

# 第4回

# コンプリヘンシブ・リハビリテーション懇話会

## —— プログラム・抄録集 ——

日時：2014年7月5日（土）

会場：TKP大阪梅田ビジネスセンター

共催

NPO 法人 リハビリテーション医療推進機構 CRASEED

医療法人社団 敬誠会 合志病院

医療法人 博悠会 名取病院

## 第4回コンプリヘンシブ・リハビリテーション懇話会を迎えて



NPO法人 CRASEED リハビリ医療推進機構 代表  
兵庫医科大学リハビリテーション医学 主任教授  
道免 和久

このたび、医療法人博悠会名取病院と医療法人社団敬誠会合志病院およびNPO法人リハビリテーション医療推進機構 CRASEED の共催により、第4回コンプリヘンシブ・リハビリテーション懇話会が開催される運びとなりました。準備に奔走された関係者の皆様に御礼申し上げます。

大学医局によっては同門会の枠組みで研究会等を実施することも多いと思いますが、CRASEEDとしては Rehabilitation Science の確立とそれを担う人材育成の理念に賛同する施設、というより広い枠組みでの研究会を実施したいと考えております。そして、リハビリテーション医療の実施主体は地域の医療機関であることから、主催は CRASEED の理念に賛同し、地域でのリハビリテーション医療を担う病院（法人）をお願いしている次第です。

第1回懇話会は2011年に十条武田病院（武田病院グループ）、第2回は関西リハビリテーション病院（医療法人篤友会）、第3回は医療法人社団甲友会、それぞれの主催により開催されました。すでに体験されている方はおわかりだと思いますが、毎回、懇親会を含めて大変な盛り上がりとなっています。ユニークな開催方法にも関わらず、本会がここまで発展してきた理由は、やはりコンプリヘンシブ=Comprehensive=包括的リハビリテーションという本会の理念が定着してきたことと、実際に参加された皆様が交流する楽しさを実感したからではないかと思えます。

今年もこれまでと同様に書かせて頂きますが、この懇話会のキーワードは、「多施設」、「多地域」、「多職種」です。施設毎の枠組みを超えた横のつながりによって、お互いに刺激し合い、支えながら、リハビリテーション医療の真髄を楽しく学び、実践するきっかけとなることをめざしたいと考えております。

それでは第4回コンプリヘンシブ・リハビリテーション懇話会も存分に楽しみたいと思います。活発な意見交換と懇親をよろしくお願い致します。

## 参加者へのお願い

- 1) 会場受付は、午前9時30分より開始いたします。
- 2) 参加者（座長、発表者も含む）は、受付にて会費を添えてご提出ください。  
受付で受領証と名札ケースをお渡し致しますので、必ず着用し、入場してください。
- 3) 発表に対して質問等を行う場合は、必ず座長の許可を得てから病院名、所属、氏名を述べた後に発言してください。
- 4) 会場内では雑音防止にご協力ください。また、不必要な座席の占拠はご遠慮ください。
- 5) 携帯電話については、マナーモードにし、会場での通話をご遠慮ください。
- 6) 会場内は飲食禁止・禁煙です。

## 座長へのお願い

- 1) シンポジウム・一般演題・講演の座長の方は、セッション開始10分前までに会場内の次座長席にご着席ください。
- 2) セッションにおいては、限られた時間内に発表が円滑に進行するようご配慮ください。

## 発表者（演者）へのお願い

- 1) 一般演題の発表時間は7分です。制限時間の超過は認められません。質疑応答は3分間ですので簡潔にお願いします。
- 2) シンポジウムの発表時間は15分です。制限時間の超過は認められません。ディスカッション・質疑応答は約30分間を予定しております。
- 3) 前の発表者の演題が始まるまでには指定の演者待機席にお越しくください。
- 4) 発表後の謝辞や文献説明はご遠慮ください。

## 昼食のご案内

近隣の飲食店をご利用ください。

## 懇親会ご参加の方へ

懇親会へご参加の方は懇話会の受付時に、懇親会参加費2,000円も合わせてお支払いください。

懇親会は、懇話会会場（3F）の階下（2F）にて行います。当日参加も受付いたしますので、ご希望の方は受付にてお申込をお願い致します。

## 第4回コンプリヘンシブ・リハビリテーション懇話会 プログラム ～急性期と回復期病院のリハビリ連携～

### 開会の挨拶 (10:00 ~ 10:10)

NPO法人 リハビリテーション医療推進機構 CRASEED 代表  
兵庫医科大学リハビリテーション医学 主任教授 道免 和久

### 一般演題 I (10:10 ~ 11:00)

座長 森脇 美早 (みどりヶ丘病院 医師)

座長 藤井 俊彰 (名取病院 理学療法士)

#### I-1. 脳卒中片麻痺に対するウォークエイドを用いた歩行訓練の経験

関西リハビリテーション病院 理学療法士 義永 恵実

#### I-2. 回復期リハビリ病棟のソーシャルワーカーの役割

十条武田リハビリテーション病院 地域医療連携室 杉本 愛美

#### I-3. 脳卒中患者に対する装具ノートの運用

小豆澤整形器製作所 義肢装具士 溝畑 俊哉

#### I-4. 回復期リハビリテーション病棟における排泄援助の昼夜の違いを共有する ためのツール活用について

名取病院 回復期リハビリテーション病棟 看護師 白石 志保

#### I-5. 回復期脳卒中片麻痺患者3名に対する下腿傾斜センサー式歩行神経筋電気 刺激装置の4週間の使用経験

関西リハビリテーション病院 理学療法士 中原 理

### 一般演題 II (11:10 ~ 12:00)

座長 高橋 和子 (名取病院 医師)

座長 時岡 愛 (合志病院 言語聴覚士)

