

高知県作業療法

 Vol.
2
 Jul.2023

The Kochi Journal of
Occupational Therapy

Contents

■巻頭言

学術誌『高知県作業療法』第2巻の発刊にあたって……………	浅川 英則	1
	田村 幸司	2

■特集論文

『子どもへのリハビリテーション』

発達障害児への作業療法の展開……………	篠田かおり	3
脳性麻痺児への作業療法の展開……………	稲富 惇一	13
訪問看護領域の子どもに対する作業療法……………	高橋 一郎	19
乳幼児健診における作業療法士の関わり……………	清岡 賢大 他	27
高知県作業療法士会 子ども発達支援部の活動と今後の展望 担当理事の立場から……………	國友 晃	35

■原著論文

急性期・回復期・生活期作業療法を通して役割獲得に至った 高次脳機能障害事例の作業過程……………	石元美知子 他	41
ソーシャルフットボールの可能性—選手へのアンケート結果をもとに—……………	佐野 秀平	49
高次脳機能障害の当事者・家族のための『女子会』への期待 —参加している家族へのインタビューを通して—……………	石元美知子 他	55

■実践報告

警戒態勢が強く知的障害のある受刑者への作業療法—安心できる場の重要性—……………	足立 一	63
障がい児・者と保護者の外出活動における保護者負担と余暇支援のニーズ調査……………	山口 和華 他	69
片麻痺患者に対するトイレ動作練習 立位での下衣操作を含めた段階的難易度設定の導入……………	公文 康輔 他	75
住民主体!持続したフレイル予防実現に向けて!—高知県仁淀川町ハツラツツの魅力—……………	金久 雅史 他	79
運動無視を呈した脳卒中症例が職場復帰に至るまで ～症例の志向性の変化に着目した介入報告～……………	豊田 拓磨 他	83

■投稿規定

■編集後記

……………	萩原 賢二	95
-------	-------	----

学術誌『高知県作業療法』 Vol.2 刊行にあたり



一般社団法人 高知県作業療法士会 会長 浅川 英則

この度、学術誌「高知県作業療法」Vol.2が刊行されるにあたり、まずご執筆いただいた皆様、ならびにご尽力いただいた委員の皆様に厚く御礼申し上げます。

創刊号では様々な分野で活躍する方々の活動や取り組みについて執筆していただき、大変好評をいただきました。高知県内で様々な活動をされている作業療法士がいることを広く知っていただけたと同時に、我々が日々向かっている現場での参考や道標となったものもあると思います。“学び”や“刺激”というのはあらゆるツールで身近に得ることができる時代ではありますが、この「高知県作業療法」も今後一つの選択肢として定着していくものと確信しています。

今回は「子どもへのリハビリテーション」をテーマに掲げています。子どもが成長していく過程にある保育施設や療育施設をはじめ、学校等の教育現場からも作業療法士の支援を求める声が増えてきています。作業療法という言葉は一つですが、厳密に言えば言うほどその内容は多岐に亘り、時代の流れとともにさらに広がっていると感じます。これは分野を問わず細分化されていますが、作業療法士の人数にも比例しています。高知県作業療法士会の会員数は、2002年に200名を超え、2008年に400名を超え、2013年に600名を超え、現在は約800名となっています。約20年で4倍にまで増えた背景には養成校や施設における所属数の増加もありますが、職域拡大に伴う新たな分野での雇用があることも窺えます。会員数の増加とともに、県士会活動も活発かつ幅広い分野に向けた企画が増え、子どもへのリハビリテーションも着実な発展を遂げてきました。

そんな中、人々の生活に多大な影響を与えたCOVID-19の感染が始まり、3年以上に亘り多くの学会や研修会が中止やオンライン開催となり、人と人が直接的に交わる機会も大幅に減少することとなりました。感染症分類が2類から5類へと引き下げられた現在もまだまだコロナ前に戻ることはなく、施設によっては引き続き行動を制限せざるを得ない現実もあるのではないのでしょうか。

With コロナ時代においては、感染なき過去に戻ることもよりもリスク評価を含めた感染対策を講じていくことが求められます。そこでは、学びの方法も改めて個々の立場により選択していくこととなるでしょう。本誌は一つの学びの選択肢として、また同職種や関連職種との交流のきっかけになることを目的として創刊されました。その本誌を通して学び、それが対象者の支援にもつながれば幸いです。

学術誌からは執筆者の想いや姿勢をも読み取ることができ、分野に関係なく職業人としての“学び”や“刺激”を得ることもできます。人に歴史あり、作業療法に歴史あります。その証として本誌が今後さらに多くの人に活用されることを切に願います。

学術誌『高知県作業療法』第2巻の発刊にあたって



一般社団法人 高知県作業療法士会 学術部 副部長 田村 幸司

創刊から2年が経ち、学術誌『高知県作業療法』は第2巻を発刊する運びとなりました。僭越ながら巻頭言を書く機会を拝受しましたので、私の思い出話を交えながら綴らせていただきます。

突然ですが、皆さんは小学生時代にどんな遊びをしましたか？私は小学生の時、ゲームに没頭していました。ゲームが行き詰まると親に攻略本を買ってもらい、分からなかった謎を解いたり、ボスの弱点を調べたりして戦いに挑みました。時々、誰も知らないような裏ワザが書いていることもあり、実際に試したり友達と共有したりして遊んでいました。また攻略本にはゲームに出てこない裏話や挿絵もあり、面白くてずっと眺めていました。当時はインターネットの普及が十分ではなく、本から情報を得ることが多かったのです。もちろん詳しい人に聞けば答えがすぐに出るのですが、自分で調べて情報を得ることに快感を覚えていたように思います。その快感は“自分が見つけた優越感”以上に“自分の目で確かめた”ことが大きかったと思います。「本から情報を得ることは楽しい」という考えが少年時代から染みついていたのでしょね。そんな私が本県の学術誌の編集に関わることができ、大変幸せに感じています。

