

第 29 回新潟県理学療法学会 学会誌

テーマ

「伝える」

知識を、技術を、そしてマインドを



会 期 令和 6 年 2 月 24 日(土)、25 日(日)
会 場 高田城址公園オーレンプラザ
大会長 山本 典子 (上越地域医療センター病院)
主 催 公益社団法人 新潟県理学療法士会

公益社団法人 新潟県理学療法士会

新理会 52 号
令和 6 年 2 月 1 日

病 院 長
施 設 長 殿
所属機関の長

公益社団法人 新潟県理学療法士会会長 佐藤成登志
第 29 回 新潟県理学療法学会会長 山本 典子
(公印省略)

第 29 回 新潟県理学療法学会出張許可のお願いについて

謹啓 立春の候、貴職におかれましては益々ご健勝のこととお慶び申し上げます。
平素より当県士会運営ならびに本会会員の理学療法士には何かとご指導ご鞭撻を賜り深く感謝申し上げます。

さて、この度下記により第 29 回新潟県理学療法学会を開催することになりました。
つきましては、貴施設職員で本会会員理学療法士_____氏の新潟県理学療法学会出張に際し、格段のご配慮を賜りますよう謹んでお願い申し上げます。
末筆ではございますが、先生のますますのご健勝を祈念申し上げます。

謹白

記

テーマ： 「伝える」 知識を、技術を、そしてマインドを

会 場： 高田城址公園オーレンプラザ
〒943-0835 新潟県上越市本城町 8 番 1 号

会 期： 令和 6 年 2 月 24 日（土）大会一日目
令和 6 年 2 月 25 日（日）大会二日目

お問い合わせ先：

〒950-0912 新潟市中央区南笹口 1-1-38 コープオリンピック笹口 303
公益社団法人 新潟県理学療法士会事務局
TEL025-250-7660 FAX025-250-7661
e-mail : jimukyoku@nipta.jp HP : <http://nipta.jp/>

会場への交通案内

■会場／高田城址公園オーレンプラザ

〒943-0835 新潟県上越市本城町 8 番 1 号

TEL : 025-525-1311 (代)

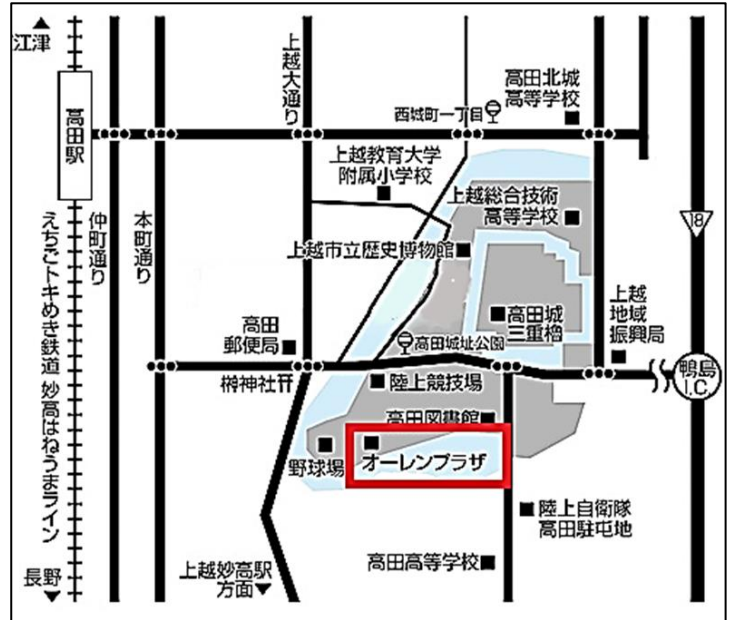
■アクセス

公共交通機関：

- 北陸新幹線上越妙高駅下車「上越妙高駅前」から「中央病院行」バスにて「高田城址公園」降車、徒歩 3 分
- えちごトキめき鉄道高田駅下車「高田駅前案内所」から「宇津の俣行」・「牧小学校行」バスにて「高田城址公園」降車、徒歩 3 分
- 高速バス「北城町三丁目」降車、徒歩 17 分

車：

- 北陸自動車道から上越 IC～国道 18 号線鴨島立体交差点右折、高田城址公園内まで 15 分
- 上信越自動車道から上越高田 IC～高田城址公園内まで 15 分



■駐車場案内

- オーレンプラザ前の駐車場【P5】には限りがございます。満車の場合は他の駐車場をご利用ください。
- 【P6】(350m 徒歩 5 分程度)は比較的余裕があります。



お車の通り抜けは出来ません。徒歩での移動は可能です

会場案内

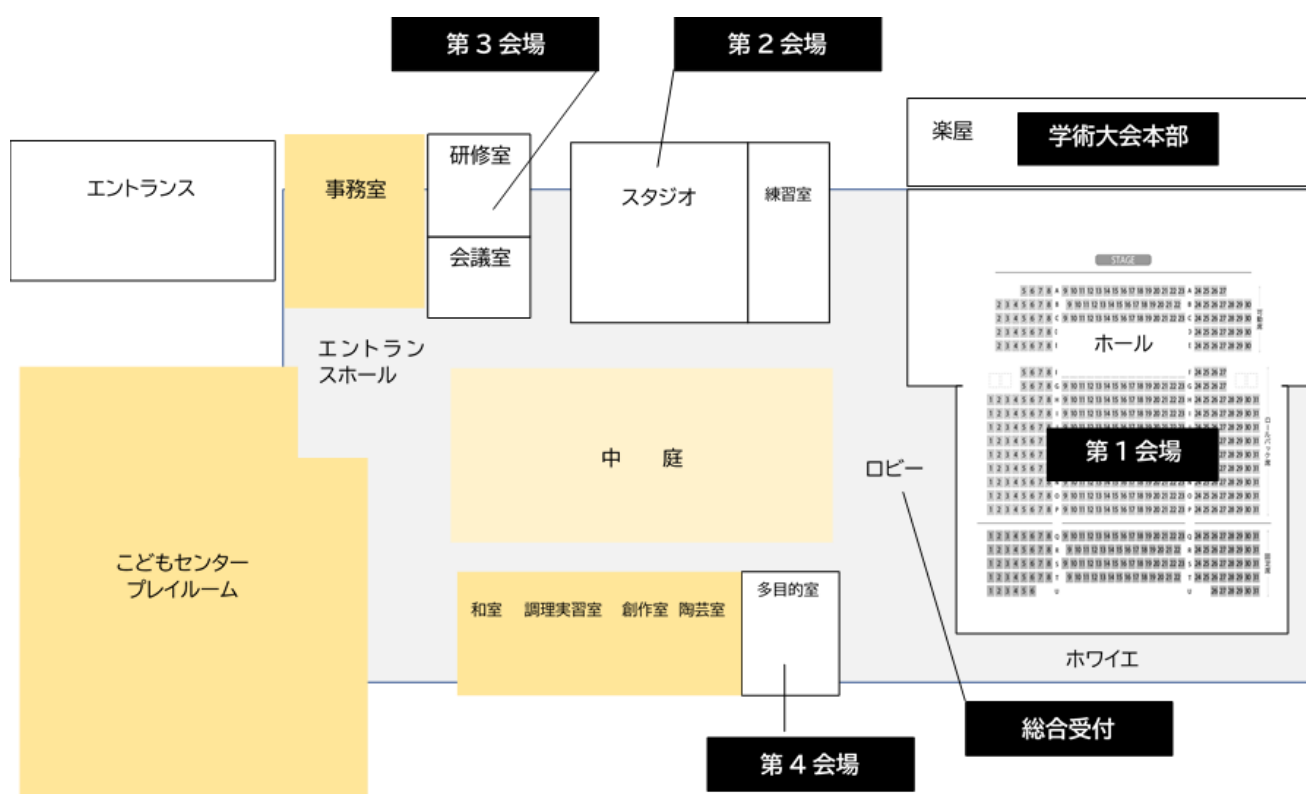
■高田城址公園オーレンプラザ

第1会場 (1階：ホール 2階：親子観覧席を設けております。)

第2会場 (1階：スタジオ *土足禁止です)

第3会場 (1階：研修室・会議室)

第4会場 (1階：多目的室 *土足禁止です)



- * 会場の「市民交流施設高田城址公園オーレンプラザ」は上越市の公営施設です。学術大会開催期間中も多くの一般市民の方が利用されます。他の利用者の方の迷惑にならないようにご留意願います。
- * すべての会場においてお子様連れの入場が可能です。第1会場2階に親子観覧席がございます。
- * 第2会場（スタジオ）および第4会場（多目的室）は土足禁止になっております。各会場入口に使い捨てスリッパをご用意していますが、必要に応じて各自内履きをご持参ください。尚、ご使用になられた使い捨てスリッパは各自お持ち帰りいただきますようお願いいたします。
- * 施設内および近隣には飲食店がありません。昼食は各自でご用意ください。尚、当日は、軽食の販売とキッチンカー（25日のみ）が出店予定です。是非、ご利用ください。

■託児室について

お子様連れの会員の方へ

第29回新潟県理学療法学会では、託児室は設置していません。
本学会ではすべての会場においてお子様連れの入場が可能です。（第1会場2階には親子観覧席があります）

また、会場内にはこどもセンターがあり、以下のような利用ができます。

- ①高田城址公園オーレンプラザ内にあるこどもセンターは、0歳～8歳の子どもとその保護者が一緒に遊べる施設です。保護者が一緒であれば、0～3歳、4～8歳の二つの区分ごとのプレイルームで、どなたでも無料で遊ぶことができます。（8：30～17：00）
 - ②こどもセンターでは、上越市内に居住している生後7か月～就学前までの乳幼児の一時預かりができます。（事前登録が必要、9：00～16：30 有料）
- 詳しくは上越市のホームページ「オーレンプラザこどもセンター」の案内にあるオーレンプラザこどもセンター一時預かり室チラシをご確認ください。

<オーレンプラザこどもセンター>

<https://www.city.joetsu.niigata.jp/site/auren-plaza/aurenkodomom.html>

<一時預かり室チラシ>

<https://www.city.joetsu.niigata.jp/uploaded/attachment/233351.pdf>

※ こどもセンターの事前登録は各自でお願い致します。

ご参加の皆様へ

1. 参加費について

	参加形式	事前受付	当日受付	申込方法
新潟県士会会員 (JPTA 会員)	対面・Web	3,000 円*1	4,000 円*2	*1 協会マイページよりお申し込み下さい *2 直接会場にお越しいただき、受付用紙に記入の上、参加費(現金のみ)をお支払い下さい
新潟県士会以外の JPTA 会員	対面・Web	5,000 円*1	6,000 円*2	
理学療法士免許を有する会員外・休会者 (JPTA 非会員)	対面	—	8,000 円*2	直接会場にお越し下さい 学生証の提示が必要です
学 生 (理学療法士養成校在籍者のみ)	対面	無 料		直接会場にお越し下さい 学生証の提示が必要です
後援職能団体	対面	—	2,000 円*2	直接会場にお越し下さい

- * 1 日参加、2 日間参加ともに同じ参加費になります。
- * 現金振込が支払期限に間に合わない場合は、当日受付となります。
- * 理学療法士有資格者は学生扱いとはなりませんので予めご了承ください。
- * 一旦納入された参加費は返金することができませんので予めご了承ください。
- * 前期・後期研修履修中の会員は、申込時の履修目的の選択は「登録理学療法士 更新」を選択して進めてください。
- * 領収書について、JPTA 会員は日本理学療法士協会マイページよりダウンロードしてください。JPTA 会員以外の方で領収書が必要な方は県士会事務局までお問い合わせください。尚、当士会は免税事業者で、適格請求書発行事業者(インボイス制度)の登録は行っておらずインボイス番号は取得していません。そのため、領収書にも登録番号は記載されておられませんのでご了承のほどお願いいたします。

2. 申込み方法: 日本理学療法士協会マイページよりお申込み下さい

セミナー番号【対面】: 116265

セミナー番号【Web】: 116266 【第 1 会場のみ: 定員 250 名 先着順】

- ※【対面】と【Web】ではセミナー番号が異なります。お間違いのないようご注意ください。
- ※ Web 参加は、第 1 会場のみ参加となります。第 2・3 会場の配信はありません。
- ※ 事前受付は、【対面】か【Web】どちらか一方のセミナー番号のみご登録ください。2 つ登録すると参加費が 2 重(6,000 円)に徴収されます。その場合、返金できませんのでご注意ください。
- ※ 【対面】参加登録後に【Web】参加へ変更したい場合は、事務局へご連絡下さい。
- ※ 【Web】参加登録後に【対面】参加へ変更したい場合は、直接会場へお越しください。
- ※ 【Web】参加の方へは、2 月 21 日(水)までに URL、ID、パスワード等をお送りします。

事前申込み期間: 現金振込 10 月 1 日(土) ~ 1 月 26 日(金) 支払期限 2 月 6 日(火)
楽天カード 10 月 1 日(土) ~ 2 月 14 日(水)
口座振替 10 月 1 日(土) ~ 1 月 15 日(月)

- 3. 会員外・休会者で事前申込をご希望の方は、県士会ホームページ(<http://nipta.jp/>)よりお申込みください。学生とは、医療系養成校在籍者を指しますが、理学療法士の有資格者は該当しません。

4. 会員は会員証を受付に提示ください。県士会ホームページよりお申込み頂いた方は、申し込み 完了後に表示される番号を受付にご提示ください。尚、一旦納入された参加費につきましては、返金することができませんので予めご了承ください。

5. 会員が市民公開講座のみに参加する場合は、学会参加費が必要になります。

6. 参加受付について：総合受付(ホール横ロビー) 事前申込の方

(1) JPTA 会員:QR コード、会員カードでの受付になります。協会会員アプリまたは会員カードをご用意ください。

(2) JPTA 会員以外の方は、会場に用意された受付用紙にご記入の上、「会員外当日受付」窓口にて参加費をお支払い(現金のみ)ください。

(3) 参加証兼領収証は再発行できません。大切に保管してください。

7. 当日申込方法(会員・会員外・学生)

(1) 当日申込は、現金支払いのみの取り扱いとなります。

(2) 会員の方は、「会員当日受付」窓口で会員証を提示し、参加費をお支払い(現金のみ)ください。

(3) 会員外・休会者・学生の方は、会場に用意された受付用紙にご記入の上、「会員外当日受付」窓口にて参加費をお支払い(現金のみ)ください。

(4) 参加証兼領収証は再発行できません。大切に保管してください。

8. 各種ポイント申請について

(1) 学術大会参加による取得可能なポイントおよび点数

- 登録理学療法士 更新:カリキュラムコード1 プロフェッショナリズム :13 ポイント
- 専門理学療法士 取得:士会主催学術大会
- 認定/専門理学療法士 更新:学術大会 13 点

会場参加:協会会員アプリの QR コードもしくは会員カードにて、参加受付時に申請してください。

Web 参加:協会会員アプリの QR コードにて指定の時間に QR コードを表示しますので申請してください。

【2月24日 12:10~12:30 2月25日 12:20~12:40】

QR コードにて申請できない方は、pt.gakujutu@gmail.com まで、会員番号、お名前をお送りください。

(申請期限 2月25日 12:40 まで 期限を過ぎた場合はポイントを認めません)

(2)各プログラム参加によるポイント(登録理学療法士更新)

- ・学会参加のポイントとは別に各プログラム参加により登録理学療法士更新のポイントが取得できます。
- ・各プログラムポイントは、途中参加や途中退室した場合は取得できません。

会場参加:プログラム終了後に会場内にて申請して下さい。(QR コード推奨)

Web 参加:協会会員アプリの QR コードリーダーを使用してください。(QR コードでの申請のみ)

各プログラム終了後に表示する QR コードを読み込んでください。

プログラム名	会場	カリキュラムコード	ポイント
特別講演	第一会場※	区分1-3 理学療法概論	1.5
セミナーⅠ	第一会場※	区分4-53 活動体としての人間理解：活動(運動)のメカニズム	1.5
セミナーⅡ	第二会場	区分2-24 信頼関係の構築と協働作業の実践	1
セミナーⅢ	第三会場	区分8-98 呼吸障害	1.5
セミナーⅣ	第二会場	区分8-101 循環障害	1.5
セミナーⅤ	第三会場	区分13-153 介護保険における理学療法	1.5
セミナーⅥ	第一会場※	区分12-145 住環境	1.5
シンポジウム	第一会場※	区分13-159 スタッフ教育と教育システム	1.5
渉外部主催研修会	第三会場	区分1-19 理学療法政策	1
就業支援部主催研修会	第二会場	区分13-157 各ライフステージの人間理解	1.5

※Web 配信あり

(3) 県士会指定事業ポイントについて

「県学会参加」と「市民公開講座参加」は、地域包括ケア推進リーダー、介護予防推進リーダー取得のための県士会指定事業です。対面での現地参加のみポイント対象とし Web 参加は対象外です。

下記時間内に総合受付で申請して下さい。

県学会参加ポイント	24 日(土) 10:00～17:00
	25 日(日) 10:00～13:00
市民公開講座参加ポイント	25 日(日) 13:00～13:30

※ 1つの士会指定事業ポイントで地域ケア推進リーダーまたは介護予防推進リーダーのいずれか1つの申請が可能です。各推進リーダーの事前登録をマイページから行ってから、県士会指定事業に参加しないとポイントに反映されませんのでご注意ください。

(マイページ→職能管理→推進リーダー(地域・介護)登録申請)

(4) 士会「主催」症例検討会について

新生涯学習制度における後期研修 E 領域別研修(事例)の研修会です。発表者および聴講者はそれぞれに応じたコマ数を取得できます。(途中入室や途中退室した場合は取得できませんので時間厳守で参加してください)

9. 企業展示について

1F 多目的室にて行っております。土足禁止会場につき入口に使い捨てスリッパを用意しておりますが、必要に応じて上履きをご用意ください。

10. その他

- (1) 必ずネームホルダーを首から下げ、確認できるようにしてください。参加証の確認ができない場合は会場への入場をお断りします。
- (2) クロークサービスはございません。
- (3) 会場近隣には、飲食店がありません。会場内に軽食をとれる場所やサンドイッチ等の販売が若干ございます。近隣のコンビニへは、お車で3～5分、徒歩20分です。
- (4) 会場内の温度には十分配慮しておりますが、各自調整できる服装をご用意ください。
- (5) 会場内でのカメラ・ビデオ撮影・録音などはすべての会場において禁止させていただきます。
- (6) 会場内では、携帯電話の電源を切るかマナーモードでご使用ください。尚、講演中の通話をご遠慮ください。
- (7) 緊急・非常時に備えて必ず各自で非常口の確認をお願いします。
- (8) 会場は敷地内も含めて禁煙です。喫煙をご遠慮ください。

11. 懇親会・新人歓迎会のご案内

日時： 令和6年2月24日(土) 19:00～21:00

会場： アートホテル上越(高田駅徒歩3分)

