

第三十四回

四国作業療法学会

←The 34th Shikoku Occupational Therapy Congress in Ehime→ in 愛媛



会期 令和七年
九月十三日(土), 十四日(日)

会場 愛媛大学大学院医学系研究科
愛媛大学医学部

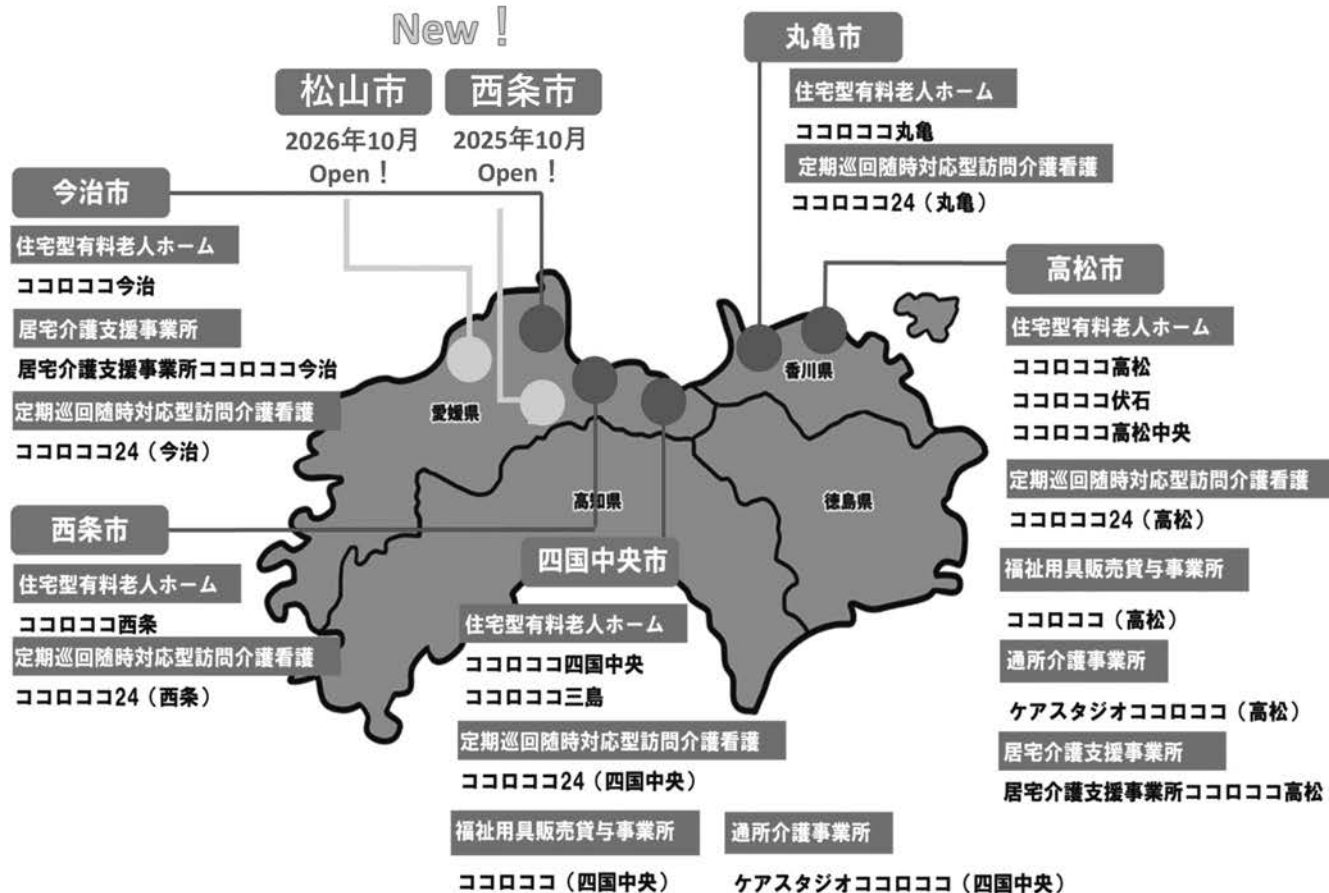
大会長 介護老人保健施設 アイリス
山田 太一

ココロで、変えるミライ。
ココで過ごす時を感動に。

ココロココ
COCOLOCOCO



New !

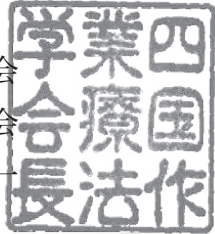


介護を中心とした専門商社

令和 7 年 8 月 吉日

施 設 長 様

四国作業療法士会連絡協議会
第 34 回四国作業療法学会
学 会 長 山 田 太 一



第 34 回 四国作業療法学会 学会出張について（お願い）

謹 啓

納涼の候、貴職におかれましては益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

平素より四国作業療法士会連絡協議会の活動に格別のご理解とご協力を
承り深く感謝しております。

さて、この度第 34 回四国作業療法学会を愛媛県にて開催する運びとなり
ました。

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

謹 白

記

会 期 令和 7 年 9 月 13 日（土）～14 日（日）

会 場 愛媛大学医学部重信キャンパス
〒791-0295 愛媛県東温市志津川 454
[TEL]089-964-5111

主 催 四国作業療法士会連絡協議会

担 当 公益社団法人 愛媛県作業療法士会

事務局 医療法人財団 慈強会 松山リハビリテーション病院
リハビリテーション部 作業療法科内
〒791-1111 愛媛県松山市高井町 1211 番地
[TEL]089-975-7431

以上

第 34 回 四国作業療法学会

学会テーマ

たいけん・けいけん・つながるけん

学会長 山田 太一

会 期 令和 7 年 9 月 13 日（土）・14 日（日）
会 場 愛媛大学医学部 重信キャンパス
主 催 四国作業療法士会連絡協議会
担 当 公益社団法人 愛媛県作業療法士会
事務局 医療法人財団 慈強会 松山リハビリテーション病院 リハビリテーション科
〒791-1111 愛媛県松山市高井町 1211 番地
TEL 089-975-7431

後 援（順不同）

愛媛県

一般社団法人 愛媛県医師会

公益社団法人 愛媛県看護協会

一般社団法人 日本作業療法士協会

一般社団法人 愛媛県社会福祉協議会

一般社団法人 愛媛県社会福祉士会

公益社団法人 愛媛県理学療法士会

一般社団法人 愛媛県言語聴覚士会

愛媛新聞社

南海放送 株式会社

株式会社 テレビ愛媛

株式会社 愛媛 CATV

株式会社 あいテレビ

株式会社 愛媛朝日テレビ

1. 挨拶	1
第 34 回 四国作業療法学会長 挨拶	1
四国作業療法士会連絡協議会 会長 挨拶	2
第 35 回 四国作業療法学会長 挨拶	3
2. 祝辞	4
一般社団法人 日本作業療法士協会 会長 祝辞	4
愛媛県保健福祉部 部長 祝辞	5
3. 交通案内	6
4. 会場案内	7
5. 参加者へのお知らせ	8
6. 学会スケジュール	10
7. プログラム	12
基調講演	12
特別講演	12
特別セミナー	13
一般演題	15
8. 基調講演	23
9. 特別講演	28
10. 特別セミナー	35
11. 一般演題（1 日目）	63
12. 一般演題（2 日目）	101
13. 第 34 回四国作業療法学会実行委員名簿	111

第 34 回四国作業療法学会

学会長 挨拶

第 34 回四国作業療法学会

学会長 山田 太一



皆様には益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。日頃より、四国作業療法士会連絡協議会の活動に格別のご支援とご協力を賜り、心より感謝申し上げます。

さて、第 34 回四国作業療法学会は（公社）愛媛県作業療法士会が担当し、令和 7 年 9 月 13 日（土）・14 日（日）の両日、愛媛大学医学部重信キャンパスにて開催予定です。本学会は対面形式での開催を予定しており、テーマは「たいけん・けいけん・つながるけん」といたしました。

当日は、学会の雰囲気を実際に体感し、コミュニケーションを通じて刺激を受け、新たな視点に触れる「たいけん（体験）」の機会を提供したいと考えています。また、最新の研究成果に触れ、専門家の議論を通じて新しい技術や理論を学び、参加者自身の専門的知見が深まる「けいけん（経験）」を得られる場を目指します。そして、四国 4 県をはじめとする横の「つながり（つながる）」を構築する機会とすることも、本学会の重要な目的の一つです。さらに、複数の講演や学術発表が行われ、参加者の皆様に幅広い専門知識を提供する場を設ける予定です。秋の訪れを感じる季節、愛媛の旬の食材も楽しめる時期でもありますので、学会での情報交換や学術的な研鑽に加え、皆様との交流も深めていただければ幸いです。

最後に、学会活動に対するご理解とご協力を賜りますようお願い申し上げます。また、作業療法士として共に学び合い、成長できる場にしていくための準備を整えて参りますので、皆様のご参加を心よりお待ちしております。

四国作業療法士会連絡協議会

会長 挨拶

四国作業療法士会連絡協議会

会長 前田 悠志



この度、第 34 回四国作業療法学会が、山田太一学会長のもと公益社団法人愛媛県作業療法士会会員の皆様のご尽力にて開催できますことを、心より感謝申し上げます。

本学会は、四国における作業療法に関わる皆様が一堂に会し、日々の臨床研究の成果や新たな知見を共有し、研鑽を深める貴重な機会として、長きにわたり重要な役割を担ってきました。本学会が、会員の皆様の熱意と努力の結晶として、四国の作業療法発展に大きく貢献するものと確信しております。

近年、私たちの社会は急速な変化を遂げ、医療・福祉を取り巻く環境もまた、複雑化の一途を辿っています。このような状況において、作業療法士の役割はますます重要性を増しており、地域包括ケアシステムの推進、高齢化社会への対応、そして多様なニーズを持つ人々の生活を支援するために、私たち作業療法士は、常に自己研鑽に励み、専門性を高めていく必要があります。

本学会が、四国の作業療法士の皆様にとって、最新の情報や知識を得るための羅針盤となり、臨床における課題解決の糸口を見出す一助となることを願っております。また、会員相互の連携がより一層深まり、四国全体の作業療法水準の向上に繋がることを期待しております。

結びにあたり、本学会の関係者の皆様に深く感謝申し上げますとともに、四国作業療法士会連絡協議会の活動に、ご支援ならびにご協力をいただいている皆様に、厚くお礼申し上げます。

第 35 回四国作業療法学会

学会長 挨拶

第 35 回四国作業療法学会

学会長 稲富 惇一



この度は第 34 回四国作業療法学会の開催、誠におめでとうございます。山田学会長のもと「たいけん・けいけん・つながるけん」のテーマで開催される本学会が、盛大に開催されますことを心からお慶び申し上げます。

私は、次回の第 35 回四国作業療法学会の学会長を務めさせていただきます稲富惇一と申します。このような貴重な場で次回学会のご挨拶の機会をいただきましたこと、四国作業療法士会連絡協議会ならびに山田学会長に心より御礼申し上げます。

さて、次回の学会では「共に前へー私たちは未来に何を残せるかー」をテーマに掲げました。臨床・教育・研究それぞれの立場を超えて、世代や県境も越えながら、共に力を合わせてより良い未来（明日）へ繋がるように出会いと学びと気づきのある学会にしたい、という願いを込めました。実行委員長は桂雅俊氏（高知健康科学大学）、事務局長には佐野秀平氏（海辺の杜ホスピタル）が任命されています。任命後に私たちは過去の四国作業療法学会の抄録集を読みました。そこには、長い歴史と積み重ねられてきた諸先輩方の努力が刻まれており、改めて作業療法の精神を引き継いでいく必要性と世代を超えて作業療法士が力を合わせていくことの重要性を感じた次第です。

第 35 回四国作業療法学会の開催日は 2026 年 10 月 17-18 日の 2 日間で、場所は高知健康科学大学／土佐リハビリテーションカレッジ（高知市大津乙 2500-2）にて開催を予定しています。皆さまの日々の臨床での学びや気づきを、ぜひご発表いただければ幸いです。

高知県での現地開催は、2016 年以来 10 年ぶりとなります。2020 年に予定していた高知開催は、新型コロナウイルス感染症の影響により延期され、2021 年にオンラインでの実施となりました。その際の学会長や実行委員の皆さまの想いも引き継ぎながら、開催に向けて誠意をもって準備を進めてまいります。本県は、古くから宴会のことを「おきゃく」と呼び、知り合いはもちろん、初対面の方とも分け隔てなく関わり合う文化が根付いております。この「おきゃく文化」は宴席に限らず、日常の様々な場面においても、人と人との温かな交流を育んでいます。そんなこの高知の地で、皆さまと直接お会いし、交流できる日を心より楽しみにしております。

最後になりますが、第 34 回四国作業療法学会が大成功に終わることを祈念するとともに、ご参加の皆さまにとっても充実した時間となりますことを心より願っております。

第 34 回四国作業療法学会の開催に寄せて

一般社団法人 日本作業療法士会

会長 山本 伸一



第 34 回四国作業療法学会を迎えられるにあたり、心からお祝いを申し上げます。

本学会は、愛媛県作業療法士会が担当し、愛媛大学医学部重信キャンパスで開催されます。これまでの先人の方々の弛まないご努力の積み重ねと存じます。今回の学会テーマは、「たいけん・けいけん・つながるけん」。専用ホームページでは、山田太一学会長の思いが伝わってきます。「学会の雰囲気を実際に体感し、コミュニケーションを通じて刺激を受け、新たな視点に触れる『たいけん（体験）』の機会を提供したいと考えています。」とございます。きっと会場全体が熱い議論と体験になるでしょう。

2024 年度における日本の有資格者数は、118,471 名。（本会会員は、63,175 名）その資格者数は右肩上がりになっています。（男女差については、男性 38.8%・女性 61.2%、平均年齢は男性 36.4 歳・女性 35.6 歳＜2022 年度調べ＞）

昭和 41 年、日本の作業療法士は 22 名からのスタートでございました。第 3 の医学と呼ばれた「リハビリテーション」。未来に向かって、意気揚々の船出だったと推察いたします。しかしながら、様々な社会情勢や医療状況等から順風ともいえない時期もあったでしょう。先人の諸先輩方はそれらを乗り越え、「今」を構築していただきました。私たちは、それを受け継ぎ、「未来」をさらに創り上げることが責務であります。

目指すのは「輝いている患者（利用者）さん、輝いている作業療法士」です。それを支える「魅力のある各都道府県作業療法士会と日本作業療法士協会」です。昨今、組織率を取り沙汰されておりますが、これこそが組織率を保つ源だと思います。

OT だからこそ、わかることがあります。

そして、できることがあります。

わたしたちはやれる、自信を持とう。

現在、第 4 次 5 か年戦略を推進しております。臨床作業療法の最良の質と量の提供のために、これからも共に歩んでまいります。一緒に成長し、「今」があります。2040 年問題に向かって、地域共生社会を共に創りあげるべく、手を取り合ってまいりましょう。

結びになりますが、第 34 回四国作業療法学会の盛会と、四国四県の作業療法士会、会員の皆様、所属機関、そして何より患者様、利用者様の未来を祈念して、私からの挨拶とさせていただきます。

今後とも宜しくお願い申し上げます。

祝 辞

愛媛県保健福祉部

部長 岡部 直

第 34 回四国作業療学会が、本県で盛大に開催されますことをお喜び申し上げますとともに、御来県の方々を心から歓迎いたします。

皆様方におかれましては、日頃から、それぞれの地域で作業療法を通じた地域住民の健康維持・増進に多大な御貢献をいただいております、厚くお礼を申し上げます。

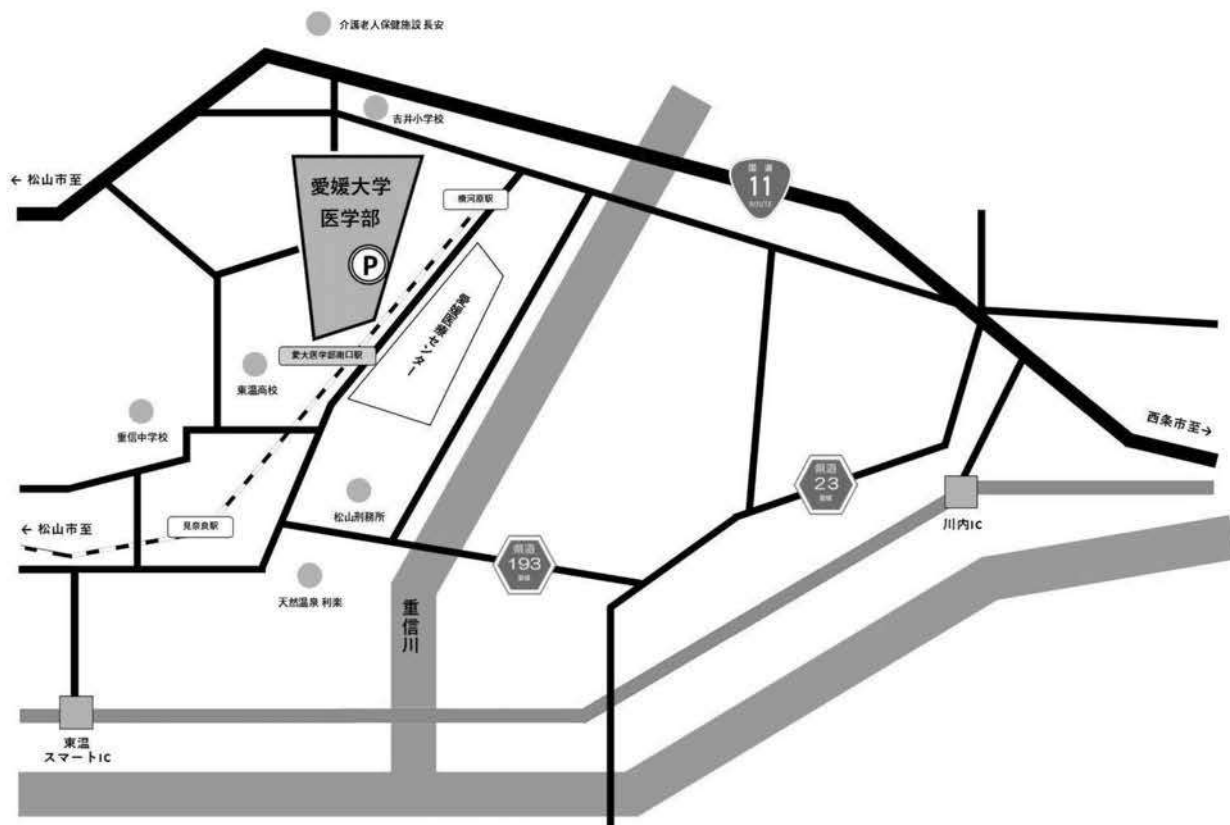
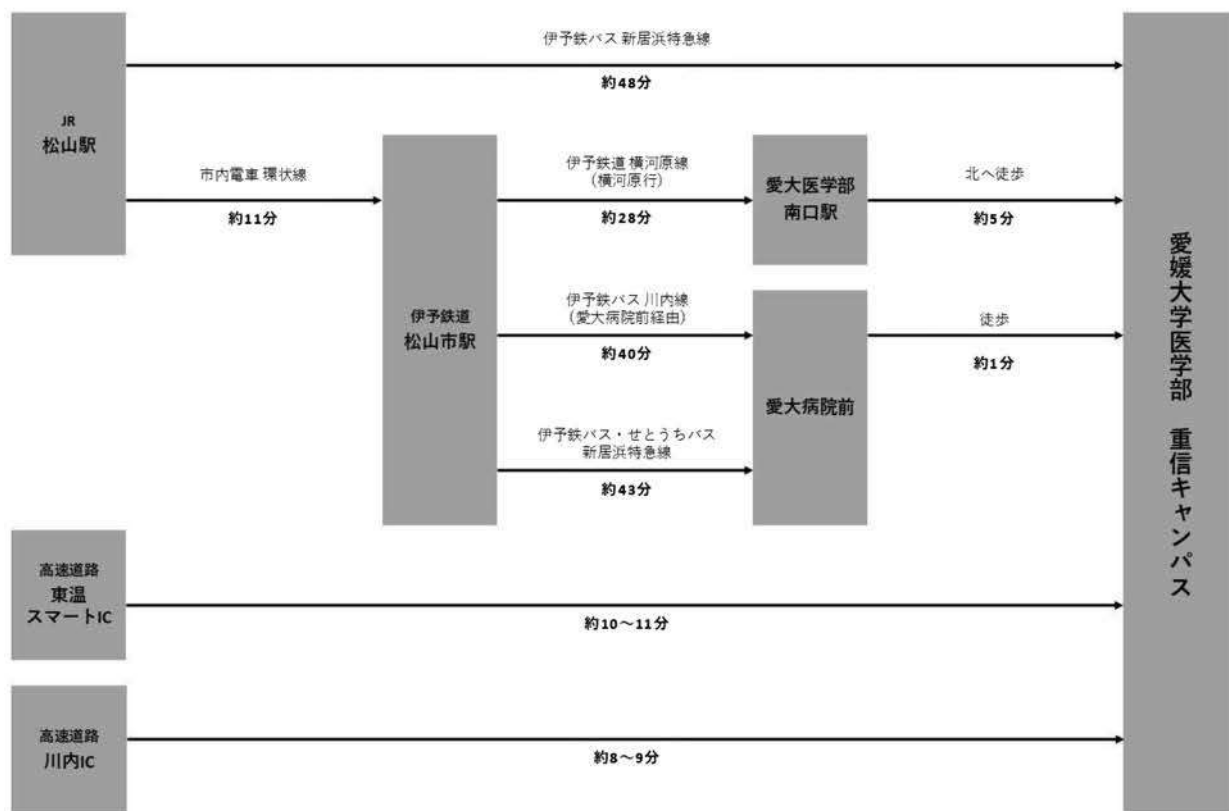
御案内のとおり、我が国は、生活環境の改善、保健医療の向上、更には社会保障の充実等もあいまって、平均寿命が 80 年を超える長寿国となっており、心身ともに健康でいきいきと充実した人生を送るためには、介護を必要とせず自立した生活を送れる健康寿命を更に延ばすことが大変重要となります。

本県におきましては、全ての県民が健やかで心豊かに生活できる持続可能な社会の実現を目指して第 3 次県民健康づくり計画「えひめ健康づくり 21」を策定し、健康寿命の延伸と健康格差の縮小、個人の行動と健康状態の改善、社会環境の質の向上、ライフコースアプローチを踏まえた健康づくりの 4 つを基本的な方向として、県民の健康増進に向けた取り組みを進めておりますが、その実現には、県民一人ひとりの主体的な取り組みや、市町、関係機関、団体等の連携はもとより、病気や怪我からの早期復帰により日常生活を取り戻すためには、皆様方の御支援・御協力が不可欠です。

このような中、四国 4 県の作業療法士の方々が一堂に会し、「たいけん・けいけん・つながるけん」をテーマに、体験や経験を通じて自身の専門的知識を深めるとともに、四国 4 県を含む横の連携を構築するということを焦点にあてた本学会にて、講演や学術発表を通じて研鑽を積まれますことは、大変意義深く、心強く感じております。

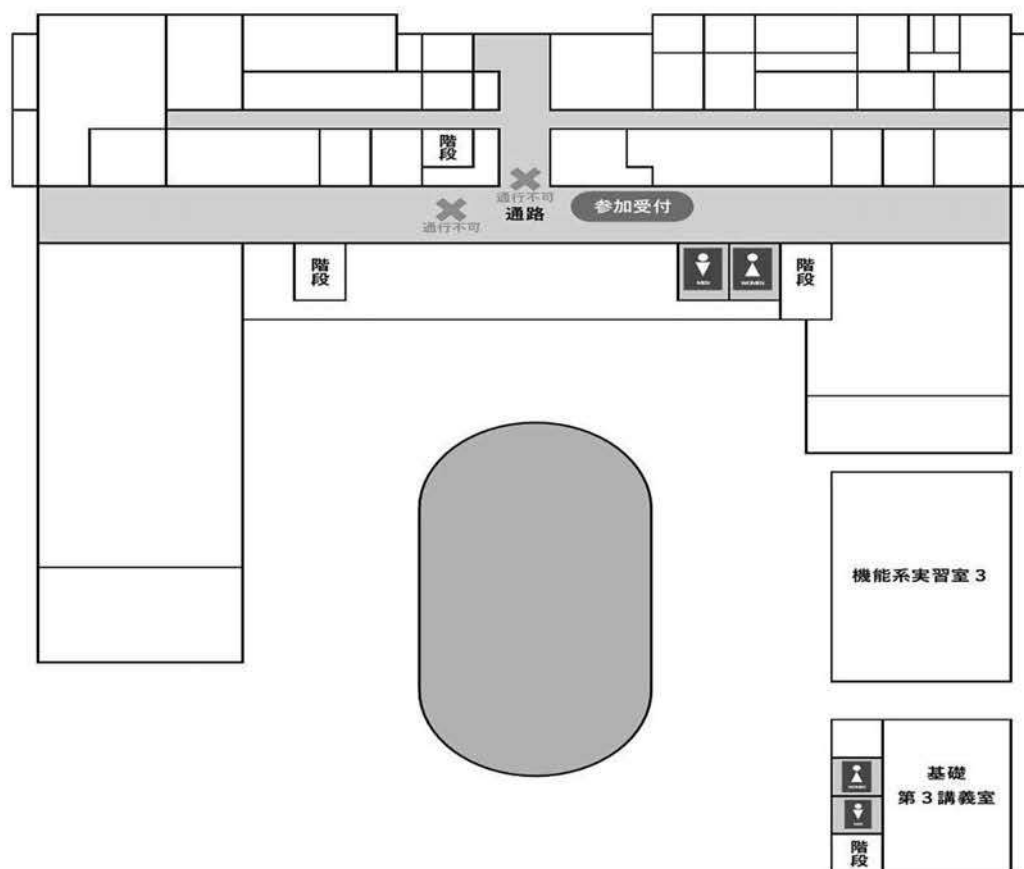
どうか皆様方におかれましては、本学会を機に、相互の連携を一層強固なものとされますとともに、引き続き、作業療法業務の質的向上に努められ、地域住民の健康増進にお力添えを賜りますようお願い申し上げます。

終わりに、本学会の御成功と四国作業療法士会連絡協議会及び四国 4 県各組織のますますの御発展、並びに御出席の皆様方の御健勝、御活躍を祈念申し上げます。

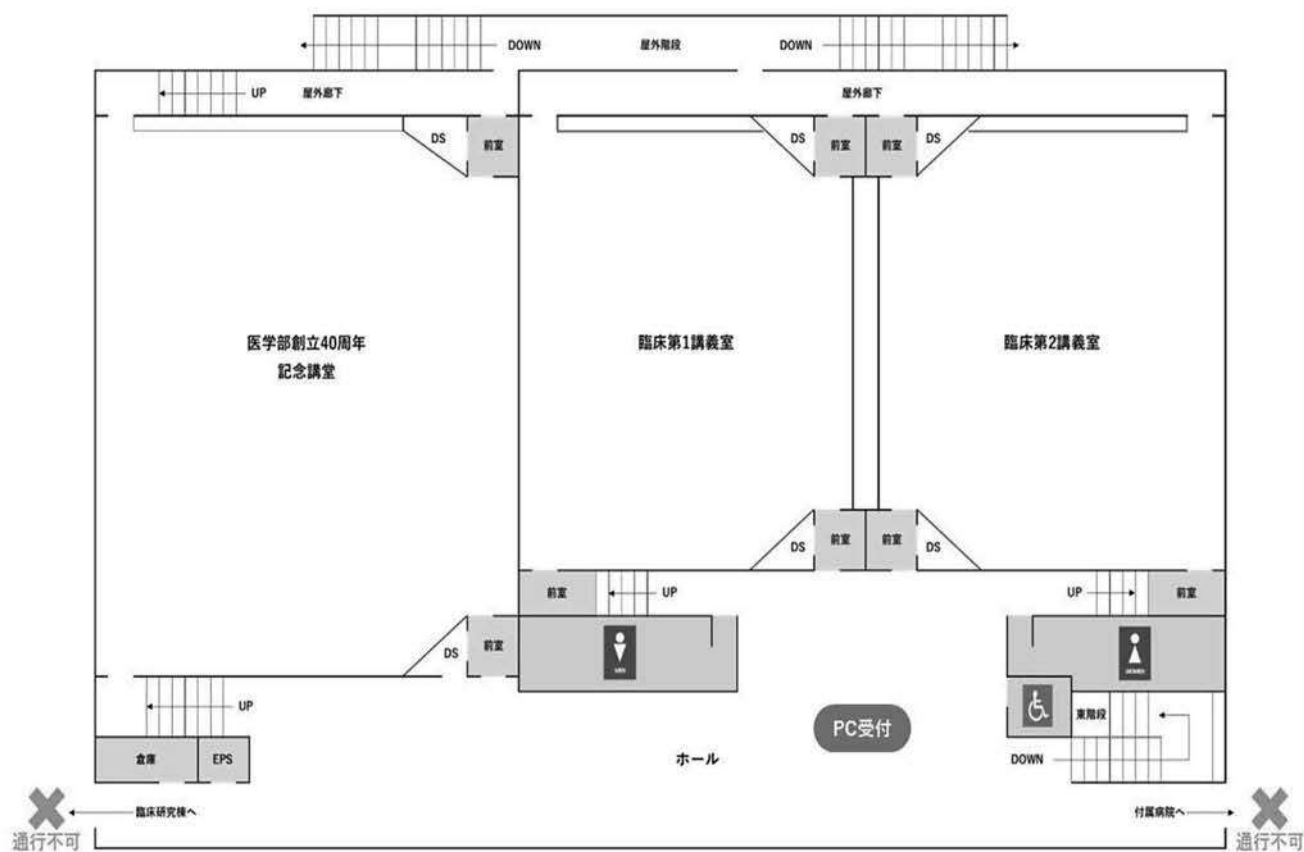


※会場の駐車場は、係の指示に従ってご利用ください。

医学部本館 1 階



臨床講義棟 2 階



会員証について

会員とは日本作業療法士協会員かつ四国4県の県士会会員を指します。会員の方は会員証、学生の方は学生証をご持参ください。当日受付の方は確認を求めることがありますので証明となるものをご持参ください。今年度の会費が未納の方は会員外となる恐れがありますので、各県士会の流れに従い納入をお願い致します。

学会参加費について

会員	事前参加登録	3,500 円
	当日参加	4,500 円
多職種・四国以外の会員		5,500 円
非会員		10,000 円
学生		無料

- 参加登録は第34回四国作業療法学会公式HPからのオンライン登録となります。
- 事前参加登録のお支払いは、クレジットカード決済のみとなっております。
- 領収書はログイン後、[領収書ダウンロード]より発行することができます。領収書発行期限は2025年9月21日までとなっておりますので必要な方は、お早めにご確認ください。
- 当日申し込みのお支払いは会場受付にて現金のみで対応致します。

学会参加受付について

- 受付時間 1日目 8:15～ 2日目 9:45～
- 受付場所 愛媛大学医学部重信キャンパス 医学部本館1階 玄関内

事前参加申し込み済の方

受付にてお名前と所属をお知らせください。受付後領収書兼ネームカードとホルダーをお渡し致します。

当日申し込みの方

受付にてお名前と所属を当日参加申し込み用紙にご記入後、参加費をお支払いください。受付後領収書兼ネームカードとホルダーをお渡し致します。

本学会参加によって取得できるポイントについて

日本作業療法士協会 基礎研修ポイント 2ポイント/日

表彰について

優秀発表者には表彰を行います。表彰内容は学会優秀賞とし、受賞者は閉会式にて表彰を行います。

抄録集について

抄録は第34回四国作業療法学会公式HPより電子ブック形式にてオンライン上で閲覧が可能です。

- [App Store]または[Google Play ストア]でスマートフォン用アプリ『Poste』をダウンロード(無料)し、一度抄録集を閲覧いただければ、オフライン(端末がインターネットに繋がっていない状態)でも閲覧が可能となります。
- 冊子での抄録集は会場内でも1部500円で販売しますが、部数が限られますのでご了承ください。

会場での注意について

- 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下げて携帯してください。ネームカードの確認ができない場合は、会場への入場をお断りする場合があります。
- 携帯電話のご使用について
会場内では、必ずマナーモードに設定してください。通話は会場外でお願い致します。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、ビデオ撮影などは関係者の記録用以外禁止されています。
- 昼食について
40周年記念講堂での飲食は禁止です。また大学内のコンビニエンスストア、コーヒershopp、学食は利用できません。
臨床第一講義室、機能系実習室3、基礎第二講義室での飲食は可能です。その他会場周辺の飲食店などをご利用ください。
会場内で出たゴミは各自でお持ち帰りいただくようお願い致します。
- 喫煙について
敷地内全館禁煙となっております。喫煙は会場外所定の場所をお願い致します。

学会1日目

会場 時間	1Fロビー	40周年記念講堂	臨床第一講義室	機能系実習室	基礎第二講義室	基礎第三講義室
8:00	8:15～ 受付					
9:00		開会式 9:10～9:40 大会長講演 学会長 山田 太一 休憩				
10:00		10:00～11:00 基調講演① 作業療法とともに歩む日々～たいけん・けいけん・つながるけん～ 講師：中村 春基 座長：山田 太一				
11:00		休憩 11:10～12:10 一般演題Ⅰ (脳血管Ⅰ) 座長：池田 隆洋	11:10～12:10 一般演題Ⅱ (運動器Ⅰ) 座長：廣瀬 正敏	11:10～12:10 一般演題Ⅲ (地域) 座長：田村 幸司	11:10～12:10 セミナー① 遊びから見える障害児・者への支援のあり方 講師：三澤 一登 座長：篠田 かおり	
12:00		休憩	12:10～12:40 企業プレゼンテーション			
13:00		13:00～14:00 特別講演① 現場でのリアルの中、近未来の自分の姿はイメージできますか～多様な時代こそ、柔らかな頭で運と勘とタイミングを味方にしよう～ 講師：淡野義長 座長：小林温子	13:00～14:00 一般演題Ⅳ (精神・発達) 座長：梶谷 治夫	13:00～14:00 一般演題Ⅴ (脳血管Ⅱ) 座長：佐藤 誠	13:00～14:00 セミナー② 作業療法士は地域支援事業に貢献できる専門職です！～一人で難しいこともチームで参画すれば成果も学びも大きい～ 講師：有光 一樹 座長：小森 和樹	10:00～16:20 福祉用具・機器展示
14:00		休憩 14:10～15:10 一般演題Ⅵ (脳血管Ⅲ・高齢期) 座長：佐尾山 論	14:10～15:10 一般演題Ⅶ (教育・管理運営) 座長：石川 弘幸	14:10～15:10 一般演題Ⅷ (高次脳機能) 座長：平野 智彦	14:10～15:10 セミナー③ 作業療法の価値～社会との繋がりを通して～ 講師：上田 裕久 座長：塩崎 定義	
15:00		休憩 15:20～16:20 特別講演② 作業療法は進化する：あなたが創る“次のOccupational Therapy” 講師：大庭 潤平 座長：稲富 惇一	15:20～16:20 セミナー④ 臨床が拓く研究とAIの可能性 講師：箭野 豊 座長：船越 稔		15:20～16:20 セミナー⑤ 終末期がん患者に対する緩和的作業療法を考える 講師：池知 良昭 座長：服部 和代	
16:00						

学会2日目

会場 時間	1Fロビー	40周年記念講堂	臨床第一講義室	機能系実習室	基礎第二講義室	基礎第三講義室
9:00						
	9:45～ 受付					
10:00		10:00～11:00 基調講演② 作業療法士の未来を創る ～求めら れる組織の役割と専門性の追求～ 講師：山本 伸一 座長：松本 嘉次郎				
11:00		休憩				
		11:10～12:10 一般演題IX (運動器Ⅱ・心疾患・研究) 座長：新名 大介	11:10～12:10 セミナー⑥ ～MTDLP～ 養成教育で活用と 卒後の実践に向けた取り組み～ 講師：瀬戸 功、河野 裕美子、 丹生谷 哲哉、馬場 広志、桂雅俊 座長：久保 健二	11:10～12:10 一般演題X (がん・難病) 座長：渡辺 陽介	11:10～12:10 セミナー⑦ Rebuilding the Hand Function ～中枢神経疾患に対する実用手に 向けた介入～ 講師：藤本 弾 座長：高須賀 秀年	
12:00		休憩	12:10～12:40 企業プレゼンテーション			
13:00		13:00～14:00 特別講演③ 作業療法士による福祉機器開発へ の関与の意義と今後の展望 講師：福元 正伸 座長：佐藤 信治	13:00～14:00 セミナー⑧ 精神科病院から地域へ～地域で作 業療法士ができること～ 講師：秋山 健太 座長：佐野 秀平	12:30～14:00 学校協会 四国ブロック会議	13:00～14:00 セミナー⑨ ハンドスプリントの治療的活用 ～Therapeutic use of hand splint～ 講師：石井 誠二 座長：里浦 雅也	9:45～15:10 福祉用具・機器展示
14:00		休憩				
		14:10～15:10 特別講演④ 精神科作業療法の転換期 -10年後 を見据えた今の臨床を考える 講師：早坂 友成 座長：前田 悠志	14:10～15:10 セミナー⑩ 職場も“生活の場”である -作業療法の視点を活かした組織間 発と人材育成- 講師：吉野 哲一 座長：篠田 弘則		14:10～15:10 セミナー⑪ 明日から実践できる！ シーティングの基本と現場で活か す5つの視点 講師：土居 道康 座長：谷淵 加奈子	
15:00		休憩				
		15:20～ 閉会式				
16:00						

基 調 講 演

基調講演① 9月13日(土) 10:00～11:00

座長：山田 太一（介護老人保健施設 アイリス）

『作業療法とともに歩む日々 ～たいけん・けいけん・つながるけん～』

医療法人社団和風会 千里リハビリテーション病院 中村 春基

基調講演② 9月14日(日) 10:00～11:00

座長：松本 嘉次郎（四国医療専門学校）

『作業療法士の未来を創る ～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

特 別 講 演

特別講演① 9月13日(土) 13:00～14:00

座長：小林 温子（徳島医療福祉専門学校）

『現場でのリアルの中、近未来の自分の姿はイメージできますか

～多様な時代こそ、柔軟か頭で運と勘とタイミングを味方にしよう～』

長崎医療技術専門学校 淡野 義長

特別講演② 9月13日(土) 15:20～16:20

座長：稲富 惇一（土佐リハビリテーションカレッジ）

『作業療法は進化する：あなたが創る“次の Occupational Therapy”』

神戸学院大学 総合リハビリテーション学部 作業療法学科 教授 大庭 潤平

特別講演③ 9月14日(日) 13:00～14:00

座長：佐藤 信治（医療法人千寿会 道後温泉病院）

『作業療法士による福祉機器開発への関与の意義と今後の展望』

兵庫県立福祉のまちづくり研究所 福元 正伸

特別講演④ 9月14日(日) 14:10～15:10

座長：前田 悠志（しおかぜ病院）

『精神科作業療法の転換期－10年後を見据えた今の臨床を考える』

杏林大学 保健学部 リハビリテーション学科 作業療法学専攻 医学部精神神経科科学教室 早坂 友成

特別セミナー

特別セミナー①（小児） 9月13日（土）11:10～12:10

座長：篠田 かおり（高知リハビリテーション専門職大学）

『遊びから見える障害児・者への支援のあり方』

一般財団法人積善会 愛媛十全医療学院 三澤 一登

特別セミナー②（地域） 9月13日（土）13:00～14:00

座長：小森 和樹（医療法人ひまわり会 ジラソーレ大松）

『作業療法士は地域支援事業に貢献できる専門職です！

～一人で難しいこともチームで参画すれば成果も学びも大きい～』

学校法人高知学園 高知リハビリテーション専門職大学 有光 一樹

特別セミナー③（在宅） 9月13日（土）14:10～15:10

座長：塩崎 定義（特別養護老人ホーム プラチナプレイス）

『作業療法の価値 ～ 社会との繋がりを通して ～』

株式会社 豊結会 上田 裕久

特別セミナー④（作業療法研究） 9月13日（土）15:20～16:20

座長：船越 稔（機能回復支援 SPINs）

『臨床が拓く研究と AI の可能性』

高知健康科学大学 健康科学部 リハビリテーション学科 作業療法学専攻 箭野 豊

特別セミナー⑤（がんリハ） 9月13日（土）15:20～16:20

座長：服部 和代（高知医療センター）

『終末期がん患者に対する緩和的作業療法を考える』

香川県立丸亀病院 池知 良昭

特別セミナー⑥ シンポジウム (MTDLP) 9月14日(日) 11:10～12:10

座長：久保 健二（医療法人朝陽会 美須賀病院）

『～MTDLP～ ー養成教育での活用と 卒後の実践に向けた取り組みー』

医療法人社団 和風会 橋本病院	瀬瀬 功
専門学校 健祥会学園	河野 裕美子
一般財団法人積善会 愛媛十全医療学院	丹生谷 哲哉
学校法人穴吹学園 専門学校穴吹リハビリテーションカレッジ	馬場 広志
高知健康科学大学 健康科学部リハビリテーション学科 作業療法学専攻	桂 雅俊

