

作業療法の 根拠と成果



～よりよい作業療法実践を目指して～

会期 平成30年6月23日土～24日日

会場 秋田市文化会館
〒010-0951 秋田市山王七丁目3-1
TEL 018-865-1191 FAX 018-865-1195

学会長 石川 隆志
秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻作業療法学講座

第27号 2018東北作業療法学会

A green silhouette of the northern part of Japan (Aomori, Iwate, Miyagi) is overlaid on the left side of the background image.

施設長 様
病院長

第28回東北作業療法学会

学長 石川 隆志



第28回東北作業療法学会出張許可のお願い

拝啓

時下ますますご盛栄のこととお喜び申し上げます。

平素より各県作業療法士会並びに東北作業療法学会の活動にご理解とご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、この度、下記の要領にて第28回東北作業療法学会を開催する運びとなりました。

つきましては、貴施設の作業療法士_____氏の学会出張に際し、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。

敬具

記

学 会 名： 第28回東北作業療法学会

会 期： 平成30年 6月23日（土）～ 24日（日）

会 場： 秋田市文化会館

〒010-0951 秋田県秋田市山王七丁目 3-1

学会テーマ：「作業療法の根拠と成果～よりよい作業療法実践を目指して～」

プログラム： 6月23日（土） 開会式

一般演題（口述発表・ポスター発表）

事例報告セッション（ポスター発表）

教育講演

機器展示

6月24日（日） シンポジウム

公開講座

機器展示

閉会式

以上

第28回東北作業療法学会

学会テーマ 作業療法の根拠と成果 ～よりよい作業療法実践を目指して～

主催／東北作業療法学会

一般社団法人 青森県作業療法士会
一般社団法人 山形県作業療法士会
一般社団法人 福島県作業療法士会

一般社団法人 岩手県作業療法士会
一般社団法人 宮城県作業療法士会
一般社団法人 秋田県作業療法士会

担当／一般社団法人 秋田県作業療法士会

学会後援／秋田県

一般社団法人 秋田県医師会
公益社団法人 秋田県看護協会
秋田県言語聴覚士会
秋田県介護老人保健施設連絡協議会
秋田魁新報社
ABS 秋田放送
AAB 秋田朝日放送

秋田市

一般社団法人 秋田県歯科医師会
公益社団法人 秋田県理学療法士会
秋田県リハビリテーション研究会
秋田県リハビリテーション専門職協議会
公益財団法人 秋田観光コンベンション協会
AKT 秋田テレビ
株式会社エフエム秋田

公開講座後援／

NHK 秋田放送局

東北作業療法学会誌 第27号

— 目 次 —

| | |
|----------------------|-----|
| 実施要綱 | 6 |
| 学会長挨拶 | 7 |
| 一般社団法人 秋田県作業療法士会会長挨拶 | 8 |
| 一般社団法人 日本作業療法士協会会長挨拶 | 9 |
| 交通アクセス | 10 |
| 会場周辺地図 | 11 |
| 参加者の皆様へ | 12 |
| 懇親会のご案内 | 14 |
| 口述発表者の皆様へ | 15 |
| ポスター発表者の皆様へ | 16 |
| 事例報告セッション発表者の皆様へ | 17 |
| 座長・司会の皆様へ | 18 |
| 会場案内 | 19 |
| 会場別日程 | 21 |
| プログラム | 22 |
| 教育講演 | 23 |
| シンポジウム | 25 |
| 公開講座 | 28 |
| 一般演題：口述発表 | 29 |
| 一般演題：ポスター発表 | 32 |
| 事例報告セッション：ポスター発表 | 35 |
| 抄録 | 38 |
| 東北作業療法学会 会則 | 118 |
| 学会組織図 | 120 |
| 編集後記 | 121 |
| 機器展示企業一覧 | 121 |

実施要綱

The 28th Tohoku Occupational Therapy Congress in Akita

■ 学会名 第28回東北作業療法学会

■ 会期 平成30年6月23日(土)～24日(日)

■ 会場 秋田市文化会館

〒010-0951 秋田市山王七丁目 3-1

TEL 018-865-1191 FAX 018-865-1195

■ 学会長 石川 隆志(いしかわ たかし)

秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻作業療法学講座

■ テーマ

作業療法の根拠と成果
～よりよい作業療法実践を目指して～

■ 事務局

第28回東北作業療法学会事務局

〒010-8543

秋田市本道1-1-1

秋田大学大学院医学研究科保健学専攻作業療法学講座内

実行委員長 高橋 恵一

事務局長 久米 裕



東北作業療法学会（秋田）に込めた思い

第28回東北作業療法学会

学会長 石川 隆志

秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻作業療法学講座

この度、第28回東北作業療法学会を秋田県秋田市において開催いたします。本学会を開催するにあたり、ご支援とご協力をいただいた関係機関、関係者の皆様に心より感謝申し上げます。秋田の地に集った東北六県の会員の皆様に、学会に参加してよかったですと思っていただけるように、秋田県作業療法士会が総力を結集し学会を成功させたいと考えております。

さて、本学会のテーマを「作業療法の根拠と成果～よりよい作業療法実践を目指して～」と定めました。近年の作業療法では対象者の望む作業の実現やよりよい生活の実現のために、作業療法士がどのような支援を行なえばよいかについて活発に討論されてきました。よりよい作業療法を対象者に提供するためには、論理に基づいて個々の対象者に合った目標を具体的に設定し、段階的な計画を立てて実施し、その結果を振り返ることが必要です。つまり、自らの実践の根拠を明確にするとともに、その実践の成果を吟味することが大切だと思います。このことは、作業療法士の判断や行動を導く思考過程の原点であり、医療専門職として当然しなければならないことです。

(一社)日本作業療法士協会の事例報告登録制度の創設と運営に携わってきた経験から、まだまだ自らの作業療法実践をまとめ公表する作業療法士が少ないことを実感してきました。本学会では、作業療法士の実践とその根拠、そして成果を積極的に語ってもらいたいと考え、新たに事例セッションを設けました。お陰様で東北各県の会員の皆様から事例セッションを含め多くの演題を提出いただきました。演題発表と討議を通じて発表者の実践の成果を学会参加者と共有することにより、対象者へのよりよい作業療法提供につなげようではありませんか。

平成30年度は6年に1度の診療報酬と介護報酬の同時改定が行われ、私たちには保健・医療・福祉を取り巻く変化への迅速な対応と、地域包括ケアシステムの構築に寄与できる医療専門職として重要な役割が求められています。教育講演ではOT協会制度対策部保険対策委員長の梶原幸信先生から、平成30年度診療報酬介護報酬同時改定の概要と課題について講演いただきます。地域リハビリテーションと地域包括ケアシステムをテーマとしたシンポジウムとともに、私たちに求められる役割と責任について考える機会とします。

公開講座では東京都健康長寿医療センター研究所副所長の新開省二先生に「健康長寿と栄養」について講演いただきます。健康に栄養は密接に関わることからリハビリテーションの分野でも近年、注目されているテーマです。講座を聴講される県民の皆様にも有益な学びの場になること思います。

6月23日、24日、秋田で皆様とお会いできることを楽しみにしております。



第28回東北作業療法学会の開催にあたって

一般社団法人 秋田県作業療法士会

会長 高橋 敏弘

秋田県立リハビリテーション・精神医療センター

第28回東北作業療法学会開催にあたり、担当県士会よりご挨拶申し上げます。

今年度は診療報酬、介護報酬の同時改定が行われ、医療と介護のさらなる連携の促進が図られました。また介護予防・日常生活支援総合事業も全ての市町村で実施され、リハビリテーション専門職のより一層の活用、協力が求められてきています。各県の作業療法士が参集するこの学会において、たくさんの人との交流を深め有意義な情報交換や共有の場になればと願っております。

せっかく秋田に来ていただくのですから少しだけ秋田県のご紹介をさせていただきます。秋田県は東京のほぼ真北450Kmにあり、北京やマドリード、ニューヨークなど世界の大都市とほぼ同じ緯度上（北緯40度）に位置しています。総面積は11,637km²で全国6位の広さです。人口は平成29年4月に87年ぶりに県人口100万人割れとなって以降、減少を続けており、平成30年2月1日現在では人口991,162人、世帯数388,618世帯となっています。高齢化率も平成29年7月1日の数字で35.5%と全国1位です。この数字だけ見るととっても残念な県のように思えますが、そんなことはありません。秋田県の子供の学力テスト全国トップクラスを維持し、重要無形民俗文化財の数も全国1位です。小野小町に代表される「秋田美人」で知られているほか、日本を代表する美林「秋田杉」おいしい「秋田米」そして「秋田の美酒」など秋田の資源は豊富です。

秋田県の作業療法士数は約550人と東北では最も少ない数ですが、秋田の県民性である誠実で温厚、粘り強さとバイタリティでこの東北学会を成功に導くよう努力しております。

この学会で多くのことを学ぶと共に、時間のある方は秋田の観光にも足を延ばして楽しんでいただけたらと思います。秋田市大町にある秋田市民俗芸能伝承館（ねぶり流し館）では竿灯の見学や体験もでき学会の合間でも楽しむことができます。千秋公園を散策したり、美術館を訪れるのも良いかも知れません。作業療法士としての知識や技術の習得はもちろん大事ですが、日常業務から離れた機会に心を豊かにし、自分を癒す時間を持つことも大切ではないかと思っております。お時間のある方は定番の男鹿半島や角館の武家屋敷、田沢湖にもお立ち寄りください。

学会のもう一つの楽しみは懇親会です。秋田はおいしい地酒コーナーも準備しております。秋田の食材を使った料理とお酒を楽しみながら語らいましょう。アトラクションも準備していますのでお楽しみに。参加費は昨年より大分上がってしまいますが、参加費に見合うおもてなしをお約束しますのでお誘い合ってご参加をお願いいたします。

最後になりましたが、昨年の宮城に引き続き東北の絆を深め、さらに次年度の山形に繋ぐ有意義な学会になることを願っています。

多くの皆様にお会いできることを楽しみにしております。



第28回東北作業療法学会を祝して

一般社団法人 日本作業療法士協会
会長 中村 春基

第28回東北作業療法学会が石川隆志学会長の下、関係各位の熱心なご準備により盛大に開催されますことに心よりお祝いを申し上げます。

本学会では『作業療法の根拠と成果～よりよい作業療法実践を目指して～』をテーマに、東北県下の作業療法士が一堂に会し、日頃の学術研究や社会貢献活動等を報告・討議されるとのこと、東北の作業療法士会の志の高さを感じます。本学会を通して、対象者の目標に合った作業療法の実践とその根拠、そして成果について積極的に議論が進み、作業療法の更なる可能性が確認されることを祈念しております。

さて、平成30年度は医療・介護・福祉の同時改定で幕が開けます。地域共生社会、一億総活躍の指針のもと、作業療法においても「活動と参加」あるいは地域包括ケアシステム等々の中で、生活を中心とした作業療法の実践が求められています。協会ではこの激変する社会の変革への対応の一つとしてMTDLPを推進しており、東北の皆様におかれましても積極的な取り組みを進めていただいていることに心より感謝しております。引き続き、県民にMTDLPによる作業療法が提供されることを願っております。

また、大きな変革の一つとして、18年ぶりに養成施設指定規則（カリキュラム）が改変されます。施行は平成32年度の入学生からとなります。総単位数が93単位から101単位へ増えるなかで、臨床実習が18単位から22単位へと増えるとともに、訪問・通所リハビリテーション施設における実習も義務化されることになりました。さらに、臨床実習指導者には研修を求める事になり、士会におかれましても臨床実習指導者講習会の開催などで参画をお願いすることになると思いますのでご協力をお願い致します。

このように、作業療法を取り巻く環境は、地域包括ケアシステムから作業療法士の養成に至るまで、地域に根ざした士会の活動と参画なしでは対応できないものになっています。改めて、県民から信頼される専門職となるよう、士会と協会が共同して取り組む必要を感じています。

最後に本学会において、石川隆志学会長はじめ、東北各県士会長の皆様の尽力に対し衷心より敬意を表します共に、本学会が東北の作業療法の益々の発展に寄与することを祈念しまして、お祝いの言葉とさせていただきます。

交通アクセス

The 28th Tohoku Occupational Therapy Congress in Akita

◆バス

J R秋田駅西口より約15分

秋田中央交通

| | |
|--------------|-------------------|
| 秋田駅西口 2番線のりば | 県庁中央交通線 |
| 秋田駅西口 3番線のりば | 県立プール線 臨海営業所線 |
| 秋田駅西口 5番線のりば | 寺内経由土崎線 サンパーク線 |

「①文化会館・八橋球場前」下車



《バス停のご案内》

- ①文化会館・八橋球場前
- ②八橋市民広場・裁判所前
- ③県庁市役所前
- ④県庁第二庁舎前

◆タクシー

J R秋田駅西口より約10分（約2.7km）

◆車

秋田自動車道「秋田中央 I.C.」より12分

会場周辺地図

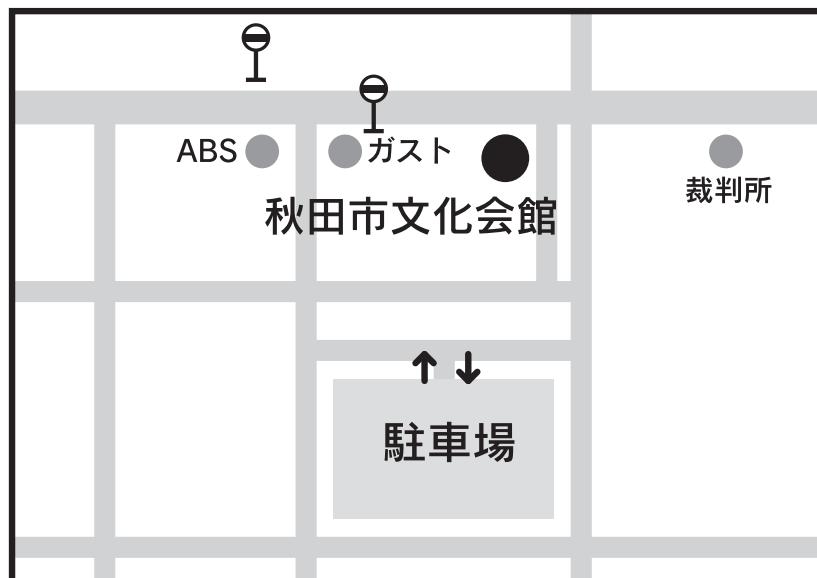
The 28th Tohoku Occupational Therapy Congress in Akita

◆会場周辺地図



◆駐車場について

駐車可能台数 212台 ※駐車場には限りがありますので、できるだけ公共交通機関をご利用ください。



参加者の皆様へ

The 28th Tohoku Occupational Therapy Congress in Akita

◆学会参加費について

| | 正会員 | 非会員 | 一般 | 学生 |
|------|--------|---------|--------|----|
| 事前登録 | 6,000円 | | | |
| 当日参加 | 7,000円 | 12,000円 | 2,000円 | 無料 |

※正会員とは、東北各県作業療法士会の会員です。

非会員とは、作業療法士免許を持ち、東北各県作業療法士会に所属していない方のことです。

学生とは、作業療法士免許を持っていない生徒・学生の方で、生徒手帳・学生証のある方です。

一般とは、正会員・非会員・学生以外の方です。

※正会員の公開講座（無料）のみの参加は認められません。

※事前登録料は、理由のいかんを問わず返金できませんのでご了承ください。

◆事前登録について

受け付けをスムーズに行うために、できるだけ事前登録をご利用ください。なお、事前登録の対象者は、正会員のみとなります。

【締め切り】 6月8日 17:40

【方法】 学会ホームページ (<http://akita-ot.jpn.org/ot28th/>) からお申し込みください。

◆会員証等の持参について

東北各県作業療法士会の会員は、会員であることを証明するもの（日本作業療法士協会会員証等）をご持参ください。受付等で提示を求めることがあります。

◆学会参加受け付けについて

【場所】 1階 ロビー

【時間】 6月23日 9:30~15:30 (開会式 10:30~)
24日 9:00~10:50 (シンポジウム 9:20~)

【方法】 事前登録者：事前登録受付ブースにお越しください。

当日登録者：当日受付ブースにお越しください。

*受け付け終了後、領収書、ネームカード、ネームホルダーをお渡しします。また、
日本作業療法士協会会員の方には、生涯教育ポイントシールをお渡しします。

◆会場内の注意

【ネームカードの携帯について】

会場内では、必ずネームカードの入ったホルダーを首からお提げください。ネームカードを確認できない場合には、会場への入場をお断りすることがあります。

【携帯電話の使用について】

会場内では、必ずマナーモードに設定するか電源をお切りください。通話は会場外でお願いします。なお、学会役員・実行委員は、運営上やむを得ず使用する場合があります。

【撮影・録音について】

会場内の写真・ビデオ撮影、録音等は、撮影が許可されているポスターを除き、著作権保護・当事者のプライバシー保護等の理由により禁止いたします。

【飲食について】

飲食は、地下1階 第1展示ホール（機器展示会場内）、5階 大会議室（ポスター発表会場）にてお願いします。他の発表会場内の飲食はご遠慮ください。

【喫煙について】

館内は全面禁煙となっております。喫煙は隣接駐車場内の指定の場所でお願いします。

◆クローケについて

【場 所】 地下1階 第1練習室

【利用時間】 6月23日 9:30~17:50

24日 9:00~13:00

【利用上の注意点】

受け付けを済ませてからご利用ください。貴重品、生もの、パソコン等の機器類はお預かりすることができません。荷物は必ず当日中にお引き取り下さい。2日間を通してのご利用はできません。

なお、学会終了後1週間を経過してもお引き取りに来られなかったものは、学会事務局で処分いたしますのでご了承ください。

◆昼食について

弁当の注文を希望される方は、事前登録と併せて学会ホームページからお申し込みください（お茶付・税込1000円）。なお、注文状況によっては、申し込みを終了する場合もあります。弁当の引き渡しは、1階ロビーの学会参加受付ブースとなります。弁当を注文しない場合は、会場周辺の飲食店等をご利用ください。

◆機器展示について

地下1階 第1展示ホールにて医療・福祉機器の展示を行います。

◆休憩場所について

6月23日は、地下1階 第1展示ホール（機器展示会場内）、5階 大会議室（ポスター発表会場）に休憩スペースを設置しますので、ご自由にご利用ください。

6月24日は、地下1階 第1展示ホール（機器展示会場内）にのみ休憩スペースを設置しますので、ご自由にご利用ください。

懇親会のご案内

The 28th Tohoku Occupational Therapy Congress in Akita

6月23日（土）18：30より秋田キャッスルホテルにおいて、皆様の親睦を深めて頂きたく、懇親会を開催いたします。多数のご参加をお待ちしております。

参加の申し込みは、学会の事前登録と併せて学会ホームページからお願ひいたします。当日の参加申し込みは、学会会場1階ロビー当日受付ブース（9：30～12：00）にて行います。なお、キャンセル時の返金はできませんので、御了承下さい。

当日は「なまはげ」による太鼓演奏を予定しております。

◆日時

6月23日（土） 18：30～

◆懇親会参加費

6,500円

◆会場

秋田キャッスルホテル

〒010-0001 秋田市中通1-3-5

TEL 018-834-1141

URL <https://www.castle-hotel.jp/>



口述発表者の皆様へ

The 28th Tohoku Occupational Therapy Congress in Akita

1. 口述発表の準備について

- 1) 口述発表の使用機材は PC プロジェクターとし, Windows 版 Microsoft PowerPoint 2013以降の仕様になります。ファイル形式には十分にご注意ください。フォントは Windows に標準装備のものをご使用ください。
- 2) Mac で作成したスライドデータについては、事前に Windows 版で動作をご確認ください。
- 3) 動画は使用できません。
- 4) スライドデータには、下記の例のように「演題番号_氏名」というファイル名をお付けください。
例) A-3-5_秋田太郎
- 5) スライドデータは、保存作業を行った PC 以外でも再生できることを事前にご確認ください。
- 6) スライドデータは、ウイルスチェック済みの USB メモリに保存してご持参ください。
- 7) スライドデータは、会場内の PC に一旦コピーさせていただきますが、学会終了後に責任を持って消去いたします。

2. 口述発表の受け付けについて

- 1) スライドデータを保存した USB メモリをご持参ください。
- 2) 学会参加受け付け後、発表セクション開始 1 時間前までに、1 階のロビーの演者受付ブースにお越しください。スライドデータの保存と動作確認をお願いします。なお、“11:00～12:00” のセッションで発表予定の方は、10:40までに演者受け付けをお済ませください。
- 3) 演者受け付けの際に、発表者分の生涯教育ポイントシールをお渡しします。

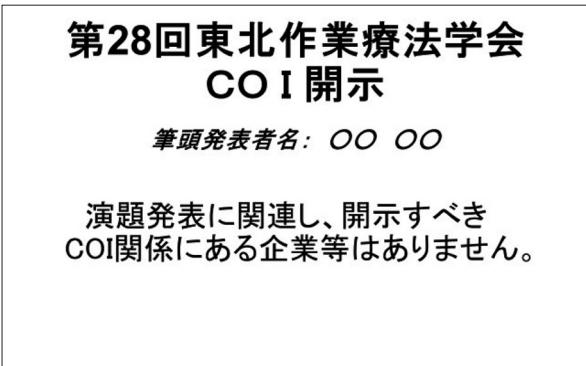
3. 口述発表の方法について

- 1) 発表者は、発表セッション開始の10分前までに、発表会場内の次演者席にお越しください。
- 2) 発表時間は 7 分、質疑応答時間は 3 分です。発表終了 1 分前と終了時に合図いたします。時間厳守をお願いします。
- 3) スライドデータの画面送りは、発表者が舞台上の PC モニタで確認しながら操作するようお願いします。レーザーポインタを舞台上に準備しますのでご活用ください。

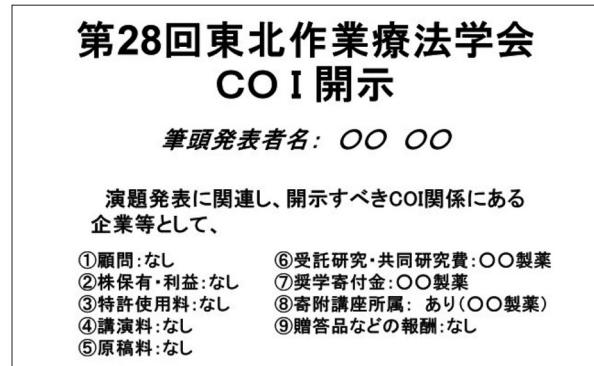
4. 利益相反 (COI) の開示について

第28回東北作業療法学会では、発表者に対して、演題発表時に発表演題に関連する企業等との利益相反 (Conflicts of Interest: COI) の有無および状態について申告することを義務付けております。下記の例を参考にして、COI に関するスライドを演題名スライドの次（2枚目）にお入れください。

例 1)



例 2)

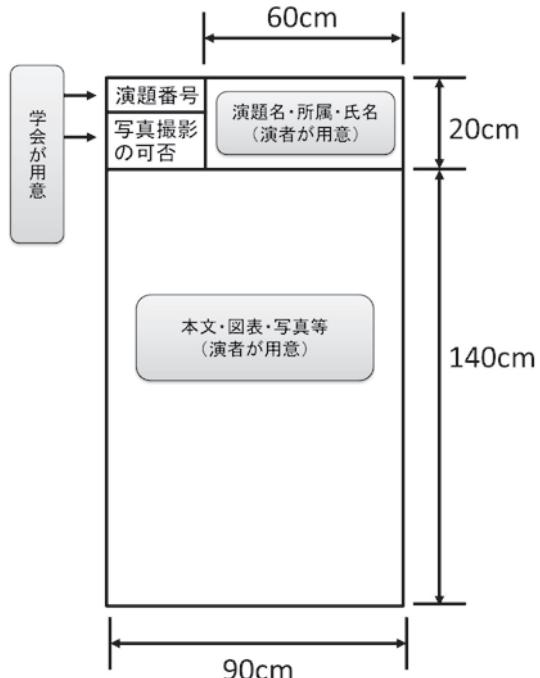


ポスター発表者の皆様へ

The 28th Tohoku Occupational Therapy Congress in Akita

1. ポスター発表の準備について

- 1) ポスターフォームは右図を参照し、演題名・所属・氏名・本文をご作成ください。なお、文字の大きさは、少なくとも3m離れた位置からでも明瞭に見えるようご配慮ください。
- 2) ポスターは、必ず指定したサイズに収まるようご作成ください。
- 3) 学会事務局では、掲示パネル左上部の演題番号、ポスターを貼り付けるための画鋲・ピンを準備しております。また、写真撮影可否の用紙を発表会場にて配布いたします。



2. ポスター発表の受け付け・掲示・撤去について

- 1) 学会参加受け付け後、下記の時間帯に5階大会議室前の演者受付ブースにお越しください。
6月23日 9:30~10:00
- 2) 演者受け付け後、下記の時間帯にポスターをご掲示ください。時間厳守でお願いします。
演者受け付けとポスター掲示の時間：6月23日 9:30~10:00
- 3) 演者受け付けの際には、発表者分の生涯教育ポイントシールをお渡しします。
- 4) ポスターの撤去は、**6月23日 15:45~17:50**にお願いします。指定時間以外の撤去を希望される方は、演者受付ブースにお申し出ください。撤去時間を過ぎても会場内にポスターが残っている場合は、処分させていただきます。

3. ポスター発表の方法について

- 1) 発表者は、発表セッション開始の10分前までに、発表会場内のご自身のポスター前にお越しください。
- 2) 発表時間は7分、質疑応答時間は3分です。発表終了1分前と終了時に合図いたします。時間厳守でお願いします。
- 3) 指示棒を準備しますのでご活用ください。

4. 利益相反(COI)の開示について

第28回東北作業療法学会では、発表者に対して、演題発表時に発表演題に関連する企業等との利益相反(Conflicts of Interest: COI)の有無および状態について申告することを義務付けております。ポスター右下方にCOIに関するご記載ください。記載する内容は、「口述発表者の皆様へ」の頁の例を参考になさってください。

事例報告セッション発表者の皆様へ

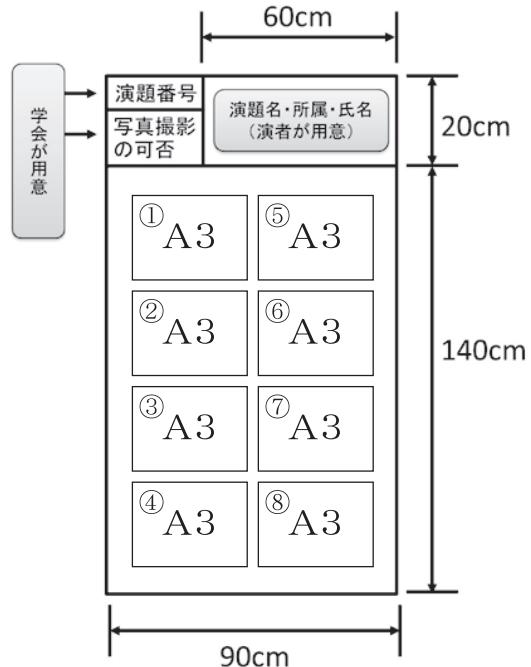
The 28th Tohoku Occupational Therapy Congress in Akita

1. 事例報告セッション発表の準備について

- 1) ポスター形式は右図を参照し、演題名・所属・氏名・本文をご作成ください。学会ホームページ(<http://akita-ot.jpn.org/ot28th/>)にPowerPointのポスターテンプレートを用意しましたので、PowerPointでポスターを作成する場合はご活用ください。テンプレートを使用しない場合は、本文の文字をなるべく大きくして明瞭に見えるようご配慮ください。
- 2) ポスターは、必ず指定したサイズに収まるようにご作成ください。
- 3) ポスター内の本文については、日本作業療法士協会事例報告登録システム事例報告書作成の手引き(第8.0版)または事例報告書作成の手引き(生活行為向上マネジメント)「生活行為の自立を目指して」(第2.0版)に準拠してご作成ください。以下のように項目を立て、指定文字数でまとめるようにお努めください。
①報告の目的(200字以内)、②事例紹介(400字以内)、③作業療法評価(600字以内)、④介入の基本方針(200字以内)、⑤作業療法実施計画(600字以内)、⑥介入経過(800字以内)、⑦結果(500字以内)、⑧考察(700字以内)、⑨参考文献(275字以内)
- 4) 有意義な意見交換を行うために、事前に座長がポスターの内容を確認させていただきます。つきましては、**当日使用するポスターのデータ(PowerPoint, Word, PDFなど)**を**6月8日(金)**までに下記担当者へお送りください。

データ送付先： 演題審査担当 寺尾 崇 (takashi.fj.0416@gmail.com)

- 5) 学会事務局では、掲示パネル左上部の演題番号、ポスターを貼り付けるための画鋲・ピンを準備しております。また、写真撮影可否の用紙を発表会場にて配布いたします。



2. 事例報告セッション発表の受け付け、ポスターの掲示・撤去について

- 1) 学会参加の受け付け後、下記の時間帯に地下1階 第1展示ホールの演者受付ブースにお越しください。
6月23日 9:30～10:00
- 2) 演者受け付け後、下記の時間帯にポスターをご掲示ください。時間厳守でお願いします。
演者受け付けとポスター掲示の時間：6月23日 9:30～10:00
- 3) 演者受け付けの際には、発表者分の生涯教育ポイントシールをお渡しします。
- 4) ポスターの撤去は、**6月23日 15:45～17:50**にお願いします。指定時間以外の撤去を希望される方は、演者受付ブースにお申し出ください。撤去時間を過ぎても会場内にポスターが残っている場合は、処分させていただきます。

3. 事例報告セッション発表の方法について

- 1) 発表者は、発表セッション開始の10分前までに、発表会場内のご自身のポスター前にお越しください。
- 2) 発表時間は7分、質疑応答時間は3分です。発表終了1分前と終了時に合図いたします。時間厳守でお願いします。

- 3) 質疑応答終了後には、座長・演者による事例報告の具体的方法（日本作業療法士協会の事例報告登録や論文投稿など）に関する意見交換を5分程度行います。
- 4) 指示棒を準備いたしますのでご活用ください。

4. 利益相反（COI）の開示について

第28回東北作業療法学会では、発表者に対して、演題発表時に発表演題に関連する企業等との利益相反（Conflicts of Interest: COI）の有無および状態について申告することを義務付けております。ポスター右下方（【参考文献】の後）にCOIに関するご記載ください。記載する内容は、「口述発表者の皆様へ」の頁の例を参考になさってください。

座長・司会の皆様へ

The 28th Tohoku Occupational Therapy Congress in Akita

1. 座長・司会の受け付けについて

座長は、当該セッションの開始20分前までに、口述発表は1階 ロビー内、ポスター発表は5階 大会議室前、事例報告セッション発表は地下1階 第1展示ホール前の座長受付ブースにお越しください。司会者は、当該セッションの開始20分前までに、1階 ロビー内の司会受付ブースにお越しください。

また、当該セッションの開始10分前までに会場にお越しください。

2. 進行について

演題発表は、口述発表Aは1階 大ホール、口述発表Bは2階 小ホール、ポスター発表C・Dは5階 大会議室、事例報告セッション発表E・Fは地下1階 第2展示ホールの4会場で行われます。ポスター発表と事例報告セッション発表については、各会場内にて2つの発表セッションが同時に進行されます。

発表時間は7分、質疑応答時間は3分です。タイムキーパーが発表終了1分前と終了時に合図いたします。時間配分は座長に一任いたしますが、必ず演題ごとに質問時間を確保するようお願いします。時間厳守でお願いします。

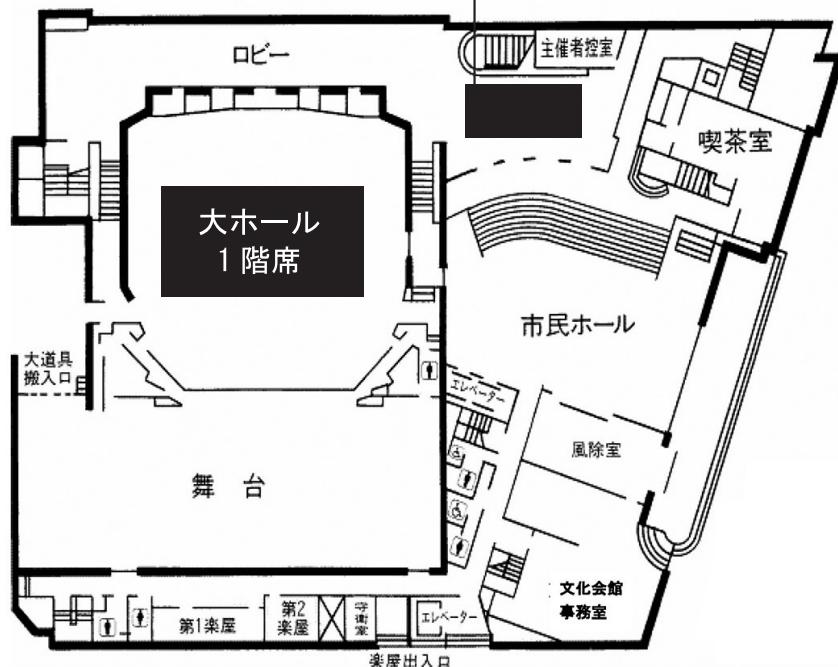
口述・ポスター発表、事例報告セッション、座長・司会に関する問い合わせ先

第28回東北作業療法学会 学術部 高見 美貴

miki@akita-rehacen.jp

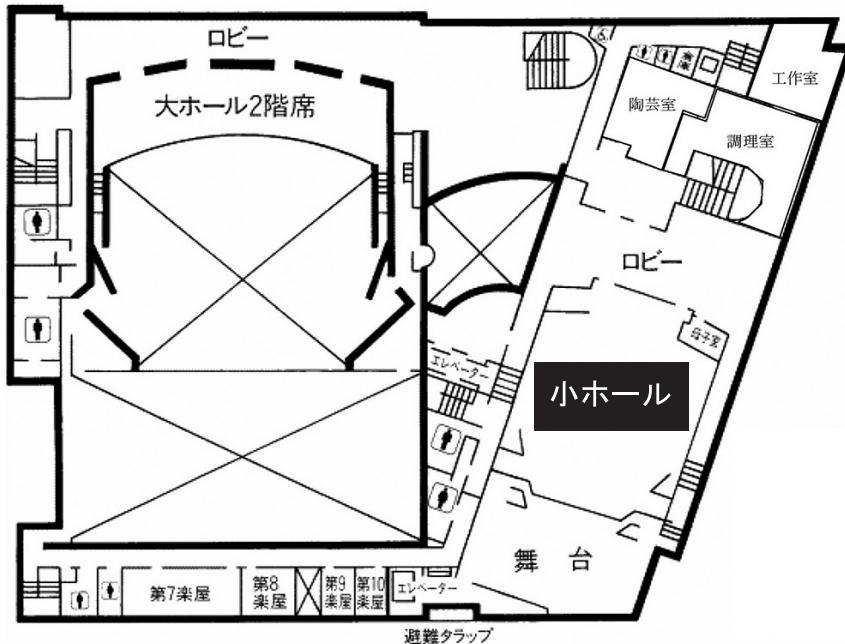
1階

参加受付／口述発表演者・座長受付／司会受付



2階

小ホール



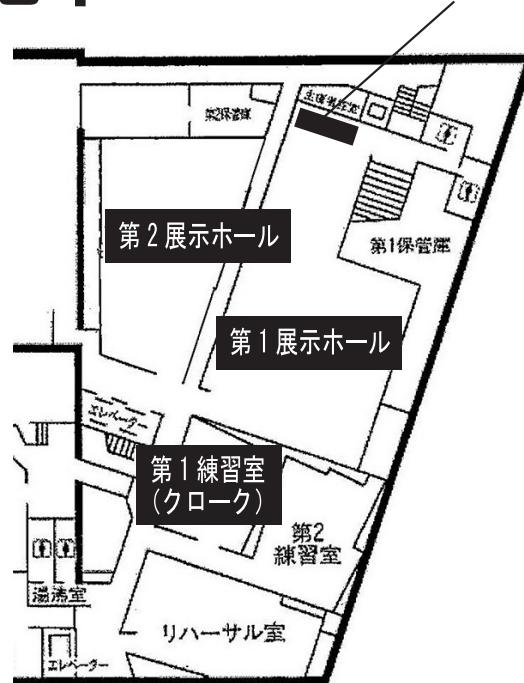
5階

ポスター発表演者・座長受付



地下

事例報告セッション演者・座長受付



会場別日程

The 28th Tohoku Occupational Therapy Congress in Akita

平成30年 6月23日（土）9：30 受付開始

| | 大ホール 1F | 小ホール 2F | 大会議室 5F | 第1展示ホール B1 | 第2展示ホール B1 | | |
|----------------|-----------------------------|-------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|---------------|-------------------------|-----------|
| | | | ポスター掲示 (9:30~10:00) | | | ポスター掲示 (9:30~10:00) | |
| 10:30 10:50 | 開会式（20分） | | | | | | |
| 11:00 12:00 | 口述 A-1 身障/中枢 | 口述 B-1 身障・老年期/事例 | ポスター C-1 精神・教育 | ポスター D-1 老年期/高齢者・ 介護保険/MTDLP | | 事例 E-1 | 事例 F-1 |
| 12:00 13:30 | | 昼食休憩（90分） | | | | 昼食休憩 | |
| 13:30 14:30 | 口述 A-2 身障/整形 | 口述 B-2 老年期/認知症・ 介護予防 | ポスター C-2 身障/ADL・調査 | ポスター D-2 発達・基礎 | | 事例 E-2 | 事例 F-2 |
| 14:30 14:45 | | 休憩（15分） | | | | 休憩（15分） | |
| 14:45 15:45 | 口述 A-3 身障/ロボット・ 物療 | 口述 B-3 がん・発達・その他 | ポスター C-3 身障/地域 | ポスター D-3 身障/整形 | | 事例 E-3 | 事例 F-3 |
| 15:45 16:00 | 休憩（15分） | | ポスター撤去 (15:45~17:50) | | | ポスター撤去 (15:45~17:50) | |
| 16:00 17:30 | 教育講演 (90分) | | | | | | |
| 18:30 20:30 | | 懇親会（秋田キャッスルホテル） | | | | | |

平成30年 6月24日（日）9：00 受付開始

| | 大ホール | 第1展示ホール |
|----------------|-------------|---------|
| 9:20 10:40 | シンポジウム（80分） | |
| 10:40 11:00 | 休憩（20分） | 機器展示 |
| 11:00 12:20 | 公開講座（80分） | |
| 12:25 12:45 | 閉会式（20分） | |

プログラム

The 28th Tohoku Occupational Therapy Congress in Akita

■開会式

- 1 学会長挨拶
- 2 来賓祝辞

●教育講演

テ　ー　マ：「平成30年度診療報酬介護報酬同時改定の概要と課題」
講　師：梶原　幸信（一般社団法人　日本作業療法士協会　制度対策部保険対策委員長）
司　会：高橋　敏弘（秋田県立リハビリテーション・精神医療センター）

6月23日（土）

●シンポジウム

テ　ー　マ：「地域リハビリテーションと地域包括ケアシステムにおけるリハビリテーション専門職の役割」
シンポジスト：三浦　晃（医療法人社団　東北福祉会　介護老人保健施設　せんだんの丘　作業療法士）
菅原　章（医療法人　あかね会　あかね会訪問リハビリテーション事業所　所長　作業療法士）
伊賀　裕貴子（南相馬市健康福祉部長寿福祉課地域包括ケアシステム推進係　作業療法士）
司　会：宮田　信悦（社会医療法人　明和会　大曲中通病院）

6月24日（日）

●公開講座

テ　ー　マ：「健康長寿と栄養」
講　師：新開　省二（東京都健康長寿医療センター研究所　副所長）
司　会：石川　隆志（秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻作業療法学講座）

6月24日（日）

■閉会式

- 1 学会長挨拶
- 2 学会長賞表彰
- 3 次期学会長挨拶

教育講演

The 28th Tohoku Occupational Therapy Congress in Akita

「平成30年度診療報酬・介護報酬同時改定」

梶原 幸信

一般社団法人 日本作業療法士協会 制度対策部保険対策委員長
(公益社団法人 地域医療振興協会 伊東市民病院)



診療報酬は2年、介護報酬は3年ごとに改定が行われる。平成30年度は診療報酬と介護報酬の同時改定であり、各制度間の連携体制強化等、それぞれの単独改定時より多くの改定が行われることが予想されている。

近年の改定では、少子高齢化や経済発展の減速など、診療報酬や介護報酬の基となる社会保障関連費用の財源確保が難しくなる一方で、医療費や年金等を筆頭に支出は増加傾向となる財政面の課題が顕著となっている。各制度改定においては、充実や適正化を厳しい財政を視野に進めなければいけない現状となっている。

以下、これまでに決定された事項や公表された関連資料である。

平成30年度同時改定に向けた関連する主な公表資料等（平成30年1月26日時点）

| 診療報酬改定関連情報 | |
|--------------------|--|
| ※・中医協（中央社会保険医療協議会） | |
| ・社保審（社会保障審議会） | |
| 平成29年9月13日 | 中医協総会：疾患別リハビリテーション料に関する課題と論点 |
| 10月18日 | 中医協総会：精神医療（精神疾患患者の地域移行に関する課題と論点） |
| 10月25日 | 中医協総会： <ul style="list-style-type: none">・地域包括ケア病棟入院料に関する課題と論点・回復期リハビリテーション病棟入院料に関する課題と論点・疾患別リハビリテーション料に関する課題と論点 |
| 12月8日 | 中医協総会：医療従事者の多様な働き方に関する課題と論点 |
| 12月18日 | 診療報酬改定率・介護報酬改定率決定 |
| 平成30年1月12日 | 厚生労働大臣発出：平成30年度診療報酬改定に関する諮問 中医協総会：これまでの議論の整理（現時点の骨子） |
| 1月24日・26日 | 中医協総会：個別改定項目について |
| 介護報酬改定関連情報 | |
| 平成29年6月7日 | 社保審介護給付費分科会：訪問リハビリテーションの現状と課題 |
| 6月21日 | 社保審介護給付費分科会：通所介護・通所リハビリテーションの現状と課題 |
| 8月4日 | 社保審介護給付費分科会：介護老人保健施設の現状と課題 |
| 12月18日 | 社保審介護給付費分科会：平成30年度介護報酬改定に関する審議報告 |
| 平成30年1月26日 | 厚生労働大臣発出：平成30年度介護報酬改定に関する諮問 社保審：平成30年度介護報酬改定に関する答申 |
| 医療と介護の連携 | |
| 平成29年4月19日 | 社保審（医療と介護の連携に関する意見交換）：リハビリテーションについて |

講演の時点では、既に改定の詳細は公表されている。同時改定におけるリハビリテーション関連項目を中心に紹介しつつ、制度改定に向けた（一社）日本作業療法士協会の取組みにも触れ、今後の方向性や対応について皆様と考える場にしたい。

略歴●梶原 幸信（かじわら ゆきのぶ）

プロフィール

氏名：梶原 幸信 Yukinobu Kajiwara

所属：公益社団法人 地域医療振興協会 伊東市民病院

Japan association for development of community medicine Ito municipal hospital

略歴：1991年 熊本リハビリテーション学院卒業

同年 農協共済中伊豆リハビリテーションセンター作業療法科勤務

2013年 伊東市民病院 リハビリテーション室勤務

リハビリテーション室長

2018年 同 医療技術部長 経営戦略室室長補佐 兼務

主な役職：（平成30年1月26日現在）

一般社団法人 日本作業療法士協会 制度対策部保険対策委員長

公益社団法人 静岡県作業療法士会副会長

シンポジウム

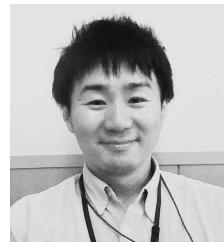
「地域リハビリテーションと地域包括ケアシステムにおけるリハビリテーション専門職の役割」

The 28th Tohoku Occupational Therapy Congress in Akita

「作業療法 “土” が必要とされる地域をつくる」

三浦 晃

医療法人社団 東北福祉会 介護老人保健施設せんだんの丘



当協会の地域包括ケアシステム推進委員会（以下、当委員会）では、平成28・29年度において、3回にわたり「地域会議および介護予防・日常生活支援総合事業に関する人材育成研修会（以下、人材育成研修会）」を開催してきた。これを通じて見えてきた課題がある。それは、「助言の要点化（平易に表現する・簡潔にまとめる・かつ明日から役立つような具体的な助言をする）」「帳票類の理解」「ケアマネジメントプロセスの理解」「地域課題の助言」という4つの課題と、地域ケア会議や総合事業への作業療法士の参加が非常に芳しくないという全国的な現状である。

そこで、当委員会の平成30年度の活動は、これらの課題解決に資するべく、人材育成のみならず、地域支援事業に作業療法士ニーズを生みだすアクションや活用されるためのシステムづくりにも焦点を当てることとした。各土会での具体的な実践と成果への結びつけを目的に、「4回目の人材育成研修会の開催」「地域ケア会議の助言集の作成」「生活行為支援マニュアルの作成」「各土会における人材育成研修等への講師派遣」を活動項目に掲げたところである。

ところで、作業療法士以外の方が、“作業療法”を理解し、自立支援の手段として我々を求めていただるためにどんなアクションが必要だろうか？言葉だけでは伝わりにくい“作業療法”的魅力を伝えるには、“作業療法”を実践できる作業療法士と出逢う機会を作り、その効果を実感していただくことこそ重要と捉えている。各地の地域包括ケアシステムの構築に作業療法士が貢献していくには、何にも増して、より多くの方々に“作業療法”に触れてもらうこと。これに尽きるのではないだろうか。

協会そして土会の立場から、試行錯誤の取り組みを紹介しつつ、皆様と一緒に考える機会としたい。

略歴●三浦 晃（みうら こう）

【経歴】

平成17年 作業療法士国家資格取得

平成17年 JA 秋田厚生連 鹿角組合総合病院（現：かづの厚生病院）精神科デイケア所属

平成20年 医療法人社団 東北福祉会 介護老人保健施設 せんだんの丘入職：訪問看護ステーション所属

平成21年 支援相談員となり現在に至る

【資格】

作業療法士・社会福祉士・精神保健福祉士・介護支援専門員

【社会活動】

日本作業療法士協会 企画調整委員会（2009/6～2017/3）

生活行為向上マネジメント推進プロジェクト委員会（2014/4～2018/3）

日本作業療法士協会 地域包括ケアシステム推進委員会 委員長（現在）

日本作業療法士協会 学術部（現在）

宮城県作業療法士会 企画調整局 地域支援部 部長（現在）

シンポジウム

「地域リハビリテーションと地域包括ケアシステムにおけるリハビリテーション専門職の役割」

The 28th Tohoku Occupational Therapy Congress in Akita

全国初の地域療法士会 設立経緯とこれから ～リハビリテーションが地域医療の一部門になるという新しい考え方～

菅原 章

医療法人 あかね会 あかね会訪問リハビリテーション事業所 所長



【岩手県釜石圏域の復興状況】

当地域は、岩手県沿岸南部に位置する釜石市と大槌町を併せた二次医療圏です。東日本大震災前月は圏域人口5.5万人、高齢化率33%でしたが、H29年12月末はそれぞれ4.7万人、37.2%で、津波被害と内陸部への転出による急激な人口減少と高齢化進行が深刻な問題となっています。

【釜石リハビリテーション療法士会（釜石リハ士会）が必要な理由】

会設立以前、行政の会議には釜石医師会・歯科医師会・薬剤師会・ケアマネ協議会が「専門職」として出席していましたが、リハ職は招聘されていませんでした。これでは地域の一員とは言い難い。H25年7月の設立後は多職種とともに出席し、まちづくりへの貢献の第一歩を踏み出しました。

【釜石リハ士会の多職種連携事業】

地域でリハ3職種がまとまる目的は、介護予防事業を受託しやすくするためか、それだけではなく地域医療の一部門になることを目指すかという二つがあるかと思いますが、釜石リハ士会は後者を選びました。以来、行政・医療・介護それぞれとの間で構築してきた濃密な連携についてご紹介します。

【地域の中での作業療法士の役割（私見）】

地域ではリハ職も行政や多職種と歩調を合わせて住みやすいまちづくりへ取り組むお手伝いをすることが求められています。その際にはリハ3職種においてリーダーや調整役等が必要となります。OTはリーダーよりも調整役に向いているのではないかと感じています。

略歴●菅原 章（すがわら あきら）

| | |
|---------|----------------------------|
| 平成13年 | 医療法人 あかね会 老健、訪問看護ステーションに所属 |
| 20年 | あかね会訪問リハビリテーション事業所 所長（現職） |
| 23年4～6月 | 釜石市災害対策本部保健医療班リハビリ部門責任者 |

＜資格＞ 3学会合同呼吸療法認定士

＜役職＞ 一般社団法人 岩手県作業療法士会 沿岸支部長

釜石リハビリテーション療法士会 事務局長

いわて呼吸作業療法研究会 事務局長

＜所属学会＞ 日本在宅医学会

日本呼吸ケア・リハビリテーション学会

日本心臓リハビリテーション学会

＜行政関連＞ 釜石市地域ケア推進会議委員

釜石市在宅医療連携拠点事業推進協議会委員

大槌町地域ケア会議在宅医療部門連絡会委員

岩手県釜石保健所難病対策地域協議会委員

シンポジウム

「地域リハビリテーションと地域包括ケアシステムにおけるリハビリテーション専門職の役割」

The 28th Tohoku Occupational Therapy Congress in Akita

福島県南相馬市の復興への現状と地域包括ケアシステムの取り組み

伊賀 裕貴子

南相馬市健康福祉部長寿福祉課
地域包括ケアシステム推進係



福島県の太平洋側に位置する南相馬市は、平成23年3月11日の震災時、「震度6弱」の大地震を経験した。加えて福島第1原子力発電所事故の影響で、避難を余儀なくされたため、一時期は医療機関や福祉施設も閉鎖したことがあった。その後、徐々に再開し始めてはいるが、医療・介護職員不足のためにフル稼働できていないなど、職員不足は深刻な状況にある。作業療法士に関しては、市外等から南相馬市内の事業所に入職して頂け、新たな分野で働いている方もいる。

