考察した内容を報告する.

【症例紹介】独歩で路上歩行中膝折れにより転倒し, 左大腿骨頸部骨折を受傷, 左人工骨頭置換術が施行された90歳代女性.

【評価と問題点】術後3～6日目. 術側関節可動域テスト(以下 ROM-T): 股関節伸展 -5° . 術側徒手筋力テスト(以下 MMT): 中殿筋 2P, 大腿四頭筋 2. Numerical Rating Scale (以下 NRS): 運動時・荷重時左大腿外側 5. 片脚立位: 右 2.57 秒, 左 0 秒. 歩行・問題点: 左股関節伸展可動域制限, 左中殿筋筋力低下により左立脚後期消失, 左立脚中期軽度デュシェンヌ様跛行出現. 左大腿四頭筋筋力低下・左股関節伸展可動域制限による左膝折れ出現, 歩行の安全性低下認める. 立脚中期に本症例から恐怖心の訴えあり, 片脚立位検査時「膝折れが恐くてできない」とコメントがあった.

【治療介入】関節可動域訓練など基本的な運動療法に加え, Tilt Table を使用して代償動作を軽減, 安全な環境下で荷重感覚入力・片脚立位・マッスルセッティング・爪先立ち実施. また鏡を使用し視覚を使ったフィードバック, 平行棒内でステップ訓練, 歩行訓練を実施した.

【結果】術後11日目. 術側 ROM-T: 股関節伸展 5° . 術側 MMT: 中殿筋 3, 大腿四頭筋 4. NRS 運動時・荷重時左大腿外側 2. 片脚立位: 0 秒. 歩行: 左立脚中期デュシェンヌ跛行, 左立脚中期膝折れ改善し, 左立脚後期出現. また本症例から恐怖心の訴えは軽減した.

【考察】立脚後期まで股関節外転筋による側方安定性が保証されることが股関節伸展運動に欠かせない要素である. Tilt Table を使用し, 恐怖心を軽減した状態で下肢に体重負荷を促し, 訓練することが本症例に対し効果的ではないかと考え実施した. これにより, 左中殿筋・左大腿四頭筋筋力増強, 側方安定性向上により左股関節伸展可動域拡大, 痛みの軽減により左立脚中期が安定し, 左膝折れ改善, 左立脚後期が出現したと考える.

尚, 症例発表の趣旨を本症例に説明し, 同意を得た.

2-2-5

人工骨頭置換術後に跛行を呈した症例への介入経験
～立脚期における股関節伸展運動に着目して～

○鹿間萌, 青嶋秀都, 田中美伎, 三田弥寿子, 奥埜博之
摂南総合病院

Key words : 人工骨頭置換術, 股関節伸展, 疼痛

【目的】右人工骨頭置換術が施行された症例に対し, 立脚期で股関節の伸展に着目した介入により, 疼痛の軽減と歩容の改善が認められたため報告する。

【症例紹介】60代男性. 右大腿骨頸部骨折受傷後, 人工骨頭置換術を施行した。

【評価と問題点】術後6週目のROMは右股関節屈曲 90° , 伸展 10° , 内旋 5° . MMTは股関節屈曲4, 外転3, 伸展2. 右股関節の位置覚は2/5であり, 股関節外旋位を中間位と認識していた. 筋緊張は右内転筋群, 右大腿筋膜張筋に亢進, 右大殿筋に低下を認めた. 症例の問題点は, 立脚期にて屈曲外旋位となり, 殿筋群の筋出力が不十分であり, 股関節伸展位での支持が困難な点である. また, 殿筋群の代償として内転筋群や大腿筋膜張筋が過剰出力となり, 大腿内側・外側部にNRS3の疼痛を認めた. 歩行の改善には, 股関節内外旋の認識が可能となることで, 殿筋群の出力向上と伸展活動が得られ, 疼痛が軽減するのではないかと考えた。

【治療介入】股関節に対して関節可動域訓練や筋力増強訓練と合わせて, 内外旋に対する識別課題を実施した. 座位で不安定な板の上に座り, 左右方向の傾きを識別する訓練を実施した. その後, 立位でステップ動作を実施した. 歩行訓練と識別課題を1日30分間を計12日間実施した。

【結果】術後8週目のMMTは股関節屈曲5, 外転4, 伸展3に改善し, 股関節は屈曲伸展と内外旋の認識が可能となった. 立脚期では股関節外旋が軽減し, 殿筋群の出力向上と伸展活動が得られた. また, 歩行時に疼痛の軽減を認めた。

【考察】端座位で左右体重移動時, 骨盤側方傾斜に伴う荷重側股関節の内旋には, 荷重側の中殿筋・大腿筋膜張筋・大殿筋が関与するといわれている. 今回の介入で股関節内外旋中間位の選択が可能となり, 立脚期で殿筋群の出力向上と伸展活動が得られた. 本症例の経験を通して, 股関節の回旋と伸展運動の関係性に着目した評価・介入の重要性が示唆された。

なお, 症例には本発表に同意を得ている。

3-1-1

階段昇降動作が困難であった左膝蓋骨骨折術後患者の一例

○若林菜月, 山田賢一
守口生野記念病院

Key words : 膝蓋骨骨折, 階段昇降, 大腿四頭筋

【目的】膝蓋骨骨折後, 階段降段時の不安定感の訴えが生じた症例に対し, 段差昇降訓練, 腸脛靭帯のストレッチングなどを用いて降段動作の改善が見られたため報告する。

【症例紹介】症例は左膝蓋骨骨折を呈した70代男性. 受傷歴は, 足を滑らせ転倒し受傷. 術前より理学療法開始となり, 退院後, 外来にて通院される. ADLは全て自立レベルであるが, 自宅の2階に上がった際に「階段が降りにくい」との訴えがあり, ニードを「階段降段動作の安定性の向上」とした。

【評価と問題点】本症例は階段降段する際に左膝関節軽度屈曲により下腿前傾が生じ, 相対的に左足関節背屈となる. その後, 下腿外旋を伴い左膝関節屈曲により右下肢を下ろしていく. 動作観察より, 左膝関節可動域制限と考えた. 膝関節を屈曲させる際に下腿内旋を伴うが本症例は内側広筋筋力低下と下腿外旋位であるため膝関節屈曲時の下腿内旋が生じにくいと考えた. 左膝関節屈曲角度 125° . 脛骨を内旋位に誘導すると 130° . 大腿四頭筋MMTは4. 大腿周径は, 膝蓋骨上縁から左が35cm, 37.5cm, 39.5cm. 右が36.5cm, 38.5cm, 42cm. Ober'sテスト陽性。

【治療介入】膝関節の関節可動域訓練, 腸脛靭帯の柔軟性改善のためのダイレクトストレッチ, 下腿内旋位での徒手的な内側広筋の筋力増強訓練, 段差昇降による大腿四頭筋の遠心性収縮訓練を実施した。

【結果】左膝関節屈曲角度 130° . 大腿四頭筋MMTは5. 大腿周径は左が36cm, 38cm, 40.5cm. 右が37cm, 39cm, 42cm. 階段降段動作は, 左膝関節屈曲角度の増加により下腿前傾角度も増加が見られた. これにより右下肢を降段させるスピードがゆっくりとなった。

【考察】腸脛靭帯の柔軟性の向上による脛骨の内旋の可動性が改善したことに加え, 内側広筋の筋力強化により遠心性収縮の向上が生じ膝関節の急激な屈曲は消失し下腿外旋の改善に関与したと考える. そして, 膝関節屈曲角度が改善したことにより下腿前傾角度が増加し左立脚期での安定性が向上したと考える。

患者には本発表について説明の上同意を得た。

3-1-2

左人工膝関節全置換術後の左膝関節屈曲可動域の改善に難渋した症例

○中村 隆輝

医療法人徳洲会野崎徳洲会病院 リハビリテーション科

Key words : 左人工膝関節全置換術, 屈曲可動域, 制限

【目的】変形性膝関節症により左人工膝関節全置換術(TKA)を施行された症例に対し, 外来でのリハビリテーションを継続. 超音波治療, リラクゼーションなどを用いた物理, 運動療法などを長期間実施したが, 膝関節屈曲可動域の改善に至らなかった. 可動域改善のために, 評価・治療を行った結果をここに報告する.

【症例紹介】60代女性, 1年前から左膝関節痛のため他院で治療していたが, 症状軽快せず当院に手術目的で入院した. 左人工膝関節全置換術を施行し, 術後翌日から理学療法介入を行い, 術後23日で退院. その後は外来リハビリテーションを週2回の頻度で実施した.

【評価と問題点】術前の左膝関節屈曲は 110° , 術中角度は 120° であった. 術後3週目は大腿直筋, 外側広筋, 大腿筋膜張筋の防御収縮を認め, 屈曲可動域の制限因子と考えた. それ以降も可動域制限は残存し, アライメント不良による大腿筋膜張筋・外側広筋の過緊張, 脛骨の後方への落ち込み, 膝蓋下脂肪体の柔軟性低下による膝蓋骨の可動性低下が膝関節屈曲の制限因子になっていると考えた.

【治療介入】左膝関節伸展筋に対するダイレクトストレッチ, リラクゼーションを実施. 立位, 歩行時のアライメント不良に対してアプローチを実施した. 脛骨の前方移動制限に対して, レッドコードを用いた前方牽引, 膝蓋下脂肪体に対して超音波治療, 脛骨大腿関節・膝蓋大腿関節に対してモビライゼーションを行った.

【結果】左膝関節屈曲は術後1週目で 75° , 2週目で 90° , 3週目で 95° となった. 以降では, 術後17週目で膝関節屈曲 100° まで改善したが制限は残存した.

【考察】左膝関節屈曲 100° までの改善としては, 防御性収縮の軽減やアライメント不良の改善などが考えられた. しかし術後17週以降の膝関節屈曲は 100° であり, 可動域制限は残存しているため, 新たな評価と治療が必要であると考えられた.

患者には本発表について説明の上, 同意を得た.

3-1-3

自宅退院に向けて, 多職種協働で歩行獲得を目指した左脛骨近位端骨折の症例

○山本 成美, 平井 伸枝, 金谷 浩二

八尾はあとふる病院

Key words : 歩行, 膝折れ, 多職種協働

【目的】今回, 左脛骨近位端骨折を受傷し, 全荷重許可となるも膝折れのため歩行が困難であった症例を担当した. 多職種とも協働し, 歩行獲得まで至った経過について報告する.

【症例紹介】70歳代男性で, X日に自転車同士の接触にて転倒され, 左脛骨近位端骨折を受傷し, 救急搬送された. 斜骨折であり, 手術を勧められるも保存的加療を望まれ, X+25日に当院地域包括ケア病棟へ入院となった. 希望は「早く帰りたい, 歩けるようになりたい」とのことで, 自宅退院を目標とし, 介入を進めた.

【評価と問題点】X+69日より理学療法中のみ全荷重開始となったが, 平行棒内歩行で左膝折れを認め, それによる恐怖心もあり, 歩行困難であった. 徒手筋力検査(MMT)は左膝関節伸展4, 左足関節底屈4であった.

【治療介入】伸展位膝関節支持帯・弾性包帯を用いて, 膝折れへの恐怖心を取り除いた左膝伸展位とし, 20cm台へ右足を持ち上げる動作を反復した. 理学療法の時間外に取り組めるよう, 自主練習(筋力トレーニング)を提供した. 歩行器歩行が見守りで可能になった時点で, 病棟スタッフの協力を得て, 毎食時, 居室から食堂までの歩行誘導を開始した.

【結果】X+76日, MMTに変化見られなかったが, 歩行器歩行での左膝折れは消失し, 見守りなしで160mの連続歩行が可能になった. しかし, 骨癒合の状態から, 退院日以降もしばらくは階段昇降を控えざるを得ず, 自宅退院までの加療は介護老人保健施設で行う方向となった.

【考察】伸展位膝関節支持帯等を使用し, 恐怖心を取り除いた状態で荷重練習を行うことにより, 膝関節不安定感が改善した. さらに, 理学療法時間外にも多職種の協力を得て歩行機会を作ることができた事が, 短期間で歩行獲得に繋がったと考える.

患者には本発表について説明のうえ同意を得た.

3-1-4

左大腿骨転子部骨折及び直腸癌の同日術後、身体機能向上に難渋した症例

○尾形咲季, 木藺憂也, 桑原朋之, 吉川創
わかくさ竜間リハビリテーション病院

Key words : 低栄養, 運動負荷, 筋肥大

【目的】左大腿骨転子部骨折及び直腸癌の同日手術により体幹・四肢筋力低下, 全身持久力・筋持久力低下, 低栄養を認めた症例を担当した. 廃用による筋力低下が問題であると考え, 筋力向上を目的に介入し, 運動耐容能の改善に合わせて負荷調整を行ったことで身体機能向上を図れた為, その治療経過を報告する.

【症例紹介】70歳代男性, 入院前から臥床傾向, ADLに介助を要した. 直腸癌に対する手術の為入院していたが, 手術前日に転倒し左大腿骨転子部骨折を受傷. 同日に直腸癌の手術と観血的骨接合術を施行. 術後49日目にリハビリ目的で当院に転院.

【評価と問題点】BMI13.1kg/m², TP5.2g/dl, ALB2.7g/dl. 両手術による疼痛はなく, 大腿周径は膝蓋骨上縁15cmで右26cm, 左26.5cm, ROM左股関節伸展-5°, MMT腹筋群2, 両大・中殿筋2, 両大腿四頭筋3であった. 基本動作では起居・座位・起立・立位保持に軽介助を要した. 平行棒内歩行は常時後方重心となり軽介助が必要であった. BI:10点.

【治療介入】介入初期は基礎体力向上を目的にOKCでの筋力増強運動を低負荷高頻度にて実施し, 並行して介助下での起居・起立・平行棒内歩行練習を実施した. 運動耐容能の向上に伴い運動負荷を増大させ, 筋力・持久力向上を図った.

【結果】BMI14.0kg/m², TP6.0g/dl, ALB3.4g/dl. 大腿周径は膝蓋骨上縁15cmで右28cm, 左27.5cm, ROM左股関節伸展5°, MMT腹筋群2, 両大・中殿筋2, 大腿四頭筋右4, 左3, 独歩見守りでの連続歩行は100m可能となる. 基本動作は見守りとなった. 座位保持は体幹正中位保持可能. BI:80点.

【考察】本症例は運動耐容能の向上により全身持久力の向上を認め, それに伴い運動負荷を増加した結果, 両下肢の筋肥大と筋断面積が増加したことにより筋力向上を認め, 歩行の安定性向上が図れたと考える. 両術後の身体評価から運動負荷を考慮しつつ介入したことにより, 身体機能向上とADL能力の向上に繋がったと考える.

本発表にあたり, 書面による同意を得ている.

3-2-1

大腿骨転子部骨折受傷後完全免荷から全荷重が難渋した症例 ～移乗訓練に着目して～

○小野莉奈, 新川侑美
医療法人一祐会 藤本病院

Key word : 大腿骨転子部骨折, 免荷期間, 移乗動作

【目的】今回, 転倒により右大腿骨転子部骨折を受傷された症例を担当した. 移乗動作に着目してアプローチしたが, 完全免荷期間から全荷重まで約6週間あり, 移乗動作の獲得に時間を要したため, ここに報告する.

【症例紹介】70代女性, X日に転倒し, 右大腿骨転子部骨折受傷. X+4日に観血的骨接合術施行. 翌日からリハビリ開始となる. 既往歴として関節リウマチ, 左足関節骨折, 上腕骨近位端骨折がある.

【評価と問題点】移乗の問題の要因として, 体幹前方移動不十分, 右上肢の引き込みが強い, 左足部が前方へ滑ることの3つを挙げる. 足部が前方へ滑らないように, 足部を止め, 介助を要していた. 原因として, 右股関節屈曲85°, 左足関節背屈0°の可動域制限を考えた. また, 徒手筋力検査では右股関節屈曲2レベルであり, 免荷による恐怖心も考えた.

