

第20回

愛知県作業療法学会

The 20th Aichi Occupational Therapy Congress

会期 平成24年 5月13日(日)

会場 江南市民文化会館

学会長 吉田 慎一

愛知県厚生連 江南厚生病院

テーマ

見つめよう作業療法!
伝えよう作業療法!

●主催 愛知県作業療法士会

●後援 愛知県、江南市、愛知県医師会、尾北医師会、愛知県看護協会、愛知県社会福祉協議会、江南市社会福祉協議会、愛知県理学療法士会、愛知県言語聴覚士会、中日新聞社

第20回 愛知県作業療法学会

テーマ

見つめよう作業療法！ 伝えよう作業療法！

主 催：愛知県作業療法士会

後 援：愛知県

江南市

愛知県医師会

尾北医師会

愛知県看護協会

愛知県社会福祉協議会

江南市社会福祉協議会

愛知県理学療法士会

愛知県言語聴覚士会

中日新聞社

学会長 ◆ **吉田 慎一**（愛知県厚生連 江南厚生病院）

会 期 ◆ 2012年 **5月13日** 回

会 場 ◆ **江南市民文化会館**

第20回愛知県作業療法学会 事務局

愛知県厚生連 江南厚生病院
リハビリテーション技術科 作業療法係内
TEL：0587-51-3333 FAX：0587-51-3300

INDEX

学会長あいさつ	1
学会参加者へのお知らせ	2
教育セミナー発表者・一般演題演者へのお知らせ	3
座長へのお知らせ	4
会場へのアクセスおよび駐車場	5
会場案内図	6
日 程 表	7
プログラム	8

抄 録

市民公開講座	11
「障がい乗り越え発明人生 ～傷の手は宝～」	
教育セミナー	15
一般演題	25

機器展示企業・協賛一覧	38
運営組織	39
編集後記	40

学会長あいさつ

第20回愛知県作業療法学会
学会長 吉田 慎一

第20回愛知県作業療法学会を、平成24年5月13日(日)江南市民文化会館にて開催できることに感謝申し上げます。開催にあたり愛知県作業療法士会の会員並びに関係諸団体の皆様方に多大なご支援を賜り、心より感謝申し上げます。

本学会のテーマは「見つめよう作業療法！伝えよう作業療法！」です。難しく堅い言葉ではなく、比較的聞き慣れた言葉でテーマを掲げました。作業療法士が一致団結し取り組んでいかなければならない、そんなキャッチフレーズになれば良いと思い、ご提案させて頂きました。

平成24年度には診療報酬・介護報酬の同時改定が行われます。この改定では診療報酬全体0.004%プラス(本体部分1.379%プラス、薬価・材料費1.375%マイナス)、介護報酬1.2%プラス(在宅系サービス1.0%プラス、施設系サービス0.2%プラス)のプラス改定となる予定です。しかし診療報酬に長期収載品0.9%マイナス、介護報酬に介護職員処遇改善交付金の廃止を加味すると、実質はマイナス改定とも考えられます。いずれにせよ今回の改定方針を受け、経済界からは厳しい声が上がっているようです。国の財政状況・歴史的円高・デフレ社会・少子化社会に伴う国力の低下等の我が国の状況を考慮すると、今後も厳しい改定が続いていくものと考えられます。「2025年のあるべき医療・介護の姿」に向け、どのような議論がなされていくのか危惧するところです。(平成24年度の診療報酬・介護報酬の同時改定につきましては2012年1月1日時点までの報道情報を参考としております)

日々、作業療法士は対象者と真摯に向き合い、臨床実践の質の向上に尽力されていることと思います。そして知識や経験から、我々は作業療法の魅力・意義・目的・必要性を実感できているものと思います。しかしその実感は必ずしも社会と共有できているとは言えないのではないのでしょうか。例え我々が作業療法を必要だと実感していても、社会がそれを必要だと実感していなければ、我々の活躍する場は失われていくのではないのでしょうか。我々は自己研鑽に努めるだけでなく、作業療法を発信していく必要があるのではないのでしょうか。もちろん大学の教授や高名な作業療法士だけではなく、全ての作業療法士が自覚し実践していく必要があると思います。今回の学会テーマにはそのような思いが込められております。作業療法を発信していくために、まず臨床を振り返り(見つめよう作業療法)、次に相手に分かる言語に変換していく(伝えよう作業療法)、そんな手続きが必要になると思います。臨床研究はその方法の一つです。

本学会は午前・午後の2部構成となっており、午前の部は教育セミナーと一般演題、午後の部は市民公開講座を企画しております。教育セミナーでは身近な先輩作業療法士が実践している臨床研究について、領域毎にご紹介頂きます。臨床研究を実践する際の方法論や問題点等、具体的な手続きにふれることで、研究アレルギーを払拭し身近なものに感じて頂く機会になれば幸いです。市民公開講座には加藤源重先生をお招きし、ご自身の経験談等をお話頂く予定です。加藤先生は作業療法士ではありませんが、その指向性はまさに作業療法そのものです。皆様方の臨床を振り返る機会になれば幸いです。

学会時期はちょうど曼陀羅寺公園の藤の花が見頃を迎えております。藤の花が爛漫と咲き誇ります江南市で、皆様方とお会いできることを楽しみにしております。

学会参加者へのお知らせ

■ 学会参加方法

- 【受付方法】 ①参加申込書に必要事項をご記入ください。
②受付にて参加申込書を渡し、現金で参加費をお支払いください。
引き換えに領収書兼ネームカード、ホルダー及び生涯教育ポイントシールをお渡しします。生涯教育制度ポイントシールの再発行はできませんので紛失しないようご注意ください。
③ネームカードに氏名・所属を記入して、ホルダーに入れて首から提げてください。
- ※県士会受付にて新規入会・年会費納入の受付をしています。
- 【参加費】 会員：2,000円 非会員：3,000円 学生：500円
- 【受付場所】 1階 大ホール前ホワイエ
- 【受付時間】 9時30分～15時00分

■ 会場内での注意事項

- 【ネームカードについて】 会場内では必ずネームカードの入ったホルダーを首から提げてください。なお、ホルダーは帰宅時に必ず返却ボックスにご返却ください。
- 【携帯電話について】 会場内では必ず電源を切るか、マナーモードでご使用ください。
- 【撮影・録音について】 会場内での録音、写真、ビデオ撮影は禁止されています。
- 【飲食について】 大ホール・小ホール内での飲食はできません。第1会議室・第2会議室での飲食は可能です。講演・発表中の飲食はお控えください。
※飲食で出たゴミは各自お持ち帰りくださるようご協力をお願いします。
- 【喫煙について】 喫煙は定められた喫煙コーナーを除いて全館禁煙です。
- 【クロークについて】 クロークはありませんので各自で管理をお願いします。

■ 昼食など

会場内に喫茶店、駅前にコンビニ（駅構内、駅より徒歩3分程）、会場より徒歩5～6分程の場所に飲食店数件ありますが、飲食店に限りがあるため持参されることをお勧めします。当会場でも、12時30分～14時00分 第3会場（第1会議室・ランチョン形式の県士会総会を含む）、第4会場（第2会議室）を昼食会場として開放しています。また、ホワイエなども利用ください。

教育セミナー発表者・一般演題演者へのお知らせ

教育セミナー発表者の方へ(10時30分～11時20分)

1. 当日は演者受付(学会受付横)を済ませた上で、9時30分～10時00分の間に発表会場のパソコンに発表データをコピーし、動作確認を行ってください。学会終了時にデータは責任を持って消去します。
2. セッション開始5分前になりましたら会場内の発表者席にお座りください。
3. 学会参加受付は別に設けていますので、演者受付の前に学会受付をお済ませください。
4. 発表40分、質疑応答10分です。レーザーポインタも演台上に準備いたしますのでご利用ください。
5. パソコン操作は発表者自身でお願いします。

一般演題演者の方へ(11時30分～12時30分)

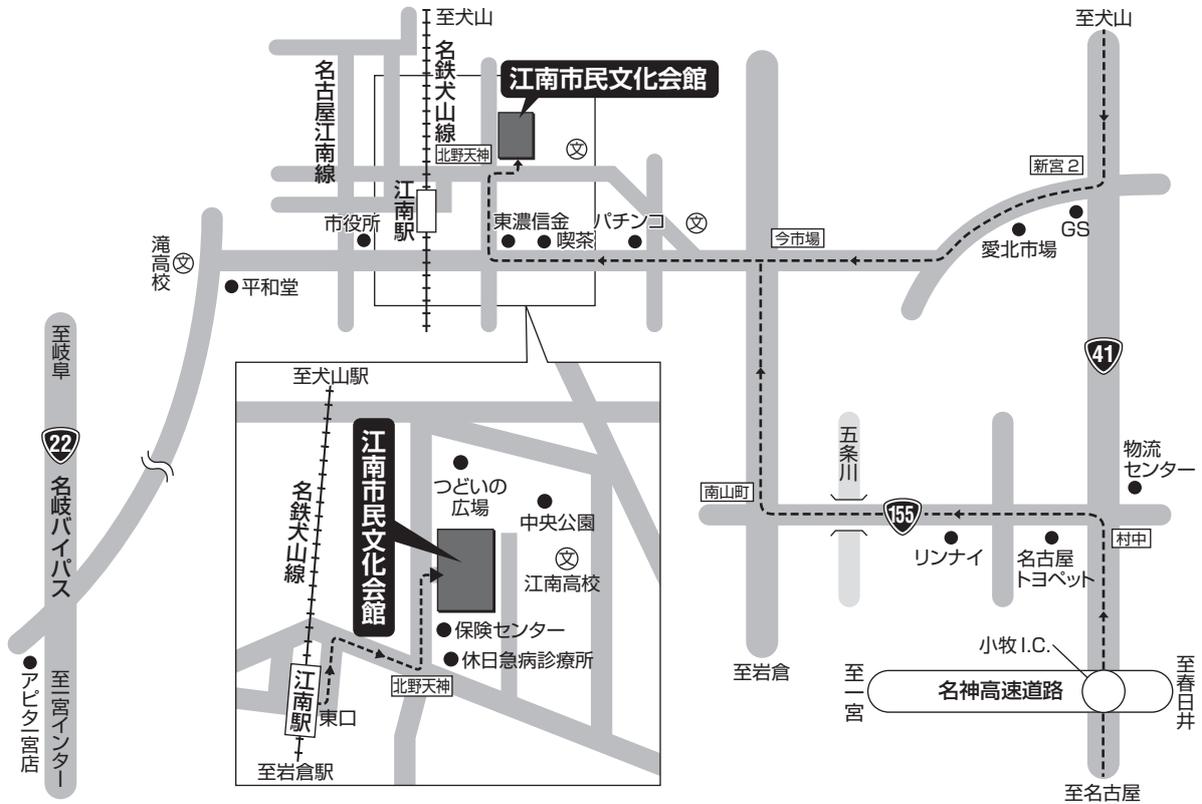
1. 当日は演者受付(学会受付横)を済ませた上で、9時30分～10時00分の間に発表会場のパソコンに発表データをコピーし、動作確認を行ってください。学会終了時にデータは責任を持って消去します。
2. セッション開始5分前になりましたら会場内の演者待機席にお座りください。
3. 学会参加受付は別に設けていますので、演者受付の前に学会受付をお済ませください。
4. 万が一、時間になっても演者が到着しない場合には、その演題を飛ばして進めますのでご了承ください。
5. 発表7分、質疑応答3分です。終了1分前と終了時に合図をします。発表者は時間厳守でお願いします。レーザーポインタも演台上に準備いたしますのでご利用ください。
6. パソコン操作は演者自身でお願いします。

座長へのお知らせ

座長の方へ(教育セミナー10時30分～11時20分, 一般演題11時30分～12時30分,
市民公開講座14時00分～15時30分)

1. 当日は担当セッション開始30分前までに, 座長受付(学会受付横)にて受付をお済ませください. セッション開始5分前になりましたら会場内の座長待機席にお座りください.
2. 学会参加受付は別に設けていますので, 座長受付の前に学会受付をお済ませください.
3. 万が一, 時間になっても演者が到着しない場合には, その演題を飛ばして進めてください.
4. 教育セミナーは, 発表40分, 質疑応答10分です.
5. 一般演題は発表7分, 質疑応答3分です.

