西多摩リハビリテーション研修会

令和６年度　症例検討会

抄録集

」

日時：令和７年２月６日（木）18 時 30 分~20 時 10 分

会場：公立福生病院　１階多目的ホール

プログラム

18 時 30 分 開会挨拶

18 時 35 分　第 1 セッション
【演題 1】
肺炎後の廃用症候群で既往に全身性エリテマトーデスを呈した症例
～自宅での入浴動作獲得を目指して～
羽村三慶病院　作業療法士　野本亜美
【演題 2】
独自の方法で ADL を確立していた対象者に対し,自宅環境を再現することで ADL へ反映できた症例
大久野病院　作業療法士　榎戸愛菜
【演題 3】
重度の感覚性失語症者に対するコミュニケーション代償手段の一考
～シミュレーションを通した家族指導と練習～
羽村三慶病院　言語聴覚士　岡部浩也

19 時 15 分　休憩

19 時 25 分　第 2 セッション
【演題 4】
身寄りがない失語症者　今後の生活が安心して安全に送れるように
～ST に求められること・出来ること～
青梅三慶病院　言語聴覚士　水葉貴之
【演題 5】
人工股関節周囲骨折術後に生じた脚長差に対して補高をして歩行獲得・自宅退院した症例
～立脚期荷重応答に着目して～
高木病院　理学療法士　河邊尚之
【演題 6】
脊柱管狭窄症を伴う腰椎変性すべり症において脊柱管狭窄症のみ手術適応となった 1 症例
~痛みを調整しながら体幹ｱｯﾌﾟﾗｲﾄに着目して~
高木病院　理学療法士　原島梨那

20 時 05 分 閉会挨拶

肺炎後の廃用症候群で既往に全身性エリテマトーデスを呈した症例
～自宅での入浴動作獲得を目指して～

医療法人社団三秀会　羽村三慶病院　リハビリテーション科　作業療法士
○野本亜美、佐藤文雄、棚谷祐昌、川村大樹

キーワード：多職種連携、環境設定、入浴

【はじめに】

今回、肺炎後の廃用症候群、既往に全身性エリテマトーデス(以下 SLE)を呈する症例を担当した。既往の SLE に伴う感覚鈍麻や皮膚の脆弱性から、スキンテアや転倒リスクが非常に高く入浴自立は難しいと推測された。しかし、本人から入浴動作自立の希望が強く聞かれた。今回、リハビリ介入、多職種連携により入浴動作を中心とした支援について以下に報告する。

【症例紹介】

60 歳代女性、マンション独居。入院前の移動は独歩自立、ADL・家事動作自立。入浴は一人で可能。浴槽にも入っていた。X 年 Y 月 Z 日に自宅で SLE の貧血症状にてふらつき転倒。左足関節外果骨折、右第 2 , 3 趾基節骨折の診断を受け、A 病院へ入院。 Z+58 日、当院回復期リハビリテーション病棟へ入院。入院時より微熱、肺炎を疑う所見あり。当院入院+5 日、CT 検査により肺炎と診断。翌日、治療のため急性期病院へ転院となり、Z+75 日、当院へ再入院となる。 入院時評価では、感覚検査は両手関節より遠位に軽度痺れあり。足部は表在・深部ともに中等度鈍麻。MMSE30/30 点。上肢 MMT 4 レベル、体幹・下肢 MMT2～3 レベル。SPPB4/12。FIM 項目 浴槽移乗 1 点。Demands は自宅で入浴したい。

