

山口県作業療法士会機関誌

第36回 山口県作業療法学会 学会誌

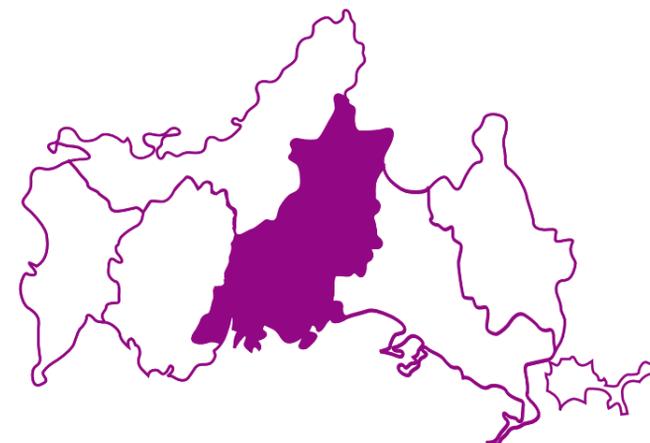
第17巻 第1号 二〇二五年

Yamaguchi
YOT 山口作業療法

一般社団法人 山口県作業療法士会機関誌

THE JOURNAL OF YAMAGUCHI ASSOCIATION OF OCCUPATIONAL THERAPISTS

第36回 山口県作業療法学会 学会誌



第17巻 第1号
2025年9月28日発行

VOL.17 No.1 2025



一般社団法人
山口県作業療法士会

一般社団法人 山口県作業療法士会機関誌
第17巻 第1号 2025年9月28日発行

第 36 回
山口県作業療法学会

学会テーマ

ウェルビーイングと持続可能な社会に向けて
～未来志向の作業療法～

主 催 一般社団法人 山口県作業療法士会

会 期 2025 年 9 月 28 日 (日)

会 場 J A 山口県とくち統括本部

《主催》

一般社団法人 山口県作業療法士会

《後援》

山口県

防府市

一般社団法人 山口県医師会

一般社団法人 防府市医師会

公益社団法人 山口県看護協会

一般社団法人 山口県理学療法士会

一般社団法人 山口県言語聴覚士会

学会日程

時間	会場			
	3階ホール	図書室	第2会議室	ロビー等
10:00	開会式			
10:10 ～ 10:25	学会長講演			
10:35 ～ 11:25	小児&精神科領域 ワークショップ	ポスター発表	口述発表①	
11:35 ～ 12:25	小児&精神科領域 ワークショップ	ポスター掲示	口述発表②	
12:25 ～ 13:30			休憩 (昼食会場)	ポスター掲示
13:30 ～ 14:30	基調講演			ポスター掲示
14:40 ～ 15:40	シンポジウム			
15:45 ～ 16:00	表彰式 閉会式			

目次

学会長講演

- 「ウェルビーイングと持続可能な社会にむけて～未来志向の作業療法～」……………7
第36回山口県作業療法学会 学会長 原直利（山口県立総合医療センター）

基調講演

- 「持続可能な地域共創型ヘルスケアビジネスの挑戦
～立ち上げ前の想いから事業化まで～」……………11
株式会社フジイコーポレーション 代表取締役 藤井寛幸

シンポジウム

- 「多領域に拡がる作業療法～ウェルビーイングとSDGsの視点から～」……………17
司会：原直利（山口県立総合医療センター）
アドバイザー：藤井寛幸（株式会社フジイコーポレーション）
シンポジスト
徳若雅之（山口コ・メディカル学院）
上谷昌次（老人保健施設 アイユウ）
田谷由桂里（山口市役所）

ワークショップ

小児領域ワークショップ

- 「学校の先生と考えるウェルビーイング～まなびの芽を伸ばす教室づくり～」……………21
ファシリテーター：倉重智恵美
（特定非営利活動法人すもーるすてっぷ 子ども発達支援 てだのふあ）

精神領域ワークショップ

- 「ゆるっと体感！現場あるあるで学ぶ“動機付け面接”
～笑って気づいて、明日から使える対話のヒント～」……………21
ファシリテーター：池田晶代（医療法人 和同会 吉南病院）

一 般 演 題

- 01 糖尿病を合併した重症ばね指に対してとくなが法の保存的介入が奏功した一例 …25
 済生会山口総合病院 小田 隆史
- 02 腱移行術が行われた橈骨神経麻痺に対しカナダ作業遂行測定法を用いて
 装具の適応を検討した一例 ……………27
 山口県済生会下関総合病院 梶田 芳徳
- 03 frozen shoulder（凍結肩）に対する silent manipulation 施行後の当院プロトコル …30
 医療法人 三鳩会 吉田整形外科 桑原 良平
- 04 急性期病院での終末期患者に対して生活行為向上マネジメントを用いた
 Advance Care Planning ～生きてきた証を残すため～ ……………35
 jcho 徳山中央病院 鈴木 健朗
- 05 補助手から実用手への移行を促した脳卒中患者の一症例
 ー心理的支援と行動変容に着目した回復期から外来期にかけての継続的な作業療法 …38
 宇部中央病院 熊田 美紗子
- 06 左被殻出血により全失語を呈し、スマートフォン操作を再獲得した症例 ……………43
 山口大学医学部附属病院 吉村 優希
- 07 軽度失語症患者の復職支援：
 急性期より外来リハビリに移行し復職支援介入した一例 ……………47
 宇部中央病院 石原 あやめ
- 08 リンパ浮腫を合併した進行がん患者に対する作業療法の必要性
 ～作業機能障害の評価を通して～ ……………52
 山口県立総合医療センター 内田 亜記
- 09 フレイル状態が疑われた高齢者に対し入院中にセルフマネジメントシートを
 活用した介入により社会参加を促進した一事例 ……………58
 宇部中央病院 天野 真理子
- 10 代償動作を用いて結髪動作獲得した症例について ……………62
 脳神経筋センターよしみず病院リハビリテーション部 木村 眞太郎

- 11 目標設定支援アプリ導入によるリハビリスタッフの教育に関する探索的検討
～アンケート調査を通じて～66
医療法人社団 生和会 周南リハビリテーション病院 四元 恵太
- 12 臨床における「社会資源」概念の変容
ー作業療法カウンセリングによる実践的気づきー.....73
介護老人保健施設サンライズ 21 安田 貴士

学 会 長 講 演

学会長講演 10:10 ~ 10:25

「ウェルビーイングと持続可能な社会にむけて～未来志向の作業療法～」

第36回山口県作業療法学会 学会長
原 直利
(山口県立総合医療センター)

今回の学会は「ウェルビーイングと持続可能な社会にむけて～未来志向の作業療法～」をテーマとしています。このテーマには作業療法とSDGs (Sustainable Development Goals、持続可能な開発目標) が掛け合わされたときに、作業療法士たちは何を考え、どのような行動を起こすのだろうかという期待感やワクワク感が詰まっています。SDGsの前身は2000年に制定されたMDGs (Millennium Development Goals、ミレニアム開発目標) でした。様々な社会目標が未達のまま、SDGsに引き継がれていった形になります。SDGsの17の目標はウェディングケーキモデルによって3層(4層)に分類することができます。この中で作業療法士が個人としてかかわるものは「社会」にあたる場所になります。しかし、昨今の作業療法に求められていることは、個に対する支援だけではありません。ウェディングケーキモデルの「経済」にあたる項目、集団や団体、地域というより広いフィールドへの参加が求められています。皆さんがまずこの学会長講演で視野を広げる準備をし、学会の様々な企画でどのようなアクションを起こせるのか考えるきっかけにしてほしいと願います。

学会長講演 ウェルビーイングと持続可能な社会に向けて
～未来志向の作業療法～

SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS

ウェディングケーキモデル

17の目標を「3つの層」に分類し、総合的に捉える

「環境」が土台にあり、その上に「社会」や「経済」が成り立っていることを示している

Illustrated by Johan Rockstrom and Pavan Sukhdev
出典: Stockholm Resilience Centre

作業療法の広がり

医療や福祉・介護の現場はもちろん、保健・教育就労支援など、社会の様々な現場でも作業療法士は活躍しています

- 医療 病院、クリニック・・・
- 福祉 児童発達支援センター、就労移行支援事業所・・・
- 介護 介護老人保健施設、デイケア・・・
- 労働 ハローワーク、就業・生活支援センター・・・
- 保健 保健所、地域包括支援センター・・・
- 教育 特別支援学校、教育委員会・・・
- 司法 刑務所、保健観察所・・・
- 産業 働く人、一般企業の支援・・・

あらゆる場所で、本人と社会の接点を強めるために、「作業療法士」が活躍しています。

作業療法との関連性

○世界作業療法士連盟による作業療法の定義 (2025)

Occupational therapy promotes health and wellbeing by supporting participation in meaningful occupations that people want, need, or are expected to do. 作業療法は、人々の健康と幸福を促進するために、人々ができるようにになりたいこと、できる必要があること、できることが期待されている意味ある作業への参加を支援する。(日本作業療法士協会ホームページより引用)

何らかの問題を抱えている人

↓

その人を支援している人や団体の支援

ウェディングケーキモデル「経済」にあたる項目

視点を広げていく

個別の支援

集団の支援

個人の業務 地域事業への参加

団体の支援

個人の業務 地域事業への参加

団体の業務 地域事業への参加

さらに?

政治活動への興味

いろいろな貢献

みんなで創り上げる

作業療法士会として貢献できる

作業療法士として貢献できる

個人として貢献できる

Illustrated by Johan Rockstrom and Pavan Sukhdev
出典: Stockholm Resilience Centre

基 調 講 演

基調講演 13:30 ~ 14:30

「持続可能な地域共創型ヘルスケアビジネスの挑戦 ～立ち上げ前の想いから事業化まで～」

株式会社フジコーポレーション 代表取締役
藤井 寛幸

企業の健康経営を支える作業療法士の役割と実践

【はじめに】

少子高齢化と労働人口の減少が深刻化する国内、特に人口流出が進む地方において「健康経営」は、人材確保・定着に不可欠な経営戦略となっている。従業員の健康増進を生産性向上に繋げるこの手法は、企業の競争力を左右する。本稿では、島根県の中小企業、特に建設業を対象とした健康経営支援の実践知見に基づき、作業療法士が果たし得る具体的な役割とアプローチについて論じる。

【地方中小企業における健康経営の課題】

島根県では従業員50名以下の企業が約9割を占め、多くは衛生管理者配置義務がなく健康管理リソースが不足している。そのため、腰痛やストレスといった心身の不調がプレゼンティーズムや離職の要因となり、企業の持続的成長を阻害している。特に建設業界では、身体的負担が大きい業務特性に加え、「職業病は仕方ない」という価値観が根強く、対策が後手に回りがちである。さらに、中小企業特有の予算不足や、健康投資の効果が経営指標として見えにくい点も、実践を阻む大きな障壁となっている。

【産業現場における産業作業療法の実践】

こうした課題に対し、作業療法士は従業員の自発的な行動変容を促す専門職として、重要なパートナーとなり得る。そのアプローチは、単に健康情報を提供するのではなく、信頼関係を基盤とし、人の気持ちの変化（行動変容ステージモデル）に沿った段階的な支援を行う点に強みがある。まず、ワークショップなどを通じて従業員が自身の身体と向き合う体験を提供し、健康管理の価値を実感してもらうことで、課題への当事者意識を醸成し、健康への「無関心期」から「関心期」への移行を促す。次に、関心が高まった従業員が直面する「多忙で時間がない」といった実行面の障壁に対しては、管理者が率先して柔軟な業務調整を行うなど、組織として行動を後押しする環境を整備することが鍵となる。この過程で、作業療法士は経営層と従業員の対話を促し、組織全体の機運を高める。最終的には、個々の成功体験を社内で共有し、称賛し合う文化を育むことで、健康行動を習慣として「維持期」へ定着させます。重要なのは、健康経営を義務ではなく、「楽しみながら続けられる」ポジティブな体験として根付かせることである。

【結論】

作業療法士は、個人の価値観に寄り添い内発的動機づけを支援する専門性を活かし、企業の健康課題という「見えないもの」を可視化する。これにより、健康経営を一時的な「施策」から持続可能な「文化」へと昇華させることができる。地方中小企業の生産性向上と人材定着に貢献し、企業の成長と従業員のウェルビーイングの両立を実現する上で、産業領域における作業療法士の役割はますます重要となるだろう。

【御略歴】

- ・出雲市民リハビリテーション病院 2011.4 -
 - ・株式会社 Community Care リハビリテーション部 部長 2016.7 -
 - 2019.6 - 起業創業支援プログラム「雲南スペシャルチャレンジ」を活用し、健康経営支援事業を開始
 - ・株式会社 Canvas 創業者・代表取締役 2021.3 -
 - 健康経営支援事業を、より地域に根ざした形で展開するため、事業部を発展的に分社化
 - ・株式会社フジイコーポレーション 2024.9/18 創業
- 療法士兼 しじみ漁師 (見習い)
- (一社) 鳥根県作業療法士会 理事、地域支援事業委員会 委員 2019-
 - 高齢者福祉計画・介護保険事業計画推進ワーキング「地域包括ケアシステム推進部会」委員 (松江市) 2021-
 - 鳥根県リハビリテーション専門職協議会 (現:しまねりハビリテーションネットワーク) 会長 2021-2023
 - しまねりハビリテーションネットワーク 副会長・職能推進局長、しまね産業リハビリテーション委員会 委員 2024-

持続可能な
地域共創型ヘルスケアビジネスの挑戦

～立ち上げ前の想いから事業化まで～

FUJII Corporation

Copyright © Fujii Corp. All Rights Reserved.

自己紹介 CONFIDENTIAL

働く人とともに
株式会社フジイコーポレーション

代表取締役 ふじい ひろゆき
藤井 寛幸

・出雲市民リハビリテーション病院 2011.4 -
・株式会社 Community Care リハビリテーション部 部長 2016.7 -
→ 2019.6 - 起業創業支援プログラム「雲南スペシャルチャレンジ」を活用し、健康経営支援事業を開始
・株式会社 Canvas 創業者・代表取締役 2021.3 -
→ 健康経営支援事業を、より地域に根ざした形で展開するため、事業部を発展的に分社化
・株式会社フジイコーポレーション 2024.9/18 創業

療法士兼 しじみ漁師 (見習い)

Copyright © Fujii Corp. All Rights Reserved.

会社概要

創業 : 2024年9月18日
資本金 : 300万円
代表者 : 代表取締役 藤井 寛幸
所在地 : 鳥根県松江市西原町40-1
業務内容 : 企業の健康経営支援
企業内より下記窓口
人事労務支援

株式会社フジイコーポレーションは、「働く人」とともに働き、地域社会に共に成長を期しています。企業に健康経営を推進する社会貢献型「ヘルスマネージャー」(働きながら企業をサポート)のサポートを、多様な企業様のニーズに応えるサービス提供しています。自社の強みは、「働く人」が実感する課題を具体的に解決することです。経営者企業文化の醸成を促し、福利厚生策、働き方改革、企業健康化、アムネティプログラム、従業員など、多分野の専門家が連携し、事前・継続的なサポートをすることで、安心して働ける環境、組織づくりを実現します。

私たちは、「企業と働く人」双方の課題を互えるパートナーとして定着される存在でありたいと考えています。新しい経営の挑戦に挑戦し、より高い成長を遂げたいと考えています。

FUJII Corporation
株式会社フジイコーポレーション

働く人の職業病ゼロへ
職業病予防・改善

フジイコーポレーションの職業病予防・軽減サポートは、社員一人ひとりの働き方を丁寧に分析し、身体的負担やリスクを徹底的に軽減します。理学療法士や作業療法士などの専門家チームが現場を巡り、正しい姿勢や動作の指導、職場環境の改善提案を行います。経営層から部署・社内の健康意識の醸成まで、包括的な取り組みで社員の「働く」を守り、持続可能な働き方を支援します。

Customer Issues

- 業務場に起因した身体的な痛みによる業務を継続した。
- 休業不具合による業務効率低下を改善したい。
- 安全な職場環境づくりに取り組みたいが方法がわからない。
- 働き手の高齢化に合わせて、労働災害予防の対策をしたい。

「健康」をテーマとした人的資本経営支援について CONFIDENTIAL

「人的資本」は「行動変容」を通して「企業価値」を高める

Human Capital
人的資本
働く人のスキル、知識、能力、経験、教育

Operational Performance
行動成果
行動変容

Firm Performance
企業業績

0.32*

0.27*

0.1*

Does human capital matter? A meta-analysis of the relationship between human capital and firm performance. Cross TR et al. 2011

Copyright © Fujii Corp. All Rights Reserved.

「健康」をテーマとした人的資本経営支援について CONFIDENTIAL

1 テーマ個人の健康増進を組織づくりの基盤(雰囲気) 痛み・職業病を切り口 組織全体の健康意識の醸成

2 テーマ組織に健康増進をリーダ教育 業地(風土) 委員会の立ち上げ 管理職を通して社員へ働きかける(食事・運動・睡眠)

3 社員主体の健康づくり(文化) 社員の健康を守る 仕組みづくり 安全・健康管理

Copyright © Fujii Corp. All Rights Reserved.

日々の実践について CONFIDENTIAL

FUJII Corporation

no+e

Copyright © Fuji Corp. All Rights Reserved.

起業家、事業家として CONFIDENTIAL

CANVAS 起業家 2021.3-

FUJII Corporation 実業家 2024.9-

フェーズ: 方針の明確化, テーマ決定, アイデア創出, コンセプト, プロトタイプ, プロダクト化

フェーズ: フェージフロントエンド

山陰経済ワイグリー

Copyright © 2025 Fuji-corporation Inc. All Rights Reserved.

株式会社フジコーポレーション CONFIDENTIAL

住民の暮らしの身近に居ることで様々な健康課題を解決できた。

Copyright © 2025 Fuji-corporation Inc. All Rights Reserved.

株式会社フジコーポレーション CONFIDENTIAL

UNNAN SPECIAL CHALLENGE

高松市役所 若水 雄

高松市スペシャルチャレンジ事業補助金の交付対象事業としてご協力いただき、誠にありがとうございます。

区分: 各種

名称: ホープ事業

内容: 暮らしの中にリハビリテーションを

Copyright © 2025 Fuji-corporation Inc. All Rights Reserved.

株式会社フジコーポレーション CONFIDENTIAL

訪問看護ステーションコムクワ 藤井 寛幸さん

健康について考える暮らしのリハ室

Copyright © 2025 Fuji-corporation Inc. All Rights Reserved.

株式会社フジコーポレーション CONFIDENTIAL

Copyright © 2025 Fuji-corporation Inc. All Rights Reserved.

株式会社フジコーポレーション CONFIDENTIAL

Copyright © 2025 Fuji-corporation Inc. All Rights Reserved.

株式会社フジコーポレーション CONFIDENTIAL

WEEKLY NEWS

作業療法士が企業を訪問し、従業員に予防医療を

Community Care

山陰経済ワイグリー

山陰経済ワイグリー

Copyright © 2025 Fuji-corporation Inc. All Rights Reserved.



シ ン ポ ジ ウ ム

シンポジウム 14:40～15:40

「多領域に広がる作業療法～ウェルビーイングとSDGsの視点から～」

司会：原 直利（山口県立総合医療センター）

アドバイザー：藤井 寛幸（株式会社フジイコーポレーション）

趣 旨

近年、作業療法は医療・福祉分野の枠を超えて、多領域に広がっており、そこでは、様々な作業療法士が活躍しています。本シンポジウムでは3名のシンポジストに活動を報告していただき、新しい領域で活躍されている作業療法士はどのようなことを考え、どのように作業療法を行っているのかを皆さんと共有します。そして基調講演講師の藤井先生や参加者の皆様とともに、ウェルビーイングとSDGsの視点から作業療法士が社会に対してどのように貢献していけるのか意見交換を行います。この対話を通じて、参加者の皆様も含め、作業療法士が多領域で活躍していくための一助となるようなシンポジウムにしたいと考えています。

シンポジスト

徳若 雅之（山口コ・メディカル学院）

上谷 昌次（老人保健施設 アイユウ）

田谷 由桂里（山口市役所）

徳若 雅之（山口コ・メディカル学院）

私は現在、養成校でセラピストを目指す学生の教育に携わる傍ら、整形外科クリニックでの臨床業務、高校部活動やパラスポーツ現場でのトレーナー活動、スポーツ団体への体組成計を活用した健康サポート、自治体や社会福祉協議会における介護予防事業の講師、そしてパーソナルトレーナーとしての個人事業を展開しています。

活動の場や、現場で求められるニーズやデマンドは様々で、一つひとつの活動が独立した取り組みに見えるかもしれませんが、しかし私には、どの場も、そこに携わる全ての人々も絶妙なバランスで繋がっており、ウェルビーイングな相互作用を生み出す貴重な場となっているように思えます。

これからも私は自分と同じアンテナを持つ仲間との関わりを通して、その感度をより高めていきながらも、自分とは異なるアンテナを持つ人々とも積極的に関わることで、新たな視点や気づきを得て、自らのアンテナを増やしていきたいと考えています。そうして広げていく関わりと学びの循環こそが、私にとっての「持続可能な作業療法」の未来です。

【ご略歴・プロフィール】

2001年 山口コ・メディカル学院 作業療法学科 卒業
2002年 佛教大学 社会福祉学部 社会福祉学科 卒業
2001年 小郡第一総合病院 勤務（～2015）
2010年 山口県精神障害者バレーボール連盟 理事・コーチ兼トレーナー
山口県鴻城高等学校 女子バレーボール部 トレーナー
2015年 山口コ・メディカル学院 入職（現 作業療法学科 学科長）
医療法人社団 東整形外科医院 非常勤

2017年 corefeel Narrative 起業

認定作業療法士

日本パラスポーツトレーナー協会 (JPSA) 認定パラスポーツトレーナー

日本コアコンディショニング協会 (JCCA) アドバンストレーナー (JCCA 他4ライセンス)

メンタルウェルネストレーニング協会 (MWTA) 認定ビジョントレーニング指導員

赤十字 Basic Life Supporter、First Aid Provider

等

上谷 昌次 (老人保健施設 アイユウ)

地域に根ざした健康づくり、まちづくりの一環として「プロギング (Plogging)」を継続して実践している。プロギングとは、スウェーデン語の「plocka upp (拾う)」と英語の「jogging (走る)」を組み合わせた造語で、ジョギングしながらごみを拾う活動である。「拾う」という作業が、ひと・まち・ものとのつながりを生み出し、達成感や楽しさ、社会貢献の実感が伴い、身体的・心理的・社会的に満たされた状態、すなわちウェルビーイングの向上にもつながる。プロギングは世代を問わず誰もが参加しやすく、健康づくりと地域課題の解決を同時に進める持続可能な活動だと考える。プロギングを通して得られた気づきとともに、「地域共生の文化を育む作業療法」として、いかに多領域に拡がり得るのか、またそれがどのようにウェルビーイングやSDGsの目標達成と響き合うのかを話したい。共に地域の未来を形づくっていきましょう。

【ご略歴・プロフィール】

老人保険施設で勤続17年。地域での保健推進、認知症サポーター養成や社会復帰及び参加のための支援を行っており、SDGsを意識した活動に繋げている。

田谷 由桂里 (山口市役所)

山口市 (以下、市) では、介護予防・日常生活支援総合事業の短期集中型サービス (以下、短期集中) を令和5年度より本格実施している。現在、通所型として市内6カ所で展開されているが、徳地・阿東地域ではリハビリ専門職の人材不足や送迎の広域性といった課題により、事業所の確保が困難であり、地域間格差が生じていた。

要支援認定等の軽度者は適切な支援があれば、元に戻れる可能性が高い。該当地域では、生活不安を相談しても地域交流の情報提供に留まることが多く、要介護状態でない限り専門職の関わりが得られない状況があった。国が目指す介護予防と作業療法は親和性があり、早期から関わる専門職は作業療法士であってほしいと感じている。多職種で包括的な支援体制を構築することが望ましいが、中山間地域の過疎地で、まずは作業療法で住民の幸福に寄与できることを示したいと考えた。市は当該地域での訪問型短期集中の導入を検討し、令和6年6月に山口県作業療法士会 (以下、県士会) に相談した。検討会議を重ね、市は訪問型の実施を制度的に担保するために、要綱改正を行い、令和7年1月に県士会との委託契約を締結した。同年2月より本格実施し、同年7月時点で9名の利用実績がある。本取り組みは、中山間地域における持続可能な介護予防サービス提供体制の構築にむけた実践例として皆さんに紹介させていただく。

【ご略歴・プロフィール】

1980年 香川県高松市生まれ

2009年 学校法人穴吹リハビリテーションカレッジ卒業 作業療法士免許取得

社会医療法人財団大樹会 総合病院 回生病院 入職

2017年 山口市健康福祉部高齢福祉課 (山口市基幹型地域包括支援センター) 入職

ワークショップ

小児領域ワークショップ 10:35～11:25 11:35～12:25

学校の先生と考えるウェルビーイング ～まなびの芽を伸ばす教室づくり～

ファシリテーター：倉重 智恵美

(特定非営利活動法人すもーるすてっぷ 子ども発達支援 てだのふあ)

プロフィール・略歴の他

大学卒業後、鹿児島市や周南市の重症心身障害児施設に勤務し、主に入所や外来の個別の作業療法を実施。

2024年2月より児童発達支援・放課後等デイサービス事業所に勤務。生活の中で子どもたちの発達をどう支援していくか日々勉強中。

【ワークショップについて】

子どもたちが家庭の次に長く過ごす学校。

その学校で子どもたちが何に困っているのか、教室の様子などの情報から評価し、子どもたちの「できた！」が生まれる工夫をみんなで考えてみませんか？

普段、医療として関わっている病院勤務のOTのみなさんも子どもたちが生活している場と自分がやっている治療を結びつけて考えるヒントを見つけてください。



精神領域ワークショップ 10:35～11:25 11:35～12:25

ゆるっと体感！現場あるあるで学ぶ“動機付け面接” ～笑って気づいて、明日から使える対話のヒント～

ファシリテーター：池田 晶代 (医療法人 和同会 吉南病院)

<プロフィール・略歴>

1998年 国立呉病院付属リハビリテーション学院 作業療法学科 卒業

1998年 吉南病院 勤務

所属：動機付け面接 MI トレーナー (MINT メンバー 2024 in Christchurch)

寛容と連携の日本動機づけ面接学会 指導者研修修了

精神科作業療法学会 (POTA) 理事

野菜ソムリエ (2010年取得)

ヨガインストラクター (RYT200) 取得目指し 勉強中

作業療法士として経験を重ねる中で「なんとなくできている」気がする一方で、本当に相手の話を“聴けて”いるのか？と悩むように。そんな自問の中で出会ったのが動機づけ面接(MI)でした。「相

手の力を信じて引き出す」その姿勢は、作業療法の本質にも通じると感じています。今回は、MIの基本を、みなさんと楽しく体感できる場になればと思います。



MIは、
この両価性(迷い)を
解消していくことによっ
て行動変容を促す面談

一 般 演 題

糖尿病を合併した重症ばね指に対して とくなが法の保存的介入が奏功した一例

山口県済生会山口総合病院 リハビリテーション部¹⁾
山口県済生会下関総合病院 リハビリテーション科²⁾
○ 小田隆史¹⁾, 相田芳徳²⁾, 清水一希²⁾
キーワード: ハンドセラピー, 作業療法プログラム, 糖尿病, (ばね指), (とくなが法)

【緒言】

狭窄性腱鞘炎(以下, ばね指)は, 屈筋腱と腱鞘の滑走障害によって, 疼痛, 弾発現象, 関節可動域制限を引き起こす疾患である. 特に中高年女性や糖尿病患者においては高頻度に発症し, 重症例では日常生活での使用に支障を来すことがある¹⁾.

初期治療として, 安静, 薬物療法, ステロイド注射, スプリント装着などの保存的治療が行われる. しかし, 保存療法に抵抗性を示す例や, 弾発現象が強く, ロッキングを伴う場合には腱鞘切開術を中心とした手術療法が選択される²⁾.

今回, 2型糖尿病を有したばね指症例に対し, とくなが法を中心とした作業療法を実施し, 良好な機能改善が得られたため具体的な手法ならびに文献的考察を交えて報告する.

なお, 本報告は人を対象とする医学系研究に関する倫理指針ガイダンスを遵守し, 対象から自由意思による同意を得た上で, 不利益を回避するための倫理的配慮を講じた.

【症例】

症例は64歳, 女性, 専業主婦で, 右利きであった. 既往歴として2型糖尿病を有する.

現病歴は, 初診の約3ヶ月前より左中指基節部に圧痛および弾発現象を自覚し, 近医にてばね指と診断された. 薬物療法と安静指導を受けたが改善を認めず, 手術的に紹介となるも手術を拒否したため作業療法が開始となった.

初回評価ではGreen分類Grade III, 疼痛はVisual Analogue Scale(以下VAS)にて安静時18/100, 弾発時88/100であった. 罹患指のTotal Active Motion(以下TAM)は150°であり, 各関節の自動関節可動域(伸展/屈曲, MP, PIP, DIPの順)は0/65°, -36/76°, -10/55°であった. PIP関節には他動伸展にて-24°の制限を認めたが, DIP・MP関節には可動域制限を認めなかった. なお, 健側中指のTAMは268°(健側比55.9%)であり, 自動関節可動域は0/88°, 4/100°, 2/74°であった.

表1. Green分類(ばね指の重症度分類)

分類	臨床所見
I	疼痛のみ, 引っこかりなし
II	引っこかりはあるが, 自力で伸展可能
III	自動伸展不能, 他動で伸展可能(屈曲位保持)
IV	自動・他動ともに伸展困難(固定)
V	屈曲拘縮を伴う

【作業療法プログラム】

作業療法は週1回の外来通院で以下のプログラムを実施した. また, 介入中は関節可動域測定, 疼痛評価, Green分類による重症度評価を継続し, 加えて自主訓練の遵守状況を口頭にて確認した.

1. 関節可動域訓練

PIP関節の伸展制限に対し, 関節包・靭帯の柔軟性向上を目的に, 他動的関節可動域訓練を実施した.

2. とくなが法³⁾(図1)

①A1 pulley ストレッチ

手関節軽度背屈位, MP関節およびPIP関節を90°屈曲位, DIP関節を完全伸展位とし, その肢位を保持したまま抵抗下にMP関節を最大努力での自動屈曲を行った.

②屈筋腱ストレッチ

手関節軽度背屈位, MP・PIP・DIP関節を可能な範囲で伸展位に保持した状態で罹患指に対して他動伸展ストレッチを行った.

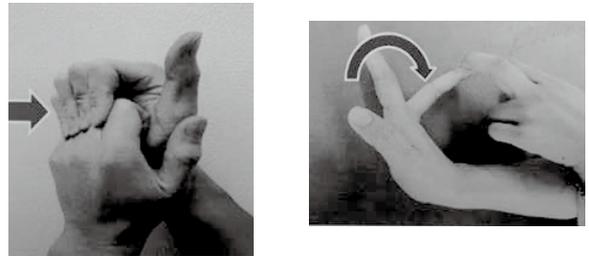


図1. とくなが法

左: A1 pulley ストレッチ 右: 屈筋腱ストレッチ

3. 自主訓練

A1 pulley ストレッチは1回30秒間を10回, 1日3回実施とした. 屈筋腱ストレッチは罹患指を最大伸展位で30秒間保持する方法を1回5セット, 1日2~3回の実施を励行した. また, 腫脹や熱感を自覚した場合, 1回5分間を目安としたアイシングを指導した. 自主訓練の実施状況は, 外来リハビリテーション時に症例に対して実施頻度・回数・時間帯を口頭で確認し, 週単位での実施状況を確認した.

【経過】

介入後1週にて, Green分類はGrade IIに改善し, 安静時痛は消失した. 弾発時痛はVASで43に低下した. PIP関節の伸展可動域は, 自動-26°, 他動-17°となった.

介入後3週では, Green分類はGrade IIを維持し, 弾発時痛はVASで23に改善した. PIP関節の伸展可動域は自動-16°, 他動-4°であった.

【結果】

介入後4週にてGreen分類はGrade I, 弾発時痛および弾発現象も消失し, TAMは258°, 各関節の自動関節可動域は0/90°, -4/98°, -4/70°であった. PIP関節の他動伸展可動域は0度であり, 作業療法を終了した.

自主訓練の実施率は93%と高い実施率が維持されており, 終了後も自主訓練の継続実施を促した.