会場へのアクセスおよび駐車場



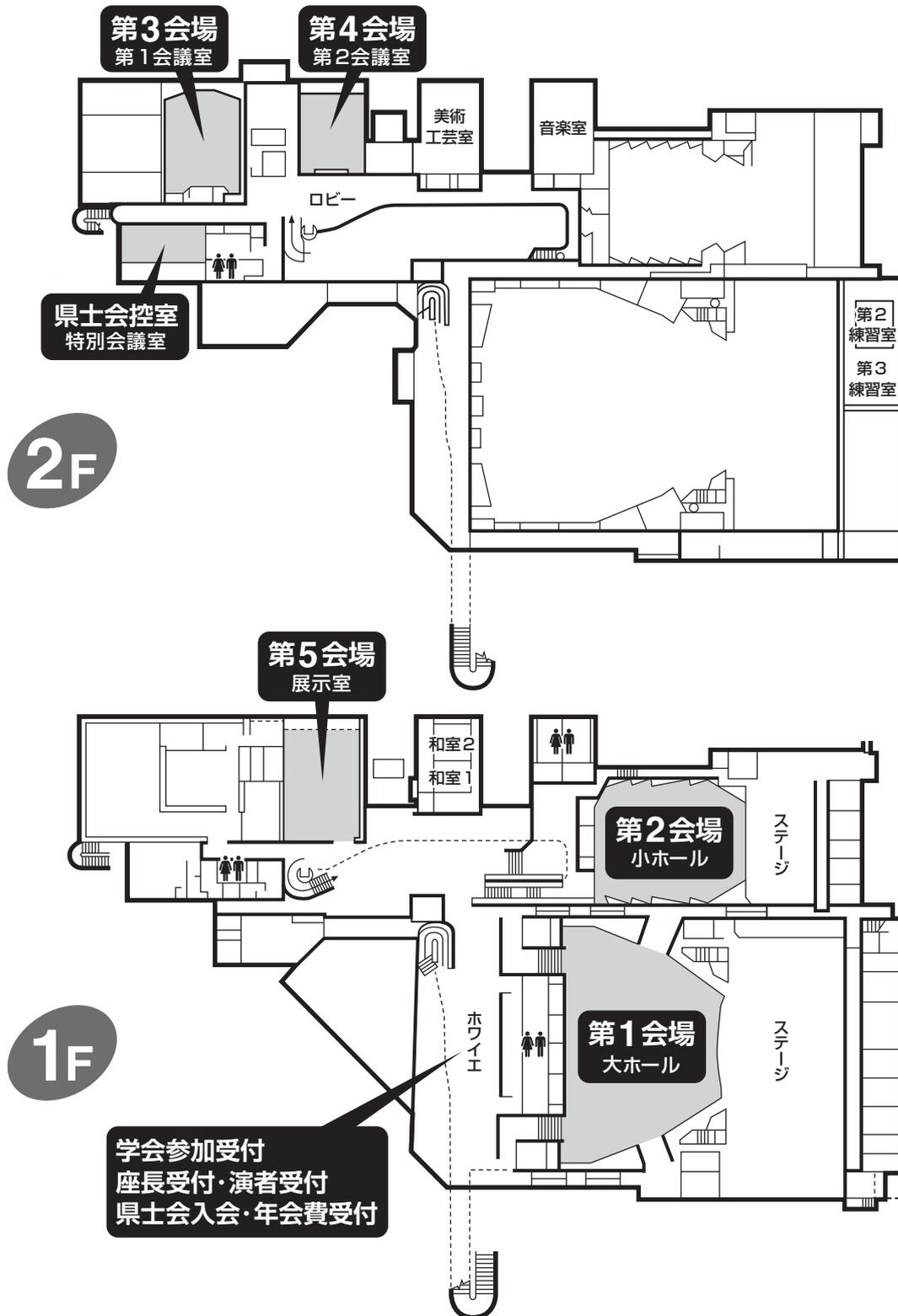
アクセス

名古屋駅から名鉄犬山線「江南駅」下車 東口より徒歩約10分
(名古屋駅から電車 特急・急行で約20～25分)

駐車場

200台程度
収容台数に限りがございますので公共交通機関でお越しください。

会場案内図



【機器展示企業】 NPO法人 福祉工房あいち
ニック株式会社
株式会社ガリバー

日程表

※ホワイエ(大ホール前)にて学会参加受付・演者受付・座長受付・県士会入会・年会費受付を行います。(9:30～15:00)

	第1会場 1F/大ホール	第2会場 1F/小ホール	第3会場 2F/第1会議室	第4会場 2F/第2会議室	第5会場 1F/展示室
10:00	10:00～10:20 開会式				
11:00	10:30～11:20 教育セミナー 身体障害領域の 臨床研究 ～私はこうしている～ 講師：松重 好男 座長：清水 英樹	10:30～11:20 教育セミナー 老年期障害領域の 臨床研究 ～私はこうしている～ 講師：佐久間 大輔 座長：竹田 徳則	10:30～11:20 教育セミナー 精神障害領域の 臨床研究 ～私はこうしている～ 講師：青山 尚幸 座長：向 文緒	10:30～11:20 教育セミナー 発達障害領域の 臨床研究 ～私はこうしている～ 講師：小幡 一美 座長：中路 純子	
12:00	11:30～12:30 一般演題 A 身体障害① A-1～6 座長：石井 文康	11:30～12:20 一般演題 B 老年期障害/他 B-1～5 座長：大浦 智子	11:30～12:20 一般演題 C 精神障害/他 C-1～5 座長：美和 千尋	11:30～12:30 一般演題 D 身体障害② D-1～6 座長：澤田 泰洋	9:30～16:00 【機器展示】NPO法人福祉工房あいち・ニック株式会社・株式会社ガリバー
13:00			12:30～12:40 昼食会場 12:40～13:40 県士会総会 (昼食可能) 13:40～14:00 昼食会場	12:30～14:00 昼食会場	
14:00	14:00～15:30 市民公開講座 障がい乗り越え 発明人生 ～傷の手は宝～ 講師：加藤 源重 座長：長谷川 龍一				
15:00					
16:00	15:40～16:00 閉会式				

プログラム

第1会場 大ホール(1F)

教育セミナー 10:30～11:20

座長：清水 英樹 名古屋大学

[身体障害領域の臨床研究 ～私はこうしている～]

松重 好男 医療法人三九会 三九朗病院

一般演題 A 11:30～12:30 A-1～6

座長：石井 文康 日本福祉大学

[身体障害①]

市民公開講座 14:00～15:30

座長：長谷川 龍一 中部大学

[障がい乗り越え発明人生 ～傷の手は宝～]

加藤 源重 NPO 法人 福祉工房あいち

第2会場 小ホール(1F)

教育セミナー 10:30～11:20

座長：竹田 徳則 星城大学

[老年期障害領域の臨床研究 ～私はこうしている～]

佐久間 大輔 医療法人宏和会 あさい病院

一般演題 B 11:30～12:20 B-1～5

座長：大浦 智子 星城大学

[老年期障害／他]

第3会場 第1会議室(2F)

教育セミナー 10:30～11:20

座長：向 文緒 中部大学

[精神障害領域の臨床研究 ～私はこうしている～]

青山 尚幸 医療法人研精会 豊田西病院

一般演題 C 11:30～12:20 C-1～5

座長：美和 千尋 名古屋大学

[精神障害／他]

県士会総会 12:40～13:40

第4会場 第2会議室(2F)

教育セミナー 10:30～11:20

座長：中路 純子 中部大学

[発達障害領域の臨床研究 ～私はこうしている～]

小幡 一美 にじの学園

一般演題 D 11:30～12:30 D-1～6

座長：澤田 泰洋 中部大学

[身体障害②]

第5会場 展示室(1F)

機器展示 9:30～16:00

NPO 法人 福祉工房あいち・ニック株式会社・株式会社ガリバー

市民公開講座

座長：長谷川 龍一 中部大学

障がい乗り越え発明人生
～傷の手は宝～

加藤 源重

NPO 法人 福祉工房あいち

〔障がい乗り越え発明人生 ～傷の手は宝～〕

加藤 源重 NPO 法人 福祉工房あいち

私は手に障害を持つ迄は障害者を見掛けても、ひとごとの様にしか思っていませんでした。その人生に大きな転機が訪れたのは、平成3年3月29日(当時56歳)に利き腕の右手を機械に巻き込まれて、親指が1センチ残っただけの大怪我を負った時からでした。病院で手術後しばらくして包帯がとれ、丸くなった手を見た時、「これだけしか残っていないのか」と愕然としました。しかし、くよくよはしなかった。手首と拇指球の間接が痛んでいなかったからです。「しめた、これなら残存機能が生かせる」もともと常に前向きな性格。「このまま人生に負けたくない、不可能を可能にが私の信念」と、気持ちを切り替えて、痛めた手で箸の使える補助具を考案し、構想図を持って義肢業者へ出向き、「箸補助具」の製作をお願いしたら、「5指を失った手で箸など使える箸が無い」と言って断られたので、私は、構想図を広げて詳しく説明したら、「そんな絵の様な具合には出来ない」と言って再び断られそこで私は、声を張り上げて「作りもしないで出来ないと決めつける事は、マイナスの思い込みが強いからだ」と、言って反論しましたが、結局作ってはもらえませんでした。「ならば自分の手で作ろう」と、決心して定年を待たずに勤めを辞めて、機械を揃えて自分の手の不自由さをモデルに、福祉用具の研究開発に取り組みました。

先ず初めに、痛めた手で道具が使える補助具の開発に挑戦。完成までには半年がかりの作業であった。永年の経験からアイデアはすぐに浮かんで来ました。痛めた手に道具を支持するホルダーを装着して、そのホルダーに各種の道具をはめ込み式にすれば、殆どの道具が使える事に気付きました。妻は生計を立てる為に勤めているので、私一人だけの孤独な挑戦でした。特に組み立て作業の時は、工場に座り込んで足や膝などを使って血の滲む思いで取り組み、右手の不自由さは想像以上で大変な忍耐力が必要です。何度も何度も作り直し、必死になって製作しているうちに、時間の経つのを忘れて何時の間にか深夜に迄およぶ事もしばしばあったが、苦労を重ねてやっとの思いで完成に漕ぎ着けた時は、涙が出るほど嬉しかった。

痛めた手に補助具を装着して、ハンマー・金のこ・ドライバー・溶接器などを次々に必要に応じた道具をはめ込んだ作業が進み、「箸補助具」や自助具など、これ迄に手の代わりをする福祉用具の開発は、およそ100種類に及びます。更に全国くふうコンクールやコンテスト等に応募して、大賞の科学技術庁長官発明奨励賞や特許庁長官奨励賞など数々の賞を受け、また、平成9年には上肢障害者の作業用の補助具を開発し、高く評価され「第38回創意工夫功労者表彰」で科学技術庁長官賞を受賞し、大きな自信となりました。

私は、全てを出来ると考え、更に其の『出来る』を信念にまで高めていった事によって、天地を逆転させる程の強烈な熱意により、義肢業者が「出来ない」と、言って拒否された福祉用具に開発に自ら挑み、天与の脳力を最大限に発揮して、次々に不可能だと言われた補助具などを考案し可能にしたのです。

人生は諦めたら終わりです。たとえ利き腕の右手が不自由で有っても、ピカピカの一年生になったつもりになれば、ストレスなどは一切無縁です。わたしよりも重度の障害者を見かける度に、この程度で済んで良かったと思って感謝しております。

研究開発の傍らで、障害者の残存機能を生かした補助具や自助具を、その人その人に合わせて原価で作成し、大変喜ばれています。

関係機関や福祉団体などからの依頼で、講演や研究発表などのほかにも出展し、時には学校からの依頼で「生き方」と題しての講演も行い、行く先毎に大勢の人との出会いがあり、また、人との交流の輪が広がると共に、人生の道も広がり、この喜びは健常時では味わう事は出来ませんでした。

自分の人生は自分で歩まねばならず、歩まねば途絶えてしまう。手が不自由だからと言って諦めずに、身を削る思いで気力を振り絞り頑張り抜いて来た。

利き腕の右手の不自由さが身にしみ、「何とかしよう」という気持ちが福祉用具の開発への起爆剤となり、強い精神力で障害を乗り越え「発明人生」を只ただ歩んでおります。

夢は追っても過去は追わずに、強い心で努力に努力を重ねれば深い喜びが生まれて来る事を、身を持って味わいました。

とにかく考えてみる事、そしてやってみる事、失敗すればやり直せばいい。何も研究しなければそこには何の進歩も無い。全てに夢と探究心が有って初めて新しい知恵も生まれて来るし、また、良い発想も浮かんで来ます。研究する心が成功への第一歩だと思います。

略 歴

1935年愛知県岡崎市生まれ。鍛冶屋の息子として育ちながら、中学卒業後には別の工場へ就職。旋盤工見習いとして住み込みで働き、日々仕事に明け暮れる。56歳の時に、仕事中の事故で利き手の指をすべて失い、使いやすい機能的な自助具を慣れない左手で作成し始める。シンプルで壊れにくく、工夫を凝らしてある自助具が話題となり、「三河のエジソン」として有名になる。遠方から自助具を作ってもらうために訪れる人もいるほどの人気。

▼0歳：農具を作っている鍛冶屋の息子として生まれる

▼16歳：中学卒業後、旋盤工見習いとなり就職

▼20歳：旋盤や溶接などの技術が生かせる工場に転職

▼56歳：機械工として働いていたが、作業中の事故で利き手であった右手の指5本を失う

▼現在：NPO 法人福祉工房あいちにて、障害を持つ人のために自助具・補助具を製作している

教育セミナー

第1会場 大ホール(1F)

座長：清水 英樹 名古屋大学

[身体障害領域の臨床研究 ～私はこうしている～]

松重 好男 医療法人三九会 三九朗病院

第2会場 小ホール(1F)

座長：竹田 徳則 星城大学

[老年期障害領域の臨床研究 ～私はこうしている～]

佐久間 大輔 医療法人宏和会 あさい病院

第3会場 第1会議室(2F)

座長：向 文緒 中部大学

[精神障害領域の臨床研究 ～私はこうしている～]

青山 尚幸 医療法人研精会 豊田西病院

第4会場 第2会議室(2F)

座長：中路 純子 中部大学

[発達障害領域の臨床研究 ～私はこうしている～]

小幡 一美 にじの学園

【身体障害領域の臨床研究 ～私はこうしている～】

松重 好男 医療法人三九会 三九朗病院

【はじめに】

私が始めて学会発表を行ったのは、平成6年度の愛知県作業療法士学会でした。当時は研究の仕方もよくわからず、指導を受けながら、なんとか発表にまで辿り着くことができました。「研究」と一言でいっても、症例発表であったり、データの蓄積による分析であったり、方法も種類も様々あります。その中からどうやって研究を選択し、デザインし、分析し、報告するまでの長い過程を、どう乗り越えればいいのか？

そんな、疑問もあるかと思います。今回、研究することの意味を今までの経験談を交えながら、一緒に考えてゆきたいと思います。

【セミナーの目的】

1. 研究に興味を持つ。
2. 研究をしたいと思う。

【研究とは何か】

研究の始まりはどこからでしょう？例えば、食事をする事、歯を磨くことなどの日常生活動作は、誰もがやっている何気ない行動です。しかし、「どこの筋を使っているのだろうか？」とか、「気分のムラで動作が粗雑になるのかな？」などと、考えたり、調べようとすれば研究の始まりです。つまり、普段から物事に対して、「当たり前」と感じるか、「なぜ？」と思うのか、疑問を持つことが全ての始まりです。臨床をしていけば、なおさら、いろんな疑問や壁にぶち当たる経験は多いのではないのでしょうか？そこで、行動をすぐに起こし、何かを始めるか？後回しにしてしまうのか？日々忙しい業務の中では、後者の方が多いかと思いますが、常に当たり前と思わず、疑問を常に持ち続けていることが大切だと思います。

