

第17回

愛知県作業療法学会

学会長 ◆ 河野 光伸 藤田保健衛生大学

テーマ

臨床教育の発展・充実に向けて



会 期 ◆ 平成21年 4月26日(日)

会 場 ◆ ウィルあいち

後 援

愛知県 名古屋市 愛知県理学療法士会

ご挨拶

第17回愛知県作業療法学会 学会長
藤田保健衛生大学医療科学部
リハビリテーション学科 河野 光伸

新年度を迎え、みなさん、新たな気持ちで日常の業務に臨まれていることと思います。すべてのみなさんが、OTの発展に向けて、日々、努力をされていることと思いますが、このごろ「療法士の質の低下」という言葉をよく耳にします。

少しでも療法士の質をよくするために、今回の学会では「臨床教育の発展・充実に向けて」というテーマにしました。ここでいう「臨床教育」とは、臨床実習での学生への教育のみではなく、養成校での学生教育、新人スタッフへの教育、そして、自身への教育(自己学習)など、卒後教育を含めた広い意味での「教育」のことだと思っています。

様々な立場や分野で活躍されているOTが集い、各自、あるいは、各施設で工夫してきた臨床教育に対する経験を発表していただき、議論を交わす場として、この学会を利用していただければ幸いです。

新人のみなさんには、これからどのような悩みが生まれ、どのように解決すればいいのか、10年ほどOTとして活躍されている先生に、これまでの体験を発表していただくセッションを企画しました。また、環境適応について、患者さんへの対応のみでなく、リハビリテーション関連職種への講習会でもご活躍されている、柏木正好先生に教育講演をお願いすることができました。是非、ご参加いただき、今後のOT人生へのヒントにいただければと思います。

限られた時間ではありますが、積極的にご参加いただき、多くのOTのみなさんと、臨床教育について活発な議論を交わしていただきたいと思います。そして、みなさんにとって充実した時間となれば、うれしく思います。

日 程 表

2009月 4月26日 日

	ウィルホール(4F)	大会議室(3F)	会議室5(3F)	会議室4(3F)
9:00		9:00～		
9:30	9:30～9:45 開 会 式	学会参加受付 演 題 受 付 県士会受付	※会場設営のため入室禁止	※会場設営のため入室禁止
10:00	9:50～11:20 特別講演 ハンドリングは人情だ 講師：柏木 正好 司会：澤 俊二			
11:00		※11:00～ 受付は第4会議室へ		11:00～ 学会参加受付 演 題 受 付 県士会受付
12:00	11:30～12:20 一般演題 A (5 題) 座長：中村 美穂	11:30～12:10 一般演題 C (4 題) 座長：竹田 徳則	11:30～12:20 一般演題 E (5 題) 座長：藤部 百代	
13:00	12:30～13:20 ※入室禁止	12:30～13:20 愛知県作業療法士会 〈ランチョン総会〉		
14:00	13:40～15:00 シンポジウム 臨床教育の発展・充実に向けて シンポジスト：篠田 良則、山田 将之、 茶木 正樹、中上 裕人 司 会：河野 光伸			
15:00	15:10～16:00 一般演題 B (5 題) 座長：水口 和代	15:10～16:00 一般演題 D (5 題) 座長：佐藤 嘉晃		15:00 受付終了
16:00	16:10～17:00 教育セミナー I 講師：石田 匡章 司会：中村 恵一	16:10～17:00 教育セミナー II 講師：梶 佳稔 司会：来島 修志		
17:00	17:00～17:20 閉 会 式			

プログラム

ウィルホール

特別講演 9:50～11:20

司会：澤 俊二 藤田保健衛生大学医療科学部

〔ハンドリングは人情だ〕

柏木 正好 柏塾代表

一般演題 A 11:30～12:20 A-1～5

座長：中村 美穂 刈谷豊田総合病院

シンポジウム 13:40～15:00

司会：河野 光伸 藤田保健衛生大学医療科学部

〔臨床教育の発展・充実に向けて〕

シンポジスト： 篠田 良則 サンビレッジ国際医療福祉専門学校
山田 将之 藤田保健衛生大学医療科学部
茶木 正樹 あさひ病院
中上 裕人 豊田地域医療センター

一般演題 B 15:10～16:00 B-1～5

座長：水口 和代 愛知医療学院短期大学

教育セミナー I 16:10～17:00

司会：中村 恵一 中部労災病院

〔脳血管障害における肩関節の疼痛の解釈と治療〕

石田 匡章 八千代病院

大会議室

一般演題 C 11:30～12:10 C-1～4

座長：竹田 徳則 星城大学リハビリテーション学部

一般演題 D 15:10～16:00 D-1～5

座長：佐藤 嘉晃 メディカル総合学園名古屋医専

教育セミナー II 16:10～17:00

司会：来島 修志 日本福祉大学高浜専門学校

〔認知症高齢者に対しての技と心〕

梶 佳稔 共和病院

会議室 5

口述演題 E 11:30～12:20 E-1～5

座長：藤部 百代 国立病院機構東尾張病院

当日参加受付のご案内

- 受付時間・場所：午前 9 時～午前 11 時（3 階大会議室）
午前 11 時～午後 15 時（3 階会議室 4）

■ 受付手順

以下の順序で受付をお済ませ下さい。

① 愛知県作業療法士会受付（新規入会・会員年会費納入）

※新規入会・会員年会費：5,000 円

② 第 17 回愛知県作業療法学会受付（当日受付のみ）

※愛知県士会員受付（参加費：2,000 円）

※学生・非会員受付（非会員：3,000 円、学生：500 円）

③ 弁当受付

※お弁当を FAX で予約注文された方に限り、代金（500 円）と引き換えにお弁当の引換券をお渡し致します。当日販売はしておりませんのでご注意下さい。

- 今年度、新規入会の方と県士会年会費未納の方は「① 愛知県作業療法士会受付」に最初においで下さい。既に年会費を納入済みの方は「② 愛知県作業療法学会受付」においで下さい。

