



# 第30回長崎県作業療法学会

The 30<sup>th</sup> Nagasaki Occupational Therapy Congress

専門的な作業療法の  
探究と発展

2024年 3月9日（土） 10日（日）

会場

愛の夢未来センター（長崎県雲仙市愛野町乙526-1）

学会長

山田 玄太（愛野記念病院）

主催

一般社団法人 長崎県作業療法士会

---

---

## 目次

01.	学会長挨拶	.....	<a href="#">3</a>
02.	県士会会長挨拶	.....	<a href="#">4</a>
03.	参加者の皆様へ	.....	<a href="#">5</a>
04.	日程表	.....	<a href="#">6</a>
05.	プログラム	.....	<a href="#">8</a>
06.	特別講演	.....	<a href="#">14</a>
07.	教育講演Ⅰ・Ⅱ	.....	<a href="#">17</a>
08.	テーマシンポジウムⅠ～Ⅳ	.....	<a href="#">22</a>
09.	離島シンポジウム	.....	<a href="#">35</a>
10.	一般演題	.....	<a href="#">38</a>
11.	実行委員名簿	.....	<a href="#">70</a>

## 学会長挨拶



### 第 30 回長崎県作業療法学会

学会長 山田 玄太

愛野記念病院

この度、第 30 回長崎県作業療法学会を 2024 年 3 月 9 日（土）・10（日）の 2 日間、愛の夢未来センター（雲仙市愛野町）で開催する運びとなりました。これまで新型コロナウイルス感染症の感染拡大により活動が制限されていたため、現地での開催は第 26 回佐世保学会以来となります。これはひとえに第 27・28・29 回の学会長ならびに実行委員の方々、県士会理事の方々が学会の開催を止めることなく続けてこられたおかげだと感じております。深く感謝申し上げます。このコロナ禍で培ったオンラインの経験を活かし本学会でも現地開催に加え、県内どこからでも参加できる学会当日のライブ配信、後日のオンデマンド配信を行います。

本学会のテーマは、『専門的な作業療法の探究と発展』としました。我々作業療法士には、常に高い知識、技術・技能が求められ、各分野においての専門性の向上が必要とされております。そのため本学会では、作業療法について深く考え、専門性を究め、長崎の作業療法を一步でも前へ進められればと考えております。

学会企画の特別講演、教育講演 I・II、テーマシンポジウムにおいても作業療法の専門性に関わるご講演やご発表を頂戴いたしますので、参加される方々には多くのことが学べる機会になると確信しています。また特別企画では、『離島シンポジウム－離島作業療法の現状と発展－』と題しまして離島で働く作業療法士の方々にご登壇いただきます。離島での作業療法について現在の問題や取り組みなどをご発表いただき、会場方々と一緒に今後の離島作業療法について討論のできる場になればと期待しております。

一般演題に関しましては、若手からベテランまで多くの演題をご応募いただき深く感謝申し上げます。全ての演題が現地での口述発表となります。その中から審査の結果、学会賞として『最優秀演題』を 1 演題、経験年数 5 年以内の若い作業療法士を対象とした『若手優秀演題』を 2 演題選出させていただきました。

長崎県作業療法学会は、九州学会や全国学会へのステップアップの目的もあります。そのため多くの方々に本学会で演題発表への挑戦や学会参加の経験をしていただき、次のステージへの糧としていただきたいです。本学会が、若手からベテランの作業療法士が交流する場となり、また会場が熱い討論で満たされるような学会になりますよう多くの方々のご参加を心よりお待ちしております。

## 県士会会長挨拶



一般社団法人 長崎県作業療法士会

会長 沖 英一

### 第 30 回県学会開催を迎えて

長崎県作業療法学会は、県内の作業療法士の知識・技術の向上を目的とし自己研鑽の場として毎年行われています。個人のみだけでは、作業療法士の知識と技術を更新し、社会的地位の向上を目指すことは難しいと思います。日々の臨床の場において作業療法を必要とする人に対して常に最高の支援を提供することは、国家資格を持つ者の義務であります。

演題発表を行う人は、多くの人からの意見をいただくことで知識を得ることができると思います。参加する会員が、発表者に対して質問・率直な意見を出して情報交換の場としてコミュニケーションを取りましょう。自分が知らなかったこと、知らない人に情報提供する事、学会で多くのことを学びましょう。

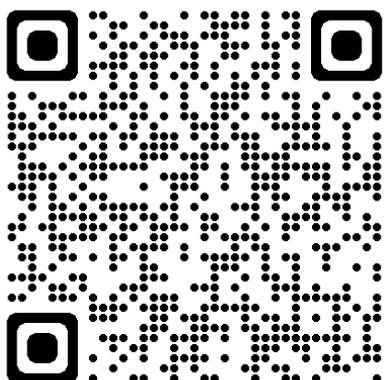
今年度は、山田玄太学会長を中心に多くの会員の皆様の協力のもと 30 回目を迎えることとなりました。学会テーマは、「専門的な作業療法の探求と発展」です。

作業療法の専門性をみなさんと一緒に考え、県民に対して質の高いサービスの提供ができるように切磋琢磨していきましょう。

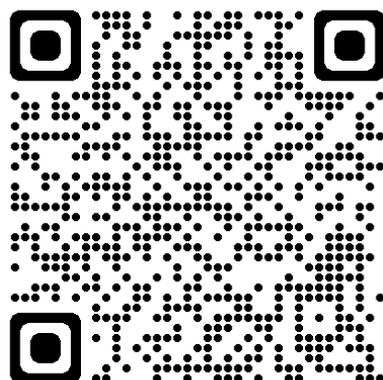
学会が、経験豊富な人から若い世代の会員へ変わらない作業療法の本質を引継ぎ、新たな情報を互いに得ることができる素晴らしい機会になることを祈念しています。

## 参加者の皆様へ

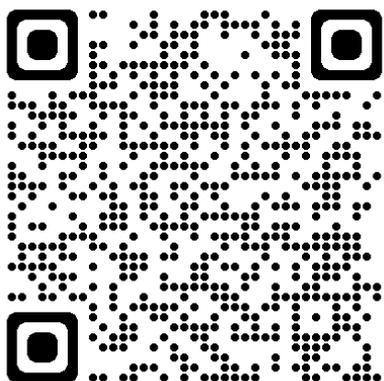
※QRコードの読取，もしくは文字をクリックして  
ホームページへ移動し，ご確認ください。



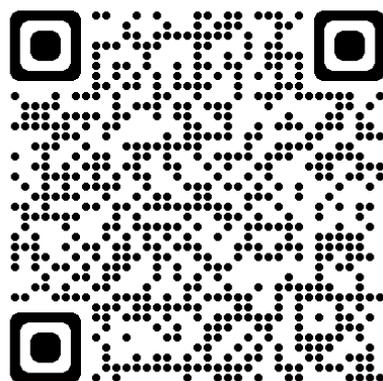
[参加者の方へ](#)



[座長・演者の方へ](#)



[会場アクセス](#)



[レセプション](#)

# 日程表

## 3月9日(土)

	第1会場	第2会場
8:20	受付	
	8:50~9:00 開会式	
9:00	9:00~10:00 (60分)	
	<b>特別講演</b> 講師：岡野昭夫（中部大学 教授） <座長> 野中信宏	
10:00	休憩 (10分)	
	10:10~11:10 (60分)	
	<b>教育講演 I</b> 講師：山田麻和（長崎北病院） <座長> 峯岐尾優太	
11:00	休憩 (10分)	
	11:20~12:30 (70分)	11:20~12:00
	<b>テーマシンポジウム I</b> <b>精神科急性期</b> 演者：前田大輝 林田浩司 <司会兼演者> 杉村彰悟	<b>一般演題 I</b> <b>運動器疾患 1</b>
12:00		12:00~12:30
		<b>一般演題 II</b> <b>運動器疾患 2</b>
13:00	12:30~13:30 昼休憩	
	13:30~14:30 (60分)	
	<b>教育講演 II</b> 講師：光永済（長崎大学病院） <座長> 森内剛史	
14:00	休憩 (10分)	
	14:40~15:50 (70分)	14:40~15:20
	<b>テーマシンポジウム II</b> <b>脳血管障害</b> 演者：佐古英樹 劉濤 萩原敦 <司会> 山田麻和	<b>一般演題 III</b> <b>地域</b>
15:00		15:20~15:50
		<b>一般演題 IV</b> <b>高齢期</b>
	休憩 (10分)	
16:00	16:00~16:40 (40分)	
	<b>優秀演題</b> <b>若手優秀演題・最優秀演題</b>	

## 3月10日（日）

	第1会場	第2会場
8:30	受付	
9:00	9:00～10:00（60分）  <b>離島シンポジウム</b> 演者：篠田真 平城修吾 <司会> 藤原謙吾	
10:00	休憩（10分）	
11:00	10:10～11:20（70分）  <b>テーマシンポジウム III</b> <b>摂食嚥下</b> 演者：尾坂愛菜 本田秀明 中村恭平 <司会> 秋山謙太	10:10～10:50  <b>一般演題 V</b> 高次脳機能障害
		10:50～11:20  <b>一般演題 VI</b> MTDLP
	休憩（10分）	
12:00	11:30～12:40（70分）  <b>テーマシンポジウム IV</b> <b>特別支援教育</b> 演者：前田航大 岩永裕人 徳永瑛子 <司会> 原田洋平	11:30～12:10  <b>一般演題 VII</b> 脳血管疾患 1
		12:10～12:40  <b>一般演題 VIII</b> 脳血管疾患 2
	12:40～13:00	閉会式

# プログラム

## 第1会場

※セッション名をクリックすると抄録へ移動します。

3月9日（土）

### 特別講演

9:00~10:00

座長：野中 信宏（愛野記念病院）

ハンドセラピー技術の探究と発展

－ 中枢神経障害に対するハンドセラピー技術の応用－

中部大学 岡野 昭夫 先生

### 教育講演 I

10:10~11:10

座長：壺岐尾 優太（日本赤十字社長崎原爆病院）

作業療法士として、どう高次脳機能障害に向き合うべきか

－ 症例検討の重要性：目の前の患者が教科書である－

長崎北病院 山田 麻和 先生

### テーマシンポジウム I 「精神科急性期」

11:20~12:30

司会：杉村 彰悟（小鳥居諫早病院）

あきやま病院における急性期治療病棟の依存症支援

あきやま病院 前田 大輝

統合失調症への心理教育

光仁会病院 林田 浩司

不眠症に対する認知行動療法

小鳥居諫早病院 杉村 彰悟

### 教育講演 II

13:30~14:30

座長：森内 剛史（長崎大学）

作業療法士の役割と使命：社会から必要とされる存在としての挑戦と成長

長崎大学病院 光 永 濟 先生

## テーマシンポジウム II 「脳血管障害」

14:40~15:50

司会：山田 麻和（長崎北病院）

失語症患者に対する自動車運転再開支援の経験

佐賀リハビリテーション病院 佐古 英樹

脳血管障害患者に対する作業療法で私が大切にしていること

－これまでを知り、より豊かな未来を共創する－

新吉塚病院 リハビリテーション科 劉 濤

クロスジョブ福岡の就労移行支援について －私が就労支援をしたいと思ったきっかけ－

クロスジョブ福岡 萩原 敦

## 優秀演題

16:00~16:40

座長：久保田 智博（長崎労災病院）

<若手優秀演題>

shared decision-making による目標動作の設定が日常生活における

麻痺側上肢の使用頻度の向上につながった脳卒中の一例

長崎記念病院 池田 葵

化粧動作をきっかけに麻痺側上肢使用頻度向上を目指した介入

－再び趣味活動を行うために－

長崎北病院 森山 七海

<最優秀演題>

VRPA システムを用いた左半側空間無視患者に対する新たな急性期作業療法の試み

長崎大学病院 光 永 済

3月10日（日）

## 特別企画 離島シンポジウム 「離島作業療法の現状と発展」

9:00~10:00

司会：藤原 謙吾（長崎リハビリテーション病院）

長崎県離島地域における作業療法の現状と課題

長崎県対馬病院 篠田 真

長崎県五島中央病院 栗明 正実

長崎県上五島病院 田邊 陽子

壱岐特別養護老人ホーム光の苑 遠藤 信子

奄美大島における作業療法の現状と今後について

Mellow Amami 合同会社 平城 修吾

### テーマシンポジウム III 「摂食嚥下」

10:10~11:20

司会：秋山 謙太（愛野記念病院）

急性期病院における摂食嚥下障害に対する作業療法士としての役割

長崎労災病院 中央リハビリテーション部 尾坂 愛菜

当回復期リハビリテーション病棟における「食べる」支援の取り組み

長崎リハビリテーション病院 本田 秀明

超高齢者の生活を見据えた食支援の在り方

愛野記念病院 リハビリテーション科 中村 恭平

### テーマシンポジウム IV 「特別支援教育」

11:30~12:40

司会：原田 洋平（長崎こども・女性・障害者支援センター）

福祉領域における作業療法士のあり方と地域支援

ふわり諫早 前田 航大

医療機関における小児作業療法士の役割と参加の支援について

長崎市障害福祉センター 岩永 裕人

外からみた小児作業療法士に必要なことと課題

長崎大学医学部保健学科 徳永 瑛子

## 第2会場

3月9日（土）

### 一般演題 I 「運動器疾患 1」

11:20~12:00

座長：千北 晃（愛健医院）

I-1 自己効力感に着目し洗濯物取り込み動作を再獲得した一例

長崎北病院 リハビリテーション科 金崎 遥翔

I-2 「また料理ができると思えました」 -THA 術後患者に対する日誌を用いた介入-

長崎北病院 田淵 慎吾

I-3 人工股関節全置換術後患者の家庭菜園での「草取り」動作獲得に向けた支援

耀光リハビリテーション病院 矢城 輝一

I-4 家族と一緒に墓参りに行きたい -ADOC で目標が明確になり歩行耐久性が改善した症例-

長崎北病院 土屋 未来

一般演題 II 「運動器疾患 2」

12:00~12:30

座長：岩永 祐一（愛野記念病院）

- II-1 橈骨遠位端骨折患者に介入初日より自主訓練プログラムを行った一例  
－早期仕事復帰に向けて－  
公立小浜温泉病院 渡部 総士
- II-2 疼痛による復職不安を抱えた事例への支援  
松岡病院 林田 健
- II-3 手指切断外国人患者に対する急性期作業療法 －言語の壁を越えて－  
長崎大学病院 沖田 隼斗

一般演題 III 「地域」

14:40~15:20

座長：村木 敏子（大村市地域包括支援センター）

- III-1 当センターでのひきこもり家族教室開始時の日本版 GHQ30 のスコアの特徴について  
－総得点のカットオフ値による要素スケールの違いについて－  
長崎子ども・女性・障害者支援センター 原田 洋平
- III-2 家から出たい、いつか就労をしたい  
－精神科デイケアにおける約20年間のひきこもり支援の一例－  
愛野ありあけ病院 坪田 優一
- III-3 COVID-19 禍における回復期リハ病棟自宅退院患者の退院後 ADL の変化  
耀光リハビリテーション病院 森山 悠平
- III-4 圧迫骨折後、在宅復帰をした症例に対する通所リハビリテーションでの関わり  
－不安を抱える症例に対する自立支援に至るまでの経過と考察－  
菅整形外科病院 通所リハビリテーション「菅整形」 谷口 友仁

一般演題 IV 「高齢期」

15:20~15:50

座長：田邊 陽子（長崎県上五島病院）

- IV-1 肺非結核性抗酸菌症患者に対する作業療法を実施した1症例  
－ADL/IADL 時に息切れをする患者への動作指導と在宅酸素導入－  
長崎記念病院 植木 光
- IV-2 離床活動が自発的な他患交流へと繋がった1症例  
池田病院 リハビリテーション科 吉田 妃未来
- IV-3 傾聴による信頼関係構築が意欲・活動性向上に繋がった終末期の1症例  
諫早総合病院 リハビリテーション部 縞田 千咲

3月10日(日)

一般演題 V 「高次脳機能障害」

10:10~10:50

座長：生田 敏明（長崎リハビリテーション病院）

- V-1 アテローム血栓性脳梗塞を呈した患者へのトイレ動作定着に向けたアプローチ  
－動画や視覚情報を用いた介入方法－  
池田病院 リハビリテーション部 福田 莉奈
- V-2 積極性を高め更衣動作拒否から自立に ー失語による混乱と,防衛・適応の障害受容を経てー  
長崎北病院 西 彩音
- V-3 高次脳機能障害を呈した症例に対し退院前訪問を通して自宅退院へと繋がった一症例  
耀光リハビリテーション病院 リハビリテーション部 岡田 栞里
- V-4 当該地域における自動車運転支援体制の強化とシステム構築の重要性  
－左半側空間無視を呈した症例の自動車運転再開支援の経験から－  
JCHO 諫早総合病院 下濱 太陽

一般演題 VI 「MTDLP」

10:50~11:20

座長：内野 保則（佐世保国際通り病院）

- VI-1 あんたが私をやる気にさせてくれたよ  
－したい作業活動の再構築による心理的变化について－  
長崎北病院 総合リハビリテーション部 高尾 愛梨
- VI-2 上肢装具を段階的に使用し動作を再教育することで食事を自力摂取可能になった症例  
和仁会病院 志方 友香
- VI-3 MTDLP の活用がもたらした交流と心理的安心感 ー患者の思いに寄り添ってー  
井上病院 リハビリテーション科 朝永 耕平

一般演題 VII 「脳血管疾患 1」

11:30~12:10

座長：原 修平（宮崎病院）

- VII-1 注意障害を呈した症例に対する自己教示法を用いた関わり  
－排泄場面における下衣操作獲得に向けて－  
長崎リハビリテーション病院 原田 銀次朗
- VII-2 右前頭葉膠芽腫患者の急性期作業療法 ー経過中状態に応じた3期の介入ー  
長崎大学病院 山下 真生
- VII-3 訪問リハビリテーションにて注意障害に対する目標指向型訓練を行った一症例  
長崎北病院 総合リハビリテーション部 佐藤 結希
- VII-4 自宅復帰後に抑うつ状態を呈した事例へのOT対応と役割  
松岡病院 山口亜香音

- VIII-1 施設退院後の学習性不使用を回避する為、活動日記を用いて  
麻痺手の使用を促した脳卒中片麻痺の一症例  
長崎記念病院 リハビリテーション部 廣田 光夏
- VIII-2 トイレ動作自立に向けて -目標の細分化と共有-  
池田病院 リハビリテーション部 山口 琴美
- VIII-3 急性期脳卒中患者に上肢機能改善を目的としたメンタルプラクティスの実践  
十善会病院 リハビリテーション科 貞方 拓郎

# 特別講演

---

## ハンドセラピー技術の探究と発展 —中枢神経障害に対するハンドセラピー技術の応用—

○岡野昭夫

中部大学 生命健康科学部 作業療法学科

Key Words：ハンドセラピー 中枢神経障害 装具療法

ハンドセラピー技術は、手の機能解剖学および運動生理学的探究とその解明により発展してきた。手外科領域では微小外科 microsurgery 技術の発展により切断された手指や腕を再接着することが可能となり、機能が全廃した母指の代わりに新たな母指を造ること（造母指術）も可能となった。しかし、手術によって再建された手の新たな機能は、脳内の記録（運動・知覚ネットワーク）とは一致しないため、新たな脳内ネットワークを再構築しなければならない。ハンドセラピーと言えば末梢器官の修復に特化した作業療法のイメージが強いと思われるが、実際には中枢における運動や知覚の再教育などを含む日常や仕事などの環境面を考慮した使える手 useful hand を創造していく領域でもある。

脳血管障害の作業療法では、麻痺側上肢に対して積極的なアプローチを行うことで麻痺の回復を促せることが脳科学研究の成果により証明されてきている。脳卒中治療ガイドライン 2021 では、上肢機能障害における推奨するリハビリとして、CI 療法が（グレード A）に、ロボットを利用した上肢機能訓練、ミラーセラピーや視覚刺激などによる運動イメージ訓練、機能的電気刺激療法を併用することなどが（グレード B）に推奨されている。一方で、肩関節亜脱臼に対する三角巾や肩関節装具の使用に関しては推奨から削除されたことより、麻痺側上肢を消極的に保護することは推奨されなくなってきたと解釈できる。

昨今、急性期・回復期作業療法場面において、近位筋の筋緊張の回復が比較的強く推移する割に、遠位筋の回復が良い事例をしばしば経験する。このような事例に対して起居動作や日常動作の時に不安定な上肢をショルダーブレース型装具で固定することは、せっかく回復してきている手指の動きを治療場面以外では活かせなくしてしまい、非麻痺上肢のみを使用する日常生活を強いることになり、学習性不使用（learned non-use）を助長し、機能の回復レベルの割に使えない上肢にしてしまうことがある。これらの課題を解決するには、肩から手指までをトータルにポジショニングできる片麻痺上肢装具が必要である。本講演では、この装具の作製方法とその臨床的応用について紹介し、今後の研究の方向性を示す。また、今後の高齢化社会におけるハンドセラピーの役割として、手の変形性関節症 Hand OA への関わりも重要なため、Hand OA の装具療法も紹介し、そのエビデンスにつながる研究についても述べる。

ハンドセラピーは、作業療法士協会の専門作業療法士制度において最初に設定された分野であり、日本ハンドセラピー学会の認定ハンドセラピスト制度と同様に作業療法士が専門家として他職種に示すことができる認定資格である。本制度の立ち上げに関わった立場から作業療法士に求められる専門性に関しても私見を述べたいと思う。

## 講師紹介

### 岡野 昭夫 先生

Akio Okano

中部大学 生命健康科学部 作業療法学科



#### 略歴

- 1987年 名古屋大学 医療技術短期大学部作業療法学科 卒業  
1987年 社会福祉法人京都博愛会病院 リハビリテーション部  
1990年 特定医療法人鈴鹿回生総合病院 リハビリセンター  
2000年 特定医療法人鈴鹿回生総合病院 リハビリセンター 室長  
2003年 大阪リハビリテーション専門学校 作業療法学科 専任教員  
2006年 星城大学 リハビリテーション学部作業療法学専攻 准教授  
2009年 名古屋大学大学院医学系研究科保険学専攻博士前期課程修了  
2010年 中部大学 生命健康科学部作業療法学科 教授  
2013年 中部大学大学院 生命健康学研究科リハビリテーション学専攻 教授

#### 所属学会・団体

- 日本ハンドセラピー学会 副理事長  
日本作業療法士協会 教育部部員  
日本手外科学会 準会員  
日本末梢神経学会 正会員  
中部日本ハンドセラピー研究会 世話人  
愛知県ハンドセラピー研究会 世話人

#### 資格

- 認定ハンドセラピスト 専門作業療法士（手外科）  
認定作業療法士

#### 著書

- ハンドセラピー5 末梢神経損傷, メディカルビュー社, 運動機能再建術における術前術後のセラピー, p105~128, 1995.  
機能障害科学入門, 九州神陵文庫, 関節可動域制限, p244-265, 2010。  
義肢装具と作業療法 評価から実践まで, 医歯薬出版株式会社, 末梢神経損傷, 334-352, 2017.  
作業療法マニュアル69 ハンドセラピー 第2版, 中央法規出版, 末梢神経損傷を中心に構成責任者, 3-4,35-41,58-61, 2020.