【なぜ研究をするのか】

研究を続けることができたのは、研究できる環境下にあったことが一番に挙げることができると思います。そこには、相談できる先輩や医師がいることも重要です。そこで研究の流を理解することができました。研究をすることは、大変な時間と労力を必要としますが、それでもやる意味は大きいと感じています。

【最後に】

研究は誰のためにするのでしょうか？考え方は様々あると思います。研究に対し、少しでも気楽に始められるきっかけになればと思います。

〔 老年期障害領域の臨床研究 ～私はこうしている～ 〕

佐久間 大輔 医療法人宏和会 あさい病院

はじめに

私が現在までに研究対象としているのは、対象者様の生活に関わることや心理的变化などであり、それらの調査を継続して実施しています。

今回は、これらの経験から、調査を実施するに当たって研究対象を選択し、研究方法をどうするかなどで苦労している点や、時間を有効に利用してデータ処理の簡便化を目的とした、データベースソフトの活用についてお伝えしたいと考えます。

研究デザインを考えることに一番苦労します

我々臨床家は、研究デザインを考えることに苦労し、研究に抵抗を感じることが多いと考えます。

まず、研究デザインでは、仮説に基づいて、何をどの様に調査するのかを考えるのですが、仮説が曖昧で調査対象がわからない、介入方法・分析方法がわからないといった状態に陥る事も多く、骨格が曖昧なまま進めると研究自体が止まります。

妹尾によると、研究には「研究のフレームワーク、アプローチないし方法論、研究対象領域」¹⁾の3つがあり、これらをすべて新しいものにしようとする事は「アインシュタイン症候群」¹⁾と言い、天才にしかできない事とされています。

そこで、私は研究を開始するに当たって他の研究者の実施方法を参考にし、研究対象領域や評価方法の一部を変更して調査を実施する事から開始いたしました。

そうする事で、徐々に自分の実施したい研究デザインの考え方を学ぶことができ、今後につなげていけるものと考えます。

データベースソフトは便利です

研究には多くのデータ管理が必要となり、一度に入力すると膨大な時間がかかります。そのため、日常業務にデータベースソフトを導入し、患者情報と評価情報などを担当スタッフが入力できる環境・システムを導入しました。このようなシステム構築には、FileMakerを使用すると、目的のデータベースが簡単に作成できます。

まず、どのような情報が必要かという事を考えますが、核である個人情報管理を最初に作成します。

次に、病歴・社会的情報、評価した日常生活の得点や、総合実施計画書などの情報などを入力するフォームを作成し、個人情報とリンクするようにします。そうすることで、必要な情報を増やしたり、減らしたりすることが簡便となり、その後のデータ管理にがしやすくなります。

最後に、このようなデータベースソフトを作成するに当たり、情報を利用する際の個人情報に関わる倫理事項を定めておく必要があります。

データベースソフトには使用する者ごとにアカウント設定が可能であり、アカウント毎に接続出来る情報を変更出来るため、このような機能を利用して個人が特定されないようにし、倫理事項に反しない事が大切です。

事例検討を行うことはまとめる力になります

直接研究との関連はありませんが、事例検討を通して、1つの事を調査し、要素を分析し、自分なりに解釈し、それを発表するという経験は、研究をする上でも大切な経験になるものと考えます。

事例検討は事例研究と違い、新しい概念モデルなどを提唱する必要は無く、自分が工夫している点や困った点を自分の考察を交えて伝達しお互いの経験を交流するなど教育的側面が主目的です。

しかし、一人の対象者様の評価内容の吟味や、発表原稿としてまとめる力、人前で発表し意見を求めるといった勇気につなげることができると考えます。

そのため、色々な事例検討を活用し、まとめる力、発表する力をつけることをお勧めいたします。

おわりに

今回、このような経験を頂き、自分の実施している研究で何に困り、どう対応しているのかを再考することが出来ました。

また、改めて研究計画書の書き方の文献を読むことで、自分の研究計画の曖昧さにも気づくことが出来ました。

今後も、研究を実施していく過程で悩み苦しむことも多いと思いますが、私自身も作業療法の発展に微力ながら寄与出来るよう努力いたします。

引用文献

- 1) 妹尾堅一郎(2011)「研究計画書の考え方」ダイヤモンド社, 59pp.

【精神障害領域の臨床研究 ～私はこうしている～】

青山 尚幸 医療法人研精会 豊田西病院

【なんで研究をするのか】

「作業療法士って何する仕事？」

例えば中学時代の同級生にこう聞かれたとき、私はうまく答えられるだろうか。作業療法士になって15年。今もずっとこの答えを探している。日々臨床をやっていると一瞬見つかる時がある。でもすぐ消える。わかったようなわからないような…。そんな「雲をつかむがごとく」をいつか形にできるように…それを世に言葉として、文字として、事実として記録(記憶)に残すための取り組みのひとつが、研究であり発表だと思っている。

己のしていることが作業療法だと胸を張って言えるように…。

【ローカル学会を選ぶのは…】

愛知学会を好んで選び発表の場としている。研究したことを発表するための戦略は、人それぞれだと思う。「他職種に知ってもらいたいから OT 関連以外の学会で発表する」「知り合いのいない方が気楽だ」などなど。私は、研究及び発表を『近況報告』だと思っている。「今こんなことに興味があって、こんなことしているんだ」そういうところから始めればいいと思う。『研究』って言葉を使うと敷居が高く感じるけれど『見る前に飛べ!!』とにかくやる、やってみるってことが大事。

【目先の目標を立てる～Road to WFOT2014～】

2014年に横浜で開催される WFOT 学会は、我々 OT という職種にしてみたらオリンピック・ワールドカップ・万博のようなものである。自分が現役 OT の間に、おそらく一度しかこない『WFOT 学会自国開催』という機会。もしかしてそこで発表したならばワールドデビュー、世界進出…。「オレ世界大会出たことあんだぜ!!」って言ってみたい!?それは夢で終わるかもしれないけれど、でも少なくとも夢に向かって努力はしておきたい。何かできることがあるのなら、やっておかねば後悔だ。今小さな学会で発表しているけれど、それは少し先にある大いなる野望を達成するための取り組みでもあるのです。「新人だからまだ早い」!?…ことはないでしょう。チャンスは1回こっきり!!

【さあ始めよう！研究と発表】

その手順や方法『私はこうしている』の部分について、少しでも身近に感じられるように、「明日からやってみようかな」と思えるようなお話を、当日できたらと思います。新人もベテランも関係ない、これからよーいどんでいいじゃない。研究を、まだやっていなくて、でもやりたいな(やらなきゃな)とっていて、何かきっかけが欲しいと思っている方がいたらぜひ聴きにきてください。

これからだって 行こうぜ 少しくらい出遅れたって
失敗で 成功で 消えないよ未来
「latest」FUZZY CONTROL



研究仲間が見つかるかも

〔 発達障害領域の臨床研究 ～私はこうしている～ 〕

小幡 一美 にじの学園

米国作業療法協会(AOTA)は、作業療法を「artsであり、sciencesである。」と定義しています。臨床家は、日々の業務の中で Arts = 技を磨き、sciences として解決しなければならない問題に直面しており、臨床研究に取り組むには恵まれた環境にいると考えられます。そして、臨床家は、臨床研究という手続きを通して普段の臨床を論理的に見つめなおすことができます。これは、人に伝える力を養うことにもつながり、とても重要であると考えます。

発達領域においては、平成19年に特別支援教育が施行され、一人一人の教育的ニーズに応じた適切な教育の実施がこれまで以上に求められるようになり、作業療法士(以下 OT)が、医療だけでなく、福祉や教育にも必要とされるようになってきました。一方で、専門性はあまり理解されていないことが多いように感じています。

子どもたちを支える専門職の一員として、今後も OT が必要とされ続けるためにも、臨床研究という手続きを通して、OT の専門性を外部に発信することは重要であると考えます。

今回は、一般的な研究の方法ではなく、なぜ臨床研究という手続きが重要なのか・臨床研究につながる日々の業務の見直しについて私の体験談から述べさせていただき、一人でも多くの臨床家が臨床研究のはじめの一步を踏み出せるような発表にしたいと思います。

一般演題

第1会場 大ホール(1F)

A [身体障害①]

座長：石井 文康 日本福祉大学

第2会場 小ホール(1F)

B [老年期障害／他]

座長：大浦 智子 星城大学

第3会場 第1会議室(2F)

C [精神障害／他]

座長：美和 千尋 名古屋大学

第4会場 第2会議室(2F)

D [身体障害②]

座長：澤田 泰洋 中部大学

A-1 眩暈に対して運動療法を実施した一症例

○高木 渉¹⁾, 森本 雅之¹⁾, 木山 喜史¹⁾, 倉知 英志 (MD)¹⁾, 磯貝 理栄²⁾

- 1) 鶴飼リハビリテーション病院
2) 日本医療福祉専門学校

【はじめに】今回、小脳出血により強い眩暈を伴った症例を経験した。ADLは自立レベルに至ったが、眩暈は強く残存し、活動制限や今後の生活に対する不安が生じていた。今回、本症例に対し眩暈軽減を目的とした眩暈運動療法を実施した結果、眩暈の改善を認め、考察を踏まえ報告する。尚、本研究に際し本人に同意を得ている。

【症例供覧】50歳代男性。診断名は左小脳出血。現病歴は眩暈、失調。発症4ヶ月目には失調は改善し、歩行車自立、セルフケアは入浴以外自立となった。しかし、頸部運動時の眩暈は強く残存し、歩行時のふらつきや寝返りで嘔気が出現していた。症例のNeedsは、職業復帰や釣りなどの社会参加であったが「極力動かたくない」「もう仕事は出来ない」との発言があり、自発的な活動は制限され、今後の生活への不安を訴えていた。

【方法】訓練は、新井らが提唱するめまい集団リハビリテーションから、症例の眩暈出現頻度の高い、頸部運動や立位運動を採択し個別に運動療法を実施した。評価方法は、眩暈の重症度を測定する評価スケールとしてDizziness Handicap Inventory 日本語版(以下DHI)を使用し、身体面、感情面、機能面の3つの要素から介入前後で各項目及び合計点を比較した。また、問診にて症例の眩暈に対する捉え方を介入前後で比較した。眩暈による平衡感覚障害の測定は重心動揺計(アニメ社製GS-10)を使用し、開眼立位30秒間の総軌跡長を眩暈運動療法実施前後で測定した。尚、介入期間は9日間とし訓練効果の検証を行った。

【結果】DHIでは、身体面24/28→20/28点、感情面20/36→12/36点、機能面24/36→12/36点と介入後は各項目において改善を認め、特に感情面、機能面に著明な改善を認めた。重心動揺では、眩暈運動療法の訓練前では介入期間前後で総軌跡長の変化を認めなかった。一方、眩暈運動療法の訓練後では介入期間前後で総軌跡長に改善を認めた。さらに、症例自身の眩暈の捉え方が「動くことと眩暈が強くなる」という考えが「動くことで眩暈が良くなる」という考えに変化した。その結果、自主的に眩暈運動療法を実施、病棟歩行を積極的に行うなど生活場面での変化も認められた。また、退院後も眩暈運動療法を継続し、屋外活動が増加していると報告を受けている。

【考察】DHIの身体面では4点の改善を認め、重心動揺計での眩暈運動療法実施後の総軌跡長の変化も踏まえると、介入前と比較し眩暈が改善したと言える。これは、運動療法により眩暈を誘発し前庭系・深部感覚系への反復刺激を入力したことで、前庭機能・神経系の賦活・再構築を促すことができた可能性があると考えられる。感情面や機能面で著明な改善を認めたことは、眩暈の改善に伴い、精神的不安が軽減し、自発的な活動への参加が増え、機能面の向上に繋がったと考える。また、眩暈運動療法により、眩暈に対し運動する事が改善に繋がることを症例自身が理解され、自主訓練など自身で可能な対策が獲得できたことも訓練効果として考えられる。

キーワード：(眩暈)・運動療法・(DHI)

A-2 真のニーズの把握により、学習性不使用・コミュニケーション能力が改善した一例

○山本 佳織¹⁾, 森本 雅之¹⁾, 木山 喜史¹⁾, 藤田 麻子 (MD)¹⁾, 磯貝 理栄²⁾

- 1) 鶴飼リハビリテーション病院
2) 日本医療福祉専門学校

【はじめに】右上肢が学習性不使用であった症例に対し、カナダ作業遂行測定(以下、COPM)をきっかけとして介入を行った結果、上肢機能とコミュニケーション能力の改善が図れたため、考察をふまえて報告する。尚、この発表は本人と家族に同意を得ている。

【症例供覧】診断名は右被殻出血。既往歴は6年前に左被殻出血。障害名は両片麻痺、意識障害、音声発語障害。利き手は右。再発前ADLは歩行で自立。利き手交換をしており、右上肢は補助手として使用していたが、次第に学習性不使用となった。入院時評価では、意識レベルはJapan Coma Scale I-3~II-10、運動麻痺はBrunnstrom Recovery Stage(以下、BRS)右上肢Ⅲ、手指Ⅳ。左上肢Ⅱ、手指Ⅱ。ADLはFIMで20/126。趣味はパソコンと音楽鑑賞であった。

