

The 32nd Kinki Occupational Therapy Congress

第32回 近畿作業療法学会

脳の機能と作業療法

会 期 ◆ 2012年10月6日(土)・7日(日)

会 場 ◆ 大阪国際交流センター

主 催 ◆ 近畿作業療法士連絡協議会

担 当 ◆ 社団法人 大阪府作業療法士会

学会長 ◆ 高畑 進一

大阪府立大学 地域保健学域
総合リハビリテーション学類 作業療法学専攻

第32回近畿作業療法学会
参加申し込み

申し込み方法

本学会の受付は当日に行います。事前登録はございません。

お 願 い

- 予めご記入の上、当日受付にてご提出下さい。
- 下記の該当する□をチェックしてください。

☐ 正会員 OT 近畿2府4県の 各作業療法士会員 5,000 円 (抄録代込み)	☐ 非会員 OT 左記に該当しない 作業療法士 7,000 円 (抄録代込み)	☐ 他 職 種 5,000 円 (抄録代込み)	☐ 学 生 1,000 円 (抄録代別)	☐ 一 般 当事者もしくは ご家族など 1,000 円 (抄録代別)
ふりがな 氏 名			会員番号	
所 属				
士 会 名				

ご 注 意

- 近畿2府4県の各作業療法士会の方々は会員証をお忘れなくご持参・ご提示ください。
会員証の提示がない方は非会員 OT の扱いになりますので、予めご了承ください。
- 近畿2府4県の OT 会員であり、かつ学生(学部生・大学院生)の方は、正会員としての参加費をお支払いください。
- 近畿2府4県の各府県士会に所属されていない方々は非会員 OT 代金とさせていただきます。
- 学生の方は、学生証をご提示ください。

会員証をお忘れなくご持参ください

平成24年9月1日

病 院 長 殿
施 設 長 殿

近畿作業療法士連絡協議会

第32回近畿作業療法学会

学会長 高畑 進一



第32回近畿作業療法士学会の出張許可について（依頼）

謹 啓

時下益々ご清栄のこととお喜び申し上げます。

平素より、近畿作業療法士会連絡協議会の活動につきまして格段のご理解、ご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さてこの度、第32回近畿作業療法士学会を下記の要綱にて開催する運びとなりました。

つきましては、貴施設の作業療法士 殿の学会出張に際し、格別のご高配を賜りますよう謹んでお願い申し上げます。

謹 白

記

開催日時：平成24年10月6日（土）

7日（日）

テ ー マ：脳の機能と作業療法

内 容：①教育講演Ⅰ，Ⅱ，Ⅲ

②シンポジウム

③一般演題

会 場：大阪国際交流センター

〒543-0001 大阪府大阪市天王寺区上本町8-2-6

TEL：06-6772-5931

<事 務 局>

大阪府立大学 地域保健学域

総合リハビリテーション学類 作業療法学専攻

〒583-8555 大阪府羽曳野市はびきの3-7-30

TEL：072-950-2111（代表） FAX：072-950-2129

The 32nd Kinki Occupational Therapy Congress

第32回 近畿作業療法学会

脳の機能と作業療法

会 期◆2012年 10月6日(土)・7日(日)

会 場◆大阪国際交流センター

学会長◆高畑 進一

大阪府立大学 地域保健学域
総合リハビリテーション学類 作業療法学専攻

主 催◆近畿作業療法士連絡協議会

担 当◆社団法人 大阪府作業療法士会

後 援◆大阪府

社団法人 大阪府医師会
公益社団法人 大阪府看護協会
社団法人 大阪府理学療法士会
大阪府言語聴覚士会
社団法人 大阪介護支援専門員協会
社団法人 大阪社会福祉士会
社団法人 大阪介護福祉士会
社団法人 大阪府病院協会
一般社団法人 大阪精神科病院協会
公益社団法人 大阪介護老人保健施設協会
社会福祉法人 大阪府社会福祉協議会
一般社団法人 日本作業療法士協会

第32回 近畿作業療法学会 事務局

〒583-8555 大阪府羽曳野市はびきの3-7-30
TEL: 072-950-2111

INDEX

実 施 要 綱	1
学会長挨拶	3
参加者の皆様へ	4
座長（口述・ポスター共通）の皆様へ	6
演者の皆様へ	6
表彰について	8
会場への交通案内	9
会 場 案 内	10
学会日程表	12
プログラム	13
教 育 講 演	25
シンポジウム	31
一 般 演 題	37
第32回近畿作業療法学会実行委員	135

実 施 要 項

会 期 10月6日(土)・10月7日(日)

会 場 大阪国際交流センター
〒543-0001 大阪府大阪市天王寺区上本町
TEL：06-6772-5931

学 会 長 高畑 進一
大阪府立大学地域保健学域総合リハビリテーション学類作業療法学専攻

テ ー マ 脳の機能と作業療法

事 務 局 〒583-8555 大阪府羽曳野市はびきの3-7-30
大阪府立大学 地域保健学域総合リハビリテーション学類
作業療法学専攻内
第32回近畿作業療法学会 事務局
Email：kinot32@gmail.com
URL：http://kinot32.umin.jp/index.html

- 会期中の連絡先
大阪国際交流センター
TEL：06-6772-5931(代表)
FAX：06-6772-7600
Email：kinot32@gmail.com
事務局長：日垣 一男
(大阪府立大学地域保健学域総合リハビリテーション学類)

学会長挨拶

第32回近畿作業療法学会の開催にあたって

近畿作業療法学会のご挨拶

第32回近畿作業療法学会
学会長 高畑 進一



平成24年10月6日(土)、7日(日)、大阪国際交流センター(大阪市天王寺区上本町)にて第32回近畿作業療法学会を開催いたします。本学会の開催にあたり、近畿各県作業療法士会の会員ならびに関係諸団体の皆様には多大なご支援を賜り、心より感謝申し上げます。

本学会は近畿2府4県の作業療法士会が構成する近畿作業療法士連絡協議会が主催する学術会議であり、今回で32回目を迎えます。現在、近畿2府4県の作業療法士数は約4,900人にまで増加し、活躍する領域や場も拡大してきました。これに伴い、作業療法士が果たすべき役割、社会的責任も増大し、より高度で専門的な知識・技術が求められています。

本学会のメインテーマは“脳の機能と作業療法”です。これは、「人の生活機能に深くかかわる作業療法士がより効果的な作業療法を実践するには、認知と行為の基盤である脳を知ることが不可欠」「脳の機能理解は、精神、身体、発達、老年、地域などの対象領域の枠を超えた作業療法実践を可能にする」との思いから設定したものです。

このため、教育講演には、リハビリテーション医である川平和美氏、精神科医である宮口幸治氏、認知心理学分野の研究者である乾敏郎氏をお迎えし、最新の知見や実践の効果についてお話しいたします。

また、シンポジウムでは3名の作業療法士(宮口英樹氏、岩永竜一郎氏、大野宏明氏)の実践を通して、「脳の機能と今後の作業療法」について共に考える機会を持ちたいと考えています。

演題数も口述発表、ポスター発表を合わせて94題を予定しています。是非、多数の会員の皆様にご参加いただき、多くの学びを得ていただきたいと思います。

最後に、本学会での2日間が皆様にとって有意義な時間となることを心より願っております。

参加者の皆様へ

1. 学会参加費について

正会員 OT	非会員 OT	他 職 種	学 生	一 般
近畿2府4県の 各作業療法士会員	左記に該当しない 作業療法士			当事者もしくは ご家族など
<u>5,000 円</u>	<u>7,000 円</u>	<u>5,000 円</u>	<u>1,000 円</u>	<u>1,000 円</u>
(抄録代込み)	(抄録代込み)	(抄録代込み)	(抄録代別)	(抄録代別)

- ・事前登録はありません。
- ・近畿2府4県の各作業療法士会の方々は会員証をお忘れなくご持参・ご提示ください。会員証の提示がない方は非会員 OT の扱いになりますので、予めご了承ください。
- ・近畿2府4県の OT 会員であり、かつ学生(学部生・大学院生)の方は、正会員としての参加費をお支払いください。
- ・近畿2府4県の各府県士会に所属されていない方々は非会員 OT 代金とさせていただきます。
- ・学生の方は、学生証をご提示ください。

2. 学会参加受付について

【受付会場】1階アトリウム総合受付(詳細は P10 の配置図をご覧ください)

【受付時間】10月6日 12:00～16:00
10月7日 9:00～14:30

【受付方法】

- ・受付に、本プロフラム集に綴じ込まれている「参加申し込み」に必要事項をご記入の上、「平成24年度会員証(近畿2府4県士会の会費納入シールを添付)」を提示し、参加費をお支払いください。参加費はおつりのないようにご用意ください。引き換えに領収書兼ネームカード、ネームホルダーおよび学会参加ポイントシール(会員 OT のみ)をお渡しします。
- ・ネームカードに氏名、所属を記入しホルダーに入れて首から提げてください。また、学会参加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. レセプションについて

【受付会場】1階アトリウム総合受付(レセプション受付)

【受付時間】10月6日 12:00～16:00

【会 費】5,000 円

【場 所】3階 銀杏

4. 会場内での注意

【ネームカードの携帯について】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。ネームカードが確認できない場合は、会場への入場をお断りいたします。

【クロークについて】本学会ではクロークを設けておりません。

【携帯電話の使用について】会場内では、携帯電話の電源を切るか、マナーモードでご利用ください。また、会場内での通話をご遠慮ください。ただし、学会役員・実行委員は運営上使用する場合があります。

【撮影、録音について】会場内での録音、写真、ビデオ撮影等は、撮影が許可されている一部のポスターを除き、著作権保護・患者様のプライバシー保護の理由により関係者の記録用以外禁止されています。

【質疑応答について】質問・発言をされる方はあらかじめマイクの前で待機の上、座長の指示に従い、所属・氏名を述べてからご発言ください。また、発言は簡素にお願いします。

5. 昼食について

会場内で昼食はとれません。隣接もしくは近隣のレストランをご利用ください。

6. 閉会式および学会長表彰

本学会の閉会式において、優れた発表を行った会員に対して学会長表彰を行います。多数の方にご参加いただけますようお願い申し上げます。

座長(口述・ポスター共通)の皆様へ

【口述発表】

担当セッションの開始30分前までに、アトリウム総合受付の座長受付にお越しください。
また、担当セッションの開始10分前までに、会場内の「次座長席」で待機をお願いします。
なお、プログラムの進行には、十分ご配慮いただきますようお願いいたします。