特別セミナー⑦（中枢） 9月14日(日) 11:10～12:10

座長：高須賀 秀年（株式会社ライフネット）

『Rebuilding the Hand Function ～中枢神経疾患に対する実用手に向けた介入～』

社会医療法人財団大樹会 総合病院回生病院 藤本 弾

特別セミナー⑧（精神） 9月14日(日) 13:00～14:00

座長：佐野 秀平（訪問看護ステーションうみべ）

『精神科病院から地域へ ～地域で作業療法士ができること～』

医療法人むつみホスピタル訪問看護ステーションビオス 秋山 健太

特別セミナー⑨（整形） 9月14日(日) 13:00～14:00

座長：里浦 雅也（地方独立行政法人 徳島県鳴門病院）

『ハnadスプリントの治療的活用 ～Therapeutic use of hand splint～』

社会医療法人財団大樹会 総合病院回生病院 石井 誠二

特別セミナー⑩（働きがい） 9月14日(日) 14:10～15:10

座長：篠田 弘則（一般財団法人創精会 松山記念病院）

『職場は“生活の場”である ー作業療法の視点で見るチームと育成ー』

医療法人燈来会 大久保病院 吉野 哲一

特別セミナー⑪（シーティング） 9月14日(日) 14:10～15:10

座長：谷渕 加奈子（専門学校穴吹リハビリテーションカレッジ）

『明日から実践できる！シーティングの基本と現場で活かす5つの視点』

社会医療法人仁友会 南松山病院 土居 道康

一般演題

【1日目】

一般演題Ⅰ：脳血管Ⅰ 9月13日（土） 11:10～12:10

座長：池田 隆祥（社会医療法人石川記念会 HITO 病院）

I－①

位相角と骨格筋指数を用いた急性期脳梗塞患者の予後予測精度の比較

徳島大学病院 リハビリテーション部 大前 博司

I－②

小脳性認知情動症候群が認知 FIM 下位項目に与える影響の検討

医療法人和風会 橋本病院 熊谷 強

I－③

段階付けた介入と他職種協働により更衣動作獲得に至った症例

医療法人地塩会 南国中央病院 問可 桃子

I－④

脳卒中片麻痺患者の箸操作獲得に向けた治療的介入～道具操作に必要な知覚探索活動の重要性～

医療法人地塩会 南国中央病院 小松 成輝

I－⑤

失行症を呈した症例に対する入浴動作介入の試み

医療法人恕泉会 リハビリテーション病院 すこやかな杜 坂本 和弥

一般演題Ⅱ：運動器Ⅰ 9月13日（土） 11:10～12:10

座長：廣瀬 正敏（社会福祉法人恩賜財団 香川県済生会病院）

Ⅱ－①

リバース型人工肩関節置換術における JOA score の MCID について

国立病院機構高知病院 吉村 大輔

Ⅱ－②

廃用症候群の進行と褥瘡発生に伴い、ADL能力が著しく低下した症例に対し、最近接領域の考えを用いて目標設定を行い、自宅復帰に至った事例

松山リハビリテーション病院 松田 貴広

Ⅱ－③

自宅退院後引きこもり傾向であった成人期胸髄損傷患者に対するQOL向上に着目した介入

合資会社オフアーズ 訪問看護ステーションおたすけまん 住江 知昭

Ⅱ－④

腱板断裂術後の「活動と参加」に繋ぐ外来リハビリの関わり～作業満足度を評価とアプローチから捉えた一症例～

南松山病院 久西 美沙季

Ⅱ－⑤

肘関節脱臼を伴わない左尺骨鉤状突起単独骨折のセラピー

医療法人瑞洋会 田中整形外科病院 細川 和希

一般演題Ⅲ：地域・援助機器 9月13日（土） 11:10～12:10

座長：田村 幸司（手のひら訪問看護リハビリステーション）

Ⅲ－①

在宅復帰を支える多職種での取り組み－チャット機能を活用した多職種連携の効果－

社会医療法人石川記念会 HITO 病院 井原 梓

Ⅲ－②

高齢者施設での終末期における作業療法実践の一例

サービス付き高齢者向け住宅 久千田 村上 義和

Ⅲ－③

地域活動における転倒予防と継続支援 ～作業療法士の役割と包括的支援体制の構築～

医療法人三全会 うめもとクリニック 花田 智仁

III－④

能登半島地震の JRAT 派遣を経験し見えてきた徳島県作業療法士会の課題と取り組み
医療法人燈来会 大久保病院 吉野 哲一

III－⑤

通所リハビリテーションにおいて生活行為向上マネジメントを用いた家事動作支援
MIRAI 病院デイケアセンター 高木 瑠美

一般演題Ⅳ：精神・発達 9月13日（土） 13:00～14:00

座長：梶谷 治夫（発達支援ほのぼーの）

IV－①

引きこもり生活からの脱却 ～本人・家族が望んだ生活行為～
TAOKA こころの医療センター 松下 勝哉

IV－②

重度うつ病に対する経頭蓋磁気刺激療法 ～前頭葉機能に着目して～
医療法人西山記念会 MIRAI 病院 鶴窪 良樹

IV－③

回避・制限性食物摂食障害の小児患者に対する多角的介入により心身機能の改善がみ
られた一症例
愛媛県立新居浜病院 武智 菜緒

IV－④

発達性協調運動症児の短縄跳び動作獲得に向けて一動作の細分化とホームプログラム
を実施した 2 症例－
高知健康科学大学 客員研究員 岩井 萌

IV－⑤

日本人の子ども向け Functional Reach Test の作成と基準値の設定
土佐リハビリテーションカレッジ 稲富 惇一

一般演題Ⅴ：脳血管Ⅱ 9月13日(土) 13:00～14:00

座長：佐藤 誠（医療法人新松田会 愛宕病院）

V－①

胸髄損傷患者の自助具の作製や家屋調査を経験して ～ステロイド性骨粗鬆症により脊椎固定術後の再骨折を繰り返した1例～

松山市民病院 横道 海咲

V－②

多職種で介助統一を行い、ADL改善が図れた症例

おおぞら病院 角谷 圭太

V－③

脳卒中後感覚障害を呈した症例への Modified CI 療法の試み

医療法人恕泉会 リハビリテーション病院 すこやかな杜 小松 明甫

V－④

身体パラフレニアを呈した重度片麻痺患者に対し整容動作を用いることで麻痺側への注意が改善した一例 ～息子の手から自分の手へ～

総合リハビリテーション 伊予病院 伊賀 はるか

V－⑤

回復期脳卒中片麻痺患者における上衣更衣の自立に関する因子について

橋本病院 篠原 智哉

一般演題Ⅵ：脳血管Ⅲ・高齢期 9月13日(土) 14:10～15:10

座長：佐尾山 諭（医療法人 徳寿会 鴨嶋病院）

Ⅵ－①

慢性期脳卒中患者に対する反復性経頭蓋磁気刺激治療と MELT z[®]手指運動リハビリテーションシステムの併用療法について

医療法人西山記念会 MIRAI 病院 新谷 智希

VI－②

脳梗塞により左片麻痺を呈した症例への家庭内役割獲得に向けた介入

社会医療法人近森会 近森リハビリテーション病院 島村 佳那子

VI－③

写真撮影を通してリハビリ意欲の向上、自己認識に繋がった症例－「写真撮りたいな」という声に耳を傾けて－

医療法人ひまわり会 中洲八木病院 福岡 太郎

VI－④

転倒リスク判定における身体認識誤差の有用性および自己感との相関性に関する予備的研究

高知健康科学大学 萩原 賢二

一般演題Ⅶ：教育・管理運営 9月13日（土） 14:10～15:10

座長：石川 弘幸（四国中央医療福祉総合学院）

VII－①

映画（ショートムービー）鑑賞後のディスカッションから広がる思考、共感性

高知健康科学大学 畑田 早苗

VII－②

医療従事者養成機関における、学生に対する作業療法士介入のニーズについて－教育現場におけるユニバーサルデザインの構築を目指して－

河原医療大学校 丹生谷 拳志郎

VII－③

四国における作業療法士会の災害支援連携の構築とその成果

社会福祉法人恩賜財団 済生会松山病院 中村 匡秀

VII－④

当院でのリハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算への取り組みに関して

社会医療法人近森会 近森病院 澤田 将志

VII－⑤

急性期病院でのリハビリテーションリーダーの活動に関して

社会医療法人近森会 近森病院 山本 学

一般演題Ⅷ：高次脳機能 9月13日（土） 14:10～15:10

座長：平野 智彦（医療法人財団慈強会 松山リハビリテーション病院）

VIII－①

注意の段階的課題が奏功して自動車運転の再開を果たした脳卒中症例

医療法人新松田会 愛宕病院 豊田 拓磨

VIII－②

遂行機能障害に対して他職種の統一したアプローチにより作業遂行エラーが減少した
一事例－神経行動学的評価法を用いた ADL 評価－

真網代くじらリハビリテーション病院 吉川 瞳

VIII－③

依存からの脱却－認知症高齢者におけるオンライン介入による自発性の獲得と家族の
介護負担軽減－

株式会社 LAPRE 日下 真理子

VIII－④

四万十市にて自動車運転支援を行った一症例 ～住み慣れた場所で運転を再開するまで
～

医療法人創治 竹本病院 東 翼

【2日目】

一般演題Ⅸ：運動器②・心疾患・研究 9月14日（日） 11:10～12:10

座長：新名 大介（日本赤十字社 徳島赤十字病院）

Ⅸ－①

リバーズ型人工肩関節全置換術後に血管振動刺激療法により肩関節周囲筋の防御性収縮を即時的に抑制した症例

愛媛県立南宇和病院 一分片 陽介

Ⅸ－②

両下肢重度麻痺患者に対する作業に焦点を当てた実践により排泄動作獲得に至った事例

松山リハビリテーション病院 高井 由紀

Ⅸ－③

在宅酸素療法（HOT）患者の認知機能とADLに関する検討

三豊総合病院 高井 健輔

Ⅸ－④

急性心不全病態分類別の入院後 Barthel Index の変化について

三豊総合病院 鎌倉 亮

Ⅸ－⑤

作業療法事例の分析－作業療法士の作業への関わり－

県立広島大学総合学術研究科保健福祉学専攻博士課程前期 鈴木 信吾

一般演題Ⅹ：がん・難病 9月14日（日） 11:10～12:10

座長：渡辺 陽介（医療法人徳洲会 宇和島徳洲会病院）

Ⅹ－①

右乳がん患者における乳房全摘術前後の身体機能と患者立脚型評価の推移に着眼した作業療法介入

香川大学医学部附属病院 熊谷 優紀

X－②

乳房切除後の肩関節可動域制限の要因について

高知大学医学部附属病院 大石 大

X－③

首下がり症候群を呈したパーキンソン病患者に対し更衣動作能力の改善を図った関わり

とくしま医療センター西病院 川原 裕治

X－④

筋萎縮性側索硬化症による筋力低下進行に合わせた机上動作の環境設定について

徳島大学病院 中野渡 友香

X－⑤

未告知がん患者に対する MTDLP の活用効果 -その人らしさを尊重した目標設定で主体性が高まった症例-

社会医療法人川島会 川島病院 枇杷谷 優理

— 道後温泉駅 —

基調講演

道後温泉

道後温泉本館 入浴料金表

施設名	入浴料	湯券	湯船	湯桶	湯船・湯桶
本館	100	100	100	100	100
別館	100	100	100	100	100
湯殿	100	100	100	100	100
湯船	100	100	100	100	100
湯桶	100	100	100	100	100
湯船・湯桶	100	100	100	100	100



作業療法士とともに歩む日々

～たいけん・けいけん・つながるけん～

医療法人社団 和風会 千里リハビリテーション病院
日本作業療法士協会 前会長

中村 春基

古希を迎え、健康保険高齢者受給者証を授かり、日々の生活では老いを自覚し、飲む酒は「不老泉」。年2回の「中村杯」(ゴルフコンペ)で、学会長の山田太一さんの素晴らしいショットを見ては、クラブを変えレッスンを受ける。～たいけん・けいけん・つながるけん～。作業と人が「ある」人生は、楽しい・・・。

この5月に病院内にゴルフ練習場を設置した。千里リハビリテーション病院の地域は、大阪の北摂に位置し、高所得者の多い地域で、高齢男性患者を含め、ゴルフ歴を持つ人は多い。「諦めない」の信念で、その人なりのゴルフ人生を提供できたら素晴らしいと思う。

それでは、頂いたテーマに添って環境、人の出会い、今後の取り組みを題材に、テーマについて述べたいと思います。皆様の参考になれば幸いです。

○環境

人生に一番影響を与えているのは、生まれた鹿児島での生活だと思います。貧乏農家の次男として誕生し、人の力ではどうしようもない事象、戦後の耐乏生活、大変な中、育ててくれた両親の生きざま、二人の姉、支えてくれた友人たちに感謝、感謝です。それらすべてが、今の私の行動規範の原型を醸成したと思います。

「月のいと明きに川をわたれば、牛の歩むままに、水晶などのわれたるように、水の散りたるこそをかしけれ」は清少納言の枕草子の一句ですが、田舎暮らしの情景、心情と一致します。

○ 人との出会い

学生時代を含め、作業療法への関与は52年になります。数々のライフイベント、仕事、研究、協会活動の中で、多くの方々からご助言、苦言、お叱りをいただき、嬉しいこと、悲しい出来事等経験してまいりました。その中で、私の作業療法に影響を与えた3人をご紹介します。

一人目は澤村誠志先生です。教えは「患者さんが教科書」「やってなんぼ」「仕事は断るな」の3つです。私の「たいけん、けいけん」の基は、この教えにあると思います。家内に言わせると、「会長時代は殆ど家にいなかった」の生活は、澤村先生の教えにしたがった結果だと思っています。

二人目は、厚生省医務技官の迫井正深さんです。彼の口癖が「医療に生活を持ち込みたい」でした。MTDLPはまさにその一翼を担うものとして評価してくれました。彼のおかげで、MTDLPを世

の中に出すことが出来ました。

現在では、養成施設のカリキュラム、国家試験出題基準にも記載され、また、臨床実習指導者講習会も MTDL P を基調とした内容となっております。

MTDL P の構想、研究、普及と制度化、継続のための様々な取り組みは費やした時間は、かれこれ 20 年近くになりますが、これまでご支援いただいた会員の皆様に心から感謝申し上げます。

「つながるけん」という視点では、制度的にも盤石となりましたが、協会活動としては、制度設計に参画した経験と成果を、協会の宝として自覚していただき、「つないで」いただけたら幸いです。

三人目は、介護保険法、障害者差別禁止法の生みの親、山崎史郎さんです。彼の取り組みで、福祉や就労、学校での作業療法の基盤が出来ました。そして、実績を積み、成果を見える化することで、制度を動かし OT の活動範囲が広がっています。

協会活動は、他の多くの団体と比較し稚拙な面はありますが、確実成長していると思います。

彼は作業療法の基盤となる「外枠」を整備してくれました。作業療法の外枠を盤石とするための法律改正も大きなテーマと思います。

○ 今後の取り組み

今、勤務する病院のウッドデッキ、病棟回りの歩行路、渡り廊下、ゴルフ練習場は花が咲き、多くの患者、スタッフに心地いい環境を提供しています。お世話をしていますと、患者、職員から労いの言葉をいただきますが、私はいつも「ありがとうございます。作業療法の一部ですから、楽しいんでください」と返事をします。次は、四季の香りをテーマに構想を練っています。病院の文化、価値の一つとして、「つなぐ」が出来たらと願っています。

○ さいごに

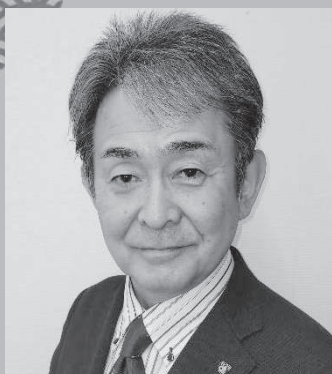
先生、患者さんが肩の痛みを訴えています、何とかできますかと 10 年目の OT・・・どれどれ、取り合えず SI 関節の AKA で反応を見る。改善、患者も担当も驚く。しかし、もう少し、肩の深い部分に違和感がありますと患者。うーん、しばし考え、第一肋骨関節の他動構成運動により滑りを加える。3 回施術後患者の反応をみる。痛み無く最大屈曲、外転の自動運動が可能になり、副次的に麻痺側顔面、頭部のしびれ、もやもや感がとれ、麻痺側の臉が開大し、視野が広がり色彩がはっきりしたとのこと・・・。久しぶりに自分の手になったと患者が言う。痛みが無くなり、頭がすっきりしたとのこと（患者の言葉）、話が参加と活動に広がる。不思議な事ばかりである。臨床は実に面白い・・・。そんな人の奥深さ、技術を「つたえる」ことができたなら幸いである。このような機会をいただいた、山田太一学会長に心から感謝します。

■ 略歴

1977 年 兵庫県社会福祉事業団玉津福祉センター附属中央病院
 1984 年 国立療養所近畿中央病院附属リハビリテーション学院
 1994 年 兵庫県立総合リハビリテーションセンター中央病院
 2006 年 兵庫県立西播磨総合リハビリテーションセンター リハビリテーション西播磨病院
 リハビリ療法部部長
 2009 年 一般社団法人 日本作業療法士協会会長
 2010 年 兵庫県立リハビリテーション中央病院 リハビリ療法部部長
 2015 年 一般社団法人日本作業療法士協会 常勤役員
 2023 年 6月 医療法人社団 和風会 千里リハビリテーション病院
 現在に至る

■ 社会活動

公益社団法人 国際化粧品療法協会会長
 一般社団法人 日本災害リハビリテーション支援協会顧問
 一般社団法人 日本リハビリテーション教育推進機構理事
 チーム医療推進協議会顧問
 全国リハビリテーション学校協会顧問
 日本ノルディックゴルフ協会理事



作業療法士の未来を創る

～求められる組織の役割と専門性の追求～

日本作業療法士協会 会長

山本 伸一

2025年9月13日(土)～14日(日)、愛媛県東温市(愛媛大学医学部重信キャンパス)にて、「第34回四国作業療法学会」が開催されます。会員の皆様や運営事務局等の皆様により、盛大に開催されますことを心よりお祝い申し上げます。

本学会は、山田太一学会長の思いが私たちの心に伝わります。ホームページの大会長挨拶にありますように、～「たいけん(体験)」の機会を提供したい。そして「けいけん(経験)」を得られる場を。さらに「つながり(つながる)」を構築する。～とおっしゃっています。私は、学会長の強い力、強い決意を感じます。今こそ、都道府県士会と日本作業療法士協会は共同で一緒に未来を創りましょう。

2040年問題も控えています。作業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。バランスの良い作業療法士の配置を。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」のために作業療法が必要です。作業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、作業療法に纏わる状況の整理と制度関連等を振り返り、日本作業療法士協会の動向もご紹介いたします。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。しかしまだまだ課題も山積しています。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、連盟の役割のなかで協働することです。

基本はやはり「臨床」。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、私自身の臨床とともに、「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。

第4次5か年戦略を推進中でございます。私たちの未来は、私たちの手で創るべきです。臨床作業療法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。

結びになりますが、愛媛県は私の故郷になります。また、東温市は私にとってゆかりのある場所。今から楽しみにしています。四国作業療法学会の盛会と四国4県の作業療法士会のご発展、そして何より対象者さんの明るい未来を祈念しています。これからも何卒よろしくお願い申し上げます。

■ 略歴

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（現山梨リハビリテーション病院）	入職
2023 年	6 月	医療法人財団 加納岩	山梨リハビリテーション病院	退職
		一般社団法人	日本作業療法士協会	会長 就任
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 就任

特別講演



現場でのリアルの中、近未来の自分の姿はイメージできますか

～多様な時代こそ、柔軟な頭で運と勘とタイミングを味方にしよう～

長崎医療技術専門学校

淡野 義長

昭和の終盤に作業療法士免許を取得した時は、患者さんへの対応が最優先で、周辺の仕事にまでは目が届きませんでした。勤務は土曜半日で日祝日は休みというシンプルなもの、診療報酬請求も簡単・複雑という枠組みで、今よりも管理業務は随分シンプルだったように記憶しています。

その後、回復期リハ病棟が設置され、公的介護保険制度がはじまりました。ともに2000年くらいのことです。その後は急性期でも配置が拡大してきて、理学療法士や作業療法士、言語聴覚士のリハ専門職と言われる3職種の需要が一気に拡大しました。それに伴い、養成機関も急増し、3年制や4年制の専門学校が混在し、1992年からは4年制大学での養成が広島大学ではじまり、国立系短期大学部が4年制大学へと移行していき、私学の大学も開校していきました。このあたりの10年が業界全体の大きな転換期だったように感じます。

人員が増えると、また診療報酬体系が複雑になると管理・運営・マネジメントということが、より言われるようになりました。リハ専門病院ではPT、OT、STの三職種で100名を超える規模まで拡大し、勤務体制も日祝日休みという単純な勤務体系から、365日稼働、早出や遅出など、かなり多様になっています。これらにより煩雑になっている管理業務を処理するためにIT化が進み、新たな役割も生んでいきます。現場ではそれまでにないポストも増えて、以前のように年功序列で最終はその部門の管理職という単純な構造ではなくなっていることが想像できます。

一方で、臨床と研究のバランス、多様化する専門性、キャリアデザイン、ワークライフバランス、労働安全衛生、多職種連携等におけるコミュニケーションの困難さなど、従来からもある課題の種類や範囲は、さらに広がっていると思いますので、若手ほどこれらの課題に直面する機会が増えることでしょう。

現場での人員配置の充実に伴い、以前より魅力的な転職先が少なくなっていると思います。転職でのスキルアップ、キャリアアップが難しくなってくると、現行の所属法人内でのスキルアップやキャリアアップへの意識や行動が一層大切になります。自身の職場の構造や地域における役割などを理解し、個人レベルでできることは着実に、ボランティアなどの周辺事項にも参加しましょう。まずは個人レベルでの自分の価値を上げていくことです。そうすることで、組織内でのキャリアアップの機会もとより、少なくなった転職の好機もめぐってくる確率は上がると思います。日頃からの良質な研鑽や立ち振る舞いが、良質な運と勘とタイミングを少しでも引き寄せると考えています。組織外のネットワークも重要になります。県士会や研修会などで、OTだけにとどまらないネットワークの構築も力とな

り、種々の先駆的な取り組みにチャレンジするか否かも日頃の自身の行動に関わってくると思っています。

今回は私のけいけんをベースに、その時、その組織内で何を考え何をしたかをお話し、皆さんが自分の立場や役割、ちょっと先のイメージができるような機会としたいと考えています。同じ OT でもその生きざまは様々です。今回ちょっと身近な自分の近未来を想像するたいけんをしてみませんか。

■ 略歴

1988 年 福井医療技術専門学校卒業
中伊豆リハビリテーションセンター勤務
1993 年 土佐リハビリテーションカレッジ勤務
2006 年 近森リハビリテーション病院勤務
2010 年 長崎リハビリテーション病院勤務
2023 年 長崎医療技術専門学校勤務

■ 県士会活動

1996 年～2010 年 高知県作業療法士会理事
1998 年～2002 年 同事務局長
2004 年～2010 年 同会長



作業療法は進化する：

あなたが創る“次の Occupational Therapy”

神戸学院大学 総合リハビリテーション学部 作業療法学科 教授
日本作業療法士協会 副会長・WFOT 代表

大庭 潤平

今、ゴールデンウィーク（GW）の最中である。GWが始まる直前に四国作業療法学会事務局からメールが届いた。抄録やプロフィールの依頼だ。GWが明けてから取り組めば良いかと思っていたが、どうしても頭から抄録依頼が離れない。「よしっ、抄録を作ろう」パソコンに向かっている。

振り返れば、2024年の年の瀬に山田太一先生から連絡をいただいた。「四国作業療法学会で相談したい」とのことだ。講師の推薦かな？と思ったが、私への講師依頼だった。すぐに学会長としての想いを聞き、学会テーマが「たいけん・けいけん・つながるけん」であることを教えていただいた。「みんなが経験を語り、それを共有して、繋がりた。そして、これからの作業療法を創造したい。」のだと、学会の主旨をすぐに理解できた。そして、山田学会長からは、私の考えていることを話してほしいとリクエストをいただいた。おそらく作業療法士の中核となる協会の一代表でもある副会長は何を考えているのか、聞いてみようじゃないか、と興味を持っていただいたことも依頼の理由の一つだろう。もしそうであるならば、感謝である。

学会は2025年9月13-14日だ。その時に世間では何が起こり、私はどのようなことを考えているかはわからないが、想像力を働かせて、今思うことを抄録にしたいと思う。

学会テーマを頭の中で反芻しながら、「経験は思考から生まれ、思考は行動から生まれる～Experience comes from thought, thought comes from action.～」を思い出した。これは、英国元首相・小説家のベンジャミン・ディズレーリの言葉だと言われている。「行動と思考と経験」は、「たいけん・けいけん・つながるけん」と共通点が見えた気がした。そして、私の講演タイトルのキーワード「創造・進化・未来」だと考えた。それは、「たいけんが創造を生み」「けいけんで進化する」、そして「作業療法が繋がる未来」である。

タイトルは「作業療法は進化する：あなたが創る“次の Occupational Therapy”」とした。

お伝えしたい点は以下の3点だろう。

1. 作業療法の専門性を問う
2. 作業療法の現在位置を確認する
3. 作業療法の将来を展望する

皆さんと一緒に作業療法の課題と展望を共感し、作業療法士であることに誇りを持てる話をしたいと思う。四国の作業療法士の皆さんとお会いできることを楽しみにしている。

■ 略歴

【学歴】

熊本リハビリテーション学院、神戸大学大学院、国際医療福祉大学大学院 博士（医療保健学）

【職歴】

兵庫県立総合リハビリテーションセンター、石原内科リハビリテーション科クリニック

■ 資格

認定作業療法士、臨床実習指導者、MTDLP 指導者、義肢装具認定士

■ 受賞

日本作業療法士協会特別賞、日本義肢装具学会飯田賞奨励賞、笹川スポーツ財団優秀研究賞



作業療法士による福祉機器開発への関与の 意義と今後の展望

兵庫県立福祉のまちづくり研究所

福元 正伸

作業療法士（Occupational Therapist：OT）は、「人の生活」に根ざした専門職であり、対象者の活動や参加を支援するための実践的かつ包括的な知識を有している。超高齢社会の進展や障害者権利条約に基づく共生社会の実現に向け、生活支援技術の開発は今後ますます重要となる。なかでも福祉機器は、障害のある人々の生活の質（QOL）を向上させ、自立を促すための重要な手段であり、OT がその開発段階から関与することには大きな意義がある。

OT が担うべき役割は、単なる使用評価にとどまらず、開発初期からの設計支援、使用環境との適合性の検討、倫理的配慮を含む包括的な介入である。学術的視点からは、OT の参画はユーザー中心設計（User-Centered Design：UCD）や人間中心設計（Human-Centered Design：HCD）といった設計パラダイムの実現を支える要素と位置づけられる。OT は、臨床経験から得た「意味のある作業」に関する知を活用し、対象者の価値観、生活史、文化的背景を機器設計に反映する媒介者として機能する。

このような OT の関与は、製品の有効性や継続使用率の向上に資するエビデンスの創出、さらには多様なニーズに応えるインクルーシブな社会の形成にも寄与する。一方、現状の課題として、OT 側の技術開発リテラシーや、工学系専門職との相互理解の不足が指摘される。これを克服するには、養成課程におけるデザイン思考やインクルーシブデザインに関する教育の充実、多職種連携の機会の体系的な提供が必要である。また、OT の専門性を設計プロセスにおいて再現可能な形で言語化・構造化する仕組みの構築も急務である。

福祉機器開発への関与は、対象者のエンパワメントに寄与するのみならず、OT 自身の専門性深化および社会的役割の拡張をもたらす。教育的観点からも、学生や若手 OT に開発参画の機会を提供することは、専門職の未来に対する多角的な視野を養う重要な契機となるだろう。

■ 略歴

2007 年 兵庫県立リハビリテーション中央病院 入職
2014 年 兵庫県立福祉のまちづくり研究所 現在に至る



精神科作業療法の転換期

－10年後を見据えた今の臨床を考える

杏林大学 保健学部 リハビリテーション学科 作業療法学専攻
准教授 / 医学部精神神経科学教室

早坂 友成

1966年に作業療法士が国家資格として認定されて以来、精神科作業療法は長らく「退院を前提としない」社会的入院患者を主な対象として発展してきた。なかでも統合失調症の長期入院患者を中心に実践が積み重ねられ、その臨床的知見や研究の多くもこの領域に集中してきたといえる。しかし2006年以降、障害者自立支援法に基づく退院促進事業などの施策によって、「退院を前提とした」地域移行支援が精神科医療における重要な課題となり、作業療法にも大きな転換が求められるようになった。現在では、うつ病や双極症といった有病率の高い精神疾患に対する作業療法の重要性が増しており、近年では精神疾患のハイリスク状態にある若年層への早期介入においても、作業療法士の専門的関与が期待されている。

精神科作業療法の実践では、患者・対象者に作業活動を導入し、縦断的な評価を通じて個別的な治療と支援を展開する。その際、対象者の生活史や価値観を丁寧に紐解きながら、作業療法の治療構造に基づく支援計画を立案する必要がある。作業療法は、「人は作業を通して健康と幸福を実現する」という理念とエビデンスに基づき、対象者にとって意味ある作業に焦点を当てて支援を行う。

作業の治療的活用には、「手段としての作業（心身機能の回復・維持・予防）」と「目的としての作業（生活課題の達成）」という二重の意義があり、それぞれの適用には高度な臨床判断が求められる。また、作業療法士は、対象者自身の能力のみならず、環境要因や社会資源への働きかけを含む包括的な支援に長けており、特に代償機能を活用したアプローチに熟達している。これは、疾病や障害とともに生きる人々が、地域のなかで自分らしく生活を継続できるよう支援するという、精神科作業療法の本質的な役割である。

本講演では、精神科作業療法の専門性と特殊性を理論と実践の両側面から再考し、精神医療の変遷とこれからの作業療法の可能性について展望したい。複雑化・多様化する現代の精神医療において、作業療法士が果たすべき役割とは何か。その答えをともに探る場となれば幸いである。

■ 略歴

1999～2012 年 精神科病院、メンタルクリニック、大学にて勤務
2012 年 杏林大学 保健学部 作業療法学科 専任講師
杏林大学 医学部附属病院 精神神経科 非常勤
2016 年 杏林大学 医学部 精神神経科学教室 兼担教員
2022 年 杏林大学 保健学部 作業療法学科 准教授
(現：同大学保健学部 リハビリテーション学科 作業療法学専攻)
現在に至る

■ 資格

博士（保健医療学）、専門作業療法士（精神科急性期）

■ 学会活動

日本作業療法協会・常務理事、代議員（東京都）
日本うつ病作業療法研究会・会長
日本うつ病学会・ガイドライン作成委員会
日本総合病院精神医学会・リエゾン多職種委員会

— 1 まなみ海道 —

特別セミナー





遊びから見える障害児・者への支援のあり方

愛媛十全医療学院 作業療法学科 顧問

三澤 一登

今更ながら我々の身分法でもある PT・OT 法に「作業療法士」とは、厚生労働大臣の免許を受けて、作業療法士の名称を用いて、医師の指示の下に、作業療法を行うことを業とする者をいう。と明記されていることはすでに周知のことかと思います。このことは、作業療法士の活躍の場が単に医療にかぎらず、保健・教育・福祉・労働・司法等、広がりつつあるなかにおいてその領域で活躍する作業療法士がどの立場で何を求められているのかを我々自身が改めて認識しておく必要があるからです。

こども施策はこども家庭庁が新設されスピード感を持って対策が推進され、こどもに関わる作業療法士だけでなく関心事の一つかと思います。また、こども領域は特別ではなく作業療法士の専門性を活かすことで関わることは可能です。しかし、子どもを対象とする場合に用いる作業療法の介入手段は「遊び」が主体となり、日常生活を基本とした具体的な活動を用いた場の提供も同時に求められます。こどもにとって「遊び」とは、まさしく主体的な活動参加の場であり、自身が持っている能力を最大限に発揮し対応しようとする機会でもあります。作業療法士は、この「遊び」を有効活用できる知識・技術を備えておく必要があります。

作業療法士は、医療専門職です。我々、作業療法士にとって重要なのは、医学的な基礎知識を身に付け、障害特性や困り感を認識し、基本的な生活習慣を把握し、対象となる当事者・家族のニーズを見極め、具体的な実施計画を立案し、実施内容を記録し、状態変化に応じた適宜・適切な対応が可能な柔軟な思考を有していることです。

私は、人（こども）がしていることには「意味がある」。人（こども）の理解は「場の理解」である。ことを重視しております。これはすべて、私が今まで出会った多くの人（こども）家族の方々から教わってきたことでもあります。基本的には作業療法の特性と作業療法士の専門性にこだわってきた証かもしれません。新人時代は明日何をしようか悩んだことがありますが、今は目の前のこども達や周辺の人々が提示してくれたことに応えるだけなのでやり甲斐と意義を感じており作業療法士の仕事は良い仕事だと思っています。

今回は、実践編として種々の「遊び」に焦点をあて作業療法士の視点を取り入れた「遊び」の有効活用について皆さんと一緒に作業療法士としての思考プロセスを共有したいと思います。よろしくお願いします。

■ 略歴

1984 年 愛媛十全医療学院 作業療法学科（第1期生） 卒業
1984 年 愛媛十全医療学院 作業療法学科 専任講師
2025 年 愛媛十全医療学院 作業療法学科 顧問
現在に至る

■ 資格

2004 年 認定作業療法士 取得

■ 社会貢献

日本発達障害ネットワーク（JDDnet） 副理事長

JDDnet 愛媛 顧問

愛媛県特別支援教育専門家チーム

東温市特別支援連携協議会及び子育て支援事業協議会委員 発達障害を中心に地域での支援活動を展開中



作業療法士は地域支援事業に貢献できる専門職です！

～一人で難しいこともチームで参画すれば成果も学びも大きい～

高知リハビリテーション専門職大学 作業療法学専攻 講師

有光 一樹

2014年、地域支援事業は介護予防事業について各市町村の多様化されたニーズに対応できるよう介護予防・日常生活支援総合事業へと改正されました。住み慣れた地域で自分らしい生活ができるように、リハビリテーション専門職は、地域リハビリテーション活動支援事業を介して勤務先の病院や施設などから地域に派遣される機会が増加しました。高知県作業療法士会も派遣依頼を頂き、県士会員に働きかけてみましたが、「興味はあるけれど一人で派遣される不安」や、「実際の現場で何をすればいいのかわからない」などの声も聞かれ、積極的に参画できる作業療法士は少ない状況でした。

そのため、2022年6月、私たちは机上研修と実践研修を組み込んだ「フレサポ OT」研修を構築し、地域支援事業で活躍できる作業療法士の人材育成を試みました。実践研修は、仁淀川町・大豊町・四万十市の各フレイルサポーターたちが住民主体で実施する短期集中型フレイル予防総合プログラム（「ハツラッツ」）に協力いただき、「ハツラッツ」の体験、住民たちの思いや生活状況の聞き取りなどから地域の生活を学ぶ機会としています。現在までに34名が実践研修を終了し、12名はハツラッツに参画しています。

実際、週2回行われる仁淀川町の「ハツラッツ」には、7名の作業療法士が交代で毎回参加しています。作業療法士は、実施時の助言や聞き取りや訪問しての生活機能の確認、フレイル予防に貢献できる講話など情報を共有しながら継続的に行っています。参加している作業療法士からは、住民のリアルな生活を知らなさ過ぎた、住民たちの自助力と互助力のすごさ、経過を追いながら7名で一人の住民について考えるため勉強になる、何より地域の実情を知れば病院で実施する作業療法も変わるなど肯定的な意見が多く聞かれていました。「フレサポ OT」での地域支援事業参画は個人のスキル向上にも貢献できていると感じました。

もう一点、「ハツラッツ」に参加されている住民は皆高齢者です。腰痛や膝関節痛、高血圧や心疾患、様々な病気と向き合い子供たちに迷惑をかけてはいけないと自分の気力を奮い立たせて参加されています。今回、「ハツラッツ」中に脳梗塞を発症した住民は、参加している作業療法士が日常勤務する病院につながることができました。「フレサポ OT」が活躍する場所は、人口減少が進む中山間地域が多く、かかりつけ医はあるもののリハビリテーションが充実している施設がないような地域です。そういった地域において、地域と医療が連携できる仕組み作りにも「フレサポ OT」は、貢献できる可能性があると考えています。

■略歴

- 1997 年 高知リハビリテーション学院 卒業
ナトメック七里病院（現：さいたま記念病院）入職
- 2001 年 高知リハビリテーション学院 入職（現：高知リハビリテーション専門職大学 現在に至る）
- 2008 年 高知大学大学院医学系研究科医科学専攻前期博士課程 修了
- 2015 年～ 高知県の地域支援事業に参加
土佐市・黒潮町・仁淀川町・大豊町・四万十町・大月町などに参加
現在に至る



作業療法の価値

～ 社会との繋がりを通して ～

株式会社 豊結会

上田 裕久

昨年度は医療・介護・障害福祉の診療報酬同時改定の年であり、物価高騰や賃金上昇、人材確保の必要性を踏まえた対応が取られ、また、医療DXやイノベーションの推進等による質の高い医療の実現、医療・介護・障害福祉サービスの連携強化など大きな改革が実施されました。

作業療法士の社会的処遇の向上を図るには、公衆の信頼を裏付けるために、多様な活動や、会員一人ひとりのプロフェッショナリズムを向上させ、質の高い作業療法を提供することが必要です。

現状の課題として、日本作業療法士協会では組織率の低下が挙げられており対応策が実施されていますが、私が一番危惧していることは、未来の作業療法士の減少です。すでに地方では養成校における定員割れが起こっています。つまり、日本作業療法士協会への入会資格者が減少していく状況がすでに始まっているということです。私は何故このような状況になってしまったのかを、検討する必要があると常に考えています。作業療法の広報活動の方向性は正しかったのか、専門職の自己満足に陥っていないのか、などを日々自問自答しています。

今後は、国や地方自治体との関りは当然のことながら、一般の方や子どもたちにも作業療法が認識されて初めて、我々の存在価値があると思います。これが、本来の社会との繋がりです。

私は作業療法士の品格を保ち、会員一人ひとりのために組織力の強化を図り、職域を超えた活動にも注力し、作業療法士の価値を高めていきたいと思っています。

この度のセミナーが皆さまの一助となれば幸いです。

■ 学歴

1999年3月 学校法人 勝浦学園 徳島医療福祉専門学校 卒業

■ 職歴

1999年4月 医療法人 養生園 田岡東病院（現：T A O K A こころの医療センター）
 2001年1月 社会福祉法人 健祥会
 2004年4月 社会福祉法人 健祥会 徳島健祥会福祉専門学校（現：専門学校 健祥会学園）
 2010年10月～現在 株式会社 豊結会 代表取締役 就任

■ 社会活動

2013年11月 認定作業療法士 取得
 2020年6月～現在 一般社団法人 徳島県作業療法士会 会長
 2023年5月～現在 一般社団法人 日本作業療法士協会 理事
 2024年5月～現在 徳島県作業療法士連盟 会長
 2025年3月～現在 日本作業療法士連盟 副会長

■ 現在の役職

一般社団法人 日本作業療法士協会 理事
 一般社団法人 徳島県作業療法士会 会長
 日本作業療法士連盟 副会長
 徳島県作業療法士連盟 会長徳島県リハビリテーション専門職協議会 副会長
 四国作業療法士会連絡協議会 監事
 徳島県精神保健福祉協会 理事
 徳島県介護事業者協議会 副会長
 一般社団法人 全国介護事業者連盟 徳島県支部 副支部長
 徳島県介護障害福祉事業者政治連盟 幹事長

■ 就任中の主な委員

徳島県 地域包括ケア推進会議 委員
 徳島県 自立支援協議会 精神障がい者支援検討会議 委員
 徳島県 介護実習・普及センター運営委員会 委員
 徳島県 若年性認知症の人の就労・社会参加のための検討会 委員
 徳島県 介護機器普及事業運営協議会 委員
 徳島市 在宅医療・介護連携推進協議会 委員
 鳴門市 高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画策定委員会 委員（第9期）



臨床が拓く研究と AI の可能性

高知健康科学大学 健康科学部 リハビリテーション学科 作業療法学専攻

箭野 豊

はじめに

作業療法の実践において、根拠に基づいた介入を推進し専門性を深化させる上で、臨床と研究の有機的な連携は極めて重要である。本講演では、臨床課題解決のアプローチとして、研究と臨床をつなぐ双方向的研究であるトランスレーショナルリサーチ（TR）とリバース・トランスレーショナルリサーチ（RTR）を、事例を交えて紹介する。さらに、研究プロセスを加速・深化させる AI の可能性について、その実践的な活用法と倫理的課題を論じる。

臨床と研究の双方向性

科学的研究には、基礎と臨床を往還する二つの潮流がある。一つは、基礎研究の成果を臨床応用へと橋渡しする「トランスレーショナルリサーチ（TR）」であり、最先端の科学的知見をリハビリテーション戦略に導入し、介入の有効性を最大化することを目指す。もう一つは、臨床現場の切実な疑問（クリニカルクエスション）を起点とする「リバース・トランスレーショナルリサーチ（RTR）」である。日々の実践で直面する「なぜだろう？」という問いを探究する症例検討は RTR の出発点となり、臨床的洞察を科学的に検証し、得られたエビデンスを臨床に還元するサイクルがその本質である。このように実践に根差した症例検討は、質の高い臨床研究の土台となる。本講演では特にこの RTR のプロセスと、その研究成果と社会実装の重要性を具体的に示す。

AI による臨床と研究への活用と展望

近年の生成 AI 等の技術革新は、研究プロセスに大きな変革をもたらす可能性を秘めている。内閣府の Society 5.0 構想（ムーンショット型研究開発）においても、AI は医療・リハビリテーション分野の発展を担う中核技術と位置づけられている。AI は、TR に必要な最新論文のレビューや要約、RTR の起点となる臨床課題の新規性評価や研究デザイン提案を支援し、研究の各段階を大幅に効率化・高度化する。しかし、その活用には、AI が誤情報を生成する「ハルシネーション」のリスク、個人情報保護、著作権といった倫理的・法的課題への慎重な配慮が求められる。最も重要なのは、作業療法士が AI を受け身で利用するのではなく、研究を主体的かつ創造的に加速させるパートナーという視点を持つことである。