- 講師、シンポジストの方は、「講師・演者・座長受付」に最初においで下さいますようお願い致します。

- 座長、司会、口述演題発表者の方は、「② 愛知県作業療法学会受付」後に「講師・演者等・座長受付」にお立ち寄り下さいますようお願い致します。

- 受付時に、「参加証兼受領証（名札兼用）」とネームホルダー、生涯教育ポイントシールをお渡しします。

- クロークが 4 階にあります。ご希望の方はご利用下さい。

※多くの皆さまの御参加をお待ちしております。

会場へのアクセス・会場案内図

会場：ウィルあいち

〒461-0016

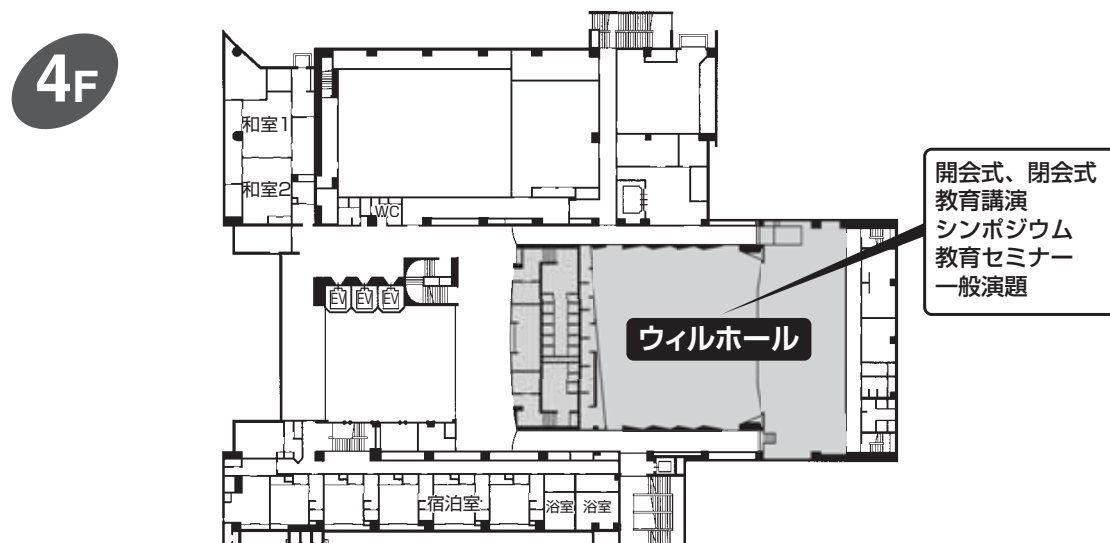
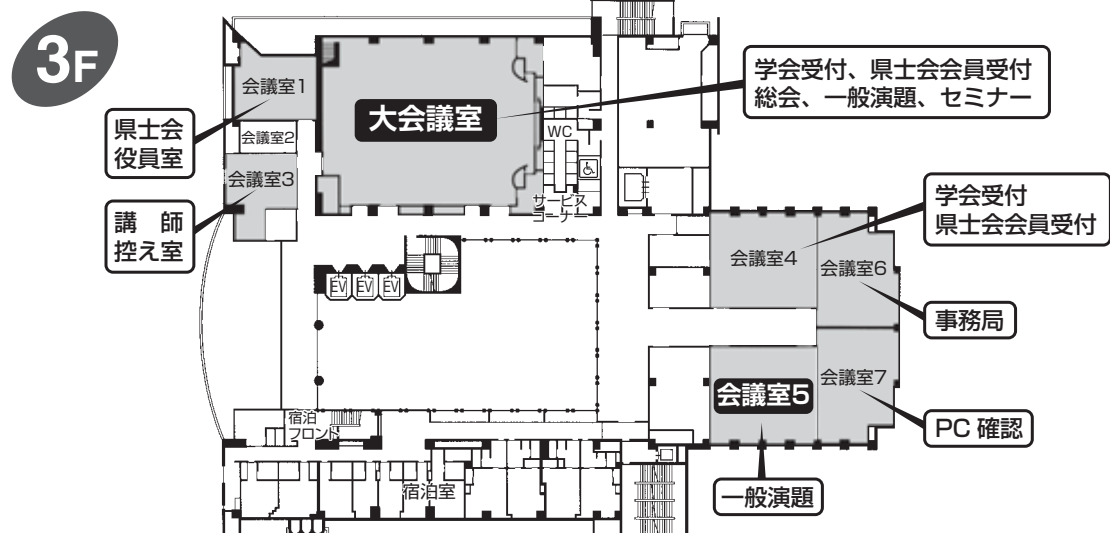
愛知県名古屋市東区上堅杉町1番地

TEL(052)962-2511 FAX(052)962-2567

■アクセス

- 地下鉄「市役所」駅
2番出口より東へ徒歩約10分
- 名鉄瀬戸線「東大手」駅
南へ徒歩約8分
- 基幹バス「市役所」下車
東へ徒歩約10分
- 市バス幹名駅1「市政資料館南」下車
北へ徒歩約5分

※駐車場は台数に限りがありますので、できる限り、公共交通機関をご利用ください。



特 別 講 演
シンポジウム
教育セミナー

「ハンドリングは人情だ」

柏木 正好 柏塾代表

「アルプスの少女ハイジ」に見えてくる治療者のあるべき姿

車椅子生活をしていたクララというお嬢さんが、アルプスの自然に触れ、ハイジという明るくて純真な少女をはじめとする回りの人たちの励ましで次第に回復していく過程は、私たちが治療者として活動を考えて行く上で非常に参考になると考え、勝手な解釈であることを承知の上で述べさせていただきました。