本誌の論文は、全て高知県内の作業療法士が執筆していますので、県内の読者にとっては身近な距離で情報を共有できる有用なツールになると思います。また紙媒体だけではなく、インターネット上（高知県作業療法士会のホームページや Google Scholar など）でも閲覧できるようになりました。今後は全国の作業療法士を中心とした関係業種の方々に高知県の作業療法士の活躍を広く知っていただけると期待しております。

今回、特集論文は『子どもへのリハビリテーション』をテーマに掲げ、5編の論文を執筆していただきました。Evidence Based Occupational Therapy (EBOT) に基づく介入や地域での関わりも記載されており、作業療法士の可能性を深く感じていただける内容になっています。また投稿論文も様々な分野の方々に寄稿いただいております。さらに裏表紙の「OT」の文字は、創刊号とは違った配色にすることで社会や作業療法の多様性を表現しました。

さて、本誌は創刊号と同様に多くの関係者の方々からご尽力いただきました。理事会でいただいた意見を踏襲し、創刊号のリーダー兼理事の稲富惇一氏、部長の萩原賢二氏をはじめとした学術部員には的確なご指導と各所への調整にご協力いただきました。本誌の巻末には発刊関係者の名前を載せておりますので、ぜひ一度ご覧ください。

取り入れた知識や情報が対象者さまの笑顔に繋がることはリハビリテーション専門職にとって何ものにも勝る喜びです。本誌が皆様にとって『攻略本』の役割を果たせることを切に願っております。

発達障害児への作業療法の展開

篠田かおり*¹

要 旨：2005年の発達障害者支援法の施行と2006年の学校教育法の一部改正後、発達障害に対する整備がすすみ、社会の中で「発達障害」が認知されてきた。自閉スペクトラム症、注意欠如多動障害などの神経発達症群は増加しており、医療機関では就学前、障害福祉領域や教育関連領域では就学後の対応が求められている。発達障害領域の作業療法士は、生活上の困りごとを解決するために、心理社会面・感覚統合機能、認知面、運動といった幅広い視野で子どもを理解し、介入する必要がある。

高知県作業療法 2：3-11, 2023

Key Words：発達支援、自閉スペクトラム症、(注意欠如・多動症)

はじめに

2005年に発達障害児・者の支援を目的として発達障害者支援法が施行された。施行前の「障害者」は、身体障害・精神障害・知的障害の3障害とされており、発達障害者支援法の目的は、それまで支援が不十分だった知的障害を伴わない自閉スペクトラム症（Autism Spectrum Disorder；以下、ASD）や注意欠如・多動症（Attention Deficit Hyperactivity Disorder；以下、ADHD）などへの支援を目的としている。

発達障害者支援法を受けて、2010年障害者総合支援法、児童福祉法、2011年障害者基本法、障害者虐待防止法、2013年障害者雇用促進法、障害者差別解消法などに発達障害が位置づけられた。これらの法を根拠に、国及び地方公共団体の責務において早期発見・早期支援

のための体制整備、放課後等児童健全育成事業、発達障害者支援センターの設置等が整備されてきた。同時に、2006年の学校教育法の一部改正後、特殊教育から特別支援教育への転換により、通常級に在籍する「特別な支援を必要とする児童・生徒」の認知が広がり、教育の領域での体制整備もなされてきた。

このように発達障害者支援法施行後、発達障害に対する法律、制度、サービス等が整備され、福祉・教育領域、さらには社会の中で「発達障害」が認知されてきた。このような社会の変化に伴い、高知県においても発達障害に携わる作業療法士が、少しずつではあるが着実に増加してきていると感じている。

そこで今回、発達障害に対する作業療法の概要と、発達障害領域における作業療法士の役割について整理したい。

発達障害の定義

日本作業療法士協会による「発達障害」は、人生の初期の段階（一般に胎生期から18歳頃まで）で受けた障害が個人の一生涯にわたって様々な能力に影響を及ぼす

*¹ 高知リハビリテーション専門職大学 作業療法学専攻
篠田かおり (e-mail: shinoda@kochireha.ac.jp)

表1 ASD, ADHD に用いられる評価

評価領域	評価名	ASD	ADHD
発達特性	日本版自閉症スペクトラム指数 (Autism Spectrum Quotient ; AQ-J)	○	
	SRS-2 対人応答性尺度 (Social Responsiveness Scale-second Edition ; SRS-2)	○	
	Modified Checklist for Autism in Toddler ; M-CHAT	○	
	ADHD Rating Scale-IV Conners 3		○ ○
本人・保護者の意志	カナダ作業遂行測定 (Canadian Occupational Performance Measure ; COPM)		○
	Goal attainment scaling ; GAS	○	
	ADOC-S (Aid for Decision-making in Occupation Choice for School) (ASD ; 推奨グレード C)	○	○
生活能力・作業遂行	運動とプロセス技能評価 (Assessment of Motor and Process Skills ; AMPS)		○
	学校版運動とプロセス技能評価 (School version of Assessment of Motor and Process Skills ; School AMPS)		○
	Paediatric Evaluation of Disability Inventory ; PEDI	○	
行動	Vineland- II 適応行動尺度 ; VABS-II	○	○
	S-M 社会生活能力検査 第3版	○	
感覚・感覚統合	感覚プロファイル	○	○
	日本感覚インベントリー (Japanese Sensory Inventory Revised ; JSI-R)	○	
	JPAN 感覚処理・行為機能検査 ; JPAN	○	
	日本版ミラー幼児発達スクリーニング検査 ; JMAP	○	○
認知	Wechsler 知能検査 (Wechsler Intelligence Scale ; WPPSI, WISC)	○	○
	日本版 K-ABC II	○	
	新版 K 式発達検査	○	