結語

本講演が、臨床と研究の架け橋となる TR と RTR への理解を深め、AI という新たなツールを手にすることで、臨床家がより主体的に研究に関わる一助となることを期待する。変化の時代の中で、日々の臨床から新たな知を創造し、共に作業療法の未来を拓く可能性を探究したい。

■ 略歴

1999 年 富士温泉病院 作業療法室
 2007 年 石川病院（現：HITO 病院） リハビリテーション科
 2014 年 土佐リハビリテーションカレッジ 作業療法学科 講師
 2024 年 高知健康科学大学 健康科学部 リハビリテーション学科 作業療法学専攻 講師

■ 学位

医科学修士（高知大学医学部） 高知大学医学部 統合生理学講座 医学博士課程 在学中

■ 研究テーマ

感覚情報処理と運動制御、モチベーション行動および高次精神機能の神経基盤の解明

■ 担当職務

学術倫理（人・動物実験）、情報管理（システム・セキュリティ）、研究成果リポジトリ推進

■ 学外活動

四国環境適応講習会 講師、活動分析研究会。日本味と匂学会

■ 主な著書（全て共著）、論文

「環境適応 中枢神経系障害への知覚探索アプローチ」（三輪書店,2020）、「臨床 OT-ROM 治療」（三輪書店,2013）、「重度障害者への活動分析アプローチ」（青海社,2013）
 Yano, Y., Murata, Y., Taniguchi, M., Okutani, F., Yamaguchi, M., & Kaba, H. Olfactory Stimulation with Japanese Soy Sauce Improves Upper Limb Performance. Occup Ther Int, 2019



終末期がん患者に対する緩和的作業療法を考える

香川県立丸亀病院

池知 良昭

わが国では、一生のうちにがんと診断される確率は、男性 62.1%、女性 48.9%（2 人に 1 人）であり、がんで死亡する確率は、男性 24.7%（4 人に 1 人）、女性 17.2%（6 人に 1 人）と報告されている。このように多くの国民が、がんに罹患し、がんで死亡しており、がんは「国民病」と言える。そのため、作業療法士が臨床の場でがん患者に出会う場面も多いことが推測される。

本セミナーでは、終末期がん患者を「医学的な治療効果が期待できず、積極的治療がむしろ不適切となった状態で、生命予後が 6 か月以内と考えられる段階のがん患者」と定義する。

がん患者の死亡パターンについて、Lunney ら（2003）は、死亡前 2-3 か月までは良好な ADL が保っているが、それ以降に急激に ADL が低下すると報告している。また、がん患者の死亡までの症状の変化に関して、Seow ら（2011）は、痛み、吐き気、不安、うつは死亡前の 6 か月間、比較的安定していたが、呼吸困難、倦怠感、眠気、食欲低下等は死亡 1 か月で急激に悪化することを明らかにしている。このように、がん患者は人生の終焉の時期において、ある程度の時期までは、比較的、身体状況が落ち着いており、最終段階で、急激に死に向かうとされている。このことから、我々作業療法士は、患者の生命予後を見据えつつ、患者や家族にとって、重要な作業の達成に向けて取り組む必要がある。

終末期がん患者に対する作業療法では、患者にとって重要な作業を同定し、段階づけ、患者の残存能力のみならず、物的・人的支援により、その作業の達成を目標とした取り組みと定義されている（池知：2023）。

しかし、終末期がん患者に関わる作業療法士の多くは、自らの介入に自信が持てておらず、その一要因として、作業療法士の役割が不明瞭であることが明らかとなった（池知ら：2021）。このことより、患者に負担を掛けずに作業療法士が自らの実践を振り返ることができる、終末期がん患者に対する作業療法士の実践自己評価尺度（SROT-TC）が開発された。

本セミナーでは、終末期がん患者に対する緩和的作業療法の実践において、終末期がん患者を取り巻く状況や SROT-TC の開発経緯、実践例を話題として挙げてお話しする。また演者が近年関心を持っている、作業療法における死生学についての私見を述べる。

本セミナーが、終末期がん患者に対する作業療法を改めて考える時間になれば幸いである。

■ 略歴

- 2003 年 3 月 国立善通寺病院附属リハビリテーション学院作業療法学科卒業
- 2003 年 4 月 香川県庁入庁
香川県身体障害者総合リハビリテーションセンターに派遣
- 2006 年 4 月 香川県立中央病院リハビリテーション部作業療法科へ異動
- 2018 年 4 月 香川県立丸亀病院作業療法室へ異動
- 2019 年 3 月 放送大学大学院文化科学研究科修士課程修了 修士（学術）
- 2021 年 4 月 香川県立白鳥病院リハビリテーション科へ異動
- 2022 年 3 月 川崎医療福祉大学大学院医療技術学研究科
リハビリテーション学専攻博士後期課程修了 博士（リハビリテーション学）
- 2022 年 4 月～ 東京都立大学大学院人間健康科学研究科客員研究員・非常勤講師
- 2024 年 4 月～ 香川県立丸亀病院作業療法室へ異動
- 2024 年 9 月～ 京都大学大学院医学研究科・医学部非常勤講師
現在に至る

～ MTDLP ～

ー養成教育での活用と卒後の実践に向けた取り組みー

近年、作業療法士に求められる役割は多様化・高度化しており、対象者の単なる機能回復にとどまらず、「生活行為」全体に焦点を当てた支援の重要性が広く認識されています。MTDLP は、まさにこの「生活行為の向上」と、それに関わる目標設定、評価、介入、そして多職種・他サービスへの申し送りまでのプロセスを「見える化」し、対象者の意思や思いを重視しながら、論理的かつ一貫性のある支援を展開するためのツールとなっています。

学生の学内教育や臨床実習において MTDLP を活用する機会が多くなってきております。しかし、卒業後、実際の臨床場面での活用には難しさが伴うため、その普及や定着にはまだ不十分です。特に、経験 2～3 年目の若手の作業療法士が MTDLP から離れてしまうことが多いように感じております。

このような背景を踏まえ、本企画では、若手の作業療法士が MTDLP の重要性を再認識し、臨床実践において継続的に活用できるようになるための具体的な糸口を提供できればと考えております。同時に、学生指導に関わる臨床実習指導者の先生方にも、より効果的で質の高い MTDLP 指導のためのヒントや情報提供を目的としています。

本企画では、まず MTDLP がなぜ不可欠であるのかについて、改めてその意義を説明いたします。次に、四国の各養成校（愛媛、徳島、高知、香川）から、各校における MTDLP の教育について発表していただきます。さらに、卒後教育における MTDLP 活用の重要性に焦点を当て、卒業後も MTDLP の学びを継続していくための取り組みについてお話しいただく予定です。若手の作業療法士が MTDLP を活用するためには、卒後における継続的なフォローアップ体制が不可欠であり、その重要性を共有する場としたいと考えております。

【若手の皆様】

MTDLP の臨床的な有用性を理解し、実践へ踏み出す・継続するモチベーションへ。

【臨床実習指導者の皆様】

効果的で質の高い指導方法を学び、臨床実習の指導力向上のヒントへ。

MTDLP を深く学び直す機会へ。

【教育機関で勤務されている皆様】

四国の養成校との連携を深め、より効果的な教育・指導体制のヒントへ。

四国における MTDLP の更なる普及と活用促進、そして未来を担う質の高い作業療法士の育成に貢献したいと思います。MTDLP の実践に携わる、または関心をお持ちの多くの皆様のご参加を心よりお待ちしております。



～ MTDLP ～

ー養成教育での活用と卒後の実践に向けた取り組みー

高知健康科学大学 健康科学部リハビリテーション学科 作業療法学専攻

桂 雅俊

■ 学歴

2007年4月～2011年3月 土佐リハビリテーションカレッジ 作業療法学科

2018年4月～2020年3月 香川大学大学院 地域マネジメント研究科

2021年4月 高知県立大学大学院 人間生活学研究科 人間生活学専攻 博士後期課程

■ 職歴

2011年4月～2015年3月 あさひ病院 リハビリテーション科

2015年4月～2019年3月 総合病院 回生病院 リハビリテーション部 作業療法課

2019年4月～ 土佐リハビリテーションカレッジ 作業療法学科

2024年4月～ 高知健康科学大学 健康科学部リハビリテーション学科 作業療法学専攻

■ 士会・協会活動・資格など

2023年5月～ (一社) 日本作業療法士協会 教育部養成教育課 MTDLP 教育推進班

2025年4月～ (一社) 高知県作業療法士会 地域連携部 部長

MBA：経営修士（専門職）、認定作業療法士、MTDLP 指導者、認知症予防専門士



～ MTDLP ～

－養成教育での活用と卒後の実践に向けた取り組み－

医療法人社団 和風会 橋本病院

瀬瀬 功

■ 略歴

2005 年 四国リハビリテーション学院（現 四国医療専門学校）卒業

2005 年 4 月～ 医療法人社団和風会 橋本病院 入職
現在に至る

■ 資格

認定作業療法士、MTDLP 指導者

■ 士会・協会活動

香川県作業療法士会 理事

日本作業療法士協会養成教育委員会 MTDLP 教育推進班 班員



～ MTDLP ～

ー養成教育での活用と卒後の実践に向けた取り組みー

専門学校 健祥会学園 主査・作業療法学科長

河野 裕美子

■ 略歴

- 1993 年 国立善通寺病院附属リハビリテーション学院 作業療法学科卒業
- 1993 年 医療法人 徳寿会 鴨島病院勤務
- 1995 年～ 社会福祉法人 健祥会勤務
- 1995 年 介護老人保健施設 健祥会ウエル
- 2008 年 介護老人保健施設 健祥会ハート 総括
- 2010 年 徳島健祥会福祉専門学校 総括・作業療法学科長
- 2017 年 通所リハビリテーション 吉野川リハビリセンター センター長
- 2024 年 専門学校 健祥会学園 主査・作業療法学科長



～ MTDLP ～

ー養成教育での活用と卒後の実践に向けた取り組みー

一般財団法人積善会 愛媛十全医療学院

丹生谷 哲哉

■ 学歴

1997 年 愛媛大学理学部地球科学科卒業

2002 年 徳島医療福祉専門学校卒業

■ 職歴

2002 年～ 医療法人平成会 山内病院

2008 年～ 医療法人順天会 放射線第一病院

2016 年～ 一般財団法人積善会 愛媛十全医療学院

■ 資格など

認定作業療法士、MTDLP 指導者、介護支援専門員

■ 公益社団法人愛媛県作業療法士会活動

2005 年頃～ 規約委員

2010 年～ 規約委員会委員長

2012 年～ 理事

2015 年～ 四国作業療法学会実行委員長

2015 年～ MTDLP 推進委員会副委員長

2017 年～ 事務局長

2018 年～ 副会長兼事務局長

2023 年～ 会長



～ MTDLP ～

ー養成教育での活用と卒後の実践に向けた取り組みー

学校法人穴吹学園 専門学校穴吹リハビリテーションカレッジ

馬場 広志

■ 学歴

2008 年 学校法人穴吹学園専門学校穴吹リハビリテーションカレッジ 卒業

■ 職歴

2008 年 医療法人 輝生会 初台リハビリテーション病院 入職

2012 年 社会福祉法人 かがわ総合リハビリテーション事業団 入職

2019 年 学校法人穴吹学園 専門学校穴吹リハビリテーションカレッジ入職

■ 所属学会・社会的活動

(一社) 日本作業療法士協会 認定作業療法士、生活行為向上マネジメント指導者
地域社会振興部 地域事業支援課 スポーツ振興班

(一社) 香川県作業療法士会 教育部 MTDLP 推進班 班長
学術部 学術研修班 班長



Rebuilding the Hand Function

～中枢神経疾患に対する実用手に向けた介入

社会医療法人財団大樹会 総合病院回生病院

藤本 弾

「この手は動くようになりますか？」

当時、新人だった私はどう応えたらよいのか悩みました

手の機能再建は多くのセラピストにとって悩ましいテーマです。私自身、日々の臨床で悩み続けています。なぜなら、手は多様で複雑な役割を担っているからです。

巧緻動作・力強い活動・探索活動・身体の支持・バランス・非言語的コミュニケーション・創造的な表現など多岐にわたり、日常生活を豊かにしてくれるものです。

中枢神経疾患により麻痺が生じると、手の機能だけでなく日常生活や社会生活にも大きく影響を及ぼします。そのため、作業療法士が手に関わることは機能だけでなく、その人らしい生活の再構築に寄与することにもなります。

だからこそ、難しくもあり、意義のある関わりだといえます。

しかし、手への介入は容易ではありません。

手は前述した機能を発揮するために多くの骨、複雑な関節構造、巧妙に配置された筋や腱、鋭敏な感覚受容器などにより構成されています。また、自由度も能動性も高い部位です。そのため、治療的介入は難しく、明確な介入方法も確立されていません。

本セミナーでは手の機能解剖や特性を踏まえながら、随意性を引き出す視点や、活動場面・日常生活場面における実用手に向けた介入について実技を通して提案していきます。

■活動

STA Plus 代表

身体障害のリハビリテーション3分野合同研修会 共同代表

日本 Bobath 研究会 四国ブロック長

活動分析研究会 香川県代表

香川県バスケットボール協会 スポーツ医科学委員会

スポーツリズムトレーニング協会 認定インストラクター・リズムステップインストラクター



精神科病院から地域へ ～地域で作業療法士ができること～

医療法人むつみホスピタル 訪問看護ステーションビオス

秋山 健太

精神科病院における長期入院の課題が浮き彫りとなる中、地域での暮らしを支える視点が医療専門職に求められています。私たち作業療法士は、「ひと」「環境」「作業」の包括的な視点でクライアントの作業満足度向上を図る専門職です。訪問看護やアウトリーチ支援の現場で実感するのは、地域には当事者の生活を支える仕組みがまだ十分とは言えず、そこに私たちの専門性を活かす可能性が多分にあるということです。

本講演では、精神障がい当事者の地域生活を支える取り組みの一端として、訪問看護ステーションでの実践、障がい当事者と共に行うイベントの企画・運営、障がい者スポーツを通じた居場所づくり、さらには教育機関への出前授業など、多角的な取り組みを紹介します。なかでも「まち歩き」や「スポーツイベント」では、当事者と健常者が共に体験し対話する中で、お互いの視点や価値観への理解が深まり、まさに“地域を耕す”ような関係づくりが進んでいる実感があります。

また、講演に加えて参加者の皆さまと一緒に「地域で作業療法士ができること」を再考するグループワークの時間も設けています。現場での経験や感じていること、これからの可能性などを語り合いながら、実践につながるヒントを共に探っていければと考えています。

地域で活動するために、特別な何かが必要なわけではありません。専門職こそ地域に出て、現場で当事者や関係者と共に過ごし、対話し、学ぶことこそが活動の第一歩だと感じています。地域の中で“作業”の持つ価値に気づき、そこに寄り添うことで私たちの専門性はより豊かなものとなるはずです。作業療法士が地域でできることは、思っているよりずっと多い。本講演がその一歩を踏み出すきっかけになれば幸いです。

■ 略歴

2006 年 専門学校穴吹リハビリテーションカレッジ 作業療法学科 入学
 2009 年 医療法人 徳寿会鴨島病院 入職
 2018 年 医療法人 むつみホスピタル ACT チーム 入職
 2021 年 医療法人 むつみホスピタル 訪問看護ステーションビオス立ち上げ
 現在に至る

■ 学会活動

一般社団法人徳島県作業療法士会 理事
 （一社）徳島県作業療法士会パラスポーツ推進委員会 委員長
 徳島県トレーナー協会 理事

■ 社会活動

ソーシャルフットボール（精神障がい者フットサル）徳島県チームトレーナー
 全国障害者スポーツ大会徳島県選手団卓球競技 役員兼トレーナー
 徳島県精神保健福祉協会スポーツ振興委員会 委員
 徳島県障がい者スポーツ指導者協議会 研修部員
 徳島県サッカー協会インクルーシブ委員会 委員
 徳島県板野郡障害支援区分認定審査会 審査委員
 専門学校健祥会学園 非常勤講師
 島根リハビリテーション学院 非常勤講師
 スポーツ庁委託事業障害者スポーツ推進プロジェクト（特別支援学校運動部活動等の地域連携推進事業）講師
 徳島県肢体不自由父母の会連合会主催出前バリフリ BOX（小学校への出前授業）講師



ハンドスプリントの治療的活用

～Therapeutic use of hand splint～

社会医療法人財団 大樹会 総合病院回生病院

石井 誠二

ハンドセラピーにおけるスプリント療法の役割は、病的組織の保護、変形や拘縮の予防または改善、麻痺による喪失機能の代償や補填、訓練としての機能的使用など多岐にわたる。なかでも、骨折などの一般的な外傷治療においては、不動や固定による関節拘縮の予防と改善へ向けたアプローチが重要となり、初期対応を誤れば不可逆的な拘縮を招くことに繋がりがねないため慎重な対応を必要とする。外傷後もしくは術後の安静固定に採用される肢位は、基本的には防護肢位（安全肢位：safety position）での患部固定が推奨されるが、近年では外科的治療による強固な内固定法の開発・普及により術後の外固定に要する日数は短縮傾向にある。また、骨折の保存的治療においては、Sarmiento が提唱する Functional brace を用いた機能的装具療法のほか、石黒法によるナックルキャストを用いた MP 関節屈曲位での早期運動療法、Burkhalter & Reyes が提唱する Functional cast 法を用いた早期運動療法など術後早期から積極的な運動開始が推奨されている。しかしながら、術後の腫脹や疼痛の影響によって十分な関節運動が困難な場合もあり、後に関節拘縮を引き起こすことで治療に難渋するケースも散見される。

関節拘縮の病態は、年齢や性別などの個人的な因子、外傷の重症度や手術内容、固定期間など様々な要因によって異なるため、症例ごとに応じた個別での対応が求められる。関節可動域の効果的な拡大を図るためには、拘縮関節の最終可動域において装具療法による持続伸張が奏功することが多く、損傷組織の修復機序を理解した上で瘢痕組織の成熟段階に応じた治療時期別の装具療法が重要となる。瘢痕の成熟段階に合わせた適切な装具の選択として、受傷後もしくは術後の急性炎症期には静的装具（static splint）を用いて患部の安静固定を図り、瘢痕増殖期には拘縮関節の最終可動域において低負荷での持続伸張を図ることを目的に動的装具（dynamic splint）の導入が図られる。瘢痕成熟期には更なる関節可動域の拡大へ向けて漸次的静的装具（serial static splint）に切り替えることで負荷量を高めて対応するとともに、日中のリハビリテーションやスプリント療法を用いた自主訓練で得られた関節可動域の定着を図るために、夜間就寝時の肢位保持を目的とした夜間用スプリントを併用するなどの工夫が必要となる。このように、関節拘縮の原因や拘縮角度、修復組織の成熟段階に合わせて生体力学的分析に基づく適切な矯正用スプリントを選定して作製し、適切な時期に提供する技術が求められる。

今回のセミナーの目的は、ハンドセラピー領域に携わる作業療法士のスプリント療法初級編として、最も基礎となる骨折の外固定のためのスプリント療法について、型紙作りの体験を通して固定における基本原則についての理解を深めることである。また、早期運動療法のためのスプリント作製の要点を踏

まえながらハンドセラピーにおけるスプリントの治療的活用について解説する。

■ 所属・役職

社会医療法人財団大樹会 総合病院回生病院リハビリテーション部 課長

■ 研究者番号

00998396 (<https://researchmap.jp/seiji.ishii>)

■ 最終学歴

徳島大学大学院医科学教育部医学専攻運動機能外科学博士課程修了（2018年）

■ 学位

博士（医学）、修士（医科学）

■ 認定資格

専門作業療法士（手外科）、認定作業療法士、認定ハンドセラピスト

■ 所属学会・団体

日本作業療法士協会、日本ハンドセラピー学会、香川県作業療法士会

■ 研究会活動

四国ハンドセラピー研究会（事務局）、香川ハンドセラピー研究会（代表）、身体障害のリハビリテーション3分野合同研修会（共同代表）、他

■主な研究論文

- ・ 石井誠二：肘関節動的装具療法の生体力学的分析と矯正トルクの定量的評価に関する予備的研究. 日ハ会誌 15(4): 138-143, 2023.
- ・ Seiji Ishii, Koichi Sairyo: Analyzing orthotic designs for de Quervain's disease based on in vivo gliding distance of extensor pollicis brevis tendon. International Journal of Therapy and Rehabilitation 25(2): 51-57, 2018.
- ・ 石井誠二：外傷性肘関節拘縮の完成を未然に防ぐための低トルク・持続伸張目的とした動的スプリント療法の有用性. 日ハ会誌 8(2): 68-72, 2016.

■受賞歴

第 26 回・27 回・28 回四国作業療法学会 学会優秀賞



職場も“生活の場”である

- 作業療法の視点を活かした組織開発と人材育成 -

医療法人燈来会 大久保病院

吉野 哲一

2025年。団塊の世代が後期高齢者に到達し、社会保障費の増大と、生産年齢人口の減少による労働力不足がより深刻化する時代が到来します。すでに医療・福祉の現場では人手不足が顕在化しており、サービスの提供には地域間格差もみられます。転職の活発化も進み、リハビリテーション関連職種に特化した求人紹介会社の増加がその状況を象徴しています。こうした背景から、医療・福祉法人においては「人材の確保」以上に、「いかに離職を防ぎ職場への定着を促進するか」が喫緊の課題となっています。

近年、医療・福祉領域における人的課題は多層化しており、なかでも「部門間連携の困難」「特定職員への業務の過集中」「若手職員の育成や定着の難しさ」などが、組織運営上の深刻な懸念として顕在化しています。これらの課題はしばしば個人の能力や意欲に起因すると捉えられがちですが、実際には「役割の不明瞭性」「職務構造の不均衡」「対話機会の不足」「世代間における価値観の乖離」といった組織的・構造的な要因が背景に存在している可能性が高いと考えます。

作業療法士は、人・作業・環境の相互作用に基づき、対象者の生活行為の再獲得および適応を支援する専門職です。この視点は、臨床の枠を超えて、組織の中で人が機能し、育ち、つながりの中で関係性の構築を支援する枠組みとしても応用できると私は考えています。

本セミナーでは、筆者が作業療法士としての臨床経験および法人研修の実践を踏まえ、現場における組織課題をどのように構造的に捉え、どのように支援へとつなげるかを紹介します。たとえば、

- ・「部門間連携の困難」には、目的や価値観の共有不足・関係性の希薄さが、
- ・「特定職員への業務過集中」には、役割分担の不明瞭さや支援を求めにくい雰囲気が、
- ・「若手職員の育成や定着の難しさ」には、世代間の価値観の違いや育成の属人化が、

といったように、個人的要因だけでなく、組織構造に課題が潜んでいる可能性があることを扱います。

本セミナーにより、参加者の皆さまが自職場の課題と向き合い、職場もまた「生活の場」として支援の視点を見直す契機となり、より良い職場づくりにつながることを願っています。

■ 略歴

2001 年 医療法人道志社 小松島病院 入職
 2005 年 医療法人徳寿会 鴨島病院 入職
 2018 年 上勝町役場 入職
 2018 年 医療法人燈来会 大久保病院 入職 現在に至る
 2023 年 株式会社メディリリーフ 事業パートナーとして活動する

■ 学会活動

一般社団法人 徳島県作業療法士会 常務理事

■ 社会活動

一般社団法人 さいわい 監事
 徳島県ボッチャ協会 副会長
 徳島県教育委員会 世代を超えて開かれつながる社会教育推進事業 講師
 徳島県障がい者スポーツ推進プロジェクト 実行委員
 徳島県立川島高等学校 学校運営協議会 委員
 徳島県立科学技術高等学校 スーパーサイエンスハイスクール事業 講師



明日から実践できる！

シーティングの基本と現場で活かす5つの視点

社会医療法人仁友会 南松山病院

土居 道康

座る姿勢が変わると、動きの質が変わり、その人の生活全体にも大きな変化が生まれます。シーティングとは、単なる「座らせる技術」ではなく、姿勢の安定を通して、その人の「できること」を支援し、より豊かで自分らしい生活を実現するための重要な手段です。

安定した座位は身体への負担を軽減し、食事・排泄・更衣・移乗など、日常生活動作（ADL）に直接的な良い影響を与えます。さらに、褥瘡や拘縮の予防、呼吸・嚥下機能の改善、精神的な安定にもつながることがあり、医療・介護・在宅ケアのあらゆる現場において、シーティングは欠かせない視点となっています。

一方で、「知識としては学んだけれど、現場での応用に自信がない」「評価や調整をどう進めればよいかわからない」といった声も少なくありません。現場では、限られた時間や資源の中での対応が求められ、迷いや戸惑いを感じることも多いのではないのでしょうか。

本講義では、そうした不安や疑問に寄り添いながら、明日から現場で実践できる「5つのポイント」を軸に、シーティングの基本的な考え方と現場で使える視点・工夫を、以下の内容に絞ってお話しします。

1. 姿勢・動作の観察で押さえるべきポイント
2. 評価時に見落としがちな視点とチェックのコツ
3. フィットTINGにおける基本的な考え方と、現場で使える工夫
4. 適合・調整の実践例（クッションやフットサポート等）
5. シーティングを継続するうえで意識したい「振り返り」の視点

講義では、実際の事例写真や調整の具体例も交えながら、現場のイメージと結びつきやすい構成を心がけています。「なんとなく」で対応してきた方が、「根拠を持って考えられるようになった」と感じていただけるような時間を目指しています。

シーティングに対する不安や苦手意識が、「試してみたい」「やってみよう」という前向きな気持ちへと変わるきっかけとなれば幸いです。皆さんとともに、現場で生かせる実践的な学びを深めていけることを楽しみにしています。

■ 所属

社会医療法人仁友会 南松山病院 事務局 医事課長
愛媛大学医学部附属病院 シーティング外来 指導・助言職員
訪問看護ステーションゆい 非常勤職員

■ 資格

作業療法士、シーティング・コンサルタント、福祉用具プランナー

■ 社会活動

NPO 法人 日本シーティング・コンサルタント協会 理事
身体障害のリハビリテーション3分野合同研修会 共同代表
一般社団法人 日本作業療法士協会「制度対策部」 部員
高知リハビリテーション専門職大学 非常勤講師
愛媛十全医療学院 非常勤講師
四国中央総合医療福祉総合学院 非常勤講師

MEMO

— 臥龍山莊 —

一般演題 第1日目



位相角と骨格筋指数を用いた急性期脳梗塞患者の予後予測精度の比較

*大前 博司^{1, 2, 3}

1. 徳島大学病院 リハビリテーション部 2. 徳島大学大学院医学研究科 脳神経外科学分野
3. 徳島大学大学院医学研究科 先端脳機能研究開発分野

Key word : 脳卒中、急性期、予後予測、(Phase angle)

【諸言】 脳梗塞は要介護状態の原因となる主な疾患であり、予後予測はリハビリテーション計画を検討する上で極めて重要となる。近年、骨格筋量やサルコペニアと脳卒中患者の機能的転帰との関連が報告されており、非侵襲的な生体電気インピーダンス分析(BIA)で測定した skeletal muscle index (SMI) が予測因子として報告されている。しかし SMI の推定式は体浮腫の影響を受ける可能性があり、脳梗塞の急性期治療においては輸液管理がなされることが多いため、異なる指標が求められる。Whole phase angle (PhA) は細胞膜のリアクタンスと抵抗から算出されるため、体液貯留に影響されにくく、筋質や栄養状態を反映することが報告されている。本研究では、急性期脳梗塞患者における PhA および SMI と機能的転帰の関連性を検討し、予後の予測精度を調査したために報告する。

【対象と方法】 2019年9月から2023年1月までに当院脳卒中センターに入院した脳梗塞患者537名を対象とした。除外基準は入院前の modified Rankin Scale (mRS) スコアが3以上、ペースメーカー、Trousseau 症候群の診断、状態不良により BIA の測定が困難、死亡退院、データ欠損とした。メインアウトカムである退院時 mRS は、日常生活が自立となる grade 2/3 をカットオフと規定して予後不良を定義した。統計解析は性別で分類して解析を行った。PhA の測定時期が PhA 値に与える影響を明らかにするために、Spearman の順位相関係数を用いた。次に、退院時 mRS を従属変数、PhA を独立変数としたロジスティック回帰分析を行った。多変量解析では共変量として、年齢、入院時の National Institutes of Health Stroke Scale、Geriatric Nutrition Risk Index、血栓回収療法の有無、認知機能障害の有無を用いた。予後不良を予測するカットオフ値は受信者動作特性曲線を用いて決定し、それぞれの曲線下面積 (AUC) を算出することにより、各カットオフ値の識別能力を比較した。統計解析は EZR on R Commander (ver1.55) を使用し、統計学的有意水準は5%とした。本研究は徳島大学病院倫理委員会(承認番号 3703-2)の審査・承認を受け、ヘルシンキ宣言に則って実施されたものである。

【結果】 除外基準の適用後、対象者は287名(男性195名、女性92名)となった。退院時の mRS スコアが3以上の対象者は男性67名(34.4%)、女性45名(48.9%)であった。多変量ロジスティック回帰分析の結果、男性(オッズ比[OR]:0.58、95%信頼区間[95%CI]:0.34-0.98、 $p=0.041$)と女性(OR:0.31、95%CI:0.12-0.80、 $p=0.015$)であり、PhA は退院時 mRS スコアの独立した予測因子であった。しかし、SMI は男性(OR:0.63、95%CI:0.37-1.06、 $p=0.080$)と女性(OR:0.70、95%CI:0.39-1.27、 $p=0.244$)で、予後を独立して予測する因子ではなかった。ROC 曲線から得られた PhA のカットオフ値は、男性4.70(感度:0.627、特異度:0.680、AUC:0.674)、女性3.70(感度:0.467、特異度:0.830、AUC:0.712)であった。

【考察】 脳梗塞は最も頻度の高い脳卒中のサブタイプであり、脳出血と比較して機能回復が遅れる傾向がある。そのため、予後予測を行う場合にはサブタイプを考慮することが必要となる。脳卒中後の日常生活動作の再獲得は、体幹および非麻痺側の機能にも影響を受けるため、全身の筋質を反映する PhA が有用であった可能性がある。また、栄養状態が不良である場合、梗塞部の神経修復を賦活することが困難となるために日常生活動作能力の改善に影響している可能性がある。

【結語】 急性期脳梗塞患者において、PhA は退院時の mRS を予測する独立した因子であることが示された。さらに SMI よりも予測精度が高く、輸液管理が頻繁に行われる環境下では、簡便かつ有効に活用できる客観的な臨床指標となる可能性がある。

小脳性認知情動症候群が認知 FIM 下位項目に与える影響の検討

*熊谷 強¹

1. 医療法人和風会社団 橋本病院

Key word：小脳、高次脳機能、認知 FIM

【目的】 小脳障害はこれまで運動失調や協調運動障害、姿勢制御など運動機能を中心とした報告が大部分を占めていた。1998年にSchmahmannにより小脳性認知情動症候群(CCAS)が報告された。小脳性認知情動症候群は実行機能障害、言語処理、空間認知、および感情コントロールの欠陥の4徴候を特徴とする。中でも実行機能障害や言語障害は83%で認められるとBallieuxは報告している。小脳における高次脳機能障害が認知FIMに対してどのような影響を与えるのかを検討した報告は現在の所少ないのが現状である。他方で認知FIMの数値が自宅退院に影響を及ぼす報告は多数散見される。そこで本研究は、小脳損傷による高次脳機能障害患者が認知FIMの下位項目に対してどの程度の影響があるのかを多変量解析を用いて統計学的に分析を行ったその結果を以下に報告する。

【方法】 対象は平成23年4月～令和6年3月に当院に入院した患者を対象とした。そのうち小脳の器質的な損傷があり高次脳機能障害ありと認めた群40名(男性19人・女性21人、年齢46～88歳)と高次脳機能障害なし群42名(男性25・女性17人、年齢37～83歳)に2つに分類した。統計解析はRコマンダー2.7.0を用いて解析を行った。次に年齢を交絡とした上で説明変数として認知FIM下位項目のうち、社会交流、問題解決、記憶、の4変数を用いてステップワイズ法を用いたロジスティック回帰分析を実施した。多重共線性はVarianceInflationFactor(以下、VIF)10以下を基準とし有意水準は5%未満とした。また、抽出された変数の中でFIM4以下の介助を要したものを記述統計にて表記する。

【結果】 ロジスティック回帰分析の結果、年齢 $P=0.051$ ($OR=1.061$, $95\%CI=0.003-1.131$) 社会交流 $P=0.039$ ($OR=0.436$, $95\%CI=0.185-0.922$)、問題解決 $P=0.607$ ($OR=1.221$, $95\%CI=0.582-2.775$) 記憶 $P=0.969$ ($OR=1.011$, $95\%CI=0.575-1.882$) が有意に目的変数を説明した。次に、社会交流のFIM点数が4点以下の介助が必要な患者は20名であった。20名の具体例については①自発性の低下による過度の引き籠り9名②他者に対する迷惑行為6名③他者との交流に環境調整が必要5名という結果となった。

【考察】 今回、本研究において小脳性認知情動症候群により高次脳機能障害を呈した患者は、認知FIM下位項目のうち社会的交流の項目が有意に説明される結果が得られた。高次脳機能障害を呈している患者は全体で40名でありそのうち入院時の社会的交流のFIM点数が4点以下の介助が必要と評価された症例は半分の20名であった。当院での具体的な症状の特徴としては、過度に自室に引き籠るが全体の9名(45%)、迷惑行為が6名(25%)、他者との交流にスタッフの環境調整が必要は5名(20%)という結果となった。この結果は小脳が運動機能に加えて認知機能及び情動制御にも関与している事が考えられる。従来小脳は運動調整を担う領域とされてきたが、近年では小脳と大脳皮質、特に前頭連合野との間に認知ループを形成していると報告されている。これにより実行機能、注意、感情制御、社会的行動といった高次脳機能障害が観察されると報告されている。実際に、高次脳機能障害を有する小脳損傷患者においては、衝動性の亢進や感情の不安定さ、他者との関係性の構築困難などが臨床的に観察されることが多々見られている。FIMにおける「社会的交流」項目は、他者との関係における適切な言動や情動コントロール、対人関係の維持能力などを評価する指標であり、これらは前述のような前頭連合野の機能に依存するものと考えられる。したがって、高次脳機能障害を有する小脳損傷患者においては、社会的交流に関する能力の低下がFIM上に明確に反映されたものと考えられる。以上の結果から本研究における「社会的交流」の有意性は、小脳損傷後の高次脳機能障害が対人関係や情動調整に及ぼす影響を反映したものであり、リハビリテーションにおいては運動機能のみならず、こうした社会的認知機能への包括的な支援が求められることを示唆する結果であり臨床において意義のある結果が得られたものと考えられる。

【倫理的配慮】 本研究はヘルシンキ宣言に基づき、当院倫理委員会の承認を得て行い全て匿名化した既存データで検討を行った(承認番号 31)

段階付けた介入と他職種協働により更衣動作獲得に至った症例

*問可 桃子¹、沖 未栄¹、一圓 智加¹、小松 成輝¹

1. 医療法人地塩会 南国中央病院

Key word：更衣、片麻痺、失語症

【はじめに】 重度運動麻痺や高次脳機能障害を有する片麻痺患者にとって、病前と異なる新しい動作方法を取得する必要がある上衣の更衣動作は、運動学習の回復が阻害されやすい(小澤、2023)。今回、重度右片麻痺、混合性失語症の影響で着衣動作手順の定着に難渋した症例に対し、模擬的・直接的に段階づけて反復練習を行った結果、更衣動作の獲得が得られたため以下に報告する。尚、発表に際し症例家族に署名での同意と倫理委員会の承認を得た(KHS：202425)。

【症例紹介】 本症例は左中大脳動脈閉塞により右片麻痺、混合性失語症を呈した 80 歳代の男性である。現病歴は、庭作業中に倒れているのを発見され救急搬送。34 病日後にリハビリ目的で当院へ転院。Brunnstrom recovery stage(以下；BRS)は右上肢・手指Ⅰ、下肢Ⅳ。右上肢の表在感覚は、筆では重度鈍麻であり、指圧の認識は可能。深部感覚は動いているのは分かるが精査困難。右肩関節他動屈曲 100° で疼痛が生じ、肩関節に 1 横指の亜脱臼あり。起居や車椅子座位時に右上肢を忘れる場面あり、右上肢の認識低下を認めていた。上衣の更衣場面では、衣服の形状理解や袖口探索、動作手順全般に混乱あり、失行様の症状がみられていた。コミュニケーション面は、錯語や喚語困難あり表出は顔きのみ。理解は短文レベルであれば可能。以上から問題点として、運動麻痺による日常生活場面での右上肢の認識低下や、混合性失語症による更衣手順の理解困難、失行様症状による衣服の形状理解の困難さが、更衣動作の獲得における阻害要因と考えた。

【介入】 基本的プログラムでは右上肢関節可動域訓練・随意性促通訓練を実施。応用的プログラムとして、上衣更衣手順を①袖通し課題(右上肢へ輸入の輪を通し腋窩まで引き上げる)、②袖口探索課題(丸めた輪状のタオルを輪に戻す)に分け、更衣動作を模擬的場面で細分化した部分的な反復訓練を実施後、実際の被りシャツにて直接訓練を実施。また、病棟看護師・介護士(以下；病棟スタッフ)が同一の手順で更衣介助が行えるよう更衣手順書の作成・共有を行った。

【経過】Ⅰ期(介入1ヶ月後)では、袖通し課題において、輸入の輪を使用し袖通しの一連の動作が定着したため、抵抗感のあるタオルに変更し接触情報を強調した。直接訓練時も、袖通し以降の動作は口頭指示にて可能となったが、左袖に右上肢を入れようとする場面や袖口探索に混乱が強く介助を要した。そのため、袖口探索課題にてタオルを使用して輪っかを作るよう部分訓練を実施した。病棟では、上衣更衣手順書を作成し病棟スタッフへ手順の統一を依頼した。Ⅱ期(介入2ヶ月後)では、袖口探索～袖通し課題において、輪っかを作るよう模倣と口頭指示にて動作が定着。直接訓練時も「輪っか」と言う単語を強調することで動作可能となったが、翌日には更衣動作手順に混乱が見られた。使用していた病衣が開きシャツであり、被りシャツとの手順と形状の違いが混乱の要因と考えた。そのため家族に依頼し、衣服を被りシャツに統一することで混乱する場面が減少した。Ⅲ期(介入3ヶ月後)では、上衣被りシャツは半袖・長袖共に口頭指示無しで可能となったため、衣服の準備・更衣・片付けまでの一連の流れに対して介入した。

【結果】 BRS は右上肢・手指Ⅱとなり、表在・深部感覚においては、触れている、動いていることは分かるが失語症の影響で精査困難であった。右上肢肩関節他動屈曲は 110° で疼痛あるが、肩関節の亜脱臼は 0.5 横指に減少。起居や車椅子座位時の右上肢管理は可能となった。上衣更衣場面では右袖を輪状にし、右上肢を通した後肩まで引き上げ、左上肢、頭部の順で混乱無く着衣可能。半袖・長袖被りシャツは準備を含めて修正自立レベルとなった。

【考察】 本症例は、重度混合性失語症と失行様症状により上衣更衣動作の獲得に難渋していた。生活障害を示す失行例の介入においては、動作を細分化して、個々の要素的動作を行うことが重要である(種村、2003)。今回、上衣更衣動作において①模擬的場面で動作学習後に直接訓練を行い、部分訓練に関連性を持たせられた事、②家族の協力を得て衣服の形状を統一出来た事、③手順書を作成する事で、病棟スタッフと動作指導の統一を行えた事といった、症例の理解力に応じた難易度調整や段階付け、多職種協働により更衣動作の獲得に至ったと考える。

脳卒中片麻痺患者の箸操作獲得に向けた治療的介入

～道具操作に必要な知覚探索活動の重要性～

*小松 成輝¹、箭野 豊^{2,3}

1. 医療法人地塩会 南国中央病院、2. 高知健康科学大学 健康科学部 リハビリテーション学科 作業療法学専攻、
3. 高知大学医学部 生理学講座（統合生理学）

Key word：片麻痺、箸操作、（知覚探索）

【はじめに】 箸の使用は日本の文化に深く根差しており、臨床でも、脳卒中患者の利き手での箸の獲得に対する希望が多いが、麻痺手を使用した箸操作の報告は少ない（濱田、2020）。今回、脳卒中右片麻痺を呈し、麻痺手での普通箸の使用を希望される症例を担当した。箸操作に必要な手と道具の知覚探索活動に着目した介入の結果、獲得に至ったため、以下に報告する。尚、発表に際し症例に署名での同意と倫理委員会の承認を得ている（KHS:202424）。

【対象】 アテローム血栓性脳梗塞により右片麻痺、運動性失語症を呈した70歳代男性。利き手は右であり、希望は「箸を使いたい」、家族の希望は「病前のように自宅で料理ができること」であった。回復期入棟時（発症後41病日目）の身体機能は、Brunnstrom recovery stage(BRS)上肢V、手指IV、下肢VI、Modified Ashworth Scale (MAS)は肘関節伸展・手関節背屈2、感覚は表在・深部共に正常。関節可動域（自動：右/左）は肩屈曲150°/170°、肘伸展-5°/0°、前腕回外70°/90°、手関節背屈70°/85°。Simple Test for Evaluating Hand Function(STEF)は右44（平均値90）点であり、三指つまみや指尖つまみの課題は困難。高次脳機能面は錯語や喚語困難あり。病棟内ADLは独歩にて修正自立～自立レベルであった。