表2. 介入前後における各関節の自動関節可動域およびTAMの比較

	介入前	介入4週後
MP (伸展/屈曲)	0° / 65°	0° / 90°
PIP (伸展/屈曲)	-36° / 76°	-4° / 98°
DIP (伸展/屈曲)	-10° / 55°	-4° / 70°
TAM (合計)	150°	258°
TAM (健側比)	55.90%	96.20%

【考察】

糖尿病を併存疾患として有するばね指は、難治性の傾向があり、Green 分類 Grade III のような症状が進行した症例では、保存療法の効果が限定的で手術療法が第一選択となることも少なくない⁴⁾。

このような背景において、本症例は糖尿病を合併し、弾発現象と関節可動域制限を伴う Grade III のばね指であったにもかかわらず、とくなが法と自主訓練の導入により短期間で機能改善が得られた点に臨床的意義があると考えられる。

とくなが法は、A1 pulley ストレッチと屈筋腱ストレッチから構成される保存療法である。A1 pulley ストレッチは、MP 関節屈曲位での抵抗運動を通じて腱鞘に張力を加えることで、腱鞘内圧や機械的刺激を介した柔軟性の向上と内腔の拡張に寄与し、滑走障害の改善を促すとされている³⁾。先行研究では、超音波検査により A1 pulley の断面積が平均 11% 拡大したと報告されており、その有効性が示唆されている⁴⁾。また、屈筋腱ストレッチは、FDS および FDP 腱に持続的な伸張刺激を加えることで腱組織の柔軟性を高め、腱滑走の改善が期待できる。

本症例の短期的な機能改善において、特に重要であったのは、自主訓練の高い実施率であったと考える。光山らは、とくなが法の効果を最大限に引き出すためには、患者自身の病態理解と自己管理能力に基づいた自主訓練の継続が不可欠であると報告しており自主訓練の実施率は重要である⁵⁾。本症例では自主訓練実施率は 93% と高く保たれていた。この高い実施率により、とくなが法が自主訓練として継続的に組み込まれ、単回の受動的介入では得られにくい、運動刺激の量、頻度、継続性が確保されたと考えられる。このような訓練の継続は、症例の病態理解の深さおよび自己管理能力の高さを示すものであり、保存的治療の効果を高める一因となったと考える。

加えて、症状出現からの期間が約 3 か月と比較的短期間であったことも、良好な治療反応性につながった可能性がある。腱鞘や腱組織に不可逆的な線維化や拘縮が高度に進行する前の段階で介入を行ったことで、より効果的な改善が期待できたと考えられる。

ばね指には自然軽快する例も報告されているが、本症例のように短期間で明確な機能改善が得られたことは、本保存的介入の有効性を示唆するものである。

以上のことから、難治とされる糖尿病合併例のばね指に対し、とくなが法を主体とし、自主訓練を併用した保存的アプローチは、今後の治療選択肢となる可能性が示唆された。

【結語】

糖尿病を合併したばね指罹患者に対し、とくなが法を中心とした作業療法を行い、短期間で弾発現象、疼痛、関節可動域の改善を認めた。

ただし、一症例での報告であり、さらなる症例の蓄積と検証が必要である。

【利益相反】

本報告に関して、開示すべき利益相反はない。

【引用文献】

- 1) Makkouk AH, Oetgen ME, Swigart CR, Dodds SD. Trigger finger: etiology, evaluation, and treatment. *Curr Rev Musculoskelet Med*. 2008;1(2):92-96.
- 2) Jeanmonod R, et al. Trigger finger: Pathophysiology and surgical treatment. *J Hand Surg Am*. 2014;39(10):1879-1884.
- 3) 岩倉菜穂子: ばね指に対するストレッチ「とくなが法」の治療効果. *MB Med Rehabil*. 2020;244:78-82.
- 4) Tanaka S, Uehara K, et al. Evaluation of the first annular pulley stretch effect under isometric contraction using ultrasonography in trigger finger. *BMC Musculoskelet Disord*. 2021;22(1):421.
- 5) 光山里実: 母指ばね指に対するとくなが法変法の治療成績と傾向一寛解群・手術群を比較して一. *日本ハンドセラピー学会誌*. 2023;16(2):91-96.

腱移行術が行われた橈骨神経麻痺に対しカナダ作業遂行測定法を用いて装具の適応を検討した一例

山口県済生会下関総合病院 リハビリテーション科¹⁾
 山口県済生会下関総合病院 整形外科²⁾
 山口県済生会山口総合病院 リハビリテーション科³⁾
 ○梶田芳徳¹⁾, 安部幸雄²⁾, 高橋洋平²⁾, 清水一希¹⁾,
 小田隆史³⁾

キーワード：上肢機能, 装具療法,
 リハビリテーション, COPM, (橈骨神経麻痺)

【緒言】

カナダ作業遂行測定法 (COPM) は臨床において幅広く活用される評価法である¹⁾。1991年に発表されて以降、様々な臨床環境で活用されている。主観的な評価ではあるが、価値観や優先事項に基づいた目標設定を促進し、治療成果を向上させることが示されている。

今回、橈骨神経麻痺に対して腱移行術を行ったものの十分な機能改善が獲得できなかった一例に対し、COPMを活用して静的装具、動的装具の適応を検討し、日常生活および周辺活動の改善を認めたため、その実態を報告する。

なお、対象から自由意志による承諾を得た上で、不利益を回避するための配慮を実施した。

【症例】

77歳男性、専業主夫、60歳代より斜視弱視を発症した。当院受診の8ヶ月前より、左手背および手指の痺れを認め、近医にて多発性神経炎と診断され治療を受けるも、下垂手および下垂指が出現し当院紹介となる。

初診にて、橈骨神経支配の筋群は徒手筋力検査法 (MMT) にて、上腕三頭筋4、以遠は1であり、橈骨神経支配以外の筋群は5であった。

感覚は、橈骨神経領域の触覚は5/10、異常知覚 (疼痛) はNRSにて7/10であった。

関節可動域は、他動運動にて前腕、手関節、手指は健側と同等であったが、自動運動は前腕回外-60度、回内90度、手関節伸展-65度、屈曲65度、手指は平均にてMP関節伸展-70度、PIP、DIPは伸展0度であった。(図1, 2)

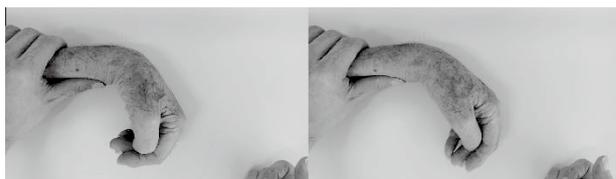
握力は0kg (健側22.5kg, 健側比0%)であり、日常生活動作および軽作業における左上肢の使用は困難であった。

診断は橈骨神経麻痺と診断され、MRIでは上腕外側からFrohse arcade、さらに末梢に至るまで橈骨神経周囲に高吸収域を認めており、高齢、発症から8ヶ月経過していることを考慮し、神経剥離とともに一次的に腱移行術を企画した。

【手術】

まず、神経剥離を行った。上腕外側から肘、前腕掌側に皮切を加え展開、肘より中枢の橈骨神経は見かけ上は正常であった。肘より末梢の橈骨神経は、回外筋入口部、Frohse arcadeの中枢から、色調は正常とは異なり浮腫状であった。また、Frohse arcadeの直下で圧迫を認め、その中枢にはpseudneuromaを認めた。回外筋は浅層を切離し、神経を十分に剥離し閉創した。

次に、腱移行術を行った。円回内筋を長および短橈側手根伸筋間から短橈側手根伸筋に移行、手関節背屈位で強めの緊張とし縫合を行った。続いて、短母指外転筋の1本を筋腱移行部で切離し、橈側手根屈筋の遠位断端と縫合し、長母指伸筋再建後の滑車とした。長母指伸筋腱は、欠損した長掌筋の代わりに環指浅指屈筋にて移行し、緊張は手関節背屈位にて握り込みが可能な程度に縫合した。最後に、橈側手根屈筋を背側にて総伸筋腱に縫合し、緊張はMP軽度屈曲位の機能的肢位とした。縫合法は編み込み縫合を用いた。閉創のうち、手関節背屈、MP軽度屈曲、母指外転位にてシーネ固定とした。



(図1) 手関節の自動運動
 左：手関節屈曲 右：手関節伸展



(図2) 手指伸展
 左：他動伸展 右：自動伸展

【リハビリテーション】

術後2日より、静的装具であるDorsal Wrist Cock-Up Splintに変更した。また、関節可動域訓練は装具を除いて、移行腱の収縮ならびに動的腱固定効果を用いながら前腕回内、手関節伸展、手指伸展の機能転換を自動助運動や等尺性運動を用いて行った²⁾。

日常生活および軽作業では、手指屈曲運動に伴い手関節掌屈位が強く生じるため、装具を使用して手関節伸展位とし、動的腱固定効果による手指伸展運動が可及的に行いやすくなるよう可及的に手掌部のストラップを緩めに設置するよう指導した。(図3)

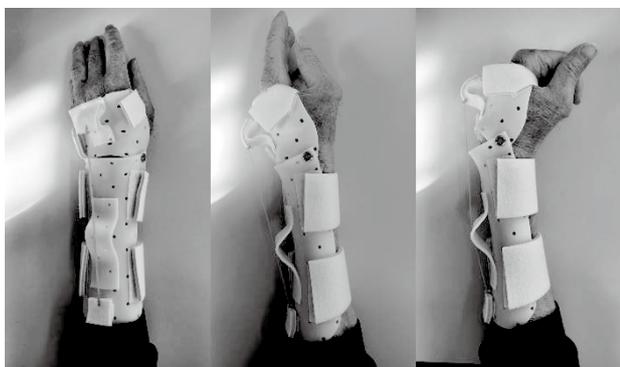
術後1ヶ月、MMTにて回外筋は3に改善を認めたが、以遠の筋群は1であった。

関節可動域は移行腱を用いた自動運動にて、手関節背屈は-25度であり、手指MP伸展は-30度、動的腱固定効果を用いて-10度であった。感覚検査は術前と変化はなかった。握力は装具非装着にて5.6kg（健側21.3kg、健側比26.2%）であり、日常生活および軽作業にて手指屈曲に伴う手関節掌屈位は依然として出現しており、静的装着の着用を励行した。

術後3ヶ月にて、また、漸増抵抗運動を開始し、重作業を許可した。関節可動域は手関節伸展のみ改善を認め、自動運動にて-10度であり、握力は装具非装着にて8.6kg（健側22.2kg、健側比38.7%）であった。感覚障害は著変を認めなかった。日常生活においては装具による手関節の支持を必要としたが、手関節伸展が僅かに改善したことにより動的装具の適応を検討した。なお、動的装具は手関節に可動を持たせ、手関節背屈の筋力不足を補うためゴムの張力を利用して手関節伸展を補助した。（図4）



（図3）背側カックアップスプリント
左：手指屈曲 右：手関節屈曲にて手指伸展



（図4）動的装具
左：背面 中：手関節伸展 右：手関節屈曲

【COPMによる検討】

動的装具の導入を検討するに当たり様々な評価法が存在するが、弱視のため口頭にて対応が可能、簡便かつ短時間で評価可能、煩雑さがなく、最小変化量(MCID)があることを考慮して、COPMを使用し重要な動作の把握、および静的装具と動的装具の適応効果を検証した。

患者への聴取より、作業の問題は重要度順に、食事動作における茶碗の操作、布団の整頓および上げ下ろし、衣類をたたむ、庭木を枝切ハサミで剪定する、畑を桑で耕すであった。（表1）

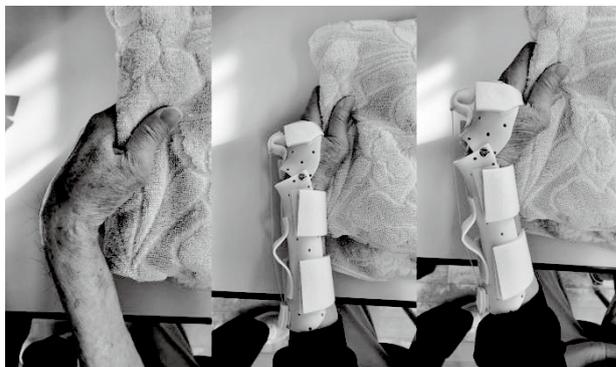
特に食事動作、衣類をたたむなどの動作では、物品操作における手指屈伸の反復を必要としており動的腱固定効果による手指伸展が行える動的装具が遂行度、満足度ともに高値であった。また、布団の整頓および上げ下ろしにおいては、布団の重量や模倣動作において手関節の屈曲を生じることより、静的装具の適応と考えたが、布団の整頓に手指屈伸の反復を必要とし、上げ下ろしは健側上肢を主として使用するため動的装具が有用であった。（図5）

一方、庭木の剪定や畑の耕耘作業においては、大型の剪定ばさみ、桑を長時間把持し続けるため静的装具がより満足度が高い結果となった。

COPMのスコアは、静的装具単独では、遂行度3.8、満足度3.8であり、動的装具単独では遂行度4.4、満足度4.8であった。（表1）

各項目においてCOPMの遂行度、満足度がより高値となる装具を選択し併用すると、遂行度5、満足度5.2となり、従来使用した静的装具よりそれぞれ、1.2、1.4の改善が得られた。（表2）

また、各作業の問題に関する聴取にて、手指屈伸を多く必要とする動作は動的腱固定効果を行いやすい動的装具がより利便性が高く、手指屈曲位にて長時間の把持を行う動作は静的装具の利便性が高い傾向にあった。したがって、日常生活全般においては動的装具、手指屈曲を長時間必要とする動作は静的装具とし、用途に応じて使い分けるように指導した。



（図5）ブランケットの把持、持ち上げ
左：装具非装着での持ち上げ 中：装具装着にて把持
右：装具装着にて持ち上げ

作業の問題	重要度	静的装具		動的装具	
		遂行度	満足度	遂行度	満足度
食事動作	10	3	3	5	6
布団の整頓	9	3	3	5	6
衣類の整頓	8	3	3	5	6
庭木の剪定作業	8	5	5	4	3
畑の耕耘作業	8	5	5	3	3
スコア		3.8	3.8	4.4	4.8

(表1) COPM 静的装具と静的装具の比較

作業の問題	重要度	静的装具		併用	
		遂行度	満足度	遂行度	満足度
食事動作	10	3	3	5	6
布団の整頓	9	3	3	5	6
衣類の整頓	8	3	3	5	6
庭木の剪定作業	8	5	5	5	3
畑の耕耘作業	8	5	5	5	5
スコア		3.8	3.8	5	5.2

(表2) COPM 静的装具と装具併用の比較

【考察】

末梢神経のリハビリテーションは、運動機能の麻痺により生じる不良肢位や予測される関節可動域制限を未然に予防し、神経回復に合わせMMTを臨床的指標として筋収縮を促すことが基本となる。しかしながら、機能改善が乏しい場合には、装具療法などを駆使して運動の補助を行い生活上の利便性向上を図る必要がある。

橈骨神経高位麻痺においては、手関節および手指の伸展が困難となり、下垂手、下垂指を生じるため、手関節を伸展位とし手指を伸展方向に牽引する動的装具が適応されることが多い³⁾。

しかしながら、動的装具は重量や日常生活の妨げになるなどの理由により装着率が低下することが報告されている⁴⁾。

本症例においては、術後に回外筋筋力が改善しており遠位の伸筋群の改善が期待できたこと、握力発揮には手関節伸展30度、尺屈5度が理想とされており⁵⁾、腱固定効果による手指伸展は犠牲となるものの日常生活における物品の把持を優先させ、静的装具を選択して神経回復を期待した。

しかしながら、満足いく回復は得られず将来的な改善も不明であるため、日常における利便性の向上のため、腱固定効果を活用した手関節駆動式の動的装具の導入を試み、COPMを用いて装具の効果を検討した。

Eyssenらの報告では、COPMのMCIDは遂行度0.90～1.37、満足度1.45～1.90と報告されており⁶⁾、満足度は不十分であったものの即時的な改善効果が得られていた。

COPMを始め様々な評価法は、経時的な変化の効果判定として活用されることが多いが、同時期における即

時効果の検証にも有益と考えた。また、COPMの作業を仔細に改めることにより、最良な装具の適応は、軽作業か重作業か、握力が必要か否かではなく、手指屈伸の頻度が最も重要と判明しており、聴取した作業の背景を熟考することが肝要と考える。

しかしながら、COPMは、聴取した5項目に限定されること、自己報告型かつ主観的評価であるためレスポンスシフトが生じやすいことなどが問題である⁷⁾。弱視ため使用が困難であったが、DASHやHand20など他の評価とも擦り合わせて慎重に検討する必要があると顧みた。

【結語】

1. 腱移行術が行われた橈骨神経麻痺に対してCOPMを用いて装具の検討を行った。
2. COPMは即時効果の検証に有益であり、動作を困難とする要因の探索にも有用であった。

【利益相反】

本研究発表に関連し、開示すべきCOI関係にある企業等はありません。

【文献】

- 1) Law M, Baptiste S, Carswell A, et al: The Canadian occupational performance measure: an outcome measure for occupational therapy. Can J Occup Therap 57 (2): 82-7, 1990.
- 2) Muller EA, Hettlinger T: The difference of training speed of atrophied and normal muscles. Arbeitsphysiologie 15(3): 223-30, 1953.
- 3) 園畑素樹, 馬渡正明: スプリント作製に必要な解剖学的視点 上肢末梢神経障害を例にとりて. 日本義肢装具学会誌 30(2): 82-84, 2014.
- 4) Bamford E, Mawhinney JA, Johnson N, et al: What are the barriers to upper limb splint adherence, and how is adherence measured? A systematic review. Hand Ther. 29(4): 161-174, 2024.
- 5) 梶田芳徳: TFCC 損傷に対する鏡視下部分切除術 - 術後、リハビリテーション. 臨床スポーツ医学 30 (臨時増刊号): 298-302, 2013.
- 6) Eyssen IC, Steultjens MP, Oud TA et al: Responsiveness of the Canadian occupational performance measure. J Rehabil Res Dev. 48 (5): 517-28, 2011.
- 7) 鈴嶋よしみ: QOL 評価研究と行動医学-レスポンスシフトの視点から-. 行動医学研究 21 (1), 12-16, 2015.

frozen shoulder (凍結肩) に対する silent manipulation 施行後の 当院プロトコル

医療法人 三鳩会 吉田整形外科

○桑原良平, 吉田佑一郎

キーワード: (Frozen shoulder), (非観血的関節授動術), 関節可動域

【はじめに】

肩関節周囲炎は人口の 2 - 5%が患うとされており, 女性に多い疾患である¹⁾. 炎症期・拘縮期・回復期の病期を経て寛解するが, その中でも拘縮期に前方挙上 100° 以下, 下垂外旋 10° 以下, 内旋 L5 以下の可動域制限と疼痛を伴うものは「凍結肩 Frozen shoulder」と呼ばれている²⁾. 当院では, 早期の回復を希望する Frozen shoulder の患者に対して非観血的関節授動術 (Silent manipulation 以下 SM) を施行し, リハビリテーションを行っている. 今回, 当院における SM 施行後のプロトコル (留意点・通院頻度を含めて) を症例と共に報告する.

尚, 本報告に対し, 本人に口頭及び文書にて説明し同意を得ている.

【SM とは】

これまで Frozen shoulder に対して, 鏡視下関節授動術が施行されていたが, 全身麻酔をかける必要があり, 入院での加療を要していた. そこで皆川は, 超音波エコーガイド下に第5・第6頸髄神経根 (C5・C6) ブロックを使用し, 徒手的に関節包剥離を行う方法を考案し, 良好な成績を報告している^{3) 4)}. 対象は, 明らかな誘因がなく, 重度の関節可動域制限を有している者としている. 当院では術前に MRI を撮影し, 腱板断裂等がないか確認し, 同様に施行する.



※当院の医師による SM 施行中の様子

【当院のプロトコルと通院頻度】

Phase I

(術後翌日～7日, 通院可能であれば14日まで)

通院頻度: 週6日

① 肩甲骨不良肢位 (外転-上方回旋-前傾) の改善
疼痛に伴うアウターマッスルの過緊張を抑制する. 肩甲挙筋・僧帽筋上部線維・三角筋のリラクゼーションと肩甲胸郭関節の可動性と柔軟性の向上を目的とした ROM-EX を行う.

② 肩甲上腕関節の可動性の向上

関節包の再癒着の予防と柔軟性の再獲得に向けた積極的な ROM-EX を行う. この時期は, 第2肩関節の通過障害の改善 (代償動作を伴わない 90° 以上 120° 以下の外転動作) が重要である. その為, 肩関節の前方支持組織の剥離を行っていく. 前上方関節包・上関節上腕靭帯 (SGHL) ・烏口上腕靭帯 (CHL) に対して, 1st 外旋と肩関節伸展・内転肢位にて伸張を促す. 前方関節包・中関節上腕靭帯 (MGHL) に対しては, 肩関節 45° 外転位で外旋させ, 伸張させる. 伸張後, 第2肩関節で通過障害が改善できたか確認を行う. その際, 肩峰下インピンジメントの出現がないか注意する. 又, 通過障害が早期に改善できれば, phase II で行う前下方関節包と後方関節包に対する伸張も行っても良い.

③ 回旋筋腱板の筋再教育

上腕骨頭が関節窩に対して求心性の可動をすることと肩峰下インピンジメントの予防・改善を目的として行う. 初回の回旋筋腱板の運動は, 自動介助にて 1st 外内旋, Full Can・Empty Can の運動を取り入れることが多い. 又, 反復的な運動を行うことで腱板の一部は関節包に付着している為, 関節包の伸張にも繋がる.

④ セルフエクササイズの重要性の指導

現状把握ができるようにしっかりと説明と理解してもらえたか確認を行っていく. 徹底とした自己管理ができるかが重要である. たくさんの課題設定は混乱を招くので, 初回のセルフエクササイズとして, 頸部のストレッチ, 立位での肩関節伸展方向への振り子運動, 臥位でタオル・棒を用いた挙上運動を行ってもらう. 頻度としては, 1-2 時間毎にどれか一つを行ってもらうように指導する. 頸部のストレッチと振り子運動は頻度を多めにするよう指導する.

⑤ ADL 指導

重労働や長時間の同一姿勢 (デスクワーク・運転など) をとり続けることは禁忌としている.

行う場合は, ③のセルフエクササイズを徹底に行ってもらうこととデスクワーク時の姿勢へのポジショニング指導 (リラックスして行える姿勢) を行っていく.

Phase II

(SM 施行 2 週目～1 ヶ月)

通院頻度：週 3 回

① 肩甲骨不良肢位の改善

Phase I に続き、アウターマッスルに対するリラクゼーションと肩甲胸郭関節の可動性と柔軟性の向上に対するリハビリを継続する。併せて、この時期より、肩甲骨不良肢位の改善を目的とした菱形筋の筋再教育や上部体幹と肩甲帯の連動した回旋動作の運動（写真 1）を行っていく。可能であれば、四つ這い姿勢で行う立甲を行う。



写真 1（上部体幹と肩甲帯の連動した回旋運動）

② 肩甲上腕関節の可動性の向上

積極的な ROM-EX を引き続き行う。Phase I で代償動作を伴わない外転運動が獲得出来たら、前下方関節包と後方関節包に対してアプローチを行っていく。前下方関節包・前下関節上腕靭帯 (AIGHL) に対して 2nd 外旋動作を行っていく。又併せて後方関節包に対して、3rd 内旋や水平内転動作を行う。水平内転時、後方関節包の伸張程度にあわせて肩関節内旋角度を増加していくとさらに伸張を促せる。

③ 回旋筋腱板の筋力向上

自動介助による 1st 外内旋、Full Can・Empty Can の反復運動を増やす。その後、セラバンドや重錘を用いた運動へ転換していく。

④ 肩甲胸郭-肩甲上腕関節の連動性の向上

肩甲上腕リズムの再獲得に向けた粗大な運動や自主トレーニングも指導を行っていく。運動としては、臥位にて棒やタオルを持った挙上運動やタオルワイピングを行う。座位にて挙上が可能であれば座位でも行うが、代償動作（肩甲骨挙上など）を認めないように注意して運動指導を行う。

⑤ ADL 指導

Phase I のポジショニングや禁忌事項は継続する場合もある。患肢の使用頻度により、アドバイスが大きく変わる時期である。使用頻度が高い・リハビリに積極的な方には、動作時痛を訴えるケースが多いため、出来る方法・指導を行うことと薬物療法（痛み止め・湿布）を行うよう促す。又、患肢の使用頻度が低い方に対しては、リハビリ中に ADL 訓練にて動作確認を行い、成功体験を積んでもらう。

Phase III

(SM 施行 1 ヶ月～3 ヶ月)

通院頻度：週 2～3 回

① 残存している可動域制限の改善

この時期は肩関節屈曲・水平内転・2nd 外旋・結滞動作の最終可動域まで達していない場合が多い為、引き続き最大可動域まで各方向の関節包の伸張を繰り返し行っていく。

② 左右差を感じない自動運動の獲得

複合関節である肩関節は、複雑な動作が可能となるように動作訓練を行う。当院では、壁でワイピング運動や四つ這いで Cat&Dog やキャットポーズ(写真 2)といった運動を取り入れることで体幹からの連動性を引き出す。又、患者 ADL の背景を聴取し、優先的に動作訓練を行う。



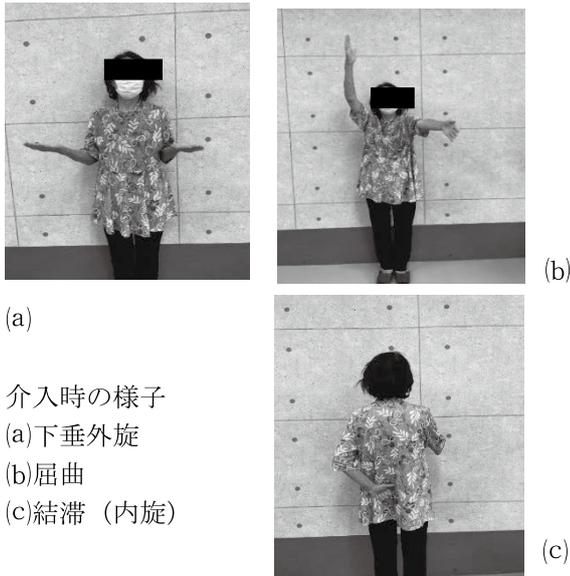
写真 2（キャットポーズ）

③ ADL 指導

ADL 上の禁忌事項はない。関節可動域の拡大に伴い ADL 動作に対する不自由さは軽減できている時期となる。患者の生活背景を聴取し、必要に応じて動作指導・動作訓練を行っていく。

【症例提示】

60 歳代女性、利き手：右 職業：調理
 現病歴：1 年前より左肩関節に疼痛を伴った挙上動作があったが、通院せず自宅で療養する。半年が経過し、両肩関節も挙上困難を認め、当院にて両肩関節拘縮として個別リハビリを開始。右肩関節の症状は改善するも左肩関節の著名な可動域制限は改善を認めなかった為、SM を施行した。
 デマンド：汗をかいたシャツが脱ぐにくい、エプロンができない



介入時の様子
 (a)下垂外旋
 (b)屈曲
 (c)結滞 (内旋)

【経過と結果】

《Phase I》：関節可動域 (自動/他動)

左肩関節 屈曲	80/125°
下垂外旋	20/30°
内旋 (結滞)	臀部/L5
NRS	5/10
JOA score 日常生活動作群	4/10 点

介入時、本症例の肩甲骨周囲のアライメントは円背があり、肩甲骨の外転・前傾となっていた。まずは、アウターマッスルに対するリラクゼーションと肩甲胸郭関節の可動性と柔軟性の向上目的としたROM-EXを行った。肩甲上腕関節においては、外転80°程度で痛みと代償動作が出現した。1st外旋20°で肩関節の前方中央部に伸張痛を訴えた。又、側臥位で肩関節伸展・内転を行うと肩関節前方上付近で伸張痛を訴えた。前方関節包の柔軟性の低下と判断し、疼痛を確認しながら、伸張を繰り返した。併せてスリングを用いて外転80°-120°範囲の外転動作の反復運動を行った。又、肩峰下インピンジメントの予防を目的とした回旋筋腱板の筋再教育も行った。セルフエクササイズとして、立位の振り子・頸部ストレッチ・臥位での挙上運動と上部体幹と肩甲帯の連動した回旋運動 (写真1) を指導した。特に立位での振り子運動を2-3時間毎に3分程度行うように指導した。振り子時に肩関節伸展位で上腕二頭筋腱の伸張痛を認めたが、振り子運動で柔軟性の獲得ができると判断し、痛みの範囲内で続けるように指導した。リハビリ開始X+5日目に肩関節外転動作は代償動作を伴わず、100°程度可能となった。又、振り子運動時の伸張痛も消失し、ふり幅の増大を認めた。ADLにおいても恐怖心や生活範囲の狭小化もなく、ご自身で痛みの範囲内で実施できていると聴取できた。

《Phase II》：関節可動域 (自動/他動)

左肩関節 屈曲	120/165°
下垂外旋	30/40°
内旋 (結滞)	L5/L3
NRS	6/10
JOA score 日常生活動作群	5.5/10 点

積極的なROM-EXを行った為、本症例からも動きやすくなったと聴取する一方、起床時の痛み・筋肉痛様の痛み・夕方周辺から出る鈍痛など痛みが持続・増悪を認めた。痛みに対しては湿布剤・痛み止めの服薬を継続することと痛みの増悪したときのみアイシングをするように指導した。肩甲胸郭関節の柔軟性の向上を認めたので、菱形筋の筋再教育を行い、立甲動作を開始した。肩甲上腕関節に関しては、前下方関節包の柔軟性の低下が強く肩関節2nd外旋肢位をとることが困難だったため、3rd外内旋より行い、徐々に2ndへと移行した。回旋筋腱板の運動は、抵抗を強めた自動介助運動を反復した。関節可動域の自他動の差を認めた為、セルフエクササイズとして臥位にてタオルを把持した挙上動作を1日3回程度実施するよう指導した。又、上腕骨頭の突き上げを予防するため、立位での振り子運動も継続するよう指導した。

ADLに関しては、Phase Iの禁忌事項は解除した。

《Phase II`》：関節可動域 (自動/他動)

左肩関節 屈曲	160/170°
下垂外旋	40/50°
内旋 (結滞)	L3/L1
NRS	3/10
JOA score 日常生活動作群	8/10 点

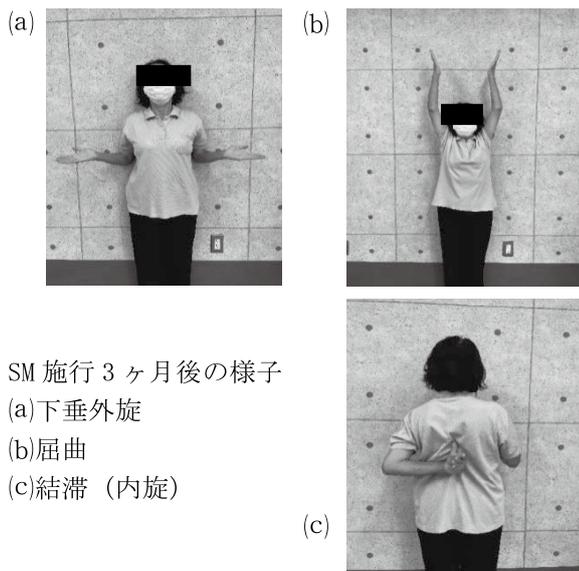
「あんなに痛かったリハビリが今じゃマッサージみたい」と発言されるほど疼痛の軽減を認めた。最終可動域での伸張痛の訴えが残存していたため、引き続き伸張を繰り返した。結滞動作・運転席から後部座席の物が取れないとADL上の動作困難さの訴えがあった為、動作獲得に向けた動作訓練を行った。又、セルフエクササイズとして、壁でのワイピングやキックポーズ (写真2) といった運動を用いた。

《Phase III》：関節可動域 (自動/他動)

左肩関節 屈曲	170/170°
下垂外旋	40/50°
内旋 (結滞)	Th12/Th12
NRS	1/10
JOA score 日常生活動作群	10/10 点

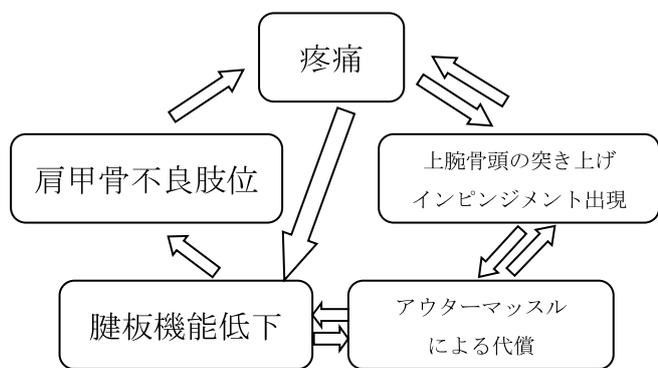
関節可動域において左右差は認められず、痛みの訴えは全て消失した。ADL上においても動作困難さはなく、孫と公園で一緒に遊ぶことができたことに喜

びの表情を見せてくれた。



SM 施行 3 ヶ月後の様子

- (a)下垂外旋
- (b)屈曲
- (c)結滞 (内旋)



(図1) 肩甲骨不良肢位が与える悪循環

【考察】

Binder らは、Frozen shoulder 発症後平均 44 ヶ月で 50%に疼痛や可動域制限が残存していると述べている⁵⁾。また Shaffer らも平均 7 年間経過観察した症例の 50%は愁訴が残存したと報告している⁶⁾。このことから肩関節周囲炎は寛解すると言われているが、多くの症例で完全には自然治癒しないことが考えられ、薬物療法や運動療法など治療的介入が必要であると考えられる。しかし、今回の症例のように 18 ヶ月以上罹患期間となっても病院やクリニックでの治療を行わないケースが多く見られる。高橋らも肩石灰沈着性腱板炎に対して、鏡視下手術を行った患者の術前罹患期間は平均 36.1 ヶ月だったと報告している⁷⁾。このことから罹患期間の長さが、疼痛増悪させ、患肢の使用頻度の低下や肩甲骨の不良肢位の助長を招き、Frozen shoulder を作る要因の一つになり、ADL の低下・QOL の低下など多くに影響を与えていると考える。

当院では肩関節周囲炎と診断され、リハビリ開始となる患者には Frozen shoulder を作らない取り組

みを行っている。肩関節周囲炎と診断された患者は、炎症期であることが多く、疼痛増悪により肩甲骨の不良肢位にならないように、肩甲骨周囲のリラクゼーションや上腕骨頭の突き上げによる腱板機能の低下や肩峰下インピンジメントを予防する他動的な運動を取り入れることが多い。またセルフエクササイズとしては、振り子運動・下垂位での回旋運動を行うよう指導し、就寝時・デスクワーク時等のポジショニング指導も重要であると考えられる。肩関節周囲炎と診断されても炎症期・拘縮期に応じて運動療法における関わり方を変える必要がある。