〒943-0832 新潟県上越市本町5丁目1-11 TEL 025-524-0100

会費： 6,000円(但し、令和3年度、令和4年度、令和5年度新入会員は3,000円)

※ 会費は学会1日目会場受付付近にて集金します

<申し込み方法>

令和6年1月23日までに新潟県理学療法士事務局までメールにてお申し込みください。

県士会事務局メールアドレス；jimukyoku@nipta.jp

件名を「第29回新潟県理学療法学会懇親会申し込み」とし、下記の事項をご記入ください。

1. 所属
2. 氏名
3. 会員番号
4. 令和3年度、令和4年度、令和5年度新入会員は入会年度

お問い合わせ：藤澤明彦(reha-gishicho@tokamachi-hosp-niigata.jp)

発表要領

座長へのお願い

1. 座長は受付にて参加登録を済ませ、セッション開始 10 分前までに「次座長席」にお着きください。
2. 発表時間について
演題発表は 1 演題につき 10 分（発表 7 分、質疑応答 3 分）、予定時間内で終了してください。
*担当セッションの進行に関しては、すべて座長に一任します。
3. 不慮の事態にて、座長の職務が遂行不能であると判断された場合は、速やかに事務局または座長受付までご連絡ください。

演者へのお願い

*特別講演、シンポジウム、セミナーは個別にご案内いたします。

1. 発表形式は口述発表のみです。
2. 応募された抄録内容と学会当日の発表内容が大幅に異なることのないようにしてください。
3. 演者は総合受付で登録を済ませ、時間内にデータ受付をして下さい。なお、混雑緩和のため、下記のとおりデータ受付時間を設けます。受付時間のなかで発表されるセッション開始時間に間に合うように受付してください。また、保存時には動作確認を行ってください。
*データ受付が混雑していない場合は、該当受付時間以外でもデータ受付を行います。
特にⅣⅤは、前日の受付をお勧めいたします。

【データ受付時間表】

演題発表	演題番号	データ受付	
1	1～6	2月24日(土)	9:00～9:50
2	7～12		9:00～9:50
3	13～18		10:30～14:50
4	19～24	2月25日(日)	8:30～8:50
5	25～30		9:00～10:20

4. 演者は開始 10 分前までに、「次演者席」に着席してください。不測の事態で発表時間に間に合わない場合は、速やかに本部または受付までご連絡ください。
5. 発表時間は、演題発表 7 分以内です、時間厳守でお願いいたします。
6. 演者は、やむなく発表演題名等に変更がある場合は、当日受付に申し出て下さい。
7. データ作成・持ちこみの注意
Windows 使用のみで、発表時間内であれば枚数は問いません。（サイズは標準をお勧めします。）
パソコントラブルを避けるため自動スライドショーの設定は行わないようご注意ください。
発表の際のスライド操作は演者本人が行ってください。
データは USB メモリーに保存してご持参下さい。ファイル名は「演題番号_ 演者名」として下さい。

- ◆PowerPoint ファイルに動画を張り付けている場合は、以下を遵守してください。
- ・ PowerPoint ファイルに他のデータ（動画・静止画・グラフなど）をリンクさせている場合、USB メモリ等のメディアへコピーしたファイルが他の PC でも正しく動作するか、ご確認ください。
- ・ 動画などの参照ファイルがある場合は、すべてのデータを同じフォルダに入れてください。Windows の場合 10 (OS) 及び Windows Media Player 11 の初期状態に含まれるコーデックで再生できる動画ファイルをお持ちください（動画ファイルは WMV 形式を推奨します）。
- ・ PowerPoint ファイルと共に動画ファイルも必ず持参ください。
- ・ メディアを介したウイルス感染の事例がありますので、最新のウイルス駆除ソフトでチェックしてください。

パソコンに取り込んだデータは、主催者側で責任をもって管理し、発表後には消去いたします。

*データの確認のために予備でパソコンを1台持参することをお勧めします。ただし、お持ちいただいた PC での発表は出来ません。

8. 本学会において大会長賞、および奨励賞（協会入会 10 年未満）を、それぞれ 1 名授与いたします。ゆきわり草にて発表し、次年度学会において表彰および記念品授与を行います。

第29回新潟県理学療法学会 大会 プログラム

テーマ:「伝える」知識を、技術を、そしてマインドを

第1日目 2024年2月24日(土)

会場:高田城址公園オーレンプラザ

	第1会場 ホール(収容606名) オンライン配信(Zoom:250名)	第2会場 スタジオ(収容100名)	第3会場 研修室・会議室(収容70名)	第4会場 多目的室 (収容42名)	
9:00	受付 (9:00開始)			企業展示	
10:00			10:00~11:00 演題発表1 座長:今井遼太		10:00~11:00 演題発表2 座長:早津佐代子
11:00		10:30~12:00 セミナーⅠ 「変形性股関節症患者の姿勢と歩行 -協調と分散-」 講師:建内宏重			
12:00					
13:00		12:40~13:00 開会式 13:00~13:20 大会長基調講演			
14:00		13:30~15:00 特別講演 「理学療法士のルーツを知り、理学療法士の今を磨き、 理学療法士の未来を創る」 講師:半田一登 司会:山本典子			
15:00					
16:00		15:10~16:10 演題発表3 座長:犬飼康人	15:10~16:10 セミナーⅡ 「自立への道のり」 講師:宮腰一樹 司会:猪爪陽子		15:10~16:10 県士会渉外部・政治活動推進委員会主催研修会 講師:田中昌史 司会:小川恵一
17:00		16:20~17:50 シンポジウム 「臨床場面における働き方改革による 管理運営教育内容の変化と課題」 講師:高野義隆・長濱 秀明・金子清和・吉沢圭亮 座長:諏訪和彦・立石学	16:20~17:00 県士会生涯学習部主催 症例検討		16:20~17:50 セミナーⅢ 「呼吸の基礎の話とその先の話」 講師:丸山 悟
18:00					

19:00~ 新人歓迎会・懇親会(会場:アートホテル上越)

第2日目 2024年2月25日(日)

	第1会場 ホール(収容606名) オンライン配信(Zoom:250名)	第2会場 スタジオ(収容100名)	第3会場 研修室・会議室(収容70名)	第4会場 多目的室 (収容42名)	
8:30	受付 (8:30開始)			企業展示	
9:00		9:00~10:00 演題発表4 座長:金子高澄	9:00~10:30 セミナーⅣ 「心電図の見方の基本とリスク管理」 講師:木賀 洋		9:00~10:30 セミナーⅤ 「病院勤務理学療法士による通いの場へのかかわり ~新潟市西蒲区の事例を通して~」 講師:小島 涉
10:00					
11:00		10:40~12:10 セミナーⅥ 「建築知識がなくても住宅改修を成功させる秘訣」 講師:岡村英樹	10:50~12:20 県士会就業支援部主催フォーラム 「ライフサイクルと理学療法士という仕事」 講師:上路拓美		
12:00					
13:00					
14:00		13:30~14:30 市民公開講座 「整形外科医が伝えたい 高齢者の骨折治療とリハビリテーション」 講師:小坂泰啓			
15:00		14:40~15:00 表彰式・次期大会長挨拶・閉会式			
16:00					

大会特別講演

「理学療法のルーツを知り、理学療法士の今を磨き、
理学療法士の未来を創る」

講師 半田 一登 日本理学療法士協会前会長
司会 山本 典子 第29回新潟県理学療法学会大会大会長

理学療法士のルーツを知り、理学療法士の今を磨き、

理学療法士の未来を創る

日本理学療法士協会前会長

半田 一登

1965年（昭和40年）に様々な妥協の結果、「理学療法士及び作業療法士法」が成立した。文部省と厚生省の対立、整形外科学会と内科との対立、視力障がい者と晴眼者の対立、これらの結果としての我々の身分法が60年前の遺跡としてそのまま残っている。そして、この法律で我々の権利はミニマルなものとなされ、いまだに業務独占も開業権も、そして4年制大学教育という日本理学療法士協会発足時の三つの課題は未解決のままとなっている。

一方、社会保障システムは高齢者対応型から全世代型に大きく変貌しようとしている。理学療法士業務は鉱工業の発展による障害者対策、そして高齢社会の到来によって大きく発展してきた。しかし、理学療法士業務を支えてきたこれらは人口動態や労働実態の変化によって様変わりしようとしている。その最たるものが「全世代型社会保障システム」である。

それでは日本社会の大転換の中での理学療法士の役割は今後どのように変化するのであろうか。そこで必要な事は決して受け身にならず、専門職の立場で自らが創造していくしかない。ヒエラルキーの強い日本の医療の中で変わるための必須アイテムは理学療法の徹底した科学化と高いレベルの理学療法士の臨床能力による患者や利用者の圧倒的支持だけである。

プロフィール

半田 一登

略歴（組織活動）

- 1971年 九州リハビリテーション大学卒業
福岡県理学療法士会財務担当就任
- 1972年 福岡県理学療法士会総務担当就任
- 1987年 第21回日本理学療法士学会準備委員長就任
- 1989年 日本理学療法士協会理事就任
- 2005年 日本理学療法士協会会長選立候補落選
- 2007年 日本理学療法士協会会長就任
- 2012年 一般財団法人訪問リハビリテーション振興財団立ち上げ及び理事長就任
- 2018年 公益社団法人日本脳卒中協会副理事長就任
- 2019年 厚生労働省中央社会保険医療協議会（中医協）専門委員就任
- 2021年 日本理学療法士協会会長退任及び参与就任
- 2023年 日本理学療法士協会参与退任

大会長基調講演

「伝える」そして「伝わる」喜びを

講師 山本 典子 第29回新潟県理学療法学術大会大会長

「伝える」そして「伝わる」喜びを

第 29 回新潟県理学療法学会大会大会長

山本 典子

1965年に理学療法士資格制度が誕生し、翌年の資格試験に合格した110名の理学療法士により、日本理学療法士協会が設立されました。また、1971年には、新潟県でも16人の理学療法士が新潟県理学療法士会を立ち上げ、はや半世紀が過ぎました。

少人数で開始した会も、会員数が増え、法人化し、現在では1600人余りの組織になりました。近年では、県内を6つのブロックに分け、ネットワークを強化しながら、会員一人一人が活躍できるような会の運営を目指しています。

この度、この会の学会大会を高田城址公園オーレンプラザで開催できることになり、大会のテーマである「伝える」ことについて考えてみました。

私が理学療法士になった1987年頃は、県内の理学療法士の方の顔はほとんどわかる、そんな時代でした。臨床実習は、先輩の理学療法士の手作り感満載で、マニュアルのない世界で先輩方は「どうやったら後輩に伝えることができるのか」をいつも考えてくださっていました。また、若い理学療法士も、将来を嘱望され、患者様は頼ってくださるとともに、温かい目で見育ててくださいました。

それからの30有余年で、理学療法士の仕事も、世の中から求められていることも、随分変化してきました。様々な基礎研究・臨床研究も進み、知識・技術も日々進化していると感じています。

しかし、患者様や地域の皆様のために活躍することに対する期待は、昔も今も、変わらないことです。そして、先輩が私たちを育ててくださったように、私たちが後輩を育てていく使命を持っていることも不変です。

一人一人が自覚を持ち、自己研鑽していくことは大切なことですが、先輩の皆様が作り、育ててきたこの会の力を借りて、一人ではできないこと、一人ではわからなかったことを学び、伝えて行くことが大切だと考えています。個体発生が系統発生を繰り返すのと同じように、自分が成長していく過程の底に、先輩が重ねてきた歴史、そして「理学療法マインド」を感じています。

具体的な知識や技術は世の中にあふれています。それぞれの考えや、目指す道によって必要なものは違うでしょう。けれど、それを得たとき、そして腑に落ちたときの感動は共通しているように思います。

患者様や地域の皆様、そして理学療法士を目指す学生たちが目標に向かっていくとき、また私たちもその傍らでそれをサポートしながら、同じように目標に向かって進む。知る・実現する・そして感動するという一連の流れを通して私たちの理学療法マインドが伝わっていくと感じています。

今回は、私が理学療法士を目指してから今までの間に会った方々から伝えていただいたことをいくつかお話しし、皆様にもご自身の「伝える」「伝わる」喜びについて、改めて感じる機会にさせていただきたいと考えております。皆様のご参加を心よりお待ちしております。

プロフィール

山本 典子

【略歴】

- 1984年 国立療養所犀潟病院附属リハビリテーション学院入学
- 1987年 理学療法士免許取得、同年医療法人桑名恵風会桑名病院に勤務
脳卒中急性期のリハビリテーションに従事
- 1990年 国立療養所犀潟病院附属リハビリテーション学院に勤務
理学療法士養成校に勤務しながら、臨床では小児外来リハビリテーションを担当
- 2003年 上越地域医療センター病院に勤務
小児・回復期を中心に地域に密着したリハビリテーションに従事し現在に至る
新潟県理学療法士会ブロック事業部担当理事

教育セミナー

- セミナーⅠ 「変形性股関節症患者の姿勢と歩行 -協調と分散-」
京都大学大学院医学研究科 人間健康科学系専攻 建内 宏重
- セミナーⅡ 「自立への道のり」
NPO 法人ギフテッド 理事 宮腰 一樹
司会 猪爪 陽子（訪問看護ステーション ゆきさくら）
- セミナーⅢ 「呼吸の基礎の話とその先の話」
新潟労災病院 丸山 悟
- セミナーⅣ 「心電図の見方の基本とリスク管理」
新潟県立中央病院 リハビリテーション科 木賀 洋
- セミナーⅤ 「病院勤務理学療法士による通いの場へのかかわり
～新潟市西蒲区の事例を通して～」
西蒲中央病院訪問看護ステーション 小島 渉
- セミナーⅥ 「建築知識がなくても住宅改修を成功させる秘訣」
有限会社サニープレイス 代表取締役 岡村 英樹

変形性股関節症患者の姿勢と歩行 - 協調と分散 -

京都大学大学院医学研究科 人間健康科学系専攻 建内 宏重

患者の姿勢や歩行に代表される動作の評価・治療は、疾患によらず理学療法のコアであるが、特に運動器疾患・障害においてその重要性はより高い。なぜなら、種々の運動器疾患・障害における姿勢や歩行の異常は、症状や機能障害の結果として生じるだけでなく、疾患・障害の発症や進行の根源的な要因となり得るためである。本セミナーでは、変形性股関節症を軸に、変形性股関節症の姿勢や歩行の特徴、変形性股関節症の進行と姿勢・歩行との関連性、協調と分散による股関節負荷の軽減、そして、姿勢・歩行評価の現状と展望などに関して概説する予定である。

変形性股関節症患者では、疾患の進行とともに骨盤・腰椎を中心にアライメントの変化が生じ、それは膝関節や胸椎などでの変化も伴い、全身の姿勢を変化させる。また、歩行においても、疼痛や関節可動域制限などの影響により特徴的な跛行を呈する。ただし、それらの変化は、症状や機能障害を代償するため、あるいは関節へのメカニカルストレスを軽減するための戦略である場合と、股関節へのストレスをむしろ増加させてしまう場合とがあり、それを見分けるための基本的な考え方を頭において、評価・治療を行うことが大切である。

加えて、運動器疾患・障害における病変部位へのストレスを軽減するためには、“協調と分散”が重要であると考えている。局所へのストレス集中を回避するためには、その関節運動や動作に関わるすべて組織や身体各部位が個々に適切に役割を果たし、かつ互いに協調することで、ストレスを分散させる必要がある。本セミナーでは“協調と分散”の観点から、姿勢や歩行異常の評価や改善を考えてみたい。

最後に、姿勢・歩行の評価に関する現状（課題）と展望について述べる。姿勢や歩行の定量的評価は我々にとって必須であるが、現存の動作計測・解析手法を、精度・計測範囲（局所-全身）・簡便さの3つの軸で考えると、全てを高いレベルで満たす手法はまだ存在しない。しかし、近年、動画像および人工知能を用いた手法や小型ウェアラブルセンサを使った手法など、様々な手法が開発されており、臨床評価や臨床研究における活用が始まりつつある。このような姿勢・歩行評価の現状と今後の課題について、私見を含めて述べさせていただく。本セミナーが、運動器理学療法に関わる参加者の皆様の明日からの臨床や研究の一助となれば幸いである。

プロフィール

建内 宏重

【学歴】

平成 10 年 3 月 京都大学医療技術短期大学部理学療法学科卒業
平成 10 年 4 月 理学療法士免許
平成 16 年 3 月 神戸大学大学院医学系研究科博士前期課程修了 修士号取得（保健学）
平成 23 年 3 月 京都大学大学院人間・環境学研究科博士後期課程修了
博士号取得（人間・環境学）

【職歴】

平成 10 年 4 月 大阪医科大学附属病院リハビリテーション科 入職
平成 18 年 4 月 京都大学医学部保健学科理学療法学専攻 入職（助手）
平成 19 年 4 月 京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻（助教）
平成 21 年 2 月 セントルイス・ワシントン大学理学療法学専攻 客員研究員
平成 30 年 4 月 京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻
予防理学療法学講座（特定准教授）
令和 3 年 4 月 京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻
先端リハビリテーション科学コース
先端理学療法学講座 運動機能開発学分野
臨床バイオメカニクス研究室（准教授；現職）

【所属学会・委員等】

日本運動器理学療法学会、日本基礎理学療法学会、日本股関節学会、
日本臨床バイオメカニクス学会、など

World congress program committee member (Osteoarthritis Research Society International)、
日本運動器理学療法学会副理事長、運動器理学療法学 編集委員長、
理学療法学/Physical Therapy Research 編集委員、など

自立への道のり

NPO 法人ギフトッド 宮腰 一樹

新潟県理学療法士会の皆様、はじめまして。宮腰一樹と申します。

私は通常の赤ちゃんより少し早く小さく生まれ、脳性麻痺と診断されました。

赤ちゃんの頃から、母子入所をしたり外来リハビリに通ったりしてリハビリを受けており、何人もの理学療法士の方に接する機会がありました。今も体のメンテナンスのために定期的にリハビリを受けています。

リハビリの経験も含めて、生まれてから今までの間に様々なことがありましたし、今もあります。でもいつも自分の心の中には「自分はこうしたい」という考えがありました。

最初はどうか伝えていいか迷うこともありましたが、いろいろな人にいろいろなことを伝えていくうちに、少しずつ自分の生き方を自分で決めながら進めるようになってきました。

この度、私の今までの経験を、新潟県理学療法士会の皆様にお話しできる機会を得ました。そこで、このセミナーでは以下のようなことについて皆さんにお話ししたいと思います。

1. 私のリハビリの歴史
2. 様々な人と出会うきっかけになった運転免許取得合宿
3. 余暇活動を考えるきっかけになった「ナディアの会」
4. 「働く場所」の選択
5. NPO 法人ギフトッドとの出会い
6. 大好きな一人旅

