

第 10 回

沖縄県理学療法学会大会

演題抄録集



テーマ

『理学療法士』アイデンティティの追究

主 催：社団法人沖縄県理学療法士会

期 日：平成19年11月23日（金）

会 場：ちやたんニライセンター

大会長：小嶺 衛（ロクト整形外科クリニック）

大会長あいさつ



第 10 回 沖縄県理学療法学会
大会長 小嶺 衛

第 10 回沖縄県理学療法学会を、平成 19 年 11 月 23 日(金)に北谷町ちやたんニライセンターにて開催する運びとなりました。今大会は第 10 回記念大会として“記憶に残る大会に！”をスローガンに実行委員一丸となって準備に取り組んでまいりました。本大会が質の高い貴重な情報交換の場および学術的研鑽の場となり盛況に終えることを実行委員一同心より願っております。

さて、本学会大会の前身といえる「沖縄県リハビリテーション研究会」のことを皆様はご存知でしょうか。まだ沖縄県内の理学療法士が数十名であったころ県内の言語療法士(当時の呼称)、作業療法士、理学療法士らの研究発表の場として 1985 年に第 1 回大会が開催されました。この研究会は 1997 年の第 13 回大会まで毎年開催され、述べ 164 演題に及ぶ発表(内 118 演題が理学療法士による発表)がなされ、沖縄県におけるリハビリテーションの学術的発信源として大きな軌跡を残してきました。資料によると記念すべき第 1 回大会では 7 演題の研究発表があり内 4 演題が理学療法士による発表として記録されています。当時の 4 氏によるこの研究発表は、まさに沖縄県における理学療法学会活動の始まりであったといえます。この研究会は 1998 年に理学療法士単独の学会開催に伴いひとつの役割を終え、その志は「沖縄県理学療法学会(67 演題)」、「沖縄県理学療法学会(284 演題)」へと引き継がれ、今回の第 10 回記念大会を迎えるに至りました。こうした先人たちの努力が理学療法士としての基礎を築きその土台を構築してきたのです。

今大会のメインテーマは「『理学療法士』アイデンティティの追究」であります。

「アイデンティティ」とは自我同一性あるいは自己証明などと訳されます。広辞苑によると「ある人の一貫性が成り立ち、それが時間的・空間的に他者にも認められていること」とあります。理学療法士はそれぞれ個々人がどのようにその存在を認識し、また社会的にどのように認知され存在しているのでしょうか。

平成 18 年度の診療報酬改定では、代替者リハが容認され理学療法士以外での理学療法的行為が容易に行われるようになりました。また疾患群別区分による疾患別リハ料の新設により、これまでの「理学療法」「作業療法」「言語聴覚療法」といった区分が廃止されました。この事実は理学療法士にとって、その専門性や存在を脅かす大きな出来事でありました。理学療法士である所以はどこにあるのか？今私たちは自分自身に問いかける必要があるのではないのでしょうか。

今大会の基調講演は日本理学療法士協会副会長であり、名古屋大学医学部保健学科教授 内山 靖先生にお願い致しました。この極めて難しい命題について内山先生のご指南のもと皆様とともに様々な角度から考えていければと思います。

新たに企画したシンポジウムでは、それぞれの分野でご活躍されている諸先生方にお集まり頂き、「理学療法の専門性」について会場の皆様とともに世代を超えての徹底討論をしていただきたいと思います。一般演題は口述、ポスター合わせ 44 演題となりました。皆様の活発なディスカッションを期待いたします。

最後になりましたが、本大会開催にあたりご協力いただきました、関係者の皆様方、県理学療法士会理事の皆様、演題査読審査委員の皆様、お忙しい中快く座長の労をお引き受け下さった方々、長きにわたり献身的に大会準備に携わって頂いた実行委員の皆様へ深く感謝申し上げます。

平成 19 年 10 月吉日

第 10 回 沖縄県理学療法学会の成功を祈って



(社) 沖縄県理学療法士会
会長 溝田 康司

本学会も「沖縄県リハビリテーション研究会」から、理学療法士会単独開催の学会を平成 10 年に「沖縄県理学療法士学会」として開催し、早 10 回目の学会を開催することとなりました。その間、平成 13 年には「沖縄県理学療法学会」と名称を変更し多領域から学会への参加が可能となり、参加者総数も年毎に確実に増え続けている状況にあります。

さて、本学会では、昨年は理学療法の原点を見つめ直すことを主テーマとして「理学療法 40 年の歴史から今後の展望へ」と題し東京都理学療法士会会長の高橋輝雄先生からわが国における理学療法と理学療法士の歴史について示唆に富むご講話を頂きました。

また、今年は今後の展望への新たな出発の糸口を模索する手掛かりとして「『理学療法士』アイデンティティの追究」を大会のテーマにおき、名古屋大学医学部保健学科教授 内山靖先生にお話を賜る予定です。理学療法士における「アイデンティティ」さまざまな切り口が可能なこの命題的かつ普遍的な概念をしてまさに私たち「理学療法士」の本質について考える良い機会になるのではないかと、今から楽しみにしているところです。

先日、海外支援のための事前調査としてフィジー諸島共和国を訪問致しました。フィジー国の人口は 80 万人。人口比は沖縄県民約 130 万人の約 60%。しかしながら、国内の理学療法士総数は 50 名弱。30 名程度が公立の病院に勤務する以外は、無報酬で公立病院のボランティアを行なっている現状とのことでした。国内には民間の病院は 3 ヶ所のみで、国内には公立病院以外は理学療法士の雇用先はありません。ボランティアの理学療法士は、公立病院の現職の理学療法士が何らかの事由で退職するのをひたすら待ち続けることになるのです。

フィジー国では理学療法士の資格を極めて目的的に取得するといえます。すなわち、国外で移住し生活するための道具として理学療法士の資格を取得するというのです。国内にはもはや新しい雇用先はありません。比較的裕福な理学療法士は近隣のオーストラリア、ニュージーランドで学士を取り、そのままそこで理学療法士として職を得、生計を立てることが一般的のようです。

一体、フィジー国の理学療法士の「理学療法士」としてのアイデンティティとはどのようなものなのでしょうか。おそらく、私たちとは大きくかけ離れた「アイデンティティ」にもとづいて理学療法士として仕事をしている、あるいはするに違いありません。本学会を 1 つの契機として、この問題について会員一人ひとりが考えてみることも大事ではないかと思っています。

最後になりましたが、多忙な中、本大会開催に向け陣頭指揮の任をお取り頂いた当会小嶺 衛理事他スタッフの皆さまにこの場を借りて深くお礼申し上げますとともに、第 10 回の記念すべき本学会が成功することを祈念し、挨拶とさせていただきます。

平成 19 年 10 月吉日

学術大会参加者へのお知らせ

1.参加費について

| | |
|--------------|--------|
| 会員（会員証提示が必要） | ¥1,000 |
| 非会員（会費未納者） | ¥2,000 |
| 学生・一般 | ¥ 500 |

おつり不足が予想されますので、あらかじめご準備下さい。

2.学術大会参加受付について

当日午前9時00分 カナイホール入り口前にて受付を開始いたします。

受付にて所定の手続きをお済ませください。

受付終了後はネームプレートを受け取り、施設名と氏名をご記入の上、着用ください。

会場内では、常にネームプレートを着用してください。

座長・演者へのお知らせ

【口述発表】

座長へのお願い

- 1) 座長は担当セッション開始時刻の30分前に会場の座長受付（1階受付）にて登録を済ませ、開始10分前までにカナイホール内の「次座長席」にご着席下さい。
- 2) 担当セッションの進行に関しては、すべて座長に一任致します。必ず予定時間内に終了させてください。
口述発表時間は15分（発表8分、質疑応答7分）を設定しています。
- 3) 2階にて談話室を設けています。セッション終了後10分間待機していただき、適宜、質疑応答等を行ってください。
- 4) 不測の事態で座長の職務が遂行不能の場合は、速やかに大会本部までご連絡下さい。
- 5) 演者が演題抄録集の抄録と大幅に異なる内容の発表を行った場合は、その場で厳重な注意をしてください。

演者へのお願い

- 1) 全ての演者は当日午前9時30分から11時までに1階受付にて演者受付およびスライド確認（試写）を行います。発表はコンピュータプレゼンテーションで行いますので、データファイルの入ったCD-R（CD-RWは不可）またはフラッシュメモリのメディアをご持参ください。ファイル提出後、画像確認を行っていただきます。混雑が予想されますので、早めにお集まりください。
静止画像のみとします。アニメーション動画、音声は受付しませんのでご注意ください。
- 2) セッション開始10分前までにカナイホール内の「次演者席」にお着きください。不測の事態で発表時間に間に合わない場合は、速やかに大会本部までご連絡ください。万一、連絡ないまま時間までに来られない場合は、発表を放棄したものと判断いたします。
- 3) 演者や所属に変更がある場合は、必ず口述受付にてお申し出ください。
- 4) 発表時間は1演題につき発表8分、質疑応答7分です。発表終了時間の1分前と時間終了を合図でお知らせ致します。
- 5) ファイル操作（スライド切り替えなど）は、原則として演者が行ってください。尚、発表時間内であればスライド枚数の制限はありません。
- 6) 2階にて談話室を設けています。セッション終了後10分間待機していただき、適宜、質疑応答等を行ってください。

【ポスター発表】

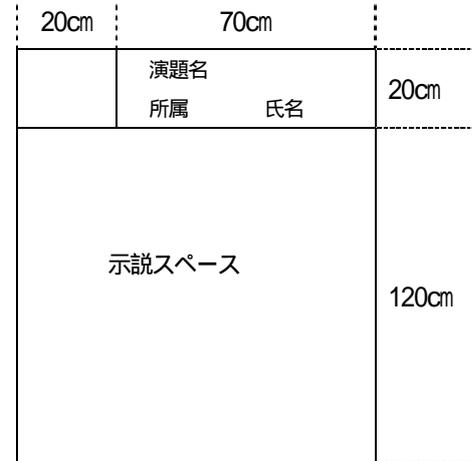
座長へのお願い

- 1) 座長は担当セッション開始時刻の30分前に会場の座長受付（1階受付）にて登録を済ませ、開始10分前までに各会場で待機してください。
- 2) 担当セッションの進行に関しては、すべて座長に一任致します。必ず予定時間内に終了させてください。
ポスター発表時間は10分（発表7分、質疑応答3分）を設定しています。

- 3) 各演者の発表後フリーディスカッションの時間を設けています。10分間待機していただき、適宜、質疑応答等を行ってください。
- 4) 不測の事態で発表時間に間に合わない場合は、速やかに大会本部までご連絡ください。
- 5) 演者が演題抄録集の抄録と大幅に異なる内容の発表を行った場合は、その場で厳重な注意をしてください。

演者へのお願い

- 1) ポスター発表の受付は、午前9時30分から10時30分までに1階受付にて行います。受付時間を厳守してください。
- 2) 示説スペースは縦120cm、横90cmです。演題名・所属・氏名は縦20cm、横70cmで、各自で作成して下さい。
- 3) ポスター貼り付けは専用のシールで行います。当日掲示会場でお渡しいたします。展示パネルに直接書く事、糊付けする事、画鋏などを使用する事は禁止します。
- 4) ポスター貼り付け時間は9時30分から11時までをお願いします。撤去時間は17時から17時10分までをお願いします。
- 5) 各演者の発表後フリーディスカッションの時間を設けています。10分間待機していただき、適宜、質疑応答等を行ってください。



会員の皆様へのお知らせ

本学会大会は生涯学習基礎プログラム単位履修が認められます。
受付時に抄録集は配布いたしません。当日は本抄録集をご持参ください。

会場内緒注意について

参加者の方は、会場内では必ず名札をつけてください。
名札が確認できない場合は、声をかけさせていただくことがありますので、ご了承下さい。
会場内では携帯電話の電源を切るか、マナーモードに切り替えてください。
喫煙、飲食は所定の場所にてご利用下さい。

大会会期中の連絡先について

070-5497-6913 PT名護 零(なご れい)
大会会期中のみの連絡先ですのでご注意ください。

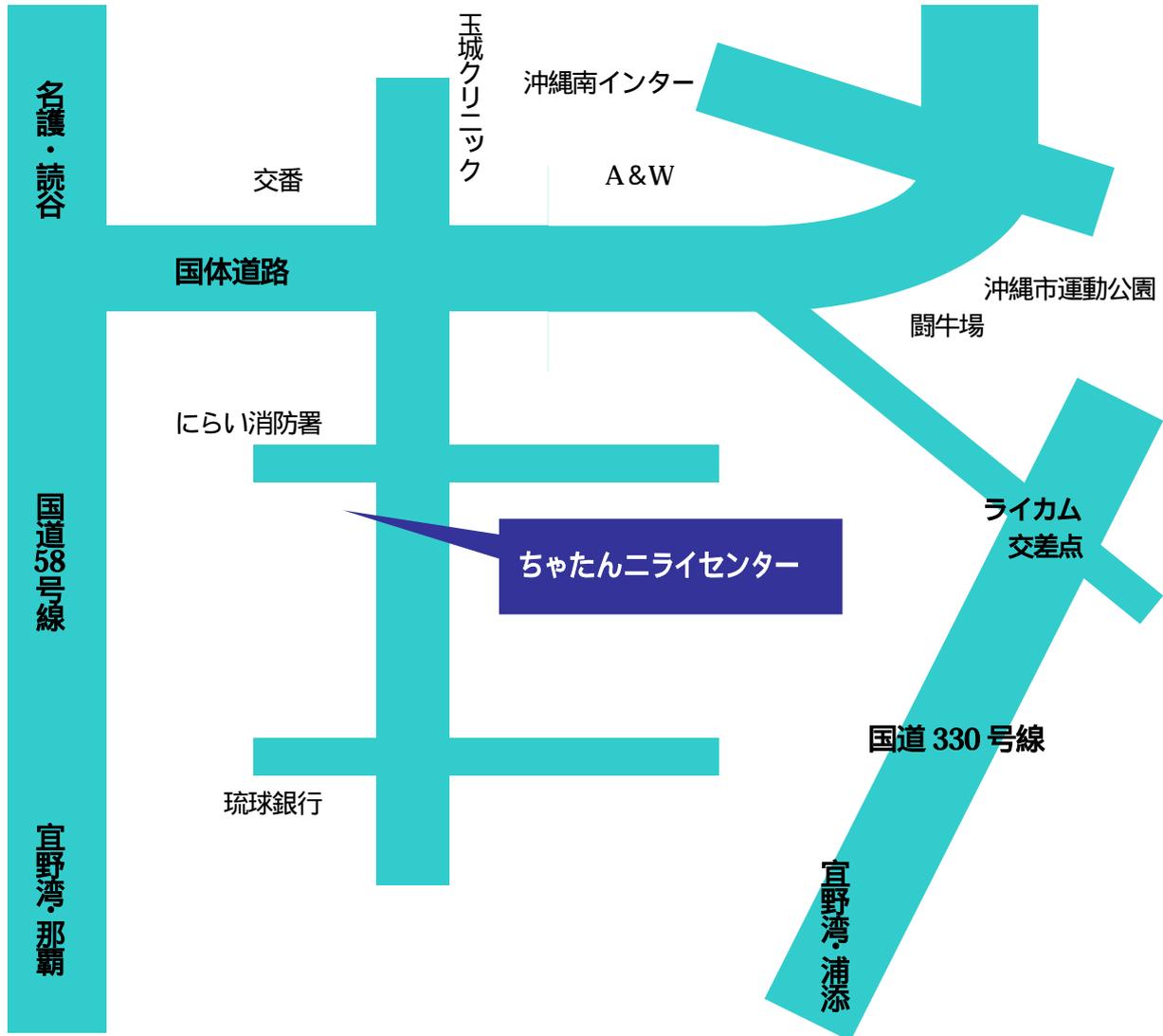
託児所について

カナイホール横に託児室を設置しております(予約制~士会広報誌にて御案内、10月にて受付終了~)。
お問い合わせ: 大会事務局まで

クロークについて

大会会期中、クロークは設置していません。予めご了承くださいませようお願いいたします。

会場へのご案内



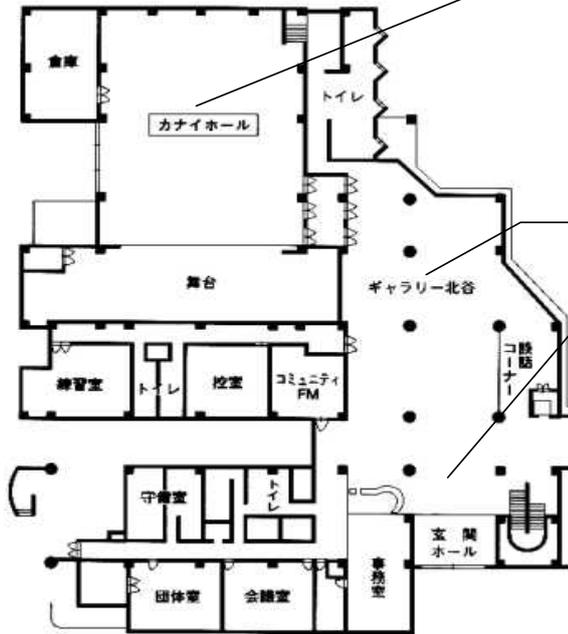
駐車場に限りがございますので、可能な限り相乗りでのお越しをお願いいたします。

尚、会場(ちやたんニライセンター)より徒歩 5 分、北谷スポーツセンターにも駐車可能ですので、ご利用くださいますようお願い申し上げます。

会場全体図

会場案内図

1F

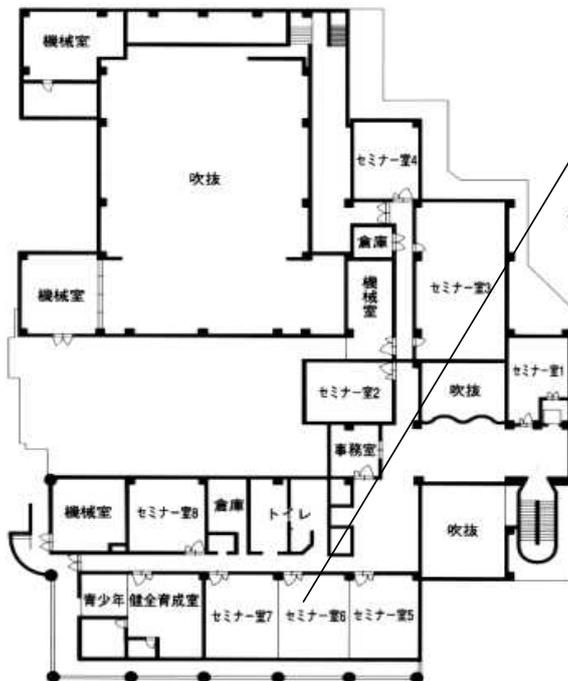


10:00~ 基調講演
 13:30~ 口述 発表
 14:45~ 口述 発表
 16:00~ 口述 発表

各種展示

受付

2F



10:00~ ポスター展示
 13:40~ ポスター発表

セミナー室

成人中枢神経 1 13:40
 骨関節・脊髄 2・その他 14:40
 成人中枢神経 2 15:40

セミナー室

義肢装具 13:40
 調査・統計 1 14:40
 精神・心理・その他 15:40

セミナー室

骨関節・脊髄 1 13:40
 調査・統計 2 14:40
 調査・統計 3 15:40

学術大会日程表

| ちやたんニライセンター | | | | | | |
|-------------|---|-------------------|------------------|------------------|------------------------|-------|
| | カナイホール | セミナー室 | セミナー室 | セミナー室 | ギャラリー北谷 | |
| 階 | 1F | 2F | 2F | 2F | 1F | 階 |
| 9:00 | 受付場所：カナイホール入口横 | | | | | 9:00 |
| 9:50 | 開会の挨拶：溝田 康司(沖縄県理学療法士会 会長) | | | | | 9:50 |
| 10:00 | 基調講演 講師：内山 靖先生 | ポスター貼り付け・展示 | | | 福祉・医療機器 の展示 書籍販売 | 10:00 |
| 11:00 | 「『理学療法士』 アテンティブの追究」 | | | | | 11:00 |
| 12:30 | | | | | | 12:30 |
| 昼 休 み | | | | | | |
| 13:30 | 口述 座長：牧門武善 | ポスタ - 座長：新垣盛宏 | ポスタ - 座長：立津統 | ポスタ - 座長：座波信司 | 福祉・医療機器 の展示 書籍販売 | 13:40 |
| 14:30 | | | | | | 14:30 |
| 14:45 | 口述 座長：千知岩伸匡 | ポスタ - 座長：普天間順一 | ポスタ - 座長：毛利光宏 | ポスタ - 座長：屋嘉宗浩 | | 14:40 |
| 15:45 | | | | | | 15:30 |
| 16:00 | 口述 座長：仲西孝之 | ポスタ - 座長：荒木伸 | ポスタ - 座長：天願博敦 | ポスタ - 座長：安里幸健 | | 15:40 |
| 17:00 | | | | | | 16:30 |
| 17:30 | シンポジウム(座長：与那嶺 司) 「理学療法 専門性の追究」 シンポジスト(安田知子・比嘉優子・勝浪省三・岡本慎哉・名嘉淳) | | | | | 17:30 |
| 19:30 | 閉会の挨拶：小嶺 衛(大会長) | | | | | 19:30 |

基調講演

「『理学療法士』アイデンティティの追究」

講師 内山 靖 先生

日本理学療法士協会 副会長

名古屋大学 医学部 教授

司会 小嶺 衛 (大会長)

ロクト整形外科クリニック



内山 靖 (うちやま やすし)

昭和 3 8 年静岡県浜松市に生まれる

学 歴 :

昭和 6 0 年 3 月 国立療養所箱根病院附属リハビリテーション学院卒業

平成 9 年 3 月 日本大学大学院理工学研究科博士後期課程修了 博士(工学)

職 歴 :

昭和 6 0 年 4 月 北里大学病院リハビリテーション部に勤務、
その後、北里系列で 1 3 年間の臨床経験を経て

平成 1 0 年 3 月 群馬大学医学部保健学科理学療法学専攻勤務

平成 1 9 年 4 月 名古屋大学医学部保健学科理学療法学専攻 現在にいたる

現 職 :

国立大学法人 名古屋大学医学部保健学科理学療法学専攻大学院担当教授

社団法人日本理学療法士協会理事・副会長

世界理学療法連盟代理理事

日本健康行動科学会常任理事

日本理学療法科学学会理事・評議員

日本人間工学会評議員

センソリーリハビリテーション研究会会長・理事

理学療法ジャーナル編集委員

「理学療法士」アイデンティティの追究

内山 靖

ある会議で少し遅れて到着された委員が、「遅くなりました。ちょっと内務省関係の懇談会がありました。」と言われ、周囲はその状況を即座に理解できなかった。お話をうかがうと、省庁が改変してもかつてそれぞれに同じ思いをもった方々の集まりとのことであった。目まぐるしい変化の中で脈々と受け継がれている社会的アイデンティティを感じた一幕であった。

わが国の理学療法士は、40年の歴史の中で飛躍的な発展と拡大を遂げてきた。その過程では、誰を仲間として同一化するのかの議論を重ね、時として大数は力の原則を押し退けても純粋なアイデンティティを貫いてきた歴史がある。これには、先達の筆舌に尽くせぬ努力と周囲の暖かい援助があったからに他ならない。

時は移り、わが国の理学療法士は、世界の中でも大きな存在感を示す集団へと発展した。学術大会の特別講演に訪れた著名な科学者たちは、「この会はとても活気があり将来が楽しめた。自分たちの学会ではもはやこのような情熱は感じられない。」というお話をたびたびうかがう。内部の者からみればいろいろな意見もあろうが、若い理学療法士の多くは限られた収入の中から多くの書籍を購入し、貴重な休日を使って研修会に参加している。このような活力を支援することが社会的アイデンティティの確立につながり、組織として“より良質な学習機会”を保障することは専権事項となろう。理学療法ジャーナル34巻(2000年1月)では、「理学療法士のアイデンティティ」の特集で理学療法体系の再構築について種々の視点から提言がなされている。

理学療法士のアイデンティティを確立するためには、()コアの明確化と、()権限委譲が大切ではないかと考えている。()は、他者に追従を許さぬ固有の存在としての本質である。そこには、卓越した知識と技術に裏打ちされた実践による高い問題解決能力が求められる。その要素には、独自性、明快性、審美性が望まれ、他者が受け容れられるものでなくてはならない。他方、()は()が確立した場合に、より重要な事柄に集中するとともにリーダーとしての素養でもある。

理学療法士がもっとも得意なことは、“動きをみる”ことであろう。“動き”とは、運動学的な身体運動に加えてしぐさや振る舞いを含んだ精神的・情緒的な個体要素と環境要因との適応である。“みる”ことは、見・視・観・診・察・看るものである。その手段としての“はかる”ことには、計・測・図・諮ることが含まれる。この過程で重要なことは“予測”である。専門職に重要な能力の一つに先を見越す先見性があげられる。これらの要素をモデル化した理学療法士の臨床思考過程である症候障害学について紹介する。

在宅リハで関節可動域運動は誰が行うのが最適であるのか、介護老人保健施設で集団体操はどのようにするのか、回復期リハ病棟の排泄介助で理学療法士にとって大切な点は何か、有痛性疾患の外来で理学療法士がなすべきことは何であろうか。

私たちは何を守ることにこだわり、何を手放す勇気をもつのかについて皆さんと一緒に考えてみたい。

シンポジウム

テーマ：「理学療法 専門性の追究」

座長：与那嶺 司（沖縄リハビリテーション福祉学院）

シンポジスト

「スポーツリハの立場から」

安田 知子（沖縄リハビリテーション福祉学院）

「呼吸循環リハの立場から」

比嘉 優子（沖縄リハビリテーション福祉学院）

「徒手技術の立場から」

勝浪 省三（琉球リハビリテーション学院）

「地域リハの立場から」

岡本 慎哉（おもと会本部）

「起業の立場から」

名嘉 淳（有限会社 ケアエンドサービス）

「理学療法 専門性の追究」

沖縄リハビリテーション福祉学院
与那嶺 司

”理学療法の専門性とは何か”、理学療法学会のシンポジウムとしては目新しさの無いテーマかもしれませんが。似たようなテーマでシンポジウムを実施するとしたら、各領域の自他認める専門家が自分の領域をアピールして仲間を募るという形が考えられるでしょう。しかし、今回のシンポは少し違います。沖縄県内で特定の分野・領域で活躍していると大会実行委員会が認めた理学療法士に、それぞれの領域で理学療法士として活動する上での問題点、あるいは優位性、あるいは葛藤、あるいは疑問を現状のままに語ってもらおうと考えています。これはむしろ、10万人PTに向かいつつある今だからこそ問うべき課題なのではないでしょうか。会員の皆様もキャリアの長短は関係なく、理学療法の専門性について、フロアから自らの意見を提示して討論してみましよう。

「スポーツリハの立場から」

－「スポーツ」は理学療法の対象になるのか－

沖縄リハビリテーション福祉学院
安田 知子

「スポーツ」とは、本来「遊び、戯れ」といった意味であり、すなわち楽しいものである。その楽しいはずのスポーツを楽しめない状況というのは、なんとも寂しいものであると思う。それは、たとえ自分自身は体を動かすことが嫌いであっても、一人のサポーター（観客や協力者）としての楽しみ方だってあるはずであると思う。

さて、学生は入学を志望する際に「スポーツ」にかかわりたいという者は毎年後を絶たない。会員の皆様方においてもそのような志からPTになった方もいらっしゃるものと思う。

では、PTにとっての「スポーツ」とは何であろうか。医療機関を訪れるスポーツ活動に支障のある「障害を持った人」を対象とするのであろうか。そうであるとすれば、高校野球をはじめとする競技活動のフィールドにおける医療サポートは、付属なのであろう。つまり、仕事ではなくてボランティアの範疇であっても十分なのである。

スポーツは、理学療法士にとってなじみやすくわかりやすいものと理解されているようである。しかし、それは本当に仕事として成り立つものと考えているのだろうか。

「呼吸循環リハの立場から」

－呼吸器疾患分野における理学療法の専門性－

沖縄リハビリテーション福祉学院
比嘉 優子

今回のシンポジウムでは呼吸器疾患分野の理学療法から以下の内容を提示し、「理学療法 専門性の追究」について参加の皆様やその他のシンポジストと共に意見交換ができればと思っています。

呼吸器疾患分野における理学療法の過去・現在

他職種との連携

これからの課題（学術的・職能的・教育的・法律的）

「専門性」に対する個人的な意見や葛藤

意見）呼吸器疾患分野におけるゼネラリストで且つ理学療法のスペシャリスト

葛藤）それ以外では使えない理学療法士

「徒手技術の立場から」

－手技療法は特殊手技？－

琉球リハビリテーション学院
勝浪省三

手技療法を追究すると宗教的になる。偏ってしまう。学校では深く教えるべきではない。

と手技療法に対して悲観的な意見をよく耳にします。何故こういう意見が出るのでしょうか？

私は新人の頃、PTの仕事は何？PTの役割は何？PTの医療界における独自性は何？とよく考えていましたが、自分なりに辿りついた答えは、まず、我々の使命は患者様の要望に答え身体面を改善しADL、QOLのレベルを向上すること。そして、人間の手の能力は無限であるということは誰しも感じていると思いますが、この医療界で手を使ってADLを改善できる職種は我々だけである。ということはその手を使った手技を身につけ仕事をするのがこの社会の中での役割であり、社会に認められることになるのではと考えていました。その手技を身につけるためにはインストラクターを目指すことが最も重要であると思い、インストラクター活動をしています。

日本のPT界は創成期より手技療法を諸外国から取り入れようとしていましたが、言葉の壁が大きかったのか国際インストラクターを目指す人が少なく正しく日本に伝わってこなかった現状があるようです。その辺りから手技療法に対する偏見も生まれてきたのではないかと考えています。

ドイツでは幾つかの手技療法は国に認められ保険適応となりPT国家試験の実技試験にも出題されます。日本で誰もがMMT、ROM-T、ストレッチをするようにドイツでは手技療法を用い検査、治療しています。そして、お互いの手技を尊重し合い高めあっています。

このような諸外国の現状をお伝えし、皆さんと共にPTのあり方を考えていけたらと思います。

「地域リハの立場から」

-生活支援の「専門性」-

おもと会本部
岡本 慎哉

【専門性 = 特定の領域に関する高度な知識や技能、経験】・・・理学療法の知識や技能がより高度に発展することは、サービスの質を高めることになり、望ましい。

専門性の落とし穴・・・「手に持っているのがハンマーだったら、目の前の問題がすべて釘に見えてくる」という言葉がある。専門家が手持ちの方法論ですべて解決しようとする性向への戒めである。だからといってハンマー(専門性)を手放す必要はない。「ハンマーだけで家は建たない」というハンマーの限界を見極めて、別の道具を手に入れたり、別の道具を持っている人と協力することが大切なのである。

地域リハビリテーション・・・とは、「障害のある人やその家族が住み慣れた地域で、地域の人々とともに安全で健康的な生活が送れるよう、医療・保健・福祉及び生活に関わるあらゆる人々や組織がリハビリテーションの立場から協力し合って行う活動のすべて」と定義される。

地域リハ活動に関わる理学療法士は、自らの専門性(ハンマー)を発揮しながら、他の専門性や非専門性を身につけ、また他の人や組織と協力し合うことが求められる。

「起業の立場から」

-ノーマライゼーションの達成をめざして -
~あれから10年、苦節10年~

有限会社ケアエンドサービス
名嘉 淳

「リハビリテーションの最終ゴールは、障害者とともに生きるノーマライゼーションの達成である」-澤村誠志-
障害や病気がどんなに重くても、年老いても、死が迫っていても、人間はふつうの生活を送る権利がある。社会にはそれを支える責任がある。というのがノーマライゼーションの思想である。ふつうの生活を測る物差しとして、ベンクト・リーニエは「8つの原理」にまとめている。その第1は一日の、第2は一週間の、第3是一年の、それぞれふつうのリズム。第4は一生のふつうの経験。第5は男女両性の世界でのふつうの生活。第6はふつうに生活できる収入があること。第7はふつうの住環境の水準で暮らすこと。そして、第8が自己決定と尊厳の原理である。

有限会社ケアエンドサービスは、障害を持つ人や高齢者に快適な住まいと安心できる介護を提供することを目的に、1998年5月15日創業した。設立から4年間は身体に障害を持つ人がふつうの生活ができるようグループホームの立ち上げを支援してきた。2002年2月に私が代表取締役専任してから、本格的に事業(住まいづくりと、いき場所づくり)に着手、今日まで9箇所、129人分の住まい(14ユニット)と5ヶ所のデイ(高齢者4、障害者1)を立ち上げた。開設当初3人だった職員も160人(正採用112人、パート48人)に増え、昨年度の売上実績は4億6千万円、企業としての社会的責任も大きくなってきた。

あれから10年、苦節10年、これまでの歩みをふりかえり、このシンポジウムで理学療法士の専門性について共に考えてみたい。

演題目次

演 題 目 次

| | | |
|----------|---------------|--------|
| 口述 | 13:30 ~ 14:30 | カナイホール |
| 座長：牧門 武善 | ハートライフ病院 | |

- 0 1 変形性膝関節症患者の踵骨アライメント決定因子について

沖縄リハビリテーションセンター病院
比嘉 俊文
- 0 2 筋筋膜性腰痛症に対する治療アプローチの紹介
 - 動作パターンの修正を重要視し改善を得た1症例

介護老人保健施設友愛園
與座 勇人
- 0 3 当院における急性冠症候群のリハビリテーションの現状

浦添総合病院
野里 美江子
- 0 4 レッグプレス運動後の重心動揺と姿勢の変化について

南部徳洲会病院
比嘉 要

| | | |
|-----------|--------------------|--------|
| 口述 | 14:45 ~ 15:45 | カナイホール |
| 座長：千知岩 伸匡 | 宜野湾市地域包括支援センターぎのわん | |

- 0 5 片脚立位と体幹姿勢制御との関連性の検証

北部地区医師会病院
仲間 栄二
- 0 6 角度調節機能付きプラスチック短下肢装具の臨床応用
 - 左視床出血を呈した一症例の経験を通して -

ちゅうざん病院
村井 直人
- 0 7 脳卒中片麻痺者の歩行自立度とバランス能力との関係

沖縄リハビリテーションセンター病院
久田 友昭
- 0 8 心理評価から見た当院臨床実習生の傾向

ちゅうざん病院
毛利 博隆

| | | |
|----------|-------------------|--------|
| 口述 | 16:00 ~ 17:00 | カナイホール |
| 座長：仲西 孝之 | 沖縄リハビリテーションセンター病院 | |

- 0 9 片麻痺患者におけるプラスチック短下肢装具選定時の思考

大浜第二病院
須田 恵美子
- 1 0 当院回復期リハビリテーション病棟におけるFIMで見たリハビリテーションの効果と課題

大道中央病院
長岡 美帆
- 1 1 片麻痺患者のトイレ動作自立に向けて ~ズボンの着脱に着目して~

ちゅうざん病院
照屋 杏里
- 1 2 転倒者の特徴と転倒予防対策の模索

ちゅうざん病院
下地 尚人

成人中枢神経 1 ポスター

13:40 ~ 14:30 セミナー室

座長：新垣 盛宏

ちゅうざん病院

1 3 脳卒中片麻痺患者における ADL 能力の初期変化の特性 ~ FIM を用いて ~

宜野湾記念病院

上地 瑞恵

1 4 パーキンソン病と体性感覚 ~ 重錘を用いての姿勢改善 ~

コザクリニック

金城 三和子

1 5 パーキンソン病患者の姿勢に対する一考察 ~ 肩甲帯に着目して ~

コザクリニック

松川 英一

1 6 回復期リハビリテーション病棟における脳卒中片麻痺患者の歩行自立度判定

~ TUG を用いて ~

大浜第二病院

伊集 章

義肢装具

ポスター

13:40 ~ 14:20

セミナー室

座長：立津 統

沖縄リハビリテーション福祉学院

1 7 突起付足底板の刺激が身体に及ぼす影響

~ 市販されている足底板を使用して ~

大浜第二病院

長嶺 元昭

1 8 当院の脳卒中患者における装具作製の現状

沖縄リハビリテーションセンター病院

平川 由乃

1 9 下肢装具の作製時期に苦渋した症例

大道中央病院

比嘉 朝成

骨関節・脊髄 1 ポスター

13:40 ~ 14:30

セミナー室

座長：座波 信司

大浜第二病院

2 0 血友病患者における人工膝関節全置換術後の理学療法の経験

琉球大学医学部附属病院

外間 明海

2 1 大腿骨頸部骨折患者の自宅復帰に影響を及ぼす ADL の分析 ~ FIM を用いて ~

宜野湾記念病院

与儀 亜沙子

2 2 当院における人工膝関節全置換術患者の傾向

浦添総合病院

山城 陽平

2 3 下肢関節置換術後の患者の重心動揺の特徴

南部徳洲会病院

上地 利明

骨関節・脊髄 2・その他 ポスター 14:40～15:20 セミナー室
座長：普天間 順一 琉球リハビリテーション学院

- 2 4 大腿骨頭前方回転骨切り術後患者の健康関連 QOL ～S F36 を用いて～
琉球大学医学部附属病院 大城 直人
- 2 5 当院の人工膝関節全置換術後の可動域調査～可動域獲得時期と経過観察期間について
与那原中央病院 比嘉 千亜希
- 2 6 虚血性心疾患を有する患者に対する回復期心臓リハビリテーションの試みについて
浦添総合病院 玉井 志乃

調査・統計 1 ポスター 14:40～15:20 セミナー室
座長：毛利 光宏 沖縄リハビリテーション福祉学院

- 2 7 体幹と片脚立位の関連性について
北部地区医師会病院 平良 眞也
- 2 8 バルーンを用いた大腰筋トレーニングによる肥満改善効果について
北部地区医師会病院 伊藤高一郎
- 2 9 スタッフ週休時の休訓患者数の減少について
浦添総合病院 東恩納 のぞみ