そのような取り組みを行っていても、炎症症状が強く自宅でのセルフエクササイズが取り組めない、糖尿病や甲状腺機能障害といった全身性疾患などの影響で症状増悪する症例も多くいる。そのようにして Frozen shoulder に移行した患者に、SM は全身麻酔が不要であり、外来で簡便に行うことができるため、有用な治療法の一つだと多くの文献で述べられている^{2),3),8)}。本症例のように罹患期間が長くても、良好な成績を収めることができる。当院では、SM 施行後初回より積極的に介入するため、SM 施行後 1 ヶ月程度で多くの患者は関節可動域の拡大を認めており、ADL においても動作困難さの解消ができています。だが一方で、Phase I ~Phase II への移行期間までに疼痛の訴えは強く出現するケースが多い。疼痛の原因としては、SM は強制的な関節包の剥離を行うものであり、急性炎症症状が出現することと、さらに再癒着の予防と柔軟性の獲得に向けたリハビリを展開することで炎症を加速させてしまうことが原因であると考えられる。疼痛に対する十分な説明と薬物療法やアイシングといったセルフケアは、炎症症状の消失まで行うことが大事な工程であると考えられる。疼痛を伴う時期であるが、Phase I における取り組みが早期回復に重要である。特に肩甲骨の不良肢位の改善・アライメントの調整を行うことが回復に大きな影響力を与えると考える。図 1 のように肩甲骨の不良肢位により、一方方向性だけではなく複雑に絡み合った悪循環が発生すると考えられる。肩関節のリハビリには、肩甲上腕関節の ROM-EX に囚われることが多いが、まずは肩関節が正しく運動ができるよう、肩甲骨の位置に正すということが重要であると考えられる。

Phase II では、肩甲上腕関節において 2nd 外旋位の動作獲得が重要である。肩関節周囲炎は長期的に炎症することで、肩関節前方関節包の肥厚・癒着を起し、挙上困難さや代償動作を用いた挙上動作を行ってしまう。その為、SM 施行後は Phase I ~Phase II までの期間に前方関節包に対する柔軟性の再獲得をすることがゴールへの近道であると考えられる。又、粗大運動を取り入れる際にも、代償動作が出ないように注意し、運動指導を行う必要がある。ADL 動作

においても同様に代償動作を出さないように、指導や助言を行う必要がある。本症例に関しても家事・仕事動作において随時指導・助言を行った。

PhaseⅢでは、愁訴や最終域の関節可動域制限を残さず、自然と患肢が使えるようなスムーズな自動運動の獲得が、患者 QOL の向上や高い満足度に繋がると考える。

全過程を通して、肩関節に対する機能・メカニズムの理解を深め、Frozen shoulder に対する原因と病態を把握することで、SM 施行後も段階的にアプローチをすることができ、十分な機能回復を望めると考える。その為には、当院プロトコルのように長時間の同一姿勢は避けるなど ADL 上の禁忌事項を設けることや、各 Phase で患者の状態に合わせて、運動指導や ADL 動作に対する助言を行うことが早期回復の足掛かりになると考える。

本研究を進めていくにあたり、罹患期間の長さの影響が SM 施行後の状態の回復にどう影響するのかは分からなかった。引き続き、研究を続けたいと思う。

【まとめ】

Frozen shoulder に対する SM 施行後の当院プロトコルを紹介した。肩関節関節包に対する機能解剖学的な知識と Phase に応じて段階的にアプローチすることで Frozen shoulder は改善できることが分かった。多くの研究者は罹患期間の長さに対する報告を挙げているが、本研究も罹患期間の長さが SM 施行後に及ぼす影響までわからなかった為、引き続き研究を続ける必要がある。

【利益相反 (COI) の開示】

本事例発表に関連し、開示すべき COI 関係にある企業等はありません。

【引用文献】

- 1) 公益社団法人 日本理学療法士協会：理学療法ハンドブック シリーズ 13 肩関節周囲炎：1-2, 2010
- 2) 浜田純一郎, 高瀬勝巳, 藤井康成ほか：拘縮肩と凍結肩の定義と適正な学術用語. 肩関節 45 : 122-126, 2021
- 3) 皆川洋至：凍結肩の診断と治療（肩関節拘縮に対するサイレント・マニピレーション）. Orthopedics., 25(11):93-98, 2012
- 4) 皆川洋至：凍結肩に対するサイレント・マニピレーション. 関節外科, 36 : 1077-1085, 2017
- 5) Binder. A. I., et al. :Frozen shoulder:along-termprospectivestudy. J. BoneJointSurg. 43:361-364, 1984
- 6) Shaffer, B. Tibone, J. E, Kerlan, R. K:Frozensho

ulder. Along-term follow-up. J. Bone Joint Surg. 74:738. 1992

- 7) 高橋憲正ほか：難治性凍結肩に対する鏡視下肩関節包切離術の成績. 肩関節 35 : 571-574, 2011
- 8) 古賀唯礼, 本多弘一, 後藤昌史, 中村秀裕, 久米慎一郎, 志波直人, 大川孝浩：拘縮肩に対するサイレントマニピレーションの臨床成績. 整形外科と災害外科 68 : (3) 540-543, 2019

急性期病院での終末期患者に対して 生活行為向上マネジメントを用いた Advance Care Planning ～生きてきた証を残すため～

独立行政法人地域医療機能推進機構
徳山中央病院リハビリテーション部
○鈴木健朗

キーワード: ALS, 生活行為向上マネジメント, 終末期,
(Advance Care Planning)

【利益相反】

開示すべき利益相反はなし。

【倫理的配慮】

発表に際して口頭及び書面にて同意を得ている。

【はじめに】

厚生労働省は、平成19年に終末期医療に関するガイドラインを作成し平成27年3月に「人生の最終段階の決定プロセスに関するガイドライン」として名称を変更しAdvance Care Planning(以下ACP)の重要性を提唱している。また、医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて医療・ケアを受ける本人が多専門職種(以下MTDLP)の医療・介護従事者から構成される医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人による意思決定を基本としたうえで、人生の最終段階における医療・ケアを進めることが最も重要な原則である¹⁾としている。しかしながら、国内の実践報告は少なく、リハビリ専門職からの報告事例も同様である。この度、筋委縮性側索硬化症(以下ALS)を呈し呼吸困難となり当院脳神経センターに入院となった患者(以下A氏)に対して生活行為向上マネジメント(以下MTDLP)を用いてACPに関わった。MTDLPシートを活用し課題抽出と職種間の役割を共有し、A氏とその家族の意思決定に対して院内・外の関連スタッフと支援した経過について報告する。

【事例紹介】

A氏70歳代女性、要支援2。X-1年に発症し訪問看護サービスを受けながらキーパーソンの夫と同居していた(近隣に長女家族が居住)。X年Y月Z日に呼吸状態が悪化し当院に入院となった。夫は認知機能に問題はないが軽度の難聴のため今後の治療方針を正確に共有する必要があるため入院後にキーパーソンが長女(以下KP)に変更となった。

入院当初(X年Y月)より血中酸素飽和度(以下SpO₂)が80%代前半を推移し浅表性呼吸となっており、主治医

はNPPVの使用を勧めるもA氏は、「顔の周りに物があるのが嫌だ」と頑なに拒否された。コミュニケーション能力は言語的な意思表示は可能で治療方針などの理解も良好であった。症状の進行が加速度的であり入院された時点で余命は3ヶ月程度あることをA氏と家族には宣告された。

【意思決定】

A氏は「静かに過ごしたい。何もできなくなっているし家族には迷惑をかけたくない」と発言される。ご家族は「残された時間は家族と過ごす時間にしたい。入院していた方が安心ではあるが、このままだと後悔しそうです」と葛藤があった。主治医は、「数時間でも家で過ごせる様に頑張りましょう。医療スタッフがサポート致します」と告げた。A氏を含めた家族は「皆が集まるのも最後になるかもしれないから。家に帰りたいです」と意思決定された。

【作業療法評価】

ALS(下位運動ニューロン障害)の重症度分類(5段階)は4度であり、食事は経管栄養、日常生活動作については、BIは0点、FIMは43点(運動機能13点、認知機能30点)であった。病状の理解や余命宣告については理解できているものの、加速度的に進行する病状の需要ができていない。また、今後の生活や家族に対して不安を吐露することが多く、X年Y月Z+2日に現状についての聞き取りを行った際には実行度1点 満足度1点であった。

心身機能、活動と参加、環境因子については以下の表-1, 2, 3 参照

〈心身機能・構造の分析〉表-1

生活を妨げている要因	<ul style="list-style-type: none"> ・進行性疾患による筋持久力の低下が著明 ・血中酸素飽和濃度が80%代 ・排痰機能低下
現状能力	<ul style="list-style-type: none"> ・褥瘡なくベッド姿勢に制限なし
予後予測	<ul style="list-style-type: none"> ・加速度的に進行しているため週単位でレベルが低下している ・3ヶ月の余命宣告を受けている ・急変のリスクがある

〈活動と参加の分析〉表-2

生活を妨げている要因	<ul style="list-style-type: none"> ・ADL/IADL 動作において全介助
現状能力	<ul style="list-style-type: none"> ・ギャッジアップ20度までは可能
予後予測	<ul style="list-style-type: none"> 1ヶ月後には1時間程度のリクライニング車椅子への離床は可能

<環境因子の分析>表-3

生活を妨げている要因	<ul style="list-style-type: none"> ・A氏と家族は疾患の理解はできているが病状の進行に合わせた病状需要ができていない ・KPは子育て世代で多忙
現状能力	<ul style="list-style-type: none"> ・主治医とKPは密にコンタクトを取っている ・自宅はバリアフリー構造 ・支援スタッフの連携が強固 ・吸引の手技など理解良好
予後予測	<ul style="list-style-type: none"> ・2週間以内に支援スタッフのカンファレンスを開催予定 ・面会中に介助指導が可能 ・緊急入院に備えて体制を整備

【合意目標】

(移乗動作, ポジショニング, 吸引の手技など在宅生活で必要な生活行為を支援し)

「残された時間を自宅で家族と過ごしたい」という意志決定を支援する。

【(チームの)総合的援助方針】

主治医はリハビリに対して1時間程度は車椅子で過ごせる様に介入することを指示。病棟看護師(以下Ns.)は、KPに吸引や内服の指導。理学療法士(以下PT)と作業療法士(以下OT)は車椅子への離床、シーティングの検討、ベッド上でのポジショニングの検討や指導。OTは家族に対して自宅内のレイアウトの写真、段差の箇所と高さの測定を依頼した。リハビリ介入は、OTがプログラムを立案しPTと病棟スタッフに指導し定期又は不定期のカンファレンスにて現状を共有することとした。ソーシャルワーカーは、担当ケアマネージャー(以下ケアマネ)や県難病班と連携を図り、入院後1週間以内にカンファレンスを開催予定とした。尚、言語聴覚士は医師の指示で入院時の嚥下機能評価のみ介入した。

【作業療法実施計画】

基本的プログラム、応用的プログラム、社会適応プログラムについて計画立案した。以下、表-4, 5, 6 参照

<基本的プログラム>表-4

A氏	介助下でベッドから車椅子へ離床練習
家族	介助指導を受け車椅子に離床介助する
Dr.	リハビリの中止基準を設定
OT	シーティング, ポジショニング, 車椅子選定
PT	OTの指示似て介入

<応用的プログラム>表-5

A氏	1時間程度の車椅子乗車練習
家族	面会時に車椅子上で時間を共有する
Dr.	活動時のバイタルなどの確認
OT/PT	体調に合わせて車椅子離床機会を設ける(1回~2回/日, 目標1回/時間)
Ns.	リラックスできる雰囲気を作る

<社会適応プログラム>表-6

A氏	自宅で過ごすための指導を受ける
家族	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅介護の技術習得と体制構築 ・急変時の対応の確認
Dr.	急変時の受け入れ態勢の共有
OT/PT	自宅環境に合わせて福祉用具の選定
ケアマネ	サービス調整
難病班(行政)	<ul style="list-style-type: none"> ・状態確認 ・Dr.との連携

【介入経過】

介入初期(X年Y月Z日~X年Y月Z日+7日)

OTは端座位練習から開始したが、SpO2が80%代前半に下降するためリクライニング車椅子(以下W/C)の使用が適切であると判断した。Z+6日目にはW/Cでシーティングを施す事で1時間程度の離床が可能となりSpO2もベッド上と変化は認められなかった。W/Cへの介助は安全面を優先し介助者2名とし介助指導を行い家族の介助でも離床が可能となり吸引などの手技も習得された。カンファレンスを開催しケアマネ、県難病班職員と現状の共有を図った。

介入中期(X年Y月Z日+8日~X年Y月Z日+18日)

X年Y月Z+19日に一時退院が決定した。退院後のサービス調整はケアマネに一任し福祉用具やポジショニング方法などは口頭及び書面にて情報提供を行った。家族による車椅子椅子への移乗介助も安全に行えつつあり、吸引手技においてもNs.立ち合いなく行えるまでに習得した。

介入後期(X年Y月Z日+19日~)

担当Ns. OT, ケアマネ, 県難病班スタッフは自宅退院に同行。自宅にて家族のベッドへの移乗介助, 吸引手技を最終確認し問題ないと判断。緊急時の対応などを再確認し介入を終了した。

【結果】

X年Y月Z+19日にA氏にこれまでの経過について聴取すると「皆さんが協力してくれて、体力は落ちていくのを感じながらも、本当に帰れるかもしれないと思えるようになっていました」と発言された。多少の不安を抱きながらも合意した目標と意思決定したことが実現できたことで実行度8、満足度9と向上した。

X年Y月Z+20日に急変し救急搬送され緊急入院と

なり, X年Y月Z+33日にご逝去された。

家族より「退院した日は, 孫たちが集まり遊ぶ姿を笑いながら見ていました. 家に帰っていなかったら後悔していたと思います」と自宅での様子を聴取した。

MTDLPを用いたことで自宅退院までに他職種と課題を共有したことで職種間の役割も明確にでき相互理解につながった。

【考察】

終末期患者の ACP に関わるには多くの課題があり, 個々によって, 生活環境や人生のプロセス, 死生観や宗教観が異なるため画一的な介入はできない. しかしながら, 終末期医療において, 疼痛緩和や ADL 動作の維持向上, 心理的支援など QOL 向上を目的としたリハビリテーションに期待が寄せられている²⁾介入早期に意思決定ができそれを支援する医療・介護・行政スタッフが情報を整理し共有できれば残された時間を家族と共にする事で「そのヒトが生きてきた証」を感じることに繋がるのではないだろうか。

MTDLP は, 対象者の生活に具体的な貢献ができるのかという点を重視している. (中略)作業療法が対象者の意向や思いに沿いながら対象者が抱える生活課題(中略)対象者の生活に影響を与える関係者との協働を通じて解決することを目指している³⁾. とされている. 本来, MTDLP は生活の再建を目指した事例で活用されるケースが多い. また, MTDL で重要とされている生活の広がり意識した介入ではなかったが, 今回の介入を通して, 終末期リハビリテーション領域での活用は, 限られた介入期間で情報を可視化しチームの方向性をまとめるためのツールとして MTDLP は有効であったことも示唆された。

今後, OT が終末期に関わる際には, OT の「業」とするヒトの生活やヒトの人生を包括的に見る視点が求められると考える。

【文献】

- 1) 厚生労働省 改訂 平成 30 年 3 月
「人生会議してみませんか」 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_02783.html
- 2) 辻 哲也:緩和ケア病棟におけるリハビリテーションの実際. 癌のリハビリテーション, 金原出版, 東京, 2006,
- 3) 作業療法ガイドライン(2024年版)
一般社団法人日本作業療法協会

補助手から実用手への移行を促した 脳卒中患者の一症例 —心理的支援と 行動変容に着目した回復期から外来 期にかけての継続的な作業療法

宇部中央病院 リハビリテーション室

○熊田美紗子

キーワード：上肢機能，行動変容，動機づけ

【はじめに】

脳卒中後の上肢麻痺は日常生活動作（以下、ADL）や生活の質（以下、QOL）に大きな影響を与え、特に利き手の麻痺は心理的負担を伴いやすい。上肢運動機能の回復と実生活での使用状況との間には乖離があり、心理社会的要因が関与するとされる¹⁾。近年は、課題志向型アプローチを基盤とし、意味のある活動を通じた麻痺手の使用促進と、行動指標による評価が重視されている。今回、麻痺手に中等度麻痺を呈した脳卒中患者に対し、回復期から外来期まで同一作業療法士が継続して介入し、補助手から実用手への移行および活動から参加への拡大に至るまでの過程において、行動変容と生活場面での使用行動が変化した経過を報告する。

本報告に際し、本症例へ口頭にて説明を行い書面にて同意を得ており、投稿について所属長への承認を得ている。また、本報告の実施にあたって開示すべき利益相反は存在しない。

【症例紹介】

60歳代後半、右利きの女性。病前は夫と二人暮らし、独歩にてADL自立、家事全般を担っていた。パート勤務や自動車運転も行い、ゴルフを趣味としていた。性格は活動的であるが、せっかちで煩雑な作業を避ける傾向があった。

現病歴はX年Y月Z日、右手の脱力感を自覚しクリニックを受診、脳梗塞の所見を認めたため当院へ救急搬送された。左放線冠のアテローム血栓性脳梗塞と診断され、t-PA静注療法を施行のうえ入院となった。

翌日より理学療法（以下、PT）・作業療法（以下、OT）・言語聴覚療法を開始したが、病日3日目に症状の進行が見られ、画像所見や臨床経過から branch atheromatous disease（以下、BAD）と診断された。発症して症状悪化後は、Brunnstrom Recovery Stage（以下、BRS）上肢Ⅲ、手指Ⅱ、下肢Ⅳ。Modified Ashworth Scale（以下、MAS）は1。認知機能はMini-Mental State Examination Japanese（MMSE-J）30/30点と良好であり、コミュニケーションにも支障はなかった。ADLはBarthel Index（以下、BI）45点、車椅子移動で、基本動作およびADL全般に軽介助～中等度の介助を要していた。病日23日目より回復期リハビリ

テーション病棟へ転棟し担当となった。

【作業療法評価】

回復期入棟時のOT評価を以下に示す。

- ・BRS：上肢Ⅳ・手指Ⅲ
- ・Fugl-Meyer Assessment 上肢運動項目
（以下、FMA-UE）：25/66点
- ・MAS：1+
- ・BI：75/100点
- ・機能的自立度評価表（以下、FIM）：
87/126点（運動項目52点、認知項目35点）

麻痺手は肩関節外転・肘伸展の分離運動が可能であったが、共同運動・代償動作が顕著で、手指の随意性は低く、実生活での使用は確認されなかった。

ADLは食事・整容は非麻痺手主体に自立していたが、更衣や清拭など両手動作に介助を要した。歩行は病棟内見守りレベルであったが、長距離は不安定であった。症例は「右手で物を持ちたい」「歩いて身の回りのことをしたい」と希望していた。同時に「右手を使いたいけど使えない」との訴えも聞かれた。

【介入と経過】

課題志向型アプローチを基軸としながら、回復過程に応じた心理的支援と行動変容への介入を行った。麻痺手機能・使用状況および心理傾向の経時的変化を表1にまとめた。以下に各期の詳細を記す。

第1期（病日23日目～70日目）：課題志向型訓練の導入と動機づけを促した時期

・行動変容ステージ：関心期～準備期

入院初期、症例は「右手を使いたいけど使えない」と述べており、使用の必要性を認識しながらも行動には移していない関心期の状態で目標も漠然としていた。面談を通じて目標を具体化し、「食事時に右手でお碗を持つ」という短期目標を共有した。補助手としての麻痺手使用獲得を目指し、課題志向型訓練を導入した。加えて、徒手介入および電気刺激療法を併用し、食事・更衣・洗体といった日常生活課題に即した訓練を毎日40～60分実施した。この時期にOTでは、以下の3つに焦点をあて介入を行った。

1. 課題志向型訓練による成功体験の構築

食事、更衣、洗体といった生活課題を中心に課題志向型訓練を実施し、成功体験を構築し使用頻度の向上を図った。

2. 行動目標の具体化と共有

「食事時、右手をお碗に添える」といった具体的かつ達成可能な短期目標を設定。患者の意欲に応じて柔軟に目標を修正しつつ共有した。

3. 自主課題の提供とフィードバック

機能の回復段階に応じて、自主トレーニング（上肢・手指運動）や日常動作に結びつく課題を段階的に提供し、

表1 麻痺手機能・使用状況および心理傾向の経時的変化

	BRS (上肢/手指)	FMA 66満点	MAL		主なADLでの 右手使用状況	心理傾向	行動変容ス テージ
			AOU (頻度)	QOM (質)			
回復期入棟時	IV/III	25	—	—	使用場面なし	「使いたいが使えない」 自己効力感低く、諦め傾向	関心期
第1期 回復期退院時	V/IV	44	0.5	0.5	ADL場面で 補助手として使用可能	「左手の方が早い」 「入院前くらべて右手は使えない」 入院生活にストレス強い 右手使用に心理的抵抗感あり	準備期
第2期 外来1か月後	V/V	48	3.4	2.3	ADL・家事動作での 使用頻度の増加	「右手でスプーンや包丁を使いたい」 具体的な目標の表出や 自発的な使用行動の出現	実行期
第3期 外来2か月後	V/V	55	3.9	2.6	実用性の向上 自宅外での活動の増加 趣味活動への取り組み	「食事時間を短くしたい」 「ゴルフを再開したい」 自己効力感の向上 行動の自律化	維持期

使用促進と動機づけに繋げた。また、実際の病棟生活場面で右手を補助手として使う体験を提供し、「少しでも使える」といった内省を引き出した。結果、屋内の独歩・ADL自立レベルで病日70日目に自宅退院に至った。退院時評価では以下の改善を認めた。

- ・BRS：上肢V・手指IV
- ・FMA-UE：44/66点
- ・MAS：1
- ・握力（右）：2kg
- ・FIM：107点（運動項目72点，認知項目35点）

観察評価で、麻痺手によるお椀・コップ把持や両手での洗体動作など、麻痺手が補助手として一定程度参加していることが確認された。しかし、症例は「左手でやったほうが早い」「入院前と比べて右手が使えない」との発言が聞かれ、利き手使用の病前とのギャップに対する心理的抵抗感が強く、自己評価は低いままであった。

さらに、ADLの自立が進む一方で、不眠や共同生活に対するストレスが強く、「早く家に帰りたい」という退院希望が顕在化した。身体機能は改善していたものの、環境要因から主観的なQOLは低い様子がみられ、動機づけや行動変容は乏しい状況であった。目標であったお椀の把持は可能となったが、Motor Activity Log（以下、MAL）における使用頻度を表すAmount of Use（以下AOU）および動作の質を表すQuality of Movement（以下QOM）ともに0.5点と、生活での使用頻度・質は低水準に留まった。生活場面における実用手としての使用促進を目指した継続的な介入が必要であり、外来リハへ移行した。

第2期（病日75日目～105日目）：麻痺手の使用行動の変容を促した時期

- ・行動変容ステージ：準備期～実行期

病日75日目より外来にてPT・OTの介入が週3回の頻度で再開された（PT40分・OT40分）。自宅退院後、

ADLの自立は維持されていたものの、料理や洗濯といった家事動作には支障がみられ、夫の支援を要していた。症例は「右手は使いにくいから左手でやっている」と話し、麻痺手に対する補助手としての認識は依然として乏しく、使用回避傾向が継続していた。一方で、病棟生活と異なり自宅生活では実生活に密着した課題が明確となり、症例の中で麻痺手使用への必要性和ニーズが具体化されやすい環境であった。この転帰を踏まえ、OTでは「スプーンや包丁を使いたい」といった具体的な希望を起点に、調理動作などの生活課題を再構成・分解した実用的な課題設定を行い、段階的な右手の使用促進を図った。この時期にOTでは、以下の3つに焦点をあてた介入を行った。

1. 課題指向型訓練による成功体験の蓄積
食事動作・調理をはじめとした実生活場面に訓練課題として取り上げ、実生活での使用頻度の向上や成功体験の蓄積を図った。
2. 行動目標の共有と動機づけの強化
「おかず一品を右手で完食する」といった生活に即した具体的かつ達成可能な目標を患者と共有し、段階的に麻痺手の使用を促した。目標設定のプロセスには症例の主体的な意思決定を積極的に反映するようにし、内発的動機づけを高めることを重視した。
3. 実生活での反復練習とフィードバック
食事・調理動作（スプーン使用や包丁操作など）や洗濯物干しといった生活課題や自主トレーニングを設定し、生活場面での反復経験を通じて実用性の向上と習慣化を図った。また、次の外来時に症例と振り返りを行い、使用場면을言語化して「できたこと」や「使えた場面」を共有し、肯定的なフィードバックを行うことで自己効力感の向上に努めた。

これらの介入を通じて、徐々に「字を書いてみた」「箸を使ってみた」といった自発的な使用行動が聞かれるようになった。外来開始から1ヵ月後の評価では

以下の改善を認めた。

- ・BRS 上肢 V・手指 V
- ・FMA-UE : 48/66 点
- ・MAS : 1
- ・握力 (右) : 4kg
- ・FIM: 125/126 点 (運動項目: 91 点 認知項目: 35 点)

上肢機能の使いづらさは残存しているものの通常箸や包丁の使用が可能となり簡単な調理が行えるなど実用的なレベルまで改善した。また、MAL-AOU3.4 点、MAL-QOM2.3 と麻痺手を積極的に使用する様子がみられ、家事も夫の支援なく行えるようになった。

一方で、症例からは「不便さはなくなったけれど、すべての動作に時間がかかり、疲れて長時間は使えない」との訴えが聞かれ、生活上の効率性や持続性の面で制限がみられ課題として残った。

第3期 (病日 105 日目～135 日目) : 麻痺手の使用行動を定着させ、参加へと拡大を促した時期

- ・行動変容ステージ : 維持期

この時期には使用行動が生活習慣として定着し、維持期へ移行した。症例は在宅生活への不安が軽減されたことを背景に、「食事時間を短くしたい」「ゴルフを再開したい」といった、上肢機能のさらなる QOL 向上や趣味活動の再開に関する具体的な希望を示した。これまでの「活動レベル」から「参加レベル」へと目標が明確化され、介入の焦点は使用行動の定着と活動の拡大へと移った。これらの目標に基づき、課題指向型訓練に加え、在宅での自主トレーニングや生活課題の提供、肯定的なフィードバックを継続的に行った。また、趣味であるゴルフ再開に向けて、素振りやパター練習などの段階的ステップを提示し、「楽しさ」や「達成感」を再び体験できる機会を提供した。外来開始から 2 か月後の評価では以下の改善を認めた。

- ・FMA-UE : 54/66 点
- ・MAS : 1
- ・握力 (右) : 7kg

食事動作では、箸を使用し同席者と同等の速度での食事が可能となり、上肢機能の実用性向上が認められた。これに伴い、外食や旅行といった自宅外での活動も増加した。また、趣味であるゴルフに関しても、当初はクラブのグリップ保持や固定が困難であったが、現在では自宅内での試打が可能となるまでに回復し、再開を視野に入れた介入が可能となった。さらに、MAL スコアにおいても、MAL-AOU は 3.9 点、MAL-QOM は 2.6 点と使用頻度および質の向上を認めた。

【考察】

今回、心理的要因と行動変容に着目し継続的な介入を実施した結果、麻痺手の使用行動の変化および社会参加の拡大へと繋がった。これらの要因について、以下に考察する。

1. 補助手から実用手への移行を阻害した要因の検討

本症例は、脳卒中発症後に利き手である右手に麻痺を呈し、画像所見では放線冠の損傷を認めた。放線冠の損傷は小規模な病巣であっても運動機能の予後に悪影響を及ぼすことが報告されており²⁾、また BAD においては生命予後に比して運動予後が不良であることも示されている³⁾。初期評価では FMA-UE25 点であり、中等度麻痺とされるカットオフ値 (21～50 点)⁴⁾ に該当していたことから、麻痺手麻痺の遷延が予測され、回復期退院時には「補助手」レベルの機能獲得が現実的な目標と判断した。

一方で、認知機能に明らかな障害はなく、発症早期から独歩が可能であり、非麻痺手上肢の ADL 遂行能力も比較的保たれていたことから、ADL 自立は早期に達成される見込みであった。しかし、QOL 向上には ADL 自立のみでは不十分であり、利き手である麻痺手の機能改善が重要な介入目標であると考えた。

回復期入院中の OT では、麻痺手の機能回復を軸に、具体的な生活目標に基づいた課題指向型アプローチを段階的に実施し、FMA-UE は 25 点から 44 点に、BRS は上肢 V・手指 IV にまで改善した。目標であった「お椀を把持する」など補助手としての機能は獲得されたものの、実生活における使用頻度は低く、実用手としての定着には至らなかった。

その背景には、麻痺手に対する使用意識の低下や、否定的認知による使用回避傾向があった。健側手で ADL が完遂できる場合、麻痺手の使用意識が希薄になる傾向も指摘されている⁵⁾。症例においても非麻痺手による ADL 自立の早期達成や、麻痺手使用時の使いにくさ・易疲労性による不快感が、結果として非麻痺手の使用を促進し、麻痺手使用の低下を招いたと考えられる。MAL の AOU は 0.5 点と低値で、客観的には使用が確認されても、症例の主観的評価は「使えていない」とされ、病前に利き手として担っていた役割とのギャップが影響したことが考えられた。

2. 心理的・社会的要因への着目と行動変容の視点からみた経過の理解

麻痺手不使用の要因として、時間的制約や周囲への配慮といった病棟環境の影響も大きく、症例が自ら使用を抑制する行動がみられた。麻痺手を使う必要性が実感出来なかったり、麻痺手を使うことで他人に迷惑がかかると感じたりする心理社会的な要因が麻痺手の不使用に関与する可能性を挙げている⁵⁾。また、不使用性の学習や自己効力感の低下により、運動機能の改善と実使用との乖離が生じ、機能回復が生活へ反映されないという課題も報告されている⁵⁾。

実際、FMA-UE スコアと MAL-AOU の相関に関しては、AOU スコアが 3 点以上である使用群に対する FMA-UE カットオフ値は 61.5 点とされており⁶⁾、本症例の退院時 FMA-UE44 点はこれを下回っていたことから、不使用

傾向が予測される状態でもあった。

こうした背景を踏まえた外来期では、「使えない手」という否定的認知からの脱却を支援することが重要な課題とされ、単なる機能回復に留まらず、行動変容の促進に焦点を当てた。回復期入棟時（関心期）には、「使いたいが使えない」という内的葛藤がみられ、対話的アプローチにより麻痺手使用への関心を喚起した。回復期（準備期）では、短期目標の設定と課題指向型訓練を通じて使用意図を強化し、成功体験の積み重ねによって自己効力感の再構築を図った。外来初期（実行期）には、麻痺手の自発的な使用が日常生活でみられるようになり、反復的な課題遂行とフィードバックにより使用行動の定着を支援した。外来後期（維持期）では、右手使用が生活習慣として定着し、QOL向上や趣味活動の再開といった参加レベルの目標が表出され、役割再統合を視野に入れた支援を継続した。このように、本症例の麻痺手使用行動は、関心期・準備期・実行期・維持期というステージを経て段階的に進行した。初期には曖昧であった使用目標も、段階的な目標設定と成功体験を通じて明確化され、主体的な使用行動への転換が実現された。また、病前の生活スタイルや利き手喪失に伴う心理的抵抗は、認知の再構築と自己効力感の回復を通じて自己理解へと行動変容に繋がった。

これらの支援は行動変容ステージモデルにおける「関心期」から「実行期」への移行を支えるアプローチであり、内的動機づけと認知の再構築を図るものとなった。

3. 機能回復と使用行動の乖離への実践的対応と継続支援の意義

FMAでは捉えきれない「使用意識」や「実用性の変化」がMALの改善として示された点は、機能的変化だけでなく、行動レベルでの変容が生じたことを示唆する。第2期ではFMA-UE上肢スコアの改善は4点に留まったが、MAL-AOUは0.5点から3.4点、QOMは0.5点から2.3点へと大きく改善しており、いずれもMALの最小重要差(MCID)である0.5点⁴⁾を大きく上回り、臨床的に有意な変化となった。これは、使用行動への直接的介入が奏功したことを示し、生活場面での実用性を重視した作業療法の効果を支持する結果となった。

本症例では、回復期から外来期にかけて同一作業療法士が継続的に介入したことで、生活環境の変化（退院・在宅）に伴う課題の抽出や訓練計画の柔軟な調整が可能であった。タイムリーな目標設定を通じて、ADLからIADL、さらには参加レベルへと段階的に目標を発展させ、機能回復の生活への汎化を促進する上で、関係性が構築された療法士による継続的な支援体制は極めて有効であった。また、経時的な機能変化と行動特性を把握しつつ、一貫した支援が行えたことは対象者に心理的な安心感を与えるとともに、内発的動機づけの維持や行動変容の促進に大きく貢献した。

さらに、脳卒中後の麻痺手に対するリハビリテーションにおいて、麻痺手の機能よりも実生活における使用頻度の改善のほうが、QOLの向上に関連する⁷⁾ことが示されており、課題指向型練習のみを実施し、麻痺手の機能改善を促しただけでは、実生活における麻痺手の使用行動の改善は限られている⁷⁾ことから生活場面における使用促進と心理的支援の併用が極めて重要である。

【まとめ】

本症例は、脳卒中後に利き手である右手の麻痺を呈し、当初は補助手レベルの機能回復が現実的と見込まれていた。しかし、回復期から外来期にかけて継続的なOTの介入において、機能回復のみならず心理的支援と行動変容に着目し、生活環境への適応も含めた多面的支援を展開した。これにより、麻痺手に対する否定的認知の改善が促され、使用頻度および使用の質が大幅に向上し、活動から参加へと生活範囲の拡大を実現し、さらにQOLの向上にも寄与した。

特に、課題指向型アプローチに加え、自己効力感の強化や「使ってみよう」という動機付けの段階的促進が、実用手への移行を促進する重要な要素であった。回復期より動機付け強化を集中的に実施し、その後は自律的な使用行動を促進する介入へと展開することで、患者主体の継続的な麻痺手の使用を支えた。また、同一の作業療法士による継続的な介入は心理的安全性の確保および介入の一貫性を維持し、個別性の高い目標設定と柔軟な対応を可能とした。これらの結果は、機能的回復だけでなく、実生活における実用性の獲得に向けたOTの役割の重要性を示唆しており、身体機能と心理・行動面の統合的支援の必要性を再認識させるものであった。

本症例は現在、行動変容ステージモデルにおける維持期に位置しており、麻痺手の使用行動の習慣化が課題となっている。今後は、これまでの介入を通じて得られた自己効力感の向上や自発的な使用行動の定着といった心理的・行動的变化を維持・強化する支援を継続することで、趣味であるゴルフの再開を含む社会参加のさらなる拡大が期待される。

【文献】

- 1) 南川勇二, 西祐樹, 生野公貴, 森岡周: 心理的要因による脳卒中後麻痺手上肢使用の低下に対する定量的な上肢活動量評価を用いた行動変容介入の効果. 作業療法 43 : 789 - 796, 2024.
- 2) 前田真治: 我々が用いている脳卒中の予後予測IV. 臨床リハ 10 (4) : 320 - 325, 2001.
- 3) 星野春彦, 高木誠, 山本康正, 石橋靖宏, 寺山靖夫他: branch atheromatous disease (BAD) の進行性脳梗塞の頻度と急性期転帰. 脳卒中 33 : 37 - 44,

2011.