【治療介入】下肢の関節可動域訓練や筋力訓練, 立ち上がり動作訓練を実施. 荷重開始後, 重心移動訓練, 車椅子移乗訓練も行った.

【結果】関節可動域では, 右股関節全方向と左足関節背屈に改善を認め, 徒手筋力検査では, 右股関節屈曲の改善を認めた. 移乗訓練では, 体幹前方移動が見られ, 前方への重心移動が可能となり, 代償による右上肢の引き込みが軽減した. さらに足部を後方に位置することが可能となり, 足部の前方への滑りが改善した. また全荷重開始後, 足部の踏み替えも見られた.

【考察】右股関節, 左足関節の可動域の改善を認めたことで, 体幹前方移動が見られ, 足部を後方に位置することが可能となり, 足部の前方への滑りが改善した. その結果, 代償動作を用いず, 少量の負荷で動作が可能となり, 上肢への負荷が軽減した.

患者には本発表について説明のうえ同意を得た.

3-2-2

歩行時右側方への体幹の傾きが見られた右人工股関節全置換術後の一症例

○森本 神楽, 山田 賢一, 喜多 孝昭
守口生野記念病院 リハビリテーション科

Key words : 変形性股関節症, 歩行, 体幹傾斜

【目的】右人工骨頭全置換術後, 右立脚期に体幹右傾斜がみられた症例について報告を行う。

【症例紹介】症例は 40 歳代女性で両変形性股関節症により右人工骨頭全置換術を施行. 左股関節に関しては保存療法である. 術後 3 ヶ月の ADL は自立しており歩行は独歩である. 本人より「体が傾いたりするため, 長時間歩くことが出来ない」との訴えがある.

【評価と問題点】歩行動作では左立脚中期から後期に左股関節軽度屈曲・内転により骨盤の右下制を伴いながら, 右下肢が振り出される. 右立脚初期から中期において右股関節内転・内旋位し体幹右傾斜が生じている. 検査結果より股関節外転筋筋力は徒手筋力検査 (MMT) にて右 2, 左 4 であった. 関節可動域測定では左股関節伸展 -5° と可動域制限がみられた. 触診より右股関節内転筋群に柔軟性低下がみられた.

【治療介入】両側股関節外転筋に対し側臥位での筋力増強訓練, 右股関節内転筋のリラクゼーション, 左股関節可動域制限に対し腹臥位にて関節可動域訓練, 歩行練習を行った.

【結果】右立脚期の体幹右傾斜は軽度改善されたが, 左立脚中期の骨盤右下制は改善がみられなかった. 最終評価では右股関節外転筋 MMT が 2 から 3 となり, 右股関節内転筋群の柔軟性向上した. 左股関節外転筋筋力と左股関節伸展可動域に関しては変化がみられなかった.

【考察】右股関節外転筋筋力向上, 右股関節内転筋群伸張性向上により歩行時, 右立脚期の体幹右傾斜が軽度改善されたと考えられる. しかし, 左股関節伸展可動域に変化がみられず左立脚後期に股関節軽度屈曲位であり, 股関節伸展位で遊脚側骨盤の水平保持に働くはずの中殿筋後部線維の筋出力低下が生じたため, 骨盤右下制が残存したと考えられる.

本症例の発表について患者に同意を得た.

3-2-3

右大腿骨人工骨頭置換術後, 閉じこもり傾向となった一症例 ～社会参加を目指して～

○永田大理, 森田俊行, 上處裕亮
関西医科大学くずは病院

Key words : 大腿骨人工骨頭置換術後, LSA, 行動変容

【目的】右大腿骨人工骨頭置換術を施行後, 閉じこもり傾向となった症例に, 患部の筋力向上と運動機会を促す事で外出頻度が向上したため報告する.

【症例紹介】80 歳代女性. 外出中に自転車と接触し, 右大腿骨頸部骨折を受傷. 受傷前は自宅から 600m 先の体操教室に参加する等, 毎日外出していた. 再び体操教室に通いたいと希望があり, 受傷後 160 日目にデイケアを開始した.

【評価と問題点】T 字杖歩行は右立脚期に骨盤左下制が生じ, 左側方へ不安定性を認め, 屋外歩行に対する転倒恐怖心を抱いていた. MMT は右股関節外転 2, 外旋 2. 右片脚立位は 2 秒. Modified Falls Efficacy Scale (MFES) は 103 点で, 特に屋外に関する項目が低値であった. Life Space Assessment (LSA) は 10 点で外出機会は 1 回/週未満であった.

【治療介入】右股関節外転・外旋筋力低下に対して, OKC での筋力強化練習とステップ練習を実施し, 自主練習としても指導した. また, 自主練習の実施状況をカレンダーで管理し, 運動に対する自発性と習慣化を促した. さらに, 目標である体操教室までを想定した屋外歩行も行った.

【結果】デイケア開始 106 日目で MMT は右関節外転・外旋は 3, 右片脚立位は 8 秒となり, 歩行時の骨盤左下制は減少した. MFES は 123 点で屋外歩行に対する転倒恐怖心が軽減し, 外出機会も 3 回/週となり LSA は 51 点となった.

【考察】山崎らは行動変容の準備期 (行動を始める意図のある時期) は, 実際にしようとしている課題を実践し, 行動的な変容へ繋げる必要があると報告している. 本症例のしようとしている課題である運動習慣の定着, 屋外歩行に介入した結果, 行動変容に繋がり, 外出頻度が向上した. 行動変容の段階に合わせた適切な介入が有効であったと考える.

尚, 症例に発表について説明し同意を得た.

3-2-4

住環境設定に着目した第三腰椎圧迫骨折を呈した一症例
～生活動作改善に向けての取り組み～

○松尾士, 高城章朗, 山本洋晃
医療法人みどり会 中村病院 理学療法士

Key words : ベッド上生活, 住環境設定, 生活動作改善

【目的】

第三腰椎圧迫骨折を呈された本症例は, 病前生活から基本動作に介助量が多く, ベッド上生活による廃用が顕著に見受けられ2年前からADL低下がみられた. 今回, 住環境の設定により生活動作改善を試みたため報告する.

【症例紹介】

80歳代女性. 自宅で起居動作時に腰痛出現し, 緊急搬送され第三腰椎圧迫骨折と診断. 急性期を介し発症後6日目に回復期病棟に転棟となった. 併存疾患として高血圧症と関節リウマチがあり, 廃用性の全身機能低下が見受けられていた. 入院前はベッド上生活が中心であり, 日常生活動作は中等度介助が必要な状態であった.

【評価と問題点】

MMTは左右ともに膝関節伸展4, 股関節屈曲・伸展・外転3であり, 左大腿四頭筋遠位には安静時から筋性疼痛が認められた. 日常生活動作に関してはすべての動作において全介助から中等度介助が必要な状態であった. 日常生活動作が困難な状態から問題点としては生活範囲の狭小化が挙げられた.

【治療介入】

介入当初は疼痛緩和を目的にホットパックを実施し, 筋力強化訓練を取り入れた理学療法を介入するも, 機能面向上に難渋し動作訓練への治療に変更した. 訓練内容は起き上がり, 立ち上がり, 移乗, 歩行器歩行訓練を反復的に実施し, 動作能力は病前レベルに到達した. しかし, 本症例の病前生活から, 今後は退院後の生活動作改善が必要と考え, ご家族の同意のもと家屋調査を実施し住環境設定を行った.

【結果】

住環境設定を行ったことでベッド周囲動作の自立獲得と, 自室からリビングまでの歩行器歩行を実施し, 病前以上の活動量の獲得ができる環境を整えた.

【考察】

年齢や併存疾患などの現状から身体機能面の著明な向上は困難と考えた. 自宅で行う日常生活動作に近い状況下での動作訓練にて動作安定性を図り, 自宅内の住環境設定と活動性向上が生活予後の見通しを良好にするものと考えた.

患者には本発表について説明のうえ同意を得た.

4-1-1

右内頸動脈閉塞により重度左片麻痺を呈した一症例
～車椅子座位姿勢に着目して～

○前川奈穂, 田中裕明, 酒井雄太, 吉川創
わかくさ竜間リハビリテーション病院

Key words : 右内頸動脈閉塞, 筋緊張, 車椅子座位

【目的】 右内頸動脈閉塞により左片麻痺を呈した症例を担当した. 筋緊張改善・疼痛緩和に至り, 安定した車椅子座位の獲得に至った為報告する.

【症例紹介】 70代男性, 右内頸動脈起始部からの閉塞と診断され54病日目に転院. 13病日目より梗塞部拡大を認める. 入院前ADLは自立. 既往歴は脳内出血(H.17), 脳梗塞(H.24).

【評価と問題点】 58病日目, Brs-t:左Ⅲ-Ⅲ-Ⅲ. 安静時より左上下肢に疼痛認めるも, 重度注意障害により精査困難. HDS-R:3点. 左腱反射:上下肢亢進. 左MAS:上下肢3. 左ROM:上下肢に中等度の制限. 基本動作:全介助. 車椅子座位:左上肢ウェルニッケ・マン肢位, 左下肢屈筋優位で緊張が高く, 骨盤後傾, 胸腰椎左側屈位. BI:10点.

【治療介入】 左大腿後面筋, 下腿三頭筋に対し相反神経抑制による筋緊張のコントロールを図り, 可動域運動と感覚入力を実施. 車椅子座位姿勢に対し, 視覚代償による姿勢修正, ポジショニングでの介入を行った. 併せて寝返り練習から行い, ADLへの般化を図った.

【結果】 115病日目, Brs-t:左Ⅲ-Ⅲ-Ⅲ. 左下肢に収縮時痛の残存. 高次脳機能障害は改善するも感覚検査は精査困難. HDS-R:22点. 左腱反射:上下肢共に著変なし. 左MAS:上下肢1+~2. 左ROM:上肢は著変なし, 左膝関節伸展は改善. 基本動作は起居動作～端座位保持が見守り, 起立～移乗動作が軽介助と軽減が図れた. 車椅子座位は体幹正中位, 過度な筋緊張亢進なく左上肢をアームレスト, 左足底をフットレストに接地させる事が可能. BI:25点.

【考察】 重度片麻痺による筋緊張亢進, 疼痛によりADL拡大に難渋した. 出血・梗塞が同部位での再発の為, 改善幅が少ないと考え, 車椅子ADL獲得に向け車椅子座位姿勢に着目した. 筋緊張亢進と感覚障害に対し治療を実施. 可動域制限は残存したが, 安定した車椅子座位の獲得に至った. また, 疼痛緩和に併せた動作練習を行う事で, 基本動作, 整容動作の介助量が軽減し, ADL拡大に至ったと考える.

患者には本発表について説明の上同意を得た.

4-1-2

両側反張膝を呈した頸椎症性脊髄症に対して、左右別の装具療法にて歩行器歩行を獲得した一例

○山田智徳

暁生会脳神経外科病院

Key words:反張膝、装具療法、脊髄損傷

【目的】 今回、両側反張膝を伴う脊髄損傷後対麻痺患者に対し左右別の装具療法にて歩行器歩行を獲得した症例を経験したため報告する。

【症例紹介】 71歳女性。2年前に両下肢痛のためL2-L5椎弓切除術を施行、約2年後に両上肢の痺れと再度右下肢痛が出現し歩行困難となった。頸椎症性脊髄症と診断され、2か月後の5月C2-C7椎弓形成術を施行された。

【評価と問題点】 ASIA Impairment scale : Cの不全対麻痺。術後60日時点のFunctional Independence Measure(以下FIM)は60点。装具装着に介助を有し、移乗動作も見守りレベル。10m歩行は歩行器にて19.37秒、等尺性膝伸展筋力は右0.17kgf/kg、左0.13kgf/kgであった。

【治療介入】 両側反張膝を認めており、立位時の膝伸展角度は右10度、左12度であり、立脚期の動的アライメントを矯正することにより動作獲得を優先させる方針とした。装具診での検討を行い、右下肢はRAPS(背屈5°、アルミ支柱)、左下肢はCB braceの適応とした。術後42日から右RAPS、術後48日から左CB brace使用開始した。

【結果】 術後69日で長座位での装具装着自立、術後72日でバルーン管理を含めた移乗動作を獲得し車いすフリー、術後92日で歩行器歩行自立に至った。退院時FIM79点、10m歩行10.21秒であった。歩行量増加に伴い等尺性膝伸展筋力は両側ともに0.22kgf/kgと改善を認めた。

【考察】 術前からC4/5、C5/6レベルで脊髄前角に信号変化をきたしておりKAF0で大臀筋・大腿四頭筋の筋力強化訓練での動作獲得には、時間を要すと予想された。また年単位で進行した頸髄症であり、徒手療法ではアライメントの改善まで期待出来ないと想定されたため、早期に装具介入の方針とした。両下肢で違う装具を選定した理由については、介入初期の股関節周囲筋・膝伸展筋力差が挙げられた。本症例を通して画像による予後予測と適切な病態把握により左右各々の装具を選択することで、短期間で歩行獲得につながる事が示唆された。

本発表に際し、患者には説明の上、同意を得た。

4-1-3

右橋出血により重度運動失調を呈した一症例

○嶋貫翔太 北井貴大 高見武志 藤川薫
城山病院リハビリテーション科

Key words:右橋出血 感覚障害 運動失調

【目的】 右橋出血によって重度感覚障害と運動失調を呈した症例に対し、視覚情報を利用したボディーイメージに対する介入とcore stability training(以下CST)を併用したことによって運動失調が軽減し座位の介助量軽減に至ったため報告する。

【症例紹介】 症例は70歳台女性。入院時CT所見として、内側毛帯、網様体、中小脳脚、内側縦束の出血所見を認められた。受傷後2日目より理学療法開始した。

【評価と問題点】 初期評価ではGlasgow Coma Scale(以下GCS)はE-4V-5M-6、感覚は左上下肢が表在・深部共に重度鈍麻、Brunnstrom stageは左上下肢・手指共にV。粗大筋力は下肢伸展・屈曲共に右4左3であった。また、Stroke impairment assessment score(以下SIAS)は45点でScale for the Assessment Rating Ataxia(以下SARA)は立位6、座位4、踵膝試験右0左3でTrunk Control Test(以下TCT)は0であった。躯幹協調性ステージはIVであり重度の体幹失調を認めていると考えられた。生活場面では、車椅子と自己との距離感が掴めず移乗で転落傾向があることや、座位姿勢が左へ傾いていることを指摘すると「これが真ん中です」という発言が見られたことからボディーイメージの崩れが予測された。よってボディーイメージの崩れと失調による影響が座位などの基本動作の実用性を低下させていると予測された。

【治療介入】 鏡を使用し視覚フィードバックで正中位をとらえるトレーニングと、体幹部と四肢の協調的な運動を獲得する目的にブリッジ運動でのCSTを実施した。また長下肢装具を使用し、立位・歩行練習も行った。

【結果】 最終評価でGCSはE-4V-5M-6、SIAS56点でSARA立位5点、座位2点、踵膝試験右0左2、TCTは24、躯幹協調性ステージIIIとなった。受傷後22日でSARAと体幹機能が改善し、座位は近位監視程度まで可能となった。

【考察】 重度感覚障害を呈するとボディーイメージが崩れ身体中心を捉えることが困難になる場合が多い。本症例ではボディーイメージと体幹の協調性向上によって座位の安定化を図ることができた可能性があると考えられる。

患者には本症例について説明のうえ同意を得た

4-1-4

食事動作での左麻痺側手の把持動作低下を認めた症例
～自主訓練の重要性と具体的に問題点を共有して～

○藤井敬汰, 小西弘晃, 松永沙織
介護老人保健施設 美杉

Key words : 食事動作, 自主訓練, 問題点の共有

【目的】 右脳梗塞後左片麻痺を呈した症例に対し, 左手でのお椀把持動作, 実用的な食事動作獲得を目標に介入. 左上肢の分離, 左手部機能, 体幹機能へ治療介入や自主訓練指導を行い, 実用的な食事動作獲得に至ったため報告する.