# 教育講演 I ・ II

---

## 作業療法士として、どう高次脳機能障害に向き合うべきか — 症例検討の重要性：目の前の患者が教科書である —

○山田麻和

長崎北病院

Key Words：脳卒中 高次脳機能障害 生活支援

症候学の基本は症例の検討にある。神経心理学的症候の責任病巣や発現機序を正しく理解し、症候を正しく評価し、その予後を考えるためには、その基礎疾患の病態生理を理解することが重要である（田川、2010）。演者自身も臨床場面で出会ったさまざまな患者に対し、「なぜだろう」と興味・関心を持つことから多くの気づきや学びにつながっている。

今回、脳卒中で生じた特異的な神経心理学的症候を呈する症例を提示し、症例検討の重要性とともに、検討する上で演者が気をつけているポイントについて共有したい。

1. 症候の定義および基礎疾患の病態整理を正しく理解する。思い込みではなく、症候を正確に考えるためには、病態および脳画像についての知識も必要である。
2. 過去の知見を大切に参考にする。報告年数が古くとも内容が薄いわけではない。むしろ限られた情報の中これほどの考察ができるのか、驚愕する場合が多々ある。
3. 気になる症候をうやむやにしない。過去に報告されているか、何が特異的なのか事象を観察し、必要な評価を選定の上、正しく評価し、分析することが大切である。
4. 自身の記憶を過信しない。日々の記録が大切である。診療録カルテを後から振り返っても、他者が見ても、症候および変化がわかるように記載することが重要である。
5. その上で、予後の推定と症候に対応したボトムアップおよびトップダウンのアプローチを行う。高次脳機能障害があることが人生を楽しめないことにならないよう、生活を支援するとともに、病期を越えた連携、支援の幅を広げる必要がある。
6. 可能であれば学会発表、そして論文とステップを踏むことが求められる。アウトプットすることで、新たな患者や作業療法士にとっての一助となりうる（役立つ）。

臨床場面において、患者自身しか感じられないことがあることを念頭におき、内省をしっかり聞くことが大切となる。作業療法士として、生活場面における様子を観察し、机上評価と並行して日々の作業活動や行動の観察を行うことが役割の1つと考える。この病巣なら、きっと〇〇という症候だなどと思ってしまうことがあるが、絶対はないので、なぜだろうと常に疑問を持ち、症候と病巣を照らし合わせる、過去に報告がなくても疑いを持ち続けることが必要と考える。患者の病態理解や治療プロセスは1人で抱え込まないことが大切で、医師はもとよりST、PT、Nsとともに多職種で考える。見る行為は同じでも、視る視点が異なることがある。目の前の1例を大切にすることで、次の1例を見逃しにくくなる。常に患者に興味・関心を持ち、臨床力を熟練していくことがわたしたちに求められている。

## 講師紹介

### 山田 麻和 先生

Mai Yamada

社会医療法人春回会 長崎北病院



#### 略歴

- 2001年 長崎大学医療技術短期大学部作業療法学科卒業  
長崎北病院入職
- 2009年 同病院 総合リハビリテーション部 主任
- 2014年 同病院 総合リハビリテーション部 士長
- 2018年 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科保健学専攻修士課程修了
- 2022年 長崎大学医歯薬学総合研究科医療科学専攻博士課程修了
- 2022年 同病院 総合リハビリテーション部 副科長

#### 所属学会・団体

- 日本作業療法士協会                      日本高次脳機能障害学会  
日本臨床リウマチ学会                  日本シーティング・コンサルタント協会

#### 資格

- 2008年 福祉用具プランナー
- 2013年 シーティング・コンサルタント
- 2014年 回復期リハビリテーション病棟協会セラピストマネジャー
- 2014年 認定作業療法士
- 2022年 博士（医学）、専門作業療法士（脳血管）

#### その他

- 2014年より 長崎シーティング研究会発足（代表）
- 2016年より 長崎大学 非常勤講師
- 2022年より 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科 客員研究

## 作業療法士の役割と使命：社会から必要とされる存在としての挑戦と成長

○光永 済

長崎大学病院

Key Words：作業療法士 研究 専門職

作業療法士の有資格数は約 10 万人であり、毎年 4000～5000 人ペースで有資格者は増え、長崎県においても県士会会員は 1000 人を超えている。しかし社会においては、「そもそも作業療法士とはどんな職業なのか？」と認知されていないこともしばしばであり、「作業療法士は何ができるのか？」、「作業療法士は患者さんや家族の期待に応えられるほどの仕事ができているのか？」といった問いに、リハビリテーションの専門家である私たち作業療法士自身が応えられていない現状もある。

私は、作業療法士免許取得後は回復期や慢性期のリハビリテーションに従事し、現在は長崎大学病院にて脳血管障害や上肢、手指骨折、脊髄損傷等の運動器疾患、がん患者の外科的術後等の急性期リハビリテーションを行っている。またリハビリテーション専門職として、認定作業療法士、専門作業療法士（脳血管分野）を取得し、臨床場面にて正しい研究を行うため長崎大学大学院にて博士課程を修了した。作業療法士として勤務するために、この資格や学位が必ずしも必要なものではないが、卒後の自己研鑽や作業療法士の社会的地位の確立や信用、他職種からの信頼を得るための一つの手段として参考にしていただければと考える。

さて、今回の講演においてお伝えしたいこととしては、前述しているよう私たち作業療法士が社会から必要とされる存在になるために“何ができるのか”ということである。作業療法は「購入前に試着をすることで品質を評価できる洋服」や、「食事のように購入後に品質評価が可能なもの」とは異なり、「購入後においても質を評価することは困難なもの」である。つまり購入者である患者さんは、自己にて選択していないにも関わらず提供者となった作業療法士の質を信頼するほかないのである。私はいつも自問自答するようにしている。その自己にて選択していないにも関わらず提供者となった作業療法士が、自分であるとすれば、自分の親や、大切な人を任せることができる作業療法士になれているのだろうか？と。だからこそ、私たちは日々患者さんと向き合い、自己研鑽を行っていく必要があるのではないかと思う。それぞれ方法や目標は異なっても、「患者さんに寄り添い、その人らしい生活を構築する」ことは作業療法士の役割であり、使命である。この役割や使命を全うしていくことが、前述している社会からの問いへ応えることになるのではないかと考える。

私は、作業療法士が作業療法士を続けている限り、この問いについて考え、常に応え続けていきたい。今回、数例の症例報告を通して私が日常行っている臨床業務や現在行っている研究について紹介し、参加していただける方々とその問いへの応えを考えていければと思う。

## 講師紹介

光 永 濟 先生

*Wataru Mitsunaga*

長崎大学病院



### 略歴

---

(学歴)

- 2002年 長崎大学医療技術短期大学部 作業療法学科 卒業
- 2014年 熊本保健科学大学大学院 保健科学研究科 保健科学専攻 修了
- 2020年 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科医療科学専攻地域リハビリテーション学分野修了

(職歴)

- 2002年 熊本機能病院
- 2014年 長崎大学病院

### 資格

---

- 2002年 作業療法士免許取得
- 2012年 認定作業療法士
- 2022年 専門作業療法士 (脳血管障害)

# テーマシンポジウム

---

## 『 専門的な作業療法の探究と発展 』

- I. 「 精神科急性期 」
- II. 「 脳血管障害 」
- III. 「 摂食嚥下 」
- IV. 「 特別支援教育 」

## あきやま病院における急性期治療病棟の依存症支援

○前田大輝

あきやま病院

当院は長崎県における、アルコール健康障害の依存症治療拠点機関、ギャンブル等依存症の専門医療機関である。令和3年より A-FLAG (Akiyama-Family Learning Addiction Group) という依存症支援チームを立ち上げ、様々な支援を行っている。理念として、心理的安全性を掲げている。当院の急性期治療病棟における ARP (Alcohol Rehabilitation Program) をはじめとする依存症支援や多職種を巻き込んだ支援内容について紹介したい。

まず、入院時の評価は60歳以上の方には認知機能検査 (MMSE, MoCA-J) を作業療法士が行い、医師が入院形態を決定する上での判断材料等とする。離脱症状が消退した方を対象に再発リスク尺度の実施や担当看護師による入院時オリエンテーション、マッピングという英国で開発されたシンプルかつ包括的な治療ツールで入院患者様の全体像やストレスを聴取してもらっている。前述した ARP は基本的に集団 (15名程度) で毎日実施し、依存症についての心理教育や認知行動療法、認知リハビリテーション、自助グループの方々と交えたミーティング (ハイブリッド形式の体験談のシェア) などを行っている。さらに、個別支援の枠も週3~4コマ (外来作業療法含む) あり、患者様の状態やニーズに沿って、多職種でオーダーメイドに実施している。内容は睡眠の認知行動療法、コラム法、SST、過剰適応、スキーマ、オンライン自助グループへの接続、依存行動の代替行動 (釣り等) などについてである。依存症以外の患者様との合同プログラムも実施しており、筋力トレーニングやマインドフルネス、リラクゼーション、畑作業、手工芸等を実施している。加えて、可能な限り、入院時、中間、退院時において、患者様や家族、関係者を交えたチーム面接を多職種で行い、情報共有や治療方針の検討を行っている。退院前にはクライシスプランを患者様と作成し、退院後に関連のある支援者や家族等と共有している。

作業療法士としては ARP のマネジメントや実施、評価等を行い、VDT MoCA (Model of creative Ability) 理論で臨床像を捉え、変化のステージモデルで行動変容を解釈した関わりを行っている。患者様への関りで気がけていることは病棟理念にもある、成瀬が提唱した「患者様への対応 10 か条」「支援者が誤解と偏見から解放されるために」を基に関わっている。

今回のシンポジウムでは上記のような多職種を巻き込んだ支援やプログラム、作業療法士としての臨床に臨む姿勢についてディスカッションしていきたい。

## 統合失調症への心理教育

○林田浩司

光仁会病院

---

統合失調症患者において、病識の欠如はもっともよく観察される所見のひとつとされている。また、再発原因の50～70%が服薬の中断と考えられ、統合失調症当事者710名を対象としたアンケート調査では、自己判断で服薬を中断した患者が約5割、うち8割が再発を経験したとする報告がある。さらに、病識が不十分であると服薬継続が困難であることを示した研究もあり、病識と服薬意識の関連性は高いと考えられ、病識獲得と服薬意識向上は目指すべき大きな目標となる。

これらを図る手段として心理教育が挙げられる。服薬アドヒアランスを改善するには薬物療法の工夫のみでは困難な一面を持ち、本人への心理教育はアドヒアランス改善に一定の効果があるとされ、再発予防にも有効であることが明らかにされている。また、薬物療法と比較し副作用がなく、コメディカルでの介入もしやすいため、薬物療法と併用にて治療を進める医療機関も数多くあり、薬物療法と併用しての心理社会的アプローチの効果が世界中の研究にて示されている。

心理教育の実施時期に関しては、初回エピソードなどのアドヒアランスが維持されにくいハイリスクの人たちには特に介入が重要であり、可能な限り早い時期に実施することで、その後の転帰にもいい影響がもたらされることが期待される。また、急性期のみならず、長期入院を経た患者への心理教育が、退院後の治療継続に有効であることも示されている。長期入院患者で心理教育が特に重要となるのは、社会復帰を支援する段階であろうとされており、療養病棟や慢性期の患者においても心理教育の必要性はあると考えられる。このように、心理教育は急性期から慢性期においても幅広く活用していくことが可能なアプローチであり、それぞれの病期の特徴に応じたかかわりや治療法を選択することで、より良いアプローチに繋がると考える。

今回のシンポジウムでは、私自身が携わった心理教育の内容や評価方法の選定、事例について紹介し、実践を踏まえてみえてきた課題についても言及したい。また、心理教育に行動療法的なプログラムが加わった方が改善度は高い傾向にあるとされ、さらには、統合失調症患者以外での心理教育の効果も報告されており、今後の更なる治療の発展に向けたディスカッションをしていきたい。

## 不眠症に対する認知行動療法

○杉村彰悟

小鳥居諫早病院

---

睡眠障害は精神疾患において高頻度に併存し、なかでも不眠症は特に併存率が高い。わが国では不眠症に対する治療法として睡眠薬が処方されるケースが多い。だが、ベンゾジアゼピン受容体作動薬の長期・高用量の使用に伴う依存形成、認知機能障害、転倒リスクの増大などの問題が指摘されている。

不眠症者の多くは不適切な睡眠習慣や睡眠環境、睡眠に対する誤った信念や理解により、かえって自らの不眠を悪化させていることが知られている。不眠症の治療では、眠れないことにこだわる患者の目を眠れないために起こった生活の質の低下に向けるように指導する。

これら不眠症に対する非薬物療法として、認知行動療法（Cognitive-Behavioral Therapy for Insomnia:CBT-I）がある。CBT-Iは、睡眠に対する不適切な知識や行動を修正することを目的とした心理療法で、1回50分6セッションを目安に実施することが多い。その効果は無作為化比較試験やメタ解析により示されており、薬物療法と比較しても安全性の高い治療法と考えられている。

当院の外来では不眠症患者にCBT-I（1回30～60分、4セッション）を実施している。24名（平均63.5歳、男性14名）の不眠症患者に実施し、不眠症の重症度（ISI-J）、睡眠に対する認知の歪み（DBAS-J）、不眠による日中の機能障害（QOL-I）のスコアが改善傾向を示し、その効果が1カ月間維持するという結果（未発表）を得た。

シンポジウム当日は当院で実施している外来CBT-Iの方法や結果を報告するとともに、他の領域でも実施可能な睡眠の指導方法についても触れたい。

## 失語症患者に対する自動車運転再開支援の経験

○佐古英樹 竹下宏史 小林友 吉原麻里

佐賀リハビリテーション病院

Key Words：失語症 自動車運転 情報共有

【はじめに】当院の入院・外来患者において自動車運転再開を希望される方は少なくない。特に高次脳機能障害と診断された患者の自動車運転再開については慎重に判断する必要がある、対応に難渋することもしばしばである。今回、脳梗塞後に失語症候を呈した患者への入院から外来を通じた自動車運転再開支援を経験した。再開までにどのような支援を行ったかを中心に報告する。尚、本報告にあたり症例に同意を得ている。

【症例紹介】70歳代、男性、右利き。KP妻・長女と三人暮らし。入院前ADL自立。病院受診や趣味のゴルフに運転をして出かけていた。脳梗塞診断にて急性期病院での加療後18病日に当院回復期リハビリテーション病棟に転院。早期に身体機能面は問題なくADLも自立。コミュニケーションにて理解面は単語レベルから低下、表出面は発語失行、喚語困難、錯語の影響により発話での伝達困難であった。62病日自宅退院前の評価ではMMSE 25/30点、TMT-JのpartA105秒（異常群）、コース立方体組み合わせテストIQ80、ROCFT模写36/36点で特に注意と処理速度の遅延みられた。

【経過および結果】カンファレンスにて自動車運転再開についての方針を確認し、神経心理学的検査の結果も加味し、一定期間は運転を控えた方がよいと判断。主治医より本人・家族に発症から半年は運転を控えた方が望ましいこと、運転再開を希望する場合は時期をみて再評価を行うことを説明した。OTからは道路交通法など含めた社会的背景の説明や当院の運転評価の流れを説明。通院は家族の送迎、趣味のゴルフについては友人の送迎を依頼し、本人・家族とも了承された。退院後は当院外来リハビリSTのみフォローとなり、担当の主治医・STが交代のため自動車運転再開についての方針を伝達、運転再開の希望あればOTが対応する旨を確認した。退院から4ヶ月後、本人より自動車運転再開についてSTに相談あり。主治医に相談し、自動車運転再開支援のためOTが追加処方された。TMT-JのpartA49秒（正常群）、SDSAでは運転合格が予測された。主治医に結果報告のもと実車評価を実施し、そこでも適正ありと判断された。その後本人・家族に結果の報告及び公安委員会での適性相談を依頼。診断書の提出、適正検査を経て運転再開となった。緊急時の連絡手段やドライブレコーダーの設置についても確認した。

【最後に】今回、脳梗塞後に失語症候を呈した患者への入院から外来を通じた自動車運転再開支援を経験した。入院中の関わりでは運転再開可能か不安もあったが、本人・家族の理解が良く、方針に納得してそれに準じて行動されたことで運転再開に繋がった。また、入院から外来へ自動車運転再開についての方針を共有していたことが外来でのスムーズな自動車運転再開支援に繋がったと考える。

## 脳血管障害患者に対する作業療法で私が大切にしていること — これまでを知り、より豊かな未来を共創する —

○劉濤

新吉塚病院 リハビリテーション科

Key Words : 回復期リハビリテーション EBOT 生活行為向上マネジメント

2008年に作業療法士免許を取得し、リハビリテーション病院に入職した。回復期専門病院で脳血管疾患患者に関わることが多く、患者に対しては、セラピストのみでなく医師、看護師、介護福祉士、管理栄養士、社会福祉士、歯科衛生士、テクノエイドなど、多職種で退院後の生活環境を想定し、包括的に支援することの重要性を感じることができ、その思いは今も変わっていない。

一方、作業療法士としての知識や技術に関しては、日々焦燥感を持ち、これまでに参加してきた作業療法学会の演題の傾向が少しずつ変化してきたことと同様に、自身が研鑽する内容も変化してきた記憶がある。

近年では、入院中の患者の身体機能や生活動作能力をできる限り改善させることを目的に、Evidence-Based Medicine (EBM) を軸とした介入を基本として、脳卒中後の上肢麻痺に対する手法では、ミラー療法、課題指向型訓練、電気刺激療法、ロボット療法など、様々な療法を併用して介入することを行ってきた。また、患者が退院後に充実した生活を送るために、これまでの生活歴や思いを包括的にとらえ、患者・家族の価値感を大切にできるよう、Canadian Occupational Performance Measure (COPM) や Aid for Decision-making in Occupation Choice (ADOC)、生活行為向上マネジメント (MTDLP) などのツールを併用し、患者・家族と共に面談しながら目標設定や訓練プログラムを検討する場を設けるなどしてきた。

経験を重ねる中で、担当させていただく患者に対して、できる限りこれまでの生活の文脈から包括的に“現在”をとらえ、より豊かな“未来”を創造する支援をしていくことが大切であると今は考えている。そのため、面接時間を確保して目標を共有し、定期的な評価と信頼性のある手法の選択・説明に時間をあてることを重要視している。

今回のシンポジウムでは、これまでに自身が行ってきた上肢麻痺に対する介入の紹介に加え、退院後も見据えた目標設定を実施するにあたって MTDLP を併用した介入経験等の紹介もしたいと考えている。

今回参加される皆様の臨床や価値観に少しでも貢献できるよう、講演とディスカッションができればと考えている。

## クロスジョブ福岡の就労移行支援について —私が就労支援をしたいと思ったきっかけ—

○萩原敦 古瀬大久真 濱田和秀

クロスジョブ福岡

Key Words：就労支援 障害者総合支援法 高次脳機能障害

### 【私が就労移行支援事業で働こうと思ったきっかけ】

経歴：2010～2017 福岡徳洲会病院（内科、脳神経外科、整形外科、回復期病棟）  
2017～2018 NPO 法人クロスジョブ クロスジョブ阿倍野(就労移行支援)  
2018～2022 社会医療法人財団 白十字会 耀光リハビリテーション病院  
2023～ 3月1日 NPO 法人クロスジョブ クロスジョブ福岡開設

病院勤務時代、50代の男性が現職復帰の予定で無事に退院した。職人気質であり、現場の上長とは自分でやり取りをする予定であった。しかし、退院から約半年後、定期受診に来ていたご本人から「仕事は辞めた。うまくいかんかった」と告げられた時、やってしまったという罪悪感や無力感と同時に、病院では支援できないことがあるのでは、との思いに至った。それがきっかけとなり、単身大阪の就労移行支援事業へ転職し、高次脳機能障害のある方の就労支援に携わった。結婚を機に地元の佐世保市に戻り、病院で地域と連携して就労支援をしたいと思っていたものの、個人では何もできず、チーム支援の重要性をひしひしと感じた。コロナ禍もあり、就労支援への思いが薄れつつあったが、やはり自分には就労支援しかない、との思いでクロスジョブ福岡の開設を前所属のNPO法人クロスジョブに相談し、今に至る。クロスジョブ福岡は高次脳機能障害のある方の他、自閉スペクトラム症等の発達障害や精神障害、身体障害の方々にご利用いただき、就職者も2名出ている。就職が決まった時の喜びは何にも代え難く、仕事の原動力となっている。

【高次脳機能障害のある方の就労支援について】当法人は、設立にあたって高次脳機能障害支援専門の“なやクリニック”院長の納谷敦夫理事が関わった経緯もあり、高次脳機能障害のある方の支援に力を入れている。また、現在では自閉スペクトラム症も生まれつきの脳機能の障害といわれており、精神障害もその二次的障害であることが多々ある。つまり、脳機能障害による働きにくさへの支援を行っている。また、障害があるのは社会の方ではないか？との考えのもと、NPO法人として障害のある方が働きやすい地域環境を作ることにも力を入れている。法人単体ではなく、地域の企業、福祉サービス、医療・介護サービス等、様々な人を巻き込んで障害のある方が企業で働く未来を作れるよう、日々模索している。

【支援について】最も重要なのは自己理解で、①自分の障害特性と対処法を知ること、②自分に向いている仕事を見つけること、等である。また、チーム支援も非常に重要で、セラピスト一人のスキルだけでは決して支援できない。家族支援、企業との連携も非常に重要で、働き続けるために長期的な関わりも必要である。その人の人生に関われる、やりがいのある素敵な仕事である。一緒に就労支援をしてみませんか？

## 急性期病院における摂食嚥下障害に対する作業療法士としての役割

○尾坂愛菜 森那美 山戸隆二 塚本倫央 渡辺良一

長崎労災病院 中央リハビリテーション部

Key Words：急性期 サルコペニア 栄養

【はじめに】摂食嚥下障害には、脳血管疾患患者や脊髄損傷者など運動機能や感覚機能の異常によって引き起こされる以外にも、「サルコペニアによる摂食嚥下障害」と称される全身のサルコペニアに伴って嚥下関連筋が脆弱になって引き起こされるものがある。急性期では術後や炎症など侵襲の影響があり、全身状態や意識レベルが不安定でベッド上安静や絶食で管理される場合もある。こうした活動性の低下により身体機能低下や口腔機能低下も予測され、医原性サルコペニアの原因となる可能性がある。高齢者は入院前より嚥下機能の低下や低栄養気味である可能性があり、「もともとそんなに食べてなかった」「食欲がない」という発言はよく聞かれ、経口摂取に難渋することはよく経験する。こうした高齢の患者に対して静脈栄養や経管栄養を併用して、必要栄養量の確保を行う。急性期治療の中で効果的なりハビリテーションを実践するために、当院での取り組みと今後の課題を考察したので報告する。