【ポスター発表】

担当セッションの開始30分前までに、アトリウム総合受付の座長受付にお越しください。
また、担当セッションの開始10分前までに、会場内の担当セッションポスター前にて待機いただきますようお願いいたします。
なお、プログラムの進行には、十分ご配慮いただきますようお願いいたします。

演者の皆様へ

【口述発表】

1. 口述発表の環境・手続き

- 1) 映写面は各会場ともに1面です。
- 2) 会場でご用意しているパソコンの OS およびアプリケーションは以下のとおりです。
 - ① OS : Windows 7
 - ② アプリケーション : Power Point 2007/2010
- 3) 発表データはメディア (CD-R または USB メモリー) にてお持ち込みください。バックアップとして予備のデータもお持ちください。
- 4) 発表に使用する PC 解像度は全て XGA (1024 × 768) に統一していますので、ご使用の PC 解像度を XGA に合わせてからレイアウトの確認をしてください。
- 5) フォントは OS 標準のみご使用ください。
※ MS ゴシック、MSP ゴシック、MS 明朝、MSP 明朝、Arial、**Arial Black**、Century、Century Gothic、Times New Roman
- 6) 作成されたデータは、事前に作成した PC 以外で動作確認をしてください。
- 7) 発表データの保存ファイル名は、「(演題番号) (氏名)」としてください。
(例：一般13大阪太郎)
- 8) メディアを介したウイルス感染の事例がありますので、最新のウイルス駆除ソフトでチェックしてください。
- 9) お預かりしたデータは発表終了後、事務局が責任を持って消去いたします。

2. 口述発表の受付

- 1) アトリウムの総合受付の演者受付にて学会参加受付を必ず先に行ってください。学会参加受付を済ませた後に、PC 受付にて発表受付を済ませ、PC 受付にある PC に発表データをコピーし、動作確認を行ってください。発表データの受付と動作確認は、発表開始30分前までに行ってください。なお、PC 受付では修正・変更はできませんのであらかじめご了承ください。
- 2) 発表受付の際に、OT 協会生涯教育ポイントシールの発表者分をお渡しします。
- 3) 事務局への発表データの事前発送は受け付けておりません。

3. 口述発表方法

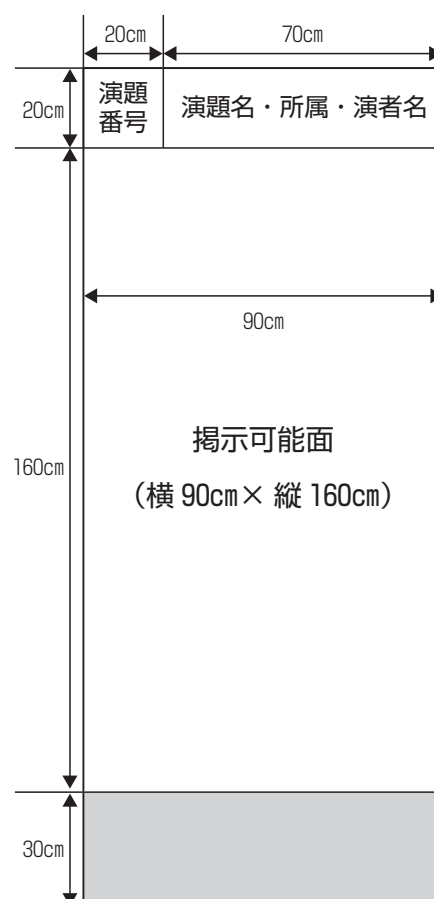
- 1) 演題発表時間は7分です（発表終了1分前に黄ランプ、終了時に赤ランプが点灯いたします）。
- 2) 発表は全て Power Point による PC プレゼンテーションです。
前演者の発表が始まりましたら、会場内の「次演者席」で待機をお願いします。
発表は、演台上にセットされているモニター・キーボード・マウスを使用してご自身で操作してください。
- 3) 発表者ツールはご利用いただけません。

【ポスター発表】

1. ポスターの掲示・撤去方法

- 1) ポスターの掲示は、10月6日（土）・7日（日）のうち1日を設定しています。1日ごとの貼り替えとなりますのでご注意ください。
- 2) ポスターの貼り付けは10月6日（土）は12:00～13:00、10月7日（日）は9:00～9:30に行ってください。必ず演題受付を済ませ、貼り付け時間内に作業を行ってください。円滑な学会運営のため、ご協力のほどよろしくお願いいたします。
- 3) 事務局では、210cm×幅90cmの掲示パネルをご用意いたします。1つの掲示パネルに1演題のポスターを掲示していただきます。右図を参照して、パネルの企画にしたがって演題・所属名・演者名、発表内容のポスターをご用意ください。なお、文字サイズ、フォントの種類、図表、写真等の枚数は特に定めませんが、必ず指定したサイズ内に収まるように作成してください。

演題ごとに縦20cm 横20cmの演題番号と貼付用の画鋲は事務局でご用意いたします。



- 4) ポスターの撤去は、10月6日(土)は17:00～17:30、10月7日(日)は16:00～16:30となっており、撤去の時間を過ぎても掲示してあるポスターは学会事務局にて処分いたします。

2. ポスター発表の受付

- 1) アトリウムの総合受付の演者受付にて学会参加受付を必ず先に行ってください。学会参加受付を済ませた後に、指定時間(10月6日(土)は12:00～13:00、10月7日(日)は9:00～9:30)までにポスター会場にて、ポスター発表受付の手続きを行ってください。
- 2) ポスター発表受付の際に、①掲示方法の説明、②発表時間の確認、③写真撮影可否の確認などの手続きを行います。
- 3) ポスター発表受付の際に、OT 協会生涯教育ポイントシールの発表者分をお渡しします。

3. ポスター発表の方法

- 1) ポスター発表はセッション形式で行います。各セッションには座長がつき、指定時間に会場にてディスカッションしていただきます。
- 2) 発表者は各自のセッション開始10分前までに、ポスター前で待機して下さい。
- 3) 発表時間7分、質疑応答3分です。終了1分前と終了時に合図します。

表彰について

本学会では、優秀な演題について賞を設定し表彰いたします。

学会長賞(10名うち5名は作業療法士免許取得から5年以内の方とします)

