

西多摩リハビリテーション研修会
平成 28 年度症例検討会 抄録集

日時：平成 29 年 2 月 14 日（火）

18：25～20：30（発表 7 分、質疑 4 分）

会場：公立福生病院 1 階多目的ホール

18:25～18:30 開会挨拶：内田貴士（西多摩リハビリテーション研修会会長）

18:30～19:05 第一部 座長：金森宏（永生クリニック）

【演題1】体幹角度の調整により食事が継続できた一例

医療法人財団 暁 あきる台病院 言語聴覚士 遠藤正悟

【演題2】多職種との連携により失禁頻度が減少した一例

医療法人財団 利定会 大久野病院 作業療法士 金子昌史 榛葉智之

【演題3】現状の理解がクライアントの主体性を引き出した事例

医療法人社団 KNI 北原国際病院 リハビリテーション科 作業療法士 井上信悟

18:05～19:40 第二部 座長：小杉哲也（北原国際病院）

【演題4】吹き矢により呼気流量の増加が認められた一例～COPDを対象に～

医療法人財団 暁 あきる台病院 理学療法士 野澤由佳

【演題5】腰痛と下肢への放散痛のため基本動作能力の低下を来した症例を経験して

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 理学療法士 山健斗

【演題6】予測的姿勢制御に対してアプローチを行い、歩行能力が改善された症例

医療法人財団 利定会 大久野病院 理学療法士 酒井涼太郎

19:40～19:50 休憩

19:50～20:25 第三部 座長：坂本洋介（羽村三慶病院）

【演題7】左橋下部・延髄梗塞症例に運動イメージを用いることで歩行時の姿勢異常に改善を認めた一報告

永生クリニック リハビリテーション科 理学療法士 樫尾正樹

【演題8】左被殻出血により歩行失行を呈した患者に対し、認知神経リハビリテーションを実施した症例

永生クリニック リハビリテーション科 理学療法士 山田貴之

【演題9】重度片麻痺・感覚障害を呈した症例の短期目標とその結果の相違～予後予測の再検討～

医療法人社団 KNI 北原国際病院 リハビリテーション科 理学療法士 松本修典

20:25～20:30 総評・閉会挨拶：植松博幸（西多摩リハビリテーション研修会副会長）

体幹角度の調整により食事が継続できた一例

遠藤正悟 言語聴覚士 医療法人財団 暁 あきる台病院

キーワード：嚥下障害、体幹角度の調整、自力摂取

【はじめに】

嚥下障害により多量の咽頭残留を認める症例に体幹角度の調整を実施し、誤嚥のリスク低減に努めた。その経過を以下に報告する。

【症例】

80代男性。診断名：脳梗塞。既往歴：右気胸、認知症、肺気腫。現病歴：右気胸にてA病院入院し、H28年6月当院入院。食思が強く、家族は代替栄養法を希望されないため、不食となるまで経口摂取を継続する。

【初期評価】

摂食・嚥下のグレード5・レベル7。構音器官に運動制限はないが、RSST1回・MWST3・顕著な湿性嘔声・咳嗽力の低下が認められた。食事はベッド上体幹角度75度にて全粥・キザミ食を自力摂取しており、著しいむせを認め、食事介助は拒否された。VFでは40度にて全粥・ミキサー粥などで評価し、嚥下機能の低下による多量の咽頭残留を認め、嚥下後の誤嚥のリスクが確認された。

【訓練経過】

経口摂取の継続には、適切な食事環境を整えることが急務であった。そこで実施したのが体幹角度の調整である。まずは安全面を考慮してVF時に誤嚥を認めなかった40度に設定した。しかしこの時本人が食べにくさを訴えて体を70度まで起こしてしまい、結果としてむせの増加や食事量の低下を認めた。むせは嚥下後に見られたので体幹角度は70度よりも低くする必要があるとあり、次に60度に設定したが、60度でも同様にむせが多く見られた。そこで角度をさらに低くして50度に設定した。50度ではむせの回数は減少し、食事量は増加した。45度まで下げると体動が見られ自力摂取が困難であった。そのため暫定的に50度に設定し、継続的に摂食評価を行った。

