



**第23回**

The 23rd Annual Meeting of  
Hiroshima Physical Therapy Association

**広島県理学療法士学会**

**温故知新**

昭和を知り、平成を振り返り、その次の時代へ

**プログラム・抄録集**

**日時**

**2018年12月2日(日)**

**会場**

**東広島芸術文化ホールくらら**

**学会長**

**徳森 公彦(広島国際大学)**

**主催**

**公益社団法人 広島県理学療法士会**



## 目 次

---

学会長挨拶	1
大会プログラム	2
会場のご案内（東広島市芸術文化ホールくらら）	3
参加者の皆さまへ	4
座長・演者の皆さまへ	5
シンポジウム	6～13
セミナー①	14～15
セミナー②	16
セミナー③	17
セミナー④	18～19
演題一覧	20～23
演題抄録	24～36
第23回広島県理学療法士学会 組織図	37
第23回広島県理学療法士学会 運営スタッフ	38



## 第23回広島県理学療法士学会を開催するにあたって

### 学会長 徳森 公彦



このたび、第23回広島県理学療法士学会を東広島市で開催させていただくことになりました。東広島は広島県のほぼ中央に位置し広島市、三次市、福山市など各方面からのアクセスも良好ですので、ぜひ多くの先生方のご参加をお待ちしております。

さて、本学会はテーマを「温故知新～昭和を知り、平成を振り返り、その次の時代へ～」とさせていただきます。我が国に理学療法士が誕生して50年以上が経過しましたが、その間には高度経済成長、バブル経済、震災や津波などの甚大な自然災害、リーマンショックなどの世界的な経済不況、ゆとり教育の実施と廃止、社会の超高齢化など、さまざまはイベントが起きました。この間に理学療法士に期待される役割や、教育環境も大きく変化したのではないのでしょうか。

現在50、60歳代の理学療法士は昭和という時代を中心に教育を受けました。スパルタ式に根性論や経験則に基づいた教育を中心に受けていた時代ではなかったのでしょうか。しかし、その根性論や経験則を、科学的な根拠へと格上げするために地道な努力を惜しまなかった時代であったと思います。

一方、現在の理学療法業界の主流である40歳代以下は、平成という時代に入り教育を受けました。平成の教育は昭和の先輩方が行われた臨床・研究の知見から作成されたガイドラインや、システムティックレビューなどを基に、科学的根拠に基づいた理学療法の提供の重要性が叫ばれました。しかし、それはすでに出ている答えを覚えるという教育であったように思います。さらにここ15年の間には目覚ましいITの進歩やインターネット環境の普及など、指先一つで世界中の情報を簡単に集められるようになりました。その反面、情報の真偽を確かめることなく信じ込み、答えの見つからないものは分からないと簡単に諦めてしまうことも多くなったのではないかと思います。一日一日と時代は着実に進んでいます。未曾有の超高齢社会の中で理学療法士のあるべきという姿（答え）は、インターネットでいくら過去の研究を調べてみても見つけることはできません。

近年、地域包括ケアの構築に重視されているのが互助の精神です。これは昭和の日本には当たり前前にあった価値観です。先輩を敬い、近所で助け合い、自分が頑張れば国全体が良くなるという価値観のもと、みんなが同じ方向を向いていた時代ではないのでしょうか。

昭和の先輩から過去の精神を教わり、平成の若者から現在の便利さを教わる。それぞれの良さを認め、尊重して補い、次の時代へ対応できる進化した理学療法士の価値観・役割を作りあげていく時期が来たのではないのでしょうか。そんな議論ができる学会となることを期待してスタッフ一同、皆様のご参加を心よりお待ちしております。

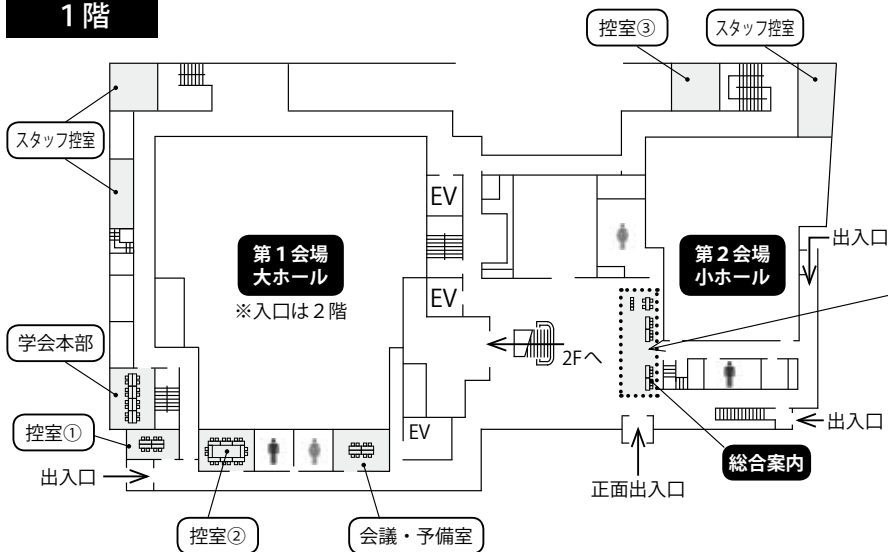
# 第23回広島県理学療法士学会 プログラム

「温故知新～昭和を知り、平成を振り返り、その次の時代へ」

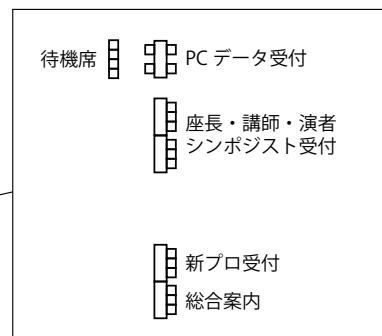
会場名	第1会場	第2会場	第3会場
時間	2階/大ホール	1階/小ホール	3階/サロンホール
9:00	8:50 開場 9:00 受付開始		
9:30	9:30～開会式		9:00～10:00 ポスター貼付け
10:00	9:40～10:40 セミナー① 「平成最後の年から 2035年世界のヘルスケア リーダーとなるために」	9:40～10:40 セミナー② 「サルコペニアに対する介入：これまでとこれから」 山田 実氏（筑波大学大学院）	
10:30	木村 浩彰氏（広島大学病院）		
11:00	10:50～11:50 口述発表 一般演題①（No. 1～No. 5）	10:50～11:50 口述発表 一般演題②（No. 6～No.10）	10:50～11:50 ポスター発表 一般演題① - 1 （No.30～No.33） 一般演題① - 2 （No.33～No.38）
12:00	12:00～13:20 シンポジウム 「温故知新～昭和を知り、平成を振り返り、 その次の時代へ～」		
12:30	門田 正久氏（飛翔会グループ） 山崎 重人氏（マツダ病院） 横田 晋一氏（やすもとクリニック）		
13:00	森田 裕治氏（沼隈病院） 杉原 和也氏（木阪病院） 岩本 義隆氏（ヒロシマ平松病院）		
13:30			
14:00	13:30～14:30 口述発表 一般演題③（No.11～No.15）	13:30～14:30 口述発表 一般演題④（No.16～No.20）	13:30～14:30 ポスター発表 学術助成演題 （No.47・No.48）
14:30			
15:00	14:40～15:40 セミナー③ 「加齢に伴う脊柱アライメント変化と代償機構 の捉え方」	14:40～15:40 セミナー④ 「脳卒中重度片麻痺者の歩行再建を目指した早期 歩行トレーニング」	
15:30	多々良 大輔氏（福岡志恩病院）	阿部 浩明氏（広南病院）	
16:00			
16:30	15:50～16:50 口述発表 一般演題⑤（No.21～No.25）	15:50～16:50 口述発表 一般演題⑥（No.26～No.29）	15:50～16:50 ポスター発表 一般演題② - 1 （No.39～No.42） 一般演題② - 2 （No.43～No.46）
17:00	17:00～次期学会会長挨拶・閉会式		17:10～17:30 ポスター撤去

# 東広島芸術文化ホールくらら 会場のご案内

## 1階

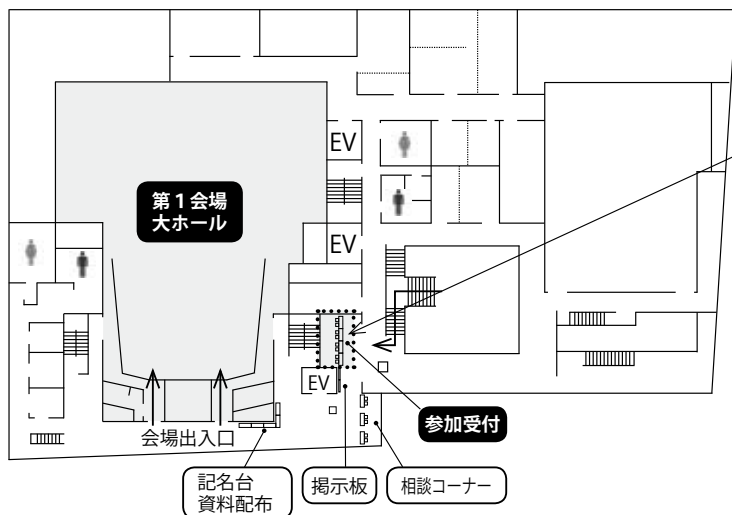


《総合案内周辺図》

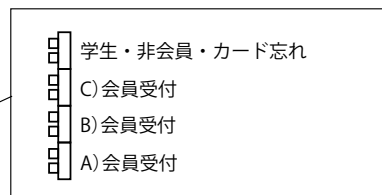


※参加受付は2Fです。  
 ※新人教育プログラム単位認定の対象のセミナー②④の受付は1Fにて行います。  
 受付時間はP.4をご参照ください。

## 2階

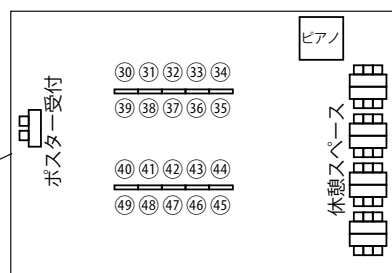


《参加受付周辺図》



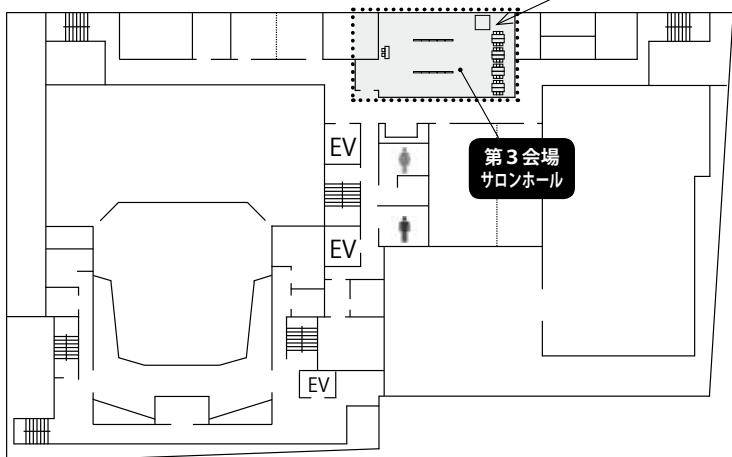
※新人教育プログラム単位認定の対象のシンポジウム、セミナー③の受付は2F 参加受付にて行います。  
 受付時間はP.4をご参照ください。

《ポスター会場》



※場内常設ピアノには触れないでください。

## 3階



《ポスターパネル》



# 参加者の皆さまへ

## 1. 受付のご案内

- ① 12月2日(日) 9:00より下記の通り、1Fロビーおよび2F大ホールホワイエに受付を設置しますので、所定の受付をしてください。  
【1Fロビー】 講師・座長・演者・PC受付(スライド受付)、総合案内  
【2F大ホールホワイエ】 会員、会員外(県外の理学療法士協会会員・看護師・ケアマネジャー・作業療法士など)、学生・その他受付、一般受付
- ② 会員の方については会員証(右下記デザイン)による受付を行いますので、忘れずに会員証をお持ちください。
- ③ 参加費については下記のとおりです。  
会 員：2,000円(広島県理学療法士会)  
学 生： 500円(学生証の提示をお願いします)  
(免許を取得している大学院生は除く)  
会員外：3,000円(医師・看護師・ケアマネジャー・作業療法士など他業種や日本理学療法士協会に入会している広島県以外の理学療法士)  
非会員：10,000円(日本理学療法士協会に入会していない理学療法士)



会員証

## 2. 飲食ならびに昼食について

- ① ホール内での飲食については禁止となっておりますが、その他の場所での飲食は可能です。なお、本学会の会場は公共施設のため一般市民の方々も利用されます。一般市民の方を含めて他の参加者が不快に感じる飲食行為はお控えいただくとともに、飲食により発生したゴミ等は必ず自宅までお持ち帰りください。
- ② 昼食について、各自、会場周辺の飲食店もしくはコンビニエンスストアなどをご利用ください。

## 3. 公益社団法人 広島県理学療法士会 教育局から単位認定のお知らせ

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

### ① 新人教育プログラム単位について

シンポジウム、セミナー②～④は新人教育プログラム単位認定の対象となります。受付時間は各セミナー開始20分前から開始10分後までです。受付の際には新人教育プログラム受付にて会員証をご提示ください。学会参加のみでは新人教育プログラムの単位認定はありませんので注意してください。

i) シンポジウム：受付時間 11:40～12:10

⇒新人教育プログラム単位 C-5「地域リハビリテーション」

ii) セミナー②：受付時間 9:20～9:50

⇒新人教育プログラム単位 C-4「高齢者の理学療法」

iii) セミナー③：受付時間 14:20～14:50

⇒新人教育プログラム単位 C-2「運動器疾患の理学療法」

iv) セミナー④：受付時間 14:20～14:50

⇒新人教育プログラム単位 C-1「神経系疾患の理学療法」

- ② 専門理学療法士ならびに認定理学療法士資格取得および更新に関わる履修ポイント学会は、参加のみ10pt、演題発表5ptとなります。学会受付にて会員証を提示することによりポイントが付与されます。

## 4. その他

- ① 呼び出し：1F総合案内にホワイトボードを用意しておりますので、そちらをご利用ください。
- ② 喫煙：くらは敷地内での喫煙はご遠慮ください。近隣での喫煙マナーをお守りください。
- ③ 携帯電話：会場内では携帯電話の使用はお控えください。電源をお切りになるか、マナーモードへの切り替えをお願いします。
- ④ 託児所：1F総合案内にお越しください。
- ⑤ 撮影録音：学会会場内では、撮影・録音を禁止しております。



# 座長・演者の皆さまへ

## 1. 座長・演者の皆さまへ

開始時刻の30分前までに「講師・座長受付」「演者受付」にて、受付をお済ませください。

また、開始時刻の10分前までに会場内の次座長および次演者席にお越しくださいますようお願いいたします。

## 2. 座長の皆さまへ

- ① セッション内の進行は座長に一任しますので、演者・フロア・座長間で活発な質疑、討論となりますよう進行をお願いします。
- ② 質問者には所属と名前を言ってから、質問等に入ってもらってください。

## 3. 「口述発表」の演者の皆さまへ

- ① 発表時間は7分、質疑応答4分以内とします。
- ② 本学会での口述発表は、パソコンとプロジェクターによる発表とします。学会側ではOS；Windows10-PowerPoint 2007/2010/2013/2016 をインストールされたPCを発表用に用意いたします。Macintoshはご使用いただけません。Macintosh版PowerPointで作成したデータは、互換性が損なわれる可能性があります。事前にWindows PCにて文字のずれ等の動作確認を行ってください。
- ③ 原則として音声・動画およびアニメーション機能の使用は禁止とします。
- ④ フォントはOS標準のもののみ用意いたします。また、以下のフォントを推奨いたします。(日本語：MSゴシック、MSPゴシック、MS明朝、MSP明朝 英語：Times New Roman、Arial、Arial Black、Arial Narrow、Century、Century Gothic) 特別なフォントをご使用になると、文字・段落ずれ、文字化け、表示されないなどの問題が発生する可能性があります。データを作成したPC以外で正常に動作するかを事前にご確認ください。
- ⑤ 発表に使用するPCは全てXGA(1024×768)に統一してあります。PowerPointのスライドサイズを16：9で作成した場合は上下が切れて小さく表示されることがありますので、スライドサイズは4：3を推奨します。
- ⑥ 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にして下さい。スライドの操作は、演者の皆様をお願いします。
- ⑦ 演者は下記の時間までに「講師・座長・演者受付」で登録を済ませ、「PC受付」で発表に使用するPowerPointファイルを提出してください。ファイルはCD-RまたはUSBフラッシュメモリに保存してお持ちください。朝は混雑することが予想されます。スムーズな学会運営のため、発表の30分前までにPC受付をしてください。また、開始時刻の10分前までには会場内の次演者席にお越しくださいますようお願いいたします。
- ⑧ 発表に使用するデータは、事前に必ずウイルスチェックを済ませてからお持込みください。当日パソコンに取り込んだファイルは、発表終了後、速やかに責任を持って削除致します。

## 4. 「ポスター発表」の演者の皆さまへ

- ① 一般演題の発表時間は5分、質疑応答6分以内(計11分)、学術助成演題は発表時間15分、質疑応答5分(計20分)の持ち時間とします。
- ② 演題番号の部分は、学会運営委員会にてパネル上部に取り付けておきます。(P.3参照)  
演題名、所属、氏名等は、ポスター掲示スペースに見えやすいように作成し貼付けてください。
- ③ ポスター掲示スペース(本文、図表)は、高さ150cm、幅116cmです。(P.3参照)  
※床面から約30cm程度は、視認性が低くなりますので、ポスターの掲示はご遠慮ください。
- ④ 演者は当該セッションの開始30分前までに「講師・座長・演者受付」で登録を済ませてください。  
また、発表時刻の10分前までには会場にお越しくださいますようお願いいたします。
- ⑤ ポスターは持参し、指定時間内にポスター貼付・撤去を行ってください。  
**貼付 9:00～10:00 撤去 17:10～17:30**
- ⑦ ポスター貼付に必要な画鋏などは学会運営委員会でご用意します。
- ⑧ ポスター撤去時刻を過ぎても撤去されないポスターは大会側で処分します。

# シンポジウム

12:00 ~ 13:20 第1会場(大ホール)

## 温故知新 ～昭和を知り、平成を振り返り、その次の時代へ～

シンポジスト：門田 正久(飛翔会グループ)

山崎 重人(マツダ病院)

横田 晋一(やすもとクリニック)

森田 裕治(沼隈病院)

杉原 和也(木阪病院)

岩本 義隆(ヒロシマ平松病院)

座長：徳森 公彦(第23回広島県理学療法士学会 学会長)

今回は学会テーマを「温故知新～昭和を知り、平成を振り返り、その次の時代へ～」とさせていただきます。近年の医療提供において EBM (Evidence-based Medicine) の重要性は言うまでもありませんが、客観性や数字という根拠だけではなく、セラピストの経験や直感、患者さんや利用者さんの個人の歴史、性格、人生観などの情報にも基づいた医療提供の重要性も再認識されつつあります。我が国に理学療法士制度が誕生し 50 数年が経過しました。その間にリハビリテーション(リハビリ)という言葉は世間一般にも広がり、理学療法士の存在意義も、希少価値からどのように国民に貢献できるのかが問われる時代へと移り変わってきています。昭和から平成そして次の時代へ、これから先も国民から必要とされる理学療法士であるために、今一度その存在意義を確認し、みんなで共有し、更なる発展を遂げる時期へと差し掛かっているのではないのでしょうか。そこで、このたびの学会ではシンポジウム企画として若手、中堅、ベテランの理学療法士がそれぞれの世代を反映した価値観をぶつけあい、会場の皆様にもご参加いただき以下の内容の議論を深めたいと考えております。

尚、下記の QR コードは、シンポジウムの内容に関連する事前アンケートです。ご協力お願いいたします。

1. 理学療法士という職業のプライド
2. 理学療法士の質について
3. ジェネラリストとスペシャリストについて
4. 地域包括ケアシステムについて
5. 理学療法士になって良かったことについて



## シンポジスト：門田 正久(飛翔会グループ)



株式会社ケアウイング 取締役  
医療法人社団飛翔会 理事  
NPO 法人ケアユナイティッド 理事長

### 【資格】

日本障がい者スポーツ協会公認障がい者スポーツトレーナー、日本体育協会公認アスレチックトレーナー  
ポールスターピラティスリハ認定トレーナー、adidas functional trianing academy アンバサダー  
フランクリンメソッド レベルIII認定、ルネサンス マスタートレーナー教育トレーナー  
SKLZ パフォーマンストレーナー、テクノジム ARKE 認定トレーナー、介護予防主任運動指導員

### 【公職】

日本パラリンピック委員会 運営委員 強化委員、日本障がい者スポーツ協会 指導者協議会 トレーナ- 部会長  
日本障がい者スポーツ協会 医学委員会 東京 2020 医務関係調整部会 部会員  
東京オリンピック・パラリンピック競技大会組織委員会内  
「アスリート向け医療サービスに関するワーキンググループ」メンバー  
「選手村理学療法サービスに関する作業部会」メンバー

1. 理学療法士という職業プライドについて、主催者側からは資料技術の向上と精神的な支えと表現がありますが、職業への誇り（プライド）と考えるのであれば、職業上の相手となるクライアントとの関係性や職場の同僚や医療であれば関係専門職種の方々を通じて、自分自身が認められている存在になっているのか、なりえるのかがとても重要に感じています。また認められることでその職業への価値観を見出し、誇りに思えてくるものではないかと思います。そしてそれが自己の可能性実現にむけて生き方を変えていくことにつながるのだと思います。そう考えるとクライアントが求めるものは、最低限理学療法を求めているのであれば、その技術に不足があれば認めてもらえないでしょうし、その最低限を常に引き上げていくことが必要だと思います。結果精神的な支えになることもできると思います。