#### II-1. 食道癌術後の重度嚥下障害に対し嚥下訓練と電気刺激療法を併用した1例

兵庫医科大学リハビリテーション部 言語聴覚士 齋藤 翔太

#### II-2. 当院回復期リハビリテーション病棟における褥瘡発生の特徴について

西宮協立リハビリテーション病院 作業療法士 島崎 俊二

#### II-3. 四肢麻痺・呼吸筋麻痺を呈した視神経脊髄炎 (NMO) の一例

～多職種で取り組んだ急性期リハビリ～

淀川キリスト教病院リハビリテーション課 理学療法士 須山 宏一

II-4. 外泊時のADLを把握するために、患者用外泊チェックシートと  
担当セラピスト用シートを併用した結果

名取病院 作業療法士 辻 成美

II-5. 慢性期片麻痺患者の歩行速度改善に向けた取り組み

～Body-Weight Supported Treadmill TrainingとWalk aideを用いて～

関西リハビリテーション病院 理学療法士 田中 志織

昼休憩 (12:00 ~ 13:00)

病院紹介 (13:00 ~ 13:30) : 合志病院・名取病院・みどりヶ丘病院

シンポジウム (13:30 ~ 15:15)

テーマ「急性期病院から見た回復期リハ、回復期病院から見た急性期リハ」

座長 齋藤 淳 (名取病院 医師)

座長 溝辺 民 (合志病院 理学療法士)

①地域連携パスの有効性と課題－急性期と回復期の連携－

武田病院グループ本部リハビリテーション部 言語聴覚士 大塚 晃

②脳卒中患者に対して急性期からのボツリヌス投与の有用性について

合志病院 リハビリテーション科 理学療法士 浜守 太

③ケアミックス型病院における急性期と回復期の連携

～セラピストの立場から～

みどりヶ丘病院 理学療法士 渡辺 健史

④嚥下障害患者に対する多職種連携の取り組みと課題－STの視点から－

西宮協立脳神経外科病院 言語聴覚士 藤川 成弥

⑤西淀川・尼崎地区の地域医療特性

名取病院 地域医療連絡室 大澤 政弘

教育講演 (15:30 ~ 16:30)

淀川キリスト教病院における急性期リハビリテーションの取り組み

－超高齢社会で、その役割とは－

淀川キリスト教病院 リハビリテーション科 相良 亜木子

座長 齋藤 淳 (名取病院 医師)

閉会挨拶 (16:30 ~ 16:40)

合志病院 副院長 松本 強

# 一般演題 (10:10 ~ 12:00)

---

## 座長 (一般演題 I)

みどりヶ丘病院	医師	森脇	美早
名取病院	理学療法士	藤井	俊彰

## 座長 (一般演題 II)

名取病院	医師	高橋	和子
合志病院	言語聴覚士	時岡	愛

## 1-1

# 脳卒中片麻痺に対するウォークエイドを用いた歩行訓練の経験

関西リハビリテーション病院

理学療法科	義永 恵実
	花房 義和
医師	石野 真輔
医師	松本 憲二
医師	坂本 知三郎

### 【はじめに】

片麻痺歩行における下垂足に対し、歩行神経筋電気刺激装置ウォークエイド®(Innovative Neurotronics, Inc. USA, 帝人ファーマ㈱、以下；WA)を用いた訓練が注目されている。WA効果は、歩行速度や足関節自動運動の改善などがある。今回、WAを用いて訓練効果を得る事ができたため報告する。

### 【患者情報】

患者は54歳男性、脳幹出血により右片麻痺を呈していた。発症159病日時点での運動麻痺は上田式片麻痺機能テスト下肢V-1、SAIS-M下肢4-4-4、感覚障害は軽度であった。Modified Ashworth Scale (以下、MAS)は足関節1+であり、下肢粗大筋力は4レベルであった。歩行は、屋内外共にプラスチック製短下肢装具(以下、PAFO)とT字杖を使用し自立していた。Timed Up and Go test (以下、TUG)11.6秒、10m歩行テスト8.7秒、6分間歩行テスト365mであった。

### 【治療方法】

標準的な理学療法に加え、WAを用いた連続歩行練習1セット10～15分を毎回2セット、1ヵ月間実施した。

### 【結果】

開始から1週間後に上田式片麻痺機能テストV-3、SAIS-M下肢5-5-5、MAS足関節1と改善を認めた。また、1ヵ月後のTUG8.4秒、10m歩行テスト6.9秒、6分間歩行テスト385mとなった。屋内歩行は裸足で、屋外ではPAFOを使用し自立となった。

### 【考察】

本症例はWAを用いた歩行訓練実施後、約1週間で運動麻痺が改善した。前脛骨筋の出力増加に伴う下腿三頭筋のI a 相反抑制により筋緊張が軽減したこと、歩行時における足関節背屈の学習効果が得られたことで歩行能力の向上につながったと考える。



## 1-2

### 回復期リハビリ病棟のソーシャルワーカーの役割

十条武田リハビリテーション病院	地域医療連携室
	杉本 愛美
	川邊 信子
	辻 真紀子
	北村 佳奈子
	下坂 るみ子

十条武田リハビリテーション病院は総病床数182床、そのうち100床は回復期リハビリ病棟でソーシャルワーカー4名が担当している。回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定しており全体の3割は重症患者で占めている。昨年の総紹介件数は(院内・院外)825件であり、受入件数は478件であった。武田病院グループ内の紹介件数は211件と総紹介件数の約2割を占めている。紹介の内容としては、京都府地域連携パス(脳卒中パス・大腿骨パス)が399件と全体の約4割を占めている。当院では速やかに紹介元に返答が出来るように、月曜日から金曜日まで判定会議を実施している。

回復期リハビリ病棟でのソーシャルワーカーは、急性期病院からの転院調整や、回復期から在宅・施設への調整の役割を担っている。そのため、他の医療機関からの家族背景や生活環境の情報収集が大切になる。しかし、プライベートな部分であり、初期段階からすべてを話す患者や家族は稀である。ソーシャルワーカーとして知りたい情報をこちらのペースで聞くだけでは、相手に不信感を与え、ますます情報が得られなくなることもある。患者を取り巻く具体的な情報を得る為には、信頼関係が必要である。今回、在宅復帰困難な症例を通し、回復期リハビリ病棟でのソーシャルワーカーの役割について再確認したのでここに報告する。