【結果】

誤嚥性肺炎を発症することなく、食事を継続できた。

【考察】

体幹角度の調整について、藤島ら(1993)は水平位から30度仰臥位で誤嚥が減少したものが最も多かったと報告している。他方、北條(2013)によれば自力摂取には45度以上が望ましいとされ、岡田ら(2006)は万人に適した体位というのは存在せず、一例一例十分な評価を行い選択する必要があると述べている。今回はそれらを参考にしつつ、誤嚥のリスク低減と自力摂取との兼ね合いから50度を見出した。本事例からは、嚥下機能の低下により嚥下後の誤嚥のリスクが高い症例に対して体幹角度の調整を実施することで、誤嚥性肺炎を発症せずに経口摂取を継続することができる可能性が示唆された。

『多職種との連携により失禁頻度が減少した一例』

医療法人財団 利定会 大久野病院 作業療法士
金子昌史 榛葉智之

【キーワード：多職種との連携、排尿パターン】

I. はじめに

今回、入院当初 ADL 全介助を要した症例を担当した。終日失禁を繰り返しており、尿意のタイミングに着目し、日中トイレ誘導へ結びつけた為、以下に報告する。

II. 症例紹介

氏名：A 氏 年齢：80 歳代

診断名：脳出血 障害名：左片麻痺

ADL：FIM 入院時（移乗動作 1 点 排尿コントロール 1 点）合計 30 点

退院時（移乗動作 3 点 排尿コントロール 2 点）合計 35 点

III. 入院経過

本症例は、ADL 全介助を要し排泄も終日オムツを使用していた。失禁後の不快感から終日オムツいじりがみられたことでミトン対応という悪循環となってしまった。そのため、失禁頻度の減少を目標に排泄動作練習、環境的側面からのアプローチに取り組んだ。

まず、排泄表をみて排尿パターンを把握し、失禁が多い時間帯にトイレ誘導を行った。トイレ誘導時は、リハビリテーションスタッフと病棟スタッフの 2 人介助で行い、トイレ誘導から 1 ヶ月後便座上で尿意の訴えがみられ始めた。そのため、1 人介助でのトイレ誘導ができ排泄機会の増加に繋げるため、環境的アプローチとして病棟スタッフと相談しパンツ型オムツとパットへの変更を行った。併行して動作的小アプローチでは、トイレの介助量軽減のため、座位・立位保持、移乗練習を行い、結果として 1 人介助でのトイレ誘導が可能となった。その後、病棟の看護師・介護士にトイレ介助指導や手順表を作成し、病棟スタッフの介助方法を共有した。最終的には、トイレに行く機会が増え、失禁・オムツいじりの頻度を減らすことが出来た。

IV. 考察

今回、本症例において、排尿パターンに即したトイレ誘導や排尿動作、環境の見直しにより失禁頻度の減少が認められた。下部尿路機能の問題が明確ではない場合、われわれの工夫次第で尿失禁を減らせることの報告もあり、それらのことからトイレ動作、排泄コントロール全介助の症例において尿失禁を減らすことができたと考える。より良い方法を看護師・介護士と相談し協働することが重要と感じ、今後も臨床に活かしていきたいと思う。

V. 参考文献

1)太田有美：高齢者の排尿障害への介入－療法士も排尿管理への簡易評価を。地域リハビリテーション PP839 2013.11

現状の理解がクライアントの主体性を引き出した事例

医療法人社団 KNI 北原国際病院 リハビリテーション科

作業療法士 井上 信悟

Key Words : 脳卒中急性期, 主体性, 協業

【はじめに】

今回、急性期の段階からクライアントの主体性に着目し、協業関係を築くことが効果的な介入に繋がったため報告する。なお、発表に関して本人に十分な説明と同意を得ている。

【A 氏の基本情報】

60 代男性。脳梗塞（内包後脚～尾状核）を発症。所有アパートに妻と長男夫婦と 2 世帯で同居している。廃棄物処理会社社長であるが、現在は月に数日出勤する程度であり、その他の日は、余暇中心の生活であった。

