

(一社) 兵庫県理学療法士会

阪神北支部

# 令和 3 年度 新人発表会 質疑応答一覧

掲載期間：令和 4 年 1 月 24 日 (月) ~1 月 31 日 (月)

1. 頸椎破裂骨折後に人工股関節全置換術を施行され、体幹への介入により独歩獲得した一症例

第二協立病院 安田 夏実

①初期評価時ですが右立脚後期は体幹前傾し、荷重応答期には後傾しているようにスライドの写真では見えます。股関節周囲のMMTを見ても著明な筋力低下はないので、歩行時のふらつきの原因は術前の歩様が術後の歩様に影響している可能性（股関節で分離運動が行えていない）、頸椎カラー装着によって足元を見ることができない（視覚のフィードバックが使えない）事による歩行（右荷重時）に対する不安感、右股関節の手術による股関節周囲筋の協調性の低下などがあつたのではないかと思います。歩行に対して患者さんは何か訴えがあつたのでしょうか？

ご質問ありがとうございます。

骨盤は、荷重応答期および右立脚後期も含めて、全歩行周期を通して後傾位でした。その中でも、右立脚後期では荷重応答期と比較すると僅かに前傾方向への動きが見られました。一方、体幹の動きは骨盤と比較すると大きく、荷重応答期では後傾し、右立脚後期では過度の体幹前傾がみられました。これは後方重心に対する代償動作と考えました。

術前の歩容について詳しく聴取できておりませんが、術前より右形成不全性股関節症の影響から股関節周囲の可動域制限により骨盤、脊柱の可動性も低下していると考え、術後にも影響していると考えました。また患者様の訴えとして、頸椎カラー装着・頸部の可動域制限による足元の見えにくさを認めておりました。

今後は術前の歩容の情報収集やX線の確認を行い、評価・予後予測を行えるようにいたします。

②頸椎破裂骨折に伴う神経症状の有無、程度はどのようなものであつたのでしょうか？

ご質問ありがとうございます。

頸椎破裂骨折による神経症状の評価として表在・深部感覚検査、深部腱反射を行いました。が、いずれも正常であつた為、神経症状はないと判断しました。

③体幹筋群の筋力トレーニングとして腹筋群へのアプローチを実施したとありますが、それ以外に何か実施したことはありますか？背筋群へのアプローチ等ございましたら教えてください。

ご質問ありがとうございます。

体幹筋の筋力トレーニングは主に臥位や座位、立位での内腹斜筋へのアプローチを行っており、背筋群への評価・アプローチは行えておりませんでした。

本症例は骨盤後傾しており、また脊柱の生理的湾曲はみられなかった為、背筋群の活動性の低下も考えられました。今後は背筋群へのアプローチや脊柱の可動性の評価など行えるようにいたします。

## 2. 非温熱的超音波療法により術後感染後の膝関節屈曲可動域制限及び起立動作が改善した症例

宝塚第一病院 清水 みちる

①発表お疲れさまでした。再考して軟部組織に着目、必要に応じて物理療法と併用してアプローチを工夫した症例だと思いました。術前、術後のアライメント(O脚変形)の変化とROM、筋発揮の変化の考察を教えてください。

アライメントについてレントゲン所見になりますが、FTAは術前が175°、術後が170°でした。膝関節可動域について術前は屈曲85°、伸展0°、術後は屈曲90°、伸展0°でした。術前後の筋力発揮の比較については評価出来ていないため回答できませんが、超音波療法開始前後では膝関節伸展筋力はMMT4から5に向上していました。これは超音波療法により大腿骨前脂肪体の柔軟性や膝蓋上囊の滑走性が向上したことや大腿四頭筋の収縮効率が向上したこと、筋力強化練習が影響していると考えます。

②画像では体幹前傾位の座位であるが離臀直後の前額面は体幹偏移はなく動作できているかを教えてください。

最終評価の起立動作について離殿直後は体幹偏移なく動作を行うことができていました。

③"術中の可動域はどれくらいだったのでしょうか?"

手術記録に術中の可動域についての記載がなく、回答できません。

④"超音波を実施したことで膝蓋上囊、PEPの滑走性、柔軟性が向上し可動域が拡大したとありますが、屈曲90°に留まった理由はなにが考えられるのでしょうか?"

感染後は炎症による軟部組織の線維化が著しいことが考えられます。さらに再手術後は安静期間があり積極的な関節可動域練習を行えなかった事も屈曲90°に留まった原因の一つであると考えられます。また最終評価では触診にて膝蓋上囊やPFPの柔軟性は非術側と比較して柔軟性の低下を認めたことも影響していると考えます。

⑤立ち上がり動作において膝関節屈曲だけでなく、膝関節伸展可動域が関与してくると思われませんが、膝関節伸展可動域はいかがでしたでしょうか?

膝関節伸展可動域は右(術側)が0°、左(非術側)が-10°でした。

⑥"発表お疲れ様でした。

膝関節屈曲 80° 以降の改善に難渋し、理学療法プログラムを再考した際に膝蓋上嚢、大腿骨前脂肪体の柔軟性は触診にて評価されましたでしょうか。"

プログラム再考時は膝蓋上嚢、大腿骨前脂肪体の柔軟性は低下してました。最終評価にて柔軟性は向上していましたが、非術側と比較すると低下している印象でした。

⑦関節可動域の拡大に難渋している際の関節可動域練習では1回の介入前後で膝関節屈曲角度の拡大はありましたでしょうか。また、1回の超音波療法を行う前後での即時効果（膝関節屈曲角度の拡大）はありましたでしょうか。

膝関節屈曲角度について関節可動域練習前後で75° から80° へ拡大しました。また超音波療法前後では85° から90° 程度まで拡大しました。さらに超音波療法後は自覚症状として膝関節の動かしやすさを訴えたため即時効果はあったと考えます。

3. 脆弱性骨盤輪骨折後の治療プログラムを患者特性に着目して再考することで介助下での屋外杖歩行を再獲得した一症例

宝塚リハビリテーション病院 松本 のどか

①"外乱に対して足関節戦略や股関節戦略を用いられると思いますが、当症例の各関節の機能はいかがでしたでしょうか？また、機能低下があれば何かアプローチしたことはありますでしょうか？

