公益社団法人 東京都理学療法士協会
第９回　西多摩・南多摩ブロック学術集会

特別講演 ９：１５～１０：４５	コロナ禍における介護予防・フレイル予防 ～理学療法士が提案する多角的アプローチ～ 山田 実 先生　(筑波大学　人間系　教授)
一般演題発表 １１：００～１３：００	合計２０演題予定 演題募集：10月29日（金）～12月3日（金） 発表形式：オンライン（発表7分、質疑応答3分）

開催日時	**2022年1月30日（日）** ９：00～13：00
開催形式	オンライン形式　ZOOMにて開催
大 会 長	小林 健一（康明会ホームケアクリニック）

◆事前申し込み方法　:日本理学療法士協会マイページよりお申込みをお願い致します。
※マイページログイン後，メニュー→研修会・学術大会→申込登録
→セミナー番号入力で申込が可能（セミナー番号： 25988 ）
現金振込 申込期間
2021年10月30日～2021年12月27日（支払期限は2022年1月17日）
カード決済 申込期間
2021年10月30日～2022年1月10日　　参加には事前申し込みが必須となります。
●日本理学療法士協会　会員外の方のご参加の場合は、
右記QRコードからお申込みください。
◆参加費：都士会員 1500円　日本理学療法士協会員　2000円
会員外の医療福祉関係者 4500円

【お問い合わせ】

minaminishitamablock@pttokyo.net　　担当：工藤 弘之

理学療法士協会　**会員外専用**
申し込みフォーム

第9回 西多摩南多摩ブロック学術集会

テーマ
コロナ禍における介護予防・フレイル予防

日程
2022年1月30日（日曜日）
9時～13時30分

開催形式
オンライン形式　ZOOMにて開催（当日配信のみ）

主催
公益社団法人 東京都理学療法士協会
西多摩南多摩ブロック部

学会日程

1月30日（日曜日）

8：40～ 入室開始
9：00～ 開会式
9：15～10：45 特別講演 コロナ禍における介護予防・フレイル予防 ～理学療法士が提案する多角的アプローチ～ 演者：山田　実（筑波大学 人間系） 座長：小林健一（康明会 ホームケアクリニック）
11：00～12：00 一般演題① 座長：北島達男（医療法人社団三秀会 羽村三慶病院 リハビリテーション科）
12：10～13：10 一般演題② 座長：山中裕司（医療法人社団光生会 平川病院 リハビリテーション科）
13：10～ 閉会式

お問い合わせ先

第9回西多摩・南多摩ブロック学術集会準備委員会　準備委員長　工藤弘之（大久野病院）
E-Mail:　minaminishitamablock●pttokyo.net
※上記アドレスの●を＠に変更し、件名「西多摩南多摩ブロック学術集会　問い合わせ」とお願い致します。

参加者へのお知らせとお願い

本大会は新型コロナウイルス感染症の感染拡大傾向の状況を鑑み、参加者の皆様の安全と感染拡大の防止を考慮して、会場へ集まらない、オンライン形式での開催となりました。
参加受付は事前参加登録のみとなります。下記のとおり受付いたしますので、期間内にご登録をお済ませください。

【参加登録について】
・参加登録は事前参加登録のみとなります。当日登録はございません。
・事前参加登録期間の延長はいたしません。期間内にご登録をお済ませください。
・会員の方は事前参加登録される前に日本理学療法士協会マイページより登録メールアドレスをご確認ください。メールが届かない場合に生じる不利益等については責任を負いかねます。

【参加申込方法】
1．参加登録費
東京都理学療法士協会会員：1500円
東京都理学療法士協会会員以外の日本理学療法士協会会員：2000円
日本理学療法士協会非会員の理学療法士：4500円
理学療法士以外の医療福祉関係者：4500円

2．事前参加登録方法について（事前申込のみ）
会員の方：日本理学療法士協会マイページよりお申込みをお願い致します。
1）日本理学療法士協会マイページより（セミナー番号： 25988 ）
2）マイページログイン後、メニュー→研修会・学術大会→申込登録→セミナー番号入力で申込が可能。
申込期間（カード決済）：2021年10月30日～2022年1月10日
申込期間（現金振込）　：2021年10月30日～2021年12月27日
（支払期限は2022年1月17日）

会員以外の方：Googleフォームよりよりお申込みをお願い致します。
1）会員以外の方用申込フォーム　https://forms.gle/ZsMDfgzj1m4CX5Xc9
申込期間：2021年10月30日～2021年12月27日（支払期限は2022年1月17日）

※事前参加登録完了後は、いかなる理由があろうともキャンセルはお受けできません。
※事前参加登録はオンライン登録での受付に限ります。
※事前参加登録のご利用は、日本理学療法士協会の正会員のみです。協会に対して会費など何らかの未納がある方、入会手続き中の方、休会中の方、また、非会員や学生のご利用はできません。
※会費等未納状態の方は、入金後に事前参加登録をしてください（振込より数日たってからお手続きください）。
※事前参加登録にはE-mailアドレスの登録が必要です。協会ホームページから会員専用マイページにログインの上、E-mailアドレスの登録を行ってください。
※マイページのID・パスワードを紛失された場合は、ID・パスワード再発行手続きが必要です。ID・パスワードの再発行に時間を要する場合があります。事前参加登録締切日間近の再発行申し込みは、登録に間に合わない場合があります。ご注意ください。

【参加受付】

1．オンライン開催について
2022年1月30日（日曜日）9：00～13：30
すべての講演、演題を「Zoom」を利用してライブ配信いたします。
後日の受講は出来ません。
入室開始は、同日８：40から致します。

2．参加登録費の決済が完了した方には、2022年1月25日（火曜日）頃にオンライン開催サイトへログインするためのIDとパスワードをご登録いただいたメールアドレスにお送りします。

1）ID・パスワードでオンライン開催サイトにログインしますと、すべてのプログラムが視聴・閲覧可能となります。
2）本学術集会は、申込者のみ受講いただけます。複数端末から同時に視聴することや複数人での視聴は禁止いたします。万が一、申込者以外の視聴が確認された場合は、主催者側で当該者の退出あるいは視聴制限を行う可能性もあります。
3）受講中の録音、録画、撮影等に加え、オンライン学会のURLを第三者に転送することを固く禁じます。メールでの転送、Webへの転載、掲載、転写、引用など、いかなる理由でも第三者への提供を禁じます。
4）オンライン開催サイトでは、講師及び発表者との質疑応答が可能です。
リアクションの『手を挙げる』機能を使用してください。座長により質問者を選択し、質問者へ音声をお繋ぎします。
5）会員の方は、学術集会開催時間内にチャット機能等にて表示させて頂くQRコード（グーグルフォーム）に必要事項を必ず記入してください。準備委員会によりログイン履歴と照合し、参加確認をいたします。参加ポイント申請は準備委員会が行います。協会マイページへの反映は大会終了後2ヶ月ほどかかります。反映されない場合は日本理学療法士協会に直接お問い合わせください。

