

Journal of Niigata Occupational Therapy (JNOT)

新潟県作業療法士会学術誌

Vol. 16 2022

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	「実践者」になりましょう	石井 登
特集	脳卒中後の上肢運動機能障害とどう向き合うか？	天野 暁・他
実践報告	医療観察病棟において「意味のある作業」を実践した 統合失調感情障害事例に対する作業療法	山元 直道・他
連載講座	脳卒中後のうつ症状とその治療方法	上村 昌寛

新潟県作業療法士会学術誌 Vol.16 2022 目次

巻頭言

「実践者」になりましょう.....	石井 登.....	1
-------------------	-----------	---

特集

脳卒中後の上肢運動機能障害とどう向き合うか?.....	天野 暁・他.....	3
-----------------------------	-------------	---

実践報告

医療観察病棟において「意味のある作業」を実践した 統合失調感情障害事例に対する作業療法.....	山元 直道・他.....	10
---	--------------	----

連載講座

脳卒中後のうつ症状とその治療方法.....	上村 昌寛.....	17
-----------------------	------------	----

投稿規定・他

投稿規定.....	20	
投稿承諾書.....	22	
倫理チェックリスト.....	23	
表紙の言葉・編集後記.....	四方 秀人・田畑 智.....	25

「実践者」になりましょう

石井 登^{*1, 2}

*1 新潟西蒲メディカルセンター病院

*2 新潟県作業療法士会 業務執行理事

みなさんは、自分の思うように、したい作業が行えていますか？自分は、自分にとって最適な作業について、よく迷い、悩みます。「人のすること」「行為」が作業であるなら、先人が書誌で述べられているように、人が自己の存在に充実や満足を感じ、幸せを感じるかは、どんな作業が行えているかであらうし、他者からは作業によって、その人のすがたがみられるのであらうと思います。その人が自己の価値に沿った最適な生活を得ることができるかは、その人が思うような作業を得ることができるかどうかだと思います。日本作業療法士協会により 2018年に改定された定義では、“作業療法は「人は作業を通して健康や幸福になる」という基本理念と学術的根拠に基づき行われる”とされています。日頃の作業療法実践は、この理念の探求に根ざすものであると思います。

さて、自分は生活行為向上マネジメントを普及していく役割をいただいています。そして、日々の中で生活行為向上マネジメントの思考過程で作業療法を実践するとともに、他の人が実践された事例も多く目にします。人が「したい」と思う作業に焦点をあて、課題と強みを整理、作業の工程分析から要因を分析、整理して戦略を立て、段階的に回復と課題解決をチームとして導き、本人が生活目標を達成していく。生活目標の達成（達成した作業）はさらにその人の力、動機となって新たな行動を導いていき、新たな生活行為の広がり、回復につながる。対象者は自分の人生を主役としてあらためて歩きはじめ、生活が彩を取り戻していく。よりよい支援は、その文脈がとても明瞭で、生き活きと感じられます。科学的であり、直感的であり、叙事的であり。もて

る知識や経験をもとに推論をたて、対象者と共有し、ともにそのストーリーを描けるか、悩み、喜びみながら、取り組んでいくことはとてもおもしろいです。学生の頃聴いた「作業療法は、創造、演出、芸術にも通じる」という講師の言葉も今では分かるような気がしています。

対象者に“したいこと”を尋ねると「テレビを観たい」「寝ていた方がいい」「特にない」と答える人がいます。その人は、本当にテレビが観て過ごしたいでしょうか？それは単に“意欲低下”でしょうか？本当は、そうではないことが多くあります。その人の人生史を聞きとりながら対話を進めていくと「思うように動けない」「できない・難儀だ」「やることがないから」であり、「～したい」けれど「できないから」ということであったりします。そして、そこに耳を傾けて聞き取っていくと、できれば本当は、動ければ、「家族のためにご飯が作りたい」「ずっとやってきた畑に少しでも行きたい」「子供たちと買い物に行きたい」「おちよこで豊に座って酒が飲みたい」「長男として法事の喪主をまっとうしたい」「家族に迷惑をかけないように身の回りのことや自分の分の洗濯はしたい」「孫の結婚式に参加したい」・・・などその人の“したいこと”が語られていきます。語られる受動的な“そうするしかない”“仕方がない”作業から、その人の奥にある主体的な作業“したいこと”への希望を聞き取ることはとても大切です。「作業ができない」「したい作業の喪失」の意味を考え、理解するようにして、そのうえで、その人にとって価値ある作業「したい作業」に焦点が当たるように進めることが大切です。

日頃の作業療法では、黒子であるように心がけて

います。できれば作業療法士から離れたあとも、その人が自身で生活行為の継続と広がりに取り組めるように。対象者は自分が“どこまでの可能性があるのか”そして“目標達成に向けてどのようにすればいいか”，みえていないことがほとんどです。生活行為向上マネジメントでのシート類は、単に“埋まる”ことだけが必要なのではなく、対象者本人が、作業療法士の頭の中にあるアセスメントや戦略、プログラムなどが見えるようになり、理解できるようになることが大切です。同様に家族や他の支援者、今後の支援者とも共通の理解をもてることが大切です。その人が望む生活に向け、生活行為目標とその達成に向けた見立てと、道すじ、プログラムを本人、支援者ともに理解、合意し、進めるかがとても大切となります。それが望む生活行為の継続と広がりへの対象者自身の取り組みにつながります。シート類は退院前の担当者会議の際の資料としても活用し、リ

ハビリ情報提供書として使うこともあります。

人工知能が発達し、瞬時に身体構造は把握、解析できるようになるかもしれません。しかし、作業をする「人」、人にとっての「作業」の理解と支援は、人工知能に譲りたくないものです。「したい作業」に焦点を当てた作業療法の臨床思考過程である生活行為向上マネジメントは、「人は作業を通して健康や幸福になる」という基本理念を探求することに深くつながるものと思います。現在、新潟県作業療法士会の生活行為向上マネジメント実践者は238名21.4%となりました。100%！を目指したいところではありますが、一人でも多くの方が生活行為向上マネジメント実践者となっていただきたい。そして、作業療法に関わる、一人でも多くの方がその人にとって価値ある作業を得て、幸せを感じる生活を得られることを願います。

特集

脳卒中後の上肢運動機能障害とどう向き合うか？

天野 暁^{*1*2}, 道免 和久^{*2}

*1 北里大学 医療衛生学部 リハビリテーション学科 作業療法学専攻

*2 兵庫医科大学リハビリテーション医学講座

1. はじめに

脳卒中によって生じる問題は多岐にわたり、それによって発症後の生活が一変してしまうことも少なくない。本邦においては、2017年の時点で111.5万もの人が継続的に医療を受けていると推計されており¹⁾、リハビリテーション分野においても脳卒中という疾患は多くの注目を集め続けている。発症者の生活は、多様な機能障害によって影響されるが、なかでも「上肢運動」機能は日常生活や社会参加における活動と強く結びついていることも多く、結果として生活の質の低下を招く大きな原因のひとつとされている。そのため、脳卒中後の上肢運動機能障害は、リハビリテーション医療や作業療法領域において、多くの臨床介入や臨床試験において重要視されるトピックとなっている。そして、臨床現場に身を置く多くの作業療法士にとってこのトピックが馴染み深いものであるが故に、目の前の対象者と向き合う姿勢にも多様性が生まれている。「個」や「その人らしさ」を強く意識する作業療法士にとって、アプローチ手法の多様性やテーラーメイド対応は至極当然のことであるが、科学的根拠が要求される現在の医療活動においては、エビデンスを持って国際的に推奨されている評価ツールや治療の方向性を知っておく必要もある。本稿では、脳卒中後の上肢運動機能障害に関して、多くの医療者と共有できる評価ツールや本流に向かうとされることの多い治療手段を紹介したい。

2. 作業療法士として、どこにアプローチするのか？

評価ツールや介入手段について言及する前に、作業療法士として上肢機能に着目して対象者と向き合うことについて触れておきたい。作業療法士から見る治療の本質は、対象者が価値をおく作業を通してその人らしく生きる援助をするということにある、とされる場合が多い。そのため、「対象者への働きかけ」、「作業への働きかけ」、「環境への働きかけ」などを通して、

意味をもつ作業の遂行度改善を図る必要があるというわけである。そして、脳卒中後の上肢運動機能に着目する場合においては、対象者へのアプローチは「機能改善」を目指す介入として、作業や環境へのアプローチは上肢運動機能障害に対する「代償手段」として整理される場合がある。そして、時には、上記したような運動機能に焦点を合わせることが「対象者の機能>対象者が価値をおく作業」という構図で理解がなされる場合がある。しかしながら、運動機能に着目した評価やアプローチをする場合でもあっても、その運動機能の先には意味を持つ作業があり、ゴール設定において実生活における作業遂行が重要視される限りは、作業療法士としてのアイデンティティを奪うものではないと筆者は考えている。