【入浴動作獲得に向けての支援について】

リハビリでは院内浴室にて、立位での跨ぎ動作練習、浴槽内の起立・着座練習を実施。また、自宅浴室にて浴槽の跨ぎ動作練習を数回実施。その結果、療法士・看護師の見守りの下、院内浴室の浴槽跨ぎ動作が軽介助で可能となった。しかし、入院中に軽微な接触で 3 件のスキンテアが発生。今後もスキンテア、転倒のリスクが高い為、リハビリ時間内での跨ぎ動作練習は中止となった。その後、安全な入浴動作を目的とし、医師、療法士、看護師の 3 職種にてリスクカンファレンスを継続的に実施。結果として、入院中の個人浴利用には至らなかったが、退院前に担当ケアマネージャーへ入浴方法や入浴時の注意点について伝達した。その結果、退院後はサービスの利用や環境調整を行い、安全面を考慮した中で自宅でのシャワー浴が可能になった。

【考察】

入浴動作について、筋力や体力低下は顕著であること、SLE の影響もあり、本人のみでの入浴動作においては環境を整えた中でも転倒の危険性は高い。しかし、安全を考慮した入浴動作の手順や環境設定について担当ケアマネージャーへ伝達し、訪問看護・訪問リハビリを利用する事でシャワーのみではあるが自宅での入浴が可能になった。スキンテアや転倒リスクが高い方に対して、浴室内の環境調整や多職種連携が重要であると再認識した。

独自の方法でADLを確立していた対象者に対し,
自宅環境を再現することでADLへ反映できた症例

大久野病院　作業療法士　榎戸愛菜

キーワード：ADL訓練,環境整備,情報共有

【はじめに】既往歴に脳出血のあるA氏が新たに脳梗塞を発症した.A氏がそれまで利用していた訪問リハビリテーション（以下,訪問リハ）に自宅環境と,ADLの情報提供を依頼した.その自宅環境を再現し,病棟内 ADL に反映した事例を報告する.なお,発表に際し,本人に同意を得ている.

【事例紹介】A氏,60歳代,男性.現病歴：X年Y月Z日,左上下肢に若干の脱力があり受診.脳梗塞の診断にて,当院回復期病棟へ入院.既往歴：X-9年,脳出血,左片麻痺,失調症状あり.在生活を送っており,日中独居.ADL は車椅子移動,トイレ動作,食事動作は自立.要介護度 4 にて,デイサービス,訪問リハ,ショートステイを利用していた.自宅は改修済み.

【入院時評価】BRS:上肢Ⅴ,手指Ⅲ,下肢Ⅴ.感覚:上下肢共に表在・深部感覚重度鈍麻,MMT:上下肢ともに4.握力:右）30.0kg.ROM:左上下肢に制限があるも,ADLに影響する制限なし.失調:測定障害,反復運動拮抗障害,FIM:62/126点（運動項目36点）.MTDLP合意目標:「足に力をつけて,自由に移乗・移動ができる」

【介入経過】,入院直前まで利用していた訪問リハに情報提供を依頼し,自宅環境を聴取したが,自宅同様の環境設定は病院の環境上再現することが困難で,本人がこれまでにしていたADLができず,「してもらう」介助が多くなった.A氏からは「自由に移乗・移動・食事をしたい」「好きなものを食べたい」という希望と,アニメを見ることが楽しみであることが聞き取れ,本人の QOL 向上にとっても,他人の手を借りずに能動的に生活することが重要な要素であると考えた.そこで作業療法では介入時のみ自宅環境を再現し,移乗動作練習と,靴履きを重点的に実施した.それら動作が確立できた時点で,病棟スタッフにも自宅環境・動作方法を共有.A氏が病棟内で「できること」を増やしていった.また,「できること」が増えたA氏から,その他の動作や環境設定に関して提案が聞かれるなど,自発性を含む発言が多く聞かれるようになった.

【結果】Y+2ヶ月　FIM:64点/126点（運動項目 38点）.車椅子移動は短距離可能であるが,病棟内での移動は,長距離であることや,時間がかかる事などを理由に介助を希望.