【症例紹介】 70歳代男性. 約6か月前に右脳梗塞を発症. 病院での投薬治療, 外来リハビリを経過して現在, 週1回本施設デイケアの個別リハビリを実施している.

【評価と問題点】

(初期/最終)BRS 左上肢: V/VI 左手指: VI/VI
ROM-T 左肩関節屈曲: 150/160 外転: 135/150
左手関節背屈: 35/50 前腕回外: 40/80
疼痛検査(NRS)左手関節部, 左手指屈曲時: 4~5/0~1
筋緊張検査(左外腹斜筋): 筋緊張低下あり/筋緊張低下あるも改善認める
食事動作: 左肩甲帯下制, 体幹左回旋, 骨盤後傾位を呈した状態から左前腕回内位, 左手関節掌屈位を呈し指尖で把持する. 持ち上げる際に左肩甲帯挙上, 左肩関節外転, 体幹右側屈が生じる. 要因として①左上肢の分離低下, ②左手関節 ROM 制限, ③体幹機能低下の関与を考えた.

【治療介入】 上記問題点の①, ③については個別リハビリにて座位アライメント修正, リーチ動作訓練による左上肢分離機能の促進を行い, ②には自主訓練で左手関節可動域訓練, 筋力強化の指導, 実施を促した. セラピストが関われる時間は週1回20分だけであるため, 本症例と問題点の共有を行い, 自主訓練の目的や役割を説明した上で治療の役割を担ってもらった. また, 記録用紙を用いて自主訓練実施状況を管理した.

【結果】 期間3週間の個別リハビリ, 自主訓練を実施した結果, 左手把持動作の改善を認め, 実用的な食事動作の獲得に至った.

【考察】 問題点に対して限られた介入時間の中で介入方法を工夫し, 自主訓練を促したことにより本症例の意識に変化が生まれ, 日常生活での左上肢使用頻度が増加した. その結果, 左上肢機能や体幹機能改善, 実用的な食事動作獲得に繋がったと考える.

患者には本発表について説明の上, 同意を得た

4-1-5

右内包梗塞により左片麻痺を呈した症例
～4点杖歩行の安定性向上に着目して～

○斉藤彩夏, 長宗博
山弘会 上山病院

Key words : 右内包梗塞, 左片麻痺, 4点杖歩行

【目的】 右内包梗塞により左片麻痺を呈した症例に対し, 左大殿筋の低緊張に着目して治療を行った結果, 4点杖歩行の介助量が軽減したため報告する.

【症例紹介】 身長 165cm, 体重 52kg, 80歳代男性で, 呂律難・左片麻痺症状が出現し右内包梗塞と診断され, 発症翌日から理学療法開始となった.

【評価と問題点】 85病日目のBrunnstrom stageは下肢Ⅲ, 左大殿筋の低緊張, 下腿三頭筋, 足趾屈筋群の過緊張を認め. 左下肢への最大荷重量は35kg, 荷重感覚はNRS:2, 金属支柱付き短下肢装具をつけた4点杖歩行のTime Up Go Test(TUG)は1分30秒, 歩容は左立脚期において骨盤の左回旋が生じており, 左下肢への重心移動が乏しく, 後方重心のまま右下肢の遊脚が開始されることで, 右下肢の後方へのステップ反応に伴う後方へのふらつきが生じており, 転倒リスクがあるため介助を要していた. 中枢性姿勢制御機構では, 中枢部の安定性により末梢の運動性を得られる報告があるため, 今回は中枢部に近位部である大殿筋の低緊張に着目し治療介入した.

【治療介入】 大殿筋の促通を目的に, 座位で坐骨への荷重を意識させながら重心移動を行ない, 立位ではステップ訓練, 歩行練習を実施した.

【結果】 99病日目の評価では, 左大殿筋の低緊張の改善と, 下腿三頭筋, 足趾屈筋群の過緊張の改善が見られ, 左下肢への最大荷重量は40kg, 荷重感覚はNRS:8, TUGは1分26秒, 歩容は左立脚期において骨盤の左回旋は減少し, 左下肢への重心移動が見られ, 右下肢の後方へのステップ反応に伴う後方へのふらつきと4点杖歩行の介助量は軽減した.

【考察】 大殿筋の低緊張が改善し, 立脚期における骨盤安定性が向上したことで, 末梢部の過緊張が改善され足底からの感覚入力が向上し, 左下肢への重心移動が可能となった. 後方重心が軽減したことで後方へのステップ反応に伴うふらつきも軽減し, 4点杖歩行の介助量軽減に繋がったと考える.

患者には本発表について説明の上同意を得た.

4-2-1

くも膜下出血後の意識障害に対して積極的な離床が有効であった1症例

○宮城大樹、北井貴大、藤川薫

医療法人 春秋会 城山病院 リハビリテーション科

Key words: くも膜下出血, 意識障害, 離床

【目的】 くも膜下出血により意識障害を呈した症例に対し、積極的に離床を図ることで意識障害の改善を認めため報告する。

【症例紹介】 70歳代男性。外出時に倒れ込み、当院へ救急搬送。右前交通動脈瘤破裂によるくも膜下出血と診断された。受傷時、Japan Coma Scale (JCS):3, WFNS 分類 Grade I, Fisher 分類 Grade IIIであった。同日に脳動脈瘤クリッピング術、外減圧を施行し、集中治療室 (ICU) で加療となった。術後4日目から理学療法開始となり、同日より離床を開始した。術後7日目に気管切開施行し、術後13日目に一般病棟へ転棟した。

【評価と問題点】 術後4日目で JCS:200, Glasgow coma scale (GCS):E1VTM4 であった。術後の鎮静管理は解除されていたが刺激による開眼認めず、意思疎通は困難であった。Brunnstrom recovery stage-test (BRS-t, Rt/Lt) 上肢 I / I, 手指 I / I, 下肢 I / I であった。Vital sign は理学療法前後で血圧 120 台, 心拍数 60-70 台, SpO2 は人工呼吸器管理で 100% であった。動作レベルは全介助であった。意識障害が問題点であると考え、アプローチを行った。

【治療介入】 拘縮予防として四肢と体幹の関節可動域訓練を実施した。術後4日目から ICU 在室時より意識障害の改善を図るため、端座位訓練、起立訓練を実施した。一般病棟転室後は両側に長下肢装具を装着して立位保持訓練、歩行訓練と段階的に離床を実施した。また、リハビリ以外の時間で病棟看護師に依頼し、補助具を用いた端座位保持訓練、車椅子座位での離床時間の延長を実施した。

【結果】 術後28日目で JCS:3, GCS:E4VTM4 と改善を認めた。開眼は持続可能となり、頷きや口唇の動きで簡単な意思疎通は可能となった。BRS-t は上肢 I / I, 手指 I / I, 下肢 I / I であり、基本動作は全介助であった。術後58日目に他院へ転院となり、当院での理学療法を終了した。

【考察】 くも膜下出血は、血管外への血液の浸出や脳内圧迫により損傷を来し意識障害を呈する。離床により上行性網様体賦活系を賦活したことで大脳皮質を刺激し、意識障害の改善に至ったと考える。

患者には本発表について説明のうえ同意を得た。

4-2-2

外来リハにてパーキンソン病患者に対し歩行能力向上を目指した症例～職場までの実用的な歩行獲得に向けて～

○栃木碧奈、清水裕子、平野祐輔

医療法人みどり会 中村病院

Key words : パーキンソン病, 電車昇降, 歩行補助具

【目的】 パーキンソン病 (以下, PD) により職場までの歩行能力低下に対し、運動療法・歩行補助具の提案により歩行改善に至ったので報告する。

【症例紹介】 70歳代女性、他院にて4~5年前にPDと診断された。電車での通勤時に支持物無しでの乗降に不安を感じていた。外来リハビリは週1回2単位にて実施し現在に至る。

【評価と問題点】 徒手筋力検査より体幹屈曲のみ3、他は5。関節可動域測定において制限は無く、座位や立位にて外乱を加えると立ち直り反応が見られた。独歩では全歩行周期において視線は前下方にあり胸腰椎後弯・骨盤後傾、体幹は屈曲、両上肢の振りは乏しく方向転換時にはすくみ足がみられた。一歩行周期の中で両脚支持期の占める割合が高く、また問診にて歩行距離延長と共に腰背部の重怠さの訴えが確認できた。

【治療介入】 職場までの環境に応じた歩行獲得と転倒による二次的外傷の防止を目標に実施。歩行補助具の提案と、視覚・聴覚刺激を用いた運動療法を実施した。自宅でも行える運動として体幹筋の筋力強化やパーキンソン体操を指導した。

【結果】 徒手筋力測定並びに関節可動域については変化を認めず。歩行補助具としてノルディックウォーキングポールを提案する事で視線は前方となり胸椎後弯・骨盤後傾・体幹屈曲も軽度となり方向転換時のすくみ足も軽減した。また問診にて腰背部の重怠さの軽減を確認できた。

【考察】 本症例は所見から Hoeyn&Yahr 分類より I 度に分類されたと考えた。本症例は全歩行周期において視線が前下方にあり通勤時に電車を利用している事から足元のみならず周囲への環境に注意する必要があった。その為、ノルディックウォーキングポールを用いて体幹屈曲位の改善を図った。結果として体幹伸展が生じ視線が前下方から前方に変化した。同時にすくみ足も軽減傾向となり支持基底面の拡大による転倒リスク軽減にも繋がったと考えた。

尚、今回の発表に際し、患者に主旨説明し了承を得た。

4-2-3

左半身の認識の悪さが歩行に影響を及ぼした症例

○柿原麻耶, 荒木茂樹
暁生会脳神経外科病院

Key words: 歩行, 下肢認識不良, 姿勢アライメント

【目的】 今回, アテローム血栓性脳梗塞により左片麻痺を呈した症例を担当した. 下肢の認識, 姿勢アライメントに対してアプローチし歩行能力に改善を認めたため報告する.

【症例紹介】 60 歳代男性. 急性心筋梗塞の診断にて前院に搬送. 2 日後, 左片麻痺, 顔面神経麻痺認め CT にて右側頭葉～頭頂葉に梗塞. 第 5 病日より理学療法開始. 第 37 病日に当院回復期リハビリテーション病棟転棟, 同日より介入開始.

【評価と問題点】 第 54 病日 SIAS 運動機能: 下肢近位 (股) 2, 下肢近位 (膝) 1, 下肢遠位 2 感覚: 下肢触覚 1, 下肢位置覚 0. 体幹・麻痺側上下肢は全体的に低緊張, 特に肩甲骨周囲筋・腹部筋・殿筋に著明に筋緊張の低下を認めた. 10m 歩行は 111.67 秒 (短下肢装具+四点杖). FIM66/126 点. 歩行は, 麻痺側の振り出しが十分でないまま非麻痺側を振り出すことがみられた. 視線は下方を向いているも麻痺側を見るような挙動は見られず, 下肢の認識が乏しかった. 麻痺側の立脚期においては, 支持性が乏しく膝関節は屈曲し外側方向への崩れを認め, 中等度の介助量が必要であった.

【治療介入】 姿勢調整, 筋アライメント調整, 感覚再教育.

【結果】 第 118 病日 SIAS 運動機能: 下肢近位 (股) 3, 下肢近位 (膝) 2, 下肢遠位 2, 感覚: 下肢触覚 1, 下肢位置覚 0. 筋緊張はわずかな改善は認めたが依然として低緊張であった. 10m 歩行は 22.92 秒 (短下肢装具+T 字杖). FIM74/126 点. 歩行は, T 字杖歩行最小介助レベルとなった. 麻痺側立脚期において支持性の向上も認めたため介助量は軽減したが, 麻痺側下肢が支持できない状況下であっても非麻痺側下肢の振り出しに移行するなど転倒リスクが残存した.

【考察】 姿勢調整により歩行時の転倒リスクは大きく改善を認めた. しかし, 感覚障害・身体失認により左下肢の支持が準備できていない状況下であっても気にする様子が見られず, その結果, 歩行時最小介助が必要であり歩行自立を獲得することが出来なかった.

本報告をするにあたり本人に同意を得た.

4-2-4

転移性頸髄腫瘍摘出術後に下肢運動失調を呈した一症例～視覚代償による押し車歩行の安定性向上へ～

○清水 智哉, 福本 貴典, 西川 篤史, 岡本 律子
野崎徳洲会病院

Key words : 脊髄性失調, 歩行, 視覚的フィードバック

【目的】 頸髄腫瘍摘出術後に脊髄性失調を呈し歩行困難となった症例に対し, 視覚代償を用いた歩行訓練を行った結果歩容の改善を認めたため報告する.

【症例紹介】 70 歳代 女性 疾患名: 転移性頸髄腫瘍 現病歴: X 年 8 月右腕, 頸部, 背部にしびれ, 痛みがあり当院受診. 頸髄腫瘍を指摘され入院, 頸髄腫瘍摘出術施行. 手術前 ADL は自立.

【評価と問題点】 初期評価 (術後 2~3W) 意識状態: JCS I-2 認知機能: HDSR15/30 点 集中力低下を認め, 時折辻褄の合わない発言あり 筋緊張: 左右共に股関節内転筋群高緊張 感覚機能: 表在感覚軽度鈍麻 深部感覚下肢中等度鈍麻 (特に右下肢) ロンベルグ試験: 陽性 下肢変換障害, 測定障害あり MMT: 腸腰筋 3/3 大殿筋 2/2 中殿筋 2/2 大腿四頭筋 4/4 基本動作: 起居軽介助 立ち上がり軽介助 立位監視 手放し可能 平行棒内歩行軽介助 下肢の過度な内側への振り出しが見られ歩隔が一定せず, 立脚中期には骨盤の動揺も認めた. これらの評価から両下肢に失調症状が出現していると考えた.

【治療介入】 下肢振り出し位置にラインを引き歩行訓練を行うことで歩隔の改善を認めたため, 視覚代償を用いたライン踏み歩行訓練 (平行棒内・押し車) を実施.

【結果】 最終評価 (術後 7~8W) 筋緊張, 感覚機能, ロンベルグ試験は著変無し. 下肢変換障害, 測定障害は残存. 起居自立, 立ち上がり物的支持にて監視, 平行棒内・押し車歩行監視.

【考察】 脊髄性失調などの深部感覚障害を有する患者に対して視覚的フィードバックを用いることが有効とされている. 本症例も視覚的フィードバックを利用したライン踏み歩行訓練にて動作学習を促すことで, 下肢の過度な内転が減少し歩隔が一定となり, 骨盤の動揺は軽減した. よって押し車歩行監視レベルまで歩行の安定性向上を図ることができたと考える. しかし, 認知機能低下により動作学習に時間を要し, 実用的な押し車で移動の獲得に至っていないため引き続き訓練が必要である.

患者には本発表について説明のうえ同意を得た.

