

第6回

京都在宅リハビリテーション研究会

研究集会

プログラム・抄録集



日時: 2012年3月20日(火)

会場: 明治国際医療大学10号館

2階 カンファレンスホール

主催: 京都在宅リハビリテーション研究会

目次

会場への交通案内・会場案内	1
研究集会プログラム	2・3
基調講演 講師紹介	4
特別講演 講師紹介	5
一般演題	6～8
京都在宅リハビリテーション研究会 顧問・世話人一覧	9

会場

629-0392

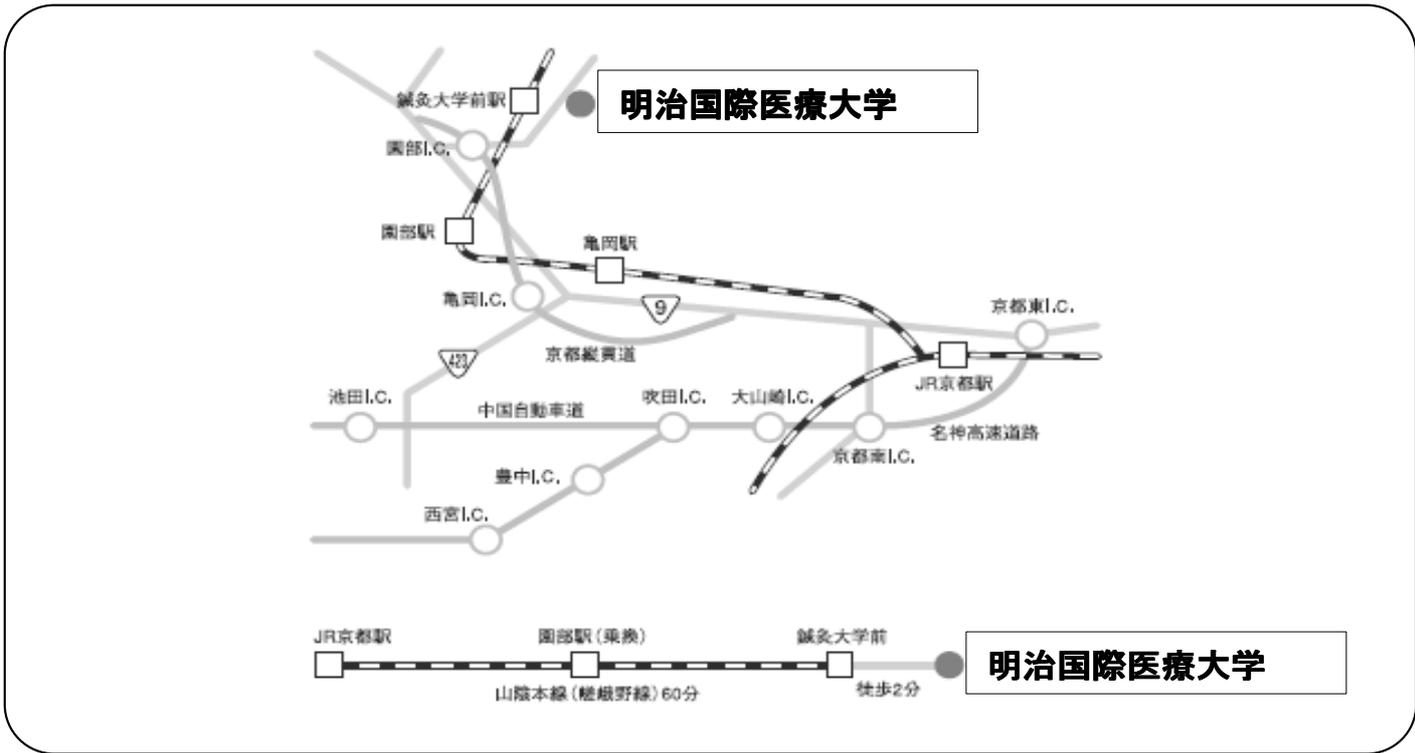
京都府南丹市日吉町保野田ヒノ谷6-1

明治国際医療大学 10号館

2 F カンファレンスホール

連絡先 0771-72-1221(附属病院代表)

