ISSN　２４３４－９１６X

The 14th Nara Occupational Therapy Congress

第14回 奈良県作業療法学会

作業療法の可能性
～価値の共創～

会　期:2022年6月26日(日)LIVE配信

学会長:毛利　陽介　白鳳短期大学

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 西和ブロック

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２６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
一般演題・事例報告演題（口述発表）プログラム ―――― １５
一般演題・事例報告演題抄録 ―――― １７

2022 年　 月　 日

施設長 殿
病院長 殿

（一社)奈良県作業療法士会
第 14 回奈良県作業療法学会
学会長　毛利　陽介
【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 14 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）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　:2022 年 6 月 26 日（日）

学会テーマ　:作業療法の可能性～価値の共創～

内容　:特別講演、教育講演Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ、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　:白鳳短期大学　〒636-0011　奈良県王寺町葛下 1-7-17

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　塩田大地（ot.ds.1104@gmail.com）

以上

開催要項

会　期　:2022年6月26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　:毛利　陽介（白鳳短期大学）

テーマ　:作業療法の可能性　～価値の共創～

内容　　:特別講演、教育講演Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ、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　:医療法人　友紘会　西大和リハビリテーション病院

〒639-0218 奈良県北葛城郡上牧町ささゆり台3丁目2－2

第14回奈良県作業療法学会 事務局

TEL:0745-71-6688（代表）

第 14 回奈良県作業療法学会　学会長　挨拶

第14回奈良県作業療法学会
学会長　毛利陽介

第 14 回奈良県作業療法学会は、新型コロナウィルス感染症の影響を受けて、昨年に引き続きオンラインにて開催される運びとなりました。今年度は対面での現地開催と考えておりましたが、年明けからの感染者の急増で収束の見通しが立たないことから諦めざるをえない状況となりました。そのような中、実行委員をはじめとした本学会に関わる皆様のご尽力により開催できましたことを心より感謝申し上げます。

今回の学会は「作業療法の可能性～価値の共創～」をテーマに開催いたします。発達期から高齢期まで幅広く関わる職種である作業療法士はどのようなことができるのかを皆さんと一緒に考えていきたいと思いました。特に本邦では高齢者の約４人に１人が認知症または軽度認知障害であるとされており、だれもが関わりうる身近なものとなってきております。そのような現状のなかで高齢者やその家族が大切にしているものとは何か、これから何を大切にしてくのか、地域で暮らす人々と我々作業療法士が共に創り出せる価値とは如何なるものか。人の生活に密接にかかわっている作業療法士のこれからの可能性について再認識できる場になればと想います。

そこで特別講演では、鹿児島大学教授の田平先生をお招きして認知症高齢者に対する生活行為の捉え方や評価の仕方についてご解説頂きます。また、教育講演として発達期・高次機能・地域の各分野での奈良県での先駆的な取り組みについてお話をして頂きます。是非参考にして頂き、明日からの臨床に活かして頂きたいを思います。

本大会はオンラインでの開催となりましたが、ライブ配信とオンデマンドを併用して実施します。臨場感あふれるライブ配信と、オンデマンドを併用することで、参加者の良いタイミングで視聴することが可能となっております。当日が仕事などで視聴できない会員の皆さんも、是非ご参加をお願い致します。

演題数は 17 演題で、身障・発達・精神の各分野からの演題が出ており、その半数以上が経験年数５年未満の会員の発表であります。奈良県作業療法士会の会員数は 600 名弱でその組織構成も同じく 5 年未満の会員が 1/3 を占める若い団体であります。その若い会員の皆さんが自ら積極的に発表を行い知識・技術の向上を図っていることはとても頼もしく感じます。

この奈良学会に多数の県士会員が参加し、若い会員の登竜門の一つとして、またたくさんの意見交換が行われ作業療法の可能性に向かってともに考え、地域医療・福祉の向上に寄与できる大会となりますよう、祈念し挨拶とさせて頂きます。

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」の 2 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 19 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・Ⅲ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 26 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。

5. 県士会費の納入について

① 学会の参加登録までに 2022 年度の県士会費を納入済の方は、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。
② 学生参加者は学生証を画像アップロードしてください。
③ 現在県士会未入会で、学会参加にあわせて新規入会を希望される方は、参加登録ページの入会申込書をダウンロード、必要事項入力後、ファイルアップロードにて提出をお願い致します。

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26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	開会式：学会長挨拶 09：50~	
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 10:00～10:55	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Ⅲ・老年期 10:00～10:55
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 11:10～12:10	一般演題・事例報告演題 口述発表 第２セッション 精神・発達領域 11:10～12:10
13:00	**特別講演** **認知症高齢者の生活行為に得意を生かす作業療法** 13:00～14:30	
14:00	閉会式	

特別講演

認知症高齢者の生活行為に得意を活かす作業療法

田平　隆行氏(鹿児島大学医学部保健学科　教授)

司会：白鳳短期大学　毛利陽介

本文：

新オレンジプランでは，住み慣れた地域に継続して生活できるよう推進しており，有する認知機能等を最大限に活かした ADL/IADL に対するリハビリテーションを重視している．ADL 障害は，主観的認知障害や軽度認知障害の段階から，中長期的なマネージメントを含む金銭管理や服薬管理等の複雑な IADL から障害され，認知機能の低下に伴い買い物や電話，Basic な ADL へと進んでいく．しかしながら，中重度者であっても部分的に残存していることは多く，それらの工程を継続して実施できるよう支援することが重要であると考えている．同時に認知機能に応じて低下する ADL 工程の特徴を捉え，視聴覚等の手かがりや残存機能を活かした介入や物理的環境等から支援することが求められる．我々の研究グループでは，生活行為の障害及び残存する工程を捉えやすい生活行為工程分析表（Process Analysis of Daily Activity for Dementia; PADA-D）を開発し，在宅のアルツハイマー病高齢者を中心とした生活行為の特徴を示してきた．例えば，調理では，献立や食材の調味については障害されやすいが，食材の加工（切る・剥く，炒める等）など手続き的記憶を利用しやすい工程では残存しやすいことを明らかにした．既存の ADL 評価表は行為全体を介助量で示すものが多いが，PADA-D は個人の ADL/IADL 上の得意／不得意な部分を検出するの役立つ．2019-2020 年，我々は地域在住のアルツハイマー病高齢者に対し生活行為分析に基づいた 3 か月間のリハビリテーション介入（非ランダム化比較試験）研究を実施した．介入方法は，代償できる認知機能の活用，技能練習，物理的環境に対する介入，家族・介護者への支援教育であった．その結果 PADA-D 総合得点に有意な交互作用が見られ，特に介入の多かった洗濯で顕著に改善した．また，目標に対する満足度，遂行度も有意に改善した．生活行為を工程分析し，目標や介入ポイントを明確にした支援は，認知症高齢者が住み慣れた地域に継続できるための一助になるかもしれない．

また，認知症の介護予防には，自身の意味のある活動に従事し，満足することが抑うつやアパシー，さらには認知機能低下の抑制に寄与する可能性がある．当日はこれらのデータもお示し，認知症であってもなくても本人の意味のある活動や生活行為に従事するために，得意な部分を引き出し，それを最大限活用できるよう支援していきたい．

講師略歴

平成 5 年 3 月　長崎大学医療技術短期大学部作業療法学科 卒業

平成 5 年 4 月　医療法人春回会長崎北病院 作業療法士

平成 10 年 8 月　学位授与機構にて学士を取得 学士（保健衛生学）

平成 13 年 3 月　長崎純心大学大学院人間文化研究科博士前期課程修了修士（学術福祉）

平成 13 年 4 月　国際医療福祉大学保健学部作業療法学科 助手

平成 16 年 4 月　長崎大学医学部保健学科 助手

平成 17 年 3 月　国際医療福祉大学大学院医療福祉学研究科博士後期課程
修了博士（保健医療学）

平成 19 年 4 月　長崎大学大学院医歯薬学総合研究科保健学専攻 助教

平成 23 年 4 月　西九州大学リハビリテーション学部 准教授

平成 28 年 4 月　鹿児島大学医学部保健学科作業療法学専攻 教授

認定作業療法士（第 362 号）

【主な著書】

・田平隆行：軽度者・中高度者に対する作業療法. 認知障害作業療法ケースブック. メディカルビュー, 東京, pp6-15, 2021.

・田平隆行：認知機能評価指標の使い分け—認知症患者の認知機能評価に適した指標—. どう向き合う!? 高齢者の認知機能. 牧迫飛雄馬編集, 光文堂, 東京, p55-67, 2019.

・田中寛之, 田平隆行：根拠に基づいた認知症リハビリテーション介入を行うために. evidence based で考える認知症リハビリテーション. 田平隆行・田中寛之編集, 医学書院, 東京, p2-4, 2019.

・田平隆行：認知症の重症度別特徴, 軽度認知障害・軽度認知症. evidence based で考える認知症リハビリテーション. 田平隆行・田中寛之編集, 医学書院, 東京, p14-19, 2019.

・韓 佄熙, 田平隆行：軽度認知障害・軽度認知症の認知機能評価. evidence based で考える認知症リハビリテーション. 田平隆行・田中寛之編集, 医学書院, 東京, p38-43, 2019.

・田平隆行：ADL 評価, 軽度認知障害・軽度認知症. evidence based で考える認知症リハビリテーション. 田平隆行・田中寛之編集, 医学書院, 東京, p50-55, 2019.

・丸田道雄：BPSD 評価, 異常行動. evidence based で考える認知症リハビリテーション. 田平隆行・田中寛之編集, 医学書院, 東京, p102-106, 2019.

・丸田道雄：認知症者へのリハビリテーション介入, 認知的介入. evidence based で考える認知症リハビリテーション. 田平隆行・田中寛之編集, 医学書院, 東京, p161-166, 2019.

・田平隆行：ADL 介入, 軽度認知障害・軽度認知症. evidence based で考える認知症リハビリテーション. 田平隆行・田中寛之編集, 医学書院, 東京, p167-171, 2019.

・・・その他講演や論文多数

教育講演Ⅰ

地域で最も必要とされる作業療法の視点

安井敦史　氏

株式会社 UT ケアシステム

超少子高齢化社会が益々進んでいく我が国では、団塊の世代が「後期高齢者」となる20225 年に向け「地域包括ケアシステム」の構築を目指しています。さらに 2025 年が近づく今日は、団塊ジュニアが後期高齢者となる 2040 年を見据えた制度設計を行っています。

以前、「時々入院、ほぼ自宅」といった新聞記事が載っていたこともありましたが、これからの社会は、「子供からお年寄り、障がいの有無に関わらず、住み慣れた地域で暮らし続けられること」が求められています。

そのような社会が良いものになるには、作業療法の視点と親和性が高いと日々思っています。作業療法士は、「ひと・生活・環境」をみる視点での思考過程が、地域で暮らす人々の「その人らしさ」を支援することができる職種であると思います。

同時に地域包括ケアでは、「自立支援」についても重要視されています。「自立支援」は、日常生活や地域での日々の暮らしの中で「生活のしづらさ」をアセスメントし、有効な支援を行うことになりますが、この点についても、作業療法士の視点が非常に有効となります。

国をはじめ、奈良県と 39 の市町村でも「地域包括ケアシステム」の構築と「自立支援」の体制を整えようとし、奈良県作業療法士会とも良好な関係を築いていっています。地域で子供からお年寄りまで、その人らしい生活を送ることができるよう人だけではなく環境にも広くかかわり支援をできる作業療法士の活動や、今後さらに必要とされる活動について理解がひろがり、今以上に地域で活動する作業療法士が増えることが求められています。

講師略歴

恩賜財団 済生会中和病院

医療法人厚生会 奈良厚生会病院

医療法人友紘会 西大和リハビリテーション病院

株式会社 UT ケアシステムに在籍

教育講演Ⅱ

子どもと自然と遊び-自然体験活動からみる子どもの遊びと作業療法について-

岡田友　氏

児童発達支援・放課後等デイサービス FLOW 岡寺

私は、「夢中になる」をキーワードに児童発達支援・放課後等デイサービス事業所にて遊びを手段として個別・集団療育での発達支援を行っております。

子どもにとって、遊びは意味のある大切な作業の一つでありますが、子どもの遊びや遊びの環境が大きく変化してきています。様々な情報が溢れる中で、外で体を動かす機会や自然と触れ合う機会も減ってきているように思われます。

遊びの中には、様々なことに気づく・学ぶための大切な要素がたくさん含まれています。そして、特に自然環境の中には、その土台となる要素が豊かに含まれております。

当事業所では、親子参加型の自然体験活動を年間通して開催するプログラムを実施しております。
畑で土に触れる・野菜栽培や収穫・どろんこ遊び・田植えや稲刈り・自然素材での制作活動など、自然環境の中で感覚刺激を豊かに感じたり、季節を感じられる活動を親子で体験できるように活動提供を行っております。

また今年度より、親子集団療育として自然体験活動型の療育プログラムも開始しました。
このプログラムでは、「原体験しての主体的な自然体験を」コンセプトに自然豊かなフィールドを通して、親子で自発的・主体的に活動に取り組めるような活動の提供を意識しております。また、保護者の方や支援者と共に学び合える環境づくりにも意識して、活動を通して関わる方々のエンパワメントを育む活動作りを行なっていきたいと考えています。

こうした自然体験活動での子どもの遊びに焦点をあて、活動を通した発達支援の分析と作業療法士の役割について考察した内容を含めて、今回お伝えしたいと思っております。

講師略歴

2010–関西医療技術専門学校　卒業

～卒業後、大阪府の急性期・回復期にて作業療法士としてスタート。

2017–奈良県の児童発達支援センターで勤務。

2019–児童発達支援・放課後等デイサービス　FLOW 郡山に所属。

現在は FLOW 岡寺に所属。

個別・集団療育や、フィールド活動を通して、様々な自然体験活動を提供できるよう日々取り組んでいます。

教育講演Ⅲ

半側空間無視の病態理解に向けた臨床評価手法

藤井 慎太郎　氏　(理学療法士)
医療法人友紘会 西大和リハビリテーション病院
畿央大学大学院 健康科学研究科 博士後期課程

半側空間無視（Unilateral spatial neglect: USN）は、「大脳半球損症例の反対側に提示された刺激を報告する，刺激に反応する，与えられた刺激を定位することの障害」と定義されている（Heilman,1993）. USNは主に右半球損傷例の約40%に生じるとされ（Ringman et al.,2004など)、USNの合併は日常生活動作能力の低下（Katz et al.,1999）や生活範囲の狭小化（Oh-Park et al.,2014）といった、社会的活動や参加に多大な影響を与えることが報告されている．そのため、リハビリテーション医療をより効果的に行うためには、無視症状の病態を把握し適切な予後予測を立てながら日々の臨床を遂行していく必要がある。

USNの病態基盤として、古典的には頭頂葉損傷によって生じる症候として理解されてきたが、その他様々な病巣で生じることが報告されており、近年では注意ネットワークの障害説が定説となっている（Corbetta and Shulman, 2011)。これは、受動的（外発的）注意に関与する腹側注意ネットワークと能動的（内発的）注意に関与する背側ネットワークの２つの注意システムの機能不均衡によって生じるという仮説である。また無視症状の病態には、覚醒や持続的注意、視覚性ワーキングメモリの低下といった非空間性の注意機能低下の合併も影響するとされている（Husain, 2020; Takamura et al., 2021)。このような様々な症状の合併が、臨床上におけるUSN症例の病態理解をより困難にしている。

USNの評価には、一般的にBIT行動性無視検査（Behavioural inattention test: BIT）が用いられる。BITは探索課題や模写課題といった多様な構成要素から成り立っており、知覚・探索・表象的要素などの包括的な無視症状の特性が評価可能である。一方で、注意ネットワークの観点を考慮すると、BITで評価される能動的注意の側面のみならず、受動的注意の側面を含んだ評価手法の選択が不可欠であると考えられる。また、先述したUSNの病態の複雑性を考慮すると、視野障害や注意機能、視覚性ワーキングメモリといった各病態に適した評価手法の適応が必要となると考えられる。それら多様な評価を組み合わせて検討することで、各個人の病態基盤（サブタイプ）を見出すことが可能となると考える。

このように、USN症例に対する適切なリハビリテーションを遂行するためには、各個人のUSN症例を取り巻く複雑な病態理解が肝要となる。そこで本講演では、無視症状の病態基盤について近年の知見を交えながら解説するとともに、日々の臨床評価においてより的確な病態理解に向けたUSNの評価手法について紹介する。

講師略歴

H25 年 3 月　畿央大学 健康科学部 理学療法学科　卒業

H25 年 4 月　医療法人友紘会　西大和リハビリテーション病院　入職

H27 年 4 月　畿央大学大学院 健康科学研究科 修士課程　入学

H29 年 3 月　畿央大学大学院 健康科学研究科 修士課程　修了

H29 年 4 月　畿央大学大学院　健康科学研究科　博士後期課程　入学

［関連論文］

筆頭論文;

Y Takamura and S Fujii, S Ohmatsu, K Ikuno, K Tanaka, A Manji, H Abe, S Morioka, N Kawashima. Interaction between spatial neglect and attention deficit in patients with right hemisphere damage. Cortex. 2021 141:331-346

共著論文:

S Ohmatsu, Y Takamura, S Fujii, K Tanaka, S Morioka, N Kawashima. Visual search pattern during free viewing of horizontally flipped images in patients with unilateral spatial neglect. Cortex. 2019 113:83-95.

Y Takamura, S Fujii, S Ohmatsu, S Morioka, N Kawashima. Pathological structure of visuospatial neglect: A comprehensive multivariate analysis of spatial and non-spatial aspects. iScience. 2021 16:24(4):102316

［受賞］

第 14 回日本神経理学療法学会学術集会　最優秀賞

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】10:00～10:55　座長：田中　陽一(兵庫医科大学　リハビリテーション学部)

1-1 頚椎症性脊髄症後の手指機能障害に対して機能的電気刺激を用いた併用治療を試みた事例
西大和リハビリテーション病院　　長尾　寧々

1-2 作業を中心とした目標設定・介入を行うことで自己の能力を適切に認識できるようになった症例
西大和リハビリテーション病院　　根岸　知哉

1-3 全身性関節弛緩症を基礎疾患に有する、手根管症候群・肘部管症候群合併症例の経験
田北病院　　櫻井　正治

1-4 身障、精神科作業療法士の情報共有により事例らしい自宅退院の支援に繋がった事例
秋津鴻池病院　　田結荘秋嘉

【 身体障害領域Ⅱ】11:10～12:10　座長：金星　聡(奈良県総合リハビリテーションセンター)

1-5 脳卒中後左片麻痺を呈した90代症例に対する麻痺手の使用頻度増加を目的とした
末梢神経感覚刺激と課題指向型練習の併用効果：症例報告
西大和リハビリテーション病院　　外山　晴夏

1-6 強い痛みにより寝たきり状態であった患者が愛護的な関わりと段階的目標設定を
共有することで立位での移乗動作につながった一例
天理よろづ相談所病院　　青木和佳奈

1-7 「できません」から「できそう」へ
～調理の体験により退院後の生活を前向きに考えられるようになった事例～
秋津鴻池病院　　吉田　真由

1-8 脳卒中後運動麻痺手に対する使用頻度の主観的及び客観的評価の関連性
～重症度の異なる3症例での検討～
奈良県総合リハビリテーションセンター　　岩本　健吾

第2会場

【 身体障害領域Ⅲ＋老年期 】10:10～10:55 座長：片岡　歩(かつらぎクリニック)

2-1 脳卒中後上肢運動麻痺と視空間認知障害を呈した事例が自宅復帰に至るまでの介入経験
西大和リハビリテーション病院　　原　健介

2-2 麻痺手の使用やADLの自立度向上に難渋した脳卒中片麻痺患者の作業療法経過
西大和リハビリテーション病院　本田　朝花

2-3 病前の役割に着目した介入により不活発の改善に至った事例
秋津鴻池病院　　前田　智美

2-4 リロケーションからBPSDが出現している事例への早期介入
鴻池荘　浦部　倫子

【精神障害＋発達障害領域 】座長：木納　潤一(秋津鴻池病院)

11:10～12:10　　土井　一輝(発達支援リハスタジオ　ハッピーリングplus)

2-5 医療観察法病棟に入院する対象者は作業療法士と司法精神科作業療法の
プログラムにどのような思いを抱いているか
奈良県作業療法士会　南　庄一郎

2-6 体操と活動日誌による介入を経て疼痛の軽減と意味のある活動の再開に至った
うつ病,疼痛性障害患者の事例
ハートランドしぎさん　福西　義友

2-7 被害妄想により人と関わりを避ける統合失調症患者に対し，関係構築を
目指した一例
秋津鴻池病院　石川　真紀

2-8 不安が強い児に対して、安心できる枠組みの中で感覚統合療法を行った結果、
対人面や環境においての関わりが広がった事例
FLOW西真美　新海　海里

2-9 楽しい！もう１回！を大切にしたかかわりにより,お友達とともに保育活動に
参加できるようになった事例
FLOW岡寺　高橋　千晶

表題	頚椎症性脊髄症後の手指機能障害に対して機能的電気刺激を用いた併用治療を試みた事例
演者名	西大和リハビリテーション病院　長尾 寧々

1．報告の目的

頚椎症性脊髄症による不全四肢麻痺により，手指機能障害が顕著で日常生活動作(以下，ADL)に影響が及んだ A 氏を担当した．手指機能向上を目的に機能的電気刺激(以下，FES)を用いた併用治療を実施し，手指機能の向上と ADL の自立度向上に至ったため，以下に報告する．尚，発表に際し症例の同意は得ている．