2. 理学療法の質ですが、理学療法自体は科学的な裏付けを主体とする価値判断の高まりからそれ自体はある意味向上してきているものと思います。それを活用する理学療法士と考えると、大きな差があるようにも思えます。ただ、この40年近くで主として活動の場となる医療体制の変化が同期して変化してきていることを加味すれば、ある意味限界と転機を迎えていると考えたほうがいいのかもかもしれません。

3. ジェネラリストとスペシャリストの提示ですが、クライアントから見ればすべての理学療法士はスペシャリストとなるはずですが、この区分は医師の診療科目上の細分化された流れや報酬体系と医療業界の経営マネジメントシーンから、ジェネラリストやスペシャリストなどの区分化を謳いだしたのではないかと考えています。業界違いですが、トレーナー業界では、この10年いろいろなトレンド的なメソッドが海外から来ています。出典をみるとVojta法やRood法などが出典にも記載されていたりすると、僕たちのクライアントは「人」であって「疾病」はその個性であると解釈するほうが自然のように思います。であれば自ずとプロフェッショナルとしてどうあるべきかと自身に問いかけることが大切かと思います。

4. 地域包括ケアシステムは、ふた昔前までは、急性期病院とリハ病院で完結していたシステムの細分化かと認識しています。昔の医師のスーパーローテーションなどを臨床実習や卒後教育で入れてあげられると、システム（クライアントの時系列な変化と社会機能の対応）の理解につながると思います。ただ現況ではそれを経験せずして各システムに翻弄されているようにも聞き及びます。ただシステムというなら自分の立ち位置の前後を見つめる時間をつくることで、自分のやるべきことあるべき姿を構築していくことができるのではと思います。

5. 良い職業です。

## シンポジスト：山崎 重人(マツダ病院)



現 職：マツダ株式会社 マツダ病院 リハビリテーション科 療法士長  
学 歴：平成 元年 国立病院機構呉医療センター附属リハビリテーション学院卒業  
平成 元年 理学療法士免許取得  
職 歴：平成 元年 島の病院 大谷リハビリテーション病院  
平成 3年 広島県立安芸津病院  
平成 6年 飛翔会 寛田(かんだ)クリニック  
平成 7年 三好整形外科クリニック  
平成 14年 マツダ株式会社 マツダ病院 現在に至る  
資 格：平成 19年 日本理学療法士協会認定 骨関節疾患専門理学療法士  
平成 27年 日本転倒予防学会認定 転倒予防指導士  
平成 27年 作業管理士  
社会活動：平成 25年 日本理学療法士協会 / 日本理学療法士学会  
産業理学療法部門 代表運営幹事 現在に至る

1. 次世代の若者に、理学療法士という職業を選択させたいと思えることが、職業のプライドと考える。理学療法士は魅力ある職業であると言えるのか。そのためには理学療法士の強みとは？の回答を持ち合わせ、他職種に示すことが出来ることも必要である。患者の機能回復、生活への復帰の過程で、患者・家族から『この人となら一緒に頑張れそう』と思われる人間性があることが前提で、介入効果を即効性・持続性ともに示すことが出来る治療技術を兼ね備えているべきである。

2. 質の低下の基準が主観であるので、回答に難渋するが、理学療法の質が低下しているのではなく、理学療法士間のレベルの差が顕在化している印象を持っている。理学療法士として常に研鑽している人と、そうとはいえない人がいることは事実である。一方、呼吸器系、循環器系、脳血管系の領域などは、私が理学療法士免許を取得した時代よりははるかに治療の質が向上していると感じている。医療の質の向上に伴い、チーム医療が叫ばれ久しいが、特にこの10年で理学療法士協会の会員数が急激に増え、協会内で理学療法のレベルを担保する学習制度が後追いになっている現状の中、他職種と一緒に働く機会が増え、外部から評価される機会が増え、我々ひとり1人のレベルの差が目につくようになってきたと感じている。

3. 卒後の教育体制が充分であることが前提であれば、ジェネラリストから教育されその後、スペシャリスト（専門性）へとの流れが望ましいのは言うまでもない。しかし現状は、免許取得後、医師のように研修医期間がなく、就職先に育成を一任されているように、免許取得後、平等に育成機会があるとはいえず、対応出来る疾患・時期が偏った理学療法士が育成されているともいえる。対象とする患者の病態も多様化している中で、トータルで対応できることが求められているし、全てに対応できる専門職として社会からは期待されているように感じている。また、今後、就職先が病院とは限らず、地域、行政、加えて企業と、職域拡大を視野に入れるならば、ジェネラリスト・レベルの担保は必須であろう。個人的には、平成34年度導入予定の新生涯学習制度上で検討されている免許の更新制度の導入によるスキルアップが我々の現状に沿うと考えている。

4. 3.の現状からも分かるように、急性期、亜急性期、回復期、生活期ごとの関わりは難しい。事実として、卒業後就職した施設で対応する疾患・時期のみしか対応できない環境にある。入院直後に受けたリハビリ治療を、在宅でも受けたとは、聞く話である。理学療法士自体が、診療報酬の中で、急性期から生活までを意識した患者介入のイメージを付けることが出来なくなっている流れも大きいし、30歳前半までは会員が大半を占めることから、他者の生活イメージを描ききれない理学療法士が増えている背景もあるように感じている。自分が家庭を持ち、子どもを授かり、両親の面倒を見るなどの環境に己を置くことで、身に付くことも少なくないのかもしれない。

5. 人に感謝できる自分に成長できたこと。この仕事を選じたからこそ出会えた全ての方々に対し、自身を成長させていただけの機会と支援をいただけたことに感謝している。

## シンポジスト：横田 晋一(やすもとクリニック)



### <略歴>

1998年 南山大学文学部人類学科卒業

2005年 独立行政法人国立病院機構 呉医療センター  
附属リハビリテーション学院卒業

2005年より独立行政法人国立病院機構 呉医療センター 同機構 広島西医療センターを経て

2013年より医療法人明笑会やすもとクリニックに勤務

1. もしこの患者に理学療法が実施されなかったらどうなるか、を想像したとき、生じうる不利益を回避し、治療期間を短縮するための理学療法技術は重要な要素になる。理学療法士のプライドの意味を職業意識とするなら、医療技術職として期待されている役割を果たすことが重要ではないか。また、理学療法士は患者にとって精神的な支えとなる役割が期待されている場合もある。一技師に対して「先生」と敬称をつけて呼んでもらえるとき、自分自身だけでなく、これまで実施されてきた理学療法の蓄積が期待されていると捉えている。

2. 理学療法士の質を何をもって判断するかが難しいが、理学療法士の人数が増えてきたことによって学習機会や教材が揃い、質を高める入口となるチャンスは増えてきた。卒後学習が進んでいけば、専門、認定理学療法士のように質を担保しようとする制度を利用することもできる。理学療法士の質を考える一つの材料として、卒後教育のコースの充足度は求められるだろう。この点では質は向上していると感じる。一方で質が低下したと指摘される考え方を推察すると、学習資源が増え若手セラピストや臨床実習の学生は以前より学習機会は得ているのに、それを満たせていないと感じる。若手だけでなく経年者であっても知識や経験をアップデートできないとマンネリズムの指摘はされる。医療が高度専門化していく中で、技師としての専門性を見出していく努力が求められる。

3. 技士としての専門性がどのような観点で論じられるのかは、現状ではフィールドとなる職域で違うのではない。病期で考えると、例えば急性期では、整形外科以外でも対応した診療科の管理下にあり、セラピストも臓器別の専門分野を持つことになる。急性期ですべきことと生活期で評価・治療にかかわる思考過程は違う。その点では病期ごとに特化した専門家は重要であろう。一方で、整形外科で外来リハビリを担当する本職では、臓器別区分よりも、一般的な身体状況を捉えられる能力が必要と感じることもある。例えば整形疾患の病名で運動器リハビリを展開していても、リスクを回避するために急性期における脳血管疾患や呼吸・循環、などの知識と経験が必要となる場面はあり、さらにチームでの連携が求められる。その意味でジェネラリストは必要だと考える。

4. 例えば患者対応を地域全体で考える場合においては、地域連携パスを用いるケースなど、生活空間で連続した治療やリハビリテーションの流れが見えるようになればより連携が深まると考える。個人的には、支部活動を中心に地域医療圏で顔の見える連携活動に助けられてきた経緯があり、一層の推進を期待したい。

5. これまで一技師としての見解を述べてきたが、卒前卒後の学習と学習経過の中で支えられえてきた先輩方の治療技術を多少なりとも身に付けて、患者の治療が行えるように努めてきた。臨床においてはやりがいを感じながら経過と結果を追っている。理学療法士という職業は現状のフィールドだけでなく、幅広い分野で応用、活躍できる方法論があると期待している。

## シンポジスト：森田 裕治(沼隈病院)



- ≪ 役職 ≫ 社会医療法人社団沼南会 経営管理部兼リハビリテーション部 副部長
- ≪ 学歴 ≫ 2001年 川崎リハビリテーション学院卒業
- ≪ 職歴 ≫ 2001年 医療法人社団沼南会入職  
2007年 同法人 沼隈病院リハビリテーション室室長就任  
同法人内(病院・通所・入所・入居・訪問・地域リハビリ業務)従事  
2009年 同法人 リハビリテーション部 副部長就任  
2010年 同グループ 社会福祉法人 まり福祉会 通所介護事業体立ち上げ、管理者へ就任  
2012年 社会医療法人社団沼南会 経営企画管理課へ配属(運営・企画・人事・広報等々)  
同法人 高齢者複合施設(介護付高齢者住宅・ショート・デイケア)立ち上げ  
2017年 同法人 地域密着型特別養護老人ホーム立ち上げ、現在の役職に至る
- ≪ 活動 ≫ 福山市地域包括ケアシステム推進会議委員(在宅医療介護連携推進会議 認知症支援推進会議)  
おたがいさまの“つながり”支援隊1期生(福山市高齢者支援課・福山市社会福祉協議会生活支援  
コーディネーター協働業務)  
ふくやま“奏かなで”ラボ 企画メンバー(第2回音楽交流会 実行委員)

1. 『精神的な支え』は、『傍にいて傾聴し、寄り添ってあげれば』『楽しく会話ができる』ということではないと思います。リハビリテーション専門職・理学療法士として、評価を元に、同意の上、適切な治療手段を提供し初めて成り立ちます。精神的な支えを行うために、『治療技術』は必要な要素の一つと認識しています。①運動学を機軸に基本的な動作分析が行える→②生理・解剖・疾病学的な観点から、動作への問題点を抽出し、社会的背景など全体的な生活要素を網羅して目標設定が行える→③問題点に対して適切に手技の量・期間を決定し提供できる→④日常生活動作の適切な指導が行える→⑤必要性に応じて多職種・他事業体と連携を図り、リファーすることができる。これら①～⑤全てが治療技術だと考えています。①～③は、基礎教育、卒後研修、各種学会、勉強会などで網羅できているように感じますが、②の社会的背景を捉えた中での目標設定は難しいと感じています。患者の全体像を捕らえる幅広い視点は、オムニバスの体制教育も必要ですが、セラピスト自身の様々な分野経験、社会経験が必要に感じています。④・⑤は『伝え上手は聴き上手』といわれるように、まずは、伝える相手が何を望んでいるのか？伝える側の立場にたって認識しなければ、伝えようとしても不可能で、適切な『リファー』も行えないと考えています。

2. 『理学療法の質』が低下なのか？変化しているのか？私は微妙だと考えています。『養成』という視点で考えれば、私が、入学した約20年前と現在では、学校運営そのものに変化があります。現在社会では、少子化・人口減少時代で、学校はどこも生き残り合戦です。そのような中で、理学療法士は3～4年で国家受験資格が得られ、超高齢社会の日本で安定した仕事として国民に映り、リハビリ関連学部開設・定員増を行い、入学基準そのものを下げていけば運営は潤いやすくなるはずですが、しかし、昨今の診療・介護報酬改定でのリハビリテーションに関連する事項は決して明るくなく、今後の安定が期待できない厳しい状況の職種と認識しています。“リハビリテーションの幻想”を少なからず持っている実習生さん達をみると、社会の全体的変容(人口層・家族形態・就労状況等々)を根底に、教育格差(家族・地域教育・義務教育等々)が激しく、個々の“学習能力”に、かなりのばらつきがあると思います。このような中で、年間1万人単位で、私達の仲間は増大していますが、現職者では、職人的な知識・技術教育はしっかりと受けているものの『マネジメント教育』『キャリア教育』は、経験や個人の特性に頼るところが多分にあります。きっと、これらは、基礎教育から体系的に進めていくべき項目なのだと思います。“昭和の人生すごろく”が崩壊し、強力なリーダーシップとトップダウンでは対応できない労働市場になっている今は、『フォロアシップマネジメント』『ボトムアップ的な事業の勧め方』など、昨今の働き方改革(副業等)も含めた新たなキャリアビジョン形成が必要と感じています。『理学療法士の質の変化』よりも、急激な時代の変容とともに、私達に求められること自体が短期間に変化しているのです。今、医療・介護・福祉業界は、『適切な時期に一定期間“適切”な量のサービス提供』です。アメリカから導入されたDPC制度が浸透し、地域医療構想を機軸とした病床再編、機能分化がなされています。そのような中で私達、理学療法士に、『何が求められているのか？』これを再考しなければ、『質』の議論は難しく本末転倒になってしまう気がしています。

3. 皆様もご存知のように、Generalist は、『幅広い分野の知識や技能、経験を有する人のこと』 Specialist は『特定の分野に関する深い知識とスキル、経験をもち、その分野において高いパフォーマンスを発揮できる人材』です。私が就職した頃(18年前)は、Generalist は、大先輩や役職者であり、病院の中で、様々な疾患に対応できる理学療法が行え、部署・院内の様々な事にも対応できる長期雇用者だったと思います。また Specialist は、中堅～役職者、外部のインストラクターで『脳卒中の理学療法だったらあの理学療法士』『整形疾患の理学療法だったらあの理学療法士』でした。私自身も、新人の頃は、とにかく多くの疾患を経験し“プチ Generalist”を目指しながら、得意な専門理学療法を持とうと日々精進していたように記憶しています。医療業界は Dr のインターン後の専門医への流れや、Ns の専門・認定看護師制度、理学療法士の専門・認定理学療法士制度などもこのような形だと思います。しかし、他業界では営業部・販売部など各部署に配属され、まずは、そこで特定の経験をして Specialist を目指しながら、部署異動を行い、業界全体・一般社会を学び、Generalist を目指す社会であったようです。これらに共通するのは、日本の時代背景が人口増加・高度経済成長期であり終身雇用が根底のキャリアデザインであったということです。医療・介護業界も、国家資格取得が前提で、労働と終身雇用が保障されていました。しかし、現在の日本は、人口減少(現在約1億2千万人→50年後8千8百万人)、少子化(1950年4.3人 2005年:人1.2人 2016年1.4人)、超高齢社会(1950年4.9% 2000年17.4% 2015年26.8%)、社会的文化構造の変容で、今までのキャリアデザインは幻想となってきています。また医療・介護・福祉業界でも、地域包括ケアシステム・共生がメインのテーマです。昔のように『医療は病院』、『福祉で介護』といった時代ではなく、医療・介護・福祉・地域全てが一体になった体制へシフトチェンジしています。また昨今の AI、SNS 等の技術躍進で労働産業構造そのものが変化し、私達の業界でも、今後急速に変化していくと思われまます。現在、リハビリテーション専門職・理学療法士等は、7割が病院勤務ですが、地域医療構想による病床再編が進み、超急性期・一般急性期・回復期・地域包括ケア・療養等病床群に区分され勤務する病院の体制やビジョン、所在する地域等で、求められる事・役割に違いがあります。また介護分野では、老健を中心とした入所系、通所系、人居系等、診療・介護分野双方に対応する訪問系と事業形態も様々です。そのような中で、私達リハビリテーション専門職・理学療法士は、何を Generalist・Specialist といふのか? そのものを再考する必要があると思います。様々な現場で働いている私達が、まず認識すべき事は、多様に変化している診療・介護事業体で働く組織の一員であり、『何を求められているのか?』を把握し、様々な人と一緒に応えていく必要があります。また法人の所在する地域では何を求めどう動くべきなのか? 俯瞰して考えてみるべきです。Generalist・Specialist どちらが先でも、どちらを目指しても、共通して必要となる能力は、運営力・調整力・企画力・実行力、“Creativity”“Social skill”だと思っています。Charles Darwin の「It is not the strongest of the species that survives, nor the most intelligent, but the one most responsive to change」“responsive to change”まさにこれからは、『変化への適応』が必要であり、私達リハビリテーション専門職・理学療法士の“本来の強み”を活かし、様々な分野をつなげる Professional「変革や創造の担い手として専門的知識・思考」を目指すべきではないかと考えています。

4. 地域包括ケアシステムは、一言で言えば、国民が生まれ育った地域で、どのようになっても、その人らしく『ほとんど在宅・たまに医療・介護・ほとんど地域で交流』です。国民一人一人は、生きていく上で選択・決定を自己責任で行い、生きやすい・活きやすい地域で、責任と義務を果たしながら生活してくださいね! という事です。また、私達リハビリテーション専門職・理学療法士の多くが働く病院や介護系事業体では、変革・統合を繰り返しながら共生社会へと変化していきます。今年度の診療・介護報酬改定では、これらがより顕著となり本腰をいれて強制時代にはいったと捉えています。今年度の診療報酬改定を乗りきるポイントは、地域医療構想での病床再編を機軸とした在宅復帰、在院日数の短縮へ対応する体制・力量だと考えています。また人口減少時代での入院患者数の確保に貢献できなければ、病床稼働率が下がり、トータルの収入がダウンし継続性が危うくなります。また、介護報酬では、量的収入時代から収支時代へ変化し、多様に変化する制度にあわせながら柔軟な事業体制へ変換する力、医療依存度の高い方へ対応できるサービス提供など、事業体の特性をもちながら、個別性の重視と共に統合時代に入っています。

5. 私が理学療法士になってよかったと思う点は、この時代のリハビリテーション専門職、理学療法士として、今までの諸先輩方が築いてくださった“本来の強み”(リハビリテーション的思考・視点・発想)を活かしながら、様々な人たちと出逢い仕事ができている点です。多くの方に支えていただきながら、今の働き方をさせていただいており感謝しています。そもそもリハビリテーション概念は、第一次世界大戦中の従軍看護師から始まり、戦後の失業者を増やさない。という社会的運動が始まりでした。今の時代、きっと、リハビリテーション専門職・理学療法士は、どの分野で働いていても将来が見えない“戦場”で“リハビリテーション・理学療法士って何だろう?”と考えるながら戦っているのだと思います。リハビリテーション概念の原点回帰とともに、今の時代にあったリハビリテーション、“その人らしさ”を診療・介護・福祉のみにとわられることなく、様々な形で提供できればと考えています。

## シンポジスト： 杉原 和也(木阪病院)



### 【学歴】

平成 22 年 3 月 学校法人同志舎 リハビリテーションカレッジ島根 理学療法学科 卒業  
平成 30 年 4 月 県立広島大学大学院 総合学術研究科保健福祉学部修士課程 入学

### 【職歴】

平成 22 年 4 月 医療法人社団博愛会 木阪病院 リハビリテーション科 理学療法士  
現在に至る

1. プライドとは「自尊心、誇り」を意味し、自尊心は「自分を尊重し誇りをもつこと」、誇りは「名誉に思うこと」とされています（三省堂国語辞典）。我々理学療法士（以下 PT）が Specialist（専門家）としてプライドを高めていくには、治療技術の向上と患者・家族にとっての精神的支柱である両方の視点が必要であると、個人的に感じています。ただ、ここ数年で PT への期待や役割が多様化し「何から学べばいいのか分からなくなる」といった後輩達の声も耳にします。シンポジウムでは、この治療技術や精神的支柱としての能力を高めるコツについて先輩達に助言を仰ぎ、日々の臨床業務に反映できるきっかけになればと思います。

2. 理学療法士とはご存知の通り国家資格であり「国が知識や技術が一定の水準以上にある」と認めるものです。つまり、国家試験に合格した時点で、国の認める一定の質は確保されていることとなります。しかし、私が働きだした当時から「理学療法士の質が低下している」と耳にする機会は少なくありませんでした。その背景には医療・介護の現場が大きく進歩したこと、それに伴って教育内容が高度化したこともあり「求められる質」が高まっているからではないかと考えています。こちらについても、先輩達が我々若手にどのようなことを求めているのか、応えていくのかを議論していければと思います。

3. 我々は国家資格を有した時点で、PT = Specialist として国から認められます。そして日々の臨床業務に従事し、PT としてのプライドを高めていくものと思います。長く PT を続けていくには脳血管や運動器、呼吸器など何らかの専門性は必要かもしれません。しかし、上述した国の期待に答えていくには、Generalist（多方面の知識・経験を持つ人）としても成長していく必要もあります。事実、病院に入院する方の多くは合併症や既往を抱え、行われる治療は主病名に対するものだけではないはずです。個人的には Specialist, Generalist はどちらも大事で、重要なのは各個人が「どんな PT でありたいか」ではないかと考えています。

