

学会誌

# 第33回鹿児島県作業療法学会



作業療法の評価、治療を見つめなおす

会期：令和6年 9/7 (土) 9/8 (日)

会場：鹿児島大学 鶴陵会館

学会長：豊栄 峻

鹿児島大学病院  
鹿児島大学大学院医歯学総合研究科  
リハビリテーション医学

学会ホームページ



主催：一般社団法人 鹿児島県作業療法士協会



学会長 挨拶

学 会 長

豊 栄 峻



## 「作業療法の評価、治療をみつめなおす」

謹啓

この度、第 33 回鹿児島県作業療法学会の大会長を拝命し、2024 年 9 月 7 日（土）、8 日（日）の 2 日間で鹿児島大学鶴陵会館（鹿児島市）にて本学会を開催致します。

鹿児島県作業療法士協会は、「鹿児島県内の作業療法士の学術・技能の研鑽および人格資質の向上を図り、県民の皆様の医療・福祉・保健環境の向上に寄与すること」を目的としております。本学会は目的の中核を担う学術活動として位置づけられており、県内の作業療法の取り組みを発信するとともに、新しい知見を取り入れる重要な機会となります。

そこで今回、本学会のテーマを「作業療法の評価、治療をみつめなおす」としました。作業療法を含む医療の実践においては、評価が大変重要であります。我々、作業療法士も、日々の臨床において【評価により病態を把握し、作業療法内容や治療法を選択・実施し、実施による変化を評価する】といった一連のプロセスを行っています。一方で、医学の進歩により評価・病態・治療の新しい知見が得られてきています。我々は、このような新たな知見に基づいて作業療法を展開し、エビデンスを築いていくことが求められています。

本テーマの下、企画したプログラムは、公開講座、特別講演、教育講演 2、シンポジウム 1、一般演題 20、岩手・沖縄・鹿児島県士会交流会（Iwate+Kagoshima+Okinawa OT の協議会=IKOT 協議会）、会長講演から構成されています。多くの皆様にご参加いただき、活発な議論と共に会員の皆様の交流を深めていただければ幸いです。皆様の参加を心よりお待ちしております。



## 第 33 回鹿児島県作業療法学会の開催によせて

鹿児島県作業療法士協会  
会長 吉満 孝二

鹿児島県作業療法士協会 会員の皆様におかれましては、日頃から当協会へのご支援、ご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、来る 9 月 7 日（土）、8 日（日）の 2 日間にわたり、第 33 回鹿児島県作業療法学会を開催する運びとなりました。本年度のテーマは「作業療法の評価、治療を見つめなおす」です。この意義深いテーマのもと、私たちは作業療法の本質を再考し、さらなる発展への道筋を探る貴重な機会を得ることができません。

本学会では、作業療法の多岐にわたる分野において、最新の知見と実践的なアプローチを学ぶことができる多彩なプログラムを用意しております。

1 日目には、鹿児島大学の下堂菌教授による公開講座「鹿児島大学発の新たな脳卒中リハビリテーションと作業療法への期待」が開催されます。当地の最先端の研究成果に触れることは私たちの大きな喜びであり、日々の臨床実践に新たな視点をもたらすことでしょう。続いて、学会長講演では豊栄氏が「促通反復療法を基盤とした上肢麻痺治療」について講演されます。エビデンスに基づいた治療アプローチの重要性を再認識する機会となるでしょう。北里大学の高橋教授による特別講演「作業療法に評価は必要ですか？」では、私たちの専門性の根幹を問い直す貴重な機会となります。この講演を通じて、評価の意義と方法について深く考察し、より効果的な治療計画の立案に活かすことができるはずです。さらに、「がんのリハビリテーションにおいて、OT は何ができるか？」というシンポジウムでは、脳腫瘍や小児がん、化学療法の有害事象に対する作業療法の可能性について学びます。がん患者さんの QOL 向上に向けた作業療法士の役割を再確認し、新たな介入方法を模索する機会となるでしょう。

2 日目には、教育講演が二本立てで行われます。まず、日本ハンドセラピー学会理事の野中氏による「実臨床における手の評価」です。手の機能評価についての具体的な方法とその応用について学び、日々の臨床に役立てることができます。続いて、長崎大学の西氏による「異常感覚を紐解く～疼痛やしびれ感の病態および介入戦略～」です。この講演では、疼痛やしびれの原因とその対処法について、最新の研究結果に基づく知見を得ることができます。また、岩手・沖縄・鹿児島県士会交流会「魅力ある県士会について」と題した座談会では、岩手県作業療法士会の藤原会長、沖縄県作業療法士会の下里会長、そして鹿児島県作業療法士協会の吉満が登壇します。地理的に離れた三つの県の会長が鹿児島島に一堂に会し、各地域の特性を活かした士会運営の知恵を共有する機会は非常に貴重です。この座談会を通じて、私たち三士会の今後の運営にも新たな視点を得られ、次世代のリーダー養成の一助となることと期待しています。

さらに、学会では会員の皆様の日頃の臨床実践や研究成果を発表する「一般演題」も多数予定されています。この場は、自身の研究を発表するだけでなく、他の会員から刺激を受け、新しい視点やアプローチを学ぶ絶好のチャンスです。

作業療法を取り巻く環境は日々変化しています。この変化に適応し、さらには先んじていくためにも、継続的な学びと研鑽が不可欠です。本学会はまさにそのための最適な機会です。皆様におかれましては、ぜひともこの貴重な機会を逃すことなく、積極的にご参加いただきますようお願い申し上げます。

最後になりましたが、本学会の準備に多大なる尽力を注いでくださった学会長の豊栄氏、そして学術局の皆様にも心からの感謝と敬意を表します。



## 学会参加者の皆様へ

## ① 参加費

会 員：無料

非会員：10,000 円

学 生：無料（要学生証）

一 般：1,000 円

※会員とは、一般社団法人鹿児島県作業療法士協会会員、または鹿児島以外の 46 都道府県県士会会員に限ります。

※学生とは、作業療法士養成校の学生に限ります。

※一般とは、47 都道府県の理学療法士・言語聴覚士・その他医療福祉関連施設従事者。

## ② 学会について

- ◆ 本学会は現地開催および Web 会議アプリ「Zoom」を利用した Web 視聴によるハイブリッド学会となります。Web 視聴を希望する場合は、Web ブラウザもしくはアプリをご使用ください。アプリを使用する場合は事前に Web 会議アプリ「Zoom」のインストールをお願いいたします。

また、パソコン（当日使用される端末）OS や Zoom アプリを事前に最新の状態にしておいてください。

<https://zoom.us/download>

- ◆ 学会に関わる抄録ならびに Web 視聴で掲載されるスライド（スライド・画像・動画）に関して、ビデオ撮影・録音・写真撮影（スクリーンショットを含む）を行うこと、Web 上（SNS を含む）に公開することを固く禁じます。

## ③ 参加受付

- ◆ 本学会は現地受付（当日）および事前受付（Web 視聴）のみとなり、事前受付終了後にご登録いただいたメールアドレスに Web 視聴用 URL をお送りいたします。
- ◆ 事前受付、当日受付（7 日：12 時～）を行うまでに 2024 年度の鹿児島県作業療法士協会会費の納入をお願いいたします。
- ◆ 8 日（土）は 12 時、9 日（日）は 9 時より入室可能となります。
- ◆ 生涯教育単位認定システム（ポイント）について、一般社団法人日本作業療法士協会会員であることが条件となります。学会終了後に申請を行い、後日ポイント付与させていただきます。

## ④ 聴講中の留意点（Web 視聴）

- ◆ 聴講中はミュート設定と画面 off 設定をお願い致します。
- ◆ 質疑応答は、各自ミュート解除と画面 on にて対応してください。

## ⑤ 子供連れの方へ

- ◆ 本学会は子供同伴可能です。サテライト会場もご用意しております。必要に応じてご使用ください。（託児所の準備はございません）



## 参加申し込み・アンケートについて

参加申し込み

<https://tinyurl.com/28e7h3yz>

公開講座（学会申し込みとは別に申し込みが必要です）

<https://tinyurl.com/23agg4ho>

アンケート

1 日目

<https://tinyurl.com/23ajt8kb>

2 日目

<https://tinyurl.com/2cuo43rx>



## 会場案内

鶴陵会館（鹿児島市桜ヶ丘 8-35-1）

<https://kakuryokai.jp/introduction/hall.html>





## 座長・演者の皆様へ

### 講演の座長へのお願い

- ◆ 担当セッション開始時刻 1 時間前までに会場受付にて受付を行ってください。開始時刻 15 分前までに、担当される会場前方へお座りになってお待ち下さい。
- ◆ 担当セッションの進行については、全て座長に一任します。必ず予定時間内に終了させてください。

### 演題発表座長へのお願い

- ◆ 本学会では、1 演題において 5 分間の口述発表（概要説明）と 30 分間のポスター発表（フリーディスカッション）を行います。
- ◆ 口述発表（概要説明）では、座長のご参加はありません。
- ◆ 座長の方は、ポスター発表（フリーディスカッション）開始時刻の 10 分前に担当するポスター会場（中会議室・小会議室）の担当セッションの位置でお待ちください。
- ◆ ポスター発表はフリーディスカッション形式となっています。演者と聴講者が円滑に意見交換できるように、聴講者からの質問を積極的に引き出し、必要に応じてご自身からも質問やコメントを行い、議論を深めてください。
- ◆ フリーディスカッションは Web 配信を行いません。

### 演者へのお願い

- ◆ 本学会では、1 演題において 5 分間の口述発表（概要説明）と 30 分間のポスター発表（フリーディスカッション）を行います。
- ◆ 口述発表は 5 分です。速やかな進行のために発表時間の厳守をお願いします。終了時に合図でお知らせします。ポスター発表は 30 分間のフリーディスカッション形式です。開始時と終了時に合図でお知らせします。
- ◆ 口述発表（概要説明）は Web 配信を行いますが、フリーディスカッションは Web 配信を行いません。

### 口述発表（概要説明）について

- ◆ セッション開始時刻の 1 時間前（時間厳守）までに受付を行ってください。開始 15 分前までには会場前方にお座りになってお待ちください。
- ◆ 演者は速やかに登壇できるように次演者席で待機してください。
- ◆ 使用するデータは 8 月 31 日（午前 0:00）までに指定されたアドレスに提出してください。発表スライドは時間効率化のために他の方のスライドと合わせて 1 つの PowerPoint ファイルにする予定です。そのため、提出期限を過ぎたスライドの変更は受け付けませんのでご了承ください。
- ◆ 発表は PC プレゼンテーション（OS：Windows，ソフトウェア：PowerPoint）のみとします。
- ◆ 提出するデータファイルには「氏名-所属名」というファイル名を付けてください。
- ◆ 動画の使用は可能ですが、発表時に不具合が生じた場合、運営側は責任を負いかねますのでご了承ください。
- ◆ 発表スライドの中に倫理的配慮に関する内容と利益相反（COI）の有無を明記し、必ず口頭にてご説明ください。



## 座長・演者の皆様へ

### フリーディスカッションについて

- ◆ フリーディスカッションに備えて、ポスター発表内容をしっかりと準備してください。ポイントを簡潔に説明し、聴講者からの質問に的確に答えられるよう準備をお願いします。
- ◆ 聴講者からの質問やコメントに対して積極的に対応し、双方向のコミュニケーションを心掛けてください。自身の研究や発表内容について、分かりやすく説明するよう心掛けてください。



### ポスター作成・掲示について

#### 1. ポスターの作成（フォーム）について

ポスターの示説スペースは、縦 120 cm、横 85 cm です。演題名・所属・氏名（縦 20 cm、横 65 cm）を各自で作成してください。ポスターの本文（図表・写真含む）は文字サイズ・フォントの種類、図表・写真の枚数は特に定めませんが、必ず指定のスペースに収まるように作成してください。

#### 2. ポスター掲示について

1) 学会では以下のものをご用意いたしますので、各自でポスターの掲示をお願いします。

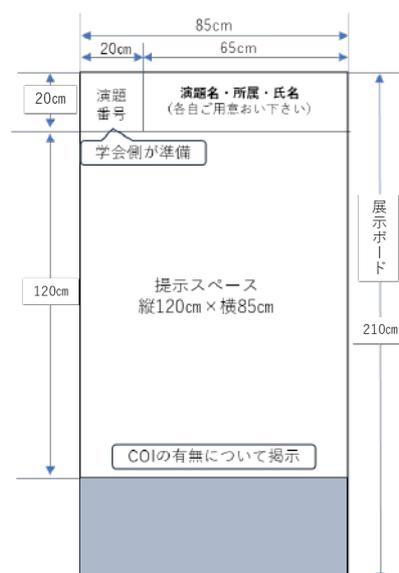
- ・ 掲示パネル
- ・ 演題番号：掲示パネルの左上部に演題番号を取り付け表示します。
- ・ 画鋲：ポスターを貼り付けるための画鋲・ピンをご用意いたします。
- ・ 写真撮影可否掲示：演題番号下部に貼り付けてください。

2) ポスターの貼り付けは下記の時間内に各自でお願いします。

9月8日（日） 9：00～10：00

ポスターの撤去は下記の時間内に各自でお願いします。指定時間以降も掲示されているポスターは、学会運営局にて処分いたします。

9月8日（日） 14：40～15：00





## 食事のご案内

本学会の期間中、食事は各自でご用意くださいますようお願い申し上げます。食事をとるための会場は教室1を準備しておりますので、そちらをご利用ください。鶴陵会館内での飲食はご遠慮ください。

また学会会場付近には、院内コンビニエンスストアやスーパーマーケット、自動販売機がございますので、ご活用いただけますと幸いです。場所の写真と簡単な案内を掲載いたします。

