

第 31 回
秋田県作業療法学会
プログラム・抄録集



会 期 : 2025 年 4 月 26 日 (土)

会 場 : 由利組合総合病院 講堂他



第31回

秋田県作業療法学会

学会長：柳橋 正彦（介護老人保健施設「しょうわ」）

日時

2025年4月26日（土）

会場：由利組合総合病院 講堂 他

学会テーマ： 往古来今

～これからの作業療法を考える～



特別講演

『作業療法に関する社会情勢の変化と今後の課題』

講師：特別養護老人ホーム 真森苑 高橋 敏弘 先生
(秋田県作業療法士会監事 前県士会長)

●一般演題(口述発表、ポスター発表) ●シンポジウム ●ランチョンセミナー ●定期総会

問い合わせ

実行委員長：長谷川 由美子（介護老人保健施設あまさぎ園）
TEL 0184-62-5001 FAX 0184-62-5010

●実施要項●

会 期：2025 年 4 月 26 日（土）

会 場：JA 秋田厚生連 由利組合総合病院 2F 講堂他

〒015-8511 秋田県由利本荘市川口字家後 38

Tel：0184-27-1200（代表）

公式 HP <https://www.yuri-hospital.honjo.akita.jp>

参 加 費：秋田県作業療法士会会員 3,000 円

新入会員 2,000 円

非会員 4,000 円

学生 無料

学 会 長：柳橋 正彦（特定医療法人荘和会 介護老人保健施設「しょうわ」）

実行委員長：長谷川 由美子（介護老人保健施設 あまさぎ園）

事 務 局 長：石井 貴徳（JA 秋田厚生連 由利組合総合病院）

実行委員名簿（順不同）

柳橋正彦 長谷川由美子 石井貴徳 堀内真紀 石川隆志 高橋進一

石川佐智子 石川裕真 渡辺雄紀 高橋寛人 齋藤友子 渡部拓哉

米田幸二 佐々木寿子 照井希実 三浦真澄 小池由登 鎌田菜緒

高橋茄奈子 松井咲耶 杉渕新菜 工藤綾子 猪股久美子 吉井潤子

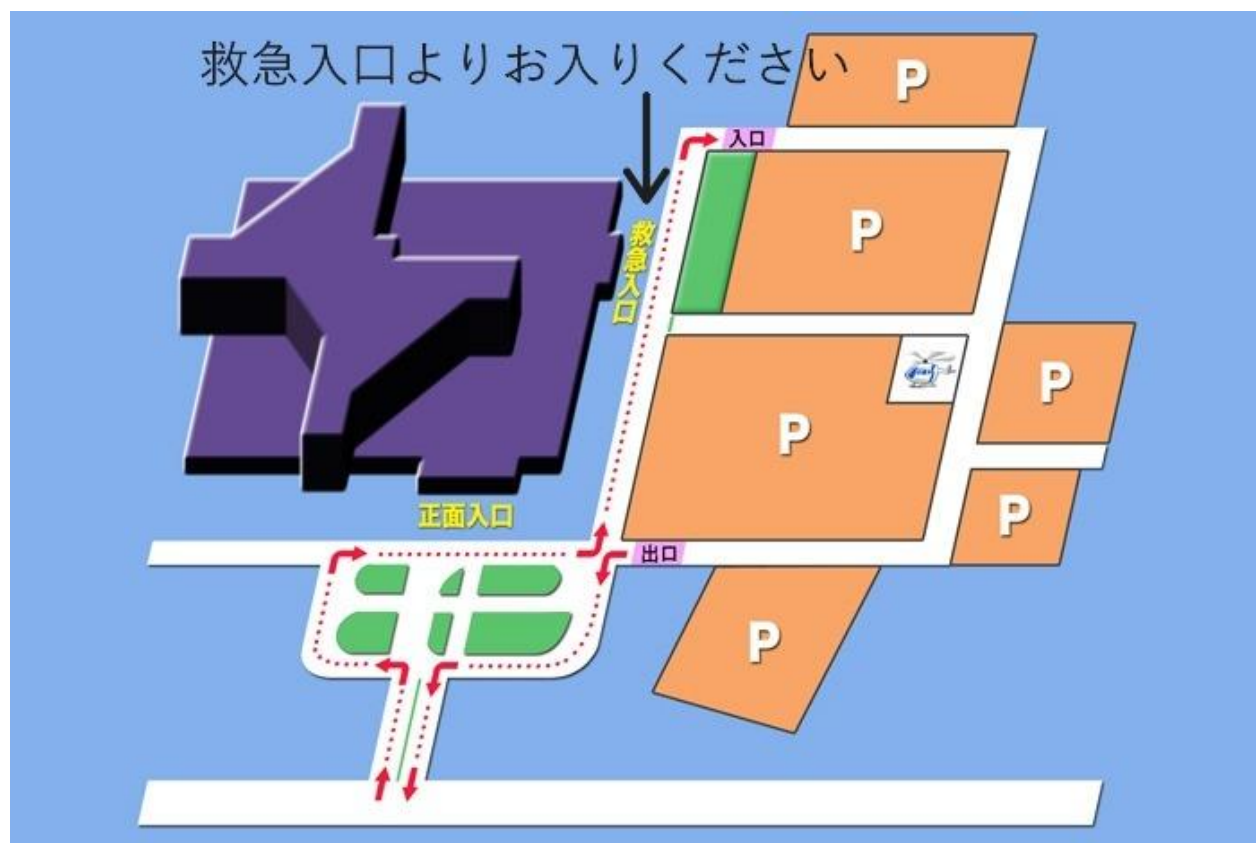
加賀章 山田由紀 野口莉 白石凌平 齋藤聖子 佐藤秀

佐々木衣織 吉田夕希子

◇案内図



◇駐車場



◇院内
案内図

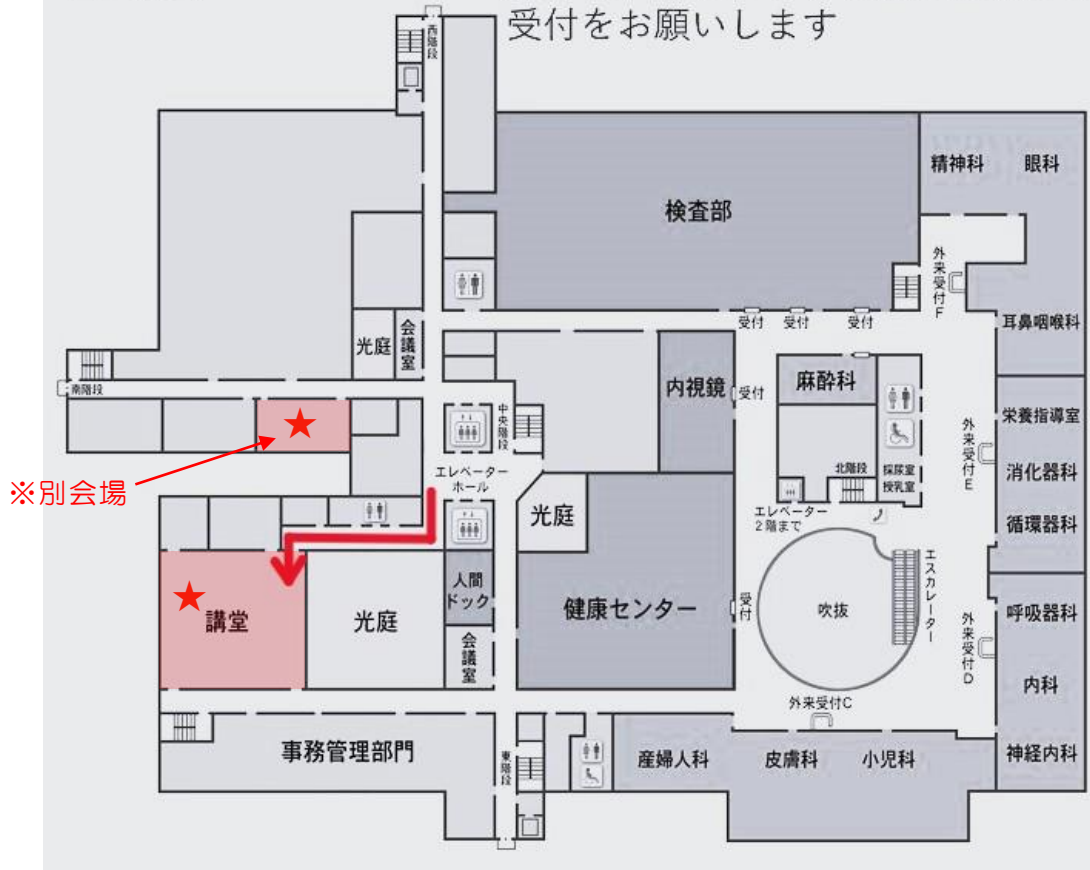
1 階

救急入口より直進後、
左へお曲がりください。
エレベーターで2階へ
移動してください。



2 階

近くにいるスタッフの案内に従って、
受付をお願いします



★印が学会会場となります。

●プログラム●

	講 堂	※ 別 会 場	
8:45	受付開始		
9:15	開会式		
	・ 開会宣言（実行委員長） 介護老人保健施設 あまさぎ園 長谷川 由美子 ・ 学会長挨拶 特定医療法人荘和会 介護老人保健施設「しょうわ」 柳橋 正彦 ・ 県士会長挨拶 秋田県立循環器・脳脊髄センター 川野辺 穰		
9:30	特別講演 『作業療法に関する社会情勢の変化と今後の課題』		
	・ 司会：特定医療法人荘和会 介護老人保健施設「しょうわ」 柳橋 正彦 ・ 講師：特別養護老人ホーム 真森苑 高橋 敏弘先生（秋田県作業療法士会 監事 前県士会長）		
10:40	一般演題Ⅰ（口述）		
	・ 座長：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 冨澤 涼子 演題①「マインドフルネスがアルコール依存症患者に与える効果の予備的検討 ～外来KARPでの取り組み～」 秋田大学医学部附属病院 リハビリテーション部 小野寺 佑麻 演題②「秋田県における精神保健福祉領域の作業療法に関する実態調査について」 秋田県作業療法士会 精神保健福祉対策部 鈴木 新吾 演題③「軽度認知機能障害の改善を目的としたポールウォーキング用のポールを用いた 運動介入効果の検証」 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 小玉 鮎人		
11:20	一般演題Ⅱ（口述）		
	・ 座長：メディカルハウスゆう 米田 幸二 演題①「地域における認知症予防の取り組み ～3年間の成果と今後の展望～」 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 演題②「認知症高齢者の活動の質を高める支援 ―活動の質評価法を用いた事例―」 久幸会 介護老人保健施設 ニコニコ苑 塩山 泰寿 演題③「作業療法としての創作活動 ～認知症利用者への介入成果の検証～」 介護老人保健施設 湖東老健 畠山 美菜子		
12:00	ランチョンセミナー		
	・ 株式会社日本トリム 「水と健康」	12:30	・ 森永乳業クリニコ株式会社 ※ 「リハ栄養」
13:00	秋田県作業療法士会 定期総会		
	・ 県士会事務局 ・ 新入会員紹介		