会場への交通案内



施設内案内図



研究集会 プログラム

12:30～受付開始

13:00～開会
開会宣言

京都在宅リハビリテーション研究会 世話人代表 松本 和久

開会のご挨拶

嶺尾 徹 明治国際医療大学附属病院院長

13:10～基調講演

(座長:明治国際医療大学 松本 和久)

『運動器の中核とのかかわり“CINE & f-MRIによる検討”』

講師: 京都府立医科大学名誉教授

明治国際医療大学教授

明治国際医療大学附属病院総合リハビリテーションセンター長

平澤 泰介 先生

休憩(13:40～13:50)

13:50～特別講演

(座長:明治国際医療大学 松本 和久)

『緩和ケアに活かすリハビリテーション』

講師: 千葉県立保健医療大学健康科学部リハビリテーション学科准教授

安部 能成 先生

質疑応答(15:20～15:40)

休憩(15:40～15:50)

15:50～ 一般演題発表(5演題;発表7分, 質疑応答・自由討論3分)

(座長:明治国際医療大学 木村 篤史)

1. 緩和ケア対象者への退院調整

第二岡本総合病院 リハビリテーション科 長島敬記

2. CRPSの発生機序に関する一考察 一脳卒中後にCRPSを発症した症例を通じて一

明治国際医療大学附属病院 総合リハビリテーションセンター 松本 渉

研究集会 プログラム

3. 日常的な歩行が日常生活動作能力に及ぼす影響 ～「できるADL」を「しているADL」へ～

老人保健施設はぎの里 リハビリテーション課 細川 竜馬

4. 橋梗塞発症後、在宅における廃用の脱却を目指した一症例

～活動・参加へのアプローチを再検討して～

舞鶴赤十字病院 リハビリテーション科部 水原 彩

5. 円滑なトイレ誘導を目指して...「元気金魚」の試み

老人保健施設はぎの里 リハビリテーション課 山本千鶴

16:50～ 閉会の挨拶

京都在宅リハビリテーション研究会 世話人副代表 小幡 彰一

17:00 閉会

一般演題発表の演者へのお知らせ

- ・発表形式は全てPCプレゼンテーションとします。
(発表時のPCの操作は、演者自身にて操作していただきます)
- ・演題時間は発表時間7分、質疑応答・自由討論3分となっております。

演者に対する質問について

質疑応答時間は、各演題につき3分間ありますので、座長の指示に従い、活発な質疑応答を行ってください。なお、質問される場合は所属と氏名を告げ、簡潔明瞭に質問してください。

～基調講演 講師 平澤 泰介 先生のご紹介～

(主なご学歴)

昭和38年3月 京都府立医科大学 卒業

昭和38年3月 INTERN(U.S. NAVAL HOSPITAL, YOKOSUKA): ~39年3月

昭和38年10月 E.C.F.M.G. 試験合格 (CERTIFICATE: 48443)

昭和40年9月 米国カリフォルニア大学(U.C.L.A.整形外科)へ留学: ~42年3月

昭和47年1月 米国ハーバード大学へ留学(~47年7月) (日本リウマチ協会派遣)

(主なご職歴)

昭和55年9月 ドイツWÜRZBURG(ヴェルツブルグ)大学 客員教授: ~56年3月

平成元年7月 京都府立医科大学 整形外科 教授

平成元年8月 福祉部理事; 京都府立舞鶴こども療育センター所長兼任

平成7年4月 京都府立医科大学医療センター所長(~9年3月) 兼任

平成13年4月 京都府立医科大学名誉教授

明治国際医療大学教授 兼 総合リハビリテーションセンター長

京都府医療審議会会長

京都在宅リハビリテーション研究会顧問 (現在に至る)

(主宰学会)

国内: 日本バイオメカニクス学会, 日本肩関節学会, 国際外科学会日本部会, 日本手の外科学会,
日本整形外科学会基礎学術集会, 他多数

国外: アメリカ・日本手の外科学会, ドイツ・日本整形外科合同学会,
日本・韓国リハビリテーション医学合同カンファレンス, 他多数

(名誉会員)

日本整形外科学会, 日本リハビリテーション医学会, 日本末梢神経学会, 他多数

(ご執筆・ご監修)

「リハビリテーション医療」(金芳堂)

