［第１座］ 治療・リハビリテーション

［演題番号］ A101

運動量向上に向けた当院通所リハにおける取り組み

桂林病院　通所リハビリテーションセンターけいりん
池田　周平（理学療法士）

【はじめに】

桂林病院併設施設である通所リハビリテーションセンターけいりんでは、要支援／要介護者ともに利用の都度15～20分程、個別リハビリ実施することを特色としている。また、全利用者を対象に毎月体力測定を実施している。従来の個別リハビリでは、利用者のニーズにあわせてストレッチが主となることが多い傾向にあり、体力測定結果数値からも身体機能維持は図れているものの、新規利用者を除くと、全体的に数値上の改善はあまり得られにくい状態であった。そこで、個別リハビリでは運動療法でのアプローチ量を増やす実施方針へと変更を行い、各利用者専用の自主訓練メニュー提供やサイドメニュー追加等を積極的に実施した。

【方法】

2023年９月と2024年４月における同一利用者【要介護男性：27名、要介護女性：25名、要支援男性：12名、要支援女性：20名】を対象とし10ｍ歩行、Time Up and Go test（以下TUG）を比較、平均値と中央値を算出し後方視的に調査する。

【結果】

10ｍ歩行の平均値（中央値）は
要介護男性：31.8秒（13.8秒）→18.4秒（13.6秒）、
要介護女性：20.9秒（15.7秒）→18.1秒（13.5秒）、
要支援男性：15.1秒（12.8秒）→16.8秒（15.8秒）、
要支援女性：11.9秒（10.9秒）→11.5秒（10.9秒）
であった。TUGの平均値（中央値）は
要介護男性：24.5秒（18.4秒）→21.1秒（16.1秒）、
要介護女性：25.2秒（20.1秒）→22.1秒（18.3秒）、
要支援男性：16.5秒（14.8秒）→17.2秒（15.1秒）、
要支援女性：13.5秒（12.3秒）→13.6秒（12.5秒）
であった。

【考察】

成績向上みられた利用者の傾向として、要介護者に多くみられやすく、カットオフ値に満たない方、自宅での活動量が少ない方、運動意／受け入れ良好な方等があげられる。

【おわりに】

当院通所リハにおいて、運動量向上を図れた利用者に対して体力測定で成績の向上を認めた。利用者のニーズを満たしながらもいかにして利用者自身の意欲向上を図り、運動量向上につなげられるかを今後も検討していきたい。

［演題番号］ A102

繰り返す誤嚥に対し完全側臥位法の導入により自宅生活が行えた１例

大分記念病院
鷲野晋之亮（言語聴覚士）

【はじめに】

誤嚥性肺炎の繰り返し入院は、ADL低下や嚥下機能の低下を来たし、経口摂取での栄養管理が困難となる。当院で完全側臥位法を導入して６年経つが、在宅への退院支援を行えた症例がいなかった。しかし今回、完全側臥位法を用いて嚥下機能を代償することで、栄養状態とADLの維持が行え、本人が望む生活に繋ぐことが出来たので報告する。

【症例】

Ａ氏90代男性。原疾患であるうっ血性心不全を契機に誤嚥性肺炎を発症。合併症に高血圧、腎機能障害がある。誤嚥を繰り返し入退院されていた。初回入院時より嚥下評価を行い食事方法や食形態の調整を行っていた。今回の入院を契機に完全側臥位法を導入した。初回入院時からＸ年＋13ヵ月の評価結果を下記に記載。
BMI：20.4 ± 1.6 、Alb：2.7 ± 0.4 、BI：50 ± 25 、HDS-R：17 ± 4 点、藤島式嚥下グレード：７

【経過】

誤嚥性肺炎を繰り返す事で嚥下機能が徐々に低下し、安全な経口摂取が困難となっていた。本人や家族からは自宅退院への強い希望が聞かれており、経口から安全に栄養を確保するために完全側臥位法を導入した。導入後、誤嚥の頻度は大幅に減少し再燃なく経過、訪問看護や訪問リハビリ等のサービスを整え退院した。退院後も食事介助方法やポジショニングの指導を行う事で、安全に経口摂取が続けられ在宅生活が行えている。

【考察】

誤嚥を繰り返す高齢者においては、適切な嚥下体位を維持することが重要である。
本症例は完全側臥位法にて、誤嚥性肺炎の再発を防ぎ、安全に自宅へ退院する事ができた。しかし、この方法の認知度は依然として低く、在宅では完全側臥位法の継続が難しい事が予測された。そこで訪問リハビリの介入を行うことで、家族や介護者と実際の場面で情報共有が行え、安全な経口摂取を継続することで自宅生活を送る事が可能であった１例。