2．事例紹介

A 氏，90 歳代前半の女性であり，利き手は右手であった．X 年 Y 月 Z 日に足のしびれが出現し，翌々日には歩行が困難となり，前院に受診し頚椎症性脊髄症と診断された．高齢であるため手術をするか家族間で検討する事となった．手術を施行するまでは自宅で過ごしており，移動は車椅子を使用し，トイレ動作は 2 人介助にてポータブルトイレ(以下，P トイレ)で行っていた．また，週 2 回デイサービスを利用し入浴を行っていた．Z+27 日に椎弓形成術を施行した．手術から約 3 週間後にリハビリテーション目的で当院へ転入院となった．病前の ADL は全て自立しており，食事は箸を使用しトイレも 1 人で行っていた．日課は，1 人でシルバーカーを使用し，1 日 3 回散歩をしていた．また，ゴミ出しや仏壇の世話，気が向いた際には畑の様子を見に行き，草引きや土を耕していた．夫を亡くして以降は，長男夫婦と一軒家に同居しており，長男夫婦は仕事をしておらず日中は自宅に居る．長男夫婦は母屋で生活をし，A 氏は離れにて生活をしていた．屋内はバリアフリーであるが母屋と離れを繋ぐ廊下には階段が 3 段あり，トイレや浴室には手すりが付いていない．

3．作業療法評価

入院時の身体機能面において，上肢は握力が左右共に 5kgf 以下，ピンチ力は左右共に 2kgf 以下，徒手筋力検査(以下，MMT)では左右共に手内在筋 MMT2～3 レベルであり，手指筋力の低下がみられた．また，全手指に識別性の感覚低下やしびれを認めた．簡易上肢機能検査(以下，STEF)では右 31 点，左 46 点であり小球やピンの測定は不可であり，Nine Hole Peg Test(以下，NHPT)では右 215 秒，左 154 秒と手指の巧緻性の低下が著明であり，物品操作能力の低下がみられた．下肢では，股関節外転筋力が左右共に MMT2～3 レベルであった．Mini-Balance Evaluation Systems Test(以下，Mini-BESTest)では 5 点で立位バランスの低下も著明であり，支持物無しでの立位では「怖い」との発言もみられた．ADL において，機能的自立度評価法 (以下，FIM)では 54 点であった．病棟生活では，移動は車椅子担送であった．食事動作はスプーンを使用して見守りであったが，おしぼりの開封等に介助を要した．箸操作では，手掌内での固定性が不十分で箸を落としてしまう事や，過剰努力により握り込んでしまい箸先を合わせる動作が困難であった．形態をバネ箸に変更する事で手掌内での安定性は向上し，箸先を合わせる事が可能であった．また，A 氏の受け入れも良かった．トイレ動作は軽介助であり，片手で下衣を上げる際は，下衣を十分につまむ事ができず介助を要した．両手での下衣操作では，立位バランスの不安定さがみられたが，両手の手指を下衣に引っ掛ける事で何とか下衣を引き上げる事が可能であった．更衣動作では，上衣のボタン操作に介助を要し，下衣では足を通す事や靴下の着脱に介助を要した．病前の ADL は自立していた事もあり，A 氏や家族は「自分で食事やトイレを行えるように」と希望していた．

4．介入の基本方針

退院後の方向性は自宅復帰である．最終的な目標は A 氏や家族の希望でもある，箸を用いた食事動作や自宅環境下でのトイレ動作の実施が安全に可能となる事を基本方針とした．そのために，まずは病棟生活での ADL の自立を目指す事とした．初期では，立位バランスの安定性や手指機能向上を目的とした機能練習を行い，回復段階に応じて日常生活場面への汎化を促していき，退院前には必要な教育的指導や環境調整を行っていく事とした．

5．作業療法実施計画

作業療法の介入期間は 5 ヶ月とし，1 日 60～80 分を週 5～7 日で実施する．

介入初期(1 ヶ月目)

機能練習として，握力やピンチ力を標的とした筋力増強練習や手指の巧緻性向上を目的とした物品操作練習，更に食事動作に対する実動作練習として，バネ箸を用いた物品移送の練習を実施する．立位バランス練習では，ゴム輪を使用した下衣操作の模擬練習を行う．

介入中期(2～3 ヶ月目)

更なる手指機能向上を目的に FES を用いた併用治療を実施する．FES には，低周波治療器 IVES＋(OG 技研社製)を使用する．手内在筋の筋力増強練習として虫様筋に対し IVES＋のノーマルモードを用いた他動的電気刺激を行いながら虫様筋つまみの筋力増強練習を実施する．徐々に随意的な筋収縮が安定して発揮できるようになると，物品操作練習として同じく虫様筋にパワーアシストモードを用いて課題中の筋活動に対応した電気刺激を行いながら，小型物品の対立移送を実施する．バネ箸操作に関しては，段階に応じて病棟での使用も検討する．手指機能と立位バランスが改善してきた段階で，随時病棟でのトイレ誘導や夜間 P トイレの評価を行っていく．

介入後期(4～5ヶ月目)

FESを併用した筋力増強練習や物品操作練習，箸操作練習は難易度を調整しながら継続して実施する．退院に向けて自宅訪問を行い自宅内の導線や福祉用具の検討をし，担当者会議にて情報共有を行う．

6．介入経過

介入初期(1ヶ月目)

筋力増強練習では，手指での物品操作を想定し内在筋優位の虫様筋つまみを意図して課題を提供するも，外在筋優位の握り込みになってしまう事が多くみられた．物品操作練習では各指で物品の対立移送を行っていたが，三指つまみで掴む事が多い様子や途中で物品が落下する様子がみられた．バネ箸操作では，母指と示指が過度に緊張し，握り込んでしまう事で手掌内での固定性が不十分になりバネ箸が回転する様子が見られ，また継続していると痛みが出現する事があり持久性に乏しかった．立位バランス練習では，支持物無しでも立位を保持する事が徐々に可能になり，手指で引っ掛けるような形ではあるものの，少しずつ下衣を引き上げられるようになってきた．

介入中期(2～3ヶ月目)

内在筋優位のつまみを能動的に行う事が難しかった事から，IVES+を用いた併用治療を実施した．筋力増強練習ではIVES+のノーマルモードにて他動的電気刺激を行い，虫様筋を対象筋として実施する事で握り込みが減少し，虫様筋つまみの形態での筋収縮を誘導する事ができた．また物品操作練習では，IVES+のパワーアシストモードを用いる事で物品操作中であっても虫様筋つまみの形態を促す事ができ，指腹つまみでの物品操作を練習する事ができた．更に，バネ箸の操作練習でもIVES＋のパワーアシストモードを用いた．それにより過度な握り込みの軽減が見られ，小型物品も落とす事なく移送が可能となった．徐々にバネ箸の操作が安定してきた事から，病棟でもバネ箸とスプーンを併用して使用する事となった．下衣操作練習では，実際の病衣を使用して反復練習を行い，下衣のつまみや立位の安定が図れてきた事から病棟評価に移行し，入院時から約2ヶ月後に自立となった．その後，夜間Pトイレの練習を開始し，約1週間後に自立となった．

介入後期(4～5ヶ月目)

FESを併用した物品操作では，掴み損ねが無くなり各指での対立移送が可能となっていた．虫様筋つまみでは，不完全ながらFES無しでも近位指節間関節や遠位指節間関節が伸展位で行えるようになった．箸操作練習では，割り箸を使用して実施した．拙劣ではあるものの，小型物品の移送が可能となった．退院に向けて自宅訪問を実施し，トイレや玄関に手すりの設置を提案した．自宅訪問を行った上で，担当者会議を実施した．

7．結果

身体機能面では，上肢は，握力が右7.1kgf，左5.5kgf，三指つまみは著明的な変化は見られなかったが，側腹つまみは右4kgf，左3kgfであり，MMTでは左右共に手内在筋4レベルとなり手指筋力が増強した．物品操作では，STEFが右82点，左86点で，NHPTでは右27秒，左30秒と向上し，掴み損ねる事も無くなった．下肢では，股関節外転筋力はMMT3レベルとなり，Mini－BESTestでは8点と立位バランスも向上した．FIMは109点まで向上し，移動はキャスター付き歩行器が自立となり，食事動作はバネ箸とスプーンを併用して自立となった．トイレ動作も日中は病棟トイレ，夜間はPトイレにて自立となった．入浴は，洗体に一部介助を要した．更衣動作も見守り～軽介助となり，上衣のボタンは首元に介助を要すが，それ以外は自己にて行えるようになった．自宅退院後の食事動作では，箸や割り箸は実用的ではない事から，A氏と家族で検討し，入院時と同様にバネ箸とスプーンを併用して食事をする事となった．トイレ動作では，日中はトイレで行い，夜間は家族の協力も得られPトイレを使用する事となった．トイレには手すりが付いていなかったため，住宅改修で手すりを付ける事となった．Pトイレは入院時から慣れている病室と同様の設定で行うように家族に指導を行った．入浴は家族の希望もあり，デイサービスにて行う形となった．

8．考察

今回，頚椎症性脊髄症後の不全四肢麻痺により手指機能障害が顕著であったA氏に対し，FESを用いて併用治療を実施した事で，手指筋力や物品操作能力が改善しADLの向上に至った．中枢神経損傷の機能回復に対するFESの作用機序には，筋萎縮の改善や筋力増強等の末梢性機序と残存する神経経路の再組織化による中枢性機序の存在が知られている．握力やピンチ力等の手指筋力の改善に関しては，不全麻痺により十分な随意筋収縮が起こせない筋に対し，他動的に電気刺激を行う事で不足する筋収縮を補う事が可能となり，筋力増強に必要な負荷を与える事ができた事で筋力の改善に至ったのではないかと考える．物品操作能力の改善に関しては，脊髄損傷後の機能回復は損傷を受けていない神経経路の再編成に依存し，神経経路の再編成は活動に依存して誘発される事が多いと報告されている(Schwab 2004)．物品操作練習にFESを併用した事で，課題遂行に必要な随意性を補う事が可能となり，様々な難易度の課題を提供する事が可能となった．その結果，より効果的に運動学習を促進する事ができ，残存する神経経路の再編成を行う事ができたのではないかと考える．今回の結果から，頚椎症性脊髄症の不全麻痺による手指機能障害に対して，FESを用いた併用治療を行う事で，手指筋力増強練習や物品操作練習をより効果的に実施する事ができ，機能回復の改善を促進させる可能性が示唆された．

表題	作業を中心とした目標設定・介入を行うことで自己の能力を適切に認識できるようになった症例
演者名	根岸　知哉

1．報告の目的

今回，左大腿骨顆上骨折を受傷した症例を担当した．今後の生活に対して楽観的であり，自己の能力を過信する傾向にあった．作業選択意思決定支援ソフト （以下， ADOC）を使用した面接を実施し，症例の作業に対する思いが聴取でき，退院に向けた課題や目標の明確化が図れた．目標に沿った作業を中心とした介入の中で自己の能力を適切に認識でき，内省や自己効力感に変化を認めたため，報告する．尚，発表に際し，本人の同意を得ている．

2．事例紹介

症例は80歳代後半の女性，A氏，診断名は左大腿骨顆上骨折であった．現病歴は，清掃業務中に濡れた路面で転倒し，左大腿骨顆上骨折を受傷した．受傷から7病日に観血的整復固定術を施行し， 受傷より36病日に当院へ転院となり，入院時左下肢は完全免荷であり，病棟内移動は車椅子を使用していた．生活歴は，40歳代より新聞の集金， 清掃， ヘルパーの仕事を受傷時まで続けていた．仕事を続けていた理由は，「じっとしているのが嫌．動いているほうが好き」であった．2階建ての一戸建て住宅に次女・孫と同居しており，電車で遠方へ出かける際には車の送迎を次女か孫に依頼していた．病前のADLは自立しており，屋外の移動は基本的にバイクを利用していた．友人のために食事を作ること，友人との外食，カラオケなどの活動をしており，友人との交流が多かった．当院入院時の作業療法への希望は，「95歳まで仕事を続けたい」「杖で歩けるようになりたい」であった．

3．作業療法評価

65病日の左下肢の全荷重の許可が出た時期に，ADOCを用いた面接を実施した．面接開始時は「帰ったら仕事する．できると思う.」という発言が多く聞かれた．復職する前に自宅退院に向けてまず，今後の生活全般に関しての課題を共有したいと説明した．

本人と療法士で設定した目標とする作業は，①屋内の移動，②屋外の移動，③カラオケ，④炊事，⑤公共交通機関の利用であった．面接中に「人を助けることが好きだから」という作業の価値を表出する語りが多く見られた．

①，②の屋内外の移動に関しては，初期評価時は，屋内の歩行はキャスター付き歩行器にて50mを見守り下で歩くことが可能であったが，長距離の歩行や杖を使用しての歩行では不安定性を認めていた．屋外歩行は未実施であったが，症例は「杖なしで歩けると思う」と能力を過信した発言が聞かれた．④の炊事に関しては，家族や友人のために行っておられたようであった．初期評価時に，⑤の公共交通機関の利用は，退院後の移動手段として挙げておられた．

心身機能では，左膝関節伸展－30度，左足関節に－10度の関節可動域制限が認められ，脚長差があるため，改造靴を着用していた． MMSEで28/30点と認知機能に問題はなかった．活動と参加は， FIMは95/126点で，訓練ではPick up Walker（以下：PW）見守り，病棟内では車椅子で移動しており，病棟内ADLは入浴を除いて自立していた．入浴に関しては，シャワーキャリー担送で，浴槽出入りに介助を要していた．環境因子では，自宅周囲は坂道が多く，バス停まで約500m離れていたが，家族や友人が車での送迎に協力的であった．個人因子では，せっかちで自信家である性格であった．転倒に対する自己効力感を評価するModified Falls Efficacy Scale（以下，MFES）では，130/140点と練習では実施したことのない屋外移動や段差昇降等の項目も実際の身体機能を考慮すると比較的高い点数であり，評価時の内省では，「やったことないけどできると思う」という過信傾向の発言が聞かれた．

4．介入の基本方針

ADOCでの面接から，症例が希望する作業選択の理由として「人を助けることが好き」等他者との関わりを大切にしていることがわかった．現状の能力と症例の価値観を踏まえて退院後の症例の役割獲得や趣味活動のための介入指針を立てた．外出の手段として，屋外の杖歩行の安定性や持久性の向上，調理動作の獲得のために独歩での応用歩行動作の安定性向上が必要と考えた．また，ご家族や友人への申し送りや環境調整も併せて実施した．

5．作業療法実施計画

介入の実施頻度は， 6～7回/週で，1回を60～90分とし，実施期間は約2ヶ月間行った．目標は屋内の移動が独歩，屋外の移動が杖歩行見守りレベルで行える，調理動作を伝い歩きで行えることとした．練習内容は，独歩や物品を把持しての歩行練習や，立位での下方，上方へのリーチを含めたバランス練習を行い，食器の取り出しや片付けを含めた動作練習を実施した．また，担当理学療法士（以下PT）とも目標を共有し，PTでは屋外歩行の持久力の改善を目的とした介入を並行して実施した．

歩行の自立度が独歩見守りまで改善した段階で，外出に必要なバス停までの距離の確認や，普段調理していた献立に必要な食材の想起，キッチンの電化製品の使用などの動作確認を実施した．環境調整は，退院前の自宅訪問の際に，家族へ危険な動作の伝達と外出時の送迎の依頼を口頭と紙面で行った．また，退院後も目標とした作業を継続できるように，目標の意味や背景，目標の達成や継続に必要な要素を，介護支援専門員や訪問リハビリのPTに情報提供を行った．また，訪問リハビリのPTにはADOCでの面接内容についても具体的に申し送りを行った．評価は，2分間歩行（以下，2MD）の歩行距離，FIMでの歩行の自立度，転倒に対する自己効力感を評価するMFESを用いた．

6．介入経過

ADOC 実施後の 65 病日には「帰ってから早く仕事したい．外はバイクで移動する.」といった発言が多く聞かれたが，歩行の自立度は PW 見守りレベルであり，杖歩行や伝い歩きではふらつきが見られ屋外の移動は困難であった．80 病日には杖歩行自立レベルとなったため，自宅内動作の獲得を目的に物品を把持した状態での歩行練習や，下方・前方へのリーチを含むバランス練習を行った．具体的な練習内容は，作業療法室の物品を棚から取り出す練習，物品を片づける動作練習，水を入れた湯呑を載せたお盆を把持した状態での歩行練習，床から物品の拾い上げ動作の練習などを行った．

介入開始から約 1 ヶ月には，独歩での移動が見守りレベルとなり，介入中には「バイクはもうやめとく，帰ったらバスと電車使うわ.」との発言が聞かれるようになった．この時期より，歩行形態の向上と屋外歩行に関する内省の変化が見られたため，ADOC で目標に挙げた項目に関する課題の確認と練習を実施した．地図アプリで A 氏の自宅からバス停，よく行っていたカラオケ店までの距離が，それぞれ 550m，3km 以上あることを共有し，杖を使用して屋外歩行を実施した．カラオケ店に関しては，「帰ってからは娘か友人に送ってもらう．前もそうしていた」という発言が聞かれるようになったため，車やバスの乗り降りを想定した段差昇降練習を行った．また，調理練習を作業療法室で実施し，火の消し忘れや包丁の扱いなど，認知的，身体的な問題はなく調理の実施は可能であった．

82 病日に，退院前の自宅訪問を行い，自宅での ADL 動作や環境の確認と設定を実施した．また，退院後の活動範囲の拡大のために，家族に対してカラオケや買い物などの外出時には送迎を可能な範囲で行っていただくよう依頼した．訪問リハビリの PT には，ADOC の内容を申し送り，IADL 練習・電動アシスト付き歩行器を使用した屋外歩行練習の実施と，目標の実行状況を症例から聴取するよう依頼した．仕事に関しては，復職せずに自宅退院する運びとなった．

7．結果

最終評価時の FIM は初期評価の 95/126 点から 111/126 点と改善を認め，病棟内車椅子から杖歩行自立となり，FIM での歩行の自立度は 1→6 点に向上した．全身持久力の指標として 2MD では初期評価は非実施であったが，杖で 85m と可能となった．屋外歩行では，杖を使用して連続で 250m 歩行することができ，休憩を 3 分程度挟めば 500m 歩行可能であった．退院時の MFES は，初期評価時の 130/140 点から 108/140 点と変化しており，屋内外における移動や活動の項目において，初期評価時よりも転倒に関する自己効力感は低下を認めた．評価中には，「やったことがないからこのぐらいの点数だと思う」という発言が聞かれた．退院時の歩行能力は，屋内独歩自立，屋外杖歩行見守りであった．退院後のフォローアップとして，訪問リハビリの PT から退院後の生活状況を聴取した．退院後，外出は月に 1，2 回孫，娘と買い物や外食に出かける程度でカラオケや公共交通機関の利用はしていないとのことであった．家族からは「お母さんが一人で出かけるのは心配」といった発言が聞かれ，友人宅等一人で外出する機会はないようだが，友人が毎日自宅へ来て，交流はできているようであった．自宅内の役割として炊事は再開できておらず，代わりに洗い物，片付けを行っていた．A 氏からは「娘が喜んでくれるから」との発言が聞かれた．ADOC で挙げた目標は，屋内移動に関しては達成することができたが，屋外移動やカラオケや炊事などの活動は，退院後は未達成であった．訪問リハビリの PT からの情報では，食器の持ち運びなどは安全に行えており，独歩の安定性は向上しているとのことであった．

8．考察

van Seben らは，高齢者の入院時のリハビリテーション目標の設定時，高齢者では非現実的な目標を設定するか，目標が立てることが難しいと述べている．特に入院初期の目標設定は困難な場合が多く，その理由として，石川らは「能力認識の不足」と「見通しの希薄」が挙げている．

症例も骨折による免荷期間が長く，退院後の生活を想定した作業遂行評価を直接行うことができず，自己の能力に対しての見通しが立てにくい状態であったと考えられる．免荷終了に合わせて，ADOC による面接を実施し，具体的な作業活動について症例と情報共有を行った．症例の心理的側面や内省の変化を捉え，退院後の生活を想定した情報共有や練習を重ねたことによって，作業体験の機会が得られ，症例と OT との作業遂行に対する認識の差異が少なくなり，自己の能力を適切に認識できるようになったと考えられる．

