

ISSN 1349-5410

長崎作業療法研究

第13巻 第1号

長崎県作業療法士会

令和3年3月31日

長崎作業療法研究

第13巻 第1号 目次

▼巻頭言

論文を書こう…………… 光永 濟 1

▼特別寄稿の掲載にあたって…………… 田中 悟郎 2

▼特別寄稿

統合失調症患者の病態から読み解く心理・社会的要因

～ナラティブ (Narrative Based Medicine) の視点から～

—長崎県下五島における比較文化精神医学—…………… 太田 保之 3

▼原著論文

自閉スペクトラム症児に対する

当院早期集団療育の効果についての一考察…………… 原田 洋平・他 13

▼短報

作業療法の実施時間に対する患者の意識調査 (第2報) …………… 杉村 彰悟・他 19

▼実践報告

腹腔鏡下術後に左橈骨神経麻痺を呈した患者に対する作業療法…………… 光永 濟・他 24

▼実践報告

皮質脳内出血術後に ICU-acquired weakness を合併した

患者に対する急性期作業療法…………… 中島 輝・他 32

▼投稿規定…………… 37

▼執筆規定…………… 39

▼編集後記…………… 42

▼編集委員会…………… 42

巻頭言

論文を書こう

長崎大学病院 光永 済

このたび、巻頭言を書かせていただくにあたり、日頃より長崎県作業療法士会学術部にお力添えをいただいている会員の皆様に心より感謝申し上げます。

2020年開催予定であった東京オリンピックが延期となり、激動の中2021年を迎えましたが、世の中はCOVID-19により時間が止まっているようです。ソーシャルディスタンスとは人と人がCOVID-19感染予防のために距離を保つことですが、いつの間にか人と人の心の距離まで離れていっているように思えます。

私たち作業療法士は身体機能ばかりでなく、対象者に寄り添い、その人らしい生き方の再構築を支援していくものです。こういった世の中だからこそ、もっと作業療法士が社会的に活躍していく必要があるのではないかと思います。

そのために生涯教育は必要不可欠なものであり、作業療法士であり続ける限りは常に勉強をしていかなければならないと感じます。確かに経験は重要な知識や技術ですが、そればかりでは対象者に有益なリハビリテーションを提供できないのではないかと感じます。培ってきた経験の上に最新の知見に基づくリハビリテーションを積み重ねることで、より洗練された作業療法を対象者に提供できるのではないかと考えます。またその経験や最新の知見を積み重ねた作業療法に先行研究や文献を引用し論文化することで、他職種や世の中の人々に作業療法の有効性を広く伝えることができるはずです。更に論文を書くということは、自分の行った作業療法を吟味し省みることとなり、多くの知識や技術を身につける一助となる機会にもなると思います。

本学術誌「長崎作業療法研究」は、若い作業療法士から経験を重ねた作業療法士、身体障害、発達障害、精神障害領域における臨床現場や教育機関、行政にて活躍している作業療法士が論文を発表する場です。ハードルは決して高いものではなく、日々行なっていることを形にする絶好の機会となるといえます。論文の書き方や研究の仕方が分からなければ大きな声を出していただきたい。長崎県作業療法士会の会員数も1000名を超えており、1人で、一施設で、悩むのではなく、共に悩むことで更なる作業療法の発展に繋がるのではないかと考えます。

この学術誌を手に取り、読んだことで何かを感じてもらえたなら幸いです。その感じたことが小さくならないうちに、“心を燃やして”行動へと移すことが重要であると思います。共に作業療法の発展のために歩いて行けるよう、私自身も努力を積み重ねていきたいと考えているところです。皆の力で“領域展開”していきましょう！

特別寄稿の掲載にあたって

長崎大学生命医科学域（保健学系） 田中 悟郎

長崎県作業療法研究では、学術雑誌としての質の向上を目指し、投稿・執筆規定を一部変更し、会員外の先生に「特別寄稿」として原稿を依頼することができるようになりました。そこで、第13巻の内容を検討した編集委員会の会議において、2019年7月に開催した長崎大学同門会にて素晴らしい特別講演を賜った長崎大学名誉教授太田保之先生に原稿を依頼することにいたしました。このたび、太田保之先生は、当雑誌のために論文「統合失調症患者の病態から読み解く心理・社会的要因 ～ナラティブ（Narrative Based Medicine）の視点から～ -長崎県下五島における比較文化精神医学-」を新規にご執筆いただきました。

ここで、今回なぜこのようなテーマにされたのか、著者の太田保之先生にお教えいただいたことをご紹介します。同門会の特別講演では、これまで先生が行ってこられた研究の歴史を語り、それらの研究の底辺を流れるナラティブな視点の重要性に焦点を絞って話すことにし、それに即したタイトルを設定されました。講演では、故郷の島嶼部で発病した統合失調症患者と大都市に出郷して発病した統合失調症患者の初回発病時状態像は顕著に異なるという所見や医療環境水準が高いと考えられた大都市の精神科病院で治療を行うより故郷の島嶼部に戻って治療を受けた方が予後はよいという比較文化精神医学的視点からの研究にも参加者が大きな関心を持ち、多くの質問がありました。この精神障害にカルチャー（ショック）が大きく関わるという点に、参加者の理解が得られたことは、先生にとり大変嬉しく感じられた、とのことでした。

そこで、今回の特別寄稿の依頼に際しては、上記の比較文化精神医学的研究結果をもとに、精神科医療におけるナラティブな視点の重要性を考える新たな論文を執筆していただきました。

近年、作業療法の領域においてもエビデンスに基づく医療の実践が強く求められていますが、対象者へ最良のケアを提供するには、ナラティブな視点は欠かせません。エビデンスとナラティブの融合の重要性についての理解が深まることを期待しております。

□特別寄稿

統合失調症患者の病態から読み解く心理・社会的要因 ～ナラティブ (Narrative Based Medicine) の視点から～ —長崎県下五島における比較文化精神医学—

太田保之¹⁾

長崎大学名誉教授 (元 長崎大学医学部保健学科教授)¹⁾

要旨: 五島中央病院精神科を受診した統合失調症患者を対象に比較文化精神医学的な立場から発病に関与する社会・文化的な要因の分析を行った。下五島の島内で発病した患者群は無為・自閉状態で、大都市に出郷して発病した患者群は幻覚・妄想状態で発病することが統計学的にみて有意に多かった。妄想内容に焦点を絞り、注察妄想と追跡妄想に関する患者の陳述内容を詳細に分析すると、注察妄想は島内発病者に、追跡妄想は大都市での発病者に有意に多かった。これらの結果を比較文化精神医学的な立場から分析し、精神科領域におけるナラティブな医療の重要性に関して考察を加えた。

キーワード: 統合失調症 心理・社会的要因 ナラティブ視点
比較文化精神医学

I. はじめに

島嶼部の精神障害者 (特に、統合失調症患者) に関する精神医学的研究は、内村らによる東京府下八丈島の本格的な疫学調査以来²⁶⁾、本邦でも数多く行われてきた^{4, 6, 8, 12-23)}。

島嶼部が研究対象として取り上げられる主たる理由は、疫学・遺伝学的視点あるいは社会・文化的視点のいずれの研究立場にせよ、人口変動が少なく対象者の実態把握が容易であること、島嶼部固有の伝統的な社会・文化的要因と大都会から押し寄せる新しい文化の影響要因を対比的に測定・評価することが可能であるという利点が存在するからであろう。

われわれは、1970年代から長崎県下五島の統合失調症患者について社会・文化精神医学的立場から報告してきた。それから約半世紀が経過し、精神科医療も新たな知見を獲得して目覚ましく進展してきた。それは生物学的な精神科診断の手法を獲得してきたこと、多様な薬物が臨床判断アルゴリズムをもとに使用されるほどに発展してきたこと、さらに精神科作業療法をはじめとする非薬物療法が正当な治療的立場を確立してきたことなどに基づいている。このような歴史を顧みながら、これまでの下五島における社会・文化精神医学的研究をとらえなおすことは、今後、新たな視点で始まるであろうことを期待している。

臨床的研究にとって有意義なことと考える。

そこで、これまでの研究を2段階に分けて報告し、現在の精神医学・精神科医療が抱えている問題点を指摘しながら将来展望を論じたい。

第一の研究は、五島中央病院精神科を受診した統合失調症患者 308 例を対象にした研究である。統合失調症患者を下位分類別、発病地別、初回発病時状態像別などの相互関係からみた特性に関する研究である^{12, 13)}。

第二の研究は、五島中央病院精神科を受診した統合失調症患者を対象としているが、発病地別にみた妄想の発生様式および患者による自己の病態の認知様式に関する比較文化精神医学的研究である。本研究では注察妄想と追跡妄想に焦点を絞り、教科書的な定義に縛られることなく、患者が表現した言葉内容に忠実に従って妄想内容を分析した^{14, 15)}。

II. 研究対象と方法

第一の研究：

1961年に開設された五島中央病院精神科(60床)は、地理的な関係上、その診療サービスクラは下五島(福江島、久賀島、奈留島)に限定されている。そこで、精神科病棟開設後より1972年までの11年間に五島中央病院を受診した患者のうち、ICD-8の診断基準により統合失調症と診断された308例を研究対象とした。なお、対象者を下五島出身者に限定したため、少なくとも中学卒業時点まで下五島で生育した患者だけを採用した。

統合失調症の下位分類はICD-8の診断基準に基づき、主要な3型(破瓜型、妄想型、緊張型)に分類した。初回発病時状態は、(1)明らかな幻覚・妄想状態を前景にして発病したものの、(2)緊張病性の興奮・昏迷状態を前景にして発病したものの3状態に分類した。また、発病地については、(1)島内発病者と(2)島外発病者に2区分した。なお、島外発病者

とは、東京、名古屋、大阪を中心とする大都市へ就職のために出郷しての発病者を指す。統計学的処理はカイ二乗検定を用いた。

第二の研究：

第一の研究対象者の幻覚や妄想などの病的体験を検討した際、これまでの精神医学的用語として既に定着している「注察妄想」と「追跡妄想」の概念では患者の語る体験内容が型通りに当てはまらないことに気づかされた。

そこで、第二の研究においては、妄想内容に関して患者のありのままの表現で記載がなされ、その細部までが読み取れると判断された70例に絞って、いわゆる注察妄想と追跡妄想という教科書的な類型から少し離れて、「分類語彙表」なる辞典に基づいて分析を試みた。そして、個々の患者固有の表現で語られる妄想内容が島内発病者と島外発病者でどのような意味合いを含むものであるのかを比較文化精神医学的に分析を行った。統計学的処理はカイ二乗検定を用いた。

III. 結 果

第一の研究：

表1は統合失調症患者の発病地別にみた下位分類を示したものである。圧倒的に多数なのは225例の破瓜型であり、全体の73.1%にも達していた。また、島内発病者全体のなかで破瓜型が占める割合は75.4%、島外発病者全体のなかでも68.4%を占めていた。破瓜型だけを取り上げてみると、62.7%が島内発病で、34.7%が島外発病であり、発病地が不明であったのは2.6%であった。しかし、統合失調症患者の下位分類別と発病地別にみた分布に統計学的な有意差は認めなかった^{12, 13)}。

表1 統合失調症患者の発病地別にみた下位分類

下位分類/発病地	島内発病	島外発病	発病地不明	総計
破瓜型	141 (62.7)	78 (34.7)	6 (2.6)	225 (100)
緊張型	14 (66.7)	7 (33.3)	0	21 (100)
妄想型	19 (52.8)	17 (47.2)	0	36 (100)
その他の型	13 (50.0)	12 (46.2)	1 (3.8)	26 (100)
総計	187 (60.7)	114 (37.0)	7 (2.3)	308 (100)

統計学的有意差(-)

() : %

次に全対象者の初回発病時状態像と発病地との関連を示したのが表2である。明らかな幻覚・妄想状態を前景にして発病した患者は、島内発病で45例(38.1%)、島外発病で70例(59.3%)を認め、発病地不明を除くと、 $\chi^2=41.83$ となり $P<0.001$ で幻覚・妄想状態は島外発病者に有意に多かった。

表2 統合失調症患者の発病地別にみた発病時状態像

発病時状態像/発病地	島内発病	島外発病	発病地不明	総計
幻覚・妄想状態	45 (38.1) *	70 (59.3) *	3 (2.5)	118 (100)
不活発・自閉状態	81 (77.9) **	22 (21.2) **	1 (1.0)	104 (100)
緊張病性の興奮・昏迷状態	36 (67.9)	15 (28.3)	2 (3.8)	53 (100)
その他の状態像	25 (75.8)	7 (21.2)	1 (3.0)	33 (100)
総計	187 (60.7)	114 (37.0)	7 (2.3)	308 (100)

*相互間 $P<0.001$ **相互間 $P<0.001$ () : %

逆に、不活発・自閉状態を前景にして発病した患者は81例(77.9%)が島内発病者、22例(21.2%)が島外発病者であり、発病地不明を除くと、 $\chi^2=18.15$ となり $P<0.001$ で有意に島内発病者が多かった^{12, 13)}。

なお、発病地不明の事例を、島外発病者群あるいは島内発病者群に含めて分析しても、さきに述べた有意差は変わらなかった。

緊張病性の興奮・昏迷状態を前景として発病する統合失調症患者には、島外発病と島内発病の間に統計学的有意差はなかった。

つまり、表1と表2から、統合失調症の低位分類別の分布には島内発病者と島外発病者の間に差を認めなかったにも関わらず、初回発病時状態像別にみると、幻覚・妄想状態で発病する患者は島外発病者に有意に多く、不活発・自閉状態を前景にして発病した患者は島内発病者に有意に多いという特徴が確認された。なお、この差が発病時年齢に左右されているか否かの分析も行った。島外に出る可能性が高い15歳から39歳までと他の年齢層を初回発病時の状態像別にみても、統計的に有意差は認めなかった。つまり、初回発病時の状態像は発病年齢に影響を受けている可能性は否定された。

第二の研究：

表3と図1に示すように、いわゆる注察妄

想や追跡妄想と理解できる統合失調症患者の症状を患者との面接のなかで注意深く聴取すると、患者は次のような表現で語っていることが分かった。《変な目で見られる》、《見張られている》、《つけねられる》、《つけまわされる》などと患者によって異なっていたのである。そこで、「分類語彙表」辞典によって検討してみると、これらの表現が一連のものであって、《見られる》ことから《追われる》ことまで、少しずつ関連しながら変化している表現(連続体：スペクトラム)であることが確認された^{13, 15)}。

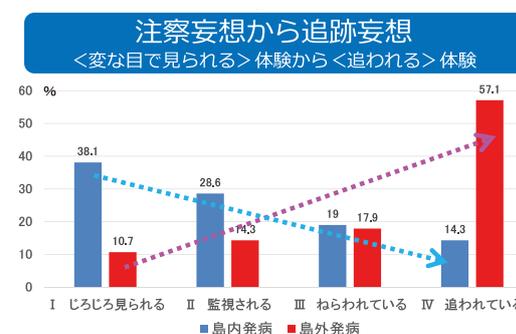
表3

注察妄想から追跡妄想 ＜変な目で見られる＞体験から＜追われる＞体験

注察～追跡妄想	発病地	島内発病	島外発病	計
I じろじろ見られる(変な目で見られる)		16(38.1%)	3(10.7%)	19(27.1%)
II 監視される(見張られている)		12(28.6%)	4(14.3%)	16(22.9%)
III ねらわれている(つけねられる)		8(19.0%)	5(17.9%)	13(18.6%)
IV 追われている(つけまわされる)		6(14.3%)	16(57.1%)	22(31.4%)
計		42(100.0%)	28(100.0%)	70(100.0%)