視診より変形性膝関節症のような所見がありました。荷重時に右膝関節内側部の疼痛をみとめたため、運動時は膝サポーターをつけて行っていました。

②6分間歩行を行っていますが、当症例に対して行った理由がありましたら教えてください。

屋外歩行の再獲得には持久力の向上が必要だと考えました。持久力を客観的にとらえる指標として6分間歩行を行いました。

#### 4. kager's fat pad への介入を行い、歩行時のアキレス腱周囲痛を改善した症例

あんしんクリニック川西 定國 豊

①一度、アキレス腱周囲の疼痛が消失してからランニングをして痛みが再燃してPTが開始になっているようですが、初回の診察時に痛みが出現したきっかけは何かあったのでしょうか？

登山にて疼痛が出現しております。

②ランニングで痛みが再燃しましたが、目標をランニング時の疼痛消失ではなく、歩行時の疼痛消失にした理由があれば教えて下さい。

患者様は普段はランニングをしておらず、久しぶりにランニングしたところ疼痛が出現したため、現在困っている歩行時痛の改善を目的としました。"

③疼痛の機序について、アキレス腱付着部の炎症→炎症性の滲出液によるKEPインピンジメント→疼痛というように考察されていますが、元々の右側アキレス腱付着部の炎症がなぜ起こったかについてはどのように考察されましたでしょうか？

"腓腹筋の短縮により足関節背屈制限が生じたことでアキレス腱付着部の伸張ストレスが生じ、炎症を引き起こしたと考えております。"

④足関節のアライメントや形態、膝関節や股関節の左右差、筋力の差異、歩容など色々な要因がありますが、どのようにお考えでしょうか？

"一番の問題点として腓腹筋の柔軟性低下だと考えております。歩行によりアキレス腱付着部に疼痛・炎症が生じ、炎症によってKFPが線維化したことで、歩容にも影響が生じたと考えております。"

⑤発表お疲れ様でした。中間評価では足関節他動底屈30°や片足ヒールレイズテストの底屈最終域にて疼痛が生じているとあります。一方、正常歩行では足関節底屈は最大20°程度とされていますが、今回の症例では足関節底屈が歩行時の疼痛の原因となっているのでしょうか。Theobaldらの報告で説明されていますが、歩行時の底屈角度との関連も含めてもう少し詳しく教えていただいてもよろしいでしょうか。

患者様の日常生活において歩行時の疼痛が訴えであり、リハビリでの歩行観察では歩行時痛は見られませんでした。日常生活において底屈 30° 以上必要とする動作を繰り返すことによって、炎症が生じれば、歩行時にも疼痛が出現することが考えられます。歩行観察で疼痛が生じていないことの記載不足、日常生活での底屈を必要とする動作については聴取できておりませんでした。今後の課題とさせていただきます。



5. 右大腿骨骨幹部骨折後に ALS が疑われた症例に対し下肢筋力増強運動の方法と効果を模索した症例

協立病院 村上 愛佳

①発表お疲れ様です。考察で仰っているように度重なる転倒歴や ALS の疑いから退院後も転倒のリスクが考えられると思います。目標設定を変更し、移動手段を歩行車に変更し、今後の転倒リスクは軽減していることは有用であると思われます。ALS 疑いもあり、現状の維持改善するためには、今後も負荷量の調整は必要と思われます。転院先や本人に指導したことなどがあれば教えて頂きたいです。

"ご質問頂きありがとうございます。本人への指導内容としては、意欲向上してからは自ら自主練習をして頂いていたこともあったため、同じ練習を継続して実施する事は過負荷であると考え、避けて頂くようにしました。また、リハビリ内でも筋への酸素供給として筋発揮する際は息を吐きながらして頂くようにしました。

転院先としては回復期病院に転院後自宅復帰を目指す形となりました。転院先への申し送りとして、左上肢機能低下があり、杖歩行では躓きを認めているため、歩行補助具の検討が必要であると考えている事を伝えさせて頂きました。今後は、当院より自宅復帰となる可能性も考えられるので進行性であることを意識し今後の生活に配慮できるような指導が行えるようにしたいと思います。ご教授頂きありがとうございました。"

②下肢筋力低下の原因をしっかりと鑑別されていて大事な評価だと思いました。下肢筋力の評価に関して、定期的な下肢周径の計測もされていたのでしょうか？また食事面で何か多職種と連携し配慮された点があれば教えてください。

ご質問頂きありがとうございます。下腿周径に関しては初期評価、中間評価、最終評価にわけ評価させて頂き変化なく経過していました。栄養面に関して、本症例の食事量は毎食 8 割以上摂取可能であり栄養の値も低下する事なく経過していたため、多職種と連携しての配慮に至っていませんでした。本症例のように筋疲労や筋力低下が考えられる場合は特に注意し介入しなければならないと思いました。ご教授頂きありがとうございます。今後の参考にさせて頂きたいと思いました。

## 6. 変形性股関節症を呈し人工股関節全置換術を施行され、跛行が残存した一症例

ベリタス病院 大西 菜穂

①「結果」および「まとめ」において、側弯に対するアプローチも重要とのことですが、具体的な理学療法アプローチについては何かお考えでしょうか。また、跛行が残存しているとのことですが、介入前後で歩行能力や ADL に改善はみられましたか。

ご質問有難う御座います。ドローインの他、脊柱は右側に凸していたため、凸側の筋緊張を緩和する目的で relaxation、体幹の側屈運動による腹斜筋に対するストレッチを実施しました。介入後は歩行時痛の軽減を認め、右下肢の立脚期が延長し、歩行の推進力が向上しておりました。ADL では、T'cane 歩行自立し、階段昇降は片手手摺りのみ使用で 2 足 1 段で自立しております。

②"発表お疲れ様でした。股関節のみならず、脊柱アライメントの改善も図りながら歩容の改善に努めることは有用な介入方法だと思います。

安静時の疼痛が初期、最終と CRP 値に関わらず認めておらず、歩行荷重時は疼痛を認めていると思います。歩行時の疼痛の原因はどのようにお考えか教えて頂きたいです。"

ご質問有難う御座います。脊柱は右側に凸していたため、骨盤の右下制により骨頭が白蓋に圧迫され、疼痛が出現したと考えます。また、そのような状態で歩行時に股関節運動を行うため、疼痛が誘発されていたと考えます。

7. 軟部組織の修復過程に合わせた介入により可動域が向上し、階段降段時の性急さが軽減した症例

宝塚第一病院 藤田 千尋

①発表お疲れさまでした。階段昇降には内・外側広筋、下腿三頭筋が主に働くという報告がありますが、この方の下腿三頭筋の筋力はどの程度だったのでしょうか？

足関節底屈筋力は、初期・最終評価ともに MMT で右 4、左 2 でした。今後は腓腹筋とヒラメ筋の個別評価もしていきたいと思います。

②"発表お疲れさまでした。患者様のニーズに応じて課題動作を抽出しゴール設定にむけて取り組んだ症例と感じました。降段時の骨盤後継・後方重心は代償動作か、膝折れに対する逃避動作ではなく何故そう判断したかを教えてください。"

