

プログラム・抄録集

第4回

The 4th Congress of
Yamanashi Rehabilitation Specialists Society

山梨県リハビリテーション専門職
合同学術大会

(第27回山梨県理学療法士会学術集会)
(第16回山梨県作業療法学術大会)
(第16回山梨県言語聴覚士会学術大会)

「SHINKA 深化・新化・進化」

～リハビリテーションの本質を探り、
新たなビジョンへのシフト～

2025

2/1 土 sat ~ 2 日 sun

会場

ジットプラザ
(山梨県甲府市高畑 2-19-2)

大会長

三瀬 和彦
(山梨県リハビリテーション専門職団体協議会 会長)

主催：山梨県リハビリテーション専門職団体協議会

令和6年12月吉日

施設長
病院長 殿

第4回山梨県リハビリテーション専門職合同学会

大会長 三瀬 和彦



第4回山梨県リハビリテーション専門職合同学会 出張許可のお願いについて (依頼)

謹啓

時下、益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。平素より山梨県リハビリテーション専門職団体協議会の活動に格別のご理解とご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、このたび下記の要領にて、第4回山梨県リハビリテーション専門職合同学会を開催する運びとなりました。

つきましては、貴職員_____氏の学会大会出張に関しまして、特段のご配慮を頂きますよう謹んでお願い申し上げます。

謹白

記

〈大会名〉 第4回山梨県リハビリテーション専門職合同学会

〈会 期〉 令和7年2月1日(土)・2日(日)
(1日:13時~18時20分、2日:9時~13時15分)

〈会 場〉 ジットプラザ

〈テーマ〉 「SHINKA 深化・新化・進化」
~リハビリテーションの本質を探り、新たなビジョンへのシフト~

〈主 催〉 山梨県リハビリテーション専門職団体協議会

〈事務局〉 公益社団法人山梨勤労者医療協会 甲府共立病院リハビリテーション室内
第4回山梨県リハビリテーション専門職合同学会
事務局 宮尾 亮
〒400-0034 山梨県甲府市宝一丁目9-1
TEL:055-226-3131 FAX:055-226-9715
E-mail:ryo05281985@gmail.com

以上

第4回山梨県リハビリテーション専門職合同学会大会

(第27回山梨県理学療法士会学術集会)

(第16回山梨県作業療法学術大会)

(第16回山梨県言語聴覚士会学術大会)

目次

CONTENTS

大会長挨拶	2
開催概要	3
会場・フロア案内図	4
参加者へのお知らせ	5
演者・座長へのお知らせ	7
大会日程	8
大会長講演	10
特別講演	12
教育講演	16
一般演題日程	28
一般演題	30
実行委員	50

第4回山梨県リハビリテーション専門職 合同学術大会開催にあたって



山梨県リハビリテーション専門職団体協議会
会長 三瀬 和彦
(一般社団法人山梨県作業療法士会 会長)

この度、2025年2月1-2日に第4回山梨県リハビリテーション合同学術大会を開催する運びとなりました。この学術大会は、3年に1度、一般社団法人山梨県理学療法士会・一般社団法人山梨県作業療法士会・一般社団法人山梨県言語聴覚士会の学会も兼ね合同にて開催させて頂いております。2014年に第1回、2017年に第2回を開催し、第3回におきましては、新型コロナウイルス感染症により、開催が1年延期され、2021年にWEBにて開催されました。どの回も合同での学術大会は、非常に有意義な内容で盛大に開催できました。今回は数年ぶりの対面での開催となります。これまで学術大会実行委員にて、期待を膨らませながら、準備してまいりました。

今回のテーマは「SHINKA 深化・新化・進化」～リハビリテーションの本質を探り、新たなビジョンへのシフト～とさせて頂きました。このテーマに至った背景には、我々は、先に述べましたように新型コロナウイルス感染症によって本当に多大なる影響をうけました。すべての人があらゆる側面での変化を余儀なくされたかと思えます。リハビリテーションの現場においては、ヒトとヒトとが向き合うこれまで当たり前であった対面という機会が阻害されました。対面でしかできない重要な要素を気づくことができました。しかしながら、そのような中で歩みを止めず、他の手段を模索したり、より連携を強めたり、必ずしも負の影響ばかりではなかったかと今時点では感じております。新たに促進されたWEBの活用を中心に我々の活動は、より密接になったり、効率的になったりしました。今回のことで改めて「連携・つながり」の重要性を考えさせられました。どのような状況においても、常にその中でできる最大限の努力をし、形を変えながら、一歩ずつ前進できた手ごたえを感じております。

このように私たちは、連携のあり方について、深く考え行動実践し、新たな方法や道具を活用し、そして常に前に進んでいくことを実践できたと思っております。この経験から、「SHINKA」というキーワードが、挙がったわけでございます。

今回は、特別講演に山本伸一先生・梅田聡先生から、我々の今後に深くつながるテーマでご講演頂きます。そして、様々な分野で実践してこられた6名の先生方からの教育講演や臨床実践や取り組みなどの多種多様な20の一般演題と興味深い内容となっております。それぞれの内容に「SHINKA」がまつていることに間違いはなく、非常に有益な学会になると確信しております。また、久しぶりの対面開催ということで、懇親会をはじめ、講演内容だけではなく、参加者の皆様がつながれるようにプログラムも工夫しております。

ご参加ならびにご支援いただいております関係する方々に深く感謝し、大会の開催に全力で挑みたいと考えております。

当日みなさまとお会いできますこと楽しみにしております。

どうぞ、よろしくお願ひ致します。



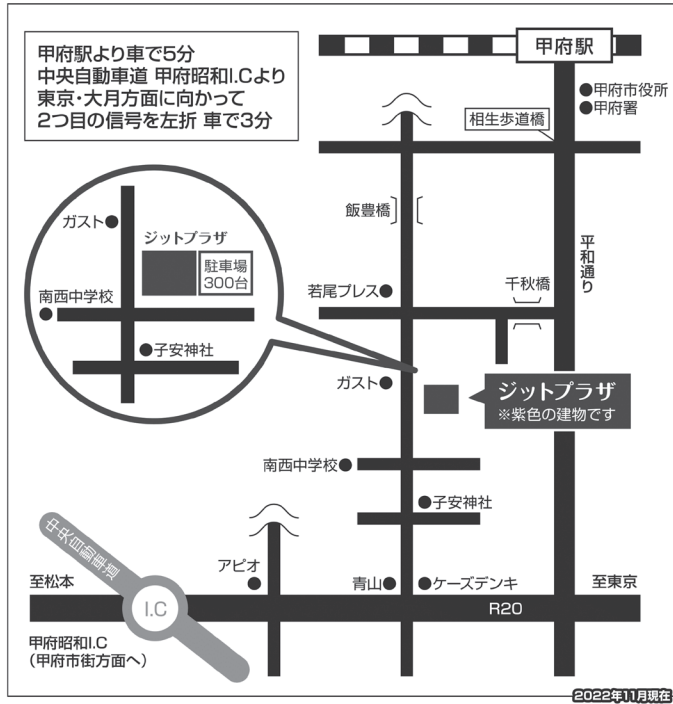
開催概要

〈会 期〉	令和7年2月1日(土)～2日(日)
〈会 場〉	ジットプラザ 〒400-0042 甲府市高畑2-19-2
〈テーマ〉	「SHINKA 深化・新化・進化」 ～リハビリテーションの本質を探り、新たなビジョンへのシフト～
〈プログラム〉	大会長講演、特別講演、教育講演、一般演題
〈大会長〉	三瀬和彦（山梨県リハビリテーション専門職団体協議会 会長 ／一般社団法人 山梨県作業療法士会 会長／甲府城南病院）
〈副大会長〉	磯野 賢（一般社団法人 山梨県理学療法士会 会長／甲州リハビリテーション病院） 赤池 洋（一般社団法人 山梨県言語聴覚士会 会長／山梨大学医学部附属病院）
〈主 催〉	山梨県リハビリテーション専門職団体協議会
〈後 援〉	山梨県 公益社団法人日本理学療法士協会 一般社団法人日本作業療法士協会 一般社団法人日本言語聴覚士協会 一般社団法人 山梨県医師会 一般社団法人 山梨県歯科医師会 一般社団法人 山梨県民間病院協会 山梨県リハビリテーション病院・施設協議会 山梨県精神科病院協会 公益社団法人 山梨県看護協会 一般社団法人 山梨県薬剤師会 山梨県老人福祉施設協議会 山梨県精神保健協会 一般社団法人 山梨県介護支援専門員協会 一般社団法人 山梨県社会福祉士会 山梨県精神保健福祉士協会 公益社団法人 山梨県栄養士会 一般社団法人 山梨県歯科衛生士会 山梨県医療ソーシャルワーカー協会 山梨県臨床心理士会 一般社団法人 山梨県介護福祉士会 公益社団法人 認知症の人と家族の会 山梨県支部 (順不同)
〈事務局〉	公益社団法人 山梨勤労者医療協会 甲府共立病院 リハビリテーション室内 第4回山梨県リハビリテーション専門職合同学術大会 事務局 宮尾 亮 〒400-0034 山梨県甲府市宝一丁目9-1 TEL：055-226-3131 FAX：055-226-9715 E-mail：ryo05281985@gmail.com

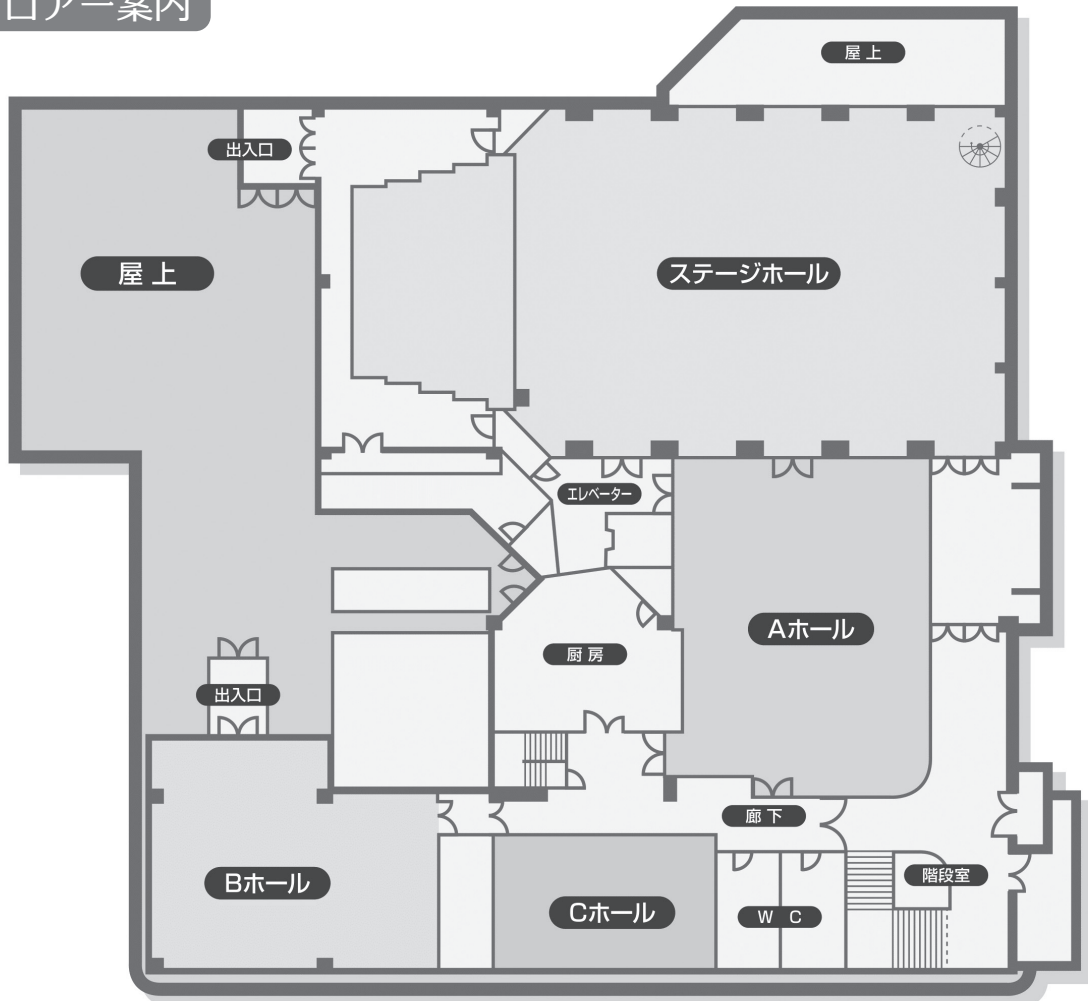


会場・フロア案内

会場周辺図



フロア案内





参加者へのお知らせ

1. 参加費

参加者		事前	当日
山梨県リハビリテーション専門 職団体協議会	会員	3,000 円	4,000 円
	非会員	4,000 円	5,000 円
その他医療関連職種		1,000 円	1,000 円
学生 その他		無料	無料

2. 参加登録について

①インターネットでのオンライン登録になります。

第4回山梨県リハビリテーション専門職同学術大会ホームページ・QRコード内からお申込み下さい。
事前参加登録には、E-mailアドレスの登録が必要です。

〈学術大会 HP URL〉 <https://teal-rutherfordium3541.znlc.jp/reha/>

〈Peatix URL〉 <https://yamanashireha-4th.peatix.com>

②登録期間：令和6年10月1日(火)～令和7年1月14日(火)

③支払方法：Peatixからのお支払い(クレジットカード、コンビニ/ATM)

※コンビニ/ATM決済の手数料は参加者負担となります。ご了承ください。

④参加登録完了後に申し込み詳細メールが送信されます。

⑤原則としてキャンセルは不可とさせていただきます。

⑥当日参加につきましては受付にて現金支払いのみとなります。



3. 本大会の各協会のポイント取得について

理学療法士：

履修付与は参加登録後、大会当日の受付または各講演後にJPTAアプリからQRコードを読み込むことでマイページに反映されます。その際申込時に「登録理学療法士更新」、「専門理学療法士取得」、「認定 / 専門理学療法士更新」から選択してください。いかなる理由であっても申込後に選択した履修目的を変更することはできません。教育講演Ⅰ～Ⅲ及びⅣ～Ⅵは同時開催ですので、いずれか1つの履修となります。

前期・後期研修履修中の方は前期・後期研修履修に必要なコマの付与はございません。

<p>〈学会参加による履修付与〉</p> <p>登録理学療法士更新：</p> <p>区分1-1 プロフェッショナルリズム 9ポイント</p> <p>または認定 / 専門理学療法士更新：学術大会 9点</p> <p>または専門理学療法士取得：県士会主催学術大会</p>	<p>〈発表・座長・演題査読による履修付与〉</p> <p>認定 / 専門理学療法士更新：</p> <p>講師または演題発表 20点</p> <p>座長 10点</p> <p>演題査読 5点</p>
<p>〈各講演参加による履修付与〉</p> <p>特別講演Ⅰ 登録更新：区分1-2 リハビリテーション医学・医療 1.5ポイント または認定 / 専門更新 1.5点</p> <p>特別講演Ⅱ 登録更新：区分3-36 臨床心理学、心理社会的アプローチ 1.5ポイント または認定 / 専門更新 1.5点</p> <p>教育講演Ⅰ 登録更新：区分2-20 医療マネジメント 1ポイント または認定 / 専門更新 1点</p> <p>教育講演Ⅱ 登録更新：区分13-151 健康概念と健康寿命 1ポイント または認定 / 専門更新 1点</p> <p>教育講演Ⅲ 登録更新：区分6-76 失語症 1ポイント または認定 / 専門更新 1点</p>	

教育講演Ⅳ	登録更新：区分 2-21 医療情報（記録・保存）1ポイント	または認定／専門更新1点
教育講演Ⅴ	登録更新：区分 8-106 心臓リハビリテーション1ポイント	または認定／専門更新1点
教育講演Ⅵ	登録更新：区分 1-12 障害者総合支援法と理学療法1ポイント	または認定／専門更新1点

作業療法士：

一般社団法人日本作業療法士協会 生涯教育制度、基礎コースポイントの対象研修会に該当します。

言語聴覚士：

一般社団法人日本言語聴覚士協会 生涯学習プログラムポイント取得対象の学術大会に該当します。

4. 託児室について

託児室のご利用は事前申し込みをいただいた方のみとさせていただきます。詳細は第4回山梨県リハビリテーション専門職合同学術大会ホームページをご確認ください。

5. レセプションについて

日 時：令和7年2月1日（土）18時40分～20時30分

場 所：ジットプラザBホール

参加費：6,000円

申込方法：第4回山梨県リハビリテーション専門職合同学術大会ホームページ・QRコード内からお申し込み下さい。当日受付につきましては受付にて現金支払いのみとなります。

6. プログラム・抄録について

今大会では、抄録集の事前配送を行いません。参加者には当日受付にてお渡しいたします。1月中旬を目途に抄録集のPDFを大会ホームページに掲載いたしますのでご確認ください。

7. 参加にあたってのお願いとご案内

- ・参加者の肖像権、発表における著作権保護のため、参加者や事務局の許可がない撮影・録画は禁止といたします。またこれらの著作物を本大会以外のホームページ、SNSなどに許可なく掲載することも堅くお断りさせていただきます。遵守くださいますようお願いいたします。
- ・大会実行委員会において、大会の記録のため写真撮影等をさせていただき、報告や広報などに使用させていただく可能性がございますのでご了承下さい。
- ・セッション中は携帯電話を必ずお切りいただきますか、マナーモードにしてください。



演者・座長へのお知らせ

1. 発表形式

演題は、口述発表形式（コンピュータープレゼンテーション）で、発表7分、質疑応答5分とします。

2. 演者の方へ

受付時は、「参加受付」と「演者・座長受付」の両方で受付をお済ませ下さい。セッション開始10分前までに会場へお越し下さい。

3. 座長の方へ

受付時は、「参加受付」と「演者・座長受付」の両方で受付をお済ませ下さい。担当会場をご確認の上、担当セッションの開始10分前までに会場へお越し下さい。進行は座長に一任いたします。予定時間内に終了するようにご協力下さい。

4. 発表用資料作成方法

- 1) 発表はWindows PCを使用します。プレゼンテーションファイル（ファイル名：発表者氏名・演題名）はWindowsにてMicrosoft PowerPoint（ファイル種類：PowerPointプレゼンテーション）で作成して下さい。PCは主催者側で準備いたします。個人PCの持ち込みはご遠慮下さい。
- 2) 倫理的事項（人権尊重および相反利益）に関する記述のスライドを必ず作成して下さい。
- 3) 静止画像はJPEG形式で作成して下さい。
- 4) フォントは特殊なものではなく、OS標準フォントをご使用下さい。
（日本語）：MSゴシック、MS Pゴシック、MS明朝、MS P明朝
（英語）：Arial、Century、Century Gothic、Times New Roman
- 5) スライドのデザインや背景を複雑にすると画面表示に時間がかかる場合があります。ご注意下さい。
- 6) 動画を使用する場合には、動画ファイルとプレゼンテーションファイルを同一フォルダ内に保存して下さい。
- 7) プレゼンテーションファイルは、作成したPC以外のPCで動作確認を行い、ウイルスチェックを行って下さい。

5. 提出方法

- 1) 提出方法はCD-R（ISO準拠モード）、DVD-R（ISO準拠モード）、USBメモリ等での郵送、または任意のストレージへのアップロードによるオンライン提出をお選び下さい。
- 2) 郵送による提出では、プレゼンテーションファイルを保存したCD-R 1枚、動画を使用する場合にはプレゼンテーションファイルと動画データを保存したDVD-R 1枚、あるいはUSBメモリを簡易書留で送付して下さい。CD-RもしくはDVD-R、あるいはUSBメモリに所属、氏名を明記して下さい。
- 3) オンライン提出は任意のストレージにアップしていただき、ダウンロード用のURLを下記連絡先までメールにて送付して下さい。
ご参考までに、無料ストレージ（firestorage：<https://firestorage.jp/>）のご利用も可能です。
- 4) プレゼンテーションファイルは、事前に発表用PCに保存させていただきます。提出していただいたCD-R、DVD-R、USBメモリは発表当日に返却いたします。
- 5) PCに保存したデータは、学術大会終了後に責任を持って消去いたします。
- 6) 学術大会当日は、バックアップCD-R、DVD-R、USBメモリのいずれかをご準備いただき、個人で管理をお願いいたします。発表時にトラブル等があった場合に、会場スタッフに提出をお願いいたします。なお、当日のデータの差し替えは一切受け付けません。
（※データの差し替えは提出期限内にお願いいたします）

6. 提出期限 令和6年12月27日（金）必着

7. 提出先・お問い合わせ先

第4回山梨県リハビリテーション専門職合同学術大会 企画局 演題採択部
社会福祉法人 真正会 デイサービスいろは 言語聴覚士 舟越あゆみ
〒402-0024 山梨県都留市小野 632-1
TEL 080-5116-7260 E-mail: kein_726@yahoo.co.jp