IからIIIの3群をまとめて「注察妄想」範疇、IVを「追跡妄想」範疇とみなすと、 χ^2 検定で $P<0.05$ となり、IからIIIの3群は島内発病者に、IVは島外発病者に統計学的有意差をもって多い。

図1



IからIIIの3群をまとめて「注察妄想」範疇、IVを「追跡妄想」範疇とみなすと、 χ^2 検定で $P<0.05$ となり、IからIIIの3群は島内発病者に、IVは島外発病者に統計学的有意差をもって多い。

事実、《ねらわれている》とは、目で見すえられて、自分が相手に意のままにされそうになることである。また、《つけねられる》、《つけまわされる》の《つけ》は、目を付けられることであると同時に、あとをつけられる(尾行される)ことでもある。さらに言えば、そのような注察妄想・追跡妄想が発生した前後から、それらの妄想の背後に、「私しか知らな

いはずの「私の秘密」が、どうしたことか既に広く世間に知れ渡っている」という妄想的解釈を伴うことも多い。患者は「私の秘密」などがかぎつけられてもいる」ことに脅え、時に興奮し支離滅裂的思考に至ることもある。

そして、《変な目で見られる》⇒《見張られている》⇒《つけねられる》⇒《つけまわされる (追われている・尾行されている)》というように、次第に患者の自我が受ける威圧感が強くなっていくことが推察される。

つまり、図1および表3に示すように、下五島内で発病した統合失調症患者では《じろじろ見られる》という語り方が多くなっており、下五島外 (大都市) で発病した患者では《追われている》という表現が多くなっている。I群からIII群へと行くに従い、IV群《追われる》方へと近づき、緊迫感・切迫感を強く帯びていくことが分かる。

そこで、I群からIII群までを「注察妄想の範疇のもの」としてグループ化し、IV群を「追跡妄想」として統計学的に分析すると、 $\chi^2=12.40$ で $P<0.05$ となり、I群からIII群は島内発病者に、IV群は島外発病者に有意に多いことが統計学的に確認された¹³⁾。

IV. 考 察

1. 統合失調症患者の発病地別にみた初回発病時状態像および注察妄想と追跡妄想の臨床的位置づけについての考察

第一の研究：

島嶼部の統合失調症患者の病態に言及しようとする場合、単に過疎化・青壮年の流出・経済水準の変動などといった人口動態学的変化だけを中心に考察するのではなく、島嶼部が持つ伝統的な社会・文化的背景を重視しておくことが大切である。たとえば、われわれが継続的に調査研究を行ってきた下五島には、宗教的共同体としてのカトリック集落、隠れキリシタン集落、仏教集落が行政的な枠組み

では交流しながらも、生活に根付いた宗教的儀式的枠組みは長い歴史を通して各宗教集落独自に維持してきた^{14, 16, 17)}。2018年、長崎と天草地方の潜伏キリシタン関連遺産が、江戸時代250年間のキリシタン禁令下における厳しい弾圧のなかで、宣教師不在であっても、信者のみで信仰を守り通し、共同体を存続させるための生き方・暮らし方を創造したことが評価され、ユネスコの世界遺産に登録されたことは記憶に新しい。

下五島に限らず、本土の各地方から大都市に出郷し発病した統合失調症患者は、故郷で発病した統合失調症患者とは発病時状態像にかなりの差があることが多くの研究者によって報告されてきた。山陰地方の統合失調症患者を調査した井上は、出郷群は非出郷群に比べて、幻覚・妄想状態や抑うつ・不安状態の出現頻度が高く、これに対し非出郷群では兼人・寡動、不活発・自閉状態が多かったとしている^{4, 8)}。荻野は、能登半島の出稼ぎ文化と精神疾患に関する調査から、現代都市文化との接触地帯で発病する統合失調症患者は *bouffée délirante* の病型をとり、また妄想型は能登半島以外で発病したものが圧倒的に多いとしている。そして、これらの現象を「変貌しつつある文化の過程のためのストレスの具体的表現」と解釈している²⁰⁻²³⁾。また林宗義 (Tsung-Yi Lin)²⁴⁾ は、妄想型の統合失調症は発展途上国に少なく、西洋文化との接触が妄想型の発病に大きく影響していると論評している。一方、Cuba の Bustamente は、Cuba という発展途上にある国では、*bouffée délirante* がヨーロッパに比べると極めて多いことを報告している²⁾。また、Burton-Bradley は、ニューギニアの原住民は、初めて故郷を離れ大都市にでて急性の統合失調症を発病するが、故郷に帰ると速やかに機能障害を残さずに寛解すると指摘している¹⁾。なお、フランスでいう *bouffée délirante* は、多少のズレはあるが、日本の精神医学でいう急性幻覚妄想状態にほぼ相当する。

大胆に結論すると、下五島の統合失調症患者を発病地別にみると、病型別には島内発病者と島外発病者の間に差はなかったが、島外発病者は有意に幻覚・妄想状態で発病するものが多く、島内発病者には不活発・自閉状態で発病するものが有意に多かった。大都会での生活が始まって、そう長い時間が経たないうちに幻覚・妄想状態を呈したのは、大都市の変貌の激しい、いわゆる anomie なストレス状況に適応できないために精神的安定性の急性破綻をきたしたとも考えることができる。発病した大都会にとどまって治療を受けるよりも、故郷という文化圏に戻って治療を受けた方が寛解しやすいというのも、大都会ストレスからの解放が治療の大きな部分を占めていることを、さらに大都会ストレスが発病に大きく関与しているであろうことを、間接的であるが、支持する一つの根拠でもあろう。

しかし、島嶼部における若者たちに期待されているのは家から独立して生計を立てることであり、故郷での寛解は大都市への再出郷による再発・再燃の危機を常に秘めているのである。統合失調症の慢性化は都市部の overstimulation と故郷での understimulation という文化的・経済的・政治的な落差にも影響されていると、Wing は簡略的に指摘している²⁷⁾。大都市で発病して帰省した統合失調症患者に対する五島中央病院での診療においては、やや飛躍的な表現ではあるが、「どんなに科学的対応 (evidence に基づく治療) を行おうとしても、医療 (特に、精神科医療) はいつも社会的な営みに翻弄されている」ということを実感させられるのである。

第二の研究：

追われる (他者から追跡されるという妄想的) 体験と変な目で見られる (注察されるという「他者のまなざし」を感じ取るという妄想的) 体験を、患者のギリギリの意識から考えてみたい¹⁵⁾。「患者のギリギリの意識」とは、治療中に患者がやがて自覚するであろう自己

の病態に関する洞察 (病識) に近い認知レベルを想定しながら、治療者・研究者として「患者の病的体験のもつ意味を推察していくこと」を意味している。そのように患者の病的体験に関して理解的・了解的に接近しようとする姿勢は精神科医療にとって重要であると考えている。

ごく素朴な観点から考えると、(正体不明の) 人物から《追われる》という驚愕的な体験 (症状学的には「病的体験 = 妄想」) から我が身を守るためには、「追手から一定の距離を取りながら《逃げる》」、「追手から距離を上げようとして《逃げる》」という行動が患者の取りえた唯一の対抗措置であると了解・理解できるであろう。しかし、患者の話をお聞きしながら感じる患者の恐怖をみると、「追手からの距離は抜がらない。それは、私が《追われ》始めた時には、追手側に《私に関するなにか (例：私しか知らないはずの <私の秘密>)》を既に《かぎつけられている》からである」と、妄想的に解釈していると推測されるのである。つまり、患者は「私の秘密を追手に既にかぎつけられている限り、どのように逃げたところで、私は追手からの距離を抜けることはできない」という恐怖を抱くのである。妄想的思考においては、患者は必ずしも「追跡者の生物学的・解剖学的な実体としての《眼》」を感じ取っているのではなく、「どこからともなく・どこにでも現れて、常に私を宙から見つめ、時には頑丈な遮蔽物でさえも貫いて、ストーカーしてくる追跡者の《まなざし》」として意識し、その脅威から逃げ惑うのである。

では、同じ《まなざし》の状況にあるとはいえ、大都市においては《他者からの追跡》の意識であったものが、故郷では《他者のまなざし》の意識として顕わになるのは、どのように理解すればよいのであろうか。島内発病者において《見られる》体験が多く、島外 (大都市への出郷) 発病者において《追われる》体験が多いのは、どのように理解すればよいのであろうか。

理解すべきもの・理解に結びつくものは患者それぞれに個別性がある。ここでは一般的な方向性として、素朴な視点を記載するにとどめたい。

大都会についていえば、そこは空間的な広がりを持ち、人々は他者の私生活に干渉しないことを原則とし、個の意識を重んじ、いわば多様な価値基準のなかで自己の価値基準を生きなければならない。そのような大都会の環境のなかでは、《私に関するなにか》をかぎつけられたと直感したときには、まだ「逃げるという行動」が可能なのではなかろうか。逆に、故郷の島内では、空間的に限定され、ほとんどの人たちはみな顔見知りであって、共同体の意識に支えられた生活を重んじ、いわば一様な価値基準を生きていかなければならないわけである。そのような生活環境のなかで、ひとたび《私に関するなにか》をかぎつけられたと直感した限りにおいては、もはや逃げ場がなく、その結果《まなざし》が支配的になるのではないかと考えられるのである。

石福⁷⁾は、「農村ではすべてが既知のものであり、それ故に農村は静かであるが、この静けさは決して他人に対する無関心や無知を意味するものではなく、彼らの《まなざし》は、この静けさの中でもじっと近隣に注がれている。農村では個の確立は困難で、都会では私的と考えられることも農村では部落のことと考えられる」と、農村の共同体の心理を指摘しているが、島嶼部である下五島においてもこのことは当てはまるのである。

2. 精神科医療における EBM と NBM の融合 に向けての展望についての考察

第一の研究は、巨視的・統計学的な研究である。下五島の統合失調症患者の全体像を俯瞰的にみるためには重要な価値ある研究である。しかし、統合失調症患者の統合失調症下位類型と初回発病時状態像に関する数値比較

が主体であるがゆえの制約と限界もある。

第二の研究は、第一のそれと全く異なり、質的研究に近い。患者・治療者間で交わされる精神療法的面接を通して「病に至り、病に苦しみ、病にそれなりの理由を付加して、病に抵抗したり病を受け入れようともがく患者の人格性」を軸にした「病の物語化」を患者と治療者が共有することに治療的価値を見出そうとする Narrative Based Medicine (NBM) 的な範疇の研究と位置付けたものである。

樽味²⁵⁾は、「患者という他者の精神内界を、他人である精神科医がいかに表現できるか」ということに関して、患者の言動を記述するときに、記述する者（医療者）は、まず、「きちんと」名を名乗り、「きちんと」記述し、そして「きちんと」刻み付けるべきであると主張する。これは、臨床の一瞬、一瞬に成立する医療者の（「情」ではなくて）「義」の部分であると指摘する。江口³⁾は、「義」であるならば、患者の言葉は可能なかぎり、細部を切り詰めたり、そぎ落とした記述ではなく、後日、まったく別の解釈が可能な余地を残したものにすべきであると指摘している。「病の物語化」は、精神療法的な面接過程で、何かの契機でまったく別の、時には正反対の解釈に向かう可能性があり、それがまさに「治療的」なのだと主張している。

精神科医療も科学的な根拠に基づく Evidence Based Medicine (EBM) 志向が求められている。しかし、現段階の科学・医学では、病因が明確にされていない精神疾患が圧倒的に多い。多くの精神疾患においては、「状況証拠はあるが、物的証拠はない」という喩え方も許されるような状況といえよう。そのような現状を考えると、臨床的には、精神疾患の根治だけではなく、患者がいかに精神疾患とうまく付き合っていけるのかを重視する医療も重要である。したがって、精神科医療には、EBM だけではなく、NBM も求められるのである。

医療は EBM 中心であるべきだという頑な

な思考の治療者はもちろん困るが、逆に、薬物療法などを忌避し、あまりにも NBM 主義的な治療者でも大きな禍根を残すと思われる。真理はいつも中庸にある、と言えるかもしれない。

この中庸を求めるかのような考え方の医学教育も始まっている。今は医師養成上の問題であるが、将来的には他の医療専門職にもかわる問題と考えられる。

医学生が診療参加型臨床実習を行う上で欠かすことのできない態度、技能、知識をもっているか否かについて評価する全国共用試験が開始された¹¹⁾。

共用試験における具体的な患者—医師のコミュニケーションスキルの学習目標において患者から聴くべき心理・社会的情報として、次の8項目が挙げられている。

- (1) 患者さんの生活や仕事などの社会的状況を聞く。
- (2) 患者さんの思いや不安などの心理的状況を聞く。
- (3) 患者さんの病気や医療に関する考えや理解（「解釈モデル」）を聞く。
- (4) 患者さんの検査や治療に関する希望や期待、好みなどを聞く。
- (5) 患者さんの過去の「受療行動」を聞く。
- (6) 患者さんの過去の「対処行動」を聞く。
- (7) 患者さんの特に気になっていること、心配していることを詳しく聞く。
- (8) 他医受診（代替医療も含む）の有無と処方内容を聞く。

三番目に「患者さんの病気や医療に関する考えや理解（「解釈モデル」）を聞くという項目が含まれている。これは、医療人類学者の Kleinman^{9, 10)} が患者の持っている病気に対する理解のあり方を「病の解釈（説明）モデル」と名付けた概念そのものであると藤崎は指摘している⁵⁾。

一般的に医学的な対応が求められる病態を表す用語は、「病（患）（illness）」「疾患（disease）」「病気（sickness）」に分けて用い

られている。Kleinman はそれらの用語を次のように定義している¹⁰⁾。

「疾患」という用語は、「病」という用語とは根本的に異なったものを意味している。「疾患」は医学の専門家である治療者の視点から見た概念であり、病因や臨床経過が確定され、一つの生物学的な単位として確立された概念である。したがって、明確な診断基準が成立しているわけである。一方、「病」とは、顕在的・潜在的な苦しみや悩みを訴えている状態を指し、周囲の人たちの「心も身体も含めた生活レベルでのサポート」と「時間という“日薬”」が組み合わさって、初めて「癒される」性質の状態を指している。Kleinman は、今日の生物医学的モデルによって軽視されがちなこうした「病」の経験、語りこそが、実は医療やケアの中心に据えられるものではないかと主張している¹⁰⁾。「病」とは、科学的エビデンスで確立された「疾患」とは異なるものと理解した方がよい。

そして三番目の「病気」という用語は、マクロ社会的（経済的・政治的・制度的）な影響力との関係において、ある母集団全体にわたって当てはまるという包括的意味において障害を理解することであると定義できる。たとえば、ある母集団を高い危険率で結核に陥れる貧困とか栄養失調とかの関係について語るとき、われわれは、病気としての結核を取りあげていることになる。研究者ばかりでなく、患者や家族や治療者もまた、「病」から「病気」へと視野を広げて、障害の経験に新たな見方を加え、それを政治的抑圧や経済的剥奪や、人々に不幸をもたらす社会的な諸要因の反映としてみることも必要である¹⁰⁾。

さて、この共用試験制度が開始される社会的・医学的・医療的な背景要因は多様であるが、ここでは一点だけを論じておきたい。

大学病院などにおける臨床実習は、その患者が罹患している疾患の治療が最も効率的・合理的に実施されるように造られた病棟構造（専門スタッフの人的配置を含め）のなかで行

われてきた。つまり、病棟で出会う患者は、地域や家族や慣れ親しんだ生活の場から引き剥がされた存在であり、治療対象の臓器を抱えた一個人に過ぎなく、生活者としての人格性は求められていないのである。さらに、患者—医療者間においては、相互に（振舞うべき）役割が存在し、その患者役割を患者が承諾することによって、初めて治療契約が結ばれているといっても過言ではなかった⁵⁾。