【当院での取り組み】入院後早期に全身状態や摂食嚥下機能を評価し、早期からリハビリテーション、離床、経口摂取を開始し、また必要栄養量を確保する必要がある。急性期病院の当院では作業療法士は脳卒中後の高次脳機能障害や認知機能の低下した患者の食事摂取を促すために環境設定の提案を看護師へ行ったり、麻痺や外傷による上肢機能障害に対して、動作練習を行ったり適切な自助具の使用による食事動作の自立支援を行っている。それに加えて、リハビリテーション専門職として、医原性サルコペニアの予防を行うために活動量を向上させるために様々な取り組みを行っている。当院は院内デイクラブを開設しており、担当リハスタッフの判断で活用し、活動性向上に役立っている。また、NST にリハが介入することにより、活動量の伝達を NST に、NST よりリハスタッフに栄養状態の情報提供を行い、入院患者の活動量とエネルギー摂取量のバランスをとることに役立っている。

【最後に】急性期は、栄養状態や身体機能の悪化を防ぎ、転帰先へ切れ目なくつなげる役割がある。食具の選定や環境設定など、直接的な食事動作以外でも、早期からリハ介入し、活動量を増やし、身体機能低下を予防することでサルコペニアによる摂食嚥下障害の予防、維持を図っている。今後の展望として、急性期における作業療法士の摂食嚥下に対する介入や、栄養管理について他施設と情報を共有する機会を増やすこと、また転帰先との栄養管理、状態の連携を強化したいと考える。施設の違うリハビリテーション専門職でもリハ栄養やサルコペニアに対しての共通認識を持つことで連携が強化され、対象者への利益がもたされるのではないかと考える。

## 当回復期リハビリテーション病棟における「食べる」支援の取り組み

○本田秀明

長崎リハビリテーション病院

---

### 【回復期リハビリテーション（以下、リハ）病棟について】

回復期リハ病棟は脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対して寝たきりの予防とADL向上、在宅復帰を目的として集中的にリハを実施する病棟である。近年は入院患者の高齢化や重複した疾患による障害の重度化が進んでおり、退院し地域での生活に戻る際に難渋するケースが増えてきている。

### 【当院の概要】

当院は143床すべて回復期リハ病棟であり、患者の約7割が脳血管疾患である。入院から退院までの支援は患者1人につき10職種で構成される担当者チームで行う。基本方針の1つにどのような障害があっても人としての尊厳を守り、諦めないで口から食べることを大切にする「口のリハビリテーション」を掲げ、「食べる」支援を積極的に行っている。

### 【「食べる」支援におけるOTの視点と役割】

回復期では、疾患の再発や褥瘡など合併症の予防に対するリスク管理を行いながら可能な限り障害の改善および生活能力の向上を図ることが求められる。そのためOTは覚醒状態、認知・高次脳機能、上肢機能、座位能力などの心身機能や病前の食事の時間や嗜好などの個人因子、環境因子の評価を行う。患者が最大能力を発揮しその人らしく食事が行えるよう、機能・能力の向上を図るとともに、実際の食事場面に介入し、動作練習や環境調整を行う。また、患者の機能・能力の変化に合わせてOTプログラムの変更を行っていく。カンファレンスでは目標達成に向けたプロセスを多職種と確認・共有し、患者の能力に応じた関わり方、自助具や福祉用具の提案などを行う。経管栄養が必要な患者に対しては、経管栄養の際に褥瘡や誤嚥を予防し安心・安楽な座位を保つことができるよう車椅子やクッションの選定・調整を行う。また、どのような姿勢や環境であれば安全に少量でも口から食べられるのかを模索していく。退院を控えた患者では自宅に限らず、外食など地域生活で想定される場面に応じた対処方法を患者・家族に伝達する。また、必要に応じて生活期スタッフに申し送りを行い、「食べる」支援が退院後も継続されるよう努める。

### 【今後の課題】

上述した「食べる」支援を実施していく中で、高齢化や障害の重度化により、思うような改善が得られない患者への対応が課題であると感じている。例えば認知症を有する軽度の嚥下障害のある患者で、食べる能力はあるものの、食べたくないや拒食される場合の対応などである。このような課題を解決していくために、難渋した症例について急性期や生活期と情報を共有し、今後の類似症例に活かせるよう、より連携を強めていきたい。

## 超高齢者の生活を見据えた食支援の在り方

○中村恭平 足立拓也

愛野記念病院 リハビリテーション科

Key Words : 高齢者 (栄養管理) (ライフステージ)

雲仙市は長崎県内の中でも高齢化率が高く、私自身が関わる対象者も高齢者が大半を占めている。それらの多くは呼吸不全、心不全などの慢性疾患や骨折などの整形疾患、認知症等に罹患しており、作業療法士（以下：OT）として摂食嚥下障害に対するアプローチをどのように実施していくか日々試行錯誤を繰り返している。

OTが「食事」に関わる際に他職種から求められることは、食具・食器の選定、食物の口への運搬、食事姿勢の保持などが挙げられる。しかし、高齢者の摂食嚥下障害の原因は様々であり、咀嚼機能、唾液分泌の低下や味覚障害などの口腔機能の低下に加え、認知・精神機能の低下も摂食嚥下障害の原因となり得る。そこでOTは摂食嚥下障害の原因を多職種と連携しながら考え、対象者の「食」に関する想いを聴取しながら、食の支援を行うことが重要と考えている。

臨床現場では対象者の病期に合わせた必要エネルギー量を算出し、栄養管理が行われており、必要量の充足を目標とした介入を行うことが多い。

また、現代の医療ではリハビリテーション栄養という概念が普及したことで、リハビリの立場から栄養を考える機会が増え、「リハの内容を考慮した栄養管理」、「栄養状態を考慮したリハ」を念頭に対象者と関わりを持ってきた。その経験を重ねる中で、当初は低栄養状態、サルコペニア等の対象者に必要エネルギー量を充足させることを目標に介入を行っていたが、対象者からは「そんなにたくさんは食べられない」、「たくさん食べてと言われるから食事が苦痛になった」などの話を聞くこともあり、OTとして「食」を考えるようになった。

食事とは本来、栄養補給の側面だけでなく、楽しみや生きがい、時には食事時間が家族や友人との団欒の機会となるなど、余暇的要素の側面があると言われている。特に超高齢者の場合、ライフステージを考えると終活を意識する世代であり、栄養補給に重点を置かず、嗜好に合わせた食事の提供や食事を楽しむ為の環境作りなどを考慮しながら食支援を行うことが大切であると考えている。

今回のシンポジウムでは、私が経験した事例を通し、「食」の支援の在り方について皆様とディスカッションができればと考えている。

## 福祉領域における作業療法士のあり方と地域支援

○前田航大<sup>1,2</sup> 岩永裕人<sup>2,3</sup> 徳永瑛子<sup>4</sup>

ふわり諫早<sup>1</sup>

長崎大学大学院 医歯薬学総合研究科 医療科学専攻博士課程<sup>2</sup>

長崎市障害福祉センター<sup>3</sup>

長崎大学 医学部保健学科<sup>4</sup>

平成24年4月に改正された児童福祉法等の施行により現在では広く周知がされている児童発達支援、放課後等デイサービス、保育所等訪問支援が開始されました。医療機関で実施する療育から福祉領域で実施する療育に携わる作業療法士が増えており、より身近に作業療法を受けることが出来る環境が整ってきています。私自身現職の児童発達支援センターに勤務して7年が経過しますが、その短い期間の中でもお子さん、保護者が選択できる療育の幅が大きく広がっていると感じます。今回のシンポジウムでは私が福祉領域に携わる中で特に感じる3つの課題について話題提供をさせていただきます。

### 1) 福祉領域で提供される作業療法は適切なのか

福祉領域に限らず私たち作業療法士が療育を実施する際には目標に対して適切なアセスメントを行ってから具体的な支援に進むことが求められます。当たり前の流れのように感じますが、実際に他事業所が集まるケース会議の中では観察評価のみで支援の方向性を話し合う場面は珍しくありません。検査道具がない、教えてくれる先輩がいないなどそれぞれの課題がある中で私たちは現状を変えていくことが求められるのではないのでしょうか？

### 2) 作業療法士が関わる福祉サービスの方向性

前述した通り障害児通所支援事業では様々な形で支援を提供する事業所が見られていますが、その一方で保護者が介在しない形で実施される療育が増えています。例えば、単独通所で利用している中で作業療法士がお子さんに関わることもあれば、幼稚園・保育園までお子さんを迎えに行き事業所で療育が終われば再度送迎する事業所も見られます。保護者の働き方やニーズに合わせた療育方法の提供を模索することは大切ですが、事業所の中だけではなく実際の日常場面への活動・参加に繋げる工夫を合わせて実践していくことが求められます。

### 3) 保育所等訪問支援を活用した情報共有や連携への取り組み

児童発達支援、放課後等デイサービスを実施する事業所は長崎県下で増加の一途を辿っています。しかし、保育所等訪問支援を活用する事業所はまだ多くないのが現状です。私たちが療育を行う上で「普段過ごしている場所や関わる人」の中で見られたい姿を促すことが重要です。保育所等訪問支援を活用することで情報共有に加えて園、学校との具体的な連携に繋げることが出来ると感じます。私が経験した事例を踏まえながら皆さんとディスカッション出来れば幸いです。

## 医療機関における小児作業療法士の役割と参加の支援について

○岩永裕人<sup>1,2</sup> 前田航大<sup>2,3</sup> 徳永瑛子<sup>4</sup>

長崎市障害福祉センター<sup>1</sup>  
ふわり諫早<sup>3</sup>

長崎大学大学院 医歯薬学総合研究科 医療科学専攻博士課程<sup>2</sup>  
長崎大学 医学部保健学科<sup>4</sup>

Key Words : 小児 参加 家族

国際生活機能分類(International Classification of Functioning, Disability and Health:ICF)は、人の健康と幸福を多面的に理解するための枠組みです。近年の国際的な動向としては、小児リハビリテーションにおける参加に焦点を当てた臨床実践へのパラダイムシフトが必要であるといわれています(Anaby et al.,2021)。参加は生活場面への関りと定義され、子どもが日常の様々な活動に参加することは身体的、心理的、社会的スキルの発達促進や自己肯定感の形成に影響しています。したがって、参加は小児領域に携わる作業療法士にとって重要な成果といえます。

私は現在、医療機関(小児専門外来)で勤務しており、主に発達的な課題を有する幼児期から学童期(高校)までの子どもを対象に検査や療育を行っています。ここ10年の間に障害児支援が充実し、医療と福祉のサービスを併用するケースが多くいます。福祉施設と比較して、医療機関が提供する療育は量や頻度が少ないです。また、医療機関では、セラピー室という実生活とはかけ離れた特定の文脈での介入になりやすいです。このように、医療と福祉では療育の形態や時間、頻度が異なっていることから、それぞれが介入すべき標的に違いがあると思われる。

本シンポジウムでは、医療機関に携わる私が大切にしている考え方、作業療法士の役割について話題提供を行いたいと思います。また、参加に対する具体的な実践報告をご紹介させていただき、子どもの参加の支援について作業療法士ができることは何か、どのような課題があるのかを皆様とディスカッションできれば幸いです。

## 外からみた小児作業療法士に必要なことと課題

○徳永瑛子<sup>1</sup> 岩永裕人<sup>2,3</sup> 前田航大<sup>3,4</sup>

長崎大学医学部保健学科<sup>1</sup>

長崎市障害福祉センター<sup>2</sup>

長崎大学大学院 医歯薬学総合研究科 医療科学専攻博士課程<sup>3</sup>

ふわり諫早<sup>4</sup>

Key Words：連携 地域

現場の仕事を離れた現在は幼稚園・保育園、小学校、中学校、子育て支援センター等へと訪問し、少し離れた立場から子ども・保護者への支援、子どもの所属機関への支援を行うことが主になりました。一步外から、作業療法士としての実践を考えたときに私が感じている課題があります。課題は以下の3つです。

### 1) 療育は意味がないと思っている親たちがいる

耳が痛い内容ではありますが、訪問先であった保護者の方に医療機関・福祉施設の利用を勧めても「過去利用していたことがあったが効果がなかった、意味を見出せなかった」と答える方が実は多くいらっしゃいます。私たち作業療法士は多くの場合、子どもや親のためにと日夜努力しているはずですが、なぜこのようになってしまうのでしょうか。

### 2) 子ども、保護者のためになる情報共有、連携とはなにか

情報共有、連携の重要性は頻繁にいわれていますが、保護者とセラピストとの連携、医療福祉間での連携、医療福祉と園・学校のとの連携で難しさを感じたことはないでしょうか。どんな点に気を付ければいいのか、必要なことはなにか、検討したいと思います。

### 3) 療育の終了に向け医療・福祉ができることは何か

多くの場合、療育は小学校入学の時期に「いったん終了」となることが多い現状にあります。ただし、これは子どもが課題をもう抱えていないからというわけではなく、医療・福祉側の都合ということがあります。かといって、ずっとそのお子さんに対応するにも限界があります。子どもたち、その保護者が出来る限り困らないように、充実した楽しい生活を送れることを祈りながら、私たちは療育を終了しますが、その際にできること、必要なことの実践を知ることで、子どもたちの卒業を出来る範囲でサポートできるのではないのでしょうか。

この3つの課題について外から見て改めて知った、作業療法士が気を付けておいた方がいいことについて本シンポジウムではお話ししたいと思います。私見ではありますが、一緒にご検討いただくと幸いです。

# 特別企画

# 離島シンポジウム

---

## 『 離島作業療法の現状と発展 』

私は鹿児島県の奄美大島の出身ということもあり, 以前から離島での作業療法に興味がありました. 元離島地区理事の久和成吾先生や奄美大島の平城修吾先生とお話をする機会があり, 離島で行う作業療法の大変さや難しさを知ることができました. 今回の学会では離島で働かれている作業療法士の方々の環境を少しでも良くできればという思いと, 離島での作業療法の発展が長崎の作業療法の発展に繋がるという願いから離島シンポジウムを企画しました. シンポジウムでは, 奄美大島で働かれている平城先生をお招きし, 他県士会での取り組みなども伺いながら離島での作業療法について長崎県士会会員全員で考えていければ幸いです.

第 30 回長崎県作業療法学会 学会長 山田玄太

## 長崎県離島地域における作業療法の現状と課題

○篠田真<sup>1</sup> 藤原謙吾<sup>2</sup> 栗明正実<sup>3</sup> 田邊陽子<sup>4</sup> 遠藤信子<sup>5</sup>

長崎県対馬病院<sup>1</sup>

長崎リハビリテーション病院<sup>2</sup>

長崎県五島中央病院<sup>3</sup>

長崎県上五島病院<sup>4</sup>

壱岐特別養護老人ホーム光の苑<sup>5</sup>

Key Words：地域事業 移動時間・移動手段の確保 オンラインの活用

【はじめに】長崎県（以下、本土とする）は日本一の島の数を有し、R5年1/1時点で離島（下五島・上五島・壱岐・対馬）では約10万人が生活を送っている。その中で高齢化率は本土の33.61%に対して離島は40～50%を超える地域もあり、超高齢化は深刻である。そこで今回はR4年度の離島地域の実績をもとに地域での取り組みについて報告する。

【離島地域の作業療法士数】離島のOTは下五島13名、上五島10名、壱岐15名、対馬10名である。離島の人口は本土の約8.4%を占める一方でOTの数は本土の約5%も満たしていない。約10万人に対して48名で活動している。人口に対するOTの数は本土では約1/1300に対して離島では約1/2200である。OTの所属先は病院が28名で最多。次いで介護老人保健施設13名、小児通所施設・保健所・特別養護老人ホーム2名、児童発達支援センター1名である。

【臨床業務と地域事業】離島のOTの多くが院内外の兼務で地域に出て活動しており、その数は20名と全体の約4割を占める。R4年度は4地区合わせて介護認定審査会を年間56回、地域ケア会議を年間27回開催。また、審査会や地域支援事業・療育支援、広域支援センター活動にも取り組んでいる。

【地域事業から見えてきた課題】兼務を前提として、地理的問題や公共交通機関の不足の課題は大きく、相談者・支援者双方の「移動時間・移動手段の確保」が挙げられる。R4年度は対策としてオンラインの活用を積極的に取り入れた。また、派遣人材の不足・偏りも挙げられる。さらにマンパワー・社会資源不足は相談者からの派遣依頼数の低下に繋がる。

【オンラインの活用】R4年度はオンラインの活用が全国に浸透したが、離島にとってその意義は大きい。「移動時間・移動手段の確保」の課題解決の一助になると考える。コロナの5類移行に伴い本土では研修会の現地開催へのシフトが予測される。一方で離島においてはハイブリッド研修会や地域事業へのオンライン活用は継続していくべきと考える。

【現在の離島地域における課題】超高齢化に加え、家族が本土で介護が望めないケースも多く、入院をきっかけに本土への移住する場合もある。限られたマンパワー・社会資源の中で離島の住民がその地で生活を送り続けていくため離島のOTはどのように地域事業に関わっていくべきかを考える。

## 奄美大島における作業療法の現状と今後について

○平城修吾<sup>1</sup> 和田晋弥<sup>2</sup> 森悦郎<sup>3</sup> 寿三佐子<sup>4</sup>Mellow Amami 合同会社<sup>1</sup>名瀬徳洲会病院<sup>2</sup>介護老人保健施設 虹の丘<sup>3</sup>介護老人保健施設 愛心園<sup>4</sup>

Key Words：卒後教育、多職種連携 高齢者・移動、療育 社会参加・就労支援

日本には1,719の市区町村があり、そのうち817地域(47.5%)は過疎対策法に指定される過疎地域である。これらの地域は、地理的条件と社会経済条件による都市部へのアクセスの困難さを特徴としており、国は離島振興法等の法整備によって都市部との地域格差の是正に努めているものの未達成である。中でも離島はより隔絶性が高く、高齢化や生活サービスの低下が著しいため、日本社会の最先端を走っているとも言える。

本シンポジウムでは、国内で多くの離島を抱える長崎と鹿児島両県の離島 OT がそれぞれの島の課題と現状、対策を共有することで、離島以外の地域で働く OT が自身の住む地域の将来を想像し、専門職として何ができるのかを考える機会を提供する。

演者は鹿児島県の奄美大島に在住している。奄美大島は鹿児島市から南へ約400kmにあり、国内の離島では佐渡島に続いて2番目に大きく、5市町村の合計人口は約58,000人、年齢構造は15歳未満14.0%(全国平均11.6%)、15-64歳50.9%(59.4%)、65歳以上35.0%(29.0%)で高校卒業後に島を離れることにより20歳前後の人口割合が低い点が特徴である。島内には独自に進化した固有種や亜種の動植物が多く生息しており「東洋のガラパゴス」と称され、2021年7月に世界自然遺産に選定された。

演者は2016～2022年まで鹿児島県作業療法士会(以下、県協会)南薩支部奄美地区の代議員として、県内離島で働く OT の実態調査や県協会における地域格差の是正、より質の高い作業療法を島民に提供できる地盤作り、行政や関係機関への周知活動等に注力してきた。その中で演者は①卒後教育機会の不足、②島内 OT 同士の連携不足、③他職種からの認知不足、といった離島 OT の課題と向き合ってきた。具体的には①に対して、県協会と連携して研修・学会をライブ配信する「遠隔地交流システム」を構築し、「住む場所に関係なく学ぶ」卒後教育の機会を創出した。これにより奄美群島の県協会会員率は22.7%→40.4%に向上した。②に対して、県協会や個人で立ち上げた学術団体による島内勉強会の主催、懇親会を積極的に活用し、島内各所に分散する OT が定期的に顔を合わせる機会を提供した。③に対して、市議会議員との連携や多職種との合同研修会、デイケア文化祭、地域共生イベント等の多職種と連携したイベントの開催を実施してきた。これにより限られた資源の中で専門職が特徴を活かすことが可能となった。

離島で起こっている問題は近い将来、都市部や地方都市でも起こる問題である。地域包括ケアシステムの構築が求められる現代において、人・環境・作業の視点を持つ OT が果たす役割は非常に大きい。自身が住む地域の未来を想像し、OT が社会貢献を果たしていくために、本シンポジウムが役立つことを期待する。

# 一般演題

---

『 若手優秀演題・最優秀演題 』

I. 『 運動器疾患 1 』

II. 『 運動器疾患 2 』

III. 『 地域 』

IV. 『 高齢期 』

V. 『 高次脳機能障害 』

VI. 『 MTDLP 』

VII. 『 脳血管疾患 1 』

VIII. 『 脳血管疾患 2 』

## shared decision-makingによる目標動作の設定が日常生活における 麻痺側上肢の使用頻度の向上につながった脳卒中の一例

○池田葵 中村次郎 片岡英樹 中村和也 山下潤一郎

長崎記念病院

Key Words : shared decision-making transfer package 上肢機能

【はじめに】脳卒中片麻痺患者に対する constraint-induced movement therapy(以下, CI療法)では, transfer package (以下, TP) と呼ばれる行動戦略を用いることで, 獲得した上肢機能を生活に転移させることが可能になると報告されている. 今回, 脳卒中片麻痺患者に対し, shared decision-making (以下, SDM) に則って目標動作を設定して TP を進めたところ, 日常生活で麻痺側上肢の使用頻度が向上したためその経過を報告する. 本発表にあたり, 症例に趣旨を説明し同意を得た.

【症例紹介】60歳代の男性で独居であり, 家事全般を行っていた. X日, アテローム性脳梗塞(右内包後脚)を発症し, 急性期加療後 X+27日当院回復期病棟へ転院した. 初期評価では, MMSEは28/30点, 麻痺側上肢のFMA39/66点で, 使用頻度はMAL-AOUにて0.5/5.0であった. FIMは82点であり, 排泄動作時の下衣操作に介助を要していた. そこで麻痺側上肢に対するロボット療法や手指巧緻動作練習を中心とした作業療法を開始した.

【TP開始時評価(X+55日)】FIMは106点となりADLはほぼ見守りレベルとなったが, FMAは49/66点, MAL-AOUは1.7/5.0であり, 整容や排泄をはじめADLのほとんどを非麻痺側上肢のみで行っていた. そこで麻痺側上肢の参加を促す必要があると考え, aid for decision-making in occupation choice for hand(以下, AODC-H)と活動日記を用いたTPを開始した.

【目標動作の設定方法】今回のTPは①AODC-Hを用いて麻痺側上肢で行う目標動作の抽出をする, ②実現可能な目標動作を選択し, 病棟生活で目標動作を遂行することについて症例と合意を得る, ③活動日記に目標動作の達成度と感想を記載する, ④1週間継続し達成できたら, 新たな目標動作の抽出を行う, という手順を進めた. なお, AODC-HはiPadのアプリケーションで, 手の使用場面が130項目のイラストで示されており, SDMに則った目標設定を可能とする作業療法支援ツールである. また, 介入中複数の目標動作を設定したが, 一例を経過に示す.

【経過】整容動作に関して, X+70日, 症例はAODC-Hの「歯磨き」の項目から「麻痺側上肢でブラッシングを行う. コップを持ってうがいをする」を選択した. 実際, 麻痺側上肢でのブラッシングおよび洗面台までコップを運搬する動作等が可能であることを確認し, その上で, 毎食後洗面台で口腔ケアを行うことで合意した. さらに, 活動日記を用いて毎日, 目標動作の実施の有無や, 苦勞した場面を共有した. X+72日, 食後以外にもブラッシングの練習をしている姿をみる機会が増えた. X+73日, 「左手で歯磨きしています」と動作の定着がみられた. その後, 蛇口をひねる動作やドライヤーの使用においても, ①~④の手順で介入を進め, それぞれX+89日, X+90日に日常生活での定着が認められた.