調査・統計 2 ポスター 14:40～15:30 セミナー室
座長：屋嘉 宗浩 沖縄ケアサポートセンター

- 3 0 訪問看護利用者の理学療法ニーズの検討
訪問看護ステーション かいな 神谷 之美
- 3 1 長期臨床実習実習生の指導者評価と自己評価について
～当学科における昼間部学生と夜間部学生の違い～
沖縄リハビリテーション福祉学院 高良 秀
- 3 2 健常者における大腿部下にクッションを入れた場合の座位姿勢について
ちゅうざん病院 金城 英典
- 3 3 当院における各病棟での早期退院に対する取り組み
～在院日数などに対するスタッフの意識調査をもとに～
ちゅうざん病院 石川 大輔

| | | | |
|----------|---------|-------------------|-------|
| 成人中枢神経 2 | ポスター | 15:40 ~ 16:20 | セミナー室 |
| | 座長：荒木 伸 | 沖縄リハビリテーションセンター病院 | |

3 4 高齢者に対する中周波電気刺激の動作性改善効果

宜野湾記念病院 玉城 明子

3 5 脳卒中片麻痺患者の片側骨盤挙上と歩行介助量との関連

大道中央病院 平良 真也

3 6 脳卒中片麻痺患者の水中トレッドミル歩行前後での歩行能力の推移

ちゅうざん病院 中曽根 悦二

| | | | |
|-----------|----------|-----------------|-------|
| 精神・心理・その他 | ポスター | 15:40 ~ 16:30 | セミナー室 |
| | 座長：天願 博敦 | 沖縄リハビリテーション福祉学院 | |

3 7 統合失調症に脊髄小脳変性症を合併した症例を経験して

- 練習の認識・意欲が身体機能に及ぼす影響 -

平安病院 山入端 健一郎

3 8 統合失調症患者における理学療法士の関わり

~ 自殺企図（転落）後のアプローチで苦慮した症例 ~

平安病院 比嘉 徳俊

3 9 透析中に運動療法を実施した試み

沖縄第一病院 大城 竜二

4 0 転倒と下肢荷重率について

ちゅうざん病院 漢那 梓

| | | | |
|------------|----------|---------------|-------|
| 調査・統計3・その他 | ポスター | 15:40 ~ 16:30 | セミナー室 |
| | 座長：安里 幸健 | 中頭病院 | |

4 1 チームアプローチにより、せん妄症状が改善した症例経験

ちゅうざん病院 金城 理香

4 2 姿勢変化による上肢・下肢血圧差の検討

南部徳洲会病院 安慶名 陽子

4 3 当院で施行した肩関節鏡視下バンカート術後のスポーツ復帰時期の調査

与那原中央病院 平安座 貴子

4 4 病棟リハビリテーション導入前後の比較 ~ 患者の早期移動能力と業務体制の検討 ~

与那原中央病院 山城 亜諭早

演題

注意：抄録作成において、表記を統一するために全角英数と一部の記号は半角に変換いたしました。また機種依存文字や特殊文字につきましても、内容に支障を生じない範囲で変更を行っております。ご了承ください。

01 変形性膝関節症患者の踵骨アライメント決定因子について

比嘉俊文 神田梓 東真理子
沖縄リハビリテーションセンター病院

キーワード 踵骨外反変形・FTA・距骨下関節内反可動域

【はじめに】

临床上、変形性膝関節症（以下、膝 OA）を呈した患者の立位姿勢は膝関節内反、足関節外反をとっている場合が多い。膝 OA 患者に対してよく足底板用いることがあるが、その効果は必ずしも良好な結果を得るとは限らないことを経験する。OA 患者の立位荷重時の踵骨に限局して観察した場合、床面に対する踵骨の傾きをみる Calcaneus angle（以下、CA）において、踵骨の外反変形の程度は症例差があり様々である。膝 OA 患者の一般的な下肢アライメントを述べている報告は多いが、踵骨アライメントについての報告は少ない。

今回、膝 OA 患者の踵骨アライメントの決定因子について、CA から得られる踵骨外反変形と立位 X 線所見、下肢関節可動域の関連性を検討したので以下に報告する。

【対象】

本研究の主旨に同意を得た内反変形を呈する女性膝 OA 患者 7 名 12 肢（平均年齢 66.30 ± 6.38 歳）。また、対象患者は他部位に既往疾患の無い者とし、立位姿勢において疼痛制限のない者とした。

【方法】

CA は立位荷重状態における踵骨の二等分線と床面との垂線のなす角で表した。床面に対して踵骨軸が内反位にあるものを踵骨内反、外反位にあるものを踵骨外反とする。また決定因子を調査する検討項目として、立位 X 線画像より大腿脛骨角（以下、FTA）、膝 OAGrade（腰野の分類）を抽出し、股関節内旋・外旋、膝関節屈曲・伸展、距骨下関節回内・回外の各下肢関節可動域を測定した。距骨下関節の計測は入谷の計測法を用い、下腿の二等分線と踵骨の二等分線を用い、非荷重状態で距骨下関節の全可動域を計測した。また、CA、距骨下関節においてはデジタルカメラで撮影し、画像解析ソフト Scion Image にて測定した。

統計学的解析は、単回帰分析を用いて CA と各

検討項目の関連性をそれぞれ検討し、さらに検討項目間でも関連性を検討した。有意水準は 5% とした。

【結果】

CA は踵骨外反平均 $4.1 \pm 4.62^\circ$ であった。FTA は $184.6 \pm 3.32^\circ$ 、膝 OAGrade は 1 肢、3 肢、4 肢、1 肢、1 肢であった。各可動域は膝屈曲 113.5 ± 16.00 、膝伸展 -13.0 ± 8.88 、股内旋 33.5 ± 7.09 、股外旋 40.5 、距骨下回内 2.6 ± 6.16 、距骨下回外 22.4 ± 4.5 であった。

CA と高い相関が認められたのは、FTA ($r=0.73$, $p<0.05$)、距骨下回内 ($r=-0.67$, $p<0.05$)、膝伸展 ($r=-0.63$, $p=0.053$) であり、踵骨外反するほど、FTA は大きく、距骨下回内は小さい結果が得られた。また、FTA と膝伸展に高い関連性が認められた ($r=-0.75$, $p<0.05$)。

【考察】

本研究において踵骨外反変形と FTA、距骨下回内可動域、膝伸展に強い関連性が認められた。しかし、FTA と膝伸展にも強い関連性を認めた為、この両者は互いに関連し合っただけで踵骨外反変形との関連性として現れたと考えられる。その為、今回膝伸展は考察から除外する。

踵骨外反変形はアライメント上、前額面の要素である為、同要素である FTA、距骨下回内との関連性が認められたと考える。FTA が大きくなるほど足関節 neutral position では踵骨外反方向に変位する。その際、足関節には支持基底面を確保するために距骨下関節の回内代償が必要になってくる。その回内可動域に制限があるほど踵骨は外反変形するものと考えられる。

本研究より膝 OA 患者における、前額面の下肢アライメント代償の関連性が示唆された。

02 筋筋膜性腰痛症に対する治療アプローチの紹介

動作パターンの修正を重要視し改善を得た1症例

與座勇人1) 与那嶺明恵2)

1) 介護老人保健施設友愛園 2) 豊見城中央病院

キーワード 腰痛・負荷・動作パターン

【はじめに】

腰痛は日常生活、就労場面での非効率的で誤った動作パターンの習慣と密接に関係していると言われている。その関係性を分析することで疼痛の原因を追求し、アプローチを行うことが重要と考えた。そこで今回、腰痛を有した介護福祉士に対し、動作パターンから腰部に加わる負荷を推定し、その負荷を減弱させるための理学療法を施行した。結果、腰痛の改善が認められたため以下に報告する。

【症例紹介】

27歳、男性。職業：介護福祉士。診断名：筋筋膜性腰痛症、現病歴：約1ヵ月前より就労場面において腰痛出現。

【理学療法評価と臨床推論】

疼痛：主な項目として、右方向への移乗介助時 Visual Analog Scale (以下VAS) 8/10、排泄介助時 VAS 6/10 に右腰部痛出現。筋緊張：右最長筋の亢進あり、著明な膨隆を認める。関節可動域検査(右/左)：SLR 70°/70°。Finger floor distance(以下FFD)：-10cm。立位姿勢は、前額面では重心線が両足部の中央になく左側へ偏位。矢状面では良好なアライメントの配列を示す。就労時の特異的な動作パターンとしては、排泄を主とする介助動作時において左下肢へ優位に荷重を移し、左上肢を使用して作業することが圧倒的に多い。また同時に介助の対象部位を身体に対して左側に位置させることが多いため、体幹は前傾に加えて左側屈を伴うことが多い。疼痛の原因を推察すると、上記動作パターンでは、上肢・体幹全体の質量が左側にあると言え、重力により体幹左側屈のモーメントが発生する。そのため体幹では、質量を支持するために右腰部へ過剰な負荷が加わり、疼痛が出現したと考えた。さらに上記動作パターンでは、左上肢は平衡を保つために動員されるため、制御を担う体幹への負荷は助長していたと考える。

【治療内容と目的】

1) リラクゼーションによる鎮痛

右最長筋に対して揉捏法を3週間(計6回)施行。また home ex としてテニスボールを使用したセルフマッサージを指導し、3週間の期間において毎日実施して頂いた。

2) 脊椎の安定化

腹横筋、多裂筋、横隔膜を中心とした local muscle の筋収縮運動を指導。背臥位、四つ這い(neutral position) 体幹前傾を伴う介助動作時の順にて段階的に筋収縮の学習を指導。

3) 効率的な動作パターンの指導

右下肢に優位に荷重を移し、右上肢を使用した介助作業を、就労時間内に左側に対し、可能な限り等分配に組みこむこと。介助の対象部位を身体に対し、可能な限り正中位に位置させ作業を実施すること。介助の対象部位へ手を運ぶ際には、上体に体幹左側屈という大きなアライメント変化を起こさず、股・膝関節運動を優位に用いて重心制御をできることを目標とした。

【治療経過および考察】

治療開始から3週間後の経過として、どの動作においても腰痛消失。FFD：+8cm、筋緊張：左右差なし、立位姿勢は前額面にて重心線がほぼ正中位に改善。7週間後も、腰痛の再発はみられない。

対症的な治療に加えて、動作パターンの修正を主とした治療を実施した結果、動作の効率化を図ることができ、右腰部への負荷が減弱したと考える。

【終わりに】

腰痛治療には動作パターンを疾患特有の一般的な評価と照らし合わせて、疼痛の原因を追求することが重要である。また非効率的な動作パターンは個人によって多様であるため、症例報告を含む臨床研究の集積が重要と考える。

03 当院における急性冠症候群のリハビリテーションの現状

野里美江子 玉井志乃 中松典子 山城陽平 亀山成子
浦添総合病院 仁愛会 リハビリテーション部 リハビリテーション科

キーワード 心臓リハビリテーション・ACS・クリニカルパス

【目的】当院では急性冠症候群(以下、ACS)患者に対する心臓リハビリテーション(以下、心リハ)の適応が拡大し、今年7月より回復期(第相)を開設することになった。また、3年前より他職種間の情報共有、安全に安静解除、早期ADL獲得を目標としたクリニカルパス(以下パス)が活用されている。今回その現状把握、今後の課題を模索するため昨年度のACSパス分析を行った。

【対象】2006年4月1日～11月31日にACS(急性心筋梗塞または不安定狭心症)の診断で急性期心リハを処方された40例を対象とした。

【方法】使用している2種類のパス適応と、バリエーションとなった主な理由を調査した。次に対象をパス完遂群 低リスク群 高リスク群、バリエーション群 心合併症群 運動器疾患併存群に分類し、各々の性、年齢、BMI、病変枝数、peak CK、左室駆出率(以下LVEF)、心リハ開始病日、リハ実施日数、在院日数について比較した。解析にはANOVAとpost hoc testとしてScheffe法を用いた。

【結果】パス完遂群(19例)47.5%、バリエーション群(21例)52.5%であった。バリエーションの原因:心合併症13例(54.2%)、運動器疾患の併存8例(33.3%)であった。年齢は 群 63.0 ± 13.0 群 64.3 ± 12.8 群 73.2 ± 12.5 群平均 80.3 ± 10.0 、BMI(%)は 群 26.2 ± 2.2 群 24.2 ± 2.8 群 24.8 ± 4.1 群 23.1 ± 5.1 、病変枝数 群 1.0 ± 0 群 1.8 ± 0.5 群 1.3 ± 0.5 群 1.3 ± 0.5 、Peak CK(IU/) 群 4098.0 ± 9386.8 群 2255.4 ± 3498.1 群 1104.4 ± 1574.1 群 4725.7 ± 9503.7 、LVEF(%) 群 63.4 ± 14.5 群 60.1 ± 14.2 群 53.1 ± 13.2 群 64.0 ± 21.0 、リハ開始病日 群 3.4 ± 3.0 群 2.6 ± 1.3 群 6.7 ± 4.9 群 3.4 ± 1.2 、リハ実施日数 群 7.4 ± 1.4 群 9.5 ± 1.1 群 21.4 ± 10.9 群 13.8 ± 4.7 、在院日数 群 12.3 ± 2.6 群 13.1 ± 2.5 群 29.5 ± 9.5 群 20.6 ± 11.2 、統計学的には、年齢: 群間、枝数: 群間、リハ日数:

群間と 群間、在院日数: 群間と 群間に有意な差が認められた。(p<0.05)

【考察】当院ではPCIにより冠動脈再灌流に成功し、HCU入室後循環動態の安定が確認された症例がACSパスの適応となる。病日ごとに運動耐容能の回復を考慮しながら8~10日かけて進行するため、安静解除・活動状況がわかりやすく多職種間の情報共有に役立っている。パスを完遂群が全体の47.5%と半数以下と少なく、途中でパスから逸脱した群に対しいくつか対策が必要であると考え。まず、パスの選択は主治医に委ねられていたが、今後は入院リハ処方PT初期評価までを迅速に行なう仕組みを作り、ACSの重症度、合併症の経過や予測、リハ上の阻害因子などを元に主治医とともにパスの選択を行うこと。また、低リスク用と高リスク用パスは残存病変枝の有無で適応を分けているが、群の方がリハを開始できた病日が1日遅れていたこと、peak CKが群より高かったこと、群でリハ実施日数が実際のパスより短期であったという結果は、リスク層別化自体を再考する必要性を示している。群は高齢女性で肥満度も高くない、虚血性心疾患の典型ではない患者像を呈していた。病変枝数やPeak CK、LVEFは他の3群と差を認めず、ACS合併症もなかったにもかかわらず、リハに要した日数が群よりも4~6日長かった。その原因としてHCUでの安静後に廃用をきたし歩行を獲得するまでに低負荷の運動機能訓練やADL訓練が必要であったためと推察される。

【まとめ】昨年度のACSパスの分析より、パス完遂群が47.5%、バリエーション群が52.5%であった。バリエーションの主な原因は心合併症、運動器疾患併存であった。

パスの適応基準とリスク層別化の再考が今後の課題であり、また、よりよい心臓リハ提供をはかるため臨機応変に対応するリハビリテーションプログラムの多様化が求められている。

04 レッグプレス運動後の重心動揺と姿勢の変化について

比嘉要 新垣愛
南部徳洲会病院

キーワード 骨盤傾斜角・重心動揺・姿勢変化

【はじめに】

臨床においてパワーリハビリ後の効果として姿勢変化、立位の安定性向上がみられる事がある。そこで、実際に姿勢変化が起こっているのかという疑問が生じる。今回の研究では、パワーリハビリ前後の姿勢の変化と重心動揺について検討したのでここに報告する。

【対象者】

健常成人 11 名 (男性 4 名、女性 7 名)、年齢 31.6 ± 8.6 歳、身長 161.9 ± 6.7 cm、体重 56.9 ± 6.8 kg を対象とした。

【方法】

パワーリハビリ前後の立位姿勢と重心動揺を計測した。

パワーリハビリはレッグプレス (酒井医療 compass) を使用し、パワーリハビリテーション研究会の運動負荷設定に従い実施した。

(Borg scale 11 の負荷で 10 回 \times 3 セット)

マーキング (頭頂・肩峰・大転子・足関節前方) を立位姿勢の矢状面に置き、デジタルカメラにて撮影した。立位姿勢の全身は a) 足部 - 大転子 b) 肩峰 - 大転子 c) 頭頂部 - 大転子の三箇所と垂線との角度を求めた。骨盤傾斜は、垂線と上前腸骨棘 - 上後腸骨棘とを結んだ線が成す角度を 90 度から引いたものとした。立位姿勢 (全身・骨盤傾斜) については sion image にて計測した。

重心動揺については (酒井医療 Active Balancer EAB 100) を使用し、運動前後の開眼・閉眼立位を 30 秒づつ計測した。

運動前後の骨盤角度、重心動揺、姿勢の統計処理には wilcoxon の符号付順位和検定を用いた。

【結果】

骨盤傾斜角は 10.99 ± 4.94 から 12.12 ± 4.56 へ有意に変化した ($P < 0.05$)。

姿勢では a) 足部 - 大転子の移動角にのみ 179.56 ± 0.78 から 180.19 ± 0.75 へ有意に変化した ($P < 0.05$)。

運動前後の総軌跡長で開眼時は有意差がみられず、閉眼時では 559.94 ± 94.54 から 504.27 ± 62.83 へ有意に変化した ($P < 0.05$)。外周・矩形面積では有意差は見られなかった。

【考察】

骨盤角度は前傾になる結果が得られた。その要因として、レッグプレス運動により大腿直筋、脊椎起立筋の活動が増し、協調して働くことで骨盤前傾が観察されたと考えられる。

姿勢では、足部 - 大転子の移動角にのみ有意差がみられ、底屈方向への移動が観察された。このことから運動後は足関節制御が賦活されたと考える。また、総軌跡長が減少し、外周・矩形面積で変化がみられなかった事から、運動後は重心の揺らぎが緩やかになったと言える。福井らによると足関節での姿勢制御は身体重心が支持基底面中央に位置するとき活発に作用し、身体をゆっくりコントロールすると報告している。

運動後、開眼・閉眼ともに総軌跡長は減少したが、開眼のそれでは有意差はなく、閉眼時のみ有意差がみられた。視覚情報が得られない中で変化がみられたことから、体性感覚による姿勢制御が積極的に関与したものと考えた。この結果から、レッグプレス運動は、皮膚・筋紡錘・関節周囲の固有感覚・足底への注意を促し、フィードバックを強化するのではないかと考えられた。

今回、パワーリハビリ前後における姿勢と重心動揺の変化について研究を行った。その結果、パワーリハビリは 1) 筋の協調的な動きを促す 2) 体性感覚を刺激し足部の安定性を引き出すと考えた。筋活動の改善、感覚入力、筋の不均衡の改善など加齢による機能低下に効果が期待できると考える。

05 片脚立位と体幹姿勢制御との関連性の検証

仲間栄二 平良真也
北部地区医師会病院

キーワード 片脚立位・体幹評価・骨盤挙上

【はじめに】

歩行観察において、下肢の問題が解消されてきたにも関わらず、歩行周期における立脚期不安定性を呈していることがある。臨床において、立位歩行の安定性の指標として、片脚立位が用いられる事が多い。片脚立位を実施していると、いくつかのパターンに分けられる事に気づくが、中殿筋を主とする下肢だけの問題にとどまらず、体幹の環境が多く影響していると考えられる。そこで今回、片脚立位における制御パターンと体幹評価としての左右側屈・骨盤挙上・前屈動作制御パターンとの関連性を検証した。

【対象】

下肢に整形外科的な疾患のない健康成人 9 名
(男性 6 名、女性 3 名)

【方法】

デジタルカメラにて立位・左右片脚立位を前後から、座位での左右側屈・骨盤挙上・前屈動作の後方から撮影した。立位は閉脚立位とし、片脚立位時のスタートポジションとしての指標とした。ランドマークの位置は、前面では両肩峰前端・剣状突起・両 ASIS・膝蓋骨中央、後面では第 7 頸椎棘突起・第 7 胸椎棘突起・第 4 腰椎棘突起・第 2 仙椎棘突起・膝窩部中央、側面では大転子部にマークし、脊柱アライメントを指標とした片脚立位、体幹評価における姿勢制御を比較検討した。比較方法としては、撮影した画像をプリントアウトし、片脚立位における制御パターンを頸胸椎ライン、腰仙椎ライン、両大転子ラインを引き、角度から左右比較した。座位では臀部中央から垂直線を引き中心軸とした。左右側屈・骨盤挙上では頸胸椎ラインと腰仙椎ラインとの交点を体幹制御における制御軸と考え、その交点の高さを体幹の制御レベルとした。前屈動作では背部の高さの左右差を比較した。それぞれの片脚立位における制御パターンと体幹の制御レベルを比較し、関連性の検証を行った。なお、感覚としての片脚立位時の立ちやすさの左右差も記録した。

【結果】

片脚立位での制御パターンに左右差がみられたのが、9 例中 6 例であった。左右差がみられた 6 例では、立ちにくいと言った側の腰仙椎ラインと両大転子ラインの交点のなす角が、下肢挙上側で鈍角、すなわち骨盤下制制御となっているのが全例でみられた。体幹評価との関連性では、骨盤挙上動作での体幹の制御レベルにおいて、片脚立位での骨盤下制側の骨盤挙上動作の制御レベルが高位であったのが 6 例中 5 例であった。また立ちやすいと言った側での腰仙椎ラインと両大転子ラインの交点のなす角が $89.3 \pm 1^\circ$ であった。その他には、一貫した関連性は認められなかった。

【考察】

本研究から、立ちやすいとした片脚立位側では、股関節・骨盤・腰椎において重要な関連性があるのではないかと予測される。身体重心である骨盤帯を中心とし、その上下にある股関節、腰椎の制御が安定している事が重要であり、そのためには骨盤挙上動作といった腰部の評価や骨盤挙上能力向上へのアプローチが必要となると考える。また、姿勢制御は様々であり、体幹のステイフネスが問題となっている場合があるため、今回行った 3 動作を踏まえた複合的な評価が必要となると考える。今後、更に症例数を増やし、傾向をみていきたい。

06 角度調節機能付きプラスチック短下肢装具の臨床応用

- 左視床出血を呈した一症例の経験を通して

村井直人 仲盛真史 堀向新之介
ちゅうざん病院

【はじめに】

当病院の片麻痺患者に対しプラスチック短下肢装具（以下 P-AFO）作製状況として硬性もしくは可撓性タイプの固定式 P-AFO と継ぎ手付き P-AFO の Gillette・Tamarack などの作製が殆んどを占めている。これら継ぎ手付き P-AFO にて麻痺側立脚期の安定性が得られず、また固定式では足関節の動きを妨げてしまい荷重連鎖が阻害されてしまう例をよく臨床で経験する。角度設定と底背屈制動の併用ができる角度調節機能付き P-AFO（以下ラビット型）を用いれば、各症例により適した装具を選択することができるのではないかと考えた。今回症例を通し、固定式 P-AFO とラビット型を用いて歩行への影響を比較・検討したのでここに報告する。

【症例】

71 歳，女性。診断名：左視床出血，発症日：H19.4.12，評価日：H.19.7.23～26，Br stage：下肢，感覚：表・深部共中等度鈍麻，下腿三頭筋の筋緊張：modified ashworth scale 2。ADL 能力は起居・座位・移乗動作自立レベル，歩行は 4 点杖使用装具装着にて監視レベル。

【装具設定】

固定式 P-AFO：靴べら式，背屈角 5°，コリュゲーション，トリミングなし。ラビット型：可動域範囲は底屈 0°から背屈 20°，背屈制動ありに調節している。

【評価内容】

固定式 P-AFO とラビット型を各々装着した際の自由歩行をビデオ撮影し，セラピストが歩容及び 10m 歩行時間，重複歩距離，Time Up & Go Test（以下 TUGT），6 分間歩行距離を評価・比較した。

【結果】

歩容は，麻痺側立脚期では中期から後期にかけ足関節と体幹の伸展方向への動きが固定式 P-AFO に比べラビット型の方が増大し，アラ

イメントの改善とそれに伴う歩幅の拡大が認められる。また麻痺側遊脚期では足尖離地から遊脚初期にかけての骨盤挙上と非麻痺側体幹側屈の代償動作がラビット型では軽減しており歩容の改善を認めている。10m 歩行時間は，固定式 P-AFO 装着時 1 分 11 秒・46 歩，ラビット型では 1 分 7 秒・42 歩。重複歩距離は P-AFO 装着時 34cm，ラビット型装着時 39cm。TUGT は，固定式 P-AFO 装着時麻痺側まわり 1 分 4 秒，非麻痺側まわり 1 分 9 秒，ラビット型装着時麻痺側まわり 58 秒，非麻痺側まわり 1 分 4 秒。6 分間歩行距離は固定式 P-AFO 装着時 48M，ラビット型装着時 56M となっている。

【考察】

今回固定式 P-AFO とラビット型での歩容の比較を行った。その結果，ラビット型装着時では固定式 P-AFO に比べ，立脚中期から後期にかけての下腿及び身体の前方向回転の増大が可能となり，歩行時の推進力が増加した。骨盤・体幹を前方へ誘導しやすく立脚後期での「蹴りだし」に必要な姿勢を作ることが可能となり足尖離地から遊脚初期にかけて代償動作が軽減した。といった 2 点の歩容の改善点が認められた。これらは，ラビット型の底背屈角度調節機能で，麻痺側立脚中期から後期までの足関節の動きの微調整が可能となり，それに伴い歩行時の下肢・体幹アライメント調整が行えたため得られたと推察できる。

【おわりに】

本症例は当病院での従来の継ぎ手付き P-AFO では対応できず，固定式にて本人用装具を作製してしまった経緯がある。今回の結果より，ラビット型を使用することで各症例によって継ぎ手の調節を行い歩容の改善につなげることができるのではないかと推測している。今後症例数を増やし比較・検討していきたい。

久田友昭 真喜屋奈美 仲西孝之
沖縄リハビリテーションセンター病院

キーワード 脳卒中片麻痺者・歩行自立度・バランス能力

【目的】

脳卒中片麻痺者の歩行能力に影響を与える要因の一つにバランス能力が挙げられる。近年 歩行能力とバランス能力の関連について Functional Balance Scale(以下 FBS)を用いた報告がある。今回脳卒中片麻痺者を歩行自立群と監視群に分け、FBS を用いて両群のバランス能力の違いを他の歩行能力規定要因をふまえて比較検討し、さらに 歩行自立度と FBS 各項目との関連について分析し、FBS におけるバランス能力が歩行自立度にどのように関連しているか検討した。

【方法】

対象は2005年4月から2007年6月までに当院に入院していた独歩あるいは身体的介助なしで歩行可能な脳卒中片麻痺者75名(平均年齢:65.9±11.3、罹患期間:142.6±65.9)とした。なお測定に影響を与えるような高次脳機能障害がなく、重度の感覚障害や下肢に疼痛、整形外科的疾患を有するものは除外した。院内で歩行を実用的な移動手段として行っているものを自立群44名(平均年齢:63.9±12.3、男30名・女14名)、リハビリ室において理学療法士の監視下で自立に向け歩行練習を行っているものを監視群31名(平均年齢:68.9±9.0、男17名・女14名)とした。分析方法は両群にFBSを実施し、1)歩行自立度と年齢、性別、麻痺側、下肢Br-stage、FBS総合得点および各項目得点について²検定、一元配置の分散分析およびMann-WhitneyのU検定を用いて比較した。さらに2)2群間で有意差の認められた変数を独立変数、歩行自立度を従属変数としてロジスティック回帰分析を行った。なおFBS総合得点と各項目との間には強い関連があると思われたため、総合得点は含めなかった。有意水準は危険率5%以下とした。

【結果】

単変量分析により、年齢、下肢Br-stage、FBS総合得点、および座位保持を除くFBSの13の項目にて有意差が認められた。(p<0.05)下肢Br-stageは自立群ほど麻痺が軽症の割合が多か

った。これらの項目に対しロジスティック回帰分析を行った結果、「着座」、「閉脚立位」、「360°回転」、「継ぎ足立位保持」の変数が最終的に選択された。

【考察】

今回行った単変量的な分析において、年齢、下肢Br-stage、FBS総合得点、および座位保持を除くFBSの13項目が歩行自立度に関する要因であるという結果が得られた。これは先行研究と類似した結果であった。一方ロジスティック回帰分析の結果では、最終的に「着座」、「閉脚立位」、「360°回転」、「継ぎ足立位保持」の変数が最終的に選択された。杉本らの研究において、歩行能力改善の障害要因と考えられている高齢や重篤な運動麻痺の者でも、バランス機能が良好な場合には歩行自立度が高くなる可能性があるされている。今回の研究においても同様に、年齢・性別といった項目ではなく、FBSの項目が最終的に選択された。このことから、臨床においてバランス能力へのアプローチは歩行の自立に有用であると考えられる。

【まとめ】

脳卒中片麻痺者のバランス能力とFBS総合得点および各項目得点との関連について、他の歩行能力規定要因をふまえて検討した。単変量分析では若年、下肢運動麻痺が軽度、FBS総合得点、および各項目良好なほど歩行自立度が高かった。ロジスティック回帰分析ではFBSの4つの項目、すなわち「着座」、「閉脚立位」、「360°回転」、「継ぎ足立位保持」が最終的に選択され、年齢や下肢の運動麻痺は選択されなかった。今後さらに症例数を増やし、歩行自立度とFBSの経時的変化についても検討していくことで、臨床での歩行自立度とバランス能力との妥当性について検証していきたい。

08 心理評価から見た当院臨床実習生の傾向

毛利博隆 新垣盛宏 貞松徹 安里優子 (CP)
ちゅうざん病院 リハビリテーション部

キーワード TEG・POMS・クラークシップ

【はじめに】

当院では、平成 16 年度より臨床実習教育の方法としてクラークシップによる指導を取り入れている。その中で、より臨床実習生の特性を把握し、各々にあった指導方法を検討していくために、東大式エゴグラム (以下 TEG) と Profile of Mood States (以下 POMS) の二つの心理評価も同時に行ってきた。これらの心理評価を 3 年間以上継続している中で、当院臨床実習生の心理的側面から見た傾向が見られてきたので報告する。

【TEG とは】

人の自我状態を CP (批判的な親) NP (教育的な親) A (成人) FC (自由な子) AC (従順な子) の 5 つに分け、この尺度高低のパターン分類により性格を解釈する方法。

【POMS とは】

気分を評価する質問紙法の 1 つ。緊張-不安、抑うつ、イライラ、活気、疲労、思考力低下の 6 つの気分尺度を同時に測定することができる。

【対象】

平成 16 年 4 月～平成 19 年 3 月の期間に臨床実習を終えた学生 55 名 (男 38 名 女 17 名 平均年齢 23.1 ± 3.79) を対象とした。

【方法】

TEG のタイプ別に分け、各タイプの全体に対して占める割合をパーセンタイルに換算し比較検討を実施。

POMS については、各気分尺度の初期 (実習開始から 1 週間以内の POMS) と最終 (実習終了までの 1 週間以内の POMS) を、Wilcoxon signed-ranks test にて比較検討した。

【結果】

TEG について、M 型 40% (22 名) N 型 25% (14 名) 台形型 11% (6 名) NP 優位 5% (3 名) AC 優位 5% (3 名) AC 低位 4% (2 名) その他 4% (5 名) であった。

POMS については、緊張-不安、活気、疲労に初期・最終間に優位な差を認めた ($P < 0.05$)

これらの項目の平均値は、緊張-不安：初期 57.89・最終 46.91、活気：初期 54.62・最終 55.85、疲労：初期 48.08・最終 49.33 であった。

【考察】

TEG の集計結果より、上位 3 タイプの共通点として CP 低位で NP 高位になる傾向があると考えられる。この事より、長所としては患者に対し思いやりがあり、親身に接することが出来るといった、医療人にとって根本的に必要な自我状態を形成していると考えられる。しかし、短所としては、自己の主張が少なく、指導者とのディスカッションが出来ず受動的な姿勢であるとも考えられる。

POMS については、緊張-不安を和らげ、活気の向上も見られている。さらに疲労は上昇傾向であるも、抑うつ・イライラ・思考力低下といった臨床実習にとってマイナスになる要素は大きく変化が無いという結果になっており、心理的側面から見ると、当院の臨床実習は良い傾向にあるのではないかと思われる。

以上の事より、今後の当院臨床実習の課題としては、CP を高めるために、受動的な学習法を崩していき、実習生の意見を引き出すような環境・雰囲気作りが必要だと思われる。この課題の解決方法として、患者の為に自ら動き考えさせる為に、患者に対する責任感をつけることが重要かと考える。そして、この責任感を作っていく為にも、「医療チームの 1 員として患者の治療に携わる」ことを原則としているクラークシップの導入は良い方法かと考える。

【終わりに】

今後は解決法をより具体的にするために、指導者がどういう関わりをしたことで実習生の心理的变化が起こったかなどの、変化因子とそれによる経時の変化を追う事がようになってくると考えられる。また、クラークシップを導入しているにも関わらず、結果として出ていない部分も示唆されている為、当院でのクラークシップの見直しも行っていくべきと感じている。

09 片麻痺患者におけるプラスチック短下肢装具選定時の思考

～理学療法士へのアンケート調査から～

須田恵美子 安室真紀
大浜第二病院

キーワード 経験年数・片麻痺患者歩行・SHB

【目的】今回、新入職員として装具の選定を行なう機会があった。当院では、脳卒中片麻痺患者における短下肢装具選定に対し、理学療法士(以下、PT)および義肢装具士にてプレスカンファレンス(以下、プレカン)を行っている。その中でPTの着眼点は、個々のPT間において、視点の差異がある印象があった。

そこで今回、Shoehorn Brace (SHB) 歩行の評価に対するアンケート調査を実施し、その回答を経験年数が多いPTと少ないPTに分割、分析し、PTの装具選定時の思考を検討したのでここで報告する。

【方法】対象は、当院PT 15名(経験年数4.7±3.4年、男性10名、女性5名)。アンケートは無記名による主にFree writingで実施した。スーパーバイザー未経験者(1~4年目)の計8名(以下、1群)とスーパーバイザー経験者(5年目~13年目)の計7名(以下、2群)に分けた。内容は、SHBを検討する際、立脚期、遊脚期、立脚期・遊脚期のどれを重視するか、に基づき歩行周期のどの相を重視するか、その理由、SHBの3mmと4mmに分ける際の判断、の合計4つの設問を実施した。は、主にFree writingで行なった。アンケート調査は、の各項目に対して割合を抽出し、は傾向を検索し、に対してはカテゴリーに分け比較検討した。

【結果】は、1群立脚期50%、立脚期・遊脚期50%。2群立脚期42.9%、立脚期・遊脚期57.1%。は、立脚相では、1群踵接地(以下、H.C)~立脚中期(以下、M.S):37.5%、M.S~足趾離地(以下、T.O):62.5%。2群H.C~M.S:71%、M.S~T.O:28.4%。遊脚相は、1群T.O~加速期50%、加速期~遊脚中期25%、遊脚中期~減速期25%。2群T.O~加速期66.4%、遊脚中期~減速期33.2%であった。は、1群では局所的な視点が多く、全体的な印象で表現している傾向であったことに対し、2

群ではH.C~T.Oでの歩行周期全体の波及を考慮しているといった視点が多かった。は、痙性抑制、膝の安定性、荷重時に伴う足関節の背屈角度と3つのキーワードが共に多かった。

【考察】今回、視点の違いが認められた点は、設問、での結果であった。1群は、M.S~T.Oの股関節伸展活動から遊脚相への波及に着目し、2群は、H.C時の筋活動を重視し、M.Sへの体重移動に伴う膝、股関節、体幹への伸展活動や骨盤の後方回旋の減弱をみており、その筋活動の波及が立脚後期の安定性の向上およびスムーズな遊脚相への移行を促すと考える傾向にあった。桜井ら¹⁾の文献でもH.C~M.Sに滑らかな足部の接地と下腿及び骨盤の前方回旋が同時に起きる事が、身体全体、歩行周期全体へ波及するために重要になってくると報告されている。そのため、2群において、H.C~M.S時の下肢、骨盤、体幹の抗重力活動の高まりが、その後の立脚後期や遊脚期へ波及するという思考は明確といえる。しかし、設問、の結果からは共に歩行周期、片麻痺患者の特徴を捉えている傾向があった。これは、プレカン時において個々の要素として知識の共有が図られつつある事が示唆される。

以上のことにより、1群では局所的で、歩行周期の短い範囲を捉えている傾向であり、2群では全体的に捉え、歩行周期を広く観察、分析している傾向であった。今回得られた結果は新人がSHBを選定するために、片麻痺患者歩行の初期の荷重から各相へどのように波及して行くか。という視点を持ち、観察、分析を行なっていかなければならないと考える。また、この結果は主観的な視点が多いため、今後は客観的な評価を行い、経験年数が少ないPTでも片麻痺患者に適合した装具を的確に選定していけるように検討していきたい。

10 当院回復期リハビリテーション病棟における FIM で見たリハビリテーションの効果と課題

長岡 美帆
大道中央病院

キーワード 回復期リハ病棟・FIM・リハ効果

【目的】

当院回復期リハビリテーション病棟(以下、回復期リハ病棟)では、在宅復帰を目標に日々リハビリテーションを行っている。医療制度の改定により算定日数制限の縮小など ADL 能力における効率的なリハビリテーションが求められている。今回、当院回復期リハ病棟におけるリハビリテーションの効果について FIM を用いて検証し、今後の課題を提示することを目的とする。

【対象】

対象は、平成 18 年 4 月から 19 年 5 月までに当院回復期リハ病棟を退院した患者 101 名とし、脳血管疾患 51 名(内訳は男性 31 名 女性 20 名、平均年齢 71 ± 11 歳)、運動器疾患 50 名(内訳は男性 7 名 女性 43 名、平均年齢 85 ± 6 歳)に分類した。

【方法】

当院回復期リハ病棟入院時と退院時の FIM 項目別の平均値を比較する。今回は、FIM の運動項目のみで行う。解析方法は、対応のある t 検定を用いた。

【結果】

脳血管疾患では全ての項目において有意差を認めた。($P < 0.01$) 運動器疾患では排尿・排便コントロール以外の項目において有意差を認めた。($P < 0.01$)

