

第24回

秋田県作業療法学会

プログラム・抄録集



会 期 平成27年4月18日(土)

会 場 秋田テルサ

実施要項

学 会 長： 齊藤明子（介護老人保健施設ふれ愛の里）

実行委員長： 千田聡明（秋田大学医学部附属病院）

会 期：平成 27 年 4 月 18 日（土）

会 場：秋田テルサ

〒010-1413 秋田市御所野地蔵田 3-1-1

電話：018-826-1800 FAX：018-826-1803

参加費：3000 円

事務局：介護老人保健施設ふれ愛の里 山浅みゆき 本庄教子

電話：018-888-8201 FAX：018-888-8205

実行委員名簿（順不同）

齊藤明子 山浅みゆき 本庄教子 千田聡明 野田香菜子 土岐千尋

鎌谷 忍 小野寺佑麻 加賀美開 櫻庭晃博 長澤可愛 藤井沙織 平岡雄哉

石井 信 工藤美奈子 小柳美樹 熊谷樹里 吉田美紀子 佐々木晴美

長岡辰弥 工藤真美 長谷川由美子 柴田佳名恵 佐藤晃太郎 原 和宏

佐藤久美子 川口桃子 池田正人 佐々木美弥子 鎌田淑江 森田徳子

プログラム

平成 27 年 4 月 18 日(土)

9:00～【受付開始】

9:45～【開会式】

10:00～11:00【一般演題発表 I 演題 1～5】

座長 加藤真澄 (中通リハビリテーション病院)

1. 在宅在住高齢者の生活リズムと身体活動量との関連
医療法人正和会 小玉医院リハビリテーション科
秋田大学大学院医学系研究科博士後期課程 小玉鮎人 他
2. 回復期の脳卒中左片麻痺患者における入浴動作自立に影響を与える因子
秋田県立脳血管研究センター 白戸朋美 他
3. パーキンソン病の ADL 難易度の特徴
秋田県立リハビリテーション・精神医療センター 仁部那美 他
4. 脳卒中麻痺側上肢に対するパワーアシスト FES を用いた課題指向型訓練の効果
秋田県立リハビリテーション・精神医療センター 佐籙美希 他
5. 社会人野球チームトレーナー活動に参加して
ーOT の活動の広がりを考えるー
JA 秋田厚生連 大曲厚生医療センター 菊地 翼 他

11:10～12:00【秋田県作業療法士会定期総会】

12:00～13:00【休憩・午後受付】

13:00～14:30【特別講演】

「がん患者に対するリハビリテーションの展開ー作業療法士への期待」

講師:千葉県立保健医療大学健康科学部リハビリテーション学科 准教授

安部能成 先生

司会:介護老人保健施設ふれ愛の里

齊藤明子

14:40～15:30 【一般演題発表Ⅱ 演題 6～9】

座長 田村 大 (秋田労災病院)

6. 急性散在性脳脊髄炎で脊髄症状を呈した1例
～移乗全介助レベルで更衣動作獲得を目指して～
大館市立総合病院 今野健人 他
7. 第5頸髄損傷者に対する食事動作を経験して―意欲の低下を伴う症例―
市立横手病院 加賀直之 他
8. 外来リハビリテーション患者に対して生活モデルに基づいたアプローチを行った事例
医療法人楽山会 大湯リハビリ温泉病院 藤原繁行
9. 大切な調理という生活行為を通じ、もう一度自分らしく歩み始めた事例
～生活行為向上マネジメントを用いて～
中通リハビリテーション病院 湊 洋太

15:35～16:25 【一般演題発表Ⅲ 演題 10～13】

座長 佐藤宏美 (秋田緑ヶ丘病院)

10. 当施設でのターミナルケアにおける作業療法士の役割
介護老人保健施設あいぜん苑 長谷川由美子
11. 満足できる作業を獲得して生活を再構築しはじめた高齢女性
―認知症高齢者の絵カード評価法を用いて―
介護老人保健施設あいぜん苑 原 和宏 他
12. 「存在を肯定する」ことが意欲、認知機能の向上に繋がった事例
秋田東病院 小野寺佑麻 他
13. うつ病患者の認知機能に対する認知矯正療法 NEAR を用いた介入効果
秋田県立リハビリテーション・精神医療センター 加藤淳一 他

16:30～ 【閉会式】

18:30～ 【懇親会兼新入会員歓迎会】

がん患者に対するリハビリテーションの展開—作業療法士への期待

安部能成（あべ かずなり）

千葉県立保健医療大学健康科学部リハビリテーション学科 准教授

がんは死に至る病としてのイメージが定着しているようである。しかし、21世紀を迎えた今日、全国がん成人病協会が発表している全癌腫平均の相対5年生存率は66.3%と発表されている(がんの統計'13, p.76)。

歴史的にみて、がん治療の中心は手術である。人体に不要な部分はないので、がん切除術後の後遺症・後遺障害は不可避であり、がん患者に対するリハビリテーションがここから着手されたのも機能回復を目的とする介入として合致する(Stubblefield M, Cancer Rehabilitation, Demos Medical, 2009)。

医学的リハビリテーションの専門職として、理学療法士及び作業療法士法に規定された職種がある。前者が基本的動作、後者が応用的動作を対象とするよう書かれているが、疾患別リハビリテーションが導入された現在では、職種による違いよりも対象となる疾患による相違点の方が大きくなっている。

がん患者は治癒を願っている。そうなれば喜ばしい限りだが、治癒可能な段階を過ぎて発見されることも珍しくない。これは、がんが特に治癒の可能性の高い早期において自覚症状に乏しい、という性質を持つためであり、がん検診が叫ばれる所以である。

たとえ治癒が難しくなっても、緩和ケアの適応がある。緩和ケアでは、死を想起させる疾患に起因する問題に直面した患者及び患者家族を対象としている(WHO, 2002a)。

そこで指摘される問題として、苦痛(Pain)、全身倦怠感、呼吸困難、不安・抑うつ等が挙げられている。筆頭に挙げられている苦痛は多面的であり、身体的・心理社会的・スピリチュアルな面を持つといわれている(Total Pain: Saunders C, 1997)。

作業療法士は、そのいずれの側面からもアプローチ可能な介入手段を持っている点で、がんリハビリテーションを担当する素地がある。

がん患者のリハビリテーションの方向性には、機能回復的・機能維持的・機能低下的の3種類がある。いずれの場合もADLとIADLに習熟した作業療法士には介入可能である。たしかに、QOL向上が緩和ケアの目標になるが、この点でも十分に可能性がある。なぜなら、作業療法士は緩和ケアチームにもリハビリテーション部にも所属可能なため、その機会に恵まれているからである。

わが国では団塊の世代による多死社会の到来を迎えている。いまこそプライマケア・在宅医療を踏まえれば、慢性的な人材不足に悩む医療現場において有機的な機能を発揮できる作業療法士の活躍が期待される時機が到来しているといえる。

講師略歴

<学歴, 職歴>

1984年: 作業療法士国家資格取得, 青梅市立総合病院勤務

1987年: 村井病院勤務, 信州大学医学部研究生

1989年: 長谷川病院勤務

1991年: 千葉県医療技術大学校勤務

1995年: 千葉県がんセンター整形外科(機能回復訓練室)勤務, 淑徳大学大学院修士(社会福祉学)

1999年: 淑徳大学大学院社会福祉学研究科博士後期課程満期終了

2003年:英国短期留学(St. Christopher's Hospice: M.P.W.)