学会長賞とは、本学会で採択された演題の中で優れた演題に贈られる賞です。

【審査対象】

本学会で採択された「全ての演題」を対象とします。

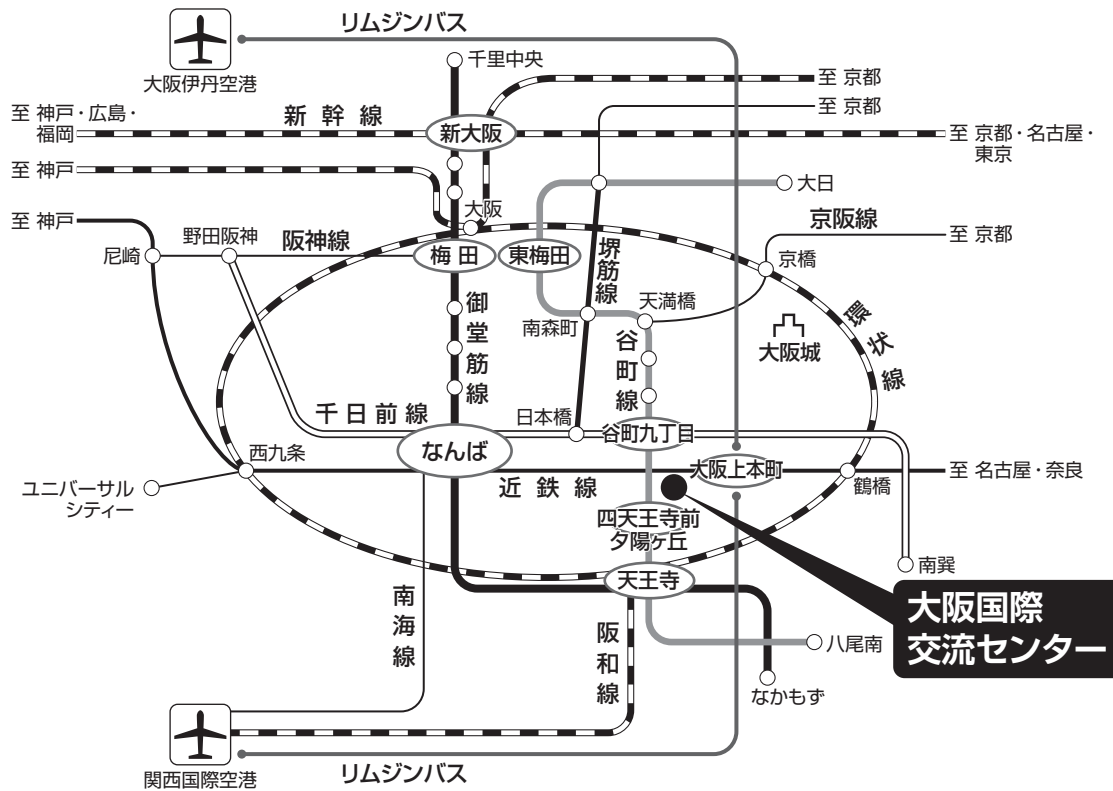
【審査方法】

本学会のテーマである、「脳機能と作業療法」に沿った、優れた演題を選定します。その際の手続きは本学会の選定基準に基づき実施し、かつ、厳正な審査の上決定します。

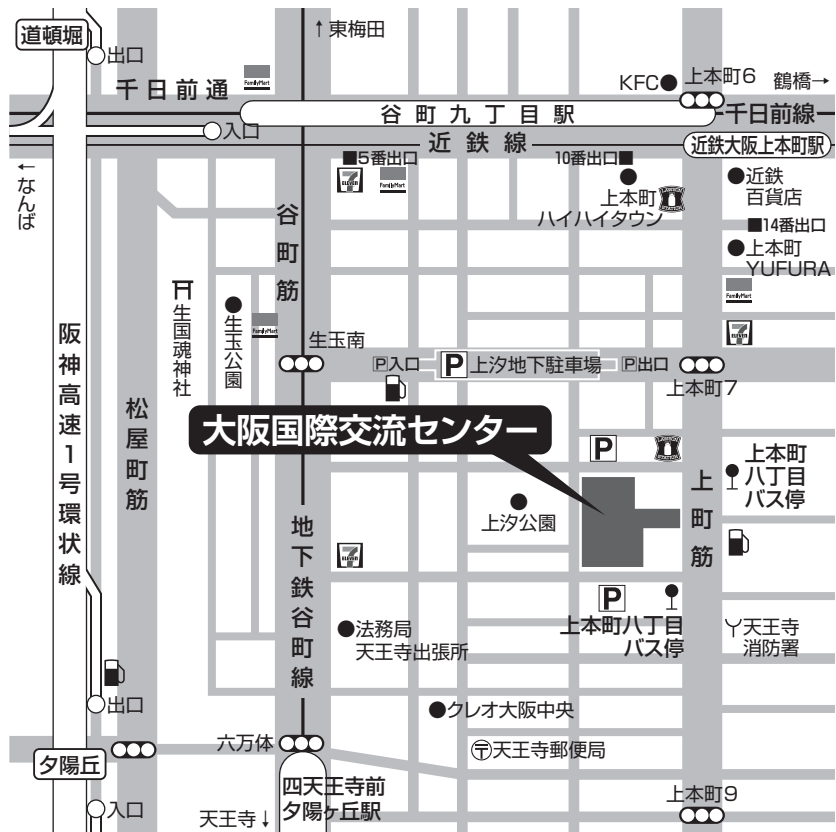
【発表・表彰】

受賞者の発表と表彰は閉会式で行います。

会場への交通案内

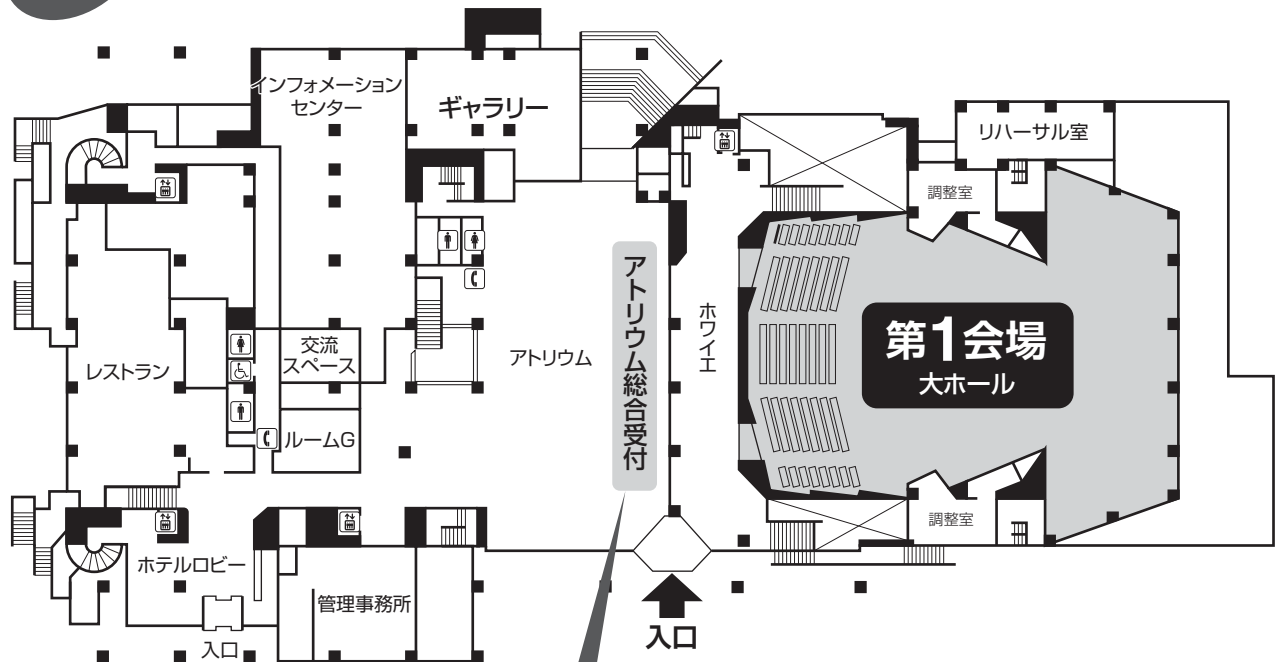


- **近鉄**
「上本町」駅徒歩5分
- **地下鉄**
谷町線・千日前線
「谷町九丁目」駅
⑤号または近鉄⑩号出口
..... 徒歩10分
- 谷町線
「四天王寺前夕陽ヶ丘」駅
①号または②号出口
..... 徒歩10分
- **市バス**
「上本町八丁目」バス停
.....徒歩1分