4. 皆様は「住民運営通いの場」をご存知でしょうか？現在、私は東広島市の回復期にあたる病院に勤める傍ら、月に 2 回ほど市の一般介護予防事業である住民運営通いの場に病院から派遣されています。地域作りによる介護予防を推進するための手引きによると（2017 年、厚生労働省）、この事業は一次・二次を分け隔てることなく、全ての高齢者を対象とした介護予防事業とされています。また、介護予防・日常生活支援総合事業ガイドラインによると（2018 年、厚生労働省）、機能回復訓練だけでなく、生活環境の調整や地域作りなど高齢者本人を取り巻く環境へのバランスのとれたアプローチが必要とされています。当日は地域包括ケアシステムの取り組みの一つとして、私が参加している介護予防事業についてご紹介し「PT にはこんな役割もある」というお話をしたいと思います。

5. 私は今年で PT9 年目ですが、この間に沢山の素敵な出会いがありました。患者様やそのご家族、他施設に勤める PT 達。その出会った方達との付き合いは今も続き、様々な形で私を助けてくれています。このような学会や研修会は色々な人とつながるチャンスです。特に新人の方達は臆せず外に飛び出して下さい。きっと素敵な出会いが待ち受けているはずです。



## シンポジスト： 岩本 義隆(ヒロシマ平松病院)



### ＜学歴＞

平成 25 年 3 月 広島大学 医学部 保健学科 理学療法学専攻 卒業  
平成 27 年 3 月 広島大学大学院 医歯薬保健学研究科 保健学専攻 博士課程前期 修了  
平成 30 年 3 月 広島大学大学院 医歯薬保健学研究科 保健学専攻 博士課程後期（博士（保健学）） 修了

### ＜職歴＞

平成 30 年 4 月 医療法人社団まりも会 ヒロシマ平松病院 リハビリテーション部 理学療法士

1. 日本理学療法士協会の理念として、以下の宣言がなされている；「尊厳ある自立」と、その「くらし」を守ります。真に求められる理学療法科学の探求と創造、そして自らの技能と資質の向上に努力します。必要な提言や社会的行動を精力的に行います。（日本理学療法士協会 HP より）。我々はクライアントと向き合うために、自らの技能や資質を磨いて入念な準備をする必要がある。しかしながら、その技術や理論に溺れることなく、クライアントに寄り添いチームアプローチの一員としてその職務を全うすることが求められる。一方で懸念されるのは、理学療法士がその専門性を十分に理解せず、「理学療法士の〇〇化」と揶揄されるような状態に陥ることである。これを防ぐためには、プロフェッショナルとして、自らの仕事にプライドを持ち、職務にあたること肝要であろうと思われる。

2. 理学療法士は医師同様、国家試験に合格を以て資格を有し、職務にあたることができる。しかし、医師と大きく異なるのはその後の教育システムであり、医師が 2 年間の OJT 形式での臨床研修を課されるのに対して理学療法士は、所属施設によるところが非常に大きい。平成に入り、理学療法士養成校は大学、専門学校を含めて指数関数的に増加し、増え続ける新人理学療法士に対してその質の担保は非常に難しいものとなることが推察される。今後、養成課程における総合臨床実習や、卒業教育が変わる可能性は大いにあるが、理学療法士の質の向上は必須課題である。具体的には、病院の垣根を越えた OJT 形式での臨床研修が必要と考える。

3. 理学療法を受けるクライアントにとって理学療法士は「理学療法」のスペシャリストであり、私たちもそうあるべきである。そもそも、理学療法におけるジェネラリスト、スペシャリストとは何なのであろうか。協会の指定する 7 専門分野 23 領域全ての知識や技能を浅く広くでも有しているものがジェネラリストで、1 領域に秀でていながらもその他の知識や技能はないに等しいものがスペシャリストなのだろうか。理学療法を行う上で最低限有すべき標準的な知識や技能を経験年数相応に有し、さらに自らが得意とする分野や領域で他より秀でていようという自信を持ちクライアントと接するのが正しい理学療法士なのではないだろうか。

4. 超高齢社会を迎え、今後も少子高齢化に拍車がかかる我が国では社会保障費の削減が喫緊の課題であり、政府が打ち出した地域包括ケアシステムにおいて、私たち理学療法士は活躍の可能性を大いに秘めている。通院や入院が必要な患者を地域へ復帰させる、通所や入所が必要な利用者の日常生活動作を守るだけでなく、地域在住高齢者の運動機能を維持し、健康寿命を延伸するための予防的介入において、今後更なる飛躍が期待される。「予防」を目的とした理学療法には医師の処方が必要なくなった現在、理学療法士は積極的に地域へ、産業分野、教育分野へとその活動の場を広げ、私たちしか持ち得ない知識や技能を存分に発揮し、国民の健康に寄与すべきである。

5. 私たち日本人は「和」を重んじる国民性を有し、また理学療法士は「先生」という敬称つきで呼ばれることが多いため、ほとんどの場合でクライアントは私たちの理学療法に対して感謝の意を表す。しかしながら、そのような状況に慢心することなく心技体を準備し、情熱と真心を持って臨み、クライアントの感情が溢れんばかりの感謝や、驚きを伴うような運動機能の改善に導けた際にはこの上ない喜びを感じ、改めて理学療法士という職業を選んだよかったと思う。

## セミナー①

9:40 ~ 10:40 第1会場(大ホール)

### 平成最後の年から2035年世界のヘルスケアリーダーとなるために

座長：伊藤 義広 (広島大学病院 診療支援部)

講師：木村 浩彰 (広島大学病院 リハビリテーション科)



#### 《略歴》

昭和 63 年 4 月 広島大学医学部附属病院にて見学許可  
昭和 63 年 6 月 広島大学医学部附属病院整形外科 医員 (研修医)  
昭和 63 年 9 月 尾道総合病院整形外科  
昭和 64 年 1 月 広島大学医学部附属病院整形外科 医員 (研修医)  
平成 元 年 4 月 広島市立安佐市民病院整形外科  
平成 2 年 4 月 三次中央病院整形外科  
平成 3 年 3 月 同上退職し広島大学大学院へ入学  
平成 7 年 3 月 広島大学大学院修了  
平成 7 年 4 月 広島大学医学部附属病院整形外科 医員  
平成 8 年 4 月 広島市身体障害者更生相談所 医師  
平成 12 年 4 月 広島県立身体障害者リハビリテーションセンター整形外科  
平成 13 年 4 月 広島大学附属病院リハビリテーション部 医員  
平成 15 年 4 月 広島大学病院リハビリテーション科 講師  
平成 20 年 3 月 広島大学病院リハビリテーション科 准教授  
平成 22 年 7 月 広島大学病院リハビリテーション科 教授

#### 《認定医・専門医等》

平成 7 年 3 月 博士 (医学) (広島大学)  
平成 8 年 2 月 整形外科専門医 (日本整形外科学会)  
平成 15 年 6 月 リハビリテーション科専門医 (日本リハビリテーション医学会)

高齢化は人類全体の問題であり、日本が高齢化社会の最先端です。高齢化に対する新しいヘルスケアを構築できれば、日本が世界のリーダーとなれますが、そうならなければ日本の未来はありません。

人類は医学や農工業の発達によって人口を増やして寿命を延長してきました。その結果、高齢化が問題となり、日本は世界で最も高齢化が進行しています。高齢化によって2010年頃から日本の人口は減少しており、日本民族は衰退していると言えます。また、団塊の世代800万人が75歳の後期高齢者となり、医療保険も介護保険も国が担保するようになる2025年が高齢化のひとつの山であり、日本国の存続に対しても試練となっています。

高齢化によって①地方人口の減少、②疾病構造の変化、③医療内容の変化を生じます。

①2010年頃から日本の人口は減少し、特に子供や青壮年の減少は明らかです。高齢者数だけ2040年頃まで増加しますが、それ以降は全年齢層が減少します。また、地域格差も明らかです。大都市の人口は高齢者数の増加で緩やかに減少していますが、地方や過疎地の人口は大幅に減少しており、2050年には人の居住している地域の2割が無人化します。

②疾病構造は感染症から生活習慣病へ変化しました。今後、心疾患や脳血管障害、骨折、誤嚥性肺炎は増加しますが、悪性新生物はそれ程増加しません。

③医療は疾病の診断と治療だけでなく、患者の生活も支援しなければなりません。高度機能を潤沢に持った病院で高品質な医療を大量に提供する時代から、限られた医療資源を効率的に行うことが求められます。人工透析やがん医療、医療ケア児など、医療を継続的に行いながら生活することが増えます。医療の中心は地域になり、かかりつけ医として、外来診療だけでなく、訪問診療や在宅緩和、看取りなど24時間で対応し、介護保険や行政への参画も求められます。

①②③に対して現在の医療だけでは対応できません。新しい生活を創るリハビリテーション医学が必要です。地域の社会資本を明らかにして、急性期病院と生活を連携し、生活環境を整えて新たな生活を創設し維持しなければなりません。また、「新しい生活」が「良い生活」かどうかの評価や指標も必要です。そのため ICT 活用による遠隔診療や見守り、健康・医療・介護情報ネットワークの構築、ビッグデータや AI によるイノベーションが期待されます。

2025 年問題があまりに大きいので、2040 年以降の日本の国家ビジョンは未定です。ただし 2025 年を乗りきれるヘルスケアシステムを構築し、10 年後の 2035 年に世界のヘルスケアリーダーとなるという 2035 年プランはあります。

平成 30 年で平成の年号は終わり、2019 年から新たな年号が始まります。2025 年まで僅か 6 年です。リハビリテーション医学を結集して、2035 年までの 16 年で高齢化社会に対する新しいヘルスケアを創りましょう。

## セミナー②

9:40 ~ 10:40 第2会場(小ホール)

# サルコペニアに対する介入：これまでとこれから

座長： 實延 靖 (介護老人保健施設 葵の園・広島)  
講師： 山田 実 (筑波大学大学院 人間総合科学研究科)



### 《略歴》

2008年 京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻 助手  
2010年 京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻 助教  
2014年 筑波大学大学院人間総合科学研究科生涯発達専攻 准教授(現職)

日本老年医学会 代議員  
日本体力医学会 評議委員  
日本転倒予防学会 理事、編集委員  
日本健康支援学会 編集委員  
日本リハビリテーション連携科学会 編集委員  
日本予防理学療法学会 運営幹事 副代表  
日本栄養嚥下理学療法部門 運営幹事  
日本サルコペニア・悪液質・消耗性疾患研究会 世話人

Sarcopenia(サルコペニア)は1989年にRosenbergが「加齢に伴う筋肉量の減少」を指す用語として提唱した造語であり1)、ギリシャ語で筋肉を意味する“sarx”と喪失を意味する“prenia”を組み合わせとされる。その後、2010年にヨーロッパで、2014年にアジアでサルコペニアに関するコンセンサス論文が発表され2,3)、いずれも骨格筋量減少のみならず筋力低下も兼ね備えた場合にサルコペニアと定義したことから、現在ではこのような考え方が国際基準になりつつある。

サルコペニアに対しては、運動療法(主にレジスタンス運動)と栄養療法(主にタンパク質摂取)の併用が有用とされる。2017年に発刊されたサルコペニアの診療ガイドラインでも運動療法と栄養療法の併用は推奨されており4)、骨格筋の機能向上に有用であるとされている。そもそも高齢者では、筋タンパク質の同化抵抗性が認められることから、若年者に比して筋タンパク合成が促進されにくく、この同化抵抗性に対してはタンパク質摂取が重要であることが示されている。

近年では、高齢者に対するレジスタンス運動およびタンパク質摂取の考え方が少しずつシフトしている。これまでは高齢者に対しても高負荷レジスタンス運動が推奨されていたが、低負荷レジスタンス運動であっても回数やセット数を増やすことにより筋力増強および骨格筋量増加効果が得られることが示されている。また、タンパク質摂取についても、単純に量を増加させるのだけではなく、3食のバランスを考慮する重要性が示されるようになってきている。

本講演では、このように少しずつ変化する介入の考え方について解説を行う。

1. Rosenberg I. Summary comments: epidemiological and methodological problems in determining nutritional status of older persons. Am J Clin Nutr. 1989;50:1231-3.
2. Cruz-Jentoft AJ, et al. Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. Age Ageing. 2010 Jul;39(4):412-23.
3. Chen LK, et al. Sarcopenia in Asia: consensus report of the Asian Working Group for Sarcopenia. J Am Med Dir Assoc. 2014 Feb;15(2):95-101.
4. サルコペニア診療ガイドライン作成委員会編. サルコペニア診療ガイドライン 2017年版. ライフサイエンス出版 2017.

## セミナー③

14:40 ~ 15:40 第1会場(大ホール)

### 加齢に伴う脊柱アライメント変化と代償機構の捉え方

座長：木藤 伸宏 (広島国際大学)

講師：多々良 大輔 (福岡志恩病院 リハビリテーション部)



#### 《略歴》

平成9年 川崎医科大学付属川崎リハビリテーション学院卒業  
土肥(ドヒ)病院 (広島県)

平成10年 土肥病院 退職  
誠愛リハビリテーション病院 勤務

平成17年 誠愛リハビリテーション病院 退職  
諸岡整形外科病院・クリニック 勤務

平成23年3月 諸岡整形外科病院・クリニック 退職  
4月 福岡志恩(しおん)病院 リハビリテーション部 部長として勤務

私が理学療法士となった約20年前と比較し、我が国では平均寿命の延長により、保存療法・手術療法の後の生活をいかに快適に過ごしていただくかという概念：健康寿命の延伸が叫ばれるようになった。すなわち何かしらの症状が出現した後に、医療における保存療法・手術療法を行った後の心身のより良い状態をいかに長期間維持していけるかという予防的概念が必要な時代であると言い換えることができる。

近年、脊椎外科領域において spinopelvic parameters という概念が用いられるようになり、加齢・手術後の矢状面アライメントの変化の詳細が分かってきた。

今回は腰椎変性疾患と各種 parameter との関係性について説明するとともに、Barray らが述べている骨盤後傾、腰椎変性迂り(下位腰椎前弯)、胸椎後弯減少という3つの代償機構の捉え方をご紹介します、理学療法における保存療法と今後の課題について提案したい。

## セミナー④

14:40～15:40 第2会場(小ホール)

### 脳卒中重度片麻痺者の歩行再建を目指した早期歩行トレーニング

～これまでの歩行トレーニングを振り返り、さらなる治療効果の向上を目指して～

座長：猪村 剛史（広島大学大学院 医歯薬保健学研究科）

講師：阿部 浩明（一般財団法人広南会 広南病院 リハビリテーション科）



#### 《略歴》

1997年 理学療法士免許取得後仙台市内一般病院勤務  
2003年 東北文化学園大学医療福祉学部勤務  
2005年 一般財団法人広南会広南病院理学療法室(主任)  
2007年 同リハビリテーション科(総括主任)  
2012年 東北大学大学院医学系研究科修了(医学博士)  
2012年 東北大学大学院医学系研究科非常勤講師

#### 《賞罰》

第43回日本理学療法学会大会大会賞、第18回日本意識障害学会会長賞、第33回中村隆賞  
第48回日本理学療法学会大会最優秀賞

#### 《主な社会活動》

日本神経理学療法学会 運営幹事、「理学療法学」編集委員、「理学療法の歩み」査読委員  
「Journal of Rehabilitation Neurosciences」Associate member of the editorial board  
「International Journal of Physical Medicine and Rehabilitation」Review board member  
「Physical Therapy Research」Editorial board member

理学療法士の脳卒中理学療法に対する考え方は実に多様で、特に歩行トレーニングや装具療法に対する捉え方は多様であり、歩行トレーニングに際して下肢装具の活用を積極的に進めようとする者もいれば、そうで無い者もいるように思う。

我々が参照すべき指針として脳卒中治療ガイドラインや理学療法診療ガイドライン (<http://www.japanpt.or.jp/upload/jspt/obj/files/guideline/Guideline-QandA-Digest2.pdf>, p157) がある。そこには「装具の使用については早期から積極的な傾向である。」との記載とともに「従来、痙縮が高まるから、抵抗運動は行わないこと、機能的に十分でない時期に歩行練習は行わないこと・・・また、装具は動きを止める道具であり、まずは理学療法士の運動療法によって機能改善を最大限に引き出すことを優先すること、という考えのもと、装具は生活を保障する更生用装具としての位置づけであった・・・」との解説がある。

私見ではあるが、臨床では、積極的に本人用の下肢装具を作製し治療用装具として活用する概念は理解されているものの、実際には備品で対応して最終的に機能障害の改善に限界が感じられてきた頃に本人用の装具を作製することが多いように思う。演者も15年以上も前になるが、回復期を担う病院に勤務していた時分にはそのように対応していた。しかし、急性期病院に勤務する現在、治療効果を向上させることを意識し、発症早期の重度片麻痺患者に対して、足部可動性を持つ長下肢装具を可及的早期に作製し、それを用いた積極的な前型歩行トレーニングを行ない、これまでの歩行トレーニング・装具療法では成しえなかった治療効果を得ることができた数々の症例を経験してきた。そして、我々はその効果の検証という大きな課題に取り組み続けている。

我々が進める急性期治療のコンセプトや効果検証の結果などを報告し、参加者の皆様とこれからの歩行トレーニングのあり方について議論できれば幸いである。

《主な関連論文など》

門脇, 阿部, ほか: 脳卒中発症後 6 ヶ月経過し歩行に全介助を要した状態から長下肢装具を用いた歩行練習を実施し監視歩行を獲得した重度片麻痺を呈した症例. 理学療法学 2018

門脇, 阿部, ほか: 倒立振子モデルの形成を目指した下肢装具を用いた歩行トレーニングの実践により歩行能力が向上した片麻痺を呈した 2 症例. 理学療法学 2018

辻本, 阿部, ほか: 皮質網様体路の残存が確認された歩行不能な脳卒中重度片麻痺者に対する長下肢装具を用いた前型歩行練習と歩行及び下肢近位筋の回復経過. 理学療法学 2018

高島, 阿部: 重度片麻痺例における急性期からの長下肢装具作製が歩行及び階段昇降の予後に及ぼす影響. 日本義肢装具学会誌 2018

大鹿糠, 阿部, ほか: 脳卒中重度片麻痺者に対する長下肢装具を使用した二動作背屈遊動前型無杖歩行練習と三動作背屈制限揃え型杖歩行練習が下肢筋活動に及ぼす影響. 東北理学療法学 2017

大橋, 阿部, ほか: 上肢懸垂用肩関節装具の装着が重度上肢麻痺を呈する脳卒中片麻痺者の歩容におよぼす影響. 理学療法の歩み 2018

阿部, 辻本, ほか: 急性期から行う脳卒中重度片麻痺例に対する歩行トレーニング - 第 2 部 -. 理学療法の歩み 2017

阿部, 大鹿糠, ほか: 急性期から行う脳卒中重度片麻痺例に対する歩行トレーニング. 理学療法の歩み 2016

阿部, 大畑 編集: 脳卒中片麻痺者に対する歩行リハビリテーション. メジカルビュー社 2016

# 演題一覧

会場	時間	種別	演題番号
第1会場 (大ホール)	10:50 ~ 11:50	口述発表 一般演題①	1 ~ 5
	13:30 ~ 14:30	口述発表 一般演題③	11 ~ 15
	15:50 ~ 16:50	口述発表 一般演題⑤	21 ~ 25
第2会場 (小ホール)	10:50 ~ 11:50	口述発表 一般演題②	6 ~ 10
	13:30 ~ 14:30	口述発表 一般演題④	16 ~ 20
	15:50 ~ 16:50	口述発表 一般演題⑥	26 ~ 29
第3会場 (サロンホール)	10:50 ~ 11:50	ポスター発表 一般演題①-1	30 ~ 33
		ポスター発表 一般演題①-2	34 ~ 38
	13:30 ~ 14:30	ポスター発表 学術助成演題	47・48
	15:50 ~ 16:50	ポスター発表 一般演題②-1	39 ~ 42
		ポスター発表 一般演題②-2	43 ~ 46

## 口述発表 一般演題①

座長：内田 茂博(広島国際大学)

10:50 ~ 11:50 第1会場 (大ホール)

- 1 左反復性肩関節脱臼に対して鏡視下関節唇形成術を施行し、競技復帰をした症例 シムラ病院 中村 悠一
- 2 サッカー選手の足関節捻挫治療に関するアンケート調査 広島大学大学院 田城 翼
- 3 左膝内側半月板損傷術後で、ジャンプ着地動作のダイナミックアライメントに足部機能が影響した一症例  
にいたにクリニック 尾上 仁志
- 4 TKA 施行患者における術前の QOL 評価の特徴 浜脇整形外科リハビリセンター 井出本憲克
- 5 歩行時における下肢関節共同運動と膝関節内転モーメントの関係 サカ緑井病院 廣瀨 賢太

## 口述発表 一般演題②

座長：坪田 雅(デイサービスセンターすみれ)

10:50 ~ 11:50 第2会場 (小ホール)

- 6 徘徊を繰り返す患者に対して行動分析を行うことで改善を認めた一症例 五日市記念病院 葛西 美波
- 7 介護スタッフの作業負担軽減およびケア内容の統一を図ったことで仙骨部の褥瘡を改善することができた症例  
地域密着型特別養護老人ホーム 五本松の家 橋本 康太
- 8 訪問リハビリテーション利用者の ADL 変化に影響する因子の検討 済生会呉病院 富山 大輔
- 9 高齢者のサロン活動への参加は互助の推進に有効か？ 呉共済病院 松本 拳斗
- 10 豪雨災害地域の理学療法士は通常以外の業務の必要性を感じた～旧東城町の外来・通所・訪問に対する調査～  
東城病院 田原 岳治

## 口述発表 一般演題③

座長：藤村 宜史(中国労災病院)

