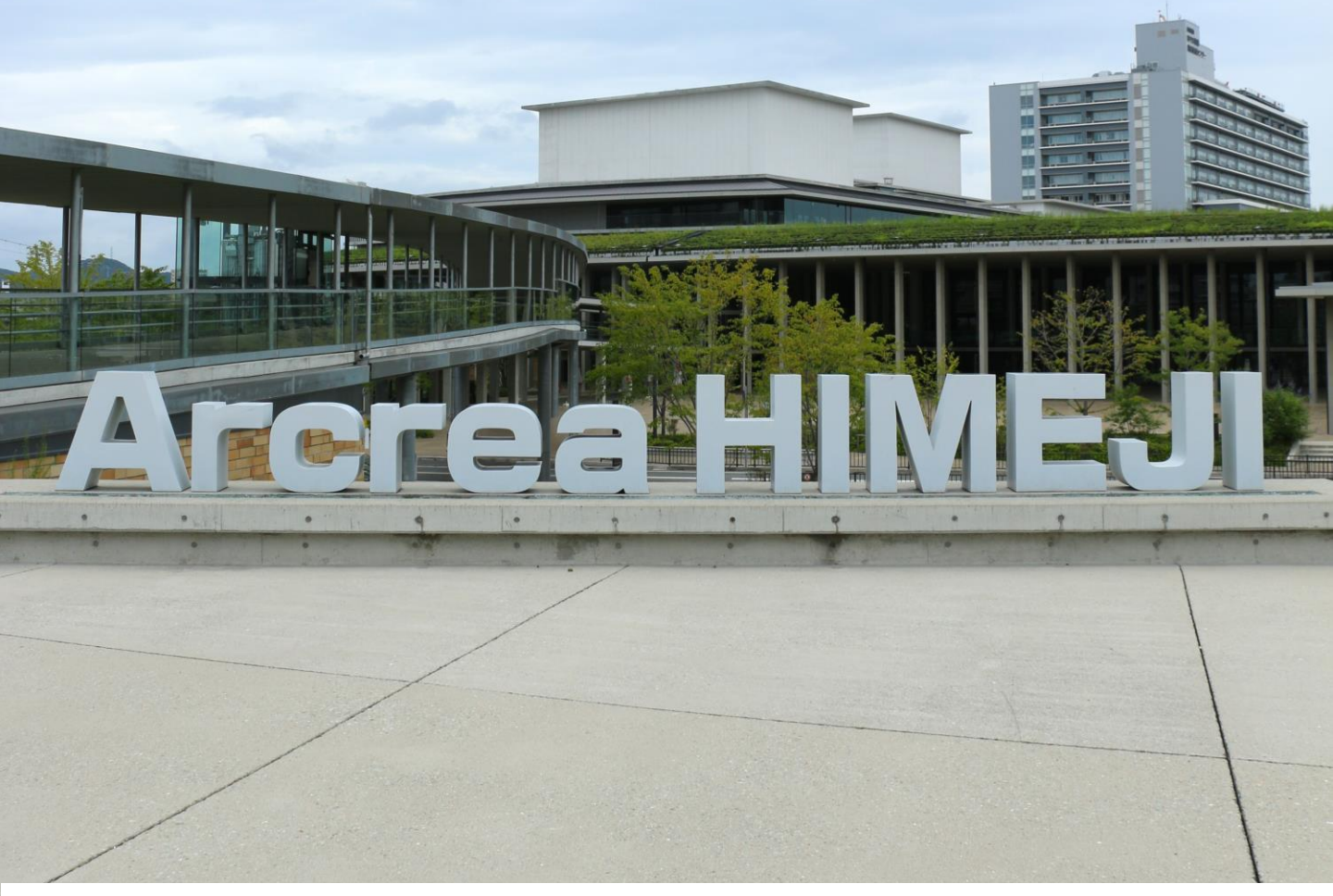
第29回
兵庫県作業療法学会
結ーゆいー
～多様なゴールを目指して～



会　期：2023年12月3日（日）
会　場：アクリエひめじ（姫路市文化コンベンションセンター）
主　催：一般社団法人　兵庫県作業療法士会

令和５年 12 月吉日

病院長　施設長　様

第 29 回兵庫県作業療法学会
学　会　長　石浦　佑一
実行委員長　谷垣　弘行

第 29 回兵庫県作業療法学会の出張許可について（依頼）

謹啓

時下ますますご清祥の段、お慶び申し上げます。

平素より一般社団法人兵庫県作業療法士会の活動につきまして、格別のご理解とご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

さてこの度、第 29 回兵庫県作業療法学会を下記のとおり開催する運びとなりました。

つきましては、貴施設の作業療法士＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿殿の学会出張に際し、格別のご高配を賜りますよう、謹んでお願い申し上げます。

謹白

記

と　き　　令和５年 12 月３日（日）

ところ　　アクリエひめじ（姫路市文化コンベンションセンター）
　　〒670-0836　兵庫県姫路市神屋町 143-2

テーマ　　結　―ゆい―　～多様なゴールを目指して～

内　容　　口述演題
　　公開講座
　　教育セミナー
　　特別企画

以上

問い合わせ先　公立八鹿病院　中央リハビリテーション科　谷垣弘行
　　〒667-8555　兵庫県養父市八鹿町八鹿 1878 番地 1
　　Kengakkai-1@ot-hyogo.or.jp

Index

実施要項・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・1
学会長挨拶・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・2
交通のご案内・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・3
会場のご案内・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・4
参加者へのお知らせ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・5
会場の感染予防対策・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・6
キャンセルポリシー・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・7
座長・一般演題発表者へのお知らせ ・・・・・・・・・・・・・ 8
タイムスケジュール・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・9
講演一覧・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・10
公開講座・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・11
教育セミナー①・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・13
教育セミナー②・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・17
教育セミナー③・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・18
一般演題一覧・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・19
特別企画　新時代～OTS お役立ち道具アイデア発表・・・・ 61
役員一覧・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・68

実施要項

《会期》　令和５年 12 月３日（日）　９：30～16：00（９：１０受付開始）

《会場》　アクリエひめじ（姫路市文化コンベンションセンター）
〒670-0836　兵庫県姫路市神屋町 143―2

《学会長》　石浦　佑一
姫路獨協大学　医療保健学部　作業療法学科
〒670-8524 兵庫県姫路市上大野 7-2-1

《テーマ》　結　―ゆい―　　～多様なゴールを目指して～

《主催》　一般社団法人　兵庫県作業療法士会

《後援》　（順不同）
兵庫県
姫路市
兵庫県訪問看護ステーション連絡協議会
兵庫県医療職団体協議会
（兵庫県看護協会・兵庫県理学療法士会・兵庫県言語聴覚士会・兵庫県栄養士会・兵庫県放射線技師会・兵庫県介護支援専門員協会・兵庫県臨床検査技師会・兵庫県臨床工学技士会・兵庫県歯科衛生士会・兵庫県薬剤師会）

学会長挨拶

第 29 回兵庫県作業療法学会

学会長　石浦 佑一

姫路獨協大学　医療保健学部作業療法学科

第 29 回兵庫県作業療法学会のテーマは「結-ゆい-　～多様なゴールを目指して～」としました。メインテーマの「結」については、人と人、人と作業、作業療法士と知識・技術など様々なつながりや結びつきを大切にしたい、またそれらをより強く結びつけられるような学会にしたいという思いから結に決定しました。サブテーマの「多様なゴールを目指して」については、対象者の様々な想いをつなぎ、ゴールを目指していくために必要な知識や技術を得られるような学会にしたいという意味と、対象者だけでなく、作業療法士としての我々のゴールは何を目指すのかを考えるきっかけになるような学会になってほしいという意味が含まれています。

近年、SDGｓ（持続可能な開発目標）達成の一環として、人々の多様性を受け入れる社会の実現が求められています。作業療法の分野においても目標を達成するための様々な事業活動が行われています。対象者の多様性を認め、活かしていく、また様々な関係者と協力関係を築いていくことが必要となります。そのためには、人と人とのつながりや、人と作業とのつながりを深めていくことが重要になると考えます。

是非、本学会にご参加頂き、様々なつながりをより強くして頂きたいと思います。皆様と学会当日にお会いできることを楽しみにしています。

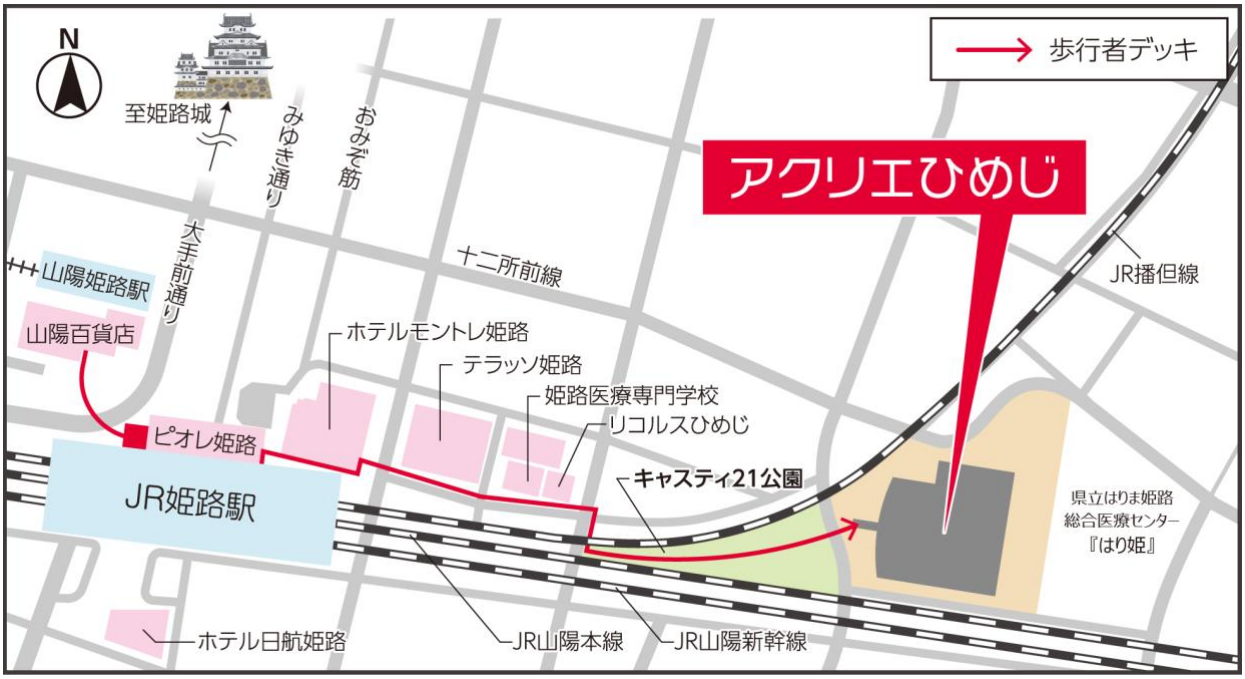
交通のご案内

【会場】

アクリエひめじ（姫路市文化コンベンションセンター）
　　住所　〒670-0836　兵庫県姫路市神屋町 143-2
　　電話　079-263-8082（代表）

【交通のご案内】

JR 姫路駅から徒歩約１０分



お車でお越しの場合

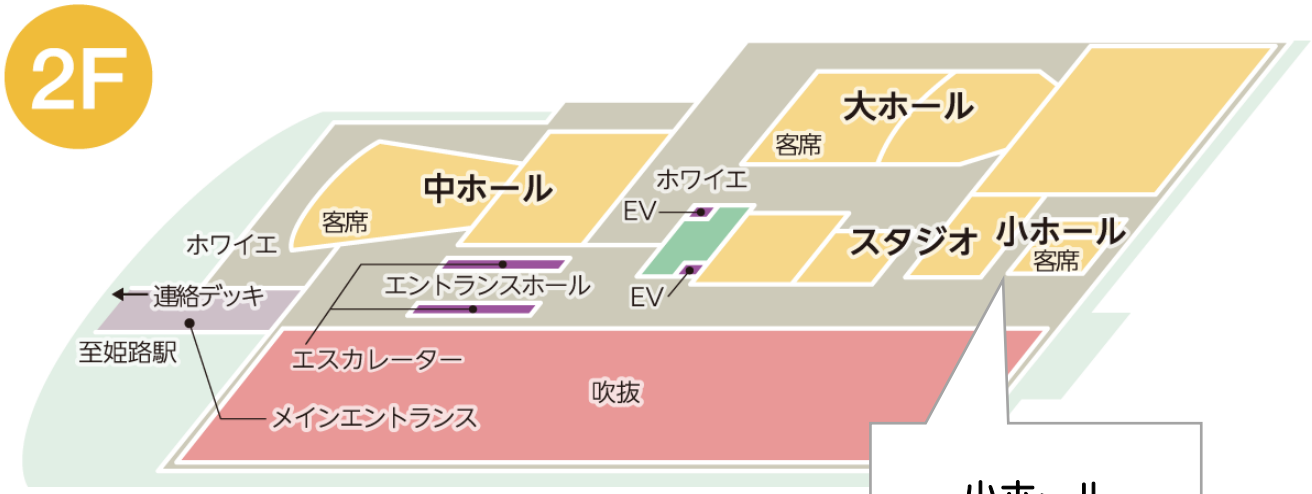
アクリエひめじへは「巽橋」交差点を南下し、JR 山陽本線高架手前を左折し側道へお進みください。

アクリエひめじ駐車場について

利用時間：入庫　午前 7 時 00 分から 午後 10 時 00 分まで（出庫は 24 時間可）

駐車台数：381 台（うち、ゆずりあい駐車スペース…7 台分）

会場のご案内



受付場所：小ホール入り口前（ホワイエ）

小ホール

開会式・閉会式
口述演題①
口述演題④
教育セミナー①
公開講座

会議室 401

新時代
～OTS お役立ち道具
アイデア発表～

会議室 402

口述演題③
口述演題⑥
教育セミナー③

会議室 403

口述演題②
口述演題⑤
教育セミナー②

参加者へのお知らせ

※※今年度は事前申し込み制です※※

※※当日参加は原則受け付けておりませんのでご注意ください※※

１．学会参加費

兵庫県士会員 日本作業療法士協会に在籍する都道府県士会員	非会員（左記の作業療法士以外）	一般参加者，県外養成校学生 ※学生証をご持参ください
3,000 円	10,000 円	1,000 円

※日本作業療法士協会会員であり、かつ学生(学部生、大学院生)の方は正会員としての参加費をお支払いください。

※兵庫県内の養成校の学生は５００円になります。

２．学会参加受付について　※会場案内ページを参照

受付場所：小ホール入り口前（ホワイエ）

：　兵庫県士会員・都道府県士会員・一般参加者・学生

：　座長・発表者・講師

開始時刻：12 月３日(日)　９時 10 分～

持ち物：学会申し込み完了自動返信メールのコピー（スクリーンショット画面提示も可）

※入金確認完了自動返信メールではありませんのでご注意ください。

マスクを持参下さい。

３．会場内での注意点

【ネームカードの携帯について】

会場内では、必ずネームカードの入ったホルダーを見えやすい所にご提示ください。ご提示のない場合は演題発表及び、教育セミナーの受講は出来ません。

【撮影・録音及び発表について】

会場内での録音、写真、ビデオ撮影等は関係者の記録用以外禁止されています。また、感染状況などにより Zoom 等を用いた発表に急遽変更する場合があります。予めご了承ください。

【喫煙について】

会場内は全館禁煙です。ご了承ください。

【会場でのご飲食について】

昼食時間は１２時２０分から１３時１０分としています。

昼食場所として４階、402・403 会議室を上記時間で開放致しますのでご利用ください。

必ずゴミはお持ち帰りください。

※小ホールでは飲食が出来ませんのでご注意ください。

【その他】

会場ではマスクの着用をお願いします。

感染症対策

Ⅰ．会場側の感染予防対策

1．体温

2F 小ホールのホワイエにて、受付時に口頭にて確認する。

2．消毒

① 小ホール、各会議室 入り口に消毒液を設置する。

② 質疑応答時はマイクスタンドを使用し、質問者ごとにアルコールシートで除菌を行う。

3．3 密回避

① 定期的な換気（会場のドアを 1 時間に２回程度）。

② ロビー等で参加者の長時間滞在を避ける。

③ 受付等は 1～2m程度の間隔を保つ。

④ エレベーターの混雑回避。

⑤ 各会場入場の制限（立ち見等、参加者間の距離が近づき過ぎないように声かけを行う。）

4．飛散防止

① 間隔を十分に確保するとともに換気を行う。

② マイク等の機材の適宜消毒を行う。

③ 静寂の協力依頼。

④ すべての参加者、運営スタッフ、関係者へマスク着用を促す。

⑤ 昼食は黙食を推奨。会場内は小ホール以外で食事を行う（会議室 402、403 を開放する）。

5．体調不良者への対応

体調不良者が出た場合は 2 階受付へ連絡する。

Ⅱ．参加者の皆様へのお願い

ご来場いただく皆様は、下記をご熟読のうえ、ご協力をお願いいたします。

また、来場前には、ご自身で検温を行い、体調の異常がないか確認して下さい。

＊体調不良の方は２階受付に移動していただき、再度検温を行う場合があります。体温が 37.5℃以上であった場合、入場をご遠慮いただくようお願い致します。

① 入場時は、手指の消毒をお願いします。

② 会場入場の際には、マスクの着用を推奨します。

③ 会場が込み合う場合には、係の者が動線を指示する場合がございますので、誘導へのご協力をお願いいたします。

④ 混み合う場所での会話は極力お控えください。

⑤ マスクは会場内ごみ箱に廃棄せず、お持ち帰りください。

参加費振込後のキャンセルと返金対応について （キャンセルポリシー）

第 29 回兵庫県作業療法学会の学会参加費は、開催会場での現金授受を行わず、事前の銀行振込のみで行います。

以下に振込後のキャンセル方法についてお知らせします。ご本人からのキャンセル依頼がない場合は返金できかねますのでご注意下さい。

＜キャンセル方法（会員番号、氏名が必要）＞

- 学会のキャンセルを希望する場合は、開催日の５日前までに県士会事務局へメールにてキャンセルの依頼をして下さい。学会参加費から振込手数料を差引いた額を返金します。
- 学会開催の４日前から当日のキャンセルは、下記に該当し、かつ県士会事務局にメールにて本人から依頼があった場合に限り返金します（振込手数料ご本人負担）。学会当日中の連絡が必要です。
  - ➢ 本人の重大な疾病など、やむを得ない理由による参加困難
  - ➢ 発熱や風邪症状により、参加できなかった場合
  - ➢ 本人が COVID-19、インフルエンザに感染した場合
  - ➢ 申し込み後、職場の都合により参加できなかった場合

  返金には理由書（会員番号、氏名、欠席理由：書式は自由）の提出が必要です。

  キャンセル理由によって返金の対象となるか否かを確認するために、回答まで１週間以上の時間をいただく場合がありますことをご了承下さい。

- 当会の事情にて学会が開催困難であった場合や中止した場合は学会参加費を返金します。
  （振込手数料当会負担）

＜返金方法＞

キャンセル依頼のあった方へ、県士会事務局からメールにて返金用口座を確認し、お知らせ頂いた口座に返金します。

なお、返金までには口座確認後から１週間程度かかりますことをご了承下さい。

＜その他＞

学会開催中止の連絡は兵庫県作業療法士会ホームページの新着情報、Facebook 等の県士会 SNS、県士会員にはメールマガジンにてお知らせします。

（一社）兵庫県作業療法士会

第 29 回 兵庫県作業療法学会 実行委員会

座長・一般演題発表者へのお知らせ

１．一般演題発表者の皆さまへ

１）当日は、９時 10 分より受付を開始いたしますので、演者の方は早めに受付をお済ませ下さい。受付後、小ホールにてスライドデータ（USB メモリ）をパソコンにダウンロード、確認を行っていただきます。
スライドは Power Point（Windows2003Ver 以降）で作成してください。動画・音声データの使用、アニメーションの設定は不可です。文字化け防止のため、MS・MSP ゴシック、MS・MSP 明朝、Century、Century Gothic 以外のフォントは使用不可です。

２）演者は発表するセッションの５分前までに次演者席にお着きください。

３）発表時間は７分以内、質疑応答３分です。座長の指示に従ってください。

４）発表終了１分前と終了を合図でお知らせします。時間厳守に努めてください。

５）スライド操作はご自分でお願いいたします。

２．一般演題の座長の皆さまへ

１）口述演題①･②･③の座長の皆様は、学会受付時に座長受付をお済ませ下さい。
口述演題④･⑤･⑥の座長の皆様は、セッション開始 15 分前までに座長受付をお済ませ下さい。

２）セッション開始５分前までには、座長席にご着席ください。

３）予定時間内で進行するようにご配慮をお願いいたします。

４）１演題につき、発表７分、質疑応答３分を予定しております。なお、質疑応答の時間は演題数に応じて調節をお願いいたします。

タイムスケジュール

	小ホール（２階）	会議室４０３（４階）	会議室４０２（４階）	会議室４０１（４階）
9:30	開会式			
9:50 ～ 11:10	口述演題① 身体障害領域 座長：大道　克己 （姫路赤十字病院）	口述演題② 老年期・身体障害領域 座長：松本　謙 （介護老人保健施設マリアヴィラ）	口述演題③ 精神障害領域 座長：小西　浩之 （但馬病院）	新時代 ～OTSお役立ち道具 アイデア発表～ （自助具･訓練用具**展示**）
休憩（10分）				
11:20 ～ 12:20	口述演題④ 身体障害領域 座長：堤　千洋 （井野病院）	口述演題⑤ 地域支援領域 座長：根来　洋平 （高岡病院）	口述演題⑥ 発達障害・他領域 座長：山﨑　滉介 （こども発達さぽーとセンターるぽろ）	新時代 ～OTSお役立ち道具 アイデア発表～ （自助具･訓練用具**発表**）
12:20 ～ 13:10	昼休み（50分） 昼食不可	昼食会場 特設委員会報告	昼食会場	新時代 ～OTSお役立ち道具 アイデア発表～ （自助具･訓練用具**展示**）
13:10 ～ 14:20	教育セミナー① シンポジウム **「臨床の現場と教育の現場をつなぐ」** 臨床：鍛冶　実、井上　舞 教育：大山明美、長尾　徹 座長：谷垣　弘行	教育セミナー② **「新たな知見と当事者をつなぐ」** 田中　寛之 （大阪公立大学） 座長：中野　裕貴	教育セミナー③ **「病院と地域社会をつなぐ」** 西崎　美和 （関西青少年サナトリューム） 座長：上原　央	
休憩（10分）				
14:30 ～ 16:00	公開講座 **「当事者と地域社会をつなぐ」** 丹野　智文 （一般社団法人 認知症当事者ネットワークみやぎ代表） 座長：石浦　佑一			
休憩（10分）				
16:10	閉会式			

講演一覧

公開講座　14：30～16：00　　小ホール

座長：石浦　佑一（姫路獨協大学）

当事者と地域社会をつなぐ

講師：丹野　智文（一般社団法人　認知症当事者ネットワークみやぎ代表）

教育セミナー①　13：10～14：20　　小ホール

座長：谷垣　弘行（公立八鹿病院）

シンポジウム　臨床の現場と教育の現場をつなぐ

講師：鍛冶　実（赤穂市立介護老人保健施設　老健あこう）

講師：井上　舞（公益財団法人ひょうご子どもと家庭福祉財団）

講師：大山　明美（神戸滋慶学園　姫路医療専門学校、等）

講師：長尾　徹（神戸大学大学院保健学研究科）

教育セミナー②　13：10～14：20　　会議室 403

座長：中野　裕貴（但馬長寿の郷）

新たな知見と当事者をつなぐ　～認知症作業療法の評価の視点から～

講師：田中　寛之

（大阪公立大学　医学部　リハビリテーション学科　作業療法学専攻）

教育セミナー③　13：10～14：20　　会議室 402

座長：上原　央（姫路医療専門学校）

病院と地域社会をつなぐ

一歩ずつつながりをひろげる　～つながりは退院への近道～

講師：西崎　美和（医療法人社団　東峰会　関西青少年サナトリューム）

公開講座

当事者と地域社会をつなぐ

～当事者からのメッセージ～

一般社団法人認知症当事者ネットワークみやぎ
代表　丹野　智文

私は大学卒業後、自動車販売会社の営業をしてきました。
お客様の顔がわからなくなり、いつも一緒の働いているスタッフの顔や名前もわからなくなり、ストレスかなと思い病院へ行きました。脳神経外科、広南病院、大学病院で検査入院をして 10 年前 39 歳の時に若年性アルツハイマー型認知症と診断されました。診断後はインターネットの悪い情報ばかりに「認知症＝終わり」だと思い、不安や恐怖から夜、涙が流れてきました。

その後、認知症当事者との出会いにより 10 年たっても元気でいられることを知りました。

私が選んだのは認知症を悔やむのではなく認知症と共に生きるという道です。
私は認知症になっても周りの環境さえよければ笑顔で楽しく過ごせることを知りました。
そして、認知症と診断された後、薬も必要ですが環境が一番大切だと感じています。

私は認知症になっても周りの環境さえよければ笑顔で楽しく過ごせることを知りました。
病気をオープンにし、人とつながることで笑顔で過ごすことが出来るようになりました。
出来ない事をサポートしてもらいながら出来る事を一緒にするパートナーが私の周りにはたくさん出来ました。

「認知症＝終わり」ではなく、認知症になっても新しい人生を作ることが出来ることを知ってもらいたいと思っています。

＜講師略歴＞

1974 年　宮城県生まれ。
大学卒業後、自動車販売会社に就職し、営業職として活躍中、39 歳の時に若年性アルツハイマー型認知症と診断される。診断後は、事務職へ移動し勤務を続け、現在は認知症当事者の相談窓口や、認知症への関心や理解を深める啓発活動を仕事として精力的に取り組まれている。

2015 年　認知症当事者のためのもの忘れ総合相談窓口「おれんじドア」を開設。
　　実行委員会代表。

2019 年　一般社団法人認知症当事者ネットワークみやぎを設立。代表。

2020 年　厚生労働省より認知症本人大使「希望大使」に任命される。

＜主な著書＞

「認知症の私から見える社会」　株式会社講談社　2021 年
「笑顔で生きる　認知症とともに」　株式会社　文藝春秋　2017 年

教育セミナー①

臨床の現場と教育の現場をつなぐ

～臨床実習指導におけるセブンルール～

赤穂市立介護老人保健施設　老健あこう　鍜治　実

業務終了後に学生と一緒に勉強会に参加してはご飯を食べて帰る。学生と一緒に夜中までレポートを書く。今ではこれが当たり前ではなくなった。クリニカルクラークシップが始まった今、20 年以上に及ぶ自分のこれまでの臨床実習指導を振り返る。