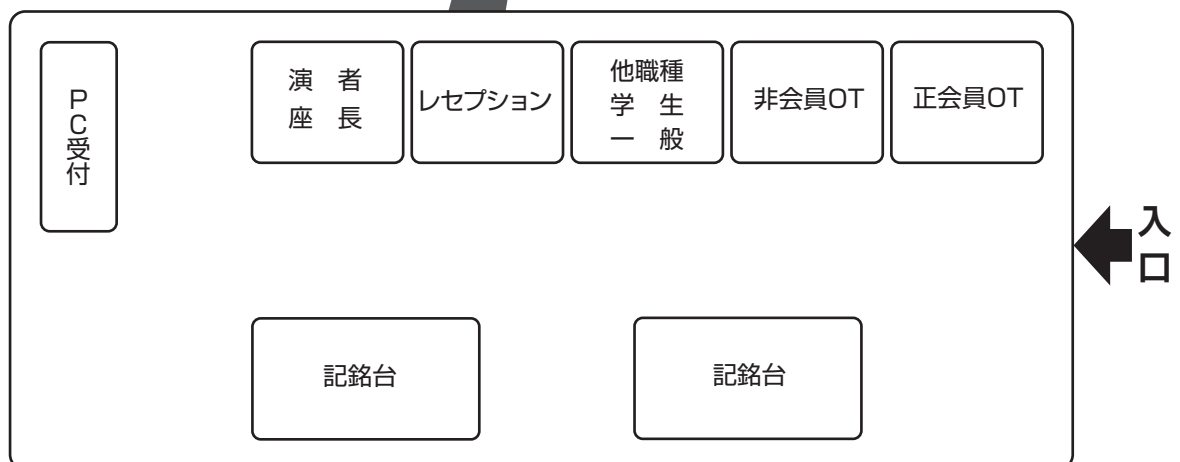
会場案内

1F

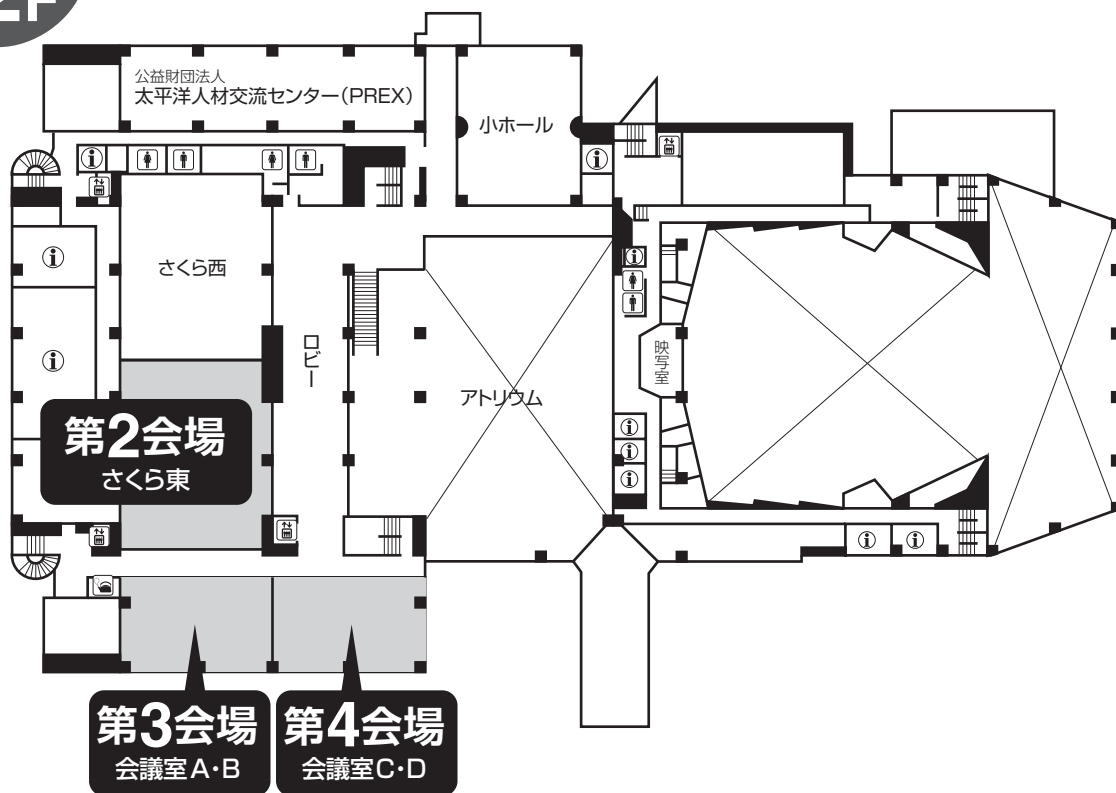


アトリウム総合受付 配置図

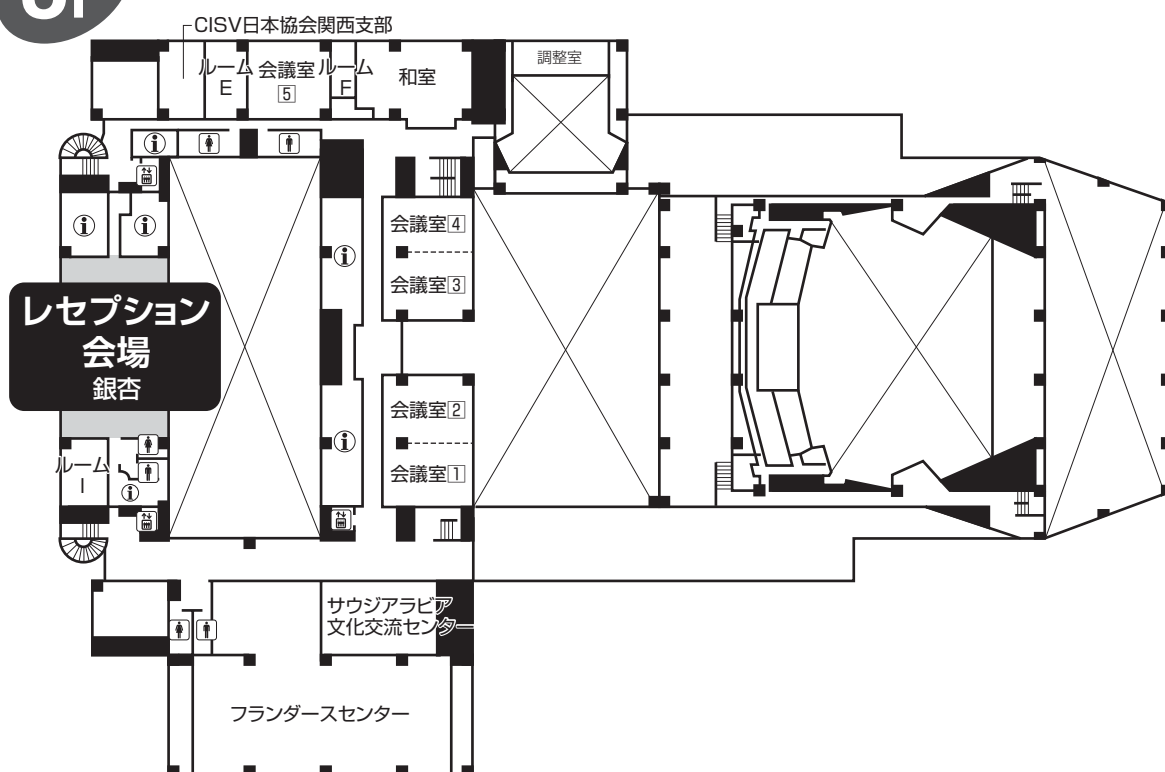
ホワイエ側



2F



3F



1日目 2012年 10月 6日 土

第1会場 1F 大ホール

第2会場 2F さくら東

第3会場 2F 会議室A・B

第4会場 2F 会議室C・D

12:00	12:00～13:00 受 付			
13:00	13:00～ 開会式 学会長挨拶			
14:00	13:30～14:20 口述 1 感覚・運動・中枢神経の障害 1	13:30～14:20 口述 2 認知機能(高次脳機能障害を含む) 1	13:30～14:20 ポスター 1 精神障害・心理 1	13:30～14:20 ポスター 2 骨筋・末梢神経の障害
15:00	14:30～16:00 教育講演 I 促通反復療法(川平法) の理論と治療成績 川平 和美 鹿児島大学大学院	14:30～16:00 教育講演 II 認知行動療法と認知・ 作業トレーニングの融合 ～発達障害、精神障害への包括的支援～ 宮口 幸治 宮川医療少年院		
16:00	16:10～17:10 口述 3 疾病 その他	16:10～17:00 口述 4 中枢 2	16:10～17:00 ポスター 3 発達障害 2	16:10～17:00 ポスター 4 治療的作業 1
17:00				
18:00	17:30～19:30 レセプション 会場:3F 銀 杏			
19:00				

2日目 2012年 10月 7日 日

第1会場 1F 大ホール

第2会場 2F さくら東

第3会場 2F 会議室A・B

第4会場 2F 会議室C・D

9:30	9:30～10:20 口述 5 認知機能(高次脳機能障害を含む) 2	9:30～10:20 口述 6 知的機能 サービス	9:30～10:20 ポスター 5 精神障害・心理 2	9:30～10:20 ポスター 6 その他
10:00				
11:00	10:30～12:00 教育講演 III 認 知 - 行為を支える脳のしくみ 乾 敏郎 京都大学大学院			
12:00				
13:00	12:30～13:20 口述 7 認知機能・治療的作業	12:30～13:20 口述 8 セルフケア	12:30～13:20 ポスター 7 教 育	12:30～13:20 ポスター 8 治療的作業 2
14:00	13:30～14:20 口述 9 発達障害 1	13:30～14:20 口述 10 精神障害	13:30～14:20 ポスター 9 感覚・運動・中枢神経の障害 2	13:30～14:20 ポスター 10 援助機器・サービス
15:00	14:30～16:00 シンポジウム 脳の機能と今後の作業療法 宮口 英樹 広島大学 大野 宏明 川崎医療福祉大学 岩永 竜一郎 長崎大学			
16:00	16:10～16:30 閉会式			

プログラム

教育講演Ⅰ 10月6日 14:30～16:00

第1会場

司会：佐野 恭子（兵庫医療大学）

〔 促通反復療法（川平法）の理論と治療成績 〕

川平 和美 鹿児島大学大学院

教育講演Ⅱ 10月6日 14:30～16:00

第2会場

司会：吉田 文（大阪保健医療大学）

〔 認知行動療法と認知・作業トレーニングの融合 ～発達障害、精神障害への包括的支援～ 〕

宮口 幸治 宮川医療少年院 法務技官 精神科医

教育講演Ⅲ 10月7日 10:30～12:00

第1会場

司会：酒井 浩（京都大学）

〔 認知－行為を支える脳のしくみ 〕

乾 敏郎 京都大学大学院情報学研究科 教授

シンポジウム 10月7日 14:30～16:00

第1会場

司会：高畑 進一（大阪府立大学）

〔 脳の機能と今後の作業療法 〕

S-1 日常生活場面の観察と脳の機能解剖を生かす

宮口 英樹 広島大学大学院医歯薬保健学研究院 教授

S-2 “脳の機能と今後の作業療法”を考える

大野 宏明 川崎医療福祉大学 医療技術学部 リハビリテーション学科 講師

S-3 発達障害児の脳機能障害と作業療法

岩永 竜一郎 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科 准教授

一般演題

10月6日(土)

口述1 13:20～14:20

第1会場

[感覚－運動・中枢神経の障害1]

座長：大瀧 誠(神戸学院大学)

0-01 姿勢制御に着目したアプローチにより更衣動作の質が改善した一例

入江 泰司 社会医療法人大道会 森之宮病院

0-02 CI療法の適応基準を満たさなかった症例に対する手指装具を用いたmodified CI療法の試み

天野 暁 特定機能病院 兵庫医科大学病院

0-03 アルツハイマー型認知症患者の巧緻動作の特徴 ―Preshapingに着目して―

田丸 佳希 医療法人守田会 いぶきの病院、大阪府立大学大学院 総合リハビリテーション学研究科

0-04 トランスファーパッケージが上肢機能の改善をより促進した一例

梅地 篤史 兵庫医科大学病院 リハビリテーション部

口述2 13:20～14:20

第2会場

[認知機能(高次脳機能障害を含む)1]

座長：山崎 せつ子(兵庫医療大学)

0-05 重複記憶錯誤の作業療法の経験 ―「自分の部屋があっちにもある！」―

田中 寛之 医療法人晴風園 今井病院、大阪府立大学大学院 総合リハビリテーション学研究科

0-06 急性期病院での退院転帰における作業療法士の役割 ～見逃されやすい高次脳機能障害の問題について～

鈴木 雄介 近畿大学医学部附属病院 リハビリテーション部

0-07 健常者における誤動作への反応 ―視覚刺激による事象関連電位を用いて―

亀田 彬宣 社会医療法人大道会 森ノ宮病院

0-08 女性高齢者の認知機能と身体機能との関連 ―当院入院患者を対象とした検討―

谷口 夏美 社会福祉法人京都博愛会 京都博愛会病院

0-09 奥行き知覚の改善によって段差が視覚的に捉えやすくなった症例

松井 渉 社会医療法人大道会 ボバース記念病院

0-10 呼吸器疾患に対する当院での取り組み

松原 加奈 医療法人恵生会 恵生会病院 リハビリテーション科

**0-11 疾患に関係なく簡便に評価できる下肢機能評価法の検討
— 虚弱高齢者用 10 秒椅子立ち上がりテスト (Frail CS-10) の紹介 —**

佐藤 光美 社会福祉法人京都博愛会 京都博愛会病院

0-12 自立支援、主体性を目指したデイサービス開設に向けた取り組み

井戸 孝則 株式会社 メディケア・リハビリ

0-13 心不全と多発性脳梗塞を合併した片麻痺患者に対して促通反復療法を行った一症例

船渡 勝弘 公益財団法人白浜医療福祉財団 白浜はまゆう病院

0-14 発症後2年経過した脳梗塞片麻痺患者に対する振動刺激の痙攣抑制効果

神谷 克二 公益財団法人白浜医療福祉財団 白浜はまゆう病院

0-15 糖尿病教育入院患者における作業療法士の関わりについて

石原 拓郎 社会医療法人愛仁会 高槻病院 技術部 リハビリテーション科 作業療法部門

**0-16 脳卒中片麻痺患者に対する上肢機能へのアプローチの経験
～身体認識から運動プログラムの再獲得～**

菱沼 孝文 奈良県総合リハビリテーションセンター

0-17 2回目の CI 療法を施行した一症例

橋本 一希 滋賀県立成人病センター

0-18 脳卒中急性期に重度意識障害を呈す患者が何を感じ、考えているのか

押領司 和代 大阪府立大学 地域保健学域 総合リハビリテーション学類、
医療法人さくら会 さくら会病院

0-19 家族の評価導入による当院療法士の家族指導の変化

兼田 敏克 関西リハビリテーション病院、大阪府立大学大学院 総合リハビリテーション学研究科

0-20 CI 療法適応外への Transfer Package 効果の検討

田代 和也 医療法人吉栄会 吉栄会病院

10月7日(日)

口述5 9:30～10:20

第1会場

[認知機能 (高次脳機能障害を含む) 2]

座長：中岡 真弘 (堺市健康福祉プラザ)

0-21 姿勢の違いが脳梗塞患者の半側空間無視検査へ及ぼす影響

尾中 準志 西宮敬愛会病院

0-22 失行患者が電動髭剃りをうまく使えるまで
～認知神経リハビリテーション治療に職業歴、関心事を治療道具に加えて～

本田 慎一郎 守山市民病院

0-23 失行症に対するリハビリテーション ～認知理論に基づく解説・変換課題の検証～

浅田 純一 摂南総合病院 認知神経リハビリテーションセンター

0-24 多発性脳梗塞により視覚性運動失調を呈した症例へのアプローチの経験
～視覚情報と体性感覚情報の統合を目指して～

矢野 未来子 社会福祉法人奈良県社会福祉事業団 奈良県総合リハビリテーションセンター

0-25 急性期病院からの復学支援
～脳腫瘍摘出後にゲルストマン症候群を呈した中学生を通して～

草野 佑介 京都大学医学部附属病院 リハビリテーション部

口述6 9:30～10:20

第2会場

[知的機能 サービス]

座長：石川 健二 (大阪河崎リハビリテーション大学)