［第１座］ 治療・リハビリテーション

［演題番号］ A103

自宅入浴自立を目指し作業療法介入した事例
～デマンドを叶えるためにサービス利用からの再検討～

サンライズ酒井病院
保木　伸吾（作業療法士）

【はじめに】
右大腿骨転子部骨折を受傷し生活自立度が低下した対象者に対し、「自分一人で自由に入浴したい」というデマンドを満たすため、入浴自立を目標に作業療法を実施する機会を頂いたので報告する。

【事例紹介と経過】
80歳代女性。独居、週一回娘の訪問有り。屋外で転倒し受傷。術後２週：回復期病棟転入後担当。入棟時FIM55点。５週：FIM108点＜清拭：４点、移乗（浴槽・シャワー）：５点＞、５週時点で入浴サービスを用いての自宅退院を検討。７週：対象者より入浴自立希望があり、目標を再検討。写真にて家屋調査実施。Functional balance scale（以下 FBS）は37/57点、動的立位バランスの項目に減点が見られた為、改めて入浴評価を実施。跨ぎ動作や立位での動作に転倒リスクが高かったため、動的立位バランス向上が必要と考え、アプローチを行った。11週：入浴動作獲得。

【結果】
FBS43/57点、FIM118/126点＜清拭：７点、移乗（浴槽・シャワー）：６点＞と改善した。自宅と病棟浴室の環境に異なる箇所があったため、ご家族に環境設定の提案を行い、自宅浴室内にバスボード等福祉用具を設置し、自宅での入浴が出来る状況になった。

【考察】
渡邊らは「一人で入浴したいという願望を持っている症例はかなり多い」「入浴動作は複合動作が存在するため最も自立することが困難な動作の一つである」と述べている。また伊庭らの報告によると回復期病棟から自宅退院する運動器疾患患者の68％が入浴自立していないとある。これらのことから、安全性を優先し安易にサービス利用を勧めるのではなく、対象者のデマンドに寄り添った目標、プログラムの立案とその可能性を模索することが重要であると考える。

［演題番号］ A104

足関節脱臼骨折術後に早期荷重を行った症例

膳所病院
姫野　由成（理学療法士）

中津留俊裕　望月陽平　長井容子　大津伊織

【はじめに】
足関節脱臼骨折は、骨接合術術後に２～４週間以上の免荷が必要とされ、その後、全荷重へ移行するのが一般的な後療法であるが、今回、術後早期より荷重を開始し早期自宅退院が可能となった症例を報告する。

【症例】
50歳代女性。身長165.0cm　体重85.6kg　BMI31.4
職種は放課後児童支援員であり、仕事中に転倒転落し脛骨遠位端骨折（広範囲の後果骨折）、腓骨遠位端骨折を受傷。AO分類B3。術式は外果：プレート固定術、後果：スクリュー固定術を施行。固定性は良好。

【治療プログラム】
足関節ROM訓練、荷重・歩行訓練、階段昇降訓練、ストレッチ、フォワードランジ動作、超音波療法等

【経過・考察】
術後２日目より介入開始し足関節背屈角度は自動−15°他動ー５°。下腿最小周径は健側と比較し＋５cmの腫脹を認めた。術後７日目から1/3荷重開始。14日目から全荷重許可となった。荷重時痛はNRS6。最終評価では足関節背屈角度自動10°他動15°、下腿三頭筋MMT2、下腿最小周径は＋３cm、荷重時痛はNRS3まで軽減した。結果的に術後38日で独歩での自宅退院となったが、降段動作の安定性低下が残存した。
今回、医師との連携を綿密に図り術後早期から荷重訓練を行えた事で身体機能低下を最小限にできたと考える。術後の固定性が良好の場合、早期から荷重を行う事で骨癒合促進や感覚入力、廃用性筋力低下予防となる事が期待でき、結果的に早期自宅退院が可能となったと考える。

【今後の課題・検討】
本症例の課題として降段動作の不安定性を挙げた。降段動作は足関節背屈角度だけでなく脛骨の前傾を伴う重心前方移動も必要である。軟部組織の制限や疼痛、恐怖心により脛骨の前傾が行えない事で降段安定性低下が残存したと思われる。退院後は当院外来リハを行う予定であり、フォワードランジ動作を行い、脛骨の前傾を誘導する事で降段動作の安定化を図り、復職のサポートをする。

［第１座］ 治療・リハビリテーション

［演題番号］ A105

シャント血管治療における感染管理

大分記念病院
佐藤　結妃（看護師）

【はじめに】

厚生労働省院内感染サーベイランスJANIS2021年の公開調査によると術式により発生率は異なるが、全体のSSI（surgical site infection：手術部位感染）発生率平均は4.2%と報告されている。当院は血管外科医を中心にシャント血管治療を開始。術創感染防止に対する取り組みを紹介、その結果を報告する。