ご不明な点やご質問がございましたら、受付にてお問い合わせください。皆様のご理解とご協力をお願い申し上げます。

### 鶴陵会館周辺のスーパーやコンビニ、自動販売機など



スーパーマーケット：購入品の電子レンジ使用可



車で5-10分圏内にコンビニや牛丼店など



## 日 程

9月7日(土)

12:00~13:00 受付

13:00~14:00 公開講座

「鹿児島大学発の新たな脳卒中リハビリテーションと作業療法への期待」

下堂 蘭 恵 氏

14:00~14:20 受付

14:20~14:30 開会式

14:30~15:30 会長講演

「促通反復療法を基盤とした上肢麻痺治療」

豊栄 峻 氏

15:40~16:40 特別講演

「作業療法に評価は必要ですか？」

高橋 香代子 氏

16:50~17:50 シンポジウム

「がんのリハビリテーションにおいて、OTは何ができるか？」

「脳腫瘍と小児がんにおける作業療法の重要性」

夏目 恵介 氏

「化学療法による有害事象に対する作業療法の可能性」

壺岐尾 優太 氏



## 日 程

9月8日(日)

9:00~9:30 受付

9:30~10:30 教育講演1

「実臨床における手の評価」

野中 信宏 氏

ウィリアムウィルスホール

10:35~11:35

教育講演2

異常感覚を紐解く

- 疼痛やしびれ感の病態および介入戦略 -

西 祐樹 氏

小ホール

10:35~11:35

3県士会交流会(沖縄・岩手・鹿児島)

ウィリアムウィルスホール

11:45~12:45

一般演題① 口述発表による概要説明

12:55~13:55

一般演題② 口述発表による概要説明

※ポスター発表の概要を口述形式で聴講できます。興味のある演題を見つけ、フリーディスカッションの際に発表者と意見交換ができます。

教室1

11:45~12:45

一般演題 サテライト会場

12:55~13:55

一般演題 サテライト会場

※サテライト会場は飲食可能です。昼食をとりながら聴講可能です。

中ホール

14:05~14:35 ポスター①② フリーディスカッション

ウィリアムウィルスホール

14:40~14:45 表彰式

14:45~14:50 次期学会長挨拶

14:50~14:55 閉会の挨拶

第33回鹿児島県作業療法学会特設HP

<https://sites.google.com/view/kagoshima-ot-kengakkai2024/%E3%83%9B%E3%83%BC%E3%83%A0>



**会場別日程表**

 9月7日(土) ※  ←WEB 配信ありのマークになります。

	ウィリアム・ウィリスホール	中ホール	小ホール	教室 1
12:00~13:00	受付			
13:00~14:00	公開講座 下堂 蘭 恵 先生			
14:00~14:20	受付			
14:20~14:30	開会式 			
14:30~15:30	学会長講演 豊栄 峻 			サテライト 会場
15:40~16:40	特別講演 高橋 香代子 先生 			サテライト 会場
16:50~17:50	シンポジウム 夏目 恵介 先生 壺岐尾 優太 先生 			サテライト 会場

 9月8日(日) ※  ←飲食可能。(教室 1 では口述発表の配信を視聴ながら昼食が取れます)

	ウィリアム・ ウィリスホール	中ホール	小ホール	教室 1
9:00~9:30:	受付			
9:30~10:30	教育講演① 野中 信弘先生 			サテライト会場
10:35~11:35	教育講演② 西 祐樹先生 		3 県士会(岩手・鹿児島・沖縄)交流会 	サテライト会場
11:45~12:45	ポスター① 口述による概要説明 			ポスター①  サテライト会場
12:55~13:55	ポスター② 口述による概要説明 			ポスター②  サテライト会場
14:05~14:35		ポスター①② フリーディスカッション	ポスター①② フリーディスカッション	
14:40~14:45	優秀演題表彰式 			
14:45~14:50	次期学会長挨拶 			
14:50~14:55	閉会の挨拶 			



しもどうぞの めぐみ  
下堂 菌 恵

鹿児島大学大学院医歯学総合研究科  
リハビリテーション医学



### 「鹿児島大学発の新たな脳卒中リハビリテーションと作業療法への期待」

私はリハビリテーション科の専門医として、様々な疾患や外傷などによって生じた心身の障害に悩む患者さんの診断や治療に携わってきました。患者さんは、私たち医療職と出会うまで、皆それぞれに人生の歴史があります。病気や障害によってそれまでの生活は一変し、家庭や社会へ復帰する際には、それらの背景を踏まえた上で治療プログラムを立案、実行する必要があります。心身の機能回復や活動性の向上には多くのリハビリテーション専門職からなるチーム医療が欠かせません。そして患者さんに寄り添って、様々な日常生活の活動を通して心身の両面にアプローチできる作業療法士（Occupational therapist, OT）の存在は、今日のリハビリテーション医療には欠かせません。

鹿児島大学病院（653床）は県内唯一の特定機能病院として、医科・歯科合わせて16の診療センターからリハビリテーション医療の依頼を受けます。リハビリテーション部門の活動は多岐にわたりますが、作業療法の特徴としては、様々な臓器のがんや、脳卒中、神経難病などの脳神経疾患、そして運動器の手術後など、小児から高齢者まで対象は幅広く、主に疾患の急性期の作業療法を実践していることが特徴です。

また「特定機能病院リハビリテーション病棟」では、主に脳血管疾患や運動器疾患の回復期の患者さんを対象として、運動麻痺回復のための新たな運動療法である「促通反復療法（川平法）」をはじめ電気や振動、温熱などの物理的刺激、そして近年ではリハビリテーションロボットや、ブレイン・マシン・インターフェイス（BMI）を組み合わせた新たな併用療法を実施しています。そして病棟の専門職からなるチームで一丸となった日常生活活動（ADL）の訓練を実践し、患者さんの家庭復帰、社会復帰を支援しています。

今後、多様化する疾患や病態、そして新たな医療や患者さんのニーズに対応していくためには、作業療法士の方々の豊富な知識と卓越した技術は欠かせません。本講演ではリハビリテーション医療の最前線とその中での作業療法士の活躍の一部を紹介します。



ほうえい たかし  
豊栄 峻

鹿児島大学病院リハビリテーション部  
鹿児島大学大学院医歯学総合研究科リハビリテーション医学

### 「促通反復療法を基盤とした上肢麻痺治療」

促通反復療法は、川平和美名誉教授（鹿児島大学）の長年の経験と神経科学を基盤とし、開発された片麻痺の機能回復を目的とした運動療法である（川平，下堂菌，野間 2017）。特徴としては、促通刺激（皮膚反射や伸張反射）を用い患者の意図した運動を実現し、それを反復（100 回）することである。

促通反復療法は手技を習得すれば、療法士が治療台だけではなく、病室のベッドや車いす座位など場所や肢位を選ばずに実施ができる。そのため、日本リハビリテーション医学会認定病院の約半数の施設で実施されており、社会実装ができていない数少ない日本発の治療法といえる（Miura and Shimodozono ほか 2019）。

上肢麻痺に対する促通反復療法の有効性を示したエビデンスとしては、脳卒中回復期（Shimodozon ほか 2013）や慢性期（野間，城之下 ほか 2008）などで報告されている。また最近では、さらなる回復を促進する目的として非侵襲的な末梢刺激である振動刺激 [Noma and Matsumoto ほか (2009, 2012), Miyara and Etoh ほか (2014, 2018)] や電気刺激 [Shimodozono et al., Brain Inj. 2014, Hoei and Shimodozono et al., Physiother Theory Pract. 2022, 豊栄 ほか (2021, 2022)] などを促通反復療法に併用して実施している。そこで今回の講演では、促通反復療法と振動刺激療法・電気刺激療法の併用について概説する。

#### 【経歴】

2007 年	鹿児島医療技術専門学校	卒業
2007 年－2012 年	恒心会おぐら病院	リハビリテーション部
2012 年	新潟医療福祉大学大学院	医療福祉学研究科 修士課程 入学
2014 年	新潟医療福祉大学大学院	医療福祉学研究科 修士課程 修了
2014 年－2019 年	恒心会おぐら病院	リハビリテーション部
2019 年－2021 年	日本医科大学千葉北総病院	
2022 年－現在	鹿児島大学病院	リハビリテーション部
2022 年－現在	鹿児島大学大学院	医歯学総合研究科 リハビリテーション医学 博士後期課程



たかはし かよこ  
高橋 香代子

北里大学 医療衛生学部 リハビリテーション学科  
作業療法学専攻 教授



### 「作業療法に評価は必要ですか？」

作業療法における「評価」と聞くと、時間がかかったり、検査にはスキルが必要だったり、面倒なことのようになってしまうこともあります。けれども、作業療法における「評価」には、以下に示すような様々な意味や意義があります。

#### 1. 介入の手立てとするための「評価」

作業療法は個々人の心身機能に合わせて、その人にとって意味や価値のある作業を治療の手段として提供する専門職です。そして、その要となるのが「評価」といえます。クライアントの心身機能に関する検査・測定によって、クライアントの作業遂行を妨げている要因が明確になります。さらに、評価によって対象者の心身機能を正確に理解することによって、訓練をちょうど良い難易度(just right challenge)に設定することができます。

#### 2. クライアントとの協業のための「評価」

作業療法士はクライアントの主体性を引き出すために、目標設定からプログラム立案までもクライアントと共に実施することに独自性があります(共同意思決定: Shared Decision Making)。そして、作業療法士とクライアントが同じ物差しをもつことで、同じ方向を見据えた同志として、訓練に取り組むことができます。作業療法士とクライアントの協業のためにも、評価は重要といえます。

#### 3. 作業療法の効果を示すための「評価」

作業療法は Science であり Art であると言われるように、その介入の手立てや効果のメカニズムが伝わりにくいという点があります。しかし、作業療法の効果を示すことは、この職種の独自性と有用性を伝え、社会的な立場を守るためにも重要といえます。そして、誰にでもわかる形として「評価」が客観的指標として必要となります。作業療法が一体何をなす職業なのか、そしてそれにどれだけ長けているのかをクライアント・雇用主・世間・行政に知ってもらうためにも、「評価」は必要不可欠といえます。

このように、作業療法と「評価」は切っても切れない関係性にあります。本講演では、作業療法における「評価」の意義について、上記の3つのポイントについて臨床的な例を挙げながらお話しさせていただきます。



シンポジウム 「がんのリハビリテーションにおいて、OTは何ができるか？」

座長：豊栄 峻 (学会長)

なつめ けいすけ  
夏目 恵介

鹿児島大学病院リハビリテーション部



脳腫瘍と小児がんにおける作業療法の重要性

がん患者に対するリハビリテーションの研究はまだ発展途上にあり、その効果については未解明の部分が多く残されています。本シンポジウムでは脳腫瘍および小児がん患者のリハビリテーションにおける作業療法について、最新の研究成果や臨床事例を交えて解説します。作業療法は、化学療法や放射線治療中および治療後の患者の生活の質を向上させるために不可欠な役割を果たします。特に、小児がん患者に対する治療の一環としての作業療法の実践や、脳腫瘍患者における術後の機能回復の重要性、生存期間との関連に焦点を当て、大学病院での具体的な介入事例も交えてご紹介します。

皆様のご参加を心よりお待ちしております。



## 壺岐尾 優太

日本赤十字社 長崎原爆病院 リハビリテーション科



### 化学療法による神経障害に対する作業療法の可能性

近年、検査や治療技術の進歩に伴いがん患者の生存率は向上してきており、がん患者は、長期化するがん治療の中で、がんそのものによる症状だけでなく、様々な治療に伴う有害事象によって、心身機能の低下を招き、ADL や QOL に悪影響を及ぼす。

がん薬物療法による主要な有害事象の一つに化学療法誘発性末梢神経障害 (Chemotherapy-induced peripheral neuropathy: CIPN) がある。CIPN は、四肢末梢に優位に出現する痺れや痛みなどを主症状とし、慢性的に症状が残存することも少なくない。上肢に関しては、手指症状の出現・増悪によって、セルフケアや家事、趣味、仕事など、様々な場面に影響を及ぼすことが報告されている。しかしながら、このような上肢を用いた生活障害の客観的な評価やその要因等に着眼した報告はなく、詳細は不明である。また、これまでに、薬物療法および非薬物療法ともに CIPN に対する様々な治療法や予防法の有効性が検証されてきているが、十分にエビデンスの確立されたものはなく、CIPN に対する介入戦略を検討していくことは喫緊の課題である。そこで今回は、上肢に CIPN を呈した患者の生活障害やその要因や介入効果について、これまでに経験した事例や一連の研究内容について概説したいと思う。

#### 【略歴】

2012 年 日本赤十字社 長崎原爆病院

#### 【学歴】

2012 年 長崎大学 医学部保健学科 作業療法学専攻 卒業

2018 年 長崎大学大学院 医歯薬学総合研究科 修士課程 修了

2022 年 長崎大学大学院 医歯薬学総合研究科 博士課程 修了



のなか のぶひろ  
野中 信宏

愛野記念病院 手外科センター  
日本ハンドセラピィ学会理事



### 実臨床における手の評価

外科治療の最大目標は生活で使える手、使いやすい手などに表現される useful hand を獲得することにある。専門分野の学会発表で用いられている治療効果判定に使われたアウトカム評価をみると、これまで可動域や筋力、疼痛、知覚などの機能的評価で行われてきた。近年はそれらに上肢障害評価表 DASH (Disability of the Arm, Shoulder and Hand) などの患者立脚型評価を加えて報告することが主流となっている。回復した手が患者の生活にとってどのように実用的かを評価し、示す必要性がより高まっている。現状では useful hand を評価する単一の評価基準はないため、複数の評価表を用いてそれを捉えようとしている。かつ、近年は発表スライドに動画媒体を用いる人が実に多い。百聞は一見に如かずで、手の可動域や筋力等の個々の評価にて作業能力を解釈するより、動画を見ることで速度、滑らかさ、力強さなど手のパフォーマンスが格段に分かりやすいからである。これの数値、データ化が課題である。治療効果判定のための評価は標準化された評価であることが要求され、時間や労力も必要で、定期間隔で行われていることがほとんどである。

