

## 文献

## 抄録

## 脳性麻痺児への Rolfing 法の機能的評価

本論は、脳性麻痺 (CP) の運動障害に対して良く知られている方法は、充分満足できるものではなく、時に長期に亘り、高価であるとして、Rolfing 法を取りあげている。本法は、日常において、不均衡なトルクに負けたり、筋肉の不釣合によって関節を一方へ引っ張り、体が再構築されること。健常体では、筋肉内や筋肉間膜は、お互いにスライドしあう構造をもっているが、柔軟性を欠くと、結合組織の基質の化学変化が膠原線維の可動性をなくさせ、拘縮を生ずるとする Woo らの研究を採用している。治療法は、垂直アライメント上、非対称性を示す部位に、10時間を1サイクルとする筋膜組織への深達性マニピュレーションを施行し、頭部・胸郭・骨盤・下肢を、重力野において、最適の平衡状態に整えることである。

方法：10～42歳の10人の痙直型 CP 児を、下肢機能面から、軽度（筋力 F～N，1，2 筋群に軽い痙性，独歩可，選択的運動可。）中等度（P～G，2 筋群以上に中等度の痙性，独歩か松葉杖歩行。）重度（O～F，3 以上に中・重度の痙性，松葉杖歩行か車椅子使用，パター

ン運動のみ可。）群に分け，週1回，10週連続して施行。評価は，下肢の ROM，筋力やバランスと詳細な歩行分析が，治療前・後および追跡記録された。

考察：①ROM 上，改善を示したが，股屈曲，内転，内旋，膝屈曲と足底屈筋に，tightness が，中・重度児に出現。これは，足底屈が増すことで機能的に有害と判断される例には，下腿三頭筋部へは用いるべきではないと考えられる。②改善した可動域を使いこなすほど神経学的に容量をもっている若年の軽度児において，歩行速度，歩幅や歩数が改善し，拘縮を避けることができた。

まとめ：本法は，軽度 CP 児に，定型的治療の補助的な手段として利用できる。

Perry J, Jones MH, Thomas L : Functional Evaluation of Rolfing in Cerebral Palsy, *Devlop Med Child Neurol* 23 : 717-729, 1981

(国立療養所東名古屋病院

附属リハビリテーション学院

理学療法士 上村 孝司)

## 片麻痺患者における知覚障害と運動回復の関係

本論は亜急性期片麻痺患者の体性感覚誘発ポテンシャル (SEP) の変化を調べる事により，片麻痺患者における知覚障害と運動機能回復の相関を明らかにしている。

脳血管障害後の片麻痺患者は治療上多くの問題を有しており，運動回復の最終的なレベルは感覚障害，年齢，モチベーション，認知などの要因により左右されると考えられる。この中でも臨床的な知覚検査は，発症後数日間間は患者の協力が十分に得られない事から困難な事が多いが，SEP は患者の協力がなくても行えるために，肢から大脳皮質までの感覚系の機能を調べるのに有効な方法である。

対象は16人の亜急性期脳梗塞患者 (53歳から69歳) であり，一過性脳虚血発作と70歳以上の者は除く。検査は SEP，触覚，関節位置覚，運動機能について行い，SEP は正中神経と後脛骨神経を刺激してその反応を頭皮で記録し，また上・下肢運動機能，触覚，関節位置覚の評価法は Fugl-Meyer らによるスコア法を用いた。これらの検査は亜急性期，3ヵ月後，6ヵ月後の3回行った。

その結果，SEP の変化と運動機能回復の間に相関関係がある事が明らかになり，この相関は早期の SEP と上肢の間で著明であった。これに対し下肢においては SEP の消失あるいは低下があるにもかかわらず，下肢運動機能が十分に回復する症例もみとめられた。これは腕および手の小さな筋がコントロールされ目的を持った細かな収縮をするためには皮質の固有受容感覚フィードバックが必要である事によると考えられる。

以上の事から，SEP と運動機能回復の間には相関があり，SEP 検査は運動回復（特に初期評価に患者の協力が得られないような場合）の予後を見きわめる一つの助けとなるとまとめている。