場合¹⁾、と述べられており、脳性麻痺などの身体障害、精神あるいは情緒・行動障害を含んだ用語として定義されている。これに対し、発達障害者支援法では、「自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害、その他これに類する脳機能の障害であってその症状が通常低年齢において発現するものとして政令で定めるもの」と定義されている。

本稿では、この発達障害者支援法の定義に基づく「発達障害」のうち、ASD (注:発達障害者支援法の自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害と同義)、ADHD に対する幼児・学童期の作業療法を中心に、具体例を提示しながら「作業療法ガイドライン自閉スペクトラム症」²⁾、「作業療法ガイドライン注意欠如・多動症」³⁾の推奨グレード A (信頼性、妥当性があるもの)を中心に抜粋して紹介する (表1)。

神経発達症群

発達障害の診断基準分類は、世界保健機構 (WHO) による「国際疾病分類 (International Classification of Diseases ; 以下、ICD)」またはアメリカ精神医学会の「精

神疾患の診断・統計マニュアル (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ; 以下、DSM) が用いられており、2つの診断基準による違いと、改訂に伴い診断名が変更となっている。

ICD-11 へ改訂されたことで、DSM-5 同様、発達期に始まる、知能、運動、言語あるいは社会性に関する特定の機能の獲得と遂行における問題を有する障害群として、神経発達症群 (Neurodevelopmental disorders) に、ASD、ADHD などが含まれることになった⁴⁾。これまで使用されていた「小児自閉症」や「アスペルガー症候群」等の下位分類を含む「広汎性発達障害」は ASD に統合されている。

1. ASD

ASD の症状は ICD-11、DSM-5 では、両者ともに従来の①社会性の障害、②コミュニケーションの障害、③ Repetitive/Restricted Behavior (RRE) の3つから、①「社会的コミュニケーションおよび対人的相互反応における持続的な欠陥」、②「行動、興味、または活動の限定された反復的な様式」という2つの症状にまとめている⁴⁾。ASD の有病率は DSM-5 では1%とされている

が⁵⁾、日本での5歳児における有病率は、今井らの2014年の横浜市の調査で4.48%⁶⁾、Saitoらの2013～2016年の弘前市の調査で3.22%⁷⁾であったと報告されており、日本の5歳児の有病率は3～4%と考えられる。

①社会的コミュニケーションおよび対人的相互反応における問題は、通常5歳前に獲得される「心の理論（他者の信念の想像や他者の意図の帰属にかかわる心の働き）」の発達が乏しいため、相手がどのように考えているのか、といった他者の心を想像することが困難である。そのため、冗談やユーモアの理解、相手に配慮した優しい嘘をつく、といったことが難しい。また、視線や表情、ジェスチャーなどの非言語的情報処理や推論に基づき直観的に判断することが難しく、このことも相手の意図を読み取る妨げとなっている⁸⁾。そのため、相手の感情や意図を読み取れないこと、他人と自分の経験を照らし合わせ、相手の感情を理解する情動的共感に困難さを抱えていることから、他者に配慮した行動をとることが難しく、集団への参加が困難となる。

②行動、興味、または活動の限定された反復的な様式は「こだわり」として生活上の問題となることも多い。限定された興味として、水道に手を伸ばして流れ落ちる水を触りながら光る水流を見続けることや、くるくるまわるなどといった行動を反復する。このような反復行動や常同行動により、水道の前から動かず次の行動に移れない、じっとしてられないことで集団活動に参加出来ない、など生活行為やの集団活動上の妨げとなる。

これらの行動の背景に、「感覚処理の障害」があげられる。感覚入力に対する過敏の場合、触覚過敏により同じ服しか着られない、聴覚過敏によりトイレを流す音が怖くてトイレに入れないといった問題が生じる。または鈍麻の場合、入力が乏しい前庭感覚を自ら取り入れるためにびよびよん飛び跳ね続ける、といった反復行動につながる。

さらに、ADHDや発達性協調運動症、知的発達症といった他の神経発達症の併存率が88.5%との報告もあることから⁷⁾、ASDの症状の程度と併存症の有無・程度によって様々な症状を呈するため、生活上の困りごととも様々な問題を抱えていることが多い。

2. ADHD

ADHDは中枢神経系の異常による「不注意」「多動性」「衝動性」の3つの症状が特徴である。有病率は、小児

期で約5%に発現し、成人期は2.5%と徐々に低くなる傾向を示す⁵⁾。

ADHDの病態仮説は、①実行機能障害、②報酬系の障害、③小脳機能障害とするTripe pathway modelが提唱されている。Sounga-Barkeらは約100例のADHD児のうち「神経心理学的障害なし」22例、「実行機能障害あり」16例、「報酬系の障害あり」25例、「小脳機能障害あり」が34例と報告している⁹⁾。

①実行機能障害は、行動抑制が中核障害とされている。外界から様々な刺激が入力される環境の中で、自分の思考や行動を抑制し、最大の報酬が得られるように状況に応じた行動を選択することが困難である。そのため、物事を論理的にとらえ、目標を設定し計画立てて実行することが困難なため、「やっちはいけないことをやってしまう」、「やる必要があることをやれない」、といった生活上の問題が生じる。

②報酬系の障害は、報酬の遅延に耐えられずに衝動的に代替の報酬を選択するパターンと、報酬を得るまでの時間を短縮させるために他のものに注意がそれることや、気を紛らわせるための代償行為を行うパターンがあり、多動性・衝動性として現れる。

