

ISSN 2434-916X

The 13th Nara Occupational Therapy Congress

第13回 奈良県作業療法学会

子どもから大人までを応援する作業療法 ～科学と実践～

会 期：2021年6月27日(日)～7月25日(日)

【6月27日(日)：特別講演、演題口述発表 ライブ配信】

学会長：嶋谷 和之

奈良県総合リハビリテーションセンター

主 催：一般社団法人奈良県作業療法士会

担 当：一般社団法人奈良県作業療法士会 南和ブロック

INDEX

開催要項	3
学会長あいさつ	4
参加者へのお知らせ	5
6月27日ライブ配信タイムスケジュール	6
特別講演	7
教育講演	9
セミナー	13
一般演題・事例報告演題（口述発表）プログラム	17
一般演題・事例報告演題抄録	19

2021年 月 日

施設長 殿
病院長 殿

(一社)奈良県作業療法士協会
第13回奈良県作業療法学会
学会長 嶋谷 和之
【公印省略】

学会口述発表の出張許可について(依頼)

謹啓

時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。平素は、奈良県作業療法士会の活動に格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、この度、「第13回奈良県作業療法学会」を下記要綱にて開催する運びとなりました。この学会では奈良県士会員の自己研鑽を推進し、口述発表においては、学術学会の発表経験を通して育成することも目的としております。今学会の口述発表はオンラインライブ配信(ZOOM)とその録画を一定期間配信する形式にて開催致します。口述発表される方の中には、オンライン発表のご経験がない方、ZOOM操作が不安な方、安定した通信環境が難しい方がおられることから、その不安を解消し、発表に集中して頂けるよう発表会場を用意致しました。発表会場での感染予防対策としましては、日本作業療法士協会の指針に則り、マスク着用などの基本的予防策、定期的な換気の実施、会場の定員の半数以下の入室などの対応を徹底致します。

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

謹白

記

開催日時 : 2021年6月27日(日) 10:00~14:40

学会テーマ : 子どもから大人までを応援する作業療法~科学と実践~

内容 : 特別講演、教育講演Ⅰ・Ⅱ、セミナーⅠ・Ⅱ、一般演題・事例報告演題口述発表

開催方法 : オンライン

会場 : Acty 奈良 〒630-8241 奈良県奈良市高天町5-4

参加費 : 2,000円(奈良県作業療法士会会員・近畿の各士会会員) 3,000円(その他職種)

学会事務局 : 実行委員長 田中陽一(kempt_24am@yahoo.co.jp)

以上

開催要項

会 期 : 2021年6月27日(日)～7月25日(日)

【6月27日(日) : 特別講演、一般演題・事例報告演題口述発表 ライブ配信】

学会長 : 嶋谷和之 (奈良県総合リハビリテーションセンター)

テーマ : 子どもから大人までを応援する作業療法 ～科学と実践～

内容 : 特別講演、教育講演Ⅰ・Ⅱ、セミナーⅠ・Ⅱ、一般演題・事例報告演題口述発表

開催方法 : オンライン

事務局 : 奈良県総合リハビリテーションセンター

〒636-0393 奈良県磯城郡田原本町多722

第13回奈良県作業療法学会 事務局

TEL:0744-32-0200(代表)

学会長あいさつ

領域を超えて学び合い、ともに高め合いましょう
そして、初のオンライン学会へのお力添えをお願い致します

第13回奈良県作業療法学会
学会長 嶋谷 和之

2018年に日本作業療法士協会の作業療法の定義が改定されました。その定義の注釈において「作業療法は『人は作業を通して健康や幸福になる』という基本理念と学術的根拠に基づいて行われる」とし、学術的根拠の重要性が明記されました。作業の効用は日々の臨床の中で実感しますが、作業療法の学術的基盤をさらに高めるとともに、作業療法実践の効果の蓄積と検証がより必要になりました。

また、作業療法の定義の注釈において、作業に焦点を当てた実践には「心身機能の回復、維持、あるいは低下を予防する手段としての作業の利用」と「その作業自体を練習し、できるようにしていくという目的としての作業の利用」、および「これらを達成するための環境への働きかけが含まれる」と明示されました。作業療法的手段として作業を用いるということは言うまでもありませんが、作業療法士自身の活用も重要であると思います。人がともに何かをするとき、さまざまな相互作用が生まれます。それはひとがひとを応援する作業療法の実践においても同様であり、作業療法士とクライアントのダイナミックな相互作用が存在します。なかなか分析しにくい作業療法ならではの作業療法士自身を活用した臨牀的な「わざ」を科学的に捉えることも重要であると思います。

奈良県では「奈良新『都』づくり戦略2021」が公表され、「県民が安心して快適に暮らし続けられる奈良をつくる」「健康寿命日本一を目標に、高齢者、障害者を含む、誰もが健やかに暮らせる地域をつくる」などの施策が推進されています。作業療法は、医療・保健・福祉・教育・就労など幅広い領域において、子どもから大人まで年齢を問わず貢献できる職種です。それぞれの領域が高度に発展する中で細分化されてきているものの基本は共通であり、領域を超えてともに高め合うことで、「奈良をつくる」「地域をつくる」ことへのさらなる貢献や県民の負託により応えていくことができればと思います。

本学会ではこのようなことを踏まえ、学会テーマを「子どもから大人までを応援する作業療法～科学と実践～」とし、特別講演・教育講演・セミナーを企画致しました。口述発表では研究や実践などの発表を通じて、お互い学び合い高め合うことができればと思います。ひと・作業はデジタル的ではなくアナログ的かと思います。したがって、子どもから大人までのひとを応援する作業療法もアナログ的かと思います。一人一人に応じた作業を提供できる柔軟性や広さが良さである一方で、効果があってもそれを科学として客観的に示しづらいという悩みがあります。実践を一番大切にしながらも科学も重要で追及することが必要なこの時代、実践と科学がより融合することができればと思います。オンラインのメリットを生かし、丸一日では視聴が難しいぐらいの盛りだくさんなプログラムとなりました本学会が、皆様にとってなにがしかのきっかけや気づきが得られる有意義な機会になればと思っております。

本学会は奈良県作業療法学会では初のオンライン学会です。初のオンラインでありながらも挑戦を恐れず、口述発表重視・ライブ感重視をしたいという強い思いから、ライブ配信とオンデマンド配信にて開催致します。ぎりぎりまで模索していた対面での学会を断念してから、急ピッチでありながらも学会開催の新しい形として次につながる財産となればという思いで、限りある予算の中で一から手探りで準備をまいりました。学会開催にあたり、先生方のお力添えを頂けましたら幸いです。何卒よろしくお願い致します。

参加者へのお知らせ

1. 学会参加費について

奈良県会員、近畿圏内会員 : 2,000 円

県内非会員 : 2,000 円 + 10,000 円 (参加費+県士会費)

県内非会員 (新入会) : 2,000 円 + 10,000 円 + 1,000 円 (参加費+県士会費+入会費)

他職種、近畿圏外会員 : 3,000 円

学 生 : 無料

※県外非会員は原則参加を受け付けておりません。

2. 申し込み方法

オンライン開催のため、お支払いは「クレジット決済・銀行決済・郵便振込」の3種類です。
大会WEBサイトより申し込み頂けます。

3. 申し込み期間

締め切り : 6月1日~6月30日(ライブ配信に参加の場合は6月20日までにお申し込みください)

4. 開催方法

- ① 会期中、教育講演Ⅰ・Ⅱ、セミナーⅠ・Ⅱの録画内容を好きな時間に視聴することができます。
- ② 6月27日(日)は特別講演と一般演題・事例報告演題口述発表を、次ページのスケジュールに沿ってライブ配信を行います。ライブ配信終了後は準備が整い次第、オンデマンド配信を行いますので、好きな時間に視聴することができます。

5. 県士会費の納入について

個人で保管されている今年度の県士会シールまたは振り込み用紙の画像アップロードにて、
県士会費納入の確認を行います。学生参加者は学生証を画像アップロードしてください。

6. 一般演題・事例報告演題口述発表の演者への質問について

- (1) 質疑応答は、zoomのチャット機能を使用する予定です。
- (2) 質問の際は、所属・氏名を記載し、簡潔にお願い致します。

6月27日ライブ配信 タイムスケジュール

第1会場

第2会場

10:00

学会長挨拶

10:00~

11:00

一般演題・事例報告演題

口述発表

第1セッション

身体障害I

10:10~11:05

一般演題・事例報告演題

口述発表

第1セッション

精神障害

10:10~11:05

12:00

一般演題・事例報告演題

口述発表

第2セッション

身体障害II

11:15~12:25

一般演題・事例報告演題

口述発表

第2セッション

身体障害III+老年期

11:15~12:25

13:00

特別講演

作業療法のパテンシャル

~ ケーキの切れない非行少年

たちに出会うまで ~

13:00~14:30

14:00

閉会式

特別講演

作業療法のポテンシャル

～ケーキの切れない非行少年たちに出会うまで～

宮口 英樹 氏 (広島大学 大学院医系科学研究科 教授)

司会：奈良県総合リハビリテーションセンター 嶋谷和之

【司会より 趣旨】

宮口氏の作業療法士としてのスタートは、開設初期の奈良県心身障害者リハビリテーションセンター（現 奈良県総合リハビリテーションセンター）で、7年間ご勤務されました。その当時の奈良県作業療法士会の会員数は、みんな顔見知りの20～30名程度ではなかったかと記憶しています。それから四半世紀が立ち、奈良県作業療法士会の会員数は大幅に増加しています。

第13回作業療法学会テーマ「子どもから大人までを応援する作業療法 ～科学と実践～」です。宮口氏のご研究・ご活動は、子どもから大人まで年齢を問わず、領域を問わず非常に多岐にわたっています。その根底には、作業療法士としてのお考えや視点・発想があると思います。エビデンスに関する論文等も多数で、学会長を務められた第52回日本作業療法学会のテーマは「根拠に基づいた作業療法の展開」であり、「作業療法に求められる科学的根拠」のテーマで学会長講演をされました。このようなことから、奈良県作業療法士会の初期メンバーであり、多方面においてご活躍で日本作業療法士協会副会長も務めておられる宮口氏に、ぜひ奈良の地でお話をとお声かけさせて頂いたところご快諾を頂きました。リハビリテーション工学から始まって、認知運動療法、笑いと楽しさ、リスクコミュニケーション、地域高齢者研究、少年院等と辿ってこられた中で、作業療法の視点をどのように取り入れてこられたかをエビデンスの重要性を交えてお話頂く予定です。

宮口氏の少年院等に関するご研究に関しては、たくさんの文献があります。ベストセラーになりました「ケーキの切れない非行少年たち」をご執筆の医療少年院に勤務されていた児童精神科医の宮口幸治氏とはご兄弟です。実際の少年たちの内容も含めてお話頂く予定です。

講師略歴

1986年 同志社大学文学部社会学科社会福祉学専攻卒業
1989年 国立善通寺病院付属リハビリテーション学院作業療法学科卒業
1989年 奈良県心身障害者リハビリテーションセンター
1996年 広島県立保健福祉短期大学作業療法学科助手
2000年 広島県立保健福祉大学作業療法学科専任講師
2004年 広島大学大学院保健学研究科 教授
2008年 広島大学医学部保健学科作業療法学専攻長(兼務)
2010年 医学部長補佐(兼務)
2014年 医歯薬保健学研究院長補佐(兼務)
2018年 医学部長補佐

2004年- 認定作業療法士
2004年- 県立広島大学非常勤講師(2007年まで)
2005年- 放送大学客員教授(2011年まで)
2010年- 広島市立広島特別支援学校特別非常勤講師

【作業療法士協会関連】

2019年- 一般社団法人 日本作業療法士協会 副会長

【主な著書】

- ・どう向き合う 高齢者の認知機能, そもそも認知機能とは, 文光堂, 2019年,共著
 - ・改訂第2版 認知症をもつ人への作業療法アプローチ-視点・プロセス・理論-, 神経心理学的評価・支援, 2019年,編著
 - ・続パーキンソン病はこうすれば変わる, パーキンソン病について, 三輪書店, 2019年,共著, 宮口英樹、高畑進一、橋本弘子、中西一
 - ・脳卒中のリハビリテーション 生活機能に基づくアプローチ 原著第3版, 三輪書店, 2015年, 監修, 清水一 宮口英樹 松原麻子
 - ・川モデル 文化に適した作業療法, 三輪書店, 2014年,共訳, 松原麻子、清水一、宮口英樹
 - ・不器用な子どもたちへの認知作業トレーニング, 三輪書店, 2014年, 宮口英樹
- …その他講演や論文多数

教育講演 I

子どもを応援するとは？ —作業療法士の関わり方の分析—

長岡 千賀 氏 (追手門学院大学 経営学部 准教授)

人と人の相互作用において、非言語行動がどのように生じているか、そして参与者の心の動きがどのようなときにどのように生じるのかについて、心理学的観点から研究してきた。ここでは、自閉スペクトラム症児の作業療法を分析対象とした検討を紹介することにより、子どもを応援することについて考察したい。

分析したのは主に、セラピストの言葉がけ、そして活動についての手順の発案（難易度を調整するなど）であった。熟達したセラピスト（以降では、熟達者と呼ぶ）と経験年数の短いセラピスト（非熟達者）、さらに複数の熟達者を比較することによって、熟達者の関わり方の特徴を明らかにすることを試みた。言葉がけを分析するために、その言葉がけがその文脈においてどのような機能を果たしているかを考え、分類を行なった。

分析した結果から、熟達者の言葉がけは、子どもの行為の流れに沿って生じていることが示された。まずは活動の目標が、子どもによる設定、または、セラピストによる提案（あるいは具体化）によって生み出されていた。そしてその目標を達成するためのプランニングとその詳細化の段階では、セラピストによる「環境提案」「計画要求」「誘導」の言葉がけや手順発案が生じていた。子どもによる活動の開始や途中の段階には、セラピストの「合図」や「実況」の言葉がけが生じていた。その直後には、セラピストの「感動表出」と「省察要求」の言葉がけが生じ、子どもは環境や自分に何が起こったかを知覚し、その意味を解釈し、結果と予測を比較していた。非熟達者事例では、熟達者の事例で見られるような細やかな言葉がけは認められなかった。加えて、こうした言葉がけの細やかさは、熟達者事例において一貫して観察されるのではなく、活動の子どもにとっての難易度に応じて変化し、相対的に難易度の低い活動では言葉がけが減少していた。

熟達者のこうした関わり方から、子どもが環境と関わる／関わろうとしている様子を、熟達者はつぶさに読み取り、言葉がけや手順発案によって適宜サポートしていることが垣間見られる。このとき、子どもの行為の何を手がかりとして読み取るかが重要な観点になりそうである。子どもの一人遊びのビデオを、作業療法学専攻の大学院生と、5年以上の経験のあるセラピストに見てもらい、考えたことやその手がかりについて報告してもらったところ、同じ動画であっても、子どもの行為の何に着目したかが群間で異なるようであった。経験者ほど、子どもがどのように遊び、遊びがどのように進んでいるかをより詳細に報告し、かつ、子どもがその遊びについてどのようにイメージしているかについて言及した。当日は、この結果も踏まえて考察したい。

講師略歴

1999年 大阪大学 人間科学学部 人間科学科 卒業
2001年 大阪大学 大学院人間科学研究科 博士前期課程 修了
2004年 大阪大学 大学院人間科学研究科 博士後期課程 修了
2004年- 京都大学・日本学術振興会 特別研究員(PD)
2008年- 京都大学・日本学術振興会 特別研究員(RPD)
2011年- 京都大学こころの未来研究センター 非常勤研究員
2012年- 京都大学こころの未来研究センター 特定助教
2013年- 現在 追手門学院大学経営学部 准教授

【主な著書】

- ・カウンセリング対話における「聴き方」(子安増生・杉本均編, 幸福感を紡ぐ人間関係と教育)
長岡千賀, 吉川左紀子
ナカニシヤ出版 2012年1月 (ISBN: 9784779506161)
 - ・会話の「間」(日本認知心理学会監修, 三浦佳世編, 現代の認知心理学第1巻知覚と感性)
長岡千賀
北大路書房 2010年8月 (ISBN: 4762827185)
 - ・同調傾向(社会言語科学会講座－関係とコミュニケーション－大坊郁夫・永瀬治郎編)
中村敏枝, 長岡千賀
ひつじ書房 2009年 (ISBN: 4894762471)
 - ・Embodied synchrony in conversation (,Nishida, T. ed, Conversational Informatics: An Engineering Approach.)
Nagaoka, C, Komori, M, Yoshikawa, S
John Wiley & Sons 2007年11月 (ISBN: 0470026995)
など
- ・・・その他講演や論文多数

教育講演Ⅱ

作業科学と脳科学から紐解く認知症の方への作業療法実践

横井 賀津志 氏

(大阪府立大学 地域保健学域総合リハビリテーション学類 教授)

作業療法士は、その人が「したいこと」、「挑みたいこと」、「する必要があること」、「することを期待されていること」を作業で評価し、作業で介入する保健・医療・福祉の専門職です。すなわち、作業を通して人の健康を保証する専門職だと言えます。作業とは、自分を定義づけ、自分自身を感じとることができる活動のことです。作業は十人十色です。我々は、作業なしでは存在できません。そして、決して第三者の価値観でその人に活動を当てはめる訳にはいかないのです。

認知症アプローチでは、「その人に寄り添う」や「その人中心」という言葉をよく耳にします。これは認知症の方に関わる時の土台となる考え方です。今回、この土台を踏まえた上で、作業を基盤に、認知症の方ご自身を取り戻す手立てを、作業科学そして脳科学から紐解きたいと思います。