実際の臨床場面では患者治療に必要な評価は毎回行われており、評価即ち治療ともいえる。手外科分野では外科的手技の進歩と早期運動療法などの発展にて、組織治癒を待たずに急性期から早期リハビリテーションが開始され、好成績が獲得されている。担当セラピストは、患者の手の病態や障害を即座に把握（評価）し、将来を推測して回復方法を立案、修正することが求められる。具体的には医師による診断、初期治療内容、画像および手術所見などの情報収集からはじまり、患者の手の炎症症状、運動、知覚などの臨床所見、その回復状況の把握などである。丁寧かつ大胆で効果的な訓練を行うには、これら評価に基づくことが肝要である。治療即ち評価することで回復が順調か否かを知る。強固な拘縮に陥った手の改善は難しく、危惧される場合は医師の指示を受けすぐに解決法を検討する。本講演では手外科患者の治療に必要な手の拘縮評価の実際を解説する。

#### 【学歴】

2022 年 新潟医療福祉大学大学院 医療福祉学専攻  
博士後期課程 修了

#### 【職歴】

2002 年 愛野記念病院 リハビリテーション部  
2013 年 愛野記念病院 手外科センター 主任  
2022 年 愛野記念病院 手外科センター 研究主任

#### 【学会・資格・教育】

2008 年 認定作業療法士 (日本作業療法士協会)  
2012 年 専門作業療法士 手外科 (日本作業療法士協会)  
2012 年 認定ハンドセラピスト (日本ハンドセラピィ学会)  
2023 年 長崎大学医学部保健学科 臨床教授  
2024 年 一般社団法人日本ハンドセラピィ学会 副理事長



にし ゆうき  
西 祐樹

長崎大学 生命医科学域（保健学系） 助教  
畿央大学 ニューロリハビリテーション研究センター 客員研究員



### 異常感覚を紐解く —疼痛やしびれ感の病態および介入戦略—

末梢あるいは中枢神経系が障害されるとしばしば触れると痛い「アロディニア」や持続的にビリビリやチクチクと知覚される「しびれ感」が生じる。これらの神経症状は「異常感覚」と総称され、アロディニアは神経の可塑的变化や中枢性感作、しびれ感は感覚神経障害による自発性異所性発射が主な病態として考えられているが、実際には多様な要因が複雑に絡み合っている。また、異常感覚はADLやQOLを阻害するため、治療介入の必要性は極めて高いといえる。一方、アロディニアやしびれ感に対するリハビリテーションは、病態の複雑さや効果の乏しさから臨床場面でも難渋することが多いのではないだろうか。特にしびれ感においては、薬物療法の効果と乏しく、かつ有害事象のリスクも報告されている。

そこで我々はしびれ感に対する新たな介入方法として、しびれ同調経皮的電気神経刺激（しびれ同調 TENS）を開発した。しびれ同調 TENS は刺激強度と周波数を主観的なしびれ感の内省に一致させる手法である。このしびれ同調 TENS により、神経障害由来のしびれ感が即時的に著効するとともに、表在感覚やアロディニアの改善も認めた。（Nishi Y et al, 2022）。さらに、多発性硬化症や脳卒中後の症例を対象とした効果検証では、しびれ感に対する持ち越し効果を示した（西ら 2023）。一方、重度感覚障害の症例では、電気刺激をしびれ感に同調させることができず、同一疾患であっても効果は一定しないことがわかっている。

本講演では、異常感覚の病態を紐解くとともにしびれ同調 TENS について概説し、異常感覚の理解を深める機会となれば幸甚である。

#### 【経歴】

2015 年	長崎大学 医学部保健学科 理学療法学専攻 卒業
2017 年－2022 年	西大和リハビリテーション病院 リハビリテーション部
2021 年	畿央大学大学院 健康科学研究科 博士課程修了
2022 年－現在	畿央大学 ニューロリハビリテーション研究センター 客員研究員
2022 年－現在	長崎大学 生命医科学域（保健学系） 助教



## IKOT 交流会（沖縄・岩手・鹿児島）

～作業療法士の役割と未来を共に考える～

岩手県作業療法士会	会長	藤原 瀬津雄
沖縄県作業療法士会	会長	下里 綱
鹿児島県作業療法士協会	会長	吉満孝二



南北約 2000 キロ離れた岩手県、鹿児島県、沖縄県の作業療法士会会長が一堂に会し、各県での取り組みを共有し、作業療法の未来を語り合う貴重な機会となります。

IKOT(イコット)は、岩手(I)、鹿児島(K)、沖縄(O)の頭文字と、作業療法士(Occupational Therapist)の略称 OT を組み合わせた名称です。昨年度、「日本作業療法士協会及び都道府県作業療法士会 48 団体連携協議会(通称、よんぱち)」のグループワークで、3 県士会長が意気投合したことがきっかけでした。

その後、令和 6 年 4 月に「IKOT 協議会」を結成することが決まりました。IKOT 協議会の目的は、「各県士会の地域貢献の推進」「会員の臨床力・研究力の向上」「士会の組織力の向上」を図ることです。これにより、地域の特色を活かしながら共通の目標に向かって取り組むことができると考えています。令和 6 年 4 月以降、IKOT 協議会では Teams を活用して定期的に意見交換を行うとともに、オンライン定例会を開催し、情報共有や共同プロジェクトの計画を進めています。

この度、第 33 回鹿児島県作業療法学会では、IKOT 協議会の共同プロジェクトの一環として「IKOT 交流会」を開くことになりました。この交流会では、各会長がそれぞれの県での先進的な取り組みや成果を紹介し、参加者の皆様と意見交換を行います。

### 【岩手県作業療法士会の取組】

岩手県士会は、2011 年の大震災を契機に地域リハビリテーション事業に取り組み始め、現在の地域包括ケアシステムへの対応を進めてきました。その中で県の地域リハシステムに合わせた二次医療圏毎の支部活動とその目的・内容について報告いたします。またリハ職が不足している市町村対する士会としての支援取り組みについても紹介いたします。

### 【沖縄県作業療法士会の取組】

沖縄県士会では、研究や臨床、そして県士会活動を担う若い作業療法士の育成に力を入れています。現状の課題とそれに対する方策、そして若手の作業療法士がどのようにして県士会活動に参加し、成長していくのかについての具体的な取り組みを共有します。

### 【鹿児島県作業療法士協会の取組】

鹿児島県士会では、結婚や妊娠・育児、そして転職を考える中堅・若手作業療法士、さらには職場の管理職として同僚の産休・育休、離職の問題と向き合うベテラン作業療法士が、より充実したワークライフを送ることを支援するための取り組みを紹介します。

この交流会を通じて、3 県の作業療法士が一体となり、互いの知見と経験を共有しながら、地域社会の健康と福祉に一層貢献することを目指すとともに、IKOT の活動によって得られた示唆やアイデアが、他の都道府県の士会にも広がり、日本全体の作業療法の発展に寄与することを期待しています。

この交流会は、多くの問題を抱える私たちの仕事に改めて関心をもっていただきたいと思います。岩手県・沖縄県・鹿児島県の作業療法士の皆さん、県士会活動を担っている理事・部員・代議員の皆さんのオンライン/対面でのご参加を心よりお待ちしております。



## 演題

第 1 セッション：ポスター発表、口述発表での概要説明 9 月 8 日（日） 11：45～12：45  
フリーディスカッション 14：05～14：35

演題 01～05 座長：藤本 皓也（加治木温泉病院）

演題 06～10 座長：川井田 翔悟（谷山病院）

- 01 左半側空間無視、左同名半盲を呈したが外来リハビリで自動車運転再開に至った例  
出水総合医療センター 荒井 大樹
- 02 左半側空間無視と感覚障害を併発した一症例の移乗動作に着目して  
菊野病院 上山 翔
- 03 重度上肢運動麻痺後に学習性不使用が疑われた症例に対し、症例の内観に着目して介入し行動変容に至った一例  
恒心会おぐら病院 福永 聖香
- 04 課題指向型アプローチを導入し、食事動作における麻痺側上肢の主體的な参加が可能となった急性期脳梗塞の一症例  
米盛病院 辻井 涼
- 05 拙劣症を伴う上肢運動障害に対し、複合的な作業療法により改善を得た心原性脳塞栓症の一例  
いちき串木野市医師会立脳神経外科センター 有村 麻希
- 06 当院でのタスクシェア/シフトの経験  
出水郡医師会広域医療センター 小浦 さゆり
- 07 疎通困難事例に対しユマニチュードの考えを取り入れて関わり歩行と覚醒に影響があった一事例  
老健さくらんぼ 河野 おりえ
- 08 認知機能と作業遂行の低下がみられた脳梗塞の対象者一例に対する作業を基盤とした介入の試み  
八反丸リハビリテーション病院 永谷 友樹
- 09 その人らしい作業を通して本人とご家族の思いにより添えた一事例  
南鹿児島さくら病院 佐別當 景
- 10 精神科認知症治療病棟の認知障害高齢者に対するパーソン・センタード・ケアの実践  
谷山病院 中山 陽平



## 演題

第 2 セッション：ポスター発表、口述発表での概要説明 9 月 8 日（日）12：55～13：55  
フリーディスカッション 14：05～14：35

演題 11～15 座長：甲斐 惇平（恒心会おぐら病院）

演題 16～20 座長：持永 博幸（川内市医師会立市民病院）

- 11 腱板断裂損傷後、右心原性脳塞栓症により片麻痺を呈した症例～課題指向型と促通反復療法を併せた治療効果～  
種子島医療センター 一葉 茜音
- 12 右片麻痺を呈した脳梗塞患者に対する装着式随意運動介助電気刺激装置 WILMO の使用報告  
池田病院 柿迫 直樹
- 13 地域包括ケア病棟開棟時のタスクシェアによる患者支援の経験  
出水郡医師会広域医療センター 税所 真弘
- 14 手指の神経障害性疼痛に対してしびれ同調経皮的電気神経刺激を 8 ヶ月行った上肢末梢神経損傷の一例  
霧島杉安病院 前原 裕太
- 15 腱性マレット指に対し二段階スプリントを使用した経験  
恒心会おぐら病院 徳満 由佳
- 16 失行症による歯磨き動作が困難であった症例に対し促通反復療法と戦略的訓練を行った一例  
恒心会おぐら病院 黒木 一気
- 17 認知症のある重度片麻痺に対してロボット療法を用いた 1 症例  
加治木温泉病院 池亀 美羽
- 18 しびれ同調経皮的電気神経刺激と運動療法の併用により生活行為が向上した悪性リンパ腫の腕神経叢浸潤の一例  
鹿児島大学病院 北上 守俊
- 19 地域在住高齢者のソーシャルネットワークに影響を与える要因について  
鹿児島大学医学部保健学科作業療法学専攻 池田 由里子
- 20 当院における自助具作製の実績と傾向ーリウマチ性疾患を中心にー  
鹿児島赤十字病院 松元 義彦

## 01 左半側空間無視、左同名半盲を呈したが外来リハビリで自動車運転再開に至った例

○荒井 大樹 馬見新 剛生 下瀬 歩 市之瀬 信子 松元 愛結

出水総合医療センターリハビリテーション技術科

## 【はじめに】

同名半盲については運転再開となった報告もあるが、視野障害を有すると交通事故率が高いと報告がある。退院直後は運転再開の危険性を予測されたが、外来リハビリと自動車教習所での実車評価を行い運転再開に至った症例について報告する。

## 【症例紹介】

本症例は70歳代男性、職業教員。X年Y月Z日頭痛出現、Z+13日A病院にて脳動静脈瘤奇形の診断。Z+64日脳動静脈奇形出血にて塞栓術、Z+83日開頭血腫術を施行。Z+115日リハビリテーション目的でB病院転院。機能改善後自宅退院。復職の希望強く、自動車通勤が必要なため運転再開目的で当院外来リハビリ開始。半側空間無視の所見あるが、明らかな麻痺無くADL自立。

発表にあたり患者の個人情報とプライバシーの保護に配慮し本人より書面にて同意をいただいた。

## 【方法・結果】

初期評価はKoh's-IQ、WAIS-IV、TMTA、B、CAT、BITを実施。CATのデュアルタスクで情報処理能力の低下、BITで左半側空間無視の所見あり。本人からの情報収集や検査で左側反応低下あり、対座法実施。眼科受診しZ+336日に左同名半盲の診断あり。左側に対する意識付け・代償手段の獲得を目的に2回/週、40分以上、2ヵ月間実施。机上評価での限られた空間では視線、頸部で代償し、反応課題は適切に処理が可能となった。そこでより広い空間で刺激反応課題が必要と考え、セラピスト2人が左右よりボールをランダムに投げキャッチしてもらう課題等を行った。はじめは失敗も多かったが、左側優位に視線をずらしながら刺激に反応することで精度が向上した。視線、頸部の代償をより広い空間で刺激提示したことで処理・代償の範囲が拡大した。脳卒中ドライバーのスクリーニング評価では運転合格予測式が高かった。簡易自動車運転シミュレーター評価では注意配分検査で障害域だったが、走行時の衝突や逸脱は無く、反応速度の改善あり、医師とカンファレンスを実施し教習所での実車評価を依頼した。結果、左側の見落としは軽度見られたが、運転を控えるべきとはいえないとのことであった。診断書提出後にリスク説明、サポートカー購入、慣れた道路での走行を条件とし再開に繋がった。