【箸操作】 食事時の箸の把持形態は、前腕中間・手関節軽度背屈位、母指軽度内転・他4指MP屈曲・PIP、DIP伸展位にて箸の先端は1cm程度開き、開閉せずに食塊を突き刺して掬い上げていた。また、箸先を揃える際に箸を落とすことがしばしばで、スプーンに持ち替え摂取していた。

【問題点と臨床仮説】 箸操作の困難性は、指腹面の対立制限や中指と環指・小指の分離性低下、上肢・手指屈筋群の筋緊張亢進によって、道具と手の一体化を招き、知覚探索活動が欠如していると考えた（山本、2023）。箸や金槌、書字等における手指の操作は、手掌内の尺側の安定性と撓側の操作性やダイナミックタッチが背景にあり、三指つまみから複雑化した形が箸操作である（矢崎、2017）。これらのことから、「棒たたきや三指つまみの知覚探索活動といった要素を含む介入によって、手指筋の賦活と手指分離性の向上に繋がるのではないか」と仮説を立て、以下の治療を実施した。

【介入】 上肢・手指屈筋群ストレッチを行い、上肢屈筋群の筋・手指関節のアラメントを調整した後、上肢粗大運動と手内在筋賦活目的に立位での棒叩き、手指分離訓練にペグ保持や基石をかき集める、クレヨンでの線引き（三指つまみ）課題を段階付けた。箸を使用した直接訓練では、タオルやビーズを使用し、突つつく・かき混ぜる・つまむ動作で実用的場面に展開した。病棟での食事は、箸操作訓練の3工程が可能となったタイミングで箸とスプーンを併用した食事訓練を導入し、段階的に箸の使用時間を延長するよう介入した。

【結果】 結果（発症後72病日後）身体機能面は、BRS上肢V、手指V、MAS肘屈筋群1+、自動的可動域（右）肩屈曲160°、肘伸展0°、前腕回外80°、手関節背屈75°、STEF右65点で三指つまみや指尖つまみ課題は平均点以下ではあるが実施可能となった。箸操作は小指にて1本固定・他4指にて箸先を開閉して食塊をつまみ食事が可能となり、箸先を揃える際の箸落としはなくなった。

【考察】 本症例のように感覚が良好な場合、箸の操作方法や特定の運動形態を反復練習するのではなく、箸操作の基盤となる知覚探索活動の要素を取り入れた介入が重要である。これは、「手と道具の一体感」や「道具を通じた環境との相互作用」を再構築するプロセスを促通する。具体的には、介入で用いた棒操作やペグ保持は「ダイナミックタッチ（動的触覚）」の要素であり、手に持った道具の先端から対象物の抵抗感や重心などを連続的に知覚し、道具を身体の一部として精緻に操作するための重要な感覚情報である（柏木 2020、David 2020）。また、基石をかき集める・突つつく・つまむといった課題は「アクティブタッチ（能動的触知覚）」に関わる。これは自ら対象に積極的に触れ、その形状や材質、性質を探りながら、対象に合わせた「手の構え」や「力の調整」、「物体操作」を適応的に変化させていく探索的な運動である（岩村、2007）。当初の臨床仮説の通り、これら感覚と運動を結びつける知覚探索活動を段階的に含んだ介入が、手指分離性や巧緻性の改善を促し、実用的な箸操作の再獲得に繋がった。今回のアプローチは、類似の課題を持つ他の症例への応用可能性を示唆する。

失行症を呈した症例に対する入浴動作介入の試み

*坂本 和弥¹、上松 智幸²

1. 医療法人恕泉会 リハビリテーション病院すこやかな杜 リハビリテーション科、
2. 学校法人高知学園 高知リハビリテーション専門職大学 言語聴覚学専攻

Key word：入浴、(失行症)、(シングルケースデザイン)

【はじめに】 今回、入浴動作において系列エラーを生じていた症例に対して、絵カードを用いた視覚刺激と、実場面への介入を行うことにより、入浴動作が自立したため報告する。本報告において、本人、家族に説明し同意を得ており、当院倫理委員会の承認を得ている。

【症例】 80歳代男性。診断名は脳出血（左前頭葉皮質下）。明らかな運動麻痺はなく、簡単な音声指示は理解が可能であるが、失語症のため複雑な指示理解および言語表出は困難な状態。発症23病日に当院へリハビリテーション目的のため転院となる。

【作業療法評価】 入院時、意識レベルはJCS1桁で、明らかな運動麻痺、感覚障害は認めなかった。神経心理学的所見では、注意障害、失行症、失語症を呈していた。60病日頃より院内ADLは入浴動作以外自立した。しかし、入浴時に系列エラーを認めていたため、入浴動作をターゲットとして介入することとした。68病日の神経心理学的所見は、RCPM20/36、コース立方体は実施不可、言語機能は中等度～重度の失語症を認めていた。標準高次動作性検査（SPTA）では、顔面動作、手指模倣構成、上肢物品を使う動作（物品なし）、系列動作で誤反応が観察された。注意障害はTMT-Jを試みるも失語症の影響により成立しなかった。その他Reyの模写課題は20/36、FIMの運動項目は85点、認知項目は15点であった。入浴動作はDe Renziらの定義に従い、日常生活での実物品の使用障害や系列動作障害を失行症として扱うこととし、「困惑」「拙劣」「省略」「位置の誤り」「誤用」「系列エラー」に分類した。入浴動作の評価は、症例が院内で実際に行っている場面を観察し評価を行った。浴室内の移動や、洗体動作などは自立していたが、石鹸でそのまま頭をこする、タオルを濡らさずに体をこする、泡を流さずに風呂場から出てくるなどといった誤反応を認めていた。症例が入浴時に使用するタオル、石鹸などの物品の認識については、音声での名称呈示によるポインティング、呈示したパントマイムの理解（物品なし）、実際の道具使用を確認し実施ができていた。従って、症例は、道具の名称や、パントマイム、道具使用などは理解できていると判断し、工程数が多い系列的な入浴動作で失行症状が出現しやすくなるものと考えられた。

【方法】 自然治癒の影響を考慮しシングルケースデザインのABA法を用いた。ベースラインA期を5回、介入期B期を10回、介入終了から2週間後にフォローアップ期を設定し、症例が入浴する日に介入した（週3回）。ベースライン期にエラーが出現した際には、できる限り口頭指示により修正した。口頭指示での修正が難しい場合は、指差しや身体介助を行い、エラーを修正した。入浴がない日の作業療法では入浴動作の工程表を絵カードにし、並べ替え作業を行うようにした。介入期の基本的な関わりはエラーレス学習とした。症例のエラータイプは系列エラーであったため、入浴中に上記作業療法で使用している絵カードを1コマずつ提示し、その順に沿って実施させた。介入期全般において、適切な動作が遂行できた場合にはポジティブフィードバックを行い症例のモチベーション維持に努めた。フォローアップ期は観察とし、エラーがでた場合には声掛けにより修正を促した。各期におけるエラーの出現数の変化はTau-Uを用いて分析した。

【結果】 エラーの出現は系列エラーのみであった。Tau-Uを用いた統計学的解析の結果、ベースライン期内的変化は有意な変化は認めなかった。ベースライン期と介入期の比較では系列エラーの $p < 0.01$ 、 $\text{Tau} = -0.92$ であった。また、院内での入浴動作は自立に至りFIMの運動項目は91点、認知項目は17点に向上した。

【考察】 先行研究では、失行症のリハビリテーションは質的エラーごとの介入の必要性や、一連の動作が遂行できるように、声かけや動作誘導などのエラーレス学習が原則であると報告されている。本症例においては、系列エラーを認めていたことに対し、絵カードを用い一連の動作手順の提示を実際場面で介入したことや、エラーレス学習を基本として声掛けや身体誘導を行ったことが、適切な動作の産出につながった要因と考えられた。

リバーズ型人工肩関節置換術における JOA score の MCID について

*吉村 大輔¹、北 大介¹、川真田 純²、福田 昇司²

1. 国立病院機構高知病院リハビリテーション科、2. 国立病院機構高知病院整形外科

Key word：肩関節、上肢機能、MCID

【緒言】 肩関節疾患への臨床評価では近年、患者立脚型評価の重要性が示され、患者の主観的改善度に対する臨床的な有益性の最小変化量（Minimal Clinical Important Difference：MCID）に関する報告が散見さる一方、本邦での調査報告は乏しい。本研究では、リバーズ型人工肩関節置換術（以下、RSA）を施行した症例を対象に、術前から術後6カ月のJOAスコア変化量におけるMCIDについて調査し、背景因子について検討した。

【対象と方法】 対象は当院で、広範囲腱板断裂を伴う変形性肩関節症、腱板断裂性肩関節症に対しRSAを施行し、術前から術後6カ月以降の調査協力が得られた32例32肩であり、平均年齢は 78.8 ± 5.8 歳、男性15/女性17例、術側は右肩23例/左肩9例であった。術後の後療法については4週間のスリング装着の上、3週以降にROMexを開始、12週間以降、重量物把持・抵抗運動を許可している。MCIDの算出方法について、先行研究に準じ、術前から術後6カ月のJOAスコア変化量について調査し、Tubachらの問診（A：改善なし、B：わずかに改善、C：かなり改善、D：症状なし）からA・Bを不良群/C・Dを良好群に分類するアンカーベース法を用いた。不良群/良好群のJOAスコア変化量のカットオフ値についてROC分析を用い、AUCに基づきMCIDを算出した。また、MCIDに影響を及ぼす背景因子について、不良群/良好群の性別、年齢、BMI、術側、罹病期間、腱板の脂肪変性、術前JOA項目（疼痛、筋力、可動域、ADL、X線所見、関節安定性）、術後合併症（神経損傷、scapular notch、肩峰骨折）についてMann-Whitney検定にて比較検討した。統計処理に際し、SPSS statisticsを用い有意水準を5%とした。尚、本研究については当院倫理委員会の承認を得ている。

【結果】 アンカーベース法による6カ月時の問診にて、不良群は14例であり、術前JOAスコア 53.1 ± 12.6 点、良好群は18例であり、術前JOAスコア 53.2 ± 8.0 点と、二群間で術前機能に差を認めなかった。術後6カ月の変化量について不良群は 16.0 ± 11.6 点であるのに対し、良好群は 30.3 ± 12.2 点と有意差を認めた（ $p < 0.001$ ）。算出されたMCIDについて、ROC分析よりRSA後6カ月のJOAスコア変化量における不良群/良好群のカットオフ値は21.3点であった（ $p < 0.001$ 、AUC：0.815、model quality：0.67）。また、不良群/良好群の背景因子では、性別、年齢、BMI、術側、罹病期間、腱板の脂肪変性、術前JOA項目、術後合併症の全項目で有意差を認めなかった。

廃用症候群の進行と褥瘡発生に伴い、ADL能力が著しく低下した症例に対し、
最近接領域の考えを用いて目標設定を行い、自宅復帰に至った事例

*松田 貴広¹

1. 松山リハビリテーション病院

Key word：ADL、目標設定、褥瘡

【はじめに】 今回、自殺企図により多発外傷を呈し、長期臥床により仙骨部に褥瘡が発生した事で、長期入院となった症例に対し、褥瘡部の疼痛に応じた目標を設定・共有を行い、訓練意欲が向上し自宅退院が達成された為、報告する。尚、当院倫理委員会及び、本人からの了承は得ている。

【症例紹介】 20歳代男性。21歳頃鬱病発症。自殺企図により多発外傷として、小腸ストマ造設、左橈尺骨開放骨折、右Th1横突起骨折、不安定型骨盤骨折、両下腿コンパートメント症候群、神経因性膀胱となり、長期臥床による仙骨部褥瘡(1.5×1.5 cm)の発生を伴う廃用症候群の進行を認め、240病日に当院回復期病棟へ入院となる。リハビリ開始後、血圧の低下や発熱により転院を繰り返していた為、300病日に一般病棟へ転棟となる。Needは「歩けるようになりたい」

【作業療法評価】 ROM(左)：肩関節屈曲80°、肘関節屈曲80°、前腕回内90°回外0°、手関節掌屈10°背屈10°。MMT(右/左)：上肢3/2。感覚：左前腕～手部、左下肢重度鈍麻～脱失、右下肢鈍麻。NRS:7(褥瘡部の明確な痛みの訴えがあり、裂傷挫傷による痛みは軽度)。DESIGN-R:25点。体重：41.6 kg。アルブミン:3.0。FIM：63点(運動項目29点、認知項目34点)食事動作以外は全般に介助を要し、精神面は、SDS:49点、表出が少なく自ら何かをしたいと訴えることは殆どなかった。

【経過】 I期(褥瘡による疼痛や発熱により、リハビリ意欲が低下している時期)300～500病日
移乗時は熱発や褥瘡部の疼痛、心拍数の上昇(140～150回/分)により離床頻度は少ない状態であった。この時期の目標は『リハビリと食事の際には車椅子にて離床時間を確保する』とし、身体的負担が少ないリフト移乗を選択した。これにより、徐々に離床拒否減少し、日差あるが1日2～3回に車椅子離床の機会を増やすことができた。リハビリでは機能訓練を中心に実施し筋力向上に努め、介助下で食堂や売店に行き、食事摂取量の改善を図った。

II期(褥瘡が改善傾向となり、離床時間が増えた時期)500～600病日
体動時の褥瘡部の疼痛は継続していたが、移乗はL字バーを使用し軽介助にて実施可能となる。この時期の目標は『リハビリ・食事以外の時間も離床時間を確保する』とした。電動車椅子を導入し、売店や食堂に行くことが自立となり活動範囲拡大に繋がった。また、TVでのサッカーゲームがしたいと希望が聞かれ、病棟と協力し居室にてTVゲームを導入することができた。ゲームの導入は離床のきっかけとなり、40分の離床時間延長に繋がった。ADL訓練が実施可能となり、起居・移乗・靴の着脱・更衣動作が自立となった。

III期(リハビリ意欲が向上し、ADLの自立度が大幅に改善した時期)600～650病日
褥瘡が治癒し、本人からロフトランド杖歩行や筋トレ等の自主訓練希望が増え活動量が大幅に向上。積極的にADL訓練が実施可能となった。この時期の目標は『入浴動作の自立』とし、重点的なリハビリを実施した。下肢機能訓練や入浴訓練を実施し、病棟スタッフ協力の元、ストマパウチの管理の練習も行い、入浴動作は自立となる。

【結果】 ROM(左)：肩関節屈曲130°、肘関節屈曲135°、前腕回内90°回外0°、手関節掌屈40°背屈10°。MMT(右/左)：上肢4～5/2～3。感覚：左前腕～手部、左下肢重度鈍麻～脱失右下肢鈍麻。NRS:0。DESIN-R:3点。体重：50.4 kg。アルブミン:3.5。FIM：105点(運動項目70点、認知項目35点)トイレに関しては尿意を感じられない為オムツを使用。汚染時の交換は自己にて可能。精神面は、SDS:50点となったが表出が増え自ら何かに取り組もうとする姿勢も見られるようになった。

【考察】 褥瘡の疼痛に応じた目標設定をすることで、離床時間の拡大、リハビリ意欲の向上、ADL自立度向上に繋がった。ヴィゴツキーらは、難易度の高い課題と低い課題では意欲の低下を認めるが、『現在自分1人で達成困難な領域に対し、他人と共同の中であれば達成可能となる領域』(最近接領域)は意欲の向上に繋がるとしている。そこで本症例に対し、最近接領域となる環境調整やADL遂行手段の検討を行いながら、目標設定し繰り返し達成する事により、離床時間の拡大とリハビリ意欲・ADL自立度向上、自信の獲得に繋がり自宅退院に繋がったと考える。

自宅退院後引きこもり傾向であった成人期胸髄損傷患者に対する QOL 向上に着目した介入

*住江 知昭¹、稲富 惇一^{2,3}、桂 雅俊^{2,3}

1. 合資会社オフアーズ 訪問看護ステーションおたすけまん、
2. 土佐リハビリテーションカレッジ 作業療法学科、
3. 高知健康科学大学 健康科学部 リハビリテーション科 作業療法学専攻

Key word：脊髄損傷、引きこもり、社会参加

【はじめに】 脊髄損傷者の受傷後の心理的問題について、成人後の損傷では、受傷前後の身体能力や社会的能力の損失によるギャップから様々な葛藤が生じると報告されている（金、1997）。今回、職場倉庫の2階より転落し、第9胸髄損傷を受傷した症例を担当した。自宅退院から11ヶ月経過していたが、日常生活動作（以下 ADL）時に褥瘡を繰り返し、精神的に落ち込んでおり、ADL や社会復帰に向けた手段的日常生活動作（以下 IADL）の獲得を目的に介入を開始した。カナダ作業遂行測定（Canadian Occupational Performance Measure：以下 COPM）を用いて在宅生活の問題点を抽出し、活動・参加面に着目した目標を立案し介入を行った。結果、褥瘡を再発せず、活動的な在宅生活が可能となった為、以下に報告する。なお、本報告は本人に説明し、書面で同意を得た。

【対象】 20歳代男性。約2年前に職場倉庫の2階より転落し第9胸椎骨折、胸髄損傷、脳挫傷、外傷性くも膜下出血を受傷。車椅子移動とプッシュアップの指導を受け、自宅退院となった。退院後の在宅環境について、道路とアパート間に3段の階段があり、1人での外出が困難であった。また、廊下幅は狭く、廊下上では車椅子移動後の方向転換が困難な為、退院時に指導を受けた移動方法が在宅環境に適応されず、浴室まで約6m、段差が3カ所ある動線をプッシュアップで移動されており、仙骨に褥瘡再発し週1回の看護師訪問が必要であった。家族の意向で、退院12ヶ月後にバリアフリー新住居へ移転予定であった。Functional Independence Measure（以下 FIM）は105/126点。運動項目77/91点、認知項目28/35点。自己決定が必要な場面で家族の意見に依存する傾向があった。COPMは「車椅子から浴室の間を安全に移動する」（重要度8、遂行度4、満足度2）、「コンビニで買い物をする」（重要度6、遂行度1、満足度1）が希望に挙げた。ADL 時の褥瘡再発により生活が不活発になっていた。ライフスタイルの再構築が自立した生活の獲得に繋がると考え、合意目標を「褥瘡再発予防に向けた生活動作の獲得」、「近所のコンビニまで車椅子で行き、好きな物を購入する」とし、介入を開始した。

【介入】 第1期：新住居でのADL訓練（1ヶ月）：浴室移動時、旧住居と同様に床に降りプッシュアップ移動を選択されていた。浴室まで可能な限り車椅子移動にて近づき、移動距離と段差移動を最小限にし、褥瘡再発を防ぐよう介入した。

第2期：車椅子での屋外走行訓練（1ヶ月）：退院後は引きこもりがちで、車椅子での屋外移動経験が少なかった。道路状況や段差に戸惑う場面があり、適宜助言し自身で課題解決できるよう支援した。

第3期：外出練習（1ヶ月）：自宅から約250m先のコンビニまで車椅子走行訓練を実施。道路や交通状況に合わせて車椅子走行され、店内では商品棚や他者との距離感を確認し、安全に移動できるよう助言した。

【結果】 褥瘡再発なく在宅生活が可能となり、看護師訪問頻度を月1回へ調整となった。また、両親を誘い買い物や友人と外出するなど活動的な生活を送るようになり、合意目標を達成した。COPMは「車椅子から浴室の間を安全に移動する」（遂行度8、満足度8）、「コンビニで買い物をする」（遂行度7、満足度7）と向上した。FIMは108/126点、運動項目78/91点、認知項目30/35点。浴室・シャワー移動、社会的交流、問題解決能力が向上した。

【考察】 脊髄損傷患者の応用的 ADL 評価では、能力としては可能であっても障害により生活パターンかが不活発となり、自宅に引きこもりがちになると報告されている（田中、2015）。また、地域生活、社会生活への参加が脊髄損傷患者のモチベーション向上に繋がると報告されている（菊地、2022）。症例は退院時 ADL は自立していたが在宅環境に適応できず褥瘡再発し、活動が不活発であった。そこで、生活背景や趣味嗜好を聴取し、社会参加に繋がる目標を設定し、経過ごとに再評価、フィードバックを行った。その結果、主体的な行動が増え、活動的な生活を送るようになったと考える。

腱板断裂術後の「活動と参加」に繋ぐ外来リハビリの関わり

～作業満足度を評価とアプローチから捉えた一症例～

*久西 美沙季¹、岡田 英剛¹、渡部 ひかり¹

1. 南松山病院

Key word：肩腱板断裂、自己効力感、機能評価、COPM

【はじめに】 今回、右肩腱板断裂（棘上筋＋肩甲下筋の二腱断裂）と診断され鏡視下腱板修復術（上腕二頭筋長頭腱固定を伴う）を施行した患者を担当する機会を得た。症例の直面している日常生活に視点を向け、重要な作業遂行と問題点を明確にし、目標設定と共有を行うため COPM を使用した。ADL・IADL で使用満足度向上に着目して介入した内容を以下に報告する。尚、今回の発表に際して本人に説明し書面にて、同意を得ている。

【症例紹介】 70 歳代女性。自宅の片付けをした後右手が挙上困難になり、当院受診。右肩腱板断裂の診断にて手術施行。術後 2 か月間入院し、外来リハビリに移行。主治医指示は当院プロトコルに合わせて外転装具 6 週間固定。骨頭求心位保持して屈曲・インナー筋のアイソメトリック運動可。6 週目～自動、12 週目～抵抗運動開始。

【作業療法評価】（初期評価術後 2 か月目） 姿勢：円背、骨頭は前上方へ変位（ATD：4.3 cm）。肩甲骨は、外転＋上方回旋、前傾。ROM：屈曲 100° 外転 50° 外旋 50° 内旋 70°。動作時痛 NRS：6。整形外科テスト：Neertest＋、Fullcan＋、Emptycan＋、Hawkinstest＋、Liftofftest＋、COPM：（重要度・遂行度・満足度）料理 8・4・5、洗濯 8・4・4、旅行 8・1・1

【目標設定】 重要度の高い家庭内役割として料理と洗濯、余暇活動として友人との旅行が挙げられた。活動から参加へと段階的に繋げていくために、作業遂行の阻害因子を詳しく聴取。その結果、可動域制限ではなく動作時痛が満足度を低下させていると分かった。そのため、動作時痛の改善が自信に繋がると考え合意目標とした。

短期目標：動作時痛の軽減（1 か月）

長期目標：友人との旅行への参加（2 か月）

【治療内容及び経過】 X 年 Z 月＋60 日目より外来リハビリ開始。週 1～2 回の介入のため、骨頭求心位の獲得を図る徒手的なアプローチと自主訓練指導を中心に実施。下垂位での内外旋運動では、代償動作もみられ正しく実施できていない状態であったため、まずは腱板筋群へ正しく収縮を入れられるよう指導を行った。2 週目～は動作時痛を詳しく聴取した。評価結果及び聴取内容から挙上 60° 以下での作業時に起こる肩峰下インピンジメント、90° 以上でのインターナルインピンジメントであることが仮説として挙げられた。前者に対しては代償筋群のリラクゼーション・腱板筋群の賦活。後者へは小胸筋のストレッチング、肩甲筋・菱形筋・広背筋のリラクゼーション、肩甲骨周囲筋への筋力訓練・タオルボールによる肩甲骨内転・胸椎運動の姿勢修正の指導を実施。

【結果】（最終評価術後 6 か月目） 姿勢：安静時の骨頭求心位獲得（ATD：2.8 cm）。ROM：屈曲 125° 外転 120° 外旋 65° 内旋 70°。動作時痛 NRS：3。整形外科テスト Neertest＋Fullcan－、Emptycan－、Hawkinstest-Liftofftest＋、COPM：（重要度・遂行度・満足度）料理 8・7・8、洗濯 8・6・6、旅行 8・3・3

【考察】 尾崎らは肩関節の求心位を得るために肩峰下の骨形態も含めた機能的関節を作り、挙上動作初期の運動を可能にすると述べている。可動域と作業遂行の満足度が向上した要因として腱板筋群の筋力・柔軟性の向上による骨頭求心位の獲得だけでなく、姿勢修正による機能的関節の獲得に繋がったと考える。さらに、長倉は目標とした作業活動に対する自己効力感の向上が行動変容を促進すると述べており、本症例においても料理等の家族のために毎日行う作業が獲得できたことから活動の幅が広がり、旅行に対して前向きになり、友人と計画を立てることに繋がったと考える。しかし、動作時痛が取り切れず満足度が 6～8 に留まった原因として肩甲骨周囲筋群や表層筋への介入や現状に合わせた段階的な環境調整が不十分であった。今後は、機能低下によって日常生活が低下若しくは制限されるのではなく、問診や評価・分析から可能性を見出し、作業療法士として多角的なアプローチの検討が必要であると考えられる。

【参考文献】 1)尾崎尚代ら：運動器理学療法 11 腱板断裂症例の肩甲骨機能について-手術例と保存療法の違い-
2)長尾佑祐：外傷性頸部症候群による慢性疼痛患者に対する目標に基づいた作業療法の有効性

肘関節脱臼を伴わない左尺骨鉤状突起単独骨折のセラピー

*細川 和希¹、有光 幸生¹、野口 政隆²

1. 医療法人瑞洋会 田中整形外科病院 リハビリテーション科、2. 医療法人瑞洋会 田中整形外科病院 整形外科

Key word：尺骨鉤状突起単独骨折、肘関節前方組織、上腕筋

【はじめに】 尺骨鉤状突起骨折は肘関節脱臼に伴う complex elbow instability に合併して生じることが多く、単独受傷は少ない。また、尺骨鉤状突起は肘関節後方ストレスに対する支持機構であり、肘関節安定化機構として重要である。今回、左尺骨鉤状突起単独骨折を呈し、観血的骨接合術を施行した症例を経験した。肘関節前方組織の機能解剖に着目し、上腕筋を選択的に収縮することで肘関節可動域が改善し、早期復職に繋がったため、報告する。尚、発表に関して症例に口頭で同意を得た。

【症例紹介】 40歳代男性、利き手：右手、診断名：左尺骨鉤状突起骨折、職業：造船業、Regan 分類：typeⅢ、Demand：早期復職、現病歴：電球の交換中、椅子から転落し受傷後、当院受診し手術適応にて入院。術中所見として肘前方に近位3cm、遠位7cmで皮切を行い、皮下組織を剥離。上腕筋を正中でスプリットして前方関節包を露出。前方関節包を切離し、尺骨鉤状突起を同定して徒手的に整復した。鉤状突起骨片の近位及び遠位をKワイヤーにて仮固定。遠位より screw を挿入し、骨片を圧着させた。近位骨片に screw を挿入し、イメージにて整復位及び screw 位置が問題ないことを確認した。粉碎骨片に関しては固定困難であるため、不安定性がないことを確認した。その後、洗浄して前方関節包・上腕筋筋膜・前腕筋筋膜を縫合し、皮膚縫合して手術終了した。

作業療法開始時評価は肘関節可動域：屈曲80°、伸展-30°、前腕回外45°、回内55°、疼痛NRS：安静時痛3/10、運動時痛5/10、内外反ストレステスト：陰性、患者立脚型評価はHAND20：42点、Quick DASH-JSSH（以下：Q-DASH）：disability/symptom（以下：d/s）：29点、work：25点であった。

【経過】 術後2週まではシーネ固定及び患部外訓練を実施した。病棟でのADLは全て片手操作にて自立。術後2週経過にて肘関節屈曲位固定のスプリント作製及び自動・他動ROM訓練を開始した。屈曲及び伸展にて肘関節前方の疼痛が出現したため、温熱療法及び前腕回内位で等尺性収縮を用いた肘屈曲運動を施行した。また、ADLは両手使用にて遂行可能だが、食事及び洗顔、洗体にて疼痛及び不自由さを認めた。術後3週より疼痛軽減し、可動域も屈曲120°、伸展-10°と改善を認め、ADL上の制限は消失し退院となった。術後4週より外来リハ及びスプリント除去開始となるが、その時点で職場復帰可能となり、術後7週でOT終了となった。

【結果】 肘関節可動域：屈曲135°、伸展-5°、前腕回外80°、回内75°、疼痛：安静時痛NRS1/10、運動時痛2/10、内外反ストレステスト：陰性、患者立脚型評価はHAND20：2.5点、Q-DASH：d/s：2.27点、work：18.73点と改善を認めた。

【考察】 尺骨鉤状突起には前方関節包及び上腕筋等の付着部を有し、肘関節全体の安定化機構であり、肘関節疾患のセラピーを展開する上で非常に重要である。伊藤は肘関節拘縮病態の一つとして、前方の肥厚・瘢痕化した関節包を挙げている。平沢らは前方関節包には上腕筋深層線維が付着しており、前腕回内位での肘屈曲にて選択的に収縮されるため、拘縮予防として効果的であると報告している。今回、術中で前方関節包及び上腕筋の侵襲によって同部位の瘢痕化・癒着が予想されたため、肘関節前方組織の機能解剖に着目した。上腕筋を選択的に収縮することで前方関節包・上腕筋の緊張緩和及び瘢痕化・癒着予防の繋がり、結果として肘関節可動域の改善を認め、早期復職が可能となったと考察した。

在宅復帰を支える多職種での取り組み

—チャット機能を活用した多職種連携の効果—

*井原 梓¹

1. 社会医療法人石川記念会 HITO 病院

Key word：（チャット機能）、多職種連携、在宅支援

【はじめに】 従来、転棟時や退院時など患者情報を共有する際、口頭や文章での伝達方法を利用していたため、詳細な情報が伝わりにくく、内容のズレが生じていた。そこで、急性期から生活期にかけて動画等を用いたチャット機能を活用し、多職種間で情報共有を行なった。動画を用いたことで、多職種間での理解度の差やニュアンスの違いが軽減し、タイムリーな支援が可能となり、症例の機能回復に繋がった。その後、在宅復帰が実現し、退院後も希望に沿った生活が継続できている症例を経験した。その経過と多職種連携の効果について報告する。

【症例紹介】 70歳代女性。夫と二人暮らし。発症前は独歩にてADL自立し、友人との旅行や孫の世話など活発な生活を送っていた。令和X年Y月Z日、ギランバレー症候群を発症し入院。発症後4日目に症状が増悪し、全介助レベルとなる。2ヶ月後に回復期病棟へ転棟。FIM運動項目は16点、握力は左右0kg。

【経過】 回復期転棟後、ソフトウェアサービス社 NEWTONS Mobile2 のトーク機能を用いて多職種チームを構成し、進捗状況・介助方法・訓練動画等を随時共有した。1ヶ月目：寝たきり状態の症例と相談し、車椅子による自食獲得を目標とした。車椅子座位が可能となった後、座位場面や移乗動作の介助方法など共有した。また、自助具を用いて自食が可能となった際も、その様子を動画で共有。症例ができるようになった成功体験を多職種で共有することで、症例の意欲向上に繋がった。2ヶ月目：前腕支持型歩行器による歩行訓練を自主訓練として導入した。歩行場面の注意点や介助方法などを動画で共有し、自主訓練の不安軽減と安全性を確保した。3ヶ月目：起居動作および歩行器歩行が自立した。活動範囲の拡大とともに、在宅復帰に向けた課題が見え始めた。課題に対する目標設定を可視化し、支援の具体的な内容や介助方法などを動画とともに共有。進捗の可視化により、症例のモチベーションを低下させず、症例と達成感の共有に繋がった。4ヶ月目：外出訓練や家族指導を実施した。自身で退院後の1日の過ごし方を想定したスケジュール管理を行う。退院前には、訪問リハビリスタッフと動画を通じて目標や生活像を共有した。退院後は、訪問リハビリ・通所リハビリを併用し、自宅での様子や課題を共有。転倒リスクや階段昇降の練習、短期目標の更新を踏まえた通所リハビリでの過ごし方を協議した。

【結果】 退院前のFIM運動項目は70点に改善。前腕支持型歩行器にて病棟内歩行は自立、入浴以外のADL動作も自立した。リハビリ場面では、ロフトランド杖使用による歩行（軽介助～見守り）、階段昇降（軽介助）、床上動作（台を用いて軽介助～見守り）が可能。握力は右6.7kg、左5.5kgに回復し、筆記や包丁を用いた簡単な料理も可能となった。退院後、生活期でのリハビリを継続し、FIM運動項目は72点、屋外での杖歩行は自立している。

【考察】 チャット機能を用いた視覚的かつタイムリーな情報共有は、症例の状態理解と対応の迅速化に寄与し、多職種による包括的な支援を可能にした。特に、目標や支援内容を明確化し、多職種で共有することで、機能回復の促進と症例のモチベーション維持に貢献したと考える。また、成功体験や症例の強みを多職種で共有することで精神的支援にも繋がった。チャット機能を活用するためには、初期段階での合同カンファレンスの実施、退院後の生活をイメージした課題抽出と目標設定、継続的な情報共有が重要である。今後は、多職種連携のさらなる強化を図り、個別支援の質向上と家族支援・地域連携の充実に繋がっていききたい。

高齢者施設での終末期における作業療法実践の一例

*村上 義和¹、大前 博司²

1. サービス付き高齢者向け住宅 久千田、2. 徳島大学病院 リハビリテーション部

Key word：終末期、家族、面接

【はじめに】 高齢者の終末期医療では治療方法や人生の締めくくりとなる場所の選択が意思決定能力の喪失により困難となる状況が多く、本人にとって何が最善かを決定する際は家族との連携が重要となると報告されている。前年においては Covid-19 の影響により、医療機関に入院中であっても面会制限によって最後の瞬間に立ち会うことが環境的に困難であった。今回、サービス付き高齢者向け住宅（以下、施設）で施設長の役割を担う機会があり、心不全の増悪が見られた事例に対して、作業療法士の視点で本人の意思決定が困難な状況から家族の意向に寄り添い、終末期の環境設定を行なった事例を経験したので報告する。なお発表に関して家族に十分に説明し、同意を得ている。

【事例紹介】 90歳代男性、診断名はアルツハイマー型認知症、慢性心不全。自宅で生活していたが誤嚥性肺炎を発症後、入院を契機にX年Y月に施設入居となる。日常生活動作は入浴が全介助、排泄ではポータブルトイレを使用しており、訪問介護にてケアを行っていた。食事動作は自立であった。職業が学校教師であったことから教え子等の面会も頻回であった。家族構成は長男と長女で施設の近隣に居住しており、面会は毎日ある。入居から5年ほど経過したのちに心不全の増悪があり、医療機関へ入院した。加療を受けていたが終末期のインフォームドコンセントを受けるも、面会制限により、家族が最後の瞬間に立ちあうことが困難な状況であった。家族の意向もあり、施設での見取り体制を整え再度、施設へ入居することとなる。

【作業療法評価】 直接的介入がなく、簡便な評価を実施。Japan Coma ScaleⅢ-300、Functional Independence Measure(FIM) 18/126 (m-FIM13、c-FIM5)。事例の意思表示は困難な状態であり、自発的な動作はなく全介助状態であった。再入居時には在宅酸素療法とバルーンカテーテルが留置されており、継続した医療的ケアが必要な状態であった。

【経過】 入院から21病日に家族から施設での看取り相談があり、終末期に対して受け入れの検討を行うため医療機関との連携を行なった。カンファレンスを通して往診が可能な医師と訪問看護を利用することとなり、施設で可能な医療体制を整えた。その際に家族から「あと僅かな時間でも一緒に過ごせるようにしてほしい」と希望が聞かれた。施設としても面会制限を設定していたが家族面会に関して制限は解除した。また施設内でも家族の意向と本人の状態を周知し、排泄介助や喀痰吸引、バイタル管理などを行うことで看取りの体制を構築した。施設へ再入居後は家族との面接にて再度、希望の聞き取りを行なった。「本人が教師としての人望もあったので可能な限り、教え子や地域の色々な方に会わせてあげたい」と希望が聞かれた。また事例は身だしなみに気を遣う性格であり、教え子や地域の方々との面会に対しては整髪を行うことが必要だと家族からの提案があり、訪問理容師を活用し実施した。

【結果】 再入居後から家族の付き添いのもと、医療的ケアを実践していた。必要に応じて家族による夜間の付き添いも行い、可能な範囲での家族との時間を設定した。様々な方との面会を行い、日中においては居室への訪問者が頻回な状態であった。その後、徐々に状態が悪化し再入居から13日後に家族に看取られながら永眠となった。

【まとめ】 本邦では高齢化が進んでおり、終末期を迎える場所として医療機関が多いと報告されている。要因としては介護負担や緊急時の対応についての不安が大きいなどがある。しかし、この度の事例では感染動向の影響によって医療機関で家族に看取られることが困難であった。終末期において作業療法は本人の希望を充足する作業を選定し、生活の質を高めることが可能であるが事例に対しては家族の意向を主とした環境設定となった。家族との面接によって施設においては把握できない個人因子や環境因子を把握することができ、様々な方との面会を通じて満足のいく看取りができたと考える。今後も作業療法士の職域も拡大していることから様々な場面での事例または家族に寄り添った作業療法を展開することが必要であると考ええる。

地域活動における転倒予防と継続支援 ～作業療法士の役割と包括的支援体制の構築～

*花田 智仁¹、住田 直也¹、山下 泰治¹

1. 医療法人三全会 うめもとクリニック

Key word：地域包括システム、地域、趣味

【背景】 地域包括ケアシステム(以下、包括ケア)は、高齢者が住み慣れた地域で安心して生活を継続できるよう、医療・介護・生活支援を包括的に提供する仕組みである(厚生労働省、2025)。多職種と地域住民の協力が患者の健康維持や生活の質向上に寄与する可能性が示されている。一方で情報共有の不足、役割分担の不明確さ、地域住民の参加意識の低さ、多職種間のコミュニケーションの課題が、より高い支援の実現を阻む要因となっている(Y.Suzuki ら、2024)。本報告の目的は、パーキンソン病患者の包括ケアを通じて、安全な地域活動の継続において明らかとなった課題から効果的な支援体制の構築に必要な要因を考察することである。

【症例紹介】 症例はパーキンソン病(Hoehn&Yahr 分類Ⅲ)により当院への定期受診及び訪問リハビリテーション、機能特化型デイサービスを利用している 70 歳代男性である。地域のバドミントンクラブに 10 年以上所属しており、上記診断を受けた後も活動を継続していたが、症状の進行に伴い方向転換や後方移動で転倒リスクが高い(Mini-BESTest15/30 点)状態であった。バドミントン中に転倒した際には、退部を勧める声上がり、症例は「活動を続けられんなら、何もやる気がしない」と意欲低下を疑う口述をし、家族の介護負担感増加が懸念された(CRA-J:31/50 点)。一方で、活動継続のための再発予防を求める声も上がった。しかし、具体的な対策には至っていなかった。そこで、Suzuki らの報告を参考に現状を整理し、支援体制の構築を試みた。本報告は当院倫理委員会及び症例本人の同意に加え、ご家族の同意も得ている。

【方法】 ①情報共有の確保：クラブ関係者や家族は転倒を把握していたが、発生状況や要因について明確でない部分が多かった。OT は具体的な情報を得るために聞き取り調査を行い、必要に応じて医師や理学療法士など多職種へ情報を共有する体制を構築した。②役割分担：PT、OT によるバランスや注意機能の評価結果から転倒の可能性が高い動作(後方ステップ、タンデム動作)を明らかにし、聞き取った情報との関係性を整理した。そして、ダブルス時の役割分担として前衛を本症例が担当し、バックステップが多い後衛はメンバーに任せることを提案した。加えて、疲労に伴い集中力が低下することで転倒リスクが高くなるため、活動中の水分補給や休憩間隔を指導した。さらに、介護サービス担当者は体調変化を確認し参加を判断するため情報を提供した。③地域住民の参加意識：クラブメンバーが所属する地域住民を対象に行われた健康講座にクラブリーダーやメンバーの参加を勧めた。OT はパーキンソン病に関する知識や転倒予防策、地域活動の重要性について講義し、参加住民全体の理解や協力意識を促した。(アンケート結果：理解できた 96%、協力意識をもてた 90%)

【結果】 バランス能力は向上し(Mini-BESTest20/30 点)、転倒なく活動を 1 年間以上継続している。症例は「活動を続けることが出来て良かった」と口述した。転倒予防が長期間図れたことで、家族の介護負担感の増加はなく(CRA-J:30/50 点)、「安心して活動に送り出せる」との声も聞かれた。クラブリーダーやメンバーの病気に対する理解が深まり、患者への適切な配慮や支援体制が向上した。

【考察】 具体的な対策に至っていなかった要因は、転倒する原因が明確でなかったことに加え、情報共有の場を設定する調整役が不在であったことが挙げられる。今回、OT は活動中の課題を具体化し、役割分担を整理した上で情報共有の場を設定した。結果、クラブメンバーの理解が深まり、現在も活動を継続できている。以上より、顕在化した課題を具体化し、達成可能な目標を提示することが包括ケアの質の向上に重要であることが示唆された。

能登半島地震の JRAT 派遣を経験し見えてきた徳島県作業療法士会の課題と取り組み

*吉野 哲一^{1、2}、細川 友和^{3、2}

1. 医療法人燈来会 大久保病院、2. (一社) 徳島県作業療法士会、
3. 医療法人道志社 リハビリテーション大神子病院

Key word：災害支援、事前防災、県士会活動

【はじめに】 令和6年能登半島地震において、徳島県作業療法士会（以下、県士会）は地域 JRAT（日本災害リハビリテーション支援協会）として、会員をかなざわ総合スポーツセンター（1.5 次避難所）に派遣し、被災者へのリハビリテーション支援を実施した。本派遣を通じて、災害時における作業療法士の役割の重要性が再認識されるとともに、支援活動の実践から、今後取り組むべき課題が明確となった。本発表では、支援活動の報告とともに、県士会としての課題と取り組みについて考察する。