【介入】

評価：左片麻痺（Br-stage II-II-II）、中等度感覚障害、構音障害、嚥下障害を呈した。脳梗塞 3 病日目より OT を開始し、28 日間の介入を行なった。初回面接では「自動車運転がしたい」とのニーズが語られたが、現在の生活に対するニーズは語られず、悲観的な発言や受け身的な言動が多くなっていた。そこで、A 氏の気持ちを傾聴しつつ、現状の整理と A 氏の潜在的なニーズを把握することを目的に ADL を中心とした身の周りの作業を共有する機会を作った。そして、FIM で評価を行い、ADL の重要度、遂行度、満足度を 10 点法で聴取した。その結果を踏まえて A 氏と再度面接を行うと、食事と入浴に関するニーズが聞かれた。そこで、「食事：トロミ食から刻み食への食形態向上」、「入浴：機械浴から一般浴室への移行」を短期目標とした。加えて、遂行度、満足度の低かったトイレについても OTR が「トイレ：日中のみ、ベッド上尿器から病棟トイレへの移行」を提案して合意を得た。

目標設定後の介入：食事は、ST の直接訓練に加えて、座位の姿勢崩れに対してシーティングを行った。入浴とトイレは、基本動作練習と実動作練習を中心に行った。

【結果】

短期目標はすべて達成し、食事（FIM 6 点（+1） / 重要度 10 / 遂行度 7 / 満足度 7（+4））、入浴（3 点（+2） / 9（+1） / 8（+5） / 7（+3））、トイレ（4 点（+3） / 5（+5） / 6（+3） / 6（+2））において改善が見られた。その他の ADL も全般的に改善が見られた。

【考察】

初回面接では明確なニーズが語られず、リハビリに対して受け身的であった。しかし、ADL を中心とした身の周りの作業を共有したことで徐々にニーズが語られるようになった。これは、協業による現状の整理が A 氏の潜在的なニーズの理解に繋がったためだと考えられる。

吹き矢により呼気流量の増加が認められた一例～COPDを対象に～

医療法人財団 暁 あきる台病院

理学療法士 野澤由佳

キーワード：慢性閉塞性肺疾患（COPD）、呼気流量、吹き矢

I.はじめに

今回、慢性閉塞性肺疾患（COPD）を呈している症例を担当させて頂く機会を得た。COPDにおける呼吸困難感の原因となる基本的病態は、主に気流閉塞と動的肺過膨張であり、西村、川山らによると呼吸困難感にはQOLや生命予後と関係があると言われている。本症例の嗜好を考慮し、楽しみながら実施できる吹き矢を選択し、肺コンプライアンスの高い状態でも呼気流量が増加することで、呼吸困難感の改善につながるのではなかという仮説を立て、介入を行ったのでここに報告する。

II.説明と同意

当院倫理委員会の許可を得た上で、本症例、ご家族様に同意を得た。

III.症例紹介

80歳代、男性。O₂常時1L使用。【現病歴】平成28年6月呼吸困難、COPDの増悪にてA病院へ入院。同年9月当院へ入院となる。【既往歴】認知症、糖尿病、高血圧症

IV.方法

吹き矢は、自作したものを使用し、立位にて行い、効果判定に呼気流量を用いた。呼気流量の測定は、ミニライト・ピークフローメーター（ATSスケール：英国クレメント・クラーク社製）を使用した。測定肢位は端座位とし、呼気がもれないようにマウスピースを咥え、その後最大吸気位から最大呼気を行った。測定回数は3回とし最大値を採用した。初期、中間、最終とスパイロメーターでの呼吸機能の評価を行った。