震災前に約7万人だった人口は、約6万2千人に減少、高齢化率は25.9%から33%に上昇。介護認定者数は、震災前と比べて686人が増加している状況にあり、震災の影響で5~10年早く人口問題や高齢者問題が起きている。

震災後、主に高齢者についての課題で挙げられるキーワードには「地域での見守り・助け合い」が多い。平成27年度から「南相馬市地域包括ケアシステム推進会議」を開催しているが、専門部会でも話題となる。委員にはリハ職も参加し、各分野からの活発な意見交換をしていただいているが、まだまだ、地域の中での対象者の生活を考えられるリハビリ専門職は少ないように感じている。

住み慣れた地域の中で、健康に生活できる高齢者に専門職のどんな役割が持てるのか、考える機会としたい。

略歴●伊賀 裕貴子（いが ゆきこ）

- | | |
|-------|---|
| 1996年 | 東北医療福祉専門学校 卒業 |
| 1996年 | 作業療法士資格 取得 |
| 同年 | 旧原町市役所（現南相馬市役所）保健センター 入職 老人保健法に基づく機能訓練事業、高齢者保健事業に関わる |
| 2014年 | 南相馬市役所 長寿福祉課に異動 介護予防事業に関わる 現在に至る |

公開講座

The 28th Tohoku Occupational Therapy Congress in Akita

健康長寿と栄養

新開 省二

東京都健康長寿医療センター研究所 副所長



健康長寿に果たす食や栄養の役割は大きい。欧米人とは異なり日本人の肥満（BMI30以上）の割合は極めて低く、逆にやせの割合は高い。日本人高齢者ではその傾向がさらに強くなる。健康長寿との関連では、わが国の高齢者においては、肥満や栄養過多というよりはむしろ痩せや栄養不足がより問題である。痩せや栄養不足は、循環器疾患の死亡リスクを2.5倍上昇し、余命を短縮させる。また、骨粗鬆症、サルコペニアさらには認知症も起こりやすく、健康余命が短くなる。やせや栄養不足を予防する目標値は、BMIが20以上、血清アルブミンが4.0g/dL以上である。

普段の食生活で気を付けることは、いろいろな食品・食材をまんべんなく食べ、さまざまな栄養素をバランスよくしっかりと摂ることである。その目安として食品摂取の多様性得点（DVS）が推奨される。DVSは10の食品群〔さあにぎやか（に） いただくと覚える〕の摂取頻度を調べ、ほとんど毎日食べる場合を1点、それ以外を0点とカウントし、合計得点を算出する（範囲：0～10点）。得点が高いほど、体重あたりのタンパク質量が多く、ビタミンやミネラルも豊富ないわゆる「栄養素密度の高い」食事をしている。一方で、穀物エネルギー比は低くなるため、総エネルギーはあまり変わらない。最新の研究により、DVSが高いとサルコペニアさらには認知症の予防につながることが示された。DVSの目標値は7点以上である。

略歴●新開 省二（しんかい しょうじ）

プロフィール

東京都健康長寿医療センター研究所 副所長（医師、医学博士）

1980年愛媛大学医学部卒業後、1984年同大学院医学研究科博士課程修了。1990年から91年、文部省在外研究員としてトロント大学医学部に留学。その後、愛媛大学医学部助教授をへて1998年東京都老人総合研究所研究室長、2005年同研究部長、2015年現職。専門は老年学・公衆衛生学で、高齢者を対象とした疫学研究により老化プロセスの解明や健康長寿の施策づくりを行う。各種学会理事・評議員や厚生労働省「次期健康日本21策定検討委員会」委員など歴任。日本公衆衛生学会奨励賞（2006年）、都知事賞（2001、2007年）などを受賞。著書は『死ぬまで介護いらずで人生を楽しむ食べ方』（草思社、2017）など。学術論文は約400本。NHKなどのテレビ番組にもたびたび出演。

一般演題（口述発表）

6月23日（土）

大ホール（11：00～12：00）<身障/中枢>

座長：金谷 圭子（一般財団法人 黎明郷 弘前脳卒中・リハビリテーションセンター）

A-1-1 覚醒下手術で到達動作を評価した頭頂葉腫瘍の一例

福島県立医科大学附属病院 芥川 奈央

A-1-2 脳卒中患者がセルフケアを自立するための心身機能の水準の明確化

東北福祉大学 藤田 貴昭

A-1-3 脳出血発症から4年後の就労再開～可能性への挑戦～

福島医療生協 わたり病院 丹治 賢太郎

A-1-4 脳卒中再発予防に向けた取り組み 急性期脳卒中患者への減塩調理訓練

一般財団法人 広南会 広南病院 荒谷 里美

A-1-5 リアルタイムでの介入で ADL 向上につながった事例

公益財団法人 いわてリハビリテーションセンター 遠藤 梢

A-1-6 当院摂食嚥下ワーキンググループにおける作業療法士の関わり

～効果的なチームアプローチとは～

JA 秋田厚生連 湖東厚生病院 阿部 佑己

大ホール（13：30～14：30）<身障/整形>

座長：高野 真一（学校法人 こおりやま東都学園 郡山健康科学専門学校）

A-2-1 両上肢 major amputation の一例

弘前大学医学部附属病院 西村 信哉

A-2-2 長期透析患者の再発手根管症候群に対する浅指屈筋腱抜去術後のリハビリテーションと短期成績

JCHO 仙台病院 加藤 聰美

A-2-3 胸郭出口症候群に対する当院の治療戦略

済生会 山形済生病院 赤沼 昇也

A-2-4 長母指屈筋腱損傷例（Zone T2）に対するセラピィについて

にしかわ整形外科・手の外科クリニック 及川 友和

A-2-5 尺側全手根中手関節脱臼骨折を呈した症例

一般財団法人 会津中央病院 木下 卓美

A-2-6 キーンベック病の術後における前腕及び手関節可動域と患者立脚型評価の関連

にしかわ整形外科・手の外科クリニック 一戸 一輝

大ホール（14：45～15：45）<身障/ロボット・物療>

座長：山本 晶子（公益財団法人 いわてリハビリテーションセンター）

- A-3-1 ロボットリハビリテーションと治療的電気刺激を併用し上肢機能が改善した中心性頸髄損傷の1例
秋田大学医学部附属病院 加賀美 開
- A-3-2 急性期に上肢用ロボット型運動訓練装置を用い上肢機能改善を図った一症例
山形市立病院済生館 新野 麻祐子
- A-3-3 上肢リハビリ装置 AR2を使用し、上腕骨人工骨頭置換術後の上肢機能障害の改善を認めた一例
独立行政法人 労働者健康安全機構 秋田労災病院 田中 秀一
- A-3-4 当院ボツリヌス療法の治療システムと現状の報告
東北医科薬科大学病院 虎岩 辰弥
- A-3-5 手指屈筋腱術後患者への IVES の治療効果
公益社団法人 磐城済世会 松村総合病院 新妻 祐介

小ホール（11：00～12：00）<身障・老年期/事例>

座長：椎野 良隆（一般財団法人 竹田健康財団 竹田総合病院）

- B-1-1 生活行為向上マネジメントの活用により長期的な目標が達成された一症例
～自動車運転再獲得に向けて～
医療法人社団 仁明会 斎藤病院 斎藤 郁矢
- B-1-2 主婦の役割を再獲得した症例 ～家族との関わりを通して感じたこと～
特定医療法人 盛岡つなぎ温泉病院 中野 里沙
- B-1-3 基本動作・ADL への関わりを通し、花嫁の父として結婚式列席が可能となつたくも膜下出血後の一症例
社会医療法人 明和会 中通リハビリテーション病院 岡本 真由
- B-1-4 生活背景を基に活動拡大が図れた症例
公益財団法人 いわてリハビリテーションセンター 石川 侑利奈
- B-1-5 意味のある作業に従事したことで不適切な行動が消失し、本人らしい生活を構築した事例
介護老人保健施設 あいぜん苑 原 和宏
- B-1-6 自己効力感の変化に着目した関わりが主体性の変化に作用した症例
一般財団法人 総合南東北病院 添田 祥平

小ホール（13：30～14：30）<老年期/認知症・介護予防>

座長：大内 義隆（医療法人 仁泉会 介護老人保健施設 なとり）

- B-2-1 認知症予防運動プログラム「コグニサイズ」を活用した地域高齢者に対する健康コミュニティ作り
秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻作業療法学講座 久米 裕
- B-2-2 住民主体の通いの場を活用した継続的な介護予防事業の効果検証
岩手医科大学いわて東北メディカル・メガバンク機構 高梨 信之
- B-2-3 認知症カフェ「しゃべりば」の活動報告と今後の課題
～福島県作業療法士会 会津・南会津支部の取り組み～
福島県作業療法士会 会津・南会津支部 平岡 千佳
- B-2-4 介護予防事業における作業療法士の実践報告～MTDLP を活用して～
一般財団法人 竹田健康財団 竹田総合病院 椎野 良隆
- B-2-5 山形県作業療法士会における地域ケア会議助言者資質向上への取り組み
社会医療法人 二本松会 山形さくら町病院 奥山 典子

小ホール（14：45～15：45）<がん・発達・その他>

座長：阿部 恵一郎（社会医療法人 みゆき会 介護老人保健施設 みゆきの丘）

- B-3-1 がん患者の精神的サポートで作業療法士が困難を感じる事象について
～作業療法士の語りから～
JA 秋田厚生連 秋田厚生医療センター 加賀谷 由美
- B-3-2 経カテーテル的大動脈弁置換術施行患者における、術前の大腰筋筋断面積と認知機能の関連
山形大学医学部附属病院 佐々木 健
- B-3-3 学童保育（放課後児童クラブ）と作業療法士の連携
～宮城県作業療法士会の取り組み～
一般財団法人 広南会 広南病院 道又 顕
- B-3-4 NICU における早期母子介入により母親の育児不安が改善した一症例
済生会 山形済生病院 渋間 勇人
- B-3-5 生活行為向上リハビリテーション実施加算算定への取り組み
～当施設で初めて算定に至った事例を通して～
介護老人保健施設 あいぜん苑 佐藤 美香子

一般演題（ポスター発表）

大会議室（11：00～12：00）<精神・教育>

座長：小枝 周平（弘前大学大学院保健学研究科）

C-1-1 精神療養病棟における統合失調症患者の社会生活能力に関する予備的調査

～UCSD Performance-Based Skills Assessment-Brief を用いた分析～

医療法人 三愛会 秋田東病院 小野寺 佑麻

C-1-2 当院精神科リエゾンチームにおける活動報告と OT の役割

秋田赤十字病院 高橋 弥生

C-1-3 臨床実習が作業療法学生の精神障害者に対する社会的態度に与える影響

～精神科実習経験の有無および実習種別からの考察～

東北文化学園大学 矢萩 未来

C-1-4 作業療法学生の職業的アイデンティティの志向性

学校法人 こおりやま東都学園 郡山健康科学専門学校 高野 真一

C-1-5 当法人作業療法士の課題抽出におけるプロセス

～経験年数に影響するのか～

社会医療法人 将道会 総合南東北病院 佐々木 圭

大会議室（11：00～12：00）<老年期/高齢者・介護保険/MTDLP>

座長：高橋 秀暢（おはようクリニック 通所リハビリ）

D-1-1 日常生活自立度が低い施設入所認知症高齢者の生活リズムの状態についての検討

(有) ケアサプライなかみちケアセンター 斎藤 寿真

D-1-2 通所リハビリテーション利用者における生活リズムと生活機能との関連性について

医療法人 正和会 小玉医院 小玉 鮎人

D-1-3 MTDLP プランニングによって日中の活動性が向上した腰椎圧迫骨折の事例

介護老人保健施設 ほのぼの苑 鈴木 茉李子

D-1-4 終末期患者に対するMTDLPの有用性について

社会医療法人 明和会 大曲中通病院 宮田 信悦

D-1-5 「その人らしい生活」を支援するリスクマネジメントの取り組み

介護老人保健施設 あいぜん苑 長谷川 由美子

大会議室（13：30～14：30）<身障/ADL・調査>

座長：安野 仁（医療生活協同組合やまがた 鶴岡協立リハビリテーション病院）

C-2-1 当院脳神経外科病棟におけるトイレ動作についての調査

いわき市立総合磐城共立病院 仲居 枝里子

C-2-2 “している ADL” 向上に向けた当院回復期病棟での取り組み

～入浴動作に着目して～

社会医療法人 明和会 中通リハビリテーション病院 伊藤 愛依

C-2-3 左アクセル操作に難渋し運転再開に至らなかった左被殼出血の一症例

宮城厚生協会 坂総合病院 角 汐梨

C-2-4 家族参加型リハビリテーションを実施した脳卒中患者の退院後の ADL 能力

地方独立行政法人 秋田県立病院機構 秋田県立脳血管研究センター 丹羽 歩

C-2-5 S C U 専従 OT の役割の検討

～トイレ動作獲得に向けて関わった一例を通して～

地方独立行政法人 秋田県立病院機構 秋田県立脳血管研究センター 赤塚 佳寿美

大会議室（13：30～14：30）<発達・基礎>

座長：吉川 法生（仙台青葉学院短期大学）

D-2-1 POR 異常症を呈した 2 歳男児の児童発達支援での取り組み

合同会社リハサポート アーチ天童 岡本 紘美

D-2-2 発達性協調運動障害児と自閉症スペクトラム障害児における視写能力

秋田県立医療療育センター 渡辺 誠

D-2-3 身体障害領域における対象者の標的問題と OT の基本方針

～OT 協会事例データベース過去 3 年間の一般事例と MTDLP 事例を比較して～

JA 秋田厚生連 大曲厚生医療センター 菊地 翼

D-2-4 作業療法士・理学療法士における自主訓練対象者の選択基準と導入・実施上の工夫について

～予備フォーカスグループインタビューより～

秋田赤十字病院 山薦 杏奈

大会議室（14：45～15：45）<身障/地域>

座長：大貫 操（医療法人 ならの杜 泉中央南おひさま訪問看護ステーション）

C-3-1 多職種協働による「通いの場における自立支援型プログラム策定事業」への取り組みについて
介護老人保健施設 新庄薬師園 三原 裕子

C-3-2 山形県作業療法士会における認知症地域支援活動
～認知症フォーラムの取り組み～
特別養護老人ホーム 芙蓉荘 山崎 卓礼

C-3-3 当院における院外活動の取り組み
社会医療法人 明和会 中通りリハビリテーション病院 松橋 純里

C-3-4 「あらら…できちゃった！一人でも出来そうだね.」
成功体験の積み重なりが自己効力感向上につながり活動性が拡大した症例
一般財団法人 脳神経疾患研究所 附属 南東北福島病院 斎藤 亮太

大会議室（14：45～15：45）<身障/整形>

座長：高橋 進一（JA秋田厚生連 由利組合総合病院）

D-3-1 陳旧性右小指ボタンホール変形に対する Fowler 法術後のリハビリテーション
～IP 関節の経時的变化～
一般財団法人 会津中央病院 堀金 尚

D-3-2 橋骨遠位端骨折の罹患側がセラピィ期間と患者立脚型評価に与える影響
弘前医療福祉大学 千葉 さおり

D-3-3 高齢者における CBVA と脊柱アライメントとの関係
福島県立医科大学 会津医療センター 佐藤 志保

D-3-4 口腔機能の向上とともに座位姿勢が改善した症例
医療法人 楽山会 大湯リハビリ温泉病院 神馬 歩

事例報告セッション（ポスター発表）

第2展示ホール（11：00～12：00）

座長：田村 大（独立行政法人 労働者健康安全機構 秋田労災病院）

E-1-1 総合事業通所型サービスC利用者にMTDLPを導入し、趣味活動の再獲得につながった事例

介護老人保健施設 ほのぼの苑 菅原 絵美子

E-1-2 本人が納得できる生活像を設定するまでに難渋した事例

～在宅復帰に向けて MTDLPを用いた介入～

医療法人社団 慈泉会 介護老人保健施設 ひもろぎの園 滝本 桃子

E-1-3 自宅で掃除と洗濯を行うことを目標に、在宅復帰を果たした事例

介護老人保健施設 湖東老健 熊谷 芽依

E-1-4 両大腿切断・中心性頸髄損傷者の1人暮らしへの復帰に向けた取り組み

医療法人 双山会 森岳温泉病院 小金屋 民子

第2展示ホール（11：00～12：00）

座長：千田 聰明（秋田大学医学部附属病院）

F-1-1 冬期における麻痺側手の自己管理に向けて～手袋の治療的活用～

医療法人 楽山会 大湯リハビリ温泉病院 高田 昌幸

F-1-2 維持期にトイレ動作獲得を目指した一例～1年間の介入～

介護老人保健施設 ニコニコ苑 照井 美帆

F-1-3 集中力向上に向けて作業選択を工夫した統合失調症患者への介入

秋田県立リハビリテーション・精神医療センター 加藤 柚花

F-1-4 作業は生きる望みをつなげる

仙台青葉学院短期大学 吉川 法生

第2展示ホール（13：30～14：30）

座長：高見 美貴（秋田県立リハビリテーション・精神医療センター）

E-2-1 頸髄症により上肢挙上障害を呈した患者の術後作業療法介入について

独立行政法人 労働者健康安全機構 秋田労災病院 高橋 育未

E-2-2 パーキンソン病にて入院加療中に橈骨神経麻痺を発症した症例

～楽しみである食事動作の改善を目指して～

独立行政法人 国立病院機構 米沢病院 阿部 翔

E-2-3 PICS 患者に対する急性期作業療法の関わり方

～人工呼吸器離脱・ICU 退室後に生じた慢性的な不安により意欲・活動性の低下をきたした症例～

石巻赤十字病院 坂本 麻衣

第2展示ホール（13：30～14：30）

座長：湊 洋太（社会医療法人 明和会 中通リハビリテーション病院）

F-2-1 筋力低下を伴いながらも家庭内の役割を果たす為にレンジ料理を用いた症例

独立行政法人 国立病院機構 米沢病院 小松 朗子

F-2-2 脳梗塞により強制把握を呈した患者への段階的アプローチについて

独立行政法人 労働者健康安全機構 秋田労災病院 鈴木 健一

F-2-3 自宅復帰を目指し、トイレ動作チェック表を用いて介入した症例

地方独立行政法人 秋田県立病院機構 秋田県立脳血管研究センター 小松 静香

第2展示ホール（14：45～15：45）

座長：佐藤 晃太郎（介護老人保健施設 あいぜん苑）

E-3-1 失語症の夫に対する家族の不安軽減に向けたアプローチ

医療法人社団 健育会 石巻健育会病院 宮戸 佐輔

E-3-2 ウェルニッケ失語患者に対する IADL 獲得に向けたチームアプローチ

秋田県立リハビリテーション・精神医療センター 井上 千絵美

E-3-3 全失語から重度運動性失語へと移行した患者への MTDLP 使用例

一般財団法人 周行会 内科佐藤病院 山本 香織

第2展示ホール（14：45～15：45）

座長：小野 かおり（秋田県立リハビリテーション・精神医療センター）

F-3-1 「料理を作ってあげたい」～移動支援を活用して～

福島医療生協 通所リハビリセンターいいの 佐藤 栄作

F-3-2 ポジティブフィードバックを使用することにより恐怖感の軽減に繋がった事例

～料理のリハビリをやってもらって良かった～

一般財団法人 脳神経疾患研究所 附属 南東北福島病院 中野 祐嗣

F-3-3 利き手の麻痺により家事動作訓練に消極的であった女性が家庭内の役割再獲得に至るまでの取り組み

医療法人 正觀会 御野場病院 吉田 美紀子

覚醒下手術で到達動作を評価した頭頂葉腫瘍の一例

キーワード：脳腫瘍，到達運動，評価

芥川 奈央¹⁾ 鳴原 和昭¹⁾ 高橋 勝¹⁾ 大井 直往²⁾

1) 福島県立医科大学附属病院 リハビリテーションセンター

2) 福島県立医科大学 リハビリテーション医学講座

【序論】

脳腫瘍に対する覚醒下手術は、術中覚醒状態で言語機能等の脳機能を評価し、個々の患者の脳機能局在を確認することにより、機能を最大限温存して腫瘍を摘出することを目的とする。しかし、頭頂葉損傷でみられる把握や到達動作などの障害を覚醒下手術で評価する手法は確立されていない。

【目的】

今回、我々は覚醒下手術で到達動作を評価する課題を開発し、右頭頂葉腫瘍の症例に対してその術中評価を行った。

【方法】

症例は 50 歳代右利きの男性。右中心後回、下頭頂小葉に位置する神経膠腫の診断。覚醒下手術中に以下の課題を行った。ペグ（大・中・小）とコインをランダムに提示し、これを約 50cm 前方にある物品の形と大きさに対応した穴まで把持して挿入する動作を繰り返した（以下、PEG&COIN 課題）。術前・術後評価としては、感覚検査（表在感覚、二点識別覚、深部覚、立体認知覚）、簡易上肢機能評価（以下、STEF）を施行した。

【結果】

術前後において左上下肢の運動麻痺は認められなかった。

病前より示指・中指指尖部から約 2mm の部位で裂傷があり、術前の体性感覚に関してはその部位以外は表在覚、二点識別覚、深部覚、立体認知覚すべて正常であった。STEF では全体的に動作緩慢が見られたが、両側ともに 91 点であり、日常生活動作（以下、ADL）も自立していた。

術中、覚醒は良好で、皮質マッピング時のPEG&COIN 課題においては、頭頂間溝外側や頭頂間溝前縁の上頭頂小葉側の刺激時には把握はできたが、到達動作にてずれが見られた。腫瘍の位置する中心後回・下頭頂小葉・上側頭回の刺激時は PEG&COIN 課題は正常に遂行可能であり、同部位の腫瘍摘出が施行されたが、中心後回摘出中に異常感覚と、表在覚の低下が出現し、その後位置覚・深部覚が低下した。

術後の感覚検査においては左上肢の表在覚・深部感覚はともに脱失・鈍麻となり、二点識別、立体識別覚も障害されていた。STEF では把握動作と到達動作が困難であった。ADL では茶碗が持てず、ボタンの付け外し・紐結び・ペットボトルの開け閉めなどが困難となった。

【考察】

覚醒下手術中、PEG&COIN 課題で上頭頂小葉にて到達動作にずれが生じた。以前より視覚性運動失調の責任病巣は視覚背側経路が関与すると報告されており¹⁾、本例の部位と一致している。

また、術中の主要領域の皮質マッピングにおいて PEG&COIN 課題が正常に遂行可能であったにもかかわらず、切除に伴い体性感覚障害が出現し、結果として把握・到達動作に障害を生じ、ADL にも明らかな悪影響を及ぼした。PEG&COIN 課題は注視下での把握・到達動作の評価に一定の有効性が認められたが、体性感覚障害に伴う動作障害は視覚性代償が働くため評価には限界があった。今後は体性感覚に依存した動作に関する評価も必要と考えられる。

さらに、本例の体性感覚障害による動作障害は、術後徐々に症状改善がみられたが、視覚性代償によるものと考えられる。

【結語】

到達動作の障害は ADL 上の支障となる可能性があり、覚醒下手術における頭頂葉機能評価の重要性が示された。また、術中の高次運動機能評価としての PEG&COIN 課題は一定の有効性が認められたが、視覚性の代償が働く結果、体性感覚障害に伴う動作障害を過小評価する可能性があり、今後の更なる検討が必要である。

【参考文献】

- 1) 平山和美：視覚背側経路損傷による症状の概要。高次脳機能研究, 35 (2) : 199-206, 2015.

脳卒中患者がセルフケアを自立するための心身機能の水準の明確化

キーワード：脳卒中，セルフケア，機能訓練

藤田 貴昭¹⁾ 佐藤 悅史²⁾ 五百川 和明³⁾ 山根 和広⁴⁾ 山本 優一⁴⁾

1) 東北福祉大学 2) 東大病院 3) 福島県立医科大学 4) 北福島医療センター

【序論】

脳卒中患者のセルフケア改善を目的とした介入では、動作の反復練習だけでなく低下した心身機能を改善させる機能回復練習も並行して実施されることが多い。機能回復練習の成果を効果的にセルフケア改善につなげるためには、心身機能とセルフケアの関連性の理解が重要となる。

これまでに回帰分析等を用いた先行研究から、麻痺側上下肢運動機能、感覚機能、バランス、視空間認知などの心身機能が脳卒中患者のセルフケア自立に影響することが報告されている。しかし、さまざまな心身機能が低下し、多様な臨床像を呈する脳卒中患者においては、先行研究の示した“各心身機能が単独で有する影響力”という知見だけでなく、どの心身機能がどの程度低下したかという組み合わせ、つまり各心身機能の“機能水準”とそれらの“交互作用”がセルフケア自立にどう関連するかを検討することが、臨床上重要であると考えられる。

【目的】

本研究の目的は、脳卒中患者のセルフケア自立の可否に関わる心身機能と水準およびそれらの組み合わせの影響を明らかにすることである。得られた知見はセルフケア自立と心身機能の間の構造の理解を助け、介入方針の決定を支援するモデルになることが期待できる。

【方法】

対象は回復期リハ病棟の初発脳卒中患者 69 名である。本研究は所属施設倫理審査委員会から実施の承認が得られている。

はじめに対象を FIM セルフケア項目の食事、整容、上半身更衣、下半身更衣、トイレの 5 項目のすべてが 6 点以上の自立群と 1 項目でも 5 点以下を含む非自立群に分類した。次に両群間で Stroke Impairment Assessment Set (SIAS)、簡易上肢機能検査 (STEF)、Berg Balance Scale (BBS)、FIM 認知項目、Vitality Index (VI) を比較し、有意差をみとめた項目を独立変数、自立・非自立を従属変数として決定木分析 (CART) を行った。分類の基準は Gini Index を用い、ツリーの最大深度を 3 とした。

【結果】

対象者 69 名のうち、自立群 47 名、非自立群 22 名であった。群間比較の結果、SIAS 下肢近位（股）、腹筋力、視空間認知、非麻痺側握力、非麻痺側膝伸展筋力、両側 STEF、BBS、すべての FIM 認知項目、VI で有意差が認められた。

決定木分析の結果、自立と非自立を分類する最適な変数として BBS が選択され、46 点を境に 2 群に分かれた。BBS が 46 点以上の群においては、麻痺側 STEF 1 点が分類の変数として選択され、BBS が 46 点以上で麻痺側 STEF が 1 点以上に該当する者の 97.1% が自立であった。一方、BBS が 45 点以下の群においても、次の分類の変数として麻痺側 STEF が選択され、62 点が基準となった。BBS が 45 点以下で麻痺側 STEF が 62 点以上に該当する者の自立割合は 58.3% に留まったが、次の分類変数である VI が 10 点という条件を満たしたケースでは、自立割合は 85.7% まで上昇した。今回の決定木の正分類率は 87.0% であった。

【考察】

バランス、麻痺側上肢機能、意欲の機能状態の組み合わせが、セルフケア自立の可否に大きく影響を与えることが示唆された。特にバランスの水準によりセルフケア自立に必要な麻痺側上肢機能の水準が大きく変化したこと (STEF 1 点と 62 点) は重要な知見であると考えられる。またバランスが低いケースでは、麻痺側上肢機能とともに意欲がセルフケアの自立に重要であることを示唆する結果であったが、この背景として “learned non-use” の関与が推察された。今回作成した決定木は、セルフケア自立を目指す脳卒中患者に対して、機能回復練習を行う際の指標になると考えられる。

脳出血発症から 4 年後の就労再開 ～可能性への挑戦～

キーワード：社会復帰、就労支援、地域参入

丹治 賢太郎
福島医療生協 わたり病院

【はじめに】

脳出血発症にて左片麻痺を呈し、デイケア（以下 DC）を利用している事例に対し、支援を行い就労支援施設（以下施設）に移行できたことについて以下に報告する。なお、本発表を行うにあたり、事例・家族から承諾を得ている。

※事例は発表者が現在勤務する病院系列の「介護老人保健施設はなひらの」にて担当したものである。

【事例紹介】

50 代前半男性、診断名：右被殻出血、障害名：左片麻痺、高次脳機能障害（注意障害）、職業：元営業職（食肉）→無職、家族構成：妻、子 2 人、義母の 5 人暮らし、事例主訴：働けるなら働きたい、家族主訴：事例が望むことは協力するが意欲を感じない、介護度：要介護 2。

【評価】

<身体機能>Br-s : 上肢 II, 手指 I, 下肢 III.
感覚（表在・深部）：上下肢中等度鈍麻。基本動作：自立。歩行：T 字杖・SLB 使用にて屋内外自立。
<高次脳機能>注意障害（軽度）。<ADL>入浴は DC 利用、それ以外は自立。< IADL >非実施、DC 利用日以外は自宅で無為に過ごすか時々自宅周囲を散歩する程度。

【第一印象】

DC の中で高齢者と馴染んでいることに違和感があり、人生をあきらめているような様子。

【目標】

福祉的就労につなぐ。

【経過】

<施設を利用するまで>約 5 カ月の回復期リハ病院を経て、退院後は週 2 回 DC 利用となる。DC 利用当初は車イスと 4 点杖歩行を併用していたが、徐々に歩行の安定性・耐久性が向上し、T 字杖歩行にて自宅周囲の散歩が可能となる。発症から 3 年後、身体機能のリハビリはゴールであり、今後は社会復帰に向けたリハビリが必要であることを伝え施設の紹介・見学を開始した。施設の選定は、作業内容・施設の場所・送迎の有無を優先に OT が窓口となり行った。しかし、口頭説明だけでは

事例が前向きになれず、施設見学に行くにも腰が重かった。そのため、リハビリの度に就労能力があることを伝え、約半年後ケアマネジャーと施設見学を行った。見学により就労意欲が一層高まり、事例から家族へ「施設で働きたい。」と強く訴えた。発症から 4 年後、福祉的就労につながった。

<施設利用後>施設利用開始後は DC 週 2 回と施設週 4 回を併用し利用している。適宜、事例、ケアマネジャー、施設職員と情報共有している。施設の作業内容はヘルメット作製や食堂内のゴミ集めを行い、パソコンの練習や昼休みには施設内を散歩し体力の向上を図っている。施設に少し慣れてきたころに「障害者向けの就職説明会に参加したい。」と希望が聞かれるようになり、家族からも「応援しています。」との言葉が聞かれた。また、毎月の作業工賃は新しい靴の代金や施設の昼食・飲料代に遣っている。

【考察】

相澤¹⁾によると、「障害のある人を支援する立場にいると、できないことに焦点を当ててしまいがちになる。本人の可能性を活かすためには、できること・できたところに焦点を当てる必要がある。」と述べている。

よって、施設に移行できた要因として、就労可能であると評価したことと OT が地域の社会資源を知っていたことが考えられる。作業工賃は決して高い金額ではないが、自分で働いて得たお金で自分の靴代や昼食・飲料代を払うことができ、自尊心を取り戻すことができたと考えられる。

事例の主訴のように就労意欲があっても就労していない障害者は少なくない。近年、地域包括ケアシステムなどリハビリ専門職の地域への参入が求められる中で就労支援もその一つと考えられる。

【参考文献】

¹⁾ 相澤欽一：「職業リハビリテーションの基礎と実践」、p.94、中央法規(2012)。

脳卒中再発予防に向けた取り組み 急性期脳卒中患者への減塩調理訓練

キーワード：脳卒中，急性期，調理訓練

荒谷 里美¹⁾ 道又 順¹⁾ 矢澤 由加子²⁾

1) 一般財団法人 広南会 広南病院 リハビリテーション科

2) 一般財団法人 広南会 広南病院 脳血管内科

【序論】

脳卒中再発予防のためには、最大の危険因子とされる高血圧の治療が重要であり、Na⁺摂取量を制限する食事療法が勧められている。日本においては、減塩目標値を6g/日未満としている。¹⁾当院においては、入院患者の6割以上が主治医の指示による食事療法と、管理栄養士による減塩指導を受けている。

作業療法では、これまで脳卒中患者に対し栄養指導の内容に併せて減塩を意識して調理訓練を実施した報告は少ない。管理栄養士の指導内容に合わせた調理訓練は脳卒中再発予防につながるのではないかと考える。

【目的】

自宅退院予定の患者に減塩指導内容に沿った調理訓練を行うことで、退院後も減塩を継続できることを目的とした。なお、本研究は広南病院医学倫理審査委員会の承認を得て実施した。

【方法】

対象は平成27年2月1日～平成29年9月30日の期間、当院入院中に食事療法と管理栄養士による減塩指導を受け、自宅退院の方針となっている初発の脳卒中女性患者で研究の同意が得られた25例。封筒法で介入群と対照群の2群（介入群13例、対照群12例）に分けた。家庭での調理頻度が多い味噌汁を両群とも普段通りの手順で調理（以下OT調理訓練時）後、介入群は減塩指導内容に沿って調理し、計量スプーンを使用して調味料を加えるよう指導した。また、塩分濃度測定器（ATAGO®）を用いて塩分濃度測定を行い、その場で測定結果をフィードバックした。両群共に、退院1ヶ月後に電話アンケートの実施と味噌汁サンプルの郵送を依頼し塩分濃度を測定した。

【結果】

1. 介入群・対照群の属性の比較

病型は、介入群で脳梗塞8例、脳出血5例、対照群で脳梗塞11例、脳出血1例であった。介入群・対照群の属性は表1の通り両群で有意差を認めなかった。

表1. 属性の比較

| | 介入群 (n=13) | 対照群 (n=12) |
|-------------------|---------------|---------------|
| 年齢（歳） | 64.6 ± 12.5 | 63.7 ± 10.7 |
| 入院期間（日） | 26.85 ± 15.9 | 23.75 ± 9.08 |
| 初回介入～調理訓練までの期間（日） | 10.38 ± 8.82 | 13.58 ± 9.53 |
| MMSE（点） | 27.85 ± 2.14 | 28.75 ± 2.05 |
| 退院時BI（点） | 99.6 ± 1.33 | 100 ± 0 |

2. 塩分濃度測定結果

介入群では、OT調理訓練時味噌汁塩分濃度は0.80%，退院後は0.61% (p=0.02)，対照群ではOT調理訓練時0.83%，退院後は0.67% (p=0.02)であった。介入群・対照群ともに入院中に普段通りの方法で調理した味噌汁塩分濃度よりも、退院後の味噌汁塩分濃度で低下が見られた。

3. 計量スプーンの使用の有無

計量スプーン使用例は、入院中は対照群1例(4.5%)のみであったが、退院後は介入群5例(21.7%)、対照群3例(13.6%)と増加していた。

【考察】

退院後の味噌汁塩分濃度は介入群・対照群共に有意に低下していた。理由として、管理栄養士による減塩指導を受けている者を対象としたため対照群においても減塩への意識が高まっていた可能が考えられた。また、介入群では計量スプーンを使用して調味料を加えるよう減塩指導内容に沿って調理訓練を行い、計量スプーン使用率が増加していた。減塩指導内容に合わせた調理訓練は退院後の減塩調理の継続への意識付けに効果的であったことが考えられる。

【参考文献】

- 1) 日本高血圧学会:高血圧治療ガイドライン2014, 日本高血圧学会, 東京, 2014, p. 39 - 40.

リアルタイムでの介入で ADL 向上につながった事例

キーワード : ADL, 訓練, 高次脳機能障害

遠藤 梢 渡部 祐介
公益財団法人 いわてリハビリテーションセンター

【はじめに】

今回、不穏が強く離床を拒否する事例に対し、本人の状況に応じて様々な時間帯に柔軟に対応したことで、ADL の向上・自宅復帰へつながったため以下に報告する。なお、発表に際し事例に同意を得ている。

【事例紹介】

30歳代女性。5人暮らしで3人の娘があり、育児を行いながら移動販売の仕事をしていた。くも膜下出血により右片麻痺、失語症、高次脳機能障害を発症し、第58病日に当センターに入院。

【作業療法初期評価（入院時）】

〈身体機能〉 Br.stage : 上肢 II・手指 I, 感覚機能 : 表在覚・深部覚とともに重度鈍麻、肩関節に一横指の亜脱臼あり。上肢に軽く触れる程度でも痛みの訴えあり。硝子体出血により目の見えにくさを認める。バルーンカテーテル留置。

〈精神・高次脳機能〉 全失語・全般性の注意障害・右半側空間無視を認める。刺激に対して「いたい」「いや」と拒否反応が多く見られ、大声を上げることもある。不穏のため、机上検査は実施困難。

〈ADL〉 FIM : 18点 (運動 13点/認知 5点)。移動手段 : 車いす

【介入経過】

初期 : 昼夜ほぼベッド上で過ごし、離床や訓練に對しても拒否があった。作業療法士（以下、OT）が1日数回病室に伺うことから開始し、少しずつ日常会話を交えながら共有する時間を増やしていく。あいさつや同じ場を共有することで安心感を持ってもらい、徐々に関係性を構築していった。

中期 : 不穏は落ち着き始めたが、依然拒否がある状態であった。そのため、食事・更衣・トイレでの排泄等、本人の活動のタイミングに合わせて介入を実施した。また、負荷をかけ過ぎないよう、自分でできることを段階的に増やしていくように配慮をした。このような介入の結果、離床時間も拡大し、徐々に生活リズムも構築されていった。

後期 : 関係性も構築され、OT 室で機能訓練を行えるようになった。また、日中はナースステーションで過ごすことも増え、スタッフと会話する姿も多くみられるようになり、スケジュールに沿っ

た生活が可能となった。ADL は入浴以外ほぼ監視レベルとなった。また、車いすで自ら行きたい場所へ移動することや、服をたたむことを習慣にする等、主体的な活動も増え、自宅復帰となった。

【作業療法最終評価（5か月時）】

〈身体機能〉 Br.stage : 上肢 II・手指 III, 感覚機能 : 表在覚・深部覚とともに中等度～重度鈍麻、上肢の疼痛や目の見えにくさは軽減。

〈精神・高次脳機能〉 不穏は落ち着き、簡単な文章レベルの理解が可能。表出は保続や錯語あるが、徐々に単語の表出が見られている。注意障害と右半側空間無視は残存しているが改善あり。

〈ADL〉 FIM : 79点 (運動 60点/認知 19点)。移動手段 : 車いす・軽介助の杖なし歩行

【考察】

当初、事例は覚醒低下に加え、重度の運動・感覚障害、失語、視覚障害から正常な感覚のフィードバックが損なわれ、恐怖心や不安感が増大している状況であった。

そこで OT がこまめに訪室することで、信頼関係を醸成し、日常会話等で現実検討に働きかけることができたと考えられる。次に、ADL を通じて、身体・運動面への働きかけを行い、徐々にできる活動が増えたことで自己効力感を高めることができ、最終的には主体的な活動につなげる事ができたと思われる。

心理的なアプローチと、生活を基盤とした身体や活動へのアプローチをリアルタイムで実施したことで、心理的混乱から徐々に心理的安定に向かうことができたと考えられる。今回、状況に合わせてリアルタイムに介入することの効果について再認識することができた事例であった。

当院摂食嚥下ワーキンググループにおける作業療法士の関わり ～効果的なチームアプローチとは～

キーワード：摂食、嚥下、チームアプローチ

阿部 佑己
JA 秋田厚生連 湖東厚生病院

【はじめに】

当院は、「少しでも最後まで口から食べて貰う」という方針のもと、平成 28 年度から摂食嚥下ワーキンググループ（以下 WG）を立ち上げた。当院リハビリテーション科は言語聴覚士が不在の中、作業療法士（以下 OT）が摂食嚥下 WG に参加し、医師（以下 Dr.）を始めとした看護師（以下 Nr.s）、栄養士と連携を図り、摂食嚥下障害を呈する患者に対してチームアプローチを展開している。

今回は摂食嚥下 WG での OT の関わりについて症例を交えて報告する。

【摂食嚥下 WG での OT の役割】

OT は WG への参加にあたり、より多くの摂食嚥下障害を呈する患者を臨床場面で評価・治療していくために、Nr.s と連携して「摂食嚥下ラウンド」を提案し、実施に至った。

摂食嚥下ラウンドの中で、OT は食事動作をはじめとした日常生活動作（以下 ADL）能力や運動機能、摂食嚥下機能を Nr.s と共に評価し、必要に応じてポジショニング指導や自助具の提供を行う。また絶食患者の経口摂取開始時や食形態変更時にも立ち会い、継時的な評価を行いつつ対象者に合ったアプローチを隨時提供する。

摂食嚥下ラウンドでの評価結果を Dr. に報告し、入院時と比べ身体機能、ADL 能力等に著しい低下を示している患者に対して、リハビリテーションの導入を検討する。訓練としては、運動療法、基本動作・ADL 訓練に加え、嚥下体操、頭部挙上訓練、ブローイング訓練等の間接的嚥下訓練を実施する。

【症例紹介】

80 歳代施設入所中の女性。誤嚥性肺炎を発症し、施設より当院入院となった。既往の小脳出血による小脳性失調を呈していたものの、車椅子座位にて食事摂取可能であった。7 病日目摂食嚥下ラウンドにて初期評価実施。意識清明で 2 ~ 3 語文での指示理解は可能。長期臥床に伴う廃用により全身耐久性の低下と食事時の嚥下反射の低下が認められた。食事動作面は、ギャッジアップ座位でスプーンを把持することは可能であったが、小脳性

失調によるスプーン操作の拙劣さのため一部介助が必要であった。

WG は①積極的離床による姿勢・耐久性の向上、②間接的嚥下訓練による誤嚥防止、③スプーン操作訓練や自助具の提供による食事動作能力の改善を提案し、Dr. および患者治療に関わる多職種に伝達した。同日よりリハビリテーションも開始され、OT はベッドサイドでの頭部挙上訓練、発声練習などの間接的嚥下訓練や車椅子座位のシーティング、スプーン操作を中心とした食事動作訓練を実施した。理学療法士は全身の耐久性向上を目的に基本動作訓練、歩行訓練を実施した。Nr.s は食事時の車椅子移乗、複数回嚥下の促しと定期的な口腔ケア、嚥下体操を実施した。結果、車椅子座位の安定性と耐久性、スプーン操作の円滑性向上を認め、さらに他患と会話を交えながら食事摂取が可能となり、22 病日目に施設退院となった。

【考察】

摂食嚥下ラウンドで OT と Nr.s が評価した内容を Dr. および患者治療に関わる多職種に伝達・共有することで、主要な問題点や治療方針のすれ違いが減少し、より統一感を持った効果的なチームアプローチの展開につながっていると考える。

この経験から、OT は専門領域の技術を高めるだけではなく、嚥下機能を含めた摂食嚥下の基礎知識や技術を広く身に付け、多職種との情報共有を円滑に進める役割の一端を担う必要性があると考える。

【おわりに】

限られた専門職の構成であっても相互の専門性を理解し、情報共有の場を設けることが効果的なチームアプローチを展開する重要な要素であった。

両上肢 major amputation の一例

キーワード：ハンドセラピィ，切断，上肢機能

西村 信哉¹⁾ 塚本 利昭¹⁾ 上里 涼子²⁾ 三浦 和知³⁾ 津田 英一³⁾

1) 弘前大学医学部附属病院 リハビリテーション部 2) 弘前大学大学院医学研究科整形外科学
講座 3) 弘前大学大学院医学研究科リハビリテーション医学講座

【緒言】

上肢 major amputation は手関節より近位の切断であり再接着の適応となることが多い。前腕切断や上腕切断では、神経回復までに時間を要することや挫滅損傷が多いため、再接着後も機能予後が不良となることが多い。一方、断端形成術では、上肢・手指機能の低下や、欠損部位が目立つことによる外観上の問題がある。

【目的】

両上肢 major amputation 後再接着術を施行した症例のハンドセラピィを経験したので報告する。本報告に際し、ヘルシンキ宣言に基づき本人に説明し同意を得た。

【症例紹介】

70 歳代男性、右利き。プレス機に両上肢を巻き込まれ右前腕切断、左上腕切断を受傷。同日当院にて右前腕再接着術、左上腕再接着術を施行。左右ともに引き抜き損傷であり、軟部組織の挫滅も高度であったため、神經・筋・腱は縫合不可であり、骨接合術、血管吻合術のみ実施した。術後 5 日目よりハンドセラピィを開始した。

神經・筋・腱は縫合が行われていないため、両上肢受傷部より末梢の機能回復は難しいと考えられた。右上肢は肘関節機能が温存され、回内外運動も残存しているために、リーチ動作、食事動作や下衣の上げ下げ、ボタン操作は獲得できると考えた。自助具の使用やリーチを考慮し手指の肢位は伸展位に保持するよう関節可動域練習を実施した。左上肢は肘関節の機能回復が望めないために、右上肢の補助として物をひっかける動作の獲得を目指し、手指は屈曲位となるよう関節可動域練習を実施した。

術後 1 か月で右手背・左上腕分層植皮術、術後 3 か月で右手関節固定術を施行。術後 4 か月で左上腕骨のプレート固定を行った。関節可動域練習に加え自助具を使用しての ADL 練習を実施した。術後 6 か月で自宅退院し外来でのハンドセラピィを継続した。

【結果】

術後 3 年で右上肢は肘関節屈曲伸展、前腕回内外の自動運動は可能であった。左上肢は肘関節屈曲伸展がわずかに可能であったが実用性はなかった。手指に関して右手指は伸展拘縮、左手指は屈曲拘縮となった。自助具を右手に装着することにより、食事動作、髭剃り、歯磨き動作は自立した。また、両上肢を使用しての下衣の上げ下げも可能となり、趣味活動であるスキーも滑走可能であった。自助具の装着や上記以外の ADL 動作には介助が必要であったが、両上肢の再接着術を受けたことに本人は満足していた。

【考察】

本症例は両上肢切断例であり、再接着術を受けたが神經・筋・腱の縫合は不可能であった。そのため、ハンドセラピィ開始時には残存機能の評価と機能回復の予後予測をより詳細に行った。前腕・肘関節の機能が温存されていた右上肢を生活上の実用手、左上肢を補助手として使用することとしセラピィを実施した。残存機能の評価および機能回復の予後予測に基づいて、早期より適切な手指の肢位獲得に取り組んだことにより、食事動作や整容動作、排泄動作の一部が自立できたと考えられた。

一般的には義手を使用により上肢の機能改善が期待できるが、本症例で自分自身の手が温存されたことに対して大きな満足感が得られていた。本症例では右上肢では手指伸展、前腕回外、肘伸展機能、左上肢では手指屈曲、前腕回内、肘屈曲という左右で異なる上肢の機能を獲得できた。そのことで ADL 上両上肢を使用できたということも、患者の満足感が得られた要因であると考えられた。

長期透析患者の再発手根管症候群に対する浅指屈筋腱抜去術後のリハビリテーションと短期成績

キーワード：透析，手根管症候群，リハビリテーション

加藤 聰美¹⁾ 江井 洋 (PT) ¹⁾ 橋本 ちひろ (MD) ²⁾ 野口 京子 (MD) ²⁾

1) JCHO 仙台病院 リハビリテーション部 2) JCHO 仙台病院 整形外科

【はじめに】

透析技術の向上により、透析患者の生命予後が改善してきているが、長期透析患者では高頻度に手根管症候群（以下 CTS）を発症し、更にその再発、再再発が問題になっている。近年、再再発症例に浅指屈筋腱（以下 FDS）抜去術が行われ、手根管内圧低下、正中神経の除圧、腱滑走障害の改善を達成できる有効な治療であると報告されている。しかし、FDS 抜去術後のリハビリテーション（以下リハビリ）介入や、手指機能の術後成績、ADL について詳しく述べている報告は渉猟し得なかった。そこで、今回、再発、再再発 CTS に対し FDS 抜去術を行った症例のリハビリ、手指機能の術後成績、ADL について検討した。

尚、本発表にあたり、本人からの同意を得ている。

【対象及び方法】

対象は、当院で再発、再再発 CTS との診断を受け、正中神経剥離術、FDS 抜去術後、作業療法を行い、術後 3 カ月以上の経過観察が可能であった 6 症例 7 手である。再発例が 5 手、再再発例が 2 手。示指～小指の FDS 抜去例が 5 手、示指、中指、環指 FDS 抜去例 2 手である。透析歴は平均 32.5 ± 4.6 年である。主訴は正中神経領域のしびれ感と疼痛であり、ADL 制限や巧緻動作障害を有していた。約 2 週間の入院後、外来での経過観察とした。リハビリ内容は深指屈筋腱の滑走拡大と癒着防止目的に手指の腱滑走練習、可動域訓練、巧緻動作練習、ADL・自主訓練指導を行った。術前、術後 1, 3 ケ月の %TAM, %TPM, 握力, ADL の評価として Quick DASH (以下 DASH) を測定し、術前との比較を行った。

【結果】

術前と術後 3 ケ月との比較では、平均 %TAM $69.2 \pm 18.3 \rightarrow 84.4 \pm 5.1$, %TPM $86.7 \pm 6.4 \rightarrow 91.3 \pm 4.8$, 握力 $8.7 \pm 7.0 \rightarrow 10.2 \pm 5.8$, DASH $64.0 \pm 25.0 \rightarrow 31.8 \pm 14.6$ で術前と比較し改善が見られた。

尚疼痛に関しては全例で術後早期に消失した。

【症例提示】

62 歳男性。透析歴 34 年。仕事は農業。利き手、患側共に右。H20 年に他院で内視鏡下手根管開放術施行。H28 年頃より正中神経領域のしびれ感が出現、H29 年より食事動作で箸を使用出来なくなってきた為当院紹介となった。術前のニードはしびれ感の改善、箸の操作や書字動作の改善、仕事復帰であった。正中神経剥離術と示指～小指の FDS 抜去術が施行され、術翌日より当院作成のプロトコルに従いリハビリを開始した。術後 6 日でしびれ感が消失し、食事動作で箸の使用が可能になった。術前と術後 3 ケ月との比較では、%TAM $61.5 \rightarrow 78.0$, %TPM $78.3 \rightarrow 83.3$, 握力 $14.1 \text{ kg} \rightarrow 15.5 \text{ kg}$, DASH $61.4 \rightarrow 31.8$, 選択項目(仕事)は $62.5 \rightarrow 25.0$ と改善がみられた。トラクターの操作が可能になり農業に復帰した。