それまで屋敷に閉じこもりきりの生活だったクララは、やさしくて明るい、そしていつも寄り添って生活のあらゆることを楽しいにつけ悲しいにつけ共感してくれるハイジとの生活、そしてきれいな景色、澄んだ空気に励まされて歩き出す勇気を得てその努力を始めます。それまでとはまったく違う本当に楽しい気持ちのよい生活、自由を実感しています。映画では例えば水場に湧き出している水は澄んでいて冷たそうにそして重量感を持って描かれています。大人の私が見ていてもつい引き込まれて、山の空気まで感じられるようでした。クララもそして私も気持ちの良い世界を実感していたのはハイジの存在があるからだとは思いました。彼女が美しいものはより美しく、そして楽しいことはより楽しく感じて見せてくれているのです。それがクララの明日に対する希望を少しずつ育んでくれました。しかし、ある日歩行練習をはじめて、一人でどこにもつかまらずに歩き始めたとき転倒してしまいます。その転倒の場面も実にリアルに表現されています。周りの景色が(勝手に)回転し、空が渦を巻いてそして地面にたたきつけられます。見ている私たちには身体よりも心の痛みがさぞかし強かったらうと感じさせます。子供たちが見ていてもきっとそのように感じるはずで、クララの心は一気にチジミ上がって閉じこもってしまいます。毎夜ハイジとともに過ごした屋根裏部屋(窓は枕元に小さな丸い穴が開いているだけで、周りの世界からは隔絶された、ハイジと二人きりの最も安心できる場)に引きこもるが、そのときのクララにはその部屋は昨夜とはまったく違う感じを与えます。明るい外の世界、転倒する直前までの楽しい希望に満ちた生活からの逃避の場に意味を変えてしまっています。彼女には優しく包まれている感触をその場から得ることはすでに出来なくなっています。自分から車椅子を離れる決心をして歩行練習をはじめたのですが、もう一度そこに戻りたい、安全で楽しかった車椅子での生活に戻りたいという誘惑に駆られます。車椅子にたどり着くために伝い歩きで外に出ます。映画では薄暗い小屋の中と扉を開いたときの明るい光に満ちた外の世界を対比的に見せてくれます。そこは明るく彼女が本当に求めている世界、希望に満ちた生活の場として迫ってきます。彼女には打ち消したいけれども逃れることの出来ない現実として車椅子は何も解決してくれないということを内心ではわかっていました。つたい歩きの最中もずっとその葛藤を続けていました。そして扉を開けたときはっきりと車椅子ではなくて歩いて勝ち取らなければならない、本当に彼女が望んでいる生活があるということを感じ取っていました。しかし車椅子に近づいた分だけそこにたどり着きたいという理屈にならない衝動も抑えきれま

せん。結局車椅子がしまわれている倉庫の扉を開けて引き出そうとしますが、そのとたん彼女が座る前に車椅子は暴走して坂道を転げ落ち壊れてしまいます。彼女は泣きます。しかしそれは今では彼女を苦しめる原因でしかなかった迷いから開放された喜びの涙でした。次の日みなに連れられて山の上のほうに上ります。景色も周囲の花も初めてきたときも感動的に美しかったのですが、現実にしがみつき自分の世界を得るために戦い抜いたクララにはその時以上に美しくリアリティーのある情景として映りました。目を移すと視界の全てが直接肌で触れるように感じられました。景色は姿勢と運動の制御に関係を結んでくれるようになったのです。そして岩陰の小さな花に気づき、そして自分で何にもつかまらずに歩いてたどり着きそれをつみあげました。少年とハイジは彼女の喜びを自分のものとすることでさらに大きな喜びに変え、確信に変えました。

なぜハイジなのかについて

環境や課題は人それぞれに固有の意味を持ちます。アルプスの美しい景色も草や花もハイジにとってのそれとクララにとってのそれには違いがあります。クララにとって車椅子が壊れる前と後では周りの世界はまるで違うものであったと思います。うきうきとした気分が高揚した状態での歩行と現実に関根を生やした歩行も質が違います。ハイジにとってもクララとの生活はとてつもなく楽しいものでした。ですからいつもの朝食(ミルクとチーズとパンだったと思うのですが)が非常においしく感じられました。(おそらく豪華な食生活だったと思われる)クララにもその楽しさがチーズの香りやミルクの甘さを際立たせて、美味しさとして感じられたのだと思います。そういったことの一つ一つがクララと現実世界(ただし私はクララの障害は精神的なものだとは思っていません)との相互関係を確かなものにしていったのだろうと思います。これほどに感動的な場面を臨床に追い求めようとは思ってはいないのですが、治療者は患者が活動課題のどのような側面に、どのようなレベルで対置しているのかを読み取ることが大切だと考えます。そしてハイジが見せてくれたように、率先して対象者が感じ取りはじめている積極面を、活動場面の中に浮かび上がらせて気づきに変える、あるいは味わって見せることでそこに誘導するという役割が、治療者には求められると考えます。ですから活動課題が対象者にどのように受け止められているのかについての理解とともに、治療場面では、時々刻々と変化する対象者の知覚運動体験の世界を共有するための感受性と、さまざまな活動の特性、個別の活動における知覚運動体験の普遍性についての十分な理解と、さらにそれを治療場面に展開する技術が求められるのだと思います。

(柏塾ホームページ コラム No10,11 より)

臨床教育の発展・充実に向けて

シンポジスト：篠田 良則 サンビレッジ国際医療福祉専門学校
山田 将之 藤田保健衛生大学医療科学部
茶木 正樹 あさひ病院
中上 裕人 豊田地域医療センター

作業療法士養成教育について考える

篠田 良則

近年、少子化と学部乱立は「大学全入時代」をもたらしたが、OT・PT 養成校数もそれを追従する形で増加の一途をたどってきた。他方、不安定な政治経済情勢の中で高卒者の進路選択は多様化と昏迷の様相を呈している。これら複雑な要因の影響か？ここ数年は OT 人気の低下と志願者減少が目立ち始めており、学生を選べない構造の中で従来の知識・技術主体の資格教育は転換を迫られていると感じている。私が所属する社会福祉法人立の養成校では、“感性を育むこと”を専門教育の中心に据え、知性の基盤作りとして心を刺激する体験教育に力を注いでいる。今回は、その取組みに触れながら、これからの OT 養成教育のあり方に関して私見を加えたい。