## 1-3

### 脳卒中患者に対する装具ノートの運用

小豆澤整形器製作所  
溝畑 俊哉

近年、脳卒中患者に対する装具療法が見直され、多くの装具が作製されている。しかし作製後、装具使用者に対しフォローアップが必要であるが十分に行えているとはいえ、依頼のある患者に対し受動的に行っているのが現状である。依頼のない患者の中には修理や再作製が必要な方も多いが見えにくい状況である。その要因として (1)依頼する場所や再作製時期が不明瞭 (2)装具に対する認識が不足しているために身体的、能力的変化に対する不適合が見逃される問題がある。装具ノートは、装具使用者の装具に対する認識の向上が期待でき、さらに療養環境の変化後周囲の医療従事者と装具に関する情報を共有し、装具の修理や再作製が円滑に行えることを目的としている。2014年5月現在12医療機関3製作会社が協力し運用している。他施設・他企業が同じ名称やフォームを使用する事で波及効果が期待できる。装具ノートは各企業が配布しており共通の内容として『装具ノートの目的、装具作製履歴、装具詳細』が記載される。当社では2014年1月より装具ノートの運用を開始し、5月現在約80冊配布してきた。装具ノート配布者から修理や調整の依頼が数件あり装具ノートの効果が円滑に機能していると考えられる。装具について患者や周囲が正しく認識し使用する装具に関する知識を共有することが重要である。また装具の適合について医療従事者が定期的に確認するシステムの構築が今後の課題である。

## 1-4

# 回復期リハビリテーション病棟における排泄援助の昼夜の違いを共有するためのツール活用について

名取病院

回復期リハビリテーション病棟

白石 志保・和田 弘子

久貝 陽理子・大山 育代

尾崎 栄子

### 【はじめに】

回復期リハビリテーション病棟において、排泄動作の自立度は、後の生活の場を決定する上で重要な指標となる。特に夜間は日中とは全く異なる事も多く、予測しにくい事例もある。病棟スタッフは、24時間の排泄状況を他職種に伝達する事により情報が共有できより良い援助への一歩となっている。その為いくつかのツールを使用しておりその取り組みを紹介する。

### 【取り組み】

ツールの紹介

#### ①排泄チェックシート

自立の患者様以外、約90%に使用、車椅子の後ろポケット又は押し車等の移動手段に設置し、それ以外は、ナースステーション前かベットサイドに置く。時系列で24時間の尿便回数、時間、量を記載し欄外に日中、夜間に分けて、下着又はオムツ、パット類の種類をチェック式にて記入している。例えば 日中：トイレ コール対応 リハビリP パット  
夜間：ケアリー パット 定時交換

記載方法は	ト：	△ト：
	○：	△○：
	△：	×スミ：
	▲●：	GE：
	×	摘

#### ②病棟リハビリ記録

全員に使用、病棟スタッフが病棟で行うリハビリ内容の記載の中で、介護記録として、排泄時、患者様から自主的な訴え又はコールがあったのか、スタッフからの促しによるトイレ定時誘導なのか、定時のオムツ交換なのか等の具体的記載、不穩、睡眠、覚醒状況、訴え、観察点、下衣操作の自立度等、夜間に得た情報を記入しており、夜間を知らないスタッフ、セラピストへの伝達が可能。

#### ③カーデックス

患者様の入院当日、各職種がベットサイドに集まり、合同評価として、ADL全項目を記入しており、排泄項目も記載する。カーデックスに限り、鉛筆記入にしておりADLの変化があれば、最新情報を日々の申し送り時に書き直し、明確に知る事が可能である。

### 【考察】

これらのツールは、現在、記入の定着ができています。より正確さを増し、共有する事で、患者様各々にふさわしい、最善の方法が導き出せるよう、今後も検討を続けていきたい。

## 1-5

### 回復期脳卒中片麻痺患者3名に対する下腿傾斜センサー式歩行神経筋電気刺激装置の4週間の使用経験

Four-week experience with an electrical stimulator using a tilt sensor for patients with a drop foot

関西リハビリテーション病院

中原 理・石田 浩一

花房 義和・松岡 将司

益村 香澄・主原 奈未子

石野 真輔・松本 憲二

坂本 知三郎

リハビリテーション科学総合研究所

吉田 直樹

#### 【はじめに】

下垂足に対して機能的電気刺激 (FES) は有効である。フットスイッチ不要の新装置が開発され、昨年、本邦でも上市された。6名の患者の使用経験を得て、4週間以上使用した3名の結果を報告する。

#### 【対象と方法】

FES装置はウォークエイド (Innovative Neurotronics Inc. USA, 帝人ファーマ株式会社；以下WA)。下腿近位部に取り付け、装置内のセンサで下腿傾斜を検知し、利用者毎の刺激パターンで腓骨神経を刺激し足関節を背屈させる。

対象は男性の脳卒中片麻痺患者3名。使用開始時の年齢、発症後期間、麻痺側、下肢Brunnstrom stage、歩行状態を順に記す。

A：42、約3ヶ月、V、杖と短下肢装具 (AFO) で自立。

B：55、約1ヶ月、右、VI、杖で自立。C：61、約2ヶ月、左、IV、杖とAFOで屋内自立・屋外要見守り。

WAを用いた歩行練習を毎日30分前後行い、WA使用開始前と4週間後に、10m歩行速度、6分間歩行距離、Timed up and go test (TUG)などをWA有りと無しの条件で計測した。

#### 【結果】

WAの有無での比較では、3名ともほぼ全ての計測項目で、開始前と4週間後共に、WA有りの方が高い歩行能力を示した (有/無の比、10m歩行速度：1.03~1.32、6分間歩行：0.98~1.44、TUG：0.76~0.92)。開始時と4週間後のWA無しでの比較では、顕著な差異はみられなかった。

#### 【考察・結論】

今回の3名は、WA使用により歩行能力は改善した。FESでは機能回復の効果も期待できるが、今回は明らかではなかった。一日の使用時間が短く、期間も短いことが一因と考えられる。