【経過】入院時、OTでは離床を中心に訓練を実施していたが、拒否が強く、自発的な反応が得られなかった。そこで、離床意欲や自発的な反応を引き出すため、入院4週目に家族にCOPMを実施した。家族はコミュニケーション手段の獲得と、趣味であるパソコン操作ができるようにと述べた。また、機械好きでipad2の購入を検討していたという情報が入手できた。本人に確認すると、パソコン操作のジェスチャーを行うなど反応良好であった。全身状態が安定した入院6週目から、OT室にて本格的にパソコン操作を開始した。しかし、巧緻操作が必要なパソコン操作は難易度が高く、意欲向上に繋がらなかった。そこで、病前に購入を希望し、タップ操作が行えれば使用できるipad2の使用を検討した。入院9週目からipad2の使用を動機付けとし、上肢機能訓練に取り組んだ。この頃から、離床拒否は減少し、特に上肢機能訓練に対しては意欲的に取り組む姿がみられるようになった。OTでは、正確なタップ操作ができるようにCI療法のshaping項目を用いて段階付けを行った。コミュニケーションでは、生活場面への促しをYes/Noで症例が反応できるような質問の仕方での関わりから開始した。入院13週目には基本的欲求のジェスチャーを決め、ナースコールを押しやすいように設定することで自発的な訴えを発信できるようにした。入院17週目には、ipad2のアプリや、50音表を使ったやり取りを促した。入院24週目には書字によるやり取りも開始した。この結果、50音表や書字、ジェスチャーを利用したコミュニケーションパターンが確立できた。入院26週目の評価として、意識レベルは著明な変化なし、運動麻痺はBRS右上肢Ⅴ、手指Ⅴへ改善。左上肢、手指は変化なし。FIMは30/126に向上した。家族も本人と意思疎通できる機会が増えたことを喜ばれた。

【考察】左上肢が廃用手となり、学習性不使用であった右上肢を使用せざるを得なくなったことと、真のニーズに即した訓練が動機付けとして関与したことで上肢機能の改善が得られた。更に、訓練で達成したことをコミュニケーション手段として利用できたことが正の強化となり、有効なコミュニケーションパターンを獲得することができたと考えられる。

キーワード：コミュニケーション・COPM・(学習性不使用)

A-3 当院脳卒中患者に対する随意運動介助型電気刺激装置使用の経過報告

○足立まどか, 苗山 卓弘, 早川 竜生, 高塩 剛,
岩井 理
社会医療法人杏嶺会 尾西記念病院

【目的】 随意運動介助型電気装置(以下 IVES)は標的筋の筋電信号量に比例して電気刺激を加えることができる為、より随意的な関節運動が可能であるとされる。今回、当院回復期病棟に入院した脳卒中患者1症例に対して、随意運動介助型電気刺激を4週間実施したのでここに報告する。なお今回の報告にあたり、症例には文書で説明し同意を得ている。

【方法】 電気刺激装置はPower Assist Stimulator System (OG 技研株式会社製)を使用。IVESによる刺激は総指伸筋に行い、手関節背屈動作の反復運動を10分、週7日、4週間実施した。評価項目は手関節背屈・掌屈自動運動角度(以下 a-ROM)の IVES 治療前・後を1~7日目は毎日、その後は2・3・4週間毎に計10回計測した。初期と最終で、Brunnstrom recovery stage (以下 B.R.S), SIAS Knee-mouth テスト(以下 K-M), Finger-function テスト(以下 F-F), 手関節屈筋群の MAS, STEF, 握力, FIM を評価した。

【対象】 80歳, 女性, 右橋梗塞, 発症から33日, 入院から15日より IVES 開始。IVES 開始時の B.R.S 上肢Ⅳ・手指Ⅳ・下肢Ⅴ, MAS1, SIAS K-M:4, F-F:4, 握力4kg, 手関節背屈 a-ROM30°, 掌屈 a-ROM35°, STEF80点, FIM は motor50点・cognitive28点であった。

【結果】 B.R.S が手指ⅣからⅤ, SIAS K-M が4点から5点, 手関節背屈 a-ROM が30° から50° に改善が認められた。STEF は80点から84点, 握力は4kgから11kgに向上した。FIM は motor77点と運動項目のみ向上がみられた。ADL 場面において IVES 開始後から、左手で食器を持つ、衣服を両手でたたむ、麻痺側で爪を切る、洗髪・洗体を両手で行うなど両手動作が増加した。また、「タオルがしぼりやすくなった」と本人から発言があり、ADL への麻痺側上肢参加がみられるようになった。さらに IVES 開始前は掌屈優位の握りが多く見られたが、最終時には背屈優位の握りが多くなった。

【考察】 手関節背屈筋群の随意運動と同期した電気刺激による筋収縮の強化反復が、手関節背屈筋群の促通だけではなく、拮抗筋への相反性抑制が生じ、握りの変化・握力の向上に作用したと考えられる。また、症例に対しては装置の点灯数を確認しながら随意的な筋収縮を意識して背屈運動を行なうと同時に、握力や関節可動域の変化を、視覚的・聴覚的フィードバックを利用し伝えていった。それにより症例のモチベーションが向上し、麻痺側への意識向上へ効果をもたらしたと考える。その結果、ADL への参加や使用頻度の増加だけでなく機能改善へ寄与したと考えられる。

キーワード：脳卒中・上肢機能・随意運動介助型電気刺激

A-4 高次脳機能障害患者に対する自動車運転評価～机上評価と実車運転評価を通して～

○川村 直希, 洪 明華, 田平 貴也, 松重 好男,
小池 知治 (MD)
医療法人三九会 三九朗病院 リハビリテーション部

【はじめに】 自動車運転は、社会参加において生活範囲の拡大や質を向上させるのに重要な手段である。そのため、患者の自動車運転再開のニーズは高く、自動車運転に関しての報告も増えてきている。しかし、高次脳機能障害患者の自動車運転再開の可否判断に明確な指標がなく、机上検査から療法士が判断するのは困難である。そこで、当院では、運転を希望する高次脳機能障害患者に対して、病院での高次脳機能評価と自動車学校の協力により公道を含む実車運転評価を実施している。今回は、それぞれの評価の意義や包括的に評価を行う重要性について検討したので報告する。

【対象】 当院回復期病棟に入院または外来通院中の患者で、脳損傷により高次脳機能障害を呈し、運動麻痺はあっても運転に支障をきたさないレベルの15名であった。疾患や病変部位は様々であったが、院内生活または自宅生活は自立していた。なお、発表にあたり同意を得た。

【方法】 机上評価は、運転に有用とされる知的・注意・記憶・遂行機能の各項目からなる高次脳機能評価を実施した。その結果から実車運転評価を行う実車群、直ぐには難しいが経過を追って判断する再評価群、実車運転評価が困難と判断した中止群に分けた。なお、判断基準には、先行研究の基準を用いた。自動車学校では、教習車に担当の教習指導員と作業療法士が同乗し、校内と公道の実車運転を実施した。運転結果は教習指導員の採点表を参考に運転状況確認シートで採点した。結果を基に教習指導員との話し合い可能、要練習、不可に判定した。実車運転評価の後はアンケートを実施した。統計は一元配置分散分析を用いた。

【結果】 実車群7名、再評価群4名、中止群4名で平均年齢は、 63.0 ± 22.5 歳、 58.8 ± 8.1 歳、 69.0 ± 9.4 歳だった。発症から評価開始までの期間は、 115 ± 144 日、 36.5 ± 11.6 日、 62.5 ± 47.9 日であった。机上評価の結果は、実車群、再評価群、中止群の順で評価点が高く、基準を満たす項目が多い傾向があった。年齢、発症から評価開始までの期間、机上評価の各評価点において有意差は認めなかった。実車運転評価の判定では、可能4名、要練習2名、不可1名となった。運転状況は、全症例で交通状況に合わせた対応やスピード調整が不良、動作の粗雑さが目立った。不可の症例は、教習指導員の補助ブレーキが必要であった。

【考察】 机上評価は自動車運転時の影響の予測に役立ち、実車が困難と思われる症例の検出ができるのではないかと考えられた。また、実車運転評価は、実際の場面を通し机上評価では予測困難であった具体的な問題点の検出や安全運転への注意喚起が可能であった。包括的に評価を行うことは問題把握を確実にし、自動車運転再開の可否判断に役立つと考えられた。今後は、検査項目や判断基準などの検討を行い、机上評価と実車運転評価の相関や有用性の検討も行っていきたい。

キーワード：自動車運転・高次脳機能障害・評価

A-5 高次脳機能障害者の自動車運転に影響を及ぼす評価項目の検討

○福井めぐみ, 落合 祐貴, 田中 創, 日比野 新,
深川 和利
名古屋市総合リハビリテーションセンター

【目的】 高次脳機能障害者の自動車運転の可否判断には、神経心理学的検査、ドライビングシミュレーター(以下DS)、実車運転が用いられることが多い。当院では神経心理学的検査とDSに基づいて、最終的に医師の総合的判断により運転の可否が決定されている。高次脳機能障害はADL上大きな影響を及ぼさない軽度な程度であっても、事故の危険性を考えると自動車運転の可否判断を迷うことが少なくない。そこで本研究では、神経心理学的検査、DSの評価項目の中から高次脳機能障害者の自動車運転の可否判断に影響を及ぼす評価項目を検討することを目的とする。

【対象】 過去4年間、当センターにおいて運転適性検査を実施した者で身体機能障害を呈していない、かつ社会的行動障害・視空間認知障害を呈していない高次脳機能障害者31名(運転可能群15名 45.7 ± 10.8 歳、運転不可能群16名 48.0 ± 13.0 歳)を対象とした。

【方法】 神経心理学的検査としてWechsler成人知能検査(以下WAIS-III)、かなひろいテスト、D-CAT、リバミード行動記憶検査、三宅式記銘力検査、Rey-Osterrieth複雑図形(以下REY)、PASAT、Trail Making Test A・Bと、DSによる模擬運転適性検査を実施した。模擬運転適性検査では同一コースを2回走行した(以下DS1回目・DS2回目)。評価項目の検討にあたり、医師による運転可否判断から運転可能群・不可能群の2群に分け、神経心理学的検査、DSの評価結果についてMann-WhitneyのU検定を用いて群間比較を行った。また自動車運転可否の予測項目を検討するために多重ロジスティック回帰分析を行った。なお研究にあたり、当センターの倫理委員会の承認を得た。

【結果】 WAIS-IIIのFIQ平均値は可能群 94.2 ± 13.2 、不可能群 90.1 ± 16.1 であり、有意差は認められなかった。両群の群間比較により有意な差が認められた項目は神経心理学的検査ではREY($P < 0.01$)のみであり、DSではアクセル・ブレーキの踏み替え時間($P < 0.05$)、危険場面/歩行者の飛び出し($P < 0.01$)、危険場面/カーブの走行($P < 0.05$)、DS1回目の総減点($P < 0.05$)であった。運転可否を予測する項目の検討では、DSの評価項目のDS1回目の総減点数とアクセル・ブレーキ踏み替え時間が抽出され、判別の中率は77.4%であった。

【考察】 運転可能・不可能の2群間のWAIS-IIIには有意な差はなく、REY以外の神経心理学的検査にも有意な差は認められなかったことから、両群間の認知機能面の差はないと考える。一方、DSの評価項目においては可否別の比較から4つ有意な差の見られた項目があり、さらに運転可否を予測する因子においてもすべてDSの検査の項目が抽出された。これらより、今回の対象である身体機能を呈していない、かつ視空間認知障害・社会障害を呈していない対象者の運転評価において、神経心理学的検査だけでは運転可否の評価は不十分であり、DSの危険場面の体験のように複数の注意・情報処理から判断し、運動反応や反応時間を評価する項目を併せて行うことが重要であると考えられる。

キーワード：高次脳機能障害・自動車運転・評価

A-6 当院急性期脳梗塞患者における予後予測の予備的研究

○寺澤 常保¹⁾, 渡邊 立志¹⁾, 備前 宏紀¹⁾,
山名 知子(MD)²⁾
1) 津島市民病院 診療技術局 リハビリテーション室
2) 津島市民病院 診療局 神経内科

【目的】 当院では平成23年4月よりDiagnosis Procedure Combination(DPC)が導入され、病院全体の入院日数が短縮傾向にあり、リハビリテーション運営においても効率化が求められている。効率的なリハビリテーション運営のためには、発症早期より科学的根拠に基づく予後予測をすることが望ましいとされている。さらに、適切な予後予測をすることによりリハビリテーションゴール設定が明確になり、他職種間の共通認識が可能となることが期待される。先行研究よりNational Institutes of Health Stroke Scale(以下NIHSS)は急性期における退院時ADLや転帰先の予測において有用な指標の一つとして挙げられている。今回、当院における急性期脳梗塞患者の入院時所見と転帰時運動FIMの関係から、予後予測の可能性を検討したので報告する。

【対象】 平成22年11月~平成23年4月までに作業療法士が介入した急性期脳梗塞患者27名を対象とした。対象者の内訳は男性19名、女性8名、平均年齢 73.6 ± 9.9 歳、平均入院日数は 26.0 ± 24.0 日であった。なお、意識レベルが低くMMSEが評価不能であった患者は除外した。

【方法】 介入時にNIHSS、MMSE、転帰時に運動FIMを評価し、さらにカルテより梗塞血管(内頸・椎骨)、梗塞半球を調査した。また、転帰時運動FIMを従属変数とし、入院時所見である年齢、性別、梗塞血管、梗塞半球、NIHSS、MMSEを独立変数としてStepwise法による重回帰分析を行なった。統計解析はSPSS11.5を使用した。なお、本研究は津島市民病院倫理委員会での承認を得て実施した。

【結果】 対象患者27名の介入時NIHSSは 3.3 ± 3.1 点、MMSEは 22.4 ± 6.7 点、梗塞血管は内頸動脈系24名、椎骨動脈系3名、梗塞半球は右半球11名、左半球15名、両側1名、転帰時運動FIMは 67.8 ± 24.3 点であった。また、転帰時運動FIMの予測式は $y = -4.380a - 1.095b + 162.930$ ($a = \text{NIHSS}$, $b = \text{年齢}$)となり、転帰時運動FIMの予測因子として介入時のNIHSSと年齢が抽出された(R^2 乗 $= 0.654$, NIHSS: $\beta = -0.564$, $p < 0.001$, 年齢: $\beta = -0.404$, $p = 0.005$)。

