

Journal of Niigata Occupational Therapy (JNOT)

# 新潟県作業療法士会学術誌

Vol. 14 2020

# 叶える可能性

表紙の言葉 「叶える可能性」  
四方 秀人 氏（介護老人保健施設 三川しんあい園）

- 
- |                                       |   |         |
|---------------------------------------|---|---------|
| 巻頭言                                   | この包括ケアの時代に応える自分でありたい  | 菊入 恵一   |
| 特集                                    | 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの現状と今後について  | 菊入 恵一   |
| 研究論文                                  | 高次脳機能障害者の調理場面におけるエラーの特徴と認知機能の関連性の検討                                     | 高野 友美・他 |
| 実践報告                                  | 急性期熱傷患者の作業療法実践過程における多職種連携の重要性<br>～両手指切断患者の食事動作を通して～                     | 渡邊 貴博・他 |
|                                       | 発症から長期経過した後天性小児失語症に対する活動・参加を主とした作業療法の有用性<br>～自動車運転免許の新規取得と新規就労に至った事例から～ | 北上 守俊・他 |
| コラム「私たちの作業」～Occupations in our lives～ |   |         |
| 連載講座                                  | 大人の発達障害へのかかわり方のポイント   | 渡邊 良弘   |

# 新潟県作業療法士会学術誌 Vol.14 2020 目次

## 巻頭言

この包括ケアの時代に応える自分でありたい.....	菊入 恵一.....	1
---------------------------	------------	---

## 特集

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの現状と今後について.....	菊入 恵一.....	3
-------------------------------------	------------	---

## 研究論文

高次脳機能障害者の調理場面におけるエラーの特徴と認知機能の 関連性の検討.....	高野 友美・他.....	11
--	--------------	----

## 実践報告

急性期熱傷患者の作業療法実践過程における多職種連携の重要性 ～両手指切断患者の食事動作を通して～.....	渡邊 貴博・他.....	17
発症から長期経過した後天性小児失語症に対する活動・参加を主とした作業療法の有用性 －自動車運転免許の新規取得と新規就労に至った事例から－.....	北上 守俊・他.....	27

## コラム「私達の作業」～Occupations in our lives～

3Dプリンタでモノ作り.....	広瀬 純一・他.....	37
朗読会を通して.....	鈴木 雄大.....	38
治療構造見学会in佐潟荘を振り返って.....	宗村 恵介.....	40
生活者の1人という視点で「精神障害にも対応した 地域包括ケアシステム」を考えてみた.....	門脇 高.....	41
がまロキーホルダーからひろがる作業療法.....	橋爪 卓.....	42
箱づくり法の紹介.....	猪飼 太・他.....	44

## 連載講座

大人の発達障害へのかかわり方のポイント.....	渡邊 良弘.....	45
--------------------------	------------	----

## 投稿規定・他

投稿規定.....	47	
投稿承諾書.....	49	
倫理チェックリスト.....	50	
表紙の言葉・編集後記.....	四方 秀人・山中 智恵.....	52

## この包括ケアの時代に応える自分でありたい

菊入 恵一\*1,2

\*1 医療法人崇徳会 田宮病院

\*2 新潟県作業療法士会 副会長

2019年、新潟で初の開催となった第1回新潟県リハビリテーション専門職学術大会は、600名を超える参加者が集まり大盛況に終えた。この大会長基調講演においてPT士会佐藤会長よりリハビリテーション専門職の未来についてのお話があった。それは、近い未来にリハビリ専門職の供給が需要を上回るということ。そして、専門職としての質が問われる時代になっていくとのことであった。これは、専門士の免許さえ持っていれば働けるという時代から質の低い専門士は淘汰されていく未来を意味している。私たちは、この時代をどのように生き残っていくのか、試される未来が待っている。その他にも、国はPT・ST・OTを一つの職種として見ていること、さらに、この3職種を一つに統合したらどうかという話も出ていたとあった。さて、この危機的な状況を聞いて皆さんはどのように感じるであろうか。私としては「こんなことがあっていいのか。」「他の職種と我々は違うじゃないか。」と叫ばずにはいられない。それはPT・STとは異なる教育を受け、OTとして就職し、職務を遂行している訳であって、この事はまるで自分が消えてしまうように思えるからである。しかし、この叫びは“ただの保身”でしかないことに気が付く。「利用者にとってはどうなのか。」「社会にとってどうなのか。」を考えるとどうなであろうか。利用者や社会にとってもトータル的に見られるリハ職種が求められるのだとしたら、変わらなければならないのは自分たちになのではないだろうか。そして、実際に現場の臨床が必要として同じような職務を果たしているのならば、一つになるのはごく自然なことで、社会にとっては無理のない良い結果が待っているのかもしれない。この話を、

「進化」と捉えるのか、「滅亡」ととらえるのか、皆さんは如何だろうか。

ホモサピエンス全史(ユヴァル・ノア・ハラリ著)に大変興味深い内容が載っている。人が地球上最強生物として君臨できたのは、単に脳が大きかった訳ではないという。人は他の生物にはない唯一の能力を持っていたからだと述べている。それは、『虚構(未来)を共有でき、戦略を立て連携できる力』をもっていたからだというのだ。今回の大会テーマである「連携」と「連動」の末、生きながらえたのが”人”という生き物である。今回の学術大会になぞらえると、PT・ST・OTという異なる種族が未来を共有し、それぞれの専門性を高め合い、包括ケアの時代に向かって連動しあう仲間であることの確認ができたような気がするのである。そして、他の職種の専門性の違いも同時に感じた。OTが作業をもって活動と参加を促進するという独自性を持つ種族であることを再認識できたことも良かった。この大会を通じて感じた事と同じように、今後「連携」「連動」が進めば進む程に、必ずOTとして立ち返る瞬間がある。私たちはOTだからできることを伝えていかなければいけないことと、それを学術的に叫ばなければならないことを強く思う。

私が思う未来を述べたい。地域包括ケアシステムは高齢者を中心に進められているが、これからは精神障害にも対応するものとなり、身体・知的障害・難病を持った人にも対応するものになる。この地域包括ケアシステムは、障害があってもなくても安心・安全で健康で幸福な社会とする”地域共生社会”へとつながっていつている。そのため、私たちの対象は様々なライフサイクルに合わせたものへと変化

し、その実践は今以上に複雑化していくことになるのであろうと想像する。自分自身もだが、高齢・精神・身体・知的・難病と分野が変わるとチンプンカンプンでよいのだろうか？この時代に対応するならば、統合したリハ職よりも前に、OTとしての統合を目指していく必要があるのではないかと思う。私の戦略としてはこうである。一つはOTの共通となる理論を持つこと(私的にOBP2.0かな)。次にMTDLPをフレームに、他分野の多くのリーズニングを聞くことと語ること。そして、協働する仲間

(SIG・士会活動)と共に進化」するのである。

さて、皆さまと私が思う虚構(未来)は共有できたでしょうか。これからの時代に応える自分でありたい。目の前の方の願いを叶えるOTでありたいと切に思う。まずはOT同士の連動を楽しみながらやっていきたい。

最後に、ここまで読んでいただいた方と、この機会を与えて頂いた学術誌編集委員の皆様、学術誌へ投稿を頂いた皆様に感謝し巻頭言とする。

特集

# 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの現状と今後について

菊入 恵一\*1,2

\*1 医療法人崇徳会 田宮病院

\*2 厚生労働省精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築支援事業 広域アドバイザー

## 1. はじめに

近年、地域精神医療福祉サービスの増加や薬物による治療の進歩に伴って、精神疾患になったとしても社会生活を維持しながら外来で治療を受けている患者は増えている。一方で入院患者は減少傾向にあり、入院患者の6割を占めている1年以上の入院患者（以下、長期入院者）の高齢化による死亡退院や身体的不調による転院は加速的に増加している。また、診療報酬では救急医療と地域連携に関わる報酬を厚くしており、全体的には病院完結型から地域完結型（地域医療構想）へ推し進められてきている。今後、精神科医療は重要な転換期に差し掛かっており精神科作業療法（以下、OT）も影響を受けている。現在、OTの多くは集団活動による実施でありその対象は長期入院者が多い。当院の状況は、OT利用者の5割が長期入院者であり、ADLや活動意欲の低下によって大集団による実施が難しい患者が増えてきている。今後、維持期から急性期・回復期・外来を中心としていくことと、統合失調症に加え、気分障害や認知症、発達障害等にも対応していくことが必要となっている。このような流れにある中、国策として打ち出された「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」は、病院を含めた地域全体を障害をもったとしても住みやすい街にしていくための仕組みづくりである。筆者は、このシステムについて我々が行う事は以下の3つであると理解している。①病気が悪くなったら入院、良くなったら退院し地域で長く住み続けるための支援の仕組みづくり（共助）②国民の精神障害の特性の理解を促し、気が付いたらこの誰に相談するかという仕組みづくり（自助・互助）③は①と②が我が町にとってどのように推し進めるのか戦略をたてる協議会を実施すること（公助）である。この施策は、患者の「活動と参加」の促進を生業としている作業療法士（以下、OTR）にとって絶好の機会である。また、長期入院者の地域移行だけでなく、新しい長期入院者を防止

するための地域づくりも含んでいる。我々がこの施策を知り活用していくことは、社会に寄与できる専門職へとつながっていく。今回、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムについての経緯と概略、OTRが今後どのように活用していくのかについて筆者の構想と知見を含め、伝えたいと考える。

## 2. 精神科医療の経緯と地域包括ケアシステムまでの流れ

＜現状＞日本における精神疾患患者は420万人（平成29年）を超え増加傾向にあり、5大疾病（癌・脳卒中・虚血性心疾患・糖尿病）の中で最も多い人数となっている。以前に比べると、精神科に受診するという点については特別なものではなくなっているが、社会における根深い差別や偏見は存在し、精神疾患の理解は十分ではない状況がある。現在の精神科入院者は27万人であり、その中でも1年以上の長期入院者は17万人、年齢は65歳以上の割合が50%を超えている<sup>1)</sup>。

＜経緯＞我が国の精神保健医療福祉について、平成16年に出された「精神保健医療福祉の改革ビジョン」において「入院医療中心から地域生活中心へ」という理念が示されて以降、様々な施策が行われ、平成29年の「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」報告書<sup>1)</sup>では、「地域生活中心」という理念を基軸としながら、精神障害者の一層の地域移行をすすめるための地域づくりを推進する観点から、精神障害者が、地域の一員として、安心して自分らしい暮らしができるように、医療、障害福祉・介護・社会参加、住まい地域の助け合い、教育が包括的に確保された「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築を目指すことを理念として明確にした。これは、高齢期を念頭に論じられている「地域包括ケアシステム」の必要な支援を地域の中で包括的に提供し、地域で自立した生活を支援

## 第5期障害福祉計画に係る国の基本指針について

**1. 基本指針について**

- 「基本指針」(大臣告示)は、障害福祉施策に関する基本的事項や成果目標等を定めるもの。
- 都道府県・市町村は、基本指針に即して3か年の「障害福祉計画」を策定。第5期計画期間はH30～R2年度

**2. 基本指針の主なポイント**

- ・地域における生活の維持及び継続の推進
- ・就労定着に向けた支援
- ・地域共生社会の実現に向けた取組
- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築
- ・障害児のサービス提供体制の計画的な構築
- ・発達障害者支援の一層の充実

**3. 成果目標(計画期間が終了するH32年度末の目標)**

① 施設入所者の地域生活への移行

- ・地域移行者数: H28年度末施設入所者の9%以上
- ・施設入所者数: H28年度末の2%以上削減
- ※ 高齢化・重症化を背景とした目標設定

④ 福祉施設から一般就労への移行

- ・一般就労への移行者数: H28年度の1.5倍
- ・就労移行支援事業利用者: H28年度の2割増
- ・移行率3割以上の就労移行支援事業所: 5割以上
- ※ 実績を踏まえた目標設定
- ・就労定着支援1年後の就労定着率: 80%以上(新)

② 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築【項目の見直し】

- ・保健・医療・福祉関係者による協議の場(各圏域、各市町村)の設置
- ・精神病床の1年以上入院患者数: 14.6万人～15.7万人に (H26年度末の18.5万人と比べて3.9万人～2.8万人減)
- ・退院率: 入院後3か月 69%、入院後6か月84%、入院後1年90% (H27年時点の上位10%の都道府県の水準)

⑤ 障害児支援の提供体制の整備等【新たな項目】

- ・児童発達支援センターを各市町村に少なくとも1カ所設置
- ・保育所等訪問支援を利用できる体制を各市町村で構築
- ・主に重症心身障害児を支援する児童発達支援事業所、放課後等デイサービスを各市町村に少なくとも1カ所確保
- ・医療的ケア児支援の協議の場(各都道府県、各圏域、各市町村)の設置(H30年度末まで)

③ 地域生活支援拠点等の整備

- ・各市町村又は各圏域に少なくとも1つ整備

**4. その他の見直し**

- ・障害者虐待の防止、養護者に対する支援
- ・難病患者への一層の周知
- ・障害を理由とする差別の解消の推進
- ・意思決定支援、成年後見制度の利用促進の在り方 等

図1 第5期障害福祉計画に関わる国の基本方針について (厚生労働省資料)

## 精神疾患の医療体制の構築(第7次医療計画)について

- 精神障害者が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を進める必要がある。
- 2020年度末、2024年度末の精神病床における入院需要(患者数)及び、地域移行に伴う基盤整備量(利用者数)の目標を明確にした上で、障害福祉計画等と整合性を図りながら地域の精神保健医療福祉体制の基盤整備を推し進める必要がある。
- 統合失調症、うつ病、躁うつ病、認知症、児童・思春期精神疾患、依存症などの多様な精神疾患等ごとに医療機能の役割分担を整理し、相互の連携を推進するとともに、患者本位の医療を実現していけるよう、各医療機関の医療機能を明確化する必要がある。

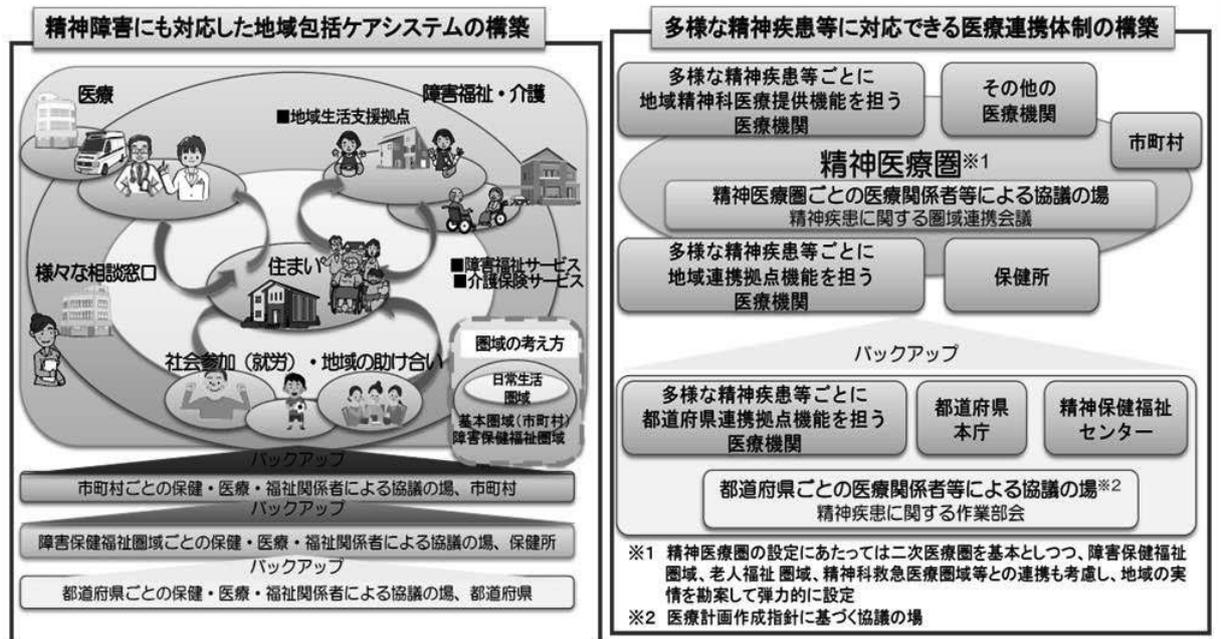


図2 精神疾患の医療体制の構築(第7期医療計画)について (厚生労働省資料)

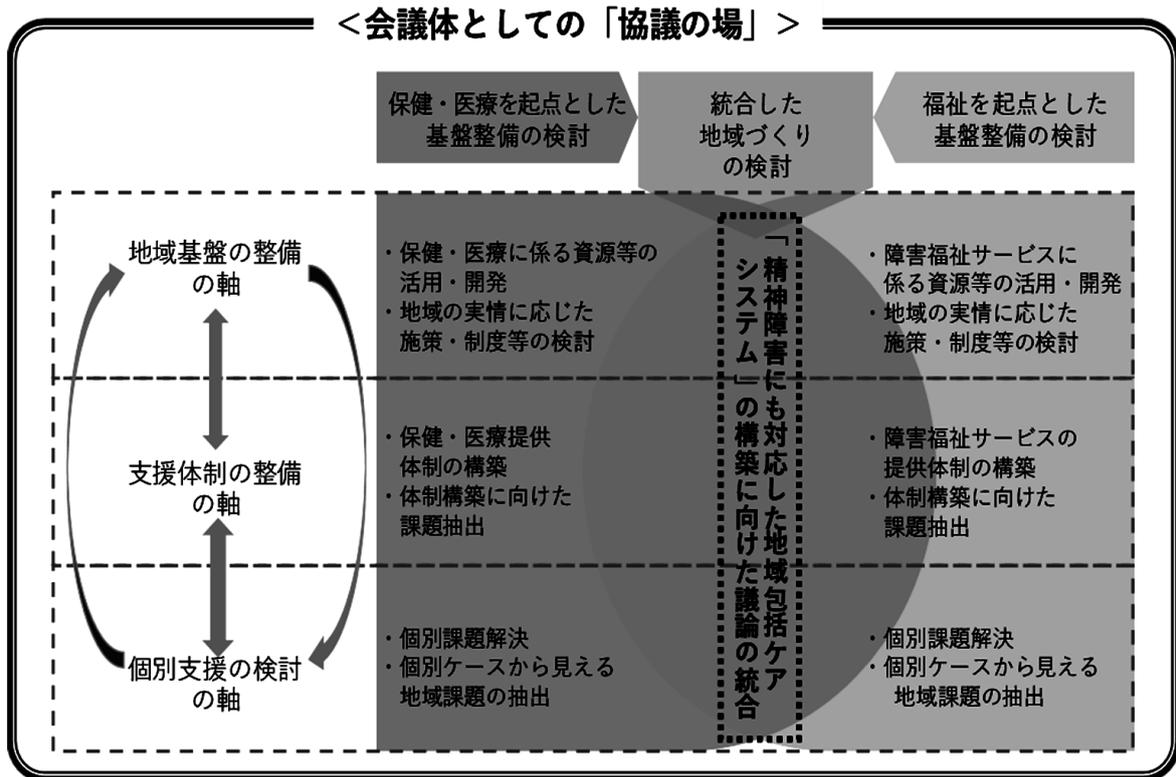


図3 「保健・医療・福祉関係者による協議の場」の機能と協議内容の構造の概念 (厚生労働省資料)

するという考え方を応用したものであり、異なるものであることに留意が必要である<sup>2)</sup>。筆者の感覚として、目指す目的は概ね一緒ではあるが、目標や方法にあたる精神障害の特性の違いや障害福祉のサービスの違うという印象である。

国は、これらを推し進めるために各自治体の第5期障害福祉計画の基本指針(図1)・第7次医療計画の見直し(図2)を示し、医療と福祉の適合性を図りながら自治体が各地域ごとの特性に沿って取り組んでいくことを述べている<sup>2)</sup>。

厚生労働省は、なぜ精神障害にも地域包括ケアが必要なのかということについて以下のように述べている。①1年以上の入院者17万人、うち5年以上の入院者は9万人である。②精神病床からの退院者の約4割が1年以内に再入院している。また、包括的支援が必要とされた者のうち、居住地区における地域サービスを利用してはいたものは33%であり十分利用できていない。③1年半以上の長期入院者のうち、14%は「退院可能」とされている。退院困難とされた者のうち、3分の1は、居住・支援がないため退院が困難とされている。④精神療養病棟に入院する患者の約50%が在宅サービスの支援体制が整えば退院可能とされているということから、地域の基盤整備が必要である。以上の理由から必要性を訴えている<sup>2)</sup>。

第5期障害福祉計画のなかで、保健・医療・福祉関係者による協議の場を令和2年度までに協議の場を設置することとしており、保健・医療から地域を考える視点と障害福祉から地域を考える視点の両視点を持った上に個別支援の検討・支援体制の整備地域基盤の整備の3つの軸に沿って様々な機能を発揮することが求められる<sup>3)</sup>(図3)。そして、この協議の進め方については①地域課題の共有②目標設定③計画の実施④成果の確認という流れで実施されることが望ましいとされている。

### 3. 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム概要について

「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」(図4)とは精神障害者が地域の一員として安心して自分らしい暮らしができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加(就労)、地域の助け合い、教育が包括的に確保するものである。また、システム構築にあたっては、計画的に地域の基盤を整備すること。市町村や障害福祉・介護事業者が、精神障害の程度によらず地域生活に関する相談ができるように、圏域ごとの保険・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業所、市町村などとの重層的な連携による支援体制を構築していくことが必要として

## 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築（イメージ）

○精神障害者が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、医療・障害福祉・介護、住まい、社会参加(就労)、地域の助け合い、教育が包括的に確保された地域包括ケアシステムの構築を目指す必要がある。  
 ○このような精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築にあたっては、計画的に地域の基盤を整備するとともに、市町村や障害福祉・介護事業者が、精神障害の程度によらず地域生活に関する相談に対応できるように、圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、市町村などの重層的な連携による支援体制を構築していくことが必要。

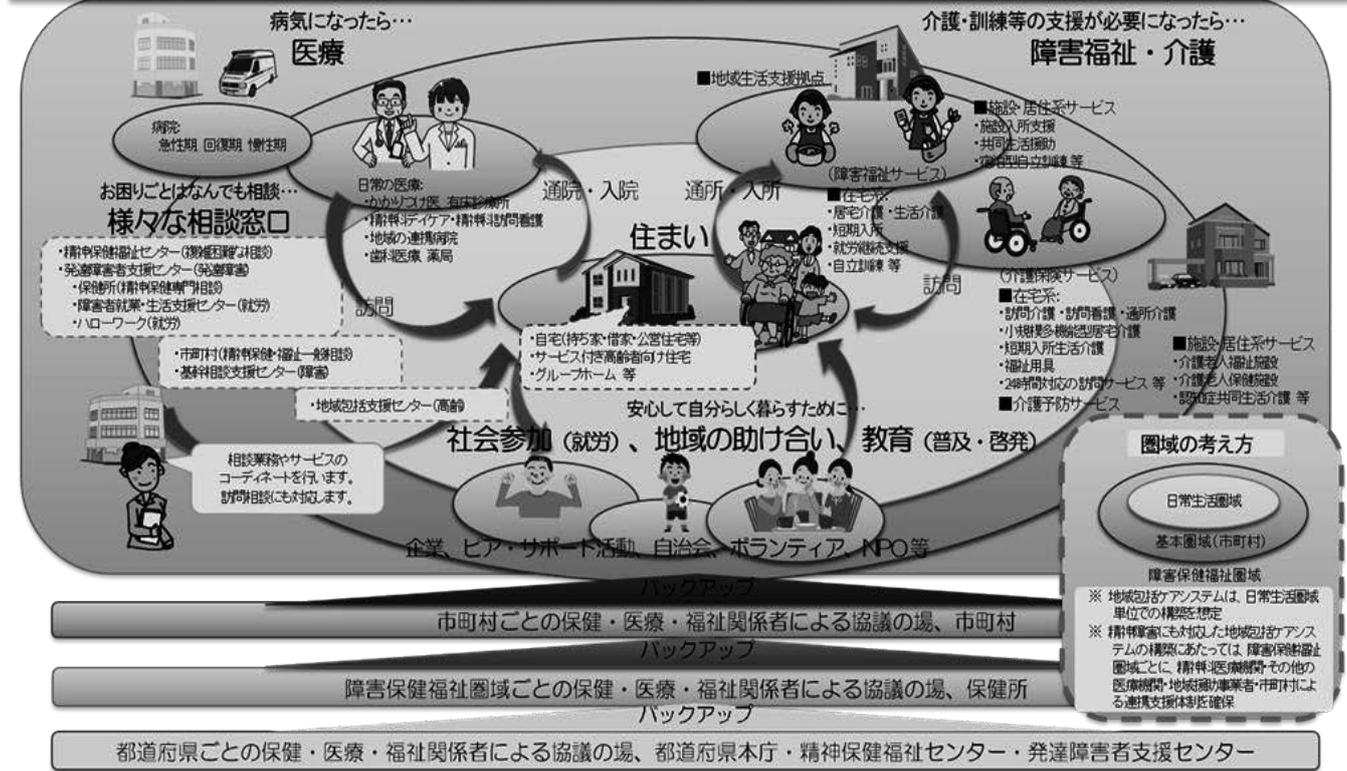


図4 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築 (厚生労働省資料)