4-2-5

左放線冠梗塞を発症した脊柱側弯を呈する症例を担当して～屋内独歩自立での早期退院を目指して～

○米谷 正樹, 森本 瑛大, 桑原 朋之, 吉川 創
わかくさ竜間リハビリテーション病院

Key words : 左放線冠梗塞, 脊柱側弯, 早期退院

【目的】 左放線冠梗塞による右下肢・体幹の筋力・筋出力低下, 幼少期より脊柱側弯を呈する症例に対し, 右下肢, 体幹の筋力・筋出力向上と共に家屋の環境調整, 本人・家族への退院後生活指導を行い早期退院可能となったため報告する。

【症例紹介】 80代男性, 診断名は左放線冠梗塞. 保存的加療後, 34病日目に当院転院. 病前は妻と二人暮らし, 屋内独歩自立, 自宅内ADL自立レベルであった. 自宅内階段, 屋外歩行は妻見守りの下行っていた. 外出は週一回程度で活動頻度は少なかった. 幼少期より脊柱右凸側弯を呈する。

【評価と問題点】 44病日目でBRSはVI-VI-VI. MMTにて右下肢3, 左下肢4, 体幹筋群2. 脊柱右凸側弯を呈した. 10m歩行は15.19秒. 院内歩行器歩行見守り, トイレ・入浴動作に一部介助を要する. FIMは78/126点. HDS-Rは13/30. 問題点として右下肢・体幹筋群の筋力・筋出力低下による歩行安全性低下, 高次脳機能障害, 自宅内ADL困難と考えた. また, 他患者との交流が少なく自室で過ごすことが多いため, 認知機能低下を考慮し早期退院を目指した。

【治療介入】 介入初期より右下肢・体幹筋群の筋力・筋出力向上を試みた. 歩行や階段昇降での右下肢・体幹筋群の収縮が良好であったため動作訓練を中心に実施. 62病日, 院内独歩自立レベルとなる. また入院早期より退院に向けて家屋の環境調整や心身機能維持のために外出頻度を増やす等, 本人・家族への生活指導を併行した。

【結果】 124病日, MMTは両下肢4, 体幹筋群3に改善, 10m歩行は11.04秒となり, 屋内独歩自立獲得に至った. HDS-Rは12/30. FIMは111/126点で屋内ADL自立レベルに至り退院となった. 階段昇降, 屋外歩行は病前同様見守りを要した。

【考察】 身体機能面の向上による屋内独歩安全性獲得, 自宅内独歩でのADL自立に繋がり, 早期より自宅環境整備や本人・家族への生活指導を行ったが, 高次脳機能面の課題が残存し, ゴール設定の検討には課題が残ったと考える。

患者には本発表について説明のうえ同意を得た。

5-1-1

屋外の社会参加に向けて検討した一症例
～右立脚初期から荷重応答期に着目して～

○山副真輝, 平尾秀和
山弘会 上山病院

Key words : 片麻痺, 大腿四頭筋, 膝折れ

【目的】 左基底核～放線冠梗塞により右片麻痺を呈した症例に対し, ステップ訓練による大腿四頭筋の促通, 感覚入力を行った結果, 歩行能力が向上したため報告する。

【症例紹介】 50代男性. 左基底核～放線冠梗塞にて入院. 第46病日目に当院回復期病棟入棟. 発症前ADL全て自立. 趣味パチンコ(店まで約2km).

【評価と問題点】 Brunnstrom stage test は右V-IV-IV, 表在感覚軽度鈍麻・深部感覚正常, 筋緊張は右上下肢, 腰背部亢進, 下肢後面筋は著明, 筋出力はMMT体幹3, 上肢2～3, 下肢3～4, SIAS53/76点, 6分間歩行テスト178m, FIM84/126点, 高次脳機能は右側注意力低下. 歩行は右立脚初期～荷重応答期にかけて膝折れあり. 右踵接地はなく, 振り出しも努力性である. 屋外T字杖歩行約200m可能だが, 疲労感強く, 膝折れ出現. 病棟ではT字杖歩行自立。

【治療介入】 姿勢筋緊張の調整. OKCにて大腿四頭筋・ハムストリングスの協調性訓練, CKCにて殿筋群・大腿四頭筋・下腿三頭筋促通, ステップ訓練での感覚入力. 屋外T字杖歩行訓練。

【結果】 BRS-t 右V-IV-V, 表在感覚正常・深部感覚正常, MMT体幹3, 上肢3～4, 下肢4, SIAS60/76点, 6分間歩行テスト240m, FIM122/126点, 高次脳機能は右側注意力改善. 歩行時, 右立脚初期～荷重応答期にかけて膝折れ軽減. 病棟では独歩自立へとADL向上. 屋外T字杖歩行は, 約1km歩行が可能となったが, 距離が伸びると, 右上下肢筋緊張亢進し, 右下肢引っかかりや膝折れの頻度が上がった。

【考察】 右初期接地～荷重応答期の膝折れが原因で屋外歩行の持久力低下が認められていた. 本症例は大腿四頭筋に着目し, ステップ訓練や促通運動を行なった結果, 膝折れの軽減が見られ, 初期評価時より歩行距離延長は可能となったが下肢の筋緊張亢進での膝折れや引っかかりが残存し, 趣味の実現に至っていない. その事から上肢や体幹の筋緊張評価, アプローチを更に検討する必要がある. 尚, 今回の発表に際し症例, 家族に主旨を説明し承諾を得た。

5-1-2

起立性低血圧により離床に難渋した不全頸髄損傷症例
～リクライニング車いすでの食事摂取を目指して～

○長谷川裕樹, 木村悠也
藤井会石切生喜病院リハビリテーション科

Key words : 不全頸髄損傷, 四肢麻痺, 起立性低血圧

【目的】 起立性低血圧により離床に難渋した不全頸髄損傷症例を担当した。早期より Tilt table 練習及び起立・歩行訓練を実施し, 低血圧症状の軽減を認め, リクライニング車いすでの食事摂取が可能となったため報告する。

【症例紹介】 70 歳代男性。自宅で転倒し中心性頸髄損傷受傷(C3 - C4)。受傷後 3 日目より理学療法開始。受傷後 14 日目に椎弓切除術施行。既往歴には, 進行性核上性麻痺, 肺癌。受傷前は, 進行性核上性麻痺により頻繁に転倒していた。

【評価と問題点】 HDS-R11 点。簡単な従命可。AIS-C, MMT は上下肢・体幹 1 ~2, 握力両側 0 kg, 触覚・運動覚軽度鈍麻。基本動作全介助。安静時血圧 90/60mmHg, 脈拍 50bpm。端座位にて起立性低血圧を認め, 低血圧症状を呈し離床困難であった。日中ベッド上臥床をしていた為, リクライニング車いすでの食事摂取を目標とした。

【治療介入】 理学療法開始から 5 週目までは, Tilt table 練習及び速やかな立ち座り訓練を実施。5 週目より, 下肢が MMT3 レベルに改善, 歩行訓練を最大介助下にて実施。尚, 腹帯の使用, 食後 2 時間後以降の介入とした。

【結果】 AIS-C, MMT は体幹 2, 上肢 2, 下肢 3 に改善。基本動作は寝返り軽介助, 起き上がり中等度介助, 座位保持軽介助, 移乗中等度介助まで改善。端座位にて低血圧症状を認めず, SBP70mmHg 以上を維持でき, リクライニング車いすでの食事摂取が可能となった。

【考察】 本症例の起立性低血圧の成因は, ①交感神経活動の障害, ②受傷後の運動麻痺及び廃用症候群による筋ポンプ作用能力低下と考えた。②に対し, 早期より Tilt table 練習を実施するも低血圧症状が出現し, 訓練を中止する事が多々あったが, 動的な起立・歩行訓練を実施することにより, 腹圧を高め, 末梢からの静脈還流を促すことで, 急激な血圧低下を予防し, 筋ポンプ作用能力低下への訓練を継続することが可能となった。その結果, 低血圧症状の軽減を認めたと考える。

ご家族様には本発表について説明のうえ同意を得た。

5-1-3

左被殻出血を呈した症例～立位姿勢の安定性の向上を目指して～

○原田拓弥, 松本絵梨加, 酒井雄太, 吉川創
わかさ竜間リハビリテーション病院 療法部 療法課

Key words : 感覚障害, 後方重心, 荷重量

【目的】 左被殻脳出血を呈した症例に対し, 立位姿勢に着目して理学療法を介入した結果 ADL 向上が見られたため報告する。

【症例紹介】 78 歳女性。身長 157 cm。体重 48.8 kg。BMI19.8。左被殻出血を呈し保存療法により第 16 病日に当院に転院。病前 ADL は自立。

【評価と問題点】 第 30 病日。右 BRS-t 上肢 VI 手指 VI 下肢 VI。ROM (右/左) 足関節背屈 5/5。MMT (右/左) 腸腰筋 3/4, 中殿筋 2/2, 腹直筋 3, 腹斜筋 2/2。表在感覚は右足底部に軽度鈍麻 (7/10)。基本動作は起居・座位自立。起立・移乗見守り。FIM56 点。立位姿勢は体幹屈曲, Th6 凸の円背姿勢, 骨盤後傾, 股関節・膝関節屈曲位で後方重心により転倒リスクがある為見守り。歩行は歩行器歩行軽介助。これらの評価から右足底部の感覚鈍麻, 腹筋群・股関節周囲筋の筋力低下・協調性障害が原因にあると考えアプローチを行った。

【治療介入】 右足底部の感覚鈍麻に対して, 立位姿勢で右への動的リーチ動作・裸足での歩行練習を実施し前足部への荷重練習を行い, 感覚の改善を図った。腹筋群の筋力低下に対しては, 筋力増強運動に加え立位姿勢での左右・前方へのリーチ動作で協調性練習を行った。股関節周囲筋の筋力低下に対して床上で個別に筋力増強運動を行った。

【結果】 第 70 病日。ROM 足関節背屈 10/10。MMT 腸腰筋 4/4, 中殿筋 3/2, 腹直筋 3, 腹斜筋 2/2。右足底部の表在感覚は改善 (9/10)。立位姿勢は体幹・膝関節の屈曲, 後方重心が軽減。骨盤中間位。歩行は短距離独歩見守り。FIM74 点 (トイレ・歩行・階段昇降動作で加算)。

【考察】 動・静的立位の安定性が低下している一番の問題点として右足底部の感覚鈍麻を考え改善を目的に治療を行い, 感覚の改善が得られたことで右下肢の荷重感覚が改善したが, 加えて体幹の協調性が向上した事により前後左右へ重心移動が行えるようになり, より動作の安定性が向上したことでトイレ動作・歩行・階段昇降の安定性の向上が図れたと考える。

患者には本発表について説明のうえ同意を得た。

5-1-4

機械的血栓回収術後、座位保持の獲得を目標とした急性期心原性脳塞栓症の一症例

○伊田 亜希良 團野 祐輔 佐伯 綾 喜多 孝昭 山田 賢一 鈴木 俊明
守口生野記念病院

Key words：心原性脳塞栓症，機械的血栓回収療法，座位保持

【目的】 今回、心原性脳塞栓症を発症し、血栓溶解療法（以下 t-PA）、機械的血栓回収療法を施行した両片麻痺患者を急性期から担当した。座位保持の獲得を目標とした理学療法過程を報告する。

【症例紹介】 症例は80歳代後半の女性。突然の右片麻痺、失語、左共同偏視が出現し当院へ救急搬送、t-PA 及び、機械的血栓回収療法施行となった。術後MRI では、左運動前野、左島、左中前頭回、右一次運動野に梗塞巣を認めた。入院前ADL は、有料老人ホーム入所中、独歩自立。既往歴に狭心症、慢性心房細動、高血圧症があった。

【評価と問題点】 2病日目。JCSⅡ-20、従命動作不可、発語なし。病棟内FIM19/126点。Br. stage 右上肢Ⅰ右手指Ⅰ 右下肢Ⅲ、左上肢Ⅵ左手指Ⅵ左下肢Ⅲ。SIAS 右17点、左34点。Hoffer 座位能力分類3。座位保持は、左股関節屈曲減少・腰椎前弯減少に伴う骨盤後傾・左回旋と、胸椎後弯・左回旋による左後方への転倒傾向を認めた。

【治療介入】 3～9病日目は、左ハムストリングス・左下腿三頭筋緊張亢進の改善、10～16病日目は、左大殿筋・左多裂筋緊張低下に対する筋出力促進、17～22病日目は、右大胸筋・右外腹斜筋・右腹直筋緊張亢進の改善を図り、加えて課題指向型トレーニングを実施した。

【結果】 23病日目。JCSⅠ-3、従命動作不可、単語あり。病棟内FIM36/126点。Br. stage 右上肢Ⅱ右手指Ⅱ 右下肢Ⅳ、左上肢Ⅵ左手指Ⅵ左下肢Ⅳ。SIAS 右34点、左46点。Hoffer 座位能力分類1。ADL が向上し施設へ再入所となった。

【考察】 心原性脳塞栓症に対する機械的血栓回収療法は、脳卒中ガイドライン2015でgradeAと推奨されており、近年、急性期理学療法で関わる機会が増えている。しかし現状では、後遺症が残存した予後不良例が少なくはない。今回、両片麻痺が残存し、座位保持困難な症例であったが、動作分析から抽出した問題点に対して段階的に治療を展開したことで、座位保持の改善・ADL の向上に繋がったと考える。

患者には本発表について説明のうえ同意を得た。

5-1-5

出血性脳梗塞による左片麻痺を呈した一症例
～Pusher 症候群を伴った立ち上がり・移乗動作に着目して～

○比嘉恒太、奥野博和
啜生会脳神経外科病院

Key words：出血性脳梗塞，左片麻痺，Pusher 症候群

【目的】 右大脳基底核を中心とする出血性脳梗塞を呈した症例において、Pusher 症候群や高次脳機能障害により立ち上がり・移乗動作の介助量軽減に難渋した一症例として報告する。

【症例紹介】 症例は70歳男性で、左内頸動脈閉塞による中大脳動脈穿通枝領域の梗塞を認めた。経皮的ステント留置術から4病日目に出血性脳梗塞を発症して血種除去、外減圧術を施行した。37病日目の頭蓋形成術後に急性硬膜外血種を発症して再び血種除去、外減圧術を施行した。128病日目に2度目の頭蓋形成術を施行した。

【評価と問題点】 135病日目でJCSⅠ-2、MMSEは11点、SIASは16点であった。BRSは左上肢Ⅱ、手指Ⅱ、下肢Ⅱと随意性は乏しく、表在・深部感覚とも重度鈍麻であった。線分二等分試験は右側96mm偏位、線分抹消試験は右側のみで半側空間無視を認めた。運動時に課題を持続できず注意障害を認めた。座位や立位で姿勢保持できず、姿勢制御の障害が見られた。姿勢保持や動作時に上肢優位のPusher 症候群により中等度から重度の介助を要した。

【治療介入】 Pusher 症候群の改善と体幹抗重力位保持を目的として、起居動作や長下肢装具を用いた歩行訓練、座位や立位の姿勢保持中に非麻痺側上肢のリーチ動作を誘導して非麻痺側への体重移動・体幹抗重力運動を促した。起立や立位訓練ではPusher 症候群を起こさず、手摺りを引き付けて支持できるように一緒に動きながら動作を誘導した。

【結果】 163病日目でSIASは17点、JCSⅠ-2、HDS-Rは8点、MMSEは12点で変化はなかった。座位や立位では他動的に修正して短時間しか姿勢保持できなかった。意識障害は軽度残存しており、Pusher 症候群や高次脳機能障害により立ち上がり・移乗動作の介助量軽減に至らなかった。

【考察】 意識障害や高次脳機能障害の改善が乏しく、運動学習を得られなかったため立ち上がり・移乗動作の介助量軽減に難渋した。Pusher 症候群が長く残存しているため予後は不良であると考えられる。2度目の頭蓋形成術から経過日数が少なく、入院期間に猶予があるため継続して治療介入していく。

患者には本発表について説明のうえ同意を得た。

5-2-1

橋梗塞後患者の立脚期不安定性に対する介入

○塩中裕介, 米元佑太

医療法人孟仁会 東大阪山路病院

Key words : 橋梗塞, 歩行, 姿勢制御

【目的】 橋梗塞後に立脚期の不安定性を呈した患者に対して、麻痺側殿筋群機能、体幹機能へ重点的に介入した経過を報告すること。

【症例紹介】 症例は73歳の男性である。発症前は屋外独歩可能だった。発症2週間後より運動療法による介入を開始した。介入当初は端座位保持が不可能であったが、発症1か月半後には独歩軽介助レベルまで改善した。施設への退院に向け、独歩の獲得が必要であった。