## 【考察】

注意機能低下や左半側空間無視が残存していたが、左側反応低下が著名にあり、左同名半盲に気が付いたため眼科受診し診断に繋げることができた。早期の気づきにより多職種で情報共有を図った結果、代償手段獲得の為のアプローチと有効視野の拡大が図れたと考える。院内でのアプローチのみでは限界があり、教習所で実車評価を行うことで本人の視認性や危険予測を本人とセラピストで共有し、具体的な運転再開へのフィードバックに繋がった。一概に半盲であるから運転再開を諦めるのではなく他職種と連携し評価・介入を行うことで本人が納得のできる支援に繋がるのではないかと考える。

## 02 左半側空間無視と感覚障害を併発した一症例の移乗動作に着目して

○上山 翔<sup>1)</sup> 池上 敏幸<sup>1)</sup> 上久保 春祈<sup>1)</sup> 高田 良治<sup>2)</sup>

1) 菊野病院総合リハビリテーション部

2) 菊野病院 脳神経内科

## 【はじめに】

今回、出来る能力はあるが、半側空間無視（以下 USN）、感覚障害により、移乗動作においてエラーが多く、生活動作の獲得に支障をきたしている症例を経験し、動作の手順や方法を統一し支援したため考察を加え報告する。

## 【症例紹介】

80 代男性、息子と二人暮らし、家事全般自立。X 年 Y 月 Z 日、朝食中に右半身脱力、視力低下が出現し、A 病院へ搬送。頭部 MRI にて脳梗塞と診断され、同日 B 病院へ転院。Z+56 日リハビリテーション目的で当院入院。本発表に際し、当院の倫理審査委員会で承認（承認番号：20230127）された後に説明し同意を得た。

## 【作業療法評価】

Brs stage：左上肢 V、手指 V、下肢 IV で表在、深部感覚ともに重度鈍麻。FMA（上肢）：56/66 点、STEF：右 75 点、左 64 点、MAS：1+、両上肢の操作性、巧緻動作の低下を認めた。MAL は AOU（使用頻度）、QOM（動作の質）ともに 1.9 と生活上で左上肢は使用できるがエラーの頻度が多かった。BIT 通常検査では 120/146 点、CBS：11/30 点、Fluff test では左手関節部に見落としがあった。MMSE-J：22/30 点、FAB：9/18 点、脱抑制による、動作の性急さを認め声掛けなどの配慮が必要であった。FIM は 84/126 点で生活動作全般に見守り～中等度介助。移乗場面では、左下肢の支持性低下や方向転換時のエラーによる転倒リスク、左上下肢が車いすから落ちるなど身体管理の不十分さがみられた。

## 【介入経過】

プリズム眼鏡による順応課題や側方ミラーアプローチによる左上肢のリーチ練習を行った。また、移乗動作に関するポスター掲示や多職種への情報共有を行った。ベッドから車いす間の移乗動作は見守りとなったが、移乗の環境が変わると動作手順のエラーがみられた。また、性急さがみられた際も、焦りによる動作手順のエラーがみられた。

## 【結果】

MAL は AOU、QOM ともに、4.5 点。BIT 通常検査 134 点、CBS は 5 点。Fluff test は時間はかかるものの見落としは無し。移乗動作は見守り。

## 【考察】

移乗はこれまでの日常生活動作とは異なる行動のため、新たに学習する必要があるが、高次脳機能障害によって外部環境に気づきにくくなったり、情報保持が不安定になったりする事で学習が困難といわれている（後藤 2017）。本症例は、左 USN や感覚障害により、1 人で移乗を行う事が困難であった。今回、プリズム眼鏡や側方ミラーアプローチを行う事で、麻痺側上下肢の機能改善や方向性注意が改善し、外部環境への気づきが向上した。また、多職種間で移乗動作を統一することで、移乗動作を獲得できたと考えられる。そのため、本症例は移乗の動作手順のエラーが減り、性急さが軽減したため、環境が変化しても移乗動作が軽介助から見守りで行えるようになったと考えられる。

## 03 重度上肢運動麻痺後に学習性不使用が疑われた症例に対し、症例の内観に着目して介入し行動変容に至った一例

○福永 聖香 黒木 一気 中藺 奈々 福田 秀文 石丸 夏姫  
社会医療法人恒心会恒心会おぐら病院リハビリテーション部

## 【はじめに】

脳卒中後の重度上肢運動麻痺は、麻痺手使用が困難な状況が続き学習性不使用に陥りやすい。今回重度上肢運動麻痺に対し、複合的介入にて上肢機能や麻痺手使用頻度の改善が得られたが、満足度が低く学習性不使用が疑われた症例を経験した。そこで、発症前より家族と行っていた風景描画を導入し、内観の肯定的変化を認めた一例を報告する。

## 【症例紹介】

症例は 60 歳代右利き男性。右上下肢に麻痺が生じ A 病院へ救急搬送後、アテローム血栓性脳梗塞の診断にて t-PA 療法実施。第 23 病日にリハビリテーション目的で当院へ転院した。入院時は上肢 Fugl-Meyer Assessment (FMA) が 13 点、表在感覚は軽度鈍麻、母指探し試験は I 度であった。Mini-Mental State Examination は 30 点であった。

## 【方法】

作業療法介入は 60 分/日、毎日実施した。上肢治療は 24 週まで持続的電気刺激と振動刺激併用下の促通反復療法を各関節に対し 50~100 回、30 分間実施し、8 週より上肢リハビリ装置 CoCoroe AR2 を 15 分間、2 週間実施した。16 週より簡易的な Transfer Package を 10 分間、20 週より風景描画を 20 分間導入し 24 週まで継続した。前述の訓練に加え、各時期で物品操作訓練や日常生活動作訓練を実施した。評価は FMA, Modified Ashworth Scale (MAS), 簡易上肢機能検査 (STEF), Action Research Arm Test (ARAT), Motor Activity Log (MAL) を 2 週毎に実施した。

## 【結果】

上肢機能の評価を入院時→4 週→8 週→12 週→16 週→20 週→24 週の順で示す。FMA13→24→35→37→41→44→45 点, STEF0→0→1→10→12→36→38 点, ARAT0→0→12→30→31→34→39 点, MAL は Amount of Use0→0.21→0.84→1.07→1.15→1.96→2.8 点, Quality of Movement0→0.35→0.84→1.53→1.61→1.96→2.76 点であった。麻痺手使用について、16 週時点では「右手は使えない、宝物のように扱ってしまう」の発言が聞かれたが、24 週時点では「自然に右手を使っている」と肯定的な発言が増え、自ら右手で手紙を書く等の変化に至った。

## 【考察】

上肢機能に対し入院時より複合的介入を行い、FMA や ARAT, MAL は Minimal Clinically Important Difference を上回った。上肢機能が改善した一方、麻痺手使用に対して否定的な発言が継続していた。対象者にとって大切な作業を治療の手段かつ目標として用いることで行動変容を促すとされており、風景描画を導入し達成したことが、内観を肯定的に変化させたと考える。

## 04 課題指向型アプローチを導入し、食事動作における麻痺側上肢の主体的な参加が可能となった急性期脳梗塞の一症例

○辻井 涼 中野 宏治

社会医療法人緑泉会 米盛病院 リハビリテーション課

## 【はじめに】

今回、急性期にて脳梗塞を呈し、右上下肢麻痺と不安感が強い症例を経験した。急性期脳卒中片麻痺患者は、麻痺側上肢を ADL で使用することが困難になるとの報告もある。症例の合意目標である食事動作に着目し、課題指向型アプローチを導入したことで、麻痺側の上肢機能の改善と使用頻度も増加し、麻痺側上肢の主体的な作業活動への参加が可能になったため報告する。

## 【症例紹介】

80 代女性。右利き。老人ホームでシルバーカーを使用し歩行自立であった。構音障害と四肢の脱力感があり、脳梗塞の診断にて保存加療の目的で入院となる。

## 【倫理的配慮】

本報告に際し、症例と家族へ十分な説明と同意を得た。

## 【初期評価】

麻痺側の随意性は、Brunnstrom stage (以下、BRS) で右上肢Ⅱ、手指Ⅱ、下肢Ⅲであった。Fugl-Meyer Assessment (以下、FMA) は運動項目 10/66 点、「肩/肘/前腕」4 点、「協調性/スピード」0 点、感覚項目は 10/12 点であった。麻痺側上肢の使用頻度は、Motor Activity Log (以下、MAL) を 8 項目で評価し、Amount of Use (以下、AOU) で平均 0、Quality of Movement (以下、QOM) で平均 0 であった。Functional Independence Measure (以下、FIM) は運動項目 24/91 点、食事は 2 点であった。また、食事動作を MOHO スクリーニングツール (以下、MOHOST) で作業分析を行い、運動技能項目は全て I 以下であった。

## 【経過】

初日は、右上肢の麻痺もあり、漠然とした不安感が伺えた。また、食事の際は介助が必要な状況であった。合意目標として、食事のできる上肢機能の再獲得と定め、介入は食事環境を想定した 1 日 60 分の課題指向型アプローチを実施した。作業療法開始 4 日目に麻痺側上肢の随意性が改善し、使用頻度も増加した。疲労感も出現したが、麻痺側上肢で食事が可能となり、最終日は「使えて良かった」と不安感の軽減が伺えた。

## 【最終評価】

BRS は上肢Ⅴ、手指Ⅴ、下肢Ⅴであった。FMA は運動項目 55/66 点、「肩/肘/前腕」26 点、「協調性/スピード」5 点、感覚項目は 10/12 点であった。MAL は、AOU 平均 3.6、QOM 平均 3.2 となった。FIM は運動項目 44/91 点、食事は 6 点となり、MOHOST は運動技能項目が全て A 以上となった。

## 【考察】

急性期の課題指向型アプローチは、上肢機能の改善に対し有効な可能性が示唆されている。症例の FMA と MAL の結果からも、上肢機能の改善と使用頻度が増加しており、課題指向型アプローチは有効であったと考える。また、MOHOST の結果から、作業機能障害の改善も図れたことで、不安感の軽減に繋がったと推測される。そのため、麻痺側上肢の主体的な作業活動への参加が可能になったと考える。

## 05 拙劣症を伴う上肢運動障害に対し、複合的な作業療法により改善を得た心原性脳塞栓症の一例

○有村 麻希<sup>1)</sup> 大迫 洋介<sup>1)</sup> 浦底 まゆみ<sup>1)</sup> 石丸 浩一<sup>2)</sup>

1) いちき串木野市医師会立脳神経外科センター リハビリテーション部

2) いちき串木野市医師会立脳神経外科センター 脳神経外科

## 【はじめに】

拙劣症は自発運動や道具使用等での拙劣さを特徴とし多くの報告があるが、様々な運動障害が重なった例への治療や経過の報告は少ない。今回、軽度の運動麻痺と感覚障害、運動失調に加え拙劣症により麻痺手の使い難さを認めた症例を経験し、各症状に対しロボット療法や電気・振動刺激併用下での促通反復療法 (RFE)、課題指向型訓練 (TOT) を複合的に実施し改善を得たので報告する。尚、本報告については症例に対し説明と同意を得た。

## 【症例紹介】

症例は 50 歳代の右利き男性。自宅生活で ADL は自立。某日、左前頭葉～左後頭葉に多発する脳梗塞像を認め心原性脳塞栓症と診断。第 60 病日に回復期病棟に入棟。

## 【初期評価】

BRS は V-V-V、MAS は肘伸展 1+、前腕回外 1、手関節掌屈 2、表在感覚 7/10、母指探し試験 II 度、指鼻指試験で運動失調を認め、HDS-R が 21 点、TMT-B が実施困難で注意機能の低下を認めた。症例のニーズは普通箸での食事動作獲得だが非麻痺側でスプーンを使用していた。

## 【方法と経過】

まず運動麻痺・失調と感覚障害に対し機能的振動刺激や持続的神経筋電気刺激下の RFE を 1 日 30 分、上肢リーチングロボット CoCoroeAR2 にて前方リーチを 250～300 回、毎日実施。ADL 訓練では自助箸の練習を行った。

第 90 病日頃より、麻痺や失調症状は軽減し深部感覚も向上したが、物品操作時に機能に見合わない拙劣さを認め、これを拙劣症の残存によるものと考えた。そこで、箸操作に必要な TOT を段階的に行い、普通箸の自主練習と実場面での普通箸の使用時間を漸増させた。評価項目は BRS、握力、運動失調評価(SARA)、簡易上肢機能検査(STEF)、Nine hole peg test(NHPT)、Motor Activity Log(MAL) の Amount of Use(AOU)、Quality of Movement(QOM)を用いた。

## 【結果】

第 60 病日→90 病日→120 病日の順で示す。BRS は上肢 V 手指 V→上肢 VI 手指 V～VI→上肢 VI 手指 V～VI、握力は 16.3 kg→22.5 kg→26 kg、SARA は 8→6→4、STEF は 55→74→91、NHPT は 2 分 33 秒→39 秒→36 秒、MAL の AOM は 2→2.9→4.2、QOM は 1.8→2.9→3.7 と改善を認め、普通箸操作も獲得した。

## 【考察】

症例は様々な上肢機能障害と拙劣症が混在した状態であったが、それぞれの症状に対し複合的な介入を段階的に行い全評価項目の改善を得た。特に MAL の改善は臨床的意義のある最小変化量を上回り、主訴である普通箸操作の獲得に至った。種々の上肢機能障害と拙劣症が混在した患者に対する複合的かつ段階的な介入は、有用な手段である可能性が考えられた。

## 06 当院でのタスクシェア/シフトの経験

- 小浦 さゆり<sup>1)</sup> 税所 真弘<sup>1)</sup> 山下 泰裕<sup>1)</sup> 中村 ユリ<sup>2)</sup> 花田 勇<sup>1)</sup>  
1) 出水群医師会広域医療センターリハビリテーション科  
2) 出水郡医師会広域医療センター看護部