0-26 介護者へ BPSD の対処法を指導し介護負担感が軽減された重度認知症の一事例

岡田 佳子 医療法人晴風園 今井病院

0-27 MCI における視覚性記憶が手の器用さに及ぼす影響

石川 健二 大阪河崎リハビリテーション大学

0-28 スウェーデンの認知症作業療法士の福祉用具の活用

東 泰弘 特定医療法人有隣会 東大阪病院、大阪府立大学大学院 総合リハビリテーション学研究所

0-29 訪問リハビリテーションにおける老年期のクライアントの対人交流技能と QOL の関係

今西 美由紀 大阪府立大学大学院 総合リハビリテーション学研究所博士後期課程

0-30 デイサービスにおける転倒事故防止に向けての取り組み ～施設内連携～

荒田 真弓 株式会社 メディケアリハビリ訪問看護ステーション

[認知機能・治療的作業]

座長：山形 力生（姫路獨協大学）

0-31 社会的行動障害をもち地域で暮らす人の障害程度区分と社会参加に関する調査

中岡 真弘 堺市立健康福祉プラザ 生活リハビリテーションセンター

0-32 アテトーゼ様の模倣性連合運動により ADL が障害された症例への試み

諸白 千裕 京都民医連第二中央病院

0-33 近赤外分光法（NIRS）を用いた前頭葉機能検査遂行時の脳活動の検討

松下 太 四條畷学園大学

0-34 当院回復期リハビリテーション病棟における転倒自己効力感について

矢野 裕信 医療法人啓信会 きづ川病院

0-35 発動性が著しく低下した症例に対するレクリエーション活動の有用性についての考察

山村 真利奈 星ヶ丘厚生年金病院

[セルフケア]

座長：戸松 好恵（堺市健康医療推進課）

0-36 一側上肢でのズボン引き上げ動作時に生じる体幹運動パターン

吉田 順一 医療法人寿山会 喜馬病院

0-37 脳血管障がい後の機能訓練利用者の FIM と IADL の帰結から OT 介入ポイントを探る

亀井 大作 大阪府立障がい者自立センター

0-38 着座動作における感覚情報と姿勢制御との関連性について
～片麻痺体験における実験から～

細川 雄平 平成リハビリテーション専門学校

0-39 大阪府和泉市通所型介護予防教室での作業療法介入の効果

由利 緑巳 関西医療技術専門学校

0-40 要支援高齢者に対する転倒予防介入の視点

祐野 修 関西医療技術専門学校

[発達障害1]

座長：大歳 太郎（関西福祉科学大学）

0-41 左上肢の空間での操作とその際の姿勢コントロールに着目したアプローチにより
上衣の更衣動作が自立となった一症例

田中 唯 社会医療法人大道会 森之宮病院

0-42 脳性まひ児の上肢へのボツリヌス毒素と作業療法の効果
—両手で遊べるために取り組んだこと—

岡本 総一郎 社会福祉法人愛徳福祉会 大阪発達総合療育センター

0-43 超重症児の手指運動 ～意思によるものなのか？～

岸本 晴和 社会福祉法人愛徳福祉会 大阪発達総合療育センター フェニックス

0-44 特別支援学校における作業療法の現状および実践報告

丹葉 寛之 藍野大学

[精神障害]

座長：芳賀 大輔（さわ病院）

0-45 青年期患者における現代的リズムダンス導入の意義

松田 敏博 財団法人成研会附属 汐の宮温泉病院

0-46 精神的支援ができる訪問 OT の役割を示すことの重要性
ケアマネ対象研修会開催後からみた訪問リハニーズ

石濱 実花 千里津雲台訪問看護ステーション

0-47 集団を利用した作業療法個別治療の取り組みについて

橋本 和加子 社会医療法人大道会 森之宮病院

0-48 自分で決める生活 ～働いていたいという思いの一考察～

辻 陽子 関西福祉科学大学 保健医療学部

ポスター

10月6日(土)

ポスター1 13:30～14:20

第3会場

[精神障害・心理1]

座長：橋本 弘子(藍野大学)

P-01 精神科訪問看護における作業療法支援の現状
ー参加している者と参加していない者の比較ー

羽佐 奈積 大阪府立大学大学院 総合リハビリテーション学研究所、
医療法人美喜和会 オレンジホスピタル

P-02 外来作業療法利用により、自立生活が可能となった1症例
ー就労の充実感と自分自身のリハビリテーションになるー

服部 律子 国保日高総合病院

P-03 料理の習慣化を目指した集団作業療法の実践
料理グループ「ほどう感を知り料理の幅を広げよう」

大畑 加代子 医療法人財団北林厚生会 五条山病院

P-04 共感能力の客観的評価に関する検討

大類 淳矢 特定医療法人三上会 東香里病院、大阪府立大学大学院 総合リハビリテーション学研究所

ポスター2 13:30～14:20

第4会場

[骨筋・末梢神経の障害]

座長：蓬萊谷 耕士(大阪医科大学附属病院)

P-05 手指屈筋腱剥離術後のセラピー

櫛邊 勇 兵庫医療大学 リハビリテーション学部

P-06 手指関節牽引型創外固定器を用いた PIP 関節内骨折に対するセラピーの報告

栗木 康介 医療法人清恵会 三国丘クリニック

P-07 橈骨遠位端骨折後の自主トレーニングの実施時間と治療成績の関連性 第1報

垣下 真宏 ベリタス病院 リハビリテーション科、兵庫医療大学大学院 医療科学研究科

P-08 右舟状骨骨折を合併した月状骨周囲脱臼の一症例

内座 保弘 医療法人社団 恵心会 京都武田病院

P-09 手指 DIP 関節伸展位拘縮に対する dynamic splint の考案

西出 義明 もり整形外科・リウマチ科クリニック

[発達障害2]

座長：辻 薫（大阪発達総合療育センター）

P-10 教育現場における作業療法の有用性に関する調査
～特別支援教育と作業療法協働の糸口を探る～

杉村 喜美子 聖ヨゼフ医療福祉センター

P-11 ソーシャルスキルに未熟さのある学齢期の発達障がい児への小集団 OT
～協力することで成立する活動を通して得られた自己理解の向上～

立山 清美 大阪府立大学

P-12 自閉症スペクトラム児の食嗜好とその要因 ～年齢層による比較～

宮嶋 愛弓 医療法人若水会 関谷クリニック、大阪府立大学大学院 総合リハビリテーション学研究所

[治療的作業1]

座長：阪口 純（関西医科大学枚方病院）

P-13 非代償期肝硬変患者に対する作業療法の関わり方について

西畑 永人 地方独立行政法人加古川市民病院機構 加古川西市民病院

P-14 筋骨格系と中枢神経系に、画像診断上問題がないにもかかわらず「手が使えない」と訴えるケース 脳の機能を考慮した評価、治療

川田 徳司 医療法人いずみ会 阪堺病院

P-15 右上腕骨粉碎骨折を呈した症例に対する認知運動療法
～肩甲骨のカウンター・バランス機能に着目して～

中田 早紀子 摂南総合病院 認知神経リハビリテーションセンター

P-16 三角線維軟骨複合体損傷に対する運動イメージの活用

轟 敬太郎 特定医療法人健康会 京都南病院

P-17 安価で簡便な入浴用装具の紹介

金尾 洋子 特定医療法人有隣会 東大阪病院

教育講演



促通反復療法（川平法）の理論と治療成績

川平 和美（医師） Kawahira Kazumi

鹿児島大学大学院

略 歴

昭和49年3月 鹿児島大学医学部卒業

鹿児島大学医学部附属病院霧島分院
助手、講師、内科助教授

昭和63年4月

鹿児島大学医学部リハビリテーション医学
講座 助教授（併：霧島リハセンター）

平成17年6月－現在

鹿児島大学大学院リハビリテーション医学
分野 教授（併：霧島リハセンター）

留学

京都大学霊長類研究所神経生理部門：
平成2年

National Institute of Health：平成3年

学会役職

日本リハビリテーション医学会 理事、代議員

日本温泉気候物理医学会 副理事長

ニューロリハビリテーション学会 理事

著 作

- 1) 川平和美：片麻痺回復のための運動療法，医学書院，東京，2010年5月
- 2) 川平和美（編）：標準理学療法学・作業療法学：専門基礎分野：神経内科学，医学書院，東京，2011年12月
- 3) Kawahira K, et al：Addition of Intensive Repetition of Facilitation Exercise to Multidisciplinary Rehabilitation Promotes Motor Functional Recovery of the Hemiplegic Lower Limb. J Rehabil Med 2004；36：159-164.
- 4) Kawahira K, et al：New facilitation exercise using the vestibulo-ocular reflex for ophthalmoplegia：preliminary report. Clinical Rehabilitation 19：627-634, 2005.
- 5) Kawahira K, et al：Effects of Intensive Repetition of a New Facilitation Technique on Motor Functional Recovery of the Hemiplegic Upper Limb and Hand. Brain Injury, 2010；24：1202-13.

近年、損傷を免れた神経細胞が損傷された神経細胞の役割を代行する可塑性の存在が明らかにされ、「脳の可塑性を生かした」新たなリハビリテーションの開発と効果の検証が急がれている。

片麻痺の回復促進を図るには、患者が意図した運動を実現出来るように目標の運動性下降路（大脳－脊髄前角細胞）の興奮水準を調整して、患者の意図した運動を実現し、更にそれを反復して神経路を強化する具体的な治療手法が必要である。しかし、旧来の神経筋促通法（ボバース法、PNF、ブルンストローム法など）は長年の研究にも関わらず、有効性の証明がないため、「脳卒中治療ガイドライン2009」では積極的な推奨はなく、「Lancet のガイドライン2011」では「ボバース法は推奨しない」となっている。

促通反復療法は患者の意図した運動（個々の指の屈伸から歩行パターンまで）の実現と反復を可能にして大きな麻痺の改善や歩行パターンなどADLに必要な運動の修得を可能にしており、その治療効果はクロスオーバーデザインや比較対照試験、無作為対照試験で確認されている。促通反復療法による運動性下行路の強化や脳マップの変化は経頭蓋磁気刺激法やNIRS（脳血流変化）を用いた脳機能画像で示されている。



認知行動療法と認知・作業トレーニングの融合 ～発達障害、精神障害への包括的支援～

宮口 幸治 (医師) Miyaguchi Koji

宮川医療少年院 法務技官 精神科医

略 歴

京都大学工学部卒

建設関連会社勤務の後、

神戸大学医学部医学科卒・医学博士

神戸大学医学部附属病院精神神経科、
兵庫県立姫路循環器病センター神経
内科、兵庫県立尼崎病院神経科勤務
の後、

平成17～20年

大阪府立精神医療センター・松心園

平成20～現在

宮川医療少年院にて矯正プログラムの
開発とグループ運営、効果検証など
に従事

著作等

- 1) 対人認知尺度作成の試みー少年院
在院者への社会的スキル尺度作成を
通して、2010、臨床精神医学。
- 2) A Study of Executive Functions in
Delinquents with Developmental
Disabilities within a Japanese
Reformatory, 2012, Kobe Journal of
Medical Sciences.
- 3) Cognitive Training for Delinquents
within a Residential Service in Japan
2012, Children and Youth Services
Review.
- 4) 回復への道のり パスウェイズ 性
問題行動のある思春期少女のため
に (共訳) 2009, 誠信書房。
- 5) 精神科認知トレーニングの動向,
2011, 作業療法ジャーナル増刊号 作
業療法と脳科学。