	講 堂	※ 別 会 場
14:10	一般演題Ⅲ（口述） ・座長：秋田県立循環器・脳脊髄センター 佐藤 直美 演題①「右片麻痺を呈した症例が箸操作を獲得し自己効力感の向上が得られた一例」 医療法人正観会 御野場病院 田口 鈴菜 演題②「作業機能障害に焦点を当て、主体的な活動を獲得した事例」 医療法人双山会 森岳温泉病院 三ヶ田 逸美 演題③「動作時の症状変動に応じた重錘負荷の調整により運動失調が改善した聴神経腫瘍術後の1例」 秋田大学医学部附属病院 リハビリテーション部 齋藤 あみ	
14:50	一般演題Ⅳ（ポスター） ・座長：大湯リハビリ温泉病院 永井 淳一 演題① 「当院におけるcovid-19クラスター下でのリハビリテーション専門職の働き方とその変遷」 社会医療法人明和会 中通リハビリテーション病院 原田 大河 演題② 「回復期脳卒中者の自動車運転再開に向けた評価と是非判断の時期の検討」 秋田県立リハビリテーション・精神医療センター 吉田 悟己 演題③ 「重度の上肢麻痺に対し複合的介入を実施した一事例 ～料理人としての復職を目指した介入と振り返り～」 社会医療法人明和会 中通リハビリテーション病院 寺田 萌乃	一般演題Ⅴ（ポスター） ※ ・座長：秋田県立リハビリテーション・精神医療センター 今井 龍 演題① 「当施設の日中の活動性向上と夜間良眠促進を目的とした認知症予防活動の取り組み」 介護老人保健施設 あまさぎ園 渡邊 麗奈 演題② 「脳梗塞発症後、MTDLPを用いた情報共有により、趣味である編み物を再開できた事例」 湯上地域リハビリステーション 小川 遥子 演題③ 「SST実践報告、集団SSTが難しい要因について考える」 特定医療法人荘和会 菅原病院 佐藤 秀
15:50	シンポジウム 『これからの作業療法を考える』 ・司 会：JA秋田厚生連 かづの厚生病院 成田 修 ・シンポジスト：介護老人保健施設 湖東老健 佐藤 直人 リハビリ&カフェルーム わんど 神馬 歩 中通リハビリテーション病院 渡邊 紗良	
16:55	閉会式・表彰式 ・表彰式 ・閉会の挨拶（学会長） 特定医療法人荘和会 介護老人保健施設「しょうわ」 柳橋 正彦 ・次期学会長挨拶 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 ・閉会宣言（実行委員長） 介護老人保健施設 あまさぎ園 長谷川 由美子	
17:10	終了	

「作業療法に関する社会情勢の変化と今後の課題」

特別養護老人ホーム 真森苑

高橋 敏弘 先生

私が養成校を卒業し秋田に戻った 1984 年（昭和 59 年）当時、県内の作業療法士は約 20 人、全国でも 2000 人位だったと思います。県内の作業療法士が勤務している施設数も 10 施設位ですべて病院でしたが精神科で働く作業療法士はいませんでした。

OT 協会の組織率も高く診療報酬も改定の度に上がり、求人も多く売り手市場の状況が続いていました。

2000 年に介護保険が導入され作業療法士の職域が大きく拡大しました。また作業療法の領域・対象も増えて幅広く国民に作業療法のサービスを届けることが可能になりました。

2000 年代に入ると養成校が急激に増え続けます。現在の作業療法士の有資格数は 10 万人を超えました。この急激な増え方と平均年齢の若さは他の職種にはない大きな違いです。卒前の教育も大学への移行が進み、専門学校も 4 年制が増えています。カリキュラムの中で特に臨床実習は大きく変わりました。

しかし、この作業療法士の急増は良いことばかりではありません。売り手市場だった求人は買い手市場になり、すでに需要は満たされ 2040 年には供給が需要の 2 倍になるとも言われています。待遇も他の医療職と比べて決して良いとは言えず、診療報酬も抑制の対象になってきました。養成校の定員割れも増えており、国家試験の合格率も下がってきています。OT 協会の組織率も下がり続け組織率の維持向上は協会の大きな課題となっています。

また理学療法士・作業療法士法も昭和 40 年の制定以来変わっていません。

今回の講演では作業療法士の増加の背景や他職種との違い、名称独占であることのメリットとデメリット等について考えてみたいと思います。そのうえで作業療法士は本当に必要とされる職種になり得ているか、なり得るのか、今後職種として生き残るには何が必要なのかについて考えていることをお話ししたいと思います。

【講師略歴】

1984 年 3 月 岩手リハビリテーション学院作業療法学科卒業

2009 年 3 月 東北福祉大学 通信教育部 社会福祉学科卒業

【資格】： 作業療法士、社会福祉士、介護支援専門員

【職歴】

1984 年 4 月～1996 年 6 月 医療法人明和会 中通リハビリテーション病院

1996 年 7 月～1997 年 3 月 秋田県立リハビリテーション・精神医療センター開設準備事務局

1997 年 4 月～2009 年 3 月 秋田県立リハビリテーション・精神医療センター、機能訓練科

2009 年 4 月～2014 年 3 月 秋田県立リハビリテーション・精神医療センター地域医療連携科

2014 年 4 月～2023 年 3 月 秋田県立リハビリテーション・精神医療センター医療相談連携室

2023 年 4 月～現在 特別養護老人ホーム 真森苑

【県士会活動】

1986 年～1988 年	秋田県作業療法士会事務局長
1989 年～1991 年	秋田県作業療法士会会長
1992 年～1997 年	秋田県作業療法士会事務局長
1998 年～2001 年	秋田県作業療法士会副会長
2002 年～2022 年 6 月	一般社団法人秋田県作業療法士会会長
2023 年 7 月～現在	一般社団法人秋田県作業療法士会監事

-Memo-

テーマ：「これからの作業療法を考える」

司 会：

成田 修 氏（JA 秋田厚生連 かづの厚生病院）

【経 歴】

- 1994 年 森岳温泉病院入職。
- 1996 年 八戸平和病院入職。
- 1999 年 JA 厚生連 由利組合総合病院入職。
- 2010 年 JA 厚生連 能代組合総合病院（現能代厚生医療センター）へ異動。
- 2020 年 JA 厚生連 北秋田市民病院へ異動。
- 2023 年 JA 厚生連 かづの厚生病院へ異動。
現職

シンポジスト：

佐藤 直人 氏（社会医療法人正和会 介護老人保健施設 湖東老健）

【経 歴】

- 2000 年 秋田大学医療技術短期大学部作業療法学科卒業。
- 同 年 医療法人正和会に入職し介護老人施設ほのぼの苑でリハビリテーション業務に従事、関連医療機関での急性期サービス提供や地域での通所リハ・訪問リハを経験。
- 2004 年 介護老人保健施設湖東老健の新規開設に伴い所属変更、入所・通所利用者へのサービス提供と共に地域住民への介護予防事業等へも関わる。
- 2014 年 湖東老健通所リハビリテーション管理者。
- 2021 年 現職。五城目町地域包括支援センター運営委員、五城目町介護保険事業計画策定委員を受嘱。

神馬 歩 氏（リハビリ&カフェルーム わんど）

【経 歴】

- 2010 年 秋田大学医学部保健学科卒業。
- 同 年 医療法人楽山会大湯リハビリ温泉病院入職。
- 2022 年 医療法人楽山会大湯リハビリ温泉病院を退職。
- 同 年 リハビリ&カフェルームわんど開業。

渡邊 紗良 氏（中通リハビリテーション病院）

【経 歴】

- 2019 年 新潟医療福祉大学卒業。
- 同 年 中通リハビリテーション病院入職。
現職。

マインドフルネスがアルコール依存症患者に 与える効果の予備的検討

～外来 KARP での取り組み～

秋田大学医学部附属病院 リハビリテーション部
小野寺佑麻
秋田回生会病院 平岡雄哉 小松美咲 佐藤美佳
石川駿 三浦陽太朗
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

【はじめに】

マインドフルネスは、メンタルヘルスの様々な側面において重要な役割を担っているとされており、依存症の治療においては、渴望などの内的苦痛に直接対応するためにマインドフルネス介入(以下, MI) が実践されている(吉田ら, 2023). 秋田回生会病院では依存症治療拠点機関として、依存症患者を対象に各種プログラムを展開している(図 1). その中で外来依存症患者を対象とした Kaiseikai Addiction Rehabilitation Program(以下, 外来 KARP)の一部内容として MI が継続的に実施されている. 本研究の目的は、同プログラムの参加者における治療効果を予備的に検証することである.

【方 法】

対象は 2025 年 1 月 17 日に同院のアルコール依存症当事者ミーティングに参加した外来患者 11 名(性別:男性 10 名, 女性 1 名)であり、MI への参加に応じて参加群(6 名)と非参加群(5 名)に分類された. 同プログラムは概ね 2 週に 1 回, 全 5 回/クールを基盤として繰り返し実施されている. これを踏まえて、5 回以上の参加経験者を参加群として振り分けた. プログラム内容の中心は各種瞑想であり、五感や身体、呼吸などを感じられるワークとシェアリングを行いながら気づきを深められるよう構成されている.

評価指標として、マインドフルネスの程度を測定するための日本語版 Mindful Attention Awareness Scale(藤野ら, 2015 年;以下, MAAS)と主観的変化に関する自由記載アンケートが用いられ、飲酒問題の重症度を測定するための Alcohol Use Disorders Identification Test(以下, AUDIT)や年齢と教育年数を含む基本情報と合わせて、データ収集された. MAAS は、15 項目の質問から構成されるアンケート調査で、各質問に対して「どの程度頻繁であるか」について 6 件法で回答する尺度である. 本報告では、総合得点

が高いほどマインドフルネスの程度が高いと判定した. これらの指標において両群の群間差を調べるために、対応のない t 検定が適用された. 統計処理には EZR(Ver. 1.64)が使用され、統計学的な有意水準は 5%に設定された. 倫理的配慮として、本研究は同院倫理委員会の承認および対象者個人に対して同意を得たのち実施された.