本症例では左膝関節屈曲可動域制限に着目して考察しました。降段時における左下肢支持脚に膝関節屈曲可動域制限が生じているため、代償動作として骨盤後傾・後方重心が生じていると考えました。しかし初期評価では膝関節屈曲・伸展の筋力低下および疼痛を認めており、これらにより膝折れが出現していた可能性も否定できません。逃避動作であったか精査するとともに今後の学びにしたいと思います。

③降段時に必要な膝関節屈曲可動域はどの程度でどの時点で達成しているかを教えてください。

文献によると、階段昇降に必要な膝関節屈曲可動域は  $120^{\circ}$  とされており、本症例は術後 18 日目の自宅退院時に達成していました。

④"発表お疲れ様でした。少ないアプローチ期間で降段時の性急さを軽減や、重心位置も大きな変化を得ることができ、十分な効果が得れていると思います。患者様によるセルフエクササイズも十分に行っておりより効果が得られたと思います。セルフエクササイズ指導時にどのような事を意識して指導を行ったか教えてください。"

セルフエクササイズの指導にあたっては、自己管理下でも標的とする筋を促通できるように意識しました。セルフエクササイズは術後 3 日目より負荷量の小さいパテラセッティングから徐々に負荷量を増やしていきランジ動作などを行って行きました。パテラセッティングでは膝蓋上囊の癒着予防を目的とした中間広筋の促通とアライメント変位を考慮して内側広筋の促通を行いました。実施にあたっては、それぞれの筋を促通しやすいような肢位

を指導すると共に、より促通するできるよう下肢の間にクッションを挟むようにしました。ランジ動作は、実際の降段動作を想定して動的バランスや OKC よりも高い負荷での運動を目的として実施しました。今後は降段動作の文献を参考にし標的とする筋が促通しやすい肢位で行っていきたいと思います。

⑤発表お疲れ様でした。初期評価時点での段差降段時に体幹後傾、骨盤後傾位であったとありますが、その際に体幹前傾、骨盤前傾を意識するようにとの姿勢指導は行いましたでしょうか。行っていた場合、左膝関節の膝折れの程度に変化はありましたでしょうか。

本症例では降段動作練習において明確な姿勢指導は行っていませんでした。今後、同じような症例を担当する機会を得た際には、姿勢指導及びそれにより膝折れなどが変化するのかも評価したいと思います。

⑥腫脹に対するアイシングを術後早期ではなく、X+8 日より開始した理由があれば教えてくださいいただけますでしょうか。

膝関節の可動域制限の一要因となる腫脹や熱感などの炎症初見が持続したため、X+8 日よりアイシングを実施しました。炎症初見に対する処置なので、もう少し早期から取り組めば良かったと思います。

8. 歩行時のふらつきに対して左股関節内旋運動に着目し屋内独歩自立に至った左大腿骨頸部骨折術後の一症例

第二協立病院 吉田 智樹

①"発表お疲れ様でした。理学療法経過の一文から、術後 12 週で股関節内旋可動域、外転、内旋の筋力向上したが歩容の改善は認め無かったとの記載があり、最終評価(術後 12 週)では骨盤左回旋・外側スラストが軽減し、ふらつきが消失したと記載して頂いています。アプローチを変更し、改善に至るまでの期間を教えてください。"

"お忙しい中、ご質問ありがとうございます。左 LR~Mst を想定し、左前ステップ位での左大腿骨内旋運動を誘導しながらの荷重練習にアプローチ変更を行い、治療 2~3 週で歩行の改善が見られました。"

②独歩自立となったと思いますが、最終時のバランス評価の結果等ございましたら教えてください。

"お忙しい中、ご質問ありがとうございます。"

バランス検査としては、TUGを行いました。初期評価では、サークル歩行器を使用したため最終評価でも同条件としてサークル歩行器使用し検査しました。結果としては、初期評価時は 32 秒、最終評価では 16 秒 32 という結果になりました。"

9. 腰椎圧迫骨折後,腰部痛に着目し治療アプローチを行った結果,歩行の転倒リスクが軽減した症例

あおい病院 宮本 大雅

①入院前の ADL はどうでしたか?

入院前は自宅内での移動は杖と手すりを使用した伝い歩きで自立。通院透析の送迎時は歩行器歩行自立。買い物など屋外での長距離の移動は電動カートをご利用されていました。更衣、トイレ動作は自立して行っていました。入浴時は、洗体動作に介助を要していました。

②最終評価で歩行器歩行見守りまで可能となりましたが、その後の経過はどうですか?

歩行器歩行見守りレベルで自宅退院となっております。退院後は自宅内の移動はご家族の見守り家で杖と手すりを使用した伝い歩き。通院透析の送迎時はご家族の見守り下での歩行器歩行となりました。

10. 右内側開大型高位骨切り術後,歩行時に膝関節の安定性が低下した一症例

ベリタス病院 岩本 実凡

①徒手的に knee in を抑制して実施していますが、その時膝の痛みはどうでしたか?

ご質問ありがとうございます。Knee in を認めた際、膝関節の内側に伸張痛が出現しておりました。しかし、徒手的に Knee in を抑制しつつ荷重練習を実施したところ、目立った疼痛は認めませんでした。

11. 遊脚期での躓きに対し同側・対側立脚期の体幹・両下肢に着目し、歩行が改善した一症例

第二協立病院 松田 昂介

①左荷重を促すことで、骨盤下制の助長が生じる可能性を考慮されましたか?また、骨盤下制の助長はありましたか?