【考察】

先行研究によると、長期血液透析患者の CTS の術後満足度には、透析時の疼痛が大きく関係し、他覚的検査所見が回復していないても満足するが、治療成績評価には他覚的機能評価も並行して実施すべきと述べられている。本研究でも、全症例で術前のニードの上位に透析中の疼痛やしびれ感の改善を挙げていた。しかし、著しい ADL 制限や巧緻動作障害をきたしている症例が多く、主訴が改善しても手指の機能障害が問題となる場合が多い。リハビリ経過において、%TAM, %TPM 共に術前と比較し改善がみられたことから、特に拘縮例に関しては早期から介入し拘縮の改善に努めることが重要であると考える。さらに、残存筋である深指屈筋腱の収縮練習を繰り返し行う事や手の使用、近位滑走を促す事も握力や可動域を改善させ、結果 ADL 動作や巧緻動作の改善につながったと考える。長期透析患者の QOL ではいかに疼痛やしびれ感がなく ADL 能力や役割を維持できるかが重要である。その為には早期からのリハビリ介入が有効である事が示唆された。術前から患者のニードを的確に捉えながら介入していきたい。

胸郭出口症候群に対する当院の治療戦略

キーワード：胸郭出口症候群，患者教育，セルフケア

赤沼 昇也 遠藤 珠美 大内 一紘 笹原 寛
済生会 山形済生病院 リハビリテーション部

【はじめに】

胸郭出口症候群(thoracic outlet syndrome:以下 TOS)は第1肋骨、鎖骨ならびに前・中斜角筋で形成される胸郭出口部およびその近傍において、腕神経叢や鎖骨下動脈に起因する上肢の痛みやしびれを有する疾患群の総称とされている。近年デスクワークやスマートフォンの普及から頸部や上肢にかけての疼痛や痺れを呈す患者は増加傾向にありその治療法が注目されつつある。TOS の治療方針としては①患者教育②姿勢矯正③適切な休息④ストレッチング⑤筋力訓練⑥神経滑走訓練が重要であり、特に患者教育が重要とされているが、具体的な患者教育内容の報告は少ない。そこで今回、個別的な患者教育用パンフレットや自己管理ノートを活用し作業療法を行った結果、良好な経過を得たため症例を踏まえて報告する。

【当院の流れ】

まず症状の評価として疼痛や痺れの部位や程度、関節可動域、筋力、姿勢、肩甲床面距離、日常生活動作の確認も含めて行う。また腕神経叢の牽引型、圧迫型の分類、また圧迫型では部位の鑑別をするため診断テストを実施する。①Adson テストや Morley テストが陽性であれば斜角筋症候群、②Eden テストが陽性であれば肋鎖症候群、③Wright テストが陽性であれば過外転症候群を疑う。さらに牽引型の場合では肩引き下げテストが陽性となる。

原因となる筋に対して物理療法後、ストレッチや筋力訓練、姿勢及び生活指導を含めたパンフレットを用いて指導する。疼痛や痺れが慢性的に引き起こしている場合には、疼痛や痺れの出現、増悪した時の程度、仕事内容、睡眠時間など自己管理ノートに記載する。また環境と症状の関連を把握しながら疼痛と上手く付き合うヒントを見出し、症状の軽減に向けた自己管理を促進する。

【症例提示】

30歳代女性。職業は事務職で主にパソコン操作を行う。一人暮らしで趣味は洋裁や絵画である。下を向いて作業中に両手の震えや脱力感が出現し受診。

【経過・結果】

症状出現から1ヶ月で作業療法の開始。頸部や肩甲帯周囲の疼痛、両上肢内側の痺れにより、仕事や趣味に支障をきたしていた。疼痛は visual analogue scale(以下:VAS) は安静時 8.0/10、動作時 9.0/10。診断テストでは Morley テスト陽性、Wright テスト陽性、下方ストレス テスト陽性、肩峰床面距離右 6cm/左 7cm、上肢障害評価表 日本手外科学会版(DASH The JSSH Version: 以下 DASH)score は、Disability/symptom(以下:DS):23.3 点、Sports/music(以下:SM):37.5 点、Work(以下:W): 37.5 点であった。診断テストの結果から圧迫部位は斜角筋三角部と小胸筋間隙の混合型と判断された。ホットパックと超音波後に小胸筋と前斜角筋をストレッチし、緊張の軽減を図った。患者教育用パンフレットを使用し当該筋のセルフストレッチや僧帽筋下部線維の筋力訓練、腕神経叢滑走訓練、円背姿勢の修正を実施した。また自己管理ノートによって、机の高さ、外気温や睡眠の量と質の低下を見出し、環境調整や生活指導を行った。6ヶ月後には VAS 安静時 4.0/10、動作時 5.0/10、肩峰床面距離 右 4cm/左 5cm、DASH score は DS: 9.1 点、SM:18.7 点、W:18.7 点と改善が認められた。

【考察】

TOS は治療経過が長期的となり自己訓練が主となる。しかし多種多様な症状のため全ての自己訓練を指導しても長続きしない傾向にある。Novak CB らによれば、患者教育によって自己訓練や仕事、睡眠の行動変容が治療成績の向上に重要であるとされている。診断テストから絞扼部位の特定、基本かつ重要な患者教育を姿勢や生活指導含む個別的なアプローチまで詳細に記載したパンフレットを利用したことでモチベーションが保たれ有効な自己訓練を実施できたと考える。また、自己管理ノートを活用し、客観的に症状と環境との関連性を学習したことが疼痛管理に有効であったと認識できた。

長母指屈筋腱損傷例（Zone T2）に対するセラピィについて

キーワード：腱損傷，セラピィ，早期運動法

及川 友和¹⁾ 一戸 一輝¹⁾ 千葉 さおり²⁾ 西川 真史（MD）¹⁾

1)にしかわ整形外科・手の外科クリニック 2)弘前医療福祉大学

【序論】

長母指屈筋腱（以下、FPL 腱）損傷のハンドセラピィ（以下、セラピィ）では癒着による母指の機能障害を来しやすいことが知られている。これは、FPL 腱の構造が関係し、Zone T2 では靭帯性腱鞘が存在し、この部位における腱縫合は癒着を生じやすい。また、腱癒着防止として靭帯性腱鞘を切除すると弓弦形成が生じ腱機能を障害してしまう。このほかにも、FPL 腱は母指球筋の深層を走行しており、FPL 腱とその周囲組織の癒着が生じやすい。これら特徴から術後早期のセラピィでは、縫合腱の良好な腱滑走を得る必要がある。セラピィ実施上で注意を要するのは、縫合腱の治癒過程において抗張力が低下する術後5～10日の時期で、腱縫合部の離開や再断裂の危険性が高い点である。このため、縫合腱の抗張力や腱滑走路距離、腱の滑走抵抗を考慮することが重要となる。今回、FPL 腱断裂術後症例に対する術後早期のセラピィの工夫を行うことで良好な手指機能獲得が可能だった。その工夫点と治療成績を報告する。

【症例紹介】

症例は、診断名が右 FPL 腱断裂（Zone T2）と橈側固有指神経断裂（以下、固有指神経）の30歳代の男性で、職業は住宅関係である。受傷歴は、雨天時に金属板の運搬中に右母指を切り受傷する。受傷同日に当院を受診し、腱縫合と神経縫合を施行する。手術所見は、Zone T2 部位でのFPL 腱と固有指神経の断裂は鋭利損傷で、断裂状況は手指屈曲位損傷であった。この他に、母指内転筋横頭末梢側の斜走滑車損傷も合併していた。手術は、FPL 腱縫合（4-strand suture）、神経縫合、斜走滑車再建を行い、術後は早期運動法が処方された。

【セラピィ内容】

セラピィ内容は、屈筋腱損傷術後の早期他動屈曲・自動伸展法（以下、Kleinert 法）に準じたプロトコルを実施した。また、術後3週間でのセラピィはセラピストの管理下で自動運動も追加した。術後3週間におけるセラピィの方針は、再断裂や癒着の予防を行うことや、縫合腱の抗張力が低下する時期には抗張力を考慮して実施した。方法は腱の滑走抵抗が低いとされる midrange active

motion と、腱モーメントアームの長さを参考にした。この工夫点は、母指の完全屈曲可動域の約2/3程度となるように母指の固定用ベルトの位置や、手掌尺側の近位手掌皮線上にプーリーを設置して母指の屈曲運動方向の調節を行った。

【評価・結果】

Kleinert 法によるゴム牽引除去時（術後3週）の手指機能評価では、母指機能度（以下、%TAM）は41.3%でFPL 腱機能度が60.6%であった。QOL 評価では、患者立脚型評価の上肢障害評価表（日本語版 DASH）は機能症状スコア（以下、DASH-DS）88.6で、仕事スコア（以下、DASH-W）100だった。また Hand20 は95.5であった。背側スプリント完全除去時（術後6週）では%TAM が61.9%でFPL 腱機能度が75.6%だった。この時期には、ADL 上で軽負荷での手指動作が増えたことで手術創周囲に知覚機能低下や誘発異常知覚を自覚し訴えた。Semmes Weinstein monofilament test（以下、S-W test）では、赤色の防御知覚脱失を示した。その後、術後10週の S-W test では防御知覚脱失や誘発性異常知覚を示す所見は改善し、ADL 上の手指動作における違和感は軽減したと訴えた。最終評価時（術後12週）の結果は、%TAM は84.1%でFPL 腱機能度が90.9%となった。QOL 評価では DASH-DS は9.16で DASH-W は25、Hand20 は9.5だった。総合評価として Buck-Granck 法での判定は15点で Excellent であった。

【考察】

手指の運動を調節した方法は、腱滑走抵抗が低く再断裂の危険性が低いと考えてセラピィの工夫を行った。これにより、術後早期のセラピィで良好な腱滑走を得て癒着の予防を目的とした方法が可能で、良好な手指機能の獲得をすることができた。また、本方法の実施には症例への十分な説明と、治療に対する理解力や協力が必要であった。

尺側全手根中手関節脱臼骨折を呈した症例

キーワード：骨折，精神，趣味

木下 卓美
一般財団法人 会津中央病院

【はじめに】

今回尺側全手根中手関節脱臼骨折を呈した 20代女性を担当した。母指以外の手根中手関節は尺側全手根中手関節と呼ばれており、外傷による疾患の中でも脱臼骨折は非常に稀な外傷である。本症例(以下ケース)に対して早期から伸筋腱の癒着防止や拘縮予防を主目標に関わったが、精神遲滞の周辺症状の影響により徒手的な機能訓練に拒否が見られた。そこで作業活動を用いて手指機能の獲得と精神面の安定を図り、良好な結果を得た為報告する。尚、発表において症例及び当院倫理委員会の許可を得ている。

【症例紹介】

A 氏、20 代、女性。診断名：右示指、中指、環指、小指手根中手関節脱臼骨折。既往歴：てんかん、精神遅滞。現病歴：軽自動車の助手席に乗車中、運転する母親が意図的にトラックと正面衝突し受傷。社会的情報：療育手帳、精神障害者保健福祉手帳。就労継続支援 B 型(作業内容は工作系)利用。趣味：塗り絵。家族情報：母親※当院にて入院治療される、妹。

【術式】

右関節脱臼非観血的整復術
右骨折経皮の網線刺入固定術

【作業療法評価】

術後評価〈機能度〉 TAM 示指：65% 中指：60% 環指：65% 小指：61% 〈手の運動パターン〉 手内筋（-）

〈周径〉 MP 健側 18cm 患側 20.5cm 〈握力〉 健側：15 kg 〈ピンチ力〉 健側：3.4 kg 〈VAS〉 安静時 50mm、運動時 86mm 〈DASH〉 機能障害 85 点 芸術項目 100 点 〈HAND20〉 96 点 〈精神状態〉 環境の変化に対して対応が出来ず対人交流が不十分。ピン挿入部に固執し徒手的な機能訓練拒否的で触覚過敏によりスプリント装着行えず。自発的に動かす様子無く常に身体に添えている状態であり運動量減少により癒着リスクが高いと判断した。

【作業活動導入時期】

作業内容：塗り絵、花紙つまみ、ボール把持、書字。
目的：伸筋腱の癒着防止、手のアーチ維持
経過：塗り絵活動の鉛筆把持 3 点摘みにより特に手の対立アーチが獲得され CM 関節の拘縮を予防

できた。また、作業活動全般において虫様筋を賦活し手の平坦化が改善され手の横アーチが見られるようになった。さらに、中手骨骨頭間の幅が広がり手指の外転運動が可能になり大きな物品が把持出来る様になった。伸筋の近位、遠位の滑走も促され癒着防止出来た。

【結果】

ROM：制限なし。握力健側比 99%。ピンチ力健側比 97%。手内筋マイナス様の把持パターンがフルグリップとなった。精神面も安定し悲観的発言も無く笑顔多く過ごされ他患者さんとの対人交流も見られた。院内でも患側使用し日常生活動作の拡大が図れた。元々の趣味活動も病前と変わりなし。退院前に外泊を行い機能面、ADL、IADL でも問題見られず行えた。

【考察】

尺側全手根中手関節脱臼骨折は稀な外傷である。今回示指～小指と多指に及ぶ手根中手関節の脱臼骨折を経験した。太田らによれば本邦で把握できた範囲で 10 例程度の報告がある¹⁾ また、良好な固定が得られれば機能障害が残らない疾患であるため、病前と同等な ADL 獲得と社会復帰が期待出来る状況であった。しかし、本ケースは、精神疾患の影響により自己管理が不十分で、スプリント療法、早期からの自主訓練、徒手的な機能訓練が困難であった。その為、意欲的に取り組める作業活動に着目した。早期から癒着防止に必要な可動域を獲得できる馴染みある作業活動を選択することで精神状態が安定され、徒手的な機能訓練の代償ができた。又、当院に入院されていた母や病棟と連携図りながら精神状態に配慮し関わった。そして手のアーチ(横、縦、対立)と CM 関節の関係性といった解剖学的知識とケースが好む作業活動を考えながら治療を展開していった事で良好な結果に繋がったと思われる。

【参考文献】

- 整形外科と災害外科 63 : (3) 581～584, 2014 尺側全手根中手関節脱臼骨折の 1 例。太田真悟、崎村幸一郎、中原信一、衛藤正雄。

キーンベック病の術後における前腕及び手関節可動域と患者立脚型評価の関連

キーワード：(キーンベック病), (術後), ハンドセラピイ

一戸 一輝¹⁾ 及川 友和¹⁾ 千葉 さおり²⁾ 西川 真史¹⁾

1) にしかわ整形外科・手の外科クリニック 2) 弘前医療福祉大学

【序論】

キーンベック病とは、青壯年男性で手を多く酷使する職業、若年スポーツ選手、女性や高齢者にも発症する疾患で、男女比は4対1とされる。また、稀に腱の皮下断裂や手根管症候群を合併する場合もある。症状は手関節の運動時痛、掌背屈の可動域制限、手関節背側での月状骨に一致した圧痛や腫脹を認める。治療は手術療法が基本であるが、15歳以下の若年者、Lichtman分類StageI症例、臨床症状が軽微なStage3b以上の症例や社会的制約から手術困難な症例は保存療法が用いられる。セラピストは、術後のセラピイや保存療法におけるスプリント作製を行っている。キーンベック病の治療成績については、術前・術後の理学所見やX線所見、日常生活を比較した報告はあるが、各評価の経時的な推移についての報告は渉猟し得た範囲では見当たらない。

【目的】

前腕および手関節の可動域と患者立脚型評価であるPatient-Rated Wrist Evaluation-Japanese version(以下、PRWE-J)の経時的变化を調査し、今後のセラピイや評価について検討することを目的とした。なお、本発表について、患者には口頭で説明し、同意を得ている。

【方法】

対象は、術後のセラピイが処方され、経時的な評価や観察が可能で腱損傷等の合併症のないキーンベック病術後症例とした。関節可動域は、前腕回内外と手関節掌背屈可動域をそれぞれ総和し、前腕可動域、手関節可動域として健側比を算出した。また、PRWE-Jスコアを算出し、可動域とPRWE-Jの経時的な変化を観察した。評価は、術後4週と術後8週、その後2週間おきに実施した。

【結果】

経過観察可能例は5症例で全例女性であった。平均年齢は55.8±19歳(34~71歳)で、罹患側は利き手側3例、非利き手側2例、重症分類はLichtman分類Stage2が2例、4が2例、3Aが1例であった。手術方法は骨切り術3例、同側長掌筋腱による自家腱球置換術2例であった。術後

の固定期間は4週間で固定方法は、セラピストが作製したスプリントでの固定が3例、サポーター固定は2例であった。手術からセラピイ終了までの経過観察期間は平均16週であった。

前腕可動域は初期評価時75.4%で術後10週では96.5%に達していた。手関節可動域は、初期評価時30.6%であり、術後8週で45.4%，10週で60.4%であり、14週まで改善を認め、最終評価時では70%であった。PRWE-Jは、初期評価時68.4点、術後8週で54.8点、12週で22.4点、最終評価時は7.6点であった。PRWE-Jの中の痛みのスコア(以下、PRWE-P)は、初期評価時は30.3点、最終評価時は4点であった。

【考察】

キーンベック病の術後症例の経過観察において、前腕可動域は術後10週で90%以上となり、その後はわずかな回復となっていたが、ほぼ100%の可動域が獲得となった。一方で手関節可動域は術後14週まで徐々に回復を見せ、最終では70%にとどまった。PRWE-Jスコアは術後8週から12週にかけて大きく改善し、PRWE-Pスコアは経過と共に徐々に改善していった。したがって、キーンベック病の術後の機能障害は、前腕可動域が手関節可動域より先行して改善し、痛みは徐々に軽減していた。また、日常生活における困難さも術後12週を目安に改善されたことがわかった。手関節は頸状関節で自由度2の関節であるが、前腕の回内外運動が加わることで分回し運動を可能としている。今回の結果から、この前腕可動域の改善が手関節可動域制限による動きを補い、手関節の複合運動を可能にしていたことがADL実施上円滑な動作遂行に関与したと推察される。そのため、前腕可動域の改善度がその後のセラピイや患者対応の一つの目安になる可能性がある。手関節可動域が前腕可動域の回復より劣る点については、月状骨の無腐性壊死に伴う変形により、手関節及び手根中央関節配列に障害を来しているためと考えられる。

ロボットリハビリテーションと治療的電気刺激を併用し上肢機能が改善した 中心性頸髄損傷の1例

キーワード：ロボット、治療的電気刺激、頸髄損傷

加賀美 開(OT) 松永 俊樹(Dr.) 千田 聰明(OT) 島田 洋一(Dr.)
秋田大学医学部附属病院 リハビリテーション部

【はじめに】

近年、リハビリテーションにロボットを用いる機会が増えており本邦でも効果の検証が多数報告されている。また治療的電気刺激についての報告も増えており有効性が示されている。今回、両者を目的に応じて併用することで上肢機能が良好に改善した中心性頸髄損傷の1例を経験したので報告する。

【事例紹介】

30歳代、男性。バイク走行中に乗用車と衝突し当院へ緊急搬送された。骨傷ではなく四肢の麻痺と両上肢の強いしびれを訴えていた。保存療法が選択され頸椎カラー装着となった。頸椎の安定性が確認された受傷5日後からリハビリテーションを開始した。介入3日目までは全身状態管理のためベッドサイドにて作業療法を実施し、4日目から作業療法室で実施した。作業療法室での開始と同時にロボットリハビリテーションを導入した。同時期に理学療法も開始となった。治療的電気刺激については点滴刺入部の都合により介入8日目より導入した。リハビリテーション目的での転院のため介入1ヵ月で当院での作業療法は終了となった。本報告の趣旨を口頭で本人に説明し発表の同意を得た。

【初期評価】

筋力はMMTにて右の三角筋がP、上腕二頭筋がG、上腕三頭筋がP、手指の屈曲はわずかに可能なレベルで、伸展は不能だった。左は三角筋がP、上腕二頭筋がG、上腕三頭筋がPで手指の屈曲伸展はわずかに可能だった。握力は計測不能だった。両上肢のしびれは軽減しており知覚異常も認めなかったが上肢の使用は困難だった。ADLは全介助だった。

【方法】

通常の作業療法を40分行った後、ロボットリハビリテーションを15~20分、治療的電気刺激を20分として組み合わせ週5回実施した。合計実施回数は15回だった。ロボットリハビリテーションにはReoGo-J(帝人ファーマ株式会社)を治療的電気刺激にはH200 Wireless Hand

Rehabilitation System(Bioness)を用いた。ReoGo-Jは多方向へのリーチ運動を実現するために設計されており全介助、初動時負荷、段階的負荷、軌道アシスト、自動運動の5段階の動作補助モードを対象者の状態に応じて選択することができる。また運動の方向や距離を自由に変更できバリエーション豊富な練習課題が設定できる。H200 Wireless Hand Rehabilitation Systemは前腕から手にかけて装着する装具型の表面電極型の電気刺激システムである。伸筋、屈筋、母指筋のそれぞれで刺激の強さを調整することが可能であり目的に応じた刺激プログラムを選択することも可能である。

【結果】

終了時、筋力は近位筋のすべてにおいてNに回復した。握力は右16kg、左21kgまで回復した。巧緻動作については両側で拙劣さが残り特に右手で目立った。しかし箸を使用しての食事も可能なレベルに改善した。病院内でのADLは自立した。

【考察】

中心性頸髄損傷の1例に対し通常の作業療法に加えロボットリハビリテーションと治療的電気刺激を併用することで上肢運動機能の良好な改善が得られた。ロボットリハビリテーションと治療的電気刺激はいずれも回復状態に応じてプログラムを柔軟に変更できる。そのため目的に応じた手段の選択が可能となり機能回復の促進につながったと考える。加えてロボットリハビリテーションでは治療の結果が視覚的にフィードバックできる点も有効だった。しかし骨傷の無い中心性頸髄損傷は予後良好なケースが多く今回の結果がロボットリハビリと治療的電気刺激の併用による効果とは一概に言えない。今回はあくまでもケーススタディであり効果の実証としては限界があるため今後、大規模な検討が必要である。

急性期に上肢用ロボット型運動訓練装置を用い上肢機能改善を図った一症例

キーワード：脳卒中，上肢機能，反復運動

新野 麻祐子 仁藤 有美子 椿野 幸子
山形市立病院済生館 リハビリテーション室

【序論】

脳卒中ガイドライン 2015 では、上肢機能障害に対するリハビリテーションとして、麻痺が軽度から中等度の患者に対して特定の動作の反復を伴った訓練を行うことを推奨している¹⁾。

当院では上肢用ロボット型運動訓練装置 ReoGo®-J を 2017 年 8 月に導入した。作業療法の治療の中で、装置を活用して反復したリーチ動作練習を行った症例を以下に報告する。尚、本報告を行うにあたり、症例に同意を得ている。

【上肢用ロボット型運動訓練装置 ReoGo®-J】

上肢用ロボット型運動訓練装置 ReoGo®-J（以下 ReoGo®-J）は、関節の癒着・拘縮の予防、関節可動域改善を目的に帝人ファーマ株式会社が販売している機器である。使用者は座位で、ハンドルに上肢を乗せてモニター画面に表示される目標点に向けて軌道に沿って動かす。

前方リーチ等の軌道の異なる 17 種類のアームの動き、介助度の異なる全介助モードから自動運動モードの 5 種類のモード設定が可能である。治療目的に合わせて運動の種類、可動範囲、介助量、回数を事前に設定し使用する。

【症例紹介】

50 歳代男性、左視床出血（約 5ml の血腫量）。2 病日より作業療法（OT）、理学療法、言語療法が開始となった。初回評価は、Japan Coma Scale (JCS) 1、Brunnstrom recovery stage (Br.Stage) 右上肢手指下肢 IV、Stroke Impairment Assessment Set (SIAS) 上肢近位 3 上肢遠位 3、表在感覚重度鈍麻、深部感覚軽度鈍麻であった。基本動作は、右上肢の痙攣が強く出現し、全般的に徒手的介助を要す状況であった。Barthel Index (B.I) 35/100 点、Action Research Arm Test (ARAT) 右 33/57 点 左 57/57 点であった。日常生活の中で右上肢の使用はみられなかった。

【方法】

OT では基本動作練習、随意性促通訓練、日常生活動作の間接的練習と並行して、第 4 病日より ReoGo®-J を用いた上肢機能訓練を行った。

反復リーチ動作練習は、前方・回旋・放射（上下）リーチを用いた。前方・回旋リーチは、全介

助・軌道アシスト・自動運動モードを状況に合わせて変化させた。放射（上下）リーチは、全介助・軌道アシストモードと順に用いた。所要時間は、10 から 15 分程度であった。実施場面では、過剰努力や体幹の代償運動が起こらないように必要な徒手的介助を行った。さらに動作スピードや回数は、状況をみて事前に設定を変更した。26 病日までの 24 日間で 14 回施行した。

【経過と結果】

使用当初、患者は「力の入れ具合が分からない」と力任せになり痙攣が強く出現し、アームを円滑に動かすことが困難であった。そのため、努力的な運動の軽減を目的に全介助モードを使用した。過剰努力が軽減した後に、軌道アシスト・自動運動モードに順に切り替えた。

11 病日、Br.Stage 右上肢手指 V、SIAS 上肢近位 4 上肢遠位 4 に改善した。26 病日、基本動作は自立となった。BI は 45/100 点、ARAT は右 43/57 点と改善した。右上肢は食事場面、更衣動作等で補助手としての使用が可能となった。

【考察】

本症例は、動作に性急さがあり動作時に右上肢の痙攣が強く出現していた。ReoGo®-J を用いた反復リーチ動作を行うと、患者自らが軌跡から逸脱しないように動作スピードを意識するようになった。運動スピードの意識化が図れ、起居動作や日常生活動作における補助手としての使用につながったと考える。

上肢用ロボット型運動訓練装置を急性期に用いたことが、症例の上肢機能改善の一助となったと推察する。

【文献】

- 1) 日本脳卒中学会 脳卒中ガイドライン委員会 編：日本脳卒中治療ガイドライン 2015、協和企画：296。2015。

上肢リハビリ装置 AR2 を使用し、上腕骨人工骨頭置換術後の 上肢機能障害の改善を認めた一例

キーワード：上肢機能、上腕骨近位端骨折、ロボット

田中 秀一 田村 大 鈴木 健一 高橋 育未
独立行政法人 労働者健康安全機構 秋田労災病院

【目的】

上腕骨近位端骨折により骨接合術や人工骨頭置換術等を施行すると、患部疼痛や安静期間の上肢不使用により実用手の獲得が困難となる方もいる。また上肢疼痛の恐怖感から効果的な上肢運動パターンの学習が行えず生活に支障をきたす方もいる。

そこで上肢を免荷調整し、目標物や上肢の動きを見ながら目標到達運動を確認し、目的とする運動を短時間で反復的に行える上肢リハビリ装置 Cocoroe AR²（以下 AR²）を使用することで、上腕骨近位端骨折等の術後に疼痛を伴う上肢挙上障害を効果的に治療ができるのではないかと考えた。本研究は対象者より研究・発表の同意は得ている。

【対象】

70歳代女性。右上腕骨近位端骨折後の上腕骨人工骨頭置換術を施工した。術後2日よりOT開始し、肩周囲のリラクゼーションや三角巾固定にて右肩関節振り子運動を行い、術後28日より自動運動訓練を実施した。術後42日を経過するがA-ROMが右肩屈曲25度・外転35度・外旋20度、P-ROMが右肩屈曲80度・外転50度・外旋10度で有痛性制限があった。MMTは右三角筋P、肘から手指Fレベルであった。右肩痛はVASで68mmあり、疼痛の恐怖から上肢不使用や、右上肢挙上開始とともに肩甲骨挙上・内転と肩内転・内旋の代償運動が生じ、右上肢操作は困難であった。また認知面はMMSE15点で短期記憶の低下により右上肢を意識的に制御する学習も困難であった。ADLは車いすを使用し食事以外に軽介助を要した。

【方法】

術後43日（介入1日目）よりAR²による上肢訓練とADL訓練を中心に3週間・週5回で実施した。AR²設定は前方リーチングと肩内外旋リーチングを各2分×2セット（休憩2分あり）の合計16分にて行った。AR²免荷量は上方リーチ900gと下方リーチ500gとした。

評価方法はA-ROM、P-ROM、MMT、右肩痛に対するVAS、上肢使用状況、AR²リーチスピード平均（1回タップ時のスピード）とボタンタップ回数を介入前後で比較した。

【結果】

術後71日目（介入30日目）には上肢リーチ時の肩屈曲・肘伸展時の肩甲帶周囲の過緊張さが軽減した。A-ROMの肩屈曲・外転や肩周囲のMMTは明らかな改善ないが、肩外旋0度に改善し、P-ROMが肩屈曲120度・外転95度・外旋35度、右肩痛のVASが0mmに改善した。ADLは右手での茶碗保持や立位での両手でタオルを絞り、また洗顔時の顔拭きは目元までの洗い動作がなんとか可能となった。しかし右手でのスプーン操作は口元までのリーチが届かず自力での摂取には至らなかった。AR²のボタンタップ合計回数は介入開始時182回から介入終了時213回、リーチスピード平均は介入開始時1.04秒から介入終了時0.93秒に改善を認めた。

【考察】

対象者は術後の右肩痛による右上肢の不使用に加え、認知低下による学習低下により疼痛を伴いにくい運動パターンの理解が得られにくい状況であった。本介入は上肢を免荷して代償運動の少ない運動パターンを反復的に繰り返すことで、肩関節周囲のアライメント修正や、痛みを伴いにくい上肢運動パターンの学習につながり、日常生活にて補助的な右手の参加が促されたと考える。しかし術後の右上肢不使用による廃用や肩周囲の筋力改善が不十分であったため、肩関節のA-ROMは大きな改善はせず、抗重力位での上肢操作の改善に至らなかったと考える。

今後は術後早期からAR²による免荷量を調節しながら反復的に肩関節の可動性や筋出力に働きかけることで、疼痛を伴わずに効果的に上肢運動パターンの獲得が図られるのではないかと考える。

当院ボツリヌス療法の治療システムと現状の報告

キーワード：ボツリヌス療法，満足度，地域連携

虎岩 辰弥 早坂 順子 室谷 嘉一 伊藤 修
東北医科薬科大学病院

【序論】

当院のボツリヌス療法は従来、リハビリ科外来を中心に可視下にてボトックスの施注を行ってきた。平成28年4月より、筋電計や超音波診断装置を導入し施注筋の同定をより明確にした上でボツリヌス療法が開始された。ボトックスが有効な期間は3か月とされており、集中的なリハビリは機能の改善につながる場合があり重要である（正門, 2013）。そこで当院では、よりボツリヌス療法の効果を見出すため、治療を受けられる患者には施注前からの入院を原則とし、リハビリストaffによる施注前評価および施注筋の検討や自主トレーニング方法の指導、施注後のリハビリや動作確認を実施するシステムの取り決めを行った。

上記システムが稼働し始めてからのボツリヌス療法システムの現状と今後の課題と対策について検討し報告する。

【目的】

当院でのボツリヌス療法の現状を把握し、痙攣の治療を継続するための対策を検討する。

【方法】

当院リハビリ科でボツリヌス療法のシステムを見直してから現在までの運営状況を整理する。平成28年4月～平成30年3月の2年間、当院でボツリヌス療法を受けた患者のべ件数や疾患、施注状況をまとめる。また、施注のべ件数のうち治療を継続している患者と治療が終了となった患者の実人数を割り出す。治療が終了した理由を担当療法士に聴取する。

【結果】

ボツリヌス療法の対象になった患者は、原則2週間の入院とし、評価や自主トレーニング方法の指導、施注後のリハビリを実施する。現在では、2週間の入院で治療を行う患者はおらず、1週間入院や日帰り入院で対応する事が多い。

平成28年4月～平成30年3月の期間、当院リハビリ科でボツリヌス療法を受けた患者はのべ54件（内訳：脳卒中47件、脳性麻痺7件）。実人数は17名。

- ・ボツリヌス治療を継続している患者：5名。

- ・1～2回の治療で終了した患者：8名。
 - ・3回以上治療を行い終了した患者：4名
- 新システムでの治療を継続しない理由として、「2週間の入院は長い」、「評価の数値化による改善はあるが患者満足度が低い」、「リハビリやその他の治療のみで十分であった」などが挙げられる。

【考察】

平成28年4月より当院のボツリヌス療法対象患者は、2週間の入院を原則として、ボトックス施注前の評価・指導と施注後のリハビリを重点的に実施する新システムを稼働した。しかし、実際は期間を短くして治療を実施している。また、治療を継続する患者が少ないので現状。

ボツリヌス療法の継続が行えない理由として、治療の効果が感じられず満足度が低い、2週間の入院では長いなど、①治療の効果と②時間の制約の面からの問題が考えられる。

以上のことから今後考えられる対策として、①治療の効果に関しては、数値化できる評価や動画を用いて患者本人および家族に効果の確認をしていただくことが必要になる。また、患者の治療効果への期待が大きいことで効果を実感できない可能性が考えられるため、治療前の現実的な目標設定が行えるよう担当療法士と話し合うことが重要であると考える。②時間の制約に関しては、患者側の都合や希望もあるため、1週間程度の入院で施注の目的が達成できるシステムの再構築が必要になると考える。

ボツリヌス療法は治験の結果から、3ヶ月ごとの反復投与によって痙攣が経時的に軽減することが指摘されている。加えて、リハビリを継続する事での持続効果が認められている（正門, 2013）。このことから今後は、介護保険を使用したリハビリとの地域連携が必要になると思われる。

手指屈筋腱術後患者への IVES の治療効果

キーワード：手指屈筋腱損傷、電気刺激、治療効果

新妻 祐介¹⁾ 田山 信敬²⁾

- 1) 公益財団法人 磐城済世会 松村総合病院 リハビリテーション科
2) 公益財団法人 磐城済世会 松村総合病院 整形外科

【はじめに】

屈筋腱断裂患者に関して、装具療法を主とした早期運動療法を実施したが、「動かし方が分からぬ」「手に力が入らない」との発言から、ニューロリハビリの観点からの介入を検討し、随意運動介助型電気刺激装置（以下 IVES）を使用した症例とハンドセラピイへの展望に関して以下に報告する。また報告に関しては本人の同意を得ている。

【症例紹介】

60歳代男性。X日に木材伐採でロープを引いた際に左手背痛あり、小指屈曲障害出現。X+30日、受診し左小指屈筋腱断裂の診断。X+54日、手術施行。術式：小指深屈筋腱（以下 FDP）の断裂を認めた。断裂部位は手根管遠位部で zone III～IV の部位。小指浅指屈筋腱も部分損傷を認め、有鈎骨鉤によるものと判断し、有鈎骨鉤を切除、長掌筋腱（以下 PL）への腱移植術を行った。縫合法は 6-strand suture 吉津 1 法。
術後 1 日目に OT 開始。術後 2 日「背側伸展制限スプリント・RBT (rubber band traction)」作成。クライナート法・早期自動運動法も同時に開始。術後 3 週でスプリント除去の指示あり。

【作業療法評価】

術後 3 週後
ROM : 手関節屈曲 60° 伸展 40°
環指%TAM=71% (fair) PPD15mm
小指%TAM=48% (poor) PPD20mm
Grip (R/L) : 36kg/13.5kg
前腕周径 (R/L) : 44cm/26cm
疼痛：他動屈曲時に小指基底部～手根部に+。
NRS 5～6

感覚：環指指尖背部にしびれ+。

DASH score 41 点 HAND20 score 50 点
生活上の訴えは両手動作や左手での巧緻動作、左での grip 困難の訴えあり。畠仕事困難。

【経過】

術後 6 週経過にて他動運動での ROM 向上見られるが、自動運動での ROM に変化なし。術後 8 週より神経活動にも視野を向け、IVES での電気治療開始。標的筋としては FDS・FDP・PL・虫様筋・骨間筋等の手内在筋。IVES パワーアシス

トモードにて 10～20 分/日 3 日/週実施。徐々に筋力増強や「力の入れ方がわかる」等の発言あり、生活場面での変化も見られるようになる。

【結果】

術後 12 週
ROM : 手関節屈曲 80° 伸展 60°
環指%TAM=92% (excellent) PPD3mm
小指%TAM=81% (good) PPD7mm
Grip (R/L) : 38kg/27kg (14.5up)
前腕周径 (R/L) = 45cm/31cm (5up)
疼痛・感覚:NRS 0 しびれ環指尖部軽度残存。
DASH 4 点 HAND20 2.5 点
生活上で支障なし、畠仕事も遂行可能。

【考察】

術後患者の多くが、術後の運動に関して「動かし方がわからない」との発言がよく聞かれる。その原因として術中に起こる「筋損傷」が原因であると考えられている。春日ら¹⁾によると「筋損傷は損傷部位の骨格筋だけの問題で機能低下が起こるものではなく、神経支配の解離による制御機構にも影響を及ぼす」と述べている。また先行研究において術後の固定は運動野と脊髄運動ニューロン間の活動が減少することを報告している。本症例の場合も、受傷から手術までの筋収縮困難期間、スプリント固定による制限、そして術中の筋損傷で神経筋接合部の変性により、手指運動イメージ欠如や筋力低下を認めた。この状況が続くと脳はもとの運動機能を忘れ、痛く・動かない筋収縮を学習してしまい、生活上で効果を発揮する事が困難となり使えない手・不便な手とハンドセラピイ本来の目的である useful hand (使える手・生活する手) 獲得に及ばない。そこで、従来のハンドセラピイによる腱縫合治癒の経過に合わせた、スプリント療法での適切な早期運動療法と併用で筋収縮再学習を目的とした IVES の導入することは useful hand 獲得に効果的であると考えられる。

【引用文献】

- 1) 春日規克、西沢富江：筋損傷にともなう神経筋接合部の変化、久留米大学研究紀要、第 21 卷、第 1 号、2014.

生活行為向上マネジメントの活用により長期的な生活目標が達成された一症例 ～自動車運転再獲得に向けて～

キーワード：頸髄症、生活行為向上マネジメント、自動車運転

斎藤 郁矢
医療法人社団 仁明会 斎藤病院

【はじめに】

今回、頸髄症を呈した男性患者（以下症例）に対して生活行為向上マネジメント（以下 MTDLP）を用いて支援を行った。一度本人の望む運転再開が見合せとなり、長期に渡る介入となった。しかし活動意欲が低下することなく運転再開に至り、症例の望む生活が獲得されたため以下に報告する。なお、本発表において症例の同意を得ている。

【症例紹介】

60代男性。X年9月より右上肢脱力増強し、症状が改善しないため11月にA病院受診。頸髄症と診断され、X+1年1月リハビリ目的にて当院入院となる。既往歴はX-14年脳梗塞右不全麻痺（本人よりほぼ症状なかったと）、不眠症（眠剤複数内服）。病前ADL自立。趣味は自動車を運転して近所の温泉に行くこと。

【作業療法評価・計画】

入院直後よりADLは概ね自立されていたため、早期よりMTDLPを導入した。病前の趣味活動の優先度が高く、妻からも温泉に行けなくなつて閉じこもりになつてしまつのが心配との訴えが聞かれた。Drに運転再開の希望があることを相談し、頸髄症の影響や脳梗塞の既往、不眠症に対し眠剤を複数内服しているため、身体機能評価、高次脳機能評価の依頼となつた。<身体機能>右側のみ記載。ROMactive 肩屈曲80° 外転60° MMT上肢筋2~3レベル。握力15kg。MFS69%。STEF78点。BI100点であるが、右上肢筋力低下や手指巧緻性の低下によりハンドル操作に不安を抱いていた。<高次脳機能>HDS-R29点、TMTpartA119秒/B118秒、かな拾い正答率A70%/B74%，コース立方体テストIQ67、レーブン色彩マトリックス検査総計28/36と構成に低下を認めた。Drから高次脳機能はわずかにカットオフ値を下回るもの、運転に影響はないとの判断。

<合意目標>自動車を運転して近所の温泉に行く。初期評価時実行度・満足度ともに1。治療は1回40~60分の介入で促通反復療法、筋力訓練、巧緻動作訓練、運転再開に向けた動作評価等を1ヵ月間実施した。

【経過・結果】

<身体機能>ROMactive 肩屈曲 135° 外転 140° MMT 上肢筋 4~5 レベル。握力 18.3kg。MFS84%，STEF88点と筋力や巧緻性も改善し、模擬的なハンドル操作も可能となつた。しかしDrからは退院後の頸髄症の再発リスクや身体機能面の変化の有無を理由に運転再開は少しの間見合せとなり、X+1年2月末に退院となつた。退院後は外来リハで週1回のフォローとし、運転しない期間は外来リハ時に妻の送迎で温泉に通い活動意欲を保持した。X+1年3月外来リハ初期介入時、実行度・満足度ともに5。外来リハでは自主トレ指導、身体機能評価、運転再開に向け免許センターへの促しを行い、経過も良好のためX+1年4月より運転再開となつた。最終評価時は実行度・満足度ともに8となり、現在も無事故で温泉に通つてゐる。

【考察】

本症例は入院・外来と3ヵ月間に渡り介入を行つた。症例は以前大腸潰瘍を繰り返し、長期間自宅療養され、趣味活動の制限により活動意欲の低下を認めたこともあつた。そのためOTはMTDLPを用いて活動・参加に着目し生活目標を明確化、多職種や妻との共有を行つた。一度は運転見合せとなり長期的な介入となつたが、目標達成度を客観的に数値化することで、活動意欲を保持しながら症例の望む生活に繋がつたと考える。

主婦の役割を再獲得した症例 ～家族との関わりを通して感じたこと～

キーワード：家族，共有，役割

中野 里沙
特定医療法人 盛岡つなぎ温泉病院

【はじめに】

今回、症例と家族間で退院の方向性に違いがみられたケースに対し、作業療法士（以下 OT）が懸け橋となり積極的な介入を行った結果、症例は自宅退院となり主婦の役割を再獲得し、社会参加しようと主体性を持って生活を送っていた。症例、家族との関わりを通して感じたことを、考察を交え以下に報告する。尚発表にあたり症例と家族より書面にて同意を得ている。

【症例紹介】

70代女性。乳がん頸・胸椎転移による四肢不全麻痺。X年3月乳がん手術。X年+4年4月頸椎転移を認め入院。同年6月当院へ転院したが、7月胸椎転移を認め急遽転院。8月当院へ再入院し、9月自宅退院となる。病前ADL自立。主婦であり、夫と2人暮らし。性格は明るく家族の中心的な存在であり、入院中も常に夫と遠方に住む長女を気にかけ、連絡を取り合っていた。

【初期評価】

MMT3～4。握力（右/左）14.6 kg/6.3 kg. STEF（右/左）83点/51点. FIM58点（運動23認知35）基本動作・ADL中等度～全介助。症例「簡単な家事だけでもできるようになって夫を支えたい」、夫「今の状態なら施設を考える」と話していた。

【経過】

- 1) 入院1回目：症例は易疲労性で訓練やADLに対し消極的であったため、段階付けながら身体機能訓練・ADLに関わり、能力向上に伴い症例は自信を付けていった。一方、夫は仕事と私生活で精一杯になっており、症例やOTと情報共有する機会が少なかった。そのため訓練場面の見学だけでなく、写真と動画を用いて症例の日々の変化を分かりやすく夫に伝えられるよう工夫した。徐々に夫の症例に対する認識が変化していき、夫と情報共有できる機会が増え、家屋調査も目前にしていた。しかし7月胸椎転移を認め、急遽転院となる。
- 2) 入院2回目：8月当院へ再入院。身体機能、ADL共に著明な能力低下なし。症例から「来月には家に帰りたい」と希望が聞かれ、夫とチームで

話し合い入院2週間後に家屋調査を実施。症例や夫と今後の課題や目標を共有した。症例「訓練したことが活かせて良かった」、夫「思ったより動けたな」と感想が聞かれた。訓練では退院へ向けた応用動作や入浴、調理訓練を行い、その様子を夫だけでなく長女にも伝えられるよう、症例の携帯で写真と動画を撮影し、家族間での共有を図った。訓練の様子や成果を夫と長女に称賛され、症例は自信をつけ訓練にもより意欲的になっていった。退院時は介助方法を夫に指導、注意点は写真を添付した書面を作成し、9月自宅退院となる。

【最終評価】

MMT4。握力（右/左）16.5 kg/15.8 kg. STEF（右/左）92点/90点. FIM101点（運動66認知35）基本動作・ADL一部介助～自立。症例「家事は少しずつ出来ると思う」、夫「家でも大丈夫そうです」と話していた。

【退院2カ月後に自宅訪問】

デイケアに通いながら夫と協力し家事を行い、また夫の出勤準備の手伝いや、長女には料理を教えたりと主婦の役割を再獲得していた。そして、家族と買い物や外食に出掛け、タクシーを利用した症例だけでの外出も行えており、社会参加へ向け新たな目標を立て、表情も生き生きとしていた。

【考察】

岸本は「OTは常に情報の必要性を評価し家族と共有することを心がけておく必要がある」と述べている。今回、訓練場面の見学や家屋調査での関わりだけでなく、動画や写真を用いて症例の現状と日々の変化を家族に伝え共有できたことは、家族の症例に対する認識の変化や安心感をもたらし、OTとの信頼関係を築く一助になったと考える。そして、積み重ねた成功体験は症例の自信となり自己効力感を向上させ、症例は役割を再獲得できただけでなく、社会にも目が向けられるようになったと思われる。その人らしく、その人の役割を持った生活を再獲得するためには、家族の協力は不可欠であり、その家族と関わるOTの役割も重要であると感じた。

基本動作・ADLへの関わりを通し、花嫁の父として結婚式列席が可能となった くも膜下出血後の一例

キーワード：目標、家族、チームアプローチ

岡本 真由
社会医療法人 明和会 中通リハビリテーション病院

【報告の目的】

症例はくも膜下出血により多彩な高次脳機能障害、廃用による耐久性低下を呈し、ADLは全介助を要していた。回復期リハビリテーション(以下回リハ)病棟入棟中、症例家族から娘の結婚式でバージンロードと共に歩きたいとの希望があった。新婦父としての結婚式参加を目標にチームアプローチを実施し、結婚式への列席が叶った為、以下に報告する。尚、発表に際し症例・ご家族より同意を得ている。

【事例紹介】

60代前半の男性。病前は妻、娘、息子と4人暮らし。家族仲が良く、穏やかな人柄。X年Y月くも膜下出血発症、A病院救急搬送後、B病院転院。2日後に動脈瘤塞栓術施行。Y+3月A病院転院。同月C病院転院し回リハ病棟入棟。Y+4月動脈瘤再発のためA病院転院し再治療。Y+6月C病院再入院、回リハ病棟再入棟となる。

再入院時(Y+6月)FIM27点、BRS(左)：4・4・3、両手指、肩、股関節に重度ROM制限と運動時痛あり。右上肢MMT3～4程度、体幹伸筋群・下肢抗重力筋にMMT2～3程度の筋力低下を認めた。起立性低血圧があり、座位耐久性10分程度。HDS-R：3/30点、注意障害、記憶障害、見当識障害、発動性低下、失行、運動維持困難等の影響があり、ADLはBed上全介助であった。

【介入の基本方針】

長期臥床による腰痛、四肢筋力低下といった廃用の要素や注意障害・記憶障害・自発性低下などの高次脳機能障害の影響が顕著で、生活全般において不活発な状態だった。離床に向けた基本動作への介入を行いつつ、本人が能動的に取り組める身辺処理や明快なActivityを通して、身体耐久性向上と、注意障害・失行が動作に及ぼす影響の軽減を図り、ADL能力向上を目指すこととした。

【作業療法実施計画】

症例が、最も自発的に行えた活動の1つとして、食事動作へ着目し、まずは食事が独力で行えることを目標に座位耐久性、上肢機能、高次脳機能へ

のアプローチを行う事とした。ポジショニングやシーティングによって座位姿勢の安定、上肢機能や視覚情報の選択性を改善するよう図った。

介入2ヶ月経過し、車いす上で食事自力摂取が可能となり、介助歩行が定着した時期より、娘の結婚式への列席・バージンロードの歩行を目標に、身体耐久性向上、注意機能・運動維持困難の軽減、排泄を含めた更なるADL拡大を目指した。

介入開始時より週7回、2～4単位の個別作業療法を3.5ヶ月間、その後療養病棟へ転棟し週4～5回、2単位の個別作業療法を2.5ヶ月間実施した。適宜、担当療法士・Ns・MSWと情報交換し、結婚式に向けた目標共有や必要な準備について確認した。家族を交えた打ち合わせや式のリハーサルを実施した。

【結果】

介入6カ月後(Y+12月)、FIM40点、BRS(左)：5・5・4、左手指・肩、両股関節のROM制限、左肩の運動時痛、股関節周囲筋の筋力低下は残存した。3時間程度の車いす座位保持が可能となった。HDS-R：7/30点。促し等、対応の仕方に工夫をするが、生活や作業活動場面において注意障害、運動維持困難が軽減した。短期記憶障害、時間・場所の失見当識については著変なかった。式当日、娘とバージンロードを歩くという目標を達成し、約1週間後に退院、作業療法終了となった。

【考察】

介入当初は高次脳機能の影響により、本人と合意した目標を共有する事に難渋した。娘の結婚式というライフイベントを前に、「父親」としての役割を持つ事例自身へ働きかけられた事により、生活場面に対する主体性・意欲を引き出す事ができた。事例に関わる多職種が共通の具体的目標を持ち、分業と協業による切れ目ないアプローチを行えた事により、車いす駆動や歩行といった移動場面、排泄・更衣・食事等のADL介助量軽減に繋がったと考える。

生活背景を基に活動拡大が図れた症例

キーワード：生活背景、意欲低下、家族

石川 侑利奈 大久保 訓
公益財団法人 いわてリハビリテーションセンター

【はじめに】

症例は、記憶障害、注意障害、意欲低下を認め、臥床傾向となっていた。その為、病前の生活背景を活かし段階的に反応を引き出し、活動拡大を図った症例を経験した。対応と考察をまとめ以下に報告する。なお、発表に際し症例に同意を得ている。