【結 果】

各データの平均値±標準偏差値については、参加群(n=6)/非参加群(n=5)の順で年齢は 50.0±12.2 歳/53.6±13.1 歳, 教育年数は 14.0±2.9 年/13.6±1.7 年, AUDIT 得点は 27.2±8.2 点/26.4±6.2 点, MAAS 得点は 55.2±7.6 点/52.0±14.4 点であった. 群間比較の結果より、全指標において有意な差は認められなかった(p>0.05). また、参加者群 6 名の自由記載より「怒りの感情が湧く頻度が減った」「心を落ち着けて、自分を見つめられる時間として使っている」「ちょっと止まってみる、今を意識する、等を思い出して助けられることがある」などの回答が得られた.

【考 察】

本研究では、外来 KARP にて実施される MI の治療効果について MAAS を用いて予備的に検証した結果、参加群と非参加群との間に有意な差は認められなかった. 依存症患者への MI による効果検証は国外を中心に散見されるが、本研究とは介入期間や頻度が異なるものが多い. 今後は選定基準を精査、あるいは縦断的な検証の後、介入方法も検討していく必要があると考える. 一方で、参加群のアンケート回答より、自分の内的体験に注意を向け、危機的な状況においても飲酒行動以外の反応をとれるなどの心理・行動面への効果が示された. これらは依存症治療において臨床的な意義を有していることが推察され、アルコール再飲酒リスク評価尺度(ARRS)等を用いた効果検証も必要であると考ええる.



(図 1: 秋田回生会病院の依存症治療プログラム一覧)

秋田県における精神保健福祉領域の作業療法に関する実態調査について

秋田県作業療法士会 精神保健福祉対策部
鈴木新吾 小野寺佑麻 林正喜
平岡雄哉 五十嵐瞳

【はじめに】

秋田県作業療法士会精神保健福祉対策部では、精保領域における県士会員の連携強化を目的とし、実態調査を実施してきた。1 回目は 2023 年度に実施し、調査後には結果に基づいた意見交換会の開催や精保領域メーリングリストの開設など情報共有のための活動も行った。本報告では 2 回目の 2024 年度の調査結果と、当部局の活動について報告する。本調査では、倫理的配慮として収集データの取り扱いについて対象者に説明し、同意を得ている。

【方法】

実態調査は web アンケートとし、精保領域メーリングリストおよび郵送により調査依頼を行った。対象は県内の精保領域に属する県士会員所属施設 25 施設であり、期間は 2024 年 8 月～10 月である。その後、調査結果の開示と意見交換のための意見交換会を 2024 年 12 月にオンライン形式で実施した。

【調査項目】

調査項目は①精神障害・認知症を対象に実施している評価(対象者・評価の分類・評価の種類・フィードバックなど)②診療報酬(施設基準・実施時間・算定件数など)③地域支援・連携(対象者の退院前後の関係機関との連携・訪問の有無など) 3 項目を設定した。

【結果】

25 施設中 20 施設から回答を得た。(回収率 80%) 内訳は病院 19 施設、就労支援施設 1 施設であった。①について、精神障害の評価では、対象者は「処方のある全例に実施」が 12 施設(60%)と最も多かった。評価の分類別にみると、「運動・身体機能」7 施設・「精神症状」3 施設・「ADL」5 施設・「認知機能」9 施設・「その他」3 施設であった。評価の種類は多岐にわたっていた。フィードバックは「一部の対象者へ実施」が 10 施設(55.6%)と最も多かった。認知症の評価では、「処方のある全例に実施」が 15 施設(75%)と最も多かった。評価の分類別にみると、「認知機能」15 施設

・「身体機能」8 施設・「BADL/IADL」12 施設・「BPS/介護負担」4 施設・「QOL/興味/役割」4 施設・「その他」2 施設であった。評価の種類は「認知機能」において MMSE・HDS-R が多く用いられている他は多岐にわたっていた。フィードバックは「行っていない」が 11 施設(64.5%)と最も多かった。②について、施設基準において、精神科作業療法は対象の全ての病院で算定していた。実施時間は、午前・午後に 1 単位ずつ 2 時間枠にて実施している施設が最も多かった。算定件数は施設間でばらつきが大きい傾向にあった。他の施設基準として、疾患別リハビリテーション料を 3 施設、認知症リハビリテーション料を 1 施設で算定していた。③について、対象者の退院前後の関係機関との連携では、「実施している」は 5 施設(25%)であった。連携内容は「退院後に申し送りを送付」が多かった。「実施していない」は 15 施設(75%)であった。その理由として「依頼がない」が最も多かった。訪問の有無では、「退院前訪問を実施している」は 3 施設(15%)であった。「実施していない」は 17 施設(75%)であった。その理由として「訪問の要請がない」が最も多かった。調査の集計後には意見交換会を実施した。参加者は 8 名(7 施設)であった。

【おわりに】

これまで当部局では、実態調査や意見交換会を実施してきたが、このような取り組みは精保領域の県士会員にとって有用な機会を提供出来るものと考えている。今後も多くの会員が参加しやすい活動を検討・実施していく予定である。

精神保健福祉領域メーリングリスト 登録のお願い

精神領域に関する情報発信や施設間での連携強化のために
メーリングリストを開設しました。
該当する施設のご登録をお願いいたします。

メーリングリストの活用方法

実態調査アンケート と意見交換会の ご案内	診療報酬や精神領域 のトピックスに関し て情報が得られる	登録メンバーは 誰でも投稿でき 施設間の情報交換が 可能。
-----------------------------	------------------------------------	--

登録方法

- 右記QRコードからアクセスし、
Web上からご登録手続きをお願いします。
- 県士会HPから登録の場合は、下記URLよりアクセスして下さい。
<https://skita-ot.jp.org/membersite/pg609.html>



軽度認知機能障害の改善を目的としたポールウォーキング用のポールを用いた運動介入効果の検証

小玉鮎人^{1),2)} 久米裕¹⁾ 大竹絵美子³⁾ 藤本芽衣³⁾
登藤裕光³⁾ 佐々木奈々子⁴⁾ 小玉弘之⁵⁾ 大田秀隆²⁾

- 1) 秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻作業療法学講座
- 2) 秋田大学高齢者医療先端研究センター
- 3) 潟上地域リハビリステーション
- 4) 泉地域包括支援センターリンデンバウム
- 5) 社会医療法人正和会

【はじめに】

フレイルは、加齢に伴う身体機能の衰えだけでなく、精神心理的および社会的側面も含めた多面性を持つため、総合的な介入が極めて重要である。そこで本研究の目的は、ポールウォーキング用のポールを用いた運動プログラムの介入（ポール ex）により地域在住高齢者の認知機能や身体機能を含めた社会的フレイルに与える効果について明らかにすることである。

【方法】

対象は、秋田県内在住 65 歳以上の高齢者で、ポール ex を行った方をポール群とし、また、秋田市地域包括支援センター（以下、包括センター）による認知症予防事業に参加した方を対照群とした。身体機能評価は、通常歩行速度（以下、UWS）、握力、認知機能評価は NCGG-FAT による記憶力、注意力、実行力、情報処理能力を用いた。社会的フレイルの判定は、Makizako 指標を用いた。介入方法は、両群とも 1 回 90 分から 120 分のプログラムを隔週の 3 か月間実施した。ポール群は、①ストレッチ、②筋力トレーニング、③有酸素運動、④デュアルタスクトレーニングをすべてポールを用いて実施した。対照群は、①ストレッチ、②筋力トレーニング、③有酸素運動、④コグニサイズによるデュアルタスクトレーニングを実施した。統計解析は、各群の介入前後の評価結果に対して対応のある t 検定を行い、社会的フレイルの比較に対して χ^2 検定を行った。いずれも有意水準は 5%とした。なお、本研究は秋田大学大学院医学系研究科吏員審査委員会の承認を得て実施した。また、本研究は公益社団法人伊徳地域振興財団による研究所助成金を得て実施した。

【結果】

基本属性として、ポール群は 25 名（男性 4 名、女性 21 名、平均年齢 80.6 ± 7.2 歳）、教育歴 11.2 ± 1.9 歳、対照群は 18 名（男性 3 名、女性 15 名、平均年齢 79.3 ± 6.8 歳）、教育歴 13.1 ± 1.7 年であった。身体機能検査について両群ともに UWS において有意な向上が認められた（ポール群介入前 1.19 ± 0.31 秒、介入後 1.32 ± 0.37 秒、 $p < 0.01$ ；対照群介入前 1.40 ± 0.34 秒、介入後 1.58 ± 0.34 秒、 $p < 0.05$ ）。認知機能検査については対照群では有意な改善は認められなかったが、ポール群で情報処理能力の有意な改善が認められた（介入前 37.9 ± 13.1 点、介入後 40.7 ± 14.5 点、 $p < 0.5$ ）。社会的フレイル判定について両群ともに有意な改善が認められた（ポール群のロバスト該当者介入前 12.0%，介入後 24.0%，プレフレイル該当者介入前 60.0%，介入後 48.0%，フレイル該当者介入前 28.0%，介入後 28.0% $p < 0.01$ ；対照群のロバスト該当者介入前 22.2%，介入後 33.3%，プレフレイル該当者介入前 44.4%，介入後 33.3%，フレイル該当者介入前 33.3%，介入後 33.3%， $p < 0.01$ ）。

【考察】

フレイルは加齢に伴う身体機能的側面の衰えだけでなく、精神心理的、社会的をも包括した多面性を持つことから、総合的に介入していくことが必要である。とくに社会的フレイルは身体的フレイルに先行するとされていることから早期発見と対応が極めて重要である。

本研究では、認知機能面については、ポール群において情報処理能力の有意な改善が認められ、身体機能面については UWS において両群で有意な改善が認められた。これについては、介入プログラムの中で下肢・体幹に対するアプローチとして有効であったことが考えられる。特にポール群では、ポールウォーキングを取り入れることで普段よりも歩幅を大きく振り出すことが歩行スピードの向上につながったと考える。

さらに、ポールを用いた介入が従来の運動主体の介入と同等の社会的フレイル改善効果をもたらすことが示唆された。将来的には、対象者数や対象地域を拡大し、社会的、認知的、身体的フレイルの改善に影響を与える要因の詳細な検討を進めたいと考える。