"お忙しい中、ご質問有り難うございます。結果として左荷重の促しにより骨盤下制の助長はありませんでした。骨盤下制の助長が生じる可能性の考慮としては不十分でありましたが、左荷重時に骨盤帯からの誘導により代償動作を抑制していた為、骨盤下制は助長されなかったと考えます。"



12. 腰痛に対して包括的な評価を基に治療を行い職場復帰に至った症例

あんしんクリニック川西 藤村 兼慎

①介助下で姿勢の修正は可能でしたか?また、その際に痛みの変化はありましたか? "

今回は姿勢修正での疼痛の変化は見えていません。今後同様な機会があれば実施してみます。"

### 13. 定期的な離床機会を獲得したことで自発性が向上した一症例

協立温泉病院 里見 つばさ

①"積極的な介入が難しい状態から離床を促すのはとても大変だったと思います。

1日の離床時間はだいたいどのくらいだったのでしょうか？"

"ご質問ありがとうございます。一日の離床時間は、平日の入浴の無い日はリハビリ時間と昼食時間を合わせて、1時間ほどでした。週2回の入浴の日や、リハビリのない土日祝日は昼食時に30分ほど離床されていました。今後も定期的な離床を継続するとともに、病棟スタッフの方と相談しながら離床時間の延長を図り、日中の活動の範囲を広げていきたいと考えています。"

②シーティングや興味の引く物を置いていたなど何か工夫点があれば教えてください。 "

ご質問ありがとうございます。

シーティングについてですが、仙骨座りを軽減するために、深く腰掛けて頂くようにしていました。また、軽度の脊柱の後弯があるため、体幹前傾を軽減する目的で背もたれは10度ほど倒していました。体幹前傾を軽減し、周囲のものに視界が広がりやすい背もたれの角度を検討しました。

興味の引く物についてですが、床頭台の上に、ご家族の方が持参されたCDラジカセや本、お手紙、塗り絵といったものを常に置いていました。リクライニング車椅子に乗車後は、それらが目に入るような位置に車椅子を調整し、興味が惹かれたものを手に取って頂くようにしていました。特にご本人様の興味が惹いていたのは、昔の写真やご家族様からのお手紙でした。"

#### 14. 歩行立脚期における骨盤側方偏移に着目して介入した人工骨頭置換術後の一症例

第二協立病院 柳内 かな子

①"体幹や足部など広い視野を持ってアプローチされたのはとても良いことだと思いました。膝関節の筋力や歩行中の疼痛はどうだったのでしょうか？"

"ご質問ありがとうございます。

膝関節の筋力について、初期評価では左右共に屈曲 4、伸展 4 でした。

疼痛については、初期から両膝に NRS4 の荷重時痛を認めていました。

そこで、両膝の疼痛軽減や膝のラテラルスラスト軽減を目的に大腿四頭筋の筋力増強練習を行いました。最終評価にて筋力は左右共に屈曲 5、伸展 5 と改善を認めました。しかし、疼痛は初期と変わらず NRS4 でした。最終評価では静止立位において軽度両膝関節屈曲位が軽減し、両距骨下関節過回内の改善に伴い、僅かに両膝関節内反の軽減を認めました。今回、体幹筋、足部に対し介入しましたが、立位姿勢のアライメント修正に着目したアプローチが不足していた点を反省点として考えています。"

②後脛骨筋に対するの筋力増強練習はどのようにして行ったのでしょうか？

"ご質問ありがとうございます。臥位、座位にて足部内返しの徒手抵抗運動、足部内転位でのカーフレイズを実施しました。"

15. 自主トレーニングの提供方法の工夫により身体活動量が増加した症例

宝塚リハビリテーション病院 染谷 咲瑛

①"退院後も継続して行えるような自主トレーニングを指導されたのはとても良いことだと思いました。どのくらいの期間介入できたのでしょうか?"

ご質問ありがとうございます。介入期間は 11 日間です。

②退院時の移動能力はどうだったのでしょうか？

ご質問ありがとうございます。本症例は精神面の影響で入院継続が困難となった為、セーフティーアームでご退院されました。

16. 右足関節外果骨折を受傷し,既往歴に左発育性股関節形成不全を有した症例

ベリタス病院 朝居 白羽

①"既往歴の左股関節形成不全や外転可動域が $5^{\circ}$ ということから受傷以前から殿筋群の収縮力は弱かったのかなとイメージしました。左右ともに股関節の内転可動域はどのくらいだったのでしょうか?"

"質問ありがとうございます。

股関節内転角度は右 $15^{\circ}$ 、左 $5^{\circ}$ でした。"

②以前の歩容がどうだったのか分かる範囲で教えてください。

"質問ありがとうございます。最終評価時点での聞き取り調査から、術前の歩容と変わりないとの事でした。そのため、術前は左立脚中期に骨盤の右下制と右回旋、前傾が出現していたと考えます。"

17. 既往症による協調運動障害、パーキンソニズムを呈した脳梗塞患者の歩行能力向上に着目した経験

今井病院 高 勇斗

①"発表お疲れ様でした。既往にパーキンソニズムや協調障害があり、入院前の生活でも問題点であったであろう小刻み歩行の改善は患者様の QOL 向上に繋がったのではないかと感じました。一度病棟で転倒されていますが、どのような状況で転倒されたのでしょうか?"

夜間に尿器を使用されており、転倒された日は睡眠薬を服用されていました。そのため、普段より動きが悪くなり、部屋に置いていた歩行器に足が引っ掛かり転倒されました。

②転倒を踏まえて病棟生活や在宅復帰時に再転倒予防のためのアプローチや環境設定などあれば教えていただきたいです。よろしく願いいたします。

ベッドサイドに滑り止めマットと手すりを設置し、歩行器の置き場所を少し離れた位置に置くようにしました。

18. 重度 Pusher 症状を呈した脳卒中患者に対し、段階的アプローチを行い移乗介助量が軽減した症例

宝塚リハビリテーション病院 伊藤 優司

①"発表お疲れ様でした。重度 Pusher 症状を呈する患者様への介入は私も苦勞した経験があり、今回の発表は大変参考になりました。段階的立位練習や起立練習で Pusher 症状が軽減したことにより歩行レベルや病棟 ADL の変化はどの程度得られたのでしょうか？"

ご質問いただきありがとうございます。麻痺側下肢の随意性、支持性が得られず、歩行獲得には至りませんでした。病棟 ADL について、注意障害の影響により汎化は困難でしたが、リハビリ内で短距離のみ車椅子自走が行えるようになりました。また起居後の座位保持が安定しました。これは Pusher 症状の軽減により座位姿勢が安定したためであると考えています。

②段階的立位練習の第一段階の前腕支持の高さですが、適切な高さ設定などありましたら教えていただきたいです。よろしく願いいたします。

ご質問いただきありがとうございます。前腕支持の高さについて、参考文献に記載がなく、実際に行った反応での回答となりますが、上限は対象者の肩関節外転 90° 以下、下限は対象者の肩関節中間位の時に肘関節 90° 屈曲位となる高さであると感じました。前腕の支持位置が高過ぎると前腕では支持が難しく上腕下垂位での壁支持となり、低過ぎると体幹部を支持できず筋緊張が上がってしまうため適切でないと考えます。