【考察】 入院時の所見としてNIHSSと年齢を評価することで転帰時運動FIMをある程度予測できる可能性があること示唆された。しかし、本研究では運動機能に着目したが転帰に関係する要因として認知機能や社会的背景も重要だと考えられる。今回、脳梗塞患者のみを対象としたが今後の課題として他の脳血管疾患患者を含め症例数、評価項目を増やし、より実用的な予後予測の方法を検討していきたい。

キーワード：脳梗塞・FIM・(NIHSS)

B-1 ADL 全介助者に対する介護負担感の調査 — 更衣介助に着目して —

○ 桑原 里奈¹⁾, 壹岐 英正¹⁾, 森下 愛子¹⁾, 寺澤あゆみ¹⁾, 澤 俊二²⁾

1) 医療法人瑞心会 渡辺病院

2) 藤田保健衛生大学 医療科学部 リハビリテーション学科

【目的】 日常生活動作 (以下 ADL) の評価法は多く存在するが, 全介助を細分化している評価法は少ない。我々は ADL 全介助者に対する介護負担軽減が, ADL 全介助者に対する介入効果として妥当であると考えた。本研究は ADL 全介助者に対する評価法を作成する為の予備研究として, 更衣介助時の介護負担感を明らかにする為の質問紙を作成する事を目的とした。

【方法】 第一段階として介護負担となる要因を我々が KJ 法に準拠してカテゴリー分類し, 質問項目案を作成した。第二段階として, 質問項目案の妥当性を質問紙調査にて確認した。対象は介護職員 12 名, 作業療法士 (以下 OT) 7 名, 理学療法士 (以下 PT) 16 名とした。対象者には目的と方法を書面と口頭で説明し同意を得た。質問項目に対し負担感を 10cm の Visual Analogue Scale (以下 VAS) を用いて回答を得た。OT 及び PT には介護者の負担を想定し回答を求めた。項目の妥当性は除外基準を「全項目の VAS 平均値から 2 標準偏差を減した値より小さい項目」として検討した。また自由記載欄を設け, 得られた項目を KJ 法にて再分類し新たな質問紙を作成した。

【結果】 第一段階では項目を健康状態, 心身機能と構造, および環境因子に分類した。健康状態は 1) 汚れ 2) 体格 3) 皮膚の状態 4) 爪の長さ 5) 嘔吐 6) 感染症 7) 禁忌肢位が挙げられた。心身機能と構造は 1) 肩関節拘縮 2) 肘関節屈曲拘縮 3) 手指拘縮 4) 膝関節屈曲拘縮 5) 股関節拘縮 6) 疼痛 7) 介護拒否 8) 暴言や暴力 9) 不定愁訴 10) 体動 11) 意識レベルが挙げられた。環境因子は 1) ベッド調整困難 2) 床上介護 3) 点滴, 酸素療法 4) ギプス 5) 着物 6) 前開き服 7) かぶり服 8) つなぎ服 9) 服の伸縮性 10) 家族の監視が挙げられた。第二段階では VAS の全項目平均が 6.3 ± 2.4 cm, 最低値を示した項目の平均値は 3.8 ± 2.0 cm であり, 除外基準である 1.5cm に該当する項目はなかった。また自由記載欄に 17 回答を得た。KJ 法による再分類の結果, 「介助中の吸痰」「肘・膝関節伸展拘縮」「寝返り困難」「姿勢保持困難」「人手不足」の項目を追加し, 新たな質問紙を作成した。

【考察】 今回作成した質問項目案は, 除外基準に該当する項目はなく, 妥当性があったと思われる。米花ら (2004) は介護負担感に影響を与える要因として「介護時間が長い」「認知症による問題行動」などを挙げている。今回抽出された項目の健康状態 3) ~ 7) 心身機能と構造 1) ~ 6) 11) 環境因子 3) 4) 9) は介助時に配慮を必要とし, 介護時間を長くする要因になると考えられる。心身機能と構造 7) ~ 10) 環境因子 8) は認知機能低下による要因と考えられる。しかし今回作成した質問項目案では先行研究で挙げられた要因以外に, 健康状態 1) 2) 環境因子 1) 2) 5) ~ 7) 10) の項目が抽出された。これは先行研究では調査対象が主に家族であるが, 今回は体格や介護環境が様々な介護者を介助している職員が対象であった為と考えられる。また自由記載欄から新たに 6 項目追加した。介護職員は介護する頻度が多く夜勤経験もあり, OT や PT とは違う視点で返答できた為であると考えられる。今回項目を追加する事で妥当性のある質問紙が作成出来た。今後は幅広く介護者に調査を行う事で, ADL 全介助者に対する評価法の作成につなげていきたい。

キーワード：介護負担・寝たきり・更衣

B-2 右片麻痺ストーマ患者における ストーマ装具装着の自立に向けての試み — 自助具作成を通して —

○ 阪野 史帆, 神谷 和利

社会医療法人財団新和会 八千代病院
総合リハビリテーションセンター

【はじめに】 人工肛門 (以下ストーマ) のストーマ装具装着には工程がいくつかあり, 両手動作が含まれるため, 片麻痺患者においては介助を要することが多い。今回, 自助具作成を通してストーマ装具装着の自立に向けた支援を行った右片麻痺患者を経験したため, ここに報告する。

【症例】 40 歳代後半の男性。10 歳代よりクローン病発病。30 歳代に回盲部切除術, 40 歳代前半に脳出血発症し, 右片麻痺 (Br-stage U/E III-Fin II-L/E IV)・軽度失語残存した。今回は A 病院にて肺炎で入院していた。肺炎は完治したが陰嚢周囲の腫れ痛み有り B 病院へ転院。その後 B 病院において肛門陰嚢部分の切開処置を行ったが, 症状が悪化し当院へ救急搬送。穿孔腹膜炎の状態で絶食・抗生剤投与目的で入院。入院より 3 日後, 小腸部分切除術・膿瘍ドレナージ術・人工肛門造設術施行した。

病前は靴型装具装着し 1 本杖歩行自立, 自動車の運転が可能など, 全ての ADL が自立していた。母親と二人暮らしだが, 母親は介助者として頼れない状況であり, 本人も自立を望んでいた。

なお, 発表に関しては症例本人より同意を得た。

【経過】 ストーマの形状が安定した時期に医師より自助具作成の依頼を受けた。病棟とストーマケアカンファレンスを開催し, 自助具の必要性やストーマ装具の種類の検討を行った。自助具は文献¹⁾を参考にサイズなどを症例に合わせて作成した。完成後すぐに使用予定であったが, 排膿のためストーマ右外側にドレインを留置することとなったため, 自助具と接触してしまい, 装着困難な状態となった。ドレインが抜去されるまでの間に, 症例はストーマ装具装着における一連の流れの手技を確立していった。自助具なしでも立位においてストーマ装具の貼り付けは可能となったが, 腹壁に弛みが生じてしまい, 便漏れなどのトラブルがしばしば生じていた。ドレイン抜去後, 自助具の装着下でのストーマ装具装着を試みた。自助具を装着することで腹壁に弛みを作ることなく, またストーマの形状も確認しやすいため, ストーマ装具装着が容易に可能となった。自助具の装着自体は数分で可能であり, 本人も「簡単」であると感想を述べていた。

【考察】 症例は右片麻痺の既往がありながらも, 病前の ADL は全て自立しており, 今回のストーマ装具装着も自立を望んでいた。ストーマ装具装着の場面を見学し, 腹壁を伸展させ面板を貼り付ける際に両手動作が必要であった。そこで, 片手で貼り付け作業を可能とするような自助具が必要であると考えた。自助具作成を通じてストーマ装具装着の自立に向けての支援が, 病棟・医師と協力して実現できた。

【参考文献】

- 1) 福井信佳, 平林伸治: ストーマを造設した片麻痺患者に対するストーマ装具装着用自助具の紹介。作業療法 29: 83-88, 2010.

キーワード：右片麻痺・人工肛門・自助具

B-3 外出訓練による外出への負担感の軽減 ～在宅復帰への足掛かり～

○齋田真由香, 浦野 美和
社会医療法人杏嶺会 一宮西病院

【はじめに】当院回復期リハビリテーション病棟(以下回復期病棟)は、より円滑な退院を迎えられるよう「外出訓練」を実施している。外出訓練とは、リハビリスタッフが患者・家族に同行し、自宅で実際に動作を行い、必要に応じ家族に介助指導、住環境へのアドバイスをを行うものである。

【目的】外出訓練を実施することで、外出に対する負担感にどのような変化があるのか。また、その後の外出・外泊の足掛かりとなっているのかを検討するため今回の研究を行った。

【対象】平成22年4月～平成23年3月の間で当院回復期病棟に入院した患者で、外出訓練を実施した181名(男性72名, 女性109名, 平均年齢77.2±10.6歳)。疾患別では脳血管疾患69名, 運動器疾患98名, 廃用症候群14名を対象とした。また、患者・家族に研究の趣旨を十分に説明し、同意を得た。

【方法】外出訓練実施前後で患者・家族に対しアンケートを実施。その中で、外出訓練前の「外出に対する負担感」、「不安要素」と、外出訓練後の「外出に対する負担感の変化」、「発見できた項目」、「外出訓練における動作能力の印象」の結果を集計した。また、外出訓練実施後の外出・外泊実施率、実施回数を調査した。

【結果】外出訓練前アンケートにて「外出に対する負担感」は、かなり多い負担18%、多少の負担54%、負担ではない28%。「不安要素」は、介助方法38%、介助量17%、自宅環境38%、転倒64%であった。外出訓練後アンケートにて「外出に対する負担感の変化」は、行いやすくなった80%、何も変わっていない7%、行いにくくなった3%、未記入10%。「発見できた項目」は、能力60%、介助量・介助方法39%、自宅内の危険箇所32%、自宅内の変更箇所40%。「外出訓練における動作能力の印象」は、思っていた以上にできた55%、思っていた通りだった32%、不安が増した12%、未記入1%であった。外出訓練後の外出・外泊実施率は84%であった。しかし、外出・外泊それぞれの実施回数を調査したところ、84%が一回以上の外出を実施しているが、外泊に関しては43%が一度も実施せず退院していることが分かった。

【考察】外出訓練を実施した事で、患者・家族各々が自宅環境における動作能力、介助量や介助方法、家屋状況の把握ができた。また、住環境の問題点の把握を促し、住宅改修、福祉用具の利用を意識付け出来た事で、外出や退院後の生活イメージを把握することができた。それらの結果が家族の外出に対する不安、負担感の軽減に繋がったと考えられる。また、外出訓練を実施した事で患者のリハビリや外出に対する意欲の向上がみられたことや、家族の介護参加意識の向上も、要因の一つとして考えられる。よって、外出訓練の取り組みが外出に対する負担感の軽減に繋がり、その後の外出・外泊の推進、さらに在宅復帰への足掛かりになっていると考えられる。

キーワード：外出訓練・外出・(負担感)

B-4 排泄ケアを通じた回復期リハ病棟との連携

○今別府里子, 竹本あゆみ, 瀧 康江, 河野 賢志,
柴田佳奈美
医療法人生寿会 五条川リハビリテーション病院

【はじめに】当院では、他ADLが回復傾向であるにも関わらず、排尿コントロールに問題のある患者の排尿方法確立を課題としている。その為、2年前より回復期リハ病棟スタッフ(以下病棟スタッフ)とリハビリスタッフ(以下リハスタッフ)が連携し、排尿日誌と排尿自覚刺激行動療法(以下PV)を実施し、排泄ケアに取り組んできた。そこで今回は、当院の排泄ケアについて報告する。

【対象】高次脳機能障害や認知症を伴った脳梗塞・大腿骨骨折・廃用症候群の高齢患者7名(男性3名・女性4名)。在宅復帰などのために排尿方法の確立が必要な患者を対象とした。※対象者またはご家族に対して、研究目的と倫理的配慮を説明し同意を得た。

【排泄ケア内容】病棟スタッフ・リハスタッフで排泄ケア適応患者を決定し、尿路感染症状の有無を確認する。症状に問題が無い場合、2日間排尿日誌を作成する。そこでの排尿パターンから誘導時間を決定し、8週間PVを用いながら、排尿チェックを行う。PVとは、介助者が排尿を誘導したり本人が尿意を伝えたりしながら、失禁がなく排尿出来た時に称賛する事で、尿意を自発的に伝える能力を獲得する行動療法である。介入中は、病棟カンファレンス(以下病棟カンファ)で状況報告を行い、毎月リハビリスタッフとカンファレンス(以下リハカンファ)を行うことで、ケア方法を再検討する。

【結果】対象患者7名中、8週間実施した患者は4名、退院などの理由により中断した患者は3名であった。排尿チェック表から、スタッフにより誘導時間にずれがある事が実施患者全員に対してみられた。しかし8週間実施患者中2名が、誘導により失禁回数の減少・尿意訴えが増加し、トイレでの排尿が可能となった。失禁回数に変化がない患者でも、誘導時間通りに介入した日は失禁なく排尿する事が可能となった。中断した患者は、失禁回数の著変は認められないが、全員が3～4週目で尿意訴えの出現を認めた。尚、トイレでの動作レベルの改善がみられたのは4名であった。