臨床と教育を一体化した新しい療法士教育システム － COSPIRE について－

山田 将之

藤田保健衛生大学リハビリテーション部では、療法士教育の様々な問題点を解決し、一流の療法士を教育するためのシステムとして2004年より「COSPIRE (the Clinical Oriented System for Progression & Innovation of Rehabilitation Education、co: 共に、spire: 芽を出す、呼吸する)」を開始しました。COSPIRE とは、臨床・教育・研究の統合であり現在の療法士教育を根元から見直すため、1. 大学教員が臨床の現場で実際に患者を治療する 2. 患者を大学教員と療法士で担当する（以下、複数担当制）、3. 臨床実習における学生指導を大学教員が病院療法士とともに臨床の現場で行うという3点を重要課題として行うことです。

新人教育について – 「考える」技能を得るために –

茶木 正樹

新人教育として当院では、On the Job Training (OJT) を施行しているが、知識の修得度や応用能力など療法士の質の向上を見極めるのは難しく課題となっていた。

そこで OJT に加えて臨床現場での意見交換を主とした即時的な症例検討を導入した。意見交換を進める中で、当然ながら考える手順に経験不足がみられていたが、新人には疑問点と基礎知識不足が具体的に把握でき、適切な表現での検討方法が経験できる。指導者側には根拠に基づいた指導が求められる等、双方に教育的要素が含まれていた。

「考える」— 我々療法士には絶対条件である。臨床において経験する事柄を適切に理解するための手段であり、積み重ねることで経験知となる。新人教育において「考える」技能は机上の学習に加えて様々な場面での意見交換により経験知を得る技能の一つであると考えている。

地域勉強会の取り組みについて – 顔の見える連携を目指して –

中上 裕人

当勉強会は、脳卒中地域連携パスの運用に向けた準備をきっかけに、各病院の代表者が集まり開始しました。

開始当初は、各病院間の作業療法評価項目とその様式にばらつきが見られました。

そこで当勉強会では、まず評価項目とその様式の統一に力を注ぎました。そして脳卒中地域連携パスの運用を行うという当初の目標に加え、「顔の見える連携へ」というキャッチフレーズのもと、互いの病院の状況（や役割）を知り、患者様の治療過程全体を見渡したりハビリテーションが行えるように活動することにしました。

愛知県作業療法学会当日は、当勉強会の特徴が紹介できればと思っています。

〔 脳血管障害における肩関節の疼痛解釈と治療 〕

石田 匡章 八千代病院

脳血管障害により片麻痺を呈した患者において、肩関節の痛みを訴える患者は臨床上でよく経験する。夜間痛が持続することで睡眠が妨げられたり、上肢機能訓練につなげていく際も疼痛のため動かすことをためらったりする患者に遭遇する。疼痛を理解することは、リハビリを行う上で重要なポイントである。疼痛の原因をつきとめるには、どのようなときにどのような条件で出現するのかをしっかりと評価し細かく観察する必要がある。

肩関節の評価・治療は複雑なイメージもたれがちだが、運動学・解剖学をしっかり踏まえたうえで理解がしやすくなる部分であり、実際にはアプローチも行いやすい。

今回は痛みの出現するメカニズムを文献的に考察し、解剖学・運動学を理解したうえで臨床での考え方も報告したい。また機能解剖を考えた上で徒手的操作にてアライメントが調整され、若干の効果をもたらした症例も提示する。少しでも明日への臨床に役に立つよう話を進めていきたい。

認知症高齢者に対しての技と心

梶 佳稔 共和病院

「痴呆」から「認知症」へと病名の改正があり、診断基準、評価法、治療手法、予後、分類、関わり方（家族含む）など医療、介護における視点において見直されてきている。また、それと共に従来の認知症高齢者に対する誤解や偏見が少しずつ改善され、社会的な注目度、病気に対する認知度、社会的常識も大きく変化してきている。このことは、医療・介護に携わる関係者の熱意や、実際の医療・介護現場がいかに緊急性を要していたか、そして何より、当事者（家族）がいかに医療・介護の専門的な知識を欲していたかという表れであろう。認知症に対する社会の関心は高く、ますます高齢化社会を向かえる今、我々医療関係者に対する期待や需要は今以上に大きくなっていくと予想される。

そこで、直接、生活場面で評価、治療していく作業療法士が持っておきたいスキルとは何なのか、これから臨床に携わっていくことで陥り易い心理状態などを、認知症高齢者と関わってきた今までの失敗や成功を具体例に挙げて紹介し、これからの臨床の場に役立てて頂けたらと思う。

一般演題

A-1 重度片麻痺患者の移乗動作能力経過報告 ～反復訓練と学習効果に着目して～

○坪井 梨沙
鶴飼リハビリテーション病院

【目的】発症から約1ヶ月半が経過した全介助の重度右片麻痺患者に対して移乗動作の反復訓練を実施した。その経過を通して、外在的・内在的フィードバックによる学習効果に関与するアプローチ方法を振り返る。

【対象】脳梗塞(被殻・放線冠)を発症し、重度右片麻痺、麻痺性構音障害を呈した60歳代後半の女性。既往に右橋出血あり、左上下肢の麻痺はないが、左下肢の筋力低下により歩行時にはふらつき出現。病前は、屋内は伝い歩き、屋外は夫と一緒に行動しており、自宅内のADL・家事動作は自立していた。Key personである夫と二人暮らしである。

【入院時評価】BRS右上肢・手指・下肢Ⅰ、体幹・左下肢MMT3で筋力低下あり。高次脳機能面では、注意(持続・転換)・記銘力軽度低下、軽度右半側空間無視あり。起居の際の右上下肢の忘れ、車椅子操作のブレーキ忘れ等があり、口頭指示では修正が不可能となる事もあった。移乗動作を含め基本動作は全介助、トイレ動作は2人介助であった。