- 4) 竹林崇: 作業療法で繋ぐ上肢機能アプローチ, 医学書院, 2021, pp55 - 56.
- 5) 北村新, 宮本礼子: 脳卒中片麻痺者が生活のなかで麻痺手の使用・不使用にいたる過程. 作業療法 38 : 45-53, 2019.
- 6) 佐々木洋子, 高橋香代子, 佐々木祥太郎, 宮内孝之, 榊原陽太郎: 急性期脳卒中片麻痺患者の日常生活における麻痺側上肢の使用頻度に影響を及ぼす要因 - 患者特性, 身体機能, 理解度の観点から -. 作業療法 38 (6) : 683 - 690, 2019.
- 7) 金子隆生, 黒坂浩平, 竹林崇: 作業に関する自己評価や一般職業適性検査を活用した包括的介入により復職に云った脳卒中後の一事例. 作業療法 42 : 199 - 205, 2023.

左被殻出血により全失語を呈し、 スマートフォン操作を再獲得した症例

山口大学医学部附属病院 リハビリテーション部

○吉村優希

キーワード：脳血管障害、失語、切断、コミュニケーション機器

【はじめに】

今回、左被殻出血により全失語を呈した症例を担当した。脳卒中に伴う失語症の症状は病巣の広がりや程度により言語機能障害の程度も様々であり、加えて片麻痺や失認・失行等を合併している場合も少なくなく予後の判定にも複雑にして多難であるとされている。スマートフォン操作に関与する主な脳機能として、注意機能、記憶機能、遂行機能、言語機能が挙げられる。

連絡手段獲得のために作業療法（以下 OT）介入を行い、スマートフォン操作を再獲得したため報告する。

また、発表に際し本人と家族に口頭と書面で同意を得ている。

【症例紹介】

A 氏、50 歳代後半、女性。診断名：左被殻出血、未分化多型肉腫。利き手：右。夫と 2 人暮らし。発症前は、学校事務で働いていた。

現病歴：X 年に左膝深在性エリテマトーデスに対して A 病院皮膚科にて加療。その後も症状改善乏しく X+1 年 Y 月に MRI にて左膝に腫瘍を認め、再検行い未分化多型肉腫の診断（ステージ IV 左鼠経リンパ節、甲状腺に転移）となった。Y+3 月に当院整形外科に入院予定となっていたが Y+2 月 Z 日、喋りにくさ自覚し家族が救急要請され A 病院に搬送。搬送時の JCS は 3、失語、右片麻痺を認め CT にて左被殻出血の診断となる。同日 A 病院より当院脳神経外科へ転院となり血腫少量で手術適応なしと判断され保存的加療となった。当院先進医療救急センターにて加療され、Z+5 日脳卒中ケアユニット（以下 SCU）に転棟。Z+7 日ベッドサイドにて理学療法（以下 PT）、OT 開始。Z+14 日左鼠経リンパ節切除生検後当院整形外科へ転科転棟し同時に言語聴覚療法（以下 ST）開始。脳出血後で、左大腿切断を今後施行されることもあり当院緩和ケアチーム介入開始。Z+19 日ドキシソルピシン/イホスファミド療法（以下 AI 療法）1 コース目施行。Z+43 日左大腿切断術、甲状腺切除摘出術施行。その後、AI 療法計 5 コース施行。Y+5 月より体調と血球の数値に応じてリハビリ室に変更。

【作業療法評価】

開始時、全失語を認めており「立つ・座る・痛い」等の単語レベルの理解は取り繕い等も見られながら可能。

標準失語症検査（以下 SLTA）にて、単語の理解 6/10、短文の理解 3/10、仮名の理解 4/10。口頭命令に従う 0/10。中止 A の基準で 4 題までの実施。単語の復唱 5/10、呼称 1/20、動作説明 0/10、文の復唱 1/5、漢字・単語の音読 0/5。中止 A の基準となる。語の列挙は語数 0。漢字・単語の理解 9/10、仮名・単語の理解 9/10、短文の理解 7/10。仮名 1 文字の音読 3/10、仮名・単語の音読 1/5。短文の音読は中止 B の基準となる。書字命令に従う 0/10、漢字・単語の書字 0/5、仮名・単語の書字 0/5、仮名 1 文字の書取り 0/10、漢字・単語の書取り 0/5。漫画の説明、仮名・単語の書取り、短文の書取りは中止 B の基準となる。計算 1/20 で自己修正困難。SLTA の結果として、理解面において「聴く」は仮名、単語レベルであれば簡単なものの理解は僅かに可能な程度。「読む」においては単語レベルまでは僅かに可能な程度。表出面においては「話す」は仮名、1 文字レベルであれば正答もみられるも「書く」はほとんど表出困難な状態。これらのことから、理解面・表出面ともに単語や仮名レベルで時折理解が可能なレベルであり、極度の低下がみられたため全失語と判断された。表出は、単語レベルも困難で錯誤がみられた。文章化は発語・理解ともに困難。右上下肢運動麻痺を認め Brunnstrom Recovery Stage（以下 BRS）にて上肢 I、手指 I、下肢 I。右肩関節に亜脱臼を認めた。徒手筋力検査（以下 MMT）は、左上下肢 4。基本動作は全介助。起居動作は左上肢の協力動作がみられる。端坐位保持は困難であり中等度介助を要した。認知機能は、改訂長谷川式簡易知能評価スケール（以下 HDS-R）にて 10/30 点。年齢・日時の見当識（年）・場所の見当識・3 つの言葉の記銘・言葉の遅延再生ヒントありで 1 つ・物品記銘 2 つの項目は正答した。HDS-R 実施時には、保続・質問の理解困難等の失語症の症状がみられた。

ADL は、Barthel Index（以下 BI）にて 0 点、FIM にて 23 点。スマートフォン操作において、単語や仮名の理解困難であった。また、仮名を見ての発語も錯誤を認めており文字の認識も困難であった。スマートフォンは、自身で操作困難なため家族が自宅に持ち帰っていた。

【介入の基本方針】

A 氏は、介入時より全失語を呈しており「立つ・座る・痛い」等の単語レベルの理解は取り繕いも見られながら可能であった。表出は、単語レベルも困難な状態で錯誤がみられることもあった。また、家族が遠方なため連絡を取りたいようであったが、スマートフォンの操作が困難な状況であった。問題点として、右上下肢麻痺と全失語を認めていた。そのため、利き手である右上肢の操作困難、操作手順の理解・単語や仮名の理解困難が挙げられた。問題点に対して右上肢運動麻痺の改善と利き手交換を実施することとした。また、ス

スマートフォン操作の再獲得を図ることとした。スマートフォン操作では失語症の影響により自身が発語している語とは異なる語を選択する場面を認めていた。短期目標を利き手交換、操作手順の理解、単語や仮名の理解とした。長期目標として、自身でスマートフォン操作の再獲得とした。

【作業療法実施計画】

短期目標、長期目標に対して以下の実施計画を立案した。実施頻度は、1日40分、週5回とした。介入から半年後に転院となった。関節可動域練習、筋力維持・向上練習、基本動作練習は毎日実施することとした。利き手交換練習、書字練習、スマートフォン操作練習は、利き手交換実施後書字練習にて語の理解等を深めスマートフォン操作練習に移行することとした。

- 1) 関節可動域練習
上下肢の拘縮予防を図る。
- 2) 筋力維持・向上練習
上下肢の筋力維持、向上を図る。
- 3) 基本動作練習
端坐位自立の獲得を図る。
- 4) 利き手交換練習
食事や整容時の日常生活動作能力の向上を図る。
- 5) 書字練習
スマートフォン操作練習のために、文字認識の再獲得を図る。
- 6) スマートフォン操作練習
家族との連絡手段の獲得を図る。

【経過】

Z+7日よりSCU内のベッドサイドにてPT・OT開始。右上下肢の運動麻痺改善、離床目的に、関節可動域練習、筋力維持・向上練習、端坐位保持練習、起立動作練習を実施した。ギャッチアップ時や端坐位時の血圧低下は認めなかった。基本動作では、起居動作に協力動作は得られるが全介助であり、端坐位保持にて中等度介助を要していた。Z+14日より整形外科に転科転棟しベッドサイドにてPT・OT・ST実施。AI療法時から1週間程度は、倦怠感強くベッド上での四肢運動のみ、またはリハビリ実施困難な状態が1週間程度継続した。計5回施行されたが5回とも倦怠感を認めていた。スマートフォン操作の再獲得を目指すにあたり、現状どのくらいの操作を実施できるかの評価を行った。電源ボタンを押す、LINEアプリを開く等の手続き記憶での動作は可能であった。また、LINEのトーク画面の中から夫と娘のアカウントを選択する際は、トーク画面の上部に位置しており文字の認識は困難であったが選択は可能であった。しかし、電話をかけることは困難であった。そこで、LINEの電話が掛けられるように繰り返

返し場所とイラストを見ながら練習を実施した。電話が掛けられるようになり、当初は「おはよう」や「リハビリ」、「疲れた」等の単語程度の会話が可能となった。徐々に、「今からリハビリ」等の短文での会話が可能となった。

本人より、「文を打ちたい」との表出があり、文章を入力するには、言語の理解も必要であったため書字練習を実施した。自身の名前や50音を発声・書字にて実施し、書字は模写から開始した。単語書字の3回目から保続がみられた。徐々に模写なしで書字可能となった。文字の入力は、スマートフォンでのLINEアプリを使用する際にフリック入力の習得が必要であった。また、当院のiPadを使用し、キーボード設定での入力練習も行ったが、画面に多くの語が並んでおり混乱してしまうとのことでフリック入力を使用することにした。フリック入力も一文字ずつ、発声し選択を繰り返した。初めは「ありがとう」から開始。「おはよう」「こんにちは」も入力可能となった。また、リハビリ以外の時間でも自身で入力してもらうことで、夫に面会時に欲しいものを伝えることも可能となり、写真の送信も可能となった。

【結果】

介入時と比較し失語症は改善傾向ではあるが運動性失語は残存しており、簡単な文の表出や簡単な文の理解が現在可能となっている。HDS-R:21/30点。年齢、日時・場所の見当識、3つの言葉の記銘、計算1つ、数字の逆唱1つ、言葉の遅延再生ヒントなしで2つ、ヒントありで1つ、物品記銘4つの項目で正答がみられた。右上下肢運動麻痺はBRSにて上肢I、手指I、下肢II。MMTは、左上肢4、左下肢4。右上下肢0。基本動作は全介助レベルではあるが、起居動作は手すり把持と下肢介助によって可能。端坐位保持は手すりなしで可能。ADLは、BIにて0点、FIMにて30点。

携帯操作練習を実施して、1週間程度で夫や娘に電話が可能となった。電話での会話可能となり始めた頃は、「おはよう」や「リハビリ」、「疲れた」等の単語程度の会話が可能となった。徐々に、「今からリハビリ」等の短文での表出が可能となり、転院時には短文であれば可能となっていた。電話で、夫や娘にその日の出来事等を話すことも可能であった。また、経過中にLINEで文字を送ることが可能となった他、写真の送信も可能であった。

SLTAにて、単語の理解10/10、短文の理解10/10、口頭命令に従う8/10、仮名の理解10/10、呼称16/20、単語の復唱10/10、動作説明8/10。漢字・単語の音読5/5、仮名1文字の音読10/10、仮名单語の音読5/5、短文の音読5/5、漢字・単語の理解10/10、仮名・単語の理解10/10、短文の理解10/10、書字命令に従う9/10。文の復唱3/5は単語の脱落みられる状態、漫画の説明は基

本語3単語であるが文・句は適切であり評価は4. 語の列挙は6. 漢字・単語の書字5/5, 仮名・単語の書字5/5, 仮名1文字の書取り5/5, 漢字・単語の書取り5/5, 仮名・単語の書取り5/5で明瞭に実施可能. 漫画の説明は基本語3語であるが、文・句は適切であり評価は4. 短文の書取り2/5はヒント後も句の欠落がある状態. 計算12/20は足し算, 引き算は正答率高いが掛け算, 割り算は正答率低く自己修正も困難. 理解面において「聴く」は仮名, 単語レベルは良好であり文章レベルでも簡単なものであれば可能になっている。「読む」は文章レベルで可能になっている. 表出面においては「話す」では自己表出は難しいが文章レベルでも復唱や音読は可能となっている。「書く」では単語レベルは可能. 文章レベルでは正答率の低下がみられる. これらのことから, 理解面, 表出面ともに簡単な文章レベルであれば可能となっている. 軽度から中等度のブローカ失語と判断された.

【考察】

今回, 全失語によって困難となったスマートフォン操作の再獲得が可能となった症例を担当した. 砂川らが高次脳機能障害を呈した方の電子機器操作において研究の一つに携帯電話操作が困難となった失語(左半球損傷)と右半球損傷の症例について携帯電話操作の違いを調査したのがある. 実際に携帯電話を使用して着信の対応, カメラモードでの撮影, 目覚まし時計の設定, メール作成等の課題を施行した. その結果, 健常者に比べると高次脳機能障害を呈した症例は工程数が多くなると操作困難となり, 中でも失語症例は文字列で提示されている画面での選択操作やメールの文字入力工程で誘導を必要としたとされている²⁾. 佐藤らは, 軽度伝導性失語を認めた患者においてスマートフォンへのフリック入力では, 単語の語頭の文字は概ね問題なく入力できるが2モーラ目以降になると誤りが増えたと報告がある. これらには, 空間性記憶障害によりフリック入力時のキー配置のイメージが不安定だった可能性や作業記憶障害によりフリック入力をする内容の容量が低下していた可能性, 配分性注意障害により入力する際の注意が低下していた可能性, 音韻処理障害によりフリック入力をするべき音の操作に支障が生じた可能性が考えられるとされている³⁾.

本症例は, 砂川らの報告と同様に左半球損傷により全失語を認めていた. 電源を押す等の工程数の少ない場合は可能であったが, 文字入力等には誘導が必要であった. 文字入力に誘導が必要になった要因として, 文字や仮名の理解困難な状態であり「あ」や「た」等の語頭の発語は可能となってもその語の選択困難であったからだと考えられる. 語の理解に対して語頭の発声のみで介入していたが, 理解困難が継続していたため書字練習を取り入れることとした. また, 語頭のキー

配置の認識も困難であった. 音韻処理障害を認めていたと考えられ文字を書いても正しい音で書けない等もあった. そのため, 音韻処理に対して音読練習や書字練習等を繰り返し実施し音の認識ができるよう介入した.

本症例に対してスマートフォン操作時に必要な文字の認識を獲得するために書字練習を取り入れた結果, 文字の認識が可能となった. また, スマートフォン操作でのフリック入力も可能となった. 書字練習開始時は, 語の発声後に紙面に書いてある文字の上を手指でなぞることで聴覚と視覚からの認識が合うように実施した. 書き順は一面目を蛍光ペンなどで強調した. 手指でなぞることで文字の認識が徐々に可能となったため鉛筆を使用しての書字練習に移行した. 鉛筆での書字練習も手指での実施時と同様に一面目の色を強調した. 単語の模写と自身の氏名の模写等も実施したが, 連続で実施すると3単語目くらいから保続を認めていった. 文字の認識ができ, 口頭指示から書字可能となったためスマートフォンでのフリック入力に移行した. フリック入力では, 選択する語頭の文字から上下左右に動かして文字を入力することが必要なため文字の場所を覚えるために動作の誘導を繰り返し実施した. 自身が発語した語の選択が困難な場面を認めたため一度セラピストが打ち込んで画面上に出ている文字を探しながら入力する介入も実施した. ここでは, 普段から使用するような言葉を選び, 家族等にも送信することが多いと考えられた「ありがとう」を選択した.

佐藤らは失語症の場合, 右片麻痺を伴うことが多いため書字の際利き手である右手の使用に不自由をきたすことが多いと述べている⁴⁾. A氏は, 右利きであり利き手交換での書字練習に不自由をきたしていた. そのため, 持ちやすいようなグリップを装着しての書字練習を実施した.

以上のことから, 語や仮名に対しての発声・書字練習により理解可能となり, フリック入力に対して動作の誘導を繰り返し実施したことで操作の再獲得が可能となったと考えられる.

【利益相反】

本報告にて, 開示すべき利益相反(COI)はない.

【文献】

- 1) 野末洋, 島倉忠行, 水上信明, 新田山つね: 脳卒中後の失語症の予後に関する一考察. 医療35(5):446-450, 1981
- 2) 砂川耕作: 高次脳機能障害とIT機器のカンケイとは?. <https://share.google/ShmbCJPLXZf8md1Km> (参照)

2025-5-9)

- 3) 佐藤睦子：神経心理学ふしぎ発見！きてみてきいて…なるほど！. 神経心理学 37 (1) : 2-9, 2021
- 4) 佐藤 睦子:失語:書字面. 高次脳機能研究 31 (2) : 198-204, 2011

軽度失語症患者の復職支援： 急性期より外来リハビリに移行し 復職支援介入した一例

宇部中央病院 リハビリテーション室

○石原あやめ

キーワード：失語症，作業療法，多職種連携

【はじめに】

脳卒中後の復職は、単なる就労の再開にとどまらず、当事者にとっては社会参加や生活の質（Quality of Life：以下，QOL）の維持・向上，そして自己実現といった心理社会的側面にも大きく関与する。杉本ら¹⁾は、脳卒中後の復職が生きがいの再獲得に深く関与していることを指摘しており、復職支援はリハビリテーションの目標の一つとして重要な意義を持つ。

実際、脳卒中後の復職率は約40%前後と報告されており、依然として多くの当事者が復職に至らない現状がある。2011年に行われた高次脳機能障害全国実態調査では、失語症患者のうち職場復帰に至ったのは5.8%²⁾であり、半側空間無視や失行のない例を対象とした調査³⁾でも、復職率は42%にとどまっている。

中でも軽度失語症者は、日常生活においては支障が目立ちにくい一方で、職場のように高度な言語的コミュニケーションが要求される場面においては、入院生活では顕在化しない問題が仕事を遂行する上で問題となることもある⁴⁾。

そのため作業療法（以下，OT）は、従来の身体機能訓練に加えて、当事者が置かれた環境や役割に即した活動を再構築する役割が期待されており、実際の業務に即した言語活動や課題遂行能力の評価・訓練を通じて、復職への現実的なステップを支援する必要がある。また、復職支援は医療領域のみならず、就労支援機関や職場との連携が不可欠であり、段階に応じた各機関による支援が求められる⁵⁾。

近年、急性期から復職を見据えた支援の重要性が指摘されている⁶⁾が、急性期治療の発展や在院日数の短縮に伴い、就労支援に対して一貫した取り組みやサポートが実施しにくくなり¹⁾本人にも障害の自覚がないまま職場復帰してから問題が顕在化することも多い⁷⁾。

今回、急性期病棟を退院後、外来OTを継続し実際の業務内容を基盤とした評価を早期より実施し訓練を行った。並行して多職種と連携し復職支援を行った軽度失語症者の一例を紹介する。

【事例紹介】

A氏，60歳代女性。90歳代の父と二人暮らし。夫とは離婚。息子は隣接市に在住し、自立した生活を送っている。近隣には叔母が居住しており、頻繁に連絡を

取り合うなど家族関係は良好であった。専門学校卒業後、20歳から同一企業に勤務し、定年後も雇用延長により同会社で事務職として就労を継続していた。趣味はヒップホップダンスとインターネットショッピングであった。

現病歴：X年Y月Z日、右下肢の脱力を自覚し、一時的に動けなくなった。安静にして経過を観察していたところ、脱力は改善したが、翌早朝に訪問した叔母が会話の異常を認め救急要請。頭部画像検査にて左側頭葉脳梗塞と診断され、当院に入院となった。

入院時、Brunnstrom stage 上肢VI手指VI下肢VI、表在・深部感覚ともに左右差なかった。入院時の言語評価では、聴理解の一部低下があるものの、簡単な指示の理解は可能であった。一方、表出に関しては復唱・音読・呼称すべてに困難を認め、喚語困難、ジャーゴン、保続がみられた。運動性失語が主体であったが、単語レベルの理解は保たれており、ポインティングやクロードクエスチョンを用いた会話は可能であった。

標準失語症検査（Standard Language Test of Aphasia：以下，SLTA）において、「聴く」「読む」の各項目は約9割の正答率を示した。「話す」では呼称および単語復唱が約6割の正答率であり、動作説明・漫画説明・文の復唱は実施困難で中止となった。「書く」は約4割の正答率であった。

Z+4日には入浴を含め日常生活活動（Activities of Daily Living：以下，ADL）は完全自立し、表出面にも一定の改善が見られた。喚語困難は依然として残存していたが、時間をかけて書字による意思表出が可能となり、病棟スタッフに伝えたい内容をメモに記載することで意思疎通を図ることができるようになった。modified Rankin Scale（mRS）0点、ADLは自立しており、本人より自動車運転の再開および復職への希望が確認された。退院後は外来にてOT、言語聴覚療法（以下，ST）を継続することとなり、Z+14日に自宅退院となった。本人より失語症の改善、自動車運転再開、ならびに復職を希望する意思が確認された。

本報告に際し、対象者へ口頭にて説明を行い同意を得ており、投稿について所属長の承認を得ている。

【作業療法評価】

入院中の神経心理学検査の結果（表1，Z+2週間）を以下に示す。山口県版脳損傷後の自動車運転再開支援における支援者用マニュアル⁸⁾〔失語症がある場合の検査項目〕を参考に、評価内容を選定した。

- ・コース立方体組み合わせテスト（Kohs block-design test：以下，KOHS）：粗点54点 IQ：78
- ・遂行機能障害症候群の行動評価（Behavioural Assessment Dysexecutive Syndrome：以下，BADS）：総プロフィール得点 17/24点
年齢補正標準化得点 93点 全般的区分：平均

表1 神経心理学検査

	Z+2 週間 (退院時)	Y+1 か月	Y+3 か月	Y+5 か月
SLTA	「聴く」「読む」約9割 「書く」約4割 「話す」約6割 「話す(説明)」中止		「聴く」「読む」 「書く」「音読」10割 「計算」8割 「話す(説明)」9割	
KOHS	粗点 54点 IQ 78	粗点 80点 IQ 90	粗点 89点 IQ 94	
BADS	年齢補正得点 93点 区分「平均」	年齢補正得点 108点 区分「平均」		
ROCF	模写 36/36点 3分後再生 26/36点			
SDMT	正答数 42 達成率 38.1%	正答数 42 達成率 38.1%	正答数 68 達成率 61.8%	
TMT-J	非実施	A: 45秒 (境界) B: 189秒 (異常)	A: 34秒 (正常) B: 42秒 (正常)	
CAT	非実施	聴覚検出: 的中率 44% 記憶更新(3スパン): 正答率 12.5% 記憶更新(4スパン): 正答率 0%	非実施	聴覚検出: 的中率 62% 記憶更新(3スパン): 正答率 50% 記憶更新(4スパン): 正答率 44%
MMSE-J	非実施	非実施	27点	30点

・Rey 複雑図形検査 (Rey-Osterrieth 複雑図形: 以下, ROCF): 模写 36/36点 (健常者平均 35.7±0.6点) 3分後再生 26/36点 (健常者平均 18.8±5.7点)
 ・Symbol Digit Modalities Test (以下, SDMT): 正答数 42 達成率 38.1% (60歳代の達成率平均 45.8%±9.4 カットオフ: 30%)
 結果, 視覚記憶や認知機能は良好. 注意機能は平均だが病前と比較すると低下していることが予測された.

【介入の基本方針】

IADL 含め自立した自宅生活を送りながら復職や自動車運転再開に必要な機能の評価・訓練を実施し, 復職に向けて社会資源を活用し継続的な支援につなげる.

【介入と経過】

Z+18日より叔母の送迎のもと, 週3日外来リハビリ (OT60分, ST60分) 実施した. 作業療法介入と復職支援の経過 (表2) について述べる.

第1期: 仕事内容を基盤とした作業療法介入および神経心理学的検査を開始した時期 (Z+2週間~Y+1か月)

外来OTに対する本人の希望は「自動車運転が再開できること」「病前の職場への仕事復帰」であった.

子供はすでに就職しており子育てが終了していることや, 同居の父も介護を必要とせず自立した生活が行えていることから, 復職に対して焦燥感はなく, 『しっかり治してから戻りたい』という希望が聞かれた.

復職に向けて仕事内容の聴取を行った. 仕事の主な内容は「受付業務」「購買業務」「転送入力」「送り状入力」など, 受付業務やパソコン業務が主であった.

OTでは実際の業務内容を踏まえて, 訓練内容を検討した. パソコンや電卓を用いた注意機能訓練として, タイピングでの新聞記事の複写や文字探し, 電卓を使用した物品在庫管理課題を実施した. タイピングでの複写課題では, 制限時間を10分と設定し日々のタイピング数を記録した. 文字探しは正確性・スピード性を高めるために作業時間を計測し, タイムプレッシャー課題とした.

Y+1か月では, 患者の業務内容に必要な能力を評価するため, 前回平均値を下回った項目の再評価および言語機能の改善に伴いTrail Making Test 日本版 (以下, TMT-J) および標準注意検査 (Clinical assessment for Attention: 以下, CAT) の追加評価を行った. (表1, Y+1か月)

日常会話レベルであれば聞き間違い等なくコミュニケーション可能であったが, 検査結果より聴覚性検出課題で著明な低下を認めた. 聴取した仕事内容と検査結果を踏まえ, 相手からの伝言をうまく聞きとることができない, メモを端的に記載することができないことが予測された. 検査結果をSTとも共有し, 文章の要約や説明課題はST内で実施した. OT時間内では, 継続してパソコン操作や同時注意を要する紙面課題を実施した. さらに検査結果を踏まえ, 単語の書き取り課題 (単語を聞き取り記載する) を追加した. 1日2時間 (OT60分, ST60分) のリハビリは終始集中して取り組まれていたが, 生活状況を聴取すると「リハビリのあとは疲労のあまり (帰宅後から) 夜まで寝てしまった」との発言もあり, 耐久性の低下が見受けられた.

表2 復職までの支援経過

	Y+1か月	Y+2か月	Y+3か月	Y+4か月	Y+5か月	Y+6か月
OT	STと検査結果を共有 〔訓練内容〕 ・PC操作 ・電卓操作 ・紙面課題	MSWに相談（社会資源の提案や会社との連携を依頼） 自動車運転再開支援開始 〔訓練内容〕 ・PC操作：タイピング（10分間） ・電卓操作：模擬的な在庫管理課題 ・聞き取り課題			Drへ検査結果を報告 〔訓練内容〕 ・電話対応に向けて伝言課題追加（内容を聞き取りメモする）	OT終了
ST	言語機能訓練	聞き取り課題追加（説明課題）			CAT検査：OTと分担	ST継続
MSW		面談				
産業医			面談1回目		面談2回目	
職業訓練センター					職業面談（職場にて）	職業評価・訓練開始

第2期：自動車運転の再開や、多職種と連携しスムーズな復職支援をサポートした時期（Y+2か月～Y+4か月）

Y+2か月、復職に関して当院の社会福祉士（Medical Social Worker：以下、MSW）に相談し、本人とMSWとの面談調整を行った。

MSWと本人が面談を行い、障害者職業センター（以下、職業センター）に関する情報提供や会社との復職に向けた手順等の説明を受けた。職業センターとは、職業相談および評価・支援計画の提案、職業準備支援などの各種支援などが行える機関である。同時期に職場との面談も実施され、復職までのプロトコルやMSW同様職業センターに関する情報提供がなされた。

Y+3か月、産業医の面談があり復職時期について話し合いがあり、「復職時期は本人の希望に沿う」という会社の意向が示された。

3か月目の評価結果（表1、Y+3か月）から、注意機能は改善したものの聴覚性ワーキングメモリは依然として低下していた。単語の書き取り課題がスムーズに行えてきたため、OTでは訓練内容を一部変更し、より複雑な文章の聞き取り課題（例：○○は◇◇より大きい等）を追加した。SLTAでは失語症の更なる改善を認めたため、この時期よりMini Mental State Examination日本語版（以下、MMSE-J）の評価を追加した。TMT-J partBやSDMTの点数が向上したことから、自動車運転再開に際して、山口県版脳損傷後の自動車運転再開における支援体制のフローチャートに則り、総合交通センターでの「安全運転相談」を提案した。実車評価に関しては近隣の自動車学校でペーパードライバー講習があることを伝え、本人に受講することを勧めた。その結果を以って主治医（以下、Dr）へ診断書作成を依頼し、Y+5か月には総合交通センターにて運転免許継続可能と判断され、運転可能となった。

車の運転が再開できたことでリハビリ以外の時間では趣味である習い事（ヒップホップダンス）も再開し、

体力づくりのためにジムに通うなど、復職にむけた体力づくり（耐久性の向上）にも取り組む様子が見られた。

【最終評価】

Y+5か月の再評価（表1、Y+5か月）ではMMSE-J：30点で認知機能の更なる改善を認めた。CAT検査でも聴覚検出や記憶更新課題が改善し、訓練内での聞き取り課題や伝言のメモ書きの際も、聞き間違いによるエラーは減少した。

Y+6か月、職場と職業センターが連携し、職場にて職業面談が実施された。当初の目標であった「自動車運転の再開」は達成されており、「病前の職場への仕事復帰」についても職場と直接連携が可能な職業センターでの訓練継続の見通しが立ったことから支援機関の移行が適切であると判断し、外来OTは終了とした。

Y+6か月の面談にてY+7か月には職業評価を実施することが決定された。また、職場の産業医および保健師との面談においては概ねY+9か月を目安とした職場復帰が提案された。

【考察】

復職を可能に関する要因の検討はいくつか報告されており、早期から家族や医療者による復職の働きかけや本人の復職意欲があること、産業医との連携が良好である¹⁾と復職しやすいとされている。今回、入院時より復職の希望が聞かれており復職を念頭においた評価および訓練を早期から開始した。結果、本事例の復職支援が途切れなく行えた。その要因について考察する。

1. 復職を見据えた評価と訓練内容の選択

入院中から本人が自身の障害と向き合い、リハビリに積極的に参加していたことは強みであり、自身で工夫しながら意思表示を行い、主体的にコミュニケーションを図っていた。専門学校卒業後から長年勤務して

いた職場への愛着や、元の職場に戻りたいという明確な意思があり、それが復職に向けた大きな心理的推進力となっていた。同僚との関係性も良好であり、「周囲がサポートしてくれる安心感」が復職への意欲や不安の軽減につながっていた。

さらに職場に産業医が在籍し、保健師との連携も良好であったこと、職業センターと連携し職場面談や職業評価が段階的に実施されたことなど、環境的支援が充実していた。経済面においても、介護を必要とせず自立した生活を行える父、支援的な叔母の存在、自立した息子といった家庭環境は、本人の生活負担を軽減し、復職に集中できる社会的背景となっていた。

脳卒中患者が職場復帰する(1日仕事をして通勤できる)ためには①何らかの仕事ができる(作業の正確性)②8時間の作業耐久性がある③通勤が可能である(公共交通機関の利用)⁹⁾ ことと報告している。