## 【はじめに】

当院では 2018 年 1 月よりタスクシェア/シフトを推進している。また 2021 年日本作業療法士協会からタスク・シフト/シェア（以下タスクシェアと略す）の具体的な取り組みが提示された。2023 年 5 月に新型コロナウイルス感染症が 2 類から 5 類へ移行されたことを機に同年 10 月よりコロナ患者専用病棟から従来の地域包括ケア病棟へ移行した。病棟専属のチームリーダーとしてタスクシェア業務を検討し、リハビリ業務との両立を経験し学びを得たので報告する。

## 【方法】

地域包括ケア病棟専属配置（PT2 名・OT2 名・ST1 名）5 名は、看護部 5 階病棟所属として病棟スタッフとして勤務を組むことになった。地域包括ケア病棟の施設基準の要件としては、専従 1 名配置、リハビリ提供単位は平均 2 単位以上、入棟時 ADL（FIM）評価を実施することとなっている。今回、タスクシェアを行った業務項目は、朝の清拭・更衣、入浴支援、食事時間のケア業務などである。リハビリ業務としては患者治療と入棟時 ADL 評価を実施後、リハビリ介入判断と褥瘡予防評価、自主訓練指導を計画した。病棟連携として看護計画の評価日は、看護師とリハビリスタッフと患者の課題点やゴール設定を行うためのミニカンファレンスを実施した。その上で看護師は看護計画を立案し、患者の能力に合わせて ADL 向上を図っていくこととした。

## 【結果】

リハビリの回復段階に応じてミニカンファレンスを実施し、適時看護師と情報共有することで患者の ADL 向上や転倒・転落予防に繋がられた。褥瘡発生予防については、体圧測定器を用いて採血データなどの総合的な評価を行い、評価結果と清拭や入浴業務から皮膚の状態観察も行い、看護師と共に褥瘡予防に関わった。リハビリスタッフが病棟に常駐することで、ナースコール対応などで生活場面に直接介入ができ、病棟 ADL への汎化を促進した。

## 【考察】

今回、地域包括ケア病棟の再開棟に際し、リハビリスタッフが従来のリハビリ目的に病棟へ向かう派遣型ではなく、病棟常駐型として病棟看護関連業務をタスクシェアし病棟スタッフの一員として、一体となって業務検討を経験した。常時病棟に常駐することで病棟業務を遂行しながら、地域包括ケア病棟の施設基準の要件に関わる業務を並行し、在宅復帰支援をより確実に進めることができた。リハビリスタッフを病棟常駐型とすることで、訓練時間とは別にナースコール対応などで生活行為に関わることにより、病棟生活へもリハビリ要素を把握し導入できたと思われる。また勤務表を病棟スタッフと合同で作成し、リハビリ業務以外の部分へも臨機応変に対応（患者の検査搬送や食事のケアなど）することで、スタッフ間の信頼関係を築き、職種間の垣根を越えた連携体制の構築に繋がられたと考える。

## 07 疎通困難事例に対しユマニチュードの考えを取り入れて関わり歩行と覚醒に影響があった一事例

○河野 おりえ<sup>1)</sup> 平嶺 真吾<sup>1)</sup> 矢野 飛鳥<sup>1)</sup> 柳田 信彦<sup>2)</sup>

1) 介護老人保健施設 さくらんぼ

2) 鹿児島大学医学部保健学科

## 【はじめに】

高齢者はさまざまな要因で疎通が困難な状態になると作業療法（以下 OT）導入時に難渋することも少なくない。今回、デイケア利用の疎通困難な事例に対しユマニチュードの考えを取り入れて関わり、その変化を振り返り報告する。なお本発表に関しては、対象者・家族に口頭で説明し書面にて同意を得た。

## 【事例紹介】

80 歳代女性。慢性硬膜下血腫、第 2 胸椎圧迫骨折の既往あり。数年前より物忘れや転倒が増えてきている。X 年 9 月、新型コロナウイルス感染症に罹患し A 病院に入院後、B 介護老人保健施設を経て X 年 11 月当デイケア利用となる。その間、気管支肺炎を発症し、A 病院に約 2 週間の入院歴があった。

## 【経過と結果】

第 I 期から第 III 期の主な訓練内容は、関節可動域訓練、筋力増強訓練、基本動作訓練とした。

第 1 期：デイケア利用開始時期（X 年 11 月から X+1 年 1 月）

利用開始時より指示理解はあるが、発語も少なく動作を始めるまでに時間を要し、覚醒度にも波がある。立ち上がりは軽介助にて可能だが、移動は車いすであった。訓練時の歩行器での歩行は 50 から 60m 可能な時もあった。

第 2 期：デイケア再利用時期（X+1 年 1 月から 4 月）

X+1 年 1 月 気管支肺炎にて A 病院へ約 2 週間入院していた。デイケアの利用を再開したが、口頭指示での理解は困難になっていた。平行棒内歩行は可能も途中で座りこむこともあり介助量は増大していた。傾眠傾向も強く覚醒度も低い状態であった。徐々に立ち上がりの介助量も増大し平行棒内歩行が出来る頻度も減少していった。

第 3 期：ユマニチュードの考えを取り入れた時期（X+1 年 5 月から X+2 年 2 月）

介入当初キャッチボールなどで反応を引き出した後、立位訓練など行っていたが、全介助になることが多くなっていた。そのため、スタンディングテーブルでの立位保持訓練を行いながら声掛けし表情変化や発語を促すと次第に反応が多々見られるようになった。X+1 年 6 月、再度平行棒内での立位訓練を行うと立ち上がりの介助量は中等度～重度介助であったが、立位保持可能となった。また、声掛けへの反応も多く示すようになった。そこで、平行棒内での歩行訓練を再開した。平行棒内歩行では、歩行は可能だが方向転換が上手くできず座り込みのリスクが高い状態であったため、平行棒内歩行から歩行器へつなぎ、歩行訓練を行った。次第に歩行距離も伸び、X+1 年 7 月には約 30m 程度可能となった。

## 【考察】

今回、気管支肺炎の罹患を機に元々疎通困難であったが更に身体機能面、精神機能面の低下を認めた事例に対しユマニチュードの基本の①見る②話す③触れる④立つ、を踏まえて関わることで情緒的な反応や表情変化を引き出しやすくなったと考えられる。その結果、基本動作訓練などの身体機能面も向上したと考えられる。

## 【おわりに】

本事例の報告が、同じ状況に置かれている方々の一助になればと考える。

○永谷 友樹 瀬戸山 弘貴  
八反丸リハビリテーション病院

### 【はじめに】

意味のある作業への従事は心身機能や意欲・行動を改善し、自信や希望などをもたらすことが示されているが、その実証は十分とは言えない。今回、右中大脳領域の心原性脳塞栓症を発症し認知機能低下がみられた対象者に作業を基盤とする介入を実施したところ、ADLと認知機能の改善を認めたので報告する。発表に際して対象者に説明し同意を得た。

### 【基本情報】

80歳代女性、入浴を待つ間に発症し救急搬送され、急性期病院で加療後19病日に本院に転院した。入院時は経管栄養でミトン・抑制帯を使用、常同行動や落ち着きのなさが観察され、「何もできなくなってしまった」と悲観的発言が聞かれ心理的混乱が強かった。

### 【作業療法評価】

BRSは全てVI、MMSE9点、FAB5点、FIM46点（運動項目34点・認知項目12点）であった。MOHOSTは43/96点で、作業適応障害であると考えられた。能力の過小評価が作業を抑制しており、作業パターンは日課や責任がなく、作業への適応が困難であった。認知機能低下と心理的混乱により処理技能が低下していたが、運動技能は良好であった。興味は保たれており、ADOCを用いて意味のある作業として「歌を歌う・自分で着替える・心を通じて会話する・編み物をする」が抽出され、MTDLP実行度1・満足度1であった。

### 【作業療法介入】

趣味人・家庭維持者としての役割を獲得するために編み物・花摘み・生け花との結び付きを図り、コミュニティ参加者としての役割を獲得するために歌・散歩を実施した。心を通じて会話する欲求を充足し、不安や心理的混乱を軽減するために悩みを聞き、一緒に解決する姿勢を一貫した。

### 【経過】

第1期 心理的混乱が改善し、ADLが最少介助となった

第2期 経口摂取となりミトンが外れ、編み物作業でくさりあみを再獲得した

第3期 編み物作業で細編みを再獲得し、ADLが監視レベルとなった

第4期 作品を完成させ、元の住まいに退院することができた

### 【作業療法再評価】（80病日）

MMSE17点、FAB10点、FIM80点（運動項目62点・認知項目18点）、MOHOST69/96点、MTDLP実行度5・満足度5という結果だった。

### 【考察】

評価結果改善の要因は、「編み物」を中心とした作業参加であると考察する。編み物は妻・母・価値あるものを生み出す存在としての対象者を象徴する作業であり、作業実現により役割を獲得し「楽しい・嬉しい」といった感情的な作用と「自分にも価値あることができる」という個人的原因帰属の向上が得られ作業参加が進んだ。反復により処理技能が向上し、さらに個人的原因帰属が向上し、習慣化につながるといふ好循環が形成され、機能改善を得たと考える。作業同一性の評価が重要(山田ら2015)でありMOHOSTが有効であることが示唆された。

## 09 その人らしい作業を通して本人とご家族の思いにより添えた一事例

○佐別當 景 有村 智美  
医療法人日章会 南鹿児島さくら病院

## 【はじめに】

肺炎後廃用症候群の診断を受け、入院後も肺炎を繰り返し長期療養から看取りとなった事例に対し作業療法（以下 OT）を実施した。その人らしい作業である書道を通して、本人と家族との残された時間や思いを結び最期に携わることができた為、考察を交えて報告する。尚、本報告に際し患者家族に説明し同意を得た。

## 【症例紹介】

90 歳代男性。施設で生活しており、日常生活動作（以下 ADL）は歩行器移動にて見守りで可能。元々は学校の先生をしており、書道の師範でもあった。施設入所中に誤嚥性肺炎を繰り返し他院へ入院。ADL にも介助が必要となり当院療養病棟へ入院となる。

## 【作業療法評価】

入院時評価では、筋力低下（MMT3）や全身耐久性の低下がみられた。認知機能は MMSE：22 点で、日常で問題になる場面はなかった。FIM：61 点で全体的に中等度から最大介助が必要であった。

## 【経過と結果】

OT では起居や排泄動作の獲得を目標に介入し、徐々に動作も見守りとなった。しかし、再度肺炎を起こし 5 か月程経過した頃から身体機能の低下や排泄動作の介助量も増えていった。今後も肺炎を繰り返し、徐々に状態が悪化していくと主治医より説明を受け看取りの方針となった。本人は書道の月刊誌を読みながら「ここに長くいたいな」といつも話しており、家族の思いを聴取すると「少しでも父らしくいてくれたら」とのことであった。OT としてはその人らしい意味のある作業を行うことで自己の存在意義を再認識し、慣れ親しんだ作業により身体的苦痛や不安を軽減できるのではないかと考え書道を実施した。筆を選んでいるときは「久しぶりだな」と楽しみにされ、墨汁の匂いに「懐かしいな」との声が聞かれた。書道中は雰囲気も変わり真剣な表情で 30 分程取り組み、疲労や痛みの訴えは聞かれなかった。作品は OT 室に掲示し、他者からの賞賛で有能感や満足感を得られ社会的交流を図ることができた。また、家族へは書道やりハをしている様子を写真にまとめ、書道作品と一緒に渡した。家族と写真を見ながら、この時の様子や言葉を伝え「このような姿が見られて嬉しいです」との言葉からご家族の精神的不安に寄り添えたものと思われた。この数日後他界された。葬儀でも写真を飾り、参列者から「すごく生き生きしていますね」との声が聞かれたとのことであった。また、書道の月刊誌に OT での書道をしている様子を掲載することになった。

## 【考察】

村田らは、終末期は残された日々を豊かにするケアが主となる時期である。また、家族の心理も患者同様に精神的にサポートされなければならないと述べている。本症例はコロナ禍で面会制限もあり、お互い不安や心配もあったと考える。しかし、書道で自己表現し他者と関わったことで、存在意義の再認識や尊厳を守ることに繋げることができた。また、家族は最期に「父らしい姿」が見られたという満足感を得られ、本人と家族の思いを結ぶことができたと考える。

○中山 陽平 池澤 真代 川野 紀子 川添 千茄 坂口 純也  
公益財団法人慈愛会谷山病院リハビリテーション科

### 【はじめに】

精神科認知症治療病棟では作業療法士(以下, OTR)専従基準があり, 精神症状の軽減や生活機能回復を目的に, 入院中の生活動作を機能訓練とし, 認知機能の活性を図る役割がある. 現状として介入の焦点化に難渋し, 訓練内容や質の課題を抱えている. 当病棟では研究としてパーソン・センタード・ケア(以下, PCC)を踏まえたカンファレンス(以下, カンファ)の導入を行った. そして PCC の特徴である“その人らしさ”を軸とした介入展開と実践能力向上を目的とすることで, OTR として個々に応じた生活機能訓練の実現に繋がると考えた.

### 【目的】

PCC の 5 要素・5 ニーズを軸としたカンファを導入し, 多職種との連携を深めていくことが, 実践能力に有効であるかの検証と, 多職種職員の仕事・介護関連における諸経験や PCC の知識の有無についての関係性を明らかにすることを目的とする.

### 【方法】

当病棟に勤務する 5 職種の 24 名を対象とした.

まず, PCC カンファを導入する前に, 各対象者に対し, 経験年数, PCC の知識の有無, 家族の介護経験の有無の質問項目が記載してあるアンケートを実施した.