認知症により、作業ができなくなり自分を見失った方に、その人であり続ける作業と再びつなげるための作業療法実践について、これまでの研究成果を基にお伝えします。さらに、認知症予防においても作業科学と脳科学の視点から触れたいと思います。

講師略歴

九州リハビリテーション大学校 卒業

神戸大学大学院医学系研究科保健学専攻博士前期課程 修了

和歌山県立医科大学大学院博士後期課程 修了

臨床では、四天王寺悲田院、姫路聖マリア病院、株式会社メディケア・リハビリ
嘉誠会リハビリテーションセンターなど小児から高齢者まで幅広い領域で作業療
法を実践。

専門は、地域作業療法学、高齢期作業療法学、作業科学。

【主な著書】

- ・地域リハビリテーション学 第2版, 羊土社, 2019年03月, 重森健太、横井
賀津志(編集)
- ・理学療法・作業療法テキスト ADL・実習 (15レクチャーシリーズ). LECTURE
9 入浴動作. 中山書店. 2021年4月
- ・転倒予防のための棒体操 運動機能と認知機能へのアプローチ, 三輪書店,
2010年07月, 横井賀津志、高畑進一、内藤泰男

…その他講演や論文多数

セミナー I

神経科学に基づく読み書き障害への評価と支援

高畑 脩平 氏

(藍野大学 医療保健学部)

「文章を読めない」「文字を書けない」という主訴をもつ読み書き障害児・者に対して、どのような評価・支援を組み立てるでしょうか？ 本セミナーでは、読み書きの神経機構や発達研究を基に作成した「読み書き支援フローチャート（高畑ら, 2020）」に沿って実践例を紹介します。読字障害に関しては、原因仮説として有力視されている「視覚情報処理障害」「音韻処理障害」「小脳障害」の各サブタイプにおける評価と支援を、書字障害に関しては、書字の発達に沿った「Tracing（なぞり書き）」「Copying（模写）」「Writing（書字）」に関する評価と支援を、ケースの映像を通して紹介します。

講師略歴

2008年 京都大学医学部保健学科 卒

2015年 奈良教育大学大学院教育学研究科 修了(教育学修士)

2008年-2016年 奈良県総合リハビリテーションセンター

2015～現在 奈良教育大学特別支援教育研究センター 研究部

2016-2020年 白鳳短期大学リハビリテーション学専攻作業療法学課程

2016～現在 (株)LITALICO 外部スーパーバイザー

2017～現在 NPO 法人はびりす 理事

2020～現在 藍野大学 医療保健学部 作業療法学科

【主な著書】

- ・ 神経科学に基づく発達障害領域の作業療法. CBR社, in press. (共著)
- ・ みんなでつなぐ読み書き支援プログラム. クリエイト・かものがわ, 2020. (編著)
- ・ 臨床実習とケーススタディ 第3版. 医学書院, 2020. (共著)
- ・ 幼児と健康. ジアース教育新社, 2020. (共著)
- ・ 発達障害&グレーゾーンの小学生の育て方. すばる舎, 2020. (監修協力)
- ・ 子ども理解からはじめる感覚統合遊び. クリエイト・かものがわ, 2019. (編著)
- ・ 小児リハ 評価ガイド. メジカルビュー, 2019. (共著)
- ・ 幼児と保育 10月号. 小学館, 2019. (監修)
- ・ 乳幼児期の感覚統合遊び. クリエイト・かものがわ, 2016. (編著)など
- ・ ADHD の子どもたち. 合同出版, 2014. (共著)

セミナーⅡ

認知症の予防とこれからの支援

坪内 善仁 氏

(奈良学園大学 保健医療学部)

国は「予防」と「共生」を両輪とした認知症の地域施策推進を目指している。これまでも、認知症サポーターの養成や「認知症が特別な病気ではないこと」、「早期発見・早期治療と早期相談の重要性」など地域住民への啓発により、認知症への理解、認知症のある人への支援は徐々に拡大している。奈良県作業療法士会でも、県内の各市町村や認知症の人と家族の会との協働により、啓発や予防事業を実践しており、今後もさらに支援の輪を広げていく必要がある。

一方で、近年は人工知能(AI)や Internet of Things(IoT)の開発・発展により、認知症の人と家族の支援において研究や実践が開始されている。例えば、イスラエルの BioEye 社は、日常で使用するスマートフォンのカメラで瞳孔の拡張やまばたき、眼球の断続性運動など微細な変化を検知し、AI を用いて脳機能との関連を分析することで、認知機能低下を早期に発見する仕組みを開発している。また、米国では日常生活場面で視線や音声を AI によって分析し、認知症発症や進行の早期発見を目指した研究が進められている。これらの技術は、家族や医療機関との連携により、当事者の不安や初診時の負担感軽減が期待されている。一方で、国内でも AI を用いた遠隔型見守りロボットや傾聴・会話ロボットなどの開発が進み、当事者の気分や趣味・嗜好に応じた会話が長時間可能となることで、独居高齢者の見守りや認知症予防、安心・安全な生活の維持に効果が期待されている。

これらの技術は、今も進化の過程にあり、近い将来、暮らしに不可欠な存在になると考えられる。我々作業療法士は、認知症になっても当事者とその家族が住み慣れた地域で安心・安全かつ自分らしく暮らし、大切な作業を出来るだけ継続していけるように、技術の発展を知り、必要な技術を適切に活用していく必要があると考えている。

今回のセミナーでは、奈良県作業療法士会の認知症予防への取り組みを紹介するとともに、AI や IoT を活かした認知症研究の動向を供覧し、これからの支援について一緒に考えたい。

講師略歴

2006年 星城大学リハビリテーション学部 卒業

同年 秋津鴻池病院 入職

2016年 大阪府立大学大学院総合リハビリテーション学研究科 博士前期
課程修了

同年 博士後期課程入学～ 在学中

2019年 奈良学園大学保健医療学部 リハビリテーション学科 入職
現在に至る

【研究テーマ】

認知症予防,重度認知症のひとの作業療法,高齢者のエンパワメント

【主な論文】

・地域在住女性高齢者の献立立案から取り組む集団調理プログラムの効果

坪内善仁, 安田圭志, 山中美里, 東條秀則, 内藤泰男

作業療法 38(2) 187 - 196 2019年4月

・身体合併症を有す重度認知症患者の死亡転帰に関連する入院時情報の
特徴 : 作業療法評価を含めた探索的調査

坪内 善仁, 宝田 イオリ, 石橋 雄介, 大西 和弘, 東條 秀則, 洪 基朝

老年精神医学雑誌 29(3) 293 - 301 2018年3月

【学会発表】

・回復期リハビリテーション病棟から自宅退院した大腿骨近位部骨折患者の
特徴 : 認知症合併の有無に着目して

坪内善仁, 宝田イオリ, 木村咲紀, 大西和弘, 東條秀則

第53回日本作業療法学会 2019年9月7日

・せん妄再発への不安軽減により自宅退院を実現した1事例: 認知症高齢者
のエンパワメントを目指した取り組み

坪内善仁

第20回日本認知症ケア学会大会 2019年5月25日

一般演題・事例報告演題(口述発表)プログラム

第1会場

【身体障害領域 I】 10:10～11:05 座長：金星 聡 (奈良県総合リハビリテーションセンター)

1-1 復職に向けてタイピング動作の獲得を目指した事例

～上肢における近位の不安定性が与える末梢操作への影響に着目して～

南奈良総合医療センター 筒井 純平

1-2 高次脳機能障害を呈した患者への職場復帰に向けた関わり

天理よろづ相談所病院 白川分院 中田 扶子

1-3 腕神経叢損傷後に自動車修理業への復職を目指した介入例

奈良県総合リハビリテーションセンター 坂手 祐輔

1-4 上肢機能訓練の介入に難渋した脳卒中患者がMTDLPを通して必要性を理解し、
機能改善を認めた一症例

天理よろづ相談所病院 白川分院 佐藤 佳奈子

【身体障害領域 II】 11:15～12:25 座長：塩田 大地 (西大和リハビリテーション病院)

1-5 手指のしびれを呈する症例に対し、心理面に着目した介入を行うことによって
自宅復帰へ繋がった一例

奈良県総合リハビリテーションセンター 福井 美晴

1-6 3指つまみの獲得に対し視覚代償とPinch課題を結びつけた知覚再教育を行った事例
～実用的な書字の獲得をめざして～

南奈良総合医療センター 櫻本 奈由

1-7 促通反復療法と免荷式上肢リハビリ装置 (AR²) の併用療法

平成まほろば病院 村上 賢治

1-8 麻痺手の運動イメージが運動麻痺や使用頻度に与える影響について
—2症例における1ヶ月間の調査—

奈良県総合リハビリテーションセンター 岩本 健吾

1-9 高次脳機能障害を呈した患者の排せ動作獲得に向けての取り組み
～学習行動理論に基づいたアプローチを通して～

天理よろづ相談所病院 白川分院 前岡 伸吾

第2会場

【 精神障害領域 】 10:10～11:05

座長：木納 潤一（秋津鴻池病院）

2-1 医療観察法病棟で勤務する作業療法士が職業的アイデンティティを形成するプロセス

国立病院機構 やまと精神医療センター 南 庄一郎

2-2 精神科療養病棟における「いきいき週間プログラム」の効果に関する予備的研究

秋津鴻池病院 平尾 征也

2-3 精神科訪問看護における個別 SST を用いて一人カラオケができるようになった事例

ハローケア訪問看護ステーション奈良 三寺 隆之

2-4 高齢女性のうつ病入院患者に対するコミュニケーション促進週間プログラムにおける予備的研究

秋津鴻池病院 菊谷 樹

【 身体障害領域 III＋老年期障害領域 】 11:15～12:25 座長：片岡 歩(かつらぎクリニック)

2-5 患者との日々の目標共有が ADL 改善へと繋がった事例

天理よろづ相談所病院 竹下 ゆりえ

2-6 詳細な入院前生活の把握から退院後の生活を考える

秋津鴻池病院 小川 浩平

2-7 漠然とした不安により自己効力感が低下した患者への自宅退院に向けた関わり
～ADOC を用いた不安の具体化と支持的関わりが有効であった一症例～

天理よろづ相談所病院 小濱 拓郎

2-8 脳卒中患者に対する自己肯定感を高める関わり～細やかな配慮と称賛を重視して～

秋津鴻池病院 濱田 佳実

2-9 紙芝居を用いた『住民による認知症講座』～宇陀市での取り組み～

奈良県作業療法士会認知症支援委員会 和田 航平

表題	復職に向けてタイピング動作の獲得を目指した事例 ～上肢における近位の不安定性が与える末梢操作への影響に着目して～
演者名	南奈良総合医療センター 筒井 純平
1. 報告の目的	<p>現状、就労においてパソコン操作は必須になりつつある。今回、若年性の脳梗塞により右不全麻痺を呈した症例を担当した。復職に向けてタイピング操作が課題となった。介入に伴い改善が見られたので考察を踏まえ以下に報告する。</p> <p>尚、本発表においては、家人の同意及び、院内の倫理規定に基づき行っている。</p>
2. 事例紹介	<p>50歳代の男性。右利き。中学校講師。主訴として職場復帰があった。左被殻～放線冠梗塞による右片麻痺。下肢に比べ上肢の麻痺が強い。高次脳機能障害は認めず認知機能低下も見られなかった。基本動作・ADLはほぼ自立。しかし、右手の参加がなく左手のみで作業効率は悪い。リハビリには協力的であり、自主訓練も積極的に行っていた。</p>
3. 作業療法評価	<p>初期評価時（発症から9日後）の身体機能は、Brunnstrom stage（以下Brs-t）右上肢IV. 手指IV. 下肢Vであった。上肢は低緊張で翼状肩甲認め、座位での上肢上方挙上は120度程度可能も肩甲骨の挙上後退、肩関節内旋内転、肘屈曲を伴うtotal patternとなった。手指は集団屈曲・伸展は可能であるが、各指の分離運動は困難であった。感覚は表在感覚・深部感覚ともに正常。握力は右9.3kg 左27.5kg。認知機能はWechsler Adult Intelligence Scale-Fourth（以下WAIS-IV）の結果FIQ143、VIQ122、PIQ135であり、認知機能の問題はなく復職も可能なレベル。ADLでは、Function Independence Measure（以下FIM）104/126（運動項目73点・認知項目31点）、失点項目は食事、入浴。職場復帰での課題となる動作として、タイピング・板書があげられた。パソコンを用いた授業も可能であったため、タイピングからアプローチすることとした。</p> <p>右手のタイピング動作での上肢空間保持においては体幹の左側屈、肩甲骨の後退・挙上、肩関節屈曲、内旋、外転による代償動作を認めた。手指操作では分離性低下により各指を用いたタイピング操作は困難であり、右手指集団伸展位で動かさず、肩関節の内旋や前腕の回内、手関節を掌屈させて、示指を用いて1文字ずつタップする様子が見られた。また、経過と共に手指の緊張もあがり次第に徐々に屈曲位になり伸ばせない場面を認めた。加えて疲労感の訴えも強かった。</p>
4. 介入の基本方針	<p>分離性の低下・肩関節周囲の低緊張より、上肢空間操作において代償的に共同運動パターンを使用した方法となっていた。それらが手指の屈筋の緊張を増大させ、より手指の分離運動を阻害すると考えた。加えて、末梢部の固定的な使用は近位関節で代償されるため易疲労で粗雑となりやすい。実用的なタイピング操作には、上肢の分離性・筋出力向上をはかり、上肢空間操作でもより手指を分節的に使用できるように促す必要があると考えた。</p>
5. 作業療法実施計画	<p>1日80～120分間。週6回の個別リハ。介入期間9週間。</p> <p>介入前期（初期評価時～2週目）：上肢・手指の分離性改善を目的に上肢・手指機能訓練を実施。上肢訓練は臥位でactiveな可動域訓練を、肩関節の単一の運動から実施し、改善に伴い肘・前腕を複合的に協調させて行う。また、座位・抗重力位でも実施する。手指訓練は各指の分離した屈曲・伸展・内転・外転を促す。ADL訓練は上肢訓練で獲得できた事を最大限ADLで発揮するよう意識する。具体的には食事動作を模擬動作で評価し、動作指導を行い実際の食事動作でも麻痺手の参加を促す。</p> <p>介入中期（2週目～7週目）：タイピングに必要な上肢空間保持・空間保持下での各指分離運動の獲得を目的に、物品操作課題を実施。上肢訓練は接触面のあるワイピング動作を選択する。また、傾斜盤・壁などを使い高さを変え段階付けを行う。空間保持が可能になれば、上肢空間保持下でのPEG操作を実施する。手指訓練は、PEGのつまみ訓練の中でタイピングに必要な各指のMP屈曲・PIPとDIP伸展でコントロールできるよう分離性の改善を図る。ADL訓練はテーブルに肘をついた状態から実施し、肘をつかず空間保持で行えるよう指導。また、食事評価を行い道具選定も行う。</p> <p>介入後期（7週目～9週目）：タイピング時の代償軽減、タイピングスピードの改善を目的にタイピング動作訓練の実施。前腕接地でのタイピング練習から、前腕を浮かした状態でのタイピング動作へ段階付けを行う。</p>

6. 介入経過

介入前期: STEF (右/左) 63/99。すべての項目で左右差を認めたが、巧緻操作が必要な項目でより低下を認めた。上肢機能では上肢上方挙上時、total pattern の改善が見られ、肩関節中間位、肘関節伸展位での一時的な上方挙上が可能となった。ADL では介助スプーンを使用した食事が可能であった。タイピング動作においては前腕をテーブルに接地した肢位で行ったが、手関節軽度背屈位で示指～小指を用いたタイピングはなんとか可能であった。数文字のタイピングで手指屈曲傾向になり、自己での伸展が困難な状態であった。

介入中期: STEF (右/左) 84/100。手指の分離性において改善が見られ単独母指の外転・伸展が可能になった。ADL では普通スプーンを使用した食事が可能になった。タイピング動作においては前腕をテーブルに接地した肢位であれば体幹・肩甲骨・肩関節を伴う代償動作は改善が見られた。タイピングスピードも初期に比べ改善見られ 200 字 7 分 35 秒で可能になった。後半にかけて疲労の訴えは見られ、体幹左側屈・肩甲骨挙上・肩関節軽度外転・母指屈曲肢位になる様子が確認された。

介入後期: STEF (右/左) の点数は 95/100。粗大動作でかかる時間は左右見られない程度まで改善し、巧緻動作もスムーズに行えるようになった。上肢機能では肩関節中間位で持続的な上肢上方挙上が可能となり、手指機能では前腕背屈位での各指の分離運動もスムーズに行えるようになった。ADL では箸を使用した食事が可能となった。タイピング動作においては開始～後半にかけて体幹・肩甲骨・肩関節を伴う代償動作は改善が見られた。手関節背屈位での示指～小指を用いたタイピングもスムーズに行えており、200 字 5 分 30 秒で可能となった。後半にかけて示指～小指においては屈曲肢位になる様子は見られなかったが、母指は次第に屈曲肢位になる様子が見られた。

7. 結果

最終評価時 (発症から 9 週間後) の身体機能では、Brs-t 右上肢 VI、手指 VI、下肢 VI。翼状肩甲は改善され上肢上方挙上は 180 度可能となり、total pattern も改善された。手指は各指の分離運動が可能となった。しかし、肩甲帯・三角筋の筋出力の低下は残存しており、抗重力位で肩関節中間位・肘関節伸展位で上肢空間保持は可能であったが、その状態で肩関節の運動を伴うと肘関節屈曲・肩甲帯挙上・体幹左側屈などが見られた。また、手指の緊張が上がり屈曲肢位になる様子も確認された。握力は右 13.1kg、左 28.8kg と改善は見られたが手指の筋出力の左右差は残存。ADL は FIM126/126。タイピング操作は 200 字 5 分 30 秒で打てるまで改善し、本人から「打つ速さは入院前と変わらない」との発言も見られた。動作面では代償動作は改善し、手関節背屈位で各指を用いた実用的なタイピングが可能となった。しかし、後半にかけて母指屈曲内転傾向は残存し、疲労の訴えにおいても改善は見られたが残存した。タイピング、書字は可能となったが、上肢空間保持下での板書は、介入当初 1 文字書くことも困難だった状態から、自分の名前が書けるまでは改善したが、文字の止め・はらいなどの操作は困難であり、実用的な板書は困難であった。