【最終評価(X+117日)】FIMは119点となり, ADLはほぼ自立レベルとなった. 麻痺側上肢の使用は整容動作全般のみならず, 排泄時の下衣操作にも使用するようになり, 目標動作以外でも使用頻度が向上し, FMAは64/66点, MAL-AOUは5.0/5.0となった.

【考察】本症例において, SDMに則った目標設定ツールを用いて希望に沿った実行可能な目標動作を設定できたことは, TPプロトコルの円滑な進行を可能にし, 麻痺側上肢の使用頻度の向上に繋がったと考える.

## 化粧動作をきっかけに麻痺側上肢使用頻度向上を目指した介入 —再び趣味活動を行うために—

○森山七海 笹原佳美 川内大貴 小松央

長崎北病院

Key Words : 化粧 視覚刺激 上肢動作

【はじめに】今回、左不全麻痺を呈したが右手のみでも生活が行えており、左上肢使用に必要性を感じておらず Needs が挙がりにくかった事例を担当した。そこで、病前の生活を詳細に聴取していく中で、「買い物に行く時は化粧をして髪の毛を整えたい」と希望が聞かれた。必要性の高い「化粧動作」に介入した。結果、左上肢の使用頻度向上と内省・表情の変化が見られたため報告する。なお、発表に際し本人より書面にて同意を得た。

【症例紹介】70代後半女性、脳幹梗塞の診断。右利きで、病前はスナックを経営し独居生活。面倒くさがりな性格で、様々な作業に対して意欲や興味をあまり示すことはなかった。

【初期評価】BRS 上肢Ⅲ手指Ⅱ下肢Ⅴ、FMA16点、STEF 右 87点左 1点 GMT 左上肢 2~3、握力左 0kg、ピンチ計では測定困難、FBS25点(杖)、MMSE23点、ACE-Ⅲ68点、CBS 本人 0点 OT10点、GDS5点、FIMの運動 57点、認知 17点、MALは AOU、QOM共に 1点であった。また、リハビリに対して消極的で活気がなく表情に変化が見られなかった。

【問題点】左上肢の使用頻度低下、ピンチ力・上肢空間保持力低下、意欲・病識低下により臥床傾向。

【目標】短期目標を髪を横に結ぶことができる。化粧道具のキャップ取り外しを両手でできる。ズボン上げ下げなど、すでに片手でもできる動作での左上肢参加を増やす。長期目標を身だしなみを整え、趣味のパチンコに行くことができるとした。

【アプローチ・経過】発症より 93日目から上肢機能訓練に加え、化粧動作練習を行った。練習初回に化粧動作を撮影し、動画を確認しながら左上肢が参加できる場面を症例と一緒に挙げ、チェック表を作成した。その後も動画を撮影し症例と確認しながら、左手の使用状況をチェック表に記載した。また、髪結い練習では模擬動作を行い、右側方で髪の毛を束ねるよう指導し、輪っかクリップを提供した。104日目から練習以外での左手の使用頻度向上を目的に、手洗いチェック表を提供した。症例からは「ちゃんとやってるよ」と報告が聞かれるようになり、「無意識に左手で柵を持って起きよる」「両手で顔も洗ってる」「お茶碗を左手で持ってみた」等、具体的な ADL 上での使用報告も行ってけるようになった。113日目には「皿洗いはできるかな？」と自ら退院後の不安発言が聞かれるようになった。

【最終評価】BRS 上肢Ⅳ手指Ⅳ下肢Ⅴ、FMA26点、STEF 右 83点左 24点、GMT 左上肢 2~4、ピンチ力母指示指 550g、FBS48点(杖)、MMSE 25点、ACE-Ⅲ 86点、CBS 本人 0点 OT1点、GDS10点、FIMの運動 73点、認知 24点、MALAOU 1.9点 QOM2点であった。また、化粧後は表情も明るくなり普段より活気が見られた。

【考察】今回、「化粧動作」をきっかけに左上肢の使用頻度向上を目指し介入した。チェック表と動画を用いたことで内省を促し、左上肢を意識するようになったことで使用頻度の向上に繋がったと考える。更に症例にとって必要性の高い化粧動作をきっかけに、内省や表情の変化にも繋がり、ADL 上でも左上肢の使用場面を自ら報告するなど左上肢への意識をも促進できたと考える。

## VRPA システムを用いた左半側空間無視患者に対する 新たな急性期作業療法の試み

○光永 済<sup>1</sup> 阿南 君佳<sup>2</sup> 高橋 弘樹<sup>1</sup> 東登 志夫<sup>3</sup>

長崎大学病院<sup>1</sup>

長崎原爆病院<sup>2</sup>

長崎大学 生命医科学域 (保健学系)<sup>3</sup>

Key Words : 半側空間無視 急性期 (Virtual reality)

【はじめに】プリズム順応 (Prism adaptation : PA) 療法とは半側空間無視 (Unilateral spatial neglect : USN) に対するリハビリテーションの介入方法であり、プリズム眼鏡を装着し偏位した視野で課題を遂行することで USN の改善を促すものである。近年 Virtual reality (VR) を用いたリハビリテーション治療が注目されており、我々は長崎大学工学部との共同研究により、VR を用いた「半側空間無視リハビリテーションシステム」(VRPA システム) を開発した。今回左 USN を呈した症例に対して、急性期から VRPA システムを用いた介入を行った結果改善を示したため、その経過を踏まえて報告する。

なお、倫理的配慮として、発表にあたり本人には口頭・書面にて同意を得ている。

【VRPA システム】VRPA システムは、ヘッドマウントディスプレイ (HMD) による没入型の VR 空間の中で、プリズム眼鏡による PA と同様にターゲットに向かってリーチし、ポインティングする動作を反復させる仕様とした。先行研究より、円弧上にターゲットを 3 個表示し、リーチ動作の試行回数を 101 回、偏位角度を 20diopter と設定した。本症例においては、101 回試行した中でのターゲットの反応数を評価した。

【症例紹介】70 代、女性、右利き、飲食業を営み、次女と二人暮らしであった。診断名は脳出血、病巣は右頭頂葉～後頭葉であり、自宅にて視力障害が出現したため、他院を受診、その後当院に搬送となる。

【作業療法初期評価】著明な運動麻痺はなく、独歩が軽介助にて可能であった。左 USN、左同名半盲を認め、線分二等分線試験は中心から右上、中央、左下それぞれ 78mm、80mm、85mm とズレており、線分抹消試験は左側の見落としが著明であった。また模写試験においても、「星」「立方体」「花」と左側の脱落を認めた。更に ADL 場面においても、左側の見落としがあり声かけが必要であった。認知機能は MMSE25 点、FAB16 点であり、年齢相応であった。

【方法】VRPA システムはリハビリテーション開始 3 日目から開始し、セッティングから実施終了までは 20 分程度であり、通常のリハビリテーションに加えて毎回実施した。各回の実施前後において、線分二等分線試験、線分抹消試験を実施した。なお初期評価と最終評価においては、模写試験「星」「立方体」「花」を実施した。

【結果】VRPA システムは 5 日間実施、ターゲットへの反応数は 44/101 から 92/101 へと増加を認め、左側と中央のターゲットを認識することができるようになった。また線分二等分線試験は中心から右上、中央、左下それぞれ 41mm、15mm、29mm となり、線分抹消試験における見落としはなくなった。模写試験においても、「星」「立方体」「花」と左側の脱落は改善が認められた。ご本人・ご家族の希望にて入院から 9 日目で自宅退院となった。

【考察】急性期より VRPA システムを実施することで PA させることは可能であり、繰り返し行うことで紙面評価においては USN の改善を認めることができた。natural recovery の要素は考慮する必要はあるも、USN に対して急性期から VRPA システムを用いることは有用であることが示唆された。

## 自己効力感に着目し洗濯物取り込み動作を再獲得した一例

○金崎遥翔 牧野航 松本花菜

長崎北病院 リハビリテーション科

Key Words：自己効力感 不安 目標設定

【初めに】今回、右TKA術後の症例を担当した。退院後に洗濯物の取り込みをしたいという訴えがあったが、「右足が重いし体重をかけるとピリッとします。家に帰っても前みたいにはできる自信がないです。」と再開を断念していた。そこで、対象動作に対する内省を数値化して症例自身にも変化を振り返りやすくし、自宅環境に合わせて模擬動作を行ったところ、自己効力感が向上し再開に至ったため報告する。尚、発表に際し本症例への承諾を得た。

【症例紹介】80歳代男性。既往に両変形性膝関節症と左TKA手術歴あり。今回受傷機転なく右膝関節の疼痛が増強し、右TKA手術施行。息子2人と同居しており、日中独居の間に掃除や洗濯などの家事を行っていた。自宅環境は、洗濯干し場が本人居室の引き窓から約40cm段差を降りた場所であり物干し竿は地面から約190cmの高さにあった。

【初期評価：術後31～33日】FIM：運動項目78/91点、階段4/7点、MMSE：27/30点、FBS:52/56点（T杖）ROM（他動）：右股関節屈曲95°、右膝関節屈曲100°（疼痛、浮腫による線維性の可動域制限）、NRS：7～8（右膝荷重時）、MMT：右股・膝関節屈曲3。その他4、立位作業時間：右下肢の疼痛、左下肢の疲労により10分以降は姿勢が崩れる、下腿周径（右/左）：40/32cm EQ-5D 普段の生活・痛み/不快感・不安/ふさぎこみにおいて中程度の問題あり、興味・関心チェックシート：ADL動作は全て「している」、洗濯物畳み・取り込みは「してみたい」と記載あり。洗濯動作に対する内省：①満足度、②自己効力感を10段階で聴取した。介入前は①、②いずれも1/10。

【介入と経過：術後34～55日】自宅と同様の環境で模擬動作を実施した後は①6/10、②5/10と変化が見られ、「洗濯物の取り込みは休憩をとりながらであれば支える物がなくても出来そうです。」と不安感の軽減を認めた。しかし、「右足が重くて支えられないから段差はまだ怖いです。」と訴えがあり。浮腫や右股関節・膝関節の筋力低下による支持性の低下が影響していると考えた。そこで、元々提供していた臥位での体幹筋に対する自主トレーニングに加え、立位での右股関節の筋力強化や目標歩数を設定した歩行訓練を自主トレーニングとして提供した。また、引き戸の縁を把持しながら横向きでの昇降動作を提案したところ、「恐怖感が減って降りやすくなりました。」と受け入れが良く、動作が定着した。自宅は40cmの段差があったため20cmの段差の改修を家族へ提案した。

【最終評価：術後56～58日】FIM：階段5/7点、NRS：1～2、ROM：右膝関節屈曲120°、MMT：右股・膝関節屈曲4、立位作業時間：姿勢の崩れなく20分可能、下腿周径（右）：34cm、内省：①8/10②8/10「これだけでできれば家でも出来そうです。」、EQ-5D：普段の活動への不安は消失。

【考察】今回、自己効力感の低い症例に対し内省を数値化したことで対象動作に対する症例の認識を共有し、経過を追うことで改善を実感できたと考える。また、模擬動作を行うことで不安が軽減し、退院後の動作再開に繋がった。猿爪優輝（2021年）らは「目標設定を含むリハビリテーションの過程において自己効力感の変化が結果に影響を及ぼす」とし、自己効力感の認識に影響を与える因子として(1)成功体験(2)代理体験(3)言語的説明(4)生理的・情緒的安定をあげている。その内、症例は模擬動作や内省の振り返りにより(1)成功体験(3)言語的説明を、痛みの軽減により(4)生理的安定を獲得したことで自己効力感が向上し、運動パフォーマンスの向上に繋がったのではないかと考える。

## 「また料理ができると思えました」 —THA 術後患者に対する日誌を用いた介入—

○田淵慎吾 中村勇輔 碓神奈

長崎北病院

Key Words：自己効力感 役割 人工股関節置換術

【はじめに】今回、右人工股関節置換術（以下 THA）術後に歩行能力が著しく低下した症例を担当した。介入当初は歩行への不安から自宅退院後の料理や近所との交流を自重する発言やうつ傾向が見られていたが、リハビリ日誌の運用を開始したことで前向きな内省変化や自己効力感向上が見られたためここに報告をする。尚、発表に際し本症例の承諾を得ている。

【症例紹介】70 歳代女性、両側変形性股関節症の既往により X 日に右 THA 術を施行。病前は ADL 自立で夫、長女と市営住宅に暮らし、元自治会会長で面倒見よく近所の一人暮らしの方と交流を持っていた。デマンドは「作った料理を近所の方へお裾分けに行きたい」であった。

【初期評価】X+31 日から 43 日での身体面は GMT 股関節屈曲右 2・左 4、膝関節伸展右 2・左 5。基本動作では座位活動が自立、立位保持・移乗は修正自立レベルだが歩行は両手すり 10m に軽介助が必要、FBS は実施困難であり ADL 面は入浴のみ一部介助が必要であった。精神面では MMSE24 点。やる気スコアは 6/42 点であったが評価中に「こう思っていないとだめ」と思考を矯正するような発言があり、GDS-15 は 6/15 点でうつ傾向を示した。また上記デマンドから近所の方のための料理が症例の役割に繋がっていたが、その一方で「娘にやってもらおうと思う」と料理に対する自重と不安の発言も聞かれた。そこで、転倒せず活動する自信を 14 項目にて評価する転倒関連自己効力感（以下 MFES）を行ったところ、計 86/140 点、特に食事準備・料理の項目で 3/10。また料理の実行度・満足度は共に 1/10 であり、料理に対する自信の低下が窺えた。

【合意形成の過程】役割への自信低下とうつ傾向は症例の現状歩行能力と将来像の差によるものと推察できたが、上記の評価内容から症例が思い描く歩行能力獲得までに時間を要すると予測をした。そこで介入方針を「日々の成果と達成感を感じ、役割再獲得への自信を持つ」とし、役割再獲得イメージを持つ目的での合意目標「セラピストに振る舞う料理を作る」を 2 週間後の短期に設定、また日々の成果を振り返る目的でリハビリ日誌を開始した。

【介入経過】日誌は 2 週間導入した。一日の終わりに症例自ら一日ごとの体調の他できたことを振り返り記入し、翌日にセラピストは内容の補足や正のフィードバックの記入を行うことで日誌運用の習慣をつくった。日誌開始前と比較し運用後は前向きな内省が多く聞かれるようになった。目標としての調理訓練は現状能力に合わせた段階付けと自宅シンクを模した環境で実施し達成した。実施後「本当は今後できるか不安だった。やろうと思えばまたできると思った」と笑顔が見られた。

【結果】GMT は股関節屈曲右 3・左 4、膝関節伸展右 5・左 5 と向上。FBS は 39/56 点で 30m の T 杖歩行が見守りとなった。やる気スコアは 8/42 点、GDS-15 は 3/15 点でうつ傾向が改善。MFES は計 114/140 点となり食事準備は 7/10、料理に対する実行度・満足度は共に 7/10 となった。

【考察】高木雅之ら（作業療法、2020）の研究では、地域在住高齢者を対象とした活動日記記入による日頃の活動満足度向上効果とその精神的支援への有用性が述べられている。今回症例においては、日誌を用いて自ら成果を振り返り、日々の達成感を促せたことがうつ傾向改善と役割遂行への自己効力感向上に寄与したと考えた。

## 人工股関節全置換術後患者の家庭菜園での 「草取り」動作獲得に向けた支援

○矢城輝一 赤木美智 小出将志 戸田皓之

耀光リハビリテーション病院

Key Words : THA 草取り 動作指導

【はじめに】今回、自宅退院後に家庭菜園の再開を希望する人工股関節全置換術（以下 THA）術後患者を担当した。退院時の目標を症例と話し合い、「草取り」動作を膝立ちで行う為、禁忌肢位を理解した上で動作獲得が必要であると考えた。また、入院前から「草取り」動作で腰痛の増強みられ、腰部負担を考慮した動作指導や環境面の工夫も必要と考えアプローチを行った結果、目標達成に至った為考察を加えて以下に報告する。なお、本発表に際し口頭と書面で症例の同意を得ている。

【症例情報】80代前半女性、独居、キーパーソンは長女。病前 ADL は自立、趣味は家庭菜園。診断名は左変形性股関節症で入院時 FIM：100/126 点、デマンドは家庭菜園を再開したい。現病歴は6年程前から左股関節に疼痛有り。X年Y月Z日に THA（後方アプローチ）施行、Z+23日にリハビリ継続目的で当院の回復期リハビリテーション病棟へ転院となる。

【初期評価】左股関節に可動域制限なし、左股関節周囲 MMT3~4、股関節疼痛無し、腰部 NRS3/10、脚長差は棘下長で左側に 2 cm短縮あり。床上動作：①患側下肢を引けない。②膝を着く際不安定で支持物が必要、不安定な為患側股関節が内転・内旋に傾くリスクがある。③禁忌肢位や動作手順の理解が不十分で、起立の際に支持物が必要、脚長差有り片膝立ちまでが困難である。不整地歩行：方向転換時に後方へのふらつきあり。草取り：耐久性が低く、長時間の作業で腰痛を誘発し起立動作へ支障をきたす恐れあり。

【問題点】身体面：左股関節周囲の筋力低下、動作時の腰部疼痛。活動面：床上動作不安定、禁忌肢位や手順の理解不十分、不整地歩行が不安定、長時間の作業は腰痛誘発や起立動作へ影響有り。環境面：緩い傾斜を 50m程の移動が必要。

【目標】退院時期が 8 月で畑の雑草を懸念していた。また、苗植えや収穫等は動作の不安が強かった。その為退院時の目標を話し合い「家族の見守りのもと家庭菜園(草取り、水やり)を行える」とした。

【アプローチ】3 週目まで基本動作や ADL・家事動作訓練を中心に行い、入院 4 週目より目標達成に向け具体的アプローチを開始した。屋外歩行や運搬動作訓練、畑の凸凹や畝を再現したマット上の不整地歩行訓練、術前の草取り動作に加え、禁忌肢位を考慮した床上動作訓練、膝立ちとその状態での移動訓練、セラプラストを草に見立て草取り模擬訓練を行った。また、自身で時間管理を行う事で長時間の前傾姿勢を抑止し腰痛により不安定となる起立動作の改善を図った。環境面では畑内に椅子等複数の休憩場所を確保するよう症例と長女へ情報共有を行った。

【最終評価】床上動作：禁忌肢位を理解した事で術前の方法で安定した動作獲得が出来た。不整地歩行：ふらつき無く、運搬動作可能となった。草取り：時間管理を行う事で起立動作や腰部の負担軽減が図れた。草取り動作は退院後 2 ヶ月後から家族の見守りの下行え、半年後は 1 人で不安なく行えている。

【考察】今回、2 週間という短い期間で動作獲得が出来た。その要因としては、介入早期から目標達成に向けて訓練メニューを症例と話し合い症例の意見を取り入れることで主体的かつ、積極的に動作訓練に取り組めた事があげられる。今後も退院後の不安を無くす為対象患者の生活歴を早期から聞き取り、安全性に配慮した方法の提案を行っていきたい。

## 家族と一緒にお墓参りに行きたい —ADOC で目標が明確になり歩行耐久性が改善した症例—

○土屋未来

長崎北病院

Key Words : ADOC 大腿骨頸部骨折 骨粗鬆症

【はじめに】今回、左大腿骨頸部骨折を呈した 70 代女性を担当した。介入初期時より目標が漠然としていたことから運動には消極的であった。ADOC にてニーズが明確化し目標を共有したことで、歩行耐久性の改善や ADOC の満足度向上を図ることができたためここに報告する。本症例に口頭と書面にて同意を得た。

【症例紹介】身長/体重/BMI144cm/33.4kg/16.1 既往歴心不全、肺腺癌、手関節骨折、胸椎圧迫骨折 生活歴独居で自宅内は手支持型歩行器にて移動し、三女やヘルパーの協力を得ながら IADL まで自立。人と話すのが好きで近所での交流も多かった。現病歴玄関の上がり框を降段した時の衝撃で受傷し、X 日に左大腿骨人工骨頭置換術を施行。全体像回復期病棟へ転棟直後は新しい環境に慣れず表情も固い。活動量の低下により易疲労性で、リハビリの内容に固執する傾向があった。

【初期評価】(X+33 日～X+40 日)身体:FBS(杖)51 点 ROM(股関節屈曲 R/L)100°/95° GMT 両下肢 4 歩行杖で 80m,歩行器で 160～240m 歩行時 HR 短距離で 110 台に上昇し、会話しながらの歩行は動作に集中してしまい困難で、疲労から徐々に前傾姿勢となる。

FIM 運動 72 点/認知 33 点(移動:歩行器で終日病棟内自立。減点項目:清拭 4 点/記憶 5 点)

認知:MMSE23 点 ACE-III68 点 ADOC 満足度①宗教活動 1/5②屋外移動 2/5③屋内移動 3/5

【問題点】#1 廃用による歩行の耐久性低下 #2 固執しやすく歩行以外のリハビリの受け入れ不良

【介入と経過】(X+41 日～X+72 日お)初期は「歩けるようになればいい。他は家族がしてくれる」と歩行以外には消極的であり、歩行時の疲労感でリハビリが難航。ニーズを明確化するために X+43 日目に ADOC を使用。「お墓に行きたい」と聞かれ、合意目標を「家族と一緒にお墓参りに行く」とした。家族との外出が楽しみであることがわかったが、屋外の移動を想定した杖歩行は疲労感が強く、実際のお墓までは斜面地を約 50m 歩行する必要があった。そこで肺腺癌や心不全の負担を考慮し、歩行器歩行やリハビリ時間を複数回に分けて介入するなど、段階的に負荷量を調整。家族との外出時は“会話しながら歩く”二重課題の歩行が考えられたため、立位での作業から徐々に歩行練習へと移行。中期では家族との外出を考慮し、杖歩行での計算課題や体力の向上を図るために歩行器歩行でのお手玉探索課題を導入。HR は 90～110 台で経過。後期には実際に斜面地の屋外歩行を実施。歩行時の HR は 90 台で安定し、内省は「外に出るのも自信がついた」と前向きな発言へ変化。

【最終評価】(X+73 日～X+74 日)身体:FBS(杖)52 点 ROM(股関節屈曲 R/L)110°/95° 歩行杖で 160m,歩行器で 400m 歩行時 HR 杖で会話をしながらでも 160m を 90 台で維持または 100 台になっても 1 分ほどの休憩で 90 台へ回復、疲労による前傾姿勢も軽減。 FIM 運動 82 点/認知 35 点 認知:MMSE28 点 ACE-III87 点 ADOC 満足度全項目満点

【考察】尾川らは目標設定にて患者本人が意思決定することでリハビリ参加意欲に効果があると記している。ADOC で本人のニーズが明確になり、目標を共有したことで本人の意欲を引き出すことが出来た。また、認知面など多方向からアプローチができたことにより、自信がつき精神的に前向きになったことから歩行の耐久性が改善できたのではないかと考える。