2005～2012年度:社会保険看護研修センター認定看護師教育課程非常勤講師

2007～2013年度:厚生労働省委託事業(財団法人ライフプランニングセンター主催)がんリハビリテーション研修会
企画委員兼非常勤講師

2009年:千葉県立保健医療大学健康科学部リハビリテーション学科勤務, 現在に至る

2009～2011年度:千葉県がんセンターがんサポートチーム・オブザーバー

2009年～:福島県立医科大学非常勤講師

2012年度～:日本臨床腫瘍学会骨転移診療ガイドライン委員会外部委員

2013年度～:国立がん研究センター東病院認定看護師教育課程非常勤講師

<専門分野>

緩和医療学, リハビリテーション・オンコロジー

<一般演題発表I 演題1>

在宅在住高齢者の生活リズムと身体活動量との関連

医療法人正和会 小玉医院リハビリテーション科

秋田大学大学院医学系研究科博士後期課程

○小玉鮎人

秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻作業療法学
講座

久米 裕 津軽谷 恵 石川 隆志

【はじめに】

高齢者の場合、入眠障害、中途覚醒、熟睡感の喪失などが出現することで、加齢とともに生活リズムが乱れやすくなると言われている。生活リズムに関する先行研究では、光暴露量、年齢や性別、認知機能、抑うつ、日中の身体的活動量(以下、活動量)などが生活リズムに影響を与える因子として報告されている。そこで今回、在宅在住の健康高齢者を対象として日中の生活活動量に着目し、生活リズムと活動量との関係について検討することとした。

【方法】

秋田県内の在宅在住高齢者 28 名(男性 8 名、女性 20 名、平均年齢 71.4±7.3 歳)を対象とした。基本情報は、年齢、性別、身長、体重、BMI、老研式活動能力指標を聴取した。生活リズム評価は、携行型行動量計を非利き手に 1 週間装着し、概日リズム解析(以下、NPCRA)を行い、日内安定性(以下、IS)、日内変動(以下、IV)、相対振幅(以下、RA)を算出した。活動量評価は、活動量計を 1 週間腰部に装着し、0~1Mets に相当する活動時間(以下、不活動時間)、1~2Mets に相当する活動時間(以下、低強度活動時間)、3Mets 以上に相当する活動時間(以下、中強度以上活動時間)に相当する活動時間それぞれの 1 日平均時間と 1 日平均歩数(以下、Steps)を算出した。また、1 日の作業内容や作業時間について生活時間構造調査票を用いた。

統計学的解析は、生活リズム評価結果と活動量評価結果についてピアソンの相関係数により関連性を検討し、有意な関連が認められた項目に対して単回帰分析により回帰直線を求めた。有意水準はそれぞれ 5%とした。

【結果】

NPCRA の結果、IS は 0.56 ± 0.12 、IV は 0.83 ± 0.31 、RA は 0.81 ± 0.14 であった。活動量評価の結果、不活動時間は 1162.9 ± 99.1 分間、低強度活動時間は 180.8 ± 72.4 分間、中強度以上活動時間は 69.2 ± 49.6 分間、Steps は 5911.1 ± 4212.7 歩であった。生活時間構造調査票結果は、不活動時間に該当する活動は、テレビ鑑賞 28 件、新聞 23 件、読書 16 件であった。低強度活動時間に該当する活動は、食事の片づけ 25 件、洗濯 19 件、軽体操 12 件であった。中強度以上活動時間に該当する活動は、調理や食事の準備 26 件、買い物を含む外出 24 件、掃除 23 件であった(複数回答)。ピアソンの相関係数の結果、IV は不活動時間 ($r_s = .539$, $p < 0.001$)、低強度活動時間($r_s = -.640$, $p < 0.001$)、中強度以上活動時間($r_s = -.649$, $p < 0.001$)、Steps ($r_s = -.581$, $p < 0.001$)に有意な相関が認められた。RA は中強度以上活動時間($r_s = .410$, $p < 0.05$)に有意な関連が認められた。また、単回帰分析を行った結果、IV は低強度活動時間 ($F = 18.077$, $R^2 = .410$, $p < 0.001$)、中強度以上活動時間 ($F = 18.719$, $R^2 = .419$, $p < 0.001$)で有意な関連が認められた。RA は中強度以上活動時間 ($F = 5.243$, $R^2 = .326$, $p < 0.05$)で有意な関連が認められた。

【考察】

今回 NPCRA を用いた生活リズム評価を行ったところ、国外の基準値に比較して基本的な活動-休息のリズムは保たれているが、1 日の生活サイクルが不安定であることが分かった。活動量については、厚労省が推奨している 1 日 8000 歩を下回る結果となったが、中強度以上活動時間は 60 分を超えていることから、日中の生活活動の中で活動量が十分に得られていることが分かった。具体的な生活活動の内容については、今回の対象者は女性が多く占めていたことも影響し、家事動作がより強度な活動として多く挙げられた。生活リズムと活動量の関係については、3METs 以上のより強度な活動に費やす時間が長くなる程、約 2 時間の活動-休息のサイクルが安定し、日中の活動と夜間の睡眠のバランスが良好となることが示唆された。このことから、生活リズムの改善に向けた介入の際に生活活動を含めた活動量を考慮する必要があると考える。

<一般演題発表I 演題2>

回復期の脳卒中左片麻痺患者における入浴動作自立に影響を与える因子

秋田県立脳血管研究センター

○白戸朋美 進藤潤也

秋田県立リハビリテーション・精神医療センター

高見美貴

【はじめに】

回復期リハビリテーション病棟では ADL 自立に向けた取り組みが重要である。脳卒中左片麻痺患者は身体機能障害に加え左半側空間無視、注意障害などの劣位半球症状を有する場合もあるため、ADL 自立度の予後予測が難しい。特に難易度の高い入浴動作は、介入方法や目標設定の判断に苦慮することを多く経験する。そこで今回、退院時の入浴動作の自立度を入院時の機能的状態から予測する目的で、自立度に影響する因子とその特徴について分析した。

【対象】

平成 25 年 4 月～平成 26 年 9 月に、当院回復期リハビリテーション病棟へ入院し、以下の検査が可能な初回発症の脳卒中左片麻痺患者 68 名(男性 39 名、女性 29 名)だった。病型は脳梗塞 29 名、脳出血 34 名、クモ膜下出血 3 名、その他 2 名で、全例右利きだった。平均年齢は 66±12 歳、平均罹病期間は 36±20 日、平均入院期間は 89±41 日だった。

倫理的配慮として、入院時に本人、家族に個人情報及び検査結果の取り扱いについて説明を行い、同意を得た。

【測定方法】

入浴の自立度評価には FIM の清拭と浴槽移乗の項目を用い、入退院時に担当 Nrs が測定した。入院時の機能的状態の評価は、運動機能の指標として体幹下肢運動年齢(以下 MOA)と脳卒中上肢機能検査得点(以下 MFS)を、認知機能の指標として BIT 通常検査(以下 BIT)と MMSE を担当 PT, OT が実施した。

【解析方法】

FIM の清拭、浴槽移乗の 6 点以上を自立、6 点未満を非自立とした。清拭・浴槽移乗の自立の可否に影響を与える因子を抽出するため、ロジスティック回帰分析を行った。ロジスティック回帰分析は独立変数を年齢、性別、罹病期間、MOA、麻痺側 MFS、非麻痺側 MFS、BIT、MMSE とし、従属変数を清拭と浴槽移乗の自立の可否として、有意水準は 5%未満とした。さらに分析

の結果、有意に影響を与えていた変数について自立者と非自立者の平均値、標準偏差を算出し予後予測の参考値とした。

【結果】

対象者の入院時の機能的状態を平均値、標準偏差で表すと MOA28±21 か月、麻痺側 MFS は 45±37 点、非麻痺側 MFS は 93±6 点、BIT は 120±38 点、MMSE は 25±5 点であった。清拭の自立者は 29 名、非自立者は 39 名で、浴槽移乗動作の自立者は 17 名、非自立者は 51 名であった。

ロジスティック回帰分析の結果、従属変数が清拭の場合、自立可否に影響を与える因子は MOA(オッズ比 0.946, P<0.05)であった。同様に従属変数が浴槽移乗の場合、自立可否に影響を与える因子は MOA(オッズ比 0.907, P<0.05)であった。年齢、罹病期間、麻痺側 MFS、非麻痺側 MFS、BIT、MMSE については有意な影響はしていなかった。

清拭動作自立者の MOA の平均値、標準偏差は 40.4±20.9 か月であった。また、浴槽移乗動作自立者の MOA 平均値、標準偏差は 48.4±20.6 か月であった。