3. 評価ツールを選ぶ上で重要なポイントとは？

対象者への介入やアプローチの方向性を決める、または変更するにあたって、その中心にあるのは評価ツールの選定とその測定である²⁾。ただし、医療現場で使用される評価ツールは、何でも自由に使ってよいとされているわけではなく、ツールを選ぶ上で国際的に共有されている大きな方向性というものがある。日本や米国など多くの医療先進国の脳卒中治療関連ガイドラインにて推奨されていることを簡潔に記載すると以下ようになる：標準化された（適切な評価特性が公開された）評価ツールを可能な限り使うべきである³⁾。これはつまり、使用が想定されているグループにて、評価ツールの妥当性や信頼性などを検討し、査読付き雑誌から論文として公開された評価ツールを使いましょう、ということになる。この方針の重要性を認識するためには、2000年に公開されたMarshallらの報告⁴⁾が参考になる。彼らは、統合失調症に対する300本ものランダム化比較試験（randomized controlled trial, RCT）を対象として、それらの臨床試験の中で使われている評価ツールを、評価特性を確認して論文として一般公開したものと、そうでないも

表1 脳卒中上肢リハビリテーション領域におけるゴールドスタンダード

脳卒中リハビリテーション領域	ICF 構成要素	ゴールドスタンダード評価ツール
上肢運動機能	心身機能・身体構造	Fugl-Meyer Assessment
	活動	Action Research Arm Test

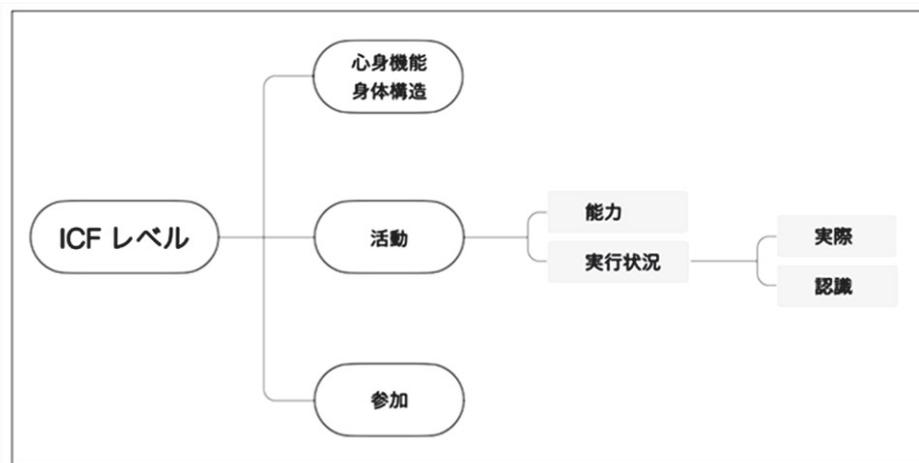


図1 ICFレベルと構成概念

のに分けて、それらの治療成績を比較している。その結果、公表済みのツールを使った試験よりも、未公表のツールを使った試験の方が治療効果があったとする場合がかなり高いことを示した。つまりは、評価特性を検討して論文として公開された評価ツールを使うことは、データに対する恣意的な影響を除外することに寄与できるというわけである。そして、上記したような研究結果や医療業界の方針もあり、評価ツールを臨床で使用する前に妥当性や信頼性などの評価特性を検討し公開することは、現在では一般的なこととなっている。

最近では、どれだけ適切な評価特性検討が確認されたかという視点を持って評価ツールを認識することも推奨されるようになり、評価特性値を解釈する基準や指針が徐々に共有されるようになっている^{5, 6)}。その結果、適切な特性結果が確認され、測定概念の真の値を測定できると広く判断される確立したツールが「ゴールドスタンダード」という言葉を伴って認識されるようになってきている。この「ゴールドスタンダード」という言葉にはかなりの重みがあり、一般的な臨床試験から厳密で大規模な多施設 RCT に至るまで、評価ツールを選択する上で重要視される情報となる。特に、臨床試験で選択される primary endpoint tool (主要評価項目) やベースライン評価ツールはその臨床試験の目的を強く反映しており、そのツールの選定には多

くの労力や時間が費やされる。

4. 上肢運動機能に対する共通理解のために

本稿においては上肢運動機能に含まれる各種機能概念を整理するために、International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) モデルを用いている。多くの医療者に認知されているモデルを使用することで、評価ツールの対象概念、ひいては対象者の運動機能のどの部分にアプローチしたいかを共有することにすることに繋がるからである。ICFにおける生活機能と障害は、心身機能・身体構造、活動、参加の3つの要素で構成されている。そして、活動においては、その構成概念として、能力 (capacity) と実行状況 (performance) が区分されることが多い (図1)。さらに、実行状況においては、「実際」と「認識」が区分される場合がある⁷⁾。ここで記載している「能力」は標準化された環境における機能に重点を置いた概念で、「実行状況における認識」は主観的に経験したことを元にした認識に基づく機能、「実際の実況状況」は客観的な測定に基づく機能を指している。本稿においては、上記した区分を利用しながら、後述する評価対象機能と治療対象機能に対して言及することとする。

5. 脳卒中後の上肢運動機能評価におけるゴールドスタンダード

リハビリテーション分野における脳卒中後の上肢運動機能評価においては、すでにゴールドスタンダード扱いされているツールが2つある^{8,9)}ため(表1)、それらを中心に紹介したい。

1) Fugl-Meyer Assessment (FMA)

ICF構成要素の「心身機能・身体構造」レベルのゴールドスタンダードとされている評価ツールである。この評価ツールは、日本の作業療法士にも馴染みの深い Brunnström ら(1966)の運動回復段階(Brunnström Recovery Stage, BRS)がベースとなっている。つまり、「脳損傷後に運動麻痺の回復が起こるのであれば、この運動回復にはある決まった順序がある」という Twitchell(1951)から Brunnström(1966)に至るまでの知見に基づき、Fugl-Meyer ら(1975)が最終的な標準化を行った評価ツールである¹⁰⁾。現在では Fugl-Meyer Assessment (FMA) もしくは Fugl-Meyer Test (FMT) として国際的に広く認知されている¹¹⁾。このツールは、脳損傷後の運動回復のプロセスを BRS よりも詳細に捉えることができたため、臨床試験における脳卒中患者の運動回復を定量化する目的での使用がまず急速に広がった。その後は、運動機能の重症度を決定する目的での運用が加わり、治療対象者を選定するベースライン運動機能評価ツールとしての利用も現在では定着している¹²⁾。

本邦における FMA 利用に関しては、1975年の開発報告¹⁰⁾からそれほど遅れずに始まっている。当時は、海外発の評価ツールを国内に持ち込む際には特別な配慮がされる場合は少なく、そのツールを使用したい研究者や臨床家が独自に翻訳し、また和訳された評価ツールの評価特性を再検討することなく臨床実践に進むことも多かった。しかし2000年代に入ると、患者による自己申告型の評価ツールを中心に、厳密な翻訳手続きによって和訳されその翻訳版評価ツールを使用して評価特性検討を実施し、適切な評価特性結果を確認したのちに臨床利用に踏み切ることが要求されるようになった。本邦には、筆者らによって上記したような推奨手続きが踏まれた上で公開された日本語版 FMA¹³⁾がすでに存在する。翻訳後に検討された本邦における評価特性の結果も良好¹³⁾のため、国内における FMA の臨床利用の環境も十分に整っていると考えられる。

ときに「研究をするわけではないから」と本評価ツールに対して苦手意識を持つ初学者に出会うが、Fugl-Meyer らが作り上げた脳卒中後の運動回復への細やかな視点は、脳卒中リハビリテーションの経験が少ない療法士にこそ参考になる内容となっている。

「活動」レベルの動作遂行分析に苦手意識がある場合

には、遂行機能のベースとなっている「心身機能」レベルの FMA を用いた機能評価分析をすることで、なぜ「活動」レベルの動作に困難さがあるのかを考えることができ、その後の作業療法アプローチに活かせる気づきが得られるのではなかろうか。

2) Action Research Arm Test (ARAT)

ICF構成要素の「活動」レベル(能力)のゴールドスタンダードとされている評価ツールである。臨床研究や臨床現場における拡がりには FMA と比べると遅れたが、現在では Action Research Arm Test (ARAT) は FMA と双璧をなす存在として国際的に認知されている。しかしながら、国内における一般臨床レベルでの認知と利用に関しては、今もなお遅れている。これは、日本の作業療法業界を中心とした「簡易上肢機能検査(通称 STEF)」の広まりと定着からも少なからず影響を受けていると思われる。上肢運動能力を測定する評価ツールとして優先的に選択されてきた STEF は、国内の脳卒中作業療法領域における慣習につながり、それが結果として大学における教育にも影響を与えたのではなかろうか。