【取り組み】

手術部位感染ガイドライン（CDCガイドライン）に準じた対策

①手術の細菌管理（造設部位の弱酸性洗浄剤による泡洗浄、術前の皮膚消毒、ラビング法による手洗い、術式に応じた手術衣、コンテナーによる滅菌器具管理）

②感染予防抗菌薬：皮膚切開１時間以内投与とし、抗菌薬投与中の患者の場合薬剤内容の確認

③手術時間の短縮化：術前エコーでのシャントマップの情報共有、手術に応じた器具、備品の準備

④空調管理：術式によりHEPAフィルター内蔵の清浄機設置

⑤患者の免疫機能維持（手術台および寝具のプレウォーミングにより患者の体温維持、糖尿病患者の血糖確認、患者の状況に応じ鎮静時の酸素療法）

⑥人工血管手術時の創洗浄

⑦術後創部SSIチェック（期間は術後抜糸までとし、人工血管の場合30日間、観察項目は疼痛、圧痛、腫脹、発赤、熱感の有無）

⑧手術後、吸収パット付ドレッシングから創面に準じてフィルム材へ変更し貼付

対象者：シャント血管造設手術を受けた患者

【結果】

35症例において、感染発症無

平均年齢79.45歳　DM12例（34%）認知症8例（22%）

平均ALB値３mg/dl

人工血管による治療患者７名

【考察】

皮膚表層SSIを全症例で回避することが出来た要因は手術部位感染ガイドラインに基づく取り組みを忠実に実践した成果と考える。引き続き感染ゼロを目指してこの取り組みを継続していきたい。

［第２座］ 治療・リハビリテーション

［演題番号］ A106

外国人患者の療養生活を支援しての学び

川嶌整形外科病院
清水香菜子（看護師）

【はじめ】

Ａ病院は持続洗浄療法と高気圧酸素療法で骨・感染症の治療を行っている。この情報はインターネットの普及により、日本国内外に広く知られている。今回、外国人患者の療養生活を支援するうえで苦慮した言葉や文化の違いに対する介入事例を考察し述べる。

【患者紹介】

韓国籍のＴ氏67歳女性、英語、日本語は話せない。2023年12月、左大腿骨慢性骨髄炎の治療のため来院。Ａ病院の受診歴はなかった。インターネット情報で来院し手術を希望された。

【看護の展開】

Ｔ氏は診察後医師から「今回は保存治療を提案したい。詳しく検査も必要。年末の手術予定は難しい。」と説明され納得しなかった。看護師は、モバイル端末の翻訳アプリを活用し、可能な限り日本の医療制度、年末の医療体制や治療に関する情報提供を行った。しかし、Ｔ氏の手術に対する思いは消えなかった。その為、大声を出し、携帯をベッドに叩きつける行動がみられた。興奮した言葉はアプリも解析できず、更に悪循環を招いた。そこで、韓国語を話せる職員の協力を得て人間関係の修復に努めた。さらに、手術の方向性を検討しリスクについてハングル語で記載した説明書を準備し説明を行った。内容を理解した上で同意したことを確認し12月28日持続洗浄療法を行った。

【考察】

デジタル化が進み、当院も2023年５月モバイル端末を導入した。しかし、その操作方法に不慣れであったこと、患者の心情にまでデジタルでは寄り添えないことなどいくつかの問題が発生した。異国から一人目的をもって来日したＴ氏の要望は多岐にわたったが、「出来ない」ではなく、実現するための提案、そして理解が必要であった。言語に関してアプリの利便性はあるが、数多くある支援の一部しか担えないのは否めない。

【おわりに】

韓国では入院環境にコンシェルジェがいて個別的対応が提供されている。慣れない環境、辛い療養生活で寄りそってくれる存在はとても大きい。今後もデジタル化の運用と共に、国内外問わず患者の心情に寄り添える看護に努めていきたい。

［第２座］ 治療・リハビリテーション

［演題番号］ A107

肩腱盤断裂に対してEMSを用いた症例

高田中央病院
中島　忠伸（理学療法士）

【はじめに】

肩腱板断裂では断裂した筋の機能改善が困難とされる症例に対し、肩の運動獲得のため三角筋の機能向上が重要。山本らは「腱板機能不全による挙上困難例に対し、機能的電気刺激が三角筋の強化に有効。疼痛の発生や心理的負担を軽減し、効率的な筋収縮が行える」としている。今回は治療部位の筋活動電位を読み取り、それに比例した電気刺激を出力できるEMS機器（以下：IVES）を使用し、比較的良好な結果が得られた症例を経験したので報告する。