【考察】

今回の結果から、退院時の清拭、浴槽移乗の自立の可否に影響を与えていた因子は MOA のみであり、上肢機能や認知機能は影響していなかった。また清拭自立者、浴槽移乗動作自立者ともに MOA 平均値は 40 か月以上であった。MOA40 か月は、片脚立位の保持が可能な程度である。入浴動作には浴槽をまたぐ動作や、滑りやすい床面での移動動作などの高い難易度の動作が多く、自立に至るためには入院時から高い体幹、下肢機能が必要であることが示された。

麻痺側上肢機能が清拭、浴槽移乗ともに影響を与えていなかった理由としては、非麻痺側上肢機能が保たれていたことから鑑みると、清拭については非麻痺側での片手動作の習得により動作遂行が可能になることが考えられた。上肢の麻痺の程度に応じた自助具タオル等の工夫や動作方法の練習によって動作遂行が可能になると考えられた。また、浴槽移乗についても非麻痺側での片手動作が可能であれば、高い下肢、体幹機能で自立に至ることが推察された。

以上のことから入院時から片脚立位保持が出来るほどの高い下肢、体幹機能を有している症例に対しては上肢機能障害や認知機能障害の有無に関わらず、積極的に早期からの介入を検討すべきと思われる。

<一般演題発表 I 演題 3>

パーキンソン病の ADL 難易度の特徴

独立行政法人 秋田県立リハビリテーション精神医療センター

○仁部那美 川野辺穰 藤原綾希子 高見美貴

【研究目的】

パーキンソン病(以下 PD)は高齢者に多くみられる緩徐進行性神経疾患である。PD 患者の ADL 障害を把握して介入を行う際には、現状の運動機能障害、認知機能障害との関連性を評価し、さらにはその後の重症化も予測した対応が必要となる。我々は先行研究において PD の上肢機能低下と課題難易度との関連性を検討したところ、手指操作課題や粗大動作の難易度が高く、重症化に伴って高難度の課題の遂行能力から低下していくことを示した。そのため、ADL の課題においても難易度があると考えられる。そこで今回は、PD の ADL 介入の参考とするため、重症度別に ADL 下位項目における難易度を分析したので報告する。

【対象と方法】

対象は、1997 年から 2013 年までに当院に入院した PD 患者 37 名(男性 13 名、女性 24 名)で、平均年齢は 72 ± 7 歳、Yahr の分類は 3 が 14 名、4 が 13 名、5 が 10 名であった。

各症例の入院時の運動機能、認知機能を把握するため、体幹・下肢運動年齢(MOA)、Manual Function Test(MFT)、改訂長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)を担当 PT、OT が測定した。ADL の評価には Barthel Index(BI)を用い、入院時に担当 Nrs が評価した。なお、これらの情報はカルテから入手し、後方視的に調査した。

重症度毎に ADL の特徴を分析するため Yahr3 を軽度群、4・5 を重度群として 2 群に分類し、比較検討した。機能的状態の各測定値の比較には対応のない t 検定を用いた(危険率 5%未満)。

また、BI 下位項目の満点を自立、それ以外を非自立として、BI 下位項目毎に自立者数割合を各群で算出した。この自立者数割合(%)は、(当該下位項目自立者数 / 群別の症例数) $\times 100$ で求めた。さらに BI 下位項目を自立者数割合が高いものから順序に配列した。

【結果】

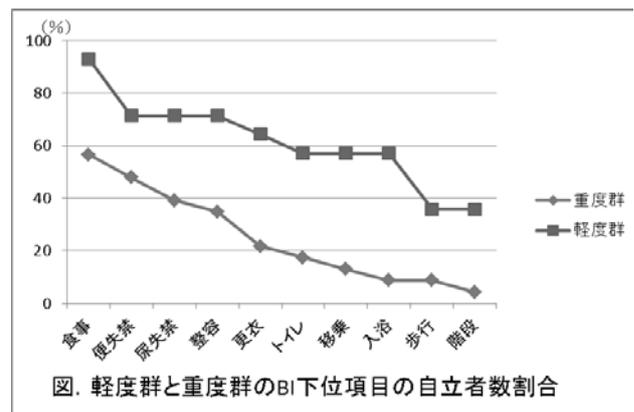
運動機能、認知機能等の測定値を軽度群、重度群の順に示すと、年齢(歳)は 72 ± 9 、 71 ± 5 、MOA(カ月)は

34.6 ± 11.6 、 22.0 ± 8.9 、右 MFT(点)は 28 ± 2 、 26 ± 2 、左 MFT(点)は 28 ± 2 、 24 ± 3 、HDS-R(点)は 25 ± 4 、 21 ± 6 、BI 総点(点)は 71 ± 27 、 39 ± 26 であった。t 検定の結果では、MOA、左右 MFT、BI 総点で有意差があり、いずれも重度群で低下していた($P < 0.05$)。

BI 下位項目毎に自立者数割合(%)を算出した結果、軽度群では食事 92.9、便禁制・尿禁制・整容 71.4、更衣 64.3、トイレ・移乗・入浴 57.1、歩行・階段 35.7 であった。重度群では食事 56.5、便禁制 47.8、尿禁制 39.1、整容 34.8、更衣 21.7、トイレ 17.4、移乗 13、入浴・歩行 8.7、階段 4.3 で、全ての項目で軽度群に比べて自立者数割合が低かった。また自立者数割合は高い順から、食事、便禁制、尿禁制、整容、更衣、トイレ、移乗、入浴、歩行、階段であり、自立者数割合の順序は軽度群と重度群のどちらも同じであった。

【考察】

ADL を重症度群毎に難易度順に従って項目を配列すると、低い順から、食事、便禁制、尿禁制、整容、更衣、トイレ、移乗、入浴、歩行、階段となっており、軽度群でも重度群でも一定であった。階段、歩行、入浴、移乗、トイレなどの体幹・下肢機能が大きく関与する課題で難易度が高く、次に更衣、整容などの坐位で上肢機能が関与する課題が続いた。今回の結果から、重度群ほど体幹・下肢機能、上肢機能が低下し、これらの機能低下が自立者数割合の低下に関与していたと考えた。今回の ADL 課題の難易度は重症度に関わらず PD の症候に関連したものであると考えた。そのため、PD 患者における ADL の介入では、難易度順を考慮して環境整備などを進め、ADL 自立度の維持を目指す必要があると考えた。



<一般演題発表I 演題4>

脳卒中麻痺側上肢に対するパワーアシスト FES を用いた課題指向型訓練の効果

秋田県立リハビリテーション・精神医療センター

○佐藤美希 高見美貴 今井 龍 佐藤大輔

【目的】

近年、脳卒中麻痺側上肢に対する機能的電気刺激 (functional electrical stimulation: FES) による治療では、パワーアシストタイプの FES による治療効果の報告が散見されてきた。パワーアシスト FES は従来の FES と異なり、対象者の意思を制御に反映させ、麻痺筋のわずかな筋収縮の筋活動電位をフィードバックし、その筋活動電位に比例して増幅された電気刺激をリアルタイムに麻痺筋に返すことができる。今回、回復期の脳卒中片麻痺患者 5 名の麻痺側上肢機能訓練にパワーアシスト FES を併用しアプローチしたので、症例ごとに効果や適応を検討した。

【対象】

脳卒中初回発作の片麻痺患者 5 名(平均年齢 64±17 歳)で、平均罹病期間は 34 日±14 日で、全例回復期に相当した。認知機能は 5 名とも比較的保たれており、動作の学習が可能だった。対象者の条件として実施期間が 4 週以上で、経過中に肩の痛みが出現し、その影響で効果が検討できない者は除外した。全症例とも課題指向型訓練の他に促通反復療法を実施していた。なお、本報告に際し、個人情報取り扱い方法や治療目的を症例に説明し同意を得た。

【方法】

パワーアシスト FES には OG 技研社製の IVES を用いた。各症例の課題指向型訓練時に麻痺側総指伸筋に IVES の電極を貼付し、症例毎に最小・最大出力や感度を設定した。また、意図したときに通電し手指や手関節の伸展が促されるようにした。実施期間は約 4~12 週間、頻度は週 7 日、訓練の開始から終了時までの約 30~60 分装着した。訓練課題は症例ごとの目標に応じて選択し、物品の把握や手指操作、リーチ動作等を行った。麻痺側上肢機能評価には、Br. stage, MFT, MAS, 体性感覚検査を用い、パワーアシスト FES の実施開始時と終了時に担当セラピストが測定した。また、パワーアシスト FES の実施時の感想を訓練時にインタ