【考察】排尿日誌により排尿状況を把握し、それを元に排尿量の多い時間帯にPVを取り入れる為、尿意を訴えやすい誘導時間を選定出来た。加えて心身機能の回復により、尿意出現後のトイレでの動作の安定性が向上する事で、トイレでの排尿の意識が高まり、より尿意訴えが増えたと考えられる。一方で、スタッフ間での時間誘導に対する意識や尿意訴えの判断の違いや情報共有不足により、排尿のタイミングを逃す事もあり、スタッフの対応が患者の排尿状況に影響を及ぼしていると示唆された。以上の事から、排泄ケア実施と心身機能改善の両方が正常な排泄行為の回復に必要であり、病棟スタッフとリハスタッフが連携する事で効果が上がると考えられる。今後は排泄ケアの対応をスタッフ間で再確認し、カンファを有効に活用する事で連携をより深めていく事が必要である。

キーワード：排泄訓練・排尿・連携

B-5 当院回復期リハビリ病棟における
 家族指導の現状調査
 ～リハビリスタッフと家族の比較～

○小笠原和将, 神田 太一, 松山 太士 (RPT)
 社会医療法人財団新和会 八千代病院 総合リハビリセンター

【目的】 自宅退院には家族の協力が欠かせず、家族指導は重要とされる。しかし、臨床経験上家族とリハビリスタッフ（以下療法士）の間には指導内容等で認識の乖離を感じることが多い。本研究では家族と療法士を対象に各種指導の必要性、実施状況、満足度、不安について調査を実施。両群で認識の乖離の有無や原因を分析することで問題点を明らかとし、より良い家族指導に役立てることを目的とする。加えて家族の介助負担軽減を目的に、退院後生活で不安の大きい ADL 項目を挙げることである。

【対象】 2011年12月～翌年2月の間、当院回復期リハビリ病棟で退院を2週間以内に控えた脳卒中患者（脳出血5名、脳梗塞3名、退院時 FIM94.5 ± 31.7点）の家族（キーパーソン）と同病棟理学療法士6名、作業療法士5名とした。

【方法】 両群にアンケート用紙を用いて①患者への ADL 指導、②家族への ADL 介助指導、③家屋構造指導、④自主練習指導、⑤患者の余暇指導、⑥介護保険の紹介・説明について、A 必要性、B 満足度、C 不安を4段階のリッカード尺度で質問し、否定的回答には自由記載で意見を求めた。⑥では D 療法士からの指導の有無、E その他社会資源活用を検討の有無についても質問した。また、家族のみを対象に⑦院内での自立度に関わらず退院後より多くの介助が必要と感じる項目を FIM 運動項目から2つ選択する質問をした。①～⑥の統計処理は χ^2 検定を用い有意水準は5%未満とした。⑦は各項目の得票数を合計した。尚、本研究は当院倫理委員会の承認を得て実施した。

【結果】 ⑤Bにおいて、療法士は満足が得られていないと考える一方で家族の満足は得られており、有意差を認めた ($p < 0.05$)。自由記載から「ADLが自立していないので時間がない」等の意見が得られた。その他項目では共通して必要性、満足度が高い傾向にある中、不安は残る傾向にあり、概ね一致した。自由記載も様々ある中、⑥Eでは否定的回答に対し「わからないから」という共通意見が多かった。⑦では入浴、階段の順に多かった。

【考察・まとめ】 ⑤Bは患者にとって良い結果ではない。1日の大半が ADL 以外の時間に費やされる中、その指導が十分でないことは大きな問題と考えられる。家族は回復期病棟の役割について説明を受けるが、その中に余暇活動の説明はなく、総合実施計画書も FIM に基づくためにその重要性に気付けないことが結果の一要因と考えた。療法士にとって患者や家族の漠然とした余暇活動への認識に対し、専門職の視点で参加を促すことは重要と考える。また、退院後の余暇活動を継続・発展させていく上で社会資源の選定は重要であり、当院療法士はこの点の知識不足が問題と考えた。⑦で最も表が集まった入浴は多様な動作が含まれる活動で訓練開始時期が遅れやすく、自宅との環境差も問題であると報告されており、早期より自宅環境を把握し、段階的に介入していくことが重要と考えた。

キーワード：家族指導・ADL・(比較)

C-1 患者家族に対する急性期の作業療法の意義 ～著書から見る家族の思い～

○安藤 翔悟¹⁾, 村田 和香²⁾

- 1) 国立病院機構 名古屋医療センター
2) 北海道大学大学院 保健科学研究所

【目的】 障害を持つ患者にとって家族の力は大きなものである。作業療法(以下 OT)の際に最大の情報提供者である家族との接触は必要であり、早期から情報入手と提供、評価・実践へ家族の協力を促すことが一助となる。また、患者の発症直後、家族は生活や役割が変化し、多大な影響を被り、時には患者の方向性を左右する。そこで、家族の力をより大きくするため、くも膜下出血による左麻痺を呈した患者家族の著書を人間作業モデル(以下 MOHO)の概念を用いて分析し、考察を行った。

【対象】 「突然、妻が倒れたら」(松本方哉著 2009年発行)、妻がくも膜下出血による左麻痺を呈した夫の立場から急性期を記述した第一章 P.11～P.60である。

【方法】 ①対象の文章を段落ごとに著者(以下 M氏)の感情、行動、表現された比喩に注目し、抽出・要約、②要約文を MOHO の概念である意志・習慣・遂行・環境に分類、③②の相互関係を明らかにし、患者家族に対する OT の意義について考察を行った。

【結果】

〈意志〉妻の発症前は仕事中心の M氏だったが、発症後は「一人の家族の命はその家族全体の命でもあり、家族全体の幸せにつながる」「良くなることは何でもしたい」との思いを強くし、指示を積極的に受け入れた。「気を抜かず真剣に妻を介護し、緊張し続け見守ることが大切で、私の罪滅ぼしだ」と妻の存在に価値を置いた。

〈習慣〉M氏の役割である仕事が、主婦と母親という新しい役割に変化した。指示された自主訓練が日課となった。

〈遂行〉緊張し続け見守る状態が続き、先の事を考える余裕もない。また、疲労が濃くなり重苦しい思いや首のコリに悩む。

〈環境〉妻の症状の変化や医師・看護師の情報で「(気持ち)上がったたり下がったり」する状態で、周囲はサポートできていなかった。息子は冷静で勇敢であり、しっかりしていた。

【考察】 作業療法士が家族と接触する目的は、患者の評価の一助、家族同席での評価、情報の入手と提供、評価・実践の協力を得ることが大きい。さらに、家族指導として指導方法を体得するため OT 場面への家族の誘導も大切である。発症直後は家族が付き添うことが多く、家族への説明、環境・個人因子等の情報収集や OT に対する家族の受け入れを知ることは重要となる。しかし、症状の変化が大きい急性期患者の家族である M氏は、緊張し続け見守る状態が続く中で疲労が濃くなると共に妻の症状の変化や医師等の情報で不安が増大するという悪循環に陥った。そのため、OT では提供される作業を M氏自身にとってより価値のある作業にすることやコミュニケーションそのものに意義があると考えられる。M氏の個人的原因帰属を高め、自分の作業に対する価値を見出すことで、作業同一性・有能性を再構築し、作業適応へ導くことが必要と言える。その結果、家族の力をより大きくし、患者へのアプローチにも良い影響をもたらすと思われる。

キーワード：家族・急性期・人間作業モデル

C-2 作業が生活と上肢に対する認識を変えた 一事例 — 作業選択意思決定支援ソフト (ADOC)を用いて —

○細川 寛将¹⁾, 友利幸之介²⁾, 吉川 法生³⁾

- 1) 社会医療法人財団新和会 八千代病院
2) 神奈川県立保健福祉大学 保健福祉学部
3) 千葉県立保健医療大学 健康科学部

【はじめに】 身体機能は高いものの、抑うつで臥床傾向にある脳卒中患者を担当した。作業療法士(以下 OTR)は作業選択意思決定支援ソフト(以下 ADOC)を用いて、事例にとって意味ある作業を顕在化させ、その作業に介入した。その結果、良好な成果が得られたので報告する。なお、発表に際して事例に説明し、同意を得た。

【ADOC の紹介】 日常生活上の作業 95項目が描かれたイラストを iPad 上で選択し、対象者と OTR が一緒に目標設定することができる。

【症例紹介】 60歳代前半の女性、右利き。左被殻出血発症後 54 病日目に当院回復期病棟入院。性格は、元来引っ込み思案。病前は、孫との旅行や外出をしていたが、他者との交流は持たず、家事等は一人で行っていた。入院時の身体機能は BRS 上肢 VI・下肢 V・手指 VI、感覚は表在・深部感覚とも重度鈍麻、麻痺側肩関節に可動域制限があり、過緊張、痺れ、疼痛がみられた。認知機能面は問題がなく、初期より病棟内 ADL は 1 本杖歩行自立していたが、臥床傾向であった。

【作業療法経過】 入院初期、普段より「これからは寝たきり老人だね」と悲観的な発言が目立った。外泊時に転倒を経験し、臥床・リハビリ拒否・不眠が増悪した。この時の Zung は 52 点。OTR は ADOC を実施し、事例はセルフケアや移動項目を選択したが、「何だか転びそう。全て満足できない」と不安を訴えた。100 病日目に「片手用の爪切りがほしい」と事例からの希望があったため、OTR と協力して作成した。爪切り作成後の Zung は 42 点。再度 ADOC を実施し、「書類や財産管理をしたい」の他、「革細工をやりたい」と新たな作業を希望した。また、10 年前まで行っていたビーズアートを自宅で作成するようになった。116 病日に、意味ある作業(革細工)への介入と上肢強制的使用訓練を 10 日間ずつ AM1 時間、PM2 時間でシングルシステムデザイン(BAB)を設定し介入した。結果として意味ある作業(革細工 2 作品完成)実施後に上肢に関してプラスの主観的变化を示した。この時点の Zung 42 点で、再度 ADOC を実施。「孫の面倒を見る」「公共交通機関を使う」を選択するなど、社会参加に関連する作業選択を行った。また、「革細工の材料を買うために、電車でにらなといけなね」と意見するなど、作業療法に対して主体的になってきた。179 病日目の退院時に、入院中のターニングポイントを「爪切りが完成したこと革細工やビーズを行ってみようと思った。あれがなかったら何もやらなかったし、やろうともしなかった」と述べていた。

【考察】 今回、事例に ADOC を実施し、意味ある作業に介入することで、事例の無意識下に抑え込まれていた作業への興味を顕在化できたものと考えられる。それにより、作業介入による変化を事例自身で実感する機会の提供ができ、自己有能感の高まりにつながった可能性がある。結果として麻痺側上肢の有能感や生活への認識変化が生じ、視点が自己から外部・他者に向けられるようになったと考えられる。

キーワード：(ADOC)・意味のある作業・有能感

C-3 人と関わる重要性和価値観について 語れなかった PDD を呈する小3男児への アプローチ ~ COSA からみえてきたこと ~

○久留宮 なぎ砂¹⁾, 有川 真弓²⁾

- 1) 愛知厚生連 尾西病院
2) 神奈川県立保健福祉大学 保健福祉学部

【目的】小児版作業に関する自己評価(COSA)は、人間作業モデルに基づいて開発された効果測定法の一つである。本症例(A)に導入しAを主体としたOTが展開できたので報告する。なお、本研究はAと家族の承諾を得ている。

【事例紹介】2009年に当院受診しPDDと診断。Aの反抗的態度に母親が子育ての困難さを主治医に訴え2011.X.~2回/月1時間でOTが処方された。通級は利用しておらず、在籍する通常学級担任によると、Aは対人関係でのトラブルが絶えず「まるで2歳児と接しているよう」と語った。養護教諭は、ためらいながらも「母親がAに対して奴隷的」と表現した。

【初期評価】WISC-ⅢはFIQ114, VIQ104, PIQ122。OTRが挨拶をすると眉間に皺を寄せ抑揚なく返答し、OT室内を徘徊、ボールプールを見ると飛び込む動作を繰り返した。Aの主訴を把握するためにCOSAを行ったところ、「家族と一緒に何かをする」「友達と一緒に何かをする」など対人関係項目の有能性と重要性(価値)について「分からない」と応えた。このことは人への認識の希薄さや対人能力の未熟さによるものと解釈した。対人関係に問題があることに関しては、母親や学校からの情報と共通していた。

【治療計画】学校からの情報や母子の観察から、Aの対人関係の問題は、適切な母子関係の未構築からなるとの仮説を立てた。母親とAが快体験や楽しい作業を共有することで母子関係の再構築を目指した。

【治療経過】[数字]はセッション回数、「」はAや母親の語りを表現し、経過を列挙する。[3]体操や徒手的リラクゼーションを施行し、母親自身に身体を緩める心地よさを体験してもらい、治療に対する理解を求めた。[4]母子でボールプールに入り母親が「温泉みたいで気持ちがいいね」とAに語りかけ、Aはうっとりとした表情を示していた。OTRはプールの外から静観した。[5]アイロンビーズを実施すると、[6]では「おかあさんと家でも作って楽しかった」とAが柔らかな表情で語った。[8]Aがボールを敷き詰めたブランコに乗り、OTRが回転させると「きもちいい〜」と遊具に身をゆだねた。「こんなに笑っているA久しぶりに見ました」と母親が微笑み、その笑顔にAが微笑んでいた。[11]初期評価から10ヶ月後にCOSAを再施行すると、対人関係項目で「これはできる」「これは大切だ」と応えた。日常生活では、一人遊びから群れ遊びへと変化した。

【考察】本症例は対人関係項目の回答が得られなかったことより、問題点は対人能力の未熟さにあると解釈し、原因と考えられた母子関係の再構築をポイントとして介入した。A自身の対人関係面の問題点は先生や母親の主訴とも関連するものと考えられ、介入により人と関わることの楽しさや心地よさを認識することで、対人関係についての価値観を言語表現できる力を育むという、事前に予測した効果が認められた。COSAは言語化されないクライアントの内なる主訴をつかむことを可能にし、効果的なOTをもたらした。

キーワード：発達障害・人間作業モデル・(COSA)