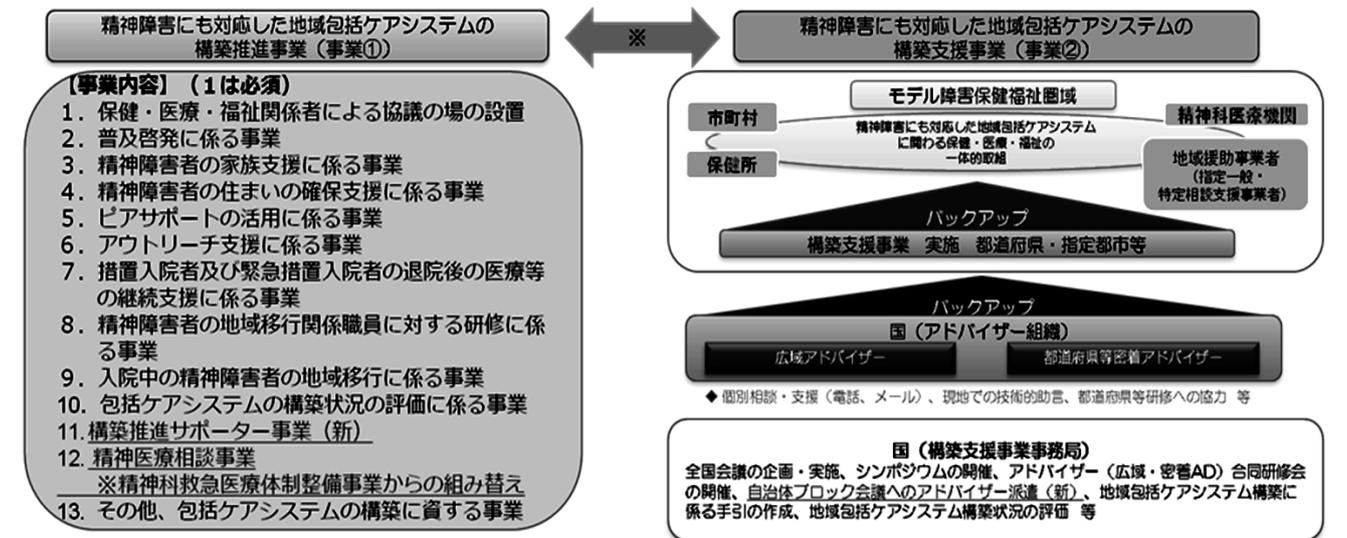


図5 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム 事業①② (厚生労働省資料)

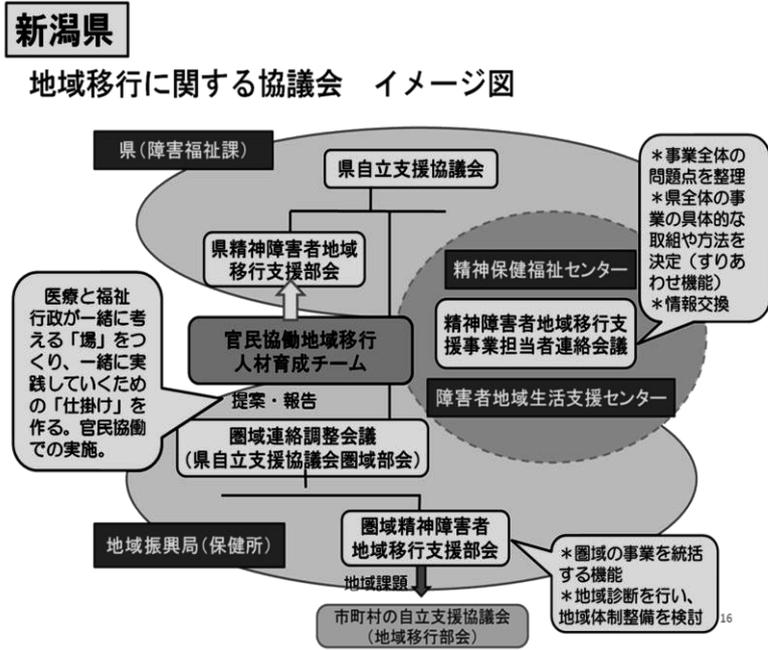


図6 新潟県における地域移行に関する協議会 イメージ図

いる。システム構築によって期待できる効果として①精神障害者とその家族が暮らしやすくなる。②ニーズに沿った多様なサービスの創出と連携の強化③精神疾患に起因する問題に対する速やかな対応④精神障害者の社会参加(就労)の促進⑤地域住民の精神障害に対する理解の促進<sup>4)</sup>を挙げている。

#### 4. 国の取り組みについて

(図5) ①精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業(地域生活支援促進事業)として予算は約53.2億円(31年度)②精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築支援事業として4億円(31年度)の予算をつけている。実施主体としては都道府県、指定都市、特別区、保健所設置市(①のみ)としている。①の事業メニューは図5のようになっている。保健・医療・福祉関係者による協議の場の設置は必須として他のメニューの実施については各自自治体の取り組みに合わせて選択できる形になっている。②の事業については、アドバイザー派遣事業であり、筆者は広域アドバイザーとしてシステム構築へ向け自治体に出向き支援を行っている。先にも述べた①地域課題の共有②目標設定③計画の実施④成果の確認という流れに沿って進めており、その実績を紹介する。

<平成30年度：静岡県を担当>

県から選出された密着アドバイザー3名(県精神保健福祉センター1名、相談支援1名、OTR1名)と共に包括ケアシステム推進行動計画を立案。①地域課題としては、静岡県内で先駆的な地域移行支援やピア活動はあるが、他の圏域に広がっていない

こと。もう一つは圏域事の取り組みをコントロールする県の事務局機能がないこと。②目標設定は他の圏域に先駆的な取り組みを知ってもらうための研修会を実施。県の自立支援協議会地域移行支援部会にて事務局を立ち上げることを目標とした。③計画の実施では「県自立支援協議会地域移行部会への参加」し事務局機能の必要性を提案する。「静岡県精神障害者地域移行定着推進研修会への講師としての参加」を実施している。④結果は、研修実施し取り組みを周知できたことと、県自立支援協議会地域移行部会の事務局機能を設置について検討が始まった。

このように、行政側の協議会運営のための助言や、広く精神関係者に向けた研修会を実施している。

これらの国の取り組みは精神障害にも対応した地域包括ケアシステムポータルサイト(Web検索)にて活動内容から講師資料まで閲覧できるので参照していただきたい。

#### 5. 新潟県の取り組み状況について

県では、地域包括ケアシステム構築推進事業(図5)のメニューの内、1.協議の場の構築事業、6.アウトリーチ推進事業(こころのクリニックウィズ・メンタルケア中条へ委託)、7.措置入院者事業、8.研修事業(県作業療法士会委託)10.包括ケアシステム構築状況の評価(佐渡圏域)の5つを選択し取り組んでいる。主管は新潟県障害福祉課のちとこころの支援室であり、精神保健福祉センターと協働して実施している。協議会については、新潟県の協議会のイメージ(図6)のように構成されており、部会

の名称も令和2年度より地域移行支援部会から精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを考える協議会として広く推進する部会へ改称する予定となっている。県地域移行支援部会の目標として掲げられていることとして、平成30～令和2年の間に地域移行相談を利用した退院支援45件を掲げている<sup>5)</sup>。今後は、人材育成チームが、県アドバイザーとして各圏域の協議会や市町村の協議会へ出向いて支援するという話しが出ている。

## 6. 県作業療法士会（以下、県士会）の取り組み状況

平成24年より、筆者は県士会の精神担当理事の立場で、他団体の推薦を契機に人材育成の為の研修企画へ参加している。平成27年には、県士会の提案により、研修企画にとどまらず県全体で地域移行を推し進めるためワーキングチームとして「新潟県地域移行人材育成チーム」が立ち上がっている。研修会の内容も、病院で多職種のチームを作り福祉職員と協働して地域移行を推し進めるための戦略を立てる会議として実施。地域移行支援研修会を4年間継続して実施し、各地で継続的な会議につながりその中で各病院の状況に合わせた取り組みが行われている。

## 7. 当院の取り組み

当院では、県地域移行支援研修参加を契機に「地域移行を考える会」が誕生し、退院準備グループ「あゆみの会」に地域支援者や当事者と交流する機会を病院や病院外でもつことにし、この活動から退院者も年に1～2名程だしている。平成31年度は地域支援者のアセスメントと病院スタッフのアセスメントをすり合わせるための事例検討を実施。令和元年度は、地域支援者と病院職員と本人と面談をし、退院についての話を聞くことや入院生活の相談をする機会をもつことにした。結果については目標1件を達成することが出来た。また、今年度新たな動きとして重度閉鎖病棟に地域支援者と入院者の交流会を開催し、また地域支援者との面談から、地域移行支援を2件挙げている。徐々に地域支援者と医療スタッフの協働による退院支援が行われるようになってきている。

## 8. 精神にも対応した地域包括ケアシステム想定されるOTRの関与について

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムについて、今後どのようにOTRが寄与していくかについて筆者の経験を元に伝える。高齢における地域

包括ケアシステムが中学校区域を想定しているのに対し、精神障害はそこまで小さな地区は想定していない。既に動いているのは、圏域精神障害者地域移行部会である。圏域事にどのような地域課題があってどのような資源が必要かということが協議することになる。方法として、地域移行困難事例の検討。そして①医療アクセス②住まい③介護支援④就労⑤保険予防⑥啓発活動・ピア活動の推進など<sup>3)</sup>のカテゴリーをアセスメントしていく中で地域課題を抽出する方法になると考える。例えばこのような感じで協議が進む。【再入院を繰り返しているAさんが長期入院になってしまった。さて、地域生活をした際に何が問題となっていたのか、支えるサービスや人は不足していないか、医療とのつながりはどうだったのか、また障害福祉とつながらないのか、長期入院にならないようにするにはどのような検討機会があるとよいか】と、事例に対し、どのような地域サービス（基盤整備）が必要なのかを探るなかで地域課題を見つけていくという方法である。

## 9. 想定されるOTRとしての関与

- ①圏域協議会にOTRが参加すること。協議会への参加については県士会がバックアップして、最低でも新潟市・7圏域ごとに行われる協議会に参加できるOTRを選出したいと考える。今後は、市町村事でも協議会を開始するところもあり、行政から直接OTRに話しが行く可能性もある。その際は是非、断らないで検討してもらうことと、県士会精神分野推進委員会まで連絡を頂きたい。
- ②圏域協議会へ参加するOTRは、1圏域1名～2名であり、県全体では15名程がその役割を担うことに誰もがこの協議会に参加できるわけではない。それ以外のOTRの役割としては、自分の圏域部会のOTRは誰が参加していて、どのような検討がなされているのかという情報をキャッチしておくことが望ましい。また、普段感じている自分の圏域にこんなサービスが必要という意見を、協議会参加するOTに届けると施策に反映されていくことになる。例えば、グループホームが足りない。アパートの保証人がいない。サービスを利用して退院したいが家族が反対して本人の権利が守れない。などである。是非、現場の声を届けてほしい。
- ③障害福祉サービスである地域移行支援を利用して進めるということは有効な手立てである。この支援の対象は1年以上の入院者と限定されていたが30年度より1年以下の入院者にも適用できるようになった。入退院を繰り返し医療だけでは支えられない人がいるのなら是非検討して頂きたい。このような人の場合、病院だけによる退院支援だけ

# ReMHRAD(リムラッド); 地域精神保健医療福祉資源分析データベース Regional Mental Health Resources Analyzing Database

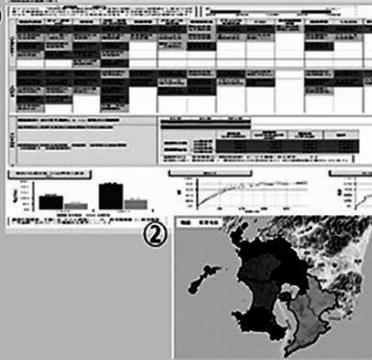
4つのコンテンツからなる地図情報を利用した、精神保健医療福祉上の情報を統合したWeb上のデータベース

## 4つのコンテンツ

### 1. 多様な精神疾患の指標 (医療計画)

精神疾患の医療体制についての指標を表示  
(主にNDBで把握)

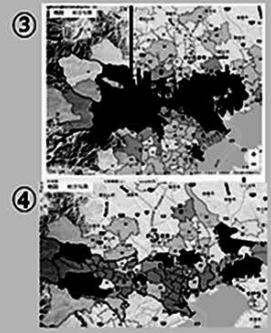
- ① 都道府県別; 指標毎に、全国平均と比べた4分位で表示 (例; 鹿児島県)
- ② 二次医療圏別; 指標毎に、全国平均と比べた8分位で表示 (例; 鹿児島県)



### 2. 入院者の状況

精神病床の入院者の状況を入院期間毎に表示  
(主に630調査で把握)

- ③ 自区市町村の医療機関に入院している患者は、どの住民か。 (例; 八王子市)
- ④ 自区市町村に住所がある患者は、どの区市町村の医療機関に入院しているか。 (例; 江東区)



### 3. 地域包括ケアのための資源の状況 (障害福祉・訪問看護)

(主にWAMNETと630調査で把握)

- ⑤ 区市町村別; 障害福祉サービス事業所と訪問看護ステーションの設置数(人口10万対・実数)を、全国平均と比べた8分位で表示 (例; 東京都)

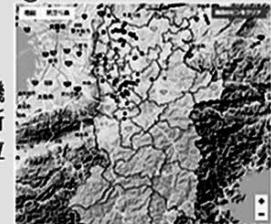


### 4. 各社会資源のマッピング

(医療機関・障害福祉・訪問看護)

(主に日本医師会地域医療情報システム、WAMNET 及び630調査で把握)

- ⑥ 区市町村別; 精神科医療機関、障害福祉サービス事業所と訪問看護ステーションの位置を表示 (例; 奈良県)



令和元年度厚生労働科学研究「医療計画、障害福祉計画の効果的なモニタリング体制の構築のための研究」(研究代表者NCNP 山之内芳雄; 研究分担者 東洋大学吉田光爾)

図7 ReMHRAD: 地域精神保健医療福祉資源分析データベース (<https://remhrad.ncnp.go.jp/>)

では退院後の生活を支えられないばかりか、地域包括ケアが推進されないという考え方もできる。例でいうと、病院だけで地域移行をすすめる→地域支援者が把握していない→行政も関与せず状況が分からない→本人が悪くなり地域で不和が生じる→悪くなって入院する→治りが遅くなり長期化→地域での不和により元いた場所に帰りにくくなる。という感じである。OTRと地域支援者が手をつないで、伴走しての退院。それが、地域包括ケアを育てるという発想をもてると良い。例えば、地域支援者と一緒に何か社会資源を回るツアーをOT活動と絡めてやると本人や地域と顔の見える関係につながり、両者のアクセスはとて良くなる。OTRは、活動を通して病院スタッフと地域支援者をつなぐ役割が出来ると良い。

④ 予備知識として、地域課題を生み出すまでのプロセスに必要な知識としては社会資源の把握(図7)と障害福祉サービスの知識は圧倒的に不足してい

ると思われるので知っておきたい。事例の読み解きについては、普段行っている事例検討が出来ていれば問題ない。そしてMTDLPのようなOTの思考プロセスを使って伝える技術は武器になる。他に、会議を円滑に進めるファシリテーションの知識があると会として重宝される。これらについては学ぶ機会として、県研修や協議会、県士会、精神科OTネットワーク@新潟で作っていきたいと考える。

### 10. おわりに

精神障害にも応じた地域包括ケアシステムについて状況把握ができましたか? やる気のある方がいたら声を上げて頂きたい。精神にも風向きが出てきて、OTが更に楽しくなる絶好のチャンスを逃さないで欲しい。患者の活動と参加を生み出す為に、まずOTRが病院から飛び出せる職場を作っていくことが大切であり、この時代に応えられるOTRが増

えて欲しいと考える。

## 11. 文献

- 1) 第8回これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会報告書(オンライン) <<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/0000151157.pdf>> (参照 7-8).
- 2) 厚生労働省：精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築支援事業平成30年度第2回アドバイザー・都道府県等担当者合同会議 R30.10.15 厚生労働省説明資料1(オンライン) 入手先<[http://www.mhlw-houkatsucare-ikou.jp/m201802data/m201802\\_ref1.pdf](http://www.mhlw-houkatsucare-ikou.jp/m201802data/m201802_ref1.pdf)> (参照 3-7).
- 3) 厚生労働省：精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築支援事業令和元年度第1回アドバイザー・都道府県等担当者合同会議 R1.5.29 厚生労働省説明資料1(オンライン) 入手先<<http://www.mhlw-houkatsucare-ikou.jp/m201905ap/ref1.pdf>> (参照 1-12. 18).
- 4) 藤井千代：精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築支援事業令和元年度第1回アドバイザー・都道府県等担当者合同会議 R1.5.29 厚生労働省説明資料2(オンライン) 入手先<<http://www.mhlw-houkatsucare-ikou.jp/m201905ap/ref2.pdf>> (参照 4. 8. ).
- 5) 新潟県障害福祉課：自立支援協議会精神障害地域移行支援部会 R1.9.11 資料3-1.

研究論文

# 高次脳機能障害者の調理場面におけるエラーの特徴と認知機能の 関連性の検討

高野 友美<sup>1)</sup> 北上 守俊<sup>1,2)</sup> 秋山 明美<sup>1)</sup> 荻荘 則幸<sup>3)</sup>

\*1 新潟県障害者リハビリテーションセンター

\*2 新潟医療福祉大学

\*3 ゆきよしクリニック

(2019年12月11日受付, 2020年1月7日受理)

## 要旨

高次脳機能障害者は日常生活活動の自立度が高い一方で、手段的日常生活活動は介助量が多く、調理では自ら目標を設定して作業を開始できるが、適切な手順で進めることが難しくなると言われている。しかし、高次脳機能障害者の調理訓練におけるエラーの特徴や神経心理学的検査の関連性についての報告は少ない。そこで本研究では、調理訓練記録表の内容をもとに具体的なエラーを抽出し、日本版BADS遂行機能障害症候群の行動評価(以下、BADS)との関連性について検討した。その結果「材料の切り方」、「調理手順」、「片付け」でのエラーが多く、片手での調理経験の乏しさ、作業記憶や注意機能が調理訓練におけるエラーに影響を及ぼしていることが明らかとなった。調理訓練時のエラー合計数とBADSの相関を検討したところ、いずれも相関を認められず、発症前の調理経験の有無が調理訓練におけるエラーに影響を及ぼしている可能性が示唆された。

**キーワード** 高次脳機能障害, 調理, 認知機能

## 1. はじめに

高次脳機能障害者の歩行、食事、排泄、入浴、更衣の日常生活活動は自立度が高い一方で、公共交通機関の利用や調理、金銭管理などの手段的日常生活活動は介助量が多いことが報告されている<sup>1)</sup>。高次脳機能障害者の調理訓練については、退院後の調理環境に合わせた調理訓練の実施や家族指導のために家族参加型の調理訓練の重要性<sup>2)</sup>、誤りなし学習とともに負の実体験による気づきを促す訓練の有用性<sup>3)</sup>が検証されている。さらに高次脳機能障害者が複数の品目を同時並行調理できるナビゲーションシステムの開発<sup>4)</sup>や訓練場面への導入<sup>5)</sup>も進められている。高次脳機能障害の

中でも遂行機能障害があると、調理場面では自ら目標を設定して作業を開始するものの適切な手順で進めることが難しくなることを明らかにしている<sup>6, 7)</sup>。また、調理場面を評価するツールの開発<sup>8)</sup>や調理場面と相関するテストバッテリー<sup>9)</sup>の検証が国外で行われているがまだ統一された見解は示されていない。

そこで本研究では、調理訓練記録表をもとに、調理訓練でのエラーの特徴を整理し、さらに日本版BADS遂行機能障害症候群の行動評価(以下、BADS)と調理訓練でのエラー数との関連を明らかにし、調理場面における評価や訓練内容を検討することを目的とした。

## 2. 方法

### 2.1. 対象者

2011年11月から2014年12月の間でA事業所にて調理訓練を実施した高次脳機能障害を呈した利用者13名を対象とした。

### 2.2. 調査内容

A事業所で使用しているこれまでの報告<sup>10)</sup>を参考に作成した調理訓練記録表(表1)をもとに調理訓練のメニューを確認し、作業工程を①身支度、②野菜の処理、③材料の洗い方、④材料の切り方、⑤皮のむき方等の14項目に分け、エラーの有無を確認した。火加減の項目は火の扱いの項目に含めることとした。エラーの特徴については調理訓練記録表の内容から作業療法士(以下、OT)1名がカテゴリー分類し、内容分析を行った。さらに診療録から①性別、②年代、③疾患名、④障害名、⑤屋内移動手段、⑥身体機能(Brunnstrom Stage(以下、Br-stage)、感覚障害)、⑦神経心理学的検査結果(Trail Making Test(以下、TMT) partA・partB、仮名拾いテスト 無意味綴り・物語、三宅式記憶力検査 有関係対語) ⑧調理経験の有無、⑨発症から調理訓練開始までの月数について後方的に情報収集した。神経心理学的検査結果は調理訓練直近の結果を示した。

### 2.3. 分析方法

対象者13名について調理訓練のメニュー、過去の調理経験の有無、発症から調理訓練開始までの月数についてまとめ、14項目の作業工程のエラーの有無を単純集計した。

対象者の属性は、①性別、②年代、③疾患名、④障害名、⑤屋内移動手段、⑥身体機能(Br-stage、感覚障害)、⑦神経心理学的検査結果(TMT partA・partB、仮名拾いテスト 無意味綴り・物語、三宅式記憶力検査 有関係対語)について平均と標準偏差、度数分布表にまとめた。

調理訓練時のエラーの合計数とBADSの年齢補正した標準化得点及びBADSの下位項目それぞれの相関を統計学的に検討するため、ピアソンの積率相関係数を算出した。検定の有意水準は5%とし、データ解析にはR 2.8.1を使用した。