ビューし記録した。

【結果】

各症例の課題内容、治療開始時と終了時の上肢機能評価結果を表に示す。Br. stage, MFS は全ての症例が改善していた。MAS, 感覚検査は大きな変化はなかった。実施時のインタビューでは、症例 A は「ランプがつくと上手くできた感じが分かって良い」、症例 B は「動かしたい時に楽にできる」などと答えていた。症例 C は「電気が流れると動作がしやすい」と述べ、さらに観察上では日常生活場面で麻痺側上肢の不使用傾向に改善が見られた。症例 D・E はパワーアシスト FES の未実施時と比べて「変化はない」と回答し、特に効果的な実感は得られていなかった。また、この 2 例は運動麻痺の改善に伴い徐々に使用を終了した。

【考察】

今回パワーアシスト FES を行った症例 5 名は、全て麻痺側上肢の運動麻痺の改善、手指操作能力の向上が認められた。Br. stage V 以上の運動麻痺が軽度の症例は、外部からのアシストがなくても運動が比較的可能であり、使用感のインタビューでは特に好感的な発言はなかった。一方 Br. stage III・IV 症例では使用時の好感が得られていた。これは随意的な筋収縮が小さい症例ほど、出力が低下している筋を効果的にアシストできたことが考えられた。また、種々の課題遂行時において症例が意図した動作時に筋電活動電位のインジケータが点灯し、主動作筋の収縮が実感できたため、視覚的かつ体性感覚的なフィードバックが有益であったと考えた。

課題指向型訓練の効果は周知のことであるが、今回パワーアシスト FES を併用することで課題指向型訓練の効率を上げることができ、症例によっては「麻痺手が使用できる」という意識付けの面でも効果があると考えた。

表 各症例の上肢機能評価と課題内容

症例	性別	麻痺側	期間(週)	Br. stage(上肢-手指)	MFS	MAS(手部)	感覚	課題	
A	男	左	12	III-III	IV-IV	16/78	1/1	軽度	つかみ
B	女	右	4	IV-IV	V-V	79/84	0/0	正常	つまみ
C	男	右	8	IV-V	V-V	63/88	0/0	正常	運び
D	男	左	8	V-V	VI-VI	69/88	0/0	軽度	つまみ、運び
E	男	右	4	VI-V	VI-VI	84/100	0/0	軽度	複雑な操作

注) Br. stage, MFS, MASは左欄が開始時、右欄が終了時の測定値を示す

<一般演題発表I 演題5>

社会人野球チームトレーナー活動に参加して —OTの活動の広がりを考える—

JA 秋田厚生連 大曲厚生医療センター

○菊地 翼 大日向翔吾(PT)

大曲整形外科クリニック

川崎 敦(PT) 藤原愛美(PT)

【はじめに】

スポーツの現場では、OT 以外がトレーナーとして帯同し、その実践の報告している。当院リハビリテーション科では、OT が大仙市の社会人硬式野球チームにトレーナーとして参加している。今回、この野球チームのトレーナーとしての活動報告とともにそこからのOTとしての活動の広がり、および今後の展望について報告する。

【チーム紹介】

対象は社会人硬式野球チーム大曲ベースボールクラブ。選手は19歳から50歳までの男性27名。チーム関係者よりトレーナーとしての参加を依頼され、2012年より活動を開始。現在はPT3名、OT1名で活動している。なお、今回の発表に際し、チームより承諾を得ている。

【活動内容】

1)通年内容

- ①平日対応として、当院にてメディカルチェック、コンディショニング・自主トレーニング指導、投球フォームチェック(肘下がり等)
- ②練習、試合に帯同し必要に応じた評価、個別ケア、セルフケア指導、テーピングの実施

2)その他

- ③ウォーミングアップ、トレーニングメニュー作成、指導

【開始当初のコンディショニング問題点】

1)個々のコンディショニング不足

2)投手のアイシング未実施

【問題点に対する改善策】

- 1)統一したウォーミングアップ・クーリングダウンメニュー作成、コーチング
- 2)アイシングの徹底化
- 3)トレーニングメニュー作成、コーチング

【活動の現状】

2014年度平日対応件数:30件

2014年度帯同試合数:13試合

【活動の広がり】

現在は、自チームでの活動に加えて、以下の事業を依頼され行っている。

- ①地域中学校での障害予防教室開催 8件
- ②500歳野球チームへの帯同 1件
- ③高野連主催中学生硬式野球練習会でのトレーニング指導 1件

【考察と展望】

参加チームは、仕事や休日が個人で違うため、コンディショニングが個人管理だった。そのため、一貫したウォーミングアップやクーリングダウン、トレーニング指導を行い、問題改善を図った。開始当初は、選手やコーチ陣からの要請を待ち、メディカルチェックやコンディショニングに至ることが多かった。しかし最近では、故障を抱えている選手に積極的に声をかけ、業務を行う機会が増えてきており、トレーナーとして積極的な関わりが出来てきている。また、施設見学や研修会を通じてプロ野球で活躍したトレーナーや選手から指導を受け、トレーニングメニューやウォーミングアップをチームに持ち帰り指導している。さらに地域での障害予防教室や、トレーニング指導を中学生やその保護者を対象に行う機会が増えてきている。特に学童期は、怪我や投球障害が起きやすいため、この事業は障害予防の一環となっていると考えている。松田は、競技の現場は「資格」より現場でチームのために何が出来るかという「能力」を要求していると述べている。私自身も現場では、今持っている能力を発揮し、チーム活動に貢献している。トレーナー活動は、メディカルチェックやコンディショニングについて知識、技術を向上し、選手やコーチ陣の要望に応えることに加え、障害予防に取り組むことが重要と考えた。今後はチーム内での満足度調査や適時、要望を聞く機会を設け、選手が長く野球を続けられるように精力的に活動していきたい。

【参考文献】

- 1)松田直樹: スポーツ現場でのメディカル・コンディショニングサポート. 理学療法学 33(8): 457-459, 2006

<一般演題発表Ⅱ 演題6>

急性散在性脳脊髄炎で脊髄症状を呈した1例 ～移乗全介助レベルで更衣動作獲得を目指して～

大館市立総合病院

○今野健人 石川大瑛(PT)

【はじめに】

今回、急性散在性脳脊髄炎を発症後、T7完全麻痺を呈した症例を担当する機会を得た。移乗全介助レベルで残存機能の強化や更衣動作の獲得等を図ったため、以下に報告する。尚、今回の報告にあたり本人の同意を得た。

【症例紹介】

20歳代男性。職業は板金業。両親、妹と4人暮らし。

X年3月、熱発し近医受診。同年4月、熱発・頭痛・悪寒出現し当院受診。ウイルス性髄膜炎の診断で入院となる。その後尿閉、眼球上転、幻覚、痙攣、呼吸機能低下が出現。同月、検査治療のため他院へ転院。急性散在性脳脊髄炎と考えられ治療開始。意識はJCS-10レベル。下肢を中心に四肢の運動・感覚麻痺が進行し、気管切開術も施行。5月に入り徐々に意識障害改善し、リハビリ開始。6月に人工呼吸器管理を離脱し、7月に経口摂取可能となる。症状が落ち着き今後はリハビリ中心となるため、8月に当院へ転院。翌日からPT・OTでリハビリ開始となる。

【リハビリ評価】

リハビリ開始時、精神機能は正常。運動はT7完全麻痺。感覚は表在・深部共にT7完全脱失。反射は上肢正常、下肢脱失。筋力は上肢MMT右5、左4で握力は右16kg、左12kg。基本動作は全介助、ADL動作も食事と整容以外全介助。排泄は尿カテーテル、摘便で実施。FIMは60点。また、起立性低血圧が頻発し、移動はリクライニング車椅子レベルとなっていた。