【考察】

脳血管疾患、運動器疾患において有意差を認めた要因としては、週 2 回のベッドサイドの日を設け、病棟での「している ADL」場面での介入が容易となったことが考えられる。また、全スタッフを対象にしたリハミーティングや症例検討会を行うことによって、患者個人の ADL の問題点やアプローチ法等の情報を共有することが出来ている為と考える。運動器疾患の排尿・排便コントロールにおいて有意差を認めなかった要

因としては、入院時より排尿・排便コントロールが自立している患者が多いことがあげられる。しかし、入院時より介助を要する患者もいる為、患者個人の評価を行い、レベルにあったアプローチを行っていくことが重要と考える。

【課題】

今後の課題としては、FIM の改善の上昇率が悪い項目(排尿・排便コントロールなど)において、入院時から定期的な評価と重点的にアプローチを行っていくことが必要であると考え。また、回復期リハ病棟として当然の事ながら、在宅を踏まえた動作の指導や病棟スタッフも含めた動作訓練へのアプローチも必要と考える。そのためにも、日々の観察や他部門・家族からの情報収集も重要であると考え。また、ADL 評価の結果の内容などを他部門スタッフにおける情報共有を徹底すること、ADL 評価・訓練におけるクリティカルパスなどを検討する必要があるのではないかと考える。

【まとめ】

当院回復期リハ病棟におけるリハビリテーションの効果について FIM を用いて検証した。その結果、運動器疾患の排尿・排便コントロール以外の項目において、リハビリテーションの効果を認めた。ADL 評価・訓練は、在宅復帰において重要であるため、今回であげられた課題への取り組みが重要であると考え。

11 片麻痺患者のトイレ動作自立に向けて ～ズボンの着脱に着目して～

照屋杏里 諸見里美香 知念優子 貞松徹 河原睦枝
ちゅうざん病院

キーワード トイレ動作・麻痺側最大荷重率・FRT

【はじめに】

トイレ動作は日に数回必ず行われる動作であり、自宅退院の重要な要素の一つである。その中でも、移乗動作は環境設定により可能となる場合が多いが、ズボン着脱動作については、安藤らによる排泄動作難易度において最も難易度の高い項目と述べられており、実際の現場でも自立の障害因子となっている。そこで今回はズボン着脱動作に着目し、検討したので報告する。

【対象および方法】

対象は脳血管障害（以下 CVA）患者 21 名（男性 10 名、女性 11 名）で、平均年齢 69.8 ± 12.1 歳、発症日から 98.5 ± 95.9 日、なお重度の高次脳機能障害、認知症患者は除外した。評価を行った結果で、介助なし（監視含）群 13 名（A 群）、介助群 8 名（B 群）の 2 群に分類した。これらに対し、片麻痺の頸・体幹・骨盤帯運動機能評価（以下 NTP）下肢 Brunnstrom Recovery Stage（以下下肢 BRS）、立ち上がり最大能力（45、40、35、30cm 台）健側大腿四頭筋筋力、閉脚立位保持時間、Functional Reach Test（以下 FRT）最大荷重率（麻痺側・非麻痺側）の評価を実施した。立ち上がり最大能力に関しては、前方で両上肢を組んだ状態にて立ち上がれる高さとした。これらの項目に対し、AB 群間の BRS、NTP、MMT はマンホイットニーの U 検定、その他の項目は対応のない T 検定を用いて検討し、危険率 0.01% 以下を有意差ありとした。

【結果】

NTP 内訳は、A 群 stage 3 名、4 名、5 名、1 名、B 群 2 名、3 名、3 名、下肢 BRS 内訳は A 群 stage 2 名、3 名、4 名、4 名、B 群 stage 2 名、3 名、2 名、1 名であった。また、立ち上がり最大能力の内訳は、A 群 30 cm 4 名、35 cm 5 名、40 cm 4 名、B 群 40 cm 4 名、45 cm 4 名であった。AB 群間の比較においては、閉脚立位保持時間、FRT は A 群 20.0 ± 6.0 cm、B 群 8.7 ± 8.3 cm、麻痺側最大荷重率 A 群 $75.6 \pm 17.3\%$ 、B 群 $29.6 \pm 15.7\%$ で有意差が認められた（ $P < 0.01$ ）

NTP、下肢 BRS、健側大腿四頭筋筋力と非麻痺側最大荷重率に関しては、有意差は得られなかった。B 群の内訳として、立位保持（87.5%）、ズボン上げ動作（62.5%）、ズボン下げ動作（37.5%）に介助を要した、全症例で非麻痺側上肢を後方より回し、対側腸骨稜を触れることが不可であった。

【考察】

結果より、AB 群間で最も有意差が得られた項目は、閉脚立位保持時間、FRT、麻痺側最大荷重率である。横塚らは、CVA の着衣をあげる動作には、動的バランス特に前後方向の重心移動が関与していると述べている。今回の結果からも同様なことがいえたため、FRT にてカットオフ値を算出し、結果 13 cm であった。また、最大荷重率の比較では、麻痺側のみ有意差が得られ、カットオフ値 50% という結果が得られた。閉脚立位保持時間は AB 群間比較で有意差はでたものの、60 秒を最大として計測したためカットオフ値の算出には至らなかった。今回研究で求めたカットオフ値を満たしているのは、A 群 13 名中 11 名（85%）、B 群では両者を満たすものはいなかった。このことから、麻痺側最大荷重率 50% 以上かつ FRT 13 cm 以上であれば、把持物なしでのズボン着脱動作が可能となることが示唆された。

【おわりに】

今回ズボン着脱動作と能力評価において若干の知見を得ることができた。今後は、症例数を増やし、より信憑性を高め、身体機能面との関係も見ていきたいと考える。

12 転倒者の特徴と転倒予防対策の模索

下地 尚人
ちゅうざん病院

キーワード 転倒者の特徴・転倒予防・回復期リハビリテーション病棟

【はじめに】

今回 転倒者の特徴から転倒予防を図る目的で本調査を実施した。

【対象】

対象者は平成 18 年 7 月 1 日から平成 19 年 6 月 30 日の期間に当院回復期リハビリテーション病棟一病棟に入院及び退院した患者とした。その内、転倒歴がある患者を転倒群 (35 例で内 19 名, 男性 10 名, 女性 9 名, 脳血管疾患 8 名, 整形外科疾患 7 名, 廃用症候群 4 名, 年齢 77.6 ± 12.6 歳), 転倒歴のない患者を非転倒群 (55 例で内 53 名, 男性 17 名, 女性 36 名, 脳血管疾患 17 名, 整形外科疾患 31 名, 廃用症候群 6 名, 年齢 80 ± 11 歳, その内, 同一人物で入・退院日, 疾患名の違う者 1 名と疾患名は同じで入・退院日の違う者 1 名あり) とした。また, これらの条件を満たす者の中で調査内容を全て情報収集できた者を対象者とした。

【方法】

調査内容は性別, 年齢, 疾患名, 在院日数, 発症から入院・発症から退院までの期間, 帰来先, 高次脳機能障害, 認知症, 入・退院時の FIM, 転倒群は加えて発症から転倒・入院から転倒・転倒から退院までの期間, 転倒時刻, 転倒場所, 転倒回数, 転倒状況を調査内容とした。

これらを当院事故報告書, 事故集計結果, 担当リハビリテーションスタッフ, カルテから情報収集した。

【結果】

転倒群では帰来先が施設 7 名, 転院 3 名, 自宅 9 名, 高次脳機能障害は無し 9 名, 失語のみ 2 名, 半側空間失認のみ 1 名, 注意障害のみ 3 名, 半側空間失認と注意障害の混合 4 名, 認知症は無し 7 名, 軽度 3 名, 中等度 5 名, 重度 4 名であった。

非転倒群では帰来先が施設 8 名, 転院 7 名, 自宅 38 名, 高次脳機能障害は無し 44 名, 失語のみ 2 名, 半側空間失認のみ 1 名, 注意障害のみ 1 名, 半側空間失認, 注意障害の混合 1 名, 失語,

半側空間失認, 注意障害の混合 2 名, 失語と半側空間失認の混合 1 名, 失語と注意障害の混合 1 名, 認知症は無し 31 名, 軽度 6 名, 中等度 7 名, 重度 9 名であった。

発症から転倒まで 73 ± 34 日, 入院から転倒まで 36 ± 28 日, 転倒から退院まで 66 ± 47 日であった。転倒時刻は 10 時~12 時 1 名, 14 時~16 時 1 名, 16 時~18 時 5 名, 18 時~20 時 2 名, 4 時~6 時 4 名, 6 時~8 時 4 名, 8 時~10 時 2 名であった。転倒場所は食堂 2 名, トイレ 2 名, 病室 13 名, 病棟廊下 1 名, 病棟内訓練室 1 名であった。転倒状況は家族のトランスファームス 1 名, 車椅子からの立ち上がり時 2 名, 人為的監視ミス 2 名, その他 6 名, トランスファー時の転倒 4 名, 不慮の転倒 2 名, ベッドからの滑り落ち 1 名, 非自立者の自己での歩行時の転倒 1 名であった。

転倒群と非転倒群との在院日数, 発症から入院までの期間, 発症から退院までの期間には有意差は認められなかった。

FIM で転倒群, 非転倒群の入院時の総得点, 運動項目総得点, 認知項目総得点, 退院時の総得点, 運動項目総得点, 認知項目総得点の全てにおいて有意差が認められた。

【考察】

転倒者の特徴は高次脳機能障害, 認知症を有しており, 16 時~18 時に病室で移乗時に多かった。転倒回数では初回が 11 名と多かった。これは初回の転倒を防ぐ事が転倒件数の減少につながる事が示唆される。

前述した時間帯の病室巡視強化, 加えて高次脳機能障害を有する者への病室で環境設定を入院時からする必要があると思われる。

FIM では入・退院時の総得点, 運動項目, 認知項目全てに有意差が認められた。加えて, 移乗動作総得点もそれぞれ有意差を認め, 転倒状況の特徴と一致した。

今後, 上記の特徴を踏まえ, 転倒防止に努めていきたい。

13 脳卒中片麻痺患者における ADL 能力の初期変化の特性～FIM を用いて～

上地瑞恵 宮里岳大 屋宜麻衣子 伊波さおり 千知岩伸匡
宜野湾記念病院 リハビリテーション部

キーワード 脳卒中片麻痺・FIM・ADL

【目的】

脳卒中片麻痺患者における ADL 能力の初期変化(入院時とその1ヵ月後のFIMの変化得点を使用)の特性を捉える。

【対象・方法】

対象は、H18.4～H19.3 までに当院に入院していた脳血管障害の患者 22 名(男性 13 名、女性 9 名)、平均年齢 68.8 ± 12.7 で、くも膜下出血を除く初発の脳卒中片麻痺患者とした。方法は、対象者の入院時と入院から 1 ヶ月後の FIM を評価し、その得点差を変化得点とし特性を検討した。変化得点とは FIM の 1 ヶ月間の得点差を日数で割った値とする{得点差/日数(30)}。例として入院時 FIM 60 点、1 ヶ月後 90 点とすると $(90-60)/30 = 1$ となり、変化得点は 1 点/日となる。更に対象者を以下の項目に分類し、各々の FIM 変化得点の平均値を出し、伸び方を対応の無い T 検定で比較し有意差を見た。そこから脳卒中片麻痺患者における ADL 能力の初期変化の特性を捉えた。

1. 脳血管障害患者全体
2. 疾患別(脳出血/脳梗塞)
3. 性別(男/女)
4. 年齢別(70 歳未満/70 歳以上)
5. 麻痺側別(右/左)
6. 入院時 FIM の点数別(80 点未満/80 点以上)
7. 回復期リハ開始までの日数別(1 ヶ月以内/以後)

【結果】

1. 脳血管障害患者全体: 0.49 ± 0.45
2. 疾患別: 脳出血(32%) 0.60 ± 0.45 、脳梗塞(68%) 0.40 ± 0.37
3. 性別: 男性(59%) 0.40 ± 0.33 、女性(41%) 0.61 ± 0.58
4. 年齢別: 70 歳未満(55%) 0.63 ± 0.35 、70 歳以上(45%) 0.26 ± 0.37 ($P < 0.05$)
5. 麻痺側別: 右(64%) 0.49 ± 0.50 、左(36%) 0.48 ± 0.37
6. 入院時 FIM の点数別: 80 点未満(45%) 0.55 ± 0.45 、80 点以上(55%) 0.38 ± 0.35

7. 回復期リハ開始までの日数別: 1 ヶ月以内(55%) 0.37 ± 0.27 、1 ヶ月以後(45%) 0.63 ± 0.59 以上の結果から、ADL の初期変化に統計学的有意差がみられたものは、年齢であり、70 歳以上群より 70 歳未満群の方が ADL の改善が良かった。それ以外の項目において有意差はみられなかった。

【考察・まとめ】

今回、脳卒中片麻痺患者における ADL 能力の初期変化の特性を捉えるため、FIM の変化得点を用いて、7 項目を比較検討した。すべての項目において、有意差が表れると思われたが、結果として、年齢別のみ有意差が表れた。これにより、70 歳以上群より 70 歳未満群の方が、ADL の初期変化が大きいことが明らかとなった。加齢に伴う特徴として、一般的に身体活動能力の低下がよく知られている。これらの背景から、70 歳以上である高齢者では、ADL を再獲得するには時間を要す可能性があることが今回の結果から示唆された。また、統計学的な有意差はみられなかったものの、その他の項目をみると、2. 疾患別では出血、3. 性別では女性、5. 麻痺側別では右、6. 入院時 FIM の点数別では 80 点未満、7. リハ開始までの日数別では、1 ヶ月以後のほうが大きい変化得点を示した。今回の研究では、年齢別のみ有意差が表れた結果となったが、個体数を増やせば、その他の項目でも統計学的に有意差が表れる可能性があると考えられる。今後症例数や比較する項目数を増やし、更に経時変化を捉え、再検討していきたい。

14 パーキンソン病と体性感覚～重錘を用いての姿勢改善～

金城三和子 松川英一 小橋川敦 川平稔 (MD)
医療法人 かなの会 コザクリニック

キーワード パーキンソン病・体性感覚・重錘

【はじめに】

パーキンソン病(以下 PD)は四大徴候の他に姿勢の前傾・側弯など姿勢の変形による歩行障害が多々みられ、ADL・QOLの低下につながっている。一般的にPDでは視覚や聴覚を利用したトレーニングは多く報告されている。今回、体性感覚の入力を目的としたトレーニングにおいて姿勢の改善が得られた症例を経験したので若干の考察を加え報告する。

【対象】

| | |
|------------------|---------------|
| 対象疾患 | PD |
| 対象人数 | 4名(男性3名、女性1名) |
| Hoehn&yahr Stage | ～ |
| 平均年齢 | 72.5歳 |
| 姿勢 | 体幹前屈・側屈を有する |

【方法】

0.75キログラムの重錘を両足部後方に取り付けた状態で、10分間連続歩行(独歩・トレッドミル・平行棒のうち1つを選択)を実施し、その前後で姿勢の変化を前・側方の写真にて観察する。尚2症例はon時、2症例はoff時に重錘を取り付け、そのうち1症例は半日間重錘を付けてもらった。その際重錘は、圧覚を入力する為強めに巻きつけた。

【結果】

4症例すべてにおいて、体幹前屈の改善・側屈の減少が認められた。また股・膝関節の伸展増強や上肢の伸展増強、さらに頸部の前方突出の減少もみられ、特徴的なPD姿勢の改善が認められた。その中で半日間重錘をつけてもらった1症例は半日後でも改善した姿勢を維持しており、重錘の持続効果を認めた。

【考察】

PDの理学療法において、視覚や音楽・リズムなど聴覚を利用したトレーニングは多く報告されている。それはPDでは補足運動野の血流が低下し、運動前野特に外側での代償が可能である為だといわれている。運動前野では、側頭連合野から視覚・聴覚の情報を受け取っているルート

と、頭頂連合野の7野から視覚・体性感覚の情報を受け取っている2つのルートが存在する。

今回重錘を選択した理由として重錘の重量を触覚・圧覚・深部感覚として認識する事で、運動の刺激・誘導を誘発できないかと考えた。PDでは足関節、特に前脛骨筋の固縮が強いと言われ、歩行時にも腓腹筋・ヒラメ筋の力を最大に発揮できず蹴り出しのない足部背屈位の歩行となり姿勢の悪化も増強していく。だがPDでは強い感覚障害がみられない事から、常に地面と接地している足底、すなわち末梢からの感覚入力に適している部位として、足関節を重錘の使用位置として選択した。

重錘をつけて歩行した際に重心が後方へ移動し安定したのは、重錘が刺激となって体性感覚が刺激され姿勢制御が促通されたからではないかと考えた。

重心が後方へと移動する事で立ち直り反応が促通され体幹の伸展が出現し、下肢の協調運動が改善され蹴り出しがみられた。さらにその状態で連続歩行を行う事で体軸内回旋が出現し結果的に体幹前屈の改善、側屈の軽減、最終的には歩行の安定化、歩容の改善に至ったと考える。

【まとめ】

重錘に期待される効果として 体性感覚への刺激 下肢への集中・認知の向上 主動筋・拮抗筋の協調性促通 立ち直りの促通である。

重錘を取り付ける際の条件として 体幹の立ち直りがon時、off時でも可能である事 後方突進が著明でない事 感覚障害が重度でないとした。

【終わりに】

PDは難病に指定され理学療法も確立されていない。今回重錘を使用した症例において姿勢の改善は得られたものの重錘の位置や重量、また歩行への影響を課題として検討していく事が重要だと思われる。

15 パーキンソン病患者の姿勢に対する一考察 ~ 肩甲帯に着目して ~

松川英一 金城三和子 小橋川敦 川平稔 (MD)
医療法人 かなの会 コザクリニック

キーワード パーキンソン病・肩甲帯・姿勢

【はじめに】

パーキンソン病(以下PD)は、振戦・固縮・無動・姿勢反射障害の四大徴候を主症状とする神経変性疾患である。症状の進行に伴って前傾姿勢の出現が見られることが特徴であるが、最近では、側彎症を合併した前傾姿勢を呈する症例を多々経験する。今回、肩甲帯のアライメント不良に関連した体幹機能に着目し、姿勢改善を目的に自主トレーニング方法を検討したところ、効果の得られた症例が見られたので、若干の考察を加え報告する。

【対象】

- ・ 当院通院中のパーキンソン病患者2名(男性・女性1名)
- ・ ヤールステージ
- ・ 身辺動作が自立している患者

【方法】

- 1 坐位・立位いずれかで行なう。
- 2 肘関節伸展の状態、前腕を回外位に保つ
- 3 回外位のまま、肩関節を伸展していく。
- 4 肩関節伸展位を保持したまま、挙上する。
- 5 そのままの姿勢で5秒間保持する。
- 6 一気に力を抜いて、スタートポジションへ戻る。
- 7 その日の状態に合わせて、1~7を繰り返す。

【結果】

上記の肩甲帯へのアプローチを、自宅での自主トレーニングとして実施してもらった結果、視覚的に確認できた改善点として、肩甲帯の内転が出現し、胸椎の伸展が得られたことで頸部の前方突出が改善し、肩関節屈曲可動域角度の改善も見られた。

【考察】

Rolf は、肩甲帯と骨盤帯が各々の運動を協調的に行い安定させる事を菱形筋 腸腰筋バランスとしている。これは、胸椎後方の安定化を図り、骨盤帯の機能的な運動が可能になることで、腰部を含めた体幹機能が安定し、立位を保つこ

とができる、という考えである。前傾姿勢を呈するPD患者においては、肩関節の内旋角度の増強が起こってくる事で上腕骨が前方偏位し、肩甲骨の前方傾斜がおこる。これは胸椎の後彎増強や骨盤後傾を伴う脊柱の全体的な屈曲(後彎)により生ずると思われ、PDによる姿勢の変化が菱形筋の機能不全を引き起こしているのではないかと考えた。

脊柱全体に後彎が見られるPDの場合、椎体間の回旋が制限され、代償動作の出現として、胸部からの体幹側屈、肩甲帯の下制を生じる。今回は、脊柱の全体的な後彎の矯正を行う目的に、肩甲骨を脊柱に引き付ける作用を持つ菱形筋と、肩甲骨の上方回旋に重要な役割を持つ肩甲挙筋を優位に働かせるトレーニングを検討した。

結果として、姿勢改善が見られたがその理由として考えられる事は、菱形筋群によって肩甲骨を脊柱に引き付ける作用が働き、肩甲骨が外転位から内転位に矯正された事で胸椎後方の安定化が得られた事である。同時に肩甲挙筋を働かせることによって、頸椎の前方突出も改善し、それに伴って胸椎の後彎が改善され、胸椎部から見られていた側屈姿勢の改善につながったと考える。

PDは進行性疾患であることから、特徴的な症状が現れる前から予防的な取り組みも重要であると考えられる。今後は、ステージごとに効果を判定することや、持続期間などの検討が必要だと思われる。

16 回復期リハビリテーション病棟における脳卒中片麻痺患者の歩行自立度判定

～ TUG を用いて～

伊集章 座波信司 末吉恒一郎 安室真紀 翁長均 川門奈名恵 源古沙弥花 金城健太郎 仲宗根賢 仲村実康 屋富祖司 城間伸也 長嶺元昭 大城雪乃 須田恵美子
大浜第二病院

キーワード 片麻痺患者・TUG・自立度判定

【目的】

我々は、臨床の場において、歩行監視から自立への移行に際し、定性的な歩行分析に基づいた評価と、歩行速度の算出等の定量的な歩行分析を用いて検討される事が多いと感じる。Podsiadloらが提唱した高齢者の動作能力および動的バランス能力、転倒を予測する簡便な評価指標として、Timed Up and Go Test (以下 TUG) が利用されている。近年では、高齢者のみならずあらゆる疾患にも幅広く用いられている。しかし、TUGを用いた回復期病棟における歩行自立度判定について明確な基準がない。そこで本研究では、回復期リハビリテーション病棟(以下、回復期病棟)に入院中である脳卒中片麻痺患者様(以下、片麻痺患者)を対象とし、回復期病棟内歩行の自立度判定について TUG をはじめとする他の動的バランス評価を用いて、比較検討したので報告する。

【方法】

対象は、高次機能障害が歩行能力に影響を与えず、本研究の主旨に同意が得られた当院回復期病棟に入院中の自力(自立群・監視群)で歩行が可能な脳卒中片麻痺患者様8名(男性4名、女性4名。平均年齢 57.1 ± 16 歳。右片麻痺4名、左片麻痺4名、歩行監視群4名、自立群4名) TUG(計測は、殿部が椅子より離床し、着座するまでの時間を計測した。) 10m歩行速度、Functional Reach Test(以下、FRT)の測定は、杖、補装具は、日常使用しているものを用い、差異を最小限にするため3回計測し、その平均値を使用した。統計学的解析は、自立群、監視群の TUG 値、10m歩行速度、FRT 値の比較を対応のない t 検定を用いて行なった。また、その3項目の相関関係も行なった。

【結果】

自立群の TUG(秒)平均値と標準偏差は、 28.71

± 5.93 で、監視群は 52.76 ± 7.78 であった。自立群と監視群との比較においては、TUG 間に 1%有意水準で有意な差がみられた。3項目間の相関関係は認められなかった。

【考察】

当院の回復期病棟に入院中で歩行が自立されている片麻痺患者の特徴としては、病棟内生活において目的をもって座位姿勢から歩行動作を遂行していくことが挙げられる。また、歩行を行っていくにあたり、方向転換や対象物を避ける等の速度の調整を行なっているものと考えられる。本研究において、脳卒中片麻痺患者の自立群と監視群との動的バランス評価の比較について有意差が得られたのは、TUG 間である。星らによると TUG は、椅子座位から「立つ・歩く・回る・座る」という日常生活動作が含まれている課題指向型評価であると述べている。これは、先に挙げた片麻痺患者の歩行動作遂行時の特徴と類似する点があると考ええる。以上のことより、TUG は病棟内 ADL 場面を想定した評価も可能であると考ええる。他の動的バランス評価として挙げた FRT、10m歩行速度においては、病棟内歩行動作との繋がりに乏しいため有意差が得られなかったと考える。よって、今回の研究では、回復期病棟に入院中の片麻痺患者の自立度判定での評価において、TUG が適していると考えられる。しかし、今回は症例数が少ないため、自立度の指標としては不十分であると考ええる。今後の展開として症例数を増やし、継続研究していきたいと考える。また、TUG とそれらを構成している運動機能面との関係性、ADL との関係性について検討し、病棟内における歩行自立への移行に際して、その一助になればと考える。

17 突起付足底板の刺激が身体に及ぼす影響

～市販されている足底板を使用して～

長嶺元昭 1) 大城雪乃 1) 高良 秀 2)

1) 大浜第二病院 2) 沖縄リハビリテーション福祉学院

キーワード 突起付足底板・重心動揺・バランス機能

【はじめに】

最近、足ツボ刺激や足裏マッサージが流行しており、一般のスーパー等でも突起付足底板(以下、足底板)が市販されるようになった。さらに、足底刺激は身体のバランス機能向上に影響するという報告がある。しかしながら、市販されている足底板の効果は未知に等しいと思われる。

そこで今回、その足底板の刺激が、身体にどのような影響を及ぼすかを検証するために、第1段階(Step1: St1.)として、足底板刺激有無のFunctional Reach Test(FRT)を測定した。さらに、足底板自体の影響を検討する為に、第2段階(Step2: St2.)では足底板刺激有無でのFRT時及び静的立位時の重心動揺を測定した。これら2段階の実験結果を比較検討し、若干の知見を得たのでここに報告する。

【方法】

使用した足底板は塩化ビニール樹脂製の約1~5mmの突起が付いた足底板。

重心動揺の測定には、Twin Gravicoder G-6100(アニマ社製)を使用し、総軌跡長、外周面積、矩形面積、X方向軌跡長、Y方向軌跡長、X方向最大振幅、Y方向最大振幅を算出した。

St1.: 対象は運動器疾患がない健康者30名(男女ともに15名)で、平均年齢が 24.5 ± 4.6 歳。足底へ刺激を与えない場合と足底板上に1分間立位を保持させた直後のFRTを測定した。

St2.: 対象は運動器疾患がない健康者40名(男女ともに20名)で、平均年齢が 21.7 ± 3.2 歳。St1.と同様に刺激有無でのFRT時および1分間の静的立位時の重心動揺を測定した。

統計解析は、FRT値および重心動揺計で算出した7項目とも、対応のあるt検定で比較検定した。

【結果】

St1.では、足底板刺激後でFRT値が有意($p < 0.01$)に増加した。St2.では、静的重心動揺測定では、足底刺激後で、有意性はないが総軌跡長は低値を示す傾向であった。また、0~30秒間でのX方向軌跡長が有意($p < 0.05$)に増加した。

動的重心動揺測定では、足底刺激後の外周面積($p < 0.05$)、矩形面積($p < 0.01$)、X方向軌跡長($p < 0.01$)、X方向最大振幅($p < 0.01$)、Y方向軌跡長($p < 0.05$)、Y方向最大振幅($p < 0.05$)が有意に増加した。逆に、総軌跡長は有意($p < 0.01$)に減少した。

【考察】

望月は、バランス機能を重心動揺と重心移動域の関係性から、健康者は重心動揺が小さく、重心移動域が大きい安定型と述べている(PTジャーナル第30巻第5号、1996)。すなわち、今回測定した総軌跡長を重心動揺と捉え、外周面積、矩形面積、X方向軌跡長、X方向最大振幅、Y方向軌跡長、Y方向最大振幅を重心移動域の要素と捉えることができる。

したがって、突起付足底板での刺激後は動的場面において、重心動揺が小さくなり、重心移動域が大きくなったことと、FRT値が有意に増加したことから、バランス機能が向上したと考えた。しかしながら、静的場面ではそれと同様な傾向がみられたものの、有意性をもった結果ではなく、また、今回は刺激後の即時効果であることから、今後は突起付足底板での刺激を長期間与えた場合のバランス機能への影響を追究する必要があると考えた。

18 当院の脳卒中患者における装具作製の現状

平川由乃 1) 楠木力 1) 知名真希子 1) 荷川取奈季 1) 西銘恵美 1) 諸見里智彦 1) 又吉 達 2) 山口 健 2)

1) 沖縄リハビリテーションセンター病院 PT 2) 沖縄リハビリテーションセンター病院 MD

キーワード 装具・装具作製時期・脳卒中

【はじめに】

今日の理学療法において、装具療法は重要かつ有効な手段の一つとされている。当院においてもリハビリテーションを実施する中で、脳卒中患者を中心に積極的な装具療法を取り入れ訓練を行っている。しかし装具作製時期や判断についての統一はされておらず、種類や作製時期に悩むことも多い。そこで今回、当院における装具作製状況について調査したので報告する。

【対象及び方法】

H17.4～H19.3までの入院患者総数は1497名であり、そのうち脳卒中患者は481名(32.1%)であった。今回その中で装具作製に至った51症例(10.6%)を対象とした。対象者の基本情報(性別、年齢、疾患名、麻痺側) 発症日及び入院日から装具作製検討までの日数 装具完成から退院日までの日数 装具の種類 退院時移動レベル 転帰先について、装具処方箋及び診療録より後方視的に調査した。

【結果】

男性34名 女性17名 平均年齢 61 ± 9.9 歳(最低41歳、最高80歳)。脳出血31例、脳梗塞20例。右麻痺30例、左麻痺20例、両麻痺1例であった。発症日から装具作製検討日までの平均日数 120.6 ± 49.0 日(最短41日～最長289日) 入院日から装具作製検討日までの平均日数 71.9 ± 39.9 日(最短12日～最長148日) 装具完成から退院までの平均日数は 65.8 ± 43.5 日(最短3日～最長182日) 装具の種類はKAF04例(カットダウン2例)、AF046例(プラスチック靴べら型21、継ぎ手付6、踵くり抜き14)、金属支柱付5)、その他2例(足底板1例、膝装具1例) 屋内歩行自立21例、監視18例、軽介助5例、車椅子7例。転帰先は自宅42例、施設8例、救急搬送1例であった。

【考察】

当院における発症日から装具作製検討日までの平均日数は120.6日であり、入院日から装具作製検討までの平均日数においても71.9日であった。背景として当院には訓練用装具があり、脳卒中患者の多くがこの装具を使用しており、装具作成者のほぼ全例に対しても装具作製前から訓練用装具を使用して歩行練習を行なっている。その為、機能障害レベルが安定するまでは練習用装具で代用してきたことなどが考えられる。しかし5例は退院日より10日以内の装具完成となっており、装具作製判断が遅延していると考えられるケースもあり、装具作製判断の統一がなされていない現状も浮き彫りとなった。また、装具作成者の屋内歩行レベル獲得者が86.3%、自宅復帰率が82.4%であったことから、歩行能力が高く在宅復帰が可能と予測される症例に対して、装具処方が行なわれている傾向にあったと考えられる。装具処方に関して山鹿らの報告によると、「発症からの期間、麻痺の回復段階、痙性の程度、筋力(支持性)、感覚障害、関節拘縮などの身体所見だけで決定するのではなく、本人の装着感や歩行感、退院後の生活環境を十分に考慮して決定していくことが重要と考えている」と述べられている。このことから当院においても同様の傾向があり、訓練用装具やADL介助量軽減を目的とした装具はあまり作製されていない傾向にあると考えられる。

今後は早期に装具療法の適応を判断し、歩行の面だけでなくADL面等も考慮した上で、本人の身体機能に応じた装具を適切な時期に作製することが大切であり、リハビリテーションの効率と質の向上を図る必要があると考える。

19 下肢装具の作製時期に苦渋した症例

比嘉朝成
大道中央病院

キーワード 脳卒中片麻痺・下肢装具・歩行

【はじめに】

脳卒中患者の歩行訓練において、近年、早期から長下肢装具（KAFO）、短下肢装具（AFO）などの下肢装具を使用する有用性について多くの文献にて述べられている。今回、発症から約5ヶ月経過し重度の失語症のため指示入力に困難、歩行時には股、膝、足関節のコントロール不十分であり、膝折れを生じる患者に対してプラスチック短下肢装具（以下 PAFO）を処方したことで歩行において著明な改善がみられたためここに報告する。

【症例紹介】

74歳男性、診断名は脳梗塞(左MCA領域)右片麻痺。平成18年11月29日発症し保存的治療を受け平成19年1月10日リハビリ目的にて当院入院。臨床像として重度の混合性失語症を伴い意思疎通はジェスチャーのみ。右上下肢の麻痺においては、Br.stageにて上肢、下肢の不十分で重度の弛緩性麻痺を呈し、感覚は表在・深部ともに重度。歩行時においては、体幹の不安定性、骨盤の右後方回旋、膝折れにより中等度の介助を要した。

【経過】

平成19年1月12日より右下肢の支持力向上目的にて長下肢装具を使用し、歩行訓練を実施する。使用後2日目にして、症例より不快感の訴えみられ長下肢装具使用の際、歩行訓練の拒否みられる。そのため長下肢装具の作製を見合わせた。その後、膝折れに対し膝装具にて固定、足部内反軽度であることからオルトトップAFOにて足関節固定し、歩行訓練を実施する。しかし、歩行での体幹の不安定性や膝折れなどに改善はみられなかった。そのため同年3月26日、当院用のPAFO、4点杖使用にて歩行評価を実施する。体幹の不安定性や右股関節の後方回旋みられるものの、膝のコントロール可能となった。そのため、同年4月20日歩行における、右下肢の支持力向上を目的に、PAFOの作製を行った。

【結果及び考察】

PAFO作製した当初、体幹の不安定性、右股関節後方回旋や右股関節外旋位での振り出しが頻回にみられた。しかし、歩行訓練を行うにつれ右下肢の支持性向上し、又症例による振り出しの自己修正がみられ、装具作成から約1ヵ月後にT字杖歩行監視レベルとなった。Br.stageにおいては、下肢レベルと改善がみられた。これは、PAFO使用したことで、立脚時での膝のコントロールが行えたためであると考えられる。森中らによれば、「膝関節の力学的連鎖障害は、その上下の股関節・足関節、体幹も含めた荷重連鎖障害へ波及するとし、片麻痺異常歩行の改善には膝関節の安定性が第一とする」とある。その事から、本症例においても、膝のコントロールが得られたことで、股関節や体幹の荷重連鎖が可能となり、股関節周囲筋群や大腿四頭筋等の筋力が増強し、右下肢の支持性が向上し歩行能力の改善に繋がったのではないかと考えられる。又歩行訓練を繰り返し行うことで、運動経験に基く求心性のフィードバックにより、大脳の運動関連領域での情報処理、検証が行われ、自己修正を行った結果、歩行の改善に繋がったと考えられる。装具の作製時期は患者の状態や装具作製の目的などによって異なるため一般化するのは難しい。だが、今回の患者のように、動作の反復によって身体機能面や能力面において改善が見込める場合は、反復した歩行訓練を実施していくことが効果的ではないかと考えられる。

【まとめ】 装具の処方は早期であればあるほど効果的であると言われている。しかし、脳卒中片麻痺患者の症状は日々変化し、回復過程も年齢や高次脳機能障害の有無などにより異なるため、適切な時期での装具処方は難しいと言える。しかし、装具を用いての歩行訓練は重要であり、その中で短下肢装具、長下肢装具を訓練の中で使用し、訓練経過を見ながら装具の処方を行っていくことが重要であると考えられる。

20 血友病患者における人工膝関節全置換術後の理学療法の経験

外間明海 1) 新城宏隆 2) 比嘉淳 1) 大城直人 1) 長嶺覚子 1) 上地一幸 1) 知花由晃 1)
金谷文則 2)

1) 琉球大学医学部附属病院 リハビリテーション部 2) 琉球大学医学部附属病院 整形外科

キーワード 血友病・人工膝関節全置換術・術後理学療法

【はじめに】

血友病性関節症とは、繰り返す関節内血腫により滑膜炎が惹起され、関節軟骨を破壊し進行する変形性関節症である。学童期に発症し、成人血友病患者では高頻度に末期関節症が見られ、ADLやQOLの大きな障害因子となっている。その中でも膝関節は好発部位の一つである。今回、血友病患者の人工膝関節全置換術(以下TKA)後の理学療法の経過について報告する。

【対象と方法】

対象は2006年5月～2007年3月に当院でTKAを施行された男性血友病患者4例5膝、平均年齢38.5歳(30～43歳)、術後観察期間は平均5.3ヵ月(2～10ヶ月)であった。それらの症例において、可動域制限出現からの期間、入院期間、ヒト免疫不全ウイルス(以下HIV)とC型肝炎ウイルス(以下HCV)の感染症有無、罹患関節部位、術後の合併症有無、術前後の関節可動域、術前後の移動能力、就職状況について検討した。

【結果】

可動域制限は3～10年間(平均7.0年)、入院期間28～43日間(平均32.8日)であった。4例中HIV陽性3例、HCV陽性3例、両者とも陽性2例であり、他関節の障害部位は肘関節3例、足関節3例、股関節1例、肩関節1例であった。術後合併症は関節血腫1例、足底部の痺れ1例であり、感染は見られていない。可動域は、術前伸展-40°～-15°(平均-26°)屈曲80°～135°(平均107°)から、術後1ヶ月時伸展-5°～0°(平均-2°)屈曲95°～120°(平均109°)となった。術前は全例T字杖歩行であったが、術後1例を除き独歩可能となった。術前および術後の就職者はともに3例であった。

【考察】

術後理学療法を実施する上で、出血(関節内や筋肉内出血など)には十分な注意が必要である。

実際患者自身もその点に強い不安を持っていた。血友病患者の場合は出血のリスクを軽減するため、強制的な治療プログラムより緩やかな治療プログラムが望ましいと言われている。しかし血中凝固因子活性が適切なレベルに維持されていれば、非血友病患者と同様な治療が行なえる。今回は術後に必要な補充療法が行なわれたため、一般的なTKA後の患者と同様の理学療法を積極的に進めることができた。ただ膝の理学療法の妨げにはならなかったが、2例は既存の足関節障害による痛みがあり、対応が必要であった。以上の事からも主治医と身体状態について連携を取ること、治療上患者の不安を取り除くことが重要であった。また今回の症例では、術前制限されていた活動や行動範囲が拡大され、満足感も得られている。その為か30代の1例は、自己判断で柔道を行い関節血腫や他の関節の疼痛を招いた。活動性の高い年代ということに注意すべきであり、運動制限の指導も必要である。今後は症例を重ね、患者教育、運動内容や時期などを含めた、中・長期成績を検討していきたい。