本事例においては当初より喚語困難や保続などの運動性失語が認められたものの、急性期退院時には一部喚語困難さは残存しつつも日常生活程度の会話は可能となった。自動車運転再開希望もあったため、OTでは入院中より失語症を考慮し山口県版脳損傷後の自動車運転再開支援における支援者用マニュアル⁸⁾を参考に言語機能を有しない評価を選定し、評価した。経過とともに言語機能が改善したため、復職に必要な能力(仕事内容は受付業務やパソコン業務が主であった)を評価(注意機能評価, 言語を用いた認知機能評価)した。神経心理学検査では作業時間の延長や聴覚検出力の低下を認め、STと検査結果を共有することで各職種の役割の明確化と訓練内容のすり合わせを行った。OTでは本人から仕事内容を細かく聴取し、まずはパソコン業務の「時間をかけながらも打ち間違いなく数字や文字を打ち込むことができる」ことを共有目標とした。訓練内容を選定するにあたり、Z+2週間~Y+1か月におけるSLTA, TMT-J, SDMT, CATの結果から、失語症状に加えて、注意機能の低下や聴覚記憶の低下が職務内容に影響を及ぼすと考えた。そこで訓練内容としては注意機能課題(紙面課題)やパソコン操作(文字入力, エクセル入力)や電卓計算課題を実施し、間違いなく打ち込む練習など、実業務に近い内容を選択した。倉持ら¹⁰⁾は高次脳機能障害を有する脳血管障害者48例に対してOTの訓練内容やOTの役割を後方視的に調査した。事務職に戻るためにはパソコン能力は必要であり、Word, Excelの習得を正確かつスピーディーに打ち込む訓練を行い復職につなげていた。本事例もパソコン入力は毎回実施し「10分間」という時間設定を設けた。打ち込めた文字数やエラー数を記録し本人と日々の変化を共有したことで、機能改善に対する1つの指標になり達成感につながっていたと考える。さらに題材には新聞を用いたことで、自宅でもパソコン入りにチャレンジするなど、自主トレーニングにもつな

がっていった。評価は1か月ごとに行い、訓練内容の見直しと難易度の調整を行った。Y+3か月のSLTA結果をもとにSTとも相談し、受付業務に必要な聞き取り課題を追加する等、訓練の幅も広げていった。結果、業務内容に沿った訓練の提供や自動車運転再開へ支援を行うことができた。自動車運転の再開は、単に移動手段を得ただけでなく、自己効力感の向上や社会参加への足がかりとなり、復職の可能性を現実的に広げる要素となった。

2. 復職支援にむけたOTの役割

今回は入院時より復職を見据えた目標が聴取でき、外来OTが継続となった。その中で、OTとしての役割を単なる機能訓練にとどまらず、本人の「社会生活における役割」の再獲得に焦点を当てて支援を行った。

先行研究では就労との関連項目に関する報告^{1), 11)}がある一方で、復職や就労の予後予測ができる単一の指標はない¹²⁾との報告もあり、柔軟な介入や長期的な切れ目のない支援が必要である¹³⁾。そのため、本人・環境・社会をつなぎ、単一の側面に偏らない多角的支援が社会復帰において重要であるといえる。

本事例は外来リハビリ週2回という限られた介入機会の中で、評価・訓練を計画的に行う必要があった。外来リハビリを開始する上でOT, STで目標の共有を行い、OTでは主に自動車運転再開や復職に必要な事務作業の再獲得に向けた介入を、STではコミュニケーション面での介入を行うこととなった。OTは高次脳機能訓練や業務内容を基盤とした訓練を行いつつ、STに対して訓練の中で明らかになった課題や本人の反応を共有し、適宜問題点のすり合わせを行ったことで対象者の課題に応じた支援につなげることができた。

高次脳機能障害を有する者にとって社会資源の活用は復職の可能性を高める重要な要素であると考えられる。しかし本事例は入院期間が短く、MSWによる退院前支援が行われなかった。本事例の場合、復職にむけて本格的に支援を始めるタイミングでOTからMSWに相談し、社会資源の提案や会社との連携を依頼した。さらにDrに対しては神経心理学検査の結果を伝達し、自動車運転再開に向けての支援を行うなど復職に向けて総合的にマネジメントし多職種連携としての中核を担った。

作業療法士は患者から必要な情報を収集し、身体的・社会・神経心理学的要因を評価した上で必要な職種へ情報提供し支援につなげることができる。このようにOTの視点で「復職に必要な能力を評価し、訓練の中に取り入れた」ことや「必要な情報を多職種へ情報提供し支援を求めた」こと、職業センターなどの「社会資源」へと継続的な支援につなげたことが、本事例の復職を可能にした要因のひとつであったと考える。

今後も復職希望者に対して支援を進めていく上で、医療機関と地域支援機関との間での情報共有や役割分担を明確にした連携体制の構築、MSWの早期介入によ

り、よりスムーズな復職支援が行える可能性がある。こうした連携体制の整備は、経験や熟練度に左右されることなく一定の水準で支援できる可能性があり、若手作業療法士に対しても支援のばらつきを防ぐ効果が期待される。

【まとめ】

入院初期より復職の希望が明確であったことを受け、退院後も外来リハビリにて復職に向けたOTの立案や必要に応じて多職種と連携を図り途切れることのない支援体制を構築することができた。神経心理学検査に基づいて必要な訓練を分担した結果、自動車運転に関しては適切なタイミングで運転再開を支援し、復職に関しては作業耐久性向上や注意機能改善に加え、職業技能訓練としてタイピング練習や電卓を使用した在庫管理などを取り入れた。早期から復職を見据えた訓練内容を選定したことで職場復帰に対するモチベーションを維持し復職に対する自信につながった。

さらに各職種が各々の業務内容に即した支援を行うことで復職に向けた総合的なマネジメントが可能となり、就労支援機関への円滑な移行につながった。

今後も、急性期から復職を見据えた評価を行い、本人・環境・社会をつなぐ多角的かつ継続的な支援体制の構築が重要である。作業療法士は、中核として専門的知見を活かし、多職種連携においてハブのような役割を果たすことで円滑な支援が可能となる。

本報告の実施にあたって開示すべき利益相反は存在しない。

【文献】

- 1) 杉本香苗, 佐伯覚: 脳卒中の職業復帰—予後予測の観点から—. *The Japanese Journal of Rehabilitation Medicine* vol.55 (10): 858-864, 2018.
- 2) 高次脳機能障害全国実態調査委員会: 高次脳機能障害全国実態調査報告. 高次脳機能研究 2011: 31: 19-31.
- 3) 渡邊修, 宮野佐年, 大橋正洋, 久保義郎: 失語症者の復職について. *リハビリテーション医学* 37: 517-522, 2000.
- 4) 内田信也: 失語症者の就労支援. *The Japanese Journal of Rehabilitation Medicine* 54: 266-269, 2017.
- 5) 佐藤良子, 藤永直美, 吉野眞理子: 作業療法士による脳損傷者の就労支援への領域認識と支援の形成プロセス—就労支援経験のある作業療法士10名による面接調査研究—. *作業療法* 37 (4): 367-376, 2018.
- 6) 加藤剛平, 橘智弘, 江口まり, 西村ますみ, 林寛子, 他: 急性期病院から自宅へ退院する脳卒中患者

の治療就労両立支援の現状と課題. *日本職業・災害医学会会誌* 68: 361-365, 2020.

- 7) 岡崎哲也: 高次脳機能障害のリハビリテーションと職場復帰. *脳卒中* 35: 139-142, 2013.
- 8) 一般社団法人山口県作業療法士会自動車運転対策委員会: 山口県版脳損傷後の自動車運転再開支援における支援者用マニュアル. P16.
- 9) 豊永敏宏: 事例に見る脳卒中の復職支援とリハシステム. *労働者健康福祉機構*: 6-109, 2011.
- 10) 倉持昇, 菊地恵美子, 本田哲三: 脳血管障害による高次脳機能障害者に対する就労支援とその効果—医療機関での外来訓練結果より—. *認知リハビリ* 13: 19-25, 2018.
- 11) 豊田章宏, 佐伯覚, 木谷宏, 八重田淳, 大塚文: 両立支援コーディネーター介入による脳卒中患者の復職状況—復職支援データベースによる検討—. *脳卒中* 44: 259-267, 2022.
- 12) Saltychev M, Eskola M, Tenovu O, Laimi K: Return to work after traumatic brain injury: Systematic review. *Brain injury* 27: 1516-1527, 2013.
- 13) 先崎章: 高次脳機能障害者の就労支援—外傷性脳損傷者を中心に—. *The Japanese Journal of Rehabilitation Medicine* 54: 270-273, 2017.

リンパ浮腫を合併した進行がん患者に対する作業療法の必要性～作業機能障害の評価を通して～

山口県立総合医療センター リハビリテーション部¹⁾
 山口県立総合医療センター リハビリテーション科²⁾
 ○内田亜記¹⁾, 木原涼子¹⁾, 芥川なおこ²⁾
 キーワード: リンパ浮腫, がん, 外来作業療法, 作業機能障害

【はじめに】

がん罹患患者数の増加と医療の進歩により、がんサバイバーやがんを抱えながら生きているがん患者は増えている¹⁾。そしてがん治療の後遺症として発症するリンパ浮腫に苦しむ患者も相当数存在することが予測されている²⁾。わが国で最も多いのは続発性リンパ浮腫であり、領域リンパ節の郭清術や術後照射、タキサン系抗がん剤などががん治療に伴うものが多い。一度発症すると患肢の管理は永続的に続き、がんサバイバーにとっては治療と管理の両方を強いられ日常生活動作（以下 ADL）や生活の質（以下 QOL）、しいては生命予後にも関係することが明らかになっている^{3), 4)}。

近年作業機能障害を「作業不均衡」、「作業剥奪」、「作業疎外」、「作業周縁化」の4種類に分類できる Classification of Assessment of Occupational Dysfunction (以下 CAOD) を用いた介入の重要性が指摘されている⁵⁾。しかしこれを用いた進行がんおよびリンパ浮腫患者の介入報告はない。

今回、開始時より長年にわたるがん治療とリンパ浮腫が合併した影響で、不安定な精神状態と治療の意味を見失っていた乳がん患者に対し、外来で作業療法（以下 OT）介入する機会を得た。リンパ浮腫に対する直接介入を行う中で CAOD を用いて作業機能障害を明らかにし、生活に着目した対話や指導を行った結果、リンパ浮腫だけでなく疾病と上手く付き合い前向きに生活することが可能になった。この経過と外来 OT の意義について考察を一部加え報告する。

本報告にあたり本人へ本報告の目的や同意後の取りやめの自由、個人情報保護について説明し、口頭にて同意を得た。

本論文に関連する企業や営利団体等との利益相反 (COI) はない。

【症例紹介】

40歳代女性、両親と3人暮らし、右利き事務職（店舗での営業・パソコン業務・中堅として後輩指導）、発症前までは運動が好きで活動的だった。現在の趣味はネイル・旅行・食べ歩き。

現病歴：左乳がんに対し乳房温存術+腋窩リンパ節郭

清を施行した。術後よりリンパ節転移に対して化学療法が開始となるが、副作用が強く中断や減量・レジメン変更をしながら外来治療を継続した。術後約4か月リンパ節転移部に対し放射線治療を施行した。その後骨転移（仙骨・腸骨・L4-5椎体）・多発肺転移が発見され骨吸収抑制剤を開始。術後4年、左上肢のリンパ浮腫を発症し、看護部が弾性着衣の導入で経過観察をしていたが浮腫の改善は認められず、術後5年、徒手の治療の追加目的でリハビリテーション科へ依頼となり OT 開始となった。

【初期評価】（図1左）

身長：168cm 体重：62.7 kg BMI：22.2
 国際リンパ浮腫学会病期分類：Ⅱ期後期
 上肢周径（左/右）（表1）：MP 関節周囲）18cm/17.8cm
 手関節）17cm/15.5cm 肘関節より5cm末梢側）27.3cm
 /23.7cm 肘関節より10cm中枢側）32cm/28.3cm
 関節可動域：左肩屈曲130° 内外旋2nd70°
 疼痛：左肩・背中・骨盤後面
 しびれ：左上肢全体・腋窩・四肢末梢
 その他：左乳房外側創部より浸出液。前腕近位と上腕後面の組織線維化が強い。肩甲骨外側縁から体側に浮腫が貯留しやすい。
 精神面：会話は受動的。笑顔なく苦痛相中心。がん治療に対して前向きになれず希死念慮の発言がある。
 生活状況：ADLは自立し外出は自家用車を使用。平日は仕事と自宅の往復。夕方にはジャケットの左袖がきつくなる。帰宅後は倒れこむほど休息が必要。4週に1度の頻度で通院、副作用が増悪する抗がん剤投与後1週の期間は仕事もしばしば休む。休日にも休息のために時間を取り余暇作業はできていない。しばしばホットフラッシュがあり気候変動、特に暑さが体調不良を助長。
 デマンド：腕を細くしてジャケットを着れるようになりたい。

【介入の基本方針】

周径の減少・維持管理を目標とし、浮腫管理意識を促すだけでなく心身ともに負担のある生活や活動制限に対して、がん治療に伴う症状とうまく付き合えるよう促していく。浮腫・精神面のフォローを定期的に行うことで相談先の一つとして関わる。

【作業療法計画】

左上肢のリンパ浮腫に対し初期は1回40分で週1回、その後は2~3週に1回の頻度で複合的治療を行う。患肢および生活の良好な管理ができるようになれば外来頻度を減らし、6ヶ月に1回は弾性着衣の再選定を行う。



図1 左リンパ浮腫の状態 左) 初期 右) 最終

【介入経過】

I 期 導入期 (OT 開始～1ヶ月)

暑い時期であり高温多湿の不快な環境に弱く、抗がん剤服用後の消化器症状が合併し高度な倦怠感と疲労を認めた。「だるくて1年後には生きてないでしょう。死んでますよ。副作用がひどくて先生に言っても何もしてくれない。毎日しんどくて家に帰れば寝るだけです。トイレとベッドから離れられません。やりたいことは全てあきらめています。この腕は重くてだるいから仕事も難しい。夕方には大きくなりすぎてジャケットが着ていられないし腕も出せない。細くしたいけどどこまで何をしたらいいかわからない。前の看護師さんは撫でるだけで変わらなかった。」と抑うつ的な反面、上肢浮腫軽減に期待する発言もみられる。

初回はリンパ浮腫のパンフレットを用いて複合的治療について説明した。基本介入を①組織線維化の強い前腕と上腕中心に用手的リンパ誘導マッサージ (Manual Lymph Drainage 以下 MLD) とほぐし手技を実施②患肢管理に対する指導として感染予防目的のスキンケアと患肢の皮膚の確認の必要性を説明③運動指導として臥位でもできる腹式呼吸・肩の可動域練習とストレッチ④圧迫療法として多層包帯法を試したが、体調変動により自己実施は困難だったため、簡易的なマッサージ効果のある筒状包帯 (図3右) を夜間に導入し、昼間は元々使用していた仕事に支障の少ない薄手素材の丸編みスリーブ (図3左) を継続した。施術中には患肢の状態のフィードバックと対処方法を説明した。

II 期 周径軽減に難渋しながら生活管理にも目を向け始めた時期 (開始2～8ヶ月)

レジメンの周期から抗がん剤服用後1週間で副作用の血球減少・嘔気・下痢と食欲不振が出現し、休息が常に必要な状態のため活動は仕事と家の往復に限定、3週目に入るところから副作用が軽減し体調が回復するとい

うサイクルの詳細がわかった。また体調不良時には臥床時間が長くなり食思不振で経口摂取量が減るため、患肢周径は減少し活動時間が増える後半には増えるといった活動量による浮腫の変動を認めた。体調によって指導した実施内容に変動はあるものの、指導内容の理解は良好で患肢管理に努力している姿勢が伺えた。

対話から前向きな生活を送れない原因は、患肢の浮腫だけでなくがん治療そのものであると思われた。そこでがん治療およびリンパ浮腫の影響で生じる作業機能障害と QOL 低下から介入できる課題を明らかにする目的で、CAOD と慈恵医科大が作成したリンパ浮腫の QOL 評価 JIKEI LYMPHEDEMA ASSESSMENT SCALE⁶⁾ (以下 JLA-Se) (図2) を実施した。CAOD の結果は作業不均衡 15 点、作業剥奪 18 点、作業疎外 13 点、作業周縁化 27 点、合計 73 点 (カットオフ 52 点以上で作業機能障害あり) と全体的に高度な作業機能障害を呈していた (表2)。「好きな活動を楽しめない」「自分にとって大切なことをする機会がない」「日々の生活に達成感がない」「忙しくて、生活のリズムが乱れている」「周囲の人と違う扱いをされているように感じる」には最高の 7 点を回答した。JLA-Se は機能 10 点 感覚 20.3 点 美容 9.45 点 精神的苦痛 7.27 点 総合的 7.27 点と上肢に対して高度な QOL 低下を認めた。

I 期の基本介入は継続し、リンパ還流を促す有酸素運動としてウォーキングや体操を提案。腰部から遠位の骨転移部を保護するため、過度な前後屈や重量物の持ち上げを必要とする活動は避けるよう提案した。生活指導として、工作中的の休息方法や体調の良いとき悪いときそれぞれに取り組みそうなやりたい活動を共有し、外来時に実施状況を確認し修正を行った。その際苦痛に対する発言は傾聴し、適切にできていることだけ賞賛した。

浮腫のある方の手足について質問します

あなたの自覚症状がどれくらい良いか悪いかを表現してもらうため、メモリのないものさしを書きました。あなたが想像できる最も悪い状態を0(左端)、あなたが想像できる最も良い状態を100(右端)とします。それぞれの時点でのあなたの自身の症状がどれくらい良いか悪いか、ものさしの上に縦線(↓)で示してください。

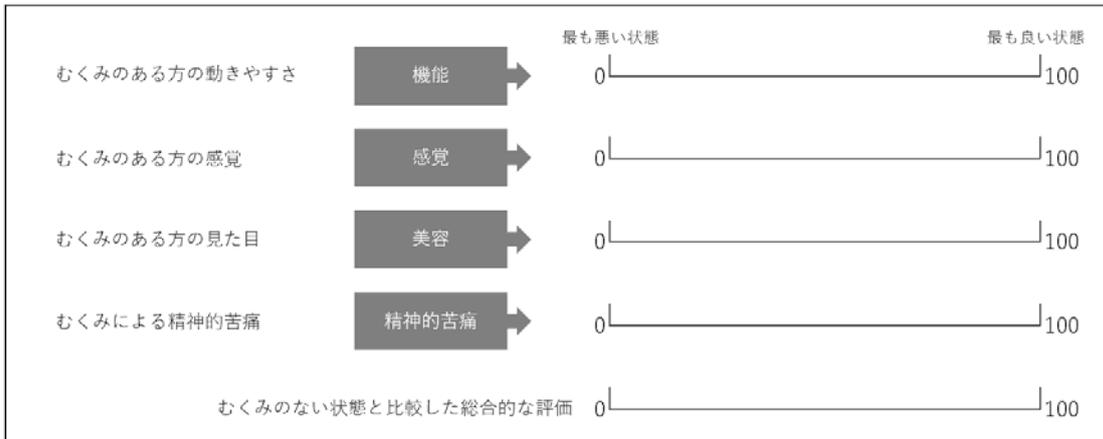
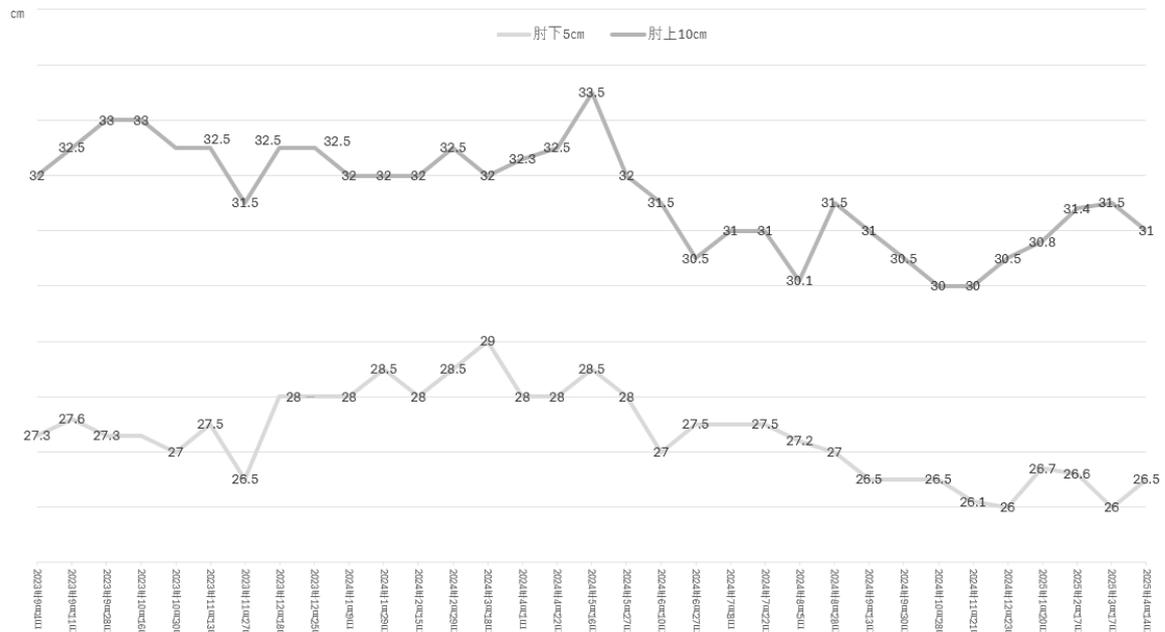


図2 JLA-Se⁶⁾

表1 周径と症状の推移



倦怠感・疲労(暑い時期)
上肢機能の訴え強い

できる上肢運動・セルフマッサージ

体調改善
コメントに余裕が出た

買物や料理ができる
旅行・ウォーキング
服が着れるようになる

日中丸編みスリーブ(ベラライトMサイズ)
夜間マッサージ用スリーブ(エアスリーブ)

丸編みスリーブ更新
朝減少するが腋窩に貯留しやすい

平編みスリーブ(アックス2Mサイズ)



図3 導入スリーブ

左) ベラライト (丸編み) 中) アックス (平編み) 右) エアボウエーブ

表2 CAODの結果

CAODの質問内容		初期	最終
種類Ⅰ 作業不均衡	忙しくて、生活のリズムが乱れている	7	3
	日々の生活が忙しくて疲れがたまっている	4	4
	休み時間がなくてしんどい	2	5
	忙しすぎるため、睡眠不足が続いている	2	3
4項目 計28点	15	15	
種類Ⅱ 作業剥奪	趣味を楽しめる場所がない	4	4
	好きな活動を楽しめない	7	5
	自分にとって大切なことをする機会がない	7	4
3項目 計21点	18	13	
種類Ⅲ 作業疎外	日々の生活に達成感がない	7	5
	日々の生活が退屈である	4	4
	日々の生活を無駄に過ごしているような気がする	2	5
3項目 計21点	13	14	
種類Ⅳ 作業周縁化	自分の意見をあまり聞いてもらえない	6	4
	熱心に仕事をしても、認めてもらえない	4	5
	話して楽しくない相手と無理に会話をしている	3	6
	周囲の人と違う扱いをされているように感じる	7	3
	自分が好んで行っていることを友達や仲間から批判されたり、からかわれたりする	3	2
	知人のストレス発散に無理に付き合わされた	4	6
6項目 計42点	27	26	
合計	73	68	

Ⅲ期 周径が安定し活動範囲が拡大した時期（開始9ヶ月～18ヶ月）

患肢管理は継続できおり、弾性着衣の更新のタイミングで導入時に使用していた丸編みから平編みスリーブへ変更した（図3中央）。順調に周径は減少し腋窩のリンパ液貯留と浸出液も著減した。患肢に関するこだわりは少なくなり会話や表情に余裕が見られた。「日々の生活はいつも無駄。仕事・遊び・休みの中では休みが一番だけど、今はこれがいい調子。趣味は前とは違うけどできることをやろうと思う。自分が休みを取ることのほかの人も職場の有給をとりやすくなっているみたい」体調に応じて上手に治療と仕事を調整していること、してみたい運動に対する確認、ショッピングや旅行の具体的な計画案から結果まで活動範囲を広げている報告が増え、抑うつ的な発言は減少した。現在も外来治療は継続している。

【最終評価（～19ヶ月）】（図1右）
 身長：168cm 体重：61.5kg BMI：21.8
 国際リンパ浮腫学会病期分類：Ⅱ期前期
 上肢周径（表1）：MP 関節周囲）18cm 手関節）15.8cm
 肘関節より5cm末梢側）26cm 肘関節より10cm中枢側）31cm
 関節可動域：左肩屈曲170° 内外旋2nd80°
 疼痛：左肩
 しびれ：四肢末梢
 その他：前腕近位と上腕後面の組織の線維化は軽度残存。浸出液はなくなり、肩甲骨外側縁の浮腫の貯留は

改善傾向。
 精神面：対話は積極的で前向きな発言や笑顔も増える。しかしがん治療への期待は薄く、先の見通しに対しては暗い発言をすることがある。
 生活状況：あきらめていたジャケットの着衣が可能となり腋窩や腕の重だるさの変動はあるが改善。仕事と治療中心の生活に変わりはないが、体調に応じて自分で考えて休息を取り、悪化しないように注意できている。休暇には友人とのショッピングや旅行、遠方の親族との関わりも増える。旅行の計画についても無理のないものとし、同行する友人には共有できている。
 CAOD（表2）：作業不均衡15点 作業剥奪13点 作業疎外14点 作業周縁化26点 合計68点
 JLA-Se：機能38点 感覚40.9点 美容21.8点 精神的苦痛21.6点 総合的26.7点

【考察】

がん治療とリンパ浮腫を合併し受身的な生活となっていた症例に外来作業療法を行った。
 本症例の介入におけるポイントは二つあり、一つは可及的にリンパ浮腫を改善すること、もう一つはがん治療により受身的な生活を送っている症例に今の状況を客観視させ、自分で改善できるよう支援することである。
 前者については現在のリンパ浮腫治療のガイドラインに沿ってリンパ浮腫の情報提供と複合的治療で介入を進めた。現在リンパ浮腫の後療法にはスキンケア・圧迫療法・運動療法・MLDを行う複合的治療が推奨され

エビデンスが構築されている²⁾。この複合的治療を行わずに症状が悪化すると、蜂窩織炎などの炎症が繰り返され社会生活に支障をきたす⁷⁾。しかし身体的な苦痛や複雑な手技を実践する煩わしさが伴うため、継続することは患者にとって大変負担を伴い容易なことではない⁸⁾。

複合的治療の中で最も重要な圧迫療法は多層包帯法と弾性着衣である。多層包帯法は周径減少に効果が高い反面、手技が複雑で熟練を要する点で外来での導入に不向きとされる。一方の弾性着衣は、日中の活動を妨げない薄手素材の周径維持目的のもの、夜間や休息・睡眠時に組織線維化の強い部分をほぐし周径軽減を目的とするものがあり、用途に応じて使い分けられる。編み方も2種類あり、リンパ浮腫に高い効果があるショートストレッチといわれる平編みは高価で素材が硬く、導入時には安価で柔らかく装着しやすい丸編みを用いることが多い。本症例に用いた夜間用の筒状包帯は、平編みかつ凹凸のある特殊なマッサージ効果がある編み方であり多層包帯法と同様の効果が得られるもので、装着が簡単であり近年多用されており症例にも高い効果が得られた。しかし日中の弾性着衣は前任者の選択をそのまま継続したこと、毎回体調不良を訴える症例には自己装着が難しいと判断したことで早期の著しい周径減少には至らなかった。また症例のアドヒアランスが良好であったことが指導内容を概ね遂行でき、急性増悪なく安定した患肢管理に結びつけられた。

後者に関しては、抗がん剤治療の副作用で余暇や趣味活動を制限していた過程でリンパ浮腫を合併し、外観や身なりにも制限が加わったこと、見通しのたない治療やつらい現状を共有できる相談相手が極端に少なかったことが抑うつ状態につながっていると推察できた。OT開始時は精神機能評価を行える状態ではなく、現状に対する苦痛や大切にしている作業、生活に対する思いを具体的に把握するためにCAODを用いた。

作業機能障害とは生活行為(仕事・遊び・日課・休息)が適切に行えずネガティブな経験をしている状態であり、生活における可能性や希望を持つことができないような喪失や、生活の意味や目的の欠如を体験するとき、作業機能障害を経験しているといわれている^{9),10)}。本症例の初期のCAODは複数の高い作業機能障害が明らかになった。副作用や骨転移で生じた「作業剥奪」、仕事と病院と自宅の単調な生活による「作業疎外」、治療のつらさを共有できない「作業周縁化」が顕著であった。施術中は副作用や骨転移があってもできる運動や活動方法・仕事中の安楽な姿勢や休息の取り方を指導、具体的なつらさを表出するよう促し共有する、体調の良いときはおしゃれをしてみることや友人と出かけること・体調に応じて活動を調整し、それを周りの友人にも共有する提案を行い、がん治療主体の生活か

ら脱却できるよう促した。変化する期間は長期化した最終的に現状に折り合いをつけ前向きになり、JLA-SeとCAODは改善した。しかし点数上大幅な改善に至らなかった理由として、活動範囲が拡大したことで休息時間の確保が難しくなったこと、同僚や友人と関わる時間が増えたことで今まで気にかけていなかった人間関係の問題が生じたためと考える。

がん治療後のリンパ浮腫が患者にもたらす苦悩の9つの側面は身体面、自立した生活、仕事、趣味の活動、浮腫との共存、外観、自己価値、経費、支援関係である。がん治療後のリンパ浮腫患者の援助はリンパ浮腫によって患者が抱く多様な苦悩をアセスメントし苦悩の緩和を方向づける、リンパ浮腫のある上肢と共に生きる姿勢の形成を促す、患者の周囲の人が上肢のリンパ浮腫による苦悩を理解できるように促し患者を支える協力体制を強化することであるとされている¹¹⁾。

また治療を主体的に行っていくには、患者が医療者からの推奨に同意して、必要な内容を実践し、生活に取り入れるアドヒアランスの考え方が必要となる。リンパ浮腫は日々浮腫の増減を繰り返すため、患者は生涯にわたって複合的治療を継続することになり慢性疾患と類似している。慢性疾患患者にとってのアドヒアランス良さとは、病気の悪化による身体症状への対応だけでなく、患者自身が疾病と共存するために生活の取り入れや再構築を意味し、根本的に自分の生活を見つめて立て直すことを含んでいる¹²⁾。本症例と良好な関係性を構築し主体的な変化を促せた要因は、CAODを用いて症例が抱えている思いや課題を共有し、オーダーメイドの指導を行ったためと言える。

CAODはリンパ浮腫に限らず、がん患者が抱える多様な苦悩や葛藤を作業機能障害として構造化し明らかにできる評価ツールの一つである。こうした評価を実施し、臨床に活かすことができるのは、作業に焦点を当てるOTならではの専門性である。リンパ浮腫患者は身体的症状や生活への制約に対し、長期にわたり不安や困難を抱えることが多く、今後もOTによる包括的な評価と、QOL向上を目指した継続的な支援が求められる。

【まとめ】

長年のがん治療にリンパ浮腫が合併した影響で、不安定な精神状態と治療の意味を見失っていた乳がん患者に対し外来で作業療法を実施した。リンパ浮腫に対する直接介入を行う中でCAODを用いて作業機能障害を明らかにし、生活に着目した対話や指導を行った結果、リンパ浮腫だけでなく疾病と上手く付き合い前向きに生活することが可能となった。

【引用文献】

- 1) 高野利実：がん学際領域とは？リハビリテーションに期待すること。臨床リハ 34 (2) : 122-126,

2025.

- 2) 日本リンパ浮腫学会編. リンパ浮腫診療ガイドライン 2018年. 金原出版, 2018, 8-28.
- 3) Heiney, S., McWayne, J., Cunningham, J., Hazlett, L., Parrish, R., et al: Quality of life and lymphedema following breast cancer. *Lymphology*40 (4) :177-184, 2007.
- 4) Hormes, J., Bryan, C., Lytle, L., Gross, C., Ahmed, R., et al: Impact of lymphedema and arm symptoms on quality of life in breast cancer survivors. *Lymphology*43 (1) , 1-13, 2010.
- 5) 寺岡睦, 京極真: 作業に根ざした実践と信念対立 解明アプローチを統合した「作業に根ざした実践 2.0」の提案. *作業療法* 33 : 249-258, 2014.
- 6) 岡道綾, 吉澤いづみ, 中山恭秀, 安保雅博: 下肢リンパ浮腫患者に対する平編み弾性着衣による圧迫療法の効果検証. *慈恵医科大誌* 135:67-73, 2020.
- 7) Ridner S. H., Dietrich M. S.: Self-reported comorbid conditions and medication usage in breast cancer survivors with and without lymphedema, *Oncol. Nurs. Forum*, 35, 57-63, 2008.
- 8) Ostby P. L., Armer J. M.: Complexities of Adherence and post-cancer lymphedema treatment, *J. Pers. Med.*, 5 (4) , 370-388, 2015.
- 9) 崎本麻衣, 川口敬之, 松岡太一, 及川裕也, 渡邊愛記: 長期入院中の統合失調症者に対する 作業機能障害の種類に焦点を当てた評価および介入. *作業療法* 36 : 334-341, 2017.
- 10) 寺岡 睦, 京極 真, 中山朋子, 西本佳加, 山崎信和, 他: 作業機能障害の種類と評価 (Classification and Assessment of Occupational Dysfunction; CAOD) の試作版作成. *総合リハ* 41: 475-479, 2013.
- 11) 増島真理子, 佐藤禮子: 乳がん治療後のリンパ浮腫が患者にもたらす苦悩. *千葉看護学会会誌* 13 (1) : 85-93, 2007.
- 12) 黒江ゆり子, 普照早苗: 病いの慢性性 (chronicity) におけるアドヒアランス, *Nursing Today*, 10, 20-24, 2004.