ARAT が国際的に注目を浴びた理由は、物品移動や操作を評価する項目を内包しない FMA は日常動作における上肢運動機能(能力)を表現していない、という指摘にまさに表れている。このことは、リハビリテーション領域においてもやはり不足とされ、日常生活動作(Activities of Daily Living, ADLs)に関連する上肢能力を標準化して評価することを強く意識した ARAT の開発¹⁴⁾に繋がっている。FMA 同様に、本邦には筆者らによって推奨された手続きが踏まれた上で公開された日本語版 ARAT¹⁵⁾がすでに存在する。翻訳後に検討された本邦における評価特性の結果も良好¹⁵⁾であり、加えてその評価キットも国内で市販されている(Inter Reha, IP-ARATS)ため、国内における ARAT の臨床利用の環境も十分に整っていると考えられる。

3) そのほかに着目されることの多い上肢運動機能関連評価ツール

ICF構成要素の「活動」レベル(能力)の評価ツールとして Wolf Motor Function Test (WMFT)¹⁶⁾、そして「活動」レベル(患者の認識による実行状況)の評価ツールとしては Motor Activity Log (MAL)¹⁷⁾が着目される場合が多い¹¹⁾。ともに、日本語版が適切な方法で作成・公開されており^{18,19)}、ARAT と同じ「活動」レベルの評価ツールであるも、それぞれの強みを有している。特に MAL に関しては、実生活において麻痺側上肢を発症前と比べてどの程度の頻度で使用しているか、またどの程度上手に使えているかという「実行状況」を患者の認識によって評価することができる

ため、ARAT や WMFT を使用する場合でも併用的に用いられることも多い¹¹⁾。「能力」だけでなく「実行状況」での状態や変化を確認することで、患者の言葉に耳を傾けクライアント中心のリハビリテーションを行う上での有用な情報を入手することができる MAL の使用は、作業療法士の指向性とも合致するのではないかと思われる。

6. どのようにアプローチするのか？

脳卒中リハビリテーション領域において共有されている包括的な基本方針をまず呈示し、その後には上肢運動機能に視点を狭め、作業療法介入の中でもコアになりうる可能性を持つ代表的アプローチと、それらを補助的に支えるアプローチをいくつか紹介したい。

1) 基本方針

コンセンサスが得られることの多い5つのポイント^{3, 20)}を以下に記載する。

- (1) 包括的な(多くの専門分野を持つ)チームケア
- (2) 目標設定
- (3) 課題指向型訓練/課題特異型訓練
- (4) 訓練量を確保した集中的訓練
- (5) 自己管理のための教育

上記したポイントのうち、(1)(2)(5)については本邦における伝統的な作業療法実践や教育を鑑みても異論はほとんどないと思われる。(3)と(4)に記載のある一定量以上の集中的課題指向型訓練に関しては、国内で強く認識され始めたのは2000年台に入ってからである。特に大きなきっかけとなったのは、2006年にConstraint-induced movement therapy (CI療法)の効果を検討したRCT(通称EXCITE trial)がJAMA (Journal of the American Medical Association)から報告された²¹⁾ことである。この権威ある医学雑誌でのポジティブな報告は、CI療法が内包する「量的な反復的・課題指向型訓練」という構成要素の重要性も強く浮かび上がらせることになった。

2) 代表的なアプローチ

(1) Constraint-induced movement therapy (CI療法)

1)の基本方針で示した(2)から(5)までのポイントを明確に含有する、エビデンスを持つ医療(evidence-based medicine, EBM)として確立した代表的アプローチである。日本に導入された当初は、麻痺側上肢の積極的な使用を促すために導入されたシステム「健側上肢の拘束」の視覚的インパクトの強さから、他の重要な構成要素に目が届きにくかったが、上記したようにCI療法は脳卒中リハビリテーションの基本方針の大部分を内包するバランスのとれたアプローチであ

る²²⁾。

CI療法における「量的な」「一定量以上の」訓練量は、2週間から1ヶ月間以内に、15~60時間程度のものであることが多い。その期間内で、設定された目標動作を対象者の実生活の中で遂行できるように、まずは「能力」レベルの上肢運動機能改善を目指して量的な反復的・課題指向型訓練を提供する。「能力」レベルの運動機能状態や改善を対象者に認識してもらう中で、今度は「実行状況」レベルの上肢運動機能改善を目的に自己管理のための教育(獲得した能力を生活で活かし定着させるための戦略, transfer package)を提供する。これらのプロセスを集中的に反復することで対象者の行動を変え、得られた機能改善を長期的に維持することができるとされている^{23, 24)}。

ただし、適応範囲には一定の制限もある²¹⁾。上肢運動機能に関しては、物品の移動や操作をするために、手指や手関節のある程度の伸展方向の随意的な動きが必要となる。認知機能に関しても、対象者による自己管理を目指すため、重篤な高次脳機能障害があることや認知症であることは、除外基準とされる場合が多い。

(2) ロボット療法

上肢ロボット療法の強みは、多様な訓練課題を量的かつ十分に反復できる点にあるとされている。そのような認識やロボットを利用した臨床試験の積み重ねの末、2020年の診療報酬改定にて、特定のロボット機器の使用に対して「運動量増加機器加算」を厚生労働省が認めている。

ロボット療法への関心が国内でもこれほどまでに高まった理由の一つには、脳卒中リハビリテーションにおける基本方針としても上記した「訓練量の確保」を、現在の診療報酬上限や人的資源の上では達成することが困難な場合が多い、という認識があったからである。そのため、現状のロボット療法が国内で使用されるモチベーションや運用の方向性としては、作業療法士をはじめとする脳卒中リハビリテーション医療従事者の仕事を奪うリスクを高めるものではなく、1対1で関われない「自主練習」において訓練量を安全に確保する、という部分にあるのではなかろうか。加えて、現在のロボット療法は、ICFの「心身機能」レベルでの改善を目指す形態のものが多く²⁵⁾、「活動」レベルでの改善を直接目指せるロボット形態を有するものやその汎化的効果を示す報告は少ない^{26, 27)}。そのため、「心身機能」レベルでの改善を「活動」レベルに繋げるアプローチをロボット療法とセットで運用する必要があり²⁸⁾、作業療法士による対象者を中心とする、心理面を含めた包括的なアプローチは当然重要となる。最近では、ロボット療法は「心身機能」レベルでの改善だけでなく、患者の主体性の向上といった心理面に対する影響を示唆する報告もあり²⁹⁾、その意

味でも作業療法アプローチとの親和性も低くはないのではなかろうか。

(3) その他の代表的アプローチ

単独でも推奨されることが多いアプローチとしては、神経筋電気刺激 (neuromuscular electrical stimulation, NMES) 療法や仮想現実やビデオゲームを利用した運動療法がある。また、課題指向型訓練などの運動療法と併用することで効果を期待される治療は以下のように多くある: 筋力増強訓練, 装具療法, ボツリヌス毒素投与, 各種プライム刺激 (メンタルプラクティス, 経頭蓋磁気刺激, 経頭蓋直流電気刺激, 体性感覚刺激, 錯覚刺激など)。

上記したような併用療法は, CI療法やロボット療法などエビデンスの蓄積がある治療法で見込まれる改善への上乗せ効果を望む場合にも使用されるが, 重度上肢運動麻痺や痙縮の影響を強く有する対象者に対して単独療法では十分な効果を見込めない時に用いられる場合がある³⁰⁻³²⁾。

(4) 個人のニーズに合わせた ADL/IADL 訓練について

最後になってしまったが, 作業療法実践の上でもよく認識される枠組みとしての ADL/IADL 訓練について触れておきたい。本セクションの(1)~(3)で取り上げなかったのは, このタイプのアプローチが作業療法実践の上で当然の存在として認識されているためで, ガイドラインによる推奨を得ていないわけではない³⁾。ただし, ADL/IADL 訓練において麻痺側上肢を使わず, 生活の中での役割を持たせないのであれば上肢運動機能訓練の枠組みで語ることは難しい。

また, 上述した課題指向型訓練においては, このアプローチを内包する代表アプローチである CI療法においても²²⁾, よく共有されている定義においても³³⁾, 最終的には患者特有の実践環境を準備もしくは想定した ADL/IADL 訓練に繋がっている。そのため, 課題指向型訓練を作業療法実践のなかで運用している療法士にとっては, 課題指向型訓練という概念の中に ADL/IADL 訓練が含まれていることが多いのが現状である。

7. おわりに

本稿では, 脳卒中リハビリテーション領域における上肢運動機能障害に関連して, 「多くの医療者と共有できる」という視点のもと, 代表的な評価ツールとアプローチやその基本方針を概論的に紹介した。それらの評価ツールやアプローチと現在の自分の臨床現場での作業療法スタイルを二者択一的に捉える必要はなく, 目の前の対象者の特性や臨床現場の資源に合わせて, 柔軟に利用・併用できるポイントを参考にしていきたい。