【考察】生川らは“環境調整の確認や実場面での動作練習,指導などを行える訪問リハは重要である.”と報告しており,実動作練習の重要性を示唆している.今回の介入では,独自の環境・方法にて移乗動作を実施していたA氏に対し,自宅環境を再現し病棟ADLへ反映した.実際の生活動作に近い練習を行うことは回復をより実感できる手段であり,生活のモチベーションを高めることのできるアプローチであった考える.そして本症例でも「できること」が増えた実感が自発性を向上させたと考える.

重度の感覚性失語症者に対するコミュニケーション代償手段の一考
～シミュレーションを通した家族指導と練習～

医療法人社団三秀会　羽村三慶病院　リハビリテーション科
○岡部浩也、奥野美咲、関谷清美、佐藤文雄、秦和文、棚谷祐昌、原潤子、中里哲大

キーワード：重度感覚性失語症、家族指導、シミュレーション

【はじめに】心原性脳塞栓症にて重度の感覚性失語症を呈し、代償手段の構築やコミュニケーション方法に難渋した症例を担当した。本症例は、状況理解は保たれていたものの、言語理解は単語レベルから低下しており、また英語交じりのジャーゴンを呈していたため聞き手側の配慮が必要であった。本人とご家族の生活場面を想定したシミュレーションを治療場面で作り、家族指導を行う事で円滑な自宅退院に至ったため、ここに報告する。

【症例紹介】80 歳代男性、奥様と長女様 3 人で暮らしており、IADL は自立されていた。X 年 Y 月 Z 日に呂律が回っていない事に長女が気付き、救急要請にて前医へ入院、心原性脳塞栓症と診断。高次脳機能障害として Z＋17 日に当院回復期リハビリテーション病棟に入院された。

【入院経過】入院時から運動麻痺は認めず独歩監視レベル、感覚性失語及び注意障害等の高次脳機能障害を呈していた。標準失語症検査（以下 SLTA）は理解の項目で単語レベルから低下、文字の読解も困難。表出の項目に関しても「話す」、「書く」ともに困難であった。日常会話場面では、ジャーゴンと英語交じりの新造語が頻出し聞き手側の推測も困難であった。Z+43 日目に SLTA を再評価、言語理解や読解の項目で改善がみられていた。日常会話場面では新造語などは残存していたため、Z+45 日目から筆談練習、Z+47 日目にポインティング練習を開始した。漢字単語の理解や絵や文字といった組み合わせを概ね正しくマッチングすることはできていたが、注意障害などの影響もあり実用的な代償手段とはならなかった。Z+51 日目からはジェスチャーや描画練習を実施。生活場面でも自発的な使用がみられ、トイレや食堂の方向を指さして他者に伝える場面がみられた。しかしジェスチャーにおいても情報の伝達量に限界がみられた。Z+100 日目では英語交じりの新造語は減少、有意味語の表出もみられるようになったが、依然として聞き手の配慮が必要であった。そのため言語聴覚療法として家族指導に比重を置き、コミュニケーション手段の獲得を目指した。家族指導により対応方法を習熟した事によって、易怒的になる場面やコミュニケーション活動を放棄する場面はみられずに経過され、Z＋129 日目に自宅退院となった。

【考察】立石らは、重度の失語症者の言語機能を実用レベルまで改善させることが難しい場合、代償手段の使用を検討すると述べている。本症例もジェスチャーを使うことで伝達力の向上に一定の成果はみられたが、聞き手側の配慮が必要なことに変わりはなかった。言語聴覚療法の場面において、本人とご家族の生活場面を設定したシミュレーションを反復した。代償手段を構築する上では、失語症者のパーソナリティが重要であり、周囲の方々の理解が一番有効な代償だと考える。

身寄りがない失語症者　今後の生活が安心して安全に送れるように
～ST に求められること・出来ること～

青梅三慶病院　言語聴覚士　水葉貴之

キーワード：高次脳機能障害（失語症、注意障害）、身寄り、成年後見人

【はじめに】失語症と注意障害により、関係性構築に時間を要し、関わり方に工夫が必要な症例。身寄りがなく、今後は成年後見人を立て、安心した生活が送れるように専門職としてどのような情報提供と引継ぎが必要かを、模索・検討している症例について報告する。