フレイル状態が疑われた高齢者に対し入院中にセルフマネジメントシートを活用した介入により社会参加を促進した一事例

宇部中央病院 リハビリテーション室

○天野真理子

キーワード:セルフマネジメント, 社会参加, フレイル

【はじめに】

高齢者におけるフレイル状態は、身体的・心理的・社会的機能の低下を招き、要介護状態への移行リスクを高める要因である。そのため、早期の発見と介入が求められている。近年、本人の主体性を引き出し、日々の生活や目標に対する意識を高めるためにセルフマネジメントの視点が注目されており、患者のセルフマネジメントを支援することが療法士の専門性を活かした新たな役割として期待されている¹⁾。今回フレイル状態が疑われた高齢者に対し、入院中から退院後の生活についての目標設定を共有し、セルフマネジメントシートを活用した介入をおこなった結果、退院後の社会参加を促進することができた一事例を報告する。

【基本情報】

A氏: 80歳代前半, 女性。BMI: 16.4。夫とは20年前に死別, 1年ほど前に車椅子で生活していた息子が他界, 独居。ADLは自立。長女家族は車で10分程度の場所に住んでおり, 関係は良好。

現病歴: X年Y月Z日, 起床時にふらつとして転倒し右頭頂部を打撲。疼痛増強したため長女に電話連絡し受診。左急性硬膜下血腫と診断され, 加療目的で入院。Z+1日に作業療法(以下OT)開始となった。

既往歴: 右上腕骨近位端骨折(X-1年), 脳梗塞(X-10年), 脳梗塞, 高血圧, 糖尿病(60歳代)

【作業療法評価】(Z+1日~2日)

初回から意識清明であり, 「なんか最近転けることが多くなっていました。一人暮らしだから施設に入らなくてすむように頑張りたいです。」とリハビリに対しての受け入れが良好であった。

・National Institutes of Health Stroke Scale: 上肢0点, 下肢0点

・Brunnstrom Recovery Stage: 右上肢VI/手指VI/下肢VI

・握力(右/左): 6/15 kg

・基本動作: 見守り(ルート管理等), 歩行時右足躓き

・Barthel Index(以下BI): 45点

・Mini Mental State Examination-Japanese: 29/30点

【介入と経過】

早期自宅退院を目指した時期(Z+1日~Z+8日)

介入開始時には顕著な運動麻痺は認めないものの, 右手の握力低下と右足の躓きがあり右上下肢の筋出力低下がみられた。そのため, 独居での自宅退院を目標に, 立位バランス練習および筋力強化訓練を中心とした理学療法・作業療法介入を開始した。介入開始後, Z+5日には病棟内の自由歩行が可能となり, Z+8日にはシャワー浴動作が自立した。Timed Up & Go Test(以下TUG)は10.9秒, 10m歩行テストは9.34秒(20歩, 1.07m/秒)であった。

院内ADL自立とこれらの身体機能改善を踏まえ, Z+8日頃より具体的な退院日程の検討が開始され, 退院後は一時的に長女宅で生活する方針となった。

地域包括ケア病棟でのリハビリ継続を検討した時期

(Z+9日~Z+15日)

自宅退院に向けた準備が進む中で, 患者本人から「家の中の動作には自信が出てきた」との発言が聞かれた一方, 「帰ったらまた転倒するのではないかと」の不安も表出した。また, 「入院前から体力低下を感じていたが, どう対処すればよいかわからなかった。」との自己認識もあり, 退院に対する焦燥感も認められた。リハビリがない日には自室ベッド周辺での自主練習に取り組んでいた。

自主練習への積極的な取り組みがみられる一方で, 転倒予防およびセルフマネジメント能力の向上が必要であると判断し, 現状での早期退院ではなく地域包括ケア病棟でのリハビリテーション継続を提案した。

担当医および患者本人の同意のもと, Z+16日に地域包括ケア病棟へ転棟となった。

フレイル状態と喪失体験を表出した時期(Z+16日~Z+22日)

患者はOTとの関わりのなかで, 少しずつではあるが自身の想いを表出することも増え, 「(息子を亡くして)時間ができたはずなのに, 何もできなくなっていた。まだ納骨もできていない。」と喪失体験に伴う生活への心理的影響を言及した。生活歴聴取からは, かつては徒歩15分の距離にある体操教室へ週1回通っていたものの, 1~2年前に車椅子生活を送っていた息子の急逝を契機に活動量が著しく低下していたことが判明した。初回評価時に聴取した転倒が増加していたというエピソードと, 1年前に転倒による右上腕骨近位端骨折を受傷していたことから, 今回の入院前から転倒リスクが高い身体機能状態にあったことが推測された。上腕骨近位端骨折時のBMIは18.5であり, その後約1年間の今回入院時までの間で5kgの体重減少が認められた。改訂日本版CHS基準では, 5項目中, 体重減少・筋力低下・疲労感・身体活動の4項目でフレイルに該当した。また, Makizakoら²⁾の社会的フレイル評価においても5項目中4項目で該当し, 社会的

フレイルに該当した。これらの所見から、喪失体験による社会的フレイルが身体的フレイルに影響していた可能性が示唆された。

セルフマネジメント支援を見据え目標設定した時期

(Z+18日～24日)

身体的介入は継続しながら、作業療法介入の中に面接を取り入れ、患者自身が身体的・精神的変化に気づく機会を設けた。「身体を動かすと自分の体が戻ってきた気がする」「人と毎日話すことがこんなに楽しいとは思わなかった」といった自己認識の変化が認められた。これを受けて、患者は「人と話すことも大切だから、また体操教室に戻りたい」と述べ、「そのためには歩いて通えるようにならないと」と、自発的に生活再建に向けた具体的な目標を設定した。

セルフマネジメントシートに退院後の生活を表現した時期 (Z+25日～Z+28日)

セルフマネジメントの支援ツールとして、山口県内のリエイブルメント型短期集中予防サービス等でセルフマネジメントシートが使用されている。Z+25日に、このシートを一部改変し、退院後に使用する目的で導入した(図1)。もともと裁縫や小物作りを好み、人に贈ることに喜びを感じていた患者は、「リハビリ経験を誰かと共有したら役に立てる。体操教室でお手玉を使った準備運動ができるように、お手玉を作って提供したい」と意欲を語った。

5～6か月後のありたい姿として「歩いて体操教室に通い、作ったお手玉を持参すること」を設定し、これに

向けた日々の具体的な行動目標をA氏と設定し「洗濯物を干す」「玄関先の掃き掃除をする」「たんぱく質を意識した規則正しい食事」を挙げた。身体的な活動を伴いながら、生活リズムを意識して自身で活動開始のスイッチを入れることができる毎日の取り組みを選択した。糖尿病のため、以前から栄養指導を受けており血糖値のコントロールも比較的良好に経過している。知識としては栄養バランスの重要性を理解していたが、肉・魚が嫌いであった。しかし、数か月後のありたい姿をイメージしたことで、身体機能の維持や向上と食事のつながりに意識を向けることができた。そのため、栄養士承諾の元で他のたんぱく質摂取方法(卵・大豆・乳製品)を提案し、日々の取り組みの中に挙げた。入院中にも試験的に日々記録する行動を自発的に開始した。このプロセスを通じて患者は自己効力感を高めながら、セルフマネジメントスキルの向上を図ることができ、Z+28日に自宅退院となった。

【作業療法再評価】

- ・握力(右/左)：14/17 kg
- ・基本動作・院内ADL：自立
- ・BI：100点
- ・TUG：9.91秒
- ・10m歩行：8.37秒 18歩(1.19m/秒)
- ・Short Physical Performance Battery：11点(高パフォーマンス)

目指したい6か月後の生活			そのために頑張ること			
歩いて体操教室に通い、作ったお手玉を持参すること			食事や掃除などの身の回りのことも毎日整える			
日付	曜日	体調	この目標のために、自宅で自分で、毎日取り組むこと(=セルフマネジメント)			他に取り組んだこと、感想
			1	2	3	
			洗濯物を干す	玄関の掃き掃除	たんぱく質を意識し規則正しい食事	

図1 セルフマネジメントシート
セルフマネジメントシートにA氏と共に設定した目標を入力し、A氏が直接記入して活用。

【自宅退院後の経過】

身体機能面の改善により、安定したADLが行えたことで、長女宅から1週間程度で自宅に戻っている。自宅退院後も定期的に診察のため来院があり、その際に自宅での生活の様子を語ってくれた。退院後3か月目には、セルフマネジメントシートへの記録を毎日継続していることを報告し、自作したお手玉を20個ほどリハビリ室へ寄贈した。なお、実際のセルフマネジメントシートの公開は同意が得られなかったため、本報告では省略する。5か月目には、当初より目標としていた地域の体操教室へ徒歩で通えるようになり、さらにもう一か所の体操教室にも参加していると語った。初期目標の達成を自信に、次なる目標として「庭の草抜きができるようになりたい」と新たな意欲を示していた。セルフマネジメントの取り組みが生活の中に根つき、本人が主体的に活動の幅を広げている様子がかがえた。生活状況の聴取から、Makizakoら²⁾の社会的フレイル評価を行ったところ、5項目中2項目の該当となり、社会的フレイル状態ではあるものの該当項目の減少がみられた。

【考察】

今回、セルフマネジメントシートが有効であった症例の要因について①「活動の意味づけ」と「役割の再獲得」②内省を促すプロセスの提供③グリーフからの再適応の3点に着目して考察する。

① 「活動の意味づけ」と「役割の再獲得」

医療におけるセルフマネジメントは、患者に対して呼吸器疾患などの慢性疾患管理を中心に実施されることが多く、また脳血管疾患患者に対しては服薬管理や再発予防を目的として行われる。A氏は、脳梗塞および糖尿病の既往を有していたが、医学的な自己管理は概ね良好な状態であった。そこで、フレイルが疑われたA氏に対しては、疾病管理に焦点を当てたセルフマネジメント支援ではなく、ADLの改善や自宅退院を見据え、さらに本人にとって意味のある活動（裁縫や他者への貢献）を再開することを目標とする生活再構築型のセルフマネジメント支援を介入に組み込んだ。この支援により、役割の再獲得ができたと考え。特に、セルフマネジメントシートの活用により、「活動の再開」から「具体的な目標設定」、そして「社会的役割の再獲得」へと至るプロセスを可視化することができ、患者のモチベーション維持・向上に繋がったと考える。

② 内省を促すプロセスの提供

身体的介入に加え、面接を取り入れ、患者自身が身体的・精神的変化に気づく機会を設けたことで、患者自身が「できたこと」「難しかったこと」「感じた変化」を自覚できるようになった。そのため、退院後に利用してもらうためのセルフマネジメントシート活用するプロセスも、抵抗なく取り組むことができたと考え。

リハビリ場面での内省を意図的に介入に組み込むことは、自己効力感の向上と行動変容を加速させるとされている³⁾。

③ グリーフからの再適応

「納骨ができていない」と話す際には涙を流すことがあった。息子の急逝によるグリーフ反応により、患者は生活意欲を喪失していた可能性も考えられた。社会的フレイルと孤独感とはグリーフの重症度と強く関連する⁴⁾とされている。作業療法面接を通して、今回の症例にとって価値のある作業のうち、人と話し、関わりをもち、物や行動を与えることが大切な作業の一つであると考えた。セルフマネジメントシートを活用し、「新しい価値ある活動への再適応」を促すアプローチは、グリーフケアの視点からも適切⁵⁾であり、新たな役割を創出するきっかけとなることで、心理社会的フレイルの軽減にもつながったと考える。

セルフマネジメント支援のエビデンスレベルは低いものの、入院減少とQOL改善が示されている⁶⁾。入院中の作業療法におけるセルフマネジメント支援の意義は、再入院予防にとどまらず、身体機能回復中心のリハビリテーションでは対応しきれない生活全体の再構築を支援できる点にあると考える。また、Brocha⁷⁾は、セルフマネジメント支援は作業療法の哲学的根源と一致するため、セルフマネジメント支援を急性期ケアに拡大することは、この実践分野における作業療法士の健康増進への貢献を強調すると述べている。

生活行為の再構築を目指す作業療法実践において、A氏のように社会的孤立や役割喪失を伴うフレイル高齢者に対しては、急性期からのセルフマネジメントツールの活用が有効である可能性がある。生活行為向上マネジメントを活用しても同様の効果は得られる可能性があるが、介入期間が短い症例に一人で継続可能なものとして、今回のセルフマネジメントシートが有効であったと考える。また、支援者主導ではなく「クライアント中心」で生活課題に取り組む習慣を促すことは、地域包括ケアシステムにおけるセルフケア能力の向上とも直結する。地域包括ケアにおいては、「自助・互助・共助・公助」のバランスが求められる。このうち「自助」（セルフケア能力）を高める基盤づくりとして、セルフマネジメント支援は重要な役割を果たし、結果として医療・介護負担の軽減にも寄与することが期待される。社会的フレイルや孤立リスクを抱える高齢者に対しては、生活リズムの維持、小さな役割や居場所の確保、地域資源との継続的なつながり（例：体操教室、サロン活動）を支援していくことが求められる。このような視点を持ちながら、入院中からの作業療法介入を行うことが重要であると考え。

【まとめ】

本症例に対する作業療法介入では、入院中から地域

移行を意識し、セルフマネジメント支援を中心に据えたアプローチを行った。特に、患者自身の価値観に基づく活動目標を明確化し、具体的な日常行動へと落とし込む過程を可視化するため、セルフマネジメントシートを導入した。

セルフマネジメントシートは、「活動や目標の言語化」「日々の行動計画の明確化」「振り返りによる自己効力感向上」というプロセスを、簡便かつ効果的に支援するツールとなった。また、本人主体による生活課題への取り組みを促進し、単なる機能回復にとどまらない、生活全体の再構築へとつなげることができた。さらに、セルフマネジメント能力の向上は、地域包括ケアシステムにおいて求められる「自助力の強化」とも一致する。本症例の場合では、セルフマネジメント支援が体操教室への参加や社会交流の再開といった地域資源の活用を実現させ、退院後の生活の質向上に寄与することが示唆された。

今後、作業療法士は入院中からセルフマネジメント支援を意識的に行い、退院後の地域生活への円滑な移行を図ることが求められる。その際、セルフマネジメントシートのような簡便かつ実用的なツールを活用しながら、地域包括支援センターや地域資源との連携を視野に入れた介入を行うことが、持続可能な支援として重要である。

本報告に際し対象者に口頭で説明を行い、同意を得ている。本報告の実施にあたって開示すべき利益相反は存在しない。

【文献】

- 1) 友利幸之介：患者のセルフマネジメントを高める目標設定.Pain Rehabilitation J-STAGE 早期公開 2025年3月15日.
- 2) Hyuma Makizako, Hiroyuki Shimada,Kota Tsutsumimoto,Sanyoon Lee,Takehiko Doi,et al : Social Frailty in Community-Dwelling Older Adults as a Risk Factor for Disability. J Am Med Dir Assoc.Nov 1;16 (11) 2015.
- 3) Dobkin, Bruce H : .Behavioral self-management strategies for practice and exercise should be include in neurologic rehabilitation trials and care. Current Opinion in Neurology 29 (6) :p693-699,2016.
- 4) L. Selman, D. Farnell, M. Longo, S. Goss, A. Torrens-Burton et al: Factors associated with higher levels of grief and support needs among people bereaved during the pandemic: Results from a national online survey. Omega,February 8,2022.
- 5) Hyejin Kim,Olimpia Paun,Jessica Bishop-Royse,Ben Inventor,Masako Mayahara,et al:ADRD CAREGIVERS'ROLE PERCEPTION AND MENTAL HEALTH AFTER LTC-PLACEMENT OF FAMILY MEMBERS.Innovation in Aging,Vol.7,p370,2023.
- 6) 茂木孝：セルフマネジメント支援のエビデンス.日本呼吸ケア・リハビリテーション学会誌,第33巻(1-3号)：34-37, 2024.
- 7) Brocha Z Stern : Expanding Self-Management Support From Chronic to Acute Care: Implications for Value. Am J Occup Ther, May/Jun : 73(3), 2019.

代償動作を用いて結髪動作獲得した症例について

脳神経筋センターよしみず病院リハビリテーション部

○木村眞太郎

キーワード：日常生活機能，肩関節，代償手段

【はじめに】

交通事故外傷により，左上腕骨近位端骨折及び脊椎損傷を生じた症例を担当した．肩関節機能向上を目標とした作業療法を行い，関節可動域と疼痛は改善したが筋力向上に繋がらなかった．代償動作を用いて結髪動作を実施するようにしたことで，より少ない代償動作での動作獲得に至ったため報告する．なお，本報告は症例に書面での同意および当院倫理審査委員会より承認（よし倫 07-0010）を得ている．

【症例紹介】

年齢は40歳代．性別は男性．診断名は左上腕骨近位端骨折，左肩甲骨肩峰骨折，脊椎損傷（第12胸髄-第1腰髄），第1腰椎破裂骨折．既往歴に右前頭葉 glioma 部分摘出，症候性てんかん．手術名は左上腕骨近位端骨折へ骨折観血的手術（髄内釘），左肩甲骨肩峰骨折へ骨折観血的手術（K-wire+鋼線），第1腰椎破裂骨折へ脊椎後方固定術．現病歴として，X+0日バイク運転中に事故発生し上記診断発症．X+5日に上記手術施行．術後3週間三角巾固定となり，術後4週目より関節可動域訓練と筋力強化実施開始．X+36日に当院回復期リハビリテーション病棟へ転院となる．

【作業療法評価（初期）】X+36日～43日

日常生活動作について，基本動作は自立．移動方法は車椅子駆動自立．日常生活動作は Functional Independence Measure (FIM) 98/126点．整容動作はやや長髪であるため結髪動作に介助が必要．実動作において，左肩関節屈曲挙上及び保持できず困難．排泄動作は夜間のみ尿器使用し処理に要介助．関節可動域は以下表1に示す．

肢位：背臥位	他動運動	自動運動
左肩関節屈曲	120°	75°
左肩関節外転	90°	70°
左肩関節外旋	0°	0°

（表1 肩関節可動域初期）

徒手筋力評価は粗大的に行い左肩関節屈曲2，外転2，外旋1．座位・臥位ともに全可動域への自動運動および保持することも困難．また左肩関節屈曲挙上時に Shoulder shrug sign1（図1）が見られた．右肩関節屈曲・外転・外旋は5．疼痛は Visual Analog Scale (VAS) にて左肩関節に安静時2/10，他動運動時8/10．ニーズ

は髪が結べるようになりたい．デマンドは左腕が上がらない．



（図1 肩関節屈曲挙上）

【作業療法計画】

作業療法の目標について症例と話し合い，結髪動作に介助が必要であり，髪型についても今後も同じものにしたいと希望が聞かれた．そのため自身で結髪動作が行えることを合意目標とした．症例の結髪動作について，後頭隆起部ではなく頭頂部で行われるものであった．そのため症例の結髪動作にあたり，関節可動域も十分に確保されていないことや，片手動作では難しい動作のため両手動作で行えること，疼痛もあり自動・他動運動を行うことも難しい状態であるため，
 #1 左肩関節屈曲，外転の関節可動域低下
 #2 左肩関節周囲の筋力低下．
 #3 左肩関節運動時の疼痛．
 #4 両手で結髪動作を行うことができない．
 以上4つを問題点とした．

作業療法プログラムについて，作業療法評価で記した身体機能に着目し立案した．#1について，他動での関節可動域訓練，上腕骨解剖頸軸回旋運動．#2について，自動介助運動と徒手抵抗を加えた関節運動．#3について肩関節周囲組織の伸長と疼痛軽減目的に超音波を使用した物理療法，肩関節周囲筋へモビライゼーションを実施．#4は肩関節自動運動可動域実施時に確認しながら動作練習を行った．

【経過】

第1期（X+44日～65日）

作業療法計画で立案した機能訓練を中心に作業療法を実施した．介入頻度として，毎日60分．多い時で60分+60分介入することがあった．X+65日の関節可動域について以下表2に示す．

肢位：背臥位	他動運動	自動運動
左肩関節屈曲	145°	110°
左肩関節外転	145°	90°
左肩関節外旋	45°	0°

（表2 肩関節可動域中期）

肩関節屈曲と外転にて他動・自動運動ともに改善が

見られ、外旋では他動運動のみ改善が見られた。粗大的な徒手筋力評価では初期と変化はなし。疼痛は左肩関節にて安静時 0/10、他動運動時 4/10 と軽減が認められた。日常生活動作では、移動が歩行器自立となった。結髪動作は左肩関節屈曲挙上及び保持することが依然難しく実施困難であり介助が必要だった。

第2期 (X+66日～92日)

第1期にて関節可動域と疼痛の軽減が認められたが、筋力では改善が見られず、全可動域への自動運動および保持することが困難だった。整形外科学専門医である主治医へ、症例の肩関節運動の困難さについて報告すると、腱板断裂の可能性があるかと診断されたが、髄内釘など金属部の挿入がありMRIでの精査ができないため確定診断とならなかった。関節可動域の改善は認められており、右上肢にて左上肢を他動運動で挙上して行う結髪動作を実施してみた。頭頂部まで代償にて屈曲挙上し結髪部分を把持することは可能だったが、左上肢が徐々に降下してしまい結髪部を把持し続けることが困難であった(図2.3)。



(図2 結髪開始)



(図3 結髪失敗)

降下する左上肢に対し環境を利用して保持できる方法を症例と模索したところ、左上肢を右上肢にて他動運動で屈曲挙上し、歩行器や壁に左肘部を当てることで結髪部を把持しつづけることが可能であった(図4.5)。手順として壁を利用することとし、①右上肢で左手を把持し頭頂部まで屈曲挙上する。②左手が頭頂部へ到達したときに肘を壁につける。③右手で髪を集め、左手で髪を把持する。④右手でヘアゴムを結ぶ。①～④の手順を病棟生活でも実施するよう促した。また、実施状況を聞き取り動作が困難でないか確認も行った。



(図4 結髪開始)



(図5 結髪途中)

また作業療法では第1期同様に機能訓練を進めながら、理学療法と共同して歩行訓練を実施する時間を設けた。

【結果】X+93日

移動方法は独歩自立。FIMは123/126点。整容動作は右上肢で左上肢を他動運動にて屈曲挙上する必要はあるが、壁がなくても左上肢は下降せず保持し続けることが可能となった(図6.7)。



(図6 結髪開始)



(図7 結髪途中)

関節可動域は以下表3に示す。

肢位：背臥位	他動運動	自動運動
左肩関節屈曲	170°	120°
左肩関節外転	160°	90°
左肩関節外旋	60°	10°

(表3 肩関節可動域最終)

粗大的な徒手筋力評価では左肩関節屈曲2、外転2、外旋2と外旋運動にてわずかに自動運動が見られるようになった。また右上肢で他動的に左肩関節を最大可動域まで屈曲挙上することで、左肩関節運動のみで滞空保持することが数秒可能となった(図8.9)。



(図8 他動運動で屈曲挙上)



(図9 最大域での保持)

疼痛は安静時 0/10、他動運動 2/10 と関節運動の最大可動域にて疼痛が見られるが、最大可動域以外では疼痛は認めなかった。

【考察】

今回、上腕骨近位端骨折を発症し左肩関節の関節可動域の狭小化や筋力低下がある症例に対し、結髪動作獲得を目的とした作業療法を実施した。関節可動域は

初期に比べ最終にて大きく改善していた。初期での肩関節外旋可動域は他動運動でも 0° となっており、林らは肩関節外旋 45° まで達しない場合は、前上方関節包・関節上腕靭帯・烏口上腕靭帯の伸張性低下を疑うと述べている¹⁾。また立花らは解剖頸軸回旋を用いた筋、関節包の伸長法を考案しており²⁾、大槻らは凍結肩に対して上腕骨解剖頸軸回旋を用いて肩関節屈曲・外転・外旋・内旋可動域に有意な増加があったことを報告している³⁾。今回症例に対して初期より解剖頸軸回旋を用いたことで筋・靭帯・関節包の伸張性を促すことができたため、左肩関節可動域が向上したと考える。

筋力について、初期と最終では左肩関節の外旋運動にてわずかに向上が認められたが、屈曲・外転では変化が見られなかった。肩関節の徒手筋力評価は座位を用いて行われるものであり、段階3では重力に抗することが要される。肩関節の屈曲運動について肩関節の腱板機能が必要とされており、福島らは腱板機能について、回旋機能を担う機能以外に上腕骨頭の上方向への抑止や前後方向のバランスを保持すべく、肩関節運動において上腕骨頭を肩甲骨関節窩へ導くよう、動的な求心性を保持する機能を有する⁴⁾と報告している。筋力の変化がみられなかったが、最終の結髪動作では他動運動を用いて結髪部分まで左手を右上肢で誘導した後、壁などを用いず把持し続けることや持ち替えることも可能となった。布谷らは、股・膝関節屈曲 90° 座位での三角筋活動について肩関節屈曲 90° 以上から三角筋前部繊維の収縮が優位に増加することを報告している⁵⁾。また三浦らは、棘上筋は屈曲 60° において筋活動の増加を認めるが、屈曲 90° 以降は低下する。棘下筋は屈曲角度の増加に伴い、活動は漸増していく⁶⁾と報告している。肩関節の屈曲運動は 90° までで保持することが困難であるため、棘上筋が作用しなかったことが示唆される。他動運動での 90° 以上では保持できなかったことや、粗大的徒手筋力評価では肩関節外旋が1から2に向上したことから棘下筋が作用でき保持できたことに繋がったと考える。また継続的に徒手抵抗を加えた肩関節屈曲運動を行ったことで三角筋前部繊維が強化されたことも動作獲得に繋がったと考える。

結髪動作に関する研究は中村が肩関節拘縮群にてリラックスして後頭部で手を組む動作での結髪動作が可能となる肩関節可動域角度について行っている⁷⁾。しかし本症例の結髪動作は後頭部ではなく頭頂部で行っており、同じく頭頂部に上肢を滞空保持する日常生活動作については洗髪動作が挙げられる。宇高らは洗髪動作について肩関節屈曲と外転の可動域が重要と述べており、自立には肩関節屈曲 70° 以上、内外旋 $40\sim 60^{\circ}$ 以上が必要であると述べている⁸⁾。本症例の関節可動域は他動運動にて必要な角度を上回ることができたため、自身での他動運動や環境による代償手段にて実施することが可能になったと考えられる。

介入第2期より壁を使用した代償動作を使用したセルフケアを導入した。代償運動について、吉村らは回復の見込みが困難と予想される障害者に失われた機能にばかり目を向けるのではなく、残存機能を最大限に発揮させて可能な限り人間として独立性を獲得し障害と共生させることこそ真のリハビリテーションと述べている⁹⁾。作業療法開始時は関節可動域や筋力の向上等、肩関節運動への機能訓練に着目した作業療法のみを行っていたが、症例が行える最大能力を用いた生活動作練習を行ったことで代償動作を用いた結髪動作を行えるようになったことや、作業療法以外の時間でも結髪動作を行うことで肩関節運動を行う頻度も増加し、活動面から身体機能を向上することができたと考える。

【まとめ】

今回左上腕骨近位端骨折術後、左肩関節屈曲挙上が困難となった症例に対し、身体機能のみのアプローチから代償動作を用いた日常生活動作を導入することで、より少ない代償動作での結髪動作の獲得に至った症例を経験した。作業療法を進めるうえで、機能訓練のボトムアップアプローチのみでなく、日常生活動作でも環境を利用することや段階づけて向上していくトップダウンアプローチを導入し、生活動作から機能向上を図る重要性を再確認することができた。

【利益相反】

本論文発表内容に関して申告すべきCOIはない。

【謝辞】

本報告にご協力いただいた症例に深謝いたします。

【文献】

- 1) 林典雄, 赤羽根良和: 肩関節拘縮の評価と運動療法. 運動と医学の出版社. 2018. 195.
- 2) 吉尾雅春. 運動療法学(各論). 医学書院, 東京, 2001, pp285-301.
- 3) 大槻桂右, 石倉隆: 凍結肩に対する肩関節の臨床解剖学に基づく運動療法の試み. 理学療法科学 25 (4): 493-497, 2010.
- 4) 福島秀晃, 三浦雄一郎, 森原徹. 運動肢位の変化と肩関節周囲筋の活動について. 関西理学, 2017, 17: 3-16.
- 5) 布谷美樹, 森原徹, 三浦雄一郎, 福島秀晃, 鈴木俊明. 肩関節屈曲保持における三角筋筋活動—屈曲角度と各筋線維との関係—. 関西理学, 2007, 7: 81-84.
- 6) 三浦雄一郎, 福島秀晃. 肩関節運動機能とADLの関連性. 関西理学 2008, 8: 25-34.
- 7) 中村律子. 結帯・結髪動作と肩関節の角度について. 運動生理, 1991, 6 (2): 55-61.

- 8) 宇高千恵, 水落和也, 坂本安令, 稲田雅也. 五十肩の ADL と QOL. JOURNAL OF CLINICAL REHABILITATION. Vol. 18 No8 2009. 8 695-702.
- 9) 吉村洋輔, 伊勢眞樹. 障害の順応の方法としての代償 一様々な疾患に対する治療概念としての代償学一. 川崎医療福祉学会誌, Vol. 16 No. 2 2006, 209-220

目標設定支援アプリ導入によるリハビリスタッフの教育に関する探索的検討 ～アンケート調査を通じて～

医療法人社団 生和会 周南リハビリテーション病院
○四元恵太, 御書正宏

キーワード：目標設定, 教育

【はじめに】

リハビリテーション領域では、クライアント（以下CL）中心の実践を実現するために、具体的かつ共有可能な目標設定の重要性が推奨されている¹⁾。しかし、臨床現場では時間的制約やリハビリテーションスタッフ（以下リハスタッフ）の経験不足により、目標設定の質に課題があるとされている²⁾。

当院の回復期リハビリテーション病棟（以下回復期病棟）においても、特に若手リハスタッフにとって、目標設定の実施やその進行方法に難しさがみられていた。そこで、当院では Tomori ら³⁾が開発した作業選択意思決定支援ソフト（Aid for Decision-making in Occupation Choice: ADOC）のアップデート版である ADOC2 を導入し、その活用を通じてスタッフの目標設定に関する理解や実践の変化を検証することとした。

本研究では、ADOC2 の活用がリハスタッフの目標設定に対する理解や行動にどのような変化を与えたかを、主観的評価に基づくアンケート調査を通じて明らかにし、教育的な意義や課題を検討することを目的とした。

【ADOC2について】

ADOC の特徴は、活動・参加レベルのイラストを患者と療法士と一緒に選びながら、SDM による意思決定を促進できる iOS アプリである³⁾。イラストを一つ選ぶ工程のみであれば、MMSE にて 8 点以上がカットオフ値とされており⁴⁾、認知症や失語症患者でも意思決定への参加が可能となっている^{5),6)}。

ADOC2 では、目標設定の際に、「何のために」「どこで」「どのように」「いつまでに」等のカテゴリーから選択肢を患者と一緒に選ぶことで、目標を具体的に設定できる機能や、満足度以外にも実行度を評価でき、支援プログラムを選択できる機能も追加されており、目標設定を支援する機能がさらに追加されている。

【ADOC2 の運用とアンケート方法】

当院では、回復期病棟入院となり、MMSE8 点以上もしくはリハスタッフが使用できると判断した CL を対象として、入院1週間以内に ADOC2 を用いて CL と面接を行い、協働して目標設定ができるよう運用し

ている。面接するスタッフは OT のみでなく、PT, ST を含めた各担当責任者が行っている。ADOC2 の使用方法については事前に演習を用いた研修を行い、リハスタッフが使用方法を理解した上で面接に使用した。

ADOC2 での面接を行った CL の総数は 101 名。そのうち脳血管疾患が 53 名、運動器疾患が 36 名、廃用症候群が 7 名、高次脳機能障害が 5 名であった。最も多かったのは脳血管疾患であり、全体の約半数を占めた（図 1）。

アンケートの対象者は 2024 年 4 月～2025 年 3 月の期間、当院回復期病棟に所属していたリハスタッフ（PT・OT・ST）27 名とした。スタッフの経験年数の内訳は 1～3 年目が 10 名、4～6 年目が 7 名、7～12 年目が 5 名、13 年目以上が 5 名であり、1～3 年目の若手スタッフが最も多く全体の約 4 割を占めていた（図 2）。

質問紙の作成は先行研究⁷⁾を参考に、当院での運用方法をふまえ、「アプリの使用頻度」、「アプリの使用感」、「アプリを用いた運用」、「その他」の 4 つのカテゴリーから 15 の下位項目を作成した（表 1）。本調査で得られたデータを集計した（図 3～5, 表 2）。

【結果】

使用頻度に関しては、回答者 27 名のうち多くのスタッフが複数の CL に対して ADOC2 を用いており、その一部では目標設定から再評価までの一連の流れを実施できたとの回答が多かった。目標設定の構造や流れに対する理解が促進されているような記述も見られた。

使用感については、ADOC2 の操作性や視覚的支援機能に関して概ね肯定的な評価が得られた。特に「活動の選択」、「目標の具体化」、「満足度・実行度の評価」、等の項目において「行いやすい」との回答が多くみられた。また、「目標の共有がしやすくなった」、「CL との対話が増えた」との意見が多く、CL 中心の視点を重視した目標設定行動への変容が認められた。

運用面では、ADOC2 を介した目標設定が多職種間での情報共有を促進できるとの回答が多かった。さらに、失語症や認知症を有する CL に対してもイラストによる視覚的提示を通じて意思決定支援が可能となり、目標設定への主体的参加を引き出しやすいとの回答が得られた。

一方で、認知機能が低下している CL や、退院後の生活像を明確に描けない症例に対しては、ADOC2 の適用に困難を伴う場面があったとの記述もあった。また、旧バージョン（ADOC）と比較し自由記述が制限されている点を課題と捉える意見もみられた。