学生の指導を始めた頃は、レポートを赤ペンまみれにしては学生の考察を捻じ曲げ必死で自分の考えを押し付けていた。それは実習終了時の症例発表で先輩セラピストからの評価を気にしていたからに他ならない。そんな指導では学生はたまったもんじゃない。それが、いつしか臨床に自信がついてきた頃には、むしろ学生の自由な発想や考察が楽しみになる。

決められた期間（実習期間）で結果（学生の成長）を出す。クライエント（学生）の主体性を引き出し回復（成長）を諦めない。臨床実習指導はまさに作業療法そのものである。このシンポジウムでは、臨床実習における臨床現場と教育現場との連携の在り方を探っていきたい。

以下に僕の臨床実習指導におけるセブンルールを示す。

① デイリーノートは将来の自分へのメッセージとして書こう！
② ケース担当は自分で探そう！
③ 自分の学びのために関わってくれた人に感謝をしよう！
④ お礼の手紙はケース担当に宛てて書こう！
⑤ 常に「生活」、「その人らしさ」の視点を持とう！
❻ 学生の強みを活かそう！
❼ 臨床実習の最終目標を国家試験合格とする！

略歴
広島県立保健福祉短期大学卒
介護老人保健施設　恵泉、赤穂市民病院を経て現職

赤穂市リハ職種地域支援協議会　代表
赤穂市チームオレンジアドバイザー
認知症初期集中支援チーム員

教育セミナー①

臨床の現場と教育の現場をつなぐ

～目の前の人の気持ちを汲んでもらうために～

公益財団法人ひょうご子どもと家庭福祉財団　井上　舞

小児分野の実習に来る学生は、小児の OT がしたいという強い意思があり、実習に対するモチベーションが高い学生が多い。しかし、学校では他の分野に比べ小児に特化したカリキュラムが少ないため、より臨床現場に不安を抱く学生がほとんどである。また、大半の学生は、ちゃんと評価をしないといけない、問題点を探さないといけない、レポートを完成させないといけない、ということで頭がいっぱいなる。そうなってしまうと、学生本来の子どもに対する暖かな気持ちや、そもそも目の前の子どもの気持ちを置き去りにしてしまいやすい。そしてその結果できあがった OT プログラムは、問題点の評価はできていても実際の介入では全く子どもが行わない OT プログラムとなってしまう。私個人の思いとしては、子どもの気持ちを汲んだ OT プログラムを考えられるように臨床実習を学んでいってほしいと思っている。とはいえ、学生の“ちゃんと評価をしてレポートを完成させないといけない”という気持ちを汲み、始めの段階では、子どもの問題点の原因に着目した評価を一緒に考えて行っていく。そして、問題点の原因が何であるのかある程度見通しが持てると、学生も気持ちにゆとりができる。そのゆとりができたところで、次の段階として、学生本来の子どもの気持ちを考えることができる強みを引き出すために、子どもの気持ちになりどうしたら OT プログラムを行いたくなるのか、子どもの主体性について考えていってもらう。そこで初めて学生は子どもたちの興味関心がどこにあるのか、それがなぜ好きなのかに気が付くことができるようになる。そしてさらに、好きな物や好きなことがその子どもの原動力になること、それが苦手なことへのチャレンジにも繋がっていくことに気がついてもらえるようになる。そして、本当はこの興味関心についての評価が何よりも大切な評価であることに気がつけるようになっていく。

小児分野は特別な評価・介入が必要だと思われがちであるが、そのようなことは全くない。目の前の人の気持ちに対して真摯に向き合い、好きな事、嫌いな事、得意な事、苦手な事、やってみたいけど難しいことなどについて考えを巡らせ一緒にチャレンジしていく。その人の幸せと健康を考えていくことに関してはどの分野も一緒である。これからも学生たちが、子どもでも大人でも、目の前の人に対して気持ちを汲んだ OT が提供できるよう、臨床現場でそのことを学べるように、また、学生たちがそのような作業療法士になってくれることを願ってこれからも実習指導を行っていきたい。

略歴

2009 年 4 月から現在　公益財団法人ひょうご子どもと家庭福祉財団　入職

2019 年 4 月から現在　NPO 法人そいる　理事

教育セミナー①

臨床の現場と教育の現場をつなぐ

～「イキイキ」とした臨床実習を考えよう～

神戸滋慶学園　姫路医療専門学校、等　大山　明美

私はここ数年、ご縁あって作業療法士の養成校でも勤務をしている。数十年ぶりに学校という現場に足を踏み入れ、「学ぶ」立場から「教える」立場になった。学生と向き合い、どうすれば興味を持って授業を受けてもらえるか、日々悪戦苦闘している。しかし、どんなに私が学校での授業作りをがんばっても、学生が生きた学び＝臨床実習で得られる「イキイキ」とした経験にはかなわない。

１年次から少しずつ実習はあるが、その実習を経験するごとに学生は成長し、最終学年での臨床実習から帰ってきたころには、表情や言葉遣い、態度も大きく変化している。この「イキイキ」とした経験をした学生は、その後も作業療法士になるぞという意欲が高まり、国家試験へ向けた勉強への切り替えも早い。一方、実習で「ズーン」という経験をした学生はその後の未来像に自信も持てず、勉強への切り替えも難しくなる。

このような実習経験の差は、学生の学習能力や性格、実習指導者との相性など原因は様々だが、「ズーン」という実習ではなく、「イキイキ」とした実習が経験できれば、その後の学生生活だけでなく、臨床現場でも前向きに働き、患者さんたちと向き合うことができるのではないかと思う。

「イキイキ」した実習にするためにはどうすればいいのか、「ズーン」となる学生を作らないためにはどうしたらいいのか、そのために教員や指導者ができることは何かなどを、このシンポジウムで私見を交えて、現場の先生方と意見交換ができればと思う。

略歴

1997 年　神戸大学医療技術短期大学部作業療法学科卒業
1997 年　馬場記念病院（身体障害領域：急性期～維持期）
1998 年　兵庫県立高齢者脳機能研究センター（認知症）
2002 年　兵庫県立姫路循環器病センター（身体障害領域：急性期）
2019 年～　訪問看護リハビリステーション癒々（訪問リハビリ）、ライフサポートひめじ（デイサービス）　パート勤務
姫路医療専門学校非常勤講師、専任教員として勤務
2023 年　専門学校非常勤講師、訪問リハビリ、小児発達領域等、パート・フリーランスとして働きながら、次の OT 人生を模索中

教育セミナー①

臨床の現場と教育の現場をつなぐ

～教育の現場から～

神戸大学大学院保健学研究科　長尾　徹

平成 30 年(2018 年)10 月 15 日付けにて理学療法士作業療法士学校養成施設指定規則を改定する省令が発行され、令和 2 年(2020 年)4 月 1 日からの施行となった。同改定では、総単位数を 93 単位以上から 101 単位以上に引き上げ、基礎分野(単位数の変更なし)では「社会の理解」に該当する科目を新設、専門基礎分野(4 単位増)では「疾病と障害の成り立ち及び回復過程の促進」に該当する科目において「栄養、薬理、医用画像、救急救命及び予防の基礎」を必修とし、「保健医療福祉とリハビリテーションの理念」に該当する科目において「自立支援、就労支援、地域包括ケアシステム及び多職種連携の理解」を必修とした。専門分野(4 単位増)では「作業療法管理学」の科目を新設し、「作業療法評価学」に該当する科目において「医用画像の評価」を必修とすることとした。「作業療法治療学」に該当する科目では「喀痰かくたん等の吸引」を必修とし、「臨床実習」においては「臨床実習前の評価及び臨床実習後の評価」が必修となった。また、養成校における専任教員となる要件の変更や養成施設の指定を受ける際に必要な届け出事項の変更が行われた。これらは養成校内にて対応すべき改訂であるが、臨床現場に影響をもたらす改訂として、実習施設は「実習時間の三分の二以上は医療提供施設において行うこと。また、医療提供施設において行う実習時間のうち二分の一以上は病院又は診療所において行うこと。通所リハビリテーション又は訪問リハビリテーションに関する実習を一単位以上行うこと」になった。合わせて平成 30 年(2018 年)10 月 5 日付けにて理学療法士作業療法士養成施設指導ガイドラインの改訂も厚生労働省医政局長発にて通知があった。このガイドラインには臨床実習における実施内容が説明されており、本シンポジウムではその中から臨床実習に関わる部分について情報提供を試みたい。

略歴

1985 年 3 月　神戸大学医療技術短期大学部卒
1985 年 4 月　三木市立三木市民病院，技術吏員，作業療法士
1994 年 10 月　神戸大学医学部保健学科・助手
2004 年 3 月　神戸大学医学系研究科博士課程後期課程修了　博士(保健学)
2004 年 4 月　神戸大学医学部保健学科・助教授
2008 年 4 月　神戸大学大学院保健学研究科・准教授(勤務先名称変更)

教育セミナー②

新たな知見と当事者をつなぐ　～認知症作業療法の評価の視点から～

大阪公立大学　医学部　リハビリテーション学科
作業療法学専攻　田中　寛之

認知症の人に対する作業療法は，実践者の知識や理論，現場での状況，対象者の価値観・希望，そしてこれまでの研究的知見を参照しながら評価・目標設定，アウトカムメジャーの選定，介入の実施，介入の振り返り(効果判定・フォローアップ)のプロセスで実施される。今回，私が担当させていただくテーマは，「新たな知見と当事者をつなぐ」であり，上述の評価・目標設定，アウトカムメジャーの選定に主に貢献できると考えている。

認知症作業療法においては，対象者本人の視点や個別性を重視して行われるものであることからも，画一性・均一性が前提になる薬物介入と同じエビデンスの質が必要であるという主張は，現場の実情からは少し離れた考えのようにも思えてしまう。しかし，診療報酬を請求して行う作業療法においては，介入手法の科学的エビデンスも求められるため，個別性を重視するナラティブベースドかつ科学的な研究成果に基づくエビデンスベースドな評価・介入が重要となる。そのためにも，様々な評価尺度を用いながら，経験則で得られていたことを見える化し，介入の効果を示すことが必要である。しかしながら，既存の評価尺度では対象者によっては限界があることも多い。例えば，重度に進行した認知症の人に対して MMSE を実施しても途中で検査不能になることもあり，効果判定としてはうまく活用できずに，経験則に頼るほかないだろう。この限界を解決するためにも我々の臨床・研究チームではCognitive Test for Severe Dementia(CTSD)などの複数の評価法を開発し，その臨床応用を展開してきた。このような新しい評価尺度を用いることよってこれまで見逃されてきた知見を科学的にも見出すことができ，自分自身の介入を批判的に振り返ることもできるようになった。

学会当日は，聴講してくださった皆様の明日からの作業療法が少しでもより良くなるようにできる限りの知見を提供させていただきたい。

略歴
2010 年 4 月　医療法人 晴風園 今井病院
2017 年 10 月　社会医療法人 北斗会 さわ病院
2018 年 4 月　大阪府立大学地域保健学域リハビリテーション学類 作業療法学専攻　講師
2022 年 4 月　大阪公立大学医学部リハビリテーション学科　作業療法学専攻　講師
2023 年 4 月　大阪公立大学医学部リハビリテーション学科　作業療法学専攻　准教授

資格：博士（保健学），認知症ケア専門士
著書：田中寛之（編），evidence based で考える 認知症リハビリテーション 医学書院（東京）2019. など複数

教育セミナー③

病院と地域社会をつなぐ

一歩ずつつながりをひろげる　～つながりは退院への近道～

医療法人社団　東峰会　関西青少年サナトリューム　西崎　美和

当院(神戸市西区)の作業療法(以下、OT)は、1995 年 7 月に開設し 28 年目になる。筆者が入職した時点で、DC 含めて、OTR6 名・OTA3 名で、病院の風土ものんびりと患者さんの生活を支援する・楽しいひと時の提供が OT の主な役割でした。

2023 年 8 月時点で、OTR は 19 名、6 部署に配属され、OT が入院のみを支援するから、地域へつなげる・地域でみる、と支援の幅が広がっています。院内でまたは地域で OT が、どのように多部署と協力していったか、OT の役割とは？を模索しながら、現在進行形の様子を共有したいと考えています。また、今学会のテーマの「地域とつながる」で、当院の各部署の取り組みの中でも、今回は「長期入院患者の退院支援」をじっくり詳しくお話したいと思います。

内容は以下の通りです。やりがいや困りごとを共有できる機会にしたいと考えています。

① 当院 OT28 年目突入
　OT を知ってもらうための奮闘の日々。当法人の歴史と OT の発展

② 退院支援関連と OT との協力体制作りの歴史
　ピンチが退院支援はいろんな部署のチームワークで成り立っていることに気づく
　チャンスだった！

③ 事例紹介
　「患者さんのモチベを上げて、継続させるには？」
　「OT の行き詰まりを打破するには？」
　「地域移行制度や退院前訪問を使って、win-win システム作り」

④ OT 経験年数別・支援場所別困り事ランキングとその対処法(当院調べ)

⑤ 精神科 OT の楽しみ方

略歴

2001 年 3 月　大阪府立看護大学医療技術短期大学部作業療法学科　卒業
2001 年 4 月　当院入職
2004 年 4 月～2006 年 4 月　当院デイケア勤務
2007 年 7 月～　院内ＯＴ　主に長期入院患者の作業療法に携わっている

演題一覧

口述演題①　身体障害領域９：50～11：10　小ホール（２階）

座長：姫路赤十字病院　大道　克己

1．重度右片麻痺を呈した症例に対し、段階的な立位バランス訓練を行ったことで、意識変容がみられ、トイレ動作の介助量軽減に至った症例

医療法人尚和会　宝塚リハビリテーション病院　市田　星志郎

2．回復期脳卒中患者における加速度計を使用した問題解決の教示の効果-症例研究

医療法人尚和会　宝塚リハビリテーション病院　芝　貴裕

3．免疫関連副作用（immune-related Adverse Events:irAE）により失調症状を呈した患者に対して Virtual Reality を用いた訓練を実施した１症例

兵庫医科大学病院　久保　南実

4．当院の自動車運転再開支援における脳損傷者の神経心理学的特性-実車評価の移行パターンの視点からの検討

兵庫医科大学ささやま医療センター　竹原　崇登

5．自動車運転再開に向けて実車評価の重要性と教習所との連携について

医療法人社団　六心会　恒生病院　上田　雄基

6．運転再開に向けた継続的な評価を通して病識の獲得と行動変容に繋がった症例

医療法人社団慈恵会　新須磨リハビリテーション病院　楢原　亮祐

7．回復期リハビリテーション病棟退院から１年経過後に運転再開が可能となった一例

兵庫県立リハビリテーション中央病院　寺尾　貴子

口述演題②　老年期・身体障害領域９：50～11：10　会議室 403（４階）

座長：介護老人保健施設マリアヴィラ　松本　謙

1．本人の意識変化がリハ栄養を推進！～価値観に合わせたリハ栄養介入～

介護老人保健施設　恵泉　大垣　和也

2．蜂窩織炎にて入院後合併症を併発し長期療養となった超高齢者とその家族の受け止めに関して選択最適化補償理論を用いて検討した一例

医療法人甲風会　有馬温泉病院　山端　勇輝

3．右頭頂葉皮質下出血により、多彩な高次脳機能障害を呈す症例への関わり

城南病院　松本　紗香

4．空間性の錯行為を認めた症例に対し箸操作獲得を目指した介入

医療法人仁寿会　石川病院　樅木　彩那

5．失語症と心理的側面から目標設定に難渋した事例

社会医療法人甲友会　西宮協立リハビリテーション病院　中丁　麻理奈

6．家庭内の役割の獲得と QOL の向上に着目した一例

社会医療法人甲友会　西宮協立リハビリテーション病院　三木　葉月

7．やさい、つくったよ．～畑活動の導入と実践～

医療法人社団　みどりの会　酒井病院　小林　良光

口述演題③　精神障害領域　9：50～11：10　会議室 402（4 階）

座長：但馬病院　小西　浩之

1．感情を表出する機会を重点においた関り
～マガジンピクチャーコラージュとポジティブ作業（APO-15）を活用して～

姫路医療生活協同組合　共立病院　田村　爽香

2．「何もしたくない」から「家族を喜ばせたい」まで～折り紙と目標設定の工夫による自宅退院～

名谷病院　北田　智

3．「私何もできません」抑うつを認めた患者に対し、トイレ動作獲得を目指した介入の一例

社会医療法人恵風会 高岡病院　林　璃香

4．作業療法士によるクライシス・プラン実践の実態
～当事者と支援者の「We（私たち）」のプランにむけて～

社会医療法人恵風会　高岡病院　安室　瑞絵

5．外来作業療法利用者への IMR における作業療法士の役割

社会医療法人恵風会　高岡病院　片芝　智絵

6.　自傷行為後の治療中断から手指拘縮が残ったが装具使用により再度趣味活動に取り組んだ事例

訪問看護ステーションさんさん　深山　亜矢

7.　双極性感情障害を有した患者様の IADL に対する介入について

訪問看護ステーションさんさん　佐多　直輝

口述演題④　身体障害領域　11：20～12：20　小ホール（2 階）

座長：医療法人社団　汐咲会　井野病院　堤　千洋

1．道具の使用障害により、食事場面における麻痺側上肢の不使用を呈した症例に対し CI 療法を基盤とした介入を行った一例

伊丹恒生脳神経外科病院　上町　彩夏

2．共同運動を伴う麻痺手に対し、段階付けした介入が有用だった心原性脳塞栓症再発の症例

神戸市立医療センター西市民病院　田口　真衣

3．筋萎縮性側索硬化症患者における意思伝達装置の早期導入支援について

尼崎だいもつ病院　岩下　舞雪

4．重要な作業を用いることで麻痺手使用時間が増加し、復職に必要な技能の獲得に繋がった症例

第二協立病院　巽　一己

5．主体性が低下した患者に対し SDM を使用し介入した一例～家事動作獲得に向けて～

医療法人仁寿会　石川病院　足立　萌香

6．当院の回復期リハビリテーション病院での就労支援活動について

医療法人社団　六心会　恒生病院　尾崎　里沙

口述演題⑤　地域支援領域　11：20～12：20　会議室 403（4 階）

座長：社会医療法人惠風会　高岡病院　根来　洋平

1．右被殻出血後 25 か月経過しても作業方法と環境因子への介入で買い物活動は変化する

医療法人公仁会　明石仁十病院　末吉　謙斗

2．1 人息子のリモート結婚式に出席できた事例

医療法人公仁会　明石仁十病院　光安　紀里佳

3．複合的上肢アプローチと他職種連携により茶碗の把持と卓球を再開できた訪問リハ利用者

伊丹恒生脳神経外科病院　笹沼　里味

4．民生委員の健康関連 QOL 満足度に影響を及ぼす生産的活動の検討

はくほう会医療専門学校赤穂校　赤堀　将孝

5．Covid-19 感染症例に対する生活介護・グループホームでの生活再構築方法の検討

ちば内科・脳神経内科クリニック　田渕　侑美

6．医療機関のセラピストとケアマネジャーが連携しやすくなる関係づくりについて考える

キッズプレイスハル　金剛丸　朋子

口述演題⑥　発達障害・他領域　11：20～12：20　会議室 402（4階）

座長：こども発達さぽーとセンターるぽろ　山﨑　滉介

1．就労継続支援 B 型を利用する知的障がい者に対して余暇活動を支援した一事例

障がい者支援センター「てらだ」　大谷　将之

2．登校に拒否を示す神経発達症児に対し、学校や家庭との連携により登校できた一例

こども発達支援センター　ポレポレの木　吉井　雄志

3．食事支援において他職種が作業療法士に期待する役割と現状

医療法人尚和会　宝塚リハビリテーション病院　大西　彩葉

4．当院障害者施設等一般病棟における作業療法士の役割と課題の検討

医療法人甲風会　有馬温泉病院　向井　萌

5．医学生に向けた自動車運転再開支援教育の取り組み

兵庫医科大学ささやま医療センター　田内　悠太

6．臨床参加型実習の課題と改善：当院作業療法部門の視点から

姫路医療センター　本田　大貴

重度右片麻痺を呈した患者に対し，段階的な上肢機能訓練や立位バランス訓練を行ったことで，意識変容がみられ，トイレ動作の介助量軽減に至った症例

宝塚リハビリテーション病院　○市田星志郎　坂西泰輔　芝貴裕

【はじめに】急性脳梗塞の発症により，右片麻痺を呈した患者(以下 A 氏)を担当した．ADOC より重要度の高いトイレ動作に着目し，段階的な訓練を実施した結果，自らトイレでの排泄を訴え，終日見守りに至ったため，以下に報告する．倫理的配慮として，入院時に書面と口頭で同意を得ている．

【症例紹介】80 歳代右利き女性の A 氏は，X 年 Y 月 Z 日に左基底核から放線冠にかけて梗塞を認め，急性脳梗塞と診断され，Z＋15 日に B 病院から当院回復期病棟へ入院した．病前の ADL は自立し，KP の娘と 2 人暮らしであった．

【作業療法評価】(Z＋17-20 日）右上下肢 BRSⅡ，FMA-UE は 14 点，BBT は右手 3 個，握力は 0kg と重度麻痺を認めていた．感覚機能は，表在・深部感覚ともに正常であった.MAL は,AOU は 0.125 点，QOM は 0 点であった．BBS は座位保持項目のみ検査を行い 4 点であった．MMSE は 21 点であった．FIM は 43 点で，トイレ動作は，一人では何もできないという消極的な発言が聞かれ，終日オムツ対応であった.ADOC では,排泄,移乗,起き上がり,手と腕の使用，更衣が重要項目に挙げられ満足度は全て 1 であり,重要度-緊急度マトリクスではトイレ動作の優先順位が上位であった．家族様のニーズとして，トイレまでの移動を含めた動作の自立が挙げられた．以上より，トイレ動作の自立とそれに伴う両手動作の獲得を目指した．

【介入と経過】1 日 3 単位，週 7 回の介入を実施した．介入は，IVES を使用した上肢機能訓練や立位バランス訓練，トイレの実動作を想定した起立訓練や下衣操作訓練を実施した．

前期(Z＋21-54 日)：上肢機能訓練は，三角筋前部/棘上筋に電極を貼り，仰臥位から開始した．トイレ動作は，起立動作や立位保持動作から開始した．その際，下肢体幹を抗重力方向へ活動を促すため，療法士が A 氏の麻痺側に身体を接触して行った．Z＋47 日に体幹の抗重力伸展活動を伴った重心移動や麻痺側上肢の随意性向上により，両上肢で縦手摺りを掴んでの起立動作が可能になった．しかし，下衣操作や移乗動作は介助量が大きかった．

後期(Z＋54-89 日)：右上肢 BRSⅣまで改善し，ペグやブロックを用いた物品移動を実施した．トイレ動作訓練では，移乗動作や下衣操作の獲得に向け訓練を実施した．起立動作同様に麻痺側足底への重心移動を促進した．徐々に重心移動を得られたため，下衣操作に求められる正中交差を伴った下方へのアクリルコーンの操作や非麻痺側下肢へのステップ動作を行った．その結果，麻痺側下肢の支持性が向上したことにより，下衣操作や移乗動作は安定して行えるようになった．

【結果】(Z＋90-95 日)BRS は上下肢Ⅳ，手指Ⅴ，FMA-UE は 36 点，BBT は右手 14 個，握力は右 8.5 kgと向上した． MAL は，AOU，QOM 共に 1.25 点となった．BBS は，全項目で 28 点へと向上した．FIM は，78 点で，トイレ動作は，NC を押してトイレでの排泄を訴え，失禁なく排泄が見守りで可能となった．ADOC では，排泄・移乗・手と腕の使用・更衣の満足度は 3，起き上がりは，4 へと向上した．

【考察】今回,重度右片麻痺を呈した A 氏に対し，麻痺側体幹の抗重力伸展活動の促進や麻痺側下肢への荷重，重心の側方移動を伴う段階的な立位バランス訓練を実施した結果，トイレ動作の工程に必要な機能が向上し，介助量が軽減した．後藤(2002)が，起立は，体幹や下腿前傾による前方への重心移動が必要であるとしていることや竹内ら(2011)が，トイレ動作の向上は，支持基底面内で重心を移動できる能力が重要であるとしていることより，今回の介入は妥当であったと考える．また段階的な訓練による成功体験が，自己効力感を徐々に高め，最終的にトイレでの排泄を自ら訴えられるようになったのではないかと考える．

回復期脳卒中患者における加速度計を使用した問題解決の教示の効果-症例研究

○芝貴裕[1] 南川勇二[3,4] 田口潤智[2] 小南陽平[1] 森岡周[4,5]
[1]医療法人尚和会宝塚リハビリテーション病院 療法部 [2]医療法人尚和会宝塚リハビリテーション病院 診療部
[3]西大和リハビリテーション病院 [4]畿央大学大学院 健康科学研究科 神経リハビリテーション研究室 [5]畿央大学ニューロリハビリテーション研究センター

【はじめに】

脳卒中患者では，麻痺側上肢の使用頻度が低下することで生活の質の低下に影響を及ぼす．そのため日常生活で麻痺側上肢の使用を促す介入が重要である．その介入手法として行動変容介入がある．行動変容介入は，面接や症例の言動から使用状況をモニタリングし各種問題点に介入する手法である．近年では客観的にモニタリングをする目的に加速度計が用いられており，麻痺側上肢の使用量を定量化するだけでなく，使用を促進するための客観的情報をフィードバックするためにも使用されている．今回は軽度片麻痺だが主観的な上肢使用頻度や上肢活動の影響で QOL が低下している症例に対し，加速度計を用いた行動変容による主観的な麻痺側上肢の使用状況及び心理的側面に対する影響を単一症例で検証した．尚，倫理的配慮については症例より口頭で了承を得ている．

【症例紹介及び方法】

症例は左被殻-放線冠梗塞を発症し，19 病日に当院へ入院となった 80 代女性である．身体機能として Fugl-Meyer-Assessment（FMA）は 60 点，Motor Activity Log(MAL)の，Amount of Use（AOU)が 2.45 点，Quality of Movement（QOM)1.9 点と運動麻痺は軽度だが，麻痺側上肢の使用頻度，使用の質の低下を認めていた．Stroke Impact Scale（SIS）の上肢活動は 6 点であった．感覚障害や，認知及び高次脳機能障害は認めなかった．実生活での上肢活動時間は，3 軸加速度計（AX6，Axivity 社）を 24 時間装着して評価した．加速度計から得られたデータから，左右の上肢活動時間とその活動時間比を算出した．実生活での麻痺側上肢活動促進を目的とした行動変容介入は，面接や行動日記と併せて加速度計の結果を図示化し，セルフモニタリングの促進及び問題点共有に活用した．問題解決教示は，加速度計から得られた生活内での活動時間の結果と症例から実際の活動内容を聴取することで，各時間帯での活動を細分化し，麻痺側上肢を使用できる作業に対しての使用方法を共有した．介入デザインは A 期に通常の行動変容介入とし B 期には A 期に加えて加速度計を用いた問題解決の教示を行った．各セッション期間は A，B 期共に1ヶ月間実施した．各期間の評価を 1 週間毎に行い，効果量を Tau-u にて算出した．