③小脳機能の障害として、時間処理（タイミング）の問題が指摘されており、運動のタイミング、時間の推定、時間的な洞察の困難として現れる。

ADHDの特徴である3つの症状として「不注意」は、ぼーっとしていることが多く、忘れ物が多い、ケアレスミスが多いといった問題としてあらわれる。「多動性」は、じっとしていることが苦手で幼児の頃は走り回って部屋を飛び出したり、学童期になると離席はしないが手足をもじもじと動かす、「衝動性」は母親の手を振り切っていきなり走って出ていく、他の子どものおもちゃを取り上げる、早合点が多い、などがみられる¹⁰⁾。

感覚統合理論による発達障害の理解

感覚統合理論は、限局性学習症（Specific Learning Disorders；以下、LD）を対象に発展してきた脳と行動の関連を示す理論であるが、ASD、ADHDの作業遂行や生活上の困難さの理解と介入手段の計画に役立つ。脳と行動の関連を示す感覚統合理論に含まれる3つの要素として、①学習は、運動や環境から取り込んで処理した感覚を、行動の企画や統合に使う能力に依存している、

②感覚情報処理能力の低下により適切な動作を行えないことが学習や行動を妨げる、③感覚の質と量が高められると感覚情報処理能力が改善され、それによって学習と行動能力が高められる、としている¹¹⁾。

このような感覚処理障害について高畑ら¹²⁾は、Millerの3分類と感覚プロファイルの4象限を参考に10タイプに整理している。

「感覚調整障害」の4つのタイプとして、①「低反応」：感覚刺激が脳に届きづらく受動的でぼんやりしている、②「感覚探求」：感覚刺激が脳に届きづらく感覚刺激を探求して能動的に行動する、③「感覚過敏」：他の人が無害と感じる感覚に対して受動的で恐怖心が強い、④「感覚回避」：他の人が無害と感じる感覚に対して能動的で回避行動をとる。「感覚探求」は力が強く多動で乱暴なことから、他児とのトラブルが生じやすく、教師や保護者から叱責されることも多いため不全感を生じやすい。「感覚過敏」、「感覚回避」は、不安で恐怖心を感じやすく、集団活動に参加しづらい傾向がある。また、触覚過敏により同じ肌触りの服しか着ることができない、といったようにこだわりや儀式的行動につながることもある。

「感覚識別障害」は感覚の違いに気づきづらい⑤「識別・フィルターの問題」である。

「感覚をベースとした運動障害」は、⑥「姿勢の問題」：前庭覚と固有受容覚の統合が不十分なため低緊張や原始反射の残存、姿勢反射と関連する姿勢コントロールの困難さにより、椅子からずり落ちそうになるなどきちんと座れない、すぐに床に寝転がる、⑦「身体図式の問題」：触覚・前庭覚・固有受容覚が適切に入力されない場合、身体図式が未発達となり、「人や物にぶつかる」「ジャングルジムを上るときやダンスの時に手足の動かし方が分からない」、⑧「微細運動の問題」：上肢の道具操作の問題として現れ、鉛筆やハサミ、お箸などの操作が不器用、ボタン操作に時間がかかるといった問題が生じる。このような微細運動の問題の背景には、⑥「姿勢保持の問題」や⑦「身体図式の問題」が認められる場合も多い。その他に、正中線を軸として両手を協調的に動かす⑨両手動作の問題、前庭覚の問題を基盤とした⑩眼球運動の問題が挙げられる。

作業療法評価

生活を支援する作業療法では、本人並びに保護者の生

活上の困りごとを把握し、本人や家族が思い描く将来の目標を共有する必要がある。発達時期と子どもの発達課題を考えると、乳幼児期はセルフケアや遊びといった作業を通して運動や学習の基礎的な能力を身につける時期でもある。そのため、生活上の目標を達成しつつ、運動や感覚-知覚-認知などの機能面の発達を促す関わりも求められる。また、保護者が養育する時間も長く、養育上の困りごとの解決も大事な目標となりうる。医療機関での外来訓練では、月に2回、60分など限られた時間・回数の中での達成できる目標を設定し、治療内容を検討することが重要となる。

保育園・幼稚園（以下、園）や学校・学童など、年齢を重ねるにつれて生活範囲も広がり、集団生活への参加が求められる。そのため、セルフケアや学習課題だけでなく、園などの生活時間に合わせて行動すること、朝の集会に参加するといった集団活動への参加、交通ルールを守るといった社会生活上の問題も生じる。このように、発達時期によって発達課題や過ごす環境が変化するため、発達課題を念頭におきながら本人・保護者と面談する必要がある。

他職種からの情報収集は、集団の中で長時間を過ごす園や学校からの情報収集が重要になる。担当保育士・教師の障害に対する理解だけでなく、経験年数や対応力、園や学校全体の環境や支援体制が整っているか、などを評価する必要がある。また、認知面、言語能力は言語聴覚士や心理士、眼球運動や視覚機能の問題が疑われる場合は、オプトメトリストとの連携も考慮する必要がある。

作業療法における初回面接では、COPMやMTDLPの生活行為聞き取りシートなどを使用して、本人や家族の生活上の困りごとや、のぞむ生活を聞き取る。発達障害児との最初の出会いは、本人または家族が困りごとを抱えていて支援を求めている場合もあるが、園や学校、乳幼児健診において医療機関の受診を勧められたものの、本人や家族は支援の必要性を感じていない場合も多い。住み慣れた環境で、個別対応が多い家庭では困難を感じる事が少ないが、園や学校といった集団生活において行動上の問題がみられやすいことや、乳幼児健診の発達検査において認知面の弱さなどが表面化するためである。このような保護者や本人の発達特性に対する気づきや困り感の度合い、園や学校・他機関との関係性が良好かどうかなど、様々な状況を判断しながら、家族の困りごとを聞き取る必要がある。