【考察】

今回のアンケート結果では、経験年数1～3年目のスタッフが全体の約4割を占めていたにも関わらず、目標設定に積極的に関与し、再評価まで実施できたという回答や、目標の具体化や患者との合意形成、多職種間の共有が容易になったとの回答が多数を占めていた。

川口ら⁸⁾は、ADOCが特に経験の浅いセラピストに対して、作業志向の実践への導入ツールとして教育的に有効であると報告している。今回のアンケート結果においても、ADOC2のアプリが提示するプロセスを通じて、目標設定の構造や具体化する手順を実体験として学ぶ機会を提供でき、臨床実践を通じての教育的なツールとして機能していたと考える。

また、視覚的な支援ツールとしてのADOC2は、失語症や認知症を有するCLに対して、目標設定への参加を可能にしたという複数の回答が得ている。齋藤ら^{5), 6)}はADOCの失語症・認知症患者への有効性を報告しており、言語的コミュニケーションが困難なCLにおいても、CLとの協働的意思決定(SDM)を実現する教育的体験の場となっていたと考えられる。

自由記述において、認知機能の低下したCLや、退院後の生活イメージを持ちにくいCLに対して、スタッフ主導の誘導的目標設定となる傾向があることが指摘された。さらに、旧バージョン(ADOC)と比較して記述の自由度が制限されており、CLの語りや個別性の記録が難しいとの意見もみられた。これらは、ツールの使用による目標設定を支援できる一方で、リハスタッフ個人の臨床判断力や対話技術力の不足が依然みられるのではないかと考える。

【今後の課題】

今回の結果から、より実際の面接映像を用いた振り返りや、失敗事例も含めたケーススタディを通じて、目標設定における進行技術(問い方・掘り下げ方・満足度・実行度の引き出し方など)をOJT等で支援していく必要がある。

本研究はスタッフの主観的評価に基づいており、教育的効果をより厳密に検討するためには、リハスタッフの知識や目標設定スキルの前後比較、行動変容モデルに基づいた評価指標の導入が必要と考える。また、目標設定の質が実際にCLのADLやQOL向上にどの程度寄与するのかについても定量的研究を通じて検証する必要がある。

【おわりに】

ADOC2は目標設定支援ツールとしてだけでなく、リハスタッフの学習と成長を支援する教育的資源としての可能性を有していることが示唆された。その活用を最大化するには、教育体制と評価手法の両面からの整備が求められる。

【引用文献】

- 1) Turner-Stokes L. : Goal attainment scaling (GAS) in rehabilitation: a practical guide. Clin Rehabil 23 (4) : 362-370, 2009.
- 2) Plant SE, Tyson SF, Kirk S, Parsons J. What are the barriers and facilitators to goal-setting during rehabilitation for stroke and other acquired brain injuries? A systematic review and meta-synthesis. Clin Rehabil. 2016 Sep;30(9):921-30.
- 3) Tomori K, Uezu S, Kinjo S, Ogahara K, Nagatani R, Higashi T. Utilization of the iPad application: Aid for Decision-making in Occupation Choice. Occup Ther Int. 2012 Jun;19(2):88-97.
- 4) Tomori K, Nagayama H, et al.: Examination of a cut-off score to express the meaningful activity of people with dementia using iPad application (ADOC). Disabil Rehabil Assist Technol. 2015; 10(2): 126-131.
- 5) 齋藤佑樹, 上江洲 聖, 他.: 作業選択意思決定支援ソフト(ADOC)を用いた失語症のあるクライアントと作業療法士との意味のある作業の共有. 作業療法. 2012 ; 31 (2) : 22-31.
- 6) 齋藤佑樹, 友利幸之介, 他. 作業選択意思決定支援ソフト(ADOC)を用いた認知症クライアントと作業療法士の意思決定の共有と協働. 作業療法. 2013 ; 32 (1) : 55-63.
- 7) 齋藤 佑樹 長山 洋史 他 : ADOCが作業療法面接に与える影響— Web アンケート調査による探索的研究— : 作業療法 36 巻 3 号 299-308, 2017
- 8) 川口 悠子 西川 可奈子 他 : ADOCの臨床および研究での活用状況に関するスコープングレビュー : 作業療法 42 巻 3 号 : 309-318, 2023

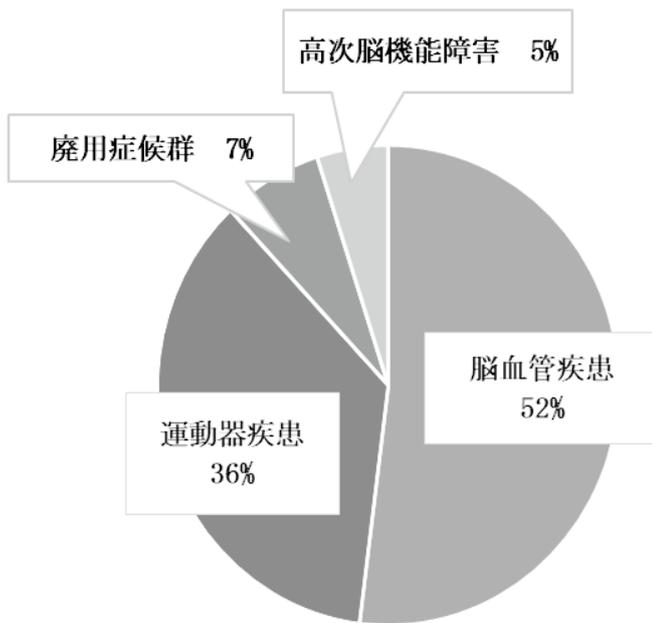


図1. ADOC2での面接を行ったCLの疾患割合

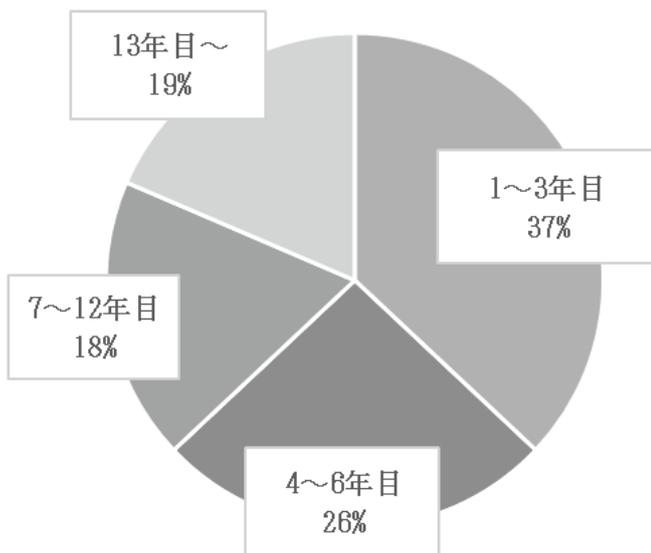


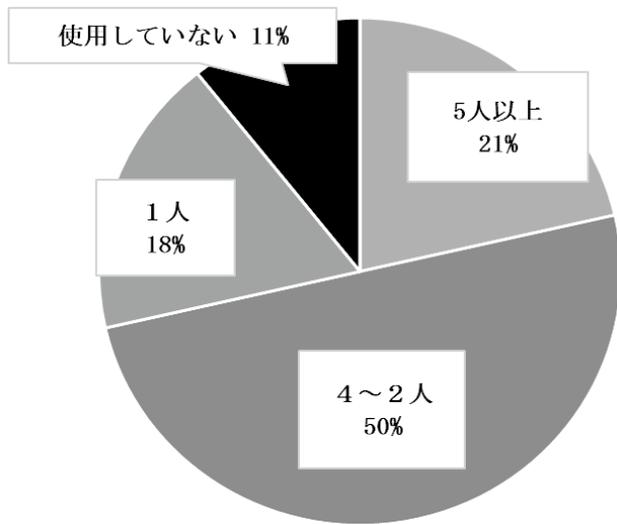
図2. スタッフ経験年数の割合

表1. アンケート質問項目の一覧

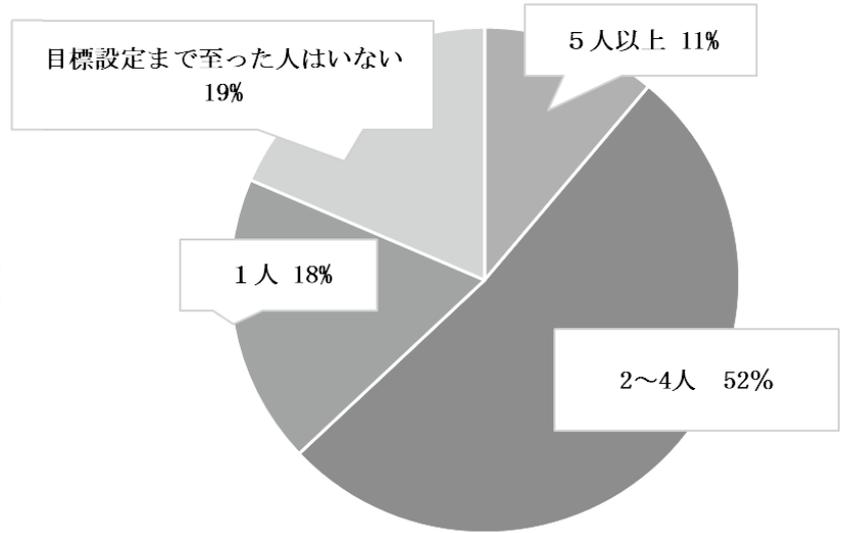
I. 使用頻度について
1) 今年度（4月～12月の期間）で何人に対してADOC2を使用して面接を試みましたか（最終的に目標設定までに至らなかったものも含む 初回面接の回数）
2) 合意目標まで設定できたのは何人ですか？
3) うち1回以上再評価を行ったのは何人ですか？
II. アプリの使用感について （患者様ではなく自分自身の操作性・使用感をお答えください）
1) 全体的なアプリの操作はどうでしたか？
2) アプリを使用することで活動選択は行いやすかったか？
3) 活動の優先順位のつけかたは行いやすかったか？
4) 満足度の評価は行いやすかったか？
5) 目標の設定は行いやすかったか？
6) 実行度の評価は行いやすかったか？
7) 目標を具体的に設定しやすかったか？
III. 運用について
1) ADOC2を使用することで患者様と目標を共有することができたと感じるか？
2) ADOC2を使用することで多職種と目標を共有することができたと感じるか？
3) ADOC2を使用することについてどう思いますか？
IV. その他
ADOC2を使用し、特にうまくいった事例などがあれば教えてください
ADOC2を使用してみたご意見ご感想をお寄せください

I. 使用頻度について

1) 今年度（4月～12月の期間）で何人に対してADOC2で面接を試みましたか
（最終的に目標設定までに至らなかったものも含む
初回面接の回数）



2) 1) のうち合意目標まで設定できたのは何人ですか？



3) 2) のうち1回以上再評価を行ったのは何人ですか？

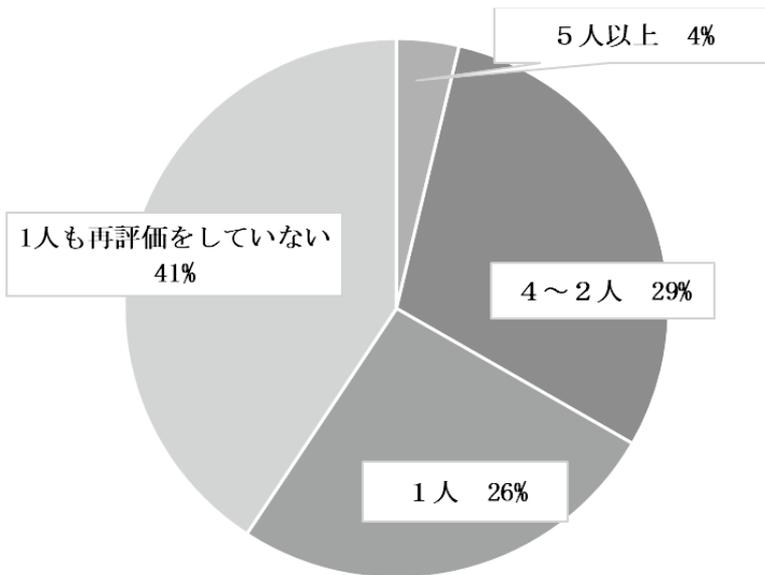
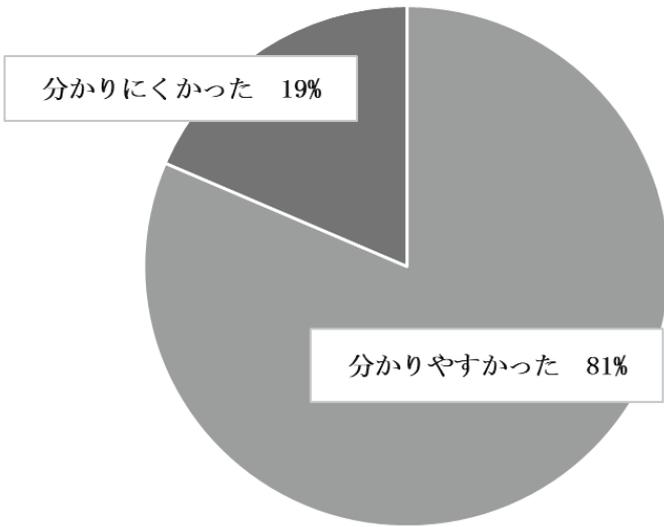


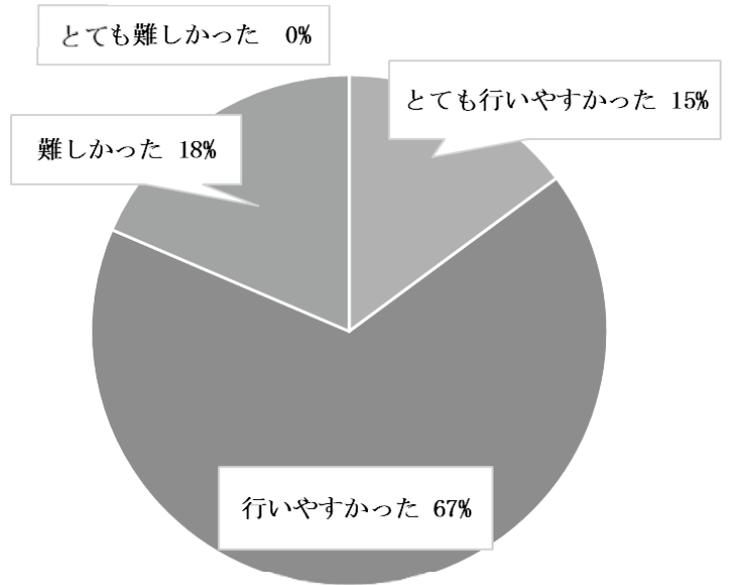
図3. アンケート調査におけるADOC2の使用頻度について

II. アプリの使用感について
(患者様ではなく自分自身の操作性・使用感をお答えください)

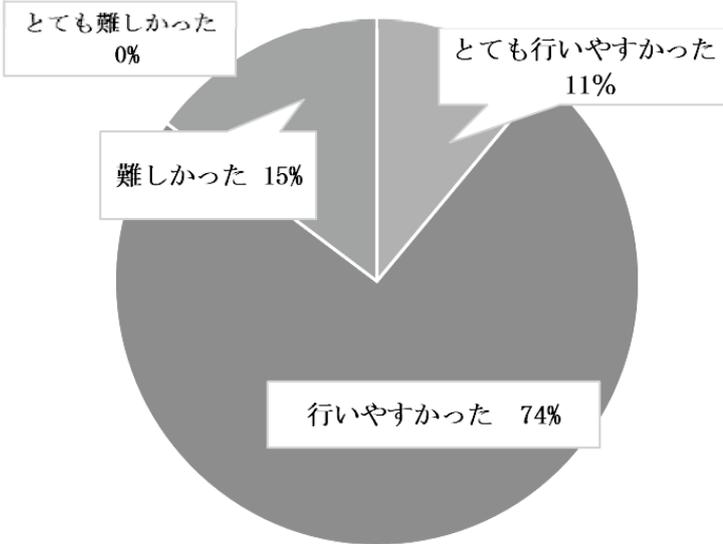
1) 全体的なアプリの操作はどうでしたか？



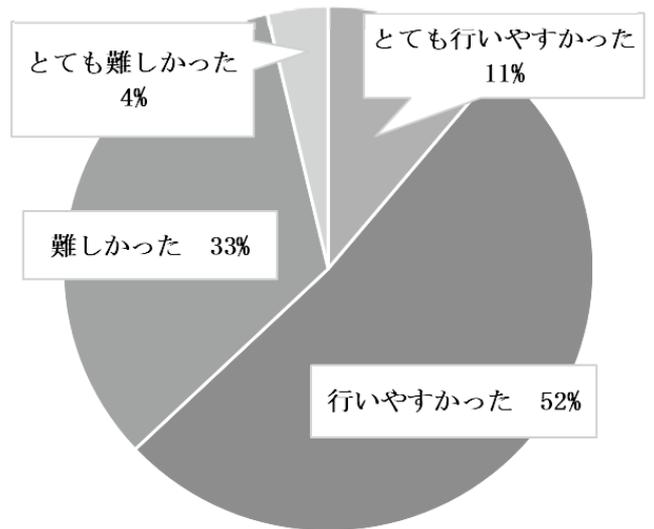
2) アプリを使用することで活動選択は行いやすかったか？



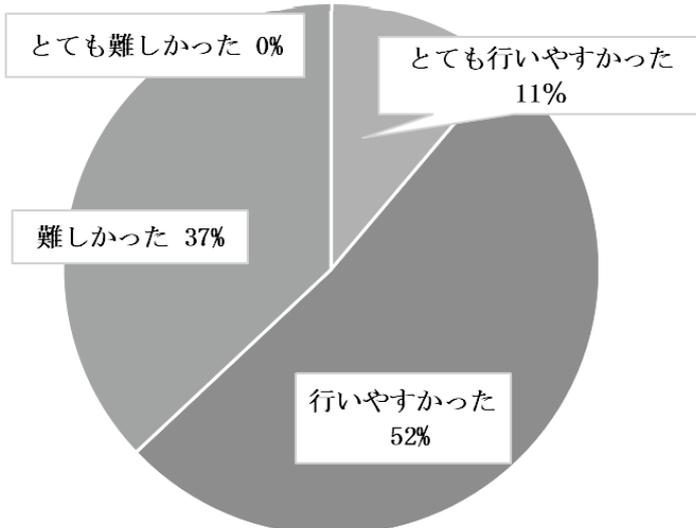
3) 活動の優先順位のつけかたは行いやすかったか？



4) 満足度の評価は行いやすかったか？



5) 目標の設定は行いやすかったか？



6) 実行度の評価は行いやすかったか？

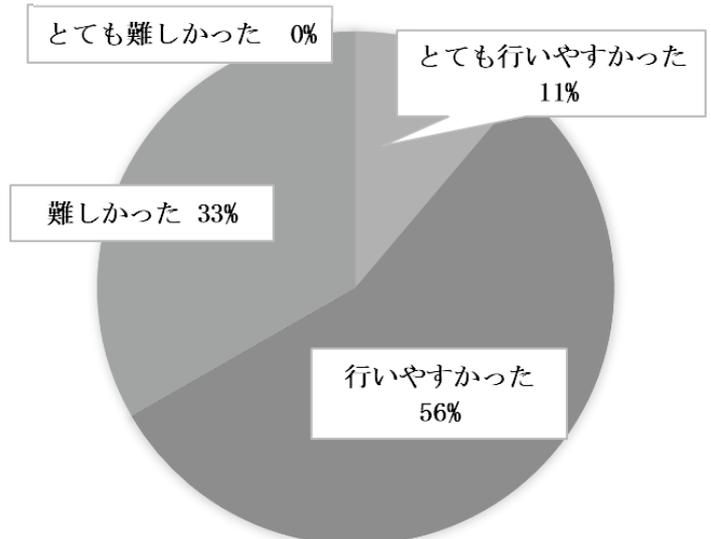
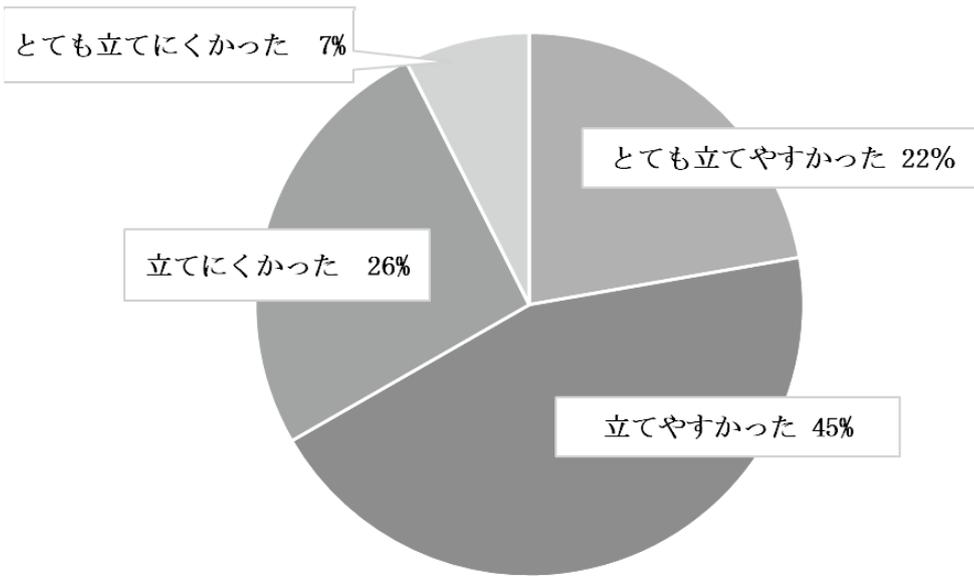


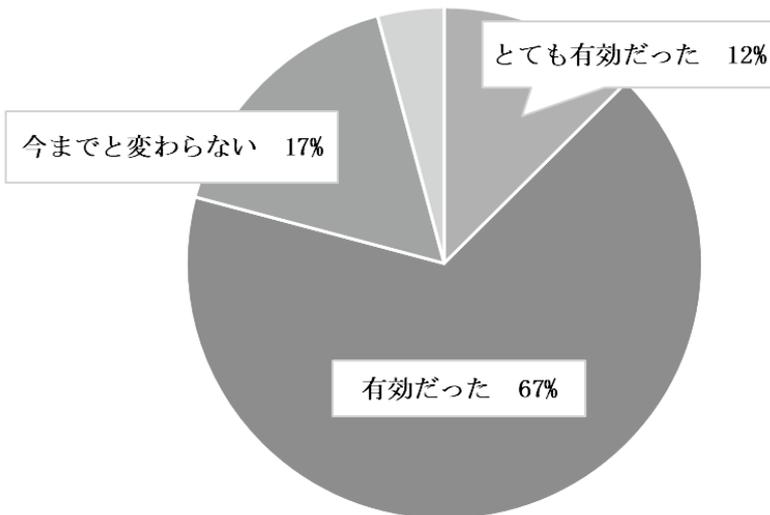
図4. アンケート調査における ADOC2 の使用感について

7) 目標を具体的に設定しやすかったか？

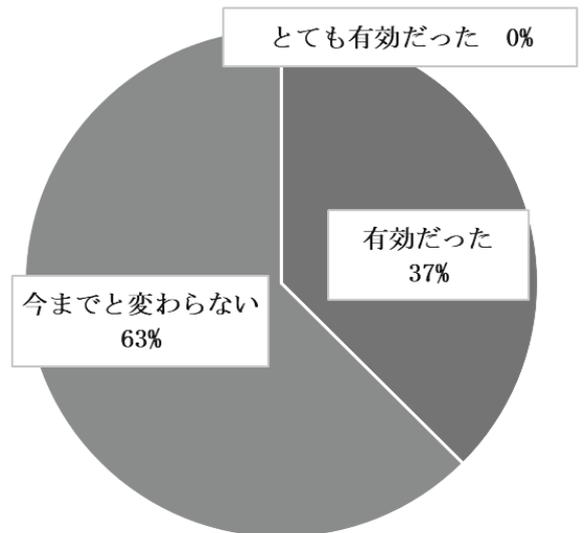


III. 運用について

1) ADOC2を使用する事で患者様と目標を共有することができたと感じるか？



2) ADOC2を使用する事で多職種と目標を共有することができたと感じるか？



3) ADOCを使用する事について

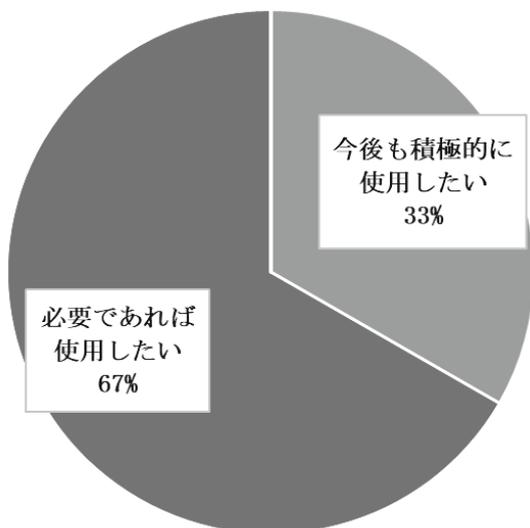


図5. アンケート調査におけるADOC2の運用について

表2. アンケート調査におけるリハスタッフからの意見について

Ⅲ. その他

ADOC2を使用し特にうまくいった事例などあれば教えてください

自宅に帰ってからの生活がイメージできている患者様には有効的で、リハビリのプログラムや目標設定に理解が得られやすかった。また、双方な得した状態でリハビリが進行できるため、拒否も少なかった。
目標が具体的に持てておらず、感情失禁を認めていた方に対して、目標が明確化しADL, IADL, 職場復帰の改善に繋がった。
リハビリ目的が理解得られない患者様で、ADOC2を用いて本人の希望に沿う形で運動提供することで、協力が得られるようになったケースがあった。
画像を使用するので、患者様に対して認識しやすいと感じた。また、口頭の間診で見つけられなかった目標も見つけることができた。
失語がある方の目標設定をする際に絵があることで具体的に設定する事が出来た
認知症の患者様にADOC2でイラストを提示することで、卓球がしたいという強い希望が聞かれリハビリに取り入れることができた。
言葉で伝えにくいところがあっても画像が記載してあるので説明し易かった。

ADOC2を使用してみたご意見を教えてください。

退院先が自宅でない方、認知機能低下が認められる方には使用が難しく、こちらが誘導して決めることが多かった。自宅退院を目標に具体的な生活イメージを持てている方は使用し易いが、先に述べた方には無理してADOC2を使用しなくても良いと感じた。
使用感は良かった。今後失語症などうまく表出が出来ない患者様にもコンスタントに使用していければ、目標設定問わず意思表示としてのツールとして使用していきたい。
患者様へ最初の切り出し方や進め方（なんといって目標や満足度を導いていくのか）を教わりたい。
患者様と目標を共有できることは良いが、選択肢が限られるため患者様によっては設定が難しい場面があった。
退院のことや麻痺の腕を今後どうしていくかについて考えられない、認知が良くても初めてのことから想像がつかない人が多い印象。そうすると具体的な目標も結局誘導になってしまう感が否めない。
立てた目標に到達したい場合、目標の変更を伝えづらいと感じた（若い患者様、仕事復帰を予定している方）。
時間がかかって中間評価を忘れてしまうことがあった。
初期、中期、最終の目標を立てる所までいくと患者様は疲れていることが多く細かい部分はこちらで決めていることが多かった。
認知機能が低下している患者様に対しての目標設定は難しいと感じた。
イラストや具体的な目標が表示されている為、患者様もイメージしやすくなったり、気づくことがあると思う。目標設定や現状把握の為使用していきたい。

臨床における「社会資源」概念の変容－作業療法カウンセリングによる実践的気づき－

介護老人保健施設サンライズ²¹⁾

長門市役所高齢福祉課²⁾

長門市社会福祉協議会³⁾

○安田貴士 (OT)¹⁾, 増山須美 (CM)²⁾, 藤田勝士 (SC)³⁾

キーワード: 地域連携, 社会資源, 地域在住高齢者, (作業療法カウンセリング), (出口支援)

【はじめに】

当施設ではX年9月に長門市(以下, 市)からの委託を受け, 訪問型短期集中予防サービス(以下, 訪問C)のモデル事業を開始した。市ではリエイブルメントの視点を取り入れ, 訪問・通所系の専門職サービスがなくても, 社会資源を活用しながら, 自分で元の生活が維持できる状態である, 「いきいき健幸状態」を目指している。作業療法士(以下, OT)を含むリハビリ専門職(以下, リハ専門職)の関与は週1回40分・3か月間(12回の内, 1・11回目は評価, 12回目は最終フィードバック・修了式)のプログラムを通じたセルフマネジメント支援である(図1)¹⁾。また, 開始前には, ケアマネジャー(以下, CM)のアセスメントにリハ専門職の視点を加え, 目標設定や生活改善に向けた課題の明確化, 目的に見合ったサービス利用, 地域資源活用について助言も行うこと²⁾を目的にリハ専門職とCM, 第2層生活支援コーディネーター(以下, SC)の同行訪問も行われる。修了後はCMが月1回のペースで対象者のモニタリングをおこなうケアマネジメントBへと移行する。SCは終了の時期に合わせた介入をおこなう。また, 開始後, 介護予防・自立支援に関わる専門職等が共通認識を持ち合い高め合うことを目的とする, 「いきいき健幸会議(地域ケア個別会議)」をWeb会議システム(Webex)にて, 開催した。

出口支援を効果的に実施するには活用可能な社会資源を①フォーマル・形あり, ②フォーマル・形なし, ③インフォーマル・形あり, ④インフォーマル・形なしの4領域に体系化して把握することが出発点となる(図2)³⁾。従来はジェノグラムやエコマップを用いて③の家族・友人・地域団体など「かたちのあるインフォーマル資源」を可視化する取り組みが中心であった^{4), 5)}。

一方, ナラティブ・インタビューによって抽出される価値観・人生観・役割意識・行動レパートリーなど④の「形のないインフォーマル資源」も, 地域生活維持を左右する不可欠な要素であることが明らかになった。

したがって, 4領域すべてを横断的に評価・統合し, 作業療法における必須評価である症例の概念化(ケー

ス・フォーミュレーション)⁶⁻⁸⁾に反映させることが, 対象者(Client:以下, CL)中心の出口支援を構築する鍵となる。

今回, 本報告の目的としては, 精神・心理的フレイルを有する質的単一事例に対し作業療法カウンセリング(以下, OTC)を実施し, CLの「気づき」を契機とした行動変容によって「いきいき健幸状態」が達成された過程の中で, 出口支援に必要な情報と社会資源の考え方について著者OT自身の気づきとその情報共有の実際について考察することである。

なお, 言葉の定義として本報告では, 「出口支援」は, 訪問C修了後にCLと社会資源をつなぐ支援を指し, 職種としての作業療法士を「OT」と表記し, 著者として登場する個別のOTについては「著者OT」と明記し区別することとする。

OTCとは, 「対象者の『気づき』と『意欲』を引き出して意味のある活動へつなげ, 主体的な生活行動を促す双方向のコミュニケーション」である⁹⁾。本症例では, OTCによりCLの行動変容を誘発し, 得られた認知・動機づけの情報を多職種と即時共有した。これにより, CLの思考を歪める要因と作業遂行障害の過程を可視化する症例概念化¹⁰⁾が深化し, 出口支援計画の具体化と実行性向上につながった。

メディカルオンラインにて「短期集中予防サービス」を検索(検索日2025年4月15日)したところ, 原著論文は25件あり, 訪問Cにおいて個人・環境の特性を評価した研究は1件のみで, OTCを用いた出口支援の実践例は存在しなかった。この現状を踏まえ, 本報告は訪問CにおけるOTCの活用という点で新規性を有すると考えられる。

倫理的配慮として本報告は1症例を対象とした臨床経過の記述であり, 「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」ガイダンス(令和3年)における「症例報告」に相当するため, 所属機関の倫理審査委員会による審査は不要と判断した。対象者および家族には書面と口頭で目的を説明し, 誌面掲載に関する同意を取得した。

【事例紹介・作業療法評価】

A氏は両変形性膝関節症を呈する80代独居の女性。基本チェックリストでは, 運動器の機能項目(4/5)とうつ項目(2/5)が該当する事業対象者。ADLは自立。屋外はT字杖を使用。X-1年5月, 駆落ち後に再婚した夫と死別。夫は精神疾患を患っており約12年間, 夫の介護を経験し, 夫婦の関係性が深く, 共依存関係が確認された。夫の死後は外出頻度が減って身体能力が低下し片道400mでも休み休み歩くことや, 自宅に階段はないが跨線橋の階段昇降が辛くなり, 毎日テレビ体操をしている。