自分の思っていることや、自分のやりたいこと、やりたくないことを周囲の皆さんに伝えてきた私の体験を、そして、様々なところに出かけ、様々な方々と出会って伝え合った私の経験を皆さんに聞いていただければ嬉しいです。

自分の人生は自分の責任で切り開かなければいけないけれど、自分一人ではできません。

多くの人の力を借りたり、分かち合ったりします。そんな思いが、皆さんに伝わるようにお話しできたらと考えています。ぜひ、このセミナーにおいでください。

プロフィール

宮腰 一樹

【略歴】

- 1985年 出生。出生後に脳性麻痺の診断にて、新潟県はまぐみ小児療育センターに2回母子入所。その後上越地域の病院で外来リハビリテーションを継続する。
- 1992年 上越養護学校（現上越特別支援学校）に入学
- 2003年 同高等部卒業、卒業後同校の同窓会長を務める
- 2005年 埼玉県の自動車教習所で合宿し、運転免許証を取得
- 2006年 ナディアの会の会長として活動開始する
- 2013年 JCV 上越ケーブルビジョン勤務
- 2020年 NPO 法人ギフトッド 理事就任

呼吸の基礎の話とその先の話

新潟労災病院 中央リハビリテーション部 丸山 悟

40 数年ほど前、まだ「リハビリテーション」という言葉さえ一般の人が耳にすることはまれで、「リハビリテーション」が社会的に認知されるのはもう少し時間が後になってからのことです。高校の進学指導の教師がどこの大学に進学すれば理学療法士とやらになれるんだと生徒に問うような時代でした。そんな時代に「リハビリテーションとは何ぞや、理学療法とは何ぞや」ということを四国高知の青い空と太平洋を間近に臨む校舎で学び始めました。そのころから既に「呼吸器疾患の理学療法」という授業があり、整形疾患や脳血管疾患のリハビリテーションの授業とともに現在と変わらない呼吸の基礎的知識を教わりました。

当、新潟労災病院ではがんの拠点病院として呼吸器関連では年間 100 例近くの肺がん患者の手術の周術期、30 例前後の慢性呼吸器疾患患者に対して呼吸リハビリテーションを実施しておりました。しかし医師不足の事情により当院から呼吸器内科、呼吸器外科が撤退して 10 年ほどになります。現在はがんの拠点病院でもありません。ですから私自身、もう 10 年ほどがんや呼吸器疾患の患者に関わっていないことになります。

したがって、今回の話の中に呼吸器疾患に対する最新のアプローチの紹介はありませんが、呼吸リハビリテーションを実施するうえで必要な呼吸に関する基礎知識の確認と今学会のテーマである「伝える」を軸に呼吸器疾患に限らずその基礎知識を実際の臨床場面でどう駆使してスムーズなプログラム進行に結び付けられるか、どう患者と向き合うことが最良なのかをお話しできればと思います。臨床を重ねていけば理学療法士ならだれでも思い当たるところの話であり、「当たり前だ」と感じる話しかもしれませんが学校の座学だけでは踏み込めない、エビデンスも怪しい所ではありますが、私なりに皆さんに伝えられればと考えています。

プロフィール

丸山 悟

【略歴】

- 1962年4月 上越市（高田市）生まれ
1981年4月 高知医療学院 理学療法学科入学
1984年3月 高知医療学院 理学療法学科卒業
4月 新潟労災病院 リハビリテーション診療科（現中央リハビリテーション部）入職
1999年1月 3学会合同呼吸療法士認定
2023年3月 新潟労災病院 中央リハビリテーション部 部長代理 定年退職
同年 定年後再雇用

【県士会】 2001年度～2002年度 理事（学術局 学会研修部 副部長）

【その他】

- 2000年 第2回上越喘息・呼吸不全研究会
「当院における慢性呼吸不全患者に対する理学療法の紹介」発表
2005年 メディカ出版「呼吸器ケア」（現「みんなの呼吸器 Respica」）執筆依頼
10月号 呼吸療法認定士の現在「いま」掲載
2007年 第17回日本臨床工学会ワークショップ8 呼吸器「最近の呼吸管理」指定演者
2014年7月 第1回新潟県がんのリハビリテーション研修会
12月 第2回新潟県がんのリハビリテーション研修会 理学療法士の立場から
「化学療法、放射線治療中の有害事象、骨転移患者への対応」
講師兼ファシリテーター

心電図の見方の基本とリスク管理

新潟県立中央病院 リハビリテーション科 木賀 洋

本セミナーでは、心電図の基本を確認しながらリスク管理の重要性について学習する。心電図波形や異常の特徴を理解し、早期に異常を検出することで、重篤な心疾患や不整脈の発見が可能となる。発見後は、我々はどのような対応が求められるのか。モニター心電図がない場合であっても患者の状態を把握するためには他の指標を活用する必要がある。呼吸数、血圧、経皮的酸素飽和度、意識レベルなどのバイタルサインの観察が重要である。これらの指標の変化に加え、尋ねて、見て（視診）、触って（触診、聴診、打診）を行いながら、訴えに敏感に反応し、早期の問題発見と適切なアクションをとることが求められる。また、その発見が予見可能であったのかを考察する。一方、リスク管理は、直面する様々な不確実性に対処しながら予測可能な先行きを築くための戦略的なアプローチである。主な目標は、マイナスを最小限に抑えながら、プラスを最大限に活用することと考える。リスクの特定や優先順位をつけることで対処すべきリスクの優先度が明確になる。さらに、場合によっては日々変化するため、モニタリングも不可欠である。また、意思決定、コミュニケーション、ストレス管理など、様々な側面でリスク管理の有効性を向上させる自己理解も重要な要素であると考えられる。そして、リスクマネジメントは継続的なプロセスであるため、我々が理学療法を展開する際は経験から学び、プロセスを改善していくことが求められる。事例の分析やフィードバックを通じて、効果的なリスクマネジメント戦略を構築していく必要がある。それらの情報を共有することで、チーム全体でのリスク管理が可能となる。連携とコミュニケーションによる「伝える」ことは特に重要で、異常事態における的確な対応の基盤であるとも考える。本セミナーでは心電図の基本を理解しながらリスク管理について再考することで、適切な行動がとれるための一助となることを期待している。

プロフィール

木賀 洋

【学歴・職歴等】

- 2001年 山形県立保健医療短期大学 理学療法学科 卒業
- 2001年 医療法人 葦の会 石井クリニック
- 2010年 社会福祉法人 妙心福祉会 特別養護老人ホーム ブナの里
- 2012年 新潟県立柿崎病院
- 2017年 新潟県立中央病院
- 2021年 新潟県立柿崎病院
- 2023年 新潟県立中央病院

【所属学会等】

日本呼吸器学会、日本呼吸ケア・リハビリテーション学会、日本プライマリ・ケア連合学会
日本心臓リハビリテーション学会、日本呼吸理学療法学会、日本循環器理学療法学会
日本栄養・嚥下理学療法学会、日本集中治療医学会、日本徒手理学療法学会

【資格】

理学療法士、介護支援専門員、3学会合同呼吸療法認定士、認定（呼吸）理学療法士
認定（循環）理学療法士、心臓リハビリテーション指導士

病院勤務理学療法士による通いの場への関わり

～新潟市西蒲区の事例を通して～

西蒲中央病院訪問看護ステーション 小島 渉

地域づくりによる介護予防事業推進支援事業の事業目的から（厚生労働省資料：平成 26 年）によると、「介護予防は、高齢者を年齢や心身の状況等によって分け隔てることなく、人と人とのつながりを通じて、参加者や通いの場が継続的に拡大していくような地域づくりを推進するとともに、地域においてリハビリテーション専門職等を活かした自立支援に資する取組を推進し、要介護状態になっても生きがい・役割をもって生活できる地域の実現を目指す必要がある。このため、市町村は高齢者人口の 1 割以上が通いの場に参加することを目標に、地域づくりを推進する必要がある。本事業では、市町村における地域づくりを通じた効果的・効率的な介護予防の取組が推進するよう、また市町村の取組に地域間格差が生じないように、都道府県と連携しながら市町村支援を行う。」とある。

新潟市では通いの場を『地域の茶の間』と称しており、西蒲区では、13 カ所が住民主体に運営されている。通いの場は、住民の参加者自身が指導役を担うなど、役割や生きがいを認識することや高齢者同士の助け合いや学びの場として好循環が生まれると、住民主体に持続的に拡大していくと言われている。理学療法士はその好循環を手助けすることとともに、参加者の身体症状への対処法・予防の知識・日常生活での注意点を医学的知識に基づき情報発信することで、住民の参加が継続出来るよう支援する事が求められている。

新潟市西蒲区は農村部が多く、公共交通機関の資源も少ない環境で、新潟市 8 区の中で高齢化率がトップの地域である。今後もその状況が続くと予想されることから、平成 30 年度から西蒲区特色ある区づくり事業として「いきいきお達者プロジェクト・専門職訪問介護予防」、令和 2 年度から「地域いきいきながいきサポート・専門職訪問介護予防」を計画し、高齢者が「元気で自分らしく暮らせる」西蒲区の実現を目指し、地域の茶の間にリハビリテーション専門職を派遣している。本講演では、1) 新潟市西蒲区にて医療機関や介護保険関連施設・事業所等で働く地域の理学療法士をどのように組織化して派遣を行っているか。2) 行政との関わり方や理学療法士に求められていること。3) 茶の間での関わるにあたっての成功談、失敗談、葛藤。4) 今後の展開についてお伝えしたい。皆様の地域にて介護予防を行うにあたり、地域の理学療法士の活用や求められる役割について整理したい。

プロフィール

小島 渉

【略歴】

- 2005 年 国際医療福祉大学保健学部理学療法学科卒業
済生会宇都宮病院入職
- 2007 年 医療法人美郷会 西蒲中央病院入職
- 2010 年 訪問リハビリテーション部門配属
- 2015 年 西蒲中央病院訪問看護ステーション配属
- 2019 年 西蒲中央病院みさと訪問看護ステーション配属
- 2022 年 西蒲中央病院訪問看護ステーション配属 現在に至る

【資格】

地域理学療法認定理学療法士

【社会活動】

新潟県理学療法士会理事、新潟県訪問リハビリ地域リーダー

建築知識がなくても住宅改修を成功させる秘訣

有限会社サニープレイス 岡村 英樹

理学療法士として、住環境整備に苦手意識を持つ方は少なくありません。建築は専門外で、専門用語も知らない事ばかり。建物の構造が分からないので、手すりを付けられる場所と付けられない場所の見分けがつかない。改修プランの立て方や、提案のコツが分からない。提案しても受け入れられるかどうか不安。提案する事で出費を強いる事にならないかという心配。伝えた通りに工事してもらえるのだろうか？住宅改修をしたとしても、それによって本当に目の前の方の生活が改善するのだろうか？

住宅に関わろうとすればするほど、疑問や不安が募るばかりではないでしょうか？そもそも、何からどう関わっていいのかさえ見えてこないという方もいるかも知れません。

今回の講演では、これら全てに回答をお示しすることはできません。しかし、問題解決へのヒントとなる考え方や、アプローチの仕方をしっかりお伝えしたいと思っています。

まず認識していただきたいのは、理学療法士にとって、建築の専門知識や建築用語の語彙を増やすことが最優先課題ではないという事です。どれだけ建築の知識を積み重ねたとしても、きりがありません。それよりも、理学療法士としてどのような立ち位置で、住環境をとらえるべきか。住環境をどういう目線で観察すべきか、何を目標とすべきか。そのポイントを押さえておくことが重要です。なぜなら、家を改修することはあくまで「手段」であって、生活を改善する事こそ本当の「目的」だからです。

どのようにプランを立てるかについては、建築のノウハウがないと難しいと感じるかも知れません。トイレなり、玄関なり、浴室なりの改修事例を数多くインプットしておく事も、役に立たないわけではありません。とは言え、家というのは一軒一軒間取りも構造も違います。それに加えて、住まい手の生活スタイルや価値観、ADLもお一人お一人異なります。こういうケースなら、これが正解という法則があるわけではありません。肝心なことは、理学療法士として、どういったポイントに関わるべきか、逆に、どこから先は関わるべきではないか、その境界線を自覚しておく事。そして、建築職に任せ方や、伝える時のコツを知っておく事だと思います。

リハビリテーションの分野では、異業種連携が重要であると、いつも強調されます。しかし、ここで言う異業種連携とは、医療、福祉、教育などの領域に限定されてはいないでしょうか？建築職や福祉用具の専門家などの環境整備の専門家とも連携することで、環境整備の可能性がさらに広がります。

ICFでは、環境因子と個人因子が個人の健康状態に影響を与えることが示唆されています。理学療法士は、環境因子と個人因子の両面からコミットし、生活上の問題を解決に導きうる稀有な職種である事を、建築士の立場からも強調しておきたいと思います。

プロフィール

岡村 英樹

【資格】 一級建築士

【所属】 有限会社サニープレイス 代表

【専門分野】 障害者の住宅設計

【経歴】

昭和62年 大阪大学 工学部 建築学科 卒

平成元年 大阪大学 大学院 前期課程 建築工学専攻 修了

平成元年 日本電信電話 株式会社

平成9年 兵庫県立福祉のまちづくり工学研究所

平成10年 岡村英樹建築設計室 代表

平成13年 有限会社 サニープレイスに組織変更 同代表

【著書】

「OT・PT・ケアマネにおくる 建築知識なんかなくても住宅改修を成功させる本」
三輪書店 単著

「リハビリテーションの常識・非常識」 三輪書店 共著

「地域リハビリテーション学テキスト」 南江堂 共著

シンポジウム

「臨床場面における働き方改革による 管理運営教育内容の変化と課題」

司 会

諏訪 和彦 第30回新潟県理学療法学会大会大会長

立石 学 新潟県立吉田病院

シンポジスト

高野 義隆 新潟リハビリテーション病院

長濱 秀明 下越病院

金子 清和 長岡西病院リハビリテーションセンター

吉沢 圭亮 介護老人保健施設 槇の里

働き方の違いにどのように向き合うか ―人事労務管理の実践―

新潟リハビリテーション病院 高野 義隆

私が理学療法士になった頃、管理という視点は頭の片隅にもありませんでした。時代は変わり、2020年の理学療法士作業療法士学校養成施設指定規則改正によって、『理学療法管理学』がカリキュラム化され、理学療法士が管理業務の基本について学ぶことになりました。裏を返せば、現在管理業務を担っている世代は、体系的に管理学を学ぶ経験がないまま、管理業務を行っている人が多数と言えます。むしろ必要に迫られて管理が向こうからズイズイと詰め寄ってきたのが実情ではないでしょうか。

経験則が重視されすぎた従来の臨床実習の反省に立って、臨床実習指導者講習会が開催されているように、管理についても経験則（自分が受けた管理をそのままやっていく）だけでは、いずれ行き詰ることが予想されます。

また、医療・介護を取り巻く状況に限らず、社会全体の急激な変化に応じて組織の管理を適切に実施していくことは、常に悩ましい課題となっています。所属する職員の仕事に対する意識の変化や、ワークライフバランスの重視などによる働き方の違いは、身近に感じる良い例だと思われまます。

このように考えていくと、我々理学療法士が管理学を体系的に学ぶ必要性は論を待ちません。しかしながら、組織の管理に明確な正解はなく、考えるべきことはうんざりするほど広い範囲におよびます。人事労務管理業務の理論を学び、それを実践へと落とし込むには、かなりの工夫と忍耐が必要なようです。遠回りになりますが、私は『マネジメント』や『リーダーシップ』、『働き方改革』などの用語について、自分なりに明確に定義していくことがとても重要であると考えています。なぜなら実践に移すときに、この定義が曖昧なままであると、「何のために」がごっそり抜け落ちて、「残業時間を減らして、効率的に18単位をとること」のみが、管理の主眼となってしまふからです。

当日のシンポジウムでは、そのような落とし穴に落ちないように、時には落ちそうになりながら、試行錯誤してきた当院の取組みを紹介します。そして、実践を通じて気づいた、人事労務管理の重要性とたくさんさんの課題について、私見を交えて述べる予定です。

プロフィール

高野 義隆

【資格】理学療法士

【所属】新潟リハビリテーション病院リハビリテーション部
新潟医療福祉大学ロコモ予防研究センター

【略歴】

2004年 新潟リハビリテーション病院入職

2014年 理学療法科主任

2020年 リハビリテーション部長

理学療法部門の良好な職場環境を維持・向上するための課題や提案

新潟勤労者医療協会 下越病院 長濱 秀明

近年働き方改革推進の流れの中で、リハビリ部門の職場管理者には管理運営・教育育成システムの適正な運用がさらに求められるようになってきたのではないだろうか。また、多様性を尊重する世の中に变化している中で、職場運営を常に試行錯誤しながら対応しているのではないだろうか。私自身も約6年間職場管理者としてリハビリ職員が働きやすい職場づくりを目指し管理運営に携わってきたが、その中で見えてきたノウハウのポイントを講義で提示していきたい。そしてまだ未達成な課題点も多々あり、どの事業所や部門において共通事項でもあると考えているため示していく。

良好な職場環境には、『職場づくり・風土づくり』が重要だと考える。そのために、意見や想いを共有しやすい『心理的安全性』が高い組織を醸造していく必要がある土台となる。職場管理者は組織や職能団体としての方針・ビジョンを明確に示し浸透させていくことが大切になるが、職場会議の充実を図りトップダウンだけでなく現場の意見のボトムアップ（吸い上げ）を行い融合させていくことで運営の合意形成も得やすくなる。職場の働きやすさを評価する数値として、定着率（離職率）、ストレスチェック指数、エンゲージメント指数、メンタル不全による病休者発生数などを用いている。職場が一体となつてのハラスメント防止対策に取り組むことも重要だと考える。ハラスメント防止学習会や啓蒙活動（掲示なども含む）を積極的に実施すれば効果が高まる。具体的なケースが発生した場合は、『対話』の場を設定し意見の聞き取りや想いのすり合わせなどを行うことで、問題解決やシステム改善、学びに繋がりをやすくなる。

様々な取り組みが良好な職場環境には必要となってくる中で、重責を担っている職場管理者や役職者のメンタルヘルスケア・ラインケアの確立が今後の課題になってくるのではないか。また、いずれはマネジメントラダーを設定し、管理運営に対してのノウハウの学習・習得を一定基準で段階付けていけるシステムとなれば理想的ではないか。組織がどのフェーズにもあるのかにもよるが、理学療法士の職務を全うし質を高めながら働きやすい職場を持続可能に運営していけるように、試行錯誤しながらその組織に合った方法を見出していくことが大切だと考える。