V.初期評価（H28.11.21）→最終評価（H28.12.20）※変更点のみ記載

【HDS-R】17/30点【MMT】上下肢4、体幹4【呼吸困難】安静時、動作時：自覚症状なし【呼吸機能】努力性肺活量（FVC）3.18→**3.41L**、1秒量（FEV1）1.12→**1.33L**、1秒率（FEV1.0%）38.05→**39.00%**、ピークフロー（PEF）140→**160L/min**【経皮的酸素飽和度（SpO₂）】安静時99%、動作時94→**96%**【6分間歩行】（歩行前）SpO₂98%、修正Borg1、（歩行後）SpO₂89%、修正Borg5→**4**、距離156→**226m**【ADL】BI90/100点、FIM116/126点

VI.結果と考察

最終評価時では、FVC、FEV1、FEV1.0%、PEFにおいて増加が認められた。このことから、肺の容量が増加し呼出する力も増加したと考えられる。つまり、COPD患者に対して、吹き矢によって呼吸筋（腹筋群、内肋間筋等）が鍛えられ、肺コンプライアンスが高い状態でも呼気流量が増加し、呼吸困難感が軽減したのではないかと考えられる。今回の結果では、FVC、FEV1、FEV1.0%が増加したが、今後も経過を追い、COPD患者に対して有効であるか検討していく。

腰痛と下肢への放散痛のため基本動作能力の低下を来した症例を経験して

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

理学療法士 ○山健斗 秦和文

キーワード：腰痛、中枢感作、筋スパズム

【はじめに】今回、廃用症候群にて当院回復期リハビリテーション病棟に入院されたが、入院時から強い腰痛と放散痛を訴え、起き上がり動作及び歩行困難であった症例を経験した。既往歴や初期評価、また入院経過から中枢感作に伴う腰痛を念頭に置き介入を進め、自宅退院に至ったため報告する。

【症例紹介】80歳代女性。宿便性直腸穿孔術後廃用症候群。宿便性直腸穿孔及び腹膜炎の診断にて他院に緊急搬送され緊急手術施行（人工肛門造設）。術後42日に当院に転院された。既往に慢性腎不全、高血圧、また発症4ヶ月前から腰痛や膝関節痛が生じていた。病前のADL・IADLは共に自立、歩行は屋内外独歩自立であった。

【初期評価】腰椎上位の右脊柱起立筋や広背筋に筋スパズムと圧痛を顕著に認め、圧痛は大腿四頭筋にも及んでいた。腰椎伸展時には、右膝蓋骨前面や膝関節内側、足関節内側背部にも放散痛を認めた。画像所見ではL4,5の脊柱管狭窄症が疑われ、SLRテストは右側陽性。両下肢の関節可動域は正常。MMTは体幹屈曲3、回旋3、伸展は腰痛のため実施困難。寝返りは腰痛により努力性ではあるが自立。起き上がり動作は腰痛を認め、中等度介助を要した。歩行は腰痛と右下肢の疼痛を認め手引き歩行にて2m可能。

【経過】入院当初から血圧は高値を示し、貧血や低栄養など全身状態の不安定性を認め、離床機会が減少。腰痛や放散痛に対し下肢の運動療法を行ったが、疼痛の改善には至らなかった。入院後23日から全身状態安定。しかし疼痛は初期評価時と変わらず、既往からの腰痛や右脊柱起立筋や広背筋の筋スパズムから中枢感作を疑った。筋スパズムに対して愛護的なストレッチ、体幹屈曲・回旋筋筋力強化を実施。また疼痛が増悪しない範囲での歩行練習を実施。入院後47日にMMTは体幹屈曲5、回旋5。起居動作時も疼痛が消失し自立された。入院後87日にADL及び屋内外独歩自立にて自宅退院された。