【活動内容】 派遣期間は令和6年1月22日から2月13日までの間に4班を編成し、派遣した。班の構成は、理学療法士3名、作業療法士4名、言語聴覚士2名で避難所において以下の活動を実施した。①要配慮者に対する動作指導、福祉用具の適切な貸与・調整、廃用症候群予防を目的とした運動指導。②避難生活の環境調整として避難所内の動線確保、転倒予防のための空間調整。③他職種・団体との情報共有、他県の JRAT との協働による支援。

【支援を通じて明らかになった課題】 支援活動を通して、県士会として今後取り組むべき課題が明確となった。①人材の確保と育成：災害リハビリテーションに対応可能な作業療法士の育成が不足していること、防災や災害リハビリテーションの研修機会が少ないこと、災害時の即応体制を確立するための組織的な仕組みの未整備があげられる。②他の関連団体との連携：行政機関や社会福祉士等との平時からの連携強化、JRAT の活動に対する認知度向上と、災害時のスムーズな情報共有の仕組み構築や地域の防災計画への作業療法士の関与を促進など。③地域のリソースの理解と協同：災害時に活用可能な地域の資源（福祉用具、支援ネットワーク等）の把握と共有、受援側としての役割を明確化し、県士会としての受援体制の強化。④活動資金に対する課題があった。

【考察】 令和6年能登半島地震での派遣活動を通じて、県士会としての災害リハビリテーション支援の課題が明確となった。災害時におけるより効果的な支援を目指すために、今後これらの課題に対する具体的な取り組みを推進し、平時からの準備を強化することが必要と思われる。特に、人材確保と育成、他団体との連携強化、地域資源の活用という3つの視点を軸に、県士会の役割を再構築していくことが重要であると考えられる。本発表を通じて、他県士会や関連機関との情報共有を行い、災害リハビリテーション支援の在り方について議論を深める機会としたい。

通所リハビリテーションにおいて生活行為向上マネジメントを用いた家事動作支援

～洗濯動作自立を目指した介入の経過報告～

*高木 瑠美¹、高木 章宏¹、山田 宗隆²、遠山 和倫¹

1. MIRAI 病院デイケアセンター、2. MIRAI 病院デイケアセンター(PT)

Key word：通所リハビリテーション、生活行為向上マネジメント、家事

【はじめに】 今回、右急性硬膜下血腫・多発性肋骨骨折を受傷し、入院・治療後より当院通所リハビリテーション（以下：デイケア）利用開始となった事例を担当した。自宅で本人が希望する活動の再開に向けて生活行為向上マネジメント（以下：MTDLP）を用いて、課題を整理し、実施方法の検討と目標達成に向けた支援方法について本人・多職種と共有を図った。デイケアにおける MTDLP 実践を経過を交えて報告する。尚、発表に際し本人・家族の同意を得ており、倫理的配慮を実施している。

【事例紹介】 80 歳代女性。現病歴は、X 年 Y-4 月に自動車運転中に交通事故に遭い、救急搬送。右急性硬膜下血腫、左第 3～6 肋骨・右第 2～3 肋骨骨折と診断され、バストバンド装着にて保存加療となり、リハビリ開始。X 年 Y 月に自宅退院となり、当院デイケア利用開始となる。

【作業療法評価】 心身機能面として、左膝・腰部(L1・2 付近)に疼痛みられるも自制内。体幹・左股関節周囲筋 MMT 4 レベル。BBS：39/56 点。MMSE：27/30 点。活動・参加面では、FIM：120/126 点。FAI：11/45 点。洗濯運搬動作においては、洗濯カゴを把持した状態で移動する際に左右への動揺があり、伝い歩きで屋内のベッド横にある洗濯干し場までの移動でも本人から「自信を持って行けていると言えない」との発言あり。洗濯を干す動作においては、ふらつき無く実施すること事は可能である。本人が行える様になりたい生活行為の目標を具体的にし、共有を図る為に MTDLP を使用した。生活行為聞き取りシートを実施し、本人の語りの中で「洗濯物を中で干すと乾いていない感じがする。外の風や日に当てる事で気持ちの良い感じがする。」という発言があった。外で洗濯が干せる様になる事で病前の生活へと近づくと考え、合意目標を「洗濯物を外で転倒無く干せる様になる」とした。遂行度は 3/10 点、満足度は 3/10 点であった。

【作業療法計画】 基本的プログラムとしては、体幹・下肢筋力(特に股関節周囲)の向上を中心に実施した。併せて、自主訓練として、運動習慣の定着を図る為、1 日の予定表の作成や機械を使用した運動をデイケア利用時、毎回実施することとした。応用的プログラムでは、洗濯カゴを把持した状態での模擬的な運搬動作練習、独歩での移動練習も実施することとした。社会適応プログラムとしては、家族様・ケアマネと相談し、動線的环境調整を行った。

【結果】 予定表を作成する事で本人が実施する内容を把握する事が可能となり、X 年 Y+2 月に自主訓練や集団運動プログラムの参加が定着した。洗濯運搬動作においては、若干のふらつきは見られるが、BBS：48/56 点と介入当初より向上し、洗濯カゴ把持した状態での左右への動揺も軽減した。本人からも「以前より少しだけしっかり歩ける様な感じがして運搬も自信がついたような気がする」との発言へと変わっていった。X 年 Y+3 月に階段を使用した洗濯運搬動作を実施した。手すり把持であれば実施可能であるが、一足一段では左膝の若干の痛みとふらつきがみられていた為、階段の昇降時二足一段で行う様に指導した。利用開始 3 カ月後に自宅に訪問し、裏口の出入り口の段差の確認を実施。家族やケアマネに屋外へ手すりを置くことを提案した。洗濯物を干す場所においてもベッド横で干していたものが裏口の入り口手前で干す様に環境が変化し、屋外での洗濯干しが可能となった。遂行度は 10/10、満足度は 8/10 へ向上を認めた。

【考察】 デイケアでは、病院に比べ介入時間が限られている事が多い。MTDLP を使用し、具体的な目標設定が出来、目標達成に向け具体的にプログラムや過ごし方を共有する事でより効果的な介入が出来たと考える。その結果、運動習慣が付き、動ける様になった事、洗濯運搬の実動作を実施し、「うまくいった」という体験が自信に繋がり、屋外での洗濯干しの再開に繋がった。今回の介入での自信の回復が主体性の向上となり、今後の活動範囲の拡大に繋がると考える。

引きこもり生活からの脱却 ～本人・家族が望んだ生活行為～

*松下 勝哉¹

1. TAOKA こころの医療センター

Key word：統合失調者、MTDLP、精神科デイケア、調理実習

【はじめに】 2022 年の内閣府の調査によると日本のひきこもり人口は推計 146 万人と言われている。当院の精神科デイケアにおいても病気により社会から孤立し、社会参加のきっかけとしての利用希望が増えてきている。今回、統合失調症を呈し不潔恐怖や強迫症状から自宅にひきこもった症例（以下 A 氏）を担当した。A 氏が望む生活行為に着目しアプローチを実施した。その経過を以下に報告する。

【事例紹介】 40 歳代 男性妄想型統合失調症 アスペルガー障害 X 年、両親が自衛隊機で自分を監視させていると思い両親に暴力行為あり入院。退院後、病的体験は続いているが生活の立て直しを目的にデイケアを利用。利用者に不潔な人がいるなどの理由で長続きしなかった。災害への不安から 1 日の多くの時間をスマホで調べものをして過ごしている。予定がある日以外には入浴をしない。昼夜逆転した生活スタイルで、通院以外で外出する機会がほとんどない。

【経過】 （デイケア導入期）『健康的な食事を作れるようになりたい』『生活を整えたい』と希望あり。まずはデイケアに安定して通うことを目標に月 2 回のショートケアで利用開始となる。3 か月後、デイケアの通所が定着する。（プログラム導入期）『健康的な食事を作りたい』という目標にむけて、A 氏と面談し MTDLP を導入する。後日、母親とも面談を行った際、A 氏の生活態度に不満が聞かれた。それに対し、A 氏は出来ることをしていると反発するような態度をとっていた。目標として『みそ汁を作ることができる』『スマホの使用時間を 7 時間にする』とした。母親から『生活を整えて欲しい』と希望があった。評価：ACLS-5 4.8 基本プログラム：チェックシートを用いスマホの使用時間や睡眠の記録を取る・1 週間ごとに作業療法士と心理士と面談を行う応用プログラム：決めた日にデイケアに通所（1/週）・近隣のスーパーに買い出しに行く・みそ汁を作る（調理実習）社会適応プログラム：自宅でみそ汁を作る

【結果】 週に 1 回のデイケア利用も定着。調理実習ではスーパーの買い出しに不安があったが、スタッフ見守りで実施できた。みそ汁の調理は、冷凍オクラと冷凍ネギを用い包丁を使わず調理をした。米を炊飯し惣菜を一品買い、その日の昼食とした。後日、調理実習の結果を母親に報告し、自宅でのみそ汁作りを依頼した。面談の翌日の朝食にみそ汁を準備することができている。

【考察】 A 氏は多くの事柄が影響し、自宅にひきこもる生活が続いていた。調理実習という動機の高いプログラムを行うことにより、スーパーに買い物に行くことやデイケアの通所回数が増えるなど生活や行動の活性化に繋がったと考える。また MTDLP を用いたことにより、母親と目標を共有しやすく、自宅でのプログラム実行も依頼がスムーズであった。

【おわりに】 今後、A 氏と継続して調理実習を行う予定である。次回はカレーライスを作りたいという目標を掲げている。A 氏の望む生活行為を獲得できるよう支援を続けていきたい。

重度うつ病に対する経頭蓋磁気刺激療法

～前頭葉機能に着目して～

*鶴窪 良樹¹、鷹取 宏治¹、澤井 美佳¹、豊田 康則²、西山 信介³

1. 医療法人西山記念会 MIRAI 病院 リハビリテーション部、2. 医療法人西山記念会 MIRAI 病院 脳神経外科、
3. 医療法人西山記念会 MIRAI 病院 整形外科

Key word：うつ、経頭蓋磁気刺激療法、認知機能

【はじめに】 うつ病は、抑うつ気分、興味関心の喪失、意欲低下を主症状とする精神疾患であり、就労や就学を妨げ社会的行為の損失をもたらす要因となっている。またうつ病は記憶、注意、解釈、遂行機能といった認知過程の異常が見られることも明らかになっている。近年、薬物治療で十分な治療効果を認められない中等度以上のうつ病に対する治療法として経頭蓋磁気刺激療法（rTMS）の有効性が示されている。また認知行動療法（CBT）により、認知や行動といった高次機能の改善によるうつ症状の減少が図れることが明らかになっている。しかし、うつ病に対する認知機能の訓練報告は少なく、rTMS と認知機能の介入を併用した報告も少ない。今回、重度うつ患者に対し rTMS と認知機能訓練の併用により症状の回復が見られた症例を経験したため報告する。

【症例】 30代女性。2年前より不安感、希死念慮が強くなり他院精神科受診。その後、投薬にて治療開始するも症状は改善せず、休職となる。家人の勧めにより rTMS 目的で当院受診し、外来にて rTMS と OT を開始となる。初期評価は以下の通りである。Hamilton Rating Scale Depression(HRSD-17)：36/52点(最重症)。特に抑うつ気分、罪責感、心気症があり、睡眠障害や焦燥感が見られた。自傷行為、食欲不振もあり1ヶ月程度で体重が3kg減少していた。問いかけにも返答少なく表情変化は乏しい状態であった。倦怠感を表す Performance Status(PS)値：6/9、カナダ重症度分類：18/63点であった。認知機能では三宅式記銘力検査では有関係-9-10、無関係 3-5-8であった。Rey 複雑図形検査では3分後再生で8.5/36点、CAT より SPAN 課題では順唱6桁、逆唱5桁であった。課題遂行時間では抹消検出課題にて数字113秒、かな120秒、SDMT 達成率49.1%であった。尚、報告に際しては患者の個人情報保護に配慮し書面にて同意を得ている。

【訓練】 TMS 治療装置は MagVenture 社マグプロシステム(R30)を使用。左背外側前頭前野に高頻度(10Hz)にて3000発照射を1日2回(午前、午後)として30日実施した。OT では認知機能訓練として暗算、計算課題、視覚記憶後、書き表す認知機能強化トレーニングを実施した。また、生活での変化点や行動、気分の状態を聞き取り、正のフィードバックや、セルフモニタリングを行うよう誘導した。併せて耐久性の低下も見られていた為、エルゴメーター、ニューステップでの低負荷での有酸素運動を5分間から開始し時間の漸増を図った。

【結果】 HRSD-17：7/52点(軽症)。うつ症状は罪責感、抑うつ、希死念慮がわずかに見られた。PS 値：2/9点、カナダ重症度分類：0/63点であった。認知機能では三宅式記銘力検査では有関係 9-10-10、無関係 9-10-10。Rey 複雑図形検査では3分後再生で15/36点、SPAN 課題では順唱7桁、逆唱5桁であった。課題遂行時間では抹消検出課題にて数字80秒、かな95秒、SDMT 達成率72.7%と改善が見られた。有酸素運動では20分間実施するも息切れせず実施可能となった。訓練経過と共に自発話や質問する場面が増え、笑顔が見られるようになった。外出頻度や、食欲の増大も見られた。終了翌月より、雇用形態を正社員からパートに変更し、週4回の勤務体系で職場復帰となった。

【考察】 近年、うつ病患者を対象とした神経画像研究から、左前頭前野の機能低下が明らかになっている。また、前頭前野と辺縁系領域の機能的不均衡を指摘する報告もある。高頻度 rTMS はうつ病患者に見られる左背外側前頭前野の機能低下、情動に関する帯状回、前頭葉眼窩野、側頭葉内側など辺縁系の過活動に対して、背外側前頭前野への照射により、前頭葉と辺縁系領域の機能的な不均衡を是正し、脳領域神経ネットワークが正常化することでうつ症状が回復していると考えられている。先行研究では選択的な注意訓練や聴覚性連続加算課題によりうつ症状の回復が見られることや、認知機能の低下が寛解後の再発要因になることも示唆されている。うつ病に対する OT では前頭葉機能に着目した報告は少ない。今回、効率的な機能改善と効果の持続性を期待し、rTMS と認知機能訓練を併用して実施した結果、良好な成果が得られ、うつ症状の回復に対する有効性が示唆された。今後も本症例の経過を追うと共に症例数を増やし、OT としての関わりや効果的なアプローチを検討していきたい。

回避・制限性食物摂食障害の小児患者に対する多角的介入により 心身機能の改善がみられた一症例

*武智 菜緒¹、中迫 紀彦²

1. 愛媛県立新居浜病院、2. 愛媛県立南宇和病院

Key word：(回避・制限性食物摂食障害)、小児、場、運動負荷、(パラレル OT)

【はじめに】 回避・制限性食物摂食障害を呈した小児患者に、身体機能、精神面・場面設定、参加への総合的なアプローチを行なった結果、心身機能改善し学校生活の復帰へ繋げることができた症例を経験した為ここに報告する。本発表における本人・家族の承諾は得ている。

【症例紹介】 症例は12歳女児。性格は真面目で完璧主義、本心では自分の意見があるが自己主張はしない。両親・妹と4人暮らし。母は「(兄の)妹は我儘だったが(兄が)一緒に面倒をみてくれたから暴力せずにこられた」と話し、兄はヤングケアラーの役割を担っていた。X年Y月、父の転勤で県外に引っ越し、転校先で馴染めず数日で保健室登校となった。徐々に食事摂取量が減りY+1月には1日3回3口程度となった。Y+3月帰省し、食事中に友人が嘔吐したのを見て嘔吐恐怖となった。その後COVID-19に罹患しさらに食欲低下、11歳の時34kgあった体重が26kgとなりY+4月に当院を受診した。子ども版EAT26にて20/75点で回避・制限性食物摂食障害の診断あり、生命維持の危険を認め入院となった。

【作業療法評価】 身長148.1cm 体重25.9kg(BMI11.8 基礎代謝量1093kcal)、四肢周径(右/左[cm]):上腕16.8/17.0 大腿(膝蓋骨+5cm)26.0/26.0、GMT(右/左)上肢3/3 下肢4/4。握力(右/左[kg])14.0/12.0 自宅はアパートの2階で、外階段が15段ある。

【治療経過】 第Ⅰ期 closed な場での介入:入院初日(Day1)よりOT介入。栄養摂取状況や兄の反応などを共有する為、多職種カンファレンスを月に2回実施した。初回カンファレンスではOTでの運動量設定を行なった。兄は800kcal/日をなんとか経口摂取していた為、座位にて運動強度1METs程の軽作業を実施した。また、兄が相談しやすい環境をつくる為、関わるスタッフを医師・担当看護師3名、作業療法士、栄養士に固定化し、OT介入は兄の病室で行った。OTRが話しかけると、兄は笑顔だが常に母の反応を伺いながら話していた。Day11にPICC挿入し中心静脈栄養を開始したがPICC挿入部から感染を起し、Day16に経口摂取中止し経管栄養での栄養摂取に変更となった。兄は経管栄養での注入後胃が膨らみ吐いてしまうかもと恐怖を感じ泣き出し、注入を一時中断することもあった。抗精神病薬等の内服、注入に対する不安を母や看護師、OTRに話し乗り越えた。感染が落ち着くまでOT中止、床上安静となった。Day32にOT再開し、兄は全身筋力低下著明で座位保持困難であった。栄養摂取量は1854kcal/日まで増加していた為、2METs程度の四肢筋力訓練や離床訓練実施した。Day36には体重27.4kgまで増加し病棟内ADL自立した。第Ⅱ期 semi-closed な場での介入:Day54、兄の妹がCOVID-19に感染し家族との面会不可となった。兄の注入での嘔吐恐怖は続いていたが、中断はしなかった。Day59にはOTの場を病棟のデイルームに移した。デイルームには5人程度の患者や病棟スタッフがいた。スタッフが兄に話しかけると作業を見せて会話したり、自ら挨拶をするようになった。Day62に経口摂取再開しDay90には体重33kgとなった。この頃、経口摂取にてパン1個を完食できた。第Ⅲ期 パラレル な場での介入:Day77には訓練室での介入を行なった。訓練室では他の療法士や訓練中の患者と話すこともあり、4~5METsの運動が可能となった。Day123には三食経口摂取可能となり胃管抜去、Day126に自宅退院した。

【結果】 身長148.5cm 体重35.6kg(BMI16.2 基礎代謝量1184kcal)、四肢周径(右/左[cm])上腕24.5/24.2 大腿(膝蓋骨+5cm)34.0/33.3。GMT(右/左)上肢4/4 下肢4/4。握力(右/左[kg])18.4/15.5。食事は1日約1600kcal 経口摂取し、妹とバトミントンで遊ぶことができるようになった。退院後は両親に自身の希望を伝えられるようになり、保健室登校を再開した。

【考察】 回避・制限性食物摂食障害の症例を担当する上で主治医から求められたことは、基礎体力の向上と、兄が家族以外の他者と関わる場を作ることであった。多職種カンファレンスにて、摂取カロリーからMETsの運動方程式に基づいて設定した運動負荷量を共有することで、兄が過活動となるのを防ぎながら基礎体力の向上を図ることができたと考える。また兄はヤングケアラーの役割を担い母子分離ができていなかった。OTでは兄が病院内で安心できる居場所づくりとして病室での介入から開始した。関わるスタッフ数を制限し兄が相談しやすい環境を作ったことは嘔吐恐怖の不安解決の一助となったと考える。他者と関わる場づくりはパラレル OT を参考に行った。当院は身体障害領域の病院だが病棟や訓練室にてパラレルな場を設けることで、兄が他者と関わる空間を段階的に広げた。患者の特性に合わせた場の設定は身体障害領域のOTへの応用も可能と考える。

発達性協調運動症児の短縄跳び動作獲得に向けて —動作の細分化とホームプログラムを実施した2症例—

*岩井 萌¹、北村 優成^{1, 2}、稲富 惇一^{3, 4}

1. 高知健康科学大学 客員研究員、2. もみのき病院、3. 土佐リハビリテーションカレッジ 作業療法学科、
4. 高知健康科学 大学健康科学部 リハビリテーション学科 作業療法学専攻

Key word：発達性協調運動症、短縄跳び、ホームプログラム

【はじめに】 発達性協調運動症（DCD）は DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアルにおいて協調運動が困難で、特にスポーツ場面で顕著に表れるとされている。また、短縄跳びは体力向上を目的に小学校で広く行われており（文部科学省、2017）、4～11 歳の子どもの対象にした 2019～2023 年の「過去 1 年間に最もよく行った運動・スポーツ種目」調査でも常にトップ 10 に入っている（笹川スポーツ財団、2023）。このように短縄跳びは子どもにとって身近な運動である一方、DCD 児には習得が難しく、有効な支援方法は十分に明らかになっていない。そこで本報告では、DCD 児の短縄跳び動作獲得に向けた支援方法を検討することを目的に、課題分析に基づく直接アプローチとホームプログラム（HP）を実施した 2 事例について報告する。なお、本発表は倫理委員会の承認を受け、対象児の保護者より署名での同意を得ている。

【対象】 2 事例とも DCD の診断を受け外来リハビリテーションを実施しており、デマンドは「短縄跳びを跳べるようになりたい」であった。症例 A は通常学級の 7 歳女児、カナダ作業遂行測定（COPM）は重要度 8、遂行度 6、満足度 4 で、短縄跳び動作は肩を中心に回し、股・膝関節屈曲位で跳ぶため、足部が左右や前方にずれ最大 3 回しか跳べなかった。症例 B は支援学級の 6 歳男児で、COPM は重要度 10、遂行度・満足度 3 であった。縄跳び動作は、両上肢を頭上まで挙上すると、肩を支点に右上肢先行で振り下ろすことで縄を回し、跳躍は体を丸め股・膝関節過度に屈曲させ左下肢から跨ぐようにして跳躍するため、20cm 程前進し 1 回も跳べなかった。

【介入】 まず課題分析を行い、2 事例ともに「肩支点の縄回し」「跳躍」「上下肢の協調性」が挙げられた。介入プログラムは、①上肢操作、②跳躍、③上下肢の協調性、④短縄跳び、⑤HP 教示の 5 項目で構成した。上肢操作獲得においては、肩関節外旋、肘関節屈曲、手関節回旋の運動イメージを身につけるために、症例 A にはタオル回し、症例 B には縄回しを一側ずつ取り入れた。次に、跳躍とリズム感の向上を目的に、足関節を使った同所跳躍の練習を行った。トランポリンから始め、徐々に地面での跳躍へ移行するよう段階を踏んだ。さらに、上下肢の協調性を高めるため、地面での跳躍動作に上肢操作の課題を組み合わせ、その後、実際に短縄跳びを実施した。また、HP として課題に合わせた運動プログラムを作成し指導した。保護者には、子どもが主体的に取り組むことを心がけてもらうよう助言した。

【結果】 介入期間および回数に違いはあるが、両者ともに連続した短縄跳びが可能となり、症例 A は最大 51 回跳び、COPM は遂行度・満足度ともに 10 と向上した。症例 B は最大 5 回であったが、遂行度 7、満足度 9 となった。

【考察】 上下肢の運動を分けて取り組みイメージ獲得後、協調運動へと統合を進めたこと、また実動作訓練と HP の介入が、両症例における短縄跳びの習得に繋がったと考えられる。肩関節内旋位で、肩を支点とした連続縄回しは動作が困難である。そのため、肩関節外旋位で手関節を用いた縄操作が必要となり、①によって効率的な縄回しの運動イメージが獲得できたと考える。また②に関しては、股・膝関節を過度に屈曲して跳躍すると着地点がずれ、縄に引っ掛かりやすくなることから、足関節での跳躍が求められた。そこでトランポリンを用いた介入は、楽しみながらバランスや協調運動を向上させる手段として有効で（Giagazoglou et al, 2014）、両症例においても、楽しく取り組む中で運動イメージをつかみ、同所跳躍が可能になったと考える。上下肢の協調性については、目的姿勢を取ることができてから動的な姿勢制御へ進むため（新田ら、2012）、それぞれ単独で動作可能になった段階で、それらを組み合わせて行ったことで協調性が向上したと考える。短縄跳び動作は、反復経験により運動プログラムが形成され遂行可能となり（新田、2014）、HP は家庭における効果的な介入手段で（Novak et al, 2019）、専門的に計画し継続することが推奨されている（Sugden et al, 2007）。このことから、短縄跳びの動作を繰り返し実施したことに加え、両事例とも HP を提示し家庭でも継続的に取り組めたことが運動学習に繋がりと、動作獲得に至ったと考える。以上から対象児の課題点に着目し、動作を細分化した直接的アプローチと、HP を活用した運動経験の増加が動作習得において重要である。

日本人の子ども向け Functional Reach Test の作成と基準値の設定

*稲富 惇一^{1,2}、渡邊 家泰²、池本 祐貴³、竹林 秀晃²

1. 土佐リハビリテーションカレッジ 作業療法学科、
2. 高知健康科学大学 健康科学部 リハビリテーション学科、3. いの町立介護老人保健施設 仁淀清流苑

Key word：小児、評価、バランス

【はじめに】 子どもにとってバランス能力は、基本的動作や物体制御能力の獲得、日常生活動作や遊びなど動作全般の基盤となるため、適切に評価することが重要である(Skaltsa et al., 2021)。しかし、日本におけるバランス能力の評価は静的バランス能力を測定する片脚立位が中心であり(運動器指針、2016)、動的バランス能力の評価は限られている。また、発育に伴う動的バランス能力の変化を調査した報告も少なく、どの年齢でバランス能力が著しく成長するかは明らかになっていない。本研究では、国際的に広く使用され、国外では子どもへの適用においても信頼性と妥当性が確立されている Functional Reach Test (FRT) の日本人の子どもも用作成と基準値の設定を目的とした。さらに、年齢ごとの FRT の変化を調査し、動的バランス能力の発達特徴を明らかにする。子どもの動的バランス能力の適切な評価基準の確立と発達過程を明確にすることは、運動発達を適切に把握し、個々の成長に応じた指導や支援の充実につながると考えられる。

【目的】 日本人の子ども向け FRT の作成と基準値の設定。FRT を用いた年齢ごとの動的バランス能力の差異の調査。

【方法】 研究デザインは横断研究とし、倫理委員会の承認を得た上で行った。必要なサンプルサイズは G-Power (Version 3.1.9.4：一元配置分散分析にて効果量 0.4、有意水準 0.05、検出力 0.95) および先行研究を参考に算出し、最低限必要なトータルサンプル数を 152 名とした (Cohen, 2013; Alotaibi et al., 2024)。対象は定型発達児とし、除外基準は視覚・聴覚障害、中耳感染症、過去半年以内の整形外科的疾患とした。年齢は、発育による運動能力の成長と FRT の最低適応年齢を考慮し 3~6 歳とした。参加者は、複数の保育園の協力を得て募集し、保護者の同意を署名にて得た 195 名 (男子 84 名、女子 111 名：3 歳 n=40、4 歳 n=58、5 歳 n=53、6 歳 n=44) であった。実施方法は開発者および先行研究 (Duncan, 1990; Norris, 2008; Alotaibi et al., 2024) を参考にした。裸足で利き手を壁側にし、肩関節 90 度屈曲・肘関節完全進展・前腕回内・手指屈曲位の姿勢から「手を遠くに伸ばしてください。ただし、踵が浮いたり足を動かしたりしてはいけません」と指示を与え、前方へ最大限リーチを行ってもらった。測定部位は第三中手骨の先端とし、0.5cm 刻みで計測した。除外基準は、指示の理解が困難、徒手の介助が必要、静止立位を保持できない場合とした。試行は 2 回の練習後、2 回の本番を行い、その平均値を最終スコアとした。統計分析では、外れ値を Smirnov-Grubbs で検出し、正規性を Shapiro-Wilk 検定で確認した。基準値と基準範囲は各年齢の FRT スコアの平均値 $\pm$ 0.5SD で算出した (Norris, 2008)。年齢ごとの差異は一元配置分散分析 (post-hoc Bonferroni test) を用いて検討し、有意水準は $p<0.05$ とした。統計解析には SPSS (Version 28.0) を使用した。

【結果】 除外基準および外れ値に該当した 32 名を除外し、最終的に 163 名 (男子 67 名、女子 96 名：3 歳 n=30、4 歳 n=50、5 歳 n=44、6 歳 n=39) を分析対象とした。3 歳児は甘えや指示理解の難しさなどにより除外割合が 25% (10/40 人) と高かった。各年齢別の FRT 基準値と基準範囲は以下の通りであった。3 歳：9.4cm (8.37-10.43cm)、4 歳：10.8cm (9.34-12.26cm)、5 歳：11.3cm (9.62-12.98cm)、6 歳：15.7cm (13.61-16.61cm)。また、効果量は 0.33、検出力は 0.95 であり、本研究において十分なサンプルサイズが確保されている信頼性が確認された。

【考察】 本研究では、まず日本人 3~6 歳児における FRT の作成と基準値を明らかにした。特に 3~5 歳児の基準値は、国際的にも報告が限られるため、有用な指標となる可能性がある。6 歳児の基準値は、先行研究の 15.3 cm (本研究 15.7cm) とほぼ同様の結果を示しており (Alotaibi et al., 2023)、今回用いた実施方法の妥当性が支持された。また、3 歳児の除外割合 (25%) は Norris ら (2008) の報告 (26%) と類似していた。3 歳児に FRT を実施する際は、甘えや指示理解の難しさを考慮し、慎重に進める必要がある。年齢ごとの差異に関しては、6 歳児のバランス能力が他の年齢に比べ有意に高いことが示された。この結果は、森岡 (2001) が報告した片脚立位 (静的バランス能力) と一致している。3~6 歳は身体能力が著しく発達する時期であり (Haywood & Getchell, 2024)、5~7 歳にかけて体性感覚を用いた制御が優位になるとされている (Shumway-Cook & Woollacott, 2007)。この体性感覚の発達が FRT スコアの向上に寄与した可能性がある。以上の結果から、6 歳はバランス能力が著しく発達する重要な時期であると考えられる。今後は個人の身体に合わせた予測式の作成、小学生以上を対象に調査を実施していきたい。

胸髄損傷患者の自助具の作製や家屋調査を経験して

～ステロイド性骨粗鬆症により脊椎固定術後の再骨折を繰り返した1例～

*横道 海咲¹、西原 慎太郎¹、中田 亮輔¹、矢野 俊恵¹

1. 松山市民病院

Key word：自宅退院、家屋評価、自助具

【はじめに】 現在、脊髄損傷は年間 100 万人当たり 49 人発症し、国内で年間約 5 千人の新規損傷患者が発症している。ステロイド性骨粗鬆症では、椎体骨折リスクが 5 倍上昇し、骨折は 30～50%に認められる。今回、脊椎固定術施行後に生じた胸椎破裂骨折により脊髄損傷を合併した症例の自宅復帰までの支援を経験したため、報告する。尚、本学会での発表に対して患者、ご家族からの同意を得ている。

【症例紹介】 60 代女性。脊柱管狭窄症と診断され、Th10～S2 に脊椎固定術を施行。29 日後 Th10 圧迫骨折を発症し、Th6～10 に固定術施行。回復期病院へ転院 2 日後に下肢随意性と深部感覚低下が出現し当院入院、Th6 破裂骨折を認め、Th2～6 の後方固定術、Th5～7 の椎弓切除術施行。以下、Ⅱ期まで本手術を術後と表記する。再入院後自宅退院する方向性となり、術後 77 日目、トイレ動作自立目的に作業療法（以下、OT）が追加された。

【初期評価】 身体機能は、下肢の随意性低下、表在感覚両側 5/10、関節位置覚・運動覚の消失。MMT は腸腰筋両側 4、大腿四頭筋両側 4、前腓骨筋右 4 左 1、長母趾屈筋右 4 左 1。安静度は硬性コルセット装着してフリー。基本動作は起居～端座位保持は見守り。Push up のみ可能で移乗は中等度介助。更衣は下衣全介助、膀胱直腸障害は無いが排泄はおむつ使用、入浴はストレッチャーで全介助。FIM は 69/126 点。数回の手術による再骨折リスクや恐怖心があり、訓練に消極的。

【経過】 第Ⅰ期：ADL 停滞期 OT 開始～50 日 OT 介入開始日（以下、日とする）のトイレ動作は全介助を要し、強い疲労感から涙を流し拒否する場面あり。短期目標として下衣操作の獲得を設定。ゴムを用い臥位から端座位へと操作練習を移行。左膝 TKA による屈曲制限があり、下肢を抱えた下衣通しは困難であったため、ハンガーを用いたズボンエイドとソックスエイドを作製し、平行して練習を実施。下衣操作練習は半ズボンから開始するも、背部痛の影響で訓練拒否や消極的な態度あり。傾聴を基本とした対応を心がけ、遂行可能な課題から段階的に促した。35 日目、端座位での下衣操作を獲得したが、院内での ADL には結びつかない状況であった。

第Ⅱ期：ADL 向上期 51～73 日 51 日目の家屋調査により意欲が向上。翌日より、自助具を使用した端座位での下衣操作、靴下の着脱等、日常生活場面での実践開始ができた為、トイレ内での介助量も減少。訓練では住宅環境を想定し滑り止めシートを使用した裸足や靴下での移乗練習を施行。72 日目で日中、夜間の移乗およびトイレ動作が自立し、FIM110/126 点まで向上した。

第Ⅲ期：ADL 再獲得期 74～144 日 74 日目、夜間のトイレ内で転倒。当初は第 11 肋骨骨折が判明したが、神経痛の出現により徐々に ADL は全介助となり、再検査で仙骨骨折が判明。第 4 回目手術として L5～S1 後方固定術後 4 日目より段階的なトイレ動作練習を開始。疼痛はあるも、訓練は積極的に取り組めた。身体機能面の大きな変化は無いが、術後 24 日目で FIM110/126 点まで回復。多職種との退院前カンファレンスを実施し、OT 開始日から 144 日目で自宅退院となった。

【考察】 回復期病院で一般的な家屋調査も、急性期病院では経験できる機会が少なく、自宅復帰に向けた具体的アプローチの予測が困難であったため、短期目標の設定やオリエンテーション不足による、ADL 訓練の受け入れに繋がらなかった可能性がある。しかし、自助具の作製という、患者と共に試行錯誤する個別的アプローチが、OT への信頼度向上に繋がり良好な関係性を築け、さらに家屋調査による具体的な自宅退院へのイメージが出来た為、主体的な取り組みが促進できたのではないかと考える。最終の手術後は入院時と同程度まで ADL が低下したが、長期の関わりの中での目標共有や、これまでの取り組みを振り返り、段階的な成功体験の積み重ねが本人の意欲向上に繋がったと考える。

【おわりに】 本症例では、急性期病院から自宅退院する方向性となり、家屋調査と多職種連携により包括的な支援が行え、自宅退院までの過程を学ぶ機会となった。臨床ではトップダウンの評価と訓練が優先されるが、実際の ADL 場面での失敗体験による心理的状況を考慮し、長期的視野に基づく段階的な評価と訓練も重要ではないかと考える。今後は、早期からの動作分析と適切な課題設定を行い、患者に合わせた自助具の作製や心理的側面にも配慮した介入を行い、より効果的な作業療法を目指したい。

多職種で介助統一を行い、ADL改善が図れた症例

*角谷 圭太¹

1. おおぞら病院

Key word : ADL、多職種連携、介助指導

【初めに】 今回、左被殻出血を呈した患者を介入させていただいた。介入当初から基本動作・ADL全介助で対応しており、入院期間で機能向上やADL介助量軽減が図れた。その際、多職種と連携し介助の統一、段階的に病棟へADL反映を行ったので報告する。

【基本情報】 ・個人情報：A氏 70歳代 男性・既往歴：胃潰瘍 白内障・環境因子：妻と二人暮らし・方向性：施設退院・現病歴：X1月Y日、入浴中に浴槽内で動けなくなっているところを発見。搬送時にJCS3-10、失語、重度右麻痺を認めた。頭部CTにて左被殻出血と左脳基底核に脳動脈奇形を認め、X月Y日にリハビリ目的で当院転院となる。

【初期評価】 (X月Y日～Y日+4日)・Brs-t：右上肢Ⅰ 手指Ⅰ 下肢Ⅱ・可動域：右手関節～手指 軽度制限・筋力：左上肢MMT4 右上肢MMT1・認知機能：MMSE-J 精査困難・高次脳機能面：失語症 注意障害・基本動作/ADL：全介助

【統合と解釈】 今回、脳梗塞により右上下肢重度運動麻痺と高次脳機能障害が残存し基本動作・ADLに介助を要する。右上肢に浮腫・疼痛もあり、廃用手レベル。基本動作は健側の過活動、麻痺側上肢の管理不十分、高次脳機能障害により口頭指示の理解不十分があり、自己解釈での起居動作となるため介助量が多い状態。ADLはベッドで実施しており、全介助で対応する。本人も介助に対して疲労感や抵抗感があり時折拒否が見られる。また、失語症により意思疎通がうまく図れず心的疲弊あり。作業療法は安全に病棟生活を送れる事を目標に起居動作やADLの介助量軽減を図る。

【治療プログラム】 #1 関節可動域練習 #2 起居動作練習 #3 移乗動作練習 #4 端坐位・立位練習 #5 ADL練習 #6 多職種との介助指導

【経過】 ○基本動作の定着を行う期間(Y日～Y日+2W) ベッド周囲の動作定着を図るため、起居・移乗の練習から開始する。セラピスト間で、本人に混乱が出ないように起居の手順を統一。徐々に協力動作が出現し、起居はベッド柵を持ち、見守り～軽介助で対応可能。移乗はL字柵を設置するも、バランス不良で恐怖心が強く後方重心と体幹の仰け反りがあり最大介助で経過する。食事場面は環境設定を行い、食堂で自己摂取まで可能となる。トイレ誘導も進めており、尿便意が曖昧であるもOT時間のみ誘導しNsと二人介助で対応する。

○ADLを病棟へ反映する時期(Y日+1M～Y日+2M) 病棟から全介助で基本動作を行い、介助方法も統一できていない状態と報告あり。本人も介助ムラがあることで恐怖心が強くなり、後方へ仰け反りが強くなっている。基本動作の介助量軽減が図れてきた時期で、病棟へ介助統一を提案。パンフレットを使用し、A氏にも恐怖心や介助ムラなく反映できて来た。トイレ動作はリハビリ時間(PT/OT)を朝昼食後に時間固定して誘導を行った。時間誘導が確立し、オムツからリハパンのタイミングで病棟反映を行った。

○本人の意思表示で病棟生活を過ごした時期(Y日+2M～4M) 基本動作は見守りまで改善。車椅子に移乗し、自走練習など行い自室から食堂までの移動も可能となる。そのころから、オムツ内で排泄したときはナースコールで知らせるなど、本人からの意思表示が出現してきた。安全に過ごしていただくため環境面の把握やダイレクなどに参加を促す。

【最終評価】 (X月Y日+4M) ※変更点のみ記載・Brs-t：右上肢Ⅱ-Ⅲ 手指Ⅱ 下肢Ⅲ-Ⅳ・筋力：左上肢MMT4 右上肢MMT2・起居：見守り 移乗：見守り 移動：車椅子介助・ADL：食事：補助具を使用し自己摂取整容：軽介助排泄：中等度～最大介助更衣：上衣 中等度介助 下衣 最大介助入浴：機械浴全介助

【考察】 今回、左被殻出血を呈した患者様をリハビリで介入させて頂いた。介入当初は基本動作・ADL全介助で対応しており、意思表示も失語症の影響で心的ストレスが多くみられていた。身体機能でも右上下肢に重度運動麻痺や関節拘縮が残存し、動作場面でも介助が必要な状態であった。OTでは本人主体での動きを引き出すために残存機能を考慮し、動作指導や多職種と連携し、動作統一を図り動作の獲得を図った。岡本らは「個別リハビリテーション訓練により『できる』ようになった動作を、日々の病棟生活で『している』動作・活動として定着させるためには、病棟看護・介護の動作アプローチ方法や自主訓練に工夫が必要」と記載しており、今回はパンフレットや動作見学を用いて、多職種で情報共有を行った事で、本人のしているADLの拡大に繋がったと考える。

脳卒中後感覚障害を呈した症例への Modified CI 療法の試み

*小松 明甫¹、坂本 和弥¹、林 邦行¹

1. 医療法人恕泉会 リハビリテーション病院 すこやかな杜

Key word：感覚障害、運動麻痺、CI 療法

【はじめに、目的】 Constraint-Induced Movement Therapy(以下、CI 療法)とは、脳卒中後の麻痺側上肢の運動機能向上や、日常生活上での麻痺手の使用頻度向上を目的した治療法である。また、CI 療法には適応基準が設定されており、回復期での実施が可能となるよう修正されたものを Modified CI 療法(以下、mCI 療法)と呼ぶ。mCI 療法では運動機能と使用頻度の改善に対しての効果については検証されているが、感覚障害への影響について検証されたものは少ない。感覚障害に対するアプローチとしては能動的に物品に触れ知覚するアクティブ・タッチが重要であるとされている。従って今回、mCI 療法を実施することによりアクティブ・タッチ増加することが感覚障害に影響を与えるのではないかと考え、運動障害、感覚障害を呈した症例に対して mCI 療法を実施し、感覚障害の変化を経時的に追った。