8. 参考文献

- 1) 厚生労働省政策統括官付保健統計室. 脳血管疾患患者者数の推移 (図表 1-2-4) . (<https://www.mhlw.go.jp/stf/wp/hakusyo/kousei/18/backdata/01-01-02-04.html>).
- 2) van der Putten JJ, Hobart JC, Freeman JA, Thompson AJ. Measuring change in disability after inpatient rehabilitation: comparison of the responsiveness of the Barthel index and the Functional Independence Measure. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry* 1999;66(4):480-4. (In eng).
- 3) Winstein CJ, Stein J, Arena R, et al. Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2016;47(6):e98-e169. (In eng). DOI: 10.1161/str.0000000000000098.
- 4) Marshall M, Lockwood A, Bradley C, Adams C, Joy C, Fenton M. Unpublished rating scales: a major source of bias in randomised controlled trials of treatments for schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2000;176:249-52. (In eng). DOI: 10.1192/bjp.176.3.249.
- 5) Terwee CB, Bot SD, de Boer MR, et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *Journal of clinical epidemiology* 2007;60(1):34-42. (In eng). DOI: 10.1016/j.jclinepi.2006.03.012.
- 6) Mokkink LB, Terwee CB, Patrick DL, et al. The COSMIN checklist for assessing the methodological quality of studies on measurement properties of health status measurement instruments: an international Delphi study. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation* 2010;19(4):539-49. (In eng). DOI: 10.1007/s11136-010-9606-8.
- 7) Lemmens RJ, Timmermans AA, Janssen-Potten YJ, Smeets RJ, Seelen HA. Valid and reliable instruments for arm-hand assessment at ICF activity level in persons with hemiplegia: a systematic review. *BMC Neurol* 2012;12:21. (In eng). DOI: 10.1186/1471-2377-12-21.
- 8) Baker K, Cano SJ, Playford ED. Outcome measurement in stroke: a scale selection strategy. *Stroke* 2011;42(6):1787-94. (In eng). DOI: 10.1161/strokeaha.110.608505.

- 9) Kwakkel G, Lannin NA, Borschmann K, et al. Standardized measurement of sensorimotor recovery in stroke trials: Consensus-based core recommendations from the Stroke Recovery and Rehabilitation Roundtable. *International journal of stroke : official journal of the International Stroke Society* 2017;12(5):451-461. (In eng). DOI: 10.1177/1747493017711813.
- 10) Fugl-Meyer AR, Jaasko L, Leyman I, Olsson S, Steglind S. The post-stroke hemiplegic patient. 1. a method for evaluation of physical performance. *Scandinavian journal of rehabilitation medicine* 1975;7(1):13-31. (In eng).
- 11) Santisteban L, Térémetz M, Bleton JP, Baron JC, Maier MA, Lindberg PG. Upper Limb Outcome Measures Used in Stroke Rehabilitation Studies: A Systematic Literature Review. *PloS one* 2016;11(5):e0154792. (In eng). DOI: 10.1371/journal.pone.0154792.
- 12) Stinear CM, Lang CE, Zeiler S, Byblow WD. Advances and challenges in stroke rehabilitation. *The Lancet Neurology* 2020;19(4):348-360. (In eng). DOI: 10.1016/s1474-4422(19)30415-6.
- 13) Amano S, Umeji A, Uchita A, et al. Clinimetric properties of the Fugl-Meyer assessment with adapted guidelines for the assessment of arm function in hemiparetic patients after stroke. *Topics in stroke rehabilitation* 2018; 25(7):500-508. (In eng). DOI: 10.1080/10749357.2018.1484987.
- 14) Lyle RC. A performance test for assessment of upper limb function in physical rehabilitation treatment and research. *International journal of rehabilitation research Internationale Zeitschrift fur Rehabilitationsforschung Revue internationale de recherches de readaptation* 1981;4(4):483-92. (In eng).
- 15) Amano S, Umeji A, Uchita A, et al. Clinimetric properties of the action research arm test for the assessment of arm activity in hemiparetic patients after stroke. *Topics in stroke rehabilitation* 2020;27(2):127-136. (In eng). DOI: 10.1080/10749357.2019.1667656.
- 16) Wolf SL, Catlin PA, Ellis M, Archer AL, Morgan B, Piacentino A. Assessing Wolf motor function test as outcome measure for research in patients after stroke. *Stroke* 2001;32(7):1635-9. (In eng). DOI: 10.1161/01.str.32.7.1635.
- 17) Uswatte G, Taub E, Morris D, Vignolo M, McCulloch K. Reliability and validity of the upper-extremity Motor Activity Log-14 for measuring real-world arm use. *Stroke* 2005;36(11):2493-6. (In eng). DOI: 10.1161/01.STR.000185928.90848.2e.
- 18) 高橋香代子, 道免和久, 佐野恭子. 新しい上肢運動機能評価法・日本語版 Wolf Motor Function Test の信頼性と妥当性の検討. *総合リハビリテーション* 2008;36(8):797-803.
- 19) 高橋香代子, 道免和久, 佐野恭子, 竹林崇, 蜂須賀研二, 木村哲彦. 新しい上肢運動機能評価法・日本語版 Motor Activity Log の信頼性と妥当性の検討. *作業療法 = The Journal of Japanese Occupational Therapy Association* 2009;28(6):628-636.
- 20) Langhorne P, Bernhardt J, Kwakkel G. Stroke rehabilitation. *Lancet* 2011;377(9778):1693-702. (In eng). DOI: 10.1016/s0140-6736(11)60325-5.
- 21) Wolf SL, Winstein CJ, Miller JP, et al. Effect of constraint-induced movement therapy on upper extremity function 3 to 9 months after stroke: the EXCITE randomized clinical trial. *Jama* 2006;296(17):2095-104. (In eng). DOI: 10.1001/jama.296.17.2095.
- 22) Morris DM, Taub E, Mark VW. Constraint-induced movement therapy: characterizing the intervention protocol. *Eura Medicophys* 2006;42(3):257-68. (In eng).
- 23) Takebayashi T, Koyama T, Amano S, et al. A 6-month follow-up after constraint-induced movement therapy with and without transfer package for patients with hemiparesis after stroke: a pilot quasi-randomized controlled trial. *Clin Rehabil* 2013;27(5):418-26. (In eng). DOI: 10.1177/0269215512460779.
- 24) Taub E, Uswatte G, Mark VW, et al. Method for enhancing real-world use of a more affected arm in chronic stroke: transfer package of constraint-induced movement therapy. *Stroke* 2013;44(5):1383-8. (In eng). DOI: 10.1161/strokeaha.111.000559.
- 25) 高橋香代子. 上肢機能障害に対するロボット療法. *The Japanese Journal of Rehabilitation Medicine* 2020;57(9):786-791.
- 26) Takahashi K, Domen K, Sakamoto T, et al. Efficacy of Upper Extremity Robotic Therapy in Subacute Poststroke Hemiplegia: An Exploratory Randomized Trial. *Stroke* 2016; 47(5):1385-8. (In eng). DOI: 10.1161/strokeaha.115.012520.
- 27) Rodgers H, Bosomworth H, Krebs HI, et al.

- Robot assisted training for the upper limb after stroke (RATULS): a multicentre randomised controlled trial. *Lancet* 2019;394(10192):51-62. (In eng). DOI: 10.1016/s0140-6736(19)31055-4.
- 28) Takebayashi T, Takahashi K, Amano S, et al. Assessment of the Efficacy of ReoGo-J Robotic Training Against Other Rehabilitation Therapies for Upper-Limb Hemiplegia After Stroke: Protocol for a Randomized Controlled Trial. *Front Neurol* 2018;9:730. (In eng). DOI: 10.3389/fneur.2018.00730.
- 29) Mashizume Y, Zenba Y, Takahashi K. Occupational Therapists' Perceptions of Robotics Use for Patients With Chronic Stroke. *Am J Occup Ther* 2021;75:(In Press).
- 30) Takebayashi T, Amano S, Hanada K, et al. Therapeutic synergism in the treatment of post-stroke arm paresis utilizing botulinum toxin, robotic therapy, and constraint-induced movement therapy. *Pm r* 2014;6(11):1054-8. (In eng). DOI: 10.1016/j.pmrj.2014.04.014.
- 31) Amano S, Takebayashi T, Hanada K, et al. Constraint-Induced Movement Therapy After Injection of Botulinum Toxin Type A for a Patient With Chronic Stroke: One-Year Follow-up Case Report. *Phys Ther* 2015;95(7):1039-45. (In eng). DOI: 10.2522/ptj.20140329.
- 32) Hatem SM, Saussez G, Della Faille M, et al. Rehabilitation of Motor Function after Stroke: A Multiple Systematic Review Focused on Techniques to Stimulate Upper Extremity Recovery. *Front Hum Neurosci* 2016;10:442. (In eng). DOI: 10.3389/fnhum.2016.00442.
- 33) Timmermans AA, Spooren AI, Kingma H, Seelen HA. Influence of task-oriented training content on skilled arm-hand performance in stroke: a systematic review. *Neurorehabilitation and neural repair* 2010;24(9):858-70. (In eng). DOI: 10.1177/1545968310368963.