大会日程

大会 1 日目 令和 7 年 2 月 1 日 (土曜日)					
	エントランス	ステージホール	A ホール	B ホール	C ホール
12:00	受付				
13:00 ┆ 13:20		開 会 式			
13:35 ┆ 14:25		<p>大会長講演</p> <p>「私の考える SHINKA 深化・新化・進化」</p> <p>講師：三瀬和彦先生 (山梨県リハビリテーション専門職 団体協議会会長)</p> <p>座長：赤池 洋先生 (山梨県言語聴覚士会会長)</p>			
14:40 ┆ 15:10		<p>一般演題 I</p> <p>『運動器』</p> <p>座長：上島在泰先生 (甲府城南病院)</p>	<p>一般演題 II</p> <p>『実践報告：上肢機能』</p> <p>座長：樋口朋子先生 (山梨県立中央病院)</p>	<p>一般演題 III</p> <p>『実践報告・取り組み』</p> <p>座長：新井則善先生 (湯村温泉病院)</p>	<p>一般演題 IV</p> <p>『実践報告：自主訓練』</p> <p>座長：佐藤大地先生 (山梨リハビリテーション病院)</p>
15:25 ┆ 16:25		<p>教育講演 I</p> <p>セラピストに必要な チームマネジメント</p> <p>講師：平賀 篤先生 (帝京科学大学)</p> <p>座長：藤田理恵先生 (湯村温泉病院)</p>	<p>教育講演 II</p> <p>「人とのつながりに ついて考える」 ～社会的処方に基づいた 地域づくり～</p> <p>講師：保坂和輝先生 (甲州ケア・ホーム)</p> <p>座長：雨宮祐志先生 (訪問看護ステーションほほえみ)</p>	<p>教育講演 III</p> <p>失語症意思疎通支援事業の 取り組みとその重要性</p> <p>講師：赤池三紀子先生 (湯村温泉病院)</p> <p>座長：元木雄一郎先生 (甲州リハビリテーション病院)</p>	
16:40 ┆ 18:20		<p>特別講演 I</p> <p>「日本におけるこれからの リハビリテーション」 ～求められる組織の役割と 専門性の追求～</p> <p>講師：山本伸一先生 (日本作業療法士協会会長)</p> <p>座長：三瀬和彦先生 (山梨県リハビリテーション専門職 団体協議会会長)</p>			
18:40 ┆ 20:30				レセプション	

大会2日目 令和7年2月2日(日曜日)					
	エントランス	ステージホール	A ホール	B ホール	C ホール
8:30	受付				
9:00 ∩ 9:45		一般演題V 『症例報告 I』 座長：中嶋崇博先生 (山梨県立中央病院)	一般演題VI 『症例報告 II』 座長：助川雄紀先生 (甲府城南病院)	一般演題VII 『チーム医療・業務改善』 座長：太田友幸先生 (巨摩共立病院)	一般演題VIII 『日常生活動作・習慣』 座長：渡辺俊太郎先生 (健康科学大学)
10:00 ∩ 11:00		教育講演IV 「症例のまとめ方」 講師：坂本祐太先生 (健康科学大学) 座長：伊藤慎吾先生 (巨摩共立病院)	教育講演V 「心臓リハビリテーション における臨床データの活 用方法」 講師：山田洋二先生 (帝京科学大学) 座長：橋本 司先生 (甲府共立病院)	教育講演VI 「高次脳機能障害のある方 の就労支援」 ～様々な支援を活用するために 明日からできること～ 講師：平原由梨子先生 (KEIPE 株式会社) 座長：米山 敦先生 (春日居総合リハビリテーション病院)	
11:15 ∩ 12:55		特別講演 II 「脳－こころ－身体」から 見る認知機能の調和的理解 講師：梅田 聡先生 (慶應義塾大学文学部 心理学専攻 教授) 座長：磯野 賢先生 (山梨県理学療法士会会長)			
13:00 ∩ 13:15		閉会式			

「私の考えるSHINKA 深化・新化・進化」

山梨県リハビリテーション専門職団体協議会
会長 三瀬和彦

私はこれまで臨床実践では、主に脳血管障害の方のリハビリテーションに携わり、職能活動として、山梨県作業療法士会の活動をはじめ、山梨県理学療法士会、山梨県言語聴覚士会の方々、そのほか関連団体の方々、そして関係する方々と活動をさせて頂く機会が多くあった。その中で特に重要と感じたキーワードとして「プロセス」と「つながり」の二つがある。

これまでの作業療法実践を通して、いつも疑問を持ってきた。ヒトの動きや活動、そして精神心理的側面に関して、なぜこのような反応になるのだろうか？ なぜ、手は5本なのか？ なぜヒトは二足直立になったのか？ 赤ちゃんはなぜ泣くのか？ 発達において反射活動はなぜ必要なのか？ なぜヒトは言葉を得たのか？ といったものである。それによって進化論であったり、発達過程であったり、心理学的解釈であったりと調べる機会をもった。恥ずかしながら、しっかりと知識として表現できるまで把握はできていないが、それぞれに推察も含めて自分なりに腑に落ちる理由があった。

一つ紹介してみたい。何故ヒトは言葉を得ることができたのか。所説あるかと思うが、ヒトの進化として、大きくは水辺で起きたと言われている。陸に上がるプロセスが一つ大きな影響となった。水面から顔を出し、水の中では得られない環境(おそらく食に関すること)を求めた。陸での活動のため、呼吸の仕方、各感覚器の配置、そして、移動方法を変化させてきた。ヒレは手足となるべく、特に前足として手首の構造に変化することが必要であった。手首ができることで、手指や掌へと。そしてそれが、陸性動物として木をつかんで綱渡りのように移動し、手と肩、そして体幹との構造の関係を強化し、握るための基礎を身に着けた。それが上肢を自由にし(するために)二足直立に向けた股関節や足関節の構造を変えた。そして、石器という道具を得、強固な握りそして棒と組みあわせて槍のような道具から尺側の柔軟性も身に着けた。その中では狩猟という目的と集団での行動から、道具を見出し、そして共通のシンボルとしてそこに意味の伴った発声生まれ、言葉というコミュニケーションが誕生した。これはいくつかの進化の書籍から、私が勝手に解釈した内容であることをご承知いただきたい。今ある姿や形そして表現はプロセスの一部である。そのプロセスを考えた時に、「強く強いられたり、願ったりすること」「集団として目的を持ち、共有すること」「行動実践すること」この3つのことが非常に重要であると感じた。

今回、新型コロナウイルス感染症という我々の生活に非常に影響を与える状況に直面した。その中で、リハビリテーションを実践するという強い気持ちを持ち、必要な目的を共有し、あらゆる側面で変化し、深化・新化・進化してきたのではないだろうか？

この学術大会も人口動態の変化や制度の変化という社会の変化、医学の進歩など、それらの状況に応じて、リハビリテーション専門職としての活動として変化してきた一つの形であり、今後も変化し続けるものであると考えている。

当日は、これらの深化・新化・進化について、私なりの解釈とこれまでの山梨県リハビリテーション専門職団体協議会の活動も含めて紹介できればと考えている。そして、大分大げさな表現になるが、それが我々の実践すべきリハビリテーションの「真価」につながればと考えている。

●略歴●

三瀬和彦（みせ かずひこ）

【学歴】

- 1999年 愛媛十全医療学院 卒業
- 1999年 医療法人慈光会 甲府城南病院 入職

【士会活動】

- 2007年 山梨県作業療法士会 理事（事務局長）
- 2012年 一般社団法人山梨県作業療法士会 理事（事務局長）
- 2018年 一般社団法人山梨県作業療法士会 副会長
- 2022年 一般社団法人山梨県作業療法士会 会長
- 2022年 山梨県リハビリテーション専門職団体協議会 会長

【資格】

- 作業療法士
- 公認心理師
- 臨床神経心理士
- 福祉用具プランナー
- A-ONE 神経行動学的評価法認定評価者

「日本におけるこれからのリハビリテーション
～求められる組織の役割と専門性の追求～」一般社団法人 日本作業療法士協会
会長 山本 伸一

2025年2月1日(土) - 2日(日), 山梨県甲府市(会場:ジットプラザ)にて、「第4回山梨県リハビリテーション専門職合同学術大会」が開催されます。本学術集会につきましても、会員の皆様や運営事務局等により、盛会の運びとなりましたことを心よりお祝い申し上げます。

学会長は、山梨県作業療法士会長の三瀬和彦氏。テーマは、「SHINKA 深化・新化・進化 ～リハビリテーションの本質を探り、新たなビジョンへのシフト～」です。三瀬学会長はじめ企画委員等の方々の情熱を感じます。きっと会場全体が熱い議論になることでしょう。

昨今、リハビリテーション領域も拡大し、療法士に対するニーズも多様化してきました。医療技術の担保は、私たちにとっても重要なテーマでございます。対象者にとって、いつでもどこでも、療法士の質が保証されたサービスを受けられること。日本作業療法士協会と日本理学療法士協会・日本言語聴覚士協会、そして各都道府県3療法士会は、それが責務になります。2025年は目前、そして2040年問題も控えています。療法士の活躍の場は、乳児から高齢者まで、介護予防から急性期・回復期・生活期、そして終末期のすべてです。バランスの良い療法士の配置を。在宅復帰に留まらず、就学・就労・趣味拡大等、いきがいを持った「真の暮らし」のためのリハビリテーションが必要です。3療法士だからわかること、そして出来ること。私たちには、そのプライドがあります。

今回、リハビリテーションに纏わる状況の整理と制度関連等を振り返ります。特に、2024年度はトリプル改定でございました。賃金UPをはじめとする様々な要望に関しては、各関係団体・各関係省庁、そして政治活動という総合的な渉外活動の展開を重ねました。満点というわけにはいきませんが、及第点はつけられるのではないかと考えています。これからの私たちがやらなければならないこと。現場、養成校、各都道府県士会、そして協会、連盟の役割があります。そして、基本はやっぱり「臨床」です。臨床なくして成果はありません。成果なくして渉外はできません。渉外なくして、保障は守れません。そう思います。今回、私自身の拙い臨床動画とともに、「変わるべきこと、変わらないこと」を皆様と共有したいと思います。

私たちの未来は、私たちの手で創るべきです。臨床の最良の質と量の提供のために、全国の組織が手を取り合い、一体となって歩んでまいりましょう。

これからも何卒よろしくお願ひ申し上げます。

●略歴●

山本伸一（やまもと しんいち）

【学歴・職歴】

- 1987年3月 愛媛十全医療学院 作業療法学科 卒業
- 1987年4月 医療法人財団 加納岩 山梨温泉病院 入職
(現山梨リハビリテーション病院)
- 2023年6月 社会医療法人 加納岩 山梨リハビリテーション病院 退職
- 2023年7月 社会医療法人 加納岩 山梨リハビリテーション病院 非常勤
名誉副院長

【一般社団法人 日本作業療法士協会活動】

- 2001年～2009年 理事
- 2009年～2017年 常務理事
- 2017年～2023年 副会長
- 2023年～ 会長 就任

【受賞歴】

- 2016年 厚生労働大臣表彰

【著書】

- 1) 山本伸一・伊藤克浩・高橋栄子・小菅久美子編集：活動分析アプローチ 青海社 2005
- 2) 山本伸一編集：中枢神経系疾患に対する作業療法～具体的介入論からADL・福祉用具・住環境への展開～ 三輪書店 2009
- 3) 山本伸一・伊藤克浩・高橋栄子・小菅久美子編集：活動分析アプローチ第2版 青海社 2011
- 4) 山本伸一編集：疾患別 作業療法における上肢機能アプローチ 三輪書店 2012
- 5) 山本伸一監修：重度疾患への活動分析アプローチ 青海社 2013
- 6) 山本伸一編集：臨床OT-ROM治療～運動解剖学の基本的理解から介入ポイント・実技・症例への展開 三輪書店 2015
- 7) 山本伸一監修：CVA×臨床OT～「今」リハ効果を引き出す具体的実践ポイント～ CBR 2020
- 8) 山本伸一編著：PT・OTのための脳卒中に対する臨床上肢機能アプローチ～弛緩から痙性・失調・肩の痛み、高次脳機能障害等に対する Movement-Therapy～ 三輪書店 2023 等

「脳－こころ－身体」から見る認知機能の調和的理解

慶應義塾大学文学部 心理学専攻
教授 梅田 聡

近年、神経科学のアプローチからこころの機能について探る「認知神経科学」が発展し、さまざまな精神・神経症状の背後にあるメカニズムが徐々に明らかにされつつある。しかしながら、研究が発展するにつれ、新たに見えてきた点もある。それは、不安や抑うつなどの精神症状が起こるメカニズムを理解するためには、これらの症状の背後にある脳活動をターゲットにしていただけでは不十分であり、身体活動の影響を十分に考慮することが必要であるという点である。ここでいう身体活動とは、心拍や血圧の変化、発汗の程度、胃や腸の状態など、主に身体の自律神経システムが制御する身体内部の活動を意味する。特に、自身の身体内部状態の感覚である「内受容感覚」は、主観的感情の生成にとどまらず、不安や抑うつなどの精神症状にも深い関係があることが明らかにされており、その背後にあるセリエンスネットワークの役割が注目されている。また、自律神経障害の症例の多くは、さまざまな精神症状を持つことが知られており、因果関係を含めたメカニズムの理解も進んでいる。

こうした多面的な理解が深まることで、心の機能が原因で生じる「心理的痛み」の発生メカニズムも徐々に明らかになってくる。特に、慢性疼痛の長期間に及ぶ病態には、自律神経反応が関与する学習や記憶のメカニズムが深く関わっており、このメカニズムを十分に理解できないと、疼痛の緩和は表面的なものにとどまる可能性がある。さらに、近年では、こうしたメカニズムの理解が、感情の側面のみならず、記憶や思考といった、いわばクールな認知機能にも役立つことが示唆されている。例えば、「ふと思い出す」や「共感を覚える」という現象の背景で何が起こっているのかなど、これまでアプローチが難しかった複雑な心理現象の謎が徐々に解き明かされ始めている。

そこで本講演では、身体活動や内受容感覚という切り口から、これらの複雑な心理的な側面に焦点を当て、神経心理学や心身医学などの観点も取り入れながら、それらの背後にある「脳－こころ－身体」の三者関係のダイナミクス、およびその調和的理解の重要性について述べる。そして、この理解をもとに、リハビリテーションの現場にどのような応用ができるのか、その可能性について考察したい。

●略歴●

梅田 聡（うめだ さとし）

1991年、慶應義塾大学文学部人間関係学科心理学専攻卒業。1998年、同大学大学院社会学研究科心理学専攻博士課程単位取得退学（2002年、博士（心理学）取得）。その後、日本学術振興会特別研究員（DC）、特別研究員（PD）を経て、1999年、慶應義塾大学文学部人文社会学科心理学専攻助手。2006年、同専攻助教授（2007年より准教授）。2014年、同専攻教授。2020年より慶應義塾大学医学部精神神経科兼任教授。2006～2007年、ロンドン大学認知神経科学研究所・ロンドン大学病院・国立神経学神経外科病院 訪問研究員。現在、日本認知心理学会 理事長、日本神経心理学会・日本自律神経学会 理事、日本生理心理学会・日本高次脳機能学会・日本脳科学関連学会連合 評議員。

セラピストに必要なチームマネジメント

帝京科学大学 医療科学部 理学療法学科
理学療法士 平賀 篤

現在所属のチーム内を思い浮かべながら、以下二つの項目について達成できているか考えていただきたい。

- ①「他部署との連携は重要だ！」とよく言われるが、なぜ他部署との連携が必要なのか、連携する目的についてチーム内スタッフ全員が表現できる。
- ②リハビリテーションチームが掲げている目標をチーム内の全スタッフが把握し、理解して実践している。

上記はチーム全体の共通見解を確認する一例として挙げたが、チームとして動くにはスタッフ全員が同じ方向を向いて課題に取り組む必要があることは想像に難くないであろう。言い換えると、個人よりも集団で同じ目標に取り組んだ方が得られる成果が大きくなるということである。これらを円滑に行うための方策がチームマネジメントである。

チームマネジメントとは、チーム内のスタッフが働きやすくなるような調整を行うことで、個々の力が最大限発揮できるよう導くことである。医療・介護分野におけるチームマネジメントは、言い換えれば我々専門職の質の向上をさせるための準備であり、マネジメントの質が結果に大きな影響を与えると断言しても過言ではない。チーム内の目標を具体化して共有し(みんなで頑張る、対象者を良くする、のような抽象的な目標ではなく、入院中のFIM利得〇点、実績指数〇以上、自宅退院率〇%など具体的な目標を設定することが重要)、この目標を実現するためにスタッフ一人ひとりがどのように動くべきか思考し、对患者・利用者・對他部署で必要な行動を起こすことが重要となる。

しかしながら医療・介護分野でチームマネジメントを成功させることは極めて難解である。その理由としては大きく三つの要因が考えられる。一つ目は我々リハビリテーション専門職が若手養成やチーム育成というマネジメントに特化した教育を受けておらず、理論・実践とも経験値が極めて少ないという点である。現在の養成校教育では専門性を高めるための教育プログラムとなっており、管理・教育に関するプログラムはまだまだ少ないのが現状である。二つ目は若手養成とプレイヤーとしての両方の結果を求められる点である。特に5~10年目を班長とした班を複数作り、それをさらに上の経験年数者が統括するような構成の施設では、班長が初めての若手育成にも関わらずプレイヤーとしての結果を求められるといった二重のタスクとなる。三つ目は自分自身の育ってきた方法論が通用しない可能性が高い点である。X世代、ミレニアル世代、Z世代、などと時代によって特徴が異なるように、スタッフ間の年齢差があればあるほど考え方は異なる可能性が高い。それに加えて現代は多様な価値観が形成されることから、より個々の理解が求められている。

本講演ではこれらの内容を踏まえ、科長だけでなく小グループの班長がマネジメントできるための実践的方法を提案していく。

●略歴●

平賀 篤（ひらが あつし）

【学歴】

- 2006年3月 茨城県立医療大学 保健医療学部理学療法学科 卒業
- 2013年4月 神奈川県立保健福祉大学大学院 博士前期課程 入学
- 2015年3月 同大学院 卒業
- 2018年4月 神奈川県立保健福祉大学 博士後期課程 入学
- 2021年3月 神奈川県立保健福祉大学 博士後期課程 卒業（保健福祉学博士）

【職歴】

- 2006年4月 横浜新都市脳神経外科病院 リハビリテーション科 理学療法士（最終役職：主任）
- 2015年4月 帝京科学大学 医療科学部理学療法学科 助教
- 2018年4月 同大学 講師
- 2023年4月 同大学 准教授 現在に至る

【資格】

- 2006年4月 理学療法士免許取得

【専門領域】

- 物理療法（2017年4月～認定理学療法士（物理療法）取得）

【学会役員等】

- 山梨県理学療法士会 理事
- 日本理学療法学会連合 日本物理療法研究会 副理事長
- 日本物理療法学会 評議員
- 他

「人とのつながりについて考える」 ～社会的処方に基づいた地域づくり～

在宅支援センター 甲州ケア・ホーム
作業療法士 保坂和輝



昨今、人口減少や働き手不足など日本では多種多様な課題を抱える時代を迎えています。多くの課題を目の前にして、身近なところでも職員不足や給与の問題など医療・介護業界内にとどまらず、多くの分野を巻き込んだ人材の取り合いが起り始めています。その中において、地域では住み慣れた暮らしの実現や継続といった当たり前のことを当たり前に行える環境を整えるためにも「支援する人」「支援される人」の関係を越えて、関係性づくりや場づくり・居場所づくりが盛んにクローズアップされていると言えます。限られた支援の中で必要な人に必要なサービスが提供される時代を迎えることは確実であり、その中で私たちリハビリテーション専門職として地域とどのように向き合えばよいのか戸惑い、考える人も多くいると思います。自分にできることを少しでも始め、地域リハビリテーションの1歩を踏み出していることを再認識し、実感できる場になればよいと考えています。

今回は、「社会的処方」をベースに人や地域のつながりを処方していく考え方をどのように地域リハビリテーションに活かしていくべきかを考えていきたいです。直接的に支援することだけが地域への支援の全てではなく、行政や、社協、NPO、住民など様々な機関や人とのパートナーとなって支援できるようにマネジメントしていくこともリハビリテーションに関わる専門職だからこそ活かしていける視点だと思います。私たちリハビリテーション専門職が地域に関わる機会としては、介護予防や地域ケア会議など行政が運営する単発事業の関わりが多いと思われます。しかしそもそも、どのような地域をつくっていくことが求められているのだろうか。どのような地域をつくりたいのだろうか。これらの問いについて行政だけの回答に頼るのではなく、地域住民の一人でもある私たち専門職もしっかり自分事として意識する必要があると考えます。当たり前のように人と人がつながり、支え合いまでが行われていた時代から、隣近所に誰がいるのかわからないくらい関係性が希薄になっている時代となり、新たに「つながり」を考えていくことが求められるようになってきたからこそ、改めて、地域について一緒に対話できればと思います。