## II-3

### 四肢麻痺・呼吸筋麻痺を呈した視神経脊髄炎（NMO）の一例 ～多職種で取り組んだ急性期リハビリ～

淀川キリスト教病院リハビリテーション課

須山 宏一

川上 和子

宝持 裕見子

久保 礼子

石丸 到

リハビリテーション科

相良 亜木子

脳血管神経内科

山本 梨津子

中澤 健一郎

多職種で早期離床に取り組んだ視神経脊髄炎（NMO）による重症四肢麻痺・呼吸筋麻痺の一例を報告する。

#### 【症例】

55歳女性。2013年X月Y日、3日前に出現した左上下肢のしびれの増悪、脱力・歩行困難で搬送。MRIで上位T2高信号認め、脊髄炎（NMO疑い）にて入院。

#### 【治療経過】

3病日ステロイドパルス開始も、麻痺進行・呼吸筋麻痺あり、4病日ICU入室、NiPPV管理。麻痺進行（MMT両上下肢0）し、8病日挿管下人工呼吸管理。9・13・16病日免疫吸着療法、17病日上肢より筋力回復出現。20病日気管切開術。27病日一般病棟へ転出。42病日人工呼吸管理離脱。56病日リハビリ病院へ転院となる。

#### 【リハビリ経過】

4病日リハビリ開始。MMT1-2。拘縮予防・ポジショニング開始。21病日拘縮予防のためAFO導入（Ns管理）。22病日Dr・Nsと共に高機能ベッドで座位訓練開始。23病日呼吸器離脱訓練。31病日Dr・Nsと共にKAFO装着下立位訓練実施。42病日リハビリ室訓練、平行棒内歩行訓練。48病日AFO処方。最終56病日、MMT上肢3-4、下肢2-3、装具下平行棒内歩行軽介助、FIM76（M42C34）

#### 【考察】

重症四肢麻痺・呼吸筋麻痺、人工呼吸管理下の患者に対し、多職種連携によって積極的な座位・立位訓練を安全に実施でき、廃用・拘縮予防や呼吸器合併症を回避出来た。

## 1-5

### 回復期脳卒中片麻痺患者3名に対する下腿傾斜センサー式歩行神経筋電気刺激装置の4週間の使用経験

Four-week experience with an electrical stimulator using a tilt sensor for patients with a drop foot

関西リハビリテーション病院

中原 理・石田 浩一

花房 義和・松岡 将司

益村 香澄・主原 奈未子

石野 真輔・松本 憲二

坂本 知三郎

リハビリテーション科学総合研究所

吉田 直樹

#### 【はじめに】

下垂足に対して機能的電気刺激 (FES) は有効である。フットスイッチ不要の新装置が開発され、昨年、本邦でも上市された。6名の患者の使用経験を得て、4週間以上使用した3名の結果を報告する。

#### 【対象と方法】

FES装置はウォークエイド (Innovative Neurotronics Inc. USA, 帝人ファーマ株式会社；以下WA)。下腿近位部に取り付け、装置内のセンサで下腿傾斜を検知し、利用者毎の刺激パターンで腓骨神経を刺激し足関節を背屈させる。

対象は男性の脳卒中片麻痺患者3名。使用開始時の年齢、発症後期間、麻痺側、下肢Brunnstrom stage、歩行状態を順に記す。

A：42、約3ヶ月、V、杖と短下肢装具 (AFO) で自立。

B：55、約1ヶ月、右、VI、杖で自立。C：61、約2ヶ月、左、IV、杖とAFOで屋内自立・屋外要見守り。

WAを用いた歩行練習を毎日30分前後行い、WA使用開始前と4週間後に、10m歩行速度、6分間歩行距離、Timed up and go test (TUG)などをWA有りと無しの条件で計測した。

#### 【結果】

WAの有無での比較では、3名ともほぼ全ての計測項目で、開始前と4週間後共に、WA有りの方が高い歩行能力を示した (有/無の比、10m歩行速度：1.03~1.32、6分間歩行：0.98~1.44、TUG：0.76~0.92)。開始時と4週間後のWA無しでの比較では、顕著な差異はみられなかった。

#### 【考察・結論】

今回の3名は、WA使用により歩行能力は改善した。FESでは機能回復の効果も期待できるが、今回は明らかではなかった。一日の使用時間が短く、期間も短いことが一因と考えられる。

## II-3

### 四肢麻痺・呼吸筋麻痺を呈した視神経脊髄炎（NMO）の一例 ～多職種で取り組んだ急性期リハビリ～

淀川キリスト教病院リハビリテーション課

須山 宏一

川上 和子

宝持 裕見子

久保 礼子

石丸 到

リハビリテーション科

相良 亜木子

脳血管神経内科

山本 梨津子

中澤 健一郎

多職種で早期離床に取り組んだ視神経脊髄炎（NMO）による重症四肢麻痺・呼吸筋麻痺の一例を報告する。

#### 【症例】

55歳女性。2013年X月Y日、3日前に出現した左上下肢のしびれの増悪、脱力・歩行困難で搬送。MRIで上位T2高信号認め、脊髄炎（NMO疑い）にて入院。

#### 【治療経過】

3病日ステロイドパルス開始も、麻痺進行・呼吸筋麻痺あり、4病日ICU入室、NiPPV管理。麻痺進行（MMT両上下肢0）し、8病日挿管下人工呼吸管理。9・13・16病日免疫吸着療法、17病日上肢より筋力回復出現。20病日気管切開術。27病日一般病棟へ転出。42病日人工呼吸管理離脱。56病日リハビリ病院へ転院となる。

#### 【リハビリ経過】

4病日リハビリ開始。MMT1-2。拘縮予防・ポジショニング開始。21病日拘縮予防のためAFO導入（Ns管理）。22病日Dr・Nsと共に高機能ベッドで座位訓練開始。23病日呼吸器離脱訓練。31病日Dr・Nsと共にKAFO装着下立位訓練実施。42病日リハビリ室訓練、平行棒内歩行訓練。48病日AFO処方。最終56病日、MMT上肢3-4、下肢2-3、装具下平行棒内歩行軽介助、FIM76（M42C34）