次に, 各対象者への PCC カンファを導入する前後に認知障害高齢者看護実践自己評価尺度を実施した. アンケート項目での関係性については Mann-Whitney 検定を, “認知障害高齢者看護実践自己評価尺度”について Wilcoxon の符号付き順位和検定と t 検定を用いた.

本研究は当院の人権・倫理審査委員会の承認と対象者の同意を得て実施した. COI はない.

### 【結果】

アンケートの各項目間において相関はなかった. 認知障害高齢者看護実践自己評価尺度では“本人の視点を重視したケア”, “認知機能を本人に合わせた独自のケアである”, “本人の意思や価値を尊重したケア”の 4 項目中 3 項目に有意な増加を認めた. PCC カンファでは生活史や日常会話等の情報より個別活動として導入提案の意見が多く, 個々に応じた作業や訓練内容へと繋がった.

### 【考察】

PCC カンファは, 患者一人ひとりの生育背景や人生観を再確認し, 情報を共有することが患者の思いへ寄り添った介入意識となり, 実践能力向上へ繋がったと考える. また, 日々の生活活動介入に加え, より個々に応じた作業や機能訓練の介入視点として, 一日を通し患者の生活を評価できる OTR 専従の役割があると考ええる.

### 【結論】

PCC カンファを導入することは, 経験年数に関わらず実践能力の向上に有効と示唆された. それを継続することで“真のニーズ”や“不安の核”等の患者の思いをより多く汲み取り共有する場となり, “その人らしさ”を尊重した介入や退院後の生活に向けた多職種支援の連携と向上が期待できる. その中で OTR は心身機能や活動面, 患者の思いと生育背景から得た情報を踏まえ, 残存機能を含む多角的な視点で環境調整や機能訓練の介入へ繋げる役割があると考ええる.

## 11 腱板断裂損傷後、右心原性脳塞栓症により片麻痺を呈した症例

～課題指向型と促通反復療法を併せた治療効果～

○一葉 茜音 酒井 宣政 濱添 信人  
社会医療法人義順顕彰会 種子島医療センター

## 【はじめに】

右心原性脳塞栓症により片麻痺を呈した患者を担当する機会を得た。腱板断裂損傷による促通反復療法時の肩関節疼痛、ADL 場面で左上肢の使用頻度が低かったことから課題指向型促通反復療法を導入し肩関節の負担を軽減しながら上肢機能の向上、日常生活での使用頻度の向上へとつながったためここに報告する。

## 【事例紹介】

80 歳代女性。合併症：左片麻痺、高血圧症，左肩腱板断裂損傷 入院前 ADL：一人暮らし。自宅で商店を営んでおり，地域の老人会にも積極的に参加をしていた。趣味は自宅での園芸。Demand：園芸の再開。なお，本症例にはヘルシンキ宣言に基づき，書面にて説明し同意を得た。

## 【評価】

第 1 期 Brs. 上肢 II・手指 II，FMA:上肢項目 89/126. 第 2 期 Brs. 上肢 IV・手指 IV，ROM：左肩屈曲 70°，MAL：AOU1.3・QOU2.0，STEF（右/左）72/10 点，ARAT（右/左）55/12，握力（右/左）17.1/5.4 kg，第 3 期 Brs. 上肢 IV・手指 V，FMA:上肢項目 119/126，MAL：AOU2.2・QOU2.6，STEF（右/左）71/24 点，ARAT（右/左）：55/33，握力（右/左）17.3/11.8 kg.

## 【作業療法経過】

第 1 期は基本動作練習，実際場面での ADL 動作練習，上肢の促通反復療法を中心に介入し手指 Brs. II から IV までの向上がみられた。第 2 期は入浴以外の ADL 動作自立し趣味活動への再開を目標に設定した。入院前，左肩を打つ転倒歴あり，左肩屈曲制限あったため入院後 MRI にて棘上筋、棘下筋，肩甲下筋の腱板断裂損傷が診断される。左肩関節の負担が少ないアプローチを検討し課題志向型促通反復療法を導入した。本症例は趣味活動では園芸での草取りや種まきを挙げたが左握力、手指巧緻性の低下がみられた。握力向上，手指巧緻性向上に向け、小豆やテープを使用した課題を段階づけながら提供した。第 3 期は握力増強，手指巧緻性向上を目的とした物品操作練習，退院に向けた動作指導を実施した。

## 【考察】

本症例は左腱板断裂損傷、左片麻痺を呈している。反復した肩関節運動を行う促通反復療法のための訓練に比べ、課題指向型アプローチを併用することで肩関節の負担を軽減し上肢機能向上へ繋がったと考える。また，課題指向型アプローチは麻痺手の使用頻度および主観的な使いやすさを改善すると述べられている。促通反復療法と課題指向型アプローチを併用して行ったことで物品操作のなかで神経路の再建と強化が進み，左上肢の物品操作による成功体験により ADL 場面への使用頻度向上へとつながったと考える。

## 【まとめ】

課題指向型促通反復療法を行ったことで、上肢機能，ADL 場面での左上肢の向上につながった。課題指向型促通反復療法への文献は少ないため今後効果の検討を継続していきたい。

柿迫 直樹

医療法人青仁会 池田病院

**【はじめに】**

脳卒中治療ガイドラインでは、上肢機能障害に対するリハビリテーション治療として、中等度の麻痺筋（手関節背屈筋、手指筋）には電気刺激の使用が進められている（グレード B）。今回、従来の Integrated Volitional control Electrical Stimulator (IVES)

療法と比較して、よりコンパクトで日常生活での使用が簡単に行えるよう開発された電気刺激装置 (WILMO) を用いた Wearable Integrated Volitional control Electrical Stimulator (WIVES) 療法を参考にして、脳卒中上肢片麻痺患者に対し外来作業療法を実施し、効果検証を行ったため、その結果と考察を報告する。発表に際し、対象者の同意は得ている。

**【対象】**

60 歳代男性で右利き。疾患名は脳梗塞（左内包後脚）、障害は右片麻痺。当院急性期・回復期リハビリテーション病棟で 55 日間の入院後に自宅退院された。退院後の FIM: 126/126 点、FAI: 28/45 点、趣味は読書やオンライン動画鑑賞を好まれる。自宅では 1 日 30~40 分の自主訓練を継続して行われている。

**【方法】**

通常の外来作業療法（関節可動域訓練、筋促通訓練、課題指向型作業（40 分）：週 1 回 60 分）に、WILMO を 40 分間総指伸筋に装着して課題指向型作業を行う併用療法を 10 回実施。治療前後で、Fugl-Meyer Assessment (以下 FMA)、Simple Test for Evaluating Hand Function (以下 STEF)、Aid for Decision-making in Occupation Choice for Hand (以下 ADOC-H) の評価項目を比較した。

**【結果】**

FMA 上肢運動機能：61/66 点→62/66 点、STEF：65/100 点→74/100 点、ADOC-H では「30 分間の連続した書字が出来る」「パソコン操作が 30 分間出来る」の実行度・満足度が 2→4 へ改善が見られた。

**【考察】**

WILMO は訓練時間以外の自主訓練や、1 日 6 時間 ADL 場面での装着・使用が推奨されており、装着や取り扱いも容易で、IVES 療法とも比較し、同等効果も報告されている (Maeda H, et al, 2024)。今回は外来作業療法場面でのみの使用だったが、随意筋電に比例した電気刺激が総指伸筋に入ることによって、課題指向型作業場面での作業効率性が向上し、手指・上肢機能のゆるやかな改善が見られた。訓練前後の治療効果を毎回本人も実感され、自主訓練や日常場面での麻痺手使用行動に対し前向きな変化が見られ、ADOC-H の実行度・満足度の向上が見られた。WILMO の使用は、手指や上肢機能の改善が期待でき、日常生活における上肢使用頻度の増加に貢献できると考えるが、治療効果が WILMO の使用によるものか言い切れない可能性があり、今後の検討課題となる。

## 13 地域包括ケア病棟開棟時のタスクシェアによる患者支援の経験

○税所 真弘<sup>1)</sup> 小浦 さゆり<sup>1)</sup> 山田 早希<sup>1)</sup> 中村 ユリ<sup>2)</sup> 花田 勇<sup>1)</sup>

1) 出水郡医師会広域医療センターリハビリテーション科

2) 出水郡医師会広域医療センター看護部

## 【はじめに】

コロナ禍後の令和 5 年 10 月から地域包括ケア病棟を再開棟するに際し、本病棟に勤務するリハスタッフは、病棟専属となった。当院ではリハスタッフが患者の生活を把握した上で看護師と連携を図り、早期退院を目指すべく、「している ADL」の強化をするために看護関連業務である清拭、入浴、更衣等をタスクシェアとして実施していく方針となった。この方針は、地域包括ケア病棟協会の掲げる疾患別リハ以外で、患者の傍ら必要に応じて対応する「Point Of Care リハ（以下、POC リハ）」と相関があると考えられる。今回、タスクシェアを通して患者・看護師・家族と関わることが「している ADL」の強化を目指す上で有効であったと考えられた為、ここに報告する。本報告は患者家族へ書面にて説明し、同意を得ている。

## 【方法】

患者は 80 歳代女性で、第 1 腰椎椎体骨折後に廃用症候群が進行し、食事以外の ADL が全介助であった。既往として肝細胞癌、感染関連腎炎があり、肝動脈化学閉塞療法と一定期間の透析をしていた。患者・家族に対し疾患別リハ以外でも関わり、患者には、入浴・清拭時に手が届く範囲でおしぼり・垢すりの使用を促すことや、衣類を整える際に、寝返りの協力を得ることと、裾通し・袖通しの際は上下肢の動作を促す等の ADL 参加を実施した。病棟生活の中で食事の際は食堂誘導のため、車椅子移乗を動作指導も兼ねて看護師とリハスタッフ共同で行った。退院間近には家族の面会時に移乗動作の指導を実施し、福祉用具の提示も行った。

## 【結果】

寝返りは軽介助レベルまで改善し、清拭・入浴では手の届く範囲の洗体動作が可能になった。更衣は袖通し、裾通しの協力動作が得られ、整容は自立となった。端坐位はスイングアーム介助バーを使用し、5 分程度の保持が可能となり、移乗はスライディングボードを使用して、2 人介助で可能となった。昼食時は看護師による積極的な車椅子離床が実施された。家族の面会時は家族間で互いに移乗手順を確認し、患者に対し声掛けをしながらの介助を獲得できた。

## 【考察】

近年、多職種連携によるチーム医療の推進が掲げられ、作業療法士は病棟における生活行為の評価・動作指導が求められている。今回、タスクシェアを通し POC リハとして「している ADL」の強化、福祉用具の提示や看護師と家族が統一した移乗方法の獲得に繋がった。

病棟専属となりタスクシェアを通して「している ADL」に関わることで、患者の生活を把握できた。また看護師・家族とタイミングよく関わる時間が増え、共に療養環境を整備し、同じ目標に向かうことで信頼関係を築くことができた。その為、タスクシェアを用いた関わりは患者の「している ADL」の強化に繋がり、退院支援には必要不可欠なものであると考える。

## 14 手指の神経障害性疼痛に対してしびれ同調経皮的電気神経刺激を 8 ヶ月行った上肢末梢神経損傷の一例

○前原 裕太<sup>1)</sup> 原田 憂輝<sup>1)</sup> 衛藤 誠二<sup>1, 2)</sup>

1) 霧島杉安病院 リハビリテーション科

2) 鹿児島大学大学院 医歯学総合研究科 リハビリテーション医学

## 【はじめに】

しびれ同調経皮的電気神経刺激（しびれ同調 TENS）は、電気刺激を「しびれ感、じんじん感」に同調させ（dysesthesia-matched）、しびれや痛みを減弱する方法である（Nishi, et al. Front Hum Neurosci. 2022）。この治療により、脳卒中、多発性硬化症、脊髄損傷患者での効果が報告されている（西, 他. 物理療法科学. 2023）。今回、末梢神経損傷による手指のしびれ感、疼痛を有する、受傷後 4 ヶ月経過した患者に対し、しびれ同調 TENS を外来で 8 ヶ月間行い、症状の改善を認めたので報告する。なお、本症例には本報告内容について十分に説明したうえで、書面にて同意を得た。

## 【症例】

患者は 30 歳代の右利き男性。交通事故による多発骨折等で、創外固定、骨移植等を施行され、受傷 1 ヶ月後に前医リハビリテーション病棟に転院した。右手指の筋力が MMT3 程度に改善したが、右示指、環指中心にしびれ感、疼痛が強く、実用的な使用が困難であった。しびれ同調 TENS を 18 日間実施したところ、即時効果として、しびれ、疼痛が改善し、母指示指でつまめなかったコインをつまめるようになった。18 日間でしびれ VAS 62→23mm、疼痛 VAS 49→12mm の改善がみられた。自宅退院後、当院外来リハビリテーションの中で、しびれ同調 TENS を受傷後 12 ヶ月まで継続した。

右正中神経の神経伝導検査では、受傷後 2 ヶ月で感覚神経の電位が出現し、受傷 4 ヶ月後に運動神経の電位が出現し、受傷 8 ヶ月後は感覚、運動とも伝導速度の遅延のみに改善した。

## 【方法】

しびれ同調 TENS は、パルス幅 50 $\mu$ s、周波数 200Hz、刺激強度は右母指 4mA、示指 6mA、環指 4mA、尺骨神経手関節 27mA に設定し、10 分間、週 2-5 回実施した。しびれ感と疼痛は VAS で評価した。手指の関節可動域、握力、簡易上肢機能検査（STEF）を経時的に計測した。