【対象者、研究方法】 対象者は 70 歳代男性、右視床脳出血。左顔面の違和感、左上下肢麻痺も出現し、A 病院へ救急搬送される。当院入院時神経学的所見としては、中等度の運動麻痺、感覚障害を認め、Brunnstrom Stage(以下、Br-s)上肢Ⅲ、手指Ⅲ、下肢Ⅲ、fugl meyer assessment(以下、FMA)上肢項目 24 点、感覚障害としては、SIAS 上肢触覚 1、上肢位置覚 2、と低下を認めた。神経心理学的所見では、注意機能障害、半側空間無視を認め MMSE20 点であった。39 病日頃、基本動作の介助量軽減を認めたが、対象者より「左手を使うのはもう少し握る力がついてから」といった発言を認め、Motor Activity Log(以下、MAL)を測定したところ、Amount of Use(以下、AOU)0.44、Quality of Movement(以下、QOM)0.33 であり、学習性不使用を認めた。39 病日時点での神経学的所見では、運動麻痺においては FMA 上肢項目 29 点。感覚障害においては先行研究をもとに 8 項目に分けて母指探しテスト実施し、その平均を算出した結果、度数 1.37 度、秒数 1.05 秒であった。目標の選定ではカナダ作業遂行測定(以下、COPM)用い、3 つの目標を設定した。トイレ動作が自室で一人で可能となる。②準備をしてもらえば着替えができる。入浴時、移動は見守り、洗体は自己にて可能となる。とし、それぞれの重要度、遂行度、満足度は 9、1、2②8、1、18、2、1 であった。介入方法としては、1 日 40 分～1 時間の毎日の作業療法訓練と自主訓練として 20 分の shaping 課題を週 5 回、毎日のモニタリング課題として、ADOC-H から上肢の参加箇所 10 項目選定しチェックを行った。期間は 8 週間とし、合計の訓練時間が 40 時間以上となるように設定した。アウトカムを MAL、FMA、母指探し試験に設定し、麻痺側上肢の使用頻度、上肢機能、感覚障害について週 1 回測定を行った。8 週間の介入前後で WMFT、COPM を実施した。効果判定について、FMA、MAL については回復期での臨床的意義のある最小変化量(minimal clinically important difference。以下、MCID)と比較した。感覚障害については母指探し試験の結果をグラフにて視覚分析を行った。

【結果】 上肢の運動麻痺は FMA29 点から 42 点へ向上、上肢の生活上への参加頻度は MAL、AOU:0.44、QOM:0.33 から AOU:1.44、QOM:1.33 まで向上し、どちらも各検査の回復期 MCID を超える程度の改善を認めた。感覚障害に対する検査の MCID はないものの、母指探しテストの平均度数 1.37 度、平均秒数 1.057 秒から平均度数 0.5 度、平均秒数 0.89 秒への減少を認め、グラフ上でも両者ともに改善傾向を認めた。COPM の満足度、遂行度についてはそれぞれ 8、87、56、6 であった。

【考察】 今回、中等度の運動麻痺、感覚障害を呈した症例に対し、mCI 療法を実施し経時的に評価を行った。結果、8 週間の経過で FMA、MAL で MCID を上回る改善を認め、並行して感覚障害が改善した。これらの結果から mCI 療法を実施することにより、日常生活上での麻痺側上肢使用頻度が向上し、物品へのアクティブ・タッチが増加することで感覚障害の改善に良好な影響が得られる可能性が示唆された。しかし、今回単一症例での検討であることから、mCI 療法が直接感覚障害の改善に寄与していたかについては、今後、症例を増やすことに加え、対象群との比較試験等実施していく必要がある。

身体パラフレニアを呈した重度片麻痺患者に対し整容動作を用いることで

麻痺側への注意が改善した一例

～息子の手から自分の手～

*伊賀 はるか¹

1. 総合リハビリテーション 伊予病院

Key word : (身体パラフレニア)、知覚、(整容動作)

【はじめに】 身体パラフレニアとは、病巣と反対側の自己の身体部位について、他の誰かの体の一部であると主張する症状である (Gerstmann, 1942)。本症例は、重度左片麻痺と左半側空間無視を呈し、麻痺側上肢を息子の手と訴え嫌悪感を抱いていた。今回、整容動作を通し麻痺側上肢への知覚入力を促した結果、麻痺側への注意が改善し、手洗い動作及び食事動作へ繋がった一例を報告する。尚、発表に際して当院の倫理規定に基づき、症例及びご家族には書面と口頭にて説明し同意を得た。

【症例紹介】 70代男性、独居。急性硬膜外血腫、外傷性くも膜下出血、右前頭葉脳挫傷、顔面骨折・前頭骨骨折眼窩底骨折を認め、保存療法を開始した後、徐々に左片麻痺が出現。頭部MRI検査にて右内頸動脈領域の広範囲な脳梗塞を認めた。第42病日に当院に転院。入院時のADLは全介助レベルで、食事は経管栄養、高次脳機能評価は集中力低下のため実施困難であった。

【作業療法評価(第87病日)】 BRS: 上肢Ⅱ、手指Ⅱ、下肢Ⅱ。右動眼神経麻痺(+)眼球外転位・眼瞼下垂著明。ROM(他動): 両側肩関節に可動域制限、左手手指屈曲拘縮あり。感覚: 左上下肢表在・深部共に重度鈍麻(1/10)。麻痺側上肢は強い痛みがあり、「息子の手が胃の上に乗って重いけん、のけてくれ」といった訴えも多く認めた。座位は軽介助。MMSE19点、Behavioral Inattention Test(以下BIT)通常15点・行動1点。Catherine Bergego Scale(以下CBS)18点(客観24点、主観6点)。全般性注意機能低下。感情失禁や脱抑制、不穏あり。FIM34点(運動22点、認知12点)食事3点: スプーンを使用。左側の皿を残すため声かけや食器の移動が必要で、終盤は食事介助も要した。整容2点: 手洗いは水道や麻痺側上肢の注視が難しく、手指を洗うと痛みが出現した。

【介入方法及び経過】 第98病日から、視覚刺激の制限と麻痺側の空間探索を容易にするため、非麻痺側を壁とした長座位で、介助下での顔面や手の清拭を通し、知覚入力を促す介入を開始した。開始時の眼球は非麻痺側を向き、注意散漫で多弁・感情失禁もあったが、第102病日には麻痺側上肢への注視が可能となり、落ち着いて取り組むことができた。麻痺側手部の保清に興味を示したため、第103病日に手洗い(車椅子座位)へ移行した。介助下では手指の痛みが出るため、できるだけ主体的に洗うよう促した。第137病日には、麻痺側上肢の注視が可能となり、自動介助下で洗面台に麻痺側手部を出せるようになり、手洗いで痛みも訴えなくなった。また、食事場面でも麻痺側手部を見るよう促すと、左側の皿に気付けるようになった。他者が触ることにも抵抗が減り、上肢機能訓練も可能となった。第150病日には、手洗いは日常生活に汎化され、洗面台に行くと主体的に麻痺側手部を洗うことができた。第180病日には、左側のおかずは自身で探索できる範囲が拡大し、終盤は「左側に残っていますよ」という声かけで完食可能となった。また、麻痺側上肢を「動かそうと思ったら動くけん、これは自分の手と思う。」との発言を認めた。

【結果(第184病日)】 BRS: 上肢Ⅲ、手指Ⅲ、下肢Ⅲ。右動眼神経麻痺(+)眼球外転位・軽度眼瞼下垂。感覚: 左上下肢表在・深部共に重度鈍麻(2/10)。座位: 見守り。MMSE20点、BIT通常20点行動8点。CBS7点(客観21点、主観14点)。注意機能は集中の持続が拡大し、感情失禁は減少した。FIM61点(運動37点、認知24点)食事4点: 見守りで可能だが時折声かけを要した。整容3点: 手洗いは見守りとなった。

【考察】 本症例は、麻痺側上肢の身体パラフレニアを呈していたと考えられ、麻痺側上肢が自分の身体の一部であることを認知させる目的で、清拭や手洗いを通し、身体や空間の探索、能動的な知覚経験を日常に循環させた。酒井ら(2022)は、「身体所有感の向上には、複合的・統合的に視覚・運動・自己受容的な視・触・位置・運動の感覚を同時的に入力する操作が重要である」と述べている。手洗い動作の中で、麻痺側上肢を見て触れ、両手動作を通して様々な知覚経験を行ったことで、麻痺側上肢の感覚・随意性の向上が得られ、その結果、自身の手として認知し、身体所有感が改善されたと考えられる。これにより、麻痺側の空間への気付きも得られやすくなり、食事動作の改善にもつながったと考える。

回復期脳卒中片麻痺患者における上衣更衣の自立に関する因子について

*篠原 智哉¹

1. 橋本病院

Key word : 脳卒中片麻痺、上衣更衣、麻痺側上肢

【目的】 内山によると運動 FIM 合計 60 点の脳卒中片麻痺患者の上衣更衣の獲得率は 30%と言われており、また僅かでも運動機能を有している場合には、それを生かす動作指導が必要と麻痺側上肢機能の重要性を述べた報告がある。先行研究では Brunnstrom stage (以下 BRS) や Stroke Impairment Assessment Set (以下 SIAS) といった上肢機能検査を変数とした報告は散見されるが、Simple Test for Evaluating Hand Function (以下 STEF) を用いた報告は少なく、その目標値についての報告も不十分である。今回、当院回復期リハビリテーション病棟へ入院した脳卒中片麻痺患者において、上衣更衣の影響因子に関して STEF を含んだ運動機能および認知機能を含めて調査した為、以下に報告する。

【対象】 2010 年 10 月 1 日～2024 年 7 月 31 日の期間、当院回復期リハビリテーション病棟の退院患者のうち、脳卒中患者 469 名を対象とした。除外基準はデータ欠損者、体調の急変による転院者、死亡退院患者とした。

【方法】 退院患者の更衣(上衣) FIM6 点以上を自立、5 点未満を非自立と定義し、年齢、性別、急性期入院期間、回復期入院期間、退院時の BRS 上肢・手指・下肢、Mini Mental State Examination (以下 MMSE)、Berg Balance Scale (以下 BBS)、STEF、握力を説明変数として、ロジスティック回帰分析 (stepwise 法) にて重要因子の抽出を行った。関連を認めた連続変数尺度に対して追加検証とした ROC 解析を実施した。また統計学的有意水準は 5%とした。

【結果】 対象 469 名の内、更衣自立は 329 名と全体の 70%であった。重要因子として、性別、握力(麻痺側)、握力(非麻痺側)、BBS、STEF(麻痺側)の 5 因子で、このモデルの曲線下面積 0.94 (95%信頼区間 0.92-0.96)であった。オッズ値はそれぞれ 4.2 (95%信頼区間 1.81-9.74)、1.09 (95%信頼区間 1.02-1.16)、1.07 (95%信頼区間 1.01-1.12)、1.05 (95%信頼区間 1.03-1.08)、1.02 (95%信頼区間 1.00-1.03)であった。また有意差を認めた連続変数尺度の cut-off 値は握力(麻痺側) 6.5kg (曲線下面積: 0.84、感度 71.4%、特異度 83%)、握力(非麻痺側) 13.2kg (曲線下面積: 0.79、感度 60%、特異度 87%) BBS43 点 (曲線下面積: 0.9、感度 85.7%、特異度 81.2%)、STEF(麻痺側) 52 点 (曲線下面積: 0.87、感度 90%、特異度 76.6%)であった。

【考察】 今回の調査にて脳卒中片麻痺患者の上衣更衣自立には STEF(麻痺側)が重要であり、その目標値は 52 点ということが明らかになった。また脳卒中片麻痺患者の上衣更衣自立に必要な因子としては握力(麻痺側)、握力(非麻痺側)、BBS、STEF(麻痺側)が重要であり、バランス能力が重要といった報告は先行研究と一致する。Jung によると亜急性期の患者は麻痺側の握力、ピンチ力と更衣との間に有意な相関があったとの報告があり、麻痺側上肢を積極的に参加、使用することが上衣更衣の獲得に影響するものと考える。今回の調査で更衣自立の関連因子として、新たに麻痺側手指の巧緻性が重要ということが分かった。そのカットオフ値として、STEF(麻痺側) 52 点が目指すべき指標となり、リハビリテーションプログラムの一助になると考える。限界点として、STEF は重度片麻痺患者においては検査の実施が困難であり、Action Research Arm Test など重度片麻痺患者の変化を捉えられる評価との併用が必要と考える。

【倫理的配慮】 本研究はヘルシンキ宣言に基づき、当院倫理委員会の承認を得て行い、匿名化した既存のデータで検討を行った。(承認番号 No.28)

慢性期脳卒中患者に対する反復性経頭蓋磁気刺激治療と MELTz®手指運動リハビリテーションシステムの併用療法について

*新谷 智希¹、鶴窪 良樹¹、鷹取 宏治¹、澤井 美佳¹

1. 医療法人西山記念会 MIRAI 病院

Key word：ロボット、反復性経頭蓋磁気刺激、(脳卒中慢性期)

【はじめに】 近年、脳卒中後の麻痺に対するロボット支援リハビリテーションの有効性が報告され、今後の発展が期待されている。治療で利用されるロボットのうち能動型展伸・屈伸回転運動装置(MELTz®)は、患者の意図を生体電気信号から人工知能が判別し、麻痺手の運動をアシストする機器である。今回、慢性期脳卒中患者に対して、A型ボツリヌス毒素製剤(BoNT)の施注と反復性経頭蓋磁気刺激(rTMS)治療に MELTz®を導入した作業療法を実施し、上肢機能と生活上での麻痺手の使用に改善を認めたため報告する。

【症例紹介】 症例は50代男性。令和X年、左内包後脚から放線冠にかけての脳梗塞を発症した。ADLは、左上肢で自立し、移動も独歩にて自立している。右手の状況は、補助手レベルであり、当院に過去2回rTMS治療で入院しており、その際、手指以外の上肢機能はやや改善傾向にあったが補助手レベルには変化なかった。demandは、「右手で箸を使いたい、病前のように釣りをしたい」であった。今回、X年より1年3ヵ月後、当院に3回目のBoNT施注とrTMS治療目的で入院となった。

【入院時評価】 上肢機能は、BRS(12grade):上肢V(9)、手指III(4)、Fugl-MeyerAssessment 上肢項目(FMA U/E):38/66点(A:28点、B:7点、C:2点、D:1点)、握力は右:8.5kgであった。筋緊張は、modified Ashworth scale(MAS)にて肩外転、肘伸展、前腕回外、手指伸展:1、表在感覚は正常、深部感覚は肩関節の位置覚が軽度鈍麻であった。Wolf Motor Function Test(WMFT):320秒、Functional Ability scale(FAS):47点、簡易上肢機能検査(STEF):1点、Action Research Arm Test(ARAT):20点であった。Motor Activity Log(MAL)の使用頻度(AOU):1.75点、主観的な使いやすさ(QOM):1.33点であった。手指運動は、母指橈側外転と小指伸展のみ可能で、つまみ動作は、横つまみは可能も母指の掌側外転が乏しく、対立つまみ困難であった。箸操作は、介助箸を使用して開閉は可能も脱力に時間を要し、リーチ動作に伴い箸先端は狭小化するため実動作は困難であった。釣り動作は、リールを回す際に横つまみを行うが、持続性が乏しくハンドルから離れることが多かった。rTMS開始時の磁気共鳴機能画像法(fMRI)では、右手指タッピング時に左一次運動野と両側大脳に散在した賦活がみられた。

【介入内容】 右上肢痙縮筋に対してBoNTを300単位施注し、その後14日間のrTMS治療と集中的作業療法を実施した。rTMS治療は、健側大脳へ20分間の低頻度照射を1日2回、計24回実施し、照射後に60分の個別作業療法、60分の自主訓練を行った。個別作業療法は、痙縮筋に対してのストレッチや振動刺激、亜脱臼の改善を目的として低周波療法、リーチ動作時の適切な方向付けや体幹の代償抑制を目的に空間課題やハンドリング下での動作練習とMELTz®を用いたロボット支援治療を行った。MELTz®の内容としては、手指屈伸の反復訓練とアームバルンサー使用下でボールの移送、母指対立位で角ベグの移送を午前午後共に実施した。自主訓練は、肩伸展・外旋方向への輪移送、母指外転サポーターを用いたベグ作業を段階的に実施した。

【退院時評価】 BRSと感覚は特変なく、筋緊張はMASにて全項目0に改善した。FMA U/EはCとD項目が向上し42/66点、握力は右13.3kgと向上を認めた。WMFT203.6秒、FAS49点、STEF11点、ARAT28点、MALはAOUが2.20点と向上したが、QOMは1.30点と特変を認めなかった。退院時のfMRIは、右手指タッピング時において右半球の賦活が減少し、左半球では賦活部位が散在しているが一次運動野への収束を認めた。また、過去2回の退院時fMRIと比べて一次運動野での賦活の増加を認めた。箸操作は、介助箸の操作が円滑になり、実際の食事場面では時間に余裕がある時は行えるようになった。また、釣り動作では病前と同じ対立つまみでのリール操作が可能となり、実用性が向上したと聴取できた。

【考察】 今回、慢性期である本症例の個別訓練にMELTz®を導入した結果、上肢機能の改善と生活上での麻痺手の使用に変化を認めた。文献ではFMAの最小可検変化量(MDC)は3.2点、ARATの臨床重要最小変化量(MCID)を5.7点と述べており、本症例はMDC、MCIDの数値を超える成果を認めた。さらにfMRIにおいても、MELTz®を用いた訓練は、一次運動野の賦活の増加がみられていた。MELTz®は患者の運動意図を必要とし、サポートも瞬時に行う特徴を有している。その為、本症例においても主体性をもって適切な知覚経験と運動を反復することが可能となり運動学習の促進が図れたと判断する。MELTz®の手指に対するアプローチの有効性が示唆されたと考える。

脳梗塞により左片麻痺を呈した症例への家庭内役割獲得に向けた介入

*島村 佳那子¹、西内 めぐみ¹、中島 美和¹、道倉 由美香¹

1. 社会医療法人近森会 近森リハビリテーション病院

Key word：家事、家庭内役割、課題指向型訓練、片麻痺、脳梗塞

【はじめに】 今回、脳梗塞発症後、左片麻痺に加え疼痛増悪、抑うつ状態となった症例に対して疼痛コントロール、課題指向型アプローチ（以下 TOA）、物理療法、自主トレの指導等を行った。その結果、希望である家事動作再獲得に繋げることができた症例を経験したため報告する。なお、発表において本人に書面にて同意を得ている。

【事例紹介】 40歳代女性、利き手は右手。夫・長女・義父と4人暮らし。右放線冠脳梗塞により、意識障害、顔面含む左半身麻痺、構音障害を認め、発症後14日目に、当院入院。初期評価では、BRS 上肢Ⅲ-3、手指Ⅲ-1、下肢Ⅴ-3、FIM は78点で、入院時から目眩や嘔気が出現しやすく、洗体や下衣操作は介助を要した。FMA は上肢項目13/66点、MAL の AOU・QOM 共に0点であった。ROM は左肩関節は著明な制限ないが、両肩関節に疼痛を認め、腰部痛も病前から認めていた。感覚は表在・深部共に問題なし。本人の希望は家事動作再獲得を挙げられた。

【経過】 まずは、症状に配慮しながら排泄や食事自立を目指し物理療法・反復促通・TOA を実施した。TOA は目標とする生活動作である排泄動作での手すり支持や食事場面での小袋開封を目標に課題設定を行い、必要な関節運動の反復促通や物品の種類・空間的範囲等の難易度調整をしながら介入した。その結果、車椅子移動での排泄や食事動作が自立し、この時期の FIM は92点、FMA は32点に向上した。この時期、上肢機能評価としては得点向上していたが、機能面の改善中心に目が向き、ADL での左上肢使用場面は増えていなかった。そのため、段階付けて ADL で左上肢が使用できそうな場面を共有し実場面で実施した。難しかった所はディスカッションし、その動作獲得に向けた TOA や環境調整を行った。結果、徐々に ADL での左上肢参加場面が増え、さらに自ら左上肢が使用できそうな場面を列举したり、左上肢使用に関して意欲的な発言が聞かれ始めた。しかし、時折今後の不安は聞かれていた。復職や再発に関する不安、家族介助が今後必要になる申し訳なさから涙ぐむ場面がみられていた。そのため、退院後の生活を見据え、本人の希望であった家事動作再獲得に向けた TOA と自宅に近い環境での家事動作訓練を実施し、本人が安全に行える家事動作を共有した。また、家庭訪問にて動作確認や改修案の提案を行った。結果、釘付まな板を使用しての調理や洗濯ラックの高さ変更など環境調整することで、左上肢の参加が可能であり、さらに徐々に自宅退院後の生活動作を本人の中で想像でき始め家事動作に関して自信がついた発言が聞かれた。

【結果】 最終評価は BRS 上肢・手指Ⅳ-2、下肢Ⅴ-3、FIM は110点で移動は院内独歩自立、洗体・更衣に介助を要していた。FMA は48点、MAL の AOU は3.8点、QOM は2点となった。ROM は左肩関節屈曲100°までは疼痛なく可能となった。家事動作は、左上肢を補助手として使用しながら調理・洗濯・掃除等が自立レベルで可能となった。

【考察】 Shelton らは、FMA の臨床的意味のある最小変化量について、亜急性期を9～10点、生活期を4.25～7.25点と設定している。本症例は最小変化量を超える得点であったが、ADL 場面での左上肢使用は少ない状況であった。竹林は、問題解決技法の獲得は、ADL において対象者が麻痺手を使用するために最も重要であると報告している。今回、難易度調整を行うことで成功体験へ繋げ、難しい所は一緒に戦略を考えることで、左上肢使用場面が広がったと考える。また、本人にとって目的や意味のある作業を達成できたことで正のフィードバックとなり、左上肢使用場面の増加に繋がったと考えられる。また、TOA における明確な難易度調整の方法は不明な点が多いと報告されており、対象者個々の病態に応じて検討する必要がある。本症例は左片麻痺に加え疼痛や抑うつ症状を認めており、時期ごとに介入方法の検討・課題の難易度調整・目標共有を行なったことで、目標達成に繋がったと考えられる。また、自宅退院後の生活を本人の中で想像出来始め現実検討ができ、本人の中でも課題の把握と家庭内役割であった家事動作への自信に繋がったと考えられる。

写真撮影を通してリハビリ意欲の向上、自己認識に繋がった症例

－「写真撮りたいな」という声に耳を傾けて－

*福岡 太郎¹、客野 貴彦¹、井関 博文¹、芝 篤志²、倉田 浩充²

1. 医療法人ひまわり会 中洲八木病院 リハビリテーション部、2. 医療法人ひまわり会 中洲八木病院 診療部

Key word：意欲、自己理解、動機づけ

【はじめに】 写真撮影には人との関わりが増える、自己効力感が増す、活動性が増すといった効果があり、意志や意欲、自己表現する力を引き出すと言われている。今回、胸椎圧迫骨折を受傷し、疼痛によりリハビリテーション（以下リハビリ）への参加意欲が出ない症例を担当した。写真撮影を用いたことで信頼関係の構築・動機づけが促され、意欲が向上した為以下に報告する。

【倫理的配慮】 本症例に対し、事例報告の趣旨を説明し、書面にて同意を得た。

【症例紹介】 90歳代女性、自宅で転倒し、第7胸椎圧迫骨折と診断され当院回復期リハビリ病棟に入院となる。[入院前ADL] 娘夫婦と同居。移動：屋内歩行器、屋外車椅子にて移動。排泄：日中ポータブルトイレ（以下Pトイレ）夜間おむつにて実施。その他ADLは娘の介助下で実施していた。

【初期評価】 [HDS-R] 17点 [FIM] 54点（運動19点/認知35点）[疼痛] 安静時NRS10。[人間作業モデルスクリーニングツール（以下MOHOST）] 47点/96点。[観察と考え] 腰背部痛により、「今は休む時期」、「家に帰ったら出来る」と訴えが聞かれリハビリに対する意欲、自己認識の低下が見られ、「何もしたくない」との事で積極的な離床が困難であった。痛みが軽減し歩行、Pトイレ誘導開始となるも、拒否が強く実施できないこともあり、依存的な発言も多く、思い通りにいかないと怒る場面も見られ、病棟スタッフも関わり方に難渋していた。

【経過と介入】 初期（17病日目～）：信頼関係が十分に構築されていない状態で介助されることで拒否が生じていると考え、病棟内でも「したい事が無い」との事で症例が意欲的に取り組める作業と一緒に探索することで拒否が減少すると考えた。症例家族の面会時に相談を行い、家族より「よく車椅子に乗って出かけていた」と聞かれた。入院前は好んで外出していたことに気づき、リハビリ参加につながることを期待し、症例に車椅子で屋上に行ってみることを提案した。屋上に外景色を見たことで症例より「写真撮りたいな」と普段とは違って意欲的な希望が聞かれた。「写真を撮る」という目的があることで離床拒否の減少につながると考え、毎日の作業療法介入の中で症例と一緒に写真撮影を取り入れた。

中期（49病日目～）：作業療法介入での「写真撮影」を通じ、風景写真や病棟スタッフとの写真を撮ることに日々の楽しみを見つけ、笑顔が増加し怒る場面や離床拒否が減少した。また、病棟スタッフの顔を確認し、症例から自発的に「一緒に写真を撮ろう」と誘う場面や「撮影した写真を印刷して見せて」といった希望が聞かれるようになった。「写真撮影に行く」や「歩いている様子を記録しましょう」等と促せば拒否が減少し、歩行訓練も取り組めるようになった。

後期（70病日目～）：撮影した写真を用いながらフィードバックを実施した。写真を見ることで症例より「背中が曲がってる」「足が上がってない」等の姿勢を気にする場面が見られ、動作指導も前向きに捉えるようになった。また、訪室前に化粧水を塗っていたり、家族やスタッフに「スカーフをリボンにして首に巻いて」と頼んだり身だしなみを気に掛ける場面も見られた。介入期間での写真の振り返りを通じて“できるようになったこと”を症例自ら認識でき、自信が付き、退院後生活に対する希望も少しずつ聞かれるようになった。病棟内ADLの介助量が減少し、自宅退院へと至った。

【結果】 [HDS-R] 22点 [FIM] 81点（運動46点/認知35点）[疼痛] 安静時NRS0、動作時NRS3。[MOHOST] 86点/96点。[動作観察] 写真撮影を用いた関わりにより、リハビリの時間を楽しみに待つ様子が増加した。離床に対する拒否が減少し、症例自ら希望を発言するようになった。動作指導も前向きに捉えるようになり、病棟スタッフのトイレ誘導にも拒否なく実施可能となった。

【考察】 本症例は痛みにより拒否や暴言等があり、介入方法に難渋していた。症例が意欲的に取り組める作業を共に探索し、取り入れることで、信頼関係の構築、離床回数の向上に繋がったと考える。写真の作業特性として症例が日々の変化を認識しやすく、岸らは意志や意欲、自己表現する力を引き出すと述べている。また、日々の整容動作に結び付き、病棟スタッフに自発的に声をかけるようになったと考える。よって意欲低下や拒否的な症例に対して、写真撮影を行うことは信頼関係の構築、意欲の向上の一手段になることが示唆された。

転倒リスク判定における身体認識誤差の有用性および自己感との相関性に関する予備的研究

*萩原 賢二 1、川添 あづみ 2、山本 野乃 2、緒方 裕一郎 3

1. 高知健康科学大学 健康科学部 リハビリテーション学科 作業療法学専攻、
2. 土佐リハビリテーションカレッジ 作業療学科、3. 小規模多機能施設 いろは

Key word：(身体認識誤差)、(自己感)、転倒

【はじめに】 高齢者が生活場面で転倒する背景には、加齢に伴う運動機能の低下や環境による影響だけでなく、能力の変化を適切に認識した上で動作を遂行したか否かが重要と述べられている。この点から、高齢者の運動機能を評価する指標において、実際の運動結果（以下、実測値）とカットオフ値による判断だけでなく、実測値と予測イメージ（以下、予測値）の誤差（以下、身体認識誤差）を転倒リスクの判断指標として加味することが重要と考える。本研究においては身体認識誤差を検証する為、転倒リスクの判断指標として先行研究でも使用されている運動機能評価より、予測値をイメージしやすい CS-30、FRT、TUG を用いた。測定指標に CS-30 を含めた予測値・身体認識誤差における年齢との関連性についての報告はない。さらに、CS-30、FRT、TUG の実測値・予測値・身体認識誤差において、運動学習や内部モデルの構築に心理的側面から関与する自己感との関係性を検証した報告は見られない。

【目的】 CS-30、FRT、TUG において、年齢と実測値・予測値・身体認識誤差の関係性および年齢群別での比較、さらに身体認識誤差と自己感との関係性を明らかにすることを目的とした。

【方法】 対象：成人群として健常成人 6 名（平均年齢：52.0±8.80 歳）、高齢者群として認知機能に問題がなく独歩可能な 65 歳以上の健常高齢者 7 名（平均年齢：83.8±6.49 歳）とした。測定指標：CS-30、FRT、TUG において、予測値・実測値を測定し、身体認識誤差（実測値－予測値）を算出した。統計学的分析：各指標の予測値・実測値・身体認識誤差において、成人群と高齢者群の比較（マンホイットニー U 検定）、年齢および自己感との相関性（スピアマンの方法）を解析した。倫理的配慮：本研究は本校研究倫理審査委員会の承認を得たうえで、対象者には紙面で説明し同意を得ている。なお、開示する COI はない。

【結果】 ※1**： $p < 0.01$ ※2*： $p < 0.05$ ※3 ()内数値= r (実測値/予測値/身体認識誤差) ※4 ()内数値= p 値(実測値/予測値/身体認識誤差) ※5 ()内数値= r (身体所有感/運動主体感/永続的自己感)

1) 年齢と各指標の相関 ※1・2・3

CS-30(-0.741*/-0.422/0.121)、FRT(-0.760**/-0.026/-0.671*)、TUG(0.591*/-0.137/0.578*)

2) 各指標における成人群と高齢者群の比較 ※2・4

CS-30(0.022*/0.222/0.666)、FRT(0.001**/0.311/0.044*)、TUG(0.022*/0.775/0.063)

3) 各指標の身体認識誤差と自己感の相関 ※2・5

CS-30(0.625*/0.289/0.663*)、FRT(-0.173/-0.364/-0.273)、TUG(0.00/0.042/0.088)

【考察】 CS-30、FRT、TUG において、実測値は加齢に伴いカットオフ値に近づいており、先行研究と同様の結果を得た。一方で、予測値においては加齢に伴う変化および年齢群別の差も認めないことを明らかにした。これは、年をとってもイメージは若い頃（動ける自分）のままという乖離状態を裏付ける結果であり、身体認識誤差が転倒リスクを高める重大な因子と言える。心理的側面における自己感と CS-30 の身体認識誤差との相関性は興味深い結果である。自己感の低下は、運動結果に影響を及ぼす原因を自他判別する能力の低下を意味している。つまり、転倒予防に対しては下肢筋力増強などの量的な運動訓練だけでなく、身体機能に適した運動イメージを再構築し、身体認識誤差を改善するアプローチの必要性を示唆している。

映画（ショートムービー）鑑賞後のディスカッションから広がる思考、共感性

*畑田 早苗¹

1. 高知健康科学大学

Key word：映画、ディスカッション、共感性

【はじめに】 理学療法士、作業療法士は、子どもから大人までの幅広い対象者に対応するため、多角的な思考や、相手の気持ちを想像する共感性、更にそれを相手に合わせて伝えることも専門職として求められる技術である。本学では「見る、感じる、分かち合う、表現する」というプロセスを通じて洞察力を育み、多種多様な価値観の受容を促進することを目的とした教育プログラムを実施している。今回、別所哲也氏が主催するショートフィルムの総合ブランドである「SHORT SHORTS」が世界中から厳選したショートフィルムを上映する「世界のショートフィルムを鑑賞する教育プログラム：Kinema Space Gathering」の取り組みの一環として、NPO 地球のこどもを運営する映画監督の安藤桃子氏とタイアップして特別授業を行った。本報告ではこの取り組みの教育効果について報告する。

【対象】 高知健康科学大学1年生、理学療学科24名、作業療学科23名。尚この研究に際し、高知健康科学大学研究倫理委員会（承認番号：TR KHS202423）にて承認を得ている。

【方法】 特別授業として実施。授業に際し口頭で授業の趣旨を説明し、映画鑑賞前後のアンケートの実施、課題の提出について説明し、提出をもって研究への承諾、同意とした。実施日は2025年1月10日。実施内容：5分から30分以内のショートフィルムを2作品上映。各作品の上映後に安藤桃子氏が映画監督の視点から自身の感想を伝えながらトークセッションを行い、学生からも自由な感想や意見を求めた。授業終了後に5～6人の小グループにてディスカッションしてもらい、後日400字以内で感想の提出を求めた。調査項目としては、NPO 地球のこどもが独自に作成したアンケート29項目を授業の前後で実施した。統計学的分析は、NPO 法人地球のこどもが作成した独自アンケートを、SPSSにて分析（因子抽出法：最尤法、回転法：プロマックス法）し、前後のアンケート結果を因子別にウィルコクソン符号順位検定にて処理した。

【結果】 因子分析の結果、事前のアンケートにて4つの因子が抽出された。4つの因子をもとに前後比較をした結果、第1因子（ $P=0.0008$ ）、第2因子（ $P=0.0001$ ）、第3因子（ $P=0.0330$ ）、第4因子（ $P=0.0001$ ）ですべての因子において有意差が認められた。

【考察】 本研究の結果から、ショートフィルム鑑賞とそれに続くディスカッションを含む教育プログラムが、リハビリテーション専門職を目指す学生の多角的な思考や共感性の向上に有効である可能性が示された。今回実施したアンケート項目の因子分析の結果から、4つの因子が認められすべての因子において前後比較で有意な結果が認められた。分析内容に鑑みて因子に名前を付けた。第1因子は、自己理解・愛着因子、第2因子は社会的適応・貢献因子、第3因子は創造的・自己効力感因子、第4因子は共感的理解・感受性因子と命名した。今回は特に第2因子である社会的適応・貢献因子、第4因子である共感的理解・感受性因子に顕著に有意差が認められた。第2因子は社会的適応・貢献因子で、人が社会や他者との関わりをどのように捉え、どのように貢献しようとしているかを測定しており社会や他者との関係性や貢献意識に焦点を当てていた。患者との良好な関係構築や、チーム医療における協働などにつながるものとなっていると考えられる。第4因子は、共感的理解・感受性因子であり、リハビリテーションの場面では患者の話をしっかりと聞き、その感情や経験を理解する能力、個別性を認め、その人の価値観を尊重する姿勢が求められるため、共感的な理解を促進するものに寄与したと考えられる。また、感想からは、安藤監督の「色々な意見があっていい」、「私もよくわからなかった」、「正解はない」というメッセージにより、感想の中には「正解を求めない」ことへの安心感が表現されており、自己表現への自信となっていることが読み取れた。さらにディスカッションにより「人によって見方が違う」といった感想も多々出されており、多様な視点の受容や臨床現場での応用への気づきもみられていた。第1因子、第3因子に関係する自己理解や自己肯定感にもつながっていると考えられた。先行研究でも映画を用いた教育の効果は報告されているが、ショートムービーを用いたものはなく、安藤監督の授業は単なる映画鑑賞にとどまらず、学生たちの共感性を高め、多様な視点の気づきを促す効果があった。学生たちは、映画という媒体を通して自分の感情を言語化し他者と共有する経験を得ることができたと考えられる。

医療従事者養成機関における、学生に対する作業療法士介入のニーズについて

ー教育現場におけるユニバーサルデザインの構築を目指してー

*丹生谷 拳志郎¹

1. 河原医療大学校

Key word：教育、合理的配慮、療育、新人教育

【はじめに】 現代では教育場面におけるユニバーサルデザインが推奨されている。その実現のために教育現場における個別対応と必要に応じた合理的配慮へのニーズが高まりつつある。合理的配慮の提供は教育現場において法的義務とされており、作業療法士が小・中学校において助言を行う機会も増加している。義務教育および高等学校教育においては、児童・生徒の発達の特性に基づく合理的配慮の実践報告が多数見られるが、作業療法士および理学療法士の養成課程においては、そのような報告は極めて少ないのが現状である。これは、養成校が高等教育を修了した学生を対象としている点や、進路変更の柔軟性から、学習上の困難や合理的配慮に対するニーズが顕在化しにくいことが一因と考えられる。しかし、専門課程の教育場面においてもユニバーサルデザインの考え方は必要不可欠であり、学生の中には診断を受けていないものの、合理的配慮を必要とする学生は一定数存在すると推察される。このような学生に対して、作業療法士が有する専門性を医療・療育の場面だけでなく、教育の場、特に後進育成の場に応用することは、より適切な学習支援環境の構築につながる可能性がある。今回、作業療法士および理学療法士の学生を対象に、教育現場における合理的配慮の観点から環境整備のニーズの調査を行った。なお、本研究は対象学生の同意のもと、倫理的な配慮を十分に行ったうえで実施した。

【方法】 作業療法士および理学療法士を目指す学生を対象に、アンケート調査を実施した。調査では、合理的配慮が必要と思われる授業中の困り感および学内で実施可能な支援を項目立てて、当てはまるものにチェックを入れてもらった。補助的に JSI-Rmini を用いて幼少期の学生の行動特性や感覚的特徴の分析を行った。ただし、JSI-Rmini に関しては、本来の対象年齢及び検査方法とは異なるため、学生には幼少期を思い出しながら自ら回答してもらうという方法で行った。

【結果】 困り感に関する項目においては、いずれの項目に関しても 7.0% から 63.2% の学生が該当するため、なんらかの学習上の困り感を抱えている学生が半数以上にいることが明らかになった。支援の項目においても、いずれも 17.5% から 52.6% の学生が該当しており、半数以上の学生に対して環境調整等の支援へのニーズが必要と考えられた。補助として行った JSI-Rmini の結果においては 22% から 30% の学生がいずれかの項目で R 群に該当した。また、Y 群を含めると半数以上の学生に潜在的な感覚の偏りがあることが疑われた。これらの結果から特定の支援が学習効果や学習環境の質を大きく向上させる可能性が示唆された。

【今後の方針】 作業療法士および理学療法士の教育が他の教育分野をリードするためにも、実践モデルの確立が求められる。作業療法士の視点を教育に活かすことの最大のメリットは、個々の特性を捉えてオーダーメイドの環境整備を行える点にあると考える。それは作業療法士が教育場面におけるユニバーサルデザインのコーディネーターとなれる可能性を持っていると考える。今後は、実践とケースデータを蓄積する必要がある。このデータは、作業療法士の視点が教育効果に及ぼす影響をより深く理解するための基盤となり、他の領域の教育においても教育現場全体の水準向上に寄与することが期待される。

四国における作業療法士会の災害支援連携の構築とその成果

*中村 匡秀¹

1. 社会福祉法人恩賜財団 済生会松山病院

Key word：災害支援、連携、管理運営

【目的】 日本各地で大規模災害が頻発する中、作業療法士として災害支援に関与する必要性が高まっている。四国4県の作業療法士会は2021年より、各県の代表者が集まり、2か月に1度のペースで連携会議を実施している。本研究では、この連携会議を通じた四国4県の災害支援の取り組みとその成果を報告する。

【方法】 四国4県（徳島県、香川県、愛媛県、高知県）の作業療法士会において、災害支援担当者が定期的にオンライン会議を実施し、以下の内容を共有してきた。①コミュニティの連携②教育と啓発③制度的な準備④心理的サポート⑤迅速な対応力。また、各県の災害支援担当者間の「顔の見える関係」の構築がどのように影響したのかを検討した。

【結果】 この連携会議の継続により、以下の成果が確認された。①コミュニティの連携：各県の担当者との横のつながりが構築され、各県の取り組みや、情報を共有することにより、自県の活動との比較ができるようになった。②教育と啓発：各士会が主催する災害関連の研修会に、四国内のOT士会会員であれば参加できるように体制を整えることで、研修会の幅が広がった。③制度的な準備：JRATの設立運営や県との災害時活動協定を結んでいる県の情報をより具体的に得ることができた。④心理的サポート：災害リハビリテーション支援活動においては、活動を終えたチームから、より具体的な情報を得やすい環境にあり、活動者は心理面でも非常に有益であった。⑤迅速な対応力：先遣的に活動を進めている県における活動体制を参考に、自県での体制整備を進めるきっかけとなった。

【考察】 連携会議を通じて、各県の災害支援の進展だけでなく、県境を越えた支援体制の強化が図られた。また、定期的な情報交換により、担当者間の信頼関係が深まり、災害時の連携がスムーズに行える体制が整った。このような「顔の見える関係」は、作業療法士による災害支援を実効的なものにする上で重要な要素であると考えられる。今後も連携を継続し、より実践的な支援体制の確立を目指す必要がある。そのため、今後は次の点の強化を図ることを目的に活動を実施する。①情報共有と連携強化、②ベストプラクティスの導入、③専門的な知識の強化、④地域資源の活用、⑤災害への備え、⑥社会的な認知度向上、⑦精神的サポートの提供

【結論】 四国4県の作業療法士会が定期的に連携会議を実施することで、各県の災害支援の取り組みが確実に進展した。また、県境を越えた支援体制の構築や研修の充実が図られ、実際の災害時にも迅速な対応が可能となった。今後もこのネットワークを活かし、さらに効果的な災害支援体制を構築していくことが求められる。

当院でのリハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算への取り組みに関して

*澤田 将志¹、武内 周平¹、山本 学¹、光永 哲¹、前田 秀博²

1. 社会医療法人近森会 近森病院 リハビリテーション部 作業療法科、
2. 社会医療法人近森会 近森病院 リハビリテーション部 理学療法科 部長

Key word：急性期、管理運営、多職種連携、（リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算）