医療現場、教育現場、福祉施設、および矯正施設等において認知機能に問題のある発達障害・者／児、精神障害者等への治療・教育が課題となっている。彼らは、視覚認知、聴覚認知、学習したことを概念化する力、そしてワーキングメモリや実行機能等に様々な障害をもっているケースが多い。

現在、認知行動療法 (以下 CBT) は他国同様、日本において思考の歪みを修正する効果的な治療法の一つとなっている。CBT は適切な行為・思考を増やし不適切な行為・思考を減らすことや、対人関係スキルの改善などを目的とする。例えば、社会的スキル訓練 (以下 SST) は、より適切な社会的スキルを行えるよう援助する認知行動療法の一つである。SST は精神科医療領域に導入されて以降、特殊教育領域、学校教育、矯正教育の中でも実施されるようになった。しかし一方で、これら CBT を使って支援・教育してもなかなか深まらない、積み重ねが出来ないといった対象者たちの存在にも苦慮させられている。みる力・きく力が弱く支援・教育内容が理解しにくい、目の前にないものを想像する力が乏しい、といった機能的な問題から、自己洞察や内省の深まりに限界が生じている可能性があるのである。また罪の意識や共感性などは道德発達の一部であるが、認知機能の障害は、学業不振、衝動性、他者への共感性や罪の意識の乏しさ、自分の行為を予測する力の乏しさ、問題解決力の乏しさなどに影響を及ぼし、反社会的行動に繋がることもある。CBT による支援・教育をより効果的にするためには彼らの認知機能の底上げが必要であると日々切実に感じてきた。

近年、注意力、ワーキングメモリ、実行機能のような神経学的認知能力の向上を目的とした認知トレーニングが注目を浴びている。これらはコンピューターソフトや紙と鉛筆などを使ったりハビリプログラムを用い、注意欠陥・多動性障害 (ADHD)、統合失調症、高次脳機能障害などを対象として一定の効果をあげている。CBT は、思考の柔軟さ、注意力、ワーキングメモリ、セルフ・モニタリング、抑制力などを含む実行機能といった幅広い認知機能が基礎となっており、CBT をより効果的にするためには認知機能の向上が鍵となると思われる。

本講演では CBT と神経学的認知トレーニングを融合した包括的支援の必要性について述べるとともに演者の臨床への取り組みも紹介したい。



認知－行為を支える脳のしくみ

乾 敏郎 Inui Toshio

京都大学大学院情報学研究科 教授

略 歴

大阪大学大学院基礎工学研究科生物工学専攻修了。

文学博士 工学修士。

ATR 視聴覚機構研究所主幹研究員、京都大学文学部哲学科心理学教室助教授、同教授を経て現職。

著作等

『よくわかる認知科学』ミネルヴァ書房(2010)、『イメージ脳』岩波書店(2009)、『脳の学習力－子育てと教育へのアドバイス(訳書)』岩波書店(2006)他49冊

【頭頂葉・側性・自己と他者・妄想(受動体験)】脳内には、信号の大きな遅延とノイズが存在する。そのため、外界と適切に相互作用するには、予測制御が必要となる。このような、予測機構がイメージ生成の基礎をなすと考えられる。Ogawa and Inui (2007) は fMRI 実験を行い、自己の身体または身体とともに動く対象の予測は左の頭頂葉でなされ、自己の身体とは独立に動く対象の予測は、右の頭頂葉でなされていることが示された。また自己のイメージは左の頭頂葉が、他者のイメージは右頭頂葉が深く関与している。運動指令によって生ずる感覚フィードバックを脳内で予測し、実際の感覚フィードバックと照合が行われる。

【自己感の形成】通常、自己は永続的自己と一時的自己から構成されると言われる。一時的自己は自己主体感と自己所有感から構成される。ある行為を行おうとすると脳はその行為の結果生ずる感覚を予測し、実際に生じた感覚フィードバックと照合する。そしてこれらが一致していれば、その行為は自らが行ったものであると考えるのである。統合失調症の「させられ体験」時には、この誤差が大きくなることが示されている。予測誤差が大きいとき、受動体験だという解釈に繋がることが催眠研究などからも明らかにされている。

【自己中心・環境中心座標系】乾(2007)は、多くの実験データを基礎に、左の頭頂葉では、対象を自己中心座標でとらえるのに対し、右頭頂葉では環境中心座標でとらえるという仮説を提案している。

【他者を理解する2つのシステム】まず他者の行為や意図に関して自他を区別しないで自己の行為の実行部で理解する like-me システムがある。もうひとつは、自己と他者を区別して、他者のこころの内的状態を推定する different-from-me システムである。これら2つのシステムは異なるネットワークで構成されている。後者の部分システムである右 TPJ は、視点取得、幽体離脱、直後の行為の予測などに関わり、arMFC は分離表象(decoupling)に関わっている。分離表象は、パントマイムやごっこ遊びなどの基礎である。

シンポジウム

〔 脳の機能と今後の作業療法 〕

司会：高畑 進一（大阪府立大学）

Over View

現在、作業療法の対象領域は身体、精神、発達、老人、地域へと広がり、作業療法士がかかわる時期も予防的時期から終末期にまで拡大しています。私たちは、より良いサービスを提供するために様々な知識・技術を高めてゆかねばなりません。そのひとつが脳機能の理解であることは間違いありません。

近年の脳に関する研究によって、認知と行為に関する知見は日々進歩しています。これにより、精神障害、発達障害、老年期障害、高次脳機能障害などの領域で異なる言葉で語られてきた認知－行為の問題が、脳の機能からすれば類似する現象であることも知られるようになってきました。また、作業療法の介入効果を直接的な脳活動の変化として観察することも可能になってきました。

私たちは、脳に関する新たな知見を踏まえた評価や介入を再構築する必要があります。このためには、これまで各分野での積み重ねてきた作業療法の知識・技術を分野横断的な共有の知としなければなりません。これが、対象者の理解と作業療法の効果的実践を可能にすると思うのです。

このシンポジウムでは、各分野で活躍する作業療法士に日々の実践を紹介いただき、脳の機能と今後の作業療法についての考えをお聞きしたいと思います。



日常生活場面の観察と脳の機能解剖を生かす

宮口 英樹

広島大学大学院医歯薬保健学研究院 教授

略 歴

同志社大学(社会福祉学専攻)卒業後、国立善通寺病院付属リハ学院卒業。

奈良県心身障害者リハセンター、広島県立保健福祉大学を経て2004年より現職。医学部長補佐。

(社)広島県作業療法士会監事。

認知神経リハ学会理事、生活リスクマネジメントリハ研究会代表、作業療法コラボレーション研究会代表世話人。

広島臨床認知症研究会、笑いんさい広島、思いやりの医療を考える会などの世話人。

- パーキンソン病を持つ患者。一人で歩くことはできるが人ごみの中に入ると動けなくなってしまった。
- 視床出血患者。情動が不安定で、出来事を忘れたり新しいことを覚えることがなかなかできない。
- 脊髄小脳変性症の患者。集中力が続かず、同時に2つの動作が難しい。
- 側頭葉の損傷の患者。車が後ろから近づいてくる音にびっくりして転倒しそうになった。

いずれも臨床でお会いした対象者である。日常生活場面で対象者が語るさまざまなエピソードの中には、教科書ではなかなか説明ができないようなシーンが少なくない。疾患や障害のイメージから対象者を理解しようとする、良くも悪くも同じようなアプローチ(質の保証という意味では良いのだが…)が提供されているのが現状であろう。

本シンポジウムでは、このように臨床で観察される様々な神経学的症状を疾患からではなく、脳の機能解剖学の観点から推論し、治療的方略に生かしていく視点を論じたい。例えば、前頭葉様症状は、脊髄小脳変性症、パーキンソン病、統合失調症、自閉症でも認められるが、これらを理解するキーワードは、機能解離や神経ネットワークである。シンポジウムでは、臨床神経行動観察の視点や演者らが試みているイメージの活用、前頭前野活性化プログラムの紹介などを通じて、脳の機能に着目し、今後、作業療法士が積み重ねてきた技術をどのように臨床に生かしていくかディスカッションしたい。



“ 脳の機能と今後の作業療法 ” を考える

大野 宏明

川崎医療福祉大学 医療技術学部 リハビリテーション学科 講師

略 歴

1995 年
川崎リハビリテーション学院 卒業
医療法人恵愛会福岡病院 勤務

2008 年
財団法人慈圭会慈圭病院 勤務

2010 年
川崎医療福祉大学大学院リハビリ
テーション学 修士課程修了
川崎医療福祉大学医療技術学部リ
ハビリテーション学科 勤務

現在、精神科領域では退院支援・地域生活支援に力が注がれている。作業療法は、個別及び集団や活動内容を活用し、認知行動療法を駆使しながら日常及び社会生活適応に向けたアプローチが行われている。しかし、精神症状の有無よりも脆弱性や学習能力の低さによる社会適応の難しさを感じることも多い。

近年、科学的診断技術の進歩により、統合失調症には脳の構造的および機能的障害があることがわかっている。特に前頭葉を中心とした領域の脳機能の低下は、注意や記憶、遂行機能の障害などの認知機能障害を引き起こし、社会的予後と関連していることが報告されている。こうした中で、統合失調症の認知機能障害を標的とした認知機能リハビリテーション（以下認知リハ）が注目されつつある。認知リハは、認知に関わる諸機能を強化し、社会機能を改善することが目的である。

そこで、近年の精神科領域の脳機能の知見を踏まえ、評価に基づいた患者の認知機能障害を理解したうえで、認知機能障害の改善になる作業を提供していく必要があると考える。いわば、患者の生活行為に認知的視点を取り入れて、認知機能および社会機能の改善に働きかける考え方である。そのためには、今まで経験的に用いてきた作業の認知的要素および有用な活用法の再検証が求められる。当日は、このような脳機能を踏まえた今後の作業療法の在り方について考えていきたいと思う。