【評価と問題点】 発症57日後の中間評価では、歩行時右立脚初期から立脚中期にかけて、股関節の過度の内転、急激な屈曲が度々出現していた。この現象の出現頻度と程度は歩行を実施する環境によってその都度変化しており、歩行の安定性が低下していると判断した。右股関節伸筋、外転筋力は徒手筋力テストで3、両側体幹は屈曲・回旋筋ともに2であり、Brunnstrom Recovery Stageは右上肢V、下肢Vであった。以上の評価結果と環境や課題によって変化する歩容の動作分析結果から、本症例の問題点は右股関節伸筋、外転筋と体幹筋の筋力低下とそれらの筋の協調性の低下であると考えた。

【治療介入】 右股関節伸筋、外転筋と体幹筋の筋力低下に対してそれぞれ筋力増強訓練を行った。協調性低下に対して、階段昇降訓練、起き上がり等の基本的動作訓練、リーチ動作訓練を段階的に課題の難易度を調整して実施した。

【結果】 右股関節伸筋、外転筋は徒手筋力テストで3から4へ向上した。一方、体幹筋力の向上は認めなかった。各動作訓練は高い難易度の課題が達成可能となり、歩行中の股関節の過度の内転と急激な屈曲の出現頻度は減少した。

【考察】 本症例の経過から、麻痺側殿筋群機能、体幹機能への介入が橋梗塞後の立脚期不安定性を改善させる可能性があると考えられた。介入による結果を考慮すると、この改善は、各筋力増強の効果のみでなく、協調性の向上によってもたらされた可能性が示唆される。

患者には本発表について説明のうえ同意を得ている。

5-2-2

右ラクナ梗塞により股関節・膝関節不安定性を認め、後方へのふらつきを呈した一症例

○森真哉, 芳本康司, 川島香菜

牧リハビリテーション病院, リハビリテーション部

Keywords : 段差ステップ, 下肢協調性, 歩行

【目的】 右ラクナ梗塞により左片麻痺を呈し、後方へのふらつきが生じT字杖歩行自立困難であった症例に対し、歩行時の下肢協調性に着目し治療を行った結果、T字杖歩行自立に至ったので報告する。

【症例紹介】 60歳代、女性、診断名：右ラクナ梗塞保存療法、x+20病日：リハビリ目的で当院へ転院。

【評価と問題点】 x+21病日：BRSt 左下肢IV、粗大筋力左下肢2-3・体幹3、左殿筋群・腹筋群・左大腿四頭筋筋緊張低下、左下肢深部感覚中等度鈍麻。歩行は左立脚初期～中期で骨盤左側方過剰移動・膝関節動揺が生じ、左立脚後期消失、左遊脚初期で後方へのふらつきを認め軽介助。問題点に左殿筋群・腹筋群・左大腿四頭筋筋出力低下、深部感覚障害、下肢協調性低下を挙げた。

【治療介入】 膝立ち、モンキーウォーク、段差ステップ訓練実施。

【結果】 x+112病日：BRSt 左下肢V、粗大筋力左下肢3-4・体幹3、左殿筋群・腹筋群・左大腿四頭筋筋緊張改善、左膝関節深部感覚軽度鈍麻に改善。歩行は左立脚初期～中期で骨盤左側方過剰移動・膝関節動揺が軽減し、左立脚後期の股関節伸展角度増大、左遊脚初期で後方へのふらつきが改善し、T字杖歩行自立となった。

【考察】 右ラクナ梗塞による筋出力低下、深部感覚障害、下肢協調性低下に対し、膝立ち、モンキーウォーク、段差ステップ訓練を実施した。文献では、膝立ち訓練は殿筋群・腹筋群の筋活動を高め、歩行時の選択的な股関節伸展を促し、モンキーウォークは大腿四頭筋・深部感覚を促通させ、膝の動的安定化をもたらすと報告されている。また大殿筋・大腿四頭筋の協調的な同時収縮を促す為、高さを設定した段差ステップ訓練を行い、歩行時の下肢協調性向上を目的に介入した。

結果、殿筋群・腹筋群・左大腿四頭筋筋出力向上、深部感覚改善による下肢協調性向上に繋がり、左立脚初期～中期で股関節・膝関節安定性が向上し、T字杖歩行自立に至ったと考える。

尚、本症例へ発表に対する説明と同意を得た。

5-2-3

左視床出血を発症し、重度感覚障害を呈した症例
～歩行の安定性向上を目指して～

○福永泰士, 坂田創, 酒井雄太, 吉川創
わかくさ竜間リハビリテーション病院 療法部 療法課

Key words : 左視床出血, 歩行, 感覚障害

【目的】 今回、左視床出血を発症した症例を担当し、歩行の安定性向上を目的に介入したため報告する。

【症例紹介】 40代男性. 177cm, 93 kg, BMI29.7kg/m².
独居. 左視床出血と診断され保存加療. 発症 27 病日目リハビリ目的で当院へ入院. 病前 ADL は全自立.

【評価と問題点】 発症 28 病日, 右 BRS (上肢/手指/下肢) は VI/VI/V, 深部腱反射 (右/左) は 上腕二頭筋・アキレス腱 +++/+, 右表在感覚・深部感覚は下肢各関節レベルで重度鈍麻, 関節可動域 (右/左, 度) は 足関節背屈 5/10, 下肢筋力は徒手筋力検査 (右/左) で 3/4, FRT は 18cm. 独歩は右内反尖足・膝関節過伸展からクリアランス低下し, 躓きやふらつきを認めたため, 軽介助を要した. 10m 歩行は普通速度 17 秒/21 歩, 最大速度 10 秒/19 歩であった. 独歩軽介助の主原因は感覚障害であると考えた.

【治療介入】 感覚障害に対し, 麻痺側膝関節・足関節・足趾への感覚入力を中心に CKC での練習, ロッカーファンクション機能誘発を目的に独歩練習を実施. 介入時では意識下・無意識下で実施し, 意識下では視覚・聴覚を利用.

【結果】 発症 117 病日, 麻痺側 BRS・深部腱反射・表在感覚・深部感覚は変化なし. 関節可動域は足関節背屈 10/10, 下肢筋力は徒手筋力検査より 4/5, FRT は 28.5 cm と改善を認めた. 独歩は右内反接地の軽減, 右下腿前傾の出現, 右膝過伸展消失したことで, クリアランス確保でき, 病棟内独歩自立, 屋外杖歩行自立となった. 10m 歩行は普通速度 14 秒/21 歩, 最大速度 7 秒/19 歩と改善を認めた.

【考察】 大沼らは重度感覚障害を有する場合, 意識下・無意識下の治療で問題解決の糸口になると述べる. 麻痺側に対して動作フィードバックを行ったことで, ロッカーファンクション機能の一部を再学習でき, クリアランス確保に繋がった. また FRT より基底面外への空間認知能力が向上し, 麻痺側前方へ重心移動の改善ができ, 歩行の安定性が向上したと考える.

今回の発表に際し, 患者に趣旨説明し同意を得ている.

5-2-4

右ラクナ梗塞を呈し, 職業復帰を目指した一症例
～歩行の安定性向上を目指して～

○山田和真, 堀内恵介
医療法人一祐会 藤本病院

Key words: 右被殻部ラクナ梗塞, 左片麻痺, 歩行

【目的】 右被殻部ラクナ梗塞により職業復帰困難となった症例に対し, 歩行時の麻痺側体幹, 非麻痺側足部に着目し理学療法を実施したことにより, 歩行の安定性向上に至ったため報告する.

【症例紹介】 症例は 40 代男性で, 入院時 MRI 所見として右被殻部にラクナ梗塞を認めた.
発症 30 日目より介入した.

【評価と問題点】 発症後 30 日で, 臨床的体幹機能検査 (FACT) 16/20 点で, 減点項目として左骨盤挙上が挙げられた. 関節可動域 (ROM) は足関節外返し右 10 左 15 であった. 立位での触診より左腹斜筋群の筋緊張低下を認めた. 歩行時の問題点として, 左腹斜筋群の筋緊張低下により左 PSw~TSw に左骨盤挙上, 後方回旋, 体幹右傾斜していた. また, 右 MSt~TSt の右下腿外側傾斜の際に, 右距骨下関節, ショパール関節回内乏しく, 母趾の浮き上がりが見られたことで, 右立脚期の支持性低下と左遊脚期の振り出し能力低下が生じ, 左 MSw にて左足趾の引っ掛かりを認めた.

【治療介入】 座位での左骨盤挙上運動や左 PSw~TSw でのステップ訓練にて左腹斜筋群の賦活を実施した. また, 立位での右側方への重心移動や右 MSt~TSt でのステップ訓練にて右下腿外側傾斜に伴う右距骨下関節, ショパール関節回内誘導し, 右長短腓骨筋・後脛骨筋の賦活, 回内外関節可動域訓練などを実施した.

【結果】 発症後 60 日 FACT は 20/20 点となった. ROM は足関節外返し右 15 左 20 となった. 立位での触診にて左腹斜筋群の筋緊張低下の改善を認めた. 歩行は, 左 PSw~TSw の左骨盤挙上, 後方回旋, 体幹右傾斜軽減と右 MSt~TSt 右距骨下関節, ショパール関節回内可動性向上により, 左 MSw での足趾の引っ掛かりは減少した.

【考察】 今回, 左体幹, 右足部に着目し, 左 PSw~TSw での左腹斜筋群と右 MSt~TSt での右距骨下関節, ショパール関節回内可動性向上を認めた. そのため, 次の相である左 IC~MSt の支持性向上にも繋がりが, 歩行の安定性向上に至ったと考える.

患者には本発表について説明のうえ同意を得た.

6-1-1

左足部のクローヌスを伴う歩行障害を呈した片麻痺患者
一症例 ～歩行自立度に着目して～

○清水凱斗, 西本和平, 浦上慎司, 植田耕造
JCHO 星ヶ丘医療センター リハビリテーション部

Key words : クローヌス, 歩行自立度, 転倒恐怖感

【目的】 歩行中に左足のクローヌスを出現した患者を担当し, 歩行に着目し理学療法を実施した結果, 歩行自立度が向上したため報告する.

【症例紹介】 右放線冠梗塞後の 50 代男性. 70 病日より担当を開始した. 「左足を振り出すと震える」と訴えがあった.

【評価と問題点】 70 病日, 脳卒中機能障害評価 (SIAS-m) 股・膝 3, 足 2, 筋緊張評価 (MAS) 左膝伸展 1+, 足背屈 1, 徒手筋力計を用いた下肢筋力 (N/kg) は左膝屈曲 0.9. MiniBESTest13 点 (動的歩行で減点). AFO と杖歩行は, 左遊脚でクローヌスを認め, 歩行速度 (GS) 0.38m/s, Timed Up & Go Test (TUG) 27.1 秒, 歩行自立度 (FAC) 3 (監視) であった.

本症例は左下肢の運動麻痺, 筋緊張亢進, 膝屈曲筋の低下により歩行バランスが低下しさらに, 転倒恐怖感が加わり歩行自立困難であったと考えられた.

【治療介入】 痙性増大を防ぎ歩行量を確保できる免荷式トレッドミル歩行練習 (BWSIT) を実施した. しかし BWSIT は通常の練習と比べ歩行自立度に差はないと報告されている (Mehrholtz 2017) ため, 歩行バランス練習を併用し, 運動麻痺と膝屈曲筋に対し電気刺激, 筋緊張亢進に対し振動刺激を実施した.

【結果】 104 病日, SIAS-m 下肢 4, MAS 膝伸展 1, 膝屈曲筋力 1.2, MiniBESTest17 点, 遊脚でクローヌス軽減, GS0.43m/s, TUG21.9 秒と改善, 「左足が振り出しやすくなった」との内観が得られたことが加わり, FAC 4 (屋内歩行自立) となった.

【考察】 BWSIT による歩行量増大に加えて機能障害に着目した結果, 歩行バランス向上と内観が変化し, 歩行自立度が改善したと考える.

患者には本発表について説明のうえ同意を得た.
本発表は当院倫理委員会にて承認を得た (承認番号 HG-IRB19076)

6-1-2

くも膜下出血後に水頭症を呈し, 治療介入に難渋した症例～高次脳機能障害に配慮して～

○高田栄治, 田中誠人, 西村眞志保, 玉村悠介
わかくさ竜間リハビリテーション病院

Key words : くも膜下出血, 高次脳機能障害, 歩行

【目的】 今回, くも膜下出血後に水頭症を呈し覚醒状態の低下及び高次脳機能障害, 前頭葉症状を認めた症例に対し, 高次脳機能障害に配慮して介入した結果, 歩行の介助量軽減を認めた為報告する.

【症例紹介】 70 歳代女性, 前交通動脈瘤破裂後のくも膜下出血. 30 病日に水頭症を発症, 46 病日に L-P シャント術施行. 65 病日に当院転院.

【評価と問題点】 66 病日, Japan Coma Scale (JCS) II-10, Brunstrom Recovery Stage (BRS) 左 VI, 関節可動域 (ROM) (右/左°) 股関節伸展 10/10, 膝関節伸展 0/-5, 徒手筋力検査 (MMT) (右/左) 腹斜筋 3/3, 大殿筋 3+/3, 中殿筋 3/3. Mini-Mental State Examination (MMSE) 10 点, 歩行は平行棒内歩行で, すくみ足, 前方突進が出現し, 軽介助を要していた.

【治療介入】 覚醒向上目的に外的刺激を用いた立位・歩行訓練を中心に実施. 覚醒向上に伴い, 高次脳機能障害を顕著に認めた為, 高次脳機能障害に対し, 周囲の環境や動作学習に配慮した介入を行った.

【結果】 96 病日, JCS I-2 に改善するも脱抑制の増悪や持続的注意障害が顕著になり, 歩行時の前方突進, 立脚期の骨盤動揺の増大を認めた. 143 病日, JCS は著変無し, ROM は著変無し. MMT (右/左) 腹斜筋 4/4, 大殿筋 4-/4, 中殿筋 4/4, MMSE14 点, 日常生活・訓練内の行動評価から, 持続的注意の向上がみられ, 具体的な指示入力が可能となったことにより歩行・階段昇降時の訓練難易度の向上を認めた. その結果すくみ足・骨盤動揺の改善を認め, 独歩見守りと介助量の軽減に繋がった.

【考察】 覚醒向上に伴い, 注意障害をはじめ高次脳機能障害が表在化してきた為, 障害物の除去, 声掛けの単発化等の訓練環境に配慮した介入が, 持続的注意の改善に効果的であり, 見守りレベルの歩行獲得に繋がったと考える. しかし 143 病日後の脳画像にも前頭葉に低吸収域を認め, 歩行時の前方突進, 脱抑制が残存し歩行自立には至らなかったと考えた.

本症例に対し発表の同意を得ている.