【症例紹介】

40歳代男性。診断名：下垂体腺腫術後。障害名：右片麻痺、感覺障害、高次脳機能障害。現病歴：X年縦隔腫瘍、下垂体腺腫発症。X+5年摘出術施行。X+7年腫瘍増大、視神経障害再燃、摘出術施行。脳幹損傷し、左運動麻痺、感覺障害を認めリハビリ目的で当院入院。家族構成：妻、子2人。職業：プラスチックリサイクル業者。家族より：生きがいは子供の成長を見守る事・仕事。

【作業療法評価：入院初期】

<身体機能> Br.Stage：上肢IV、手指V、下肢V。
Fugl-Meyer-Assessment (以下、FMA)：上肢 89/126点、下肢 86/100点。

<高次脳機能・精神機能> MMSE：3/30点。線分末梢・線分二等分：可。その他の机上検査：実施困難。興味関心チェックリスト：全て興味なし。記憶：妻・子供の人数や名前を答える事困難。注意：動作性急、安全管理困難。意欲低下：臥床傾向、促しを要す。

<ADL> 機能的自立度評価表(以下、FIM)：37/126点(運動：28点、認知：9点)。促しが必要。

【問題点・方針】

臥床傾向であり、生きがいである家族や仕事への興味・関心が乏しかった。その為、病前の生活背景から反応を引き出し、段階づけた介入をし、活動の拡大(退院後の生活を考えられる事)を目標にした。

【介入】

1) 意欲低下を認めた時期：反応が乏しく臥床傾向であり、家族・仕事の事が「わからない」と答えた。その為、家族から情報収集し反応を引き出すための活動を模索した。競馬中継の観戦及び関連する事の質問を行い、興味を引き出した。その後、家族と観戦する機会を設けると表情が豊かになった。

2) 転倒リスクがあった時期：身体機能は向上するも、高次脳機能障害の影響から転倒リスクがあった。自宅環境を写真で確認し、本人と自宅の階段(3階)昇降を目標にした。その後、自宅訪問にて動作確認や家族指導を行い、外泊に結びつけた。子供の協力もあり転倒なく過ごされ「帰ってきたくなかった」と発言した。

3) 活動拡大に向けた時期：症例と今後の生活について話す機会を設けた。その際は「仕事はいい、帰ったら考える」と聞かれた。その後、現実検討を促すため、妻も同伴し職場訪問を行い、状態説明や作業確認及び職員と交流し再検討する機会を設けた。実際に行ったことで「元の職場に戻りたい」「家族のために少しでも稼がないと」と表情や発言が変化した。自宅生活が可能となった為退院となった。

【作業療法評価：最終評価】

<身体機能> Br.Stage：上肢VI、手指VI、下肢V.
FMA：上肢 107/126点、下肢 91/100点。

<高次脳機能・精神機能> MMSE：19/30点。線分末梢、線分二等分：可、コース立方体組み合わせテスト：IQ79.2。興味関心チェックリスト：子供の世話、家族との団欒、競馬等、賃金を伴う仕事。意欲：歩行に意欲的。自主訓練に取り組む。記憶：妻・子供を答えられる。注意：安全管理不十分。

<ADL> FIM：100/126点(運動：73点、認知：27点)。歩行、転倒リスクあり見守り、安全管理不十分。

【考察】

今回、記憶障害、注意障害、意欲低下のある症例に対し、生活背景を基に介入内容を組み立てた。意欲低下に対して趣味から興味を引き出し家族との時間に結びつけた。転倒リスクに対しては、自宅環境を想定した練習を積み重ね自宅訪問し、外泊にて安全な動作獲得に繋げることが出来た。そして、退院後の活動拡大に向け、職場訪問した上で今後の生活(家族や仕事)を意識した発言になったと思われる。

以上の事から生活背景を基に関わる重要性を再確認した。

意味のある作業に従事したことで不適切な行動が消失し、本人らしい生活を構築した事例

キーワード：意味のある作業、高齢者、生活

原 和宏 佐藤 晃太郎
介護老人保健施設 あいぜん苑

【はじめに】

認知症高齢者の BPSD は、その人と環境との不調和の中で起きると言われている。今回、施設入所直後から落ち着かず、不適切な行動があった高齢男性に対して、意味ある作業への従事を支援した。その結果、不適切な行動は消失し、本人らしい生活を構築できた。本報告の目的は、施設入所直後の高齢者が意味のある作業に従事することの意義について検討することである。なお、本報告に際し、本人と家族から同意を得た。

【事例紹介】

80 代の男性で要介護度 3 だった。自衛官として働き、若い頃から多趣味で、老後も活動的に過ごしていた。2 年前に脳梗塞を発症し、半年間の入院生活を経て当老健施設に入所した。病院ではほぼ臥床して過ごしたが、入所後は施設内を何度も周り、憤慨するなどの不適切な行動があった。

【作業療法初期評価】

好きな時に外に行きたいとの要望はあったが、具体的な目標はなかった。左片麻痺(Brs 上肢IV, 手指V, 下肢III)があり、全般的な筋力低下があった。座位、立位は左側への傾き、耐久性は低かった。HDS-R は 17 点、BAAD は 11 点で、日時の失見当や注意転導があった。FIM は 55 点で、起居移乗動作は一部介助、移動は車椅子を自操できたが、座位を保てず、滑落の危険性があった。食事は自立、更衣と整容は一部介助、排泄と入浴は全介助だった。DBD は 19 点で、散歩の希望が強く、職員と施設内を何度も周り、職員が応えられないと、不満を漏らし憤慨した。MOHOST は 50 点で、作業への動機づけや作業のパターン、環境などの項目で点数が低かった。病院から施設への環境変化に適応できず、自身の想いが制限される状況に不信感や不満を抱いていたと推察された。

【作業療法方針】

意味のある作業への従事を通して、本人らしい生活の構築を支援することとした。その中で、施設生活への適応や不適切な行動の軽減を図ることとした。まずは散歩を通して想いを引き出すことから始めることとした。

【経過】

散歩中には、映画鑑賞が趣味で多数の DVD を持っていることを教えてくれ、何よりもの楽しみだったなどの想いを語った。

介入から 1 か月後、DVD 鑑賞の時間を 30 分程度設けるようにした。その中で、高校時代に映画研究会を作ったことや映画の内容を楽しそうに語った。また、本人から DVD の上映会開催についての提案があった。介入から 2 か月後、週 3 回上映会を開催することとした。上映会では他入所者と一緒に映画鑑賞を楽しんだ。上映会後はテレビを見て過ごすようになり、施設内を周ることはなくなった。その後もお勧めの映画を何本か上映し、「皆が喜ぶならいつでも貸すよ」と話した。また、座位、立位の安定性は徐々に向上し、移乗の介助量は軽減し、移動は単独で可能となった。

【結果（介入から 3 か月後）】

座位、立位は安定し、HDS-R は 21 点、BAAD は 8 点に改善した。FIM は 60 点で、移乗は自力で行える動作が増え、移動は車椅子で自立した。また、映画やテレビを鑑賞して過ごすなど本人なりの生活が構築でき、施設への不満は聞かれなくなった。DBD は 9 点で、不適切な行動は消失した。MOHOST は 63 点で、作業への動機づけや作業のパターン、環境などの項目が改善した。

【考察】

介入当初にみられた不適切な行動は、病院という治療の場から施設という生活の場への変化に適応できず、自身の想いと慣れない環境との間での不調和が引き起こしていたと考える。一方で、介入後の変化は、環境の変化に伴う患者から生活者という在り方の変化に対しての適応が促され、本人と環境との不調和が解消したためと考える。

今回の経験から、施設入所直後の高齢者は、環境の変化によるその人の在り方の転換期にあり、意味のある作業への従事は、その転換期への適応を促すと考える。また、施設入所直後の高齢者が環境と調和することは、BPSD の軽減や施設生活への適応を促し、その人らしい生活の構築につながると考える。

自己効力感の変化に着目した関わりが主体性の変化に作用した症例

キーワード：自己効力感、主体性、意味のある作業

添田 祥平 田代 勇二 小野寺 志織
一般財団法人 総合南東北病院

【はじめに】

日本作業療法士協会では、「人は作業をすることで元気になれる」をスローガンに、クライエント（以下、CL）の生活行為に焦点を当てた実践に取り組んでいる。また、「患者の健康行動を援助する治療的関わりを追求する上で自己効力感は重要な概念である」との報告がある（江本リナ、2000）。

今回、脳梗塞の発症により「仕事」という作業の遂行が困難となり、役割の喪失から自己効力感の低下を認めた症例を担当した。自己効力感に焦点を当てた関わりが、症例の主体性の変化に効果的に働いたため、経過を以下に報告する。尚、報告に際し本人に同意を得ている。

【症例紹介】

70代女性。独居。病前ADL自立し、保険会社の営業職として勤務していた。X日の起床時に下肢のふらつき、呂律不全認め当院受診。左橋梗塞の診断にて入院加療となる。

【作業療法評価 X+3 病日】

意識清明。右 Br. stage 上肢VI手指VI下肢V。FMA 上肢 65 点、下肢 31 点。軽度運動失調。MMSE26 点。FIM82 点（運動項目 47 点/認知項目 35 点）。構音障害あり。

【作業療法面接 X+4 病日】

症例は心身共に落ち込んでおり、「手・足を良くしたい」「上手く話したい」と機能改善を望む声が聞かれた。これらの機能改善が復職に必要な構成要素である事から、復職こそが症例の hope であると読み取れた。また、「家では一人だけど、仕事では多くの人と話すのが楽しい」と語り、仕事の持つ作業的意味が、他者交流の機会としてかけがえのないものであり、その時間が症例の日々の生活を彩るものだと認識できた。

【介入経過 X+5～20 病日】

1. 効力予期(-)結果予期(-)の時期

復職を希望する症例だが、「看護師さんがやってくれるから」と院内生活は依存的であった。その為、症例と合意のもと、食事の配膳・下膳および洗濯を自身で行う事とした。

2. 効力予期(-)結果予期(+)の時期

一週間程で院内 ADL 自立となった。症例から

は「身の回りの事は出来るようになった。でも仕事は出来るかな」との発言が聞かれた。この時期には、仕事復帰に向けた実動作を通じ、出来た課題に対し正のフィードバックを強化する事で、効力予期の向上を図った。出来ない課題については、課題達成に向け段階的な目標設定を立案した。

3. 効力予期(+)結果予期(+)の時期

段階的な目標の達成を繰り返す中で、院内生活における行動に変化が見られ、「早く仕事に戻るために、歩いたし字の練習もしたよ」との発言が聞かれるなど、主体性の向上が認められた。反面、この時期においても「何からやればいいのかな」と課題達成までの段階付けを行う事は困難で、症例と協働し目標設定を行う必要があった。

【考察】

「何のために行うかという意味に価値を置いているほど自己効力感は高い」との報告がある（藤生英行、1991）。早期の面接により、機能改善を図る意味、それにより獲得される作業的意味が明確となった事が、自己効力感向上の一助となり、院内生活の主体性向上に繋がったと考える。

一方で、自己効力感が高くても、課題達成までの作業工程の細分化や段階付けは困難であった。

「ある課題を達成する為の方略を知っていて、それを活用できる事が自己効力感を高める要素である」との報告がある（伊藤崇達、1996）。その為、作業療法士が早期より「活動」・「参加」に視点を置き、CL の望む生活を達成する手段を、CL と共に有し目標設定する事が自己効力感を高め、主体的な健康行動の獲得に重要だと再認識した。

【引用文献】

- 1) 江本リナ：自己効力感の概念分析 日本看護科学会誌、2000.
- 2) 藤生英行：挙手と自己効力、結果予期、結果価値との関連性についての検討 教育心理学研究、1991.
- 3) 伊藤崇達：学業達成場面における自己効力感、原因帰属、学習方略の関係 教育心理学研究、1996.

認知症予防運動プログラム「コグニサイズ」を活用した 地域高齢者に対する健康コミュニティ作り

キーワード：認知症予防、高齢者、地域

久米 裕¹⁾ 藤田 智恵²⁾ 津軽谷 恵¹⁾ 佐藤 亜希子³⁾ 中村 順子³⁾

1) 秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻作業療法学講座

2) 秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻地域生活支援看護学講座

3) 秋田大学大学院医学系研究科附属地域包括ケア・介護予防研修センター

【序論】

秋田大学では、超高齢・人口減少社会における若者の地元定着の促進と若者の育成を目的に、地(知)の拠点大学による地方創生推進 Center of Community(COC+)事業を現在進めている。同事業では「ふるさと秋田の魅力形成モデルづくり」という1つのテーマを掲げており、このテーマを土台とした健康コミュニティ作りとして認知症予防運動プログラム「コグニサイズ」(以下、コグニサイズ)を活用している。コグニサイズは、愛知県の国立長寿医療研究センターが開発した認知症予防を目的とした運動プログラム⁽¹⁾である。

【目的】

コグニサイズの有効性は、愛知県大府市に在住している高齢者を対象とした大規模な介入研究において実証されている。しかしながら、これまでの介入研究における対象は都市部に隣接する地域に住む高齢者であり、超高齢・人口減少が著しい過疎地域の高齢者に対してコグニサイズを適用できるかは定かではない。本研究の目的は、過疎地域の高齢者に対するコグニサイズの有効性と健康コミュニティ作りにおけるコグニサイズの有用性を検証することである。

【方法】

対象は、秋田県男鹿市保健所によって公募された同市に在住している65歳以上の高齢者20名(性別：男性2名、女性18名)であった。また、コグニサイズは実施手引きに基づいて1回あたり90分間で実施され、その内容は(1)柔軟体操(10分)、(2)筋力トレーニングおよびバランストレーニング(15分)、休憩(5分)、(3)ステップ台を用いた有酸素運動(10分)、休憩(10分)、(4)身体運動と認知課題を含む二重課題(30分)、(5)柔軟体操(10分)で構成された。そして、コグニサイズの実施期間および実施回数は2017年7月から2018年2月まで全18回に設定された。その実施期間における初回と最終回には、コグニサイズの介入効果を判定するために身体機能評価5項目(タンデム立

位[秒]、Timed up and go test[秒]、10メートル歩行テスト[秒]、5回椅子立ち座りテスト[秒]、握力[kg])とタブレット端末による認知機能評価4項目(単語記憶・遅延再生[点]、注意機能[秒]、遂行機能[秒]、情報処理速度[点])を実施した。そして、統計学的分析として対応のあるt検定が適用された。なお、本研究は秋田大学大学院医学系研究科保健学研究倫理審査委員会にて承認済みである(承認番号No 1769)。

【結果】

すべての対象者のうち初回評価をすべて完了した対象者は16名(男性2名、女性14名)であった。基本情報として、年齢(平均値±標準偏差)=76.4±4.9歳、身長=150.7±6.0cm、体重=55.5±8.1kg、Body mass index=24.4±2.7 kg/m²、教育年数は10.7±1.7年であった。

【考察】

2017年11月22日現在、本研究はコグニサイズの全日程(18回)のうち11回までの日程を完了した。介入経過に応じて、対象者同士が励まし合いながら運動を進めること、お互いの健康状態を気遣うことなどコミュニティ内の活発な対人交流が観察されるようになってきた。今後は2018年2月末に再評価を実施し、コグニサイズの介入効果に対する検証も進めていく計画である。

【引用文献】

- (1) Suzuki T, Shimada H, Makizako H, Doi T, Yoshida D, Ito K, Shimokata H, Washimi Y, Endo H, Kato T. (2013). A randomized controlled trial of multicomponent exercise in older adults with mild cognitive impairment. PloS one. 8:e61483.

住民主体の通いの場を活用した継続的な介護予防事業の効果検証

キーワード：地域リハビリテーション、介護予防、体操

高梨 信之¹⁾ 千葉 春香²⁾ 村上 優子²⁾ 佐藤 咲恵²⁾

1) 岩手医科大学いわて東北メディカル・メガバンク機構

2) 陸前高田市地域包括支援センター

【序論】

介護予防・日常生活支援総合事業が制度化され、従来からの運動機能・生活機能の維持向上を図る機能訓練の他、新しい方向性として、住民主体の通いの場を活用することでソーシャルネットワーク（以下、SN）の形成を促すことも推進されている。岩手県陸前高田市では、リハビリテーション専門職（以下、リハ専門職）と地域包括支援センターが協働して地域在住高齢者の介護予防事業を実施している。今回、評価として運動機能、SNを測定し、通いの場で活動することの効果を検証し報告する。

【目的】

住民主体の通いの場を活用した介護予防事業に参加する地域在住高齢者の運動機能、SNを評価し、事業に継続的に参加することで得られる効果を分析する。

【方法】

陸前高田市包括支援センターが運営支援を行い、平成29年度に実施した「いきいき百歳体操」に市内5会場で参加した86名のうち、3か月間継続参加をした48名を分析対象とした。参加者は市の広報活動や他の介護予防事業等で案内をし、行政区単位で募集した。運動機能は、各会場にてリハ専門職が測定を担当し、項目として（TUG、5m歩行、握力、開眼片足立ち、坐位体前屈、CS-30）を評価した。SNは、参加者に自記式アンケートを実施し、LSNS（Lubben Social Network Scale）にて評価した。

いずれも、事業への参加開始時に1回目、開始3か月後に2回目の評価を行い、3か月間継続することによる効果を検証した。統計手法として対応のあるt検定を用い、初回（1回目）、3か月（2回目）の平均値の有意差検定を実施した。なお、分析に使用するデータは匿名化して個人情報保護を遵守し、倫理的配慮を行った。

【結果】

3か月間継続参加をした分析対象者は48名（男性5名、女性43名）、平均年齢は74.4歳（SD6.6）

であった。初回および3か月の平均値、ならびに有意差検定の結果を下表に示す。

| | (単位) | 初回 | 3か月 | t検定 |
|-------------|------|------|------|--------|
| TUG | 秒 | 6.8 | 7.1 | 0.057 |
| 5m歩行 | 秒 | 8.6 | 8.7 | 0.831 |
| 握力（右） | kg | 21.5 | 22.0 | 0.087 |
| （左） | kg | 15.9 | 16.1 | 0.335 |
| 開眼片足立ち（右軸） | 秒 | 16.9 | 21.4 | *0.045 |
| （左軸） | 秒 | 15.7 | 17.7 | 0.406 |
| 坐位体前屈 | cm | 13.3 | 14.0 | 0.495 |
| CS-30 | 回 | 15.3 | 16.7 | *0.013 |
| ソーシャルネットワーク | | | | |
| LSNS※ | 点 | 15.9 | 16.5 | 0.315 |

※LSNSは、6項目（0-5点）の合計点で、<12点をSN低と評価。

【考察】

初回と3か月の運動機能の比較では、多くの項目で平均値の向上が認められ、特に開眼片足立ち（バランス）、CS-30（立ち上がり）の数値に有意差が示された。これは実施している体操の内容に下肢筋力の向上を促す動作が多いため、体操の内容自体の効果が反映されたと考えられる。体操の内容および動作を習慣づけることで、継続的に効果が示されることが示唆されたと考える。

また、住民主体の通いの場の活用の目的の一つである人のつながりづくりでは、SN（LSNS）の向上は見られたものの、有意な結果は得られなかった。このような介護予防事業の実施が、運動機能の向上のみならず、地域内の高齢者の自助・互助の促しに寄与するためにも、作業療法士の視点での高齢者の生活機能向上と地域の人のつながりの効果検証を進めていきたいと考える。

【研究の限界】

今回の事業および評価は市内の複数会場で実施したため現時点で測定環境や評価者の違いがあること、また会場ごとの地域性、集団特性が異なることを研究の限界とする。

認知症カフェ「しゃべりば」の活動報告と今後の課題 ～福島県作業療法士会 会津・南会津支部の取り組み～

キーワード：認知症，介護予防，地域

平岡 千佳 半谷 智辰 佐藤 志保 芳賀 久美
福島県作業療法士会 会津・南会津支部

【はじめに】

平成 27 年 1 月に厚生労働省より認知症施策推進総合戦略が打ち出され、認知症カフェの設置やサポーター養成など地域で認知症当事者を支えること、及びそれを支える家族や支援者の負担軽減を目的とした取り組みが明記された。

平成 29 年度、福島県作業療法士会会津・南会津支部では、会津若松市内に認知症カフェ「しゃべりば」（以下、しゃべりば）を設立した。今回、当支部の活動について、考察を加え報告する。

【「しゃべりば」立ち上げまでの経過】

H29 年 2 月の定例支部会で、支部事業として決定。3 月から認知症カフェ設立準備に向け、中心活動メンバーを募り（15 名で構成）、メンバーは県内で運営されている認知症カフェを見学した。包括職員や自治会長を交えて運営内容・対象者等について検討を行い、包括職員からは相談や介護予防等も含めた活動を行ってほしいとの要望が聞かれた。開所にあたり、会津若松市に申請書を提出し、配布ポスターを作成した。これらの経過を踏まえ、平成 29 年 7 月開所となった。

【「しゃべりば」の概要】

○運営：参加費と会津支部からの補助金。スタッフは、常時 6~7 名の支部員で構成。

○開催場所・頻度：会津若松市内のコミュニティセンター。月 1 回。午前 10:00~11:30 までの 90 分間。参加費 200 円（飲み物・菓子付）。

○対象：認知症当事者やその家族に限らず、会津地域で暮らす住民とした。

○活動内容：カフェタイム、手工芸(40 分)、体操(20 分)、相談等。

【「しゃべりば」活動報告とアンケート結果】

○平均参加人数（計 6 回開催）：13.8 人。

認知症当事者と家族の参加なし。

○第 5 回目（11 月）にアンケート実施：回答者 11 名（男性 5 名、女性 6 名）。平均年齢：75.09 才。参加者は既存サロンからの方や、近くの団地住民が多く、徒歩や自転車で来所。家族構成は 1 ~2 人暮らしが 82%。3 回以上の参加者が 73%。現在の内容においては「満足・ほぼ満足」が 91%。

これまで、参加者からの認知症に関する相談はなかったが「認知症に対し関心がある」が 100%。また「認知症のミニ講話があれば参加したい」が 91%。OT に相談したいこととして「健康や病気に関する相談」が多く、次いで「運動に関する相談」が挙げられた。

【考察】

アンケート結果から、現在の内容において「満足・ほぼ満足」が約 9 割を占めており、参加者は定着してきた。また、徐々に参加者の生活背景や地域特性などもわかるようになり、健康や病気、認知症への関心が高いことがわかった。

そのため、次年度は、認知症や介護予防に関するミニ講座や認知症サポーター養成講座の開催を予定している。

今回、カフェの参加対象者を認知症当事者や家族に限定せず、地域住民とした。カフェという気軽に立ち寄れる場をきっかけに、地域住民が活動や参加する機会を作ること、また、健康状態や認知症が生活上で問題になる前に、早期発見・相談ができる場として、初期段階で OT が地域で介入を行うことは、認知症や介護予防において、重要な役割を持ち、地域包括ケアシステムの一助となると考える。

【今後の課題】

地域で介入を行う上で、地域住民を知っている包括職員や民生委員との連携が不可欠であると考える。早期に必要な支援が図れ、適切な社会資源に繋げられるよう、今後、顔の見える関係作りを確立していきたい。また、OT 運営の認知症カフェとして地域における役割、効果についての検証を行っていきたい。

介護予防事業における作業療法士の実践報告 ～MTDLP を活用して～

キーワード：介護予防、作業療法士、生活行為向上マネジメント

椎野 良隆
一般財団法人 竹田健康財団 竹田総合病院

【序論】

当院は平成 14 年度より地域リハビリテーション（リハ）広域支援センターに指定されている。これまで福島県湯川村（村）保健師（PHN）より一次・二次介護予防事業を受託し、地域のサロン支援やサロンリーダー育成に作業療法士（OT），理学療法士（PT）が関わってきた。PHN は、お互いに支え合える地域づくりをめざし、村の全 31 地区に住民主体の通いの場（サロン）を創出したいと考えている。平成 27 年度、新しい介護予防・日常生活支援総合事業の中の介護予防普及啓発事業（事業）を受託し、OT として地域サロン立ち上げに関わる機会を得た。生活行為向上マネジメント（MTDLP）を活用した事業支援について報告する。報告にあたり、当院倫理審査委員会の承認は得た。

【今回の介護予防事業開始までの経緯】

村の 19 地区にサロンがあり、月に 1~2 回の頻度で住民が集う。PHN は各サロンの頻度を週 1 回にしたいと考えて推進しているが、地区ごとの事情により至らず。そこでモデルとなるような新規サロン立ち上げにあたり、支援の依頼を受け、MTDLP を使用して介入した。

【介護予防事業の目的】

要介護状態となるおそれの高い高齢者を対象として、一人ひとりの生きがいや自己実現のための取り組みを支援し、活動的で生きがいのある生活を送ることができるよう、支援していく。

【方法】

地区公民館にて約 2 か月間、週 1 回の 2 時間、全 9 回実施する。事前に PHN が基本チェックリストの評価、ニーズ調査を行い、対象者へ書類を郵送して周知する。同意の得られた 18 名を対象者とした。PHN ～ MTDLP について説明し、対象者宅の訪問時に“生活行為確認表”，“興味・関心チェックシート”，“生活行為聞き取りシート”，を使用して大まかな希望を聴取する。初回、OT は PT と協力し、各シート内容の確認、生活行為目標の設定と共有、実行度・満足度の評価、体力測定、MTDLP に関する講話、個別にホームエク

ササイズや生活動作の助言を行う。PHN は基本情報の確認、バイタルチェック、主観的健康感の評価、事業内容や介護予防が必要な理由を説明する。評価は終盤にも実施し、比較検討する。PHN 主体で準備運動～体操～レクリエーション等を実施し、OT は 1~4, 8~9 回目のみ介入する。

【結果】

各回の参加者は 7~15 名。計画通り実施し、適宜 PHN から電話やメールにて連絡を受け、必要に応じて助言した。8 回目、殆どの参加者において体力と生活機能は改善し、目標の達成、さらに 3 カ月後の新たな目標の共有まで行えた。最終回にはサロン命名、修了式、リーダーを決定し、運営の役割分担を行った。モデルとなる新規サロンが立ち上がり、週 1 回の活動が継続されている。

【考察】

社会参加・社会的役割を持つことが生きがいや介護予防につながる¹⁾と言われ、介護予防におけるリハ職の活躍が期待されている。事業の成果からも PHN のニーズは満たしたと考える。

MTDLP による「活動」と「参加」に焦点をあてたアプローチは、介護予防においても有効な手段と考え、PHN からも好評であった。但し、短時間で多くの対象者に関わる事業の場合、シートの使用に時間を要するという難点を克服するための工夫や仕掛けは重要と考える。

今後とも人口に対する高齢化率や要介護認定率、介護保険サービス利用状況、住民の満足度など様々な視点から依頼主と共に効果を検証し、地域づくりの支援をしていきたい。

【引用文献】

厚生労働省：これからの介護予防。（オンライン）、入手先、〈http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunit/suite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/yobou/index.html〉、（参照 2017-12-19）。

山形県作業療法士会における地域ケア会議助言者資質向上への取り組み

キーワード：作業療法士、地域ケア、地域支援事業

奥山 典子¹⁾ 阿部 恵一郎²⁾ 太田 健次³⁾ 三原 裕子⁴⁾

- 1) 社会医療法人 二本松会 山形さくら町病院 2) 介護老人保健施設 みゆきの丘
3) 山形医療技術専門学校 4) 介護老人保健施設 新庄薬師園

【はじめに】

第 27 回東北作業療法学会で、一般社団法人山形県作業療法士会（以下県士会）の地域支援事業に関する取り組み（派遣体制作り・派遣者養成）を報告した。今回は地域ケア会議（以下ケア会議）助言者資質向上への取り組みの経過を報告する。

【県士会の組織の変遷】

県士会では、平成 26 年度「地域支援事業推進委員会」を設置、ケア会議や介護予防・日常生活支援総合事業への派遣調整や資質向上研修会等を行ってきた。29 年度には「地域包括ケア推進部」を新設し体制を再編、「地域ケア会議・総合事業推進委員会」「認知症作業療法推進委員会」「作業療法士派遣調整委員会」として活動を開始した。

【地域ケア会議への参画状況】

山形県は 26 年度より自立支援型地域ケア会議を開始し、県士会は 27 年度はモデル事業でケア会議を行う 5 市町村を含む 17 市町村に助言者 12 名を、28 年度は 21 市町村に 42 名（126 回）を派遣した。29 年度からは全市町村でケア会議が開催されることとなり、360 回を超える会議に助言者 63 名、また助言指導者 14 名を派遣している。

【研修会の開催、内容と経過】

地域支援事業・総合事業・ケア会議の言葉が充分浸透していなかった 27 年度、「地域支援事業派遣者養成研修会」として県担当者の講義、助言経験者の報告、和光市模擬ケア会議 DVD での学習を行い、県内 4 地区で他職種含む約 180 名の参加を得た。この時点で地域支援事業の重要性、会員自身が実際ケア会議等に参画していく事に関する意識は低かった。28 年度はケア会議や総合事業への派遣依頼と共に、県や助言者となる多職種との連携機会も増加した。研修では「地域支援事業、ケア会議」の講義の他、模擬事例を通したグループワークを取り入れ 30 事例を検討した。新たに助言者となり実際の会議の場で「作業療法士としての助言」に悩む会員が多く、作業療法士の視点が確認できる機会となった。4 地区で関連職種を含む 120 名の参加を得た。29 年度は、全市町村でのケア会議の開催により助言者数が更に増加、

研修会では「地域包括ケアシステム構築の一環としてのケア会議」の講義と共に、グループワークに助言指導者のスーパーバイズを取り入れた。新たな試みとしてコーディネーター（市職員）、各助言者（薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士、理学療法士、言語聴覚士）を招き 2 例の模擬ケア会議を行った。新人から助言経験者まで、実際の臨場感、会議の流れや各職種の助言内容を体感し意見交換する機会となった。4 地区開催、現時点で県や関連職種を含め約 100 名の参加となっている。

【その他の取り組み】

28 年度、県・助言者の各団体で「山形県自立支援型地域ケア会議助言者マニュアル」を作成した。日常生活動作等 17 項目を各行程に分け、予想される生活課題と助言例を冊子にまとめ、会議での助言、研修のグループワーク等で活用している。29 年度は写真を加える等、より理解しやすく活用できる内容に改訂中である。

また県士会では、初めて助言者となる会員にケア会議傍聴を推奨している。29 年度は、全会議日程をホームページに掲載し窓口を設置、市町村と連絡調整を行っている。助言者の不安を解消し、担当者との関係作りを推進しバックアップすることも、資質向上に向けた取り組みの一つである。

【まとめ～これからの取り組み】

これまでの取り組みを通し、会員の意識向上・スキルアップを図る事が出来てきた。今後も最新の情報収集と周知、基礎及び実践的な研修開催等を継続し、更なる資質向上を図っていく。

要介護者や要支援者を「元気にする」「生活の質を高める」ことが自立支援型地域ケア会議の役割である。自治体や各職能団体との連携をより密にし事業展開しながら、地域で活躍し、対象者の生活に役立てる作業療法士を目指したい。

がん患者の精神的サポートで作業療法士が困難を感じる事象について ～作業療法士の語りから～

キーワード：がん，心理・社会的因素，質的研究

加賀谷 由美^{1) 2)} 津軽谷 恵³⁾ 石川 隆志³⁾ 浅野 朝秋³⁾ 高橋 恵一³⁾

1) JA秋田厚生連 秋田厚生医療センター 2) 秋田大学大学院医学系研究科博士前期課程
3) 秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻

【はじめに】

がんリハビリテーション上の問題点としては心理的問題が多いといわれている¹⁾。精神的サポートは患者個々人によって違い、非常に難しい問題であるが、作業療法士(以下 OTR)ががん患者の精神的サポートにおいてどのようなことに困難を感じているのか報告したものはない。これらを明らかにすることは、質の高いがんリハビリテーション実践の一助になると考えられる。

【目的】

本研究の目的は、OTR の語りからがん患者の精神的サポートにおいて困難を感じる事象を明らかにし、体系的に分類することである。

【方法】

OTR18名を対象に半構造化面接を実施した。面接内容は同意を得て録音し、逐語記録を作成した。質的内容分析の手法に沿って、読み取れる困難な事象に対しコード化し、更に意味内容の類似性によりサブカテゴリ、カテゴリと分類した。分析は、複数のOTRに指導を受けながら行った。本研究は、秋田大学大学院医学系研究科医学部倫理委員会の承認を得て実施した(承認番号医総1583号)。

【結果】

対象者の概要は、平均年齢39±9歳で、平均臨床経験年数は16±8年目であった。勤務施設は、がん診療連携拠点病院等9名、一般病院4名、訪問看護ステーション3名、老人保健施設2名であった。得られたカテゴリは2つのカテゴリと17のサブカテゴリである。以下に、カテゴリ《》とサブカテゴリ《》を記載する。《患者の苦悩への精神的サポート》で困難を感じる事象は、《患者のうつ症状の精神的サポート》、《終末期の患者の精神的サポート》、《患者が落ち込んでいるときの精神的サポート》、《告知により精神的ダメージを受けた患者の精神的サポート》、《生きる目的を失った患者の精神的サポート》、《精神的に不安定である患者の精神的サポート》、《患者や家族の不安のサポート》、《患者や家族が機能低下を認識した時

の精神的サポート》、《若い患者の精神的サポート》、《身寄りのない患者の思いを受け止める人がいない》、《患者ががんという言葉自体に恐怖心を抱く》の11のサブカテゴリが含まれた。《作業療法に積極的になれない患者との関わり》で困難を感じる事象は、《病状が安定しないため作業療法に積極的になれない患者との関わり》、《依存的な患者との関わり》、《意欲低下がある患者との関わり》、《作業療法に意味を見いだせない患者との関わり》、《モチベーションが上がらない患者との関わり》、《拒否的な患者との関わり》の6つのサブカテゴリが含まれた。

【考察】

《患者の苦悩への精神的サポート》では、患者の苦悩そのものに寄り添う困難さがあることが示唆された。《作業療法に積極的になれない患者との関わり》では、心理的問題が作業療法遂行に影響を及ぼすことが示唆された。がんリハビリテーションにおいては、身体機能の維持改善だけでなく、精神的サポートも重要であり、患者と一定時間を一对一で過ごすOTRは、精神的サポートに重要な役割を担うといえる。質の高いがんリハビリテーション実践の為に、OTRはがん患者が抱える心理的問題を理解し、それに対応できる知識と技術の習得が必要である。

【文献】

- 1) Lehmann JF, DeLisa JA, Warren CG, et al : Cancer rehabilitation : assessment of need, development, and evaluation of a model of care : Arch Phys Med Rehabil, 1978, Sep ; 59(9) : 410-419

経カテーテル的大動脈弁置換術施行患者における、術前の大腰筋筋断面積と認知機能の関連

キーワード : TAVI, サルコペニア, 認知機能

佐々木 健¹⁾ 村川 美幸¹⁾ 高窪 祐弥^{1) 2)} 高木 理彰^{1) 2)}

1) 山形大学医学部附属病院 リハビリテーション部 2) 山形大学医学部整形外科学講座

【はじめに】

これまで高齢や合併症の影響で外科的手術適応とならない重症大動脈弁狭窄症(AS)患者に対し、経皮的カテーテル大動脈弁置換術(以下、TAVI)が本邦でも2013年より行われるようになった。それに伴い、AS患者の生命予後の改善が図られている。当院においても2017年4月にTAVI実施施設として認定され、5月より手術が開始された。近年、AS患者におけるサルコペニアの及ぼす影響が報告され、術前CT画像上における大腰筋筋断面積とTAVI施行患者の予後との関連が報告されている¹⁾。また、サルコペニアは認知機能障害の独立した因子として示されている²⁾。今回、TAVIを施行された患者の術前における大腰筋筋断面積と認知機能の関連について調査したので、報告する。

【目的】

TAVI施行患者における術前の大腰筋筋断面積と認知機能の関連を示すこと。

【対象】

2017年5月～12月に当院にてTAVIを施行された15例とした。平均年齢 82.5 ± 5.7 歳、性別(男/女)0/15、左室駆出率 $65.5 \pm 9.9\%$ 、弁口面積 $0.52 \pm 0.1 \text{cm}^2$ 、平均圧較差 $55.0 \pm 15.3 \text{mmHg}$ 、手術アプローチ法(経大腿14名、経心尖1名)だった。合併症は、高血圧9名(56.3%)、脂質異常症7名(46.7%)、経皮的冠動脈治療後3名(20.0%)、心房細動3名(20.0%)、慢性心不全3名(20.0%)、慢性腎不全2名(13.3%)であった。

【方法】

研究デザインは後方視的研究で、術前(TAVI検査入院時)に撮影された胸部～腹部CT画像を用いて、Hamaguchi³⁾らの先行研究を参考に大腰筋筋断面積指数(Psoas muscle mass Index:PMI)を算出し、PMI正常群(正常群)・PMI低下群(低下群)の2群に分けた(cutoff値:男性<6.36 女性<3.92)³⁾。また、認知機能はMMSEを用いて評価した。2群間(正常群vs低下群)におけるMMSEの比較においては、2標本t検定を用い、有意水準5%とした。

【結果】

患者特性として、正常群と低下群における、年齢、左室駆出率、弁口面積、平均圧較差に有意差は見られなかった。15名中PMI低下患者は5名(33.3%)存在した。平均PMIは正常群 $5.18 \pm 1.14 \text{cm}^2/\text{m}^2$ 、低下群 $3.43 \pm 0.37 \text{cm}^2/\text{m}^2$ であった。MMSEの平均得点は正常群 27.4 ± 0.45 、低下群 25.2 ± 0.64 で有意な差を認めた($p=0.015$)。

【考察】

サルコペニアの診断は、AWGSのアルゴリズムに基づき判定されるが、DXA(Dual Energy X-ray Absorptiometry)法やBIA(Bioelectrical impedance analysis)法を用いる必要があるため、施設によっては実施困難な場合や、患者の身体的負担となることもある。そのため今回用いたPMIは、TAVI術前評価におけるアプローチ方法の決定に必須であるCT画像上を利用した解析であるため、汎用性が高いものと推察される。また、2群間におけるMMSEにおいて、有意な差を示していたことから、TAVI適応となるAS患者の骨格筋量と認知機能における関連が示唆される。これまでのサルコペニアと認知機能の関連における報告を支持する結果となった。TAVI術前にPMIを用いたサルコペニア評価により、術後の早期離床とともに、認知機能低下予防の介入を積極的に行う必要性を把握できる可能性がある。

【引用文献】

- 1.Garg, L. et al. *The American Journal of Cardiology* 119, 457–460 (2017).
- 2.Chang, K.-V. et al *Journal of the American Medical Directors Association* 17, 1164.e7-1164.e15 (2016).
- 3.Hamaguchi, Y. et al. *Nutrition* 32, 1200–1205 (2016).

学童保育（放課後児童クラブ）と作業療法士の連携 ～宮城県作業療法士会の取り組み～

キーワード：学童、作業療法士、連携

道又 順^{1) 4)} 吉川 法生^{2) 4)} 小野 治子^{3) 4)} 安倍 優子⁴⁾

1) 一般財団法人 広南会 広南病院 2) 仙台青葉学院短期大学
3) 東北福祉大学 4) 宮城県作業療法士会

【はじめに】

平成 28 年度に岡山県学童保育連絡協議会により「地域で、チームで、長い目で～学童保育を核に、発達障害があっても自分らしく暮らせる備中地域づくり事業～」が実施された。この事業は全国的にあまり例のない、学童保育支援員と作業療法士の連携による発達障害児への支援を試みるものであった。成果として「学童保育を中心に作業療法士が発達障害児の支援のプロであることを知ってもらい、作業療法士に学童保育について理解してもらうことができた」、また作業療法士という専門職が学童保育に関わることで「学童保育の支援員の発達障害児支援スキルが向上した」ことが挙げられた¹⁾。

宮城県作業療法士会（以下、士会）では平成 29 年度に岡山県モデルを参考にし、宮城県内の学童保育事業所へ職能団体として作業療法士を派遣する事業を実施することとなった。その取り組みを紹介するとともに、現在行っているアンケート結果や今後の課題等について報告する。

【学童保育について】

学童保育は昭和 30 年代初頭から、母親の就労の増加に伴って、放課後に保護者が家庭にいない子どもの豊かで安全・安心な生活保障が社会問題となり、保護者等の自主運営や市町村の単独補助による事業として全国的に広がっていった。2016 年 5 月現在、全国では 27638ヶ所、利用児童数は約 107 万人と事業所も利用者も急激に増えている。このような中、年々、発達障害児に利用が増えてきているとの報告がある。

【学童保育との連携に至るまで】

平成 29 年 5 月に前述した岡山県学童保育連絡協議会より、士会へ「学童保育と作業療法士の連携」の打診があった。電話やメールで話し合い、可能な限りでの協力を約束し、もう一つの共催団体である宮城県学童保育緊急支援プロジェクトとの三者間で協議し三施設で実施していく方針とした。作業療法士の派遣回数は一つの施設に三回とし、同じ作業療法士が訪問することとした。今回

の事業では人材育成を目的に興味のある若手作業療法士の同行も了承された。実施先は宮城県学童保育緊急支援プロジェクトが探すこととなり、士会では三施設へ派遣する作業療法士 3 名の選出を行った。なお、この事業は平成 29 年度社会福祉振興助成事業（WAM 助成）により実施している。

【平成 29 年 12 月現在までの取り組み】

1. 学童保育と作業療法士の連携セミナー

学童保育支援員、市町村関係者および作業療法士を対象にしたセミナーを実施した。

2. 放課後児童クラブへの派遣

担当作業療法士がそれぞれの放課後児童クラブへ 1 回訪問している。

【今後の活動について】

各放課後児童クラブの支援員へ事前・事後アンケートの実施と、平成 30 年 2 月までに 3 回の訪問が終了予定である。

【おわりに】

学会当日には、平成 29 年度事業が終了しているので、アンケート結果や今回の事業での成果と課題を明らかにしたい。また、学童保育との連携を通して今後の展望について紹介できればと考えている。

【引用文献】

- 1) 岡山県学童保育連絡協議会：地域で、チームで、長い目で 学童保育を核に発達障害があっても自分らしく暮らせる備中地域づくり事業報告書。2017.

NICUにおける早期母子介入により母親の育児不安が改善した一症例

キーワード：NICU，母親指導，未熟児

渋間 勇人¹⁾ 森 直樹²⁾ 青木 倉揚³⁾

1) 済生会 山形済生病院 リハビリテーション部 2) 山形県立保健医療大学
3) 済生会 山形済生病院 小児科

【序論】

プラゼルトン新生児行動評価(Neonatal Behavioral Assessment Scale: 以下 NBAS)は、診断法としての有用性のみならず、評価を介して母子相互作用の強化も目標とされている。今回、NICUにて極低出生体重児と母親を対象に早期母子介入を行い、NBASを基にした発達評価/支援、母親指導を実施した。その結果、新生児行動の発達および母子相互作用の改善が認められたので以下に報告する。

【対象】

症例は在胎週数30週4日、出生体重1313g、Apgar Score7点(1分)/9点(5分)にて出生した男児である。母体環境は妊娠高血圧症候群、腎症進行し主に母体適応で緊急帝王切開となる。母親は30代、初産であり、児への関わり方がわからず育児不安を抱えていた。

【方法】

本症例の評価尺度はNBAS、母親の児の取り扱いに対する自信スケール(Lack of Confidence in Caregiving: 以下 LCC)の2項目である。

- ①NBAS: 28項目の行動評価と18項目の神経学的評価、7つのクラスターで構成されている。
- ②LCC: 母親が育児全般に自信を有するかどうかを13項目6段階評価で点数をつける。点数が高いほど育児の自信度が高いことを示す。

NBAS、LCCの平均値を継時的に算出し、比較・検討を試みた。保育器外での取り扱いが可能な時期(修正約36週)から開始し、修正38週迄、週1回(1回20分)の頻度で実施した。

倫理的配慮は対象児の家族に本発表の目的と意義を口頭・文書にて説明し承諾を得た。

【経過】

出生後介入が必要であると判断され、医師の指示を基に介入計画を立てリハビリテーションを実施した。その際、医師から両親に対して発達障害の予防や改善、育児指導を目的としたリハビリテーションを開始することが説明された。

第1期: 修正約31~35週までは、全身状態が落ち着くまでタッチケア・ポジショニングを中心に

実施した。介入当初は母親から「さわっていいんですか。」等と不安を抱く発言が認められた。

第2期: 修正約36~39週までは、評価時の反応から児・家族に合った支援内容を考案し、個別的ケアを実践した。ケアは母親と一緒にに行なながら、児の行動能力を示し、ハンドリング指導や生活指導などの育児支援を行なった。母親から「なんとなくわかつてきました。」との発言が認められた。

第3期: 修正40週時は退院に向けて、自宅での児への関わり方のパンフレットを配布し説明した。母親から「関わり方が段々わかつてきました。色々遊ばせたいです。」との発言が認められた。

【結果】

NBASの行動反応に関するスコアは、方位反応が6.1→7.8、状態調整が5.2→7.0と数値の増加がみられた。特に視聴覚刺激を用いた相互作用項目の改善が認められた。意識状態(state)の維持や注意、集中、反応性も改善を認めた。LCCは個別的ケアにより数値が1.4→3.9に増加した。

【考察】

今回、本症例の母親は児の自己調整や反応性の乏しさから、行動特性や反応を読み取れず育児に対する困難感や不安を抱えていたが、NBASによる介入により徐々に育児不安が改善された。

諸外国では、早産児・低出生体重児に対して、NICU在室中から退院後を通じて、系統立った早期介入(early intervention)が母親や家族の精神状態や育児姿勢、子供の発達面において有益であるとの報告が多い。また、低出生体重児等のリスク児に対するNBASを用いた早期介入研究では、家族介入を基にした“family centered intervention”的短期的、長期的な児の発達や母親の心理安定、母子相互作用に対する効果が示されている。

発達障害のリスクを持つ新生児の早期介入は、母子の相互作用、育児支援を通して、母親の愛着形成を支援することが重要であると考える。

生活行為向上リハビリテーション実施加算算定への取り組み ～当施設で初めて算定に至った事例を通して～

キーワード：生活行為向上マネジメント（MTDLP）、通所リハビリテーション、介護保険

佐藤 美香子 佐藤 晃太郎
介護老人保健施設 あいぜん苑

【はじめに】

第6期介護報酬改定において、通所リハビリテーション（以下、通所リハ）での生活行為向上リハビリテーション実施加算（以下、生活行為向上リハ加算）が設けられた。しかし、厚生労働省の平成28年度調査時の算定率は約0.05%にとどまっていた。今回、筆頭筆者（以下、OTR）が兼務する介護老人保健施設（以下、老健）と通所リハにて、高齢女性の在宅復帰からその後の在宅生活を MTDLP の視点で支援した。そして当通所リハにて初めて生活行為向上リハ加算の算定に至った。以下に今回生活行為向上リハ加算算定に至った経緯を報告する。

【事例】

Aさんは80代前半の要介護2の女性である。長年独居生活を送っていたが、腸閉塞で1ヵ月間入院し、在宅復帰目的で当老健に入所した。非認知症で、ADLはほぼ自立だったが、軽度の廐用症候群と変形性膝関節症による膝痛があったこと、入院中 IADL の機会がなかったことから本人家族共に独居生活に不安があった。そこで MTDLP を用いて在宅復帰に向けて支援することとした。なお、今回の報告に際し本人と家族から同意を得た。

【経過・結果】

1) 1度目の在宅復帰

Aさんは「リハビリ＝機能訓練」と認識しており、介入前半は具体的な生活行為が表出されず機能訓練を行ったが、リハビリは生活行為の向上を支援するものとの考え方を繰り返し説明した。介入後半には「仏壇にご飯を供えること」が重要な生活行為であることを共有でき、MTDLP の視点での支援をした。そして入所から5ヵ月後に在宅復帰した。

通所リハの利用が決まり生活行為向上リハ加算の算定を提案したが、単位が高いなどの理由で算定に至らなかった。一方で、Aさんは仏壇にご飯を供えることをしながら独居生活を送り、新たに「洗濯物を楽に干す」と生活行為の向上を目標に挙げ、リハビリへの認識の変化が伺えた。OTRはAさんが望む2

つの生活行為に対しての支援を続けた。会議では家族やケアマネにも本人が望む生活行為に焦点を当てることがリハビリであることを伝えた。また、Aさんの評価や予後予測、リハビリの成果を説明した。

2) 2度目の在宅復帰

退所から3ヵ月後、肺炎による2週間の入院で、軽度身体機能の廐用をきたし、再度在宅復帰目的で老健に入所した。通所リハ同様、生活行為向上に焦点を当てた支援を行った。再入所の翌月の外泊時、家族はAさんが主体的に生活する様子に驚き、リハビリの効果と位置付けた。在宅復帰に向けた会議では、ケアマネも生活行為向上リハ加算を提案した。そして、本人・家族共に重要性を理解し、再入所から2ヵ月後に在宅復帰、通所リハにて生活行為向上リハ実施加算算定となった。その後Aさんは仏壇へのお供えや洗濯を自分で行いながら独居生活を送った。

【考察】

今回、生活行為向上リハ加算算定に至ったのは、本人・家族・ケアマネの理解を得ることができたからと考えられた。

OTRは介入当初から一貫して生活行為の向上に焦点を当てたリハビリを実施し、「リハビリ＝生活行為向上」との考え方を繰り返し説明することで、リハビリの認識を変えることができた。また、アセスメントとリーズニングを小まめに共有し、生活行為の拡大や主体性の向上などの成果を示した。これらの関わりにより、生活行為向上リハ実施加算に対しての本人・家族・ケアマネの理解が深まり、算定に至ったと考えられた。

加算算定は、家族とケアマネの理解が必須である。だからこそ、本人・家族・ケアマネに対して、「リハビリとは生活行為向上である」と認識できるよう働きかけること、アセスメントやリーズニングを積極的に共有すること、そして成果を示していくことが、生活行為向上リハ加算算定において重要であると考えた。

精神療養病棟における統合失調症患者の社会生活能力に関する予備的調査 ～UCSD Performance-Based Skills Assessment-Brief を用いた分析～

キーワード：統合失調症，社会生活能力，評価

小野寺 佑麻¹⁾ 久米 裕²⁾

1) 医療法人 三愛会 秋田東病院

2) 秋田大学大学院医学系研究科保健学科専攻作業療法学講座

【はじめに】

統合失調症 Schizophrenia(以下, Sz)に対する作業療法(以下, OT)の治療目標の1つとして、社会生活能力の向上が設定される。この社会生活能力はSz患者が地域生活へ移行し定着するために重要な側面の1つであり、OTはSz患者の社会生活能力に対して評価・介入しながら対象者の地域生活を支援している。ここ十数年の間でSz患者の社会生活能力に対する評価の重要性が指摘されており、Pattersonら(2001)によってUCSD Performance-Based Skills Assessment-BRIEF(以下、UPSA-B)が開発された。しかしながら、同評価の日本語版は2016年12月に翻訳されたばかりであるため、OT分野においてUPSA-Bを用いた研究や実践報告はほとんどない。したがって、本研究の目的は精神療養病棟に入院しているSz患者を対象に、社会生活能力の評価を実施し、それと関連のある因子(年齢、入院期間、心身機能など)を予備的に調査することである。

【対象】

対象は2017年10月に当院の精神療養病棟に入院中のSz患者8名(性別:男性1名、女性7名)であった。なお、倫理的配慮として本研究は当院の承認および対象者個人に対して十分に研究内容を説明し同意を得て実施した。

【方法】

UPSA-Bは、金銭出納技能10項目(金銭勘定、請求書の支払)とコミュニケーション技能9項目(電話対応)で構成されたロールプレイを通して社会生活能力を定量的に測定する評価ツールであり(UPSA-B総得点:範囲0-100)、すべての対象がUPSA-Bを施行した。また、対象の基本情報として年齢(歳)、発症年数(年)、在院年数(年)、Brief Psychiatric Rating Scale(以下、BPRS)、クロルプロマジン換算値(以下、CP値)、Timed Up and Go Test(以下、TUG)、Barthel Index(以下、BI)がデータ収集された。統計解析はUPSA-B総得点と基本情報の関連を調べるためにPearsonの累率相関係数(年齢、発症年数、在院年数、CP値)とSpearman

の順位相関係数(BPRS、TUG、BI)を適用した。統計処理にはSPSS21.0(SPSS Inc., Chicago, IL, USA)を用い、統計学的な有意水準は5%とした。

【結果】

対象の基本情報は年齢(平均値±標準偏差)、発症年数、在院年数、CP値の順に、 66.3 ± 5.3 歳、 21.0 ± 7.0 年、 15.0 ± 4.8 年、 220.6 ± 221.3 mgであった。また、BPRS得点[中央値(四分位範囲)]は13.0(11.0)点、TUGは7.3(1.9)秒、BI得点は100(3.8)点であった。そして、UPSA-B得点の平均値±標準偏差と中央値(四分位範囲)は 56.8 ± 78.2 点と $59.5(35.8)$ 点であった。

相関分析の結果は、UPSA-B得点と発症年数または在院年数との間に有意にかなり強い負の相関関係を示した(発症年数:rp=-0.77, p=0.03, 在院年数:rp=-0.71, p=0.05)。しかし、それ以外の項目において有意な相関関係は認められなかった(p>0.05)。

【考察】

本研究の予備的調査における結果では、Sz患者の社会生活能力とSz患者の発症年数または在院年数との間に有意な関連性を示した。このことから、Szにおける慢性化や長期入院は社会生活能力と関連していることがわかった。Mausbachら(2008)はUPSA-Bのようなパフォーマンスを基盤とした評価法は、慢性期Szにおける自立した生活を予測するため有用であると指摘している。したがって、昨今の「活動」と「参加」に重点を置いたOT介入の中で、慢性期Sz患者の社会生活能力に焦点を当てた実践的な評価や介入は今後さらに重要になると考えられる。

【引用文献】

- 1) Mausbach BT, et al. Usefulness of the UCSD performance-based skills assessment (UPSA) for predicting residential independence in patients with chronic schizophrenia. Journal of psychiatric research. 42: 320-327, 2008.