新人教育プログラムおよび専門・認定理学療法士に関わるポイントについて

新人教育プログラム修了者の方
本大会への参加（180分以上）は、学会参加者10ポイントが付与されます。
一般演題発表筆頭者は、5ポイントが付与されます。
マイページへの反映は学会終了後2ヶ月ほどかかります。

新人教育プログラム未修了者の方
一般演題発表筆頭者は、「C-6 症例発表」に該当し、付与されます。

座長、演者へのお知らせとお願い

・座長・演者は事前参加登録をお願いいたします。
・プログラム集及び抄録の配布はございませんので、事前に印刷してくださいますようお願いいたします。

【演者の皆様へ】
・特別講演は、オンラインでご登壇いただき、当日ライブ配信いたします。
・一般演題発表は、事前登録された発表データをオンラインにて放映いたします。その後、ライブ配信での質疑応答を行います。
・同日（1月30日 日曜日）、10時までにオンライン上にお越ください（ZOOMへの入室をしてください）。会場係がブイレクアウトルームへ誘導します。会場係が随時誘導しますので、前のセッション中でもそのままお待ちください。
・オンラインでのご参加において、安定したインターネット環境を確保してください。
・周辺雑音や他の会話が聞こえない場所など、進行に支障のない場所を確保してください。

【一般演題募集要項】
1．演題募集期間
2021年10月29日（金）～　12月3日（金）17時
2．募集資格
筆頭演者は，公益社団法人東京都理学療法士協会会員とします。
3．発表形式
口述発表7分（事前に収録した動画のライブ配信）、質疑応答3分（ZOOM上でのライブ配信）となります。

1）口述発表は事前に作成いただいたパワーポイント動画（音声入り/7分以内）を配信する形式となります。事前に発表スライドをmp4ファイルでアップロードしていただきます。
2）質疑応答は、指定のZOOMに参加していただきライブ配信する形式となります（座長とオンライン上でのやりとりとなります）。
3）発表動画に関してはmp4形式にて作成して頂きます。

以下の動画作成マニュアルをご参考にしてください。
https://drive.google.com/file/d/1Pls-dVu2Oxj9CTXkQLA3cVbQsKmlD5s1/view?usp=sharing

4）動画は以下のいずれかの方法を選択して提出してください。
①.以下のリンクよりアップロードする（Googleアカウント取得が必要となります）。
【https://forms.gle/3782WN5zTpjLTcMD8】
②.ギガファイル便などの大容量ファイル送信サービスにて下記アドレス宛にデータ添付して提出する。
【minaminishitamablock@pttokyo.net】
※提出期日は2022年1月17日（月）19時です。

４．応募方法

1）演題登録は、第９回東京都理学療法士協会西多摩・南多摩ブロック部学術集会の演題登録システムよりお願いします。演題登録期間中は確認修正画面から演題の確認や修正ができます。

2）登録締め切り間際は、アクセス集中によりサーバ処理能力が低下する場合があります。そのため、登録に時間を要す、あるいは登録が完了できないといった事態が生じることが予想されます。余裕をもって登録していただくとともに登録情報の十分な確認をお願いします。

3）演題募集要項を熟読の上、登録してください。注意事項を読まなかったことによるトラブルについては一切責任を負いません。

・演題登録画面の案内に従って、登録を進めてください。
・所属機関は、最大10件まで登録できます。
・著者情報は、最大10名まで登録できます。
・演題名は、50文字以内で入力してください。
・抄録本文の文字数は、全角1000字以内（半角英数字は1文字に換算）でお願いします。
・抄録は【目的】【方法】【説明と同意】【結果】【考察】【理学療法研究としての意義】の6項目に構造化して入力して下さい。症例報告の抄録は【目的】【症例紹介】【説明と同意】【経過・結果】【考察】５項目に構造化し入力して下さい。テキスト以外（図表、動画、音声など）は入力できません。キーワード（3つ）についても演題登録画面に従い必ず入力してください。
・登録完了通知は、演題登録の際に入力された電子メールアドレスに自動送信されます。メールには受付番号が記載されています。演題の確認や修正に必要ですのでこのメールは大切に保管してください。

4）応募上の注意

・応募された演題抄録内容と学術大会当日の発表内容が大幅に変わることのないようにしてください。
・筆頭演者としての応募は、1人１演題に限ります。
・内容の類似している複数の演題、および他学会や雑誌等で発表済みの演題内容は、ご遠慮ください。演題採択後にそれらの事項が発覚した場合は、すべての演題が取り消しになる場合があります。また原則として、演題応募期間終了後の演題の取り消し、演題登録内容の変更はできません。
・演題申し込みにあたっては、共同演者の了解を得た上で応募してください。なお、共同演者も筆頭演者と同等の責任を負うことをご承知ください。
・個人情報保護法を厳守し、抄録中に研究対象にとって不利となるような属性（人名、施設名等）を記載しないよう注意してください。
・抄録中に、申込者の属性（所属等）が類推できる文言を記載しないように注意してください。
・抄録及び動画のいずれも公益社団法人東京都理学療法士協会に著作権があります。抄録および動画はオンライン公開されます。個人情報保護に努め、理学療法対象者の写真や画像、動画等の取り扱いにはくれぐれもご注意ください。必要に応じて、書面での掲載許可や同意を得てください。発表データとしてアップロードしてはならないものは下記の通りです。

①個人情報（モザイクあるいは目線処理のない対象者の画像・動画、メールアドレス、SNSのID等）
②所属施設が独自に保有する情報（外部公開を想定していないもの）
③演題とは直接関係のない情報、誹謗中傷等学会発表にそぐわない情報。

なお、研究倫理の観点から本学術集会・準備委員会（以下、準備委員会）が不適当と判断した発表データについては、発表者の同意なく削除することがあります。

5）応募演題に関する倫理上の注意

ヘルシンキ宣言に沿った研究であることを確認ください。特に、プライバシーの侵害や人体に影響を与える研究に関しては、対象者に説明と同意を得たことを抄録中に明記してください。また，レントゲン撮影や侵襲を伴う方法がなされた場合は、抄録中にそれを実際に施行した人の職種を明記ください。なお，演者の所属する機関の倫理委員会で承認された研究である場合は、その旨抄録中に記載ください。それらの記載がない場合は，演題が採択されないことがあります。