### 2.4. 倫理的配慮

施設に研究の目的と方法、倫理的配慮等を説明し同意を得てから、診療録を用いて個人情報特定可能な情報は全て削除し匿名性に関して十分配慮して行っ

表1 調理訓練記録表

評価日	年 月 日	実習回数	科目	評価支援員	
氏名					
目的					
計画	年 月 日( )				
メニュー				材料費	
買い物	年 月 日( )				
作業姿勢	座位	立位	座位( %)+立位( %)		
評価	①身支度	<input type="checkbox"/> 自ら行う <input type="checkbox"/> 要指示			
	基本動作	②野菜の処理	数値値	介助	支援内容
		③材料の洗い方			
		④材料の切り方(削つきまなごの使用有・無)			
		⑤皮のむき方(削つきまなごの使用有・無)			
		⑥容器(ボール・ざる)に移す			
		⑦炒める			
		⑧煮る			
		その他( )			
	火加減	<input type="checkbox"/> 特に関与なし <input type="checkbox"/> 調整がうまくできず援助を要した <input type="checkbox"/> 未実施			
	⑨手順	<input type="checkbox"/> 障害が軽くて特に配慮せずに行えた <input type="checkbox"/> 思いついでまま行動してしまい、中断や失敗があった <input type="checkbox"/> 指示がなくては自分で動くことができなかった <input type="checkbox"/> 未実施			
	⑩片付け	<input type="checkbox"/> 調理と並行して行った <input type="checkbox"/> 汚れものが邪魔になって行った <input type="checkbox"/> 未実施			
	安全性	⑪刃物の扱い			
		⑫片手鍋の柄の位置			
⑬火の扱い					
⑭油を入れる					
その他					
評価・まとめ					

た。

## 3. 結果

### 3.1. 対象者の属性

分析対象者(n=13)の属性は男性12名、女性1名、平均年齢は39.8±11.5歳、原因疾患は脳出血7名、脳梗塞1名、クモ膜下出血1名、脳炎1名、脳挫傷2名、脊髄損傷1名であった。障害名は、右片麻痺2名、左片麻痺7名、四肢麻痺2名、失調2名、屋内移動は、独歩が6名、歩行器が2名、車椅子が5名であった。Br-stageでは上肢Ⅲ、手指Ⅲ、下肢Ⅲが多く、感覚障害は中等度4名、重度3名、なし6名であった。神経心理学的検査では、平均がTMT partAは73.0±34.7秒、partBは152.6±84.4秒、仮名拾いテスト 無意味では34.0±14.6個、物語では27.0±14.9個、三宅式記憶力検査では1回目7.0±1.6対、2回目9.0±1.6対、3回目9.0±1.7対であった(表2)。

過去の調理経験は経験ありが4名、経験なしが7名、

表2 対象者の概要

対象	性別	年代(歳)	疾患名	身体状況	Brstage (上肢・手指・下肢)	感覚障害	TMT(秒)		仮名拾いテスト(個)		三宅式記憶力 検査(対)
							part A	part B	無意味	物語	
1	男	40代	脳出血	左片麻痺, 車椅子	III-II-III	中等度	36	80	44	56	9-10-10
2	男	50代	脳出血	左片麻痺, 車椅子	III-II-III	重度	98	345	-	12	10-10-10
3	男	40代	脳挫傷	四肢麻痺, 歩行器	III-III-III	重度	16	265	-	-	-
4	男	40代	くも膜下出血	左片麻痺, 独歩	VI-VI-V	中等度	10	中止	31	29	7-8-8
5	男	40代	脳出血	左片麻痺, 車椅子	II-III-III	重度	50	70	-	31	8-10-10
6	男	40代	脳出血	右片麻痺, 独歩	III-III-III	中等度	76	145	-	15	7-10
7	男	50代	脳出血	右片麻痺, 独歩	IV-III-V	中等度	35	135	-	32	5-6-6
8	男	50代	脳出血, もやもや病	左片麻痺, 独歩	VI-VI-VI	なし	62	180	12	6	5-6-6
9	男	40代	脳炎	左上下肢失調, 独歩	VI-VI-VI	なし	69	64	33	27	7-8-9
10	女	20代	脳出血	四肢体幹失調, 歩行器	VI-VI-VI	なし	82	203	-	12	-
11	男	10代	脳梗塞	左片麻痺, 独歩	III-III-IV	なし	38	108	50	36	8-10-10
12	男	20代	脳挫傷, びまん性軸索損傷	左片麻痺, 車椅子	V-IV-V	なし	-	-	-	-	6-10-10
13	男	30代	頸髄損傷	四肢麻痺, 車椅子	V-IV-IV	なし	60	100	-	42	8-10-10
Mean±SD	39.8±11.5						73.0±34.7	152.6±84.4	34.0±14.6	27.0±14.9	1回目 7.0±1.6 2回目 9.0±1.6 3回目 9.0±1.7

Br-stage : Brunnstrom Stage TMT : Trail Making Test - : データなし

Mean : 平均値 SD : 標準偏差

表3 各対象毎の作成したメニューと調理経験の有無, 発症から調理訓練開始までの月数

対象	メニュー	過去の調理 経験の有無	発症から調理訓練 開始までの月数
1	カレーライス, サラダ, コンソメスープ	なし	14.0
2	サバの味噌煮, ごはん, 豚汁	なし	17.5
3	寄せ鍋, ほうれん草のお浸し	不明	299.1
4	焼きそば, サラダ, スープ	なし	15.3
5	オムライス, 具沢山スープ, フルーツヨーグルト	あり	17.0
6	カレーライス, 大根サラダ, コンソメスープ	なし	9.8
7	カツカレー, サラダ	なし	14.8
8	豚肉の生姜焼き, 野菜サラダ, ごはん, 豆腐とわかめの味噌汁	あり	10.1
9	鍋しぎ, ほうれん草の白和え, ごはん, 茄子としょうがの味噌汁	不明	13.2
10	中華丼, ほうれん草のお浸し, かきたま汁	あり	11.7
11	カレーライス, サラダ, コンソメスープ	なし	108.0
12	チキンソテー, 目玉焼き, グリーンサラダ	なし	83.9
13	親子丼, エビチリ, 鱈三平汁	あり	34.1
		経験あり : 4名 経験なし : 7名 不明 : 2名	Mean±SD 49.9±81.0

Mean : 平均値 SD : 標準偏差

不明が2名であった。発症から調理訓練開始までの月数の平均は49.9±81.0ヶ月であった(表3)。

### 3.2. エラーの特徴(表4)

14項目の中でエラーが最も多かった項目は④材料の切り方:5, ⑨調理手順:5, ⑩片付け:5であった。④材料の切り方では、「時間がかかる」、「安定した切り方が分からない」、「適切な大きさが分からない」、「道具の使い方が分からない」といった行動が見られた。⑨調理手順では、「作業の切り替えがうまくできない」、「同時進行できない」、「一つ一つの作業に時間がかか

る」、「時間配分ができない」、「疲れやすい」、「作業が非効率的」といった行動が見られた。⑩片付けでは「洗った物が溜まる」、「洗い残しや汚れに気づけない」という行動があった。

### 3.3. 調理訓練時のエラーの合計数とBADSの関連性

調理訓練時のエラーの平均は2.4回, BADSの年齢補正した標準化得点の平均は91.5, BADSの下位項目は, 検査2が最も平均が3.5と高く, 検査5が1.8で最も低かった(表5)。

表4 エラー数とその内容

項目 (n)	エラーあり	エラーなし	エラーの具体例
①身支度 (13)	3	10	エプロンをつけ忘れる
②野菜の処理 (13)	3	10	方法が分からない (3)
③材料の洗い方 (13)	0	13	時間がかかる 洗い忘れがある
④材料の切り方 (13)	5	8	時間がかかる 安定し効率的な切り方が分からない 適切な大きさが分からない 道具の使い方が分からない (5)
⑤皮のむき方 (11)	3	8	むき残しがある 道具の使い方が分からない (3)
⑥容器に移す (13)	0	13	—
⑦炒める (12)	4	8	適切な量が分からない 適切な加熱が分からない (2) 鍋が固定できず滑る (2)
⑧煮る (9)	0	9	—
⑨調理手順 (13)	5	8	作業の切り替えがうまくできない (2) 同時進行できない (3) 一つ一つの作業に時間がかかる (2) 時間配分ができない 疲れやすい 作業が非効率的
⑩片付け (13)	5	8	洗い物が溜まる (2) 洗い残し・汚れに気づけない
⑪刃物の扱い (13)	1	12	—
⑫片手鍋の柄の位置 (13)	0	13	—
⑬火の扱い (13)	3	10	火の消し忘れがある 火加減が分からない
⑭油を入れる (11)	1	10	—

—: データなし

表5 調理訓練時のエラー数と BADS の得点

対象	エラー数	BADS 年齢補正した 標準化得点	BADS 下位項目 検査					
			1	2	3	4	5	6
1	0	112	4	4	4	4	2	3
2	5	83	4	3	2	4	0	1
3	1	83	4	4	1	4	0	1
4	5	49	2	3	1	2	0	1
5	4	98	4	4	2	2	2	4
6	4	108	4	4	4	2	2	4
7	5	93	2	3	3	4	3	2
8	0	58	1	2	4	1	0	2
9	1	112	3	4	4	3	3	4
10	0	102	4	4	2	3	2	4
11	2	86	3	3	1	4	3	1
12	7	108	4	4	3	1	4	4
13	0	97	4	4	1	3	2	4
Mean	2.4	91.5	3.3	3.5	2.5	2.8	1.8	2.7
SD	2.5	19.7	1.0	0.7	1.3	1.1	1.4	1.4

Mean: 平均値 SD: 標準偏差

表6 調理訓練時のエラー数と BADS の得点の相関

BADS 得点	相関係数 ( <i>r</i> )	<i>p</i> 値
BADS 年齢補正した標準化得点	-0.06	0.83
BADS 下位項目		
検査 1	0.02	0.95
検査 2	-0.06	0.83
検査 3	-0.05	0.88
検査 4	-0.26	0.39
検査 5	0.19	0.52
検査 6	-0.11	0.72

調理訓練時のエラー合計数と BADS の年齢補正した標準化得点及び BADS の下位項目の相関を統計学的に検討したところ、いずれも相関を認めなかった(表6)。

#### 4. 考察

本研究の結果、調理訓練では「材料の切り方」、「調理手順」、「片付け」でのエラーが多く見られた。エラーの内容では「切り方が分からない」や「道具の使用方法が分からない」という特徴がみられ、その要因として片手での調理経験が乏しいことが影響していると考えられる。また、調理は習熟するのが難しい複雑な作業であり、それゆえ経験は重要な要因であることが報告されている<sup>11)</sup>。本研究においても調理経験が少ない対象者はエラーが多い傾向があった。

高次脳機能障害者の調理訓練での課題として、作業記憶の低下により並行するタスクの状態を記憶できず、作業を遂行することが困難になる可能性があることが報告されている<sup>4)</sup>。さらに、転換性注意や配分的注意が低下した場合でも同時並行的なタスクを管理することが難しくなる<sup>4)</sup>と言われている。本研究でも調理手順において「作業の切り替えがうまくできない」や「一つ一つの作業に時間がかかる」といったエラーの特徴が見られた。したがって調理訓練場面において作業記憶や注意機能が重要な要素であると考えられる。

調理訓練時のエラーの合計数と BADS の関連性の結果から、調理場面でのエラーの数と検査場面での認知機能に関連性は認めなかった。発症前の調理経験が影響していると推察する。したがって、神経心理学的検査の結果だけで調理の自立の程度を把握することには限界があり、過去の調理経験の有無と実際場面での評価が重要と考える。

しかし、本研究の限界として対象が1施設の結果であり症例数が少なく、さらに調理のメニューが統一されておらず難易度にばらつきが生じているため、一般

化には限界がある。また、今後は症例数の蓄積や研究デザインの検討が必要である。

#### 5. 結論

高次脳機能障害者の調理訓練におけるエラーは「材料の切り方」、「調理手順」、「片付け」で多く、具体的には「切り方が分からない」、「道具の使用方法が分からない」、「作業の切り替えができない」、「同時進行ができない」、「洗いが溜まる」等であった。調理訓練におけるエラーの要因は片手での調理経験が乏しいこと、そして作業記憶や注意機能が影響を及ぼしていることが明らかとなった。調理訓練時のエラー合計数と BADS の相関を検討した結果、相関を認めなかった。発症前の調理経験の有無が影響を及ぼしている可能性が示唆された。

#### 6. 文献

- 1) NPO 法人日本脳外傷友の会：高次脳機能障害者生活実態調査報告書 2009. (オンライン), 入手先 <<https://blog.canpan.info/i-hato-v2/archive/328>>, (参照 2019-11-6).
- 2) 森田恵, 野間博光, 乙倉智恵, 小塩裕美, 佐藤友紀：脳卒中女性患者の調理状況の実態－3 症例の比較検討－. 作業療法 20 : 394, 2001.
- 3) 小倉郁子, 早川裕子, 三村将, 穴水幸子, 藤森秀子, 他：高次脳機能障害を持つ患者に対する調理訓練の経験. 認知リハビリテーション 2007 : 40-45, 2007.
- 4) 宮脇健三郎, 佐野睦夫, 米村俊一, 大出道子, 松岡美保子：高次脳機能障害者の同時並行調理ナビゲーション～記憶・注意障害患者を対象としたケーススタディ～. 映像情報メディア学会誌 66 (12) : 481-491, 2012.
- 5) 大井翔, 佐野睦夫, 渋谷咲月, 水野翔太, 大出道

- 子, 他: 高次脳機能障害者の自立に向けた調理行動振り返り支援システムに基づく認知リハビリテーション. 認知リハビリテーション 20(1): 51-61, 2015.
- 6) 鈴木匡子: 高次脳機能障害の主要症候. 日医雑誌 145(6): 1179-1182, 2016.
- 7) Godbout L, Grenier MC, Braun CM, Gagnon S: Cognitive structure of executive deficits in patients with frontal lesions performing activities of daily living. *Brain Inj* 19(5): 337-348, 2005.
- 8) Chevignard MP, Taillefer C, Picq C, Poncet F, Noulhiane M, et al: Ecological assessment of the dysexecutive syndrome using execution of a cooking task. *Neuropsychol Rehabil* 18(4): 461-485, 2008.
- 9) Poncet F, Swaine B, Taillefer C, Lamoureux J, Pradat-Diehl P, et al: Reliability of the Cooking Task in adults with acquired brain injury. *Neuropsychol Rehabil* 25(2): 298-317, 2015.
- 10) 遠藤てる: 片手で料理をつくる一片麻痺の人のための調理手引き, 共同医書出版社, 東京, 1998, pp.46-52.
- 11) 遠藤てる: 片手で料理をつくる一片麻痺の人のための調理手引き, 共同医書出版社, 東京, 1998, pp.61.

## 実践報告

# 急性期熱傷患者の作業療法実践過程における多職種連携の重要性 ～両手指切断患者の食事動作を通して～

渡邊 貴博\*<sup>1</sup> 田畑 智\*<sup>1</sup> 五十嵐 文枝\*<sup>1</sup>

高野 真優子\*<sup>1</sup> 遠藤 祥子\*<sup>1</sup> 木村 慎二\*<sup>1</sup>

\*1 新潟大学医歯学総合病院 総合リハビリテーションセンター

(2019年1月19日受付, 2019年12月2日受理)

## 要旨

熱傷に対するリハビリテーション(以下,リハ)の有効性は十分に検証されてはならず,作業療法(Occupational Therapy, 以下OT)分野においても,症例報告が少ないのが現状である.今回,顔面と両足部がⅡ度,両手指がⅡ～Ⅲ度の熱傷により,両手指切断を呈した症例に対して,早期からOTを開始した.術前からの予防的な介入と並行し,術後の残存機能を予測し,食事動作訓練と自助具の作製や調整を行なった.熱傷後の手指切断という特殊な病態であり,術後の手指形態と機能の予測に難渋し,自助具の形状を繰り返し検討した.また,熱傷カンファレンスに加え,身体機能や心理面の変化に応じて,頻回に多職種での情報共有を行い,必要に応じて臨時のカンファレンスを開催した結果,早期に自力摂取が可能となった.急性期においても,「生活を支援する」視点を持つOTが,熱傷患者に関わる医療チームの一員として,獲得可能となり得る活動を見据え,適切な自助具の提供と多職種での情報共有を行うことは,熱傷患者の日常生活動作(Activities of Daily Living, 以下ADL)を拡大する一助となる.

**キーワード** 熱傷, 食事, 多職種連携

## 1. はじめに

熱傷は,“究極の侵襲”と称されており,特に,重症熱傷は,治療期間が長期に渡り,救命後の関節拘縮や廃用症候群の予防が重要となる.そのため,できるだけ早期からリハを始めることが推奨されている<sup>1,2)</sup>. また,熱傷部の深達度によっては,循環不全による壊死や非血行性組織の感染が原因となり,受傷部位の切断術が施行される場合がある<sup>3,4)</sup>. 熱傷部の治療に加え,断端と植皮部の管理による問題や切断による身体の欠損は,ADLを制限する因子となる.手部熱傷においては,切断や移植術を行った2/3の症例で,約1年

後の手指機能が正常に回復したと報告<sup>5)</sup>されている.一方で,Kamolzらによると,手部熱傷の程度は,生命予後に影響を与えないが,ADLや社会復帰に重要であり,熱傷の中でも手部熱傷は特殊性があることを報告<sup>6)</sup>している.

これまでの重症熱傷患者に対する具体的な急性期リハの介入内容には,呼吸リハ,関節可動域(Range of Motion, 以下ROM)訓練,良肢位保持,装具療法,精神的サポートがあり<sup>1)</sup>,治療経過に合わせて離床を進め,ADLの拡大を図っていく.リハの効果には,ROMの改善や機能的自立度評価法(Functional

Independence Measure, 以下 FIM) の点数の向上が報告されている<sup>5, 7, 8)</sup>。しかし, 重症熱傷は高度の生体侵襲により, 救命が困難となる重篤な医学上の疾患特性と, その熱傷患者を受け入れられる施設に限られるといった医療上の特殊性ならびに希少性に加えて, 各施設におけるリハ診療の体制にも差があることから, 本邦の熱傷患者に対するリハ診療の内容や質を標準化して汎化するにいたってはならず<sup>9)</sup>, 2015年に発行された日本熱傷学会の「診療ガイドライン」<sup>10)</sup>にはリハの項目は含まれていない。

OT は, 残存機能や代償動作を考慮し, 生活を支援することを専門としており, 熱傷患者に対してもその役割は重要とされている<sup>11-14)</sup>。しかし, 「作業療法白書2015」<sup>15)</sup>に掲載されている OT 対象疾患のアンケート結果では, 熱傷患者に OT を実施している急性期病院は 1.9%に限られる。このことから, 早期から熱傷患者に OT が介入する機会は希少であり, 両手部の熱傷とそれに伴う手指切断に関する実践報告はない。

重症熱傷は特殊な病態であり, 継続的な多職種による, 集学的かつ多次元的なリハ介入が重要<sup>16)</sup>とされている。米国を中心とした, 海外の熱傷センターにおける熱傷チームの職種参加率を調査した報告では, 外科医 94%, 看護師 96%, 理学療法 (Physical Therapy, 以下 PT) 96%, OT 93%とセラピストが手厚く配置されている<sup>17)</sup>。本邦においても, リハ専門職種を含めた多職種連携による介入が, ADL 能力の向上に繋がったとの報告がある<sup>2, 7, 11)</sup>。当院においても重症熱傷患者に対して, 多職種での熱傷カンファレンスを入退院時に開催している。加えて, 必要に応じて臨時のカンファレンスを開催し, 情報共有を図っている。

今回, 著者らは, 両手部の熱傷に伴う両手指切断の症例に対し, 早期から OT 介入を開始した。残存機能と代償動作を評価し, 自助具の検討と食事動作訓練を重ねた結果, 食事動作の自立度が向上し, 自力摂取が可能となった。また, OT の介入に加え多職種による情報共有と介入が円滑な食事動作の自立度向上に繋がった。その経過から OT が急性期から介入する必要性と自助具作製時の工夫点, 及び多職種連携の重要性と OT の役割について考察を加えて紹介する。

## 2. 症例

### 2. 1. 症例紹介

80歳代の男性で右利き。妻と長男夫婦, 孫との5人暮らしであった。受傷前の ADL は, 全て自立し, 自動車を運転して買い物や畑仕事を行っていた。趣味は盆栽であった。

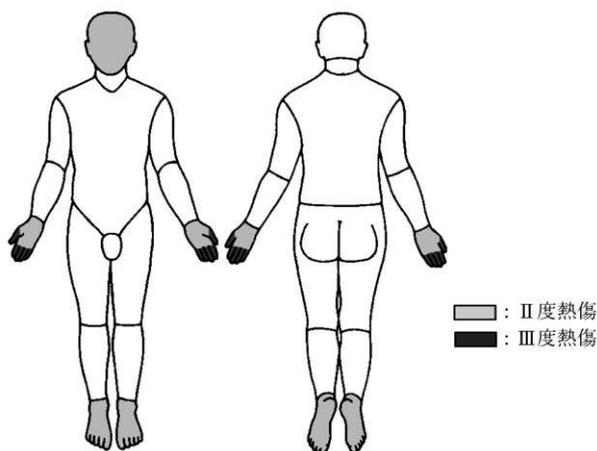


図1 受傷範囲

診断名は, 重症熱傷であり, その程度は顔面と両足部が浅達性 II 度及び深達性 II 度, 両手指が III 度, 両手掌と手背部が深達性 II 度であった (図 1)。熱傷受傷面積 13%, 熱傷指数 7, 熱傷予後指数 94 であった。

現病歴と治療経過については, 農作業中に野焼きが燃え広がり, 自身で消火しようとして受傷した。当院へ救急搬送後, 集中治療室で治療が開始された。第 2 病日には気道閉塞のため, 気管切開術が施行され, 人工呼吸器管理となった。第 3 病日より PT, 第 7 病日より OT と言語聴覚療法 (Speech and Language Therapy, 以下 ST) が開始された。第 18 病日には, ST による直接嚥下訓練が開始された。第 23 病日に壊死組織の除去と感染予防を目的に顔面, 両手部及び両足部のデブリードマンと分層植皮術を行い, 両手指と左足趾は切断術が施行された。また, 第 30 病日には, 右足趾の切断術が施行された。手術により, 手指形態は, 両母指 IP 関節が離断, 両示指~小指 MP 関節が離断された (図 2)。足部は右小趾中足骨の切断, 左母趾・環趾・小趾は中足骨の切断, 左示趾と中趾は基節骨を切断された。第 52 病日に人工呼吸器から離脱し, 第 59 病日にスピーチカニューレとなった。第 65 病日よりペースト食が開始され, 第 69 病日に一般病棟へ転棟した。第 111 病日からは常食摂取が可能となり, 第 115 病日にリハ継続目的に他院へ転院となった。