8. 考察

開始時のタイピング動作は麻痺側上肢の近位部の筋緊張低下・分離運動の困難さから total pattern での使用となり、努力的で手指にまで過度に緊張を強めている場面を認めた。

細田らによると、遠位の効果的な運動を行うためには近位の安定性が求められるといわれており、手指のより分離した運動の獲得には特に近位部の出力・分節的なコントロールが必須であると考えた。実際に症例においても上肢の空間操作において近位関節のコントロールができるようになるにつれ、手指の過度な緊張は改善し、徐々に上肢の空間操作においても分節的な手指の動きもみられるようになった。

近年の脳卒中の回復過程において、Swayne らによると発症後 3 カ月は残存している皮質脊髄路の興奮性に依存するといわれている。よって、より早期より麻痺手を日常生活に参加させることができるかが重要であると考えられる。また、伊藤らによると、麻痺側上肢の改善および学習性不使用からの脱却には、適切な難易度調整と使用頻度が重要であると言われている。上肢操作において訓練中だけではなく、日常生活でも機能改善・運動学習に必要な訓練の質と量を担保する事ができた。結果として、筋出力に課題が残ったものの疲労感も軽減し、麻痺側上肢操作に伴う違和感もなくなり、日常で使える手まで改善したのではないかと考える。

本症例においては、そういった関わりと日常生活での環境整備ができたことが、より麻痺側上肢の分離性の改善へつながった。結果として、実用的なタイピング動作の獲得が可能になったと考える。

高次脳機能障害を呈した患者への職場復帰に向けた関わり

○中田 扶子¹⁾, 前岡 伸吾¹⁾

1)天理よろづ相談所病院 白川分院

Key word : 職場復帰, 高次脳機能障害, 脳血管障害

【はじめに】

今回、復職希望のある高次脳機能障害を呈した患者を担当する機会を得た。本症例は病識の低下を認め、障害に対して楽観的であったが、職場の協力があり復帰することができた。復職までの関わりと経過を以下に報告する。尚、本報告に際し本人に承諾を得ている。

【事例紹介】

40歳代前半の男性。販売店の管理者として働いていた。X年12月、頭部CTで右被殻出血、脳室穿破、正中偏位を認め、緊急で開頭血腫除去術を施行。34病日目に当院へ転院となる。

【初期評価】

入院時、運動麻痺は軽度だったが、左半側空間無視、注意障害、遂行機能障害など多彩な高次脳機能障害を認め、日常生活でも周囲に注意を向けることが困難だった。

本氏、家族共に復職を希望されていたが、上記の高次脳機能障害により1つの課題に対して時間がかかり、ミスが多く、また時間を決めて課題に取り掛かることが困難であった。

【経過】

入院当初より、左側が見落としやすいことは理解していたが、病識が乏しく、障害に対して楽観的であり、自身で気を付けることは少なかった。まずは本人の病識を高めることと高次脳機能の改善を目的に紙面課題を実施した。訓練外でも宿題として渡したが、計画的に取り組みしておらず、本人と予定表を作成し、訓練前に確認することとした。まずはセラピストと一緒に予定を立て、徐々に介入を減らして段階的に予定を立てて動くことを身につけてもらった。毎

日フィードバックすることで本人が問題点に気づきやすく、最終的には予定表を作成せずに課題に取り組み、集中力や注意力の向上により、ミスに気づくことが増えた。

入院から約2ヶ月目には、復職にあたり職場の上司とのカンファレンスを行った。現在の症状については理解が得られ、復帰後の部署は検討するとのことだったが、安全に出勤できるかを心配されていた。

バスや電車を利用した外出訓練では、周囲の人や物にぶつかることなく移動でき、公共交通機関の利用では、予定とのズレに対して臨機応変に対応できていた。通勤に関しては、1人でも実施可能と判断した。

【最終評価】

高次脳機能は改善し、左側の見落としが減ったことでタイピングスピードも向上した。紙面課題は病識の出現と注意力の向上でミスへの気づきが見られるようになった。

また、退院から約1ヶ月後に復職できる見通しとなった。

【考察】

本症例は40歳代と若く、入院早期から復職への支援が必要だったが、多彩な高次脳機能障害を呈していても、病識が乏しく、復職に関して楽観的に考えている様子だった。そこで現状の高次脳機能障害への理解を深め、復職に向けての問題点を感じてもらった。また、退院前には職場の上司に説明する機会を設けたことで、復職に関しても本人のできる仕事内容を提案頂けるなど具体的に進めることが出来たと考える。

表題	腕神経叢損傷後に自動車修理業への復職を目指した介入例
演者名	奈良県総合リハビリテーションセンター 坂手佑輔
1. 報告の目的	今回、腕神経叢損傷を呈し運動麻痺が残存したA氏を担当した。介入ではカナダ作業遂行測定（以下COPM）にて復職に向けた目標設定を実施、目標に則した課題指向型訓練・実動作訓練を行なった。その結果、上肢機能とCOPM（遂行度/満足度）の改善を認め、復職を達成する事ができたので報告を行う。尚、発表に際し症例の同意は得ている。
2. 事例紹介	A氏、70歳代前半の男性。職業はトラックの修理会社に勤務し、事故車の修理を長年行ってきた。業務は廃車状態の車両をフレームの矯正、駆動系の交換、外装、電気系統の配線、走行試験とさながら一から車を作り上げる作業であった。A氏曰く「全部できるのは会社で私だけです」と話されるベテラン修理工だった。今回トラックの修理作業中にパワーゲート（後部扉の自動昇降機）が誤作動し、頸部と左上肢を1分間挟まれ受傷。B病院に救急搬送され、MRIにて左腕神経叢損傷上位型（C5C6）の診断となった。著明な神経断裂を認めないため保存療法となり、翌日より理学療法及び作業療法開始。経過は左三角筋/上腕二頭筋のmanual muscle testing（以下MMT）1レベルで推移していた。12日後にリハビリテーション目的で当院に転院、理学療法及び作業療法が開始された。A氏は「仕事をまだやりたい。後進指導もしたいです」と強く復職を希望されていた。
3. 作業療法評価	当院入院時、身体機能は著明な関節可動域制限や感覚障害は認めなかった。筋力はMMT左三角筋2-、棘上筋2-、棘下筋1、上腕二頭筋2-、上腕筋1、腕橈骨筋2-であり、前院よりも運動を認めるようになった。前腕以遠の筋は概ね4から5レベルである。上肢機能は握りとつまみに問題は無いが、肩と肘のリーチ動作や空間保持は困難であった。この為、box and block test（以下BBT）は右58個/分、左12個/分であった。FIMは運動項目82/91点で入浴と清拭以外は修正自立以上、認知項目35/35点であった。COPMで挙げられた作業と評定は、復職に必要な動作が挙げられた。具体的に「トラックの試運転：左手のシフトレバーとハンドル操作」が重要度9/10、遂行度2/10、満足度1/10、「上肢挙上位の作業：配線作業」が重要度9/10、遂行度1/10、満足度1/10、「両手持ちハンマーで車体フレームを叩いて直す」が重要度10/10、遂行度1/10、満足度1/10、「両手で重量物を運ぶ」が重要度6/10、遂行度2/10、満足度3/10、「書類を書く際に押さえる」が重要度6/10、遂行度5/10、満足度4/10となり、概ね生産活動の作業が挙げられた。セルフケアとレジャーは、茶碗を持つ、ゴルフがあったが優先度は低かった。平均遂行度2.2、満足度2.0となった。訓練意欲は高く、参加意欲を評価する観察尺度のPittsburgh Rehabilitation Participation Scale（以下PRPS）では受け身的だが最大努力を示す5/6となった。
4. 介入の基本方針	当初より上肢筋力が向上し感覚障害も認めなかった。先行研究では、神経断裂を伴わないC5C6損傷例の約87%が実用手となる報告（Bentolia 1999）があり、予後予測からも改善が期待された。A氏も復職に向けて訓練意欲が非常に高く、目標設定と集中的な訓練が有効であると考えた。介入はRostami 2017の末梢神経損傷例に対する目標設定と課題指向型訓練を参照し、COPMで復職後のニーズを明確化し、目標に則した課題・訓練量の設定を行う事とした。
5. 作業療法実施計画	実施はRostamiらの目標に関する手の集中使用を1日あたり3時間、週3日から4日の実施を参考にした。期間は3ヶ月で、頻度は訓練を1回40分ないし80分を週5回、課題に則した自主訓練を120分設定、不足分は理学療法士の協力を得て訓練を行った。目標は週1回達成度を確認した。当初の目標は運転の「ハンドル操作」と「シフトレバー操作」とし、比較的低負荷の空間保持や筋力を要する動作から始める事とした。高負荷の空間保持と筋力を要する「配線作業」「重量物運搬」「ハンマー操作」は、上肢機能の改善を考慮して実施する事とした。運転動作の問題は、左肩関節屈曲/伸展/外転/外旋と肘関節屈曲が抗重力位では困難な事であった。特にハンドル操作は左右に回すと肩の重さで左手が脱落してしまい、マニュアル車のシフトチェンジは後進時に肩関節外転/外旋が困難で操作不能だった。訓練では肩関節屈曲/外転/外旋と肘関節屈曲を中心に、臥位での自動介助運動やサンディングなど除重力位での運動から開始する事とした。習得した動作は自主訓練として随時追加し、訓練下では抗重力動作や空間課題へと段階を進めていく事とした。模擬動作

練習はハンドルとシフトレバーを模した物品の操作、ドライビングシミュレーターの使用、実車を用いた訓練を段階づけて実施。他の目標についても同様に模擬動作を実施、最終的には職場訪問による訓練も検討した。

6. 介入経過

介入前期（入院1ヶ月目）は肩関節屈曲/外転/外旋と肘関節屈曲を臥位での自動介助運動で開始し、単関節の動作を確認しつつ行った。A氏ができる運動を病棟と協力して設定、訓練継続と手の運動量確保を目的に日々記録をした。目標の振り返り時にA氏は「先が見えないけど、まだまだ頑張れます」とあり、平均遂行度3.4、満足度2.2と変化は無いものの意欲的に取り組んでいた。

介入中期（入院2ヶ月目）は肩関節と肘関節が抗重力下で運動が可能となり、BBT左38個/分となった。訓練は模擬動作を開始し、シフトレバーやハンドルに見立てた物品の反復操作や、シミュレーターの危険予測を行った。訓練を通じてハンドルから左手が落ちる、シフトレバーが操作不能となる場面は見られなくなった。この他「配線作業」「重量物運搬」の訓練も開始。自主訓練は運転、配線操作を取り入れた空間保持課題を開始した。振り返りでA氏は「段々上手くなってる。もっと修理の練習もしたいね」とあり、平均遂行度5.4、満足度4.4と向上を認めた。

介入後期（入院3ヶ月目）は、上肢筋力MMT4から5レベルとなり、模擬動作は停止車両の操作練習、上肢挙上位での配線作業、重量物の運搬、ハンマーの素振りなど多岐に及んだ。職場での模擬訓練も検討したが、コロナウイルス流行のために実施できなかった。これに対しA氏と療法士で協議を行い、模擬動作の種類を広げる事とし、備品の分解と組み立てなど可能な限りの動作練習を実施した。訓練中A氏からは困難な場面でも「諦めたらダメだよ方法考えよう」と試行錯誤を始める場面、目標の振り返り時に「仕事に必要な練習を考えてきたよ」と提案する場面があり、積極的な訓練参加を認めた。

7. 結果

筋力はMMT左三角筋5、棘上筋4、棘下筋4、上腕二頭筋5、上腕筋4、腕橈骨筋5に向上した。上肢機能は肩と肘のリーチ、上肢の空間保持に問題はなく、BBTは右61個/分、左56個/分に向上している。FIMは運動項目90/91点、認知項目35/35点であった。COPMは「トラックの運転」が遂行度9/10、満足度8/10、「配線作業」が遂行度9/10、満足度8/10、「ハンマーで叩く動作」が遂行度7/10、満足度6/10、「両手で重量物を運ぶ」が遂行度7/10、満足度8/10、「書類を書く際に押さえる」が遂行度10/10、満足度10/10と改善した。平均遂行度8.4、満足度8.0となった。A氏からは「仕事のイメージが掴めてきました」との発言があった。リハ参加意欲も能動的な参加からPRPS 6/6の指標となった。入院3ヶ月後に在宅退院。翌週より復職し、経過は外来でフォローする形となる。就労については「8時間勤務は体力的に大変でした。だからジム通いを始めたんです」と発言があり、持久力の問題はあるがA氏自身が主体的に問題解決を図る様子が見られた。

8. 考察

今回、腕神経叢損傷後に左上肢C5・6領域に運動麻痺を呈した症例に対し、ニーズである車両修理の仕事への復帰を目指した介入を行い達成する事ができた。介入効果は上肢機能が筋力、BBT、STEFの向上を認め、作業遂行はCOPMの向上を認めた。BBTは臨床上有効とされる8個以上の改善を示し（Kimberley 2004）、COPMも遂行度・満足度ともに臨床上有効な2点以上の向上を認めている（吉川2007）。参照したRostamiらの報告でもCOPMとBBTの改善を報告しており、目標設定と課題指向型訓練による介入の有効性が考えられる。しかし報告は正中神経/尺骨神経損傷に関する報告であり、同じ末梢神経損傷例に対する介入とはいえ、今回の症例に必ずしも一致するものではない。有用な介入は検討の余地があると考える。

復職に向けた目標設定では、A氏と療法士が目標設定を行う中で、介入後期よりA氏の積極的な参加と提案が認められた。復職には高度な身体機能や遂行機能が求められるが、今回、病院内の模擬動作に限られるなど制約も多かった。目標設定の意義に「適度に難しく、具体的な目標およびパフォーマンスを向上させる」（Locke 2019）とあり、訓練期間を通じて段階的に目標を達成していく中でA氏の動作に対する具体的なイメージが形成されたのではないかと考える。一方でリハビリテーションと目標設定の効果研究では、社会参加に有意差はない（Levack 2016）とされている。今後の課題に目標設定時に課題の達成度の比較だけでなく、遂行度・満足度から目標の捉え方をより分析していくことも必要ではないかと考える。また本人の意欲、動機など個人因子にも焦点を当てた介入を進めたい。

表題	上肢機能訓練の介入に難渋した脳卒中患者がMTDLPを通して必要性を理解し、機能改善を認めた一症例
演者名	佐藤 佳奈子
1. 報告の目的	今回、上肢機能訓練に必要性を感じていない脳卒中患者を担当する機会を得た。機能訓練にあたって患者・作業療法士間で意向に相違が生じていた。そこで、生活行為向上マネジメント(以下、MTDLP)を用いて退院後の生活目標を聞き取り、合意目標を決定したことで上肢機能訓練の必要性を理解できた。その結果、現状に向き合い、訓練に対する意欲も向上し、上肢機能の改善に繋がったため報告する。なお、発表に際し本人の同意を得た。
2. 事例紹介	本症例は80歳代男性で、入院前は妻、息子夫婦、孫との4人暮らし、ADL・IADL自立で自動車も運転し、毎日畑仕事をしていた。既往歴に、左小脳梗塞、左中大脳動脈未破裂動脈瘤にてクリッピング術施行、高血圧があったが内服コントロールにて経過は良好であった。X年6月、歩行時のふらつき、左下肢挙上困難にて救急外来へ搬送。頭部MRIにて右放線冠に急性期梗塞がみつかると即日入院となる。保存的加療にて経過良好で、12病日目に当院に転院され介入開始となった。
3. 作業療法評価	身体機能はBRS 左上肢V-手指V-下肢IV。Fugl-MeyerAssessment (以下、FMA) は47/66点で、左肩挙上・空間保持・前腕回内外が困難であり、持久力も乏しかった。握力は、右26kg、左14kgで、左指腹・三指つまみ共に2kg以下であった。 認知機能はHDS-R:27点、MMSE:29点でほぼ問題なく、コース立方体組み合わせテストはIQ69で、集中力の低下を認めた。 基本動作は車椅子への移乗に軽介助を要していたが、一人で移乗してしまう事が多く危険認識は乏しかった。移動は車椅子足漕ぎにて自立していた。ADLは、食事は右手で箸を使用し摂取可能だったが、左手は器を落とす事があり参加は見られなかった。排泄は片手すり把持でズボンの上げ下ろしは見守りであった。上衣の更衣は左肩挙上困難でかぶりシャツの着脱に介助を要した。入浴・整容にて、洗髪動作は両上肢で試みるが、左上肢の空間保持、動作拙劣により右上肢のみで行っており時間を要した。整容動作は、左後頭部の髪の毛を左上肢でとくが、同様の理由で困難さを感じていた。 左上肢機能やADL動作について評価時は、左上肢の使いにくさや困難さを訴えるが、実際の訓練場面では下肢の機能訓練への要求が強くなり、上肢機能訓練は拒否され、対応に難渋した。本人は一日でも早く、生きがいである畑仕事と自動車を運転し、妻を買い物に連れて行くこと、早期退院を希望していた。家族は、最低限トイレ動作・整容動作・入浴動作は自立してほしいとの希望であった。
4. 介入の基本方針	症例は、自身の目標と現状能力の問題点が結びつかず上肢機能訓練に必要性・重要性を感じていない状態であった。そこで、MTDLPを用いて、現状能力の把握と問題点を抽出し、本人の目標を達成するために必要な機能・動作を理解してもらう。そして、合意目標を決定し、課題を明確にすれば、上肢機能訓練への必要性を理解できると考えた。
5. 作業療法実施計画	1期目 週5回 40～60分 MTDLPにて本人の目標に必要な能力・工程を聴取し、その上で阻害している要因と現状の能力、今後獲得すべき機能についてアセスメントし、作業療法士が本人に説明する。その上で合意目標を決め、訓練の目的・方向性を検討し、上肢機能訓練の必要性を理解してもらう。麻痺側上肢に対し、随意性・安定性向上の目的にファシリテーション・物品操作を実施していく。 2期目 週5回 40～60分 積極的にADL訓練を取り入れ、食事・洗髪動作で左上肢の参加を促していく。そして、ADL訓練で不足している上肢機能のファシリテーション・物品操作・筋力訓練を継続して実施していく。適宜、患者・作業療法士間で現状能力の把握と、必要な訓練について検討する。 3期目 週5回 40～60分 ADL動作にて麻痺側上肢の参加が増え自立レベルになる。MTDLPの再評価を実施し、自宅退院に向けた今後の課題を抽出する。患者の目標に必要な上肢の筋・持久力強化訓練なども積極的に取り入れていく。