【結果】

各評価結果を（A1/A4/B1/B4）で示す．FMA は 60/64/64/64 であり身体機能面に著明な変化はなかった．MAL は AOU が 2.45/2.45/2.54/2.95，QOM が 1.9/2.09/2.31/2.5 で，Tau-u でも AOU1，QOM0.62 と大きな変化があった．SIS の上肢活動では 6/7/8/16 であり，Tau-u でも 0.75 と大きな変化であった．また，活動時間比は 0.32/0.53/0.58/0.89 となり，上肢活動の対称性に改善を認めた．介入後には，本症例より，「意識せずに自然に動かせるようになった」と聞かれた．

【考察】

今回，加速度計を併せた行動変容介入を行うことで，活動時間比に加え，主観的な上肢使用状況や上肢活動に改善を認めた．その背景には，上肢活動量評価による客観的情報を用いたセルフモニタリングの促進や，具体的な問題点の共有による行動変容介入によって，麻痺側上肢を使用することに対する心理的障壁を緩和した可能性があると考える．これは，客観的情報提供が自信や行動の動機を活用し，上肢の使用を促進する行動要素を踏まえた介入効果であることを示唆した．本症例の結果は，回復期から上肢活動に対する心理的配慮や，客観的情報を含めた問題点の共有により，上肢活動の自己認識や運動への信念の低下を予防できた可能性がある．

免疫関連副作用（immune-related Adverse Events:irAE）により失調症状を呈した患者に対してVirtual Reality を用いた訓練を実施した1症例

兵庫医科大学病院　リハビリテーション技術部　○久保南実，橋本幸久

【はじめに】近年，脳卒中により影響を受けた上肢機能をはじめとして，Virtual Reality（以下，VR）を用いた訓練が注目されている．今回，肺癌治療に使用した免疫チェックポイント阻害薬による免疫関連副作用（immune-related Adverse Events：以下，irAE）疑いで，失調症状を呈した患者を担当した．VR を用いた訓練も含めたリハビリテーション治療を行い，バランス能力改善や失調症状の軽減を認めた1例について報告する．尚，発表に際し，本人より同意を得ている．

【症例紹介】70歳代男性．診断名：小細胞肺癌　合併症：irAE　現病歴： X年Y-3月に化学療法施行し自宅退院．X年Y月Z日 四肢脱力及び手の感覚障害が出現し緊急入院．Z+8〜Z+10日にステロイドパルス療法，Z+11日〜Z+15日免疫グロブリン大量静注療法，Z+16〜Z+18日にステロイドパルス療法を実施された．

【作業療法評価　右／左】Z+13日　MMT：三角筋4/5，上腕二等筋5/5，上腕三等筋5/5，手関節屈筋群5/5，手関節伸筋群5/5，握力：10.3/20.4 kg，表在感覚：両上腕・前腕・左手関節以遠中等度鈍麻，右手関節以遠重度鈍麻，位置覚：右上肢鈍麻，振動覚：右優位に低下，鼻指鼻試験：両側測定障害，運動分解，企図振戦は右で著明，右上肢にアテトーシスあり．活動：FIM：56点（運動：21点，認知：35点），食事は左手でスプーンを使用し自己摂取可，歯磨きは左手で自立，その他は全介助．端座位は体幹の後傾と上肢失調によりベッド柵を把持できず，保持困難であった．追加評価（Z+26日）Scale for the Assessment and Rating of Ataxia（以下，SARA）：鼻指試験2/1点， Box and Block Test（以下，BBT）：7/34個

【治療内容と経過】Z+13日作業および理学療法処方．介入開始時は，ベッド上で弾性包帯を使用し，物品移送やリーチ訓練を実施した．Z+19日頃より物的支持下で端座位保持が可能となり，Z+27日より上肢失調症状の軽減と座位バランス向上を目的として，VR機器（mediVR社製，カグラ®）を利用した訓練を開始した．VRは，車椅子座位にて実施した．ヘッドマウントディスプレイを装着し，両手でコントローラーを把持し，仮想空間内に出現する目標物に向かってリーチングを行う課題を行った．課題の難易度を患者の失調症状や体幹の動揺の程度に合わせ療法士が随時段階付けし，リーチ範囲の狭い課題から徐々に拡大した． 開始当初は狭いリーチ範囲で姿勢が大きく崩れたが，9日目頃から姿勢の保持が改善し，肘置きのない椅子座位で課題の実施が可能となった．VR（20分）＋机上での課題訓練（20分）を計19回実施した．理学療法では，鏡を利用した端座位練習，下肢装具装着下での立位練習を中心に実施した．

【結果　Z+55日】深部感覚障害は著変なし．右上肢の企図振戦，アテトーシスは軽減した．SARA：鼻指試験2/1点→1/0点，BBT：7/34個→13/33個．端座位は，狭い範囲で自己にて立ち直り，重心移動が可能になった．活動はFIM：59点（整容4→6点，車椅子移乗1→2点）．食事では，両手動作が可能となった．

【考察】感覚性失調の患者では，乏しい感覚入力を他の感覚入力により適切に代償する必要があるが，視覚によるフィードバックだけでは，運動出力が過剰になるとされている（河島2019）．今回使用した没入型VRでは，視覚，聴覚，触覚刺激が多重的に即時入力され，より効果的なフィードバックを得ることができるとされる．加えて，上肢が見えない中でのリーチ動作を行うことで，視覚への過度な依存を低減させたアプローチが可能であり，失調症状の軽減に有用であった可能性がある．また，徐々にリーチ範囲を拡大した課題訓練によって，体幹の安定性が向上し，座位バランス能力の改善につながった可能性がある．

【参考文献】河島則天：感覚性運動失調に対するリハビリテーションアプローチ．Jpn J Rehabil Med 56：110-115，2019

当院の自動車運転再開支援における脳損傷者の神経心理学的特性
-実車評価の移行パターンの視点からの検討-

兵庫医科大学ささやま医療センター　○竹原崇登　田内悠太　坂本利惠

【はじめに】

兵庫医科大学ささやま医療センター(以下，当院)は2017年より，脳損傷者に対する運転再開支援を実施しており，カンファレンスを通じて実車評価の必要性を判断している(田内ら2018)．カンファレンスの結果から，当院では，実車評価を行わずに運転再開(運転可能群)，連携する外部機関での実車評価(実車評価群)，または，運転再開の見送りや運転困難(運転困難群)の3パターンに移行している．本研究は，運転可能群，運転困難群，実車評価群について，神経心理学的評価との関係性を調査することが目的である．

【方法】

本研究は後ろ向き観察研究．2017年10月1日から2023年6月30日の間で，当院の入院・外来で運転再開支援を受けた脳損傷者(89名)を対象とした．対象者を実車評価の移行パターンから3群に分け，MMSE，TMT-A.B，BIT，RBMT，BADS，SDSA(下位項目を含む)を比較した．統計学的分析として，Kruskal-Wallis検定を実施し，有意差のある項目では多重比較を実施した(有意水準5%)．統計ソフトはR 4.3.1を用いた．本研究は兵庫医科大学倫理審査委員会の承認を得て実施した．

【結果】

欠損値を認めた者を除外した60名(運転可能群：8名，運転困難群：24名，実車評価群34名)を分析した．TMT-Bの秒数で運転可能群と運転困難群(p=0.044)に有意差を認めた．BADS_修正6要素で運転可能群と運転困難群(p=0.003)，実車評価群と運転困難群(p=0.044)，運転可能群と実車評価群(p=0.044)の３群間全てで有意差を認めた．SDSA_方向スクエアマトリクス2で運転困難群と運転可能群(p=0.015)，SDSA_結果(合否)で実車評価群と運転困難群(p=0.047)で有意差を認めた．

【考察】

本研究により，3群間での神経心理学的評価の特性が明らかとなった．TMT-B，SDSA_方向スクエアマトリクス2の結果では，運転困難群と運転可能群に有意差を認めた．これらの課題は数字とひらがな，カードとコンパスの方向を交互に確認する必要があることから注意の選択と転換を要求される（勝浦ら2019）．注意の選択と転換は運転に必要な基礎的な認知機能であり，運転適性の評価において認知機能の重要性を示唆している．SDSAの合否では実車評価群と運転困難群に有意差を認めた．SDSAでは視空間能力，視覚性記憶，遂行機能等，運転能力に関連する複数の認知機能を評価すると報告されている（Radford KA et al. 2004）．実車評価移行の判断として，SDSAの結果が重要な判断材料として活用されることが考えられる．BADS_修正6要素では３群間で有意差を認めた．この課題は，自らの行動を計画し，情報を組織化して系列立て，自己監視および修正し，次の課題を行う展望記憶を評価している（鹿島ら2003）．これら能力は運転を行うためにも極めて重要であり，３群間全てで有意差を認められたと考える．

【結論】

これらの結果は，脳損傷者が自動車を運転する際に必要な能力の理解を深めるとともに，当院の運転再開支援の重要な指標となる．これら4つの指標を参考に，他の評価結果と併せて，今後の当院の実車評価移行パターンを決めていきたい．

【参考文献】

田内 悠太ら：脳損傷者における実車前評価を中心とした自動車運転支援の取り組み．兵庫県作業療法士会機関誌 (8)：16-22，2019.

勝浦 駿平ら：J-SDSAにおける成績特性-健常若年者を対象とした研究-．高次脳機能研究39 (2)：251-258，2019.

Radford KA et al：Concurrent validity of the stroke drivers screening assessment. Arch Phys Med Rehabil. 2004 Feb;85(2):324-8.

鹿島 晴雄ら： BADS 遂行機能症候群の行動評価日本版．新興医学 出版社，東京，2003.

自動車運転再開に向けて実車評価の重要性と教習所との連携について

医療法人社団　六心会　恒生病院　回復期リハビリテーション課　上田雄基

【はじめに】

当院は運転再開支援を目的に,自動車教習所と連携して実車評価を行っている.今回,症例を通して実車評価と教習所との連携の重要性を経験したため報告する.発表に際して,本人に同意を得ている.

【症例紹介】

年齢：70 歳代　性別：男性　利き手：右

診断名：多発性脳梗塞　　趣味：ゴルフ,テニス

ニーズ：趣味を続けるため,運転が必要

身体機能　(※下記は全て実車評価時の状態)

BRS：左上肢Ⅵ　手指Ⅴ　下肢Ⅵ　FBS：56/56

FMA：左上肢　運動 65/66　感覚 11/12

左下肢　運動 33/34

MMT：左右四肢共に 5

握力(R/L)：33.9kgf/25.7kgf

高次脳機能

TMT：A32 秒　ミスなし/B115 秒　ミス 1 回

BIT：紙面 142 点　行動 78 点　MMSE：28 点

SDSA：A.ドット抹消(秒):410　B.誤り数：27

C.お手つき数:0　D.方向：32

E.コンパス：14　F. 得点:8

合格予測値 6.2　不合格予測値 6.022

Rey の複雑図形：即時再生 36/36 点

3 分後再生 29/36 点

BADS：109 点(年齢平均)プロフィール得点 18 点

CAT:記憶更新検査・PASAT・上中下課題で正答率/所要時間が年齢平均より低い.

その他は Cutoff 値以上.

ADL 機能　FIM：運動項目 88 点　認知項目 33 点

運転に関する情報(※発症前の状態)

運転の頻度：毎日　運転の目的：普段使い

運転時間帯：日中が多く 3～4 時間程度

運転する車種：軽トラック(MT)/普通車(AT)

【実車評価に至る経過】

運動麻痺は軽度で病棟生活は杖歩行であった.病棟生活には高次脳機能障害の影響はなく,自動車運転に与える影響は少ないと思われた.生活や趣味で日常的な移動手段として運転の頻度が高かった.また,70 歳代であり免許更新では認知機能検査も実施されるため,妻も同乗する運びとなった.

【実車評価及び結果】

実車評価はセラピストと教習所スタッフで共通シートを用いて行なった.セラピスト評価は注意の偏りがあり多方面へ向けられない,速度調整が困難,評価後半にミスが増える点.教習所スタッフは,左手のハンドル操作の遅延,左側の感覚が不十分,慎重さが必要と指摘された. 妻に様子を聴くと「以前よりも怖い」と話された.しかし,症例の結果は自己の運転に満足しており周囲との反応や評価結果に差を認め運転再開は困難と判断された.何度か本人へ動画見ながら振り返りをするが,「大丈夫と思っていた」「結局,速度が速かったってことやな」と結果を受け入れられなかった.チームで相談し,自立支援センターにて評価を依頼し,結果は運転不可となり再開には至らなかった.

【考察】

実車評価を行なったがセラピストが予測していた結果ではなく,運転再開には至らなかった.セラピストと教習所スタッフで評価結果をみると「ハンドル操作」「周囲の確認不足」「複数同時行動」「集中力の低下によるミスの増加と疲れ」であった. 実車評価時の特徴的な問題としては,バックで方向転換時に左後方をコーンに接触し,切り返し時に脱輪したことが挙げられる.車の位置や対象物との距離,速度調整と 1 つの課題の中に多方面へ注意を配分しなければならないため,多重処理でエラーを起こしたと推測する.山田らの研究によれば,「SDSA の E～F 項目では視空間認知や運転状況の把握と予測に特化した課題」と述べており,本症例は E 項目で Cutoff 値以下となっており,実車評価で起こった問題と似た部分があると考える.実車評価の後半でミスが増えたことに関しては,運転中は多重処理の繰り返しであり,情報処理能力の低下を起こしミスが増えたと推測する.自動車運転は机上検査のみでは評価できない部分があり,運転再開支援は難渋する.三村は「実車評価は,運転評価におけるゴールドスタンダードである」と述べており,教習所と連携をすることの重要性を経験する機会となった.

運転再開に向けた継続的な評価を通して病識の獲得と行動変容に繋がった症例

新須磨リハビリテーション病院　楢原亮祐

【はじめに】

今回，多発性脳梗塞による高次脳機能障害を呈し，自動車運転再開を希望する症例を担当する機会を得た．退院後も評価を継続する中で，病識の変化と行動変容を認めたため以下に報告する．本発表に際し，症例からの了承を得ている．

【事例紹介】

年齢・性別 60 歳代男性 現病歴 X 年 Y 月 Z 日多発性脳梗塞発症し入院．62 病日当院入院 職業 土木業(水道工事会社を経営．経理から現場作業まで担う)
病前性格 病前より易怒的な性格(妻より)

【作業療法初期評価(62～79 病日)】

[身体機能・ADL]著明な運動麻痺，感覚障害，視野欠損等無し．病棟 ADL は独歩にてすべて自立．
[高次脳機能]TMT-J PartA121 秒，PartB231 秒
仮名拾いテスト(見落とし/作業数)無意味綴 5/35，物語文 5/30 内容把握不可 ROCF 模写 14/36，即時再生 3/36 BIT 通常検査 143/146，行動検査 81/81
BADS 19/24(区分：平均上) FAB 14/18
[認知機能]MMSE-J 25/30 コース立方体 34/131 IQ67.7 RCPM 30/36　総所要時間 15 分 29 秒

【介入方針と経過】

初期評価の段階では特に注意機能や同時処理能力，記銘力，構成能力の低下が認められた．

症例は入院当初より復職と運転再開を希望され，仕事や自動車運転は退院後すぐに再開したいとの訴えが聞かれた．しかし，病識は乏しく，運転を制限されることや高次脳機能評価の実施に対し，「何故運転出来ないのか」「こんなこと(評価)が必要なのか」と強い不満の訴えが聞かれていた．主治医(以下 Dr)の指示の下，在宅復帰と事務仕事の再開を目指し，その後段階的に現場作業，自動車運転の再開を目指すこととなる．

89 病日に自宅退院し，退院から約 2 か月後，4 か月後に当院外来にて再評価を実施．OT が評価後，Dr より本人・妻へ評価結果のフィードバック(以下 FB)を行った．

【作業療法再評価(151・154・161 病日)】

※著変を認めた点のみ記載
[高次脳機能]TMT-J PartA136 秒，PartB220 秒
仮名拾いテスト(見落とし/作業数)無意味綴 2/35，物語文 2/20 一部内容想起可 ROCF 模写 30/36，即時再生 6.5/36 FAB 16/18[認知機能]MMSE-J 30/30
自宅復帰後の様子について，妻は「(事務作業時に)『6』と『9』を間違えなくなった」「(妻の運転中に)注意してくるようになった」とのこと．

【作業療法再々評価(215 病日)】※TMT-J のみ実施
TMT-J PartA63 秒，PartB193 秒

その後，自立生活支援センターでの実車評価を Dr より紹介し，本人も希望されたため当院から情報提供の上，246 病日に実車評価を実施．運転前の TMT や実車評価でも注意機能の問題が指摘され，引き続き評価・訓練が必要との結果であった．

257 病日の外来再診時，実車評価について本人は「結果はショックでした．集中力と注意力がダメでした」との発言が聞かれたが，運転再開に向け今後も実車評価を希望されている．

【考察】

症例の発言からは入院時から再評価を経て，徐々に病識の改善を認め，当初は評価自体も拒否的であったが，退院後外来での再評価，実車評価に臨むなど，具体的な行動変容を認めた．

その要因として，入院中は高次脳機能面の問題が表面化し難く，症例も自身の問題点について理解が進み難い状況にあった．退院後に定期的な評価を継続し，本人と共に妻に対しても FB を行い，残存する課題を共有して段階的に仕事を再開し，実務を通して症例自身も課題への気付きを得られた．このように段階を経たことで，少しずつ行動変容とともに病識の改善に繋がり，実車評価での客観的評価を冷静に受け止め，運転時の課題を認識することが可能となった．

本症例は現時点では自動車運転の再開に至っていないが，これまでの評価を通した病識の変化，それに伴う課題への気付きは自動車運転の再開に寄与すると考える．

回復期リハビリテーション病棟退院から1年経過後に運転再開が可能となった一例

兵庫県立リハビリテーション中央病院　寺尾貴子

【はじめに】

今回，回復期リハ病棟退院から約1年後に運転再開に至った事例を経験したので報告する．尚，報告に際し，本人と家族に同意を得ている．

【事例紹介】

60代男性，左片麻痺，高次脳機能障害．

現病歴：右基底核/放線冠/後頭葉に脳塞栓認め血栓回収術で再開通．34病日後に当院転院．

職業：自営和菓子屋（製造と配送）と兼業農家．主訴：復職と運転再開を切実に希望．

【入院時評価と作業療法（以下，OT）経過】

入院時，運動麻痺はBRS上肢・手指・下肢VI，動作緩慢あり，独歩可能も道迷いあり，ADLは入浴以外自立．高次脳機能は注意配分，構成把握，左空間認知，情報処理速度低下．本人「左の注意が悪いと聞きました」と認識やや低い状態．

目標をADL自立，妻の協力を得て復職とし，主治医から経過をみて運転評価は検討となった．OTでは，高次脳機能訓練，巧緻作業訓練，作業耐久性向上訓練，自主訓練も指導して実施した．

2ヵ月後の退院時，両手動作は問題なく，独歩でADL自立．高次脳機能は，改善項目はあるが残存．主治医より実車前評価の指示があり，運転適性検査K-2とSDSAを実施，適性は低く実車評価には進めず．主治医より，復職は妻の協力の下で可能だが運転は半年～1年後に外来にて再評価を行う方針が本人と妻へ説明され了承された．本人「運転は先でいい，早く仕事したい」と話し，退院時にOTで本人と妻に仕事や生活での注意点，代償手段や家族の対応方法を指導した．

【退院後の生活】＊本人・妻からの聞き取り

和菓子職人として早朝5時から夕方まで仕事をし，配達は妻が担当．定休日や週末に妻の運転で畑に行き夫婦で農作業．仕事中に集中力が切れてしまう，疲労感が残る，電話注文を聞き逃し再度電話をかけなおして注文を取り直すなどの経験あり．半年経過頃より病前のような作業速度で和菓子が生産できたが，長時間作業で強い疲労感はあり．妻は休憩を促す，作業内容をメモで視覚化して伝える等の対応をしていた．

【退院から1年後　運転評価結果】

実車前評価は，退院時より改善みられたが注意配分，構成把握，情報処理速度低下あり，運転適性検査K-2は1段階向上，SDSAは合格予測式が上回ったが，運転適性は高くなかった．左空間認知は改善傾向だが，ドライビングシミュレーター評価は左右見落としあり．総合的な判断により主治医の指示の下で実車評価へ進んだ．結果，実車評価では，安定した車両操作と周辺の目視確認ができ，運転指導員の評価は運転再開可能となり，主治医が診断書作成後，公安委員会の安全運転相談室への申請を得て，公道での実車訓練を1度実施後に自家用車での運転を再開された．

検査結果一覧

	入院時	退院時	1年後
STEF（右・左）	89・85	95・95	99・99
TMT-J　A	123秒	102秒	41秒
TMT-J　B	困難	213秒	88秒
かな拾い無意味	32/47	25/48	43/53
物語	18/37	9/57	29/52
コース立方体検査	IQ55	IQ55	IQ60
SDSA		合格<不合格	合格>不合格
運転適性検査K-2		総合判定　1	総合判定　2

【考察】

仕事に復帰してミスに直面する場面を経験し，日々奮闘する中で，Crossonが提唱した障害認知の知的気づきから体験的気づきへ，さらに代償行動で対処する予測的気づきへと進んだと考える．自身の病状認識と対処行動が仕事を通し獲得されたことが，運転操作中の適切な判断や操作に影響したものと考える．また武原らは，運転再開可否判断には，長期的な支援が必要と述べている．事例の場合も発症から約1年半で運転再開が可能になった．これらのことから，高次脳機能障害の運転再開には，本人が自己認識を高め対処行動を考え実践できること，支える家族への支援，長期的な支援が必要とされることを再認識できた．

本人の意識変化がリハ栄養を推進！～価値観に合わせたリハ栄養介入～

介護老人保健施設　恵泉　大垣和也

【はじめに】

リハビリテーション栄養（以下，リハ栄養）は，リハビリテーション（以下，リハ）と栄養の両面からアプローチすることで，ADL や QOL を最大限高めるリハ手段の 1 つである．今回，職員間での目的・プログラムの共有・協力は得られているが，本人の価値観により食事摂取量や食形態調整ができなかった方へ本人の価値観を共有し，本人の最も重要としていることに寄り添って説明することでリハ栄養介入を促進したので若干の考察を加え報告する．尚，発表に際し，本人・ご家族より同意を得ている．

【症例紹介】

90 歳代・女性．自宅で転倒し左大腿骨頸部骨折にて人工骨頭置換術施行後リハを経て当施設に入所．

心身機能の向上に伴い，活動量が UP していることに加え，体重の減少傾向が強まっていることからリハ栄養介入を行うことにした．なお，日常生活は車椅子使用で移動自立，トイレ動作・ベッド移乗は見守り～軽介助．施設内という環境もあり，自由に生活されており，リハ時の歩行器歩行はほぼ自立レベル．

【リハ栄養診断】

BMI17.0 kg/㎡，下腿周囲長 22.5 ㎝，握力 10.4 kg，5 回椅子立ち上がりテスト 29.2 秒，血液データ上，腎機能低下あり．心血管系の既往もあるため，慢性疾患による炎症＋．食事摂取量は平均9～10 割摂取．

ただし，血液データ上腎機能低下あるものの，水分摂取量が少なく脱水の可能性も否定できない．

そのため，栄養面は「適正量の水分摂取➡脱水の改善状況を確認後，食形態 UP によりエネルギー充足」を目標とし，リハでは「習慣化による安全な移乗動作の獲得，栄養面の改善を考慮しながら自主訓練＋個別リハによる身体機能向上」を目標とした．

【本人の価値観と現状】

多職種で情報共有・目標設定した内容を本人へ説明．本人より「トイレが近くなるから水分摂取を控えている」「腹八分目がちょうどいい」「年寄りがそんな食べなくていい」などの発言が聞かれる．しかし，本人は積極的に運動に取り組まれ，その目的は自宅の整理のために短時間・短期間でも家に帰ることである．

【本人と価値観の共有】

本人の目的達成のためには「健康であること」「現在の機能を維持もしくは向上すること」が必要である．

積極的に運動をしていることはいいことである反面，運動の効果を出すためにも水分摂取や食形態 UP によるエネルギー充足は重要である。そのことについて、何度も話し合いを重ね，本人のできること（喫食量や水分量，タイミングなど）を明確にし，調整を行った．

【結果】

施設で提供される水分はほとんど残すことなく摂取されるようになった．また，取り組み開始前には全粥小盛と極刻み食であったが，3 か月後には朝・昼は米飯小盛と一口大，夕は全粥小盛と極刻みと形態の変化ができた．その状態を継続することで、約 1 年後には、BMI19.4 kg/㎡、下腿周囲長 25.3 ㎝、握力 11.6 kg、5 回椅子立ち上がりテスト 18 秒と大きく向上した。

【考察】

栄養面の介入では，食形態の変更や提供量の増加，栄養補助食品の提供などを行う。しかし，今回の症例のように本人の意志によって拒絶されることも多い。しかし、拒絶する背景にはその人なりの価値観があり、それらには優劣があると考える。

今回の症例では、「健康を維持し、機能の維持向上を図ること」が最も価値が高く、それを達成する手段として説明することにより、「頻尿が嫌だから水分を控える」「高齢だからやせるのは当たり前」「あまり食べなくていい」といった価値観が「水分摂取や食事摂取が大事」ということに変化したのだと考える。

このように、本人の価値観を十分に理解した上で必要な情報を提供したことが本人の意識変化へとつながり、改善へとつながったと考える。

今後も本人の価値観を大切にしながら、よりよい取り組みが行えるように努力していきたいと思う。

蜂窩織炎にて入院後合併症を併発し長期療養となった超高齢者と その家族の受け止めに関して選択最適化補償理論を用いて検討した一例

医療法人甲風会　有馬温泉病院　総合リハビリテーション室　作業療法科　山端勇輝

【はじめに】

Baltes の選択最適化補償理論（以下：SOC)とは，高齢者が選択した目標に対して，今ある資源や補償を使用し，少しでも喪失以前の状態に近づける方略である．今回娘夫婦と生活を送ってきたが，蜂窩織炎で急性期病院に入院となり，合併症や転落骨折により方向性が定まらない中で入院継続を余儀なくされ，当院に転院されたケースを担当した．作業療法を展開するにあたり，鍵概念として SOC を用いて検討した一例を報告する．発表に際して，当法人の倫理規定に沿って個人が特定されないように配慮した上で，患者並びに家族から同意を得た．