既往歴は, 胃癌術後 (2/3 摘出), 高血圧, 右上腕骨骨折であり, 熱傷受傷前より右肩関節に ROM 制限があった。

なお, 本報告に関する内容は, 口頭と書面で説明し, 本人より同意を得た。

### 2. 2. 作業療法初期評価

第 7 病日にベッドサイドで初回評価を行った。意識レベルは JCS II-10, フェンタニル 12.5 μg/mL を持

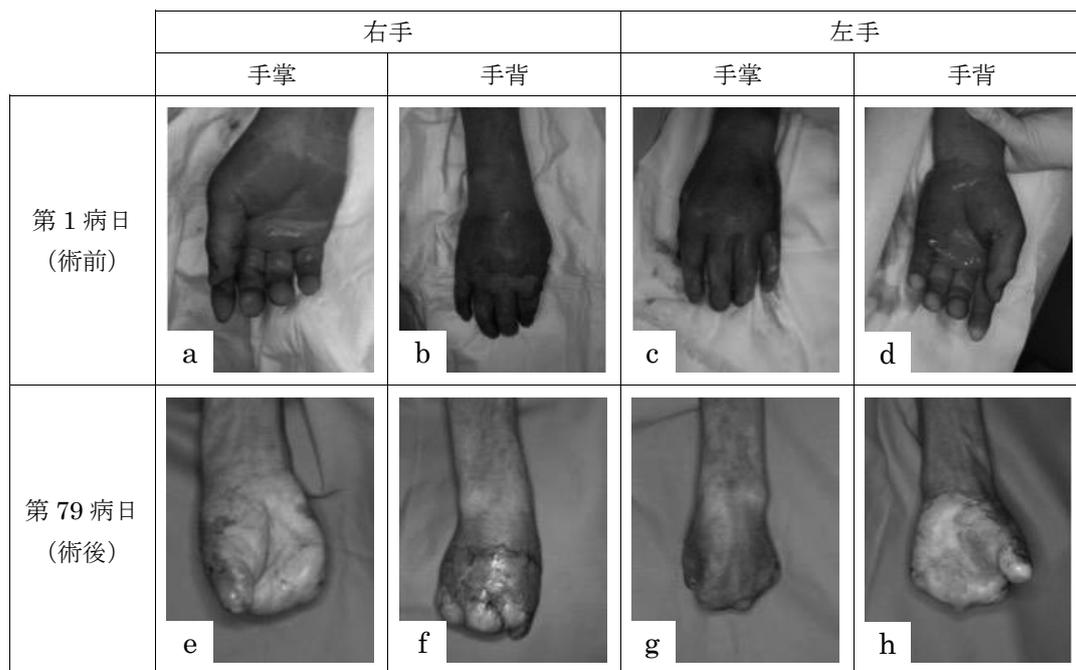


図2 術前と術後の手部

\*a~d: 第1病日.

e~h: 第79病日. 両母指 IP 関節離断. 両示指~小指 MP 関節離断. 右手背部に植皮術施

続点滴中であり、疼痛コントロールは良好であった。顔面と両前腕以遠は厚く包帯が巻かれており、受傷部位の皮膚状態の評価や感覚検査は困難であった。コミュニケーションは人工呼吸器管理中であったが、頷きでの返答や従命動作は可能であった。ROM は右肩関節屈曲 80°、外転 80°、外旋-35° の制限を認めたが、左肩関節と両肘関節に明らかな制限は認めなかった。両前腕以遠の ROM は創保護のための包帯が巻かれており評価困難であった。受傷部以外の筋力は徒手筋力検査法 (Manual Muscle Testing, 以下 MMT) で 3~4 であった。FIM の点数は運動項目 13 点、認知項目 11 点の合計 24 点であった。運動項目においては、終日床上で過ごしており、ADL は全て全介助であった。食事は経鼻管栄養と中心静脈栄養を併用していた。認知項目において、コミュニケーションは前述した通りであるが、両手部に包帯が巻かれており、通常のナースコールの使用は困難であった。また、OT 中や日々の生活場面の観察では、OT の評価に協力的であり、病棟生活においても落ち着いた様子であった。

### 2. 3. 治療と手術方針の情報収集

第8病日に入院時の熱傷カンファレンスが開催され、治療方針の確認や病棟での様子とリハ評価結果の情報共有が行われた。医師からは、壊死部の範囲が確定した時点で手指と足部の切断術を行うことや、植皮術

を含め複数回の手術が必要との説明があった。看護師からはナースコールが使用できていないことや、せん妄予防のための関わり方に関しての相談があった。OT からはナースコールの選定を早急に進めることと、PT と共に離床を進めていくことを報告した。

カンファレンス以外でも、OT 介入初期より、形成外科医による熱傷部位の処置場面を見学しながら、受傷部の状態と今後の治療方針を適時確認した。第19病日時点で、両母指 IP 関節離断、両示指~小指 MP 関節離断を行う方針を確認した。左右ともに母指球筋は残存させるが、第一背側骨間筋は切離する予定であり、母指と示指での側面つまみの可不可に関しては、その時点では不明確であった。足部に関しては、右小趾は中足骨レベルで切断、左母趾・環趾・小趾は中足骨レベルで切断、左示趾と中趾は基節骨レベルで切断される予定であった。

### 2. 4. 作業療法目標の立案

熱傷の重症度から、治療と術後の安静による長期の臥床が予測され、廃用症候群が懸念された。また、形成外科医の情報から、両母指基節骨は残存するが、示指~小指は失われ、握り動作、つまみ動作、ひっかける動作などの、基本的な手指の動作が困難になることが予測された。そのため、短期目標を残存機能の維持と離床時間の拡大に設定し、ROM 訓練と筋力訓練及

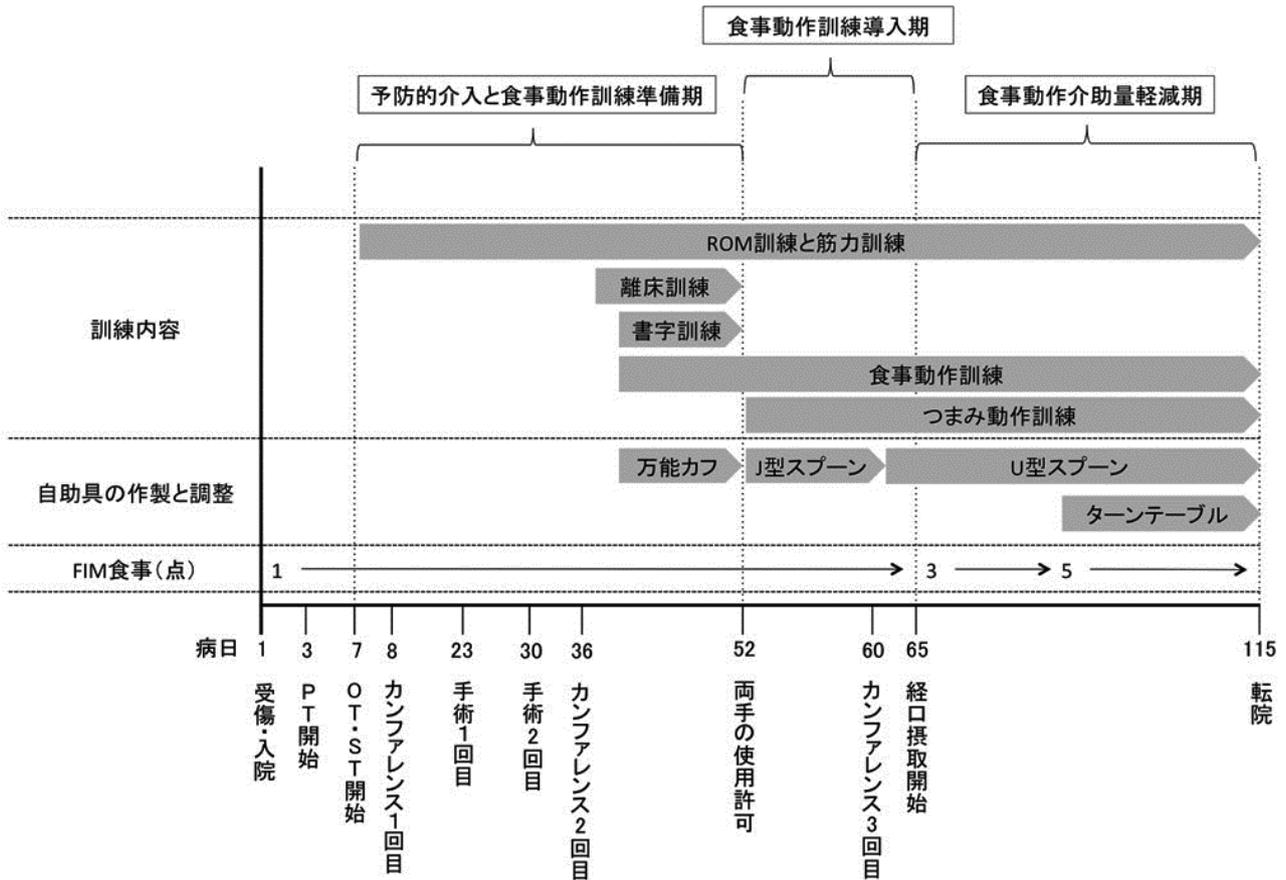


図3 OT介入経過とFIM食事点数の推移

び離床訓練を立案した。また、受傷部や植皮部に負担の少ない活動を考慮し、食事動作であれば、他のADLよりも早期に自立度の向上が図れると予測した。そこで、長期目標を自力摂取の獲得に設定し、手の残存機能を生かした食事用自助具の作製と食事動作訓練を立案した。

### 3. 介入経過

OT経過を①予防的介入と食事動作訓練準備期、②食事動作訓練導入期、③食事動作介助量軽減期の3つの時期に分け、以下に記す(図3)。

#### 3.1. 予防的介入と食事動作訓練準備期(第7~51病日)

第7~34病日は、両手関節と両手指以外のROM訓練及び、筋力訓練を実施した。また、ナースコールを、包帯が巻かれた手で押すことができるように、押しボタン式のスイッチへ変更した。第35病日からは、手関節と手指のROM訓練が許可され、植皮部の状態に合わせて愛護的に開始した。PTによる呼吸リハに並行し、OTでもバイタルサインの変化に留意しながら

ギャッチアップを行い、徐々に離床を進めた。この頃より、心理面の変化として、リハに対して拒否する場面や、消極的になる場面が増え、意欲の低下を認めた。病棟生活では、日中も閉眼して過ごす場面が多くなり、一人で涙を流すなど、不安や抑うつ症状が出現した。そこで、療法士が中心となりカンファレンスの開催を提案した。第36病日に2回目のカンファレンスを開催し、心理面の変化を多職種で共有した。不安や抑うつ症状の出現は、熱傷治療による疼痛と、切断術後の身体の喪失によるストレスに加え、人工呼吸器管理による不安や感情の表出が制限されていることが要因と推測した。そこで、熱傷治療時の疼痛管理とコミュニケーション方法の再検討を行った。また、獲得できた動作を病棟生活に汎化させ、患者自身が成功体験を積み重ねることができるよう、リハの目標や進捗状況、病棟での様子を多職種間で適時情報共有することを再確認した。

第38病日以降、ギャッチアップ75°での坐位保持や車椅子乗車が可能となった。また、手部に包帯が巻かれた状態でも装着可能な万能カフを作製し、食事動作訓練と筆談獲得のための書字訓練を開始した(図4)。

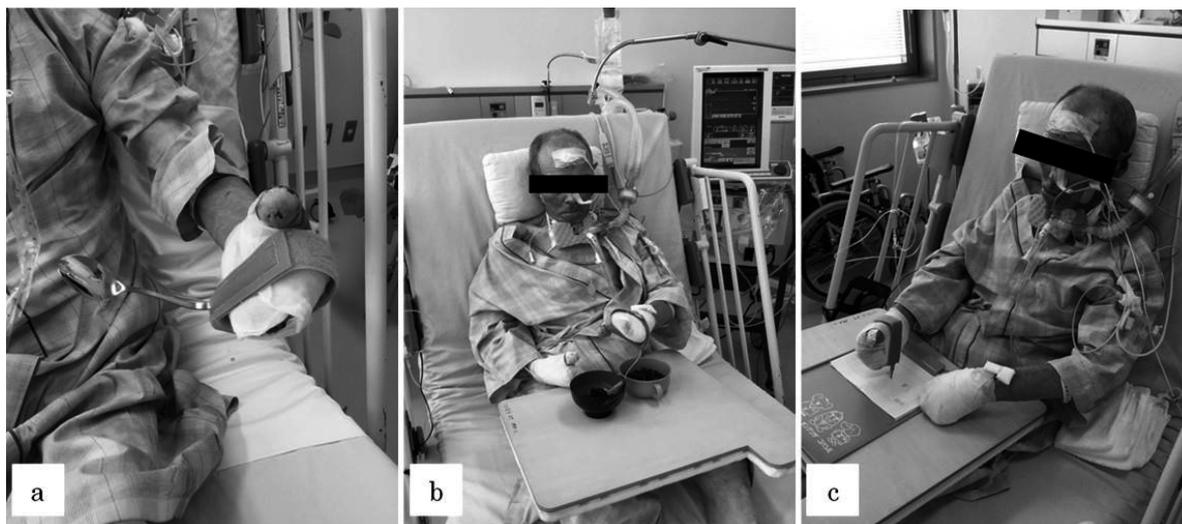


図4 ベッドサイド訓練の様子

a : 作製した万能カフ      b : 食事動作      c : 書字訓練



図5 J型スプーン(左)と食事動作訓練(右)

この時点で、右上肢での自助具を用いた食事動作は、通常のスプーン操作時よりも、肩関節の外転運動による代償を必要とした。本症例においては既往の右上腕骨骨折により、右肩関節外転のROM制限があったため、掬う動作や捕食動作が困難であった。そのため、ROM制限のない左上肢を使用した食事動作の獲得を目標として再設定した。また、書字訓練は、右手に万能カフを装着することで書字動作が獲得できたため、看護師とPT、STに筆談でのコミュニケーションを提案した。

また、第10病日からは、STによる間接嚥下訓練が開始され、第44病日時点では、顔面熱傷による顎関節のROM制限に伴う開口量の低下を認めた。嚥下内

視鏡検査では、誤嚥のリスクを認めていた。そのため、定期的に嚥下機能の変化や経口摂取開始時期に関して情報共有を行った。

### 3. 2. 食事動作訓練導入期(第52~64病日)

第52病日より、両手部の包帯が外れ、手の使用が許可された。両母指IP関節離断、両示指~小指MP関節離断となったが、母指基節骨の掌側と尺側内転運動、掌側外転運動は可能であり、第一指間腔は僅かであるが残存していた。そこで、左母指基節骨と左示指中手骨による側面つまみを利用して、スプーンの把握が行えると考え、スプーンの柄をJ型に成形した自助具(以下、J型スプーン)を作製した(図5)。しかし、



図6 U型スプーン(左)と把持した状態(右)



図7 つまみ動作訓練

J型スプーンでの食事動作訓練では、食材を掬う動作や捕食動作で、安定したスプーンの把握が困難であった。そのため、側面つまみ動作の不安定さを補うために、手掌と手背面での2点固定が行えるように、スプーンの柄をU型に成形した自助具(以下、U型スプーン)を作製した(図6)。加工に用いた素材は、自着性が高いスプリント材(イーjeeフォーム、酒井医療)を使用し、脆弱化した皮膚への剪断力と圧迫を軽減させるために、手掌と手背面に接する面にはウレタン素材の緩衝材を使用した。U型スプーンの使用により、安定したスプーンの把握が可能となった。U型スプーンでの食事動作訓練と並行して、側面つまみ動作の向上を目的にビー玉などを用いたつまみ動作訓練を開始した(図7)。

第60病日には、3回目のカンファレンスが開催され、医師からは術創部の状態とスピーチカニューレの使用の開始が報告された。看護師からは、病棟での様

子や、ADLの介助量について報告された。OTからは、自力摂取の獲得に向けてU型スプーンを作製し、食事動作訓練を開始したことを報告した。また、経口摂取開始時に坐位姿勢や自助具の使用法の共有を目的に、看護師とSTが同席し、チームで介入することを提案した。

### 3. 3. 食事動作介助量軽減期(第65~115病日)

第65病日に経口摂取開始となり、U型スプーンを使用しての自力摂取を試みた。その際、STと看護師も同席し、STとはU型スプーンを使用した食事動作姿勢と嚥下機能を確認し、看護師には自助具の着脱方法と食事前後の植皮部の確認を依頼した。また、自助具の使用後は、熱可塑性をもつスプリント材の特性に対応するため、食洗機の使用や煮沸消毒を避け、十分な食器用洗剤での洗浄を依頼した。U型スプーンの着脱には介助を必要としたが、安定したスプーンの把握が可能となり、使用後の皮膚トラブルは認めなかった。しかし、かき集める動作、掬いあげる動作は拙劣であり、食べこぼしと摂取時間の延長を認めた。また、器の移動や汁物の摂取には介助を要し、食事のFIMの点数は3点であった。

食事動作は、肩関節から手指までの上肢各関節の複合的な運動で行われる。かき集める動作は、手指の運動が中心となり、時にはスプーンの柄を回転させて持ち替えながら手関節と前腕の運動とともに行われる。掬いあげる動作は、手関節と前腕の運動が中心となり、捕食動作は、肩関節と肘関節の運動で行われる。しかし、本症例では手指の機能が失われており、U型スプーンの柄の位置は、小指の中手骨部で固定されている。そのため、かき集める動作と掬いあげる動作では、前腕回内外運動が中心となり、粗大な動作となっていた。



図8 ターンテーブルを使用した器移動

また、体から遠位の器へのリーチは、肘関節の伸展動作に伴い、前腕回内外運動に加え、肩関節の内外旋運動が掬い上げる動作に関与していたため、より拙劣な動作となっていた。そのため、U型スプーン特有の上肢操作方法の獲得を目的に食事動作訓練を継続し、掬い上げやすい位置に器を自力で移動できる手段として、ターンテーブル(図8)を導入した。ターンテーブル上には滑り止めを貼り付け、左右いずれかの手部で器を押すことで、ターンテーブルを容易に回すことができるように工夫した。また、汁物の摂取では、器やコップの把握は落とす危険性が高いため、ストローを使用した。その結果、食べこぼしは減少し、摂取時間も短縮した。味噌汁などの熱い汁物の摂取は、スプーンで掬い上げるため時間を要したが、器を移動する介助は不要となり、食事のFIMの点数は5点に向上した。心理面においては、J型スプーンを使用した食事動作訓練を開始した頃から、リハに対して意欲的になり、その後も病棟生活で看護師と談笑する場面が増えた。また、OTに対しても自助具の使い勝手や要望などを自ら伝えてくる場面もみられた。

#### 4. 作業療法最終評価

転院時、意識レベルは清明となり、コミュニケーションは口頭で可能となった。ROMは右肩関節屈曲と外転80°、外旋-20°、手関節背屈右40°/左25°、掌屈右25°/左40°の制限を認めたが、その他部位においては明らかな制限はなかった。触覚は、植皮をしていない両手掌面と左手背面は鈍麻であり、右手背面の植皮部は消失していた。筋力は、両肩関節・肘関節・手関節においてMMT4~5であった。転院時のFIMの結果は、運動項目35点、認知項目27点の合計62点であった。運動項目において、整容動作は万

能カフを使用して一部の動作が可能となったが、準備と仕上げに介助を要した。トイレと入浴及び更衣動作については、協力動作は得られたが、全介助であった。病室内の短距離移動は伝い歩行自立となった。しかし、長距離の歩行は、転倒リスクが残存しており、病棟内ではU字型歩行器を使用して見守り歩行となった。日中は家族や看護師と病棟内を散歩し、談笑して過ごすなど活動的な時間が増加した。しかし、一人で病棟内を歩行する場面があり、見守りが必要であることを説明した。その後も繰り返し一人で歩行をするため、認知項目において問題解決の低下を認めた。OT場面では、「このスプーンなら自分で食べられる」、「家に帰るように、次の病院でもリハビリを頑張る」と前向きな発言が聞かれるようになった。

### 5. 考察

#### 5. 1. OTが早期から介入する必要性

熱傷患者に対する急性期リハの内容は、身体機能面に着目した内容が多く<sup>1,9)</sup>、ADLに着目した症例報告は少ない。また、熱傷患者の自宅退院を左右する因子には、FIMの移動項目とされており、セルフケアの項目や受傷部位は影響しないことが報告されている<sup>18)</sup>。しかし、両手部の熱傷と手指切断を伴った本症例の場合、自宅退院を目指すためには、移動手段の獲得だけでなく、細やかなセルフケアに対するアプローチが必要であった。

OTは、病期を問わず、急性期においても活動や参加を促すために、その人にとって意味のある作業に焦点を当てた介入が重要とされている<sup>19)</sup>。目標設定と支援内容は、患者の状態により柔軟に選択されるべきであるが、可能な限り早期より面接を行うことが望ましい。患者とOTが協働しながら目標を設定し、共有していくモデルをシェアードディビジョンモデルと呼び、面接を通じた意思決定の過程が理想的であるとされている<sup>19)</sup>。しかし、重症熱傷による長期の入院や、切断による身体機能の喪失を経験した患者にとって、今後の生活を想像することは難しい。そのため、面接を通して患者の希望や目標の共有に難渋することが多く、リハの内容は身体機能面に着目した介入が中心となりやすい。本症例においても、OT開始時はコミュニケーションの制限に加え、今後の治療経過や身体機能の改善も不明確な状態であった。また、症例自身や関わる医療スタッフも症例の今後の生活を想像することは容易ではなかった。しかし、OTが早期から介入したことにより、左上肢は手部以外に機能的な制限がなく、左母指基節骨と左示指中手骨での側面つま

みが行える可能性を予測することができた。また、離床訓練や嚥下機能訓練が開始され、受傷部や植皮部に負担の少ない活動を考慮し、食事動作であれば、他のADLよりも早期に自立度の向上が図れると予測した。さらに、手指切断による側面つまみの代償として、自助具を使用することで早期に自力摂取を目指せる可能性を検討した。このように、身体機能面の評価を元に、解剖及び運動学的な視点で術後の症例の動作を予測し、獲得可能なADLに着目した目標設定とプログラムを立案し、訓練を開始することができた。この介入過程はパターンリズムモデルと言われ<sup>19)</sup>、医療者の意思決定を、患者が承認するという目標設定であり、前述したシェアードディジションモデルとは異なる。しかし、本症例の場合、今後の生活を想像することや、面接を通して目標設定を協働して行うことが困難であった。そのため、残存機能を考慮し、OTが今後の生活を見据えた目標設定を先導することは適切であったと考える。

以上のことから、早期よりOTが関わることで、身体機能面に対する訓練だけでなく、「活動」に焦点を当てた訓練が行え、獲得した動作をADL場面で汎化させながら介入することができる。このことは、先の見えない急性期という不安な時期に、患者自身が今後の生活をイメージする一助となり、その人にとって意味のある作業を再獲得するきっかけとなり得る。

## 5. 2. 自助具の選択と調整について

手指の切断術では、できる限り断端を長く温存することが推奨されている<sup>20)</sup>。断端長が十分に確保できない場合には、造母指術や足趾の移植術などの機能再建術が考慮される<sup>21)</sup>。機能再建術も困難な場合には、義手の活用がADLの拡大に有効とされ、全指切断症例に対して手関節駆動機能的把持副子を用いた義手<sup>22)</sup>や両手の控滅切断症例に対して筋電義手を使用<sup>23)</sup>した報告がある。特に、両側上肢切断の場合は少なくとも一側に機能的な義手を装着させることがADL自立の条件<sup>24)</sup>とされ、年齢や生活背景を踏まえ、義手の作製が検討される。しかし、本症例における切断術は、熱傷による壊死組織の切除と感染予防が目的であり、機能再建術は適応外であった。また、手背部は分層植皮術が施行されており、皮膚の脆弱さと高齢であることから義手の適応とはならなかった。機能再建術や義手を使用した、手の機能を再獲得することは困難であったが、複数指の切断術後の残存機能に応じた食事用自助具の作製と調整を行うことで、食事動作の獲得を検討した。