#### 【考察】

重症四肢麻痺・呼吸筋麻痺、人工呼吸管理下の患者に対し、多職種連携によって積極的な座位・立位訓練を安全に実施でき、廃用・拘縮予防や呼吸器合併症を回避出来た。

## 1-5

### 回復期脳卒中片麻痺患者3名に対する下腿傾斜センサー式歩行 神経筋電気刺激装置の4週間の使用経験

Four-week experience with an electrical stimulator using a tilt sensor for patients with a drop foot

関西リハビリテーション病院

中原 理・石田 浩一

花房 義和・松岡 将司

益村 香澄・主原 奈未子

石野 真輔・松本 憲二

坂本 知三郎

リハビリテーション科学総合研究所

吉田 直樹

#### 【はじめに】

下垂足に対して機能的電気刺激 (FES) は有効である。フットスイッチ不要の新装置が開発され、昨年、本邦でも上市された。6名の患者の使用経験を得て、4週間以上使用した3名の結果を報告する。

#### 【対象と方法】

FES装置はウォークエイド (Innovative Neurotronics Inc. USA, 帝人ファーマ株式会社；以下WA)。下腿近位部に取り付け、装置内のセンサで下腿傾斜を検知し、利用者毎の刺激パターンで腓骨神経を刺激し足関節を背屈させる。

対象は男性の脳卒中片麻痺患者3名。使用開始時の年齢、発症後期間、麻痺側、下肢Brunnstrom stage、歩行状態を順に記す。

A：42、約3ヶ月、V、杖と短下肢装具 (AFO) で自立。

B：55、約1ヶ月、右、VI、杖で自立。C：61、約2ヶ月、左、IV、杖とAFOで屋内自立・屋外要見守り。

WAを用いた歩行練習を毎日30分前後行い、WA使用開始前と4週間後に、10m歩行速度、6分間歩行距離、Timed up and go test (TUG)などをWA有りと無しの条件で計測した。

#### 【結果】

WAの有無での比較では、3名ともほぼ全ての計測項目で、開始前と4週間後共に、WA有りの方が高い歩行能力を示した (有/無の比、10m歩行速度：1.03~1.32、6分間歩行：0.98~1.44、TUG：0.76~0.92)。開始時と4週間後のWA無しでの比較では、顕著な差異はみられなかった。

#### 【考察・結論】

今回の3名は、WA使用により歩行能力は改善した。FESでは機能回復の効果も期待できるが、今回は明らかではなかった。一日の使用時間が短く、期間も短いことが一因と考えられる。



## II-1

### 食道癌術後の重度嚥下障害に対し嚥下訓練と電気刺激療法を併用した1例

兵庫医科大学病院リハビリテーション部

齋藤 翔太・福岡 達之

田中 佳子・坪田 功美恵

上部消化管外科

竹村 雅至

リハビリテーション医学教室

古河 慶子・児玉 典彦

道免 和久

#### 【はじめに】

食道切除術後は反回神経麻痺や喉頭挙上障害が生じやすいため咽頭期嚥下障害を呈することが報告されている。術後の嚥下障害に対して、従来の嚥下訓練に加え舌骨上筋群の筋力増強を目的にVitalStimを用いた電気刺激療法を併用する事で経口摂取が可能になった症例を経験したので報告する。

#### 【症例】

57歳男性。進行胸部食道癌（cT3N1M0, Stage III）、早期胃癌（cT1N0M0, Stage I A）と診断され、当院で胸腔鏡下食道亜全摘術と3領域郭清と後縦隔胃管再建術が施行された。

#### 【経過】

術後、両側反回神経麻痺のため重度嚥下障害を呈した。術後13日の嚥下造影検査（VF）では、ハチミツ状トロミで舌骨喉頭挙上障害と食道入口部開大不全のため不顕性誤嚥を認めた。舌骨上筋群の筋力増強訓練を目的に頭部挙上訓練やメンデルソン手技とVitalStimによる電気刺激療法の併用をおこなった。電気刺激部位は舌骨外側に2対の電極を貼付し、刺激条件として周波数80Hz、パルス幅300  $\mu$ sec、刺激強度は耐えうる最大の運動レベル（7 mA～10mA）に設定した。電気刺激療法と運動療法の併用は30分/日、5日/週、8週間実施した。術後76日のVFでは、頸部左回旋で誤嚥を認めなかった。また舌骨前方/上方への移動距離が改善し、経口摂取に至った。

#### 【考察】

食道切除術後の重度嚥下障害例に対し、運動療法に加えて電気刺激療法を補助的に使用した訓練を実施した。本症例では嚥下筋を効率よく強化する方法として、運動療法と電気刺激療法の併用が有効であったと考えた。

## II-2

### 当院回復期リハビリテーション病棟における褥瘡発生の特徴について

西宮協立リハビリテーション病院  
作業療法士 島崎 俊二

#### 【はじめに】

褥瘡はリハビリテーションを実践する上での阻害因子となる。褥瘡の予防的介入に向けて当院の褥瘡発生についての特徴と今後の対応について検討した。

#### 【対象と方法】

2012年4月1日～2013年3月31日まで当院入院515名中、入院中に褥瘡を認めた12名が対象。褥瘡部位・FIM・BMI・血液生化学検査と、日中の過ごし方を椅子・車椅子で過ごすA群5名、ベッド・車椅子併用のB群2名、ベッド・リクライニング車椅子が中心のC群5名に分類し検討。

#### 【結果】

A群：FIMの改善大きく、自由に移動が出来たが活動性低下あり。

B群：FIMの改善があり日中1～2時間を車椅子で過ごす為にシーティングを実施。

C群：FIMの改善は認めず、発生前に体調不良あり。

3群共通点は①発生部位が仙骨・坐骨部②褥瘡発生前よりBMIの低下③血清Albが3.5g/dl以下。

#### 【考察】

褥瘡発生の原因としてA群は活動性の低さが予想され、活動を促す援助が必要であると考えられる。B群はシーティングの不適合と予想され、頻回な除圧と座面調整が必要と考えられる。C群は体調不良によるものと予想され、状態に応じてマットレスの変更等迅速な対応が必要と考えられる。3群共に栄養状態は良好でなく、栄養状態の改善が必須であると考えられる。