しかし、日本社会は構造の面でも意識の面でも大きく変貌を遂げつつある。医療者は、病院（診察室）に座して患者が訪れるのを待つという立場から、地域や患者自宅を訪れて診療が求められる時代になってきた。

医学生の実習に地域医療が組み込まれてくると、患者—医療者間の（振舞うべき）役割構造は逆転してくる。病院内では、医療者が患者を丁寧に診察室へ招き入れていたのが、患者宅訪問時には、その患者が生活する環境に合わせて医療者は立ち振る舞うことが求められる。このような状況になると、医療者は患者の疾患に対して純粋に科学としての医学的知識だけでは対応できない問題を患者が抱えていることに気づかされる。医学的な疾患対応とともに地域の生活者としての患者理解が重要となってくることになる⁵⁾。この点が、われわれの第二の研究の視点にも共通していると考えられる。第二の研究が成立したのは、精神科医サイドから相互対話抜きのチェックリスト方式で確認されたような病歴・症状歴ではなく、患者の生活の中で形成され・修飾されてきた患者の苦しい体験（妄想体験）を自らの言葉で表現された内容がカルテ内に、樽味の指摘した「義」に沿って記載され残されていたからである。

臨床の記述と「義」の問題は、文字として記載されるカルテ上に限らない。臨床の場で作業療法がなされる場合にも、当然のことながら患者との言語的な交わりは欠かせない。言語的な交わりだけではなく、非言語的な交わりも同時に重要な臨床行為であり、広義の

精神療法でもある。そこにも、臨床家としての「義」が求められる。先に述べた共用試験において指摘したように、身体疾患による機能障害を抱えた患者に対しても、精神医学的という専門的理論に基づいたものでなくとも、患者—医療者間のコミュニケーションスキル向上に向けた研鑽が今後は大きな課題として求められるのである。

患者の声に真摯に耳を傾けるということは、患者が語る「病の物語」を受容的・了解的に聴き入ることであり、その行為は、同時に、患者の病態の背後に潜み、病態を揺り動かしている人生体験を聴き取る力を鍛えることにもつながる。そのような臨床的な鍛錬によって、はじめてEBMとNBMは相互補完的に働き、生き生きとした精神科医療をもたらすと考えるのである。

文 献

- 1) Burton-Bradley BG : Culture and mental disorder. Medical Journal of Australia 13 : 539-540, 1963.
- 2) Bustamente JA : La bouffée délirante à Cuba. Evol Psychiat 34 : 399, 1969.
- 3) 江口重幸 : 臨床場面における物語と声. 江口重幸, 斎藤清二, 野村直樹・編著: ナラティブと医療. 金剛出版, 東京, 2006, pp.31-48.
- 4) 福間悦夫, 井上 寛, 梅沢要一, 狭間秀文 : 隠岐島の精神障害に関する比較文化精神医学的研究 (第1報). 精神医学 18 : 33-40, 1976.
- 5) 藤崎和彦 : 医学教育と語り. 江口重幸, 斎藤清二, 野村直樹・編著, ナラティブと医療, 金剛出版, 東京, 2006, pp.107-112.
- 6) Hamada Y. Ohta Y. Nakane Y : Factors affecting the family support system of patients with schizophrenia : A survey in the remote island of Tsushima. Psychiatry and Clinical Neurosciences. 57 : 161-168, 2003.
- 7) 石福恒雄 : 農村の分裂病—病態精神地理学

- の試み. 宮本忠雄・編, 分裂病の精神病理 2, 東京大学出版会, 東京, 1974, pp. 25-49.
- 8) 井上 寛: 人口流出と精神障害による帰郷 (いわゆる U ターン現象) - 山陰地方の帰郷分裂者の実態について. 米子医学雑誌 25 : 38-51, 1974.
- 9) Kleinman A : Patients and Healers in the Context of Culture. University of California Press, 1980 (大橋英寿, 作道信介, 遠山宜哉, 川村邦光・訳: 臨床人類学 - 文化のなかの病者と治療者. 弘文堂, 東京, 1992.)
- 10) Kleinman A : The Illness Narratives : Suffering, Healing and the Human Condition. Basic Books, 1988 (江口重幸, 五木田 紳, 上野豪志・訳: 病の語り - 慢性の病をめぐる臨床人類学. 誠信書房, 東京, 1996.)
- 11) 公益社団法人 医療系大学間共用試験実施評価機構 www.cato.umin.jp/ (2020年3月20日参照)
- 12) 中根允文, 太田保之: 島の精神病理 - 下五島の精神分裂病者を通して. 社会精神医学 4 : 39-44, 1981.
- 13) 長岡興樹: 下五島における比較文化精神医学的諸問題 - 下五島の分裂病者の発病契機を中心に. 九州神経精神医学 18 : 160-163, 1972.
- 14) 長岡興樹, 太田保之: 下五島における比較文化精神医学的接近の試み - 宗教的背景を通して. 九州神経精神医学 21 : 65, 1975.
- 15) 長岡興樹, 太田保之: 追跡とまなざしの精神病理. 荻野恒一・編著, 文化と精神病理, 弘文堂, 東京, 1978, pp. 129-152.
- 16) 太田保之, 長岡興樹, 松永文保, 川副正昭, 増井憲治, 他: 下五島における比較文化精神医学的調査 - 島内のカトリック信徒を中心に. 精神医学 18 : 35-42, 1976.
- 17) 太田保之: 特殊宗教文化圏における精神分裂病の比較精神医学的研究. 長崎大学神経情報研究室年報 7 : 1-8, 1980.
- 18) 太田保之, 荒木憲一, 道辻俊一郎, 中根允文: 都市部と離島部における分裂病者の社会適応に関する比較精神医学的研究. 社会精神医学 15 : 131-145, 1992.
- 19) Ohta Y, Tanaka G, Sugasaki H, Otsuka T, Araki K. et al. : Comparison of features in the evaluation of symptomatology and social adjustment between mothers and other family members of schizophrenic patients in Japan. Acta Medica Nagasakiensia 42 : 12-18, 1997.
- 20) 荻野恒一: Transcultural Psychiatry の展望. 精神医学 13 : 4-15, 1971.
- 21) 荻野恒一: 過疎地域における精神障害者の動態 - 奥能登の精神分裂病者の調査から一. 精神医学 14 : 23-30, 1972.
- 22) 荻野恒一, 久場政博, 溝口純二, 庄司順一: わが国における Transcultural Psychiatric Research の動向. 精神医学 17 : 90-113, 1975.
- 23) 荻野恒一: 過疎地帯の文化と狂気 - 奥能登の社会精神病理. 新泉社, 東京, 1977.
- 24) 林 宗義: 比較精神医学 - その趨勢と根本問題. 精神神経学雑誌 70 : 610-626, 1968.
- 25) 樽味 伸: 臨床の記述と「義」について. 福岡行動医学雑誌 11 : 36-39, 2004.
- 26) 内村祐之, 秋元波留夫, 管 修, 阿部良男, 高橋角次郎, 他: 東京府下八丈島住民の比較精神医学的併びに遺伝病理学的研究. 精神神経学雑誌 44 : 1-38, 1940.
- 27) Wing JK : The social context of schizophrenia. Am J Psychiatry 135 : 1333- 1339, 1978.

The psychopathology of schizophrenia and sociocultural background
in the remote islands of Shimogoto
– From the viewpoint of narrative based medicine –
by
Yasuyuki OHTA,MD,PhD¹⁾
Emeritus Professor of Nagasaki University¹⁾

□原著論文

自閉スペクトラム症児に対する
当院早期集団療育の効果についての一考察原田洋平¹⁾ 琴岡日砂代¹⁾ 井戸裕彦²⁾ 本山和徳¹⁾

1) 長崎県立こども医療福祉センター

2) 長崎県長崎こども・女性・障害者支援センター

要旨：本研究の目的は、小集団での早期集団療育の利用児について、PEP-3を使用し、対人面や運動面の変化について検証を行うことである。

平成25～28年度内に、当院の早期集団療育を利用した自閉スペクトラム症児49名のうち、開始/終了時にPEP-3による評価を実施できた45名の児に対して、療育開始時と終了時に実施したPEP-3の素点とパーセンタイル順位について、比較検討した。結果、PEP-3の素点について、全ての項目で、有意水準1%で有意差が見られた。パーセンタイル順位では、「微細運動」「粗大運動」「視覚一運動模倣」において、有意水準5%で有意差が見られた。

感覚運動遊びや対人意識を高めることを目的とした小集団での早期集団療育によって、運動面を中心にスコア向上に繋がったと考えられる。

一方、PEP-3は、言語課題等での効果判定がなされにくい一面があるので、今後は、言語発達を含めた対人コミュニケーション発達への効果について、さらに検討が必要である。

キーワード：自閉症スペクトラム症/障害 集団 療育

はじめに

発達障害のある子どもは、早期から発達段階に応じた一貫した支援を行っていくことが重要であり、早期発見・早期支援の対応の必要性はきわめて高い¹⁾。発達障害の中でも、自閉スペクトラム症（autism spectrum disorder 以下、ASD）児に対する乳幼児期からの早期発見・早期支援の重要性が認識されている²⁾。DSM-5によれば、自閉スペクトラム症とは「社会的コミュニケーションや対人

的相互反応の障害」及び「限定された反復的な行動、興味、または活動の様式」とされる。診断基準は「症状は小児期早期から存在し、日常生活の機能を制限し障害をきたすこと。これらの障害は知的障害や全般的な発達の遅れでは説明できない」としている³⁾。

近年、ASD児の早期介入に関して多くの研究がなされている。立花らは、ASD児は就学前の早期に療育を受ければ対人相互交流の能力が伸び、その後の社会予後を大きく変えることを示唆している⁴⁾。神尾らは、早期か

ら ASD 児の特性をよく理解した上で、動機づけを高く調整し、必要な社会的学習が可能な環境を整えることによって、苦手な領域である対人・コミュニケーション能力も時間をかけて少しずつ獲得できていくと述べている⁵⁾。また、早期から ASD 児に対して適切な働きかけを行うことにより、ASD 児の社会性、コミュニケーション能力、言語能力や知的能力等において改善が認められ、予後を良好に導くことが数々の研究で報告されている⁶⁾。以上より、ASD 児への早期からの介入は必要であると考えられるものの、教育診断検査 (Psycho educational profile-3rd edition 以下、PEP-3) を用いた研究は、事例研究を除いてほとんどされてこなかった⁷⁾。

当院では、ASD 児に対し、主に対人意識を高めることを目的に、感覚運動遊びや対人意識を高める遊びを中心とした、小集団での早期集団療育を行っている。本研究の目的は、小集団での早期集団療育の利用児について、PEP-3 を使用し、対人面や運動面の変化について検証を行うことである。なお、本研究は、保護者に対し、研究趣旨の説明を行い、同意が得られたものを対象とした。

対象・方法

(1) 対象

平成 25 年度から 28 年度に早期療育が行われた 49 名のうち、開始時と終了時に PEP-3 による評価を実施できた 45 名である (表 1)。男児 29 名、女児 16 名の ASD 児で、療育前に行った評価時の平均月齢は 29.1 ± 4.3 、約 6 ヶ月後の療育後の評価時の平均月齢は 34.2 ± 4.2 であった。療育前の発達評価では、遠城寺式乳幼児発達検査を行った 17 名の平均発達指数 (以下、DQ) 50.5 ± 12.2 、新版 K 式を行った 28 名の DQ 64.4 ± 10.7 であった。保護者の主訴は「呼びかけても反応しない」「視線が合わない」など、行動面や対人面における対応能力の低さから、生活場面で困り感のあることが多かった。

表 1 対象児の概要

番号	性別	回数	開始時月齢	終了時月齢	DQ (遠城寺)	DQ (新版K式)
1	女	10	28	33		65
2	女	10	31	34		59
3	男	10	27	29		65
4	女	12	28	33		55
5	女	12	31	34		69
6	男	12	35	38		52
7	男	24	31	34	57	
8	男	24	41	44		61
9	女	12	27	30	57	
10	男	22	33	40	44	
11	男	20	22	29	35	
12	女	24	34	42		65
13	男	24	23	31	68	
14	女	20	28	34		60
15	男	18	30	38		65
16	男	24	35	39		77
17	女	23	25	30		83
18	女	24	24	29		45
19	男	24	24	30		81
20	男	10	32	34		65
21	男	12	32	39		61
22	女	24	26	35	53	
23	女	18	32	37		82
24	男	12	23	25		57
25	男	12	31	35		57
26	女	19	31	37	42	
27	男	19	20	26	85	
28	男	12	27	31		73
29	男	20	29	36	44	
30	男	20	24	31	41	
31	女	19	30	35	39	
32	男	20	37	41		54
33	男	12	28	34		58
34	男	14	27	32		65
35	男	19	35	40	47	
36	女	10	24	29		86
37	女	15	26	31	44	
38	男	18	30	36		72
39	男	19	28	33	54	
40	男	19	32	37	48	
41	男	18	29	34	62	
42	女	20	30	35	39	
43	男	20	34	39		57
44	男	19	24	30		44
45	男	12	30	35		71

(2) 方法

1) 早期集団療育について

早期集団療育の対象は、主治医により、診断と早期集団療育の必要性を指摘された者である。開始後と終了時に医師、保育士、作業療法士、言語聴覚士、心理士等でカンファランスを実施している。カンファランスの中で、集団療育時の目標の検討や共有を図り、医師の指示のもと、回数を決めている。頻度は、週 1 回、1 回あたり約 1 時間。対象期間の平均参加回数は、 17.4 ± 4.8 回。人数は 1 グループ最大 3 名。内容は、主に感覚運動遊びと、小集団で対人意識を高める遊びを実施した (表 2)。

表 2 活動の流れ

活動の流れ
①対人交流を促す遊び (オーシャンスイング、すべり台、トンネル等)
②挨拶、名前呼び
③親子遊び (パラシュート、ぞうさん、ガタガタバス、マッサージ等)
④しゃぼん玉
⑤保護者への振り返り

対象親子への主な目的は「児の対人意識を高める。特に保護者への意識を高め、愛着形成を促す」「保護者が児の特性を理解し、適切

な対応方法を学び、実践できる」であった。

グループの目標は「親子遊びをとおして、対人意識を高める（模倣ができる、相手に要求を伝える方法を増やす）」「保護者が楽しく子育てができる」であった。

内容は、感覚運動遊びや対人意識を高めることを目的とした小集団での療育を行った。

活動の際に家庭でできるホームワークを提示した。ホームワークをとおして、家庭での継続的な関わりができるよう意識した。定期的に保護者懇談会を設け、先輩保護者が養育経験を語ったり、保護者同士のネットワークを深める関わりも行った。

スタッフは保育士4名、作業療法士または言語聴覚士が1名、心理士1名の合計6名で構成し、作業療法士と言語聴覚士は交互に隔週で活動に入った。

作業療法士の役割として「感覚面や姿勢運動面を中心としたアセスメント」「活動内容に関する保護者へのライブコーチング」「アセスメント結果に基づく目標設定やホームエクササイズ等を、スタッフや保護者へ紹介」「診療情報提供書を作成し、保護者、医療機関、児童発達支援事業所、幼稚園や保育園等への情報提供」を行った。

2) PEP-3による効果判定について

PEP-3の評価は作業療法士4名が実施した。PEP-3とは、TEACCHプログラムのフォーマルアセスメントであり、教育診断検査の第3版である⁸⁾。PEP-3は教育的プログラムを作成し、ASD児または他の発達障害の子どもを診断する際に、教育者を援助するために考案されている。また、評価の過程において、家庭での教育的試みを調整することを助けるために、「養育者レポート」が取り入れられている。PEP-3は、(1)最も適切な個別教育計画を仕上げるために、それぞれの子どもの強みと弱みをはっきりさせる、(2)確定診断のための情報を収集する、(3)発達/適応レベルを確定する、(4)研究成果や学習効果のみ