当院精神科リエゾンチームにおける活動報告と OT の役割

キーワード：精神科、多職種チーム、せん妄

高橋 弥生
秋田赤十字病院

【序論】

平成 24 年度の診療報酬改定で精神科リエゾンチーム(以下チーム)加算が新設された。さらに平成 28 年度の改定で施設基準が変更されたことにより、飛躍的にチーム加算施設が増加し、多職種連携による患者の精神症状の早期改善とリエゾン精神医療の質の向上が期待されている。チーム内における各職種の役割について、作業療法士(以下 OT)に関する報告は少ない。

【目的】

当院では平成 28 年 5 月よりチームを立ち上げ、他科医師から精神科医師へ介入依頼された入院患者に対し、多職種による介入を行っている。チームに求められている内容を把握し、チーム内における OT の役割について経験に基づき以下に報告する。対象者にはヘルシンキ宣言に則り、プライバシーの保護、研究の目的を説明し同意を得て実施した。

【方法】

平成 28 年 5 月～平成 29 年 10 月までにチーム介入した入院患者 65 名をカルテより後方視的に調査した。調査項目は年齢、診療科別依頼件数割合、介入依頼内容、チーム介入日数、リハビリテーション(以下リハ)介入割合などである。さらにチーム介入開始時と終了時における機能の全体的評定尺度(以下 GAF)と、Barthel Index(以下 BI)を比較してチーム介入による精神機能・生活機能に対する有用性を検討した。GAF・BI の比較には Wilcoxon signed-rank test を用い、有意水準は 5%とした。

【結果】

対象者 65 名に対して年齢は 70.2 ± 19.3 歳、診療科別依頼件数割合は消化器科 29%(19 名)、整形外科 20%(13 名)、循環器科 11%(7 名)、その他 40%(26 名)であった。介入依頼内容はせん妄の対応 40%、認知症の対応 11%、心因反応 8%、アルコール関連 8%，その他 33% であった。チーム介入日数は 22 ± 25.3 日(最長 119 日、最短 1 日)であった。リハ介入割合は全体の 75%(48 名)であった。

GAF における介入開始時の中央値は 40 点(IQR25～55)，最頻値は 25 点で、介入終了時の中央値は 50 点(IQR35～65)，最頻値は 45 点でコードが 1 ランク以上改善した者が 35 名(54%)存在し、両者

に有意差を認めた($p < 0.05$)。BI における介入開始時の中央値は 10 点(IQR4～20)，最頻値は 0 点で、介入終了時の中央値は 47.5 点(IQR11～83)，最頻値は 0 点でこちらも両者に有意差を認めた($p < 0.05$)。

【考察】

消化器科や整形外科など、手術や外傷で罹ることの多い科からの依頼が多く、急激な身体状況や環境の変化によりせん妄を発症してしまうケースが調査では数多く見られた。またチームに依頼された患者の 75% にリハが処方されており、精神疾患にはチームが、身体疾患にはリハがアプローチした結果、75% の内 83% の患者の GAF スコアが維持・改善した。さらにチーム介入の前後において GAF・BI スコアの両者に有意な差を認めたことは、チーム介入の有用性を示唆した。

中嶋は¹⁾身体疾患は精神疾患を伴いやすい、と述べている。患者には精神・身体両面からのアプローチが必要であることが今回の調査からも考えられ、精神・身体両面からのアプローチが可能な職種である OT は、チームにとって不可欠な存在であると思われる。当院チーム内における OT の役割は、一つ目に患者を身体機能面だけでなく、認知機能面や生活志向的側面から捉え、その視点をチーム内へ加えていくこと、そして二つ目に、チーム回診やカンファレンスで議題になった内容を担当療法士へ伝達すること、三つ目に、依頼されることの多い、せん妄の準備因子(服薬状況や認知機能、手術歴等)をカルテから抽出し、担当療法士と話し合い、その後、病棟看護師などとせん妄リスクについて検討し可能な限り予防する手段を講じることが必要であると考える。今後は病院全体のスタッフがチームの活動を認識し、相談・依頼できるような体制を整えるため、啓蒙活動も積極的に行っていく必要があるだろう。

【引用文献】

- 1) 中嶋義文：医療領域におけるメンタルケアとコンサルテーション・リエゾン。臨床心理学 13(1) : 85-89.

臨床実習が作業療法学生の精神障害者に対する社会的態度に与える影響 ～精神科実習経験の有無および実習種別からの考察～

キーワード：臨床実習、精神障害者、社会的態度

矢萩 未来¹⁾ 勅使河原 麻衣¹⁾ 浅野 朝秋²⁾

1) 東北文化学園大学医療福祉学部リハビリテーション学科 2) 秋田大学医学部保健学科

【序論】

精神障害者の地域生活に関しては、家族や地域住民の精神障害者に対する否定的な社会的態度の存在も阻害因子の一つと考えられる。

精神障害者の援助職のひとつである看護師や作業療法士自身の精神障害者に対するイメージに関しては「講義や実習および共同作業等により良い方向に変化する」という学生を対象にした調査報告がある。しかし、精神障害者に対する社会的距離に関しては、知識や接触体験が豊富になつても好意的な方向に変化するとは言えないという報告もあり、結論は出でていない。

【目的】

精神障害領域での実習経験が、社会的態度に与える影響を探るため、当該領域実習経験の有無および実習種別に着目し、社会的態度の経時的变化について、追跡調査を行ったので以下に報告する。

【方法】

A大学作業療法学専攻において評価計画立案実習（以下、実習Ⅰ）および総合実習（以下、実習Ⅱ）を連続して経験した作業療法学生 43 名（男性 18 名、女性 25 名、実習Ⅱ終了時点での平均年齢 20.7 ± 0.5 歳）を調査対象とした。

対象学生 43 名を①実習Ⅰで精神領域を経験した群（以下、実習Ⅰ精神群）10 名、②実習Ⅱで精神領域を経験した群（以下、実習Ⅱ精神群）17 名、③実習Ⅰ・Ⅱ共に精神領域を経験しなかつた群（精神未実習群）16 名の 3 群に分類した。社会的態度の測定には、池田らが作成した「精神障害者に対する社会的態度に関するアンケート」を使用した。同アンケートは 4 件法、全 22 項目、4 因子から構成されており、得点が高ければ高いほど、精神障害者に対する社会的距離が近く肯定的な態度を示している。アンケートは、実習Ⅰ前後、実習Ⅱ前後の計 4 回に渡り教員が配布し、その場で回収する方式を取った。本研究は、筆頭演者が所属する倫理審査委員会の承認を得て実施した。

【結果】

独立変数をアンケート時期（計 4 回）と実習経験（3 群）、従属変数を各アンケート項目の得点と

する 2 要因の分散分析を行った。

結果、アンケート時期による被験者内効果有意差が認められたのは、「精神障害者の行動は全く理解できないものである」のみであった ($F(3,120) = 6.111, p < .001$)。有意な交互作用は無かった ($F(6,120) = 1.009, ns$)。Bonferroni 法により多重比較を行った結果、実習Ⅱ精神群において実習Ⅱ後は、実習Ⅰ前および実習Ⅱ前に比べて、精神障害者の行動が理解できる方向へ有意な変化が認められた。また、群間比較では「精神病院は、一般病院のように鍵をかけない開放的環境が望ましい」に主効果が認められた ($F(2,40) = 6.620, p < .01$)。有意な交互作用は無かつた ($F(6,120) = 2.068, ns$)。多重比較の結果、実習Ⅰ後および実習Ⅱ前において、実習Ⅰ精神群は精神未実習群に比べて、「開放的な環境は望ましくない」という方向に有意に変化していた。

【考察】

実習Ⅱ後に「精神障害者の行動は理解できる」という方向に有意に変化したのは、10 週間という長期に渡って精神障害者と接した経験が、精神障害者の行動理解に繋がったと考える。

「精神病院は、一般病院のように鍵をかけない開放的な環境が望ましい」において、実習Ⅰ精神群が精神未実習群に比べて、実習経験後の実習Ⅰ後および実習Ⅱ前に「開放的な環境は望ましくない」という方向に変化したのは、2 週間という短期間では、臨床現場のリアルな実態が与えるインパクトは大きく、かつ知識も不十分な故に、なぜそのような遭遇や環境下が必要なのかという意図が理解できず「閉鎖的環境が望ましい」という否定的な社会的態度を示したと考えられる。

以上のことから、知識が不十分な状態で短期間の精神障害者との接触体験を持つと、精神障害者の生活環境の一部については、社会的態度が否定的な傾向に変化する可能性が示唆された。

作業療法学生の職業的アイデンティティの志向性

キーワード：作業療法学生，養成教育，職業的アイデンティティ

高野 真一 羽川 孝幸 吉田 久美
学校法人 こおりやま東都学園 郡山健康科学専門学校

【はじめに】

養成校に求められる教育内容として、専門職としての知識、技術、その応用力の学修はさることながら、社会人としての姿勢・態度、学習者としての姿勢・態度の習得も重要である。経済産業省の示す社会人基礎力においても”前に踏み出す力”の原点は意欲とされている。

職業的アイデンティティの育成に関しては、就学に対する学生のモチベーションや基本的マナー育成に関連して重要であることが先行研究において報告されている。本学でも、講義や臨床実習において学習に関するモチベーション面で指摘を受ける学生が少なくない。

【目的】

作業療法学生に対する職業的アイデンティティの志向性が養成教育の一助となると考え、現学生の志向性を調査した。

【方法】

- 1) 対象者：作業療法科学生 1年～3年計 68名。
- 2) 方 法：本多ら¹⁾の作成した職業アイデンティティに関する調査票を用いた自己記入式調査。
 - ① 調査票；質問項目 20項目、1から7の7件法を用いた。
 - ② 結果の抽出；職業的アイデンティティの下位項目ごとの平均点を算出した。平均点が高いほど下位項目の志向性が高いと判断される。
 - ③ 分析方法：学年別に4群の下位項目の平均値について Tukey-Kramer 法を用い、群間の比較検討を行った。また、学年別の比較について二元配置分散分析を用いて行った。

なお、倫理的配慮として、調査について文書にて説明と同意を得ている。

【結果】

- 1) 学年別志向性群間の比較

全学年共通で「社会貢献への志向」が最も高い結果となった。統計的分析においても「社会貢献への志向」が $p < .05$ と有意な差を示した。

一方、全学年ともに「医療専門職として必要とされることへの自負」「自分の医療専門職観の確立」は低い志向性を示す結果となった。

2) 学年間の比較

学年間において、 $p < .01$ と有意な差を示す結果となった。また、4群の下位項目間においても $p < .01$ と有意な差を示した。

【考察】

“作業療法士”という専門職が社会に求められているという認識を持ちながらも、“自分自身”がどのように貢献できるかを見出すことができていないと考える。藤井ら²⁾の報告では他医療専門職と比べ、その職業・対象などの輪郭がつかみづらいことを指摘している。これに対し、本学では評価学、治療学、演習科目などで生活行為向上マネジメントの講義や同ツールを用いた事例演習を実施している。

また、専門職の中における自己を確立・定位するという実存的な側面の課題と考えられる。これは“自分が目指す理想像を持てるか”が重要であると考える。また、個人の技術、知識においても修得判定の技能試験だけでなく、“できるようになった”という自信を得るための技能試験の実施・指導が重要と考える。これらに対し、学内での指導と学外での経験とを結び付けられるような体制を養成校は努力しなければならない。本学では、各種実技試験を実施するほかに、H29年度より従来3形態の臨床実習の他に、早期より臨床場面のイメージ持てるよう学外演習を実施している。今後、学外実習の整備とともに実習施設との連携を強化・整備していくことが課題と考える。

【引用文献】

- 1) 本多陽子 他(2006) 医療系大学生の進路決定プロセス尺度作成の試み -進路決定プロセスの類型と職業的アイデンティティからの検討-. 茨城県立医療大学紀要第 11 卷.
- 2) 藤井恭子 他(2002) 医療系学生における職業的アイデンティティの 分析. 茨城県立医療大学紀要第 7 卷.

当法人作業療法士の課題抽出におけるプロセス ～経験年数に影響するのか～

キーワード：課題抽出、継続教育、ICF

佐々木 圭¹⁾ 赤石 美郷²⁾ 高梨 哲¹⁾ 佐藤 智美¹⁾ 芝崎 淳 (PT)¹⁾

1) 社会医療法人 将道会 総合南東北病院

2) 訪問看護ステーション わざケア

【序論】

作業療法士養成校の増加している。それに伴い作業療法士の構成比がピラミッド型を呈している。今日、症例に対する課題抽出時の視野の広さ・抽出量の数は経験年数の多少に影響するのではないかと考えた。

【目的】

経験年数の多少による課題抽出の特徴を知ることで、新人教育や臨床実習指導等、教育システムを確立する一助とするため。

【方法】

当法人作業療法部門に所属し、本研究に協力の得られた 26 名による横断研究。回復期病棟入院中の脳出血左片麻痺を呈した架空症例を提示し、質問紙を用いて調査した。質問内容は、作業療法過程の一部の質問 1：評価、質問 2：問題点と利点の抽出でまとめる、質問 3：目標設定とした。得られた回答は国際生活機能分類(International Classification of Functioning, Disability and Health : ICF)の概念(健康状態、心身機能・身体構造、活動、参加、個人因子、環境因子)にそって分類した。対象を経験年数ごとに 1 群:2~3 年目、2 群:4~6 年目、3 群:7~9 年目、4 群:11 年目以上の 4 群に分け、それぞれ ICF の概念数を算出した。統計処理は、二元配置分散分析を行い、主効果が認められた要因について多重比較法 (Tukey 法) を実施した。統計解析は R2.8.1 を使用した。

【結果】

質問 1~3 の ICF、また質問 2 で経験年数において主効果が認められた。多重比較の結果、有意な差があったものは、質問 1 では健康状態と心身機能・身体構造、活動、心身機能・身体構造と参加、個人因子、環境因子、活動と参加、個人因子、環境因子の 8 項目間であった。質問 2 では健康状態と活動、心身機能・身体構造と活動、活動と参加、個人因子、環境因子の 5 項目間であった。質問 3 では健康状態と活動、心身機能・身体構造と

活動、参加、個人因子、環境因子の 5 項目間であった。

【考察】

健康状態は「変調または病気」とされているため、他のカテゴリーと比べて列挙の数自体が少なくなることが想定される。

心身機能・活動の有意差については、日本作業療法士協会にて作業療法士は「人の生活諸活動=作業」に目を向けて治療を行うと挙げられている。そのため活動に焦点を当てた考え方が養成校時代から根付いているのではないか。ICF で活動とは「課題や行為の個人による遂行のこと」、参加とは「生活・人生場面への関わりのことである」と定義され、「活動」と「参加」とを区別することは困難であるとされており、セラピストの中では参加を見据えて活動項目を列挙していたのではないか。参加の項目が少ない理由として、参加に対する実践練習を「病院という環境だから出来ない」とあきらめてしまっている者もいることが考えられる。加えて、今回の模擬症例は入院中の設定であり、セルフケアを中心とした内容を獲得してから参加項目へ目を向けていきたいという思いがあったのではないか。

また、紙面上の模擬症例では情報は限られており、経験年数の多少における課題抽出の数に差がないことが考えられる。しかし、臨床場面では症例は多岐に渡るため経験年数を積んだ者の方が課題抽出においての視野の広さ・数の多さにおいて差ができる可能性がある。臨床場面において経験年数の多少による課題抽出の差があるか、比較検討していくことが今後の課題となるだろう。

【引用文献】

- 1)岩崎テル子：作業療法概論。医学書院。2004.
- 2)ICF 国際生活機能分類—国際障害機能分類決定版—。中央法規。2003.

当院脳神経外科病棟におけるトイレ動作についての調査

キーワード：急性期、脳血管障害、排泄

仲居 枝里子
いわき市立総合磐城共立病院

【序論】

当院は急性期病院であり、入院した脳血管障害患者のほとんどが回復期病棟のある他院へ転院となる。

病棟生活の中で、排尿は羞恥心や自尊心に関わり¹⁾、トイレでの排泄を要望されることが多い。急性期の段階で排泄に対し意識を高めるような関わりを持つことで、在宅復帰への可能性が高まる²⁾との報告もあり、一部介助を要しても日常的にトイレで排泄する事で離床を促進し、患者のリハビリ（以下リハ）への意欲向上や自立心を促すことが、回復期移行後よりスムーズな ADL 訓練につながると考え、調査を実施した。

【目的】

当院脳神経外科病棟における「できる ADL」と「している ADL」の差をトイレ動作に注目して現状調査する。トイレ動作訓練（以下訓練）を開始し、病棟スタッフにトイレ介助されるまでの期間や、患者の状態の傾向をみる。また作業療法士（以下 OT）が病棟介助を依頼する際の基準を確認し、担当者間の差がないよう基準の平均化を図る。

【方法】

当院脳神経外科病棟に平成 29 年 9 月 1 日～10 月 31 日の間に入院した脳出血患者 19 名を対象とする。対象患者のうち、病棟トイレで排泄を行った患者数、対象患者の身体機能や高次脳機能障害の有無、申し送りの記録の有無などを電子カルテから後方視的に調査する。介助開始まで期間が空いた場合、日数や原因を担当者のカルテ記録より調査する。また脳神経外科病棟担当の OT3 名に、病棟介助を依頼する基準・方法についてアンケートを行った。

【結果】

対象患者のうち、訓練を行った患者 11 名、病棟スタッフ介助での排泄に至った患者は 11 名中 8 名であった。訓練開始日に病棟でもトイレ介助を開始した患者が 3 名、翌日開始が 2 名であった。早期に病棟介助に移行した患者は、1 例を除き麻痺がなく、介助は歩行付き添いや誘導であった。病棟介助に至らなかった患者は、重度～中等度麻痺があり、さらに重度の感覺障害や病識の低下が

認められた。申し送りの記録はばらつきがあり、介助内容の記録はごく少数であった。アンケートでは、介助依頼の基準として起居・移乗動作が軽介助以下であること、従命可能であることが共通していた。依頼方法は口頭が中心で、介助方法に特徴がある患者は実動作を見もらっていた。

【考察】

今回の調査では、身体機能面での介助量が少ない患者ほど病棟トイレでの排泄が日常的に可能であった。尿意が曖昧であっても、時間誘導で排泄の機会が提供されており、尿意の有無は制限因子ではなかった。重度～中等度麻痺の患者であっても訓練は行われるが、病棟スタッフではリハ時と同様の介助が困難であること、病棟業務の煩雑さから介助に時間を要す患者の場合は日常的な介助が困難であると考えられる。現在、病棟スタッフのみで介助困難な場合は OT と協力してトイレ動作を行い、低頻度でもトイレ排泄の機会を作る努力をしている。

病棟へ介助依頼する基準や方法は担当 OT 間で大きな違いはなかった。OT と病棟スタッフで同様の介助が提供されれば、患者にとっては排泄の機会がそのまま訓練となり、より動作獲得につながりやすいと思われる。患者の機能変化に合わせて適切な動作や介助が可能になるよう、OT は日々評価を行い、動作方法や介助方法の修正していく必要がある。

【引用文献】

- 1) 小口和代 脳卒中の排尿障害と嚥下障害：リハビリナース 5 (3) : 232 - 238, 2012.
- 2) 安原寛和ら 急性期病院における脳卒中患者の FIM 項目と在宅復帰の関連性：日本クリニカルパス学会誌 13 (4) : 379 - 379, 2011.

“している ADL” 向上に向けた当院回復期病棟での取り組み ～入浴動作に着目して～

キーワード：他職種連携，入浴，ADL

伊藤 愛依 川口 将史 福原 隆志(PT) 田崎 静香(Ns) 渡邊 千鶴(Ns)
社会医療法人 明和会 中通リハビリテーション病院

【序論】

脳卒中患者の日常生活動作（以下、ADL）の改善はリハビリテーションの主目的のひとつである

¹⁾ ADL としての “入浴動作” は歩行や移乗をはじめとする基本動作に加え、洗体や更衣等の応用動作を含む複合動作である。入浴動作の介助量軽減、自立度拡大に向けて PT や OT（以下、Th）が介入することは多いが、実際の入浴場面に Th が関わる機会は少なく、“できる ADL” と “している ADL” に差が生じ易いと思われる。また、機能的自立度評価表（Functional Independence Measure : 以下、FIM）では、入浴動作を清拭、浴槽移乗の 2 項目のみで採点しており、評価は細分化されていない。

“している ADL” を向上させるためには、Th が実際の入浴場面に介入し、病棟職員との情報交換を密にして患者の能力を適切に捉えることが有効であると考えられる。

【目的】

Th による入浴動作への直接的介入、指導が病棟内で “している ADL” に与える影響を検討する。

【方法】

対象は、当院回復期病棟に入院中であり機械浴を使用せず週 2 回入浴している脳血管疾患患者 4 名（男性 2 名、女性 2 名、55 歳～89 歳）とした。Th は週 1 回、計 5 回の入浴場面に介入し、対象者の入浴動作を評価した後、対象者及び病棟職員に動作・介助指導を行った。評価には、当院版入浴評価表を作成し、使用した。入浴動作を 12 項目（脱衣（上）（下）、浴室内歩行、浴室内移乗、洗体、洗髪、階段、跨ぎ、湯内しゃがみ・起立、体拭き、着衣（上）（下））に細分化し、FIM の採点基準を参考に各項目 7 点満点で評価した。尚、今回使用したデータは通常診療上得られるものであり、個人情報の取り扱いには十分注意を払い、使用した。

【結果】

計 5 回の介入を経て、対象者全 4 名において入浴評価表の点数に改善が見られた。

全 12 項目中、浴室内歩行、階段、跨ぎなど基本動作を中心とした 7 項目では、2 回の介入で “できる ADL” と “している ADL” はほぼ一致した。一方で、体拭き、脱衣（上）（下）、洗体など応用動作を中心とした 5 項目では、3 回の介入で “できる ADL” と “している ADL” はほぼ一致した。

【考察】

Th が患者や病棟職員を対象に入浴動作について直接的に介入、指導を行うことが、他職種間で患者の能力を正確に把握することに繋がり、“できる ADL” と “している ADL” の差が解消されることが示唆された。加えて、ADL の自立度向上を目指すにあたり、模擬的な介入に限らず実際場面に介入することの有効性が推察された。また、評価を細分化・点数化し、経時的に動作の自立度を追うことは、Th と病棟職員の認識の摺合せを円滑にした要因の一つであると考えられた。

今回対象とした入浴動作に関しては、基本動作と応用動作で介入効果が見られるまでに要する期間に差が生じていた。そのため、例として PT が初回評価に入り基本動作を中心に指導し、続いて OT が応用動作に介入する等の分業・協業を通して、各職種の特異性を発揮することができる可能性がある。

今後は、対象人数や疾患を増やし、介入内容や指導項目の追加検証を進めていきたい。

【引用文献】

- 岩井信彦、青柳陽一郎、白石美佳：回復期脳卒中患者の「できる ADL」と「している ADL」の格差—FIM による評価比較—、神戸学院総合リハビリテーション研究 第 2 卷第 1 号、75-81, 2007.

左アクセル操作に難渋し運転再開に至らなかつた左被殻出血の一症例

キーワード：自動車運転，改造，脳卒中

角 汐梨¹⁾ 菅野 俊一郎¹⁾ 信太 由宇子¹⁾ 佐藤 亮太²⁾

1) 宮城厚生協会 坂総合病院 2) 東北大学病院

【序論】

自動車運転は生活における必要性が高く、社会参加や QOL を考える上でも重要な意味を持っている。当院では、脳卒中患者に医師の指示の下、自動車運転支援チームにて支援を行っている。

今回、重度右片麻痺患者に実車評価を実施したが、机上検査との乖離が生じ、実車評価の重要性を再認識する機会を得たため、以下に報告する。

【症例】

60代男性。工務店経営。左被殻出血発症し、第40病日後に当院回復期病棟へ転院、右上肢は廃用腎手だが、左上肢にてADL自立、短下肢装具使用にてT字杖歩行獲得し第113病日目に自宅退院、第154病日目に医師より運転評価の依頼を受けた。

院内にて病前の運転状況を聴取し、身体機能評価、神経心理学的検査を実施後、第189病日目に教習所にて適正検査、実車評価を行った。

【評価結果】

1) 実車前評価：右Br.stage 上肢III手指III下肢IV、著明な感覚障害はなし。MMSE30点、かなひろいヒット率85.7%，KOHS立方体粗点123点、I.Q.114.1、TMT(横)A-part111秒、B-part171秒、CAT視覚性抹消課題-数字3 所要時間124秒、仮名 所要時間158秒、CPT-AX課題 平均反応時間454.1秒、正答率95.0%の中率95.0%、脳卒中のドライバースクリーニング評価(Stroke Drivers Screening Assessment: SDSA) 各検査とも合格群、検査内容の理解や結果は良好。

2) 実車評価：普通車(AT)を使用し、左ワインカー、左アクセル、旋回ノブを装着した。旋回ノブや左ワインカー操作は早期に慣れ、大きな問題はみられなかつた。しかし、左下肢でのアクセルやブレーキ操作、位置関係に慣れることができず、踏み間違いが続き、パニックとなりアクセルを踏み続けることや右下肢でアクセルペダルを踏んでしまう場面もみられた。また、会話や運転に集中すると、教官からの指示が入りにくい場面や、赤信号でも進行する様子も見られた。疲労や落ち込みもみられたため構内ののみの走行とし、30分程度で終了となつた。チーム内カンファでは、現時点

での運転再開は困難と判断し、教習所にて練習後、再評価を行うことを提案し主治医へ報告した。

【考察】

今回症例は、重度右片麻痺を呈していたが、SDSAは合格圏内であり、神経心理学的検査上、軽度の注意障害はみられたものの、その他著明な低下はみられなかつた。そのため、机上検査上では運転再開が可能と思われた。しかし発症後半年以上の期間があき運転を実施したことや初めての左アクセル操作、旋回ノブや左ワインカーを使用した左上下肢のみの運転という同時に複数の新しい課題を処理することが困難となり、今回の結果に至つたのではないかと考える。また、入院中の担当療法士より、新しいことへの定着に時間を要したとの情報も受け、左上下肢での運転操作に学習効果が得られにくかった理由の一つとして新しい事柄への定着に時間がかかるてしまうという症例自身の特性も関係しているのではないかとも考えられた。

運転評価は、関連情報の収集、実車前評価、実車評価などを包括的に行うことが重要とされる。机上検査上、大きな問題がみられなくとも改造が必要な右片麻痺患者においては実車評価を行い、包括的に評価していくことが重要なことだと考える。また、左アクセル操作においては習熟にも時間を要すためドライブシミュレーター等での練習を重ね、定着を図っていくことも有効ではないかと考える。今回の経験を踏まえ今後も症例数を重ね、自動車運転再開を支援していきたい。

【引用、参考文献】

- 1) 木田裕子・小林康孝：脳血管障害者の自動車運転評価 第2報. 新田塚医療福祉センター雑誌 vol.2 NO.1 : 7~12, 2005.
- 2) Schulthheis MT, et al(三村将監訳)：医療従事者のための自動車運転評価の手引き. 新興医学出版社, 東京, 2011.

家族参加型リハビリテーションを実施した脳卒中患者の退院後の ADL 能力

キーワード：脳血管障害，家族，ADL

丹羽 歩^{1) 2)} 高橋 恵一³⁾ 石川 隆志³⁾ 進藤 潤也¹⁾

1) 地方独立行政法人 秋田県立病院機構 秋田県立脳血管研究センター

2) 秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻リハビリテーション科学領域

3) 秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻作業療法講座

【序論】

近年、脳卒中治療において患者や家族にリハビリテーション内容や介助方法を指導することが推奨されている¹⁾。当院回復期リハ病棟では、患者と家族で動作練習をする家族参加型リハビリテーション（以下、参加型リハ）を導入している。家族が患者のリハビリテーションに参加することで、機能回復の促進、家族の病状理解、介助方法の習得を図り、退院後の生活の円滑化を目指すものである。しかしながら、参加型リハが退院後の ADL 能力にどのような影響を与えていたかは検討されていない。

【目的】

報告の目的は、参加型リハを実施した脳卒中患者の退院前後の ADL 能力の変化を分析し、参加型リハの意義を確認することである。

【方法】

対象は 2013 年から 2016 年に参加型リハを実施し、自宅退院した初発脳卒中患者で、退院時 ADL 能力が FIM109 点以下で、介護者と同居している者とした。電話で研究協力を依頼した。評価項目は、年齢、性別、原因疾患、在宅生活期間、身体機能として運動麻痺（Br.stage）、ADL 能力として退院前は FIM、退院後は Flow - FIM を用い、面接および郵送で収集した。Flow - FIM は、家族が簡単に FIM を採点できるために開発されたフローチャート式の質問紙であり、FIM と一致率が高いことが示されている²⁾。解析には Wilcoxon 符号付順位検定を用い有意水準は 5%未満とした。なお本研究は当大学と当院の倫理委員会にて承認を得ている。

【結果】

協力が得られた対象者は 18 名で、研究協力率は 54.5% だった。患者背景に関して、年齢は 68.3 ± 9.6 歳、性別は男性 12 名、女性 6 名、原因疾患は脳梗塞 9 名、脳出血 6 名、クモ膜下出血 3 名だった。在宅生活期間は平均 15.6 ± 10.8 ヶ月だった。

運動麻痺については、Br.stage 上肢 III、手指 II～III、下肢 III と退院前後の有意な改善はなく、退院前の機能を維持していた。退院前後の ADL 能力については、改善した下位項目は 8 項目だった。食事 6 (4.7 - 6.0) → 6.5 (4.7 - 7.0)、排便コントロール 6 (3.7 - 6.0) →

6 (6.0 - 7.0)、ベッド移乗 5 (4.0 - 6.0)、→6 (5.0 - 6.0)、トイレ移乗 5 (3.7 - 5.2) →6 (4.5 - 6.0)、理解 5 (3.7 - 6.0) →7 (5.0 - 7.0)、表出 4.5 (4.0 - 6.0) →5 (4.7 - 7.0)、社会的交流 5.5 (4.0 - 7.0) →7 (5.0 - 7.0)、問題解決 5 (2.0 - 5.2) →5 (5.0 - 7.0) と退院後に有意に向上していた ($p < 0.05$)。

【考察】

運動麻痺に変化はないものの、ADL は有意に向上する項目が多かった。排泄介助は家族の負担を強め、トイレ動作の自立度は自宅退院に影響を及ぼすとされており³⁾、参加型リハにおいても排泄に関わる移乗やトイレ動作は重要視している項目である。参加型リハでは、患者と家族に負担のかからない安全な介助方法や、患者のもてる力を引き出すように見守る姿勢を指導している。そのため、退院後も繰り返し動作を行なうことで患者の動作能力が向上したとともに、家族が患者のできる動作を把握して介助量を減少させているのではないかと考えた。食事や排便コントロールは、難易度の低い ADL とされているが⁴⁾、これは退院後も長期的に改善する傾向と考えられた。以上より、ADL の自立度が低い患者は、参加型リハによる入院中の反復練習や密な関わりによって、動作能力や認知機能を含めた退院後の ADL が向上することが示唆された。

【引用文献】

- 1) 小川彰：脳卒中治療ガイドライン 2015 284 - 285, 2015.
- 2) 青木 哲也：フローチャート式 FIM 質問紙（Flow-FIM）の妥当性・信頼性の検討。総合リハビリテーション 33 : 355～359, 2005.
- 3) 津坂翠：脳血管疾病等の患者が自宅退院するため必要な日常生活活動能力。作業療法 32 : 256～261, 2013.
- 4) 辻哲也：入院・退院における脳血管障害患者の ADL 構造の分析 - 機能的自立度評価表 (FIM) を用いて。リハビリテーション医学 vol33, No5, 1996.

SCU 専従 OT の役割の検討 ～トイレ動作獲得に向けて関わった一例を通して～

キーワード:脳血管障害, 急性期, トイレ動作

赤塚 佳寿美 進藤 潤也
地方独立行政法人 秋田県立病院機構 秋田県立脳血管研究センター

【報告の目的】

当センターは平成 29 年 4 月より早期からの頻回の離床・ADL の充実、早期加算取得を目的に SCU 専従セラピスト PT1 名 OT1 名を配置し、担当と専従で患者を診療している。平均在棟日数が短く、関わる期間が限られた中でどんな作業療法が求められているのか、病棟でどんな役割ができるのか漠然とした不安があった。今回症例の介入を通して専従 OT の病棟での役割について考察したので以下に報告する。報告にあたり対象者から同意を得ている。

【事例紹介】

60 代無職の男性。X 年左視床出血を発症し当センター入院となった。妻、娘の 3 人暮らしである。

【作業療法評価・介入の基本方針】

(1 病日) 安静度: ベッド上。JCS : 2. 失語症による錯語や指示理解にムラがあった。身体機能は右 Br.Stage 上肢 III. 手指 III. 下肢 II. 感覚は表在、深部共に重度鈍麻。認知機能は見当識低下、各種失行、右半側空間無視、注意障害を認めた。

回復の可能性があり状況判断が保たれていることから、中~長期で ADL 動作獲得可能と思われた。介入方針を評価の継続および離床を図ることとし、担当・専従それぞれ週 4-5 回の介入とした。

【介入経過】

(2, 3 病日) 専従 PT が安静度の変更が可能か医師に確認し車椅子乗車が許可された。その情報を担当 OT に伝え車椅子座位にて評価をすすめた。専従 OT は起立・移乗動作訓練や上肢訓練を開始した。動的座位や立位では押し返し現象を認めたほか、移乗では膝折れを認め中等度介助を要した。3 病日に看護師が 2 人介助でトイレでの排泄を試みたが転倒の危険性が高くそれ以降はベッド上で行っていた。

(4 病日) トイレでの排尿を希望されたが、前日の介助量の多さを聞いていたため、専従 PT と相談し方法について検討した。実際場面で反復訓練を行い、担当看護師に見学してもらい、方法を電子カルテに記載した。また日中の車椅子乗車時間が増えてきていることを担当 OT に伝え、それを

受けて担当 OT は 4 病日以降訓練室での評価・訓練に移行した。

(第 5 病日) 本人のトイレに行きたいタイミングで動作訓練を実施。担当看護師にも介助を依頼しアドバイスした。また動画を利用し病棟内での情報共有を促した。反復訓練により本人も慣れ介助量は軽減してきた。

【結果】

トイレに関して看護師の記録では 5 病日以降、トイレにて排泄動作を行っていた。また日中の車椅子乗車時間が増えていた。7 病日に一般病棟へ転棟し SCU 専従 OT の関わりは終了した。

【考察】

病棟に常駐していることにより医学的情報が収集しやすい環境下にいるため、看護師や主治医に安静度や患者の状況を確認し、早期からの離床につなげることができた。またその情報を担当に伝えることで、離床機会のタイミングを統一でき離床時間を増やしたりなどリハ内容に反映することができた。一方で担当からの身体機能や高次脳機能の評価、訓練の進捗状況を受けて、病棟で実践したり、高次脳機能面が影響しうる生活場面を看護師に伝え、患者の能力を理解してもらうことで病棟 ADL の拡大につながった。専従がいることで病棟看護師と担当リハスタッフの架け橋的な関わりが出来ると思われた。

また患者の身体変化に伴う生活の質の低下や基本的欲求が満たされない現状に気づける距離感であつたため、患者のニードに気づき他部門スタッフを巻き込みながら対応ができた。

専従として病棟で関わっていくなかで「〇〇さんそろそろ車椅子に乗せたらどう」「トイレとか行けないかな」などアドバイスを求められたり、ベッド周囲の環境についての提案をするとすぐに対応してくれたりと看護師の離床に対する意識の変化を感じた。

多職種協働による「通いの場における自立支援型プログラム策定事業」 への取り組みについて

キーワード：地域支援、主体性、多職種チーム

三原 裕子¹⁾ 松木 信²⁾

1) 介護老人保健施設 新庄薬師園 2) 介護療養型老人保健施設 木の実

【序論】

山形県作業療法士会（以下、当士会）では、今年度より山形県（以下、県）の自立支援型通いの場普及事業の一つである「通いの場における自立支援型プログラム策定事業」に参画している。平成30年度末までの2カ年事業の途中であるが、地域での主体的な生活を支える地域資源としての通いの場の活動支援として、他専門職、県や市町村の担当者、実地検証協力の通いの場への参加者と協働して取り組む機会を得たので紹介する。

【目的】

県では「住民主体の通いの場において、これまでのような単発ではなく、運動・栄養・口腔を総合的に実施する介護予防プログラムの普及・定着を図ること」、当士会では、通いの場の内容の充実と継続の支援として、具体的なプログラムの提示に加え、参加者個々または集団として、やりたいことや主体性を引き出し、その実現のためのプロセスの提示や活用できる社会資源などの支援のマネジメントを行うことを目的とした。

【方法】

地域ケア会議の助言者である6職種の各職能団体で、通いの場における専門職資質向上事業補助金を活用し、実地における資質向上のための研修会等を単独または他団体と協力して行い、通いの場で住民が主体的に実践できる複数のプログラムと選択を補助する自己評価票を検討する。各団体2名の協力員による会議とメールでの情報共有で総合的なプログラムを作成する。検証は県内3町村5か所の通いの場の協力を得、参加者に対し、一緒に策定するという方向性と実践者としての忌憚のない意見をもらえるよう説明し、検証事業も主体的な取り組みとなるよう配慮する。

【結果】

プログラムは案としてまとまらず、検証での希望や結果を反映しながらまとめる事になった。自己評価票は、質問形式と測定形式の2種類が検討され、質問は生活の中の変化から詳細な項目に絞っていくもの、測定は簡便で参加者が測定可能と思われる項目（身長、体重、5m通常歩行、開眼

片脚立ち、パタカ発語、足わっか）と、作業療法の視点として日常生活での困りごとや小目標、変化点を挙げる欄を設けた。平成30年1月5日現在、3か所で1回、2か所で2回の実地検証を実施した。測定は専門職が項目ごとに目的と内容、方法を説明し、補助しながら実施した。支援者は問題なく実施できた。参加者は意欲的に取り組まれたが、高齢になるほどストップウォッチ等器具の使用が難しく、また安全管理や進行に支援を要した。60～70代の参加者から「役割分担した方が良い」、支援者から「通常行っているプログラムとの時間的な兼ね合い等に調整が必要」「継続する必要を感じられるか難しい」等の意見が聞かれた。参加者からは、普段の生活や心身状態、心配事を専門職に相談し、助言を得られたことが「よかったです」「勉強になった」との事だった。プログラムについては3か所で複数提供の希望があり、内容の希望に応じ各職種が提供した。当士会提供のコグニサイズや歌体操は概ね好評で、支援者から「他の会場でも活用し好評を得た」との話が聞かれた。

【考察】

通いの場は、地域特性や参加者の年齢層、構成の割合も様々である。測定、プログラムとともに、提示や導入、実施、継続支援の方法をさらに検討していく必要がある。単発のプログラム提供も必要だが、やはり主体的な実施という点で、作業療法の観点から中長期的な継続支援として、集団としての特性や参加者の希望を明確にし、「住民の「したいこと」に焦点をあて、上手くできるように支援する」¹⁾プログラムを提供できるよう取り組み、再度報告させて頂きたい。

【引用文献】

- 1) 安本勝博：地域づくりによる介護予防を推進するための手引き【地域展開編】厚生労働省、2016.

山形県作業療法士会における認知症地域支援活動 ～認知症フォーラムの取り組み～

キーワード：地域支援、認知症、他職種連携

山崎 卓礼¹⁾ 神野 瞳²⁾ 伊藤 由衣³⁾ 清野 敏秀⁴⁾

1) 特別養護老人ホーム 芙蓉荘 2) 山容病院 3) 秋野病院 4) 朝日町立病院

【はじめに】

一般社団法人山形県作業療法士会（以下、県士会）では、「県内すみずみに認知症カフェをつくろう」を合言葉に、H28年度より県内4地区で認知症フォーラムを開催している。認知症や認知症カフェの普及啓発、関連専門職団体と認知症当事者や家族、一般の方との交流、作業療法士（以下、OT）の地域支援への参画を推進することを目指している。認知症フォーラムの概要と、酒田市で行われた認知症フォーラムの活動内容を紹介する。

【認知症フォーラムの概要】

H29年度は、理学療法士会（以下、PT士会）、言語聴覚士会（以下、ST士会）、介護支援専門員協会、認知症の人と家族の会、地域包括支援センターに加え、歯科衛生士会、薬剤師会の協力も得て開催した。県士会では認知症作業療法推進委員会を設置しており、県内4つの二次医療圏に委員が配置されている。委員が中心となって企画し、各会場にて以下の内容を組み合わせて開催した。

- ①カフェ（相談）コーナー：自由に座ってくつろげるスペースで、専門職団体に各種相談ができる。
- ②二本の傘上映と専門職団体の紹介
- ③認知症講座：県士会や専門職団体による講座を開催する。
- ④認知症当事者、ご家族の思いや体験を聞く
- ⑤市町村、地域の活動紹介：地域包括支援センターや認知症初期集中支援チームの活動、通いの場等を紹介する。
- ⑥認知症カフェ紹介：各地区で実施している認知症カフェのチラシ等を掲示する。

来場者には、県士会で作成したパンフレット「認知症の方への支援」と4コマ漫画リーフレット「認知症あるある」を配布した。

広報は、県士会HPにチラシを掲載した他、市町村や地域包括支援センター、社会福祉協議会等へチラシを送付し、各地区的公民館への掲示や回覧板等での広報を依頼した。また、新聞等マスメディアにも情報を提供し、広報を行った。

【認知症フォーラム酒田会場の紹介】

酒田市内の、病院併設の認知症カフェにて開催した（運営にOTも協力）。参加者は一般参加者15名、認知症当事者ご家族、認知症の人と家族の会、酒田市認知症初期集中支援チーム、介護支援専門員、行政介護保険課職員、PT士会、ST士会、県士会員15名の計38名であった。

1. 実施内容

①②④⑤⑥を実施した。④では認知症の方を介護するご家族の思いを聞く会を企画した。認知症カフェのOTより、参加されているご家族に協力を依頼し、打ち合わせを重ねて実現した。⑤ではH29年度より酒田市に設置された認知症初期集中支援チームの活動を、OTの視点と役割、OTがチーム員として活動して感じたことも含め、紹介した。

2. 参加者アンケート結果

参加者アンケート結果は以下の通りであった（回収数17）。

1) 良かったと思うもの（複数回答可）

認知症ミニドラマ「二本の傘」上映会10、酒田市認知症初期集中支援チームの紹介4、認知症の方を介護するご家族の思いを聞く会13、カフェ（相談）コーナー2

2) 感想（主なもの）

- ・OTが認知症にどういった支援を行なっているのか分からぬ部分が多くあったが、認知症の人の強みや残存能力に着目しながらサポートしていることが良く分かりました。

- ・介護体験をしている方の話が大変役に立ちました。もっと聞きたいと思いました。

【今後の取り組み】

認知症カフェなどを通じて、より認知症の人やご家族への地域支援に結びつけるために、認知症フォーラムの企画開催を継続する（県内4地区開催）。また認知症の人と家族の会や市町村等との連携を推進する。

利益相反に該当する内容はありません。

当院における院外活動の取り組み

キーワード：生活、地域、目標

松橋 絵里 松井 優子 渡部 伸(PT) 川口 将史 牛山 えり子(MD)
社会医療法人 明和会 中通リハビリテーション病院

【序論】

当院では開設当初から、病院を挙げて院外活動を積極的に行っている。開設当初は入院生活の息抜きを目的に実施していたが、現在は退院後の生活を考え地域に出て活動するという観点からも実施している。患者自身が地域での活動の中でADL能力を再確認出来る機会となっており、多くの意味合いをもつものになってきている。

【目的】

本研究の目的は、当院で実施している院外活動への参加者を対象としたアンケート結果をもとに院外活動を行うための目的を整理し、院外活動のリハビリテーションにおける有用性を検討することである。

【院外活動の概要】

当院では院外活動を年に4回（春・夏・秋・冬）実施している。特に夏と秋は規模が大きく、大型バスを2台貸し切り動物園や博物館の散策、ショッピングモールでの買い物を実施している。各回患者は約50名、スタッフは約80名参加している。一方、春は患者全員を対象とし近隣公園での花見、冬は長時間の活動が困難な患者を対象に院内での保育園児との交流を実施している。当日は患者にセラピストが介助者（評価者）として付き添う。

【方法】

対象患者は平成29年度に実施した夏と秋の院外活動に参加し、院外活動実施後にアンケートに協力が得られた71名とした。アンケート内容は実施前の様子（意欲、物品の準備の有無、動作の練習の有無）、当日の様子（良かったこと・大変だったこと）、及び実施後に感じた今後の目標について調査した。

【結果】

院外活動に参加したいと思っていた・どちらかというと参加したいと思っていた患者は合わせると約80%であった。そして、当日までに必要な物品を準備したり、当日の計画を立てたりした患者は半数以上いた。また、当日に向けて動作の練習をしたり、当日の朝に化粧（髭剃り）をした患者も少數いた。参加者のうち当日に向けて準備をしていた患者は約70%おり、そのうち当日予定通り

実施することが出来た患者は約50%であった。また、参加することで今後の目標が見つかった患者は約50%であった。参加してとても良かった・まあまあ良かったと感じた患者は合わせると約90%であった。

【考察】

当院で実施している院外活動は退院後の生活を考え、実際患者が地域に出て活動が出来る機会となっている。入院患者の大多数は好意的に受け取っており、入院生活の息抜きとしても良い機会となっている。また、院外活動の参加が具体的な目標となる役割を果たしており、当日に向けての物品の準備や動作の練習をしている患者が多く見られている。さらに、屋外歩行やバスの昇降等、当日の活動を通じ、患者自らが自己のADLの能力を再確認することが出来る。また、当日は患者に必ずセラピストが付き添うため、セラピスト側も院内のリハビリテーションだけでは気が付かない課題や実際の能力について評価する機会となっている。院外活動の実施のためには当日の対応はもちろん、事前準備に多大な能力とマンパワーを要するが、院外活動を通じ得られるメリットは患者及びセラピスト双方にとっても大きい。また、実際に地域に出て活動することで退院後の生活の中で必要な課題を見つけ、それを目標に院内でのリハビリテーションに繋げることが出来る。院外活動を通して今後の目標を患者とセラピストで共有することが出来るため、病院を挙げて院外活動を実施する意義は非常に高く、当院で実施している院外活動は有用性が高いと考えられる。

「あらら…できちゃった！一人でも出来そうだね。」
 成功体験の積み重なりが自己効力感向上につながり活動性が拡大した症例

キーワード：自己効力感、活動性、ADL

齋藤 亮太

一般財団法人 脳神経疾患研究所 附属 南東北福島病院

【はじめに】

右大腿骨転子部骨折を呈し、ADL動作の困難さにより意欲喪失が見られた症例に段階的な下衣操作の獲得を図った。下衣操作獲得と並行し、他の動作を獲得したことで成功体験が積み重なり、自己効力感向上・活動性拡大に至った為以下に報告する。尚、症例には報告するにあたり同意を得た。

【患者情報】

右大腿骨転子部骨折を呈した80歳代女性。既往歴に腰部脊柱管狭窄症。洗濯物を持ち歩きしていた際に転倒し受傷。夫と二人暮らし、敷地内に住む息子夫婦の協力のもと生活していた。責任感が強く、HOPEは「出来ることは自分で行いたい」

【初期評価】

心身機能：下腿以遠に痺れ残存。足底・足関節の表在・深部感覺に中等度鈍麻。認知機能良好。

ADLはFIM64点(運動:35点、認知:29点、移乗4点、更衣:下衣項目2点、トイレ動作:3点)、座位保持に片手支持を要す。下衣操作は片手操作のため難渋。靴の着脱や排泄時に介助依存がみられ、「出来ない」「退院後が不安」と悲観的な発言が聞かれた。

【介入方針】

下衣操作を行うにあたり、身体機能の低下や動作方法の困難さ・不安感がみられたため、身体機能の回復に合わせ肢位ごとに段階的な動作方法の獲得を図る。また病棟と連携し、目標や指導方法を適宜共有することで生活場面での汎化を図る。

【経過】

仰臥位による下衣操作の実施(25~30病日目)：易疲労性や座位で行う下衣操作の困難から動作に難渋しており、「自分で行いたい」との希望より、独力で可能な仰臥位での操作を指導した。病棟スタッフに情報提供し生活場面での汎化を図った。「元のやり方で出来ればいいね」との発言から、座位での動作獲得を目標として共有した。悲観的な発言や靴の着脱・排泄時には介助依存があった。

座位による下衣操作の実施(30~44病日目)：身体機能向上に伴い上肢支持なしでの座位保持・靴の着脱・移乗動作が自立した。「座ったまま出来そう」と前向きな発言あり。座位での操作を指導し、病棟スタッフに情報を提供した。動作の獲得に伴い「出来ることが増えて嬉しい、頑張ります」と意欲的な発言が増加した。立位を介した動作獲得を目標に本人と共有した。

立位による下衣操作の実施(45~57病日目)：練習を行うにあたり滑り止めマットを設置した。「あらら…できちゃった！一人でも出来そうだね」と発言あり、病棟スタッフに情報を提供した。トイレ動作も自立し、生活場面でも車いすを自操してトイレや食堂へ向かう等の活動性の拡大が認められた。

【最終評価】

ADLはFIM:87点(運動:57点、認知:30点、移乗7点、更衣:下衣項目7点、トイレ動作:7点)「一人でも出来ます」「退院後も大丈夫」と前向きな発言あり。

【考察】

症例は責任感が強く、ADL動作の困難さから意欲の減退が認められていた。魚尾らは「成功体験を持つことは、意欲を高めるために重要であり、自己効力感を高めることはADL自立支援のため有用である¹⁾」としており、本症例においても身体機能の回復に合わせ段階的な下衣操作の獲得を図った。また下衣操作の獲得と並行し、他のADL動作を獲得したことが成功体験の積み重ねとなり、自己効力感向上に繋がったと思われる。実際場面での成功体験を積み重ねるために他職種と情報を共有し、連携を図ることが重要であると再認識することができた。

【引用文献】

- 1)魚尾涼子、河野保子:脳血管障害患者の日常生活活動拡大に関する研究・日本看護研究学会雑誌、Vol. 34 No1 2012.