【ケース紹介】

女性，現病歴：X-90 日蜂窩織炎にて入院．X-17 日ベッドから転落にて左大腿骨転子部骨折・骨接合術施行．X-7 日歩行器歩行練習開始．X 日方向性の再検討を目的に当院転院．生活歴：30 年前，夫の他界を境に独居，数年前より娘家族と同居していた．要介護２，デイサービス利用．職歴：農家，弁当．Hope：トイレに行きたい，家族の Hope：這ってでもトイレに行ってほしい．

【作業療法経過】

Ⅰ期（X～X＋35 日：状態悪化にて病棟生活の制限を余儀なくされた時期)FIM 運動 19 点,認知 16 点,N 式 21 点．下肢・腰痛が強く起居・移乗に中等度介助を要した．X+6 日心不全悪化を認め酸素療法再開する．主治医指示にてベッド上生活となりオムツ対応し，覚醒低下や疼痛が強まり，リハ受け入れ不良となった．家族は，ケースの心身面の変化に対して不安が強まっていた．

Ⅱ期（X＋36～75 日：作業活動を通じて病棟生活を拡大した時期）FIM 運動 18 点，認知 15 点，N 式 15 点．主治医が家族に病状説明を行い，当院で長期療養する方針となった．車椅子生活が許可された．ベッドから起きあがりの際に転倒リスクが高く，安全に行動がしやすいように超低床ベッド等を設置した環境設定，作業活動を実際に導入し，負荷の低い園芸や売店でのウィンドウショッピングを行った．その後，離床の受け入れが良くなり，笑顔が多くみられた．

Ⅲ期：(X＋76～156 日：リズムある病棟生活と馴染みの関係が出来た時期）FIM 運動 18 点，認知 15 点，N 式 17 点．「昨日の花は綺麗だった」と想起され，報告者に「花が好きな人」,「また連れて行ってよ」と発言が聞かれる．病棟職員に笑顔を浮かべ，交流や園芸に関心が見られる．家族は心配の発言は少なくなり，面会時にそうした反応に安心されるような印象を受けるようになった．

【考察】

これからも娘と同居するという変わらない生活を望まれていたが，蜂窩織炎発症を契機に生活が一変し，状態悪化により活動範囲が限定され，自宅復帰という目標を喪失された．そこで，SOC を用いて作業療法を展開するにあたり，目標の選択，資源の最適化，補償に焦点化した．園芸や対人交流等の病前好んでいた作業活動を行い，そこで生まれた肯定的な反応を家族へ伝え，病棟生活を安全に過ごすことを、目標として選択した．そして，目標遂行のために，作業活動は負荷の低い余暇を選択し，ベッド周辺をケースが行動しやすい環境に調整することで資源の最適化に繋がったと考える．外出・園芸などの楽しみや，対人交流を取り入れることで，療養生活における楽しみを補償したと考える．Baltes は，三つの要素のプロセスを動員することで，選択した内容を，周囲の助けを借りながら熟達化に向かっていくことで幸福に近づくとされている．結果，当初目標としていた自宅復帰は果たせなかったが，療養生活の中でケースらしい作業活動に取り組み，他者との関係の中での肯定的な反応に繋がったと考える．

【おわりに】

SOC は作業療法として目標の設定，心理的支援を理解するためのツールになりえると考えた．

右頭頂葉皮質下出血により，多彩な高次脳機能障害を呈す症例への関わり

○松本紗香[1)]，松本圭太[2)]，赤堀将孝[3)]

1）城南病院，2）株式会社夢花，3）はくほう会医療専門学校赤穂校

【はじめに】

今回，右頭頂葉皮質下出血により，多彩な高次脳機能障害を呈す症例を経験した．画像と評価結果から予後の検討により，ある程度の改善につなげることができたため，以下に報告する．なお，発表に際して本人より同意を得ている．

【症例紹介】

80歳代女性．診断名：右頭頂葉皮質下出血．現病歴：X月Y日に自宅内で倒れているところを発見され他院に救急搬送．保存的加療で増大なく経過しY+9日にリハビリ目的で当院へ転院となる．

【作業療法評価】

左Br.stage:全てⅤ．可動域：左肘関節伸展制限．MMT：左上肢3，左下肢4．感覚検査：左側への意識あり：左上肢8/10，手指7/10，左側への意識がなし：左上肢・手指1-2/10．HDS-R：25点．BIT：通常検査28点，行動検査17点．CAT：Symbol Digit Modalities Test 90秒到達数17個，誤答数3個，正答数：14個，達成率：12.7%．Memory Updating Test 3スパン正答数1，正答率6%，4スパン正答数3，正答率18%．Paced Auditory Serial Addition Test 2秒条件：正答数13個，正答率21.6%，1秒条件：正答数7個，正答率11.6%．STEF：右41点，左13点．FIM：運動項目24点，認知項目14点．

【治療内容と経過】

介入当初は半側空間無視（以下，USN），注意障害，着衣失行，構成失行，身体失認の影響から基本動作やADLの多くに介助が必要であった．USNは改善予測であり，高次脳機能障害に対するADL練習を中心に支援を行った．食事場面では分配性注意障害やUSNの影響から食事摂取量にムラがあり，食器や箸などを右側へセッティングした．

介入から1ヶ月で食事摂取量は安定し，病棟内歩行が車椅子移動から歩行器歩行への変更，整容動作・トイレ動作などのADL動作での介助量軽減した．更衣動作では衣服の認識はでき，襟元，袖，前後ろなどの把握も可能となった．ミスがある場合はその様子を撮影し，確認の上で繰り返し反復した．病棟内は独歩であるが，周囲への注意により左半身が壁や障害物にぶつかることが多く，歩行練習として二重課題を行った．自宅復帰に向けた練習として，リハビリ時間を午前中に固定し，1日の予定を立てるなどを行った．

【結果】

左Br.stage:上下肢Ⅵ，手指Ⅴ．可動域：左肘関節伸展制限．MMT：左上下肢4．感覚検査：左側への意識あり：左上肢10/10，手指10/10，左側への意識がなし：左上肢5/10，手指4/10．HDS-R：25点．BIT：通常検査114点，行動検査65点．CAT：Symbol Digit Modalities Test 90秒到達数15個，誤答数3個，正答数：12個，達成率：10.9%．Memory Updating Test 3スパン正答数0，正答率0%，4スパン正答数0，正答率0%．Paced Auditory Serial Addition Test 2秒条件：正答数2個，正答率3.3%，1秒条件：正答数5個，正答率8.3%．FIM：運動項目76点，認知項目68点．時間を要す部分はあるが概ね自立レベル．病棟内に設置されている洗濯機・乾燥機も使用可能となった．退院先：長男宅．

【考察】

本症例はCT画像をもとに予後を検討し，視空間性のワーキングメモリー（以下，WM）に起因する障害が主座となると考えられた．USNはある程度改善するが，視覚による注意障害はCATの評価結果（WMの低下）を踏まえて残存すると考えた．

このような予測をもとに，ADLと高次脳機能障害の改善に焦点を当てた治療により治療効果が得られたものと考える．

【文献】

Takamura, Y.et al.:Pathological structure of visuospatial neglect;a comprehensive multivariate analysis of spatial and non-spatial aspects.2021.

空間性の錯行為を認めた症例に対し箸操作獲得を目指した介入

医療法人仁寿会　石川病院　樅木彩那

【はじめに】左中大脳動脈領域の脳梗塞により失行症を呈した症例を経験した．箸操作獲得を目標に空間性の錯行為に対する介入を行なったため，以下に考察も交え報告する．なお，本報告にあたり，本人より同意を得ている．

【症例紹介】80歳代女性．体動困難であったところを発見され，救急搬送される．頭部MRIにて放線冠，下前頭回，中心前回，中心後回，角回に高吸収域あり，左中大脳動脈領域の脳梗塞と診断され，t-PA施行された．発症から34病日目に当院転院された．主訴は「右手が使いにくい」．HOPEは「友人との食事会で箸を使いたい」．両利きであり，箸と書字は右手を使用している．

【作業療法評価】Fugl-Meyer Assessment(以下FMA)：運動項目56/66点，感覚項目12/12点．簡易上肢機能検査(以下STEF)：右55/100点，左94/100点．Apraxia Screen of TULIA(以下AST)：8/12点(空間性の錯行為あり)．手指模倣：時間を要し拙劣．食事：スプーンを使用し自立．箸の持ち方は遠位箸と近位箸の間に中指が入り込み，近位箸に作用する環指と小指が伸展するため操作困難．更衣：ボタン操作に難渋．

【治療内容と経過】画像所見や評価結果より運動麻痺による手指の巧緻性低下を呈していると考え，促通運動や手内在筋の賦活を行った．しかし，箸操作やボタン操作など巧緻性を必要とする複雑な手指課題は困難なままであった．そのため運動麻痺以外の要因を疑い，角回に梗塞巣を認めたこと，ASTで空間性の錯行為を認めたことから失行症の影響を考えた．そこで，失行症に有効とさるストラテジートレーニングを導入した．HOPEである箸操作に着目し，箸の持ち方が工程ごとに細分化されている写真を提示した．写真を見ながら一つ一つ確認して持ち方を整えていくことで，完成形の写真と同様の持ち方を成すことができた．開閉動作練習，物品移動課題へと徐々に難易度を上げて介入を行った．しかし，物品移動課題では時間経過に伴い手外在筋の過緊張を認め，持ち方に崩れが生じ自己修正も困難であった．そのため，普通箸からクリップタイプの補助箸(以下，クリップ箸)に変更し，箸自体の操作の難易度を下げることでエラー回数は減少した．実際の食事場面でもクリップ箸の導入を開始し，同時にリハ介入時には普通箸の練習も行なった．箸の持ち方はクリップ箸使用時、普通箸使用時のどちらも同様の持ち方で操作できていた．普通箸は摘まみやすいものは落とすことなく移動可能となった．

【結果】FMA：運動項目58/66点．STEF：右70/100点，左92/100点．AST：9/12点．食事：クリップ箸を使用することで疲労感なく毎食摂取可能となった．普通箸でも摂取可能だが，時間経過や食材により手部の疲労感を認め，完食まで普通箸を使用することは困難であった．そのため，退院後も継続してクリップ箸を使用することとなった．

【考察】空間性の錯行為は行為の空間的誤りのことであり，身体部位のみではなく身体－道具間でも空間的な誤りが生じるとされている．本症例においても手指と箸との間に空間的な位置関係の誤りが生じ，持ち方の崩れに影響していると考えた．箸の持ち方への介入として，失行症に有効とされているストラテジートレーニングを選択した．本症例は手指模倣に時間を要すること，難易度の高い課題でとくにエラーを認めやすいことから，代償戦略を使用し段階づけて展開するストラテジートレーニングは有効であると考えた．しかし，物品の摘みや移動という目的が加わると，なんとか達成しようと手外在筋の緊張を高めエラーも増えた．移動する物品の難易度に関わらず時間経過により過緊張を認めたため，操作自体の難易度を下げることを目的にクリップ箸を導入した．これにより，開閉動作において必要最低限の筋出力で操作することができ，手外在筋の過緊張抑制を図ることができた．その結果，毎食クリップ箸を使用し摂食可能となった．

失語症と心理的側面から目標設定に難渋した事例

西宮協立リハビリテーション病院　中丁麻理奈

【はじめに】

近年，作業療法介入において目標設定が重要であることが多く報告されている．今回，失語症や心理的側面から目標設定に難渋した事例を経験した．リーズニングを重視した段階的な介入を行うことで，自発的に目標設定が可能となったため報告する．
尚，発表に際し，本人より同意を得た．

【事例紹介】

30歳代女性．診断名：左被殻出血．現病歴：Ｘ月Ｙ日言語障害と右片麻痺を認め開頭血腫除去術施行．Ｘ月Ｙ＋１７日当院転院．既往歴：高血圧．

【作業療法評価】

SIAS-m：(0-0-0-0-0)．FMA-UE：4/66点．感覚：表在・深部ともに重度鈍麻．失語．失行．注意障害．右USN．ADL：食事や整容はUSNによる見落とし有り．その他は中等度～全介助(FIM46/126点)．

【治療内容と経過】

入院時，非流暢性失語・中等度理解障害・錯語により，コミュニケーションは難渋した．また，日を追うごとに現状理解が進み，混乱や感情失禁が頻回にみられた．リハビリに対する意欲はあるが，介入目的や意図は伝わりづらく，面接では「どうせできない」「家族にやってもらうからいい」と悲観的な発言がみられた．早期に機能的回復はみられたが，不安や混乱によりADLの自立度の変更は困難であった．物語的リーズニングから得た予後についての葛藤や失敗体験に対する恐怖心を考慮し，他職種に情報提供を行い同一方法にて経験を繰り返すことや，代償手段を用いて現状の方法と予後に対する思考を繋げる過程を重視したことで，ADL自立度は向上した．自信に繋がったことで，受動的ではあるが活動・参加拡大に向けて，前向きな発言や提案に対する受け入れが行えるようになった．当院入院３ヶ月後には，Home Skill Assignmentの導入が可能となった．(Grade4/5MAL：AOU合計14 平均0.5，QOM合計14 平均0.5)．上肢において電気刺激療法やロボット療法での機能的練習のみから，課題指向型アプローチに移行することで，実生活における使用頻度は増加し，悲観的であった思考から「使っている感じがする」「帰ってもできると思う」と前向きな発言が多く聞かれるようになった．しかし，PMSや心理的側面から変動がみられたため，相互交流的リーズニングを重視しながら，OT側から負荷量の調整が必要であった．その旨を，退院後利用する当院訪問リハビリ担当者へ申し送りを行なった．

【結果】

SIAS-m：(1-1a-3-3-1)．FMA-UE：15/66点．Grade4/5MAL：AOU合計19 平均0.67，QOM合計19.5 平均0.67．感覚：表在・深部ともに中等度度鈍麻．失語．　ADL：自立(FIM112/126点)．面接：「帰ったら化粧がしたい」「猫を飼ってお世話がしたい」と具体的な目標が聞かれるようになった．

【考察】

身体障害領域では，物語的リーズニング，相互交流的リーズニングを行いながら，共感的かつ協働的な姿勢が求められ，生活の構築に向けた目標指向的な協働へつなげることが大切である（藤本ら2022)．しかし，機能練習において身体機能に一定の改善を認めるが，　ADL能力との乖離を埋めるための目標指向的な協働へは難渋するケースが見受けられる．本事例では，入院中に変化する身体機能・高次脳機能・心理的側面に配慮しながら，事例のリーズニングを重視することで，ADL自立度が向上できた．事例のペースや意思を尊重し，失語症の改善度に合わせHome Skill Assignmentを用いて視覚化しながら共有し，課題指向型アプローチを導入した．MCIDにおいて臨床的に意義のある変化は認められていないが，物品の把持など麻痺側の参加が増えることで，具体的な退院後の生活イメージ構築の一助となった．リーズニングを重視した段階的な介入を行うことで，自発的に目標設定が可能となったことが考えられる．

【参考文献】

藤本一博　他：作業療法リーズニングの教科書，p85，メジカルビュー社，2022.

家庭内の役割の獲得とQOLの向上に着目した一例

西宮協立リハビリテーション病院　○三木葉月　眞木浩希　渡邊康子

【はじめに】

QOLは健康状態だけでなく，生き甲斐をもって自己実現を果たせるような日常生活を過ごしているか否かの概念である[1]．今回，家庭内での役割や外出機会の獲得に向けて介入し，QOLの向上を認めた症例を経験したため報告する．尚，発表に際し，本人より口頭と書面で同意を得た．

【症例紹介】

40歳代女性．診断名：左前頭葉皮質下出血．既往歴：先天性二分脊椎症，うつ病．現病歴：X年Y月Z日一過性の意識消失を認め，前院へ搬送．Y月Z＋15日当院へ転院．生活歴：大学卒業後就職したが，30歳でうつ病の発症をきっかけに退職し現在は無職．両親と姉と4人暮らし．ADLは自立．洗濯と食器の片付けが家庭内の役割であった．自宅ではテレビを見て過ごすことが多く，外出は月に数回の通院，数か月に1度の美容院のみであった．

【作業療法評価】

高次脳機能は，処理速度・ワーキングメモリ低下を認めた．SF-36の結果は，日常役割機能（身体）0点，（精神）0点．ADLは車椅子にて入浴以外が自立．入浴は見守り．性格は内向的で新しい活動や他者との関わりに不安があった．病棟生活では，他患者との関わりはほとんど無かった．IADLは立位保持や運搬歩行でのふらつきが残存していた．

【治療内容と経過】

1期）家事や趣味といった幅広い作業の中から，患者自身の意見を聞くため，ADOCを用いて作業療法面接を行った．その中で，「復職をしたい」，「いずれ一人暮らしをしたい」と希望が聞かれた．一人暮らしを目指すにあたり，退院時に自宅内での役割を増やすことを提案すると，「調理や買い物に挑戦したい」という具体的な希望が聞かれた．まずは，元々行っていた洗濯・食器の片付けの自立に向け、運搬歩行や実動作練習を行った．約1か月で元々行っていた家事動作は獲得できた．

2期）買い物や調理の自立に向けた介入を行った．買い物自立に向けて，運搬歩行の距離を延長し，耐久性向上を図った．調理では，処理速度やワーキングメモリの低下から，レシピの理解や，同時調理の苦手さが伺えた．一品ずつ工程を確認することで実施可能となった．　実施後，「他にも挑戦したい．」等の前向きな発言が聞かれた．

【結果】

活動範囲は病院敷地内自立まで広がった．SF-36は，日常役割機能（身体）68.75点，（精神）75点と向上を認めた．病棟生活では，調理を通し，スタッフや他患者との交流も見られた．また，新しい活動に対し前向きな発言が増えた．入院をきっかけに，家族は初めて一人暮らしをしたいという患者の思いを知った．新たな役割獲得に向け介入したことを伝えると，退院後に患者が可能な範囲で家事に取り組めるよう家族の支援が得られた．

【考察】

高齢者の家庭内の役割とQOLは関連性が高いことが報告されており[2)3)]，本症例についても，若年ではあるが，家庭内での役割を再獲得する過程で，身体・精神面でのQOLの向上に繋がったと考えられる．新たな作業に対する発言の変化から，成功体験による患者の心理的変化が伺える．自己効力感とQOL・社会参加の関連は他症例で報告されており，調理を通して，他者との交流を認めた本症例でも同様と考えられる．さらに，家族の理解といった人的環境の調整が本症例の家庭内の役割の獲得には重要であったと考える．

【参考文献】

1)厚生労働省．「健康日本21総論参考資料」．
2)村田伸，津田彰．在宅障害後期高齢者の家庭内の役割とQOLとの関連．行動医学研究2006;12(1),8-14
3)佐藤美由紀ほか．地域高齢者の家庭内役割とQOLの関連．日本保健福祉学会誌2011;17(2)11-19.

やさい，つくったよ．～畑活動の導入と実践～

医療法人社団　みどりの会　酒井病院　小林良光

【はじめに】

当院入院患者は農地エリア在住で，家庭菜園・畑仕事（以下畑活動）に従事している患者が多く，退院後にも畑活動を継続したいと希望する患者が一定数いる．

しかし，実際の畑動作（以下，実動作）を評価出来ず，機能評価によるリスク説明をする程度で，退院後の畑活動再開に向けた直接的な関わりが出来ていなかった．

２０１８年から当院の畑を整備したため，実践例を交えて取り組みを紹介する．

尚，発表に際し，対象より同意を得ている．

【当院での畑活動開始に向けて】

畑活動再開は転倒などのリスクが危惧される反面，実用的であれば運動量が増し，疾病予防に繋がる[1)]．また,『生きがい』という点では重要な意味を持つ[2)]．

整備前はプランターを使用した園芸療法として精神面への効果を期待した関わりが中心であった．実動作評価が出来ず，機能評価によるリスク説明をする程度であった．その際，身体的影響を考慮し，作業中止を勧めるべきか，心理的効果に価値を置いて継続を見守るべきか迷う事も多かった．実動作の評価が出来ないことから，リスクの説明に偏るため畑活動再開には及び腰だった．畑活動の再開に向けた関わりをしたいという思いから，病院と相談し畑の整備に至った．

【実践①】

畑活動再開に向けた取り組み

診断名：脳梗塞

病前生活：自宅で野菜を栽培しており，娘や孫に「おいしい」と言われるのが楽しみ．

退院後の希望：本人は畑仕事を続けたい一方で，家族は継続に消極的．

介入内容：

①栽培手順の確認

②約１時間の草引きを実施

③不整地（畑）での移動面の確認

④家族への説明

退院後：提案した代償手段を用いながら，畑活動再開に至った．

【実践②】

レクリエーションとしての畑活動

①収穫祭の開催

②収穫または見学

③収穫した野菜を用いてクイズ大会を開催

④レクリエーションの様子を写真にとり，デイルームに貼り出し，会話や回想のツールとする．

普段の入院生活では見せないような表情が見られたり，患者同士の交流のきっかけになった．

【まとめ】

畑の整備によって，実動作の評価・練習ができた．実動作を通して，患者の危機管理能力向上，家族に理解を深めることができた．結果として退院後の畑活動再開，生活の質の向上に繋がったと考える．

当院での畑活動の意義は，再獲得だけが目的ではなく，身体的・精神的効果にも期待している．畑で作物を育てる・見る・触れることをツールに患者から良い反応が得られように関わり方を工夫し，より良いリハビリテーションが提供できるように努めていきたい．

今後の課題として，POMS を用いて畑活動の効果を検証していきたい．

【参考文献】

1）農業体験の運動効果に関する研究-ライフコーダ EX 着用データから-矢島 伸樹，前島 文夫，西垣 良夫

2）非経済的な動機に着目した高齢者による小規模農業の維持要因.小野寺 美咲

感情を表出する機会を重点においた関り
～マガジンピクチャーコラージュとポジティブ作業（APO-15）を活用して～

姫路医療生活協同組合共立病院　作業療法士　田村爽香

【はじめに】
今回，統合失調症を既往に持つ右化膿性股関節炎患者で，運動療法に難渋した．マガジンピクチャーコラージュを用いて趣味の探索，ポジティブ作業療法評価(以下APO-15)にて本症例の強みを活かした活動の提供を行い，心身機能・日常生活動作(以下ADL)の改善，well-beingに繋がった．報告にあたり，本人の同意を得ている．

【症例紹介】
60歳代女性．診断名：右化膿性股関節炎．現病歴：発熱とADLの低下のため救急搬送．43病日に全身状態が落ち着きリハビリテーション目的に当院へ転院．既往歴：統合失調症(30歳代で発病)．左人工骨頭置換術．両変形性股関節症．

【作業療法評価】
入院時Barthel Index(以下BI)：0点．起居動作，ADL全般に介助が必要．膀胱留置カテーテルとオムツを併用．パーキンソニズムあり．
APO-15：合計45点．精神機能：感情鈍麻，意欲低下，抑うつ．使用薬剤：ヒルナミン，リスペリドン，フルニトラゼパム，ビペリデン．

【治療内容と経過】
入院0病日，「何もしたくない．寝たきりでいい」と，離床に対し拒否がみられた．介助者に依存的で上肢の振戦が活動の阻害因子となっていた．「やりたいことがない．趣味がない」と発言する本症例に対し，14病日にマガジンピクチャーコラージュを活用し，感情を表出する機会を提供，趣味の聞き取りを実施した．ピアノや水彩画が趣味であったことなど，自発的な発言が聞かれた．コラージュ作業では集中して取り組み，声掛けで笑顔もみられた．一方で陰性症状が続いていたため，17病日にAPO-15を用いて幸福の促進に向けた目標設定と介入方法を探索的に検討した．結果，『活動を通して没頭できる・意義を見出すことができる』ことが強みであると分かった．強みを活かすため，18病日に趣味のピアノや集団作業活動の参加を促した．25病日には，活動を通し離床の機会が増え，「自分でご飯を食べたい」などの希望があった．太柄自助具を作成し，食事動作練習やトイレでの排泄練習を開始した．「ピアノを弾きたい」と希望が聞かれるようになり，徐々に離床し過ごす時間が増え，他者との交流もみられた．作業工程で混乱している他患者に対し「何とかなるよ」と気遣う様子がみられた．

【結果】
退院時BI：45点．起き上がりには介助を要したが移乗は見守り．自走用車椅子にて移動が可能．食事は食堂で自己摂取．上げ下げ介助を要したが，ポータブルトイレで排泄が可能．APO-15:合計51点．日中の活動性が向上し，他者に笑顔で対応するようになった．作業活動やピアノを介して，デイルームで過ごす時間が増え，他者と交流がみられるようになった．「歩けるようになりたい」「希望が持てるようになった」と語った．

【考察】
活動や集団作業を通して，前向きな発言や日常生活動作の改善が認められた．活動を通して意義を見出すことができる本症例の強みを活かす中で，趣味活動を活用したことが，心身機能や日常生活動作の改善，Well-beingに繋がったと考えた．

【展望】
本症例にコラージュ作業，APO-15を併用した評価が作業療法を考える一助となった．しかし，一症例の経過報告に留まるため，両評価を組み合わせた効果であるとは言い切れない．属性を考慮した介入効果を検証していく必要がある．

【参考文献】
萬 貴裕：長期入院統合失調症に対するポジティブ作業評価を用いた作業療法．作業療法41（2）：254-260，2022.
簗瀬 誠：ホリスティックアプローチとしての精神障害作業療法．作業療法41（2）：160-165，2022.