【症例紹介】60 代後半男性。脳梗塞。身寄りがなく、既往歴、病前の生活状況ともに不明。

【現病歴】X 年 Y 月 Z 日に自宅マンションロビーにて倒れているのを発見、救急要請。左 MCA 梗塞、左大脳梗塞を認め入院。右不全麻痺と失語症、高次脳機能障害が出現する。方向性を検討するため当院回復期に入院予定だったが、入院日当日（Y+1 月 Z+28 日）、怒鳴るなどの問題行動があり、回復期病棟への入院が困難と判断され療養病棟での入院となる。不穏傾向は改善し、Y+2 月 Z+16 日に当院回復期病棟へ転棟、リハビリ開始となる。

【評価・経過】療養病棟入院期間の約 3 週間はリハビリ介入なし。入院時より ADL は独歩自立で身体機能は保たれていた。言語機能面と高次脳機能面で感覚性失語と注意障害（選択性、転換性、分配性の低下）、病識の低下を認めた。言語機能面では、聴理解 3 割、読解 7 割の理解、話す能力は音韻性錯語と喚語困難により新造語の発話が多く、ノンバーバルな手段を活用する必要があった。介入当初は警戒心が強く、表情も硬かった為、積極的な訓練ではなく信頼関係構築のため自由会話、屋外散策などを中心に行った。徐々に訓練への協力や笑顔が増加し、言語訓練で言えていないことに気付きが得られた。人間関係のトラブルもなく、挨拶など他者との関わりも自発的に取ることが増えた。言語機能の改善に伴い聴理解 9 割、読解 10 割が可能、話す能力では錯語と新造語は残存するが、有意味語が増加し、発話内容が推測しやすくなる。しかし、継続的に失語症の障害を理解と関わり方の工夫が必要。注意障害と病識の低下も残存し、作業に夢中になると指示が入りづらく、「できる」「帰れる」と楽観的で訓練の必要性の認識が低い。今後、生活全般と対人関係で「自己管理不足」や「誤解」、「誤った判断」などの影響がでることが予測される。病前の生活状況は本人の携帯電話、会話などから収集できるが不透明なことが多く、生活の話になると表情の険しさが増加する。退院後の生活の管理全般を依頼する為、成年後見人の申し立てを進めている。

【考察・今後の課題】失語症の改善により入院時に比し円滑な意思疎通が取れることや他者との関わりに問題はみられていないが、環境変化への配慮や関わり方は継続的に注意が必要であり、入院時のように環境の変化が不穏に繋がることも懸念される。今後、成年後見人を立て、金銭管理を含め依頼していくが、本人はまだ十分に把握されていない。今後、互いに十分な信頼関係がないと誤解が生じ、人間関係・生活リズムの崩壊、孤立、暴力・暴言に繋がる可能性があると考える。ST にできる事は、失語症と高次脳機能障害の症状と関わり方を適切に伝え、退院後も安全に生活できる環境を作る事だと考えている。

人工股関節周囲骨折術後に生じた脚長差に対して補高をして歩行獲得・自宅退院した症例
～立脚期荷重応答に着目して～

医療法人社団仁成会　高木病院　理学療法士　河邊尚之

キーワード：人工股関節周囲骨折,脚長差,荷重応答

【症例紹介】80 代男性.左変形性股関節症に対し Total Hip Arthroplasty(以下 THA)を施行.退院 1 ヶ月後,自転車乗車中転倒し左 THA 周囲骨折(Vancouver 分類 B1)を受傷.受傷から 4 日後他院にて左大腿骨観血的整復固定術施行.術後 3 週まで完全免荷.3 週から荷重開始し,5 週で 1/2Partial Weight Bearing(以下 PWB),6 週で 2/3PWB,術後 6 週＋5 日後ステムの沈下を認め術後 8 週まで完全免荷後 2/3PWB,術後 9 週＋4 日で当院へ転院した.術後 10 週で Full Weight Bearing(以下 FWB).術後 15 週で自宅退院した.受傷前 ADL は独歩にて自立.免荷期間の長期化や継続した痛みなどにより,歩行獲得に難渋した.入院中の治療経験を報告する.