実践報告

医療観察病棟において「意味のある作業」を実践した 統合失調感情障害事例に対する作業療法

山元 直道¹⁾ 古賀 誠²⁾

*1 国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター精神リハビリテーション部

(前所属；独立行政法人 国立病院機構 さいがた医療センター)

*2 昭和大学 保健医療学部 作業療法学科

(2021年3月14日受付, 2021年4月12日受理)

要旨

今回、著者は医療観察病棟において、急激な精神症状の悪化に加え身体合併症を生じて、入院環境に適応できず、治療が停滞していた統合失調感情障害の事例に関わる機会を得た。作業療法の関わりのなかで、過去に行っていた裁縫や編み物が「意味のある作業」と読み取ることができた。生産的作業と身体合併症に対するリハビリテーションを並行して行い、停滞した治療を進めることができて、入院環境に適応できるようになった。医療観察病棟法という環境が制限された中で、対象者の生活史の中から価値や役割を評価して「意味のある作業」を実践することは、小さい自己肯定を繰り返して、新しい人生を再構築するための土台作りとなる。

キーワード 医療観察病棟, 意味のある作業, 身体合併症

1. はじめに

2005年7月、「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律」(平成15年法律第110号以下、医療観察法)が施行された。この制度とともに司法精神医療がスタートした。指定医療機関を中心に、司法精神科作業療法も開始した¹⁾。指定入院医療機関は2020年4月1日現在、全国に国関係15カ所487床、都道府県関係18カ所346床²⁾あり、作業療法士が配置されている。作業療法士や医師など医療職も一般精神科医療の2~3倍程度配置して、専門的多職種チーム(MDT, Multi-Disciplinary Team)によるカンファレンスとその人に応じたプログラムを実施している。

医療観察病棟では、精神疾患が原因で重大な他害行為(対象行為：殺人・放火・強盗・強制性交等・強制

わいせつ・傷害の6罪種)を行った者に対して、再犯防止と社会復帰の促進を目的³⁾に治療が行われる。そして、重大な他害行為を「対象行為」と定義し、入院患者を「対象者」と定義している。そのため、本文では医療観察病棟の入院患者を示す説明の際には「対象者」を使用している。

指定入院処遇は、厚生労働省が定めたガイドラインにより1年半を目安としているが、その長期化の問題も指摘されている⁴⁾。医療観察病棟における作業療法士は、再他害行為防止やリスクマネジメントに偏ることなく、小さな到達(新しい技能の習得、新しい活動への参加、笑みを取り戻す)⁵⁾を繰り返し支援する、その人のストレングスを活かすことができる役割である。複雑な背景やニーズのある対象者治療の準備性を高めることができる⁴⁻⁶⁾。

表1 WHO - QOL26 スコアの推移

	第1期	第2期
全般的な生活の質 (10点)	4	7
I. 身体的領域 (35点)	16	27
II. 心理的領域 (30点)	17	23
III. 社会的関係 (15点)	4	5
IV. 環境 (40点)	19	32
合計 (130点)	60	94
平均値	2.31	3.62

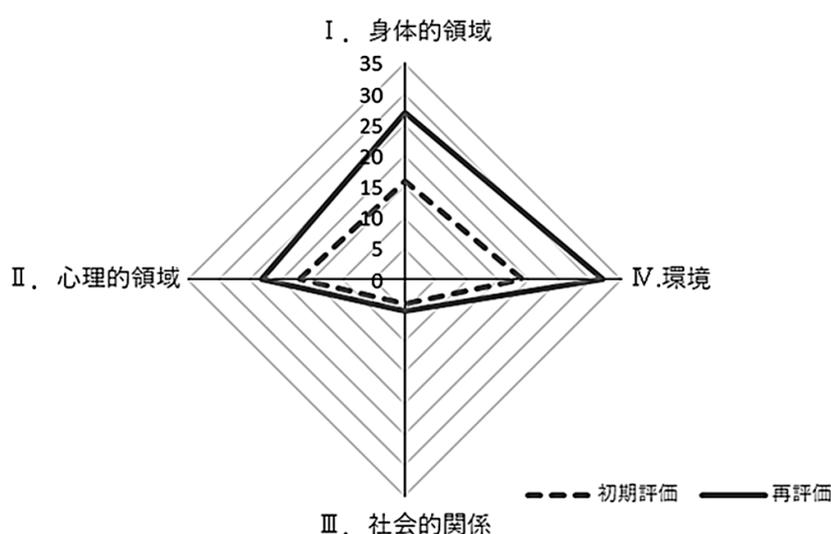


図1 WHO - QOL26 の推移

医療観察病棟の対象者は、複雑な背景を抱えた精神障害を患っていることから、その環境面への脆弱さや不適応になりやすい。

精神領域の作業療法(以下、OT)でも「意味のある作業」の実践は注目されている。医療観察病棟のOTの「意味のある作業」⁷⁾については南の報告が確認でき、対象者の意味のある作業に着目することは、対象者との関係性構築とケアの進展⁸⁾、対象者の主体的な健康維持行動に繋がる⁹⁾と述べている。

今回、筆者は医療観察病棟において、精神症状に加え、その身体症状に苦しみ、入院環境に慣れることができずに治療が停滞していた統合失調症の事例と関わる機会を得た。様々な行動の制限が多い医療観察病棟の環境下で、入院環境に適応するために早期から事例の「意味のある作業」の実現のOT介入を行い、一定の効果を得たので報告する。

2. 倫理的配慮

本報告に際し当院の倫理委員会の主旨に基づき、Aさんに文書による同意を得ている。

3. 事例紹介

本事例は、60歳代の統合失調感情障害の女性(以下、Aさん)である。IQは軽度知的障害レベルであった。

Aさんの生活歴：高校入学時に統合失調症を発症し精神科へ入院した。退院後は高校を退学して縫製工場で働いた。幼い頃から裁縫や編み物に強い興味を示しており、趣味として洋服や帽子を作っていた。他にも、自分の技能と興味を活かして、地域住民の方に呼び掛けて編み物教室を開催して、他者交流を積極的に行っていた。



図2 OTの目的と転倒リスクについて説明に用いた資料

20代後半に結婚し子供を3人育てた。パートで働きながら子供を育て上げ、義母に嫌味を言われながらも生活してきた。

40代後半、夫の自殺を機に精神症状が悪化し入院を繰り返した。60代では服薬の自己中断により精神症状が更に悪化し、対象行為に至った。鑑定入院先で転倒し左大腿骨頸部骨折に至り、人工骨頭置換術を受けた。その後当院医療観察法病棟へ入院した。

4. OT 初期評価

Aさんは医療観察病棟に入院後、周囲の人や物音などの刺激に過敏になり、病棟環境に適応できず、睡眠が不安定な状況にあった。他にも注意・記憶の低下や焦燥感の影響から転倒リスクが高く、歩行器を使用した。

Aさんからは、「病棟スタッフの名前が覚えられない」「こんなところ早く退院して家に帰りたい」などと、環境に対する不満を多く聞かれた。これまでの生活史の中で対人交流を重視してきたAさんにとって、知

り合いが居ないこと、人と話せないことで焦燥感が強まっていた。

病状が安定している際には社会的で人懐っこく意思疎通は可能だったが、精神症状が不安定になると気分の変動の激しさや会話にまとまりに欠け、話題も逸れる事と唐突に不安を訴えることが多かった。Aさんは知的能力が低く、スタッフの指示理解が困難で、入院目的も理解できていなかった。特に転倒リスクについての説明が理解できず、身体能力を過信した単独行動が何回も見られた。また、歩行器で250m歩くと疲労を訴え、体力低下が伺えた。

NPI 興味チェックリストの結果は、手芸や集団活動を好む傾向にあった。特に裁縫、刺繍、衣類には強い興味を示して、過去に裁縫や編み物で様々な作品を作ったことを楽しそうに語っていた。筆者は、Aさんの趣味であった裁縫や編み物は有能感を得られる作業であり、治療の糸口になると考えた。