プロフィール

長濱 秀明

【略歴（学歴、職歴）】

- 2007年3月 新潟医療福祉大学理学療法学科 卒業
- 2007年4月 医療法人社団博友会 金沢西病院 入職
- 2012年2月 社会医療法人新潟勤労者医療協会 下越病院 入職
- 2016年4月 下越病院 リハビリテーション課 主任 就任
- 2017年6月 下越病院 リハビリテーション課 課長 就任
新潟勤労者医療協会 法人リハビリ部会長 就任
新潟民医連 県連リハビリ部会長 就任
- 2021年4月 新潟県理学療法士会管理者（代表者）ネットワーク
新潟市東ブロック 秋葉区地区代表 就任
- 2022年4月 新潟県リハビリテーション専門職協議会 新潟市秋葉区代表 就任 現在に至る

【資格・認定等】

- 認定理学療法士（管理・運営）（代謝）/公認心理師/理学療法士協会指定管理者（上級）
- メンタルヘルス・マネジメント@検定 II種・III種/フレイル対策推進マネージャー
- 日本糖尿療養指導士/3学会合同呼吸療法認定士 等

キャリアデザインとハラスメント対応

長岡西病院リハビリテーションセンター 金子 清和

◎キャリア形成とキャリアデザイン

・キャリア形成：資格やマネジメント能力など目標を達成するための習得計画。
・キャリアデザイン：仕事を通じてなりたい姿や目標を定め、プライベートも含めて行動指針を設計。
当院の教育体制：個人シートに部署役割と自己キャリアの目標を設定し、面談にて進捗や達成具合を確認し、人事考課に反映している。

新人教育体制：教育担当2名担当制。試用期間中は基礎プログラム(座学・実技)+新患を徐々に担当。
ラダーシートにより経験実施項目を確認して面談→上長へ報告している。

課題・方針 ①最小の助言でキャリアデザインを行えるスタッフと、日常業務の遂行が精一杯でキャリアデザインを実行できないスタッフに分かれている。
②上位者(主に主任)の指導方法や面談方法が異なるため、指導方法の統一やキャリアデザインに関する知識の共有と習熟が必要。
③新人教育後のサポート体制が不十分であり、若手スタッフ(特に2~3年目)から不安の声が聞かれている。今年度は2~3年目サポートチームを立ち上げて、サポート体制の構築に努めている。

◎ハラスメント対応

・3大ハラスメントの判断基準の違い

セクシャルハラスメント：相手が不快と感じたかどうか最重視される

パワーハラスメント・アカデミックハラスメント：客観的な判断が最重視される(第三者の判断)

旧来のハラスメントは上下関係のみに発生する現象であったが、最近是多方向に発生する現象に変化している(逆ハラ・部下ハラ)。医療現場におけるハラスメントは、患者や家族、医療従事者間、部署内、実習生等あらゆる関係性や環境の中で発生する危険性がある。特に新人職員や実習生に対するハラスメントは、明確な上下関係のなかで発生する極めて悪質なハラスメントと言える。

当院には院内と法人内にハラスメント対応窓口と担当が設置されている。しかし基本的には部署内での対応が第一であり、ハラスメント報告(本人や目撃者)→上長による聞き取り→内容を精査して対応を決定という流れで行っている。

今後の課題

- ①院内や法人内にハラスメント対応窓口があるが、一般職員や役職者に浸透していない。
- ②自部署にハラスメント対応の基準(マニュアルやフロー)がなく、その時その時の対応となっている。振り返りや周知が不十分であり、抑止力や再発防止に繋がっていない。

◎まとめ

キャリアデザインとハラスメント対応は初期対応や対策を怠った場合、貴重なスタッフの離職やメンタル不調等を引き起こす可能性を孕んでいる。それを防止するには、個別性を重視したキャリア支援や安心して働ける職場環境づくりが必要と思われる。

プロフィール

金子 清和

【略歴(学歴, 職歴)】

2003年3月 晴陵リハビリテーション学院 理学療法学科 卒業

2003年4月 医療法人崇徳会 長岡西病院 入職

2013年4月 主任 昇格(現在に至る)

リハビリテーション部門の管理と多職種を含めた他部署の管理の違いや視点

介護老人保健施設 榎の里 吉沢 圭亮

私は現在、老健の事務職として勤務しています。事務職に転職する前は、病院と老健で理学療法士として勤務していました。今回のシンポジウムのテーマである「働き方改革による管理運営教育の変化と課題」と「ハラスメントに関する対応と課題」に関して、若輩者の私見ではありますが、リハビリ部門だけでなく他部署の管理にも触れてお伝えさせて頂ければと思います。

さて、テーマの一つである「働き方改革」ですが、その言葉を聞いて皆さんはまず何を思い浮かべますか。一言で「働き方改革」と言っても、部署や働く世代、働く場所等でそれぞれ思い浮かべるものが違うのではないのでしょうか。「働き方改革とは何か」今一度皆さんで考えてみると面白いキーワードになるかと思います。当施設でも働き方改革の一環として、リハビリ部門だけでなく、施設全体で今までの活動を見直し、業務改善に取り組んでいる最中です。

もう一つのテーマである「ハラスメント」に関して、現代社会で働く上では理解に努めることが必要なキーワードかと思います。ハラスメントはよく耳にする言葉ではありますが、「相手の嫌がることをして不快感を覚えさせる行為全般」を意味します。ハラスメントは誰もが、「する側」にも「される側」にもなり得るので、一人一人が理解しておく必要があります。また、ハラスメントにおいても前述の「働き方改革」と同様に、部署や働く場所で違いがあるものと思います。シンポジウムでは、事務職からの視点でのお話が少しでもお伝えできればと思っています。

両テーマについて考えていた時に、私が感じたことは、「昔はこうだった」「今までこうしていた」に疑問を持つことが大事だと思いました。現行の取り組み、実施している業務の背景を知った上で、必要に応じて制度と照らし合わせ、業務の修正・改善を行っていくことが重要であると感じています。現行の流れを変えることは決して楽なものではないと思います。特に他部署が絡んでくる内容となれば尚更です。ただ、現状に甘んじることなく、小さな業務改善を積み重ねていくことが、「改革」と呼ばれる大きな結果に繋がるものと思っています。

最後になりますが、ウィズコロナからアフターコロナに転換しつつある中で、感染対策に留意しつつ情報共有を活発に行う必要性等、私たちの働く環境もまた大きく変わってきています。このシンポジウムでの話し合いが、参加者皆様の明日の業務にとって有益なものになることを期待しています。

プロフィール

吉沢 圭亮

【略歴】

2010年3月 新潟医療福祉大学 理学療法学科 卒業

2010年4月 医療法人社団白美会 白根大通病院 リハビリテーション科 勤務

2018年3月 医療法人社団白美会 介護老人保健施設 榎の里 リハビリテーション科 勤務

2023年4月 医療法人社団白美会 介護老人保健施設 榎の里 経営管理部 勤務 現在

【資格】

理学療法士

認定理学療法士（地域理学療法）

介護支援専門員

渉外部・政治参加検討委員会主催研修

講 師	田中 昌史	参議院議員
司 会	小川 恵一	看護リハビリ新潟保健医療専門学校

就業支援部主催フォーラム

「ライフサイクルと理学療法士という仕事」

講 師 上路 拓美 新潟大学医歯学総合病院

ライフサイクルと理学療法士という仕事

新潟大学医歯学総合病院 上路 拓美

就業支援部では、色々なライフイベントで悩みながらも、仕事を続けている会員の皆様と悩みを共有し、少しでも明日からの活力になる事を期待して、今回、このような企画をしました。皆さんで話をする前に、ほんの少しですが、話題提供として、私が歩んで来た道のりを話したいと思います。

私は、1985年に理学療法士になりました。早いもので、もう40年が経とうとしています。この間に私は妻となり、母となり、様々な経験をして来ました。振り返ると、悩んだことも、泣いたことも、笑ったこともたくさんありましたが、いつも職場の仲間や友人達、家族に支えられながら、なんとか理学療法士としての職業人を続けて来る事が出来たと思います。仕事と家庭と、きちんとバランスを取らなくては行けないと思いついていた私は、常にどちらかに傾いてしまい、それに気が付いては落ち込むことの繰り返しでした。また自分なりに目標を立て、それに向かって勉強をしようと意気込んでも、結局自分の事は後回しになってしまい、常に置いてきぼりを食らうのではないかという不安や焦りにかき立てられ、家庭を言い訳にはいけない、もっと頑張らなくてはと、常に自分を奮い立たせ、余裕のない毎日を過ごしていました。子どもからは、いつも怒ってばかりいる怖いお母さんだと思われていたことでしょう。今になって、バランスなんてその時々で変わっていくものだし、職業人としてのキャリアだって、日々目の前にいる患者さんに精一杯対応する事で沢山の学びを得ることが出来たのだから、そんなに頑張らなくてもよかったのかな、と思います。見えたはずの素晴らしい風景に、気が付かずに突っ走って来てしまった事が、残念ですが、渦中にいるときにはそんな事には気が付きませんでした。

きっと皆さんの中には、あの頃の私と同じ思いを感じている方もいらっしゃるでしょうし、別の事で仕事の悩みをお持ちの方もいらっしゃる事でしょう。また私もそうですが、これからの生き方を悩んでいらっしゃる方もいると思います。そんなことを、ざっくばらんに話してみませんか。答えは見つからないけど、少しでも心が軽くなるかもしれません。きっと元気がでますよ。皆様の参加をお待ちしています。

プロフィール

上路 拓美

【学歴】

1985年 3月 神戸大学医療技術短期大学部 理学療法学科 卒業

2006年 3月 放送大学教養学部 生活と福祉専攻 卒業

【職歴】

1985年 4月 医療法人 昭生病院 入職

1986年 7月 医療法人 昭生病院 退職

1986年 9月 医療法人仁愛会 新潟中央病院 入職

1994年 3月 医療法人仁愛会 新潟中央病院 退職

1994年 4月 新潟大学医学部附属病院(現 新潟大学医歯学総合病院) 入職

現在に至る

以上

生涯学習部主催 症例検討

新生涯学習制度 後期研修 E 領域別研修（事例）

発表テーマ：神経系理学療法学（E-1）

発表者：岡村 郁哉

所属：新発田リハビリテーション病院

演題発表

1 日目 (2 月 24 日)

演題発表 1	1~6
演題発表 2	7~12
演題発表 3	13~18

演題発表 1 内部障害

10:00~11:00

第2会場 スタジオ

座長： 今井 遼太（魚沼基幹病院）

1. 免荷式歩行器の有用性について
～生活期低酸素脳症による四肢麻痺を呈した症例での使用経験より～
総合リハビリテーションセンター・みどり病院 浜辺 政晴
2. 慢性的な右後肺底区無気肺の改善がみられた重症心身障害児の一例
合同会社BOND ハルガーデン 齋藤 武
3. 運動耐容能が良好であるにも関わらず低活動の心不全患者の特徴
新潟大学医歯学総合病院 清野 健二
4. 当院の待機的心臓外科手術患者における、術前の低身体機能が
術後リハビリ進行に及ぼす影響
新潟県立中央病院 藤巻 涼司
5. 6カ月間の臥床後に転院し介護医療院にてリハビリを行い歩行再獲得した一例
医療法人 健周会 介護医療院 葉の郷 佐藤 亜海
6. Wel Walk 2000 の多彩なフィードバック機能を活用して歩行能力向上に至った1症例
新発田リハビリテーション病院 羽入 雄太

演題発表 2 生活支援

10:00~11:00

第3会場 研修室・会議室

座長： 早津 佐代子（特別養護老人ホームさくら聖母の園）

7. 当院の退院支援の課題
東新潟病院 坂井 龍之介
8. 通所型サービスCの利用により、通所リハビリテーションから通いの場へ移行した一例
ウエルネス中条 小野 健太
9. 訪問リハビリテーションにおける shared decision making の重要性
転倒を繰り返しながらも見守りでの家事動作が可能となった一例
ケアライフ訪問看護リハビリステーション 三村 健
10. 地域ケア個別会議の上越ブロックの取り組み
新潟県理学療法士会 地域包括ケアシステム推進部 早津 敏彦
11. 上越市地域リハビリテーション活動支援事業
上越地域医療センター病院 小山 英央
12. 高年齢労働者就労支援事業「高年齢労働者のための転倒・腰痛予防」について（第2報）
新潟中央病院 中山 裕子

演題発表 3 神経

15:10~16:10

第1会場 ホール

座長： 犬飼 康人（新潟医療福祉大学）

13. 歩行練習支援ロボットでの歩行練習と長下肢装具での
バランス練習を併用し歩行自立まで至った脳卒中片麻痺症例
総合リハビリテーションセンター・みどり病院 田巻 督広
14. 歩行自立に向けロッカー機能に着目しアプローチを行った症例
悠遊健康村病院 赤木 絢子
15. 客観的評価による施注筋の決定が功を奏したボツリヌス療法の一例
桑名病院 川崎周一郎
16. 胸髄疾患における深部感覚障害，筋力低下の術後経過と歩行能力の関係
新潟中央病院 野嶋 素子
17. 右視床出血により重度感覚障害を呈した症例に対する歩行練習支援ロボットの使用報告
総合リハビリテーションセンター・みどり病院 草牧 杏佳
18. Wallenberg 症候群により Lateropulsion を呈した症例
- 「Wel Walk2000」を使用した歩行練習-
新発田リハビリテーション病院 湯澤 元樹

免荷式歩行器の有用性について ～生活期低酸素脳症による四肢麻痺を呈した症例での使用経験より～

○浜辺 政晴

総合リハビリテーションセンター・みどり病院 リハビリテーション部リハビリテーション科

キーワード：免荷式歩行器、生活期、四肢麻痺、有用性

【はじめに】

理学療法診療ガイドライン (2011)に、床上歩行での部分的体重免荷は歩行速度やバランス能力、歩幅を改善させると示されている。また、近年、POPOを代表とした免荷式歩行器の有用性について多く報告されている。今回、四肢麻痺症例に対し免荷式歩行器Eペーサー (以下ペーサー)を使用し有用性を認めたため報告する。

【症例紹介】

30歳代、男性、体重は50kgである。2009年に低酸素脳症で四肢麻痺、記憶、注意障害を呈した。2010年から週1回外来リハビリを継続中である。Brunnstrom Stage右上肢Ⅴ、下肢Ⅳ、左上肢Ⅲ、下肢Ⅲ、Trunk Control Test75点、ROM 足関節背屈右-40° 左-45°、起居全介助、起立中等度介助、立位自力保持は不可である。

【介入及び結果】

2019年10月から免荷機能のない歩行器での練習をSHBを装着し2人介助にて開始した。2022年11月からペーサーへ変更した。遊脚のクリアランスが担保され安定した接地が得られる20kg (体重の40%)を初期免荷値とし、歩行中も20kg近似値で調整しながら実施した。変更後、介助量と歩行距離は重介助20m程度から中等度介助30m程度となり継続的に可能となった。また、歩幅の拡大、リズムカルな歩行が可能となった。感想では本人は歩きやすくなった、母親は移乗、トイレ動作の介助が楽になったと成果を得た。

【考察】

ペーサーの体幹サポートと歩行用サドルによる上方への牽引により、遊脚のクリアランス向上と下肢への負担軽減、姿勢の安定化が図れ、歩行距離が大幅に延長したと思われる。重介助での歩行練習を必要とする症例にペーサーは有用ではないかと思われる。また、療法士の介助量の軽減、転倒リスクの低減を図れる点でも有用かと思われる。今後、疾患や病期毎での適応を検証していきたい。

【倫理的配慮】

症例とご家族へ口頭と書面にて同意を得た。

慢性的な右後肺底区無気肺の改善がみられた重症心身障害児の一例

○齋藤 武^{1, 2)}, 平野 和行¹⁾, 小川 裕子¹⁾, 榊原 清一³⁾

- 1) 合同会社BOND ハルガーデン
- 2) 一般社団法人Natural こども発達支援所はる
- 3) 新潟県立新発田病院 小児科

キーワード：重症心身障害児、慢性無気肺、障害福祉事業所

【はじめに、目的】

在宅で人工呼吸器を使用し生活する重症心身障害児（以下、重症児）は増えている。重症児の呼吸器合併症では無気肺がみられ、慢性化した無気肺は呼吸器感染症を繰り返す要因となる。今回、慢性的に右後肺底区に無気肺がみられた重症心身障害児を担当させて頂いた。在宅での関わりに加え、通所支援を行い、体位排痰法、器械的な咳介助を継続し、通所支援開始後6か月後、無気肺に改善がみられたので、その経過を報告する。

【症例紹介】

7歳男児。診断名：低酸素性虚血性脳症後の脳性麻痺（大島分類1）、てんかん。自発呼吸はなく、気管切開下人工呼吸器管理となり、0歳6か月で自宅退院。祖父母・両親・妹・弟の7人暮らし。主介護者は母。人工呼吸器はトリロジーを使用（設定は従圧式換気、PEEP6cmH₂O）。四肢胸部の可動性は乏しく、理学療法では、四肢胸部の可動性の改善、体位排痰法、家族指導を実施した。家庭では、体位排痰法や予防的な体位変換は実施していたが、家庭のこと・日常的なケア全般も担っており、体位変換の機会は少ない状況であった。

【経過並びに結果】

[1歳10か月] 週1-2回の訪問支援開始。一回換気量（以下、VT）50m程度。3か月に1回程度の入院（呼吸器感染症、てんかん発作等）。[4歳10か月] 呼吸器感染症での入院を契機に、カフ・アシストが導入された。[5歳8か月] VT60m程度。[6歳3か月] 週3回の通所支援開始。[6歳4か月] VT100m程度。[6歳8か月] 胸部X線画像で、右後肺底区無気肺の改善あり。

【考察】

本症例は数年来の慢性無気肺があり、週3回の通所支援開始後に無気肺の改善がみられた。在宅生活を支える障害福祉事業所は、医療機関に比し、利用頻度が高い。今回の事例を通じ、医療機関と連携をとりながら、障害福祉事業所でもリハビリテーションを提供することで、より効果的に在宅生活を支えることができると考える。

【倫理的配慮】本研究は、「ヘルシンキ宣言」に基づき、倫理的配慮として、対象者の保護者にはそれぞれ書面にて研究の趣旨・内容を説明し、承諾を得て実施した。尚、本研究は、当法人倫理審査委員会の審査・承認を得ている。

運動耐容能が良好であるにも関わらず低活動の心不全患者の特徴

○清野 健二^{1,2)}, 高山 亜美²⁾, 菫澤 紀文¹⁾, 佐藤 三奈希¹⁾, 猪又 孝元²⁾

1) 新潟大学医歯学総合病院 医療技術部リハビリテーション部門

2) 新潟大学大学院医歯学総合研究科 循環器内科分野

キーワード：心不全、活動量、運動耐容能

【背景と目的】運動耐容能および活動量(以下PA)は各々心不全予後の独立した予測因子であるが、運動耐容能良好にも関わらず低PAの心不全患者の特徴は不明である。本研究はこれを明かにすることを目的とした。