【症例紹介】

70代女性　職業：専業主婦　既往歴：右乳癌手術

現病歴：草取りをしている際に右肩痛出現。MRI検査にて右棘上筋腱断裂と診断。本人の希望にて保存療法開始。

【初期評価】

疼痛検査：VAS：三角筋部３/10（右肩挙上時）ROM：臥位：右肩屈曲他動150°/自動140°外転：他動120°/自動75°　座位：右肩屈曲自動25°　外転自動20°
MMT（右/左）：三角筋２/５

【介入内容】

右上肢帯ROM訓練。IVESを使用し、三角筋前部繊維・中部繊維を屈曲・外転運動に分けて20回×２セット。自宅での自主訓練指導。

【最終評価】

疼痛検査：VAS：三角筋部０/10（右肩挙上時）ROM：臥位：右肩屈曲他動160°/自動160°外転：他動160°/自動160°座位：右肩屈曲自動150°外転自動150°
MMT（右/左）：三角筋４＋/５

【考察】

初期評価時点で座位での自動運動では肩甲胸郭関節や体幹での代償が出現したのに対し、臥位では自動可動域の拡大を認めた。このことから比較的骨頭の求心性は得られているが、三角筋の筋力低下により挙上が困難となっていると考えた。棘上筋断裂により筋力が発揮できない際は、肩挙上運動の力源は三角筋に頼らざるを得ない。今回の症例に対し、IVESを使用することで疼痛の誘発なく三角筋の強化、肩挙上運動の再学習が図れた。効率的な筋収縮が獲得できたことで、肩挙上の拡大に繋がったと考える。

［演題番号］ A108

当法人におけるひきこもり状態にある当事者等への支援

ーKJ法を用いた支援方法の分析ー

衛藤病院
岡部　航大（臨床心理士・公認心理師）

問題

2023年に内閣府よりひきこもり状態にある方が推計146万人（50人に１人）と発表され、ひきこもりが日本社会を大きく揺るがしかねない喫緊の課題であることが明らかとなった。しかしひきこもり支援に有効な介入手法は確立しておらず、現在も手法確立に向けた研究や支援の実践が続けられている（久保，2023）。当法人でもひきこもり状態にある当事者や家族、支援者への支援を各部署にて行っているが、法人全体でどのような支援を行っているのか十分に把握できていなかった。

そこで本研究では当法人で実施されている支援について調査を行い、体系的に整理することで当法人の支援方法の効果と課題を示すことを目的とする。

方法

ひきこもり支援に携わった当法人職員に対して自由記述による質問紙調査を行った。収集されたデータはKJ法の手法を用いて分類化を行った。なお、調査対象者に対して個人情報保護等の旨、文章にて説明し、同意する場合に回答するよう求めた。また著者の所属する法人内の倫理委員会の審査を受け、承認を得た。本演題に関連して開示すべき利益相反関係にある企業等はない。

結果

収集されたデータをKJ法の手法を用いて分析を行った結果【本人への支援】、【家族への支援】、【連携による支援】の３つの大カテゴリーに分類された。

考察

本調査では「令和２年度ひきこもり状態にある方の社会参加に係る事例の調査・研究事業」にて作成された「ひきこもり状態にある方やその家族に対する支援のヒント集」と類似する支援も多く見られた。一方でひきこもりの背景に精神疾患を有する場合もしくは病的ひきこもり（Kato TA, et al., 2020）が疑われる場合は、当法人が精神科病院を中心に訪問看護ステーションやデイケア、就労継続支援B型事業所など有しているからこそできる支援を行っていることが明らかとなった。今後は法人内外がスムーズに連携するシステムの構築が課題として挙げられた。

引用文献

省略

［第２座］ 治療・リハビリテーション

［演題番号］ A109

脊髄障害児のJ-STARプロジェクトへの挑戦
～車いすスポーツ活動における今後の展望～

明野中央病院
鞭馬　貴史（理学療法士）

谷口直也　指宿 立　吉岩豊三

【はじめに】 車いすスポーツを日常的に行っている脊髄障害者は，生活満足度が向上することが報告されている（Tsiemski et al.，2005）．J-STARプロジェクトとは，パラリンピックなどの競技大会で輝く未来のトップアスリートを発掘するプロジェクトである（日本パラスポーツ協会HP）．今回，当院に通う脊髄障害児（SCI児）が，J-STAR基礎測定会に参加することとなった．J-STARへ挑戦することで車いすスポーツに参加していく一助となったため，以下に報告する．

【症例紹介，理学療法評価】 本症例は，外来リハビリテーションに通う10歳代の女児で，幼児期に交通事故により第２胸椎脱臼骨折を受傷，SCIと診断された（Franke１分類：A，ASIA分類：A）．J-STARの測定では，握力，上肢の形態測定，両手指間距離，投球，20ｍ走，３分間走が記録された．また，安静時から競技時の心拍数を記録するため，左手首にスマートウォッチを装着し２日間測定した．