【考察】本症例は、既往からの腰痛により疼痛閾値低下や侵害刺激が繰り返され中枢感作が生じたと考えた。更に全身状態の不安定性や離床機会の減少による著しい活動性の低下も一要因であると考えた。疼痛の責任部位に対し直接的にアプローチを行い、筋の伸張反射抑制や触覚刺激による侵害刺激の緩和を図り、さらに体幹筋の強化と適度な運動制限を施したことが、腰痛と放散痛の鎮痛に有効であった可能性が示唆された。

予測的姿勢制御に対してアプローチを行い、歩行能力が改善された症例

医療法人財団 利定会 大久野病院 理学療法士

○酒井 涼太郎

キーワード：予測的姿勢制御、歩行

【はじめに】

予測的姿勢制御とは随意運動において、姿勢筋の筋活動や足圧中心(以下 COP)の移動が早期に起こることである。今回脳梗塞により右不全麻痺を呈した症例を担当した。主に予測的姿勢制御に対して理学療法を行い歩行能力が改善した為以下に報告する。

【説明と同意】

発表するにあたり、ヘルシンキ宣言に基づき対象者本人とご家族に同意と了承を得た。

【症例紹介】

80歳代女性 診断名：脳梗塞(左被殻、放線冠) 発症日：X年5月4日 現病歴：トイレに行けなかった為救急要請し、急性期病院へ入院。発症1ヶ月後に当院へ転院。 障害名：右不全麻痺 既往歴：脳底動脈瘤、弁膜症、高血圧 病前ADL：T字杖歩行自立 本人hope：家に帰りたい

【初期評価】

Brunnstrom recovery stage：上肢IV、手指IV、下肢V 感覚：表在軽度鈍麻、深部感覚精査困難 立ち上がり：中等度介助。T字杖歩行：中等度介助。揃え型歩行。ウエイトシフトが行えず下肢を振り出せない。高次脳機能：注意障害、失語症

【治療プログラム】

1. 下肢のペダリング運動 2. step 練習 3. 風船バレー 4. 立位練習 5. 歩行練習

【結果(3ヶ月後)】

立ち上がり：見守り T字杖歩行：軽介助。ウエイトシフト改善し、下肢の振り出しは改善。前型歩行となる。

【考察】

予測的姿勢制御は大脳基底核から大脳皮質と脳幹への脱抑制により、皮質網様体投射と網様体脊髄路が活動し、随意運動に先行して姿勢制御が行われ円滑な動作が可能となる。

本症例は脳梗塞により被殻が障害されている。下肢の随意性は高いが、歩行の際にウエイトシフトができず下肢を振り出せなかった。その為予測的姿勢制御が問題であると考えた。山下らはstep動作時は下肢筋の協調した収縮により COP を後方へ移動し、重心を支持脚へ円滑に移動させると述べている。本症例のstep動作は支持脚へのウエイトシフトの範囲が少なく円滑に振り出せなかった。その為介助でウエイトシフトの範囲を認識させ誘導して行った。

東らは立位から一側上肢の拳上時に、主動筋の筋活動に先行して姿勢筋の筋活動が行われ、COP を後方に移動させると報告している。課題として立位で風船バレーを実施し、後方へふらつきがあったためリーチの範囲を狭いところから行い徐々に拡大した。

これらのアプローチの結果予測的姿勢制御の機能が改善し、下肢の振り出しの改善がみられ軽介助でのT字杖歩行が可能となった。

『左橋下部・延髄梗塞症例に運動イメージを用いることで歩行時の姿勢異常に改善を認めた一報告』

永生クリニック リハビリテーション科
理学療法士 樫尾正樹

【はじめに】

運動イメージは脳損傷患者の治療に有効と言われているが、歩行訓練に対しても有用になり得ると考える。運動イメージには視覚的運動イメージ（以下 VI）と体性感覚的運動イメージ（以下 KI）があり、自己の観察と他者の観察により想起されるが、この点に着目し、歩行時の体幹前傾の改善を目的に訓練を考案・実施したので以下に報告する。なお、対象者及び家族に本発表に対する説明を口頭と書面にて同意を得た。