【作業療法計画】ベッド⇄車椅子間の移乗動作の自立を目指し、左下肢荷重での移乗動作反復訓練を実施。さらに、立ち上がり訓練、体幹筋力訓練、立位保持訓練、左下肢荷重訓練を実施し、外在的フィードバックでの介入を行った。さらに、右下肢の位置を修正する事で動作安定を目指した。

【経過】

Ⅰ：立ち上がり動作監視期(入院時～2週間)

左下肢荷重を促す事で立ち上がりの介助量は軽減するが、体幹筋力低下により、体幹前屈位での移乗動作であった。

Ⅱ：立位保持監視期(～1ヶ月)

体幹筋力向上により、体幹伸展位での立位保持可能となった。最大能力として監視となるが、方向転換時には右下肢の引っかかりが残った。

Ⅲ：方向転換安定を目指して(～2ヶ月)

動作前に右下肢を前方に出す事で、立位保持・方向転換はさらに安定。右下肢を視覚的に意識できると引っかかりは減少した。

【最終評価】BRS右上肢・手指・下肢Ⅱ、筋力は体幹・左下肢MMT4へ向上。高次脳機能障害は残存。環境設定をした上で、口頭指示にて従命動作が可能となったが、急いでいる時や疲労時には、動作確認が不十分であった。移乗動作は監視に留まり、トイレ動作は軽介助となった。

【考察】移乗動作が監視に留まり、自立に至らなかった要因として以下の4点が考えられる。1点目は、右側の身体的イメージを固有受容感覚から得る内在的フィードバックを使用しなかった事。2点目は、方向転換の際に右下肢の位置に注意を促す時期が遅れ、右下肢使用のイメージ獲得が不十分であった事。3点目は、既往により非麻痺側である左下肢の筋力低下がみられ、MMTで4レベルに留まった事。4点目に、学習効果の妨げとなる高次脳機能障害への対応が不十分であった事が考えられる。今後の課題としては、高次脳機能障害や既往による影響を考慮した上で、症例に対するフィードバック方法を見極め、学習効果を高める訓練を検討していく事である。

A-2 脳卒中患者における肩の痛みに対する 夜間のポジショニング効果 —シングルケーススタディー—

○福尾 好英¹⁾、柳瀬 敦志¹⁾、佐藤 英人¹⁾、林 泰堂¹⁾、河尻 博幸²⁾

1) 鶴飼リハビリテーション病院

2) 中部リハビリテーション専門学校

【目的】脳卒中患者における肩の痛みに対するアプローチとして、一般にクッションなどを利用し、麻痺側肩関節を安楽な肢位にするポジショニングが行われている。しかし、夜間はこの肢位を維持する事が困難な場合がある。今回、夜間のポジショニングが肩の痛みの原因と考えられる症例を経験した。この症例の肩の痛みに対して、三角巾を用いた夜間のポジショニングを行ない、効果について検討したので報告する。

【対象】81歳女性。診断名は脳梗塞左片麻痺。発症後期間は76日。麻痺側上肢の運動機能はBrunnstrom Recovery Stage 上肢Ⅱ 手指Ⅱ、感覚は表在及び深部覚とも軽度鈍麻であった。高次脳機能障害は注意障害のみ認めた。麻痺側上肢には夜間、クッションを用いたポジショニングを行っていたが、主訴として夜間の寝返り及びトイレ動作時の肩の痛みがあった。なお、症例には書面にて本研究の参加に対する同意を得た。

【方法】以下の項目について、40日間1日おきに測定を行った。①麻痺側肩関節の痛み：測定日間の安静時及び動作時における最大の痛みの程度を11段階のNumeric Rating Scale(以下、NRS)にて測定、出現状況を問診にて確認。②麻痺側肩関節可動域：屈曲及び外旋の他動可動域(以下、ROM)を測定。測定開始後10日間は新たな介入を行わず、測定を行った。併せて、ビデオにて夜間のポジショニング状況を撮影し、麻痺側手部が体幹の背側に回る肢位(以下、不良肢位)となる事が確認され、痛みの原因と推察された。測定開始後11日目から30日間、不良肢位とならないよう臥床中に三角巾を装着し、ポジショニングを行った。そして介入前後で測定項目を比較し、検討した。

【結果】安静時のNRSは介入前4から8であったが、介入後は0から8の範囲となり、痛みのない日を認めた。動作時も介入前4から9、介入後は0から6の範囲となり、痛みのない日を認めた。痛みの出現状況は、安静時では介入前後共に夜間が中心であったが、動作時は夜間に最大の痛みを認めなくなった。また、麻痺側上肢のROMは明らかな減少を認めなかった。

【考察】今回、夜間に肩の痛みを訴える症例に対して、三角巾を用いた夜間のポジショニングを行った。その結果、夜間の痛みの出現頻度が減少するなどの効果を認めた。これは一般に行われるクッションによるポジショニングに比べ、三角巾の装着によるポジショニングが不良肢位となりにくい事によるものと考えられた。一般に、三角巾は脳卒中患者において亜脱臼予防のために使用されるが、一方で、拘縮の発生が懸念されている。しかし、今回の三角巾の使用方法は不良肢位とならない事を目的としているため固定は緩く、また、睡眠中であるため上肢の運動量を減少させる事もなかった。その結果、ROMの減少を認めなかったと考えられる。今後、更に夜間のポジショニングにおける三角巾使用の有効性について検討したい。

A-3 BRS Ⅲに対するCI療法を経験して 一回復期におけるCI療法の有用性—

○村尾 祥子、松井 亜紀、玉井 照久、畑中 美菜、
小池 知治(MD)