る研究ツールとして寄与する、という4つの目的によって考案されている。ASD児で知能検査の測定が困難な場合でも遊びを通じて検査が可能となるように視覚的検査課題が盛り込まれ、被検査児の「発達の機能レベル」とASD児の「障害特性」を評価することができる。PEP-3には、「認知/前言語」「表出言語」「理解言語」「微細運動」「粗大運動」「視覚—運動模倣」「感情表出」「対人的相互性」「運動面の特徴」「言語面の特徴」の10項目がある。評定は合格・芽生え・不合格の3段階で判定する。合格とは一人で課題を達成したことを指し、芽生えとは課題に対して部分的な能力を持っていることを意味する。課題に対する時間制限がなく、個々の子どもの取り組みに合わせて実施し、必要に応じて適宜休憩時間を設けるため、全体の実施にかかる時間は個々の取り組み方によって異なる。

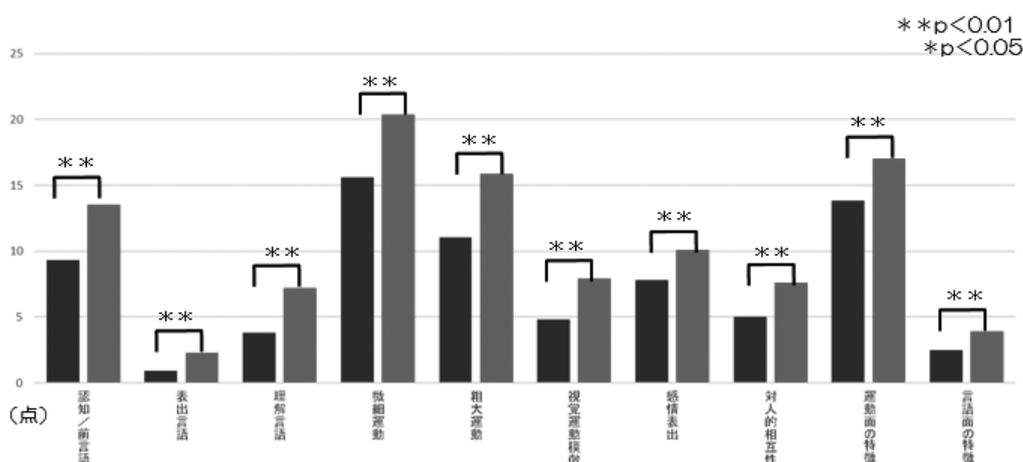
3) 統計分析

療育効果の判定として、療育開始時と終了時に実施したPEP-3のスコアについて、素点とパーセンタイル順位について、比較検討した。有意差検定は、素点はT検定、パーセンタイル順位はWilcoxonの順位符号和検定を実施した。解析にはFree JSTATversion13.0を使用した。

結 果

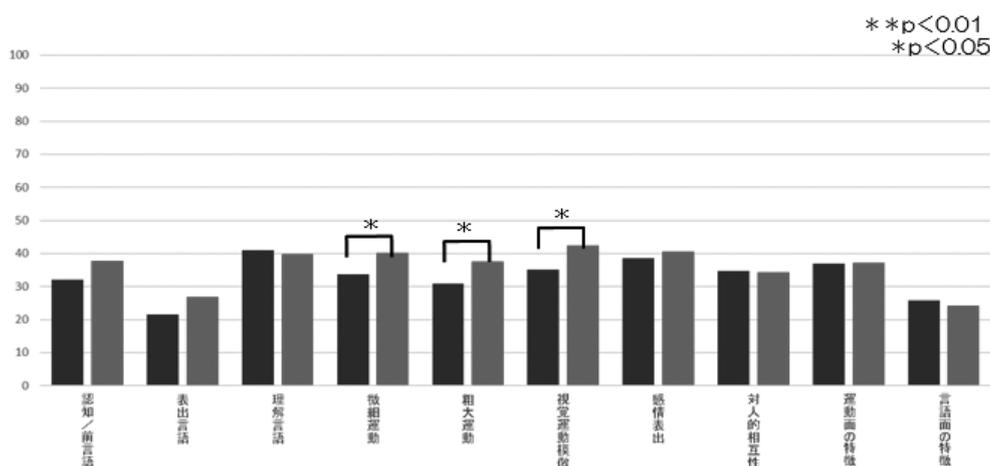
素点について、「認知/前言語」「表出言語」「理解言語」「微細運動」「粗大運動」「視覚—運動模倣」「感情表出」「対人的相互性」「運動面の特徴」「言語面の特徴」の全10項目で、有意水準1%で有意差あり(図1)。

パーセンタイル順位では、「微細運動」「粗大運動」「視覚—運動模倣」において、有意水準5%で有意差あり。「認知/前言語」「表出言語」「理解言語」「感情表出」「対人的相互性」「運動面の特徴」「言語面の特徴」においては、有意差は見られなかった(図2)。



	認知／前言語	表出言語	理解言語	微細運動	粗大運動	視覚運動模倣	感情表出	対人的相互性	運動面の特徴	言語面の特徴
前	9.4	0.9	3.8	15.6	11.1	4.8	7.8	5	13.8	2.5
後	13.5	2.3	7.2	20.4	15.8	7.9	10.1	7.8	17	3.9

図1 結果(素点)



	認知／前言語	表出言語	理解言語	微細運動	粗大運動	視覚運動模倣	感情表出	対人的相互性	運動面の特徴	言語面の特徴
前	32.1	21.5	41.0	33.7	30.9	35.1	38.6	34.7	36.9	25.8
後	37.8	26.8	39.8	40.3	37.5	42.3	40.6	34.2	37.1	24.2

図2 結果(パーセンタイル順位)

考 察

素点やパーセンタイル順位で有意差が見られた主な要因として、感覚運動遊び等の活動をとおして、心身の発達が促され、トランポリンやスイング等、空間内でダイナミックに自己の身体を利用した運動の経験をとおして、運動面を中心に、スコア向上に繋がった可能性があると思われる。

対人意識を高める遊びについては、最大でも3名という小集団の中で、スタッフや保護者や他児の遊びを模倣し、様々な運動遊びを経験できたことが有効であったと思われる。小集団の利点として、1人1人の発達段階やニーズに合わせた対応ができ、活動時にすぐにスタッフがASD児や保護者のフォローに入ることができる体制があげられる。

作業療法士の役割である「活動内容に関する保護者へのライブコーチング」により、活動の意味や目的、子供の行動の背景を、保護者へより丁寧に伝えることができ、児の行動に注目し、行動の背景を理解しようとする保護者の意識が高められた。行動の背景を理解し、よい行動を増やしていけるような関わりを行うなかで、子供を褒める体験が増えることで、保護者や子供の表情に明るさを感じられるようになった。褒めることが、子供の適応的な行動を導くことの要因の1つになった。また、保護者への関わりとして、定期的な保護者懇談会を実施した。保護者懇談会では、それぞれ養育経験を語り、共感やアドバイスを交わす場面が見られた。岩坂ら⁹⁾がグループの自助的な相互サポート機能が、プラスの相乗効果を生み出していたと述べていることが実感できた。

早期集団療育には、感覚統合療法や TEACCH プログラムの技法を多く取り入れられている。1つの技法によらず、エビデンスのある方法を取り入れ、早期から重点的に介入することが、療育効果に繋がることが示された。

今回の報告では、PEP-3の中でも非言語的な項目である「微細運動」「粗大運動」「視覚—運動模倣」において、有意な効果が得られたが、言語課題に関する項目において、有意な効果が少なかった。PEP-3という検査法では、言語面に関する細かい変化を捉えることが難しかったと思われ、言語コミュニケーションへの効果については、他の評価法による検討が必要であると考えられた。また、生活場面での変化や長期的なスコアの変化を追跡していくことが必要である。

文 献

- 1) 笹森洋樹, 後上鐵夫, 久保山茂樹他:【発達障害のある子どもの早期からの総合的支援システムに関する研究】発達障害のある子どもへの早期発見・早期支援の現状と課題. 国立特別支援教育総合研究所研究紀要 37, 3-15, 2010.
- 2) 神尾陽子:自閉症への多面的アプローチ—発達というダイナミックな視点から—. 特集 自閉症とこころのそだち. 滝川一廣・小林隆児・杉山登志郎・青木省三(編). そだちの科学 (pp.10-14), 11. 日本評論社. 2008.
- 3) (DSM-5 APA 2013)
- 4) A systematic review and meta-analysis of comprehensive interventions for preschool children with autism spectrum disorder (ASD). Yoshiyuki Tachibana, Celine Miyazaki, Erika Ota, Rintaro Mori, Yeonhee Hwang, Eriko Kobayashi, Akiko Terasaka, Julian Tang, Yoko Kamio PLOS ONE, 2017, DOI: 101371/journal.pone.0186502.
- 5) 神尾陽子:ライフステージに応じた広汎性発達障害者に対する支援のあり方に関する研究:支援の有用性と適応の評価および臨床家のためのガイドライン作成. 厚生労働科学研究費補助金 障害保健福祉総合研究事業. 平成 21 年度総括・分担研究報告書, 2010.
- 6) Barton, E. E., Lawrence, K., & Deurloo, F.: Individualizing interventions for young children with autism in preschool. Journal of Autism and Developmental Disorders . 42 , 1205-1217. 2012.
- 7) 山田新二, 小林信篤, 佐々木正美:自閉症支援における評価の重要性—AAPEP による評価と職員の事前評価との比較から. 川崎医療福祉学会誌. 18 (2). 475-480. 2009.
- 8) ショプラー E・ランシング, M.D.・ライクラー, R.J.・マーカス, L.E. 茂木俊夫(監修)

- 2007 PEP-3 自閉症児・発達障害児教育診断検査三訂版 川島書庖 (Shopler, E., Lansing, M. D., Reichler, R. J., and Marcus, L. M. 2005 PEP-3 Psychoeducational Profile Third Edit .Austin, TX: pro-ed.)
- 9) 岩坂英己, 清水千弘, 飯田順三他: 注意欠陥/多動性障害 (AD/HD) 児の親訓練プログラムとその効果について. 児童青年精神医学とその近接領域. 43 (5) 483-497 2002.

The effects of early group therapy for children with autism spectrum disorder in our hospital

Youhei Harada¹⁾, Hisayo Kotooka¹⁾, Hirohiko Ido²⁾, Kazunori Motoyama¹⁾

1) Nagasaki Prefectural child medical and social welfare center

2) Nagasaki Support Center for Children Women and People with disabilities

□短報

作業療法の実施時間に対する患者の意識調査（第2報）

杉村彰悟¹⁾・福田健一郎²⁾・上城憲司³⁾

1) 小鳥居諫早病院 2) 真珠園療養所 3) 宝塚医療大学

要旨：精神科作業療法の実施時間は「2時間」が新設時から現在まで継続している。精神科作業療法士の多くは「時間短縮」に関する意見が多く、日本作業療法士協会も厚生労働省に対し要望しているが、改定には至っていない。そこで今回我々は、県内の精神科作業療法を実施した患者191名にアンケートを行い、患者自身の意見を問うこととした。結果は75%以上が「60分以下」が妥当な時間であると答えた。その他、効果が実証されている治療法など、様々な視点からも、精神科作業療法は「60分以下」が妥当であると窺える。

キーワード：アンケート 精神科作業療法（実施時間）（患者意識）

はじめに

精神科作業療法（以下精神科OT）の実施時間は1974年新設時の「患者1人当たり1日につき2時間を標準とする。1人の作業療法士は1日につき25人を1単位とし1日当たりの取り扱い患者数75人を標準とする（要約）」が現在までほぼ変更されることなく継続している。

日本作業療法士協会（以下協会）は、2003年より厚生労働省に対して、精神科OT実施時間の短縮を要望している。具体的には「当該療法を1時間以上実施した場合に算定できる。但し、医師の指示によっては急性期後又は重症患者に当該療法を30分以上実施した場合においても算定できるものとする」であるが、精神科OT実施時間の改定には至っていない。また、モニター調査（2015）¹⁾で最も多い要望は「時間・単位の見直し（39%）」で、「2時間は長すぎる」「短時間（30～60分）にして単位数を増やしてほしい」など時間要件

に関する要望が多く、個別・急性期への対応を求める意見が挙げられていた。

林田らは、長崎県内の精神科を標榜している医療機関に入院している患者に対し、精神科OT実施時間に対する意識調査を行なった。その結果、どの疾患も80%近くの患者が精神科OT実施時間は「60分以内」が最も適した時間と回答し、運動や認知行動療法は短い時間を、創作活動は長い時間を希望していた²⁾。また、徳永ら³⁾、OT種目の調査を行い、患者が参加希望するものとして「スポーツ」や「手工芸」が多く、特に入院初期は「スポーツ」を選択する傾向が認められたと報告している。うつ病に対する有酸素運動は症状改善効果が示されている^{4)～6)}。やはり患者は効果が実感できるものを自然と選んでおり、実施時間に対する患者意識はとても重要と思われた。今回はデータ数を増やし、別の視点から精神科OT実施時間について考察したい。

対象と方法

対象は長崎県内で精神科 OT を実施している医療機関に入院中の患者で、且つ6ヶ月以内に退院する患者とし、退院時に以下のアンケートを求めた。

アンケート内容は、精神科 OT 活動で適切だと思う時間について「30分程度」「60分程度」「90分程度」「120分程度」の4択での回答を求めた。

調査期間は平成27年6月から平成28年11月で、アンケートは5施設より回答を得た。不明確なデータは除外した。

倫理的配慮

アンケート実施にあたっては文書もしくは口頭にて説明し、承諾を得た。なお、本調査において利益相反はない。

結 果

表1に対象者の属性を示す。回答が得られた患者数は191名で、平均年齢は51.3歳であった。疾患の内訳は気分障害85名(44.5%)、統合失調症56名(29.3%)、アルコール依存症43名(22.5%)、その他の精神疾患7名(3.7%)であった。平均入院期間は2.8ヶ月であり、平均罹病期間は134ヶ月であった。また、アルコール依存症は、病的飲酒とみられる飲酒期間が不確かなため、平均罹病期間から除外した。

表1 対象者属性と疾患別の内訳

対象者属性				
	平均年齢	平均入院期間	平均罹病期間	
	51.1	2.8ヶ月	134ヶ月	
疾患別の内訳				
	気分障害	統合失調症	アルコール依存症	その他
人数	85名	56名	43名	7名
(割合)	(44.5%)	(29.3%)	22.5%	(3.7%)

アンケートの結果(図1)、患者が答えた適切な精神科 OT 活動時間は「60分程度(44.5%)」

が最も多く、「30分程度(33.0%)」と併せ「60分以下」で75%以上を占めた。

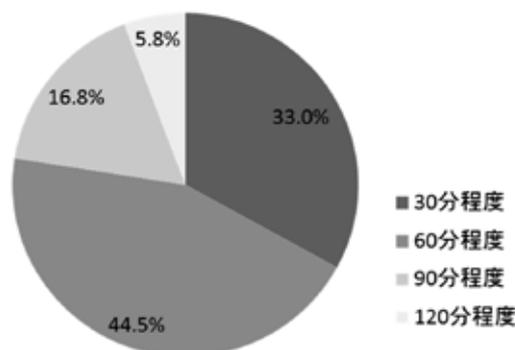


図1 アンケート結果

疾患別(図2)でも、アルコール依存症患者(88.3%)、統合失調症患者(85.7%)、気分障害患者(64.7%)が「60分以下」と回答した。年齢別(図3)では、39歳以下で「60分以下」が73.8%であった。40～59歳では75.7%、60歳以上では82.2%が「60分以下」を望む結果となった。