【結果】 J-STARの測定結果（右/左）は，握力（kg）：29.2/25.4，上肢長（cm）：50.0/50.0，両手指間距離（cm）：18.0/14.0，投球（m）：6.50，20ｍ走（秒）：6.91，３分間走（ｍ）：373という結果が得られた．心拍数（bpm）は，平均で安静時83.4±7.3，運動時102.0±9.5で，最大心拍数は，162.0であった．

【考察】 本症例の測定データは，日本パラスポーツ協会の基礎体力測定データと比較し概ね良好な成績であった．また，３分間走での心拍数は，160bpmまで上昇可能であった．胸髄損傷の運動負荷時の最大心拍数は，交感神経下行路の障害により110bpm程度と示されており（Daniel et al.,2018），本症例は持久的スポーツも適応できる可能性を確認できた．J-STARプロジェクト参加後より，障がい者スポーツ大会や車いすフェンシングの練習へ参加する等，スポーツに対して意欲的に行動ができている．今後は，症例の運動嗜好性を評価しつつ，スポーツ活動をサポートしていきたい．

【倫理的配慮，説明と同意】 本研究は，明野中央病院倫理委員会の承認を得た．本研究の目的，方法と参加する自由意志及び権利について，文書と口頭で説明を行ない書面にて同意を得た．

［演題番号］ A110

食べる楽しみを届けたい！
～イベント食の取り組み～

児玉病院
後藤安優美（言語聴覚士）

【はじめに】

当院では2022年10月より感染症に配慮した上でバイキング（お菓子）形式のイベント食を開催している。この取り組みは入院期間が長期になり日常生活に変化の少ない療養病棟で食を通じて「食欲の増進」、「季節感を感じる」等を目的として実施した。その結果、一定の成果を報告できたので報告する。

【方法】

イベント食は３回開催し参加者は藤島摂食嚥下Gr４を含め、経口摂取しており主治医の許可が得られた入院患者で延べ172名。プロジェクトチームを作り、準備に向け会議を重ねた。開催に向けては「当院のステージ別感染対策」より感染発生時は延期とする事とした。お菓子の物性は多職種にて試食会を行い評価した。患者別に嚥下機能を考慮し食事形態を選定。また、開催１週間前より会場の装飾とポスター広告の掲示を行い季節感と事前のワクワク感を演出した。イベント食に参加した職員と患者にはアンケートを実施。職員は無記名回答、患者は職員が聞き取りを行った。

【結果】

アンケートの回収率は各回とも100%であった。患者からは、選択できる喜びや一時的な食意欲の向上が見られた。職員からは食形態への関心が深まる発言が聞かれた。

【考察】

コロナ禍ではあったが選べる楽しさを残し安全性にも配慮したお菓子の選定や感染対策を考慮し今回のイベントを開催する事ができた。生活に関するQOLには食のQOLが大きく影響しているとされる。人間にとっての「食べる・飲む」という行為は、栄養を摂るだけでなく味を楽しみ、生きる意欲を高めるなど身体的・心理・社会的側面で意義深い生活行動である。今回、自ら選択し口から食べる事で美味しい・楽しいを感じ、食意欲の向上に繋げられたのではないかと考える。

［第２座］　治療・リハビリテーション

［演題番号］ A111

骨盤前傾促通により立ち上がり動作が改善した症例

黒木記念病院
追立　亮輔（理学療法士）

【はじめに】

今回、左大腿骨転子部骨折を呈した患者様を担当した。立ち上がり動作の第１相の骨盤前傾を促通することで離殿動作が容易となり、改善が見られたため、ここに報告する。

【症例・方法】

90歳代女性　診断名：左大腿骨転子部骨折。既往：右脳梗塞、右人工股関節術後、変形性膝関節症。本症例は、立ち上がり動作の第１相にて骨盤前傾が不十分なため、過剰な体幹屈曲動作により代償していた。問題点として、腰椎後弯、腰椎伸展の可動性低下、多裂筋・腸腰筋の協調性低下が挙げた。問題点に対して、訓練として高座位での上肢のリーチング動作を利用した脊柱の抗重力伸展運動を行うことで、多裂筋と腸腰筋を賦活させ、腰椎伸展の可動性向上、骨盤前傾の促通を図った。

【結果】

訓練を行った結果、多裂筋や腸腰筋が賦活され、腰椎伸展の可動性が向上し安静座位時の腰椎後弯が軽減した事で、立ち上がり動作の第１相での過剰な体幹屈曲動作は軽減された。結果的に骨盤前傾が可能となったことで離殿動作が容易となった。