一般的に、母指の中手骨での切断と、示指～小指の

PIP関節より中枢部の切断では、つまみ動作は困難となる<sup>21)</sup>。本症例は左示指～小指のMP関節が離断されているが、母指の基節骨は温存されており、第一指間腔は僅かに残存していた。そのため、当初は左母指基節骨と左示指中手骨の側面つまみによる、スプーンの把握を検討し、J型スプーンを作製した。しかし、第一背側骨間筋の切離と第一指間腔の狭小化により、十分な側面つまみが行えず、安定したスプーンの把握が困難であった。そこで、自助具の形状を再検討し、側面つまみによる不安定さを補うために、手掌と手背を側面から挟み込むU型スプーンを作製し、支持面を増やした。U型スプーンを使用することで、安定したスプーンの把握は可能となった。しかし、食べこぼしを認め、器の移動には介助を必要とした。そこで、自身で器の移動が行えるように、ターンテーブルを使用した。そして、器を持たずに汁物を摂取するためにストローを使用した。

自助具の作製や調整は、医学的根拠に基づいて行うことが求められている<sup>28)</sup>。本症例は熱傷後の手指切断という特殊な病態であり、最終的に獲得できる手指機能の予測が困難であった。加えて、植皮部への剪断力と圧迫を避ける工夫も必要であり、受傷部位の回復過程に応じた対応が必要とされた。結果として、スプーン使用後の皮膚トラブルはなく、スプーンの形状においても、残存機能と代償動作を考慮して、U型スプーンを作製し安定した把握が可能となり、症例にとって適切なスプーンを提供することができたと考える。また、食事動作に必要とされる上肢各関節のROMは、使用する自助具の種類とスプーンの形状や把握の方及び器の位置によって、多様に変化<sup>25-27)</sup>する。本症例では、スプーンの形状だけでは、失った身体機能を十分に代償することができなかった。そのため、残存機能とU型スプーン使用時の動作を考慮して、食器の移動方法を検討したことも、食事動作の自立度向上に有効であったと考える。

## 5. 3. 多職種連携の必要性和OTの役割

近年、集中的な治療時期からの早期リハが注目されており、Schweickertら<sup>29)</sup>は医師、看護師、PT、OTのチーム介入により、集中治療室に入室した患者の退院時のBarthel Indexの点数を高め、人工呼吸器装着期間や、せん妄期間を短縮させたと報告している。OTも急性期医療チームの一員とされており、その役割は、身体及び精神機能障害の評価から始まり、ADLの介助量の軽減と回復の促進、退院後のADLを早期より予測し支援することである<sup>30)</sup>。本症例においても、OTが早期から残存機能や代償動作の評価を行い、多職種

と情報共有することにより、ADLに着目して介入することができた。また、熱傷患者では、受傷による心的ストレスに加え、治療による痛みと恐怖、身体機能や社会的立場の喪失に伴い、精神的な問題を生じやすい<sup>31)</sup>。本症例においても、介入経過で不安や抑うつ症状が出現した。OTを含めた療法士は、他職種と比較し、診療時間が確保されており、患者と個別に関わる時間が長い。そのため、会話や表情から表出される心理面の変化に気付きやすい。本症例においても、療法士が抑うつ症状の出現に気づき、カンファレンスの開催を提案した。前述した、ADLに着目した介入に加え、コミュニケーション手段として筆談を提案し、自助具の調整と書字訓練により筆談での表出が獲得できた。また、食事動作の自立度が向上していく過程で、症例のリハに対する意欲や、日々の病棟生活での様子に変化が生じた。抑うつ症状に対して、感情表出は有益とされ<sup>31)</sup>、このような関わり方は、OTが得意とする視点と考えられる。また、ADLの自立は、身体機能面の維持や改善の側面だけでなく、将来への不安軽減や治療に向き合う意欲の向上にも繋がると考える。急性期医療チームの一員として、OTは患者の活動と参加を支援するだけでなく、心理面をサポートする上で、チームを牽引していく役割がある。

今回着目した食事動作の獲得には、断続的な多職種での協働が重要であった。本症例では、OT開始直後より、医師から情報収集をしたことで、早期から食事動作に着目した目標設定と自助具の検討ができた。また、PTでの呼吸リハと離床訓練による座位耐久性の向上や、STでの嚥下訓練と顎関節のROM訓練によって、嚥下機能と開口量が改善したことも、食事動作の自立度改善に重要であった。さらに、他療法の進捗状況を共有しながら、多職種で食事場面に介入したことが、病棟生活で訓練成果を汎化でき、食事動作の自立度を円滑に向上できた要因の1つと考える。食事動作だけでも多職種との協働は不可欠であるため、重症熱傷では、より一層のチームでの情報共有と協働が重要となる。「生活を支援する」視点で患者の活動や参加を改善する専門職であるOTは、心身機能評価に基づいて、今後の生活を視野に入れた目標を立案し、患者や多職種と情報を共有することにより、チーム医療に貢献することができる。

## 6. 結論

熱傷による手指切断患者に対して、早期から術後の残存機能を予測し、食事という活動に焦点を当てた介入を実践した。疾病の特殊性を考慮しつつ、残存機能

と代償動作に合わせた自助具の作製と調整を実施したことにより、自力摂取が可能となった。また、多職種と連携した介入が円滑なADLの自立を促した。OTは、急性期の医療チームの一員として、活動や参加を促していく役割がある。熱傷患者の急性期においても、心理的サポートを含め、OTが関わる必要性は高く、「生活を支援する」視点で多職種と連携することが重要である。

## 7. 文献

- 1) 齋藤大蔵, 岡田芳明, 越智文雄, 石神重信: 熱傷の急性期リハビリテーション. *J Clin Rehabil* 9(2):148-153, 2000.
- 2) 石田幸平, 森光代, 高橋秀寿, 岡島康友, 西尾宗高, 他: 熱傷専門施設におけるリハビリテーション-重症熱傷に対するリハビリテーションの早期介入と継続の必要性-. *熱傷* 39:15-25, 2013.
- 3) 木村雅彦: 熱傷に伴う問題点と対応. *救急医学* 38:1346-1354, 2014.
- 4) 池田弘人: 熱傷のリハビリテーション 急性期治療. *MED REHABIL* 69: 1-8, 2006.
- 5) Mark H Covey, Kristi Dutcher, David M Heimbach, Janet A Marvin, Loren H Engrav, Barbara delateur, et al: Return of Hand Function Following Major Burns. *J Burn Care Rehabil* 8(3):224-226, MAY 1987.
- 6) Kamolz LP, Kitzinger HB, Karle B, Frey M: The treatment of hand burns. *Burns* 35: 327-337, 2009.
- 7) 鈴木裕也, 海塚安郎, 島添裕史, 綾部仁士, 山内康太, 他: 熱傷に対するリハビリテーション-65歳以上の高齢者と65歳未満の非高齢者との比較-. *熱傷* 37:22-29, 2011.
- 8) Kimura M, Tamaki Y, Watanabe Y, Yamada T, Okajima Y, et al: Rehabilitation outcomes of elderly patients with severe burn injuries. *熱傷* 33:1-7, 2007.
- 9) 木村雅彦: リハビリテーション 重症熱傷患者に対して. *レジデント6* (10) 86-96, 2013.
- 10) 日本熱傷学会学術委員会(編集): *熱傷ガイドライン 改訂第2版*. 日本熱傷学会, 2015.
- 11) 守山峻, 吉村香映, 永富史子: 急性期より作業療法を実施しADLが早期に自立した広範囲化学熱傷の1例. *熱傷* 39:47-52, 2013.
- 12) 普天間朝上, 金谷文則: 熱傷のリハビリテーション 手の熱傷治療とリハビリテーション-手の熱

- 傷の特殊性とリハビリテーションの留意点-.  
MED REHABIL 69 : 28-34, 2006.
- 13) 小林毅, 岩井晶子: 熱傷のリハビリテーション  
熱傷患者に対する作業療法の役割. MED  
REHABIL 69 : 41-47, 2006.
- 14) 石田幸平, 森光代, 高橋秀寿, 岡島友康, 西尾宗  
高, 他: 熱傷専門施設におけるリハビリテーシ  
ョン-重症熱傷に対するリハビリテーションの早  
期介入と継続の必要性-. 熱傷 39:1-11, 2013.
- 15) 日本作業療法士協会: 作業療法白書 2015 医療・  
身体障害 GT 集計表. (オンライン), 入手先  
(<http://www.jaot.or.jp/whitepaper.html>), (参照  
2019-1-8).
- 16) 木村雅彦, 久保貴嗣, 鈴木裕也, 見井田和正, 森  
川亘: 熱傷患者に対するリハビリテーションに関  
する診療ガイドラインの現状. 熱傷 44:109-119,  
2018.
- 17) Holavanahalli RK, Helm PA, Parry IS, Dolezal  
CA, Greenhalgh DG : Select Practices in  
Management and Rehabilitation of Burns: A  
Survey Report. J Burn Care Res 32 : 210-223,  
2011.
- 18) Farrell RT, Gamelli RL, Sinacore J : Analysis  
of functional outcome in patients discharged  
from an acute burn center. J Burn Care Res 27 :  
189-194, 2006.
- 19) 齋藤佑樹: 作業で語る事例報告 作業療法レジメ  
の書き方・考え方, 第1版, 医学書院, 2014, pp.40-  
41.
- 20) 澤村誠志: 切断と義肢, 第1版, 医歯薬出版, 2007,  
pp.22-23.
- 21) Slocum, D. B. : Amputations of the finger and  
the hand. Clin Orthop Relat Res 15 : 35-59,  
1959.
- 22) 加倉井周一, 古川宏: 手部切断に対する義手と問  
題点. 総合リハビリテーション 5巻7号: 499-  
504, 1977.
- 23) 長田龍介, 頭川峰志, 木村友厚, 永原詩乃: 足趾  
移植を行った手と筋電義手の機能差-両手切断の  
1症例-. Jpn J Rehabil Med 52巻7号: 431-434,  
2015.
- 24) 中島咲哉: 上腕切断. J Clin Rehabil 4(12) : 1148-  
1153, 1995.
- 25) 長尾徹, 木村敏明, 金子翼: 箸による食事動作に  
おける前腕回旋可動域と動作時間-器の位置によ  
る検討-. 神大医保健紀要 14 : 53-59, 1998.
- 26) 長尾徹, 金子翼, 永井栄一: スプーンを使用した  
食事動作における肩関節外転・肘関節屈曲・前  
腕回旋運動の特徴. 神大医保健紀要 18 : 77-83,  
2002.
- 27) 塩津裕康, 古血知成, 東嶋美佐子: スプーンの種  
類と把持様式の組み合わせに関する研究. 日本作  
業療法研究学会雑誌 5(2) : 11-17, 2012.
- 28) 林正春: 自助具知識の update・第1回 自助具  
総論. 作業療法ジャーナル 52 : 54-59, 2018.
- 29) Schweickert WD, Pohlman MC, Pohlman AS,  
Nigos C, Pawlik AJ, et al : Early physical and  
occupational therapy in mechanically  
ventilated, critically ill patients ; a randomized  
controlled trial. Lancet 373 : 1874-1882. 2009.
- 30) 日本集中治療医学会早期リハビリテーション検  
討委員会: 集中治療における早期リハビリテーシ  
ョン ~根拠に基づくエキスパートコンセンサス~.  
日集中医誌 24 : 225-303, 2017.
- 31) 川本恭子: 熱傷のリハビリテーション 熱傷患者  
の精神的問題. MED REHABIL 69 : 58-64, 2006.

実践報告

発症から長期経過した後天性小児失語症に対する  
活動・参加を主とした作業療法の有用性  
—自動車運転免許の新規取得と新規就労に至った事例から—

北上 守俊<sup>1,3)</sup> 白井 祐輝<sup>2)</sup> 高野 友美<sup>3)</sup> 秋山 明美<sup>3)</sup> 荻荘 則幸<sup>4)</sup>

\*1 新潟医療福祉大学

\*2 障がい者支援センター わかば

\*3 新潟県障害者リハビリテーションセンター

\*4 ゆきよしクリニック

(2019年11月30日受付, 2020年1月10日受理)

要旨

後天性小児失語症の成人以降の社会参加に関する報告は少ない。今回、小学生で脳梗塞を発症し、右片麻痺と後天性小児失語症や注意障害などの高次脳機能障害を併存した10歳代後半の男性が、自動車運転免許の新規取得と新規就労に至った。本事例に対し、洗濯や公共交通機関の利用などの活動・参加を主とした作業療法を実施した。その結果、発症8年経過後においても言語機能や注意機能、情報処理速度などの認知機能が向上し、当事業所利用開始6ヶ月で自動車運転免許取得に至った。就労面では、社会的スキルや職業スキルの向上を目的に、ワークサンプルの実施や就労支援機関などと連携を図り、職場実習や就職面接を繰り返した末、当事業所利用開始21ヶ月で新規就労に至った。発症から長期経過した後天性小児失語症を含む高次脳機能障害のある人への活動・参加を主とした作業療法は、認知機能やIADLを向上させ、自己効力感やQOLにも寄与する可能性が示された。

キーワード 後天性小児失語症, 自動車運転, 就労

1. はじめに

後天性小児失語症とは、小児期に生じた大脳の器質的病変に伴う言語障害を指し、原因疾患は頭部外傷が多いと報告されている<sup>1)</sup>。これまでに後天性小児失語症の機能予後<sup>2, 3)</sup>や言語症状<sup>4, 5)</sup>に言及した報告や、20年間の長期経過を追い、就労に至った事例報告はみられる<sup>6)</sup>。しかし、失語症と注意障害などの高次脳機能障害を併存した、成人以降の社会参加に関する報告は皆無である。

高次脳機能障害のある人の就労に関しては、失語症における言語機能<sup>7, 8)</sup>や知的機能<sup>9, 10)</sup>、注意機能<sup>10)</sup>が就労の可否に影響することが報告されている。しかし、後天性小児失語症と、それ以外の高次脳機能障害を併存し、新規就労に至った報告は皆無である。

近年、高次脳機能障害のある人の自動車運転再開に関する研究報告は散見するようになり、国内外においてエビデンスレベルの高いランダム化比較試験<sup>11, 12)</sup>やメタ分析が行われている<sup>13, 14)</sup>。一方、失語症の自動

表1 TMT, かな拾いテストの初回評価から4ヶ月後, 8ヶ月後, 12ヶ月後の経時的変化

検査項目		初回	4ヶ月後	8ヶ月後	12ヶ月後
Trial Making Test (秒)	Part A	128.2	29.7	38.7	23.6
	Part B	122.6	93.4	108.6	85.5
かな拾いテスト【拾い落とし数】(個)	無意味綴り	31【5】	46【4】	50【3】	51【2】
	物語	27【6】	39【4】	36【4】	37【3】

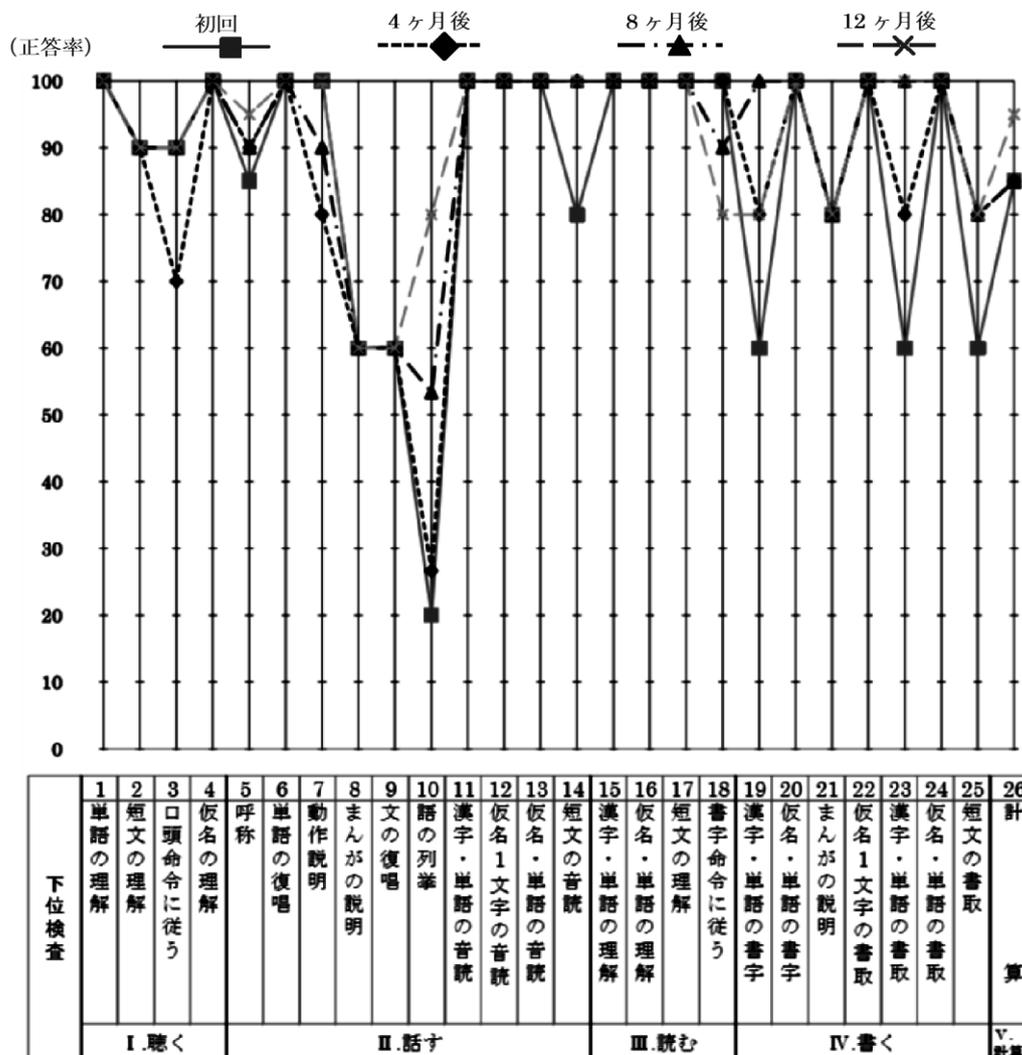


図1 SLTAの初回評価, 4ヶ月後, 8ヶ月後, 12ヶ月後の経時的変化

車運転再開に関する知見は少ない。これまでに路上評価の合否は、失語症の有無や重症度によって差はないこと<sup>15)</sup>、自動車運転再開の可否の判断に有用な神経心理学的検査<sup>16)</sup>、ドライブシミュレーターの有用性<sup>17)</sup>の報告はみられるが、いずれも自動車運転の技能と再開支援に関する知見である。新規での自動車運転免許取得に関する報告はみられない。

そこで今回、小学生で脳梗塞を発症し、右片麻痺と後天性小児失語症や注意障害などの高次脳機能障害

を併存した事例が、発症8年経過後においても認知機能が向上し、自動車運転免許の新規取得や新規就労に至ったため、その経過を報告する。なお、本報告について口頭と書面により事例から同意を得ている。

## 2. 症例

本事例は、10歳代後半の男性で、小学生で脳梗塞を発症した。循環器系疾患による脳梗塞(てんかん発作

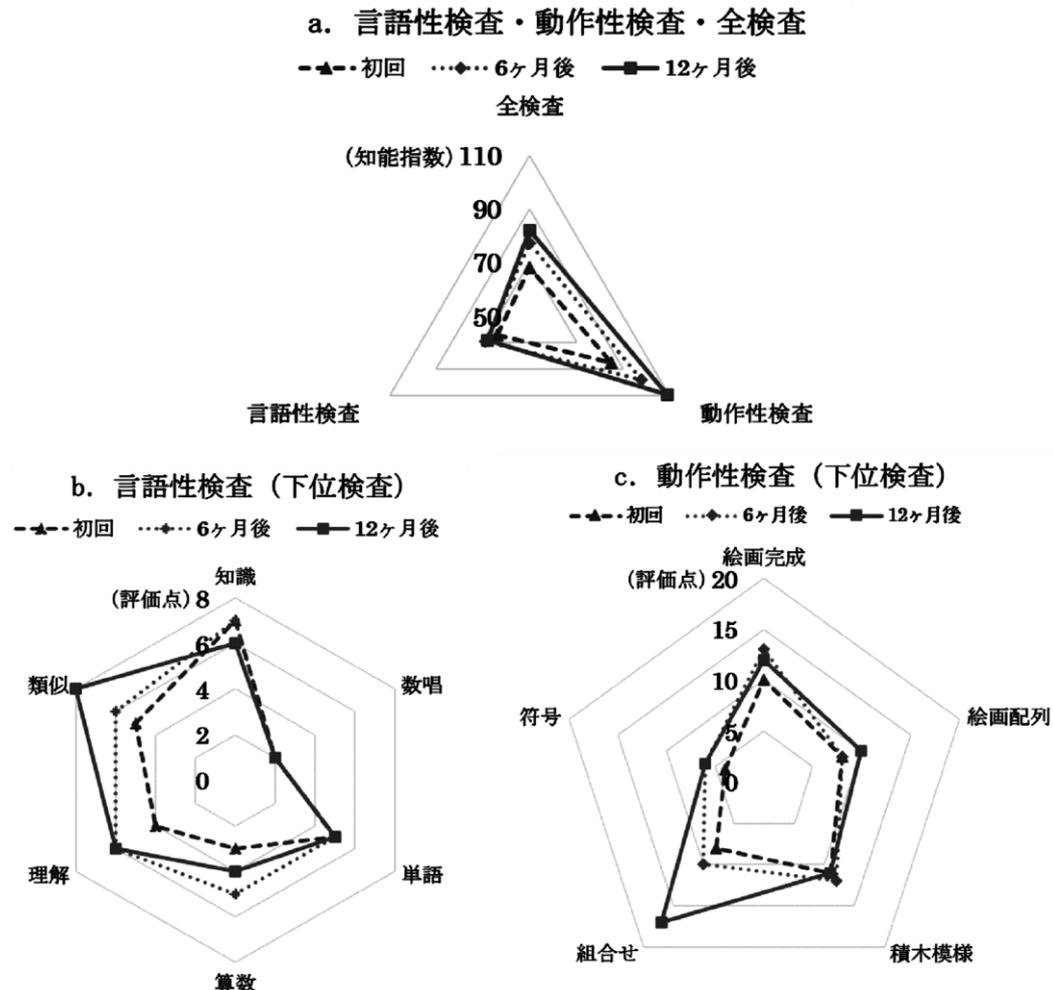


図2 WAIS-Rの初回評価から6ヶ月、12ヶ月後の経時的変化

あり)を発症(X-8年)し、右片麻痺と高次脳機能障害を受障した。A病院に搬送後、保存的に加療がなされた。A病院で1ヶ月入院後、自宅近隣のB病院に転院(X-7年11ヶ月)した。B病院では8ヶ月入院し、その後自宅退院した(X-7年3ヶ月)。自宅退院と同時期に、養護学校に復学し、小学部と中学部を経て、高等部卒業後、X月にC事業所利用開始(障害福祉サービス:就労移行支援、施設入所支援)となった。本事例は、サッカーを趣味としていた。

本事例のニーズは「自動車運転免許を取得したい」、「1人暮らしがしたい」、「就労がしたい」の3つで、その3点を目標に設定した。

### 3. 作業療法評価

C事業所利用開始時、運動麻痺の程度を示すFugl-Meyer Assessmentは上肢運動機能32点、下肢運動機能16点、感覚24点、バランス機能を評価する

Functional Balance Scale 54点(片脚立位保持で2点減点)、Timed Up & Go Test 通常 15.8秒、最大 11.3秒であった。

高次脳機能障害に関しては、失語症、注意障害、遂行機能障害、易疲労性、情報処理速度の低下を認めた。失語症は、運動性失語(語想起障害、言語性短期記憶低下、語性錯語)を認め、標準失語症検査(以下、SLTA)では「まがの説明:4」、「文の復唱:4/5」、「語の列挙:3」、「漢字・単語の書取:3/5」、「短文の書取:3/5」などで低成績がみられた(図1)。Trail Making Test縦版(以下、TMT)<sup>18)</sup>は、注意機能と情報処理速度を評価するPart Aは128.2秒、注意機能と遂行機能を評価するPart Bは122.6秒、注意機能を評価するかな拾いテストでは無意味綴り31個、物語27個であった(表1)。知的機能を評価するウェクスラー知能検査(以下、WAIS-R)では言語性検査64、動作性検査85、全検査68であった(図2a)。下位検査では、言語性検査で「数唱:評価点(以下、SS)2」、「算数:SS3」