13:30 ~ 14:30 第1会場 (大ホール)

- 11 精神疾患を有した大腿骨頸部骨折患者が自宅退院し生活範囲拡大に繋がった症例  
公立みつぎ総合病院 風盛 智之
- 12 大腿骨近位部骨折患者の退院時心身機能と歩行自立度は術後1年および2年の歩行能力に影響を及ぼすか  
—後ろ向きコホート研究— 済生会呉病院 桑原 大輔



- 13 大腿骨近位部骨折術後患者へのバランスエクササイズ介入による身体機能の変化  
マッターホルンリハビリテーション病院 田中 悠太
- 14 90歳以上の超高齢者の身体機能と各年代の身体機能の推移  
にいたにクリニック 島 俊也
- 15 高齢者の階段昇降に貢献する体力要素は何か  
マッターホルンリハビリテーション病院 坂本 麻美

## 口述発表 一般演題④

座長：中尾 淳一(広島大学病院)

13:30～14:30 第2会場(小ホール)

- 16 化学療法を施行した悪性リンパ腫患者の在宅復帰までの経験について  
松尾内科病院 中野 徹
- 17 長期間在宅酸素療法を適切に使用していなかった患者に対し酸素流量の調節と動作指導が功を奏した症例  
吉島病院 神田 直人
- 18 気管支喘息重積発作後、自宅退院に伴いアクションプランを作成した症例  
吉島病院 松村 洋佑
- 19 排尿自立指導料算定における理学療法士の役割について  
たかの橋中央病院 日和 将貴
- 20 当院の認知症ケアチームにおける理学療法士としての役割  
たかの橋中央病院 米澤 勇実

## 口述発表 一般演題⑤

座長：葉 清規(浜脇整形外科リハビリセンター)

15:50～16:50 第1会場(大ホール)

- 21 健常若年女性における股関節外転筋力が単脚立位動作時の骨盤・体幹角度に及ぼす影響  
広島国際大学 高野 翔吾
- 22 体幹前屈動作時の脊柱運動にハムストリングの柔軟性が関与するか  
マッターホルンリハビリテーション病院 岡田 泰河
- 23 痛みの破局的思考と運動器疾患部位の関連性  
和光整形外科クリニック 住田有輝人
- 24 運動器疾患における痛みと心理面の関係性  
和光整形外科クリニック 山中健太郎
- 25 2020 東京オリンピック・パラリンピック メキシコ事前合宿トレーナー派遣事業報告  
浜脇整形外科病院 船引 達朗

## 口述発表 一般演題⑥

座長：白本 真也(呉共済病院)

15:50～16:50 第2会場(小ホール)

- 26 病棟での短時間頻介入が機能回復の促進と多職種との情報共有を円滑にしADL向上に至った一症例  
廿日市記念病院 山崎 智博
- 27 脳卒中片麻痺患者に対するT-supportを用いた歩行練習の効果  
日比野病院 住田 大輔
- 28 歩行補助装置「RE-Gait®」が生活期脳卒中片麻痺患者の歩行機能に与える影響  
因島医師会病院 荒牧 恭平
- 29 広島県内の特別支援学校に携わる理学療法士への実態調査  
広島県立障害者療育支援センターわかば療育園 北山 良平

**ポスター発表 一般演題① - 1**

座長：田邊 良平(呉医療センター)

10:50 ~ 11:50 第3会場 (サロンホール)

- |    |                                   |        |       |
|----|-----------------------------------|--------|-------|
| 30 | 当院大腿骨近位部骨折患者の退院時歩行能力ー血液透析患者による検討ー | 興生総合病院 | 島 佑治  |
| 31 | 大腿骨近位部骨折症例の術後2週における杖歩行可否の予測因子     | 中国労災病院 | 本森 杏那 |
| 32 | 大腿骨近位部骨折症例の術後2週における10m歩行時間の予測因子   | 中国労災病院 | 伊藤 萌  |
| 33 | 受傷後4週の脊椎椎体骨折患者の破局的思考と身体機能やQOLとの関連 | 済生会呉病院 | 橋本 彩歌 |

**ポスター発表 一般演題① - 2**

座長：平田 尚久(木坂病院)

10:50 ~ 11:50 第3会場 (サロンホール)

- |    |   |               |       |
|----|---|---------------|-------|
| 34 | 脳卒中再発による重度片麻痺に対し、移乗動作の介助量軽減に向け介入を行った症例            | 脳神経センター大田記念病院 | 卯山 侑香 |
| 35 | 外的フィードバック統合が難しく潜在学習が有効であった一症例                     | 脳神経センター大田記念病院 | 久恒彩映子 |
| 36 | 主婦業獲得に向けて独歩自立を目指したアテローム血栓性脳梗塞の一事例                 | 井野口病院         | 佐渡 綾菜 |
| 37 | 足部クリアランス低下がみられる患者に対し短下肢装具を中心とした歩行訓練を行い復職が可能となった事例 | 井野口病院         | 日野 祥悟 |
| 38 | 脳卒中片麻痺患者に対し、振動刺激痙縮抑制法により歩行が改善した一症例                | 日比野病院         | 佐藤 大介 |

**ポスター発表 一般演題② - 1**

座長：三田 貴志(うたのはら整形外科クリニック)

15:50 ~ 16:50 第3会場 (サロンホール)

- |    |   |            |       |
|----|---|------------|-------|
| 39 | 軽度アルツハイマー型認知症者の移乗前の車椅子操作獲得を目指した取り組み：声かけ介助なしの操作に向けて  | メープルヒル病院   | 中川 敬汰 |
| 40 | 信念対立解明アプローチにより治療への協力が得られた超高齢男性の症例                   | 東城病院       | 河野立希地 |
| 41 | 人工膝関節全置換術(TKA)後における荷重時期の違いによる効果～2種類のリハビリプログラムによる比較～ | 吉田総合病院     | 林 達也  |
| 42 | 人工膝関節単顆置換術後6ヵ月における段差昇降等の満足度に関わる因子の検討                | 広島市立安佐市民病院 | 竹本雄一郎 |

**ポスター発表 一般演題② - 2**

座長：佐々本健治(安田病院)

15:50 ~ 16:50 第3会場 (サロンホール)

- |    |  |          |       |
|----|--|----------|-------|
| 43 | 同居家族がいれば機能的自立度が低くても自宅退院可能か                         | 興生総合病院   | 藤井 智子 |
| 44 | トヨタ自動車(株)製 歩行支援ロボット「Welwalk(ウエルウォーク)」導入報告          | 五日市記念病院  | 大内田友規 |
| 45 | 入院患者に対する新規褥瘡発生の予防に向けた当院リハビリテーション科の取り組み             | 松尾内科病院   | 村上友美恵 |
| 46 | Post-ICUの重症度、医療・看護必要度B項目経過からみた疾患別リハビリテーションの処方状況の分析 | 市立三次中央病院 | 崎元 直樹 |

13:30～14:30 第3会場(サロンホール)

47 広島県ジュニア競泳選手の障害既往と身体的特徴

広島大学大学院 鈴木 雄太

48 がん患者における外来理学療法に対するニーズ調査

広島大学病院 中島 勇樹

## 左反復性肩関節脱臼に対して鏡視下関節唇形成術を施行し、競技復帰をした症例

中村 悠一

医療法人社団曙会 シムラ病院

KeyWords：反復性肩関節脱臼／基本動作／競技復帰

【はじめに】本症例は反復性肩関節脱臼をきたし、関節唇形成術を施行し、競技（ハンドボール）復帰した症例である。術後3ヶ月経過した時点で可動域は獲得、並行して筋力強化を実施していたが、十分なパフォーマンスは獲得されなかった。術後4ヶ月で再評価・介入し、復帰に至った症例を経験したため報告する。

【倫理的配慮】症例報告の目的と趣旨を説明し同意を得た。

【症例紹介】10代 女性 右利き ハンドボール部

【経過】H29.12 試合中に後方からの接触により左肩関節前方脱臼し、近隣病院で整復され帰宅。その後当院受診し、今後の競技人生を考慮し、手術となった。H30.1に手術施行され、術後3週間は装具固定となった。その後可動域訓練を開始し3ヶ月までに可動域は獲得された。術後3カ月から筋力強化の負荷量を上げる許可があり、疼痛がない程度で行っていたが、術後4カ月の時点では接触プレーに耐える程の安定性は得られておらず、本症例も接触には恐怖心があった。

【考察】頭部前方位や円背姿勢は理想的な姿勢と比べて肩運動中の前鋸筋の活動が少なく、過剰な肩甲骨内旋を示すとされており、脊柱のアライメント不良が肩の運動に影響を及ぼすとされている。本症例においても同様な不良アライメントが認められ、それらの点を改善し、四つ這いやスクワットなどの基本的な動作を獲得することで肩関節機能のみならず、競技パフォーマンスの向上に繋がり、復帰に至ったと考えられる。

## 演題抄録

演題番号	種別
1～29	口述発表 一般演題
30～46	ポスター発表 一般演題
47・48	ポスター発表 学術助成演題

## 2 口述発表 一般演題①

10:50～11:50  
第1会場 大ホール

## サッカー選手の足関節捻挫治療に関するアンケート調査

田城 翼 浦辺幸夫 笹代純平 鈴木雄太 酒井章吾  
小宮 諒 前田慶明

広島大学大学院医歯薬保健学研究所

KeyWords：足関節捻挫／サッカー選手／アンケート調査

【目的】筆者らは、PTに対して足関節捻挫（以下、捻挫）をどのように治療しているか調査した（浦辺ら、2017）。それによって、捻挫後に十分に治療を行わないまま競技を継続し、捻挫を複数回繰り返す選手が多いという実態を把握した。本研究は、選手が足関節捻挫をどう捉えているかを調査した。

【方法】九州・中国地域の大学男子サッカー選手235名に、インターネットによるアンケート調査を実施した。質問項目は、捻挫の既往、医療機関の受診の有無、治療終了までの継続的な通院の有無などとした。

【倫理的配慮】ヘルシンキ宣言に基づき、アンケート回答の前に、本研究の目的および内容について、同意が得られて回答した者を対象とした。

【結果】38.3%（90名）から回答が得られた。90名中77.8%（70名）が捻挫を経験していた。捻挫後、医療機関の受診率は52.9%（37名）で、そのうち75.7%（28名）は継続的に通院し、治療を受けていた。捻挫を経験した選手のなかで受診しなかった、または通院を途中で中止した理由は、「治療しなくても治ると思ったから」という回答が最も多かった。

【考察】捻挫を経験した70名中28名（40.0%）が、医療機関に一度受診すれば、治療終了まで継続的に通院していた。一方で、捻挫後に受診しなかった33名（47.1%）は、捻挫を軽視していたと考えられる。このような選手が、スポーツ復帰後に捻挫の再発を繰り返す可能性があるため、捻挫に関する教育を行い、注意喚起していきたい。

## 3 口述発表 一般演題①

10:50～11:50  
第1会場 大ホール

## 左膝内側半月板損傷術後で、ジャンプ着地動作のダイナミックアライメントに足部機能が影響した一症例

尾上仁志<sup>1)</sup> 島 俊也<sup>1)</sup> 仁井谷学(MD)<sup>2)</sup>1) にいたにクリニック リハビリテーション科  
2) にいたにクリニック 整形外科

KeyWords：左膝内側半月板損傷術後／ジャンプ着地動作／足部機能

【はじめに】今回、我々は左膝内側半月板を損傷し、ジャンプ着地動作時にマルアライメントを呈していた女子バスケットボール選手の理学療法を行った。この原因に対して、足部機能に着目しテーピングを施行したところ、改善を認めた一例を報告する。

【倫理的配慮】報告にあたり、本症例には趣旨を説明し同意を得た。また、倫理的配慮に関して当院の倫理委員会の承認を得て実施した（NCL:180002）。

【症例紹介】症例は10代後半の女子バスケットボール選手で、ジャンプ着地時に左膝関節を捻り受傷した。既往歴に2年前に左足関節外側副韌帯損傷（Ⅱ度）があった。

【経過】受傷後、2ヶ月に左膝関節半月板切除術を施行した。術後1週で当院を受診し、リハビリテーション開始となる。術後2ヶ月で片脚ジャンプ着地動作の練習を行った。ジャンプ着地動作時の問題点として、左膝関節屈曲角度の増加に伴い、Knee in toe out (KITO) を呈していた。左膝関節伸展のMMTは5であり、屈曲角度は全可動域獲得していた。左足関節の背屈可動域は膝関節屈曲位で10°と制限を認めていた。外返し筋力はMMTで左右差はなかった。関節不安定性テストは前方引き出しテスト、内反ストレステスト、第5中足骨不安定性テストともに陽性であった。

【考察】KITOを呈している場合は内側縦アーチの降下を制動するテーピングを施行する機会が多い（和田ら、2010）。しかし、本選手は足関節の外側不安定性により、KITOを呈していたと考えられる。

## TKA 施行患者における術前の QOL 評価の特徴

井出本憲克<sup>1)</sup> 宮崎寛史<sup>1)</sup> 葉清規<sup>1)</sup> 山中一誠<sup>2)</sup>1) 医療法人社団おると会 浜脇整形外科リハビリセンター リハビリテーション科  
2) 医療法人社団おると会 浜脇整形外科病院 整形外科

KeyWords : TKA / JKOM / 術前評価

【目的】変形性膝関節症患者機能評価尺度 (JKOM) は変形性膝関節症 (膝 OA) 患者の QOL 評価尺度である。JKOM を用いた研究報告は術後の横断研究が多く、術前状態や術後経過を検討した報告は少ない。本研究目的は術前の JKOM から人工膝関節全置換術 (TKA) 施行患者の術前における QOL 評価の特徴を把握し、理学療法評価および治療の一助とすることである。

【方法】対象は当院で片側 TKA を施行した膝 OA 患者 74 例 (平均年齢 68.7 ± 6.9 歳、男性 15 名、女性 59 名) とした。TKA 施行に至った患者の主観的評価項目の関係を分析するため、術前の JKOM の合計点と下位項目 (膝の痛みの強さ、膝の痛みやこわばり、日常生活の状態、ふだんの活動、健康状態) を主成分分析にて解析した。

本研究は医療法人社団おると会臨床研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。

【結果】第 1 主成分において、JKOM の合計点 (-0.98)、日常生活の状態 (-0.90)、ふだんの活動 (-0.84)、膝の痛みやこわばり (-0.80)、膝の痛みの強さ (-0.72)、健康状態 (-0.70) の順で高い主成分負荷量を示した。

【考察】本研究では日常生活やふだんの活動といった行動に関する項目で高い関係性を示す結果であり、膝 OA 患者では活動制限が好発するため高い主成分負荷量を示したと考える。一方、疼痛や健康状態では個人因子の影響が大きく、日常生活やふだんの活動よりも低い主成分負荷量を示したと考える。これらの結果から、TKA 施行に至った膝 OA 患者では疼痛自体よりも日常生活などの活動制限が特徴として示唆された。

## 徘徊を繰り返す患者に対して行動分析を行うことで改善を認めたと一症例

葛西美波 林 真央 島田大資 穴戸健一郎 大内田友規

社会医療法人清風会 五日市記念病院

KeyWords : 行動分析 / 認知症 / BPSD

【はじめに】徘徊をはじめとする認知症患者の行動と心理症状 (以下、BPSD) は様々なストレスを引き起こす環境因子が見過ごされているために増幅してしまう「作られた障害」ともいえる。今回、徘徊を繰り返す患者に対して行動分析に基づいたアプローチを行うことで徘徊の改善を認めため、報告する。

【倫理的配慮】本報告は当院倫理審査委員会の承認を得て実施した。

【症例紹介】左視床梗塞により軽度右片麻痺、感覚性失語を呈した 80 代の女性で、既往にアルツハイマー型認知症 (HDS-R:4/30 点) を認めた。病棟生活にて頻回に徘徊し、転倒リスクの増加と変形性膝関節症による膝痛悪化が懸念された。

【経過】患者の性格を踏まえて、行動毎に動機、環境因子を分析し、その結果に基づいて関わり方の工夫、化粧等の病前の生活習慣の取り入れ、部屋替え等の環境づくりと早期の安静度の変更を実施。自発的な他者との交流場面の増加を認め、徐々に徘徊は減少した。

【考察】BPSD のひとつである徘徊を引き起こす環境因子によるストレスに対して、行動分析を実施したうえで失敗させない環境づくりを行い、スタッフからの注意場面の減少、身体拘束の解除および安静度内での活動度の向上につながったと考える。その結果、尊厳の保持、孤独感の軽減、入院ストレスの軽減が可能となり、病院が安心できる生活の場となることで徘徊の減少につながったと考える。

## 歩行時における下肢関節共同運動と膝関節内転モーメントの関係

廣瀨賢太<sup>1)2)</sup> 高野翔吾<sup>1)</sup> 藤井紀文<sup>1)</sup>1) 広島国際大学大学院 医療福祉科学研究科 医療工学専攻  
2) 医療法人サカモミの木会 サカサキ病院

KeyWords : 三次元動作解析 / Vector coding technique / 膝関節内転モーメント

【目的】変形性膝関節症 (Knee OA) の発症、進行はメカニカルストレスに関連する。その代替的指標として、膝関節内転モーメント (KAM) が用いられる。本研究は KAM と Modified Vector coding technique (MVCT) を用いた下肢関節共同運動との関係を明らかにすることを目的とした。

【方法】対象は高齢者 37 名、中年者 42 名、若年者 47 名を対象とした。課題動作は歩行、立脚期の股関節、膝関節の運動学、運動力学的データを収集した。MVCT を用いて股関節、膝関節の運動貢献度を示す Coupling Angle (CA) を股関節 X、Y、Z 面と膝関節 Y 面において算出した。立脚期を 4 相に分け、有意な差のある相の上位 25% (股関節優位群)、下位 25% (膝関節優位群) を後の解析に用いた。KAM は 1st ピーク、2nd ピーク、積分値を算出した。

【倫理的配慮】本研究はヘルシンキ宣言に則り、広島国際大学の人を対象とする医学系研究倫理委員会にて承認を得て実施。すべての被験者に説明、同意の上、実施した。

【結果】運動貢献度は、股関節 X 面、Y 面 / 膝関節 Y 面で第 4 相、股関節 Z 面 / 膝関節 Y 面で第 2 相にて有意な差を呈した。KAM は下位 25% が、股関節 X 面 / 膝関節 Y 面では 2nd ピークが有意に大きく、股関節 Y 面 / 膝関節 Y 面では 1st ピークが有意に大きく、2nd ピークが有意に小さい、股関節 Z 面 / 膝関節 Y 面では 1st ピークで有意に大きかった。

【考察】膝関節優位群において、KAM の増加が認められた。この関係は膝関節へのメカニカルストレス増加に関連するメカニズムを解明する一助となる。

## 介護スタッフの作業負担軽減およびケア内容の統一を図ったことで仙骨部の褥瘡を改善することができた症例

橋本康太<sup>1)</sup> 金尾拓弥<sup>1)</sup> 田原久美子<sup>1)</sup> 大田章子<sup>2)</sup>1) 社会福祉法人 祥和会 地域密着型特別養護老人ホーム 五本松の家  
2) 社会福祉法人 祥和会

KeyWords : 他職種協働 / ポジショニング / 体位変換

【はじめに】介護スタッフの作業負担軽減とケアの統一を意識した、ポジショニング方法や体位変換表を用いたことが仙骨部の褥瘡の改善に有効であった症例を経験したので報告する。

【倫理的配慮】本研究は、ヘルシンキ宣言に則り、本症例の代理人 (家族) に対して研究の趣旨を文章および口頭にて説明し、書面により同意を得た。

【症例紹介】80 歳代、男性、要介護 5。診断名: パーキンソン病 (Hoehn & Yahr Stage V)。2016 年に胃瘻造設後、2017 年に当施設入所となる。OH (褥瘡危険要因) スケール 4 点。

【経過】2018 年 5 月初旬 (体重 54.0kg)、仙骨部の褥瘡を確認。その後、エアマットを導入。5 月中旬よりポジショニングクッションを変更し、同時にポジショニング表並びに体位変換表を作成した。6 月初旬 (体重 52.0kg) に褥瘡の改善が確認された。

【考察】褥瘡ケアにおける体位変換やポジショニングの重要性はすでに知られている。徹底、継続した褥瘡ケアを実施するためには介護スタッフとの協働は不可欠である。介護スタッフへアンケート調査を実施したところ「作業負担の軽減、ケアの統一ができた」という意見が聞かれた。協働を進めるうえで、作業負担軽減への配慮が効果的な仙骨部の除圧および体圧分散につながったと考える。

また、褥瘡改善の要因として栄養状態のデータが不足しているため否定できなが、体重変化から体位変換・ポジショニングが有効だったのではないかと考えている。

## 訪問リハビリテーション利用者のADL変化に影響する因子の検討

富山大輔<sup>1)</sup> 梅原拓也<sup>1)2)</sup> 沖野公香<sup>1)</sup> 川畑祐貴<sup>1)</sup>1) 済生会呉病院 リハビリテーション室  
2) 広島大学大学院 医歯薬保健学研究所

KeyWords：訪問リハビリテーション／ADL／影響因子

【目的】本研究は、多種多様である訪問リハビリテーション（以下、訪問リハ）利用者のADL変化に影響する因子を明らかにすることを目的とした。

【方法】対象は、2017年12月から2018年6月の間に訪問リハを6ヶ月間利用した者とした。調査時期は、調査開始時と調査開始6ヶ月後とした。調査項目は、基本情報として年齢、性別、発症からの期間、既往歴など、心身機能として握力、活動としてADL評価（Functional Independence Measure：以下FIM）、動作・移動能力評価（Bedside Mobility Scale：以下BMS）とした。握力、FIM、BMSは変化量（6ヶ月後－調査開始時）を算出した。統計解析として、FIM変化量を従属変数として重回帰分析（ステップワイズ法）を行った。有意水準は5%とした。