## 橈骨遠位端骨折患者に介入初日より自主訓練プログラムを行った一例 —早期仕事復帰に向けて—

○渡部総士

公立小浜温泉病院

Key Words：橈骨遠位端骨折 自主訓練プログラム 職場復帰

【はじめに】今回左橈骨遠位端骨折を受傷し、関節内骨折観血的手術を施行した50代女性（以下A氏）を担当した。術翌日より自主訓練を導入したことにより早期機能回復、仕事復帰に繋がったため考察を踏まえ報告する。今回の報告に関して口頭にてA氏に説明し同意を得ている。

【症例紹介】X年Y月Z日、畑からの帰り道に滑って転倒。その際左手をつき受傷。左橈骨遠位端骨折AO分類typeA2と診断。X年Y月Z日+2日に骨折観血的手術を施行。X年Y月Z日+3日から当院リハビリテーション開始。受傷前ADL,IADL自立。職業はジャガイモ農家、パソコン事務、家族構成は夫、父、母の4人暮らし。Demandは早く治して、仕事がしたいであった。

【初期評価・問題点】認知機能問題なし。利き手は右手。前腕から手指に熱感・腫脹あり。疼痛はNRS安静時3/10、動作時5/10あり。自動ROMは手関節背屈30°/掌屈20°/撓屈10°/尺屈35°/回内80°/回外75°。握力(Rt/Lt)24.3kg/10.2kg。ピンチ力(Rt/Lt)鍵6.8/4.2kg, II指腹5.6/3kg, III指腹4.8/2.4kg。指尖手掌間距離(以下TPD)は3cmであった。QuickDASHは54点(仕事20点)。PRWE-Jは64点であった。初期評価時の問題点として手指、手関節、前腕の可動域制限、筋出力、筋力低下、ADL面では、把持動作や巧緻動作、重量物の持ち上げに困難さあり。

【介入と経過】Z日+3日より主治医指示の下、背側カックアッププリントを作成し、当院プロトコルに加え、自主訓練プログラムを1日3回行った。訓練は1日1~2回20~40分実施。自主訓練プログラムはアイシング、高挙手、6-pack-exercise、スポンジ握り、患部外トレーニングを行った。術後早期は熱感、腫脹が著明に見られた。Z日+6日に熱感、腫脹は消失した。Z日+20日に自宅退院。週3回の外来リハビリを実施。自主訓練プログラムは退院後も継続した。Z日+21日に事務作業を開始。Z日+41日より除草作業開始。Z日+55日で当院リハビリテーション終了。

【最終評価】疼痛はNRSにて安静時0、母指運動時2。ROMは手関節背屈60°/掌屈50°/撓屈10°/尺屈30°/回内90°/回外90°。握力(Rt/Lt)25.3/22.3kg。ピンチ力(Rt/Lt)鍵5.4/4.6kg, II指腹4/4kg, III指腹4/3.6kg。TPDは0cmであった。QuickDASHは15点(仕事4点)、PRWE-Jは0点となった。

【考察】本症例は、介入初日からプロトコルに自主訓練プログラムを追加して行ったことで、手指・手関節のROM、握力向上を認め、早期に職業復帰が可能となった。Gelt D.Krischakらは「自主訓練プログラムを実行した患者は、手関節の機能が大幅に改善されたことを示した」と述べている。アイシングで熱感、腫脹を減少させ、6-pack-exerciseにより早期に浮腫の軽減、創部の癒着予防、腱滑走性、筋出力を向上させることができた。さらに、スポンジ握りを行うことで筋出力、筋力向上に繋がったと考える。これらの要因により機能改善を早め、退院時にTPD0cm、手関節背屈30°、掌屈40°、撓屈10°、尺屈30°、作業時の疼痛は軽度となった。母指の運動時痛は残存した。そのため、Z日+21日で事務作業が可能となったと考える。QuickDASHは52点から15点と改善が見られ、減点無しとなった。PRWE-Jは64点から0点となり、全く困難は無い状態となった。QuickDASHとPRWE-Jの結果をA氏と確認した。日常生活動作が出来るようになったこと認識してもらうことで、生活を送る上での自信となり、早期職業復帰可能となった要因の一つと考える。

## 疼痛による復職不安を抱えた事例への支援

○林田健<sup>1</sup> 松尾明晃<sup>1</sup> 益満美寿<sup>2</sup>

松岡病院<sup>1</sup>

熊本保健科学大学 健康・スポーツ教育研究センター<sup>2</sup>

Key Words：肩鎖関節脱臼 復職支援 心理的サポート

【はじめに】今回、肩鎖関節脱臼オペ後、右肩痛の増強による右肩関節機能不全状態を呈し、退院後の生活や復職に対して強い不安を抱えた事例に対し、機能的アプローチに加え心理的サポートも意識した介入を実施した結果、精神的不安が軽減され円滑な復職へ至った事例を報告する。なお、倫理的配慮として、本発表に際し、本人・家族に対して十分な説明を行い、同意を得ている。

【症例紹介】60歳代後半の男性。2m下の側溝に転落し外傷性くも膜下出血、側頭骨骨折、多発肋骨骨折にて急性期病院へ入院。16病日、右肩鎖関節脱臼の診断も追加。17病日、関節固定術施行。24病日、当院転院の回復期リハ病棟へ入棟。

【治療経過】入院時初期評価では、疼痛評価NRSにて安静時10/10、動作時10/10、関節可動域は肩関節屈曲10°、外転10°、内旋20°、外旋0°。安静時でも右肩周囲にヒリヒリとする強い痛みを訴えあり。上肢末梢部を優位とした左右非対称の皮膚温変化、皮膚色調変化が見られた。心理状態としては、一向に改善しない右肩痛への不安、今回の入院が自営業の繁忙期と重なり家族へ負担をかけている罪悪感と生計の心配などの不安を抱えていた。そのため、夜間不眠による頭痛や嘔気、倦怠感、リハビリ意欲の低下など精神不安が体調不良に現れていた。そこで作業療法では右肩の機能的アプローチに加え、心理的サポートも意識した介入を実施。

介入初期は、肩関節機能改善訓練をプロトコルに従い実施すると共に、日常生活動作内での疼痛軽減動作の指導、心理的不安や悩みについての丁寧な聞き取り対応、傾聴を行った。

介入中期では、安静時疼痛が軽減し始めたため肩関節自動運動に対する意欲が向上。退院後の生活および復職に必要な作業と上肢機能を確認し動作訓練を行った。

介入後期では、退院後の実生活および復職に向けて実践的な対処技能の訓練を行った。外来リハでのフォローアップにおいても、特に疼痛の増減有無を確認するなど丁寧な聞き取りを行い心理的なサポートを継続。疼痛の軽減傾向に合わせた負荷となるセルフエクササイズの指導を段階的に行った。また復職に向けても実践的な動作や作業内容に対して作業後の疲労感や疼痛の状態を本人・家族に聞き取り、疼痛を悪化させない作業量の目安を具体的に立てながら指導を行った結果、最終評価のNRSは安静時0/10、動作時2/10、関節可動域は肩関節屈曲90°、外転90°、内旋60°、外旋45°へと改善。表情も明るく心理的不安も見られなくなり復職となった。

【まとめ】本事例は当院転院時より一向に改善しない右肩の強い疼痛に悩まされ、機能回復に対して疑念を抱き、退院後の生活、復職に向けても見通しが立たない不安や心配から徐々に立ちを募らせ入院初期から抑うつ状態に陥っていったと考えられる。疼痛による心理的不安に対しては、まずはセラピストとの信頼関係の構築を目指すことが重要であると感じた。対象者に対し愛護的に接しながら対話と傾聴による共感性と支え合う関係づくりを基盤とした心理的サポート介入を優先し、そのうえで疼痛が自制内で収まる動作や対処技能等を作業療法の場面でシミュレーション的な実践訓練を行い、より現実的なスキルとして動作習得させるプロセス介入が心身機能の両面を支えることに繋がり有用であったと考える。

## 手指切断外国人患者に対する急性期作業療法 —言語の壁を越えて—

○沖田隼斗 山園大輝 伊達朱里 光永済

長崎大学病院

Key Words : 切断 ハンドセラピー コミュニケーション

【はじめに】昨今、日本国内において人手不足の解消手段として外国人労働者は増加傾向であり、長崎県においても製造業、卸売業、農業や林業、医療・福祉分野と幅広い雇用状況となっている。国籍別では、ベトナム、中国、フィリピン、ネパール等の英語を母国語としない国が多く、日本語の習熟度も低い現状がある。作業療法を行う上で言語的なコミュニケーションは非常に重要なツールであり、患者のデマンドやモチベーションを引き出し、リハビリテーション（以下リハ）効果にも大きく影響することが知られている。今回我々は日本語や英語でのコミュニケーションが困難であり、仕事中に手指切断を受傷した外国人患者のリハを経験する機会を得たので、経過を踏まえここに報告する。

なお、倫理的配慮として、発表にあたり本人には口頭・書面にて同意を得ている。

【症例紹介】ベトナム国籍の20代男性、右利き。診断名は左母、中、環、小指切断であり、日本語は日常会話程度、英語は全く話せなかった。約2年前技能研修性として来日し、キノコ工場に勤務している。X日ベルトコンベアに左手を巻き込まれ受傷、同日当院へ救急搬送となり、動脈皮弁・全層植皮術施行、X+6日よりリハ介入を開始した。

【作業療法初期評価 X+6~7日】左示指シーネ固定、中-小指は包帯にてドレッシングされ、感覚障害は認められなかった。疼痛はFace Scale（左:5段階,母-小指）にて評価し安静時:4/0/3/2/2、運動時:5/0/4/3/3であった。また母指はVAS100mmと示指を除く手指に強い疼痛を認めた。痺れ（左,母-小指）は3/0/3/3/3と示指を除く手指に痺れを認めた。ADLは、BI:90点であり、入浴、更衣動作は介助を要していた。安静度は母指掌側外転、中-小指DIP動作禁忌であり、その他関節、手指は運動可能であった。

【介入経過】リハは安静度に従い、手指の自他動運動から開始した。X+12日全指運動可能となり、示指にはPIP、MP関節の可動域制限、疼痛を認めた。またイラストを使用したセルフトレーニングメニューを作成し指導した。中-小指は断端部に疼痛があったものの、示指は物品操作が可能となり補助手として使用する機会が増えた。X+16日、自宅退院となった。

【作業療法最終評価 X+15日】基節骨周径母-小指(左):80/72/62/60/56mm, TPD示-小指(左):自動35/0/0/0mm, 他動0/0/0/0mm, 痺れ(左,母-小指):0, 疼痛はFace Scaleにて評価し(左:5段階,母-小指):安静時:2/0/2/2/2, 運動時:2/3/2/2/2, VAS:母指:17mmと疼痛, 可動域ともに改善が得られ, STEFは右98点, 左52点であった。またHADSは不安6/21点, 抑うつ8/21点, PCSは反芻9/20点, 無力感9/20点, 拡大視7/12点と心理面は大きな問題を認めなかった。ADLはBI:95点と入浴のみ一部介助を要した。

【考察】今回の症例は言語によるコミュニケーションが困難であり、疼痛や将来に対する不安やストレスも認めた。そのため評価やリハ場面においてノンバーバルコミュニケーションを多く用いた。その結果、日常生活場面において患側を補助的に使用することが可能となり、自宅復帰へと至った。今後外国人労働者は増えていくことが予測されるため、当院においても外国人患者に対するリハ方法や評価を確立していくことが必要であると考えた。

## 当センターでのひきこもり家族教室開始時の日本版 GHQ30 のスコアの特徴について—総得点のカットオフ値による要素スケールの違いについて—

○原田洋平 鬼塚帆奈美 中村美穂 一ノ瀬由紀子 加来洋一

長崎こども・女性・障害者支援センター

Key Words：ひきこもり 家族支援 精神保健

【はじめに】ひきこもり状態の方の背景には精神障害、発達障害の関与もあると言われており、長崎県内に約 6,300 人いると推計されている。また、高齢の親が様々な要因で長期間ひきこもり状態となった子の面倒を見る 8050 問題世帯は、高齢者支援機関で 8050 問題世帯を把握しても支援に繋がりにくい現状がある。当センターではひきこもりに関する家族支援の取組みの 1 つとして、ひきこもり家族教室を開催している。ひきこもり家族教室では、参加家族に対するアセスメントの 1 つとして、GHQ 精神健康調査世界保健機構版の短縮版（以下、日本版 GHQ30）を使用している。今回、ひきこもり家族教室開始時の日本版 GHQ30 のスコアの特徴について、考察を加え報告する。今回の報告について口頭で参加家族の方へ了解を得ている。

【方法】対象は平成 22 年度から始まったひきこもり家族教室参加家族のうち、日本版 GHQ30 を使用開始した平成 29 年度から令和 5 年度までのひきこもり家族教室参加者 53 名のうち、ひきこもり家族教室開始時に日本版 GHQ30 の評価を実施できた 49 名である。49 名の内訳は男性 6 名、女性 42 名、家族平均年齢  $58.8 \pm 10.0$  歳である。49 名のうち、父親は 6 名 (12%)、母親は 41 名 (84%)、きょうだいは 2 名 (4%) である。49 名の日本版 GHQ30 スコアについて GHQ 採点法に基づいてスコアを算出した。日本版 GHQ30 の基準に従い、日本版 GHQ30 の「総得点」について、カットオフ値 7 点を越えた 29 名 (59%) と 6 点以下の 20 名 (41%) の 2 群にわけて、それぞれの群について、6 つの要素スケールである「一般的疾患傾向」「身体的症状」「睡眠障害」「社会的活動障害」「不安と気分変調」「希死念慮」について、スコア平均値と標準偏差を算出し、要素スケールのカットオフ値との比較を行った。

【結果】全体の総得点の平均は  $9.5 \pm 6.1$  であった。「総得点」のカットオフ値 7 点以上の 29 名の平均は、要素スケールのうち「睡眠障害 ( $3.4 \pm 1.6$ )」の項目で中等度カットオフ値を超え、「一般的疾患傾向 ( $2.1 \pm 1.5$ )」「社会的活動障害 ( $1.3 \pm 1.3$ )」「不安と気分変調 ( $3.3 \pm 1.3$ )」「希死念慮 ( $1.6 \pm 1.7$ )」の項目で軽度カットオフ値を超えていた。

【考察】当センターのひきこもり家族教室の参加家族について、高齢化したご家族が多く、特に母親の参加が 84% という状況であった。家族によってスコアのばらつきもあるが、6 つの要素スケールの平均値のうち、「睡眠障害」の平均値が中等度カットオフ値を超えていた。ご家族がひきこもり状態の本人への対応や家庭内のコミュニケーションに苦慮し、不安を抱えながら生活をされていることが、「睡眠障害」の平均値が中等度カットオフ値を超えていた要因の 1 つではないかと推察された。ご家族の抱える不安を軽減するために、まずは家族が早期に相談に繋がること、家族の孤立感軽減や家族やご本人の自尊心回復に向けて支援者が家族支援を続けること、支援者と家族が繋がり続けること、家族が支援者や同じ悩みを抱える他のご家族と思いを共有し家族同士で支えあう場を持つことが、家族や家庭内に安心を届けることに繋がり、本人とのコミュニケーション改善や家族や本人の不安軽減の一助となるのではないかと推察された。今回の報告では、ひきこもり家族教室開始時の日本版 GHQ30 のスコアの特徴までしか考察ができなかったが、ひきこもり家族教室終了時の日本版 GHQ30 のスコアについても考察を重ねていく等、効果検証についても、引き続き取り組んでいくことも課題の 1 つである。

## 家から出たい。いつか就労をしたい —精神科デイケアにおける約 20 年間のひきこもり支援の一例—

○坪田優一<sup>1</sup> 原田洋平<sup>2</sup>

愛野ありあけ病院<sup>1</sup>

長崎こども・女性・障害者支援センター<sup>2</sup>

Key Words：ひきこもり 精神科デイケア 社会参加

【はじめに】日本の 15～39 歳のひきこもり状態にある方は推計 54 万人（内閣府，2016）とされている。ひきこもり支援の諸段階で、デイケアは過渡的な集団との再会段階であり、就労支援は社会参加の試行段階とされている（齋藤万比古，2011）。今回、約 20 年間ひきこもり生活を続けた広汎性発達障害の事例に対し、精神科デイケア（以下、DC）にて関わり、DC 通所の定着から社会参加に向けた支援を行ったため、報告する。なお、本発表に関して本氏より同意を得ている。

【事例紹介】A 氏，30 代男性。広汎性発達障害。両親との 3 人暮らし。幼少期に発達に関する指摘はなかったが、成績下位で友人は少なく、高校は「行く気がしない」と進学しなかった。中学卒業後、父の仕事（板金）を数回手伝った後、自宅にひきこもり、家族との交流もほとんど見られなかった。県外から帰省した兄が、ひきこもり状態の A 氏を心配し、X 年 2 月当院へ相談。X 年 3 月父同伴にて当院受診し、広汎性発達障害と診断される。月一度の受診は継続していたが、それ以外はひきこもっていた。X+2 年に A 氏より「家から出たい。いつか就労をしたい」と DC 通所を希望し開始となった。

【作業療法評価】WAIS - III 成人知能検査：FIQ59，VIQ60，PIQ64。島根県版ひきこもり適応行動チェックリスト：コミュニケーション 16%，日常生活スキル 70%，家庭外活動 5%，本人の楽しみ（テレビをみる，体力をつける）。就労準備性チェックシート（大阪市こころの健康センター，2009）：対人関係 16/20，仕事の準備 17/24，職場のルール 26/32，作業遂行力 21/24，協力を得る 10/16。

【経過・結果】（第Ⅰ期：～1 年）週 1 回利用。緊張が高く、集団から離れて過ごす。個別活動として没頭できる創作を導入した。会話による意思表示が苦手なため、非言語的交流を主とし、交換ノートを導入し、必要に応じて closed question を行った。ホームワーク、個別活動で取り組んだ作品を病院文化祭に出品し、金賞を受賞し、他者から賞賛された。交換ノートには好きなアニメ、仕事のこと等の自己表現が増えた。次第に運動等の集団活動に参加できるようになり、対人交流が増えていった。

（第Ⅱ期：～2 年）就労準備グループに参加し、福祉サービスの講義、作業所見学、体験を通してフィードバックを行った。就労に対してのイメージができていない A 氏であったが、体験後 2 回目の就労準備性チェックシートでは「対人関係」「仕事の準備」「協力を得る」の得点が減少し、対人面の不安を話した。交換ノートには「急がないが、するなら物を作るか畑がいい」と要望を書くようになった。

（第Ⅲ期：～現在）主治医との診察時に A 氏より園芸グループへの参加、就労準備も継続したいという希望があった。家族に金銭面の話ができないと相談があり、後日兄との面談を実施し、DC 利用が週 2 回となる。DC 以外での対人緊張は高いため、相談支援事業所と連携し、DC スタッフと相談員と一緒に見学を行っている。A 氏から「交換ノートで言いたいことや聞きたいことを言えるようになった」との発言があり、馴染みのメンバーとの交流が増えている。

【考察】DC 通所が定着した要因は、個別支援から集団活動、グループ活動を導入し、段階的な対人交流の機会を提供したことで、安心安全な場と認識し居場所になったこと、交換ノートで受容や共感される体験をし、自己表現ができるようになり、要望や悩み事を相談できるようになったことが考えられる。A 氏の目標である就労段階（社会参加の試行段階）で再度ひきこもるケースは少なくない。支援が途切れないように他機関と連携し、DC から次の場へ繋ぐ支援を継続する必要があると考える。

## COVID-19 禍における回復期リハビリ病棟自宅退院患者の退院後 ADL の変化

○森山悠平 久間健志 戸田皓之

耀光リハビリテーション病院

Key Words : 自宅退院 回復期リハビリテーション病棟 COVID-19

【目的】芳野らは「回復期リハビリテーション病棟（以下、回復期リハ病棟）退院後の日常生活活動（以下、ADL）は経時的に低下する」と報告している。近年、COVID-19 の流行に伴う外出自粛の長期化により、運動機能のさらなる低下が懸念されている。また、COVID-19 の影響で家族指導や退院前訪問は制限され、感染対策の強化や ICT の活用などリハビリ指導の在り方も変化している。本研究では、COVID-19 禍での期リハ病棟退院後 ADL の変化と新たな様式でのリハビリ指導と ADL 変化に対する調査を行った。尚、研究に関して当院の倫理審査委員会の倫理方針に基づき実施した。

【方法】2022 年 4 月 1 日から 9 月 30 日に当院回復期リハ病棟を自宅退院し、退院後電話連絡を実施した患者を対象とした。電話連絡は退院後 2 週間～1 ヶ月の間に行った。除外項目は退院後電話連絡を行えなかった者とした。調査項目は年齢、性別、退院時の運動 FIM と認知 FIM、退院時の改訂長谷川式簡易知能評価スケール（以下、HDS-R）、退院前訪問の有無、家族指導の有無、独居 or 同居を評価した。統計解析は退院時と退院後 2 週間～1 ヶ月の FIM 項目の差を wilcoxon の符号付順位和検定にて比較した。また、辻らの分類により、退院時運動 FIM 合計を「屋外自立群」「屋内自立群」「セルフケア自立群」「半介助群」の 4 群に分類して、各群の FIM の変化点を Kruskal-wallis 検定を用い、有意差が得られた場合は post-hoc 検定として Bonferroni 法で補正して比較した。さらに家族指導、退院前訪問を「実施群」「非実施群」の 2 群に分類して退院時と退院後 FIM 利得を Mann-Whitney 検定にて比較した。統計学的解析は EZR を用い、いずれも有意確率  $P < 0.05$  を有意差ありと判断した。【結果】対象は 45 名（男性 14 名、女性 31 名、 $77.1 \pm 11.1$  歳）、疾患分類は脳血管疾患 23 名（51%）運動器 18 名（40%）廃用症候群 4 名（9%）、退院時 FIM 認知項目  $30.2 \pm 6.0$ 。退院時と退院後 2 週間以降の運動 FIM において、FIM 合計点数差は退院時（ $76.7 \pm 15.5$ ）より退院後 ADL（ $79.1 \pm 14.8$ ）が向上しており有意差を認めた（ $P < 0.05$ ）。また、4 群の比較は運動合計が屋内自立群 > 屋外自立群で有意差を認めた（ $P < 0.05$ ）ADL 向上に関する要因の調査し、家族指導実施群（ $1.38 \pm 4.72$ ）、非実施群（ $2.57 \pm 3.93$ ）と退院前訪問実施群（ $3.57 \pm 4.20$ ）、非実施群（ $2.13 \pm 4.04$ ）の有意差を認めなかった。

【考察】回復期リハ病棟退院後 ADL が向上した要因として、平原らによると「FIM 認知項目が ADL の向上に影響を与える」と報告している。本研究対象者は FIM 認知項目が  $30.2 \pm 6.0$  と高い群が多く HDS-R の点数も高く、良好な認知機能が ADL の改善に繋がったと考える。小項目別は、清拭、トイレ動作、排便、入浴移乗において有意差を認めた。小項目が向上した要因として、芳野らは「生理的に自立したいという願望が強い項目であり、自宅という住み慣れた環境に戻ったことによる情緒的安定が関与している。」と述べており、本結果を支持するものとなった。さらに COVID-19 禍でのリハビリ指導の有無と退院時と退院後 FIM の利得で有意差は認めなかった。しかし、退院前訪問の実施群は非実施群と比較して FIM 利得の点数は高い。福田らは「家族指導や退院前訪問を行うことで FIM 総点が向上する」と報告している。このことから、統計的な有意差は認めなかったが、本研究対象者もリハビリ指導での一定の効果は得られた可能性が示唆された。