## 【結果】

受傷後 4, 8, 12 ヶ月で、しびれ VAS はそれぞれ 19, 14, 14mm、疼痛 VAS は 8, 8, 2mm であり、わずかではあるが、しびれ同調 TENS の累積効果を認めた。受傷後 4, 8, 12 ヶ月の刺激前→後のしびれ VAS は 19→11, 14→4, 14→7、疼痛 VAS は 8→4, 8→3, 2→1 であり、いずれの時期も即時効果を認めた。また、受傷後 4 ヶ月→8 ヶ月で、関節可動域は右母指の掌側外転 60 度→90 度、右握力は 20.8 kg→28.2 kg、STEF は 94 点→99 点の改善（ピン操作の改善）が見られた。

## 【考察】

本患者において、しびれ同調 TENS を外来で 8 ヶ月間行い、有害事象を認めなかった。しびれと神経障害性疼痛の改善、寛解が得られ、手指の関節可動域、握力、巧緻性の改善を認めた。しびれ同調 TENS を長期間行うことについて、その安全性と、末梢神経損傷の感覚、運動機能に対する効果が示唆された。

## 15 腱性マレット指に対し二段階スプリントを使用した経験

○徳満 由佳<sup>1)</sup> 小倉 雅<sup>2)</sup> 有島 善也<sup>2)</sup> 窪 昌和<sup>1)</sup> 瀬戸口 大修<sup>1)</sup>

1) 社会医療法人恒心会 恒心会おぐら病院 リハビリテーション部

2) 社会医療法人恒心会 恒心会おぐら病院 整形外科

**【はじめに】**

腱性マレット指に対する保存療法の先行研究は、DIP 関節の伸展不全や PIP 関節の伸展拘縮が起りやすいとされている。それに対して斉藤らは、PIP 関節屈曲・DIP 関節軽度伸展スプリント（1st スプリント）と従来の DIP 関節軽度伸展スプリント（2nd スプリント）を組み合わせた二段階スプリント療法にて良好な成績を報告した。今回、腱性マレット指保存例に対して二段階スプリント療法を実施し、治療成績の優劣について若干の考察を加え報告する。なお、症例には本発表の意義と目的について説明し同意を得た。

**【対象】**

対象は 2020 年から 2023 年の間で当院にて腱性マレットと診断され、保存療法で週 1 回外来作業療法を行った 4 名とした。症例 1 は受傷 2 日後に受診した 30 歳代男性。症例 2 は受症 11 日後に受診した 70 歳代女性。症例 3 は受症 13 日後に受診した 60 歳代女性。症例 4 は受傷 15 日後に受診した 60 歳代男性である。

**【方法】**

1st スプリントで約 3 週固定。3 週以降は 2nd スプリントで固定し、PIP 関節の拘縮予防のため PIP 関節の自動・他動運動を実施した。6 週以降は DIP 関節の自動運動を開始し、介入以外はスプリント装着とした。8 週以降は他動運動や筋力訓練を実施した。この時点で DIP 関節伸展制限が残存する場合は夜間のみ 12 週程度スプリント装着した。評価方法は DIP 関節伸展角度、成績の判定を蟹江の評価法を用いて実施した。

**【結果】**

蟹江の評価法では症例 1, 2 が優、症例 3 が良、症例 4 が不可であった。スプリント装着期間は症例 1, 2, 3 が 12 週程度、症例 4 が 8 週であった。DIP 関節伸展角度は、初期、6 週、12 週の順で示す。症例 1 は -20 度、6 度、-2 度であった。症例 2 は -46 度、0 度、0 度であった。症例 3 は -26 度、-4 度、-12 度であった。症例 4 は -58 度、-18 度、-32 度であり、3 週目の評価時点で日中スプリントを外して仕事をしており安静度が守れていなかった。

**【考察】**

蟹江の評価法で優と不可であった症例 1 と症例 4 を比較し考察を行う。症例 1 と症例 4 は運動開始時の DIP 関節伸展角度が 6 度と -18 度である。また、症例 4 は仕事の影響でスプリントを除去しており 8 週の修復期間では伸筋腱の強度が低かったと考える。斉藤らは、3 週程度で腱断面に繊維細胞や線維芽細胞が増殖し、腱の抗張力も強くなると報告しており、スプリント固定は必須であると考ええる。また、山田らは、運動開始時可動域が最終評価に影響するとの報告から、スプリント固定の安静度の順守が必要であるためコンプライアンス向上に対するアプローチが重要と考える。今後は症例数を増やして固定期間や安静度についてさらなる検討が必要と考える。

## 16 失行症により歯磨き動作が困難であった症例に対し、促通反復療法と戦略的訓練を行った一例

○黒木 一気 中菌 奈々 榎畑 純二 福田 秀文 上山 綱介  
社会医療法人恒心会恒心会おぐら病院リハビリテーション部

**【はじめに】**

失行症は観念失行（以下，IA），観念運動失行（以下，IMA），肢節運動失行（以下，LKA）等の症状により，生活動作の自立を妨げる．失行症には戦略的訓練や促通反復療法（以下，RFE）の有効性が報告されている．今回，心原性脳塞栓症後に IA と IMA，右手の LKA により歯磨き動作が障害された症例に対し，LKA に RFE を，歯磨き動作に戦略的訓練を行い，歯磨き動作が自立した症例を経験したため報告する．

**【症例紹介】**

症例は 70 歳代右利き男性．心原性脳塞栓症の診断で X 日に t-PA 静注療法並びに血栓回収療法を実施し，同日有効開通を得られた．X+34 日に当院回復期へ入院となった．入院時は Fugl-Meyer assessment（以下，FMA）が 57 点，感覚障害は表在深部感覚障害を認めた．高次脳機能障害は，失語症や失行症を認め，半透明手袋の着脱や鉛筆つまみなどの障害を認めた．生活上で失行症を認めたが，意欲のある歯磨き動作に介入を行った．歯磨き動作は錯行為や系列動作障害，拙劣さを呈し，特に道具操作の拙劣さにより失行症状が助長した．

**【方法】**

作業療法評価や食事動作介入を行い，2 週時より歯磨き動作に介入した．介入は 60 分/日，2 週間毎日実施した．介入内容は，持続的電気刺激と振動刺激併用下の RFE（以下，併用 RFE）を 20 分間実施後に，戦略的訓練を 20 分間，物品操作訓練と ADL 訓練を各 10 分間実施した．上肢機能評価は FMA，簡易上肢機能検査（以下，STEF），Nine Hole Peg Test（以下，NHPT）を 2 週毎に実施した．高次脳機能評価は標準高次動作性検査（以下，SPTA）を 4 週毎に実施した．本報告は症例に検討内容を十分に説明した上で書面にて同意を得て実施した．

**【結果】**

上肢機能の評価値を入院時→2 週時→4 週時→6 週時→8 週時の順で，SPTA の誤反応得点を入院時→4 週時→8 週時の順にて示す．FMA は 57→59→62→62→62/66 点，STEF は 34→48→52→62→80/100 点，NHPT は 265→87→83→78→77 秒であった．SPTA は 95→76→50/182 点であった．歯磨き動作は 3 週時に歯ブラシ，歯磨き粉の蓋の開閉操作が可能となった．4 週時には口をゆすぐ際に失行症状が出現することもあったが，概ね歯磨き動作は可能となったため，満足度を Visual analog scale を参考に評価し 7 となった．4 週以降は，満足度が高い状態で訓練を継続するストレスを考慮し，確認程度の援助とし，7 週時で自立となった．

**【考察】**

LKA による歯ブラシや歯磨き粉の蓋の開閉操作の拙劣さから起因して失行症状が多発する傾向にあり，併用 RFE により歯ブラシや歯磨き粉の蓋の操作を改善させた状態で戦略的訓練を行うことで，歯磨き動作の運動学習が促進され，歯磨き動作の自立に至ったと考える．

## 17 認知症のある重度片麻痺に対してロボット療法を用いた 1 症例

- 池亀 美羽<sup>1)</sup> 窪田 正大<sup>2)</sup> 藤本 皓也<sup>1)</sup> 小川 耕平<sup>1)</sup> 岩城 優<sup>1)</sup> 有馬 美智子<sup>3)</sup>  
 1) 医療法人玉昌会 加治木温泉病院 総合リハビリテーションセンター  
 2) 鹿児島大学医学部保健学科作業療法学専攻  
 3) 医療法人玉昌会 加治木温泉病院 リハビリテーション科

## 【はじめに】

近年、脳卒中片麻痺のリハビリテーションにロボット療法が導入され AHA/ASA においてエビデンスグレード A と推奨されている。上肢訓練用のロボット療法のメリットは単純な運動の反復や運動の負荷量の調整が個々の対象に応じて可能な点である。そのロボット療法の 1 つとして鹿児島大学と安川電機で共同開発された肩関節訓練装置 RTD があり、加治木温泉病院でも使用している。そこで今回の研究目的は、認知症のある重度片麻痺に対して RTD を実施したところ、上肢機能改善、食事動作が改善した症例を経験したのでその改善の要因を作業療法の観点から分析することである。

## 【症例紹介】

80 代女性 施設入所中の X 日に心原性脳塞栓症を発症し、A 病院に入院した。X+40 日にリハ目的で当院転院し OT を開始した。入院時の ADL は食事を含めて全介助で、重度の認知症も認めた。発症以前は車椅子上の生活で食事は自立していた。倫理的配慮について、対象者とその家族に口頭および書面で同意を得た。

## 【初期評価と問題点】

BRS 右上肢Ⅲ・手指Ⅴ、右肩亜脱臼 1 Tb あり。右肩手症候群の疑いがあり上肢の運動時痛と浮腫を認めた。FMA19 点、MAL の AOU・QOM ともに 0 点、FIM の運動項目が 13 点であった。また体幹失調があり、普通型車椅子で麻痺側への姿勢崩れを認めた。初期評価での問題点は、右上肢機能の低下と食事動作がベッド上で全介助であり日中臥床傾向であることであった。

## 【介入方法】

1 週間に 5 回、1 回 15 分 RTD 使用したリーチング訓練と通常訓練を 3 週間実施した。また食事動作評価を行い車椅子シーティング、麻痺側上肢のポジショニング、曲がりスプーンの使用を検討した。さらに OTR が食事の注意点として上記の内容をベッドサイドに掲示し、多職種間でも同環境を作れるよう工夫した。

## 【経過】

肩手症候群疑いに対してステロイド投与後から疼痛が軽快し、日常生活場面で右手の随意的な動きが増えた。介入時は明るい表情変化や明瞭な言語表出が見られるようになった。また、ADOC を用い「食事を自己摂取できる」という合意目標を設定した。そこで RTD を使用し上肢機能の改善と食事動作でのリーチング獲得を目指した。

## 【結果】

3 週間の介入後、FMA は 19 点から 27 点、MAL の AOU 項目が 0 点から 31 点、QOM 項目が 0 点から 30 点、FIM の得点は運動項目 13 点から 18 点に改善した。

## 【考察】

本症例は 3 週間の計 15 回の RTD で麻痺側上肢の随意性改善と食事動作が自助具を使用し監視下で可能となった。上肢機能の変化の理由は、早期からの薬物療法により右肩の運動時痛の軽減を図り、反復運動に優れた RTD による介入と通常訓練をコンバインしたことが良好な結果につながったと考える。食事動作の変化の理由は、RTD によるリーチ機能の改善に加え、多職種間で食事の注意点を共有した食事訓練を継続したことが考えられる。

## 18 しびれ同調経皮的電気神経刺激と運動療法の併用により生活行為が向上した悪性リンパ腫の腕神経叢浸潤の一例

○北上 守俊<sup>1)</sup> 豊栄 峻<sup>1,2)</sup> 衛藤 誠二<sup>3)</sup> 城之下 唯子<sup>1,2)</sup> 下堂 蘭 恵<sup>3)</sup>

1) 鹿児島大学病院リハビリテーション部

2) 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科

3) 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科リハビリテーション医学

## 【はじめに】

腕神経叢損傷では、しびれ感が 57.8%にみられ (Ide M. 2001), 皮質脊髄路の機能・構造的変化 (Feng JT. 2016) をきたすことが明らかとなっている. Nishi ら (2022) がしびれ同調経皮的電気刺激 (しびれ同調 TENS) を開発したが, 末梢神経損傷や運動療法との併用は検証されていない.

## 【患者紹介】

60 歳代女性, 悪性リンパ腫再発により, 神経叢浸潤による腕神経叢損傷と診断された. 本報告を行うにあたり開示すべき利益相反関係にある企業等はなく, 本患者から書面にて承認を得ている.

## 【作業療法評価】

左上肢のしびれ感と神経障害性疼痛は SF-MPQ-2 合計 30 点, NPSI 合計 12 点であった. 感覚機能はセメスワインスタインモノフィラメント (SWT; 末節部のみ) は示指 3.61, 環指 4.31 であった. 運動機能は ASIA の脊髄損傷の神経学的分類のための国際基準 (ISNCSCI; C5~Th1) 15 点, 9-Hole Peg Test (9HPT) は測定不可であった. ADL は自立していた. 生活場面での上肢の動作の質は Motor Activity Log の Quality of Movement (MAL-QOM) は 1.2 点であった.

## 【介入方法】

左上肢の手関節から手指に対して, 正中・尺骨・橈骨神経領域にしびれ同調 TENS を行いながら持続的神経筋電気刺激下 (総指伸筋) での促通反復療法を行った (併用療法). 併用療法の 1 回目は, 患者が一時退院するまでの 10 日間行い, 再入院後に 2 回目の併用療法を 6 日間実施した. しびれ感の経時的変化を検討するため, しびれ同調 TENS の毎回の実施前後で VAS を評価し, Tau-U を用いて分析した.

## 【介入経過と結果】

しびれ感は VAS の経時的変化において有意に改善した (併用療法 1 回目:  $\text{Tau} = -0.66$ ,  $p < 0.01$ , 併用療法 2 回目:  $\text{Tau} = -0.64$ ,  $p < 0.01$ ). SF-MPQ-2 は合計 6 点, NPSI は合計 6 点, SWT は示指 2.83, 環指 3.61 であった. ISNCSCI は 19 点, 9HPT は 39.2 秒, MAL-QOM は 2.3 点で評価値の向上を認めた.