「整形外科術前・術後のマネジメント 第2版」(医学書院)

「整形外科の最新医療 先端医療シリーズ」(先端医療技術研究所)

「リハビリテーションスペシャリストハンドブック」(南江堂)

「標準整形外科学 第8版 Standard textbook」(医学書院)

他多数, 御執筆, 御監修されています

～特別講演 講師 安部 能成 先生のご紹介～

(ご学歴)

昭和59年 作業療法士国家資格取得

昭和62年～63年 信州大学医学部研究生

平成11年 淑徳大学大学院社会福祉学研究科博士後期課程満期終了

平成15年 英国短期留学 (St. Christopher's Hospice: M.P.W.)

(ご職歴)

昭和59年4月 青梅市立総合病院

昭和62年1月 村井病院

平成元年1月 長谷川病院

平成3年4月 千葉県医療技術大学校

平成7年4月 千葉県がんセンター整形外科(リハビリテーション担当)

平成21年4月 千葉県立保健医療大学健康科学部リハビリテーション学科 准教授 現在に至る。

厚生労働省委託事業(財団法人ライフプランニングセンター主催)がんリハビリテーション研修会の企画委員兼非常勤講師, 社会保険看護研修センター認定看護師教育課程の非常勤講師
(平成21年度より千葉県がんセンターがんサポートチーム・オブザーバー)

(所属学会)

国内: 日本癌学会, 日本癌治療学会(代議員), 日本緩和医療学会(理事), 日本臨床死生学会,
日本サイコオンコロジー学会, 日本死の臨床研究会, 日本ホスピス・在宅ケア研究会,
日本在宅ホスピス協会(世話人)

国外: APHN(Asia Pacific Hospice Network), EAPC(European Association of Palliative Care), ACPOPC(The Association of Chartered Physiotherapists in Oncology and Palliative Care), UICC(Unio Internationalis Contra Cancrum; International Union against Cancer)

(ご執筆)

・安部能成, がんを担った人を知る②—スピリチュアルペイン, 臨床作業療法, vol.8 no.4, pp.393-397, 2011

・日本緩和医療学会編, がん患者の呼吸器症状の緩和に関するガイドライン2011年版, pp.89-92, 安部能成, 神津玲, 呼吸リハビリテーション, 金原出版, 2011

・安部能成, 緩和リハビリテーション, がん治療レクチャー, vol.2 no.3, pp.629-635, 2011

・辻哲也編, がんのリハビリテーションマニュアル, pp.282-295, 安部能成, 進行がん患者の基本動作, 歩行・移動障害へのアプローチ, 医学書院, 2011

・安部能成, がんを担った人を知る①—精神症状的問題に関する対応, 臨床作業療法, vol.8 no.3, pp.299-303, 2011

他多数, 御執筆されています

緩和ケア対象者への退院調整

長島敬記, 庄司優理, 田後裕之, 高橋守正

第二岡本総合病院 リハビリテーション科

【はじめに】

緩和ケア対象者におけるがんのリハビリテーション(以下、がんリハ)では、リハを実施しているにも関わらず、がんの進行により日常生活動作(以下、ADL)が急激に低下してしまうことが多い。今回、大腿骨頸部骨折後のリハ中に末期のがんが見つかり、まだ骨折後のリハの効果が期待される時期ではあったが、“できるだけ早期かつ長期で、自分で動ける在宅生活”という本人・家族の希望を優先させ、環境調整のうえ早期退院させた症例を経験した。緩和期におけるがんリハの留意点と合わせて報告する。

【症例紹介】

80歳男性。既往に右側大腿骨頸部骨折あり。現病歴は、7月16日に食欲不振で入院後転倒し、左大腿骨を骨折しガンマナイール術施行。術翌日よりPT介入。8月18日に胃カメラにて中部食道癌、生命予後は約1年(同年8月27日～)と診断された。“できるだけ早期かつ長期で、自分で動ける在宅生活”という本人・家族の希望を優先した退院調整を行った(調整内容は以下記述)。退院時のADLは、起き上がりは自立、立ち上がり・移乗は物的介助があれば見守り、歩行は固定式歩行器を使用して15m見守りで、15cmの段差昇降も可能であった。