【結語】回復期リハ病棟退院後に入浴や排泄関連動作の向上が認められたため、入院中から ADL の改善を図れるよう今研究を参考にしていきたい。

## 圧迫骨折後、在宅復帰をした症例に対する通所リハビリテーションでの関わりー不安を抱える症例に対する自立支援に至るまでの経過と考察ー

○谷口友仁

菅整形外科病院 通所リハビリテーション「菅整形」

Key Words : 圧迫骨折 通所リハビリテーション 振り返り

【はじめに】圧迫骨折後、在宅復帰した症例に対し関わりの中で再骨折への不安軽減を図ることが出来た事から MTDLP を活用する流れとなった為、以下に報告する。報告にあたり症例とその家族に同意を得た。

【対象】80代女性。以下症例と記載。筋力は腹背筋や膝関節に低下。ROMは左肩関節に制限あり、疼痛軽度。FBS40点。ADLはBI90点で入浴に部分介助。屋内移動は自立。HDS-R27点。介護保険は要支援。物静かで穏やか性格。物事に慎重な反面、不安を感じ易い。長女と孫の3人暮らし。趣味は庭の花を世話や水やり。日課は散歩と買い物。洗濯物干し、食事の片づけ、ゴミ出しを週2回。友人交流や近所付き合い無い。日中の活動性低く、外に出る事は無い事。起居や起立は自立だが動作に不安あり緩慢な動き。入浴は入院中に動作確認済みだが不安から自宅では出来ていない。

【方法・経過】左肩関節の制限により痛み・違和感。入浴時の洗髪や洗体に介助が必要。歩行は距離が延びると疲労感が目立つ。再骨折への不安から動作を躊躇することが分かった。症例からは以前のように何も出来ないという諦めに近い発言が聞かれた為、症例自身の気づきに繋がるような治療的対話として振り返りをプログラムの中で実施。振り返りでは出来ない所や不安な所を症例と対話し確認した。プログラムは①肩関節 ROMex・体幹下肢筋トレ②ADL動作の確認・練習③歩行練習を段階付け、振り返りを実施した。1期(1～3カ月)にかけて、①肩関節 ROMexは徒手的に動きを確認、他動運動に慣れることから開始した。体幹下肢筋トレは運動時に意識する箇所を確認し、マシンを活用した筋トレも実施。②ADL動作は起居・起立動作を手順や姿勢を確認。入浴時の洗体は洗い方の確認。浴槽跨ぎ動作においては模倣動作で手順を確認し、通所の入浴時に確認を行った。③は気軽に歩くことに慣れることを目的とする屋内歩行を実施した。当初は不安感から緊張気味であったが、振り返りを行うことで3カ月後は緊張感が軽減した。2期(4～6カ月)にかけて①は他動運動に慣れた為、自動運動へ移行。体操を取り入れた運動を開始。筋トレも不安感の軽減がみられた為、症例自身で可能な自主トレメニューの確認へ移行した。②は手順や姿勢を意識出来るようになってきた為、起立動作は自主トレへ移行した。洗体は自身で可能になり、浴槽跨ぎ動作は通所の入浴時に介護士と動作の共有を行いながら実施した。③歩行は疲労感も軽減。次に距離を段階的に延ばし屋外歩行を実施。経過はご家族に報告を行った。

【結果】実施から6カ月以降は肩関節の運動時に不安は軽減。通所の入浴時も徐々に自身で洗体が可能となった。入浴の跨ぎ動作も通所で入浴時、実際の場面で確認を行い動作手順に慣れ自宅で入浴回数が増加。歩行は自宅でも短距離から散歩が可能になった。諦めに近い発言は無くなり、症例から今後の希望が聞かれた。現在 MTDLP を活用した介入に繋がった。

【考察】症例にとって骨折の経験は入浴や外出に対して不安や諦めを生じさせ、生活面では生活範囲を狭くしていた。入浴や外出の体験を基礎・模倣・実践の流れで段階的に行い振り返りを行うことで、症例の心理状況にも変化がみられ自立に向けての支援に繋がっているのではないかと考えられる。

## 肺非結核性抗酸菌症患者に対する作業療法を実施した一症例 —ADL/IADL 時に息切れをする患者への動作指導と在宅酸素導入—

○植木光 青木秀樹 磯貝直樹 片岡英樹 山下潤一郎

長崎記念病院

Key Words : (ADL・IADL 練習) (ペーシング指導) 在宅酸素療法

【目的】今回、非結核性抗酸菌症 (Non tuberculous mycobacteria ; NTM) により在宅酸素療法 Home Oxygen Therapy (HOT) の導入が必要となった患者に対し生活状況を聴取し、必要な ADL・IADL に関する動作指導や息切れに応じたペーシング指導を行った結果、早期に在宅復帰が可能となったのでその経過を報告する。

【説明と同意】今回の症例報告にあたり本人に同意を得た。

【症例紹介】症例は70歳代の女性で、12年前にNTMと診断され薬物療法にて加療中であったが、X-28日発熱症状あり、急性期病院へ入院後、難治性NTMへの治療方針が検討され、X日にHOT導入およびリハビリテーション目的で当院へ入院し作業療法が開始となった。入院前は夫と共に2世帯住宅の2階に居住しており、炊事・掃除が症例の役割であったが、労作時の呼吸苦のため外出の機会は乏しかった。

【作業療法初期評価】呼吸困難を表すModified Medical Research Council Dyspnea Scale (mMRCスケール)はグレード4、健康関連QOLはCOPD Assessment Test (CAT)で27点であり呼吸困難が強く、毎日の生活を行うのが精一杯で、常に疲労感があるとのことであった。ADL評価でFIM認知項目は35点であったが、運動項目は57点であった。また、HOTの導入を提案しても症例からは「家では酸素はいらない。苦しいのは仕方ないのでこのまま付き合うしかない。」との発言が聞かれ、HOT導入に対し抵抗がある印象を受けた。

【作業療法プログラム】入院前の生活状況から、優先度が高いADL・IADLとして、床上動作・トイレ動作・料理・掃除が挙げられた。また、A氏はHOT下での生活がイメージ出来ない様子がかがわれた。そこで目標は、「HOTを導入し床上動作・トイレ動作・料理動作・掃除動作を自宅内で安全に行える。」とした。介入内容として、各動作の模擬練習時にパルスオキシメーターを装着した状態でペーシング指導と使用物品の選択や環境設定を実施したうえでのADL・IADL動作指導を実施することに加え、病棟生活や歩行時にHOTを使用し呼吸困難の軽減を実感できるように促した。

【経過】Room Air (RA)での床上動作や料理動作練習中のSpO<sub>2</sub>は86%程度であった。これらの動作練習中のSpO<sub>2</sub>の推移や呼吸数をフィードバックすることで呼吸状態に対し意識づけが可能となり、呼吸状態に合わせて椅子で休息できるような環境を設定したペーシングにより呼吸困難の軽減を実感することで徐々に動作指導内容の受け入れがみられた。また、HOTの必要性について他職種と共に本人へ説明し、実際に改善を実感することで導入に対し前向きな発言の増加を認めた。

【作業療法最終評価(X+13)】RAでのmMRCスケールは3、CATは24点に改善した。また、ADL・IADL動作時のSpO<sub>2</sub>は、床上動作時で94%、料理動作時で91%へ改善を認め、FIM運動項目は73点に向上した。また、症例は在宅復帰に向け自らポンベ操作や指導動作の実践が可能となっていた。在宅では歩行動作、階段動作、トイレ動作、臥床時にHOTを使用する運びとなった。

【考察】本症例において動作時のペーシングや息切れを起こしにくい動作練習を中心とした作業療法に加え、多職種連携によるHOTの導入はADL・IADLの改善をもたらし、早期の在宅復帰を可能としたと考えられる。

## 離床活動が自発的な他患交流へと繋がった1症例

○吉田妃未来 栗栖里恵 平川樹

池田病院 リハビリテーション科

Key Words：離床 意欲 退院支援

【はじめに】今回自宅のベランダで洗濯物を干していた際に転倒・受傷し右大腿骨頸部骨折術後の症例を担当した。悲観的な発言が多く臥床傾向で、自発性・意欲の低下がみられた。術前物取られ妄想有、家族も苦慮されていた。離床時間の拡大を目指した結果、自発的な活動へと繋がり家事への一部参加が可能となった為、報告する。尚、報告にあたり本人・家族に同意を得た。

【症例紹介】A氏、80歳代女性、診断名：右THA術後、既往歴：軽度認知症、高血圧、小脳梗塞、子宮癌、白内障、左眼緑内障、両膝TKA術。術前より記憶能力低下、不安・抑鬱・暴言あり。外出頻度が低下し新聞閲覧が主な活動であり家事は洗濯のみ実施。以前内装施工された業者へ「洋服がなくなった」と苦情を言って過呼吸となり家族が謝罪した経緯有。また夫に対し長時間怒鳴る等の暴言有。夫は精神的に落ち込み近隣に住む長女が主治医に相談していた。

【初期評価】ROM-t(右/左)：股関節屈曲(70° P/100°)・股関節伸展(0° /15°)，筋力：体幹3・両下肢3~4，NRS(右股関節術部)：安静時0/10・運動時3/10，離床時間：4時間(食事とリハビリ時間)，MMSE：22点(減点項目：時間・場所の見当識，遅延再生，口頭指示，自発書字)，VI(Vitality Index)：7/10点(起床2・意思疎通1・食事1・排泄2・リハビリ・活動1)，興味関心チェックリスト：読書，服薬状況：術前リスベリドン1mg・術後無，FIM：69点(m-FIM：47点)。

【問題点】#1臥床傾向#2自発性・意欲の低下#3物取られ妄想出現の懸念#4退院後の家族負担

【経過・結果】立位保持練習中に脳賦活課題として新聞を活用。日付は、塗り絵カレンダーを使用し「昨日から今日」「今日から明日」という繋がりを目視で確認。また役割の再獲得(洗濯)を目指し意欲、身体能力の向上を図った。離床活動にてデイルームにタイマーを設置し新聞閲覧等実施。介入時はタイマーが切れると自室に戻り臥床する事が多かったが、歩行能力向上と共にリハビリで顔なじみとなった特定の患者と自室で談笑する場面も見られた。夫・長女には環境設定の見直し、認知症状に関する対応のポイントを資料にして指導。

【最終・退院後評価】ROM-t(右/左)：股関節屈曲(100° /110°)・股関節伸展(5° /15°)，筋力：体幹3・両下肢4~5，NRS：安静時・運動時共に0/10，離床時間13時間，MMSE：26点(減点項目：場所の見当識，遅延再生)，VI：9/10点(起床2・意志疎通2・食事2・排泄2・リハビリ・活動1)，FIM：117点(m-FIM：84点)，物取られ妄想出現無し。退院1M後の調査では、夫が急遽入院し買い物困難となり食事は娘が提供。また「家事の分担」を提案され出来る範囲で家事を実施されている。

【考察】入院中物取られ妄想は出現しなかった。自室は個室で貴重品を1つの籠に収納し自宅と比べて物が少なく自己管理しやすい等不安になりにくい環境であった事が考えられる。また役割であった洗濯に必要な一連の動作が可能となり退院後の生活不安も軽減出来た。森田は環境適応に対するアプローチとして「出来る事が増え楽に行えるようになる事で徐々に落ち着く事を目指す」といわれている。症例はリハビリ直後の離床活動が日課となった。その結果、リハビリ時間以外にもスタッフや他患と会話し毎日の変化が確認出来、自信がついて自発的な交流へと繋がったのではないかと考えられる。また家族指導により認知症状への理解が深まり、対応を工夫された事で症例の負担感がより軽減され、退院後1M経過時も主体的な生活が継続出来ているのではないかと考える。

## 傾聴による信頼関係構築が意欲・活動性向上に繋がった終末期の1症例

○縞田千咲

諫早総合病院 リハビリテーション部

Key Words：傾聴 終末期 意欲・活動性

【はじめに】がんによって生じる精神面の問題として、抑うつ気分が挙げられる。今回、入院時より希望の表出が乏しく、透析導入を契機に日常生活活動（以下、ADL）と意欲・活動性の低下を生じた、終末期大腸癌患者に対して実践したコミュニケーションの工夫について報告する。尚、本症例は当院の個人情報保護規制に準じ、家族の承認を得ている。

【症例紹介】90代前半、女性（以下、A氏）。大腸癌、多発肝転移、骨髄異形成症候群を認める。今回、腎不全増悪に伴い透析導入目的にて入院加療となる。倦怠感や気持ちの落ち込みにより、ベッド上臥床傾向となり、徐々に活動量低下。入院から1週間後に作業療法（以下、OT）が開始される。介入時の血液検査値は、Hb：5.6、Alb：2.0。ADLは、食事・整容動作は自立、移乗・更衣動作は軽介助、入浴動作・移動は中等度～高度介助でBI：45点、FIM：67点/126点。Vitality Index（以下、VI）：7/10、ピッツバーグリハビリテーション参加スケール（以下、PRPS）：3/6。A氏の言動として「きつか」「自分で動かすからリハビリせんでいい」とリハビリには拒否的。

【方法】介入期間は約4か月。全身状態に応じてベッドサイド（端座位保持、下肢運動、起立訓練、ADL訓練）からOT室（車椅子座位保持、歩行訓練、ADL訓練、作業活動）で介入した。OTの関わり方では、①日常会話を多く行うこと（ありのままの態度で接すること）、②A氏の発言に積極的に質問や伝え返しを行うこと（関心を向けること）、③他者を巻き込んだ環境作り（外向的な面を尊重）、④できることは本人にしてもらうこと（自立心の強さを生かす）、⑤生じている拒否・意欲・活動性の低下のプロセス考え共感することを意識した。OT施行内容により経過を区分して、第1期から第3期まで時系列に沿って血液検査値、VI、PRPS、BI値を測定し意欲・活動性の程度を比較した。また、A氏の言動を記録し質的データとした。

【結果】各期を比較し、血液検査値Hb：5.6→6.0→4.1、Alb：2.0→1.9→1.7と、輸血や維持透析開始後も緩やかに汎血球減少進行。一方で、意欲・活動性の指標においては、VI：7→5→8、PRPS：3→2→5、BI：45→45→45となった。A氏の言動として、第2期は「何もしたくなか。」「きつか。」と言った言動が増え、更なる臥床時間の拡大が見られた。第3期は「これ（リハ室に飾ってある折り紙のくす玉）を作ってみたかね」「歩こう」「あなたが来るのを楽しみに待っているのよ」と言った言動が聞かれた。また、倦怠感や疲労感、腹痛を伴いながらも毎回OTに参加した。

【考察】がんによって生じた抑うつ気分を支持的な医療従事者との関係やコミュニケーションを通して軽減することができるかと期待されている（池永、2008）。また、傾聴の効果としては信頼関係構築、自己理解が挙げられる（今野、2020）。今回、傾聴に焦点を置き支持的に関わった。その結果、抑うつ症状軽減・信頼関係構築・自らのしたいことを見つけることができ、意欲・活動性の向上に繋がったと考えられる。リハビリは多職種と比較し対象者と関わる時間は長く、コミュニケーションが取りやすい。本症例を通して傾聴によって対象者とよい関係性を築け、実際に行動変容が見られたことは作業療法士としての自信に繋がった。

## 「アテローム血栓性脳梗塞を呈した患者へのトイレ動作定着に向けたアプローチ」—動画や視覚情報を用いた介入方法—

○福田莉奈 石丸麻亜沙 平川樹

池田病院 リハビリテーション部

Key Words : バランス 運動イメージ 高次脳機能

【はじめに】今回、アテローム血栓性脳梗塞により、運動プログラム構成の障害を呈し、起立動作の手順の定着が困難な症例を担当した。動画や視覚情報を用いて介入を行った結果、トイレ動作自立へと至った為ここに報告する。尚、報告に当たって本人・家族の同意を得た。

【症例紹介】80歳代女性。アテローム血栓性脳梗塞(右前大脳動脈領域梗塞)。既往歴：両側BHA、両変形性膝関節症。病前ADL、杖歩行自立。Need：「トイレへ一人でできるになりたい」。現病歴：X日、左側への傾き、右手両下肢の脱力あり、前医へ救急搬送。保存的治療を行ったが、翌日左下肢の麻痺が増悪。X日+19日継続リハビリ目的で当院へ転院となる。

【初期評価(X+19日)】Br.stage：上肢手指VI下肢IV。MMT (R/L)：体幹3。BBS：4点。MMSE：24点。FAB：11点。TMT-A：108秒。TMT-B：326秒。寝返り・起き上がり：見守り、座位・立位保持：一部介助。移動：車椅子全介助。BI：55点。FIM：55点(運動項目36点、トイレ動作3点)。

【問題点】(1) 座位・立位バランス能力低下 (2) 左下肢の随意性低下 (3) 認知機能低下 (4) 病識低下 (5) 運動プログラム構成の障害

【介入方法・経過】<鏡を用いての介入時期[X+20~50日]>この時期は、起立時の倒れこみ、体幹の偏位、ふらつきが著明にみられ、自分の姿勢がどのような状態なのか認識不足であった。そこで、鏡で視覚的に身体の状態を確認し自己修正の仕方をフィードバックすることで、危険認識を高める介入を行った。結果、非麻痺荷重への意識が向上、麻痺側への体幹の偏位や倒れ込みが軽減し、トイレ内下衣操作の介助量軽減へ繋がった。<動画・写真を用いての介入時期[X+51~81日]>この時期は動作手順の指導を行ったが、起立時に麻痺側へのふらつきが著明であった。これは、補足運動野の役割である運動プログラム構成の障害が一要因として考えられた。補足運動野は運動イメージを想起することで活性化に繋がると言われており、今回起立時の動画や写真を見て運動をイメージしてもらった後、どのように起立すればよいのかを本人に詳しく説明してもらった。さらに起立後、動画や口頭にてフィードバックを実施した。結果、以前より意識の向上がみられトイレ内の下衣操作は両手で操作できる場面が以前より増えた。<足跡のマークを加えた時期[X+82~112日]>さらに動作手順の定着を強化する為、起立時に足跡のマークを提示・設置した。結果、起立時の手順の記憶を獲得し歩隔を広くとることが可能となり、起立動作の安定性向上を得た。また、トイレ内の下衣操作が両手で可能となりトイレ内動作自立へと繋がった。

【最終評価(X+128日)】Br.stage：上肢手指VI下肢V~VI。MMT (R/L)：下肢5/4、体幹4。BBS：40点。MMSE：26点。FAB：15点。TMT-A：87秒。TMT-B：342秒。基本動作：自立。移動：ビックアップウォーカー歩行近位見守り。BI：90点。FIM：113点(運動項目82点、トイレ動作7点)。

【考察】水口らは、運動イメージ中には運動計画に関わる運動前野、補足運動野や頭頂連合野などが賦活すると述べている。今回、起立前後に動画や写真を用いて介入し、補足運動野が活性化されたことが、記憶に基づいた運動プログラムの強化に繋がった一要因ではないかと示唆された。また、視覚的情報(足跡のマーク)での意識づけを行ったことで、運動手順定着への一助となりトイレ動作の獲得に至ったと考える。

## 積極性を高め更衣動作拒否から自立に —失語による混乱と、防衛・適応の障害受容を経て—

○西彩音 笹原佳美 上瀧星奈 小西兼理

長崎北病院

Key Words : 更衣 (積極性) 全失語

【はじめに】今回右片麻痺、全失語を呈した症例の更衣動作獲得を目指した。訓練時混乱と拒否があり、アプローチ内容に難渋する中、症例は更衣場面での状況理解が得られやすかった。そこで更衣動作に着目したが、今までとは異なる更衣手順の学習には拒否が見られ、消極的で介入が難しかった。今回実際場面での更衣訓練に介入し、その中で症例の積極性を高め、意欲を保つような工夫を行った結果、更衣動作自立に至った為報告する。なお、発表に際し家族より書面にて同意を得た。

【症例紹介】60代後半の男性で診断名はアテローム血栓性脳梗塞。右片麻痺と全失語があり、右利きで病前は独居で就労中であった。性格は普段穏やかだが訓練中エラーがあるとすぐ苛立ちを見せる。

【初期評価】Brsは上肢I手指I下肢IIでFBSは手すりとSLBを使用し11/56点、CBSは15/30点、STGSは口頭指示0/100点で模倣10/100点。注意機能では注意散漫で切り替えに時間を要し、SLTAは全失語の最重度。FIMは運動27点、認知11点、更衣の上衣2点、下衣1点。上衣は健側袖通し自立し、麻痺側袖通しと健側の肩に上衣を持って来る際介助が必要。指示がないと健側袖通しのみで動作を終了していた。下衣は立位保持Pバー把持し見守り。麻痺側裾通しやズボン上げ下げに介助が必要。装具・靴は麻痺側全介助で行う。更衣訓練に対し消極的で反復での訓練が困難であった。

【問題点】失語による言語的指示理解が困難で混乱を示すことや、注意障害・右USNによる麻痺側への意識の乏しさ、積極性・意欲の低下、動的バランスの低下が挙げられた。

【目標】短期目標をPバー使用し上下衣の更衣動作を見守りで行えとし、長期目標を装具・靴の着脱を含めた更衣動作自立とした。

【アプローチ・経過】発症58日目より、機能訓練に加え更衣動作を開始した。混乱がある中でも更衣動作の模倣ができていたため着目し介入したが、更衣訓練に対する拒否が見られた。そこで、動作手順を掲示し関わり方の統一や介入時間を固定した。模倣にて少しでも理解しやすい着脱方法を示すことや、成功時の正のフィードバックの入れ方を工夫した。これにより、少しずつできることが増え、訓練中自ら行う様子が見られてきた。加えて、症例が積極的に行いやすいような環境調整を実施したことで、時間になると更衣完了し待つことができるようになった。

【最終評価】Brsは上肢II手指II下肢IVでFBSはT杖とSLBを使用し34/56点、CBSは9/30点、STGSは口頭指示0/100点で模倣45/100点。注意機能は周囲の音に反応するが切り替え可能となり、SLTAは運動性失語で重度となった。FIMは運動55点、認知13点、更衣の上衣6点、下衣6点になり、上下衣・装具は自立となり、靴は時折声かけ修正が必要であった。食事時間になると更衣を済ませ靴・装具着用し待っているなど積極性も向上した。

【考察】今回、訓練において苛立ちや拒否反応を示した症例に更衣動作に着目し介入を行った。症例の状況は失語による混乱と障害受容レベルの防衛にあると考えた。更衣動作は症例にとって状況理解が得やすい動作であり、症例に寄り添った介入時間や関わり方を統一したことで、混乱を防ぎ残存能力にも目を向け病状を理解することにも繋がり、より訓練効果が大きかったと考える。