19. 急性散在性脳脊髄炎により両側 Initial contact(以下 IC)時の踵接地位置の内外側へのばらつきによる杖歩行の安定性低下に対してバランス練習を実施した症例の検討

兵庫中央病院 黒川 遥

①"発表お疲れ様でした。様々な中枢神経系の症状がみられるため、問題点の抽出やアプローチの優先順位の判断が難しい症例に様々な視点から取り組まれたことが伝わりました。今回の感覚障害へのアプローチについて、足底感覚刺激や視覚代償を利用しながらバランス練習を実施したとありますが、実際どのようなバランス練習を実施されたのでしょうか？実施する際のポイントや工夫した点も教えていただきたいです。

ご質問ありがとうございます。バランス練習については、鏡の前でバランスボールに乗り座位姿勢を維持すること、不安定板に乗り立位姿勢を維持する練習、マット上で裸足になり片脚立位やタンデム立位、ランジの姿勢を維持する練習を実施しました。実施する際のポイントは、バランスボールや不安定板、タンデム立位やランジ姿勢など、より不安定な場所や姿勢で練習することで体幹・下肢への感覚入力のさらなる意識付けを行ったこと、視覚代償を利用する前に眼振の有無を評価したことです。理由として、眼振により眩暈や物体が動揺して見えることで感覚障害の代償としての効果が薄れてしまうと考えました。実施する際に工夫した点は、支持基底面を広げた姿勢から開始し徐々に狭めていくことで練習の難易度を調節したこと、深部覚障害に対して関節角度や位置の左右差を確認しやすくするために、ズボンの裾をまくり下肢の各関節角度を把握しやすくしたことです。

②歩行の安定性が向上したとありますが、最終の病棟内移動や在宅復帰時の移動はどのようなレベルであったのか教えていただきたいです。よろしく願いいたします。

ご質問ありがとうございます。最終の病棟内移動についてはT字杖歩行修正自立レベル、最終の在宅復帰時については屋外T字杖歩行自立、屋内独歩自立レベルです。



20. アプローチを再検討し、立位・荷重訓練を行った結果、独歩の安全性向上が図れた症例

協立温泉病院 新納 茜

①"発表お疲れ様でした。1つの問題点に囚われることなくアプローチを再考することで、目標の動作能力を獲得に繋がり貴重な経験になったのではないかと思います。再考時に着目した右下肢の荷重量低下や右下肢荷重時の体幹右側屈・股関節屈曲が、独歩時の体幹左側屈やすり足にどのように影響していると考えられたのか教えていただきたいです。よろしくお願いいたします。"

"ご質問ありがとうございます。右下肢の荷重量低下や右下肢荷重時に体幹右側屈・股関節屈曲しているのは右中殿筋・右大腿筋膜張筋の筋発揮低下が原因と考えます。右中殿筋・右大腿筋膜張筋の筋発揮低下により右立脚中期に骨盤を水平位に保てず、体幹左側屈やすり足が生じたと考えます。

"

21. 移乗時の方向転換の後方へのふらつきに対し、立ち上がりに着目する事で介助量軽減に至った一症例

第二協立病院 丸尾 光平

①初期評価・最終評価は発症後何日目に実施したものでしょうか？

初期評価は発症後 40+7 日目、最終評価は発症後 140+4 日目に実施したものです。

②足背屈 ROM は膝伸展位・屈曲位のどちらで測定したものでしょうか？

足関節背屈の ROM 測定は膝関節屈曲位にて測定しました。

③平行棒などの支持物を把持しての立ち上がりやベッドサイドでの移乗の際はどのような動作・姿勢で実施されていたのでしょうか？

"離殿時の体幹前傾が不十分の為、支持物把持の立ち上がりでは左上肢で引き込み、下肢は左重心で動作を行っていました。車椅子移乗ではベッドに L 字柵を設置しており、同様に左上肢で引き込む動作となっていました。介入後は離殿時の体幹前傾が可能となり、支持物把持ではありますが左上肢での引き込みはなく両下肢に荷重しての起立、移乗となりました。

"

22. 膝関節に痛みを伴う変形性膝関節症を有した右ラクナ梗塞患者に対し自転車エルゴメータを併用し身体機能改善が得られた一例

伊丹恒生脳神経外科病院 大村 凌叶

①非麻痺側膝伸展筋力体重比が 0.3kgf/kg を下回ると椅子からの立ち上がり、歩行、階段昇降のいずれの動作も自立者はいなかったとの文献をみたことがあります。この症例の第 45 病日と第 74 病日での体重は症例紹介①のときの体重から変化していたのでしょうか？

体重は 9 病日では 78kg、45 病日では 76.8kg、72 病日では 77.2kg と変化していました。本症例では立ち上がりや歩行動作時常に物的支持や補助具を使用して動作自立に至っておりました。以上の理由で 0.3kg/kgf を下回った数値でも自立を獲得できたのだと考えます。

②経過①では下肢筋力練習がありますが、経過②では自転車エルゴ・歩行練習・アイシング・リラクゼーションとなっています。第 45 病日以降には下肢筋力練習は実施していないのでしょうか？

スライドの強調したいものを優先して記載したことで下肢筋力練習を記載しておりませんでした。本症例は第 45 病日以降も股関節周囲筋を中心に OKC、CKC での筋力練習を行っておりました。

23. 多系統萎縮症により歩行障害を呈した症例に対し、自宅退院を目標として介入した一症例

兵庫中央病院 藤本 恵輔

①入院前1週間の間、自宅ではどのように生活されていたのでしょうか？

移動は転倒を繰り返しつつも伝い歩きをされていました。入浴の代わりに拭き取り、洗濯は夫と分担し、食事は夫が弁当を購入してくるなど、ADLに制限がありながらも夫の協力を得て生活をされていました。

②初期評価時の下腿三頭筋のMMTは立位・伏臥位のどちらで測定されたのでしょうか？また、最終評価時の下腿三頭筋MMT実施時にふらつきはあったのでしょうか？ふらつきがあったのであれば、どの程度のふらつきだったのでしょうか？

初期評価では臥位、立位ともに実施しましたが、MMT2でした。最終評価時は立位で若干の動揺は見られましたが、立位姿勢は保持できておりMMTの測定には影響を与えない程度でした。

③中殿筋や大殿筋等の股関節周囲筋や体幹筋のMMTは5であったということよろしいでしょうか？

股関節周囲筋はMMT4レベルでした。歩行などで異常動作の原因として考えられる程度の筋力低下や、左右差は見られませんでした。体幹のMMTは今回測定していませんでした。