6. 介入経過

1 期目（上肢機能訓練の必要性を理解し、訓練内容が明確化する時期）

MTDLP を用いて、目標を聴取すると①車に乗りたい②畑仕事に行きたい③身の回りの事を自分で行いたい、と上がった。その目標に対して、自動車運転では、右手のみでハンドル操作ができるため左上肢の機能向上の必要性は低かったが、畑仕事において、鍬で土を耕す際や、耕運機使用の際に必ず両手動作が必要と判明した。そして、院内の生活でも、左上肢の使用頻度が少なく、現状では目標到達は困難ではないかと説明した。すると本人からは「今は身の回りの事も一人でできていないから、そこからできるようにしたい」と聞かれ、まずは日常生活で左上肢も使用しADLの自立を目指すことにした。それが結果的に自動車運転や畑仕事の両手動作に繋がることを説明した事で、上肢機能訓練の必要性を理解できた。その上で、合意目標を「身の回りのことを自身で行う」に決定した。その際の満足度は3/10、実行度は3/10であり、右上肢のみの食事、整容に困難さを訴え、また、更衣、洗髪動作には介助を要していた。

2・3 期目（患者自身が問題点を見つけ、積極的にリハビリに取り組む時期）

左上肢機能訓練を実施し、徐々に機能向上を認め、ADL動作の中で積極的な左上肢の参加が可能となった。そして、動作を獲得していく中で、退院には上肢機能訓練が必要になるという理解がより深まった。洗髪動作において左上肢の拙劣さは残存し、空間での動作に困難さを訴え、右上肢のみで行うため時間を要した。また、右上肢への負担が大きく、疲労感もあり、本人も効率性の悪さを感じた。この現状に対しては、初期と違ってより一層左上肢機能訓練への意欲が増し、必要な機能訓練を積極的に実施できるようになった。

左上肢機能向上に伴い院内の生活において、自然と左上肢を使用するようになり、ADLが自立となる。課題として、洗髪動作や畑仕事に必要な両手動作に左上肢の持久力低下が残存した。

7. 結果

身体機能はBRS 左上肢V-手指V-下肢V、FMA59/66点と向上、左肩甲帯の安定性が増し、空間での動作や前腕回内外に拙劣さが軽減した。握力は、右33kg、左22kg、左の指腹つまみは8kg、三指つまみは7kgと向上した。認知機能は入院時と変化はなかった。基本動作は杖歩行で自立となり、ADLは、食事は左手で器を持ちながらの動作可能となり、排泄は手すり把持無しでも下衣着脱を両上肢で実施し自立となった。また、上衣の更衣も両上肢を使用し、左肩挙上も可能となった為自立となる。入浴にて洗髪動作では、左上肢の空間での動作がスムーズになったことから、両上肢の使用が可能となり、整容動作にて、左後頭部の髪を同様の理由でとかすことが出来るようになった。動作を続けていると疲労感が強く、持久力に乏しさが残ったが、院内の生活において身の回りのことが全て自立となった。MTDLPの合意目標再評価にて、満足度は9/10、実行度は9/10と向上を認めたが、左上肢の易疲労性から満点には至らなかった。MTDLP実施後は、現状能力に合った機能訓練を積極的に実施できるようになり、空き時間は自らリハビリ室へ入室し、上肢機能の自主練習を行うようになった。

8. 考察

患者は、早期退院・自動車運転・畑仕事を目指しており、歩行獲得や下肢への機能訓練が第一に必要だと感じていた。一方、作業療法士は、自宅退院や本人の目標には、ADLの獲得と左上肢機能訓練が必要になると考え、実施しようと試みたが、上肢機能訓練に対して必要性・重要性を感じていない患者と意向に相違が生じ、介入に難渋したと推測する。

MTDLPの利点は、残存機能の把握や障害の予後予測を整理することで問題点を明確化し、徹底した環境設定の元で適切なプログラムが立てられることと述べている。（櫻井ら、2019）

今回MTDLPを用いて、現状能力や目標に必要な機能をシートに落とし込み説明したことで、本人が上肢機能の必要性・重要性に気づき、訓練内容も明確化された。その結果、上肢機能訓練への受け入れが良くなり、左上肢の機能向上に伴いADLの自立度が上がったことで、退院や目標達成には機能訓練が必要になるという認識が高まったと考える。

今後の展望として、今回のような機能訓練への介入に難渋するケースは、シートなどの視覚的情報も用いて、目標達成に向けたプロセスを具体的に説明する必要がある。その上で、患者自身が訓練の必要性を理解できれば、積極的な介入ができ、機能向上に繋がるのではないかと推察する。

表題	手指のしびれを呈する症例に対し、心理面に着目した介入を行うことによって自宅復帰へ繋がった一例
演者名	福井 美晴
1. 報告の目的	<p>今回、頸椎性脊髄症により手指のしびれが残存した症例を担当する機会を得た。しびれの改善に固執し、日常生活動作（以下ADL）練習に消極的であり退院後の生活に対しても不安が強かったため、特に心理面に着目しながら介入を実施した。結果、心理面において良好な変化を認め自宅退院に至ったため、本症例に対する作業療法に関して考察を加え報告する。尚、発表に際し、症例には口頭にて同意を得ている。</p>
2. 事例紹介	<p>症例は70歳代前半の女性。長年介護していた両親を亡くして以降、15年以上戸建ての家で独居の生活をされていた。キーパーソンは県外に在住する姪で、時々様子を確認するために訪問していた。元々ADL・応用動作共に自立されており、県外まで買い物に行くなど外出の機会も多く活動的な生活を送られていた。今回、手指のしびれと四肢の筋力低下が徐々に悪化し歩行困難となったため、前院を受診。頸椎性脊髄症と診断され、椎弓形成術を施行された。手術から約2週間後、リハビリテーション目的で当院に転入院。回復期病棟にて理学療法および作業療法が処方された。</p>
3. 作業療法評価	<p>入院時の身体機能面において、両上肢に顕著な筋力低下は認めず握力は左右共14kgであった。両下肢・体幹筋力は、徒手筋力測定の結果3~4レベルであり、右下肢には足関節背屈2レベルの筋力低下を認めた。それに伴う立位バランス能力低下のため、方向転換やステップ等は困難であった。病棟生活は車椅子使用にて、トイレや更衣、整容等のADL動作全般が軽介助レベルであった。両上肢の感覚機能では、表在深部共に正常範囲であったが、左右前腕~手指に10段階で7程度のしびれを認めた。しかし、簡易上肢機能検査においては、右80・左89点と同年齢の正常域であった。上肢使用に伴うしびれの不快感の訴えは多いが、箸操作や薬袋の開封等の巧緻動作は自立されていた。認知面ではMini-Mental State Examination 29/30であり、普段の会話や行動観察からも問題は認めなかった。心理面としては、主治医から手指のしびれは残存するとの説明は受けているものの、「とにかくしびれを治してほしい。そのためにこの病院にきた」との訴えが強く、しびれに固執している様子が見受けられた。また、自宅復帰に関しては「もう歩けないし、家に帰れるかどうか分からない」と諦めているような印象で、現状ADL制限への阻害因子となっている下肢・体幹の筋力、立位バランス低下への問題意識も薄かった。目標共有においても「しびれが治らないと分からない」とツールを用いての評価は難しく、具体的な目標設定は困難であった。</p>
4. 介入の基本方針	<p>症例の退院後の方向性としては自宅復帰となる。まずは病棟でのADL自立や独居生活を見据えた応用動作の獲得を目指す。加えて、入院時に症例の希望を聴取することが困難であったため、適宜希望の聴取、目標の共有を試みると共に、入院環境下においても、可能な範囲で症例の希望する作業を再獲得できることを基本方針とした。</p>
5. 作業療法実施計画	<p>症例は、手指のしびれは実際の生活に直接大きな影響はないものの、心理的な障壁となっており、しびれが治らないと何もできないと思いつ込んでいた状態であった。しびれに固執することで、現状ADLを阻害している問題点へ着目することが難しく、自宅復帰に必要なADLや応用動作練習、下肢筋力トレーニングやバランス練習への漠然とした不安が募り消極的になっていると考えた。しかし、下肢・体幹の筋力向上や活動性の向上、環境調整等により、自宅内歩行は修正自立、ADLも自立になる可能性が高いと推測された。したがって、作業療法では症例の希望を聴取し、今後の目標となる作業を見つける為に、しびれを抱えながらも料理や洗濯、掃除等、自宅復帰への自信回復に繋がるような作業経験を通し、前向きなイメージを形成していくことが必要であると考えた。訓練への不安が強いため、しびれへの対応や段階付けを考慮する必要はあるが、可能な限り実動作での観察や介入を実施し、動作上での問題点をその都度一緒に確認することとした。</p>
6. 介入経過	<p>介入初期（作業療法開始1日目~14日目）では、ADL練習への必要性を説明するが訓練への抵抗を示し、手指のしびれへのアプローチを強く望まれたため、症例の訴えを尊重し、巧緻動作練習中心に実施した。具体的にはペグやコイン、ブロックといった様々な材</p>

質・形状の物品操作課題を実施した。しかし、症例がしびれへの改善を実感できることはなく、「全然良くなってないし、リハビリの意味が分からない」といった作業療法への不信感を抱いているような発言も時折聞かれるようになった。

介入中期（15日目～45日目）では、症例のしびれに対する訴えは継続していたが、初期の経過を踏まえ巧緻動作練習をはじめとするしびれへのアプローチは実施せず、更にしびれの問題もなるべく出さないように努め、症例の意識から遠ざけるように働きかけた。しかし、ADL練習に対しては依然消極的であったため、ADL動作を想定した下肢・体幹の筋力トレーニングや立位バランス練習等の練習を実施した。課題内容にも難易度設定を行い、正のフィードバックを積極的に行うことで不安の解消および自信の向上を図った。

介入後期（46日目～88日目）では、症例の自宅への家屋訪問の機会も得られたため、ADLや応用動作の実動作練習を開始した。実動作練習を行っていくことで、症例の抵抗や不安の増強が推測されるため、一時的にしびれが楽になると訴えのあった手指のマッサージやRelaxationを取り入れながら不安を積極的に傾聴し、心理的な安定を図ることを継続した。しびれに固執した発言は徐々に減少し、作業療法場面においてもADLや応用動作練習への抵抗はなくなり、家事動作等を含めた実動作練習の中で問題点や転倒リスク等をフィードバックしながら自宅復帰に向けて安全な動作の獲得を図った。

7. 結果

以上の経過を経て、症例は介護保険サービスを利用しながら自宅復帰することとなった。理学療法にて歩行能力の改善も認めたとことから、徐々に下肢・体幹の筋力や立位バランスが向上し、歩行器使用にて退院時の病棟ADLは概ね自立となった。しびれの症状自体の改善は、入院時と比較しほぼ変化を認めなかったが、しびれの訴えに関しては経過を追うごとに減少を認め、作業療法場面でのADLや応用動作練習の抵抗はなくなった。応用動作についても動作方法や環境調整を相談しながら自立レベルとなった。目標共有に関しては、ADOC等の目標共有ツールを使用した定量的評価までには至らなかったが、会話の中で「犬の世話をしたい」「出かける服を買に行きたい」等の退院後の目標となる作業を挙げる様子が観察された。

8. 考察

今回、手指のしびれに固執し、ADL練習に対しての不安も強く目標共有も困難であった症例に対し、心理面に着目した介入を行い、経過の中で良好な変化を認め自宅退院に至った。入院時の症例の心理状態としては、疼痛の恐怖回避モデルで提唱されているように、しびれ自体への否定的な思考や恐怖心から過剰な回避行動をとり、落ち込みや不安を増悪させる負のループにいたと考えられる¹⁾。そのため、本来必要な目標共有やADL練習を受け入れることができず抵抗を示したと推測される。障害受容の観点からも²⁾、しびれが実生活に影響することはないものの、以前の身体と比較し思うようにならないことへの嫌悪感が生じることで、ADLが自立に至っていない理由をしびれに帰結させているのではないかと考えられた。

介入初期においては、症例の訴えを尊重し巧緻動作練習を実施したが、しびれに焦点を当てたことで、益々しびれに対する負の感情を助長させることに繋がったと思われる。慢性疼痛に対する介入では、患者の訴えに執着しすぎず、ADLや作業活動などに注目し、支援、称賛、報酬を与える認知行動療法が奏効するとされている³⁾。本症例のしびれの訴えにおいても同様に、支援や賞賛を加えながら少しずつADL練習へ移行し、しびれに執着しないよう努めた。また、こうした認知行動療法に基づいた作業療法介入に加えて、心理面の安定を図るため適宜しびれへのアプローチも継続したことが、症例の不安軽減を促進し、ADLや応用動作練習への受け入れに繋がりを、退院後の生活に意識を向ける契機になったのではないかと考えられた。

1) Vlaeyen JW. et al : PAIN 85: 317-32, 2000

2) 上田敏：障害の受容—その本質と諸段階について。総合リハ 8(7) : 515-521, 1980

3) 松原貴子, 他 (編著) : ペインリハビリテーション. pp. 363-386, 三輪書店, 2011

表題	3指つまみの獲得に対し視覚代償とPinch課題を結びつけた知覚再教育を行った事例 ～実用的な書字の獲得をめざして～
演者名	南奈良総合医療センター 櫻本 奈由
1. 報告の目的	<p>手指の触覚はADLやIADLに大きく関与している。特に母指・示指・中指における3指の触覚はつまみ動作に大きく影響しており、書字動作などの巧緻動作において重要な要素となっている。今回、右橈骨・尺骨脱臼骨折を受傷し、重度感覚障害を呈した症例に対し、書字動作の実用性獲得を目標に視覚代償とPinch課題を結びつけた知覚再教育を実施したのでその結果と考察を報告する。なお発表に際し、本人の同意は得ている。</p>
2. 事例紹介	<p>A氏50歳代右利きの男性である。職業は公務員。母親と2人暮らし。病前ADLは家事以外自立。自動車走行中に対向車と衝突し受傷。手術目的で当院入院。右橈骨茎状突起に経皮的鋼線術(K-wire)・橈骨遠位端に掌側ロッキングプレート・尺骨にK-wire施行。術中、母指CM関節部での橈骨神経感覚枝は損傷が確認されたが、断端部の同定が出来なかった為、処置せずに終了となった。術後1週間で退院。現在、外来作業療法を週2回実施している。主治医から、予後として橈骨神経の損傷から感覚障害は残存すると告知されている。正中・尺骨神経領域に関しては、断裂は認めなかったとの事である。現在ADLは家事以外自立。仕事は功療の為休職中。術後1ヵ月から復職予定。仕事内容は一般事務であり、書字やパソコン操作が主であるとのことである。リハビリテーションは意欲的であるが不安が強い。</p>
3. 作業療法評価	<p>作業面接にてカナダ遂行測定(以下COPM)を実施。大目標としては復職であり、復職に必要な課題として、「字をスムーズに書くこと」が必要となった。COPMの結果は重要度10・遂行度3・満足度3であり、「書き続けることができない」等の訴えを認めた。身体機能面としては、感覚検査・関節可動域検査(以下ROM-T)・手指機能検査・筋力検査を実施。Semmes Weinstein Monofilament Test(以下SWT)では、右手関節以遠の橈骨神経固有領域と母指で6.65+、母指以外の正中神経領域で4.56、尺骨神経領域で3.61と感覚障害を認めた。また、母指・示指には異常知覚(痺れ)も認めた。ROM-Tでは、手関節背屈50°掌屈45°であり、指尖手掌距離は自他動共に0cmであった。手指機能面としては、Moberg pick up検査を実施。開眼で13.6秒、閉眼で52.5秒であった。筋力では3指つまみは右5.9kg左10.2kgと左右差を認めた。書字動作の分析としては、ペンの静的把持は、母指-示指-中指の三面把握-標準型にて把持可能。書字移行時、体幹屈曲優位であり、机に対し身体の距離は近くなる。動的把持では、ペンを把持している示指PIP・DIP関節の屈曲を強めると共に母指IP関節を屈曲・内転させペンを握りこむ。その際示指と母指の指腹が重なる。そのまま肩関節内旋位のまま外転方向へ移行し文字を記載する。</p>
4. 介入の基本方針	<p>書字動作時、ペンの静的把持は可能であったが、動的把持では手指握り込みや上肢・体幹の努力性を認めた。また、つまみ動作においては開眼時と閉眼時において著明な差を認めた。これは、手指の静的・動的触覚低下から、3指つまみの手指加圧調整や手指の操作性が低下していることが影響していると考えた。よって、書字動作実用性を図る為には、視覚代償と3指つまみでの操作課題を結びつけた知覚再教育を行う必要があると考えた。</p>
5. 作業療法実施計画	<p>実施期間は約3ヵ月で、1回20～40分、週2回の外来リハビリ作業療法の実施計画を以下の3期に段階付ける</p> <p>介入初期(～2週):ペンの把握機能獲得を目標に、手関節遠位に対しての関節可動域の拡大、知覚再教育を促す。関節可動域練習は主に持続伸張による筋・腱に対し刺激を与える。知覚再教育としてSWT6.65+の領域は外傷予防の指導。SWT4.31より改善を認めた領域はContact particlesやDowel textureを用いて、粗大運動を行い異常感覚部に対し刺激を与える。Dowel textureは自宅課題としても提示。</p> <p>介入中期(2週～6週):ペンの把握の維持・コントロール獲得を目標に、巧緻動作練習を実施する。知覚再教育も兼ねて、10種の小物品を視覚代償下で触知させる。その後、形態分けや物品の移動練習を行う。また当院パスより術後4週から、パテを使用したつまみ動作における加圧調整課題や小物品操作課題も実施する。</p> <p>介入後期(6～12週):物体の操作性獲得や易疲労性の軽減を目標に、中期で実施した物体認識課題や分類分けを視覚代償無しで実施。また直接練習方法を導入し、ペンを把持し線引きやなぞり課題から文字の記載といった実際の書字動作も行う。</p>