【症例紹介】

70 歳代の男性。X 年 Y 月に左橋下部から延髄の梗塞を発症し保存的治療。Y+8 月から当クリニック外来リハビリテーション開始。屋内歩行見守り、屋外歩行一部介助であり、「もっとしっかり歩きたい」ということが主訴であった。Brunnstrom recovery stage は、上肢Ⅳ、手指Ⅴ、下肢Ⅳであり、Fugl-Meyer Assessment 下肢は 86/100 点。高次脳機能障害は注意障害が認められた。立位姿勢では軽度の体幹前傾位を認め、歩行開始時より体幹前傾が増強した。歩容を動画でフィードバックしたところ、「思っていた歩き方と違い、身体がまっすぐになっていない」という記述が得られた。

【治療仮説】

歩行開始時の体幹前傾が増強することを自覚していないことから体性感覚的な身体認識には誤りを認めたが、動画のフィードバックにて視覚的には適切に身体を認識することは可能であり、VI を用いて訓練を行うことが有効であると考えた。また、VI から KI に変換することが歩容を改善するために必要であると考えた。

【訓練】

まず、矢状面上でセラピストが歩く際の体幹を観察してもらい、VI を想起させた。次に、セラピストが下肢を一步前に出した立位をとり、セラピストの肩峰と股関節外側に触れてもらい、体重移動に伴う体幹及び骨盤の KI を想起させた。その後、症例自身が下肢を一步前に出した立位をとり、セラピストが肩峰と股関節外側に触れ、体重移動に伴う体幹及び骨盤の KI を想起させた。

【結果】

体幹前傾は減少し、屋内歩行自立、屋外歩行見守りとなった。本人からは「歩くときに完全ではないけどまっすぐになっている」という記述があり、VI と KI の乖離が減少していた。

【考察】

身体の KI を自覚していない本症例に対して、セラピストの運動を観察すること及び身体に触れてもらうことを通じて、自己の KI を想起することが可能であった。このことより、他者の運動を観察すること及び触れることで自己の身体を認識することが重要である。

『左被殻出血により歩行失行を呈した患者に対し、認知神経リハビリテーションを実施した症例』

永生クリニック リハビリテーション科
理学療法士 山田貴之

【はじめに】

歩行失行は歩行のために要求された下肢の調節的な運動遂行能力の機能障害とされているが、臨床での報告は少ない。今回、脳出血により右片麻痺と重度の感覚障害、歩行失行を呈した症例に対して、認知神経リハビリテーション（以下、認知神経リハ）を導入し、反張膝に対して認知課題を行い、改善がみられたのでここに報告する。なお、発表に際し口頭と文書にて本人の同意を得た。

【症例紹介】

60歳代女性、左被殻出血のためH27年12月にA病院入院。リハビリテーション目的でH28年2月B病院転院。H28年8月当クリニックにて外来リハビリテーション開始。主訴は歩容を改善し屋外歩行自立することである。

【評価】

歩行はオクラホマ継手式短下肢装具、T字杖にて屋内歩行自立。歩行観察で初期接地では内反尖足、立脚前期では反張膝、立脚後期ではウィップ、遊脚期では必要以上のクリアランスの確保とぎこちなさ、母趾の巻き込みが観察された。患者本人より「膝が反るような感じがする」と立脚前期での反張膝に対する訴えが認められた。Br.stage IV-V-II，感覚は表在，深部ともに重度鈍麻，BBSで36点，10m歩行で56.1秒，失行症の模倣検査（DeRenzi test for apraxia）で63点，失行症のイメージ評価（FLORIDA TEST）で運動感覚の項目で最も減点が多い。コミュニケーション能力に問題は認めないが，歩行観察と評価より歩行失行を疑った。