## II-3

### 四肢麻痺・呼吸筋麻痺を呈した視神経脊髄炎（NMO）の一例 ～多職種で取り組んだ急性期リハビリ～

淀川キリスト教病院リハビリテーション課

須山 宏一

川上 和子

宝持 裕見子

久保 礼子

石丸 到

リハビリテーション科

相良 亜木子

脳血管神経内科

山本 梨津子

中澤 健一郎

多職種で早期離床に取り組んだ視神経脊髄炎（NMO）による重症四肢麻痺・呼吸筋麻痺の一例を報告する。

#### 【症例】

55歳女性。2013年X月Y日、3日前に出現した左上下肢のしびれの増悪、脱力・歩行困難で搬送。MRIで上位T2高信号認め、脊髄炎（NMO疑い）にて入院。

#### 【治療経過】

3病日ステロイドパルス開始も、麻痺進行・呼吸筋麻痺あり、4病日ICU入室、NiPPV管理。麻痺進行（MMT両上下肢0）し、8病日挿管下人工呼吸管理。9・13・16病日免疫吸着療法、17病日上肢より筋力回復出現。20病日気管切開術。27病日一般病棟へ転出。42病日人工呼吸管理離脱。56病日リハビリ病院へ転院となる。

#### 【リハビリ経過】

4病日リハビリ開始。MMT1-2。拘縮予防・ポジショニング開始。21病日拘縮予防のためAFO導入（Ns管理）。22病日Dr・Nsと共に高機能ベッドで座位訓練開始。23病日呼吸器離脱訓練。31病日Dr・Nsと共にKAFO装着下立位訓練実施。42病日リハビリ室訓練、平行棒内歩行訓練。48病日AFO処方。最終56病日、MMT上肢3-4、下肢2-3、装具下平行棒内歩行軽介助、FIM76（M42C34）

#### 【考察】

重症四肢麻痺・呼吸筋麻痺、人工呼吸管理下の患者に対し、多職種連携によって積極的な座位・立位訓練を安全に実施でき、廃用・拘縮予防や呼吸器合併症を回避出来た。

## II-4

### 外泊時のADLを把握するために、患者用外泊チェックシートと担当セラピスト用シートを併用した結果

名取病院

リハビリテーション科

作業療法士 辻 成美

作業療法士 三好 大輔

理学療法士 藤井 俊彰

#### 【はじめに】

在宅退院予定の患者が入院中に試験外泊することは比較的多く認められ、外泊時の生活状況を把握するのは重要なことである。そのため病院によっては独自のチェックシートを作成し、外泊時の状況把握に努めている。当院でも同様のことを行っているが、そのシートの運用方法を見直し、新たな試みを実施した。

#### 【目的】

チェックシートを運用することで、①外泊時の患者の様子を知るだけでなく、担当スタッフがより正確に在宅環境のイメージづけができるようにする。②外泊時の様子を基にその後の訓練内容を充実させる。

#### 【方法】

基本動作・ADL・IADLに関して計8項目、各項目とも回答は選択式となるチェックシートを外泊時に患者または家族に渡しシートの記入を依頼。次に同様のシートを用い、担当セラピストが外泊時点で想定される患者の動作レベルを予測してシートの記入を行った。外泊後に患者または家族が記入したシートとセラピストが予測して記入したシートとの差を比べた。そして、担当セラピストにはチェックシートの効果を知るためのアンケートも実施した。

#### 【結果】

患者用シートとセラピスト用シートの結果を比較すると、セラピストの予測以下となった項目は更衣や入浴などのADL項目が多く、予測以上となったのは、立つ・座るなどの基本動作項目が多かった。アンケートではセラピストの86%が「退院後の生活を想定するのに役立った」、66%が「訓練内容の見直しを行った」という結果になった。

#### 【まとめ】

今回、従来使用していた外泊チェックシートを、それぞれ患者用・セラピスト用に分けて運用を行った。その結果、外泊時の能力を正しく想定出来ているケース、出来ていないケースがあることが分かった。今後このシートの集計結果をもとに特に外泊中の能力が予測を下回ったケースについて、その原因を追究したい。

## II-5

### 慢性期片麻痺患者の歩行速度改善に向けた取り組み

～Body-Weight Supported Treadmill TrainingとWalk aideを用いて～

関西リハビリテーション病院

理学療法科 田中 志織

若竹 雄治

医師 石野 真輔

医師 松本 憲二

医師 坂本 知三郎

#### 【はじめに】

屋内外の歩行は自立しているが、歩行速度が低下している慢性期の脳卒中患者を担当する機会を得た。その原因は麻痺側前遊脚期のクリアランス不良と揃え型に近い三動作歩行（以下、歩行様式）にあると捉え、機能的電気刺激（以下、WalkAide）と部分免荷式トレッドミルトレーニング（以下、BWSTT）を行い、一定の効果が得られたためここに報告する。

#### 【症例紹介】

症例は、2008年11月に脳梗塞を発症し、右片麻痺（12段階片麻痺グレード：IV-1）となった76歳の男性である。屋内外ともにT字杖とプラスチックAFOを用いた三動作歩行が自立していた。2014年1月の第3腰椎圧迫骨折、その後の胆嚢炎で廃用症候群に対するリハビリ目的で3月6日に当院へ入院された。

#### 【理学療法とその経過】

圧迫骨折による疼痛はNumerical Rating Scale 1～2であった。このため歩行速度の改善に向けてBWSTTを週2～3回、WalkAideを週6～7回実施した。これらを約1ヶ月実施した結果、最大歩行速度は0.36m/sから0.43m/sとなり、快適歩行速度は0.33m/sから0.35m/sとなった。また歩行中の過剰な身体の回旋や前傾が減少した。一方、歩行様式の変更には至らなかった。