地域における認知症予防の取り組み ～3年間の成果と今後の展望～

○久米裕¹, 小玉鮎人¹, 津軽谷恵¹, 菊地翼¹,
田村大², 前川弘樹³, 新井さやか³

1. 秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻作業療
法学講座, 2. 秋田労災病院, 3. 秋田大学大学院
医学系研究科保健学専攻博士後期課程

【目的】

本研究の目的は, 2022～2024 年度に実施された
秋田県の認知症・フレイル予防事業の介入効果に
ついて, 年度間で差があるかどうかを明らかにす
ることである。

【方法】

対象は 2022～2024 年度の秋田県内で実施され
た認知症・フレイル予防事業に参加した 65 歳以
上の地域高齢者であった。同事業の 4 か月間の介
入内容は, 第 1 回: 介入前評価, 第 2～7 回: 二重
課題運動プログラム (1 回 90 分間, 1 回/2 週, 計
6 回), 第 8 回: 介入後評価, 第 9 回: 評価結果
の解説と構成された。また, 介入前後に測定され
た評価項目は, Body Mass Index (BMI, kg/m^2),
握力 (kg), 通常歩行速度 (m/s), 5 回椅子立ち
上がりテスト (秒) National Center for
Geriatrics and Gerontology-Functional
Assessment Tool (NCGG-FAT) による記憶力 (点),
注意力 (反応時間, 秒), 実行力 (反応時間, 秒),
情報処理能力 (点), 高齢者うつ尺度 Geriatric
Depression Scale (GDS) 15 項目版 (GDS-15)
であった。以上の評価結果に基づき, 改訂日本版
Cardiovascular Health Study (CHS) 基準 (改
訂 J-CHS 基準) による身体的フレイル, NCGG-FAT
による Mild Cognitive Impairment (MCI), GDS-
15 による高齢期うつ状態が分類された。また, 社
会的フレイル状態を調べるために, Makizako ら
(2015) および Yamada and Arai (2018) の社会
的フレイル評価が使用された。前述の分類は介入
前後ごとに実施され, その変化に応じて維持・改
善群および悪化群が分類された。

統計学的検討として, 改訂 J-CHS, MCI, 高齢期
うつ状態, 社会的フレイルの各分類による維持・
改善した対象の比率が年度の間で差があるかを検
討するために, クラスカル・ウォリスの順位和検

定が行われた。統計処理には IBM SPSS ver. 29.0
が使用され, 統計学的有意水準は 5% に設定され
た。なお, 本研究は秋田大学保健学研究倫理審査
委員会より承認を得た後, 実施された (承認番号
2857)。

【結果】

分析対象は介入前後の評価を完了した対象者
522 名で, 各年度の内訳は 2022 年度 149 名 (平均
年齢±標準偏差: 75.8 ± 5.7 歳, 女性/男性, n :
133/16, 教育年数: 12.3 ± 1.9 年), 2023 年度 155
名 (76.2 ± 6.1 歳, 130/25, 12.3 ± 2.0 年), 2024
年度 218 名 (77.8 ± 6.4 歳, 187/31, 12.1 ± 1.9 年)
であった。

改訂 J-CHS 基準による維持・改善した対象の比
率は, 2022 年度・2023 年度・2024 年度の順に
 $72.5\% \cdot 72.9\% \cdot 66.5\%$ であり, MCI 分類では
 $81.2\% \cdot 76.1\% \cdot 73.9\%$, 高齢期うつ状態の分類
では $77.2\% \cdot 72.9\% \cdot 74.8\%$, Makizako (2015)
らの社会的フレイル分類では $39.6\% \cdot 34.8\% \cdot$
 36.2% , Yamada and Arai (2018) の分類では
 $47.7\% \cdot 41.9\% \cdot 39.4\%$ であった。

クラスカル・ウォリスの順位和検定の結果より,
2022 年度, 2023 年度, 2024 年度には MCI 分類の
維持・改善度に有意差が認められた ($p < 0.001$)。
その他の分類 (改訂 J-CHS 基準, 高齢期うつ状態,
社会的フレイルの分類) では有意差が認められな
かった ($p > 0.05$)。

【考察】

2022～2024 年度における秋田県内の認知症予
防事業による介入を通して, MCI 分類による維持・
改善した対象の比率に有意差が観察された。本予
防事業における対象者の平均年齢は当該年度を通
して上昇傾向にある。特に 75 歳以上の高齢者で
は, MCI の発症率がさらに高まると指摘されてお
り, 本研究結果に対する一因であると推察される。
しかしながら, 適度な身体活動 (運動, 園芸など)
やバランスの取れた食事, 社会的な交流, 知的活
動 (パズル, 読書など) を含む生活習慣や社会活
動に従事する状況に応じて, 加齢に伴う認知機能
の低下には個人差が観察されている。

今後の予防事業では, 日常のさまざまな活動を
より考慮するとともに, 特に維持・改善度が低い
割合で推移している社会的フレイルを防ぐための
コミュニティ構築を目指す計画である。

認知症高齢者の活動の質を高める支援 ー活動の質評価法を用いた事例ー

久幸会介護老人保健施設ニコニコ苑
塩山 泰寿

【はじめに】

作業療法士（以下、OT）が認知症高齢者に活動を提供し、どのような影響を与えたかを示した事例は多く報告されている。一方で活動自体が認知症高齢者にとって、どの程度良いものであったかを評価した事例は少ない。今回、活動の質評価法（以下、A-QOA）を用いて認知症高齢者の活動の様子を数値化し、支援を行ったことで活動の質が向上し、離床意欲に繋がった事例を経験したため、以下に報告する。本報告にあたり家族に説明し同意を得ている。

【事例紹介】

A氏、90代、男性。Y月-18月にアルツハイマー型認知症の診断。Y月-17月に家族に対する暴言や暴力の認知症周辺症状（以下、BPSD）が原因で在宅介護が困難となり入院。薬物調整によりBPSDが改善し当施設へ入所するも、肺炎を発症し再入院。X年Y月に再入所し、作業療法を開始する。再入所時のFIMは運動項目45点、認知項目23点、HDS-R20点。車いすへの移乗は全介助であった。Y月+2月に車いすへの移乗が最大介助で可能となったため、離床活動に対する介入を開始した。

【方法】

活動の選定は認知症高齢者の絵カード評価法（以下、APCD）を用いてA氏の希望する活動を聴取した。活動の様子はA-QOAで評価し、観察項目21項目を1から4点で採点した。採点后、A-QOA専用のスコア変換ソフトAqoaPro（バージョン2.0.3）に採点結果を入力し、プロビット値（単位はprobit）と標準誤差（単位は±）を算出した。プロビット値の数値的な解釈は表1のとおりである。また、評価マニュアルに記載されている各観察項目と関連した支援のポイントを参考に活動の支援方法を立案し、再評価を実施した。

表1 プロビット値の数値的な解釈

プロビット値の範囲	活動の状態	活動と対象者の結びつきの強さ
～0.99	非常に悪い状態	極めて弱い
1.00～1.99	悪い状態	弱い
2.00～2.99	平均的な状態	平均的
3.00～3.99	良い状態	強い
4.00～	非常に良い状態	極めて強い

【A-QOAによる活動の評価と解釈】

Y月+2月にAPCDを用いて「体操」というA氏にとって重要な活動を聴取した。そこで、体操の集団活動に参加している様子をA-QOAで評価した。その結果、得点は46点、 $\text{probit}2.88(\pm 0.22)$ であった。活動の状態は「平均的な状態」であり、活動と対象者の結びつきの強さは「平均的」であった。活動の様子は、集中して取り組んでいたが、表情の変化は乏しく、他者との交流はほとんど無かった。活動の質を高めるために、支援のポイントを参考に以下の支援方針を定めた。

1. 関心が高い活動を選択する
2. メンバー構成を考える
3. A氏に活動内容や方法を選択してもらう
4. 認められるような機会を作る

【支援方法の立案と再評価】

1. については、体操の集団活動からA氏が以前デイサービスで取り組んでいた棒体操に活動を変更した。2. については、A氏と面識のある当施設入所者1名とOT1名の合計3名の小集団活動に変更した。3. については、活動の進行はOTが行いつつ、A氏がデイサービスで取り組んでいた棒体操のレパトリーを想起してもらい、活動に取り入れた。4. については、A氏が学生時代に剣道を習っていたため、剣道にまつわるエピソードを回想してもらう目的で、棒の素振り動作を活動に取り入れた。A氏が剣道のエピソードを回想し、当時の努力を語った際は、OTが称賛する場面を設けた。以上の方法で棒体操の小集団を支援し、Y月+3月に活動の様子をA-QOAで再評価した。

【結果】

得点は64点、 $\text{probit}4.69(\pm 0.28)$ であった。活動の状態は「非常に良い状態」であり、活動と対象者の結びつきの強さは「極めて強い」であった。活動の様子は、終始笑顔であり、参加者やOTとの交流が盛んであった。その後の面接では「もっと起きねばね」と発言があり、車いすへの移乗自立がA氏の目標となった。また、集団活動への参加頻度が以前より増加した。Y月+4月に車いすへの移乗が軽介助となり、FIMは運動項目が48点に向上した。FIMの認知項目とHDS-Rに変化は無かった。

【考察と今後の展望】

A-QOAを使用し活動の質を高める支援を行ったことが離床意欲の向上に繋がり、目標の明確化や集団活動へ参加するきっかけになったと考える。今後の展望として、集団活動に参加する認知症高齢者を対象にA-QOAを使用し、支援方法を運営スタッフと共有することで、参加者に合わせた適切な個別支援が実現できるように働きかけていきたい。

作業療法としての創作活動 ～認知症利用者への介入成果の検証～

介護老人保健施設 湖東老健
畠山美菜子

【はじめに】

厚生労働省の発表によると 2040 年の認知症患者の数は 584 万人、予備軍とされる軽度認知障害も含めるとおよそ 1200 万人にのぼると推計されており、支援の重要性は高まる一方と想定される。

当施設では認知症のある方への作業療法として創作活動を取り入れているものの、その効果を表現することが難しいと感じていた。

A-QOA (Assessment of quality of activities) は認知症の人が活動に従事しているときの様子や状態を観察によって評価するツールである。観察項目は「活動の遂行」「活動の結果」「活動時の感情表出」「他者との関わり」「言語表出」の 5 領域 21 項目で構成され、それぞれの項目を 4 段階で評価する。点数は高い方が“活動の質が高い”と判断され、最低点は 21 点、最高点が 84 点である。