21 大腿骨頸部骨折患者の自宅復帰に影響を及ぼす ADL の分析～FIM を用いて～

与儀亜沙子 盛山辰夫 佐藤有香 伊波さおり 千知岩伸匡
宜野湾記念病院 リハビリテーション部

キーワード 大腿骨頸部骨折・FIM・ADL

【目的】

介助量は患者の自宅復帰を決める要因の一つといわれ、一般的に介助量の多い患者は自宅復帰が困難であるという報告が多い。そこで、今回、大腿骨頸部骨折を受傷した患者に着目し、自宅復帰した患者と施設入所した患者の ADL 能力の違いを調べ、自宅復帰に影響を及ぼす ADL 能力を検証する。

【対象・方法】

大腿骨頸部骨折を受傷し、H18.4～H19.3 までに当院回復期病棟を退院した患者 39 名を対象とした（自宅復帰群 28 名、施設入所群 11 名）。各群の平均年齢は自宅復帰群 80.4±11.3 歳、施設入所群 83.7±8.0 歳であった。方法は、対象者の退院時 FIM 得点を各項目ごとにマン・ホイットニー検定で比較し、大腿骨頸部骨折患者の自宅復帰に影響を及ぼす ADL 項目を捉える。

【結果】

食事：自宅群 6.8±0.5、施設群 5.6±1.5 ($p < 0.01$)、整容：自宅群 6.1±1.2、施設群 3.7±2.1 ($p < 0.01$)、清拭：自宅群 5.1±1.6、施設群 3.1±2.0 ($p < 0.01$)、更衣(上)：自宅群 6.0±1.5、施設群 3.3±2.2 ($p < 0.01$)、更衣(下)：自宅群 5.4±1.8、施設群 3.0±2.0 ($p < 0.01$)、トイレ動作：自宅群 6.1±1.2、施設群 3.8±2.2 ($p < 0.01$)、排尿：自宅群 6.4±1.6、施設群 2.9±2.7 ($p < 0.01$)、排便：自宅群 6.7±1.2、施設群 2.6±2.5 ($p < 0.01$)、移乗(ベッド)：自宅群 6.1±1.0、施設群 4.2±1.6 ($p < 0.01$)、移乗(トイレ)：自宅群 6.2±0.9、施設群 3.7±2.0 ($p < 0.01$)、移乗(浴槽)：自宅群 5.3±1.3、3.4±2.1 ($p < 0.01$)、歩行：自宅群 5.5±1.2、施設群 3.3±2.1 ($p < 0.01$)、階段：自宅群 3.9±2.0、施設群 1.9±2.1 ($p < 0.05$)、理解：自宅群 6.0±1.3、施設群 3.6±1.7 ($p < 0.01$)、表出：自宅群 6.3±1.3、施設群 3.9±1.6 ($p < 0.01$)、社会的交流：自宅群 5.9±1.7、施設群 3.9±1.9 ($p < 0.01$)、問題解決：自宅群 5.5±1.7、施設群 2.6±1.7 ($p < 0.01$)、

記憶：自宅群 5.0±2.2、施設群 2.6±1.8 ($p < 0.01$)

【考察】

当院回復期リハ病棟の帰来先別に退院時 ADL を調査した結果、施設入所群に比べ自宅復帰群の FIM 得点は高く、項目すべてにおいて統計学的な有意差をみとめた。自宅復帰している患者の ADL 能力は施設入所している患者に比べてすべてにおいて高く、自立度が高いことが明らかとなった。

また、自宅復帰群では階段昇降以外の平均点数が、すべて 5 点(監視レベル)以上であるのに対し、施設入所群では食事以外の項目すべてが、介助を必要とする 5 点未満であった。

今回の結果から、全ての ADL に対して偏りなくアプローチし、ADL 能力を全般的に上げていくこと、監視レベル以上の ADL 能力獲得を目指すことが自宅復帰を実現する為の目標となるのではないかと考える。

そのためには、早期に離床させて廃用を防止し活動性を上げていくことで、ADL 能力の向上、自立度の向上を図ることが必要であろう。

また、適切な補助具・自助具を使用すること、家族への介護指導を実施して介助量を軽減するなどの環境設定等により人的介助を解消することが患者・家族の満足度につながり、自宅復帰につながると思われる。

今後は症例数を増やし、介助者の有無・住居環境・認知症・入院時 FIM 得点・外科的処置の有無といった因子が、自宅復帰に影響するのか検討していきたい。

22 当院における人工膝関節全置換術患者の傾向

山城陽平 野里美江子 東恩納のぞみ 蔵元愛
浦添総合病院 リハビリテーション部

キーワード 人工膝関節全置換術・術前評価・入院期間

【はじめに】

当院では昨年約 180 例の人工膝関節全置換術（以下 TKA）が施行されている。また DPC 導入もあり他職種によるプロジェクトを立ち上げ、術後 2 週間での自宅退院を目標としている。

しかし現在、術後 2 週で退院している患者の割合、退院時の歩行状況が明確になっていない印象を受けた。そこで今回 TKA 術前・退院時の傾向を調査した。

【対象】

当院にて 2007 年 1 月 1 日～2007 年 6 月 31 日までに変形性膝関節症により TKA を施行しリハビリテーションを処方・実施した関節リウマチを除く 56 例を対象とした。

【方法】

入院から自宅退院までの期間にて 3 週未満群、3 週以上群に分類し、性別、年齢、BMI、術前・退院時の歩行形態・膝関節可動域・MMT による膝伸展筋力、TKA 施行膝数、在院日数、病棟歩行形態を変更した時期についてカルテより後方視的に調査し、2 群間の有意差を t 検定を用いて比較した。

【結果】

群 38 例(67%)、群 18 例(37%)であった。男女比 群 3:53、群 0:18、年齢 群 73.7±9.4、群 73.7±6.7、BMI (%) 群 27.8±3.9、群 30.0±4.6、術前歩行形態(独歩:T杖:PUW) 群 24:14:0、群 7:9:2、退院時歩行形態(独歩:T杖) 群 11:27、群 3:15、1膝:2膝 群 28:10、群 15:3、在院日数(日) 群 16.0±2.0、群 26.9±6.2、術前膝伸展角度 群 9.6±5.9、群 11.3±9.5、術後膝伸展角度 群 -4.2±3.5、群 -2.5±2.5、術前膝伸展筋力 群 4.0±0.7、群 3.6±0.6、術後膝伸展筋力 群 3.7±0.6、群 3.2±0.5、病棟歩行を PUW 歩行の移行に要した期間 群 3.1±2.3、群 7.0±5.2、病棟歩行を T杖歩行の移行に要した期間 群 6.4±4.1、群 14.5±7.3 であった。統計学的には在院日数、術前・後膝伸展筋力、病棟

病棟歩行を PUW・T杖へ変更するまでの期間で有意な差が認められた(p<0.05)

【考察】

今回の調査により、術後 3 週以上の入院を要する患者が 33%であることが分かった。

3 週以上要する患者の特徴として、術前膝伸展角度が -10°以上、膝伸展筋力が 4 以下、BMI 30.0 以上、術後病棟での歩行許可時期が遅れた傾向があった。また術前の歩行形態から何らかの歩行補助具を利用して生活されている患者が多いことから、入院前からの運動耐用能の低下が指摘される。そのため、術後のコンディション改善以外にも、全身的な運動機能の改善に時間を費やし、術後 3 週以上の入院期間が必要であったと考える。しかし今回、術後の疼痛や炎症症状に対する評価が各セラピスト任せで統一されておらず、比較検討できなかったことから、評価内容の見直しが必要ではないかと考えた。

調査結果から、全体的に術前膝伸展筋力が術後低下しているのは反省すべき点であり、その為退院時歩行において T杖での支持が必要となっていることが示唆される。

以上を踏まえ今後は、急性期病院として 2 週間という短期入院の中で安全な ADL 獲得を目指していくためにも、評価をもとに、個々の患者の問題点に着目した対策をたてなければならない。

【まとめ】

- ・ 半年間での当院 TKA 施行患者について調査し、入院から自宅退院まで 3 週未満群が 67%、3 週以上群が 33%であることが分かった。
- ・ 2 群間では入院期間、術前・後の膝伸展筋力、PUW 歩行、T杖歩行開始時期に有意差があった。

23 下肢関節置換術後の患者の重心動揺の特徴

上地利明 平山佐代子
南部徳洲会病院

キーワード 重心動揺・TUG・下肢関節置換術

【目的】

今回、我々は下肢関節置換術後の患者の重心動揺検査を行い、総軌跡長・外周面積の各平均年齢と比較した。さらにTUGにて動的なバランスとの比較を行った。今回は動揺の特徴をより詳しく見るため、若年健常人の重心動揺検査も行い、各数値を比較・検討したのでここに報告する。

【対象】

対象者は、下肢関節置換術後の患者(以下A群)大腿骨頸部骨折8名、膝関節置換術1名、重心動揺検査の理解が可能で、開閉眼での立位保持とTUG・平地杖歩行が可能な9名(男性2名・女性7名)、平均年齢85.5歳。健常人(以下B群)14名(男性4人・女性10人)、平均年齢31.6歳とした。なお、認知症等の精神機能面において何らかの障害を有するものはあらかじめ対象から除外した。

【方法】

重心動揺は(酒井医療株式会社 Active Balancer EAB-100)を使用し、日本めまい平衡医学会の平衡機能検査法基準委員会によって示された方法に準じ、裸足・60°開足位(マン姿勢)にて30秒間の静止立位を開閉眼ともに計測した。A群には高齢者のバランスに関するスクリーニングの1つと言われているTUGの所要時間も計測した。統計処理では、総軌跡長・外周面積については各年齢との平均と比較した。A群の重心動揺検査の各項目とTUGの相関係数を算出した。B群との総軌跡長・外周面積・重心動揺偏位・パワースペクトルの面積割合・XY軸の標準偏差の各項目についてT-testを用いた。

【結果】

A群の開閉眼時の総軌跡長・外周面積どちらも各年齢との平均より大きかったが標本数が少なく、統計的に検定できなかった。A群とTUGは、開閉眼時の総軌跡長($r=0.2$)と開閉眼のXの中心動揺偏位($r=0.45$)に相関がみられた。A群とB群では総軌跡長は開閉眼共に有意($p<0.01$)に長

く、外周面積は、閉眼時($p<0.01$)のみ有意に大きかった。また、中心動揺偏位は閉眼時($p<0.05$)に有意に偏位していた。パワースペクトルの面積割合では、Y軸の0.02~0.2Hzで減少し、0.2~2Hzの面積割合増加($p<0.05$)で有意差がみられた。X軸の標準偏差は、開閉眼時($p<0.05$)で有意差があったが、Y軸の標準偏差では、閉眼時($p<0.02$)のみ有意差があった。

【考察】

今回、高齢者下肢関節置換術群で重心動揺検査を行い、特徴的な傾向が見られるか検討した。総軌跡長・外周面積共に各年齢の平均より非常に大きかった。また開閉眼時で速い揺らぎが多くなり、閉眼時には揺らぎの面積が大きくなったことから、体性感覚・関節固有受容器の機能低下が考えられた。TUGとの相関ではX軸の位置の偏位と相関した。重心の偏位は支持基底面の減少と立脚期の重心位置に左右差が生じる事が考えられ、動的バランスに影響があると考えられた。A群の揺らぎの特徴を見るため、B群との比較をX・Y軸に分けて考察した。Y軸方向の揺らぎは開閉眼ともに速くなり、閉眼ではY軸の幅も増加している。外周面積は閉眼時に有意差があり、閉眼重心動揺面積の増加は主にY軸の増加が原因と考えた。X軸の揺らぎは内山らにあるように開閉眼時のX軸の幅は増加した。しかし、開眼での外周面積は有意差が無く、揺らぎの速さもB群と比較して開閉眼時ともに有意差は無かった。Y軸方向の姿勢制御方略は下肢で行われ、X軸は体幹が影響すると言われている。これらのことから今回の重心動揺の増加は体幹機能より下肢の影響が強い事が示唆された。

【おわりに】

今回は歩行可能な対象者で重心動揺の特徴を比較した。整形領域における重心動揺の研究・論文は少なく、結果に対して検者・被験者共に個々の解釈が求められる。今後も重心動揺計を用いて、簡便で客観的なバランスの定量評価が行えるように研究をすすめていきたい。

24 大腿骨頭前方回転骨切り術後患者の健康関連 QOL ~S F36 を用いて~

大城直人 1) 知花由晃 1) 外間明海 1) 長嶺覚子 1) 上地一幸 1) 比嘉淳 1) 大城史子 1)
大湾一郎 2) 金谷文則 2)

1) 琉球大学医学部附属病院 リハビリテーション部 2) 琉球大学医学部附属病院 整形外科

キーワード 大腿骨頭前方回転骨切り術・健康関連 QOL・JOA

【目的】

我々は第9回本学会において大腿骨頭前方回転骨切り術後患者に対する理学療法について報告した。今回追跡調査として2年以上経過観察が可能であった症例についてその健康関連 QOL を調査し検討したので報告する。

【対象と方法】

対象は2002年~2005年までに大腿骨頭壊死症に対し大腿骨頭前方回転骨切り術を施行し2年以上経過観察が可能であった12例(男性11例、女性1例、両側手術例6例、片側手術例6例)で、平均年齢35歳、術後観察期間は2年~5年1ヶ月であった。健康関連 QOL についてはアウトカム評価として包括的尺度である SF-36 (short-Form 36 Item Health Survey 日本語版) の下位尺度8項目「身体機能 PF」「日常役割機能の身体項目 RP」「身体の痛み BP」「社会生活機能 SF」「全体的健康感 GH」「活力 VT」「日常生活機能の精神項目 RE」「心の健康 MH」、また疾患特異的評価として JOA スコアを用いその関連性についても検討した。

【結果】

郵送法による自己記入質問用紙にて有効回答を得られた12例を解析した結果、SF-36 下位尺度の平均値が国民標準値に到達していた項目は「活力」と「社会生活機能」のみでその他の項目は国民標準値に比べ低値を示した。「身体機能」では重いものを持ち上げる動作とかがみ込み動作の得点が低値であり全例でとても難しいと回答していた。また両側手術全例で「全体的健康感」、「日常役割機能の精神項目」が低値を示した。術後経過期間、職種との関連は認めなかったが未就業1例と業務内容または職種変更例5例について「身体機能」、「日常役割機能の身体項目」、「日常役割機能の精神項目」が低い傾向を示した。平均 JOA スコアは88点で術後1年経過時点と比較して変化しておらず。JOA の各細項目の平均と SF-36 の下位尺度8項目との相関は認めな

かったが、SF-36 下位尺度の8項目中4項目以上低値を示した症例では1例を除き JOA スコアが80点前後と点数が低い傾向を認めた。

【考察】

大腿骨頭壊死症は、青・壮年期に好発し労働能力を著しく低下させ患者の QOL に大きな影響を与える。その治療法の選択は病型や病期分類さらに患者背景を考慮して決定されるが、若年者においては骨切り術を主とした関節温存術が第一選択となる。

今回術後アンケートで全例が満足と回答し JOA スコアも改善を示しているが健康関連 QOL 6項目の得点平均が国民標準値に達しておらず身体面のみではなく精神面の低下を反映する結果となった。以上により身体的側面だけではなく心理的、社会的な影響にも着目したりハビリテーションアプローチを検討する必要性が示唆された。

25 当院の人工膝関節全置換術後の可動域調査～可動域獲得時期と経過観察期間について

比嘉千亜希 1) 安里英樹 2) 島袋豪 1) 仲地愛美 1) 古堅貞則 1)

1) 与那原中央病院リハビリテーション科 2) 与那原中央病院整形外科部長

キーワード TKA・可動域・経時的変化

【目的】

当院における人工膝関節全置換術後(TKA術後)の膝関節可動域の経時的変化を調査し、可動域を獲得する時期・経過観察期間について検討した。

【対象】

平成16年2月から平成19年5月までに当院にてTKAを施行した22例25膝、男性6例6膝、女性16例19膝(3例は両側TKA)変形性膝関節症24膝、関節リウマチ1膝、手術時平均年齢76.9±9.8歳を対象とした。

【方法】

TKA術後の膝関節伸展・屈曲可動域を計測(自動)した。計測は術後1週から8週の各週と、3ヵ月、4ヵ月の時期に行った。各時期の膝関節の伸展・屈曲可動域の平均値を算出し、経時的な関節角度変化を調査し、検討した。

【結果】

膝関節可動域(自動)

| 術後：伸展 | 屈曲 |
|-----------|--------|
| 1週：-11.4° | 87.3° |
| 2週：-8.9° | 95.0° |
| 3週：-8.0° | 100.0° |
| 4週：-7.5° | 107.5° |
| 5週：-6.1° | 103.8° |
| 6週：-8.3° | 109.4° |
| 7週：-8.8° | 107.5° |
| 8週：-6.0° | 108.6° |
| 3ヵ月：-2.5° | 109.2° |
| 4ヵ月：-3.2° | 114.1° |

【考察】

TKA術後の膝関節獲得可動域について、福井らは屈曲拘縮があると、歩行・階段昇降能力の低下をきたすと報告している。Kettelkampは膝関節屈曲動作は、階段昇降で83°、立ち上がり動

作で100°必要と述べている。当院では、TKA術後の膝関節目標可動域を伸展-5°以上、屈曲100°以上としている。今回の調査から術後4ヵ月の膝関節可動域の平均は、伸展-3.2、屈曲114°で目標可動域を獲得していた。

膝関節可動域の経時的な変化から、術後1週～3週の膝関節屈曲角度が顕著に拡大していることが認められた。Diane Leeは受傷後3～4週で創傷部の張力が増大し続けると報告している。この事により術後3週以降の関節可動域の獲得は困難になると思われるので、術後3週までの早期に他動関節可動域をできるだけ獲得するべきだと考える。

膝関節可動域の経過観察期間について、平澤らは、軟部組織修復過程の成熟期の完成には数ヵ月～1年を要すると報告している。このことから軟部組織性の膝関節可動域制限のある症例においては、長期的なアプローチで、関節可動域が回復する可能性もあると考えられる。また、目標可動域を獲得した症例においても、この期間内に拘縮を起こす可能性があると考えられる。ゆえに、経過観察期間として1年間は必要と考えている。

【まとめ】

- ・TKA術後の膝関節可動域の経時的変化を調査した。
- ・術後3週までの早期に他動関節可動域をできるだけ獲得する必要がある。
- ・術後1年間の可動域経過観察が必要である。

26 虚血性心疾患を有する患者に対する回復期心臓リハビリテーションの試みについて

玉井志乃 野里美江子
浦添総合病院リハビリテーション部

キーワード 心臓リハビリテーション・心肺運動負荷試験・有酸素運動

【はじめに】

平成十八年度診療報酬改訂により、リハビリテーションは疾患特性を加味した体系となった。そのなかでも「心大血管リハビリテーション」は虚血性心疾患や大血管疾患の急性発症を対象者とし、運動療法や生活指導などを行いながら心機能の回復及び二次予防を推進していくことが大きな目的となっている。当院でも急性冠動脈症候群や心臓血管外科術後の患者に対して理学療法士が介入することにより、早期離床が可能となっているが、退院後の生活指導や運動継続するための運動処方曖昧となっており、改善が求められた。今回心肺運動負荷試験（以下 CPX）を使用し退院後の運動処方を行い、回復期（第 Ⅲ 相）心臓リハビリテーションを開設することとなったため、ここに紹介する。

【紹介】

心臓リハビリテーションは運動療法、患者教育、カウンセリングなどからなる包括的な治療プログラムである。目的として、運動耐容能、冠動脈危険因子の改善があり、最終的には患者の QOL、生命予後の改善が目標となる。当院では急性期より、栄養士、薬剤師をはじめとするコメディカルスタッフにも協力を仰ぎ、医師、看護師とともに連携をとりながらリハビリテーションを進行させている。しかし、運動療法の効果が現れてくるには有酸素運動を週 3 回以上の頻度で、1 2 週間以上継続した場合に最も安定した効果が得られるとの報告があり、その間に適切な運動処方を更新することにより運動中の心事故の発生を増加させないことが明らかとなっている。

CPX では運動時の心機能ならびに呼吸機能を評価することが可能であり、嫌気性代謝閾値（以下 AT）の測定ができる。また生命予後と相関が強い最高酸素摂取量や換気効率の評価、心ポンプ能の評価などが可能である。負荷試験より得られた AT ポイントの指標を基本とし、有酸素運動を中心とした運動処方を行っていく。

当院の心臓リハビリテーションは平成 19 年 7 月より新設され、現在、週 3 日間教室を開催している。

実際の教室では、専任医、看護師、理学療法士をはじめとし、リハビリテーション専門医、臨床検査技師、管理栄養士、薬剤師、健康運動指導士などの各種専門職が約 30 分程度の患者教育を目的とした講義を行っている。その後、運動療法にてウォーミングアップから主運動である有酸素運動（エアロビクス、エルゴメーターなど）クールダウンまで医師の監視下にて施行される。主運動は目標心拍数に到達できるようなプログラムにて行われるが、CPX の結果により患者間に運動耐容能の大きな差が生じた場合、運動強度の設定が困難であるため、グルーピングを行う。その結果、耐容能の低い患者に対し、過負荷になることなく、運動療法を施行し、安全管理を徹底している。

【まとめ】

今回新設した心臓リハビリテーションについて紹介した。開設して日も浅いため、スタッフ間の連携やサービス内容についてはまだまだ改善の余地があり、今後の課題となってくる。また、心臓リハビリテーション継続により、心肺機能や QOL などに対する効果判定を今後は予定しており、CPX やアンケートなどを利用し評価を行い、結果をまとめ、分析していく予定である。

27 体幹と片脚立位の関連性について

平良 眞也 仲間 栄二
北部地区医師会病院

キーワード 体幹側屈・骨盤挙上・片脚立位

【はじめに】

姿勢や動作を分析する事は患者の全体像を捉えるために有効であり、その力学的な解釈は疾患の本質を表わすこともあると言われている。その力学的解釈の方法として、重心を考慮した姿勢・動作観察が必要であり、各関節に発生する関節モーメントにも着目していかなければならない。またそれはどの姿勢においても例外ではなく、立位場面においても同様に、重心を基底面内に収める事が重要となってくる。臨床でそれらを念頭に入れ、体幹の機能評価に体幹の側屈・骨盤挙上動作を使用する事がしばしばある。そしてその動作が立位場面において関連が高い事を経験する。そこで今回、臨床に用いている評価を客観的、視覚的に捉えるため、姿勢にどのような影響を及ぼしているか、片脚立位を通して検討する。

【対象者】

健康成人9名(男性6名、女性3名)。

【方法】

デジタルカメラにて、片脚立位を、側屈・骨盤挙上動作との関連をみるため撮影し、片脚立位の左右差を比較した。まず立位は閉脚で行い、前額面上、前後より撮影する。その次に片脚立位を左右で行い、撮影、観察した。ランドマークの位置は、前面では剣状突起部(以下Px)・両ASIS、後面では第7頸椎棘突起(以下C7)・第7胸椎棘突起(以下Th7)・第4腰椎棘突起(以下L4)・第2仙椎棘突起(以下S2)にマーキングした。各動作の左右差の比較は、端坐位で後方より撮影し、自然坐位からの各動作施行時、各ランドマークの偏位の位置関係を左右で比較、検討した。検討方法としてまず端坐位で後方より撮影した画像をパソコンに取り込み、C7、Th7、L4、S2のランドマークに垂線を引き、左右の動作後の移動幅をC7-Th7、Th7-L4、L4-S2間で比較し、幅が狭いほどその高位レベルで柔軟性の低下(以下stiffness)と定義づけ、側屈動作では左右の腰部でのstiffness、骨盤挙上で左右の上下部

体幹でのstiffnessを検出し、体幹の上下左右のどの部位でstiffnessがあるか評価した。C7-Th7では胸椎レベル、Th7-L4では腰椎レベル、L4-S2では骨盤の動きとし、観察した。そしてその部位を念頭に置きながら、左右の片脚立位時にPx、ASISの傾き、支持脚の足部の位置関係を検討した。最後に被験者に片脚立位時の立ちにくかった側を聴取した。

【結果】

9例中6例は、stiffnessのみられた体側と反対側の片脚立位にて不安定さが窺えた。残り3例は右胸椎レベル、左・右腰椎レベルのstiffnessのみられた被験者であった。腰椎レベルでstiffnessのみられた被験者では6例、胸椎レベルで3例であった。腰椎レベルの6例中4例、胸椎レベルの3例中2例は反対側の片脚立位で不安定さが窺えた。また片脚立位との関係は、Pxを通る垂線と足部の位置が一致しない側の殆どが不安定さを窺わせる結果となった。

【考察】

今回の結果、多くはstiffnessの存在する反対側の片脚立位で不安定性が出現する事が窺えた。しかし、同側でも不安定性が出現する被験者もあり、一定ではないという事も否めない。同側での不安定性が出現した被験者については、Stiffness以外にも、筋の収縮不全も考慮に入れる必要があると考えられた。

28 バルーンを用いた大腰筋トレーニングによる肥満改善効果について

伊藤高一郎 神山寛之
北部地区医師会病院

キーワード バルーン・大腰筋・インナーマッスル

【はじめに】

近年、メタボリック症候群という言葉をよく耳にする。メタボリック症候群とは内臓脂肪型肥満(腹囲が男性 85cm 以上、女性 90cm 以上)に加えて高血糖、血中脂質異常、高血圧の3つのうち2つ以上を合併した状態(日本内科学会 2005 年発表)であり、複数のリスクが重なることにより心筋梗塞や脳卒中を発症する可能性が非常に高くなるとされている。

内臓脂肪型肥満に対しては食事療法や運動など様々な対策が提案されている。また短期間の大腰筋のトレーニングにより安静時代謝が増大し、肥満が改善するという報告がある。

今回、我々はこの大腰筋のトレーニングによる肥満改善効果に着目し、比較的安価なバランスボール(以下バルーン)を用いた簡単な運動でも効果が得られるかについて検討を行なった。

【対象・方法】

対象は運動習慣のない健康な男女 6 名(男 4 名/女 2 名)で平均年齢は 25.66 ± 4.33 歳である。

運動方法は直径 55 cm のバルーン上で骨盤前傾位にて端座位となり上下振幅運動を 15 分間、週 3 回行なってもらった。運動施行期間は 2 週間とし運動施行前後に体重、体脂肪率、腹囲、左右の大腰筋筋力を測定した。

体重、体脂肪率の測定には TANITA 社製 BODY FAT ANALYZER Model No. TBF-210 用い、腹囲は臍の直上をメジャーにて測定し、大腰筋筋力については MMT の大腰筋筋力測定の要領で端座位にて股関節屈曲最終域でテーブルが膝に当たるように高さを調整して膝とテーブルの間に血圧計のマンシットを水銀柱が 100mmHg になるように膨らませて、それを膝で押しもらい水銀柱の上昇量を測定して大腰筋筋力とした。

【結果】

体重については 2 週間の運動施行後全体で平均して 0.35kg の減少が見られ有意な変化が認められた($P=0.022$, $P<0.05$)。また大腰筋筋力については左では全体の平均で 21.4%、右では

51.6%の増加が見られ、右では有意差が認められた。 $(P=0.015$, $P<0.05)$ 。

体脂肪率、腹囲はともに著明な変化は認められなかった。

【考察】

大腰筋はインナーマッスルのひとつで安定した姿勢を保持し、スムーズな動きをコーディネートする役割を果たす。しかし視覚的にその収縮を確認出来ず一般的なトレーニングでは強化し難いと言われている。今回施行したバルーンを用いた運動では座位にて骨盤を前傾位に保持することを条件とした。この姿勢で上下振幅運動を円滑に行なうには、上下に振幅する不安定なバルーン上でバランスを保ちながら座位姿勢を保持すると同時に骨盤前傾位を維持することが要求され、大腰筋の活動性が促進されてトレーニング効果となり同筋の筋力が向上したものとする。

しかし筋トレ効果はまず神経系の変化として運動単位が増加し、その後筋線維の肥大が起ると言われており今回体脂肪率や腹囲の変化が認められなかったのは運動施行期間が 2 週間、頻度が週 3 回と短かったため大腰筋が筋肥大まで至らず運動単位の増加に伴う筋出力の増加のみに留まったためではないかと思われ、今後施行期間・頻度とも延長して再度検証を行なっていく必要がある。

バルーン運動はバルーンが安価でさらに手軽に行なえることから比較的継続して行ないやすい運動であり更に短期間でも大腰筋の筋出力向上が可能であることから健康老人などの転倒予防体操の一部として自主トレなどに導入し易いものと思われる。

29 スタッフ週休時の休訓患者数の減少について

東恩納のぞみ 山城陽平 野里美江子 阿波根千晶
浦添総合病院

キーワード 週休時の申し送り統一・休訓患者・経済的損失

【はじめに】

当法人において 2005 年より QC (Quality Control : 品質管理) サークル活動を実施してきた。QC サークルとは「第一線の職場で働く人々が継続的に製品・サービス・仕事などの質の管理・改善を行うグループ」と定義されており、明るく活力に満ちた生きがいのある職場作り・お客様満足の向上および社会への貢献を目指すものであり、今回、この QC サークル活動を通して得た業務改善を報告する。

【対象者】

リハビリテーション部スタッフ 15 名
(リハビリ助手を除く)

【方法】

週休時申し送りの現状把握を行う為に対策実施前にアンケート調査を実施し、その結果から要因の解析・対策の実施を行い対策実施中・実施後の変化を見るために同じ内容の調査を再度行った。
(アンケート調査期間)

実施前：2007 年 1 月 9 日～1 月 19 日 (10 日間)

実施中：2007 年 1 月 29 日～2 月 8 日 (10 日間)

実施後：2007 年 2 月 26 日～3 月 9 日 (10 日間)

(アンケート内容)

- ・ 週休スタッフの患者申し送り方法
- ・ 午前カルテ記載率
- ・ 申し送りに要する時間
- ・ 1 カルテ記載時間 ・ 休訓患者数
- ・ 1 日の患者数 ・ 退勤時間

(要因の解析) 申し送る人に気を使う 書類処理や申し送り能力に個人差がある 申し送りを後回しにする 統一された申し送り方法・時間がない

(要因に対する対策の実施) 全員集合しての申し送り 申し送りに要する時間固定 (10 分) 目標掲示・毎朝の声かけ QC メンバーとの個人面談 申し送り時間帯固定 (13 時 50 分～14 時) 申し送りフォーマット作成

【結果】

- ・ 申し送り方法と時間帯の固定によって、申し

送りが実施前 46.5 分、実施後 10 分と短縮。

- ・ 1 日の患者数は実施前後ともに平均 13 名。
- ・ 午前カルテ記載率においては、実施前平均 87%、実施後 83%と減少。
- ・ 退勤時間において実施前 18 時 52 分、実施後 18 時 50 分と若干短縮。
- ・ 1 カルテ記載時間において実施前平均 5.8 分、実施後平均 5.3 分と若干短縮。
- ・ 休訓患者率において実施前 33.3%、実施後 18.3%と減少。
- ・ 休訓患者減少での経済的損失において実施前 13 万 7 千 5 百円の損失、実施後 6 万 2 千 5 百円の損失と、7 万 5 千円の利益が生じた。

【考察】 現在まで日々の業務をこなしながら、ほとんどのスタッフは週休前日の業務終了後に患者の申し送りを行っていた。申し送りに平均 46.5 分、申し送り方法・内容・休訓患者選定は個人任せになっており、申し送る人を探す事に時間がかかる・申し送りに気を使っている現状が把握できた。そこで今回、「午前書類処理時間の 10 分間を利用し、スタッフ全員が集まり申し送りをする事で、休訓患者を把握し申し送り内容を統一する為に、申し送りフォーマットを作成する事」を決定した。対策実施中は対策実施前と比較して午前カルテ記載率の低下、1 カルテ記載時間・退勤時間の遅延が認められた。これは対策に対して不慣れであった、担当者 1 人あたりの患者数の増加に伴い午前中に実施する患者数が増加した、午前書類処理時間が 10 分間短縮した、カルテ記載を含めた時間配分が上手に行えなかった事等が原因と考えられた。しかし、結果で示している通り、最終的には午前カルテ記載率・退勤時間も短縮した。また、休訓患者数減少にて、10 日間で経済的損失も 7 万 5 千円減少する結果が得られた。

【おわりに】 部内の業務改善のみならず、病院・患者側に対しても利益を与える目的でサークル活動に取り組めた事は有意義であったと考える。

30 訪問看護利用者の理学療法ニーズの検討

神谷之美

訪問看護ステーション かいな

キーワード 訪問リハビリ・ニーズ・生活評価

【目的】

平成 18 年度の医療・介護保健診療報酬改正により「訪問看護ステーション」から看護師・保健師の訪問数より理学療法士の訪問数が上回ることとは適切でないという解釈がなされ、そのことにより多くの訪問リハビリの現場では適切な訪問回数、内容が提供できないという声が聞かれる。今回、当訪問看護ステーションでは訪問依頼時に「訪問リハビリテーション」(以下訪問リハと略す)の希望か否かに拘らず、承諾を得た上で理学療法士が看護師に同伴し、理学療法の立場から評価することで、訪問看護利用者の理学療法ニーズの確認を試みたので報告する。

【対象】

平成 18 年 9 月 1 日から平成 19 年 3 月 31 日までに当ステーションに訪問依頼のあった 19 件すべてにおいて、家族、利用者、ケアマネジャーの承諾を得て初回、或いは 2 回目訪問時に理学療法士が同伴し、利用者本人の身体評価、ADL 評価、家屋環境、介護状況の評価を実施した。その評価結果は口頭にて家族らに説明し、同伴訪問への感想を直接聴取した。

【結果】

19 件全ての利用者において理学療法士の視点から助言できる点があり、特に家屋環境、介護指導は入院時の環境、能力と異なり、指導を受けた内容では適切でないケースも見られ、在宅に戻った後の継続したフォローの必要性を感じた。同伴訪問後の感想は全件『来てもらってよかった』と好意的で、当初訪問看護のみの利用予定であった 8 件中 4 件で訪問リハビリの導入が新たに計画された。家族からは『介護の仕方を指導してもらえてよかった』との声が多く、ケアマネジャーからは『ADL の評価をしてもらい、環境整備がしやすい』との声が聞かれた。

【考察】

従来、訪問リハビリにおいては依頼があった利用者のみを訪問するという形式が多いが、今回潜在的な理学療法ニーズの確認を目的に行った

同伴訪問では理学療法士が関与できる場面が多い事を実感した。利用者への直接関与だけでなく、環境・介護場面も含めた生活評価を行い、積極的に助言していく事で、理学療法士が訪問の分野で活躍の場をもっと拡大することができると思われる。

【まとめ】

1 訪問看護利用者の理学療法ニーズ確認のため同伴訪問を実施した。2 .環境整備・介護指導のニーズが高かった。3 .看護師、ケアマネジャーへの啓蒙活動の必要性がある。

～当学科における昼間部学生と夜間部学生の違い～

高良 秀

沖縄リハビリテーション福祉学院

キーワード 長期臨床実習・指導者評価・学ぶ姿勢

【目的】当学院では、平成 15 年度より夜間部を開設した。夜間部学生(以下、夜学生)の昼間部学生(以下、昼学生)との違いは、年齢層や修業年数は勿論、生活面では、日中就業し、夕方から授業を受ける。また、職場から休暇を取る、もしくは退職して臨床実習に臨む等が挙げられる。すなわち、修業形態の違いに加え、学生各々の生活環境にも大きな違いがある。

一方、夜学生初めての評価実習における指導者会議では、そのような夜学生の実習指導に関することが話題に挙がり、実習指導者の不安が窺えた。

そこで今回、去った平成 19 年 3 月に卒業した夜間部 1 期生と昼間部 15 期生の長期臨床実習終了時アンケートを基に、昼学生と夜学生との長期臨床実習における自己評価と指導者評価を比較し、昼学生と夜学生の違いを検討した。

【方法】対象は、当学院理学療法学科の昼学生であった昼間部 15 期生 44 名(男性 27 名、女性 19 名、平均年齢 21.80 ± 2.37 歳。)および夜学生であった夜間部 1 期生 38 名(男性 26 名、女性 12 名、平均年齢 28.83 ± 7.17 歳。)。アンケートは、自由記名法で各期実習終了後 1 週間以内に実施した。その内容は、担当症例数、実習施設および Supervisor (SV)、Case visor (CV) に関する設問を 4 項目 23 設問・実習内容の自己評価に関する設問を 4 項目 22 設問であった。採点法は、10 点満点で指導者の印象が良い程もしくは、実習課題達成度が満足な程高い点数をつけるといった順序尺度とした。

その中から指導者評価に関する 2 項目(SV および CV の印象) 16 設問と自己評価に関する 2 項目(検査測定・評価およびレポート作成) 16 設問を抽出し、各クラス、実習各期および県内外の実習施設の 8 グループに分類した各設問の得点をノンパラメトリック検定にて多重比較検定した。また、昼学生、夜学生に分け、指導者評

価と自己評価を前述同様の多重比較検定も実施した。

【結果】アンケートの回収率は、昼学生 1 期目が 84.1%、夜学生 1 期目が 92.1%・昼学生 2 期目 69.0%、夜学生 2 期目が 83.8%であった。

各期県内外の実習において、担当症例数は有意な差はみられなかった。

昼学生および夜学生の SV・CV の評価は有意な差はみられなかった。自己評価の検査測定・評価では、8 グループの中で 3 組間に有意な差($p < 0.01$)がみられた。その 3 組とも夜学生が低い値であった。さらには、SV・CV 評価と自己評価を比較すると、各々の学生の自己評価が有意に低い値($p < 0.01$)を示した。