さらに現在のAさんの病棟環境適応の状態を評価するためにWHO-QOL26(表1, 図1)を実施した。WHO-QOL26は世界保健機関(以下、WHO)精神保



図3 日本地図と照らし合わせて歩行訓練に用いた図

健と薬物乱用予防が作成したものである。WHO-QOL26ではQuality of Life (QOL)を「一個人が生活する文化や価値観の中で、目標や期待、基準、関心に関連した自分自身の人生の状況に対する認識」と定義する。被験者が過去2週間を振り返り、「QOL全般」「身体的領域」「心理的領域」「社会的関係」「環境領域」の26の質問(5領域)について、「まったくない=1点」から「非常によい=5点」の5段階評価で回答する。病気の有無ではなく、個人の主観的幸福感を測定するもので、高得点ほどQOLの質が高いと捉える¹⁰⁾。A氏は、どの項目も満点からはほど遠い得点であった。環境と、環境に関連する社会的関係も低い結果であった。

5. OT治療方針

入院環境に対する不安を頻回に訴え、廊下を歩き回り落ち着きがない状況がよくみられた。その影響でさらに精神症状の悪化や、睡眠が昼夜逆転し生活リズムが崩れていた。また、体力の低下も伺えた。そのため、OTの治療方針は、体力の回復を図りつつ、入院生活に慣れて生活リズムの安定を図ることとした。他にも、Aさんの興味・関心の高い裁縫と編み物に取り組み、筆者と話す時間を増やし、筆者が身近な存在と感じられるよう、対象者の不安に対する訴えに共感を示し、信頼関係の構築と他者交流の時間を設定した。

歩行器使用や行動制限から体力低下が伺われたため、歩行の安定性の獲得と活動性の維持・向上の目的に歩行練習を優先的に取り入れた。

Aさんの理解力を考慮して、治療など大事な説明の際は、イラストや図を用いた。早く入院生活に適應で



図4 担当スタッフの似顔絵を飾った図

きるように、OT内ではAさんの得意な作業を通してスタッフの名前を覚えられる工夫を行った。

6. OT経過と結果

6.1. 第1期(1ヵ月):信頼関係を築く為に個人OTの頻度を増加した時期

はじめに体力の維持・向上を図るために、体育館で歩行練習を実施した。訓練開始前にOTの目的と転倒リスクについて、イラストや図を用いて説明を行った(図2)。しかし、Aさんは歩行練習のモチベーションが低かったため、歩行距離を日本地図に照らし合わせて、可視化することで楽しんで歩行訓練を行える工夫をした(図3)。

次にAさんがスタッフの名前を覚えられるように、一緒に共同作画を行い、名前を呼ぶことが多い担当スタッフの似顔絵を描き部屋に飾ることで、安心感を与えた(図4)。

Aさん一人の作業は、裁縫・編み物に集中して取組み、作品が完成すると嬉しそうな笑顔が見られた。また、作品を褒めると嬉しそうに笑った。完成作品(図5)はAさんの部屋に飾り、Aさんの作品を多職種が見に来るなど、他者交流の場面を増やした。

6.2. 第2期(1ヵ月):Aさんが環境適應した時期

第1期の介入以降、睡眠時間が安定し、無謀な単独行動が見られなくなり、他者交流や個人OTを通して笑顔が増えていき、病棟環境に適應してきたように見えた。

歩行状態も歩行器から杖歩行への移行し、歩行練習も「今日はD県まで行けるように頑張る！」など意欲

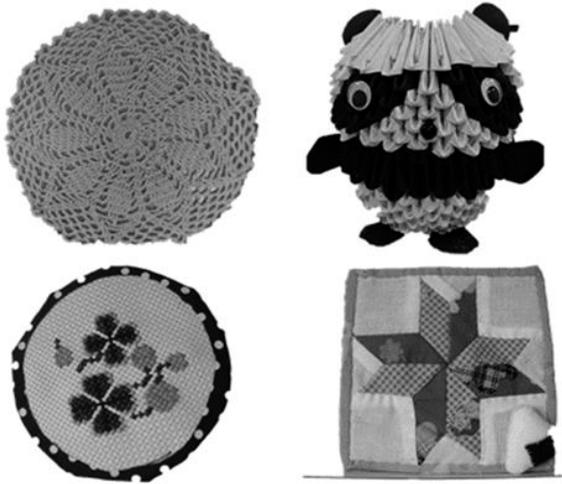


図5 Aさんの作品

的な発言が増えた。

Aさんの部屋には多くの作品が飾られ、病棟スタッフからも作品を賞賛された。個人OTで行う生産的作業が入院生活の楽しみの一つになっていた。

再評価として、WHO-QOL26を行った。合計点が60点から94点に上昇して、全領域でスコアの上昇がみられた。身体領域、心理的領域は高スコア(16点から27点、17点から23点)を示した(表1)。注目した環境、社会的関係のスコア(4点から5点、19点から32点)も上昇を示した。

6.3. 第3期(4ヵ月):筆者に対して依存的になり、不穏状態になった時期

さらに個人OTを継続した。この頃には、Aさんは自律した杖歩行ができるようになった。たまに杖を忘れることもあったが、スタッフの助言を聞き入れて安全に病棟内を歩き、病棟内プログラムに参加した。

こうした安定した日々も長く続かなかった。ある日を境にAさんの注意散漫と単独行動が増加し始めた。それから、筆者に対して好意を抱き、Aさんの注意は個人OTから離れなくなり、睡眠時間が不安定になった。いつになったら筆者と会えるのかを気にするようになり、それまで取り組んだ生産的作業ができなくなった。

MDT内で検討の結果、OTプログラムを中断し自室内安静と服薬調整にて病状安定を優先することとなった。

6.4. 第4期(5ヶ月以降):病状が安定し、OTプログラムを再開した時期

Aさんの病状が安定するまでに1ヵ月の時間を要した。薬剤調整は進んだが、小さな気分の波は持続して

いた為、対象者の気分変動に合わせて介入頻度を調整した。Aさんから「あの時の自分は気分が上がってどうかしていた。謝りたい。」との発言が聞かれ、筆者からは、Aさんの回復状態が良くなってきたことを理由に介入頻度のバランスを調整することを説明した。

OT再開後は、Aさんの作品をMDT全体でフィードバックを行い、筆者と自然な距離間を保つように調整した。その後、Aさんは現実的な目標(退院)に向けて、外出・外泊訓練を繰り返し養護老人ホームへ退院した。

7. 考察

7.1. 治療関係とOT介入の方向性について

医療観察病棟の入院治療において、急性期は病気の受入れが困難であり、事件を起こした二重のスティグマに苛まれ、大きな不安や絶望を感じて入院生活が開始する⁴⁾。Aさんもまさにそうであった。富澤らは、医療観察病棟の初期は認知機能障害と現実検討能力の低下から、対象者は漠然とした不安を抱えると述べている⁶⁾。そのため、初期のOTは安心して過ごせる場所や時間の提供や、これまで本人が地域生活で行ってきた作業や困りごと、興味・関心、ニーズ、将来的な希望を含めた社会復帰のイメージ等を個別の関わりで共有することが望まれる⁵⁾。

Aさんの場合、大腿骨頸部骨折後のリハビリテーション(以下、リハ)が行われてなく、歩行困難でさらに提供された環境に対する心細さがみられた。十分に自分の身体状況と、ケアの説明を理解できず、不用意に歩き回り転倒リスクが高かった。精神障害者の身体合併症に対する身体リハは、自分の身体が動きやすくなり良くなるという体験が精神面に影響し、活動性の向上や自信の獲得や感情の安定が見られ、OT活動への参加増加に影響を及ぼすこと¹¹⁾から、身体接触を介して心理的距離感を縮め、信頼関係構築に役立てて治療停滞の打破になると考えた。

同時に、Aさんの混乱や環境不適應を和らげるために、Aさんの作業を活かした生産的作業を導入した。Aさんは地域で編み物教室を開催するほどの技能を持ちながら、結婚、子育て、環境の変化の中で、その作業は途絶えて携わることはなくなっていた。しかし、興味関心チェックリストと語りから、その作業が判明して、Aさんにとっての「意味のある作業」ではないか、と考えた。その作業を用いながらどの程度の技能が保持されているのか、その作業を通じての変化を追うことにした。

個人OTの回数を重ねるごとに、Aさんの笑顔が多

くなり、病棟内での他者との接触機会も増えていった。十分に他者に教える能力が保持されていた。WHO-QOL26 スコアの変化からも、信頼関係の構築は十分にできたと考えられた。小さな到達⁴⁾を繰り返して、Aさんの回復を感じ取ることができた。

7. 2. 不穏状態について

第3期に突如Aさんは崩れた。医療観察病棟の治療において、担当MDTや他対象者からの誘いや励ましが、外発的動機づけとして作用し、治療プログラム参加へと行動変容に至る。確かに筆者の個人OTは、Aさんの困っていたこと、「意味のある作業」に直結していることでもあり、筆者を好意的に受け止めたと考えられた。筆者が良好な関係構築に安心して、個人OTの頻度を調整できていなかった。この頃のAさんは、自分の行動結果から自己を肯定的に見つめ直すことや自身を癒すことといった回復に繋がる経験を積み重ねる) 時期に差し掛かっていた。目の前のクライアントの変化に一喜一憂してしまい、医療観察病棟におけるOTの役割も頭に入れた関わりが不十分であった。