ヘルシンキ宣言の詳細（必ずご一読ください）

日本理学療法士学会では2017年より利益相反の開示について統一した基準を設けて運用しています。「本学会事業に関わる研究活動において利益相反が発生する場合は、利益相反の開示に関する基準」をご確認いただき、それぞれの事業において指定されている利益相反の開示に対する対応をお願いします。発表時にはスライド2ページ目にCOIの宣言のスライドを入れてください。

6）演題審査

・演題の採択は、本学術集会準備委員会が定めた演題審査委員（査読者）による審査結果を参考に大会長が決定します。
・審査結果は演題登録で入力されたメールアドレス宛に通知いたします。
・採択された演題の抄録は、Webにて公開いたします。
・演題審査結果の通知は、2021年12月中旬を予定しています。また、採択された演題の取り消しはできません。

演題についてのお問い合わせ電話及びFAXの問い合わせは受け付けません。下記アドレスからお問い合わせください。なお件名には必ず「演題募集問い合わせ」と明記してください。

第９回東京都理学療法士協会西多摩・南多摩ブロック部学術集会
準備委員会　演題部担当　河野博之
minaminishitamablock●pttokyo.net　（●は@にかえてください）

特別講演　9：15～10：45

コロナ禍における介護予防・フレイル予防
～理学療法士が提案する多角的アプローチ～

講師　山田　実
筑波大学 人間系　教授

座長　小林健一
康明会 ホームケアクリニック

地域におけるフレイル対策は介護予防そのものである。フレイルは学術的用語であるのに対して、サービス事業対象者は政策的用語に位置付けられる。それらの判定方法は異なるものの、互いの概念は類似しており、基本的には同じような状態を指すと考えて差し支えない。つまり、我が国では、介護予防事業という公的サービスの中で、広くフレイル対策を実施していることになる。

フレイル相当のサービス事業対象者に対する介護予防事業には、ある程度の介護予防効果が認められる一方で、いくつかの課題も残されている。介護予防事業の中におけるハイリスク介入としては、12-24週間程度の短期集中的な介入が実施されてきた。このような介入によって、運動機能向上効果や短中期的な要介護抑制効果は認められているものの、時間経過に伴いこれらの効果は減弱し、長期的な持続効果を期待することは難しい。

このような中で、住民主体の「通いの場」による介護予防が注目されている。これは、行政主導ではなく、あくまで住民が主体的に定期的に集い、体操や食事会、喫茶、趣味活動などが行われるものである。このような場へ参加することで介護予防につながることが確認されており、特に時間経過に伴い介護予防効果が拡大することが特徴として挙げられる。

このように少しずつ成果が確認されるようになってきた介護予防事業であるが、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）感染拡大の影響により、これらの活動も大きく影響を受けることとなった。感染拡大期間中は、通いの場などの活動は中断が余儀なくされ、高齢者の身体活動および社会交流は著しく制限された。我々はコロナ禍でも持続可能なフレイル対策として、“web版集いのひろば”というインターネットを用いた対策を実施している。本講演では、この対策の実際についても紹介する。

【講師略歴】
2008年　京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻　助手
2010年　京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻　助教
2014年　筑波大学人間系　准教授
2019年　筑波大学人間系　教授（現職）

一般演題①　11：00～12：00

座長：北島達男　羽村三慶病院 リハビリテーション科

O-01　左被殻出血及び既往に左小脳出血を呈した症例～起居動作時の知覚探索に着目して～
医療法人社団 三秀会　青梅三慶病院 リハビリテーション科　竹内 雅人

O-02　右片麻痺と注意障害により屋内歩行の自立に難渋した症例
医療法人財団利定会　大久野病院 リハビリテーション部 理学療法科　上野 佑太朗

O-03　延髄外側梗塞後の体幹傾斜への気づきからADL自立に至った症例
多摩丘陵病院 リハビリテーション技術部　森田 陽平

O-04　右視床梗塞後、自宅退院を目標にフリーハンド歩行獲得を目指した症例
社会医療法人 河北医療財団　天本病院 リハビリテーション科　宗像 将希

O-05　脊髄空洞症の再発により重度の対麻痺を呈した患者に対し車椅子シーティングを行った症例
みなみ野病院 リハビリテーション科　田畑 寛人

O-06　社会復帰を目指す若年被殻出血患者～屋外歩行を獲得し外来リハビリに移行した症例～
医療法人財団 利定会　大久野病院 リハビリテーション部 理学療法科　大川 凌輝

一般演題②　12：10～13：10

座長：山中裕司　平川病院 リハビリテーション科

O-07　反復性膝蓋骨亜脱臼患者に対して動的アライメントに着目し再脱臼なくスポーツ復帰できた一症例
医療法人社団 永生会　永生クリニック リハビリテーション科　岩岡 文太

O-08　両側人工膝関節置換術後、早期に看護師復帰を果たした一例
医療法人社団 仁成会　高木病院 リハビリテーション科　久本 萌美

O-09　両人工膝関節全置換術後より長座位時にて左大腿外側前面に疲労感が生じた症例
医療法人社団 永生会　永生クリニック リハビリテーション科　引尻 真耶

O-10　スマートフォンアプリを使用した重心動揺評価の利便性について
医療法人社団 三秀会　羽村三慶病院 リハビリテーション科　村井 奎祐

O-11　臨床実習指導者講習会の受講者による伝達講習会の有効性–理解度のアンケート調査–
八王子山王病院 リハビリテーション科　吉川 和孝

O-12　西多摩南多摩ブロックでスポーツ勉強会に参加している理学療法士を対象にしたスポーツ現場に対する不安調査
医療法人財団 暁　あきる台病院 リハビリテーション部　柴崎 大介

O-01

左被殻出血及び既往に左小脳出血を呈した症例
～起居動作時の知覚探索に着目して～

竹内 雅人
医療法人社団三秀会
青梅三慶病院 リハビリテーション科

【目的】 左被殻出血及び既往歴に左小脳出血を呈した症例を担当する機会を頂いた.本症例は,臥床時に寝返りを打つ回数は少なく,基本的に背臥位姿勢である.起居動作では,四肢優位,支持物に依存的となる事で,体幹機能低下が見られる.今回,起居動 作時の知覚探索に着目して介入を進め体幹機能の改善を図った.結果,起居動作,座位バランスに若干の変化が見られた 為,以下に報告する.