## 高次脳機能障害を呈した症例に対し退院前訪問を通して 自宅退院へと繋がった一症例

○岡田栞里<sup>1</sup> 富永涼太郎<sup>2</sup>

耀光リハビリテーション病院 リハビリテーション部<sup>1</sup>

佐世保中央病院 リハビリテーション部<sup>2</sup>

Key Words : 高次脳機能障害 退院前訪問 日常生活機能

【はじめに】今回、高次脳機能障害を呈した症例を担当する機会を得た。退院前訪問を通して実生活場面での評価・訓練を実施することができ、多職種と連携・家族の協力により早期自宅退院へと繋げることができたためここに報告する。尚、本報告に関して症例に同意を得ている。

【症例紹介】60歳代女性。診断名：右MCA領域梗塞・右MCA狭窄。夫と暮らしており、病前ADLは自立。役割として家事全般を担っていた。週末には夫と買い物に行き、楽しみとしてお茶会を開かれていた。

【既往歴】脳幹梗塞・高血圧症・脂質異常症・2型糖尿病・子宮筋腫・貧血

【初回評価】上田式12段階グレード上肢11/12・手指11/12・下肢9/12。MMSE：25/30点。TMT-J：Part A境界・Part B異常。BIT：通常検査126/146点・行動検査79/81点。S-PA：言語面記憶良好。道順障害評価：病院内部の見取り図描写に誤りあり。入院時FIM：63/126点（運動28点/認知35点）。

【目標設定】合意目標：週末夫と買い物に行き、自宅で友人とお茶会をする。

【問題点】半側空間無視・道順障害・注意障害・自宅周辺の交通量の多さ

【強み】軽度麻痺・病識あり代償手段の学習能力が高い・家族の協力あり・介護保険あり・病棟ADLが見守り～自立レベル

【経過】入院当初の方向性は回復期病院への転院であった。初回評価をもとに問題点をあげたが強みとなる面もあり、症例の自宅退院希望もきかれたためチーム間で方向性について再検討を行った。その結果、サービスを利用しながら自宅退院可能ではないかと自宅退院を目指すことになった。介入当初（介入1～8日）は身体機能・高次脳機能に対する基本プログラムを実施。その後（介入9～17日）応用的プログラムも導入し、掃除や食器洗いなど家事動作訓練を行った。また、病棟生活だけでなく実生活場面での訓練・評価を目的に介入18日目に退院前訪問を実施。事前準備として買い物リストの作成やグーグルマップを使用して道の危険箇所の確認を行った。退院前訪問では、買い物訓練やコーヒーを淹れるなどの調理訓練を行い、同行していただいた家族・MSW・ケアマネジャーと高次脳機能障害やサービスについて情報共有を行った。介入20日目には自宅退院となり、退院時指導として生活の注意点や高次脳機能障害についての資料を作成し説明を行った。

【最終評価】上田式12段階グレード上肢11/12・手指11/12・下肢11/12。BIT：通常検査136/146点 行動検査81/81点。入院時FIM：124/126点（運動89点/認知35点）。

【考察】Edmansらは、無視そのものの改善を図る訓練では日常生活機能の改善を目指すより日常生活機能訓練そのものの方が効果的であると報告している。今回、基本プログラムだけでなく応用的プログラムとして病院内でのIADL動作訓練・退院前訪問による実生活場面の訓練・評価により日常生活機能に介入することができ症状の改善がみられ、自宅退院・合意目標達成へと繋げることができた。また、多職種と連携することで退院後のサービス調整が行え、自宅退院へと繋げることができた。さらに本症例に関しては病識があり、代償手段の獲得が可能になったこと・家族の理解があり協力が得られたことも合意目標達成へと繋がったのだと考えた。

## 当該地域における自動車運転支援体制の強化とシステム構築の重要性 — 左半側空間無視を呈した症例の自動車運転再開支援の経験から —

○下濱太陽 徳永誠次

JCHO 諫早総合病院

Key Words：自動車運転 高次脳機能障害 地域連携

【はじめに】2014年道交法改定により一定の病気に該当する場合の免許更新において質問票の提出が必要となった。自動車運転免許証の自主返納を行うことで過疎地では買い物や通院の移動手段がなくなるケースや、高齢者が閉じこもりになるなど QOL が低下する地域社会の問題が起こっている。当院では2021年3月にドライブシミュレーター（以下 DS）を導入、その後近隣の自動車学校との提携を行い、神経心理学検査と DS を含め ON-ROAD 評価を開始した。今回脳梗塞発症し左半側空間無視を呈した症例を担当し自動車運転再開支援を行ったため以下に報告する。尚、本報告は当院の個人情報保護規則に準じ本人の承諾を得ている。

【症例紹介】50歳代男性。20XX年Y月脳梗塞発症（右前頭葉・基底核～放線冠）。B病院転院後自宅退院となる。20XX年Y+11月右中大脳動脈高度狭窄に対して浅側頭動脈中大脳動脈バイパス術施行。その後、免許更新にて診断書提出命令ありB病院にて診断書作成。左半側空間無視の影響あり運転免許停止処分となった。C病院にて身体リハを実施していたが、社会復帰希望・運転再開希望あり当院へ運転評価含め紹介となった。

【評価】運転来院時評価は、JCS：0、Br-s：上肢手指II，下肢IV，ADL：自立・T字杖歩行自立。BI100点，MMSE：26/30点，TMT-A：29.45秒 TMT-B：53.27秒，ROCFT：模写36点，即時20点，Kohs blocks design test：IQ102，J-SDSA：運転合格予測式10.422>運転不合格予測式7.323であった。DS評価では、運転反応検査では同年代と比較し、普通判定であった。走行課題では右上肢のみでのハンドル操作が安定せず、中心をずれることが多くみられた。視野検査においては右側に比べると左側での反応の遅れを認めた。

【介入経過】患者本人より現状の運転能力を自分でも知りたいとの希望あり、神経心理学検査、DS評価結果を踏まえ、実車評価を実施した。結果としては、DS評価時に比べ、右上肢のみでの運転操作はハンドルを戻す際などのタイムラグを認めており、訓練もしくはハンドルノブの取り付けを検討とした。また、走行時に中央線寄りに走行してしまう傾向にあり、左半側空間無視の影響を認めた。駐車練習時の左側への確認不足といった、複雑課題での注意力の低下を認めていた。

自動車運転免許証再取得可能期間までにまだ期間があり、当院でのフォローアップは長期的となり困難であることから、近隣病院への外来リハビリにて高次脳機能訓練の継続を依頼するも、受け入れ支援体制乏しく、現状再取得期間に達するまでにフォローアップができない状態となった。自動車運転免許証再取得可能期間前に、再度当院にてDS評価・実車評価を行い、安全運転相談を行って頂く予定となった。

【終わりに】今回、自動車運転免許証停止処分を受けた患者の運転再開支援を担当し、自動車運転免許証停止処分後のフォローアップ体制の必要性・重要性を実感した。当院は、自動車運転再開支援を行う中で判断が難しいケースにおいては、一度リハビリ転院後外来での再評価を行っているが、当院の外来リハビリでのフォローアップ体制はシステム上困難であり課題は残存している。当該地域において、他病院との連携が構築できれば、患者の不安要素を軽減すると共にQOL向上に繋がり、地域として患者の自動車運転再開支援が可能になると考える。

## あんたが私をやる気にさせてくれたよ — したい作業活動の再構築による心理的变化について —

○高尾愛梨 富田彩香 松尾理恵

長崎北病院 総合リハビリテーション部

Key Words : 生活行為向上マネジメント 役割 自己効力感

【はじめに】今回パーキンソン病と診断された 80 歳代女性を担当した。症例は、地域のグランドゴルフへの参加や歩いて買い物へ行き作った料理を人に配るなど、周囲の人からは‘元気な人’という印象を持たれていた。そのため症状が進行し歩行に支障をきたしても、周囲の目を気にして無理して買い物へ行っていた。入院後、「今の身体ではこれまでの生活を続けて行くことが難しい」と役割の喪失に対しての不安が聞かれ、自己効力感の低下が伺えた。そこで、生活行為向上マネジメント（以下 MTDLP）を用いた作業活動を聞き取り、合意目標を設定しアプローチを行ったので心理的变化も含めて報告する。発表については本人に書面にて同意を得た。

【症例紹介】80 歳代・女性。診断名：PD（Hoehn&Yahr3）。長男夫婦と 2 世帯住宅で生活。ADL・IADL 自立しており、料理を 1 品作り息子夫婦と交換していた。歩行障害により自信が低下しているが、プライドが高く周囲を気にして無理をしやすい性格。料理を家族や近所の人に配り、喜ばれることが本人の生きがいとなっていた。

【初期評価】MMSE：29/30 点 ACE-R：91/100 点。やる気スコア：16/42 点 PDQ-39：9/156 点。握力：右 23.6/左 17.9kg STEF：右 92/左 78 点 FBS：54/56 点（独歩）歩行：連続 170m 程度病棟内歩行実施すると息切れあり。

【問題点】#1 自己効力感の低下 #2 左手指の巧緻動作の低下 #3 歩行耐久性の低下により自宅とスーパーまでの移動困難 #4#1, #2, #3 により意欲低下した状態

【MTDLP：合意目標】「170m 先のスーパーへ歩いて買い物へ行き、自宅で 1 品料理を作る」

実行度：1/10 満足度：1/10

【アプローチ】介入初期は、筋力訓練・ストレッチ・歩行練習・巧緻動作練習を行った。歩行練習では息切れ著明で休憩が必要だった。また徐々に体幹の前傾が見られ、棒体操などのストレッチや体幹の筋力訓練を実施した。巧緻動作練習では、掌の中でペグやボールを動かす練習を実施した。介入中期は、屋内での 5～10 分連続歩行や屋外歩行、料理の模擬練習を行った。介入後期は、1～2kg の重錘を保持しての歩行練習、調理練習を実施し、ストレッチや病棟歩行を自主訓練へ移行した。また、買い物後はリュックを使用することを勧め、受け入れは良好だった。

【最終評価】やる気スコア：9/16 点 PDQ-39：5/156 点。握力：左 18.5kg STEF：左 86 点 歩行：1～2kg の重錘を持ち、連続 370m 程度歩行可能。

【MTDLP：合意目標】グランドゴルフ場までも歩けそう。左手も使えて野菜を切るのも早くなった。また料理もできそう。実行度：9/10 満足度：10/10

【考察】今回 MTDLP を用いて本人の「したい作業活動」やその活動に対する思いを聴取し介入を行った。祐野らによると「MTDLP 介入は、したい作業活動に対して、失敗せずに行う自信が付き、行動の積極性や自身の社会的な位置づけといった自己効力感が高まり、ネガティブに作用する混乱や抑うつなどが軽減、活力を高める」と述べている。本症例においても、MTDLP を活用し本人の「したい作業活動」を明確にすることで目標を共有でき、かつ段階づけを意識した介入を行うことで、役割の再獲得と自己効力感の回復に繋がったと考える。

## 上肢装具を段階的に使用し動作を再教育することで 食事を自力摂取可能になった症例

○志方友香 大坪建 北川智恵

和仁会病院

Key Words：上肢装具 食事動作 MTDLP

【はじめに】回復期病棟にて頸髄損傷（C3/4）で四肢不全麻痺を呈する患者を担当した。MTDLPを導入し、回復状況を考慮しながら食事に着目し介入を行った。上肢装具としてポータブルスプリング バランサー（以下、PSB）・アームサポート MOMO（以下、MOMO）を段階的に使用し動作を再教育した。環境調整を行うことで修正自立にて食事摂取が可能となった為、考察を交え報告する。尚、報告に際し同意を得ている。

【症例紹介】A氏、60代男性。X年Y月Z日-8日にロードバイクで坂道を下降中、溝に引っ掛かり転倒し受傷。B院に救急搬送されて四肢麻痺・感覚障害の所見あり、C3/4頸髄損傷と診断される。ビスタカラーを装着しリハビリ目的にてX年Y月Z日に当院へ転院となる。

【作業療法評価】Frankel分類C。身体機能として左右ともにMMT上肢1~2、手指1、下肢1。仰臥位で肩甲骨挙上、肩関節屈曲・外転、肘関節屈伸は一部可能。上下肢は表在・深部感覚ともに重度鈍麻。FIM48点。

【介入の基本方針】本人の希望を踏まえて合意目標を「環境調整を行い食事動作が修正自立になる」とした。①抗重力での肩関節外転・肘関節屈曲の獲得（1カ月）②上肢装具、自助具を使用し食事摂取一部介助レベル（2カ月）③環境調整後修正自立となる（3カ月）を目標に介入することとした。

【介入経過】集中的に上肢機能訓練を実施した時期（入院~1カ月）：促通訓練にて筋の再教育を行う。除重力から徐々に抗重力での肩関節外転、肘関節屈伸の筋力増強訓練を実施。また、上肢の分離運動獲得を目的にお手玉等を使用し上肢機能訓練を行った。

上肢装具を使用し食事動作訓練を行った時期（1カ月~2カ月）：始めはPSBを使用し動作を反復練習することによって運動イメージを促進し、徐々に訓練場面から食事場面へ移行していった。PSBは微力でも上肢を動かせるため、筋再教育後から使用していった。実際の食事動作に近い水平動作や肘屈曲、上方へのリーチサポートを目的にMOMOへの移行を考え、2カ月目の中期にはPSBからMOMOへ移行した。自助具として万能カフやリストサポーター、柄が曲がるスプーン、ワンプレート皿等を使用した。

上肢装具を使用せず食事摂取が可能になった時期（2カ月~3カ月）：汁物の自力摂取希望も聞かれ、両手でのリーチ動作・把持動作の獲得を目的に大ベグ等使用し、応用動作訓練を行った。数口ずつMOMOを使用せずに食べる練習を行っていき、段階的にMOMOを外し介助量を減らしながら食事摂取を行った。並行して食形態の変更や環境調整などを栄養士・看介護に申し送り、多職種協働での介入を実施した。

【結果・考察】早期から食事動作獲得に向けて促通訓練や上肢機能訓練にて機能が向上し、2種類の上肢装具を段階的に使用することで食事動作のイメージを構築することができた。また、多職種で環境調整等を行えた事で修正自立にて食事動作獲得に繋がったと考える。そのことで、本人の自信が付き活動意欲も向上した。MTDLPを導入することで現在行っている動作が今後の生活動作にどう繋がるかを明確にでき、目標の共有が行いやすかったことも目標達成の一つと考える。

## MTDLP の活用がもたらした交流と心理的安心感 —患者の思いに寄り添って—

○朝永耕平

井上病院 リハビリテーション科

Key Words：生活行為向上マネジメント 活動 在宅生活

【はじめに】アルコール性肝障害により生活困難となった A 氏を担当した。生活行為向上マネジメント（以下、MTDLP）を基に、A 氏の「病気のことを忘れて過ごしたい」との意向に対し複数のアクティビティーを用いて関わった結果、心身共に落ち着き在宅復帰できた。入院中に紹介した絵手紙を介し退院後も主体的な活動に繋がれたため報告する。尚、本報告にあたり、患者の同意を得ている。

【事例紹介】50 歳代女性（A 氏）で夫とは死別し独居，事務員。20 代から多量の飲酒歴あったが，精神科の受診歴はなし。職場では這って書類を運ぶ姿を目撃されるなど既に生活困難さあり，同僚に顔色不良を指摘され入院となる。日常会話は可能だったが，身内に不幸があったなどといった妄想を伴った修正困難な帰宅願望や，病室の徘徊，点滴ルート類の抜去などのせん妄があり鎮静を受けることもあった。腹水，下腿浮腫著明でバランス不良，酸素化低下あり酸素投与中であり，ベッド周囲の活動にも見守りが必要だった。

【作業療法評価】A 氏は初回評価時点で「お酒を飲みたい気持ちは無いが，日常的にストレスや寂しさがある。何も無かったら嫌な事ばかり考えてしまう。病気の事を忘れて過ごす時間が欲しい。」と話し，それらを紛らせる行為が飲酒となっていた事が推測された。活動状況は酸素カートを押して連続 15m 歩行で（経鼻酸素 1.5L/min），修正 Borg scale6 と耐久性は低下（FIM：77/126 点）。認知機能低下（HDS-R：16/30 点）や気分の落ち込み（HADS：不安 14/21 点 抑うつ 12/21 点）も見られ，やる気スコア：27/42 点であった。A 氏との面談にて入院中は「病気の事を忘れて過ごす事ができる」を合意目標とし，実行度 1/10 満足度 2/10 の自己評価であった。

【介入経過・結果】基本プログラムとして，耐久性向上に向け離床やレジスタンストレーニング，歩行練習を継続した。応用プログラムとして，病棟看護師によるトイレやシャワー室までの移動で離床や歩行機会を増やした。興味関心チェックシートより，6 種のアクティビティー（ちぎり絵，花紙，オセロ，ダーツ，書道，バランスボール）を選定し毎日行った。楽しみながら意欲的に取り組む姿が見られ，徐々にせん妄は軽減し鎮静の必要はなくなった。活動機会が増えた事で集中力や意欲，運動耐久性など心身共に改善が見られた。HDS-R：25/30 点，HADS：不安 6/21 点 抑うつ 8/21 点，やる気スコア：17/42 点，FIM：93/126 点。休憩しながら 120m 歩行可能（修正 Borg scale4）となり耐久性が向上した。退院先は A 氏と家族の同意のもと，お酒の無い A 氏の実家となった。社会適応プログラムとして，酸素デバイスの習得練習，実家環境に合わせた坂道，階段練習を行なった。退院時は「お酒の事は考えずに明るく過ごせるようになった」と，目標に対する実行度は 8/10，満足度は 5/10 に向上した。初回評価時点で絵や絵手紙にも興味を持っている事を把握しており，在宅できる活動としては絵手紙を提案し，申し送りシートにて訪問看護・訪問担当者と A 氏の思いや課題を共有した。数回の手紙のやり取りで，退院後も飲酒せずに生活し，活動を楽しむ様子を伺う事ができた。

【考察】今回 MTDLP を用い A 氏の不安や思いに触れ，目標を共有した事で病気のことを忘れる手段としてのアクティビティーを提案できた。6 つの活動は他者との交流を伴うものであり，楽しみながら参加する活動機会を持てた事は，心理的安心感につながり，身体・心理面での改善につながったと考える。退院後も絵手紙を通して繋がり，在宅生活へソフトランディングできたのではないかと考える。

## 注意障害を呈した症例に対する自己教示法を用いた関わり —排泄場面における下衣操作獲得に向けて—

○原田銀次朗 中山研一 山口数友樹 生田敏明

長崎リハビリテーション病院

Key Words：注意障害 排泄 回復期リハビリテーション病棟

【はじめに】自己教示法とは自らの言葉で自分自身に教示を与えることにより、それが刺激となって自分の行動を変容させる方法で注意障害へのアプローチである。回復期リハビリテーション病棟入院中、注意障害の影響により、立位保持が行えず下衣操作に介助を要した症例に対し自己教示法を用いたアプローチを実施したところ、下衣操作が行えるようになった為その要因を考察し報告する。

【対象】70歳代男性。右利き。診断名はくも膜下出血の術後。障害名は左片麻痺、高次脳機能障害。現病歴は自宅にて体動困難となり救急搬送。発症3日後、右中大脳動脈瘤クリッピング術を施行。発症4日後、CTにて右側頭葉、頭頂葉に脳梗塞あり。発症30日後に当院入院。病前は妻と2人暮らしでADL、IADL自立。妻より病前からおしゃべりでせっかちであったとの事。

【入院時評価】JCS I-1, HDS-R 28/30点, BRS 上肢III手指IV下肢IV, 表在・深部感覚は脱失疑い。TMT-J(A)中止(到達点19)(B)実施困難。BIT 通常検査 52/146点。BBS 0/56点。FIM 39/126点(運動21/91点, 認知18/35点)。排泄時は多弁となり動作に移らない, 姿勢の崩れに気づかずに下衣操作を続けるなど脱抑制や病識低下を認めた。

【介入方針】作業療法3単位/日。立位での下衣操作が困難である主な要因は、注意の転導性と持続性の障害による立位保持能力の低下と考え、「目標とする秒数を自分で数える自己教示法」を用いた立位保持練習を1~3セット行う。目標秒数は症例が集中可能であった3秒から開始し、毎日秒数を漸増することとした。注意障害により動作獲得に時間がかかると考え、目標は「5ヶ月で排泄時の下衣操作が見守りで行える」とした。

【経過・結果】入院70日目より自己教示法を用いた立位保持練習を開始。立位保持の目標秒数は3秒に設定し「いち、に、さん」と自分で声に出してカウントする方法で実施した。練習開始2日目以降は、目標秒数を達成すると、翌日の目標秒数を1~3秒毎漸増させながら、左足に体重を乗せる秒数が伸びていることを口頭で伝えた。練習開始11日目で目標秒数12秒での立位保持練習が可能となったが、排泄場面では多弁となり、下衣操作中は膝折れを認めた。練習開始24日目で目標秒数30秒での立位保持練習が可能となり、下衣操作中の多弁は軽減し膝折れはなくなったが、左側への姿勢崩れを認めた。そこで「目標秒数を自分で数える自己教示法」と併用し、下衣操作の模擬動作練習を取り入れた。また、姿勢が崩れた際に気づけるよう、口頭での注意喚起を行った。症例からは「足に気をつける」と身体に関する具体的な発言が聞かれ、練習開始49日目で目標秒数70秒の立位保持練習が可能となり、排泄場面では姿勢が崩れることなく下衣操作は可能となった。

【5ヶ月目評価】HDS-R 25/30点, BRS 上肢IV手指V下肢V, 表在・深部感覚は脱失疑い。TMT-J(A)174秒(B)中止(到達点「お」), BIT 通常検査 83/146点, BBS 25/56点, FIM 72/126点(運動42/91点, 認知30/35点)。排泄場面では多弁は減少, 下衣操作は見守りとなった。

【考察】注意障害を呈した症例に対して、目標秒数を数えるという単純な自己教示法を用いたことが、持続的注意を要する練習を可能にし、下衣操作に必要な立位保持能力の獲得に繋がった一つの要因と考える。また、自己教示法を用いた立位保持練習という二重課題を、入院中に繰り返し実施したことが、経過の中で認めた注意障害の改善に繋がったと考える。

## 右前頭葉膠芽腫患者の急性期作業療法 —経過中状態に応じた3期の介入—

○山下真生 梅原小牧 高橋弘樹 光永済

長崎大学病院

Key Words : 脳腫瘍 急性期 ADL

【緒言】急性期リハビリテーション（リハ）では、患者の状態変化をしばしば経験するが、その状態に応じて作業療法士（OT）がリハを展開することが予後においても重要である。通常当院の入院期間は2週間程度であるが、今回我々は右前頭葉膠芽腫、右前頭葉腫瘍内出血により退院まで2ヶ月を要した症例を経験した。術前後において身体・認知機能の変化を認め、状態に応じて3期に分けて自宅復帰へ向けたリハを行った。3つの時期それぞれに適したアプローチを行なったものの、非常に難渋した症例であったため、振り返りとしてその経過に考察を加えここに報告する。