【治療方針】

脊髄損傷高位別の最終獲得機能を参考に介入することとした。脊髄損傷T7レベルは、車椅子を用いた生活における起居・移動・移乗動作、ADL動作は完全に自立すると言われている。

【治療プログラム】

関節可動域練習、筋力増強練習、座位練習から開始。それに加え、PTでは移乗、移動、ティルトテーブルを

用いた立位練習等の基本動作練習を中心に実施。OTでは座位バランス練習、靴着脱練習、更衣動作練習等のADL動作練習を中心に実施。更衣動作は病棟で電動ベッドを利用し行い、それに必要な上肢の筋力や下肢の関節可動域、座位バランスの練習等はリハビリ室で行った。

【経過】

リハビリ開始1ヶ月後、車椅子座位自立。車椅子操作練習、靴着脱練習、ベッド上での更衣動作練習開始。

開始2ヶ月後、寝返り・起き上がり・長座位保持自立。リハビリ室内車椅子操作自立。ベッド上更衣動作は下着の着脱以外自立。坂道での車椅子操作練習開始。

開始3ヶ月後、前方移乗自立。

【結果】

リハビリ開始4ヶ月後、精神機能、運動、反射は開始時と著変なし。感覚は表在・深部共にT8完全脱失。筋力はMMT上肢右5、左5(手・手指筋のみ4)で、握力は右35kg、左27kg。基本動作の寝返り・起き上がり・座位保持・移乗は自立から見守りレベルとなり、ADL動作の更衣はベッド上で上下衣の着脱が自力で可能となった。FIMは76点。また、ほとんど起立性低血圧は出現しなくなり、移動も院内車椅子自走レベルとなった。

【まとめ】

今回、急性散在性脳脊髄炎で脊髄症状を呈した症例に対し、脊髄損傷に準じてリハビリを実施した。OTでは起立性低血圧の出現はあるものの、早期から靴着脱や更衣動作練習を開始した。筋力増強練習や基本動作練習だけでなく、電動ベッドのギャッチアップ角度や下肢の位置、上下衣の形態等も工夫したことが、靴着脱や更衣動作の自立に結び付いたと考える。また、更衣動作練習を行い、その中でできることや課題を自覚していったことが、さらに筋力増強練習や基本動作練習の意欲にも繋がったと考える。

今後の課題として排泄動作の自立が挙げられる。現在は、尿管結石による血尿や本人の精神面の問題でまだ自己導尿の練習を実施できていない。そのため、今まで以上に医師と連携を図り、排泄動作や本人の精神面への働きかけをしていく必要がある。それらと並行して引き続き、上肢の筋力、座位バランス、基本動作能力等の更なる向上を図っていく。

<一般演題発表Ⅱ 演題7>

第5 頸髄損傷者に対する食事動作を経験して —意欲の低下を伴う症例—

市立横手病院

○加賀直之 高橋貞広 (PT)

【はじめに】

今回、第5頸髄損傷により四肢麻痺を呈した症例を5か月間担当する機会を得た。訓練意欲の低下があったものの、「自分で食べたい」という事例に対し目標を共有し作業療法を展開した結果、食事自力摂取可能となった。本症例の経験を以下に報告する。

【症例紹介】

60代男性。診断名は頸髄損傷。現病歴は高さ2.5mほどの屋根の雪下ろし中に転落。四肢麻痺、知覚障害、頸部痛出現し、C1環椎、C3棘突起骨折が判明。フィラデルフィアカラー装着し入院。病前の生活は妻と二人暮らし。今回の報告について本人、家族より同意を得た。

【初期評価】

ASIA機能評価尺度A。保存療法。MMTにて三角筋2、上腕二頭筋3。その他筋力は0であった。感覚は両肩～上腕にかけて感覚鈍麻。両肘、胸部以下は感覚脱失。ADLは全介助レベルで食事は看護師の介助を受けて摂食。ブレス式のナースコールは操作可。頸部～両肩にかけて疼痛訴えあり。医師より回復の可能性は低いと告知されていた。

【介入の基本方針】

作業療法介入時に本人と会話し、思いを整理。食事自力摂取を目標とし、本人と情報を共有した上で実現に向けて介入した。

【経過】

1)入院時:「死んだ方が良い」など悲観的な発言や苛立ちがあった。まずは関節可動域運動とマッサージを中心に施行し、疼痛の除去と話を傾聴することから開始。「気持ち良い、また来てほしい」等少しずつ心を開く言葉が聞かれるようになった。

2)本人と目標を共有した時期:ギャッチアップ訓練を開始。起立性低血圧や発熱の影響にて可能になるまで2か月程要した。関わりの中で「自分で食べたい。」という発言に着目し、食事自力摂取という目標に向かって練習していくことを本人と共有した。

3)食事摂取に向けて介入した時期:肩関節の疼痛が残存している事と筋力低下を考慮しポータブルスプリング

バルンサー(以下PSB)を導入。左側上肢は比較的筋力も保たれており、左手が使いやすいという発言も聞かれたため選択。手関節背屈は困難なためカックアップスプリントとマジックテープに太いゴムを縫い合わせた万能カフを作製し、スプーンを装着した。ギャッチアップ座位にてPSBと自助具を使用した食事動作練習を開始。肩甲帯と肩関節外転、肘屈曲を利用しながら口に運ぶ練習を行ったが2～3回ほどで疲労訴えがあり持続的に口へスプーンを持っていくことが上手くできなかった。

4)食事摂取可能となった時期:動作に慣れはじめスプーンを口へ運ぶ時間も短縮し、疲労も軽減。その後「スプーンの柄を太くして先の角度調整をして欲しい」という希望があり自助具の再検討を行いながら更に練習を重ねていった。初めて昼食を摂取した時は主食・副食とも摂取。笑顔で「おいしい、また食べたい」という希望が聞かれ、悲観的な発言も少なくなった。その後は摂取量に変動はあるものの半分以上は食べられるようになった。

【結果】

筋力は上腕二頭筋3から4、三角筋は2から3まで回復した。ギャッチアップ座位でPSBと自助具を使用して食事自力摂取できるようになった。以前あった悲観的な発言から少しずつ意欲的な姿勢に変わっていった。食事が1つの楽しみと実感できるようになった。

【考察】

一般的に、食事動作においてPSBが適応となるには徒手筋力検査では三角筋、上腕二頭筋が2以上、車椅子座位耐久性は背角度70～85°で30分以上は必要であるといわれている。本症例においてはPSBを使用する上では筋力は保たれていたものの、早期からは座位保持が安定せず導入が困難であった。また、麻痺によって動けなくなった影響で精神面の不安定がありなかなかスムーズに進めていくことが難しかった。そのような状態でも症例と食事動作を獲得するという目標を共有し、実践したことで動作獲得に至ったのではないかと考える。また自ら食事をとることは生きようとする意思表示でもあり、自分で食事をとる、とれるようになることは自立への希望と勇気につながる。徐々に悲観的から前向きな発言に変わっていったのは食事の成功体験を通して自分でもできるという、意欲的に生活できる1つの手段になったのではないかと考えられた。

<一般演題発表Ⅱ 演題8>

外来リハビリテーション患者に対して生活モデルに基づいたアプローチを行った事例

医療法人楽山会 大湯リハビリ温泉病院
○藤原繁行

【はじめに】

外来リハビリテーションにおいて、度々日常生活動作の維持、改善を目標に処方が出されることがあるが、生活場面を評価することは難しく、医学モデルに基づいたアプローチになりがちである。そこで、訪問介護員（以下ヘルパー）と介助方法を見直し、生活モデルに基づいたアプローチを行ったので以下に報告する。

【対象及び現状】

脳出血により、左片麻痺、重度感覚障害を呈した 50 代女性。（以下 A 氏）外出時には、母親が玄関から歩行を見守りにて支援していたが、母親の体調不良により、支援が難しくなったことで、ヘルパーの要請があった。しかし、ヘルパーが歩行の介助方法に不安を感じ、外来リハビリ担当作業療法士（以下 OT）に玄関先の歩行介助方法、転倒時立ち上がり介助方法の相談があった。