表2 ASD, ADHD への介入

領域	介入	ASD	ADHD
心理・社会	応用行動分析	○	
	機軸行動発達支援法 (Pivotal Response Treatment ; RPT)	○	
	TEACCH 自閉症プログラム	○	
	ソーシャルスキルトレーニング (Social Skills Training ; SST)	○	○
	絵カード交換式コミュニケーションシステム ; Picture Exchange Communication System ; PECS	○	
感覚・感覚統合	認知行動療法	○	○
	感覚統合療法 (ASD ; 推奨グレード B, ADHD ; 推奨グレード C1)	○	○
	JASPER (Joint Attention, Symbolic Play, Enabement, and Regulation)	○	
間接的介入	ペアレントトレーニング		○

日常生活については Vineland-II 適応行動尺度¹³⁾ を使用し、行動が発達水準に達しているのかどうか、半構造化面接を実施することも可能である。0歳～92歳と対象年齢も幅広く、不適応行動も評価することができるため、教育や福祉分野でも支援計画立案のための有用な情報を得ることができる。

また、学校作業療法における面接では ADOC-S¹⁴⁾ が活用できる (推奨グレード C : 学会・研究会で推奨され使用されているもの)。保護者、教員または子ども本人がそれぞれ「できなくて困っていること、できるようにになりたいこと」をイラストから選択してもらうことで、障害よりも作業に焦点を当てた目標立案を促す。また各自が作業を選択した思いを共有することで、目標設定の協働意志決定への参加を促し、「いつまでに」「どこで」「どのように」といった具体的な目標を共有することが可能である。目標設定の際は、目標達成スケール (Goal Attainment Scaling ; 以下、GAS)¹⁵⁾ を使用し、設定した目標に対してそれぞれレベルを設定する。現在のレベルを -2 とし、介入後に達成可能と予測されるレベルを 0、それより高いレベルを 1・2 と 5 段階に設定することで、再評価の実施が容易となる。

生活能力・作業遂行能力は、AMPS やスクール AMPS¹⁶⁾ が推奨されている。身体障害・認知障害に最も適しているとされている (Pediatric Evaluation of Disability Inventory ; PEDI)¹⁷⁾ も、ASD 児を対象とした研究において使用されている。

このような標準化されたバッテリーも使用されているが、生活上の困難は個別性が高く課題が多岐にわたるため、観察による作業遂行分析¹⁸⁾ が重要となる。分析の際は、対象児の様子を見るだけでなく、どんな人的・物

的・時間的環境のなかで、どんな作業活動に従事しているかを多角的な観点から捉える必要がある。1:1 の作業療法場面での着替えや挨拶などの行動自体は可能でも、園でのお昼寝前の着替えは、先に着替え終わって遊んでいる他児が気になって着替えが進まない、といった日常生活の流れや環境の中で問題が生じている場合が多い。そのため、模擬的場面での評価だけでなく、可能な限り問題が生じている場、環境、時間といった生活場面での作業遂行を観察することが重要であると考え。家庭や園・学校へ出向くことが困難な場合、筆者は家族や関係機関に許可を得て動画撮影を依頼し、評価している。

次に、機能面の評価として、感覚処理の問題は「感覚プロフィール」¹⁹⁾ が活用できる。保護者への質問紙を使用し、感覚調整障害のうち感覚探求・感覚過敏などが評価できる。保護者だけでなく保育士・教師に記載してもらい、結果を比較することで、障害特性に対するそれぞれの理解の度合いやどちらがより適応的に過ごしているのかといった家庭と園・学校での行動の差が評価できる。また、日本感覚インベントリー (Japanese Sensory Inventory Revised ; JSI-R)²⁰⁾ は 4～6 歳とデータは限られているが、インターネットからダウンロードして使用可能である。各感覚刺激に対する行動反応により感覚刺激の受け取り方の偏りを評価できる。

感覚統合機能障害の標準化された評価は、就学前幼児を対象とした日本版ミラー幼児発達スクリーニング検査 (以下、JMAP) と 4～10 歳を対象とした JPAN 感覚処理・行為機能検査 (以下、JPAN) がある。JMAP は、約 40 分で基礎的な神経学的能力、協応性、言語、非言語、複合能力を評価できる。JPAN は、姿勢・平衡反応、体性感覚、行為機能、視知覚・目と手の協調を評価できる

が、評価用具一式を揃えるには高価なこと、所要時間が2時間程度かかることから、実施が難しいことも多い。しかし、標準化されたバッテリーを使用することで、日常生活上の行動や作業遂行上の問題の背景にある要因を解釈することができ、治療計画の立案に有用である(表2)。

作業療法介入・支援

発達障害児の生活上の困難に対して介入する場合、子どもの発達時期や能力に応じて、認知や運動能力などの要素的機能の成長・獲得が期待できるのか、症状や特性を抱えながら社会生活への適応を図るために作業課題や環境を工夫するのかを検討する必要がある。乳幼児期や学童期には獲得する能力が多く、機能的能力の向上が多くを占める。ただし、能力を獲得するまでは作業課題や環境設定を「しない」のではなく、できることからスタートし、達成できたら少しずつ支援を減らしていくスモールステップで介入することによって、日常生活上の課題を成功体験として経験できるような工夫が必要である。このように困難さの背景や発達年齢・予後予測によって目標を設定し、介入方法を選択することや組み合わせることが重要である。

1. 応用行動分析

(Adaptive Behavior Analysis ; 以下, ABA)

発達障害に対するABAは、問題行動の軽減、スキルの向上、コミュニケーションの増加などを目的として用いられる²¹⁾。行動を観察し分析することで行動の問題や課題を特定し、支援方法や環境を工夫することで、望ましい行動を増やす強化、望ましくない行動を減らす弱体化などにより行動変容を促す方法である。行動のきっかけとなる先行事象(Antecedent; A)と行動(Behaviors; B)の結果として生じる人や物の変化後続事象(Consequence; C)との関係で評価するABC分析を通して「なぜ行動の問題が生じているのか?」「なぜ行動を起こさないのか?」を分析する。例えば「集団での絵本の読み聞かせで座ってられない」場合、周囲がうるさい、絵本が難しいといった先行事象なのか、みんなと一緒に座ると友達に触られたりすることが嫌、座ったら姿勢が悪いと先生に怒られる、といった後続刺激が原因なのかを評価する。その結果、先行事象が原因の場合、周囲の子と少し離れた先生に近い場所に座るといった環