【倫理的配慮】本研究は、済生会呉病院倫理委員会の承認を得て行った（承認番号：129）。

【結果】対象者は35名であった（平均年齢77.4±10.4歳、男性14名、女性21名）。重回帰分析の結果、発症からの期間、握力変化量、BMS変化量が抽出された。標準偏回帰係数は、発症からの期間で-0.331、握力変化量で0.353、BMS変化量で0.320であった。決定係数は0.392であった。

【考察】先行研究より、訪問リハ利用者のADL変化には発症からの期間が影響する。訪問リハ利用6ヶ月後のADL向上に発症からの期間が影響することを示した本研究の結果は、先行研究と矛盾しないように、新たに握力とBMSの改善の重要性が明らかになった。これらを考慮した訪問リハ介入は、より有意義なサービスになると考える。

豪雨災害地域の理学療法士は通常以外の業務の必要性を感じた  
～旧東城町の外来・通所・訪問に対する調査～田原岳治<sup>1)</sup> 山本憲治<sup>2)</sup> 岡井耕平<sup>3)</sup>1) 東城病院 リハビリテーション科  
2) こぶしの里クリニック リハビリテーション科  
3) 庄原市立西城市民病院 訪問看護ステーション（東城サテライト）

KeyWords：平成30年7月豪雨災害／外来・通所・訪問業務への影響／質的研究

【目的】平成30年7月豪雨災害によって旧東城町は市街地を中心に床上・床下浸水被害が発生した。本研究の目的は、被災地域を担当している理学療法士が感じた災害の影響と、経験から得た所見を明らかにすることである。

【方法】災害発生後、約2週間後に、旧東城町内の外来・通所・訪問業務に従事する理学療法士7名を対象に個別面接を行った。事前にオープンエンド型の質問票を作成した。結果は言語データ化し、SCATを用いて分析した。

【倫理的配慮】被災心理を考慮し、任意回答を前提とした。業務評価とは無関係であり、個人を特定出来ないよう配慮する旨を書面で説明し同意を得た。研究及び発表に際しては各所属先の承諾を得た。

【結果】業務への影響については、『被災ストレスによるキャンセル』や『迂回による移動負担』などの回答を得た。これらに追加の質問をしたところ、『被災者への心情配慮が必要である』や『治療の減少による廃用症候群の危険性』などの回答を得た。「今後どのようなことができると思いますか」という問いには、『避難先での環境調整』や『被災患者の安否確認』などの回答を得た。

【考察】被災ストレスや道路の寸断によって、災害直後より事業継続性が障害されたこと、中・長期的には患者や利用者への健康被害を危惧していることが分かった。また、健康被害を予防するために、非常時には通常業務以外の業務も行う必要性を感じていると思われた。

## 高齢者のサロン活動への参加は互助の推進に有効か？

松本拳斗<sup>1)</sup> 徳森公彦<sup>2)</sup> 山崎貴博<sup>2)</sup> 伊藤美和<sup>3)</sup>1) 国家公務員共済組合連合会 呉共済病院 リハビリテーション科  
2) 広島国際大学 総合リハビリテーション学部 リハビリテーション学科 理学療法専攻  
3) 東広島市社会福祉協議会 黒瀬支所

KeyWords：サロン／地域活動／アンケート

【目的】高齢者の通いの場（以下サロン）に、開設当初から関わらせていただき1年が経過した。そこで、サロン参加者にアンケートを実施しサロン参加の効果とサロン活動の意義について検討した。

【方法】対象は平成30年6月実施のサロンに参加された地域在住高齢者33人とし、サロン参加前後の生活状況に関する無記名アンケートを実施した（回収率100%）。

【倫理的配慮】本研究はヘルシンキ宣言に則り、研究の趣旨を口頭および書面にて説明し、参加の同意を得た。

【結果】参加者の平均年齢は79.4歳（67～93歳：男性8名、女性25名）であった。サロン参加前と比べ、「外出頻度が増えた」36.4%、「親しい友人の数が増えた」57.6%であった。一方、「主な生活場所」「自宅での役割」などの項目では「変わらない」と回答した人が多かった。

【考察】本サロンは、週1回10時から15時までの開催で昼食を参加者が協力して作るという特徴がある。結果から、多くの参加者が生活機能を維持できているだけでなく、親しい友人が増え、外出の頻度も増えた人が多い。同サロンへの参加は長年同じ地区で生活している人でも新たな友人関係が生まれ、その出会いや週に1度の定期的な外出習慣（サロン参加）が、さらなる外出意欲を引き出すきっかけになっているものと考えられる。そのため地域包括ケアにおける「互助」の推進にサロンの果たす意義は大きいのではないかと考えている。

## 精神疾患を有した大腿骨頸部骨折患者が自宅退院し生活範囲拡大に繋がった症例

風盛智之

公立みつぎ総合病院

KeyWords：精神疾患、大腿骨頸部骨折、生活範囲

【はじめに】高齢者は、転倒により移動への自信感を失い閉じこもり状態になる転倒後症候群を生じることで生活空間が狭小化する可能性がある。精神疾患は閉じこもりとの関連性がある。今回、精神疾患を有した大腿骨頸部骨折を呈した症例を担当し自宅退院し生活範囲の拡大に繋がったので報告する。

【倫理的配慮】対象者には本研究の主旨を口頭にて説明し同意を得た。

【症例紹介】左大腿骨頸部骨折を受傷し人工骨頭置換術を施行した80代女性。突発性難聴とうつ病の既往あり、精神薬服用。介護保険は、要介護1。サービス利用は、訪問看護を週2回通所サービスは難聴の為に拒否あり。

【経過】入院1週間後に入院時訪問を実施。家屋環境を想定した理学療法メニューを立案。同時期に自主トレメニューを提案。理学療法中は正のフィードバックを中心に提示した。入院中、精神状態の増悪なし。入院10週間後自宅退院し、退院3週間後に退院後訪問を実施。現在、デイサービスに通い運動意欲が向上し散歩習慣が定着した。

【考察】自主トレメニューの提供とリハビリ時の正のフィードバックにより、運動習慣の定着に繋がった。運動習慣が定着し患者が入院前より健康状態を高く認識できたと考える。その為、抑うつ傾向が軽減し生活範囲拡大に繋がった。

## 大腿骨近位部骨折患者の退院時心身機能と歩行自立度は術後1年および2年の歩行能力に影響を及ぼすか - 後ろ向きコホート研究 -

桑原大輔<sup>1)</sup> 梅原拓也<sup>1)2)</sup> 橋本彩歌<sup>1)</sup>

1) 済生会呉病院 リハビリテーション室  
2) 広島大学大学院医歯薬保健学研究科

**KeyWords:** 大腿骨近位部骨折 / Cox 比例ハザード回帰分析 / 歩行能力低下

【目的】本研究は、大腿骨近位部骨折患者の退院時心身機能と歩行自立度から、術後1年および2年にかけての歩行能力低下に影響する因子を明らかにすることとした。

【方法】本研究のデザインは、後ろ向きコホート研究とした。対象は、2013年6月から2017年3月の間に、当院にて大腿骨近位部骨折と診断され、術後1年および2年が経過した者とした。測定項目は、基本医学的情報(年齢、性別、術式など)と、退院時の心身機能(疼痛VAS、CS-30、HDS-R)および歩行自立度(Barthel Index)とした。術後1年および2年の歩行能力低下の発生率を推定するために、Cox 比例ハザード回帰分析を行った。有意水準は5%とした。

【倫理的配慮】本研究は、済生会呉病院倫理委員会の承認(承認番号:128)を得て実施した。

【結果】対象者は、術後1年で歩行能力が低下した8名と回復・維持した40名、術後2年で歩行能力が低下した6名と回復・維持した30名であった。Cox 比例ハザード回帰分析の結果(ハザード比、95%信頼区間)、術後1年にかけては退院時CS-30(0.384、0.152-0.969)とHDS-R(0.886、0.789-0.996)が、術後2年にかけては自宅退院の有無(0.127、0.023-0.699)が歩行能力低下に影響していた。

【考察】退院時心身機能は、術後1年に限り歩行能力低下を予測できた。また、退院時に自宅退院が不可能な者は、術後2年にかけて歩行能力が低下した。自宅退院が不可能であった者に対する歩行能力低下の予防は、退院後の評価および治療により可能であると考えられる。

## 90歳以上の超高齢者の身体機能と各年代の身体機能の推移

島 俊也<sup>1)</sup> 浦辺幸夫<sup>2)</sup> 福井一輝<sup>1)2)</sup> 利根川直樹<sup>1)2)</sup>

尾上仁志<sup>1)</sup> 仁井谷学(MD)<sup>3)</sup>

1) にいたにクリニック リハビリテーション科  
2) 広島大学大学院医歯薬保健学研究科  
3) にいたにクリニック 整形外科

**KeyWords:** 超高齢者 / 介護予防 / 身体機能

【目的】介護が必要になる原因で「高齢による衰弱」が占める割合は、85~89歳の24.9%に対して90歳以上では43.6%に急増する(厚生労働省「平成22年国民生活調査」)。よって、健康寿命の延伸を図るには、それ以前の年代で身体機能低下を予防する必要がある。今回は90歳以上の身体機能に至る過程の特徴を捉え、介護予防戦略の一助とすることを目的とした。

【方法】対象は外来通院または通所している65歳以上の高齢者で、介助なしに歩行可能な者123名(男性34名、女性89名、年齢79.2±7.7歳)とした(中枢神経系の疾患の既往があるものは除外)。10m歩行時間、等尺性膝伸筋力、握力、Short Physical Performance Battery(以下、SPPB)を測定し、65歳~69歳、70歳~74歳、75歳~79歳、80歳~84歳、85歳~89歳、90歳以上の6群間で、一元配置分散分析と多重比較検定(Tukey法)にて各項目の平均値の差を検定した。有意水準5%未満を優位とした。

【倫理的配慮】対象にはヘルシンキ宣言に基づき目的、方法を口頭と書面で十分に説明し、同意を得た。また、当クリニック倫理委員会の承認を得た(承認番号:NCL18001)。

【結果】90歳以上群では、10m歩行時間、握力、SPPBは85歳未満の群との間に有意差を認めた( $p < 0.05$ )。いっぽう、等尺性膝伸筋力は90歳以上群と80歳未満の群との間に有意差を認めた( $p < 0.05$ )。

【考察】高齢者では等尺性膝伸筋力が他の3項目に先行して低下する可能性がある。介護予防では、下肢筋力の維持が不可欠と考える。

## 大腿骨近位部骨折術後患者へのバランスエクササイズ介入による身体機能の変化

田中悠太<sup>1)</sup> 浦辺幸夫<sup>2)</sup> 高田優輝<sup>1)</sup> 鈴木雄太<sup>1)2)</sup>

吉田康兵<sup>1)</sup> 白川泰山<sup>1)</sup>

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

**KeyWords:** 大腿骨近位部骨折 / バランスエクササイズ / 身体機能

【目的】筆者らは、大腿骨近位部骨折術後患者で、歩行能力は回復期病棟入院後1ヵ月から向上するが、片脚立位保持時間(OLS)は3ヵ月経過しても十分に改善しないことを報告した(尾上ら、2015)。本研究では、早期からバランスエクササイズの介入を行い、歩行能力やバランス能力がどのように変化するかを確認した。

【方法】対象は、回復期病棟に入院した大腿骨近位部骨折術後患者13名(男性1名、女性12名、年齢87.5±3.5歳)とした。通常のリハビリテーションプログラムに加え、入院後から立位でのバランスエクササイズ(Ex)を実施した。Exは、特性のバランスボード(MIKASA社)を使用し、1回あたり7分間で週3回実施した。身体機能の評価は10m歩行時間、Time Up and Go Test(TUGT)、OLSを用い、入院時、4週後、8週後に行った。

【倫理的配慮】マッターホルンリハビリテーション病院倫理審査委員会の承認を得て実施した(承認番号MRH180003)。

【結果】入院時、4週後、8週後の10m歩行時間はそれぞれ18.8±4.1秒、15.9±3.4秒、13.7±2.3秒だった。TUGTは同じく、25.8±5.7秒、20.0±3.1秒、17.8±1.7秒、OLSは、0.4±0.8秒、2.8±1.1秒、4.2±0.6秒だった。いずれも入院時から8週後にかけて有意に改善した( $p < 0.05$ )。

【考察】回復期病棟入院後からExを行うことで、先行研究よりも早期にバランス能力(TUGT,OLS)を含めた身体機能が向上した。しかし、8週後もOLSは、転倒のリスクが高いとされている5秒未満であり(Tinetti,1986)、より効果の高いExについてさらに検討していく。

## 高齢者の階段昇降に貢献する体力要素は何か

坂本麻美<sup>1)</sup> 浦辺幸夫<sup>2)</sup> 大岡恒雄<sup>1)2)</sup> 鈴木雄太<sup>1)2)</sup>

白川泰山(MD)<sup>1)</sup>

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

**KeyWords:** 高齢者 / 階段昇降 / 傾斜地居住者

【目的】広島県呉市は斜面市街地の比率が全国で第3位とされ(天野ら、2004)、居住地には急な傾斜や階段が多くみられる。当院の運動器疾患患者が自宅退院を目指す場合、傾斜地に対応できる歩行能力が必要である。傾斜地に居住する者は運動機能として、十分に階段昇降できることが求められる。高齢者の階段昇降に貢献する体力要素は何であるかを調査した。

【方法】対象は、平成27年7月から平成30年6月の間に当院に入院した75~89歳の女性患者104名(年齢83.3±4.4歳)とした。下肢または脊柱に整形外科疾患を有する者であった。退院時に階段昇降テストと10m歩行速度、6分間歩行距離、等尺性膝伸筋力の関係を調査した。階段昇降テストは、蹴上げ15cmの階段による最大の昇段数とした。

【倫理的配慮】当院倫理審査委員会の承認を得て実施した。(承認番号:MRH180004)。

【結果】入院日数は平均61.2±23.5日だった。階段の昇段数は32.5±31.4段であった。10m歩行速度は0.90±0.31m/秒であり、階段の昇段数との相関係数は $r = 0.46$ ( $p < 0.01$ )であった。6分間歩行距離は225.3±91.0m/で、 $r = 0.46$ ( $p < 0.01$ )であった。等尺性膝伸筋力は2.99±0.73N/kgで、 $r = 0.34$ ( $p < 0.01$ )であった。

【考察】階段昇降に影響する体力要素としては、10m歩行速度と6分間歩行距離がより関連することが示された。階段昇降は下肢筋力、歩行速度、立位バランスと関連するとされている(Beaunifら、2014)。本研究より、高齢者の階段昇降には歩行機能がより反映されると考えられる。

## 化学療法を施行した悪性リンパ腫患者の在宅復帰までの経験について

中野 徹

松尾内科病院 リハビリテーション科

KeyWords：悪性リンパ腫／化学療法／廃用予防

【はじめに】悪性リンパ腫で行われる化学療法は治療が長期にわたることがある。リハビリテーション(以下、リハ)はリスク管理を行いながら、廃用症候群の予防・改善が重要となる。今回、3回の入院を経て、化学療法と併用してリハを実施した患者の経験について報告する。

【倫理的配慮】本人と家族に発表の要旨を説明して同意を得た。

【症例紹介】80歳代女性、夫と2人暮らし。要支援1で週に1回デイサービス利用。X年4月に悪性リンパ腫の診断を受け、5月に入院した。

【経過】化学療法を開始して、副作用で体力低下とADLの低下により、リハ開始となった。運動療法と動作・歩行練習を実施し、6月には屋外歩行も可能で、化学療法を3クール行い、7月に一度退院となった。退院後、在宅での生活に困難を生じ、すぐに再入院となり、化学療法2クールとリハ実施後、9月に一時退院となる。当月中に再入院し、化学療法1クールと廃用予防目的のリハを行い、屋外歩行を再獲得し、12月に退院に至った。要介護1で、週3回のデイサービスとショートステイを利用して、退院後の生活を続けることができた。

【考察】化学療法の施行により、食欲低下、発熱、神経症状などの副作用が現れ、ADLの著明な低下が起こる。このような状態でも、リスク管理をしながら、医師や看護師と連携をとり、計画的にリハを進めていくことは、退院後の在宅生活をスムーズに行うためにも意義のあることだと考えられる。

## 気管支喘息重積発作後、自宅退院に伴いアクションプランを作成した症例

松村洋佑 神田直人 江上真由子 相澤郁也 関川則子  
阿部夏音 松本祥生 仲本 宏 内田美沙子 富永夏希

国家公務員共済組合連合会 吉島病院 リハビリテーション科

KeyWords：気管支喘息重積発作／再発予防／アクションプラン

【はじめに】気管支喘息重積発作後、四肢・体幹の著明な筋力低下を呈した症例を担当した。心身機能が回復し自宅退院が可能となり再発予防を目的としてアクションプランを作成した症例を報告する。

【倫理的配慮】対象に発表の趣旨、プライバシー保護について説明し同意を得た。

【症例紹介】70歳代女性、診断名は気管支喘息、慢性閉塞性肺疾患。呼吸困難感の増悪にて当院外来受診中に喘息重積発作を呈し意識レベルがJapan Coma Scale III -300まで低下。その後、意識は回復するも重度の筋力低下が残存した。

【経過】入院17日目より理学療法開始。長崎大学日常生活活動評価表20点→40点(入浴、外出は介助を要する)、徒手筋力テスト1→4となった。入院90日目自宅退院。退院に伴い当院医師に相談した上でアクションプランを作成。

【考察】気管支喘息は発作が再発する可能性があるため退院後も在宅サービス等のフォローアップが必要である。しかし、症例は日中独居状態であることや、月1回の診察、週1回の訪問看護では喘息発作時の対応としては不十分である。そこで、重積発作に対して再発予防や早期受診を自己管理する目的でアクションプランの作成を行った。これにより在宅生活を送りながらも急変時の早期対応が可能となり、安心した在宅生活が可能と考えられる。

## 長期間在宅酸素療法を適切に使用していなかった患者に対し酸素流量の調節と動作指導が功を奏した症例

神田直人 松村洋佑 関川則子 江上真由子 相澤郁也  
阿部夏音 内田美沙子

国家公務員共済組合連合会 吉島病院 リハビリテーション科

KeyWords：在宅酸素療法／日常生活動作／患者教育

【はじめに】今回、外来リハビリテーション(以下、外来リハ)において、長期に及ぶ在宅酸素療法(以下、HOT)中の患者を担当した。HOTの適切な取り扱いや労作時の酸素流量の調節、動作指導により、日常生活動作における呼吸困難感の軽減が得られたので報告する。

【倫理的配慮】対象者のプライバシー保護に十分留意し、学会発表に關しての説明を行い書面にて同意を得た。

【症例紹介】70歳代男性。他院にてX年、肺気腫と診断され同年HOT導入したが、その効果と使用方法の理解が不十分であり、息切れを自覚しながらも日常生活動作の各場面で酸素を外す生活を送っていた。X+3年、呼吸困難感が増強したことにより当院を受診し外来リハ開始。

【経過】労作時のSpO<sub>2</sub>低下に対して酸素流量の調節と各動作における動作指導を実施した。外来リハ介入時と2ヶ月後に長崎大学呼吸器日常生活評価表を用いて「動作速度」、「息切れ」、「酸素流量」の評価を行った結果、56点→48点となった。内訳として「動作速度」で18点→18点、「息切れ」で13点→20点、「酸素流量」で23点→8点となった。「息切れ」においては特に「排泄」、「移動」で改善がみられた。

【考察】日常生活動作にて生じる労作時の呼吸困難感に対して詳細な評価を行い、適切な酸素流量の調節と各動作における動作指導を行ったことが呼吸困難感の軽減に繋がったと考える。

## 排尿自立指導料算定における理学療法士の役割について

日和将貴<sup>1)</sup> 井上勝己<sup>2)</sup>

1) たかの橋中央病院 リハビリテーション科

2) たかの橋中央病院 泌尿器科

KeyWords：排尿自立指導料／多職種連携／理学療法士

【はじめに】平成28年の診療報酬改定より排尿自立指導料が新設され、算定には排尿ケアチームを設置し、理学療法士(以下PT)の加入が要件となっている。当院における排尿自立指導料の算定と今後の課題を報告する。

【活動状況】当院では2016年11月～2017年12月までに、バルーン抜去から排尿自立に向けて、看護師による排尿に関するスクリーニングを1426例施行し、該当患者122例に対して排尿機能評価から排尿ケアチームで介入を行った。並行してPTによるFIM及び随時認知機能評価を行い、初回定期カンファレンスにて環境設定の提示を含めた情報を共有した。その後は、医師を中心に1週間に1回のケアチーム回診から週毎のケア方針を決定し、1回/週200点(6回を限度)を算定した。4週経過時に6例はバルーン抜去後に尿閉となり再留置する結果となったが、63例(n=122)の尿失禁が消失した。また、トイレ動作及び移動動作で48例(n=76)が自立となった。

【今後の課題】排尿ケアチームにおけるPTとして、入院早期より環境設定や動作能力の情報共有は重要である。また、多職種と排尿障害について協議する基礎知識が必要であり、多職種連携において専門職としての評価と臨床推論が求められている。泌尿器科領域でもPTが力を発揮できる分野であり、対象患者数の増加に対してスタッフ教育に加え、地域における排尿自立指導料算定施設のロールモデルとなる事が課題として挙げられる。