【方法】2022年5月～2023年10月に当院で心臓リハビリテーションを行った入院心不全患者のうち、PeakVO₂が14ml/kg/min以上の者を対象とした。活動量計(ライフコーダGS[®])で退院一ヵ月後の7日間平均歩数を測定し、退院時の不安・抑鬱(HADS)・自己効力感(GSEC)・ヘルスリテラシー(HLC-14)・握力・膝伸展筋力・歩行速度との相関係数をPearsonの相関検定またはSpearmanの順位相関検定で調査した。また、職業・同居家族・運動習慣の有無を回答に応じて2群に分け、歩数中央値の差をMann-WhitneyのU検定で調査した。

【結果】対象は28例で、年齢59±13歳、男性18例(64.3%)、LVEF48.2±18.7%、BNP141.9±177.4pg/ml、有職16例(57.1%)、独居6例(21.4%)、運動習慣あり8例(28.6%)、HADS不安3.9±2.3点・抑鬱4.1±3点、GSEC24.3±5点、HLC-14機能的19.4±4.2点・伝達的16.3±4点・批判的11.6±3.3点、握力31.1±10kg、膝伸展筋力27±9.8kgf、歩行速度1.2±1m/sであった。平均歩数は5534±2722歩に対し、相関したのはHADS不安($r=0.376$, $p<0.01$)で、群間差を認めたのは独居6874(5727-9040)vs同居4028(3092-6250)歩($p<0.05$)、有職6167(3951-8390)vs無職4019(2733-5723)歩($p<0.05$)であった。

【考察】運動耐容能が良好な心不全患者の退院後PAには、生活環境と退院時の不安が関係していた。低PAの症例は無職で家族と同居傾向の生活環境であり、日常的に必要な迫られて動く場面が少ないと考えられた。また、不安の低値とPA減少の関係は運動耐容能の比較的保たれたCOPD患者にて既報(Huong,2013)で、不安が疾患に抵抗するための活動を惹起させる可能性が指摘されている。心不全は進行性の慢性内部障害である点や呼吸苦症状などCOPDとの共通点も多く、不安に対する反応の類似性は想定される。当症例群においても不安の多い症例はCOPD患者同様に活動が惹起され、良好な運動耐容能がPA増加を担保し、対して不安の少ない症例のPAは増加しなかった可能性が考えられた。

【結論】運動耐容能が良好にも関わらず低PAの心不全患者は無職で、同居家族がおり、退院時に不安が少ない傾向を認めた。退院時の不安程度と生活背景への注目が退院後PA予測に有用な可能性が示唆された。

【倫理的配慮】新潟大学における人を対象とする研究等倫理審査委員会の承認(承認番号:2021-0384)を得て、全対象患者に本研究の目的、方法、リスクについて文書および口頭にて説明し、同意を得て実施された。

当院の待機的心臓外科手術患者における、術前の低身体機能が術後リハビリ進行に及ぼす影響

○藤巻 涼司

新潟県立中央病院 リハビリテーション科

キーワード：心臓外科手術後、リハビリテーション進行、低身体機能、フレイル、Short Physical Performance Battery

【はじめに、目的】心臓外科手術患者において、術前の低身体機能は術後のリハビリ進行状況の遅延に関連すると報告されている。そこで本研究は、当院においても術前の低身体機能により、術後リハビリ進行状況に影響するか検証することを目的とした。

【方法】2021年4月～2022年12月に当院で待機的な心臓外科手術を受けた30名を対象とした。術前のShort Physical Performance Battery (SPPB)評価により、12点満点を身体機能維持群（維持群）、12点未満を身体機能低下群（低下群）として患者背景（年齢、性別、BMI, Barthel Index, NYHA (New York Heart Association)分類、フレイル評価）、手術情報（手術時間、術後挿管時間など）、術前呼吸機能（%VC, FEV₁%）、術前心機能（LVEF, E/e'）、術前生化学検査（血清クレアチニン、推定糸球体濾過量、血清ヘモグロビンなど）、術前身体機能（握力、膝伸筋力、上腕周囲長、下腿周囲長、SPPB、6分間歩行試験）、術後経過（リハビリ進行、ICU退室までの日数、術前体重までの日数、在院日数など）、術後イベント発生（術後心房細動発生率）を比較した。リハビリ進行状況は、日本循環器学会/日本心臓リハビリテーション学会の合同ガイドライン（2021年改訂版）に準拠して作成した当院で用いている心臓外科手術後のリハビリ進行表に沿って施行した。

【結果】低下群は維持群と比較して、リハビリ進行状況やICU退室までの日数、術前体重までの日数、術後在院日数が有意に延長していた。また、低下群は維持群と比較して身体的フレイル評価の得点が有意に高値であった。

【考察】術前評価からフレイルを呈する症例は生理的予備能が低下しており、種々の要因により術後のリハビリ進行遅延に影響するため、今後は多職種が連携して総合的な評価や介入が重要になると考えられた。

【結論】術前から低身体機能でフレイルを呈する症例は、術後のリハビリ進行状況が遅延することが示唆された。

【倫理的配慮】本研究の実施にあたり、新潟県立中央病院倫理委員会の承認を得た（承認番号第2229号）。

6カ月間の臥床後に転院し介護医療院にてリハビリを行い歩行再獲得した一例

○佐藤 亜海, 加藤 水紀, 岡崎 奈緒子, 宮入 暁子

医療法人 健周会 介護医療院 葉の郷 リハビリテーション科

キーワード：長期臥床、歩行再獲得、廃用症候群

【はじめに】

くも膜下出血により長期臥床の状態であったが、介護医療院でのリハビリテーション（以下：リハビリ）にて歩行再獲得した症例を経験したので報告する。

【症例紹介】

80代女性。身長161cm、体重51kg。入院前は独居、日常生活動作（以下：ADL）自立、陸上の指導者をしていた。X年10月にくも膜下出血発症。回転性眩暈、嘔吐ありA病院へ搬送され保存的加療。向精神薬、降圧剤内服。翌年4月に当院葉の郷へ入所。

【経過】

入所時はADL全介助、覚醒JCSⅡ 20、コミュニケーションは簡単な指示に応じる程度。ギャッジアップで血圧低下、嘔気、眩暈等見られ介入が困難な状態であった。主治医へ服薬調整を依頼し、向精神薬、降圧剤を段階的に中止することで血圧低下等が改善され、座位・立位・歩行訓練へ移行できた。歩行訓練ではリハビリ開始2ヶ月で平行棒内二人介助、3ヶ月目に一人介助で可能となった。さらに、免荷式リフトPOPOを導入し歩行訓練を進めた。現在は棟内キヤスター付き歩行器自立であるが、訓練ではフリーハンド軽介助レベルである。

【考察】

本症例は6カ月臥床後に歩行再獲得した症例である。発症前の身体機能が高かったこと、廃用による影響が大きいこと、初回介入時にSLRとキッキングが可能だったこと、意識レベルの低下は向精神薬内服による影響が強いことから、歩行再獲得が可能だと推察した。

【まとめ】

入所時、ADLが全介助であったが、回復の見込みがあるという視点で理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が共同して介入した。また、病棟の協力を得て、早期から排泄や離床も進めることが出来た。身体機能やADL向上は本人の意欲を高めた。「もう一度陸上の指導者をやりたい。」といった希望が聞かれ、順調な回復の原動力になったと感じている。介護医療院の特性に留まらず、身体機能訓練と共に生活の質に目を向けたアプローチを行っていききたい。

【倫理的配慮】本報告に際し、症例には口頭にて目的を説明し同意を得た。

WelWalk 2000の多彩なフィードバック機能を活用して歩行能力向上に至った1症例

○羽入 雄太¹⁾, 湯澤 元樹¹⁾, 西川 太郎²⁾, 佐藤 大輔²⁾, 近藤 悟²⁾

1) 新発田リハビリテーション病院 リハビリテーション部

2) 新発田リハビリテーション病院 リハビリテーション科

キーワード: WelWalk2000、ロボット、フィードバック

【はじめに・目的】

WelWalk 2000 (以下WW)は特徴の1つとして豊富なフィードバック (以下FB)手段が存在する。今回重度片麻痺、全失語を呈した患者に対してWWを活用し、視覚FB、聴覚FBを選択的に使用することで、歩行能力向上を認め金属支柱付き短下肢装具での見守り歩行が可能となったので報告する。

【症例紹介・経過】

症例は40歳代男性。左被殻出血にて重度右片麻痺、全失語を呈し、発症27病日にリハ目的で当院へ転院。初期評価(35病日)は重度運動麻痺、感覚障害を認め、Stroke Impairment Assessment Set (以下, SIAS): 下肢運動3-2-0, 感覚1-1, 体幹2-1, 10m歩行速度0.09 m/s(長下肢装具中等度介助)であった。歩行能力向上を目的に40病日よりWWを週3回, 133病日まで計43回実施した。40病日~114病日までは遊脚期でのクリアランス向上, 立脚期での支持性向上を目的に足元表示から始め, 前方を注視しながらの歩行が可能となってからは前額面での正中線も併用した。中間評価では平地歩行での引っ掛かりはなくなったが立脚での単脚支持時間の減少, 立脚後期の短縮が残存していた。115病日~133病日は麻痺側への荷重と立脚時間の延長を目的に荷重量をグラフに表示し, 設定した荷重量に達するとFB音が鳴る聴覚FBを追加した。最終評価時(133病日) SIAS: 下肢運動3-3-1, 感覚1-1, 体幹3-3, 10m歩行速度0.25 m/sとなりQuad caneと金属支柱付き短下肢装具を使用し見守りでの歩行が可能となった。

【考察】

本症例では, 全失語により訓練場面での指示に対して従命することが困難な場面が散見された。そこでWWの多彩なFBの中から視覚FB, 聴覚FBを選択的に使用し, 歩行中も姿勢の修正や麻痺側荷重などを適宜修正しながら練習を行ったことで運動学習をより促すことができ, 見守り歩行を獲得した一助になったと考えられる。

【倫理的配慮】

本研究は, 当院の倫理規定に則り対象者から同意を得た。

【倫理的配慮】 本研究は, 当院の倫理規定に則り対象者から同意を得た。

当院の退院支援の課題

○坂井 龍之介, 高橋 佑輔, 岡崎 奈緒子, 宮入 暁子

医療法人 健周会 東新潟病院 リハビリテーション科

キーワード：慢性期病院、退院支援、システム化

【はじめに】

当院は慢性期病院であり、自宅退院患者が少ない特徴がある。慢性期病院ではシステム化された退院支援が行われているところが少ないと言われている。当院は、年々自宅退院患者が増加しており退院支援に力を入れ始めているが、退院支援に関するシステム化がされていない。自宅退院に向けて支援した症例を経験したので報告する。

【症例紹介】

50代男性。既往歴なし。県外で一人暮らし。X年6月に直腸癌(stage II)と診断され、ストマ造設。化学療法を施行した後手術予定であったが尿路感染症を発症。尿路感染症の制御ができず、全身状態悪化のため化学療法を断念。実家のある県内での療養を希望、自宅の環境調整目的で11月当院入院。

【経過】*入院期間：17日間

各職種とも退院支援の具体的な動きがわからず、自宅退院の方針決定が入院7日目になった。各職種が問題点や課題に対し各々で動いており、入院14日目にカンファレンス(以下：CF)が開催され、初めて他職種で集合した。患者や家族へ向けた退院後の生活に関する情報提供が不十分なまま自宅退院が決まった。最終的には自宅退院され「帰れてよかった」と話していたが、当院としては改善策を検討する必要性を感じた。

【考察】

文献から退院支援の流れを参考に今回の経過と比較した。当院の問題点として①退院支援に関わる意識の不足、②患者・家族との情報や退院時のイメージの共有不足、③退院後の生活を見据えた支援の不足の3つを挙げた。当院の退院支援は、経験不足・不慣れ・症例の少なさがあるため対策としてスクリーニングシートの作成、CFの実施、病状説明のタイミングなどを統一した退院支援の流れ・システム化が必要と考えた。

【まとめ】

自宅退院をサポートした症例だが、当院の退院支援の問題点が明らかになった。どの職種も共通認識をもった退院支援ができるように、システム化を進めていきたい。

【倫理的配慮】東新潟病院の倫理規定に則り、承認を得た。

通所型サービスCの利用により、通所リハビリテーションから通いの場へ移行した一例

○小野 健太¹⁾、多田 葉月¹⁾、内山 香²⁾、田中 美奈子²⁾、和田 かし子²⁾

1) 社会福祉法人板額の里ウエルネス中条 デイサービスセンター

2) 胎内市 福祉介護課地域包括支援センター係

キーワード：通所型サービスC、通いの場、介護予防

【はじめに、目的】

通所リハビリテーション(以下DC)を6年利用し依存傾向のあった症例が、DCから通所型サービスC(以下通所C)、そして通いの場へ移行した。通所Cが地域資源への移行に有効である可能性を考える。

【方法】

症例は要支援1で既往に腰椎椎間板ヘルニアなどがある70代女性。令和×年8月より、3ヶ月間、週1回(約2時間半)通所Cを利用。内容は健康チェック、ストレッチ、器械運動、体力測定、歯科衛生士や栄養士による口腔・栄養評価や個別指導など。通所Cの開始前と中間時期に担当プランナーと理学療法士が自宅訪問し、生活機能を評価した。

【結果】

歩容の改善が認められ、外出や買い物の頻度が増えた。体力測定では5m 最大歩行(5.4秒→4.5秒)、CS-30(10→13)に改善が認められた。通所C開始時は通いの場への参加意欲は見られなかったが、終了時には参加の合意が得られた。

【考察】

通所Cにおける器械運動にて、筋力増強に繋がる負荷で運動を実施できた。また器械運動時に適切な運動パターンを説明したことで、歩行時右立脚期における上半身の動揺が軽減し、主観的な不安定感も軽減したと考えられる。担当プランナー始め歯科衛生士や栄養士、健康運動実践指導者、生活支援コーディネーターなど多職種での関りにより、口腔ケアや栄養についても理解され、自分で介護予防に取り組む気持ちを持てるようになり、通いの場への参加の合意を得るまでに至った。

【結論】

通所C利用により、歩行時の主観的な不安定感が軽減し外出などの活動量が増加した。また運動だけでなく、口腔ケアや栄養も含めた自己管理の意識が高まり、通いの場への参加に繋がった。DCを利用している軽度者に対し、地域資源に移行するきっかけとして通所C利用は有効な手段と考えられる事例である。

【倫理的配慮】 発表について本症例へ説明し、同意を得た。

訪問リハビリテーションにおけるshared decision makingの重要性 ―転倒を繰り返しながらも見守りでの家事動作が可能となった一例

○三村 健

ケアライフ訪問看護リハビリステーション リハビリテーション部

キーワード：shared decision making、大腿骨近位部骨折、訪問リハビリテーション

【はじめに】本人、家族とのshared decision making (SDM)を行うことにより、転倒を繰り返しながらも歩行、家事動作に著しい改善を認めた大腿骨近位部骨折の事例を経験したので報告する。【倫理的配慮、説明と同意】発表に当たり、事例本人から書面で同意を得た。【症例紹介】80代女性。自宅で雑貨屋を経営、主婦業も行っていた。夫、長男(キーパーソン)、孫との4人暮らし。受傷前は屋外歩行自立レベルであったが、X年3月転倒し、右大腿骨転子部骨折受傷(保存療法)。通所リハビリテーション(以下、通所リハ)の利用により、通所時のみ歩行器による見守り歩行が可能となるまで改善したが、本人の自宅での歩行自立への強い希望があったため、同年10月に理学療法士による訪問リハビリテーション(以下、訪問リハ)利用開始となった。目標設定を随時修正するにあたり、「活動レベルを上げるとは、その分転倒のリスクも増す」ことを本人、長男に説明、本人から「もう一人で歩きたい」との意向が表出されるたびに、転倒、骨折、入院に至った場合の予想される本人、家族の生活についても説明し、共同して意思決定を行った。通所リハとも頻繁に連絡を取り、方針の統一を図った。訪問リハ開始から約1年半の間に、自宅内移動：車いす介助⇒歩行自立、排泄：ポータブルトイレ⇒自宅トイレで自立、食事：ベッド上⇒台所で、入浴：通所時のみ週1回⇒ヘルパー訪問による自宅での入浴も加わり計2回、家事：不可⇒一部可能となった。その間、自宅内で5回、転倒したが、ADL・IADL向上を目的とした訪問リハは継続された。【考察】頻回な転倒による骨折の可能性がある中でも、SDMによって、転倒・骨折が生じた場合のクレームのリスクを軽減させ、本人の意向に沿った訪問リハを継続し、結果的には一部家事動作が可能となった。【結論】不確実性に満ちた在宅でのリハビリテーションを進める上で、SDMは必須のアイテムである。

【倫理的配慮】発表に当たり、事例本人から書面で同意を得た。

地域ケア個別会議の上越ブロックの取り組み

○早津 敏彦¹⁾、山岸 真弓¹⁾、荻井 夏江²⁾、山本 典子³⁾

- 1) 新潟県理学療法士会 地域包括ケアシステム推進部
- 2) 新潟県理学療法士会 ブロック事業部上越ブロック
- 3) 新潟県理学療法士会 ブロック事業部

キーワード：地域ケア個別会議、助言者派遣、ブロック活動

<はじめに>上越地区ブロックでは、令和3年度より実施されている上越市地域ケア個別会議に対し、ブロック内士会員の協力を得て助言者派遣調整を行なっている。2年半が経過し、これまでの派遣状況、検討症例および助言内容、今後の取り組みについて報告する。

<経過>地域ケア個別会議の開催数、派遣人数は、令和3年度は計19回開催、12施設13名延19名派遣、令和4年度は計11回開催、11施設11名延11名派遣した。令和5年は計11回開催、6施設6名延11名の派遣を予定している。令和3～4年の検討症例は、延べ52例で、男性11例、女性41例、平均年齢78.9才。要支援1：17例、要支援2：30例、基本チェックリスト該当者：5例。対象主疾患は腰部疾患20例、下肢関節疾患17例、脳梗塞後遺症10例、循環疾患3例、その他整形疾患2例であった。理学療法士からの主な助言内容は①疾患・障害に合わせた体操・運動指導：15件、②補装具への助言：4件、③歩行補助具の助言：9件、④住宅環境整備、ADL動作の助言：3件、⑤サービス利用への助言：20件、⑥主治医への確認事項への助言：5件であった。また、当ブロックでは会議に従事する助言者の検討会を作業療法士会、言語聴覚士会と合同で、これまで計2回実施し、延PT16名、OT16名、ST1名が参加し意見交換を行った。

<考察>当初多数の施設・士会員に依頼したが、特定施設への偏り、回数が少ないことによる経験不足など意見もあり、令和5年度は依頼施設を整理し1人2回従事の方式をとった。事業派遣の継続性、ブロック全体への広がり観点から適時、方式、従事者の再検討を行いたい。検討会の2回目では市担当者の参加していただき、リハ職への期待や役割をお話いただいた。理学療法士の専門性を高め地域貢献に繋げるため、関係機関や他職種の意見も聞きながら今後も検討会などの資質向上の機会を考えたい。