また、地域支援や地域リハビリテーションという言葉に戸惑う専門職もいるかと思いますが、当たり前ですが病院や施設、事業者で働くセラピストの前にいる患者や利用者も地域住民の一人です。その地域住民の方が人とのつながりを実感し、孤独・孤立することなく安心して暮らしていくことができる地域をリハビリテーションしていくことも私たち専門職の使命でもあります。関わる人の延長線上に地域があると捉えることができれば、どのような地域をつくっていくことがその人を幸せにできるかの視点に切り替えることができると思います。一緒に考え、行動していきましょう。

●略歴●

保坂和輝（ほさか かずき）

【職歴・活動】

- 2005年 医療法人銀門会 甲州リハビリテーション就職（回復期）
- 2009年 小菅村機能訓練事業参画（地域づくりに関わる）
- 2013年 医療法人銀門会 介護老人保健施設 甲州ケア・ホーム所属
- 2020年 一般社団法人 山梨県作業療法士会理事
- 2022年 日本リハビリテーション病院・施設協会 地域リハ塾生受講（1期生）
- 2023年 山梨市生活支援体制整備事業アドバイザー
山梨県社会福祉協議会地域福祉プロットフォームアドバイザー

【資格】

作業療法士・コミュニティコーピング認定ファシリテーター

失語症意思疎通支援事業の取り組みと その重要性

湯村温泉病院
言語聴覚士 赤池 三紀子



2015年に失語症を取り巻く制度に新たな取り組みが動き出しました。その中で「失語症者向け意思疎通支援者」(以下、支援者)の養成の実現に向け、国や県などの行政、日本失語症協議会と日本言語聴覚士協会らが検討を重ね、2018年から支援者の養成及び派遣が全国で始まりました。周囲からわかりにくい高次脳機能障害の一つである失語症があることで、失ったものは言葉だけでなく生活そのものと指摘されて久しい中、コミュニケーションや活動への支援が長く求められていました。

今回、山梨県と山梨県言語聴覚士会(以下、当会)で開催している失語症者向け意思疎通支援事業の7年間の取り組みと支援者養成・派遣事業がもたらす失語症への理解とその重要性をこの場を借りてお伝えしたいと思います。

【養成講習会開催までの2年間の取り組み】

- ① 山梨県障害福祉課と当事者同席にて2回、計5回にわたり面談を行いました。
- ② 地域で生活する12名の失語症者の生活のしづらさについて聞き取り調査を実施し、生活上の具体的な問題について山梨県障害福祉課へ報告しました。
- ③ 当会が運営する失語症友の会「ふじやま」を設立しました。当事者会員数は20名になり、支援者養成のコミュニケーション支援実習で活用できる場を確保しました。
- ④ 当会理事や会員に向け、支援者を養成するための指導者養成研修内容の伝達講習会を全5回開催しました。25名が受講し、支援者養成の講義や実習のアシスタントとなる人材を確保しました。

【養成講習会実現と派遣事業の取り組み】

- ① 2019年山梨県障害福祉課から本事業の3年計画案が立ち上がり、同年県議会にて意思疎通支援者養成事業の予算が認可され、翌2020年に第1回の支援者養成講習会が開始されました。
- ② 講習会は養成カリキュラムとして必修科目40時間(実習28時間)、選択科目40時間(実習32時間)が決められ、支援者派遣には少なくとも必修科目修了が前提となりました。
- ③ 支援者の1年目の応募数は37名、2年目は27名、3年目は8名。職種は医療・福祉・保健分野の従事者と一般、失語症の家族ら。受講者は順に16名、10名、8名。県の養成講習会修了登録者は順に14名、9名、7名。3年間の養成で計30名になりました。
- ④ コロナ感染時期に重なった講習会でしたが、感染対策で手探りの開始から3年間の必修科目養成を経て、2024年度は登録者対象に選択科目の2年目に取り組んでいます。
- ⑤ 2022年には派遣事業が始まり、同年の派遣実績数は13回(個別12回、友の会1回)、2023年は10回(個別6回、県と他団体幹旋3回、友の会1回)でした。
- ⑥ 毎回のコミュニケーション支援実習では、失語症当事者の協力によって失語症が持つ様々な課題に理解を深めることができ、この事業の展開に重要性を感じています。

●略歴●

赤池三紀子（あかいけ みきこ）

【職歴・職能活動・受賞歴など】

- 1999年 第1回 言語聴覚士国家資格試験にて資格取得
- 2000年 山梨県言語聴覚士会 副会長（現在まで至る）
- 2007年 山梨高次脳機能障害を支える会「甲斐路」を設立
- 2015年 日本言語聴覚士協会 代議員2期
- 2022年 厚生労働大臣賞受賞
- 2024年 医療法人八香会 湯村温泉病院 リハビリテーション部 言語聴覚療法科 科長

「症例のまとめ方」

健康科学大学 健康科学部リハビリテーション学科
理学療法士 坂本 祐太

臨床現場において、症例を文章としてまとめ、自分以外の人に説明する能力は、医療専門職として不可欠なスキルの一つである。この能力は、質の高い臨床推論を支え、専門職としての成長を促進する基盤となる。本講演では、リハビリテーション専門職を対象に、1～3年目の若手に向けた「症例のまとめ方」をテーマに取り上げる。

まず、症例をまとめる際に最も重要なことは、「誰のためにまとめるのか」という視点である。患者にとって、リハビリテーション専門職のカルテ記録は自身の治療の進行状況や今後の選択肢を理解する重要な情報源となる。また、自身にとっても、これらの記録は臨床判断を振り返り、専門的スキルを向上させるための資料となる。業界全体においては、医療専門職がこれらの記録を参考に新たな治療アプローチを開発し、臨床実践を改善する助けとなる。さらに、社会的には、症例報告の公開を通じて一般の人々が医療を理解しやすくなり、これが医療の透明性と信頼性を高め、全体的な医療の質の向上に貢献する。

次に、医療における経験の可視化が、根拠に基づく医療(EBM)の文脈において持つ意義について述べる。EBMは、一つひとつの症例の積み重ねで形成されている。リハビリテーション専門職が自身の経験をカルテに記録し可視化し、症例報告やデータを公表することで知見が蓄積され、医療全体の質が向上する。この知見は他の療法士が効果的な治療法を選択する際の基盤となり、個々の患者に対する治療の質も向上する。このようにして、リハビリテーション専門職は医療の質向上に貢献し、専門性を高めることができる。

症例情報をまとめる視点と意義を押さえたところで、次に具体的な経験の記録とまとめ方を考察する。症例をまとめるために重要なのは、日常的に記録するカルテである。患者の症状、治療内容、経過観察等の情報において、何を記載するか選択することで、後にこれらをデータとして分析し、治療の有効性や改善点を見出すことにつながる。ただ記録を残すだけでなく、日々の臨床から得られた知見を患者単位で整理し、次のステップに活かすことを念頭に置くことが必要である。

発表にはいくつかのポイントがあり、講義ではそれらの具体的な手法と手順を紹介する。発表を通じて、自身の知見を他者と共有し、新たな視点や改善点が見えてくる。これは個人の内省や施設内での学習にとどまらず、業界全体の発展に貢献するステップである。また、自分の立ち位置を理解し、知見を広げるための機会でもある。

最後に、研究活動について触れる。研究は特別なことではなく、日常の臨床業務の中から生まれる疑問を解決するための手段である。まずは小さなテーマから始め、簡単なデータ収集や分析に取り組むことを勧める。この一連の経験を通じて、リハビリテーション専門職としての専門性をさらに高め、患者に提供するケアの質を向上させることが期待できる。本講演が、皆様の今後の臨床実践とキャリア形成に役立つことを願う。

●略歴●

坂本祐太（さかもと ゆうた）

【学歴】

2011年3月 健康科学大学 健康科学部 理学療法学科 卒業
2021年3月 杏林大学大学院 保健学研究科 保健学専攻 博士前期課程 修了
2024年3月 杏林大学大学院 保健学研究科 保健学専攻 博士後期課程 修了

【職歴】

2011年4月 笛吹中央病院 リハビリテーション技術科 入職
2018年4月 健康科学大学 健康科学部 理学療法学科 助手
2020年4月 健康科学大学 健康科学部 理学療法学科 助教
2024年4月 健康科学大学 健康科学部 理学療法学科 講師

【資格】

理学療法士
認定理学療法士（健康増進・参加）
健康運動指導士
健康運動実践指導者

【学会活動】

山梨県理学療法士会 学術誌編集部 構成員

「心臓リハビリテーションにおける 臨床データの活用方法」

帝京科学大学 医療科学部
理学療法士 山田 洋二



心疾患は本邦の死亡原因の第2位であり、その多くは心不全とされている。また、社会の高齢化に伴う循環器病の増加により、心不全が急増する「心不全パンデミック」が起こっており、現在120万人が罹患しているが、2030年には130万人に増加すると推測されており、その対策は喫緊の課題である。2019年に施行された循環器病対策基本法においても、「心不全等による再発予防及び再入院予防のため、運動療法、冠危険因子是正、患者教育、カウンセリング等を含む多職種による疾病管理プログラムとしてリハビリテーションを切れ目なく実施することが重要」と位置づけられている。以上の背景から、リハビリテーション専門職は、今後増加していく心不全に対応できる能力を身につけることが社会に求められているといっても過言ではない状況であるといえる。

心不全の既往を有している、又は現在治療中といった対象者のリハビリテーションを担当する際に「何からみればよいのか」と悩むことがある。療法士が心不全に苦手意識を持つ最大の理由は、四肢の麻痺や骨折などと違って、外見上健全な状態と区別が付きにくいことが挙げられる。身体障害の多くが基礎疾患によってもたらされた「後遺症」であることは対照的に、心不全の障害像は「基礎疾患と共存した機能障害」であり、基礎疾患の状態に大きく依存することが特徴である。疾患の状態の良し悪しが障害の軽減や増悪へとつながるといった特徴を有するため、心不全のリハビリテーションに関わる療法士は、対象者の状態を把握するために臨床データを活用することが重要となる。

心臓リハビリテーションにおける臨床データは、循環器症状を有する対象者について、「情報整理」と「考察」を加えるために集められるもので、複数の数値や状態によって表されている。具体的には下記①～⑤のような状態を情報整理するものと解釈することができる。

- ① 呼吸状態に関するデータ
- ② 循環(血行)動態に関するデータ
- ③ 心臓の形、動きに関するデータ
- ④ 心臓(心筋)の障害に関するデータ
- ⑤ 運動に関するデータ

上記の5種類のデータを読み取り、解釈することで、全身状態、心臓の状態(循環、動き、形など)、動作への影響、といった側面で対象者の病態を捉え、これらにフィジカルアセスメント(身体所見)を組み合わせることにより、安全で効果的なりハビリテーションプログラムの提供へと繋げることができる。

本教育講演では、心不全を中心とした心疾患への苦手意識を少しでも解消することを目的に、心不全に関連する臨床データの情報整理、解釈の思考過程について、「介入の前に情報収集すべき項目」と、「介入時に情報収集すべき項目」の2側面から概説する。

●略歴●

山田洋二（やまだ ようじ）

【学歴】

1999年3月 札幌医科大学保健医療学部理学療法学科 卒業
2016年3月 神戸大学大学院保健学研究科博士前期課程 修了（保健学）
2023年9月 神戸大学大学院保健学研究科博士後期課程 修了（保健学）

【職歴】

1999年4月 社団法人山梨勤労者医療協会 石和共立病院
2005年4月 公益社団法人山梨勤労者医療協会 甲府共立病院
2007年4月 甲府共立病院 リハビリテーション室 室長
2020年4月 石和共立病院 回復期リハビリテーション室 室長
2021年4月 石和共立病院 総合リハビリテーション室 室長
2023年4月 帝京科学大学医療科学部 理学療法学科 講師（現在に至る）

【免許・認定資格】

理学療法士，3学会合同呼吸療法認定士，心臓リハビリテーション指導士

【役員等】

日本心臓リハビリテーション学会 評議員
一般社団法人山梨県理学療法士会 がんリハビリ推進委員会 委員長
山梨県リハビリテーション専門職団体協議会 理事
山梨県リハビリテーション専門職団体協議会 がんリハビリ推進委員会 委員長
山梨県がん教育総合支援事業推進連絡会 委員
山梨県がんリハビリテーション研修実行委員会 委員
山梨内部障害理学療法研究会 代表
山梨心臓リハビリテーション研究会 事務局長
山梨県呼吸ケア・リハビリテーション研究会 運営委員

「高次脳機能障害のある方の就労支援」 ～様々な支援を活用するために明日からできること～

KEIPE 株式会社
作業療法士 平原由梨子



高次脳機能障害のある方の「はたらく」を支えるためには、障害福祉分野・職業リハビリテーション分野との連携が不可欠となります。多くの医療機関にお勤めのリハビリテーション専門職のみなさまが明日からできること、多分野と協業やリファーを行うために必要なことを、整理してお話します。

【高次脳機能障害のある方が「はたらく」上で支障となりやすいこと】

障害の社会的認知度(理解の得られにくさ, 必要な支援の得られにくさ)

障害特性の影響(外見上のわかりづらさ, 障害の自己認識のしづらさ)

長期間にわたり緩やかな機能回復や社会性の向上が期待できる ↔ 公的保険制度

【高次脳機能障害者の就労の相談・支援にかかわる社会資源】

・公共職業安定所(ハローワーク/県内7ヵ所)

・地域障害者職業センター(各都道府県/山梨障害者職業センター)

広域障害者職業センター(埼玉県, 岡山県)

障害者職業総合センター(千葉県)

・障害者就業・生活支援センター(県内4ヵ所)

・障害者職業能力開発校

・就労移行支援事業所

・就労継続支援事業所(A型・B型)

・その他

高次脳機能障害及びその関連障害に対する支援普及事業

高次脳機能障害情報・支援センター(国立障害者リハビリテーションセンター)

山梨県高次脳機能障害者支援センター(地域生活支援事業, 地域生活支援促進事業)

【トピック】

●障害者総合支援法

一般就労中の就労系福祉サービスの利用

休職から復職を目指す場合のサービスの利用

●障害者雇用促進法

障害のある方が働くうえでの合理的配慮事項

●略歴●

平原由梨子（ひらはら ゆりこ）

【学歴】

2004年 横浜リハビリテーション専門学校 作業療法学科 卒業
2020年 日本医療大学 社会福祉士一般通信課 卒業

【職歴】

2004年 医療法人銀門会甲州リハビリテーション病院 入社
2010年 山梨県高次脳機能障害者支援センター 兼職
2021年 笛吹市地域自立支援協議会委員 兼職
2023年 KEIPE 株式会社 入社
就労支援事業本部 支援プログラム開発チーム リーダー（入社時）
PJ 推進チーム リーダー（現職）

【資格】

認定作業療法士（日本作業療法士協会）
社会福祉士
国家資格キャリアコンサルタント
訪問型職場適応援助者
サービス管理責任者
両立支援コーディネーター
OTD認定講師（一般社団法人OTD普及協会）



一般演題日程

一日目 2月1日(土)

14:40~15:10 一般演題Ⅰ 運動器 ステージホール

座長 甲府城南病院 PT 上島在泰

- 1 当院回復期病棟の運動器疾患患者における受傷前の生活活動量が退院時の歩行自立度に及ぼす影響
湯村温泉病院 PT 野田魁斗
- 2 転倒骨折患者の歩行能力と脱水の関係について
—ヘマトクリット値に着目して—
一宮温泉病院 PT 高嶋悠

14:40~15:10 一般演題Ⅱ 実践報告：上肢機能 Aホール

座長 山梨県立中央病院 OT 樋口朋子

- 1 肩回旋筋腱板修復術後患者の当院での取り組みと治療成績
市立甲府病院 OT 青山俊喜
- 2 重度脳卒中片麻痺患者に対する急性期での電気刺激療法を活用した介入
甲府城南病院 OT 中村謙志

14:40~15:10 一般演題Ⅲ 実践報告・取り組み Bホール

座長 湯村温泉病院 PT 新井則善

- 1 当院作業療法課におけるハンドリングによる治療介入についての意識調査
～勉強会前後での意識変化について～
山梨リハビリテーション病院 OT 柿木美穂
- 2 自己免疫性GFAPアストロサイトパチーと診断された症例に対する治療経過と報告
石和共立病院 PT 市川研太

14:40~15:10 一般演題Ⅳ 実践報告：自主訓練 Cホール

座長 山梨リハビリテーション病院 PT 佐藤大地

- 1 ストレッチングによる主動作筋と拮抗筋の筋力への影響について
恵信甲府病院 PT 矢崎正広
- 2 ボツリヌス療法と自主訓練を併用し、身体機能の維持・向上を図れた症例
甲府城南病院 OT 中田智寿



二日目 2月2日(日)

一般演題日程

9:00~9:45 一般演題V 症例報告I ステージホール

座長 山梨県立中央病院 ST 中嶋 崇博

- 1 前交通動脈破裂によるくも膜下出血により記憶障害を認めた一例
甲州リハビリテーション病院 ST 石間戸 香穂
- 2 短期記憶と香りの関連性
恵信甲府病院 OT 高橋 旦乃
- 3 視覚フィードバックを併用し部分免荷トレッドミル訓練を施行した重度片麻痺者の一例
— 短期介入効果の検証 —
甲府城南病院 PT 伊藤 洋紀

9:00~9:45 一般演題VI 症例報告II Aホール

座長 甲府城南病院 OT 助川 雄紀

- 1 当院回復期病棟に入院している患者の歩行自立判定における多角的評価の検討
～二重課題遂行能力、転倒恐怖感との関連性～
湯村温泉病院 PT 柳 館 匠
- 2 人工膝関節全置換術患者のKnee adduction momentと足部プロネーションに有意な相関関係をみとめない
一宮温泉病院 PT 雨宮 一輝
- 3 呼称場面で多彩な音韻的誤りを認めた伝導失語の一例
甲州リハビリテーション病院 ST 海野 友希

9:00~9:45 一般演題VII チーム医療・業務改善 Bホール

座長 巨摩共立病院 PT 太田 友幸

- 1 当院での『2023 職場における腰痛予防宣言!』事業参加報告
～当院職員における腰痛起因動作の傾向と改善策～
一宮温泉病院 PT 小俣 正留
- 2 褥瘡対策チームにおけるリハビリ職の役割
～脳卒中急性期重症患者の体型に着目したポジショニングの検討～
山梨大学医学部附属病院 OT 野澤 由香
- 3 仕事と子育ての両立のために
～子を持つ職員の声を反映した職場のサポート体制について～
山梨リハビリテーション病院 OT 鈴木 千恵美

9:00~9:45 一般演題VIII 日常生活動作・習慣 Cホール

座長 健康科学大学 OT 渡辺 俊太郎

- 1 透析患者における継続した運動指導が身体機能、運動習慣に及ぼす影響についての調査
市立甲府病院 OT 保坂 岳
- 2 FIM認知項目が退院時の方向性に及ぼす影響に関する調査
～問題解決・記憶に着目して～
甲府城南病院 ST 國分 志保
- 3 当院回復期リハビリテーション病院入院患者における骨格筋量とバランス能力、ADLの関係
湯村温泉病院 PT 大森 海渡

【一般演題 I - 1】

当院回復期病棟の運動器疾患患者における受傷前の生活活動量が退院時の歩行自立度に及ぼす影響

【キーワード】 生活活動量・歩行自立度・運動器疾患

湯村温泉病院 理学療法科

理学療法士 野田魁斗

【はじめに】

近年、超高齢社会に突入り2023年には高齢化率29.0%となり、今後も高齢化率は上昇していくと予想されている。臨床において加齢に伴う身体機能低下によって日常生活動作 (Activities of daily living: 以下, ADL) が低下し転倒による骨折で入院する事例が多く見られる。回復期病棟では退院後の生活を想定しリハビリテーションを行うため、予後予測に基づき目標設定し機能回復を促すことが重要である。予後予測を行う因子の一つとして受傷前の生活活動量が挙げられる。受傷前の生活活動量を数量的に測定する Life space assessment (以下, LSA) を用いた地域在住高齢者や施設入所高齢者を対象とした報告は散見されるが、回復期病棟を対象とした報告は少ない。そこで、今回は受傷前の生活活動量が当院回復期病棟退院時の歩行自立度に及ぼす影響を検討した。

【対象】

令和6年4月から令和6年9月までに当院回復期病棟に入院及び退院された運動器疾患患者25名 (男性7名 75.3±13.4歳, 女性18名 81.6±9.9歳), 転倒等による骨折後16名, 人工関節手術後5名, 脊柱管狭窄症術後4名を対象に行なった。ただし長谷川式簡易知能評価スケール (以下, HDS-R) 20点以下, 高次脳機能障害などにより内容理解が困難な者, 入院前に屋内歩行が自立していなかった者は除外対象とした。