【考察】アンケート回収率にばらつきはあるも、担当した症例数に差がないことから、どの学生も実習での課題の量に大差はなかったことが示唆された。

自己評価の差は、夜学生が昼学生に比べ学院に利用する時間が短い現実があり、検査測定手技の練習時間が必然的に少ない事が影響したと考えた。

自己評価が指導者評価よりも低値であったのは、昼学生、夜学生ともに同様な指導者に対する学ぶ姿勢の表れではないかと考えた。

昼学生と夜学生は、個人個人をみるとバラエティーに富んだ集団である。しかしながら、国家資格の取得に向け、学ぶ環境の物理的な差はあるも、学内外において同様な課題をこなし、同様な知識を得て最終学年に進級する。したがって、長期臨床実習に臨む時は、昼学生、夜学生にせよ学ぶことのスキルは各々が同様な状態に育ててきたと考えた。すなわち、入学前の経歴に違いがあり、修業形態、生活環境に違いがあっても、学ぶ姿勢に大差はないと考えた。

今後は、昼学生と夜学生の学ぶ環境の差を埋める手段を検討するのが課題であると考えた。

32 健常者における大腿部下にクッションを入れた場合の座位姿勢について

金城英典 兼島信也
ちゅうざん病院

キーワード 座位アライメント・シーティング・骨盤傾斜角度

【目的】

車いす上で姿勢を変えることができない症例に対し、大腿部下へクッションを入れて車いすからの転落を防止することがある。これより転落危険は減少されるが、骨盤後傾の増加・腰痛・骨突出部位への持続圧迫が生じることが予想される。今回、健常者に対して同様のシーティングを行った結果、若干の知見が得られたので報告する。

【方法】

対象者は健常成人男女20名とした。座面はセザム、バックシートの代用は台を利用し、座面奥行きは45cmに設定した。条件Aを良姿勢での足底接地端座位とし、背もたれにもたれての座位とした。条件Bを大腿部下へクッションを用いた足底接地端座位とした。使用する大腿部下へのクッションは幅40cm・厚さ3cmとした。条件A・Bの骨盤傾斜角度を比較するため、ランドマークを上前腸骨棘・坐骨結節接地位置へ貼り付け、ローザーネラトン線と坐骨結節をとおる床面との水平線のなす角度を骨盤傾斜角度として測定した。条件A・Bにおける骨盤傾斜角度についてt検定、各データの両群変化を示す表を用いた。

【結果】

各被験者の条件A・Bデータ差の平均値は $13 \pm 13.82^\circ$ (SD)であった。条件A・Bの骨盤傾斜角度はt検定(対応あり)により有意差が認められた($P < 0.001$)。条件A・Bの骨盤傾斜角度平均値はそれぞれ $71.5 \pm 4.89^\circ$ 、 $84.5 \pm 14.99^\circ$ であった。

【考察】

今回、条件A・Bにおけるアライメント変化を観察したが、ベクトル量の合成から考えると、条件A時は骨盤重心をとおる重心ベクトル量は坐骨結節(支点)への床反力ベクトル量によりつりあっていたが、条件B時は両側大腿部拳上により大腿部から坐骨結節へ向かうベクトル量が生じ、骨盤後傾位へ変化させて腰椎後弯させ、背もたれ体幹接触部位から坐骨結節へ向かう

【目的】

車いす上で姿勢を変えることができない症例に対し、大腿部下へクッションを入れて車いすからの転落を防止することがある。これより転落危険は減少されるが、骨盤後傾の増加・腰痛・骨突出部位への持続圧迫が生じることが予想される。今回、健常者に対して同様のシーティングを行った結果、若干の知見が得られたので報告する。

【方法】

対象者は健常成人男女20名とした。座面はセザム、バックシートの代用は台を利用し、座面奥行きは45cmに設定した。条件Aを良姿勢での足底接地端座位とし、背もたれにもたれての座位とした。条件Bを大腿部下へクッションを用いた足底接地端座位とした。使用する大腿部下へのクッションは幅40cm・厚さ3cmとした。条件A・Bの骨盤傾斜角度を比較するため、ランドマークを上前腸骨棘・坐骨結節接地位置へ貼り付け、ローザーネラトン線と坐骨結節をとおる床面との水平線のなす角度を骨盤傾斜角度として測定した。条件A・Bにおける骨盤傾斜角度についてt検定、各データの両群変化を示す表を用いた。

【結果】

各被験者の条件A・Bデータ差の平均値は $13 \pm 13.82^\circ$ (SD)であった。条件A・Bの骨盤傾斜角度はt検定(対応あり)により有意差が認められた($P < 0.001$)。条件A・Bの骨盤傾斜角度平均値はそれぞれ $71.5 \pm 4.89^\circ$ 、 $84.5 \pm 14.99^\circ$ であった。

【考察】

今回、条件A・Bにおけるアライメント変化を観察したが、ベクトル量の合成から考えると、条件A時は骨盤重心をとおる重心ベクトル量は坐骨結節(支点)への床反力ベクトル量によりつりあっていたが、条件B時は両側大腿部拳上により大腿部から坐骨結節へ向かうベクトル量が生じ、骨盤後傾位へ変化させて腰椎後弯させ、背もたれ体幹接触部位から坐骨結節へ向かう

33 当院における各病棟での早期退院に対する取り組み

～ 在院日数などに対するスタッフの意識調査をもとに～

石川大輔 中曽根悦二 盛俊光 新垣盛宏 兼島信也 貞松徹
ちゅうざん病院

キーワード 早期退院・回復期病棟・在院日数

【目的】

当院は回復期病院として患者の機能回復、能力向上、早期退院を目指しトレーニングを行っている。当院は回復期病棟が4病棟あり、各病棟での取り組みの違いによって在院日数が異なっているのではないかと考えた。各病棟の取り組みをアンケート調査し、在院日数の短い病棟の取り組みから在院日数短縮の参考とすることを目的とする。

【当院の紹介】

当院は昭和59年5月にリハビリテーション科を開設。川単科の専門病院である。平成13年4月より回復期病棟53床を契機に平成19年6月30日現在、回復期病棟4病棟計148床、一般病棟34床、療養病棟34床の計216床を有する病院である。回復期A・C病棟(以下A・C病棟とする)各42床、B・D病棟(以下B・D病棟とする)各32床。

【方法】

平成18年8月より平成19年6月末までに当院回復期病棟で入退院された患者341名(年齢:平均76.1±13.3歳)の各病棟間での在院日数、面談実施率、面談実施までの平均日数、自宅退院率を電子カルテよりデータ収集・比較し、各病棟のリハビリテーション科スタッフ(理学療法士、作業療法士:リハビリスタッフとする)、病棟スタッフ(看護師、介護福祉士)を対象としてアンケート調査し、早期退院へ向けた各病棟の取り組みを調査した。アンケート内容は 在院日数早期退院と考える在院日数の意識調査、回復期期限内退院と早期退院のどちらが良いと思うか、質問の理由、早期退院へ効果のあると思うこと、個人で意識していること、所属病棟で意識していること、今後の課題を～までは選択肢、は自由記載という形式で調査した。

【結果】

各回復期病棟の在院日数はA病棟71.7±38.7、B病棟82.1±45.1、C病棟74.8±41.2、D病棟66.3±35.4。面談実施率はA病棟69%、B病棟

52%、C病棟61.7%、D病棟57.7%。面談実施までの平均日数はA病棟45.8±22.6日、B病棟58.4±24.4日、C病棟53.6±26.5日、D病棟45±18.9日。自宅退院率はA病棟71%、B病棟70%、C病棟73%、D病棟64%。アンケート結果からは、A病棟は回復期期限内での退院、自宅訪問、家族指導を重要と考えるが、病棟ミーティング、環境設定が意識的に行われている。B病棟では病棟スタッフが回復期期限内での退院、リハビリスタッフが早期退院と互いに対照的な意識を持ち、自宅訪問の重要性は双方意識している。実際には面談と環境設定を意識的に実施。C病棟は早期退院、家族指導、自宅訪問が重要と考えており、病棟トレーニング、歩行誘導を意識的に実施。D病棟でも病棟スタッフが回復期期限内での退院、リハビリスタッフは早期退院と対照的な意識を持ち、面談、家族指導、環境設定が意識的に行われているという結果が得られた。

【考察】

電子カルテ上のデータより、平均在院日数の最も短い病棟がD病棟、最も長い病棟がB病棟であり、共に面談の意識は高いが、面談実施率より、D病棟は面談が積極的に行われ、B病棟では実施率が低いということがわかる。また、面談実施までの平均日数において約2週間近くの差があること、家族指導を取り入れていることが在院日数の短縮に繋がっていると考えられる。

【まとめ】

今回、早期退院に向けた取り組みを在院日数や面談、家族指導の実施状況に着目し調査した結果、病棟スタッフ、リハビリスタッフともに面談や家族指導の重要性を意識しており、これらが早期退院の一要因となっていることが示唆された。

今後は自宅訪問の必要性、時期、デモンストレーションの実施など他の要因についてもさらに追求し、早期退院に向けた体制づくりに活かしていきたいと考える。

34 高齢者に対する中周波電気刺激の動作性改善効果

玉城明子¹⁾ 千知岩伸匡¹⁾ 伊波さおり¹⁾ 福地涼子¹⁾ 比嘉良英²⁾ 照屋聡²⁾
漢那梓³⁾ 新垣盛宏³⁾

1) 宜野湾記念病院 2) おやかわクリニック 3) ちゅうざん病院

キーワード 中周波・介護予防・筋力強化

【目的】

近年、高齢者の介護予防を目的とした筋力トレーニングが注目されている。スポーツクラブに置いてあるようなマシンを使い筋力アップし、動作性向上につなげる。その効果は科学的に証明され、広く全国に普及している。しかし、その反面、マシンの使い過ぎや適応を誤るために、かえって障害を悪化させる例も散見される。リスクの高い虚弱高齢者や障害高齢者の筋力トレーニングを考える場合、マシントレーニング一辺倒ではなく、その方法論も柔軟に考えていく必要がある。そこで我々は、電気刺激の筋力増強効果に注目した。リスクの少ない電気刺激で、効果的な筋力トレーニングが出来れば、マシントレーニングの非適応者にも選択肢が広がる。またマシントレーニングとの併用で、さらにその効果を上げることも考えられる。

そこで今回、不快刺激の少ない中周波電気刺激を用い、高齢者の動作性改善効果を確認することを目的に実施したので以下に報告する。

【対象と方法】

対象は本研究の実施について承諾いただいた通所系サービスの利用者 21 名。また本研究が身体に悪影響を少しでも及ぼす可能性があるかと判断された方は事前に除外した。

機器はツインビート Pro (伊藤超短波株式会社製) を使用。電気刺激方法は、一つの部位に 4 極干渉。瞬発力を発揮する速筋 (Fast Muscle: 白筋) を主にトレーニングするモードにて実施した。電気刺激の期間は 8 週間、頻度は週に 3 回。刺激時間は 1 回 20 分 (ウォームアップ 3 分 トレーニング 15 分 クールダウン 2 分)。刺激強度は、対象者が我慢出来る最大の強さで行った。電気刺激の部位は、両大腿四頭筋と両下腿三頭筋。効果判定に用いた評価は、Functional reach test、2 分間膝伸展、10

m 最大歩行速度、Timed Up & Go Test、開眼片脚立位の 5 項目とした。

【結果】

対象者が通所系サービス利用者であったため、期間中の実施回数が不十分なものが多かった。また実施していても数回の施行後、痺れを訴えドロップアウトするものも少なくなかった。そのような中、中周波刺激の効果を判定するための基準として、8 週の期間中 20 回以上治療できたものを実施群として取り扱った。上記判定基準を満たした例は、4 名であり、少数ではあるが興味ある知見が得られた。からの評価において、中周波実施前と実施後の平均値を出したので、以下に示す。

- ・ Functional reach test (実施前 実施後): 16.6 20.2 (cm)
- ・ 2 分間膝伸展 (実施前 実施後): 75.8 99.0 (回)
- ・ 10m 最大歩行速度 (実施前 実施後): 46.6 36.3 (秒)
- ・ Timed Up & Go Test (実施前 実施後): 52.6 40.6 (秒)
- ・ 開眼片脚立位 (実施前 実施後): 5.6 6.1 (秒)

Functional reach test、2 分間膝伸展、10m 最大歩行速度においては 3/4 で改善が見られた。Time Up & Go Test は 1/2 で改善が見られた。開眼片脚立位においてほとんど変化は見られなかった。

【考察】

中周波刺激により歩行スピードの改善見られ、動作性の改善は図れると考えられる。また、2 分間膝伸展の回数が大幅に増加していることから中周波の筋力増強効果は高いことが示唆された。更に、今回使用したツインビート Pro は小型で携帯も可能なため、訪問リハビリなどでの物理療法としても活用する場を拡大できるものと考えている。

35 脳卒中片麻痺患者の片側骨盤挙上と歩行介助量との関連

平良真也 1) 安田知子 2)

1) 大道中央病院 2) 沖縄リハビリテーション福祉学院

キーワード 脳卒中片麻痺患者・骨盤挙上・歩行

【目的】

脳卒中片麻痺患者の歩行には、体幹の支持性や骨盤の運動が影響を及ぼすといわれている。そこで今回、椅子座位における骨盤の運動に着目し、歩行能力との関連について検討したので若干の考察を加えて報告する。

【対象】

当院に入院している脳卒中片麻痺患者のうち椅子座位保持が可能である 13 名を対象とした。内訳は、男性 6 名、女性 7 名、平均年齢 69.5 ± 8.4 歳、右片麻痺 8 名、左片麻痺 5 名、Brunnstrom recovery stage -1 名、-3 名、-7 名、-2 名、発症からの期間は 143.5 ± 61.2 日であった。また全例より本研究の趣旨を理解し同意が得られている。

【方法】

昇降式ベッドで膝関節屈曲 90 度の足底接地椅子座位とした。被験者には上肢を組んだ状態で、片側骨盤挙上を左右交互に 3 回ずつ行なわせた。験者は、始めに被験者の両坐骨結節を手指で触知し、坐骨結節が験者の手指から離れた時を骨盤挙上が可能、離れずにいる時を骨盤挙上が不可とした。歩行能力の測定には、機能的自立度評価法の歩行項目に準じて 7 段階に評価した。椅子座位は両上後腸骨棘から座面へ下ろした垂線から大腿骨外側上顆までの距離の中点がベッド端となるようにした。

【結果】

左右ともに片側骨盤挙上が可能なのは 8 名で 7 点が 1 人、6 点が 2 人、5 点が 3 人、4 点が 2 人であった。非麻痺側のみ骨盤挙上が可能なのは 3 名で 3 名ともに 4 点であった。左右ともに骨盤挙上が不可は 2 名で 2 人ともに 2 点であった。

【考察】

今回の結果から骨盤挙上の可、不可と歩行時の介助量には何らかの関連性が伺われた。骨盤帯は、股関節以遠の下肢荷重関節と体幹を結び重要な役割を果たす。座位における骨盤の

挙上が可能であるということは、挙上側の骨盤と体幹との協調した運動性が高く、神経学的にも姿勢を保持する能力を有していることを示していると考えられる。また、対側への荷重も可能であると考えられる。一方、歩行における支持側となる片側立位においては、接地面である足部から足関節、膝関節、そして股関節、骨盤へと片側下肢を固定するような安定性が伝わらなければならない。さらに対側である振り出し側の下肢は、体重の移動を誘導するために運動性が高くなければならない。この対になる下肢の安定性と運動性を同時に確保するためには、骨盤と体幹の協調した運動が必要である。

すなわち歩行時において非麻痺側が支持側となる時、骨盤と体幹の協調的な働きにより、麻痺側を振り出すことができる。しかし、麻痺側の骨盤の安定性が低ければ骨盤の下制などが起こり、歩行に十分な運動性を確保することができない。同様に、麻痺側が支持側となる時、骨盤と体幹の協調性が得られなければ、荷重関節の安定性が股関節より以遠に順に伝えることができず、非麻痺側を十分に振り出すことはできない。

今回の結果から、片側骨盤挙上が行えない例では、骨盤と体幹の協調した運動性が低下しているため、歩行時の体幹と下肢の支持性や安定性を得ることができないため介助を要すると考えられる。また、体幹筋は両側神経支配であるとされているが、対側支配が優位であるとする報告もある。このことから、麻痺側体幹筋の出力不足は起こりやすく、骨盤の運動性や体幹の安定性が得られずに、歩行において介助量を増加させる要因となるものと考えられる。よって、椅子座位で骨盤挙上の有無をみることで歩行の介助量の予測が行えるものと考えたが、今回統計学的に有意差を認めることはできず、今後さらに検討を加えて行きたい。

36 脳卒中片麻痺患者の水中トレッドミル歩行前後での歩行能力の推移

○中曾根悦二 盛俊光 石川大輔 貞松徹 兼島信也
ちゅうざん病院

キーワード 脳卒中片麻痺患者・水中トレッドミル・歩行トレーニング

【はじめに】

水中トレーニングは、整形疾患により免荷・疼痛を有している者、また肥満者に対し多く実施されている。しかし、脳卒中片麻痺患者に対しての水中トレーニング、特に水中トレッドミルを用いたトレーニングは、あまり実施されていないのが現状である。

そこで今回は、脳卒中片麻痺患者に対し、水中トレッドミルでの歩行トレーニングを実施し、歩行能力向上に若干の知見を得ることができたので報告する。

【対象】

当院の脳卒中片麻痺患者 2 人(右視床出血、左被殻出血)で、病棟での歩行が自立または監視レベルで、検査内容を理解可能と判断されたもので行なった。歩行時に疼痛の訴えのある者は除外した。

【症例紹介】

ケース 1(以下)：65 歳男性、右視床出血、H19.2.19 発症、3.16 当院入院、麻痺の程度は、
- - 、麻痺側大胸筋、上腕二頭筋、下腿三頭筋を中心に筋緊張亢進。4 点杖、プラスチック短下肢装具にて自立レベル(麻痺側振り出しで引っかかりあるも自制内)。

ケース 2(以下)：50 歳男性、左被殻出血、H18.10.9 発症、5.25 当院入院、麻痺の程度は
- - 、麻痺側下腿三頭筋、大腿四頭筋に筋緊張亢進。4 点杖、金属支柱付き短下肢装具にて監視レベル(麻痺側振り出しで引っかかりあり)。

【方法】

水中トレッドミル(米国ファーノ・ワシントン社製水中トレッドミル ハイドロトラックモデル 1102)にて、水温 33 、水深は剣状突起部、速度は 0.52km/h に設定、10 分間、週 4 回、2 週間実施。 に関して、麻痺側足部の内反著明、装具なしでは歩行困難のため、当院試行用装具を使用し実施した。NTPstage(NTP)、Berg Balance Scale(BBS)、生理的コスト指数

(PCI)、また 10m 歩行速度(10m) (m/min)、そのときの歩数を 2 回測定しての平均値、Modified Ashworth Scale(MAS)を用い、実施前後での比較検討を行なった。さらに実施前後での歩容のビデオ撮影を実施した。

【結果】

両ケースで NTP(、とも)に変化なく、MAS も同様に変化はなかった。また BBS では、 は 36 点と変化認めなかったが、 では閉眼立位、前方リーチ動作の向上により、33 点から 35 点と若干の向上認めた。PCI にて は 0.39 から 0.12 と向上認めたものの、 では逆に 0.19 から 0.3 となった。さらに PCI での総歩行距離が、 は 23m から 25m、 では 32m から 40m と若干の向上認めた。10m では が 8.9m/min(50 歩)から 10.7 m/min (43.5 歩)、 では 12.2m/min (36.5 歩)から 15.0m/min (35.5 歩)と向上認めた。
、ともに麻痺側振り出し時の骨盤帯後退減少、歩幅の拡大、麻痺側立脚時間が若干延長していた。水中トレッドミル中での麻痺側下肢の振り出しやすさ、特に に関して、実施後は病棟歩行での麻痺側下肢の振り出しやすさを訴えていた。

【考察】

実施後 10m の向上、歩幅の拡大を認め、PCI での総歩行距離の延長につながった。水の浮力を利用して振り出しが自動助動的に可能となった。この環境下では骨盤帯周囲筋の異常筋緊張が軽減し、麻痺側振り出し時の骨盤帯後退の減少につながったと考える。この代償動作を少なくした状態での運動学習が、平地歩行での歩幅拡大や立脚期時間延長に繋がったと考えた。

病棟での歩行、PT トレーニングを並行して実施しているため、一概に水中トレッドミルでの効果とは言い難い。今回は 2 症例であったが、さらに症例数を増やし、実施期間を延長することでの効果判定を実施していきたい。

37 統合失調症に脊髄小脳変性症を合併した症例を経験して

- 練習の認識・意欲が身体機能に及ぼす影響 -

山入端 健一郎1) 比嘉 徳俊1) 2) 波平 智雄3)

1) 平安病院リハビリテーション科 2) 訪問看護ステーション ナースログ 3) 平安病院 診療科長

キーワード 精神症状・不随意運動・筋力強化

【はじめに】

今回、統合失調症に合併した脊髄小脳変性症（以下 SCD）の症例を担当し、失調の改善と共に ADL（FIM）が向上した症例を経験した。精神症状を背景に理学療法を継続するにあたり、練習内容の工夫により奏功した点が得られたので、若干の考察を加え報告する。

【症例紹介】

52 歳男性。統合失調症（S50 頃）、両親、妹 2 名（内 1 人は SCD を罹患）の 5 名暮らし。S62 頃に SCD の診断を受ける。H16.5 頃より拒食・拒薬、脱水症状を呈し、また希死念慮も疑われ、同年 7 月、医療保護入院となる。入院後、精神症状は改善してきたが SCD の症状は緩徐に悪化し廃用症候群の進行が懸念された。同年 10 月、本人の退院希望や家族の了承もあり自宅へ一時退院されるが、翌月、精神症状悪化により服薬・食事、栄養指導目的のため再入院（任意）となる。

【評価】 H16/8

意思疎通可能。構音障害（呂律難+）、小脳機能検査 測定異常。平衡感覚 端座位、立位保持時の体幹動揺著しく両上肢や両膝の開閉により支持基底面を広くとる（特に下肢）。深部感覚 鈍麻（下肢全般）。筋力 3 4 レベル。ADL（FIM）101/126 点。失調性歩行著明（歩行器：介助）。運動機能ステージ。身体動揺顕著にあり移動手段は車椅子であった。

身長 157cm 体重 53kg BMI 21.5%

【経過】

H16.8 理学療法開始。症状は顕著にあり諸動作において易疲労性である。練習意欲は良好だが易怒的な様相を示すことが多い。練習初期はリズムックススタビライゼーションや重錘負荷などによる協調性獲得を目指した。H17.2 徐々に不随意運動が軽減し、意識的に動作コントロールが可能となってきたが、起立・歩行時には動揺強く後方へバランスを崩す傾向にあった（上下肢

の協調性に欠く）。同年 4 6 月頃より、ボディ・コンプレックスへの固執や練習内容に対する不満や拒否、易怒・攻撃的な精神症状を認め、心理面に配慮した内容及び対応を検討した。徒手療法として促通及び筋力強化をマンツーマンにて行い、日々、練習の説明と本人の希望を傾聴・確認した。徐々にコミュニケーションも円滑になり、歩行能力も平行棒内から四点歩行器（自立）へ移行した。不随意運動の改善に伴い精神面も安定し、「私の心と体の状態はどうでしょう？」など自己認識の再確認を行い、客観的な意見を求めるようになってきた。以降、練習の認識及び回復に対する意欲が向上し、より積極的に取り組むようになった。H18.8 四点杖歩行能力を獲得し自宅へ退院となる。

【ADL の変遷】 *FIM にて評価

H16/8(101) H18/7(119) / 126 点 (+18 点)

【考察】

今回、本症例においての理学療法が運動機能のみならず、精神作用にも好影響を与え、病像の進行を緩徐・改善する結果が得られた。不随意運動に対する協調性獲得の練習は、意識的な集中力を必要とし身体的にも疲労感を呈しやす。また、統合失調症の精神症状として陽性・陰性症状があり、なかでもその易怒性により練習初期の運動療法の導入は遅延的であった。そのため、経過の途中より精神面を配慮し、複雑な練習は除き多様でより簡単な内容へと変更した。その結果、次第に練習の意味・内容を理解され、同時に共感し喚起する対応も治療効果に繋がったと推察された。さらに興味深いのは、小脳性疾患には小脳と前頭葉の関係に遠隔作用の影響があるとされており、その執着気質・多幸福感等の症状も練習継続に奏功したと思われる。

【終わりに】 精神症状の把握は非常に重要であり、今後もさらに精神科領域の理学療法について考えていきたい。

～自殺企図（転落）後のアプローチで苦慮した症例～

比嘉 徳俊 1) 2) 山入端 健一郎 1) 波平 智雄 3)

1) 平安病院リハビリテーション科 2) 訪問看護ステーション ナースログ 3) 平安病院 診療科長

キーワード 統合失調症・精神症状・行動療法的アプローチ

【はじめに】今回、自殺企図（転落）後に多発骨折、下肢切断を呈した統合失調症患者の精神症状と理学療法士（以下、PT）の関わり方について、若干の考察を加え報告する。

【症例紹介】40歳女性。現在、父親と二人暮らし。アパート6階から飛び降り全身骨折、下肢切断を呈す。約1年余りの入院加療を経て、服薬調整・PT継続目的のため当院へ転院となる。

【理学療法経過】2006年1月よりPT開始。表情硬く緊張し、簡単な会話もまとまらない状況にあった。精神機能は感情コントロールが低下し、容易に不穏（退行状態）に陥り易く、注意・遂行機能に支障を来した。また義足適合をはじめ、動作・持久力低下も相乗して依存心を助長し、ADL低下を引き起こしていた。これらを踏まえ、注意・遂行機能の向上、全身持久力増進、移動能力の改善（義足調整）を目標にPTを開始した。ADLの改善については病棟との連携下、依存心の軽減に努めた。しかし精神症状の影響は大きく試行錯誤の日々が続いた。同年4月、依然として歩行（義足調整含む）能力など、運動機能における問題点について進展が得られず、「本人との関わり合い」という基本的視点から再検討する必要に迫られた。その具体策については、後述の「PTの実際」を参照されたい。同年6月、ようやく義足調整が完了し、徐々に歩行能力も向上、病棟ADLにも改善を示し始めた。この頃より退院後の方向性について、在宅の可能性を模索し始めた。当初は施設入所の意向にあったが、何度も本人や家族と話し合いを行った結果、社会資源の活用を前提に自宅退院を承諾された。以降、家屋調査・改修、サービス調整を経て、同年11月に自宅退院となった。

【理学療法の実際】

統合失調症の行動特性や病態について、「行動分析学」の考え方を参考とし、行動療法的アプロ

ーチを試みた。練習前により具体的な目標行動を設定し、練習内容に選択肢を持たせた。次にゲーム性の強い内容を取り入れ、導入への動機付けを促し、練習終了後には、本人の要望に応じてリラクゼーション的な手技を行うなど、習慣性の強化を図った。また目標達成時には共に共感・賞賛するといった刺激を用い、モチベーションの向上にも努めた。結果としてスタンダードな練習内容は促せば可能となり、最低限度の課題は何とか持続してこなせるようになった。またコミュニケーションスキルにおいても、本人の興味を引き出していけるよう、一方的ではなく一つ一つ反応を見ながら会話を進めるなど、行動形成や成立の過程で、PTの対応が強化・弁別刺激に対し大変重要な役割を果たしており、退院時にはごちみなさの中にも冗談を言い合えるなどの余裕が現れ始めた。

【ADLの変遷】*FIMIにて評価

58（入院）99（退院）点/126点（+41点）

【考察】入院当初、統合失調症の行動特性や病態の影響からPTの進捗に支障を来し、これまでのコミュニケーションスキルを抜本的に見直す必要に迫られた。そこで行動療法的アプローチを試み、結果として注意・遂行機能の向上に伴いADLが拡大し、退院へつなぐことができた。コミュニケーションにおける行動形成を実現する上で、PTに必要なことは一般論ではなく、目の前の問題を解決するための具体的な方法であると考え。つまり、先行刺激により行動し、結果として強化されていくという行動随伴性の単位に沿って、より具体的で客観性の高い目標行動を促し、強化していくことが重要であると考え。退院後の課題として、陰性症状による廃用症候群が予測され、社会資源をフル活用しモチベーションを維持していかなければならず、引き続き訪問サービスを通して追跡評価を継続していきたいと考える。

39 透析中に運動療法を実施した試み

大城竜二 兼島広樹 大城裕也 伊禮直也 福仲香織(CE) 米須功(MD)
沖縄第一病院

キーワード ヘマトクリットモニター・低負荷運動・透析中

【はじめに】

透析患者の多くは心機能低下や血圧異常、動脈硬化・末梢血管抵抗低下・自律神経機能低下などによる運動耐容能の低下を招来しやすいとされている。当院透析患者においても透析後に低血圧症状や倦怠感などが生じ透析後のリハビリ実施が困難になることも少なくない。そこで今回、先行研究を鑑み透析中の運動療法が循環動態にどのような変化をもたらすかを循環血液量の変動を指標として確認したので報告する。

【対象】

運動の趣旨を説明し同意が得られた外来透析女性患者3名。平均年齢65±5歳、平均透析歴19±17年、透析頻度は週3回であり、既往歴に心不全や弁膜症などの心疾患を有していた。

【方法】

運動内容は背臥位にて1)殿部挙上 2)SLR 3)股関節外転 4)股関節内転 5)足関節底背屈 6)股関節交互屈曲 7)空中自転車漕ぎ様運動の7種類とし模倣できるようビデオ化し備え付けの液晶画面から放映させた。回数上限は20回・セット数上限2セットの範囲内を任意で選択させ低負荷強度の設定(Borg scale3~4、%VO₂max:10%前後)とし、運動開始時間を透析開始後から30~60分の状態が安定している時間帯に選択しリスク管理に留意した。なお運動時には循環血液量を確認(確認期間約2ヶ月)するためJMS社製の光学式非観血的連続ヘマトクリットモニター(以下モニター)を設置した。

【結果】

運動後には3名中2名が高い頻度で循環血液量の一時的な増大を示したが1名は循環血液量が増大を示さなかった。循環血液量が増大した2名に関しては運動導入前に比して透析中の補液回数や下肢痙攣の減少、随伴して透析後半の気分不良も頻度が減少しドライウエイト設定も下げることが可能となってきた。

【考察】

除水によって血管内容量が減少すると周囲の間質から血管内への水の移動が起こり血管内容量を一定に保とうとする反応(以下プラズマリフィリング)が起こる。しかし、除水速度がプラズマリフィリング

速度を上回るため循環血液量は低下し、それに伴って血圧も低下しやすくなる。これに対して運動療法を導入させることで心拍数増加による心拍出量増大や筋ポンプによる静脈還流増大が奏功し一時的な循環血液量の増大に繋がっているものと考えられる。モニターを確認すると運動中には循環血液量は減少あるいは横這い傾向を示しているが、これは下肢の運動は上肢の運動に比して活動筋の割合が多く、活動筋の血管拡張の割合が相対的に大きくなるため循環血液量は減少傾向を辿るが、運動後には活動筋は静止し心拍数増大が持続しているためだと考えられる。同程度の負荷量でも循環血液量の増減には日差があり、これに対しては詳細な各種条件設定のもと原因を再考していく必要があると考える。次に循環血液量が増大しなかった症例においては、他の2症例に比して運動負荷量が少なかったことが主要因であると考えられた。

今回、透析中に運動療法を実施するという危険性が高い状況の中、低負荷で実施するというガイドラインで展開していった。そして、運動療法が循環血液量に好影響を示す可能性が示唆され、今後ガイドラインを強化し運動種類の変更や介入時期・継続時間・負荷量などを再考していく必要があると考える。ガイドライン強化のもと適切な運動処方を設定することが可能となれば、インスリン感受性改善効果や高血圧および高脂血症改善効果による動脈硬化危険因子抑制効果、心ポンプ機能改善効果、末梢血管拡張機能改善効果、自律神経機能改善効果、精神心理機能改善効果などが期待でき、さらなる運動療法の有用性を示す可能性が高くなると考えられる。

【おわりに】

今回、透析中に運動療法を低負荷強度で実施させることで安全性の確認と循環動態に好影響を示すことが示唆されたがモニターのみの指標であり客観性に乏しいことは周知の事実である。運動療法による循環動態などの効果を客観的に示していくためには各種機器が重要であるがコスト的・診療報酬的な側面に強い規制がかかる。従って、今後も既存する機器を用いながらもより綿密なデータ収集を採取し可能な限り客観性のある効果を示していくことが重要であると考える。

40 転倒と下肢荷重率について

漢那梓 上原愛 大濱将 立花修平 貞松徹
ちゅうざん病院

キーワード 転倒・下肢荷重率・自然立位

【はじめに】

臨床において、片麻痺や整形疾患等により、患側への十分な荷重が困難な症例に出会うことがある。このような下肢荷重量の左右差が、転倒リスクとなると考えた。そこで、臨床で簡便に行える体重計(yamato 社製)による下肢荷重量の測定値が転倒予測に有効かを調査し若干の知見を得られたので報告する。

【対象者】

H18年6月～H19年6月間で当院デイケアを利用して歩行が監視以上で、発症から1年以上経過している利用者30名(重度の認知症と高次脳機能障害を呈しているものは除外)を対象とした(男性11名、女性19名)。平均年齢72.3±11.8歳、罹患期間3.8±3.3年であった。脳卒中22名、整形疾患8名であった。転倒は過去一年間の経験を有効とした。

【方法】

転倒についてはアンケートの調査結果と当院デイケアの転倒報告書を使用した。アンケートは転倒歴、転倒恐怖感と転倒恐怖感による外出控え、転倒状況を聴取し、これに基づいて、対象者を転倒群と非転倒群に分類し、歩行能力、「前を向いて立ってください」と指示した場合(自然立位)と「出来る限り右(左)へ体重をかけてください」と指示した場合(最大荷重位)の荷重量を比較した。歩行能力は自立度と、10m最大歩行スピードを用いた。荷重量は体重計を使用し、物的介助を使用せず、5秒以上の保持を条件とした。自然立位と最大荷重量での両下肢の荷重量を計測し、体重で除した値(%)を算出した(荷重率)。統計処理はマン・ホイットニー検定を用いた。

【結果】

転倒群(16名)と非転倒群(14名)間で、自然立位の健側荷重率(転倒群:64.2±9.9%、非転倒群:58.4±9.2%)に有意な差を認めた($p < 0.05$)。転倒群は、自然立位の健側荷重率が高いという結果であった。歩行能力、最大荷重位

に関しては両群間で有意な差を認めなかった。アンケート調査では、転倒状況は屋内(11例)で「トイレにいこうとして」「虫を殺そうとして」「障子を開けようとして」など、短い距離の移動と歩行以外に注意が向けられた状態が挙げられ、屋外(8例)では歩行中に「花を見ていて」「少年野球を見ていて」など、他へ注意を向けている時が挙げられている。また、転倒経験のある利用者は転倒恐怖心から外出を控えている人が多い傾向(62.5%)にあった。

【考察】

転倒群は、自然立位の健側荷重率で有意差を認めた。最大荷重率に関して転倒群と非転倒群で有意な差が認められないということは、転倒群も患側への重心移動が可能であるにも関わらず転倒しているといえる。疾患によって原因は異なるが、健側偏位の自然立位は転倒と関係しているのではないかと考える。また、最大荷重位と自然立位では、意識的に行うかどうかという状況の違いが挙げられる。アンケート結果より、意識的な荷重は可能であるが、日常生活での「～しながら移動する(dual task)」状態では、患側への重心移動が不十分になり、重心は健側偏位した状態となることが考えられる。また、骨折や手術の侵襲による支持性の低下や麻痺の影響で、患側への重心移動には、より労力が必要と仮定すると、患側への重心移動が不十分な状態での患側立脚相、立脚相の短縮が生じやすく、バランスを崩すと考えられる。このことから、転倒は意識的な患側への荷重率ではなく、自然立位のような無意識下での姿勢が関係すると考えられる。

【終わりに】今回は臨床でも簡便に使用する体重計で算出可能な荷重率が転倒と関係することが示唆された。今後、自然立位の改善も有用な転倒予防の一つとなると思われる。しかし、今回の研究では条件が不十分であったため、条件設定や調査項目を再考し、荷重率と転倒の関係性について検証していきたい。

41 チームアプローチにより、せん妄症状が改善した症例経験

金城理香 立花修平
ちゅうざん病院

キーワード せん妄・抑制帯・病棟スタッフとの協業

【はじめに】

当院では平成18年4月より、リハスタッフの病棟配置制を開始した。これにより、他職種との連携が取りやすくなった。今回、頸椎後縦靭帯骨化症術後にせん妄を発症され、ADLの獲得に支障を来していた症例を担当した。せん妄に対し、病棟スタッフとの協業にてせん妄が改善し、自宅退院が可能となった一症例について報告する。

【症例紹介】

80歳代の女性。診断名は頸椎後縦靭帯骨化症術後廃用症候群（手術日H18.6/28 第3～6頸椎後方除圧術）。既往として糖尿病、高血圧、陳旧性心筋梗塞がある。現病歴はH18年6月18日、急に足がもつれるようになり歩行困難となりMRI 監査にて後縦靭帯骨化症と診断される。6月28日第3～6頸椎後方除圧術施行。術後の経過は良好も昼夜逆転、夜間不穏、夜間大声等のせん妄症状出現する。8月16日継続リハビリ目的にて当院転院となる。（術後50日経過）

【経過及びアプローチ】

入院時術後のせん妄あり、理解は可能も、会話の内容が噛み合わないことも見られていた。（HDS-R:17/30）身体機能面は、発症時下肢に見られた脊髄症状としての運動麻痺はないものの深部感覚障害認め。四肢においては廃用性の筋力低下認め。ADLは、起居動作・座位・立ち上がり（手すり使用）監視、立位保持は介助を要す。歩行は独歩可能も前方への転倒の危険性あり。セルフケアでは、トイレ動作において介助を要する。（FIM74/126）入院時は安全面を考慮し、移動は車椅子介助にて行い日中は詰所前にて介助椅子+Y字帯+4点固定オーバーテーブル使用し活動を抑制することで対応した。3ヵ月経過時せん妄症状の改善は見られず、身体機能に若干の改善見られるも、ADL面の改善はなし。（FIM80/126）3ヵ月以降の対応として、看護や他の病棟リハスタッフと協力し、日中の抑制を廃止し、ベンチで監視下にて過ごされ、