【倫理的配慮】発表にあたって匿名性に配慮し、関係機関の了承を得ている。

上越市地域リハビリテーション活動支援事業

○小山 英央¹⁾、高橋 峰子²⁾、福山 直美¹⁾、橋本 勇也¹⁾

1) 上越地域医療センター病院 訪問リハビリテーション事業所

2) 上越市 高齢者支援課介護指導係

キーワード：地域支援活動、介護予防、介護保険

【はじめに】

上越市では、令和4年度より上越市地域リハビリテーション活動支援事業が開始された。制度の定着に向けて協力させていただいた経験から、これまでの依頼状況や相談事例、助言内容と今後の取り組みについて報告する。

【経過】

事業全体では、令和4年度の対象事例は延べ12例、令和5年度は延べ19例、従業者は2施設4名であった。当事業所が担当した事例は延べ15例、女性：9例、男性：6例、平均年齢：84.1歳。要支援1：3例、要支援2：8例、チェックリスト該当者：2例、要介護1：1例、要介護2：1例。提供場所は自宅：14例、デイサービス：1例。主疾患は、腰部疾患：4例、膝関節疾患：4例、フレイル：4例、脳卒中：1例、肺疾患：1例、筋疾患：1例であった。依頼事業所は、地域包括支援センター：10事業所、居宅介護支援事業所：5事業所、依頼内容はA：福祉用具の適合や住宅改修（以下A）4例、B：日常生活動作（以下B）13例、C：介護予防運動（以下C）10例、D：ケアプランの検討（以下D）1例、E：介護保険サービスの検討（以下E）2例であった。担当専門職は理学療法士2名、作業療法士1名で、理学療法士は11例、作業療法士は4例を担当した。助言内容はA：8例、B：11例、C：13例、D：0例、E：6例、F：その他2例（専門医への相談推奨）であった。1事例に対して2回の訪問を基本とし、1回目はアセスメントおよび助言を実施、2回目は初回訪問のモニタリングおよび助言を実施。提供時間は60分～90分。初回と2回目の間隔は、3か月：7例、4か月：4例、2ヶ月：1例、7か月：1例であった。

【まとめ】

令和4年度に比べて、令和5年度は相談事例数が増加しており、介護予防における専門職への期待は大きくなっていると考えられる。対象事例および担当ケアマネジャーに対して、限られた時間の中で、即時的・経時的効果のある助言を、間接的・個別的に行う技術が必要であり、担当する療法士の質の確保が重要と感じられた。依頼数が増加する中、従事施設及び従事者数は増えておらず、人員の不足が課題となっている。上越市では、人材確保のため、説明会を実施しており、さらなる事業の拡大を図っているところである。今後は、事業に対する依頼者や利用者の感想、その後の経過等の調査による効果検証を行い、質の向上を図り、地域からの期待に応えられるようにしたい。

【倫理的配慮】本研究発表を行うにあたりご本人（ご家族）に口頭にて確認をし、本研究以外では使用しないこと、それにより不利益を被ることはないことを説明し、回答をもって同意を得たこととした。

高年齢労働者就労支援事業「高年齢労働者のための転倒・腰痛予防」について（第2報）

○中山 裕子^{1,2)}, 佐藤 成登志^{1,3)}, 郷 貴大^{1,4)}, 高鳥 真^{1,5)}

- 1) (公社) 新潟県理学療法士会
- 2) 新潟中央病院 リハビリテーション部
- 3) 新潟医療福祉大学 義肢装具自立支援学科
- 4) 看護リハビリ新潟保健医療専門学校 理学療法学科
- 5) 晴陵リハビリテーション学院 理学療法学科

キーワード：高年齢労働者就労支援、転倒予防、腰痛予防

【目的】

本会では、2022年から高年齢労働者就労支援モデル事業を日本理学療法士協会の委託事業として開始、2年目となる本年度は補助金事業として継続している。本発表では、今年度の報告と新たな展開およびその課題について報告する。

【事業概要、課題】

対象は昨年同様、シルバー人材センターに登録する会員と新潟産業保健総合支援センターから紹介を受けた企業の高年齢労働者である。テーマは転倒および腰痛予防とし、内容は、①講座・集団体操、②講座・個別体操指導、③運動機能測定、④作業環境調査分析、⑤コンサルタント事業を計画した。また、上記事業の料金を設定、営業活動を継続した。昨年度訪問した一部の企業・団体からの依頼や新規の依頼を受け、全て有償で実施することができた。また、今年度新たに産業保健総合支援センターから要請があり、県内の事業場へ理学療法士を派遣し、転倒、腰痛等の行動災害予防のための訪問指導事業が9月に開始された。派遣には、所定の研修を受講した士会員を産業保健相談員として推薦し6名委嘱を受けている。しかし、昨年度産保センターからの紹介で実施した事業に関しては、今後は産保センター主体の事業となるため、士会独自の事業継続には何らかの修正が必要であると考えている。昨年からの継続課題であった人材育成について、今年度新たに労働者就労支援委員会を士会内に設立、一定の要件を満たす会員を対象に部員登録制度を開始した。部員の派遣もわずかであるが開始することができた。登録者を増やすために研修会を開催、また、活動の場である依頼数を増やす必要がある。

【結語】

2023年4月の第14次労働災害防止計画では、作業行動に起因する労働災害防止対策の推進の中に理学療法士等を活用した事業場における労働者の身体機能の維持改善の取組を支援するとともに、筋力等を維持し転倒を予防する…という文言が入り、理学療法士の活躍が特に期待されている。われわれは知識、技術をさらに研鑽し、これを社会に生かす好機としたい。

【倫理的配慮】 対象者への調査は無記名とし実施した

歩行練習支援ロボットでの歩行練習と長下肢装具でのバランス練習を併用し歩行自立まで至った脳卒中片麻痺症例

○田巻 督広, 熊木 純一, 草牧 杏佳, 山重 太希, 浜辺 政晴

総合リハビリテーションセンター・みどり病院 リハビリテーション部 リハビリテーション科

キーワード：歩行練習支援ロボット、長下肢装具、脳卒中片麻痺

【はじめに】

歩行補助ロボットについて、脳卒中治療ガイドライン2021では一定の効果が示されており、当院でも歩行練習支援ロボットウェルウォークWW-2000(WW)の使用が増えている。今回、WWに加えて、長下肢装具(KAFO)でのバランス練習を実施し、歩行自立まで至った症例を経験したため報告する。

【症例紹介】

症例は60歳代の男性である。多発性脳梗塞(右放線冠～基底核,左尾状核)で37病日に当院回復期病棟へ転院した。入院時所見は左下肢Brunnstrom Recovery Stage(BRS)Ⅱ,Stroke Impairment Assessment Set(SIAS)下肢運動0-0-0,触覚2,位置覚2,Trunk Control Test(TCT)36点, Berg Balance Scale(BBS)5点であった。歩行はKAFOにて全介助で,ADLはFM 運動合計24点,認知合計21点であった。

【介入方法】

WWを47病日に開始し,104病日まで実施した。38～88病日にKAFOでのバランス練習(左右重心移動,上肢リーチ,ステップ,横歩き)を実施した。WWの環境は快適速度とし,矢状面での視覚フィードバックにて歩容の修正を促した。ロボット脚のアシスト量や免荷量は段階的に減らした。

【結果】

退院時の身体機能は左下肢BRSⅢ,SIAS下肢運動1-2-1,触覚2,位置覚2で著明な改善を認めなかった。TCTは74点,BBSは30点と改善を認めた。ADLはFM 運動合計70点,認知合計29点に改善した。歩行は四点杖とAFOを使用し10M歩行テスト23秒(28歩)で自立となった。

【考察】

WWを通じて十分な運動量の確保が可能であることや,アシスト量の調整により課題難易度の変更ができ,運動学習効果が得られやすかったと考える。また,KAFOでのバランス練習を併用することで,下肢近位筋および体幹筋と姿勢制御機能が賦活され,バランスや歩行能力がより向上できた可能性がある。本症例より,個々の症例に合わせて適切な練習を選択していくことの重要性を再認識した。

【倫理的配慮】

本報告にあたり,症例の個人情報とプライバシーの保護に配慮し,十分な説明を行った後,口頭および書面で同意を得た。

歩行自立に向けロッカー機能に着目しアプローチを行った症例

○赤木 絢子

悠遊健康村病院 リハビリテーション科

キーワード：ロッカー機能、外側ウェッジ、歩行自立

【はじめに】

脳卒中片麻痺患者の歩行動作を、ロッカー機能に着目して分析を行った。問題点に対し、周期に分けアプローチを行う事で、入院時歩行器歩行見守りから、退院時屋内独歩自立へと改善した症例を経験したため報告する。

【症例紹介】

70歳代男性、左脳梗塞、病前ADL自立。HOPE：一人で歩けるようになって早く退院したい。

【初期評価】

Br.s：下肢IV、深部感覚軽度鈍麻、入院時歩容：麻痺側遊脚期は足尖を引きずり、足関節底屈位のまま足底面全体で接地。立脚期は股膝関節が屈曲し身体が沈み込み、足趾での蹴り出しは見られない。体幹前傾を利用し前方への推進力を得ているような歩容。

【経過と結果】

オルトップを使用した歩行練習、足関節背屈筋促通を行った。結果、装具を使用せず足関節背屈位での振り出しが可能となった。初期接地は足関節軽度内反位で小趾側から入り、立脚中期で下腿が足部に対し外側に倒れ、膝関節内側に痛みの訴えが出現した。外側ウェッジ挿入下で生活してもらい痛みは消失した。また立脚後期には足部の勢いを制御できず接地音が鳴ったが、立位での足関節底屈筋促通、周期に分けての「ステップ」練習で、歩行時の動作学習を行った。結果、足趾での蹴り出しが可能となり歩容が安定し、病棟内生活で終日独歩自立となった。

【考察】

1. オルトップでの歩行練習と足関節の随意性向上により、振り出し時のトゥークリアランスが向上、踵接地が可能となり踵ロッカーが得られるようになった。
2. 前脛骨筋遠心性収縮の向上により初期接地後の衝撃を制御し、足関節ロッカーを働かせられるようになった。
3. 外側ウェッジの使用により足圧中心軌跡が母趾側へ誘導され、下腿三頭筋内側頭の出力が向上、前足部ロッカーによる足趾での蹴り出しが可能となった。

以上の要因で、歩容が改善されたと考える。

【倫理的配慮】発表にあたり、患者の個人情報とプライバシーの保護に配慮し、本人・家族に十分な説明を行い、同意を得た。

客観的評価による施注筋の決定が功を奏したボツリヌス療法の一例

○川崎 周一郎, 渡邊 真, 久保田 雅史, 田中 健

社会医療法人桑名恵風会 桑名病院 リハビリテーション部

キーワード: ボツリヌス療法、理学療法評価、表面筋電図

【はじめに】ボツリヌス治療(以下、BTX)における評価や効果判定に表面筋電図を併用することが推奨されている。今回、2回目のBTXから表面筋電図による筋活動評価を行い、施注筋や単位数を変更することで効果が得られた症例を担当したため報告する。

【症例紹介】40代男性。X-2年に右被殻出血を発症し当院へ救急搬送。当院回復期病棟でのリハビリを経て自宅退院。X-1年に初回BTXを実施し、X年に2回目のBTXを担当した。主訴は歩行時の内反と足趾の握り込みによる痛みだった。評価の結果、足関節背屈可動域(以下、ROM)は 5° 、Modified Ashworth Scale(以下、MAS)は3であり、10m歩行速度(以下、10MWT)は18.94秒であった。歩行やADLは両側支柱付短下肢装具とT字杖を使用して自立していた。

【評価と介入】立ち上がり、歩行動作時の表面筋電図を前脛骨筋、下腿三頭筋に貼付して評価した。結果、前脛骨筋の異常収縮を認めた。主治医に前脛骨筋をはじめとした施注筋の変更や施注単位数増減を提案しBTXが実施された。

【結果】施注後の表面筋電図波形では、特に立ち上がり動作時の前脛骨筋の異常な収縮が改善。足関節背屈ROMは 10° 、MASは2、歩行速度は14.09秒に改善した。本人の内観として歩行のしやすさと、足趾の握り込みの改善による歩行時痛の軽減を認めた。

【考察】当院BTX評価にて従来行われているMASは安静時の受動的な筋緊張の評価である。表面筋電図を用いて動作時の筋活動を評価したことで、安静時だけでなく動作時の問題点も評価できたことで隠れていた問題点を発見できた。10MWTやMASなどの評価項目や歩行観察に加えて表面筋電図による評価を併用することで、より根拠を持った施注筋の決定が行えると考える。当院におけるBTXでは、表面筋電図の利用は時間的制約などもあり実施される割合は少ない。表面筋電図による評価が普及されるようにシステムの再構築などが必要であると考えている。

【倫理的配慮】本人に本報告の趣旨を説明し同意を得た。

胸髄疾患における深部感覚障害、筋力低下の術後経過と歩行能力の関係

○野嶋 素子, 中山 裕子, 保地 真紀子, 小川 幸恵, 石津 克人

新潟中央病院 リハビリテーション部

キーワード：胸髄疾患、深部感覚、筋力低下

【目的】胸髄疾患の症状は多彩で、術前の深部感覚障害や筋力低下は術後の歩行獲得に影響を与え、長期的には歩行自立する割合が高い事を報告した。本研究の目的は胸髄疾患における術後の深部感覚、筋力の変化が歩行に与える影響について調査し、入院中の理学療法を再考する事である。

【対象と方法】対象は2015.1～23.7に手術を行った胸髄疾患症例の内、術前に自立歩行が困難であった26例である。退院時歩行自立した17例(自立群63.9歳)と自立困難であった9例(非自立群76.1歳)に分け、入院期間、術前・術後2週・退院時の深部感覚障害の程度、MMTを比較した。深部感覚は脱失又は重度、中等度、軽度又は正常に分け比較、MMTは2以下を筋力低下とし腸腰筋(IP)大腿四頭筋(Quad)中殿筋(GME)ハムストリングス(Ham)大殿筋(GMA)を調査した。

【結果】入院期間は自立群 50.4 ± 29 日、非自立群 139.4 ± 63 日であった。深部感覚は自立群：術前脱失・重度11名、中等度4名、軽度・正常2名、術後2週4名、8名、5名、退院時(11-124日)1名、4名、13名、非自立群：術前6名、1名、2名、術後2週7名、1名、1名、退院時(52-241日)4名、3名、2名であった。筋力低下を呈した症例は自立群IP術前7名、術後2週1名、退院時0名、Quad3名、1名、0名、GME11名、8名、3名、Ham7名、3名、1名、GMA9名、5名、3名、非自立群IP8名、7名、4名、Quad6名、6名、2名、GME8名、9名、8名、Ham8名、8名、5名、GMA7名、9名、8名であった。

【考察】自立群は術後2週で深部感覚が中等度以上、IP・QuadはMMT3以上である症例が多く、非自立群は約4ヶ月の入院期間で深部感覚、筋力が大幅に改善した症例は少なかった。退院時自立歩行が望める症例は、症状が多彩で重度である事を考慮し練習方法を選択、そうでない症例は経過が長期になり退院時は歩行以外の移動手段が必要となる可能性も含め介入の方向性を決める必要がある。

【倫理的配慮】本研究は当院の倫理規定に則り行った。

右視床出血により重度感覚障害を呈した症例に対する歩行練習支援ロボットの使用報告

○草牧 杏佳, 田巻 督広, 熊木 純一, 山重 太希, 浜辺 政晴

総合リハビリテーションセンター・みどり病院 リハビリテーション部 リハビリテーション科

キーワード：感覚障害、歩行練習支援ロボット、脳卒中

【はじめに】

脳卒中治療ガイドライン2021では、歩行ができない発症後3ヵ月以内の脳卒中患者に対して、歩行補助ロボットを用いた歩行練習を行うことは妥当である(推奨度B,エビデンスレベル中)とされている。今回、右視床出血により重度感覚障害を呈した症例に対して、歩行練習支援ロボットウェルウォークW W -2000(W W)を実施し、歩行能力の改善したため報告する。

【症例紹介】

症例は50歳代男性で右視床出血を発症し、12病日に当院へ転院した。入院時所見は、左下肢Brunnstrom RecoveryStage(BRS)IV,Stroke ImpairmentAssessmentSet(SIAS)下肢運動3-3,触覚1,位置覚0と重度感覚障害を呈していた。TrunkControlTest(TCT)は100点,BergBalanceScale(BBS)は5点,FMは運動合計36点,認知合計29点であった。歩行は短下肢装具(AFO)と平行棒にて左立脚初期での接地位置のばらつきと立脚中期での膝折れを認め中等度介助であった。

【介入方法】

W Wでの歩行練習を17~59病日まで12~15分/日実施した。実施環境は快適速度で、矢状面と前額面の視覚フィードバック(FB)にて歩幅・歩隔の修正,体幹の定位,立脚期での膝制動を促し実施した。ロボットのアシスト量や免荷量は段階的に減らした。W W実施後にAFOでの歩行練習を20分間実施した。

【結果】

W W終了時は、左下肢BRSV,SIAS下肢運動4-3と改善を認めたが,SIAS下肢感覚の改善は認めなかった。BBSは45点と改善し,FM運動合計45点となった。歩行はAFOと4点杖にて,歩幅・歩隔が一定となり,左膝の制動も可能で軽介助となった。

【考察】

本症例は重度感覚障害を呈しており,視覚情報が少ない平地歩行では歩容の修正に難渋した。W Wの視覚FBとロボット脚の適切なアシストにより歩容の修正が図れたと考える。また,歩行量が確保できたことで,運動学習効果が得られやすく歩行能力の向上につながったと考える。

【倫理的配慮】

本報告にあたり,症例の個人情報とプライバシー保護に配慮し,十分な説明を行った後,口頭および書面で同意を得た。

Wallenberg症候群によりLateropulsionを呈した症例 - 「WeWalk2000」を使用した歩行練習-

○湯澤 元樹

新発田リハビリテーション病院 リハビリ部

キーワード：lateropulsion、WeWalk-2000、Wallenberg症候群

【はじめに】

lateropulsionは一侧に体が倒れてしまう症候であり、延髄外側梗塞によるWallenberg症候群の一つとして知られている。今回、延髄・小脳に脳梗塞を認め、lateropulsionが出現した症例に対してWeWalk-2000(以下WW)の視覚フィードバック(以下FB)機能を使用し歩行能力の向上を認めた為報告する。