【症例紹介】 性別：女性　年齢：60歳代　診断名：左被殻出血　現病歴：約2年8ヶ月前に左被殻出血発症.自宅退院困難,発症から 約5ヶ月後,当院医療療養病棟へ入院.リハビリテーション期限後,月13単位にて介入.本人希望及び機能改善の見込みが あると判断し,継続理由にて現在介入. 既往歴：左小脳出血 (約6年前),乳癌,狭心症,高血圧,不眠症

【経過・結果】 (介入期間：2週間　頻度：週4回,3単位/回) (初期)Br .Stage：上肢：Ⅳ手指：Ⅴ下肢：Ⅳ FACT：3/20 徒手筋力検査：体幹屈曲・回旋3～4 座位バランス：Functional Reach Test (以下FRT)：約13cm 基本動作：寝返り：最小介助,起き上がり：中等度介助,起立：中等度介助,移乗：中等度介助,移動：車椅子 ADL：概ね最小～中等度介助　FIM：64/126点 (最終)FACT：4/20 FRT：約21cm 寝返り：見守り～最小介助 起き上がり：最小～中等度介助

【考察】 本症例の起居動作の主要な問題点は,体幹機能低下により,頭頸部,肩甲帯の過剰連結が生じている.支持面が変化する際 に頭頸部,視線が固定的になる事で移動方向が捉えずらい.また,姿勢変換の際に身体内部の固定を強める事で安定性を得ている.結果的に体幹分節性低下,支持面との適応が図れない.治療として頭頸部・肩甲帯過剰連結緩和,上下部体幹分離,起居動作による連続的な支持面との知覚探索を促通した.結果,起居動作の介助量軽減,FRTに変化が生じた.安田らは座位前方リーチテストは,体幹機能との関連が報告されている座位保持能力や起き上がり所要時間と有意な相関が認められたと述べている. 今回, 支持面を知覚出来る事で身体内部の固定緩和,体幹機能改善された事で四肢優位抑制,姿勢緊 張緩和される事で上記に変化が生じたと考えられる.

【倫理的配慮】ヘルシンキ宣言に基づき,患者様,御家族様からの同意を得ている.

O-02

右片麻痺と注意障害により屋内歩行の自立に難渋した症例

上野 佑太朗，石原 匡顕，河野 博之
医療法人財団 利定会
大久野病院 リハ ビリテーション部 理学療法科

【はじめに】 先行研究では歩行自立度の規定因子として身体機能よりも注意障害が問題であるとされている．今回，注意障害の影 響で歩行自立に難渋した症例を担当する機会を得た．その要因について検討した．

【症例紹介】60代後半男性，180cm，44Kg，BMI：13.5 ． X月Y日，心原性左中大脳動脈塞栓症・未破裂左中大脳動脈瘤発症．Y+56日リハビリ目的で当院転院となる． 60歳で退職後，不定期でアルバイトをしていた．妻・次女と3人暮らし． HOPE：家に帰りたい．歩いてトイレに行きたい．

【経過・結果】 ・入院時評価(Y+60日) 右Brunnstrom Recovery Stage (以下Brs) Ⅱ-Ⅰ-Ⅲ，右足関節背屈可動域0度，表在・深部感覚軽度鈍麻，立位手すりに て軽介助，改訂長谷川式簡易知能評価スケール (以下HDS-R)18点，Trail Making Test (以下TMT) (A61秒，B117秒)， 他高次脳機能は記憶・失認・遂行機能障害あり，Functional Independence Measure (以下FIM)41点(運動21点，認知 20点) Y+73日　長下肢装具で歩行訓練を開始． Y+160日　短下肢装具とT字杖にて歩行20m軽介助． Y+162日　日中車椅子ADL自立． Y+183日　昼食時見守りにてT字杖歩行を開始．より生活場面に近づける為，病棟にて居室・トイレ・食堂間の3動作 歩行訓練を中心に実施．Y+231日　自宅退院． ・退院時評価(Y+220日) 右Brs Ⅱ-Ⅱ-Ⅳ，右足関節背屈可動域5度，感覚変化なし，10m歩行：最大速度24.0秒，Timed Up and Go test：快適速 度31.2秒，最大歩行距離T字杖にて90m，HDS-R23点，TMT(A114秒，B297秒)，FIM90点(運動68点，認知22点) 歩行は自立することができず，車椅子で退院となった．

【考察】 歩行自立できなかった要因は，右遊脚期のクリアランス低下に対して歩行中本人が気を付けられない点である．注意 障害で歩行距離が伸びるにつれ散漫となりやすく，躓きが多くみられていた．不注意に対して代償的な動作を獲得することができず，自立できなかったのだと考える．高次脳機能の評価を多職種で共有し，その特徴に合わせて退院後を想定し訓練を構成させていく必要がある．

【倫理的配慮】発表に伴いヘルシンキ宣言に基づき，十分に説明を行い本症例より同意を得た．

O-03

延髄外側梗塞後の体幹傾斜への気づきからADL自立に至った症例

森田 陽平
多摩丘陵病院 リハビリテーション技術部

【目的】延髄外側梗塞後の体幹傾斜を認める症例を担当した。車椅子での病棟内自立をめざし、鏡を使用した視覚的 垂直刺激を提示する訓練を行った。立位での体幹傾斜が軽減し、車椅子にて病棟内自立に至ったため、以下に報告する。
【症例紹介】80歳代後半女性。身長149cm・体重51kg。既往歴に圧迫骨折、小脳出血の既往あり。眩暈、全身脱力感あり救急要請。診断から10日後回復期リハ病棟へ転棟。病前は団地に夫と子供の3人暮らしで、ADLはフリーハンド歩行にて屋内外自立していた。
【経過・結果】・初期評価 (30病日)：＜麻痺＞著明な運動麻痺無し＜失調＞左上下肢・体幹に軽度失調あり。SARA： 20/40。＜感覚＞表在感覚、深部感覚、温痛覚ともに著名な低下ないも右上肢に違和感あり＜視覚・眼球運動障害＞ 眼球運動障害、複視なし。起居動作時に眩暈が生じることがあり、眩暈時に眼振あり。＜筋緊張＞左右頚部、肩甲帯 周囲筋、腰背部筋緊張亢進あり、腹部低緊張あり＜筋力＞左右股関節外転、伸展MMT３レベル＜バランス＞FBS：7 ＜座位＞左側への軽度体軸傾斜あり＜立位の体軸傾斜＞左側への体軸の傾斜角度：10度 (両側内果間の中点を通る床への垂直線と両側内果間の中点と鼻尖を結ぶ直線よりなす角度)＜病棟内ADL＞車椅子介助。移乗動作中等度介助、トイレ動作に中等度介助を要す。・介入方法：鏡にて自身の姿勢を視覚的に確認してもらいながら、立位での正中位、 左荷重優位な立位、右荷重優位な立位の3つを繰り返し行った。また、左記に加え関節可動域練習、筋力強化練習、日常生活動作練習を実施した。・最終評価 (42病日)：＜麻痺、感覚、視覚・眼球運動障害、筋緊張、筋力、＞初期評価と変化なし＜失調＞左上下肢・体幹に軽度失調あり。SARA：16/40＜バランス＞FBS：17＜座位＞左側への軽度体軸傾斜軽減みられる＜立位の体軸傾斜＞体軸の傾斜角度：5度＜病棟内ADL＞車椅子自立。移乗動作、トイレ動作は柵または手すりを使用し自立となる。
【考察】延髄外側梗塞にて体軸の一側への傾斜が生じる原因は前庭機能の左右不均衡が示唆されており、視覚的な垂直認知の異常とも関連が指摘されている。視覚的な垂直認知の異常がある症例においても、視覚存在下の中で体軸の１側への傾斜は軽減することが報告されており、環境の視覚情報を姿勢調整のために利用できることが示唆されている。今回の症例では鏡を使用し、体軸と環境との関係のフィードバックを行ったことで、視覚情報から姿勢調整を行え、運動学習を図れたと考えられる。
【倫理的配慮】倫理的原則を説明し、対象者の了承を書面にて得た。