境面の配慮や絵本の難易度を検討するといった課題を調整し、「活動中に座り続ける」といった行動を起こしやすい工夫を行う。後続刺激の場合、壁際にもたれて座っていたら先生に褒められる、絵本が面白い、といった正の強化子を得られるように工夫する。

ASD, ADHDともに用いられ、教育現場でも理解が進んできているが、「叱ってはいけない、褒めることが大事」というスキルだけを学び、分析に基づく介入になっていない場合がある。そのため、保護者や保育士・教師に応用行動分析学にもとづく支援を伝える際には、実施方法だけでなく、その方法を選択した根拠となるABC分析と実施目的を合わせて丁寧に説明することが重要だと考える。

2. ソーシャルスキルトレーニング

(Social Skills Training ; SST)

認知行動理論を基盤としており、社会生活を送るうえで必要になるスキルを学び、障害によって引き起こされる困難を軽減するための訓練のひとつである。子どもへのSSTは①全般的な社会的スキルを高める発達の視点、②早期に発見し、適切な指導を試みる予防的視点、③重度の社会的スキルの欠如を治療し、再適応を図る治療的視点が特徴である²²⁾。

SSTは、対人交流に問題がある子ども6名前後を対象に月1~2回、半年から1年実施する。ターゲットスキルは、1回目は自己紹介、2回目は場面や表情を読むなどのスキルを1クールあらかじめ計画する²³⁾。各回は、①導入：感覚統合理論に基づくウォーミングアップで集中度、覚醒度を安定させる、②「学習タイム」：モデリングやロールプレイを通してスキルを学ぶ、③「遊びタイム」：学んだスキルを活用し、他児と遊ぶ喜びや成功を体験し、スキル獲得の意欲を育む、といった流れで実践する²⁴⁾。

3. 感覚統合療法

感覚調整障害における低反応、感覚探求の場合は、本人が手掛かりとして利用できる程度に頻繁に強い感覚を入力することが必要である。また感覚探求の場合、感覚を入力するための行動が「友達をたたく」など問題となっている場合は、問題となっている行動を制止するだけでなく、「クッションやサンドバックをたたく」といったように、社会的に許容できる方法で感覚入力を満

たすための代替を提案する必要がある。

感覚過敏、感覚回避に対しては、本人が快適と感じることのできる程度の強度、頻度、間隔、リズムで少しずつ、ゆっくりと感覚を入力し、適応的な反応を引き出す。用いられる活動例として、ハンモックを用いた、ゆったりとした前庭感覚入力や、くすぐり遊びやフィンガーペインティングを用いた触覚入力などが挙げられる。また、日常生活上の嫌な感覚刺激は、環境調整や道具の工夫によって防ぐことが必要となる。周囲の友達と触れることが苦手な子どもの場合は他の子どもと離れた席に座る、聴覚過敏の場合はイヤーマフの使用などの工夫がある。

感覚をベースとした運動障害の場合、前庭覚と固有受容覚情報の適切な感覚の受け取りに対応した、運動・行動の積み重ねによって、適切な姿勢筋緊張、眼球運動などが獲得される。そのため、具体的な活動としては、トランポリン、ブランコ、スクーターボードなどを使用して本人が適切に受け取れる程度の感覚を調整して入力し、適応的な運動・行動を引き出す。

これらの前庭・固有感覚と合わせ、適切な触覚入力に応じた運動の経験を通して、身体図式が獲得される。さらに、単純な粗大運動から両手の協調性やタイミングを合わせる必要のある運動企画を含む、縄跳びなどへと段階づけて実施していく。各運動の段階づけとして、①屈曲運動（しがみつき遊び）または伸展運動、②屈曲と伸展運動の組み合わせ（三輪車、かんぼっくり）、③回旋を伴う運動（ボール投げ、バッティング、ズボンの後ろを入れる）、④各運動の組み合わせ（でんぐり返しなどの体操、ダンス、スキップなど）、⑤物や環境に合わせた運動（狭い場所をくぐる、ジャングルジムなど）、⑥タイミングを合わせた運動（長縄跳び、キャッチボールなど）がある。

これらの活動を用いる際は、目的や目標について作業療法士自身が明確にし、家族や本人に伝えることができないければ、「作業療法は遊んでいるだけ」と捉えられる可能性がある。目的や目標を明確にしておき、再評価を実施して到達できたかどうかを、本人や保護者と振り返ると同時に他職種に伝えることが大変重要である。

4. TEACCH 自閉症プログラム（以下、TEACCH）

米国のノースカロライナ州で ASD への支援方法として発展してきた生活支援制度である。ASD 児が自身の適応力を高めるとともに、ASD 児が理解しやすい環境

を設定する「構造化」を重視している²⁵⁾。

構造化の目的は、時間やパーソナルスペースといった空間など、目に見えないことを視覚的に確認できるようにすることが目的である²⁶⁾。①学習と遊びの教室を使い分けるなど、場所と活動の意味を一致させ、教室に行けば何をするか理解できるように工夫する物理的構造化、②何をするのか、次にどこへ行けばよいのかといったスケジュールを示す時間の構造化、③仕切りやラベル、コントラストをつけるなどの視覚的構造化、などがある。本人が理解しやすい構造化を工夫することですぐに行動変容が期待できるため、家庭や園・学校で取りくみやすい方法である。