Kusoffsky A, Wadell I, Nilsson BY : The Relationship between Sensory Impairment and Motor Recovery in Patient with Hemiplegia, *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine* 14 : 27-32, 1982

(国立療養所東名古屋病院

附属リハビリテーション学院

理学療法士 中條 茂伯)

## 文献

## 抄録

## 身体的リハビリテーション領域における臨床心理士の役割

身体的リハビリチームの一員としてのサイコロジストの位置づけは最近定着したように思われる。しかし、彼等を実際にスタッフとして配置している施設はいまだ少く、また、配置されていても、単なる心理判定員である場合が多い。著者はこのような身体的リハビリ領域でのサイコロジストの役割を具体的にまとめている。

リハビリを受けている患者に起こる問題は、よく次のような言葉で表現される。

「この患者は、身体的にもっとできるはずだ。何が回復をおくらせているのか」

サイコロジストは、この「何が」をつきとめ、解決し、患者の自立を手助けする。

患者に起こった問題を調査するための具体的方法として、第一に、患者への面接を行い障害に対する反応や治療についての認識、あるいは、患者をとりまく治療スタッフとの関係を調べ患者の情緒の状態を評価する。次に知的あるいは認識障害を伴っていると考えられる患者に対しては、一般教養テスト、記銘力テストなどケースに

応じたテストを行い障害の程度を把握する。さらには、治療現場での観察を行い、患者とスタッフとの相互作用や患者の家族との面接により、相互関係を調査する。

サイコロジストは、リハビリを基本的に教育と学習過程と考えている。上記のような方法で調査され、明らかとなった心理学的問題は、学習過程を阻害し、退行など行動の問題をひきおこす。サイコロジストは他のスタッフと協力し、行動療法的アプローチなどにより、患者のリハビリに対するモチベーションを高め、最大限の機能的自立を達成できるよう手助けをする。

## ケース A

認知障害が潜在していた症例

## ケース B

行動療法的アプローチを行い成功した症例

Mandelson M : The role of the Clinical Psychologist in the Physical Rehabilitation UNIT, British Journal of Occupational Therapy 44(12) : 379-381, 1981

(九州労災病院 作業療法士 吉田 隆幸)

## 感覚フィードバック機構付き Myo 電動義手の訓練プログラム

この論文は、前腕切断者4名に触覚や握力の感覚フィードバック機構を組み込んだ Myo 電動義手を使用させ、その訓練プログラムについて述べたものである。

訓練プログラムは、3段階から構成されている。

1段階は、義手の構造と操作の説明、筋の収縮と弛緩の練習、さらに、OFF・開・閉の3つの違った反応をコントロールする練習、種々の物体を握る力の調整練習などである。

2段階は、実際の物を使用しての握り・離しの練習である。この際に使うものは、直径70mmから4mmの大きさのもので、コイン・鍵・釘などである。さらに、材質の違い、形状の違い、重さの違いを手の中で感じとる練習を行う。この際に使うものは、大きさの違った木、プラスチック、スポンジ、ゴム、さらに、形状の違うつみ木などを用いる。

3段階は、日常生活の中で義手を使用する訓練である。フォーク・ナイフを使用しての食事動作、ネクタイを結ぶ、ベルトをしめるなどの更衣動作、歯みがきなど

の整容動作、さらに、簡単な家事動作や会社の仕事の基礎であるタイプや計算器の使用、電話の使用、手紙を封筒に入れるなどの練習を含む。

訓練の結果、①物によってはつかめないものがある。②70mmより大きいサイズのものはつかめない。③冷たくしめったミルクビンはずりやすい。④プラスチックのふたは、あけることができない。などのこともわかった。

4人の被検者は、Myo 電動義手に対して訓練の過程ではいろいろな反応を示したが、最終的に義手の操作をマスターした。しかし、日常生活の中で意欲的に Myo 電動義手を使用しているものは1名で、他の3名は必要に応じ選択して使用している。

Patricia J : Training Program for a Myo-Electrically Controlled Prosthesis with Sensory Feedback System, Am J Occup Ther 35 : 722-727, 1981

(川崎リハビリテーション学院

作業療法士 東嶋 美佐子)