O-04

右視床梗塞後、自宅退院を目標にフリーハンド歩行獲得を目指した症例

宗像 将希
社会医療法人 河北医療財団
天本病院 リハビリテーション科

【はじめに】今回、右視床梗塞発症後患者の自宅退院を目標にフリーハンド歩行 (以下FH歩行)の獲得に向けて介入したため、以下に報告する。
【症例紹介】80代後半男性。現病歴：自宅 (独居、団地2F　EV無)にて転倒、発見。当院搬送時に新規右脳梗塞が発見され地域包括 ケア病棟へ入院。既往歴：左大腿骨骨折 (詳細不明)。HOPE：「歩いて家に帰りたい。」方向性：自宅。
【理学療法評価】 Brunnstrom-recovery-stage：左上肢/手指Ⅵ/下肢Ⅴ　左大胸筋、上腕二頭筋筋緊張検査(触診)：安静時正常　歩行時 亢進　運動覚/位置覚：軽度鈍麻　表在：正常　認知機能検査：HDS-R17/30点、MMSE20/30点　棘果長：右＞左の1.5cm左右差FH歩行左腋窩中等度介助にて連続歩行可能距離10～15m程度。初期の歩行では歩行周期全般において体幹前傾位。左Isw～Mswにおいて足尖のクリアランス低下あり。左ICでは前足部及び外側部優位の墜落様接地。左 LR以降股関節屈曲位での支持となり股関節伸展及び足関節背屈角度不足。左Psw～Isw時に努力性が増加すると左上肢 連合反応にて緊張増加と手指の握りこみあり。
【治療内容】 両上下肢の筋緊張緩和及び促通ex、右下肢への体重移動 (以下W/Ｓ)及び支持性向上を目的にステップ動作ex実施。
【結果】 FH歩行見守りにて80～90m程度可能。左Ｉsw～Msw時、右下肢へのW/Ｓが円滑になり足尖のクリアランス向上。また、左下肢の努力様スイング軽減し左上肢連合反応減少。
【考察】 本症例の初期のFH歩行では左腋窩中等度介助を要しており、実用的な歩行とは言えない状態であった。約60日間の治 療介入にて右下肢の柔軟性改善及びステップ動作exにより体幹伸展位での支持が可能になり左下肢スイング時の努力 性低下に繋がった。諸動作の過剰な連合反応・筋緊張異常への配慮から歩行における分節的なコントロールが意識下にて可能となった事で見守り下でのＦＨ歩行獲得に至った。しかし、発症当初よりみられた注意機能・危機管理能力低下も重なり、歩容の改善は認められたが、安全性を重視し自立歩行は病棟内日常生活上へは反映しないこととした。 今後腰背部筋への負担・配慮しつつ、本人意思で可能な限り自由度の高い生活を贈れるよう運動能力・自立度向上の 獲得を目指していく。
【倫理的配慮】症例及びご家族様には、口頭にて説明をし同意を得た。

O-05

脊髄空洞症の再発により重度の対麻痺を呈した患者に対し車椅子シーティングを行った症例

田畑 寛人，野本 達哉，深沢 太一
みなみ野病院 リハビリテーション科

【目的】今回，脊髄空洞症の再発により，重度の対麻痺を呈した症例を担当した．経過中，感覚障害から褥瘡が発生したため 車椅子シーティングを行い，その重要性について考えたのでここに報告する．
【症例紹介】 70代男性．10年前に脊髄空洞症を発症．A大学病院にて癒着剥離術を行いADL自立となっていた．数年後，痺れの増強を自覚．歩行困難となり，B大学病院を受診．胸髄癒着性くも膜炎に伴う脊髄空洞症の再発を認め，癒着剥離術を行った．術後，疼痛は改善したが，対麻痺，感覚障害，膀胱直腸障害は残存．リハビリテーション目的で当院に入院と なった．
【経過・結果】 理学療法初回評価では，上肢MMT５，ASIA機能評価スケールはGrade B，フランケル分類はB1．基本動作・車椅子自走は不安定ではあるが可能．排泄は膀胱留置カテーテルと摘便にて全介助．入浴は機械浴．車椅子上でのADLおよび 車椅子自走自立を目標にリハビリ介入と車椅子の調整を行った．体幹の筋力低下から骨盤中間位での座位保持が難し く，車椅子自走のしやすさを優先し骨盤後傾位で体幹が安定するように設定した．また側弯に対して，背張りとタオ ルにて調整を行った．クッションはバリライト・ストレータスシートクッションを使用していた．入院から2か月ほどで入浴以外のADL動作が自立となった．入院から3か月後，左坐骨に褥瘡が発生したため，体圧分布センサーSRソフトビジョンにて座圧測定を実施し，車椅子の再調整を行った．褥瘡発生時の座圧は，左坐骨部で最高160㎜Hgとなっていた．車椅子は，背張り調整を行い姿 勢保持が可能な範囲で骨盤を前傾させ，支持面の拡大を図った．また，クッションはロホクアドトロセレクトに変更した．車椅子調整後の左坐骨の座圧は，39㎜Hgとなり最大値は仙骨部で90㎜Hgとなった．また車椅子調整と併せて， 除圧の指導を行い，褥瘡発生から2週間で褥瘡は治癒した．
【考察】 入院当初，自走のしやすさやADL向上を優先し，活動性の向上や離床時間の拡大に伴う褥瘡発生のリスクについて見落としていた．早期から，適切な車椅子設定を行うことで，褥瘡発生は防げた可能性があると考える．機能やADLだ けでなく，入院期間中から退院後の生活も見据えた環境調整を行うことが重要であると，症例を通して学ぶことがで きた． 【倫理的配慮】今回の発表に際し，患者様には口頭にて説明し書面にて同意を得た．