一般演題

口述

0-01 姿勢制御に着目したアプローチにより更衣動作の質が改善した一例

○入江 泰司(OT)、丹野 正幸(OT)

社会医療法人大道会 森之宮病院

キーワード：姿勢、上肢機能、更衣動作

【はじめに】今回、右片麻痺を呈す患者様を担当する機会を得た。更衣動作において、姿勢の影響から上肢を袖へ通す際に時間と介助を要した。姿勢と連動した麻痺側上肢の改善を図るため姿勢制御に着目し、自室でのマネジメントを含めたアプローチを行った。その結果、質的改善が認められたため、若干の考察を加え報告する。なお今回の掲載に関しては本症例から了承をいただいている。

【症例紹介】年齢・性別：72歳 男性

診断名：アテローム血栓性脳梗塞（左基底核～放線冠） 右片麻痺

【初期評価】ADL：FIM100/126 車椅子自操・坐位の活動見守り・立位の活動軽介助

上肢機能：FUGL-MEYER 上肢24/66 表在・深部感覚：軽度鈍麻

更衣動作時の姿勢－運動パターン：袖通しの際に、開始は非麻痺側体幹側屈を強め、麻痺側上肢は屈筋共同運動パターンになる。麻痺側上肢は肘まで通したところで、努力的に反対袖を通そうとし非麻痺側上肢を通す中で連合反応による麻痺側肩甲帯後退と肘関節屈曲により右袖が外れ介助を要する。上衣着衣終了まで80秒。

【問題点】下部体幹（右＞左）低緊張による麻痺側体幹の抗重力伸展活動の不十分。および非麻痺側の代償性過活動による体幹選択運動の低下。麻痺側上肢は、翼状肩甲による上肢帯の安定性の乏しさと体幹から分離した肩関節の抗重力方向の運動低下。

【機能目標】麻痺側袖を通す際に、麻痺側方向への体幹伸展を伴った体重移動。

下方空間で肩関節外旋方向へ麻痺側上肢を伸展させ、袖に合わせて通す。

【アプローチ内容】体幹伸展位での対称的姿勢を準備し、リーチ動作で肩甲帯安定性を図った。次に机上の角を把持するなかで機能的な支持を利用し、固有感覚

情報によるフィードバックを利用した肘関節伸展活動を促し運動の方向性を誘導しながら更衣動作の中で実際場面を確認した。またマネジメントとして車椅子・ベッド臥床時のポジショニングとリハビリ時間外は病棟看護師や家人と1日2回で合計1時間を目安に自主練習を行った。

【結果】最終評価時で上衣更衣動作は自立し上衣着衣時間が20秒。前方リーチに伴う開始坐位の対称性の改善や体幹と頭部の伸展を伴った麻痺側方向への体重移動あり、麻痺側上肢の連合反応の軽減がみられた。FIM113/126。移動は病棟内杖歩行で坐位・立位の活動が自立。FUGL-MEYER 33/66点。

【考察】姿勢制御へのアプローチとして症例は左大脳基底核～放線冠に梗塞があるため、小脳による教師あり学習による感覚的フィードバックを利用することが有効と考えた。徒手的に介入することやポジショニング下で自主練習し段階的に自己での自律的運動へと切り替えていくアプローチを行った。随意運動の発現には姿勢制御が先行し、随意運動によるバランスの崩れを最小限にするために予測的な姿勢制御が働く。介入前では動作に先行した姿勢制御が困難で、麻痺側上肢は過剰な上肢運動の結果、屈筋共同運動パターンになっていたことが考えられた。最終評価時は、麻痺側を袖に通す際の前方リーチに伴う坐位姿勢の対称性向上し、予測的姿勢制御を獲得していることが考えられた。目標の袖通し場面では、非麻痺側上肢の過剰な活動が減少し、袖に合わせ空間に保持する麻痺側上肢の連合反応軽減し麻痺側上肢の分離性が向上したことにより方向性を持った運動が観察された。このことから上肢の随意運動の背景となる姿勢制御に着目したアプローチを行うことで上肢の潜在的機能をひき出し、更衣一連動作の時間短縮と質的改善に繋がったのではないかと考えられた。

0-02 CI療法の適応基準を満たさなかった症例に対する手指装具を用いた modified CI療法の試み

○天野 暁(OT)¹⁾、竹林 崇(OT)¹⁾、花田 恵介(OT)¹⁾、梅地 篤史(OT)¹⁾、
丸本 浩平(MD)²⁾、道免 和久(MD)²⁾

1) 特定機能病院 兵庫医科大学病院、2) 兵庫医科大学 リハビリテーション医学教室

キーワード：脳血管障害、上肢機能、つまみ動作

【はじめに】脳卒中後の麻痺手に対するCI療法は高いエビデンスを持つ治療法であるが、E Taubらの適応基準(1993)を満たす症例は全体の25%とされている。近年ボトックス治療や機能的電気刺激、ロボット治療はCI療法の適応基準に満たない中等度から重度の上肢麻痺例に対する介入として注目されているが、一方でCJ Winsteinら(2003)はCI療法の適応でない上肢麻痺例でも、単純なつまみ動作が可能であれば課題指向型訓練(TOT)が有効であると報告している。今回我々はCI療法の適応から逸脱した中等度の上肢麻痺患者に対し、modified CI療法を実施した。本例は母指の随意伸展が困難であったため、それを補完するための手指装具を作製したことでTOTを反復した。その結果、良好な成果を得たので報告する。尚、本発表にあたり患者より同意を得ている。

【症例】63歳男性。脳梗塞後遺症(右延髄前面)、左片麻痺。発症から150日経過していた。MP関節伸展および手関節背屈が殆ど出現しないため、CI療法の適応基準から逸脱していた。

【プロトコル】SJ Pageら(2008)の報告を参考にして、1日1.5時間の介入を週3回、10週間実施した。また訓練前後で評価を行った。上肢機能評価はFugl-Meyer Assessment(FMA)、簡易上肢機能検査(STEF)、Action Research Arm Test(ARAT)を用いた。またMotor Activity Log(MAL)を用いて、ADLにおける麻痺手の使用頻度(AOU)と動作の質(QOM)を評価した。

【経過】介入当初、手指の随意屈曲は可能だったが、随意伸展は困難であった。また母指屈曲時の過剰なCM関節内転がつまみ動作を制限していた。そこでつまみ動作の訓練量を確保する目的で母指CM関節外転保持装具を作製した。装具は母指の過剰な内転を抑制するとともに、僅かに観察されていた母指MP関節の随意伸展を装具の弾性によって強調するよう工夫

して作製した。手指装具装着によってつまみ動作が可能になった結果、課題の反復が容易になり、訓練量も増大した。訓練の内容は従来のCI療法を踏襲し、患者の目的動作を達成する上で問題となる関節運動を含んだ課題を提示しながら、その難易度を漸増した。さらにTransfer packageを用いて、ADLにおける麻痺手の使用方法を指導し、自宅での麻痺手の使用頻度改善に繋げた。経過とともに上肢機能が改善したため、装具の使用機会を漸減した。最終評価時には機能訓練およびADL動作が装具を用いずに実施可能となった。

【結果】FMA 36→48、STEF 0→18、ARAT 0→39、MAL(AOU/QOM) 1.1/1.1→2.9/3.2。麻痺手を使った茶碗の把持や洗体動作が可能になった。またネクタイを結ぶ動作が両手で可能となった。

【考察】LA Boyd(2009)は、訓練量の少なさが脳卒中後片麻痺の回復を遅らせる要因であると指摘する一方で、TOTの反復は回復を促進する手法の1つであると述べている。本例は訓練当初、CI療法の基準を満たさなかったため、麻痺手のTOTは困難であった。そこで麻痺手の残存機能に応じた装具を導入したことで、本例はTOTを行うことが可能となり、訓練量が確保された。加えてADLにおける麻痺手の使用頻度も増加した。これら機能訓練及びADL動作における麻痺手の適切な使用回数の増加は、本例の上肢機能改善に寄与した可能性がある。つまりこの結果は学習性不使用の克服や使用依存性脳機能再構築といったメカニズムによってもたらされたと推察される。本例と類似した報告として、NM Bonifer(2005)らも脳卒中重度片麻痺例に対して、課題や運営方法を工夫したCI療法を行った結果、上肢機能が改善したと報告している。これらの結果から、我々療法士は固有の治療法のパッケージや基準に囚われず、多様な手段を用いながら適切な訓練量を確保するための介入を行うことが重要であると思われる。

0-03 アルツハイマー型認知症患者の巧緻動作の特徴 —Preshapingに着目して—

○田丸 佳希(OT)¹⁾²⁾、内藤 泰男(OT)²⁾

1)医療法人守田会 いぶきの病院、2)大阪府立大学大学院 総合リハビリテーション学研究科

キーワード：アルツハイマー型認知症、巧緻動作、Preshaping

近年、多くの研究でアルツハイマー型認知症（以下；AD）患者の巧緻動作能力が重症化に伴い低下することが報告されてきている（Ott 1995 Massman 1996 Doody 1999 坂本2006 坂本2007）。しかし、これらで用いられている巧緻性評価（STEF・Finger tapping test・Purdue Pegboard test）は、目的動作の開始から終えるまでの遂行時間に着目されている。この為、評価結果にはリーチ、操作などの多くの要因が混在する難点がある。そこで本研究はADの巧緻性動作を分析するにあたり、動作開始・Preshaping出現時点・物品接触までを設定し、利き手・非利き手を健常者群と比較検討した。

【対象】DSM-IVでADと診断された5名（Clinical Dementia Ratingの重症度2）と健常高齢者5名であり、本研究への同意を得た者である。尚、AD群では家人の同意も得た。本研究は大阪府立大学研究倫理委員会（2011-OT-10）の承認を受けた。

【方法】利き手の判別はChapman利き手テスト、上肢機能の評価はSimple Test for Evaluation hand Function（以下；STEF）を使用した。到達把持動作の評価はSTEFの各物品の到達把持動作を計4台のビデオカメラ（Xacti DMX-CG11 SANYO 社製60Hz）で記録し、3次元動作解析装置（Frame-DIAS-IV ver1.141

DKH 社製）で解析した。測定環境は、姿勢を椅座位、物品を各被験者の上肢長（肩峰～橈骨茎状突起）に設置した。橈骨茎状突起にマーカーを装着した。分析の観点は、動作開始からPreshaping出現時点（Phase1）、Preshaping出現時点から物品接触（Phase2）とした。Preshapingの出現時点の判断はArchana（2009）による手法に基づき、動作開始から物品接触までで橈骨茎状突起の接線速度が最も速い時点とした。群間の比較はSTEF遂行時間・Preshapingともに、群間比較を対応のないt検定（ $p < 0.05$ ）で統計処理をおこなった。