Sullivanは、統合失調症における陽性転移はこの病の基礎的構造とされている両価性という特質が関与する¹²⁾、と述べている。「陽性」か「陰性」という区別は無意味で、その両方の要素が常に同時に発生して、突如妄想といった形で生じて、その対象は治療者に向けられる¹³⁾。当初は、その変化を捉えて介入頻度を調整できなかったことを後悔したが、現在は治療がうまく進行しているときに現れる兆候として受け止められるようになった。

7. 3. 医療観察病棟における「意味のある作業」について

大松ら⁷⁾が示した「意味のある作業」は、【クライアントが自ら意思表示した作業】【クライアントの生活史の中にある作業】【それを行うことで新たな自分を再構築する作業】という3つの要素を満たす作業を指す。「意味のある作業」を相手の言動や文脈から読み取り、作業療法士が提案するプロセスがある。斎藤は効果的な目標設定には、OTのプロセスにおいて、クライアントの主体的な参加とセラピストの専門職としての意見の両方が必要¹⁴⁾、と述べている。

医療観察病棟におけるOTプロセスでは、対象者は作業を通じて、自分自身への肯定的な気づきを得ることで、治療への内発的動機づけが高まる。医療観察病棟と限局された環境のなかでは、日々の治療もしくは何気ない他者との関わり、生活の安定が蓄積して自己

の肯定や、将来の希望へつながっていく。医療観察病棟の複雑な背景をもつ対象者に対して、対象者の強みや健康的な部分に目を向けるストレングスモデル¹⁵⁾や、新しい意味を持った人生を送るリカバリーモデルは欠かせない¹⁶⁾。

OTの強みは自然発生的に生じるコミュニケーション場面や余暇活動や生産的活動を通じて関わりを持つことである。対象者はOTを通じて、これからの新しい人生を送るための地ならしをする。大橋は¹⁷⁾、実際の生活の中で意味のある役割を担い、それを継続することで病状悪化や再犯防止に繋がる、と述べていることから、作業療法士は回復を早めるために対象者の生活史の文脈をなぞり、その人の価値や役割、僅かかもしれないが培ってきたものを大切に扱う必要がある。

8. 結論

医療観察病棟内における作業療法士が、早い時期から「意味のある作業」を捉えるように関わるのが、対象者の病気の回復のための土台作りとなる。対象者にとっては、入院環境に慣れて、OTを通じて小さい自己肯定を繰り返すことが、失われた自尊心の回復の土台作りとなる。

作業を通じて新しい人生を再構築するための土台作りができるOTは、重要な医療職といえる。

なお、本稿は第51回日本作業療法学会(東京)での発表に加筆修整したものである。

9. 文献

- 1) 三川年正, 西野由希子, 鶴見隆彦: 司法領域における作業療法士の取り組みと今後の支援の在り方. OTジャーナル 54 (5): 432-437, 2020.
- 2) 厚生労働省: 指定医療入院機関の整備状況. (オンライン), 入手先<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaihashukushi/sinsin/iryokikan_seibi.html>, (参照 2021-3-10)
- 3) 石井良和, 京極真, 長雄真一郎: 精神領域の作業療法 プログラム立案のポイント第2版: 司法精神科作業療法の作業機能障害とプログラム立案のコツ. 中央法規, 東京, 2016, pp. 370-383.
- 4) 村田雄一, 大橋秀行: 第4章 精神科作業療法のフィールド 医療観察法における作業療法. OTジャーナル 54 (8): 867-872, 2020.
- 5) 村田雄一, 大橋秀行, 添田啓子, 窪田富夫: 医療

- 観察病棟の入院における作業療法実践—多職種チーム医療における作業療法士の役割—. 作業療法 39 (4) : 459-467, 2020.
- 6) 富澤涼子, 繁田昌弘: 重大な他害行為に及んだ精神障害者が退院後の生活に動機づけられていくプロセス. OT ジャーナル 54 (4) : 369-375, 2018 .
- 7) 大松慶子, 石井良和, 山田孝: 意味のある作業とは— 1995 年~2010 年における国内事例報告の質的検討. 日本保健科学学術誌 18 (2) : 68-80, 2015.
- 8) 南庄一郎: 医療観察病棟における統合失調症の長期入院事例に対する作業療法・ギター演奏という意味のある作業を生かして—. 作業療法 38 (1) : 110-116, 2019.
- 9) 南庄一郎: 傷害事件を起こした統合失調症対象者への関わり—医療観察病棟における人間作業モデルに基づく作業療法の実践—. 作業行動研究 24 (4) : 171-178, 2021.
- 10) 世界保健機関・精神保健と薬物乱用予防部・編集, 田崎美弥子, 中根允文・監修: WHOQOL26, 手引き, 金子書房, 東京.
- 11) 末廣昌平, 峯戸松衛, 野本千春, 山畑良蔵, 上山健一: 身体障害を併発した精神科患者に対する取り組みと精神症状への影響. 全国自治体病院協議会雑誌 46 (4) : 526-529, 2007.
- 12) Sullivan, H. S. (中井久夫, 安克昌, 岩井圭司, 片岡昌哉, 加藤しをり, 田中究 / 訳) : 分裂病は人間の過程である. みすず書房, 東京, pp.184-185, 2002.
- 13) 新宮一成: 統合失調症における「陽性転移」. 精神科治療学 27 (12) : 1589-1593, 2012.
- 14) 斎藤佑樹: 脳卒中リハにおける目標設定 回復期でリハビリテーションを進める上での目標設定. 脳卒中リハビリテーション 1 (4) : 36-49, 2019.
- 15) 徳永亜依子: 精神障害者のリカバリーを促すためのストレングスを活かした支援の具体的な実践方法—ストレングスモデルの視点から—. 精神障害とリハビリテーション 20 (1) : 82-90, 2016.
- 16) 野中猛: リカバリー概念の意義. 精神医学 47:952-961, 2005.
- 17) 大橋秀行: 司法精神医学教育の現状と展望 医療観察法による治療 (入院・通院) における作業療法実践と作業療法教育. 司法精神医学 10 (1) : 82087, 2015.

連載講座

脳卒中後のうつ症状とその治療法について

上村 昌寛*

*新潟大学脳研究所臨床神経科学部門脳神経内科学分野

1. はじめに

かつて脳卒中は本邦の死因の第一位を占めていた。しかし、1960年代頃をピークに死亡率は低下し、2016年時点では死因の第4位にまで低下した¹⁾。一方で、2019年時点、本邦の要介護5の原因疾患の第1位は脳卒中である²⁾。これらのことから、脳卒中治療の向上により一命を取留めたものの、脳卒中の後遺症に悩まされている患者の増加が示唆される。脳卒中罹患後に生存した患者のことを **Stroke survivor** と呼ぶ。Stroke survivor は麻痺などの運動機能障害や失語などの高次脳機能障害の他に認知機能障害やてんかんなど、実に様々な後遺症や疾患に悩まされる。本稿で取り上げる脳卒中後うつ病も代表的な脳卒中の合併症の一つである。

2. 脳卒中後うつ病の診断

脳卒中後うつ病は、脳卒中罹患後に **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5 (DSM-5)**の「うつ病」の診断基準を満たした場合に、専門家が診断する³⁾。脳卒中後うつ病は、脳卒中罹患患者の18-33%の症例が経験する頻度の高い疾患である⁴⁾。脳卒中後うつ病の症状としては意欲低下、入眠困難などの睡眠障害、食思不振、疲労感などの身体症状が認められる³⁾。一方で、内因性(脳卒中与関連しない)うつ病で認められる抑うつ気分や自殺企図といった症状の程度は軽度である⁵⁾。特徴的な症状が乏しく、脳卒中後うつ病に気づくことがしばしば難しい。加えて、脳卒中後遺症で失語などを伴っている場合には、うつ症状の評価がしばしば困難となる⁴⁾。そのために、脳卒中後うつ病は適切な診断がなされていないことが問題点として指摘されている⁴⁾。

3. 脳卒中後うつ病が脳卒中予後に与える影響

脳卒中症例を長期間追跡したイギリスの調査結果では、脳卒中発症3ヶ月の時点でうつ病を認める症例は、非うつ病症例と比較して、発症5年後までの死亡率が有意に高く(ハザード比 1.34, 95%信頼区間 1.06-1.70)、不安症状の頻度が有意に高く(オッズ比 2.71, 95%信頼区間 1.60-4.59)、Barthel index 0-14点相当の障害を持つ頻度も有意に高かった(相対危険 2.83, 95%信頼区間 1.37-5.84)⁶⁾。このように脳卒中後うつ病を発症すると死亡率が高く、機能予後が悪いことが示されている^{4, 7)}。