TEACCH に基づくコミュニケーションの指導例²⁷⁾として、①実物を用いる：水が欲しい時にコップを差し出す、②絵カードを用いる：いや、と書いたカードを差し出す、③絵カード交換式コミュニケーションシステム (Picture Exchange Communication System ; PECS) : 絵や写真を相手に渡すことで要求などを伝える、④ Voice Output Communication Aid ; VOCA : 携帯用のコミュニケーション機器でボタン部分に絵やカードなどを用いる、などを挙げている。

5. ペアレントトレーニング

ADHD 児の多動性、衝動性といった行動上の問題に対して、親が叱るといった罰を与えることによって言い争いが生じるなど、親子の関係がよくない場合も多い。この場合、子どもは自尊感情の低下や感情面の不安定さといった二次的な問題が生じ、親もうまくいかない子育てに自信を無くしていくといった悪循環が生じる。

ペアレントトレーニング²⁸⁾は、行動療法の理論に基づき、親が自分の子供の行動を理解して関わることによって、子どもの適応行動を増やし、不適応行動を減らしていくプログラムである（表2）。

TEACCH やペアレントトレーニングは、作業療法士が中心となって直接的に指導・支援することは少ないが、ASD 児とコミュニケーションをとるために、ペアレントトレーニングは保護者支援のためには理解しておく必要がある。

発達障害作業療法士の役割とその変化

作業療法白書 2015²⁹⁾ と作業療法白書 2021³⁰⁾ を比較す

ると、対象疾患・障害は、医療領域は脳性麻痺の占める割合が2015年72.1%と最も多かったが、2021年はASD・LDなどが最も多く、次いで脳性麻痺、知的障害の順であった。また障害福祉領域では、ASD・LDなどが最も多く、次いで知的障害、脳性麻痺の順で発達期の障害が上位を占めており、教育関連領域でも同様の傾向がみられた。このことから、どの領域においても精神・行動面の問題を持つ発達障害が多くを占めるようになってきているといえる。

対象年齢は、医療領域では1～6歳の就学前が40%以上と最も多く、次に2015年は6～15歳が26.5%、2021年は18歳以上が29.2%と、わずかではあるが成人の占める割合が多くなっている。障害福祉領域は、2015年・2021年の順に6歳～18歳未満が7.6%から18.1%、教育領域関連は6～12歳が20.9%から48.6%と増加している。このことから、医療機関では機能面の発達が期待できる就学前の対象者が多く、就学後は障害福祉領域、教育領域関連で対応を多く求められているといえる。

高知県における発達障害児に対する作業療法は、社会のニーズに対してまだまだ十分とはいえない。今後、地域での医療機関における外来訓練、放課後等デイサービスなどの障害福祉領域、さらには学校などでの必要な支援が行き届くよう、発達障害に携わる作業療法士が増えることを願っている。

文 献

- 1) 田村良子：発達障害とは。日本作業療法士協会・監修、発達障害（作業療法学全書13）改訂第3版、協同医書出版社、2010、p.12.
- 2) 日本作業療法士協会学術部：作業療法ガイドライン—自閉スペクトラム症。
https://www.jaot.or.jp/files/page/gakujutsu/guideline/guideline_ASD-1.pdf（参照2023年3月31日）。
- 3) 日本作業療法士協会学術部：作業療法ガイドライン—注意欠如・多動症。
https://www.jaot.or.jp/files/page/gakujutsu/guideline/guideline_ADHD-1.pdf（参照2023年3月31日）。
- 4) 森野百合子、海老島健：ICD-11における神経発達症群の診断について—ICD-10との相違点から考える—。精神神経学雑誌123(4)：214-220、2021。
- 5) American Psychiatric Association（高橋三郎、大野裕・監訳）：DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル。医学書院、2014。
- 6) 今井美保、伊藤祐恵：横浜市西部地域療育センターにおける自閉症スペクトラム障害の実態調査（その1）就学前に受診したASD児の疫学、リハビリテーション研究紀要23：41-46、2014。
- 7) Manabu Saito, Tomoya Hirota, Yui Sakamoto, Masaki Adachi, Michio Takahashi, et al : Prevalence and cumulative incidence of autism spectrum disorders and the patterns of co-occurring neurodevelopmental disorders in a total population sample of 5-year-old children. Mol Autism 11 : 35, 2020.
<https://doi.org/10.1186/s13229-020-00342-5>.
- 8) Vgeley K : Two social brains : neural mechanism of intersubjectivity. Phil Trans R Soc B 372(1727), 2017.
<https://dx.doi.org/10.1098/rstb.2016.0245>.
- 9) Sonuga-Barke EJ, Bitsakou P, Thompson M : Beyond the dual pathway model : Evidence for the dissociation of timing, inhibitory, and delay-related impairments in attention-deficit / hyperactivity disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 49 (4) : 345-355, 2010.
- 10) ADHDの診断・治療指針に関する研究会、齊藤万比古（編）：注意欠如・多動症—ADHD—診断・治療ガイドライン第4版。じほう、2016、p.11.
- 11) Anita C. Bundy, Elizabeth A. Murray : 感覚統合 : Ayresの理論の再考。Anita C. Bundy, Shelly J. Lane, Elizabeth A. Murray・編著、感覚統合とその実践第2版。協同医書出版社、2006、pp.4-33.
- 12) 高畑修平：感覚統合に基づく作業遂行の評価と分析、仲間知穂・友利幸之介、学校作業療法実践ガイド、青梅社、2021、pp.48-58.
- 13) Sparrow SS, Cicchetti D, Balla D, (辻井正次, 村上隆・監修) Vineland-II 適応行動尺度。日本文化科学社：2014.
- 14) Tomori K, et al : Development of a tablet application for collaborative Goal setting in School-based Occupational Therapy : The Aid for