【方法】

カルテより性別, 年齢, 疾患名, 既往歴, 入院期間, 要介護認定の有無を抽出。LSAは評価対象期間を受傷前1ヶ月とし, 本人へ聴取する。退院時の握力, 機能的自立度評価法 (Functional Independence Measure: 以下, FIM) 歩行, Functional Balance Scale (以下, FBS) の評価は担当セラピストが実施する。評価期間は退院1週間前より退院日とする。対象者の内, 退院時FIMの歩行6~7点を自立群, 5点以下を非自立群とした。

1) LSAとFBS, 握力, FIM歩行の各評価項目について関連があるかSpearmanの順位相関係数を用いて検討する。2) 歩行自立群, 非自立群に対してLSA, FBS, 握力はどの程度

影響しているかロジスティック回帰分析を用いて検討し, 有意水準は5%とした。本研究はヘルシンキ宣言に基づき当院の倫理審査委員会にて承認を得ている (湯倫6-004)。

【結果】

1) 各項目平均点はLSA49.9±24.4点, FBS40.0±11.6点, 握力15.0±6.06kg, FIM歩行5.8±0.89点であった。LSAとFBS ($r=0.70$, $P=0.006$), LSAと握力 ($r=0.53$, $p=0.01$), LSAとFIM ($r=0.65$, $p=0.002$) となり正の相関を認めた。2) 歩行自立群は19名77.7±10.8歳, 非自立群は6名86.7±7.9歳であった。ロジスティック回帰分析結果は表1に示す。歩行自立においてLSA, FBS, 握力の各項目に影響は認めなかった。

【考察】

本研究の結果より, 1) LSAとFIM歩行において正の相関を認め, 受傷前の生活活動量が多いほど退院時の歩行能力が高い傾向にあることが確認できた。LSAと握力, LSAとFBSいずれにおいても正の相関を認めており, 生活活動量が多いほど筋力やバランス能力が高いと考えられ, 受傷後の歩行能力にも影響していると考えられる。2) 1) の結果でLSAとFIM歩行において正の相関を認めたが, ロジスティック回帰分析では歩行自立への影響は認められない結果となった。退院時の握力は厚生労働省発表の年代別平均と比較して低く, 受傷による身体機能低下の影響が大きかったのではないかと考えられる。FBSと握力においても歩行自立度への影響は認められない結果となった。退院時に歩行補助具を使用して歩行自立していた者が14名おり, バランス能力や筋力が低くても歩行補助具で補うことができた結果と考えられる。今回は運動器疾患患者を対象として分析を行ったが, 転倒等による骨折後が16名, 人工関節手術後が5名, 脊柱管狭窄術後が4名いた。経過の異なる症例がいたこと, また入院中の状態の悪化も各項目の歩行自立度への影響が認められなかった要因の一つと考えられる。

今回の研究から病前の生活活動量を把握することで能力を予測しての治療介入, 歩行補助具の選定により歩行自立へ繋げられることが示唆された。歩行自立度への各項目の影響は認めなかったが, 歩行自立の予測としては重要な項目と考えられ, 実施方法を見直して再検討する必要がある。

【今後の展望】

今回の研究限界として, 対象者数が少なく限局的だったこと, 運動器疾患と対象が広がっていたことが挙げられる。今後は疾患を細分化し, 疼痛や疾患別の理学療法評価を加味し今後の移動手段や自立度を判断するための一助としてLSAが有用なのか検証していきたいと考える。

表1 ロジスティック回帰分析結果

	偏回帰係数	有意確率(P値)	オッズ比
定数	-1.98	0.334	
LSA	0.084	0.198	1.088
FBS	0.087	0.16	1.092
握力	-0.238	0.196	0.788

判別的中率 84%

【一般演題 I - 2】

転倒骨折患者の歩行能力と脱水の関係について —ヘマトクリット値に着目して—

【キーワード】 歩行能力・脱水・ヘマトクリット値

一宮温泉病院

理学療法士 高嶋 悠・小俣正留・雨宮一輝・菊池 悟

【はじめに】

転倒骨折患者は様々な要因により歩行獲得に難渋するケースがある。過去に我々は転倒受傷による骨折加療患者と尿素窒素 (BUN)・クレアチニン (Cr)・BUN/Cr比 (BUN/Cr) についての関係性について研究を行い、受傷後に歩行能力が改善しなかった群は退院時のBUN/Crが高値であり歩行改善度とBUN/Crは負の相関性を示した。この事より歩行能力改善には脱水等の腎外性因子が関与すると考察した。临床上、移動能力が低い患者は臥床傾向になっている印象があり、脱水について留意するケースは多くある。脱水評価について、血液検査で第一手段として広く用いられる項目としてヘマトクリット値 (Ht) があるが、骨折受傷患者の歩行能力とHtについての報告は少ない現状である。

そこで本研究では歩行能力の改善度とHtに関係性があるのかについて調査する。我々は歩行改善度とHtは負の相関性があると仮説した。

【対象】

2022～2023年度に骨折加療の為、当院回復期病棟に入棟した患者を対象とした。受傷前に歩行が自立しており、入院時と退院時の両方でHtが測定可能だった55名を抽出(男性11名、女性44名、平均年齢：87.4±6.6歳、平均身長：1.50±0.09m、体重：44.46±9.81kg、BMI：19.62±3.82)。

【方法】

上記の対象者に対し、受傷前・退院月の歩行能力をFIMで点数化した。受傷前と比較し歩行能力が低下した群(低下群31名、FIM改善平均-2.54±1.60)と改善もしくは同等だった群(改善群24名、FIM改善平均0.08±0.28)間で入院時・退院時のHtを比較。統計学的解析にはt検定とspearmanの順位相関係数を実施。両検定共に有意水準5%未満とした。また脱水に該当する範囲として、本研究では当院の血液検査値を基にHt44.9%以上を脱水とした。

【倫理的事項】

本研究は当院倫理委員会の承認を得ており、開示すべき利益相反はない。

【結果】

2群のHt(平均値±SD)について、低下群は入院時：34.35

±5.9%、退院時：34.99±5.4%、改善群は入院時：37.36±6.4%、退院時：38.02±3.9%だった。抽出した55名の内、脱水に該当する値だった者は入院時4名(低下群1名：45.2%、改善群3名：49.46±4.99%)、退院時2名(低下群1名：45.5%、改善群1名：47.2%)で、多くの患者で脱水に該当しなかった。有意差については入院時p=0.863、退院時：p=0.089で有意差は認めなかった。相関性については入退院時ともに2群間での有意差は認めなかった。(入院時Ht・歩行改善度：r=0.13、p=0.32、退院時Ht・歩行改善度：r=0.227、p=0.09)。また当院血液検査値より貧血に該当するHt33.4%以下の者(平均±SD)が改善群で入院時8名(31.23±1.81%)・退院時3名(31.96±1.06%)、低下群で入院時12名(28.2±3.96%)・退院時11名(28.94±3.21%)認め、貧血に該当する者が脱水よりも多い結果となった。

【考察】

過去の研究で歩行能力とBUN/Crに負の相関性があった事から、歩行能力と腎外性因子の関係性を考察した。腎外性因子の中でも最も頻度が高い脱水について着目し、脱水指標に広く使用されるHtが歩行能力と相関性があるかについて調査した。我々は歩行能力とHtは負の相関性があると仮説したが、歩行能力とHtには相関性を認めなかった。Htは血中の赤血球数の割合を示す割合で、脱水評価時の第一評価として使用され、脱水時には循環血液量低下により相対的に高値を示す。反対に貧血が生じている場合には相対的に低値を示す事を意味しており、貧血が生じている場合には脱水評価には適切に使用できない。その場合、BUN/Crや総蛋白・アルブミン値、赤血球値等の他項目やナトリウムやカリウムといった電解質バランス等を使用し脱水評価を行なう。本研究ではHtのみの着目だった点と貧血に該当する患者が多かった事で脱水評価項目が不足していた事も考慮すべきであると考え。また対象者で脱水よりも貧血に該当する患者が多い結果となった。貧血と歩行能力の関係性についてHaginoらは股関節骨折患者における貧血と歩行能力について、貧血がある患者は退院時の歩行能力が有意に低下したと述べている。本研究では歩行低下群のHtが改善群と比較し有意に低下した結果とはならなかったが、低下群で貧血該当者が多かった。これらの事から貧血との相関性についても調査が必要と考える。貧血を評価する上でHtのみではなくヘモグロビン値との比較を行う事も必要である。

何れにせよ症状と歩行能力の相関性を調査する際には1項目のみでは適切な評価とは言えず、他項目との比較を行う事で動作獲得の予後予測の一助になると考える。

【参考文献】

Tatsuo Hagino 「The relationship between anemia at admission and outcome in patients older than 60 years with hip fracture」 journal of orthopaedics and traumatology 2009 119-122

【一般演題 II - 1】

肩回旋筋腱板修復術後患者の当院での取り組みと治療成績

【キーワード】 上肢機能・肩関節・肩腱板損傷

市立甲府病院

作業療法士 青山俊喜・小佐野弘幸・保坂 岳
石田優真・角田 涼・佐藤真一

【はじめに】

当院での作業療法対象患者の疾患は、脳卒中や神経難病、内科系疾患による廃用症候群、外傷など含めた整形疾患患者等様々である。整形外科疾患は6割を占め、その中の肩回旋筋腱板損傷患者に対しての作業療法（以下 OT）も施行している。保存療法のみで改善する患者や、保存療法では改善せず修復術後施行する患者、保存療法をせずに修復術後施行する患者がいる。今回は肩回旋筋腱板修復術後患者に対して当院での取り組みと治療経過を報告する。

【対象】

当院で2014年4月～2024年3月の間、肩回旋筋腱板修復術施行した93例94肩である。平均年齢 64.1 ± 9.3 歳、男性56名56肩、女性37名38肩。内訳は小断裂11肩、中断裂71肩、大断裂9肩、広範囲断裂3肩。術式は一次修復81肩、パッチ縫合5肩、大胸筋移行2肩、小胸筋移行1肩、上方関節包再建術（以下 SCR）2肩、DeBeyre-Patte法3肩である。全例ともに16週までOTを施行し、日本整形外科学会肩関節疾患治療成績判定基準（以下 JOA）を術後16週まで追跡調査できた症例である。統計学手法として、Wilcoxon符号付き順位和検定を行い、危険率5%とした。

【当院での取り組みと方法】

主治医より手術予定患者の連絡後、装具サイズ確認とJOA評価を実施する。装具装着下での寝返りや起き上がり動作、入院生活での身辺動作の確認や注意点を伝える。また、術後の上肢の使用についての不安等も傾聴し少しでも入院生活をイメージできるようにし、不安を少しでも取り除いた状態で手術に臨めるように実施している。術後はプロトコールに沿って訓練と病棟ADLや居室内での環境調整も実施している。当院でのプロトコールは、術後3日から他動関節可動域訓練開始し、術後4～6週から装具の除去と介助運動開始、術後6～8週から自動運動を開始している。一次修復でも術中所見で筋退縮が強い症例や大胸筋移行や小胸筋移行術等の症例は術式によって1～2週遅らせて行っている。関節可動域訓練は主治医に術中所見を確認し術部へ負担を軽減した中で愛護的に実施している。筋力訓練は術後

8～10週から抵抗運動を状態に合わせた負荷量で実施している。疼痛が強い患者に対しては適宜物理療法も追加し実施している。ADL訓練は病棟でのADL動作の確認や模倣での練習、病棟看護師への安静度や装具脱着の介助方法の伝達も行い、患者への必要な介助が出来るように情報共有を図っている。

【倫理的事項】

対象患者には今発表の同意を得ており、当院倫理委員会の承諾を得ている。尚開示すべきCOI関係にある企業はない。

【結果】

JOA総得点は術前/術後16週の平均は、JOA： $63.6 \pm 13.2/85.7 \pm 8.4$ ($p < 0.01$)。JOAの小項目は疼痛 $12.3 \pm 6.0/23.3 \pm 4.7$ 、外転筋力 $3.0 \pm 1.2/4.3 \pm 0.7$ 、耐久力 $3.1 \pm 2.1/4.8 \pm 0.8$ 、日常生活動作 $6.8 \pm 2.0/9.6 \pm 1.3$ 、挙上 $9.9 \pm 4.1/13.2 \pm 2.0$ 、外旋 $5.3 \pm 1.9/6.1 \pm 1.5$ 、内旋 $3.4 \pm 1.5/4.5 \pm 1.0$ となった ($p < 0.01$)。

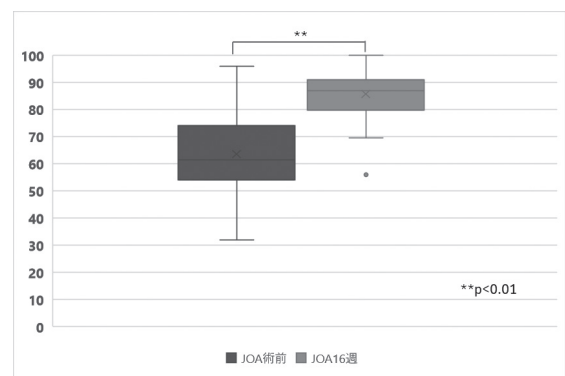


図1 JOA

【考察】

術後JOAは術前と比べて優位に改善が認められた。先行研究では、小倉らは 41.9 ± 10.6 から 71.1 ± 5.3 、三谷らは 68.8 から 93.4 と改善したと報告している。その事から当院での成績は他病院と同等の成績であったと考える。

総合点や小項目共に改善の要因として、小室らは「術前の拘縮の存在が筋力の回復に影響し予後が不良な傾向がある」と報告しており、当院では術前評価を行い、個別での問題を抽出し関節可動域制限等に対して早期より対処できた為、予後不良とならなかったと考える。しかし、今回の報告はJOAのみであり、関節可動域や主観的な評価が出来ていない。今後は評価項目を増やし、今後の治療の一助としていきたい。

【参考文献】

- 小倉努：職業状況を焦点とした、肩腱板修復術後の治療成績。日本作業療法学会抄録集 47. 2013, 521.
- 三谷誠：肩腱板断裂に対する鏡視下腱板修復術後の治療成績。JOSKAS vol36. 2011, 206-211.
- 小室透：腱板断裂修復術後の筋力回復とリハビリテーション。肩関節 22. 1997, 96

【一般演題 II - 2】

重度脳卒中片麻痺患者に対する急性期での電気刺激療法を活用した介入

【キーワード】 脳卒中・姿勢・電気刺激

甲府城南病院

作業療法士 中村謙志

【はじめに】

手を物や支持面に軽く接触することで、身体動揺が軽減し、バランスが改善することが知られている。これは姿勢制御における体性感覚(固有感覚)の重要性を示唆しており、望ましい上肢の状態として①上肢全体が適度な筋緊張を保つこと、②手が接触面との圧の変化を知覚できることが挙げられる。

重度脳卒中片麻痺患者では、弛緩状態にある手から感覚情報が得られにくく、上肢全体での筋活動が困難となる。そのため、急性期の段階から麻痺手へ介入し、手が外部との圧の変化を知覚できることは、姿勢の安定において重要である。

脳卒中ガイドライン 2021 によると、電気刺激療法は中等度から重度の上肢麻痺に対してのエビデンスが確立されている(推奨度B エビデンスレベル中)。しかし、姿勢の安定に向けて、手に電気刺激を行う報告や、重度上肢麻痺に加え、発症早期から手指の筋へ電気刺激を行った報告は少ない。

そこで今回、重度上肢麻痺、座位バランスが不安定な症例に対し、手指の筋への電気刺激と運動療法を実施した。1週間の治療介入にて、電気刺激を併用したことにより、座位バランスや肩の亜脱臼に対して変化が得られたため、以下に報告する。

【症例紹介】

診断名は脳内出血。被殻から視床にかけて上下13スライスにわたる約44mlの出血で、脳室穿破もみられる。年齢は80歳代の男性。麻痺は重度で、麻痺側の筋緊張の高まりはあるが、随意収縮は困難。ベッド上では、非麻痺側上肢や頭頸部の筋緊張が高く、ベッドに押し付けた姿勢を取っている。ADLは全介助。坐位保持は一部介助にて可能であるが、非麻痺側での押し込みや常時、頭頸部・視線が右方向へ向いている。

【作業療法評価】

JCS: I-3. Modified Ashworth Scale (以下 MAS): 大胸筋1+, 手指屈筋2, 股関節内転筋群1+. 肩の亜脱臼: 1横指. Burke Lateropulsion Scale (以下 BLS) の下位項目: 寝返り2, 座位2. 座位姿勢は介助なしでは保持困難であり、常に右方向を向いている。手は浮腫が観察された。

【電気刺激療法と運動療法プログラム】

使用機器は随意運動介助型電気装置 (integrated volitional control electrical stimulation: 以下 IVES+〔OG 技研株式会社製〕) を用いた。使用モードはノーマルモード。電極パッドは総指伸筋・小指伸筋・長母指外転筋へ貼付。運動閾値より少し電流強度を下げ、運動療法を実施。詳細の設定は下記に示す。

周波数: 40Hz. 立上時間: 1.0秒. 立下時間1.0秒. 治療時間: 連続. 通電時間: 30秒. 休止時間: 30秒.

運動療法としては、①上肢の筋収縮が得られるよう筋の状態(筋の長さやアライメント)を整えながら、麻痺手と骨盤から誘導した寝返り。②麻痺側上肢を昇降台についた状態で、座位における体幹筋の賦活③麻痺手を昇降台についた状態での立位での重心移動。上記の介入を麻痺手から肩にかけ、圧の変化、筋緊張の変化が起こるよう介入を勧めた。

作業療法は1日3単位、1週間の実施をした。

【再評価: 初回評価より1週間後に実施】

JCS: I-3. MAS: 大胸筋0, 手指屈筋1, 股関節内転筋群0. 肩の亜脱臼: 半横指. BLSの下位項目: 寝返り1, 座位0. 座位姿勢はごく短時間見守り保持が可能となり、頭頸部は正中位まで向くことが可能となった。手の浮腫は若干であるが軽減した。

【考察】

末梢電気刺激は先行研究により、刺激と反対側の一次運動野や体性感覚野などの活動が賦活することがわかっている。本症例は指伸筋を中心に電気刺激を行ったことで、手から得られる感覚情報や筋の収縮が得られやすくなったことが考えられる。加えて、手内在筋において筋紡錘を豊富に含む虫様筋は、筋などの軟部組織に附着しており、電気刺激により虫様筋にも2次的に作用し、適度な伸長が得られたと考えられる。これらより、電気刺激により手が外部と接触したとき、圧の変化を知覚できる状態に近づいたことが観察された。

姿勢保持における筋緊張が必要な場面として、①重力に抗したとき、②四肢が身体を支えるよう作用したときが挙げられる。運動療法では、積極的に手から肩にかけ、身体を支えるよう圧を加えた。これにより、電気刺激を行った手のみでなく、上肢全体へ筋収縮が促せた。加えて、その状態で重心移動など、細かな圧の変化を促したことで、上肢全体の筋緊張に変化が起こり、麻痺側上肢の固有感覚情報が脳へと入力され続け、座位姿勢の改善へ繋がったと考えられる。

通常の運動療法に加え、手指筋への電気刺激は、姿勢や肩亜脱臼を改善する可能性がある。そのため、発症早期よりIVESを使用できる症例に対しては、肩以外にも手に対して使用することの有効性をここに示したい。

【倫理的事項】

本発表は、当院の倫理委員会の承諾、対象者のご家族への同意を得ている。また、利益相反に関する開示項目はない。

【一般演題 Ⅲ - 1】

当院作業療法課におけるハンドリングによる治療介入についての意識調査 ～勉強会前後での意識変化について～

【キーワード】 アンケート・作業療法・介入

山梨リハビリテーション病院

作業療法士 柿木美穂・森本吉来・渡邊亜実
内田真優・小菅まみ・雨宮咲菜
笹本未空・土居史和

【はじめに】

当院作業療法課は作業療法の専門性を深めることや中堅職員に役割を与えて育てること等を目的として研究班を設置している。新設や統合を経て、現在は5つの研究班で活動しており、そのうちの1つにハンドリング班がある。当課ではかねてより、「身体を診ることが出来る作業療法士を育てる」ことに力を入れており、ハンドリング班は長い間存続してきた。今回は当課職員を対象に、日々の臨床でどのようにハンドリングを取り入れているか、また課内勉強会の開催によりハンドリングに対する意識がどう変化したかを調査した。その結果について報告する。発表に関して所属施設の長の承認を得た。個人が特定されないように十分な倫理的配慮を行っている。

【目的】

勉強会前後での作業療法士としてのハンドリングに対する考え方や日々の診療での使用頻度の変化を明らかにし、職員の自己研鑽につなげるための課題と改善策を検討することを目的としている。アンケート対象者にはこれらの目的を説明した上で同意を得て調査を実施している。

【方法】

課内勉強会を開催し、勉強会前後でアンケートを実施した。対象は1年目の新人セラピストと育休等しばらく臨床から離れている職員を除いた作業療法課の全セラピストとした。経験年数は2年目～20年目以上の職員である。設問は勉強会前後で同じとし、内容はハンドリングへの興味や作業療法におけるハンドリングの必要性をどの程度感じているか、どのような疾患の方にハンドリングによる治療を行っているか、作業療法においてハンドリングを行うことをどのように感じているか等とした。勉強会内容はリーチ動作やADL（食事や整容、更衣動作等）のハンドリング方法についての実技提示である。