【退院調整】

屋内移動は固定式歩行器を使用。ベッドは三モーターを使用し、ベッドサイドには介助バーとポータブルトイレを設置。トイレ内には洋式トイレ用フレームを設置することで、立ち上がりの物的介助とした。

【まとめ】

緩和期のがんリハの留意点として①予後②がんの進行に伴うADLの低下③疼痛④投薬による副作用⑤体力低下⑥本人・家族の要望などが考えられる。本症例は、予後が約1年と宣告された中、残された時間・限られた時間において“より高い動作レベルでの退院”ではなく、“できるだけ長く自分で動く”ことを優先させた退院調整を行った。緩和期のリハでは急激なADL低下により、思いを果たせなくなることも多い。そんな中、本人・家族の思いに沿うためにも従来のリハゴールとは違う視点(違うゴール)も必要である。

CRPSの発生機序に関する一考察
—脳卒中後にCRPSを発症した症例を通じて—

松本渉¹⁾, 永山智貴¹⁾, 小西倫太郎¹⁾, 林愛子¹⁾,
神田佳明¹⁾, 垣村将典¹⁾, 板谷有紀子¹⁾,
木村篤史^{1, 2)}, 富田健一^{1, 2)}, 松本和久^{1, 2)}

1) 明治国際医療大学附属病院総合リハビリテーションセンター

2) 明治国際医療大学 医学教育研究センター

リハビリテーション科学ユニット

【はじめに】

脳卒中後に生じる肩手症候群: Shoulder Hand Syndrome (SHS)は、複合性局所疼痛症候群: Complex Regional Pain Syndrome type I (CRPS)に分類される。近年、CRPS患肢の身体図式が変化することが報告されており、その変化の大きさと痛みの強度に関連があると言われている。また、運動の強さと運動の意識、そして視覚のフィードバックが不一致であると大脳皮質に活性化する領域が発見され、CRPSにおける運動機能障害と一次運動野および補足運動野の関連性も明らかになっている。さらにfMRIにより頭頂間溝の領域に活動性が高まるという報告もある。頭頂間溝周囲の領域は、体性感覚連合野として、視覚と体性感覚の協調や視覚的注意の機能を有し、一次体性感覚野からの感覚情報を受け取り、空間内での身体の位置、運動に関する情報を統合・認識するとともに、後頭葉からの視覚情報を受け取り、運動の認識、立体視、空間感覚に関わる。

今回、左側頭葉を中心に広範囲の梗塞巣によりCRPSを呈した症例に対し、視覚と体性感覚の協調性を促す訓練を実施することでCRPSが改善した症例を経験したので報告する。

【症例】

74歳 男性

左中大脳動脈閉塞により左側頭葉を中心に広範囲な梗塞巣を認め、t-pa治療の後、約一カ月後より本院でのリハビリテーション(リハ)を開始する。

リハ開始時のBrunnstrom stageは上肢Ⅲ、手指Ⅲ、下肢Ⅴであったが、白井らによるCRPSスコアは、機能的動作障害項目0点、関節可動域制限0点、疼痛0点、アロディニア0点、腫脹0点、皮膚の色調・温度変化0点、栄養障害2点の合計2点であり、右上肢全体に腫脹と著しい疼痛を訴えていた。この時の症例の身体図式は、右肩は右側腹部、右肘は右肩、手指は明確でない状態であった。

この症例に対し、視覚と体性感覚の協調を図る目的で姿勢鏡を用いたfeedback訓練を行った。

3か月後、右上肢の疼痛は消失し、CRPSスコアは、機能的動作障害項目4点、関節可動域制限2点、疼痛3点、アロディニア3点、腫脹1点、皮膚の色調・温度変化1点、栄養障害2点の合計16点となり、身体図式もほぼ正常になった。

【考察】

最近の報告では、CRPS患肢の運動障害が頭頂間溝の領域の活動と関連することが明らかにされている。今回、頭頂間溝の領域周辺に梗塞巣を認めCRPSを呈した症例に対し、頭頂間溝の領域の機能である視覚情報と体性感覚情報の一致を図る訓練を実施した結果、CRPSが改善したことから、CRPSの原因の一つに視覚情報と体性感覚情報の不一致が影響しているものと考えられた。