6. 介入経過

介入初期（～2週）

Dowel texture や Contact particles での粗大運動を実施するが、「気持ち悪い」「感覚が無い」等の違和感を訴えた。素材識別も困難であった。SWT では、橈骨神経固有領域は 6.65+ であり正中神経領域は母指 6.65+ 示指・中指・環指は 4.31 尺骨神経領域 3.61 のままで母指・示指に異常知覚を認めた。ROM-T は手関節背屈 60° 掌屈 45°。術後 2 週で職場復帰をしたが「上手く書けない」「疲れる」といった訴えが多くみられた。書字では、ペンの握り込みを認め、速度は 25 文字（1 分）であった。

介入中期（2週～6週）

Contact particles に違和感は消失した為、物体認識課題へ移行。物品を探索する際、尺側や手掌優位であった。物品の大きい円柱や角形・硬さや素材の識別は可能となった。球状や小立方といった小物となると識別は難しく、物品の把持にも拙劣さを認めた。SWT では、橈骨神経固有領域は 6.65+ 正中神経領域において母指は 4.31 まで、中指・環指は 3.61 まで改善したが、母指の異常知覚は残存。ROM-T では背屈 65° 掌屈 50° まで改善し、術後 4 週で筋力増強訓練も並行し開始した。

介入後期（6週～12週）

Dowel texture での違和感あるが、物体認識課題では 10 品識別が可能となった。球状や小立方の分類分けでも時間を計測しスピード課題も実施したが時系列と共に正確性やスピードは改善した。SWT では依然として母指の異常知覚は認められたが、橈骨神経固有領域は 4.31 まで改善を認めた。正中神経・尺骨神経領域はレベルでの変化なかったが、前回の評価時と比較すると回答にかかる時間が短縮された。ROM-T では背屈 70° 掌屈 60° となった。口頭指示でペンの把持を意識してもらくと、手指の握り込みは無くなり速度は 46 文字（1 分）となった。字の書きにくさも無くなったとの発言を認めた。

7. 結果

最終評価時 COPM の結果は、重要度 10 遂行度 6 満足度 6 となり少しずつ書字に関しての達成度は獲得してきた。A 氏も「母指の痺れがあり書きにくさはあるが仕事の効率はあがった」などの発言を認めた。

身体機能面では、感覚機能では母指の異常知覚は初期と比較すると改善は認めるが、残存しているとのことだった。SWT では、橈骨神経領域は 4.31 となった。正中神経領域では母指・示指は 4.31 であったが尺骨神経領域は依然として 3.61 のままであった。しかし回答に要する時間は軽減した。ROM-T は掌屈 70° 背屈 60° となり改善を認めた。Moberg pick up 検査は、開眼 13.4 秒閉眼 24.5 秒となり改善を認めた。3 指つまみは右 9.6 kg 左 10.0 kg となり大きな左右差は認めなかった。書字動作分析では、母指-示指-中指の三面把握標準型にて把持、書字開始に伴い示指 DIP 関節伸展位のまま PIP 関節を屈曲させると同時に、母指 MP 関節・IP 関節を屈曲・軽度内転位となる。その時示指の側腹に母指は接触したまま文字に対し肩関節内転方向へ移行しつつ外旋させ文字を記載していく。

8. 考察

初期評価では、書字動作に必要とされる母指・示指・中指の触覚の重度鈍麻とそれに伴う加圧調整の困難さが認められた。また、ペンの動的把持は上肢・体幹共に努力性となっていた。中田らによると母指・示指・中指の触覚は、つまみ動作における加圧調整に大きく影響していると述べている。つまり、知覚が重度に障害された場合には、従来の手指の使用は困難となるとされている。また Lundborg らは、視空間認知と感覚刺激を結びつけることで、触覚の改善と手指巧緻動作の改善に有効であり、予後として視空間認知を必要とせずに巧緻性が改善したと報告されている。

そこで今回、視空間認知と感覚刺激を結びつけた知覚再教育として、視覚代償と 3 指つまみでの巧緻練習を中心に実施することが本症例において実用的な書字動作の獲得に重要であると考えた。実際、2 週目で 3 指の触覚は 4.31 まで改善を認めたが、操作面においては拙劣さを認めており、書字動作でも過剰努力となっていた。4 週目より積極的に視覚代償を用いたつまみ動作練習や操作練習を実施したところ、触覚のレベルは大きく変わらなかったが、3 指つまみにおける操作性向上と物体認識の改善が認められた。また、書字動作時の握り込みは改善傾向となっていた。さらに最終評価時においては Moberg pick up 検査においても閉眼でのスピードは著明に改善を認めた。それにより、書字スピードの改善が認められ、実用的な書字が獲得出来たと考えられる。

このようなアプローチにより、感覚の改善だけでなく視覚代償を用いた巧緻練習を積極的に実施していくことが 3 指つまみを必要とする書字動作において重要であると考えられた。

表題	促通反復療法と免荷式上肢リハビリ装置 (AR ²) の併用療法
演者名	村上 賢治
1. 報告の目的	2019年度よりロボットリハビリテーションの1つとして、株式会社安川電機製免荷式上肢リハビリ装置 Arm Rehabilitation Robot (以下AR ²)を導入することとなる。AR ² とは、モーターによる免荷と主動作筋への低周波電気刺激/振動刺激を併用した促通機能を備えた上肢リハビリ装置である。広範囲脳出血により運動麻痺/失語を呈した患者の訓練経過/効果を報告する。口頭および紙面にて本人/家族に十分に説明を行ない、自由意思にて同意を得た
2. 事例紹介	A氏は200X年Y月Z日に当院に入院された40歳代前半の男性である。外出中に発症し、B県の病院に入院し急性期治療が落ち着いたY+1に当院へ転院となる。広範囲の脳出血を呈し、意識消失/嘔吐が初発症状となり、C病院にて急性期治療(開頭血腫除去術)を受けた。出血範囲は、中心動脈/島枝/レンズ核線条体動脈/後側頭動脈(MCA)領域であり、半卵円中心レベルから中脳レベルの範囲での出血となっている。大工の仕事をしており、今回は外出中に発症。Japan Coma Scale10の意識レベルであり、多量の嘔吐を認めた。術後、問題なく経過したとのことでありY+1カ月に当院へ転院となる。
3. 作業療法評価	Fugl-Meyer Assessment(以下FMA)運動項目1/66、感覚項目6/12、関節可動域項目23/24、関節痛項目23/24であった。大柄であり、上肢の重量により2横指の垂脱臼がみられた。表在/深部ともに重度鈍麻/脱失レベルであり、肩/手指に運動可能最終可動域にて疼痛が生じていた。運動性失語が生じており、発話はなく頷き/首振りでの対応であった。こちらの質問に対し時折理解できていない様子もみられていた。Barthel Index(以下BI)は5点、Functional Independence Measure(以下FIM)は27点であった。
4. 介入の基本方針	重度運動麻痺/重度失語を呈した患者であり、各療法での役割を分担することから始めた。失語は言語聴覚士へ一任し、移動能力は理学療法士、上肢機能と日常生活動作に関わる運動能力の安全性を獲得した上でのセルフケア動作獲得には作業療法士(以下OT)と病棟リハビリが担当とした。メゾネットの2階部分に妻/息子と3人で過ごしている。機能的な能力の最大限の回復を必要とし、その上で身辺処理の確立が必要であった。
5. 作業療法実施計画	当院で推奨している促通反復療法(川平法)を入院翌日から実施し、機能的な回復を優先事項とした。Z+15日後よりAR ² を導入し、1日のうちOTでは40~60分促通反復療法、20分AR ² を実施。端坐位での安定性の獲得に合わせ、自己による靴の脱ぎ履きに関わる。下肢の安定性に合わせ、移乗時の介助量の減少、トイレ動作の確立に努めた。
6. 介入経過	開始時より促通反復療法を実施。内容としては肩関節の水平屈曲/水平伸展、屈曲/内転、屈曲を各100回、肘関節の屈曲/伸展を各50回、前腕の回内と手関節の背屈を各50回、母指の掌側外転/伸展を各50回、II指からV指の伸展を各50回実施していった。また併用として同時に主動作筋への低周波電気刺激(50Hz、250μsec、15mA)も行なう。開始+15日より促通反復療法以外の時間帯にてAR ² を開始した。AR ² の設定は上方向への牽引力を2000gとし、三角筋前部繊維と上腕三頭筋への低周波電気刺激をswitchのtriggerとしてワークステーション管理下にて実施する。また、上腕三頭筋の電極間には管理された振動刺激も用いる。開始時は肩甲帯の動きもなく、インピンジメント症候群を予防するために肩甲帯の誘導を促通するためOtto Bock社製のOmo Neurexa(以下ON)の上腕部分を装着しワイヤー接続し、前腕近位のワイヤーと2本牽引での介入とした。実施時間はマニュアルの予備練習として設定されている時間を分散し5分×3setの合計15分間で行なった。促通反復療法は週7回繰り返し行ない、同様にAR ² も週7回実施する。AR ² 開始よりY+3カ月に運動初期の肩甲帯の動きがみられるようになった時点よりONをはずし、前腕部分の1本ワイヤーにて実施した。その後、退院までのY+6カ月間同内容を実施する。
7. 結果	FMAの数値として、変化はみられなかったものの2横指の垂脱臼は0.5横指となり痛みの軽減となる。促通反復療法時やAR ² などの繰り返された動作時は筋収縮が頻繁にみられるようになったが、随意的な筋収縮は最終的にもみられなかった。麻痺側肩甲帯の下制限は軽減され、姿勢に変化がみられた。姿勢や下肢の踏み替えの安定性向上に伴い、それらを要する動作は物的に自立した結果となった。BI65点、FIM91点となるが、メゾネット型の自宅には退院が困難であり1階の新居を探すこととなり、引っ越し先への退院となった。

8. 考察

今回の症例の予後としては、CTの血腫量から予後不良であった。算出をCT上の血腫の最大横径×最大前後径×最大上下径×1/2で行なった(郭隆ら, 1982)。計算式に組み込むと血腫量は89.6mlとなる。血腫量81ml以上の外科的治療群の機能予後は極めて不良であると述べている(後藤, 1990)。また、血腫の最大径が6.52cmとなっており、最大径が5.01~7.0cm群では外科的治療群の機能予後は介助生活が63%、寝たきり生活が22%と不良であったと述べられている(後藤, 1990)。CT分類としては、被殻出血であり内包前脚/後脚への進展を認め、脳室穿破は認めないIVaとなる。血腫量/CT分類とどちらから予測しても予後は不良であった。それに対し、BI65点まで向上できた要因の予測としてはCT上での脳室穿破の有無であると思われる。また非麻痺側の筋力があったために麻痺側の運動機能面として変化が生じなかったが、ある程度の身体能力/ADL動作が発揮できた。今回のシングルケースでは、併用療法を用いるも機能面への結果としては残せていない。分類やデータの算出などにより予測因子を立てたうえで今後も併用療法の適応範囲を検討していく必要性が考えられる。

麻痺手の運動イメージが運動麻痺や使用頻度に与える影響について —2症例における1ヶ月間の調査—

○岩本 健吾(OT)¹⁾, 田中 陽一(OT)¹⁾

1)奈良県総合リハビリテーションセンター

Key word : 脳卒中 運動イメージ

【報告の目的】

脳卒中発症後は片麻痺に伴い、麻痺側上肢(以下、麻痺手)の使用頻度が低下し、運動麻痺の改善がより乏しくなることが報告されている(Taub, 2012)。当院回復期リハビリテーションでは、日常生活での麻痺手の使用を促し、運動麻痺の改善を目的として介入するが、運動麻痺レベルが同等でも麻痺手の使用頻度の変化は症例によって様々である。近年、上肢の運動イメージ能力が、運動麻痺レベルと日常生活における麻痺手の使用頻度との関係を媒介することが報告されている(Morioka, 2019)。そこで今回、脳卒中後片麻痺を呈した2症例に対し、上肢の運動イメージに着眼し、運動麻痺や麻痺手の使用頻度がどのように変化するか調査することを目的とする。なお、2症例から院外報告の同意を得た。

【方法】

2症例に対し、上肢の運動イメージ評価(Bimanual coupling task: 以下、BCT)を行い、運動麻痺評価(Fugl-Meyer Assessment Upper Extremity: 以下、FMA-UE)、日常生活における麻痺手の使用頻度(Motor activity of log: 以下、MAL)を行い、標準的な作業療法を実施し、1ヶ月後FMA-UEとMALを再評価した。BCTは紙面に麻痺手で円を描くイメージをしながら非麻痺手で直線を描く課題であり、描いた直線が楕円状に歪むと麻痺手の運動イメージを有する傾向であることを示す。MALは下位項目の使用頻度を表すMAL-AOU、使用程度を表すMAL-QOUを評価として使用する。

症例に関する情報は次の通りである。

・症例A: 左被殻出血発症、右片麻痺。発症4ヶ月経過。当院入院2ヶ月経過時点

・症例B: 左被殻出血発症、右片麻痺。発症2ヶ月経過。当院入院1ヶ月経過時点

【結果】

BCTにおいて症例AはBと比較して上肢の運動イメージを有する結果であった。FMA-UEにおいて、症例Aは43→47、症例Bは49→61と特に症例Bの方が改善していた。MALにおいて、症例AはAOU1.7→3.0、QOU1.7→2.7、症例BはAOU1.7→1.5、QOU1.9→2.6となり、AOUに関しては症例AとBとの差が認められた。

【考察】

運動麻痺の改善が大きかった症例Bよりも、運動麻痺の改善が僅かであった症例Aの方が麻痺手の使用頻度の改善を認めた。本結果より、上肢の運動イメージ能力が麻痺手の使用頻度に影響している可能性が示唆される。運動イメージの低下は麻痺手の使用に関する意思や意欲、記憶が損なわれており、麻痺手への意識が低下している(Taub, 2012)。そのため、症例Bのように何らかの影響で運動イメージが低下している場合、運動麻痺が改善し、機能的な動作ができるにも関わらず、自発的な動作において麻痺手への意識が低下しており、使用頻度が改善しにくい可能性が考えられる。本調査より、臨床において脳卒中発症後における麻痺手の使用頻度を改善するために、運動イメージに着目した介入が重要である可能性が示唆された。

高次脳機能障害を呈した患者の排泄動作獲得に向けての取り組み ～学習行動理論に基づいたアプローチを通して～

前岡伸吾¹⁾

1) 天理よろづ相談所病院 白川分院

キーワード：排泄動作 高次脳機能障害 学習行動理論

【はじめに】

今回、排泄動作の獲得に困難さがあった左片麻痺患者に対して学習行動理論に基づいたアプローチをした結果、排泄動作が獲得した為、経過を踏まえ報告する。なお、発表に際し本人、家族に同意を得ている。

【事例紹介】

70歳の男性、同窓会のスピーチ中に右視床出血を発症、保存的に加療され、48病日目に当院回復期病棟に入院となる。

本人の希望は歩けるようになり、妻と2人で生活できるようになることであった。

【作業療法評価】

身体機能はBr-stage 左上肢Ⅲ、手指Ⅱ、下肢Ⅲレベル、感覚は表在、深部とも軽度鈍麻で左上下肢、手指、背部の筋緊張が高かった。認知機能は机上の検査では問題なかったが観察では多弁、注意散漫さが目立ち、性急で車いす自走時には物への衝突、移乗時はフットプレートに足を乗せたまま立ち上がろうとする場面が多くみられた。また、急な予定変更に対応できずに怒鳴るなど感情のコントロールが難しい場面もあった。起居動作は軽介助レベル。ADLはFIM83点で食事、整容は可能、更衣や入浴は全介助、排泄はズボンの上げ下げや後始末は全介助でナースコールを押しても対応が遅いと苛立ちを募らせていた。

【計画及び経過】

1期目（入院11日目～45日目）

座位や立位などの訓練と並行して、まず、排泄動作を工程分析し、課題を列挙し、一連の工程をスモールステップで獲得していく事

とした。つまり狙いとする課題以外の工程においては全て介助し、一工程獲得したら次の工程に移り、達成工程を積み重ねていくことを行った。また、難易度の低い工程から取り組むこと動作前に注意するポイントを口頭で伝えるようにした。本人の獲得スピードに合わせた事で工程が積み重なり、訓練場面での排泄動作が獲得できた。