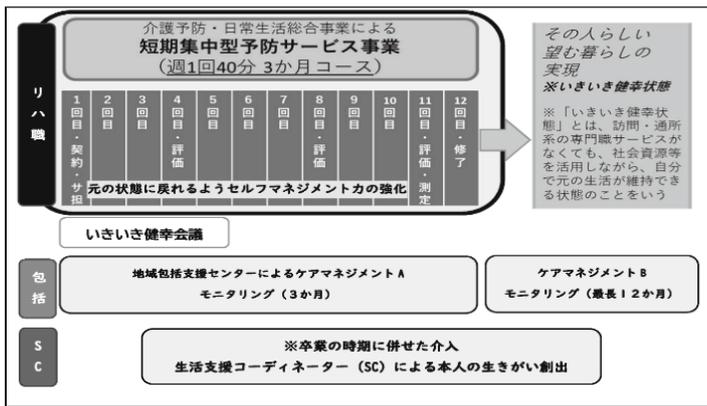


図1. 短期集中予防訪問サービスの概要図

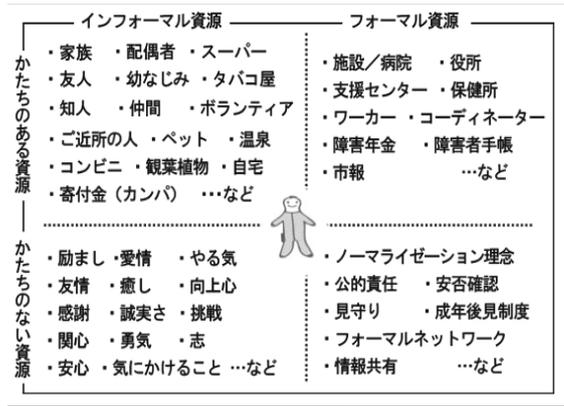


図2. 社会資源の4領域

《環境因子》

前夫の間に長女・長男が他県にいる。子供を置いて家を出た為、子供達に申し訳ない思いがある。義父母のおかげで今は子供達と交流があり、子供達も気にかけてくれている。また、子供のいない長姉が近くの施設に入所。後に訪問Cの関わり途中で併設病院に入院しており、長姉の諸々の手続きをするなど地域で一定の役割を担っている。

《個人因子》

主訴は「長女や長男が心配をしてくれているが、迷惑をかけられないので、このまま今の生活が続けられるように体力を取り戻したい。杖を忘れるくらいに歩けるようになりたい。どんな運動をすれば良いかわからない。運動を教えてほしい」と依存的な発言がある。

CLは複数きょうだいの末子として育ち、思春期に父親を亡くした。中学卒業後に理容師資格を取得し、成人初期に見合い結婚で二児を出産するも離婚を経験。その後、理容院勤務を通じて現在の配偶者と再婚し、転居先でパート勤務（飲食店・弁当製造など）を経て、清掃業に長期にわたり従事した。子どもとは長期間別居していたため育児経験は乏しい。

配偶者との結びつきは強い相互依存的性格を示し、重要な意思決定を配偶者に委ねる傾向があることから、自己決定の困難さが認められる。他者との交流は限定的で集団活動を避け、一人作業を好む。現在は加齢に伴う握力低下を気にするものの、掃除・草取りの技能を強みとし、健康意識が高く、毎日自宅で運動と日記を継続している。また、誰に対しても挨拶を欠かさない対人スキルを保持している。

《身体的・精神的評価》

握力：右 16.5kg / 左 11.5kg, TUG：8.0 秒（速歩）, CS-30：13 回, FAI：35 点, GDS15：2 点, 主観的幸福感：8 点であった。

【方法】

本報告において事例は質的単一事例に対する OTC

の実践的介入で、3ヶ月の介入ゴールとして、①体操を実際に行なってみて、気づいたことや工夫などを記載したA氏独自の体操を完成させる、②散歩なども取り入れ他者との社会交流を図るきっかけができるとし、A氏の生活における主体性の促進と、亡き夫との共依存関係の改善を目的に、作業療法士による介入(OTC)を計10回実施した。OTCはすべて非構造化面接法を用い、週1回、午前中の40分間に設定して実施した。面接時の座位の位置関係は、90度法に基づいて配置した。また、OTCに併せて、セルフマネジメントシート（以下、SMS）の毎日の記入をA氏に依頼した。SMSには、「運動実施の有無」「運動で工夫したこと」「できたこと・できなかったこと」「振り返り日記」を記載する形式とした。OTC導入の目的は、SMSを通してA氏の発言を記録し、生活や思考の可視化を図り、省察を促すことであった。

情報提供については、市の訪問Cで一般的に用いられているケース記録(図3)¹¹⁾は使用せず、プロセスレコード形式のケース記録(図4)¹²⁾を用いた。この記録用紙には、A氏および著者OTの発言・行動を記載し、生活や思考の可視化を図り、それぞれの考察を併記して、1ヶ月ごとにCMへ提出した。また、A氏の取り組みに対して、CMからポジティブフィードバックが必要な場合には、適宜電話にて連絡を行った。修了前には、著者OT・CM・SCが連携し、ケアマネジメントBへの移行に向けた話し合いを実施し、その際に、介入開始時および修了時に作成した症例の概念化図を用いて説明を行った。

情報提供のタイミングは訪問Cの経過に応じて行っており、その時期はフロー図(図5)¹²⁾に示し、経過とOTCの実際については、3ヶ月間の介入を行動変容ステージモデル¹³⁾を用いた。行動変容ステージモデルとは、行動変容に対する準備状態のことを示し、5つのステージ（無関心期、関心期、準備期、実行期、維持期）に分けられ、行動変容の過程を理解するためのモデルである。

ケース記録						
利用者氏名		※SOAPで記載				
利用者ID		S: 言ったこと		A: S・Oについてどのように考えたか		
		O: おきたこと		P: 次のステップに進んでいいか、否か		
日程時間	担当者	短期目標(1ヶ月)	主なプログラム内容	関わった職種	言ったこと・行なったこと(S・O)	考察(A・P)
~			社会参加の準備 IADLの向上 ADLの向上 運動機能の向上 口腔機能の改善 栄養状態の改善 介護予防教育 セルフマネジメント その他	本人 リハ職		
~			社会参加の準備 IADLの向上 ADLの向上 運動機能の向上 口腔機能の改善 栄養状態の改善 介護予防教育 セルフマネジメント その他	本人 リハ職		

図3. サービスケース記録¹¹⁾
SOAP 記載の様式を取るが、CL の言ったこと等が記載しづらいと感じた。

ケース記録		利用者氏名:	
		利用者 ID:	
日 時	月 日 ~	短期目標 (1ヶ月)	① 運動の継続 ② 生活の変化に自身で気が付き、実施できる
主なプログラム内容:		<input type="checkbox"/> 社会参加の準備 <input type="checkbox"/> IADLの向上 <input type="checkbox"/> ADLの向上	<input type="checkbox"/> 介護予防教育 <input type="checkbox"/> 口腔機能の改善 <input type="checkbox"/> 栄養状態の改善 <input type="checkbox"/> その他 ()
関わった人:		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 作業療法士 (含む) <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> その他 ()	考察 (C: 利用者 Th: セラピスト)
言ったこと・おこなったこと (C: 利用者 Th: セラピスト)		C: 最近、寒くて足が固まる。上半身は温かいが、下半身が寒く固まるため、テレビ体操でも足を温めたい。足温を温めることを考え行動することは良いが、確認やけどに注意する必要がある。 Th: 温める方法を考え、実行されているのは素晴らしいですね。ただ、熱湯やけどには注意してください。 C: ご病気の期間で足の血行が悪く、全身運動として足温を温めたいのですが、 Th: 運動自体は問題ないため、承認する。 C: 足温は仰向けになって我慢できず寝てしまいます(実際に動作を交えて説明を促す)。ダメでしょうか? Th: 椅子(ソファ)を使用し、足踏みにあわせて手を振る運動と座った状態での踵上げを勧めます。 C: 少し椅子が高くて足踏みしにくいですが、でも、これはぬくもりますね。 Th: ソファの前後高45cmだったので、2段下げて前後高40cmに変更。 C: 高さを低くしたため、立ち上がり運動なども今までより難易度が上がっていますが、足踏みなどしてみようか? Th: 前後高を低くしたことで今まで行っていた立ち上がり運動の難易度が上がっていますが、足踏みなどしてみようか? C: 足踏みもやってみよう。また、立ち上がりもできそうです。回数は今まで通り、体調をみながらやります。 Th: 問題なく動作可能。また、回数のについても体調に合わせてコントロールできている。	

図4. 今回使用した、ケース記録¹²⁾
担当CMに同意を得た上でケース記録の様式変更を行い、使用。左欄にはCLや著者の言ったこと・行なったことを記載し、右欄には左欄の考察を記載する。

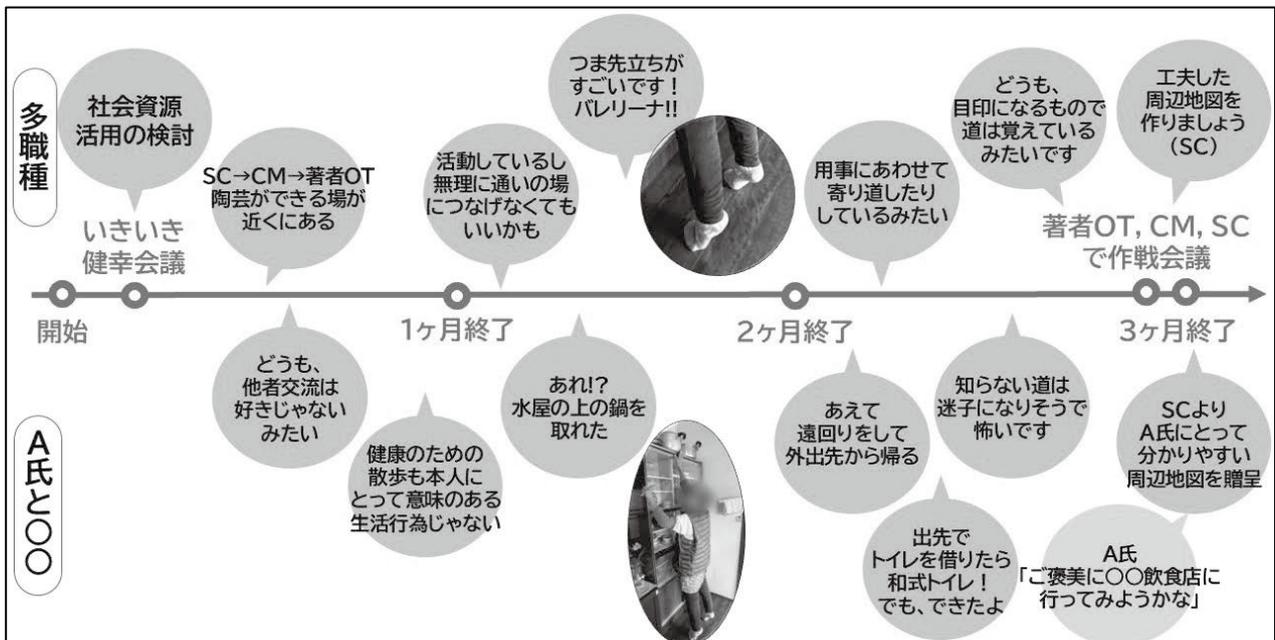


図5. 経過と情報共有のフロー図 (一部改変)¹²⁾
横軸が時間の経過を示す。上段が著者 OT やCM, SC の多職種連携を示し、下段が A 氏と多職種の関わりを示す。

【経過と OTC の実際】

1. 関心期 (介入 2 回目)

握力・CS-30 の結果を受けた A 氏は「やはり弱かった」と落胆しつつも、「左手で納豆を食べたが、もっと鍛える方法はないだろうか」と自ら方策を尋ねた。著者 OT はまず弱さへの気づきを肯定し自己否定を緩和したうえで、「生活の中で握る場面やつまむ場面は他に何かあるでしょうか」とソクラテス式質問を投げ掛け、A 氏自身に洗濯ばさみ訓練や筒にぎり訓練という具体策を考えていただいた。

2. 準備期 (介入 3 回目)

A 氏は携帯電話の歩数計機能があることを見つけ、活用し、外出時に 3373 歩を計測・記録したうえで、「洗濯ばさみは指を替えながらつまんでいる。筒は滑らないように輪ゴムを巻いてみた。」と負荷調整や道具の工夫を著者 OT に報告した。著者 OT は歩数計機能を見つけたことを賞賛し「なぜ歩数を測ろうと思ったのか」問うと、「近所のスーパーへの買物ではどれくらい歩いているのか気になった」との返答があった。著者 OT は、病院やスーパー以外に少し遠くまで歩いてみるのはいかがでしょうか提案したが、「そうですね」とあまり乗

り気ではない返答であった。A氏は用事以外の外出は消極的であることを当日のうちに多職種チームへ共有した。

3. 実行期（介入4回目から7回目）

A氏は自宅から少し離れた橋（往復約1.3km）まで3280歩/40分の散歩を達成し、「膝も痛まず歩けた」と報告、介入5回目には6,860歩を記録して「次は〇〇銀行まで歩きたい」と挑戦の意図を示した。著者OTはSMSを提示しつつ「なぜ散歩しようと思ったのか」「膝が痛くなかったのはなぜか」「休憩をどのように取ったか」を問い、A氏に身体感覚と行動の関連を自己分析するよう促した。A氏は「著者OTが気分転換に散歩も良いと言われたため、散歩を試みた。所々でブロック塀に腰掛け休憩をした。休憩を取ることで膝に負担がかからなかったと思う」と返答した。

A氏が長い距離を歩けると判断し、CMやSCより握力を鍛える・他者との交流を図る目的で情報提供のあった陶芸教室への参加を促す前段階として、他者と関わる場所への参加について尋ねた。A氏は「人と話すことは嫌いではないし、楽しい場は好きだが、自分の時間も大切にしたい」と返答し、集いの場など集団に帰属することは苦ではないが、自分のペースを大切にしており、無理にすすめても長続きしない様子が感じ取れたため、CMに情報提供をおこなった。

介入6回目にはA氏は散歩が出来ておらず、入院した長姉の手続き関係や銀行など役割としての生活行為の中で歩いていると事であった。著者OTは、SMSからA氏は1週間の内の殆ど用事のための外出や家事で忙しくしており、健康のための散歩ができなくても、たくさん役割を持って活動している事を賞賛した。また、家事の中でA氏が語った気づきとして、「出かけない日は窓拭きをするが、玄関上のサッシを拭く際は今まで手が届かず、柄つきモップを使用していたが届くようになっていた。また、水屋の上に置いている大きな鍋は今まで箸を鍋の取っ手に引っかけて取っていたが手が届くようになっていた」と話し、著者OTは実際の動作を確認して賞賛、「なぜ、とれるようになったと思いますか」とソクラテス式質問を投げ掛け、A氏は「体操の中のふくらはぎのストレッチが良いのだと思います」と自己分析できていたため、著者OTは承認・賞賛しCMに情報提供をおこなった。

介入7回目には、A氏は「姪が来訪した時にお茶の準備をするためA氏が立ち上がった動作を姪がみて、以前より動きが良くなっていると褒められた」と語った。著者OTは、「なぜ、動きが良くなったのでしょうか」と質問し、「毎日運動は続けているし、バス停での待ち時間も踵上げをしている。それが実を結んでいる」とA氏は返答したため、良くなっている原因を自己分析できていることを賞賛した。

4. 維持期（介入8回目から11回目）

A氏は家事以外の活動は1週間の殆どが草取りと長姉の見舞いであった。SMSには草取りを毎日行なっても疲れず、身体が軽くなっていることが記載されており、賞賛と「なぜ、草取りをしても疲れぬのか」ソクラテス式質問を投げ掛けた。A氏からは運動を続けていることや、長姉の見舞いや買物に出かけるとき、少し遠回りをして帰っている。遠回りをするとき、迷わないように知らない道は歩かないように気をつけている。道は目印になるもので覚えている」と返答があった。A氏の市内の地理は夫と歩いていた場所に限られていることを自覚しており、自身が俯瞰して物事が見えていること、行動変容が維持できていることがうかがえた。

また、A氏から買物に出かけ、服屋のトイレを借りたとき、和式トイレであったが、両側に手摺りがあったため、これならできると考えた結果、できた報告を受けたため、CMへ情報提供をおこなった。

最終評価時の11回目に著者OTはA氏に対し「その日の計画を立て、時間通りにできず、ダメだなど思うことはあるか訪ねると、A氏は「できなかったことは次の日に回せば良いし、できなかったからと言ってダメという気持ちはありません。考えるということこそ著者OTが教えてくれた。一週間の様子を聞かれ、それに対して答えると、その時にどう思ったのか、なぜそのように考えたのかを聞かれるため、日常の色々なことを意識して考えるようになった。1日の行動も振り返るようになり、色々な面で意識して考え、自分で物事を決めたりして自分が変わった感じがある」と返答し、自己決定する力やその結果、できないことがあっても先延ばしすれば良いという気楽な気持ちで物事に取り組めるようになっていた。

【結果】

A氏は最終面接にて、「自分で物事に対しなぜだろうと考え行動に移すようになった」と能動的発言が聞かれるように変化した。また、「夫はいつも心の中に居るが、夫は夫、私は私」と共依存関係の克服に近づいた発言もあった。他、和式トイレの使用や買物時に遠回りをする、長姉の今後の施設について等の分からないことは相談しながらも自己決定をするように思考や行動が変化した。

経過の中で得た情報を元に介入12回目（最終フィードバック・修了式）に向けておこなった作戦会議では、著者OTより症例の概念化図（図6）を提示し、初回評価では、A氏は、駆け落ち・離婚・再婚および長年の介護経験を背景に、「家族に迷惑をかけてはいけない」「介護は大変なもの」という信念を持ち、転倒への不安から外出頻度が減少し活動量が低下していた。自動思考として「転倒したら周囲に迷惑がかかる」という否定

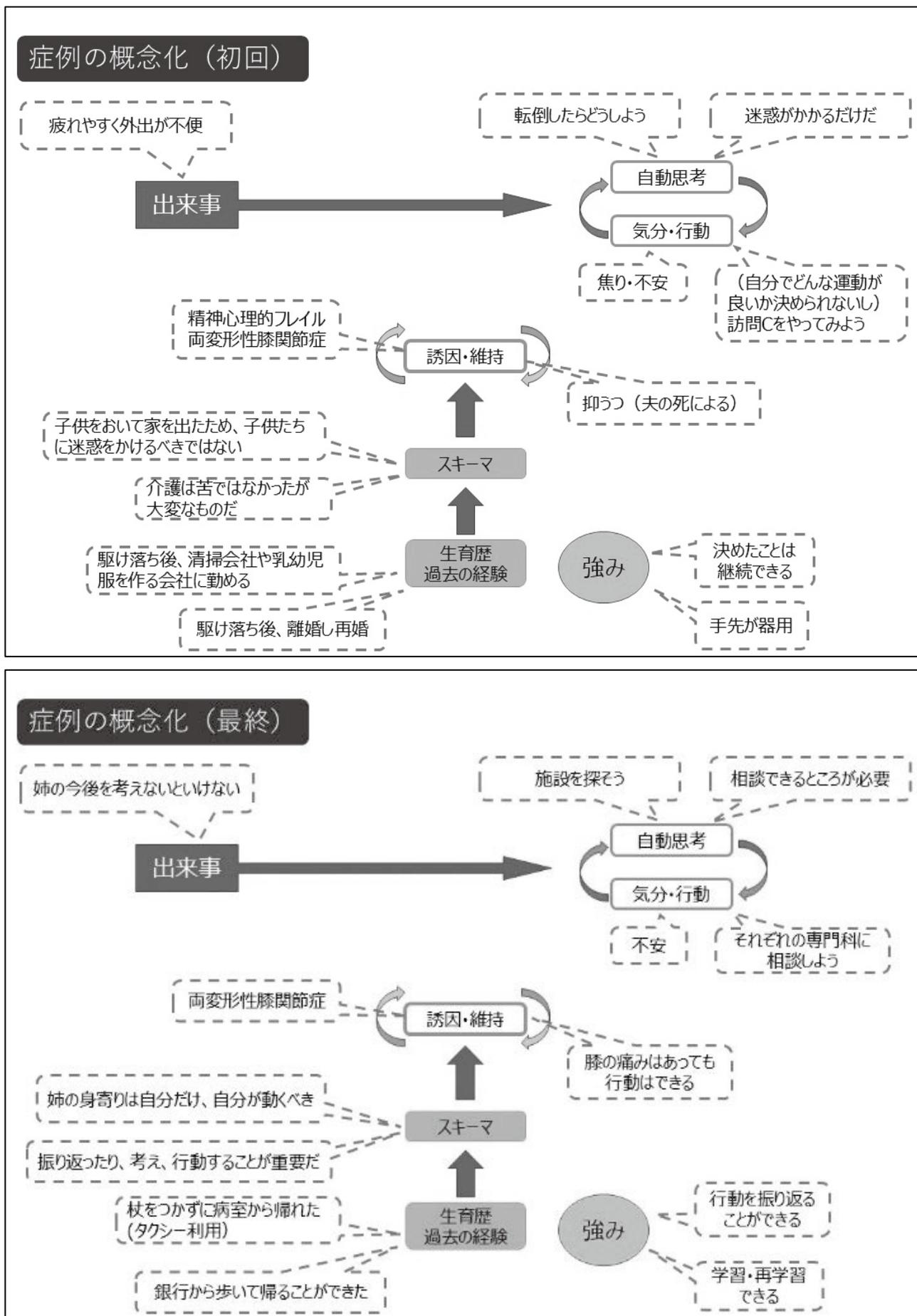


図 6. 症例の概念化図（上が初回，下が最終）

的認知がみられたが、「元気になれるならやってみよう」という思いから訪問Cの利用に至った。

当初は運動支援を通じた身体機能善と、地域との間接的なつながりを促すことで、A氏の自立と自己肯定感の回復を目指す支援が有効と考えていたが、OTCにより、A氏の活動量が向上し、日々の振り返りや課題への対処ができる強みを得たことや長姉の施設探しに関しては不安を感じつつも、専門職に相談する行動が取れており、問題解決力がうかがえる。過去には杖を使わずに歩けた成功体験があり、膝の痛みがあっても調整しながら行動できるという実践的な学びを得ている事を伝え、A氏にとっての社会資源とは、「かたちのないインフォーマル資源」なのではと著者OT自身が認識した事を伝えた。SCからは、事前にCMへ伝えたA氏のランドマーク認知を活用した資源マップ(図7)¹⁴を作成しA氏に提供する運びとなった。

著者OTは、A氏と関わる前は「社会資源」とはインフォーマル/フォーマル共に、「かたちのある資源」を考える傾向が強かったが、今回のA氏との関わりの中で「かたちのない資源」についても重要であると認知する結果となった。また、CMやSCからも症例の概念化図を用いた事でA氏の気分・不安・思考が分かりやすいと好評を得た。

《身体的・精神的評価》

握力：右18.0kg/左15.5kg, TUG：7.2秒(速歩), CS-30：17回, FAI：32点, GDS15：0点, 主観的幸福感：9点。と握力やCS-30, GDS15, 主観的幸福感が良い方向へと変化した。FAIは長姉の世話など増えたことで読書の時間が無くなり3点減点となった(表1)

ADLは自立、移動はT字杖を使用し、疲労や休みなく400mの連続歩行可能となった。

【考察】

本報告は、訪問CにおいてOTCを実践していく中で出口支援に必要な情報と社会資源の考え方について著者OTが気づきを得た事を報告した。

A氏は夫の死後も共依存関係にあり、物事に受身的なA氏に運動指導を行なうだけでは自己決定ができず「いきいき健幸状態」を自らが目指すことは困難だったと考える。高齢者に対する評価は身体・知的・認知機能だけでなく、心理精神状態を適切に評価し介入することが重要である。

今回、精神心理的フレイルのA氏に対し、OTCによるSMSを用いて日常を視覚的に整理し、行動を振り返る工程をおこなう事で自己決定を引き出し、その結果、できていることへの「気づき」が促され、受動から能動へと思考や行動が変化したと考える。

「かたちのないインフォーマル資源」を把握するためにはナラティブ・インタビューを用いてCL自身の職業歴や生育歴、生活歴・家族歴、性格、趣味・活動歴、

気分・不安・思考を聴取する必要がある。また、症例の概念化図を用いて見える化することで、①CLの状態と背景が一目で分かる(点在していた情報が構造的に整理され、包括的に理解できる)。②問題と強みの関係性が見える(悪循環の構造が可視化できる一方で、強みやリソースも明確になる)。③介入の優先順位・焦点が定まる(多くの課題の中で、どこを優先的に支援するか)。④多職種間の共通理解が進む(同じ図を見ながら作戦会議をすることで、認識のズレを防ぎやすい)ことが分かった。ケース記録については、既存のものでは無く、プロセスレコード形式のケース記録を用いることで、CMとの情報共有をする内容として、A氏個人の特性や思考の変化を気づきとして捉えることができ、最終的に訪問型短期集中予防サービスのOTCにより、A氏にとっての社会資源は「かたちのないインフォーマル資源」が重要であり、訪問C修了後のマネジメントBへ移行するに当たっての情報提供として用いることができたと考える。

2018年5月に承認された「作業療法の定義」は、「作業療法は、人々の健康と幸福を促進するために、医療、保健、福祉、教育、職業などの領域で行われる、作業に焦点を当てた治療、指導、援助である。作業とは、対象となる人々にとって目的や価値を持つ生活行為を指す¹⁵とある。また、「高齢者の生きがい」とは「高齢者が生きるために見出す意味や目的、価値であり、生きることに對する内省的で肯定的な感情の創出により実感される¹⁶と定義され、市の目指す「いきいき健幸状態」を促すためには、CLにとって目的や価値を持つ生活行為は、生きることに對する内省的で肯定的な感情の創出により実感される必要があると考え、それらは、訪問Cの修了後も続くものであり、症例の概念化図を用いた情報共有は出口支援に対して有効な一つの手段ではないかと著者OTは考える。

赤堀らの研究¹⁷では、地域包括支援センター職員は、OTについて機能面や動作面に加え、生活の質を含む価値を大切にする職種であると認識していることが明らかで、OTとして他職種との連携や今後の啓発に必要となることは、単に生活動作だけでなく、CLの生活歴や性格、趣味などの「その人らしい」生活を支援する視点をもちながら地域で関わることの必要性が改めて確認されている。このことから、生活歴や性格、趣味などを知るナラティブ・インタビューや、それらに見える化する症例の概念化が情報共有において重要であるといえる。

また、本報告から得られた示唆は、他の精神・心理的フレイルを呈する高齢者や生活行為向上マネジメント(MTDLP)におけるOTCの活用¹⁸だけで無く、申し送りシートに症例の概念化図とその要約を足す事にも応用可能性があると考ええる。そのため、本報告は単一事例であり、今後は他事例への適用や定量的評価も

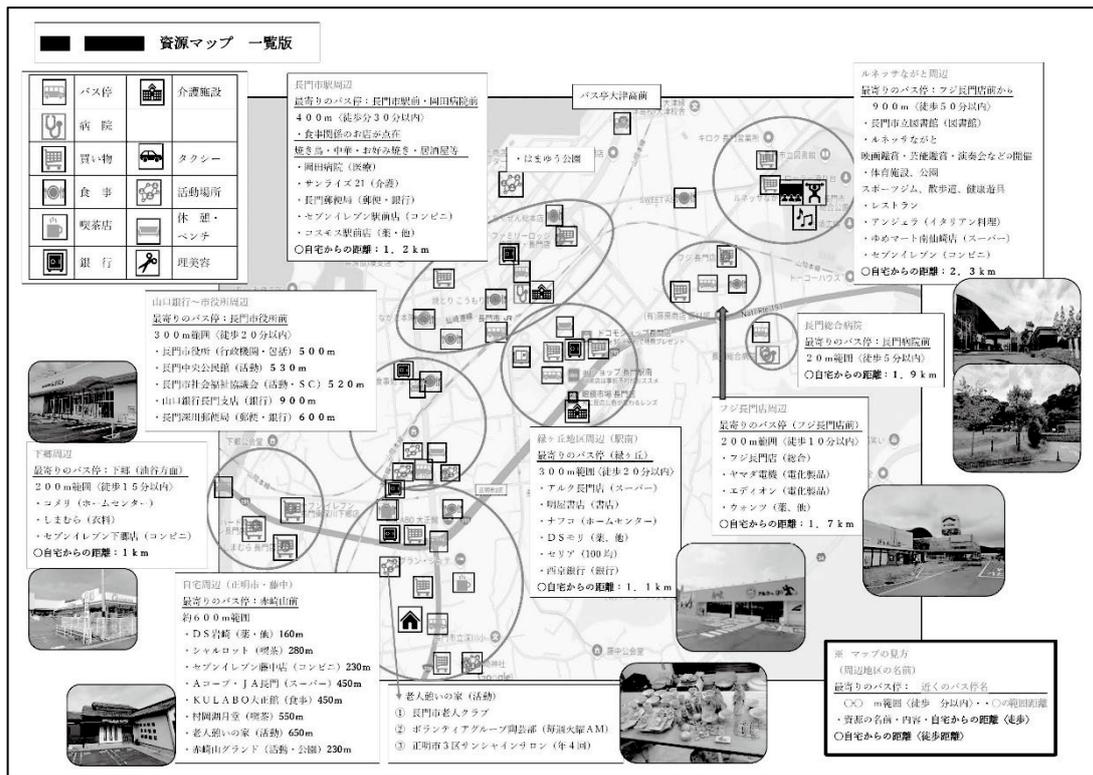


図7. SC が作成した A 氏専用の資源マップ (一部) 14)

表1. 介入前後の主要指標比較

カテゴリ	指標	介入前	介入後	変化量
筋力	握力 (右)	16.5 kg	18.0 kg	+1.5 kg (+9%)
	握力 (左)	11.5 kg	15.5 kg	+4.0 kg (+35%)
移動能力	TUG	8.0 秒	7.2 秒	↓ 0.8 秒
下肢筋持久	CS-30	13 回	17 回	+4 回 (+31%)
活動参加	FAI	35 点	32 点	-3 点 (-9%)
心理	GDS-15	2 点	0 点	-2 点
	主観的幸福感	8 点	9 点	+1 点

変化は介入後 - 介入前で計算. 百分率は小数第一位を四捨五入.

必要と考える.

【結論】

社会資源は「インフォーマル」「フォーマル」「かたちのある」「かたちのない」といった多様な側面を持つことを踏まえ、OT は CL の特性や生活場面での思考の変化を適宜、的確に把握し、出口支援に向けて多職種間での情報共有を行う必要がある。情報共有を行なう方法として、ナラティブ・インタビューをおこない、症例の概念化図を用いることも一手段と言え、それらの技術を身につけることで、本手法は他の精神・心理的フレイル高齢者にも応用の可能性がある。

【利益相反】

本報告にて、開示すべき利益相反はない。

【文献】

- 1) 長門市健康福祉部高齢福祉課地域包括ケア推進室:ながといいきいき健幸支援事業マニュアル. 2024. p.6.
- 2) 長門市健康福祉部高齢福祉課地域包括ケア推進室:ながといいきいき健幸支援事業マニュアル. 2024. p.3.
- 3) 公益財団法人日本障害者リハビリテーション協会情報センター:第2章地域自立支援協議会の目的・機能等について

- <https://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/resource/jirit-su-report-DB/db/19/165/report/report02.html>
(参照 2025-4-28).
- 4) 野中猛:「ジェノグラム」による情報共有の例, 多職種連携の技術(アート)ー地域支援のための理論と実践, 中央法規出版. 2014. p102.
 - 5) 野中猛:エコマップによる情報共有の例, 多職種連携の技術(アート)ー地域支援のための理論と実践, 中央法規出版. 2014. p105.
 - 6) 大嶋伸雄:ナラティブによる評価(情報収集), 作業療法カウンセリング第1版, 三輪書店. 2020. p42.
 - 7) 大嶋伸雄:身体領域系評価, 作業療法カウンセリング第1版, 三輪書店. 2020. pp44-45.
 - 8) 大嶋伸雄:身体領域系評価, 作業療法カウンセリング第1版, 三輪書店. 2020. p43.
 - 9) 大嶋伸雄, 高橋章郎, 下岡隆之:日本の作業療法の原点へ!患者力を引き出す認知作業療法コア・モデル. 第51回日本作業療法学会. 2017.p.50.
 - 10) 大嶋伸雄:作業療法カウンセリングにおける「症例の概念化」の捉え方, 作業療法カウンセリング第1版, 三輪書店. 2020. p183.
 - 11) 長門市健康福祉部高齢福祉課地域包括ケア推進室:ながといきいき健幸支援事業マニュアル. 2024. p.30.
 - 12) 安田貴士:令和6年度第3回「萩・長門地区別勉強会地域リハビリテーションフォローアップ研修」資料. 2025.
 - 13) 厚生労働省健康局:標準的な健診・運動指導プログラム平成30年度版. 2018. pp3-30.
 - 14) 藤田勝士:長門市健康福祉部高齢福祉課「ながといきいき健幸支援事業」モデル実施成果報告会資料. 2025.
 - 15) 日本作業療法士協会:日本作業療法士協会作業療法の定義 <https://www.jaot.or.jp/about/definition/>
(参照 2025-05-06)
 - 16) 野村千文:「高齢者の生きがい」の概念分析. 日本看護科学会誌 Vol.25, No.3: 61-66, 2005.
 - 17) 赤堀将孝, 亀山一義, 宍戸聖也, 松本圭太, 谷川和昭:地域包括支援センター職員が抱く作業療法士の認識ー計量テキスト分析による構造の把握ー. 作業療法 39 (2): 170-179, 2020.
 - 18) 小林隆司:生活行為向上マネジメント(MTDLP)系. 大嶋伸雄, 作業療法カウンセリング第1版, 三輪書店. 2020. pp101-104.
 - 19) 長門市健康福祉部高齢福祉課地域包括ケア推進室:ながといきいき健幸支援事業マニュアル. 2024. p.6.
 - 20) 長門市健康福祉部高齢福祉課地域包括ケア推進室:ながといきいき健幸支援事業マニュアル. 2024. p.3.
- 21) 公益財団法人日本障害者リハビリテーション協会情報センター:第2章地域自立支援協議会の目的・機能等について
<https://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/resource/jirit-su-report-DB/db/19/165/report/report02.html>
(参照 2025-4-28).