今回，ADOC で立案した屋外活動や炊事に関する目標は未達成であった．要因として，家族の意向や外出に必要な自宅周辺環境の評価が不足した中で目標を共有したことが考えられる．今回目標は未達成であったが，退院後に症例は新たな形で友人との交流の再開や洗い物等の家庭内での役割活動の再獲得ができていた．設定した目標が達成できなかった場合，再度目標を見直す必要があるが，今回面接時に聴取した症例の「人を助けることが好き」等他者との関わりを大切にしているという作業価値も退院後の支援者である訪問リハビリの PT に共有していたことも退院後の支援の一助になったのではないかと考える．そのため，目標設定の際には症例の作業に関する価値観や背景を聴取することが重要だと考えられた．

全身性関節弛緩症を基礎疾患に有する，手根管症候群・肘部管症候群合併症例の経験

○櫻井正治[1)]　萩原祐介[2) 3)]
1）社会医療法人　田北会　田北病院　リハビリテーション部
2）東邦鎌谷病院　整形外科
3）東京大学大学院工学系研究科精密工学専攻

Key Words：全身性関節弛緩症　手根管症候群　肘部管症候群　手内筋　巧緻動作

【はじめに】全身性関節弛緩症（以下 GJL）は，個人の滑らかな関節のほとんどが通常の限界を超える動きの範囲を有する状態と定義される（Boyle,2003）．GJL に関する報告は，先天性股関節脱臼との相関（Carter,1964）に代表されるように下肢に多く見られるが，上肢の報告は少ない．

今回，基礎疾患に GJL を有し，既往に左手伸筋腱に複数回の手術歴がある，左手根管症候群・肘部管症候群（以下 CTS・CuTS）の合併手術症例を担当した．術後の手指巧緻動作改善を目的とした作業療法アプローチを考察したので報告する．尚，発表に際し本人の同意を得ている．

【対象】33 歳，女性，右利きで，仕事はケアマネージャーをしている．主訴は左手指巧緻障害・ROM 制限・母指痛である．

【経過】中学生時代に左小指を突き指受傷した．高校生時代に左小指の変形が進行し，陳旧性の靭帯損傷と伸筋腱脱臼と診断された．それらに対して，靭帯断裂形成手術，指伸筋腱脱臼観血的整復術を行うも，手指の屈曲障害が生じた．追加手術として，腱剥離術などを行ったが，十分な治療成績は得られなかった．数年前より主訴が出現し前医を受診した．CT 画像では舟状骨亜脱臼の疑いと言われたが，しびれ感の自覚もあり，末梢神経障害も疑い現在の主治医に紹介となった．電気生理学的検査で左 CTS・CuTS の合併が見られ，神経ブロックで症状の一時軽減が得られた．そのため，主治医初診 2 か月後に，手根管開放術と尺骨神経移行術の同時手術を受けた．術中初見では，長母指屈筋腱と正中神経反回枝との癒着もあり，同部位での腱・神経剥離の処置も行われた．左 CTS・CuTS の術後，痺れと ROM の改善を認めたが，左手遠位横アーチの制限や手外筋優位の手指操作は残存した．

【治療】携帯電話が楽に持てる，車の運転ができるなど仕事の業務に対応した左手指・上肢能力の再獲得を目標にした．プログラムは ROM ex として，1)6 pack ex，2)中指橈側尺側外転動作 ex(我妻，2018)，3)対立動作 ex を，その他，4)MMT ex，5)IADLs ex，6)自主トレーニング指導を実施した．

【結果】術前と比較した術後 7 か月での評価は，携帯電話を楽に持てるようになり，シフトレバーの操作が可能になったことで，車の運転もできるようになった．巧緻動作は，手内筋の働きと左手遠位横アーチの保持を認めた．握力は 0.2kgf→6kgf，MMT は MP 関節屈曲 1→3，対立運動 1→3，上肢機能評価 Q-DASH は，機能障害/症状が 56→25 であった．

【考察】左 CTS・CuTS の術直後は，手外筋優位の手指操作と遠位横アーチの制限が，巧緻動作の獲得を難渋させていた．そこで，作業療法アプローチとしては，母指と小指対立筋に対して同時に筋収縮を促通し，その状態を保持することでアーチ角度の拡大を図った．白石は，アーチを制限した手では，正常手やアーチを保持した手に比べ，作業遂行能力は有意に低下した(白石ら,2012)と報告している．今回，手内筋の訓練と並行して，遠位横アーチ保持訓練をしたことが巧緻動作の再獲得に繋がったと考える．

身障，精神科作業療法士の情報共有により，自宅退院の支援に繋がった事例

○田結荘秋嘉[1)]　大西和弘[1)]　東條秀則[1)]
所属施設名　1)医療法人鴻池会　秋津鴻池病院

Key Words：共有　COPM　(クライシスプラン)

【はじめに】

精神科病棟に入院している事例に対し，身障作業療法士(以下身障OT)がCOPMを聴取し，精神科作業療法士(以下精神科OT)とクライシスプランを共有して介入したことにより，具体的な心的負荷の対処行動が検討され，事例らしい生活に向けた自宅退院の支援に繋がったため報告する．なお，本報告に際し，本人より同意を得ている．

クライシスプランとは，入院前の状況を振り返り，こんな時に調子が悪くなり，その時に自分はどうするか，支援者に何をしてほしいかを本人の言葉で記入し作成するもの(厚生労働省2015)であり，当院では，精神科OTが支援を行っている．

【事例紹介】

躁うつ病を有す70歳代後半女性．自宅で転倒し，薬剤性パーキンソン症候群，肝機能障害で精神科に入院となった．入院前は，夫と二人暮らしでADLは自立．家事も一部担い，夫と買い物に行くことが日課であり,健康であった自分への自負を話した．

【初期評価】

安静時振戦は認めず，MAS左右1であった．筋力はMMTで左右4以上保たれ，姿勢反射の減弱を認めた．MMSEは21点，老年期うつ病評価尺度(以下GDS15)は11点であった．FIMは78点であった．

【介入方針】

薬剤と錐体外路症状を確認しADL評価と運動療法を実施していく．面接し作業ニーズの聴き取りを行い，精神科OTと情報共有し，自宅退院を支援していく．

【経過】

第1期は，精神科OTと生活歴，入院前生活を共有し，運動療法を実施した．

第2期は，ADLは自立となった．COPMでは，買い物，夫と散歩をする，調理，掃除，洗濯をするが挙がり，満足度スコア6.0点，遂行度スコア6.2点であり，結果と解釈を精神科OTと共有した．

第3期は，家事動作を評価し，動作は自立と判断した．精神科OTと在宅での気分障害の再燃を懸念し，クライシスプランを共有した．対処行動に運動や夫との買い物が挙がったため，自主練習の提案や，夫と歩いて買い物にいくことを提案した．精神科OTでは，クライシスプランに基づき対処行動を確認した．

【最終評価】

筋力はMMT左右5となり，姿勢反射の改善を認めた．MMSEは26点，GDS15は11点となった．FIMは118点となった．COPMは，満足度スコア8.2点，遂行度スコア8.0点となった．

【考察】

入院加療にて錐体外路症状は改善し，加えて，運動療法によりADL，家事動作が自立となった．

COPM，クライシスプランを併用することで，対処行動が具体的かつ現実的に検討される一助となった．また，身障，精神科OTが情報共有することで，事例の作業，心的負荷の捉え方や対処行動の共有が図れ，それぞれの視点から退院後の生活に対して支援が検討された．結果，具体的な心的負荷への対処行動が検討され，事例らしい生活に向けた自宅退院の支援に繋がった．

身障OTと精神科OTの情報共有がより良い支援に繋がると捉えられた．

表題	脳卒中後左片麻痺を呈した 90 代症例に対する麻痺手の使用頻度増加を目的とした末梢神経感覚刺激と課題指向型練習の併用効果：症例報告
演者名	外山　晴夏

1．報告の目的

今回，左上肢の軽度運動麻痺を呈し，ADL での麻痺手の使用頻度が低下した脳卒中患者に対して，上肢機能改善を目的に末梢神経感覚刺激（Peripheral nerve sensory stimulation：PSS）と課題指向型練習（Task Oriented Training：TOT）を併用し介入した．上肢機能の改善経過と ADL での麻痺手の使用頻度の経過に乖離が生じた要因について報告する．

2．事例紹介

症例は 90 歳代の女性．右利き．今回，COVID-19 ワクチン接種後に微熱や流延があったため救急要請し A 病院へ搬送．頭部 MRI にて右 Lenticulo Striate Artery（LSA）領域に急性期梗塞を認め，Branch Atheromatous Disease（BAD）型の可能性が指摘された．アテローム血栓性脳梗塞と診断され A 病院へ入院となった．第 3 病日目より左片麻痺が増悪して Brunnstrom Recovery Stage（BRS）上肢Ⅳ，手指Ⅲとなるが，以降は症状増悪なく，前院退院時には BRS 上肢Ⅴ，手指Ⅴであったと情報あり．第 6 病日目に心房細動出現．第 23 病日目に当院へ転院となる．病前は独居で ADL・IADL 自立しており，電車やバスの乗車，サイドキャリーを使用し 1 から 2km 歩行も可能で，畑仕事をしながら生活されていた．既往歴として約 10 年前に脳幹梗塞があったが，急性期病院退院後 2 か月息子宅で生活したのち自宅へ戻った．尚，発表に際し症例の手記にて同意を得た．

3．作業療法評価

当院入院時の身体機能は，Fugl-Meyer Assessment（FMA）は上肢 55 点で肩関節屈曲・外旋や肩甲骨内転が困難で近位筋の持久力も乏しかった．Action Research Arm Test（ARAT）は 47 点で，対立困難さから pinch での減点を認め，粗大な物品は非麻痺側と比較してスピードが遅かった．Box and Block Test（BBT）は右 48 個，左 19 個で，麻痺側はつまみ損ねが多く疲労感もあった．9-Hole Peg Test（9HPT）は右 32.3 秒，左は 3 本以上は疲労によって完遂困難であった．粗大筋力は Manual Muscle Test（MMT）右上肢 4 レベル，左上肢 2 レベル，握力は右 14.6kg，左 9kg，翼状肩甲や手内筋の筋萎縮を認めた．感覚機能は，表在・深部ともに軽度鈍麻で，表在感覚は 10 点法で 5 点であった．分離運動は良好であったが麻痺側の筋力低下，易疲労性，巧緻性の低下を認めた．認知機能は Mini Mental State Examination（MMSE）24 点で短期記憶の低下を認めた．ADL は見守りから軽介助で危険行動はなかった．Motor Activity of Log（MAL）では Amount Of Use（AOU）4.5 点，Quality Of Movement（QOM）4.2 点で，ADL の中で麻痺手を極力使うように意識されていた．しかし，迷惑をかけてはいけないと考え失敗を過剰に避けるために，実動作での使用は少なくなっていた．入院時の食事動作は，麻痺手で茶碗を空間で保持することが困難で，口元へは運べなかった．机上に手を置いた状態で持っても茶碗が傾いていた．症例からは「左手に持たせてあげてるけど傾く」，「こぼしたら迷惑かける」といった訴えがあった．整容は主に非麻痺手を用いて自立，入浴は機械浴を使用し洗体・洗髪も全介助であった．

4．介入の基本方針

入院当初より運動麻痺は軽度で，Constraint Induced Movement Therapy の適応基準である手関節随意伸展 20 度以上，MP・IP 関節随意伸展 10 度以上を満たしており，積極的に麻痺側を使用した TOT が有効であると考えた．さらに，TOT の運動学習効果を促進するとされる PSS を併用し，上肢機能の改善と麻痺手の使用頻度向上を目指した．

5．作業療法実施計画

介入前期(第 23 病日目)：食事動作へ介入する．肩関節屈曲・外旋，前腕回外の不十分さ，易疲労性により食事での麻痺手使用が困難になっていると考え，反復促通運動と TOT による筋力増強を図る．

中期および後期の 4 週間は PSS による介入を BABA デザインにて実施．各期は 1 週間（週 5 日介入），B 期には PSS と TOT を併用して 1 時間実施し，A 期には PSS を偽（Sham）刺激に変更し TOT を実施する．PSS には ESPURGE（伊藤超短波社製）を使用する．刺激部位は正中神経，パルス幅 1ms，周波数 10Hz，刺激強度は感覚閾値とした．sham 刺激は感覚閾値で本人が刺激を確認した後すぐに刺激を止めた．毎回の介入後に 9HPT と BBT を 3 回実施し，その平均値を採用した．

介入中期(第 43 病日目)：肩関節屈曲・外旋位での空間保持が困難であり，まだ ADL での使用は困難であった．そのため，PSS と食事動作に向けた TOT を併用し更なる改善を図る．

介入後期(第 58 病日目)：食事での麻痺手の使用頻度が増加したため，ADOC-H を用いて新たな麻痺手のニーズを聴取した．洗体・洗顔を選択され，洗顔は麻痺手で顔までリーチすること，洗体はタオルを背部に回すことができなかった．食事動作同様に肩関節屈曲・外旋が求められるが，より長時間の空間保持のための筋力が必要であると考えプログラムを再立案した．

6．介入経過

介入前期：FMA59 点，ARAT50 点，BBT33 個，9HPT53 秒へと改善を認めた．前腕回外位での保持が可能となり，食事動作で麻痺手は一部参加したが，易疲労性が残存し実用性は乏しかった．汁物は机上であればこぼさずに保持できるが，口元では傾いてしまうため非麻痺手のみで持っていた．MAL は AOU4.07 点，QOM4.3 点で変化は小さく「右手で手伝わないとできない」と内省があった．ADL で使用するには更なる上肢機能改善が必要であった．そこで，TOT の効果を増大させるべく PSS を併用することとした．症例からの「口元の方まで持っていきたい」という具体的なニーズに合わせ課題設定し介入した．

介入中期：FMA63 点，ARAT56 点．初回の PSS 実施後は BBT33 個から 43 個と十分な即時効果が得られた．その後，B1 で BBT40.7 個，9HPT52.4 秒，A1 で BBT39.9 個，9HPT50.8 秒となり，疲労に伴いつまみ損ねが増加していた．介入場面では茶碗の空間保持が可能となり，口元へ運ぶことも可能となった．MAL では AOU4.7 点，QOM4.7 点に改善し，ADL での麻痺手の使用頻度が増加していたが，実際の食事場面での汁物は両手で口元へ運んでいた．「左手だけだと不安」と訴え，症例の慎重で周囲の目を気にする性格を考慮すると，不安を感じないほどの上肢機能改善が，麻痺手の使用頻度を増加させるために必要であると考えた．ADOC-H を用いてニーズの再聴取をすると，洗顔・洗体を選択し「顔までもっていくのがしんどい」といった具体的な課題を本人より挙げられ，麻痺手の参加に対しては積極的であったことが考えられた．そのため，引き続き PSS と TOT を併用して肩関節屈曲・外旋位保持の筋力と持久力向上を図り，洗顔・洗体動作の獲得に向けての介入を実施していくこととした．

介入後期：FMA65 点，ARAT57 点．B2 で BBT43.2 個，9HPT50.8 秒，A2 で BBT44.7 個，9HPT41.4 秒であった．つまみ損ねが減り，動作スピードが向上していた．MAL は AOU4.7 点，QOM4.7 点であり，肩関節屈曲・外旋の筋力・持久力が改善したことで，食事・洗顔・洗体は自立し「楽にできるようになった」と訴えていた．汁物を口元へ運ぶ動作は後期でも両手で行われていた．

7．結果

フォローアップ評価（第 102 病日目）の身体機能は，FMA65 点，ARAT57 点，BBT47.6 個，9HPT38 秒と更なる改善を認めた．PSS 初日で BBT33 個から 42 個へ増加し，翌日以降も効果が維持され，介入後期まで緩やかに増加していた．9HPT は初日の実施前後で変化はなかったが「動かしやすくなった」との内省があり，介入後期から徐々に時間は短縮していた．肩甲帯の安定性が改善し肩関節屈曲位での保持が可能となり，手指対立も可能となった．握力は右 16.4kg，左 11.3kg，粗大筋力は MMT 左上肢 3 レベルとなり，翼状肩甲や手内筋の筋萎縮も軽減した．感覚障害は 10 点法で 7 点へ改善していた．PSS による疲労や副作用はなかった．ADL では入院時に介助が必要であったボタン操作，洗体や洗顔動作が自立した．MAL は AOU4.7 点，QOM4.7 点となり，麻痺手の使用頻度の増加を求めた．食事動作では，麻痺手で茶碗を把持して空間で保持することや口元まで運ぶことが可能となった．また，経過の中で新たな課題として洗体および洗顔動作の困難さが挙げられたが，それらも自立となった．症例の内省として「今は楽にできる，一人で大丈夫」といった発言もあり，改善を実感し満足度も向上していた．

8．考察

今回，脳卒中後左片麻痺を呈した 90 代女性である超高齢症例に対し，PSS と TOT を実施し上肢機能改善を認め，症例のニーズであった食事・洗顔・洗体動作での麻痺手使用が可能となった．LSA 領域梗塞による皮質脊髄路の損傷と，長期臥床による廃用性筋萎縮が生じていたと考えられる．加えて症例自身の周囲に気を遣いやすい性格の影響もあり，ADL での麻痺手の参加が少なくなっていた可能性がある．そのため，まず上肢機能改善が ADL での麻痺手使用を促すために必要であると考え介入した．先行研究では中等度から軽度の運動麻痺症例を対象とした PSS と TOT の併用介入は，感覚入力の増大や皮質脊髄路の興奮性を高め，上肢機能改善と運動学習を促進させるとされている．本症例も PSS と TOT を併用し，PSS 初回で BBT の大幅な改善を認め 24 時間以上も効果が継続した．各介入期間での BBT の改善の程度からも自然回復のみではなく PSS による効果であると考えられる．PSS と TOT の併用は TOT 単独介入と比較し，超高齢であっても有害事象なくかつ短期間で上肢機能を改善する有効な治療手段である可能性が示唆された．しかし，ADL での麻痺手の使用頻度の低下は残存していた．PSS 介入期間中には変化が乏しかった 9HPT も最終評価時には改善を示し，ADL でも麻痺手の使用に対し自信がつくような発言も聞かれていた．以上のことから，早期に手指巧緻性の改善を目的として PSS と TOT の併用介入をすることは，上肢機能改善に合わせた ADL での麻痺手の使用頻度の増加に有効である可能性が示唆された．

9．文献

1) Carrico C, Chelette KC 2nd, Westgate PM, Salmon-Powell E, Nichols L, Sawaki L. Randomized Trial of Peripheral Nerve Stimulation to Enhance Modified Constraint-Induced Therapy After Stroke. Am J Phys Med Rehabil. 2016;95(6):397-406.

2) 生野公貴，北別府慎介，他：脳卒中患者に対する 1 時間の末梢神経電気刺激と課題指向型練習の影響．理学療法学．2010:37:485-491.

3) Grant VM, Gibson A, Shields N. Somatosensory stimulation to improve hand and upper limb function after stroke-a systematic review with meta-analyses. Top Stroke Rehabil. 2018;25(2):150-160.

表題	強い痛みにより寝たきり状態であった患者が，愛護的な関わりと段階的目標設定を共有することで立位での移乗獲得につながった一症例
演者名	天理よろづ相談所病院　青木　和佳奈

1.報告の目的

今回，化膿性膝関節炎及び椎間板炎により長期臥床状態となった患者を担当した.患者は強い疼痛により「歩けるようになるとは思っていない.」「この足はもう何をしても無駄だ.」など悲観的思考が伺える発言をしていた.そこで，達成可能な段階的目標設定による成功体験の繰り返しや，作業活動を用いることで離床時間の拡大が得られ，前向きな発言へと変容することができたため報告する.なお，発表に際し患者には同意を得た.

2.事例紹介

70 歳代女性で，身長 155cm，体重 85kg であった.夫と二人暮らしで，腰椎椎間板ヘルニアや変形性膝関節症により，右膝痛や腰痛はあったものの ADL・IADL は自立していた.屋内は杖を使用し，家事全般と趣味である折り紙や裁縫，家庭菜園を中心とした生活していた.X 年３月に腰椎椎間板ヘルニアに対して当院にて腰椎にスクリュー設置術を実施した.その後，A 病院の回復期リハビリへ転院し，６月に自宅退院となった.その退院後，右膝痛が出現し徐々に疼痛が悪化，起き上がりが困難となったため，８月に B 病院に救急搬送となった.その際，ショックバイタルとなり，右化膿性膝関節炎，右下肢壊死性筋膜炎と診断され同日に筋膜切開・デブリドマン術を受け，同時に化膿性椎間板炎も発症した.当院で治療継続の依頼があり，９月に入院となった.理学療法介入の２週間後に離床目的にて作業療法介入となった.

3.作業療法評価

腰痛や右膝関節痛が強く，寝たきり状態であり，安静時の Numerical Rating Scale（以下 NRS）は右膝関節 10，腰部６，動作時の NRS は右膝関節 10，腰部 10，と少し動かすだけで痛いと訴えがあり，触ることを拒否する場面も見られた.関節可動域（以下 ROM）は右股関節屈曲 90 度，右膝関節屈曲 40 度，体幹は屈曲・回旋困難であった.徒手筋力検査（以下 MMT）は両上肢３レベル，下肢２レベル，握力は右 12kg，左 11.6kg，感覚障害は左膝関節より遠位は全面に痺れがあり表在・深部共に脱失であった.