④介入初期に実施していた内容で大きな改善が見られなかった理由はどのように考えておられますか？

介入初期の治療プログラムはMSAの症状である運動失調やパーキンソン症状に対するアプローチのみでした。しかし、改善がみられなかったため本症例はMSAの症状だけではなく、廃用症候群による筋力低下やバランス機能低下も原因であると考えました。そこで、廃用症候群に対する治療プログラムへの変更や求心性収縮だけではなく遠心性収縮を含む抗重力下でのアプローチが歩容の安定につながったのではないかと考えます。

24. 注意機能障害を有する左片麻痺患者に対し自己教示法を用いた介入により歩行能力が向上した一症例

宝塚リハビリテーション病院 村下 輝

①TMT-A と BIT の点数から注意機能障害を認めると書かれていますが、これらの検査は注意が継続しなかったため、実施困難や点数が低下したのでしょうか？

注意の転導性が亢進しており、初期評価では検査に対して注意を持続して向けることができず、検査を行うことが困難であるため点数の低下を認めていました。最終評価では検査自体に注意を持続して向けることが可能となり、検査を行ったうえで点数の低下を認めました。初期では検査自体が実施困難でしたが、最終評価では検査自体に注意を持続することが可能になったという点より、注意機能障害の改善を認めたと解釈しました。

②BIT の点数から半側空間無視が考えられると思いますが、実際に半側空間無視はあったのでしょうか？また、半側空間無視があったのであれば、リハビリ実施時に注意した点や工夫した点はありますか？

BIT の評価結果や SIAS の視空間認知項目において中央から 10cm のずれを認めた点より半側空間無視が生じていると解釈しました。また、日常生活場面において食器の入れ替えや声掛けを行わなければ左側の食事に気づかず、残すような場面がみられました。理学療法介入時の歩行訓練では左側の壁や手摺りに気づくことなくぶつかりそうになる場面や、自身の車椅子が正面よりやや左側にある場合には、車椅子に気づくことなく通り過ぎる場面などがみられました。リハビリ実施時に工夫した点はなるべく左側から介入をおこない、左側へ注意が向くように促しました。具体的には、歩行訓練休憩中は右側壁に沿うように車椅子座位にて休憩をおこない、セラピストは左側から声をかけるように心がけました。また、歩行訓練は病棟を左回りでを行い、左側への注意を促しました。

③膝伸展 ROM に制限はなかったのでしょうか？

左右膝伸展 ROM に制限はみられず、車椅子座位での膝伸展自動運動では伸展 0° まで運動可能でした。立位や歩行を開始すると膝関節は屈曲位となっていました。

25. Pusher 現象に着目し、非麻痺側へアプローチすることで起立の介助量が軽減した症例  
第二協立病院 中谷 真琴

①"発表ありがとうございます。起立・移乗が改善されているということが分かりました。Pusher 現象に対して非麻痺側体幹へのアプローチ、感覚入力が必要な観点で良い着眼点であったと思います。一方で病棟における生活の面では何か変化がありましたか？例えば座位が安定したことにより食事動作や整容動作の様子が変化したなど。"

"ご質問ありがとうございます。座位が安定したことにより車椅子乗車可能な時間が増え、日中の離床機会の確保につながりました。また、食事の際の姿勢崩れが軽減したことにより、食事が近位見守りから遠位見守りになり、ご自身のペースで摂取することができるようになりました。整容動作は近位見守りのまま変化ありません。"

26. 中枢疾患の早期退院希望の症例に対し、二重課題歩行練習を行った結果、ふらつき回数  
の減少を認め、転倒リスクの低下に繋がった症例

宝塚リハビリテーション病院 山本 美侑

①"回復期でのリハビリとしては短めの入院期間での介入おつかれさまでした。介入後1週間での効果判定で着眼点を切り替えて介入を行った柔軟な視点は良かったと思います。バランス能力の向上は認めたが詳細の評価、原因の追求は十分に行えてなかったと反省も交えながら発表頂きましたが、いま改めて十分に評価ができる時間があればどういった評価を行えばいいと考えますか?"

"ご質問ありがとうございます。歩行中のバランス評価としてTUG、DGIの評価が必要であると考えます。また、視覚・前提感覚、体性感覚の問題であるかを評価し、体幹筋等の姿勢制御筋力の評価も必要であると考えます。"

②無意識化での歩行が得られているのはとても大事な所だと思いました。最終的には屋外での連続歩行距離はどのくらい獲得されていましたが？また屋外での歩行距離の延長によって、歩容の乱れやふらつきの増減はありましたか？

"ご質問ありがとうございます。連続歩行距離としては退院前には約2kmの歩行が可能となっていました。歩容としては屋外歩行開始時には距離の延長によって体幹の動揺はありましたが、退院時には屋外歩行開始時と比較して体幹の動揺は減少し、自制内のとふらつきのみに改善しました。"

27. 髄膜腫発症後の患者に対して前庭機能向上を目的とした治療により方向転換時のふらつきが改善した一症例 -重心動揺計を用いて-

宝塚リハビリテーション病院 福田 映美

①"発表おつかれさまでした。問題点の抽出が難しそうな患者様に対して方向転換時のふらつきに着目して他方面からの介入を行う柔軟な視点が良かったと思います。一方で足底感覚の問題点は残っていたと思いますが、方向転換時以外のふらつきの様子などはどうでしたか?"

ご質問ありがとうございます。ご指摘通り足底感覚障害は残存しており、不整地での立位・歩行練習では時制内のふらつきを認める場面がありました。理学療法ではマットなどを使用し不整地でのバランス練習も実施しましたが、大きな改善は得られなかった印象でした。



28. 脳梗塞発症後の Stiff-Knee-Pattern に対し課題指向型練習を行い歩容の改善を認め、歩行自立に至った症例

伊丹恒生脳神経外科病院 澤田 京月

①"発表お疲れさまでした。歩容の改善を目的に課題指向型のトレーニングを行われたということで脳卒中治療ガイドラインに則ったプログラムの選択で基本戦略は良いと思います。右立脚期における膝関節屈曲角度が 15~20° 改善が見られたということですが、この関節角度の評価は発表スライドで示して頂いている動画のキャプチャをもとに出された数字でしょうか?"