今回、認知症高齢者 A 氏の創作活動を行う様子を A-QOA で評価し、介入による成果を検証したので以下に報告する。なお、本報告において本人に説明・同意を得ている。

【症例紹介】

A 氏、90 歳代、女性、要介護 2。診断名は認知症。息子の死去後に親族のサポートを受けながら独居生活をしていたが、自宅で倒れている所を発見されて入院した。独居生活の再開が困難のため、X-6 年 9 月に当施設に入所した。過去に個人でスナックを経営しており、趣味はコーラスや編み物だった。身体機能面では下肢筋力の低下があるものの、施設内の ADL はシルバーカー歩行でほぼ自立しており BI は 90 点だった。認知症の状態像として、HDS-R は 16 点で、記憶障害・見当識障害があり、BPSD としては自発性や意欲の低下、収集癖等がみられた。普段は静かに自席で過ごすことが多く、目立った問題行動はないものの全体的に受け身で孤立していることが多かった。A 氏の生活歴を考慮して心身機能賦活を目的に創作活動による介入を行った。

【創作活動時の評価】

A-QOA は 45/84 点だった。観察視点のうち、「視線」は 3 点、「開始」「継続」「意思」が 2 点、

「技術」「選択」が 1 点だった。初回の活動後、完成作品を見て「きれいだね、またよろしくね」と語っており、継続した介入が可能と判断した。

【経過】

創作活動(壁面飾り制作)を週 1 回実施した。活動中に確認行為が何度もあったため、活動の最初と最後にテーマや完成図の説明を行った。都度声掛けしないと手が止まってしまったため、工程を単純化すると徐々に継続できるようになった。介入の後半期間ではテーマや配置を本人が決められるよう相談しながら誘導した。活動中は「これは何になる?」「もうちょっと直したいからハサミ貸して」などの発話が増え、完成時は「キレイなのができたね、また私にできることがあったら言ってね」と笑顔で語った。

できた作品は談話室に掲示した。作品を見た職員や入所者から話しかけられることがあったが、活動の記憶は保持されていなかった。

【再評価】

X 年 12 月(開始から 6 か月後)再評価を実施した。A-QOA は 53/84 点だった。「活動の遂行」領域の項目(開始、視線、継続、選択)の点数が向上したが、「他者との関わり」領域の 3 項目(交流、協調、共有)、「言語表出」領域の項目(流暢)は点数 2 点のままだった。

【考察】

創作活動という介入の成果測定として評価結果を比較した。5 領域のうちの「活動の遂行」にあたる 4 項目で点数が向上し、活動の質が向上したことがうかがえた。点数が向上した理由としては、介入時に行った説明頻度・難易度の調整や選択機会の提供という関わりが A 氏にとって適切だったためと推察される。

一方で「他者との関わり」「言語表出」の 2 領域を支援する関わりをしなかったため、それらの点数は変わらなかったと考える。

西田らは介入の成果測定として A-QOA を用いることについて「専門職として行った支援や介入の妥当性を支持する根拠として活用できる」と述べており、今回の取り組みにおいても支援の効果が言語化、数値化できたことで、その効果の説明が可能になったと考える。

今後は創作活動の場面に限らず、日常生活の中で良い反応を引き出せるよう多職種との情報共有に活かしていきたい。

右片麻痺を呈した症例が箸操作を獲得し自己効力感の向上が得られた一例

医療法人正観会 御野場病院
田口 鈴菜 阿部 幸恵 吉田 美紀子

【はじめに】

今回、右片麻痺・運動失調を呈し箸操作に難渋した症例を担当し、箸操作に必要な能力向上に特化した作業療法を行った。普通箸操作を獲得し退院後は家事全般を再獲得できたため報告する。尚、本報告にあたり症例に説明し同意を得た。

【事例紹介】

本症例は 80 代前半の女性で右利きである。左橋梗塞を発症し右上下肢の失調性麻痺を認めた。保存加療後、21 病日目に当院回復期病棟へ転院した。夫と二人暮らしで家事全般を担っていた。

【初期評価(21～24 病日目)】

入院時より右上肢・手指・下肢とも Br. stage VI と麻痺は僅かで関節可動域制限や高次脳機能、認知機能の障害はなかった。握力は右 12kg, 左 22kg, ピンチ力は右 6kg, 左 10kg で筋力低下を認めた。簡易上肢機能検査(STEF)は右 87 点, 左 95 点で特にペグ課題での摘み損ねが顕著で巧緻性低下を認めた。ペグ 50 本の反転課題は 2 分 54 秒要し、30 本以降は疲労から手関節背屈保持が困難で肘挙上の代償が見られた。また運動失調があり企図振戦や測定障害を認めたが食事以外の ADL に影響はなかった。巧緻動作の拙劣さあり右中指と環指の分離が不十分で箸操作に難渋していた。普通箸で 15 個の大豆運搬課題は 1 分 54 秒かかり、後半は疲労から中指が箸から離れ摘み損ねが目立ち箸先で掬い上げていた。症例は発症後の経緯を詳細に覚えており、「右手が動かなくなっていて怖かった」「右手は使えない」との発言が聞かれた。右手への自信低下が伺えたが、ホープは右手での箸操作獲得を挙げていた。

【介入の基本方針】

症例は発症初期で身体機能の改善が予測された。また認知機能や意欲も高いため動作学習の効果が期待された。症例希望の箸操作獲得を最優先目標とし、食事場面での右手の参加を促した。

【介入経過】

始めに肩・肘周囲の筋力強化、手関節の固定性向上を図り上肢滞空時間の延長を目指した。食事時も一口大の副食を太柄スプーンで摂取し、右手

の空間操作能力向上を図った。

次に握力・ピンチ力の増強と中指・環指の分離を促すため、環指・小指で物品を保持した肢位で 3 指での物品操作課題を実施した。また普通箸の開閉やスポンジ、パスタ、紐など対象物の大小、固さに変化をつけた課題を行った。操作が上達し 29 病日目から副食は一口大のまま 3 食普通箸を使用できた。次に肉や魚を切り分けられるよう、セラプラストを箸先で刺す、押し切る動きを練習し、箸の開閉に抵抗を伴う動作を反復した。また箸先の微細な調整が必要な大豆・小豆の摘み上げを行った。中指でしっかり箸を押さえ箸先での細かな操作が円滑となり、42 病日目より常食の提供を開始し普通箸で完食できた。

【結果(最終評価 51 病日目/退院後訪問 97 病日目)】

握力は右 14kg, ピンチ力は右 8kg, STEF は右 86 点, 左 97 点, 50 本のペグ反転課題は 1 分 23 秒で、摘み損ねや落下回数が減少し疲労は一切なかった。普通箸で 15 個の大豆運搬課題は 40 秒と所要時間が大幅に短縮した。入院時と比較し箸先で大豆を捉え、箸から中指が離れずに完遂できた。箸への不安も聞かれず、右手使用への意欲や自信、満足度の向上が伺えた。

院内でのコロナ感染拡大に伴い急遽 59 病日目に退院となった。退院後訪問時は右手主体で家事全般を行い、病前と同様に主婦としての家庭内役割を担っていた。

【考察】

症例が右手での箸操作を獲得できた理由として以下の 3 点が考えられる。まず早期から右手での食事を促し、右肩・手関節の安定性が得られ上肢空間操作能力が向上したと考える。次に手内在筋力の増強が挙げられる。中指で箸をしっかりと捉え開閉時のずれ減少により、食材の切り分けや魚の骨取りも可能になったと推察する。加えて中指・環指の分離を促進したことで、箸の開閉に必要な示指・中指/環指・小指の対照的な運動が可能になったと考える。

能力に合わせ徐々に食事場面へ反映し成功体験を重ねたことで普通箸での食事動作を獲得、さらに自己効力感も得られたと推察する。右手の能力・自信が回復し症例が思い描くように右手を使用できたことで、より高次的な活動に繋がったと考える。

作業機能障害に焦点を当て、主体的な活動を獲得した事例

医療法人双山会森岳温泉病院 三ヶ田逸美

【はじめに】

作業療法では、作業に焦点を当てた作業面接やリーズニングが求められている。今回、回復期病棟へ入院した左片麻痺の方に対し、作業に根ざした実践 2.0 (以下 OBP2.0) を用いて、作業機能障害に焦点を当てて介入したところ、主体的な活動を獲得できたので報告する。本報告は本人・家族からの同意を得ている。利益相反はない。

【OBP2.0 (Occupation-Based Practice) とは】

OBP2.0 とは作業療法と信念対立解明アプローチを統合した作業療法理論である。作業機能障害に焦点を当て、リーズニングにより評価と介入の妥当性を高めている。OBP2.0 では状況と目的に応じて構成的評価と非構成的評価を使うことができる。

非構成的評価では面接や観察により作業機能障害を4種類(作業不均衡、作業剥奪、作業疎外、作業周縁化)で捉え、その相互関係を評価する。構成的評価には CAOD (Classification and Assessment of Occupational Dysfunction) がある。

【事例紹介】

A氏、80代、女性、発症日をX年Y月とする。アテローム血栓性脳梗塞(右放線冠)と診断され、Y+1月に当院回復期病棟に入院。既往歴として腰部脊柱管狭窄症があった。病前は息子夫婦と3人暮らし。ADL自立、移動はシルバーカーを使用。IADLも自立、デイサービスを週2回利用し、自宅でも作品作りを行うなど活動的であった。

【評価】

身体機能は Brs. IV-IV-V、補助手 B、表在・深部感覚は軽度鈍麻。上肢・手指・膝関節に疼痛。認知機能は HDS-R26点、理解・表出ともに良好。ADLは FIM 合計 72/126点、更衣・入浴以外は自立。病棟内移動は歩行器歩行で自立。IADLは膝や腰部痛により長時間の立位保持が難しく役割活動が行なえていなかった。

入院から1ヶ月経過し、身体機能は改善してきたが ADL には反映されず、日中の臥床時間が長かった。また「左手がだめだから」と活動にも消極的であった。そこで主体的な活動を引き出すため、OBP2.0の作業主体の作業面接と CAOD を行った。

CAODは60/112点でカットオフ値(カットオフ値は52点)を上回り、高作業機能障害群に該当し

た。その中で「趣味を楽しめる場所がない」などの作業剥奪、「日々の生活が退屈である」などの作業疎外が高得点で問題がみられた。

【介入方針】

片麻痺での作業活動の獲得や体験と環境が不十分により自信をなくし、価値のある作業が行えずに退屈を感じていると判断した。作業剥奪に対し、簡単な作業活動の提供、調理を動作獲得と楽しみの活動として取り入れ、他患と協同して行う機会も設けることとした。作業剥奪の支援により作業疎外が改善され、相互作用により作業不均衡と作業周縁化も改善されると考えた。