6-1-3

右レンズ核梗塞後にバランス能力が低下した両側膝 OA 症例に対する運動療法の経験

○横本晃之, 米元佑太
医療法人孟仁会 東大阪山路病院

Key words : 右レンズ核梗塞, バランス能力, 膝 OA

【目的】 脳梗塞後にバランス能力が低下した症例に対して運動療法を実施したことにより, 屋内伝え歩き自立レベルまで改善した経験を振り返り, 報告すること。

【症例紹介】 症例は右レンズ核梗塞と診断された 80 代女性であった。発症翌日から薬物療法と理学療法が開始となった。当初は端座位を保持することが困難であった。発症 3 ヶ月半後には片脚立位が可能になりとなり, 腋窩介助での歩行練習を開始した。

【評価と問題点】 上記の歩行練習を開始した時点での Timed Up & Go test は歩行器使用下で 32.5 秒であった。非麻痺側荷重応答期後に股関節の急激な屈曲を伴う体幹の過剰な屈曲・回旋が生じていた。この現象は, 麻痺側 crow toe により立脚終期における股関節伸展が不十分なこと, 体幹および殿筋の筋力低下によって麻痺側下肢の立脚時間が減少することから, 非麻痺側遊脚時間を確保できず, 接地の衝撃が増大し, 生み出された屈曲モーメントに耐える体幹機能が低下していることが原因であると考えた。また, 両膝関節内反ストレステスト陽性であった。

【治療介入】 端座位でのリーチ動作, 右下肢挙上訓練, 動的制動訓練, 歩行練習, 下肢筋群の筋力増強訓練を実施した。

【結果】 2 ヶ月で独歩による TUG は 18.0 秒, 伝え歩き自立レベルとなった。立位で外乱動揺を加えた際には, 股関節戦略が出現し, 歩容に関して, 評価時に観察されていた体幹動揺は減少した。

【考察】 歩行時の動揺は麻痺側下肢によるバランス能力の低下によるものであると考えた。そこで, 動的制動訓練やリーチ動作を行うことにより, 股関節・体幹の機能は改善し, 歩行時の動揺が減少したと考える。一方で足関節戦略に十分な改善が認められなかった。OA によるマルアライメントを修正することができなかったことが原因であると考えた。本症例を通して対象の有する問題が理学療法で対処出来る問題点かどうかを正確に判断することが重要であることを再認識した。患者には本発表について説明のうえ同意を得た。

6-1-4

下肢筋萎縮を伴う深部感覚障害を呈した失調性歩行に対し免荷式歩行器を使用した一例

○琴浦 穂, 赤井 亮, 横山 広樹, 森井 裕太
関西医科大学くずは病院

Key words : 中心性脊髄損傷, 免荷式歩行器, 歩行

【目的】 腰椎固定術後, 中心性脊髄損傷を受傷した症例を担当した。下肢筋萎縮を伴う深部感覚障害による失調性歩行に対し, 免荷式歩行器 (POPO) を用いることで歩容と耐久性が向上したため, 経過を報告する。

【症例紹介】 70 歳台代男性。X 日, 腰部脊柱管狭窄症に対し腰椎固定術施行。X+2 日に転倒し中心性頸髄損傷を受傷。X+21 日リハビリテーション目的にて当院転院。発表に際し, 症例に説明し同意を得た。

【評価と問題点】 X+21 日, MMT (R/L) 股関節外転 1/1, 膝関節伸展 2/2, 足関節背屈ならびに内がえし (足関節背屈) 1/1。深部感覚は両下肢重度鈍麻。FIM 運動項目 25 点。歩行は 2 人介助にて平行棒内 5m で歩行継続困難であった強い息切れがあった。歩容は両立脚期にトレンデレンブルグ徴候を呈し, 遊脚期で足先の引っ掛かりや急激な足底接地, 足底の内側接地を認めた。

【治療介入】 運動療法は筋力強化練習, 歩行練習を中心に実施した。歩行練習は歩容改善に伴う深部感覚へのフィードバックと筋力強化を目的に POPO を使用した。また遊脚期の足尖部の引っ掛かり軽減, 前脛骨筋の促通を目的にゲイトソリューション継手付き短下肢装具 (GS-AFO) を両側に装着した。

【結果】 X+40 日, MMT は股関節外転 2/1, 膝関節伸展 2/3, 足関節背屈 1/1, 足関節背屈ならびに内がえし 1/1。歩容はトレンデレンブルグ徴候や足底内側接地が改善した。歩行距離は POPO+GS-AFO 使用にて 120m となった。り, トレンデレンブルグ徴候や足底内側接地が改善し歩行器での歩行練習に移行した。X+137 日, MMT 股関節外転 3/3, 膝関節伸展 4/4, 足関節背屈 2/3。両ロフトランド杖歩行が可能となり FIM 運動項目 73 点にて自宅復帰となった。

【考察】 POPO での歩行練習が運動の難易度を調整でき, 歩容が改善した。大沼らは深部感覚障害に対し正常運動・動作にて感覚をフィードバックする重要性を述べている。今回, 良肢位での歩行を反復して行うことで効率の良い運動学習が可能となったと考える。

患者には本発表について説明のうえ同意を得た。

6-1-5

下肢装具を用いたトレーニングにより歩行能力が改善した症例

○佐伯 慶勝, 室谷 健太郎, 金谷 浩二
八尾はあとふる病院

Key words : Extension Thrust Pattern, 短下肢装具, 歩行

【目的】 脳梗塞発症後, 歩行時 Extension Trust Pattern(ETP)がみられる症例を担当した. 下肢装具を用いたトレーニングにより ETP が改善した経過について報告する.

【症例紹介】 70 歳台女性で, 左視床・内包後脚梗塞を発症し, 30 日後に当院回復期リハビリテーション病棟に転院, 理学療法開始となった。「買い物へ行けるようになりたい」と望まれていたため, 最終目標は屋外歩行の獲得とした.

【評価と問題点】 入院時(X 日)は, Brunstrom Recovery Stage(BRS)は右上下肢 V, 徒手筋力検査(MMT)は右膝関節伸展 3, 右足関節背屈 3, Modified Ashworth Scale(MAS)は足関節底屈筋 1 で, 歩行はコマ付き四点固定型歩行器を使用し, 右立脚期に ETP, 右骨盤後退を認め, 歩行速度は 0.22m/sec, 最大歩行距離は屋内で 120m であった. 腓腹筋の持続的伸張後は, 即時的に ETP 軽減を認めた.

【治療介入】 田中らは, ETP のある例では麻痺側荷重応答期(LR)で前脛骨筋や大腿四頭筋の筋活動が不足すると述べている. 本事例にも当てはまるため, 前脛骨筋, 大腿四頭筋の筋力強化や, 腓腹筋の持続的伸張を行った. また, 短下肢装具(GSD)を装着した状態での歩行練習やステップングを行った.

【結果】 X+30 日で, MMT は右膝関節伸展 4, 右足関節背屈 4 となり, 歩行は右立脚期の ETP が改善し, 一本杖での歩行が可能となった. 歩行速度は 0.52m/sec, 最大歩行距離は屋内で 560m に向上した.

【考察】 右前脛骨筋, 大腿四頭筋が強化され, ETP の改善につながったと考える. また, 阿部らは, ETP の原因として, LR で拮抗筋である腓腹筋の筋活動が大きく, 足関節背屈モーメントが十分に発揮できないことを挙げており, GSD 装着により LR の腓腹筋の筋活動が減少, 背屈モーメントが増大すると述べている. GSD 装着により歩行時の筋活動に変化が生じ ETP の改善につながった可能性がある.

患者には本発表について説明のうえ同意を得た.

6-2-1

脳梗塞片麻痺患者の体幹機能改善に着目した一例

○米田奈央, 石田隼斗
上山病院

Key words: 片麻痺, 体幹, 歩行

【目的】 今回, 左ラクナ梗塞を発症した症例を担当した. 麻痺症状が軽度であり早期退院を視野に入れ, 歩行訓練中心の治療を行ったが, その過程で腰背部筋の筋緊張亢進が認められた. その為, 歩行能力の再獲得・姿勢アライメントの修正に難渋. 若干の改善を得た為ここに報告する.

【症例紹介】 80 歳代の女性で入院前 ADL は全て自立. 診断名は左ラクナ梗塞. 右上下肢に軽度の運動麻痺を認め, 当院へ入院となる.

【評価と問題点】 (24~28 病日目)

右 BRS は上肢 V・下肢 V, Trunk Impairment Scale(以下 TIS)は 9/23 点, Functional Reach Test(以下 FTR)は 21.9 cm, Timed up & Go test(以下 TUG)は 12.59 秒であった. 独歩は最大約 50m 可能であり, FIM は 93 /126 点であった. 立位姿勢は麻痺側肩甲帯外転・上方回旋・挙上位, 腰椎前弯・骨盤前傾位であった. 本症例は腹部筋緊張が低下し, 腰椎前弯の増加が認められた. 歩行時は体幹回旋動作が乏しく, 前方への推進力に繋がらず上部体幹を固めての歩容となっていた.

【治療介入】 肩甲帯周囲・体幹機能を改善させることで姿勢・実用的な歩行能力改善に繋がると考えた. そこで肩甲骨のアライメント修正, また, 体幹へのアプローチとして, W/S による体幹姿勢反射・体幹筋持続活動賦活, いざり動作での体幹回旋運動を実施した.

【結果】 (73~78 病日目)

右 BRS は上肢 V・下肢 V, TIS は 20/23 点, FRT は 35.8 cm, TUG は 9, 65 秒であった. 独歩は最大約 1.5km 可能であり, FIM は 123/126 点であった. 立位姿勢では腰椎前弯・骨盤前傾位が継続している.

【考察】 立位姿勢では腰椎前弯・骨盤前傾位が初期と同様に継続して認められる. 腰椎前弯が継続していることから, 下部体幹を固定して動作を行うような姿勢戦略が定着している. しかし, 体幹回旋運動を促すことで体幹機能向上・歩行実用性向上に繋がった. 自宅へ外出泊を行い ADL に問題無かった為, 97 病日目に自宅退院となった.

本症例に対し十分な説明し書面による同意を得た.

6-2-2

左側頭葉から後頭葉にかけての出血を呈された症例
～パーキンソニズムに着目して～

○石井大貴, 西村隆彦, 安井裕司, 玉村悠介
わかくさ竜間リハビリテーション病院

Key words : パーキンソニズム, 体幹可動域, ADL

【目的】 脳出血を呈した症例に錐体外路障害に対する介入を行うことでADLが改善したため報告する。

【症例紹介】 70歳代男性. 身長 160.0cm, 体重 43.9kg, 左側頭葉から後頭葉にかけて脳出血を認め右同名半盲, 認知機能低下を呈し, 第45病日に当院で理学療法開始となった. 既往歴として60歳代に2型糖尿病, 70歳代に高血圧症を発症している. 発症前ADL自立.

【評価と問題点】 第52病日, 体幹回旋可動域(度)は右20, 左25, MMTではスクリーニングにて下肢, 体幹筋ともに4(筋緊張亢進, 指示理解困難のため詳細評価困難). 股関節, 膝関節他動運動時に鉛管現象が認められた. 動作全般に緩慢で起居動作は軽介助, 端座位は自立レベルも右偏位姿勢. 歩行は独歩軽介助で体幹前傾, 胸椎後弯, 膝関節屈曲位で小刻み歩行を認められ, 錐体外路障害によるパーキンソニズムが考えられた. FIMは運動項目27点, 認知項目18点, BI30点であった.

【治療介入】 体幹, 下肢の筋固縮による筋緊張亢進に対して静的, 動的ストレッチを実施. また, 協調性を促すため, まずはエルゴメータを使用したペダリング動作で両下肢の交互運動を行い, すくみ足軽減後にトレッドミルで歩行練習を実施した. また, 右同名半盲に対し右側への感覚入力も図った.

【結果】 第139病日, 筋緊張亢進の改善. 体幹回旋可動域(度)は右30, 左35, 起居動作は自立, 端座位アライメントも改善され独歩自立となった. FIMは運動項目59点, 認知項目19点, BIは75点.

【考察】 パーキンソニズムがADLの障害因子となっていると考え, 体幹の柔軟性向上と協調性改善を目的とした介入と右側の認識向上による身体図式の再構築により独歩自立となりADL改善につながったと考えた.

患者, キーパーソンには本発表について説明のうえ同意を得た.

6-2-3

左脳梗塞後に右側障害物への頻回な衝突を繰り返した一症例～視覚的な教示方法を用いた介入～

○磯江健太, 指宿可奈子, 下手大生, 奥埜博之
摂南総合病院

Key words: 脳梗塞, 歩行障害, 動的バランス能力

【目的】 脳血管障害患者において, 高度な姿勢調節が必要な課題では, 健常者と比べて運動プログラムの修正が十分に機能していないことが示唆されている(今岡ら, 2015). 今回, 脳梗塞後に右側障害物への頻回な衝突と動的バランス能力が低下した症例に対し, 視覚的に動作を教示することで良好な結果を得たため報告する.

【症例紹介】 70歳代男性であり, 左大脳基底核部と放線冠部に梗塞を認めた. 発症後2日目から理学療法開始となった.

【評価と問題点】 発症時より歩行可能で, BRS:右V-IV-Vと運動麻痺は軽度であった. 線分二等分試験は正常であり, 移動時以外のADL場面にて半側空間無視様の症状を認めなかった. また, Functional balance scale(以下, FBS)は46点であり, 片脚立位やタンデム立位は困難であった. 歩容は, 右ICは外側接地で右MSt~TStに体幹右側屈, 骨盤右回旋が生じ, 直進できず95cm幅の右側扉や, 足元の障害物に衝突がみられた. 筋力や関節可動域に著明な問題はないが, 位置覚の評価ではバネ付き不安定板にて骨盤右下制, 右回旋位を水平位と認識し, 骨盤の水平保持が困難であった. そのため, 歩行時に骨盤水平保持の認識が必要であると考えた.

【治療介入】 ビデオカメラやセラピストの動きにより, 視覚的に座位での骨盤水平保持を教示し, 課題ではバネ付き不安定板を用いて, 骨盤の位置覚修正を行った. その後, 課題と動作の関連付けのために歩行時の骨盤の水平保持を視覚的に教示した.

【結果】 FBSは50点へと改善し, 片脚立位, タンデム立位が可能となった. 歩行は体幹右側屈, 骨盤右回旋, 外側接地に改善がみられ, リハビリ室までの右側障害物への衝突頻度は減少し, 院内歩行自立となった.

【考察】 視覚的な動作の教示が骨盤の水平保持の知覚修正の一助となり, 運動プログラムの更新に必要な身体位置関係の認識が可能となったことで, 動的バランス能力の向上と歩容が改善したと考える.

本症例には発表の旨を説明し同意を得た.