【作業療法評価】

Br-stage（上肢Ⅲ，手指Ⅲ，下肢Ⅲ），感覚検査では表在，深部感覚，共に重度鈍麻である。10m歩行では，介助，T字杖を使用し，50秒かかるが，介助無しでの歩行は可能である。

生活場面に関わる他職種からの情報を含めた評価，アプローチを行うため，生活行為向上マネジメントにて評価を行った。

作業聞き取りシートにて，目標 1「出来るだけ痛みを出さないで玄関から車まで歩けるようになりたい」実行度，満足度は 7 点だった。目標 2「玄関先を歩く際，ヘルパーの支援が介助から，見守りにしてほしい」実行度，満足度は 3 点だった。

目標設定の際，A 氏もヘルパーの介助方法に不安を感じていることが分かり，作業遂行アセスメント表，作業遂行向上プラン表では，両者の不安を改善するためのプログラムを立案し実施した。

【実践方法】

外来リハビリテーション時，A 氏，ヘルパー，OT が集まり，玄関先の歩行介助方法，転倒時対応方法を話し合い，実施，再検討を行った。幸いながら，A 氏は転倒

した事が無く双方とも対応方法が分からなかった。そのため，模擬的に床からの立ち上がりを行う中で対応方法を話し合った。

生活場面での実施後，再評価を行い，今回参加した A 氏とヘルパー，介護支援専門員に元気が出る申し送り表を，フィードバックも含めて，説明しながら提示した。

【実践結果】

A 氏は左片麻痺，重度感覚障害があり，歩行介助ではむやみに身体を触り介助することは，バランスを崩し兼ねなかった。そのため，見守りにて歩行を行うことにした。転倒時の対応として，玄関先が砂利道ということもあり，右手，右膝にタオルを敷くこと。約 30 cm 代の台があれば，介助無しで立ち上がりが行えることが分かった。しかし，左下肢の位置を確認することが難しく，ヘルパーが左下肢の位置を確認することにした。実践後，身体機能面に大きな変化は見られないが，A 氏からは，歩行時見守りになったことで，歩行が楽になり，転倒の不安が減ったとのこと。また，作業聞き取りシートで上げた，目標 1「出来るだけ痛みを出さないで玄関から車まで歩けるようになりたい」の点数に変化は見られなかったが，目標 2「玄関先を歩く際，ヘルパーの支援が介助から，見守りにしてほしい」の点数は実行度，満足度，共に 3 点から 10 点に向上が見られた。

ヘルパーからは，身体介護においては個人個人の状態が異なるため，介助方法に不安があり，どなたにもついつい手を貸して支えたりしがちであったことを反省したとの感想が聞かれた。

【考察】

外来リハビリテーションでは，生活場面を観察にて評価することは難しく，OT，患者共に，目標が曖昧になりがちである。そこで，生活場面を見ている，家族，ヘルパー等，介助者の不安や介助時の気づきを OT が情報収集することが重要だと考える。澤口によると，¹⁾「介助は，健康関連領域であり，看護師や介護福祉士は環境の一部です。ですから，介助者の能力の欠乏は介助を受ける人の健康を低下させます。」と述べている。このことから，介助者の不安を軽減し，安全で快適な生活を営んでもらうための介助技能を身に付けてもらうことが，外来リハビリテーションで出来る，生活モデルに基づいたアプローチの一つだと考える。

【参考文献】

1) 澤口裕二：アウェアネス介助論，2011。

<一般演題発表Ⅱ 演題9>

大切な調理という生活行為を通じ、もう一度自分らしく歩み始めた事例

～生活行為向上マネジメントを用いて～

中通リハビリテーション病院

○湊 洋太

【報告の目的】

日常生活の自由を徐々に失いながら家族との繋がりを失い、精神的に落ち込み活動性が低下していた対象者に対して生活行為向上マネジメント(以下 MTDLP)を用いた支援を行った。大切な生活行為に焦点を当てた支援により精神的安定を得て活動性が向上し、自宅退院へと繋がった事例を以下に報告する。

【事例紹介】

Aさん(60歳代女性)。夫と4人の娘がいる。10年前に脊髄小脳変性症(以下 SCD)と診断。夫・四女夫婦と同居していたが家族による暴力や金の無心もあり、家族の中で孤立する形となりX-1年4月に借家にて独居開始。訪問介護、デイサービス等を利用して生活していたが徐々に自宅内での転倒が増え、X年1月頃より気分が落ち込み希死念慮を訴えるようになった。X年10月に当院入院となりOTとPTが処方された。

【作業療法評価】

初回面接でAさんは、「もう生きている意味がない」と泣きながら語った。興味・関心チェックシートでは「料理」「音楽鑑賞」「カラオケ」に興味を示し、過去に食堂を一人で切り盛りしながら子育てをしたことや自分の料理を家族や客に振る舞い、喜んでもらえることが何より嬉しかったと話し、「料理したい気持ちはあるけど食べてくれる人がいないから...」と語った。入院の2ヶ月程前から身の回りのことをはじめ家事をする気も起こらなくなったとのことだった。

四肢・体幹の運動失調があり立位や歩行は不安定で耐久性も乏しい状態であった。認知機能やコミュニケーション能力は保持されていた。BIは70点、FAIは0点であった。OTは「自分で作った料理を病院職員に振る舞う」ことをAさんに提案し、目標として共有した。この時点での自己評価は実行度5、満足度4であった。

【基本方針・作業療法実施計画】

AさんはSCDによる緩徐な身体機能低下に加え強い喪失感と孤独感を感じていた。そして活動性の低下とともに身体機能はさらに低下し、自立していたADLも支

援を要していた。まずは早期の病室内ADL自立とともに、調理を通して他者との繋がり、役割の獲得を支援する。そして日々の活動性を高めて身体機能の維持向上につなげ、最終的には自宅でのADL自立と調理自立を目指す。

【介入経過】

①病室内ADL自立と調理の再開

身体機能面への直接的介入と環境調整により早期に歩行車使用で病室内ADLは自立。手製のレシピ集から職員の注文を受けて行った調理は環境調整と見守り、休憩の促しで遂行可能だった。料理を食べた職員からは賞賛の声上がり、Aさんは喜んで次回の調理への意欲を示した。

②病棟内ADL自立と趣味の再開

病棟内ADLが自立。自ら廊下で歩行練習を行い、自室では身の回りの整理やレシピ作り、読書等も再開した。調理は定期的に継続した。

③精神的落ち込みと活動性低下

夫から急に離婚を切り出されAさんは落ち込み、不眠、食欲不振となり歩行の安定性と耐久性も低下した。OTはAさんの想いを傾聴しつつ、料理を楽しみにしている職員のことを話したり、担当PTの子供への編み物のプレゼントを提案し調理の継続と習慣の維持を支援した。

④自宅での独居へ向けて

職員のためAさんは調理を継続し、編んだベストを職員の子供に贈り、他者との繋がりを保ちながら精神的安定を取り戻していった。そして、OTは他職種と家庭訪問を行い、協働して自宅退院への支援を進めた。

【結果と考察】

BIは70点から85点に向上し、自室でレシピ作りや自室内の整理、読書等をするようになったことでFAIが0点から7点に向上した。実行度と満足度は共に9に向上した。本人の望んだ自宅退院が実現し自宅での調理は訪問リハでの支援の継続を依頼した。

Aさんにとって調理は人生を通じて他者と繋がり自分らしさを表現できる大切な生活行為であった。入院生活の中でAさんは調理を通して自分の居場所を作り出し、習慣を再開し、自分らしさを取り戻すように変化していった。

MTDLPを用いることにより、対象者にとって大切な生活行為に焦点を当て、よりその人らしい生活を支援する作業療法が展開できると思われる。

<一般演題発表 III 演題10>

当施設でのターミナルケアにおける作業療法士の役割

介護老人保健施設あいぜん苑

○長谷川由美子

【はじめに】

平成 21 年度の介護保険改訂にて介護老人保健施設（以下、老健）でのターミナルケア加算が算定されるようになった。当施設でも平成 24 年 4 月より、ターミナルケア加算算定を実施した。これまでに内部疾患や老衰が原因であった 10 名の入所者を看取った。