基本動作は，寝返りは腰部の疼痛はあるが柵支持で丸太様に可能であった.起き上がりはギャッジアップ 60 度まで上げるも NRS が 10 となり，ベッド下に下肢を下ろす動作と上体を起こす動作に二人介助が必要であった.端座位はコルセットの着用の下，支持物があれば見守りにて可能であった.移乗動作は，右膝関節痛と屈曲制限と左膝関節の感覚障害により両側共に足底接地が難しく，左下肢は荷重が出来ても足底が滑ってしまい，スライディングボードを使用して，３人介助であった.車椅子座位時間は右膝・腰部の疼痛が出現してくるため 10 分程しか実施できなかった.ADL は食事や整容はベッド上で行い，排泄はオムツを着用し，尿道バルーンが留置されていた.入浴はストレッチャー浴で更衣は全介助であった.

　評価時，下肢の炎症が治まらなければ切断の可能性もあると医師より説明されていたこともあり「もう足は動かないし歩くことは考えていません.」と現状に対して悲観的な発言が聞かれた.また，患者は長期に渡る入院生活から現状での状態で自宅退院を希望していたが，家族からは最低限トイレ動作は行える状態で帰ってきてほしいと希望が聞かれた.

4.介入の基本方針

患者は，長期間の入院生活や強い疼痛により動作獲得を諦めていた.そこで，痛みの少ない介助方法の探索を行い，「痛みの改善はない」「動くと痛みが生じる」などの悲観的な思考の改善を図る.そして，その日の身体や精神状態に応じた目標を患者と共有し，達成可能な課題に取り組む中で正のフィードバックを繰り返すことで自信に繋げ，起居や移乗動作の獲得を目指す.更に離床時間の延長については慣れ親しんだ作業の提供を行う.

5.作業療法実施計画

１期目：週５回　60 分

疼痛管理の一つとして，作業療法士は愛護的に関わりながら患者主体で動作を行うことで疼痛の出現を抑え，成功体験を繰り返すことで疼痛に対する悲観的・否定的思考を改善する.また，痛みが少ない環境調整を行うことで車椅子への離床を図る.現状の身体機能や達成した課題については適宜，患者にフィードバックする.

２期目：週５回　60 分

更に車椅子への離床時間の定着の為に作業活動の導入を行う.また，患者が慣れ親しんだ作業活動を導入する事で，成功体験を得て，押し付けなく離床時間の拡大を図る.

３期目：週５　40 分～60 分

座位時間の延長を図りながら移乗動作の確立に向けて１期目同様の方法で移乗動作獲得を目指す.転帰先の再確認を行い，どのような状態で自宅退院をイメージしているかを共有し次に取り組む目標を患者と定める.

6.介入経過

1 期目：痛みに共感し悲観的思考の改善に繋げた時期

無理に離床や訓練を進めるのではなく，患者の痛みに共感するよう愛護的に関わった.そして，患者主体で痛みが少ない起居動作の方法を探索した.昨日に比べ速度がどのように変化したか，痛みが出ない範囲でこれだけ動けている等のフィードバックを繰り返す事で起居動作が定着してきた.起居動作獲得に伴い,「自分で起き上がれるとは思ってなかった.」と表情や訴えも変化してきた.起居動作が定着し次の目標に端坐位で食事摂取を提案したが，座位では膝の屈曲制限により足底が接地せず，膝の痛みが強くなるため座位時間は 10 分程が限度であった.そこで作業療法士は右下肢に 10cm 台を設置し，膝への負担を減らした.さらに、段階的に日々の座位時間を延長し 30 分程座れるようになり座位での食事摂取へ繋げることができた.病棟では車椅子への移乗に 3 人介助が必要で食事は端坐位で摂取となった.

2 期目：慣れ親しんだ作業活動の導入により，離床時間が拡大した時期

更に離床時間の延長を目的に，病前よく行っていた折り紙や編み物の作品作りを提案した.「昔も時間を忘れて靴下作ったな，懐かしくて楽しい.」と受け入れは良好で,「今日はここまでする.」と，自身で毎日の目標を定めるようになった.作業に没頭する事で疼痛の訴えも減少し，2 時間程度の離床時間が得られ，悲観的発言は減少していった.また，作業療法士は完成した作品を自室や作業療法室に飾り他者からの称賛を得られやすい状況を作り，更なる意欲向上を期待した.

3 期目：動作獲得に積極的に取り組んだ時期

車いすでの離床時間延長に伴い，膝関節の可動域の改善と痛みが軽減してきたこともあり，跳ね上げ式車椅子でのいざり動作で移乗練習を行った.1 期目同様に患者主体で行い，痛みの少ない方法を模索しながら進めた.この繰り返しでボード無しで移乗は自立レベルとなり，疼痛の訴えも概ね減少した.次に標準型車椅子での移乗獲得に向けて平行棒で立位訓練や体重移動訓練に取り組んだ.訓練開始時は立位保持は 10 秒間で疲労の訴えが聞かれたが，患者と段階的に目標を決める事で立位時間は 1 分間可能となり，足踏みも少しずつ可能となった.恐怖心はあるが「寝たきりの状態からここまで動けるようになったから，挑戦してみる.」と前向き発言が聞かれ，L 字柵を使用すれば立位で下肢を踏みかえて移乗動作が自立となった.

7.結果

疼痛は安静時 NRS は右膝関節１，腰部１，動作時の NRS は右膝関節２，腰部１となった.ROM は，右膝関節屈曲 85 度，MMT は両側上肢が３レベルと変わらず，下肢は４レベル，感覚障害は左下腿より遠位の全周囲に感覚障害が残存していた.起居動作は自立し，移乗動作は L 字柵を使用し，標準型車椅子への移乗が自立となった.歩行はピックアップ歩行器を使用して 5m 程度可能となった.ADL は，食事や整容は車椅子上で自立，排泄は下衣操作や後始末は自立レベルであったが本人の不安があったため見守りをしていた.入浴はシャワーチェアの利用が見守りで可能となった.洗髪・洗体は一部介助が必要で，更衣は下衣の着用時のみ介助が必要であった.

患者からは「来たときはまさかまた歩けるようになるとは思っていなかった.」「これからもリハビリ頑張ります.」と聞かれ，介入初期の悲観的思考から，意欲的な思考へと変化し，更なる機能，ADL 回復を目指し，介入から 90 日目に回復リハ病院へ転院となった.

8.考察

平賀らによると長期間の疼痛には，疾痛に対する破局的思考が関連しており，精神状態も考慮する必要性があると報告されている.また，フィードバックを与えることで痛みの自己コントロールに関して学習させることができ，悲観的思考を改善するための一つの手段であると報告している.

今回，本症例も長期間にわたる臥床と疼痛により機能的な回復を諦め，虚無感や無能感になっていったと推察された.そこで作業療法士は愛護的に関わりながら症例の訴えを傾聴し，段階的に小さな目標設定を行う事と正のフィードバックを繰り返したことで患者が疼痛と向き合う事を支持できたのではないかと考える.また，何度も成功体験を重ねたことや作業活動による他者からの称賛により，自己肯定感や意欲の向上に繋がったと考える.そして，その後の訓練に意欲的に取り組む事ができ，移乗や排泄の獲得にまで至ったものと考える.

今回の症例を通して，悲観的思考の改善には愛護的関わり，成功体験の積み重ねなど本人の自尊心を向上させることが重要であると学ぶことができた.

表題	「できません」から「できそう」へ ～調理の体験により退院後の生活を前向きに考えられるようになった事例～
演者名	秋津鴻池病院　　吉田　真由

1.　報告の目的

右恥坐骨骨折受傷後，退院後の生活に不安を抱き，「ベッドの上で大人しく過ごします」と話す事例を担当した．カナダ作業遂行測定（以下 COPM）にて事例が大切だと話した作業に着目し，身体機能訓練を実施しながら段階的に調理体験の導入を図った結果，発言に変化が得られ，退院後の生活を前向きに考えられるようになった為，その作業療法について以下に報告する．尚，本報告は事例の同意を得ている．

2.　事例紹介

右恥坐骨骨折を受傷した，既往に左ラクナ梗塞を有す 90 歳代の女性である．X 年 Y－5 月に左ラクナ梗塞で他院にてリハビリを受け，X 年 Y 月 Z－1 日に自宅退院後に転倒し，X 年 Y 月 Z 日に右恥坐骨骨折の診断を受けた．自宅療養となるが，右下肢の疼痛により ADL の介助量が増大した為，当院回復期リハビリテーション病棟へ入院し，作業療法開始となった．利き手は右で，病前は息子夫婦と同居し，ADL は全て独歩で自立であった．穏やかで他人思いの性格であり，日中は仕事で家を出ている家族のために食事の準備をしていた．自分が作ったものを家族が食べて喜ぶ姿を見ることが好きだったと話す．又，日課として代々受け継がれてきたぬか漬け作りも行っていた．方向性は自宅退院であり，事例も在宅生活を望んでいたが「転倒して家族に迷惑をかけたし，ベッドの上で大人しく過ごします」と話した．家族のデマンドはポータブルトイレの自立であった．

3.　作業療法評価

Y＋2 月時点の身体機能面として，視触診では，両足外反母趾と右凹足を認めた．大腿脛骨角は左右ともに 190°で両膝の内反変形を認めた．Numerical Rating Scale（以下 NRS）は，安静時 0，運動時 2 であった． Brunnstrom Recovery Stage（以下 BRS）は右上肢・下肢・手指 V，関節可動域は右肩関節外旋 20°，左肩関節外旋 10°，右前腕回外 55°，MMT は右上肢 3，右下肢 2～3，左上下肢 3～4，握力は右 3.0ｋｇ，左 7.5 kgと右上下肢に軽度の運動麻痺を認めた．感覚は右上下肢の表在感覚が軽度鈍麻であった．認知・精神機能面として MMSE は 16 点で失見当識を認めるが，関わりの深い人物やその日の出来事等は記憶しており，日常的な会話は可能であった．PGC モラールスケール（以下 PGC）は 15 点，特性的自己効力感尺度(以下 SE 尺度)は 37 点と女性平均比では低値を示した．FIM は 62 点で，移動は車椅子担送，食事は左手でスプーンを使用し自立，排泄は病棟トイレを使用し，立位保持に両手での支持が必要であり下衣操作が不十分となる為，介助が必要であった．生活歴として，早くに両親が亡くなり，兄夫婦が親代わりとなっていた．学校に通いながら家事を手伝っており，結婚後は子育てをしながら働きに出ていた．事例自身よりも他者を優先する人生を送っており，事例自身も「自分のことよりも人のために何かをすることが好き」と話し，他者に喜んでもらうことに生きがいを感じていた．COPM では調理とぬか漬けが挙がり，「忙しい家族のために作っていた．美味しそうに食べてもらえると嬉しかった」「ぬか漬けは一番大切．楽しかった」と話し，事例にとって，調理は家族の一員としての役割，ぬか漬け作りは楽しみとなる趣味であり，又，家族に喜んでもらうという意味をもった習慣となっていた．しかし，調理とぬか漬け共に遂行度・満足度は 1 で，「今の身体ではもうできない」と話した．

4. 介入の基本方針

身体機能訓練を実施し，自宅退院に向けてポータブルトイレ使用の自立を図る．又，退院後の生活に不安を抱いている事例に対し，事例にとって大切な作業であり，自己効力感を高める要因ともなっていた調理とぬか漬け作りに着目する．調理とぬか漬けについて事例の考えているやり方と思いを聴き取り，時機を見て導入を検討する．

4.　作業療法実施計画

毎日，1 回 3 単位での介入を行う．

【第 1 期：身体機能訓練を中心に実施．調理とぬか漬けについて聴き取りを行う】

自宅退院に向けてポータブルトイレ使用の自立を目標として，関節可動域訓練，体幹・下肢の筋力増強訓練，立位訓練，上肢機能訓練，排泄動作練習を中心に実施する．並行して，調理とぬか漬けに対する認識や「できない」と思う理由を傾聴し，作業療法士（以下 OTR）と事例の作業に対する認識のすり合わせを行い，調理体験の設定を検討する．

【第 2 期：身体機能に応じて段階づけた設定で，成功体験となる調理の体験を行う】

調理とぬか漬けについて確認した内容を基に，成功体験となる設定で調理の体験を行い，自己効力感の向上を図る．病前のやり方を想起し，「今の身体ではもうできない」と話す事例に対し，工夫してできるような設定を OTR が提案することで，調理の体験への円滑な参加を図る．その為，病前と違うやり方となっても順応しやすいのではないかと考え，まずは難易度の低い作業から段階づけた介入を検討する．

【第 3 期：退院後の事例の活動への参加に繋げる為に，家族へ申し送りを行う】

セルフケアの現状・退院後の設定，調理の体験を行ったことによる事例の発言の変化，調理やぬか漬け作りを実施する際の注意事項等を家族に伝達し，退院後の参加に繋がることを目指す．

6．介入経過

第 1 期（開始～3 週）：介入当初は，排泄は車椅子担送にて病棟トイレを使用し，下衣操作に介助を要していた．しかし，身体機能訓練の実施により，片手支持での立位保持と下衣操作が可能となり，トイレ動作は自立となった．自宅退院へ向けポータブルトイレを導入し，ベッド周囲環境と動作方法を病棟スタッフと共有した．調理とぬか漬けについての聴取では，ぬか漬けへの強い思い入れが伺えた．調理とぬか漬けに対し，OTR が事例の現能力であれば，やり方を工夫すればできる可能性があると考えたのに対し，事例からは「今の身体ではもうできない」と諦念めいた発言を認めた．事例と OTR との間で「できる」と思っていることに差異が生じていると考え，作業遂行に関する認識差異の評価（以下 ACE）を行ったところ，GAP スコアが調理では 125，ぬか漬けでは 150 と作業に対する認識が掛け離れていることに気づくことができた．「できない」と思う理由を傾聴し，事例が考えているやり方と OTR が勧めるやり方をすり合わせ，導入を検討した．

第 2 期（4 週～5 週）：調理とぬか漬けについて聴取した内容と ACE の結果から，事例は病前に行っていた調理とぬか漬けを想起し，病前と現在の身体機能を比較して以前のようにはできないと思っているのではないかと考え，GAP スコアが低く難易度の低い調理から介入することとした．事例の提案した料理から工程の簡単な野菜炒めを選択し，事例が不安に感じている包丁操作は家族に手伝ってもらうことを想定して OTR が行うこととし，座位で机上にて行える作業を事例が担うという方法を提案して，成功体験となるよう配慮して調理体験に臨んだ．結果，野菜炒めを行った後，「やってみたら楽しかった」「ぬか漬けも作りたい」と発言を認め，ぬか漬け作りへと展開することができた．ぬか漬けは，病前は大きな容器でたくさん作っていたが，座位で机上にて行えるよう小さな容器で少量ずつ作る方法を提案して実施し，「これなら，起きて自分でできそう」「家でも試してみます」と前向きな発言を認めた．

第 3 期（6 週）：家族，ケアマネジャーを交えて退院前のカンファレンスを行った．ポータブルトイレは自立で使用可能となったことと自宅でのセルフケアについて申し送りを行った．又，事例が調理とぬか漬けを大切にしていたこと，実際に調理の体験を行ったことによる発言の変化，実施時の設定を伝え，退院後も活動への参加を継続できるよう依頼した．

7．結果

身体機能面は，NRS は安静時・運動時ともに 0 となった．関節可動域は肩関節外旋は左右ともに 80°，右前腕回外 85°と可動域の拡大を認め，MMT は右上肢 3＋，右下肢 3，握力は右 6.0ｋｇ，左 9.5ｋｇと筋力の向上を認めた．認知・精神機能面では，MMSE20 点と見当識にて向上を認めた．PGC は 17 点，SE 尺度は 85 点と自己効力感の向上を認め，「自分でできることは自分でやります」と話した．FIM は 93 点となり，移動は車椅子自走，排泄はポータブルトイレを使用し自立となった．COPM では，調理は遂行度・満足度共に 8，ぬか漬けは遂行度・満足度共に 10 となり，「家でもできそう」「(料理に関して）家族の監督もしないと」と退院後の生活について前向きな発言を認めた．ACE では，調理の GAP スコアが 5，ぬか漬けの GAP スコアが 25 と変化を認めた．

8．考察

Bandura は，「成功体験は自己効力感の向上に繋がる」と述べている．今回，身体機能訓練により ADL は改善傾向であったが，自己効力感の低下から退院後の生活に不安を抱いていた事例に対し，自己効力感を向上させる要因であり習慣ともなっていた調理とぬか漬け作りに着目し介入を行った．身体機能は改善傾向にあったが「できない」と話す事例に対し ACE を用い，作業に関する認識を可視化したことで事例と OTR 間での作業の認識に大幅な差異が生じていることに気づくことができた．それにより，事例が「できない」と思っている理由について掘り下げるきっかけとなり，お互いの考えをすり合わせ，成功体験となる設定の提案・実践に繋がった．盛田らは，医療職者とクライエントの認識の差異には，クライエントのやる気や自己効力感が関係することを明らかにしており，今回，実際に作業を体験し成功することで自己効力感の向上に繋がり，ACE の差も改善したと考える．又，鈴木は「もともとの習慣を利用した作業療法を展開することが，今後暮らす場への適応を促進することとなる」と述べている．今回，退院後の生活に不安を抱き「ベッドの上で過ごします」と話す事例に対し，習慣であった調理とぬか漬けを作業療法の目的としたことで，「家でもできそう」と退院後の生活を前向きに捉える一助となったのではないかと考える．習慣であった調理とぬか漬けの成功体験は，自己効力感の向上に影響したと考える．

脳卒中後運動麻痺手に対する使用頻度の主観的及び客観的評価の関連性

- 重症度の異なる３症例での検討 -

〇岩本 健吾[1)]，田中 陽一[2)]，石塚 みのり[1)]，竹内 麻友実[1)]，辻 博史[1)]
1)奈良県総合リハビリテーションセンター　2)兵庫医科大学リハビリテーション学部
Key Words：脳卒中片麻痺　３軸加速度計　麻痺手の使用

【はじめに】

脳卒中後運動麻痺手の使用頻度を把握する主観的評価としてMotor Activity of Log-14(以下，MAL)が国際的に用いられ，当院回復期リハビリテーション病院(以下，回リハ)においても日々使用している．しかし，評価項目が高い物品操作性を前提とした活動であり，重度運動麻痺者の微細な機能レベルの変化を捉えるのは難しいとされている(Taub，2012)．一方，近年麻痺手の使用頻度を３軸加速度計(以下，加速度計)で評価する取り組みが行われ(花田ら，2019)，麻痺手の微細な動きも評価し，かつグラフ化して視覚的に捉えやすい利点が挙げられている．そのため，加速度計も評価に加えることで，MALで変化を捉えにくい重度者においても詳細な使用状況の把握及び運動指導に繋がる可能性がある．以上より，本調査では脳卒中後運動麻痺手に対する加速度計評価の導入を検討するために，麻痺手の使用頻度をMALと加速度計を用いて評価し，重症度別に両評価の関連性を調査することを目的とした．なお当院の研究倫理審査委員会の承認，及び対象者への同意を得て実施した(R3-リハNo.2)．

【対象・方法】

対象は回リハ入院中の脳卒中後左片麻痺を呈した３名とした．入院時の上肢運動機能評価Fugl-Meyer Assessment Upper Extremity (以下，FMA-UE)では対象Aが5/66，対象Bが19/66，対象Cが36/66であった．調査方法は入院１ヶ月，２ヶ月後の２点で，FMA-UE，MAL，加速度計を各々評価した．加速度計は『AMWS020』(ATR-Promotions社製)を使用し，両手首に８時間(9時-17時)装着し測定した．得られた加速度からリハビリ実施時間を除く活動量を求め，右手の総活動量を100%とした時の左手の総活動量(以下，LVM)を算出した．例えばLVMが50%の場合は右手の半分の運動が行われたことを意味する．なお評価期間内は標準的な作業療法を実施した．

【結果】

２か月後評価において，LVMでは対象Aが55.1%→53.5%と低下し，対象Bは29,1%→54.7%，Cは42.6%→47.7%と向上を認めた．FMA-UEでは対象Aが8→9，Bが31→36，Cが53→57と1~5点の変化であり，使用頻度を表すMAL-AOUでは対象Aが0.25→0.25と変化せず，対象Bは0.5→1.08，Cは0.71→2.0と向上を認めた．

【考察】

対象Aは，MALの値に変化を認めず，一方，加速度計では使用頻度の低下を捉えた．また，MALのMCID(臨床的に意義のある最小変化量)は1.1と報告されており(Lang，2008)，対象BのMALは有益な変化を満たしていないが，加速度計では使用頻度の向上を認めた．以上より，加速度計は対象A，Bのような重度～中等度運動麻痺者において，MALでは捉えづらい微細な運動の変化を捉え，詳細な指導を行うための指標となりうる可能性がある．しかし，加速度計は個人の生活状況で変化しやすく，あくまでMALとの併用にて麻痺手の使用頻度を総合的に評価することが重要である．