【症例紹介・経過】

症例は40歳代男性。既往に2015年左被殻出血があるも、就労・運転も可能であった。2023年アテローム血栓性脳梗塞で左延髄外側と左右小脳に脳梗塞を認め、16病日に当院に転院となった。入院時評価は体幹・左上下肢に軽度運動失調を認め、Scale for the Assessment and Rating of Ataxia(以下SARA)13点、Burke Lateropulsion Scale(以下BLS)6/17点、Berg Balance scale(以下BBS)32点であった。歩行は平行棒内歩行監視。U字歩行器では左側への傾倒を認め、軽介助を要した。29病日より視覚FBを用いた歩行練習を目的に一般的な理学療法(筋力増加練習・バランス練習)に加えWWでの歩行練習を68病日まで計30回実施した。WWは前額面モニターに正中線を表示し、正中線に姿勢を合わせるように歩行を実施した。歩行速度は姿勢崩れの有無を確認しながら漸増していった(1.05→1.80km/h)。最終評価時(68病日)SARA:2点BLS:0点BBS:48点。歩行は片ノルディック杖にて修正自立。独歩見守りとなった為WWを終了した。退院時(97病日)は屋内外独歩自立で退院された。

【考察】

先行研究よりlateropulsionは、2週間以内に症状は改善するとされているが、本症例は発症より2週間以降も症状が残存していた。Wallenberg症候群に対しての理学療法としては一般的に体性感覚に着目した介入が報告されており、視覚での代償は困難とされている。しかし、本症例はWWの視覚FBによる歩行練習を併用することで歩行中の姿勢調整が可能であり、歩行能力の向上を認めた。このことから、LPによる歩行障害に対しては視覚FBによる歩行練習の有用性が示唆された。

【倫理的配慮】対象者本人から動画撮影と発表に関して説明し同意を得た。

演題発表

2日目 (2月25日)

演題発表 4 19~24

演題発表 5 25~30

演題発表 4 運動器

9:00~10:00

第1会場 ホール

座長：金子 高澄（上越地域医療センター病院）

19. 肩関節周囲炎に対しサイレントマニピュレーションが有効であった一症例
内野整形外科クリニック 小笠原 朋己
20. 筋疲労に対する4種の異なる介入方法の比較検証
新潟リハビリテーション大学大学院 医療学部 理学療法学専攻 北村 拓也
21. 肩関節周囲炎における運動時痛・1st外旋の改善は理学療法介入期間を短縮する
間庭整形外科医院 福原 大夢
22. 大腿骨頸部骨折術後、移乗動作介助量軽減を目標にアプローチした一症例
新潟中央病院 田邊 佑弥
23. 片側のFoam RollerおよびVibration Foam Roller介入が反対側に与える影響
新潟医療福祉大学 運動機能医科学研究所 笠原 一希
24. 移乗・立位・歩行が困難であった頸椎後縦靭帯骨化症の一症例
新潟中央病院 丸山 亮

演題発表 5 運動器

10:40~11:40

第3会場 研修室・会議室

座長：竹田 典広（新潟労災病院）

25. 平地歩行とトレッドミル歩行における下肢筋活動の検証—健常者での比較—
総合リハビリテーションセンター・みどり病院 熊木 純一
26. 内側型変形性膝関節症に対する腓腹筋ストレッチが膝屈曲拘縮に与える影響

—重症度の違いによる効果の検討—
富永草野クリニック 高山 風雅
27. Nordic hamstring exercise と Razor hamstring curl における筋活動・force の比較
—大学男子サッカー部員を対象として—
新潟医療福祉大学 大学院 運動機能医科学研究所 村上 優太
28. 通所リハビリテーション職員に対する腰痛予防と労働生産性向上に向けた取り組み
岩室リハビリテーション病院 野口 涼太
29. 当院における人工膝関節全置換術患者の身体機能の経過と傾向について
—入院中の関節可動域、疼痛、歩行に着目して—
新潟リハビリテーション病院 小野 俊則
30. 腰椎術後後弯症患者に対する短期集中外来理学療法の効果
新潟中央病院 石津 克人

肩関節周囲炎に対しサイレントマニピュレーションが有効であった一症例

○小笠原 朋己¹⁾, 佐野 博繁²⁾, 志田 康成¹⁾, 岩野 遥¹⁾, 中村 光汰¹⁾

1) 内野整形外科クリニック リハビリテーション科

2) 内野整形外科クリニック 整形外科

キーワード：肩関節周囲炎、凍結肩、サイレントマニピュレーション

【はじめに、目的】

肩関節周囲炎による拘縮肩は理学療法士が関わることの多い疾患であり、患者のADLを著しく低下させる要因となる。今回、重度拘縮肩に対するサイレントマニピュレーション（以下、SM）により良好な成績を得たので報告する。尚、SMは超音波ガイド下にてC5・C6・C7神経根ブロックを行った上で皆川の方法に準じてSMを実施した。

【方法】

50代男性。R3年2月頃より右肩に誘因なく疼痛が出現。症状の改善なく可動域低下を認め、当院受診し肩関節周囲炎の診断を受け、理学療法開始となる。1か月介入しても症状改善がなく、SM実施となる。SM実施前後での関節可動域（以下、ROM）：自動屈曲・外転・1st外旋・結帯、Numerical Rating Scale（以下、NRS）：動作時痛・夜間痛・安静時痛、日本整形外科学会肩関節疾患治療判断基準（以下、JOAスコア）を比較した。

【結果】

ROM（実施前/実施後1日/1か月/3か月）については、屈曲（120°/135°/160°/165°）外転（130°/155°/160°/170°）1st外旋（15°/30°/25°/55°）結帯（S1/S1/Th12/Th8）と改善がみられた。NRS（実施前/実施後1日/1か月/3か月）については、動作時痛（4/3/5/2）夜間痛（0/4/5/0）安静時痛（0/0/0/0）となりそれぞれ改善がみられた。夜間痛はSM実施後から1か月まで一時的に増悪を認めた。JOAスコアについても（64/74/79/87）まで改善がみられた。

【考察】本症例は、SM実施によりROMと疼痛の改善がみられた。先行研究から、術後1週で術前疼痛の約4割、術後1か月で約3割まで痛みを軽減できると報告があるが、本症例はSM実施後3か月で疼痛の軽減が確認できた。夜間痛を有する症例では上腕骨に対し肩甲骨が過度に下方回旋しているとの報告もある。SM前・後の理学療法評価・治療は肩甲上腕関節だけでなく、肩甲胸郭関節に対しても重要であると考えられる。

【結論】SMは早期にROMと疼痛改善の可能性がある。SM前・後での理学療法評価・介入は今後の課題である。

【倫理的配慮】発表については、本人の同意を得た。

筋疲労に対する4種の異なる介入方法の比較検証

○北村 拓也, 倉茂 恭花, 今井 俊輔, 藤島 愛基, 吉田 一輝, 大倉 毅斗

新潟リハビリテーション大学大学院 医療学部 理学療法学専攻

キーワード: 筋疲労、アイシング、ハムストリングス

【はじめに、目的】運動によって生じる筋疲労は運動療法を展開していく上で運動継続性を阻害する主たる要因の一つである。そのためには予防するだけでなく、筋疲労に対する適切な対処法を明らかにすることが必要であり、競技アスリートから高齢者にまで幅広く適応可能な知見を得られる可能性がある。しかし、いくつかの介入手法の効果を単独で検証した報告はあるものの、複数比較をした報告は渉猟する限り見当たらない。

そこで本研究では臨床現場で使用される頻度の高い4種の介入手法を実践し、その効果を比較検証することで最も筋疲労改善に有用なものを明らかにすることを目的とした。

【方法】対象は過去に身体的既往を有さない健康大学生とし、無作為に4群に振り分けた。4群の内訳はストレッチ群(S群)、軟部組織モビライゼーション群(M群)、アイシング群(I群)、対照群(C群)とした。各群の介入手法は先行研究を参考にストレッチは自動伸長法、軟部組織モビライゼーションは揉捻法、アイシングはアイスパックを用いて全手法とも事前指導をした上で対象者による自己対応とした。なお、全手法ともハムストリングスのみを対象とし、1回の介入時間を約15分間、介入期間は1週間とした。課題動作は臨床現場でも多く利用されている背臥位での殿部挙上運動(片足支持)とし、主観的および客観的指標を用いて保持困難となるまで保持させた。主観的指標には本人の限界訴えがあった場合とし、客観的指標には有痛性筋痙攣の出現または保持開始高の1/3以上低下した場合とした。評価項目は介入前後の殿部挙上保持時間、介入期間中の患部疲労感とした。

統計学的解析ではR.4.0.2を使用し、全データの正規性をシャピロウィルク検定により確認後、各群の介入前後比較に分割プロット分散分析を用いた。また、各群の殿部挙上保持時間の比較を二標本t検定により検証し、さらに介入期間中における患部疲労感の経時的変化は一元配置分散分析を用いて検証した。なお、全ての有意水準は5%とした。

【結果】全対象者は39名であり、データ欠損によるC群1名を除き、各群10名であった。1週間の経時的な患部疲労感および殿部挙上保持時間の介入前後比較の結果、4群間に有意差は認められなかった。一方、介入手法別における殿部挙上保持時間の介入前後比較ではI群のみ有意な増加を認めた(介入前中央値126.5秒、介入後145.5秒、95%CI: -1.6-0.2, 効果量 $r: 0.64$)。

【考察】筋疲労に対する介入手法として、有用と考えられてきた4種の方法を比較検証した結果、いずれの介入手法も特異的有用性を示すことはなかった。しかし、介入後のパフォーマンスではアイシング群のみ有意な保持時間の増加を認めたことから、機能向上の観点からはアイシングの有用性を支持する可能性が得られた。ただし、本研究では課題動作後の介入期間が1週間と短期的であり、それ以上の長期経過は不明である。さらに、介入手法は全て対象者の自己対応としたため、実際の手法正確性はわからない。以上の限界点を踏まえ、アイシング効果の更なる組織学的な検証も含め追加検討していく必要がある。

【結論】筋疲労の回復を促進する際、その後のパフォーマンス向上を視野に入れるとアイシングを実施することが最も有用な可能性がある。

【倫理的配慮】本研究ではヘルシンキ宣言に則り、本学倫理委員会(151)および対象者から同意を得て実施した。

肩関節周囲炎における運動時痛・1st外旋の改善は理学療法介入期間を短縮する

○福原 大夢, 吉田 麗玖, 渡邊 雅也, 細野 豊和

間庭整形外科医院 リハビリテーション部

キーワード：五十肩、関節可動域、リハビリ期間、疼痛、予後予測

【はじめに、目的】理学療法ガイドラインでは、肩関節周囲炎は発症から寛解に12～42か月かかることとされ、罹患期間の差異が大きい。しかし、理学療法介入期間に関する報告は少ない。本研究の目的は、肩関節機能の経時的推移から運動器標準算定日数である150日以内に寛解する症例の特徴を示すことである。

【方法】令和4年4月から12月までに肩関節周囲炎と診断され、理学療法を開始した20例21肩（男性9例、女性11例、平均年齢 62.4 ± 12.0 歳）を対象とした。本研究では、介入期間が運動器標準算定日数を越える者を超過群、超えずに軽快終了した者を未満群と定義した。測定項目は、安静時痛、運動時痛、夜間時痛の程度（NRS）、肩関節屈曲、1st外旋、外旋位での伸展、内旋位での伸展可動域、結帯動作とした。測定期間は5か月間とし、1か月毎の測定に加え可動域は開始日からの変化量を算出した。統計処理は分割プロット分散分析を用い、事後検定として経時的変化の比較はBonferroni補正による対応のあるt検定を用いた。介入後の変化量における群間比較は対応のないt検定を用いた。有意水準は5%未満とした。

【結果】介入前の測定項目では、両群間で有意な差は認められなかった（ $p > 0.05$ ）。分割プロット分散分析の結果、運動時痛、1st外旋に主効果および交互作用を認めた。事後検定の結果、介入3か月以降で、未満群は超過群に対し運動時痛は有意に低値を（3か月： 0.6 ± 0.8 vs 4.3 ± 1.8 、4か月： 0.25 ± 0.5 vs 3.5 ± 1.1 、5か月： 0 ± 0 vs 3.2 ± 0.9 ）、1st外旋の変化量は有意に高値を（3か月： $12.5 \pm 9.2^\circ$ vs $2.8 \pm 8.5^\circ$ 、4か月： $13.3 \pm 10.3^\circ$ vs $1.1 \pm 7.9^\circ$ 、5か月： $14.2 \pm 9.0^\circ$ vs $3.9 \pm 9.4^\circ$ ）示した。

【考察】1st外旋の改善が運動時痛の軽減に繋がり未満群の介入期間を短縮したと考える。

【結論】介入3か月以降の運動時痛、1st外旋の改善は、運動器標準算定日数以内に寛解する症例の特徴であることが示唆された。

【倫理的配慮】本研究はヘルシンキ宣言に基づき、対象者に研究の趣旨を十分に説明し、同意を得た。

大腿骨頸部骨折術後,移乗動作介助量軽減を目標にアプローチした一症例

○田邊 佑弥, 保地 真紀子, 石津 克人

新潟中央病院 リハビリテーション部

キーワード: 大腿骨頸部骨折、移乗、座位姿勢

【はじめに】 大腿骨頸部骨折に対し,人工骨頭置換術を施行した症例を担当した.移乗介助量軽減を目標に理学療法を行った経過について,考察を加え報告する.

【症例紹介】 80代女性.8月12日転倒し受傷,9月6日入院,手術施行.受傷前は伝い歩き,押し車にてADL自立,ポータブルトイレ使用

【初回評価】 疼痛(左大腿内外側NRS6/10),SLR不可,ROM (R/L)股関節屈曲110° /70° 伸展-10° /-20° 膝屈曲140° /90° ,端座位:見守り,移乗:重介助,立位:平行棒内重介助

【経過】 術翌日より全荷重許可.股・膝関節の可動域訓練,筋力訓練,移乗・立位訓練を中心に実施.術後1週では端座位自立,平行棒内立位は軽介助,歩行中介助で可能となるも,移乗は依然中～重介助であった.再評価した結果,立位・歩行は平行棒を引っ張る動作となっており,支持物のない場面での立ち上がりが特に困難であることがわかった.また端座位保持には上肢支持を要しており,骨盤後傾,脊柱側弯のアライメントに伴い重心右偏位を認め,重心の前方移動,患肢の荷重を困難にし,移乗介助量が多い要因の一つと考えた.そこで,端座位にて介助で骨盤前傾を促す訓練や患側への重心移動を追加,支持物を引っ張らない設定下に,体幹の前傾～立ち上がりを反復し練習.徐々に移乗介助量軽減が見られた.術後4週で回復期病棟へ転床となった.

【最終評価】 疼痛(左大腿内側NRS2/10),SLR可,ROM (R/L)股関節屈曲120° /95° 伸展-5° /-10° 膝屈曲140° /140° ,端座位:自立,移乗:見守り,歩行:押し車中介助

【考察】 自宅退院を目指すにあたり,本人,家族のneedは第一にポータブルトイレ自立であり,移乗介助量軽減を目標とした.介入当初は,股・膝関節の可動域制限による重心前方移動困難,下肢筋力低下に伴う支持性低下が問題と考え訓練行うも,改善が中々得られなかった.体幹や骨盤アライメント,座位・立ち上がりの姿勢動作分析から下肢以外の要因に気づきプログラムを再立案,介助量軽減に繋がったと考えられた.

【倫理的配慮】 当院の倫理規定に則り,書面にて同意を得た.

片側のFoam RollerおよびVibration Foam Roller介入が反対側に与える影響

○笠原 一希¹⁾, 村上 優太¹⁾, 吉田 麗玖²⁾, 中村 雅俊³⁾

1) 新潟医療福祉大学 運動機能医科学研究所

2) 間庭整形外科医院 リハビリテーション部

3) 西九州大学 リハビリテーション学部リハビリテーション学科

キーワード：関節可動域、筋硬度、柔軟性、ウォームアップ

【はじめに、目的】Foam Roller (FR)は、対象筋の表面を転がすように使用するセルフコンディショニングツールである。さらに近年、FRに振動機能が搭載されたVibration Foam Roller (VFR)も注目を集めている。先行研究から、FRやVFRは関節可動域 (ROM)増加に有効であることが報告されている。しかし、FRやVFR介入による反対側への効果やその持続効果は不明である。そこで本研究は、FRおよびVFR介入が反対側に与える影響を検討した。

【方法】対象は男子大学生10名 (年齢：22.10±1.1歳，身長：173.7±5.9cm，体重：72.9±8.7kg)とした。介入は利き足側の膝関節伸筋群とし、測定は反対側にて行った。FRおよびVFR介入は、上前腸骨棘と膝蓋骨底間を2秒で1往復の速度で実施し、無作為な順序で2条件実施した。介入強度は被験者の耐えうる最大強度とし、60秒間の介入を3セット行った。測定項目は、筋硬度、圧痛閾値、膝関節屈曲ROMとし、介入前 (PRE)、介入直後 (POST)、10、20、30分後にて測定を行った。

【結果】全ての測定項目で有意な交互作用は認められなかったが、膝関節屈曲ROMと筋硬度にて時期に主効果 ($p < 0.01$)を認めた。事後検定の結果、膝関節屈曲ROMはPREと比較してPOSTから30分後まで有意 ($p < 0.05$)に高値を示した。筋硬度も同様に、PREと比較してPOSTから30分後まで有意 ($p < 0.05$)に低値を示した。圧痛閾値では変化は認められなかった。

【考察】先行研究から、FRやVFR介入によるROM増加や筋硬度減少には、組織灌流量の増加の関与が示唆されている。そのため、片側のFRやVFR介入による変化は反対側まで影響を及ぼし、その効果は30分間継続することが示された。

【結論】片側のFR・VFR介入は反対側の柔軟性増加に有効であることが示唆された。

【倫理的配慮】本研究は、発表者が所属する施設の研究倫理委員会の承認を得て実施した。また、本研究はヘルシンキ宣言に則っており、対象者に本研究内容を口頭と書面で十分に説明し、同意を得た上で行われた。

移乗・立位・歩行が困難であった頸椎後縦靭帯骨化症の一症例

○丸山 亮, 小川 幸恵, 野嶋 素子

新潟中央病院 リハビリテーション部

キーワード：頸椎後縦靭帯骨化症、失調、歩行

【はじめに】頸椎後縦靭帯骨化症による不全四肢麻痺、失調、筋緊張の異常を呈し、移乗、立位、歩行が困難であった症例を経験した。経過に考察を加えて報告する。

【症例紹介】88歳男性。診断名 頸椎後縦靭帯骨化症。非骨傷性頸髄損傷。経過 X-10日意識消失し転倒、四肢麻痺出現、X日手術施行。

【初回評価】頸椎カラー装着。MMT(右/左)腸腰筋4-/3+, 大腿四頭筋4+/4, 前脛骨筋5-/4, 中殿筋3-/3-, 大腿二頭筋4-/3, 下腿三頭筋2+/2+, 大殿筋3-/3, 三角筋2-/2, 上腕二頭筋3-/3。深部覚: 右下肢重度鈍麻, 左腕失調。両下肢にあり。移乗 中介助。

【理学療法経過】訓練開始時の本症例の移乗は体幹前傾に伴い、足部が手前に引かれ接地困難。離殿後は後方に突っ張り起立できなかった。足底接地を介助し重心の前方移動を促しながら力の伝達方向を修正した。立位保持は困難。歩行は振り出しの際、体幹が前後どちらにも崩れ、修正が困難であった。歩行の安定には正中位での立位保持が必要と考え、Tilt tableから開始。平行棒内立位は両SLBを装着し足関節を中間位に固定、体幹が正中位になるよう介助した。次の段階として体幹を軽度前傾位に保持しながら歩行できるよう姿勢を調節した。その際、症例から自分の姿勢がわからないと発言があり、鏡を使用し視覚での代償を用いた。平行棒内歩行は軽介助となり、U字型歩行器歩行に移行した。

【最終評価(術後29日)】MMT(右/左)腸腰筋4-/3+, 大腿四頭筋4+/4, 前脛骨筋5-/4, 中殿筋4-/3-, 大腿二頭筋4-/3, 下腿三頭筋2+/2+, 大殿筋4-/3。深部覚: 両下肢重度鈍麻。失調 両下肢。移乗 軽介助。歩行 両SHB装着, U字型歩行器 中介助。

【考察】下肢失調と筋緊張の異常が、移乗、立位、歩行に共通する問題点と考えアプローチを検討した。起立、立位を反復したことで、重心を支持基底面内でコントロールできるようになり、介助量が軽減した。本症例を通じて、動作の根本にある問題点を探り、日々変化する身体機能に合った訓練方法を模索することの重要性を学んだ。

【倫理的配慮】当院の倫理規定に則り行った

平地歩行とトレッドミル歩行における下肢筋活動の検証—健常者での比較—

○熊木 純一, 田巻 督広, 草牧 杏佳, 山重 太希, 浜辺 政晴

総合リハビリテーションセンター・みどり病院 リハビリテーション部 リハビリテーション科

キーワード: 表面筋電図、健常者、平地歩行、トレッドミル歩行

【はじめに】

近年,トレッドミル上での免荷歩行練習や歩行練習支援ロボットを使用した歩行練習が増えている.その理論的背景としてCentralPattern Generatorの賦活や運動学習があり,歩行自立度と歩行速度をアウトカムとした報告が多い.健常者を対象に平地歩行とトレッドミル歩行の下肢筋活動を比較した報告は少ないため検証した.