O-06

社会復帰を目指す若年被殻出血患者
～屋外歩行を獲得し外来リハビリに移行した症例～

大川 凌輝，小峰 智史，河野 博之
医療法人財団利定会　大久野病院
リハ ビリテーション部 理学療法科

【はじめに】40歳未満の重度運動麻痺を呈する脳血管障害患者について, 社会復帰不良例が多いと報告されている.今回,社会復帰を目指す過程で必要となる歩行ADL自立を獲得した症例を担当した.今回はその要因と退院後支援について検討した.
【症例紹介】35歳,男性.病前は歩行･ADL･IADL自立,建設業に従事,妻･息子と3人暮らし.X月Y日に左被殻出血の診断で入院し同日に,内視鏡下血種除去術を施行.右片麻痺,高次脳機能障害を呈し当院回復期リハビリテーション病棟入院.
【説明と同意】ヘルシンキ宣言の則り,患者本人に同意を得た.
【経過･結果】Y日 発症 Y+31日 リハビリ目的に当院回復期リハビリテーション病棟転院 Y+33日 病棟内車椅子ADL自立 Y+34日 長下肢装具を使用し歩行訓練開始 Y+67日 短下肢装具での歩行訓練開始 Y102日 病棟内T字杖とシューホーンブレース (以下 SHB)使用し歩行ADL自立 Y+137日 自宅退院 ［初期評価］Y+31日 関節可動域(以下ROM)制限なし,Brunnstrom Recovery Stage(以下BRS)右Ⅰ-Ⅰ-Ⅱ,表在感覚中等度鈍麻,深部感覚重度鈍 麻,高次脳機能障害は注意障害及び失語症,歩行能力は長下肢装具を使用し平行棒内にて中等度介助,Functional Independence Measure(以下FIM)70点. ［介入方法］ 立位訓練と歩行訓練を中心に実施.初めは,長下肢装具使用し介助を行い,麻痺側の随意性向上を目指す.短下肢装具での 歩行獲得後は姿勢修正を重ね歩容改善,屋外歩行訓練を行い歩行距離拡大を目指した. ［最終評価］Y+137日 ROM制限なし,BRS右Ⅲ-Ⅲ-Ⅲ,表在感覚軽度鈍麻,深部感覚中等度鈍麻,高次脳機能障害は注意障害,失語症が残存するもFIM114点. T字杖とSHB使用し院内移動自立,連続歩行距離 (屋外)2km以上獲得し退院となる.
【考察】若年脳卒中患者の社会復帰について,その復帰率は20%程度と低値であり,職業復帰については身体機能を含め , 言語機能も影響を及ぼす因子として報告されている.本症例も入院直後の状態からは社会復帰へサポートが必要であり,社会復帰を目指す過程で歩行の獲得は必須であった.装具療法を中心とした介入により,退院時に長距離歩行の獲得まで繋ぐ事は出来た.しかし,重度運動麻痺･高次脳機能障害残存により前職の復帰は困難と考える.運動性失語症は日常生活レベル(時折,相手の汲み取りも要する)であり,失語症に対するリハビリの継続が必要と考え,外来リハビリへと繋ぐと同時に,身体活動量を確保するため歩行での通院を推奨した.
【倫理的配慮】ヘルシンキ宣言の則り、患者本人に同意を得た.

O-07

反復性膝蓋骨亜脱臼患者に対して動的アライメントに着目し再脱臼なくスポーツ復帰できた一症例

岩岡 文太
医療法人社団 永生会
永生クリニック リハビリテーション科

【目的】今回、左反復性膝蓋骨脱臼を呈した症例を担当した。反復性膝蓋骨脱臼の再発率は高く、外科的治療が推奨されている。しかし、本症例は骨端線が閉鎖しておらず保存的治療となった。今回、再発予防を目的として介入し、再脱臼な くスポーツへの復帰が可能となったので報告する。

【症例紹介】 15歳、女子高校生。診断名は左反復性膝蓋骨亜脱臼。部活動はバスケットボール部。現病歴は、X年Y月Z日、 体育のバドミントン時、左側に来たシャトルを取ろうと飛びついた際に、膝折れ様に転倒。Y+1月Z+3日に当院受診 し、左反復性膝蓋骨亜脱臼と診断された。過去にも3度左膝蓋骨脱臼を発症している。Y+1月Z+7日に外来リハ開始し、 Y+11月Z+7日まで外来リハを行った。主訴は歩行時の膝折れ感だった。

【経過・結果】 初期評価時、疼痛は左膝関節屈曲・伸展最終域に膝内側に (+)、左膝関節可動域 (以下ROM)は屈曲140°、伸展5°、 ハンドヘルドダイナモメーター (以下HHD)は膝関節伸展36.2kgf/22.9kgf、徒手筋力検査 (以下MMT)は股関節伸展5/4、 外転5/4、整形外科的テストではApprehension testのみ陽性、立位・歩行時のアライメントはknee-inであった。中間 評価時、舟状骨落ち込み検査、座位4.5cm/4.5cm、立位4.5cm/3.5cm、片脚スクワット・Side stepではknee-inが認め られた。最終評価時、疼痛は (−)、左膝ROMは屈曲150°、伸展5°、HHDは膝関節伸展43.7kgf/41.6kgf、MMTは股 関節伸展5/5、外転5/5、舟状骨落ち込み検査、座位4.5cm/4.5cm、立位4.5cm/4.5cm、立位、歩行、片脚スクワット、 Side step、バスケットボール動作はマルアライメントなく実施可能。Side hop testは、60回/55回 (健患比92%)であっ た。

【考察】 本症例は膝関節、股関節筋力低下、足部内側縦アーチ低下により、knee-inを呈しており、再脱臼のリスクの高いと考えられる。その為、膝関節、股関節筋力強化、テーピング、インソールによる足部内側縦アーチへの介入を行った。 その結果、再脱臼なくスポーツ復帰が可能となったと考える。

【倫理的配慮】ヘルシンキ宣言に基づき対象者に本研究の説明を実施し同意を得た。

O-08

両側人工膝関節置換術後、早期に看護師復帰を果たした一例

久本 萌美 [1)]，長 正則 [1)]，大石 健太 [1)]，野崎 綾子 [1)]
三箇島 吉統 [2)]
1) 医療法人社団 仁成会 高木病院 リハビリテーション科
2) 医療法人社団 仁成会 高木病院 整形外科

【目的】人工膝関節全置換術 (TKA)は70歳代以降の高齢者に適応になることが多く職業復帰を果たした症例報告は少ない。今回重度の変形性膝関節症 (膝OA)患者が術後6週で看護師へ復帰した一例を経験したので、文献的考察を行い報告する。