## 当院の認知症ケアチームにおける理学療法士としての役割

米澤勇実 日和将貴

医療法人社団仁應会 たかの橋中央病院リハビリテーション科

KeyWords：認知症ケアチーム／身体拘束／理学療法士としての役割

【はじめに】平成28年度診療報酬改定で認知症ケア加算「Ⅰ・Ⅱ」が新設され、認知症患者への適切な医療が求められている。施設基準では、①専任常勤医師、②専任常勤看護師、③専任常勤社会福祉士又は常勤精神保健福祉士とあり、患者の状態に応じて理学療法士、作業療法士、薬剤師、管理栄養士が参加することが望ましいとある。それに伴い、平成29年度より当院においても認知症ケアチーム(以下チーム)を発足させ、医師、看護師、社会福祉士、理学療法士、薬剤師が連携している。その中で当院における理学療法士としての役割について以下に報告する。

【活動状況】当院では、認知症患者の転倒転落に対して身体拘束(4点柵)という対応が多い。ここで理学療法士としての役割は、身体拘束せざるを得ない理由をアセスメントし、身体機能・基本動作の改善、環境調整を図る目的で介入した。主治医から運動療法指示がある患者は担当理学療法士と連携し、指示が出ていない患者はチームの理学療法士が介入し、困難な場合は事例検討を行った。

【今後の課題】理学療法士が介入しても日によってケアが統一されず、身体拘束を軽減させることが困難であった。理由は、統一されたケアの働きかけが不十分であること、職員全体が認知症ケアに対する知識や認識が不十分であるという問題が人手・時間不足という問題で帰結していることである。今後の課題は、理学療法士としてチームにケア方法の統一、職員全体には認知症の事を啓発することである。

## 体幹前屈動作時の脊柱運動にハムストリングの柔軟性が関与するか

岡田泰河<sup>1)</sup> 浦辺幸夫<sup>2)</sup> 鈴木雄太<sup>1)2)</sup> 吉田康兵<sup>1)</sup>  
白川泰山<sup>1)</sup>1) マッターホルンリハビリテーション病院  
2) 広島大学大学院医歯薬保健学研究科

KeyWords：体幹前屈動作／ハムストリング／脊柱ライメント

【目的】屈曲型腰痛の一因として、ハムストリングの柔軟性の低下や、体幹前屈動作時の腰椎の過屈曲などがいわれている。ハムストリングの柔軟性の低下によって、体幹前屈動作時の腰椎や骨盤の運動がどのように影響を受けるかは不明である。本研究の目的は、体幹前屈動作時の脊柱運動の経時的変化とハムストリングの柔軟性の関係を確かめることである。

【方法】対象は健康男性22名(25.8±5.8歳)とした。体幹前屈0°、20°、40°、60°、80°、最大前屈時、の6条件で胸椎、腰椎および骨盤のアライメントをスパイナルマウス(インデックス社)で計測し、それぞれの変化量を算出した。ハムストリングの柔軟性はStraight Leg Raising (SLR)を測定し、左右の平均値を用いた。SLRと各変化量の検定にPearsonの相関係数を用いた。危険率は5%とした。

【倫理的配慮】マッターホルンリハビリテーション病院倫理審査委員会の承認を得て実施した(承認番号MRH180002)。

【結果】SLRと体幹前屈20°～40°の腰椎屈曲の変化量に $r = -0.47$ 、骨盤の変化量に $r = 0.48$ の相関関係が得られた( $p < 0.05$ )。その他の項目については有意な相関関係がなかった。

【考察】ハムストリングの柔軟性が低い者ほど、体幹前屈20°～40°で骨盤前傾が小さく、腰椎の屈曲が大きくなることが示された。腰痛予防の観点から、ハムストリングの柔軟性が高くなることで腰椎の屈曲を小さくすることができると思われる。

## 健康若年女性における股関節外転筋力が単脚立位動作時の骨盤・体幹角度に及ぼす影響

高野 翔吾

広島国際大学 医療福祉科学研究科 医療工学専攻 博士後期課程

KeyWords：単脚立位動作／股関節外転筋力／骨盤・体幹角度

【目的】下肢の筋骨格系障害に関連する股関節外転筋力の弱体化は単脚荷重時の骨盤の制御不良と関連することが報告されている。しかし、骨盤の制御不良が筋力の弱体化、痛みのどちらにより生じたのか結果を混乱させる。本研究は股関節外転筋力が強い女性と弱い女性の単脚立位動作時の骨盤・体幹の傾斜角度を比較することを目的とした。

【方法】健康若年女性40名が本研究に参加した。徒手筋力計を用いて股関節外転最大等尺性筋力を計測した。筋力に基づきランク付けし、上位33%を強い群、下位33%を弱い群と分類した。課題は両脚立位からの単脚立位動作とし、10秒間姿勢を保持した。3次元動作解析機器、床反力計を用いて単脚立位動作を計測した。単脚支持移行期と安定した単脚支持期を床反力計にて決定し、骨盤・体幹の傾斜角度をパラメータとして解析を行った。正規性の検定、差の検定による統計学的解析を行い、有意水準は5%とした。

【倫理的配慮】本研究は所属機関の倫理委員会の承認を得て実施した。

【結果】股関節外転筋力が弱い群は強い群よりも安定した単脚支持期に支持側へ向かう体幹の傾斜角度が有意に大きかった。骨盤傾斜については2群間で有意差を認めなかった。

【考察】股関節外転最大筋力が弱い群は強い群よりも単脚立位が安定した相対支持側へ向かう体幹傾斜が大きいことが示された。これらの結果は骨盤を水平位に維持するための代償的メカニズムを反映している可能性がある。

## 痛みの破局的思考と運動器疾患部位の関連性

住田有輝人 濱田和明 渡邊帆貴 沖 真裕  
柳原 稔 高野有優美 山中健太郎 酒井はるか  
前田慎太郎 橋本和典(MD)

医療法人和光 和光整形外科クリニック

KeyWords：PCS4／運動器疾患／疾患部位

【目的】痛みの破局的思考が疼痛の強度や能力障害の予測因子になると報告されている。短縮版PCS4は痛みの破局的思考を評価する指標として信頼性と妥当性の高い評価指標であるとされている。

我々のグループは、PT開始時のPCS4スコアが高いと治療難渋しやすい可能性があること示唆した。今回はPT開始時のPCS4スコアと運動器疾患部位の関連性を検討した。

【方法】平成30年1～3月に当院にてPT処方があった運動器疾患患者のうち、問診票を有効回答した293名を対象とした。痛みの破局的思考の評価にPCS4を用いた。PT開始時におけるPCS4スコアが疾患部位(頸部/腰部/上肢/下肢)によって差があるか、Kruskal-Wallis検定後、Steel-Dwass検定にて多重比較を行った。

【倫理的配慮】本研究は、ヘルシンキ宣言を遵守し厚生労働省等による医学研究指針に基づき実施した。また当院倫理審査委員会の承認を得た。

【結果】PT開始時におけるPCS4スコアの中央値は上肢で7、下肢で7、頸部で9、腰部で9であった。多重比較では上肢と腰部、下肢と頸部、下肢と腰部の間に有意差を認めた(それぞれ $p = 0.037$ ,  $p = 0.004$ ,  $p = 0.0001$ )。上肢と下肢、上肢と頸部、頸部と腰部の間には有意差を認めなかった(それぞれ $p = 0.663$ ,  $p = 0.125$ ,  $p = 0.999$ )。

【考察】PT開始時のPCS4スコアは頸部、腰部疾患患者が上肢、下肢疾患患者より有意に高いことが示された。特に頸部、腰部疾患患者の痛みの破局的思考を評価することは治療を行う上での一助になると示唆する。

## 運動器疾患における痛みと心理面の関係性

山中健太郎 濱田和明 柳原 稔 高野有優美 沖 真裕  
住田有輝人 酒井はるか 前田慎太郎 橋本和典(MD)  
医療法人和光 和光整形外科クリニック

KeyWords : PCS4 / NRS / 破局的思考

【目的】国際疼痛学会は、痛みの定義に「不快な感覚・情動体験」と含んでおり、痛みには情動的な側面が関与しているとされている。そこで今回、疼痛強度と破局的思考の関連を調査し、若干の知見を得たので報告する。

【方法】対象は平成30年1～3月に当院にてPT処方があった運動器疾患患者のうち、問診票を有効回答した291名とした。患者を上下肢疾患群、頸腰疾患群に分け、それぞれでPT開始時の短縮版Pain Catastrophizing Scale(PCS4)、NRSの関連性を検討した。次にその中から1ヶ月間追跡可能であった112名のPCS4、NRSの変化量の関連性を検討した。PT開始時の解析にはspearmanの相関分析、1ヶ月間の変化量の解析にはpearsonの相関分析を用いた。

【倫理的配慮】本研究はヘルシンキ宣言を遵守し厚生労働省による医学研究指針に基づき実施し、当院倫理審査委員会の承認を得た。

【結果】PT開始時のPCS4、NRSの点数は上下肢疾患群、頸腰疾患群でそれぞれ有意な正の相関が認められた。(rs=0.298,p<0.01, rs=0.262,p<0.01)。1ヶ月間のPCS4、NRSの変化量では上下肢疾患群で有意な正の相関が認められ(r=0.304,p<0.01)、頸腰疾患群では有意な相関が認められなかった(r=0.233,p<0.133)。

【考察】PT開始時のPCS4、NRSの点数には疾患の部位に関係なく有意な相関を認めた。しかし、縦断的な1ヶ月間のPCS4、NRSの変化量に着目すると上下肢疾患群には有意な相関を認めたが、頸腰疾患群には有意な相関を認めなかった。この結果から疼痛強度を変化させる要因として、破局的思考以外の因子が関与している可能性が示唆された。

## 病棟での短時間頻介入が機能回復の促進と多職種との情報共有を円滑にしADL向上に至った一症例

山崎智博 河村考真  
社会医療法人 清風会 甘日市記念病院 技術部リハビリ技術科

KeyWords : 病棟での短時間頻介入 / 機能回復の促進・ADL向上 / 情報共有の円滑化

【はじめに】今回脳卒中患者に病棟での短時間頻介入の実施で良好な結果を得た為報告する。

【倫理的配慮】ヘルシンキ宣言に則り実施した。

【症例紹介】アテローム血栓性脳梗塞右片麻痺を呈した80歳代男性。運動麻痺は軽度、生活リズムが不規則でJCSⅡ-20、FIM35点(清拭1点、トイレ1点、移乗全項目1点)、HDS-R3点、TUG評価困難、BBS5点。

【経過】PT・OT・STで9単位/日介入。当初連続3単位でリハビリ室にて立位・歩行・ADL練習をしていたが、傾眠になりやすく積極的な介入が困難。入院80日目よりPT・OT・STでそれぞれ3単位を分割し、病棟にて短時間頻介入を開始。入院101日目より傾眠は徐々に改善し、トイレ動作や移乗介助量も改善。入院125日目に歩行器歩行見守り、伝い歩き軽介助で歩行可能。介入中、病棟スタッフより「歩けるんですね、頑張ってください」等と声がかかり、笑顔も垣間見られ、より意欲的に取り組まれる。またカンファレンスにて介助浴移行の相談を受け、入院136日目に移行。退院時はJCSⅠ-3、FIM61点(清拭3点、トイレ4点、移乗3～4点)、HDS-R4点、TUG44.3秒、BBS23点。

【考察】短時間頻介入により、覚醒状態の改善、生活リズム形成に至り、さらに機能回復の促進を効率的に図ることができたと考える。また病棟での介入により、リハビリ内容を多職種に見てもらうことができ、回復過程やADL介助方法等の情報共有がしやすく、自立度の変更が円滑にできたと考えられる。

## 2020東京オリンピック・パラリンピックメキシコ事前合宿トレーナー派遣事業報告

船引達朗<sup>1)2)</sup> 高村 剛<sup>1)3)</sup> 平石勇次<sup>1)4)</sup> 久保高行<sup>1)5)</sup>  
1)公益社団法人広島県理学療法士会  
2)医療法人社団おると会浜脇整形外科病院  
3)特定医療法人あかね会土谷総合病院  
4)介護老人保健施設熊野ゆうあいホーム  
5)医療法人日域整形外科クリニック

KeyWords : 理学療法士 / スポーツ / 2020東京オリンピックパラリンピック

【はじめに】2020年東京オリンピック・パラリンピックが開催することが決定し、広島県内でも2018年から10市町26競技が広島で事前合宿を行うことが決定している。一部の事前合宿について当会がトレーナー派遣事業を行ったので、合宿まで事前準備、サポート概要と参加した会員へのアンケート調査について報告する。

【活動状況】期間は2018年5月3日～レスリング競技(東広島市)、5月10日～体操競技(広島市)、5月21日～自転車競技(三原市)に対して主にマッサージやストレッチなどのコンディショニング、テーピング等の応急手当などを目的にトレーナー派遣を行った。派遣者は合宿1週間前に当会ホームページ、social networking service、スポーツ人材バンク等で公募を行い31名の理学療法士がボランティア活動に参加した。参加した会員へのアンケートは無記名にて臨床経験、職域、参加動機と感想を調査した。

本活動は公益社団法人広島県理学療法士会理事会の承認を得て活動を行った。

【今後の課題】2020東京オリンピック・パラリンピックで日本中の機運が高まっている。当会への依頼に対して、迅速に応えられる職能団体であるためにはスポーツ現場で専門的な能力を発揮できる人材育成に加えて、広島県全域での同等の支援が行える支部・地区局レベルでの組織力強化が課題であると思われる。

## 脳卒中片麻痺患者に対するT-supportを用いた歩行練習の効果

住田大輔 佐藤大介  
医療法人 信愛会 日比野病院 リハビリテーション科

KeyWords : 装具療法 / T-support / 歩行

【目的】当院では脳卒中片麻痺患者の歩行能力改善のため、体幹伸展・股関節屈曲補助バンドT-support(以下TS)を導入した。今回、回復期脳卒中患者のTS使用時の歩行因子の変化を検証したので報告する。

【方法】対象は60歳代男性、発症から3ヵ月経過。Brunnstrom Recovery Stage 下肢Ⅳレベル、歩行はT字杖とプラスチック製短下肢装具を用い監視レベル。計測はT-Support装用前、装用時、装用後の3条件とし、いずれもGait Solution Designを装用、10mの歩行路を快適速度にて5回ずつ歩行した。

【倫理的配慮】本研究はヘルシンキ宣言を遵守し、十分な説明を行い同意を得て実施した。

【結果】TS装用前 / 装用時 / 装用後を比較すると、麻痺側ファーストピーク値(以下FP値)は12.6/14/14.5、セカンドピーク値(以下SP値)は4.4/5.3/4.2、足関節最大背屈角度は4.2/5.1/4.7、腓腹筋内側頭筋活動は20.8/21.2/18、歩行速度(秒)は11.5/10.6/10.1、歩数(歩)は18.4/17.6/16.8となった。

【考察】TSにより麻痺側遊脚期では、股関節外旋が抑制され適切な踵接地が行われ、FP値が増加した。体幹機能と下肢の支持性がサポートされ、麻痺側立脚期が延長し、足関節背屈角度が増大し、SP値が増加した。立脚後期に股関節伸展角度が増大する事により、TS弾性バンドの作用で股関節屈曲運動がサポートされ、歩行速度および歩数の向上に繋がった。歩行因子の変化はTS装用後にも継続しており、TSを装用した歩行練習の効果が持ち越される可能性が示唆された。

## 歩行補助装置「RE-Gait®」が生活期脳卒中片麻痺患者の歩行機能に与える影響

荒牧恭平<sup>1)</sup> 東 啓太<sup>1)</sup> 中川 慧<sup>2)</sup> 黒瀬智之<sup>2)</sup>  
猪村剛史<sup>2)</sup> 河原裕美<sup>4)</sup> 田中英一郎<sup>3)</sup> 弓削 類<sup>2)</sup><sup>4)</sup>

1) 因島医師会病院 リハビリテーション科  
2) 広島大学大学院 医歯薬保健学研究所 生体環境適応科学研究室  
3) 早稲田大学理工学術院 大学院情報生産システム研究科  
4) 株式会社 スペース・バイオ・ラボラトリーズ

**KeyWords:** 歩行補助装置/生活期脳血管障害/歩行障害

【目的】生活期の片麻痺患者に対して、歩行補助装置 RE-Gait® を使用した歩行練習を実施し、歩行機能への影響を検討する。

【方法】対象は発症6ヶ月以降で歩行可能な片麻痺患者10名とし、RE-Gait® を使用した20分間の歩行練習を4週間実施、練習前後での歩行を評価した。評価項目は①10m歩行による歩幅、歩行率、速度②歩行中の足圧分布装置による歩行周期割合③ビデオによる歩行動作記録とした。

【倫理的配慮】本研究は、広島大学病院臨床研究倫理審査委員会の承認を得て行った。対象者には研究の方法を事前に説明し、書面にて同意を得た。個人情報プライバシーに十分配慮した上で管理した。

【結果】歩幅、速度は練習後の方が有意に高い結果となった ( $p < 0.05$ )。また、両脚支持期、非麻痺側遊脚相の割合について有意差は認めなかったが、両脚支持期は練習前  $50.5 \pm 13.7\%$ 、練習後  $46.7 \pm 11.6\%$  と減少傾向にあり、非麻痺側遊脚相は練習前  $21.9 \pm 6.9\%$ 、練習後  $22.3 \pm 7.3\%$  と増加傾向にあった。歩行動作では toe clearance やぶん回し等の異常歩行が改善された症例がみられた。

【考察】歩幅、速度が改善した要因として、RE-Gait® を用いた歩行練習で正しい足関節の運動が再学習され、麻痺側のロッカー機能が改善し推進力が向上したことが考えられる。また、生活期の片麻痺患者においても歩行中のアライメント等が修正され、異常歩行による過度なメカニカルストレスが軽減することで、歩行機能を維持・改善できる可能性が示唆された。

## 当院大腿骨近位部骨折患者の退院時歩行能力—血液透析患者による検討—

島 佑治<sup>1)</sup> 石田 勝<sup>1)</sup> 吉原健夫<sup>1)</sup> 河野正明(MD)<sup>2)</sup>  
積山和加子<sup>3)</sup>

1) 社会医療法人里仁会 興生総合病院 リハビリテーション部  
2) 社会医療法人里仁会 興生総合病院 整形外科  
3) 県立広島大学 保健福祉学部 理学療法学科

**KeyWords:** 大腿骨近位部骨折/血液透析/歩行

【目的】血液透析患者は健常者に比べ運動耐容能や下肢筋力が低下しているとの報告が多数あるため、骨折受傷後の歩行能力の回復には時間を要す可能性がある。今回、当院大腿骨近位部骨折患者を後方視的に調査し、血液透析患者の退院時歩行能力や入院期間等について検討を行った。

【方法】平成25年4月～平成30年5月の間に当院で大腿骨近位部骨折のリハビリテーションを処方された60～90歳の患者のうち、受傷前歩行が自立だった107名を対象とした。対象者を透析群と非透析群に分け、疾患名、入院前・退院時歩行能力、年齢、性別、リハ期間、入院期間、転帰、認知機能、一日当たりのリハ単位、入院時アルブミン値等を調査した。統計解析は、2群間の調査項目を Mann-Whitney-U 検定、Fisher の正確確立検定で検討した。

【倫理的配慮】本研究は当院倫理審査委員会の承認を得て実施した。

【結果】対象は透析群8名、非透析群99名となった。2群間で有意差を認めた項目は、年齢、一日当たりのリハ単位、入院時アルブミン値であり、いずれも透析群が有意に低かった。

【考察】先行研究によると大腿骨近位部骨折患者の歩行回復には、年齢、受傷前の歩行能力、認知症の程度が影響すると報告されている。今回、透析群はリハ単位が少ない状況でも入院期間や退院時歩行回復の割合は2群間で有意差を認めなかった。透析群の年齢が低い影響で歩行回復が順調に進んだ可能性もある。今後は症例数を増やした上で検討を行いたい。

## 広島県内の特別支援学校に携わる理学療法士への実態調査

北山良平<sup>1)</sup> 馬屋原康高<sup>2)</sup> 高須賀文香<sup>3)</sup> 島津竜太<sup>3)</sup>  
岩田恵美<sup>4)</sup> 佐々木昭<sup>5)</sup>

1) 広島県立障害者療育支援センター わかば療育園 医療科  
2) 広島都市学園大学 健康科学部 リハビリテーション学科 理学療法専攻  
3) 重症心身障害児者医療福祉センター ときわ呉  
4) 医療法人ハートフル アマノリハビリテーション病院 リハビリ部 発達外来課  
5) 佐々木塾

**KeyWords:** 特別支援学校/理学療法士

【目的】広島県内の特別支援学校(以下特支)に理学療法士が特別非常勤講師(以下特支PT)として勤務できるようになり約10年が経過した。しかし、特支PT同士のつながりも薄くその実態も明らかでない。そこで、広島県内の特支PTに実態調査のアンケートを実施したので報告する。

【方法】広島県内の特支PTにメールもしくは郵送にてアンケートを配布し回答を得た。

【倫理的配慮】対象者には紙面にて研究目的ならびに個人情報の保護について説明し同意を得た。

【結果】広島県内の13校の特支PT11名から回答を得た。

教員からの相談内容として多いことは、「ストレッチや関節可動域訓練」「車いす・座位保持装置の適合」の順で多かったが、「摂食嚥下」や「上肢機能」「肥満対策」についての相談もあった。