考 察

今回、精神科 OT 実施時間に対する患者の意識調査を行い「60分以下」が75%以上を占める結果となった。疾患別にみても「60分以下」の回答が多くを占めていた。

—運動療法から—

精神科 OT では運動を用いる事が多く、うつ病に対する運動療法も多数報告されている。中等度のうつ状態の患者に有酸素運動を行った Blumenthal ら⁴⁾ は週に3回、10分間のウォーミングアップ・30分間のウォーキングかジョギングで、有意に Hamilton・Beck が改善したとしている。Singh ら⁵⁾ もうつ病患者にウエイトリフティングを週3回45分20週間実施し、20週後と26ヶ月後に Beck 尺度が有意に改善したと報告し、同様に、Mather ら⁶⁾ も6週以上抗うつ薬服用で効果がみられない患者に週2回、5～10分のウォーミングアップ・音楽にあわせて筋力アップ・ストレッチング45分・気分転換のプログラムを10週間に渡り

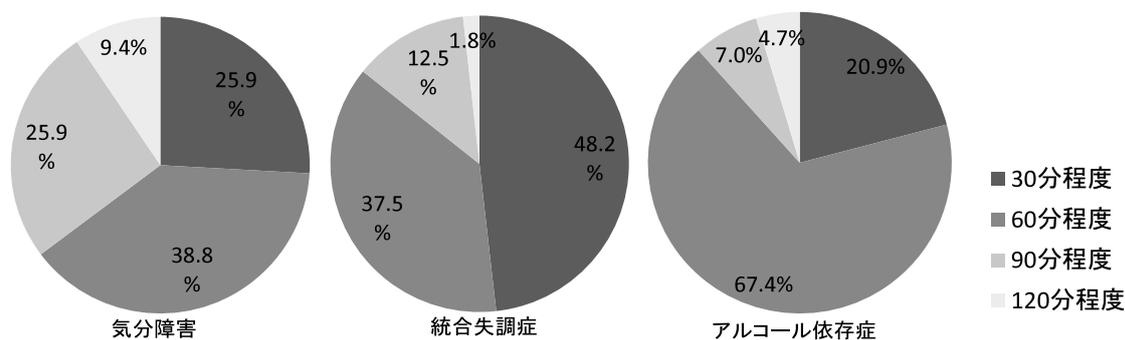


図2 疾患別

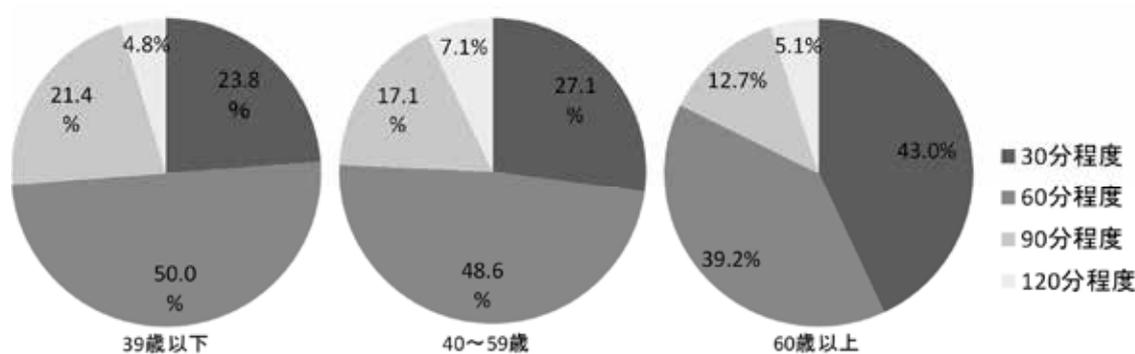


図3 年齢別

実施し、コントロール群に比べ Hamilton に有意な差があったとしている。これら全て 60 分以内の実施時間で効果を得ている。

—認知行動療法から—

作業療法白書（2010年）によると、精神科領域では手工芸（97.3%）、創作・芸術活動（95.6%）、身体運動活動（89.6%）、生活圏拡大活動（80.9%）各種ゲーム（77.7%）を治療的手段として用いていた。方法として手工芸、創作・芸術活動が最も多いが、精神科 OT では近年、認知行動療法的なアプローチを行なうことが増えている。2014～2015年の日本作業療法学会をみると、認知行動療法的なアプローチの発表は2014年で10題、2015年で8題と多い。認知行動療法の一つである「心理教育」はエビデンスが示されており、2000年の Merinder ら⁷⁾によるメタアナリシス、2003年には Pekkala と Merinder⁸⁾によるメタアナリシスがあり、それぞれコンプライ

アンスが有意に改善もしくは再発率・再入院率が有意に低かったとしている。2011年には Cochrane Review においても心理教育はコンプライアンスへの効果を認めている⁹⁾。これら心理教育の日本における報告をみると、実施時間は久留米大学¹⁰⁾、兵庫県立光風病院¹¹⁾および西ヶ原病院¹²⁾共に「約60分」となっている。また、診療報酬に掲載されている「SST（生活技能訓練）」や「集団精神療法」も算定要件は60分となっている。

—認知症に対しても—

さらに、認知症に対する認知トレーニングに関する報告も1回あたり20分ないし45分で効果があったとしている^{13) 14)}。加えて、認知トレーニングにその他の治療法を組み合わせた45分間のアプローチでも効果が報告されている^{15) 16)}。

—日本と海外の OT でも—

作業療法士からの報告もある。2015年、筆

者らは統合失調症患者に対し、夕方に20分の運動を行なったところ、睡眠感が改善したと報告した¹⁷⁾。また、福田は薬物療法で改善しないうつ病患者に対し、4週間30分/回のトレッドミルを併用したところ、SDSが改善した¹⁸⁾としている。

海外の精神科OTにはRCTが2つ存在する。地域在住の認知症に対し、1回あたり60分5週間10セッションの外的代償手段訓練を実施しコントロール群と比較したところ、生活能力が改善した¹⁹⁾というものと外来記憶訓練5週間10セッション(1回70分)で効果があったというものである²⁰⁾。

この様にさまざまな治療法において実施時間は「60分以下」で効果を示していることから、「60分以下」が妥当な治療時間と言える。そして、今回行ったアンケートにおいても75%以上の患者が「60分以下」を望んでいることから「60分以下」の実施時間が患者の体感としても適切な時間であることが伺えた。

これらのことから協会が要望している「1時間(あるいは急性期時の30分程度)」が精神科OT実施時間として妥当ではないかと考えられた。

謝 辞

今回このアンケートにご協力いただきました病院の関係者さまに厚くお礼申し上げます。そして、研究を進めるうえで様々な面で配慮、ご教授していただいた真珠園療養所福田健一郎先生、ご校閲していただきました宝塚医療大学上城憲司先生に心から感謝申し上げます。

文 献

- 1) 日本作業療法士協会制度対策部保健対策委員会精神科班：平成27年度モニター調査(精神科作業療法, 精神科デイケア)報告. 日本作業療法士協会誌 49 : 29-31, 2016.
- 2) 林田浩司他：作業療法の実施時間に対する患者の意識調査. 長崎作業療法研究特別号,

- 2017.
- 3) 徳永直也：うつ病病棟における作業療法. 第50回九州精神保健学会抄録集 : 136, 2004.
- 4) Blumenthal JA, Babyak MA, Moore KA, et al: Effects of exercise training on older patients with major depression. Arch Intern Med 159:2349-2356, 1999.
- 5) Singh NA, Clements KM, Singh MAF: The efficacy of exercise as a long-term antidepressant in elderly subjects: A randomized controlled trial. J Gerontol Med Sci 56:487-504, 2001.
- 6) Mather AS, Rodriguez C, Guthrie MF, et al: Effects of exercise on depressive symptoms in older adults with poorly responsive depressive disorder. Br J Psychiatry 180:411-415, 2002.
- 7) Merinder LB : Patient education in schizophrenia: a review. Acta Psychiatr Scand 102 : 98-106, 2000
- 8) Pekkala E, Merinder L : Psychoeducation for schizophrenia (Cochrane Review) . In: The Cochrane Library, Issue 2, 2003. Oxford: Update Software.
- 9) Cochrane Database Syst Rev 15 ; 6 : CD002831, 2011.
- 10) 富田克, 前田正治 : 精神科急性期医療における心理教育. 臨床精神薬理 5 (4) : 409-414, 2002.
- 11) 藤田愛子, 白井豊 : 精神科救急病棟における心理教育の試みとその効果. 精神科救急 17 : 116-122, 2014.
- 12) 鈴木英世. 統合失調症の日常生活や障害認識に対する心理教育と社会生活技能訓練の効果. 精リハ誌 13 (1) : 69-78, 2009.
- 13) Kawashima R, Okita K, Yamazaki R, Tajima N et al : Reading aloud and arithmetic calculation improve frontal function of people with dementia. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 60 (3) : 380-384, 2005.
- 14) Spector A, Thorgrimsen L, Woods B, Royan

- L et al : Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia; Randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 183 : 248-254, 2003.
- 15) Bentwich J, Dobronevsky E, Aichenbaum S, Shorer R, Peretz R et al : Beneficial effect of repetitive transcranial magnetic stimulation combined with cognitive training for the treatment of Alzheimer's disease: a proof of concept study. *J Neural Transm* 118 (3) : 463-471, 2011.
- 16) Eckroth-Bucher M, Siberski J : Preserving cognition through an integrated cognitive stimulation and training program. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 24 (3) : 234-245, 2009.
- 17) 杉村彰悟他 : 慢性精神障がい者へ夕方の運動の睡眠効果の検証. 第22回長崎県作業療法学会抄録集 p41, 2015.
- 18) 福田健一郎, 山内さえみ, 坂本久男, 林田博典, 太田保之 : うつ病患者に対する運動療法の試み. 第51回日本作業療法学会抄録集 : , 2017.
- 19) Graff MJ et al : Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: randomized controlled trial. *BMJ* 333 : 1196, 2006.
- 20) Kuman P et al : Novel occupational therapy interventions may improve quality of life in older adults with dementia. *Int Arch Med* 7 : 26, 2014.

Analysis of attitudes toward psychiatric occupational therapy among inpatients.

Syogo Sugimura¹⁾ Ken-ichiro Fukuda²⁾ Kenji Kamijo³⁾

- 1) Kotorii isahaya Hospital 2) Shinjuen Hospital
3) Takarazuka University of Medical and Health Care

□実践報告

腹腔鏡下術後に左橈骨神経麻痺を呈した
患者に対する作業療法光永 済¹⁾, 山口 良太¹⁾, 高橋 弘樹¹⁾

1) 国立大学法人 長崎大学病院 リハビリテーション科

要旨：今回我々は、大腸がんの術後に橈骨神経麻痺が出現し、左上肢、手指の運動麻痺を呈した患者を経験した。当初理学療法のみでの介入であったが、上肢機能の低下のため作業療法開始（以下、OT）となった。橈骨神経麻痺の要因としては、術中や術後の影響が考えられたものの詳細な要因については不明であり、患者は精神的な落ち込みや左手の不使用が見られていた。そのためOTでは活動量計にて両手の使用量を測定し、適宜使用量についてフィードバックを行った。また精神的な落ち込みに対しても適宜評価を実施し、傾聴し支援を行なった。その結果橈骨神経麻痺の改善を認め、徐々に左手の使用頻度は増え筋力や巧緻性は向上した。精神的な落ち込みについても改善がみられ、在宅復帰へと至った。

橈骨神経麻痺により左手の不使用があったものの、活動量計にて使用量を測定しフィードバックを行なったことで使用頻度が増え麻痺の改善を認めた。具体的な使用量を患者に示すことは一つの目安となり、自発的に動かす場面が増え麻痺の改善にも繋がったと考える。活動量計を使用し測定することは直接的な治療手段ではないが、OTを展開していく中で治療の一助となる可能性が示唆された。

キーワード：橈骨神経麻痺、上肢機能、活動量

はじめに

腹腔鏡下大腸切除術における合併症としては神経麻痺や褥瘡が考えられるが、先行研究における合併症の発生率は1%も満たないのが現状である^{1) 2)}。合併症の主な要因は術中の固定具の圧迫とされており、術後神経麻痺は運動療法、低周波刺激療法等を実施することで92%は6ヶ月以内に回復するとされている^{3) 4)}。回復過程としては、最初に知覚障害、次に低位神経根の運動障害、最後に高位神経根の運動

障害が改善し⁴⁾、永久的な障害はほぼ認められないとされている⁵⁾。しかし感覚や神経障害の改善が得られるまでには、時間を要すためその間の不使用は廃用症候群を引き起こしリハビリテーションの阻害因子となることが考えられる。

今回我々は、大腸がんの術後に橈骨神経麻痺が出現し、左上肢、手指の運動麻痺を呈した患者を経験した。当初理学療法のみでの介入であったが、上肢機能の低下のため作業療法

開始（以下、OT）となった。患者は術後麻痺が出現したことによる精神的な落ち込みや左手の不使用方法による廃用症候群を認めた。OTでは運動療法や低周波刺激療法に加え、活動量計により健側・麻痺側の使用量を測定し、患者に対して一日の使用量のフィードバックを行う指導を行った。その結果、麻痺手の使用量は増え機能的にも改善を認めたため、今回その経過に若干の考察を加えて報告する。

なお、本報告に関して、ご本人・ご家族より書面での同意を得るとともに、当院の倫理審査委員会にて承認を得ている。

症例紹介

【対象者】 56歳，男性，身長175cm，体重77kg。

【利き手】 右手。

【家族構成】 妻，次男と3人暮らし。
キーパーソン：妻

【職業】 配管業であり現在は休職中であるも、将来的には復職の希望あり。

【家屋状況】 一軒家（二階建て。）
玄関，トイレ，浴室に段差，各部屋に敷居あり。手すりの設置箇所はなし。

【診断名】 大腸がん，左橈骨神経麻痺

【現病歴】
入院前は自宅にて生活し，ADLも自立していた。下血を主訴にX年Y月Z日他院受診，下部内視鏡の検査結果，横行結腸ポリープを指摘され精査加療目的に当院紹介となる。上記診断となり，術前化学療法施行後同年X+4月Z+1日手術目的に入院となった。入院2日目に腹腔鏡下低位前方切除術実施し，術後よりPT介入開始する。術後より左橈骨神経麻痺を呈し，改善が認められなかったため，上肢，手指の機能改善目的に入院35日目よりOT開始となる。

【Performance status (PS)】

PS1：軽度の症状はあるが，歩行や軽労働は出来る。

【他部門情報】

主治医：大腸がんは術後問題なく経過しており，橈骨神経麻痺が改善すれば自宅退院の方針である。

看護師：右手を使ってADLは出来ているも，袖を通したり，一部洗体動作に介助が必要な状況である。

評価と分析

1. 初期評価

（入院35日，左橈骨神経麻痺出現37日）

【患者の意見】

手が動くようになって，仕事をしたいね。

【患者家族の意見】

手の麻痺が改善して欲しい。

【身体機能】

【MMT】（右/左）

肩関節屈曲5/5，伸展5/5，外転5/5，内転5/5，外旋5/5，内旋5/5，肘関節屈曲5/4，伸展5/3，回外5/4，回内5/3，手関節屈曲5/3，伸展5/2

【握力】（右）34.5kg，（左）16.7kg

【ピンチ力】

（右）I・II指：5.2kg f，3指：5.8kg f

（左）I・II指：0.6kg f，3指：1.2kg f

【ROM】 著明な制限なし。

【sensory】 Semmes Weinstein Monofilament Test (SWT) にて測定。

（右）手掌3.22，I～V指3.22

（左）手掌3.22，I指3.22，II指2.44，III指3.22，IV指2.36，V指2.44

* 著明な左右差なし

【上肢機能】

Action Research Arm Test (ARAT)：

（右）57/57点，（左）44/57点

Motor Activity Log (MAL)：

AOU 29/70点(2.07点)，QOM 30/70点(2.14点)