【結果】

作業療法課34人のうち、20人から回答を得て分析を行った。勉強会前後でハンドリングへの興味が88%から100%へ向上した。また、ハンドリングの練習を今後も続けたいかという問いへの回答も82%から100%に向上した。ハンドリングを作業療法に取り入れることへの考えの変化につい

て、勉強会前は「難しい」「業務過多で練習をする時間がない」というコメントが見られたが、勉強会後には「継続した練習が必要と感じた」「身体の反応をみるために必要な介入方法」とハンドリングの必要性を感じる職員が増える結果となった。しかし、依然として「ハンドリングによる介入は難しいと感じる」という意見は、勉強会実施前と実施後共に100%であった。

【考察】

今回、当院作業療法課職員を対象に、ハンドリングに関する勉強会を開催し、勉強会実施前後で、ハンドリングに対する意識がどう変化したかを調査した。ハンドリングによる治療介入は技術が要求されるため、治療効果にも偏りが生じ、ハンドリングによる治療介入は難しいと捉えられやすいと考える。今回当課職員にも「自身のハンドリングを自己評価すると、できている・どちらともいえない・できていない、のどこに位置するか」という質問をした。実施前はできていないが58.8%、どちらともいえないが35.3%、できているが5.9%であり、実施後はできていないが40%、どちらともいえないが50%、できているが10%と「どちらともいえない・できていない」と感じる職員が多数を占める結果となった。今川¹⁾は、重症心身障害児との関わりを例に、「腕や手の使い方、顔の表情や視線の与え方、声の調子、手掌の体温、触覚刺激の与え方、身体の動かし方などで構成している非言語メッセージがOTと子どもとのコミュニケーションの大半を占めているという事実も作業療法技術向上のために認識しておかなければならない」と述べている。これは、成人の対象者でも同じことが言えると考えられる。ハンドリングという非言語メッセージによる対象者とのやり取りが重要となる。しかしこれらを可能とするためには、長年の経験が必要であり、ハンドリングは介助とは異なる。身体を通じた練習を行う中で、簡単ではないと再認識したことが背景にある。よって若手のセラピストからの「自分自身のハンドリングができていない、どちらともいえない」という回答が多い結果になったと考える。

当課職員は実際の治療場面でハンドリングにより対象者の身体が良い方向に変化することが多々あることを感じている。そのため、日々の練習の積み重ねによる技術の向上を目指すことは大事と考える。コロナ禍前はハンドリング練習をすることが日常であったが、感染対策の一環から対面での練習が制限され、解除後も元の状態には戻らなかった。今回の勉強会を機に、以前のように自主的にハンドリング練習に取り組む職員が一人でも多くなることは、他職員にも影響を与えようとする。今後もハンドリング班による勉強会を継続していきたい。

【参考文献】

- 1) 作業療法ジャーナル 第50巻：ハンドリングの意義 66-70 2016

第4回山梨県リハビリテーション専門職合同学会大会
COI 開示 筆頭発表者：柿木美穂

演題発表に関連し、発表者全員について開示すべきCOI関係にある企業等はありません。

自己免疫性GFAPアストロサイトパチーと診断された症例に対する治療経過と報告

【キーワード】

GFAPアストロサイトパチー・運動麻痺・運動負荷量

石和共立病院 リハビリテーション室

理学療法士 市川研太・萩原妃里子

【はじめに】

自己免疫性 Glial Fibrillary Acidic protein (GFAP) アストロサイトパチーは2016年にFangら¹⁾によって提唱された自己免疫性中枢神経炎症疾患である。本疾患は髄膜炎症状で発症し、意識障害、不随意運動、四肢体幹失調、自律神経障害、精神障害、排尿障害などの神経学的異常所見を認める。治療に関しては多くの症例では急性期にステロイドパルス療法が奏功するが、時に難治例や再燃・再発例もあり、プレドニンの後療法を必要とすることもある。本邦においても2023年12月までに国内で267名の陽性患者が報告されているがリハビリテーション分野での報告は少ない。また、本疾患は木村ら²⁾によると比較的予後良好とされているが、今回難治性の経過をたどった症例を急性期、回復期で継続的に担当したため報告する。

【倫理的配慮】

本症例報告の趣旨を本人及び家族に書面と口頭にて説明し、同意書にサインを得た。

【症例情報】

60代男性で病前ADL自立。現病歴は入院2カ月前より食欲低下、手のしびれあり。X-4日に排尿困難となり他院にて膀胱留置カテーテル挿入。X日体動困難となり急性期病院へ救急搬送。X+1日よりリハビリ介入開始。X+8日よりIVMP2クール開始。髄液検査にて抗GFAP α 抗体陽性となりGFAPアストロサイトパチーの診断に至った。

【理学療法初期評価】

認知機能はHDS-R17点、MMSE24点でコミュニケーションは簡単な指示動作のみ遂行可能であった。本疾患に特徴的な起立性低血圧を併発しており離床時の覚醒レベル低下を認めた。筋緊張は上肢は正常であるが下肢は減弱しており、筋力は上肢でMMT4、下肢体幹はMMT0-1で下肢に重度の運動麻痺を認め、感覚検査ではT8レベルから遠位で感覚鈍麻を認めた。寝返り、端座位保持等の基本動作は全介助であった。

【経過と結果】

急性期ではベッドサイドでの軽負荷訓練から開始し、下

肢～体幹機能改善を目的に両下肢長下肢装具を用いて起立訓練や複数人介助での歩行訓練へと段階的に負荷量を上げていった。訓練に伴い覚醒レベル向上や下肢機能はMMT1-2まで改善を認めた。第58病日に回復期病院へ転院。転院後は自宅退院を目標に機能訓練に加えてADL訓練を行ない、認知機能はHDS-R20点、MMSE26点、感覚機能においてもT10レベルまでの改善を認めたが、下肢筋力に関しては発熱の再燃や褥瘡の悪化もあり機能維持または若干の低下を認めた。回復期転院から2カ月程度経過後も下肢筋力改善はわずかであったため、獲得目標を屋内車椅子自立、補助具を使用した移乗動作自立とし座位や移乗動作の安定化を目的にプッシュアップ訓練や長坐位での訓練へ移行していった。下肢の運動麻痺は重度であったが、握力は右14.8kgから20.3kg、左は18.6kgから25.6kgとなり、上肢体幹などの残存機能を強化したことで起居動作や車いす駆動獲得に至った。

【考察】

本症例は自己免疫性GFAPアストロサイトパチーにより感覚障害、対麻痺症状を呈した。急性期から回復期を通して長下肢装具を用いた起立、歩行訓練により座位や立位での姿勢の安定化や握力の改善を認めたが、下肢筋力改善はわずかであった。GFAPアストロサイトパチーでは早期に治療を開始することで比較的予後良好とされているが、本症例においては初発症状から治療開始までに約2カ月程度時間を要した事が下肢の運動麻痺等の不可逆的な神経症状を残した可能性がある。運動負荷量に関して大西ら³⁾は当疾患のリハビリテーション治療においても、適切な運動負荷の設定により運動機能向上を獲得できると述べている。また、自己免疫性中枢疾患の中でも有病率が高い多発性硬化症では持久性運動で60% VO₂max程度の中程度までの運動強度での負荷による症状増悪や再発のリスクは少ないとされている。本症例に対しても疲労感に留意し、翌日に疲れが残らない程度の運動負荷量で訓練を行ったが、運動負荷量の妥当性については今後も検討していく必要があると考える。

【結語】

本症例において運動麻痺の改善はみられなかったが、獲得目標を段階的に設定し、病期に応じた積極的な介入と患者の残存機能を活かした関わりを行った事でADL改善に繋がったと考えられる。今後も当疾患に対する治療経験の蓄積が必要であると考ええる。

【参考文献】

- 1) Fang B, Mckeen A, Hinson SR, et al : Autoimmune Glial Fibrillary acidic protein astrocytopathy : a novel meningoencephalomyelitis. JAMA73 : 1297-1307, 2016
- 2) 木村暁夫 : 自己免疫性GFAPアストロサイトパチーの病態と臨床的特徴. 神経治療 Vol.40 No.3 377-383, 2023
- 3) 大西由紀 : 自律神経障害を伴う自己免疫性GFAPアストロサイトパチーのリハビリテーション治療経験. 総合リハ Vol.50 No.10 1239-1243, 2022

【一般演題 IV-1】

ストレッチングによる主動筋と拮抗筋の筋力への影響について

【キーワード】筋力・ストレッチング・主動筋, 拮抗筋

恵信甲府病院 リハビリテーション部 理学療法科

理学療法士 矢崎正広・松野奈美

帝京科学大学 医療科学部 理学療法学科

田中和哉准教授

【はじめに】

ストレッチングは理学療法領域だけでなく、スポーツ現場での傷害予防や高齢者の健康維持等一般的に広く行われている。運動を行う上で主にウォーミングアップ及びクールダウンの中で盛んに取り組みされており、理学療法士にとって臨床での実施頻度の高い運動療法手技の一つとも言える。ストレッチングにより得られる効果として、関節可動域の拡大、筋萎縮の抑制、筋肥大、血液循環の促進、障害予防、筋疲労の回復、疼痛緩和、神経筋伝達機能促進などが報告されている。先行研究では主動筋と拮抗筋に対して、ストレッチングを実施し筋力を比較した研究は少ない。当院では筋萎縮の抑制や筋肥大が必要な患者は多いが、難病や変性疾患等が多く思うような効果が得られにくい。効率よく筋力を維持・向上させる方法を多く模索していくために、今回は主動筋と拮抗筋のストレッチングによる筋力への影響について研究を検討した。

【対象】

恵信甲府病院の倫理規定に基づき同意が得られた運動習慣（毎日運動している等）のない当院職員である男性12人、女性12人、計24名を対象とした。また、対象者には実施期間前は不慣れた運動や過度な運動は行わないように指導した。

【方法】

対象筋群は大腿四頭筋とし、ストレッチング前後での筋力を比較する。ストレッチングは①主動筋（大腿四頭筋）と②拮抗筋（ハムストリングス）を対象とし、①と②は休息を考慮し日を分けて実施する。数値は各3回測定し、その平均値を結果の値とする。椅子へ端座位をとり、ハンドヘルドダイナモメーターを用いて膝関節伸展の筋力を測定する。①に対して、ストレッチングを30秒程度行う。再度同様に筋力の測定を行う。休息を考慮し日にちをあげ、②も①と同様に実施する。また、「身長」「性別」「運動習慣の有無/頻度」「ストレッチの有無/頻度」「筋トレの有無/頻度」の項目でアンケートを実施した。

【結果】※表1を参照

ストレッチングによる主動筋と拮抗筋に対して筋力への

影響に有意な差はなかった。ハムストリングスのストレッチング前後の筋力増減と性別に関連性に対して有意な差が認められた。

【考察】

今回の研究では、ストレッチングによる主動筋と拮抗筋に対して筋力への有意な差は認められなかった。その原因として市橋によると「筋力や筋パワーに関しては、伸張時間が90秒以上を超えると、筋力低下が明らかになる報告されている。それより短い時間の45秒以下のスタティックストレッチングについてはばらつきはあるものの、筋力低下の影響は少ない」と述べられている。今回の研究でも先行研究同様に影響は得られなく、有意な差が生じなかったと考えられる。また、「研究者から被験者への説明不足」「被験者の理解不足での測定実施」「膝関節の屈曲角度の統一化の不十分」「計測実施時の疲労度の影響」等が反省点として挙げられ、今回の研究に影響を及ぼしてしまったのではないかと考える。

しかし、ハムストリングスのストレッチングの前後の筋力増減と性別の関連性に対して、男性ではストレッチング後に筋力低下、女性では筋力増加と、それぞれに有意な差が認められた。この結果から、男女間による筋量の差や血流量の差、筋の柔軟性の差等が、結果に何らかの影響を及ぼしていると考えられる。今回の結果より、今後ストレッチングを臨床活用していくにあたって、30秒という短時間であっても、男性に対してはその直後の筋力やパフォーマンスを低下させる影響があり、一方で女性においては向上させる良い影響をもたらす事が示唆された。

今回の研究を通し、ストレッチングの効果や重要性について再認識することができた。今後は、ストレッチングより臨床活用できるよう、さらなる効果的な方法や疲労度の考慮、伸張時間等を考慮し、今回の対象筋以外での男女差での研究機会があれば検証していきたい。

【参考・引用文献】

- 1) 市橋則明：ストレッチングのエビデンス：理学療法学第41巻第8号 531～534頁
- 2) 山本忠志・秋原悠・村上佳司：静的及びストレッチングによる筋力発揮への影響：兵庫教育大学 研究紀要 第42巻 2013年2月 pp.53-57
- 3) 筋ストレッチング時における筋血液量低下の男女差：大槻曜生・村岡慈歩・池川繁樹・水村真由美

【図・表】

男性	-73.1	-22.5	-19.2	57.7
	-44.5	-20.5	-14.4	92.1
	-11.3	-7.9	-10.6	35.8
女性	-72.7	-8.3	9	17.8
	-38.3	3.7	12.8	20
	-14.2	6.5	15.4	40.3

表1 性別hamストレッチング前後の筋力変化-性別の数値

【一般演題 IV - 2】

ボツリヌス療法と自主訓練を併用し、身体機能の維持・向上を図れた症例

【キーワード】 ボトックス・自主訓練・運動学習

甲府城南病院

作業療法士 中田智寿

【はじめに】

当院では痙縮治療としてボツリヌス療法（以下 BoNT-A）とリハビリテーションを併用している。BoNT-Aは痙縮や関節可動域などの受動的機能の改善に有用であるが、能動的機能の改善には自主訓練と目標としている動作の運動学習が重要である。本症例はこれまでに計8回のBoNT-Aを投与し、関節可動域の拡大を認めているが、より効果的に能動的機能を引き出すことが難しかった。「これまではBoNT-A投与後はセラピストが可動域訓練を提供し、退院直前に自主訓練を指導していた」が、「今回はBoNT-A投与後より自主訓練を指導していく」。そして、自主訓練を通して感覚受容の変化を求めると運動学習効果が得られること、退院後の自主訓練を見据え取り組んだ結果、BoNT-A 施注前でも受動的機能・能動的機能に若干の変化が得られたため、以下に報告する。

【倫理的事項】

演題発表に関連し、開示すべき利益相反関係にある企業などはない。また、当院倫理委員会の承認を得て実施、対象者様に研究の趣旨、倫理的配慮を説明し、書面にて同意を得た。

【症例紹介】

40歳代 男性 診断名：脳内出血（右被殻） 障害名：左不全麻痺 経過：当院回復期病棟にてリハビリを実施後、2020年に自宅退院となる。退院後の基本動作・ADL・歩行は自立レベル。2022年より痙縮の増悪によりBoNT-Aとリハビリテーションが開始となる。ニーズは「日常生活場面で少しでも手が参加できたら」。

【身体機能評価（7回目施術後）】

Brunnstrom stage（以下Brs）：上肢Ⅲ，手指Ⅲ，下肢Ⅳ。
Range Of Motion (ROM)：肩関節屈曲115，伸展30，外転90，外旋10，肘伸展0，手関節背屈60。Fugl-Meyer Assessment（以下FMA）：16/66点。Modified Ashworth Scale (MAS)：肩関節屈曲3，肩関節外転3，肩関節外旋3，肘伸展2，手関節背屈2，手指伸展2。膝・前方へのリーチは体幹から手が離れず、体幹が前方へと突っ込んでしまう。感覚：左上肢の痙縮に対して非麻痺側で無理やりに伸ばしてしまい、右上肢の感覚に基づいた運動にはなっていない。生活場面：使用頻度は乏しい。

【ボツリヌス療法】

僧帽筋，広背筋，大胸筋，上腕二頭筋，上腕筋，腕橈骨筋，橈側手根屈筋，尺側手根屈筋，円回内筋，浅指屈筋に対して400～600単位を投与。

【問題点・課題】

安静時から筋緊張が亢進しており、手は常に空間へと浮いていることや身体から手が離れていくことが困難であり、感覚の変化を受容できる手の状態ではない。その為、感覚情報の変化を捉えられるよう従重力方向へ筋が緩められ、手掌が膝に置けること、机へと手掌が接触できることを目指す。また、膝・机上接触しながら随意運動を求め、固有感覚情報の変化と身体から手が離れる動作の学習を目指す。

【自主訓練】

施注後から自主訓練の提案・実施・動作の修正を実施。

自主訓練の内容は肩・肘・手関節・手指のストレッチを指導した他、安静時に重錘バンドを使用したストレッチを指導。また、膝上・机上へと接触し、半空間位で肩関節屈曲や肘・手関節伸展の筋活動を促通し、固有感覚情報の入力を促す。さらに、適宜誘導や口頭にて指導した内容の自主訓練表を作成した。

【結果（投与から5か月後）】※変化点のみ記載

ROM：肩関節屈曲115→135，伸展30→50，外転90→135，外旋10→20，手関節背屈60→70。FMA：16→20/66点。依然として体幹が突っ込んでしまうが、膝・前方リーチは肩関節屈曲，肘関節の伸展反応が向上している。感覚：無意識化の場面においても手が膝上に置いておくことが可能。生活場面：袖を通しやすくなる。手洗いがしやすくなる。自動車運転時に補助手として使用可能。

【考察】

安保ら¹⁾はBoNT-Aと自主訓練の併用は受動的・能動的機能の改善や維持に有効と示している。しかし、本症例においては受動的機能の改善を認めているが、能動的機能の改善には至らなかった。その要因として、これまでの自主訓練指導が退院直前での指導であったことが挙げられる。そこで、今回は施注直後から自主訓練指導へと取り組み、感覚受容の変化と運動学習効果が得られることを期待した。感覚受容に関しては、BoNT-A施注後の筋肉が緩みやすい環境で重錘を用いたストレッチや膝，机上での筋活動を通して固有感覚情報の変化を共有していった。また、運動学習には「固有感覚のフィードバックが重要」²⁾であり、ストレッチなどの自主訓練に加えて、適宜セラピストの誘導による固有感覚フィードバックや口頭での動作修正により、学習効果が得られたと考える。また、指導内容を記載した自主訓練表を作成し、退院後も同様の質・環境で動作を繰り返し実施することでさらなる運動学習へと繋がり、日常生活場面での上肢の参加頻度の向上が得られたと考える。

【参考文献】

- 1) 安保 雅博：脳卒中後の痙性上肢麻痺に対するA型ボツリヌス毒素投与と自主とレーニングを主体とした作業療法の併用療法（2014）
- 2) 嘉戸 直樹：運動学習はここまでわかった（2008）

前交通動脈破裂によるくも膜下出血により記憶障害を認めた一例

【キーワード】 くも膜下出血・前脳基底底部健忘・時間的順序

医療法人銀門会 甲州リハビリテーション病院

言語聴覚士 石間戸香穂・元木雄一郎
武井徳子・赤池 絢

【はじめに】

前交通動脈破裂によるくも膜下出血により記憶障害を認めた一例を経験した。時間的順序の誤りに焦点をあて検討したため、若干の考察を加え報告する。【症例】50歳代、男性、右手利き、教育歴16年（大卒）。【疾患名】前交通動脈破裂によるくも膜下出血。【現病歴】X年Y月突然の頭痛で発症し、A病院へ救急搬送。翌日、開頭クリッピング術を施行。52病日にリハビリ目的で当院へ入院。150病日に当院退院。【神経放射線学的所見】前脳基底底部、左前頭葉底面に損傷を認める。【神経学的所見】特記事項なし。【神経心理学的所見】知的機能は保たれており、日常生活場面でも問題を認めなかった。注意機能は、検査上では同年代の平均値を超えており著明な低下は認めなかった。記憶機能については、入院時は前向性健忘、逆向性健忘を認めていた。病識は、記憶障害の自覚はあるが、障害に対する深刻さに欠け、楽観的な様子であった。見当識障害や人格変化は認めなかった。神経心理学的検査結果は表1を参照。

表1 神経心理学的検査結果

	入院時	退院時
知的機能RCPM	36/36	34/36
注意機能CAT（記憶更新検査）	4スパン62.5%	未実施
CAT（PASAT）	1秒78.3%	未実施
記憶機能WM S-R（言語/視覚/遅延再生）	91/101/70	未実施
RBM T（SPS/SS）	16/8	17/7
S-PA（有関係/無関係）	10-10-10/0-1-2 9-10-10/0-0-3	
Rey複雑図形（即時再生/遅延再生）	20.5/15	20.5/20.5