医療法人三九会三九郎病院 リハビリテーション科

【はじめに】Constraint-Induced movement therapy(以下CI療法)は非麻痺側上肢を一定期間拘束し、麻痺側上肢を積極的に使用することで麻痺の回復を図るものである。国内でも、脳卒中片麻痺の上肢機能改善訓練として主にBrunnstrom Recovery Stage(以下BRS)上肢・手指Ⅴ以上において推奨されている。当院でもBRSⅤ以上の患者を対象にCI療法を行った結果、その効果が実証された。しかし、BRSⅢ-Ⅳ以下の患者を対象にした報告は少ない。今回、当院入院中で、BRS上肢Ⅲの片麻痺患者に対し、CI療法を行ったのでその経過を報告する。

【対象と方法】A氏67歳男性(以下CI患者)。発症75日後よりCI療法を開始した。CI療法開始時のBRSは上肢Ⅲ、手指Ⅳ、感覚は表在軽度鈍麻、深部中等度鈍麻であった。ADLはFIMにて運動73点、認知35点で、ADLでの麻痺側使用頻度(FIM+AMAT)は4点であった。CI療法は1日3時間2週間行い、麻痺の分離が不十分なため痙性の出現に考慮してCI療法をすすめた。評価時期は、開始時・1週間後・終了時の3回とした。なお、今回の研究にあたり十分な説明を行い、了承を得た。また、発症時期と年齢等がマッチングしたBRS上肢・手指Ⅲの患者を、通常のOT訓練との比較対象者とした(以下非CI患者)。

【結果】CI患者は、BRSでは上肢はⅢからⅣ、手指はⅣからⅤへ、Active-ROMは肩外転にて55°から95°へ、FIM+AMATは、4点から14点となり、装具の脱着時に麻痺側でベルトを持つなどの動作が自発的に見られる様になった。一方、非CI患者は、BRSは上肢・手指ともⅢで、FIM+AMATは0点から4点へと向上したが、ADLでの麻痺側の上肢の使用はあまりみられなかった。

【考察とまとめ】BRSⅢの片麻痺患者に対してCI療法を施行した。結果、CI患者において、非CI患者よりも運動機能の改善がよく、ADLでも麻痺側の参加が多くなっていた。これは、麻痺手の自然回復に加え、CI療法を導入することで、訓練時の麻痺側の使用頻度が強制的ではあるが増加するため、より促進効果が得られたのではないかと考えられる。また、ADL訓練でも両手動作を誘導し行うことにより、ADLへの汎化が得られたことが考えられる。一方、BRS上肢Ⅲ以下に対するCI療法は、上肢は代償動作により運動を行いやすく、筋緊張の亢進や代償パターンの学習が行われやすいため、常に誘導と注意を払わねばならず、3時間個別訓練に当てる必要がある。そのため、時間的制約はあるが、BRSⅢの場合にもCI療法が有用であるため、患者のニーズに合わせ、CI療法は幅広い患者に導入されることが期待できる。

A-4 重度CVA患者のFIM改善に 影響を及ぼす要因 ～SIASに着目して～

○森 奈美佳、赤坂 佳美
偕行会リハビリテーション病院

【はじめに】回復期リハビリテーション病棟の役割として「自宅復帰」や「ADL向上」がある。当院では、脳血管障害患者を対象に、入院時FIM総点数により入院期間を設定した院内パスを使用しており、FIM80点以上(A、Bコース)においては、自宅復帰90%以上であるが、79点以下(Cコース)は約50%である。またCコースにおいては、自宅復帰群が非自宅群と比較しFIM利得が高く、自宅復帰に繋げていくためにはADLを向上させることが重要であり、作業療法士の役割でもある。今回、Cコース対象者において、FIM改善に影響を及ぼした要因について、SIASに着目して検討し、若干の知見を得たため報告する。

【対象】入院時FIM79点以下の脳血管患者(Cコース)で、平成19年6月から平成20年9月までに当院を退院した80名を対象とし、急性期病院への急性転化は除外した。平均年齢71.1±12.2歳。なお対象者には評価結果を本研究に用いることに対し承諾を得ている。

【方法】対象者をFIM利得(中央値24.5)より、FIM利得25以上の40名(以下、A群)とFIM利得25未満の40名(以下、B群)に分け、入院時FIM総点数、発症経過日数、OT実施期間、年齢、入退院時のMMSEとSIAS各項目、改善度(退院時点数-入院時点数)について比較検討した。またAB群別に入院時と退院時の結果について比較検討した。有意水準は $p < 0.01$ とした。

【結果】入院時FIM総点数、発症経過日数、OT実施期間、年齢、入院時のMMSEやSIAS各項目において、A群とB群とで有意差はなかった。退院時は、MMSEとSIASの体幹機能、視空間認知、非麻痺側機能(握力・非麻痺側大腿四頭筋力)において、有意差が認められた。また、改善度については、MMSEとSIASの体幹機能、視空間認知において有意差が認められた。入院時と退院時の結果については、SIASの運動機能(上肢・下肢)、体幹機能、非麻痺側機能(大腿四頭筋力)において両群とも有意に改善しており、MMSEとSIASの感覚(深部覚)、視空間認知、非麻痺側機能(握力)においては、A群のみ有意な改善が認められた。

【考察】重度脳血管障害患者のFIM改善には、体幹機能や非麻痺側機能の向上や認知機能の向上が重要であり、麻痺側機能による差がないことが分かった。これらは、上肢についてはADLが非麻痺側上肢で代償できることや、下肢については介助量が重度なケースを対象としたため立ち上がりや移乗動作など非麻痺側機能やバランス能力にて代償できる動作の介助量軽減を図ることを目標にするケースが多かったためと考えられる。また、深部覚や視空間認知がA群のみで有意な改善が認められたことから、体幹機能を含むバランス能力の改善に関与した可能性も示唆された。今回の結果より、ADLの向上を目指す為には、作業療法士として麻痺側機能の改善だけに捉われることなく、体幹機能を含むバランス能力や非麻痺側機能の向上にも関わっていくことが重要であることが再認識された。