【治療・経過】

本人の主訴である反張膝の改善を目指すには，視覚一体性感覚の変換を中心に異種感覚情報の統合が必要と考え，踵とつま先の位置関係に着目した認知課題を行った。2か月後には「膝が反るような感じはなくなった」という発言が得られ，歩行観察でも立脚前期での足関節背屈が認められた。

【考察】

失行症は異種感覚情報の統合の障害や自己の関節運動に注意が向かず，運動の言語指示に対する理解に問題が生じる。これに対し認知神経リハを導入し，異種感覚情報の統合が必要な認知課題を行った。結果，立脚前期での反張膝の改善，膝に対する認識の変化が認められた。しかし，自己の歩行に対して「何かが変わるけど何かはわからない」との回答もあり，これは自己の身体運動の認識に問題があると考えられる。今後も認知神経リハを導入し異種感覚情報の統合に着目した治療により，さらなる患者の歩行の改善を目指したい。

重度片麻痺・感覚障害を呈した症例の短期目標とその結果の相違

～予後予測の再検討～

医療法人社団KNI 北原国際病院 リハビリテーション科

理学療法士 松本修典

key words 急性期, 脳梗塞, 予後予測

【はじめに】

本症例は初期評価時に重度片麻痺と感覚障害を呈していたため、2週間で立ち上がり動作自立を目標にした。入職1年目であり、治療経験も少なく、予後予測に難渋することが多かったため、症例報告を通して、予後予測を再検討する。

【症例紹介】

診断名：脳梗塞 年齢：60歳代前半 性別：男性 既往歴：糖尿病, 高血圧 病前ADL：自立
現病歴：X月Y日, 左麻痺が出現し, 外来受診。本人希望で, 一時帰宅。翌日, 左上下肢の麻痺悪化し, 入院加療。
この時点での麻痺はMMTで左上肢3, 左下肢4。Y+2日目に脳浮腫により再度麻痺悪化。
頭部MRI画像：DWIで右頭頂葉～後頭葉, 運動野に高信号

【初期評価における問題点 Y+2日目】

身体構造と心身機能：意識障害（JCS I -2） 運動麻痺（左BRS II - I -III） 表在, 深部感覚障害（10点法3/10）
病識低下 注意障害

活動：起居動作～座位保持動作（中等度介助） ※血圧高値のため座位まで展開, 起居動作時に麻痺側管理不足

【治療】

コンセプト：①病巣が頭頂葉中心②麻痺側管理不足③本人から「麻痺側の感覚が分からない」ことから感覚障害中心にアプローチ

方法：足底への感覚入力として, 硬度・大きさの異なるボール4種類を使用し, 閉眼し非麻痺側でボールの硬度・大きさを思考。その後, 麻痺側で十分にそのイメージの予測を立てる。

【再評価 Y+14日目】

身体構造・心身機能：運動麻痺（左BRS III - III -IV） 表在, 深部感覚障害（6/10）

活動：起居～立ち上がり（自立）歩行訓練（中等度介助）

【考察】

画像所見から発症時の運動麻痺と感覚障害は重度ではない可能性が高く, 中大脳動脈後方・後大脳動脈の梗塞では広い病巣でも運動麻痺の予後が良好であるといわれている。感覚は過去の知覚経験により生成されたイメージによって知覚を生み出されるものであり（森岡, 2008）, 訓練で過去の身体経験に基づき注意機能の援助をした結果, 知覚が向上し, 感覚障害の改善に至ったと考える。身体機能が一時的に悪化したのは脳浮腫であるため, 2週間程度で改善が見込める。

画像所見と脳浮腫を考慮し, 予後予測の再検討を行うと, 発症2週間で介助歩行可能となったことは妥当であり, 自身の立てた短期目標は低い設定であったと考えられる。

【まとめ】

我々が行う予後予測は, 患者様の今後の人生に大きく関わってくる重要なものである。理学療法評価は単一の身体所見だけにとらわれず, 病態や画像所見を理解し, 評価を行い, 適切な予後予測を立てる必要があると考えられる。