病院・施設での理学療法の相違点として、直接子供を治療するのではなく、教員を介した間接的なアプローチであるという意見が聞かれた。理学療法士が特支で活動していくために今後必要なこととして、「教員に対して理学療法の認識・理解を高めること」が多かった。

特支PTの難しさや困ったことを聞くと、「教員の相談内容があいまい」「医学的情報の不足」といった意見が多かった。

【考察】アンケート結果から、医療ではなく教育現場での勤務に戸惑いを抱えている実態が明らかになった。今後は研修会などの機会を通して教員と理学療法士の専門性に対する相互理解が必要である。

## 大腿骨近位部骨折症例の術後2週における杖歩行可否の予測因子

本森杏那<sup>1)</sup> 大園健太<sup>1)</sup> 伊藤 萌<sup>1)</sup> 藤村宜史<sup>1)</sup> 豊田章宏<sup>2)</sup>

1) 独立行政法人 労働者健康安全機構 中国労災病院 中央リハビリテーション部  
2) 独立行政法人 労働者健康安全機構 中国労災病院 治療就労両立支援センター

**KeyWords:** 大腿骨近位部骨折 杖歩行可否 予測因子

【目的】本研究の目的は、大腿骨近位部骨折(以下HF)症例における術後2週の杖歩行可否の予測因子を術前情報より明らかにすることである。

【方法】研究期間は2017年4月から2018年4月とした。選択基準は1) HF患者、2) 手術施行、3) 65歳以上、4) 障害高齢者日常生活自立度J・A、5) 認知症のない、認知症高齢者日常生活自立度I、6) 独歩・杖で屋内歩行自立とした。除外基準は術側下肢の免荷とした。測定項目は、年齢、性別、骨折型、障害高齢者日常生活自立度、認知症高齢者日常生活自立度、握力、GNRI、MNA\_SF、杖歩行可否とした。杖歩行可否は、術後2週に担当理学療法士が測定し、対象者の身体に触れず連続50m杖歩行できれば可、できなければ不可と判定した。統計解析は、杖歩行可否と測定項目との関連性を単変量解析により検討した。杖歩行可否を従属変数、調査項目を独立変数として、2項ロジスティック回帰分析を行った。

【倫理的配慮】当院倫理審査委員会から承認を受け、研究対象者に研究内容を説明し同意を得た(承認番号:2014-04)。

【結果】ロジスティック回帰分析の結果、骨折型(オッズ比0.252、95% CI:0.074-0.855、 $p=0.027$ )、障害高齢者日常生活自立度(オッズ比1.631、95% CI:1.011-2.63、 $p=0.045$ )、年齢(オッズ比0.903、95% CI:0.840-0.97、 $p=0.005$ )が有意な独立変数として抽出された。

【考察】術後2週の杖歩行可否の予測因子は、術前情報の内、骨折型、障害高齢者日常生活自立度、年齢であり、急性期病院として退院先を早期に予測する一助となりうる。

## 大腿骨近位部骨折症例の術後2週における10m歩行時間の予測因子

伊藤 萌<sup>1)</sup> 大園健太<sup>1)</sup> 本森杏那<sup>1)</sup> 藤村宜史<sup>1)</sup> 豊田章宏<sup>2)</sup>1) 独立行政法人 労働者健康安全機構 中国労災病院 中央リハビリテーション部  
2) 独立行政法人 労働者健康安全機構 中国労災病院 治療就労両立支援センター

KeyWords：大腿骨近位部骨折／10歩行時間／予測因子

【目的】本研究の目的は、大腿骨近位部骨折（以下HF）症例の術後2週における10m歩行時間の予測因子を術前情報から明らかにすることである。

【方法】研究期間は2017年4月から2018年4月とした。選択基準は、HF患者、手術施行、65歳以上、障害高齢者日常生活自立度判定基準J・A、認知症高齢者日常生活自立度判定基準正常・I、独歩・杖で屋内歩行自立とし、除外基準は術側下肢の免荷とした。測定項目は、年齢、性別、骨折型、障害高齢者日常生活自立度、認知症高齢者日常生活自立度、握力、geriatric nutritional risk index（以下GNRI）、Mini Nutritional Assessment-Short Form（以下MNA\_SF）、10m歩行時間とした。10m歩行時間は術後2週に、それ以外の測定項目は術前に担当理学療法士により測定された。

統計解析は10m歩行時間と測定項目の関連性をPearsonの積率相関係数により求め、さらに相関分析において有意確率が0.20未満の測定項目を独立変数、10m歩行時間を従属変数として重回帰分析を行った。

【倫理的配慮】当院倫理審査委員会から承認を受け研究対象者に研究内容を説明し同意を得た（承認番号：2014-04）。

【結果】連続255例のうち選択基準を満たしたものは142例であり、10m歩行時間を測定できたのは31例であった。重回帰分析の結果、10m歩行時間と握力（ $\beta = -0.244$ ,  $p = 0.004$ ）MNA\_SF（ $\beta = -0.174$ ,  $p = 0.037$ ）が有意な関連を認めた（ $R = 0.318$ ）。

【考察】HF症例の術後数か月における歩行速度の術前に得られる予測因子として、年齢が報告されているが、術後2週においては握力とMNA\_SFが挙げられた。

## 脳卒中再発による重度片麻痺に対し、移乗動作の介助量軽減に向け介入を行った症例

卯山侑香 宇田有伽

脳神経センター大田記念病院 リハビリテーション課

KeyWords：脳卒中／両片麻痺／移乗動作

【はじめに】今回、重度の片麻痺を新たに発症し基本動作全般に重度介助を要した脳卒中再発症例を担当し、移乗動作の介助量軽減を目標に介入を行ったので報告する。

【倫理的配慮】症例に発表の趣旨を説明し同意を得た。

【症例紹介】70歳代女性。既往に左視床出血による右片麻痺（B.R.S 上肢・手指・下肢V）。今回、右基底核～放線冠梗塞による左片麻痺を発症した。担当開始時（第13病日）B.R.S 上肢・手指・下肢II。TCT 24点、静的座位では体幹の低緊張と左半身のアライメント不良により左後側方へ崩れ保持困難。起立動作および立位保持は、右側に依存しているが支持性に乏しく、左側への重心移動に伴い左膝折れを認めた。移乗動作FIM 1点。

【経過】座位姿勢のアライメント調整をし、左下肢の筋出力強化訓練を行った。また反復した起立訓練、KAFO装着下で立位バランス訓練や歩行訓練を実施し、体幹や右下肢の機能低下に対しても強化を促した。結果、最終評価時（第22病日）B.R.S 上肢・手指II、下肢II～III。抗重力筋の伸展活動の向上により座位保持は見守り、立位保持は上肢支持で可能、TCT 48点。起立時の筋活動や支持性が向上したため膝折れは軽減し、移乗動作FIM 3点となった。

【考察】本症例は、麻痺肢への下行路の賦活だけではなく、全身の機能向上をターゲットに訓練を行った。本症例のように複合的な障害のある場合、病前状態を踏まえた動作課題を軸にプログラムを立案する必要がある。

## 受傷後4週の脊椎椎体骨折患者の破局的思考と身体機能やQOLとの関連

橋本彩歌<sup>1)</sup> 梅原拓也<sup>1)2)</sup> 桑原大輔<sup>1)</sup> 金屋敷遼<sup>1)</sup> 永尾 進<sup>1)</sup>1) 済生会呉病院リハビリテーション室  
2) 広島大学大学院医歯薬保健学研究所

KeyWords：脊椎椎体骨折／破局的思考／EQQOL

【目的】本研究は、受傷後4週の脊椎椎体骨折患者の破局的思考（Pain Catastrophizing Scale：PCS）と身体機能やQuality of Life（QOL）との関連について検討することを目的とした。

【方法】対象は、2018年3月から2018年6月までに当院へ入院した脊椎椎体骨折かつ保存療法の患者とした。除外基準は、手術療法、受傷前歩行不可、測定不可の者とした。測定項目は、基本医学情報（年齢、性別など）、身体機能（膝伸展筋力、片脚立位、疼痛 Visual Analogue Scale（VAS））、破局的思考（PCS）、QOL（Elderly Osteoporotics's QOL：EQQOL）、活動（Barthel Index）とした。EQQOLの下位項目は、痛み、動作の制限、心理的要因、活動の制限、生き甲斐とした。測定時期は、受傷後4週とした。統計学的解析は、相関分析を行い、有意水準5%とした。

【倫理的配慮】本研究は、済生会呉病院倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号127）。

【結果】本研究の対象者は、14名であった。除外患者は、受傷前歩行不可の者と測定不可の者の2名であった。最終的な対象者は、女性12名（年齢 $87.7 \pm 6.45$ ）となった。PCSとの正の相関（相関係数）は、運動時疼痛VAS（.728）であった。PCSとの負の相関（相関係数）は、痛み（-.631）、動作の制限（-.812）、生き甲斐（-.706）、膝伸展筋力（-.671）であった。

【考察】破局的思考が高い者は、身体機能の悪化やQOLの低下が認められることが示唆された。もしかすると、破局的思考により、理学療法が円滑に進まない可能性があるため、的確な理学療法を提供する必要がある。

## 外的フィードバック統合が難しく潜在学習が有効であった一症例

久恒彩映子 大中美由希

脳神経センター大田記念病院 リハビリテーション課

KeyWords：片麻痺 感覚障害 潜在学習

【はじめに】学習方法の種類として、意識下で行う顕在学習と無意識下での潜在学習がある。今回重度右片麻痺と重度感覚障害により歩行獲得に苦渋し、潜在学習が有効であった症例を報告する。

【倫理的配慮】症例に発表の趣旨を説明し同意を得た。

【症例紹介】左MCA皮質領域、放線冠、基底核を病巣とするアテローム血栓性脳梗塞を発症した40歳代男性。病前ADL全自立。入院時JCS I桁、中等度失語あり。BRS上肢II手指II下肢III、感覚は表在・深部共に重度鈍麻～脱失。麻痺側下肢は荷重反応性の収縮はあるが、OKCでの随意収縮困難。歩行は麻痺側の膝折れがあり重度介助であった。

【経過】立位は麻痺側への荷重が乏しく、移乗FIM1点。矯正鏡等の視覚代償や足底ポインティングを用いた体性感覚を用いて立位訓練を行ったが、立位場面での麻痺側下肢参加が得られなかった。そのため、麻痺側下肢の参加が得られ易かった上肢リーチや起立着座といった目的動作の中で麻痺側下肢の筋活動を促した。その結果、立位安定性が向上し移乗FIM5点、17病日目には4点杖での軽介助歩行が可能となった。

【考察】本症例は外的フィードバック情報を統合することが難しく顕在学習が困難であったため、無意識下で麻痺側下肢の活動を促すアプローチを主に実施した。感覚情報の統合が難しい症例に対しては、麻痺側下肢が参加可能な目的動作を評価し、全身動作の中で潜在的な学習を促すことが有効な手段の一つであることを学んだ。

## 主婦業獲得に向けて独歩自立を目指したアテローム血栓性脳梗塞の一事例

佐渡綾菜 奥島悠大 北尾智之  
社会医療法人千秋会 井野口病院リハビリテーション科

KeyWords：筋力／独歩／主婦

【はじめに】主婦業獲得の為、歩行訓練や手段的日常生活動作訓練を行った事で在宅復帰に至った脳梗塞の一事例を報告する。

【倫理的配慮】対象に発表の趣旨を説明し同意を得た。

【症例紹介】アテローム血栓性脳梗塞を発症した50歳代女性。病前は専業主婦で、夫と二人暮らし。主訴は日常生活に戻りたい。プルンストロームステージは左上肢Ⅲ、左下肢Ⅳ、Timed up and go test(以下TUG)12.5秒(T字杖)、10m歩行は13.0秒、27歩(T字杖)。病棟内車椅子自立レベル。

【経過】28病日目にA病院より当院入院。異常歩行に対し、左側筋出力向上を図り、63病日目にTUG10.0秒となり院内T字杖歩行自立。106病日目に外出訓練にて、退院後を想定した買い物実施。131病日目にTUG9.0秒、10m歩行10.6秒23歩であり院内独歩自立。138病日目に外泊実施し、家事動作等が可能。157病日目に独歩自立し退院となった。

【考察】本症例は、左側筋出力低下による独歩や左上肢使用困難となった事が、主婦として必要な掃除や家事等の活動困難に繋がっていると考えられた。これらに対し、左下肢・内外腹斜筋の筋出力向上を図った事で、10m歩行10.6秒と向上し、独歩自立となった。更に、歩行訓練と併用し手段的日常生活動作訓練も実施した事で、外出・外泊時に実践的な動作が可能となり、主婦として退院が可能となったと考えられる。

## 足部クリアランス低下がみられる患者に対し短下肢装具を中心とした歩行訓練を行い復職が可能となった事例

日野祥悟 奥島悠大 北尾智之  
社会医療法人千秋会 井野口病院リハビリテーション科

KeyWords：筋緊張／装具療法／復職

【はじめに】装具療法を中心とした訓練により歩行能力が改善し、復職に繋がった左視床出血の一事例を報告する。

【倫理的配慮】当院倫理委員会の規定に基づきご本人に同意を得ている。

【症例紹介】左視床出血を呈した40歳代男性。日常生活自立度(以下FIM)は87点。主訴は杖なしで歩きたい。病前生活は父子家庭、仕事は水道関係で高所でも実施していた。プルンストロームステージは右下肢Ⅴ、足関節背屈(自動/他動)5°/10°、下腿三頭筋緊張亢進、足クローズ(+),膝蓋腱反射(+),10m歩行テスト(T字杖)12.2秒19歩。

【経過】第20病日に当院へ転院。同日よりリハビリテーション開始。屋内自立レベルだが右足尖からの初期接地による下腿三頭筋緊張亢進認められた為、第87病日目に金属支柱付き短下肢装具にて装具療法を開始。実用的な歩行獲得を目指し、第137病日に装具作成し、同日に独歩自立。第150日目ではFIM124点、10m歩行テストは装具あり独歩で7.4秒12歩。6分間歩行テストは440mとなり、全身持久力・歩行速度の向上を認め退院となった。

【考察】右足関節の協調性低下・筋緊張亢進により足部クリアランス低下がみられ、右足尖からの初期接地を呈していた。そこで、底屈角度の調整が可能な装具にて効率的な歩行訓練を実施した事で、全身持久力・歩行速度が向上し、通勤に必要な努力性の少ない歩行獲得に繋がったと考える。

## 脳卒中片麻痺患者に対し、振動刺激痙縮抑制法により歩行が改善した一症例

佐藤大介  
医療法人信愛会 日比野病院リハビリテーション科

KeyWords：振動刺激痙縮抑制法／片麻痺／筋緊張

【はじめに】脳卒中患者にて、痙縮筋を伸張しつつ振動刺激を与える振動刺激痙縮抑制法(DAViS)が痙縮を抑制するとされている。今回、DAViS後に、歩行が改善した症例を経験したので報告する。

【倫理的配慮】ヘルシンキ宣言に基づき対象者の個人情報保護に配慮し実施。

【症例紹介】60歳代男性で左視床出血右不全麻痺、Brunnstrom recovery stage 下肢Ⅳ。介入時137病日目、移動はT字杖と短下肢装具で自立。右大腿直筋(RF)はMAS1+,右前遊脚期(PSw)、遊脚初期(ISw)の股・膝関節屈曲角度が減少、トゥクリアランス低下。足が重たいと訴え有り。大東電機工業スライヴMD-01(周波数60Hz、振動回数約6500回/分)にてRFへ5分DAViS実施。実施前後の快適歩行速度での10m歩行所要時間、歩数と歩容を評価。

【経過】DAViS前/後の10m歩行所要時間は24.58/22.12秒、歩数33/29歩であり、歩容はP・ISwで股・膝関節屈曲角度が増加、歩幅、スイングスピードが改善。足が軽くなったと訴えあり。

【考察】視床外側腹側核損傷で筋緊張制御機能が破綻、RFに痙縮が生じ、遊脚期膝関節屈曲を阻害したが、DAViSで脊髄運動ニューロン異常興奮の抑制、大脳皮質内抑制の変化等が生じ、痙縮が改善。股・膝関節屈曲角度も増加し、トゥクリアランス、スイングスピード、歩幅・歩行速度が改善したと推察。

## 軽度アルツハイマー型認知症者の移乗前の車椅子操作獲得を目指した取り組み：声かけ介助なしの操作に向けて

中川敬法<sup>1)2)</sup> 北風草介<sup>1)</sup> 金井秀作<sup>1)3)</sup> 甲田宗嗣<sup>2)</sup>1) 梅プルビル病院 理学療法部  
2) 広島都市学園大学大学院 保健学研究科修士課程 保健学専攻  
3) 県立広島大学 保健福祉学部 理学療法学科

KeyWords：アルツハイマー型認知症／応用行動分析／移乗前の車椅子操作

【はじめに】本研究では、声かけ介助があれば適切に移乗前の車椅子操作ができる症例に対し、声かけ介助なしで適切に操作できるよう介入したので報告する。

【倫理的配慮】対象者と家族に書面および口頭で十分に説明し同意を得た。

【症例紹介】80歳代女性、診断名はアルツハイマー型認知症であり、車椅子操作に影響及ぼす身体機能障害はなく、認知度はMMSE18点でTMT-A・Bは実施困難であった。

【評価と介入】評価項目は適切な位置へ車椅子を停止させるなど3項目とし、観察場面はプラットフォーム移乗、平行棒での立ち上がり、自転車エルゴメーター移乗、自室ベッド移乗の4場面とした。3項目4場面の計12項目の成功頻度を1日1回観察した。介入は、車椅子操作前に声かけ介助を行い、適切に操作できたら3種類の方法で強化した。介入により適切な操作を獲得できたら強化刺激を段階的に減らし、最後に声かけ介助をなくした。

【経過】介入前の評価期間では5～7/12の成功頻度であったが、介入期間では常に12項目全て成功した。声かけ介助をなくした期間ではプラットフォーム移乗、自転車エルゴメーター移乗では全て成功が持続したが、平行棒での立ち上がりでは成功率が3/5日、自室ベッド移乗では1/5日であった。

【考察】介入による一定の効果を確認できたが、理学療法の一部の行為でなく自然の生活行為の要素が強い場面では効果が低い傾向にあったと考えられた。

## 信念対立解明アプローチにより治療への協力が得られた超高齢男性の症例

河野立希地 前田和哉

医療法人社団増原会 東城病院 リハビリテーション科

**KeyWords:** 信念対立解明アプローチ／信念対立／離床拒否

【はじめに】信念対立とはそれぞれが自分の信念を自覚することなく絶対視することにより起こる根源的な対立のことであり、信念対立解明アプローチとは信念対立を解明することを目的とする。

【倫理的配慮】個人情報保護に関する当施設の承認の下、本症例及び家族に対し発表の趣旨を説明し、同意を得た。

【症例紹介】対象は臀部打撲により当院へ入院した90歳代後半の男性であった。離床を拒否し、治療も拒否的であった。

【経過】治療者は長い時間運動させたいと考え離床を促していたが、対象者は寝ていたいと訴え離床を拒否していた。治療者と対象者の間に信念対立を認めたため、解明態度を意識化した。その結果「機能改善に必要な離床時間の認識のギャップ」を生じていることが分かった。そこで、治療中でも希望に応じて迅速に病室へ戻るよう治療内容を変更した。その結果、治療拒否することが少なくなり、離床にかかる時間は短縮した。

【考察】本論では離床時間の認識のギャップにより信念対立が生じた事例に対し信念対立アプローチを用いた。結果、治療者が自身の志向を意識化する事ができ、解明交流法を用いることで治療関係が改善した。また、そのことにより離床回数を増加させることができた。これは治療者と対象者の信念対立を解明することにより治療関係が改善したと考えられた。

## 人工膝関節全置換術(TKA)後における荷重時期の違いによる効果～2種類のリハビリプログラムによる比較～

林 達也<sup>1)</sup> 室地敏雄<sup>1)</sup> 益田真吾<sup>1)</sup> 鈴木雅貴<sup>1)</sup> 本山 満<sup>2)</sup>

1) 広島県厚生農業協同組合連合会 吉田総合病院 リハビリテーション科

2) 広島県厚生農業協同組合連合会 吉田総合病院 整形外科

**KeyWords:** TKA／荷重時期の違い／NRS

【目的】早期退院が推奨されている中TKA後のリハビリプログラムにおいて荷重開始時期に差をつけることで、入院期間や身体機能に違いが生じるかを比較し検証した。

【方法】対象は2017年10月～2018年6月にTKAを施行し退院した55名(平均年齢:77±7.4歳)。術後2日目より全荷重開始をE群(23例)、13日目より全荷重開始をS群(32例)とし分類。調査項目は入院期間、疼痛(NRS)・関節可動域(ROM)の術前・1・3・4週、Timed up and go test(TUG)・片脚立位時間の術前・3・4週とした。

【倫理的配慮】本研究は、「ヘルシンキ宣言」を遵守し、対象者の同意を得て実施した。

【結果】安静時NRSは1週目:E群3.1±2.0 S群1.9±1.7、3週目:E群1.9±1.8 S群0.9±1.0となり有意差を認めた(p<0.05)。入院期間はE群:34.4±8.8、S群:34.3±7.9と有意差はみられず、ROM・TUG・片脚立位でも有意差は認められなかった。

【考察】本研究で4週以降では全ての項目に関して両群に有意差がない結果となった。しかし、1・3週の安静時NRSではS群が有意であったこと、入院期間に差が無かったことから、E群よりS群の方が疼痛少なくリハビリが可能で退院できることが示唆された。