【症例紹介】 症例は61歳女性。独居で日常生活動作(ADL)自立。職業は特別養護老人ホームの看護師。現病歴：10年前より投薬を中心とした保存療法で経過を見ていたが、痛みが増強したため当科を受診した。Kellgren-Lawrence分類grade4のOA と診断され、手術目的に入院となった。片側TKAの2週間後に反対側のTKAを行った。両膝ともに術後1日目より全荷重を許可し、関節可動域 (ROM)訓練、筋力増強訓練、ADL訓練、炎症管理を行った。術後2日目より歩行訓練を、術後7日目でT字杖歩行を開始した。反対側の手術後14日目でADLが自立し、21日目で退院した。入院中から看護業務を想定した把持物歩行、ステップ動作、物を拾う動作、バランス保持などの訓練を行った。その後外来で理学療法を行い、術後6週で看護業務に復帰した。

【結果】 〈術前→職業復帰直前 (右/左)〉
KneeScore：36点/13点→97点/89点、FunctionalScore：60点→100点、痛み：階段昇降時増強、夜間時痛強く睡眠に障害あり→痛みはほぼ消失。NRS：10/10→0/1、膝関節ROM：屈曲95°/85°→125°/110°、伸展−15°/−25°→−5°/−5°、徒手筋力検査：下肢4/4→5/4〜5、10m歩行：20歩・9.07秒→18 歩・6.68秒、TUG：8.06秒→9.26秒、WOMAC：69点→38点、FIM：119点 (減点項目：階段昇降・歩行)→125点 (減 点項目：階段昇降)

【考察】 本症例は、特別養護老人ホームの看護師という、活動量が多い職種であった。入院中より看護業務復帰を視野に入れた訓練を行ったこと、早期自宅退院と外来リハビリへの移行、通勤方法の指導などが、早期職業復帰に有用であった。 また、61歳とTKA施行者の中では若年であることから、歩容改善指導、歩行補助具の選定、ニーリングを行わない動 作指導などが、人工関節への負担を軽減するために重要であると考えられた。

【倫理的配慮】ヘルシンキ宣言に沿って対象者に発表の主旨を説明し同意を得ている。

O-09

両人工膝関節全置換術後より長座位時にて左大腿外側前面に疲労感が生じた症例

引尻 真耶
医療法人社団 永生会
永生クリニック リハビリテーション科

【目的】両人工膝関節全置換術後より大腿に鈍痛が出現した症例に対し介入を行い改善が 得られたので報告する。
【症例紹介】70代 女性 診断名:両人工膝関節全置換術後(以下TKA:para patellar approach) 主訴 :足を伸ばして床に座ると左足に重いような痛みが出る 既往歴:腰部脊柱管狭窄症 生活 様式:和式
【説明と同意】本報告の主旨を説明し、同意が得られた症例である。
【経過・結果】2007年両膝痛出現、2020年9月両TKA施行、10月外来リハビリ開始。痛みの評価は日本語版Short-Form-Mcgill Pain Questionnaire 2を用いて定量化し主訴は項目9の重苦しい痛みに該当した。術後4週から術後20週の比較では膝関節伸展-屈曲可動域(右/左)0-130°/5-130°→ 0-130°/0-130°、SLR(右/左)60°/40°→90°/70°、 extension lag(右/左)(-/+)→(-/-)、Hand held dynamometerを用いた膝伸展筋力は(右/左)9.5kgf/10.9kgf →14.8kgf/14.5kgf、疼痛9点→3点であった。本症例は、腸腰筋、ハムストリングス、大腿筋膜張筋(以下TFL)の柔軟性低下、大腿直筋(以下RF)の筋力低下により症状が出現したと考え、約6 週間の理学療法実施により改善が得られれた。
【考察】本症例の主訴である、長座位での大腿部の鈍痛は前面と外側面に分けて評価を行った。大腿前面の倦怠感は腸腰筋とRFの筋力低下、ハムストリングスの柔軟性低下により長座位時の骨盤後傾、膝関節伸展制限が増強しRFが遠心性収縮することで筋疲労が生じたと考えた。大腿外側面の鈍痛は、extension lagの残存によりTFLが過剰活動し柔軟性が低下したと考えた。改善が得られた要因として、大腿前面については、膝関節伸展筋力および、股関節屈曲筋力の向上、ハムストリングスの柔軟性改善により、長座位時の骨盤後傾、膝関節 屈曲が軽減したことでRFの遠心性収 縮が減弱し鈍痛が軽減したと考えた。大腿外側面の鈍痛については、ストレッチによりTFL、VLの血流量が増加したことで、倦怠感が軽減したと考えた。

O-10

スマートフォンアプリを使用した重心動揺評価の利便性について

村井 奎祐，棚谷 祐昌，秦 和文，奥野 美咲
横須賀 怜，佐藤 文雄
医療法人社団 三秀会
羽村三慶病院 リハビリテーション科

【目的】動作や姿勢の評価方法として、足底分圧計や小型加速度計を使用した報告は散見される。しかし、いずれも 高価な機器であり、簡便に測定することが難しい。今回、スマートフォンの加速度センサーを利用したアプリ「 SensorLogger」を使用し、立位姿勢における重心動揺の評価を行い、療法士の姿勢観察との差を比較し得られた知見 を以下に報告する。
【対象と方法】対象：くも膜下出血 (右中大脳動脈瘤)軽度左片麻痺患者、40歳代女性。病棟内歩 行自立 (耐久性1km)、BBS51/56点。方法：壁から3m離れた位置にて目印を注視し、静的立位を保持した。条件として、開眼と閉眼、開脚立位と閉脚立位を組み合わせた4条件とし、各条件下にて1回ずつ測定した。測定時間は60秒とし、測定開始直後、終了前20秒のデータを除き、中間の20秒間のデータを検討した。スマートフォンを2台使用し、 第4胸椎棘突起、第5腰椎棘突起へベルトを使用し固定した。サンプリング周波数はアプリ内で最大の60Hzに設定し た。データはExcelを利用し、前後、左右、上下それぞれの振幅の大きさを示す値を少数点第3位まで求め、開眼開脚 立位を基準として、その他の各条件と比較した。
【倫理的配慮】被検者には口頭にて説明し、同意を得ている。
【結果】各条件と基準値と各条件の振幅の差は、左右軸では閉眼開脚立位は胸部0.024、腰部0.063、開眼閉脚立位は胸部0.208、腰部0.365、閉脚閉脚立位は胸部0.460、腰部0.493となった。前後軸では閉眼開脚立位は胸部 0.382、腰部0.330、開眼閉脚立位は胸部0.024、腰部0.116、閉眼閉脚立位は胸部0.441、腰部0.452となった。上下 軸では著しい変動はなかった。また、前後軸、左右軸いずれとも、胸部よりも腰部の数値差が大きく、腰部優位に動 揺していることが言える。
【考察、まとめ】左右軸は閉眼閉脚立位で動揺が大きく、検者の予測と同様であった。し かし、前後軸では開眼閉脚で動揺が1番少なく当該患者は視覚的な代償で姿勢制御をしており、左右では、閉眼開脚が 動揺が1番少なく支持基底面の代償での姿勢戦略が示唆された。日々の臨床の中では、姿勢や重心動揺は療法士の主観 的な評価が主となりやすい。今回の加速度センサーアプリにより静止立位で各条件下での客観的な評価をすることで、 療法士間の意見交換をより詳細に行うことが可能になると考える。