A-5 脳卒中クリニカルパス導入 ～リハビリテーションの質の 均一化を目指して

○赤坂 佳美、森奈 美佳
偕行会リハビリテーション病院

【はじめに】当院は全120床が回復期病床の単独の回復期リハビリテーション病院である。若いセラピストと回復期病棟の経験が浅い病棟スタッフが多く配置されている。平成18年8月より脳卒中患者に対し、入院時の機能的自立度評価（以下FIM）点数により3コースに分けられたクリニカルパスを導入した。FIMの点数によるパスコースの分類については先行研究を参考に、当院実績から設定した。入院から1週間程度で行われる初回のリハビリテーションカンファレンスでコースの決定がされる。今回パス導入から1年が経過し、治療成績についてまとめたものを報告する。

【対象】平成18年6月～19年5月に当院を入退院した216名（パス導入前・Ⅰ群）と19年8月～20年9月に入退院した141名（パス導入後・Ⅱ群）の計357名。いずれも急性転化した患者は除外した。

【方法】FIM110点以上Aコース（6週間）、80～109点Bコース（10週間）、79点以下Cコース（14週間）のそれぞれの群で年齢・発症から入院までの日数・在院日数・入院時FIM・退院時FIM・FIM増加・FIM利得率について比較検討した。Ⅰ群についても入院時FIMに基づき3コースに分類した。統計手法にはt検定、Mann-WhitneyのU検定を使用し、 $p < 0.05$ を有意とした。

【結果】Ⅰ群Aコース39名・Bコース61名・Cコース116名、Ⅱ群Aコース36名・Bコース47名・Cコース58名。A・Bコースについては在院日数・FIM利得率について有意差を認めた。Cコースについては発症から入院までの日数について有意差を認めたが、他の項目については有意な差は認められなかった。在院日数の標準偏差についてはどのコースでもⅡ群において大きく縮小していた。

【考察】A・Bコースでは、Ⅱ群においてより短期間でⅠ群同様のFIM点数に到達し、退院に至っている。A・Bコースのように短い期間でのマネジメントにパスは大いに役立っていると考ええる。パスにより、どの時期に何をしていくか、ということが明確になり、若いセラピストでも遅れることなく先を見通した対応ができていく。Cコースにおいては急性期病院を早期に退院してきた亜急性期状態の患者への対応にも役立ち、発症からの総治療期間としては短縮が可能となっているのではないかと考える。

また、どの群においても在院日数のばらつきが減少し、リハビリテーションサービスの均一化が図られたのではないかと考える。

今後はバリエーションの分析を行い、より使いやすく治療効果が高いパスに進化させていきたい。また、パスに振り回されずに、パスを活用していける人材の育成に努めていきたい。

B-1 回復期病棟入院患者の不安経過 ～ STAI を用いて～

○太田 有人(OT)¹⁾、小口 和代(MD)²⁾、
岩丸 陽彦(OT)²⁾、大矢 みどり(OT)²⁾、
日比 健一(OT)²⁾、小林 玲子(OT)²⁾

1)介護老人保健施設ハビリスーツ木、2)刈谷豊田総合病院

【目的】急性期病院併設型の回復期病棟において入院患者の不安は転入や退院で増加すると考えていた。今回、入院中不安がどのように変化するかを State-Trait Anxiety Inventory-Form JYZ (以下 STAI) とアンケートを用いて調査した。

【対象と方法】対象は、平成19年11月20日～平成20年10月1日の間に回復期病棟入院中の整形疾患患者の内、改定長谷川式簡易知能評価スケール20点以上で本研究に協力を得られた10名(男性1名、女性9名、平均年齢70歳、急性期平均在院日数19日、回復期平均在院日数30日)とした。方法は、STAIとアンケート(不安の内容を自由記載、その強度を0～10で示す)を転入日翌日、外泊前日(外泊がない5名は転入2週間後)、退院前日の3回自己記入した。STAIの特性不安に関する項目は転入日翌日のみ実施した。FIM平均は、転入時105点、退院時119点であった。

【結果】STAIの特性不安(80点満点)は平均46点、高不安1名、低不安3名であった。状態不安(80点満点)の平均は転入日翌日49点(30-66)、高不安4名、低不安4名、外泊前日44点(22-62)、高不安3名、低不安7名、退院前日43点(25-60)、高不安2名、低不安5名で有意差はなかった。アンケートでは、転入日翌日の不安の内容は合計23個あり平均強度7、外泊前日では合計21個あり平均強度5、退院前日では合計22個あり平均強度6であった。STAIで転入時(48点)より、外泊前日(62点)に得点が上昇し退院前日(47点)に下がった人工骨頭置換術の症例では、外泊前日のアンケート内容で脱臼予防動作が追加された。

【考察】STAIの結果で、明らかな増加傾向はなかった。当院回復期病棟は、転入時に急性期担当療法士から回復期担当療法士や看護師へ直接情報伝達をしている。退院に向けて、各担当職種でカンファレンスを行う。その結果を基に作成した総合実施計画書を用いてリハビリ科医師から退院計画を説明している。また、実際の家屋写真を用いて改修案提示の取組みをすることで不安解消が行えていると考えた。一方、転入時から退院にかけSTAIの平均点は低下したが、退院に向かい増加した症例もあった。この症例は、人工骨頭置換術を行いADLの中で脱臼予防が必要になる。脱臼予防動作を練習することで退院までに動作を覚えられの不安が強くなった。

STAIを用いて、個人内の不安を点数化し変化をみることや集団の傾向を捉えることができた。しかし、不安の内容は個性が高く、作業療法介入には個々に内容を聞き取りすることが必須である。