6-2-4

誤嚥性肺炎後に廃用を呈し、Parkinson 病を診断された症例～体幹機能に着目した介入～

○宮下千佳, 松江佑樹, 西村眞志保, 玉村悠介
わかくさ竜間リハビリテーション病院

Key words : 廃用症候群, Parkinson 病, 体幹機能

【目的】 誤嚥性肺炎後に廃用症候群を呈し、Parkinson 病 (PD) と診断された症例を担当し、自宅復帰に至ったため報告する。

【症例紹介】 70 歳代男性、誤嚥性肺炎を発症し、治療期間中に Parkinson 病の診断 (Yahr IV) を受け、第 42 病日に当院回復期病棟へ転院。入院前は自宅で生活していたが誤嚥性肺炎発症 2 か月前より徐々に ADL に介助が必要となってきた。

【評価と問題点】 第 52 病日、安静時呼吸数 20 回/分、ROM (右/左、°) は股関節屈曲 110/105、足関節背屈 5/10、MMT は腹筋群 3、背筋群 2、下肢粗大筋群 3、Functional Assessment for Control of Trunk (以下、FACT) は 3/20、PD 特有の立位姿勢を呈し、杖歩行軽介助レベルであった。FIM38 点。PD の進行時期に誤嚥性肺炎による廃用が加わり ADL 障害を呈していると考えた。

【治療介入】 介入前期 (介入開始～第 76 病日) は離床、ROM-ex、体幹筋群を中心とした筋力増強運動を実施。介入中期 (第 76 病日～第 104 病日)～後期 (第 104 病日～第 133 病日) では PD に対して、床上・リーチ動作による重心移動、前足部荷重を促しての起立練習、体幹・股関節伸展を意識させての手引き歩行・独歩などの反復練習を実施。また、在宅復帰を目指し在宅練習と家族指導も実施した。

【結果】 第 133 病日、安静時呼吸数 16 回/分、ROM (右/左、°) は股関節屈曲 115/110、足関節背屈 10/15、MMT は腹筋群 4、背筋群 3、下肢粗大筋群 4、FACT は 7/20 となり、立位アライメントの改善、歩行は見守りでの杖歩行が可能となり、FIM82 点に向上、自宅復帰に至った。

【考察】 PD の症状と誤嚥性肺炎により廃用が合併した症例に対し、体幹筋力、動的座位および立位保持能力が向上したことで歩行獲得に至ったと考えられる。PD 患者の嚥下障害の有病率は高く、疾患の特性上、今後も誤嚥性肺炎のリスクは残存しているため、予防に向けた介入が必要である。

患者には本発表について説明のうえ同意を得た。

6-2-5

動作種目間で酸素化に差異がみられた間質性肺炎の一症例

～運動耐容能低下の要因に着目して～

○福島惇志, 和田貴仁, 山崎志信, 近藤圭三, 沖塩尚孝
関西医科大学香里病院

key words: 間質性肺炎, 運動耐容能, 栄養

【目的】 間質性肺炎 (以下 IP) により運動耐容能が低下した症例を担当した。治療介入として全身持久力運動を実施した結果、歩行能力の改善を認めたが、ADL 動作での酸素化の低下が残存したため、報告する。

【症例紹介】 80 歳代女性。急性呼吸不全を発症し、前医にてステロイドパルス療法を実施。呼吸状態安定した後、加療目的にて当院へ転院。発症前 ADL は屋外杖歩行自立レベルであった。

【評価と問題点】 転院 3 日目の血液検査は、Alb 2.7g/dl、CRP 0.629mg/dl、胸部 X 線画像では、両肺野にスリガラス浸潤影を認めた。膝関節伸展筋力検査は ANIMA 社製 μ Tas F-100 を使用し、0.32kgf/kg、0.26kgf/kg であった。また、6 分間歩行試験 (以下 6MWT) では、歩行距離 57m、Borg 指数 14 であった。尚、測定条件は歩行中の SpO₂ 値 90% 以下で終了とした。ADL 動作終了時の SpO₂ 値は、更衣動作で 87% を示した。本症例では、下肢筋力、運動耐容能低下が ADL 自立の大きな阻害因子と考えた。

【治療介入】 運動耐容能の改善を目的に下肢筋力増強運動、自転車エルゴメータによる全身持久力運動を実施した。自転車エルゴメータの負荷は、血圧、脈の変動の有無、Borg 指数、血液検査の経過に合わせて決定した。

【結果】 転院 45 日目の血液検査は Alb 3.4g/dl、CRP 0.416mg/dl、膝関節伸展筋力は 0.35kgf/kg、0.35kgf/kg、6MWT は 210m、Borg 指数 11 であり、それぞれに改善を認めた。しかし胸部 X 線画像は明らかな改善を認めず、更衣動作では SpO₂ 値 89% と酸素化の低下が残存した。

【考察】 全身持久力運動の介入が歩行能力の向上に寄与した。これは蛋白指標の上昇に合わせた運動負荷の増加が、筋機能の改善を促し、心血管機能、肺機能との相乗効果を得たためと考える。また、ADL 動作では呼吸筋、呼吸補助筋の筋活動が、呼吸困難感に影響しているとの報告がある (里宇ら、2008)。したがって関連する上肢、体幹、呼吸筋機能の評価が今後の課題となった。慢性進行性疾患とされる IP では、栄養指標を考慮した運動負荷量の決定と、動作特異的な筋機能の評価、アプローチが必要であると示唆された。

患者には本発表について説明のうえ同意を得た。

7-1-1

特性が大きく異なる COPD 患者 2 症例の呼吸リハビリテーションの経過 ～身体活動量に着目して～

○大庭潤平 1) 2), 小谷将太 1), 久保智史 1), 濃添建男 1), 伊地知春香 1), 園山伸枝 1), 堀江淳 2)

1) 結核予防会大阪病院 リハビリテーション科

2) 京都橘大学大学院 健康科学研究科

Key words: COPD, 身体活動量, 生活活動

【目的】 COPD 患者の身体活動量(PA)の向上は, 生命予後を改善させるという報告が多くある. 今回, 病期と重症度の異なる COPD 患者 2 症例に対し, PA に着目した 6 カ月間の呼吸リハビリテーションの経過を報告し, ホームエクササイズ指導の在り方について提言する.

【症例紹介】 症例 1/症例 2 は, 年齢(70 歳代/70 歳代), 性別(男性/女性), BMI(26.3kg/m²/24.9kg/m²), GOLD 病期 (I / IV), GOLD カテゴリー (B/D), mMRC scale(grade1/grade4), VC(3.9L/2.5L), FEV₁(2.3L/0.6L), %FEV₁(80.5%/24.5%), MMSE(24 点/26 点), MOCA-J(22 点/27 点), FAB(16 点/17 点), 生活背景(妻と二人暮らし/夫と二人暮らし), 趣味(無/家庭菜園)であった.

【評価と問題点】 症例 1/症例 2 の初期評価時の PA は, 日歩数(1981 歩/313 歩), 週間エクササイズ(Ex)量(12Ex/11.9Ex), 日歩行 Ex 量(0.5Ex/0.1Ex), 日生活活動 Ex 量(1.2Ex/1.6Ex), 日 3METs 未満の活動(376 分/757 分), 日 3METs 以上の活動(27 分/28 分)であった. 問題点として, 症例 1 は, 妻への依存心が強いこと, 運動習慣が無いこと, 症例 2 は, 労作時呼吸困難であった.

【治療介入】 介入頻度は, 1 回/月とし, 筋力増強運動, 歩行を中心とした有酸素運動を実施した. また, 患者の運動耐容能や生活背景を考慮し, 個別的にホームエクササイズを指導(アクションプランを作成)した.

【結果】 症例 1/症例 2 の 6 カ月後評価時の PA は, 日歩数(3978 歩/537 歩), 週間 Ex 量(14Ex/15Ex), 日歩行 Ex 量(0.6Ex /0.1Ex), 日生活活動 Ex 量(1.4Ex/2.1Ex), 日 3METs 未満の活動(381 分/829 分), 日 3METs 以上の活動(32 分/35 分)と両症例とも PA の全ての指標で改善を認めた.

【考察】 症例 1/症例 2 の週間 Ex 量は(14Ex/15Ex)とともに増加していた. 症例 1 については歩行練習などの「運動」により PA が改善し, 症例 2 は家事など負荷の軽い「生活活動」により PA を改善させていた. PA の向上には, 症例の特性(病期, 重症度, 身体能力, 社会背景など)の相違を考慮し, 運動のみではなく生活活動に着目した個別的なアプローチが必要である.

患者には本発表について説明のうえ同意を得た.

7-1-2

慢性腎臓病患者の自宅復帰について

○手打 直, 竹歳 紀子

一祐会 介護老人保健施設ハーモニー

key words:慢性腎臓病, 筋スパズム, 温熱療法

【目的】 自宅復帰を目指している慢性腎臓病(以下 CKD)患者で, 夜間疼痛などにより家族の受け入れが困難になっている症例に対し, 疼痛へのアプローチを行い, 改善が認められたので報告する.

【症例紹介】 CKD ステージ 4 の 90 代女性である. 入所前は戸建てで息子夫婦と夫と暮らす. 現在の ADL はほとんどが自立または見守りレベル.

【評価と問題点】 夜間疼痛により睡眠がとれず日中の活動状況に影響がみられた. 就寝時に NRS9/10 で「脚全体が硬く重くなっていくような痛み」との弁. PCS45/52 点で反芻が高値となる. 筋スパズムの評価では大腿部と下腿後面の筋緊張の亢進, 伸張痛, 足趾の血色不良が認められた.

【治療介入】 日中の活動量低下に対し, 自主的な歩行練習を行ってもらったが, 夜間痛の訴えに変化は認められなかった. そのため再検討を行い, 筋スパズムに着目しアプローチとして就寝前に足関節底背屈運動と下肢のストレッチングを実施してもらった. しかし数日間疼痛が軽減するも NRS9/10 へと戻る. 原因として心因性疼痛も関与していると考え, 心理面への好影響も認められる温熱療法(足湯)を併用し, 実施した.

【結果】 NRS9/10 から NRS4/10 へ軽減. 悲観的な言動から肯定的な言動に変化した. 暗い表情も温熱療法を実施してから明るくなる. PCS45/52 点から 35/52 点へ減少が認められた.

【考察】 自動運動と温熱療法を併用して行うことで血管拡張, 血管の浸透性が亢進し筋スパズムが改善され, 疼痛軽減に繋がったと考えられる. また, 心因的な面では表情や言動にも変化があり, 夜間痛も軽減し, 不眠の改善が認められた. 自宅復帰に向けて足湯は娘様に引き続き行ってもらえるよう指導を行い, 自主練習による日中の活動量向上を目指す. それにより自宅に帰ってからの廃用の防止, 正しい生活リズムの獲得, QOL 向上が見込まれると考える.

利用者には本発表について説明のうえ同意を得た.

7-1-3

熱中症後廃用症候群を呈し独歩再獲得を目指した症例
～体幹機能に着目して～

○大橋 飛翔, 田中 真織, 桑原 朋之, 吉川 創
わかくさ竜間リハビリテーション病院

Key words : 廃用症候群 体幹機能 歩行

【目的】 熱中症後廃用症候群により歩行の安定性が低下した症例に対し、体幹機能に着目した介入を行い独歩自立に至ったため報告する。

【症例紹介】 80歳代女性、自宅で倒れている所を救急搬送され熱中症と診断。廃用著明であったため第16病日に当院回復期病棟に転院。

【評価と問題点】 MMT(右/左)は体幹屈曲2, 体幹回旋(2/2)股関節伸展筋(3/3), 股関節外転筋(3/3), 股関節外旋筋(2/2)であった。体幹機能検査(FACT)は9/20点, FRT30.2cm, BIは50/100点, 歩行では両側ともにLR~MStにかけて骨盤側方偏移と体幹動揺を認めた為、独歩軽介助を要した。体幹動揺している原因は、体幹屈曲筋、体幹両回旋筋の筋力低下・骨盤が側方偏移している原因は、両股関節外転・外旋筋の筋力低下であると考えた。

【治療介入】 介入当初より体幹屈曲筋、体幹両回旋筋、両股関節外旋筋の筋力増強運動、四つ這いでの対側挙上や膝立ち位での体幹回旋、ステップ動作を行った。また体幹両回旋筋に対して感覚入力を行い歩行介助を行った。その後、体幹機能が向上し動的立位の安定性の向上を認めた為、第56病日からは段差昇降、屋外歩行、またぎ動作など在宅練習中心に介入した。

【結果】 第95病日, MMTは体幹屈曲4, 体幹回旋(4/4), 股関節伸展筋(4/4), 股関節外転筋(4/4), 股関節外旋筋(4/4), FACTは14/20点, FRT36.6cm。歩行では両側ともにLR~MStにかけて骨盤の側方偏移の減少, 体幹動揺の消失を認め、屋外独歩40分可能となり、屋内外独歩自立し、第101病日に自宅退院となった。

【考察】 片脚立位の姿勢保持には立脚側の内腹斜筋と遊脚側の腹直筋、外腹斜筋の体幹筋が重要と報告がある、このことから本症例では体幹両回旋筋を筋力増強した事で、LR~MStでの体幹動揺の消失を認めた。さらに歩行時の姿勢が安定し体幹、骨盤、下肢の協調性が向上したため、骨盤の側方偏移の減少を認め、歩行周期での筋発揮が高まり、屋内外独歩自立を獲得できたと考える。

患者には本発表について説明の上同意を得た。

7-1-4

早期運動療法が困難であった、完全胸腔鏡下右肺部分切除術を施行した一症例

○井川敦志, 赤坂吉昭
医療法人藤井会石切生喜病院

Key words : 右肺部分切除術, 肺気腫, コンディショニング

【目的】 今回、完全胸腔鏡下右肺部分切除術を施行し、労作時低酸素状態が持続した症例に対し、コンディショニング、運動療法を実施し、歩行実用性向上に至ったため報告する。

【症例紹介】 79歳、男性、身長156cm、体重45.5kg、喫煙60本/日53年。肺気腫合併。H31年2月CTにて右肺結節影指摘。8月X日手術。術後、胸腔ドレーン挿入も肺気腫強く大量のエアリーク認め、制御のため鎮静、鎮痛、筋弛緩剤にて管理。翌日理学療法開始。

【評価と問題点】 術前6分間歩行テスト(6MD)では距離280m(室内気)終了時SpO282%, 修正Borgスケール7, 呼吸数12回から29回まで上昇。MRC息切れスケールgrade4。

術後初期評価は、両胸郭可動性低下、呼吸筋群の筋緊張亢進、両上・下葉、右中葉呼吸音低下を認めた。MMTは腸腰筋、大腿四頭筋3, 中殿筋, 下腿三頭筋2。歩行は両立脚期にふらつき著明。30m歩くとSpO282%(0220)まで低下し、呼吸数28回、心拍数121回、修正Borgスケール6(胸部。下肢)

【治療介入】 介入初期はJCS三桁で拘縮予防のため胸郭、四肢関節可動域運動を実施。4日後、意識改善認め、呼吸指導(口すぼめ呼吸、労作時の呼吸法)、歩行訓練を開始。7日目より下肢筋力増強訓練を開始。

【結果】 下位胸郭可動性に改善は認めるも、上位胸郭可動性は低下状態。呼吸筋群の筋緊張低下を認め、労作時努力性呼吸は減少した。MMTは腸腰筋、大腿四頭筋4, 中殿筋, 下腿三頭筋3。歩行時のふらつきは減少し連続100m(室内気)でSpO286%, 呼吸数20回、心拍数110回、修正Borgスケール(胸部3, 下肢2)。6MDでは距離245m(室内気)、終了時SpO283%, 修正Borgスケール5, 呼吸数24回。MRC息切れスケールgrade3となった。

【考察】 術直後から全身状態が不安定で早期離床、運動療法が困難で治療に難渋した。しかし、早期からコンディショニングを実施したことで、息切れ・呼吸筋群の仕事量が減少し換気効率が改善し、効果的な運動療法が可能となり、歩行の実用性向上に繋がったと考える。

患者には本発表について説明の上同意を得た。

栄養科と連携した介入が有用であった高度低栄養を伴う
気管支拡張症の1症例

○仲野生花 大木敦司 上田耕平 清水学 池田力
加藤悠人 奥田みゆき
国家公務員共済組合連合会 枚方公済病院

Key words : 低栄養 肺アスペルギローマ
呼吸リハビリテーション

【目的】 肺アスペルギローマの根治には外科的治療が必要とされている。しかし他の呼吸器疾患が基にあることで低栄養状態となり手術に至らない患者も多い。今回外科的治療を目指すために、まず栄養状態と身体機能を改善する必要があった症例を経験した。その際に栄養科との連携が有用であったので報告する。

【症例紹介】 気管支拡張症の70代女性、BMI 13.9kg/m²。喀血で入院となり、肺アスペルギローマが原因と診断されて加療を開始。第3病日より理学療法が開始となり、第42病日に退院となった。また入院前は食生活が不規則であり、入院2か月前から転倒による打撲痛があつて活動量も低下していた。

【評価と問題点】 体重 34.4kg、四肢骨格筋量指標(ASMI) 4.42kg/m²、最大吸気口腔内圧(PImax) 10.6cmH₂O、最大呼気口腔内圧(PEmax) 9.6cmH₂O、歩行速度 0.88m/秒、SPPB 8点、等尺性膝伸展筋力 9.1kgf(体重比:26%)。ADL能力は独歩可能であつたが高度低栄養、呼吸筋力低下、身体機能低下を認めた。