## 人工膝関節単顆置換術後6ヵ月における段差昇降等の満足度に関わる因子の検討

竹本 雄一郎<sup>1)</sup> 谷口亮治<sup>1)</sup> 西森誠(MD)<sup>2)</sup>

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

2) 地方独立行政法人 広島市立病院機構 広島市立安佐市民病院 整形外科

**KeyWords:** 人工膝関節単顆置換術／日本版変形性膝関節症患者機能評価表／段差昇降

【目的】UKA術後6ヵ月における階段昇降やしゃがみ込み等の満足度に関わる因子を明らかにすること。

【方法】2015年6月から2017年8月にUKA手術を行った64例について、退院時と術後6ヵ月時に術側疼痛、膝関節ROM、膝伸展筋力、膝疾患治療成績判定基準(JOA)の下位3項目、10m歩行速度、TUG、日本版変形性膝関節症患者機能評価表(JKOM)を評価した。JKOM下位25項目のうち、階段昇降、しゃがみこみや立ち上がりに関する6項目の合計点(JKOM段差満足度)を算出し、各評価項目との相関をスピアマンの相関係数を用いて求め、有意に相関を認めた項目から説明変数を選択し、JKOM段差満足度を目的変数とした重回帰分析を行った。有意水準は5%とした。

【倫理的配慮】ヘルシンキ宣言に基づき対象者に口頭で説明し同意を得た。

【結果】JKOM段差満足度と相関関係を認めた項目のうち、術後6ヵ月時の屈曲時痛、術側JOA屈曲角度、非術側JOA階段昇降能が説明変数として採択された(R<sup>2</sup>=0.32, p<0.0001)。標準偏回帰係数はそれぞれ、0.28、-0.21、-0.31であった。

【考察】術後6ヵ月のJKOM段差満足度は、術側屈曲時痛や屈曲容易性、非術側の階段昇降能に影響されることが示唆された。術側の疼痛管理や機能改善だけでなく、非術側の機能向上により、更なる満足度向上が期待される。

## 同居家族がいれば機能的自立度が低くても自宅退院可能か

藤井智子<sup>1)</sup> 石田 勝<sup>1)</sup> 砂田桂志<sup>1)</sup> 小田修平<sup>1)</sup> 掛田靖規<sup>1)</sup>

吉本祐介(MD)<sup>2)</sup> 藤原賢次郎(MD)<sup>2)</sup>

1) 社会医療法人里仁会 興生総合病院 リハビリテーション部

2) 社会医療法人里仁会 興生総合病院 脳神経外科

**KeyWords:** 自宅退院／同居家族／FIM

【目的】回復期リハビリテーション病棟(以下、回復期リハ病棟)での集中リハビリテーション後、患者が自宅退院できるか否かに影響を与える因子としては、退院時の日常生活動作能力、認知機能、同居家族の有無などが挙げられている。今回我々は、家族が同居していることが現実に機能的自立度の低い患者の受け入れに寄与しているかどうか注目して検討した。

【方法】平成28年4月1日から平成30年3月31日までに当院回復期リハ病棟において脳血管リハビリテーションを施行し自宅退院した患者156名を対象とした。

対象を、同居家族ありで自宅退院した群(以下、同居群)127名、同居家族なしで自宅退院した群(以下、独居群)29名の2群に分類し、それぞれの退院時の運動FIM、認知FIM得点を比較した。

【倫理的配慮】当院倫理委員会の承認を得て実施した。

【結果】運動FIM得点は同居群69.2±20.1、独居群74.2±18.3。認知FIM得点は同居群26.9±7.8、独居群27.4±7.7であった。同居群と独居群間において、運動FIM、認知FIMともに有意差を認めなかった。

【考察】家族サポートのある同居群ではより低い運動FIM、認知FIMであっても自宅退院が可能と予想したが、実際は独居群のそれと差を認めなかった。このことは同居家族の介護力が患者の障害を補うレベルの介護力としては十分に機能していないということの意味する。近年の核家族化、共働き、老々介護の増加がその背景にあるものと思われた。

## トヨタ自動車(株)製歩行支援ロボット「Welwalk(ウェルウォーク)」導入報告

大内田友規 穴戸健一郎 林 真央 徳本大輔 木東地さおり  
大杉元気 横川知波 葛西美波  
社会医療法人清風会 五日市記念病院

**KeyWords:** 歩行支援ロボット/チーム/難易度設定

【はじめに】歩行支援ロボット Welwalk (以下 WW) は転倒防止ハネスを装着した患者がロボット脚を装着し、トレッドミル上を歩行する訓練機器であり、長下肢装具を用いた歩行訓練と比較し膝関節の屈曲を伴った下肢の振り出しが可能で、早期から少ない代償動作で歩行量の確保が期待できる。当院では2018年4月に WW を導入した為、導入へ向けた準備および現状を報告する。

【活動状況】導入へ向けて業者による説明会や既導入施設見学、指定研修などを受講し、PT8名からなるチームを発足した。患者への施行はチーム+担当 PT の2名態勢で実施し、担当 PT が個別リハビリテーションで実施する歩行訓練に、チームが機器装着や難易度設定を支援する形で介入している。患者は Br.stage 下肢 II～III の比較的介助量の多い患者を中心に、5回/週の実施を基本とした。PT 訓練では導入開始から終了までは WW での歩行訓練を中心に実施したが、当院では他職種間で相談し患者への介入職種の重み付けを行っており、優先度の高い患者へは WW と並行して一般的な機能訓練や ADL 訓練なども実施した。6月末までに6名への患者に実施し、内4名が WW 使用を現在までに終了、使用期間は平均 18.25 日であった。

【今後の課題】まだまだ症例数が少なく、職員への周知も進めていく必要がある。また、より早期からスムーズに患者へ導入し、適切な難易度設定スキルを磨いたチームの介入で、短い期間で使用を終了できるよう質を高めていく必要がある。

## Post-ICU の重症度、医療・看護必要度 B 項目経過からみた疾患別リハビリテーションの処方状況の分析

崎元直樹<sup>1)</sup> 田嶋 実<sup>2)</sup> 片山 香<sup>3)</sup> 吉川陽樹<sup>1)</sup> 湯浅美聖<sup>1)</sup> 渡辺昌寿<sup>1)</sup>

1) 市立三次中央病院 リハビリテーション科  
2) 市立三次中央病院 麻酔科  
3) 市立三次中央病院 看護部

**KeyWords:** 重症度、医療・看護必要度 B 項目 / 疾患別リハビリテーション 処方 / Post-ICU

【目的】特定集中治療室 (ICU) 退室後 (Post-ICU) のケアとリハビリテーション (リハビリ) 介入の連携を検討していくために、重症度、医療・看護必要度 (必要度) の B 項目と疾患別リハビリの処方状況を分析した。

【方法】対象は2018年4月から6月の ICU 入室患者 91 名とし、ICU 入室中の A 項目の最高点と退室日の B 項目点数、ICU 入室後 14 日間の B 項目の経過を検討した。土、日曜日のリハビリスタッフの勤務がないため、3日間連続を条件とし3群に分類した。分類は ICU 退室日より B 項目が3日以上連続で上昇した群 (上昇群)、3日以上連続で低下した群 (低下群)、いずれにも該当しない群 (非該当群) とした。各群の疾患別リハビリ処方状況として、処方数、処方までの日数を分析した。

【倫理的配慮】当院の研究倫理委員会の承認を得た。(三中倫 300709-1)

【結果】ICU 入室患者は、年齢 75.9 ± 13.6 歳、ICU 在室期間 1.3 ± 1.0 日。A 項目最高点 5.7 ± 1.7 点、退室日 B 項目 4.5 ± 1.8 点。上昇群 28 件、処方数 20 件。低下群 43 件、処方数 12 件。非該当群 20 件、処方数 9 件。処方までの日数は上昇群 0.8 ± 1.0 日、低下群 2.8 ± 2.8 日、非該当群 4.2 ± 4.0 日であった。

【考察】必要度上昇が早期より想定され処方されている傾向がある一方で、処方条件と処方時期の検討を必要とする事例の存在が示唆される。

## 入院患者に対する新規褥瘡発生の予防に向けた当院リハビリテーション科の取り組み

村上友美恵 花本のぞみ 岸元麻里 洲上 謙 中野 徹  
医療法人杏仁会松尾内科病院 リハビリテーション科

**KeyWords:** ブレーデンスケール/入院時評価/褥瘡リスク管理シート

【はじめに】当院のリハビリテーション (リハ) 科では、褥瘡発生率改善と治癒率向上に取り組むため、平成 26 年にポジショニングチーム (チーム) を発足し活動してきた。しかし、リハ介入のない患者で新規の褥瘡が発生してしまう状態が続いていた。そこで今回は新たな取り組みとしてリスクアセスメントスケールを活用した早期対策に取り組んだため報告する。

【活動状況】当院では入院時に看護師によるブレーデンスケールの評価が行われる。この評価結果をリハ科でも活用できないかと考え、チームでは褥瘡リスク管理シートを作成した。このシートに毎朝、前日の全入院患者の氏名と評価結果、カットオフ値 (17 点) を基準としたチーム介入の要・不要を記載していくこととした。このシートを活用して、17 点以下の患者はチームが早急に評価を行い、ポジショニングの決定、資料作成、看護師とのカンファレンス実施という流れですすめている。またチームから医師へリハ指示の依頼も行っている。その結果、褥瘡リスクの高い患者に早期から予防的に介入できるようになり、今まで問題となっていた、褥瘡が発生してしまってからチームに評価依頼が来るという遅れた対応がなくなった。

【今後の課題】この取り組みを開始し、看護師と褥瘡リスクを共有できるようになり、カンファレンスがより充実したものになってきた。今後もシートの活用方法を工夫しながら取り組みを継続し長期的な経過をみていく。

## 広島県ジュニア競泳選手の障害既往と身体的特徴

鈴木雄太<sup>1)2)</sup> 浦辺幸夫<sup>1)</sup> 金田和輝<sup>3)</sup> 笹代純平<sup>1)</sup> 前田慶明<sup>1)</sup>

1) 広島大学大学院医歯薬保健学研究所  
2) マッターホルンリハビリテーション病院  
3) 高陽整形外科クリニック

**KeyWords:** 競泳/障害既往/フィジカルチェック

【目的】広島県ジュニア競泳選手の障害既往および身体的特徴を把握し、競泳選手の障害予防の一助とすること。

【方法】対象は、広島県内のスイミングクラブで選手コースに所属する中学・高校競泳選手 132 名 (男性 73 名、女性 59 名) とした。障害既往調査は肩、肘、腰、股、膝、足部について、競技に関連した疼痛の有無を聴取した。フィジカルチェックは、肩回旋幅、中指間距離、第 2 肢位での肩内旋・外旋角度、肘および膝過伸展角度、股関節内旋角度、下肢伸展挙上角度、殿踵間距離、つま先床間距離の 10 項目を実施した。各項目を男女別および学年別と比較し、障害既往に関連する項目の抽出にロジスティック回帰分析を用いた。

【倫理的配慮】ヘルシンキ宣言に基づき、対象および対象の保護者、所属担当コーチに説明し、同意を得て実施した。

【結果】障害既往率は、男性で 55%、女性で 60% と高く、男女ともに肩、腰、膝の順に多かった。柔軟性は女性で高かった (p<0.05)。男女とも、学年が上がると関節弛緩性が増大していた (p<0.05)。ロジスティック回帰分析の結果、男性では肩内旋角度の低下と外旋角度の増大が肩関節痛の既往の有無と関連していたが (p<0.05)、女性では有意に関連する項目はなかった。

【考察】ジュニア選手の半数以上が競技に関連した障害既往を有することがわかり、障害予防対策が急務である。障害に関連する柔軟性は男女で異なることが示唆され、今後も継続してデータを蓄積していく。

## がん患者における外来理学療法に対するニーズ調査

中島勇樹<sup>1)</sup> 河江敏広<sup>1)</sup> 井東あゆみ<sup>2)</sup> 岩城大介<sup>1)</sup>  
植田一幸<sup>1)</sup> 木村浩彰<sup>3)</sup> 岡村 仁<sup>4)</sup>

1) 広島大学病院診療支援部リハビリテーション部門

2) ヒロシマ平松病院リハビリテーション部

3) 広島大学病院リハビリテーション科

4) 広島大学大学院医歯薬保健学研究所

## KeyWords：がん／理学療法／ニーズ

【目的】「がん患者リハビリテーション料」は入院中のみ算定可能であるが、退院後の算定は認められていない。近年、在院日数短縮によりがん患者に対して入院中に理学療法を十分に提供できず、機能回復が得られないまま退院する症例も多いことが推察される。そのため、外来での理学療法実施に対するニーズは高いとの仮説を検証するために、アンケート調査を実施した。

【方法】対象は広島県内の2施設において、がんに対する治療を目的として入院し、入院中に理学療法を経験したがん患者とした。理学療法に対するニーズ調査については退院日の7日前以内に紙面によるアンケートを実施した。

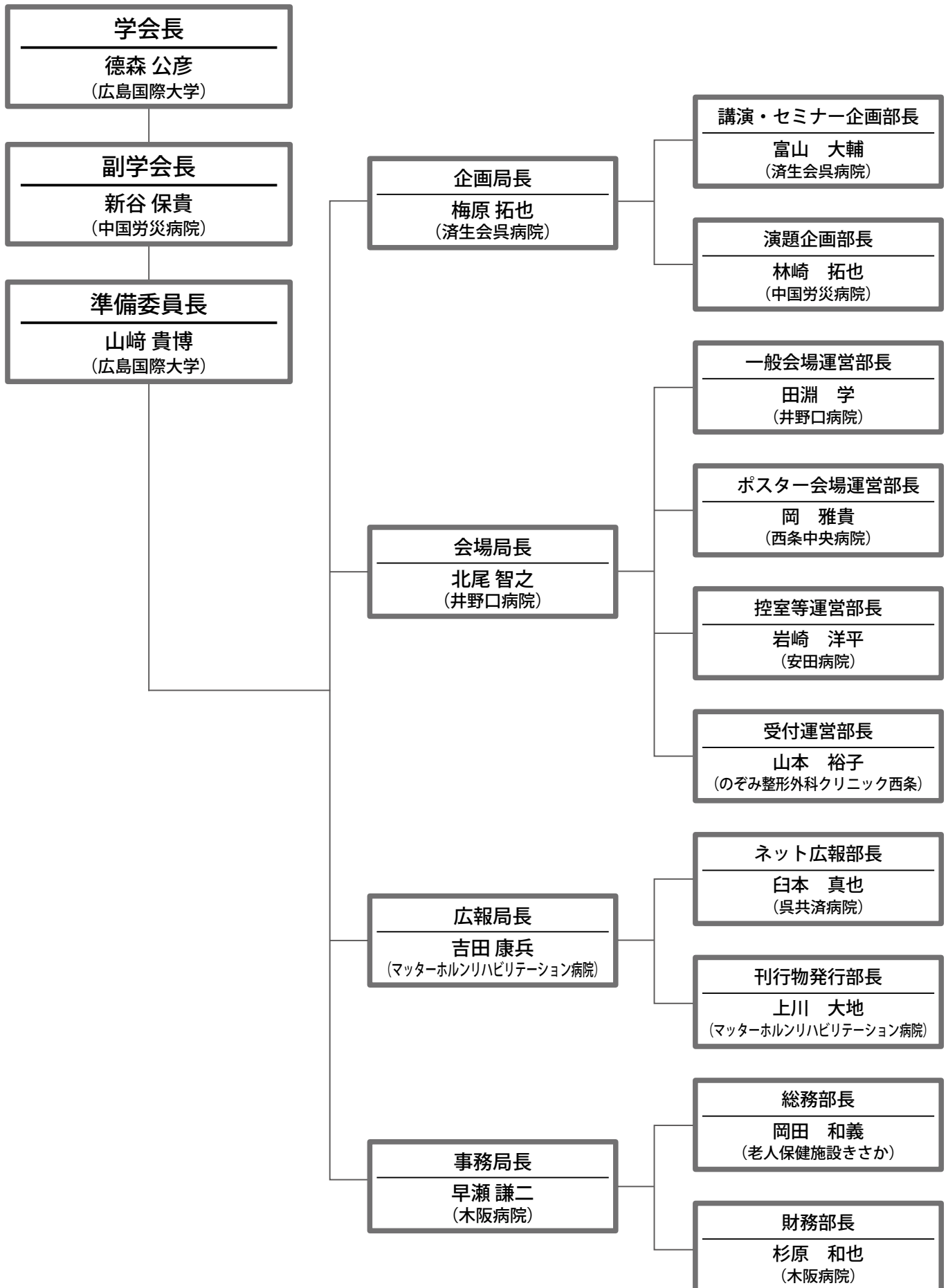
【倫理的配慮】広島大学疫学研究倫理審査委員会にて承諾され、書面にて同意を得て実施した。

【結果】回答者は25名であり、入院中に体力低下を自覚した者は21名(84%)であった。入院中の理学療法の実施で、運動機能は維持・向上したと感じたものは18名(72%)であり、また退院後も理学療法の実施が必要と感じたものは20名(80%)であった。

【考察】入院中に体力低下を感じるものが存在し、退院後も理学療法のニーズを感じているものが多いことが示された。入院を伴うがん治療が短縮化されていくなかで、外来でがん患者への理学療法を実施できるシステムの確立が必要であると考えられた。



# 組織図



# 運営スタッフ

※敬称略・順不同

奥田 泰司	社会医療法人	千秋会	井野口病院
江口 奏恵	社会医療法人	千秋会	井野口病院
野村 彰絵	社会医療法人	千秋会	井野口病院
奥島 悠大	社会医療法人	千秋会	井野口病院
真狩 望	社会医療法人	千秋会	井野口病院
佐渡 綾菜	社会医療法人	千秋会	井野口病院
日野 祥吾	社会医療法人	千秋会	井野口病院
池庄司 康夫	社会医療法人	千秋会	井野口病院
堀川 和	社会医療法人	千秋会	井野口病院
永井 慶	医療法人	青山会	西条中央病院
藤井 紀子	医療法人	青山会	西条中央病院
田之上 祐二	医療法人	青山会	西条中央病院
岩本 大毅	医療法人	青山会	西条中央病院
貫名 桂司	医療法人	青山会	西条中央病院
松本 拳斗	国家公務員共済組合連合会	呉共済病院	
桑原 裕治	医療法人社団	慈杏会	土肥整形外科病院
大久保 佑紀	医療法人社団	慈杏会	土肥整形外科病院
新藤 華子	医療法人社団	慈杏会	土肥整形外科病院
林 亜希穂	うたのはら整形外科クリニック		
大園 健太	独立行政法人	労働者健康安全機構	中国労災病院
久安 宏幸	独立行政法人	労働者健康安全機構	中国労災病院
内田 聡	独立行政法人	労働者健康安全機構	中国労災病院
矢吹 晃輝	医療法人社団	博愛会	木阪病院
仲本 遼太郎	医療法人社団	博愛会	木阪病院
平田 尚久	医療法人社団	博愛会	木阪病院
中島 大悟	自宅会員		
倉橋 真由	社会福祉法人	葵新生会	介護老人保健施設 もみじ園
花中 祐也	社会福祉法人	葵新生会	介護老人保健施設 もみじ園
河野 司	社会福祉法人	葵新生会	介護老人保健施設 もみじ園
富森 啓介	社会福祉法人	葵新生会	介護老人保健施設 もみじ園
實延 靖	医療法人社団	葵会	介護老人保健施設 葵の園・広島
内田 茂博	常翔学園	広島国際大学	
平元 奈津子	常翔学園	広島国際大学	
木藤 伸宏	常翔学園	広島国際大学	
宮信 和幸	医療法人社団	伯瑛会	のぞみ整形外科クリニック
河相 徹	医療法人社団	伯瑛会	のぞみ整形外科クリニック
有岡 大輔	医療法人社団	伯瑛会	のぞみ整形外科クリニック
堀江 和直	医療法人社団	伯瑛会	のぞみ整形外科クリニック
若宮 拓真	医療法人社団	伯瑛会	のぞみ整形外科クリニック
犬飼 真人	医療法人社団	伯瑛会	のぞみ整形外科クリニック
井上 椋太	医療法人社団	伯瑛会	のぞみ整形外科クリニック
唐原 直也	医療法人社団	伯瑛会	のぞみ整形外科クリニック
井上 未奈斗	医療法人社団	伯瑛会	のぞみ整形外科クリニック
若槻 優樹	医療法人社団	伯瑛会	のぞみ整形外科クリニック



## 後援団体

広島県

東広島市

一般社団法人広島県医師会  
一般社団法人東広島地区医師会  
一般社団法人呉市医師会  
一般社団法人広島県歯科医師会  
一般社団法人東広島市歯科医師会  
一般社団法人呉市歯科医師会  
公益社団法人広島県看護協会  
公益社団法人広島県薬剤師会  
一般社団法人広島県病院薬剤師会  
一般社団法人広島県作業療法士会  
一般社団法人広島県言語聴覚士会  
一般社団法人広島県介護支援専門員協会  
公益社団法人広島県介護福祉士会  
公益社団法人広島県社会福祉士会  
広島県医療ソーシャルワーカー協会  
公益社団法人広島県診療放射線技師会  
一般社団法人広島県臨床検査技師会  
一般社団法人広島県臨床工学技士会  
広島県精神保健福祉士協会  
広島県臨床心理士会  
公益社団法人広島県栄養士会  
一般社団法人広島県歯科衛生士会  
一般社団法人日本福祉用具供給協会 広島県ブロック  
社会福祉法人広島県社会福祉協議会  
社会福祉法人東広島市社会福祉協議会  
社会福祉法人呉市社会福祉協議会  
中国新聞社  
(順不同)