【結果】STEF遂行時間の比較：利き手では、AD群

（ $102.1 \pm 9.1s$ ）は健常者群（ $84.8 \pm 13.5s$ ）よりも有意に低下していた。非利き手においても、AD群（ $109.7 \pm 8.3s$ ）は健常者群（ $90.0 \pm 14.9s$ ）よりも有意に低下していた。Preshaping出現時点の比率比較：利き手では、AD群（45.1%）は健常者群（36.9%）よりも有意に低下していた。非利き手においても、AD群（44.5%）は健常者群（37.7%）よりも有意に遅延していた。

【考察】STEFの結果から、ADの両側の巧緻動作能力は、健常者よりも低下することが示唆された。STEF遂行時間・Preshaping出現時点共にAD群が健常者群よりも有意に遅延するとの結果は、巧緻性低下とPreshapingの出現が関与を示唆するものであった。さらに、小池ら（1997）がPreshapingに学習経験が関与し、対象物を掴む為の手の形状・把握位置が繰り返し学習を基に形成されることを指摘していることから、ADでは運動経験などの過去の記憶との照合が遅滞することが推測された。

0-04 トランスファーパッケージが上肢機能の改善をより促進した一例

○梅地 篤史(OT)¹⁾、竹林 崇(OT)¹⁾、花田 恵介(OT)¹⁾、天野 暁(OT)¹⁾、
丸本 浩平(MD)²⁾、道免 和久(MD)²⁾

1) 兵庫医科大学病院 リハビリテーション部、2) 兵庫医科大学 リハビリテーション医学教室

キーワード：脳卒中、上肢、日常生活動作

【はじめに】欧米では Constraint-induced therapy (以下 CI 療法) はエビデンスの高い脳卒中後上肢麻痺に対する治療として定着している。近年、CI 療法において、健側手の拘束以上に麻痺手を日常生活内で活かすための治療戦略である Transfer Package (以下 TP) が重要視されている。今回、TP によって麻痺手を日常生活で積極的に用いた結果、機能の改善を認めた症例を経験したので報告する。

【症例紹介】年齢：50代後半、性別：女性、診断名：脳梗塞(左放線冠)、現病歴：X年Y月発症、Y+6ヶ月まで回復期病院にてリハビリ実施。退院後は通所リハ週1回実施。1年6ヶ月後にCI療法実施。現在の生活：夫との二人暮らし。病前の職業は放射線技師、発症後は専業主婦。余暇活動としてTVゲーム。なお、本症例から本研究に対する同意は書面にて得た。

【作業療法評価】随意性：Fugl-Meyer Assessment (FMA) 47→58、Wolf Motor Function Test (WMFT) Functional Assessment Scale (FAS)：61→64、簡易上肢機能検査(STEF)：18→55、Action Research Arm Test (ARAT)：43→50。感覚：左右差なし。ADL：セルフケアは全て自立。経過の中で利き手交換をされており、食事は左手でスプーンを使用、書字も左手で遂行可能な状態であり Motor Activity Log (MAL) は1.14であった。

【訓練方法】1日5時間、10日間の集中訓練を実施した。訓練初日に麻痺手の目標動作を10項目聴取し、目標に到達するための課題指向型訓練を実施した。初期評価から患者の問題点を抽出し、これらの動作を促す課題を15-20項目設定し、難易度を調整した。

【TPについて】毎日生活での麻痺手の使用状況を聴取し、先にあげた10項目以外にもできるだけ多場面で麻痺手を使用するための方法を指導した。麻痺手の使用状況の聴取で「ドアノブなどの操作は麻痺手で」、「食事や書字は全て健側手で」といった内容が聞かれ

た。既に麻痺手を用いている動作は継続させ、用いていない動作では修正を促した。例えば、食事動作では現状の麻痺手の状況から、バネ付き介助箸を用いた訓練を行ったうえで自宅での使用を指導した。その後、訓練では通常の箸も使用可能となったが、実際の生活では実用性に欠けたため、手指と箸を固定できるバネなし介助箸の使用を指導した。その他も、流し拭きでは手指の屈曲を抑制するために厚いタオルを使用し、靴紐など今まで可能だが非実施であった動作も使用を促した。CI療法終了後、今後の目標を含む課題を10項目程度選択し、自主訓練として画像で示した。さらに、TPにおいて学んだ麻痺手を使うための工夫を応用して、今後の生活でも麻痺手を挑戦的に使用するよう指導した。

【結果(終了時→終了後3ヶ月後)】FMA：58→56、WOLFのFAS：64→62、STEF：55→59、ARAT：50→54、MAL：1.86→2.21。

【考察】LA Boydら(2009)は、神経科学において、行動変容は最も脳の可塑性を高めると主張している。また、DM Morrisら(2006)は、CI療法の本質は日常生活における麻痺手の使用頻度の増大といった行動変容を促すことだと報告している。さらに、E Taubら(2008)はTPを行った群と集中訓練のみを行った群では、TPを行った群で有意に日常生活における使用頻度と灰白質の質量の増加を認めたと述べている。これらの先行研究からも本症例の日常生活における麻痺手の使用頻度の増加が、麻痺手の回復に良好な影響を与えた可能性がある。また、本症例は介入後3ヶ月後においても麻痺手の上肢機能および使用頻度は増加していた。我々の研究では、介入終了から6ヶ月後においてTPを実施した群は有意な向上を認めることが解っており、本症例も今後更なる麻痺手の改善が期待される。

0-05 重複記憶錯誤の作業療法の経験 —「自分の部屋があっちにもある！」—

○田中 寛之(OT)¹⁾²⁾、小城 遼太(OT)¹⁾、野々下 智(その他)¹⁾、掛川 泰朗(OT)²⁾³⁾、
内藤 泰男(OT)²⁾、西川 隆(MD)²⁾

1)医療法人晴風園 今井病院、2)大阪府立大学大学院 総合リハビリテーション学研究科、
3)社団法人信和会 京都民医連第二中央病院

キーワード：重複記憶錯誤

【はじめに】重複記憶錯誤(reduplicativeparamnesia；以下RP)とは同一の場所や人が複数存在すると主張する現象である。症状を呈す要因として一定の見解は得られていないが地誌的的定位錯誤や二重見当識を経てRPに至ると考えられている。今回「自分の部屋はあっちにもある。」と自室のRPを呈し帰室に対して拒否され続けた症例を担当した。症例のRP成立過程の要因として地誌的障害(定位錯誤、方向感覚の障害)の可能性が考えられ、作業療法で地誌的障害に対するアプローチを実施した。結果、自室のRPと帰室拒否が軽減されたので報告する。

【症例紹介】年齢、性別：70歳代女性 疾患名：右中大脳動脈脳塞栓 障害名：左片麻痺、心房細動、心不全、喘息 現病歴：X年9月に呼吸不全、心不全、肺炎でA病院へ入院。入院中に左片麻痺が出現し右中大脳動脈塞栓症診断、数日後に閉塞は自然再開通しリハビリ及び療養希望で本院転院。本発表に際して症例と家族の同意を得ている。

【作業療法評価】身体機能において左片麻痺は軽度で上下肢手指ともにBRS V～VI、基本動作、ADLは軽介助～見守り、移動は車椅子であった。入院直後に見当識を問うと「ここはB病院で自分の病室。」「ここはA病院でここを出て角まがったところが私の家(入院前)や。」と地誌的的定位錯誤が出現していた。入院当初は経鼻栄養状態で、全身状態も悪く自室で過ごすことが多かった。回復後に食堂やリハ室への行き来など生活空間が拡大すると「あっちにも自分の部屋がある。」「二階にもある。」と自室に対するRPが出現した。さらに帰室時に「ここは私の部屋ではない。あっちにも部屋があるから連れて行ってくれ。」としきりに訴え、帰室を拒否し続け食堂やナースステーションで過ごすことも多かった。症例が自ら帰室しようと試みる際には道順が分からず介助を求めている。他には多弁、病態失認、自発作話、軽度左半側空間無

視も認められた。神経心理学検査所見はMMSE15点、BITは通常検査111点、行動検査57点、VPTAは地誌的見当識の項目で減点が目立った。

【作業療法介入】目標を日常生活リズムの獲得のために「誰の介助でも帰室すること。」とした。問題点は①自室に対するRP。②地誌的障害による自室までの帰路が分からない。が挙げられた。RPが出現する要因の一つと思われる地誌的障害へのアプローチとして、生活範囲内すべての廊下の壁に自室までの矢印を張り付けた環境改善と自室への道順学習訓練を実施した。道順学習訓練は地図は利用せずに言語的に「今はリハビリ室にで、一つ目の角をまがると部屋ですね。」「部屋は矢印の方向で、この柱を右でしたね。」と内省を促す介入を実施した。

【結果】訓練直後は「こんなんでも(自室が)違うものは違う。」と訴えたが訓練翌日には「〇〇(OT)さんが迷わんようにこれ(矢印)してくれた。」「これでもう迷わんやろ。」と拒否し続けてきた帰室に対して反応が変化した。訓練開始1週間は時折「この部屋ではないんやけどなあ。」と完全に肯定できないながらも帰室拒否は軽減した。

【考察】船山ら(2008)は自己の空間や場所への定位障害から作話的に解釈することでRPに発展する可能性があることを報告している。本症例も方向感覚や自己の地誌的的定位の障害のため、生活空間が拡大された際に帰室の道順を正確に理解できなかったことに当惑し、自己の空間定位を作話、妄想的に解釈しRPが出現していたと考えられる。病棟の壁に貼った矢印は、自己を定位するための位置関係を補てんする役割となり、加えて内省を促す言語的介入が自己の空間定位を促進させRPの訴えの減少につながったと考えられた。

第32回近畿作業療法学会

実 行 委 員

学 会 長 高畑 進一

実行委員長 日垣 一男

実 行 委 員 谷口 英治

内藤 泰男

西川 智子

立山 清美

田中 宏明

小島 久典

宮嶋 愛弓

押領司和代

竹林みよ子

東 泰弘

第32回 近畿作業療法学会

発行者：近畿作業療法士連絡協議会

事務局：大阪府立大学 地域保健学域総合リハビリテーション学類
作業療法学専攻内
〒583-8555 大阪府羽曳野市はびきの3-7-30
TEL：072-950-2111
E-mail：kinot32@gmail.com

出 版：(株)セカンド
 株式会社セカンド
学会サポート <http://www.secand.jp/>

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



大阪国際交流センター