ご質問ありがとうございます。スライド中の関節角度についてですが、当院には歩行中の関節角度を測定する機材がないため動画のキャプチャを元に角度を算出しております。

29. 長下肢装具を用いた立位・歩行練習の結果、座位姿勢が改善し車椅子での経口摂取を再獲得した症例

宝塚リハビリテーション病院 津崎 皓也

①"機能・動作改善には栄養面が欠かせないため、食事姿勢を忘れることなく視点を向けられており、今後も大事にして頂ければと思いました。以下多いですが、質問となります、ご回答よろしく願いいたします。初期評価の段階で頸部に痛みがあったのは何故であると考えていますか？また最終評価で関節可動域評価ができるほどに改善したのはどのように考えておられますか？"

ご質問ありがとうございます。過去に頸髄症に対して手術を施行しており、また今回の発症前はほぼ寝たきりの状態であったという情報があります。臥床期間が長く、不動による筋短縮、同一姿勢を長時間保持していることによる筋緊張亢進の状態が混在していると考えています。これらにより他動運動時に疼痛が出現していたと考えました。初期評価においては本症例は意欲が低く非協力的であったこともあり可動域測定を困難としていたことも影響していると考えますが、最終評価では、座位・立位での良肢位での荷重練習により筋緊張亢進に軽度改善みられ、疼痛が緩和したことにより可動域改善に至ったと考えています。

②寝返り、座位保持以外で体幹の筋発揮低下を予測できるものはありませんでしたか？

ご質問ありがとうございます。動作においては、起き上がり動作でも体幹を屈曲しての頭部挙上が困難であったことから体幹の筋発揮低下を考えました。徒手筋力検査では、指示理解が乏しく筋力を十分に精査できませんでした。起居動作時に腹筋群の触診をした際、筋緊張低下を認めました。座位や立位では徒手で姿勢の修正をした際に可動域制限があったため、体幹・骨盤の関節可動域制限により腹筋を始めとし体幹筋の筋長が短縮位となっていることで筋発揮に必要な筋張力が得られず十分な筋発揮が行えないのではないかと考えました。また、生活歴や現病歴から廃用性の筋力低下が生じていたのではないかと予測しました。

③立位訓練の際に気を付けておられた点や工夫点などはありますか？

ご質問ありがとうございます。気をつけていた点としては、廃用性の循環機能の低下や全身持久性の低下により、起立性低血圧や疲労感の出現があったため、バイタルサインに留意しながら介入を行いました。工夫した点としては、立位練習開始時は、スライドに載せているような姿勢の崩れが生じていた為、KAFOを使用し、徒手介助にて良肢位を意識し

ながら行いました。自己にて姿勢修正が行えるようになるにつれ、スタンディングテーブルなどを使用し自己による姿勢保持を促すなど、段階的に運動の難易度を調整しました。

④最終評価の時点で、この動きがしやすくなった、介助量が軽減したなど動作面での変化はあったのでしょうか？

ご質問ありがとうございます。入院当初は基本動作が全介助であり、移乗動作においては二人介助を要していました。最終評価時では、介助量は日によって差がありましたが、協力動作が得られた時は、ベッド上端座位保持が見守りにて短時間保持可能となり、起立動作時の体幹前傾運動や移乗動作の下肢の踏み替え動作などがみられ、基本動作全般において軽介助となりました。

⑤今回の話とは別にはなるのですが、移乗動作はどの部分に介助が必要だったのでしょうか？

ご質問ありがとうございます。入院時は座位姿勢が保てず体幹後傾していく状態であり、移乗動作は2人介助を要していました。立位を介さず臀部を回す介助にて移乗動作を行っていました。最終評価時では、介助量は日によって差がありましたが、協力動作が得られた時は、ベッド上端座位保持が可能となり、起立動作時の体幹前傾運動や移乗動作の下肢の踏み替え動作がみられ、軽介助での動作が可能となりました。

### 30. 環境設定と掛け声を工夫した事で訓練への注意力が改善し、トイレ移乗の介助量軽減が図れた症例

協立温泉病院 阪上 未佳

①"今回の関わりでは、症例様の注意力を上手く療法士へ向けることができ、訓練が円滑に進められたとのことですが、スライドに載せられていた環境やコマンドは、いくつか試された結果のものだったのでしょうか？もし他に試されたものがあれば、その時の反応なども合わせて教えていただきたいです。

"ご質問ありがとうございます。始めは、患者様の正面から視線を合わせて話しかけたり、隣で患者様と一緒に動作を行いました。しかし、これだけでは、人の通りや周囲の話し声に注意が逸れてしまうことが多く、動作への協力は得られにくい状態でした。また、窓際の手すりを使用し、窓の外の景色に注意を向けて頂きながら、立位保持訓練を実施しました。周囲で話し声や音がすると注意が逸れることはありましたが、窓の外に何かがあるか等、話しながら行くと立位訓練を行うことが可能でした。

②"自宅復帰後、見守りレベルになったとは言え、ご家族による介助が必要になるかと思えます。声掛けや環境などについて、ご家族の関わり方についてアドバイスされたことがありましたら教えていただきたいです。対象の方々によって刺激のは入り方も違えば、介助に入る者によっても、反応も変わりますので、今後もその方に合わせて、より良い関わりが見つけられたらいいですね。"

ご質問ありがとうございます。退院前カンファレンスや退院時指導の際には、テレビや人の話し声、幻視などで注意が逸れ、転倒のリスクがあるため、見守りをお願いしますとお伝えしました。また、リハビリ内で、起立時には「1, 2の3」、歩行時に「1, 2, 1, 2」と掛け声をかけながら実施していたこととお伝えし、同じように掛け声をかけて頂ければとお伝えしました。

③"運動療法に集中できない症例で、環境調整や関わり方の工夫に悩まれたのであると思えます。工夫により注意機能も改善されており、良い関り方になったのではないのでしょうか。これからもその視点は大事にして頂ければと思います。以下多いですが、質問となります、ご回答よろしく願いいたします。

この症例の性格や趣味、興味があるものなどの情報はございますか？許される範囲でお答え頂ければと思います。

"ご質問ありがとうございます。もともとは社交的な方ではなかったそうなのですが、病棟内では他患者様やスタッフなど、通り掛かる人に挨拶をしたり、話しかける様子がよくみられ、お話好きな方だったのだと思います。また、入院時は趣味や興味のある事柄について情報収集が出来ていませんでした。しかし、退院後、訪問リハビリの担当者を通して、家族様よりお寺巡りが好きだったと情報を聞くことが出来ました。入院時に本人様や家族様からもっと情報収集し、リハビリに活かしていれば良かったと思います。