【治療介入】 身体機能低下に対しては、低運動耐容能で長時間の運動療法が実施できないため、1日2回の頻回介入とした。加えて排痰方法などの生活指導も行った。また高度低栄養に対して、運動療法実施中に聴取した摂食状況や患者の性格、嗜好を提供栄養選択のための情報として栄養士に伝達した。

【結果】 体重 35.5kg、ASMI 5.01kg/m²、PImax 22.4cmH₂O、PEmax 16.4cmH₂O、歩行速度 1.80m/秒、SPPB 12点、等尺性膝伸展筋力 17.6kgf(体重比:47%)とそれぞれに改善を認めた。一方で退院時に測定した肺機能はVC 0.94L、FEV1 0.78Lと低値であつた。

【考察】 本症例は病棟での摂食状況や補助食品の嗜好などを頻りに栄養士に伝達したことで、入院中の摂食量が担保されて順調に栄養状態が改善した。それに併行して頻回の運動療法を行ったことで呼吸筋力や身体機能が改善したと考える。

患者には本発表について紙面で説明し署名を得た

症例発表会当日の注意事項

【参加者全員】

- ・会場の建物内は土足厳禁となっております。各自、必ずスリッパ等の上履きを準備ください。
- ・参加人数把握のため、参加者は必ず出席者名簿に記入ください。
- ・敷地内は禁煙となっております。
- ・自動車・バイク等でお越しいただいても構いませんが、駐車場でのトラブルに関しては一切関知しません。
- ・発表中の入退出はご遠慮ください。
- ・会場周辺にはコンビニエンスストアが2軒ございます。
- ・食事は学生ホール（大：3F・小：3F、2F）をご利用ください。
- ・ゴミについて、設置しているごみ袋に捨てるか、持ち帰るようにお願いします。

【演者の方】

- ・発表には基本的に個人PCをご使用ください。セッション開始前にプロジェクターへつなぎ、動作確認をお願いします。時折プロジェクターとの相性が良くないPCがあります。その場合は会場責任者へ相談ください。

【座長】

- ・座長の方は、セッション開始20分前までに、会場内にて受付を済ませてください。各会場には会場責任者がいますので連絡事項について説明を受けていただければと思います。
- ・発表はすべてPC プレゼンテーション（PowerPoint）での発表となります。
- ・基本的に発表10分、討論10分です。各演題につき持ち時間は20分でタイムスケジュールを組んでおります。
- ・発表時間、質疑応答時間を厳守し、円滑な運営にご協力をお願いします。

大会運営委員

第1回 東支部 新人症例発表大会

大会長：稲村一浩（星ヶ丘医療センター）：枚方市理学療法士会会長

運営委員長：岡田 悟（佐藤病院）

東支部代表役員：安岡良訓（阪奈中央リハビリテーション専門学校）

財務：早瀬裕之（星ヶ丘医療センター）

事務局代表 上村俊秀（佐藤病院）

委員（枚方市会代表）：谷尾和軌（佐藤病院）

委員（守口市会代表）：進藤篤史（松下記念病院） 佐々木篤士（守口生野記念病院）

委員（東大阪市会代表）：米元佑太（東大阪山路病院）

委員（門真市会代表）：横江美里 大野博幹（牧リハビリテーション病院）

委員（大東市会代表）：桑原朋之（わかくさ竜間リハビリテーション病院）

委員（羽曳野市会代表）：高見武志（城山病院）

委員（羽曳野市会代表）：仲上愉孝（高村病院）

委員（八尾・柏原市会代表）：井門文哉（介護老人保健施設あおぞら）

委員（寝屋川市会代表）：杉本泰彦（藤本病院）

（敬称略）

第1回 東支部新人症例発表大会プログラム 2020年2月2日 会場：阪奈中央リハビリテーション専門学校

	第1会場 2F 3年生教室	第2会場 2F 1年生教室	第3会場 2F 2年生教室	第4会場 3F 1年生教室	第5会場 3F 2年生教室	第6会場 3F 3年生教室	第7会場 3F 大研教室
9:30	受付開始						
10:00	開会式 大会長：稲村 一浩 豊ヶ丘医療センター 王幹理学療法士会：枚方市理学療法士会 運営委員長：岡田 悟						
	第1セッション 運動器系	第1セッション 運動器系	第1セッション 運動器系	第1セッション 神経系	第1セッション 神経系	第1セッション 神経系	第1セッション 内部障害
10:20	膝蓋骨脱臼に伴い内側膝蓋大腿靭帯断裂を呈した一例 羽曳野市理学療法士会	交通外傷により左大腿骨骨幹部骨折、右橈骨遠位端骨折を呈した症例の歩行獲得 大東市理学療法士会	階段昇降動作が困難であった左膝蓋骨骨折術後患者の一例 守口市理学療法士会	右内頸動脈瘤により重度左片麻痺を呈した一例 ～車椅子座位姿勢に着目し 大東市理学療法士会	屋外の社会参加に向けて検討した一例～右立脚初期～荷重応答期に着目して 寝屋川市理学療法士会	左足部のクロススを伴う歩行障害を呈した片麻痺患者一例 ～歩行自立度に着目し 枚方市理学療法士会	特性が大きく異なるCOPD患者2症例の呼吸リハビリテーションの経過 ～身体活動量に着目して～ 寝屋川市理学療法士会
10:40	首骨折受傷後、長期臥床により歩行能力が低下した一例 ～屋内独歩、低い歩行 大東市理学療法士会	人工膝関節全置換術後に術側荷重支持困難が遷延し、杖歩行獲得に難渋した症例 守口市理学療法士会	左人工膝関節全置換術後の左膝関節屈曲可動域の改善に難渋した症例 大東市理学療法士会	両側反張膝を呈した頸椎症性脊髄症に対して、左右別の装具療法にて歩行歩行を獲得 四條畷市理学療法士会	起立性低血圧により離床に難渋した不全頸髄損傷症例 ～リクイニング車いす 東大阪市理学療法士会	くも膜下出血後に水頭症を呈し、治療介入に難渋した症例 ～高次脳機能障害に着目し 大東市理学療法士会	慢性腎臓病患者の自宅復帰について 大橋飛騨 わかくさ電開リハビリテーション病院
11:05	右大腿骨頭部骨折患者の屋内歩行獲得に向けて ～体幹アライメントに着目して～ 寝屋川市理学療法士会	左UKA術後患者に対し、疼痛管理、生活習慣への患者指導を行い成果が得られた 八尾・柏原市理学療法士会	自宅退院に向けて、多職種協働で歩行獲得を目指した左脛骨近位端骨折の症例 八尾・柏原市理学療法士会	右横出血により重度運動失調を呈した一例 羽曳野市理学療法士会	左横出血による左片麻痺を呈した一例 ～Pusher症候群を伴った立ち上がり 守口市理学療法士会	右レンズ核梗塞後にバランス能力が低下した両側膝OA症例に対する運動療法の効果 東大阪市理学療法士会	熱中症後遺症候群を呈し、独歩の再獲得を目指した症例 ～体幹機能に着目して～ 大東市理学療法士会
11:30	永井晴生 藤本病院	小坂美 八尾徳洲会総合病院	山本成美 八尾はあとふる病院	嶋貴 翔太 城山病院	原田拓弥 わかくさ電開リハビリテーション病院	横本晃之 東大阪山路病院	大橋飛騨 わかくさ電開リハビリテーション病院
11:35	大腸骨転子部骨折症例に対する介入経験 ～前方への重心移動に着目して～ 枚方市理学療法士会	疼痛しびれを主とした梨状筋症候群の改善に難渋した症例～運動療法にて見られた変化 大東市理学療法士会	左大腿骨転子部骨折及び直腸癌の同日術後、身体機能向上に難渋した症例 大東市理学療法士会	食事動作での左麻痺側手の把持動作低下を認めた症例 ～自主訓練の重要性と 枚方市理学療法士会	機械的血栓回収術後、座位保持の獲得を目標とした急性期心原性脳塞栓症の一例 守口市理学療法士会	下肢筋萎縮を伴う深部感覚障害を呈した失調性歩行に対し両式歩行器を使用した 枚方市理学療法士会	早期運動療法が困難であった完全胸腔鏡下右肺部分切除術を施行した一例 東大阪市理学療法士会
11:55	松崎尚子 摂南総合病院	山岸昌平 中村病院	尾形咲季 わかくさ電開リハビリテーション病院	藤井敬汰 介護老人保健施設美杉	伊田亜希 守口生野記念病院	碓浦穂 関西医科大学くずは病院	井川敬志 石切生喜病院
12:00	太極拳における左片脚立位が困難であった左変形性股関節術後の一例 枚方市理学療法士会	回リハ病棟退院後に転倒し再入院となった坐骨骨折症例 ～立位アライメントを考慮した介入～ 大東市理学療法士会		右内包梗塞により左片麻痺を呈した一例 ～4点杖歩行の安定性向上に着目して～ 四條畷市理学療法士会	出血性脳梗塞による左片麻痺を呈した一例 ～歩行の安定性向上を目指して～ 守口市理学療法士会	下肢器具を用いたトレーニングにより歩行能力が改善した症例 八尾・柏原市理学療法士会	栄養料と連携した介入が有用であった高度低栄養を伴う気管支拡張症の1症例 枚方市理学療法士会
12:20	岡本城平 関西医科大学くずは病院	柏木晴紀 わかくさ電開リハビリテーション病院		斉藤彩夏 上山病院	比嘉恒太 福生会脳神経外科病院	佐伯康隆 八尾はあとふる病院	仲野生花 KKR 枚方公済病院
	座長：阪奈中央リハビリテーション専門学校 田中 典広 会場責任者：東大阪山路病院 米元 佑太	座長：枚方リハビリテーション病院 楊江 美里 会場責任者：枚方リハビリテーション病院 楊江 美里	座長：介護老人保健施設美樟苑 下村 浩司 会場責任者：佐藤病院 谷尾 和軌	座長：豊ヶ丘医療センター 川村 知史 会場責任者：城山病院 高見 武志	座長：佐藤病院 小西 弘晃 会場責任者：佐藤病院 福原 雅幸	座長：わかくさ電開リハビリテーション病院 酒井 謙太 会場責任者：佐藤病院 藤井 寛史	座長：大阪病院 小谷 啓太 会場責任者：藤本病院 杉本 泰彦
	12:20～13:20 60分休憩						
	第2セッション 運動器系	第2セッション 運動器系	第2セッション 運動器系	第2セッション 神経系	第2セッション 神経系	第2セッション 神経系・内部障害	
13:20	歩行獲得に難渋した右大腿骨転子部骨折の一例 ～アルツハイマー型認知症 大東市理学療法士会	筋電図評価を用いた運動療法プログラムの再考が有用であった左人工膝関節置換術 枚方市理学療法士会	大腸骨転子部骨折受傷後完全免除から全荷重が難渋した症例 ～移乗訓練に着目し 寝屋川市理学療法士会	くも膜下出血後の意識障害に対して積極的な離床が有効であった1症例 羽曳野市理学療法士会	横梗塞後患者の立脚期不安定性に対する介入 東大阪市理学療法士会	脳梗塞片麻痺患者の体幹機能改善に着目した一例 寝屋川市理学療法士会	12:30～ 東支部 市町村理学療法士会 会長会議
13:40	山田拓弥 わかくさ電開リハビリテーション病院	藤岡晴香 関西医科大学くずは病院	小野莉奈 藤本病院	宮城大樹 城山病院	塩中裕介 東大阪山路病院	米田奈央 上山病院	
13:45	左脛骨遠位端骨折を受傷し保存療法にて良好な結果を得た症例 羽曳野市理学療法士会	第1腰椎圧迫骨折を呈し在宅復帰に至った症例 ～心疾患を考慮した介入～ 大東市理学療法士会	歩行時右側方への体幹の傾きが見られた右人工骨頭全置換術後の一例 守口市理学療法士会	外来リハにてパーキンソン病患者に対し歩行能力向上を目指した症例 ～職場復帰 守口市理学療法士会	右ラクナ梗塞により股関節・膝関節不安定性を認め、後方へのふらつきを呈した一例 門真市理学療法士会	左側頭葉から後頭葉にかけての出血を呈された症例 ～パーキンソン病に着目し 大東市理学療法士会	
14:05	川上沙己 城山病院	長谷川万 わかくさ電開リハビリテーション病院	森本神楽 守口生野記念病院	橋本碧奈 中村病院	森 真哉 枚方リハビリテーション病院	石井大貴 わかくさ電開リハビリテーション病院	
14:10	左大腿骨転子部骨折を受傷した症例～独歩獲得を目標に筋活動、運動学習に着目し 寝屋川市理学療法士会	後遺症候群により歩行能力が低下した症例 ～趣味活動の再獲得を目指して～ 寝屋川市理学療法士会	右大腿骨人工骨頭置換術後、閉じこもり傾向となった一例 ～社会参加を目指し 枚方市理学療法士会	左半身の認識の悪さが歩行に影響を及ぼした症例 四條畷市理学療法士会	左視床出血を発生し、重度感覚障害を呈した症例 ～歩行の安定性向上を目指し 大東市理学療法士会	左脳梗塞後に右側頭骨への頻回な衝突を繰り返した一例 ～視覚的な教示方法を用いた介入～ 門真市理学療法士会	
14:30	児玉優斗 上山病院	木下智史 介護老人保健施設ハーモニイ	永田大理 関西医科大学くずは病院	梅原麻那 福生会脳神経外科病院	福永泰士 わかくさ電開リハビリテーション病院	磯江健太 摂南総合病院	
14:35	大腸骨転子部骨折後に跛行を呈した症例 ～疼痛とアライメントに着目して～ 門真市理学療法士会	左大腿骨頭部骨折を受傷した恐怖心の強い症例 ～Tit Tableを使用して～ 枚方市理学療法士会	左大腿骨転子部骨折を受傷した一例 ～生活動作改善に向けた環境設定に着目した第三腰椎圧迫骨折を呈した一例 松尾士 中村病院	転移性膵臓腫瘍摘出術後に下肢運動失調を呈した一例 ～視覚代償による歩行 大東市理学療法士会	右ラクナ梗塞を呈し、職業復帰を目指した一例 ～歩行の安定性向上を目指して 寝屋川市理学療法士会	膵臓性肺炎後に薬用を呈し、Parkinson 病を診断された症例 ～体幹機能に着目した介入～ 大東市理学療法士会	
14:55	山下泰輝 摂南総合病院	浜田 直 佐藤病院		清水智哉 野崎徳洲会病院	山田和真 藤本病院	宮下千佳 わかくさ電開リハビリテーション病院	
15:00		人工骨頭置換術後に跛行を呈した症例への介入経験 ～立脚期における股関節伸展運動に着目して～ 門真市理学療法士会		左放線冠梗塞を発生した脊柱側弯を呈する症例を担当して ～屋内独歩自立での早期退院を目指して～ 大東市理学療法士会		動作種目間で酸素化に差異がみられた間質性肺炎の一例 ～運動耐容能低下の要因に着目して～ 寝屋川市理学療法士会	
15:20	座長：喜馬病院 高濱 祐也 会場責任者：佐藤病院 伊藤 篤	座長：関西医科大学総合医療センター 和田 健吾 会場責任者：藤本病院 吉川 友晴	座長：島田病院 岡田 直之 会場責任者：介護老人保健施設あおぞら 井門 文哉	座長：わかくさ電開リハビリテーション病院 玉村 悠介 会場責任者：わかくさ電開リハビリテーション病院 桑原 朋之	座長：守口生野記念病院 佐々木 篤士 会場責任者：佐藤病院 上村 俊秀	座長：関西福祉科学大学 有末 伊織 会場責任者：高村病院 仲上 倫孝	
15:30	閉会式						