【介入経過】

OBP2.0を用いた介入は約18週間実施。簡単な作業活動では、折り紙から始め「意外とできたな」と明るい表情が見られた。3週目から自室でも行える活動を実施したことで自信がつき、5週目には次回作りたい作品を提案するなど積極性がでてきた。

調理では、座位で出来るものから始めた。徐々に立位での調理時間も増やしたことで、耐久性も向上し、以前と同じ動きが出来るようになった。また他患と協同で行える調理を企画し、楽しみながら行ったことで、他患やスタッフからの称賛の声も得られ、自信がつき、作業周縁化の改善もみられた。

【結果】

身体機能は Brs. IV-V-V、補助手 A、上肢・膝の疼痛は軽減。ADLは FIM 合計 120/126点、病棟内はシルバーカー歩行自立。IADLも自立。CAODは25/112点と減少し、できる活動が増えたことで、自信も獲得できた様子であった。また生活の日程管理も行い、リハビリ時間に合わせて準備する様子も見られるようになった。その後自宅退院し、週3回のデイサービスを利用し病前の生活に戻った。

【考察】

作業療法は作業中心の実践であり、リーズニングや理論も報告されている。しかし、現状は疾患や機能の面から捉えることも多く、今回のケースも身体機能の改善が中心となり作業の改善は不十分であった。そこで、作業の改善を阻害している障害を OBP2.0 も用いて、4つの作業機能障害で捉えたことにより、介入や支援が明確化され、より主体的な活動を引き出すことができた。介入モデルとして OBP2.0 は、実践しやすい手段・方法であり、作業のリーズニングにつながった。

動作時の症状変動に応じた重錘負荷の調整により運動失調が改善した聴神経腫瘍術後の1例

齋藤あみ¹⁾ 加賀美開¹⁾ 千田聡明¹⁾

粕川雄司¹⁾ 宮腰尚久²⁾

¹⁾ 秋田大学医学部附属病院 リハビリテーション部, ²⁾ 秋田大学医学部附属病院 リハビリテーション科

【はじめに】

運動失調に対しては重錘を使用したリハビリテーション治療が一般的である。しかし、適切な負荷量や適用条件については統一された基準がなく、症状に応じた試行錯誤が求められるのが現状である。本症例では、各動作における運動失調の程度に応じて重錘負荷を調整した結果、上肢操作時の運動失調が改善しADLの再獲得に至ったため報告する。本報告に際し、本人に同意を得た。

【症例紹介】

60代女性、生来右利き、病前のADLは自立していた。一軒家に夫と二人暮らし、主に家事や畑仕事をしていて、痙攣発作を生じ他院へ搬送され、聴神経腫瘍および非交通性水頭症と診断された。2日後に当院へ転院し開頭脳腫瘍摘出術が施行された。左小脳橋角部におよそ50 mm×38 mmの大きく歪な形の腫瘍を認め、75%が摘出された。術中に小脳出血を認め左小脳外側も20 mm切除された。術後5日から作業療法を開始した。

【作業療法初期評価】

意識清明でMMSE-Jは29点、TMT-JはPartA、Bともに異常だった。嘔気や眩暈はなかったが、左顔面神経麻痺を認め、左顔面の表在覚は重度鈍麻しており柳原法は14点だった。口腔機能の低下を認め食物残渣があり含嗽も困難だった。四肢で明らかな運動麻痺はなかったが、鼻指鼻試験では左で著明な測定障害と企図振戦を認め上肢の運動失調が顕著だった。Short Physical Performance Battery (以下SPPB)は3点、Scale for the Assessment and Rating of Ataxia (以下SARA)は12点で体幹失調を認めた。ADLはFIMが73点だった。食事は自立していたが食べこぼしがあり、移動は車椅子全介助で移乗が一部介助だった。希望は「ご飯を美味しく食べられる

ようになりたい」、「歩けるようになりたい」だった。

【作業療法経過】

作業療法開始時は食べこぼしの改善が主たる希望であったため顔面神経麻痺に対する練習を中心に行った。その後上肢操作の困難さも自覚し、運動失調の改善のために術後13日から座位、立位での物品操作訓練を開始した。操作訓練時に運動失調に対し重錘負荷を導入し効果を確認した。術後18日から250 gの重錘バンドを左前腕遠位部に巻き付け訓練を継続した。術後22日に運動失調は改善し重錘負荷は不要となった。この頃より「左手が柵に当たらなくなりました」など、日常生活での左上肢の操作性向上を自覚する発言があった。上肢機能の改善に応じて移動手段の獲得に向けて車椅子自走訓練を追加した。車椅子操作時に左上肢の運動失調が出現し一部介助を要したため、術後26日から物品操作訓練時と同一条件で重錘負荷を再導入したところ改善した。術後28日に重錘負荷を除去し訓練を継続し、術後32日には車椅子自走が見守りで可能となった。術後36日に回復期病院へ転院した。

【結果】

転院時、TMT-JはPartA、Bともに異常だったが所要時間が短縮し誤数が減少した。左顔面神経麻痺は、左顔面の表在覚が中等度鈍麻で柳原法が20点となり食物残渣が減った。鼻指鼻試験にて測定障害、企図振戦が軽減され、SPPBは6点、SARAは10.5点となり体幹失調は改善し、ADLはFIMが98点に改善した。食事は食べこぼしが軽減され、移乗は見守り、移動は短距離が歩行器歩行見守り、長距離は車椅子介助となった。

【考察】

本症例においては、各動作における失調の程度に応じた重錘負荷の調整により運動失調が改善されADLが再獲得できた。運動失調に対する重錘を使用したアプローチは細かい条件が一般化されていないため、今回は症状の変動に応じて負荷を調整した。症状の変動を適切に評価し、適宜負荷を調整できたことが効果的であったと考える。また、重錘負荷により上肢操作時の運動失調を減らしたことが、運動学習を促進させADLの再獲得につながった。

当院における covid-19 クラスター下でのリハビリテーション専門職の働き方とその変遷

社会医療法人明和会中通リハビリテーション病院
原田 大河

【はじめに】

当院では、2022 年から、年 1～2 回の covid-19 (以下コロナ) によるクラスターが発生している。初期のクラスターでは、リハビリテーション (以下リハ) を全面中止にして、リハ専門職は病棟業務の補助に徹した。クラスターを経験するにつれ、リハ専門職による病棟業務の効率化が進み、補助が不要になっていったことで、コロナクラスター発生直後からリハを提供できるまでに至ったため、その変遷を報告する。

【2022 年度 (リハ中止・病棟支援期間 17 日)】

当院初のクラスターが発生した。病棟看護師の 7 割が発症したことで、リハを全面中止とし、階担当のリハ専門職全員を病棟業務に投入した。患者は、非感染者、濃厚接触者、感染者に分けられ、病棟をゾーニングした。

病棟支援は、日勤 (8:30～17:00)、遅番 (11:00～19:30)、準夜勤 (16:30～1:00)、深夜勤 (0:30～9:00) でシフトを再編し、配膳・下膳、食事介助 (口腔ケア含む)、更衣・清拭、トイレ介助・おむつ交換、ナースコール (以下 N-C) 対応感染性廃棄物の処理、病棟の清掃、物品の補充など、多岐にわたり行った。

リハは 11 日間にわたり完全に中止、12 日目から数名の非感染者のみ部分的に再開、18 日目に全面再開となった。

シフトは本来の勤務体系をもとに再編成し、急な夜勤などは直接または電話連絡で意志確認をした。

クラスター終息後のアンケートでは、夜勤業務の負担、現場での看護師からの指示とリハ部からの指示の乖離、初めて行う業務への不安などの意見が挙げられ、次回以降の課題となった。

長期間のリハ中止により、患者の廃用が進んでしまったため、リハの早期再開が必要だった。

【2023 年度 (リハ中止期間 11 日、病棟支援期間 17 日)】

病棟支援は、日勤、遅番、準夜勤、深夜勤となった。日勤は、N-C 対応、シャワー浴介助、食事

介助、感染性廃棄物処理に絞られた。

リハは非感染者、隔離期間の終わった感染者・濃厚接触者に対して、病棟勤務と並行して行った。

病棟業務を支援した職員が、業務内容を記録するシステムを作ったことで、それがマニュアルとなり、経験がない職員でも働きやすくなった。

前年度と比較して、早期にリハが再開でき、廃用を抑えることができた。夜勤の負担が大きいという意見が多く、夜勤に援助を求められる理由が、朝食・夕食時の人員不足で、それ以外の時間帯はあまりやることがないことが報告されたため、深夜勤・準夜勤を早番・遅番で対応することを提案した。

【2024 年度前期 (病棟支援期間 13 日)】

病棟支援は、日勤・遅番 (12:30～21:00)・深夜勤となった。遅番では、17:00 まではリハ業務、それ以降は、配膳、食事介助、N-C 対応を行った。

リハは濃厚接触者にフル PPE で対応、感染者には直近で感染履歴のある職員がフル PPE で対応した。

感染者と非感染者がトイレを共用していたことを指摘した。

【2024 年度後期 (病棟支援期間 9 日)】

病棟支援は、日勤・遅番・早番 (6:00～15:30) となり、早番は 9:00 まで、配膳、食事介助、N-C 対応を行い、それ以降はリハ業務に従事した。感染者と非感染者でトイレを分けた。

リハは感染者・濃厚接触者にフル PPE で継続し、リハを提供するスタッフの条件も緩和された。

この段階で、クラスター発生時の病棟・リハの業務体系は一定の水準に達した。

【まとめ】

当院ではクラスター発生時に、拡大防止と病棟運営の安定のために、リハを一律中止にしていた。

リハ職が病棟業務に入り、業務整理をしたことで、リハを提供するための業務的余裕を確保できるようになった。

慣れない病棟業務をすること、普段の業務から強制的に離れることは、リハ職にとって大きなストレスとなっていたが、リハ業務が増えることで負担を軽減することができた。

作業療法士の持つ評価、問題点抽出、解決策の提示、再評価というスキルが、クラスター病棟という環境に作用した結果であるといえる。

回復期脳卒中者の自動車運転再開に向けた評価と是非判断の時期の検討

秋田県立リハビリテーション・精神医療センター
吉田 悟己 本間 直篤 高見 美貴

【はじめに】

脳卒中後の自動車運転再開は、道路交通法により公安委員会へ診断書の提出が義務付けられ、当院では自動車運転評価(以下、運転評価)に作業療法士が関与し行っている。中には、入院中の再開是非の判断(以下、是非判断)に難渋し、退院後の再評価で判断可能となる例もあるが、現状では適切な是非判断時期について指標はなく、判断までの期間が長いほど患者の負担は大きい。