日常生活自立度が低い施設入所認知症高齢者の生活リズムの状態についての検討

キーワード： 日常生活機能，認知症高齢者，活動性

齋藤 翔真¹⁾ 久米 裕²⁾

1) (有) ケアサプライなかみちケアセンター

2) 秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻作業療法学講座

【序論】

超高齢社会において、認知症高齢者が地域の中でどのように生活の質 (Quality of Life: 以下, QOL) を維持・向上していくかを考慮する必要がある。認知症高齢者の QOL に影響を与える要因の 1 つに、睡眠障害を含む生活リズム障害が重大な問題として近年指摘されている。しかしながら、先行研究における認知症高齢者の対象特性として、日常生活自立度が比較的高い対象者が多く、日常生活自立度が低い認知症高齢者の生活リズム障害に関する検討はまだ十分とはいえない。

【目的】

本研究の目的は、施設に入所している日常生活自立度が低い認知症高齢者における生活リズム障害の状態を、健常な高齢者と比較しながら明らかにすることである。

【方法】

対象は認知症高齢者群 5 名(以下、症例群)、健常高齢者群 9 名(以下、対照群)であった。両群による基本情報は、年齢、性別(女性%)、日常生活自立度[Barthel Index(以下, BI)]、認知機能[Clinical Dementia Rating(以下, CDR)]を聴取した。また、症例群は認知症における行動・心理症状評価として Dementia Behavior Disturbance Scale(以下, DBD)を用いた。そして、両群における生活リズム指標には腕時計型活動量測定機器 Actiwatch (以下, AW) を用いた。AW は非利き手に 7 日間連続して装着され、1 分毎のアクティビティカウント(以下, AC)を計測した。その後、記録された AC データを用いて Non-Parametric Circadian Rhythm Analysis(以下, NPCRA)を実施し、Inter daily Stability(以下, IS)、Intra-daily Variability(以下, IV)、Relative Amplitude(以下, RA)、24 時間のうち最も活動的な 10 時間の平均身体活動量(以下, M10)、最も非活動的な 5 時間の平均身体活動量(以下, L5)を算出した。両群の生活リズム指標を比較するために、独立 2 群の t 検定が適用された。統計学的有意水準は 5% に設定され、統計解析は SPSS 15.0 for Windows を用いた。なお、本研究は秋田大学大学院医学系

研究科保健学研究倫理審査委員会にて承認済みである(承認番号 No 1827)。

【結果】

症例群の基本情報(平均値±標準偏差)は年齢 = 90.0 ± 3.2 歳、女性% = 100%、CDR = 3.0 ± 0 点、BI = 7.0 ± 0 点、DBD = 37.2 ± 3.8 点であり、対照群は年齢 = 77.8 ± 3.9 歳、女性% = 77.8%、CDR = 0 ± 0 点、BI = 100 ± 0 点であった。また、NPCRA の結果(平均値±標準偏差)として、症例群では IS = 0.22 ± 0.11 、IV = 1.21 ± 0.29 、RA = 0.37 ± 0.21 、M10 = 2067 ± 1826 、L5 = 829 ± 421 であり、対照群では IS = 0.63 ± 0.14 、IV = 0.96 ± 0.17 、RA = 0.89 ± 0.05 、M10 = 18419 ± 5396 、L5 = 1076 ± 446 であった。独立 2 群の t 検定の結果、M10、IS、RA に有意差が認められた($p < .001$)。

【考察】

今回の研究の結果より、日常生活自立度が低い認知症高齢者は、日中活動量が低く(低い M10 値)生活リズムも不整(低い IS 値と RA 値)であった。これらの結果は先行研究による施設入所認知症高齢者の生活リズム指標の結果(低い RA 値と高い IV 値)と部分的に一致しているが、特に症例群による有意に低い IS 値は日常生活自立度が低い認知症高齢者の生活リズム障害を示していると考えられる。施設内生活では身体的・社会的活動が地域内生活と比べて制限されやすいことが指摘されており、これらの制約は認知症高齢者による生活リズム障害や心身機能の低下を誘発すると推測される。したがって、認知症高齢者に対する作業療法では心身機能だけでなく、生活リズムの特性に着目しながら対人交流などの社会的環境への介入も求められる。

通所リハビリテーション利用者における生活リズムと生活機能との関連性について

キーワード：高齢者，生活リズム，生活機能

小玉 鮎人

医療法人 正和会 小玉医院 リハビリテーション科

【はじめに】

高齢者は加齢に伴い内因性や外因性の影響を受けることで生活リズムが乱れやすくなる。また、生活リズムと生活機能の関係については、規則正しい生活リズムを維持できている高齢者は意欲的な生活を送っており、生活行動や意識が生活リズムに大きな影響を及ぼすことが報告されている。そこで、今回通所リハビリテーション（以下、通所リハ）を利用している方を対象として、生活リズムと生活機能の関連性について検討することとした。

【対象】

A 介護老人保健施設通所リハを利用している方 39 名（男性 16 名、女性 23 名、年齢 80.1 ± 8.7 歳）を対象とした。要介護度は、要支援 1 が 9 名、要支援 2 が 10 名、要介護 1 が 13 名、要介護 2 が 7 名であった。なお、本研究は医療法人正和会倫理審査委員会の承認を得て実施した。

【方法】

生活リズム評価は、携行型行動量計 Actiwatch2（以下、AW2）を非利き手に 1 週間装着して行った。AW2 から得られたアクティビティカウントとともに、Van Someren らが開発した、概日リズム解析（以下、NPCRA）を行い、日内安定性（以下、IS）、日内変数（以下、IV）、相対振幅（以下、RA）を算出した。生活機能評価は、老研式活動能力指標（以下、TMIG）の総得点と 3 つの下位尺度である手段的自立、知的能動性、社会的役割それぞれの得点を算出した。統計学的解析は、NPCRA における IS、IV、RA と TMIG 総得点、手段的自立、知的能動性、社会的役割についてピアソンの積率相関係数を行った。統計処理には、統計ソフト SPSS20.0 for Windows を用い、有意水準は 5% とした。

【結果】

NPCRA により算出された IS は 0.59 ± 0.15 、IV は 1.13 ± 0.34 、RA は 0.80 ± 0.08 であった。TMIG の総得点は 8.2 ± 3.0 点、手段的自立は 2.7 ± 1.4 点、知的能動性は 2.8 ± 1.0 点、社会的役割は 2.6 ± 1.2 点であった。ピアソンの積率相関係数の結果、IS は TMIG 総得点 ($rs = .358, p < 0.05$)、社会的役割 ($rs = .403, p < 0.05$) に有意な相関が認められた。IV は TMIG 総得点 ($rs = -.528, p < 0.001$)、手段的自立 ($rs = -.333, p < 0.05$)、知的能動性 ($rs = -.332, p < 0.05$)、社会的役割 ($rs = -.631, p < 0.001$) に有意な相関が認められた。RA は有意な相関が認められなかった。

【考察】

今回、通所リハ利用者を対象に生活リズム評価を行ったところ、1 日の生活サイクルは保たれているが、基本的な活動・休息のリズム、夜間の休息と日中の活動とのバランスについてやや低下していることが分かった。また、TMIG 総得点は年齢に対して同程度の結果であった。

NPCRA の中でも IV は TMIG 総得点と下位尺度全てにおいて有意な相関が認められた。これについては、IV は日中の活動性が低下している場合に不安定な傾向を示すことから、生活機能の向上とともに活動量増加も重要であることが示唆された。一方、IS は TMIG 総得点と社会的役割に有意な相関が認められた。このことから、安定した生活サイクルを維持していくためには家庭内における活動能力の向上のみならず、屋外へ向けた活動範囲の拡大も必要であることが分かった。

MTDLP プランニングによって日中の活動性が向上した腰椎圧迫骨折の事例

キーワード：生活行為向上マネジメント，離床，排泄動作

鈴木 茉李子

介護老人保健施設 ほのぼの苑 リハビリテーション科

【はじめに】

今回、日中臥床傾向にあり活動性が著しく低下している腰椎圧迫骨折受傷のケースを担当した。MTDLP を用いてプランニングしたこと、ケースの活動量が大きく改善できる可能性を本人とリハビリテーション（以下リハ）だけでなく、他職種に理解してもらい協力を得る事が出来た。結果、日中の活動性が向上したため報告する。

【事例紹介】

80歳代女性、X-6年脳梗塞を発症しごく軽度の左麻痺となった。X-1年4月転倒により第3腰椎圧迫骨折を受傷し保存的に加療した。X-1年8月から当苑デイケアを利用し自宅内移動は歩行器を使用していた。X年1月主介護者である夫が入院したため、系列のB老健へ入所し同年4月当苑入所となった。身体機能面は左上下肢の Br. Stage はV～VI、筋力はMMT 3でありリハ場面では歩行器歩行可能も体幹前傾位・すり足にて見守り下で20m可能だった。しかし起き上がりはベッドの向きが麻痺側から起き上がる位置にあったこともあり体幹屈曲・下肢をベッド下に降ろす軽介助が必要とし離床意欲が低下していた。食事とおやつ時間以外も臥床し1日の内で臥床時間が多かった。起立・立位保持は上肢柵支持で可能だったが排泄時は更衣介助を必要としていた。時折左足部に痺れの訴えもあった。ADLはFIM60点で移乗・平地歩行・階段昇降・トイレ動作がそれぞれ5点、整容・入浴0点であった。精神機能面はHDS-R30点で認知機能面は保たれていた。環境面の強みとしては居室がトイレの向かいに位置していた。

【作業療法実施計画】

生活行為聞き取りシートを活用し聴取すると「トイレまで自分の歩行器で行けるようになりたい」という目標がすぐ挙げられ、これを合意目標とした。まずは自立した起居動作の獲得に向け個別リハとして四肢ROM-ex、四肢体幹筋力強化練習、重点的な起き上がり練習、立位保持バランス練習、歩行練習を週3回3ヶ月間行い、それ以降は週2回行うこととした他午前昼食前の集団体操、午後夕食前の嚥下体操に参加し、日中の離床時間を拡大することを計画とした。

【結果】

起居動作に関しては居室のベッド位置を介護職員と協力し変更することで起き上がりやすくなつた他、ベッド上端坐位姿勢となりテレビ鑑賞する様子が見られた。尿意を感じた際自ら離床し、トイレへ移動するという一連の動作獲得に繋がり、その変化から看護・介護職員から暖かい声掛けが聞かれ、ケースの表情も明るくなった。また午前と午後の集団体操も積極的に参加する様子が見られ、リハ開始から6カ月後ADLは移乗自立となりFIM合計が65点となった。しかし左足の痺れにより歩行困難な日や、便秘による下剤の服用で排便コントロールが難しくトイレ移動は車椅子を選択していた。最終的な自己評価として実行度7、満足度8であった。

【考察】

起居動作は、認知機能が保たれており動作手順理解が良好なため獲得でき、居室ベッド上端座位姿勢でテレビ鑑賞すること、個別リハと午前と午後の集団体操にも参加したことで日中の離床時間が増え、全身の体力や耐久性が向上し、最終的に自ら離床し歩行器でトイレへ行くという合意目標の達成につながった。またトイレへの移動手段を歩行器か車椅子かを本人が選択したこと、負担を感じることなく継続でき意欲向上につながったと考えられた。しかし左足の痺れや下剤服用による体調不良で歩行器歩行が困難だったことや排泄時、更衣介助を必要とする介助レベルだということが次への課題となると考えられた。

終末期患者に対する MTDLP の有用性について

キーワード：終末期，MTDLP，目標

宮田 信悦
社会医療法人 明和会 大曲中通病院

【はじめに】

終末期のリハビリでは、人生の最後をその人らしく生きる為に作業療法士としてどのように関わるべきか、何か役割等がないか模索していくも目標設定も困難なことが多い。今回、脳腫瘍の患者に対して MTDLP を用いて、患者の役割を模索した結果を以下に報告するとともに、終末期患者に対する MTDLP の有用性について述べる。

【事例紹介】

70 代男性。診断名は、転移性脳腫瘍、肺癌、てんかん。治療を提案するも、本人・家族共に治療しないことを選択。面接で急激な進行ではないものの、今後少しづつ動けなくなる事が説明される。当院で看取り方向。

【作業療法初期評価】

心身機能：Br.stage IV—IV～V—IV。感覚は軽度鈍麻でしびれあり。座位までの基本動作は自立。立ち上がり以上は軽介助～中等度介助。会話の中では語想起が困難な様子で、あまり会話をしたがらない。表情は暗く、悲観的な印象を受ける。
活動と参加：B I は 40 点（食事、移乗、整容、排尿・便自制で加点）家族や知人が来た時のみ会話あるも問い合わせに答える程度。

個人因子：元建築業。妻は多系統萎縮症で、入院前までは事例が仕事をやめて介護をしていた。妻は現在ショートステイ利用中。

環境因子：妻の介護を行うために住宅改修は行っている。娘は介護福祉士。

主訴・ニード：本人；特にない。家族；本人望むことは出来るだけしてあげたい。

【経過】

医師から告知されていて、全体的に悲観している状況ですべてに対して拒否的になっていると考えた。そのような中、妻の話をすると自分から話をする量が多い印象があった。「今の状態を見ることはできない。」との理由から、入院後一度も面会していないとの事だった。家族からは「可能であれば元気なうちに合わせて見たい」との話があった。この時期に生活行為アセスメントシートで再度アセスメントを行った。自分の状態よりも妻を優先しており、介護が必要な妻がいる状況を考

えると自分の事で家族に対して迷惑を掛けたくないという強い思いがあるのではないかと考えられた。そこで、妻との面会を提案し「妻に病気とばれないように面会する」を合意目標とした。

【結果】

娘の協力もあり目標設定後、1 ヶ月程度で面会が可能となった。面会後、本人から「面会して良かった。また、あっても良い」と笑顔で答えて頂いた。

【考察】

「死に向かう人」という考えが強みの評価を減らしてしまい「その人らしさ」を見失わせやすくなっていたと考える。本人のしたい生活行為を考えていくツールであることから、終末期のような目標が見いだせない患者に対して使用することで、「その人らしさ」を見つけるツールになり得ると考えられた。今回、事例と合意形成を図ることが出来た後の関わりや、関わりが終わった後に「その人らしさ」に大きく悩むことはなかったことを考えると、終末期患者に対しての MTDLP の利用は、「その人らしさ」を見つけ、トータルペインの軽減を図り、その人らしい最後を探す一助になると感じた。

【引用文献】

- 1) 熊野宏治：トータルペインに対する作業療法。OT ジャーナル 48(4):287-292,2014.
- 2) 安部能成：終末期のリハビリテーション.地域リハ 9(11):830-835,2014.
- 3) OT 協会：生活行為向上マネジメントの位置づけ、パンフレット。
- 4) 作業療法マニュアル 57 生活行為向上マネジメント。

「その人らしい生活」を支援するリスクマネジメントの取り組み

キーワード：リスクマネジメント，根拠のあるケア，介護老人保健施設

長谷川 由美子 佐藤 晃太郎
介護老人保健施設 あいぜん苑

【はじめに】

介護老人保健施設（以下、老健）におけるリスクの範囲は、転倒や誤嚥、BPSDなど極めて幅広く多岐に及ぶ。そして、介護のリスクは医療のそれに比べ、生活全般をみているため、振れ幅が大きいという特徴もある。これらのリスクに対し、根拠の乏しい対処方法では再発防止が困難な場合も多々あり、膨大なマンパワーと時間を要するが問題の解決には至りにくく、職員を疲弊させることもある。介護においても「科学的な根拠に基づく介護」が謳われているが、十分とは言い難い状況のようである。老健において作業療法は、対象者の生活を維持・向上させる生活モデルの理念と実践がより一層求められる。そして、ICFの基本的な考えに着眼し、対象者を「生活者」として捉え、十分なクリニカルリーズニングに基づき、行われることが重要である。

リスクマネジメント委員会の一員として、その考え方を施設のリスクマネジメントに活用し、利用者が安全にその人らしい生活を送り、職員も生き生きとケアに当たれるような取り組みを実践しようとを考えた。こうした経緯のもと、当施設リスクマネジメント委員会では、発生したヒヤリ・ハットの根本の原因を探り出し、根拠のあるケアを実践できるよう「なぜなぜ分析」を作成した。

本報告の目的は、当施設の「なぜなぜ分析」の取り組みを紹介することである。

【当施設の「なぜなぜ分析」の紹介】

「なぜなぜ分析」は、問題となる事象はなぜ発生したのか（しているのか）の分析を繰り返し紐解き、根本の原因を探り出し、根拠のあるケアを導き出すツールである。ICFを基盤としており、対象者の状態を多職種が包括的に捉えられるような形式にし、再発防止につなげていくことを前提とした。また、その根本の原因に対し対策を講じること、つまり根拠のあるケアを実践できるよう設計し、以下の4点を重視した。

- ・問題事象は「いつ、誰が、どこで、何を、どのように」を用い、具体的に表記すること。
- ・認知症の中核症状は根本の原因とはしないこと。

- ・問題となる事象を「本人(利用者)」「職員」「環境」3つの要因に分けて分析し、それぞれに対策を講じること。
- ・その人らしい生活を支援するケアを前提とし、個人的特性の把握に努め、対策に活かすこと。

【施設での取り組み】

まず、学習会を開催し、演習などを通して職員への周知と理解を図った。多職種協働が強みでもある老健の特徴を活かし、根拠のあるケアの実践の重要性と意義を理解してもらうことに努めた。

進め方は、ヒヤリ・ハットを繰り返す利用者の問題事象の分析を担当チームに依頼し、チームでの作成とした。OTには他職種が「その人らしさ」を重要視でき、ケアに活かすことができるよう、「環境」や「個人的特性」を主に依頼した。作成した「なぜなぜ分析」は全職員が周知できるように申し送り、紙面でも確認できるようにした。

【結果】

これまでの2年間に計19件の「なぜなぜ分析」を実施した。分析の対象となった利用者のヒヤリ・ハットの再発が少なくなる傾向となった。職員からは「最初は難しかったが、学習会や実践を通して、根拠のあるケアを理解できるようになった」と

「個別的なケアを意識するようになり、その人らしい生活を支援できるようになった」「利用者の状態が改善するのが見えてケアに自信が持てた」との声が挙がった。また「こうした考え方方が身についてきたことでケアを難儀と感じることが少なくなった」と考え方が定着してきた職員もいた。

【考察と今後の課題】

職員のコメントから「なぜなぜ分析」は根拠のあるケアの理解と実践につながり、ケアの質の向上や職員教育に有用であったと考えられた。

また、認知症症状が強い利用者の分析に苦慮すること、利用者の個人的特性の把握が不十分な場合に職員主観の分析となってしまうことが課題として挙がった。今後、これらの課題に対しリスクマネジメント委員会では、ICFの考え方を職員が深め、認知症ケアにおける実践力を身につける取り組みをする必要があると考える。

POR 異常症を呈した 2 歳男児の児童発達支援での取り組み

キーワード : POR 異常症, 運動発達, 骨奇形

岡本 絵美¹⁾ 小川 友美²⁾ 今田 美奈子¹⁾ 神保 なつみ²⁾ 大類 瑞奈¹⁾
 1) 合同会社リハサポート アーチ天童 2) 合同会社リハサポート アーチ

【はじめに】

本症例は、ラトクローム P450 タシドレクターゼ異常症（以下 POR 異常症と略す）を呈した 2 歳男児である。生まれつき全身の関節の強直、拘縮による運動制限がある。まだ就園しておらず、集団に慣れてほしい、本児に合った支援を受けたいという保護者の希望で当事業所の利用を開始した。作業療法士が個別練習・療育に関わる中で、全身運動の発達、小集団での友達との関わりに変化が見られたため、以下に報告する。

【症例紹介】

2 歳 5 か月男児。妊娠 38 週 4 日、自然分娩にて出産。出産以前から POR 異常症の診断あり。出生時から顔面低形成、両上腕骨癒合、関節の硬さがみられた。利用開始時、体幹の抗重力伸展、両肩関節挙上は出現しにくかった。療育・作業療法（以下、OT とする）場面では本児の要求が中心となり、要求が通らない時は床に寝転がり壁を蹴っていた。言語理解はあるが、表出が啞語・1 語文のため意志の汲み取り、代弁が必要であった。

【OT 初回評価】

KIDS（2 歳 5 カ月時）：総合 1:4 レベル（概念は 1:8、対子ども社会性、食事は 1:2 以下）。JSI-R：前庭感覚 Yellow. Wee-FIM : 58/126（衣類の着脱、排泄、入浴、整容、階段、表出で減点が目立つ）。臨床観察：ジャンプはやや劣る、保護伸展反応は正常。斜面での歩行、10 cm 台の昇降で上肢支持が必要。他項目は実施困難。

【目標（利用開始時）】

長期目標：①アーチ天童に慣れ友達と一緒に過ごす。短期目標：①アーチ天童に慣れる。②全身運動を積み重ねる。③関節を動かす運動をする。

【経過】

<利用開始から 6 カ月>

OT 場面では、本児の好きな活動が中心になり机上課題は消極的である。1 カ月経過し机上課題が 20 分以上継続して取り組めるようになった。物の呼称・復唱が増えた。肩関節屈曲を伴う活動に抵抗があり、顔より上方のリーチ課題に消極的で諦めが早かった。拘縮予防として、午睡時に関節の他動運動を行った。また家庭指導として、入

浴後に関節運動を行うよう指導した。療育場面では、屋内用滑り台を座位・腹臥位で滑って遊ぶ。遊びの模倣が増え、戦いごっこ、追いかけっこをして遊ぶ半面、朝の会や昼食時に友達を模倣し離席することが増えた。

<利用開始から 8 カ月>

長期目標：①は達成、②友達と体を使って楽しく遊ぶ。を追加した。短期目標：①は達成、②・③は継続、④服の着脱ができるようになる。を追加した。

OT 場面では、課題に取り組む時間が更に増えた。30cm 台を 2 足 1 段で手をつかずに昇降できるようになった。身長以上の高さに積極的にリーチするようになった。腹臥位の活動に挑戦できるが、抗重力伸展が不十分でスクーターボードから前方に落ちやすい。床に横になり壁を蹴ることは減ったが、気持ちの波により課題の取り組みに差がある。療育場面では疲れやすいが午睡がやや減少した。言葉が増え、明瞭になり、友達に「貸して」「だめ」が言えるようになった。気持ちの切り替えには時間を要する。

【再評価（変化点のみ記載）】

KIDS（2 歳 11 カ月時）：総合 1:10 レベル（しつけ以外の項目は向上。特に操作、概念、対子ども社会性、食事は 2 歳前半レベル）。Wee-FIM : 64/126（整容、入浴動作、階段、表出で向上）。臨床観察：ジャンプ正常、10 cm 台の昇降は上肢支持なしで可能。他項目は実施困難。

【考察】

本児は、来年度から保育所に入園予定である。今回、年長児を交えた集団の活動の中で興味の幅が広がり、模倣が増えたことで粗大運動の経験を積み重ねることができたと考える。更に、個別場面でスマールステップの運動経験を積むことで、上方へのリーチや体幹伸展運動を自発的に挑戦するようになったと考える。子ども同士での関わりでは、気持ちの代弁や呼称、声かけの仕方をその都度支援することで、言葉が増え、言葉で気持ちを伝えることに繋がったと考える。

発達性協調運動障害児と自閉症スペクトラム障害児における視写能力

キーワード：発達，発達支援，発達障害

渡辺 誠 野田 香菜子
秋田県立医療療育センター

【序論】

学校教育の中で黒板を見る、教科書やノートを見る、それらの内容を読み、書き取るという視写作業は教科学習における最も基本的な作業のひとつである。発達障害を持つ子どもはこの基本的な作業が難しく、教科学習の初期からつまずくことが多い。したがって発達障害領域における作業療法では「見る、読む、書く」という作業が重要な支援対象となることが多い。

【目的】

今回の目的は発達障害児の中でも比較的通常学級に在籍することが多く、教科学習に課題を残しやすい発達性協調運動障害児 (Developmental Coordination Disorder; DCD 児) と自閉症スペクトラム障害児 (Autism Spectrum Disorder; ASD 児) について「見て、書く」という基本的な視写能力を測り、定型発達児のそれと比較すること、また、DCD 児と ASD 児との違いを調査することである。

【対象】

Wechsler 知能検査の知能指数または新版 K 式発達検査の発達指數による値を知的指數とし知的指數が 71 以上の 7 歳から 11 歳の DCD 児 14 人、平均年齢 9 歳 7 ヶ月 (月齢 115 ヶ月) と 7 歳から 12 歳の ASD 児 13 人、平均年齢 9 歳 7 ヶ月 (月齢 115 ヶ月) である。

【方法】

調査は奥村らが開発した近見・遠見数字視写検査を用いた。この検査は無作為に並べられた数字 36 個の見本を机上に提示する近見数字視写検査(以下、近見視写)と 3m 離れた位置に見本を提示する遠見数字視写検査(以下、遠見視写)からなる。それらを 36 個の枠が書かれた A4 用紙に書き写す課題である。本検査は書き写すのに要した速度、間違い数、枠からはみ出した数を測るものであるが、今回の調査では速度のみを調査対象とした。検査はすべて個室で実施し、子どもの注意力を保つように配慮した。

1) 対象児の近見視写と遠見視写の速度を定型発達児の年齢別平均速度¹⁾と比較した。

2) 近見視写、遠見視写それぞれについて DCD 児と ASD 児の平均値を算出し 2 群間の平均値検定を実施した。

【結果】

1) DCD 児では、近見視写、遠見視写ともに 14 人中 11 人 (79%) が定型発達児の年齢別平均より視写速度が遅かった。ASD 児では、近見視写で 13 人中 12 人 (92%)、遠見視写で 13 人中 9 人 (69%) が定型発達児の年齢別平均より視写速度が遅く、近見視写が遠見視写よりも難しさを示す傾向にあった。

2) DCD 児の近見視写の平均速度(秒)は 58.8 (20.1)、ASD 児は 65.7 (30.0) であった。DCD 児の遠見視写の平均速度は 65.0 (21.2)、ASD 児は 72.1 (27.7) であった。近見および遠見視写ともに DCD 児より ASD 児が遅い傾向にあった。しかし DCD 児と ASD 児間の平均値検定では有意な差を示さなかった。() 内は標準偏差を示している。

【考察】

DCD 児と ASD 児の多くの基本的な視写能力が低いことが示された。視写能力は眼球運動、目と手の協調、巧緻性、視知覚、視覚記憶、その他さまざまな要素が統合された協調運動能力である。その細かな分析と支援の焦点化、そして段階付けを十分検討する重要性を改めて認識した。ASD 児が遠見視写と比較し近見視写により困難さを示す傾向があつたことは、視覚的な感覚調整の障害 (Irlen 症候群) などいくつかの ASD 特有の要因も絡めて分析する必要がある。また、多くの ASD 児に軽微な運動障害が存在するといわれている。視写作業も協調運動の一つと考えると、近見および遠見視写において DCD 児と ASD 児間に有意な差がなかつたことはこの見解を支持し、ASD 児の協調運動障害も支援の重要な対象であることが示唆された。対象者が少なく十分なエビデンスを示すことができなかつたことが本調査の限界である。今後、対象者を増やし検討を加えたい。

【引用文献】

- 奥村智人、他：定型発達児における近見・遠見数字視写検査の発達的变化-視写困難スクリーニングに向けた基礎研究-LD 研究 19:58 - 68, 2010.

身体障害領域における対象者の標的問題と OT の基本方針 ～OT 協会事例データベース過去 3 年間の一般事例と MTDLP 事例を比較して～

キーワード：身体障害，作業療法プログラム，作業療法目標

菊地 翼¹⁾ 三浦 麻里¹⁾ 寺尾 崇¹⁾ 石川 隆志²⁾

1) JA 秋田厚生連 大曲厚生医療センター
2) 秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻作業療法学講座

【序論】

(一社) 日本作業療法士協会（以下 OT 協会）の研究事業によると身体障害領域における生活行為向上マネジメント（以下 MTDLP）を用いた介入の有用性と、MTDLP 活用の可能性が示唆されている。東¹⁾の報告によると、MTDLP に関する報告の経過を辿ると 2012 年頃より年々増加傾向を示しており、MTDLP による介入が会員に浸透してきていると推察されている。今回、OT 協会学術データベースの事例報告データベースを参照し、各作業療法士が対象者の標的問題と OT の基本方針をどのように捉え、介入したかについて一般事例と MTDLP 事例を比較、分析し考察したので以下に報告する。

【方法】

OT 協会の事例報告データベースにおいて、2017 年 12 月 1 日までの約 3 年間に公開された回復期一般 137 事例、MTDLP 事例 25 事例を分析の対象とした。これらについて事例報告データベースの統計機能を用い、対象者の標的問題、OT の基本方針について調査した。また対象疾患として最も多い脳血管障害の事例報告本文中から、各作業療法士の目標立案および基本方針に関する表現や内容に着目し、一般事例と MTDLP 事例に分けて検討した。

【結果】

事例報告データベースの統計機能で事例公開日を 2015 年 1 月 1 日から 2017 年 12 月 1 日とし、専門分野を 1.身体障害、回復状態を 2.回復期、検索項目を事例の標的問題および介入の基本方針として検索した。事例の標的問題では、一般事例は、基本的能力及び応用的能力に関する項目が多く抽出された。MTDLP 事例では、社会的能力に関する項目が多かった。介入の基本方針について、一般事例では心身機能・身体構造および活動・参加の割合が高かった。MTDLP 事例においては活動・参加の向上の割合が高く、次いで心身機能・身体構造となっていた。

本文の分析から、一般事例は重症度が高くなるにつれ標的問題として心身機能・身体構造が抽出され主目標となり、介入の中心になっていた。重症例であっても活動・参加に関する目標を設定していたが、結果として心身機能・身体構造面に対する関わりが主となっている報告も散見されていた。

【考察】

今回、回復期脳血管障害に対する事例報告を主として検索し、分析した。一般事例・MTDLP 事例共に、報告されている表題と内容が大きく乖離しているものは無かった。一般事例では、対象者の標的問題に関しては、対象者及び家族のニード等を踏まえ、作業療法評価結果から立案している状況が考えられ、作業療法目標が作業療法士主導のものになっていると考えられた。一方、MTDLP 事例においては、対象者の生活行為目標を明確にするための過程が記載されており、生活行為目標が作業療法士と対象者の間で合意形成されたものになっていると考えられた。

今回調査した中では重症例であっても MTDLP による支援を行なった報告も数例あった。このことは回復期で重度の身体障害があっても、対象者を心身機能の側面から理解するのみでなく、「生活をする人」として活動から参加までを見据えるという、MTDLP で重視されている包括的視点で関わることが出来る事を示しており、生活行為目標の合意形成が可能となる対象者には、今後もより積極的に MTDLP の視点で作業療法実践していくことが大切だと考えた。

【参考文献】

- 1) 東登志夫: 日本作業療法士協会学術データベースの活用方法について—生活行為向上マネジメントでの使用例—. 作業療法 36(4) : 359-367.2017.

作業療法士・理学療法士における
自主訓練対象者の選択基準と導入・実施上の工夫について
～予備フォーカスグループインタビューより～

キーワード：自主訓練，作業療法士・理学療法士，フォーカスグループインタビュー

山薦 杏奈¹⁾ ²⁾ 浅野 朝秋²⁾

1) 秋田赤十字病院 2) 秋田大学大学院医学系研究科

【序論】

入院中の患者にとって、大部分の時間は病棟での生活に費やされており、セラピストとのリハビリテーション（以下、リハビリ）の時間はそのごく一部である。そのため、通常のリハビリ以外の時間も、生活機能向上という観点では、自主的な訓練を行うことは重要なのではないかと考える。

自主訓練に関する先行研究では ADL 改善率や自宅退院に有効であること、リハビリに対する能動性を示す指標であること、自主訓練の実施については各患者間で差がみられ、自主訓練の実施状況は不明確であること、自主トレの遂行が不十分であること指摘されている。以上のことから、セラピストは、自主訓練をどのように考えるのか、その経験や価値観、視点などをひき出し、可視化することを目的にグループインタビューを実施したので以下に報告する。

【方法】

フォーカスグループインタビュー法による予備調査を実施した。対象は秋田県内の身体障害領域病院に勤務する作業療法士（以下、OT）、理学療法士（以下、PT）5名で、内訳は OT3名、PT2名であった。セッションの時間は 90 分とした。議論の内容を IC レコーダーに録音し、分析した。

尚、本研究は筆頭演者の所属する大学院の倫理委員会の承認のもと実施した。

【結果】

全体の発言（n=179）のうち、「自主訓練対象者の選択基準・除外基準に対する発言」が 28%で、その内容は認知機能、覚醒度、重症度、年齢によるもの、維持目的なのか改善目的なのかによる本人のモチベーションによる選択等だった。また、「指導する上での工夫に対する発言」も 28%で、その内容はマニュアルや表での可視化、動機づけ、やらない理由の検討等だった。次いで「捉え方・定義について」が 15%で、その内容は患者視点では自主訓練を捉えられなくとも、セラピスト視点で自主訓練と見出していることや、患者のレベルによって捉え方に幅がある等だった。また、病棟

で看護師の見守り下で行う歩行や ADL は自主訓練として捉えるかどうかは見解が分かれた。また、「事例に対する各職種の立場からの意見交換」も 15%で、その内容は、作業活動に対する意見や各職種の考え方を問うような質問等であった。「有益性の吟味について」が 5%で、指導に沿ってきちんと自主訓練をしてくれた場合には、良い効果が得られると考えること、実際の効果よりも患者が自分で取り組もうとする姿勢や意識付けの意味があるという発言がきかれた。「その他の発言」は 10%であった。

【考察】

発言数の量では、選択基準、指導の工夫が上位を占めており、セラピストが自主訓練を行う際に吟味している可能性が高いことが伺われた。また、自主訓練の定義や捉え方は幅広く、患者のレベルやセラピストの視点により異なることが伺われた。

一方で、自主訓練対象となる選択基準や指導する上での工夫、自主訓練の有益性に対する各セラピストの考えは共通性が高かったことから、セラピストは患者本人のモチベーションの維持や働きかけを重視している。岩瀬らは、セラピストは職種に関係なく、患者の能動性やリハビリに取り組む姿勢を重要視しているとしている。このことから自主訓練は、機能的な改善だけでなく、患者自身の生活やリハビリに対する自主性をひき出すことを目的に実施されていると考えられる。

【引用文献】

岩瀬弘明：患者のリハビリテーション意欲をどう評価するか—リハビリテーション意欲の他者評価、セラピストの視点から—、Japanese Journal Promotion and Physical Therapy Vol.3, No.4, :183-187, 2014.

陳旧性右小指ボタンホール変形に対する Fowler 法術後のリハビリテーション ～IP 関節の経時的变化～

キーワード：手指変形，スプリント，ハンドセラピイ

堀金 尚
一般財団法人 会津中央病院

【はじめに】

今回ボタンホール変形術後再発例に対し Fowler 法（腱移植）を用いた後療法を経験した。本症例は医療職を目指す学生であり、手指変形の外観だけではなく機能的な手指の機能獲得が必須であった。IP 関節の経時的变化に対してスプリントを導入した結果、PIP 関節の十分な自動伸屈の獲得までに時間を要したが、手指機能に対する満足度が得られたため報告する。尚、発表にあたり症例及び当院倫理委員会の許可を得ている。

【術前評価】

困っている事：①「敬礼の時に指が曲がっているとかっこ悪い」②「気道異物除去の実習時にマギール鉗子が使いにくい」③「小指が伸びないからいつも何かに引っかかる」ボタンホール変形：中等度変形 ($-30^\circ < \text{PIP} < 70^\circ$)。自動 ROM 屈曲～伸展：MP $90^\circ \sim 46^\circ$ ，PIP $90^\circ \sim -60^\circ$ ，DIP $40^\circ \sim 0^\circ$ 。PIP 他動伸展 0° 。Elson テスト：陰性。握力：右 37kg 左 31kg。HAND20：91 点／100 点中。DASH：機能障害 5，スポーツ音楽 0，仕事 0。利き手：左。※使用する医療器具は全て右利き用。その他：医療系の専門学校生。10 代女性。

【手術所見】

手術内容：Fowler 法。今回は中節骨部に骨孔をあけて移植腱を通す再建を施行。移植腱は FCR1/3 裁腱とした。中央索の力源を側索（手内筋）に移した。PIP 伸展 0° で K-wire 仮固定。中央索は付着部で剥脱され tendon callus 様の瘢痕組織で連続していた。側索の掌側移動は少なかった。側索は非常に薄く細い状態だった。

【OT 経過】

スプリントと IP 伸展不足角度（以下 ext. lag）
<術翌日>IP 伸展固定スプリント。<術後 3 週>a カペナーススプリント b セーフティーピンスプリント。DIP 自他動運動開始。PIP 自動伸展/屈曲 $0^\circ / 30^\circ$ （以下左記で示す）。<術後 4 週>IP 伸展固定スプリント。DIPext. lag - 20° 。PIP $0^\circ / 34^\circ$ 。自主訓練時 VAS80。<術後 6 週>PIP 自動伸展と他動屈曲開始。PIP $0^\circ / 34^\circ$ 。<術後 8

週>MP 伸展プロックススプリント。カペナーススプリント脱。積極的な PIP 自動伸展他動屈曲運動。PIP - $10^\circ / 40^\circ$ 。<術後 9 週>PIP 屈曲トラップ。

【結果】

術後 9 週経過時。自動 ROM 屈曲～伸展：MP $90^\circ \sim 0^\circ$ ，PIP $40^\circ \sim 0^\circ$ ，DIP $30^\circ \sim 0^\circ$ 。DIP と PIP の ext.lag 認めず。

【考察】

手指伸筋腱 Zone III 断裂修復術後のセラピイを基本に、主治医と連携し側索への負荷を考慮したセラピイを展開した。変形再発後で組織も脆弱であつたため 3 週固定となった。術後 3 週から 1～2 カ月かけて PIP の伸展不足を防止しつつ、緩徐に PIP 自動屈曲 90° を目標に終わった。DIP・PIP 同時屈曲の ROM 獲得に難渋した原因としては、DIP 自動屈曲の開始を遅らせた事によって斜支韌帯の柔軟性保持が不十分となり、側索の遠位長軸方向への滑走を早期に促せなかつたため伸展拘縮につながったと考える。また、コイルスプリント下で PIP の背側に定着した側索を PIP 側面へ下垂するよう DIP・PIP の同時自動屈曲運動を実施したが、疼痛が出現し自主訓練が定着しなかつた。DIP 屈曲時に終末伸筋腱を介して側索の緊張が増したためと思われる。次に、ext.lag の考察を加える。Zone III は滑走床が背側関節包となり癒着し易く早期の自動伸展運動が求められるが、本症例は側索を考慮して自動伸展の開始を術後 6 週に遅らせた。懸念された伸筋腱の癒着は認めず、タイムリーに DIP までの夜間伸展位スプリントを提供し、MP 過伸展制動下での IP 自動伸展運動をすすめたことが良い結果に至ったと考える。今後も ext.lag に留意しつつ経過を追っていきたい。

【参考文献】

手の運動を学ぶ：矢崎潔 2017
第 19 回ハンドセラピイ学会 手指伸筋腱損傷

橈骨遠位端骨折の罹患側がセラピイ期間と患者立脚型評価に与える影響

キーワード：橈骨遠位端骨折、生活満足度、ハンドセラピイ

千葉 さおり¹⁾ 及川 友和²⁾ 一戸 一輝²⁾ 西川 真史²⁾

1) 弘前医療福祉大学 2) にしかわ整形外科・手の外科クリニック

【序論】

橈骨遠位端骨折は高齢女性に多く、転倒や転落などで生じる遭遇頻度の高い上肢の骨折である。橈骨遠位端骨折の治療成績について、可動域や疼痛などの機能的評価の他に患者自身が手の使用状況について判定する患者立脚型評価を行うことが望ましいとされている。先行研究では、高齢者では機能障害が残存しても若年者に比べ患者立脚型評価が高いと報告されている。また、患者立脚型評価の結果に影響を与える要因として、重症度や整復のアライメント、年齢、罹患側などが報告されている。利き手側が罹患側の場合、治療方法に関係なく、しばらくの間は非利き手を代償的に用いて日常生活を送ることになる。その一方で非利き手が罹患側の場合には、両手動作や重労働においては制約を受けるが、利き手罹患に比べて支障は少ない。このように上肢障害の場合には、手の持つ優位性から罹患側がどちらかであるかは、患者の生活満足度に関与し、治療を行っていく上で重要な要素となるのではないかと考える。

【目的】

本研究では、橈骨遠位端骨折における罹患側の違いによるセラピイ期間や患者立脚型評価の影響について検討することを目的とした。なお、本研究について対象者には文書と口頭で説明し、同意を得ている。

【方法】

対象は、2014年10月～2017年5月までに橈骨遠位端骨折にて当院を受診し、作業療法が処方された患者とした。除外基準は、データの欠損例や腱損傷や手根管症候群などの合併症例とした。評価項目は、年齢、性別、罹患側、受傷からリハ最終日までの期間、作業療法処方日からリハ最終日までの期間、リハビリ終了時の状況（主治医の診察で経過良好のため終了となったか自己中断か）、患者立脚型評価である Patient-Rated Wrist Evaluation The Japanese Version（以下、PRWE-J）とした。統計解析は利き手罹患と非利き手罹患の2群に分類し、受傷からリハ最終日までの期間、作業療法処方日からリハ最終日までの期間、初期評価時と最終評価時のPRWE-Jについ

て2群比較を行った。性別や手術の有無、リハ終了時状況については、 χ^2 独立性の検定を行った。解析はSPSS Ver.17を使用し、有意水準は5%とした。

【結果】

対象は、29例（男性4例、女性25例、平均年齢58.5±6歳）で、手術例が15例、保存例は14例であった。利き手罹患は13例、非利き手罹患は16例であった。治療方法について、利き手群では手術例が8例、保存例が5例、非利き手群では手術例が7例、保存例が9例であった。受傷からリハ最終日までの平均期間は、利き手罹患群が99日±31日、非利き手罹患群が97日±40日であった。初期評価からリハ最終日までの期間は、利き手罹患群61日±31日、非利き手罹患群は56日±37日であった。2群比較、 χ^2 独立性の検定のどちらにおいても有意な項目はなかった。

【考察】

利き手罹患では、物品操作が困難となり非利き手を代償的に使用することから、生活における困難さは非利き手罹患に比べて高いのではないかと予測した。また、利き手は高い操作性が求められることから、十分な機能回復を得るために治療期間も長くなるのではないかと思われた。しかし、罹患側によるリハ期間や患者立脚型評価に差を認めなかった。要因として、先行研究で結果に影響すると言われている年齢や重症度について症例数の少なさから考慮した検討が出来ていない点が挙げられる。しかし、リハビリ終了が診察によって経過良好で終了となった者と途中で通院が途絶えた者の割合やPRWE-Jについて2群間に差がなかった。このことから、罹患側が患者の通院期間や満足度に与える影響は低い可能性が示唆された。

今後は、重症度や可動域等の他要因とも合わせて考える必要がある。

高齢者における CBVA と脊柱アライメントとの関係

キーワード：(CBVA), 高齢者, (脊柱アライメント)

佐藤 志保¹⁾ 半谷 智辰^{1) 2)} 芳賀 久美¹⁾ 遠藤 達矢^{1) 2)}

1) 福島県立医科大学 会津医療センター リハビリテーション部

2) 福島県立医科大学 整形外科・脊椎外科学講座

【はじめに】

The chin-brow to vertical angle(以下 CBVA)は、脊柱変形患者が水平を注視する際の視線角度であり、脊柱矯正術後の視野の広がりや歩行能力、日常生活動作の評価指標としても広く用いられている¹⁾。成人脊柱変形(Adult Spinal deformity: ASD)は、外観上の異常のみならず、脊柱およびその周囲に存在する脊髄、筋組織、内臓器など全身に影響を及ぼす。さらに、前方注視困難などにより、生活に様々な支障を来しQOLを低下させる。ASDは社会の高齢化に伴い増加しており、脊柱矢状面アライメントに関する知見の重要性は増している。加齢により胸椎は後弯化し頸椎の前弯は増加する²⁾とされており、視線角度は早期から変化すると予測されるが報告はない。そこで本研究では、ASDに至らない高齢者における矢状面における脊柱アライメントとCBVAとの関係性を検討することとした。

【対象】

脊柱、股・膝関節に既往のない高齢者27名(平均年齢71.7歳、男性8名、女性19名)とした。対象には研究の目的や方法を説明し、同意を得た。

【方法】

測定肢位は自然立位とした。測定項目は、CBVA、頸部屈曲角、胸椎後弯角、腰椎前弯角、骨盤傾斜角とした。CBVAは自然立位にて前方注視した写真を矢状面から撮影し、顎から眉間までを結んだ線と眉間から床への垂線のなす角度を画像解析ソフトImageJにて測定した。頭部位置の評価として頸部屈曲角を測定した。頸部屈曲角は、外耳孔と第7頸椎棘突起(以下C7)を結ぶ線とC7を通る床への垂線とのなす角を角度計で測定した。胸椎後弯角、腰椎前弯角、骨盤傾斜角はインデックス社製のスパイナルマウスで測定した。統計学的分析方法は、Spearmanの相関係数を用い、CBVA、頸部屈曲角、胸椎後弯角、腰椎前弯角、骨盤傾斜角の相関を調査した。有意水準はp<0.05とした。

【結果】

各項目の平均値(mean±SE)は、CBVA33±7.6°、頸部屈曲角33.4±14.6°、胸椎弯曲角40.1

±14.6°、腰椎弯曲角-14.2±11.1°、骨盤傾斜角3.3±8.0°であった。加齢に伴い腰椎・骨盤のアライメントは後弯化していた。また脊柱アライメントと年齢との間に相関は認めなかった。ChristopherによるCBVA分類の割合について、0(正常:1~10°)は17名、1(-10°~0°)または11°~25°)は10名、2(-10°以下または25°以上)は0名であった。Spearmanの順位相関係数において、CBVAとの因子は抽出されなかった。

【考察】

分析の結果、CBVAと頸部屈曲角、胸椎後弯角、腰椎前弯角、骨盤傾斜角には相関関係はなく、CBVAと脊柱アライメントとの関連因子は抽出されなかった。以上より、ASDに至らない高齢者の脊柱アライメントはCBVAを変化させないことが示唆された。

理由として、一つ目に頸部可動域が脊柱アライメントを変化させる他の因子の影響を受けにくいことを挙げる。脊柱変形によらず上位頭頸部の伸展は可能であるとされ、体重による外的屈曲トルクがもたらす生体力学的因素や伸筋、靭帯の働きなどにより代償しやすいのではないかと考える³⁾。二つ目に、今回の結果からCBVAは静的な頭部位置の影響を受けないことから、頭頸部の可動性の関与を考える。頭頸部の可動性を含めた評価を行うことで、視線角度や生活への影響を評価する一助となるのではないかと考える。

最後に今後の展望として、本研究の対象は既往のない高齢者であるため、対象範囲を拡大し脊柱アライメントの違いや重症度での比較を行い、結果を一般化していきたいと考える。

【引用文献】

- JK.scheer,etal:Cervical spine alignment, sagittal deformity, and clinical implications.J Neurosurg Spine,2013.
- 鈴木秀和ら：日本人アライメントの正常値。脊椎脊髄ジャーナル, 2017.
- DonaldA：筋骨格系のキネシオロジー。医歯薬出版, 2002.