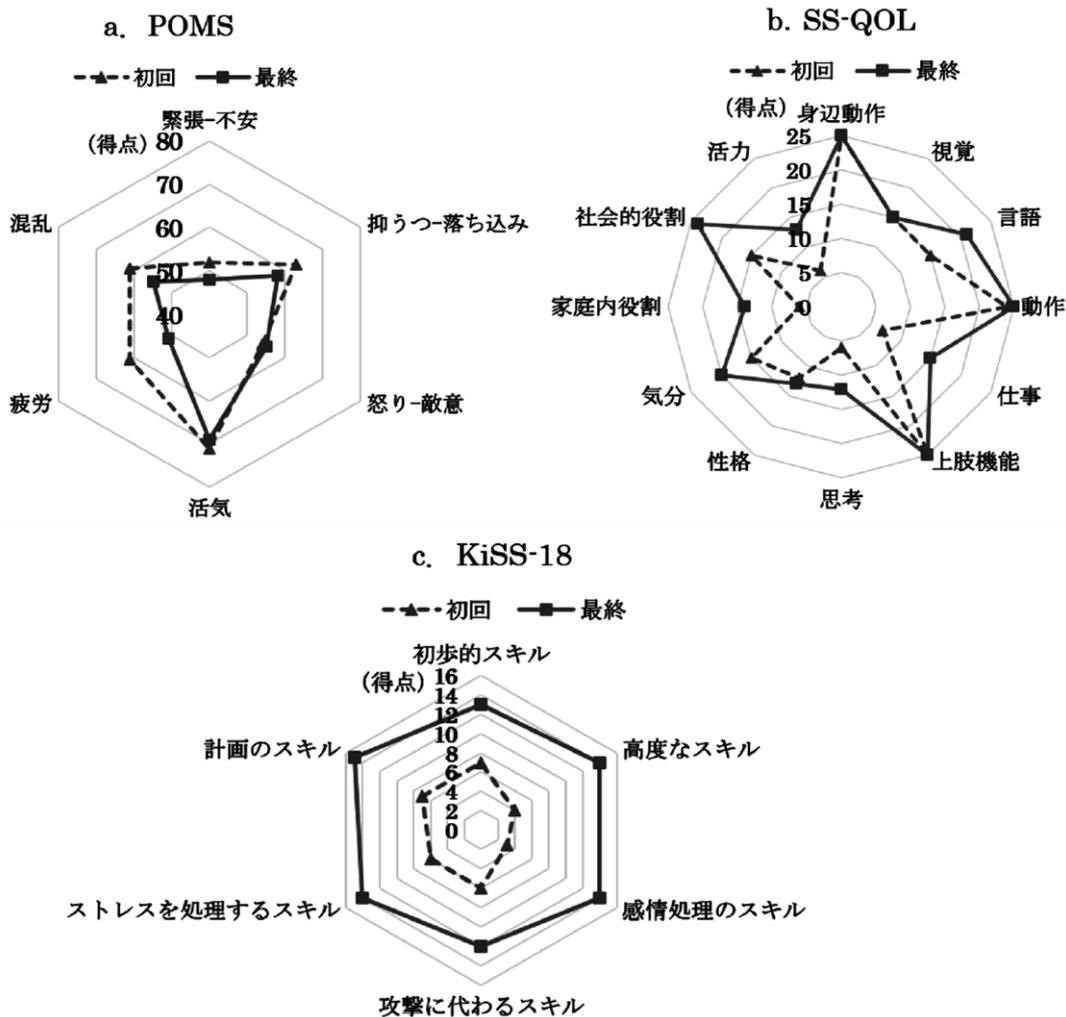


図3 POMS, SS-QOL, KiSS-18の初期評価と最終評価の経時的変化

(図2b), 動作性検査では「符号: SS 4」(図2c)であり, 言語性短期記憶と情報処理速度の下位検査で低成績を認めた. 認知機能の機能的変化を捉えるため, SLTAとTMT, かな拾いテストは4ヶ月毎, WAIS-Rは6ヶ月毎に評価を行った. いずれの初期評価もX+1ヶ月以内に実施した. 易疲労性は, 作業課題に対する集中持続時間は最大約25分で, 疲れが生じると居眠りをしてしまう状態であった.

感情面の評価として, 日本語版 Profile of Mood States (以下, POMS)<sup>19)</sup>を実施した. 「緊張-不安: 52」, 「抑うつ-落ち込み: 63」, 「怒り-敵意: 54」, 「活気: 71」, 「疲労: 61」, 「混乱: 61」であった(図3a). そのほかに自己効力感の評価を実施し, 特性的自己効力感尺度<sup>20)</sup>は42点であった. POMSと特性的自己効力感尺度は, 初回評価とX+6ヶ月に実施した.

手段的日常生活活動(以下, IADL)を評価する Frenchay Activities Index (以下, FAI)は10点で, それ以降はX+6ヶ月と最終評価時に実施した. 脳卒中

患者の生活の質(以下, QOL)の評価として, 日本語版 Stroke Specific QOL (以下, SS-QOL)<sup>21)</sup>を実施した. その結果「家庭内役割: 6点」, 「仕事: 7点」, 「社会的役割: 15点」の項目で得点が低かった(図3b).

就労に関しては, 本事例は就職経験がなかったため, 自身でどのような職業に適正があるのか不明な状況であった. そのため, 本事例との面談を通じて, 立位での業務より座位を主とした業務の方が, 企業における雇用管理の観点から, 就労につながりやすいことを作業療法士(以下, OT)から伝えた. そこで, 事務職業務を遂行するのに必要な職業スキルの獲得を目指した.

社会的スキルの評価として, Kikuchi's Social Skill Scale-18項目版(以下, KiSS-18)<sup>22)</sup>を実施した結果, 33点であった(図3c). SS-QOLとKiSS-18は, 初期評価と最終評価のみ実施した.

作業療法評価から, 認知機能やIADL, 自己効力感, 社会的スキル, QOLの低下, そして感情面の問題も認

表2 IADLの問題点と支援方法, 実施頻度, ターゲットとした認知機能

生活行為	問題点	支援方法	実施頻度	ターゲットとした認知機能
スケジュール管理	時間管理が不十分, 事業所内のルールを忘れてしまう	スケジュール日記を活用する	毎日1回(朝)	言語機能, 注意機能, 情報処理速度
洗濯	1人での実施経験が乏しい	評価した後, 問題がなければ1人で実施する	週1回程度	注意機能, 遂行機能, 視空間認知機能
公共交通機関の利用	1人での実施経験が乏しい	評価した後, 問題がなければ1人で実施する	施設入所利用時: 週1回程度 通所利用時: 週5回程度	言語機能, 注意機能, 情報処理速度, 遂行機能, 視空間認知機能
整理整頓	自室の整理整頓が不十分で散らかっていることあり	自室が散らかっている場合に職員が声掛けを行う	週1回程度	注意機能, 遂行機能, 視空間認知機能

めた。また、本事例は、自己効力感の低下が影響し、能力上は実施可能と予測される IADL であっても、未経験である生活行為が存在した。そこで今回、本事例に対し、活動・参加を主とした作業療法を実施した。本事例のニーズがどのような経過を辿り、前述した問題点が、どのように変化したのか検討を行った。

#### 4. 作業療法実施計画

##### 4. 1. ニーズの達成に向けて

仕事や社会的役割の獲得による、QOL の向上を目的に「自動車運転免許取得」、「新規就労」、「1 人暮らし」を目指した。

自動車運転取得に関しては、B 病院で本事例の両親を含め担当医師と相談し、2 年以上てんかん発作がなく、自動車運転に支障がないことを確認した上で、自動車運転免許取得を目指した。仮免許の技能は、C 事業所利用開始前に実家近くの自動車教習所で修了していた。そのため、仮免許取得に向けて C 事業所近隣の自動車教習所に転入し、学科の学習を行った。学科面の知識定着を目的に、自動車教習所で配付されたテキストを使用して 1 日平均 3 時間テキストで学習を行った。テキスト内で読解できない箇所は、その都度職員に質問するように本事例に伝えた。また、C 事業所内での学科学習後に週 2~3 回の頻度で、一問一答形式で職員と口頭試問を行い、学習の定着を図った。

新規就労は、職業スキルの向上を目的に、職務の模倣的な作業課題であるワークサンプル(ワークサンプル幕張版<sup>23)</sup>: OA 作業(数値入力, 文章入力, 検索修正), 事務作業(数値チェック, 作業日報集計)やパソコンのスキル向上を目的に、ワード・エクセルの基本的な操作の獲得を目指した。

1 人暮らしに関しては、本事例は過去に 1 人暮らしの経験がなく、今後就職が決まった際に、仕事と生活の両立が出来るのか、両親が心配したためグループホームへの入居(食事付き)を目指した。OT は、グループホーム先が決定した際に、高次脳機能障害の状態と対応方法、IADL や社会的スキル、自己効力感、感情面の状況を情報提供することとした。

##### 4. 2. IADL への支援

IADL の問題点、支援方法とその実施頻度、そして IADL の各生活行為の中でターゲットとした認知機能を表 2 に示した。IADL の自立と認知機能の向上を目的に、時間管理の不十分さ(予定の時刻に遅れるなど)や C 事業所内でのルール(欠食時や外出時の届け出など)を忘れることがあったため、毎朝スケジュール確認を行うこととした。そのほかに、本事例がこれまでに 1 人で実施した経験の乏しかった洗濯、公共交通機関の利用、整理整頓について、C 事業所利用開始に伴い評価を行った。

##### 4. 3. 身体機能, 認知機能への支援

身体機能は、麻痺側の関節拘縮予防を主な目的として、OT が個別訓練を週 1 回 30 分、自主トレを週 5 回 1 日平均 1 時間半実施することとした。

認知機能の言語面は、機能的変化を捉えることを目的に言語聴覚士(以下、ST)が 4 ヶ月に 1 回定期評価を実施した。また、言語機能の向上を目的に、ST の評価結果に即した内容の失語症のドリル課題(主に文章読解, 語想起, 聴覚的理解)を毎日することとした。しかし、本事例より、まずは自動車運転免許取得に向けた学習に集中したい、との希望が聞かれた。多数の刺激を受けて生じる混乱や、失敗体験の繰り返しによる抑うつおよび自己効力感の低下の増強を避けるため、自動車運転免許取得後から失語症のドリル課題を開始することとした。易疲労性への対応は、約 5 分ずつ作業課題が持続出来ることを目標とし、眠気が生じたら数分程度の休憩を挟んでも良いことを伝えた。

#### 5. 介入経過

##### 5. 1. ニーズの達成に向けて

###### 5. 1. 1. 自動車運転免許の取得

学科テキストの学習時、読解できない箇所が生じて、職員に声をかける場面が見受けられなかった。本事例に対し、社会的スキルの向上を目的に、報告・連絡・相談を徹底するように指導した。学科の学習時に、読解できない箇所が生じた際には、すぐに職員に声を

かけるように指示をした。X+14日、仮免許試験を受けるが86点で不合格(合格点90点以上)、X+19日に2回目の仮免許試験を受験したところ合格に至った。その後は、引き続きC事業所内での学科の学習に加え、自動車教習所のカリキュラムに沿って学科と技能の学習を行い、X+3ヶ月に卒業試験を受け、1回目の卒業試験で合格した。X+3ヶ月半に運転免許センターで学科試験を受験するが、1回目87点で不合格(合格点90点以上)、翌日2回目を受験し84点で不合格となった。その後、自動車運転免許取得へのモチベーションが低下し「もう諦めました」との発言が聞かれた。自己効力感の低下や抑うつの増強を避けるため、OTから再受験についての声掛けは行わなかった。その間、趣味であるサッカーの練習に打ち込むなど、一度自動車運転免許取得から離れた。しかし、自動車運転免許取得を途中で諦めることへの後悔が本事例の中で徐々に湧き出し、今一度自動車運転免許取得に挑戦する気持ちが芽生えた。X+6ヶ月に3回目を受験したが87点で不合格、その1週間後に4回目の試験に臨んだ。

### 5. 1. 2. グループホームと就労に関して

グループホームに関しては、X+10ヶ月半、C事業所近隣のグループホームの見学を行った。X+12ヶ月、見学したグループホームに入居となったため、本事例の高次脳機能障害の状態や対応方法、IADLや社会的スキル、自己効力感、感情面の状況を情報提供した。グループホームへの入居に伴い、C事業所の利用形態が、施設入所の利用から通所での利用(週5日:グループホームから電車を使用して通所)に切り替わった。

就労に関しては、就職活動を効果的に実施することと、職場実習や就職面接を通じて職業スキルおよび社会的スキルの向上を目的に、就労支援機関(X+7ヶ月)やハローワーク(X+8ヶ月)に登録し連携を図った。X+12ヶ月半、衣料品関係で職場実習を行い、その実習先で就職面接を行ったが不採用の結果であった。X+14ヶ月、医薬品関係で職場実習を行い、その実習先で就職面接を行う予定であったが、自ら辞退(理由:自身の希望と相違があったため)した。X+15ヶ月、障害者合同面接会で1社就職面接(自動車関係)を受けるが不採用の結果であった。

### 5. 2. IADLに関する経過

スケジュール管理は、失語症のドリル課題の実施と同様に、まずは自動車運転免許取得に向けた学習に集中したい、との希望が本事例から聞かれた。混乱や抑うつ、自己効力感の低下の増強を避けるため、自動車運転免許取得後から開始することとした。X+6ヶ月、

自動車運転免許を取得したため、予定通りスケジュール確認を開始した。その後は、予定していたイベントに遅れてしまったり、C事業所内のルール(欠食時や外出時の届け出など)を忘れることはなくなった。

洗濯は、一連の操作手順についてOTが伝えたところ、1人で問題なく行えたことから、それ以降は1人で実施するように伝えた。公共交通機関の利用は、携帯電話で電車のダイヤや乗り換え状況を調べたり、駅構内の移動も問題なく1人で実施可能であったため、それ以降は1人で実施するように伝えた。整理整頓は、自室が散らかっていることが時々みられたが、その都度職員が声かけを行えば実施可能であった。FAIはX+6ヶ月に24点となった。

### 5. 3. 身体機能、認知機能に関する経過

OTの個別訓練と自主トレは継続し、関節拘縮の増強など、身体機能の低下は認められなかった。

失語症は、X+4ヶ月のSLTAでは大きな変化はみられなかったが、X+8ヶ月に実施した際には「語の列挙:8」、「漢字・単語の書取:4/5」、「短文の書取:4/5」で成績の向上を認めた(図1)。自動車運転免許取得後から、失語症のドリル課題(主に読解、語想起、聴覚的理解)を1日平均2時間程度実施した。注意機能および遂行機能、情報処理速度に関しては、X+4ヶ月のTMTではPart A 29.7秒、Part B 93.4秒と成績の向上がみられた(表1)。知的機能のWAIS-Rは、X+6ヶ月の言語性検査は69で、下位検査でも変化を認めなかった(図2a, 2b)。動作性検査は98まで向上し(図2a)、動作性検査の下位検査でも「絵画完成:SS13」、「組合せ:SS10」、「符号:SS6」と成績の向上を認めた(図2c)。

## 6. 介入結果

自動車運転免許取得は、学科試験4回目(X+6ヶ月)で合格し、自動車運転免許取得に至った。

X+12ヶ月、SLTAは「語の列挙:12」(図1)、TMT Part A 23.6秒、Part B 85.5秒、かな拾いテスト無意味綴り51個、物語37個(表1)、WAIS-Rは動作性検査109、動作性検査「組合せ:SS17」、「符号:SS6」で成績の向上を認め(図2a, 2c)、言語機能、注意機能、遂行機能、視空間認知機能、情報処理速度の向上がみられた。

POMSでは、「疲労:51」の項目で向上を認め、C事業所内でも50分間は作業課題に集中することが可能となった。そのほかに「抑うつ-落ち込み:58」、「混乱:55」の項目で向上を認め、感情の安定がみられた(図

3a). また、特性的自己効力感尺度は109点まで向上し、自己効力感にもプラスの変化がみられた。SS-QOLは「仕事:15点」、「社会的役割:24点」と社会参加に関する項目で特に向上がみられた(図3b)。

社会的スキルのKiSS-18は82点まで向上した(図3c)。就労は、X+21ヶ月、医療福祉関係で職場実習を行い、その実習先で就職面接を行った結果、採用(業務内容:主にデスクワーク、清掃)に至った(FAI:32点)。

## 7. 考察

本事例は、小学生で脳梗塞を発症し、成人以降に自動車運転免許の新規取得や新規就労、1人暮らしを目指した。本事例に対し、洗濯や公共交通機関の利用、社会的交流など、活動・参加を主とした作業療法を行った結果、認知機能(言語機能、注意機能、遂行機能、視空間認知機能、情報処理速度、易疲労性)の向上と、目標にしていた自動車運転免許の新規取得、新規就労の達成に至った。一方で、自動車運転免許の取得までにC事業所利用開始から6ヶ月の時間を要した。その要因としては、失語症の影響により、学科テキスト内の読解が困難であったことや、注意機能および遂行機能、情報処理速度、易疲労性の低下により、学習の持続が困難で、効率的に学習することが難しかったことが影響したと考える。本事例は、言語性課題に比し非言語性課題の方が、作業遂行能力が高かった点を踏まえると、学科の学習時にイラストや動画を活用した介入によって、より効率的に学習が進んだのではないかと推察する。

これまでの失語症のある人を対象にした研究では、IADLや社会的交流を主とした作業療法の提供により、認知機能やコミュニケーション能力が向上したことが報告されている<sup>24)</sup>。また、脳卒中を対象とした研究では、対象者が重要と考える活動・参加に焦点をあてた作業療法の提供により、認知機能<sup>25, 26)</sup>や自己効力感<sup>26)</sup>が向上したことも明らかとなっている。本事例においては、洗濯や公共交通機関の利用など、これまでに1人での経験が乏しかった活動・参加の生活行為を、C事業所利用にあたり日々繰り返し実施した。その経験を通じて、各生活行為の中でターゲットとした認知機能(言語機能、注意機能、遂行機能、視空間認知機能、情報処理速度)が活用された結果、認知機能が高まったと考える。また、認知機能の向上に伴い、1人で遂行できる生活行為が増え、特に本事例が重要だと考えていた自動車運転免許取得が、本事例の自己効力感を高めた要因であったと推察する。

これまでの認知機能の予後に関する研究で、小児期を対象とした脳出血の研究では、発症2年後でも知的機能(作業記憶以外)が向上したことが報告されているが<sup>27)</sup>、それ以降の経過を辿った研究はみられない。また、成人以降に発症した脳卒中の報告では、発症7ヶ月後から10年後の中で、言語機能(言語流暢性)、注意機能(視覚性注意)、遂行機能、視空間認知機能において変化を認めなかったことが報告されている<sup>28)</sup>。本事例は、これまでの報告と異なり、認知機能が向上する経過を辿った。つまり、活動・参加を主とした作業療法は、認知機能にプラスの影響を与え、発症から長期経過した後天性小児失語症を含む高次脳機能障害のある人にとって有用である可能性が示された。

これまでの後天性小児失語症の言語機能に関する報告では、発症後20年経過した事例でもSLTA上、成績の向上がみられたとの報告がある<sup>6)</sup>。本事例は、発症後8年と先行事例<sup>27)</sup>に比し経過は短い、言語機能の向上を認めた。失語症ドリル課題だけでなく、C事業所内の利用者や職員との社会的交流が、言語機能が向上した一因であると考えられる。

就労に関しては、C事業所内で報告・連絡・相談を徹底するように伝えたことや、繰り返し実施した職場実習や就職面接での経験から、徐々に社会的スキルや職業スキルが向上し、新規就労に至ったと考える。これまでの研究で、失語症は社会参加を阻害し、QOLの低下を招くことから、失語症のある人への社会参加の支援の重要性が報告されている<sup>29, 30)</sup>。本事例においては、自動車運転免許取得や就労の達成、そして洗濯や公共交通機関の利用など、社会参加に必要な生活行為が自立に至ったことで、社会的役割を見出し、QOLの向上につながったと考える。

今後の課題として、後天性小児失語症の社会参加に関する報告は少ないため、今後事例を蓄積していくことで、後天性小児失語症のある人への理解が深まり、社会参加の促進が図られることが期待される。

本報告は、単一事例を対象としているため、活動・参加を主とした作業療法が自動車運転免許取得、新規就労、そして認知機能やQOLに与える影響に関して一般化には限界がある。また、SS-QOLは一部の項目(「性格」、「動作」、「上肢機能」、「思考」<sup>21)</sup>、「家庭生活」、「視覚」<sup>31)</sup>)で内的整合性の不十分さが指摘されている。該当項目のQOLの変化に関しては、結果内容を慎重に吟味し、判断する必要がある。そのほかに、今回、本事例に対してOTだけでなく、C事業所内の生活支援員やC事業所外の就労支援の専門職など、様々な支援機関が関わっていたため、本事例の変化はOT単独の効果ではないと考える。今後、若年の

高次脳機能障害のある人の利用者が多い障害福祉サービス事業所において、OTの介入内容や介入頻度の相違がIADLや認知機能、QOLにどのような影響を及ぼすのかといった観点から、OTの効果を検証するなど、研究デザインの検討が必要である。

## 8. 結論

後天性小児失語症と注意障害などの高次脳機能障害を併存した事例に、洗濯や公共交通機関の利用、社会的交流などの活動・参加を主とした作業療法を実施した。その結果、発症8年経過後でも認知機能が高まり、自動車運転免許を取得するに至った。自動車運転免許の取得を機に、自己効力感が高まり、就職において複数社の企業で不採用になっても、意欲的に職場実習や就職面接に取り組んだ。それにより、社会的スキルや職業スキルが高まり、新規就労を達成した。つまり、発症から長期経過した後天性小児失語症を含む高次脳機能障害のある人に対し、活動・参加を主とした作業療法は、認知機能やIADLを向上させ、自己効力感やQOLにも寄与する可能性が示された。