そこで今回、適切な是非判断の時期を検討するため、当院で運転評価を行った回復期脳卒中患者の是非判断の時期を後方視的に調査し、機能状態の特徴と併せて分析した。なお、本研究は当院倫理審査委員会の承認(承認番号 1041 号)を得て実施した。

【対象と方法】

対象は2020年1月～2022年12月、入院中に運転評価を実施した初発脳卒中患者99名、男性81名、女性18名であった。評価実施の条件は、本人が希望、屋外歩行自立または自立が予測される者であった。評価は一般情報の聴取に加えて、認知機能の指標としてHDS-R、TMT-JのPartAとBを、ADLはFIMの運動項目を実施した。また、運転技能は運転シミュレーターを用いた視覚認知検査、ペダルの踏み替え反応時間検査、模擬運転等を行った。以上の結果を担当の作業療法士が主治医に報告し、是非判断を行った。

分析は入院中の是非判断に基づいて再開可能(以下、入院可能群)、再開不可能(以下、入院不可能群)、外来で再評価を予定(以下、再評価群)に群分けし、一般情報、機能評価、是非判断の時期を3群で比較した。また、再評価群を可能者(以下、再評価可能群)と不可能者(再評価不可能群)に分け2群の比較を行った。さらに入院可能群と再評価可能群の機能状態の差を見るため2群を比較した。統計学的検討は、3群の比較を一元配置分散分析、Scheffe法で行い、2群間の比較を対応のないt検定で行った。いずれも危険率5%未満を有意とした。なお、是非判断の時期とは発症から是非判断

日までの期間とした。

【結果】

入院可能群は57名、不可能群は13名、再評価群は29名であり、再評価可能群は16名、再評価不可能者は13名であった。各群の一般情報、機能評価、是非判断時期を表1に示す。

入院中の3群では、入院可能群は他の2群に比べて年齢が若い、HDS-Rが高い、TMT-A、Bが速い結果だった($p<0.05$)。入院不可能群と再評価群の差はTMT-Bのみで認められ、再評価群が速かった($p<0.05$)。次に、再評価可能群と再評価不可能群では、再評価可能群の方が判断時期は短く、TMT-A、Bが速かった($p<0.05$)。入院可能群と再評価可能群では、是非判断の時期以外で差はなかった。

【考察】

武原 1) は回復期病棟退院後の外来評価で再開可能と判断される患者が多く、長期的な継続評価の重要性を述べている。今回の結果においても、軽症者の判断は比較的容易だが、中等度者は長期経過での判断が求められる実態が確認できた。今回、可能者は発症から平均 262 ± 96 日で最終判断が可能だったことから、これ以上の期間では是非判断が困難な場合には不可能の可能性が高いことが示唆された。また、TMT-JのPartBが是非判断の違いに関与していたことが明らかになり、運転の是非判断の指標として重要と思われた。

表1：一般情報・評価結果

	入院全例 (n=99)	入院 可能群 (n=57)	入院 不可能群 (n=13)	再評価群 (n=29)	再評価 可能群 (n=16)	再評価 不可能群 (n=13)
年齢(歳)	60±12	56±11	68±7	65±10	62±11	68±9
性別(名)男:女	81:18	50:7	10:3	21:8	10:6	11:2
病型(名)	脳出血34名、脳梗塞56名、くも膜下出血9名					
麻痺側(名)	麻痺なし31名、右麻痺29名、左麻痺39名					
BRS(名)	III 4、IV 8、V 22、VI 34					
手指	II 2、III 3、IV 4、V 21、VI 39					
下肢	III 1、IV 7、V 22、VI 38					
半側空間無視(名)	5	0	3	2	0	3
失語症(名)	14	7	2	5	3	2
判断時期(日)	95±27	94±28	84±17	100±28	262±96	358±142
HDS-R	28±4	29±2	25±6	27±5	29±2	29±2
TMT-J	51±32	38±14	81±45	62±39	39±9	77±33
PartA	100±73	65±26	191±120	130±64	74±24	134±49
PartB	88±3	88±3	87±3	89±3		
FIM運動得点						

【参考文献】

1) 武原格：脳損傷者の運転再開可否判断時期についての後方視的検討：リハビリテーション医学2022；59：951-958

重度の上肢麻痺に対し複合的介入を実施した 一事例～料理人としての復職を目指した介入 と振り返り～

社会医療法人明和会中通リハビリテーション病院
寺田萌乃

【はじめに】

上肢麻痺に対する複合的介入はシステマティックレビューにて推奨されており、重度の上肢麻痺を呈した患者においても複合的介入により上肢・手指機能の改善に至ったという事例報告も増えてきている。今回、重度の左片麻痺を呈した事例に対し、料理人としての復職・補助手レベルの機能獲得を目標に複合的介入を行ったところ、調理場面で左手の参加が部分的に可能となった。また、復職後の事例と会い、復職を目標とした介入において考慮すべき他の要素について考察したため以下に報告する。なお、発表において事例本人の同意を得ている。

【事例紹介】

Aさんは右被殻出血により重度の左片麻痺を呈した40歳代男性である。発症から31病日に当院回復期病棟へ転院となった。病前は妻と2人暮らしで自宅兼店舗にて飲食店を営み、調理を担当。料理を介した人との交流に生きがいを感じており、転院当初から復職の希望が強く聞かれていた。

【初期評価】

Functional Independence Measure(以下FIM)運動項目27点、認知項目27点。前腕以遠で位置覚が軽度鈍麻(8/10)。Fugl-Meyer Assessment上肢項目(以下FMA-UE)3点。随意運動は肩甲骨挙上のみわずかに可能。上肢は全体的に弛緩しており左肩関節には亜脱臼を認めたが、動的場面では末梢の連合反応が得られた。片麻痺上肢能力テストは廃用手レベル。高次脳機能は保持されていた。

【介入経過】

介入前期では課題指向型訓練やミラーセラピー(以下MT)を電気刺激療法併用下にて実施し、上肢・手指機能の改善を図った。同時に、練習量を

確保するため定期的な自主訓練指導に加え、生活内での左手の参加を促した。介入後期ではMTは自主訓練へ移行。痙性の出現に対し、振動刺激療法を導入しながら自己コントロール方法の練習を行った。また、模擬的な調理動作練習を実施し、自助具等を用いながら調理場面での左手の参加方法について検討を重ねた。

【結果】

FIM運動項目85点、認知項目35点。感覚障害は改善。FMA-UEは28点へ向上し、肩・肘関節の運動において特に改善が得られた。片麻痺上肢能力テストは補助手Cレベルとなり、調理場面へも左手が部分的に参加可能となった。しかし、痙性の影響から左手の位置が定まりにくく、左手の使用時には右手での補助や自助具等を必要とした。173病日に退院し、その3ヶ月後に復職に至ったが、Aさんからは「料理をしながら注文を聞くことが大変だった」「話し声が聞こえてくると意識が持っていかれてしまい、火元の管理が疎かになっていた。各作業に慣れるまで妻にサポートしてもらっていた。」など、復職において多重課題場面での困難さが特に強かったと話が聞かれた。

【考察】

調理場面で左手の参加が部分的に可能となった要因として、エビデンスが確立されている手法を回復状況に合わせて複合的に実施したことや、定期的な自主訓練指導、生活場面で麻痺手の参加を促していったことが考えられる。前腕・手指機能の改善に課題は残ったが、Aさんは介入後期にかけて痙性が出現し、中腰姿勢など不安定な姿勢で行う動作や精神的な緊張が強まると左手のコントロールが困難となる様子が見られていた。自助具等の補助手段の導入に加えて、動的場面を想定した体幹・下肢機能に対する介入も必要だったと考える。加えて、麻痺を後遺した方が社会復帰するにあたり、病前より作業工程数や注意を要する場面が増加し、認知負荷が大きくなることが考えられる。入院リハにおいても多重課題を想定した支援を行っていくことでよりスムーズな社会復帰に繋げられる可能性が考えられた。

当施設の日中の活動性向上と夜間良眠促進を 目的とした認知症予防活動の取り組み

介護老人保健施設 あまさぎ園
○渡邊麗奈, 長谷川由美子

【はじめに】

施設入所している高齢者においては「やること
がない」という課題がよく挙げられる。「やるこ
とがない」生活は無為な臥床生活につながってい
ることも少なくない。認知症と睡眠についての関
連については多くの報告がある。健康づくりのた
めの睡眠ガイド 2023¹⁾ では、適正な睡眠時間の
確保・維持が認知症予防の観点からも重要である、
とされている。

【目的】

入所者の「やることのある生活」という日中の
活動性向上と夜間の良眠促進を目的とした認知症
予防活動の経過を認知機能は HDS-R での検査値、
睡眠状態を当施設で導入している眠り SCAN(介
護ロボット)データを活用しての 3 ヶ月の変化と
結果を報告する。

【当施設の認知症予防活動について】

対象者は当施設に入所する 22 名で、そのうち
男性は 1 名、女性は 21 名だった。平均年齢 89.4
±6.9 歳で、要介護度については要介護 1~4 名、
要介護 2~9 名、要介護 3~6 名、要介護 4~2 名、
要介護 5~1 名だった。平日週 5 回おやつ後の 15
時から 1 時間、ホール食事テーブルで実施した。
内容は、曜日毎の机上作業でプリントと筆記用具
を配布し、オープンな参加環境とした。日にちを
記入する枠を設けた 2 種類の難易度のプリントを
準備し、対象者の能力に応じ配布した。

【経過】

X 月

活動の週間表を棟内に掲示し、入所者に周知し
た。導入当初はおやつ後に臥床する入所者が大半
であり、拒否を示す入所者もいたが、徐々におや
つ後は臥床せずに待っていたり、と参加する入所
者が増えてきた。

X+1 月

テーブル内での活動を介した交流が増え、教え
る・聞くといった役割行動や社会的交流がみられ
るようになった。カレンダーを確認する習慣がづ

いてきた。

X+2 月

本活動が生活日課として定着し、入所者からは
「やることのある生活が楽しみなった」「午後か
らこれをやることで夜によく眠れるようになった」
とのコメントが聞かれた。また、活動導入当初は
限られた参加者であったが、活動が棟全体に広ま
ってきた。