O-11

臨床実習指導者講習会の受講者による伝達講習会の有効性　－理解度のアンケート調査－

吉川 和孝
八王子山王病院 リハビリテーション科

【目的】2020年4月1日に指定規則が改正され、今後臨床実習指導を行う場合、臨床実習指導者講習会 (以下、講習会) の受講が必要となった。現在、講習会は実務経験が4年以上の理学療法士を対象としており、講習会参加を各施設一人と制限を設けている都道府県もある。新カリキュラムの実習について学ぶ機会を得るために、各施設等で実習指導に ついての研修会等を行う必要があると考えている。今回、講習会を受講したスタッフからの伝達講習を行った。参加者に理解度についてのアンケート調査を行ったため、以下に報告を行う。
【方法】伝達講習 (講義20分、演習40分)に参加した10名 (理学療法士 9 名、作業療法士 1 名)にアンケート調査を行った。参加者の平均年齢は34.0±7.0歳で平均経験年数は8.9±4.5年であった。アンケート内容は①なぜ指定規則改正に なったのかがわかる②指定規則改正による臨床実習の変更点がわかる③今後実習指導を行うための条件がわかる④臨 床実習の到達目標がわかる⑤卒後教育の到達目標がわかるとした。アンケート回答 (1.わからない2.あまりわからない 3.どちらともいえない 4.少しわかる5.わかる)は 5 段階でスコア化を行った。データ分析は伝達講習前後のアンケート 結果の比較をWilcoxonの符号付順位検定を適用し、統計処理は改変Rコマンダー Ver4.0.2を用い、有意水準5%未満とした。
【結果】アンケート回収率は100%であった。①～⑤の質問項目は全て有意差がみられた ($p < 0.05$)。平均値でみると ①は3.4±1.1から4.9±0.3へ、②は3.0±1.1から4.9±0.3へ、③は3.0±1.2から4.6±0.4へ、④は3.1±1.2から4.7± 0.6へ、⑤は2.7±1.1から4.9±0.3へ上昇した。
【考察】伝達講習後に理解度が向上する傾向がみられた。講義だけではなく、実際の講習会でも行われる演習のデモを行い、スタッフ同士でディスカッションを行ったことが理解度の向上につながったと考える。また実習生や実習指 導者にとって有益な臨床実習にするために、各スタッフの実習経験や実習教育経験に基づいて、実習教育をどのよう に行うのが良いかを議論することも重要であると考えている。
【理学療法研究としての意義】今後の実習教育の発展に向けて、各施設での研修会は有効である可能性が示唆された。
【倫理的配慮】ヘルシンキ宣言に基づき個人が特定されないように発表を行う事を説明し同意を得た。

O-12

西多摩南多摩ブロックでスポーツ勉強会に参加している理学療法士を対象にしたスポーツ現場に対する不安調査

柴崎 大介，廣實 伸治，中村 信一
医療法人財団 暁
あきる台病院 リハビリテーション部

【はじめに、目的】 本調査の目的は、西多摩南多摩ブロックで地域スポーツやクラブ活動に関わっている理学療法士が活動中の事案に対 する不安および、これからスポーツの現場に関わりたいと考えている理学療法士に対する不安を調査し、スポーツに 関する任意勉強会 (西多摩南多摩ブロック内のスポーツ勉強会、以下勉強会とする)の中内容に反映させることである。
【方法】 勉強会で使用しているメーリングリストに参加している41名に対し、グーグルフォームを用いアンケート調査を行っ た。調査内容は、質問選択式でスポーツ現場に関わっているか否か。自由記述式で活動中の事案で不安に感じたこと、 これからスポーツに関わりたいと考えている理学療法士の不安、今後の勉強会で希望するテーマをアンケート調査し た。
【結果】 アンケートの返答率は21.95％であり、うちスポーツ現場に関わっている理学療法士は44.4％であった。スポーツ現 場の事例に対しての不安は、脳震盪、応急手当て、テーピングに関することなどであった。これから関わろうと考え ている理学療法士の活動に対する不安は、怪我受傷時の競技継続判断に関すること等であった。勉強会で希望するテ ーマは、テーピング、応急手当て、スポーツ現場での活動報告、スポーツ障害、栄養学等であった。
【考察】 スポーツに関わっている理学療法士、これから関わりたいと考えている理学療法士で不安に対する違いがみられた。 スポーツに関わっている理学療法士は、怪我の応急手当てやテーピング等に不安がみられた。これから関わりたいと 考えている理学療法士は、怪我受傷時の競技継続判断に対する不安がみられた。違いがみられた原因として、スポーツ現場での経験の有無が大きいと考える。勉強会で希望するテーマは、テーピングが多くスポーツ現場での活動の有無で差は無かった。 今後スポーツ現場で活動ができる理学療法士の育成を行っていく場合、現場で活動している理学療法士の見学ができ るシステムの構築が必要であると考える。
【理学療法研究としての意義】 先行研究においてスポーツ選手の側の不安は多く報告されているが、理学療法士に関する不安の調査は少ないため。 西多摩南多摩ブロックでスポーツに関わっている理学療法士の不安、これからスポーツの分野に関わりたいと考えている理学療法士の不安を明らかにし、勉強会のテーマや課題に反映させることができる。
【倫理的配慮】あきる台病院倫理委員会の承認を得た。

学会組織図

大会長
小林健一（康明会ホームケアクリニック）

準備委員長
工藤弘之（大久野病院）

準備委員
河野博之（大久野病院）
永見直明（多摩丘陵病院）
瀧原　暁（多摩丘陵病院）
森　梨沙（多摩丘陵病院）
浅野雄太（多摩丘陵病院）
井出　大（南多摩病院）
佐藤譲司（多摩リハビリテーション学院専門学校）
宮地　司（東京医療学院大学）
柴崎大介（あきる台病院）
増田智子（デンマークイン若葉台）
齋藤隆哉（東京医大八王子医療センター）
濱田賢二（平川病院）
山中裕司（平川病院）
鈴木　奨（あいフィットネスサロンさくら）
大山善久（青梅三慶病院）
関谷貴広（青梅三慶病院）
秦　和文（羽村三慶病院）

顧問
中澤 幹夫（多摩丘陵病院）