【症例紹介】80代女性、診断名は右前頭葉膠芽腫、右前頭葉腫瘍内出血であった。入院前は、友人とグラウンドゴルフやカラオケをして過ごし、娘2人と3人暮らしであった。今年X-1月頃より外出や家事に消極的となり、X月Y日前医定期外来の頭部CTにて右前頭葉に嚢胞性腫瘍、内部に出血を認めたため、精査・治療目的に当院入院となった。なお、倫理的配慮として、発表にあたり本人には口頭・書面にて同意を得ている。

【作業療法初期評価（Y+1～Y+10日）】BRS（左）上肢5、手指6、下肢5、MMT（右/左）上肢4/4、下肢4/4であり、感覚障害は認められなかった。認知機能評価は意識障害により実施困難であり、ADL動作はBI10点（食事）と全般的に介助が必要だった。

【経過】3つの時期はそれぞれ、1期（Y+1日～Y+10日）：リハ開始～開頭腫瘍摘出術施行、2期（Y+12～Y+34日）：放射線治療開始・術後リハ再開～意識障害改善、3期（Y+35日～Y+61日）：意識障害改善後～転院とした。1期では廃用症候群予防を目的として基本動作練習、歩行練習を実施した。2期では術後の廃用症候群やADL動作の介助量軽減を目的に、基本動作練習、歩行練習、トイレ動作練習を実施した。意識障害が改善した3期では運動耐容性の向上を目的に杖歩行、階段昇降練習を行い、継続してトイレ動作や食事動作の練習を実施した。徐々に意識障害が改善したことでコミュニケーションは可能となったものの、術前には認められなかった注意障害が出現した。そのため新たに注意障害に対する評価や注意課題をリハメニューとして追加し実施した。

【結果】最終評価は、BRS（左）上肢6、手指6、下肢6と運動麻痺の改善を認め、握力（右/左）は6.8kg/4.8kg、STEF右57点、左60点であった。歩行器を用いて10m歩行は24秒、杖歩行は腋窩軽介助にて31秒であった。認知機能は、MMSE：22/30点、FAB：8/18点、TMTはPartA：300秒、PartBは遂行困難であり、全般的な認知機能の低下や注意障害、遂行機能障害の残存を認めた。ADL動作は、BI：40点（食事5点、排便5点、トイレ5点、移乗10点、歩行10点、階段5点）とできる動作は増えたものの、ADL全般において介助が必要な状況であった。自宅退院が目標であったものの現状自宅復帰は困難であったため、Y+62日継続したリハを目的に転院となった。

【考察】今回、入院期間中に開頭腫瘍摘出術を施行し、腫瘍に対する追加治療として放射線治療のため約2ヶ月間入院となった症例を担当した。目標としていた自宅復帰は困難であったが、症例の状態に応じて3期に分けてOTを行なったことで、身体機能は向上し、ADL動作の介助量軽減を図ることができた。急性期は患者の状態変化が起きやすいため、それぞれ状態に応じた「期」に分けてOTを行うことは、1つの治療手段として有用であると考えられた。

## 訪問リハビリテーションにて注意障害に対する 目標指向型訓練を行った一症例

○佐藤結希 山田麻和

長崎北病院 総合リハビリテーション部

Key Words : 訪問リハビリテーション 脳血管障害 注意障害

【はじめに】今回、訪問リハビリテーション(リハ)にて横断歩道を1人で渡れない症例を経験し、その要因が注意障害にあると考え、目標指向型訓練を行い、安全確認能力や障害の認識が改善したので報告する。発表に際し本人に書面にて同意を得た。

【症例紹介】50歳代女性、心原性脳塞栓症による左片麻痺・高次脳機能障害(注意障害、左半側空間無視)。趣味は映画観賞、性格は明るく話好き。要支援2で訪問リハを週1回、通所リハを週2回利用している。最終目標はバスに乗り1人で映画に行くことである。

【作業療法(OT)評価:発症から4年3カ月】入浴以外自立。MMSE26点(計算で減点)。CBS1点。10m歩行(屋内)14.7秒。短下肢装具と4点杖を使用し、屋内外で転倒歴なし。平坦な歩道では前方の通行者に気づき避けて歩くことができる。横断歩道(19m,30秒制限)では、1)足元(段差や凹凸)、2)前方(信号や人)、3)左右(車や人)の確認が必要だが、2,3)の確認はOTの支援を要した。

【問題点と目標】症例は歩行時に1)-3)への注意を転換できず、同時注意の配分も困難であった。確認が不十分な自覚は低く、障害の認識が知的気づきの段階であることも問題であった。また、目標とする横断歩道は交通量が多く、タイムプレッシャーもあった。そこで、1)-3)の安全確認が行えることを目標に目標指向型訓練を行うこととした。

【介入・経過】凹凸や坂道のある静かな道路にて週1回、35分の屋外歩行練習を12回実施した。2,3)の確認向上に向け、通行車に注意を向けられるよう、すれ違う車の車種を答えてもらい、見落とした際には通行したことを伝え、確認を促すこととした。介入前(3回)の平均正答率を算出し、最終介入時(3回)と比較した。開始より1ヶ月目は、歩行の安定を図りつつ車に気づく頻度を上げるため、1)に要する注意力を補う目的でOTが適宜、段差や凹凸への注意喚起を行なった。会話に気を取られ車の見落としが多かったため会話しない時間を設定した所、歩行への集中力が上がり段差や凹凸での躓きが減少した。2ヶ月目には、不整地での1)の確認が安定したため、車への注意喚起を音に気づいたら立ち止まり、顔をあげて確認する手法に変更した。徐々に立ち止まることに意識が向き、顔をあげて確認する頻度が上がった。3ヶ月目には注意喚起の頻度を減らしても、自ら「車が来たら立ち止まる」と声を出して確認する様子(問題が起きないように予測して対処する気づき)もみられた。

【結果】車の車種の平均正答率は、介入前48.8%、歩行距離は約270mであったが、最終介入時は83.8%と1.7倍に増加し、歩行距離も約450mと1.6倍に延長した。10m歩行も12.9秒と改善し、声掛けは必要だが1,2)の確認を行いながら時間内に横断歩道を渡ることが可能となった。3)を行うと5秒超過したが、横断歩道を含めた歩行練習を再開し、半年後に自立に至った。障害の認識は最終段階である予測的気づきに改善した。

【考察】注意障害のリハは生活や行動の改善が求められるため、注意障害を分析的に評価・訓練すること、目標指向型訓練の組み合わせが効果的とされる(早川,2014)。今回、症例の問題点に則した目標指向型訓練を行い、注意障害の改善により予測的気づきの獲得に繋がったことで横断歩道での足元と前方の安全確認が行えるようになったと考えられた。慢性期であっても問題を焦点化して分析し、目標指向型訓練を実施する効果を実感できた。

## 自宅復帰後に抑うつ状態を呈した事例へのOT対応と役割

○山口亜香音<sup>1</sup> 松尾明晃<sup>1</sup> 益満美寿<sup>2</sup>

松岡病院<sup>1</sup>

熊本保健科学大学 健康・スポーツ教育研究センター<sup>2</sup>

Key Words：外来リハ 抑うつ状態 作業療法

【はじめに】今回、脳卒中を発症後、急性期・回復期リハを経て、自宅復帰、自動車運転再開、そして、復職するまでに至った。しかし、自宅復帰してから間もなく身体疲労や不快感、復職後のストレスなども伴い精神的健康状態の低下が見られた事例を担当。今回、自宅復帰後の外来通院リハビリテーション（以下、外来リハ）において、身体的機能の減退を防ぐだけでなく、趣味活動の再開に向けた新しい作業目標を設定し作業療法（以下、OT）介入を継続した結果、QOL向上へ繋げることができたため報告する。尚、本報告に際し本人の同意を得ている。

【症例紹介】60歳代、男性。心原性脳梗塞。軽度左肩関節周囲炎はあるが、明らかな運動障害や高次脳機能障害はない。左上肢は表在感覚の中等度鈍麻、深部感覚の軽度鈍麻。神経心理学検査は問題なし。病棟ADLは自立レベル。回復期リハにおける作業目標は復職を目的とした自動車運転再開とした。復職後には趣味のバイク運転の再開も希望されていた。

【OTプログラム】入院中は、上肢機能訓練、知覚訓練、全身持久力向上訓練、屋外訓練等を実施。また自動車運転再開と復職に向けた模擬訓練等も実施。その後、外来リハでは、左上下肢機能訓練と自宅での自主練習を指導。さらに生活や仕事における困り事や不安について聞き取る時間を設け心理的支援も実施。

【経過・結果】①<入院中回復期>感覚・身体機能の強化後に、自動車学校でのペーパードライバー教習を実施。著明な問題なく公安委員会での臨時適性検査後、運転再開可能となり自宅退院。②<外来リハ初期（1～2週）>自宅復帰後の生活における易疲労性や左下肢の躓き、左肩の疼痛の訴えが聞かれた。表情も暗く「仕事で疲れバイクどころではない。趣味の読書や散歩もできていない。」との発言が聞かれた。そこで、自己評価式抑うつ尺度（以下、SDS）評価を実施した結果、42点：軽度抑うつ状態の境界群であった。そのため、抑うつ状態に焦点を当てたOT対応として「話しやすい環境づくり」、「出来ていることに対する声かけ」、「運動負荷の調整」、「休息時間の取り方」などを行い本人との関係づくりを強化しながら、心身機能に効果が見込める自宅で行える軽い運動（チューブトレーニング）や散歩等の自主練習を指導した。

③<外来リハ中期（3～4週）>「体力は戻ってきたけど、左足の躓きがあり家で何度も転びそうになる。左肩の痛みも時々あり、今後バイクに乗れるのか不安。」との発言が聞かれた。そこで、バイク運転の実現に向けての具体的な取り組みの一步として、自動車学校でのバイク教習についての情報提供を行った。④<外来リハ終了（5～7週）>指導した自主練習に加え、趣味の読書や散歩ができるようになってきた。「徐々に左足の躓きが無くなってきた。左肩の痛みも落ち着き、バイクに乗れそう。」と発言も聞かれ、その後ついにバイクで外来リハへ通院することが可能になった。この時のSDSの結果は26点：正常となった。バイクの運転再開に伴い心身の健康感も良好となり自宅でのQOLが向上した。

【考察】村岡ら（2020）によると「脳卒中後うつ病は、脳卒中患者の30%程度にみられ、生命予後・ADLなどの予後を低下させる合併症として临床上重要である」と報告。本事例のように、見落とされそうな抑うつ状態に対し適切な評価や対応できたことは、OTの専門的役割として貢献できたと考える。外来リハに対応するOTとして自宅退院は終わりではなく、始まりであることを強く意識し、新しい作業目標を再度明確にし、身体機能だけでなく精神機能の減退にも敏感に気づくことが重要であると考え。

## 施設退院後の学習性不使用を回避する為、活動日記を用いて 麻痺手の使用を促した脳卒中片麻痺の一症例

○廣田光夏 中村次郎 片岡英樹 中村和也 山下潤一郎

長崎記念病院 リハビリテーション部

Key Words : (活動日記) 目標設定 Transfer Package

【はじめに】脳卒中後の麻痺手は、学習性不使用に陥りやすく、運動機能や日常生活動作（以下、ADL）の改善を阻害するとされている。一方、Transfer Package（以下、TP）は、獲得した機能を生活の中へ転移させるための行動医学的介入である。今回、施設への退院が決まった脳卒中片麻痺患者に対し、TP 介入の一手段として活動日記を用いた結果、麻痺手の使用頻度が向上したのでその経過を報告する。本発表にあたり、症例に趣旨を説明し同意を得た。

【症例紹介】80 歳代の男性、独居で生活していた。X 日の起床時に左不全麻痺・構音障害が出現し、急性期病院に救急搬送されアテローム血栓性脳梗塞の診断を受け、加療後、X+59 日に当院回復期病棟へ転院した。初期評価（X+60～61 日）として、認知機能は MMSE で 23/30 点、上肢機能は FMA 上肢で 41/66 点、麻痺手の使用頻度は MAL-AOU で 1.75/5.0 点、ADL は FIM で 79/126 点であった。中等度麻痺および運動時の肩痛の為に、起居時や移乗時など、麻痺手の使用にためらいがあった。X+100 日、特別養護老人ホームへの退院が決定したが、上肢麻痺は FMA46/66 点で麻痺手の使用には引き続き消極的であったため、施設生活での不使用を回避する為に TP を導入することとした。介入方法は、麻痺手の使用を促す目標動作を、Aid for Decision-making in Occupation Choice for Hand（以下、ADOC-H）を用いて設定した。また、実施の有無や困難な動作を、活動日記に毎日記載し、作業療法士（以下、OT）と振り返りを行った。さらに、活動日記を踏まえた課題指向型練習を行い、病棟 ADL での麻痺手の使用向上を図った。

【経過】X+104 日、症例と退院先施設の概要を共有した上で、ADOC-H を用いて目標動作の設定を行った。「トイレは一人で行きたいが、間に合わない時もあるのが心配」と不安があった為、「失禁時に両手でパッド交換を行う」を目標動作とし、活動日記を用いて、困難な動作を共有し、協働で課題解決に取り組んだ。X+109 日、症例は非麻痺手でパッドを当てた後、パッドを押さえずに非麻痺手で下衣を引き上げており、パッドがずれていた。「背中に（麻痺）手を回してパッドを押さえたいが、痛いからできない」と訴えがあった為、麻痺手で股下からパッドを押さえ、非麻痺手で下衣を引き上げる方法を提案した。「これなら（麻痺手が）痛くない」と喜ばれ、定着に向けて麻痺手で把持物を股下から通す動作練習を反復して行った。X+118 日、「出来たけど時間がかかる」と相談があり、手順を整理して手早くできるように練習を追加した。X+120 日、「順番通りにしたら間に合った」と発言があった。

【最終評価（X+132 日）】排泄動作は上記方法で自立することができ、「施設でも（麻痺手を）使わないといけないね」と笑顔がみられた。加えて、移乗時に柵を掴んだり、食事時に積極的に麻痺手で器を把持したりと他の活動場面でも使用頻度が増加し、FMA 上肢 55/66 点、MAL-AOU3.75/5.0 点、FIM89/126 点となり、特別養護老人ホームに入所した。

【まとめ】先行文献では、TP の構成要素として、対象者と OT が実生活における麻痺手の使用を合意する Behavioral Contract、麻痺手の使用を促す Home Skill Assignment、麻痺手の使用が困難だった場面について双方が原因を検討し、問題解決を図る Problem Solving を挙げている。今回、症例と OT が活動日記を通して、麻痺手の使用の合意、実施の有無の確認および困難な動作の共有を重ねたことは、TP の構成要素の遵守を可能とし、麻痺手の使用頻度の向上に寄与したと考える。

## トイレ動作自立に向けて —目標の細分化と共有—

○山口琴美 本多由加 栗栖里恵 平川樹

池田病院 リハビリテーション部

Key Words : ADL 訓練 目標設定 共有

【初めに】今回、胸髄症 (Th10/11) 腰部脊柱管狭窄症 (L2/3/4) を呈し椎弓切除術を施行した症例に対し、トイレ動作自立を目指し介入を行った。全身筋力低下、疼痛により不安感・消極的な発言多くあり、トイレ動作自立までに期間を要した。環境設定を行い、症例と目標を細分化し共有したことでトイレ動作自立へ繋がった為ここに報告する。尚、報告にあたり本人・家族に同意を得た。

【症例紹介】70代女性。趣味として畑仕事していたが、約一年前から胸髄症・腰部脊柱管狭窄症にて立位困難・歩行困難となり、入退院を繰り返していた。車椅子生活となったが屋内・外車椅子移動自立。ADLは入浴以外自立。X年Y月頃より下肢筋力低下・痺れ感が増加し、体動困難となり、同年Y+3月Th10/11, L2/3/4椎弓切除術施行。翌月当院入院。住宅環境：玄関スロープ、昇降機、手すり（トイレ）、ポータブルトイレ、補高便座あり。

【初期評価】[MMT]両上肢3, 下肢右2/左3, 体幹3。[膝伸展筋〈WBI〉]右2.6 kg f 〈0.04〉/左6.3 kg f 〈0.1〉。[基本動作]寝返り・起き上がり：一部介助, 移乗：全介助。[ADL]FIM：52点（運動項目21点）。トイレ1点。移動(車椅子)：1点。MMSE：29点(減点項目：計算)。本人希望：自宅のポータブルトイレで排泄出来るようになりたい。

【問題点】[身体機能]全身筋力低下, 座位・立位バランス不安定。両上肢痛あり。[活動]基本動作：一部介助。排泄：終日オムツへ排泄。[参加]他者との交流少ない。[個人因子]動作に対しての不安感・消極的な発言。[環境因子]夫と二人暮らし。

【経過】介入当初、全身の筋力低下著明であった。尿意はあるが、状態悪化した頃から終日オムツに排泄されており、オムツへの抵抗がない状況であった。症例のニーズであるトイレでの排泄が可能となるよう筋力向上を図り、併せて病棟トイレでの移乗・起立練習を行った。しかし全身筋力低下により、上肢優位での起立であり、負荷量増加に伴って、両上肢痛出現。消極的な発言多くなり直接的介入へ繋げる事が出来ない状況が続いていた。そこで、出来る動作と介助が必要な部分を明確にした上で、目標を細分化し、ホワイトボードに提示・共有した。また、環境調整として補高便座の使用、車椅子位置や下衣操作方法の検討を行った。それにより、一つずつ出来る動作が増え、連続した動作が可能となり目標達成に繋がった。更に、退院1M前に自宅トイレにて動作確認を行い、安定して行えたことからトイレ動作に対する自信が付き、日中病棟トイレでの排泄自立に至った。

【最終評価】[MMT]両上肢4, 下肢右3/左4, 体幹3~4。[膝伸展筋〈WBI〉]右11.2 kg f 〈0.1〉/左14.0 kg f 〈0.22〉。[基本動作]寝返り・起き上がり・移乗：自立。[ADL]退院後FIM：105点（運動項目70点）。トイレ6点。移動(車椅子)：6点。MMSE：30点。

【まとめ・考察】尾川らによると、「目標設定に患者を参加させる効果としては、入院患者の心理機能の改善や治療への関与の増大などが報告されている」と述べている。今回、全身筋力の低下、本人の消極的な考えから介助量軽減までに期間を要した。目標を細分化した事で、取り組むべき事が明確化され必要な動作練習が可能となった。更に、症例の身体機能に合わせた環境設定や方法を提示した事で、一つずつできる動作が増え、介助量軽減しトイレ動作自立へと至ったのではないかと考える。

## 急性期脳卒中患者に上肢機能改善を目的とした メンタルプラクティスの実践

○貞方拓郎

十善会病院 リハビリテーション科

Key Words : 脳血管障害 運動イメージ (メンタルプラクティス)

【はじめに】今回、右視床出血を発症し左上下肢に運動麻痺が出現した症例を担当した。脳卒中後麻痺側上肢機能に対する作業療法では徒手療法や電気刺激療法が多く用いられているが、近年は運動イメージや視覚刺激を用いた介入の有効性も報告されている。そこで、本症例に対して急性期の段階より、従来のアプローチに加え運動イメージや視覚刺激を用いた作業療法を実施したので、経過を報告する。尚、報告に際し本人より口頭にて同意を得た。

【症例紹介】80代男性。妻と2人暮らし。ADL・IADL 自立。日課は3,000～5,000歩程度の散歩。趣味は音楽鑑賞と読書。X月Y日に集會中に椅子から倒れ込み、救急要請され当院搬送。頭部CTで右視床出血(18×14mm)あり、加療目的に当院入院となった。

【初期評価】GCS:4,5,6。MMSE:23点。FAB:6点。運動麻痺:左Br.S上肢II,手指II,下肢II。MAS:上肢屈曲1,手指0,下肢0。握力(kg):Rt24.0/Lt測定不可。FMA-UE:4点。

【アプローチ】徒手療法と電気刺激療法、運動イメージを組み合わせた介入と自主訓練としてMental Practice (MP)の実施より開始し、麻痺側手指に随意的な手指運動が認められた後にミラーセラピーと課題指向型訓練を行う計画を立案した。

【介入・経過】作業療法はY+3日より開始し、Y+4日より徒手療法と電気刺激療法、運動イメージを組み合わせた介入を開始した。電気刺激療法では前腕掌側と背側に電気プローブを貼付し電気刺激はONフェーズ5sec,OFFフェーズ10secで設定した。症例には1回目のONフェーズの際に手指屈曲運動、2回目のONフェーズの際に手指伸展運動を行うように指示を与え、その際に同様の運動の運動イメージを行う様に促した。しかし、症例からは麻痺側手指屈曲・伸展の運動イメージの想起が難しいとの訴えがあった為に、非麻痺側手指の屈曲・伸展運動を視覚的にフィードバックしながら麻痺側手指屈曲・伸展の運動イメージを行うこととした。Y+7日より麻痺側上肢に対する作業療法の負荷量の増加を目的に自主訓練としてMPを開始した。MPではiPadを用いて非麻痺側手指の屈曲・伸展運動を撮影し、自動反転機能を用いることであたかも麻痺側手指が屈曲・伸展運動を行っているように見える動画を作成した。しかし、症例は注意機能が低下しており、動画の視聴と運動イメージを同時に行うことが困難であった。そこで、注意散漫にならないように環境調整を行った上で、動画のみを視聴するAction Observation Therapy (AOT)より再開し、注意機能の改善に合わせて自主訓練をAOTからMPに移行した。Y+17日にリハビリ継続目的に回復期病院へ転院となった。

【最終評価】GCS:4,5,6。MMSE:24点。FAB:9点。運動麻痺:左Br.S上肢II,手指III,下肢III。MAS:上肢0,手指0,下肢0。握力(kg):Rt25.8/Lt測定不可。FMA-UE:5点。

【考察】今回、重度の上肢麻痺を呈した症例に対して急性期より徒手療法と電気刺激療法、運動イメージを組み合わせた介入に加え、AOTやMPを実施した。運動麻痺の回復メカニズムにおいては、急性期では残存している皮質脊髄路を刺激し、その興奮性を高めることの重要性が指摘されている(Swayer OB et al.,2008)。本症例を通して急性期からのAOTやMPの実施は運動麻痺の改善に貢献できる可能性が示唆された。

## 第 30 回長崎県作業療法学会 実行委員

学術集会会長	山田 玄太 (愛野記念病院)
実行委員長	坪田 優一 (愛野ありあけ病院, 地区理事)
事務局長	秋山 謙太 (愛野記念病院)
財務局長	畑田 美恵 (大村共立病院, 地区理事)
演題採択委員長	山下 浩平 (長崎リハビリテーション学院)
抄録作成委員長	岩永 祐一 (愛野記念病院)
広報委員長	中村 ひかる (池田病院)
レセプション委員長	永田 浩一 (公立小浜温泉病院)
ホームページ委員長	中山 浩介 (通所リハビリテーション「菅整形」)
ライブ配信委員長	兼元 博康 (児童発達支援センター ACT しまばら)
特別企画委員長	篠田 真 (長崎県対馬病院)
地区理事	松尾 忠昭 (公立小浜温泉病院)
地区理事	原田 洋平 (長崎こども・女性・障害者支援センター)

***The 30<sup>th</sup> Nagasaki Occupational Therapy Congress***