【方法】

活動開始時から週 4 回以上参加していた 22 名
の実施前後の HDS-R と眠り SCAN データから各
測定値を比較した。一対の標本による平均の検定
とし、プログラムの効果を t 検定で判定した。

眠り SCAN はマットレスの下に設置し睡眠の
状態や心拍・呼吸に相当する体動から睡眠データ
を計測する介護ロボットである。

【結果】

HDS-R においては総得点において、実施前の
平均が 22.7±5.4 点、実施後が 24±4.6 点であり、
有意差が認められた ($P<0.033$)。項目別における
前後比較では明らかな有意差は認められなかった。

睡眠状態においては眠り SCAN データから、実
際に眠っていた時間の割合の睡眠効率において実
施前の平均が 73.6%、実施後が 76.8%であり有意
差が認められた ($P<0.015$)。また、就床中 1 分間
あたりの活動量で値が低いほど熟睡と考えられる
活動量においては実施前の平均が 71.7、実施後の
平均が 61.7 と有意差が認められた ($P<0.003$)。
他の測定値の睡眠時間と寝付くまでにかかった睡
眠潜時における有意差は認められなかった。

【考察】

「やることがない」「夜によく眠れない」とい
った入所者の状況に対し、日中の活動性の向上を
目的に週 5 回の机上作業を実施した。難易度を考
慮した作業、交流を促進する環境での活動が「や
ることのある生活」となり、楽しみや社会的交流
につながったと思われる。楽しみとなる活動が生
活日課として定着したことが、日中の活動性向上
と夜間の良眠の確保、認知機能の改善という認知
症予防に有効であったと思われる。

引用・参考文献

1) 睡眠時間やその変化と要介護認知症との関連
国立研究開発法人国立がん研究センター

脳梗塞発症後、MTDLPを用いた情報共有により、趣味である編み物を再開できた事例

潟上地域リハビリステーション 小川遥子

【報告の目的】

脳梗塞により左片麻痺を呈し、当通所介護を利用していたAさんを担当する機会を得た。病前は編み物を趣味としており、作品を家族にプレゼントしたり自宅に飾ったりと役割や交流の一つであったが、脳梗塞発症後は行っていなかった。趣味としての編み物再開を目的として生活行為向上マネジメント（以下、MTDLP）を用いて介入した。その結果、再開に至ったため報告する。発表に際し本人に同意を得ている。

【事例紹介】

本事例は70代女性である。X-2年Y月、失語症をきたしているところを発見され受診し、脳梗塞で入院加療となった。同年Y+5月、退院し当通所介護を利用開始となり、OT介入となった。X年には左手は粗大な把持動作やつまみ動作、両手動作が可能となった。

【作業療法評価】

興味チェックリストにて編み物に「してみたい」と回答した。一方で「むりだ」と話し、発症後は一度も行っていない。その理由として、発症前と比較し手指機能が低下していること、元々の趣味のため編み物への心理的なハードルが高いことが考えられる。

心身機能は、左片麻痺(Br. StageⅤ-Ⅴ-Ⅴ)で杖歩行自立である。MFT左21点/右31点(MFS左66点/右97点)、握力左7.6kg/右22.3kgで左手の握力低下がある。左手は掃除等の粗大なIADLにのみ使用している。HDS-R20点(運動性失語症が要因の失点4~5点)で失語症だが意思疎通は問題ない。

そこで、編み物の再開を通して、自信の再獲得と左手の使用頻度向上を図ることができると予測し、合意目標を「編み物を趣味として自宅で楽しむことができる」とした。実行度・満足度ともに1/10である。

【介入の基本方針】

「編み物を趣味として自宅で楽しむことができる」を目標とし、本人及び他スタッフと共有する。週3回の通所介護を活用する。基本的プログラムとして関節可動域訓練や上肢・手指機能訓練、応

用プログラムとして自主訓練の指導や見守りでの編み物再開、社会適応プログラムとして家族への情報共有や自宅での編み物の再開支援を行う。

【介入経過】

目標共有して2週間後、編み物の話題に対し否定的でなくなった為、通所利用中に見守りで両手編みを行った。道具は本人に持参してもらい、使い慣れた道具を使用した。「意外とできる」と笑顔が見られた。その後、通所利用中に継続して編み物への取り組みを行い、1か月経つ頃に慣れた様子が見られた為、自宅での取り組みを促した。4か月後には自宅でマフラーを完成させた。

【結果】

趣味としての編み物再開に至った。目標に対する実行度は6/10、満足度は10/10であった。実行度が6点の理由として、作品の質をもう少し良くしたいとの意見が挙げられた。

【考察】

今回、脳梗塞により左片麻痺を呈し、趣味である編み物再開に否定的な対象者に対して、MTDLPを用いて関わった。対象者は左手の使用に関して自信喪失しており、趣味である編み物に対しては「むりだ」と話していた。猿爪¹⁾らは作業療法においては、療法士が対象者にとって遂行の意味や目的のある作業を目標として共有し、対象者がその作業遂行に対して自己効力感を感じられるよう介入をすることが重要であるとしている。今回、まずはAさんにとって意味のある作業である編み物を目標として共有した。その後、機能訓練を続けながら、本人の反応を確認して利用時間内に見守りで取り組みを促した。このように段階的に介入したことで、心理的抵抗感なく編み物を再開でき、その後の継続に繋がったのではないかと考える。編み物の再開は趣味以外に自主訓練としての役割も持ち、本人の自信に繋がった。今後の課題として、本人が満足する作品を作ることが出来るよう継続して支援すること、家族への贈り物などの交流に繋げることが挙げられた。今後も継続できるよう介入を続けていく。

【文献】

- 1) 猿爪優輝, 高橋香代子ら: 本人にとって重要な作業に対する自己効力感の変化に着目したことで目的や意味のある作業に従事することができた事例. 日本臨床作業療法研究 No.8: 88-94, 2021

SST 実践報告，集団 SST が難しい要因について考える

菅原病院
佐藤秀

【序論・目的】

昨今，Social Skill Training（※以下 SST）は精神医療の領域に留まらず教育や企業の人材育成など多方面で活用されている．SST の基本は集団での実施である．しかし，実際に精神疾患の方を対象に集団 SST を行くと，集団であるが故の困難さを感じる場面が多くあった．当院の精神科デイケアで，SST を導入し取り組んだ際に筆者が体験した「集団 SST の難しさ」について分析し報告する．本報告は当院の倫理審査の了承と対象者への同意を得ている．

【当院で行った SST の基本情報】

集団の構成：リーダー（OTR），コリーダー（PSW），参加者 10 名（統合失調症，発達障害，人格障害），環境はセミクローズド．テーマは挨拶の仕方や就労場面でのトラブル対処など，基本的にその場で募る．一度のセッション（※テーマ決定～モデリング～ロールプレイ～フィードバック）は約 1 時間．2 週に一度の頻度で開催．OTR は SST 普及協会のファーストレベル研修を修了．

【難しいと感じた事例】

- ①参加者の主体性確立が難しい．テーマを募ると「特にない」という返答が多く，問題提起は主に実施者から．実施後に「楽しかった」「勉強になった」等感想あるが，自身の経験に伴うような具体性を得られることは少ない．また，セッションのみで完結してしまい，実生活への応用である般化へ繋がらない．
- ②集団という環境の負荷が大きい．緊張で話せない，思考がまとまらないといった場面は多くみられる．また，参加者から「苦手を晒してしまう」「恥ずかしい」という意見が聞かれた．セッション中に他者へ配慮のない言動で雰囲気は壊れてしまうこともあった．
- ③集団を前に行うため個人情報や参加者の尊厳に注意しながら発言・進行をしなければならない．参加者の本意に踏み込み難く，テーマをさらに展開させたい時に制限となることがある．
- ④集団の機会を設けて行うことから，必要時に即実施することができない．トラブルや問題行動が

生じた時が目的意識を持つ最良のタイミングであるが，開催を待つ間に目的意識を低下させてしまうおそれがある．

【考察・対策】

①について，実施者は目的確認～セッション～般化の流れを都度意識し，主体性を重視し取り組む必要があると考える．疾患故に参加者は自身の問題・課題を把握し難く，SST の目的や効果といった趣旨の理解も難しい．提起されたテーマを自分に置き換えて考えるよう誘導し，「何故 SST を行うのか？」理解を促す必要がある．実施者は参加者に対して事前に概要の説明と目的確認を綿密に行い，セッション中も適宜確認・思考の誘導を行う．その際リーダーは進行を担う点から参加者個々へ細かなフォローをすることは難しく，コリーダーとの連携は特に重要となるため，リーダー以外のスタッフも SST 研修等で教養を得ることが望ましい．セッション後に日常へ応用する般化へ導くフォローも意図して行う必要がある．

②③④については，個別 SST の応用が有効であるとする．SST は他者からの評価・意見・称賛を元に自己洞察を促し，集団力動を用いて自己肯定の向上を狙うことから，ある程度の人数を有する集団の方が効果は高い反面，②③のように負荷や制限といったデメリットがある．集団を最小単位（※実施者対参加者一人）にした個別 SST は，集団による負荷を軽減しつつプライバシーに十分配慮することができる．また④についても必要時その場で実施が可能である．しかし，個別 SST は得られる評価や意見が実施者の考えに限られるため効果には限度があり，依存性を高めるリスクもある．そのため適宜実施者を変えたり，個別から小集団・大集団へ移行することが望ましい．他の実践報告では疾患別で集団を分けるという方法もあり，集団の構成にも注目したい．

【おわりに】

集団 SST の難しさの分析は，参加者主体の重要性の認識と，集団実施に捉われない柔軟な視点を持つという筆者の意識改革に繋がった．

近年では訪問看護や家族支援など地域移行支援の現場でも SST が活用され，VR（※バーチャルリアリティ）技術を用いた SST も開発されるなど技術の発展も著しい．SST の今後の普及・発展に期待しつつ，自身の知識と技術の研鑽に努めたい．

※連絡事項（お願い）

○会場は医療機関となっております。飲食時以外はマスク着用でお願い致します。

また、不要な場所への往来はご遠慮ください。

○発表会場では携帯電話やスマートフォン等は音声の出ない状態にしてください。

○飲食が可能な場所は講堂のみと致します。

他の場所での飲食はご遠慮ください。

○ゴミは所定の場所をお願い致します。

○この度はクロークを設けておりません。

貴重品等の管理はご自身でお願い致します。

○許可の無い演題の動画・写真撮影はご遠慮ください。

第31回秋田県作業療法学会実行委員一同 心より歓迎申し上げます。