「何もしたくない」から「家族を喜ばせたい」まで ～折り紙と目標設定の工夫による自宅退院～

名谷病院　○北田智　上田乃輔

【報告の目的】

脊髄腫瘍生検術後に抑うつ傾向が続いた対象者を担当する機会を得た．自宅退院の目標達成に，折り紙の利用と目標設定の工夫が奏功したため，報告する．

【事例紹介】

70歳代女性．診断名：第3-8胸髄腫瘍．現病歴：かねてより自覚していた両下肢の痺れに対し，X年Y月Z日にA病院で脊髄腫瘍生検術を施行．上記診断を受け，放射線治療を開始．治療は完遂したが，夜間せん妄や抑うつ傾向，セルフケア能力の低下を認めた．Z+63日に当院へ転院．病前生活：夫と2人暮らし．家事全般を担当．近隣の息子と娘夫婦や孫と頻繁に集まっていた．趣味：折り紙．性格：温順だが繊細で落ち込みやすい．

なお，発表に際し本人と家族に同意を得ている．

【作業療法評価】(Z+69日)

主訴・希望：本人「足が痺れて何もしたくない．早く家に帰して欲しい」．家族「まずは生活リズムを整えて欲しい」．病棟内生活：FIM 49/126点．移乗では膝折れを認め，移動は車椅子全介助．排泄は膀胱留置カテーテルとオムツ使用．入浴は機械浴．表情は暗く，食事と離床も拒否していた．家族へ昼夜問わず頻回に電話し，夜間不眠が生じていた．心身機能：両下肢MMT 2～3．痺れは臍より末梢にNRSで右9，左8の強さ．HDS-R 20/30点．PGCモラールスケール 11/17点．

【介入の基本方針・実施計画】

自宅退院に向けて生活リズムを確立し，セルフケアの自立と実用的な家事動作の獲得を図る．精神状態も考慮しつつ，1回60分の介入を毎日実施する．

【介入内容・経過】

・精神状態の安定と離床に努めた時期(Z+70～137日)

家族が「入院生活の気晴らしになれば」と折り紙を差し入れた．本人の趣味でもあることから，これを用いることが精神状態を安定させ，離床の契機になると考えて小物作りを行った．作製はベッドサイドから開始し，次第にOTR不在でも自ら行うようになった．この頃から表情は明るくなり，活動範囲は病室から訓練室へ拡がった．同時に監視下でシルバーカーを用いた移動と，カテーテルを抜去してトイレでの排泄，食事の全量摂取，離床時間延長，電話の減少，夜間良眠がもたらされた．本人は退院への自信を獲得したが，家族から，セルフケアの自立と実用的な家事動作の獲得を求められ，再び自信を失い，抑うつ傾向が再燃した．

・目標提示を工夫して介入した時期(Z+138～190日)

失った自宅退院への自信を取り戻すべく，目標を具体的かつ段階的に示した「目標達成シート」を作成し，小さな目標達成を反復することによる自信の獲得を図った．シートでは目標を上，中，下位に分け，上位目標は自宅退院，中位目標は歩行，排泄管理，入浴，料理，掃除，洗濯，服薬管理，余暇活動，下位目標は中位目標の各項目を更に8つずつ細分化し，シルバーカーの停車時にロックをかけ忘れないなどを設定した．また，目標を達成した場合はシートに記載されている目標に折り紙の飾りを貼り付けることで，達成した目標を可視化した．シート作成後は，OTにて一般浴槽での入浴や掃除，洗濯の動作練習，調理練習を行い，他の項目は多職種と協働することで，病棟内でのセルフケアが自立し，家事の実用性も獲得した．最終的に「これで帰っても本当に大丈夫です．家族を喜ばせたい」と自信を取り戻し，Z+191日に自宅退院となった．

【結果】(Z+190日)

病棟内生活：FIM 110/126点．移動と排泄はシルバーカー，入浴は一般浴槽にて自立．表情は明るく精神的にも安定し，生活リズムが確立した．心身機能：両下肢MMT 3～4．痺れは両膝関節より末梢にNRSで右9，左8の強さ．HDS-R 26/30点．PGCモラールスケール 17/17点．

【考察】

自信を持っての自宅退院に繋がった要因として，趣味である折り紙を利用した点と，目標を細分化して提示した点が考えられる．高齢者が好きな活動へ参加することで抑うつが減少すること(Natalieら，2022)，目標行動の細分化(スモールステップ方略)は思考の整理促進をもたらす(瀧川ら，2016)といわれている．本事例においては，幾度か自信を失い抑うつ傾向となったが，好んで取り組める折り紙の製作が安定した精神状態を生み，次いで，細分化した目標とその達成が，結果として自信の獲得に寄与したのであろう．小さな目標達成の反復と，作製した折り紙作品をシートに飾り付けることによる達成度の視覚的な実感が得られることは，より一層の充足感と自己効力感の向上をもたらし，自信の獲得に繋がったと推察する．目標達成に向けて一歩ずつ踏み出す対象者には，細やかな支援が何よりも重要であろう．

「私何もできません」抑うつを認めた患者に対し、トイレ動作獲得を目指した介入の一例

社会医療法人恵風会　高岡病院　林璃香

【はじめに】今回，身体機能低下に加えて抑うつ症状が悪化した症例を担当した．介入後，トイレ動作能力，意欲向上が見られた為，報告する．ヘルシンキ宣言に基づき本人に十分な説明を行い、同意を得た．

【症例紹介】70代女性．入院前は長女と同居．病前は快活でADL自立．診断名正常圧水頭症．現病歴X年Y-4月，うつ病にて当院入院．その後，正常圧水頭症疑いで他院にてシャント術施行するが，機能改善を認めず，X年Y月に当院でリハビリテーション開始．

【初期評価】FIM：59点．移乗動作は体幹屈曲位でパーキンソニズム認め，軽介助レベル．トイレ動作は下衣・後処理の手順の理解不十分で，恐怖心も強く中等度介助レベル．精神機能緊張高く，「私何もできません」と，自己評価の低さ・抑うつ症状を認める．認知機能MMSE：16点．身体機能GMT（R／L）：体幹2，下肢屈曲3／3，下肢伸展4／3．筋緊張：全身の緊張亢進，MAS：１程度（屈曲・内転方向に優位に緊張），パーキンソニズム：筋固縮，動作緩慢．

【統合と解釈･焦点化】本症例は，抑うつ症状により不安や恐怖心が強く，意欲低下を認めた．また，パーキンソニズムや術後の臥床傾向な為廃用症候群を認めた．以上により生活リズムの乱れ，ADL低下が生じており，自宅復帰に向けて，トイレ動作の向上を目指した．加えて，不安・恐怖心等の精神・認知機能面も意識した介入を試みた．

【経過】開始当初は抑うつ症状があり，リハビリ拒否や覚醒不良を認めた．トイレ動作時は，畜尿障害な為頻回な尿失禁や理解が不十分な為手順の確認行為が見られた．特に起居時や立位動作で緊張が高まり，恐怖心も強い為，関係性の構築や精神状態を考慮した運動から開始．拒否の時は雑談や休憩を挟み，受容的に継続して関わった．介入１か月後にはリハビリが習慣化され，拒否は消失．実施前後でトイレ動作練習を開始し，本人が理解しやすい言葉を探り，手順ごとに端的で統一した指示を行った．段階付けて反復して練習することで，介入２か月頃には移乗動作が見守りレベルまで改善．運動に対してのネガティブな発言が減少．さらに筋緊張緩和や筋力向上を認めた為，座位・立位での運動や歩行器歩行練習，トイレ誘導の回数を増やす等，ステップアップを図った．介入４か月頃，日中の臥床が減り，意欲向上が見られ，最終的に見守りでのトイレ動作が可能となった．

【最終評価】FIM：72点．移乗動作は見守りレベル．トイレ動作は最小限の口頭指示のみで下衣操作・後処理が実施可能．精神機能緊張緩和し，前向きな発言が増大．不安・疲労感が軽減し，意欲向上を認めた．認知機能エピソード記憶の保持，円滑な対話が可能．身体機能GMT（R／L）：体幹4，下肢屈曲5／4，下肢伸展5／5．筋緊張： MAS：1（膝関節伸展運動時のみ）．パーキンソニズム：残存しているが，緩和．

【考察】山根は抑うつ状態の患者に対して，能力を超えた要求をしていないことを伝え，余裕を持てる対応が大切だと述べている（山根；２０１８）．介入時は休息の必要性を説明し，受容的な関わりを継続した．その結果，関係性構築，継続した実施を可能にしたと考える．また，動作獲得において，岡田は連続的動作に対して不適切要素を反復練習し，徐々に前後の要素と結びつけることが効果的だと述べている（岡田ら；２００８）．さらに，山根は認知機能低下に対して，実施しやすい方法を模索し，能力に合わせた支援が重要であると述べている（山根；２０１８）．上記より，緊張の強い動作は過介助から行い，本人の理解が得られやすい言葉で統一して実施したことで，混乱や不安の軽減に繋がったと考える．さらに動作の要素を細分化し，徐々に介助量を減らしながら，単純な動作から複雑な動作練習へと段階を踏んで反復練習を行ったことで動作定着に繋がったと考える．

【まとめ】今回，介入の過程で本人から前向きな発言が聞かれるようになり，活動性の向上を認めた．その為，身体機能の向上・ADLの獲得が意欲の向上・抑うつ症状の軽快に影響していることを実感した．今後も精神科での身体的介入において，身体機能面のみならず，精神症状を考慮したアプローチ方法を熟考していきたいと感じた．

作業療法士によるクライシス・プラン実践の実態
～当事者と支援者の「Ｗｅ（私たち)」のプランにむけて～

社会医療法人恵風会　高岡病院 ○安室瑞絵　和氣あずさ

【はじめに】

当院ではクライシス・プラン（以下 CP-J）への需要は高まったが十分な理解が得られていない．今後の社会生活を見据え「どうにかしたい」という前向きな思いを患者も支援者も抱いているが，作成や加筆修正が作業療法士（以下 OTR）任せとなっており「We」のプランとは言えない．「We」プランを目指すため，まずは現状を把握する調査を行い報告する．尚，発表に際し，個人が特定されないように十分な倫理的配慮を行った．

【方法】

2021 年 3 月～2023 年 6 月までに当院で OTR が CP-J を作成した症例 16 件の年齢，主病名，実施目的，ストレス要因を集計．作成後の使用率，加筆修正の回数を集計．また CP-J 作成後の症例，支援者の変化をまとめた．

【結果】

年齢:10～50 代と幅広い．主病名:統合失調症が半数で，8 症例が軽度から中等度の知的障害を有する．実施目的:本人･支援者共に対応困難と感じ，対処行動の獲得を期待．ストレス要因:不安･睡眠不足･家族関係･収入がない･孤立が多かった．作成後の使用率:支援者と関わりがなくなった 50%は継続使用できていなかったが，知的障害を有する何かしらの支援者と繋がりのある 86%が継続利用できていた．加筆修正:0 回 69%，１回 19%，3 回以上 12%．

【考察】

幅広い年代の主病に加えて知的障害を有し，本人･支援者共に強い困り感をもった事例に作成していることは CP-J への期待の大きさが窺える．ストレス要因に“不安”を挙げる方が多く，不調を目に見える形で捉えることが出来る CP-J が有用である対象だと考えられた．知的障害を有する方は支援者とのつながりを確保していることがほとんどで，CP-J がコミュニケーションスキルが低く，いつどう伝えればよいのか分かりにくい彼らにとっては良い状態の時でも悪い状態の時でも支援者とつながるツールとなり，支援者にとっては言葉で表現されにくい部分をすばやく把握できお互いにとってメリットがあるため継続使用となったと考えられる．継続使用できていない半数は退院後に生活や活動場面での支援者がなく，自身の症状や対処の見直しをする機会がなくなり必要性を感じられなくなったと予測された．加筆修正がほとんどされていないのは，CP-J への期待は大きいものの自分自身が使っていくという主体的な認知となっていないことが窺えた．

【まとめ】

入院時は患者にとって不安定な状態のため入院中に作成した CP-J は不完全なものである．退院後の地域生活における病状の揺らぎに対し CP-J の加筆修正は必須であり，医療と福祉が連携し早期対応ができるようにするためには，本人も支援者も主体的に CP-J を使う習慣をつけることや定期的に内容を見直すことが必要である．そのためには作成することが目的ではなく支援者と患者が繋がっていくための「We」のプランであることを支援者も患者本人も認知することが大切である．まずは当院において CP-J の正しい理解と患者が繋がる社会への引継ぎを積極的に行い，多くの支援者により CP-J の活用が展開されていくことが望まれる．

【参考文献】

狩野俊介，野村照幸：精神障害者支援のためにクライシス・プランを用いた事例の類型化とその効果．精神医学 63：515-525，2021.

狩野俊介，三浦剛：精神障害者の地域生活支援におけるクライシス・プランの作成と活用のあり方に関する研究 - 精神科病院と相談支援事業所のソーシャルワーカーへのインタビュー調査 -

外来作業療法利用者へのＩＭＲにおける作業療法士の役割

社会医療法人恵風会　高岡病院　片芝智絵

【はじめに】

精神疾患を有する方が地域で生活するための支援としてリカバリーモデルが重要になっている．外来作業療法利用者を対象に多職種で行うＩＭＲを症例に退院後から１ヵ月後入院中から関わっていた作業療法士（以下，ＯＴＲ）が提案し導入した．作業遂行に焦点を当てた介入を行った結果，就労を目標に地域生活を継続できた症例の経過とＯＴＲの役割について報告する。尚，発表に際し倫理委員会の承認と症例より書面で同意を得た.

【症例紹介】

２０歳代女性．診断名うつ病．Ｘ年，抑うつ状態で引きこもりがちとなり希死念慮が出現し急性期病棟に医療保護入院となる．退院後精神科デイケア通所と併用し，今後の目標設定と参加者の体験談を聞き視野を広げるためＩＭＲ導入となる.

【作業療法評価からの焦点化】

課題として作業遂行能力は活動に意欲的に参加し日常での会話や単純作業は良好であるが，複雑な課題が難しい．新しい場での対人交流に不安が強く，精神科デイケア通所は週１回と利用頻度が少ない．退院後の生活について自己決定に不安があり，自分の思いを伝えられず否定的な発言が目立つ．仕事の失敗体験により自己効力感が低く就労に対し自信がない．評価尺度は，機能の全体的評定（以下，ＧＡＦ）は６０点，簡易精神障害評価尺度（以下，ＢＰＲＳ）は３４点，人間作業モデル評価法のコミュニケーションと交流技能（以下，ＡＣＩＳ）は４２点，主観的体験ではRecovery Assessment Scale（以下，ＲＡＳ）は５４点，生活満足度スケールは身体的機能と社会生活技能，心理的機能でマイナス点となった.

【介入計画】

週１回６ヵ月間ＩＭＲを実施する．ＯＴＲが多職種にＯＴ評価を伝え，介入方法は症例が確実に遂行できていることに対してポジティブフィードバックすることを共有する.

【経過・結果】

開始時症例はリカバリーゴールを就労に設定し就労移行支援を目指すこと，スモールステップは精神科デイケア通所等を挙げた．ＯＴＲは遂行可能な目標をいくつか挙げ選択できるようにし，成功体験を積めるよう支援した．活動中交流はなく発表時不安が高まり流涙あり，発表内容を事前にＯＴＲと書き出し上手く表現できていることを保障した．３ヵ月後「外出が増えた」と語り，目標の立て直しでは担いたい役割として家事活動を挙げ，達成可能な目標とするために，具体的な頻度や時間，方法について認知行動療法を通して設定した.「掃除ならできる」と肯定的な発言を認め，笑顔や自発的な参加者との交流が増えた．目標の振り返りを繰り返し続けた．６ヵ月後精神科デイケア通所は週３回に利用頻度が増え，他者と交わる場への参加が得られた．評価尺度ではＧＡＦは９０点，ＢＰＲＳは１９点，ＡＣＩＳは５０点に改善し，ＲＡＳは７３点に増え自己効力感が向上し，生活満足度スケールは身体的機能と環境，社会生活技能，心理的機能で平均点が向上した.

【考察】

ＯＴＲが担った役割として退院後支援が途切れることなくＩＭＲを導入し，作業能力に合わせて確実に行える目標設定を行ったことと考える．急性期病棟から退院後，生活安定に向けた支援，就労の準備を整えていく支援が求められる（香山，２０１９）入院中のＯＴ評価を根拠にタイムリーに支援しＩＭＲへ導入できた．ＯＴＲは作業遂行に焦点を当て，多職種にＯＴ評価を共有し能力に合わせた目標設定ができたことで成功体験に繋がった．確実に遂行できていることをポジティブフィードバックしたことで自己効力感の向上，自信に繋がり作業遂行する中でスモールステップに挙げた精神科デイケア通所が習慣化し，就労に向けた第一歩を踏み出すことができたと考える.

【参考文献】

香山　明美：精神科作業療法の未来．ＯＴジャーナル５３（１３）：１３３５～１３４０，２０１９

自傷行為後の治療中断から手指拘縮が残ったが装具使用により再度趣味活動に取り組んだ事例

○深山亜矢[1)]，北田泰敏[2)]
1）訪問看護ステーションさんさん，2）大阪リハビリテーション専門学校

【はじめに】統合失調症から自傷行為を繰り返し，後遺症が残った方に対して，治療のモチベーションを向上させ，夜間装具を導入し，拘縮を軽減することによって生活動作や余暇活動への参加拡大を試みた事例について報告する．尚発表にあたり対象者とその家族に同意を得ている．

【事例紹介】60 代男性，統合失調症．高齢の叔母と在宅生活を送っている．30 代で発症．幻聴に支配され左手首の自傷行為を行う．治療を中断してしまったことにより左母指から中指にかけて拘縮が残り，日常生活動作や余暇活動の縮小に繋がっていた．介助者の高齢化に伴い，今後も在宅生活を継続していくために訪問看護利用となった．

【作業療法評価】初期評価では，左示指および中指の PIP・DIP 関節の自動運動はほぼみられず，他動による左示指 PIP 関節伸展 70°，中指 PIP 関節伸展 80°．示指 PIP 関節は皮膚の癒着もみられる．母指球萎縮しており対立運動はみられない．治療中断から約 30 年が経過している．中断理由として，手指伸展装具を使用していたが，日中活動するにあたり邪魔に感じたことを挙げる．

家事は同居する叔母がすべてを担っており，ADL は自立しているが左手の参加はほぼない．買い物に出かけた際に荷物をかけたり，手掌で物を押さえたりすることは行っている．絵を描くことやギター演奏を趣味にしていたが，受傷後は全く行えていない．

【経過】左手指の拘縮緩和と日常生活動作への参加量増加を目標に訪問時の手指ストレッチと自主ストレッチ指導を行った．3 ヶ月経過し，示指 PIP 関節伸展 90° に拡大．更なる可動域拡大を目指し，手指伸展装具の使用を提案した．過去の治療中断の経緯から，就寝時にのみ着用することで合意．自身が片手で装着しやすいよう着脱にはマジックテープを使用．継続して使用していただけるよう，自身の好きな色で塗装する工夫を行った．同居する叔母にも協力を依頼し声掛けを行っていただくことで，毎日就寝時に装着していただくことができた．

訪問時に装着方法の確認を行い，手指ストレッチを継続．可動域拡大に合わせて角度調整を行った．また，手指の可動域拡大に合わせて，把持訓練や家事動作の練習も行い，活動への左手の参加を促した．

【結果】左示指 PIP 関節の皮膚癒着は軽減し，他動による左示指 PIP 関節伸展 95°，中指 PIP 関節伸展 100° に拡大．関節可動域改善することにより左手使用へのモチベーションが向上し，皿の把持や衣服やタオルを押さえるといった補助手としての左手使用の機会が増加した．余暇活動においては，再度絵を描いてみたいと紙や筆記用具を購入し絵を描くに至った．今後は家事も自身でできることは行っていきたいと声があがる．

【考察】左手指の拘縮により活動の縮小が起こっているが，左手不使用の生活が長期化しているため，現状への慣れや諦念が大きい．治療中断した経緯もあり，目標設定と治療へのモチベーション維持が重要であった．左手指の可動域拡大が見込めることややり方を工夫することで日常生活動作が行いやすくなることを実感することで，活動性の向上に繋げることができた．

双極性感情障害を有した患者様のIADLに対する介入について

〇佐多直輝[1)]，北田泰敏[2)]
１）訪問看護ステーションさんさん，２）大阪リハビリテーション専門学校

【はじめに】
本報告では，双極性感情障害の患者様が退院し、地域へと戻った際に，身体症状症に加えて、活動に対する自信喪失が原因で通院困難となっていたため，支持的なかかわりと、日常生活での成功体験を積み重ねることで再通院へと繋がった事例を報告する．

【事例紹介】60歳代女性（以下A氏）．双極性感情障害．2型糖尿病．10代で発語ができなくなりうつ病の診断で入院（A病院）．20歳代に結婚後，躁状態でB病院へ入院となる（期間：4年半）．その後C心療内科へ通院治療となった．X-1年に母の日のプレゼントを贈ったが、実母がプレゼントを受け取らずに送り返してきたという出来事で、精神状態が悪化し、夜間に「助けて」「殺して」等と叫ぶようになった．服薬調整をするも，旦那様への暴力（包丁で切りつける）等の問題行動が多発し，X年にC診療内科受診時に患者様，旦那様ともに入院を希望したため，D病院へ入院依頼が入り、医療保護入院となる．X＋3ヶ月後，状態が安定し，患者様，旦那様のご希望でD病院を退院となり，生活リズムの安定とADL・IADLの再獲得を目的に、自立支援医療での訪問看護が週３回、特別指示書により複数名での訪問開始となった．

【作業療法評価】初期評価ではQuick Inventory of Depressive Symptomatology（以下：QIDS -J）２３点，Barthel Index（以下：BI）80点，Vitality index 6点であった．日常生活動作は基本的に自立から見守りで実施可能だが，入浴動作，階段昇降，屋外歩行では見守りまたは，軽介助が必要となる．家事動作も主体的に行おうとするが，ご自身で入院前の家事能力と比較してしまい，イメージ通りの行動ができなければその活動は失敗体験となってしまう．また，立位姿勢では前後への動揺強く，洗濯干しなどの立位姿勢での上肢活動や屋外歩行では転倒リスクが高くなる．精神状態と身体機能の不安定さから外出に対する不安が強く，通院が困難となっていた．服薬状況としては、管理は困難だが、拒薬なく飲むことが出来ていた。

【経過】当初，自宅に訪問されることに対しても拒否感強く，対人緊張の高さが窺えた．また，活動に対しての自信の低下が見られ、動作能力としては行えるはずの入浴も、失敗への恐怖から一人では行えていなかった．これらの現象は、入浴以外の活動にも影響を受けていた。

そこで，訪問看護では、看護師が入浴介助や服薬管理を実施し，訪問の必要性を伝えること，ＯＴは、訪問中実施したことに対するポジティブフィードバックやキーパーソンである旦那様を介して、支持的なコミュニケーションを図り，ラポールの形成を進めた．良かった点を振り返ることを意識したかかわりを約２ヶ月間継続することで，訪問看護に対する拒否感を緩やかに、和らげることにつながり、IADLや屋外歩行に対する介入が可能となった．それをきっかけとして、炊事や洗濯等の妻としての家庭内役割を再獲得し，近隣のファミリーレストランへ旦那様と出かけるといった余暇活動も自主的に獲得していく経過を辿った．

【結果】3ヶ月後，BIは入浴と歩行の項目で加点され90点，QIDS-Jは１８点，Vitality indexは８点だった．依然として立位バランスの不安定さや抑うつ症状は見られるものの，Ⅱ型糖尿病で受診している近隣の病院へと通院することが可能となった．

【考察】
2型糖尿病を合併するＡ氏にとって、通院を再開することは、とても重要なことであった。
通院が出来ていない理由としては、活動に対する自信の喪失があった。本人の気分が躁状態に至らないところでの、ポジティブな振り返りと、本人の気分や気持ちを否定することなく、支持的にかかわることを継続したことで、日常生活動作や外出に対する不安を払拭していくこ
が出来たと感じる。加えて、成功体験を積み重ねたことで、うつ状態や意欲の評価に改善が見られ、ADLにも影響を与えたのではないかと考えている．
また、キーパーソンである旦那様を本人の安全基地として役割を担ってもらったこと、訪問を同行した看護師とＯＴとの役割分担を明確にして関われたことで、Ａ氏にとって安心できる人的環境の構築に繋がったと考えている。
以上のことから、Ａ氏のIADL向上に繋がったのではないかと推察する．

道具の使用障害により，食事場面における麻痺側上肢の不使用を呈した症例に対し CI 療法を基盤とした介入を行った一例

伊丹恒生脳神経外科病院　上町彩夏

Ⅰ.はじめに

脳梗塞を発症後，道具の使用障害により食事場面での麻痺手使用が困難となった症例に対し，CI 療法を基盤とした介入を行った．結果，食具操作の獲得と重要な作業の再開に至った為以下に報告する．尚，本発表に際し本人に同意を得た．

Ⅱ.症例紹介　A 氏：70 歳代女性　右利き

診断名左心原性脳梗塞病前生活主婦．友人との外食が好き．入院からの経過「右手は使えない」と食事中に麻痺側上肢を大腿間に挟んでいた．また作業療法面接では，外食を諦める発言が聞かれた．

Ⅲ.作業療法評価（第 30~42 病日）

【面接（ADOC)】食事：満足度 1/5【身体機能】BRSU/E Ⅵ FgⅥFMA63/66STEF 実施不可感覚表在覚:4/10 深部覚:母指探しⅡ度握力右 14.9kg 左 20.9kgMALAOU3.3/5　QOM3.1/5　食事:AOU0/5 QOM0/5【高次脳機能】SPTA41/162 点 道具使用を伴うジェスチャー，実動作で減点【ADL】自立 食事:健側上肢でスプーンを使用 FIM111/126 点

Ⅳ.評価のまとめと介入方針

面接場面で A 氏は麻痺側上肢の不能感から友人との外食を諦めていた．食具操作では，過剰な力で食具を持つ，持ち方を誤る等の道具の使用障害が見られた．また，麻痺手の使用頻度は食事場面と日常生活全体で乖離があった.【介入方針】CI 療法を基盤とし，失行及び感覚障害に対するアプローチを併用した介入を行い，食事場面での麻痺手使用頻度向上を目指す.【目標】麻痺手での食具操作を獲得し，友人との外食希望へ繋げる．

Ⅴ.作業療法経過(第 39~133 病日)

〈一期：食事場面での麻痺手使用に向けた介入〉手指分離課題などの巧緻練習に加え，スプーン操作の実動作練習を実施した．健側での手渡しによる食具把持や手添え介助等，エラーレスを基本とした．また食事場面の麻痺手の使用場面を提案し，実施の記録と OT との振り返りを行った．〈二期：バネ箸操作練習の導入〉前腕のコントロール及び手指分離運動を実施した．また，実際の食事場面でバネ箸操作のエラーを修正できるよう，視覚確認による自己修正法を指導した．食事場面ではバネ箸の使用が 4 割程度可能となった.〈三期:感覚障害への介入と自主練習の導入〉脇にボールを挟んだバネ箸操作課題など，体性感覚を入力した練習を行った．また A 氏が一人でバネ箸を使う経験の蓄積を目的とし，自主練習を導入した．食事場面ではバネ箸の使用が 8－10 割可能となった．