4. 脳卒中後うつ病の治療

脳卒中後うつ病の治療は、薬物療法、心理社会的介入、ニューロモデュレーションが挙げられる。薬物療法としては、三環系抗うつ薬(Tricyclic antidepressants: TCA)、選択的セロトニン再取り込み阻害薬(selective serotonin reuptake inhibitor: SSRI)、セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害剤(serotonin noradrenaline reuptake inhibitor: SNRI)⁸⁾が用いられる。心理社会的介入としては、認知行動療法(cognitive behavioral therapy: CBT)の有効性が示されている⁹⁾。ニューロモデュレーションとしては、反復経頭蓋磁気刺激法(repetitive Transcranial Magnetic Stimulation: rTMS)が用いられる¹⁰⁾。

5. 脳卒中後うつ病とリハビリテーション

脳卒中後うつ病症例に対するリハビリテーションの効果や手法については十分に研究はなされていない。一方で、脳卒中症例に対する心肺機能トレーニ

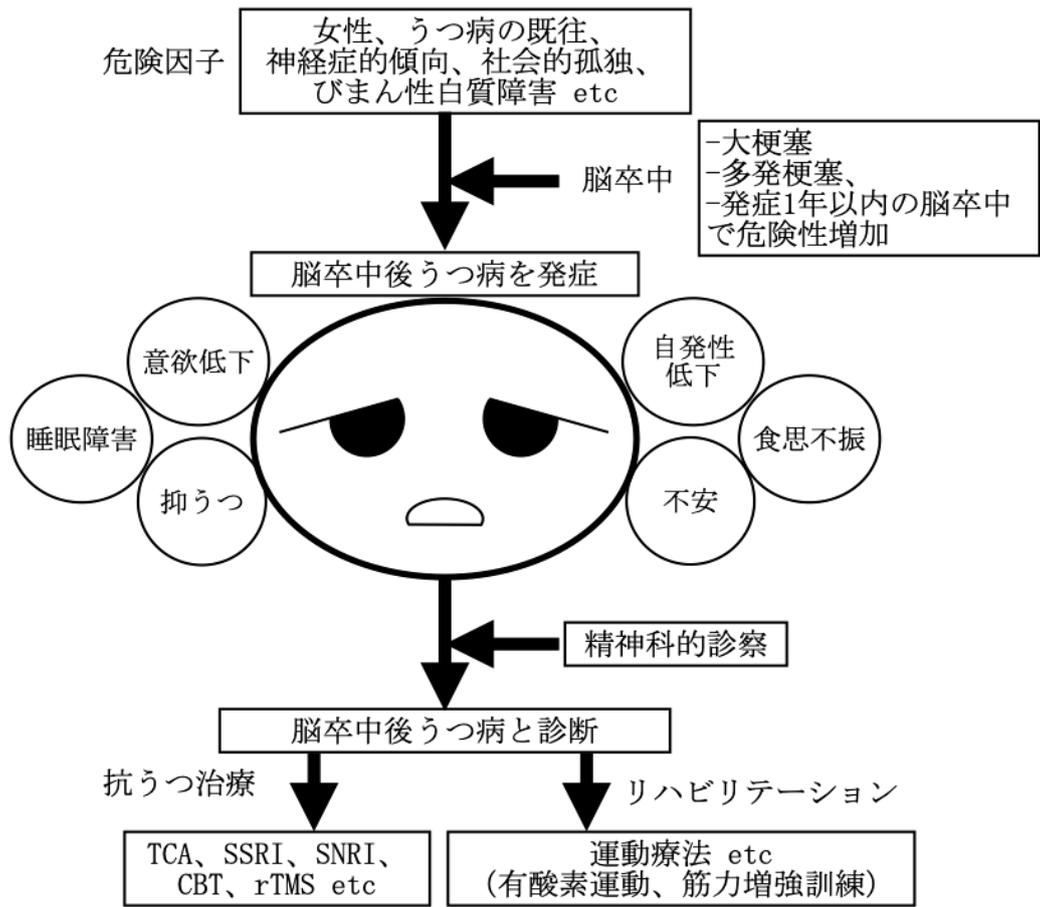


図. 脳卒中後うつ病の診療アウトライン

ング、筋力トレーニング、更にサーキットトレーニングなどの運動療法で抑うつ効果の改善が認められたとの報告がある^{11, 12)}。これらの結果からは、脳卒中後うつ病の症例のリハビリテーションプログラムに運動療法の要素を組み入れることは検討すべきである。

6. 最後に

脳卒中後うつ病の診療のアウトラインを示した(図)。これまでの検討で、脳卒中後うつ病には各種危険因子が報告されている^{3, 4, 7)}。これらの因子の保因者が脳卒中になることで脳卒中後うつ病を発症すると考えられている。各種危険因子の情報や症状から早期に脳卒中後うつ病を疑い、適切な診断や治療に繋げることが重要である¹³⁾。

7. 引用文献

- 1) 平成30年我が国の人口動態. (オンライン), 入手先 <<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/81-1a2.pdf>>, (参照 2021-09-07)
- 2) 2019年国民生活基礎調査の概況. IV. 介護の状況. (オンライン), 入手先 <<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa19/dl/05.pdf>>, (参照 2021-09-7)
- 3) 村岡香. 脳卒中後うつ. 日本リハビリテーション医学会誌;57:545-551 (2020).
- 4) Medeiros GC, Roy D, Kontos N, Beach SR. Post-stroke depression: A 2020 updated review. *Gen Hosp Psychiatry*;66:70-80 (2020).
- 5) 加治芳, 平田幸, 片山泰, 北川泰, 鈴木則ら. 本邦における Post Stroke Depression の多施設共同研究による実態調査. *神経治療*;34:37-42 (2017).
- 6) Ayerbe L, Ayis S, Crichton S, Wolfe CD, Rudd AG. The long-term outcomes of depression up to 10 years after stroke; the South London Stroke Register. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*;85:514-521 (2014).
- 7) Robinson RG, Jorge RE. Post-Stroke Depression: A Review. *Am J Psychiatry*;173:221-231 (2016).
- 8) Corallo F, Scarfi C, Arcadi FA, Formica C,

- Di Cara M, et al. Role of functional pharmacological therapy in post-stroke depression: a narrative review. *J Int Med Res*;48:300060520950557 (2020).
- 9) Wang SB, Wang YY, Zhang QE, Wu SL, Ng CH, et al. Cognitive behavioral therapy for post-stroke depression: A meta-analysis. *J Affect Disord*;235:589-596 (2018).
- 10) Deng L, Sun X, Qiu S, Xiong Y, Li Y, et al. Interventions for management of post-stroke depression: A Bayesian network meta-analysis of 23 randomized controlled trials. *Sci Rep*;7:16466 (2017).
- 11) Baek IH, Lee T, Song M, Goo BO. Effect of Circuit Class Training for Eight Weeks on Changes in Ratios of F-Trp/BCAAs and Depression in People with Poststroke Depression. *J Phys Ther Sci*;26:243-246 (2014).
- 12) Saunders DH, Sanderson M, Hayes S, Johnson L, Kramer S, et al. Physical fitness training for stroke patients. *The Cochrane database of systematic reviews*;3:CD003316 (2020).
- 13) 脳卒中ガイドライン委員会. 脳卒中治療ガイドライン 2021: 協和企画, 2021.

「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¹⁾）、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にお問い合わせ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/>, (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)に送付してください。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
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 _____ ⑩

所属 _____

論文題名： _____

共著者：氏名 _____ ⑩

所属 _____

氏名 _____ ⑩

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、または公開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存分に引出し、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

今年度もCOVID-19の影響を受け、様々な場面で制約を受けてきました。少しずつ感染者が減少し、日常生活を取り戻しつつある時期ですが、未だ変異株への対応や日々の感染対策が続いていることと思います。

今年度の学術誌では、各領域に共通する内容として、脳卒中をテーマとして企画しました。特集では、天野先生より脳卒中後の上肢運動機能障害について評価や治療についてご寄稿頂きました。この特集は、第17回新潟県作業療法学会にてご講演頂いた内容を含んでおり、是非聴講できなかった方にもOTの共通認識として知識を深めていただければと思います。また脳卒中後のうつ症状とその治療法について、上村先生よりご寄稿頂いております。回復期や生活期では、特にうつ症状に悩む対象者を担当する機会が多いと思います。是非精読して頂き、日々の離床場面に活かして頂きたいと思います。

投稿論文については、1編と例年に比べ少なく、ややボリュームが足りない雑誌となりました。当委員会では、今年度から論文執筆に関する研修会を開催し、県士会に皆様に投稿しやすい環境を整備して参りました。今後も引き続き研修会を開催する予定で検討しています。是非日々の臨床結果をまとめ上げ、学術誌へ投稿して頂けることを期待しております。

(学術誌編集委員会 田畑 智)

新潟県作業療法士会学術誌 第16巻

2022年1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	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)
	本間 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