Disability of the Arm, Shoulder, and Hand

(DASH)：Disability/symptom 20/100点

Sports/music 75/100点，Work 88/100点

【疼痛】

（左）三角筋～肘頭，前腕1/3～I指・II指

にあり、
安静時 NRS3/10、動作時 NRS7/10

[歩行能力]

独歩、階段昇降も1足1段にて可能。

【精神機能】

MMSE：30/30点。（著明な低下なし）

Hospital Anxiety and Depression Scale
(HADS)：

Anxiety 0/21点、Depression 5/21点

Pain Catastrophizing Scale (PCS)：

反芻 11/20点、無力感 5/20点、拡大視 0/12点

【ADL】

FIM：117/126点。（洗体と袖を通す場面に
介助が必要。排便は人工肛門管理。）

2. 初期評価時の問題点 (ICF)

- # 1. 橈骨神経麻痺。
- # 2. 感覚障害（痺れあり）。
- # 3. 左手の不利用。
- # 4. 精神的な落ち込みあり。
- # 5. 大腸がん治療。
- # 6. 復職困難。

3. 初期評価のまとめ

本症例は、大腸がん術後に橈骨神経麻痺が出現し左手関節の背屈困難となり、不利用による手指の筋力低下や痺れ等の感覚障害を認めていた。橈骨神経支配領域のみの障害であり肩や上肢、手指共に動きは見られていたものの、日中使用する頻度は非常に少なかった。その要因としては手関節の背屈が不十分であり、ADL上での使用が困難となっていた。

【身体機能】

評価結果より、橈骨神経麻痺による左上肢や手指の麻痺を認め、手関節の背屈が不十分なためにADL動作での使用が困難となっていた。外科的手術後に出現した橈骨神経麻痺であるが、手術による橈骨神経自体の損傷はないため、継続してリハビリを行うことで改善は可能と考えられた。

【認知機能】

著明な認知機能低下は認められなかったものの、痺れや疼痛により精神的なストレスや橈骨麻痺の出現による精神的な落ち込みが認められた。しかしリハビリには意欲的であったため、十分にOTの効果が期待出来ると考えられた。

【社会生活】

入院前は建設会社に勤務しており、今後も復職を希望されている。手の機能自体が改善することで、十分可能と考えられた。

作業療法計画とその分析

1. リハビリテーション目標（2週間）

(1) 麻痺の改善：

左上肢、手指の動きが改善する。

(2) 左手の使用頻度増加：

装具装着し、左手の使用頻度を増やす。

(3) 精神面の改善：

突発的に左手の麻痺が出現したことによる精神的な落ち込みの改善を図る。

2. 作業療法計画：期間1ヶ月

(1) 麻痺の改善

低周波による電気刺激や道具を使用したリーチ動作練習、ピンチ動作練習を実施し、麻痺の改善を図っていく。

(2) 左上肢、手指の使用頻度の増加

カックアップスプリント（図1）を装着し、ADL動作における左手の使用を検討する。また両手の使用量を測定するために、腕時計型の身体活動量計を用いる。両側上肢の使用量を測定することで、左上肢の使用量だけでなく右上肢との使用頻度の割合を調査出来、対象者にフィードバックすることで使用頻度の増加を図る。使用頻度が増えることで、麻痺の改善を図っていく。

(3) 精神的な落ち込みの改善

左手の麻痺の改善や左手をADL場面にて使用することで、自己肯定感を向上させ精神的な落ち込みの改善を図っていく。



図 1. カックアップスプリント

入院経過

(OT 開始～14日, 入院 35～49日,
橈骨神経麻痺出現 37～51日)

入院 37 日目よりスプリントを装着したことで ADL 動作での左手の使用が可能となった。また活動量計にて測定した使用量は、右手と比較して左手の使用率の増加を認めた (図 2)。更にリーチ動作やピンチ動作練習を反復して行うことで、上肢、手指の機能自体の改善も認めた。OT 開始し、1 週間程度にてスプリント装着せずに手関節の固定が可能となり、徐々にスプリントを除去し ADL 動作が可能となってきた。

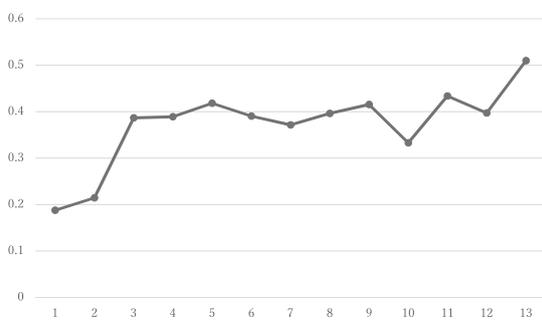


図 2. 左手の使用率

1. 中間評価

(OT 開始 14 日, 入院 49 日, 麻痺出現 51 日)

[患者の意見]

手が動くようになってきて、痺れも軽くなってきたよ。

[患者家族の意見]

このまま手が良くなって欲しい。

【身体機能】

[MMT] (右 / 左)

肩関節屈曲 5/5, 伸展 5/5, 外転 5/5, 内転 5/5, 外旋 5/5, 内旋 5/5, 肘関節屈曲 5/4, 伸展 5/4, 回外 5/4, 回内 5/4, 手関節屈曲 5/4, 伸展 5/3

[握力] (右) 35.3kg, (左) 18.7kg

[ピンチ力]

(右) I・II 指 : 5.4kg f, 3 指 : 6.2kg f

(左) I・II 指 : 0.9kg f, 3 指 : 1.8kg f

[ROM] 著明な制限なし。

[sensory] 著明な低下なし。

[上肢機能]

Action Research Arm Test (ARAT) :

(右) 57/57 点, (左) 55/57 点

Motor Activity Log (MAL) :

AOU 48/70 点 (343 点), QOM 59/70 点 (421 点)

[歩行能力]

独歩, 屋外歩行も問題なく可能。

【精神機能】

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) :

Anxiety 1/21 点, Depression 4/21 点

Pain Catastrophizing Scale (PCS) :

反芻 15/20 点, 無力感 5/20 点, 拡大視 3/12 点

【ADL】

FIM : 121/126 点。

(ADL 自立は変わらないものの, 両手動作が増えたとのこと。)

2. 中間評価時の問題点 (ICF)

- # 1. 橈骨神経麻痺。
- # 2. 感覚障害 (痺れあり)。
- # 3. 復職困難。
- # 4. 大腸がん治療。

3. 作業療法評価 (中間) のまとめ

【身体機能】

橈骨神経麻痺の改善に伴い、握力、ピンチ力の改善を認め、ADL 動作での左手の使用頻度も増えてきた。痺れは残存しているものの、左手を使用する際には問題ないとのことであった。

【精神機能】

橈骨神経麻痺が改善してきたことで、一時的な精神的な落ち込みは改善傾向となった。しかし左手の使用が可能となってきたことで、復職について悩むことが多くなったとのことであった。また今後は基礎疾患である大腸癌の治療もあるため、予後について考えることも多くなったようであった。HADSやPCSにおける評価では改善傾向であるものの、継続して精神的な落ち込みについては注意する必要がある。

作業療法計画とその分析

1. リハビリテーション目標（2週間）

(1) 麻痺の改善：

継続して左上肢、手指の練習を行い改善を図っていく。

(2) 左手使用頻度の増加：

活動量計にて測定を行い、使用頻度の増加を図っていく。

(3) 精神面の改善：

精神的な落ち込みの出現に留意し、適宜傾聴図っていく。

2. 作業療法計画：期間2週間

(1) 左上肢、手指の練習

継続して電気刺激、リーチ動作、ピンチ動作練習を実施し、状態に合わせて運動負荷量を上げて行い、麻痺の改善を図る。

(2) 活動量計での測定

継続して両側上肢の使用量を測定し、フィードバック行っていく。

(3) 精神的な落ち込みの改善

左手の麻痺が改善し、ADL場面での使用頻度は増えたものの、基礎疾患である大腸癌の治療に対する精神的な変動があるため、継続して自己肯定感を向上させ精神的な落ち込みの改善を図っていく。

入院経過

(OT開始15～30日、入院49～64日、麻痺出現51～66日)

継続してOTでは、リーチ動作練習、ピンチ動作練習を実施し、橈骨神経麻痺の改善を図った。橈骨神経麻痺の改善を認め左手は実用的な使用が可能となり、車の運転も可能となったため、OT開始から31日、入院から65日で自宅退院へと至った。

1. 作業療法最終評価

(第30日、入院64日、麻痺出現66日)

[症例の意見]

仕事はもう少ししてから復帰します。大丈夫そうです。

[症例家族の意見]

手が動くようになって良かったです。

【身体機能】

[握力] (右) 38.2kg, (左) 25.2kg

[ピンチ力]

(右) I・II指：5.6kg f, 3指：6.4kg f

(左) I・II指：1.2kg f, 3指：1.9kg f

[ROM] 著明な制限なし。

[sensory] Semmes Weinstein Monofilament Test (SWT)にて測定。

(右) 手掌 3.22, I～V指 3.22

(左) 手掌 3.22, I指 3.22, II指 2.44, III指 3.22, IV指 2.36, V指 2.44

* 著明な左右差なし

[上肢機能]

Action Research Arm Test (ARAT)：

(右) 57/57点, (左) 55/57点

Motor Activity Log (MAL)：

AOU 56/70点(400点), QOM 60/70点(429点)

DASH：Disability/symptom 9/100点,

Sports/music 25/100点, Work 25/100点

[歩行能力]

独歩, 階段昇降も1足1段にて可能。

【精神機能】

HADS: Anxiety 0/21点, Depression 4/21点

PCS：反芻 5/20点, 無力感 2/20点, 拡大

視 0/12 点

【ADL】

FIM：121/126 点. (入院前と変わらないレベルまで改善.)

2. 最終評価時の問題点 (ICF)

- # 1. 大腸がん治療.
- # 2. 復職困難.

3. 作業療法評価 (最終) のまとめ

【身体機能】

指先に軽度な痺れは残存しているものの、筋力、巧緻性共に改善を認めた。使用頻度においても左手の使用率が増えており、ADL 動作や車の運転等の高度な動作も可能となった。

【精神機能】

精神的な落ち込みは改善し、復職についても前向きな発言が認められた。職場との復職についての話し合いもされており、今後大腸がんの治療後に復職予定となった。

考察 (作業療法の効果と今後の予測)

作業療法では、大腸がん術後の左橈骨神経麻痺の対象者に対して筋力増強練習や巧緻動作練習等の運動療法、手関節伸筋群・手指屈曲群に低周波療法を実施した。また左手の使用頻度を増やすため、カックアップスプリントや活動量計を使用して使用頻度や使用量の増加を図った。筋力や巧緻性が向上し、日常生活での使用頻度も増えたことで、実用手としての使用が可能となった。これらの改善要因と今後の予測について次のように考察した。

【身体機能の改善要因】

左橈骨神経麻痺の明確な要因は不明であったものの、介入初期時より橈骨神経麻痺を認め日常生活においてほとんど左手を使用していなかった。本症例における橈骨神経麻痺は要因不明であったも、神経自体に外傷による損傷は認められず、何らかの絞扼によって生じたものと考えられた。また不使用による左上肢や手指の廃用を認め、絞扼性神経障害の改善に必要な運動量が乏しい状態であり、橈骨神経麻痺の改善の阻害因子となっていた。

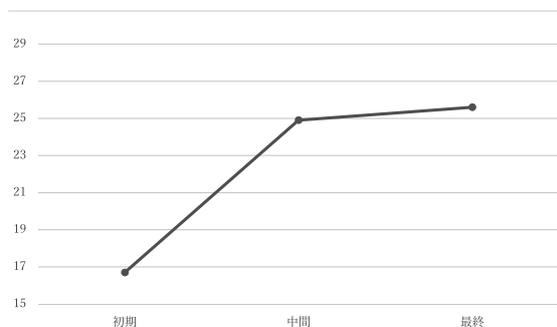


図 3. 左手の握力

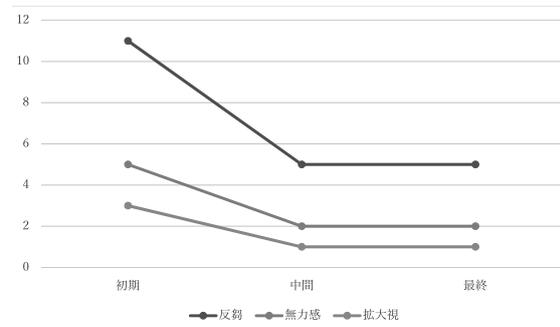


図 4. PCS

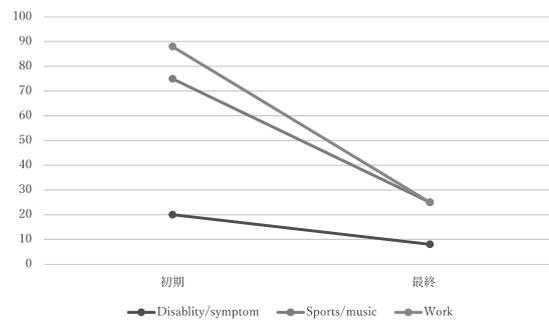


図 5. DASH

そのため作業療法としては、運動療法や低周波刺激療法にて左手の使用量を増やす必要があった。

カックアップスプリントや活動量計を用い筋力や巧緻動作練習をし、使用量についてのフィードバックを繰り返し実施したことで、2週間で手関節伸展位での保持が可能となり右手と比較して左手の使用率は0.18から0.50(図2)まで向上した。また握力は16.7kgから24.9kg(図3)、ピンチ力は母指と示指0.6kgfから1.2kgf、3指つまみ1.2kgfから1.9kgfへと向上した。更にARATは44点から55点へと改善し、MALのAOUは2.07点から4.00点、QOMは2.14点から4.29点へと大幅に改善した。各評価における臨床的に意義のある最小変化であるMinimum Clinical Importance Difference (MCID)の観点から鑑みると、MALは0.5点以上の変化とされており、作業療法が一定の効果があったと考えられる。

また更に2週間の作業療法を実施したことで左手の使用率は0.60(図2)程度まで向上し、ADLでの使用や車の運転等の高度な操作も可能となった。先行研究によると絞扼神経障害の症例の92%は6ヶ月以内に回復するとされており³⁾⁴⁾、本症例も先行研究と同様に改善したと考える。しかし握力やピンチ力は右手と比較するとまだ低下しており、今後復職を考慮すると更なる改善が必要と思われる。本症例は自宅退院へ至ったが継続して自主トレを行うことで、橈骨神経麻痺の出現前までの改善も可能と思われる。また本症例は大腸癌の治療を継続して行っていく予定であり、将来的には復職を希望されている。大腸癌の治療経過としては良好であり、職場の理解もあるため身体的には十分に復職も可能と思われる。

【精神面の改善要因】

がん患者は、手術や治療、予後に対する不安や再発への恐れ等のストレスにさらされている。そのため多くのがん患者は適応障害やうつ病といった精神疾患が認められているとされている⁷⁾。本症例においても同様であ