当施設における作業療法（以下、OT）は「ひとの作業を見つめること、意味のある作業を再獲得した一日一笑」を方針とし、ターミナルケア指針を、「自分らしく過ごし、最期まで生きる」「自分の人生を認める、人生の意味付け・統合」を中心としたエンドオブライフとしている。約 2 年間のターミナルケアにおける経験と他職種協働の中での作業療法士（以下、OTR）の役割をまとめたので報告する。

【目的】

認知症の重度化や経口摂取が困難となり人工栄養に移行した入所者が増加している中でのターミナルケアにおける OT の役割をまとめる。また、他職種が求める OT の関わりと現状の OT が実践している関わりにギャップはないかを検証する。そして、よりチームケアが円滑に、専門性を十分に発揮でき、質の高いターミナルケアを実践できるよう、今後の課題を検討する。

【方法】

当施設の OT のターミナルケア指針を土台としたアンケートを他職種に、また、OTR 3 名にターミナルケアにおける悩み等の聞き取りを実施した。

【結果】

看護・介護を中心とし 59 名に依頼し、44 名から回答を得た。他職種がチームで実施するケアのうち OT の関わりで最適と挙げたのは、「著しい拘縮の予防」であり、次いで、「安楽な呼吸の確保」、「意思表示の手段の確保」であった。また、OT が優先的に実践すべきとしたのは、「良肢位の確保」、次いで、「意思表示の手段の確保」であった。

ターミナルケアにおける身体的、精神的、社会的、スピリチュアルな苦痛では、「スピリチュアルな苦痛」において OT が中心的な役割を果たすべきと考えていた。一方で、優先的に介入を実践すべきとしたのは「身体

的な苦痛」であるといった結果となった。

これらの回答は、私たち OTR が意識的に実践している OT 内容とのギャップはなかった。

自由記載の結果を以下にカテゴリ化した。

〈現状での OT の役割〉

①拘縮の予防, ②対象者の精神面の支持, ③ターミナルケアでの OT の専門性がよくわからない

〈今後、OT に期待する役割〉

①看護・介護職が気付かない視点での情報提供, ②ポジショニング指導, ③ターミナルケア期の前段階からのその人らしい生活支援, ④OT だからこそできる内面のサポート

〈OTR への聞き取りのまとめ〉

①他職種との迅速な連携の方法, ②死期が近くなった対象者への接し方への悩みと迷い, ③死を消極的な捉え方から、「人生の統合」として捉えることができるようになった自分の変化

【考察】

他職種が OT に求めている役割は拘縮予防などの身体面と精神面での支持の双方であることが明らかになった。また、当施設における OT の方針が他職種へも浸透できており、ターミナル期に限らず、それ以前からの個別的な見方や関わりを重視している OT だからこそできる役割があることを理解いただけていると判断できた。

臨床経験年数が少ない OTR は、ターミナル期の対象者への関わり方に迷い、悩むことが多かった。しかし、明確な指針があることで、次へのステップに繋がったことも明らかになった。

【今後の課題】

これらより、今後の課題を以下に挙げた。

① 終末期の狭い視点での「ターミナルケア」に偏らないこと。入所当初からの入所者主体の生活、つまり「意味のある作業を継続できる生活」を支援していくこと。それが満足できる人生の終わりに貢献できるとした、OT・ケアの実践をより意識していくこと。

② 経験年数の少ない OTR が不安や後悔なく、「ターミナルケアの一員」として達成感を家族と共に持つことができるよう、OT 内カンファレンスを適宜行うこと。

③ 他職種へ当施設の OT の方針をさらに理解してもらえる働きかけを日々実践していくこと。

<一般演題発表 III 演題 11>

満足できる作業を獲得して生活を再構築しはじめた高齢女性

— 認知症高齢者の絵カード評価法を用いて —

介護老人保健施設あいぜん苑

○原 和宏 佐藤晃太郎

目白大学大学院リハビリテーション学研究所

山田 孝

【はじめに】

臥床傾向にあった高齢女性に対して、認知症高齢者の絵カード評価法(以下、絵カード評価法)を実施したところ、価値のある作業を明らかにできた。作業を行うことで満足できる余暇を獲得し、環境が変わる中で作業を意識した生活を再構築しはじめた。この経験から作業の意味と環境の重要性を改めて考えた。

【絵カード評価法とは】

70枚の絵カードに描かれた作業の重要度を評価するもので、認知症高齢者の意味や価値がある作業を明らかにできる。また、作業療法士(以下、OTR)との対話が促されることで作業の文脈などを評価でき、効果的な作業療法に繋がるという。

【事例紹介】

Aさん、70代の女性、要介護度3。診断名はパーキンソン病。約3年前に当苑に入所し、その1年後に左大腿骨を骨折した。夫は身体的なリハビリを望まず、主に活動参加の促しなど生活習慣の支援を行ったが、不活発な生活が続いた。なお、今回の報告に際し、本人と家族の同意を得た。

【評価】

全般的な筋力・体力の低下、無動・姿勢反射障害などから、起居・移乗動作はほぼ全介助、移動は車椅子だった。HDS-Rは10点で全般的な認知機能の低下があった。思考の遅延や幻覚によりコミュニケーション能力は低く、対人交流は困難だった。ADL場面では座位姿勢の崩れなどがから介助量は多かった。日課や余暇を求めていたが具体的な作業は見出せず、日中は臥床傾向にあった。絵カード評価法では、ADLや余暇活動の多くを「重要」と判断し、「貼り絵は作って飾るのが好きだった」など貼り絵に関連するエピソードを語った。

【方針】

絵カード評価法の結果や身体状況から貼り絵を提案し、Aさんは快く同意した。目標を「貼り絵という余暇を

持ち、生活満足度を向上できる」とし、週3回、居室で実施することとした。OTRは姿勢の崩れやAさん主体の作業となるよう注意した。

【経過】

最初は手順にばらつきがあり、「下手」と作業を休むこともあった。しかし、助言や励ましを行い1ヵ月後には自分で貼り方を工夫し、貼り絵を「楽しみ」と話すようになった。2ヵ月後には「もっとやりたい」など頻度や作業環境への要望が増えた。そこで回数を増やし、対人交流を促すために数人が貼り絵を行うリハビリ室に場所を移した。環境に慣れると他者と挨拶を交わし、感想を言い合い、「見る人がいると頑張れる」と1時間近く作業することもあった。さらに9ヵ月後には本人なりに日課などを考慮し、「開始を早めたい」と作業時間の調節・変更を提案してきた。また、作業中の座位姿勢の崩れは軽減し、生活場面でも食事時の介助量は減った。更に日中はテレビを見るなど離床時間は増加した。

【再評価:12ヵ月後】

起居・移乗動作に変化はなく、思考の遅延、幻覚はあったが、HDS-Rは15点に向上した。座位姿勢の崩れは軽減し、日中の離床時間は増加した。満足できる余暇を獲得し、「貼り絵を頑張ってるし、満足」と話した。生活内での自己選択が増え、作業を意識した生活を再構築しはじめた。

【考察】

介入当初、Aさんは明確な意思表示ができず、不活発な生活であったが、絵カード評価法を用いたことで貼り絵という価値のある作業を明らかにできた。このことから絵カード評価法は意思表示が困難な対象者にとって語りを促し、価値のある作業を把握するのに有効であると実感した。

また、自分が主体となる作業を行うことで、価値のある作業から満足できる作業へと変化し、新たな役割や習慣を獲得したと考えられた。さらにリハビリ室では貼り絵を通して社会交流の機会を獲得し、貼り絵が社会参加の手段としての意味を持った。この経過を通して、作業の意味の変化が生活内での作業の重要性を変化させ、自己表出の増加や作業を意識した生活の再構築に繋がったのではないかと考えられた。