表題	脳卒中後上肢運動麻痺と視空間認知障害を呈した事例が自宅復帰に至るまでの介入経験
演者名	西大和リハビリテーション病院　原　健介

1．報告の目的

今回，脳梗塞により上肢運動麻痺と視空間認知障害を呈した事例を担当する機会を得た．入院当初より「茶碗を持てるようになりたい」と麻痺手への希望があり，上肢麻痺に対する課題指向型練習を行った．また，視空間認知障害により調理や屋外歩行で困難さがあり，IADL にも介入を行った．結果として，視空間認知障害は残存したものの，上肢麻痺に対する機能改善を認め自宅復帰に至ったため報告する．

2．事例紹介

事例は 70 代の女性であり，X 月 Y 日に左手の動きづらさと痺れを訴え救急搬送となり，頭部 MRI にて右半球の中心前回から中心後回にかけての脳梗塞および海馬傍回，舌状回，紡錘状回にかかる出血性梗塞を認めた．既往歴に糖尿病と狭心症があり，発症 40 病日目に当院に転院しリハビリテーションが開始となった．病前生活は IADL を含め全自立であり，家の中では家事全般を担い，日課として卓球を行うなど活動的であった．家族構成は息子家族と同居であり，日中には独居帯がある．「とりあえず早く自宅に帰りたい」と早期退院の希望と「少しでも手を使えるようになりたい，お茶碗が持てるようになりたい」と麻痺手への希望があった．また，「視界全体がぼんやり見える，人の顔や部屋の場所がわかりにくい」と視野障害による見えにくさの訴えがあった．発表に際して本人より手記にて同意を得た．

3．作業療法評価

左上肢について，著明な可動域制限，痛みや感覚障害は認めなかった．Fugl-Meyer Assessment(以下，FMA)にて 27/66 点（肩肘前腕 25/手 0/手指 2/協調性 0）であり，左肩関節に一横指の亜脱臼と肩甲帯の固定性低下を認め，手指は僅かに集団屈曲が可能であった．Action Research Arm Test（以下，ARAT）は， 2/57 点（grasp0/grip0/pinch0/粗大運動 2）であった．Motor Activity Log(以下，MAL)は Amount of Use（AOU）と Quality of Movement（QOM）共に 0 点で，「全て右手でやっている，左手では何もできない」と ADL での麻痺手使用はみられなかった．

高次脳機能について，Behavioural inattention test（以下，BIT）の通常検査は 119/146 点であり，線分二等分線課題で右側にずれるなど軽微な半側空間無視と半盲を認めた．Catherine Bergego Scale(以下，CBS)では主観 1 点と客観 6 点で差分が 5 点あり，起居時に左上肢を忘れることや左側からの視覚情報に対する反応が遅れることなど，左側身体や視空間に対する認識の低下がみられた．また，道順障害や街並失認の評価では，自宅の間取りや周辺の地図を用いて道順や街並について尋ねると位置関係や道順の説明が可能であった．ADL について，更衣動作は上衣において麻痺手を袖に通した際に，左側身体の認識が不十分で混乱が生じ，声掛けと軽介助を要した．移動は車椅子を使用し見守りであった．

4．介入の基本方針

入院当初より，早期退院と上肢麻痺の改善に対する希望があり，更衣動作の自立と上肢麻痺の改善を目指して介入を行った．入院中に，家族に事例の現状を報告する目的でカンファレンスを実施し，自宅環境調査として事例の自宅を訪問し環境評価や自宅での生活動作の評価を行った．また，それぞれの時期の事例の希望に応じて，上肢麻痺，視空間認知障害，自宅を想定した生活動作に対する介入を組み合わせて行うこととした．

5．作業療法実施計画

実施期間は 1 日 60 分で週 7 日，退院までの約 5 カ月間とした．

介入前期は，カンファレンスが行われるまでの期間とし「茶碗を持てるようになりたい」という希望に対して，上肢麻痺の課題指向型練習や早期退院希望に対して ADL の自立を目指した介入を行うこととした．

介入中期は，カンファレンスが行われてから自宅環境調査までとし「指先で物をつまめるようになりたい」と新たな希望が生じ，ADOC-H を用いて目標を設定しながら，手指に対する課題指向型練習を行うこととした．視空間認知障害に対しては，机上での抹消課題や歩行などで左空間に意図的に注意を向けるような練習や助言を行った．また，カンファレンス実施後に「自宅での家事動作も再びやりたい」と退院後の自宅生活を見据えた希望も生じ，IADL 動作の介入を行うこととした．

介入後期は，自宅環境調査から退院に至るまでとし，自宅環境調査後「特に料理をやりたい，近くのスーパーに買い物に行きたい」との発言があり，上肢麻痺に対する練習を継続しながら IADL 動作の介入頻度を増やすこととした．視空間認知障害に対しては，卓球や屋外歩行などの介入を行うこととした．

6．介入経過

介入前期（発症 40 病日～発症 102 病日）は，茶碗把持に必要な機能の獲得を目的に電気刺激を併用した課題指向型練習を行った．FMA にて 44/66 点，ARAT にて 29/57 点と肩甲帯の固定性が向上し，物品把持能力の改善を認めた．また，短対立装具により母指の固定性を補いつつ物品の大きさで難易度調整しながら茶碗把持練習を行った．MAL にて AOU と QOM 共に 1.9 点と麻痺手の使用頻度の増加を認め，茶碗把持が可能になり ADL でも使用する場面がみられた．BIT は 138/146 点となり線分二等分課題において改善を認めた．CBS では主観 1 点と客観 3 点で差分が 2 点へ減少し「紙の左端は，はっきり見えるようになった」と内省があった．しかし，「歩いてて距離感が分かりにくい」と視空間に対する認識は不十分なままであった．上衣は，麻痺側を通して袖から出すまでに着目して介入し，自立となった．移動は，杖歩行が可能となり病棟での ADL は全自立となった．

介入中期（発症 103 病日～発症 134 病日）は，つまみ動作の獲得を目指して手指に対する課題指向型練習を行った．FMA は 50/66 点，ARAT は 34/57 点と物品把持能力とスピードにおいて改善を認めた．一方で，手指の巧緻動作は困難なままであった．MAL にて AOU と QOM 共に 2.2 点と麻痺手の使用頻度の増加を認め，麻痺手の使用を促す目的で具体的な使用場面を書面にて提示した．視空間認知障害は，机上課題と歩行練習を行ったが，歩行中に右側に寄ることや左に曲がり損ねが残存していた．また，カンファレンス後に自宅生活について尋ねると「家事全般も行いたい」と話され，IADL 練習を提案したが「別にしなくてもいい」と消極的な発言があった．そのため，IADL 場面で麻痺手の使いにくさと視空間認知障害が影響することが予想されたが，本人と相談し低頻度での介入を行った．

介入後期（発症 135 病日～発症 177 病日）は，麻痺手を ADL のどのような場面でどのように使うかを明確にし，それらに対する満足度やコメントの記載を促した．自宅環境調査後は，洗濯，皿洗い，調理，屋外歩行の練習の頻度を増やした．調理動作は，手指の巧緻動作の困難さで怪我のリスクが伴っていた．屋外歩行では，左側からの車に対する認識が不十分で危険が伴っていた．また，退院前に家族援助のもとで自宅への試験外泊が行われ，その際に玄関先で転倒しかけて「家でも気を付ける」と本人の中での自宅環境に対する危険認識が増加した．

7．結果

FMA にて 51/66 点（肩肘前腕 32/手 6/手指 7/協調性 6），ARAT にて 35/57 点（grasp16/grip9/pinch1/粗大運動 9），MAL にて AOU と QOM 共に 2.2 点と上肢麻痺の機能改善と日常生活での麻痺手の使用頻度の増加を認めた．入院当初に事例の希望として挙げられていた茶碗把持は実生活でも可能になった．一方で，つまみ動作は，左手指の麻痺が残存したが，短対立装具を使用することにより部分的に可能となった．また，更衣は，入院当初に声掛けと介助を要していたが，実動作練習を通して可能となった．BIT は 141 点，CBS は主観 1 点と客観 3 点で差分が 2 点へと改善を認めたものの，視空間に対する視線代償が不十分で調理動作や屋外歩行で困難さが残存した．調理動作は，怪我のリスクが残存していたため，自助具を使用し家族が見守り下で行うことが望ましいことを伝えた．また，屋外歩行に関しては，自宅周辺の交通量が多く，左側に対する認識が不十分で事故のリスクが高いことから自立は困難であり，家族に対しては左空間に対する視空間認知障害を考慮して左側から付き添うよう助言した．

8．考察

入院初期より，経過に合わせて事例のニーズを聴取し，上肢麻痺，視空間認知障害，ADL と IADL に対する介入を組み合わせた．上肢運動麻痺に対しては，一定以上の機能改善があり，MAL においても麻痺手に対する認識の変化を認めた．しかし，調理動作や屋外歩行のような IADL では自立が困難であり見守りに留まった．これらの原因として，麻痺のみならず，視空間に対する視線の代償行動や空間認知が不十分であったことが影響したと考える．視空間認知障害と自宅周辺環境に関しては，動作指導だけではなく，退院前に行った外泊を通して事例と家族に退院後の生活に対する認識を高めることができたのではないかと考える．高次脳機能障害に対する介入は，入院中に退院後の生活を想定した介入と動作指導を行うだけでなく，外泊などの自宅生活を認識する機会を提供し，事例が実動作を経験し家族がその動作を観察することも大事であると考えた．

表題	麻痺手の使用やADLの自立度向上に難渋した脳卒中片麻痺患者の作業療法経過
演者名	本田　朝花

1．報告の目的

アテローム血栓性脳梗塞後に運動麻痺と身体認識の低下を呈し，生活での麻痺手の使用頻度の増加と，ADLの自立に難渋した事例を担当した．麻痺手の使用状況と各ADLでの行動観察から，上肢機能とADL自立の停滞要因について報告する．

2．事例紹介

事例はアテローム血栓性脳梗塞により左片麻痺と構音障害を呈した70代男性である．現病歴は，X年Y月Z日に左片麻痺および構音障害が出現し救急搬送となり，脳画像所見にて内包後脚から放線冠に梗塞巣を認めた．当院の回復期病棟には発症から16日後に転院となり，同日より作業療法を開始した．病前のADLは自立しており，要介護状態の妻の代わりに料理や洗濯などの家事も行っていた．自営業を退職してからはカメラを趣味とし，自身で車を運転して日本全国に写真を撮りに出かけていた．入院時から「カメラでもう一度写真を撮りたい」「前と同じ当たり前の生活が出来るようになりたい」とADL，IADLの自立と，趣味のカメラ撮影が行える状態での自宅退院を望んでいた．発表に際して本人に手記にて同意を得た．

3．作業療法評価

初期評価時の身体機能は，Brunnstrom Recovery Stage（以下Brs-t）は左上肢Ⅲ，手指Ⅲ，下肢Ⅲであり，Fugl-Meyer assessment（以下FMA）では上肢19点，Action Research Arm Test（以下ARAT）8点であった．感覚は深部感覚正常であったが，表在感覚は軽度鈍麻であった．左肩関節の屈曲，外転の他動運動時に痛みを認めた．MALのAmount of use（以下，AOU）/Quality of movement（以下，QOM）は平均0点/0点であり，すべての項目で麻痺手を使用できていなかった．認知機能はMini Mental State Examinationが 28点であり，Trail Making Test（以下TMT）のAは70秒，Bは277秒と全般性注意機能と，転換性注意機能の低下を認めた．Behavioural Inatteition Test（以下BIT）は132/146点で，文字抹消試験で左右各7個ずつ見落としと，模写試験の花で右側の花びらの枚数の削除がみられたが，半側空間無視は認めなかった．消去現象においても，触覚，視覚，聴覚全てにおいて認めなかったが，起居動作時の左上下肢の忘れや車椅子乗車時に左上肢がアームレストの外側にあっても気づかない様子が頻回に観察された．Catherine Bergego Scale （以下，CBS）の身体項目では「気づいたら肘掛に置いてないことがある」との認識はあったが，恒常的な認識不足は否定し，OTの認識との乖離がみられた．基本動作は起居動作，座位保持には支持物が必要で，起立，移乗は中等度の介助を要していた．ADLは，Functional Independence Measure（以下FIM）にて46/126点（運動項目21点，認知項目25点）であり，トイレ動作，更衣も全介助であった．事例は妻と息子と3人暮らしであったが，妻は要介護，息子は仕事が忙しく事例の介護は望めなかった．

4．介入の基本方針

脳画像所見から皮質脊髄路の損傷が軽度であったため，本人のHopeであるカメラの撮影にも麻痺手を用いることができると予測し，積極的な上肢機能練習を実施することとした．同時に，片麻痺に対する認識の低下から病棟生活での転倒が予測されたために，詳細な行動観察とその内省に注意しADL自立を目指すこととした．

5．作業療法実施計画

実施期間は約5ヵ月で，実施頻度は1回60分，週6～7回とした．入院1ヵ月で上肢機能は改善するも，生活での麻痺手の参加が乏しかったため，ADLの反復練習に加え，課題指向型練習に日記法を併用し，生活場面での麻痺手の使用状況を共有した．また，転倒や車椅子のブレーキ忘れなどの危険認識の低下に配慮して詳細な行動観察を行った．

入院3カ月後にはさらに上肢機能は改善し，生活での使用頻度も増加した．危険の少ない病棟ADLは自立することができたが，危険認識の低下は残存しており移動を伴うADLでは転倒リスクを認めていたため，立位での課題指向型練習を実施し移動を含めたADL全般の自立を目指した．また，退院後の施設で生きがいであったカメラの撮影ができるよう，ＯＴが事例に教わる形でカメラ撮影の練習を提案した．

入院4カ月後には入浴以外の病棟ADLが自立し，病棟内杖歩行自立となったため，事例のカメラを用いて具体的なカメラ操作の練習と，PTと目標を共有し三脚を持った屋外歩行練習，病院周辺の風景の撮影を行った．

6．介入経過

入院1ヵ月で上肢機能はFMA34点，ARAT35点に改善したが，肩の痛みは増悪し，基本動作時の麻痺手の管理不足は残存した．麻痺手の過剰使用はなくなるも「痛いから使いたくない」と過剰に使用を拒否し，MALのAOU/QOMは平均0.67点/0.78点であった．両手でトイレ動作が可能な能力があったにも関わらず，麻痺手の参加はなかった．また更衣では麻痺手に袖を通すが肩を挙上して保持できず，すぐに落ちてしまった．病棟では車椅子から転倒したり，車椅子のブレーキ忘れが頻回にみられ，動作の性急さと危険認識の低下を認め，ADL全般に見守りを要した．そこでADLの反復練習に加えて課題指向型練習と，日記法を用いた麻痺手の使用状況の共有を行った．

入院3ヵ月後の上肢機能はFMA50点，ARAT51点，MALのAOU/QOMは平均3.22点/2.83点となり，上肢機能と麻痺手の使用頻度は改善した．日記を用いて自ら課題を探索して解決に取り組み，麻痺手の使用に積極的になった．更衣動作の反

復練習により更衣時の左肩の挙上は定着し，自立可能となった．歩行能力の改善に伴い日中は歩行器歩行自立となったが，歩行時に麻痺手の管理が不十分であった．また麻痺手を使った応用歩行や屋外杖歩行では，左足の躓きが残存し自立可能な環境は限られた．そのため立位や歩行を伴う上肢練習を行った．同時期に施設入所の方向性が決定したことで，心理的な落ち込みから，カメラの使用に向けた練習にも消極的になった．しかし施設入所後も事例らしい生活が送れるよう，生きがいであったカメラの再獲得は必要と考え，OT が事例よりカメラの撮影方法を教わる形で関わることとした．

入院 4 ヵ月後に FMA52 点，ARAT55 点に改善を認め，病棟 ADL は入浴以外自立し，杖歩行自立となった．OT との関わりの中でカメラの撮影に再び意欲的になり，事例のカメラを用いた練習が可能となった．カメラのレンズ交換は，手指の巧緻性低下により困難であったため，実動作練習や巧緻動作練習を行った．またカメラをのぞきながら移動する際に足元への注意が不十分となるため，カメラを持ち二重課題を含んだ応用歩行練習を行った．さらに PT と目標を共有し，カメラをリュックに入れ，麻痺手で三脚を持ち屋外歩行練習を実施した．退院時には，レンズ交換や病院周辺の風景の撮影が見守り下で可能となり，「カメラができて満足です」と発言が得られた．

7．結果

約 5 ヵ月後の退院時には，運動麻痺は Brs-t 左上肢Ⅴ，手指Ⅴ，下肢Ⅴ，上肢 FMA55 点，ARAT55 点に改善した．左肩の運動時痛は残存していたが，「できるだけ左手を使うようにしています」と話し，MAL においても AOU/QOM は平均 3.11 点/2.67 点となった．認知機能面は TMT-A は 78 秒，B は 153 秒と B にて短縮を認めた．BIT は 143 点で文字抹梢課題における見落としが減少した．ADL は FIM106/126 点（運動項目 77 点，認知項目 25 点）となり，入浴時の浴槽またぎに最少介助が必要であったが，概ねのセルフケアは自立し，病棟内の歩行は杖歩行で自立となった．左上下肢の認識不足は消失し，CBS における客観 4 点/主観 0 点と左側への認識は過剰となった．また事例は病院周辺の風景などを撮影することが可能となり，生きがいであったカメラ撮影ができたことに対して「満足です」との発言が聞かれた．しかし，カメラ撮影時には周囲への配慮の不十分さや左足の躓きがあり，見守りが必要であった．また積極的に自主トレーニングに取り組むようになったが，自己の能力以上の動作を伴うなど危険認識の不十分さは残存した．

8．考察

事例は入院時重度の運動麻痺を呈したが，入院期間中に実用的な使用が可能なまでに改善を認めた．これは，運動麻痺の重症度に応じた課題志向型練習が有用であったことに加え，画像所見からも皮質脊髄路の重篤な損傷を免れたことによると考える．運動麻痺の回復と比較して生活での麻痺手使用に難渋した経過は，麻痺側上肢の運動無視症候群に起因すると考えられる． 無視症候群の症状分類や責任病巣についての報告は多様であるが，Likitjaroen ら（2012）は内包後脚の病変により運動無視を呈した事例を報告している．本事例は運動麻痺に加え，同部位の損傷による運動無視の合併により生活での麻痺手使用に難渋したと考えている．さらに，自宅退院が不可能になったことによる心理的な落ち込みも合併したことで治療に難渋したが，事例の生きがいであった「カメラ」を OT が教わる関わりにより，モチベーションを維持できたと感じている．

また，事例は全般的な認知機能は良好であったが，入院時に車椅子からの転倒や，起居動作時の上下肢忘れなどがみられた．これらについても運動無視症状や行動のモニタリングが不十分であることが関係していたと考えている．日記を用いた麻痺手のモニタリングを促す介入によって生活場面で麻痺手使用は向上したが，行為全体のモニタリングの不十分さの改善には至らず，ADL や歩行の自立度判定の不安要素となったと感じている．

本事例のように，運動麻痺に運動無視症候群やモニタリングの不十分さを合併した事例に対しては，運動麻痺を改善することに加えて，生活場面の観察に基づく課題志向型練習や環境調整，動作指導等を早期から実施する必要があると考えている．

表題	病前の役割に着目した介入により不活発の改善に至った事例
演者名	前田智美

1．報告の目的

「足がもつれるようになった姿を見せられない」と引きこもり生活になり，地域での役割を喪失していた事例に対し，役割に着目した作業を通して役割の再獲得に向けた取り組みを実施したことにより，病棟生活における変化がみられたため，以下に報告する．なお，報告に際し本人に同意を得ている．

2．事例紹介

事例は中心性脊髄損傷(C5/6)，頚椎症性脊髄症を呈した 80 歳代男性（以下 A 氏）である．X 年 Y 月 Z 日自宅で転倒，両肩・上肢に痺れ・疼痛が出現したため Z＋11 日 A 病院整形外科へ救急入院し，上記診断を受ける．Z+36 日リハビリ目的のため，当院回復期病棟へ入院となる．病前は杖歩行自立し自宅内は伝い歩きであり，排泄はポータブルトイレを使用していた．キーパーソンである長男と 2 人暮らしをしていた．子供の頃から家庭を支えるために実家の農業の手伝いをしており，高校卒業後は農業の専門学校に進学，その後 75 歳まで農家を営む中，地域では農協関連の役員を長く務め「近所の人から頼られ，困った時の相談役をしていた」と話した．地域活動については「（受傷前から）年を取って足がもつれるようになった，こんな姿をよその人には見せられない．何をするのも若者に任せた方が早いし，自分がする必要はない」と消極的な発言がみられた．数年前からは自宅内での転倒が増えたことから地域の役員を断ることが増え，日中はテレビを見て過ごしていた．

3．作業療法評価

身体機能面では関節可動域は著明な制限を認めず，MMT は腹直筋 2，右橈側手根伸筋は 4，それ以外は上肢・下肢ともに 3，触覚・痛覚及び深部腱反射は正常であった．