Ⅵ.結果（第 124~134 病日）

【面接】友人との外食の再開に意欲的な発言あり．食事:満足度 4/5【身体機能】BRSU/E Ⅵ FgⅥ FMA64/66STEF(右/左)70/92 感覚表在覚:4/10 深部覚：母指探しⅡ度握力右 21.9kg 左 19.4kgMALAOU4.3/5　QOM4.3/5　食事:AOU5/5 QOM5/5【高次脳機能】SPTA22/162 点 道具使用を伴うジェスチャーで減点【ADL】食事:麻痺側上肢でバネ箸を使用 FIM120/126 点

Ⅶ.考察

Morris ら)は CI 療法の目的を，臨床の場で得た成果を対象者の ADL に移すこととしている．本介入では食事場面での麻痺側上肢の不使用に対し，道具の使用障害に対する課題練習と，練習内で獲得した動作を生活に汎化した．結果，実場面での成功体験を経て，麻痺手の使用頻度が向上した．麻痺側上肢で「できた」という体験が，A 氏の外食再開への希望に繋がったと考えられる．

Ⅸ.文献

Morris ら)Constraint-induced movement therapy :Characterizing the intervention protocol. "Europa medicophysica 42.3 (2006): 257

共同運動を伴う麻痺手に対し，段階付けした介入が有用だった心原性脳塞栓症再発の症例

神戸市立医療センター西市民病院[1] 西神戸医療センター[2]
○田口真衣[1] 山口卓巳[1] 井上慎一[2] 菅生教文[1]

【はじめに】元々，心原性脳塞栓症後遺症で右片麻痺があり，今回心原性脳塞栓症を再発し，同側の麻痺を呈した症例を経験した．外来で介入継続し，良好な結果を得たため報告する．報告に際し同意を得ている．

【症例紹介】X-7 年の心原性脳塞栓症により，右片麻痺と失語症を呈していた 60 歳代男性である．現病歴は，X 日に右下肢脱力を主訴に受診され，MRI の拡散強調画像にて左前頭葉に高信号領域認め，心原性脳塞栓症の診断で入院となった．X+2 日にリハビリが開始した．ADL は X-7 年に利き手交換し，食事・洗体は左上肢のみ使用して自立，更衣やトイレ動作は，右上肢を補助手として使用し自立していた．

【初期評価（X-2 日）】

運動性失語を呈していたが，認知機能良好だった．随意性は Brunnstrom stage(BRS)で，右上肢 V，右手指 IV，右下肢 V であった．右手指伸展時には，手関節掌尺屈が強まり，小指環指は伸展不十分であった．また，右手指の握り・つまみ動作では，手関節の掌尺屈と，小指環指に MP 伸展・PIP/DIP 屈曲が強まるなど，共同運動を認めた．右手関節以遠に深部感重度鈍麻を認めた．ADL は入院前と同等だったが，新規病巣発症後，共同運動が強くなり，右上肢が使いにくい事を聴取した．

【経過】

X+13 日の自宅退院に伴い，PT，ST 終了となった．OT は週 1 回の頻度で外来を継続した．

Ⅰ期（X+20～125 日）：右手関節～手指の共同運動を生じさせず選択的運動を促すため，①手関節中間位～軽度背屈位での手指伸展の誘導，②橈側手根伸筋，小指伸筋に対し神経筋電気刺激療法，③ペットボトルを把持した肢位からの手指自動伸展・屈曲練習を実施した．また，①③は鏡を使い，視覚的フィードバックを行いながら自宅で継続するよう指導した．結果，右手指の共同運動が軽減し，選択的運動ができる範囲が広がり，X+55 日に車のハンドルの把持，X+62 日に鋏が使用可能となったが，速さや巧緻性を求められる動作では共同運動は残存した．

Ⅱ期（X+132～209 日）：右手関節～小指の共同運動が生じにくい課題の難易度を設定し，上肢操作練習を中心に行った．難易度の設定として，物品の把持，つまみ練習から開始し，お手玉投げ，紐結び，紐解きの練習など段階的に移行した．結果，さらに選択的運動が増え，つまみ動作も可能となり，X+167 日に靴紐結び，X+195 日に両上肢での背中の洗体が可能となった．

Ⅲ期（X+235 日～）：自助具の箸での食事摂取が可能となった．

【結果(X+242 日)】

随意性は BRS で，右上肢 VI，右手指 V，右下肢 VI であった．右手指伸展時の小指環指の自動伸展可動域拡大，右手指の握り・つまみ動作時の共同運動は減少し，鋏・箸操作が右上肢で可能になるなど，新規脳梗塞前より右手指の操作性，使用状況は向上し，深部覚も軽度鈍麻まで改善認めた．

【考察】

症例は，右上肢使用の際に，手関節～手指を過固定する傾向が強かった．この背景には，既往の右麻痺後の固定的な運動パターンの蓄積が一因と推察され，新規病巣発症後の共同運動の増強がこれを助長し，物品操作練習からの介入は現実的ではなかった．そのため，過固定や共同運動が生じにくい，部分的な選択的運動の促通から開始した．また，神経筋電気刺激療法で橈側手根伸筋・小指伸筋を賦活した事で，手関節の過固定，小指伸展の際の過剰努力が減少し，共同運動が軽減したと考える．段階付けた治療を行った結果，固定的な運動パターンが減少し，反復した物品操作練習が可能となり，新規病巣発症前より右上肢の選択的運動が可能となり，右上肢が利き手としての役割を取り戻し始めた．脳梗塞再発例で，麻痺が重複した場合，上肢機能低下の要因は複雑になるが，要因を分析し，仮説を立てながら段階付けて介入する必要があると強く感じた症例であった．

筋萎縮性側索硬化症患者における意思伝達装置の早期導入支援について

尼崎だいもつ病院　岩下舞雪

【はじめに】

筋萎縮性側索硬化症(以下ALS)患者に対し，パソコンなどIT機器の援助技術の介入は，QOL向上に役立つ重要な要因である（曽根弘喜ら，2007）と述べられる一方で，症状が進行した次の段階の方法を先行的に導入するのは心理的に受け入れが悪いことも多い（筋萎縮性側索硬化症診療ガイドライン，2013）．今回ALSの患者に対し，コミュニケーション支援として意思伝達装置を早期から導入できたため，その経緯を報告する．報告にあたり，本人の同意を得た．

【症例紹介】

A氏：50代女性．診断名：ALS．現病歴：X年Y-6月ALSと診断，急速に症状が進行し，Y-2月喉頭摘出術，Y-1月胃瘻造設，X年Y月Z日当院へ入院．
病前生活：独居，ADL・IADLは自立，日課は日記，趣味は動画視聴．ニード：おしゃべりをしたい，動画視聴がしたい．

【作業療法初期評価】

[身体機能(R/L)]筋力：頸部1，肩2/2，肘3/2，手関節掌屈･背屈4/4，下肢4/4，SLR可能．
手指機能：両母指掌側外転困難，鈎状握り可能．
[コミュニケーション]筆談とうなずきにて疎通可能．[基本動作]端坐位見守り，歩行軽介助(頭頚部保持)．[ADL]全介助（排泄は歩行にてトイレまで移動）

【経過】

<u>第一期　意思伝達装置の選択(Z+1日～)</u>

ペンで指すニードボードを作成し疎通は円滑化．意思伝達装置としては“伝の心”を選択される．

<u>第二期　伝の心操作練習開始(Z+15日～)</u>

上肢の筋力低下に伴い，緊急性の高い単語（吸引など）を足で指せるボードを作成．伝の心に対し使用方法の理解は良好であるが，筆談へのこだわりが強く，実生活での利用や伝の心を病床に置く事には消極的であった．まずは時間を限定し（30分間，1日2回)練習を行った．姿勢は操作時用のポジショニング(長坐位)から開始し，徐々に安静時（臥位)での操作練習時間を延長していった．下肢機能は維持できていたため，スイッチはジェリービーンを２つ選択用と決定用として使用した．

<u>第三期　伝の心移行前期(Z+40日～)</u>

筆談での筋疲労に伴い伝の心の操作時間が延長(約２時間)し，伝の心を病床に置くことを了承された．この頃から伝の心にて日記を開始，夜間は伝の心で動画鑑賞をして過ごされた．

<u>第四期　伝の心移行後期(Z＋91日～)</u>

文字が乱れ筆談が難しくなり，伝の心と足元のニードボードの使用が中心となる．Z+113日，本人用伝の心が届き使用を開始．

【作業療法最終評価】※変化点のみ

[身体機能(R/L)]筋力：肩屈曲2/1，肘屈曲2/2，手関節掌屈･背屈3/2，下肢4/4．手指機能：側腹つまみ困難．[コミュニケーション]伝の心と足元のニードボードで疎通可能．[基本動作]歩行2人介助(頭頚部保持と腋窩介助)[ADL]トイレ：転倒リスクありベッド上排泄のみ．

【考察】

今回、障害受容ができていなかったALS患者に対し，段階的に支援をした結果、上肢の筋力低下により筆談から他の意思伝達手段に移行せざるを得ない時期までに意思伝達装置を導入し、十分に操作を獲得することができた。その要因としては大きく三つ，一つ目は意思伝達装置導入前に緊急性の高いニードについてニードボードを使用しすぐに他者に伝達できるよう環境を整え，安全性の欲求を確保したこと．二つ目は，残存能力に合わせたスイッチの選定，安静時・活動時のポジショニングを段階的に検討し，快適に伝の心を操作できる環境を整えたこと．三つ目は伝の心を意思伝達手段としてだけではなく，病前から日課にしていた日記や動画視聴など，今まで行ってきた本人の作業と関連付けたことなどが，要因として考えられる．症状進行の過程の中で、患者の気持ちの変化など適切なタイミングを逃さず、患者の意思決定を支援し円滑に次の段階に移行できるよう、十分に準備・調整していくことが必要だと感じた。

重要な作業を用いることで麻痺手使用時間が増加し，復職に必要な技能の獲得に繋がった症例

第二協立病院　巽一己

【はじめに】

今回，くも膜下出血，左前頭葉内側梗塞による右片麻痺を呈した患者に対し，作業選択意思決定支援ソフトである ADOC および ADOC-H を用い，麻痺手使用時間を段階的に増加したところ，目標とする活動の獲得に至ったため，以下に報告する．尚，発表に際し，本人より同意を得ている．

【事例紹介】

50 歳代女性，右利き，母親と二人暮らし．デザイナーとして勤務していた．性格は，真面目で努力家である．現病歴は，X 年 Y 月 Z 日自宅で倒れ救急搬送，くも膜下出血，左前頭葉内側梗塞を認め緊急入院となる．Z+103 日，リハビリ目的で当院転院となる．

【作業療法評価（103～110 病日）】

1）面接（ADOC）：重要な作業（満足度）として挙げられた，①排泄(1/5)，②起き上がり・立ち上がり(2/5)，③移乗(2/5)，④整容(2/5)，⑤食事(3/5)の自立を目標共有する．復職に関しては，「まだ分からないですけど，難しいですよね」「この仕事が好きで，まだまだ極めたい」と話される．

2）情報収集・検査測定

BRS：右上肢Ⅳ・手指Ⅳ・下肢Ⅳ，表在・深部感覚：正常，FMA（上肢運動項目）：34/66 点，握力：右 1.0kg/左 3.0kg，MAL：AOU0/QOM0，STEF：右 73/左 85 点，ROM：右肩関節屈曲・外転・外旋，肘・手指関節伸展に制限あり，MMSE：22/30 点，RCPM：35/36 点，FIM：44/126 点

【介入方針】

本症例は，将来的な復職を考えており，麻痺手の高い機能の獲得が必要であった．OT 介入時以外でも積極的な麻痺手の使用が必要であると考え，ADOC・ADOC-H を用いた麻痺手の使用場面の設定と自主練習の提供を行い，1 日の麻痺手使用時間が段階的に増加するよう介入した．

【経過】

介入当初は、OT 時の課題指向型練習と，ADOC で挙げられた重要な作業を中心に生活場面での麻痺手使用機会を ADOC-H を用い設定した．加えて，自主練習を指導し，1 日の麻痺手使用時間が段階的に 3 時間となるようプログラムを提供した．ADOC-H で設定した項目は，イラストなどを用いた掲示物を作成し，本人・病棟スタッフと共有した．介助が必要な部分は，病棟スタッフの援助のもと麻痺手の使用を促した．

当院入院から約 3 ヶ月後，ADL が自立し，入院時に ADOC で挙げられた重要な作業が満足度 5/5 に達した．この頃から，「デッサンの練習がしたい」「長時間書いても疲れないようにならないと」と，復職に向けた発言が増えた．そこで，ADOC を用いて目標を再設定した．重要な作業（満足度）として，①仕事(1/5)，②絵画(1/5)，③手紙・書類を書く(2/5)，④手と腕の使用(2/5)が挙げられ，復職に必要な技能であるデッサンや製図，書字などの作業の獲得を目標共有した．1 日 1 時間の課題指向型練習と，生活場面での麻痺手使用時間を ADOC-H を用い 2 時間に，自主練習も 3 時間に増加し，合計 1 日 6 時間の麻痺手使用を促した．

【結果（270～280 病日）】

1）ADOC（満足度）：①仕事(3/5)，②絵画(4/5)，③手紙・書類を書く(4/5)，④手と腕の使用(4/5)

2）情報収集・検査測定

BRS：右上肢Ⅵ・手指Ⅵ・下肢Ⅵ，FMA（上肢運動項目）：62/66 点，握力：右 13.0kg/左 15.0kg，MAL：AOU4.2/QOM4.2，STEF：右 91/左 100 点，ROM：制限なし，FIM：124/126 点

本症例は，281 病日目に自宅退院となり，約 1 ヶ月間の自宅療養期間を経て，復職に至った．

【考察】

本介入では，ADOC・ADOC-H を使用することで本人にとって重要な作業を抽出し，その中で麻痺手の使用時間を段階的に増加できたことが，麻痺手の機能を大きく改善し，ADL 自立や復職に繋がったと考える．

主体性が低下した患者に対しSDMを使用し介入した一例～家事動作獲得に向けて～

医療法人仁寿会　石川病院　足立萌香

【はじめに】

個別性の高いリハビリテーションでは対象者が自身の価値観に基づき，医療者と協働してアプローチを決定する共有意思決定(Shared-Decision-Making：以下SDM)が適していると報告されている．入院により主体性が低下した患者に対し，患者の希望や価値観に基づいた目標設定は，患者との関係性の構築にも有効と考えSDMを使用した介入を行い家事動作の獲得に至った為報告する．
尚，発表に際し本人より同意を得ている．

【症例紹介】

60代女性．左半身の傾きが出現し症状の改善を認めずかかりつけを受診．急性期脳梗塞像を認め，右頭頂葉梗塞と診断され，15病日目に当院へ転院．発症前は家事全般を本症例が行っており，入院時より家事動作の再獲得を強く希望．性格は内気．主訴は出来ないことが分からない．

【作業療法評価】

HOPEは今まで通りの生活を送りたいと漠然としていた．病棟生活では自室でカーテンを閉め他患との交流はほとんどなく，作業療法では提示したプログラムをこなすのみであり表情は暗い．脳卒中後の鬱を疑い評価を行うも正常範囲内．麻痺や感覚障害は軽度であり認知機能の低下もなし．院内ADLは見守り～軽介助レベル．

【治療内容と経過】

介入初期は覚醒度や性格の影響もあり活気は乏しく，会話が続きにくい状態であった．主訴は漠然としており具体的な内容は聴取できなかった．身体機能は移動能力の低下や上肢中枢部の筋力，協調性の低下を認め，家事動作の獲得に必要な機能訓練を中心に介入したが，「これが何に繋がるか分からない」等の発言が聞かれた．機能訓練よりもADL・IADL訓練に対する反応は良好であり早期から模擬的な動作練習を実施した．SDMの実践に必要な要素である「障害やリハビリの目的の説明」「生活方法，希望の確認」を話し合い，今後の生活や介入内容を検討した．その結果列挙された優先度の高い動作に対して目標を設定し介入を行った．「両手で料理を運ぶ」という目標では，左上肢筋力の向上を目的とした介入から開始し，両上肢で空間保持をする練習，両上肢で食器を運搬する練習を実施するなど，目標の動作に対して具体的に介入した．目標としていた動作が遂行可能になった際に，再度話し合いを実施し新たに目標を再設定した．介入後期になると「フライパンや重い鍋を運べるようになりたい」等自ら目標を挙げるようになり，主体的に取り組む場面が増えた．話し合いを実施することで，より退院後の生活を想定しやすい具体的な介入が可能となり，「これからも自分で料理が出来そう」という肯定的な発言も聞かれるようになった．

【最終評価】

HOPEは買い物は1人で難しくても料理は自分でしたいと具体的な内容が提示されるようになった．病棟生活では他患との交流も増加し，自ら会話の輪に入っていく様子も見られた．作業療法に対しても意欲的に取り組まれ肯定的な発言も増えた．麻痺や感覚障害は改善傾向であり移動能力も向上し，院内ADLは自立レベルまで改善した．

【考察】

本症例は入院当初から家事動作の再獲得を希望していたが，活気は乏しく消極的で訓練に対する目的を共有することが困難であった．尾川らはSDMを通して患者が意思決定に参加することで治療意欲の向上に繋がると述べており，本症例も目標設定に参加し，やりたいことを優先して取り組むことで，肯定的な発言や行動が増加したと考えられる．また，具体的に出来るという達成感を得ながらステップアップする目標設定の仕方は，目標を具体化することで意欲や主体性が向上し，訓練プログラムも具体的に立てやすくなると報告されている．具体的な目標を設定し介入を行い，達成すると再度目標を検討し，達成感を得ながら介入することで，より主体性が向上し病棟生活でも他患との交流や笑顔も増え，作業療法時も自ら目標を提示するようになった．SDMを使用することで具体的な目標設定が可能であり，本症例のような主体性が低下した方に対しSDMは有効ではないかと考える．

当院の回復期リハビリテーション病棟での就労支援活動について

医療法人社団　六心会　恒生病院　作業療法士　尾崎里沙

【はじめに】

当院では，令和元年より就労支援チームを立ち上げ，担当チームが円滑な就労・復職支援ができるように情報共有や助言を行い，職種間や同一法人内の病院と連携を図っている．今回，就労支援チームの活動と就労を希望した脳血管疾患患者の就労状況について報告する．この発表は当院の倫理審査委員会の承認を得た．

【活動内容と対象】

当院では，回復期リハ病棟の入棟時に看護師と医療ソーシャルワーカー（以下MSW）が職業の有無と退院後の就労希望を聴取している．また，就労支援チームは病前に仕事に従事していた脳血管疾患患者を対象に，担当チームへ職業情報シートの記入を依頼している．その内容を基に就労支援チームが月1回のカンファレスを実施し，身体機能，高次脳機能，病棟での生活状況，退院時期などを情報共有している．担当チームにはカンファレンスの内容を伝達するとともに活用できる社会制度などの助言を行っている．退院後にリハビリの継続が必要な場合には，当院の外来リハ，もしくは同一法人内の病院で継続できるよう連携を図っている．また，退院後の就労状況を確認するため退院3カ月後には仕事復帰の有無，復帰して感じたこと，車の運転，入院中に行っておくべきだったことについて聞き取り調査を行い，得られた情報は回復期リハ病棟で従事しているセラピスト，MSWで共有し，個々の支援活動に活用している．

今回，対象は令和元年～4年で当院の回復期リハ病棟に入院した脳血管疾患患者で，就労希望をした122名，男性91名，女性31名，年齢平均は56±10歳，職種の内訳はホワイトカラー43名，ブルーカラー79名であった．

【結果】

就労可能群は80名（ホワイトカラー35名，ブルーカラー45名，男性61名，女性19名），困難群は42名で復帰率65.5%であった．可能群の勤務形態別でみると，正社員が全体の51%（41名）パート25%（20名），契約社員13%（11名），自営業10%（8名）であった．可能群の平均年齢は56±9歳，困難群58±13歳，平均在棟日数は可能群61±39日，困難群79±52日であった．また，困難群の半数は重度の運動麻痺や高次脳機能障害を呈し，日常生活や社会生活面の技能に支援が必要な患者であった．しかし，家族や職場への情報提供を行うことで復帰可能に至った症例もいた．

聞き取り調査では，周囲からのサポートがあって楽しく仕事ができている，手足が思うように動かない，頭が働かず書類の片づけに時間がかかるようになった，車の運転ができず仕事に戻れていないなどプラス要素とマイナス要素の意見が聞かれた．

【考察】

脳卒中発症後の最終的な復帰率は50～60%[1)]と報告されており，当院の最終的な復帰率は65%であった．可能群では，病前の職種がホワイトカラー，勤務形態が正社員であることや運動麻痺，高次脳機能障害が軽症で在棟日数が短かったことが関係していると考えられた．一方，重症であっても家族や同僚からの支援が得られ就労したケースもあり，家族や職場など本人を取り巻く環境への支援が非常に重要であると考えられた．また，OTとして日常生活や社会生活面へのアプローチも重要であると考えられる．

今後の課題として，職業情報シートや聞き取り調査からより有効な情報を得るために見直しを図る必要がある．また，スタッフの就労支援への意識を高めるため定期的な勉強会の開催や就労支援チームとして復職困難者への社会参加の方法を提案できるよう，知識や制度の理解を向上させることが求められる．

【参考文献】

[1)] 事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン

右被殻出血後25か月経過しても作業方法と環境因子への介入で買い物活動は変化する

医療法人公仁会 明石仁十病院　末吉謙斗

【はじめに】スーパーにて1人での買い物を希望するも，運動性失語や注意障害等の影響による失敗体験の原因で，妻の同伴が必要な状態にある男性A氏を担当した.右被殻出血発症後25か月が経過していたものの,買い物を31項目に分類し能力に応じた作業方法の提案と環境因子への介入により，作業の実行度と満足度が上昇しA氏の生活に変化をもたらすことが出来たので報告する．尚，発表に際し,A氏と家族より同意を得ている.

【事例紹介】70歳代男性，左利き．右被殻出血発症し入院．発症3か月後に自宅退院，運動性失語と高次脳機能障害等が残存，訪問リハビリ（OT・ST 各1回/週）開始．発症25か月後にOTR変更，買い物再開に向けた評価開始．妻と2人暮らし.

【作業療法評価】希望：(A氏）1人で買い物をしたい（妻）1 人でできることを増やしてほしい

ADL：自立　Br-stage：Ⅵ　**感覚障害**：無し

FBS ：53/56 点　**記憶：**聴覚視覚ともに文字の記憶保持は苦手，色や形等の視覚的な記憶は保持

TMT-A：5分3秒[完了]　TMT-B：6分9秒[途中終了]　**かな拾いテスト**：[無意味綴]作業数 3 正答数 3 拾い落とし数 57 拾い誤り数 0，[物語]作業数 10 正答数 10 拾い落とし数 45 拾い誤り数 0

FAB：4/18 点**買い物**：1 人で行った際，レジ対応に不満を感じ会計途中で涙しながら帰るエピソードあり．基本的には妻と一緒に行っている．買い物動作の工程を31項目に分類し,実際に買い物を行った結果，特に「購入予定物品の記憶」「類似商品の選択」「支払い」の3項目に課題があると評価.

【目標】1人で近隣スーパーにて買い物が出来る．実行度3/10点，満足度4/10点.

【工程の課題と介入内容（発症26～27か月後）**】**

購入予定物品の記憶：A氏が買いたいものは買えるが，妻から口頭で伝えられた依頼品は買い忘れがある状態．転導性注意の低下により思考の切り替えが苦手な状態と評価．A 氏に購入予定リストを作成する習慣は無い．妻に「リストを作成し A 氏に渡す」，A氏に「リスト内容を優先してカゴに入れること」を提案，買い忘れが無くなった.

類似商品の選択：陳列棚前で商品を繰り返し手に取る様子や，買い間違いがある状態．選択性注意の低下によりパッケージから必要情報を見つけられない状態と評価．色や形の記憶は保持されているA氏に対し「買い物前にパッケージ等を確認すること」等を提案．商品を繰り返し手に取る事が減り，買い間違えも無くなった.

支払い：財布から提示金額を出せず，店員はA氏に対し何度も金額を伝える，質問を繰り返す等の行為あり．A 氏は途中で会計をやめようとする様子あり．A 氏の行動は選択性・分配性注意の低下が主な原因と評価．OTR は A 氏・妻に承諾のもと「病気の影響で言葉が出にくく計算が苦手なこと」「財布からお金を取ってほしい」旨が書かれたカードを作成．支払い時に店員にカードを提示した結果，「こちら（小銭受け）に全て出して下さい．私が取ります」と対応，支払いが可能となった.

【結果】4 回の直接練習を実施．目標は達成し，日常生活で場所を問わず1人での買い物が可能となった．実行度10/10点，満足度10/10点．A氏は「これでどこでも行けます」と笑顔で話す．妻は「安心しておつかいを頼めます.」

【考察】高次脳機能評価の結果に基づいた代償手段と他者という環境にアプローチしたことで成功体験を重ねることができ，早期に目標の達成ができたと考える．また，右被殻出血発症後25か月経過し，心身機能は“プラトー”と言われる状態にあっても，適切な作業方法と環境で生活は変化する可能性があることが示唆された.