## 【考察】

今回, 悪性リンパ腫の神経叢浸潤による腕神経叢損傷の患者に対し, しびれ同調 TENS と持続的神経筋電気刺激下での促通反復療法の併用療法を実施し, しびれ感と神経障害性疼痛, 感覚障害 (触覚, 痛覚) に改善が得られ, 先行研究 (Nishi Y. 2022; 西, 2023) と一致する結果となった. また, 運動機能の改善や生活行為も向上し, 9HPT は最小可検変化量 (Chen HM. 2009), MAL-QOM は臨床的に重要な変化の最小量 (Lang CE, 2008) を超える結果となった. 併用療法はしびれ感や神経障害性疼痛, 感覚障害, 運動機能を改善し, 生活行為の向上に寄与する可能性が示唆された.

## 19 地域在住高齢者のソーシャルネットワークに影響を与える要因について

○池田 由里子<sup>1)</sup> 田平 隆行<sup>1)</sup> 益満 智美<sup>2)</sup> 大重 匡<sup>3)</sup> 牧迫 飛雄馬<sup>3)</sup>

1) 鹿児島大学医学部保健学科作業療法学専攻

2) 鹿児島大学医学部保健学科看護学専攻

3) 鹿児島大学医学部保健学科理学療法学専攻

## 【序論】

ソーシャルネットワークとは人間関係の構造的側面を示す指標であり（茨木, 1992）、友人との相互的つながりは認知症発症リスクに影響する可能性がある（Kuiper, et al, 2015）。本研究では地域在住高齢者の相互的つながりに影響を与える因子について主観的認知機能と家族・他者交流の状況から分析し、具体的な支援について検討することを目的とした。

## 【方法】

2021年11月～2024年4月に鹿児島大学オンラインヘルスラボ（KU-OHL）に登録した65歳以上の高齢者98名の内、Saczynskiら（2006）を参考に交流する友人数が0～2人以下または5人以上である者50名（平均年齢73.3±5.9歳、女性27名）を本研究の分析対象とした。調査内容は年齢、性別、教育歴、同居形態、外出頻度、交流する友人・家族の人数、友人宅への訪問有無、人生への満足感、主観的認知機能6項目であった。交流する友人数は「少なくとも月に1回会ったり話をする友人は何人いますか」の質問に対して6段階のリッカート尺度にて回答を得た。交流する友人数が0～2人である者24名をつながりが少ない群、交流する友人の数が5名以上である26名をつながりが多い群として2群に分類し、調査内容に対応のないt検定、カイ2乗検定により群間比較した。さらに、つながりの多少を従属変数、主観的記憶力低下、主観的地誌的見当識低下を独立変数、年齢、同居形態、交流する家族の人数を共変量としてロジスティック回帰分析を行った。本研究は鹿児島大学医学部倫理委員会（疫200240）の承認を得て実施した。

## 【結果】

つながりが少ない群（70.6±6.9歳、女性11名）はつながりが多い群（75.8±5.6歳、女性16名）に比し、年齢が有意に低く（ $p<0.001$ ）、同居が有意に多く（ $p=0.02$ ）、交流する家族の人数（ $p=0.03$ ）・友人宅へ訪ねる者（ $p<0.001$ ）は有意に少なかった。つながりが少ない群は主観的地誌的見当識が有意に低下し（ $p=0.05$ ）、主観的記憶力低下や人生への満足度の低さを訴える傾向もあった。ロジスティック回帰分析の結果、共変量調整後に主観的認知機能の影響はなく、共変量である年齢、同居、交流する家族の人数の影響を認めた。

## 【考察】

高齢期においてソーシャルネットワークの不足や欠如は身体的、認知的、精神的な健康状態を悪化させる可能性がある（Ali, et al, 2018）。本研究では、他者とのつながりが少ない高齢者は同居家族の関係性も狭小化し、人生への満足度も低い傾向が示された。相互的つながりのサイズに年齢や家族との交流状況が影響していることから、高齢者自身と家族との関連性を密にする支援がソーシャルネットワークを維持する一助となるかもしれない。

松元 義彦

鹿児島赤十字病院リハビリテーション課

**【はじめに】**

当院で作業療法部門を開設した昭和 61 年度から令和 5 年度まで 38 年間の自助具作製件数は 9139 件であった。その内訳はリウマチ性疾患への作製件数は 7454 件、その他の疾患への作製件数は 1685 件であった。

今回、リウマチ性疾患に対して作製した自助具の作製実績と傾向について報告する。

**【方法】**

昭和 61 年度から令和 5 年度までに作製した自助具の対象疾患を「リウマチ性疾患」と「その他の疾患」に分類して年度ごとに作製件数を調べた。また、リウマチ性疾患に作製した自助具については目的別内訳を調べた。さらに、リウマチ性疾患 1 処方あたりの自助具作製件数を調べた。

**【結果】**

リウマチ性疾患に対して自助具を作製した件数 7454 件（年度平均 196.2 件、月平均 16.3 件）の目的別内訳は、リーチ機能の補助が 4089 件（54.9%）で最も多く、次いで手指機能の補助 1858 件（24.9%）、下肢機能の補助 991 件（13.3%）、その他 516 件（6.9%）であった。

作製件数の多い自助具は、リーチ機能の補助では、リーチャー、長柄ブラシ、ソックスエイドであった。手指機能の補助では、装具や靴下などへのループ付け、ループ付きタオル、目薬エイドであった。下肢機能の補助では、補高マット、補高便座であった。

最も多く作製された自助具はリーチャーが 2225 件で、作製自助具の 29.8%と約 3 割を占めていた。

年度別の自助具作製の推移は、平成 15 年度以降に徐々に減少傾向にあった。またこの年は生物学的製剤〔インフリキシマブ〕が発売された年でもあった。リウマチ性疾患 1 処方あたりの自助具作製件数は、平成 17 年度から低下傾向にあった。

**【考察】**

関節リウマチの障害特性は、上肢機能ではリーチ機能障害や手指変形等による手指機能障害、下肢機能では歩行や立ちしゃがみ動作の障害という形で出現しやすく、自助具作製の目的別内訳は、これらの障害特性を反映していると思われた。リーチャーの作製件数が多いことについては、リーチャーは多目的に使用できる自助具であるためと思われた。

平成 15 年度以降に自助具作製件数が減少傾向であったことやリウマチ性疾患 1 処方あたりの自助具作製件数が平成 17 年度から低下傾向にあったことについては、生物学的製剤や JAK 阻害薬の登場によって疾患活動性がコントロールされやすくなり、自助具を必要とする障害程度の事例が少なくなったことが考えられた。しかし、一方で生物学的製剤等の導入によっても疾患活動性がコントロールされない場合や症状が安定するまでの時期、すでに残存している機能障害などの個々の事例の状態によっては、自助具による関節保護や代償的アプローチが必要な場合もある。そのため自助具が必要な事例に対して適合評価を行い、市販自助具の適切なマッチングや指導、自助具作製を行える体制を今後も維持することが必要と思われた。



メ モ



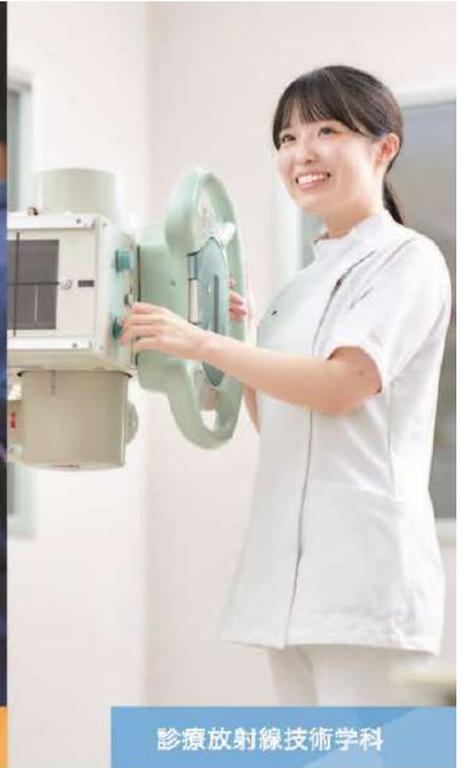
協賛施設



看護学科



介護福祉学科



診療放射線技術学科



学校法人  
原田学園

# IGISEN



## 鹿児島医療技術専門学校



作業療法学科



理学療法学科



言語聴覚療法学科



医療法人三州会

# 大勝病院

リハビリセンター  
理学療法・作業療法・言語聴覚療法・物理療法が集結

## リハビリテーションセンター



## ADL訓練



身体障害分野では珍しい陶芸やリハビリ庭園での農作業等の  
様々な趣味活動が実施できる環境も整っています



## 打楽器を使用したリハビリ



## ロボットスーツHAL



## LSVT療法



医療法人三州会 大勝病院  
鹿児島県鹿児島市真砂本町3-95

TEL 099-253-1122  
Fax 099-254-9643



診療科目：脳神経内科  
リハビリテーション科  
病床数：321床



いちき串木野市医師会立  
**脳神経外科センター**  
Ichikikushikino city medical association neurosurgical center

当センターは脳卒中(脳梗塞、脳出血、くも膜下出血など)をはじめ、脳腫瘍、頭部外傷、その他の脳疾患など、さまざまな脳の病気の診断、治療を行い、入院に関しては、急性期の治療からリハビリテーションまで一貫した医療を行います。



【入院施設】64床 (一般病床23床/地域包括ケア病床16床/回復期リハ病棟25床)

【診療科目】脳神経外科/リハビリテーション科

【介護事業】通所リハビリテーション(短時間のみ)

【その他事業】訪問看護ステーションさくら/居宅介護支援事業所さくら

【所在地】いちき串木野市生福5391番地3(いちき串木野インター下車2分)

TEL 0996(32)9999

FAX 0996(32)0496



協賛施設

社会医療法人 慈生会 **ウエルフェア九州病院**

◆概要◆

法人設立：昭和 63 年 10 月 6 日  
 理事長：鮫島 秀弥  
 院長：鮫島 稔弥  
 診療科目：精神科・心療内科  
 許可病床数：153 床（指定病床 10 床）  
 指定病院：応急入院指定病院 特定病院  
 日本精神神経学会精神科専門医制度研修施設  
 ＊精神科急性期治療病棟（43 床）  
 ＊認知症治療病棟（60 床）  
 ＊精神療養病棟（50 床）  
 病院概要：精神科デイケア 精神科訪問看護  
 認知症疾患医療センター  
 その他：電子カルテシステム導入

◆関連施設◆

社会復帰パート ハイツ・ワンステップ  
 地域包括支援センター えるふえあ  
 ウエルフェア鹿児島中央駅クリニック

◆グループ関連施設◆

社会福祉法人 秀京会  
 特別養護老人ホーム 恵比須

〒898-0089 鹿児島県枕崎市白沢北町 191 番地  
 TEL 0993-72-0055  
 FAX 0993-72-1199  
 URL <http://www.wkh.or.jp/>  
 mail [jiseikai@wkh.or.jp](mailto:jiseikai@wkh.or.jp)



Canfit P&O 3D (CAD) software



**(株)北義肢製作所**

<http://www4.synapse.ne.jp/kitagishi/>

電話：099-223-5053

FAX：099-226-8460

鹿児島市草牟田町 3 番地 16



協賛施設

# Heisei 有限会社 平成メディカル

紙おむつ販売・福祉用具レンタル/販売・医療機器販売  
 住宅改修・産業廃棄物収集運搬・家具家電レンタル  
 病院内売店/Heisie.M-shop・福祉用具管理メンテナンス

～県内全域対応いたします(離島除く)～

本社：有限会社平成メディカル  
 鹿児島市宮之浦町1424-1

あいら営業所  
 始良市加治木町本町147-3

福祉住宅体験型営業所まくらざき  
 枕崎市中央町185

TEL : 0120-502-018



←ホームページ

公式ライン→



## 物理療法の新しい可能性を追求

MEDICAL CATALOG

製品総合カタログをご覧ください



求めていたHi-Voltageが  
 ついに登場



High power  
 ×  
 Compact

Hi-Voltageモード

HV-EMSモード

電気刺激による繊細な治療が可能なパルスタッチ導子を標準付属



パルスタッチ導子  
 エスミス

**ESMITH** ES-4201

非滅菌医療機器(特定保守管理医療機器)(クラスII) 医療機器認証番号 305AABZX0006000  
 世間流通番号(JMDNコード:35372000) エスミス ES-4201

NMES特化の小型電気刺激装置



**postim** ポスティム

管理医療機器(特定保守管理医療機器)(クラスII) 医療機器認証番号 301AABZX00024000  
 世間流通番号(JMDNコード:35372000) イトー postim

**伊藤超短波株式会社**  
 〒332-0017 埼玉県川口市栄町3-1-8  
 メディカル営業部  
<https://www.medical.itolator.co.jp/>



営業所

札幌 TEL. 011(820)2830 FAX. 011(842)1562  
 仙台 TEL. 022(306)7667 FAX. 022(306)7688  
 埼玉 TEL. 048(254)1013 FAX. 048(254)1014  
 東京第一 TEL. 03(3812)1217 FAX. 03(3814)4587  
 東京第二 TEL. 03(3812)4151 FAX. 03(3814)4587

名古屋 TEL. 052(701)4515 FAX. 052(701)6905  
 大阪 TEL. 072(242)1043 FAX. 072(242)1040  
 福岡 TEL. 082(292)3330 FAX. 082(292)3331  
 福岡 TEL. 092(573)6053 FAX. 092(573)0218