り、不安や抑うつの評価であるHADS⁸⁾や疼痛による破局的思考の評価であるPCS⁹⁾(図4)ではカットオフ値を下回っていたものの、基礎疾患である大腸がんの手術後に橈骨神経麻痺となり精神的な不安を認めていた。しかし橈骨神経麻痺の改善に伴い左手の使用が可能となってきたことで、前向きな発言がきかれるようになった。また主観的な質問形式で行なわれる上肢機能の評価であるDASHはDisability/symptom 20点から9点、Sports/music 75点から25点、Work 88点から25点(図5)へと改善が認められた。このことから橈骨神経麻痺の改善は、抑うつや不安等の精神面に対しても効果があったと考える。今後も大腸がんの治療は続いていくも、今回術後に呈した橈骨神経麻痺に伴う精神的な抑うつや不安は改善したと考える。

文 献

- 1) 渡辺 卓央, 池 秀之, 高川 亮, 村上 仁志, 福島 忠男, 蓮尾 公篤, 益田 宗孝, 今田 敏夫: 腹腔鏡下大腸手術における体位と合併症. 日本内視鏡外科学会雑誌 23; 505-511, 2018. 07.
- 2) 杉本 起一, 田中 真伸, 五藤 倫敏, 仙石 博信, 坂本 一博, 押野 登志子: 腹腔鏡下大腸切除術における安全な体位固定器具の改良. 日本内視鏡外科学会雑誌 14; 617-622, 2009. 10.
- 3) 戸田 稔子, 高尾 成久, 伊藤 雅之: 当科における腹腔鏡下手術の合併症 Major complications of gynecologic laparoscopic surgery in Matsue Seikyo Hospital. 日産婦内視鏡会誌 22; 207-210, 2006.
- 4) Ngamprasertwong P, Phupong V, Uerpaiojkit K. Brachial plexus injury related to improper positioning during general anesthesia. J Anesth 18; 132-134, 2004.
- 5) 藤原 昭宏, 福井 道彦, 宮崎 正夫 他: 術後末梢神経麻痺をきたした1症例. 臨麻 13:

- 1431-1432, 1989.
- 6) Van der Lee JH, Wagenaar RC, Lankhorst GJ, Vogelaar TW, Devillé WL, Bouter LM: Forced use of the upper extremity in chronic stroke participants: results from a Page 25 of 25 single-blind randomized clinical trial. *Stroke* 30 ; 2369-2375, 1999.
- 7) Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, et al. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* 249 ; 751-757, 1983.
- 8) Kugaya A, Akechi T, Okuyama T, et al : Screening for psychological distress in Japanese cancer patients. *Jpn J Clin Oncol* 28 ; 333-338, 1998.
- 9) 松岡 敏史, 坂野 雄二 : 痛みの認知面の評価 : Pain Catastrophizing Scale 日本語版の作成と信頼性および妥当性の検討. *Jpn J Psychosom Med* 2007; 47:95-102.

Occupational therapy for patients with left radial nerve palsy after laparoscopic surgery

Wataru Mitsunaga¹⁾, Ryouta Yamaguchi¹⁾, Hiroki Takahashi¹⁾

1) Department of Rehabilitation, Nagasaki University Hospital, Nagasaki

□実践報告

皮質脳内出血術後に ICU-acquired weakness を
合併した患者に対する急性期作業療法中島 輝¹⁾, 清水 章宏¹⁾, 江口 孝廣¹⁾, 小泉 徹児¹⁾, 笠 伸年²⁾

1) 社会福祉法人 十善会 十善会病院 リハビリテーション科

2) 社会福祉法人 十善会 十善会病院 脳神経外科

要旨: ICU-acquired weakness (ICU-AW) とは、ICU 在室中に生じる急性のびまん性筋力低下を指し、主な症状としては人工呼吸器からの離脱困難や四肢麻痺、四肢筋力低下を示す。

今回、我々は皮質脳内出血術後に ICU-AW を合併し、人工呼吸器の離脱困難と重篤な四肢麻痺を呈した症例に対して、更なる有害事象の出現防止を目的に急性期作業療法を実施した。多職種にて目的を明確にし、積極的に呼吸機能の改善を図った結果、ICU-AW 合併後 24 日目に人工呼吸器の離脱を図ることが出来た。しかし、呼吸機能や筋力の低下は重度であり、更なる介入方法の検討を模索する必要性が伺われた。

急性期作業療法を実施する上では、リスク管理の重要性に加え、多様に変化する病態を理解し、「現在」必要なことと「今後」必要になってくることを熟慮し介入を行っていくことが重要である。

キーワード: 急性期, 呼吸機能, (ICU-acquired weakness)

はじめに

ICU-acquired weakness (ICU-AW) とは、ICU 在室中に生じる急性のびまん性筋力低下を指し、多くの場合は人工呼吸器からの離脱困難や四肢麻痺、四肢筋力低下を来し、予後や Quality of life に多大な影響を与えることが知られている。これらは Critical illness polyneuropathy (CIP) と Critical illness myopathy (CIM) とに区別され、双方ともに合併している場合は Critical illness neuromyopathy (CINM) に分類される¹⁾。ICU-AW のリスク因子としては様々な要因が指摘されているが¹⁾、早期からのリハビリテーション

が予防ならびに回復と関連しているかに関しては科学的な根拠の乏しさから、更なる検証の必要性が求められている²⁾。

しかしながら、早期からリハビリテーションを開始する重要性を示している報告もあり^{3,4)}、日本集中治療医学会のガイドラインにおいても臨床的には早期離床や早期からの積極的な運動により筋力や ADL が改善することは多くあると報告されている²⁾。

その様な中、我々は皮質脳内出血術後に ICU-AW を合併し、人工呼吸器の離脱困難と重篤な四肢麻痺を呈した症例に対して、更な

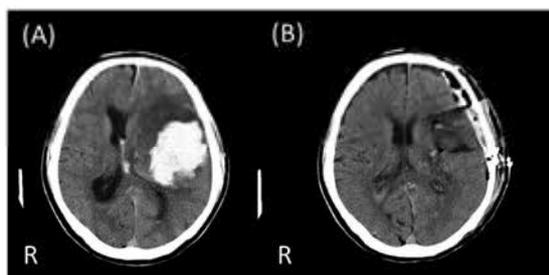
る有害事象の出現防止を目的に急性期作業療法を実施した。本症例に実施した作業療法に対して考察を踏まえ報告する。

倫理的配慮

本報告に辺り，社会福祉法人 十善会 十善会 病院倫理委員会より承認を得ている。

症例紹介

症例は50歳代男性。病前はADL, IADL共に自立しており家族と同居していた。X日に自宅で右片麻痺と呂律障害を主訴に救急搬送される。搬入時所見は，GCS (E4,V2,M6)，NIHSS 18/42点，頭部CTでは左前頭様皮質下出血を認めた(図1)。既往歴にはラクナ梗塞があった。X+1日に開頭血腫除去術を施行しX+2日より作業療法を開始した。X+9日に非麻痺側上下肢の筋力低下を認め，X+10日に嘔吐に伴い，SpO₂の低下を来し人工呼吸器管理となり，X+19日にICU-AWの診断を受けた。X+20日より経管栄養を開始。X+24日よりNasal High Flow (NHF)を装着しての自発呼吸訓練を開始。X+31日に車椅子への離床を開始。X+34日に人工呼吸器を離脱した。X+42日に気管切開術を施行。X+44日より非麻痺側上下肢に自動運動が出現しX+61日に回復期病院へ転院となった。



(A)：術前CT，(B)：術後CT

図1：頭部CT

作業療法初期評価 (X+2日)

意識レベルはGCS (E4,V1,M6)，コミュニケーションでは運動性失語を認めた。口頭と模倣指示に対して非麻痺側上下肢の自動運動

は可能であり，明らかな運動制限は認めなかった。運動麻痺はBrunnstrom stage (右) 上肢Ⅱ手指Ⅱ下肢Ⅱであり，麻痺側上下肢には表在，深部感覚の鈍麻を認めたが運動性失語の影響により詳細な評価は困難であった。体幹機能はtrunk control test (TCT) 0点。高次脳機能障害では運動性失語，遂行機能障害，注意障害が疑われた。基本動作は全介助。日常生活動作はBI 0点であった。

作業療法アプローチ

Goal設定を回復期病院転院(入院3週目)までに非麻痺側上肢を用いて食事自立，移乗動作見守り，排泄動作中等度介助と設定し介入を実施した。当院における脳卒中患者への急性期リハビリテーションは，「早期離床」，「ADLの早期拡大」を目的に多職種連携にて展開しており⁵⁾，その中で本症例に対する作業療法は，離床練習，ROM練習，促通練習，動作練習を立案した。

経過

第1期(X+2～9日)：車椅子への離床はバイタルサインに問題無く実施することが出来た。まずは，四肢の関節可動域の維持を目的にROM練習を行い，麻痺側上下肢に対しては視覚的な確認を促しながら促通練習を実施した。徐々に言語的な指示に対する理解にも改善が見られ始め，上肢に対しては筋のタッピングを行いながら随意的な収縮を促す様に声かけを行い，反復して運動を実施した。起立練習では麻痺側下肢への荷重を促しながら下肢への感覚入力を図り運動を行い，起座動作や移乗動作は中等度介助で可能となった。ADLでは食事に対してテーブルやスプーンなどの環境調整を行うことで見守りでの摂取が可能となった。この時期はバイタルサインに注意を払い，血圧が160以上となることがない範囲で運動を実施した。しかし，X+9日目より徐々に非麻痺側上下肢に筋力低下が出現。頭部CTでは問題はなかったが基本動作

や ADL 動作の介助量に増大が見られ始めた。
 第 2 期 (X+10 ~ 42 日) : 夜間入眠中に急に嘔吐を来し, SpO₂ が低下. 直後より人工呼吸器管理となった. 翌朝の意識レベルは GCS (E3,V-T,M1). 運動麻痺は Brunnstrom stage (左右) 上肢 I 手指 I 下肢 I. 左右の上腕二頭筋腱反射や膝蓋腱反射は消失. バビンスキー反射は陰性であった. 呼吸機能では痰の量が増加し, 両下肺野に軽度の肺雑音を認めた. コミュニケーションは困難となり, 開眼, 閉眼のみ自発的に行うことが出来た. 脳幹梗塞を疑い MRI を実施したが脳梗塞の出現は無く, 神経伝導検査では運動神経に振幅の低下が認められ, ICU-AW の診断となった. この時期より目標を二次的な有害事象の出現防止とし, 作業療法プログラムは呼吸リハと ROM 練習に変更した. 呼吸機能に関しては, 痰の量の増加が継続しており, 肺炎が重症化する危険性が高い状況であった. その為, 看護師と協業を図り, 積極的な体位ドレナージにて排痰を促した. また呼吸器内科医の気管支鏡にて痰の状況を確認しながらポジショニングの検討や呼吸リハを継続して行った. その後, 呼吸器内科医の指示のもと NHF を用いて人工呼吸器離脱に向けた運動を開始し X+34 日に人工呼吸器を離脱し, X+42 日に気管切開術が施行された (図 2). コミュニケーションに関

しては追視や合視, 瞬きなどを用いて非言語的なコミュニケーションの確立を促した.

第 3 期 (X+43 ~ 61 日) : 呼吸機能は安定し, 顔面や頸部, 非麻痺側上下肢の自動運動の出現に伴い, 怪訝そうな表情や動きをする場面が見られ始めた. 作業療法プログラムも非麻痺側上下肢に対する自動介助運動や起座動作, 移乗動作の動作練習を開始した.

作業療法最終評価 (X+61 日)

意識レベルは GCS (E4,V-T,M6). 運動麻痺は Brunnstrom stage (右) 上肢 II 手指 II 下肢 II. 非麻痺側上下肢の MMT は肩関節外転 2, 肘関節屈曲 2, 手関節掌屈 2, 股関節屈曲 2, 膝関節伸展 2, 足関節背屈 2 であった. 呼吸機能は明らかな肺雑音は無く, ルームエアにて SpO₂ 99%. 体幹機能は TCT 0 点. 基本動作は全介助. 日常生活動作は車椅子座位にて経管栄養を行っており, BI 0 点であった.

考 察

今回, 我々は皮質脳内出血術後に ICU-AW を合併し, 人工呼吸器の離脱困難と重篤な四肢麻痺を呈した症例を担当した. ICU-AW を合併し呼吸機能が低下した直後より, 多職種にて情報を共有し肺炎の増悪を含めた更なる有害事象を防止する為に積極的な介入を実施

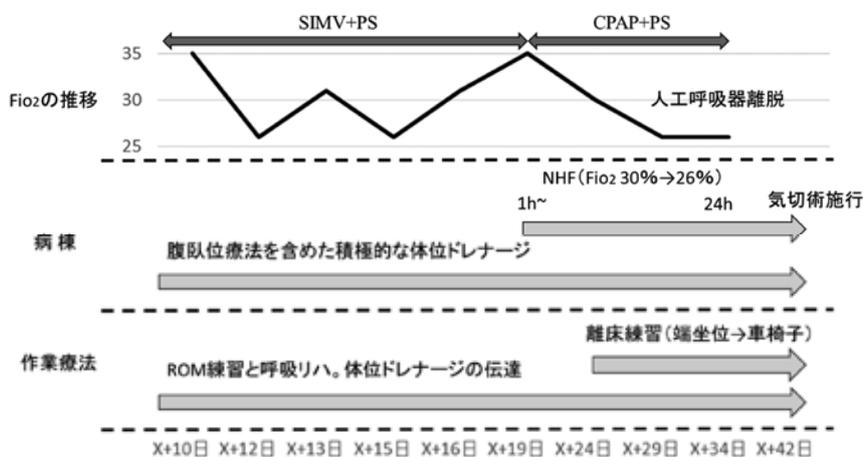


図 2 : ICU-AW 合併後の作業療法プログラム

した。その結果、X+61 日目に回復期リハビリテーション病院への転院に繋げることが出来た。

ICU-AW は敗血症や多臓器不全、長期人工呼吸器患者の 46% に合併することが報告されている¹⁾。その症状は下肢優位の遠位の筋力低下や腱反射の減退及び消失であり、眼球運動は保たれており、自律神経障害は認めないことが多いが、重篤な場合は上肢や頸部にも症状が及び、急性四肢麻痺や嚥下機能障害に至ることもある⁶⁾。本症例は皮質脳内出血後に ICU-AW を合併しているが、脳卒中後の合併に関する報告は散見されず、また症状の度合いからは重度の ICU-AW を来していたことが推察される。特に呼吸機能に関しては、人工呼吸器の離脱までには 24 日間と長期の期間を要した。ICU-AW の呼吸機能に関する報告では、48 時間以上人工呼吸器を行った患者の 80% に横隔膜機能不全を認め、その半数は 72 時間以内に人工呼吸器から離脱することが出来たが、ウィーニングプロセスに失敗した患者の死亡率は 50% と非常に高い傾向を示している⁷⁾。このことから、本症例の様に重度の ICU-AW を合併した患者に対する人工呼吸器の離脱に向けた関わりでは、多職種連携が重要な要点になると思われる。本症例の場合は、喀痰の状況や腹臥位療法を含めた体位ドレナージを呼吸器内科医や看護師、セラピストと密に連携を図り対応することが出来た。よって、呼吸機能の更なる悪化を防ぎ、人工呼吸器の離脱に繋げることが出来たのではないかと考える。

しかしながら、本症例への介入を通して 2 つの問題に難渋した。1 つ目は、ICU-AW の合併に伴う予後予測や作業療法プログラムの変更に関することである。本症例の様に脳卒中後に ICU-AW を合併した場合は、脳卒中後の機能回復と ICU-AW の改善に伴う回復の双方を想定した予後予測が必要となる。脳卒中後の回復に関しては、本症例の年齢や出血部位、術後リハビリテーションのスムーズな展

開から ADL 動作は自立、IADL は軽介助から自立での遂行が可能になると考えられたが、ICU-AW の合併に伴い、長期間の人工呼吸器の使用や全身の筋力低下が重なり、当初の予測に即した回復は難しい状況が伺われた。本症例に対しては呼吸機能の改善を主目的に介入を実施したが、皮質脳内出血に伴う神経生理学的所見も重度であり、ICU-AW に伴うベッドサイド期間に可能な限りの機能面の維持を促す必要があったと考える。介入手段としては筋に対する電気刺激療法⁸⁾ や温熱療法⁹⁾ が考えられるが、その効果や方法に関しては更なる検討が求められている。2 つ目は、症例の栄養状態に関することである。症例は ICU-AW の合併に伴い、栄養状態は悪化し、一時 Alb 値は 2.4 まで低下した。ICU-AW は重度の筋萎縮に加え、骨格筋におけるミオシンの減少を招き、筋機能の低下を引き起こすことで¹⁰⁾、その後の動作能力の改善に多大な影響を与える。すなわち、全身状態が改善した後に筋力や動作能力の向上を円滑に図る為には、栄養管理とリハビリテーションの組み合わせを検討していくことが必要になる¹¹⁾。今後は、この点に関しても更に知見を深めて行きたいと思う。

急性期作業療法を実施する上では、リスク管理の重要性に加え、多様に変化する病態を理解し、介入を行っていく必要がある。今回の症例を通しては、ICU-AW を合併した後の予後予測に難渋し、また経過を通して改めて予後予測の重要性を実感した。今後は、「現在」必要なことと「今後」必要になってくることを熟慮し作業療法を実施して行きたいと思う。

文 献

- 1) Stevens RD, Dowdy DW, Michaels RK, Mendez-Tellez PA, Pronovost PJ, Needham DM.: Neuromuscular dysfunction acquired in critical illness: a systematic review. *Intensive Care Med* 33:1876-1891, 2007.