立ち上がり時には全スタッフで声かけを行い、本患が落ち着かれるまで、歩行や自室で過ごすなどの対応を行う。6ヵ月後はせん妄症状改善し、日常会話において会話が成り立つようになった。（HDS-R:27/30）身体機能面は、深部感覚障害残存するも下肢筋力は向上見られている。ADLは、起居動作・座位は自立、立ち上がり・立位保持は把持物なく監視。歩行は独歩監視で可能となる。セルフケアは、トイレ動作が監視となる。（FIM98/126）H19年1月31日自宅退院となる。

【考察】入院時安全面を考慮し、抑制することで対応していたが、精神興奮状態の改善見られず、リハビリトレーニングがADL向上に結び付かない結果となった。本症例において急性期病院での術後の絶対安静のための抑制によりせん妄症状が発症したと考えられる。せん妄とは、一種の意識障害であり、意識もうろうとした状態である。それらに対し、抑制のみで対応したことで、精神興奮状態を誘発し、改善が遅れたものと考え。3ヵ月以降は、病棟スタッフとの協業のもと安全面を確保した上で、本人の活動性を抑制せずに対応した。欲求を満たす対応へ変更したことで、精神興奮状態は落ち着き、せん妄は改善し、ADLの向上に繋がった。その結果、自宅での療養をあきらめていた家族が、最終的には自宅退院を選択され、自宅退院が可能となった。今回の結果が得られたのは、病棟への小訓練室配置・リハスタッフの配置により、リハスタッフによる患者さんの行動の管理が可能となり、他職種との連携がうまくとれたことが大きな要因になったと考える。今後も他職種との連携を取りチームアプローチを実践していく。終わりに、今回の反省として、せん妄の原因追求と対応の遅れにより入院の長期化につながってしまった。今後も、患者さんのADLの改善が困難な要因の追及を身体機能のみに囚われず、多方面から行っていくよう努めていく。

42 姿勢変化による上肢・下肢血圧差の検討

安慶名陽子
南部徳洲会病院

キーワード 血圧・姿勢・循環

【はじめに】

血圧は重力の影響を直接的に受け、変化されるといわれる。一説の「ベルヌーイの定理」は、流体力学の式で、重力が血行動態に及ぼす影響を概算している。本研究は運動療法における血圧変化を検討するために、姿勢および運動による上下肢の血圧変化を計測し、ベルヌーイの式との比較・検証をおこなったので報告する。

【対象者】

健常成人男女 17 人（男性 6 人、女性 11 人、年齢 29.3 ± 6.3 、身長 161.5 ± 7.8 ）

【方法】

条件設定：次の 3 段階の血圧を計測する。背臥位姿勢 立位姿勢 立位での下腿運動後。（

は、安静 3 分間後、は立位にてつま先立ちを交互 1 回/sec リズムで 20 回行う下腿運動を行わせ、3 分後の血圧を測定する）

部位：右上肢血圧を上腕動脈で、右下肢圧を足背動脈で計測する。

使用器具：水銀血圧計、音声ドプラー血流計（タップ音の出現・消失点をそれぞれ収縮期血圧・拡張期血圧として測定）

統計「ベルヌーイの式」の概算値と実測値の比較・検証し重力の影響を考察する。

【結果】

～ 各条件下での血圧平均値を以下に示す。

1. 上肢 BP（収縮期血圧 / 拡張期血圧）

115.4 / 63.3 107.7 / 65.5 109.0 / 63.5

2. 下肢 BP（収縮期血圧 / 拡張期血圧）

122.1 / 73.7 203.1 / 125.9 184.0 / 124.9

(1) 背臥位での下肢収縮期血圧は上肢と比べ 6.5% 増であり、一般的に 10% 以内といわれている範囲内であった。

(2) 上肢血圧は、背臥位から立位になると下降し、立位と運動後の変化には有意差はなかった。

(3) 立位での上肢 - 下肢収縮期血圧は血圧変化が著明で、重力影響を大きく受けていることが推察された。

ベルヌーイの式 $P_1(\text{下肢}) - P_2(\text{上腕}) = \{ 1.05(\text{血圧密度 } g/cm^2) \times \text{心臓高}(cm) \div 1034\text{Torr} \} \times 760\text{torr}$ で概算される値 178.1 ± 52.9 と実測値

203 ± 15.4 では $R=0.69$ と中等度の相関関係がみられた。

(4) 立位と 下腿運動後の下肢収縮期血圧の比較では、運動後に降下する傾向 ($p0.07$) がみられた。

【考察】

背臥位での上下肢はともに心臓と並列高状態にあり、重力因子の影響は小さく下肢血圧は末梢抵抗に準じた上昇範囲であったと考えられる。

上肢血圧は、背臥位から立位への変化で下降し、運動後の変化に優位差はなかった。

立位での上肢 - 下肢血圧差は、ベルヌーイの式によって算出される推定値と実測値が近似し、心臓からの距離に応じ重力の影響が大きくなるという結果が得られた。しかし、立位姿勢でも下腿運動を行うことによって、下肢収縮期血圧は下降する傾向がみられた。骨格筋ポンプ作用により静脈や毛細血管が圧迫を受け、血液が心臓へ戻り戻され、静水圧が減少し収縮期血圧が低下したことが考えられる。

姿勢変化や運動による血圧変動が起こると、自動調節能がすばやく反応し、全身循環および脳血流が一定に保たれるが、脳血管障害の急性期ではそれらが破綻しており、脳血流は血圧に追従しているといわれている。

しかし、安静臥床を過度にすると、全身の起立耐性能の低下を引き起こしてしまい、起立性低血圧を誘発させることは脳循環にとって更なる危険要因となってしまい早期離床が阻害される。

臨床の場面において、適宜血圧管理をしながら、抗重力での筋力運動を進めていく理学療法の展開が重要であると考えられる。

【おわりに】

本研究での運動設定が低負荷であったことと、運動後計測が経時的でなかったことが反省点として挙げられる。また、他に血圧を変動させる諸要因も検討した研究が必要であると思われる。

43 当院で施行した肩関節鏡視下バンカート術後のスポーツ復帰時期の調査

平安座貴子 1) 安里英樹 2) 古堅貞則 1) 平山良樹 1)

1) 与那原中央病院 リハビリテーション科 2) 与那原中央病院 整形外科部長

キーワード 肩関節鏡視下バンカート術後・スポーツ復帰時期・リハビリテーションプロトコール

【目的】

当院で肩関節鏡視下バンカート術後にリハビリを実施した症例のスポーツ復帰時期を調査し検討を行った。

【対象】

2005年6月～2006年12月の間に、肩関節鏡視下バンカート術を施行した16例(スポーツ復帰を望む者)とした。内訳は、全て男性、手術時年齢15歳～36歳(平均手術時年齢20.9歳)、経過観察期間は7カ月～1年10カ月(平均経過観察期間12カ月)であった。

【方法】

当院リハビリプロトコールに沿ってリハビリを行った症例のスポーツ復帰時期、再脱臼の有無、復帰時の肩関節角度(屈曲・外転・下垂位外旋)を調査した。

【術後リハビリプロトコール】

術日：肩関節外転装具(30°外転枕付)
(DONJOY社：ウルトラスリング)

術後翌日：肩関節以外の関節運動開始(肩甲帯肘・手関節)

術後1週：肩関節他動運動開始。

術後2週：30°外転枕除去、肩関節自動介助運動開始。

術後3週：肩関節装具除去、肩関節自動運動開始、コッドマン体操開始。

術後6週：肩関節外旋の他動運動開始。腱板筋力増強訓練開始。

術後2カ月：軽い作業開始。

術後3カ月：就労開始、軽いスポーツ開始。

術後4カ月：スポーツ復帰

術後6カ月：特に制限なし

直接外力が加わるスポーツ復帰

【結果】

全例スポーツ復帰

術後4カ月復帰：9例

野球：6例

ハンドボール：2例

バスケットボール：1例

術後6カ月復帰：7例

野球：2例

空手：1例

ラグビー：2例

レスリング：1例

ロッククライミング：1例

再脱臼例：0例

復帰時の関節角度

| | 屈曲 | 外転 | 外旋 |
|---------|------|------|-----|
| 術後4カ月復帰 | 173° | 176° | 59° |
| 術後6カ月復帰 | 162° | 177° | 65° |

【考察】

当院では、修復部の組織強度とスポーツ競技特性を考慮してスポーツ復帰を許可している。

Goradiaは、羊を用いた膝関節前十字靭帯再腱術後の再腱靭帯の引き抜きテストで、12週までは引き抜きが生じると報告している。このことから当院では、スポーツ復帰を術後4カ月としている。しかし、直接肩関節に外力が加わるスポーツは、修復部への負荷が大きいと推察されるため、術後6カ月の復帰としている。

調査の結果、全例スポーツ復帰した。理由として、復帰時期に運動時の疼痛が無かったこと、スポーツに必要な肩関節可動域を獲得していたことが考えられる。また、再脱臼例はなかった。それは、修復部に加わるメカニカルストレス(機械的な刺激)によって脱臼を起こさない強度に組織が成熟していたと考えられる。

リハビリプロトコールから2カ月遅れで復帰した2例(野球)については、術後4カ月で投球動作時の痛みがあり、ボールを投げられなかった。石橋らは、MR関節造影による鏡視下バンカート修復術後の経時的観察から、術後3～6カ月の間では関節包-関節唇複合体の信号強度に変化があり、この時期は未だ修復部は治癒過程にあると述べている。このことから上記2例は、術後4カ月には、修復部が未だ治癒過程にあったと思われる。

44 病棟リハビリテーション導入前後の比較 ～患者の早期移動能力と業務体制の検討～

山城亜諭早1) 安里英樹2) 大城光1) 古堅貞則1)

1) 与那原中央病院 リハビリテーション科 2) 与那原中央病院 整形外科部長

キーワード 病棟リハビリテーション・早期移動能力・業務体制

【はじめに】

当院では平成19年5月から整形外科病棟が新設され、入院患者の早期機能回復を図る業務体制を構築していく為、病棟リハビリテーションを導入した(病棟リハ)。

【目的】

病棟リハ導入前後の入院患者の早期移動能力と業務体制を比較した。

【対象】

H18年4月～H19年6月の間に、当院で大腿骨頸部骨折の手術(人工骨頭置換術, ネイル・PFN)をうけ、途中内科疾患を併発しなかった14名(男性4名,女性10名)とした。手術時年齢は49～93歳(平均年齢82.8歳)であった。

【方法】

理学療法士(PT)2名を交代制で常時病棟に配置しリハビリを行った。病棟リハ導入前と導入後の2グループに分け、項目1と2について比較した。

病棟リハ導入前(導入前)

- ・H18年4月～H19年4月
- ・7名(男性2名,女性5名)
- ・手術時年齢78歳～93歳(平均年齢85歳)
- ・人工骨頭置換術3名, ネイル・PFN4名

病棟リハ導入後(導入後)

- ・H19年5月～6月
- ・7名(男性2名,女性5名)
- ・手術時年齢49歳～92歳(平均年齢80.7歳)
- ・人工骨頭置換術3名, ネイル・PFN4名

項目1:入院患者の早期移動能力

- 1) 手術日から車いす移乗開始までの日数
- 2) 手術日から平行棒起立開始までの日数
- 3) 手術日から歩行開始までの日数

項目2:業務体制

- 1) 1日の送迎(病棟～リハビリ室)回数・時間
- 2) 患者1名に実施した個別単位数

【結果】

項目1

- 1) 車椅子移乗までの日数
導入前:平均2.2日

導入後:平均1.8日

2) 平行棒内起立開始までの日数

導入前:平均5.4日

導入後:平均3.2日

3) 歩行開始までの日数

導入前:平均6.8日

導入後:平均5.5日

項目2

1) 1日の送迎回数、時間(1名約8分)

導入前:1日5.13回(1日平均9回)

導入後:送迎なし(送迎対象者:平均25名)

2) 患者1名に実施した個別単位数

導入前:平均2.3単位(46分)

導入後:平均2.4単位(48分)

【考察】

導入後、患者1名当たりの個別実施単位数に大きな差はなかったが、患者の移動開始日(項目1)の平均日数は短縮した。導入前、移動動作練習は、病棟から離れたリハビリ室で行われていたため、看護師、看護助手等(病棟スタッフ)は患者の動作能力を把握できなかった。そのため病棟では、安全な車椅子で移動することが多かった。導入後は、病棟で移動練習が行われるようになり、随時病棟スタッフが、患者の動作能力を視覚的に把握できるようになり、患者の能力に合わせた移動が行えるようになった。このことが導入後の患者の移動開始日(項目1)の平均日数を短縮させた要因と考えられる。

業務体制の変化について、導入前は、患者1名の送迎に約8分かかり、病棟の送迎は1日平均25名の患者であったことから、1日約3.3時間の送迎時間がかかっていた。導入後は、PTが病棟に配置されたことで、患者送迎業務が無くなった。このことから病棟リハは、送迎業務に要していた人的労力を削減することができた。

今後は、術直後患者の個別実施単位数を増やすなど、集中的に早期機能回復を促していくことを課題としている。

沖縄県理学療法学会の歩み

沖縄県リハビリテーション研究会

第1回～第13回(1985年～1997年)

特別講演 一般演題

沖縄県理学療法学会

第1回～第3回(1998年～2000年)

特別講演 ワークショップ 一般演題

沖縄県理学療法学会大会

第4回～第9回(2001年～2006年)

特別講演 一般公開講座 シンポジウム
基調講演 一般演題

沖縄県リハビリテーション研究会

| 回 | 日時 | 場所 | 担当 | 講演 | 演題 | 演者名 |
|---|----------------|-----------------|-----------------|--|---|--|
| 1 | 1985年 9月22日 | 沖縄県医療福祉 センター | 琉球大学医学部 附属病院 | 「リハビリテーション に必要な骨と関節の生 理学」 琉球大学医学部助教授 乗松 尋道先生 | 1.脳性小児麻痺の内反尖足に対するギブ ス包帯を試み手術施行までの過程につ いて 2.片麻痺に対する足部固定用安定板 3.膝靭帯損傷後の機能回復訓練プログラ ムの検討 ~ Lenox Hill Derotation Braceにおいて~ 4.CP 児の重心変化と床反力の関係 -スタティックスタンディングー 5.「国立沖縄病院」に於ける作業療法の実 践 6.小集団生活の経験 7.ちゅうざん病院における言語療法につ いて -失語症を中心に- | 沖縄整肢療護園 PT 端慶山 信子 ちゅうざん病院 PT 宅間 豊 琉球大学医学部附属 病院 PT 仲間 理 沖縄整肢療護園 PT 溝田 康司 国立療養所沖縄病院 OT 金城 正治 玉木病院 OT 金城 光政 ちゅうざん病院 ST 安慶名 栄輝 |
| 2 | 1986年 9月28日 | 沖縄整肢療護園 講堂 | 沖縄整肢療護園 | 「リウマチのリハビリ テーション」 沖縄赤十字病院 整形外科 東江 政芳先生 | 1.ぬりえによるグループ評価の試み 2.当部における手の外科作業療法につ いて 3.Ankyloosum Superius Syndrome 舌、口蓋切離術後の言語機能につ いて 4.脳卒中片麻痺患者の心機能につ いて 5.県内における脳卒中片麻痺患者のリハ ビリテーションの現状 ~PT の立場よ り~ 6.老人保健法における機能訓練訪問指導 についてのアンケート調査につ いて 7.沖縄市老人保健事業につ いて | 琉球大学医学部附属 病院 OT 染瀬 誠 琉球大学医学部附属 病院 OT 下地 みさ子 琉球大学医学部附属 病院 ST 前川 睦子 嶺井病院 PT 金城 一二 琉球大学医学部附属 病院 PT 仲間 理 与勝病院 PT 座間味 格 沖縄整肢療護園 中部分院 PT 渡久山 巧 |

沖縄県リハビリテーション研究会

| 回 | 日時 | 場所 | 担当 | 講演 | 演題 | 演者名 |
|---|---------------|---------------------------|-----------------|---|---|---|
| 3 | 1987年 | | 沖縄整肢療護園 中部病院 | | 1.粘膜下口蓋児の治療経験 2.失語症患者の訓練効果と言語機能 3.ダウン小児への感覚統合訓練の応用 4.集団音楽活動を試みて 5.金武町における機能訓練事業の紹介 ~1例を通じて~ 6.片麻痺亜脱臼における一考察 7.当院における Motor Imprsisutenceの 出現率について ~第一報~ 8.重度 CP 児の改良椅子 ~車椅子の座面を改良して~ 9.装具の必要性和問題(1 症例を通して) 10.オリブ山病院老人病棟におけるリハ ビリテーション | 琉球大学医学部附属 病院 口腔外科 ST 前川 隆子 ちゅうざん病院 ST 安慶名 栄輝 沖縄整肢療護園 中部分院 PT 安里 績 ちゅうざん病院 OT 与儀 成子 琉球大学医学部附属 病院 PT 仲間 理 ちゅうざん病院 PT 与那嶺 惺 沖縄赤十字病院 PT 仲間 輝 沖縄整肢療護園 PT 今村 太泉 沖縄整肢療護園 中部分院 PT 溝田 康司 オリブ山病院 PT 大城 繁 |
| 4 | 1988年 9月4日 | 沖縄小児発達 センター 地域交流ホーム | ちゅうざん病院 | 「脳血管障害について」 県立那覇病院 脳神経 外科 大門 勝先生 | 1.新垣病院デイケアの現状と問題 2.集団音楽療法を試みて ~第2報~ 3.痴呆老人のグループ活動 若葉会の現 状報告 4.宜野湾市在宅福祉訓練事業に携わって 5.「那覇地区地域医療懇談会」の試み 6.歩行可能患者の床からの立ち上がり動 作について | 新垣病院 OT 柘田 弓子 ちゅうざん病院 OT 金子 久美子 オリブ山病院 OT 照屋 裕子 中部徳州会病院 PT 我那覇 宗浩 沖縄赤十字病院 PT 松田 孝也 ちゅうざん病院 PT 仲宗根 悦子 |

沖縄県リハビリテーション研究会

| 回 | 日時 | 場所 | 担当 | 講演 | 演題 | 演者名 |
|---|---------------|-------------|----------------|---------------------------------------|--|------------------------------|
| 4 | | | | | 7.片麻痺の呼吸機能 | ハートライフ病院 PT 中山 孝 |
| | | | | | 8.片麻痺患者における長下肢装具の使用例とその効果及び問題点 | 屋宜原病院 PT 神村 朝勲 |
| | | | | | 9.失語症の言語治療 | ちゅうざん病院 ST 田場 尚子 |
| | | | | | 10.脳性麻痺児の立位から座位における骨盤周囲筋の筋緊張の変化 | 沖縄整肢療護園 PT 座間味 成太 |
| | | | | | 11.静的座面傾斜角度の及ぼす重心動揺への影響 | 沖縄小児発達センター PT 宮城 淳 |
| | | | | | 12.特に米国脳性麻痺児の整形外科的治療 | 沖縄小児発達センター PT 溝田 康司 |
| | | | | | 13.重度四肢麻痺患者のリハビリテーションを経験して | 琉球大学医学部附属病院 PT 仲間 理 |
| | | | | | 14.両側横隔膜麻痺を伴う高位頸髄損傷患者の呼吸能力 | 県立中部病院 PT 酒井 洋 |
| | | | | | 15.右手背高度座減、右示指不全切断患者に対する作業療法の一経験 | 琉球大学医学部附属病院 OT 下地みさ子 |
| | | | | | 16.最近 3 年間に当科外来で言語機能について診断、治療、相談を受けた症例 | 琉球大学医学部附属病院 ST 前川 隆子 |
| 5 | 1989年 9月3日 | 沖縄県医療福祉センター | 嶺井病院 嶺井第二病院 | 「医療行為と法」 沖縄国際大学 法学部 三宅 孝之先生 | 1.片麻痺患者に対する上肢機能テストの使用経験 | 嶺井病院 OT 有銘 節子 |
| | | | | | 2.脳血管障害者の上肢機能とSSPの相関 | 南部徳州会病院 PT 玉城 滋 |
| | | | | | 3.右半球損傷者の機能予後 | 沖縄メディカル病院 PT 神谷 之美 |
| | | | | | 4.脳卒中片麻痺患者の退院後の生活調査 | 沖縄赤十字病院 PT 仲間 輝 |
| | | | | | 5.舌小帯強直症患者の講演障害について | 琉球大学医学部附属病院 口腔外科 ST 前川 隆子 |
| | | | | | 6.言語発達遅滞検査法<試案 2>の四肢不自由児への使用経験 | 沖縄小児発達センター ST 安里 りえ |
| | | | | | 7.脳性麻痺児の運動機能と空間知覚 | 沖縄小児発達センター PT 比屋根 直美 |

沖縄県リハビリテーション研究会

| 回 | 日時 | 場所 | 担当 | 講演 | 演題 | 演者名 |
|---|---------------|-------------------|--------|---------------------------------------|--|--|
| 5 | | | | | 8.重度脳性麻痺児に対する改良椅子の研究と課題 9.老人病棟におけるレクリエーションについて ～セラピューティックレクリエーションについて～ 10.東風平町在宅老人の実態と訪問リハビリ指導の経験報告 11.当診療所における活動報告と老人デイケアの現状報告 12.当院における精神科作業療法の現状と課題 13.老人慢性分裂病患者のグループ活動について 14.植物状態患者の医学的 Rehabilitation 15.電子筋肉運動器の使用経験 16.パソコン利用によるコミュニケーション能力の拡大 17.CPM に Hand brace 装着による関節可動域の拡大 | 沖縄整肢療護園 PT 宮城 涼子 オリブ山病院 レクリエーター 具志堅 篤 勝連病院 PT 波平 京美 識名診療所 OT 金城 亮子 オリブ山病院 OT 大城 佳乃子 新垣病院 OT 末松 和美 嶺井病院 PT 金城一二 中部徳州会病院 PT 我那覇 宗浩 国立療養所沖縄病院 OT 松山 みどり 砂田義肢製作所 PO 砂田 宏典 |
| 6 | 1990年 9月8日 | 沖縄祈禱院 (オリブ山病院) | オリブ山病院 | 「地域リハビリテーション」 緑成会病院 溝呂木 忠先生 | 1.集団発表「朝顔の会」について 2.当院リハビリテーション室の現状 3.当院退院後の患者の動向 4.保健医療行為における職種間情報収集の 카테고리別差異について 5.肘の関節可動域改善に対するセラピー 6.胸打撲により高次脳機能障害を呈した1例 7.オリブ園における作業療法の現状 | オリブ山病院 PT 小波津 亨 県立中部病院 PT 与儀 清武 ちゅうざん病院 PT 比嘉 泰一 琉球大学医学部保健 学科大学院生 木村 朗 琉球大学医学部附属 病院 OT 下地 みさ子 那覇市立病院 OT 金城徳明 オリブ園 OT 吉田 侑祐子 |

沖縄県リハビリテーション研究会

| 回 | 日時 | 場所 | 担当 | 講演 | 演題 | 演者名 |
|---|---------------|-------------------------|---------|--|--|---|
| 7 | 1991年 9月7日 | 沖縄県立医療福祉センター 中講堂 | 沖縄赤十字病院 | 「内反足の原因と治療」 北部病院 整形外科 友利 明夫先生 | 1. 外来患者のみの理学療法部門における 開設後治療患者の動向 2. 高齢者における大腿骨頸部骨折の予後 3. 洗足とリハビリテーション ~入浴介 助における理学療法士としての試み~ 4. 浦添市脳血管障害者生活実態調査 5. 乳癌患者の経時的心理評価 6. 精神科の集団衝動時における導入につ いて 7. 当病院における物理療法とくに遠赤外 線療法について 8. Double Auto System KAFO 9. 前十字靭帯損傷患者の筋力について ~CYBEX350 使用経験から~ 10. 糖尿病教育入院における体力テスト の結果 | 石川外科クリニック PT 西平 剛 琉球大学医学部附属 病院 PT 神谷 之美 オリブ山病院 PT 名嘉 淳 琉球大学医学部附属 病院 PT 渡辺 洋介 大道中央病院 PT 与那嶺 司 オリブ山病院 OT 安里 克也 沖縄第一病院 PT 神村 朝勲 ちゅうざん病院 PT 宮里 朝康 琉球大学医学部附属 病院 研修生 向井 亜子 ハートライフ病院 PT 与那城 由美 |
| 8 | 1992年 9月5日 | 北中城村立 中央公民館 視聴覚教室 | 中部徳州会病院 | 「脳の解剖学的局在と 機能」 中部徳州会病院 島袋 洋先生 | 1. 当院リハビリテーション室の現状 ~外来患者について~ 2. 前十字靭帯損傷患者のアンケート調査 3. 沖縄県下における普通小・中学校在籍肢 体不自由児の機能的能力における実態 4. 与那原町リハビリテーション教室参加 者のQOL の変化 5. 施設間連絡票としてのADL分析表 6. 骨症を伴わない頸髄損傷(不全麻痺)の SSEP について 7. 超高齢者の大腿骨頸部骨折のリハビリ テーション | 県立中部病院 PT 与儀 清武 中部徳州会病院 PT 外間 義之 沖縄小児発達センター PT 溝田 康司 ハートライフ病院 PT 与那城 由美 沖縄川'リ'ーション福祉 学院 PT 与那嶺 司 南部徳州会病院 PT 玉城 滋 中頭病院 PT 新垣 善利 |

沖縄県リハビリテーション研究会

| 回 | 日時 | 場所 | 担当 | 講演 | 演題 | 演者名 |
|----|---------------|------------------------------|--------------------|--|---|--|
| 8 | | | | | 8. 仮骨延長法による脚延長術に対する理学療法の経験 9. 膝関節拘縮に対する下肢牽引方法 10. 慢性期左片麻痺患者の転倒による麻痺側橈骨遠位端骨折を起こした一例 | 琉球大学医学部附属病院 PT 神谷 之美 中部徳州会病院 PT 我那覇 宗浩 石川外科クリニック PT 新垣 清人 |
| 9 | 1993年 9月4日 | 那覇市立病院 3階講堂 | 那覇市立病院 | 「糖尿病について」 那覇市立病院 内科 系数 国次先生 | 1. 「脳卒中教室」の試み 2. 地域リハに関するアンケート調査 3. 片麻痺に下腿切断を合併した重複障害例のリハビリテーション 4. 病態失認を伴った片麻痺患者の理学療法 “ 認知機能と身体機能の相互関係 ” | 那覇市立病院 PT 田中 幹雄 南部ブロッグ世話人会 PT 仲間 輝 那覇市立病院 PT 佐和田 茂 沖縄川比リハビリテーション福祉学院 PT 与那嶺 司 |
| 10 | 1994年 9月3日 | 沖縄川比リハビリテーション福祉学院 5階視聴覚教室 | 沖縄川比リハビリテーション連絡協議会 | 「半側無視の評価と治療」 聖マリアンナ医科大学 附属病院 網本 和先生 | 1. 当院における ACL 再建後の PT プログラム 2. 筋力増強について 3. 地域教育としての障害児水泳教室の実践 4. 筋収縮と随意運動 5. 口蓋裂初回術後の言語機能に関する検討 6. 脳卒中片麻痺患者における退院先決定因子の検討 7. 手指の外傷後拘縮に対する治療経験 8. 退院前訪問実施調査 | 浦添総合病院 PT 小嶺 衛 嶺井病院 PT 比嘉 裕 那覇市立心身障害者センター PT 酒井 洋 嶺井病院 PT 下地 浩之 琉球大学医学部附属病院 ST 前川 隆子 ちゅうざん病院 PT 新垣 充江 沖縄川比リハビリテーション福祉学院 OT 奥村 チカ子 ちゅうざん病院 PT 立津 統 |

沖縄県リハビリテーション研究会

| 回 | 日時 | 場所 | 担当 | 講演 | 演題 | 演者名 |
|----|----------------|------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|--|---|
| 11 | 1995年 11月4日 | 沖縄川リハビリテーション 福祉学院 2階教室 | 第11回沖縄川 リハビリテーション研究会 事務局 | 昭和大学藤が丘リハビリ テーション病院 福井 勉先生 | 1.重症頭部外傷の治療経験積極的な治療 により著しい回復がみられた1症例 2.片麻痺の体幹機能について ～座位での体幹の運動学的考察～ 3.片麻痺患者の歩行について力学的平衡 理論からの考察 4.重度感覚障害を伴った失調患者の靴を 脱く動作の改善例 5.腰椎椎間板ヘルニア術後患者の追跡調 査 ～アンケート調査より～ 6.大腿骨骨頭壊死症に対する血管柄付き 腸骨移植術後の理学療法 7.変形性膝関節症の骨アライメントにつ いて膝関節と足部の関係 8.両側TKR施行患者におけるADL実態 調査 9.簡易ジャンプ・スコアの検討 ～スポーツ復帰に対する指標として～ 10.当院におけるACL損傷患者の JUMP TRAINING 開始基準の妥当性 について 11.当院における膝前十字靭帯再建後の 変法PNF(with knee bending)の検討 12.PTCA術後の理学療法 13.重度痴呆デイケアにおける作業療法 士の役割 14.県内における精神科デイケア、ナイト ケア施行状況 15.平和病院におけるOT評価の試み ～評価を用いた患者分類とその取り組み について～ 16.西原町「リハビリ教室」の意識調査 ～利用者スタッフのニーズの相違を中 心に～ 17.脳卒中片麻痺患者の退院前後のADL 変化とその要因 | 大浜第一病院 PT 高良 秀 嶺井病院 PT 下地 浩之 嶺井病院 PT 比嘉 裕 大浜第一病院 OT 新里 順治 豊見城中央病院 PT 宮城 清 琉球大学医学部附属 病院 PT 神谷 之美 豊見城中央病院 PT 下田 靖 豊見城中央病院 PT 玉城 寛子 浦添総合病院 PT 小嶺 衛 浦添総合病院 PT 河野 健次郎 浦添総合病院 PT 仲宗根 健 北部地区医師会病院 PT 比嘉 竜二 オリブ山病院 OT 伊芸 悦子 玉木病院 OT 儀間 智 平和病院 OT 川端 哲弥 浦添海邦病院 PT 新城 睦子 ちゅうざん病院 PT 佐久田 あゆみ |

沖縄県リハビリテーション研究会

| 回 | 日時 | 場所 | 担当 | 講演 | 演題 | 演者名 |
|----|----------------|-------------------|-----------------------------|---------|---|--|
| 11 | | | | | 18.脳性麻痺児にみられる肥満と運動機能に関する研究(第1報) | 沖縄川' リ-ジョン福祉学院 PT 溝田 康司 |
| | | | | | 19.病態失認質問紙の使用について ~病態失認とその関連症状~ | 沖縄川' リ-ジョン福祉学院 PT 与那嶺 司 |
| | | | | | 20.障害をもつ高齢者の身体機能評価について(第1報) | 大道中央病院 PT 金城 一樹 |
| | | | | | 21.先天性高度難聴児における障害の3つの側面について | 琉球大学医学部附属病院 ST 仲村 博美 |
| 12 | 1996年 10月5日 | 沖縄川' リ-ジョン福祉学院 別館 | 第12回沖縄県「脳卒中の川' リ-ジョン」研究会事務局 | 今村 義典先生 | 1.PTCA(上腕動脈侵襲)術後のリハビリテーション 2.当院におけるDM運動療法の取り組み 3.高齢者における Semmes-Weinstein Monofilament Test の正常値の検討 4.デイケア通所者老人の運動機能とADL自立度について 5.人工膝関節全置換術(TKR)における術後関節可動域の推移について 第一報 6.片側置換型人工膝関節施行患者の機能的変化とADL能力について 7.ACL 再建後のジャンプ時パフォーマンスの検討 ~当院におけるジャンプトレーニング開始基準~ 8.膝前十字靭帯再建術後の筋力におけるスポーツ復帰状況 9.腱板機能不全を起こした投球障害肩の理学療法 -キネシオテーピングを併用した一症例 10.発語失行に発声障害を伴った症例 11.長期臨床実習評価表の一考察 | 北部地区医師会病院 PT 船越 昌代 豊見城中央病院 PT 宮城 清 大濱第一病院 OT 久貝 明人 沖縄川' リ-ジョン福祉学院 PT 山元 総勝 豊見城中央病院 PT 玉城 覚子 豊見城中央病院 PT 神谷 喜一 浦添総合病院 PT 河野 健次郎 浦添総合病院 PT 仲宗根 健 宜野湾整形外科医院 PT 下田 靖 ちゅうざん病院 ST 砂川 記子 沖縄川' リ-ジョン福祉学院 PT 立津 統 |

沖縄県リハビリテーション研究会

| 回 | 日時 | 場所 | 担当 | 講演 | 演題 | 演者名 |
|----|--------------|------------------|------------------------|---------------------------------------|--|--|
| 12 | | | | | 12.理学療法学科学生の実習不安の研究 13.精神保健福祉センターにおける精神科デイケアの初期中断例についての考察 14.新人OTRの3ヶ月の関わり屋内活動を担当して 15.当院における精神科デイケア・ナイトケアの現状報告 16.慢性関節リウマチ患者に対する人工膝関節全置換術(TER)後のQOLについて 17.立ち上がり動作の頸部固定が身体運動及び運動強度に及ぼす影響 18.片麻痺患者の片脚立位と歩行能力について 19.体幹機能から見た反張膝 20.退院前訪問実施報告 21.手関節背屈運動における左右差について 22.下肢の機能的役割の分化について 23.動作観察における観察点について 24.脛骨捻転による足位の違いと歩幅の関係について | 沖縄川比'リ-ソソ福祉学院 与那嶺 司 沖縄県立総合精神保健福祉センター OT 大城 佳乃子 平和病院 OT 崎原 幸枝 玉木病院 OT 比嘉 一二 豊見城中央病院 OT 比嘉 美枝子 嶺井病院 PT 新里 政 嶺井第二病院 PT 比嘉 勝 嶺井病院 PT 下地 浩之 ちゅうざん病院 PT 東江 ゆきの 沖縄川比'リ-ソソ福祉学院 OT 奥村 チカ子 大浜第一病院 PT 座波 信司 大道中央病院 PT 金城 一樹 与那原中央病院 PT 古堅 貞則 |
| 13 | 1997年 10月 | 沖縄川比'リ-ソソ福祉学院 別館 | 第13回沖縄県リハビリテーション研究会事務局 | 「チーム医療」～病院を中心に～ 北中城若松病院 渡辺 洋介先生 | 1.MRS における小児訪問セラピーの紹介 2.重度心身障害児(者)へのモールド式座位保持装置の試み 3.食事動作に必要な上肢機能について SQ・SD 児のMAT とFIM(食事)の関係 | 沖縄小児発達センター PT 金城 幸枝 名護療育園 PT 我如古 修 沖縄小児発達センター 新里 真由美 |

沖縄県リハビリテーション研究会

| 回 | 日時 | 場所 | 担当 | 講演 | 演題 | 演者名 |
|----|----|----|----|----|--|-------------------------------|
| 13 | | | | 講演 | 4.リハビリテーションにおけるマルチメディアソフトの活用について | 沖縄川尻リハビリテーション福祉学院 PT 溝田 康司 |
| | | | | | 5.長期臨床実習評価表の調査分析 | 沖縄川尻リハビリテーション福祉学院 PT 立津 統 |
| | | | | | 6.在沖米海軍病院における物理療法実習の試み | 沖縄川尻リハビリテーション福祉学院 PT 与那嶺 司 |
| | | | | | 7.当院における年齢別脳血管障害患者の転機 | 沖縄協同病院 PT 外間 明海 |
| | | | | | 8.右片麻痺を伴った前腕切断患者に対する義手操作訓練の経験 | 大浜第一病院 OT 浜松 美希 |
| | | | | | 9.回復期に重度抑うつ症状を呈した1片麻痺例 | 沖縄協同病院 PT 比嘉 利江子 |
| | | | | | 10.脳血流と運動機能について ～TIA 脳血流と運動機能～ | 大浜第一病院 PT 平良 進 |
| | | | | | 11.失語症の回復 | 大浜第一病院 PT 岸本 むつみ |
| | | | | | 12.人工膝関節全置換術(TKR)の推移について ～第2報～ | 豊見城中央病院 PT 石川 誠 |
| | | | | | 13.両側TKR後の階段昇降能力における術前膝機能との関係について | 豊見城中央病院 小波津 亨 |
| | | | | | 14.大腿骨頸部骨折術後の歩行能力と入院期間 ～合併症による影響～ | 沖縄協同病院 PT 賀数 裕規 |
| | | | | | 15.大腿骨遠位部骨折悪性骨肉種に対する膝関節温存術後の理学療法の経験 | 琉球大学医学部附属病院 PT 大城 直人 |
| | | | | | 16.重度障害手における作業療法 - 症例報告 ～useful handの獲得～ | 豊見城中央病院 OT 金城 知子 |
| | | | | | 17.仙腸関節機能異常に対するマニピュレーションの効果 | アドベンスケア いかせみ PT 宮城 嗣高 |
| | | | | | 18.術後長期臥床による骨密度変化 | 北部地区医師会病院 PT 與座 嘉康 |
| | | | | | 19.対麻痺患者のための新しい歩行用装置 | ちゅうざん病院 PT 松本 千賀子 |
| | | | | | 20.当院における外来リハビリテーションの現状 | ちゅうざん病院 PT 佐久田 あゆみ |