## 9. 文献

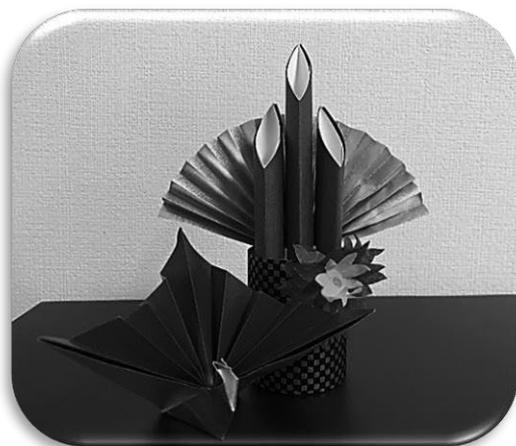
- 1) 福迫陽子：後天性小児失語症について。音声言語医学 22 : 172-184, 1981.
- 2) Kojima T, Mimura M, Auchi K, Yoshino F, Kato M: Long-term recovery from acquired childhood aphasia and changes of cerebral blood flow. J Neuroling 24: 96-112, 2011.
- 3) 宇野彰, 狐塚順子, 豊島義哉, 春原則子, 金子真人：小児失語症における回復の経過 - SLTA 総合評価尺度による分析 - . 高次脳機能研究 24 (4) : 303-314, 2004.
- 4) Van Hout A: Acquired aphasia in children. Semin Pediatr Neurol 4(2): 102-108, 1997.
- 5) 進藤美津子, 衛藤あや, 市川聖子：後天性小児失語症における言語・認知面の問題とその評価。神経心理学 24 (1) : 61-69, 2008.
- 6) 小嶋知幸, 柴田晴美：後天性小児失語例の20年の経過-臨床上の工夫と回復のメカニズム-(セミナーII: 症例に学ぶ)。高次脳機能研究 38 (3) : 319-330, 2018.
- 7) Aarnio K, Rodríguez-Pardo J, Siegerink B, Hardt J, Broman J, et al: Return to work after ischemic stroke in young adults; A registry-based follow-up study. Neurology 91(20): e1909-e1917, 2018.
- 8) Matérne M, Strandberg T, Lundqvist LO: Risk markers for not returning to work among patients with acquired brain injury; A population-based register study. J Occup Rehabil 29(4): 728-739, 2019.
- 9) Cattalani R, Tanzi F, Lombardi F, Mazzucchi A: Competitive re-employment after severe traumatic brain injury; clinical cognitive and behavioural predictive variables. Brain Inj 16(1): 51-64, 2002.
- 10) 田中宏太佳, 蜂須賀研二, 田谷勝夫：外傷性脳損傷の評価；職業復帰の観点から。Journal of clinical rehabilitation 10 : 995-999, 2001.
- 11) Devos H, Akinwuntan AE, Nieuwboer A, Ringoot I, Van Berghen K, et al: Effect of simulator training on fitness-to-drive after stroke: a 5-year follow-up of a randomized controlled trial. Neurorehabil Neural Repair 24(9): 843-850, 2010.
- 12) Akinwuntan AE, De Weerd W, Feys H, Pauwels J, Baten G, et al: Effect of simulator training on driving after stroke: a randomized controlled trial. Neurology 65(6): 843-850, 2005.
- 13) Devos H, Akinwuntan AE, Nieuwboer A, Truijens S, Tant M, et al: Screening for fitness to drive after stroke; a systematic review and meta-analysis. Neurology 76(8): 747-756, 2012.
- 14) 加藤貴志, 岸本周作, 井野辺純一, 稲垣敦：脳損傷者の実車運転技能に関連する神経心理学的検査について；システムティックレビューとメタ分析。総合リハビリテーション 44 (12) : 1087-1095, 2016.
- 15) 加藤徳明, 佐伯覚, 蜂須賀研二：高次脳機能障害と自動車運転。Monthly book medical rehabilitation 220 : 79-85, 2018.
- 16) 佐藤卓也：失語症者の自動車運転再開支援リハビリテーション。高次脳機能研究 38 (2) : 149-154, 2018.
- 17) 奥野隆司, 井上拓也, 吉田希, 仲野剛由, 西岡拓未, 他：失語症患者の自動車運転再開支援 6 症例の検討。日本交通科学学会誌 18 (1) : 24-31, 2018.
- 18) 安部光代, 鈴木匡子, 岡田和枝, 三浦利奈, 藤井俊勝ら：前頭葉機能検査における中高年健常日本人データの検討 -Trail Making Test, 語列挙, ウィスコンシンカード分類検査(慶応版)-。脳神経

- 56 : 567-574, 2004.
- 19) 横山和仁, 荒記俊一: 日本語版 POMS 手引. 金子書房, 1994, pp.5-29.
  - 20) 成田健一, 下仲順子, 中里克治, 河合千恵子, 佐藤眞一ら: 特性的自己効力感尺度の検討-生涯発達の利用の可能性を探る-. 教育心理学研究 43 (3) : 306-314, 1995.
  - 21) 毛利史子, 斎藤和夫, 石割佳恵, 奥平れい子, 長光恵ら: 日本語版 Stroke Specific QOL (SS-QOL) の作成と慢性期脳卒中者の QOL 評価. 総合リハ 32 (11) : 1097-1102, 2004.
  - 22) 菊池章夫, 堀毛一也: 社会的スキルの心理学. 川島書店, 1994, pp.177-183.
  - 23) 独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構 障害者職業総合センター: ワークサンプル幕張版 (MWS) のご紹介. (オンライン), 入手先 < [http://www.nivr.jeed.or.jp/research/kyouzai/21\\_2\\_MWS.html](http://www.nivr.jeed.or.jp/research/kyouzai/21_2_MWS.html) >, (参照 2019-12-2)
  - 24) Escher AA, Amlani AM, Viani AM, Berger S: Occupational therapy in an intensive comprehensive aphasia program; Performance and satisfaction outcomes. *Am J Occup Ther* 72(3): 7203205110p1-7203205110p7, 2018.
  - 25) Wolf TJ, Polatajko H, Baum C, Rios J, Cirone D, et al: Combined cognitive-strategy and task-specific training affects cognition and upper-extremity function in subacute stroke; An exploratory randomized controlled trial. *Am J Occup Ther* 70(2): 7002290010p1-7002290010p10, 2016.
  - 26) Poulin V, Korner-Bitensky N, Bherer L, Lussier M, Dawson DR: Comparison of two cognitive interventions for adults experiencing executive dysfunction post-stroke; a pilot study. *Disabil Rehabil* 39(1): 1-13, 2017.
  - 27) Murphy LK, Compas BE, Gindville MC, Reeslund KL, Jordan LC: Cognitive functioning over 2 years after intracerebral hemorrhage in school-aged children. *Dev Med Child Neurol* 59(11): 1146-1151, 2017.
  - 28) Elgh E, Hu X: Dynamic trajectory of long-term cognitive improvement up to 10 years in young community-dwelling stroke survivors: A cohort study. *Front Neurol* 10: 1-10, 2019.
  - 29) 大畑秀央, 吉野真理子: 失語のある人の参加, 環境因子, 健康関連 QOL についての検討-CIQ, CHIEF, SAQOL-39 の日本語版による分析-. *高次脳機能研究* 35 (4) : 344-355, 2015.
  - 30) Lee H, Lee Y, Choi H, Pyun SB: Community integration and quality of life in aphasia after stroke. *Yonsei Med J* 56(6): 1694-1702, 2015.
  - 31) 問川博之, 新藤恵一郎, 和田勇治, 内川研, LIU Meigen: 脳卒中特異的 QOL スケールに関する検討. *臨床リハ* 14 (7) : 684-689, 2005.

# コラム 『私たちの作業』

## ～Occupations in our lives～

日頃の実践を…「作業」を…より多くの皆さんに紹介したい



### コラム「私たちの作業」の紹介

コラムは日頃の「作業療法」を紹介する投稿枠です。

写真・図などを含み、1,200字程度の内容を募集しております。

投稿に際し「査読」はありません。私たちの『素敵な作業』を新潟県から一つでも多く発信していきましょう。



コラム

## 3Dプリンタでモノ作り

広瀬 純一\*1 下村 健太\*2

\*1 医療法人愛広会 新潟リハビリテーション病院 訪問リハビリきざき

\*2 医療法人愛広会 新潟リハビリテーション病院

### 1. はじめに

近年、比較的安価で3Dプリンタが購入できるようになり、一般ユーザー向けの製品の普及もすすんでいる。まだまだ製作に慣れない我々が紹介する事は大変恐縮ではあるが、少しでも活用する方が増えることで共有の幅が広がると思い、以下に報告する。

### 2. 3Dプリンタの手順

現在当院で使用している3DプリンタはANYCUBIC MEGA-Sである。私達が作製している流れは大きく3パターンあり、①既存のデータをダウンロード、必要に応じて修正して出力。②ゼロからデザインして作成し出力。③出力した物を既存の物品と合わせて作製の3つである。

既存のデータダウンロードには米国のMakerBot社が提供するThingiverseを利用している。データは無料でダウンロード可能で、アカウントを作成すればスマートフォンのアプリでも使用可能となっている。

モデリングにはwebベースサービスのTinkercadを使用している。こちらもユーザー登録を行い無料で使用可能となっている。簡単な操作で可能だが、モデリングには習熟も必要なため、まずはやってみる事をお勧めする。

その他にも手順はあるが、作製の詳細手順は参考文献の書籍を参照していただきたい。

### 3. 3Dプリンタ作製例

#### ①電動車いす用スティック：図1

球体の中央に穴が開いており、スティックに差し込めるように調整した。Tinkercadで作製した。

#### ②角度調整機能付きタブレットスタンド：図2

Thingiverseでダウンロードし出力。パーツを組み合わせで作製した。

#### ③リーチャー：図3

リーチャーのヘッド部分のみをTinkercadで作製。ビス穴をつけ、木材に固定。用途に応じてヘッド部分の編集が容易に可能である。

#### ④ベッドリモコン用ボタン：図4

当院で使用しているベッドコントローラー操作が難



図1 電動車いすスティック



図2 タブレットスタンド



図3 リーチャー



図4 ベッドリモコン用ボタン

しい方に対してTinkercadで作製した。

### 4. おわりに

最近も慣れないながらも試行錯誤して3Dプリンタでモノ作りを行っている。いくつか作っていると「あの時3Dプリンタがあれば…」といった過去の自助具や訓練用具作製の事を考える事が多い。もちろん3Dプリンタで全ての解決が図れる訳ではないが、対象者の方の作業を手助けする手段選択の幅が大幅に広がっている事を感じる。少しでも多くの方が3Dプリンタを手段の一つとして考え、作製したモノで作業が広がる事を願っている。

### 5. 参考文献

- 1) 田中浩也, 林園子:3Dプリンタで自助具を作ろう。三輪書店, 東京, 2019.

## コラム

# 朗読会を通して

鈴木 雄大\*1

\*1 医療法人新成医会 総合リハビリテーションセンター みどり病院

## 1. はじめに

回復期病棟とは、急性期での治療後、病状が安定し始めた発症より1~2ヵ月後の患者様に対して、在宅復帰や復職を目的としたリハビリテーションを行っている。しかし、離床やリハビリテーションに対して消極的な患者様も入院されており、患者様の意味のある作業からアプローチすることも重要となることがある。

今回、腰椎圧迫骨折による疼痛で臥床傾向となった症例に対して、落ち込んだ心情の変化と離床を図る目的で朗読会の実施を促した。

## 2. 症例紹介

- ・A様 腰椎圧迫骨折 80歳台の女性。
- ・定年までは国語の先生として勤務。
- ・数年前に脳梗塞を発症し、構音障害を呈してからは話し声や歌声に自信を失っていた。
- ・基本動作 起居はベッドギャッチアップ経由で中等度介助。座位保持は疼痛の為に実施できず、車椅子に乗って離床することが困難なため、ベッド上での生活が中心となり、離床できずにいた。
- ・ADL 食事と整容、排泄はベッド上で実施。食事と整容は見守り。排泄は尿便意の訴えがあるが、動作は差し込み便器を使用して全介助。更衣と入浴も全介助で、入浴は臥位のままで入浴する機械浴を使用。
- ・認知機能 HDS-R21点。理解良いが短期記憶低下。

## 3. 朗読会の動機と実施前の心理状況

A様は、受傷前まで地域住民と病院へ出向き、ボランティアとして入院患者様に朗読会を行うことを楽しみとされていた。そこで、A様の大切にしていた作業に着目し、OTとして朗読会の実施を促した。

朗読会を行う前は、「ずっと入院したい」と「起きるのが辛い」、「また朗読したいけどこんな声じゃダメだね」と消極的な発言が多く聞かれていた。



図1 朗読会ポスター



図2 テレビに映した朗読会

## 4. 朗読会の内容と実施後の心理状況

準備：多くの方々に聴いてもらえるようにアナウンスや朗読会の貼り紙を掲示。OT時は朗読会で使用するポスターを作成し、絵の構成から下書き、色の選択、塗り絵までA様と一緒に実施(図1)。また、車椅子に乗って朗読の練習を行った。

聴き手の対象者：当病院の入院患者様 10~15人。  
場所は当病院の食堂。

内容：20分間車椅子に乗り、聴き手の前で物語を朗読。実施中は、聴き手が見えやすいように大きい

テレビ画面に絵本を映したり(図2)、作成したポスターを掲示したりして見てもらいながら聴いて頂いた(図3)。実施後は、感想を聴く時間や直接触れ合えるように握手会を設けた。

朗読会の実施後は、「そろそろ家に帰らないとね」や「聴いてくれる方がいるならもう一回するよ」、「朗読しながら車椅子に乗ってられたね」と発言の内容にも変化が見られた。

## 5. まとめ

- A様にとって意味のある活動を取り入れたことで、腰部痛に固執することなく、車椅子に連続で乗って離床できる時間が増え、朗読会の開催に繋がった。
- 準備の段階からポスターの構成を考えたり、朗読会までの予定を立てたりと、A様から進んで取り組まれるほど意欲が向上し、離床にも繋がった。その後、起居と車椅子駆動で棟内の移動が自立し、部屋の中は歩行器を使用して整容とトイレでの排泄が自立できた。また、軽介助で更衣と入浴を行えるようになった。



図3 ポスターを使用した朗読会

- 聴いてくれた方々と普段も挨拶を交わすことになったことで、交流が増えて友好関係の拡大に繋がった。
- 自宅退院に消極的であったが、達成感を得ることで自信を取り戻し、自宅退院に対して前向きになった。そして、ショートステイを利用しながら自宅へ退院することができ、退院後のショートステイ先でも朗読会を続けるためのきっかけとなった。

コラム

## 治療構造見学会 in 佐潟荘を振り返って

宗村 恵介\*1

\*1 佐潟荘

### 1. はじめに

この度はコラムを書かせていただくことになり喜ばしい気持ちです。なにぶん文章を書くのが苦手なので、拙文ですが思いだけでも伝われば幸いです。

精神分野推進委員会では2019年に新潟、長岡を会場に情報共有会と治療構造見学会を開催しました。

その中で私は治療構造見学会の新潟会場のトップバッターに抜擢されました。かなりのプレッシャーの中で準備を進め、「佐潟療法」として病院の取り組みを発表しました。参加者の方々からは高評価をいただき、長岡会場の田宮病院になんとかバトンをつなげることができました。なお発表会で楽しい雰囲気を出すため、当院で実践している作業療法を「佐潟療法」と称しました。学術的かつ一般的に認められた名称ではありませんが、本稿では「佐潟療法」と表記させていただきます。

### 2. 治療構造見学会 in 佐潟荘 を振り返る

「佐潟療法」の発表を振り返ってみて、当院の取り組みをまとめる中で、日々の活動を客観的にみれたことがよかったと感じました。当院のストロングポイントやウィークポイント、自分の長所や弱点に気づけたこと。また、各活動の目的や効果をまとめる中で、目的がはっきりしない活動があることに気付くことができました。現状のプログラム内で患者様個々に目的や意味のある活動を提供しなければいけないと強く感じました。また自分が入っていない活動に関しては同僚に改めて活動の目的を考え直してもらった機会になったと思っています。

グループワークでは見学した内容や日々の業務での悩みや課題などについて話し合いが行われました。ハード面や人員の問題など、病院それぞれで課題は様々だと感じました。しかしその中でも共通した課題も見つかり、共有できました。

### 3. 新潟県精神科作業療法の賦活

各精神科病院が創意工夫をして、日々の活動に取り



図 「佐潟療法」の発表風景

組んでいることと思います。当病院では現状、患者様の高齢化やそれに伴うプログラムの変更など様々な課題が生じてきています。各病院でその課題を解決していくには限界があると私は思います。同じような課題を抱えた病院がどのように動いているのかという事を見て、学んで、アイデアを吸収できる機会があるべきだと考えます。またいつでも相談できるような横のつながりを作ることが今求められているように感じます。

このようなつながりを作るために委員会ではSIG学習会「精神科OTネットワーク@新潟」という形で実現に向け、動き出しています。リアルタイムな情報発信や学び、相談の場にしてきますので、皆さんも登録してみてください。また2020年も継続して情報共有会・治療構造見学会を開催予定です。他の病院を見て、繋がりを作れるまたとない機会です。気軽に参加してみてください。そして新潟県の精神科作業療法と一緒に盛り上げていきましょう。

### 4. さいごに

見学会を通して病院での取り組みをオープンにすることで自分自身の成長にもつながり、参加者の方々にも満足いただけたことは自信にもつながりました。委員、参加者の方々には感謝しかありません。ありがとうございました。今後の見学会の参加が楽しみです。皆勤賞狙います。

コラム

## 生活者の1人という視点で 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」を考えてみた

門脇 高\*1

\*1 黒川病院 地域生活支援課

最近、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムという言葉は耳にされるとと思いますが、どう関わって良いか解らないという方も少なくないのではないでしょうか。私自身もその1人でありましたが、その状況を意識の面でブレイクスルーできた出来事がありました。

先日、ある研修会に参加した際、私の仲間として活躍するOTが精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの説明に「まちづくりは人づくり」という言葉を使い伝えてくれました。「まちづくりは人づくり」という言葉を聞いた私は頭の中でパズルのピースが嵌っていくようにある出来事を思い出していたのでした。

私が精神科訪問看護の場面でクライアント(Aさん・男性)が普段利用しているスーパーでの買い物に同行した際のことです。その方はアルコール依存症から数年前に脳梗塞を発症し、運動機能には問題無いが、後遺症から計算などが困難な状況でした。私はその方の支払い作業を少し離れた場から観察していた時のことです。商品を選び終わると、どういふ訳かその方は空いているレジに脇目も振らず、多くの人が並ぶレジの一番後ろへ並び、自分の番が来ると「こんにちは！よろしく！！」とレジ係の方に挨拶をするとともに自分の財布ごと差し出したのでした。レジ係の方は特に驚く様子もなく笑顔で会釈をし、Aさんの財布から必要な金額を取り出しお釣りを戻してくれたのです。買い物を終え元気よく挨拶を済ませたAさんは私に「あの係の方は何も言わなくても自分ができないところをサッとしてくれるから」とそのレジに並ぶ理由を笑顔で話してくれま

した。また、そのレジ係の方が不在の時は他のレジでも同様に対応してくれることも加えて教えてくれました。

Aさんにとっての買い物という作業は「馴染みの店に馴染みの店員さんがいること」が重要であること。また、レジ係の対応という環境変化が「Aさんが暮らしやすいまち」につながったこと。そしてその「まちづくり」にはAさんの「他人に気持ちよく挨拶ができる」というストレンクスが大きく「人づくり」に関与していたこと。さらにそのレジ係の方が核となって他の職員にもこの事例を共有し、他の職員でも同様な対応が可能になる拡がりがあったとすれば、職員を通して「人づくり」は拡がりを見せたこととなります。この波及効果がこのシステムのスキームの根幹を成すものではないでしょうか。

私を含む病院や施設で働くOTはクライアントと関わる際にどうしても「クライアントを変化させる関わり」という視点(この場合ではいかにレジでお金を間違わずに支払えるようになるかという視点)に偏りがちですが、地域に暮らす障害を持つ方が自らのストレンクスによって「暮らしやすいまち」にしていくことも可能であるということはこの事例を通して勉強させていただきました。

私達は作業療法士である前に地域で暮らす1人の住民でもあります。難しいことをあれこれと考える前に自分自身が住む地域を眺めてみませんか。そこにはきっと一住民として、もしくは作業療法士として関わることのできる何かが見えてくるはずだと思います。

コラム

# がま口キーホルダーからひろがる作業療法

橋爪 卓\*1,2

\*1 田宮病院 ころのリハビリセンター

\*2 新潟県作業療法士会 精神分野推進委員会委員長

## 1. はじめに

筆者は精神科病院の閉鎖病棟の患者を対象に作業療法(以下OT)を実施している。

今回は、埼玉県作業療法士会・47都道府県委員会精神科ワーキンググループ主催の精神科OTの妙技研修で紹介された「がま口キーホルダー(以下がま口)」について、筆者の実践を交えて紹介する。

## 2. がま口とは

(株)さくらほりきりが販売している手芸キット。15分ほどで完成させることが出来、手軽に創作の楽しさを経験することが出来る。構成的な課題で、作業遂行機能や精神行動特性を短時間で評価出来ると埼玉作業療法士会・宇田英幸会長より紹介があった。2個1セットになっており、次の予定を約束したり、経験の積み重ねを確認できるのも魅力である。

当院では病棟内で実施している棟内OTと、主にころのリハビリセンター(OT室)で実施する個別OTがあるが、筆者は個別OTを実施する際の導入として活用している。

## 3. 事例紹介

### 1) 事例1 30代女性 統合失調症

#### (1) 導入のきっかけ

退院要求や嫌だった体験を怒鳴って表現する為、孤立しがちな方。怒りを表出することで周囲の気を引いている印象をOTRは受けていた。

棟内OTでは塗り絵や貼り絵を行うが、一度も作品を最後まで完成させる様子がないことが気になる点としてあった。

生活訓練施設の見学をした際に、料理が心配と本人から話があり、個別OTの導入を検討する。



図1 セット内容

#### (2) がま口の実施

布の周りにボンドを塗るなどの複雑でない工程は問題なく行えるが、布がずれないことに注意しつつ中芯を包むなど、マルチタスクのある工程では苦戦していた。

「こうですか?」と自ら助言を求めることができていた。作品の出来については答えなかったが、「出来ると思わなかった」と感想を語った。

#### (3) その他

週1回の料理と不定期で1回完結の創作を実施することとした。課題は複雑でないもの、試食など出来上がりの共有を病棟スタッフとも行った。

怒りの頻度には変わりはないが、活動時間外で創作に従事する時間がみられるようになった。また、OTRに「折り紙が分からないので見てください」と相談するようになった。

### 2) 事例2 20代男性 統合失調症

#### (1) 導入のきっかけ

歩き回っていることが多く、座っている時間がほとんどない方。

女性に付きまとうなどの迷惑行為があるが改善しない為、病棟スタッフによる本人への注意が日常化していた。個別 OT に参加したいとの希望があり、導入を検討する。本人は他の入院患者が行なっているのを知って興味を持ったよう。何をしているのかまでは知らず、病棟の外に行きたい程度の気持ちと OTR は考えていた。個別 OT が今後の展開に繋がっていけばと考え導入した。

#### (2) がま口の実施

どのように進めたらいいかわからない様子で、説明書を見ながら、「何をやっているんだ」「さくらほりきり」などの独語が目立っていた。その一方で、OTR が説明しながら一緒に行なっている際は独語はみられず、本人から「こうですか？」など OTR に確認する様子がみられた。工程のほとんどで介入が必要で、作業スピードも遅かったため1個完成させるのに45分程かかる。感想は20点、「不器用」との一言。作品の持ち帰りについて伺うと「いらないます」とあった。

#### (3) その後

がま口2回目は、独語をストレスのサインと考え、OTR の介入を1回目より早めに行うという方針で関わることにした。声かけの際に、「いいです」と一度は断るが“作った作品を病棟スタッフに見せてもらいたい”という OTR の誘い文句に、「そうなんですか？じゃあやりましょうか？」と乗ってくる様子がみられた。

作品作りは、工程を覚えていたり、自力で行えた部分も増え経験の積み重なりを OTR は感じた。本人も1回目よりうまく出来たと話し、上達を感じているようであった。結局、2作品とも持ち帰り、自分から病棟スタッフや他患者に作品を見せる様