- 2) 日本集中治療医学会早期リハビリテーション検討委員会：集中治療における早期リハビリテーション～根拠に基づくエキスパートコンセンサス～. 日集中医誌 24:255-303, 2017.
- 3) Burtin C, Clerckx B, Robbeets C, Ferdinande P, Langer D, Troosters T, et al.: Early exercise in critically ill patients enhances short-term functional recovery. *Crit Care Med* 37: 2499-2505, 2009
- 4) Schweickert WD, Pohlman MC, Pohlman AS, Nigos C, Pawlik AJ, Esbrook CL et al., : Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomised controlled trial. *Lancet* 373 : 1874-1882, 2009
- 5) 清水 章宏, 馬場 治子, 小泉 徹児：当院における脳卒中の急性期リハビリテーションについて～重症度別に対する早期離床への介入～. 理学療法探求 15:9-15,2012.
- 6) 小松 由佳：クリティカルケア領域における早期リハビリテーション. 杏林医会誌 47:29-35,2016.
- 7) Boris Jung, Pierre Henri Moury, Martin Mahul, Audrey de Jong, Fabrice Galia, Albert Prades.: Diaphragmatic dysfunction in patients with ICU-acquired weakness and its impact on extubation failure. *Intensive Care Med* 42:853-861,2016.
- 8) 緒方 徹：骨格筋への電気刺激法（神経筋電気刺激法：NMES）の筋力増強効果. *Jpn J Rehabil Med* 54 : 764-767, 2017
- 9) 中野 治郎, 沖田 実, 片岡 英樹, 坂本 淳哉：温熱刺激による筋力増強. 理学療法 24: 954-959, 2007.
- 10) Friedrich O, Reid MB, Van den Berghe G, Vanhorebeek I, Hermans G, Rich MM et al., : The Sick and the Weak: Neuropathies/Myopathies in the Critically III. *Physiol Rev* 95: 1025-1109, 2015.
- 11) Yosuke Morimoto, Motohiro Sekino, Kiyoyuki Eishi, Ryo Kozu: Recovery of muscle weakness and physical function in a patient with severe ICU- acquired weakness following pulmonary embolism: A case repor. *Clin Case Rep.*6:1214-1218, 2018.

Acute occupational therapy for post cerebral hemorrhage surgery patient
with ICU-acquired weakness

Akira Nakashima¹⁾, Akihiro Shimizu¹⁾, Takahiro Eguchi¹⁾, Tetsuji Koizumi¹⁾, Nobutoshi Ryu²⁾

1) Department of Rehabilitation, Juzenkai Hospital, Nagasaki

2) Department of Neurosurgery, Juzenkai Hospital, Nagasaki

長崎県作業療法研究 ～投稿規定～

■ 投稿規定

1. 本誌の目的

本誌は、長崎県作業療法士会の学術誌として、作業療法やリハビリテーションの関連領域における研究の報告の場を提供することを目的とします。

2. 投稿資格

本誌への投稿は、投稿者のうち少なくとも1名（共著者でも可能）は、本会会員であることとします。但し、編集委員会の決定により会員外の著者に投稿を依頼することができます。

3. 投稿記事の種別

投稿記事の種別は、作業療法やリハビリテーションの関連領域の学術的發展に寄与する論文として、「総説」、「原著論文」、「実践報告」、「短報」の投稿を随時受け付けます。ただし、他誌に発表された論文、または投稿中の論文はお断りします。

この他、設定されたテーマに沿った依頼論文である「特別寄稿」、自助具や検査器具及び遊具などの使用や新しいアイデアを紹介する「OTの工夫」欄、職場や研究グループの仲間などについて紹介する「私の仲間」欄、掲載論文へのコメント等を述べる「意見」欄、研修会等の実施や体験について報告する「印象記」欄への投稿も受け付けます。

4. 投稿記事の種別と規定枚数について

1) 総説：

国内外の作業療法および関連する医療・保健・福祉の動向、政策、潮流など時宜に合った話題に関する総括的解説および提言。作業療法およびリハビリテーションの関連領域の特定のテーマについて、過去の研究を概観し、将来的展望を視野においた組織的な論評および総括。

論文の長さは、本文と文献のみ（図・表なし）の場合、A4サイズ（40字×40行）8枚（12,800字）とします。図・表は10点以内とし、図・表がある時は大きさにより、本文と文献の文字数を減らしてください（全体で12,800字の内、最大サイズの図1枚（1,800字分）と表1枚（3,000字分）がある時、本文と文献は5枚（8,000字）となる）。図・表の基準は執筆要領10を参照してください。

2) 原著論文：

実験、調査、臨床経験、理論研究などから得られた独創的で斬新な知見を含む結果の考察および記述。

論文の長さ、図・表は1) 総説の規定に準じます。ただし、図・表がある時は大きさにより、本文と文献の文字数を減らしてください。

3) 実践報告

特色ある作業療法実践（事例報告を含む）に焦点を当てた報告。治療手段としての活動、道具（自

助具, 遊具, 生活用具), 情報, アイデアの紹介.

論文の長さは, 本文と文献のみ (図・表なし) の場合, A4 サイズ (40 字× 40 行) 6 枚 (9,600 字) とします. 図・表は 1) 総説の規定に準じます. ただし, 図・表がある時は大きさにより, 本文と文献の文字数を減らしてください.

4) 短報:

独創性のある所見, 見解の速やかな発表を期待するパイロット的研究報告. 後に詳しい「原著論文」として書くことが期待されます.

論文の長さは, 本文と文献のみ (図・表なし) の場合, A4 サイズ (40 字× 40 行) 2 枚 (3,200 字) とし, 図・表は 2 点以内としてください. ただし, 図・表がある時は大きさにより, 本文と文献の文字数を減らしてください.

5. 倫理的事項

著者は, 著作権や研究対象者の人権尊重に努めてください (文部科学省・厚生労働省の「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」を参照). 論文に関連する企業や営利団体等との利益相反 (COI) がある場合は, その内容について登録してください (厚生労働省の「研究に関する指針について」を参照). また, 助成金 (資金援助) を受けた場合は, それが特定できる番号を登録してください.

6. 原稿の採否

原稿は 2 名の査読者によって査読し, 原稿の採否は編集委員会で決定します. 場合により, 加筆, 修正をお願いすることがある. また編集委員会の責任において, 多少の字句の訂正をすることがあります.

7. 査読結果の通知

査読結果は, 学術局から投稿者に通知し, 「修正」や「不採択」の場合にはその理由を明記しています.

8. 執筆形式の確認

この規程の他, 次項に示す執筆要領にそっていることを確認して下さい.

9. 原稿の送付先および連絡先

査読及び編集作業を効率的に行うため, 原稿は原則としてデータファイルにて E-mail にて下記宛にお送り下さい. 投稿論文に関するご質問は, 編集委員会までご連絡ください.

E-mail : nagaku-sadoku@nagasaki-ot.com 編集委員会 (学術局内)

長崎県作業療法研究 ～執筆規定～

■執筆規定

1. 論文の構成は、標題、著者情報、抄録（要旨、日本語）、キーワード（日本語）、本文と文献、図・表とします。
2. カバーレターを用意する必要があります。カバーレターには、以下の①～⑦をMS-WordのA4サイズ横書き（文字サイズ・書体・書式は自由）で記載してください（長崎県作業療法士会ホームページの学術誌編集委員会ページで「カバーレターサンプル」が参照できます）。
①投稿日、②論文標題、③論文種別（総説・原著論文・実践報告・短報のいずれか）、④主要な研究結果とその重要性（投稿する研究結果がその分野の知識をどのように発展させられるのか）、⑤作業療法もしくはリハビリテーションの学術的発展に寄与する理由、⑥筆頭著者の氏名および連絡先（メールアドレス）、⑦責任著者の氏名および連絡先（メールアドレス）。
3. 本文と文献はMS-Wordで作成し、A4サイズ横書き40字×40行（印刷の向きは縦）に書式設定し、行頭に行番号をつけフッターにページ番号を挿入して、文字サイズは10.5ポイント、書体はMSP明朝としてください。本文は、原則として、目的、方法、結果、考察、結論が明らかになるように書いてください（特に「原著論文」の場合）。文献リストの書き方は下記の10を参照してください。
4. 表題頁には、表題、著者名（原則5名まで、「原稿投稿規定」を参照）、所属、キーワード（日本作業療法士協会学術部によるキーワード集を参考に3～5個）を記載して下さい。また、表題、著者名、所属を英文で表記してください。
5. すべての論文に400字以内の要旨をつけて下さい（短報、実践報告の場合も同じ）。英文の要旨は必要ありません。
6. 文章表現は以下の点に留意して下さい。
 - ① 現代かなづかい・算用数字とし、国際単位系（SI単位）記号を用いてください（例：m, cm, mm, ml, kg, cm²など）。
 - ②外国人の人名は、原語で表記してください。
 - ③学術用語はできるだけ訳語を用い、必要なら（ ）内に原語を入れてください。日本語化していればカタカナとします。
7. 倫理上の配慮について
論文として掲載される研究は、調査・研究の倫理的原則に従ったものである必要があります。投稿者は研究対象者の権利を尊重した表現を行う義務があります。編集部は必要に応じて、これらの事項に関する証明を投稿者をお願いすることがあります。

8. 引用・転載について

論文作成にあたっては、著作権についての配慮を行ってください。論文中に他の著作物からの引用を行うときには、その出典を明記してください。また、引用の範囲を超えた「転載」には著作権やその著作物の出版者の許諾が必要です。論文が掲載されるために必要となる「転載」についての手続きは、投稿者が責任を持つこととします。

9. 文献リストは引用文献のみとし、筆者の姓のABC順または引用順に配列して下さい。筆者名は5名までを記載し、6名以上は“他”とすることを原則とし、表記の形式は以下にならして下さい。

- 1) 岩間孝腸, 原 英修, 清水 一: 座位保持機能未獲得な重症心身障害児の姿勢と感覚遊び刺激に対する反応. 作業療法 11: 358-365, 1992.
- 2) 中村隆一, 齊藤 宏: 基礎運動学. 第3版, 医歯薬出版, 東京, 1987.
- 3) 米倉豊子: 内科的疾患に対する作業療法. 原, 鈴木・編, 作業療法各論 (リハビリテーション医学全書 10), 医歯薬出版, 東京, 1978, pp.393-406.
- 4) Witt A.Cermak S.Coster W: Body part identification in 1-to 2-year-old children. Amer J Occup Ther 44: 147-153, 1990.
- 5) Enna CD: Peripheral Denervation of the Hand. Alan R Liss, Inc., New York, 1988.
- 6) Reid J: Computer and occupational therapy. In Creek J (ed), Occupational Therapy and Mental Health. Churchill Livingstone, New York, 1990, pp.267-288.

10. 図・表は次の点に留意して下さい。

図・表の文字サイズは8ポイント、書体はMSPゴシックとします。学術誌『作業療法』の1ページを図・表の最大サイズとし、図は最大で縦250ミリ×横165ミリ(本文と文献の1,800字分)、表は最大で1行60字×50行(本文と文献の3,000字分)。次の点にも留意してください。

- ①図は白黒で印刷されるので、白黒でも区別がつく鮮明なものを準備し、そのまま製版することを想定した大きさとで作成してください。
- ②写真(図として扱う)は、カラー掲載しない場合には白黒とし、トリミングを工夫してください。
- ③図・表はすべて図・表の番号とタイトルをつけ、図は説明文も入れてください。
- ④本文中に図・表の挿入場所を記載してください(例:…の結果を図1に示す。または…の結果を示す(図1)。など)
- ⑤引用・転載の図・表は、それぞれの出典を明記してください。
- ⑥必要がない限り、表に縦線は使用しないでください。

以上

【参考資料：カバーレター】

[投稿日]

長崎県作業療法士会学術誌「長崎作業療法研究」編集委員会
委員長 光永 済 様

新規投稿論文について

拝啓

時下ますますご清祥の段、お慶び申し上げます。

さて、この度私たちは論文「論文標題を記載」を学術誌長崎作業療法研究へ[原著論文・実践報告・総説・短報のいずれか]として投稿いたします。

本論文では、主に[新規性のある主要な研究結果]について論じております。この知見は、[作業療法のどの領域に、どのように]に貢献するものと考えております。

なお、本論文につきまして、他誌に未発表のものであり、投稿する内容は全ての著者より同意を得ております。原稿を送付いたしますので、ご査収の上、審査いただきますようよろしくご願ひいたします。

ご不明な点などございましたら、連絡先までご連絡いただければ幸いです。
重ねてご指導、ご高配くださいますようよろしくご願ひ申し上げます。

敬具

筆頭著者

[所属機関名][氏名][メールアドレス]

責任著者

[所属機関名][氏名][メールアドレス]

編集後記

長崎県作業療法士会の学術誌である長崎作業療法研究は今回3年ぶりに第13巻として皆様にお届けすることができました。

この3年間で、学術局の理事も変わり、元号は「平成」から「令和」へと変化し、新型コロナウイルス感染症の世界的な大流行に伴い、我々の生活様式も大きく変化しました。

学術的な部分では、昨今の新型コロナウイルス感染症に伴う生活様式の変化に伴い、オンライン会議システムの急速な普及によって、リアルタイム形式ならびオンデマンド配信によるweb学会や研修会が主流となり、時間帯や場所を問わず、第一線で活躍されている先生方の講義を受講することが可能となりました。新型コロナウイルス感染症が流行する以前よりも学ぶ環境が改善され、その結果参加することに対する敷居も確実に下がってきていると実感しています。

ぜひこれから学んだことを実践し、自分の取り組んできた成果を発表するという次のステップに一段ずつ進み、本学術誌にも多くの県士会員の皆さんに投稿していただければと切に願っています。

長崎大学生命医科学域（保健学系）
森内 剛史

「長崎作業療法研究」編集委員会

委員長 光永 済 副委員長 森内 剛史
委員 東恩納拓也 河野 知房 高橋 弘樹 山口 良太 山園 大輝