【考察】

本症例は、立ち上がり動作の第１相にて骨盤前傾が不十分なため、過剰な体幹屈曲動作により代償していた。今回は、立ち上がり動作の第1相の骨盤前傾に着目し、多裂筋や腸腰筋の機能不全が起きていることで、骨盤前傾が阻害されていると考えた。石井らは、多裂筋が収縮して腰椎が伸展すると、同時に腸腰筋が協調して収縮し骨盤が前傾すると報告している。このことから、腰椎後弯の軽減、多裂筋・腸腰筋の協調的な筋活動が必要であると考えた。多裂筋・腸腰筋の筋活動が賦活されたことで、腰椎後弯の軽減や腰椎伸展の可動性向上に繋がり、立ち上がり動作の第1相の骨盤前傾が促通された。そのため、離殿動作が容易となり、立ち上がり動作に改善が見られたと考える。

［第３座］　治療・リハビリテーション

［演題番号］ A112

尿管カテーテル抜去後の排尿自立支援
～排泄ケアチームによる取り組み～

大分記念病院
島崎亜紗美（看護師）

【はじめに】

重症心不全の尿量管理目的に尿管留置となり、長期臥床、廃用から筋力低下、意欲低下が見られる患者に対して、排尿自立に向けた排泄ケアチームとの取り組みが奏効した症例について報告する。

【症例】

Ａ氏　80歳代　男性　慢性心不全急性増悪

病歴

2023年11月、心機能低下に伴い腎機能障害を併発。12月下旬、急激な体重増加、呼吸症状の悪化あり、入院。治療目的にて薬物治療と共に、尿管留置。症状徐々に軽快。臥床時間が長く、オムツ排泄の状況。2024年１月中旬尿管カテーテル抜去となる。抜去の説明に、「このままでいい。色々よくわからん。」と消極的な反応。

【支援計画】

リンクナースと状況共有。残尿状況（残尿量）を膀胱用超音波画像診断装置（リリアム）にて確認し、下部尿路機能障害の有無を主治医と確認。残尿が400ml以上又は12時間以上の排尿が無ければ導尿を検討とし、最短３日間は排尿日誌を継続、排泄動作を促す。動作能力をリハビリチームと共有し、トイレでの排泄動作の獲得を支援する。排泄行動において、介助されることを患者に意識させることのないよう配慮し、出来ている動作、習得した動作を賞賛し自己効力感の獲得を目指す。

【結果】

抜去後、当日から３日間は残尿量が50ml～430ml、４～５日には50～396ml、６日目は300ml以下に至り、下部尿路機能が回復した。座位から立位、歩行訓練を行い、２週間後には、トイレでの排泄が可能となり、自ら尿意をナースコールで訴える事もできるようになった。

【考察】

高齢者がベッド上生活となることは、筋肉量として10日間で１kg減少、１週間で20%、３週間で50～60% の動作能力の低下を生じる。同様に尿管留置は不随意の排尿となり膀胱や尿道括約筋の低下を招き、ADL能力の低下は意欲の低下等精神機能にも影響を与える。

そのため喪失した機能の再獲得には、可及的早期に回復に向けた介入を行うことが重度となる。今回、排泄ケアチームとともに排泄行為の能力と下部尿路機能の双方を評価した上で、その情報を共有し早期に取り組みを行なった結果、排泄自立へ導くことができた。とりわけ、自己効力感を獲得するための声かけが、当初排尿自立への意欲がみられない当患者に対して非常に有効であった。

［第３座］ 治療・リハビリテーション

［演題番号］ A113

自宅退院困難と思われた症例に対するチームアプローチ

大分リハビリテーション病院
中尾　博美（看護師）

松尾詩織　大戸直也　池邉純一郎　高見和希
福田智哉　木本美智留　衛藤恵美　山﨑嘉恵

【はじめに】
今回、患者の入院経過でチーム（摂食嚥下ケア・認知症ケア・転倒転落対策）が効果的に関わり自宅退院できた症例を報告する。

【事例紹介】
Ｉ氏、診断名は心原性脳塞栓症、入院時意識レベルJCS Ｉ－３、摂食障害にて摂食嚥下リハビリが必要であった。家族の希望はリハビリで改善がいれば自宅退院を目指す意向であった。入院後短期間での経口摂取への移行が期待できない状況であり胃瘻造設を並行した。口腔環境も不良な状態であり、高次脳機能障害もあり注意障害の影響から指示の入りにくさや危険行動があり身体拘束が必要になる時間帯もあった。日中の覚醒不良からリハビリが進まない状況もみられた。介護量が高いため家族も施設を検討するようになった。