B-2 STN-DBS が施行された 若年性 PD の1症例

○清水 美和子^{1,2)}、石井 文康^{1,2)}、山中 武彦^{1,2)}、
藤井 園子³⁾、和田 郁雄(MD)³⁾

1)日本福祉大学健康科学部 リハビリテーション学科作業療法学専攻

2)名古屋市立大学大学院 医学研究科神経内科学

3)名古屋市立大学病院 リハビリテーション部

【背景】視床下核刺激療法(STN-DBS)はPDの運動機能の改善を目的としているが、高次脳機能や気分に関する報告では見解が一致していない。今回、STN-DBSが施行された若年性PD患者で、高次脳機能や気分の面から職業復帰に困難を示した症例を経験した。

【症例】40代男性、右利き、教育年数12年。職業：無職。現病歴：X-8年PDと診断。その後、固縮、無動、ジスキネジア、薬剤性の妄想がみられ、X年Y月 両側STN-DBS施行。既往歴：なし。服薬状況：入院時LED 683mg/day、退院時200mg/day。

【評価結果】術前と術後1ヶ月の結果(術前；術後)。

運動機能：UPDRSpart III、on時1；0、off時26；0。

高次脳機能：知的検査、mini-mental state examination (MMSE) 29/30；29/30、WAIS-R 成人知能診断検査 (WAIS-R)、言語性IQ (VIQ) 99；111、動作性IQ (PIQ) 111；111、全検査IQ (FIQ) 105；106、レーヴン色彩プログレッシブ・マトリックス日本版(RCPM)は35/36；33/36。

記憶検査、Auditory-Verbal Learning Test (AVLT) の1～5回再生平均(再生)7/15；10/15、干渉後再生(干渉)9/15；11/15、再認14/15；12/15。

Rey-Osterrieth 複雑図形(ROCF)は、模写36/36；36/36、直後再生21.5/36；26/36。数唱は、順唱6桁；6桁、逆唱5桁；4桁。

前頭葉機能関連検査は、Modified Stroop Test (MST)、I 11秒；13秒、II 18秒エラー(E)0；18秒E0、III 27秒E2；31秒E2。Trail Making Test (TMT) は、A 31秒；42秒、B 69秒；64秒。

Verbal Fluency Tests (VFT) は、意味性平均15.7；14.0、音韻性平均21.3；15.3、PASAT 34/60；27/60、WCSTは第1施行でカテゴリー達成(CA)6；第1CA4、第2CA2。気分は、CES-Dでon時12/60；0/60。

術後、気分の高揚を認め、多弁となる。退院後、派遣業務で職業復帰するが、仕事についていけない。術直後の爽快感な気分の状態であれば、もっと元気に仕事もこなせると気分の爽快感を渴望し、刺激と服薬の調整を求め外来通院が続いている。

【考察】今回、症例の運動機能は改善をしたが、高次脳機能では前頭葉機能関連検査で若干低下を認め、気分は術後に高揚感や多幸感を認めた。しかし院内生活、外泊で問題はなかった。ところが退院後に職業復帰すると、「多くのことを同時処理できない」など問題が出てきた。今回のように対象者が若年の場合、職業復帰をふまえた詳細な評価を実施し、結果を的確に捉えたフィードバックが必要である。

学会賛助者御芳名

愛知県厚生農業組合連合会 尾西病院

医療法人 羔羊会 弥生病院

医療法人 博報会 岡崎東病院

医療法人 財団新和会 八千代病院

医療法人 十喜会 老人保健施設 向陽

医療法人 鉄友会 宇野病院

医療法人 桂名会 木村病院

医療法人 愛生館 小林記念病院

医療法人 北辰会 蒲郡厚生館病院

白山リハビリテーション病院

社会福祉法人 愛光園 老人保健施設 相生

社会福祉法人 聖霊会 老人保健施設 サンタマリア

虹ヶ丘介護老人保健施設

特定医療法人 杏嶺会

愛知医療学院 短期大学

藤田保健衛生大学医療科学部リハビリテーション学科卒後研修会

(敬称略・順不同)

第17回愛知県作業療法学会 実行委員会

■学 会 長	河野 光伸			
■実行委員長	渡辺 章由			
■企 画	杉山 智久	山田 英徳		
■演 題 採 否	深谷 直美			
■財務・受付	鈴木めぐみ	伊藤美保子	伊藤 真美	
■会 場	山田 将之			
■広報・WEB	阿部 祐子	坂本 浩		
■顧 問	澤 俊二			
■会場運営委員	前田 晃子	川村 直希	村上あずさ	橋爪 美春
	北村 典子	渡辺 裕子	尾中 寿江	首藤 智一
	大橋 加奈	岡田奈津子	青木 恵美	池田有美子
	近藤 智之	田中 絵梨	大河内由紀	山田 由佳
	保木本のぞみ	洪 明華	吉尾 智子	冨成 明枝
	榎山 裕美	鈴木 由記	古川 浩介	園田さや香
	岩田 陽平	河瀬千恵子	鈴木いずみ	藤井 園子
	清水 陽子	石井 文康	山中 武彦	清水美和子

編／集／後／記

本学会は「臨床教育の発展・充実に向けて」をテーマに掲げましたが、より多くの方々に有意義な学会として参加していただくには、どのようなプログラムにすべきかを運営スタッフ一同で考えました。人によりその学会から得るものはそれぞれです。ひとつでも本学会で得るものをみつけていただき、日々の業務に役立てていただきたいと思います。

最後に、本学会開催にご理解とご支援をいただきました、団体、施設にこの場をお借りして深謝申し上げます。また、本学会の運営に惜しみないご協力、ご尽力を頂きました諸先生方、ならびに運営スタッフの皆様に厚く御礼申し上げます。

実行委員長 渡辺 章由 藤田保健衛生大学医療科学部

第 17 回愛知県作業療法学会

会 長：河野 光伸

事務局：藤田保健衛生大学医療科学部リハビリテーション学科
〒 470-1192 愛知県豊明市沓掛町田楽ヶ窪 1-98

印 刷：(株)セカンド  株式会社セカンド
学会サポート <http://www.secand.com/>

〒 862-0950 熊本市水前寺 4-39-11 ヤマウチビル 1F
TEL：096-382-7793 FAX：096-386-2025