口腔機能の向上とともに座位姿勢が改善した症例

キーワード：食事，姿勢，口腔機能

神馬 歩

医療法人 楽山会 大湯リハビリ温泉病院

【序論】

今回、脳梗塞により重度の右片麻痺と感覺障害、失語症を呈した患者を担当した。入院時より非麻痺側の過緊張がみられ、特に非麻痺側上肢は臥床でも座位でもベッド柵やアームサポート等を掴んでおり、姿勢の非対称性が強く、介入で変化はあっても持続しにくいことが多かった。しかし経口摂取開始に伴い座位姿勢の非対称性が軽減されてきたことに気が付き、姿勢と口腔機能の関係性について再考するきっかけとなつたため以下に報告する。

【症例紹介】

80歳代半ばの独居女性。自宅で体動不能となっているところを、娘に発見され救急搬送。CT上で左基底核に広範なLDAあり、入院加療を受け、経管栄養状態で約2か月後に当院へ転院となつた。

転院時の Brunnstrom Recovery Stage は上肢1・下肢2・手指1で起居動作全介助、端座位は不可能であった。コミュニケーションは首振りでの表出があるが、顔面筋の硬さもあり表情の変化は乏しい状態であった。

【作業療法計画】

家族より「車いすに座って離床できるようになつてほしい」との要望があった。廃用や拘縮予防のためにも日常的な座位時間の確保は必要だと判断し、姿勢の安定に留意しながら可動域訓練と起居動作訓練、座位での作業活動を行つた。

【経過】

徒手により支持面に体を預けるように介入していくと一時に姿勢の非対称性は軽減されたが持続しにくく、端座位は不可能な状態であった。

介入開始から1.5か月頃、医師より経口摂取の打診があり、本人も食べることは嫌いではない様子であったため「経管栄養も併用しながら楽しみ程度食事を」と目標を再設定してSTと協業し、食事場面へ直接介入することになった。非麻痺側上肢でのスプーン操作に対して、過緊張は相変わらずで、取り込みでは手と頭頸部体幹が協調できずに、スプーンは右口角に向かい、口唇閉鎖不十分のまま食べこぼしが多かつた。そこで、食材をスプーンにのせる・かき混ぜる等の道具操作における探索活動ができるように心がけて介入を続けた。

【結果】

介入開始からおよそ2.5か月後に経管栄養終了、食事の自力摂取が可能となった。さらに1か月後には、AMSDにおける口腔構音機能評価で運動範囲の拡大(口唇閉鎖0→3)、筋力向上(下顎挙上1→2、口唇閉鎖1→2)がみられ、食形態も嚥下学会分類¹⁾で2-1から3へ向上した。それに伴い表情の硬さもほぐれてきた印象を受けた。また、体幹と頸部の可動域向、静的座位保持可能となり、食事の際の重心移動や從重力の屈曲が可能となり、食べ物の取りこぼしは軽減された。

【考察】

小菅²⁾は、食事において円滑な咀嚼・嚥下が行われるための条件として頭頸部の自由度とそれを保障する機能的座位が必要であると述べている。しかし本症例のように長期にわたり経口摂取を行わない状態では咀嚼筋の筋活動に乏しく、筋連結を作る表情筋や舌骨上下筋群も緊張し、下顎骨や舌骨等の宙に浮いた骨は特に固定的になる。今回のように、経口摂取に伴う咀嚼筋の筋活動が、皮筋である表情筋や深前線でつながる体幹筋に相動性の筋収縮を起こすこと³⁾、口腔機能のみならず座位姿勢にも波及したのではないかと考える。また実際の食べ物を操作する中で、知覚情報と実際の探索活動が身体反応を促進させる知覚運動循環を生んだのではないかと考え、改めて食事行為が全身反応であると感じ、介入の重要性を再考することができた。

【引用文献】

- 1) 日本摂食嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食分類 2013.
- 2) 山本伸一監修：重度障害者への活動分析アプローチ。青海社、4-6、2013.
- 3) Thomas W. Myers：アナトミー・トレイン。医学書院、178-208、2009.

総合事業通所型サービス C 利用者に MTDLP を導入し、 趣味活動の再獲得につながった事例

キーワード：(介護予防・日常生活支援総合事業), 生活行為向上マネジメント, 趣味

菅原 絵美子
介護老人保健施設 ほのぼの苑

【報告の目的】

総合事業は市町村が中心となって多様なサービスを充実することで、要支援者等に対する効果的な支援を目指すものである。保健・医療の専門職による3~6か月の短期集中介入を行う通所型サービスC利用者にMTDLPを導入したところ、目標達成には届かなかったが、多様な趣味活動が再開されたため、以下に報告する。

【事例紹介】

80代後半の男性。定年まで会社員として働き、その後代議士秘書や地域役員を務めてきた。X年6月に脳梗塞を発症し、A病院に入院した。右片麻痺、構音障害を呈しリハビリテーションが開始され、移動は自立、右手実用手となったが身体や口の動かしにくさが残存した。X年7月に自宅へ退院したが退院後は外出することもなく、寝たきりの生活となった。A病院退院後、かかりつけ病院となったB病院から総合事業通所型サービスCの利用を勧められ、X年8月より総合事業通所型サービスCの利用を開始した。

【作業療法評価】

Br. stage VI-VI-VIで、関節可動域制限はみられない。自宅トイレへの往復で疲れることもあると訴えた。握力は右 26. 1 kg, 左 31. 4 kg, STEF は右上肢 80 点、左上肢 87 点であった。歩行は独歩で、10m歩行は 6. 7 秒であった。FBS は 52 点で、片脚立位が右 3 秒、左 5 秒であった。HDS-R は 28 点であった。構音障害検査のディサースリア検査の発話明瞭度の項目で 5 点中 2 点であった。

会話の中から、電動剪定バリカンを使用した庭木の剪定を上手に行いたいという希望が聞かれた。電動バリカンは重心が先端のバリカン部にあるため、操作をすると実際の重量よりも重く感じ、上手く剪定することができないとのことだった。また庭に傾斜や石があり、不安定な足元での作業に不安感を示していた。介入前はこの活動に対する実行度、満足度は共に 2 点であった。

【介入の基本方針】

電動バリカンを使用した庭木の剪定を合意目標とした。体力の向上を図りながら、自宅での活動

を提供し、自宅での自主訓練や作業活動を通した身体機能や活動性の向上を目指すこととした。

【作業療法実施計画】

基本的プログラムとして、関節可動域訓練、筋力訓練、立位バランス訓練、學習課題、構音訓練課題を提供する。基本的プログラムの実施により、体力・筋力の向上、立位動作の安定性獲得、麻痺手の操作性向上、発話明瞭度の改善を目指すこととした。基本的プログラムの學習課題、構音訓練では実施状況を確認するためサービス利用時にセラピスト見守りの元行うこととした。応用的プログラムでは応用歩行訓練、負荷の大きい上肢機能訓練、自宅での自主學習・構音訓練課題の追加を計画した。安定した屋外歩行の獲得や重量のある電動バリカンを空中で操作することができるよう右上肢の耐久性向上、自宅での自主訓練課題により、自宅での活動性向上を目指すこととした。社会適応プログラムでは、実際に庭木の剪定を行うこと、自宅周辺の散歩、身体機能自主訓練課題を挙げ、自宅での動作は家族にも一緒に確認してもらうこととした。通所型サービスCは週 1 回、2 時間の利用とした。

【結果】

握力は右 27. 7 kg, 左 30. 0 kg, STEF は右 92 点、左 94 点、10m歩行 4. 2 秒、FBS55 点、片脚立位は右 11 秒、左 13 秒、発話明瞭度は 1. 5 点と向上した。MTDLP の合意目標の実行度、満足度は 3 点と、大きな変化はみられなかった。不安定な足元での作業は安定してできるようになったが、本症例の満足する上肢の操作性は得られなかった。しかし介入により自信を取り戻すことができ、友人たちとの外出やカラオケ、畑の手入れ等趣味活動の再開が認められた。自宅環境や自宅での過ごし方を中心に考えた介入を行い、サービスの利用終了をすることができた。

本人が納得できる生活像を設定するまでに難渋した事例 ～在宅復帰に向けて MTDLP を用いた介入～

キーワード：生活行為向上マネジメント，（在宅復帰），環境整備

滝本 桃子 石井 利幸
医療法人社団 慈泉会 介護老人保健施設 ひもうぎの園

【報告の目的】

今回、A 氏に生活行為向上マネジメント (MTDLP) を用いて介入した。当初は目標・計画に納得していたが、A 氏の想いが変化し、再び納得できる生活像を設定するまでに難渋した。以下にその経過を報告する。

【事例紹介】

A 氏、80 代男性、独居、要介護 3。元教員でこだわりが強く頑固。X 月に自転車で転倒し骨盤骨折、左股関節中心性脱臼骨折にて入院し、X+3 月に在宅復帰を目的に当施設入所となった。

MTDLP を用いて希望を聞き取ると「畳に敷いた布団で寝たい」「掴まらずに歩きたい」「ベッドだと寝たきりになりそうだ」と話があった。身体機能は、両股関節・両膝関節に可動域制限と動作時痛があった。平行棒歩行は 40m 可能、ADL は車椅子自走で自立であった。入所後再受診すると、改善傾向なので在宅生活に必要な動作練習をしても良いが痛みは残存することであった。以上を踏まえ、合意目標を「置き手すりや昇降座椅子を使って布団で寝起きできる」「自宅内を歩行器で移動できる」とした。満足度は両項目で 3 点、実行度は「やってないから」と点数化できなかった。

【介入の基本方針】

A 氏は自宅生活に直結する実践的な練習に強い関心を示したため、基本的プログラムと並行して応用的プログラムを導入することとした。また、社会適応的プログラムは退所後の担当介護支援専門員と連携して実施することとした。

【作業療法実施計画】

1) 主なプログラム

① 基本的プログラム：固定型歩行器での歩行練習、床上動作練習、筋力強化自主練習。② 応用的プログラム：自宅の間取りを想定した歩行練習及び布団での寝起き動作練習。③ 社会適応的プログラム：自宅での動作練習、他事業所への情報提供。

2) 介入経過

床上動作は痛みが伴い見守り又は一部介助を要したが、昇降座椅子を想定した低い台からの布団

への移動練習では痛みは自制内であった。退所後の担当介護支援専門員と連絡を取り、動作確認のため A 氏と自宅訪問する旨を伝え、担当者会議を開催する運びとなり、置き手すり・昇降座椅子の手配を依頼した。当日は家族にも同席してもらった。固定型歩行器での歩行は問題なかったが、実際に昇降座椅子を使うと、A 氏は「時間がかかって面倒だ」「置き手すりだけで良い」と言い切った。置き手すりだけでも動作は可能だったが痛みが強く、家族が「これじゃ無理だ」と強く心配した結果、ベッドを使うことになってしまった。その後施設でも布団への思いを変えられず、左下肢痛の訴えが強くなりハビリに消極的になった。代替案として畳ベッドを提案したが「畳に布団を敷かなければ意味がない」と拒否的であった。自室内の歩行については、介護職と協議し自立となった。その後、自宅にベッドを準備し、安全に過ごせるか確認するために外泊を行った。その際、一人で安全に移動でき、自信がついたとのことであった。また、昇降座椅子を居間に置いてベッドから離れて炬燵で過ごせるように環境整備を行った。外泊後は、嫌がっていたベッドの使用を「施設と同じく楽に寝起きができた」と肯定的に捉えられるようになった。退所前には訪問リハビリテーション事業所に今後の申し送りを行なった。

【結果】

退所時は、歩行の実行度 7 点、満足度 8 点、布団での寝起きは点数化できなかった。退所後、訪問し再度聞き取ると、布団での寝起きは満足度 5 点、歩行は膝痛のため実行度・満足度 2 点であった。A 氏からは「寝起きが楽だから、もう布団で寝たいとは思わない」と肯定的な発言が聴かれた。

担当者会議や外泊を通じ、退所後に想定される実際の環境で動作を行なうことは、在宅復帰のために重要であることを再認識した。

自宅で掃除と洗濯を行うことを目標に，在宅復帰を果たした事例

キーワード：介護老人保健施設，生活行為向上マネジメント，IADL

熊谷 芽依 伊藤 瞳子
介護老人保健施設 湖東老健

【報告の目的】

今回、恥骨骨折による安静指示のため歩行困難となったAさんを担当させていただいた。Aさんは入所当初は今後の生活への不安を抱いていたが、歩行許可がおり施設内 ADL が向上してきた時点では在宅復帰を希望した。そこで生活行為向上マネジメント(以下、MTDLP)を活用し、目標を明確にした上で歩行訓練や家事動作訓練を行い、デイケアを利用しながら自宅で掃除と洗濯を行って生活を送るまでに至ったためその経緯を報告する。

【事例紹介】

Aさんは70代後半の女性で、夫の死後は独居生活を送っていた。自転車で買い物をし、自宅では入浴せずに近所の温泉を利用していった。恥骨骨折にて歩行動作が制限されたことにより在宅生活の継続が困難となり、腰部脊柱管狭窄症などの既往歴もあったため当施設へ入所となった。Aさんは入所当時「歩けないかもしれない」「このままここで生活するだろう」と話していたが、訓練を開始すると歩行車歩行が可能な状態となり、徐々に外出への意欲が聞かれるようになった。そこで、生活行為向上マネジメントを用いて聞き取りを行うと「家に帰って掃除や洗濯程度でもできれば」と希望した。身体機能は、腰痛や安静による下肢筋力低下も認められたが、認知機能は保たれており、施設内 ADL は自立していた。そのため自宅内での掃除や洗濯は遂行可能であり、在宅復帰も十分可能と考えられた。そこで「自宅で洗濯や掃除を行って生活ができる」ことを合意目標とした。実行度、満足度は共に1だった。

【介入の基本方針】

在宅復帰へ向け、自宅内はつたい歩き、屋外は歩行車を使用して移動できるよう歩行訓練・応用歩行訓練を行い、立位の動的バランスと耐久性の向上を図る。さらに自宅での掃除・洗濯動作を想定した模擬環境で動作練習を行い、合わせて外出・外泊を実施し、実際の場面での実践の機会を作る。また、掃除と洗濯以外の困難な家事動作もフォローするために、在宅支援の利用をケアマネージャーと連携して検討することとした。

【作業療法実施計画】

基本プログラムは下肢・体幹筋力訓練、歩行訓練を実施する。始めはOTと動作を確認しながら行い、徐々に自主訓練へと移行していく。応用プログラムは、つたい歩きや屋外歩行等の応用歩行訓練、自室内を掃除したり洗濯物を干したりといった動作を想定した模擬練習を行う。掃除訓練は作業療法室内の床をモップで掃除する動作を、洗濯訓練は洗濯室で洗濯機から洗濯物を取り出して物干し竿に干す動作を行う。また、看護師や介護士とも情報共有し、疼痛等の確認や日常生活内の歩行やADL動作の見守り・観察を行ってもらう。社会適応的プログラムは、在宅復帰を想定した自宅への外出を計画し、実際に外出や外泊をした際の洗濯や掃除の実行状況を家族に見ていただくこととした。さらに家屋訪問も行い、家屋状況の確認と調整も行う。入浴や買い物などの困難な家事動作をフォローするために在宅支援の必要性をケアマネージャーと連携して検討することとした。

【結果】

介入開始から施設内の移動を車椅子から歩行車歩行へ完全移行し、訓練時はつたい歩きや段差昇降、屋外歩行へと応用していく。掃除・洗濯動作は訓練を通して安定してできることを確認した。介入から1ヶ月後には家に帰りたいという希望が強く聞かれるようになり、ケアマネージャーや家族と相談した結果、ヘルパーと当施設のデイケアを利用しながら在宅復帰となった。デイケアでは引き続き歩行訓練と自宅での掃除・洗濯動作の確認を行い、実際に自宅で掃除と洗濯を実施するに至った。目標は達成され、実行度と満足度は共に9に向上した。さらに近所のスーパーまで足りないものを買いに行ったり、簡単な調理をしたりと生活行為の幅も広がり、今後はバスでショッピングセンターへ買い物に行きたいという目標もできた。

両大腿切断・中心性頸髄損傷者の1人暮らしへの復帰に向けた取り組み

キーワード：生活行為向上マネジメント，在宅，多職種連携

小金屋 民子
医療法人 双山会 森岳温泉病院

【報告の目的】

今回、バージャー病にて両大腿切断の既往をもつ中心性頸髄損傷・圧挫症候群の診断を受けたAさんを担当した。家庭訪問後、生活行為向上マネジメント(以下 MTDLP)を活用し、機能面・ADL・在宅環境・今後のサービス調整に関わり、本人の意向であった一人暮らしの生活へと復帰する事が出来た。在宅復帰までの経緯を報告する。

【事例紹介】

50代前半の男性で1人暮らし。X年9月ベッドから転落し、CPK7000、両手指痺れ・両上肢筋力低下みられ、中心性頸髄損傷・圧挫症候群の診断が下る。X年12月リハ目的にて当院入院。合併症は脂質異常症・高尿酸血症・洞性頻脈・神経症・うつ病・神経因性膀胱。高校卒業後タクシー会社に勤務。30代でバージャー病を発症し左大腿を切断。40代の時右大腿を切断し車椅子生活となり、同会社もちの借家の玄関口にスロープを、浴室洗い場に補高を施工。今回発症前は、週3回同会社の電話交換手として17時～2時まで勤務し、福祉改造車にて通勤していた。ADLは自立。買い物は週1回同僚と行い、食事は外食や弁当で済ませていた。家の掃除・整頓はほぼ行っていなかった。経済面は障害年金と給料。入院中は休職扱い。X+1年2月、家庭訪問を実施し在宅復帰の希望が聞かれ、MTDLPを実施する事とした。入浴(洗体・洗髪・出入り)・自家用車への車椅子積み込み・調理・健康管理・掃除整頓が重要課題として浮上。また、Aさんは長年にわたり会社からのサポートを受けていた為、合意目標を「自宅の風呂に入ることが出来、自家用車で通勤する」とし、会社との縁が続くように目標を立案した。

【介入の基本方針】

入浴・車椅子積み込みに関しては、PT・OT場面で身体機能向上を図り、段階的に動作練習を行うとともに、福祉用具の導入も検討していく事とした。元々生活に乱れが見られた事から、Drや栄養士と協力し調理動作練習や栄養指導を行い、併せて福祉サービス利用も検討する事とした。親族・同僚・福祉サービス関係者にも協力を仰ぎ、動作能力を把握してもらい、健康管理や掃除整頓

等退院後のサポートが受けやすい体制を築いていく事とした。

【作業療法実施計画】

身体機能に関しては、手指の痺れ・右肩の痛みとROM制限は残存する事が予測出来たが、筋力やバランス等は改善が見込まれた為、基本プログラムとして①起居・筋力向上トレーニング、②モビライズ・ストレッチ・関節可動域訓練、③リーチ動作練習、④手指巧緻動作練習を導入する事とした。

退院後は自宅外にも活動範囲が拡大する事が予測出来た。応用プログラムとして⑤屋外車椅子駆動・段差昇降練習、⑥車椅子持ち上げ移動練習、⑦一般浴槽での動作練習、⑧調理動作練習を行い、家庭訪問で課題となった入浴・自家用車への車椅子積み込み・調理にもアプローチを行う事とした。

社会適応プログラムは、他部門とともに⑨福祉サービス内容の検討、⑩車への車椅子積み込み練習、⑪自家用車環境調整、⑫自宅・浴室環境調整と動作確認を実際場面を通して行う事とした。

【結果】

目標とした入浴動作は、たらいでのかけ湯が可能となり洗体・洗髪は自立。浴槽出入りもバスリフトを導入した事で自立となった。自家用車での通勤に関しては、機能面の向上とともに動作が安定し、車椅子の積み込みは自立した。復職に関しては、生活リズム等の不安が残り、退院してからAさんと職場とで調整する事になった。

退院後は週3回ヘルパーを利用し、掃除・洗濯・調理を行ってもらうよう調整。仕事の前に入浴し、通勤まで見送ってもらえるような介入計画を行った。ヘルパーを利用しない日の家事は親族の協力が仰げる事となり、買い物・通院は同僚が今後も協力をしてくれることになった。

頸髄症により上肢挙上障害を呈した患者の術後作業療法介入について

キーワード：頸髄症、上肢挙上障害、ロボット

高橋 育未 田村 大 田中 秀一 鈴木 健一
独立行政法人 労働者健康安全機構 秋田労災病院

【報告の目的】

今回、頸髄症により重度の上肢挙上障害を呈した 80 代男性を担当する機会を得た。術後作業療法として、機能回復目的に促通反復療法と上肢訓練装置 AR²を併用し集中的に上肢機能訓練を実施した結果を報告する。なお、今回の報告に関し本人より同意を得ている。

【事例紹介】

X 年 Y 月 Z-19 日に A 病院受診。受診日の約 1 か月前から右上肢に痺れが出現し、2~3 週間前から右上肢の脱力が出現し徐々に挙上困難となった。MRI にて C4/5 での椎間孔障害の診断で当院へ紹介となる。X 年 Y 月 Z-17 日に当院整形外科外来を受診し頸髄症と診断され、X 年 Y 月 Z-15 日に精査目的で入院となる。精査により C4/5-6/7 の狭窄が判明し手術となった。術前評価では右肩関節周囲筋に筋萎縮があり、肩屈曲・肩外転・肘屈曲は MMT で P であった。右肩関節の A-ROM では屈曲が 35°、外転は 20° であった。握力は右 11.1kg、左 18.1kg であった。STEF は右 34 点、左 74 点であった。食事の際は右手に箸を持ち、左手で右手を支え口元まで運んでいた。対象者の家庭内の主な役割は妻と共に畑仕事をすることだったが、右肩から上肢全体にかけて痺れ・痛みが出現するため作業が行えない状況だった。VAS では首・肩の痛み 45/100mm、腕や手の痛みやしびれ 66/100mm だった。年齢からあきらめの気持ちもあったがリハに対しては意欲あり。「右手で箸を使えたらな」と希望が聞かれた。

【介入の基本方針】

対象者は、筋萎縮が著明で抗重力位での活動を行うことが難しい状態であった。そのため、抗重力位で行う課題のみでは体幹の代償動作により標的筋を効果的に促通することが難しいのではないかと考えた。しかし、徐重力位での可動域は良好であり、長期的介入により機能改善が期待できるのではないかと考えた。右上肢機能の改善を図り、必要に応じて自助具の使用も検討し、右手での食事ができるようになることを基本方針とし介入していくこととした。

【作業療法実施計画】

術後 1 日目は、創部痛やカラーの装着により頸部・肩周囲筋の筋緊張が亢進し、アライメントの歪みや異常な運動パターンが現れることが予測されるため、頸部・肩周囲リラクゼーションを実施する。上肢機能訓練として、頸部への負担が少なく代償運動が出にくいワイピング訓練を実施する。拔糸後（術後 7 日～10 日目）からは痛みなどの状況に合わせて、促通反復療法を行う。特に筋力低下がみられる三角筋・上腕二頭筋へ電気刺激を与え集中的に筋力増強を図る。また、抗重力位での活動では体幹の代償動作の出現や頸部や肩甲骨周囲筋の過緊張による疼痛が出現するため、AR²を使用した上肢挙上訓練・口元リーチ訓練も実施する。AR²は免荷機能の他に電気刺激・振動刺激を併用することが可能で、体幹の代償を抑えながら標的筋を集中的に促通できるため、回復が期待できるのではないかと考えた。

【結果】

術後 32 日目には術前に見られていた活動中の痛みや痺れは消失し、VAS では首・肩の痛み 0/100 mm、腕や手の痛みやしびれ 0/100 mm と改善が見られた。しかし、上肢筋力は術前と変わらず、MMT で右肩屈曲・肩外転・肘屈曲 P であった。握力は右 13.0kg、左が 18.0kg で、右手はわずかに向上が見られた。STEF は右 31 点、左 81 点と右上肢は得点の低下を認めた。右上肢は手指操作において巧緻性の向上は見られたが粗大動作ではスピードの低下が認められた。食事に関しては、右手での動作獲得にはならず、左手でスプーン・フォークを使用することとなった。上肢挙上障害は残存したが、外泊時に自宅での生活に大きな問題がなかったことや、畑での小豆取り作業を手伝うことができたことで満足が得られ、術後 34 日目に自宅退院となった。

パーキンソン病にて入院加療中に橈骨神経麻痺を発症した症例 ～楽しみである食事動作の改善を目指して～

キーワード：パーキンソン病、車椅子作製、食事動作

阿部 翔
独立行政法人 国立病院機構 米沢病院

【はじめに】

本症例は、パーキンソン病の急性増悪にて当院入院加療中に車椅子座位姿勢不良が原因で左橈骨神経麻痺を発症した症例である。今回、本人の楽しみであった夫との食事動作を改善する事を目的として介入し、改善が認められた。経過を以下に報告する。

【事例紹介】

70歳代女性。右利き。診断名：パーキンソン病（以下 PD, Hoehn-Yahr 分類：stage4）, 左橈骨神経麻痺。現病歴：約 30 年前に PD と診断される。急性増悪の為、当院入院加療中、下垂手が認められ、左橈骨神経麻痺と診断される。受傷起点：車椅子乗車時、体幹が左側屈し、左上腕部がアームレストに押し付けられ、持続的に圧迫を受けた事が原因となる。Need：一人でご飯を食べたい。

【作業療法評価】

ROM：手関節背屈 0°（受傷前：手関節背屈:60°）筋力：上肢 4, 手関節背屈 0 レベル。握力：右 11kg 左 4.5kg（受傷前：左 10kg）上肢機能：動作緩慢、固縮の影響により運動の円滑性に欠け、拙劣さが目立つ。座位バランス：自力保持可能であるが外乱に対してはバランス反応の出現が遅延している。車椅子座位姿勢：体幹円背、骨盤後傾位で着座している。off 時は、体幹が左側屈位になり易い。食事動作（スプーン使用）：on/off の状態で差はあるが、左手で茶碗を持ち、口元まで近づける事で自力摂取可能であった。受傷後は、左手で茶碗を持ち出来ず、口に運ぶ際にこぼす事が増え、介助が必要となってしまった。（昼食時の夫が来ており、本人も一緒に食べる事を楽しみにしている。）

【介入方針・実施計画】

on/off によりパフォーマンスに差がある為、介入時間の調整をした。早期よりコックアップスプリントを作製し、スプリント装着下での食事動作の改善を図る。左橈骨神経麻痺に対しては低周波治療を基盤とした。車椅子座位姿勢に対しては、座位保持装置付き車椅子作製を依頼する事とした。

【経過・結果】

初期より低周波を用いて自動介助運動より治療を行なった。日中はスプリントの装着を促し、筋の過度な伸長・拘縮予防を図った。介入後 2 週目より随意運動が認められ、結果的には自動運動で手関節背屈 60° 可能となった。食事動作に対しては、スプリント装着下での茶碗の把持等を実施し、背屈運動の改善に伴い、段階的に茶碗の重さを調整した。結果として、左手で茶碗を持ち出来るようになり、食事動作は自力摂取可能となった。車椅子が完成する迄の期間は、病棟と協力し、車椅子座位姿勢のポジショニングを実施した。車椅子完成後は、姿勢の崩れがなくなった。

【考察】

本症例は、比較的早期より随意運動が認められ、回復に至ったケースである。受傷起点は車椅子座位姿勢の不良から左上腕部の持続的圧迫が原因による絞扼性のニューロプラキシアであると考えられた為、予後良好であると予測された。しかし、on/off 現象が影響しパフォーマンスに差が大きく、回復過程の正確な数量的な評価が難しかった。今回は、自動運動による手関節背屈角度を訓練毎に測定し、回復過程の判断をした。発症早期より、随意運動の回復に至ったのは、低周波による治療・スプリント療法が有効であったと考えられる。食事動作は、回復の程度に合わせ、茶碗の重さの調整を行なった。最終的には、茶碗を持ち口元まで運んで食事を自力摂取出来る様になり、改善が得られた。また、車椅子座位姿勢は、本人用の車椅子を作製した上で、良肢位保持が出来るようになり、再発の予防に繋がった。本人からも「これなら姿勢が崩れない」との発言が聞かれた。今後は、介入当初より目標としていた、在宅復帰が見込まれる。その為、在宅復帰後に再発しない様、良肢位保持の指導、身体の変化に応じた車椅子の調整、退院後の外来リハビリを継続していく事が重要となる。

PICS 患者に対する急性期作業療法の関わり方

～人工呼吸器離脱・ICU 退室後に生じた慢性的な不安により意欲・活動性の低下をきたした症例～

キーワード：急性期，不安，意欲

坂本 麻衣

石巻赤十字病院

【報告の目的】

集中治療後症候群(Post Intensive Care Syndrome : PICS)は、集中治療室(ICU)在室中・退室後に生じる運動・認知・精神機能障害であり、長期予後に影響を与えるとされている。本症例はICU退室後も慢性的な不安を呈し、意欲・活動性の低下をきたした。本報告では、PICSを呈した患者に対し意欲・活動性の維持・向上のため急性期作業療法に求められる関わり方について考察する。なお、本報告は症例より同意を得ている。

【事例紹介】

(入院日：X日) 70歳代女性。入院前ADL・IADL自立。趣味は農作業・民謡。X日に上腹部痛により当院救急搬送・特発性食道破裂に対し食道穿孔縫合術施行、X+1日より作業療法が開始。ICU在室中は意識状態の評価としてRichmond Agitation-Sedation Scale (RASS・開始時:-2)、ADL評価としてBarthel Index(BI・開始時:0点)を実施。身体機能評価として徒手筋力検査(MMT・開始時:2)、認知機能評価としてHDS-R、抑うつ・不安の評価としてHospital Anxiety and Depression Scale (HAD尺度)、興味・関心の把握のため興味・関心チェックシートを実施。

【介入の基本方針】

術創部痛、筋力・運動耐容能低下は改善可能と予測。身体機能の改善・ADL自立を基本方針とした。

【作業療法実施計画】

週6日、1回1-2単位。中止基準に則り離床、抜管後はADL動作や興味・関心の高い活動を実施。

【介入経過】

開始時、人工呼吸器・鎮静管理中。開眼・頷きあるが從命動作不能。安静度制限なし。術創部痛・呼吸苦により、積極的な離床には至らず。X+21日に抜管されたが呼吸状態不良にて再挿管、X+31日に人工呼吸器離脱した。「話せない事とトイレに行けない事が辛かった」と話し、X+32日にうつ状態と診断。廃用性の筋力低下・易疲労性に加え「(ICU在室中のことを)思い出すと恐ろしい」「動いたらまた悪くなる」と不安の訴えが多く聞かれた。X+45日に病

棟内ADLは概ね自立したが、病前に好んでいた農作業や民謡は「今はできない」「頑張りたくない」と意欲・活動性の低下を認めた。X+47日に近医へ転院。

【結果】

終了時、RASS:0、BI:65点、上肢MMT:4-5、HDS-R:28点、HAD尺度:不安11点/抑うつ2点。ADL改善後も受動的・臥床傾向であった。

【考察】

本症例は、ICU退室後に生じた慢性的な不安により、意欲・活動性の低下をきたしたと考えられ、それらは在宅生活で合併症などを引き起こす長期予後不良因子となり得る。PICSの予防策として、日中覚醒、適切な鎮痛・鎮静薬の選択、自発呼吸トライアル、早期リハビリテーションがある¹⁾。急性期作業療法では、運動機能の改善のみならず、人工呼吸器管理中のコミュニケーション手段の検討やベッドサイドでのADL支援が症例の苦痛を取り除く手段となり、ICU退室後の円滑な介入と意欲・活動性の改善に期待できると考えた。

【引用文献】

- 田村貴彦：集中治療後症候群(PICS)【基礎疾患による病態+医療行為+環境+心的ストレスなどが作用して発症】週刊日本医事新報 4812:507.2016.

失語症の夫に対する家族の不安軽減に向けたアプローチ

キーワード：失語症、不安、家族支援

宍戸 佐輔 安食 智代 稲葉 夏海
医療法人社団 健育会 石巻健育会病院

【報告の目的】

失語症を呈した 60 代後半の男性（以下症例）を担当し、自宅退院に向けた介入を行った。易怒性があり、症例とのコミュニケーションや意思疎通がうまくとれないことで妻が退院後の生活に対し不安を募らせていた。今回症例の介入と並行して妻の不安軽減に努め、自宅退院を果たせたため以下に報告する。

【事例紹介】

60 代後半の男性。妻と 2 人暮らしで、入院前は ADL 自立。性格は無口だが、妻との関係は良好であり、二人で買い物に出かけることが多かった。X 年 3 月中旬、左内頸動脈閉塞により右片麻痺、失語症を発症。運動障害はないが、注意障害が著明。ADL は病識不十分による離棟のリスクのため移動は見守りとしていたが、概ね自立(FIM83 点)。度々一人で行動してしまう場面も見られていた。言語理解は長文になるにつれて曖昧になるが日常会話は短文レベルで可能。表面では言葉が出にくくことに加えて音が歪みやすく、聞き手の推測を常に要す。口頭での会話への執着が強く、単語が記載されているカードや筆談での会話は受け入れ困難。意思の伝達がうまくできないことでスタッフや妻へ苛立つ様子が多々見られていた。

妻は愛情深く、毎日病院に足を運んで熱心に話を聞く姿が見られていたが、症例の状態の変化を受け入れきれず涙を流し「自宅での生活が想像できない」と今後への不安を抱えていた。

【介入の基本方針】

キーパーソンである妻が抱える不安が今後の生活に影響があると考えられたため、妻への病状説明とともに訓練場面への参加を促し、現状の認識とそれに対する対策を共有することで不安の軽減を図る方向とした。

【作業療法実施計画】

妻が抱える不安が漠然としていたため、問題点や疑問点を明確にしていく必要があった。妻に訓練場面への参加を促し、病状やコミュニケーション上のポイントを伝えた。面会時に説明の理解度を確認していくことで理解を深めつつ妻の不安の明確化と軽減を図った。その中で屋外移動の安全

性と院外での他者交流時の対応を評価するための買い物訓練や症例のストレス軽減を兼ねた外泊訓練を行った。外泊時に症例が妻に行き先を告げずに一人で行動してしまう場面が多く見られ、その際の安否確認の手段がないことが不安な点として挙げられたため、対策として通話操作の獲得を目指とした。病前も携帯電話は使用していたが、発症により注意障害を呈し必要な情報の選択が困難となってしまったため複雑な操作ではミスが多かった。そこで、ショートカットキーを利用した通話方法の使用を促す。更に妻の協力のもと、電話する機会を増やすことで繰り返し練習し、操作の定着を図った。

2 度目の買い物訓練では実際場面での携帯電話の使用や症例ひとりでの行動パターンの把握や困った時に助けを求めることができるか、妻と約束した集合場所へたどり着けるかを妻と一緒に観察して説明、指導を行った。

【結果】

買い物訓練で症例は問題に直面した際に人に聞くことはできるが、意思の伝達は不十分で一人での行動は難しく、また携帯電話による状況の説明は困難だが、電話で集合場所を伝えた際に合流することは可能となった。

入院初期に行われた外泊では「四六時中目が離せず大変」と話されていたが、外泊や訓練への参加を重ねるうちに目を離しても危険ではない部分の理解が進み、妻の負担や不安の軽減に繋がった。更に病状やコミュニケーション方法についての説明を合わせて行ったことで理解を進めることができ、退院前には「なんとかやっていこうです」と前向きな発言が得られた。自宅退院後は症例、妻の希望もあり当院通所リハビリテーションを利用している。

ウェルニッケ失語患者に対する IADL 獲得に向けたチームアプローチ

キーワード：失語症， IADL， チームアプローチ

井上 千絵美 小野 かおり

秋田県立リハビリテーション・精神医療センター

【報告の目的】

今回、脳梗塞により中等度のウェルニッケ失語を呈した症例を担当した。症例はコミュニケーション能力と IADL 能力の低下が認められた。そこで他職種とともに家族との情報共有を進め、意思伝達の代償手段を検討し介入したところ、自宅退院後の生活や就労の準備ができたのでその経過を報告する。なお、報告に際し、本人の同意を得ている。

【事例紹介】

Aさんは50代後半の男性で、石油タンクローリーの運転手であった。高齢の母親との2人暮らしで、キーパーソンは近所に住む姉夫婦と姪であった。姉夫婦は看板工房を営んでいた。

＜病歴＞X年Y月業務中に物品名が言えない、業務を間違えるなどがありB病院救急外来を受診。脳梗塞の診断で保存的に加療し、47病日に当院回復期病棟に転院となった。

＜作業療法評価＞身体機能障害は軽度で ADL は自立していた。中等度のウェルニッケ失語を呈し、表出は錯語や保続が認められた。聴理解は単語レベルでも困難であったが、意志伝達の意欲が高く、ジェスチャーや筆談で簡単なやりとりは成立した。しかし、母親とは会話が成立せず喧嘩が増えた。失語症以外の高次脳機能障害はなく、服薬管理や洗濯は入院後早期に獲得した。Aさんの希望は問題なく会話ができる、仕事で収入を得る、自動車運転再開であった。家族は母親と車で外出ができるようになることであった。姉は協力的で、頻繁に来院していた。

【介入の基本方針】

Aさん、家族ともに復職は危険物を取り扱うため困難と判断したが、就労の意欲は高かった。知的に保たれており、代償手段の学習や応用が可能である点を踏まえ、本人が希望する IADL 実現に向けて準備を整えることを方針とした。具体的には、コミュニケーション障害に起因する IADL 上の問題を整理し、代償手段を ST と連携して検討していく。作業活動を通して就労に必要な能力評価や自動車運転評価を行う。家族指導を含む環境調整を行う。

【作業療法実施計画】

入院から一ヶ月毎のカンファレンスではクリティカルパスを活用してチーム全体で Aさんの希望や困り事を含む情報を共有し、退院後の生活に向けた準備を行う。

就労に関しては、幕張式ワークサンプルや作業活動を通して残存能力の評価を行い、職業適性を確認し可能性を模索する。自動車運転評価はドライビングシミュレータで安全性を確認し、失語症の影響や想定されるトラブルへの対応方法を検討する。

携帯電話の使用や買い物時の会計などの実用的なコミュニケーションは ST が中心に訓練を進め、可能な範囲でサポートする。

目標とした IADL 実現に向けては姉の協力が不可欠のため、姉の来院に合わせて訓練参加を依頼し、Aさんの残存能力の評価結果を共有する。

【結果】

作業能力の評価では、事務作業よりも実務作業の方が混乱が少ないとや、指示は口頭ではなく文面で行う方が伝わりやすいことが確認できた。経過中に姉が Aさんの現状能力を把握できたため、看板工房の手伝いを提案された。Aさんは、自宅から近いこともあり、看板工房を手伝うことになった。業務内容は実務作業中心で複数人での作業になると話していた。自動車運転評価は、操作は問題がなく、退院後も母親と外出することが可能であると思われた。運転中の会話は混乱を招くことや、トラブル発生時の対処方法を Aさん、姉と相談し準備をした。

外泊では母親から以前よりも代償手段を活用して会話が成立しやすくなったとの話があった。買い物時の会計も可能であることを確認できた。

全失語から重度運動性失語へと移行した患者への MTDLP 使用例

キーワード：失語症、生活行為向上マネジメント、家族支援

山本 香織

一般財団法人 周行会 内科佐藤病院 リハビリテーション部

【報告の目的】

生活行為向上マネジメント(以下 MTDLP)は様々な領域において活用されている。しかしコミュニケーション困難例を対象とした報告は少ない。今回、全失語から重度運動性失語へ移行した患者に絵カードを用い、また家族からの聴取にて本人の「できるようになりたい事」を把握し、退院後の生活に結びついた症例の報告をする。尚、本報告は本人及び家族から同意を得ている。

【事例紹介】

70代男性。X年Y月高速道路走行中のSAで発症。急性期病院で左MCA領域の心原性塞栓症と診断され、加療後にリハビリ目的で当院回りハ病棟へ転院、当初は右弛緩性片麻痺と全失語を呈しFIM18点でベッド上全介助レベルであった。Y+4月でBr.stageII-II-IV、聴理解は単語レベル、文字理解は中等度レベルまで改善したが表出は困難。FIM71点（運動の各項目4～5点レベル、認知項目2点レベル）となった。理解力が改善したため絵カードを使用して本人の望みを聴取しMTDLPでの介入を試みた。本人のできるようになりたい事として散歩と温泉旅行が挙げられた。主介護者の妻としては「日課だった散歩ができるようになれば、温泉は可能なら行きたい」とのことだった。そこで合意目標として1)妻と一緒に屋外歩行（病院周囲400m程度）ができる。2)妻介助のもと浴槽入浴ができる、を挙げ介入を開始した。この時点での実行度、満足度は共に0/10（妻が評価）であった。

【介入の基本方針】

散歩や温泉へ行く等、退院後のQOL向上のため、歩行の耐久性や動的立位バランスを向上させ屋外歩行が可能になる事を目指す。安全面を考慮し浴槽入浴は座り跨ぎの方法をとる事とする。自宅内外や旅行先、温泉の浴槽形態（埋め込み式で数段の階段を降りて入浴するタイプ）を想定して階段昇降練習も取り入れる。これらに関しては家族指導も実施。環境面に関しては自宅が遠方にあり家屋調査は困難なため、家族に家屋内の写真撮影の依頼をする。

【作業療法実施計画】

妻は毎日OT場面の見学をしてくださるため、プログラムへの参加協力は得られるだろうと考えた。また本人は理解力が改善しているため、動作の反復練習をすれば目標は達成できるのではないかと考えた。基本プログラムとして、促通、立位バランス練習、棟内歩行練習をRPTやOTRと病室やリハ室で行う。応用プログラムとして、RPTと階段昇降や屋外歩行練習を開始してから、段階的にOTRや家族とも行い、外環境での歩行に慣れていただく。入浴訓練では、まず座り跨ぎの方法をリハ室にてOTRと練習し、実際場面でOTRが立ち合いのもと介護士と行う。その後に介護士から実践練習を含めた家族指導をしていただく。社会適応プログラムとして自宅や周辺の環境を家族から聴取、写真撮影を依頼する。その情報を元に環境調整をリハスタッフとケアマネージャーが行う。また、屋外歩行や入浴動作が獲得され、自宅環境が整い次第、外出・外泊訓練を家族と行う事とした。

【結果】

屋外歩行練習では、妻と最大で連続400mの歩行が可能となった。入浴に関しては座り跨ぎの方法に戸惑いや混乱が見受けられたが、反復練習をし、妻の介助下の元で入浴が可能となった。環境調整に関しては、既に自室内はバリアフリーな環境でありシャワーチェアの導入を新たに提案した。結果として、外泊時に実際に家の周囲を家族と散歩することができ、入浴も妻の介助の元で行え、満足度実行度ともに10/10（妻が評価）となった。今回、絵カードの提示と妻への聴取で重度運動性失語症患者の「できるようになりたい作業」を把握し、MTDLPを用いて介入後達成する事が出来た。今後は他の失語症タイプへの使用方法の工夫と検討をしていきたいと考える。

冬期における麻痺側手の自己管理に向けて ～手袋の治療的活用～

キーワード：片麻痺，維持期，自己管理

高田 昌幸
医療法人 楽山会 大湯リハビリ温泉病院

【報告の目的】

手袋とは、寒さ、怪我、汚れの予防など手を保護する役割を持ち、手の衣服として捉えることが出来る。しかし冬期において「手が冷たい」と訴えても手袋を着用せず麻痺側手の自己管理が出来ていない患者様を多く見る。今回、当院外来リハビリに通っている患者様（以下症例）に対し手袋を治療的に活用した結果、麻痺側手への着用が可能となつたため以下に報告する。なお本発表において症例には了解を得ている。

【症例紹介】

40歳代女性 左利き 診断名：脳梗塞 障害名：左片麻痺 合併症：統合失調症（x-2年）現病歴：x年左片麻痺出現、自宅近くで倒れているところを発見され、急性期病院へ搬送、上記診断を受ける。カタクロット、ラジカット点滴にて治療、発症から1ヶ月半後、当院回復期病棟転院、4ヶ月後SHB、T-cane使用にて歩行自立し自宅へ退院される。現在当院外来リハビリへ通い、維持期リハビリ（月13単位）、週1回1~2単位の作業療法、理学療法を実施している。手袋着用に関して「手が動かないため時間がかかる」との理由で麻痺側への着用は行っていない。作業療法評価：Br.stage上肢III手指III下肢IV、麻痺側肩関節に亜脱臼が認められる。表在深部感覺軽度鈍麻、FIM82/126点、初回手袋着用時、非麻痺側の過剰努力により連合反応出現、肩甲帯が後方に引け、手指の屈曲が強まり穴に通すことに困難を要する。3分経過したところで示指を通すことは出来たが、中指も同じ穴に通してしまう。努力的に行ったことで疲労が見られたので終了する。

【介入の基本方針】

週1回1単位（20分）の介入で1か月後、手袋を自立にて着脱することを目標とする。介入には伸縮性のある軍手を使用。体性感覺情報の入力により環境（手袋）、自己身体との関係性に気付きを得ることで本来の知覚探索器官としての手の機能の再獲得を目指す。

【作業療法実施計画】

1単位（20分）の治療経過として、症例は亜脱臼が認められるため、始めに上腕骨頭を関節面に対しコンプレッションを加え上肢を安定させられる位置にセラピストがつく。セラピストが軍手を手背に通し、皮膚を擦りながら接触情報を途切れさせないよう与えていく。通過する感覚が知覚されてくると軍手内で手指の屈曲が緩んでくるのがわかる。症例も「手が開いてきた」と麻痺側手の変化に気付いてくる。手指の可動性が出たところで、各指節間関節の安定を保障しながら、長軸方向に指部分の穴を各手指に擦りながら通し接触情報を与えていく。各手指が穴を通つたら手全体に軍手を通す。脱ぐ際は症例が肩甲帯を後方に引き屈曲パターンを利用しないよう注意する。この一連の流れをセラピストの介入から少しづつ症例の非麻痺側も参加させ介入を継続する。

【結果】

1ヶ月後、2分30秒で手袋を着用することが可能となり、12月現在、手袋を着用して通院するようになってきた。症例の問題点として、視覚優先の活動となつたことで体性感覺情報が上手く入力されないことにあった。その結果、過剰努力により、連合反応が出現し、手指の屈曲が更に強まり着用を困難にさせていた。柏木は更衣動作において「布地が通過する身体部位は、その通過を受け入れ促進するような身体反応が起きる」と述べている。今回、皮膚面を擦りながら通過させたことで体性感覺情報が入力され、麻痺側手の知覚探索が起き、通過を促すよう手指の屈曲が緩み、手袋の通過が容易になったと考えられる。

【参考文献】

- 1) 柏木正好（著）：環境適応【第2版】中枢神経系障害への治療的アプローチ
- 2) 山本伸一（編）：疾患別作業療法における上肢機能アプローチ

維持期にトイレ動作獲得を目指した一例 ～1年間の介入～

キーワード：維持期、機能訓練、トイレ

照井 美帆
介護老人保健施設 ニコニコ苑

【報告の目的】

身体機能が低下し日常生活動作（ADL）全般に介助を要した症例を担当し、廃用症候群の予防と移乗動作の安定性向上を目標に1年間介入した結果、身体機能が向上しトイレ動作が可能となった経過を以下に述べる。なお、報告に際し家族の同意を得た。

【事例紹介】

症例は80歳代後半の女性で、要介護度は4である。主病名は器質性精神障害、右大腿骨頸部骨折で、合併症は慢性硬膜下血腫、摂食機能障害である。X年大声、妄想、会話不成立、ADL全介助状態でA病院を初診し、右大腿骨頸部骨折、慢性硬膜下血腫疑いの診断でB病院で治療した。入院中は拒食、拒薬あり経鼻栄養であったが、その後A病院に転院し、嚥下訓練を開始（X年Y月～ペースト食開始）した。X年Y月、当苑に入所した。