C-4 保護室事例の検討

○島田 慧人¹⁾, 加藤 久子(NS)¹⁾, 濱島 洋司(Ph)¹⁾, 中村 泰久²⁾

- 1) 刈谷病院
2) 日本福祉大学 健康科学部 教育センター

【はじめに】急性期の作業療法は、病状の安定とともに遷延化を防ぎ、心身の基本的機能を回復することを目的としている。今回、長期的に保護室を使用している症例に、「精神症状の軽減」「行動範囲の拡大」を目的に多職種で情報を共有しアプローチを行った。その結果を含め、以下の事例検討から、急性期作業療法の効果を検証する。本発表は刈谷病院での倫理審査のもと、症例より書面で承諾を得た。

【症例紹介】統合失調症と診断された40代男性。高校卒業後に土木関係、車の組み立てなどの仕事に就く。約7年間働き、退職する。退職後は無為自閉的で不規則な生活を送るようになった。当院には7回入退院を繰り返しており、今回入院してから約3年が経過している。また入院時から保護室を利用し、薬剤調整により一時的に症状が落ち着くことがあったが、再燃し保護室へ戻ることが3年間繰り返されている。症例の状態は激しい独語、徘徊、多飲水があり、興奮状態になると、易怒的となり、走り回り、飛び跳ねる。また、行動の制止をされると暴力がみられた。

【経過】多職種で構成されたメンバーでカンファレンスを行い、アプローチを行った。個別OTは開始から5か月が経過している。初期段階では、関係づくり、体力づくりを目的とし症例の好む身体活動を2週間の計3回実施し、評価を行った。その後、保護室に近い環境からオープンな環境に移行するために、活動室の隅を使用し、他患者が居らず、物音のしない、刺激の少ない場所で実施した。種目は、パーラービーズや寄木細工を行い、判断を要さず構成的で、結果のわかりやすいものを行った。次に病棟ホールの隅で同様の活動を行い、課題を同一し、環境を変化させた。

初期評価時で症例は、人の動きや音などの外界からの刺激に反応しやすく精神症状が前景化し、集中が困難であった。病棟レクでの塗り絵でも同様に、20分から30分間の活動を行うと不穏となり終了としていた。しかし、工程数が少なく繰り返しのある作業を行い、回数を重ねると、作業活動を1時間持続させる日もみられた。しかし、1時間前後からは変化がみられなくなり、飛び出し、暴力は減ってはいるが、なくなっていない。また陽性症状の影響も一部残存している。

【考察】初期評価時と比較し、症例の外界からの刺激に対する反応は、他患者が居るところで物音がしても、活動時間が迷惑行為なく延長している。現実感のある作業に取り組むことで、不要な外部刺激を遮断し、現実感・心身の基本的機能が回復したと考える。また、今後集団への参加が可能となるようパラレルな環境で集団内での作業を実施する必要があると考える。

キーワード：保護室・統合失調症・個別OT

C-5 認知能力障害モデルを用いて解釈した事例について

○青山 尚幸¹⁾、小嶋 沙織¹⁾、西村 博史²⁾、平川 貴³⁾、
甲斐 浩基⁴⁾

1) 豊田西病院、2) 笠寺精治療病院
3) 京ヶ峰岡田病院、4) 介護老人保健施設みどり

【はじめに】筆者が担当する病棟の朝の申し送りに参加するようになり、OT 場面では見られない入院患者の生活上の問題や、日々の病棟スタッフによる指導・援助の苦労が情報として入ってくるようになった。看護師の何気ない言葉に疑問を感じ、認知能力障害モデルを用いて解釈してみた。一事例についてその経過と結果について報告する。尚、今回の報告に際し本人の同意を得ている。

【事例紹介】70代女性。統合失調症。グループホーム入所を目標に関わってきたが、保護者の身体的事情から「退院は無理」と言われたことで本人があきらめてしまい断念。更にささいな怪我がきっかけで継続していた畑作業グループへの参加も減り、目標と生活の張りがなくなったためか活動意欲が低下してきた。その頃、日常生活において以前から尿取りパッドを使用し自己管理していた事例だったが、使用済みパッドを処分せず自室に放置したり、未使用パッドと混在させる等ずさんな管理をしていることが目立つという報告があった。看護師が本事例申し送りの合間に「最近認知がちょっと落ちているように感じる」と何気なく私見を述べた。そのため認知機能検査を実施してみたが HDS-R26 点、MMSE29 点と検査上大きな認知機能低下は見だせなかった。

【認知能力障害モデルによる評価と解釈】本事例は以前 Allen Cognitive Level (以下 ACL) を測定しておりその際 ACL4.2 であった。今回測定してみると ACL4.0 であり、大きなレベル低下はなかった。レベル4は課題遂行の際、明確な視覚情報を注意の大きな手がかりとする、問題が生ずるとその場しのぎでいくつか対応し処理をする等の特徴がある。このことから、本事例の認知機能は低下しているのではなく、おそらく活動意欲の低下により認知能力障害が目立って見えた。但しそれも以前からさほど大きく変化しているわけではないと筆者は解釈した。尿取りパッドの管理は ACL4 の特徴の使い方で改善の余地があると考えた。

【経過・結果・考察】尿取りパッドの件は、結局 OT が関わる前に看護の介入により自己管理から病棟管理となってしまった。活動意欲に関しては、畑作業から調理作業へ切り替え、現在は持ち直している。今回の件は、OT が入院中の ADL に介入するきっかけとなった。尿取りパッド以外にも多くのずさんな自己管理が発見された。特に衣類の数量管理が出来ず、十分な数量があるにもかかわらずすぐに補充訴えの連絡をしてしまい、そのことが保護者の負担になっていることもわかってきた。不定期に担当看護師が生活指導をしているが苦慮しているとのことであった。今後はまずこの部分に関して介入していき、事例本人と担当看護師の双方が、余分なストレスを抱えることなくできるだけ快適な日常生活を送れるよう環境調整できたらと考える。

キーワード：認知・ADL・統合失調症

D-1 サンディング動作時の肩関節周囲筋の分析 ～棘下筋と前鋸筋の働きに着目して～

○内藤 光祐, 岡嶋 雅史, 常富 宏哉
南生協病院 リハビリテーション科

【目的】 サンディング動作が肩関節周囲筋の筋力増強訓練として、効果的か筋電図学的に検討することである。

【対象】 整形外科の疾患のない健康成人男性8人(平均年齢 28.6 ± 5.3 歳)とした。対象者全員に本研究の目的と方法を説明し、同意を得た。

【方法】 測定筋は右の三角筋前部線維(AD), 上腕二頭筋長頭(BL), 上腕三頭筋(TB), 棘下筋(IS), 大胸筋(PM), 前鋸筋(SA)の6筋とし, Noraxon 社製筋電計 TelemetryG2 を用い, 表面筋電図をサンプリング周波数1500Hz で記録した。測定肢位は椅子座位とし, 測定はテーブルの傾斜角度0度及び30度での肩屈曲角度60度, 90度, 120度の6条件で行った。被験者には固定したハンドルを両手で把持して最大努力でサンディング動作をおこなう様に前方に押し出すよう指示し, 5秒間の等尺性収縮を行った。得られたデータは全波整流したのち中間3秒間の平均振幅を求め, MMT の肢位での最大等尺性収縮時の筋活動で正規化(%MVC)した。統計学的処理にはSPSS-Statistics18を用い, 反復測定による一元配置分散分析及びTukeyの多重比較を行い, 有意水準を5%未満とした。

【結果】 McDonagh の報告では筋力増強に効果的な負荷量(最大随意収縮)は, 65%MVC以上とされている。今回の結果からSAはテーブル傾斜0度肩屈曲60度以外の条件で常に65%MVCを超え, 角度間の有意差はなかった。特に肩屈曲90度と120度の際に70%MVC以上を示した。ADはテーブル傾斜30度肩屈曲60度, ISはテーブル傾斜30度肩屈曲120度の条件で65%MVCを超え, それぞれ肩屈曲60度と120度間で有意差を認めた。

【考察】 SAは肩屈曲60度と比べ90度と120度の条件でより高い%MVCを示した。これは肩屈曲60度と比較すると, 肩屈曲90度以上では肩甲骨の上方回旋が伴う為, SAの筋活動が高値になったと推察される。ADでは肩屈曲60度と比較すると, 90度以上では筋長が短縮位となるため筋活動が低値になったと推察される。ISではテーブル傾斜30度では肩屈曲60度と比べて120度で有意に筋活動が高かった。これは肩屈曲120度の方がISによる関節窩への上腕骨頭引きつけ作用が強く働くのと同時に, 肩甲上腕関節での屈曲をサポートしていると考えた。SAとISは主に肩甲骨と上腕骨の安定に必要とされており, 治療ターゲットとなる事が多い。その為, 効率的にその2筋の筋力増強訓練が行える事が望ましいと考える。今回の結果からSAとISが共に65%MVC以上が得られる条件はテーブル傾斜30度肩屈曲120度でのサンディング動作を用いた等尺性収縮で, 効率的な筋力増強訓練として有効である可能性が示唆された。

キーワード：サンディング・筋電図・肩周囲筋

D-2 脳卒中重度片麻痺患者に対する アームスリングの効果

○夏目 大輔, 小田 真徳, 芳沢 綾香, 廣瀬 健人
赤岩病院 リハビリテーション科

【目的】 脳卒中片麻痺を呈する患者には, 麻痺側上肢管理や疼痛軽減のためアームスリングを処方する場合があるがその効果は賛否両論である。今回, 脳卒中重度片麻痺患者に対し, アームスリング装着群(離床時のみ), 非装着群に分け, 麻痺の回復段階における麻痺側上肢のBrunnstrom Stage(以下BRS), 筋緊張, 疼痛, 肩関節亜脱臼距離の変化に着目し, アームスリングの有用性について研究を進めた。

【対象】 既往に脳卒中重度片麻痺を呈する当院回復期病棟入院患者10名。平均年齢72.7歳, 男性4名/女性6名, 右片麻痺7名/左片麻痺3名。対象者には研究内容について十分な説明を行い, 本人又は家族に同意を得た。

【方法】 装着群, 非装着群各5名ずつに分け, 対象者の上肢・手指BRS, MAS, 疼痛(肩関節屈曲における疼痛出現角度で比較検討), 亜脱臼距離について, 入院時/最終時評価を対応のないt検定を用いて比較検討した。有意水準は5%とした。ただし, 2群に分けた後の対象属性において, 手内筋のMAS値が非装着群の方で有意に大きかった。訓練内容は麻痺側上肢のROM訓練, 機能回復訓練, 高次脳機能訓練, ADL訓練を実施し, 最終評価時期は発症から4ヵ月後とした。

【結果】 BRSは, 非装着群にて, 手指有意に改善を認めた。麻痺側上肢機能レベルは, 両群ともに廃用手レベルに留まった。MASは, 最終と初期の2群間の比較で, 非装着群の方が有意に筋緊張が高かった為, 非装着群の方が筋緊張が高くなりやすいと考えられた。肩関節亜脱臼距離, 疼痛に関しては特に有意差を認めなかった。

【考察】 装着群では, 訓練やADL動作を行う際に麻痺側上肢への負担が軽減され, 反射的筋収縮が非装着群に比べ起きにくいと考えられる。非装着群では, 訓練やADL動作を行う際に反射的筋収縮により痙性拘縮が上肢屈筋パターンで進行する傾向にあったと考えられる。また常時下垂肢の状態になる事で, 末梢部に循環障害による関節拘縮が生じ, 手関節屈筋群・手内筋の抵抗感が強まり, MAS値が特に大きい傾向にあったと考えられる。しかし, 初期において非装着群の方が手内筋のMAS値が有意に大きく, 今回の研究からでは筋緊張に関して強い言及はできない。疼痛は, 初期から両群ともに肩関節亜脱臼を伴っており, インピンジメントを引き起こす事で出現したと考えられる。肩関節亜脱臼距離は有意差を認めなかった事で, 疼痛発生頻度にも有意差を認めなかったと考えられる。

【まとめ】 今回, 非装着群にてBRS手指の改善, 筋緊張増加を有意に認めた。しかし, アームスリングの装着の有無は, 麻痺側上肢機能レベル, 疼痛, 肩関節亜脱臼距離の改善には著明に影響しない事が示唆された。今回は身体機能面に着目したが, 今後は高次脳機能面も視野に入れて, 症例を増やし, 有用性を検討していきたい。

キーワード：Brunnstrom Stage・筋緊張・アームスリング

D-3 脳卒中片麻痺患者の肩装具作成を経験して ～上肢帯と姿勢との関連を考える～

○浅井 咲子, 戸嶋 和也, 北澤 純子, 森 奈美佳
偕行会リハビリテーション病院

【はじめに】脳出血を発症し、右片麻痺を呈した症例を担当した。右肩関節の亜脱臼により立位姿勢のアライメント不良をきたし、非麻痺側上肢の活動性が低下していた。その為、ADLに介助が必要で、日常生活において自己にて動くという機会を失っていた。少しでも自己にて動く機会を設ける為、機能を補えるように肩装具を作成した。上肢帯のアライメント不良に対し、肩装具を装着することでトイレでの下衣着脱動作が可能となった。動作分析を中心とした姿勢制御の考察を加えて報告する。なお、今回の報告に関しては対象者の同意を得ている。

【症例紹介】60代の男性。診断名：脳出血、障害名：右片麻痺、運動性失語。現病歴：2011年X月に脳出血発症し、その2日後に開頭血腫除去術施行、状態が落ち着いたため2011年X+2月に当院へリハビリ目的で転入院となる。身体機能：BRS右上肢Ⅱ～Ⅲ、手指Ⅱ、右上肢は全体的に低緊張も屈筋群に過緊張が混在しており、3～4cmの亜脱臼を呈していた。ADL：ベッド臥床が主体で、麻痺側の低緊張と不活動が遷延していた。FIMは全ての項目で介助を要しており、特にトイレ動作はFIM1点であった。下衣着脱時に立位で下方へリーチする際に右上肢の重さから胸郭が屈曲位となり、非麻痺側へ重心が偏位し、右下肢に荷重ができておらず、自己での下衣着脱が困難であった。コミュニケーションは失語の影響もあり、指示理解不十分で、トイレ動作の介助量がさらに増加していた。麻痺が重度であり、機能回復だけでは立位アライメント不良の改善が図れなかった為、症例に合わせて肩装具を作成した。