2期目（入院46日目～71日目）

訓練場面で獲得できた能力を実際の生活場面でできるかを訓練した。新たな工程が増えたが1期目同様に、進めたことで混乱すること無く一連の動作が獲得でき、排泄獲得に至った。

【結果】

入院時と身体機能は変わらず、左上下肢の筋緊張が強くなっていた。動作観察では多弁、注意散漫さはあるが動作の性急さは無くなり、落ち着いて行動するようになった。基本動作は自立し、ADLはFIM98点となった。食事、整容、更衣や排泄動作は自立し、入浴は洗体、洗髪は一部自身でできた。歩行は杖にて100m程度であれば自立し、178日目に自宅退院となった。

【考察】

今回、複数の高次脳機能障害を合併していた患者に対し、本人のキャパシティを考慮しながら学習行動理論に基づき工程を細分化し、手がかりや教示の方法を工夫しながら進めた。その関りにより自尊心を傷つけずに排泄動作に取り組み、獲得に至ったと考える。

医療観察法病棟で勤務する作業療法士が職業的アイデンティティを形成するプロセス

○南 庄一郎, 倉石 立, 内川 誠
国立病院機構 やまと精神医療センター リハビリテーション科

Key Words : 医療観察制度・作業療法士・職業的アイデンティティ

【はじめに】

本研究では、奈良県作業療法士会の2019年度研究助成を受け、医療観察法病棟（司法精神科病棟）で勤務する作業療法士が職業的アイデンティティを形成するプロセスを明らかにすることを目的とした。職業的アイデンティティとは「職業人としての自分が独自に一貫しているという感覚。すなわち職業領域における自分らしさの感覚」と定義される。本研究によって、このプロセスが明らかになれば、既に医療観察法病棟で勤務する作業療法士だけでなく、今後新たに医療観察法病棟に配置される作業療法士が効果的に職業的アイデンティティを形成する一助になり、対象者へのより効果的な作業療法の実践に繋がると考えられる。

【倫理的配慮】

本研究は、当院の研究倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号：R01-18）。

【研究方法】

本研究では、医療観察法病棟での勤務年数が1年以上の作業療法士を対象（以下、研究参加者）とした。全国の国公立病院（以下、指定入院医療機関）のうち、筆頭演者と既知の間柄の作業療法士が勤務する指定入院医療機関（11施設）を選定し、上記の条件に合致する作業療法士の紹介を依頼した。そして、本研究の目的に即した質問項目を盛り込んだインタビューガイドを用いて、1人60分程度の個別面接を実施した。そして、得られた語りはICレコーダーに記録し、それを逐語化してデータとし、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ（M-GTA）を用いて分析した。

【結果】

研究参加者は、指定入院医療機関10施設の作業療法士19名（男性：10名、女性：9名、平均年齢：39.3歳、作業療法士の経験年数：平均15.2年、医療観察法病棟での勤務年数：平均5.0年）であり、面接時間は平均59分1秒であった。そして、M-GTAの分析ワークシートに基づく分析の結果、生成された概念は29個、カテゴリーは14個であり、これらの相互関係を検討し、結果図を作成した。本研究から、研究参加者は、一般精神科作業療法の長い臨床経験を有していたが、職業的アイデンティティについて考えたことがなく、【ぼんやりと形成された作業療法士としての自分らしさ】を抱いており、医療観察法病棟における多職種連携に疲弊し、【作業療法士としての自分らしさの危機】を経験していた。しかし、対象者と多職種連携に対する責任から【多職種連携への回帰】を図り、【作業療法士としての自分らしさの再確立に向けた取り組み】によって【作業療法士特有の関わり】を可能にし、【作業療法士としての自己効力感の高まり】を感じるに至っていた。

【考察】

職業的アイデンティティに関する自分なりの考えが定まっていない場合、職業的アイデンティティの危機に陥る可能性が高いと考えられる。【職業的アイデンティティの更なる形成に向けた課題】として、作業療法士が自身の職業的アイデンティティについて考え、それを他者と話し合うことに努め、この上で医療観察法病棟での臨床経験を積み重ねていくことが重要と考えられる。

精神科療養病棟における「いきいき週間プログラム」の効果に関する予備的研究

○平尾征也, 和田しず香, 松本裕二, 木納潤一

秋津鴻池病院

キーワード：集団作業療法, 動機付け

はじめに

全国的にみて, 精神科長期入院患者の高齢化が問題視され, 活動性の低下が危惧されている. 今回, 長期入院患者の活動性を維持するための集団作業療法プログラムとして, 「いきいき週間プログラム」を作成した. 本研究では, 3ヶ月間のプログラム前後における参加者の変化を比較し, プログラムの効果を検証した. なお, 本研究は, 対象者から同意を得て実施した.

目的

当院における精神科療養病棟入院患者の活動意欲・モチベーションを高め, 活動性の維持・向上を目指した「いきいき週間プログラム」の効果を検証する.

方法

研究デザインは, 前後研究とし, 「いきいき週間プログラム」を3ヶ月間実施し, プログラム介入の前後を比較する.

効果判定として, 活動性には精神科リハビリテーション行動評価尺度(以下, Rehab)と精神科作業療法出席率, 精神症状には機能の全体的評価(以下, GAF)を比較した. 分析には, 対応のあるt検定を用いた.

介入プログラムの概要

年齢, 性別, 疾患, 移動形態を問わず, 座って体操を実施できる方を対象とした. プログラムの内容を構成する際には, “楽しく取り組んでモチベーションを高める”ことを重視した.

1) すこやか足腰鍛え隊

頻度は週2回, 入院患者が馴染みある軽快な歌謡曲(6曲)に簡易で粗大な繰り返し動作を振付けた. 1人1人に, 取り組んでいることを連続的に褒め, よい動きを引き出せるよう励ますこととしている.

2) 力を合わせて卓球バレー

頻度は週1回, 簡単な動きでチームメンバーとして参加できる. 能力に応じて席を割り当て, 1人1人が活躍できるようにしている.

3) やる気アゲアゲ個人活動

頻度は週4回, パラレルな場で個々に作業に取り組み, 参加者は作業終了時に活動日誌をつけ, OTRは一言コメントを添える. コメントの内容は, 個々が作業への動機を高められるよう留意した.

結果

対象者の基本情報として, 男性4名, 女性21名の計25名. 平均年齢は 68.6 ± 9.3 歳. 統合失調症20名, 気分障害4名, その他1名.

Rehabの平均は, 介入前 72.2 ± 27.4 点から介入後 64.7 ± 24.3 点に有意な改善を認めた($p < .05$). GAFの平均は, 45.4 ± 10.8 点から 50.2 ± 10.9 点に有意な改善を認めた($p < .05$). 精神科作業療法出席率は, 介入前73.7%から介入後85.0%に有意に増加した($p < .05$).

考察

精神科長期入院患者は, 体力低下に加えて, 易疲労性や意欲低下がある. いきいき週間プログラムは, 簡単で楽しく取り組むことができる. そしてOTRは1人1人に焦点を当てた声かけや関わりを行った. これらにより, 対象者のモチベーションを高め, 活動性向上に繋がった. 本研究では, 長期入院患者の活動性に焦点を当てたが, 身体機能への支援は必須であると考えられる為, 今後は身体機能の評価を取り入れ, 効果を再検討していく必要があると考える.

精神科訪問看護における個別 SST を用いて一人カラオケができるようになった事例

○三寺 隆之

医療法人社団ハートランド ハローケア訪問看護ステーション奈良

Key Words : 精神科訪問看護, SST, 自閉スペクトラム症

【はじめに】

今回、精神科訪問看護において引きこもりの自閉スペクトラム症の方に関わる機会を得た。生活行為向上マネジメント（以下 MTDLP）を使用し「一人カラオケがしたい」という希望が可能になったため経過を報告する。なお、本報告に際し、研究倫理審査委員会の承認の下、A 氏より書面にて同意を得た。

【事例紹介】

A 氏、20 歳代男性、自閉スペクトラム症。高校中退。両親と弟と 4 人暮らし。月 1 回の受診とゴミ出し以外はほぼ外に出ず、スマホで音楽やゲームをして過ごしている。セルフケアは自立。精神科訪問看護は週 2 回受けている。

【作業療法評価】

話す速さはゆっくりで声は小さく言葉の量も少ない。話し出すのに時間が掛かり、話を切り出すのが苦手である。興味・関心チェックシートを用いた結果「一人カラオケがしたい」という希望があり、実行度と満足度は両項目共に 1/10 である。友人数名とカラオケに行ったことはあるが A 氏は受付の店員とやりとりをした経験がない。自宅からカラオケ店までは徒歩で約 30 分である。

【介入の基本方針】

対人技能の獲得を目的とした社会生活スキルトレーニング（以下、SST）と体力づくりを目的としたウォーキングを導入する。

【介入経過】

SST（基本訓練モデル）を用いて受付開始から受付終了までの流れを練習する。SST は合計 16 回実施して、雨天時以外ウォーキングは実施した。

[第 1 期：介入開始～1 ヶ月] 会員証作成時に住所と電話番号を覚えておらず記載できなかった

が、対処方法としてスマホにメモ登録をして見ながら記載するといった対処行動をとる。A 氏は声が小さく、緊張して言葉が出ないことがあったので、テーマとして「店員から聞き返された場面」や「言葉が出ない場面」を練習して、言葉が咄嗟に出ない時は予め紙に記載したのを見ながら読むといった SOS 用紙を準備して練習を行う。ウォーキングは A 氏のペースに合わせながら近所を約 15 分歩くと息切れはないが脚の疲労が出てくる。

[第 2 期：1 ヶ月～2 ヶ月] モデリングの回数が減り、視線を合わせて声も大きく話せるようになる。ウォーキングは継続して実施し脚の疲労はなくなり、20～25 分と歩く時間が長くなる。

[第 3 期：2 ヶ月～3 ヶ月] A 氏の方から別テーマで「受付で後方にお客が立って待っている場面」やカラオケ終了後「会計時の場面」を練習したいと希望がある。カラオケ店までの道程を一緒に歩いて確認をしたが体力的に問題はなかった。

【結果と考察】

A 氏は「色々何か違ったけど何とかいけた」と言い、カラオケ受付のやりとりは一人でできて、一人カラオケを実施することができた。介入後の実行度は 1 点→9 点、満足度は 1 点→7 点となり

「受付の練習をやって良かった。また一人カラオケに行きたい」と自信がついた発言が聞かれた。今回 MTDLP を用いたことで合意目標による SST の導入によって対人技能の獲得ができ、目標達成に重要であると考えた。ウォーキングによる体力づくりは引きこもりからの生活範囲が広がったと考える。

高齢女性のうつ病入院患者に対するコミュニケーション促進週間プログラムにおける

予備的研究

○菊谷樹, 中西香織, 松本裕二, 木納潤一

秋津鴻池病院

キーワード: 高齢者 うつ病 コミュニケーション

1. はじめに

当院の精神科一般開放病棟には、うつ病の高齢女性が多く入院している。徳永らは「高齢女性のうつ病に対するリハビリテーションには、集団体験を通した受け入れられる体験や、人とのつながりをもつことが重要」と述べている。今回はこれらの要素を段階的に促進する週間プログラムを導入し、その前後の変化を検証した。本研究は参加者の同意を得て実施した。

2. 目的

高齢女性のうつ病入院患者に対して、段階的に対人交流を促進する「コミュニケーション促進週間プログラム」を実施し、対人交流と活動性への効果を検証すること。

3. 方法

対象者は秋津鴻池病院精神科一般開放病棟に入院している方のうち、65歳以上の女性で、うつ病と診断されている方とした。研究デザインは前後研究とし、プログラム介入3ヶ月間の前後を比較することとした。以下の週間プログラムは、非言語的な意思表示から言語的な意思表示へ、集団の構成はオープンからセミクローズドへ、集団の凝集性は低いものから高いものへ段階的にステップアップできるよう構成した。

1) 健康教室 健康に関する身近なクイズを行う。意思表示を容易にするため、言葉ではなく解答札を用いて解答する。2) 音楽療法 集団の後方で聞いているだけでもよい凝集性の低い設定としている。楽器を鳴らすことで、自己表出し、集団への所属感や受け入れられる体験を得る。3) 語ろう思い出話の会 昔懐かしい写真や物品を用いて、OTRに知識を教える設定としてい

る。OTRが参加者の発言を全体に伝聞し、参加者間の繋がりを促進する。4) 力を合わせて卓球バレー かけ声を合わせて取り組む。簡単な動作で参加できるためチームに貢献でき、競技性がある為、相互のコミュニケーションが自然に誘発される。

3. 効果判定と分析方法

精神障害者リハビリテーション行動評価尺度(以下、Rehab)、精神機能における全体的評価(以下、GAF)、1ヶ月あたりの精神科作業療法実施件数を評価した。分析には、対応のあるt検定を用いた。

4. 結果

対象者11名。平均年齢78.8±8.6歳、平均入院期間は11.3ヶ月。Rehab平均は介入前56.1±27.7から介入後45.2±27.2に有意な改善を認めた(P<.05)。下位項目“社会的活動性”の平均は介入前29.7±11.8から介入後20.8±14.9に改善した。GAF平均は介入前45.8±12.8から介入後50.7±12.1と有意な改善は認められなかった(P=.34)。対象者を含めた病棟における1ヶ月の平均精神科作業療法実施件数は介入前16.6から介入後20.7へ増加した。

5. 考察

段階的にプログラムを設定したことにより、受け入れられる体験と人とのつながりを無理なく促進できたと考えられ、結果として活動性向上にも寄与したと考える。一方で精神症状が回復しない対象者もおり、個別支援との併用が望ましいと考えられる。今後はコミュニケーション能力の指標を導入して再検討したいと考えている。

表題	患者との日々の目標共有がADL改善へと繋がった事例
演者名	天理よろづ相談所病院 竹下ゆりえ
1. 報告の目的	今回、尿毒症による意識障害、全身の筋力低下、認知機能低下により、著しく日常生活動作（以下、ADL）低下を認めた症例を担当した。A氏の背景には経済的問題があり、家族の協力も得られない為、長期に渡り方針が未定であった。作業療法（以下、OT）では、自宅退院となる場合を予測し、A氏との目標共有を重要視し、訓練に取り組んだ結果、A氏の意欲に変化を認め、自発性向上とADL改善が得られたため、以下に報告する。
2. 事例紹介	A氏は50代前半の女性、入院数週間前から嘔吐と体動困難がみられ、徐々に意識障害を認め救急搬送、低栄養と腎機能の著しい低下があり、入院直後に持続的血液透析開始となった。また、持ち込みの褥瘡を仙骨上部、肩甲骨、左膝窩部、両外果に認めた。入院2日後には血液透析へ移行、腎機能改善を認め、入院5日後には透析離脱している。入院前は息子と2人暮らしをしており、夫は数年前に病死。アパートの2階に住んでおり、入院4～5カ月前までは工場勤務。退職後は自宅内での生活を送り、ADLは自立していた。社会的背景としては、キーパーソンとなる息子との連絡が全くつかない為、入院前の情報収集は極めて困難であり、保険料未納で入院料の支払いが難しく、各種サービスの申請や転院調整についても難航している状況であった。入院7日後に理学療法、入院10日後にOT開始となった。
3. 作業療法評価	意識状態はJapan Coma Scale(以下、JCS) I-3。倦怠感が強く寝たきりの状態で、リハビリテーション（以下、リハ）に対する関心は低く、受動的な姿勢を認めた。自発的な発言は乏しく、感情の平板化を認めたが、質問への受け答えは可能であった。全身状態は、全身浮腫を認め、Manual muscle Test（以下、MMT）体幹1、肩関節屈曲1/2（右/左）、肘関節屈曲2/3、肘関節伸展2/2、膝関節伸展2/2、足関節背屈3/3と全身の筋力低下を認めた。認知・高次脳機能では、Mini-Mental Examination（以下、MMSE）12/30点でコース立方体組み合わせテストでは2/131点、IQ37だった。見当識、記憶、病識低下を認め、A氏からは「旦那と一緒に住んでいる」等、現実とは異なる発言を認めた。ADLでは、Functional Independence Measure（以下、FIM）の運動項目は16/91点と全て全介助で、車椅子移乗は2人介助であった。食事はベッド上で全量全介助で食べており、排泄は尿意無くオムツ内に失禁。認知項目は19/35点であった。また、リハに対する希望の聴取は困難であった。初期評価時の採血データはAlb:2.4g/dl、K:3.4mmol、GFR:37.6ml/min1.73m ² 、Cr0.9mg/dL、BUN:19.4mg/dlであった。
4. 介入の基本方針	社会的背景の不良より各種サービスの申請や転院調整が難航していた為、ある程度ADLが自立した状態での在宅生活をイメージし、介入する必要があると予測した。当初は自宅退院出来る状況とはかけ離れていたが、経済的理由による自宅退院の可能性を考え、基本動作、食事、排泄動作の自立、転倒した際の床上動作の獲得を目標とした。訓練を実施するにあたり、A氏の表出を促し、目標共有と合意に重点を置き、進めることとした。
5. 作業療法実施計画	実施頻度は週5日、40分から60分とした。全身の筋力低下により移乗の介助量が多く、病棟での離床は進みにくい状態であった為、第一にリハでの離床時間を確保する。そして、車椅子上での食事を進め、食事動作自立を目指す。また、病棟でも離床が進むように、基本動作自立を目指しながら介助量軽減を図っていく。移乗の介助量が最大介助程度になった段階で病棟に引継ぎ、リハ以外での離床を促す。次の段階として、トイレでの排泄動作獲得を目指し、病棟トイレでの排泄動作練習を実施。排泄に関しても、病棟でも実施出来る介助量になった時点でトイレでの排泄を進めることとする。最終的には、自宅で転倒しても自力で立ち上がるための床上動作の自立を目標とし、それぞれの段階に応じて、必要となる筋力訓練と動作練習の反復を行うこととした。この中で関わり方として、会話からA氏の反応を捉え、興味関心の高い事柄を探りながら自発的な表出を促す。そして、訓練開始時にベッドサイドでの段階的な目標共有を行い、合意を得て進めることとした。
6. 介入経過	I期:全身状態の回復に合わせ車椅子離床時間の確保と食事動作自立を目指した時期 車椅子離床時間を確保する為、昼食前から昼食時間にかけてOT時間を設定。開始時にはベッドサイドで「車椅子に座り自分でご飯を食べる」を目標として提示し、上肢筋力訓練と昼食時の環境調整、スプーン操作訓練を行った。1日の離床時間はリハで3時間程度確保する事が出来た。食事は全介助だったが徐々に自身で実施可能になり4週間後には自立となった。当初はA氏の希望が聴取出来ず、目標共有する事も難しかったが、日々積み重ねる事で共有出来るようになった。 II期:基本動作自立を目指し、自発的な表出が認められた時期