【症例の記憶障害の特徴】

即時記憶は良好であった（順唱7桁）。入院当初には作話が目立だったが、退院時には消失した。前向性健忘は、入院時は数時間前の出来事の再生・再認も曖昧で、記憶力は低下していた。経過と共に出来事の再生・再認は比較的可能になったが、時間的順序の誤りが顕在化した（例：1日前に内服指導を受けたという出来事は把握できていたが、1週間以上前の出来事と誤っていた）。個々の出来事については把握できていたが、「いつ」の出来事かを誤っていた。逆向性健忘は、自伝的記憶について、発症時より数か月前の出来事記憶は一部欠落していたが（例：自身の乗っている直近の自動車の車種が思い出せない）、過去の出来事の再生は比

較的可能であった。しかし、個々の出来事については再生可能であるが、前向性健忘と同様に時間的順序の誤りが顕著であった。症例の出来事記憶の時間的順序の障害を理解するために以下に評価を実施した。

【過去の出来事の時間順序評価】

1) 自伝的記憶

発症時点から遡って30年の仕事・結婚・家族（誕生・死）・旅行などをキーワードに当時の出来事やその時期など詳細な説明を求めた出来事について確認した。出来事については人物や場所など詳細に説明できたが、時期については誤りが目立った（例：実母が亡くなった年を数年の誤り、次女の誕生前にハワイ旅行にいったと話したが、結婚前に行っていた）。

2) 社会的記憶

発症時点から遡って20年間に起こった社会的出来事をSTが音声で提示し、「出来事を知っているか」を問うた。「知っている」と回答した場合は再認可能と判断した。再認が可能であった出来事を詳細に説明が可能、説明は曖昧の2段階に区分し、再認不可を加え3段階で評価した。その後、出来事を時系列順に並び替え、さらに出来事があったと思う年号の記載を求めた。結果は発症前の社会的出来事の説明は概ね可能であったが、並べ替えの誤りは顕著であった（表2参照）。

表2 評価結果

重大時事ニュース	既知判断	症例の並び替え結果
1995 阪神淡路大震災	◎	1992 アメリカ同時多発テロ事件
1998 長野オリンピック	◎	1995 阪神淡路大震災
2001 アメリカ同時多発テロ事件	◎	1996 笹子トンネル天井板落下事故
2011 東日本大震災	◎	1998 熊本地震
2012 笹子トンネル天井板落下事故	○	2000 東日本大震災
2016 熊本地震	○	2000 長野オリンピック
2020 新型コロナウイルス感染拡大	◎	2002 2回目の東京五輪開催
2021 2回目の東京五輪開催	○	2017 WBC14年ぶり優勝
2023 WBC14年ぶり優勝	◎	2022 新型コロナウイルス感染拡大

※既知判断 ◎詳細に説明可能、○再認は可能だが説明は曖昧、×再認不可

【考察】

症例の記憶障害の特徴としては、①前向性健忘・逆向性健忘を認める、②現在・過去の出来事の再認・再生は比較的可能であったが、それぞれの出来事の時間的順序に誤りを認め、前脳基底底部健忘（Damasioら1985）に類似していた。前脳基底底部健忘では個々の情報を知識として保持できるが、自己の経験の連続としては捉えられないとの指摘がある（山鳥1987、Damasioら1985等）。当初は出来事記憶の再生や再認も困難であったが、経過と共に再生・再認は可能になることが増えた。しかし、「いつの出来事」という時間的順序の判断は経過の中では改善しなかった。これは個々の出来事を時間的關係の中で記憶できないことや、適切に再生できないことと推察した。時間的順序の判断の障害については前脳基底底部損傷例での報告が多いが、症状は様々であり、症例の蓄積が必要である。

【倫理的配慮・説明と同意】

症例には、研究の趣旨・倫理的配慮を説明し書面で同意を得た。本演題は当院の倫理委員会での了承を得た。開示すべき利益相反状態はない。

短期記憶と香りの関連性

【キーワード】 研究・文献研究・記憶・嗅覚

恵信甲府病院 リハビリテーション部

作業療法士 高橋旦乃

【はじめに】

作業療法の臨床場面では、短期記憶が低下している患者がしばしば見受けられる。それにより、作業療法の治療効果が得られにくい場合がある。記憶力に対し、これまでの研究から香りとの関連性について知見が蓄積されている。そこで今回、香りとの関連性について調べることにした。

香りは種類によって様々な効果が期待され、集中力や記憶力が向上する。そのなかでも、先行研究で記憶力が向上するとされる香りとして、ローズマリーとコーヒーの香りがある^{1) 2)}。しかし、どちらの香りが記憶力を向上させるのかといった調査・研究は少ない。よって、本研究では短期記憶に着目して、記憶力を向上させるためにローズマリーとコーヒーはどちらが有効な香りか検討する。

【対象】

対象は、当院職員である20歳代から60歳代の健常成人男女27名とした。

【方法】

まず無香の状態でCATの数唱課題を実施。その際、98℃の湯を紙コップに10ml入れ3分間嗅いでもらう。約一週間後にローズマリーの精油を紙コップに10ml入れ3分間嗅いでもらい、数唱課題を実施。更に約一週間後に、ブラジルのコーヒー粉10gに対し98℃の湯10mlを加え、コーヒーの香りを3分間嗅いでもらい、数唱課題を実施する。香りを嗅ぐ際に、被検者の鼻先3cmの位置に呈して実施する。調査をもとに関連性を調べて結果を集計する。

【倫理的事項】

本研究の対象者には、研究目的、方法、参加は自由意志で拒否による不利益はないこと、個人情報保護について文書と口頭で説明を行い、同意を得た。

【結果】

まず、それぞれの群の正規性を確認するため、Shapiro-wilk検定を行う。結果、無臭： $p=0.045$ 、ローズマリー： $p=0.003$ 、コーヒー： $p<0.001$ であり、いずれの群も正規性は認められなかった。よって、対応があるノンパラメトリック検定として、Friedman検定を行った結果、漸近有意確率は0.009であることから3群の間に有意差があった。次にBonferroni法

による反復測定を行った結果、無臭とコーヒーとの間にだけ有意差が認められた。以上より、本研究においてはコーヒーの香りを嗅いだ群に、数唱課題のパフォーマンスが上がったという結果が得られた。しかし、ローズマリーではそのような効果は得られなかった。

【考察】

本研究の結果、無臭やローズマリーの香りを嗅いだ群に比べ、コーヒーの香りを嗅いだ群の方が、短期記憶が向上することが示された。古賀らによると、コーヒーの香りが脳に与えるリラックス効果を検証した結果、高いリラックス効果が得られるコーヒー豆（グアテマラやブルーマウンテン）と、集中度と関連する情報処理能力を高めるコーヒー豆（ブラジルやマンデリン、ハワイ・コナ）があることを報告している¹⁾。また、Madzharovらは、コーヒーの香りもたらすプラシーボ効果について言及しており、香りを嗅ぐだけで「自分は良い成績を出せる」という自分に対する期待が高まることを示唆している³⁾。よって、無臭よりコーヒーの香りを嗅ぐことによってプラシーボ効果の影響や、集中度が高まったことで数唱課題のパフォーマンスが向上したと考える。

先行研究では、ローズマリーの香りを嗅ぐと記憶力が向上する²⁾とされていたが、今回の研究結果からは効果が認められなかった。要因として友延らによると、「香りの効果および効果感は、香りの嗜好が良いときに強くなる」という報告がいくつもある⁴⁾とされている。したがって、ローズマリーよりコーヒーの香りが私生活において馴染みがあり、香りの嗜好に影響したと考える。

記憶障害を呈する患者の多くは高齢者で、嗅覚は加齢により低下する。今回の対象は健常成人のみを対象としたが、年齢や性別などに配慮した群間比較や交絡因子（喫煙、アルコール、香りの嗜好など）の検討も必要と考える。また、当院において記憶力が低下した患者がおり、作業療法の効果に影響を及ぼす場面がしばしば見受けられる。そのため、記憶力が低下した患者にも効果があるのか以上の事に配慮し、今後検証していきたい。

【参考文献】

- 1) 古賀良彦 他：コーヒーの香りが認知機能に与える影響：豆の種類による効果の差異の検討（2002年度日本味と匂学会第36回大会〔含 発表論文著者牽引〕；ポスターセッション-2, 561-564
- 2) 石黒舞乙 他：香りが及ぼす記憶への影響
- 3) A Madzharov · 2018 The impact of coffee-like scent on expectations and performance, Journal of Environmental Psychology Volume 57, June 2018, Pages 83-86
- 4) 友延憲幸, 萩野郁夫 他：匂いの嗜好が自律神経に及ぼす影響, 日本味と匂学会誌, 2000

【一般演題 V-3】

視覚フィードバックを併用し部分免荷トレッドミル訓練を施行した重度片麻痺者の一例 — 短期介入効果の検証 —

【キーワード】 視覚フィードバック・部分免荷トレッドミル
ウェルウォーク WW-1000

甲府城南病院 リハビリテーション部
理学療法士 伊藤洋紀

【はじめに】

「脳卒中治療ガイドライン 2021」において早期から立位・歩行練習を行うことが推奨され、近年の急性期病院の在院日数短縮化の中で短期間の介入効果が求められる。一方で急性期では弛緩性の重度運動麻痺を呈している患者も多く、セラピストの介助のみでは十分な立位・歩行訓練の実施が困難である症例も多く経験する。部分免荷トレッドミル訓練（以下、BWSTT）は体重を免荷することで平地歩行困難な症例に対して歩行訓練を行うことが出来る課題指向型のトレーニングである。BWSTTについて先行研究では監視以上の歩行能力を有する片麻痺者を対象にした報告^{1) 2)}が多く、重度片麻痺者に対する報告は少ない。今回、視覚フィードバック（以下、FB）及びBWSTTが可能な歩行支援ロボットウェルウォーク WW-1000（以下、WW）を活用し、立位保持困難な重度片麻痺患者に対し立位・歩行訓練を行った際の短期介入効果を検証した。

【倫理的配慮】

本発表は当院の臨床倫理委員会の承認及びご本人の同意を得て実施した。

【対象】

症例は右内頸動脈閉塞により重度左片麻痺を呈した40代男性。脳ヘルニア認め、前院にて開頭減圧術、頭蓋形成術施行後、発症より34病日後に当院急性期病棟へ転院。協力動作はあるが起居・移乗動作は全介助を要し、端坐位では右下方へ視線を向け、体幹屈曲・右回旋・右側屈、骨盤後傾位。右体幹側屈による固定を認め麻痺側殿部への荷重は乏しく身体重心は右側へ偏位し正中位保持は困難で介助は外せない状態であった。高次脳機能においては左半側空間無視（以下、USN）、全般性注意機能低下、脱抑制、病識の乏しさを認めた。

【方法】

ABA法を用い、A1・A2期（通常の理学療法）・B期（BWSTT）に分け、介入期間を各6日とし、介入単位数を統一した上で、各期で同一の理学療法評価を実施した。加え

て表面筋電計TS-MYOを用い、左下肢筋活動を測定した。治療内容はA期では関節可動域訓練、左上下肢筋促通訓練、起居・移乗動作訓練、起立動作訓練、長下肢装具GaitInnovation（以下、GI）を使用した立位・歩行訓練（15分）を行い、B期ではWW内にてGIを使用した立位・歩行訓練（15分）を行い、残りの時間は左上下肢筋促通訓練を中心に介入した。免荷量に関しては体重の15～20%で歩行中の体幹伸展保持が軽介助にて行える範囲で設定した。

【結果】

各期の評価結果を下記表に示す。A1期よりB期において垂直性の改善を認めた。また表面筋電図の測定結果から左下肢筋活動の増加が確認された。

【考察】

本症例は、A1期ではGI使用下でも左骨盤後退・股関節屈曲し、自身での修正は困難で立位保持は介助を要していた。高尾らは、BWSTT中の体重懸垂は、歩行周期を通して体幹を直立に保持するよう働く為、立脚期に良好なアライメントを得やすくなると報告している²⁾。本症例においても体幹伸展保持が容易となった事に加え、WWでは前方FB画面に矢状面の映像を映し出す事が可能であり体幹・股関節伸展に対するFBが促しやすい環境であった。このように視覚FBと体重免荷機能を併用した事で左骨盤後退修正が声掛けで可能となり、股関節上に体幹が位置する直立姿勢が継続しやすく、視覚及び体性感覚情報の統合を促す事が出来たのではないかと推察する。また体重免荷により難易度調整が行え、良好なアライメントの中での多数歩歩行により運動学習が促進された事も一要因であったと考える。

【おわりに】

視覚FBとBWSTTを併用した事で、体幹の垂直性改善に対して有効であった可能性が示唆された。重度左片麻痺のみでなく、左USNを呈した本症例に対してはWW内での介入が環境として適していたのではないかと考えられる。

【参考文献】

- 1) 武井圭一, 金子誠喜・他：脳卒中片麻痺者への発症後早期の部分免荷トレッドミル歩行練習の短期介入適応の検討, 理学療法科学, 25 (3) : 349-355, 2010.
- 2) 高尾敏文, 斉藤秀之・他：慢性期脳卒中片麻痺患者に対する体重免荷トレッドミル歩行訓練の即時効果および経時効果, 理学療法科学, 38 (3) : 180-187, 2011.

【表】 本期間の評価結果推移

	A1前	A1後	B後	A2後	
SIAS-motor 下肢	0-0-0	0-0-0	0-0-0	0-0-0	
SIAS-体幹機能	垂直性	1	1	2	2
	腹筋力	1	1	1	1
Berg Balance Scale※1	3	3	3	3	
立位保持時間※2	0秒	0秒	140秒以上	140秒以上	

※1 座位保持のみ加算

※2 非麻痺側上肢支持とGI使用した監視での保持時間

【一般演題 VI-1】

当院回復期病棟に入院している患者の歩行自立判定における多角的評価の検討～二重課題遂行能力、転倒恐怖感との関連性～

【キーワード】 二重課題・転倒恐怖感・歩行自立

湯村温泉病院 理学療法科

理学療法士 柳館 匠

【はじめに】

病棟内歩行自立の判定として、運動能力、認知機能的、歩行能力的にみた判別をして決定することが望ましいとされている。日常生活を送る上で、歩行などの単独の動作だけではなく、会話しながら歩くことや障害物などに注意して歩くなど二重課題を遂行している。病棟生活でも二重課題遂行しながら生活している為、二重課題遂行能力も歩行自立の判定する評価として有用ではないかと考えた。また、転倒恐怖感とは日常生活動作における患者の心理的不安を反映させると考えられている。運動能力や認知能力だけで歩行自立を判定するのではなく、心理的側面として転倒恐怖感も歩行自立の判定する評価として有用ではないかと考えた。そこで本研究では、運動器疾患、廃用症候群を有する者を対象に歩行自立と二重課題遂行能力、転倒恐怖感の関連性について検証する。

【対象】

令和6年8月から令和6年10月までに当院回復期病棟に入棟した患者の内、運動器疾患患者25名(男性5名77±13.1歳、女性20名82±9.5歳)、廃用症候群患者4名(男性2名79±14.1歳、女性2名84±1歳)を対象に行なった。中枢神経疾患を有する者、認知症の者は除外した。

【方法】

基本情報として、診断名、既往歴、性別、転倒歴、病棟内の移動手段と自立度、長谷川式簡易知能スケールを収集した。Functional Balance scale (以下FBS)、10m歩行テスト、二重課題10m歩行テスト(以下DT-10m歩行テスト)の測定とFall efficacy scale (以下FES)の聴取は担当セラピストが行った。病棟内歩行自立群18名(I群)と病棟内歩行非自立群11名(II群)に分けた。

(1) I群の10m歩行テスト、DT-10m歩行テストの結果とII群の10m歩行テスト、DT-10m歩行テストの結果をそれぞれ対応のあるt検定で比較した。DT-10m歩行テストのカットオフ値を求める為にROC曲線から曲線下面積(以下AUC)を算出した。(2) I群とII群の10m歩行テストとDT-10m歩

行テストの変化率をそれぞれ求めて、I群の変化率とII群の変化率の差を対応のないt検定で比較した。(3) I群のFESとII群のFESをMann-WhitneyのU検定で比較した。本研究は、ヘルシンキ宣言に基づき当院の倫理審査委員会にて承認を得ている。(湯倫6-006)

【結果】

(1) I群(10m歩行テスト平均11.5±3.72秒、DT-10m歩行テスト平均14±4.14秒)とII群(10m歩行テスト平均20.4±11.4秒、DT-10m歩行テスト平均24.0±13.3秒)においていずれも有意差を認めた。歩行自立のDT-10m歩行テストのカットオフ値は17.26秒、AUCは0.87、感度は0.83、特異度は0.81であった。(2) I群(変化率平均24.3±22.4%)とII群(変化率平均21.0±13.3%)において有意差は認められなかった。(3) I群の合計点(FES平均34.4±8.26点)とII群の合計点(FES平均42±12.2点)において有意差は認められなかった。

【考察・まとめ】

I群の10m歩行テスト、DT-10m歩行テストとII群の10m歩行テスト、DT-10m歩行テストではいずれも有意差が認められたことから、歩行自立判定の一助になることが示唆された。I群とII群の変化率の差で有意差がなかった要因として、I群の変化率の平均がII群の変化率の平均より低くなると予測したが、今回の結果では、I群の変化率の平均がII群の変化率の平均より高くなった。このことは、歩行補助具が影響していると考えた。I群では歩行補助具を使用した者が10人、独歩が8人いた。それに対し、II群では全員が歩行補助具を使用していた。独歩の者は変化率が高い傾向にあったことから、歩行補助具を使用する歩行よりもバランス能力が要求されるため、計算課題に注意を向けた分、歩行への注意を低下させたことが影響し変化率が高くなったと考えた。

I群では転倒恐怖感が少なく、II群では転倒恐怖感が高くなる傾向になると予測していた。平均点でみるとI群の平均点がII群の平均点より低い傾向にあったもののFESで有意差がみられなかった。有意差がみられなかった要因としては、FESの質問項目が病棟生活ではないものも含まれていることから病棟内の歩行自立の判定になりにくいと考えた。歩行自立群の中には転倒恐怖感が高い者もいたことにより、歩行能力が高くても転倒恐怖感が強く今後の生活範囲が狭小化してしまうことで身体機能の低下が懸念される。歩行非自立群の中には転倒恐怖感が低い者が存在していることから、現状の歩行能力に対し、転倒に対しての注意が十分に払えていないことが予測される。以上のことから、転倒の予測や今後の生活範囲の狭小化の予測として有用であると考えた。

【一般演題 VI-2】

人工膝関節全置換術患者の Knee adduction moment と足部プロネーションに有意な相関関係をみとめない

【キーワード】TKA・KAM・足部プロネーション

一宮温泉病院

理学療法士 雨宮一輝・小俣正留
高嶋 悠・菊池 悟

【はじめに】

初回の Total Knee Arthroplasty (TKA) 患者のインプラント不具合による再置換術は 8~10% である。再置換を予防していくために活動時の動的な膝関節荷重について分析が必要である¹⁾。膝関節内転モーメント (Knee adduction moment: KAM) とは、大腿と下腿が内反しようとするトルクのことである。また足部プロネーションとは、歩行動作において踵接地から足底接地にかけて足部が内側に倒れこむ角度のことをいう。当院では TKA 患者に対して KAM 測定を実施し、歩行時の膝関節動的安定性を評価しているが、膝関節と足関節の関係性に着目した。KAM とプロネーションは歩行時の前額面での動的な変化を示す指標であり、関連があるのではないかと考えた。

本研究では、TKA 患者の歩行時の KAM と足部プロネーションの相関を調査することを目的とした。KAM とプロネーションは負の相関があると仮説を立てた。

【対象】

内側型変形性膝関節症に対して、当院にて TKA を施行した 13 膝 (平均年齢 79 ± 5.64 歳) を対象とした。使用インプラントは JOURNEY II BCS (Smith & Nephew) とした。

【方法】

術後、2 種類の歩行解析計を使用し、KAM やプロネーションなど各歩行パラメータを測定した。測定時期は術後平均 9 カ月であった。

KAM は iMU One (iMU 株式会社) を使用して測定し、身長・体重を補正した値を用いた。(0.13 未満が適正值)。センサーデバイスを計測脚の脛骨粗面付近にバンド固定し、5m の歩行を行い、KAM を測定した。

プロネーションは ORPHE CORE MEDICAL (株式会社 ORPHE) を用いて測定した (10° が適正值)。プロネーションの他にも、足の高さ (cm)、スイング幅 (cm)、着地角度 (度)、離地角度 (度)、足向角 (度) についても測定した。センサーデバイスを靴に装着し、10m の歩行を行い測定した。

それぞれの歩行測定は対象者が履きなれた靴を装着し、インソールは使用せずに実施した。各歩行路を快適歩行速度

で歩行し測定した。

統計学的解析は Spearman の順位相関係数を用いた。有意水準 5% 未満とした。

【倫理的事項】

本研究は、対象者に発表の趣旨・倫理的配慮を説明し同意を得た。また演題発表に関連し、開示すべき利益相反関係にある企業はない。

【結果】

KAM は $0.107 \pm 0.035 \text{ Nm} \cdot \text{s/m} \cdot \text{kg}$ となり、適正值とされる $0.13 \text{ Nm} \cdot \text{s/m} \cdot \text{kg}$ よりも低い結果となった。プロネーションは $2.82 \pm 3.03^\circ$ となり、一般的な歩行での値 (10°) よりも低い結果となった。その他の測定結果については、足の高さ $9.08 \pm 4.63 \text{ cm}$ 、スイング幅 $4.8 \pm 4.8 \text{ cm}$ 、着地角度 $10.82 \pm 7.64^\circ$ 、離地角度 $47.27 \pm 12.67^\circ$ 、足向角 $0.92 \pm 19.98^\circ$ であった。KAM とプロネーションに有意な相関関係は認められなかった ($p=0.164$)。