【理学療法評価】術後 10 週,平行棒内で歩行練習中,左立脚中期で体幹前傾,骨盤左挙上,左下肢支持性低下があり歩行の不安定性が見受けられた.原因として,脚長差,左下肢荷重時痛,左下肢筋力低下によって左荷重量 50/60kg と低下していた.画像所見より左下肢 9mm 短縮.背臥位にて下肢長を測定した結果,臍下長 21mm,棘下長 21mm,転子下長 4mm 左下肢が短縮.構造的脚長差と機能的脚長差があった.構造的脚長差はステム沈下.機能的脚長差は左股関節伸展可動域-15°と股関節屈曲拘縮が生じていた.歩行は左荷重時の大腿前外側面,膝蓋骨直上内側で NRS7/10 の疼痛が生じた.要因として大腿周径から大腿近位につれて腫脹がみられ,炎症と大腿外側術創部の軟部組織の癒着による滑走性低下による疼痛があった.徒手筋力検査より中臀筋 5/2-,腸腰筋 5/1,大腿四頭筋 5/2 であった.以上の評価から本症例は,脚長差,疼痛,筋力低下により下肢支持性低下をきたし歩行の不安定性を生じていた。

【介入内容と結果】疼痛抑制と筋促通を実施したあと荷重練習を行ったが骨盤傾斜が改善しなかったことから構造的脚長差を改善するため補高を行なった.補高は立位で左右上前腸骨棘が水平となるインソール 11mm としたが,歩行時の自覚的脚長差感があり踵部に補高 4mm 追加した.歩行時の骨盤左挙上は補高では抑制できなかった.機能的脚長差に対しては,股関節伸展練習と骨盤左挙上を抑制する中臀筋,内腹斜筋へアプローチした.補高をした上で左荷重時の深部感覚への再学習を促すため荷重練習も行なった.荷重練習は視覚を用いて姿勢のフィードバックを行い介助下と非介助下で行なった.術後 14 週目の評価結果から左股関節伸展-5°,大腿周径の改善,徒手筋力検査より,中臀筋 5/2-,腸腰筋 5/2-,大腿四頭筋 5/2＋となった.脚長差の改善と筋収縮性が向上したことで左立脚期における骨盤左挙上が軽減した.それによる左荷重量の向上や経時的な痛みの改善により pick up 歩行・2 本杖歩行自立となった.

【結論】THA 周囲骨折術後,脚長差,疼痛,筋力低下により左下肢荷重量が低下し歩行の不安定性がみられた.脚長差に対して補高を行い,筋力トレーニングや疼痛管理を行いながら動作の再学習を行い,pick up 歩行・2 本杖歩行自立となり自宅退院となった.

【説明と同意】症例は本発表の意義と目的について十分に説明し,同意を得た.