【作業療法初期評価】

身体機能面：両上肢に挙上制限があり、徒手筋力テスト（MMT）は四肢・体幹ともにfairであった。

精神機能面：改定長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R）は5点であった。

社会機能面：日中は集団レクリエーション（集団レク）と食事の際に離床する以外は、ベッド上の生活を中心であった。

ADL：機能的自立度評価法（FIM）は30点であった。排泄は尿便意の訴えがなく全介助、起居移乗動作はそりかえりがみられ一部介助であった。

【介入の基本方針】

廃用症候群予防のため日中の離床時間を図ること、及び立位保持能力を高め移乗動作の安定性を図ることで介護負担が軽減することを基本方針とした。

【作業療法実施計画】

入所から3ヵ月間は週3回の短期集中リハビリ、それ以降は週2回、1回20分以上の個別作業療法（個別OT）を実施し、併せて週2～3回集団レクへ誘導することとした。個別OTプログラムとして1)起居移乗動作練習、2)起立・立位保持練習、3)歩行練習を挙げた。

【作業療法介入経過】

介入4ヵ月目以降から起立時のそりかえりが改善し、見守りで立ち上がりが可能となった。また、介助歩行から歩行器歩行へ移行し約5～10m歩けるようになった。一度、尿意の訴えがあったが移乗動作の介助量と立位保持時間の問題によりトイレ動作は困難であった。7ヵ月目以降からは、起立時や歩行開始時の尿便意の訴えが増した。移乗動作、歩行器歩行が見守りで可能となり、立位保持時間も延長したため、尿便意の確認後にトイレ誘導を試みた。トイレ内の下衣着脱と清拭は全介助であったが、排泄を確認出来る機会が増え、トイレ動作練習を追加した。症例からは「トイレに行けて良かった」との声が聞かれた。集団レクへの誘導は継続できた。

【作業療法最終評価結果】

身体機能面：MMTは四肢・体幹ともにgoodであった。

精神機能面：HDS-Rは0点であった。

ADL：FIMは40点であった。移乗動作は車椅子をセッティングし見守りで可能となった。排泄は、尿便意を確認することでトイレ誘導ができた。また、歩行器を用いて30m以上歩けた。

社会機能面に変化はなかった。

【考察】

トイレ動作獲得には難渋するケースも多いが、日常生活で繰り返し行われる動作の一つであり、この動作の障害は生活の自立を大きく左右する。今回、個別OTと集団レクを1年間継続した結果、トイレ動作が可能となった。この原因として、1)移乗動作の安定、2)立位保持時間の延長、3)運動・歩行機会の増加による筋力向上効果が挙げられる。さらに、尿便意の確認をしたことや、個別OTで実動作の反復練習を実施したことで感覚が意識付けされたと推察される。また、症例自身の「トイレに行けて良かった」という発言から、生理的欲求を満たす喜びにつながったことが考えられる。

集中力向上に向けて作業選択を工夫した統合失調症患者への介入

キーワード：統合失調症、精神科作業療法、退院支援

加藤 柚花 川野辺 穎 高見 美貴
秋田県立リハビリテーション・精神医療センター

【報告の目的】

幻聴を主とした陽性症状や認知機能障害が見られる統合失調症患者に対し、入院早期から作業療法（以下、OT）を行った。その結果、対象者の集中力や行動面の問題が改善し自宅退院に繋がったので以下に報告する。

【事例紹介】

事例は20歳代前半の女性Aさんで、父母との三人暮らしであった。これまでに入院歴はなく統合失調症の治療はしていなかった。中学生の時に不登校となりこの頃から対人関係の構築が苦手であった。定時制高校を卒業後は短期のアルバイトや新聞配達をしていた時期もあったが入院時は無職であった。

〈病歴〉X-3年頃より近所の人の声で「うるさい」などの幻聴、被害妄想が出現し、X年にB病院を受診した。同年、幻覚妄想に左右され目的もなく失踪するも道中で断念し帰宅したことがあった。その後、再診し入院加療が必要とされ当センターへ紹介され医療保護入院となった。入院後6日目にOT開始となった。

〈OT評価〉病棟生活ではADLは自立し、対人交流は乏しかった。OT場面では行いたい活動が次々と変わり発言に一貫性がなく、思考にまとまりがなかった。そのため行動面においても、統制が取れておらず作業に集中することが困難であった。Rehabでは逸脱行動2点（独語・空笑）、全般的行動68点で社会生活が著しく困難なレベルであった。面接では困っていることについて「頭の中がごちゃごちゃする」と回答し、今後の希望については漠然と「仕事をしたい」と話したが具体性に欠けていた。

【介入の基本方針】

チームでの目標は「幻聴や妄想に左右されず落ち着いて在宅生活をおくことができる」であったが社会生活がどの程度自立できるか予想困難であった。そこでOTでの短期目標は「一つの活動に集中して取り組むことができる」とした。基本方針は(1)作業活動にて得られる生産的な体験や、集団での活動を通して現実感の回復を促進する。(2)活動に枠組みを決めて関わることで落ち着い

て過ごすことができるようとする、とした。退院後の生活については経過を見ながら自宅での過ごし方や役割について情報収集を行い、検討することとした。

【作業療法実施計画】

OTの頻度は週5回、2時間とする。内容は本人の希望を尊重しながらも途中で別の作業に目移りしないように、一つの作品が完成するまでは集中して行うことを約束する。作業選択では、自由度が高いものでは混乱するため、手順や完成図が明確なもの等枠組みを決めて提供し、適宜難易度を上げる。OTが無い時間の過ごし方について医師、Aさんと話し合って自室で行える範囲の自主活動課題を決定し、取り組んでもらうこととする。作業量や作業時間はこちらが設定し、取り組みやすい単純な課題から開始する。日課として定着してから徐々に難易度の高いものへ変更する。時間や作業量の設定など少しづつ枠組みを外し自己判断できる部分を増やしていくとした。

【結果】

精神症状、集中力に改善が見られ、その結果、行動面の問題に改善が見られた。具体的にはOTでの活動で一つの課題に集中して取り組む事が出来るようになり、一貫性のある発言になった。「頭の中のごちゃごちゃがすっきりした」と話し、行動に落ち着きが生まれ、対人交流の機会も増えた。Aさん自ら退院後について家庭での役割など主体的に退院後の相談が出来るようになった。Rehabは逸脱行動1点、全般的行動38となり社会生活可能なレベルとなった。薬物療法と併用してOTを実施し、作業の難易度設定等の選択が適していたため行動面の問題の改善、自宅退院に繋がったと考えられた。

作業は生きる望みをつなげる

キーワード：がん，人の関わり，楽しみ

吉川 法生¹⁾ 村田 絵吏²⁾

1) 仙台青葉学院短期大学リハビリテーション学科 2) 旭川医科大学リハビリテーション部

【報告の目的】

近年，作業療法士ががん患者のリハビリテーションにかかわる機会は増えており，また対象者の生活機能の向上から就業支援，育児支援，終末期などあらゆる場面での関りが求められる場合が多い。

今回，20歳台でがんを発症し進行が進んだが，生きる望みをつなげる上で作業と人の関わりについて考えるところがあったのでここに報告する。なお，報告に当たっては本人及びご家族の同意を得ている。

【事例紹介】

事例は当時20歳代後半の男性であった。X年7月A病院入院し当初診断は肺結核の疑い，脳腫瘍，結核性脊髄炎の疑いであったが，医師団もわからないことが多い。臨床症状として，胸から下のしびれ立位不可，感覚軽度鈍麻，上肢機能は左軽度麻痺があり，PTとOTが開始された。その後病理診断で悪性リンパ腫の疑いとされたが，確定診断が出ない状態が続き，リハの中も発熱等で度々中止された。翌8月，症状が落ち着き経過見て自宅近くに転院，自動車運転希望あり自動車学校等を紹介し，情報提供をしていた。この間は症状に合わせた身体機能訓練を実施した。9月，リンパ腫治療のため再入院，下肢の動きよく立位テーブルで35分耐久可能となり，テーブルを使って動画を観たりゲームをしたりして耐久性の向上を図った。認知面は特に問題なく，退院後の生活について具体的な復帰方法を検討していた。

その後診断が確定し，悪性リンパ腫で余命1-6か月と診断された。医師から本人と家族に状況説明し，今後は化学療法および緩和ケアに移行することになったが，本人にはすぐには受け入れられなかった。高熱も続いたが本人の希望でリハは今までどおり実施する方向となった。

【介入の基本方針】

主科，リハ科，病棟で合同カンファレンスが開催され情報交換を行った。医師からは，余命は1-2か月と思われる所以，好きなことをさせてよい。まだ若いので，いろいろ体験させて欲しい。免疫が下がっているが仮に感染症にかかるても，同様

に1-2か月と思われる所以，食べるものの，外出，特に制限しなくてよい。お酒もよいという話であった。看護目標は安楽，希望促進，リハからはADOCの評価から，病前と同様に一貫して移動，仕事，友人とのカラオケ，ドライブ，スポーツ観戦等の興味が強く，現時点でも本人から野球を観たい，カラオケに行きたいとの希望が出ている。家族等のサポートがあれば運動機能面として外出は可能なレベルであるとの報告を行った。

【作業療法実施計画】

合同チームとして一丸となって本人と家族の希望をかなえることを確認し，手段として本人が希望する野球観戦，カラオケ，外食を計画した。各部門で協力して分担し，情報共有をしっかりと図ることとした。

作業療法部門では，理学療法部門と協力して外出してカラオケを体験することを担当した。これは，本人からカラオケは家族ではなく我々リハスタッフと行きたいと希望があったためである。

【結果】

前日までに会場のカラオケボックスと調整確認を行い，当日の急変対応については病棟と綿密に確認し実施した。リハからは3名が担当した。

約2時間，本人は楽しい時間を過ごせたと話し，終了後は予定通り病棟に戻り体調確認を行い，異常は見られなかった。

翌日，本人から医師に，今まで可能性が低いと伝えられていた治療法について「やってみたい」という希望が伝えられた。その後治療が開始され，見事に治療が成功した。

発症から5年経過した現在では，自営の酪農業に従事し，車椅子によるスポーツも行える程度に復帰し，健康状態も良好で日常生活を楽しんでいる。

筋力低下を伴いながらも家庭内の役割を果たす為にレンジ料理を用いた症例

キーワード：筋力低下, COPM, レンジ料理

小松 朗子

独立行政法人 国立病院機構 米沢病院

【はじめに】

調理活動とは、生きていくための基本的活動となる食事に関わるもので、一般的な主婦にとって生活の一部という意味合いが強い。

今回、筋萎縮性側索硬化症（以下 ALS）により筋力低下を呈した症例に対し、調理動作の負担軽減を考慮した動作指導を行った。調理方法の変化により家庭内での役割充足が得られたため、以下に報告する。

【事例紹介】

ALS により利き手優位に筋力低下を呈した 50 歳代半ば女性の主婦である。利き手は右で、KP は夫（家事に協力的）である。ホープは「楽に料理をしたい」とのこと。発症後 2 年に当院受診し、週 1 回の外来リハビリ開始となる。ALS 重症度分類 2.

【作業療法評価】

1. 心身機能：ROM（自動）は右肩関節屈曲 90° を超えると、体幹の代償運動（+）。また、両前腕回内・回外時に震え（+）。MMT は左右共に上肢 4、手指 3-4。握力（R/L）10.1kg/16.2kg、ピンチ力（R/L）4.5kg/6.5kg、STEF（R/L）75/93 点。

2. ADL : ALSFRS-R38 点。

3. 調理動作（情報収集より）

調理環境：台所の形式はキッチンダイニングで、調理時の移動範囲は 3m 程度。立位動作を中心であるが 5 分程度で腰痛出現し、休憩を挟む時がある。

① 買い物：リストを夫に渡し、車で待っている。

② 準備・身支度：冷蔵庫の材料は取り出しやすいように上段を避けて置いている。

③ 包丁操作：材料を切る・皮を剥ぐ際に力を要し、病前の倍時間が掛かり、疲れやすくなつた。準備は AM・PM に分けて行う。

④ 加熱する：菜箸やフライ返しで返す動作に努力性を要する。茹でる際、鍋・水をくむなどの準備が大変のこと。

⑤ 盛り付け：箸操作、両手で皿を運ぶことが困難。

⑥ 食器を洗う：鍋・フライパン等の重量感のあるものや、筒状のものを洗う際に手を動かしにくい。

晩の調理は毎日行っており、調理に関する COPM（重要度/遂行度/満足度）は 10/4/3 である。

【作業療法計画・介入方針】

調理活動の中で努力性を要している、包丁操作・加熱する・片付けの「負担軽減」を合意目標とした。介入方針としては、家庭内での役割で重要度の高い調理活動を継続できるような手段の獲得を目指した。

【介入経過・結果】評価の①～⑥より抽出

負担軽減が見込まれるレンジ料理を提示し、自宅で実践してもらった。③包丁操作：レンジ使用により材料を柔らかくすることで切りやすくなつた。④加熱する：茹でずに中まで加熱可能となつた。⑤盛り付け：レンジで加熱後、そのまま食卓へ出すことが可能となつた。⑥食器を洗う：加熱・調味を同時にを行うことで鍋の使用頻度を減らすことが出来た。結果、「今まで茹でていたものはレンジで行うようになった。鍋の準備・水をくむ・お湯を沸かす手間が省けて楽になった」との変化が得られ、調理時の負担軽減を図ることができた。実践後は写真を撮ってもらい、振り返りを行つた。介入後、レンジ料理に関する COPM は 10/7/7 となつた。

【考察・展望】

本症例にとって調理とは家庭内での役割であり “晩だけは作らない” との思いがモチベーションとなっている。今回、レンジ料理を通して、調理時間の短縮や片付けが楽なことを症例に経験してもらうことが出来た。「レンジ料理を家族に食べてもらうのは初めて」とのことであったが、夫から「おいしい」との感想も聞かれ、「できた」という達成感や満足感に繋がつたと考える。また、レンジ料理に関して「もっと知りたい」と意欲がともなう発言が聞かれ、新しい料理のレパートリーを増やし、料理を継続していく動機にも繋がつたのではないかと考える。

本症例は進行性疾患であることから、今後も身体機能低下していくことが予測される。そのことを考慮し、KP である夫との役割分担を明確にし、協力していくことや一緒に行う楽しさを感じることも大切であると考える。

脳梗塞により強制把握を呈した患者への段階的アプローチについて

キーワード：高次脳機能障害，ADL，（強制把握）

鈴木 健一

独立行政法人 労働者健康安全機構 秋田労災病院

【報告の目的】

脳卒中後遺症による強制把握は ADL に支障をきたす事が多い。今回、脳梗塞により左不全麻痺、左手指の強制把握を呈した対象者の、意図的に手指の運動をコントロールできることに着目し、段階的にアプローチした結果、強制把握に改善を認め ADL において実用手に至ったので報告する。なお、本報告を行うにあたり、本人より同意を得ている。

【事例紹介】

30 歳代。男性。右利き。長距離トラックの仕事中、営業所内で倒れているところを見つかり同日 A 病院へ救急搬送、頭蓋内内頸動脈閉塞による脳梗塞と診断された。同院で血栓除去術施行し、17 病日目に当院回復期病棟へ転院となりリハが処方された。当院入院時、左上肢・手指・下肢ともに BRSV, STEF は右 91 点、左 67 点であり、やや随意性の低下を認めた。強制把握に関しては本人が意図せずに物品を手で包み込む、最終的に握る、視覚性手探りが認められた。MMSE は 29 点で、認知機能やその他の高次脳機能に問題はなかった。ADL は歩行器を使用し入浴動作以外は自立していた。しかし食事では茶碗を持つことは可能だが置くことができない、また布団の端を持って引き上げたあとに離せないなど、触覚刺激と両手動作による左手の無意識的な動作を行った際に強制把握が著明に認められ、ADL 場面で支障をきたしていた。

【介入の基本方針】

発症 30 病日目、対象物を注視すると握り込んでしまった物品を意図的に離すことが可能であった。そのため左手からの感覚入力と視覚代償により、手指の把握の抑制と解放のコントロールを促す。次いで左右の手それぞれ別の課題を行い、左手への注意が向きにくい中で、強制把握を意識的に抑制できるように促す。これらの段階的な介入により、両手動作において無意識的な左手の動作が可能となり、ADL で左手が実用手となることを目指す。

【作業療法実施計画】

上肢、手指随意性低下のため運動時の過剰努力が見られ、肩周囲筋の筋緊張亢進が認められたため筋のリラクゼーションを行う。アライメントを整えた上で左手でのペグボードなどの物品操作課題、さらに手掌からの意識的な触覚刺激を入力するため、机上に置かれたセラピーパテを左手掌面で丸め、握りの抑制と解放のコントロール向上を促す。片手動作でそれが可能となれば次の段階として、それぞれの手で別々の課題を実施する。左手掌面を手すりに当て、強制把握を抑制しながら右手で物品操作を行い、左手に注意の向きにくい環境の中で意識的な握りの抑制を促す。

【結果】

発症から 57 病日目、左上肢・手指・下肢ともに BRSVI, STEF は右 98 点、左 88 点と機能的改善が見られた。強制把握は左手掌面への触覚刺激や目的対象物に触れても認められず、握り込んだ物品もスムーズな握りと離しが可能となった。片手動作での強制把握が消失したため、次に両手動作による強制把握の意識的な抑制を試みた。右手で課題を行うため、左手に注意が向きにくく触れている物品を何度も握ってしまう現象が見られた。しかし反復練習により徐々に左手に注意が向き、意識的な強制把握の抑制が可能となった。これにより食事動作、布団の引き上げや服たたみなど、両手動作による左手の無意識的な動作を求められた場合においても動作緩慢とならず、ADL では実用手となった。

自宅復帰を目指し、トイレ動作チェック表を用いて介入した症例

キーワード：トイレ動作、脳卒中、回復期

小松 静香 進藤 潤也

地方独立行政法人 秋田県立病院機構 秋田県立脳血管研究センター

【報告の目的】

脳出血により重度左運動麻痺・感覺障害、劣位半球症状を呈した、自宅復帰希望の症例を担当した。対象者からトイレ動作自立に対する強い希望がきかれ、自宅復帰するにあたって動作獲得は重要と考えたが、対象者と作業療法士（以下OT）の思う出来る動作に乖離を認めた。その乖離を埋める手段としてトイレ動作チェック表（以下チェック表）を用いた介入を行った結果、動作獲得と家族指導が円滑に行えたため報告する。

【事例紹介】

80代、独居の女性でADLは自立していた。X年左手のしびれを自覚。そのまま買い物に出かけたがしゃがみこんでしまったところを発見され、当センターへ救急搬送となった。急性期治療を経て発症から約1ヶ月に回復期病棟へ転棟となった。

身体機能は左上下肢に重度運動麻痺と重度感覺障害を認めた。認知機能はMMSE25点。左半側空間無視、注意障害などの劣位半球症状を認めていたが知的面は年齢相当地に保たれていた。ADLはFIM総点49点（運動26点、認知23点）。押し返し現象により動的座位バランス不良で食事・整容以外は介助を要していた。立位耐久性も低く、膝折れを著明に認めていた他、車椅子周辺操作や駆動も声かけや介助を要していた。ADOCによる合意目標を「見守りでトイレ動作ができる」をとしたが、満足度は3と自己評価は動作能力に比べて高く、現状を把握できないまま答えている等、本人評価とOT評価との間に乖離を認めた。

【介入の基本方針】

対象者との乖離を早期から埋めることができないかと考え、チェック表を用いたトイレ動作に重点を置いた介入を行うこととした。高齢である事や、上記の運動・認知機能を考慮すると座位レベルのADLは自立可能だがトイレや移乗動作は監視から一部介助が必要であること、家屋評価や家族指導、外泊訓練が今後必要となることが予測された。

【作業療法実施計画】

車椅子駆動や起居移乗動作を獲得しつつあった介入12日目より乗富らのトイレ動作チェック用紙を参考にしたチェック表を作成し使用を開始した。トイレ動作練習後に各項目について、○完全自立、△監視や一部介助、×不可の3段階で毎週金曜日に自己評価をつけた。自己評価と練習場面で乖離がある場合にはOTがフィードバックを行った。△と×の項目について具体的に対象者から聞き出し、メモ書きを残した。○が3つ以上連続した段階で翌週のチェック表から項目を外した。チェック表の裏面にはカレンダーをつけ、自室に置くことで家族の来院時にリハビリの進捗状況を見てもらえるようにした。

【結果】

〈チェック表使用初期〉○と△の区別が曖昧で、見守りや腋窩を支える介助が必要であっても自己評価を高くつける傾向にあった。OTから完全自立かどうかを尋ね、対象者との乖離を少なくしていった。〈中期～後期〉△や×の項目については具体的な要因を述べることができ現状を把握できつた。注意障害が残存しており車椅子周辺操作やアプローチが不確実なため○と△が混在していたが、動的立位動作の安定性向上に伴いトイレ動作は見守りで可能となった。後期には、運動機能面の変化はなかったがトイレ動作は更に安定性が向上した。自己評価の変化もみられなくなったため全7回でチェックを終了した。〈家屋調査、家族指導、外泊練習を実施した時期〉家族指導では対象者から家族に動作方法を積極的に話す様子がみられた。面会も頻回でトイレ動作の見学をしていたこともあり、数回の指導で適切な介助が行えていた。外泊訓練も問題なく過ごされた。退院時FIMは91点（運動61点、認知30点）へ向上。ADOCの作業目標の満足度は3から5と評価の乖離も埋まり、自宅退院となった。

「料理を作つてあげたい」 ～移動支援を活用して～

キーワード：移動支援、リハビリテーション会議、他職種連携

佐藤 栄作
福島医療生協 通所リハビリセンターいいの

【報告の目的】

調理に挑戦するきっかけは移動支援の利用と通所リハビリテーション（以下リハ）で主催するリハビリテーション会議（以下リハ会議）であった。今まで出来なかった「子供たちに手料理を作つてあげたい」という課題に対し、作業療法士が主催するリハ会議が効果的に働き、想いの実現や他職種による課題の整理に大きく影響した為以下に報告する。

【事例紹介】

50歳代前半の女性で、長女が高校1年、長男が中学2年の母子世帯であった。出身は中国で、日常会話は可能だが、難しい手続きなどは、援助が必要であった。診断名は右脳梗塞で、障害名は左不全麻痺、感覺障害、注意障害であった。環境面では持ち家で、自宅前には急な坂道がある。歩行は四点杖と短下肢装具で平地のみ自立しているが、外出には送迎が必要であった。要介護は3、身障手帳は2級であった。退院直後から「子供達に朝食を準備してあげたい」「書類整理や洗濯ができない」との要望があり、約2か月介入で炊飯と洗濯の一部が自立し、書類も棚を作成し解消され、当初の目標は達成できた。しかし、病前の様に手料理や水餃子を振る舞えない事、買い物に行けない事を理由に手つかずの状態だった。退院1年後に初の区分変更があり、連日の家事援助利用が厳しくなり、通所リハ主催のリハ会議で調理や買い物に挑戦する事になった。

【介入の基本方針】

事例は2児の母親として「手料理や買い物」の必要性を感じており、経済的にも困窮している状況である。その為基本方針としては「家事援助なしで1日生活する日を作る」など具体的な合意目標を選定し、リハ会議を通じて共有しながら進める事とした。特に買い物や外出に関しては、物理的な環境や使用可能な制度などから、市の担当者にも相談し、事業所見学も含め、事例が具体的に判断できる事を基本方針とした。

【作業療法実施計画】

リハ会議頻度：月1回 30～60分 実施場所は自宅を中心に、事業所など必要性に合わせ選定する。介入期間6カ月程度 通所リハ利用：週1回 外出方法に関しては、実際に坂道を下る評価をリハ職と行い、町道まで下つて乗り合いタクシーの利用が実用的か事例と確認する。その上で他の方法を総合的にリハ会議で検討する。次に、買い物に関しては、直接行く予定のスーパーで評価を行い、必要性があればスーパーなどにも協力を頼む。調理は現段階で炊飯が可能であり、ヘルパーが事前に準備するなど配慮があれば1日家事援助なしでも乗り切れる予想した。その為予めどこまで準備すれば1人で調理できるかなど、実際場面でヘルパーが確認し、リハ会議で共有しながら進める。ケアマネージャーや市の担当者へは移動支援利用に当り、施設見学や説明の場を持つなど対応を依頼する。基本的に事例自身が判断できる事を念頭に介入を進める計画とした。

【結果】

1) 前期（外出方法が決定した時期）

実際に評価し、坂道の移動を危険と判断した。次に移動支援事業所を見学後外出方法が決定する。また、試験的に土曜日を家事援助なしで調整し、レンジ調理のみで実行した。実行後冷凍食品が見つけられず準備段階から事例が関わる事で解消する。

2) 後期（調理が安定してきた時期）

ヘルパーの下準備でカレーや野菜炒め、焼き餃子など火を使った調理も安全の行えた。買い物も移動支援を利用し、必要な食材を選べる様になる。これにより水餃子調理の話がリハ会議で挙がり、移動支援中の社会参加活動として企画した。制度上事業所の一画で開催する方法ではあるが、持ち帰り子供に得意料理を振る舞う事が出来た。

ポジティブフィードバックを使用することにより恐怖感の軽減に繋がった事例 ～料理のリハビリをやってもらって良かった～

キーワード：フィードバック，（恐怖感），調理訓練

中野 祐嗣

一般財団法人 脳神経疾患研究所 附属 南東北福島病院

【報告の目的】

本症例は階段からの転落により歩行や階段昇降，ADL などに恐怖感の訴えが聞かれた。独居での在宅復帰に向け様々な動作が自立する必要があり，ポジティブフィードバック（以下：PFB）を使用したことにより，症例が自信を持ち恐怖感の軽減に繋がったため以下に報告する。

尚，事例報告に際して症例の同意を得た。

【事例紹介】

80 代の女性。診断名はラクナ梗塞。左片麻痺。利き手は右手。家事や買い物などは症例が行っており，移動は独歩，キャリーカート歩行であった。

【作業療法評価】

MMT は両上下肢・体幹は 4。Br.Stage は左上肢 VI, 左手指・下肢は V。STEF は右 94・左 87。転落により立位動作全般に恐怖感がある。認知機能面は正常。ADL で FIM は 105 点であり排泄は軽介助，入浴は中等度介助，その他は見守り以上であった。四脚歩行器歩行で見守り，階段昇降は軽介助であった。IADL は恐怖感によりほぼ困難であった。

症例の回復状態から予後予測し独居は可能と考え，生活行為向上マネジメント（以下：MTDLP）を使用し，合意目標を「病院の近くにあるスーパーで買い物をし，病院で調理をする」とした。自己評価は実行度 3/10，満足度 1/10 であった。

【介入の基本方針】

症例は恐怖感の訴えが聞かれるので「成功失敗に関わらず練習した過程をねぎらう」「動作に対して良い点を伝え，改善点についてフィードバックをする」「普段の生活動作で向上した部分を具体的に伝える」の 3 点を中心とした PFB を使用する。

【作業療法実施計画】

基本的プログラムでは左上肢・手指機能練習，生活動作での左上肢・手指の自主練習などとした。応用的プログラムでは独歩や T 字杖などで屋内・外の練習や手すり使用での階段昇降練習とした。ADL は更衣・入浴の実際動作の練習，IADL は特に自宅で実施する調理動作を中心に家事などの練習とした。

【介入経過】

動作を反復練習し PFB を使用した。歩行練習では T 字杖歩行で，恐怖感もあり手すりを掴んでいたが，T 字杖自立となり「廊下だったら大丈夫」の発言や，調理練習では野菜を左手で把持ができた時は「今度から左手を使うことができる」とポジティブな発言があった。症例の恐怖感に合わせて作業療法内容を段階づけした。

【結果】

Br.Stage は全て VI となり，STEF は右 100・左 98 となった。ADL で FIM は 122 点であり，歩行や階段昇降は恐怖感も軽減し T 字杖使用で修正自立となった。IADL で調理・掃除・洗濯は可能となった。MTDLP の合意目標ではスーパーまでの移動や買い物も含め可能であり，調理も安全に可能となり症例の自信に繋がった。自己評価は実行度 9/10，満足度 8/10 となった。

【考察】

恐怖感が ADL・IADL 拡大の阻害因子となっていた症例に対して PFB を使用し介入した。まず PFB は過程をねぎらい失敗しても練習を称賛したことで，以降の練習に取り組む意欲が向上したと考える。次に松尾は「良い点から悪い点という順番のほうが，受け手の吸収能力を高めることができる」と述べており，フィードバック時に使用することで改善に向けた提案を受け入れやすくなつたと考える。そして改善点について入院当初と現在を比較し具体的に伝えることで自信に繋がつたと考える。リハ介入中や生活動作時に上記 3 点を踏まえた PFB を頻繁に使用したことから意欲の向上し，ADL・IADL の向上，恐怖感の軽減に繋がり合意目標達成の一助になったと考える。

【引用文献】

松尾 瞳 (2011). 職場が生きる 人が育つ「経験学習」入門 ダイヤモンド社, 178-179.

利き手の麻痺により家事動作訓練に消極的であった女性が 家庭内の役割再獲得に至るまでの取り組み

キーワード：家庭内役割，家事，自己評価

吉田 美紀子¹⁾ 小林 佳美¹⁾ (MD) 千田 聰明²⁾

1) 医療法人 正観会 御野場病院 2) 秋田大学医学部附属病院

【報告の目的】

今回、脳梗塞右片麻痺を呈し当院に入院した女性を担当した。入院直後は自己評価が低く、人前で失敗することを避けたいという思いから依存的な態度がみられたが、成功体験を重ね、自分を客観的に評価できるようになった。退院までの5か月間作業療法を実施し、ADL自立と家事動作の再獲得に至り、退院後に主婦としての家庭内役割を担うことに至ったので以下に報告する。

【事例紹介】

70代の女性。農作業中に右片麻痺を発症しA病院を受診した。左放線冠の脳梗塞と診断され入院となり、発症1か月後に当院へ転院となった。

発症前は主婦として家族全員分の家事を担いつつ大規模農家として出荷、農作物の売買契約も担当していた。

入院時の右片麻痺はBr. stage 上肢3, 手指3, 下肢4で感覚に明らかな鈍麻ではなく、MFSは16点であった。ADLはFIMが88点で食事以外は介助を要した。HDS-Rは29点、仮名拾いテストは年齢平均以下であった。主訴は右手がうまく使えないことであり、入院当初は緊張しやすい性格もあり「上手に使えるようになるまでこんな手は人前で使えない」と言い、ADL面では依存的な態度がみられた。「家族の邪魔にならないようにする」と感じており、主婦としての役割を今後担えないのではないかとの不安や諦めが聞かれた。その反面、居室で誰にも見られないように左手で書字を行っており完全に諦めてはいないと思われた。

【介入の基本方針】

右上下肢の機能向上、利き手交換、基本動作の安定を図るとともに、車椅子移動での早期ADL自立を当面の目標にした。また家族全員が仕事をしており、農繁期は人も雇う程忙しく家事の協力は冬季以外あまり期待できない状態であることから、症例の主婦としての存在が大きく、役割の再獲得を退院時の最終的到達目標にした。

【作業療法実施計画】

週7日、1回60~80分の作業療法を計画した。内容は右上下肢機能訓練、利き手交換訓練、座位・立位バランス訓練、ADL訓練、家事動作訓練とした。車椅子を移動手段とした入浴を除くADLの自立を4週目、T-can歩行での自立を12週までに目指した。家事については特に調理に対する不安が強いため、介入の初期から左手片手で座位で行える模擬動作訓練から始め、機能回復に応じて立位での動作や右手を補助的に使用しての動作訓練を行うこととした。また、難易度を細かく設定し、成功体験を増やすよう計画を立てた。12週頃には伝い歩きを伴う家事動作も追加し、徐々に工程数や時間を要する作業へ移行していくこととした。

介入の全期間を通じて、退院後も症例が主体的に行動できるよう自己分析を促し、自ら課題と次の目標を見出すことを計画した。退院後は2人の妹が2週間程度交代で帰省し、本人を手伝う予定であり、その間に家事動作を段階的に進めるよう妹にも家族指導を行うこととした。

【結果】

退院時の右片麻痺はBr. stage 上肢4, 手指4, 下肢4でMFSは66点であった。ADLはT字杖歩行でFIMが122点であった。心理面でも改善し症例自ら孫にレシピを大量に持ってきてもらい工程を分析し、自分で選択して調理が可能になった。1時間程度の調理、洗濯、掃除機やほうきを使用した掃除など簡単な家事動作も獲得した。

退院後は妹の見守り下で火や刃物を使用した調理を行い、刃物は左手で使用し、トングやヘラの使用は右手で可能となり、1人で調理をする際は食器の後片づけや野菜の皮むきを行っていた。洗濯は手の届く高さの物干し台に干す作業や洗濯物を畳むことを行っていた。妹が自宅に帰った後は孫の協力を得て家事を行っていた。退院が農繁期後であったが、次の農作業を開始する季節にはできる作業から参加する予定だと話していた。

東北作業療法学会 会則

The 28th Tohoku Occupational Therapy Congress in Akita

第1章 総則

(名 称)

第1条 本会は東北作業療法学会と称する。

(目 的)

第2条 本会は作業療法の進歩発展を図ることを目的とする。

(事 業)

第3条 前条の目的を達成するために次の事業を行なう。

(1)東北作業療法学会の開催

(2)学会誌の発行

(3)その他第2条の目的を達成するための事業

(事務局)

第4条 本会の事務局を学会開催県に置く。

(会計年度)

第5条 本会の事業年度は当該学会の前学会終了日翌日から、当該学会終了までとする。

第2章 会員及び分担金

(会 員)

第6条 本会の会員は東北地区（青森・秋田・岩手・山形・宮城・福島）の当該学会開催年における各県作業療法士会員とする。（分担金）

第7条 本会の分担金は役員会の協議によって決定された金額を、各県士会が学会事務局に納入する。

第3章 評議員

(定 数)

第8条 本会の評議員は、各県作業療法士会が選出した3名（内1名は県士会長）および学会長と次期学会長の計20名とする。

(役 職)

第9条 本会に次の役員を置く。

(1)学会長1名

(2)次期学会長1名

(3)監事2名

(職 務)

第10条 学会長は本会を代表し、会務の一切を処理する。

2 評議員は評議員会に提出された議案について評議するものとする。

3 監事は当該学会の次年度及び次々年度学会開催県から1名ずつ選出し、本会の会計及び会務の監査を行なう

(任 期)

第11条 評議員の任期は1年とする。評議員の再任を妨げない。

第4章 評議員会

(定例評議員会)

第12条 定例評議員会は年1回学会長が招集し、次の事項を審議する。

- (1) 会計報告
- (2) 当該学会の次年度学会開催地及び、次々年度学会長の報告
- (3) 会則の改正に関する事項
- (4) 会費の決定
- (5) 第3条第3号に関する事項
- (6) その他本会の運営に関する重要な事項

(臨時評議員会)

第13条 学会長は第12条の内容について、必要に応じ臨時評議員会を招集することができる。

(議決権)

第14条 評議員会の議決権は各県1票とする。また、前項第12条及び13条の事項は議決権を有する者の過半数の賛同により成立する。

付則 本会則は平成2年9月29日から施行する。

本会則は平成3年9月28日から一部改正により施行する。

本会則は平成4年9月26日から一部改正により施行する。

本会則は平成16年10月2日から一部改正により施行する。

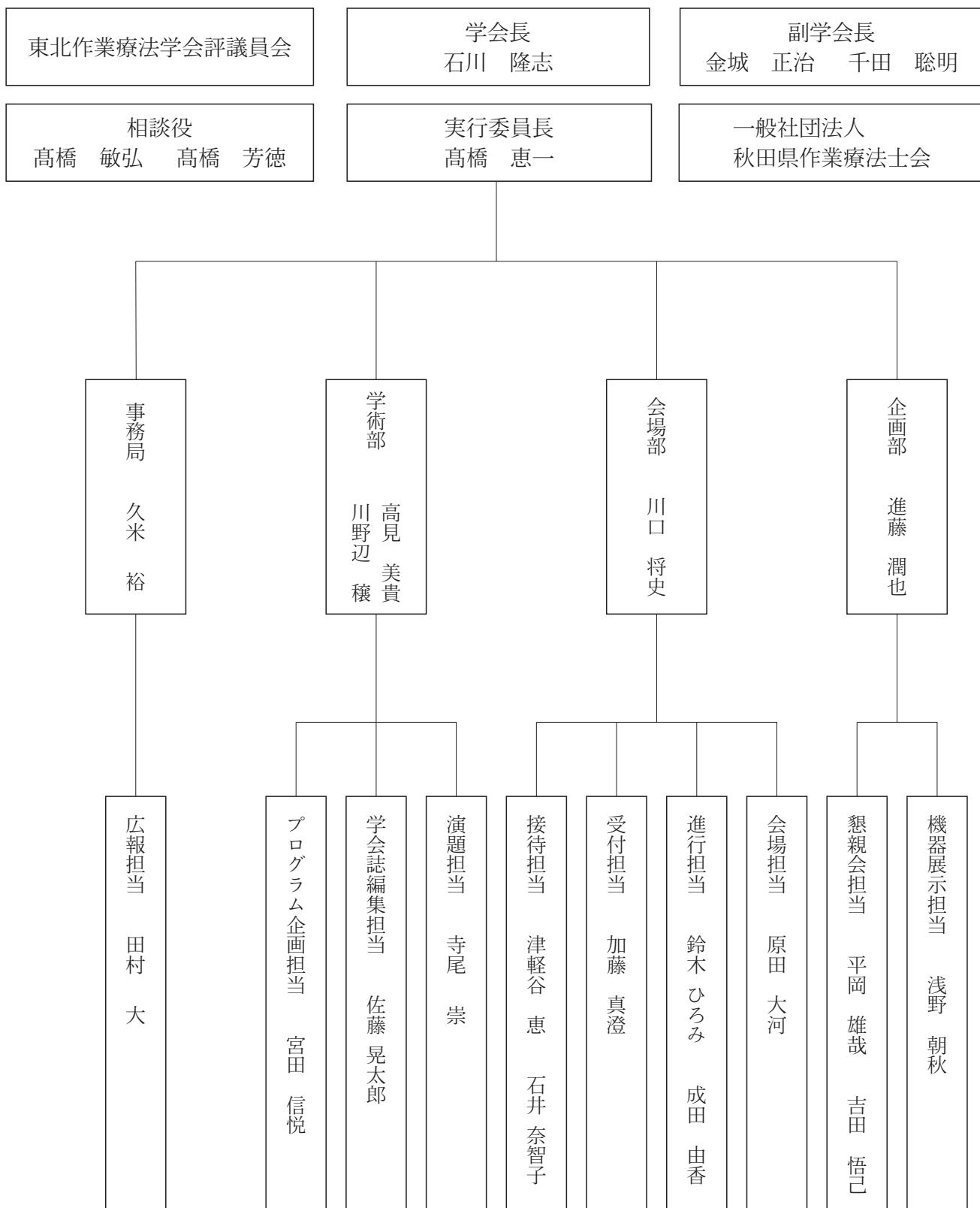
本会則は平成27年4月12日から一部改正により施行する。

本会則は平成28年6月25日から一部改正により施行する。

学会組織図

The 28th Tohoku Occupational Therapy Congress in Akita

学会組織図



編集後記

The 28th Tohoku Occupational Therapy Congress in Akita

桜が咲き誇り、一年で最も華やかな季節がやってまいりました。今年度は診療報酬と介護報酬の同時改定があり、会員の皆様も新たな役割や職務を担い、充実しつつも忙しい日々を過ごしているのではないでしょうか。

さて、本学会は「作業療法の根拠と成果～よりよい作業療法実践のために～」というテーマを掲げ、約一年前から準備をして参りました。本学会の特徴の一つは、学会発表をするとの敷居を低くした「事例報告セッション」を設けたことです。この背景には、普段の作業療法実践の様子やその根拠と成果、考え、想いなどを気兼ねなく公表してほしい、論理的に考えて成果をまとめる力を養ってもらいたい、そして事例報告登録や論文投稿などにつなげてほしい、といった学会長ならびに実行委員の想いがあります。自身の作業療法実践をまとめたり公表したりすることは骨が折れる作業ですが、本学会がそのきっかけになれば幸いに存じます。学会当日は、是非とも多くの会員に参加していただき、よりよい作業療法実践のために「作業療法の根拠と成果」について語り合いましょう。

最後になりましたが、学術部の皆さんのご尽力によって、本学会誌はようやく完成に至りました。学会誌の編集に携わるのは初めての経験でしたが、多くのことを学ばせていただきました。このような機会を与えられたことに深く感謝いたします。

第28回東北作業療法学会
学会誌編集担当 佐藤 晃太郎

機器展示企業一覧

The 28th Tohoku Occupational Therapy Congress in Akita

- ・株式会社かんきょう
- ・矢崎化工株式会社
- ・富士ゼロックス株式会社
- ・酒井医療株式会社
- ・株式会社みらい みらい工房
- ・本田技研工業株式会社
- ・株式会社南部医理科
- ・丸木医科器械株式会社

(平成30年4月12日現在)



医療機器
Medical Instruments



医療設備
Medical Facilities



医療機器販売及びアフターサービス
医療用特殊設備工事施工
福祉機器並びに介護用品の販売

源川医科器械株式会社

本 社 〒951-8061 新潟市中央区西堀通三番町258-41

商品センター 〒950-0141 新潟市江南区亀田工業団地2丁目2528番38

長岡営業所 〒940-0877 長岡市稻保4丁目720番6号

上越営業所 〒943-0807 上越市春日山町3丁目18番54号

佐渡出張所 〒952-0103 佐渡市新穂潟上20番地22

秋田支店 〒011-0901 秋田市寺内字三千刈343番地1

大館営業所 〒017-0044 大館市御成町1丁目16番15号

横手営業所 〒013-0060 横手市条里3丁目8-8

山形支店 〒990-2447 山形市元木2丁目10番46号

酒田営業所 〒998-0824 酒田市大宮町3丁目1番4号

鶴岡営業所 〒997-0044 鶴岡市新海町15番10号 エリムズ(H)

私たち源川医科器械は、医療機器の販売を通して、
かけがえのない生命、健康を守ります。
笑顔があふれる未来のために。

人と医療の未来を見つめて
あした

厚生労働省指定工場
一般社団法人日本義肢協会登録・東北 101 号



株式会社
千秋義肢製作所

代表取締役 佐々木雅伸

義手・義足・装具・車椅子・リハビリ用品

秋田市新屋豊町 1-22

TEL 018-823-3380 FAX 018-862-5126

<http://www.sensyu-gishi.co.jp>



医療法人 久幸会

秋田市下新城中野字琵琶沼124-1 理事長 稲庭 千弥子

<http://www.kyukokai.com/> TEL:018-873-5188 FAX:018-873-3828

精神科・心療内科・神経内科・内科・皮膚科・リハビリテーション科



今村病院

秋田市下新城中野字琵琶沼124-1 TEL:018-873-3011 FAX:018-873-3609

整形外科・リハビリテーション科・小児科・歯科



今村記念クリニック

秋田市下新城長岡毛無谷地265 TEL:018-872-1313 FAX:018-872-1312

介護老人保健施設（入所100名・通所30名）



ニコニコ苑

秋田市下新城中野字琵琶沼138-1 TEL:018-872-2525 FAX:018-872-5825

納得
安心
満足

「いつでも、どこでも、だれでも」
患者さんの立場に立つ親切で
信頼される高いレベルの良い医療を行い、
地域医療に貢献していきます。



義肢・装具・コルセット・靴・インソール・車椅子・各種つえ・福祉用具

S 株式会社 佐々木義肢製作所

Quality of Life

義肢・装具に対するニーズは人それぞれ異なるもの

当社では使用する方が納得する義肢・装具製作を目指しております

【仙台本社】

仙台市青葉区木町通2丁目3-3
TEL : 022-274-1181
FAX : 022-274-1183

【秋田支店】

秋田市八橋本町2丁目7-1
TEL : 018-862-7204
FAX : 018-862-9347

【弘前支店】

弘前市桔梗野2丁目16-12
TEL : 0172-33-1150
FAX : 0172-33-1153

ささきぎし



<http://sasaki-gishi.co.jp/>

【営業時間】月～金曜 / 8:30～17:30
土曜 / 8:30～12:00

【定休日】第2・4・5 土曜、日祝

第 28 回東北作業療法学会の開催をお慶び申し上げます



作業療法士・理学療法士
看護師・介護士
スタッフ募集中!!

リハビリテーション科・内科・神経内科・整形外科・皮膚科・精神科

医療法人
樂山会 **大湯リハビリ温泉病院**

〒018-5421 秋田県鹿角市十和田大湯字湯ノ岱16-2

TEL : 0186(37)3511 FAX : 0186(37)3483

HPアドレス : <http://www.ink.or.jp/~oyu-reha/>

先端医療を支える、
確かな情報力とヒューマニケーション



MARUKI

丸木医科器械株式会社
Maruki Medical Systems Inc.

- | | | |
|----------------------|------------------------|----------------------|
| ■仙 台 支 店／〒981-1105 | 宮城県仙台市太白区西中田3-20-7 | TEL 022-242-6001 (代) |
| ■山 形 支 店／〒990-2338 | 山形県山形市蔵王松ヶ丘2-2-22 | TEL 023-695-3000 (代) |
| ■庄 内 営 業 所／〒998-0875 | 山形県酒田市東町1-26-8 | TEL 0234-23-7566 (代) |
| ■岩 手 支 店／〒028-3621 | 岩手県紫波郡矢巾町大字広宮沢第五地割39番 | TEL 019-698-1567 (代) |
| ■水 沢 営 業 所／〒023-0003 | 岩手県奥州市水沢区佐倉河字竜神2-3 | TEL 0197-25-7703 (代) |
| ■秋 田 営 業 所／〒010-1417 | 秋田県秋田市四ツ小屋字中野64-1-B-13 | TEL 018-889-6400 (代) |
| ■秋田南営業所／〒013-0060 | 秋田県横手市条里1-6-20 | TEL 0182-33-4751 (代) |



地域の人々に信頼される病院を目指します。
安心できる良質な医療の提供
心ぶれあう人間味豊かな対応

市立横手病院

院長 丹羽 誠

TEL 0182-32-5001

腕の動きを取り戻す…
とてもシンプルなアームサポート

「できることを、 ふやす。」



MOMO



MOMO プライム

一定の高さで腕を支え、水平動作や肘の屈曲による
上方へのリーチをサポートする「MOMO」
常に一定の力で腕を持ち上げ、水平方向に加え
肩の三角筋を使った上下方向の動きもサポートする
「MOMO プライム」

ALS や筋ジストロフィー、頸髄損傷など色々な症状に適応し、
スプリントや自助具とも併用しやすくデザインされています。



youtube で MOMO の取り付け方や
調整方法の説明をご覧いただけます

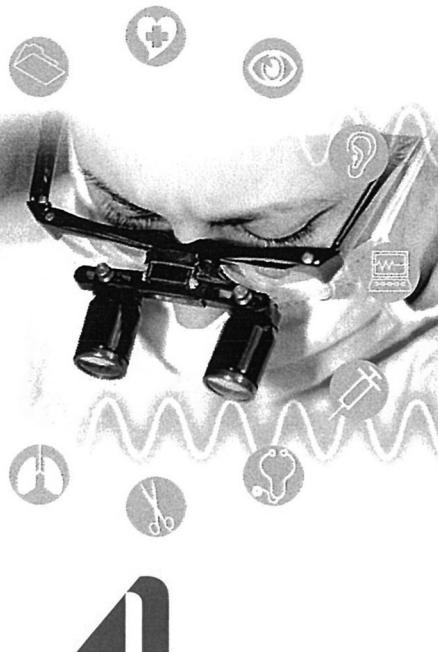
株式会社 みらい
代表取締役 石川 佐智子

福祉用具・補助器具・補装具製作
みらい工房

〒010-0947
秋田県秋田市川尻上野町 1-19 TEL 018-896-6450 FAX 018-896-6420

医療現場の真剣なまなざしをサポート

信頼の対応力。



信頼届けて半世紀
株式会社 秋田医科器械店

©本社 秋田市仁井田字中谷地130-2 Tel.018-638-3551 Fax.018-638-3546
©横手営業所／横手市赤坂字大通西2-4 Tel.018-32-8311 Fax.018-32-8313
©能代営業所／能代市落合字宝谷地189 Tel.018-52-0024 Fax.0185-54-7319



言語聴覚士さん募集

リハビリテーション課

- 施設基準：脳血管疾患リハ（Ⅱ）・運動器リハ（Ⅰ）
呼吸器リハ（Ⅰ）・廃用症候群リハ（Ⅱ）・がんリハ
- スタッフ：PT 3名、OT 4名 ST（非常勤）1名

アットホームな職場です。

病院見学は隨時可。お気軽にご連絡下さい。



一般社団法人 能代市山本郡医師会立
能代山本医師会病院

〒016-0151 秋田県能代市桧山字新田沢105番地11
TEL:0185-58-3311 FAX:0185-58-5051
<http://ny-ishikaihp.jp/>
担当:事務部人事給与担当



医療法人 わらべ会

ひがし稲庭クリニック

院長 廣田 紘一

神経内科・内科・リハビリテーション科、通所リハビリテーション・
重度認知症デイケア、療養通所介護、居宅介護支援

秋田市下北手松崎字岩瀬124

TEL. 018-887-3355 FAX. 018-887-3173

稻庭クリニック

院長 菅原 純哉

内科・心療内科・精神科、神経科、精神科デイケア、重度認知症デイケア

秋田市南通龜の町2-21

TEL. 018-835-1210 FAX. 018-835-1213

●内科 ●循環器内科 ●歯科
●リハビリテーション科

医療法人 双山会
森岳温泉病院

院長 島田 薫

秋田県山本郡三種町森岳字木戸沢199

TEL 0185-83-5111

FAX 0185-83-5511

URL <http://www.moritake-onsen.com/>

※作業療法士・理学療法士募集中

東北作業療法学会誌 第27号
作業療法の根拠と成果
～よりよい作業療法実践を目指して～
編 集 第28回東北作業療法学会
事務局 ☎010-8543
秋田市本道1－1－1
秋田大学大学院医学研究科保健学専攻作業療法学講座内
TEL 018-884-6556
FAX 018-884-6556

発 行 平成30年4月30日
印 刷 株式会社三戸印刷所
☎010-0923
秋田市旭北錦町3－50
TEL 018-823-5351 FAX 018-862-7383



第28回 東北作業療法学会誌