#### 【考察】

積極的なリハビリによる廃用症候群の改善に加えて、BWSTTとWalkAideにより前遊脚期のクリアランスが改善したため本症例の歩行速度が改善したと考える。

# シンポジウム (13:30 ~ 15:15)

---

テーマ「急性期病院から見た回復期リハ、  
回復期病院から見た急性期リハ」

座長

名取病院	医師	齋藤	淳
合志病院	理学療法士	溝辺	民

①

地域連携パスの有効性と課題 —急性期と回復期の連携—

武田病院グループ本部リハビリテーション部  
言語聴覚士 大塚 晃

十条武田リハビリテーション病院

医師 寺田 央  
理学療法士 島 浩人  
社会福祉士 川邊 信子

回復期リハビリテーション病棟を有している病院の運営では、対象患者を安定して確保することが最優先である。自院の急性期患者からの対象のみでは病床を満たすことが困難な場合、あるいはすべての対象患者が他院からの紹介である場合に患者確保の手段として、地域連携パスによる医療機関の連携は極めて重要である。地域連携パスは、急性期から回復期、回復期から維持期(生活期)へとリハビリテーションの連続性を担保する有効なツールであろう。京都府では、第1段階の計画管理病院(急性期)、第2段階の回復期を中心とした連携病院、および第3段階の医院、介護老人保健施設、および介護サービス事業所で統一の連携パスを使用しており、参加医療機関および介護系施設合わせて108におよんでいる。地域連携パスは、地域連携診療計画管理料、地域連携診療計画退院時指導料(I)および(II)、退院計画加算などの診療報酬が認められる疾患を対象に、情報の共有化、治療経過の可視化および在院日数の短縮など、それぞれの役割に基づいた医療機関・施設の連携構築に大きな役割を期待されている。リハビリテーションについても、BIやFIMといった共通の評価方法を用いて情報を共有化しているが、書面上の記載によるやり取りがメインであるため、急性期と回復期の相互理解という点については必ずしも十分とはいえない部分もある。京都府においては統一パスに参加している医療機関・施設が多数であり、Face-to-Faceの関係が構築しにくいことも考えられる。今回、武田病院グループ内の急性期と回復期の連携を中心に、地域連携パスの有効性と課題を考えてみたい。

## ②

# 脳卒中患者に対して急性期からのボツリヌス投与の有用性について

合志病院 リハビリテーション科  
理学療法士 浜守 太  
理学療法士 大城 優  
医師 齋藤 淳

### 【背景】

ボツリヌストキシン（以下BTX）の維持期患者への投与は広く普及しているが、急性期ではほとんど投与されていない。当院では、2012年10月より急性期脳卒中患者への投与を開始し、現在までに23例施行している。

### 【目的】

急性期でBTX投与を行った脳卒中患者の急性期・回復期退院時の身体機能を評価し、急性期からのBTX投与の有用性について述べる。

### 【方法】

対象は2012年10月から2014年1月の間に、当院で脳卒中後の下肢痙縮に対してBTXを投与し、既往に脳卒中・頭部外傷等のない8名。投与筋群は腓腹筋、ヒラメ筋、後脛骨筋でBTX投与前日、転院前日、回復期退院時に評価実施。調査項目は、足関節底屈筋群のModified Ashworth Scale（以下MAS）足関節背屈のRange Of Motion（以下ROM）麻痺側下肢Brunnstrom Recovery Stage 運動FIM短縮版とした。

### 【結果】

ROMに関しては、全例において投与前評価よりも回復期退院時評価時に改善が認められた。MASに関しては投与前評価よりも回復期転院時評価で、改善がみられた症例は9例中（8人中1人は両脚）6例であった。

### 【考察】

BTX投与で数か月間、筋緊張が改善された状態を維持したことに加え、継続した理学療法介入により筋の柔軟性が維持され、関節可動域改善につながったと推察された。

### 【結語】

今回の急性期BTX投与症例は、回復期退院時までBTX投与前よりも足関節背屈制限が進行しないことが確認された。しかし、明確に急性期BTX投与の有用性を説くには、非投与例との比較検証が必要であり、評価測定についても正確な再現性が得られるような方法を考慮すべきである。



### ③

## ケアミックス型病院における急性期と回復期の連携 ～セラピストの立場から～

### みどりヶ丘病院

理学療法士	渡辺 健史
理学療法士	上原 幸子
理学療法士	上迎 千裕
理学療法士	皿海 英次
医師	森脇 美早

当院はケアミックス型の病院として、急性期から維持期まで一環したリハビリテーションを提供している。在籍するセラピストはPT・OT・ST（以下リハスタッフ）を合わせて100名を越えており、急性期、回復期、外来、在宅、老健にそれぞれ従事している。その中でケアミックス型病院ならではの急性期と回復期の連携における利点、欠点を検討した。利点として以下の6点が挙げられた。①リハスタッフ間では文書による情報交換だけでなく口頭での申し送りが可能なため、より具体的な情報交換が可能となる。②回復期のリハスタッフは急性期での治療経過を電子カルテ上で確認できる。③医療ソーシャルワーカーの早期介入によって継続したフォローアップや退院促進が可能である。④急性期・回復期・維持期を通じてのチーム介入が可能である。具体的には嚥下チーム、呼吸サポートチーム（RST：Resperatory Support Team）、栄養サポートチーム（NST：Nutrition Support Team）、口腔衛生チーム、Brace Clinic、褥瘡チーム、シーティングチームが各時期隔てなく稼働している。⑤骨折手術後症例においては手術担当医が院内にいるため、手術担当医にしか把握しにくい術中の術部の様子をふまえてのリハ計画が立てやすい。⑥患者は病院内での転棟となるため、転院に比べ患者や家族の負担が軽減できる。欠点としては以下の2点が挙げられる。①病院内での転棟と言う気軽さがリハスタッフ間に生じ、サマリや申し送りの内容が不十分なまま患者を引き継いでいるケースも存在する。②転院ではなく転棟であるため、患者や家族に回復期に移るという意識・心構えが生じにくい。