認知機能・精神機能面では MMSE24 点，PGC モラール・スケールは 9 点，一般性セルフ・エフィカシー尺度（以下 GSES）8 点（能力の社会的位置づけ 2，失敗に対する不安 3，行動の積極性 3）と「低い傾向」で「世の中に貢献する力とは近所の人からの相談や頼み事を引き受けることだと思うが，その力はもう無い」と話し，社会的自己効力感の低下が窺われた．興味・関心チェックシートでは買い物，庭や草木の手入れ，スポーツ観戦に興味があると回答があった．離床を促しても受け入れ不良であり，食事・リハビリ以外の時間は臥床していた．他患者と話すことはなく，受動的であった．

ADL では，FIM57 点（運動 32/認知 25），起居・移乗は軽介助，移動は標準型車椅子にて担送，座位姿勢の保持は可能も，数分程度で体幹が屈曲し左方へ傾倒する様子がみられた．食事は見守り，整容は見守り，更衣は中等度介助，入浴は機械浴対応となっていた．排泄は膀胱留置カテーテルを留置しており，排便は病棟トイレを使用していた．排泄動作は立位時の体幹の前傾が強く，日差があるものの最大で立位保持に 1 名及び下衣操作に 1 名の 2 名介助が必要であった．

役割について，A 氏の場合，地域住民からの「何でも気軽に相談できる人」という期待と，教えることへの自信や生きがい，人のために何かをしたいという本人の思いによって「困った時の相談役」という役割が成立していたと考えられた．しかし身体機能の低下に伴い，若者の方が早く確かな仕事ができると感じ，自分でなければ務まらないという義務が消失したと考えられた．そのため役割の遂行が困難になり自己効力感が低下し，役割の喪失に至った可能性が考えられた．

4．介入の基本方針

身体機能訓練を実施し，起居・移乗動作の自立と排泄動作の介助量軽減を目指す．また，園芸の実施を検討し，作業療法士（以下 OTR）自身が A 氏から園芸を学ぶ方針とした．そして A 氏が OTR へ教え，OTR から頼られながら作業を実施することで，役割の再獲得と自己効力感の向上に努め，不活発の改善を図ることとした．そして転帰先に応じて退院後の生活へ向けた調整を行う．

5．作業療法実施計画

第 1 期：生活リズムの改善を図る時期

臥床傾向となっている A 氏に対し，身体機能訓練に加え，離床を促すことで生活リズムの改善を図る．また，下肢および体幹筋力増強訓練を実施し，起居・移乗動作の自立と排泄動作の介助量軽減を図る．

第 2 期：作業を通じて A 氏の主体性を引き出し，日中の不活発の改善を図る時期

A 氏にとって農業は地域における相談役としての役割を担う程，有能感を感じられ，親しみのある活動であったことが窺えた．そのため，土に触れる活動を通して A 氏の主体性を引き出すことで日中の不活発の改善を図る．体幹及び下肢筋力の低下により立位での活動は困難なため，屋内かつ机上で実施可能であるプランター園芸を実施することとする．また，農業の持つ生産性のある活動という特性を重視し，短期間で収穫可能な種類を検討することとする．関わり方として，OTR から A 氏へ園芸の教えを乞う立場として活動を実施することで，A 氏に困っている人からの相談を引き受ける形を体験してもらうこととする．

第 3 期：退院に向けた生活環境・サービスの調整を行う時期

退院後の生活へ向け，ケアマネジャーとともに福祉用具やサービス利用の調整などを行い，病棟内生活の調整を行う．また，必要な介助については長男へ申し送りを行い，必要であれば介助指導を合わせて検討することとする．

6．介入経過

第 1 期（介入開始～1 か月）：週 7 回，3 単位の作業療法を開始するも，食事・リハビリ以外の時間はほとんど臥床してお

り，離床を促しても受け入れ不良であった．新聞やテレビでの野球観戦を理由にした離床は可能だが，離床中に他患と会話する様子はなく受動的な様子がみられた．また，車椅子離床下での食事中も姿勢が崩れることがあり，自己修正は困難なことがあった．

第 2 期（1 か月～3 か月）：退院前訪問を実施し，自宅退院の方針が決定した．排泄動作は立位保持の安定性が改善し，方向転換及び下衣操作時の腋窩介助のみで可能となった．園芸を開始すると，自ら土を素手で触るなど積極的な様子があり，OTR が教えを乞うと「ねじるように種を蒔いていくのがいい」と自ら種蒔きを行い，発芽するまでの詳細な手順やコツ，必要物品について説明するなど主体的に実施する様子がみられた．訓練実施後には「今日の新聞あるかな」など自らの要望を訴えることが多くなり離床時間が拡大した．食事時の姿勢の崩れは軽減し，同席患者と挨拶を交わすほか，野球の話題で「今日は勝ったか，負けたか」など話す様子がみられた．

第 3 期（3 か月～4 か月）：病棟にてポータブルトイレの使用を開始し，排泄動作は見守りのみで可能となった．園芸では植え替えの実施前から OTR へ「苗が大きくなってきたから，そろそろ植え替えをした方がいい」「土の深さは，これくらいは必要」など助言し，必要な準備を OTR へ指示できるようになった．実施時には自ら苗を引き抜くなど積極的な様子がみられた．訓練後の時間は本人希望により離床していることが増え，水やりのためにリハビリテーション室で待つ様子がみられるようになった．作業を通じて役割を体験したことにより，介入開始時と比較し活発に行動を起こす様子がみられた．デイルームに滞在することなどが増え，「部屋にこもっているより散歩へ行く方がいい」と買い物や散歩を希望するほか，スタッフや他患を含む多くの人と挨拶や世間話をする様子がみられた．また，リハビリの時間には，同様に園芸を実施している他患などと園芸や農業に関する会話を楽しむ様子や，「あれは育てるのが難しい」「もっと水をやらないと」など助言をするような様子もみられた．退院前にはカンファレンスを実施し，ケアマネジャーおよび訪問リハビリの担当者への申し送りと引き継ぎを行った．

7．結果

身体機能面では四肢・体幹筋力が向上し MMT は腹直筋 3，上肢・下肢ともに 4 へ向上した．

認知機能・精神機能面では GSES10 点（能力の社会的位置づけ 2，失敗に対する不安 4，行動の積極性 4）と「普通」へ向上し，「地域の道路清掃などで，天候に合わせて時期を早めたりして，開催の声かけをする役割で地域に貢献できると思う」と発言した．また，自ら他患者と交流する様子や，自ら買い物や散歩を希望する様子がみられ活動性の向上も窺われた．

ADL では FIM92 点（運動項目 63/認知項目 29）へ改善し，起居は自立，移乗は見守り，屋内移動は車椅子にて自操見守り，屋外移動は車椅子にて担送，座位保持は安定的に可能となった．食事・整容は自立，更衣は軽介助，入浴は自立浴にて浴槽から出る際に 2 名介助となった．排泄は外乱刺激に対する耐久性の低下や動作の緩慢さが残存するため，日中はポータブルトイレ使用し見守り，夜間は失禁対応となった．

役割については，園芸を実施しながら他患と会話したり助言をする様子がみられ，園芸という作業の遂行者としての役割の獲得に至ったほか，園芸や農業に関する知識を活かした助言役としての役割行動を実施する様子がみられた．

退院後については，ケアマネジャーへ口頭および書面にて，訪問リハビリの担当者へ書面にて A 氏の比較的好まれる話題や日中の過ごし方について申し送りを実施し，自宅での歩行獲得を目的に訪問リハビリを週 2 回利用し，2 本杖を使用し見守り下での歩行の獲得に至った．排泄形態についても夜間帯はポータブルトイレ自立となり改善がみられた．また入浴についてはデイサービスを週 3 回利用となり，継続して利用できている．

8．考察

吉川らは役割について，認識的側面と作業的側面を挙げている．認識的側面には社会や他者からの外的期待と個人が自らに求める内的期待という二つの要素があると述べており，外的期待と内的期待の不一致や葛藤が大きくなると役割の遂行が困難になると述べている．さらに，作業的側面に着目することで対象者本人にとって意味があり社会的にも承認された作業遂行者という認識的側面の創造につながるとしている．今回は OTR が教えを乞う関わりを重視することで外的期待を補い，作業的側面に対しては車椅子座位で実施できるよう設定することで，役割の遂行に不足していた要素に対しアプローチを行った．また，工藤らは，意味のある作業への支援が，その他の作業へ繋がり，習慣を変化させていく上で重要であると述べており，A 氏にとって意味のある作業といえる農業に関連した作業を支援することで習慣の変化が得られたのではないかと考えられる．

入院中にある程度の自己効力感の向上が認められたことにより，退院後の訪問リハビリにて積極的に訓練を継続できていた．それにより，見守り下での 2 本杖での歩行を獲得でき，排泄動作も自立につながったものと思われた．

9．文献

1）吉川ひろみ：「作業」って何だろう　作業科学入門　第２版
2）吉川ひろみ，宮前殊子，水流聡子，石橋陽子，近藤　敏：作業療法における役割概念．作業療法 19：305～314，2000
3）工藤梨紗，沼田士嗣，村田和香：意味のある作業への支援が役割獲得をもたらし習慣の変化に至った一症例―養護老人ホーム入所者に対する外来作業療法の在り方―．作業療法　34：473～480，2015

表題	リロケーションからBPSDが出現している事例への早期介入
演者名	介護老人保健施設　鴻池荘　浦部倫子

1．報告の目的

介護老人保健施設（以下，老健）入所後，認知症による困りごとが多かったアルツハイマー型認知症の事例に，行動心理症状（以下，BPSD）の軽減を目的に本人が行いたい作業に焦点を当てて早期介入し，BPSDが減少したため，以下に報告する．

2．事例紹介

Aさん，90代前半女性．アルツハイマー型認知症．要介護1．6人兄弟の長女で年下の兄弟の面倒をみていた．夫を20代で亡くしてからは，洋裁の仕事をしながら娘を一人で育て，80歳頃まで仕事を続けていた．洋裁を近所の人に教えたり，友人と生け花を習いに行ったりと，人との交流が好きな明るい性格であった．近年は塗り絵や書字，読書をしていたが，目が見えにくいからと最近はしていなかった．2年程前から近隣住民に物盗られ妄想が出現し，電気機器の操作や更衣ができなくなった．デイサービスを利用しながら独居生活を送っていたが，5ヶ月前に精神科を受診して認知症の診断を受けた．現在は，週2回のデイサービスと週3回のショートステイを利用していたが，サービス利用に対して拒否や，隣の娘宅へ一日に何度も訪れて娘に物盗られ妄想や易怒性認め，娘の介護負担が大きくなり老健に入所となった．本報告に関して事例に十分に説明を行い，同意を得ている．

3．作業療法評価

１）面接（ADOC）

ADOCを用いて大切な作業について聴取すると，以下の作業について興味を示した．

掃除：掃除は好きで，気になったら少しずつ時々している．昔からやり始めると時間を忘れてしまう．

友人との交流：段々みんなと離れてしまっているから寂しい．

習字，読書，日記：昔から好きでしていた．一番したいのは「習字」，書字をすると周りが静かになるし落ち着く．

２）観察評価

①掃除：部屋の掃除をしているつもりだが，タンスの中身をみんな出したり，布団カバーをはぎ取ったり，物を移動したりしている間に散らかってしまい混乱する．

②交流：食事席の隣の他利用者の世話を一方的に行う．周囲に会話ができる他利用者がおらず，会話はスタッフのみである．

③習字：毛筆，硬筆共に見本を見ての書字は，文字が小さくて見づらく，正しく書けないことが多くなっており気にしている．硬筆のなぞり書きは，集中して一人で遂行可能．

④読書：大きい字の本でもどこで区切るのか，どこを読んでいるか分からなくなり，内容の理解乏しい．

３）情報収集・検査

MMSE：9/30　HDS-R：6/30

時間・場所の見当識低下．遅延再生が困難，物品の誤認，指示理解不良．

FIM：94/126（運動項目60点，認知項目14点）

ADL：身体面は，稀にふらつきある以外問題なし．歩行器歩行自立だが歩行器を忘れる．食事は異食があり見守り，排泄は時々失敗あり，整容・清拭・更衣に介助を要す．

コミュニケーション：会話は流暢で言語理解も良好に見えるが，話が噛み合っていないことがある．しかし，笑顔で楽しそうにしており上手く会話を合わせることが可能．

DBD：36点

加点項目は，日中・夜間共に帰宅要求あり落ち着かず不安そうに歩き回る，同じ動作を繰り返す，不適切な服装をする，物を貯め込む，タンスの中身をみんな出してしまう，衣服や器物を破ったり壊したりする，夜中に起きて衣服を触る行為が，毎日ある．項目以外は，他室入室や異食，食事を他利用者にあげる行為がある．

4．介入の基本方針

入所後，環境変化から在宅ではなかった帰宅要求や他室入室，異食などのBPSDが出現してしまい問題となっていた．今後の方向性は，独居生活難しくグループホームも検討となり，まずは環境設定の実施とAさんから表出のあった作業，交流が持ちやすい小集団活動を通して自分らしさを取り戻すことで，不安やBPSDの軽減を図れるよう関わった．

5．作業療法実施計画

①環境設定：不適切な服装をする，物を貯め込む，タンスの中身をみんな出してしまう，衣服や器物を破ったり壊したりする行為に対して，部屋の物を必要最小限にしてタンスの中身を貼り出して分かりやすくする工夫，更衣とタンスの中身の整理は介護士が定期的に声かけして一緒に行う．また，他室入室，異食，食事を他利用者にあげる行為に対して，部屋の入口に表札の設置，異食しそうな物の回収，食事席の変更を行う．

②掃除：食事席や部屋のタンスの上，洗面台の拭き掃除を作業療法士と一緒に行う．掃除をしている時は，家事や趣味の

話などAさんが懐かしいと思う心地良い話題を意図的にする.
③習字（硬筆）：絵本や詩などの文章のなぞり書きを行う．静かな集中できる場所で提供.
④小集団活動：4〜6人の小集団活動（茶話会，手仕事，創作）に参加促す．茶話会は，参加者はテーマを順番に振られ会話ができる環境．手仕事・創作は，役割分担をしてAさんができる作業を担ってもらい，最後に誰が何を担当してくれたかを参加者に伝えて称賛を受けやすくする.

6．介入経過

環境変化により不穏な時期：入所後は，不安そうな表情で過ごしていることが多く，「家に帰ります」と落ち着かず歩き回り他室入室が目立った．これらの言動は何もすることがない時間に多かったが，体操やレクなどの大集団活動中も注意が持続せず途中離席してや，夜間帯に目覚めても見られた．また，部屋で過ごしている時も，一人で掃除をしていると散らかってしまい混乱していることが多かった．食事場面では，隣の席の他利用者の世話をする，異食といった認知症による困りごとがあった.
入所2〜4週間後：タンスの中身の貼り出しは，貼り出した紙をとってしまうが，他の環境設定は効果的で，不適切な服装や部屋が散らかることが減少，他室入室なく部屋と食事席を行き来できるようになり，異食や食事を他利用者にあげる行為はなくなった．掃除は，依頼された場所を集中して丁寧に拭き，「お父さんに仕事行く前によく掃除を頼まれたの」と，昔のことをにこやかな表情で話した．習字は，取りかかりのみ声かけすると1時間以上集中して最後まで行い，「楽しかった」と言われていた．小集団活動は，茶話会，手仕事，創作共に促されると拒否なく参加し，他利用者との会話が見られた.

7．結果

MMSE：11/30　HDS-R：9/30　（場所の見当識，遅延再生，論理記憶が改善）
FIM：変化なし
コミュニケーション：小集団活動で他利用者と自然な交流をとることができ，お互いに称賛し合う場面がよく見られた．小集団活動に馴染んでくると他利用者にも馴染みの人ができ，小集団活動以外の時間も自ら話かけに行く場面が見られ，帰宅要求も他利用者に話を聞いて貰うことで落ち着いていった.
DBD：17点
加点項目は，日中に歩き回る（表情は穏やかで落ち着いている），不適切な服装をする，タンスの中身をみんな出してしまう，夜中に起きて衣服を触る（全項目，回数は軽減）.
一日の過ごし方：午前・午後共に活動へ参加して日中はホールで過ごすことが多くなり，部屋で一人過ごすことが減った．作業・活動後は，穏やかな表情で落ち着いて過ごせていた.
生活について聞き取り：「（今の生活は）ちょうどいい感じ」，「（家に帰りたい？）いいえ，ここが楽です」と言う.

8．考察

今回，認知症による疾患とそれに伴っての不安，環境変化（リロケーション）からBPSDが起こっているAさんに対して，本人が行いたい作業に焦点を当てて早期介入した．昔の記憶を思い出す作業，集中して取り組める作業，人との繋がりを感じられる作業を実施することで，自分らしさを取り戻すことができた結果，不安やBPSDの軽減に繋がったと考える.

高齢者にとってリロケーションは，ストレスで認知症悪化の引き金になると言われている．また，認知症によりできる作業が減少して人との交流も希薄になる中で，不安や喪失感，孤独感を感じていたと推測するが，馴染みの人ができて老健が安心できる場所となり，精神面が安定することで，本来の能力発揮に繋がり認知機能検査の改善が見られたと考える．認知機能の低下があり言語理解も良好ではないAさんだが，人との交流が好きな明るい元来の性格が，小集団活動以外の時間の交流にも繋がったと感じた.

今後の方向性としてグループホームも検討中であるが，老健入所時と同様にリロケーションダメージによりBPSDが増加すると推測されるため，今回評価できたAさんが望む生活を申し送りすることでリロケーションを最小限にできるのではないかと考える.

9．文献

赤星成子，田場由紀，山口初代，砂川ゆかり．（2018年）．国内文献にみる高齢者のリロケーションに関する研究の現状と課題 −リロケーションの理由とリロケーションダメージに着目して−．沖縄県立看護大学紀要第19号，47-54.

医療観察法病棟に入院する対象者は作業療法士と司法精神科作業療法のプログラムにどのような思いを抱いているか

○南　庄一郎
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・司法精神科作業療法

【はじめに】

本研究は，心神喪失または心神耗弱の状態において殺人や放火などの重大な他害行為を行い，当院の医療観察法病棟（司法精神科病棟）に入院処遇となった対象者が，入院生活において作業療法士と司法精神科作業療法のプログラムに対してどのような思いを抱いているかを調査した．本研究によって，対象者の率直な思いを理解でき，より効果的な司法精神科作業療法のプログラムの立案が可能になると考えられる．

【方法】

医療観察法病棟における作業療法士と司法精神科作業療法のプログラムに対する対象者の思いを聴取するため，社会復帰期ステージ（入院後12カ月以上経過）の対象者10名程度に1人30分程度，半構成的面接を実施する．得られた語りはICレコーダーに記録後，逐語化してデータとする．この上で，内容分析（船島，2007）によってコード化し，各対象者におけるコードの出現数とその割合を算出する．なお本研究の実施に際し，当院の研究倫理審査委員会の承認を得ている（承認番号：R03-01）．

【結果】

研究協力が得られた対象者は12名（男性10名，女性2名，平均年齢46.3歳，平均入院日数1217日）であり，面接時間は平均31分であった．内容分析の結果，4つの〈コード〉が生成された．まず，医療観察法病棟の対象者は作業療法士の関わりに対して，〈対等な立場で話を聴いてくれる〉（出現数9，割合75%）と感じており，専門的多職種チーム（MDT．Dr，Ns，CP，OT，PSWで構成される）の他職種とは異なり，作業療法士には良い意味で医療専門職という雰囲気を感じておらず，対等で友好的に接しやすい存在と捉えていた．また，対象者は退院後の就労や結婚など〈将来の希望を否定せずに応援してくれる〉（出現数8，割合61.5%）と感じており，作業療法士をありのまま受け入れてくれる支援者と捉えていた．そして，司法精神科作業療法のプログラムに対して，対象者は〈ストレスを低減でき楽しさと有能感を感じられる〉（出現数7，割合58.3%）と感じており，パラレルOTやスポーツなどのプログラムの有用性が窺えた．また，対象者は〈退院後に活きる生活技能が獲得できる〉（出現数9，割合75%）と感じており，SSTやNEAR，調理など，対象者の生活技能の獲得に向けたプログラムの意義が窺えた．一方，コード化には至らなかったが，対象者からは生活技能訓練の更なる拡充を求める声や，プログラム外の病棟生活における作業（手工芸や編み物など）の充実を求める声などが上がっており，対応の不十分さも窺えた．

【考察】

作業療法士は対象者と対等な関係性を築き，対象者の希望を応援する関わりを行っていたことから，医療観察法病棟における作業療法士の実践はストレングスモデルに即したものであると考えられる．対象者と作業療法士の関係性が基盤となって，対象者が希望する生活の実現に向けた司法精神科作業療法の実践が生じると考えられる．

表題	体操と活動日誌による介入を経て疼痛の軽減と意味のある活動の再開に至ったうつ病，疼痛性障害患者の事例
演者名	福西　義友

1．報告の目的

うつ病および疼痛性障害により全身に痛みや熱感等を呈し，ADL において食事，入浴，更衣等に支障をきたした A 氏を担当した．精神科デイケア（以下，DC）にて集団活動として体操，個別活動として活動日誌（以下，日誌）を用いた介入を行った結果，疼痛の緩和と ADL の向上，A 氏の趣味である散歩等の再開につながったので報告する．本報告について，A 氏から書面にて同意を得ている．