【考察】

内側型変形性膝関節症患者では、オーバープロネーションになる傾向がある²⁾。膝内反変形症例では FTA の増加に伴う下腿の外側傾斜を距骨下関節回内 (プロネーション) によって代償し、下腿を内側に傾斜させることで膝関節中心の外側移動を抑制する³⁾。これは KAM を減じるための戦略の一つとして起こる現象と考える。本研究は TKA 患者を対象としており、術前の膝内反変形は矯正されている。そのため床反力ベクトルに対するレバーアーム長が短縮し、KAM は低下し、足部プロネーションで対応する必要がなくなり、プロネーションの値も低い傾向になったのではないかと考えた。

しかし、今回の結果では KAM とプロネーションの間には有意な相関関係は認められなかった。KAM を減じるための手段は多様である。足部での戦略だけでなく、股関節内転や立脚側への体幹傾斜、または歩行速度の調整などが挙げられ、足部と KAM のみの検討では不十分であったと考えた。術前の歩容において、KAM 軽減をどの程度足部プロネーションに依存していたかによっても、術後のプロネーションに影響するのではないかと考えた。

また TKA 術後に減じた KAM が経過とともに増加していくという報告がある⁴⁾。TKA 術後患者への理学療法として、術前の歩容も考慮し、膝関節のみならず、足関節または股関節、体幹機能の機能評価を行い、歩行機能向上を図ることが有益で、結果的に TKA インプラントに対する不具合を予測、予防することに繋がるのではないかと考えた。

今回の調査の中では歩行時の測定条件を統一することが難しく、今後の課題と考える。

【参考文献】

- 1) Takeo Nagura: The Knee, 2017
- 2) Matsumura, Masashi: Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation, 2020
- 3) 伊藤亮太: 東北理学療法学, 2019
- 4) Nakasone CK: ICJR Hawaii, 2015

【一般演題 VI-3】

呼称場面で多彩な音韻的誤りを認めた伝導失語の一例

【キーワード】伝導失語・音韻的誤り・音韻形式活性化の障害

医療法人銀門会 甲州リハビリテーション病院

言語聴覚士 海野友希・元木雄一朗
赤池 絢・武井徳子

【はじめに】今回、呼称場面で多彩な音韻的誤りを認めた伝導失語の一例を経験した。今回は呼称場面での発話を分析し、症例の発話特徴と障害機序について検討したので、若干の考察を加えて報告する。

【症例】80歳代、男性、右手利き。【現病歴】失語症で発症し、脳梗塞と診断され、保存的加療後、約1ヶ月後にリハビリ目的にて当院へ転院した。【神経学的所見】軽度難聴【神経心理学的所見】失語症、注意障害、RCPM29/36【神経放射線学的所見】MRIにて左頭頂葉後方部に梗塞巣を認めた。

【言語所見】聴理解は、検査上で語音認知(SALA聴覚的異同弁別31/36)や語彙性判断(SALA語彙性判断81/104)は若干低下がみられたが、語義理解は保たれていた(TLPA名詞理解38/40)。構文はSTAレベルⅡ、ARSは3単語より低下。読解は語彙性判断や語義理解(TLPA名詞理解40/40)は保たれ、構文はSTAレベルⅢ。発話は流暢で、呼称は中～軽度に障害され(TLPA意味カテゴリー別名詞表出検査:152/200)、親密度効果や語長効果を認めた。音断片(顔→か、た、は、こ、かお、音韻性錯語(喉仏→のどぼとこ)、形式性錯語(畳→たたむ)、構音の歪みなどの多彩な音韻的誤りを接近行為内で多く認めた。正答語を提示すると正しく発話することは可能。構文はSTAレベルⅢ。復唱において単語・文レベル共に低下し、音韻性錯語や音断片、構音の歪みなどを接近行為内で多く認めた。音読は漢字・仮名共に低下し、音韻性錯読、構音の歪みを認めた。書字は時に仮名で音韻性錯書を認め、漢字では時に形態性錯書がみられた。

【呼称における発話分析】

1) 分析方法

TLPA意味カテゴリー別名詞検査呼称200語における入院時と退院時(入院3ヶ月後)の発話特徴の経過について①言い誤り内容の経過、②構音の歪みの経過、③アクセント異常の経過に注目して分析を行なった。言い誤りについては波多野(1991)の方法を参考に、呼称場面にて記録した言い誤りを、音断片・中断、音韻性錯語、形式性錯語、語新作、語性錯語(意味性・無関連錯語)に分類した。構音の歪みとアクセント異常は発話全体の中での出現率を算出し、その特徴について分析した。

2) 結果

(1) 言い誤り内容の経過について(入院時→退院時)正答率(20.7%→49.6%)と改善。誤りは音断片・中断(59.9%→61.1%)が多く、次いで音韻性錯語(18.1%→16.1%)、形式性錯語(16.0%→16.1%)、語性錯語(3.0%→3.1%)、語新作(2.8%→3.6%)順に認めた。音韻的誤りが言い誤り全体の9割以上を占め、意味・語彙的な誤りは僅かであった。音断片・中断に関しては目標語と関連があるものが半数以上を占めていた。

(2) 構音の歪み(名詞)の経過について

構音の歪みの出現率は入院時4.9%、退院時5.3%。①子音・母音、②歪みの出現位置(語頭・語中・語尾)、③モーラ数・親密度効果に分けて分析した。子音での誤りが多かったが、母音での誤りもみられた。歪む音に傾向はなく浮動的であり、語頭に比し語中・語尾での誤りが多かった。誤りは低親密度語に多く、構音の難易度に影響はみられなかった。構音の歪みは、復唱や音読に比し呼称で多く認め、発語失行の特徴とは異なっていた。

(3) アクセント異常の経過について

出現率は入院時1.9%、退院時2.5%であった。アクセント異常は呼称場面で多く観察した。語尾での誤りが多く(例:テーブルカー(語尾が上がる))、低親密度語で多く認めた。

【考察】

(1) 失語症のタイプ分類について

本症例の特徴は①単語の理解障害はほぼ認めず、②言語性短記憶障害を認める、③全ての発話場面で接近行為を含む音韻的誤りを認める、④呼称では意味性錯語は稀などの特徴より、伝導失語(大槻ら2012)に該当すると考えた。症例は多彩な音断片、形式性錯語が多く、アクセント異常や構音の歪みなどの多彩な音韻的な誤りを認め、かつ低親密度語で出現する様相は音韻性失名詞(水田ら2005、数永ら2015等)に類似しており、伝導失語と音韻性失名詞の合併例と考えた。

(2) 症例の呼称の障害機序について

症例は全ての課題で音韻的誤りを認め、語長効果を認める特徴は音素系列化の障害(奥平ら2018)と考えた。症例の呼称の特徴は①音断片・中断が多い、②形式性錯語が多い、③構音の歪みを認める、④アクセント異常を認めるであった。これらの症状は呼称場面で目立ち、かつ低親密度語が多いため、音韻形式の活性化の脆弱さと解釈した。伝導失語の本質は音素系列化の障害(奥平ら2018)が主であるが、音韻形式の活性化の障害を合併することは少なくない(奥平ら2010ほか)。伝導失語例において形式性錯語が多い症例(秋山2024)や構音の歪みを生じる例(柴田ら2024)が報告されており、音韻形式の活性化レベルの障害の合併の有無やそれぞれの障害の程度により、その言語症状には多様性が生じると考えた。

【倫理的事項・説明と同意】症例には、研究の趣旨・倫理的配慮を説明し書面で同意を得た。本演題は当院の倫理委員会での了承を得た。開示すべき利益相反状態はない。

【一般演題 VII-1】

当院での『2023 職場における腰痛予防宣言！』事業参加報告～当院職員における腰痛起因動作の傾向と改善策～

【キーワード】理学療法士・腰痛予防・腰痛起因動作

一宮温泉病院

理学療法士 小俣正留・雨宮一輝・保崎真梨奈
高嶋 悠・野口雄二・小林桂子
栗林良枝・菊池 悟

【はじめに】

日本理学療法士協会（以下PT協会）によると、「我が国における業務上疾病の中では、腰痛が6割を占めて最も多く、特に医療、介護職種を含む「保健衛生業」における業務上疾病においては約8割に上る。」と報告されている⁽¹⁾。PT協会では厚生労働省の後援をもとに、理学療法士（以下PT）の専門性を活かし、自らの所属施設における腰痛予防に貢献することを目的として「職場における腰痛予防宣言！」という事業を開始した。

今回、当院職員において腰痛を抱えながら勤務をしている職員が多数在籍し、健康経営宣言を行っている当院としては対応が必須と考え、本事業へ参加した為、当院での取り組みについて報告する。

【目的】

当院において腰痛を抱える職員の実態と腰痛起因動作を明らかにし、リスク見積もりと対策を講じることを目的とした。

【対象】

対象は2023年1月に当院に所属する職員136名とした。

【方法】

事業実施の概要に従い 1.ポスター掲示 2.腰痛予防講習会の実施 3.職場のリスク見積もりと改善提案を実施した。3では当院で作成したアンケートにて、腰痛の有無、腰痛起因動作を調査した。アンケート調査項目として1.職種、2.性別 3.年齢 4.職場歴 5.腰痛の有無 6.腰痛の起因動作（選択肢より複数回答）7.運動習慣の有無とした。アンケート結果より腰痛起因動作についてはPTが実態調査を行い、リスクの見積もりと改善策を立案した。

【結果】

アンケート回収数は112/136件（有効回答率82%）であった。約半数（57名）の職員が腰痛を抱えて勤務をしている実

態が認められた。特に看護・介護職に割合が多い傾向にあった。起因動作として①車椅子⇄ベッド間の移乗（32人）、②オムツ交換（31人）③車椅子⇄トイレ間の移乗（19人）④ベッド上スライド（17人）が上位として挙げられた。

【考察】

当院での傾向として看護・介護職において介助の実施頻度が多く、体幹前傾姿勢で腰部負担が大きい移乗・オムツ交換・ベッド上スライド動作が腰痛起因動作として挙げられた。

PTによる実態調査は、厚生労働省の腰痛予防指針を参考に動作因子・環境因子・個人因子の3因子をもとに問題点・改善点を検討した。

各動作から共通した3因子を以下に報告する。

動作因子は、体幹前傾姿勢での持ち上げ・抱え上げ動作により、腰部負担が大きいことが挙げられた。

次に環境因子について考察する。物理的側面では各動作において介助に必要な空間が確保できていないことが挙げられた。限られた空間内で介助動作を行うことで身体的負担を増加させることが考えられた。労働環境面では介護職員の人手不足や時間的制約がある中で介助を行うことで動作が強引になりやすく、身体的負担を増やしているのではないかと考えられた。

個人因子としては、昨今のコロナ感染症の蔓延により、集団での勉強会が中止されていたことによる介助者側の技術不足が挙げられた。また既に腰椎疾患を有している職員が多いことも挙げられた。

【取り組み】

PT協会による取り組み事例集によると、「腰痛予防宣言の取り組みを実施することにより腰痛の軽減が認められ、他職の職員が腰痛に関する相談をリハスタッフにしやすくなった。」と報告されている⁽²⁾。

当院では腰痛リスクの高い看護部と検討し、動作指導を実施することにした。各動作に対してPTが動作指導を実施して腰痛の予防・改善を図っていく。動作指導実施後は再びアンケート調査を行い動作指導に対する効果判定を行っていく。

【倫理的事項】

本取り組みは、当院倫理委員会の承認を得ている。また、開示すべき利益相反はない。

【参考文献】

- 1) 日本理学療法士協会. 「2023 職場における腰痛予防宣言事業実施の手引き」. 日本理学療法士協会. 2023.8
- 2) 日本理学療法士協会. 「2022 職場における腰痛予防宣言取り組み事例集」. 日本理学療法士協会 2023.3
- 3) 厚生労働省. 「腰痛予防指針」. 日本理学療法士協会

【一般演題 VII-2】

褥瘡対策チームにおけるリハビリ職の役割 ～脳卒中急性期重症患者の体型に着目した ポジショニングの検討～

【キーワード】 褥瘡・急性期・ポジショニング

山梨大学医学部附属病院

作業療法士 野澤由香

皮膚科学講座講師 三井 広

整形外科科学講座教授 波呂浩孝

【はじめに】

当院の褥瘡対策チームでは、多職種で週1回の回診にて褥瘡予防や管理を行い、改善・治癒を目指している。その中でチーム所属のリハビリ専門職（以下リハ職）としては褥瘡リスクのある局所に生じる「圧迫・ずれ」が最小限となるようポジショニング、環境調整、減圧方法の指導を行う。今回、重度左片麻痺を呈し体動困難なブラジル国籍の男性に尾骨部の褥瘡が発生しチーム介入をする機会を得た。リハ職としてポジショニング、環境調整を実施し若干の改善がみられた為報告する。

【患者情報】

50歳代、男性、ブラジル国籍、身長178cm 体重63kg 既往は高血圧、心不全、脳梗塞、糖尿病（来日以降通院中断）。現病歴は、会社に到着後、頭痛、めまい、嘔気、左麻痺が出現し当院に救急搬送。右皮質下出血と脳室内穿破、それに伴う急性水頭症を認め、内視鏡下血腫除去術+脳室ドレナージ後にICU入室。2病日に瞳孔不同あり同手術を追加。誤嚥性肺炎も合併し、挿管し人工呼吸器管理。肺炎の増悪、胸水の増加もみられた。10病日一般病棟に転棟。18病日気管切開術施行。

【方法】

クッションを使用したポジショニング、方法が統一されるよう写真付きの紙面を掲示した。

【倫理的事項】

本発表にあたり、キーパーソンに説明し同意を得ている（本人はJCSⅡ-10発語困難な為）。

【結果（経過）】

褥瘡ハイリスクであり予防的ケアを実施していたが、9病日に尾骨に褥瘡発生。10病日に皮膚科受診、チーム介入。深部損傷褥瘡（以下DTI）であり創部黒色変化あり。継続した処置と回診によるフォローを実施。経過の中で血疱が形成

され破綻した為、臥床時は完全側臥位での対応としていた。しかし、経管栄養の際ギャッジアップの体圧が高く褥瘡は悪化傾向であった。36病日に背面に幅の広いクッション（ロンボRM1-H）を入れてポジショニングを一部変更。また、方法が統一されるよう写真付きの紙面を掲示した。以降、回診時に創傷部表層は改善傾向と褥瘡対策チームのDrより診察をされ経過したが、深部にポケットが形成されており54病日外科的デブリードマンにて天蓋を除去し開放。以降は悪化なく経過したが、79病日に転室した際ポジショニングが崩れてしまったことや、褥瘡部のMRSA感染、下痢による汚染、栄養不良等が重なりポケットの拡大あり。108病日、再度外科的デブリ術を施行。以降は著明な悪化なく改善傾向となり転院となった。

【考察】

今回、チームでのリハ職としての介入ではポジショニングを実施。患者の筋骨格の特徴に考慮してクッションを選定した。広背筋が発達し、張りがあることを視診・触診にて確認。加えて頭頸部は側屈・前屈し不安定であり、肩甲骨外転・肩関節内旋位となりやすく上半身の不安定さが助長されていた。これによりギャッジアップで背上げと膝上げを行ったことで滑りが生じ、尾骨周囲が圧迫されやすかったのではないかと考えた。その為、広背筋を包み込む幅の広いクッションを入れ、それに合わせて枕（硬めのクッション+ソフトナース）で高さの調整と頭頸部の安定性にも配慮をした。これにより上半身のギャッジアップ時の滑りが軽減し、加えて側臥位姿勢も安定したと考える。患者は、入院時から脳出血による体動困難であり褥瘡ハイリスクであった。また、褥瘡発生初期よりDTI（皮膚表面より先に皮下組織や筋肉が損傷すること）が生じ急激な容態の悪化が起こった。DTIは適切な治療を行ってもさらに深い組織が露出することもあるとされており、患者はポケットの形成や骨の露出も経過の中でみられた。DTIは深部組織が薄い高齢者では発見されることは少ないが、比較的体格の良い人の術後に発見されることが多いとされている。患者は50歳代と若く、体重は標準レベルで高身長であった。臥床時は創部への負担を最小とする為に完全側臥位での対応としていたが、患者は上記の体型の特徴により姿勢の崩れやすさがあった。そして、長時間の圧迫による虚血が起こり、DTIとなったと考える。

【まとめ】

今後もチームの一員として、今回のような身体面の特徴を考えたいでのポジショニングや環境調整などリハ職種だからこそその視点や介入が必要と考える。

【参考文献】 茂木精一郎：褥瘡の発生機序と関連要因。臨床栄養 Vol.138 No.6 2021.5（臨時増刊号）

【一般演題 VII-3】

仕事と子育ての両立のために ～子を持つ職員の声を反映した 職場のサポート体制について～

【キーワード】

育児・回復期リハビリテーション病棟・管理運営

山梨リハビリテーション病院

作業療法士 鈴木千恵美・大浦祐子・佐尾健太郎
浅川 愛・原田成美
理学療法士 松下 恵

【はじめに】

山梨リハビリテーション病院（以下、当院）は、3病棟、病床数135床で全病棟が回復期リハビリテーション病棟である。リハビリテーション専門職（以下、リハ職）は理学療法士（以下、PT）61名、作業療法士（以下、OT）41名、言語聴覚士（以下、ST）6名の合計108名であり（2024年7月時点）、平均年齢は32.2歳で子育て世代が多い。その内17名の女性職員が18歳以下の子を持ち、うち4名が産休・育児休暇中である。また、2022年10月の法改正による「産後パパ育休」の導入に際し、これまでこの制度を利用した男性職員は4名に上る（2024年6月28日時点）。ライフイベントの中でも妊娠・出産そして育児においては、仕事との両立が課題となる事があり働き方が大きく変わってくる。

そこで当院では、育児に関わる女性リハ職同士での相談や情報共有の場としてママミーティングを開催し、育児の不安、職場への要望、先輩ママからの子育てのアドバイス、またセラピストとしても成長できるよう勉強会の開催等を行っている。今回はこのママミーティングの発足から経緯、活動内容と今後の展望について紹介させて頂く。

なお、演題に関連し開示すべき利益相反関連事項はない。

【ママミーティングの発足】

私の初産は10年以上も前であるが、妊娠初期は体調の変化を感じながらも不安の中で業務を遂行していた事、また育児休暇後の復帰直後は戸惑いも多かった。限られた時間の中で業務内容の確認・変更を消化しきれない事もある一方で、子供は慣れない保育園でさみしい思いをさせていないか心配でもあった。その中で同じ境遇のママセラピスト同志で、情報共有し、相談・解消できる場所がもてないか、育児に関わらないリハ職にも育児の事を知って欲しいと感じていた。また、当時のリハビリテーション部の上司からも、ママセラピスト達の声を聴かせてほしいということもあり、作業療法課の当該5人とリハビリテーション部の上司

により、2018年6月にママミーティングが発足された。

【ママミーティングの経緯と活動内容】

発足当時は、OTのママセラピスト5人とリハビリテーション部の上司で、月に1回、業務時間内にて40分程度から開始された。時短勤務ゆえに参加できない会議や勉強会、議事録だけでは理解できない業務内容の伝達・業務の不明点の質問を当時のリハビリテーション部の上司に確認し情報の共有を図った。また、2ヵ月1回のペースでリハ職としての技術や知識の向上を目的にハンドリング練習を実施していた。その中、みんなが育児自体や仕事を両立させていく事にさまざまな不安や困り事があるという生の声が聞かれ、その声をもとに各ステージに分類したマニュアルを作成した。マニュアルは、妊娠時に安心して働ける業務量や業務内容、育児休暇後に安心して復帰できる職場のルールであり、「マタニティマニュアル」、「産休・育休中マニュアル」、「復帰直後マニュアル」の3種を作成した。各マニュアルには、職場での協力体制、子育てに関する事務書類の作成時期、ママセラピストとしての心得に加えて、妊娠・育児をしながら働いているママたちの体調面・心理面等を記載している。

発足当時はOTのみの参加であったが、2019年6月からはST、2020年5月からはPTのママセラピストが参加するようになり、マニュアルもPT・OT・ST共通のものをママミーティング内にて内容を確認し毎年更新している。

【今後の展望】

OT5人から発足したママミーティングも現在はPT・OT・STの12名へ拡大し、子供の年齢も高校生から幼児までと幅広くなっている。子供の年齢によっては、それぞれの悩みや不安が違ってくる事、業務内でのミーティングを考慮し、ジュニア（就学）キッズ（未就学）の2班編成とし、各2ヵ月に1回の開催と、半年に1回の合同ミーティングを実施している。末子が小学2年生からはママミーティングの卒業制度を設けている。