【倫理的配慮】
対象者に対し説明し、個別に同意を得た。本研究は看護部倫理委員会の承認を得た。

【看護の実際と結果】
誤嚥性肺炎リスクに対して、摂食機能チームが介入し摂食機能療法を開始した。口腔環境を改善から始まり摂食ラウンドや摂食機能評価を行った。徐々に経口摂取へ移行できた。また、食事形態を向上することもでき食事介助が必要だったが自己摂取も可能となった。認知機能低下や高次脳障害に対しては、認知症ケアチームや転倒転落対策チームの介入があり内服の調整や環境調整など昼夜のリズムを整える介入や身体拘束解除に向けた取り組みを行った。取り組みの結果、夜間の昼夜逆転が整いリハビリに臨めるようになり転倒・転落もなく経過できた。退院支援では社会福祉士と協働し家屋調査、改修、家族指導を行い在宅サービススタッフとのカンファレンスを実施し自宅退院となった。

【考察・おわりに】
患者と家族の意思を尊重しつつ、疾患による予後予測や介助量を考慮し、施設退院から自宅退院への移行を実現した。カンファレンスやケアアプローチの適切な検討を通じて、個別の課題に対処し、状態改善の方向性を明確にした。これからも患者中心のアプローチを重視し、より質の高いケアを提供するために努めていきたい。

［演題番号］ A114

大腿骨転子部骨折術後患者の温泉施設再利用を目指して

明野中央病院
津田　愛怜（作業療法士）

山﨑翔太　佐藤大輔　指宿 立

【はじめに】
大分県温泉施設でのスリップ転倒事故は2013年で5100件/年、そのうち93%は65歳以上の高齢者である。今回、温泉施設内で転倒し右大腿骨転子部骨折を呈し右転子部骨接合術を施行した80歳代男性を担当した。退院後も温泉に行きたいと強い希望があったため温泉施設再利用するようリハプログラム（起立訓練、浴槽跨ぎ、床上動作、歩行訓練）を立案した。

【患者情報】
Ａ氏、80歳代、男性、診断名：右転子部骨折。２年程前より自宅浴槽が故障し修理予定無いため、週２回ほど居住地から歩いて５分程度の温泉施設を利用。

【温泉施設の環境把握】
実際にＡ氏が転倒した温泉施設へ行き温泉施設環境把握実施。
脱衣所入り口から洗い場まで25ｍ、洗い場から浴槽５～10ｍ、浴槽内90cm、洗い場付近は滑り止めマット設置個所あり、シャワーチェア40cm、浴槽出入り口に片手摺設置あり。

【結果】
右大腿四頭筋筋力低下、荷重時痛NRS３、右下肢支持性低下を認めた。ロフストランド杖を使用し歩行可能。低い位置からの立ち上がり動作や跨ぎ動作は可能であり、入浴動作は獲得した。退院直後は、温泉施設を安全に利用できない可能性があることから、デイサービスでの入浴サービスおよび訪問リハを実施した。その後、歩行が安定し安全に利用可能と判断したことから温泉施設利用再開となった。

【まとめ】
温泉施設での高齢者の転倒は93%を占める事から、温泉施設環境整備と高齢者の転倒予防、両面に対策が必要である。

［第３座］ 治療・リハビリテーション

［演題番号］ A115

右片麻痺を呈した症例への更衣自立に向けた介入
～認知症により新たな動作習得に難渋した一例～

別府リハビリテーションセンター
戸髙　綾（OT）

甲斐祥吾　野村 心

【はじめに】
運動観察法（以下，AOT）の報告は麻痺や身体機能改善に関するものが多く（森岡2023），日常生活動作（以下，ADL）に焦点を当てたものは少ない．今回，既往に認知症のある片麻痺患者に対しAOTによる介入で，更衣が自立に至ったため報告する．

【症例】
70歳代女性，X年にアテローム血栓性脳梗塞による右片麻痺を呈し，26病日に当法人回復期リハ病棟へ入院した．X－３年にアルツハイマー型認知症と診断されたが，内服管理のみ家族が支援し，その他ADLやIADLは自立していた．入院時，BRSⅡ－Ⅱ－Ⅴで独歩見守り，MMSE17/30点で，知的機能は比較的良好だが，近時記憶の障害が顕著であった．上衣の更衣は，麻痺手を袖に通す段階を忘却し，頭や非麻痺手から通す傾向があり，工程が定着しなかった．AOT実施前に袖のマーキングを試すも，自立は困難であった．

【介入】
金子ら（2019）を参考に，更衣動作を5つに分け，各工程を評価した．まず，OTの声かけにより，成功した状態の更衣動作を本人の携帯電話で動画撮影した．さらに，動画を観察しながら「どちらの手から袖を通すと成功するか」の着目を促した．動画観察後すぐに，更衣動作練習を行った．なお，使用する衣類は全てかぶり式で統一した．

【結果】
動画観察中に「右手から通すんやな」と手順を言語化でき，その後の更衣は毎回エラーなく可能となった．AOT終了後５日目も忘却なく，入院45病日後BRSⅡ－Ⅱ－Ⅴと変化はなかったが，FIMの更衣は７点となった．