2．事例紹介

A 氏は 70 歳代後半の男性である．同胞 2 子の長男として出生し大学院卒業後，大学教員として哲学と仏語の研究および教育に携わり 70 歳代前半まで勤務した．

40 歳代でうつ病を発症し，X-3 年ごろより腰痛をはじめ全身の疼痛が断続的に出現していた．複数の病院を受診するも器質的疾患の指摘はなかった．X 年 Y 月 Z－30 日，足部と腰部を中心とした全身の痛み，起立困難，呼吸苦を生じ，当精神科病院へ救急搬送されうつ病，疼痛性障害，軽度認知障害と診断された．その他の既往歴は高血圧症，ペースメーカー留置，慢性腎臓病であった．

X 年 Y 月 Z 日より DC 通所を開始した．その時点で独歩は可能であった．趣味は読書，散歩であった．家族構成は妻との同居であり，近所に 2 子が住んでいる．

3．作業療法評価

主訴は，疼痛とそれに伴うもので主に「全身が痛い」「横になれなれないし，歩けない」等であった．

第一印象は，物静かでマイペースであった．DC では硬表情で他者交流は乏しく，食事以外の時間は椅子座位にて読書をしたり持参の裏紙へメモをしたりしてほとんどの時間を過ごしていた．メモには DC の活動内容や昼食の献立，読んだ本に関する事柄等が詳細に記されており几帳面さを認めた．それらに取り組んでいると食事や帰宅の声かけにも生返事となり切り替えが難しいことから，転換性注意機能の低位を疑った．また体操のメニューを完遂できないことや食事を全て食べきれないことについて自らへ否定的な言葉を向けており，執着気質と自己効力感の低下を認めた．

主観的な疼痛の評価である Face Scale は 3 であった．特に頸部，腰部や足部の断続的に刺すような痛み，熱感，夜間覚醒の愁訴があった．それに伴い足の裏の皮膚を掻き剥がす行為，頻回の排痰，室温が暑く感じると独断で空調の温度を変更したりする等の不快感へのコントロール欲求に基づく行動（以下，疼痛関連行動）が目立った．MMSE は 23/30 点であった．耳元で聞こえる程度の難聴があったが，語彙は豊富で言語の表出と理解も良好であった．

ADL について，BI は 90/100 点で減点項目は食事と入浴であった．食事は「喉に詰まる感じで飲み込めない」と話し粥等の軟らかい食物や刻み食を摂取していた．入浴は痛みと熱さにより行えていなかった．その他，減点はないが整容について肌の痛みから髭剃りの頻度を落としていた．更衣についても足の痛みから靴は履かずサンダルを使用していた．移動は独歩だが，円背で視線が足元へ向いていた．また日常生活での歩行速度は約 0.5m/秒であり（10m の歩行には約 20 秒を要した），同年代の平均速度の 5 割程度であった．散歩は趣味だが痛みで行えていないと語り，DC でも体操や外出には参加していなかった．

4．介入の基本方針

疼痛性障害のある対象者は，疼痛関連行動から価値のある行動や人生の目的に注意を向けることが重要とされる．そこで疼痛への過集中を標的問題，注意を疼痛以外へもバランスよく向けることを課題と考え，趣味だが行えていないという散歩の再開を目標とした．手段に集団プログラムの体操，個人プログラムとして読書や執筆等の言語活動になじみのある A 氏の特性を活かし，日誌への記録とそれを通じた対話を用いることとした．

5．作業療法実施計画

集団プログラムとして体操を導入することとした．長期目標は散歩の際に横断歩道を安全に渡り切れる歩行速度である 1m/秒で歩けることとし，短期目標はスクワットを連続して 10 回，約 3 分間の歌体操を 2 曲通して実施できることとした．棒やボールを用いた頸部，体幹および上下肢の筋ストレッチ，筋力トレーニング，歌体操を実施し運動に対して漸次暴露することとした．実施期間は約 4 ヶ月で，実施頻度は 1 回 60 分で週 5 回とした．

個人プログラムとして日誌を導入することとした．目的は，初期評価において不明であった疼痛の原因とストレス状況を把握し対策を講じるためであった．ストレス状況を把握するため A 氏と筆者で記述を振り返る際に認知行動療法のモデルを用い出来事とそれについての気分，認知，身体反応，行動に整理することとした．方法は，筆者が準備した A4 用紙 1 枚の書式へ，A 氏が当日のスケジュール，体温・血圧，Face Scale，体調，気分，1 日で印象に残った出来事とその感想等を 1 日 1 回記し，週 1 回 20 分を目安に A 氏と筆者とで内容の振り返ることとした．実施期間は約 4 ヶ月とした．

6．介入経過

1 期：疼痛関連行動の多い時期(1～31 日目)

当初は体操を休みがちで疼痛関連行動が目立った．生きがいに目を向けることの重要性を説明し，散歩の再開を目標に体操に取り組むことを合意した．日誌には「ボール体操は苦しく全部できなかった」「野菜は喉に詰まって食べきれなかった」等の記載があった．振り返りで完遂できないという認知に際して疼痛関連行動を生じる傾向に

あることを共有し，支持的な関わりを軸に心理教育，日誌の記述を遡り行えなかった部分だけでなく行えた部分へも目を向けるよう声掛けした．

期間の終盤，疼痛関連行動は継続していたが次第に職員の誘いに応じ体操に参加する頻度が増えた．期間中の Face Scale の平均は 1.5 であった．

2 期：疼痛の訴えが減少し体操への参加や自己開示が漸増した時期（32～75 日目）

日誌の振り返りにて自己開示が増えた．食物を噛みにくいという困りに対し，欠損歯があったため歯科受診を調整した．義歯作製後，訴えが減り通常の食形態に変更できた．自宅で 2 台の PC に当日の出来事や自分史を入力し疲れるという困りへも記録の内容と方法を検討した．方法に関し 2 台の PC へ入力し外部メモリに保存することを筆者より提案し，PC 操作の訓練をした．内容に関し出来事を時系列で詳述しており，A 氏にとって重要な気づきや感想を書く際には疲弊していることが語られた．後日の日誌に「2 台に同じものを書くのは無駄だとわかったので，今後は特に重要なことだけを PC に書くに留める」との記載があり自ら記録を合理化できた．

終盤には体操への参加が定着，疼痛関連行動の頻度は減り「足の痛みがなくなり，痺れだけになりよかった」との記述が現れた．Face Scale の平均は 1.4 であった．

3 期：意味のある活動が現れた時期(76～124 日目)

体操の他カラオケへ参加する，A 氏が過去に書いた論文のコピーを筆者に提示する等新たな言動が現れた．日誌も継続し「公園まで歩いた」「友人へメールでリハビリをしており大変良いと伝えた」等の記述があった．A 氏の開示をきっかけにノートを用い文通を開始した．A 氏が仏語や文化等を教える形でノートに記述し，筆者が感想や質問するというやりとりをした．

終盤には疼痛関連行動はほぼ消失し約 1 時間の体操に連続して取り組めるようになった．また Z＋93 日，履物をサンダルから靴に替えて DC を訪れた．「最近は散歩もしてます」「旧い友人に会いたい」等の語りが現れた．Face Scale の平均は 0.9 であった．

7．結果

初期評価と最終評価を比較し，心身機能面では疼痛に関して Face Scale は 3 から 1 へ変化した．MMSE は 23 から 24/30 点へと変化した．

活動に関して BI は 90 点から 100 点へと変化した．初期評価時に減点のあった食事は普通食となり，入浴は定期的に可能となった．また更衣については足の痛みが軽減したことで靴を履けるようになった．移動については歩行速度が 0.9m/秒（10m の歩行に 11 秒を要した）と同年代の平均程度になり，自宅周辺を散歩できるようになった．訴えと疼痛関連行動はほぼ消失し，集団プログラムの体操への参加は週 5 日で安定し，スクワットや歌体操を所定の回数実施できるようになった．他者交流について，DC で他の利用者と会話を持つことは依然少ないが，興味あれば他者に近づき眺めるようになった．職員に対しては自ら新聞記事の切り抜きを手渡し説明するようになった．自宅にて旧友とメールや手紙のやり取りをしたり，散歩先の公園で近所の人と談話したりしているとの語りがあった．また「旧い友達に会いたい」といった意欲ある語りが現れた．

ただし，読書やメモをしていると一区切りするまでは次の活動への切り替えが難しいことから執着気質あるいは転換性注意機能の低位は依然として継続していた．

8．考察

介入を経て筆者は，食事のとりにくさ，不慣れな PC 作業，循環器の疾患等が A 氏のストレッサーとなり，疼痛を生じさせ ADL や散歩等の活動を阻害していると推測した．そして執着気質や転換性注意機能の低位は，疼痛や行えていない点への注意を強化していると考えた．介入前後の指標と生活上の変化は，ストレッサーの減少に伴い疼痛等への過集中が緩和した結果だろう．以下に，本介入で変化を促したと考える要素を 3 つ挙げる．

第 1 に目標として散歩の再開を据えたことである．これは疼痛から意味のある活動に目を向けるきっかけとなると同時に，A 氏の内発的動機を喚起し取り組みを継続するのに有効であったと考える．

第 2 に日誌を用いたストレス状況の把握と問題解決である．経時的な記録による状況の把握は，A 氏がストレス状況を洞察し，自ら行動を変化させる基礎となったと考える．また日誌の振り返りを通じて明らかとなったストレッサーへの対処は，A 氏の食事と自分史執筆の負担を軽減した．根本的な問題解決が A 氏の疼痛の緩和に大きく影響したと考える．

最後に第 3 期で導入した文通による筆者への仏語等の教授である．山根は気分障害における作業療法の役割として「新しい適応的人間関係を体験，以前の生活や社会的地位への復帰」を援助することと述べる．文通は A 氏の語りに筆者が耳を傾ける機会となり，A 氏の自己効力感の回復および両者の信頼関係の醸成に寄与したと考える．信頼関係に基づき適時プログラムの目的や方法を伝えたことは，A 氏が納得して意味のある活動へ向かう一助になったのではないか．

9．参考文献

1)山根寛：精神障害と作業療法 第 3 版．三輪書店，2015，p.243.
2)田中恒彦，田中萌生，杉山雅彦，岡村優希：疼痛性障害患者への認知行動療法―成功例と失敗例の比較―．認知行動療法研究 45(3)：156-157，2019.
3)高橋精一郎，鳥井田峰子，田山久美：歩行評価基準の一考察―横断歩道の実地調査より―．理学療法学 16(4)：261-266，1989.

表題	被害妄想により人と関わりを避ける統合失調症患者に対し，関係構築を目指した一例
演者名	秋津鴻池病院　石川真紀

1．報告の目的

今回,被害妄想により人と関わりを避ける統合失調患者を担当した．作業療法を開始できない状況が続いたが写真を見ながら会話をする事をきっかけに作業療法士（以下，OTR）との関係を築き看護師（以下,Ns）や成年後見人（以下,後見人）との関係構築への橋渡しをすることができた．そして再び自宅に退院することができた．

介入経過や結果から事例との関係構築に至った過程を報告する.本報告について事例から同意を得ている.

2．事例紹介

A 氏は 60 歳代後半，女性，統合失調症患者である．A 氏は，高校卒業後から引きこもりがちで，家庭生活全般は父親が切り盛りしていた．A 氏は 2 日に 1 回ほど掃除と洗濯の手伝いをしていた．X-18 年，興奮状態によって緊急措置入院したのが，初めての精神科病院への入院であった．相談支援専門員の介入や精神科訪問看護の利用をしていたが，訪問を拒否し暴言を吐く事があり，過去に 3 回の入院歴があった．X 年 Y-1 月父が死去し，A 氏は独居となるが，幻聴が活発になり，内服薬を捨てるようになった．精神症状が悪化し，独居生活の継続が難しくなり,相談支援専門員，訪問看護スタッフと当院を受診し，X 年 Y 月,当院の精神科急性期治療病棟へ入院となった．キーパーソンは後見人となった.A 氏は自宅への退院を希望していたが，家屋の老朽化により，玄関扉や浴室が使えなかった為，後見人が主導でリフォームする事になった．リフォーム工事に時間を要する事が見込まれ，X 年 Y+2 月,精神科一般病棟（閉鎖）へ転棟となり筆者が担当する事になった．

生活歴として，高校卒業後，父親の作る野菜の路上販売や自宅では主に家事をしていたとの事だが詳細は不明であった．2 型糖尿病の既往があり，介護度は要支援 1 であった．抗精神病薬（朝夕），眠剤（寝）を服用していた．

3．作業療法評価（X 年 Y+2 月～）

A 氏は,転棟前の病棟では，作業療法（以下，OT）プログラムに参加することはなく，前担当 OTR からの問いかけに応答がなく,生活情報の聞き取りはできていなかった．また，後見人,Ns に対しても A 氏が意思を表出することはなかった．唯一，A 氏はコーラが好きであるという情報だけを得ていた．転棟後も A 氏が他者と交流する場面はほとんど見られず，相手と目を合わすこともなかった.スタッフからの問いかけには単語で返答するか，無視をしていた．筆者が A 氏の自室を訪問し，声をかけるが，臥床したまま背を向け,布団を頭までかぶり，応答がなかった.OT プログラムへの見学を誘うため，筆者から A 氏に声をかけると，ごくまれに「いりません」と断ることもあった．筆者から，“洗濯（お洗濯好きなんですか？）”と“コーラ（コーラって美味しいですよね）”を話題にすると，A 氏は布団から顔を出し表情は硬いが「飲みたいわ」など短文での応答があった．ごく短い会話の中で出てきた，“コーラ”や“ミックスゼリー”の写真をネットから引用し，A4 サイズの用紙に印刷した．その写真を持ち寄ると「それ好きやねん」と初めて笑顔を見せ，「毎日コーラが飲みたい」など短文での会話が行えた．

陽性・陰性症状評価尺度（以下 PANSS）は陽性尺度 24/49 点（妄想：5/7 点），陰性尺度 32/49 点（情動的ひきこもり：5/7 点），総合精神病理尺度 57/112 点（判断力と病識の欠如：6/7 点）であった．精神科訪問看護スタッフには，「自分を実験してる」と発言し，後見人（女性）には，「売春婦や」という妄想を抱いていた．また，A 氏は「（自分に）悪いところはない」と発言し，病識が欠けている可能性があった．認知機能検査 Allen Cognitive Level Screen(以下，ACLS-5)は Levels5.4 であった．

4．介入の基本方針

A 氏は 40 年近く社会的な交流がない生活を送っていた．被害妄想が残存しており不信感がある為,現在まで介入できず経過していた．山根（2018）は自閉している者にとって時を共にすることが再び現実との関りを取りもどす糸口となると述べている．唯一，写真を用いた会話で発言を引き出すことができていた．この関わりを糸口として筆者との関係を構築し，さらには筆者を媒介にして Ns や後見人との関係構築を目指すこととした．

5．作業療法実施計画

1）写真を用いたベッドサイドでの会話（個別，週 1 回，20 分）

目的：A 氏の発言や意思表出を引き出し，それを受容し共感することで筆者との関係構築を図ることとした．

活動選択の理由は，会話に写真を用いることで A 氏と筆者が直接目を合わさなくても会話が成立ため，対人緊張を軽減できると考えたためである．

概要：A 氏の好きな食べ物をネットから引用し，A4 サイズの用紙に印刷した写真を用いて会話をする．その他，雑誌や写真集を用いどのような写真に興味を示すか探ることとした．

設定と対応：①筆者と一緒に写真を眺め，筆者がその写真に関する感想を発言することとした②筆者が感想を伝えた後に，A 氏に感想を尋ねることとした．そして，A 氏の発言を傾聴し受容的な関わりをすることとした．

※関わりのなかで得られた情報を週 1 回のクリニカルパスケースカンファレンスで共有することとした．

2）筆者を媒介にした担当 Ns・後見人との関係構築

目的：A 氏の自宅退院を目指すうえで担当 Ns・後見人との関係構築が必要となるため．

概要：A 氏と筆者との関わりの経過を担当 Ns に報告し，担当 Ns から A 氏への声のかけ方や関わり方を検討することとした．また，筆者が A 氏に関わっているときに担当 NS にも同席してもらうこととした．後見人が同席する，多職種ケースカンファレンス（以下，CC）を計画し，A 氏の思いを傾聴し受容するような関わりを後見人に依頼することとした．

6. 介入経過

1 期：不信感が強い時期（介入開始～2 ヶ月）

筆者が A 氏に挨拶するがベッドで寝たまま,顔を隠し拒否が多かった．筆者が猫と犬の写真集を持ち込むとベッド上に座ることができた.A 氏と 90 度の位置に座り写真集を一緒に眺めた.筆者から A 氏に対し感想を伝えると月に 1～2 回程は「猫のほうが好き」等,表情の硬さはあるが短文で会話が行えた．猫と犬の写真集の他には興味を示すことはなかった．担当 Ns の声掛けには返答がない事が続いた.

2 期：筆者へ思いを表出できた時期（3 ヶ月～5 ヶ月）

筆者が訪室するとベッドから起き上がり,猫と犬の写真集を手に取るようになった．A 氏が写真集をめくりながら一緒に眺めた.A 氏に写真の感想を尋ねると「昔，犬飼ってたことあるねん」と穏やかに語った．また A 氏のコンディションに留意しながら，訪室の時間やタイミングを調整したこともあり，A 氏は筆者との関わりを拒むことはなくなった．また筆者に退院への不安や日用品が切れている等の困り事を伝えることができた．そして，Ns が付き添い筆者と A 氏と 3 人で院内の売店へ行き「買えてよかったわ」と表情が緩んだ.以後，筆者を介して担当 Ns と会話をすることが出来るようになった.CC では，後見人の存在に気づき「いらん」と言いすぐに立ち去ろうとする様子がみられた.

3 期：担当 Ns との交流ができた時期（6 ヶ月～8 ヶ月）

筆者に入院前の生活ついて話してくれるようになった．調理に対し「野菜入りのチキンラーメン作ってた」と話し「リフォームどうなったかな」と困り事も聞き取れた．また担当 Ns 同席のもと調理訓練を実施し，担当 Ns からの称賛に嬉しそうな表情がみられた．日差はあるが担当 Ns とも会話が行えるようになり「訪問看護を受け入れたら退院できる？」と筆者，担当 Ns へ相談できるようになった.CC では筆者，担当 Ns を介して後見人と会話ができるようになり「訪問看護を使います」と発言した.

4 期：後見人と交流できた時期（9 ヶ月～11 ヶ月）

筆者が訪室すると A 氏から「今日も猫？」と尋ね，穏やかな表情をみせた．CC がある日には A 氏から「今日参加してくれる？」と筆者へ尋ねるようになった.病棟生活では担当 Ns と服薬カレンダーをセットし使用することができた．後見人とは CC にて退院準備ができ，退院後も月に 1 回の後見人との面談を受け入れた．退院前訪問では院内外の多職種が自宅に入ることを受け入れ退院後のサービスについての思いを発言できた.

7. 結果（X 年 Y+12 月）

A 氏は，筆者と目を合わせて，退院に向けた現実的な会話が行えるようになった．また， 担当 Ns,後見人とも顔を見て会話ができ,困り事を相談できるようになった．さらに，退院後に必要な物を依頼できるようになった．筆者が A 氏に今後も後見人との付き合いができそうか尋ねると「うん」と穏やかに頷いた．退院時に筆者が自宅での生活について尋ねると少し不安気な表情を見せるものの「大丈夫」と言い，筆者と握手を交わした.精神科訪問看護とヘルパーをそれぞれ週 1 回，受け入れ自宅退院となった.

PANSS は陽性尺度 22/49 点（妄想：4/7 点），陰性尺度 28/49 点（情動的ひきこもり：4/7 点），総合精神病理尺度 55/112 点（判断力と病識の欠如 4/7 点）となった．A 氏は院内の売店への買い物に小集団で参加できるようになった．また小集団での散歩に参加でき，他患と桜を見ることができた．服薬カレンダー使用し内服することができた．ACLS-5 は Levels5.4 と認知機能に変化はなかった.精神科訪問看護には，服薬カレンダーを A 氏と一緒にセットする事，ヘルパーには，掃除や料理を一緒に行う事を提案した．両者のスタッフには，今回の関係構築に至った経緯を申し送った.