基本動作練習では、認知機能の低下で動作手順が身に付かない問題が挙げられた。起居動作では工程毎に動作を区切り、教示を統一した。徐々に教示回数を減らし、反復する事で動作獲得に繋がった。I期と同様に目標共有を行い、訓練中にも目的や方法を明示し、目標工程を達成する度に喜びを共有した。A氏の表情には変化が表れ、「今ので良かったのかな」等の発言を認めた。起居動作以外でも介助量軽減が図れ、入院6週間後には病棟でも離床が進むようになった。

III期:安全な自宅生活に向けて取り組んだ時期

基本動作は見守りになったが、危険認識が低く立位動作は転倒リスクが高い状態だった。また、社会的背景により方針が未定な状況は続いていた。自宅退院を想定し、排泄動作自立、床上動作獲得、各動作の安定性向上を目標として、継続的に毎回目標共有し合意を得て実施した。危険認識の乏しさに対しては動作中、動作直後にフィードバックを行い気づきを促した。ベッドサイドにナースコールを促す用紙を張った事で自ら排泄を訴え、歩行器で移動しトイレで排泄出来るようになった。A氏は「家に帰る為に頑張る」と前向きな発言が多くなり、病棟ADL拡大に大きく繋がった。

7. 結果

入院より3ヵ月後の評価時には意識レベルに著変は無いが、自発的な発言が増え、活気を認めるようになった。また、A氏からは「早く家に帰りたい」との希望が聴取出来るようになり、自宅へ帰る意欲が強く表れ、リハに対して積極的に取り組んでいた。全身状態として、全身浮腫は軽減しており、MMT 体幹2、肩関節屈曲4/4、肩関節外転4/4、肘関節屈曲4/4、伸展4/4、股関節屈曲4/4、股関節伸展4-/4、股関節外転4-/4、膝関節屈曲4/4、足関節背屈4/4と上下肢筋力の向上が得られた。認知・高次脳機能においては、MMSE16/30点、コース立方体組み合わせテストは19/131点、IQ57で、現在でも見当識、記憶、病識、危険認識低下があり、食事をとった事を忘れる一面も認める。介入当初、旦那は生きていると話していたA氏だったが、「旦那は病気で死んだような気がする。手を合わせに行きたい。」と発言の変化がみられるようになった。ADL面において、FIMの運動項目は入院時の19点から54点と改善し、監視レベルとなった。認知項目は19点から24点となったが問題解決と記憶に減点を認めた。

8. 考察

A氏に対し、毎回訓練開始時に目標共有を行う関わりをしたことで、自己の状況を把握する一助となり、断片的ながらもその事が記憶に残り、A氏自身が「家に帰りたい」という希望を持つ事に繋がった。その結果、意欲的に訓練に取り組み大幅なADL改善が得られた。千田らは、リハ医療における治療構造への患者の積極的参加を導き、そのプロセスによる目標設定が患者の動機を高め、生活の自律を促すとされている。また、患者・医療者間の信頼関係を高め、患者の医療選択における意思決定を医療者と共に行うSDM (Shared Decision Making)、ひいては目標共有が重要であると述べている。A氏においても、このようなOTの関わりによってリハの目標を明確に出来、その都度フィードバックを欠かさなかったことで目標動作の獲得が可能になったと考える。

更には、自発的表出や活気等の内面的変化が得られた事から、リハの時間はA氏にとって一時的な記憶だったとしても、達成感が得られる時間であり、関心の高い作業になっていたと推察する。Banduraは成功体験を繰り返すことで、似たような状況でも行えるだろうという自己効力感に結び付き、状況が変化しても同じ行動が行えるようになると述べている。動作獲得に合わせ、内面的変化が得られたことがADL拡大に大きく関与したと考える。

A氏の今後については、未だ転帰先が決定していない状況である。ADL拡大は得られているが、認知機能低下による危険認識の乏しさもあり、ADL自立には課題が残っている。地域の中での生活が取り戻せるよう、他職種との情報共有や医療者間での目標を明確にし、引き続き関わっていききたい。

表題	詳細な入院前生活の把握から退院後の生活を考える
演者名	秋津鴻池病院 小川 浩平
1. 報告の目的	今回、脱水症により地域包括ケア病棟に入院となった独居高齢者に対し、漠然とした入院前 ADL の聴取だけではなく、詳細な入院前生活の聴取から介入を行った。結果、服薬管理や食事の準備などの課題が明確化され、多職種協働で、必要な支援を整備することができた。また仏壇のお供えという事例にとって大切な作業の支援に繋がったため、その作業療法について報告する。尚、本報告は事例およびその家族から同意を得ている。
2. 事例紹介	事例は高血圧を有す 80 代前半の独居女性で、夏場にかけて、食事、水分摂取量の低下が生じ、脱水と診断され、当院地域包括ケア病棟に入院となった。介護度は要支援 1 であった。独居となった経緯は長男の結婚、長女の入院、夫の他界であり、「ひとりになって寂しいです」と話した。入院前生活について、屋内は伝い歩き自立、ADL は自立、食事の準備は朝食のみ、パンをトースターで焼き自立、昼・夕食は同県内在住の家族が届けた弁当と配食サービスを利用していた。服薬は自己管理が難しく、訪問介護利用時に収縮期血圧が 180mmHg 以上の事が度々あった。掃除・洗濯は訪問介護、家族が支援していた。また、日課として毎朝 10 時に炊いたご飯と水を仏壇の前にお供えし手を合わせていた。仏壇のお供えをしている時は「主人を思い出す」と話した。
3. 作業療法評価	身体機能面では、体重 25.0kg、BMI14.1 と痩せ型で、安静時の血圧は 150/75mmHg、脈拍は 56 回/分、20m 歩行後に血圧 177/70mmHg、脈拍 58 回/分、Borgscale13 であった。入院 2 日目より、介入したが、血液検査上の異常値は認めなかった。関節可動域は、著名な制限を認めず、徒手筋力検査（以下 MMT）で上肢は 4 レベル、下肢は両側の大殿筋、中殿筋が 2、その他の筋が 3 レベルであった。精神・心理機能面では、コミュニケーションに課題はなく、Mini Mental State Examination（以下 MMSE）は 23 点（見当識で減点）、一般性セルフ・エフィカシー尺度（以下 GSES）は 9 点（行動の積極性、能力の社会的位置付けが低値）であった。 ADL では、FIM が 82 点（運動 57 点、認知 25 点）、移動はセーフティアームウォーカー歩行見守り、食事、整容、更衣は自立、排泄は終日、ポータブルトイレを使用し、下衣操作時に後方へ動揺を認めるため見守り、入浴はシャワー浴一部介助となっていた。生活行為聴き取りシートでは、①日課であった仏壇のお供えが継続できる（実行度 1 点、満足度 1 点）、②トースターを用いて朝食の準備が継続できる（実行度 1 点、満足度 1 点）を合意目標とした。仏壇のお供えについては、亡き夫のために「以前のようにお供えがしたい」と話した。
4. 介入の基本方針	自宅退院の方針のため、事例・家族・ケアマネージャー（以下 CM）より入院前生活、生活歴を聴取し、退院後の生活の具体化を図る。並行して、血圧、栄養状態をモニタリングしながら、身体機能訓練を実施し、排泄動作の自立、朝食時の準備の獲得を支援する。また、家族との繋がりを感じる作業と捉えられた、仏壇のお供えを支援する。
5. 作業療法実施計画	聴取・訓練は病棟や訓練室にて毎日、1 回 20 分または 40 分で実施する。 〈第 1 期：入院前生活を聴取する時期〉 事例、家族、CM より入院前生活、生活歴を詳細に聴取する。並行して血圧、栄養状態をモニタリングしながら、病院内での ADL の評価、下肢、体幹の筋力増強、下衣操作時の後方への動揺の軽減を目的に立位でのバランス訓練を行う。また、日中臥床傾向にあるため、積極的に離床を促し、事例が選択する範囲で認知機能課題やテレビ鑑賞、院内散歩を行う。 〈第 2 期：在宅での課題を評価、訓練する時期〉 退院前の訪問で、居室、台所、トイレ、仏壇までの動線を調査し、疑似環境下で物品の運搬も交えて食事の準備、仏壇のお供えの動作を評価、訓練する。また、内服管理、水分摂取の自己管理は病棟生活で看護師（以下 Ns）と評価する。 〈第 3 期：カンファレンスで退院後の生活の情報共有を行う時期〉 退院前のカンファレンスにて、医師、Ns、CM、理学療法士（以下 PT）と情報共有を行い、退院後の生活で事例が自身で行う事、家族、介護保険の支援を受けて行うことを検討し、退院後の生活の具体化を図る。また必要に応じて退院後訪問の実施を検討する。
6. 介入経過	第 1 期（入院～2 週）：介入当初は、日中もベッド上で寝て過ごし、血圧が高値であり、食事、水分の摂取量も低下していた。在宅生活の聞き取りや病院内 ADL 評価、気分転換を目的に、院内散歩などから徐々に離床を促した。食事摂取量の増加、血圧の安定に伴い、下肢の筋力増強訓練、立位バランス訓練を実施し、ポータブルトイレでの排泄自立を獲得した。また、家族、CM と

面会時に入院前生活の聴取を行い、病前の1日の具体的なスケジュールと生活動作の実施方法、生活の中で事例が感じていたことについて聴取した。そこで「仏壇のお供えは夫が亡くなってから、5年以上も毎日、行っていた。」というエピソードが聴取され、生活スケジュールに合わせて、病棟でもNs,PTと離床機会を設けた。

第2期(3~4週)：退院前の訪問を行い、食事の準備、仏壇のお供え、内服管理の課題が想定された。疑似環境下で炊飯、食事の準備の評価、訓練を行い、支持物を把持して自立レベルと判断した。仏壇のお供えは、杖歩行で物品の運搬を評価、訓練し自立レベルと判断した。また、仏壇のお供えは事例にとって家族との繋がりを感じる作業であったことを家族へ伝え、継続への理解を得た。入浴については浴槽の深さから、自立浴はリスクが高く、サービス利用の必要性があった。内服については、飲みこぼし、時間忘れがみられ、介助が必要であると判断し、水分摂取は、水筒に一日400mlを入れて、飲み切る様に自己摂取を促し、習慣化が図れた。また、院内杖歩行自立となり、病棟トイレでの排泄が自立となった。

第3期(5週)：家族、CMを交えて退院前のカンファレンスを行った。降圧剤の服用は朝が望ましいが、支援が必要であること、水分の自己摂取は習慣化が図れたことが共有され、入浴はサービスが望ましいこと、朝食の準備、炊飯、仏壇のお供えは自立レベルであることを伝えた。

7. 結果

身体機能面では、体重が26.2kg、BMIが14.8となり、安静時の血圧134/77mmHg、脈拍61回/分となった。MMTで右腸腰筋4、右中殿筋3、両側のハムストリング4と筋力増強を認めた。精神・心理機能では、MMSEは24点、GSESは10点となった。

ADLではFIMが94点(運動69点認知25点)となり移動が杖歩行自立、排泄は後方への動揺が減少し、病棟トイレ自立となった。

生活行為聴き取りシートでは①仏壇のお供えが継続できる実行度7点、満足度7点、②トースターを用いた朝食の準備ができる実行度7点、満足度7点となった。退院後に訪問を行い、朝食の準備は自身で継続できており、内服は毎朝、訪問介護の支援を受け、継続できていた。昼・夜食については家族、配食サービスによって支援を受けることができていた。仏壇のお供えも行っており、仏壇の前に椅子を設置するなどの環境も調整し、「できて嬉しいです。」と話し、穏やかな表情であった。

8. 考察

60日以内という比較的短期間での退院が基準となる地域包括ケア病棟においても、活動や参加への支援は重要である。今回の介入では、身体機能向上に加え、詳細な入院前生活の聴取から1日の生活スケジュールを把握し、課題を想定することができた。そして退院前訪問、疑似環境下での評価、多職種連携によって朝食の準備や物品の運搬、仏壇のお供えなどの自立可能な活動を決定することができ、服薬支援、入浴のサービス利用などの必要な支援を決定することに繋がった。

独居の事例にとって、ADL以外の家事や日課の聴取を行うことは、可能な範囲で自立した生活を送る一助になり、退院後の課題の共有を通じて、必要な支援を整備することが可能になると考えられた。

また、仏壇のお供えの継続については生活歴や入院前生活を直接聴取し、仏壇のお供えは寂しさを抱えながら日々の生活を送っている事例にとって、家族とのつながりを感じ、自身の孤独感をうめ、安心感を得られる作業であったことを、家族や多職種間で共有し、理解を得られたことで、継続に繋がったといえる。Clarkは「人間は日常的な慣例や習慣、活動に浸ることにより、自らを徐々に作業的存在として発達させ、自らにとってふさわしい自己を作り上げていく¹⁾」と述べており、日課の継続が事例の自分らしさを獲得させると考えた。このように作業療法士が事例や、家族から生活歴・入院前生活とその想いを直接聴取することで、「その人らしい」生活支援を行うことが可能になり、自宅退院を支援する上で大切であると考えた。

¹⁾ <Clark F, et al(著), 佐藤 剛(監訳): A Grounded Theory of Techniques for Occupational Storytelling and Occupational Story Making, 作業科学-作業的存在としての人間の研究. 三輪書店, 1999, pp407-430.>

表題	漠然とした不安により自己効力感が低下した患者への自宅退院に向けた関わり ～ADOC を用いた不安の具体化と支持的関わりが有効であった一症例～
----	---------------------------------------------------------------------------

演者名	小濱拓郎
-----	------

1. 報告の目的
今回急性胆管炎にて回復期病院から転院された症例を担当した。A氏は自宅退院が可能な状態であったが、自宅退院に対して漠然とした不安を持っていた。そこで、作業遂行意思決定支援ソフト(以下 ADOC)を用いて不安の内容を一緒に整理し、不安動作に対し正のフィードバックを行いながら繰り返し練習することで退院への自信に繋げることができたため、経過を報告する。なお、発表に際し、A氏から口頭および書面にて同意を得ている。

2. 事例紹介
A氏は70歳代男性。自宅で低体温、動作困難が生じ当院受診、蜂窩織炎の診断・治療を受け、加療後に回復期病院へ転院した。今回は、回復期病院にて発熱、炎症反応高値となり当院再入院、急性胆管炎の診断を受けた。既往歴にパーキンソン病(Hoehn & Yahrの重症度分類:IV度, 2009年発症)、ANCA関連血管炎(2019年発症)があり当院の入退院を数回繰り返している。自宅では妻、娘と3人暮らしで、ADLは自立していたが、自宅で発症した褥瘡があった。要介護2で週2回の通所リハビリを利用していたが、日中独居になる機会も多かった。外出は通所リハビリと通院のみで、一人で外出することはなかった。回復期病院では歩行器で病棟ADLは自立しており、自宅退院間近となっていた。

3. 作業療法評価
初回介入時の身体機能面は、Manual Muscle Testが上肢5で左右差は認められなかった。ANCA関連血管炎を発症してから手指の痺れが残存しているが、表在感覚、深部感覚ともに正常であった。姿勢反射障害が出現しており立位保持は後方重心になるが、物的支持にて自立できていた。認知機能面は、MMSEが27/30点であった。機能的自立度評価法(以下 FIM)は109/127点であった。歩行はシルバーカーを使用し、物を持って伝い歩きも可能であった。排泄は日中自立しており、夜間は失禁が多いが、OT評価ではパット交換は立位で可能であった。入浴は洗体動作が可能であったが、褥瘡の管理が必要であったため介助で行っていた。日中は座位で日記を書いていたが、振戦による字体の乱れがあった。元々の趣味であったスケッチは「しにくくて遠ざかっていた」と発言が聞かれた。これまで何回も入退院を繰り返しているエピソードを話され、自己効力感が低下しており自宅退院には消極的であった。ADL面での不安事を聞くと「すべてが不安だな」と発言があった。本人の希望は「自分のことは自分でできるようになりたい。妻に迷惑をかけたくない」であった。妻は「身の回りのことをどうにか自分でできるようになったら自宅退院もできそうかな」と発言が聞かれた。

4. 介入の基本方針
A氏は動作能力から考えると自宅退院も可能な状態であったが、A氏自身は自宅退院に消極的であった。入退院を繰り返している経験により自己効力感が低下しており、できることもできないという破局的思考に陥っていると考え、それが漠然とした不安になっていると考えた。そこで不安の具体化・課題の整理・目標共有を行い、訓練の中で成功体験とできたことに対して支持的関わりを繰り返し、破局的思考からの脱却を期待することとした。