【はじめに】 当院は高知県の489床（429床＋急性期精神科病棟60床）、32診療科を有する急性期病院である。リハビリテーション（以下；リハ）は365日体制で全診療科からの指示に対応しており、セラピストはPT61人、OT21人、ST9人の計91人で構成されている（2025年4月時点）。疾患に応じて入院当日や手術前後からリハ介入を開始している。2024年6月の診療報酬改定にて、リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算（以下；リハ・栄養・口腔連携加算）が新設された。本報告では、当院における加算取得に向けた体制づくりの経過と、専従・専任セラピストの活動内容、およびBarthel Index（以下；BI）を指標とした加算導入前後の結果について報告する。

【事前準備・活動内容】 事前準備としてBI評価の基準作成と評価用紙を整備し、BI評価に関するe-learning動画を全スタッフが受講できるようにした。2024年6～8月は全入院患者を対象に、入院・転棟・退院時にBIを評価しデータを蓄積した。整形外科患者では、手術前後にBIが低下しやすく、また医療関連機器による褥瘡の発生傾向も認められたため、対象病棟を2病棟に限定し、それぞれに専従・専任セラピストを配置。2024年8月に試験運用を行い、9月より算定を開始した。専従セラピストは1日9単位を取得する中で、登録病棟の入退院時にADL状況の評価し、BI評価台紙に記録した。また、入退院時BIや経過情報は専用の管理シートに記録し、日々の業務に組み込まれた。入院時カンファレンス（以下；CF）にて多職種と情報・目標を共有し、リハ・栄養・口腔連携加算シートおよび入院診療計画書を作成した。CFで得た情報は速やかに関係職種と共有した。リハ未介入と判断された患者には個別性のある自主トレーニングを指導し、必要に応じて巡回訪室にてADL状況を確認した。介入が必要と判断された場合は医師に報告し、リハオーダーの検討を依頼した。2025年3月よりCFの再評価基準を設定し、患者状態の変化に応じたADLや目標の再設定を行った。また、経過中に栄養状態の低下が認められた患者には、管理栄養士と連携して食形態の変更や栄養補助食品の導入を行った。

【結果・考察】 担当した1病棟での2024年9月～2025年3月における加算算定件数は489件（死亡・終末期がん患者8名を除く）であった。平均在院日数は15.43日、入院時BIは46.9点、退院時BIは72.3点で、平均BI変化量は25.33点であった。対して、2024年6～8月の加算導入前280名では平均BI変化量は21.96点であった。Welchのt検定により両群間の平均変化量を比較したところ、平均値に差は見られたが、有意差は認められなかった（ $p=0.108$ ）。BIが低下した症例は11名で、その主な要因は肺炎などの二次感染であった。リハ未介入者においてBIの低下は認められず、自主トレーニングによりADLの一定の維持が可能であったと考えられる。感染症（COVID-19など）患者へのリハ介入も行っており、その対応には困難が伴った。褥瘡の発生率は1.46%であり、予防的介入としてポジショニング等を実施していたが、完全な発生防止には至らなかった。当院では20年以上前からリハを365日体制で実施しており、医師、看護師、管理栄養士、薬剤師、歯科衛生士、ソーシャルワーカーなどが各1名以上常駐している。そのため、今回のリハ・栄養・口腔連携加算導入は比較的スムーズに行えたと考える。専従スタッフが1日9単位を取得しながら、病棟生活場面外での専門的な評価・訓練を実施でき、患者のQOL向上にも寄与する結果となった。一方で、入退院が短期間に集中する場合には、各種対応業務が重なり、スタッフの作業負荷が著しく増大するため、人員配置や業務分担の見直しが今後の課題である。急性期医療においては、入院による廃用症候群の予防が重要であり、多職種が評価と目標を共有することでADL維持・向上が期待できる。リハ未介入患者への巡回指導も、リハスタッフがマネジメント業務に直接関与する機会となり、効果的であった。CF再評価の対象者では、状態悪化によるBI低下が認められたが、再評価の仕組みが早期の状態変化の把握に寄与したと考える。今後も継続的な取り組みを通じて、多職種連携の強化と急性期における最適な治療・支援体制の構築を目指していく。なお、今回の結果には、疾患・年齢・病期による影響も含まれていると考えられ、今後の検討課題である。また、加算導入前後での褥瘡発生率などの比較検討も今後の分析対象としたい。

急性期病院でのリハビリテーションリーダーの活動に関して

*山本 学¹、武内 周平¹、光永 哲¹、前田 秀博²

1. 社会医療法人近森会 近森病院 リハビリテーション部 作業療法科、
2. 社会医療法人近森会 近森病院 リハビリテーション部

Key word：（リハビリテーションリーダー）、急性期、早期リハビリテーション、多職種連携

【はじめに】 当院では早期リハビリテーション(以下、早期リハ)や多職種連携の強化の実施を目的として365日体制や各病棟にリハビリテーションリーダー(以下、リハリーダー)を配置している。リハリーダーは各病棟の入棟患者の把握をし、カンファレンスへの参加、患者割り振り業務を通じて円滑なリハの提供を支援している。本発表では当該体制および活動内容を整理し、よりよい管理体制の構築に向けた振り返りを行う。

【概要】 当院では「急性期医療を中心とした、地域に真に求められる医療の提供を目指し、チーム医療を行い、地域医療連携に力を入れる」という理念を基に24時間365日体制で医療を提供している。2024年の救急搬送は6,921件、新規入院は11,217件、平均在院日数は約12日であった。病床数は429床、診療科は32科あり、救命を中心とした本館と亜急性期の北館に分かれている。スタッフはPT61名、OT21名、ST9名の計91名でチーム制となっており、リハリーダーは役職者が担当し、集中病棟から一般病棟の各病棟に1名ずつ配置している。

【体制】 リハビリテーション部(以下リハ部)は365日体制および早出勤務体制を導入している。日勤スタッフはPHSを所持しており、院内の連絡を円滑に行っている。また、リハリーダーを中心に、早出スタッフが8:00から業務を開始し、夜間にリハ処方が出た新規患者の情報を確認・調整する。午後のスケジュール調整や、当日の急な変更(患者の休み等)にも柔軟に対応し、業務全体の流れをサポートしている。

【リハリーダーの活動】 1.入棟患者の確認：各病棟のリハリーダーは、毎朝ベッドマップを用いて新規入棟および転棟患者を確認し、患者の状態やリハ処方の有無を確認。本館・北館への転棟時も継続したリハ介入が円滑に行えるように実施している。 2.入院診療計画書の作成と入院時カンファレンス：新規入院患者に対しては、入院翌朝に入院時カンファレンスを開催。多職種と共に、方針や目標を共有し、チームで療養計画を立案する。 3.診療科カンファレンスおよび回診への参加：各診療科で行われる定期カンファレンスや回診に参加し、現状報告や目標達成度の評価を行うとともに、今後の方針について多職種と協議・情報共有を行う。 4.情報伝達：カンファレンスや回診で得た情報は、担当ユニットやリハスタッフ間で口頭報告や電子メールを用いて迅速に共有し、チーム全体の情報統一を図っている。 5.相談窓口としての対応：リハリーダーは各病棟のリハに関する相談窓口としても機能し、日常業務内で生じる疑問や課題について、多職種と連携して対応している。

【結果】 2024年1月～2024年12月のリハ処方数は5951件であり、入院当日介入は588件、2日目介入は2,774件、3日目介入は1,347件となっており入院2日目までの介入率は56%であった。また、Barthel Indexの平均は入院時42.7点から退院時66.0点と改善が見られた。

【考察】 急性期病院においては、機能分化による退院の早期化が進み、より迅速かつ的確なリハ介入が求められている。当院では、365日体制や早出勤務、各病棟へのリハリーダーの配置により、全入院患者を対象とした早期リハ体制を構築している。この取り組みにより、入院2日目までの介入率は56%という成果が得られており、入院初期から廃用症候群の予防や早期離床に繋がっていると考えられる。一方で、人員的な問題もあるため、独自のリハトリアージを用いて、優先度に応じた効率的な介入を実施している。しかしながら、情報共有の遅延や、相談対応後のフィードバック不足といった課題も認められており、現在はDX化を含む情報共有システムの整備を進めている。チーム医療のさらなる充実と質の向上を目指すとともに、今後もリハトリアージの運用を含め、より円滑で持続可能なリハ提供体制の構築に取り組む必要があると考える。

注意の段階的課題が奏功して自動車運転の再開を果たした脳卒中症例

*豊田 拓磨¹、野津 孝太朗¹、松岡 佳那¹、沖田 学^{1,2}、沖田 かおる¹

1. 医療法人新松田会 愛宕病院、2. 愛宕病院 福島孝徳記念脳神経センター ニューロリハビリテーション部門

Key word：注意機能、自動車運転、脳卒中、認知リハビリテーション

【はじめに】 今回、生活維持のために自動車運転が必要であった脳卒中症例は重度の注意障害を認め、運転継続が難しかった。症例と運転再開に向けて注意障害に対する段階的課題を行った。その結果、症例は注意機能が改善し、自動車運転の再開を果たせたため、以下にその経過を報告する。

【症例紹介】 症例は左 Broca 野周辺領域の脳梗塞を呈した 80 歳代の右利きの女性である。発表に関して、本人に口頭と書面にて説明し同意を得た。発症時から ADL は自立していた。症例は市外在住で自動車運転が生活維持に必須であった。発症直後の評価は右上下肢の運動麻痺や感覚障害を認めなかった。認知機能および高次脳機能面は ACE-R が 54/100 で認知機能の低下を認めたが、病前の生活状況を詳細に表出できた。FAB は 8/18 であった。TMT-J は Part A (A) が 183 秒で、Part B (B) が 609 秒であった。日本版 WAIS-IV (WAIS) の全検査 IQ (FSIQ) の項目で 79 (低い-平均の下)、ワーキングメモリ指標 (WMI) の項目で 79 (低い-平均の下) であった。標準失語症検査 (SLTA) は「話す」や「書く」項目に著明な低下を認めた。表出は喚語困難を認め、複雑な課題の理解が困難だったが日常会話は良好だった。模倣障害や道具使用障害はなかった。OT 介入中に周囲で日常会話をしている環境で「(周囲の音を) 聞きたくなくても聞こえてしまう」や「ざわざわして集中できない」と課題の遂行が停滞した。自動車運転評価はホンダ社製ドライビングシミュレータ (DS) を用いて運転反応検査を行った。ランプの点灯でアクセルを踏み単純反応は行えた。ランプの色に対応してアクセルとブレーキを踏み換える選択反応は、時間を要してルールを理解したが誤反応が多かった。脳卒中ドライバーのスクリーニング評価 (J-SDSA) は全般的に減点し不合格予測が優位だった。

【病態解釈および介入方法】 症例の評価および動作特性から、全般的注意機能の著明な低下を主症状にワーキングメモリの低下を認めた。加えて、複雑な課題の理解が乏しいことから DS における選択反応の誤りを認めたと解釈した。この解釈を踏まえ、注意機能やワーキングメモリの向上により情報処理能力が向上し、複雑な指示やルールに対して正確に行動できることを介入方針とした。介入初期から介入 1 ヶ月後 (Ⅰ期) は注意の持続性および選択性の向上を目的に数字やひらがなの探索課題を実施した。介入 1 ヶ月後から介入 2 ヶ月後 (Ⅱ期) は情報処理能力の向上を目的に数字に対応した符号課題を追加した。介入 2 ヶ月後から介入 3 ヶ月後 (Ⅲ期) は注意の分配性の向上を目的に語想起しながら足踏みをする二重課題を追加した。加えて、介入以外の時間で各期に応じた難易度を調整した自主練習も行った。

【介入経過および結果】 Ⅰ期は注意障害の影響から静穏環境で実施した。探索課題は見落としが多く、セラピストがフィードバックし、症例が見直して修正した (TMT-J:A 110 秒、B 696 秒)。Ⅱ期は騒音環境で課題を実施した。探索課題は見落としが減少し、見落とせば症例自身で見直して修正できた。符号課題は経過とともに誤りが減少し、遂行速度が向上した (TMT-J:A 81 秒、B 289 秒)。Ⅲ期の二重課題は一部停滞もみられたが、経過とともに改善した。介入 3 ヶ月後の評価は ACE-R が 71/100 で、FAB が 16/18 と改善した。TMT-J の A が 45 秒で、B が 111 秒であった。WAIS の FSIQ が 111 (平均-平均の上) で、WMI が 103 (平均-平均) であった。SLTA は介入前の評価に比べて全般的に向上した。また、喚語困難は改善し、複雑な課題も理解できた。DS の選択反応はルールをすぐに理解し色に対応して反応できた。J-SDSA は注意の処理速度や誤反応数は改善を認めたが、不合格予測が優位であった。退院後に症例が医師の診断書を持参して免許センターで適性検査を受講し、公安委員会の判断の下で自動車運転が再開となった。

【考察】 高次脳機能の階層性の中で全般的注意機能が土台となる (松田、2022)。今回、段階的注意課題により各期における注意の選択性や分配性が向上した。また、運転行為には認知-予測-判断-操作がある (上村、2020)。これらの段階には注意機能の関与が推察され、症例の全般的注意機能の大幅な改善が運転再開を果たせた要因であることが考えられる。

遂行機能障害に対して他職種の統一したアプローチにより作業遂行エラーが減少した一事例 ー神経行動学的評価法を用いた ADL 評価ー

*吉川 瞳¹

1. 真網代くじらリハビリテーション病院

Key word：高次脳機能障害、遂行機能、クリニカルリーズニング

【はじめに】 脳梗塞発症後、遂行機能障害を呈した症例に対して、ADL 遂行の質の評価を行う目的で ADL-focused Occupation-based Neurobehavioral Evaluation(以下 A-ONE)を用いた。A-ONE は作業観察をしながら神経行動学的障害を同定する評価法である。これらの結果を解釈し他職種で共有することで、遂行エラーが出現する要因を理解し、作業を中心としたアプローチ方法を検討した。その結果、作業遂行エラーが減少したため経過を報告する。なお、今回の発表に際し、対象者及びその家族に同意を得ている。

【事例紹介】 80 代男性、左利き。診断名は右後頭葉脳梗塞、右前頭葉陳旧性脳梗塞。既往歴に脳梗塞、左視野欠損。入院当初、病識は低下し帰宅願望が強い。自室ではベッドに寝る方向が毎度異なり、物や衣類が散乱した。周囲の環境が把握できないため移動には付き添いし、整容や更衣での動作遂行を修正する必要があった。

【神経心理検査】 MMSE:11/30(時場所見当識減点)、TMT-J:PartA312 秒 B 困難、Rey 複雑図形:即時再生 20/36、3 分後再生 0.5/36、BIT:71/81(写真課題で見落とし)、BADS:境界域(行為計画検査減点)、標準高次動作性検査:上肢系列の動作、積み木テスト誤反応

【ADL 評価】 1)日本版 A-ONE の概要 観察型 ADL 評価法であり、更衣 5 項目、整容と衛生 6 項目、起居移乗と移動 5 項目、食事 4 項目、コミュニケーション 2 項目の 5 領域 22 項目の ADL を観察し、ADL 自立度とその自立を阻害している神経行動学的障害を同定する。2)A-ONE 評価結果 整容と衛生の%得点 7/16、起居移乗と移動 11/16、更衣動作 16/20 で自立度得点が減点。食事やコミュニケーションは著名な減点なし。神経行動学的得点において、活動工程の組織化と順序立ての障害、空間関係の障害、観念性失行(遂行に重要なステップの省略と間違えた物品使用)、保続が共通した。移動では地誌的失見当が観察された。認知機能では、判断力の低下、注意力の低下、記憶障害が観察された 3)統合と解釈 遂行機能の構成要素である①ゴール設定②プランニングと意思決定③目的に適った行動④効果的な実行について検討した。症例の問題点は、②課題達成のためのプランニングの段階で、右側に注意が偏りながら目に見えたものを手にとって、物品や手順が正しいかどうかの判断が出来ず、作業遂行を続行してしまうという刺激依存性の行為に陥っていると解釈した。これに対して、惰性的な行動を抑制しながらゴールを明確化させる必要がある。手段として、ゴールの細分化、環境の枠組みを作ることと手順表の利用が必要であると決定した。

【介入方針と方法】 整容動作に対して、視覚的に整理した環境で、手順表を使った訓練を歯科衛生士、言語聴覚士が実施。一工程ずつゴールを達成させる課題から、工程を増やした手順表を使う課題へ移行した。更衣動作は、部屋環境を整理し、手順表にそった工程訓練を作業療法で実施した。同様にスケジュール管理、道順の把握、内服管理練習を実施。また、他の作業遂行への般化が出来るように、視知覚トレーニング、作業を用いてゴール設定とゴールに合わせた物品の準備、工程の説明、実際の作業活動を各療法で実施した。

【結果】 1)ADL 動作の変化更衣動作は、タンスから衣類の選択、着脱、片付けまでの遂行エラーは観察されなくなった。歯磨き動作は、手順表を見ながら遂行する場合は目的に沿った作業遂行が出来るが、手順表を見ることが自分を忘れると、道具操作の省略や物品の使用誤りが出現した。道順は目印に注意を向ける事が習慣化し院内での移動は自立。スケジュール管理、内服管理は限定的な内容を繰り返す行為によって作業記憶として習慣付けることができた。2)A-ONE 評価結果整容と衛生の%得点 13/16、移乗と移動 15/16、更衣動作 19/20 と自立度得点が向上した。全ての作業遂行には手順表や、遂行する枠組みが設定されているため、それが無くなると応用的に遂行することは困難な場合があった。そこで、御家族に入院中と同じような環境調整を依頼し、入院から 110 日目に自宅退院となった。

【考察】 ADL 遂行と機能障害との同定を行ったことで、チーム全体で共通認識をもち、アプローチ方法の統一が図れた。アプローチ方法は、作業を中心としたより具体的で体系化された繰り返し訓練であったことで、遂行エラーが減少したと考えられる。しかし、今回のアプローチが、他の IADL に般化されたかどうかの判定には至らない。今後、より多くの事例を重ね、A-ONE 評価の精度を高めるとともに、作業を中心としたアプローチの効果判定をしていきたいと考える。

依存からの脱却

—認知症高齢者におけるオンライン介入による自発性の獲得と家族の介護負担軽減—

*日下 真理子¹

1. 株式会社 LAPRE

Key word：認知症、自発性、(依存)、(実行機能障害)、(オンライン)

【はじめに】 本症例では、認知症高齢者へのオンライン介入を通じて、本人の自発性向上と家族の介護負担軽減が得られるかを検討した。特に、本人だけでなく生活を共にする家族の精神的・身体的負担の軽減に焦点を当てた。オンライン介入は、移動や送迎の手間を減らし、家族への実質的負担軽減につながる可能性がある。近年、オンライン介入の報告は増加しているが、認知症高齢者を対象とした作業療法でのオンライン介入の報告は極めて限られており、本報告は先駆的意義を持つ可能性がある。なお、報告に際し本人及び家族に書面で同意を得た。

【目的】 認知機能や実行機能の低下がある高齢者に対し、オンラインでの作業療法介入により依存的態度から脱却し、自発性の獲得が可能かを検討した。また、それに伴う家族の介護負担の変化も評価した。

【症例紹介】 80代女性。認知症の診断なし。既往に乳癌術後とばね指手術。018年にうつ症状出現。MMSE: 21点、FAB: 11点、FIM: 119点、DASC-21: 40点、NRS: 4(肩痛)。水分摂取量750ml/日、服薬3種(睡眠導入剤、抗不安薬、ホルモン剤)。家族は認知症の夫、頸髄損傷で要介護の息子、週末帰省の長女。本人は家事を担っていたが、認知機能や実行機能(計画、判断、注意切替、複数課題、問題解決等)に援助を要していた。娘の困りごととは、調味料の位置や料理手順を何度も尋ねられることだった。問題が生じると「死にたい」と発言し、自己憐憫的態度や他人事のような話し方がみられ、緊張下で混乱することもあり、娘への強い依存傾向がみられた。肩の痛みや階段でのふらつきも訴えていた。

【方法】 介入はZoomを用い週1回90分、8ヶ月実施。内容は運動課題(全身運動、段差昇降、高強度インターバルトレーニング(HIIT)等)、机上課題、リズム体操、感覚統合(バランス訓練、足底刺激等)、筋膜への手技指導を含む。判断場面を意図的に設け、緊張下での自己判断を促す訓練を実施。本人や家族には、水分摂取促進、運動・机上課題の段階的支援法を指導し、一人で行う内容と家族と行う内容に分けて調整。

【結果】 MMSE: 23点、FAB: 9点、FIM: 125点、DASC-21: 28点、NRS: 0。水分摂取量1200ml/日に増加。調味料の位置や料理手順を覚え、最近の出来事も思い出せるようになった。問題対処も自発的となり、混乱は減少。肩痛消失、階段昇降も安定性が向上。娘への依存は減少し、会話も噛み合い、感情も安定。家族からは「気になることがなくなった」との声があり、介護負担は軽減された。

【考察】 本症例では、オンライン介入により、認知・感覚・運動領域への多角的刺激が提供された。机上課題は前頭前野や右側頭葉、リズム体操は前頭前野、感覚統合は頭頂葉、運動課題は運動前野・一次運動野を主に刺激した(Anderson, 2010)。これらが相互に作用し、実行機能の改善に寄与したと考えられる。また、介入の効果を高めた要因として、自宅環境で継続可能な内容を段階的に本人・家族に指導できたことが挙げられる。実生活に即した課題を“その場で”指導できるオンラインの特性により、量や難易度の調整が現実的かつ柔軟に行えたことも、継続性と効果を高めた一因である。身体の柔軟性や段差での安定といった身体機能の向上は、感覚入力の変化と連動し、安心感や“自分ごと化”を促し、自発性が生まれた可能性がある(Suzuki et al., 2018)。また、心理面においても、自分の選択に自信を持つ体験が蓄積されることで、自己効力感が高まり、自己憐憫や依存的態度が軽減したと考えられる。自発性の向上により、指示を待つ場面が減り、家族の負担も軽減。送迎省略や精神的余裕の確保もあり、オンライン介入は有効な選択肢となり得る(Moyle et al., 2021)。認知症×オンライン×作業療法の報告は少なく、本症例は先駆的事例といえる。目的とした“依存からの脱却”および“家族の介護負担軽減”は一定の達成がみられた。

四万十市にて自動車運転支援を行った一症例 ～住み慣れた場所で運転を再開するまで～

*東 翼¹

1. 医療法人 創治 竹本病院

Key word：自動車運転支援、ドライビングシミュレーター、注意障害

【はじめに】 脳血管障害者の自動車運転再開には、包括的な自動車運転が重要視されており、その評価は身体機能評価、神経心理学的検査、ドライビングシミュレーター（以下 DS）や実車評価が挙げられている。また、地方在住者は免許センターまでの物理的距離も遠く、検査に行くまでのハードルが高い地域もある。当院がある四万十市は高知県の西部の幡多地方にあり、同県の免許センターまでは車で2時間を要す立地となっている。今回、アテローム血栓性脳梗塞を呈し、注意機能の低下ならびに運転動作に混乱が生じた症例を担当した。障害理解を促しつつ、直接的注意訓練、趣味活動、DS 訓練を行い、免許センターと連携することで自動車運転再開に至った為、以下に報告する。尚、ヘルシンキ宣言に基づいて発表に関する内容や目的を十分に説明し同意を得た。

【対象】 アテローム血栓性脳梗塞を呈した 70 歳代前半の女性である。発症後約 1 か月経過後、当院に転院。顕著な麻痺症状は認められなかったが、右大腿から足部にかけての痺れがみられた。早期より病棟 ADL は自立となった。症例は独居であり、家族は遠方の為、自動車運転再開を強く希望されていた。神経心理学的検査では、MMSE にて 30/30 点、FAB は 17/18 点で語の流暢性のみ減点。BIT は適正レベル、TMT-A は 100 秒、TMT-B は 143 秒要しており、いずれも鉛筆を離すエラーが複数回みられた。SDSA はスクエアマトリクス検査に誤反応が多く、方向 16/32 点、コンパス 10/32 点であり、運転合格式では不合格判定であった。DS 訓練は、ホンダの DB 型 Model A を使用した。アクセルを踏みながらエンジンをかける場面や音声案内の聞き間違い、サイドミラーの確認不足場面がありながらも「なんの意味があるか分からん。田舎道やけん大丈夫よ。」と楽観的な発言が聞かれた。DS の選択反応、注意配分、複数作業検査の誤反応数は 18 回、総合運転学習の発進停止合計 2 回、全般合計 6 回、判定得点合計 20 回であった。大熊らは、DS におけるカットオフ値として、誤反応合計 17/18 回、発進停止合計 2/3 回、全般合計 4/5 回、判定合計 17/18 回としており、本症例はいずれも境界もしくは適正以下レベルであった。

【方法】 直接的注意訓練では、紙面課題にて単純な選択課題より始め、分配課題へと段階付けた。タイマーを使用しつつ数字版課題を行い、徐々に実施時間の短縮を行った。手工芸が趣味であり、かぎ針のみを使用した編み物から、ミシンを使用したスマホケースの作成を行った。DS 訓練では、単純反応課題より始め、追尾課題、路上課題へと変更していった。また、各課題に応じて、現状生じている症状の説明や、困難となった際の対処方法を話し合った。介入当初は楽観的な発言があったが、「パニくる。前は出来る感じと思ひよった。」「私今、注意力ないな。2 つのこと一緒にするが苦手なんかな。」と徐々に内省の変化があらわれた。

【結果】 MMSE は変化なし。FAB は 18/18 点、TMT-A は 45 秒、TMT-B は 77 秒となり、鉛筆を離すエラーはなくなった。SDSA はスクエアマトリクス検査の方向は 32/32 点、コンパスは 23/32 点と向上し、運転合格式にて合格判定となった。DS では、誤反応合計 3 回、発進停止合計 0 回、全般 0 回、判定合計 4 回となり、いずれもカットオフ値以下となった。神経心理学的検査、DS の適正レベルを確認できた為、本県の免許センターに問い合わせを行った。症例の介入当初、現状の説明を行った。本人希望もあり、在住地域での免許再取得を相談したところ、最寄りの自動車学校に免許センターより事前連絡をすることで、自動車学校にて適正検査が可能となった。自動車運転支援開始より 57 日間で当院の適正検査は合格判定となり、退院後、自動車学校にて適正検査を行い、運転再開となった。

【考察】 Sommer らは、運転に寄与するのは社会的責任感と危険の許容レベルであるとの報告がある。また、認知機能低下に対する自覚や運転能力に対する自己認識が重要との報告もある。本症例の場合、症状の自己認識が向上した事によって注意機能ならびに運転技能も相乗的に向上したと考える。今回の症例は運転再開となったが、再開ができなかった場合の代替手段も、地域特性に合わせながら今後も検討していく必要はあると考える。

MEMO

一般演題 第2日目



リバース型人工肩関節全置換術後に血管振動刺激療法により

肩関節周囲筋の防御性収縮を即時的に抑制した症例

*一分片 陽介^{1,2}、渡部 潤一³、西川 浩輔⁴、小倉 正敬^{5,6}

1. 愛媛県立南宇和病院 リハビリテーション部、2. 山形県立保健医療大学大学院 保健医療学研究科、
3. 山形県立保健医療大学 保健医療学部 理学療法学科、4. 愛媛県立南宇和病院 整形外科、
5. 愛媛大学医学部附属病院 リハビリテーション科、6. 愛媛大学大学院 医学系研究科

Key word：肩関節、(血管振動刺激療法)、(防御性収縮)、(リバース型人工肩関節全置換術)

【序論】 リバース型全人工肩関節置換術（以下、RSA）後における作業療法の展開において、炎症期や肩装具での固定時期は、末梢循環障害や疼痛の発生による肩関節周囲筋の防御性収縮を認める。防御性収縮は関節可動域制限の要因になるため、通常は防御性収縮を抑制するために、物理療法や徒手的操作が行われる。今回、RSA 後の症例に対して血管振動刺激療法を行うことで、防御性収縮の抑制に即時的な効果を認めたため、以下に報告する。なお倫理的配慮として、対象者へ同意説明文書を手渡し、口頭にて十分に説明を行った上で、同意を得て実施した。得られた情報は、匿名化を行い個人情報保護に配慮を行った。

【目的】 肩装具で固定している時期に、血管振動刺激療法により、肩関節周囲筋の防御性収縮を抑制した症例について報告することを目的とする。

【症例紹介】 70 代女性。原発性変形性肩関節症の診断にて前医で RSA を行い、肩外転枕を除去しスリングを装着した状態で、術後 17 日目に当院へ転院。前医の情報によると、防御性収縮により肩関節他動屈曲可動域は 90° で停滞したため、術後 16 日目に腋窩神経周囲にハイドロリリース（以下、HR）を施行し、肩関節他動屈曲可動域は 110°（プラス 20°）へ改善した。術後 18 日目に当院で初回評価を実施し、肩関節他動屈曲可動域は 90° で防御性収縮を認めた。防御性収縮および関節可動域制限に着目すると、前医で施行された HR の効果は、持続性を認めなかった。

【方法】 血管振動刺激療法として、音波振動を送る加振器を皮膚に密着させ、大動脈弓および両鎖骨下動脈をターゲットとして、5 分間振動を与えた。血管振動刺激療法前後で、防御性収縮の有無、肩関節他動屈曲可動域、疼痛の程度の比較を行った。

【結果】 血管振動刺激療法を実施後、防御性収縮は即時的に抑制され、肩関節他動屈曲可動域は 90° から 120°（プラス 30°）へ拡大し、翌日にもその効果は持続した。疼痛は、実施前 NRS:3/10 から、実施後 NRS:1/10 へ変化した。また、副次的効果として夜間の睡眠の質が変化し、持続睡眠 4 時間半から、持続睡眠 7 時間となった。

【考察】 血管振動刺激療法は、小倉（2021）による科研費助成事業・研究課題名「血管振動刺激に対して血流改善が得られ疼痛軽減および関節可動域の改善」をもとに実施した。横川ら（2009）は、動脈に振動が加わると、血管内皮細胞から血管拡張物質である一酸化窒素（以下、NO）が産生され、血管拡張が起こると報告している。また、横山ら（2019）も、深部血管への加振が血管拡張作用をもたらすと報告している。山元ら（2009）によると、血管と身体柔軟性には関係性があると報告している。以上から、血管振動刺激療法を行うと、血管内皮細胞から産生された NO の作用で血管拡張や血流量の増加が起こり、発痛物質の wash out、血管弾性の変化が身体柔軟性に関与したと考えられる。今回の RSA をはじめ、肩腱板断裂再建術などの肩関節疾患術後の炎症期・肩装具固定時期は、治療的固定・患部の不動による末梢循環不全が起こり、関節運動時や夜間入眠時の疼痛発現、防御性収縮を認める。術後早期におけるアプローチとして、血管振動刺激療法は有用と考えられ、またその効果は即時的で、翌日にも効果が持続する可能性がある。

【結論】 血管振動刺激療法は、肩関節疾患術後早期の、装具固定期における、防御性収縮の抑制アプローチとして有用な可能性がある。

【研究の限界】 血管振動刺激療法は、血管および血流に着目した、生理学的な視点の新しい手法である。機序の十分な解明には、関連する基礎研究の更なる報告が必要である。

両下肢重度麻痺患者に対する作業に焦点を当てた実践により排泄動作獲得に至った事例

*高井 由紀¹

1. 松山リハビリテーション病院

Key word : 排泄、目標設定、(作業に焦点を当てた実践)

【はじめに】 先行研究において、退院後の生活場面を想定した訓練や個別性に基づいた介入を実践することで、対象者自身が能力の現状を知ることができ、将来の生活イメージへの気づきを促進することへ繋がるとされている。今回、胸椎椎間板ヘルニア術後に両下肢重度麻痺を呈した症例に、協働的な目標を設定し、自宅環境での排泄動作獲得に焦点を当てた介入を行った事で自宅退院が達成された為、報告する。尚、当院倫理委員会および本人からの了承は得ている。

【症例紹介】 70歳代男性。独居にて生活していたが、腰部痛と両下肢痺れにより生活困難となり、胸椎椎間板ヘルニアと診断され、手術を施行後30病日目に当院へ転院となる。既往歴は、左股関節脱臼骨折術、椎弓形成術、左人工股関節置換術。病前は週2回デイサービス、週1回ヘルパーを利用。屋内外移動は車椅子、トイレは自立していた。キーパーソン(以下、KP)は知人女性、needは「歩けるようになりたい」。

【作業療法評価】 改良 Frankel : C1。Hoffer 座位能力分類 : 1。ROM : 左股関節屈曲 95°、外転 15°、外旋 25°、SLR65°。MMT (右/左) : 股関節周囲筋群 2/1、膝関節屈曲筋群 1/1、膝関節伸展筋群 1/1、足関節屈曲筋群 1/1、足関節伸展筋群 1/1、体幹 2。FIM : 66点 (運動 31点、認知 35点)。ADL は食事、整容以外のセルフケアに介助を要していた。排泄動作は、排尿時は終日尿器を使用して自立、排便時はトイレを使用し、移乗は最大介助、下衣操作は全介助であった。

【経過】 I期(協働的に目標を設定し、治療介入を行った時期) 本症例は経済的理由により自宅退院を希望されており、必要な目標を共有するために作業選択意思決定支援ソフト(以下、ADOC)を用いて目標設定を行った結果、長期目標を「自宅環境での排泄動作獲得」遂行度2満足度1、短期目標を「座位移乗獲得」遂行度2満足度1、「座位での下衣操作獲得」遂行度1満足度1とした。自宅でのポータブルトイレでの排泄を想定し、プッシュアップによる移乗、下衣操作に焦点を当て部分法にて介入した。上肢体幹機能訓練、座位での更衣動作訓練を中心に実施し、病棟トイレでの排泄にて日中自立へ移行した。FIM 向上、活動範囲の拡大により、積極的に訓練に参加する様子が見られるようになった。

II期(自宅環境での排泄動作自立を目指す時期) 自宅退院に向けて家屋訪問を実施し、生活動線上の動作確認を行い、ベッド周辺に滑り止めマットを用いた環境調整、排泄時の汚染物処理方法等の提案を本症例およびKPに行った。その後、排泄動作能力向上に伴い、病棟において夜間帯の排泄動作を自立へ移行した。しかし、便座上での下衣操作における拙劣さは残存していた為、動作獲得に向けて両上肢、体幹の筋力強化を継続的に行いつつ、KPに対して資料を用いて生活上の注意点の説明と動作指導を行った。

【結果】 改良 Frankel : C1。Hoffer 座位能力分類 : 1。ROM : 左股関節屈曲 95°、外転 15°、外旋 25°、SLR65°。MMT (右/左) : 股関節周囲筋群 2/2、膝関節屈曲筋群 1/1、膝関節伸展筋群 1/1、足関節屈曲筋群 1/1、足関節伸展筋群 1/1、体幹 2。FIM : 102点 (運動 67点、認知 35点)。ADL は移乗はプッシュアップにて自立。排泄は終日トイレにて自立、下衣操作は修正自立。長期目標「自宅環境での排泄動作獲得」遂行度4満足度3。短期目標「座位移乗獲得」遂行度4満足度3、「座位での下衣操作獲得」遂行度4満足度3。

【考察】 目標設定時に ADOC を用いたことで、当初に聞かれなかった排泄動作獲得への希望が聞かれた。三浦らは、対象者が意思決定に積極的に参加することは、個別性の高い目標設定を可能にするとしており、脳卒中ガイドラインにおいては、具体性の高い目標を設定することはモチベーションを高めると報告している。これらのことから、面接時に ADOC を用いて本症例が現在の状況を理解し考えたことで、退院に必要な作業の抽出に至り、明確な目標を立てることができ、能力向上に伴い積極的な訓練への参加に繋がったと考える。また、自宅退院に向けて排泄動作に焦点を当て、介入する上で部分法を選択した。NaylorJC らは、部分法は一連の作業の中から遂行困難な課題を切り取って集中的に練習を行うものであると報告しており、排泄動作を分析したことで、課題であった移乗時と下衣操作時のプッシュアップの獲得に向けて、集中的に介入することで、早期獲得が達成でき、自宅退院に繋がったと考える。

在宅酸素療法 (HOT) 患者の認知機能と ADL に関する検討

*高井 健輔¹、梶原 万須美¹、木村 順子¹

1. 三豊総合病院 リハビリテーション部

Key word : HOT、認知機能、ADL

【はじめに】 呼吸器疾患患者は、動脈血ガスの異常や呼吸困難を背景に認知機能低下を来すとの報告や、呼吸困難感が強い患者は認知機能検査の計算・遅延再生など注意機能・ワーキングメモリーに関する項目に低下を来すとの報告もあり、ADL に何らかの影響を及ぼすことが示唆されている。

【目的】 今回、在宅酸素療法 (以下 HOT) を導入されている呼吸器疾患患者の認知機能が ADL 能力にどのような影響をあたえるのかをワーキングメモリーに着目し、BI を用いて比較・検討した。

【方法】 2024 年 1 月から 12 月の 1 年間に呼吸器疾患にて当院入院後 OT を実施した 352 例中、HOT を使用・導入された 33 例のうち死亡例等の除外項目を除いた 19 例(平均年齢 83.2 歳、導入 3 例)を対象とした。入院中実施した認知機能検査をもとに MMSE (カットオフ値: 24 点) を低下なし群・あり群の 2 群にわけた。調査項目は性別、年齢、入院日数、転帰先、介護認定の有無、入院前 BI・入院時 BI・退院時 BI、MMSE (単語再生・計算・三段階命令)、HDS-R (単語再生・計算・逆唱)、HOT 操作能力について、カルテより後方視的に調査した。統計方法は、RVer4.0.2 を使用し対応のない t 検定、Mann-WhitneyU 検定、Fisher の正確確率検定を行い有意水準 5% とした。なお本研究は当院倫理規定に準じて実施し、個人情報を含む情報の取り扱いには十分配慮し実施した。

【結果】 ①低下なし群は 7 例 (37%) 低下あり群は 12 例 (63%)。②2 群間の比較において、性別、年齢、入院日数、転帰先、介護認定の有無には差はみられなかった。③入院前 BI (78.6 ± 12.5 vs 60.0 ± 32.5 , ns)・入院時 BI (36.7 ± 21.1 vs 33.1 ± 26.0 , ns)・退院時 BI (55.7 ± 12.1 vs 45.8 ± 31.4 , ns) と差はなかったものの、いずれも退院時は入院前よりも低下がみられた。④認知項目においては、MMSE・計算 ($2[2-4]$ vs $1[0-1]$, $P < 0.05$)、HDS-R (25.7 ± 2.7 vs 14.6 ± 7.1 , $P < 0.05$)・計算 ($2[2-2]$ vs $1[0-1]$, $P < 0.05$) と低下なし群が高値であり有意差がみられた。⑤単語再生、三段階命令、逆唱には差を認めなかった。⑥HOT 操作についても有意差はみられなかったものの、6 例が自力で操作困難であり、うち 5 例は計算項目に低下がみられていた。

【考察】 小林らは HOT 使用患者において認知機能低下による HOT の操作困難が在宅での ADL・QOL 低下に繋がると述べているが、今回の結果からは、年齢・性別をはじめ、入院前 BI・入院時 BI・退院時 BI にも差は認めなかった。しかし、いずれも退院時 BI は低下を認め、呼吸苦等により ADL 制限をきたしていることは伺えた。一方、認知機能検査における計算項目においては有意差を認めており、低下あり群の多くが HOT 操作に介助が必要であったことは、先行文献とも一致していた。これらより、呼吸器疾患患者は ADL 能力が低下しやすいことや HOT 使用患者で認知機能に低下を認める場合は、作業記憶に関する訓練の実施、ADL 指導時にはメモを使用するなど視覚的に把握しやすい対応を行うなど、患者個人に応じた訓練・指導を行っていくことは重要であると改めて再認識した。今後も OT として HOT 操作能力を含め ADL 訓練等を積極的に実施していきたいと考えている。

急性心不全病態分類別の入院後 Barthel Index の変化について

*鎌倉 亮¹、梶原 万須美¹、木村 順子¹、高石 篤志²

1. 三豊総合病院 リハビリテーション部、2. 三豊総合病院 循環器病センター

Key word : 心不全、クリニカルシナリオ分類、ADL

【はじめに】 急性心不全患者の初期治療対応の分類としてクリニカルシナリオ(CS)分類があり、来院時の収縮期血圧を参考に病態を捉えて治療を行う。CS 1 は急性肺水腫、CS 2 は全身的な体液貯留が主な病態であり、それぞれの治療内容が異なるため心臓リハビリテーション(心リハ)の進行状況や ADL の改善に影響を及ぼすことが推測される。【目的】 濱田らは、CS 分類により臨床的な医学的治療は異なるものの、早期離床等、積極的な介入が可能で身体機能・ADL の低下を予防できると報告しているが、経過中の Barthel Index(BI)の変化についての報告はみられていない。今回 CS 1、CS 2 の 2 群で BI の 10 項目が自立までに要した日数を調査、検討した。

【方法】 2021 年 3 月から 2024 年 6 月にうつ血性心不全(CHF)にて当院に入院となり、OT を実施した患者 483 例のうち除外項目を除いた 52 例(85.1±8.8 歳)を対象とし、入院時の収縮期血圧をもとに CS 1 群[>140mmHg]:29 例、CS 2 群[100~140mmHg]:23 例にわけた。調査項目は年齢、性別、BMI、既往歴、併存疾患、左室駆出率(LVEF)、入院日数、ICU/CCU 入室日数、点滴やバルーンカテーテル(BA)挿入日数、PT・OT の開始までの日数、入院前後や退院時の BI、BI 各項目の自立までに要した日数、認知機能[MMSE・HDS-R]をカルテより後方視的に調査し、R Ver4.0.2 を使用して対応のない t 検定、Mann-Whitney U 検定、Fisher の正確確率検定を有意水準 5% とし比較検討を行った。なお、本研究は当院倫理審査委員会の規定に基づき、個人情報の管理には十分に配慮して実施した。