日常的な歩行が日常生活動作能力に及ぼす影響 ～「できるADL」を「しているADL」へ～

細川 竜馬

老人保健施設はぎの里 リハビリテーション課

橋梗塞発症後、在宅における廃用の脱却を 目指した一症例 ～活動・参加へのアプローチを再検討して～

水原 彩

舞鶴赤十字病院 リハビリテーション科部

【はじめに】

高齢者の運動器の機能低下をもたらす要因は、加齢を転機として、身体活動が減少し、社会的・心理的加齢がもたらされ、さらに運動器の機能低下を引き起こす、と報告もされている。

当老人保健施設でも、平行棒や付き添いがあれば歩行可能な利用者也、実際の日常生活(ADL)では歩行せず、車椅子を使用している場合が多く、身体活動を増加させるためには歩行頻度を増加させる必要があると考えられる。そこで、ADLで歩行している利用者と、車椅子を使用している利用者の機能自立度と身体機能を評価し、比較したので報告する。

【対象】

当施設の入所者で、ADLで歩行している群(歩行群)女性5名、平均年齢88±7歳、介護度1～3、ADLで車椅子を使用している群(車椅子群)男性2名、女性3名、平均年齢84±6歳、介護度2～4とした。

【方法】

ADLの評価は機能的自立度評価表(FIM)を用いた。身体機能評価は5m最大歩行速度(歩行速度)、Timed Up & Go Test(TUG)を用いた。これらの評価を初回と2ヵ月後に評価し、比較した。統計処理はSPSS Ver. 11を用いてMann-whitney検定を行い、有意水準は5%とした。

【結果】

初期評価時の歩行速度とTUGは、歩行群と車椅子群で有位差を認めた。しかし、2ヵ月後の歩行速度とTUGでは、歩行群と車椅子群において有意差は認められなかった。FIMはいずれも有意差を認めた。

【考察】

今回の調査で、FIMにおいて車椅子群は歩行群より有意に低い値を示したことは、車椅子群の介護度の高さが原因として考えられた。一方、歩行速度やTUGは初回評価においてのみ車椅子群は歩行群よりも有意に低い値を示したが、2ヵ月後は有意差を認めなかった。このことから、歩行群と車椅子群の身体機能には著明な差はないと考えられる。しかし両群とも、TUGの平均値が転倒予測のCut off値(13.5秒)を上回っているため、ふらつきや転倒への恐怖心などが働き歩行頻度が減少している可能性が考えられる。したがって、どのような環境設定をすれば高齢者の歩行能力を最大限に活かし、活動的な生活が送れるのか検討していく必要性があると考えられた。

【はじめに】

今回、脳梗塞発症前後で訪問リハビリ(以下、訪問リハ)に関わり「活動・参加」を再検討しアプローチを行った。そこで活動に対する本人の意識に変化が生じ生活場面に改善がみられたのでここに報告する。

【事例紹介】

性別:女性 年齢:86歳 診断名:左橋梗塞 介護度:要介護4

入院前は離れで独居、母屋に息子夫婦が暮らしている。トイレまではつたい歩きで移動。食事は毎食嫁が運ぶ。週2回娘が離れを訪問され、日中はテレビ鑑賞・編み物をして過ごされる。利用サービス:デイサービス(以下DS)・訪問リハ各週1回。

脳梗塞発症後、体幹中等度麻痺が生じ動的座位不安定、移乗は見守り、移動は車椅子レベル。尿便意があいまいで排泄はオムツ対応となった。退院後は母屋で息子夫婦と同居。入院前のサービスに加え、平日2回/日ヘルパーによるオムツ交換・週1デイケア開始。

【経過】

平成22年3月19日 訪問リハ開始

平成23年10月21日 脳梗塞発症し当院入院。

退院前に家屋調査・ケアカンファレンスを行った。身体機能面や家人の意見を取り入れながら車椅子・ベッド上中心の生活に設定し、離床する際は転倒リスクがあるため見守りを要することを関係者に申し送った。約1ヶ月リハビリを行い11月30日自宅へ退院、12月2日より訪問リハ再開となる。