1人息子のリモート結婚式に出席できた事例

医療法人公仁会　明石仁十病院　光安紀里佳

【はじめに】今回，多発性骨髄腫が増悪し治療を打診されるも本人・家族の意向により自宅での対症療法,緩和ケアを選択した60代女性を訪問リハビリで担当する機会を得た．2ヶ月後の1人息子のリモート結婚式に出席したいという希望はあるが，いつ寿命が尽きるか分からない不安があり，事例の気持ちに配慮し食事を用いた介入を行った．結果，1時間の端座位保持が可能となり結婚式に出席できた為以下に報告する．尚，発表に際し家族に同意を得ている．

【事例紹介】60代女性診断名多発性骨髄腫，左乳がん術後（3年前）経過多発性骨髄腫の増悪により1ヶ月入院．退院1ヶ月半後に訪問リハビリ開始．ニーズ座って食事をしたい，息子のリモート結婚式に出席したい作業療法評価性格：芯が強い．出来ると思った事は積極的に行動する．疼痛：運動後に肋間や側腹に出現．嘔気：突発的に出現．ADL：主にベッド上の生活でバルーン留置．ベッド端座位1分自立．食事はベッドギャッジアップ約20°で実施．更衣：全介助．化粧：未実施．サービス訪問リハビリ：週1回，訪問看護師：週2回，ヘルパー：定期巡回結婚式約2時間，親族のみのリモート結婚式．新郎新婦のみ式場に出席．家族や他職種は協力的問題点疼痛や嘔気の出現，離床時間の短縮，筋力・持久力の低下目標ベッド端座位で食事自立，リモート結婚式に出席する

【介入経過】(1w～9w）時折疼痛や嘔気の出現あるも小康状態であった．座位で食事をする為ベッド端座位練習を実施．運動前後の疼痛や嘔気の有無を確認しながら離床時間の拡大を図った事で徐々に疼痛や嘔気は軽減し出現する機会も減少した．3w目には調子の良い時は約20分介入時以外でも端座位で過ごすようになった．介入時以外も積極的に端座位をとる為，疼痛を繰り返しながらも9w目には約1時間離床可能となった．

(5w)椅子座位での食事に向け立位練習を提案するが，入院中からの長期臥床により動作手順を忘れていた為，段階付けとして，前傾姿勢になる，下肢に力を入れる，離殿，立ち上がりとする事で見守りにて可能であった．その際正のフィードバックを行った事で「まさか立てるなんて思ってなかった」と涙された．その後自ら結婚式の服装や身なり等出席の仕方を具体的に話したり，ベッド端座位で食事をし始めるようになった．

【結果】ヘルパー介助にて準備した服に着替え，自身で口紅を塗り出席．ベッド端座位で1時間程座り，しんどくなると臥床して休憩していた．後日訪問時に「お嫁さんきれいだった」と写真を見ながら笑顔で話される．

【考察】事例はベッド上で生活しており，結婚式に出席したい思いはあるも2ヶ月後の自身の状態には不安があった．その為ベッド端座位での食事を目標とし端座位練習を行った．時折運動後の疼痛や嘔気があったが動作を継続した．その高いモチベーションは家族や他職種の支えや結婚式が控えていた事が要因と考えられる．端座位時間が延長すると介入時以外も端座位で過ごすようになり，自信を持てば積極的に行動する性格と評価し正のフィードバックが有効と考えた．結婚式に直接関りは無いが，立位練習を行った際も正のフィードバックを行い成功体験を実感した事はADL拡大のきっかけになったと考える．結婚式の出席に不安があったが，安定した状態で活動量が上がった事で，結婚式に向け具体的かつ前向きな発言が聞かれた．結果，結婚式という大きな目標を達成した事は事例のADL，QOLの向上に繋がったと考える．

複合的上肢アプローチと他職種連携により茶碗の把持と卓球を再開できた訪問リハ利用者

○笹沼里味[1)]，上田亮[2)]

1）伊丹恒生脳神経外科病院リハビリテーション部，2）アップデイサービス瑞ヶ池

【はじめに】

今回，訪問リハビリテーション（訪問リハ）利用者の「麻痺手で茶碗を持ちたい.」，「友人と卓球をまたしたい.」という二つの目標を達成するために，家族と他職種の連携・協力のもと，麻痺側上肢に対して複合的アプローチを行った結果，目標を達成することができたので報告する.発表について，利用者と家族に説明し，同意を得ている.

【利用者紹介】

70歳代，男性，右利き.

令和X年Y月，心原性脳梗塞発症．既往歴：心房細動(医師より運動時心拍数120回/分以下の指示あり)．要介護2．妻，次女と同居．病前は週1回，友人と卓球を楽しんでいた.

令和X年Y＋5ヶ月に回復期リハ病院を退院し，左上肢機能改善，生活動作改善を目的に週1回の訪問リハと，身体機能の維持を目的に週2回の通所リハが開始となった.

【目標】

目標は，「左手（麻痺側）で茶碗を持ちたい.」と「また友人と卓球をしたい.」であった.

【初回評価】

身体機能は，安静時心拍数70～80回/分，疲労感はVisual Analogue Scale(VAS)3．左上肢：Fugl-Meyer Arm score(FMA)49/66，中等度感覚障害，手部浮腫により手指に可動域制限あり．握力：左 測定不可，右 30.4kg．Motor Activity Log(MAL)：Amount of Use(AOU)，Quality of Movement(QOM)共に0.29.

ADLは，FIM 101/126，軽介助～修正自立．生活動作を全て右手のみで行なっていた.

認知機能はMMSE 25/30点(再生，注意で減点)．高次脳機能は全般性・方向性の注意障害を認めた.卓球：右手に把持したラケットで球を打つことは可能だが，左手での球把持，左右へのステップは困難で，3分間のプレイで心拍数100回/分前後，疲労感 VAS 7と立位の耐久性低下を認めた.

【介入】

目標達成には，「左上肢機能改善」，「立位バランス・耐久性向上」が必要であった．プログラムとして，複合的上肢アプローチ（電気刺激療法・スプリント療法を併用した課題試行型練習)，左上肢筋力増強練習，自主練習，左手の生活動作参加促通，立位バランス・耐久性練習，卓球動作評価・練習を立案した．しかし，訪問リハは介入回数・時間の制限があり，全てのプログラムを十分に練習することが困難であった．そこで，利用者，家族，通所リハ，CMと，目標と課題を共有し，役割分担を行った.家族には，生活動作への麻痺手参加の促しを依頼し，通所リハではOTが作成した立位バランスと耐久性向上を目的としたプログラムを行っていただき，麻痺手の使用頻度増加と身体機能の練習量の確保を図った．訪問リハでは，複合的上肢集中アプローチとリスク管理を伴う卓球の評価・練習など専門的介入を行った.

【結果】(6ヶ月後)

身体機能は，左上肢FMA 51/66，握力：左6.1kg，MAL：AOU 4.71，QOM3.00と改善した.

ADLは，FIM 113/126．両手で物を持って運ぶ，左手で側頭部の洗髪を行うなど生活動作での左手の使用頻度が増加した.

機能改善に伴い，目標である茶碗や卓球の球の把持が可能となった.卓球は10分間安全にプレイが可能となり(心拍数 90～95回/分，VAS 5)，友人との卓球が再開できた.

【考察】

訪問リハという限られた時間の中で目標を達成するためには，利用者，家族，他職種と目標などを共有・協働など連携して介入する必要がある.

今回，家族と通所リハの協力により生活場面での練習量が確保できたこと，練習量の確保により訪問リハで複合的上肢集中アプローチなど専門的介入ができたことにより，症例の身体機能などが改善し，目標の達成に繋がったと考えられる.

民生委員の健康関連 QOL 満足度に影響を及ぼす生産的活動の検討

○赤堀将孝[1)]，谷川和昭[2)]
1）はくほう会医療専門学校赤穂校，2）関西福祉大学

【はじめに】

地域在住高齢者の社会活動への参加は 51.6%と，多くの高齢者が社会活動へ参加している．中でもボランティア活動の参加は，身体的・精神的健康への関連が報告されている．作業遂行の側面からは，個人にとって価値のある作業遂行を測定する自記式作業遂行指標（以下，SOPI）を用いて生きがいや健康関連 QOL などとの関連が示されている．一方，ボランティア活動参加者に着目した研究はみられず，ボランティア活動への参加促進には，年齢による違いを踏まえた支援を検討する必要がある．以上より，本研究の目的はボランティア活動に従事する地域在住中高年齢者の健康関連 QOL 満足度指標（以下，SI-HRQOL）に影響を及ぼす年代による生産的活動の側面を明らかにすることである．

【方法】

対象はボランティアとして位置づけられている民生委員とし，対象者には説明の上で調査用紙への記入を依頼し，同意を得た者から回収した．調査は，年齢，性別，SI-HRQOL，SOPI とした．分析方法は，年齢，性別，在任期間は記述統計を集計し，EZR を用いて年代による SI-HRQOL および SOPI の生産的活動および 3 側面を Kruskal-Wallis 検定にて解析した．次に SI-HRQOL と生産的活動の関連を単回帰分析にて分析し，さらに生産的活動の 3 側面の年代による違いの検討には全国調査を参考に 64 歳以下，65 歳以上 69 歳以下，70 歳以上の 3 群に分け Spearman の順位相関係数と回帰分析を実施した．また，サンプルサイズを規定していない集合調査であるため，その影響の検討に事後検定を行った．倫理的配慮は，当校の倫理審査の後に実施した（はくほう医専 23-1001 号）．

【結果】

平均年齢は 67.6±5.5 歳，男性 41 名，女性 53 名であった．3 群間の比較は，SI-HRQOL と SOPI の生産的活動 3 側面に有意な差はなかった．SI-HRQOL を従属変数，生産的活動を独立変数とした単回帰分析では，自由度調整済み決定係数が 0.272 であった．また生産的活動の 3 側面を独立変数とした回帰分析では，多重共線性が疑われたためステップワイズにて項目を抽出し，70 歳以上群が生産的活動-作業の統制（R^2＝0.203，$p<0.002$），65-69 歳群が生産的活動-作業バランス（R^2＝0.369，$p<0.001$），64 歳以下群が生産的活動-作業バランス（R^2＝0.549，$p<0.001$）となった．検定力は生産的活動は，1.000，生産的活動の 3 側面では，70 歳以上群が 0.723，65-69 歳群が 0.958，64 歳以下群が 0.937 となった．

【考察】

64 歳以下の中高年者のボランティア参加の条件は，時間や期間にしばられないことや身近なところでの活動を重視するワークライフバランスが重要とされている．本研究では，生産的活動-作業バランスが SI-HRQOL にかなり強く影響し，適合度も比較的よかった．そのためボランティア活動と仕事や家事等のバランスが健康関連 QOL に影響する可能性が示され、その他の生産的活動を踏まえた関わりの必要性が示唆された．次に 65-69 歳は仕事を継続している割合も高く，多くの民生委員が民生委員以外の関係団体の役職・委員等へ就任していることが報告されている．そのため，生産的活動-作業バランスが SI-HRQOL に影響し，ボランティア活動と仕事やさまざまな社会活動等のバランスが健康関連 QOL に影響する可能性が示された．そして 70 歳以上では生産的活動-作業の統制が SI-HRQOL に影響する要因として抽出された．そのため 70 歳以上の高齢者にとって作業の遂行だけでなく， その統制をとりつつ自律的に行えることが必要となる．以上より，ボランティア活動に従事する高齢者の SI-HRQOL は年齢によって生産的活動が影響する側面は異なっていた．そのため，ボランティア活動の支援には年齢の違いに応じた関わりの必要性が示唆された．

Covid-19 感染症例に対する生活介護・グループホームでの生活再構築方法の検討

ちば内科・脳神経内科クリニック　○田渕侑美　千葉義幸

【はじめに】Covid-19 感染，廃用症候群による筋力低下が指摘されている.7 日間安静後，移動･ADL 能力が低下した症例を通し，生活介護・グループホーム(以下 GH)での生活再構築方法を検討した.

【方法】症例の Covid-19 感染前後で以下を行った.OT は①②で 1 回,③④で 1 回,計 4 時間介入.

① 生活介護から生活状況を聴取

② OT が身体機能・移動・ADL・精神機能を評価

③ リスク，生活改善点を生活介護・GH に伝達

④ 生活介護・GH での生活方法を変更

尚,発表に際し,本人と家族より同意を得ている.

【結果】

重度知的障害があり MMT 施行困難であった.

観察より弱化筋・代償筋を特定した.

主な四肢 ROM 制限・痙縮は認めず.

	感染前 2020/3 月	感染後 2022/10 月
健康状態	・脳性麻痺 （両下肢麻痺あり．両上肢機能低下認めず） ・自閉症スペクトラム ・知的障害（療育手帳 A 判定・IQ25）	
心身機能	・デュシャンヌ歩行:両側中殿筋弱化. ・股関節屈曲を上肢代償：腸腰筋弱化. ・ロードシス：大殿筋弱化.靭帯で代償. ・膝関節完全伸展を腓腹筋にて代償．大腿四頭筋弱化. ・Foot slap：前脛骨筋弱化. ・支援者の注意を引く言動・行動多い ・同じ言動繰り返す ・リスク認知低下	・左下肢荷重低下：左腸腰筋･左大殿筋･更に左中殿筋弱化. ・ロードシス同様 ・膝関節完全伸展困難：大腿四頭筋に加え腓腹筋弱化．膝折れ増加，独歩困難 ・Foot slap 継続 ・回内足出現：左後脛骨筋弱化. ・支援者の注意を引く言動・行動多い ・同じ言動繰り返す ・リスク認知低下
	・脱走歴あり	・車椅子だと安定
活動	Barthel Index:70 点 移乗 15 点,歩行 10 点，階段 5 点．入浴時バスボード利用.	Barthel Index:50 点 移乗 10 点,歩行 0 点,階段 0 点．入浴時リフト利用に変更.
参加	生活介護で仕事（ポリちぎり）を行う. 移動支援にて買い物を行う.	
個人因子	生活介護週６日，移動支援月 4 日利用. GH１F 個室居住.車椅子利用可能な環境.	
環境因子	38 歳女性．GH1 人暮らし. 同市内に高齢の母親居住.	
生活変更点共有	歩行器歩行可能だが，リスク認知低下あり，車椅子対応で一致. 左側膝折れ予防による入浴・トイレの際の移乗安定化へ取り組む.	

【考察】Covid-19 感染(足立拓也ら 2023)，その後の安静による廃用症候群（佐藤知香ら 2019）にて筋力が低下し,症例は移動･移乗能力も低下した.生活再構築の必要性が生じたが，日中支援の生活介護・夜間支援の GH，両スタッフとして心身機能評価が難しい状況であった.

弱化筋と代償筋の特定や,感染前後での筋力変化の提示，それによる具体的転倒リスク，予防できる環境変更提案にて生活再構築方法を共有した.また，元々併せ持つ精神面の特性も共有し，安全な生活方法を第一に両スタッフと協議した.

今後も Covid-19 感染は持続し,生活介護･GH において同様の支援が OT に求められる.

【参考文献】足立拓也ら：新型コロナウィルス感染症(Covid-19)診療の手引き第 9.0 版:12-21,2023.

佐藤知香ら：安静臥床が及ぼす全身への影響と離床や運動負荷の効果について.The Japanese Journal of Rehabilitation Medicine 56:842-847,2019.

医療機関のセラピストとケアマネジャーが連携しやすくなる関係づくりについて考える

○金剛丸朋子[1)]，篠岡佳奈[2)]，井上直美[3)]，奥村晃裕[4)]
1）キッズプレイスハル，2）千里中央病院，3）真星病院，4）緑地公園訪問看護ステーション

【はじめに】

ケアマネジャーが,担当ケースのことで病院に問い合わせ、連絡をすることに「敷居が高く,連絡しづらい」と感じることは少なくないようである.一方セラピストは,福祉用具の選定や住宅改修の情報提供などが適切であったかを知るには,ケアマネジャーに連絡をしなければ,知り得ることは難しい.医療と介護の連携は大切だが「何が連携を取りづらくさせるのか」を把握する必要性を感じ,アンケート調査を行ったので,その結果を報告する。調査に際し,個人情報保護を遵守し,回答は自由意志に基づき依頼した.

【方法】

調査対象は阪神北圏域のケアプランセンターと地域包括支援センター195 箇所とし，調査依頼書とアンケート用紙を郵送した．調査期間は 2018 年 10 月 1 日から 10 月 31 日とし，アンケートの返送をもって本研究に同意したものとみなした.

アンケート内容は，1．病院の担当セラピストへの担当ケースの生活行為（ADL，IADL）に関する問い合わせについて（5 項目）,2．より良い連携を行うために必要と思うことについて（1 項目）であった.

【結果】

98 箇所より返送があり，回収率は 50.25%であった．1．病院の担当セラピストへの担当ケースの生活行為（ADL，IADL）に関する問い合わせについて,病院の担当セラピストに問い合わせたいことがあったかについては，はい 62 人，いいえ 7 人，どちらともいえない 1 人であった.「はい」と答えた人のうち，実際に問い合わせたかどうかについては，はい 54 人，いいえ 8 人であった．問い合わせて疑問が解消できた理由について,自宅内の生活動作の注意点が把握できた,福祉用具の選定や通所サービスを利用するか判断ができた等が挙げられた.疑問が解消できなかった理由について,病院の業務が忙しく,問い合わせることに躊躇した,担当のセラピストに取りつないでもらうことが出来なかった,骨折部位の可動域を知りたかったが,返答が曖昧だった等が挙げられた.

2.より良い連携を行うために必要と思うことについて,より良い連携のために必要と思う内容を選択肢（複数回答可）と自由記載で回答してもらったところ，①退院前カンファレンスでの話し合い（90)，②研修会などで顔なじみになる（24)，③茶話会などの機会がある（6)，④退院後の一定期間（2～3 週間）にセラピストから連絡を受ける（42)，⑤退院後の一定期間（2～3 週間）に担当セラピストに連絡をする（32）であった.

【考察】

医療と介護の連携が取りづらくさせる理由を把握するため,今回のアンケート調査を行った.病院へ連絡する際の「敷居が高く,連絡しづらい」と感じる意見が,多数を占めると予測していたが,結果としては少数であった.返信内容から,担当ケースに応じて,病院への連絡を躊躇なく行えている意見も多く,ケアマネジャーの経験年数や,ケアマネジャーの属性（介護職か医療職種か等）によっても,見解が異なる可能性も示唆される.

ケアマネジャーが「病院は忙しそう」と感じる理由も挙がっていたが,情報収集のために,リハビリの見学や,病院への訪問機会を増やすなどの対応を工夫していることも推察された.

より良い連携のために「顔なじみの関係になること」の意見が多かった.退院前カンファレンスが限られた時間の中での話し合いであり,顔なじみの関係性を築くことの難しさも伴うが,カンファレンスでの顔合わせをきっかけとして,情報提供や共有のために,相互に連絡を取り合う意識づけが必要と考える.

本研究は 2018 年度兵庫県作業療法士会研究助成を受けて実施した.

【謝辞】

多忙な業務の中でのアンケート調査への協力や,厳しい 意見等,貴重な機会をいただけたことに謝辞の意を表する.

就労継続支援B型を利用する知的障がい者に対して余暇活動を支援した一事例

障がい者支援センター「てらだ」　大谷将之

【はじめに】

今回余暇活動が適切に行えなかった知的障害をお持ちの方に，情報へのアクセス方法も含めて余暇活動につなげるための支援をおこなった結果，良好な結果が得られた．有効な支援方法を検討できる可能性が示唆されたため，以下に報告する．尚，本発表に際し本人及び施設より同意を得た．

【事例紹介】

A氏，男性，40歳代．診断名は精神発達遅滞である．　X-8年前に3年間デパートで勤務するが，人間関係の問題で退職．その後昼夜逆転の生活となっていたが，相談支援専門員の紹介でX年より当施設の就労継続支援B型を利用している（月曜～土曜）．両親とも他界し現在は一人暮らし．

【作業療法初期評価】

１．面接

１）作業機能障害の種類と評価(以下：CAOD)

合計 76/112点（作業不均衡：23/28，作業剥奪：20/21，作業疎外：12/21，作業周縁化：21/42）作業不均衡と作業剥奪が高った．

２）作業質問紙(以下：OQ)

平日・休日ともにテレビを見る等の受け身的な楽しみが多かった．

３）自記式作業遂行指標(以下：SOPI)

生産的活動：12/15，余暇活動：7/15，セルフケア：9/15.

４）興味関心チェックシート

音楽のライブやプロレスのグッズを買うための外出に強い興味を持っていたが，自身で情報を得る手段としてテレビのみであった．

２．観察

１）仕事遂行評価表(以下：AWP)

運動技能：14/20，処理技能：14/20，コミュニケーションと交流技能：10/16．易疲労性が高かった．

【作業療法介入計画】

本人が情報へアクセスできる方法を検討しながら，興味のあるイベントの情報提供を行う．

【介入経過】

情報へアクセスする方法を検討すると，コンビニのマルチメディア情報端末を用いて調べられそうだということが分かった．希望するイベントがあるのか，休日等を用いて調べたりすることが出来るようになった．

イベントに関する情報提供をすると「これに行ってみたいけどどうしたらいいかな」と前向きな発言が見られた．「このライブは相談員さんに相談してみる」と行動につながっていた．また神戸に1人で電車を利用してプロレスのグッズを購入することが出来た．

【結果】

１．面接

１）CAOD：合計44/112点(作業不均衡：18/28，作業剥奪：7/21，作業疎外：5/21，作業周縁化： 14/42)

２）OQ：好きなイベントのことを調べたり，イベントのことでヘルパーと話をすることが増えた．

３）SOPI：生産的活動：11/15，余暇活動：11/15，セルフケア：10/15.

２．観察

１）AWP：運動技能：14/20，処理技能：14/20，コミュニケーションと交流技能：12/16.

【考察】

本人の希望する余暇活動にまつわる情報提供を行うことで主体的な行動につながることが出来ていた．これは置かれている状況を明らかにした上で共有し，適切な情報を得た上での意思決定をしていくことが重要であったと考えられる．知的障害者はしばしば情報へアクセスするのに障壁があるため[1)]，今後も本人が活用できる情報へのアクセス方法を検討していく必要があると考えられる．

【参考文献】

1) 打浪文子:知的障害のある人たちと「ことば」－「わかりやすさ」と情報保障・合理的配慮,株式会社生活書院,2018

登校に拒否を示す神経発達症児に対し，学校や家庭との連携により登校できた一例

こども発達支援センター　ポレポレの木　吉井雄志

【はじめに】

昨年度，文部科学省より小学生の不登校児は 8 万人を超えたと報告された（文部科学省 2022）．その中の神経発達症児に対し，福祉，教育，医療など多方面からの支援の重要性が挙げられている（鈴木ら 2017）．今回，登校に困難を示した児に対し，保護者，教諭と連携を行い，登校できた取り組みを経験したので報告を行う．尚，発表に際し家族より同意を得ている．

【症例紹介】

自閉スペクトラム症，中等度知的障害の小学 1 年生の男児（以下 CI）で地域小学校の特別支援学級に所属．CI は他児童の行動を見て状況を判断することが多く，先の見通しが立たない状況では不安となりやすい特性がある．

【登校できなくなるまでの経緯】

X－１年に集団行動への適応や就学に向けた連携支援を目的に作業療法士（以下 OTR）による保育所等訪問支援を開始した．X 年に小学校へ入学．X 年 Y 月に新型コロナウイルスに罹患し，治癒後も咳が出る日は欠席せざるを得ず，登校の可否は当日の朝に判断する日が続いた．Y 月＋2 ヶ月に咳がなくても CI から欠席すると訴え始め，Y 月＋3 ヶ月に全く登校できなくなった．

【支援内容】

①担当者会議の開催:Y 月＋3 ヶ月に OTR,保護者，支援学級教諭等で会議を開いた．登校を拒否する理由を CI が説明することは困難であったが，CI の言動や特性から登校の可否を当日の朝に判断する事が，見通しを立てづらい不安に繋がり，登校を拒否するようになったと推測できた．支援方針は「登校への段階づけた支援を CI が選択し，見通しを立てやすくして取り組むこと」とした．

②OTR，保護者，教諭による直接的支援

OTR：視覚支援を用いて手順表等を提示し，散歩を行った．目的地は CI が選択する機会を設けた．

保護者：生活リズムの維持に努め，OTR が実施している方法を参考に散歩を実施した．

教諭：オンラインの朝の会や校外での課外授業への参加を促した．

③OTR による間接的支援

各々の支援状況を対面や電話で確認し，家庭での過ごし方や登校が可能になった後の学校での過ごし方，CI が安心できる関わり方などを保護者，教諭と連携し，検討を重ねた．

【結果】

Y 月＋6 ヶ月の OTR との散歩時に CI が学校の写真カードを選択し，登校できた．その後，1 日 1 時間程度を目安とし保護者と登校した．授業の内容やその提示方法を教諭と検討し，徐々に学校で過ごす時間を増やしながら支援を継続した．

【考察】

地域社会への介入の際に保護者，教諭に対して問題解決の援助や援助能力の向上を目的とした関わりを行い，児へ間接的に支援を実施することが重要視されている（角田 2019）．今回，CI の特性や登校を拒否する理由，方針を家庭，教育，福祉の現場で共通認識することで，オンラインの朝の会への参加や目的地を CI が選択する散歩など各々が見通しを立てやすい支援を実施できた．登校への困難を呈する神経発達症児には多職種による緊密な連携が，より効果的な支援につながると考えられた．

【参考文献】

文部科学省初等中等教育局児童生徒課：令和 3 年度 児童生徒の問題行動・不登校生徒指導上の諸課題に関する調査結果について：2022.

鈴木 菜生：不登校と発達障害：不登校児の背景と転帰に関する検討．脳と発達 49:23－27,2017.

角田 孝行：児童発達支援事業所と放課後等デイサービスにおける作業療法士の専門性．健康科学と人間形成 vol5 No1：59－66，2019.