沖縄県リハビリテーション研究会

| 回 | 日時 | 場所 | 担当 | 講演 | 演題 | 演者名 |
|----|----|----|----|----|--|--------------------------|
| 13 | | | | | 21.片麻痺患者の歩行能力と骨量に関する調査 | 大道中央病院 PT 金城 一樹 |
| | | | | | 22.意欲・主体性を意識したデイケアでの取り組み | オリブ山病院 OT 伊芸 悦子 |
| | | | | | 23.欧州における地域ケアとリハビリテーション - 移動セミナーに参加して - | 大道中央病院 PT 西平 邦彦 |
| | | | | | 24.社会復帰病棟における OT 活動「ウチナーサークル」についての考察 | 玉木病院 OT 牧志 寿香子 |
| | | | | | 25.生活リハビリテーションを目指した ADL チェック表の作成 | 識名清風苑 PT 西平 貴子 |
| | | | | | 26.当指導所における入浴訓練の実際 | 県立身体障害者更正指導所 OT 比嘉 靖 |
| | | | | | 27.沖縄県下のリハビリテーション施設における入浴訓練の現状 | 県立身体障害者更正指導所 PT 與儀 清武 |
| | | | | | 28.人工股関節再置換術後の理学療法 | 琉球大学医学部附属病院 PT 神谷 之美 |
| | | | | | 29.片麻痺患者の足関節から見た反張膝 | 県立八重山病院 下地 浩之 |
| | | | | | 30.3次元動作解析装置を用いた動作分析方法 - 3SPACE-WIN を用いて - | 琉球大学医学部附属病院 神谷 之美 |

沖縄県理学療法学会

| 回 | 日時 | 場所 | 担当 | 講演 | 演題 | 演者名 |
|---|-----------------|----------------------|-------------------|--|---|---|
| 1 | 1998年 10月24日 | 沖縄川'リ-ソ'ン 福祉学院 別館 | 沖縄県理学療法 士会 研修部 | 「医者が理学療法士に 期待すること、不満に 思うこと。 理学療法士が医者に 期待すること、不満に 思うこと」 大浜第一病院 脳神経外科 堀川 恭偉先生 ハートライフ病院 岡本 慎哉先生 | 1.パーキンソン病患者に対する補高装着 位置が歩行に及ぼす影響 ~1症例を通 して~ 2.慢性期片麻痺患者に対する足底挿板 (Dynasole PC)の試み 3.体重計を用いた簡易型重心位置測定装 置の信頼性 ~重心動揺計との比較~ 4.障害受容に困難を要した1片麻痺例 5.治療展開の検討 ~運動失調を伴う右 片麻痺患者の治療を通して~ 6.痙直型脳性麻痺児に対する Anterior Floor Reaction Brace の経験 7.エコグラムに見る理想の実習生像 8.「長期臨床実習評価表の一考察」 ~第2報~ 9.早期家屋調査の試みについて 10.那覇市における住宅改造のとらぐみ 11.クリティカルパス導入の試み 12.老人保健施設が通過施設であるため に -リハビリテーション部門の役割- 13.合築施設における老人保健施設の役 割について 14.投球動作について一考察 15.肩関節可動障害に対する理学療法の 効果 16.胸椎圧迫骨折に Brown-Sequard 症 候群様症状を呈した1症例 17.動作観察における観察点について (第二報) | 大浜第一病院 安室 真紀 大浜第一病院 真栄平 牧子 大浜第一病院 玉城 久美 与那原中央病院 神村 寛子 大浜第一病院 高良 秀 沖縄川'リ-ソ'ン福祉 学院 溝田 康司 沖縄川'リ-ソ'ン福祉 学院 与那嶺 司 沖縄川'リ-ソ'ン福祉 学院 立津 統 ちゅうざん病院 小橋川 敦 那覇市療育センター 酒井 洋 大浜第一病院 池宮 克彦 アルカディア 古謝 早苗 はまゆう 座波 信司 宜野湾整形外科医院 喜友名 朝夫 沖縄川'リ-ソ'ン福祉 学院 山元 総勝 浦添総合病院 森山 いづみ 大道中央病院 金城 一樹 |

沖縄県理学療法学会

| 回 | 日時 | 場所 | 担当 | 講演 | 演題 | 演者名 |
|---|-----------------|-------------------|---------------|---|--|---|
| 1 | | | | | 18.患側股関節内旋が歩行に及ぼす影響 19.変形性膝関節症を呈する老人の筋力訓練の効果と筋力増加に伴う効果についての検討 ~4 症例を通して~ 20.変形性膝関節症の術前後の動作の変化 ~人工膝関節置換術を施行した症例を通して~ 21.膝伸展不全がスポーツ活動(特に構えの姿勢)に及ぼす影響について ~スクワット動作における検討~ 22.身体重心の変化がもたらす膝機能への影響 - 下肢筋(大腿四頭筋・ハムスト)の関係 23.顆間隆起骨折の理学療法プロトコルの検討 ~大浜第一病院における治療成績から~ 24.変形性膝関節症への動作訓練施行例 | 県立八重山病院 下地 浩之 沖縄川尻リハビリテーション病院 安慶名 美樹 大浜第一病院 大城 三智子 浦添総合病院 久場 美鈴 宜野湾整形外科医院 下田 靖 大浜第一病院 宮平 宗勝 大浜第一病院 運天 督 |
| 2 | 1999年 10月10日 | 沖縄川尻リハビリテーション福祉学院 | 沖縄県理学療法士会 研修部 | 「これからの医療提供体制と理学療法」 アルカディア 神谷 之美先生 | 1.健康づくり教室の効果 2.デイケアにおけるリハビリテーションの効果 3.訪問リハビリテーションの現状と今後の課題 4.老人保健施設入所後の骨塩量増減に影響を与える因子についての一考察 5.チーム医療と理学療法士の役割 6.スポーツリハビリテーション訪問活動の展開 7.国体選手の膝・体幹筋力と垂直飛びについて - バレー選手とバスケット選手の比較 8.人工関節全置換術後の関節可動域推移 9.両TKR後に機能回復の遅れた一症例 | かりゆし病院 松川 英一 ちゅうざん病院 久保田 静 ちゅうざん病院 新垣 盛宏 大浜第二病院 宮平 宗勝 ちゅうざん病院 千知岩 伸匡 伊佐整形外科医院 大城 一男 浦添総合病院 兼島 信也 豊見城中央病院 神谷 喜一 豊見城中央病院 本多 史明 |

沖縄県理学療法学会

| 回 | 日時 | 場所 | 担当 | ワークショップ | 演 題 | 演 者 名 |
|---|----------------|----------------------|---------------|--|--|---|
| 2 | | | | | 10.術後無気肺を呈し理学療法により改善を認めた一症例 11.肺容量減量術(LVRS)前後の呼吸理学療法経験 12.小児喘息に対するリハビリテーション 13.当院における冠動脈バイパス術後のリハビリテーション - 1週間プログラムの紹介と阻害因子の検討 14.慢性成人片麻痺患者の歩行について ~生活の中で得られた歩行を改善できるか~ 15.脳卒中片麻痺患者における基本姿勢・動作の難易度に関する一考察 16.自発性が低下した症例について 17.左被殻出血による右片麻痺症例に対する「非視覚性運動イメージ」を意識した理学療法の経験 18.車椅子の連合性について 19.前十字靭帯再建術後の膝関節筋力評価 20.痙性に対する低出力レーザーの効果 21.低出力レーザー治療により疼痛除去、ADL拡大が図られた一症例 22.当院における退院前訪問指導の問題点と今後の方針について | 浦添総合病院 小嶺 衛 浦添総合病院 青野 健治 浦添総合病院 比嘉 優子 浦添総合病院 上原 恵信 大浜第一病院 安里 和也 大浜第一病院 末吉 恒一郎 大浜第一病院 石川 みどり 大浜第一病院 糸数 勝徳 大浜第二病院 安田 孝志 大浜第一病院 松尾 高行 ちゅうざん病院 小橋川 敦 ちゅうざん病院 濱元 朝優 大浜第二病院 安室 真紀 |
| 3 | 2000年 11月4日 | 沖縄川平リハビリテーション福祉学院 別館 | 沖縄県理学療法士会 研修部 | A K Ajtmobilization 手技の応用を考える コザ整形外科 新垣 清人先生 頸椎に対する力学的運動による診断と治療 海邦病院 新垣 均先生 動きを考える 伊佐整形外科医院 比嘉 裕先生 | 1. C-WALK IC-40 の使用経験 ~両下肢切断症例を通して~ 2. 下肢切断者に実施した感覚検査 ~幻視感覚との関連性について~ 3. 脳血管障害患者に診られる感覚障害について ~幻視関連調査を通して~ 4. 健常人における足部からの膝関節コントロールについての検討 | 与那原中央病院 大工廻 朝樹 沖縄川平リハビリテーション福祉学院 立津 統 沖縄川平リハビリテーション福祉学院 溝田 康司 大浜第一病院 泉水 朝貴 |

沖縄県理学療法学会

| 回 | 日時 | 場所 | 担当 | ワークショップ | 演 題 | 演 者 名 |
|---|----|----|----|-----------------------------------|--|---------------------------|
| | | | | テーピング(動作機能を考えた装具療法の1つとしてのテーピング) | 5.前十字靭帯(ACL)再建術後患者の歩行と膝可動域の関係について | 浦添総合病院 玉城 裕紀恵 |
| | | | | スポーツ推進委員会 いらはクリニック 伊良波 知子先生 | 6.スポーツ腰痛に対しAKAとPNFの組み合わせによる治療を施行した一症例 | 北山病院 勝浪 省三 |
| | | | | 呼吸理学療法 浦添総合病院 青野 健治先生 | 7.退院前訪問実施調査をもとにした在宅復帰における退院時ADLレベルの検討 | 大浜第二病院 新垣 栄子 |
| | | | | | 8.当院における退院前訪問指導の課題 ～在宅改修追跡調査からの検討～ | 小禄病院 志慶真 元一郎 |
| | | | | | 9.脳卒中片麻痺患者における自立歩行レベルに影響する定量的因子の模索 | 大浜第二病院 石川 みどり |
| | | | | | 10.脳卒中片麻痺患者における回復期間と基本動作の改善傾向 ～調査第一報～ | 大浜第二病院 上地 里亜 |
| | | | | | 11.精神運動発達遅滞児の一症例の関わりを通して | 沖縄川尻リハビリテーション病院 比嘉 るい子 |
| | | | | | 12.テーピングが歩行に与える影響 ～Scion Image を用いた二次元計測による歩行解析の試み～ | 大浜第一病院 川端 哲弥 |
| | | | | | 13.姿勢変化が肩甲骨に及ぼす影響 | 伊佐整形外科医院 比嘉 裕 |
| | | | | | 14.理学療法におけるテーピング ～レ線と筋電図による検討～ | 潮平病院 下田 靖 |
| | | | | | 15.地域リハビリテーション支援体制整備実態調査報告 | 沖縄県理学療法士会 渉外部 与那嶺 司 |
| | | | | | 16.運動がもたらした脊柱変形の改善について ～腰痛症を引き起こす機能的側彎症への運動療法～ | いらはクリニック 伊良波 知子 |
| | | | | | 17.当院の小児中枢疾患に対するアプローチの紹介 ～術後の理学療法を中心とした入院システム～ | 沖縄川尻リハビリテーション病院 荒木 伸 |
| | | | | | 18.当院の小児中枢疾患に対するアプローチの紹介 ～コミュニケーションに対するペアセラピー～ | 沖縄川尻リハビリテーション病院 屋宜 久美子 |
| | | | | | 19.脊髄梗塞後遺症患者の治療経験 ～疼痛が姿勢制御に悪影響を与えた一症例～ | 小禄病院 高良 秀 |
| | | | | | 20.強い下肢屈筋痙性を有する左片麻痺患者の治療経験 ～長下肢装具歩行を中心に～ | 沖縄協同病院 佐久田 和穂 |

沖縄県理学療法学会・沖縄県理学療法学会大会

| 回 | 日時 | 場所 | 担当 | 講演 | 演題 | 演者名 |
|---|----------------|----------------------------|-------------------------|---|---|--|
| 4 | 2001年 10月7日 | 沖縄県国民年金 福祉協会 サンセット美浜 | 沖縄県理学療法 士会 学術局学会部 | 「臨床動作分析の展望」 理学療法士にとって 必要な動作分析とは— 植松 光俊先生 | 21. 理学療法学科学生の学年別感情評価 ～ Profile of Mood States を使用して～ 1. 片麻痺患者に対する草履を利用した歩 行訓練 2. 「横断歩道が間に合わない」を主訴とす る外来患者に対するアプローチ - 脳卒中片麻痺患者を通して— 3. 環境適応障害患者の座位保持に対する 一考察 4. 歩行改善に難渋した右片麻痺患者のア プローチについて 5. 脳卒中片麻痺患者の情動意欲に関する 一考察 6. 裸足歩行とヒール歩行の比較 7. 精神疲労と筋力(握力)の相関 8. 脳梗塞後遺症患者の車椅子作成の検討 9. 脳卒中片麻痺患者における深部感覚障 害と歩行周期における麻痺側下肢支持時 間との関係 10. 脳卒中片麻痺者の head up 獲得を目 指して 11. 脳卒中患者のトイレ動作における自 立の検討 ～自立度の阻害因子の解決策～ 12. 意志発動性の低下が見られた左片麻 痺患者のQOLについて 13. ストレッチングのジャンプ力へ及ぼ す影響 14. 腰痛と腰椎前彎の関係 15. 変形性膝関節症の偏平足と健常足の 比較 | 沖縄川俣リハビリ福祉 学院 立津 統 大浜第二病院 末吉 恒一郎 沖縄協同病院 町田 美智子 ちゅうざん病院 桑江 七保子 ちゅうざん病院 木村 佳代 ちゅうざん病院 玉城 沙百合 沖縄川俣リハビリ福祉 学院(学生) 金子育代 照屋敦彦 沖縄川俣リハビリ福祉 学院(学生) 伊藤高一郎 大浜第二病院 上地 里亜 ちゅうざん病院 立花 修平 名嘉病院 池原 千里 名嘉病院 普天間 順一 ちゅうざん病院 九鬼 智子 沖縄川俣リハビリ福祉 学院(学生) 外間宗和 沖縄川俣リハビリ福祉 学院(学生) 菅野正光 大浜第一病院 平良 進 |

沖縄県理学療法学会大会

| 回 | 日時 | 場所 | 担当 | 講演 | 演題 | 演者名 |
|---|----|----|----|----|--|--|
| 4 | | | | | 16.片麻痺患者に合併した大腿骨頸部骨折後の歩行再獲得因子について | 大浜第二病院 黒田 由香利 |
| | | | | | 17.腰痛疾患における寝返り動作 健常群との比較からー | 北部地区医師会病院 国吉 武志 |
| | | | | | 18.日常継続トレーニングがスポーツ姿勢に与える影響について | いらはクリニック 伊良波 知子 |
| | | | | | 19.深い屈曲目標としたTKA ～TKALPS-flexの短期成績～ | 豊見城中央病院 金城 和弥 |
| | | | | | 20.腹筋運動による体幹筋力・柔軟性への影響 | 沖縄川比 庁-シヨソ福祉 学院(学生) 大浜将 |
| | | | | | 21.実習生と就職先との関係 | 沖縄川比 庁-シヨソ福祉 学院(学生) 新垣沙弥花 |
| | | | | | 22.在宅障害者のADL変化に伴う意欲 的要因、介護的要因との関連性について | ちゅうざん病院 金澤 寿久 |
| | | | | | 23.当院における回復期リハ病棟の現状 と課題 | ちゅうざん病院 仲栄真 勝 |
| | | | | | 24.リスクマネージャーとしてのPTの役割 ～転倒・転落事故について～ | 北山病院 金城 一二 |
| | | | | | 25.当院 9 人制バレーボール選手にお けるケガに関する調査 ～アンケート調査 より～ | 中部徳州会病院 島袋 徹二 |
| | | | | | 26.日常業務の再考 ～応用行動分析学的知見より～ | 沖縄メディカル病院 上原 一志 |
| | | | | | 27.動態視力と瞬発力、敏捷性の関係 | 沖縄川比 庁-シヨソ福祉 学院(学生) 眞川美菜子 |
| | | | | | 28.求人数と施設数にみる理学療法士の 現状 ～島尻郡の調査～ | 沖縄川比 庁-シヨソ福祉 学院(学生) 金城健太郎 佐相康弘 喜名英世 |
| | | | | | 29.姿勢変化が肩甲骨に及ぼす影響 2 - 右肩に障害をもつ 1 症例を通してー | 大浜第一病院 比嘉 裕 |
| | | | | | 30.平地歩行とレッドミル歩行との違いにつ いて - 矢状面からの観察についてー | 大浜第一病院 泉水 朝貴 |
| | | | | | 31.ACL 損傷者の歩行について - 股関節・足関節との関連性 | 大浜第一病院 平良 眞也 |

沖縄県理学療法学会大会

| 回 | 日時 | 場所 | 担当 | 講演 | 演題 | 演者名 |
|---|----|----|----|----|--|--|
| 4 | | | | | 32.体幹筋が脊柱に及ぼす影響 - 腰痛症と深部筋の関連性について - | 中頭病院 譜久村 令子 |
| | | | | | 33.座位リーチ ADL との関係 | 大浜第二病院 城間 哲也 |
| | | | | | 34.重錘が閉眼足踏みに及ぼす影響 | 沖縄川北リハビリテーション福祉 学院(学生) 上門優 宮城盛史 |
| | | | | | 35.肩こりと姿勢の関係 | 沖縄川北リハビリテーション福祉 学院(学生) 新城直美 |
| | | | | | 36.腹筋運動・背筋運動と歩行の関連性について 1 - 腹筋運動が歩行に与える影響について - | 大浜第一病院 安里 和也 |
| | | | | | 37. 腹筋運動・背筋運動と歩行の関連性について 2 - 背筋運動が歩行に与える影響について - | 大浜第一病院 松浦 淳子 |
| | | | | | 38.起立動作について - 慢性期片麻痺患者の起立動作の治療検討 | 大浜第一病院 高良 秀 |
| | | | | | 39.年齢別に見た身体機能特性 - 当クリニックにおけるメディカルチェックの結果から - | ロクト整形外科クリニック 徳元 将玲 |
| | | | | | 40.重心点の位置変化が立位姿勢に及ぼす影響 - 簡単なデジタル画像を用いた立位姿勢解析 | 中頭病院 松原 誠仁 |
| | | | | | 41.スポーツが与える心理面への影響 | 沖縄川北リハビリテーション福祉 学院(学生) 喜瀬吉野 |
| | | | | | 42.温熱によるストレッチング効果 | 沖縄川北リハビリテーション福祉 学院(学生) 岸本絵里 正岡博史 島田将尚 |
| | | | | | 43.プッシャー症候群・半側空間無視を合併し、不穏状態を呈した左片麻痺症例 ~ 多動児に用いられる臨床動作法を適応して ~ | いずみ苑 与那嶺 司 |
| | | | | | 44.慢性炎症性脱髄性多発ニューロパチーにおける足底感覚異常と平行機能に着目して | ちゅうざん病院 玉盛 令子 |
| | | | | | 45.既往に Systemic Lupus Erythematosus を持つ多発性脳梗塞の理学療法を経験して | ちゅうざん病院 渡久山 竜彦 |

沖縄県理学療法学会大会

| 回 | 日時 | 場所 | 担当 | 講演 | 演題 | 演者名 |
|---|----|----|----|----|---|-----------------------------------|
| 4 | | | | | 46.アフォーダンス効果を治療に利用した症例の報告 | 勝山病院 島袋 照雄 |
| | | | | | 47.びまん性汎細気管支炎で HMV を導入した症例を通して | 名嘉村クリニック 比嘉 優子 |
| | | | | | 48.側方への動的座位ならびに立位バランス要因 | 沖縄川比' リー・ジョン福祉学院(学生) 山川夏紀 星野一成 |
| | | | | | 49.便秘と運動量の関係 | 沖縄川比' リー・ジョン福祉学院(学生) 安里のぞみ |
| | | | | | 50.前頭葉障害を呈した症例の治療を通して - 歩行時のペースメーカーとしてのリズム刺激 | 大浜第二病院 大城 美智子 |
| | | | | | 51.失調患者の安定した座位を目指して | 沖縄協同病院 系数 勝徳 |
| | | | | | 52.HTLV- associated myelopathy (HAM)により痙性対麻痺が主症状となった症例 ~痙性緩和に伴い、歩行改善した症例~ | ちゅうざん病院 末吉 美紀 |
| | | | | | 53.転倒後、恐怖心により歩行困難を呈した右片麻痺患者について ~心理士との協業的アプローチ~ | ちゅうざん病院 喜舎場 豊 |
| | | | | | 54.高炭酸ガス血症を呈した筋緊張性ジストロフィーの症例について ~呼吸理学療法を行った一症例を経験して~ | 豊見城中央病院 友利 理沙 |
| | | | | | 55.アイシングによる筋力トレーニングの効果 | 沖縄川比' リー・ジョン福祉学院(学生) 仲間栄二 |
| | | | | | 56.スポーツの種目特性からみた傷害部位の比較 | 沖縄川比' リー・ジョン福祉学院(学生) 仲田多津子 |
| | | | | | 57.足関節装具が腰椎に及ぼす影響 - アンクルガード装着時の歩行解析 | 大浜第一病院 川端 哲弥 |
| | | | | | 58.Dream PAFO の使用経験 ~脳卒中片麻痺患者の歩容から~ | 沖縄川比' リー・ジョン福祉学院 立津 統 |
| | | | | | 59.幻視・幻視痛の有無と義肢の適合における関連性 - 義足に関する調査 | 海邦病院 西里 健太 |
| | | | | | 60.有床義歯装着の有無と運動能力との関係 | ちゅうざん病院 宮本 明子 |

沖縄県理学療法学会大会

| 回 | 日時 | 場所 | 担当 | 講演 | 演題 | 演者名 |
|---|-----------------|----------------------------|----------------------|---|---|---|
| 4 | | | | | 61.握力と上下肢筋力との関係 62.障害者に対する県内の実状 ホテル・観光地・レストランの取り組み 63.ジャンプ力とダッシュ力との関係 64.寝たきり患者における理学療法士の 関わり - 病棟側とのチームアプローチ 65.脳卒中右片麻痺患者の機能予後不良 因子における一考察 66.人工膝関節全置換術後におけるクラ イオセラピーの意義 67.当院における人工膝関節全置換術対 象のクリニカルパスについて 68.人工膝関節全置換術後の短期成績に ついて - 術後3週目と術後一年目との比較 69.体幹可動性と肺活量の関係について | 沖縄川北リハビリ福祉 学院(学生) 松下美奈子 沖縄川北リハビリ福祉 学院(学生) 西浜かすり 前野聖子 川根浩二郎 沖縄川北リハビリ福祉 学院(学生) 親川綱喜 大浜第二病院 安室 真紀 沖縄協同病院 佐久田 和穂 豊見城中央病院 大城 亮子 豊見城中央病院 井上 綾子 豊見城中央病院 金城 毅 沖縄川北リハビリ福祉 学院(学生) 呉屋徹 |
| 5 | 2002年 10月20日 | 沖縄県国民年金 福祉協会 サンセット美浜 | 沖縄県理学療法 士会 学会部 | 「見なおしてみませんか ケアの常識」 ~思い込みからの脱却~ 兵庫県但馬県民局但馬 長寿の郷 企画調整部地域ケア課 主査 備酒 伸彦先生 | 1.右片麻痺患者の歩容改善へのアプロー チ ~体幹・骨盤中心に~ 2.脳卒中片麻痺患者の歩行獲得へのアプ ローチ 3.慢性期脳血管障害者に対する ADL 向 上への取り組み 4.アテローム血栓性脳梗塞により重度片 麻痺を呈した患者の歩行獲得に向けて = 病棟内歩行練習を通して = 5.横断歩行速度に関する調査 ~CVA に対する実用性の検討~ 6.EMS 健康器具における筋力増強の効果 | 大浜第二病院 玉城 奈名恵 同仁病院 宮平 隆司 ちゅうざん病院 下地 尚人 ちゅうざん病院 仲盛 真史 沖縄川北リハビリ福祉 学院(学生) 坂井孝行 松下美奈子 沖縄川北リハビリ福祉 学院(学生) 富澤匡子 平地理美 山田宗雄 |

沖縄県理学療法学会大会

| 回 | 日時 | 場所 | 担当 | 講演 | 演題 | 演者名 |
|---|----|----|----|----|---|----------------------------------|
| 5 | | | | | 7.予後予測・ゴール設定に難渋した右片麻痺患者を担当して | ちゅうざん病院 當山 まり |
| | | | | | 8.自発性が低下した脳卒中片麻痺患者に対する座位保持のアプローチについて ～一症例を通して～ | ちゅうざん病院 上原 夢 |
| | | | | | 9.Brace off を希望する患者の自主練習の検討 | 大浜第一病院 高良 秀 |
| | | | | | 10.姿勢矯正を目的に Tilt table を使用した症例 - 正中位獲得を目指して- | 中頭病院 前里 幸彦 |
| | | | | | 11.高次脳機能障害を呈する脳卒中片麻痺患者の起居動作・移乗動作獲得へのアプローチについて | ちゅうざん病院 小波津 愛 |
| | | | | | 12.筋力トレーニングが足圧中心軌跡長に及ぼす影響 | 沖縄川比 庁-ジョン福祉学院(学生) 宇地原藍 照屋聡 |
| | | | | | 13.県内介護老人保健施設におけるリハビリ業務 - 特に書類業務に関する検討 | いずみ苑 与那嶺 司 |
| | | | | | 14.在宅サービスへの理学療法士の関わりについて | ちゅうざん病院 末吉 美紀 |
| | | | | | 15.長期療養目的から在宅へ | 沖縄メディカル病院 比嘉 徳俊 |
| | | | | | 16.老人保健施設における積極的集団体操 『転ばん隊体操』の効果 | アルカディア 橋口 広明 |
| | | | | | 17.中頭病院通所リハビリテーションにおける簡単な健康調査の取り組み ーライフスタイルが健康に及ぼす影響 | 中頭病院 山城 由美子 |
| | | | | | 18.沖縄本島におけるリフト付きバスの現状 | 沖縄川比 庁-ジョン福祉学院(学生) 河野友希 玉城すみれ |
| | | | | | 19.沖縄県本当中南部のバリアフリーの現状 | 沖縄川比 庁-ジョン福祉学院(学生) 玉城真文 照屋秀尚 |
| | | | | | 20.病棟 ADL 指導に対する患者、他職種(病棟スタッフ)の意識について | 沖縄川比 庁-ジョンセンター病院 川畑 真紀 |
| | | | | | 21.「できる ADL」と「している ADL」 | 沖縄メディカル病院 砂川 尚也 |
| | | | | | 22.病棟 ADL 指導に対するセラピストの意識と現状 | 沖縄川比 庁-ジョンセンター病院 熱田 加那子 |

沖縄県理学療法学会大会

| 回 | 日時 | 場所 | 担当 | 講演 | 演題 | 演者名 |
|-------------------|----------------------------------|----|----|----|--|---|
| 5 | | | | | 23.退院前訪問指導実施後の自宅退院患者のADL状況について | ちゅうざん病院 玉盛 令子 |
| | | | | | 24.起き上がり動作における体幹の可動性について | 大浜第一病院 松浦 淳子 |
| | | | | | 25.前腕回外運動による上腕二頭筋筋力強化 | 沖縄川比 ｸﾘｰｼﾞﾝ福祉学院(学生) 大城竜二 棚原誠 |
| | | | | | 26.ローラー式歩行介助器具の開発 | 名嘉病院 普天間 順一 |
| | | | | | 27.右片麻痺の症例における装具歩行と裸足歩行の比較・検討 | 大浜第二病院 翁長 均 |
| | | | | | 28.簡単なデジタル画像を用いた姿勢解析 ~有限要素法を用いた立位姿勢解析~ | 中頭病院 松原 誠仁 |
| | | | | | 29.ビデオ解析ソフト NIHimage の角度誤差検討 | 大浜第一病院 平良 進 |
| | | | | | 30.タイヤの空気圧変化が車椅子駆動へ及ぼす影響 | 沖縄川比 ｸﾘｰｼﾞﾝ福祉学院(学生) 喜村純 新城かな子 砂川元 |
| | | | | | 31.歩行効率からみた装具選択の指標 ~裸足・SHB・Dream PAFOの比較から~ | 沖縄川比 ｸﾘｰｼﾞﾝ福祉学院(学生) 幸地大州 伊波興司 真喜屋賢二 |
| | | | | | 32.Miller Fisher 症候群を呈した症例のリハビリ経験 | 沖縄協同病院 佐久田 和穂 |
| | | | | | 33.過剰な筋活動出現により動作遂行が困難となった症例 - アルコール精神病を呈した症例の一考察 | 中頭病院 嘉手川 春奈 |
| | | | | | 34.過疎地域での独居生活における問題点 | ちゅうざん病院 渡真利 美幸 |
| | | | | | 35.血液循環改善により独歩可能となった膝半月板損傷の症例 | 大浜第一病院 平良 眞也 |
| | | | | | 36.腰椎椎間板症による下肢しびれに対する一考察 | 大浜第一病院 比嘉 裕 |
| 37.継時誘導による促通後の筋出力 | 沖縄川比 ｸﾘｰｼﾞﾝ福祉学院(学生) 新垣直文 武村奈美 | | | | | |

沖縄県理学療法学会大会

| 回 | 日時 | 場所 | 担当 | 講演 | 演題 | 演者名 |
|---|----|----|----|----|---------------------------------------|---|
| 5 | | | | | 38.理学療法室症候群 ～歩行練習に依存している症例～ | 沖縄メディカル病院 上原 一志 |
| | | | | | 39.在宅サービス調整に難渋した独居生活の症例について | ちゅうざん病院 又吉 貴子 |
| | | | | | 40.心理的影響により理学療法遂行に困難を呈した症例の経験 | ちゅうざん病院 當山 奈津紀 |
| | | | | | 41.大腰筋エクササイズが立位姿勢に与える影響 | 大浜第一病院 川端 哲弥 |
| | | | | | 42.在宅人工呼吸器管理の一症例を経験して | 浦添総合病院 高良 勝 |
| | | | | | 43.パーキンソン症候群への歩行獲得へのアプローチ | 同仁病院 高松 宗市 |
| | | | | | 44.スローインに関係する因子 | 沖縄川'リ'ーション福祉学院(学生) 新里昌文 久田友昭 仲宗根賢 |
| | | | | | 45.低体温療法中の呼吸理学療法を経験して | 浦添総合病院 青野 健治 |
| | | | | | 46.酸素吸入下での運動療法について動いてみよう、触ってみよう、怖がらずに | 名嘉村クリニック 前川 奈津子 |
| | | | | | 47.在宅末期癌患者における終末期リハビリテーションを経験して | 名嘉村クリニック 比嘉 優子 |
| | | | | | 48.斜角筋ブロック下授動術の効果 短期成績および対称群との比較検討 | 整形外科てるクリニック 上地 一幸 |
| | | | | | 49.股関節再置換術における透視下でのリハビリテーション経験 | 名嘉病院 普天間 順一 |
| | | | | | 50.ストレッチが筋出力に及ぼす影響 | 沖縄川'リ'ーション福祉学院(学生) 知念さつき 大城恵美 |
| | | | | | 51.斜面立位での身体変化 ～腰椎前彎角との関連性について | 沖縄川'リ'ーション福祉学院 同窓会 安里 安博 |
| | | | | | 52.座面が脊柱に与える影響について | いらはクリニック 谷口 善昭 |
| | | | | | 53.安定した座位の条件とは何か - 視覚的観察を中心とした考察 | 中頭病院 安里 幸健 |

沖縄県理学療法学会大会

| 回 | 日時 | 場所 | 担当 | 講演 | 演題 | 演者名 |
|---|----|----|----|----|--|---|
| 5 | | | | | 54.関節モーメントでみた足底板の影響について | 沖縄川 ^レ リ ^ン ソ ^ン 福祉学院 毛利 光宏 |
| | | | | | 55.膝関節屈曲・伸展位における膝関節回旋について | 大浜第一病院 泉水 朝貴 |
| | | | | | 56.筋電図を用いた腰部の角度別による負荷量 | 沖縄川 ^レ リ ^ン ソ ^ン 福祉学院(学生) 前門香代 横田幸恵 中村亮子 |
| | | | | | 57.キック力と背筋力の関係 | 沖縄川 ^レ リ ^ン ソ ^ン 福祉学院(学生) 下里真司 湾野あかね |
| | | | | | 58.エルゴメーター(サ ^ル 型)とリカンベントエルゴメーター(ハ ^ン 型)の生理学的反応 | 北部地区医師会病院 比嘉 つな岐 |
| | | | | | 59.肝機能障害を呈した症例における身体機能の検討 ~バランス・下肢筋力を中心に~ | 北部地区医師会病院 山内 昌子 |
| | | | | | 60.靴の踏み返しの位置と歩行中の膝に対する影響について | 大浜第一病院 安里 和也 |
| | | | | | 61.下肢神経ブロックの効果が運動療法に影響を与えた一症例 | 大浜第一病院 座波 信司 |
| | | | | | 62.立ち上がり速度の違いによる膝伸筋群の筋活動量 | 沖縄川 ^レ リ ^ン ソ ^ン 福祉学院(学生) 島袋雄樹 安村大拙 真栄城省吾 |
| | | | | | 63.立ち上がりに要する股関節角度について | 沖縄川 ^レ リ ^ン ソ ^ン 福祉学院(学生) 大城淑美 恩田美見子 |
| | | | | | 64.当院における身体拘束への取り組みについて ~リハビリテーション的側面から見て~ | ちゅうざん病院 宮本 明子 |
| | | | | | 65.乳癌術後理学療法開始時期と腋窩ドレーン排液量・留置期間の関連について ~当院におけるクリニカルパスの試み~ | 中頭病院 譜久村 令子 |
| | | | | | 66.機能的ア ^フ ロ ^チ から能力的ア ^フ ロ ^チ の視点変換に目を向けて ~早期の自宅訪問指導について~ | 沖縄川 ^レ リ ^ン ソ ^ン センター病院 赤嶺 樹子 |
| | | | | | 67.腰方形筋と呼吸筋の関係 | 北部地区医師会病院 目島 直人 |

沖縄県理学療法学会大会

| 回 | 日時 | 場所 | 担当 | 講演 | 演題 | 演者名 |
|---|-----------------|---------------|---------------------|---|---|--|
| 5 | | | | | 68.ストレッチングによる持続時間 | 沖縄川比'リ-ジョン福祉学院(学生) 比嘉りべか 平良真也 |
| | | | | | 69.理学療法・理学療法士についての認識調査 | 沖縄川比'リ-ジョン福祉学院(学生) 濱元健吉 石川侑佳 呉屋和美 |
| 6 | 2003年 10月19日 | 沖縄コンベンションセンター | 沖縄県理学療法士会 学術局学会部 | 「介護予防における理学療法士の役割」 霞ヶ関南病院 岡持 利巨先生 | 1.Home exercise を重視した治療展開についての一検討 2.スクワット動作障害へのアプローチ ～経験した一症例報告～ 3.慢性腰痛に対する DNIC アプローチ 4.麻痺側連合反応に対する治療経験 - 立位場面に着目して - 5.喫煙者と非喫煙者の全身持久力の違い 6.腰痛検査と腹筋力・背筋力との関係 7.笑いによる腹筋群の筋活動量 8.足関節底背屈可動域及び片脚立位保持時間と直立感覚の関係 9.腸腰筋のトレーニングによるリーチ距離の関係 10.肩関節の動きについて～肩甲骨上腕関節外転時の肩甲骨の動きの測定から～ 11.座位姿勢変化と血圧下降の考察 12.床面の環境変化が筋の外乱反応時間に与える影響 13.肩こりに対する僧帽筋の関与 ～物理療法による筋電図の変化～ | 大浜第一病院 松浦 淳子 与那原中央病院 古堅 貞則 沖縄協同病院 前田 里織 大浜第二病院 金城 健太郎 沖縄川比'リ-ジョン福祉学院(学生) 富山未来 古堅垂矢子 沖縄川比'リ-ジョン福祉学院(学生) 新垣愛 濱盛杏菜 沖縄川比'リ-ジョン福祉学院(学生) 石川達哉 小坂祥範 北部地区医師会病院 伊藤 高一郎 北部地区医師会病院 玉城 祐子 大浜第一病院 仲田 多津子 大浜第一病院 平良 真也 ちゅうざん病院 毛利 博隆 沖縄川比'リ-ジョン福祉学院(学生) 大城雅哉 国吉正俊 |

沖縄県理学療法学会大会

| 回 | 日時 | 場所 | 担当 | 講演 | 演題 | 演者名 |
|---|----|----|----|----|---|--------------------------------|
| 6 | | | | | 14.肩こりマッサージが及ぼす筋活動の変化 | 沖縄川俣リハビリ福祉学院(学生) 伊波興司 森奈穂美 |
| | | | | | 15.介護老人福祉施設における理学療法士としての取り組み | 沖縄長寿センター緑樹苑 福田 聡史 |
| | | | | | 16.目標設定が施設入所となった症例の一考察 | 大浜第二病院 新城 直美 |
| | | | | | 17.オリブ山病院訪問看護ステーションにおける訪問リハの現状 | オリブ山病院 上江州 由奈 |
| | | | | | 18.定期家族面談を試みて ～家族へのアプローチ～ | かりゆしの里 系数 勝徳 |
| | | | | | 19.養護学校と理学療法士の関わり | 沖縄川俣リハビリ福祉学院(学生) 上原江利香 前鹿川愛 |
| | | | | | 20.「ゆいレール」利用のための周辺環境の検討 | 沖縄川俣リハビリ福祉学院(学生) 山里力也 呉屋建 |
| | | | | | 21.立位姿勢と片脚立位姿勢における左右差の比較 ～視覚的な評価から～ | 与那原中央病院 島袋 豪 |
| | | | | | 22.個々の身体機能の評価・分析の一検証 スクワット動作に着目して- | 与那原中央病院 熊谷 亜諭早 |
| | | | | | 23.肩屈曲における骨盤傾斜角とStabilityの関係 | こくら台ハートクリニック 松本 裕香里 |
| | | | | | 24.誘導方法の違いによる重心移動の変化 ～一側下肢への体重移動に着目して～ | 大浜第二病院 玉城 奈名恵 |
| | | | | | 25.立位バランスに及ぼす足関節底背屈筋と膝関節伸筋の影響 | 沖縄川俣リハビリ福祉学院(学生) 豊永勇樹 仲村実康 |
| | | | | | 26.脚長差の代償運動 | 沖縄川俣リハビリ福祉学院(学生) 新里昌文 比嘉朝史 |
| | | | | | 27.座面の変化による骨盤の傾き | 沖縄川俣リハビリ福祉学院(学生) 宮里宗忠 大城千明 |
| | | | | | 28.床面の違いが歩行スピードに与える影響 | 中頭病院 前里 幸彦 |