つまり、環境を含めて価値のある作業を行えるよう支援することができれば、よりその人らしい生活を支援できるのではないかと考えられた。

<一般演題発表 III 演題12>

「存在を肯定する」ことが意欲、認知機能の向上に繋がった事例

秋田東病院

○小野寺佑麻 加賀美開

秋田大学医学部保健学科作業療法学専攻

石井奈智子

【はじめに】

田島は、『存在を肯定する』作業療法の目指すものを『人が作業活動を通して、気持ちよく快適に生きること、生きる力を得て元気になること』と定義している。今回、認知症患者が作業療法士(以下 OTR)との関わりを通して、存在を肯定することができると、意欲や認知機能が向上した。その経過を以下に報告する。

【事例紹介】

90歳代後半女性。X-3年(介入開始年月をX年Y月とする)より、物忘れが出現。翌年、転倒し歩行困難となった。Y-8月に希死念慮が出現し、家庭での管理困難となり、Y-6月に当院入院。薬物療法と作業療法が施行され、Y-2月に生活機能の回復を図るために認知症治療病棟へ転棟。尚、今回の報告については、本人と家族より同意を得た。

【初期評価】

視力低下、難聴により交流時は何度も聞き返すなど、流暢な意思疎通が取れない状態だった。HDS-Rは14点で、問題解決能力も低く、不満等を原因に「早く死にたい」と泣いていることも多かった。FIMは36点で、移乗は全介助、歩行は困難だった。体操等には「頭が悪いから」と述べ、参加していなかった。起立訓練では体動恐怖から腰の引けた姿勢となり、「立てない」とすぐに腰を下ろそうとしてしまう傾向にあった。転倒前は散歩が日課だった為、「自分の足で立つ、歩く」ということに強い価値を置いていた。その為、自身については、「立てなくなった、情けない」と話し、存在を肯定することが出来ていなかった。また、「親切にして欲しい」という想いを持っていた。

【方針】

「存在を肯定する」ことを目指し、起立訓練に対する動機づけの強化と「できる自分」の認識の強化という方針を立てた。

【経過】

OTRは「親切にして欲しい」という本人の言葉に則り、

不満を傾聴し本人の要望に応えた。また、本人の生育歴や想いなどを聴取した。そこから得た息子への想いを動機づけの強化に利用した。

3か月後、起立訓練時に「よろしくお願いします」と述べるようになった。「立てるようになってきた」という認識に変化してきており、自ら「手を離してみるか」と述べることもあった。誘導時には「心待ちにしていた」とも話し、この頃からOTRを「親切な人」と認識してきており、その理由を「毎日来てくれるから」と話した。

5か月後には、「ここまでできるようになった」と話し、「できる自分」の認識が強くなった。「歩いてみるか」と意欲を見せることもあり、10歩程歩くことができると涙を流して喜び、後日からは「そこまで歩いた」と自慢げに話すようになった。他患との交流も増え、体操にも自ら参加するようになった。

【最終評価】

身体機能は維持され、立位時は直立姿勢となっていた。HDS-Rは18点で、不満等に対しては具体的な解決策を述べることもあった。FIMは41点で、移乗は軽介助。

【考察】

今回は「存在の肯定」という視点から介入を行った。その経過の中で本人の認識が「できる自分」という認識に変化した。その一番の要因は、OTRが以下の2つの人的環境になったことだと考える。1つ目は本人の求める「親切な存在」であり、これはラポールの構築や本人の想いを引き出すことの一助にもなった。また、「親切な存在」であるOTRとの起立訓練や交流が、日々の楽しみ、習慣へとなっていった。これが起立訓練に対する動機づけを強化することに繋がったと考える。2つ目は『「できる自分」を再認識してくれる存在』であり、これが「できる自分」という認識の強化の手助けとなった。これは意欲の向上や認知機能の向上等の結果にも繋がった。田島は、「その人らしさが作業にあらわれるとき、実はその人にとっての現時点での最適な能力の発揮をしているときといえるのではないか」と述べている。事例の発言や様子からは主体性がみられるようになった。これらの「自分らしさ」の獲得が、事例にとっての現時点での最適な能力の発揮を促したのではないかと考える。

【引用文献】田島明子:「存在を肯定する」作業療法へのまなざしなぜ「作業は人を元気にする!」のか。第1版。三輪書店

<一般演題発表 III 演題13>

うつ病患者の認知機能に対する認知矯正療法 NEARを用いた介入効果

秋田県立リハビリテーション・精神医療センター

○加藤淳一 佐藤洋子 高見美貴

【はじめに】

近年うつ病患者についても認知機能への介入の必要性が指摘されるようになってきている。精神疾患に対する認知機能リハビリテーションについては認知矯正療法 NEAR の効果が本邦においても報告されている(最上ら, 2012)。今回, 認知機能低下が認められたうつ病患者に NEAR を主体に OT を実施した結果, 課題遂行能力の向上や行動面に改善が見られたため NEAR の効果との関連性を検討した。なお, 症例から報告の同意を得ている。

【症例紹介】

60代前半の男性。2年前にうつ病と診断され当センターで入院加療し, その後は定期的に外来通院していた。40年勤めた事務職を退職し, 自宅で農業を行っていたが, 不安, 焦燥感, 希死念慮を生じ再入院となった。入院後は薬物治療が行われ, 約1ヶ月で抑うつ症状が改善してきた。自宅退院の準備のため入院から約1ヶ月後に OT が依頼された。

【初期評価】

気分と疲労のチェックリストを用いた自己評価では問題なく, 一般性セルフ・エフィカシー尺度も13点で, 「積極的に行動することができる状態」に該当した。認知機能検査では BACS-J の Z 値(健常値>0.5)は総点が -1.01 で, 認知機能の問題が認められた。下位項目では, ワーキングメモリ, 遂行機能は保たれていたが, 言語性記憶と学習は -0.68, 運動機能は -2.16, 言語流暢性は -0.99, 注意と情報処理速度は -1.56 で主に注意, 記憶, 情報処理速度が関連する項目で低下が認められた。本人は, 計算能力低下, もの忘れを自覚していた。社会生活能力は LASMI では問題がなかった。

【目標および実施計画】

症例の希望は「農業を行いながら全てのことに前向きに取り組めるようになりたい」であった。漠然と種々の活動に取り組む意欲があったが具体性に欠けていた。評価結果から認知機能低下が今後の活動上の支障となることが予測された。そこで OT では症例の希望する生活に向けて準備を整えるため認知機能向上, 適切な自

己評価を目標に NEAR を主体にプログラムを実施することを提案し症例の同意を得た。

【NEAR の実施方法】

認知課題セッションを週2回と言語セッションを週1回, 各60分とし, その他は週4回通常の集団訓練を行った。認知課題は計算や暗記問題など注意力や記憶力, 情報処理速度に焦点をあてたパソコンソフトを選択し課題達成のための方略を話し合いながら行う事とした。関わり方は肯定的フィードバックや無誤謬学習を基本とした。言語セッションでは認知機能について話し合いを行い日常生活へ般化できるよう促した。

【経過】

症例は全ての課題において積極的に実施し, 作業時間が短縮した。注意力の課題はお金の計算を行った。開始時は無誤謬学習のため電卓を使用してもらい, 徐々に計算スピードの向上が図られたため, 電卓を使用しない計算に難易度を上げた。容易に計算できる方略を話し合い10になる加算に慣れるように反復練習した。記憶力の課題は画面に表示された番号を記憶するソフトを実施した。方略を検討し反復練習したところ, 正答数が増加した。言語セッションでは自主的に自分の考えを発言することができた。

【結果】

OT 開始から3週間後の評価では BACS-J の Z 値は総点が0.23に改善した。下位項目では, 言語性記憶と学習は0.81, 運動機能は-0.02, 言語流暢性は-0.07, 注意と情報処理速度は-0.19 となりそれぞれ改善が認められた。自覚的な計算能力低下は残存したが, 生活面では主体的に計画を立てて行動できるようになった。

【考察とまとめ】

今回, 短期間で BACS-J の得点向上や NEAR での認知課題における作業遂行能力の向上が認められ, 主体的行動ができるようになった。NEAR を用いた介入によって, 課題達成の方略探しを経験し, 課題遂行を通じてメタ認知が促進された結果, 自分の生活を振り返ることが可能となり生活面での改善につながったと考えた。