食事支援において他職種が作業療法士に期待する役割と現状

宝塚リハビリテーション病院　○大西彩葉　佐野恭子　小南陽平

【はじめに】　回復期リハビリテーション病棟（回リハ）では多くの関連職種が食事支援に関わっているが，その中で作業療法士（OT）に期待される役割が明らかではないと感じることがある．

そこで今回，当院の１つの病棟（A 病棟）で看護師（Ns），ケアスタッフ（Cs），管理栄養士（RD）にアンケートを実施し，他職種が期待する OT の役割と現状について検討した．本研究は当院倫理審査委員会の承認を得て行った．

【方法】　1．調査の実施：A 病棟所属の Ns，Cs，RD 計 28 名に対して無記名でのアンケートを実施した（期間；2023 年 5 月 4 日～同 16 日）．2．アンケートの内容：食事支援に関する 24 項目（例：姿勢の調整，自助具の選択）について「①OT の役割だと思う」，「②当院 OT が実施していると思う」ものに○を付してもらった．また，各項目に自由記述欄を設けた．3．結果の処理：①で回答者の過半数が○と答えた項目について，○回答が②とほぼ同数または②の方が多かった項目を“肯定的評価項目”，②の方が少なかった項目を“否定的評価項目”と便宜的に分け，自由記述の内容と合わせて考察した．

【結果】　1．回答者の概要：回答者 15 名（回収率 54%），職種は Ns11 名，Cs2 名，RD2 名．回リハ経験年数は 5 年未満 9 名，5 年以上 6 名であった．2．回答結果の概要：1）肯定的評価項目；「テーブルの選択」「姿勢の調整」「食具の提案や使い方」が挙がった．自由記述では「情報をもらい助かっている」「介入頻度が少ない」「見直し（再評価・調整）がされていない」「行っているが不十分」「OT 先行では行われていない」などの記載があった．2）否定的評価項目；「集中できる環境の提案」「口腔ケアの手伝い・介入」「失行患者への工夫」が挙がった．自由記述では，環境調整は「摂食嚥下チーム（多職種で構成）や Ns からの提案が多い」，口腔ケアは「ST が行っている」「OT により対応が異なる」「リハの仕事ではないかもしれないが行ってほしい」との記載があった．3）その他；「意欲や摂取量」「疲労」「認知機能」への介入に関して，①で○と回答したのは 6 名（40%）にとどまった．

【考察】　1．課題とその背景：姿勢の調整や食具の選定は OT の役割であり当院 OT も実施しているとの一致した認識が得られた．しかし姿勢の日差や食材・食形態による食具等の操作性の違い等に関する評価・対応の継続性や即応性といった点では期待に応えられていない．背景には業務時間外・単位外介入への制約に加え，知識や技術不足，また興味や主体性の有無にも問題がある．このことは，一般的に OT の介入対象に含まれる意欲，疲労，高次脳機能の問題が他職種にはそれと認識されていなかったこととも無関係ではないと考える．なお，口腔ケアに関しては“介助か介入か”“器質的ケアか機能的ケアか”等について各職種の役割と目的を確認する必要がある．2．課題解決に向けて：本研究を受け，当院 OT では①食事場面の観察頻度の増加，②食事に特化した OT カンファレンス（事例検討，関連知識・技術の共有）の定例化，③他職種に向けた OT 介入内容の積極的発信　に取り組んでいる．

※本発表は一般社団法人 兵庫県作業療法士会の助成を受けた研究の一部である．

当院障害者施設等一般病棟における作業療法士の役割と課題の検討

医療法人甲風会　有馬温泉病院　総合リハビリテーション室　作業療法科　向井萌

【はじめに】
地域包括ケアシステムにおける病床の機能分化・連携を意識しながら，対象者(以下：CL)のQOL維持・向上に向け，CLと家族の視点に立った作業療法展開の重要性を感じている．今回，当院障害者病棟のリハビリ（以下：リハ）責任者としての経験と，作業療法士(以下：OT)が介入した実践例，OTを対象としたアンケート調査から，当院障害者病棟におけるOTの役割や課題を検討した．なお，当法人倫理規定に沿い，CLに同意を得て，不利益が生じないよう配慮した．
【当院及び障害者病棟の概要】
障害者病棟（52床），回復期（35床），医療療養（217床）を有している．障害者病棟は，亜急性や終末期，回復期病棟対象外患者の回復期，回復期病棟対象患者の一時的治療期のCLを対象とし，1年間（2022.4/1～2023.3/31）のリハ対象は，脳血管25%，運動器22%，呼吸器10%，廃用43%，その内約9割は認知症患者であった．方向性は，自宅復帰23件，転院15件，転床61件（回復期21件，療養40件），ステルベン28件である．
【実践】
事例1）心疾患術後リハ目的で当院転院．労作時呼吸困難感強く臥床傾向であった．自覚的呼吸困難感を数値化してCLと耐容能を共有し，病棟生活でできることから取り組んだ．CLの望む生活を家族と共有し，退院前訪問・介護保険サービスの調整を支援した．訪問リハ導入，自宅復帰となった．
事例2）入院中ベッドから転落，下肢骨折後リハ目的で当院転院．心不全増悪と認知機能低下から転倒リスク高く臥床傾向であった．CLは変化に混乱し，倦怠感・疼痛にて機能的リハに取り組めず，家族はその状況を心配されていた．病棟生活での離床を進め，CLの嗜好を取り入れた．離床習慣化，状態安定し，医療療養病棟へ転床となった．
事例3）下肢骨折後に認知症症状増強・食思低下し，長期療養目的で当院転院．精神面と栄養面の問題に対し分かりやすい作業活動，嚥下機能と嗜好に合った食事を取り入れ，デイルームでの食事，トイレでの排泄，病棟での歩行器歩行見守りとなり，回復期病棟に転床する見込みとなった．
【アンケート調査】
当院OT17名，研究の趣旨を文書・口頭により説明し，理解と同意を得られた者を対象とした．調査項目は，障害者病棟における他職種連携，方向性の理解，プログラム，リスク管理など機能を問う28項目をリッカート5点尺度にて測定した．また記述式でOTの役割や課題について回答を求めた．2023年8月8日から11日の3日間でアンケート調査を行い，単純集計とクロス分析を行った．結果は，「他病棟に比べて方向性の理解に難しさを感じている」に72%が「そう思う・強くそう思う」，「他病棟に比べリスク管理にスキルが必要である（100%）」，「他病棟とOTの役割に違いを感じている（86%）」と回答した一方，「他職種にOTの方針伝達に難しさを感じている（86%）」，「障害者病棟のOTの役割は確立されている（7%）」，「課題がある（88%）」と回答している．
【考察】
経験から，リスクが高く方向性が定まっていないCLが多い当院障害者病棟で働くOTには，幅広い知識や密な他職種連携が必要であると感じている．事例1）は，循環器・呼吸器の知識や退院後の生活を見据えた作業療法の展開が，事例2）は，CL・家族への精神的支援や療養病棟での生活を見据えた作業療法の展開が求められた．事例3）は，状態観察・栄養管理，方向性未定のまま作業療法を展開し，その方向づけも求められた．アンケートでは，リスク管理や方向性の理解が難しいという認識が一致して見られたが，作業療法に課題があると思う意見が多い一方で，役割や課題を理解しているかという問いにはどちらともいえないという意見が多く，記述欄での回答にばらつきが見られ，当院OTに役割や課題の意識はあっても明確でない傾向が見られた．これらを踏まえて，障害者病棟におけるOTの役割を再考していきたい．

医学生に向けた自動車運転再開支援教育の取り組み

兵庫県医科大学ささやま医療センター　○田内悠太　竹原崇登　坂本利恵

【はじめに】

兵庫医科大学ささやま医療センター（以下，当院）は自動車運転再開支援（以下，運転支援）を2017年から開始しており，支援内容を統一して入院と外来で行っている（田内ら，2019）．今回，医学生に対して運転支援の教育的取り組みを行う機会を得られたので，その内容を報告する．

【方法】

本取り組みは医学生の履修科目の枠組みで行った．兵庫医科大学では，教育カリキュラムのなかに「レベルアップ選択科目」という大学独特の科目が開講されている．本学教員（一部は学外教員）のうちの希望者が自由な授業科目名を掲げ実施するもので，授業形態は自由であり，履修対象者も第2～3学年次を共通としている．学生は，本科目の設置により多岐にわたる専門性の高い内容を履修することが可能であり，幅広い内容で自主的な学修を促すことができるのが特徴である．2022年度は18科目が開講され，当院からは「脳卒中患者への自動車運転再開支援」と題して，2022年4～7月の期間で全8回の講義をOT3名で分担して対面での講義を行った（うち，2名は兵庫県作業療法士会自動車運転再開支援委員）．講義内容は，1）脳卒中患者における運転支援の必要性，2）当院での運転支援の現状，3）事例検討，の3テーマで構成した．講義資料は兵庫県作業療士会の運転支援パンフレットや運転関連の文献を参考に作成した．成果は科目履修後に講義に対する科目改善アンケートを用いた（回答は任意）．科目改善アンケートは8項目から構成され，5件法（1＝思わない，3＝どちらでもない，5＝思う）で回答された．倫理的配慮として，本発表において兵庫医科大学倫理審査委員会から，倫理審査の必要はないとの回答を受けている．

【結果】

本科目の履修登録者は9名であり，実際に全員（男性8名，女性1名）が講義を受講した．科目履修後の科目改善アンケートに回答したのは5名であった（回収率56%）．アンケートでは「知的好奇心が刺激された」，「この科目に満足している」など7項目に関して，「思う（5段階中の5）」の回答が5名全員から得られた．

【考察】

今回の取り組みは，運転支援を通した職種を跨いだ教育的活動であり，全国的にも希少な活動であると考えている．アンケート結果から，医学生から良好な反応が得られたと我々は考えている．また，普段からOTが実際に現場で行っている運転支援をリアルタイムで医学生に届けられたことも，たいへん有意義であった．本科目は2023年度も開講しており，アップデートした内容で講義を行っている．日本作業療法士協会は2023年5月に「運転と地域移動支援実践者制度」を発表している．運転支援のニーズは高まっており，施設内・施外に関わらず，ひとりでも多くのOTが運転支援を推進していくことが期待される．そして，今回のような運転支援の医学教育を早期から盛り込む必要性があると考えられる．

【参考文献】

1）　田内悠太，荻野智之，坂本利恵，和田陽介，道免和久：脳損傷者における実車前評価を中心とした自動車運転再開支援の取り組み．兵庫県作業療法士会機関誌 8：16-22，2019.

2）　兵庫県作業療法士会 自動車運転支援委員会：兵庫県自動車運転再開支援パンフレット

3）　日本作業療法士協会：運転と地域移動支援実践者制度規程

臨床参加型実習の課題と改善：当院作業療法部門の視点から

姫路医療センター　本田大貴

【はじめに】

2020年4月より臨床実習における実習形態が従来の患者担当制から診療参加型（クリニカルクラークシップ：以下CCS型）へと改定された．しかし，改定から徐々に改善はあるが，実習指導者の臨床経験年数が3年以上の現行規定が経験5年以上へ変更され，実習指導者の負担の偏りや，「見学―模倣―実施」という指導方法が統一されていないことが課題となっている．そのため，作業療法部門にてそれらの課題を共有し，計画的な指導が行えるよう，部門内でのマニュアル作成や指導方法を模索し実習指導に取り組んだため報告する．

【方法】

当院のOTは7名で，4名が臨床実習指導者講習会を受講済みである．特定の指導者と実習生が常に帯同しないよう，経験年数5年以上の指導者が1日1回は実習できるようスケジュール表を作成した．スケジュール表には実習の指導内容と状況を記載するようにし，他指導者と進捗状況を共有できるようにした．また，同時期に複数校の学生が臨床実習に重なるよう調整し，患者見学以外の空いた時間にはディスカッション・実技の練習が行えるよう工夫した．

マニュアル作成においては「作業療法臨床実習の手引き（2018)」を参考にし，「見学―模倣―実施」の指導方法，実習スケジュール（実技習得・カンファレンス参加等）を簡略化して記載し，指導者で統一・計画した指導ができるようにした．

尚，発表にあたり，個人情報とプライバシー保護に考慮し，個人が特定されないよう配慮した．

【結果】

スケジュール表の作成により計画的な見学が行えることから，複数指導者から多角的な指導を受けることが出来た．また，実習の進捗具合を指導者間で共有でき，状況に合わせ課題時間を多く取るなどの工夫が行えた．

指導に必要であるCCSの学習理論を含めたマニュアルを使用することにより，「見学―模倣―実施」の段階的な指導をより意識化することが出来た．

一方で，情報の共有や，スケジュール作成による指導者の業務的な作業が増え，長期実習等では負担が増えてしまうことも懸念された．

【考察】

スケジュール表やマニュアル使用による進捗状況の共有や客観的な評価は，統一した指導や指導者の意識変容に重要な要素だと考える．とくに進捗状況の共有等では，実習生の特性に合わせ指導者が一貫した対応を取りやすくなり，実習生に適した教育を指導者が同じ方向性を持って指導する事が出来たと考えられる．とくに複数の指導者からの指導や，指導者はマニュアルを意識することで，実習生自身は知識の偏りを解消し，柔軟な視点で実習を取り組む事が可能となる．これらのことから限られた人員で効率的な実習運営を行い，実習生に適した指導を行うには，今後も体系作りや方法を検討しつ続けることが必要であると考えられる．

特別企画
新時代～OTS お役立ち道具アイデア発表～

ポスター演題　11：20～12：20　会議室 401（４階）

座長：公立八鹿病院　森本明博

１．「レインボーベルト」
　軽度片麻痺対象者に対する片手で傘を巻くことができる自助具の作成について
平成リハビリテーション専門学校　灘隆志　滝照菫　佐谷栞名

２. 片手でらくちんスマホホルダーの作成について
平成リハビリテーション専門学校　加賀川淑子　高島春花

３. 片麻痺患者に対する片手のみで簡単に前髪を切るセット
姫路獨協大学医療保健学部作業療法学科　小田歩佳　木村彩乃

４. 片手のみで簡単に衣類の着脱ができるファスナーボタンエイド
はくほう会医療専門学校赤穂校　永吉耀也　樋口幹紘　松本陽介　目木琉聖　山根秀明

５. 関節リウマチ患者に対して床掃除を簡単に行える掃除自助具
兵庫医科大学　河合伽歩

６. 洗濯動作及び上肢機能訓練器具
姫路医療専門学校　奥見奈央　寺見吏恭　田路康稀　仁木七海　廣常由佑子　山本流聖

「レインボーベルト」

軽度片麻痺対象者に対する片手で傘を巻くことができる自助具の作成について

平成リハビリテーション専門学校
作業療法学科１年　灘隆志　滝照菫　佐谷栞名

【対象】

脳卒中や様々な疾患により、軽度片麻痺となった方が対象。

【自助具の説明】

傘の開閉動作は片手でも比較的行えるが、巻く動作は片手では難しいことに着目し、レインボーベルトの考案に至った。左右どちらの片麻痺にも対応。

【自助具の使い方】

① 患側の腕にベルトを通す

② 健側の手で傘を時計回りに回す

③ 患側の腕からベルトを外し、傘の持ち手に掛けておく

【工夫したところ】

◇ レインボーベルトを取り付けたまま、傘の使用が可能。

◇ 座位、立位共に片手で傘を巻くことができる。

◇ 傘の生地に触れずに、傘本体を回すことにより、片手での傘を巻く動作が可能。

◇ レインボーベルトが傘のバンドの役割も担っているため、傘本体のバンドを留めなくてよい。

◇ サイズ調節することができ、傘の大きさの違い、使用者の身長の違いにも対応。

◇ 傘使用時、ベルトが邪魔にならないように、腕を通す側のベルトは、磁石で下ろくろに固定することができる。

【改良が必要なところ】

◇ 折り畳み傘の使用には対応していない。

片手で楽ちんスマホホルダーの作成について

平成リハビリテーション専門学校　加賀川淑子　高島春花

【対象】

片麻痺の対象者で麻痺手にてスマホを把持しづらい人

【自助具の説明】

下記の商品はすべて 100 均で購入可能で合計 550 円となった。

作成は 15 分以内で可能であり、作成方法は下記の通りとなる。スマホストラップとカラビナは常にスマホに設置する。

① 綾テープにリングとクリップを通す。
② 綾テープにバックルを通す
③ 綾テープの末端をそれぞれ縫合する。

【自助具の使い方】

使用する場面は長時間になる動画視聴、長文を打つとき、メモしながらの電話などであり、健側の手がスマホを把持しなくて良いため自由に使用できる。使い方は下記のとおりである。

① 首にひもを通す。
② 腹部へスマホを押し付けるようにクリップをはめる。
③ ストラップのカラビナをひもに掛ける。
④ 腹部にスマホを立てかける位置を調整し使用する。

この際、バックルがクリップと被らないよう調整すること、腹部に置いたときストラップとカラビナが邪魔にならないよう調節が必要である。

【工夫したところ】

- 全て 100 均で揃えられ安価で短時間で作成できる。
- スマホが落下しないよう二重の対策を行った。
- 物品の種類や形はデザインと実用性の視点で検討した。
- 使用時は座位だとより安定するが立位でも使用可能である。
- 最近首からスマホを下げている人が多いため障害を有していない場合も実用的に使用できる。
- ひもやストラップは 100 均の中でもカラーバリエーションが豊富な為好みを選ぶことが可能。

【改良が必要なところ】

- バックルの用意に縫合を使ったこともあり、一人で準備できない段階がある。
- スマホカバーの材質、角度、服の素材などで不安定になる可能性がある。
- 100 均で用意したため同一の形の製品が販売していない可能性がある。
- スマホを横にしての使用は可能であるが安定性が低下する。

片麻痺患者に対する片手のみで簡単に前髪を切るセット

姫路獨協大学医療保健学部作業療法学科　小田歩佳　木村彩乃

【対象】

片麻痺患者

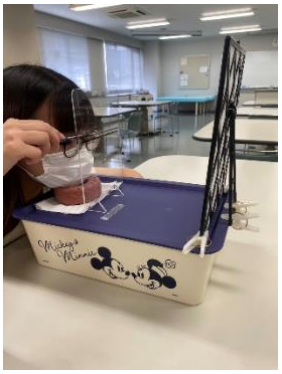
＊健側でのハサミの使用、安定した座位保持が可能であること。前髪を切るために必要な ROM、MMT が維持されていること。また、認知機能や高次脳機能が保たれている必要がある。

【自助具の説明（写真等でも可）】

組み立てる前

顎置き

組み立てた後



【自助具の使い方】

1，箱の中から必要なセット（洗濯ばさみ、鏡、透明の板、顎置き、ティッシュ、ハサミ）を取り出す

2，洗濯ばさみを使用して鏡を蓋の上の端に固定する

3，鏡の対側にティッシュを一枚引きその上に顎置きを置く

4，透明の板を顎置きの前に置く

5，透明の板の線に合わせて前髪を好きな長さに切る

【工夫したところ】

顎を固定する事でハサミを使用しても安全に前髪をカットする事が出来るようにしました。また、透明の板にいくつか線を引くことで好きな長さに調節を可能にし、ティッシュを顎置きの下に引くことで、前髪を切った後の処理が容易になるようにしました。

【改良が必要なところ（弱点）】

セット自体の高さの調節が困難なため、机の高さや箱の下に本などを置いて高さを変更する必要がある。

片手のみで簡単に衣類の着脱ができるファスナーボタンエイド

はくほう会医療専門学校赤穂校　作業療法学科
永吉耀也，樋口幹紘，松本陽介，目木琉聖，山根秀明

【対象者】
片麻痺の方，手指のつまみなど細かい動きが困難な方，関節炎，リウマチ，神経障害などで手や手首の変形や握力の低下がある方．ボタンがつかめない，ボタンはつかめるが指に力が入らず穴に通せない方．肘部管症候群，ばね指やドゲルバン病などの腱鞘炎，変性性手指関節症，頚椎症，強皮症，パーキンソン病などの疾病を持っている方．

【自助具の説明】
ボタンエイドとファスナーエイドを組み合わせたものである．ボタンエイドは，片側の手指に障害がある人がボタンを留めるために，ボタン穴に差し込み，ボタンを引き出してボタンをかける道具である．ファスナーエイドは，片側の手指に障害がある人がファスナーを上げ下ろしするために，服の裾にクリップをはさみ使用する道具である．組み合わせることにより，取り出しやすくなり一度でどちらも使えるようになっている．

【方法】
１．使用物品（下写真）

板，クリップ，針金，紐，鉛筆，きり，のこぎり，ニッパー，ペンチ，やすり，金槌，スケール

２．作成方法
板をのこぎりで５㎝×20㎝に切る①．板をのこぎりで１．５㎝×５㎝に切る②．①にきりで板に２つ穴をあける．②にきりで板に３つ穴をあける．針金を２本適度な長さに切る．切った針金をティアドロップ型にし，針金の先端をねじる．②に針金を差し込む．①の板，②の板，クリップの順番に紐を通す．

【自助具の使い方】
板を踏む．クリップを手に持つ．クリップを服の裾にはさむ．ファスナーを手で持ち上に引き上げる．ボタンエイドの先端をボタン穴の表側から差し込む．ボタンエイドの先端をボタンに引っ掛ける．ボタンを引っ掛けたまま，ボタンエイドごとボタン穴から引き抜く．

【工夫したところ】
ボタンエイドとファスナーエイドを組み合わせることにより，2 つの機能を兼ね備えている．クリップを大きくして，つかみやすくした．怪我をしないように滑らかな角にした．使用しやすいように，ボタンエイドを分離した．ボタンエイドのフックをズボン用とシャツ用でサイズの変更ができる．持ち運び可能．

【改良が必要なところ】
耐久性をつける．紐の長さ調整のはできるが、簡単にできるようにする．本体のサイズをより小さくし，より持ち運びしやすくする．クリップの強度を対象者にあわせ適切な変更する必要がある．

完成したファスナーボタンエイド

関節リウマチ患者に対して床掃除を簡単に行える掃除自助具

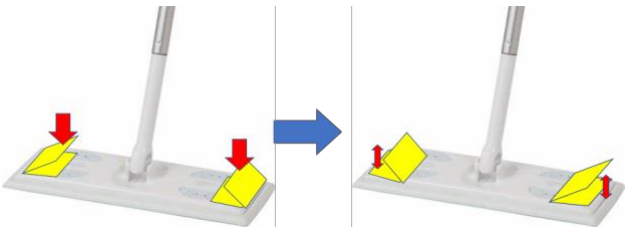
兵庫医科大学　リハビリテーション学部
作業療法学科　3 年　河合伽歩

【対象】

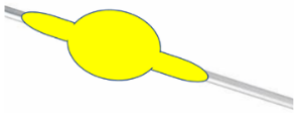
関節リウマチ（15 年前発症）、Steinbrocker stageⅢ、classⅢ。主婦（夫は単身赴任中、週末のみ在宅）で、入浴、買い物、掃除、洗濯は週末に夫が介助しながら実施している。デマンドは、「主人に家の用事で迷惑をかけたくない」「少しでも楽にできる工夫があるなら教えてほしい」。上記の症例（模擬）を想定して作成。

【自助具の説明（写真等でも可）】

床掃除用自助具→ハンドワイパーのワイパー部分にお掃除シート、または雑巾を装着し、床などを掃除する。掃除シートをセットする部分を改良し、足の重さ・重力によってセットすることができる。また、対象が関節リウマチということから関節の変形、変形からくる疼痛により本来の筋力を発揮することができないと予想されるため、持ち手部分は柔らかく弾力性のあるボールやスポンジを巻くことで掴みやすく、滑り止めシートを巻くことで握力が弱くなっていても滑り落ちずに持つことができる。



ワイパー部分



持ち手部分

【自助具の使い方】

1. ワイパー部分に装着する市販の掃除シート、または雑巾を用意する。
2. 椅子座位でワイパー部分に設置したハサミ部分の滑り止めシートを引いているところを足で踏み、ハサミ部分を開く。
3. ハサミ部分を開き、開いた隙間に掃除シートを挟ませる。
4. 持ちやすいように改良した持ち手部分を持ち、床拭きを行う。

【工夫したところ】

・座位でシートや雑巾の装着ができる。
・洗濯バサミの柄の部分を木材でつなげ、圧力による痛みを防ぐ。
・足で押さえる木材の部分に滑り止めシートを引くことで足のずれ落ちを防ぐ。
・手部の変形でも把握しやすいように柄の部分にボールを装着。
・長さの調節ができるワイパーを選択することで、持ち運びも収納も可能になる。

【改良が必要なところ（弱点）】

・掃除シート装着を行う際に前傾姿勢（体幹屈曲）になることで、転倒のリスクがある。
・関節リウマチの進行度合いによって体幹屈曲ができない場合には、この方法での掃除シート装着は困難になる。
・車椅子座位では装着ができない。
・製作に接着剤を使用したが、耐久性はあまり高くない。

洗濯動作及び上肢機能訓練器具

姫路医療専門学校　奥見奈央　寺見吏恭　田路康稀　仁木七海　廣常由佑子　山本流聖

【対象】

洗濯物干し動作の獲得を目標にしている方や、上肢・体幹の可動域の向上、麻痺の回復、座位・立位バランスの向上、ピンチ力の向上、リーチ動作の向上等を目標にしている方、注意力の訓練をする方を対象とする。

【訓練器具の説明】

メモリ付きの支柱約 2mが 2 本、取り付け式フック 4 つ、竿約 120 ㎝が 1 本、ホルダー1 つ、ワイヤーネット約 117 ㎝×61 ㎝×4 を組み立て、洗濯物干し動作訓練や上肢訓練器具として使用する。

メモリを 75 ㎝から 10 ㎝刻みに 195 ㎝まで付けたことで、対象者に合わせた高さで洗濯物干し動作の練習が行える。

荷重制限はパーカーを 10 着程度干す事が可能である。

竿を外し取り付け式フックにワイヤーネットを付け替え、S 字フックをワイヤーネットに掛け、輪投げを用いてリーチ動作の練習、洗濯ばさみを用いることでピンチ力や、動作時の姿勢の耐久性の向上等の上肢機能の訓練及び、立位や座位で行うことでバランス能力の向上、ワイヤーネットに付いている洗濯ばさみや輪投げの偏りの様子や経過時間で注意力の訓練も行える。

使用しないときは、竿は横についているホルダーに掛けて置くことで収納できる。

【訓練器具の使い方】

洗濯物干し動作訓練として使用する場合

① 支柱２本を幅約 105 ㎝に設置する。
② 取り付け式フックを対象者の方に合わせた高さに調節し、マジックテープで固定する。
③ 竿を取り付け式フックに乗せる。
④ 対象者に洗濯物干し動作を行って貰う。

上肢訓練として使用する場合

① 支柱 2 本を幅約 115 ㎝に設置する。
② 取り付け式フックを対象者の方の目的に合わせた高さに調節し、マジックテープで固定する。
③ ワイヤーネットを取り付け式フックに掛ける。
④ 対象者に洗濯ばさみを付けて貰ったり、輪投げをワイヤーネットに付けている S 字フックに掛けて貰う。

【工夫したところ】

取り付け式フックだけでは強度が不十分であったことから、より強固に取り付け式フックを固定出来るように、滑り止めシートやマジックテープを用いることにより、約 10 着掛けることが可能になった。

実際の物干し竿の高さを測り、メモリを付けたため、より一人一人の生活環境に合わせた訓練を行うことができ、高さの調節も手動で簡単に調節出来るようになった。

素材に塩化ビニルを使ったことにより軽量化を図り、容易に準備、片づけが出来るようになった。

竿を外しワイヤーネットに付け替え、洗濯ばさみ等を用いることで、上肢機能の訓練及び、バランス能力、注意力の訓練を行えるようにした。

【改良が必要なところ（弱点）】

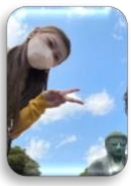
塩化ビニルのパイプが長いことで、少しの衝撃に対して揺れが生じ、安定性に問題がある所。

塩化ビニルのパイプを支えている木材が薄いため、土台が安定しない所。

役員一覧

学会長　：　 　石浦　佑一　（姫路獨協大学）

実行委員長：　 　谷垣　弘行　（公立八鹿病院）

会計　：　  　松下　由紀美　（石川病院）

実行委員　：　 　野島　伴浩
（有限会社みすみ　いつきリハビリテーションサービス）

　勝田　茜　（姫路獨協大学）

　宮本　理紗　（姫路獨協大学）

　奥見　将至　（石橋内科広畑センチュリー病院）

　田渕　慎一　（公立豊岡病院）

　中野　裕貴　（兵庫県　但馬県民局　但馬長寿の郷）

　森本　明博　（公立八鹿病院）

学術支援担当　：　芝　貴裕　（宝塚リハビリテーション病院）
冨田　創　（神戸市立医療センター中央市民病院）

ArcreaHIMEJI