5. 作業療法実施計画
介入頻度は週5日20～40分とした。
まずは不安の心の内を視覚的に見つけ、不安を具体化するためにADOCを用い、不安を整理し一緒に目標共有をする。次に不安動作の訓練を繰り返し行いながら、正のフィードバックを行い支持的関わりを続けることで、自信付けをしていく。さらに次の段階として、今後の生活に向け、日中独居の生活に必要な応用動作訓練も行う事で、安心して自宅退院する気持ちになれる関わりを持つこととした。

6. 介入経過 I期:ADOCで不安を抽出し具体化した時期
ADOCでは不安を言いながらすべての項目を選択した為、現在できている動作を確認しながら省き、できていないと思う動作にどんな不安があるのかを具体的に示した。

動作	重要度	満足度	不安
食事	4	2	料理を温めて運ぶことができるか
排泄	3	3	パットの交換ができるか
手を使う	3	3	手先が痺れており物を落とさないか
入浴	3	2	自分で洗えるか
散歩	2	2	外を安全に歩けるか
スケッチ	2	1	外でも家でもしてみたい

作業療法では日中独居になることを踏まえ、重要度の高い、食事準備・排泄動作の自立、スケッチの獲得を目標とした。入浴は褥瘡管理が必要なため、介護サービスを利用することとした。散歩訓練は PT が担当した。

Ⅱ期:動作訓練を繰り返し行うことで自信付けした時期

食事訓練は食器を持って安全に独歩で移動する訓練を繰り返し実施した。初期は「怖かったな」という発言が目立ったが、正のフィードバックを行い、できたことを確認することで、徐々に「できてきた気がする」との発言が聞かれるようになった。トイレ動作訓練では、訓練以外でも病棟と連携しバット交換を見守りで繰り返し行い「少し自信がついた」との発言が聞かれるようになった。またスケッチの導入として実施した塗り絵では、濃淡を使い分けた色使いもでき「思ったよりもできる」と前向きな発言が聞かれたため、訓練以外の時間に実施してもらった。

Ⅲ期:応用動作を通してできた事に目を向けられるようになった時期

食事準備の応用動作として、レトルト食品を使った調理訓練を実施した。訓練後に正のフィードバックを行わなくても「これなら家でできるな」と自らできた部分に目を向けられるようになった。また訓練時間以外に提供していた塗り絵だけでなく、病室から見える景色をスケッチするようになり、趣味であるスケッチに主体的に取り組めるようになった。

7. 結果

退院時の身体機能は著変なかったが、FIM が 111/127 点となりトイレ・食事の項目で向上が認められた。退院前に再度実施した ADOC では目標としていた項目の満足度の向上が見られた。食事の満足度は 3 に向上し、「家でもできそうです」と発言が聞かれた。排泄は満足度が 4 まで向上し、病棟で夜間のバットの交換も自立となっていた。体調の変化による不安は聞かれたが、入院中に体調が悪い時も自分でできていたことを話すと「確かにできるかも」と不安が軽減した発言に変わった。スケッチにおいては満足度が 4 まで向上し「家に帰ったら公園まで行ってスケッチできると思う」と前向きな発言が聞かれた。初回面接で聞かれていた不安は解消できたとの発言も聞かれた。

介入開始から 43 日で自宅退院された。

8. 考察

A氏は度重なる入院により破局的思考になり、何もできない感情が出現した。ADOCで漠然としていた不安が具体化され、取り組むべき課題が明確になった。不安に思う動作訓練を本人の自尊感情を傷つけずに成功体験と、できたことに対して支持的関りを繰り返したことで、自己効力感や自尊感情を高める事となり、本人の破局的思考からの解放に繋がったと考える。

重田によると、失敗をできるだけ経験させずに成功を繰り返すことで、達成感や充実感を感じ positive feedback となって自己効力感や自尊感情を高めるとされる。また自己効力感や自尊感情の向上が、物事に対する積極性を高めるだけでなく、より多くの残存機能を発揮させることに繋がると考えられる、とされている。A氏は諦めていたスケッチに対しても、塗り絵をきっかけに「描く」過程を経て、趣味であったスケッチを主体的に再獲得することができた。手の痺れや振戦がある中でもまだできることを自己認識でき、それが「またやってみたい」という気持ちに変化し、今後の人生の楽しみとして自宅退院に希望が持てる一助になったと考えた。

表題	脳卒中患者に対する自己肯定感を高める関わり～細やかな配慮と称賛を重視して～
演者名	秋津鴻池病院 濱田 佳実
1. 報告の目的	<p>脳卒中発症後、病室に引きこもる事例に対し、ひとの行動遂行に影響を及ぼすとされる自己肯定感の①自信②受容（吉森，2015）の2つの観点から、失敗体験をしない訓練の難易度設定及び称賛の介入を行った。その結果、自己肯定感は向上し他者交流の増加に繋がった為、その作業療法について報告する。尚、本報告は事例の同意を得ている。</p>
2. 事例紹介	<p>事例は、右前頭葉脳梗塞を呈した80代女性である。現病歴は左上下肢脱力を主訴に救急搬送、硬膜下水腫と診断され、4日後再び左上下肢の脱力と倦怠感の訴えあり、MRAより右中大脳動脈領域のM2で狭窄を認め、入院加療となった。約1カ月後、当院回復期病棟へ転院となった。病前の日常生活動作（以下ADL）は全自立で、長女と2人暮らしをしていた。病前は要支援2で、週2回デイサービスに通い、他者と塗り絵等を行うことが「楽しかった」と他者交流の大切さを窺わせた。</p> <p>入院生活は「左手が動かなくなった事を他者に見られるのが恥ずかしい」と食事も病室で食べる等、引きこもり他者交流は見られなかった。離床時の活動としては「左手が使えないから」と話し、TV鑑賞のみであった。生活歴では、19歳で結婚し主人と農業を生業にしていた。義母の介護を約20年行い「大変だった。娘には迷惑かけたくない」と話す。方向性は施設入所である。</p>
3. 作業療法評価	<p>身体機能面は、関節可動域で左肩関節屈曲120° 左肩関節外転95°と可動域制限を認め、筋力は右上肢4、左上肢2～3レベル、握力は右11kg、左は測定不可と左優位の筋力低下を認めていた。Brunnstrom recovery stage（以下BRS）は上肢・手指IV、下肢はVレベルであった。感覚は左上下肢表在感覚・深部感覚共に中等度鈍麻で、Modified Ashworth Scale（以下MAS）は左肘関節・手関節1で、左腰背部の低緊張を認め、体幹は軽度左側屈位であった。Fugl-Meyer Assessment（以下FMA）では、上肢51点で、下肢は32点で、バランスは9点、感覚は17点となっていた。</p> <p>高次脳機能評価では、身体描画にて左上下肢は欠損し、線分抹消は1分36秒で全て抹消可能だが、同じ箇所2回印を付けていた。線分二等分線では2.5cm右に偏位していた。Frontal assessment battery（以下FAB）は7点であり、GO-NO-GOは検者と一緒叩く様子を認めた。メンタルローテーションでは右手左手の区別が付けられず間違いあり、Trail making test-A（以下TMT-A）では鉛筆が濡れ、中断した。</p> <p>認知・精神機能面評価では、Mini Mental State Examination（以下MMSE）21点、一般性自己効力感（以下GSES）9点で「自分から進んで可もしない」と発言を認めた。</p> <p>ADLは機能的自立度評価法（以下FIM）57点で、移動は車椅子担送、食事は箸・スプーン使用し自立だが左上肢の使用は無く、左下方の食器は見落としあり、整容・更衣は一部介助、排泄は終日病棟トイレ一部介助（日中夜間共に失禁あり）、入浴は自立浴一部介助であった。</p>
4. 介入基本方針	<p>左上肢の機能訓練を行うと共に、左側へ視覚的に誘導し顕在的な注意を向けることと、言語指示により身体図式の歪みの修正を行い、ADL能力増大・介助量軽減を目指す。又、訓練時に失敗体験をしない段階付けと細やかな配慮と称賛を行い、自己肯定感の向上を図ると共に、施設入所に向けて、他者交流の増加を目指す。</p>
5. 作業療法実施計画	<p>【第1期（介入開始～1カ月）身体機能訓練、身体図式の歪み修正、ADLの介助量軽減を図る】</p> <p>今回、有酸素運動による神経可塑性を促進させる目的と、手への注意を向けることを目的としたハンドエルゴメーターや、体幹の筋緊張を左右対称にするための側方への輪入れ、上肢の筋出力向上を目的に物品を使用した動作訓練を実施することとした。セラピストは出来たことを視覚的に提示して声掛けを行い、称賛を与え、自己肯定感の向上に努めることとした。</p> <p>【第2期（1カ月～2カ月）身体機能訓練に加え、環境調整と作業活動の評価を行い、セラピストと2者間での活動提供を行う】</p> <p>身体機能訓練を継続して実施し、訓練時受動的な気付きから能動的な気付きが可能となるように声掛けを行う。作業活動として病前に行っていた塗り絵を自室で実施する。介入当初は一緒に行い、その後お進具合を確認する程度に介入を減らしていくこととした。</p>

【第3期（2カ月～3カ月）難易度を上げた身体機能訓練と環境設定を継続し、他患との作業活動の場の提供から施設適応へ向けて】

ブレーキ忘れに対する環境設定等は継続して行い、他者を交えた活動の場を提供する。介入当初は他者との交流の橋渡しを行い、自発的な交流が見られたら、セラピストの介入を減らしていき、顔なじみの関係性構築を図ることとした。

6. 介入経過

第1期：左上肢へ視覚的な注意喚起を促した。ハンドエルゴメーターでは、まずバイタルチェック下で座位にて5分間実施するが、左手が離れる為、ハンドルと左手の固定が必要であった。回を重ねるごとに左手が離れることは減少し、10分間可能となる。目に見える形で訓練の難易度を上げ、その都度、出来た事を繰り返して称賛したことで、「動くようになった」と前向きな発言が増えた。

第2期：能動的注意を向ける声掛けで、気づきが可能となれば称賛を行った。病室にて塗り絵や病前にしていた編み物を提供した。しかし「一人で居ても退屈」と発言を認めた為、活動を通じた他者交流の場を設定した。他患の行っている活動（アイロンビーズ）に興味を持ち、自ら話しかける様子がみられた。介入当初はスタッフも介入していたが、他患の顔を覚え、他者交流の増加を認め、徐々に介入を減らした。車椅子のブレーキ忘れに対し、ブレーキをアームサポートより5cm長くし、視覚的に見えるよう環境設定を行ったが、忘れは残存していた。

第3期：方向性の決定により、施設先で可能な活動として貼り絵を行い「ここに居るわ」と自らリハ室へ出棟し「施設でもこんな事出来るかな」とリハビリと活動へ向上心を認めた。ブレーキをアームサポートより15cm長くする設定を行った。以前より忘れは減少し、忘れに対して自己修正可能となった。他者を交えた他者交流を行い、笑顔の増加を認めた。

病棟生活では食事はダイニングにて他患と机を囲んだ環境で食べる事が可能となり、食事以外の他者交流の増加や、出来ることを少しでも増やそうと、自ら入浴の着替えの準備をする等、危険の無い範囲での自発的な行動が増加した。

7. 結果

身体機能面は、関節可動域は左肩関節屈曲130° 左肩関節外転105°と可動域の拡大を認め、筋力は右上肢3レベルと向上を認め、握力は左5kgと筋力及び筋出力の向上を認めた。BRSでは上肢・手指・下肢共にVIレベルに向上した。腰背部の筋緊張は左右対称となった。FMAでは、上肢61点で、下肢は33点で、バランスは12点で、感覚は20点と向上を認めた。

高次脳機能評価では、身体描画にて左右対称に描くことが可能となった。線分抹消は1分18秒で全て抹消可能となった。線分二等分線では偏位無く、中央に印をつける事が可能となった。メンタルローテーションでは間違えることなく選択可能となった。TMT-Aは11分53秒で実施可能となった。

認知・精神機能面評価では、MMSEは25点と日付けの見当識、計算にて向上を認めた。GSESは11点で「積極的に進んで行く」「記憶力は前より良くなった」と発言を認めた。PGCは7点で「生活に満足している」と発言があった。

ADLはFIM105点で、移動は車椅子駆動自立、食事は箸・スプーン使用し自立、見落としなく、左上肢使用しての食事は可能となった。整容・更衣は準備含め自立、排泄は病棟トイレ日中自立、夜間見守り、入浴は自立浴見守りとなった。

8. 考察

今回、吉森の述べる自己肯定感を高めるとされる①自信と②受容に着目し介入を行った。①自信では『自分に自信がある、どんな時でも自分は苦難を乗り越えることが出来る』②受容では『ありのままの自分で良いと思える気持ち。納得して認めている』と述べており、事例は、①出来た事の視覚的な提示と毎日の称賛により、自分の出来ている事を自覚し「動くようになった」と前向きな発言が増え、自信に繋がった。加えて、②身体機能の向上によるADL能力の向上と活動を通じた顔馴染みの関係が構築できた事で、今の生活にも満足していると現状を受け止める事が出来た。これらにより、GSESの評価にて行動の積極性と社会的位置づけで点数の向上を認め「何事も積極的に行う」と発言し、前向きな発言へ変化したと考える。

又、機能面については、現病歴経過より、血行力学性脳梗塞に伴う脳梗塞と考えられ、継続的な運動による血流改善が必要と考えた。Ploughman Mは『有酸素運動は神経栄養因子、神経可塑性、認知に影響する行動学的介入の一つであり、脳卒中による回復や神経可塑性を促進する可能性がある』と述べており、今回積極的な運動により、脳神経の可塑的な改善が図れ、左上肢の機能向上と、ADLの回復に繋がった。空間認知について、石合は『半側空間無視には、適切な手がかりの付与や意図的に空間的注意に働きかける事や探索活動を持続的に行うことが必要』と述べており、今回、受動的な気付きから能動的な気付きへ段階付けた事、空間的注意として、環境設定による左への手がかり方法を用いた事で左側への注意喚起が図れたと考える。

紙芝居を用いた『住民による認知症講座』

～宇陀市での取り組み～

○和田航平¹⁾²⁾ 千葉亜紀¹⁾³⁾ 東條秀則¹⁾³⁾

1) 奈良県作業療法士会認知症支援委員会 2) 介護老人保健施設 鴻池荘 3) 秋津鴻池病院

Key Words : 地域支援, 認知症予防, 啓発活動

【はじめに】

作業療法士（以下、OTR）が認知症の人と家族の地域生活を支援していくにあたって、行政・住民との連携や協業が不可欠である。現在、当士会認知症支援委員会では宇陀市で行われている「地域住民による認知症啓発講座」を支援しており、取り組みに寄与できたと考えられたため、活動の紹介として報告する。本発表に際し、関係機関等への同意は得ている。

【経緯】

宇陀市では認知症予防教室を開催し啓発活動を行っていたが、参加者は毎回特定の住民となっていた。より多くの住民への啓発と共に、認知症に関する相談窓口の周知についても広めていく必要があった。

資源として、宇陀市では「いきいき百歳体操（以下、いき百体操）」が各地で実施されており、その代表者は民生委員など地域の世話役が多かった。そこで、各会場の代表者らに対しOTRが紙芝居にて認知症に関する講義を行い、同内容を代表者らが自身の地域住民に向けて講義する取り組み、『知ってあんしん認知症講座』を企画した。

【実施方法】

代表者への講義は、宇陀市医療介護あんしんセンターにて月1回、2時間ずつ実施し、全5回を1期とした。紙芝居と読み原稿はOTRが作成し、宇陀市と内容を共有した。また講座中に出た代表者からの意見や質問も都度反映した。当日は、OTRが講義を行った後、その場で代表者らも講義を実践した。またコグニサイズの紹介を行い、代表者らはその指導役も実践した。

毎月の実施後には、市職員と振り返りを行った。

講座受講前と全講座終了後、代表者らにアンケートを行った。

【結果】

2017年11月～2020年3月で4期生まで実施し、37会場の代表者が受講した。各いき百体操会場の実施状況は、毎講座後に実施している会場や数回分をまとめて実施している会場の他、コグニサイズのみ行っている会場もあった。

アンケートでは、認知症に関する知識は「よく知っている・ある程度知っている」が実施前45%から実施後80%となった。認知症に対する認識については「早期受診や環境整備の必要性がよく分かった」等の感想が得られた。全会場で「住民へ講義をして良かった・ある程度良かった」と答えた。

宇陀市への相談件数は、2017年度78件だったが2019年度は214件となった。

講座終了後はいき百体操時以外にも、寄り合いや掃除の集まりなどで講義をする地区もみられた。また、住民同士で「自分自身が認知症になった時は頼むで」と言い合えるようになったとの意見も挙がった。

【考察】

新オレンジプランでは、行政、民間、地域住民など様々な主体が役割を果たしていく事が求められる。本取り組みでは、OTRと市、そして住民同士が、各々の役割を持って連携した事で、地域や自身にとってより身近な疾患・課題であるという認識を強める事ができ、啓発に寄与できたと考える。

第 13 回 奈良県作業療法学会

実行委員

学会長 嶋谷 和之

実行委員長 田中 陽一

実行委員 上野 哲

金星 聡

窪 啓輔

米田 健人

田結莊 秋嘉

辻村 浩己

梅林 真

藤田 侑華里

松本 佳純

森本 将行

吉川 浩爾

第 13 回 奈良県作業療法学会

発行者：一般社団法人 奈良県作業療法士会

事務局：奈良県総合リハビリテーションセンター

〒636-0393 奈良県磯城郡田原本町多722

第 13 回奈良県作業療法学会 事務局

TEL:0744-32-0200(代表)