脊柱管狭窄症を伴う腰椎変性すべり症において脊柱管狭窄症のみ手術適応となった1症例
~痛みを調整しながら体幹ｱｯﾌﾟﾗｲﾄに着目して~

医療法人社団　仁成会　高木病院　ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ科　原島 梨那

ｷｰﾜｰﾄﾞ：脊柱管狭窄症　腰椎変性すべり症　体幹ｱｯﾌﾟﾗｲﾄ

【症例紹介】70代後半男性,腰痛にてX‐6年（X：手術日）から当院に通院.X‐9月に左腰部から大腿部に疼痛と長距離歩行困難.同月に外来受診しL4/L5腰椎変性すべり症 L2/3～L4/5脊柱管狭窄症（以下LCS）診断.投薬治療をされるが,疼痛緩和せず歩行困難となり入院.術前は,左鼠径部,大腿部前外,下腿前外側痛.腰部外側に安静時痛・体動時.安静時痛NRS6/10動作時痛9/10.背臥位にはなれず,Gage up45°右側臥位で過ごされている.移動手段は独歩,前傾約90°屈曲・両膝屈曲位・大腿部に両手付き歩行.術前ﾘﾊﾋﾞﾘは,X-21日ﾘﾊﾋﾞﾘ開始　X日LCSに対して,L5‐S1固定術 ,4/5椎弓切除・脊椎嚢胞摘出を施行.X+1日術後ﾘﾊﾋﾞﾘ再開.

【評価と問題点】 X+2日,左下肢前外側痛軽減.左大腿前面・腰部外側の疼痛は残存.腰部の痛みは新たに術創部痛が生じた.安静時ではNRS6/10,動作時NRS8/10.疼痛誘発動作は体幹伸展.立位姿勢は,腰椎後弯・左側弯・骨盤後傾・右骨盤後方回旋・右骨盤挙上・股関節屈曲.体幹ｱｯﾌﾟﾗｲﾄ動作は,腰椎伸展が股関節伸展より早期に見られた. 腰椎後弯と股関節屈曲拘縮が体幹ｱｯﾌﾟﾗｲﾄ動作異常により下肢痛に繋がっていると仮説を立てた.感覚検査はｽｸﾘｰﾆﾝｸﾞ評価で陰性. 関節可動域（右/左°）は,股関節屈曲135/130,伸展0/0,膝関節屈曲130/110,伸展0/⁻5.徒手筋力検査法では（右/左）,腹直筋3,腸腰筋4/4,大腿四頭筋4/3⁻,内転筋群3/2,中殿筋3/3,ﾊﾑｽﾄﾘﾝｸﾞｽ3/3,大殿筋3/3⁻,多裂筋2~3⁻.このことから体幹ｱｯﾌﾟﾗｲﾄ動作時に股関節伸展可動域,筋力低下によって腰椎後弯し, 神経症状が生じている.

【介入と結果】 股関節伸展制限に対して,筋膜ﾘﾘｰｽ・ﾀﾞｲﾚｸﾄｽﾄﾚｯﾁを大腿直筋・大腿筋膜張筋・腸腰筋に行った.筋力ﾄﾚｰﾆﾝｸﾞとして,腰椎前弯抑制を目的に腹筋群や殿筋群強化exを行った.また,体幹ｱｯﾌﾟﾗｲﾄ姿勢は先行して股関節伸展を行い,神経症状が見られない体幹伸展角度の獲得をﾄﾚｰﾆﾝｸﾞかつ指導を行った.術後管理として,体幹伸展は,固定と隣接する椎間への負担を軽減するように工夫した.結果,体幹ｱｯﾌﾟﾗｲﾄ時に股関節伸展がみられ, 疼痛は体幹伸展45°~50°以上になると下肢・腰部,安静時NRS2/10,動作時NRS4/10.関節可動域（右/左°）は,股関節屈曲135/135,伸展10/10,膝関節屈曲130/130,伸展0/0.徒手筋力検査法（右/左）では腹直筋4,腸腰筋4/4,大腿四頭筋4/4,内転筋群3+/3+,中殿筋4/4ﾊﾑｽﾄﾘﾝｸﾞｽ4/4,大殿筋4/4⁻多裂筋3.

【結論】LCSの手術後,腰椎変性すべり症による神経痛により苦戦した.運動ﾊﾟﾀｰﾝや体幹・股関節周囲の筋力低下によって腰椎変性に繋がったと推測される.固定術後の負担軽減しながら体幹ｱｯﾌﾟﾗｲﾄに必要な筋力ﾄﾚｰﾆﾝｸﾞ. 動作指導を行い症状は緩和し退院となった.