【結果】ラインサポーター(D & M社)を一部改良した肩装具を作成した。肩装具を装着することで右肩関節の亜脱臼の完全整復は困難であったが、亜脱臼が装着後1～2cmと改善が認められた。トイレ動作のFIM項目が5点へと点数が向上した。動作分析より、トイレでの下衣着脱動作において、肩装具装着後は、右上肢が下方へ落ち胸郭が屈曲位となることが軽減し、非麻痺側へ偏位していた重心が正中位へ近づき、左上肢の下方へのリーチが行えるようになった。

【考察】肩装具装着により、右肩関節亜脱臼の軽減が図れ、上肢帯周囲の筋収縮が得られ、立位動作のアライメントが改善した。さらに、上肢帯の重さが軽減したことにより、胸郭の伸展が得られ、立位場面での体幹伸筋群の賦活が見られた。その為、体幹の安定性が獲得でき、右下肢の支持性ができた。安定した支持面の獲得ができたことにより、リーチ範囲の向上へと繋がり、トイレの下衣着脱動作に必要な非麻痺側上肢のスムーズな運動を引き出すことができたと考えられる。

キーワード：肩装具・上肢帯・脳卒中

D-4 母指・示指に対するMP関節置換術を 施行した一症例の治療報告

○田口 真哉¹⁾, 小森 健司¹⁾, 矢崎 潔²⁾, 齋藤 好道³⁾

- 1) 医療法人愛整会 北斗病院 リハビリテーション室
- 2) 目白大学 保健医療学部 作業療法学科
- 3) 医療法人愛整会 北斗病院 整形外科

【はじめに】関節リウマチ(以下RA)による手指変形はさまざまな日常生活場面に影響を与える。特に母指と4指が織りなすつまみ動作をはじめとした物品把持への障害を引き起こす事となる。今回、母指・示指の変形に対する人工関節Swanson implant術後の施行し、“使える手”を目標に取り組んだRA患者への治療報告を述べる。なお、今回の発表に関して症例より快く承諾を頂いた。

【症例紹介】60歳代、女性、主婦、RA歴30年以上経過、生物学的製剤アクテムラ使用中。主訴：つまみ動作時の関節が外れるような痛み、力が入りにくい。関節可動域(自動)：母指掌側内外転(0°～35°)橈側内外転(0°～35°)MP関節(-20°～60°)示指MP関節(-15°～85°)ピンチ力：1.7kg 術前つまみ動作として、母指内転筋の短縮による内転位・示指はMP関節橈側副靭帯の緩みから不安定な尺側位によって横つまみに近い把持形態。

【作業療法】術後からの腫脹コントロールとして患手挙上の徹底、手指の等尺性運動を実施。2週経過後からdynamic splint開始。母指は対立位・回旋が伴うように2方向からの牽引。示指は伸展0°屈曲60°の可動性を許可し、橈側方向から牽引を設定。この条件下でつまみ動作の模倣運動を実施した。dynamic splint非装着時は、対立運動の獲得に向け、母指はCM関節可動性と母指内転筋短縮の改善を行い、示指はMP関節の外転位強化として橈側運動を第一背側骨間筋に意識を促しながら実施。ROMexは安定性・支持性を考慮し、機能的可動域を目標に実施した。術後8週から物品を使用したつまみ動作・ピンチ力強化を中心に行い、指腹つまみと横つまみの違いへの理解を促し、ADLへの参加を許可した。

【結果】関節可動域(自動)：母指掌側内外転(0°～40°)橈側内外転(0°～38°)MP関節(-25°～45°)示指MP関節(-20°～60°)ピンチ力：2.1kg 術後つまみ動作として、母指CM関節の可動性の向上と母指・示指MP関節の安定性向上から対立位での指尖・指腹つまみ動作が可能。ADLでは箸操作や趣味の切り絵などの巧緻性改善。

【考察】SWANSONらはつまみ動作を行う母指・示指に関して、術後の目標として可動性よりも安定性の重要性を述べている。そこで今回の術後セラピのポイントとして①母指CM関節の可動性改善とMP関節の安定性②示指MP関節の安定性・第一背側骨間筋強化が挙げられる。これらに対してdynamic splintでの運動方向・角度の調整をはじめとした訓練内容によって機能的関節可動域と支持性・安定性のある新たなMP関節となり、ADL上での使える手へとつなげる事が出来たと思われる。

キーワード：関節リウマチ・ハンドセラピー・機能再建

D-5 手根管症候群評価における Functional dexterity testの有用性

○志賀 茜¹⁾, 西川 智子¹⁾, 清水 亜衣¹⁾, 洪 淑貴²⁾,
堀井恵美子²⁾

1)名古屋第一赤十字病院 リハビリテーション科
2)名古屋第一赤十字病院 整形外科

【はじめに】手根管症候群は正中神経領域の疼痛・知覚障害を主訴とし、進行例では母指球筋の萎縮が出現し、手指巧緻性が低下する。今回、手指巧緻性を客観的に評価する方法である Functional dexterity test (以下 FDT) が手根管症候群患者の機能評価に有用か検討した。

【対象および方法】平成22年から平成23年に当院で手根管開放術を施行された9例(男性3例, 女性6例 平均年齢 73.3 ± 9.8 歳)を対象とした。手術側は右が6例, 左が3例, 利き手は全例右であった。手術前および術後6ヶ月時に Aaron (2003) の方法を用いて FDT 遂行時間を計測し、主観的 ADL の評価として NPO 法人ハンドフロンティアが作成した Hand20 を調査した。統計学的解析には対応のある t 検定及びスピアマンの順位相関係数を用い、有意水準は5%未満とした。なお、対象者には研究の趣旨を説明し、同意を得た。

【結果】FDT 遂行時間は術前 49.1 ± 36.1 秒, 6ヶ月時 34.2 ± 18.5 秒, Hand20は術前 33.7 ± 29.5 , 6ヶ月時 14.1 ± 18.7 で、いずれも有意に改善した ($p < 0.05$)。術後6ヶ月時の FDT 遂行時間と Hand20 は強い相関を示した (相関係数 0.75, $p < 0.05$)。FDT 遂行時間と Hand20 の一項目で、手指の巧緻性を示す『両手でボタンをかける動作』の評価点にも強い相関を認めた (相関係数 0.62, $p < 0.05$)。

【考察】手根管症候群の客観的評価法としては、知覚に対する Semmes-Weinstein テスト、筋萎縮に対するピンチ力測定などが挙げられるが、手指の巧緻性を総合的に評価する方法は汎用されていない。FDT は信頼性が高く、簡便で所要時間も短い検査法で、外来で容易に施行できた。FDT 遂行時間は主観的評価法である Hand 20 と同様に術後有意に改善し、特に巧緻動作項目と強い相関があった。FDT は手根管症候群患者の手指巧緻性の回復を客観的に評価する方法として有用である。

キーワード：巧緻性・手根管症候群・ADL

D-6 「重い・箸が使いにくい・食事が楽しめない手」から「気にならない手」に至った症例への上肢機能アプローチ

○玉腰 哲士

一宮市立木曾川市民病院

【はじめに】左放線冠梗塞後に右片麻痺を呈し、右上肢使用による動作反復訓練を実施するも、上肢不快感・ADL での上肢不使用が継続して認められた症例に対して、認知運動療法を実施した結果、上肢不快感が改善し ADL への汎化が認められた為、考察を加えて報告する。

【事例紹介】左放線冠にアテローム血栓性脳梗塞を発症し、右片麻痺を呈した60歳代右利きの女性。発症26日後にリハビリ目的にて当院入院し OT 開始。入院時評価では、Br.s 上肢・手指 V, 表在感覚正常範囲・深部感覚軽度鈍麻, STEF62点, HDS-R27点, FIM100点, TMT partA132秒・B325秒。ADL は、麻痺側上肢を使用時の食事・整容・トイレ動作が自立レベル。内部観察では、「こっちの手(麻痺側)を使うと重くて箸が使いづらい。食べる事に集中して味を楽しめない」等の上肢使用による負の情動を伴う訴えが認められた。尚、今回の報告に対し患者と家族から了承を得て、同意書に署名して頂いた。

【評価及び経過】発症26日経過では麻痺側上肢使用時の重量感・拳上時やリーチ動作時の動作時筋緊張や、代償動作が認められた。手指においても非麻痺側と比べて「重い」・「動かしにくい」という発言あり。上肢・手指の感覚は細分化されておらず、内部座標・外部座標における空間認識が低下していた。訓練として ADL での麻痺側上肢・手指反復訓練を代償動作が出ないように視覚・聴覚的フィードバックを用いて実施し、病棟内 ADL では麻痺側上肢手指の使用を促した。発症40日後、STEF62点、内部観察での(上肢不快感)変化を認めず、ADL での麻痺側上肢使用頻度が低下したため、認知運動療法を導入。55日後、上肢拳上時の動作時筋緊張抑制が向上、手指の表在・深部感覚が細分化され、「重さが気にならなくなった」という発言も認められた。また非麻痺側との比較も違和感が減少した。ADL では箸操作での不快感が減少し、「食事が楽しめるようになった」との発言が認められたが、他 ADL での麻痺側上肢の「重さ」・不使用は継続、リーチ動作時の筋緊張は残存。発症88日後、STEF70点、体幹・肩・肘の空間認識向上、リーチ動作に伴う動作時筋緊張抑制が可能となる。ADL では、食事・整容・トイレ動作等の場面において麻痺側上肢の使用頻度向上。発症101日後、STEF83点・FIM121点にて動作時筋緊張軽度残存した状態にて自宅退院となる。

【考察】症例は注意機能・空間知覚が低下し、身体図式・運動イメージ(予測)が障害され、予測と実際の動作との差異が生じたと考察される。これにより麻痺側上肢使用による負の情動が生じ、ADL での不使用に至ったと考察される。そのため、異種感覚統合を伴う情報量を狭小化した訓練により、身体図式の再構築・それを基盤にした運動イメージが構築され、今回の結果に至ったと考察される。

キーワード：(認知運動療法)・(内部観察)・(ADL への汎化)

機器展示企業・協賛一覧（順不同，申込順）

機器展示

NPO 法人 福祉工房あいち

ニック株式会社

株式会社ガリバー

協 賛

愛知県厚生連 尾西病院

医療法人生寿会 五条川リハビリテーション病院

医療法人 すばるクリニック

医療法人尾張健友会 千秋病院

愛知県厚生連 江南厚生病院 リハビリテーション技術科

本学会の開催にあたり，皆様より多数のご協力を賜りました。
ここに深甚なる感謝の意を表します。

第20回愛知県作業療法学会

学会長 吉田 慎一

第20回愛知県作業療法学会 運営組織

学 会 長	吉田 慎一	江南厚生病院	
副 学 会 長	竹本あゆみ	五条川リハビリテーション病院	(第1会場統括)
実行委員長	三島 友美	江南厚生病院	
企 画 委 員	野田 浩志	上林記念病院	(第3会場統括)
	奥村 昌弘	尾西病院	(第2会場統括)
	今井 和孝	犬山中央病院	
学 術 部 長	廣瀬 由香	江南厚生病院	
演 題 採 否	桑野 洋之	一宮市立木曾川市民病院	
	森本 雅之	鵜飼リハビリテーション病院	(第4会場統括)
	窪 優太	東海記念病院	
運 営 部 長	江端 梨紗	江南厚生病院	
広 告 展 示 係	尾崎 猛	済衆館病院	(第5会場統括)
受 付 係	市橋有希子	千秋病院	(受付統括)
接 待 係	寺澤 常保	津島市民病院	
事 務 局	中野 有貴	江南厚生病院	
財 務 係	北村 彰浩	江南厚生病院	
運営協力施設 (五十音順)	一宮市立木曾川市民病院 一宮市立市民病院 一宮西病院 犬山中央病院 岩倉病院 鵜飼リハビリテーション病院 上林記念病院 江南厚生病院 五条川リハビリテーション病院 済衆館病院 佐藤病院 総合大雄会病院 千秋病院 津島市民病院 東海記念病院 尾西記念病院 尾西病院 老人保健施設やすらぎ		

編集後記

「臨床研究」は作業療法を見つめ・伝える手段の一つです。じっくり自身の臨床を振り返ることで、様々な気付きがあり、試行錯誤を繰り返します。私は、その作業こそが自身のスキルアップにつながるのではないかと感じています。教育セミナーをきっかけに、臨床研究を実践される作業療法士が少しでも多くなればと思っております。

また市民公開講座は、福祉工房あいちの加藤源重さんをお招きしております。障がいを負い、様々な苦難を乗り越え今を生きている源重さんのお話からは、本当に多くのことを学ぶことができ、気付かされることがあると思います。多くの方に参加して頂きたい講演です。

最後に、本学会開催にあたり、ご理解とご支援をいただきました多くの団体・施設にこの場をお借りして深謝申し上げます。また、学会の運営にご協力、ご尽力をいただきました諸先生方、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 三島 友美

(愛知県厚生連 江南厚生病院)

表 紙

製 作：株式会社セカンド

主 旨：空に架かる希望の虹を、キャッチボールをしている手に形取り、投げ合うボールで「伝えよう」のメッセージを表現しました。

第20回愛知県作業療法学会

会 長：吉田 慎一

事務局：愛知県厚生連 江南厚生病院 リハビリテーション技術科
〒483-8704 愛知県江南市高屋町大松原137番地
TEL：0587-51-3333 FAX：0587-51-3300

出 版： 学術集会専門出版社
株式会社セカンド

〒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