退院後、娘の訪問回数は減少し離床を拒否され会話も消極的・被害的な発言が発症前より多くなった。

そこで訪リハ以外の時間にベッドアップでの卓上作業を提案し、DSでの運動も再指導した。その結果訪問リハ時には今後行いたい事を訴えられるようになり自発性向上がみられた。また座位姿勢改善に伴い、本氏の希望された端座位での食事摂取も可能となり離床時間の延長も図ることができた。

【考察】

今回の症例では転倒予防に最も考慮し退院調整を行った結果、過度の安静が本氏の意欲を抑制し廃用を誘発する要因となった。訪問リハ介入後、本氏の能力に適した意欲的な動作を関係スタッフ間で引き出せたことでADLの活動性向上に繋がったと考えられる。

円滑なトイレ誘導を目指して…「元気金魚」の試み

山本千鶴¹⁾, 山内直樹²⁾

- 1) 老人保健施設はぎの里 リハビリテーション課
- 2) 老人保健施設はぎの里 通所リハビリテーション

【はじめに】

失禁を防止したり、排泄習慣をつけるために、トイレ誘導を行うが、実際には、利用者の尊厳や尿便意の欠落による不必要感から拒否されることも多い。

そこで今回、排泄と異なる目的を設定することで、円滑なトイレ誘導が可能になった事例を経験したので報告する。

【方法】

排泄と異なる目的は、金魚の世話とした。

金魚には、元気に育つようにとの思いを込めて「元気金魚」と命名し、トイレ前に水槽を設置し飼育した。そして、金魚への餌やりを目的にトイレ誘導を行った。

【事例1】

男性利用者O氏は、普段は温厚な性格であるが、排泄を促がす声かけを行うと怒り、激しく興奮することが多かった。

しかしO氏に「金魚の餌やりを手伝って下さい」と声かけを行うと、席からトイレまでの誘導がスムーズに行えた。

【事例2】

女性利用者K氏は、排泄を促がす声かけに非協力的で、周囲の利用者の影響もあり、誘導したいタイミングで誘導できないことが多かった。

しかしK氏に「金魚に餌をあげましょう」と声かけを行うと、排泄リズムに応じたトイレ誘導が行えた。最近では、餌を与えると、自らトイレで排泄を済ませ、席に戻るようになった。

【考察】

「元気金魚」の取り組みは、自尊心を尊重したケアとトイレ付近までの誘導をスムーズにすることで利用者の排泄の意識や行為を容易に行える環境を作ったケアがうまくかみ合ったと考える。

排泄は羞恥心を伴うプライベートな行為であるため、排泄障害を起こすと、社会活動への参加意欲が低下したり、自らの存在価値を否定したりするようになりがちである。トイレが使えることは、外出を可能にさせ、人との交流を広げ、生活意欲を向上させる。また、トイレまで行く、便座に座るといふことの繰り返しは日常生活動作の向上にも繋がる。

したがって、「トイレを使う」ということは社会的・心理的・身体的に重要な意味を持つと考えるため、今後も「トイレを使う」可能性を広げる取り組みを意欲的に行いたい。

京都在宅リハビリテーション研究会 顧問・世話人一覧

世話人代表

松本和久(明治国際医療大学准教授)

世話人副代表

小幡彰一(舞鶴赤十字病院リハビリテーション科部課長)

顧問

平澤泰介(明治国際医療大学教授・京都府立医科大学名誉教授)

渡邊 決(京都中央看護保健専門学校校長)

武澤信夫(京都府リハビリテーション支援センター所長)

横田昇平(京都府健康福祉部医療専門監)

勝見泰和(宇治武田病院院長)

高橋守正(第二岡本総合病院リハビリテーション科部長)

世話人

小幡彰一(舞鶴赤十字病院リハビリテーション科部課長)

田後裕之(第二岡本総合病院リハビリテーション科副技師長)

松本和久(明治国際医療大学准教授)

山本千鶴(老人保健施設はぎの里リハビリテーション課課長)

木村篤史(明治国際医療大学助教)

林愛子(明治国際医療大学附属病院総合リハビリテーションセンター
作業療法士)

事務局

松本和久(明治国際医療大学准教授)

林愛子(明治国際医療大学附属病院総合リハビリテーションセンター
作業療法士)