【考察】
忘却により定着が困難であった「麻痺手から袖を通す工程」に着目する動画観察は，本症例にとって視覚的に動作開始時の行動をシミュレートすることに有用であった．また，近時記憶障害により新しい動作定着に難渋する認知症患者に対して，客観的かつ視覚的連続性をもつ動画は，更衣を一連動作として把握する一助になった．これらのことから，AOTは身体機能のみならず更衣動作等のADLへの活用も期待できると示唆された．

［演題番号］ A116

中殿筋に着目し歩容の改善を図った症例
～ウェルウォークWW-2000を用いて～

黒木記念病院
大場　弘人（理学療法士）

【はじめに】
ウェルウォークWW-2000（以下：WW）とは、脳卒中などによる片麻痺のリハビリテーション支援を目的としたロボットであり、患者様に合わせた難易度の調整や歩行状態のフィードバック機能など、運動学習理論の基づいた様々なリハビリテーション支援機能を備えている。今回、第一腰椎圧迫骨折を呈し右中殿筋筋力低下によるトレンデレンブルグ徴候が右荷重応答期～立脚中期にかけみられた症例を担当した。動作指導が困難な症例において、WWにてトレッドミル歩行と前方に設置されたモニターを用い、視覚的フィードバックを利用したことでトレンデレンブルグ徴候が減少し整形疾患でも効果が得られたためここに報告する。

【方法】
週２～３回、WWのトレッドミル機能と前方モニター上に映した正中線を症例に見てもらい歩行訓練を行った。また右中殿筋筋力低下に対し徒手にて右荷重応答期～立脚中期で右中殿筋の賦活を図った。初期では両手すり把持にて歩行訓練を行い、症例の反応に合わせ片手すり～手すりなしへと段階的に難易度を調整した。50～80ｍの歩行訓練後、前方・側方からのカメラから撮影した映像を用いて立位アライメントのフィードバックを行った。回数として上記の流れを２～３セット実施した。

【結果】
最終評価では、初期評価時と比較しトレンデレンブルグ徴候は減少した。

【考察】
今回WWを使用し、視覚的フィードバックを用いた歩行訓練を行ないつつ、徒手にて中殿筋の賦活を行ったことで筋出力が発揮しやすい姿勢で訓練を行うことで歩容の改善につながったのではないかと考える。今回の反省点として、歩行時に中殿筋筋出力の発揮が行えているか、歩行時の体幹機能について十分な評価が行えなかったことが挙げられる。今回の症例を通して、WWを使用し視覚的フィードバックを利用することで、脳卒中後片麻痺患者のみではなく、整形疾患に対しても有用である可能性が考えられた。

［第３座］ 治療・リハビリテーション

［演題番号］ A117

回復期リハ病棟でのプロテイン提供による筋肉量の推移

黒木記念病院
吉賀　桃子（管理栄養士）

河村直美

【はじめに】

高齢者は加齢、疾病、食事摂取量の低下など様々な要因から低栄養やサルコペニアに陥るリスクが高い。食事でサルコペニアの発症を予防するには1.2～1.5g/kg/日の蛋白質摂取が必要とされている。

当回復期リハ病棟では筋肉量とADLの維持・向上を目的とし１回/日プロテインの提供を行った。プロテインを提供した対象者の入院時・退院前の筋肉量の変化を比較し、評価した結果を報告する。

【方法】

期間：令和５年８月～令和６年３月

対象：入院時の筋肉量が日常生活安全閾値未満かつBMI25.0kg/㎡未満の患者及び日常生活活動以上の耐久性の獲得が必要な患者を対象とした。ただし腎障害・蛋白質制限食、経管栄養、低栄養リスクのある患者は除外した。

方法：対象者個々の蛋白質必要量（1.4g/kg）を算出し、１回/日プロテインを提供した。退院前に再度InBodyS10にて筋肉量の測定を行い評価した。

【結果】

期間中プロテイン提供の対象者は15名で平均年齢は79.3歳であった。対象者15名中12名の筋肉量は不変または増加する結果であり、85歳以上の対象者の筋肉増加率は平均で4.5%だった。また運動強度と筋肉量には正の相関がみられた。対象者15名中５名に２%以上の体重減少がみられた。

【考察】

プロテインを摂取することで筋肉量の大幅な減少は見られなかった為、プロテインの摂取は筋肉量の維持・増加に効果があると考えられた。85歳以上の対象者の筋肉量も増加しており、高齢であってもプロテインの摂取は有用であった。さらに運動強度に相関して有意に筋肉量が増加した。しかし対象者15名中５名は体重が２%以上減少する結果となった。蛋白質を骨格筋合成に効率的に利用するためには摂取エネルギーが充足していることが重要であり、蛋白質を付加するだけではなく必要栄養量を上回るエネルギー量を提供することの重要性が示された。