④考察においてアルツハイマー型認知症とありますが、脳画像的所見や主治医からの情報はあったのでしょうか？

ご質問ありがとうございます。既往に認知症との記載はありましたが、脳画像は今回の入院時には撮っていませんでした。5年前の画像では、著明な脳の萎縮や変性はみられておらず、詳細は分からない状態でした。本症例では脳梗塞などの脳血管障害の既往がなく、短期記憶障害も強いことから、アルツハイマー型認知症の可能性があると考えました。

⑤初期評価にて output で信憑性の低下とありますが、何をもって判断されましたか？

ご質問ありがとうございます。本症例では、認知症による見当識や病識の欠如がみられていました。リハビリに伺うと、車椅子で部屋を出ようとされる場面がみられました。どこに行こうとされてますか？とお聞きすると、今から神社にお参りに行く、そこにお菓子屋さんがあるから買いに行かないと等、辻褄の合わない発言がみられたため、信憑性の低下と記載しました。

⑥訓練中の関わり方を工夫されたとのことですが、病棟と協力してリハビリ時間以外の生活を過ごしてもらったなど他職種と連携して行った内容はありますか？

ご質問ありがとうございます。他リハビリスタッフや病棟から普段の様子を聞き、病棟では時間ごとにトイレ誘導を行ってもらってました。リハビリ以外の時間の過ごし方については、本症例では実施出来ていませんでしたが、本人様の興味のあることを情報収集し、OT や病棟の協力を得て、趣味活動を行う等、もっと工夫できる点があったと思いました。

⑦聴覚的刺激は毎回入力する必要がありましたか？

ご質問ありがとうございます。注意機能の改善が図れましたが、認知症による短期記憶障害があり、指示理解は日によってムラがありました。そのため、目的とする動作を行って頂く為には、毎回掛け声を行う必要がありました。

⑧最終評価にて注意機能が改善されておりますが、病棟生活など訓練時間以外でも何かしらの変化がありましたか？

ご質問ありがとうございます。注意機能の改善により、動作の際に指示が入るまでの時間が短縮されたと考えます。起立時に指示が入りやすくなったことと身体機能の向上により、起居や移乗の介助量軽減が図れたと考えます。これにより、終日オムツ着用であったのが、日中、リハパンに変更になり、病棟スタッフの介助で日中はトイレに行くことが出来るようになりました。しかし、病棟生活では離棟されることや食事時に注意が逸れることも多くありました。そのため、もっと病棟と連携を取り、訓練時だけでなく、自室内や食事の際の環境にも注意を向ける必要があったと考えます。

⑨掛け声の工夫とは、具体的にどの様な掛け声を掛けたのでしょうか。

ご質問ありがとうございます。起立時は体幹前傾し、離殿のタイミングを掴みやすいよう、「1, 2 の 3」と掛け声を行っていました。また、筋力訓練時には動作始めに注意を向けてもらえるよう、「せーの」と掛け声を行っていました。また、手すり伝い歩きの練習も行っていたのですが、その際には、歩き始めに「せーの」、足を踏み出すタイミングで「1, 2, 1, 2」と掛け声を行っていました。

### 31. 複数の併存疾患を有する超高齢の重症心不全患者に対する運動療法の一考察

協立病院 山下 めい

①"複数の併存疾患を有し、かつ超高齢で運動量の調節が難しい症例であったと思います。その中でも、ガイドラインや文献を用いて、この症例にあったものを考えようとされており、私自身見習わなければならない部分を感じました。以下多いですが、質問となります、ご回答よろしく願いいたします。酸素投与量の減量に関してですが、主治医と相談しながら進められたのでしょうか？また、減量する際に目安のようなもの(症状、検査結果など)があったのでしょうか？"

"ご質問ありがとうございます。

酸素投与量に関しては、医師の指示のもとで管理しており、理学療法士による調節は行っていません。リハビリ介入時には SpO<sub>2</sub> が 90%以上を維持するように運動療法を行い、適宜休息を行うようにしておりました。"

②抄録に呼吸数や Borg Scale の記載がありましたが、こちらの初期と最終との変化に関して、考察をお聞かせ頂ければと思います。あわせて脈拍数のデータがあれば、可能な場合で大丈夫ですので教えて頂ければと思います。

"ご質問ありがとうございます。初期と最終とを比較し、呼吸数や Borg scal が増加する結果となりました。これは、酸素投与からの離脱や運動負荷量の増大によるものと考えます。血液データにより回復は緩徐でありましたが、増悪がなく自覚症状の軽減も認めたため、最終には短距離の歩行練習も実施しました。しかし、呼吸数などを考慮すると訓練内容が過負荷となっていたことも考えられるため、今後は自覚症状と数値的な評価により適切に運動負荷量を調節できるようにしていきたいと思います。また、心不全患者の呼吸数の増加や呼吸困難感には呼吸筋力の低下も影響していると言われていますが、今回は評価未実施であったため、今後はこれらの評価も実施できればと思います。"

③初期、最終ともに問診以外の視診や触診などのフィジカルアセスメントの情報があればお答え頂ければと思います。

"ご質問ありがとうございます。喘鳴・起坐呼吸・動作後の肩呼吸・四肢の冷感などが認められました。画像所見より胸水を認めていたこともあり、座位にて呼吸困難感の軽減や SpO<sub>2</sub> の上昇を認めたため、介入中には端座位や車椅子座位などでの運動療法を実施していました。胸郭の形状や呼吸音、打診など評価出来ていない部分も多く、今後はより詳しくフィジカルアセスメントを行う事ができるようにしたいと思います。"

④この症例の服薬内容はどのようなものが処方されていたのでしょうか？

"ご質問ありがとうございます。

アムロジピン OD、バイアスピリン錠、カンデサルタン OD、アゾセミド錠、スピロノラクトン錠、ネキシウム懸濁用顆粒、アンブロキシソール OD、アスパラカリウム散、ミヤBM 細粒、トラゼンタ錠、メトホルミン錠。以上が服薬情報（定期処方）です。"

⑤入院期間中に何か動作・生活指導などを行われましたか？

"ご質問ありがとうございます。自宅退院に向けた運動負荷量と休息のタイミングについて、指導を行いました。本症例は入院以前の ADL が自立されており、活動量も多かったため、介入当初は運動負荷量の自己管理が難しく、病院スタッフによる制御を必要としておりました。入院前には血圧と食事量(糖尿病を併存しているため)を毎日計測していたとの情報があったため、運動負荷量の自己管理も可能と考え、SPO290%以下・脈拍数 100 以上・呼吸困難感や倦怠感の出現を目安に座位での休息を行うように、介入中からセラピストと共に数値を確認しながら実施し、転院前には運動負荷量の自己管理が可能となりました。"