8. 考察

今回，被害妄想により人との関りを避ける事例に対し，写真を用いた会話を行い，関係構築を目指し介入した．また，筆者を媒介にして，担当 Ns，後見人との関係構築をするため，多職種で継続した介入を行った．その結果，筆者に対して A 氏から困り事を話すなど関係構築をすることが出来た．また，担当 Ns，後見人と退院に向けての準備を行い，退院後のサービスを調整できた．筆者と関係構築ができた要因として，写真を用いた会話の中で筆者の感情や価値観を A 氏に伝えることが筆者から A 氏への自己開示となり，筆者の事を知ってもらうきっかけとなったと考えられる．深田（2007）は，対人関係の初期段階では，自分の事を知らせるコミュニケーション（自己開示）が重要であると述べている.また,会話を積み重ねる事で不信感が軽減し A 氏の行動の変化へ繋がったと考えられる.Levinger らは対人関係のレベルを大きく 3 段階として①気づきの段階②表面接触の段階③相互関係の段階と述べている．会話を積み重ねることにより，筆者の一方的な，相互作用のない関係から，感想を共有できる関係となり，さらには，退院に向けて具体的な話しができる親密な関係へと対人関係のレベルが変化したと考えられる．また同様に，筆者を媒介として NS,後見人と会話を積み重ねることにより，関係構築ができ退院後のサービスを承諾し自宅退院へ至ることができたと考えた.反省点としては，個別介入の頻度を増やし介入できていればより早く関係構築ができていたのではないか．退院前に，筆者を媒介として精神科訪問看護やヘルパーとの関係構築ができていれば,さらにスムーズに地域生活に移行できたのではないかと考える.

9.文献

・山根寛：精神障害と作業療法新版,三輪書店,2018,pp,119
・川瀬正裕・松本真理子：新・自分探しの心理学，ナカニシヤ出版，2000，pp,63.
・深田博己：インターパーソナル・コミュニケーション，北大路書房，2007，pp,29.

表題	不安が強い児に対して,安心できる枠組みの中で感覚統合療法を行った結果,対人面や環境においての関わりが広がった事例.
演者名	新海　海里

1. 報告の目的

今回,不安が強く,母子分離が困難である自閉スペクトラム症児に関わる機会を得た.枠組みを明確にした設定を配慮しつつ,自己定位を獲得できるように関わることで,遊び方や対人面で変化が確認できたため報告を行う.報告にあたり,保護者の同意を得ている.

2. 事例紹介

6歳(年長)の男児,診断名はアスペルガー症候群(自閉スペクトラム症).家族構成は父･母･祖母･祖父の5人暮らし.生育歴に関して,粗大運動面では大きな遅れは見られなかったが,指さし24ヶ月,意味のある言葉15ヶ月,二語文35ヶ月と言語面での遅れがあった.1歳前の様子としては,「人見知りが激しい」「睡眠が不規則」「変化に気づきすぎる」など,過敏な様子が確認された.加えて,言葉の遅れが気になり,市の専門機関に相談し,集団療育に参加することとなった.2～3歳頃には「こだわりの強さ」「切り替えの難しさ」が顕在化してきたため,小児科を受診しアスペルガー症候群の診断を受けた.入園後,年少時は大きな問題なく通園できていたが,年中の終わり頃に流行した新型コロナウイルス感染症の影響で,登降園時にクラス前まで母親と同行できないなど,以前の環境が一変したため不食･不眠･抜毛･チックなどの身体症状も出現し登園することが困難となった.母親と一緒であれば登園できるものの,臭い･うるさい･友達の目線が怖いとの訴えで教室に入れず,母親と共に図書室で過ごさざるを得なかった.そのような経過の中で,園で本事業所を利用している他児の保護者の勧めで,令和X年Y月より療育開始となった.母親の主訴は,「園や初めて行く場所,さらには自宅でも,母親から離れられない」であった.

3. 作業療法評価

【質問紙】日本版感覚プロファイルの結果より,「感覚過敏」「情動反応や活動レベルに影響する視覚の調整」の領域において,非常に高い値を示しており,感覚過敏に起因する覚醒･情動の不安定さが強い様子であった.

【検査】眼球運動における追視の評価では,頭部が動くことから眼球と頭部の分離が不十分であった.また,輻輳-開散の評価では,眼球が内転しなかった.

【観察】OTRが遊びを設定しない自由場面では,室内を走り回り遊び込めない様子であった.また初めて見る遊具に対して,口頭で回避することが多かった.スタートとゴールの枠組みが明確なサーキットでは,設定された流れに沿って遊ぶことができたが,途中で失敗するなど自身の思い通りに事が進まないと「やり直し,はじめから」と言ってスタート地点に戻ることから行為機能の問題が考えられた.

梯子を渡る際は,ハイガードで渡ることや,ブランコなどの揺れ遊具は,回避することから姿勢調整の未熟さが想定された.また,梯子を降りる際は足元を探ることができず,前向きに降り自身の足の位置を確認するなど身体図式の曖昧さが確認された.また,同室に他児がいると精神的緊張が高くなり,1人で遊んでいる時よりも言葉数が減り,他児から距離をとることが多かった.

【解釈】主訴である新規場面の苦手さの背景には,①感覚過敏に起因する覚醒･情動の不安定さ,②行為機能の問題が主要因として想定された.①に関して,視覚,前庭感覚,触覚の過敏さが特に影響を及ぼしていると考えられた.②に関して,身体図式や姿勢調整の問題により身体操作のバリエーションが限定的であること,加えて眼球運動の問題により3次元空間を捉えにくいことなどが,行為機能に影響を与えていると想定された.

4. 介入の基本方針

作業療法評価を基に,本児の不安の背景を解釈し,外部環境へ関わるための治療方針として,以下を設定した.①事業所が安心できる場所であることを保障する(母親以外での安全基地を保障する).②遊びの枠組みを明確にし,見通しが立ちやすい環境設定の中で能動的に活動に取り組めるようにする.③身体図式,姿勢調整,眼球運動を向上させることで身体操作のバリエーションを広げるとともに,捉えられる空間を拡大する.

5. 作業療法実施計画

長期目標：園や初めて行く場所で母親から離れて活動に参加することができる

短期目標：①OTRと楽しく遊べる時間が増える②不規則な遊具に対して予測し,対応していくことができる③揺れ遊具を楽しめる

頻度・期間：週に1回,1回40分,5歳6ヶ月～6歳6ヶ月まで実施.

方法：安心・安全を保障した環境の中で,固有受容感覚の入力をベースに,前庭刺激・触覚刺激を取り入れながら,身体図式を高め,自身で環境を操作する機会を促す.具体的には,本児にとって枠組みが分かりやすいサーキットを用いた中で段階付けを行い,初めは固定遊具を用いた中での姿勢調整・四肢の探索が必要な場面を設定する.次に,トランポリンの上で,ボールやスポンジ棒をジャンプでよける遊びなどを通して,空中でも姿勢保持ができるよう身体の中心軸を高める.揺れ遊具を本児の好きな電車に見立てて遊びを展開していく中で,前後左右の前庭感覚刺激の受け入れ,前庭‐固有感覚統合を促し,身体図式の機能的要素を明確にすることにより,空間への適応を促すよう作業療法を実施した.

6. 介入経過

<u>初期：《遊び場面において受け身的な時期》</u>

OTRが設定した固定遊具を中心としたサーキットであれば関わることができていた.また,サーキットの中に含まれる不安定な設定であっても,OTRが安全を保障しておくことで挑戦できる場面が見られた.一方で,本児からの主体的

な遊びのアイデアは見られにくくトランポリンは勢いよく跳ぶだけといった単発的な遊びが多かった.揺れ遊具は,OTR や母親が誘うものの避けることが多かった.また,活動が成功した際,体性感覚情報を基にした「実感」による達成感は得られにくく,「ママ見てた？今のすごいでしょ？」と母親の称賛を求めるなど外的な手がかりで達成感を感じている様子であった.この時期は,同室で療育を行っている他児の動きを見ながら警戒をしている様子が強く見られた.

中期:《見立て遊びを通して揺れ遊具にも関われる時期》

トランポリンを跳ぶ際は,スポンジ棒に当たらないように跳ぶことや,ボールに当たらないようによけながら跳ぶことなど,工程が加わった遊びにも挑戦できる場面が増えた.また,ブランコを本児の好きな電車に見立てることで関わることができ,垂直方向のみでなく前後左右の前庭感覚の入力も受け入れられるようになった.この時期には,母親の称賛だけでなく,自己身体への体性感覚情報を通して「楽しい」「次はこうしてみたら？」など「実感」を基に達成感を得られるようになった.また,この頃から同室の他児が固定されるようになり始めたが,自ら関わりに行く場面は見られず,距離を取りながらも自分の行いたい活動に取り組んでいた.

終期:《能動的に様々な遊具に挑戦できる時期》

梯子を降りる際は,後ろ向きで降りられるようになり,四肢で探索する場面が見られた.また,初期では回避していた,ブランコや新規遊具にも自ら挑戦することや,OTR が初めて提示する遊び(風船バレーやブロックの上から落ちない遊びなど)に対しても興味を示し取り組むことができた.モンキースイングからビーズクッションへの着地が成功したタイミングで,OTR が本児を抱きしめても受け入れ可能で「前よりできるようになったね」と自身でも称賛する場面が見られた.この時期では,母親からの称賛(外的動機付け)の報酬がなくても,自身の活動の中で達成感(内的動機づけ)を得られるようになっていた.また,同室の他児とも顔なじみとなり,同じ活動にも,やり取りしながら一緒に行っている様子が見られた.

7. 結果

本事業所での様子:能動的に活動に取り組む場面が増えた結果,様々な遊具にチャレンジする中で楽しめる場面が増えた.さらに,OTR と母親だけでなく,同室児と交流を図ることができた場面や,母親から離れても 1 人で遊ぶことができた場面,また,自ら母親に「ここに荷物を置いて,おトイレいってきてもいいよ」などの場面から本事業所という場所に適応することができた.

家の様子:現在は,家の中では母親から離れることもできており,1 人で祖母の部屋まで移動することができるようになった.また,父親ともふれあい遊びを行うなど,母親以外の家族とも交流することができるようになった.また,事前に予告することで母親がトイレやお風呂に入ることも受け入れられるようになった.

公園での様子:回避していた遊具だけでなく,ほとんどの遊具に自ら挑戦できるようになった.母親より,本事業所での活動を応用して公園でも自信を持って挑戦している様子であった.

園での様子:教室に入ることはまだ難しいも,母親から離れて加配の先生や担任の先生と一緒に遊ぶことができるようになった.最近は給食をモチベーションに登園し,自由遊びの時間は,クラスの子が追いかけっこをしているところに交じり遊ぶ場面も増えてきている.

8. 考察

当初は,安全基地が母親のみであった本児が,本事業所に適応できた背景として,サーキット遊びなどの明確な枠組み（人・もの・活動の設定）により見通しが立ちやすくなり,安心して過ごせる環境と認識されたと想定される.また, 固定遊具を中心に活動を提供し,段階的に支持面を不安定にするなど前庭感覚を含む活動へと発展させたことや,ブランコを電車に見立てるなど,本児がイメージできるように提供方法を工夫したことで,挑戦につながったと考えられる.

岩永(2013)は,揺れへの過敏反応は感覚統合療法の中で,スモールステップで揺れのパターンや大きさを徐々に増やすように関わると改善しやすいことを述べており,本児においても前庭感覚の過敏性に対しては積極的な介入が有効であったと考えられる.

また,Ayres(1985)は,「行為機能は,新しい,不慣れな活動を観念化し,順序立て,運動を実行する能力である」と述べている. 本児においても, OTR と遊具で遊ぶ中で体性感覚情報を通して,自己身体の位置関係や対象物の特性把握・操作性の理解が高まったことにより,新規遊具に自ら挑戦すること,つまり行為機能の向上がみられたと考えられる.

眼球運動に関しても,スイングに乗りながらぬいぐるみを取る活動や,風船バレーのラリーなど,介入前に比べると見続けることができており, 前庭‐動眼反射を中心とした眼球運動の調整が向上したと想定される.

今後も園生活やその先の小学校生活を見据えて, 事業所内で得られた本児の感覚特性・認知特性(感覚過敏,自己定位,見通しと枠組み,動機づけのポイント)などを伝達し,その環境に合わせた工夫をしていく必要があると考える.

9. 参考文献

1)岩永 竜一郎(2013):発達障害への支援 -感覚・運動アプローチを中心に- 小児保健研究 72 巻 4 号 473-479

2)Ayres AJ (1985):Developmental dyspraxia and adult apraxia25th anniversary edition AYRES DYSPRAXIA MONOGRAPH. Sensory Integration International.

表題	楽しい！もう１回！を大切にしたかかわりにより,お友達とともに保育活動に参加できるようになった事例.
演者名	FLOW 岡寺　高橋千晶

1．報告の目的

お友達と共に保育活動への参加が難しく,教室から出て行ってしまうことが多い自閉症スペクトラムを呈す A 君を担当した．作業療法士（以下,OT）は母に対し A 君にどのような思いを抱いているのかを聴取し,A 君の保育所等訪問員を通し担任や加配の先生の思いの情報共有を行った.

目標に対して介入を行った結果,保育活動への参加向上や日常生活での変化点が確認されたので報告を行う.

2．事例紹介

A 君,4 歳 6 か月,男児,2 人兄妹の第一子,父との母,1 歳になる妹と 4 人で暮らしている．2 歳を過ぎても言葉が出ないため,クリニックを受診したところ自閉症スペクトラムと診断され,医師より作業療法を勧められた.

相談支援事業所からの紹介により本施設の作業療法を利用開始．本施設は,週 1 回 OT が個別に対応する形態である．また,保育所等訪問も実施しておりこちらも２ヶ月後より利用を開始した.

粗大運動発達は,寝返り 4 か月,座位 7 か月,四つ這い 9 か月,独歩 13 か月と大きな遅れはないものの,日常的な表情の変化の乏しさ,模倣の難しさ,目の合いにくさなどが目立っていた．園では朝教室へ入ることができず,加配の先生（以下,先生）に抱っこされながら教室を遠くから眺めることが多かった．保育活動には参加できないことが多く先生が傍にいても教室から出ていくことが多かった．A 君は数字やアルファベットを見ること,積み木を横一列に並べていくこと,絵本をみることを好み,園庭の大型遊具で遊ぶ場面は見られなかった.

3．作業療法評価

1）聞き取り：

園の先生方は，A 君がお友達と一緒に参加できる保育活動が増えてほしいと思っている.また,母も同様にお友達と遊ぶ機会が増えて欲しいと思っている.

2）感覚統合評価：

①新版感覚プロファイル

象限の項目において,低登録は非常に高い値を示しており,感覚処理の項目では,視覚情報に対して過敏であるが,前庭感覚情報に対しては鈍感さがみられる.

②遊び観察場面

【Com（表出）】遊び場面での自発話はみられないものの,単語レベルで言語模倣可能.発話は不明瞭で聞き取りづらさがあり．クレーン現象での要求可能.しかし,指差し,OT への注視は見られない.

【Com（理解）】共同注意の見られにくさあり.動詞を付け加えた問いかけの理解は難しい.

【姿勢バランス】歩行時転倒多く,立ち直り反応や保護進展反応は見られない.

【感覚への反応】垂直・回転方向への前庭感覚に対して笑顔がみられることが多い.また，固有感覚の刺激を含む遊びにおいても笑顔が見られる.感覚刺激提供終了後すぐ無表情へと戻る.

【行為機能】企画：自発的におもちゃなどを探しに行こうという行動は見られない.計画や遂行：おもちゃの遊び方はワンパターンである.

3）解釈：

保育活動への参加には,口頭指示の理解や動作模倣が必要である.しかし,遊び場面の観察で口頭指示のみの理解に難しさがあり,動作模倣は見られなかった.動作模倣には,身体図式の地理的・機能的要素の発達が不可欠である.しかし,感覚プロファイルの結果では感覚刺激への低反応性が高い傾向にあった.感覚刺激への低反応性により前庭感覚・固有感覚・触覚など身体図式を形成するための要素を受け取りづらいと考えられる.その為,身体図式の未熟さが推測される.口頭指示理解の基盤として人への注視や共同注意が必要である.しかし,遊び場面では確認されなかった.その為,口頭指示が多い集団活動への参加がむずかしいと考えられる.

4．介入の基本方針

保育活動への参加を楽しめるようになる為に必要な口頭指示理解の向上,動作模倣の獲得を目指す.これらに必要である身体図式の地理的要素の発達・身体図式の機能的要素の発達・二項関係を通し人に注視できるようになることを基本方針とし支援計画を立案した.

5．作業療法実施計画

長期目標：園での保育活動にお友達と一緒に参加できるようなる.

短期目標：①「楽しい！」と感じ遊びの中で表情の変化が見られやすくなる.

②遊具に自分からかかわる場面が増える。

③「もう一度遊びたい！」などの繰り返しの要求がみられる.

手段・方法：週 1 回,1 回 40 分（１年間の利用）

①A 君の表情の変化が見られやすい垂直方向への前庭刺激や固有感覚刺激が感じられる遊びを提供する.

②大きな坂道や大きな台,人間ジャングルジムなどを遊びに入れ,〈かがむ・のぼる・またぐ・くぐる〉などの動作を促す.
③マーク A を押すと垂直方向への前庭刺激,マーク B を押すと回転方向への前庭刺激を感じられる遊びを通し,「A 君が行った動作に応じて報酬が変化する遊び」を経験し人と遊ぶことの楽しさを経験してもう.

6. 介入経過

【初期：表情の変化がなくセラピストに促され遊ぶ時期】

表情の変化：垂直・回転の前庭刺激に対しては,笑顔が良く見られるものの持続はせず遊び提供終了後すぐに無表情へ戻る.転倒時にも泣くことはなくその場に立ちつくすことが多い.

遊び方：自分から遊具へかかわることはなく,OT に促され遊ぶことが多い. 促しには応じることが多く回避する場面はない.OT が遊びの提供をやめると,ボールやペットボトルで遊ぶことが多く,トランポリンやブランコへの誘いかけは姿勢バランスの全介助がなければ不快感を表情で示すことが多い.大きな台の上に上ってもらうように促すが,上り方がわからずその場に立ちつくしてしまう.

要求：笑顔が沢山見られた遊びに関して「もう一回！」という要求は見られなかった。

【中期：表情の変化が見られやすくなり,「もう一回！」の要求が増えた時期】

表情の変化：初期よりも声を出して笑うことがよく見られる.

遊び方：ボールやペットボトル以外の小物を自分から探し出すことが可能. 加速を感じる遊びや前後左右への揺れを好む.しかし,この刺激を受け取ってもらうためには姿勢の介助が必要である.

要求：OT へクレーンでの要求がよく見られた.表情の変化が大きかった遊びは「もう一回」の要求が見られた.（笑顔で OT へ近寄ってくる.OT を探す.など）

【後期：同室児の遊びを模倣できるようになり,「いやだ！」が明確になってきた時期】

表情の変化：笑顔以外に「嫌だ！」と手を振り払うなども不快表情をうかべ表現できる.

遊び方：今までは同室児が使っていた小物にのみフォーカスしていたが,同室児の動きの模倣が見られる.また,姿勢バランスの介助量を減らした状態で,ブランコやトランポリンで遊ぶことができた.家では園で習ったダンスを踊ってみたりして遊ぶ場面がみられる.

要求：指差しや単語を言いつつ要求することが増えてきた.繰り返しの要求では「もう一回！」とジェスチャーをつけ伝えることができた.

7. 結果

生活場面にて園では,A 君が分かる保育活動には取り組むことが出来るようになり,教室から出ることはなくなった.生活発表会のお遊戯もお友達の動きを模倣し練習する場面が見られ,本番では自分の出番が来た時に役を遂行することができた.自由遊び時間には２人乗り用の三輪車で遊ぶお友達を見て後ろに乗せてもらったり,園庭にある遊具への関わりが増えた.

家でも表情の変化がみられやすく,自分の思いを伝えようとする場面が見られてきた.自我が芽生えており体全身を使い「嫌！」を表現できるようになった.家での遊びは園で経験した遊びをおこなっており,ブロック遊びもストーリがある見立て遊びへと変化した.母との会話で「お父さんとどこに行ってきたの？」の問いに対し「セブンイレブン」と答えることができるようになりやり取りができる場面が増えてきた,

8. 考察

作業療法では,ふれあい遊びや遊具での遊びを通し身体図式の発達に必要な前庭感覚・固有受容覚・触覚を感じてもらった.また,二項関係の遊びを通し後期にかけて人への注視を促すことができた.身体図式の発達と人への注視は口頭指示理解や動作模倣を獲得するために必要である.本事例ではこれらの要素が向上したことにより園の保育活動に参加できることが増えたのではないかと推測する.また,身体図式の発達が促せたことにより,楽しい遊びを感じ取ることができるようになったと考える.これにより経験が記憶に残りやすくなり,「もう一回！」の要求を出しやすくなったと考えられる.内的動機づけから自発的な動作は記憶として残りやすく,子どもにとって「楽しい！もう一回!」はがあるからこそたくさんの遊びを経験することができるのだと考える.その経験は子どもの身体面・心理面・言葉面にも影響しているのだと感じた。

9. 参考文献

1）発達を学ぶ　人間発達学レクチャー　森岡　周　著
2）エビデンスでひもとく発達作業療法　高畑　脩平　著

第 14 回　奈良県作業療法学会

実行委員

学会長	毛利　陽介
実行委員長	塩田　大地
実行委員	松山　和樹
	北別府　伸介
	奥谷　早津紀
	井上　仁美
	松下　鈴世
	阪口　大和

第 14 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：医療法人　友紘会　西大和リハビリテーション病院
〒639-0218 奈良県北葛城郡上牧町ささゆり台3-2-2
第 14 回奈良県作業療法学会 事務局
TEL:0745-71-6688(代表)