【対象】

健常成人12名(男性6名,女性6名)を対象とした(平均25.5歳±3.2歳).

【計測方法,検定方法】

計測対象は内側広筋(VM),大腿二頭筋外側(BF),前脛骨筋(TA),腓腹筋外側頭(LG)の筋電図(EMG)とした.表面筋電図はTS-MYO(トランクソリューション社製)を使用し,電極はSENIAMのガイドラインに基づき貼付した.平地歩行で快適速度を計測した後にトレッドミル歩行を同様の速度で計測した.EMGは50-450Hzのバンドパスフィルターとして二乗平均平方根を求めた.正規化は各歩行周期(C,LR,MSt,TS)の平均値を1歩行周期の平均値で除し,その値から2歩行周期の平均値(EMG比率平均)を算出した.検定方法はウィルコクソン符号順位検定として平地歩行とトレッドミル歩行の各筋および各歩行周期のEMG比率平均を比較した.統計処理は統計解析ソフトEZR(有意水準5%)を使用した.

【結果】

LGのMStにおけるEMG比率平均について,平地歩行は220%,トレッドミル歩行は182%で有意差を認めた.LGのMSt以外の歩行周期とVM,BF,TAの各歩行周期は有意差を認めず,各歩行条件のEMG比率平均の大小に一定の傾向はなかった.

【考察】

各歩行条件で体幹を前方に運ぶ推進力の違いがあると推測する.LGはMStの遠心性収縮による安定した下腿前傾に寄与する.トレッドミルは動く床面により受動的な下腿前傾が生じるためLGのEMGが低下したと考える.臨床では各歩行での下肢筋活動の違いを考慮した練習を選択する必要があることが示唆された.

【倫理的配慮】

被験者には研究の趣旨と内容を口頭で説明して同意を得た.

内側型変形性膝関節症に対する腓腹筋ストレッチが膝屈曲拘縮に与える影響 -重症度の違いによる効果の検討-

○高山 風雅, 野口 啓太, 桑原 隆文

富永草野クリニック リハビリテーション科

キーワード：内側型変形性膝関節症、膝屈曲拘縮、腓腹筋

【はじめに】Campbellは、変形性膝関節症(膝OA)に伴う僅かな膝屈曲拘縮は痛みや膝機能に影響し、将来的に人工関節に至る可能性が高くなるとし、完全伸展の獲得が重要とされる。一要因として腓腹筋があるが、その影響を調査した報告は乏しい。今回、内側型膝OAに対する腓腹筋ストレッチ(GS)が膝屈曲拘縮に与える影響を重症度別に検討した。

【方法】対象は内側型膝OAにて膝屈曲拘縮を呈した58例のうち足関節背屈制限を認めた34例とした。Kellgren-Laurence分類Ⅰ・Ⅱの21例(軽度群)とⅢ・Ⅳの13例(重度群)に群分けした。他動膝関節伸展と他動足関節背屈を測定後にGSを実施し、背屈制限が消失後に再度他動伸展を測定した。3回ずつ測定し、平均値を算出した。介入前後の他動伸展の患健差を算出し、GSによる他動伸展への影響や重症度によるGS介入効果を比較した。統計解析は重症度とGS介入の有無に対して分割プロット分散分析を行い、事後検定として多重比較を行った。また介入前の患健差を100%として介入後の改善率を算出した。

【結果】重症度及びGS介入の有無に有意な主効果、交互作用を認めた。軽度群の伸展の患健差は介入前 -4.38° 介入後 -0.98° 、重度群は介入前 -7.21° 介入後 -5.24° でGS効果は軽度群で有意に改善した。改善率は軽度群78%、重度群27%であった。

【考察】Chiklsは膝OAの歩行では、腓腹筋の筋活動が有意に高くなるとし、工藤は同筋の攣縮を惹起するとしている。背屈制限を伴った膝屈曲拘縮において軽度群は重度群に比べ、膝屈曲拘縮における腓腹筋の影響が強いと示唆された。初期膝OAより軽微な背屈制限を見逃さず、腓腹筋の柔軟性改善を図ることは膝屈曲拘縮を改善する上で重要と考える。

【倫理的配慮】本研究にあたり対象者には発表の主旨を十分に説明し、同意を得た。

Nordic ham string exerciseとRazor ham string curlにおける筋活動・forceの比較 —大学男子サッカー部員を対象として—

○村上 優太¹⁾、西田 智²⁾、吉田 麗玖³⁾、笠原 一希¹⁾、中村 雅俊⁴⁾

- 1) 新潟医療福祉大学 大学院 運動機能医科学研究所
- 2) 流通経済大学 スポーツ健康科学部 スポーツ健康科学科
- 3) 間庭整形外科医院 リハビリテーション部
- 4) 西九州大学 リハビリテーション学部リハビリテーション学科

キーワード：伸張性収縮、トレーニング、大殿筋、脊柱起立筋

【はじめに、目的】我々は健康若年男性を対象としてNordic ham string exercise (NHE)とRazor ham string curl (RHC)中の筋活動とforceを比較し、半腱様筋の筋活動はNHE、forceはRHCが有意に大きいことを明らかとした。しかし、主にNHEやRHCを実施するスポーツ選手を対象とした検討は行われていない。そこで本研究では、大学男子サッカー部員を対象として、NHE、RHC中の筋活動とforceを比較し、健康若年者との違いを明らかにすることとした。

【方法】対象は、大学男子サッカー部員9名とした。利き脚の大腿二頭筋、半腱様筋、大殿筋、脊柱起立筋に表面筋電図の電極を貼付し、各筋に対して最大随意性等尺性収縮 (MVIC)を実施した。その後NHE、RHCをランダムな順で実施し、各筋の筋活動とforceを測定した。NHE、RHC時の筋活動をMVIC時の筋活動で正規化した。解析区間は動作解析時から終了時までとした。

【結果】大腿二頭筋、半腱様筋の筋活動はNHEがRHCと比較して有意 ($p < 0.05$)に高値を示した。また、大殿筋、脊柱起立筋の筋活動、forceでは有意な差は認められなかった。

【考察】NHEは股関節中間位、RHCは股関節屈曲位から動作を開始する。筋が伸張位になることで筋活動が低下することが示唆されており、RHCはNHEと比較してハムストリングスが伸張位となったため、大腿二頭筋、半腱様筋の筋活動はNHEが大きくなった可能性がある。

【結論】大腿二頭筋、半腱様筋の筋活動はNHEが大きい、大殿筋、脊柱起立筋の筋活動、forceは同程度であることが示唆された。

【倫理的配慮】本研究は、発表者が所属する施設の研究倫理委員会の承認を得て実施した。また、本研究はヘルシンキ宣言に則っており、対象者に本研究内容を十分に説明し、同意を得た上で行われた。

通所リハビリテーション職員に対する腰痛予防と労働生産性向上に向けた取り組み

○野口 涼太, 稲村 隆司, 竹内 萌夏

岩室リハビリテーション病院 通所リハビリテーション

キーワード：腰痛予防、プレゼンティーズム、労働生産性

【はじめに】

腰痛などがある状態で労働し、生産性が低下する状態をプレゼンティーズムといい、社会的な課題となっている。今回、「2022職場における腰痛予防宣言」に参加し、職員のプレゼンティーズムの調査を行い、腰痛予防と労働生産性の向上を図ったので報告する。

【方法】

当院通所リハビリテーション職員25名を対象とし、約半年間に渡りプレゼンティーズム調査および腰痛予防対策を実施した。プレゼンティーズムはQ-Q methodを用いて質問紙にて腰痛予防対策実施前、実施3か月後、6か月後の時点で調査した。また、質問紙には腰痛発生場面や対策の感想などを記入する項目を併記した。質問紙の結果はペアワイズ法にて集計した。各時点でのプレゼンティーズムによる損失額についてKruskal-Wallis検定にて比較し、有意水準は5%とした。

【結果】

腰痛予防対策として、腰痛予防対策講座、作業環境の改善、朝礼時の体操の導入、リーフレットの作成・回覧を順次実施した。プレゼンティーズムによる損失額に有意差はなかった(年間一人当たり損失額 | 実施前: 82万円, 3か月後: 54万円, 6か月後: 39万円, $p=0.07$)。体調不良の有訴率は、腰痛(実施前: 58%, 3か月後: 45%, 6か月後: 32%), 首の痛み/肩こり(実施前: 53%, 3か月後: 30%, 6か月後: 32%)などの症状に減少がみられた。6か月後時点でのアンケートでは「腰痛予防への意識が高まった」75%、「体を動かすことが増えた」30%となった。

【考察】

腰痛予防対策の結果、体調不良の有訴率の減少、および腰痛予防への意識の高まりがみられた。プレゼンティーズムによる損失額は有意ではないが減少する傾向がみられた。

【倫理的配慮】対象者にデータの利用について書面にて説明し同意を得た。なお、本研究は岩室リハビリテーション病院の倫理審査の承認を得て実施した。

当院における人工膝関節全置換術患者の身体機能の経過と傾向について —入院中の関節可動域、疼痛、歩行に着目して—

○小野 俊則, 大平 航平, 田村 萌恵, 竹内 優輔

新潟リハビリテーション病院 リハビリテーション部

キーワード：人工膝関節全置換術、関節可動域、術後制限

【はじめに、目的】

当院では人工関節支援ロボットが2020年から導入され、人工膝関節全置換術(TKA)の手術件数が増加した。先行研究から術後の経過や傾向を示す報告がなされている中、当院の術後成績の位置づけや効果的にリハビリテーションが行えているかは不明である。今回、入院時における当院の術後経過および傾向を明らかにすることを目的とした。

【方法】

対象は、2020年1月～2022年12月までに当院に入院、TKA施行した者とした。評価内容は、入院時(術前)、術後1週ごとの膝関節可動域(膝ROM)、疼痛をNRSにて動作時、歩行時で評価、歩行は術前後での歩行様式とした。術後制限の有無から経過を比較した。

【結果】

対象は48例、うち術後制限なしが43例、制限あり(非荷重、膝装具固定)が5例であった。平均入院日数は制限なし群で 36.1 ± 10.7 日、制限あり群で 41.4 ± 4.9 日であった。膝ROM(屈曲/伸展)は制限なし群で術前 $124.8 / -10.5$ 度、退院時 $121.7 / -2.6$ 度、制限あり群で術前 $124.6 / -7.2$ 度、退院時 $111.4 / -1.6$ 度であった。疼痛は術後1週で動作時5.5、歩行時4.5でピークとなり、その後週ごとに軽減した。歩行は退院時、術後制限なし群では独歩または杖、制限あり群では杖または歩行器であった。

【考察】

術後の経過は制限なし群において先行研究と類似した結果となった。制限あり群では、固定期間の有無により退院時の膝ROM(屈曲)で差がみられた。術後制限がある場合、ROM制限因子の予防に努めること、生活動作における動作指導や環境調整を検討する必要があると考える。

【結論】

術後制限がある症例は入院期間が延長、膝ROM(屈曲)の改善に差がみられることが示唆された。

【倫理的配慮】本研究はヘルシンキ宣言に基づき、入院時に書面にて同意を得た

腰椎術後後弯症患者に対する短期集中外来理学療法の効果

○石津 克人¹⁾, 中山 裕子¹⁾, 溝内 龍樹²⁾

1) 新潟中央病院 リハビリテーション部

2) 新潟中央病院 整形外科 脊椎脊髄外科センター

キーワード：腰椎術後、後弯症、短期集中

【目的】

腰椎変性疾患患者において、術後は下肢症状および矢状面アライメントが改善するものの、半年以降に後弯症が進行する例を認める。当院では、そのような症例に対し短期集中的に外来理学療法を実施している。しかし、対象者全例に同一のメニューを実施しているのが現状である。本研究の目的は、腰椎術後後弯症患者に対する3ヶ月間の介入の効果を検証することである。

【方法】

対象は、腰椎術後半年以上経過した後弯症患者であり、3ヶ月間の外来理学療法介入(1回/週、週5日以上セルフエクササイズ)を行った6例(男性1例、女性5例、平均年齢76.0歳、除圧術2例、固定術4例)とした。プログラムは体幹・股関節伸展筋力増強、胸郭・股関節のストレッチとし、担当療法士が初回に評価とオリエンテーションを実施した。対象者は自宅にてセルフエクササイズを継続、来院時には方法の確認・修正を行った。検討項目は、等尺性最大筋力(体幹伸展・屈曲)、10m最大歩行時間、TUG、腰背部痛VAS、Sagittal vertical axis(SVA)、TK(胸椎後弯角)、LL(腰椎前弯角)であり、介入時と介入後3ヶ月で比較した(有意水準5%)。尚、本研究は当院の倫理規定に則り実施した。

【結果】

体幹伸展筋力(介入前→介入後)は1.9N/kg→2.6N/kgであり有意に増加し、屈曲筋力は2.1N/kg→2.2N/kgであった。10m歩行は7.5秒→6.8秒であり有意に改善、TUGは9.7秒→8.8秒であり改善傾向を示した($p:0.06$)。腰背部痛VASは39.0mm→21.7mm、矢状面アライメントを示すSVAは139.3mm→148.1mm、TKは26.5°→27.0°、LLは18.7°→19.0°であった。

【結論】

3ヶ月の介入で、体幹伸展筋力と歩行速度が有意に改善した。今後は症例数を増やすと共に、運動の負荷量や継続期間についても検討する必要がある。

【倫理的配慮】本研究は、当院の倫理規定に則り書面にて同意を得て実施した。

市民公開講座

整形外科医が伝えたい

高齢者の骨折治療とリハビリテーション

講師 小坂 泰啓

上越地域医療センター病院 整形外科部長

司会 柳 保

新潟県理学療法士会 公益事業部部長



リハビリ応援飲料

リハたいむゼリー

たんぱく質 10.0g うちBCAA 2500mg (ロイシン 1400mg)含有	ビタミンD 800IU (20μg)
エネルギー 100kcal	シイクワシャー抽出物
	水分 94.8g




マスカルット味
もも味
はちみつレモン味
甘夏味



リハたいむゼリーサンプル・リハビリテーション栄養ポケットガイドの請求はこちらから
【受付締切：2024年3月31日（日）】


 クリニコ公式
YouTube
 始めました。

他にも、豊富なラインアップがあります。資料・サンプル等のご請求はお気軽に。


0120-52-0050
 受付時間：平日 9:30 ~ 17:00
 (土日祝日・年末年始・5/1 除く)

クリニコ **検索**
<https://www.clinico.co.jp>

森永乳業グループ病態栄養部門
株式会社クリニコ



Niigata University of Rehabilitation

新潟リハビリテーション大学

〒958-0053 新潟県村上市上の山 2-16

TEL:0254-56-8292 FAX:0254-56-8291

【医療学部 リハビリテーション学科】

- ・理学療法学専攻
- ・作業療法学専攻
- ・心理学専攻

(旧称：リハビリテーション心理学専攻。2024年度より改称)

後援, 展示, 広告 (順不同 敬称略)

後 援

新潟県
上越市
公益社団法人新潟県看護協会
社会福祉法人上越市社会福祉協議会
公益社団法人新潟県作業療法士会
一般社団法人新潟県言語聴覚士会
株式会社新潟日報社
株式会社上越タイムス社
JCV 上越ケーブルビジョン

展 示

株式会社 G・T・B (賛助会員)
新潟県理学療法士連盟 (賛助会員)
オージー技研株式会社
アビリティーズケアネット株式会社
酒井医療株式会社
ミナト医科学株式会社

広 告

株式会社クリニコ
新潟リハビリテーション大学

第 29 回新潟県理学療法士学会準備委員会

<準備委員>

大会長 山本典子
準備委員長 荻井夏江

準備委員 木賀 洋
準備委員 法山 徹
準備委員 竹田典広
準備委員 中田一樹

<運営委員>

五十嵐仁 石井康朗
犬飼康人 今井遼太
岩野雅大 太田智恵
梶浦宏志郎 金子清和
久保田悦章 後藤智史
小山英央 斎藤智美
坂田秀平 澤田小夜子
椎谷直人 高橋 勇
立石 学 田中 健
玉虫俊哉 長沼 克
入村隼平 野嶋素子
長谷川めぐみ 藤巻涼司
村松健二 山崎俊輔
湯澤元樹 與口伸也

(五十音順)

第 29 回新潟県理学療法学会誌

発行 令和 6 年 2 月 1 日
編集・発行 公益社団法人 新潟県理学療法士会
会長 佐藤成登志
大会長 山本 典子
編集責任者 立石 学
事務局 新潟市中央区南笹口 1 丁目 1 番 38 号
コーポルンピア笹口 303
TEL・FAX (025) 250-7660