ケアミックス型病院においては、上記のような利点を伸ばし欠点を補う工夫が必要であると考えられる。

## ④

# 嚥下障害患者に対する多職種連携の取り組みと課題 －STの視点から－

西宮協立脳神経外科病院

言語聴覚士 藤川 成弥

言語聴覚士 新城 吉孝

### 【はじめに】

当院は脳卒中患者が年間約700例以上搬送される急性期病院で、病床数は164床（SCU24床）を有する。昨年度はリハビリ対象患者が633人あり、中でも嚥下障害（一過性を含む）を有する患者は少なくなく、ST嚥下リハビリ指示があった人数は178人（25%）であった。今回は当院における嚥下障害患者に対する他職種連携の取り組みと課題を報告する。

### 【活動内容】

I. 経口摂取フローチャート：SCUでST未介入患者に対する経口摂取可否、食事形態選択の際に、評価方法の統一と精度向上、絶食期間短縮を目的に「経口摂取フローチャート」を作成しSCUで運用した。

II. NST、情報共有：NST病棟ラウンドでは、栄養摂取方法をその場で提案している。

### 【結果】

I. 結果：①誤嚥の兆候を呈する患者の減少、②絶食期間の短縮、③Nsの食事形態への意識向上等の利点が認められた。

II. 結果：NSTチームが順調に起動するようになり必要な患者にSTとして情報共有が出来る。また同法人回復期病院STとも連絡が容易で連携が築けて来ていると感じている。

今後としては、フローチャート改訂と全病棟への運用拡大、NSTなどで発言を積極的に実施してさらなる連携を図って行きたい。

## ⑤

### 西淀川・尼崎地区の地域医療特性

名取病院 地域医療連絡室  
大澤 政弘

当院は大阪府と兵庫県の県境に位置しており、一般病棟23床、回復期病棟60床の計83床の病院である。併設に介護老人保健施設50床、グループホーム45床、住宅型有料老人ホーム28室があり、配食サービスも手がけている。回復期病棟のスタッフはリハビリ科医師2名、PT28名、OT10名、ST4名で、地域医療連絡室は看護師1名、社会福祉士1名、その他2名の計4名で業務している。

当院回復期への入院患者は、他の地域より生活保護受給で独居の方が多く、紹介時に生保申請中の場合もある。家族とは疎遠で、キーパーソンが友人などの場合や、全くいないケースもある。この場合は、所持金の管理（入院費、家賃、公共料金支払いなど）、必要物品の購入、転帰先の相談も進まない事がある。また、後見人の手続きは、限られた入院期間では契約まで時間が足らず、困難な場合が多い。しかし、高専賃などの転帰先の入居相談を早々に始め、生活保護ケースワーカーとの連絡を密にし、入院期限内に退院できるように努めている。

急性期に経管栄養をし、回復期転院後も経口摂取が困難であると判断される場合は、胃瘻造設の可能性や必要性の説明の有無を、急性期病院のソーシャルワーカーに打診し、訪問面談時に医師が家族に説明することもある。ただし、経管栄養のままの受け入れ先が決まりましたとキャンセルされる場合もある。予後に関しては、急性期病院の主治医から明確に説明されていないこともあり、訪問面談時に医師ができるだけ説明するようにしている。

急性期病院では入院期間が短い為、急性期病院のソーシャルワーカーは情報をまとめ、紹介までは苦勞していると推察される。今後はスムーズに、早急に受け入れを進られるように、より緊密に連携を図る必要性を感じる。

# 教育講演 (15:30 ~ 16:30)

---

座長

名取病院 医師 齋藤 淳

## 淀川キリスト教病院における急性期リハビリテーションの取り組み —超高齢社会で、その役割とは—

淀川キリスト教病院 リハビリテーション科  
相良 亜木子  
兵庫医科大学リハビリテーション医学  
児玉 典彦  
道免 和久

「2025年問題」ともいわれる超高齢社会の到来が迫る中、医療・介護・福祉においては「地域包括ケアシステム」の構築により、あらゆる市民が住み慣れた地域でよりよい生活を送ることが、期待されており、医療と介護の連携がその中心と考えられている。

この「地域包括ケアシステム」における地域医療では、急性期病院の役割として、救急患者の確実な受け入れ、そして早期の地域復帰・家庭復帰が重要と位置づけられており、回復期医療機関との「病病連携」や、生活期医療機関・介護機関との「病診連携」「医療介護連携」を推奨している。

では、急性期病院のリハビリテーション部門は其中でどういった役割を担う必要があるのだろうか？ 急性期の医療システムの中で、医療保険でのリハ医療の提供は介護保険サービス実施の前提であるという「リハビリテーション前置主義」に基づいて、早期にリハビリテーションを開始し、可能な限り、自立や要介護状態の軽減を目指すことが、その役割といえよう。

そこで、地域支援病院である淀川キリスト教病院に、リハビリテーション科医師が赴任以来、多くの医師・療法士・看護師・ソーシャルワーカーなど多職種と協働しながら、その役割を担うべく、様々な取り組みを行ってきた。ここでは、地域から入院してきた様々な患者の、機能障害の原因として重要な脳卒中や運動器疾患だけでなく、高齢者に多い肺炎など呼吸器疾患や心不全など心疾患、また近年増加しているがんの患者など、あらゆる疾患・障害に対して、リハビリテーションを提供しなければならない。

本日は、約3000例/年の患者に対する私たちの急性期リハビリテーションの実践について紹介し、回復期や生活期への連携についての問題点などを検討する。

**MEMO**

A series of horizontal dotted lines spaced evenly down the page, providing a guide for writing.

MEMO

---

○ 評価の場面の

姿勢

台詞

○ SUV 309A PT

PTは 25 台入る

## 第4回コンプリヘンシブ・リハビリテーション懇話会抄録集

---

発行者 NPO 法人 リハビリテーション医療推進機構 CRASEED 代表  
兵庫医科大学リハビリテーション医学 主任教授  
道免 和久

発行所 第4回コンプリヘンシブ・リハビリテーション懇話会事務局  
医療法人社団 敬誠会 合志病院  
医療法人 博悠会 名取病院