【結果】 CS 1、2 群の比較にて年齢、性別、BMI、LVEF、NTproBNP、入院日数(14[12-25]vs15[11-23],ns)、ICU/CCU 入室日数(3[3-3]vs3[2-3],ns)、点滴挿入日数(1[1-2]vs1[1-2],ns)、BA 挿入日数(5[3-7]vs3[3-11],ns)は差がなかった。CS 1 群において高血圧症(72.4%vs43.5%, $p<0.05$)の既往が多く、入院時 LDL コレステロール(97[78-328]vs82[72-148], $p<0.05$)が有意に高値であった。認知機能面は MMSE(23.2±5.3vs22.5±5.1,ns)、HDS-R(22.3±5.7vs20.3±6.4,ns)ともに差はなく、OT 開始までの日数(2[2-3]vs2[2-3],ns)、PT 開始までの日数(2[2-2]vs2[2-2],ns)に関しても差は無かった。入院前 BI(85[80-100]vs90[83-100],ns)、入院時 BI(6[2-9]vs8[4-11],ns)、退院時 BI(85[75-90]vs90[65-93],ns)や BI 回復率(62.1%vs65.2%,ns)についても差を認めなかった。BI 各項目の自立までに要した日数も食事(2[2-2]vs2[1-2],ns)、移乗(3[2-4]vs2[2-5],ns)、移動(7[4-10]vs5[3-10],ns)、階段昇降(11.3±3.5vs11.3±2.5,ns)、更衣(7[3-11]vs6[2-10],ns)、整容(3[2-8]vs4[1-7],ns)、入浴(8[5-12]vs9[6-11],ns)、排泄(4[2-6]vs4[3-5],ns)、排尿コントロール(3[2-6]vs3[2-5],ns)、排便コントロール(3[2-6]vs2[2-4],ns)の全項目で差が無かった。

【考察】 本研究では、入院前後や退院時の BI、BI 各項目の自立までの日数について差は無かった。小澤らは、CS 1、2 群の患者においては病態や急性期治療に合わせて早期から心リハを開始することが重要であると述べられている。当院では心不全パスを導入しており、内服治療やリハビリ依頼等がシームレス化されているため、PT・OT 開始日数が共に入院後 2 日程度で開始されていたこと、点滴や BA 挿入期間が短いことが退院時 BI の点数や項目に差が生じなかった理由と考えられた。今後も多職種と協力して高齢 CHF 患者の ADL 維持、改善をはかっていきたいと考えている。

作業療法事例の分析 - 作業療法士の作業への関わり -

*鈴木 信吾¹、吉川 ひろみ²

1. 県立広島大学 総合学術研究科 保健福祉学専攻 博士課程前期、
2. 県立広島大学 保健福祉学 保健福祉学科 作業療法学コース

Key word : 作業、作業療法、作業療法士

【はじめに】 作業療法は「作業に焦点を当てた治療、指導、援助である」(日本作業療法士協会、2018)と定義されており、クライアントの作業のニーズや目標に基づいた支援を行うためには、クライアントの作業を評価する必要がある。また、作業的存在としてクライアントを理解することは重要であり、そのためにはクライアントの声を聞くことが不可欠である。本研究の目的は、2024年の日本作業療法士協会の機関誌に掲載された事例報告において、評価法とクライアントの声に着目することで、作業に焦点を当てた実践がどの程度行われているかを探ることである。

【方法】 分析対象は、「作業療法」43巻(2024年)に掲載されている事例報告とした。報告の目的、クライアントの基本情報、疾患、評価、介入、クライアントの声に該当する記載を抜粋した。

【結果】 事例報告は43件で、クライアントの疾患は、脳血管障害が20件(46.5%)、整形疾患8件(18.6%)、発達障害6件(14.0%)、統合失調症2件(4.7%)で、他には心疾患、パーキンソン病、ギランバレー症候群、パーソナリティ障害だった。作業療法士、作業療法学生についての報告も3件あった。使われていた評価法は、Mini Mental State Examination (MMSE) が11件(25.6%)がもっとも多く、カナダ作業遂行測定(COPM)、Brunnstrom Recovery Stage(BRS)、Fugl - Meyer Assessment(FMA)、Functional Independence Measure(FIM)がそれぞれ10件(23.2%)、Motor Activity Log (MAL) が7件(16.3%)、Rey - Osterrieth Complex Figure Test(ROCF)が5件(11.6%)、Frontal Assessment Battery (FAB)、関節可動域測定、Trail Making Test(TMT)、Behavioural Inattention Test (BIT)、Barthel Index (BI)、簡易上肢機能検査(STEF)がそれぞれ4件(9.3%)だった。作業の評価法である作業選択意思決定支援ソフト(ADOC)は3件で、運動とプロセス技能評価(AMPS)は1件で使われていた。MMSE11件中10件、FMAとBRS10件すべて、FIM10件中8件が脳血管障害の事例で使われていた。COPMは、脳血管障害、整形疾患、発達障害、内科疾患の事例で使われていた。クライアントの声の記載は20件(46.5%)だった。作業療法の成果についての語りが11件、開始時の語りが8件、開始時と成果の語りの両方の記載は1件だった。COPMを使用した事例10件中9件でクライアントの声の記載があった。

【考察】 作業に焦点を当てた実践をするためには、クライアントの作業を評価する必要があるが、事例報告で使われていた評価法では、運動機能と精神機能を評価するものが種類も多く頻度も高かった。日常生活活動の評価も心身機能の評価は、疾患ごとに選択されるが、COPMは特定の疾患や障害に限定されずに使用されていた。世界作業療法士連盟の作業療法の定義「作業療法はクライアント中心の保健専門職で、作業を通して健康と幸福を促進する。(中略)人々がしたい、する必要がある、することを期待されている作業に結び付く能力を高める、あるいは作業との結び付きをよりよくサポートするよう作業や環境を調整する」に沿うためには、クライアントの生活に根ざした作業を評価し、その作業を通して健康と幸福が促進される作業療法を展開することになるだろう。クライアントの作業を評価することにより、作業的存在としてクライアントを理解することにつながると考える。

右乳がん患者における乳房全摘術前後の 身体機能と患者立脚型評価の推移に着目した作業療法介入

*熊谷 優紀¹、大浦 敦樹¹、津川 亮介¹、森田 伸¹、矢島 玲奈²

1. 香川大学医学部附属病院 医療技術部 リハビリテーション部門、2. 香川大学医学部附属病院 乳腺内分泌外科

Key word：乳がん、握力、片脚立位、DASH、HADS

【はじめに】 日本では欧米と比較し、乳がんの罹患率、死亡率は低いとされていたが、近年では罹患率は増加傾向であり、女性のがんの中で罹患率は最も多い。当院の乳がん術後リハビリテーションでは、術翌日から患部の安静度に応じた関節可動域練習や ADL 指導を行い、早期退院を目指している。しかし、退院後の乳がん患者の中で、躓くことや転倒が増えたと訴えがあり、術後にバランス機能が低下し、転倒リスクを助長している可能性がある。今回、右乳房全摘術を施行された患者のバランス機能と患者立脚型評価の推移に着目し、その経過と考察を踏まえ報告する。

【症例紹介】 40 代女性、診断名は右浸潤性乳管がん、利き手は右手であった。健康診断で異常を指摘され、他院受診にて、当院紹介となった。X 年 Y 月 Z 日、右乳房全摘術と腋窩郭清術を施行された。

【作業療法術前評価(Z-1)】 身体機能評価に関して、体重 111.3 kg、関節可動域(以下 ROM)は肩関節屈曲 175°/175° 肩関節外転 180°/175° 肩関節外 85°/80°、握力 29.1 kg/28.9 kg、片脚立位では 2 回測定した最大値を採用し、両側 60 秒間保持可能であった。患者立脚型評価では、DASH 機能症状スコア 27 点、仕事スコア 25 点、HADS では抑うつ 3 点、不安 11 点であった。

【作業療法経過】 当院の術後プロトコルに沿って介入し、術翌日から離床、患部外関節可動域練習、翌日の自主練習指導を実施した。術後 Z+2 日目からは肩関節への可動域練習、ワイピング、バランス練習としてダンデム立位や下肢筋力強化練習などを実施した。その後、術後 Z+11 日目に当院で作成した自主練習用パンフレットに沿って肩関節の可動域練習、退院後のリンパ浮腫予防の指導し、自宅退院となった。

【結果(術後 Z+17 日目、術後 Z+90 日目)】 身体機能評価に関して、体重 107.5 kg、ROM は肩関節屈曲 165°/180° 肩関節外転 170°/180° 肩関節外 85°/90°、握力 32.7 kg/29.6 kg、片脚立位 60 秒/38 秒であった。患者立脚型評価では DASH 機能症状スコア 10 点、仕事スコア 25 点、HADS では抑うつ 1 点、不安 6 点であった。術後 90 日目評価、体重 107 kg、ROM は、肩関節屈曲 175°/175° 肩関節外転 170°/170° 肩関節外 85°/85°、握力 29.4 kg/26.7 kg、片脚立位 60 秒/60 秒であった。患者立脚型評価では DASH 機能症状スコア 11.6 点、仕事スコア 18.7 点、HADS では抑うつ 4 点、不安 5 点であった。

【考察】 本症例では術後 17 日目の握力と DASH の機能症状スコア、HADS は改善傾向だが、関節可動域とバランス機能は低下した。バランス機能と握力に関して、がん患者は握力の強さと、身体機能バランスは有意な相関を認めると報告されている。本症例では握力は改善したが、バランス機能に関しては、術後 1 カ月以内の改善は認めなかった。本症例の術前後の体重変化では術前と比較し約 3 kg の体重減少があり、右乳房を全摘出したことで重心位置が変動した可能性や体重減少による筋力低下、退院後の活動量の低下などが示唆された。今後、バランス機能低下の原因については継続した調査を行う必要がある。また、不安、抑うつに関して、乳がん患者は手術によって、がんが取り除かれると一時的に不安が軽減すると報告があり、本症例でも患者立脚型評価の HADS に改善を認めた。これらのことから術後 1 カ月以内では、不安、抑うつは一時的に改善する可能性がある。以上のことから、術後 1 カ月以内ではバランス機能の低下を考慮し、バランス機能に対するアプローチの再構築に加え、転倒予防をはじめとした、患者指導、情報共有を行うこと、術後 3 カ月以降では不安や抑うつが悪化してくる可能性があるため、より長期的にフォローを行うことが重要であると考えている。

乳房切除後の肩関節可動域制限の要因について

*大石 大¹

1. 高知大学医学部附属病院 医療技術部リハビリテーション部門

Key word : 乳がん、乳房切除術、肩関節

【緒言】 乳がんに対する乳房切除術は高い10年生存率が報告されている。一方で、肩関節可動域制限の残存が一定数報告されており、術後のADL・QOL向上のため、術前から可動域制限の予防を計ることは作業療法の課題の一つである。可動域制限の要因としては、術後の疼痛・痩身(低BMI)・術前後の化学療法などが報告されているが、こうした報告では術前後のリハビリテーションについて明記されているものは少ない。本研究の目的は、統一されたリハビリテーションプロトコルの下、乳がん術後の肩関節可動域を前向きに調査し、可動域制限に影響する周術期の因子を明らかにすることである。

【方法】 当院で乳がんと診断され、乳房切除術が決定した女性患者に対し、DVDを用いた術前の運動指導を行った。術後3日間は術側肩の運動を屈曲・外転90°以下に制限し、4日目からは統一された運動方法に基づいた運動指導と退院後の自主訓練を指導した。また、退院後は術後1か月・3か月・6か月・1年のフォローアップを行い、運動指導と生活指導を継続した。検討項目は年齢、BMI、術前に評価した術側の肩関節可動域(屈曲・外転)、握力、三角筋の圧痛閾値、術前1週間の身体活動量(国際標準化身体活動質問票)、心理的因子としてがん患者の心配評価尺度(Brief Cancer-related Worry)、術前後の化学療法の有無、リンパ節郭清の有無、術後4日目の運動時痛(100mm Visual analogue scale)とした。術後1年で各可動域の測定を行い、屈曲・外転の何れかが術前から20%以上低下した症例を可動域低下群、低下していない症例を維持群として振り分け、各評価項目の2群比較を行った。次に、可動域低下の有無を従属変数、2群比較で有意差の見られた項目及び年齢、BMIを独立変数とした多重ロジスティック回帰分析を行った。有意水準は5%とした。本研究は当院倫理委員会の承認の下に実施された。

【結果】 対象患者は104名(平均61[34-87]歳であり、低下群29名、維持群75名であった。術後1年における肩関節屈曲可動域は低下群 $131 \pm 18^\circ$ (平均 $\pm$ 標準偏差)、維持群 $153 \pm 13^\circ$ 、外転可動域は低下群 $134 \pm 20^\circ$ 維持群 $158 \pm 12^\circ$ であった。2群比較の結果、身体活動量(低下群 186 ± 70 METs・維持群 673 ± 56 METs)と握力(低下群 18 ± 5 kg・維持群 20 ± 4 kg)に有意差が見られた($p < 0.01$)。多重ロジスティック回帰分析の結果、身体活動量(オッズ比0.76、95%信頼区間0.32~0.92、 $p < 0.01$)と握力(オッズ比0.88、95%信頼区間0.37~0.98、 $p < 0.03$)が採択された。HosmerとLemeshowの検定の結果は $p = 0.053$ であり、判別率的中率は75.2%であった。

【考察】 本研究では、統一されたリハビリテーションプロトコルを用いることである程度一定の治療が提供できると考え、可動域低下に影響を与える周術期の因子を検討した。多重ロジスティック回帰分析のモデルの適合度は良好であり、握力と身体活動量が高値である場合は可動域低下のリスクが低いことが示された。この2つの因子が運動耐用量と関連があることは周知であり、術後リハビリテーションの効果に少なからず影響を与えていると考えられる。加えて本研究では退院後の自主訓練が肩関節への直接的な治療となっているため、術前から身体活動量が低下している症例では運動の効果が得難い可能性がある。自主訓練の実施状況や術後の身体活動量の推移を検討する余地はあるが、術前指導として活動量の維持を図ることで、術後リハビリテーションの効果を高められる可能性が示唆された。

首下がり症候群を呈したパーキンソン病患者に対し更衣動作能力の改善を図った関わり

*川原 裕治¹

1. とくしま医療センター西病院

Key word: パーキンソン病、首下がり症候群、更衣動作

【はじめに】 パーキンソン病（以下、PD）に伴う首下がり症候群（以下、DHS）は、進行に伴い前方視界の制限を引き起こし、日常生活動作に著しい影響を及ぼす。今回、DHSによる視野狭窄およびジスキネジアを呈し、更衣動作に困難を抱えるPD患者に対し、当院の5週間短期集中入院プログラムの中で動作習慣に着目した作業療法介入を実施した。その介入経過の中で、更衣における気づきや動作改善がみられたため考察を加えて報告する。なお発表に際して、本人には書面と口頭で説明を行い、同意を得ている。

【症例紹介】 70歳代、女性、主病名はPD。Hoehn&Yahr StageⅣ。UPDRS:100(Ⅰ10、Ⅱ27、Ⅲ59、Ⅳ4)。現病歴:X年右手固縮出現、X+1年PD診断、X+16年DHS出現、X+17年転倒増加、X+18年当院に短期集中入院プログラムにて入院。入院前生活状況:夫、長男と三人暮らし。転倒したり物にぶつかりながら自力で独歩移動。更衣は軽介助。その他の身辺動作は時間を要しながら自力で行っていた。長距離移動では簡易頸椎カラー装着。

【初回評価】 頸部可動域制限(a/p):後屈-70°/20°、筋力低下:頸部伸展2、体幹伸展2、上肢・下肢の協調性低下を認めた。頭頸部後屈保持時間10秒。SDS39点、FIM102点(運動項目69点、認知項目33点)。更衣動作は、上下衣ともに軽介助を要し4点で、特に上衣は襟部分を引っ張る動作、下衣は足部挿入動作に困難を認めた。患者のデマンドは「着替えがスムーズにできるようになりたい」であり、更衣の満足度3、実行度5で、行動変容ステージは準備期であった。

【作業療法介入】 更衣の問題点として、上衣では上肢挙上位での上肢の屈伸動作が困難であること、下衣では首下がり姿勢のため視野狭小化が起こり足部とズボン穴の認識が不十分であることを挙げた。姿勢ニーズに対しては、頭頸部後屈の自動介助運動や後屈保持時間延長、更衣ニーズに対しては、上肢挙上位での屈伸運動、タオル跨ぎ、洗体動作を行うこととした。自主活動として上肢のセルフストレッチや頭頸部運動を指導し、その日の更衣の可否も含めてモニタリングシートにてチェックすることとした。

【経過】 介入初期(1~2週目)はコンディショニングとして四肢頸部のストレッチを行い、介入前後の変化を結果の知識として画像にて伝達した。自主活動やモニタリングシートの提案を行い、意欲的に実施する様子がみられた。更衣評価の際、下衣動作では動作性向上のため足を組んだ状態での動作を提案したが、「いつもこうやってるから」と受け入れ不良であったため、普段の動作をもとに改善を図ることとした。頭頸部に関して「ちょっと挙がるようになってきた」と実感が聞かれた。頭頸部後屈保持は10秒から30秒となった。

介入中期(3週目以降)は、更衣動作訓練としてタオル跨ぎや洗体動作を取り入れた。「自分でも椅子に座ってこの運動をしました」と自主的に取り組む様子があった。姿勢に関して「天井が見れるようになりました」と変化を感じる発言が聞かれた。頭頸部後屈保持は30秒から2分に増加した。

【最終評価】 頸部可動域制限(a/p):後屈-40°/20°。頭頸部後屈保持2分。SDS34点、FIM:111点(運動78点、認知33点)、上下衣ともに自立し7点。更衣の満足度9、実行度7。「ズボンの穴や足首の動きを意識するようになりました」と自身の動作に気づく発言が聞かれ、実際の更衣場面でも足部とズボン穴との位置確認や足部コントロールを意識して動作を行う様子がみられた。行動変容ステージは実行期となった。

【考察】 動作習慣の変容には、「何をどうするのが必要か、またその理由は何か」という知識、「自分の習慣を変えよう」とする意欲、そして「必要な行動変化を起こしそれを続ける」ための技術という3つの要素が挙げられている。今回、本人のデマンドを元に更衣動作の改善に向けて部分練習を対話しながら行った。「いつも通りの動作」を軸に、習慣化のための知識・意欲・技術を加えて訓練することで生活で取り入れやすくなり、更衣における気づきや動作改善につながったと考える。

筋萎縮性側索硬化症による筋力低下進行に合わせた机上動作の環境設定について

*中野渡 友香¹、佐藤 紀²、山田 めぐみ¹、中尾 遼平^{2,3}、松浦 哲也²

1. 徳島大学病院 リハビリテーション部、2. 徳島大学病院 リハビリテーション科、3. 徳島大学病院 脳神経内科

Key word : ALS、環境整備、スプリント

【はじめに】 筋萎縮性側索硬化症（以下、ALS）のリハビリテーションは、残存能力を活用し、必要に応じて補装具の選定を行い、日常生活動作（以下、ADL）および精神面の維持、さらには Quality of life を向上させることが目的とされている。また、補装具については機能予後を予測し適切な時期に導入するとともに、身体機能の変化に応じ使用方法の再検討も必要である。Balanced Forearm Orthosis である MOMO（リハロ社製）は、主に神経・筋疾患や頸髄損傷患者に対して使用されているアームサポートであり、3 軸方向への動きをアシストしやすいという特徴があるため、症例の状態に応じた使い分けが可能な補装具である。今回、薬物治療の目的で定期的入院した ALS 患者に対して、作業療法で MOMO を導入し、環境調整を行ったことで、本人の望む ADL 能力の向上に至ったため、筋力低下の自覚が強かった最終介入時を中心に、その臨床的意義について報告する。なお、本報告に際して症例から同意を得た。

【症例紹介】 50 歳台女性、診断名は上肢型 ALS、x-1 年、右手で箸を持ちにくくなり、その後洗顔や洗髪、家事全般に支障を来すようになった。x 年 y 月に当院へ精査加療目的で入院し、初回の作業療法介入を開始した。以降、薬物治療目的で 2 ヶ月毎に当院へ入院し、その間、作業療法介入した。夫と二人暮らし、職業は事務職であり、主にパソコン作業を行っていた。

【作業療法評価】 意識は清明で、コミュニケーション能力に問題は認められなかった。初回介入時より両上肢近位部の筋力低下を認めており、徒手筋力検査（以下、MMT）では、肩関節屈曲 2/2、肘関節屈曲 2/3、肘関節伸展 4/4、手関節背屈 4/4 であった。介入当初より食事動作や排泄時の下衣操作に困難感を認めたため、自助具紹介や ADL 練習を実施した。y+4 ヶ月に MOMO を紹介し、食事動作およびパソコン操作における動作の改善がみられ、両側 MOMO を導入した。次第に筋力低下は進行し、最終介入時の y+12 ヶ月時には MMT：肩関節屈曲 1/1、肘関節屈曲 1/2、肘関節伸展 2/3、手関節背屈 2/2、母指指節間関節屈曲 4/4、母指対立 2/2、ピンチ力は右 0.2kg、左 0.4kg であった。ADL は Barthel Index 80/100 点、移動は自立しているが、食事、入浴、更衣、トイレ動作に介助が必要な状態であった。主訴は、「ここ 1 ヶ月で腕の力が急に落ちた」「MOMO が使いにくくなった」であった。

【作業療法介入】 y+12 ヶ月介入時には筋力低下を強く自覚していたが、y+10 ヶ月時と比べ上肢近位部の機能に大きな変化はなかった。しかし、手関節背屈筋力の低下が著しく、動作時に手関節の保持ができず、困難感につながっていた。そこで、本症例の希望の強い動作である、パソコン操作、食事、歯磨きや耳掃除等の整容動作について、机上での動作方法および手関節の固定方法を検討した。本症例は MOMO の使用による成功体感が得られたことにより、机上動作時は常に使用したほうが良いと考えていたため、MOMO の特性を説明した上で、各動作における MOMO の使用・不使用について協議した。パソコン操作、食事動作は上肢全体の自由度の高い複合運動であり、前腕を机上から離す必要があるため、MOMO の使用が推奨された。しかし、アームレストは前腕部までであり手関節の保持が困難であったため、アームレストを中指指節関節部まで延長するよう、スプリント材を使用し補助具を作製し取り付けた。形状については本症例と相談し、手関節背屈 0°、また第一手根中手関節を固定し、遠位部の運動が発揮できるように設定した。一方、整容動作は上肢近位部における支持性を高める必要があるため、MOMO を使用せず、コックアップスプリントを作製し、装着下での動作を指導した。結果、手関節を固定することで動作が安定し、さらに遠位部の操作性向上がみられた。身体機能に合わせて補装具を適切に活用することで、困難感の強くなっていた動作が改善し、高い満足感が得られた。

【まとめ】 本症例において、補装具を使用することで、動作が改善し、自力で行える動作を維持することが自己効力感に繋がったと考えられる。また、病状が変化していく中で、生活困難感を聴取することに加えて適切な身体機能および ADL 評価をすることで、その中で改善可能な動作を同定し、介入することが重要であると考えられた。神経難病においては症状の進行に伴い、導入した福祉用具の使用期間が限られると報告されているが、福祉用具の適切な設定を含めた環境調整により適応期間が長くなることが示唆された。

未告知がん患者に対する MTDLP の活用効果

- その人らしさを尊重した目標設定で主体性が高まった症例 -

*枇杷谷 優理 1、山本 晃平 1、登井 麻絵 1、玉谷 高広 1、神田 和哉 1

1. 社会医療法人川島会 川島病院

Key word：生活行為向上マネジメント、がん、動機づけ、目標設定

【はじめに】 今回、前立腺がん多発性骨転移を呈した症例を担当した。目標設定に難渋したが、生活行為向上マネジメント(以下 MTDLP)を活用したことで内発的動機付けや主体性に变化がみられたため報告する。また症例報告に関し、書面にて同意を得ている。

【症例提示】 80 代男性、妻と息子の 3 人暮らし。発症前の ADL・IADL は自立。趣味は車の運転や園芸。HOPE:車の運転がしたい、歩けるようになり家に帰りたい。家族の希望:自立歩行での自宅退院。入院中に要介護 5 と認定された。

【現病歴】 X 年 Y 月、A 病院にて前立腺癌の診断。前立腺癌骨転移、脊髄圧迫症に対する治療のため B 病院放射線科で治療後、X+1 年 Y 月 Z 日に椎弓切除術、腫瘍切除術施行。Z+23 日化学療法加療目的で当院へ転院し、Z+30 日目に作業療法開始。

【初期評価】 Cancer Functional Assessment Set(cFAS):13 点/102 点。握力:右 17.9kg、左 24.1kg、鎖骨以下に対麻痺症状あり。mFIM:21 点/91 点、食事以外の動作に介助を要し、活動範囲はベッド上であった。

【介入経過】 入院 1 週目:身辺動作の介助量軽減を目指し、座位保持練習や上肢での代償動作練習を開始した。症例からは「足さえ動けるようになればいいから、具体的に何がしたいか思い浮かばない」と作業活動に対して消極的な発言があった。入院 2~4 週目:興味関心チェックシートを使用し、MTDLP シートで各項目の分析を行い、合意目標を立てた。合意目標①座ってご飯を食べる(実行度 1 満足度 3)、②身の回りのことが自分でできる(実行度 3 満足度 1)。面接にて「迷惑をかけたくないから自分の気持ちは言わないようにしていた」と発言があった。1人でできること、できるかもしれないことを情報共有し、従来のプログラムに自助具の選定や使用方法の指導を追加した。ADL 訓練や代償動作練習に対し「今日もやってみようか」と前向きな発言が増えた。MTDLP:合意目標①初期と同様に自己で電動ベッドを操作してヘッドアップし、食事摂取していた(実行度 10、満足度 4)。②リーチャーを使用し、1人でできるベッド上での作業が増えた(実行度 5、満足度 5)。同時期に、家族と退院先などについてのカンファレンスを実施。しかし家族からは自宅退院の受け入れは困難であり、転帰先について伝えないようにと要望があった。入院 5 週目~転院:2 クール目の化学療法後、血圧低下や貧血症状が進行し積極的な車椅子離床が困難となった。また倦怠感からモチベーションの低下や「もうあかん」と悲観的な発言が増え、やる気スコアでは 19 点とアパシーを認めた。日課の聞き取りから、毎朝コーヒーを飲んでいたことを知り、「売店にコーヒーを買いに行きたい」と要望が聞かれた。そこで新たに合意目標を③リクライニング車椅子へ座り売店へコーヒーを買いに行く(実行度 1 満足度 1)とし、症例が疲労感に合わせてプログラムを選択できるよう支援した。しかしその後も全身状態の改善は認めず、Y+2 ヶ月目に主治医より家族へプレターミナル期に移行したことが告げられ、緩和ケア病院へ転院となった。

【結果】 cFAS:点数変化なし。mFIM:23 点/91 点、整容のみ 5 点へ向上。MTDLP:合意目標③リクライニング車椅子へ 2 名介助で移乗し、離床ができた(実行度 10、満足度 10)。症例から「今の段階はこれくらいで精一杯やな」と介入中に聞かれ、やる気スコアは 17 点に向上した。

【考察】 MTDLP は生活行為を妨げている要因や強みを特定し、患者の意思を尊重してプログラムや支援を立案するプロセスである。また高齢者が主体的に目標を設定し、生活行為に取り込むことで自己効力感や生活の満足度が高まると言われている。介入当初は予後に対して未告知であり、症例は機能回復を望む一方、OT は代償手段獲得を目標としていたため、乖離が生じすり合わせに難渋していた。また全身状態が悪化しモチベーションの低下がみられたが、MTDLP を活用し変化する身体状況に合わせて目標を再設定し介入した結果、内発的動機づけや主体性を引き出すことができたと考える。最終目標の達成には至らなかったが、OT の主観的な目標設定ではなく最期まで症例らしさを尊重した目標を設定し支援することの大切さを再認識する機会となった。

第 34 回四国作業療法学会

実行委員名簿

学 会 長	山田 太一	介護老人保健施設 アイリス
実行委員長	白方 一範	株式会社 コロココ
事務局 長	町尻 拓真	松山リハビリテーション病院
実 行 委 員	池之上 卓治	特別養護老人ホーム ゆずの里
	加藤 真弘	松山リハビリテーション病院
	久徳 壮一郎	株式会社 アクティブモア
	篠森 丞	松山赤十字病院
	清水 亮芳	大洲記念病院
	土居 道康	南松山病院
	西岡 貴人	松山リハビリテーション病院
	日野 雅文	老人保健施設 れんげ荘
	福田 修治	大洲中央病院
特 別 協 力	松田 貴広	松山リハビリテーション病院
	小林 直人	愛媛大学医学部附属総合医学教育センター
撮 影 協 力	大西 修平	大洲中央病院

< 五十音順 >



主 催 四国作業療法士会連絡協議会

担 当 公益社団法人 愛媛県作業療法士会

第 34 回四国作業療法学会 学会誌

令和 7 年 8 月発行

編集・発行 四国作業療法士会連絡協議会

事務局 〒791-0295 愛媛県東温市志津川 454
医療法人財団 慈強会 松山リハビリテーション病院
リハビリテーション科

印刷 株式会社 明朗社
〒791-2112 愛媛県伊予郡砥部町重光 150-1



福祉機器・介護機器の総合メーカー

「やさしさ」かなえる新発想



移動式リフト EL-610



排泄サポートリフト TL-300

株式会社いうら

〒791-0214 愛媛県東温市南野田 410 番地 6

TEL : 089(964)7770 FAX : 089(964)1522



手指・足首のリハビリテーション補助ロボット

空気力で繰り返し手指・足首をやさしく動かし、
リハビリをサポートします。

Power Assist Series
パワーアシストシリーズ

AIREHA



無料お試し実施中

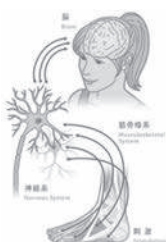
脳梗塞リハビリロボット

まいりハ



トレーニング&リハビリマット “メトリクスフォーム”

全身のセンサー(深部感覚)が活性化する



足裏、足指に特に多く存在するメカノセプターが活性化、
体の各パーツの位置や傾きを感知する感覚が向上します。
多裂筋、大腰筋、腹横筋、横隔膜、骨盤底筋などの体幹
深層筋(インナーマッスル)の活性化を促します。

ECA 愛媛ケア・アシスト

〒790-0964 愛媛県松山市中村 3 丁目 5-3 1

TEL(FAX)089-941-9670 携帯090-2781-7480

<https://ehimecare-assist.com/>

E-mail: info@ehimecare-assist.com



iPadで使う コミュニケーションアプリ・コンテンツ



ゆびでんわ 指伝話

大切なことは機械ではなく 機会です。



指伝話メモリ



指伝話プラス



指伝話文字盤



人と人とを笑顔で結ぶ ゆい
有限会社オフィス結 アジア

メール info@yubidenwa.jp
<https://www.yubidenwa.jp/>



自立を助け「寝たきりにしない、させない」の考えのもとに・・・

介護する人・介護される人の気持ちを考えた商品作りが当社の目標です。
失禁の程度、状態に合わせた最適な商品をお選びいただくことにより、
快適な日常生活をお送りいただけますよう応援しております。



カセイ商事株式会社

本社／愛媛県四国中央市三島宮川1-2-27
〒799-0404 TEL.0896(23)5400 FAX.0896(23)5476

Web(クモの巣)から学んだ 新発想の体圧分散式ウレタンフォームマットレス。



Webly Mattress ウェブリーマットレス

株式会社 **ケーフ** <https://www.cape.co.jp>

本 社 / 〒238-0013 神奈川県横須賀市平成町2-7 TEL:046-821-5511(代) FAX:046-821-5522

ケアウィルは、対象者、医療・介護職の皆さんと福祉製品を共創しています



GOOD DESIGN AWARD
2024年度受賞

川崎市 川崎市公営型福祉製品等開発委託
福祉製品2022 市政100周年記念事業

すべての車いす利用者の皆様へ
車いす利用者用晴雨兼用ウェア

療法士
監修

- 風でめくれない、蒸れない
上下分離式。空気が服の中に入らず、
風でめくれない、蒸れません。
- 着る、脱ぐ、収納がラクラク
ファスナーがなく、ボタンは2個だけ。
小さな動作で着脱、畳みが可能。
- 巻き込まれない
足にしっかりフィットする膝かけと適度な
丈のジャケットは車輪に巻き込まれません。
- 膝かけの多様な固定方法
上肢の可動制限と、車いすの形状に
応じて6つの固定方法から選択。

累計ご利用者
620名突破



GOOD DESIGN AWARD
2022年度受賞

KIS かわさき基準
福祉製品2023

OMOTENASHI SELECTION
2022年度 ANA賞

ご自宅や施設で、洗濯の自立支援に
自立する、丸ごと洗えるランドリーバッグ

療法士
監修

- 丸ごと洗える脱衣かご
上下分離式。空気が服の中に入らず、
風でめくれない、蒸れません。
- 洗濯ものが絡まない
芯材がバッグ内の空間を維持し、
湿気の絡みや傷みを軽減。
- 洗濯の自立を支援
洗濯物の仕分けと押し替えが不要。
独力による洗濯を支援します。
- プライバシーを守り、紛失防止
中が透けないので持ち歩きも安心。
施設での衣類の紛失防止にも。

累計ご利用者
7100名突破



GOOD DESIGN AWARD
2021年度受賞

KIS かわさき基準
福祉製品2022

OMOTENASHI SELECTION

麻痺、腱板断裂、骨折など上肢に疾患がある皆様へ

楽に着られるアームスリングウェア
モニター病院・施設を募集！

療法士
・看護師
監修

- 一人で着脱ができる
片手で簡単に着れるデザイン。
ボタンや留具もなく短時間で着脱。
- 首を痛めず、疲れない
伸縮する生地全体で腕を支え、内部の
ゴム素材で腕の自重を両肩へ分散。
- コーディネートしやすいデザイン
ネイビーとグレーの2色展開。外出着
として装いを楽しんでいただけます。
- 肘をしっかり固定
シャツの肘部のループと中央ボタンを
留めて肘を固定。腕がぐらつきません。

累計ご利用者
740名突破



【ご紹介割引】
医療・介護職、医療・介護系
法人経由のご購入なら..

全品 **35%OFF**

病院・施設からのご紹介で
無料サンプルいつでもお試しできます！

全国どこでも3日以内にお届け
お申し込みは30秒で完了

株式会社ケアウィル 本社: 東京都豊島区駒込4-2-24
<https://www.carewill.co.jp/>

THANK YOU COUPON
いますぐ使える 15%OFF クーポンをプレゼント
以下のクーポンコードをご利用ください

ご利用サイト クーポンコード
carewill 39157
amazon TOT39157
ケアウィル
アマゾン受取店



ケアウィル 検索



Debut as a professional!



学校法人RWFグループ

四国中央医療福祉総合学院

【全日制】

理学療法学科

作業療法学科

言語聴覚学科

看護学科

【通信制】

社会福祉学科

精神保健福祉学科

799-0422 愛媛県四国中央市中之庄町1684-10
TEL 0896-24-1000 <https://www.rwf.ac.jp/>


公式HPは
こちらより



STA Plus

あなたの臨床に Plus する

中枢神経疾患に対するリハビリテーション研修会



おかげさまで
創業
40周年

「社業の発展を通じて
地域社会に貢献する」

<https://www.sogasyoukai.com>

介護保険指定居宅サービス事業所・福祉用具貸与指定事業所

株式会社 **曽我商会** 40th

サービス内容

- ◎ ノーリフティングケア
- ◎ ポジショニング(シーティング)
- ◎ 排泄ケア
- ◎ 褥瘡ケア
- ◎ 住環境整備



本社

〒790-0047 松山市余戸南一丁目20番28号
TEL 089-968-6206 FAX 089-968-6207
事業者番号: 3870100835

新居浜営業所

〒792-0011 新居浜市西原町二丁目7番75号
TEL 0897-31-0230 FAX 0897-31-0232
事業者番号: 3870502659

認知機能チェック&トレーニング

作業療法士の専門性を拡張する！

リハビリ病院

- ・ FIMの改善
- ・ 転倒再発予防

介護施設

- ・ 生活期リハビリツール
- ・ 転倒予防

精神科デイケア

- ・ 新たな認知行動療法ツール

まずは、
**ブースで
体験**



脳体ガトレーナー

CogEvo®



トータルブレインケア
Total Brain Care Co., Ltd.



*Welfare
equipment*

実現したい暮らしを想い

福祉用具

Frontier

フロンティアは、
地域に欠かせない存在となるために
社会のニーズにチームでお応えしていきます。

MELTz[®]

手指運動リハビリテーションシステム

手指麻痺に新たなロボットリハビリテーションの選択肢を

「動かしたい意図」をAIが識別し、ロボットのハンドユニットが麻痺手の運動をアシスト



型式	MLZ-100MF
一般的名称	能動型展伸・屈伸回転運動装置
医療機器認証番号	304AIBZX00014000
クラス分類	クラスII管理医療機器(特定保守管理医療機器)
特定診療報酬算定医療機器の区分	運動量増加機器加算対象機器

製造販売業者(資料請求先)

FrontAct 株式会社
東京都中央区新川1-17-24 NMF茅場町ビル5F
<https://frontact-gl.com/ja/>

202507



MORITOH CORPORATION

株式会社 モリトー

転んでも、大丈夫。

「安全な転倒」が、自信を取り戻すカギになる。

安全懸架式リハビリテーションリフト

TG-800

TG-1000

**患者様・セラピストの負担を軽減しながら
より多くの歩行量を確保**

適切に体重を免荷することで、
疼痛や筋力低下による歩行困難を補うことができます。
セラピストの介助量も軽減し、歩行量を増やすことができます。

お問合せ先 (0586) 71-6151



A woman with a braid, wearing a white dress, stands barefoot and holds a thin stick. She is positioned in front of a large, stylized sunburst graphic. The background is a light gray gradient.

まっしろから、
はじめよう。



高知健康科学大学

UNIVERSITY OF KOCHI HEALTH SCIENCES

学部学科

健康科学部リハビリテーション学科 理学療法学専攻／作業療法学専攻

場所

〒781-5103 高知県高知市大津乙 2500-2

お問い合わせ

088-866-6119



医療法人千寿会

道後温泉病院



みらいず

➡➡➡ ひめduka ←←←



- 訪問看護ステーション
- 訪問看護ステーション 愛なん
- リハビリステーションうわじま
- デイサービスきほく
- サービス付き高齢者向け住宅
- 療育ステーション

会社概要

【運営会社】 株式会社 アクティブモア

〒798-0035 愛媛県宇和島市新町1丁目1-14 TEL.0895-28-6566 FAX.0895-28-6567

URL www.ai-hot.jp E-mail info@ai-hot.jp

開設/2011年4月25日 代表/久徳 壮一郎

STAFF WANTED

理学療法士 作業療法士
一緒にはたらく仲間を募集しています



株式会社 結依

訪問看護ステーションゆい

〒799-2655 愛媛県松山市馬木町2251番地2

☎ 089-995-8661

リハビリテーションを
軸とした社会貢献



【関連施設】

- 医療法人財団 慈強会** 介護老人保健施設 高井の里
〒791-1111 愛媛県松山市高井町 1203 番地 TEL(089)975-7761/FAX(089)976-5779
- 東松山在宅ケアセンター**
〒791-1116 愛媛県松山市南土居町 70 番地 4 FAX(089)975-7445 【共通】
- 東松山訪問看護ステーション TEL(089)975-7425
□東松山居宅介護支援事業所 TEL(089)975-6158
□東松山訪問介護事業所 TEL(089)970-1238
- 社会福祉法人 慈光会** 高齢者総合福祉施設 ていれぎ荘
〒791-0244 愛媛県松山市水尾町 405 番地 TEL(089)975-5558/FAX(089)975-9300
- 味酒野ていれぎ荘**
〒791-8025 愛媛県松山市衣山 5 丁目 719 番地 1 TEL(089)989-5571/FAX(089)989-5572
- 松山市委託事業** 松山市地域包括支援センター 小野・久米
〒790-0925 愛媛県松山市鷹子町 740 TEL(089)970-3761/FAX(089)975-7620



医療法人財団 慈強会

松山リハビリテーション病院

—日本医療機能評価機構認定病院—

☎(089)975-7431

〒791-1111 愛媛県松山市高井町 1211 番地 FAX(089)975-1670

E-mail: matsuriha.hp-jimubu@jikyokukai.or.jp

※詳しくはホームページをご覧ください。http://www.jikyokukai.or.jp

松リハ

検索



【交通のご案内】久米駅より伊予鉄ループバス 約 15 分
タクシー 約 5 分



いきるを楽しむ

職員が /
いきいきと
仕事ができる

利用者さんが /
自分らしく
暮らせる

訪問看護、訪問介護、通所リハビリテーションだけではなく、病院、クリニックや特別養護老人ホーム、介護老人保健施設などの施設を運営し、ひとりひとりの人生を最後まで支え続けます。

健康会 HP



HITO 病院

〒799-0121 愛媛県四国中央市上分町 788-1

TEL : (0896) 58-2222

FAX : (0896) 58-2223



社会福祉法人
愛美会

〒799-0121 愛媛県四国中央市上分町乙 8-2

TEL : (0896) 58-0180

FAX : (0896) 58-0378



医療法人
健康会

〒799-0121 愛媛県四国中央市上分町 732-1

TEL : (0896) 58-4970

FAX : (0896) 58-4977