またママだけでなく子育て支援として、「産後パパ育休」の導入に伴い、パパセラピストからの生の声をもとに現在パパマニュアルを作成中である。

育児中のリハ職の中でも、その生活背景は様々であり多様な働き方を選択でき、個人個人がキャリアプランを持つ職場づくりが必要である。ママミーティングの活動を通して子育て支援の発信や、マニュアルを周知して頂ける中で周囲の理解がより深まる様な働きかけの継続が必要であると感じている。

【おわりに】

職場には様々な立場の方がいるが、お互いがお互いの立場を理解しながら助け合える職場でありたいし、また職場であると思っている。

最後に、ママミーティングの活動に対し、職場のご理解とご協力を頂き心から感謝を申し上げます。

【一般演題 VIII-1】

透析患者における継続した運動指導が身体機能、運動習慣に及ぼす影響についての調査

【キーワード】 透析・運動・多職種連携

市立甲府病院

作業療法士 坂本 岳・小佐野宏幸
理学療法士 斉藤千代子・大森英功・金丸裕佑
花形悦伸・植田祥平・眞田和歩

【はじめに】

透析時運動指導加算は2022年の診療報酬改定により新たに加算の対象となった。これは運動開始から90日の期間、1回の運動指導に75点が算定可能となるものである。また、透析時間の身体活動はほとんど見られない事が現状である。当院では令和5年9月より腎臓リハビリテーション学会が規定する講習を受講した理学・作業療法士、看護師が運動指導を開始した。今回、運動指導が患者の身体機能、運動習慣に及ぼす変化について調査した。当院での活動を報告する。

【対象】

当院、血液浄化療法室に通院中の人工透析実施患者で、医師が透析中の運動に耐えうると判断した男性8名女性1名の計9名を対象に行った。年齢は72.3±12.6であった。

【方法】

運動指導開始時、90日後にShort Physical Performance Battery (以下SPPB)、握力を測定した。運動指導終了後、透析中の運動継続状況について観察を行った。運動指導は最大4名とし、1名の療法士、看護師が行った。実施時間は1回20分以上、週3回とした。火・木曜日は理学・作業療法士、土曜日を看護師とした。透析中の運動療法については負荷量可変式エルゴメーターやバランスボール、動画を視聴しながらの集団活動など、実践における工夫は多数報告されている^{1,2)}。当院の環境で実践可能な形を血液浄化療法室と検討した。その結果、患者や指導する看護師が理解しやすく、透析中の循環動態に影響を及ぼしにくいレジスタンストレーニング、ボールを用いた股関節エクササイズ、自己ストレッチ³⁾を行なうこととした。また、運動指導中のアセスメントは、適宜、医師、看護師と共有した。90日の運動指導終了後、患者に運動継続についての声掛けを他職種で連携して行った。

【倫理的事項】

対象者には発表における同意を得ており、当院倫理委員会の承諾を得ている。開示すべきCOI関係にある企業はない。

【結果】

結果、9名中4名は開始時、90日後ともにSPPBが12点であった。(満点)5名は開始時がカットオフ値(11点以下)

であったが90日後全員の点数が増加した。5名の内3名は12点となった。残る2名は8点から9点へ増加した。減点項目はセミタンDEM立位、タンDEM立位、4m歩行テスト、椅子立ち上がりテストであった。セミタンDEM立位、歩行テストでは改善が見られた者がいたが、タンDEM立位、椅子立ち上がりテストでは改善は見られるが正常値内まで改善しない者がいた。(図1参照)

握力は初回よりも90日後の時点で向上する者もいたが、低下する者もいた。握力の平均は開始時平均(右/左)22.6/21.3kg、90日後平均(右/左)22.4/21.2kgであった。

90日後、運動継続の声掛けを行なった結果、9名中4名は運動を継続して行なうようになった。また、新規に運動指導を開始する患者の近くで終了した患者が運動を行なっていることで患者同士の交流が見られた。

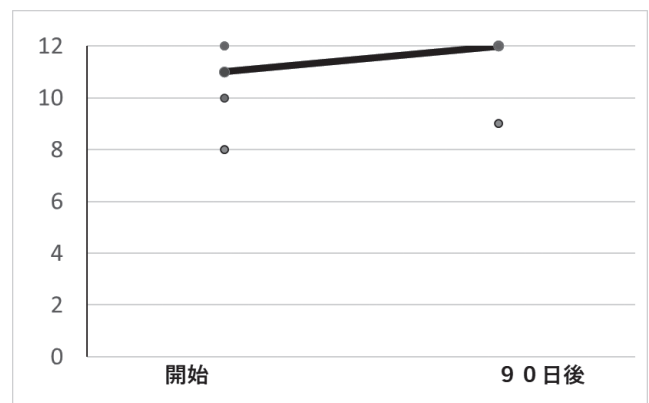


図1 SPPB 開始時と90日後の推移(太線:中央値)

【考察】

日本透析医学会の慢性透析患者に対する統計調査では、運動習慣について60%以上の透析患者が運動習慣は「なし、ほとんどしない」と回答している。²⁾今回、運動指導の対象となった患者の半数ほどはバランス機能や握力低下を認めていた。このような背景があっても、継続して透析中に運動が行える環境を血液浄化療法室と連携して提示できた事で運動指導終了後も運動を継続する患者が見られSPPBが改善した患者が見られたのではないかと考える。しかし、本発表では対象の患者数に限りがあり、統計学的に有意差を示すには至らなかった。今後の改善点としては運動指導を行う曜日の拡大や1回の運動指導における患者数の増員、スタッフの増員を検討していく事で効果的な腎臓リハビリテーションへと繋げていきたい。また、評価に関してはADLや精神機能などの評価も加えていき、患者の変化をより捉えることができるような実践に繋げていきたい。

【参考文献】

- 1) 高井清典 血液透析患者の継続的な運動療法による身体機能変化 大阪透析研究会会誌 第34巻2号 123~129 2016
- 2) 斉藤知栄 「腎臓リハビリテーションガイドライン」をもとにした透析患者の運動指導研修 腎と透析 Vol.94 No.5
- 3) 大山恵子 透析中の運動療法の実践(前後評価と管理運営) MB Med Reha No.294:57-66.2023

FIM 認知項目が退院時の方向性に及ぼす影響に関する調査 ～問題解決・記憶に着目して～

【キーワード】 FIM・認知項目・自宅退院

医療法人慈光会 甲府城南病院

言語聴覚士 國分志保・橋本晃典・飯島七海
小室理恵子・桂川謙祐

【はじめに】 FIMは患者の能力の指標として用いられ、当院回復期病棟でも導入されているが、FIMの認知項目得点が患者の自宅退院に影響しているのか、自宅退院が可能となるには、どのくらい認知項目の得点が必要なのか、目安があれば退院先の方向性を決める際に役立つであろうと、日々の臨床にて感じるが多かった。今回、当院回復期リハビリテーション病棟（以下、回復期病棟）から自宅に退院した患者（以下、自宅群）と自宅以外に退院した患者（以下、非自宅群）のFIM得点を比較し、検討を行った。

【対象】

X年Y月からY+7月に、回復期病棟から退院した患者105名（平均年齢74.3歳±11.7、男性65名、女性40名）を対象にした。尚、急性増悪で転院・転棟した患者は除外した。

【方法】

対象者のFIMを抽出し、自宅群と非自宅群の2群に分け、当院回復期病棟へ入棟時と退棟時のFIM運動項目合計得点とFIM認知項目合計得点および下位5項目得点および同居家族有無の割合（以下、同居率）について比較した。

【結果】

自宅群は74名（平均年齢72.8±11.7歳、男性47名、女性27名）、非自宅群は31名（平均年齢78±9.9歳、男性18名、女性13名）であった。自宅群の同居率80%、非自宅群の同居率は48%であった。

自宅群の入棟時FIMは運動項目合計43.9±19.1、認知項目合計19.2±7.5、退棟時FIMは運動項目合計72.1±17.1、認知項目合計25.4±7.7であった。非自宅群の入棟時FIMは運動項目合計25.1±11.1、認知項目合計12.2±4.3、退棟時FIMは運動項目合計40.4±17.2、認知項目合計16.4±5.9であった（表1）。

【考察】

浜岡ら（2014）は、脳卒中患者の在宅復帰の可否を判別するFIM運動項目のcutoff値は57.5点、FIM認知項目cutoff値23.5点であると報告している。当院の自宅群のFIM得点は、FIM運動項目、FIM認知項目共に先行研究cutoff値より高値であった。また、非自宅群のFIM得点は、FIM運動項目、FIM認知項目共にcutoff値より低値であり、先行研究と同様

だった。

FIM認知項目について岡本ら（2012）は、入院時における自宅群患者と施設群患者では認知項目合計得点と下位項目問題解決および記憶に差が認められ、これらが運動項目得点の改善を防げた原因の一つであるとも報告している。当院の自宅群の入棟時の問題解決3.1±1.7、記憶3.0±1.7と先行研究に比しやや低値であったが（岡本ら：問題解決5.6±1.8、記憶5.5±1.9）、入棟時と退棟時は運動項目総得点が28.24点改善し、自宅退院に至っている。このことから入院時の問題解決能力や記憶力が必ずしも、運動項目改善の必須項目になるとも限らないといえる。

今回、非自宅群の退院時FIMは運動項目の低下に加えて、問題解決2.3±1.3、記憶2.5±1.5と著しく低値であり、自宅退院を難しくさせた可能性が考えられた。一方、非自宅群については、同居率が48%と低く、家族介助の有無が自宅退院に影響した可能性も考えられた。自宅退院後に独居で日常生活を安全に行うためには認知機能が重要であり、服薬管理やスケジュール管理を行う為の記憶力の他、異常を感じた際に適切な行動を取る、日常生活での問題に対処するなどの問題解決能力や判断力が必要不可欠となってくる。

FIMの認知項目は、運動項目改善への影響因子であると共に、独居生活に必要な能力因子の一つでもある可能性が考えられた。今後は、高齢化が益々進み、山梨県でも独居の高齢者が更に増加していくことが予測される。このことから、退院の方向性を決めるにあたっては、FIM運動項目だけでなく、認知項目にも目を向ける必要性や、今回のFIM認知項目の結果を一つの目安として活用していくことで円滑に方向性を決定することができるのではないかと考えた。

【倫理的事項】

本発表は、当院倫理委員会の承認を得ている。開示すべき利益相反状態はない。

【参考文献】

- ・岡本伸弘、増見伸、山田学、有久恵美子、兒玉隆之：回復期リハビリテーション病院におけるFIMを用いた自宅復帰因子の検討。理学療法科学27(2)：103-107,2012
- ・浜岡克伺、前田理奈、岡林碧、杉本歩実、山川卓伸、山中伸、橋本豊年、吉本好延：脳卒中患者の在宅復帰に必要な基準値。理学療法科学29(6)：933-937,2014

表1 FIM得点

	自宅群(n=74)		非自宅群(n=31)	
	入院時	退院時	入院時	退院時
運動得点	43.9±19.1	72.1±17.1	25.1±11.1	40.4±17.2
認知得点	19.2±7.5	25.4±7.7	12.2±4.3	16.4±5.9
理解	4.8±1.4	5.7±1.3	3.5±1.2	4.3±1.3
表出	4.3±1.6	5.5±1.5	3.7±1.1	3.7±1.1
社会交流	4.0±1.6	5.2±1.7	2.6±1.2	3.5±1.5
問題解決	3.1±1.7	4.4±2.0	1.6±0.8	2.3±1.3
記憶	3.0±1.7	4.6±1.9	1.7±0.9	2.5±1.5

【一般演題 VIII-3】

当院回復期リハビリテーション病棟入院患者における骨格筋量とバランス能力, ADL の関係

【キーワード】 骨格筋量・バランス・ADL

湯村温泉病院 理学療法科

理学療法士 大森海渡

【はじめに】

サルコペニアは、骨格筋量と筋力低下または運動機能の低下を特徴とする状態であり、ADLの低下や転倒リスクの増加に関連している。また、サルコペニア有症者は非有症者に比べ入院時FIMが優位に低いという報告がある。しかし、筋肉量がバランス能力やADL能力に関連を示すという報告はまだ少ない。筋肉量を表す指標として、骨格筋量指数（以下SMI）や下腿周囲長（以下CC）などがあり、GLIM基準の低栄養診断には筋肉量の評価は必須になっている。そこで本研究では、当院回復期リハビリテーション病棟入院患者を対象に、筋肉量とバランス能力およびADL能力との関係や、SMIとCCの関係について検証していきたい。

【対象】

令和6年8月から9月の期間に当院回復期リハビリテーション病棟に入院している患者で本研究に同意を得られた、運動器疾患、廃用症候群患者24名（男性3名、女性21名平均年齢 80.3 ± 10.5 歳）とし、HDS-R21点未満、ペースメーカーやステム等が挿入されているもの、既往に中枢神経疾患を有するもの。また、両手すり把持で立位保持30秒未満のものも除外対象とする。本研究はヘルシンキ宣言に基づき当院の倫理審査委員会にて承認を得ている（湯論6-005）。

【方法】

基本情報として、FIM、入院日数、年齢、性別、身長、体重、診断名、既往歴、HDS-Rを収集した。握力とFBS、骨格筋量、下腿周径の測定は、担当セラピストが行う。骨格筋量指数は体組成計（seca社製 seca mBCA515）を用い四肢骨格筋量指数（以下ASMI）を測定。CCではseca社のメジャーを用い、下腿周囲長を測定。ASMIをAWGS2019のサルコペニア診断基準に基づき男性 $7.0\text{kg}/\text{m}^2$ 未満、女性では $5.7\text{kg}/\text{m}^2$ 未満を低ASMI量と定義し、低ASMI群と非低ASMI群に分ける。CCでは西岡らの研究に基づき男性33cm未満、女性32cm未満を低CC群と定義し、低CC群と非低CC群に分ける。(1) FBS, FIM, 握力, ASMI, CCにおいてそれぞれ平均と標準偏差を求める。(2) FBSおよびFIM（運動項目）について、低ASMI群と非低ASMI群、低CC群と

非低CC群でMann-whitneyのU検定を用いて、2群間比較を行う。(3) ASMIとCCがそれぞれFBSおよびFIMに相関があるかSpearmanの順位相関係数を用い検証する。(4) ASMIとCC、握力の間に関連があるかSpearmanの順位相関係数を用い男女別に検証する。統計解析はいずれも有意水準は5%未満とした。

【結果】

(1) FBS 45.9 ± 10.0 点, FIM 74.5 ± 11.8 点, 握力 $14.2 \pm 4.6\text{kg}$, ASMI $5.0 \pm 1.3\text{kg}/\text{m}^2$, CC $29.9 \pm 3.3\text{cm}$ 。(2) 低ASMI群16名と非低ASMI群8名の2群間におけるFBSとFIMについていずれも有意差を認めなかった($p < 0.05$)が、低CC群17名と非低CC群7名の2群間におけるFBSとFIMについてはいずれも有意差を認めなかった。(3) ASMIとFBS, FIMとの間に相関を認めなかった。FBS ($r=0.27$), FIM ($r=0.39$)。 (3) CCとFBS, FIMとの間に相関を認めなかった。FBS ($r=0.15$) FIM ($r=0.02$)。 (4) ASMIとCCの間に男女共に相関を認めなかった。女性 ($r=0.36$), 男性 ($r=0.47$)。 ASMIと握力との間に相関を認めた ($r=0.59$)。

【考察・まとめ】

結果(3)より、本研究ではASMI, CCとFBS, FIMとの関連は見られなかった。先行研究では骨格筋量はバランス能力との関連は少ない、またはないと報告されている。本研究においてもASMI, CCはFBSとの相関は見られず、先行研究と同様の結果を示した。バランス能力は、筋力のみならず、様々な要素を含んでおり、骨格筋量や筋力だけでは予測が困難であると考えられた。ADLに関して、先行研究では、SMIとBI, CCとADLの関連を示しており、CCと骨格筋量に相関があると報告しているものもある。本研究において、ASMI, CCともにFIMとの関連はみられず、ASMIとCCの間にも相関を認めなかった。本研究では、測定時点における在院日数を考慮していなかったが、入院して30日未満の患者に比べ30日以上患者の方がFIMの点数が高い傾向にあった。そのため、介入により、骨格筋量の増加や、CCの増加前に他のADL能力が向上した可能性が考えられる。また、立位保持時間が30秒以上可能なものを対象としており、結果(1)よりFIMの平均値 74.5 ± 11.8 点, FBSの平均値 45 ± 10.0 点と比較的ADL, バランス能力ともに高い集団属性であったことも影響したと考える。結果(4)より、ASMIとCCの間に相関があるとする先行研究もみられたが、健常成人や脳卒中片麻痺患者を対象としており、本研究と属性が異なるため比較検討は難しい。また、握力に関しては、ASMIとの相関を認められたことから、非侵襲的に全身筋量を測定する指標としてCCより有用である可能性がある。本研究の限界として、測定時点でのばらつきがあり、対象者数が少なかった。そのため、今後さらに対象者数を増やし、再度検証をしていきたい。



実行委員

第4回山梨県リハビリテーション専門職合同学会大会

大会長：三瀬和彦【作業療法士 甲府城南病院】
 副大会長：磯野賢【理学療法士 甲州リハビリテーション病院】
 赤池洋【言語聴覚士 山梨大学医学部附属病院】
 実行委員長：佐尾健太郎【作業療法士 山梨リハビリテーション病院】

◎：部長 ○：副部長

局名	部名	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士
事務局 局長 宮尾亮 (甲府共立)	総務部	○伊東達賢(湯村温)	◎丸山 暁(城南) 飯野 萌(城南)	○小室 良(城南) 広瀬 萌(甲府共立)
	財務部	○渡邊 亮(湯村温)	○山下浩平(春日居リハ) 小松大志(城南)	◎桂川 謙祐(城南) 志摩美月(春日居リハ)
	広報部	○植田啓介(石和共立)	◎小林克也(県立中央) 赤松政利(山梨リハ)	○飯塚 真(石和温) 飯沼直美(山梨リハ)
	渉外部	○加賀美佑輔(甲府共立)	◎黒川 喬介(帝京科学) 小酒奈津美(山梨リハ)	○尾形 晶子(笛吹) 河西夏希(甲州リハ)
運営局 局長 菊池信 (山梨リハ)	レセプション部	◎前嶋康路(巨摩共立)	○松土智加(巨摩共立) 宮下寛太(巨摩共立) 瀧本良太(城南)	○山川大樹(甲府共立) 吉越はずき(巨摩共立)
	会場運営部	◎島田 直(山梨リハ) 宇月正明(春日居リハ) 深澤啓也(甲州リハ) 佐藤 聡(甲州リハ) 白倉ゆかり(あけぼの) 森 寛太(山梨赤十字) 佐藤巧季(山梨赤十字) 山口唯斗(甲府共立) 松田英樹(おひさま在毛クリニック) 田之口修平(石和共立) 長田優希(山梨大学) 佐野大樹(石和共立) 竹中 悠(峡北シルバーケア) 重友龍生(石和共立) 桑原 廉(山梨リハ) 宮野将貴(城南) 林 聖也(城南) 岩間翔太郎(城南) 入野野晴彦(城南)	○依田秀平(県立中央) 濱田一登志(さくら) 中野渡峯一(塩川) 小菅まみ(山梨リハ) 平賀晶人(城南) 長嶺彩香(城南) 石田昇也(甲州リハ) 望月康宏(都留市立) 河野 樹(湯村温) 伊東仁香(石和共立)	○橋本晃典(城南) 高木建汰(湯村温)
企画局 局長 中村晴江 (言語聴覚士会)	演題採択部	○矢崎良介(湯村温)	○三澤 陵(甲州リハ)	◎舟越あゆみ(いろは) 濱崎野如(恵信甲府)
	プログラム企画部	◎浅井敬太(甲府共立) 伊藤慎吾(巨摩共立)	○諸星明宏(甲斐リハ) 初鹿沙織(甲州リハ)	○和泉裕二(牧丘) 秋山未沙貴(甲州リハ)
	抄録編集部	○吉田伊吹(湯村温)	○山中 瞬(甲府共立)	◎高橋正和(石和温) 五十嵐桃花(石和共立)

順不同



第4回山梨県リハビリテーション専門職合同学会
The 4th Congress of Yamanashi Rehabilitation Specialists Society

発行 / 2024年12月25日

事務局 / 第4回山梨県リハビリテーション専門職合同学会事務局
〒400-0034 山梨県甲府市宝一丁目9-1
公益社団法人 山梨勤労者医療協会
甲府共立病院 リハビリテーション室内
TEL : 055-226-3131 FAX : 055-226-9715

印刷 / プリントオフィスナカガワ
〒406-0801 山梨県笛吹市御坂町成田2811
TEL : 055-262-3464 FAX : 055-263-0606