図2 完成作品

子がみられた。今後は、本人から希望のあった料理を行いながら、面接を通して取り組むべき課題を抽出していこうと考えた。

## 4. 最後に

精神科 OT は個別の時間を持ちにくいと言われていたが、がま口は比較的短時間で実施できる為、筆者は個別に関わる際のツールとして積極的に使用している。

楽しめる作業かつアセスメントとして使用できることはもちろんだが、作業療法の可能性や、やりがいを実感することのできるツールだと筆者自身は感じている。

がま口については、今年の11月に精神科 OT の妙技研修～新潟編で紹介する予定である。興味を持っていただいた方は、ぜひ参加いただきたい。

コラム

## 箱づくり法の紹介

猪飼 太\*<sup>1</sup> 菊入 恵一\*<sup>2</sup> 山崎 裕美\*<sup>2</sup> 番場 郁\*<sup>2</sup>

\*1 こころのクリニックウィズ \*2 田宮病院

### 1. はじめに

突然ですが、皆さんはどのようにストレスを対処しているのでしょうか？ 普段の生活の中で出来るちょっとした気分転換の方法を持っている人は多いと思います。また、ひどく疲れている時に”これをするとうまいんだよね”というスペシャルな方法を持っている人もいるかもしれません。このコラムで紹介させて頂く「箱づくり法」は僕にとってスペシャルな評価法となっています。検査に30分以上の時間を要するため日々の臨床の中で中々気軽には出来ていません。ただ、困った時に”これをするとうまいんだよね”というスペシャルな評価法を持っていたいと思い勉強をしています。下記より、筆者の感想を交えて箱づくり法について紹介させていただきます。

### 2. 箱づくり法の構成

箱づくり法は、作業療法士（以下 OT）とクライアント（以下 CL）による面接場面を設定し、必要な介入を行いながら5cm四方の箱を作って貰うというものです。箱作成後には質問紙に回答してもらい、箱づくりに関する面接を行うという一連の場面から構成されています。

### 3. 評価ツールとしての箱づくり法

箱づくり法から得られる結果は、CLがどのような環境下や支援があれば作業をしたりコミュニケーションを取る事が可能なのか検討する上で良い材料となります。それは、箱づくり法の最大の特徴が「治療構造論的な作業面接」だと言う事に由来しているからだと考えています。出来た作品が良い・悪いではなく、作品を完成させるまでにどのような助言や

指示が必要であったか、またCLがOTと実施した箱作成という体験をどのように振り返るのか、OTはCLにどのように影響を与え、どのような印象を抱くのか等も評価の対象となり、本人の特徴を包括的に把握する為に優れたツールとなっていると思います。

### 4. 共有方法としての箱づくり法

箱作成の過程とその結果は、OTとCLと一緒に体験したものであり、CLの実感を伴って共有可能だと感じています。例えば「汚い箱になってしまった」と結果である作品を注視し、極端に自己評価が低いCLに対して、作成の過程にも目を向けてみては？と提案した所、「丁寧に作った。悪い所ばかりじゃなさそう」と、振り返りの視点を増やす事が出来た事例がありました。また、箱作成の過程・機能別に見たプロフィールや本人の主観的な体験を基に作成されるプロフィールをグラフとして提示することが出来るため、CL以外の第三者が納得する具体的な情報としても共有しやすいと感じています。

### 5. 終わりに

新潟には箱づくり法の学習会があり、事例検討会を中心に活動しています。事例検討会では、箱作り法が伝達ツールとしての役割を発揮し、検査結果を統合し、臨床に活かしていることを理解する事が出来ると感じています。また箱づくり法を通して養われる視点は、作業が塗り絵や革細工などに変わっても変わらず有効だと感じています。研修の詳細は県士会からの研修案内をご確認下さい。ぜひ参加をお待ちしております！

連載講座

# 大人の発達障害へのかかわり方のポイント

渡邊 良弘\*

\*新潟県労働衛生医学協会 医師

## 1. はじめに

わが国における成人の発達障害が増加する現象について近年よく知られるようになった。ただし発達障害を「グレーゾーン」を含む生き辛さの問題と捉える考え方もある一方、非専門家による過剰診断による懸念もある。このため本論は医学的診断がついたものの障害を明言せず就職後に困難が生じる自閉症スペクトラム障害 (autism spectrum disorder, ASD)を念頭に論じることとしたい。

## 2. 注意ポイント

同質性の強い学生時代までは自分のペースで問題解決を回避したり先延ばししたりして、課題を友人に手伝ってもらい問題の表面化を避けることできる<sup>1)</sup>。就職後には個々の能力が明らかになり、上司や同僚など年齢階層も出自も異なる職場において、他人の言葉を理解できない、自ら上手く伝えることができない、好ましくない言葉を使い相手を不快にさせる、身勝手と思われる行動をする、約束・期限を頻繁に失念する<sup>2)</sup>などが起きる。

課題への取り組みが雑で「ていねいさ」など質を意識することが苦手であり、全体の流れに気が回らず、配慮に欠ける断定的な言動により上司同僚と対立することもある。

与えられた課題に応じ作業の質やスピードを判断し当意即妙に変えることができない。また急な予定変更にも弱く臨機応変に対応し緊急に備えることに不得手なこともある。行動がこなれてパターン認識できるようになるまで遠隔地で単独で判断する仕事に従事させられないこともある。

精神症状としては抑うつ・不安焦燥が並存する他にも自宅で自傷行為を起こす例では解離状態をきたすこともある。また心的外傷から生起する対人過敏とこれから免れようとして自傷して解離する<sup>3)</sup>こと

もある。解離性幻聴は統合失調症性幻聴と鑑別<sup>4)</sup>を要する。ASDの幻聴は幻聴の持続時間が短く症状が比較的改善しやすい<sup>5)</sup>とされる。なお統合失調症者のなかに自分はASDではないかと深く悩む<sup>6)</sup>現実もある。

## 3. 対応のヒント

なるべく円滑な対人関係と作業能力向上に寄与する事項を挙げる。

報告・連絡・相談(ホウ・レン・ソウ)が苦手であれば上司との短時間の対一の打ち合わせをこまめに設定する。業務遂行の方法、時間の目途、業務が終わったら連絡する等指示にし、作業工程への理解と方向性にずれがないよう促す。口頭だけでなく視覚的に簡潔な文字情報と図式で説明して一緒に「やってみせる」行動シミュレーションも有益である。否定や命令よりも提案型<sup>7)</sup>の声かけを意識する。事実を情報共有し、提案型の「～するといい」といった後押しで上手にやる気をみせ「乗りよく」仕事をこなしていく例もある。

不適切な言動が発生した時は短時間のうちに好ましい行動変容に向かわせる。先ずどうしてそのような行動を行ったか本人目線で話す、次にそれが適切であることを説明した後「仕方ない」と言い添える、そして好ましい言動が何であったか具体的な提案で「今度は上手くやれたらいいね」などと絶対要求でなく相対要求で伝えるのが望ましい。

情緒的コミュニケーションを活用し、職場に関連するいらいら(焦燥)、もやもや(不安)は上司同僚と「一緒に苦労していこう」というメッセージを繰り返し伝える。

心的外傷の回復途上では脅威を受けないかと対人過敏となり警戒と怯えがみられる。「心の叫び」のような発言については傾聴にとどめ脅威の嵐が過ぎ去るまでの一過性の現象とみて見守る方が実りある。

医療者の情の向け方としては温籍と惻隠<sup>8)</sup>が重要である。温籍とは心から受け入れる用意があるという意味であり、惻隠とは否定的な事実強く触れずに少し肯定的な情を向けることである。

#### 4. まとめにかえて

増加する成人の発達障害について ASD を念頭に職場における注意のポイントと対応のヒントについて論じた。医学的配慮を職場に主治医が要請しても職場の十分な納得が得がたいことが稀ならずある。弱みへの配慮だけでなく、それに勝る強みが発揮されることが求められる。得手不得手について話し合う<sup>9)</sup>ことで生き辛さを感じる頻度が少なくなることを目指したい。

#### 5. 参考文献

- 1) 佐藤恵美：医療機関における心理社会的支援 - 職場トラブルから受診に至る場合. *こころの科学* 195 : 32-36, 2017.
- 2) 井上勝夫：働くことと自閉スペクトラム症, 特集・職場の発達障害, *こころの科学* 195:10-16, 2017.
- 3) 水島広子：対人関係療法でなおす トラウマ・PTSD 問題と障害の正しい理解から対処法, 接し方のポイントまで. p32-51, 創元社, 東京, 2011.
- 4) 内山登紀夫：成人期の自閉症スペクトラムー診断と鑑別診断. *そだちの科学* 13: 2-13, 2009.
- 5) 柴山雅俊：解離の構造・私の変容と〈むすび〉の治療論. p165-p175, 岩崎学術出版社, 東京, 2010.
- 6) 村井俊哉：統合失調症. p69-p71, 岩波新書, 東京, 2019.
- 7) 渥美由喜：発達障害の個性を活かす職場づくり・当事者・研究者として. *こころの科学* 195: 67-72, 2017.
- 8) 清水将之：私説 児童精神医学史・子どもの未来に希望はあるか. p127, 金剛出版, 東京, 2018.
- 9) 村上伸治：おとなの発達障害への発達障害を前面に出さない治療, *そだちの科学* 31: 51-57, 2018.

# 「新潟県作業療法士会学術誌」 投稿規定

## 1. 投稿内容

本誌への投稿原稿は、作業療法に関連した論文を主体とし、未公開論文で他誌に掲載予定のないものに限ります。研究は日本作業療法士協会の「作業療法士の職業倫理指針」を踏まえて実施してください。筆頭著者は、新潟県作業療法士会会員に限ります。ただし、編集委員会が認めた場合はこの限りではありません。なお、著者の数は原則として5名までとし、それを超える場合は理由を記した書面を編集委員会に提出して例外的採否の判断を仰ぎ、その指示に従ってください。

## 2. 投稿区分

- 1) 研究論文：独創的で斬新な知見を含む結果の考察および記述。
- 2) 実践報告：事例報告（特色ある介入に焦点を当てた報告）や臨床現場での取り組み、活動など実践的な報告。
- 3) 総説：特定のテーマに関する組織的な論評および総括。
- 4) コラム：臨床におけるスプリントや福祉用具、自助具等の実践紹介、手工芸や活動等、作業についての紹介。

## 3. 執筆要領

- 1) 原稿はMicrosoft Wordで作成し、A4横書き（20字×20行）に書式設定してください。原稿の長さは、研究論文15,000字以内、実践報告12,000字以内、総説20,000字以内、コラムは1,200字以内としてください（図表等は1点につき400字に換算し、1ページに1点としてください。やむを得ずページをまたぐ場合には図表中にその旨を記載してください）。なお、表題頁、要旨は規定字数には含まないものとします。
- 2) 原稿の1ページ目を表題頁、2ページ目を要旨、3ページ目以降を本文としてください。本文と文献は1つの原稿にまとめ、本文1ページ目を1とし、ページ番号を通して振って下さい。
- 3) 表題頁には、投稿区分（MS明朝12ポイント）、表題（MS明朝16ポイント）、著者名（姓と氏名の間を空けずにMS明朝14ポイント。複数存在する場合は、上付き表記にて記載：例 新潟太郎<sup>1)</sup>）、所属（MS明朝12ポイント。複数存在する場合は、※1〇〇病院・※2〇

〇施設のように記載）、連絡先（MS明朝12ポイントにて氏名、住所、電話番号、e-mailアドレスを記載）を明記してください。

- 4) 要旨は400字以内で記載し、要旨の下にキーワードを3語記入してください。フォントは、10.5ポイント（MS明朝）にて記載して下さい。
- 5) 研究論文は、1. はじめに、2. 目的、3. 方法、4. 結果、5. 考察、6. 結論のように見出しをつけて記述してください。
- 6) 実践報告は、1. はじめに、2. 対象、3. 介入経過、4. 結果、5. 考察、6. 結論のように見出しをつけて記述してください。
- 7) 文章表現は以下の点に留意してください。
  - ①楷書、現代仮名づかいで作成して下さい。
  - ②数字は算用数字、英数字は全て半角（Century）で記載してください。
  - ③数量は国際単位系（SI単位）記号を用いて半角で記載してください（例；m, cm, mm, ml, kg, など）。
  - ④外国人名は原語を用いてください。
  - ⑤略語は初出時にフルスペルを記載してください。
  - ⑥学術用語はできるだけ訳語を用い、必要なら（ ）内に原語を入れてください。一般的に日本語化しているものはカタカナ表記としてください。
  - ⑦括弧は全て全角で記載して下さい。
  - ⑧P値は、その値を記載してください（ただし、0.0001より小さい場合は、 $p < 0.0001$ としてください）。
- 8) 論文として掲載される研究は、調査・研究の倫理的原則に従っている必要があります。投稿者は研究対象者の権利を尊重した表現を行う義務があります。学術誌編集委員会は、必要に応じて、これらの事項に関する証明を投稿者をお願いすることがあります。なお倫理審査を経ている場合は、承認番号（ない時は、承認年月日）を記載して下さい。また、利益相反（COI）のある場合は、本文の最後（文献の前）に明記して下さい。
- 9) 文献リストは引用文献のみとし、本文の引用順に配列してください。
- 10) 本文中の引用箇所には、文献リストの番号を上付き文字にて明記してください。

- 11) 雑誌の場合は、著者名、論文題目、雑誌名、巻号、頁(最初-最終)、西暦年号の順に記載してください。また、雑誌はIndex Medicusに従い、略語で記載してください。単行本の場合は、著者名、書名、編集者名、発行所名、発行地、年次、頁の順に記載してください。著者名は、5名までを記載し、6名以上は“他”(et al)とすることを原則とし、表記の形式は以下の例にならってください。
1. 山中智恵：地域における保健師との連携事業「途切れない…見失わない…」地域住民に対する保健師との新たな取り組み。新潟県作業療法士会学術誌 6(1)：21-25, 2012.
  2. Suzuki M, Yamada S, Inamura A, Omori Y, Kirimoto H, et al : Reliability and validity of measurements of knee extension strength obtained from nursing home residents with dementia. Am J Phys Med Rehabil 88(11): 924-933, 2009.
  3. 山崎裕司, 山本淳一：リハビリテーション効果を最大限に引き出すコツ、応用行動分析で運動療法とADL訓練は変わる。三輪書店、東京、2008, pp. 100-123.
  4. Feeny DH, Torrance GW, Furlong WJ: Health Utilities Index. In Spilker B (ed), Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials, 2nd ed, Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia, 1996, pp. 239-252.
  5. 日本作業療法士協会：学術誌「作業療法」論文投稿に関する倫理指針。(オンライン), 入手先 <[http://www.jaot.or.jp/members/gakujutushi\\_tok\\_o\\_rinri/](http://www.jaot.or.jp/members/gakujutushi_tok_o_rinri/)>, (参照2013-12-18)
- 12) 図・表には全て表題をつけてください。引用や転載する際は、原出版社・原著者から承諾を得るとともに、引用した図表には必ず出典を明記するようにして下さい。また、本文中に図・表の挿入場所を明示してください。
- 13) 表はMicrosoft Wordで作成し、本文のファイルとは別にまとめてください。
- 14) 図は白黒のみとし、TIFイメージファイルで作成し、本文のファイルとは別にまとめてください。
- 15) 論文投稿支援アドバイザーによる指導を受けた論文投稿者は、論文末尾に謝辞を記載して下さい。

#### 4. 投稿承諾書

論文の投稿に際しては、投稿承諾書に共著者全員が投稿に同意することを明示し、投稿時に合わせてご提出して下さい。投稿承諾書については、新潟県作業療法士会ホームページから入手して下さい。

#### 5. 倫理チェックリスト

論文の投稿に際しては、倫理チェックリストに回答し、投稿時に合わせてご提出して下さい。倫理チェックリストについては、新潟県作業療法士会ホームページから入手して下さい。

#### 6. 投稿方法

原稿をe-mailに添付し、学術誌編集委員会宛(gakujutushibu@gmail.com)に送付して下さい。投稿承諾書および倫理チェックリストは、論文投稿後、学術誌編集委員会宛に提出する必要があります。送付先については論文投稿後に委員会より連絡致します。

#### 7. 採否の決定

論文の採否は学術誌編集委員会において決定します。場合により、加筆・修正をお願いすることがあります。また、学術誌編集委員会の責任において、多少の字句の訂正をすることがあります。

論文の採択後、原則として著者校正を1回のみ行います。

加筆・修正を求められた著者が、原稿の返送日より3ヶ月以内に再提出しない場合は投稿を取り下げたこととします。なお、学術誌編集委員会に延長希望を連絡していただいた場合はこの限りではありません。

#### 8. 著作権

本誌掲載後、著作権および出版権は新潟県作業療法士会に帰属するものとします。譲渡していただく著作財産権とは、印刷や複写により再生する複製権、インターネットなどで内容を送信する公衆送信権などのことです。

著者自身の上記の権利を拘束するものではありませんが、再度利用される場合は事前に事務局までご連絡ください。

2017年5月22日改訂

2018年11月3日改訂

## 投稿承諾書

下記の論文を「新潟県作業療法士会学術誌」に投稿いたします。なお、本論文は他誌に掲載済みのも  
のではなく、掲載予定もありません。また、貴誌に掲載後、本論文の著作権は新潟県作業療法士会に帰  
属することを承諾いたします。

筆頭著者：氏名 \_\_\_\_\_ (印)

所属 \_\_\_\_\_

論文題名： \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

共著者：氏名 \_\_\_\_\_ (印)

所属 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

所属 \_\_\_\_\_

年 月 日 提出

## 倫理チェックリスト

このチェックリストは投稿された論文が倫理的な要請項目をどの程度満たしているかを編集委員会が把握するために作成されたものです。各問いについてあてはまる項目のいずれかにをつけていただき、投稿論文とともにe-mail添付して新潟県作業療法士会学術誌編集委員会(gakujutushibu@gmail.com)までお送りください。

1. 所属または関連機関に倫理委員会がある場合、研究を行うにあたりその承認を得ましたか

( はい      ・   いいえ      ・   該当せず )

2. 実験や調査に先立ち被験者あるいは代諾者に文書を使って説明し、文書または口頭(2名以上で確認と署名)によるインフォームド・コンセントを得ましたか

( はい      ・   いいえ      ・   該当せず )

3. 代諾者からインフォームド・コンセント得る場合、被験者がインフォームド・コンセントを与えることができないという判断は客観的になされましたか。また、被験者の当該研究への参加が必要不可欠な理由および代諾者の選定方針は明確に定められましたか

( はい      ・   いいえ      ・   該当せず )

4. 個人情報の収集は研究に必要なもののみに限られていますか

( はい      ・   いいえ      ・   該当せず )

5. 個人情報は外部への漏洩がないように厳重に管理されていますか

( はい      ・   いいえ      ・   該当せず )

6. 被験者や周囲の人々、あるいは団体・組織名が特定できる情報は匿名化されていますか

( はい      ・   いいえ      ・   該当せず )

7. 論文は著者自身によるオリジナルの論文ですか(オリジナルの論文とは他所に投稿中でない、または公刊されていない論文を指します。データの再分析が含まれるなど密接に関連する論文がある場合はその論文も併せてお送りください)

( はい      ・   いいえ      ・   該当せず )

8. 執筆者が連名である場合、その順序は貢献度を適切に反映していますか

(  はい ・  いいえ ・  該当せず )

9. 執筆者が連名である場合、投稿承諾に関する全員の署名を得ていますか (投稿承諾書に執筆者全員の署名をお願いいたします)

(  はい ・  いいえ ・  該当せず )

10. 他者が作成した材料やプログラムを用いた場合、そのソースは示されていますか

(  はい ・  いいえ ・  該当せず )

11. 不適切な用語や表現はありませんか

(  はい ・  いいえ ・  該当せず )

12. 研究の着想や実施にあたって参照した先行研究や類似の研究は、適切に引用されていますか

(  はい ・  いいえ ・  該当せず )

13. 論文などで発表されている図表や文章のかなりの部分をそのまま利用する場合、著作権者から利用の許可を得ていることが明記されていますか

(  はい ・  いいえ ・  該当せず )

14. 研究のための補助金を提供した組織について論文中に明記されていますか

(  はい ・  いいえ ・  該当せず )

15. すでに雑誌や書籍に発表した論文と同じ内容の原稿が投稿されていませんか

(  はい ・  いいえ ・  該当せず )

筆頭著者氏名 : \_\_\_\_\_

論文題名 : \_\_\_\_\_

記入年月日 : \_\_\_\_\_

## 表紙の言葉

### 「叶える可能性」

この2つの単語にはOTという文字が入り込んでいます。

作業療法の分野は広く深く、対象年齢も幅広く疾患も多様です。そこには作業療法を提供するにあたってとても大切で共通している気持ちがあるように思います。それは、「作業」が対象者の可能性を十分に引出し、導き、意味ある人生に還る治療(作業)、援助をする。そしてできれば対象者の希望や、ささやかな夢や、想いを叶えることのできる作業療法士でありたいという想いです。

たくさんの作業療法士達が日々たくさんの素敵な体験をしています。それは全て数値や理論で説明できないことに満ち溢れていることもあり、困惑と充実感でいっぱいになることも多いようです。

人と人・モノの間には見えない「糸」が複雑に調和をとっています。その「糸」の「質・量・色」などを目に見える形に織り込み(臨床)、紡ぎ(検証)、そこに心を集わせる。学術の一步は臨床の想いから生まれます。本学術誌では、そのような想いが一つひとつ紡がれ、「言葉にならないOTの良さ」が示されています。学術誌とは、想いを叶えるために紡いだ「学術糸」なのではないでしょうか。

素敵な作業療法たちが想いを紡ぎ、いつか世界を作業できる日がくることを夢見て考えたサブタイトルが、「叶える可能性」です。

(介護老人保健施設三川しんあい園 四方秀人)

## 編集後記

今年度、新潟県では初めての北関東信越ブロック学会、リハビリテーション専門職学術大会が開催されました。県内外における作業療法士からの演題発表、さらにはPT・STとの合同セッションやセミナーを通し、皆様の学術研鑽に繋がったことと思います。

本誌では、当県士会の菊入恵一副会長より、巻頭言と特集を執筆いただきました。日々、変化していく社会の中で、国が、時代が求める作業療法士の姿も変化しています。病院・施設から地域へ・・・地域包括ケアシステムが始動するまで、残り5年となりました。「専門職としての質が問われる時代」ともありましたが、作業療法士が地域で必要とされる専門職であるために、より一人ひとりの自覚が大切になります。

学術誌編集委員会の委員を始めてから、今年で10年がたちました。活動開始当初は投稿が集まらず、学会発表から学術誌投稿に結ぶようなシステム作り、会員への地道な投稿呼び掛け、座長推薦など、方法を模索してきました。地道な活動が功を奏し、少しずつではありますが、年々投稿数が増えると共に、会員一人ひとりの学術的研鑽の意識も変わってきているように感じます。

私達が臨床で出会う対象者との関わりをカタチにし、外に向けて発信することは、専門職としての質を向上させると同時に、学術団体としての責務です。来年度、新潟県の作業療法士の素敵な研究発表・実践報告が、全国学会で数多く発信されることを期待しています。

(学術誌編集委員会 山中智恵)

---

## 新潟県作業療法士会学術誌 第14巻

2020年2月20日発行

発行 公益社団法人 新潟県作業療法士会

〒950-0872 新潟市東区牡丹山3丁目1番11号三森ビル301

TEL 025-279-2083 FAX 025-384-0018

URL <https://www.niigata-ot.com/>

印刷 株式会社 ウィザップ

〒950-0963 新潟市中央区南出来島2丁目1-25

TEL 025-285-3311 FAX 025-285-5656

---

## 学術部 学術誌編集委員会

委員長	田畑 智 (新潟大学医歯学総合病院)
委員	山中 智恵 (介護老人保健施設 三川しんあい園)
	青柳 美保 (新潟中央病院)
	渡部 貴史 (新潟医療福祉大学)
	保科 亮平 (介護老人保健施設 いっぷく2番館)
	刈屋 喬 (新潟リハビリテーション病院)
	塚原 美希 (ゆきよしクリニック)
担当理事	能村 友紀 (新潟医療福祉大学)

あなたの可能性



～あなたの“したい”を応援します～

公益社団法人 新潟県作業療法士会