沖縄県理学療法学会大会

| 回 | 日時 | 場所 | 担当 | 講演 | 演題 | 演者名 |
|---|----|----|----|----|---|-------------------------------------|
| 6 | | | | | 29.小児期発症の左片麻痺に成人後の脳出血による右片麻痺を合併した一例 ～モーターポイントブロックによる歩行能力の改善を試みて～ | 沖縄川尻リハビリテーション病院 松川 紋子 |
| | | | | | 30.左視丘出血で重度感覚障害を呈する症例の治療経験 ～歩行に着目して～ | 大浜第二病院 新垣 沙弥花 |
| | | | | | 31.膝関節痛を訴えた症例に対する理学療法 ～下肢アライメントと疼痛～ | 大浜第一病院 小川 晃生 |
| | | | | | 32.腰椎の屈曲角と筋活動量 | 沖縄川尻リハビリテーション福祉学院(学生) 大城徹也 田村肇 |
| | | | | | 33.なんば歩行運動が身体に及ぼす影響について | 沖縄川尻リハビリテーション福祉学院(学生) 屋富祖司 渡辺裕隆 |
| | | | | | 34.陸上と水中の歩行が身体に与える影響について | 沖縄川尻リハビリテーション福祉学院(学生) 糸満盛也 徳元明日美 |
| | | | | | 35.軽度脳卒中患者に対する足底板の効果 | 大浜第一病院 川端 哲哉 |
| | | | | | 36.“むち打ち損傷”を呈し改善した一症例の報告 ～DNIC アプローチを利用して～ | 沖縄川尻リハビリテーション福祉学院 天願 博敦 |
| | | | | | 37.DNICアプローチにより疼痛性両肩関節可動制限の改善を見た1症例について | 中部協同病院 和仁屋 匡史 |
| | | | | | 38.温熱刺激による筋の伸張 | 沖縄川尻リハビリテーション福祉学院(学生) 山本勝章 仲村淳 |
| | | | | | 39.特殊テクニック施行時における筋力への影響(三軸修正法を用いて) | 沖縄川尻リハビリテーション福祉学院(学生) 山田朱里 富澤匡子 |
| | | | | | 40.「三軸修正法の持続時間と総軌跡長との関与について」 | 沖縄川尻リハビリテーション福祉学院(学生) 山城陽平 知花由晃 |
| | | | | | 41.膝関節屈曲・伸展における膝関節回旋について - 膝関節内・外反アライメントによる検討 - | 大浜第一病院 泉水 朝貴 |
| | | | | | 42.左腰背部痛を主訴とする症例 - 座圧中心に着目して - | 与那原中央病院 安里 安博 |
| | | | | | 43.当院回復期リハビリ棟における大腿骨頸部骨折患者の術後経過 | 沖縄川尻リハビリテーション病院 赤嶺 樹子 |

沖縄県理学療法学会大会

| 回 | 日時 | 場所 | 担当 | 講演 | 演題 | 演者名 |
|---|----|----|----|----|--|--|
| 6 | | | | | 44.回復期リハ病棟における転等の発生状況とその予防策 - 病棟とリハビリテーションスタッフとの連携について - | 沖縄川尻リハビリテーション病院 大城 有騎 |
| | | | | | 45.症例報告 体幹前屈障害に対するアプローチ(視覚的評価をもとに) | 与那原中央病院 平山 良樹 |
| | | | | | 46.呼吸法と最大筋力 | 沖縄川尻リハビリテーション福祉学院(学生) 比嘉肇 平川泰由 |
| | | | | | 47.複式呼吸と胸式呼吸が体に及ぼす負荷 | 沖縄川尻リハビリテーション福祉学院(学生) 多田康二 外間雄祐 |
| | | | | | 48.退院患者の追跡調査 | 沖縄メディカル病院 比嘉 徳俊 |
| | | | | | 49.回復期リハビリテーション病棟における廃用症候群の調査 ~第一報~ | 沖縄川尻リハビリテーション病院 森下 智子 |
| | | | | | 50.当院における脳卒中患者の装具製作の現状と課題 | 沖縄川尻リハビリテーション病院 諸見里 智彦 |
| | | | | | 51.14年度学生アンケート調査より | 琉球川尻リハビリテーション学院 中村 一直 |
| | | | | | 52.毛様体筋運動による視力回復への影響 | 沖縄川尻リハビリテーション福祉学院(学生) 新里奈津子 佐川香織 |
| | | | | | 53.障害に対するイメージ調査 | 沖縄川尻リハビリテーション福祉学院(学生) 與那嶺沙代子 照屋垂矢子 |
| | | | | | 54.テーピングによるパフォーマンスへの影響の検討 | 北部地区医師会病院 仲間 栄二 |
| | | | | | 55.テーピングによる効果の検証 | 北部地区医師会病院 照屋 敦彦 |
| | | | | | 56.中・高校野球選手におけるメディカルチェック - 肩関節後方構成体の硬さに着目して - | 整形外科てるクリニック 譜久原 朝也 |
| | | | | | 57.動筋伸張はパフォーマンス向上につながるか - リラックス以外のストレッチング効果 - | 中頭病院 安里 幸健 |
| | | | | | 58.パンチ力アップに最も効率の良い筋力トレーニング | 沖縄川尻リハビリテーション福祉学院(学生) 宮平直人 上地一樹 |

沖縄県理学療法学会大会

| 回 | 日時 | 場所 | 担当 | 一般公開講座 | 演 題 | 演 者 名 |
|---|----------------|--|-------------------------|---|---|--|
| 6 | | | | | 59.アミノ酸飲料摂取による体脂肪の燃焼 60.健常者足底における二点識別域の調査 61.テーピングによるジャンプ力の変化 62.投球障害肩に関する身体および環境要因について ～肩関節後方構成体の硬さに着目して～ 63.立位アライメントの特性調査 水平面に関して 64.右肩人工骨頭置換術を施行した症例を通しての考察 ～肩甲骨から肩甲上腕関節への影響～ 65.脳卒中片麻痺患者の10m最大歩行速度と片脚立位時間、Timed up and go TEST 66.上肢アプローチを通して歩容改善ができた片麻痺患者の症例報告 67.「腰痛に対する治療法の紹介」 ～DNICアプローチにより痛みの軽減した症例～ 68.小脳出血により失調症状を呈した症例に対する在宅復帰へのアプローチ 69.当院におけるカルテ一元化の現状と課題 70.当院における超高齢者の退院状況について -在宅復帰の条件とは- 71.肩リラクゼーションテクニックの紹介 -PNFと上田法の組み合わせ- | 沖縄川比'リ-ジョン福祉学院(学生) 安慶名陽子 児玉佳美 大浜第二病院 末吉 恒一郎 潮平病院 上門 優 整形外科てるクリニック 上地 一幸 大浜第一病院 比嘉 裕 大浜第一病院 安里 和也 ちゅうざん病院 岸本 絵里 嶺井第一病院 比嘉 早苗 沖縄川比'リ-ジョン福祉学院 立津 統 ちゅうざん病院 大浜 将 沖縄川比'リ-ジョンセンター病院 川畑 真紀 大浜第二病院 座波 信司 琉球川比'リ-ジョン学院 勝浪 省三 |
| 7 | 2004年 9月26日 | ちゃたんニライ センター (台風のため変更) 沖縄川比'リ-ジョン 福祉学院 | 沖縄県理学療法 士会 学術局学会部 | 「活動度を高めるための 高齢者リハのあり 方」 札幌医科大学 保健医療学部 教授 吉尾 雅春先生 | 1.通所リハにおける個別リハの介護予防 効果について ~要介護度とADLの 変化から~ 2.上位頸髄損傷患者の自宅退院に向けて の関わり ~外泊・外出練習を通して~ | 沖縄川比'リ-ジョンセンター 病院 仲西 孝之 ちゅうざん病院 江口 友紀 |

沖縄県理学療法学会大会

| 回 | 日時 | 場所 | 担当 | シンポジウム | 演 題 | 演 者 名 |
|---|----|----|----|--|--|---|
| 7 | | | | <p>「活動度を高めるための高齢者リハビリテーション」 座長 おもと会本部 岡本 慎哉先生 シンポジスト カマサジ ムト比謝川の里 喜納 正樹先生 ちゅうざん病院 与儀 哲弘先生 北部地区医師会病院 比嘉 竜二先生 コメンテーター 札幌医科大学 吉尾 雅春先生</p> | <p>3.当院回復期リハビリテーション病棟におけるチームアプローチ ～マンツーマンでの実技伝達を通して～</p> <p>4.当院における脳卒中急性期リハの現状</p> <p>5.パーキンソン病患者へのアプローチ</p> <p>6.退院時在宅評価の検討 ～退院1ヶ月経過した担当患者の在宅生活を見て～</p> <p>7.体幹回旋と果部捻転角との関連性</p> <p>8.当院におけるBrace Conferenceの取り組みについて</p> <p>9.股関節外旋筋と頸部の緊張について ～背臥位姿勢からの考察～</p> <p>10.理学所見による病態把握 ～肩関節患者の治療経験を通して～</p> <p>11.当院における自宅退院者のサービス利用状況について</p> <p>12.人工膝関節全置換術における術前後の両足圧中心位置の変化 ～簡易型重心位置測定装置を用いて～</p> <p>13.身体の制限による頸部、股・膝・足関節の角度変化 ～立ち上がり動作への影響～</p> <p>14.口呼吸と鼻呼吸が運動後の呼吸の回復に与える影響</p> <p>15.当通所リハにおける利用者の活動状況</p> <p>16.立ち上がり運動が及ぼす高齢者へのリスク管理</p> <p>17.有酸素運動と運動負荷について ～肥満と標準体型の運動負荷の差に注目して～</p> <p>18.「呼吸器疾患患者におけるポジショニング」</p> | <p>大浜第二病院 末吉 恒一郎</p> <p>浦添総合病院 野里 美江子</p> <p>コザクリニック 松川 英一</p> <p>ちゅうざん病院 真喜屋 賢二</p> <p>与那原中央病院 安里 安博</p> <p>大浜第二病院 黒田 由香利</p> <p>大浜第一病院 安里 和也</p> <p>大浜第一病院 比嘉 裕</p> <p>大浜第二病院 座波 信司</p> <p>豊見城中央病院 金城 和弥</p> <p>沖縄リハビリテーション福祉学院(学生) 松田伊津香 浜元エリナ</p> <p>沖縄リハビリテーション福祉学院(学生) 古賀美順 仲地愛美 佐藤有香 新城裕子 勢頭幸代</p> <p>あわせ通所リハビリテーション 川畑 真紀</p> <p>陽光館 玉城 すみれ</p> <p>北部地区医師会病院 知念 さつき</p> <p>北部地区医師会病院 比嘉 つな岐</p> |

沖縄県理学療法学会大会

| 回 | 日時 | 場所 | 担当 | 講演 | 演題 | 演者名 |
|---|----|----|----|----|---|---|
| 7 | | | | | 19.足関節角度における下肢挙上運動への影響 | 大浜第一病院 福田 芙見子 |
| | | | | | 20.アキレス腱に対するテーピングが身体に及ぼす影響 | 沖縄川北リハビリテーション福祉学院(学生) 金城理香 吉田大地 |
| | | | | | 21.脚長差に対する装具療法 ～立位アライメントに着目して～ | ちゅうざん病院 照屋 聡 |
| | | | | | 22.ウォームアップ時間の違いによる体力の変化 | 沖縄川北リハビリテーション福祉学院(学生) 城間和貴 平川由乃 |
| | | | | | 23.当院にてTKAを行った患者の退院後ROMとADLの関係 ～床上動作を中心に～ | 大浜第一病院 平地 理美 |
| | | | | | 24.TKA術後の大腿四頭筋セッティング能力について - 血圧計を用いた比較 - | 大浜第一病院 小川 晃生 |
| | | | | | 25.非投球側上肢と投球動作の関連性について | 北部地区医師会病院 目島 直人 |
| | | | | | 26.慢性頸部痛と頸部・体幹可動性の関連性 - 頸部・体幹側屈可動性に着目して - | 北部地区医師会病院 神山 寛之 |
| | | | | | 27.腰痛を呈した高齢者へのアプローチ経験 - 筋力 exercise に着目して - | 野毛病院 大城 竜二 |
| | | | | | 28.広範囲肩腱板断裂を呈したにもかかわらず上肢挙上可能となった1例 ～治療からの考察～ | 大浜第一病院 仲田 多津子 |
| | | | | | 29.二分脊椎症例の移動能力と移動様式について | ちゅうざん病院 高橋 啓輔 |
| | | | | | 30.偏平足群と非偏平足群の重心動揺の違い | 沖縄川北リハビリテーション福祉学院(学生) 照屋杏里 仲野恵理 |
| | | | | | 31.利き足と非利き足の比較検討 | 沖縄川北リハビリテーション福祉学院(学生) 屋良匡人 宮里岳大 玉那覇智哉 宮里仁一郎 盛山辰夫 |
| | | | | | 32.重度感覚障害者の歩行能力向上のアプローチを試みた一症例 | 沖縄川北リハビリテーション福祉学院 武村 奈美 |
| | | | | | 33.脳卒中片麻痺患者の歩行時における視線の変化について - 10m自由歩行と課題歩行の検討 - | 大浜第二病院 金城 健太郎 |

沖縄県理学療法学会大会

| 回 | 日時 | 場所 | 担当 | 講演 | 演題 | 演者名 |
|---|----|----|----|----|--|--|
| 7 | | | | | 34.若年脳卒中片麻痺患者のブレスカンファレンスを通して - 機能改善と装具の時期・種類 - | 大浜第二病院 仲宗根 賢 |
| | | | | | 35.脳出血後右片麻痺を呈した症例の下肢装具処方を経験して | 中部徳州会病院 照屋 秀尚 |
| | | | | | 36. Leg heel angle と荷重点の変化が偏平足に及ぼす影響 | 沖縄川北リハビリ福祉学院(学生) 兼村紀子 中村仁美 前徳比嘉望 宮城友菜 呉屋建 |
| | | | | | 37.脳卒中片麻痺患者における監視を要するT字歩行群と監視不要なT字歩行群の違いについて - 安全性の基準について平衡機能検査を用いて - | 沖縄川北リハビリセンター病院 久田 友昭 |
| | | | | | 38.人工呼吸器を使用した高位脊髄損傷者の車椅子改造 | 県立八重山病院 早川 典江 |
| | | | | | 39.当院における退院前訪問報告会の取り組みについて | 大浜第二病院 |
| | | | | | 40.閉眼片脚立位時間と身体的特徴との関係 | 沖縄川北リハビリ福祉学院(学生) 知念由磨 中野健司 嶺井陽 大城徹也 |
| | | | | | 41.リハビリの実施が困難な易疲労の症例に対するリハビリスタッフの役割について | オリブ山病院 柳川 伸子 |
| | | | | | 42.当回復期リハビリ病棟の特色と現状 ~開設後1年を通じて見えてきたこと~ | オリブ山病院 松岡 太郎 |
| | | | | | 43.車椅子シーティングへの試み | 沖縄メディカル病院 伊波 正矢 |
| | | | | | 44.当院における大腿骨頸部骨折患者の現状 ~北部の現状も踏まえ~ | 北部地区医師会病院 照屋 敦彦 |
| | | | | | 45.発声と筋力との関連性について | 沖縄川北リハビリ福祉学院(学生) 与那嶺明恵 重枝久美子 谷口桂子 屋宜麻衣子 神谷奈津美 |
| | | | | | 46.『当院外来理学療法に対する長期通院患者の目的』 | 沖縄川北リハビリセンター病院 熱田 加那子 |
| | | | | | 47.ROBODOC(ロボドック)による股関節手術の紹介及びその短期成績 - ROBODOC 群と徒手手術群の比較 - | 中部徳州会病院 又吉 慶太 |

沖縄県理学療法学会大会

| 回 | 日時 | 場所 | 担当 | 講演 | 演題 | 演者名 |
|---|----|----|----|----|---|---|
| 7 | | | | | 48.「当院における外来リハビリテーションの現状」 | 沖縄川' リハビリテーション病院 比嘉 るい子 |
| | | | | | 49.麻痺患者と理学療法士間における現在の動作とゴールの違い | 沖縄川' リハビリテーション病院 諸見里 智彦 |
| | | | | | 50.右足背部痛を主訴とする一症例 | 与那原中央病院 更谷 和美 |
| | | | | | 51.トレッドミル歩行と平地歩行の相違 | 沖縄川' リハビリテーション福祉学院(学生) 渡慶次隆文 伊集章 新里枝里奈 知念優子 西川正悟 |
| | | | | | 52.股関節伸展可動域と腰椎伸展可動域との関係についての考察 | 与那原中央病院 島袋 豪 |
| | | | | | 53.距骨下関節の変化が股関節に及ぼす影響 | 与那原中央病院 平山 良樹 |
| | | | | | 54.距骨下関節の回内外が骨盤に及ぼす影響について | 大浜第一病院 下里 真司 |
| | | | | | 55.補高歩行による骨盤の動き | 沖縄川' リハビリテーション福祉学院(学生) 宇栄原宗明 大浜剛 平川泰由 山里力也 |
| | | | | | 56.胸郭の特性 - 胸郭固定が骨盤運動に及ぼす影響 - | 大浜第一病院 松本 裕香里 |
| | | | | | 57.胸郭の特性 - 腰部と胸郭の関連性 - | 大浜第一病院 平良 真也 |
| | | | | | 58.ストレッチングの仕方による身体への影響 | 沖縄川' リハビリテーション福祉学院(学生) 下地涼吉 城間伸也 |
| | | | | | 59.身体重心高とパフォーマンスの関係 - 報告 1 : 立位姿勢での重心変化 - | 中頭病院 比屋根 剛 |
| | | | | | 60.身体重心高とパフォーマンスの関係 - 報告 2 : 歩行速度の変化 - | 中頭病院 安里 幸健 |
| | | | | | 61.姿勢が及ぼす胸郭への影響 | 大浜第一病院 松川 真也 |
| | | | | | 62.立位姿勢と骨盤側方移動動作の関連性について ~ 視覚的評価を中心とした考察 ~ | 与那原中央病院 古堅 貞則 |

沖縄県理学療法学会大会

| 回 | 日時 | 場所 | 担当 | 一般公開講座 | 演 題 | 演 者 名 |
|---|----------------|----------------------------|---------------------------|---|---|--|
| 7 | | | | | 63.腹筋運動が及ぼす腰椎前彎への影響について 64.時間的变化でみるストレッチングの効果 65.足趾屈筋力と片脚立位保持時間の関係 66.ブリッジ動作における下肢の筋活動と肢位の違いによる筋活動の変化について 67.腰椎前彎としゃがみこみ動作の関連性について | 大浜第一病院 棚原 誠 沖縄川比'リ-ジョン福祉学院(学生) 中曾根悦二 玉栄優子 大城優 平井誠 大浜第一病院 前門 香代 ちゅうざん病院 船曳 拓生 大浜第一病院 横田 幸恵 |
| 8 | 2005年 10月2日 | 沖縄県国民年金 福祉協会 サンセット美浜 | 沖縄県理学療法 士会 美浜学術局学会部 | 「活動性をどのように してあげるのか?」 ~理学療法士の立場から 廃用症候群へのアプロ ーチ~ 札幌医科大学 保健医療学部 教授 吉尾 雅春先生 | 1.介護予防事業における理学療法士の関 わり ~高齢者筋力向上トレーニング事 業に携わって~ 2.当院における家屋調査の現状 3.施設における褥創対策について ~理学療法士としての役割~ 4.当院の回復期病棟における自宅退院後 の実態調査 5.人工股関節術後患者の股関節内転筋群 の過緊張を抑制した筋力増強運動が起居 動作に及ぼす影響について 6.TKA 術後患者の姿勢調節への影響につ いての一考察 7.遷延性意識障害を呈した症例への理学 療法経験 ~ベッド上での姿勢と感覚に着目して~ 8.当院における関節鏡視下肩腱板修復術 後のリハビリテーション 9.パーキンソン病のリハビリテーション ~自主トレーニングの効果~ 10.コルセットの疼痛軽減効果に関する アンケート調査 11.しゃがみ込み動作の治療戦略 ~力学的分析を用いた一症例報告~ | 沖縄川比'リ-ジョンセン ター 病院 山本 純代 北山病院 佐川 香織 緑樹苑 福田 聡史 沖縄川比'リ-ジョンセン ター 病院 真喜屋 奈美 北部地区医師会病院 小西 貴 大浜第一病院 小川 晃生 大浜第二病院 玉城 奈々恵 与那原中央病院 平安座 貴子 コザクリニック 松川 英一 大浜第一病院 河野 紀子 与那原中央病院 古堅 貞則 |

沖縄県理学療法学会大会

| 回 | 日時 | 場所 | 担当 | 講演 | 演題 | 演者名 |
|---|----|----|----|----|---|----------------------------------|
| 8 | | | | | 1 2.スポーツ部活動におけるスレッグ実施状況の調査 | なかそね整形外科 リハビリクリニック 金城 一樹 |
| | | | | | 1 3.膝前十字靭帯の損傷因子について ～第一報～ | ロクト整形外科クリ ニック 喜屋武 龍介 |
| | | | | | 14.環椎後頭関節と胸郭拡張差について | 大浜第一病院 安里 和也 |
| | | | | | 15.トイレ動作自立度判定における Berg Balance Scale 有用性についての検討 | ちゅうざん病院 佐藤 麻美 |
| | | | | | 16.脳疾患患者の意欲と心理状態の関係 | ちゅうざん病院 中留 美沙 |
| | | | | | 17.姿勢の違いが注意に及ぼす影響 | ちゅうざん病院 漢那 梓 |
| | | | | | 18.当療養型医療施設からの退院者の動 向 | 北山病院 小坂 祥範 |
| | | | | | 19.当院回復期リハビリテーション病棟 における転帰先について - 転帰先に及 ぼす影響因子についての検討 - | 大浜第二病院 金城 健太郎 |
| | | | | | 20.学生指導における新人理学療法士の 取り組み | ちゅうざん病院 山之内 勇介 |
| | | | | | 21.PT ｺｰﾃﾞﾐﾈｰｼｮﾝ設定因子についての模索 | ちゅうざん病院 上原 愛 |
| | | | | | 22.脳卒中片麻痺患者の歩行自立度と FBS 評価項目との関係 | 大浜第一病院 糸満 盛也 |
| | | | | | 23.歩行が脳卒中者の心機能に影響をす る因子についての一考察 | ちゅうざん病院 新 辰徳 |
| | | | | | 24.屋外歩行が自立レベルの脳卒中片麻 痺患者の呼吸機能について | ちゅうざん病院 大湾 喜史 |
| | | | | | 25.脳卒中片麻痺患者における歩行能力 と麻痺側下肢筋力との関係 ~ハド・ヘルド・グイ ンメーターを用いて~ | 沖縄川尻リハビリセン ター 病院 真栄城 省吾 |
| | | | | | 26.片麻痺患者の歩行能力と最大荷重率 との関係 ～ 定量的評価の確立を目指して～ | 沖縄川尻リハビリセン ター 病院 首籐 哲也 |
| | | | | | 27.手指・手掌面への刺激による肩関節の 可動域変化 | 大浜第二病院 伊良波 美芽 |

沖縄県理学療法学会大会

| 回 | 日時 | 場所 | 担当 | 基調講演 | 演題 | 演者名 |
|---|-----------------|-----------------|-------------------------|--|---|---|
| 8 | | | | | 28.麻痺側肩関節・肩甲骨のアライメントと歩行との関連性について ～アームスリングを用いての検討～ 29.腹式呼吸による上肢挙上時における呼吸効率の変化について 30.肢位の違いによる肩内旋角度の検討 31.足趾把持能力と最大歩行の関係性について - 歩行速度、歩幅、歩行率の観点から - 32.足趾の運動が歩行速度に与える影響 33.足角度と足趾筋力およびタオルギャザー距離との関係 34.開放運動連鎖下の足趾・足部運動機能の関係性 35.座位での骨盤前後傾運動前後の姿勢変化について 36.腰部柔軟性と SLR による腰部可動性評価 37.体幹運動における視覚的評価の検証 ～ストレッチ前後の変化～ 38.NTP ステージと FIM の関連性 ～体幹機能での ADL レベルの指標～ | 大浜第二病院 末吉 恒一郎 大浜第一病院 平良 眞也 大浜第一病院 仲田 多津子 北部地区医師会病院 古堅 亜矢子 大浜第一病院 前門 香代 大浜第一病院 下里 真司 大浜第二病院 屋富祖 司 大浜第一病院 横田 幸恵 大浜第一病院 田中 哲仁 姿勢と動きを考える会 上門 優 ちゅうざん病院 濱盛 杏菜 |
| 9 | 2006年 11月23日 | ちやたんニライ センター | 沖縄県理学療法 士会 学術局学会部 | 「理学療法 40 年の歴史から今後の展望へ」 東都川比 リーゾン学院 高橋 輝雄先生 | 1.当院における膝疾患の理学療法 2. TKA 前後の歩行能力と筋力との関連性 ～客観的筋力評価法を用いて～ 3. 左下腿近位前内側痛の患者に対しマイグ ューニングアプローチを行った症例について ～歩行分析などの結果から問題点を抽出して～ 4. 10m 最大歩行速度と麻痺側下肢筋力 との関連性について | 与那原中央病院 島袋 豪 沖縄川比 リーゾンセン ター 病院 砂川 元 中部協同病院 和仁屋匡史 沖縄川比 リーゾンセン ター 病院 真栄城 省吾 |

沖縄県理学療法学会大会

| 回 | 日時 | 場所 | 担当 | 講演 | 演題 | 演者名 |
|---|----|----|----|----|---|-------------------------------------|
| 9 | | | | | 5. 超音波画像による検者間計測差の検討 | 南部徳洲会病院 上地 利明 |
| | | | | | 6. 骨盤に対する PNF アプローチ(圧縮)が重心動揺に及ぼす変化と効果について | 沖縄協同病院 金城 美奈子 |
| | | | | | 7. 沖縄県高校野球におけるメディカルサポート活動の状況報告 | 沖縄県理学療法士会 社会局 スポーツ推進部 與那嶺 紗代子 |
| | | | | | 8. 平成 17 年度介護予防キャラバン事業「久高島における介護予防・運動機能向上プログラム」への沖縄県理学療法士会の取り組み | 沖縄県理学療法士会 岡本 慎哉 |
| | | | | | 9. 緩和ケア教育全国調査 多職種緩和ケア教育カリキュラム調査：理学療法・作業療法卒前教育 | 沖縄県リハビリテーション福祉学院 与那嶺 司 |
| | | | | | 10. 当院における TKA 術前・後の筋力の推移 | 豊見城中央病院 山本 直樹 |
| | | | | | 11. 大腿骨軸回旋運動による Q-angle と下腿捻転角の変化 ~前額面・水平面からの検討~ | 大浜第一病院 小川 晃生 |
| | | | | | 12. TKA 前後の歩行能力改善に関与する因子について | 沖縄県リハビリテーション病院 島袋 雄樹 |
| | | | | | 13. 人工膝関節全置換術後 150 日を超えた者の関節可動域と日常生活動作との関連について | ロクト整形外科クリニック 知念 由磨 |
| | | | | | 14. 当院における関節鏡視下肩腱板修復術後の理学療法 ~組織修復過程に沿った理学療法~ | 与那原中央病院 平山 良樹 |
| | | | | | 15. 大腿骨頭壊死症に対する大腿骨頭前方回転骨切り術後の理学療法 | 琉球大学医学部附属病院 大城 直人 |
| | | | | | 16. 当院におけるセメントレス人工股関節全置換術後の理学療法 | 琉球大学医学部附属病院 知花 由晃 |
| | | | | | 17. 変形性股関節症により T H A 施行した 1 例の治療経験 ~痛みに着目して~ | 中頭病院 松田 伊津香 |
| | | | | | 18. 当院における下肢装具の処方時期と試用装具について | ちゅうざん病院 中留 美沙 |

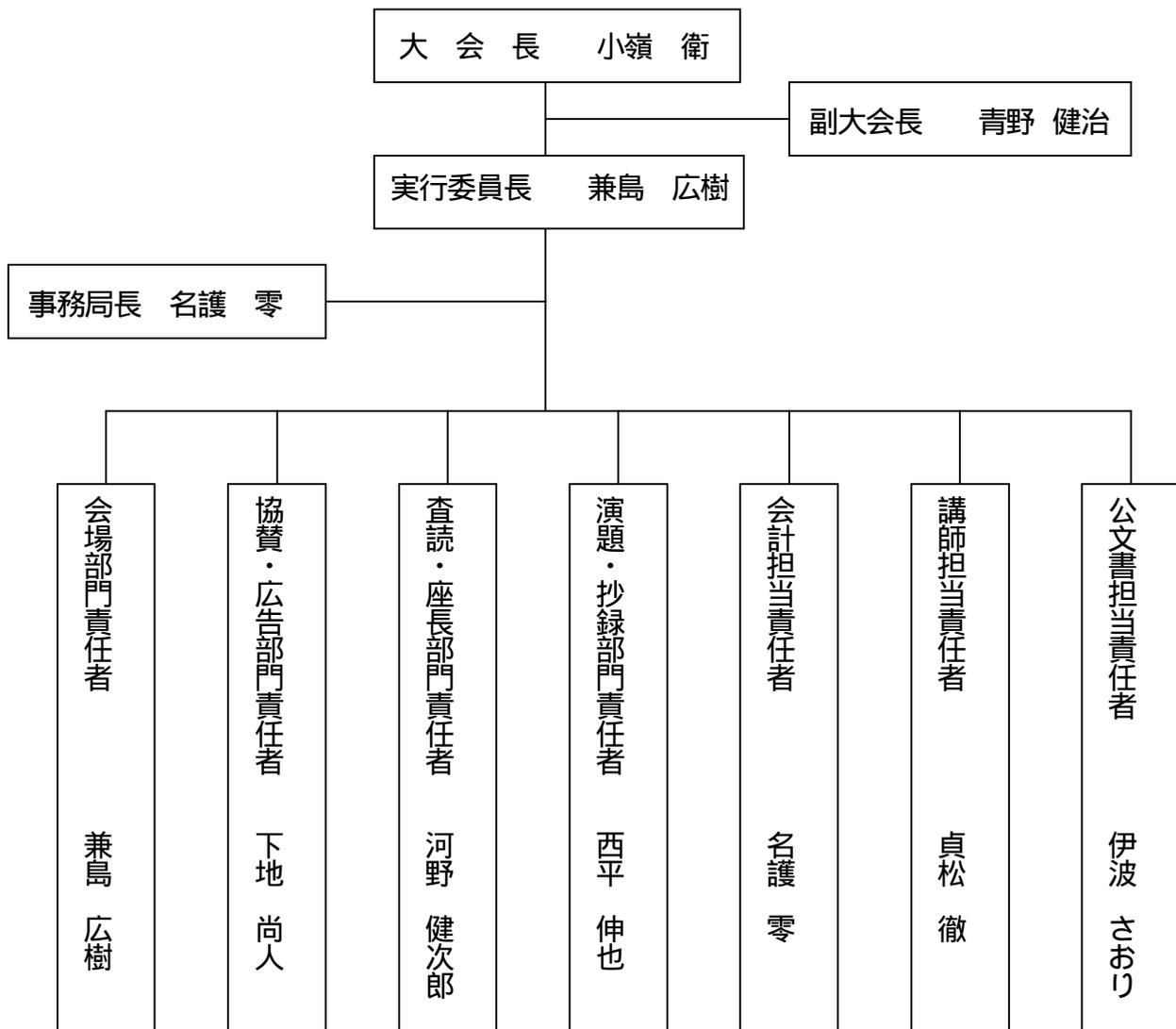
沖縄県理学療法学会大会

| 回 | 日時 | 場所 | 担当 | 講演 | 演題 | 演者名 |
|---|----|----|----|----|--|--------------------------|
| 9 | | | | | 19. 脳卒中片麻痺患者における自宅退院後の装具使用頻度について | ちゅうざん病院 江口 友紀 |
| | | | | | 20. CVA 患者の歩行時反張膝に対する装具の検討～短下肢から長下肢へ移行した症例～ | 沖縄川尻リハビリ福祉学院 立津 統 |
| | | | | | 21. 脳卒中片麻痺患者における両膝立ち位保持に必要な要因の検討 | ちゅうざん病院 船曳 拓生 |
| | | | | | 22. 当院における車椅子の実態調査～リハビリテーションからみた問題点～ | 宜野湾記念病院 玉城 明子 |
| | | | | | 23. 介護度と介護負担感の関係 | 南部徳洲会病院 前野 聖子 |
| | | | | | 24. Berg Balance Scale・NTP-ステージとトイレ動作の自立度判定についての検討～移動手段からトイレ動作までに注目して～ | ちゅうざん病院 濱盛 杏菜 |
| | | | | | 25. 地域連携バス導入の試みと今後の課題 | 宜野湾記念病院 伊波 さおり |
| | | | | | 26. 当院回復期リハ棟における「しているADL」と「できるADL」の実態調査 | 大浜第一病院 久場 美鈴 |
| | | | | | 27. 医療制度改革後の当院回復期リハビリテーション病棟における現状と課題 | 大道中央病院 田上 茂雄 |
| | | | | | 28. 当院における回復期リハビリテーション病棟での長所・短所～リハビリの病棟配置制へ移行して～ | ちゅうざん病院 山之内 勇介 |
| | | | | | 29. 脳卒中片麻痺患者の起き上がりにおける体幹機能と非麻痺側上肢位置～NTPを用いて～ | 大浜第二病院 城間 伸也 |
| | | | | | 30. 当院におけるACL術前後の筋力推移～術後1年間の追跡調査～ | 豊見城中央病院 與那嶺 明恵 |
| | | | | | 31. 大腿骨頸部骨折術後患者の自宅退院後の実態調査 | 沖縄川尻リハビリセンター病院 北原 さおり |
| | | | | | 32. 平成17年度に発生した脊髄損傷の実態調査 | 浦添総合病院 東恩納 のぞみ |
| | | | | | 33. 運動耐容能とトレーニング効果の関係～12分間走テストを用いた検証～ | 大浜第一病院 荒川 昌子 |
| | | | | | 34. 当院における呼吸理学療法の現状 | 豊見城中央病院 仲宗根 茜 |

沖縄県理学療法学会大会

| 回 | 日時 | 場所 | 担当 | 講演 | 演題 | 演者名 |
|---|----|----|----|----|--|-----------------------------|
| 9 | | | | | 35. 仙骨の動きが呼吸機能に及ぼす影響について - 運動連鎖の観点から - | 北部地区医師会病院 小西 貴 |
| | | | | | 36. 呼吸困難感を全く感じない症例の身体反応についての一考察 | 北部地区医師会病院 玉城 祐子 |
| | | | | | 37. 脳卒中片麻痺者のバランス能力と歩行自立度との関係 | 沖縄川北リハビリセンター 病院 久田 友昭 |
| | | | | | 38. 脳卒中片麻痺患者の坂道歩行速度とADL能力との関連性について | 大浜第二病院 屋富祖 司 |
| | | | | | 39. 脳卒中片麻痺患者の坂道歩行と運動機能との関連性について | 大浜第二病院 伊集 章 |
| | | | | | 40. 脳卒中片麻痺患者の坂道での歩行練習の検討 | 沖縄川北リハビリ福祉 学院 高良 秀 |

第10回 沖縄県理学療法学会 実行委員会 組織図



実行委員

青野 健治 伊波 さおり 伊礼 祥子 大城 あやの 大城 一男 大城 静香 大城 竜二 大浜 将
 兼島 広樹 河野 健次郎 金城 剛 小嶺 衛 小橋川 敦 貞松 徹 下地 朱音 下地 尚人
 進藤 美咲 知名 真希子 長岡 美帆 仲盛 真史 名護 零 西里 健太 西平 伸也 橋口 広明
 浜元 エリナ 平川 由乃 平安座 貴子 松堂 忠 守内 泰道 諸見里 智彦 山内 義崇 山城 忍
 山本 純代 屋良 奈央

編集後記

今回は、沖縄県理学療法学会として第10回記念大会になります。10年一区切りと申しますが、10年前と現在とはリハビリテーション全体しかり理学療法の状況も、大きく変化してきていると考えます。医療業界全体の中において予算の問題、さらにリハビリテーション分野で診療報酬の改定により、「脳血管」・「運動器」・「呼吸器」等診断名での分類となり、理学療法・作業療法・言語療法それぞれのアイデンティティが曖昧な状況となりつつあります。過去10年を振り返り、諸先輩方の作り上げてきた「理学療法」の分野を活かし、さらに発展させていく為には今回「『理学療法士』アイデンティティの追究」はまさに打って付けのテーマではないでしょうか。また今後「理学療法」がどの方向へ向かい、発展していくのかを考える機会として、理学療法の分野別に諸先生方を招き「シンポジウム」を開催する事になりました。多くの理学療法士で意見交換できれば、10年間の学会の歴史がさらに広がっていくと考えます。是非、皆様の御参加および意見をお聞かせ願いたいと思っております。では会場でお会いしましょう。

実行委員長 兼島 広樹

第 10 回沖縄県理学療法学会 抄録集

発行日 平成 19 年 10 月 29 日

編集 第 10 回沖縄県理学療法学会 実行委員会

発行 社団法人 沖縄県理学療法士会

大会事務局 医療法人 六人会 ロクト整形外科クリニック内

〒901-2131 沖縄県浦添市牧港 2 - 46 - 12

(098)878-6910 Fax(098)878-6920