- Decision-Making in Occupation Choice for Schools (ADOC-S). J Occup Ther sch Early Interv 13(1): 1-14, 2019.
- 15) 友利幸之介: GAS Goal Attainment Scaling (目標達成スケール). 楠本泰士・編集, 小児リハ評価ガイド, メジカルビュー社, 2019, pp.210-211.
- 16) 古山千佳子: 特別支援学校で使える作業療法独自の評価. OTジャーナル 56(7): 603-608, 2022.
- 17) PEDI Research Group (里字明元, 近藤和泉, 問川博之・監訳): PEDI リハビリテーションのための子どもの能力低下評価法. 医歯薬出版, 2003.
- 18) 酒井康年: 子どもの作業遂行分析, 仲間知穂・友利幸之介, 学校作業療法実践ガイド, 青梅社, 2021, pp.39-45.
- 19) Dunn Winnie (辻井正次・監修): 日本版感覚プロファイル. 日本文化科学者, 2015.
- 20) JSI-R (Japanese Sensory Inventory Revised). <http://jsi-assessment.info/jsi-r.html> (参照 2023 年 3 月 31 日)
- 21) 松田幸都枝: ABA とは. 平岩幹男・編集, データで読み解く発達障害, 中山書店, 2016. pp.12-23.
- 22) 佐藤正二: 子どもの SST の考え方. 佐藤正二, 佐藤容子・編, 学校における SST 実残ガイド, 金剛出版, 2006, pp.11-27.
- 23) 岩佐英巳: 行動療法, 特にソーシャルスキル・トレーニング (SST). 齋藤万比古・編集, 注意欠如・多動症 - ADHD - の診断・治療ガイドライン第 4 版, じほう, 2006, pp.275-279.
- 24) 宮崎義博: ソーシャルスキル・トレーニング. 石川齋, 古川 宏・編集, 作業療法技術ガイド第 4 版, 文光堂, 1998, pp.890-897.
- 25) 松島佳苗: 発達過程作業療法の実践事例Ⅳ神経発達症群/神経発達障害群. 加藤寿宏・編集, 標準作業療法学専門分野発達過程作業療法学, 医学書院, 2006, pp.179-211.
- 26) 池上 洋: TEACCH プログラム, 石川 齋, 古川 宏・編集, 作業療法技術ガイド第 4 版, 文光堂, 1998, pp.884-889.
- 27) 佐々木正美: 自閉症児のための TEACCH ハンドブック, 学習研究社, 2008, pp.52-88.
- 28) 岩坂英巳: 注意欠陥/多動性障害 (ASHD) へのペアレントトレーニング. 発達障害医学の進歩 24: 22-29, 2012.
- 29) 日本作業療法士協会: 作業療法白書 2015. <https://www.jaot.or.jp/files/page/wp-content/uploads/2010/08/OTwhitepepar2015.pdf> (参照 2023 年 3 月 31 日).
- 30) 日本作業療法士協会: 作業療法士の臨床活動. 作業療法白書 2021, シービーアール, 2023, pp.35-104.

脳性麻痺児への作業療法の展開

稲富 惇一*¹

要 旨：本稿は、作業療法士による脳性麻痺児のリハビリテーションについて先行研究を交えて総説的にまとめたものである。脳性麻痺児の症状や重症度は個人差が大きく、多岐にわたり、また年齢とともに変化するため、対象者の症状や能力、各ライフステージに応じた個別化されたりハビリテーションを提供する必要がある。これまで様々なリハビリテーションの方法が考案され実行されてきた。近年、質の高い研究報告が増え脳性麻痺（Cerebral Palsy: CP）に対する作業療法の効果は揺るぎないものになっている。本稿では、CPに対するリハビリテーションの変遷と効果的な作業療法について先行研究を交えて紹介する。

高知県作業療法 2：13-18, 2023

Key Words：脳性麻痺，作業療法，システマティックレビュー

はじめに

脳性麻痺（Cerebral Palsy:CP）の症状は、運動、姿勢、感覚、コミュニケーション、てんかん、二次的な骨や筋の変形など、多くの障がいを伴う。これらの症状や重症度は個人差が大きく、多岐にわたり、また年齢とともに変化するため、対象者の症状や能力、各ライフステージに応じた個別化されたりハビリテーションを提供する必要がある。また、成人とは違い「手足を自由に動かせた」「キレイな姿勢であった」といった経験がなく、経験に基づく学習の促しは困難である。そのため、これまで様々なリハビリテーションの方法が考えられてきた。現在では、質の高い研究報告が増え、どのような作業療法の実施が効果的か明らかになっている。本稿は、まずCPに対するリハビリテーションの変遷を記載し、どのような

介入が行われてきたか、そして現在はどういった関わりが求められるようになったかを紹介する。次に、CPに対する効果的な作業療法の紹介を先行研究から紹介し、最後に生涯と各ライフステージを考慮した関わり方について述べる。本稿が対象者のより良い生活を獲得する一助になれば幸いである。

CP に対するリハビリテーションの変遷

CPに関して、国外では170年以上前に英国の整形外科医であったリットルの講演によって広く知られるようになり、本邦においては1968年に厚生省脳性麻痺研究班会議にて定義が定められた。国内外の定義ともに、姿勢と運動の障がいと記載されていたことから、主に身体機能・構造に特化したボトムアップ中心のリハビリテーションが長く行われてきた。しかし、2004年の国際ワークショップと2005年に行われたⅢ STEP 会議をきっかけに活動と参加に焦点を当てたトップダウンモデルに変化した。

きっかけとなった2004年の国際ワークショップでは、脳性麻痺の定義と分類の更新が試みられ、2006年には

*1 土佐リハビリテーションカレッジ 作業療法学科
稲富惇一（e-mail：otrc.inatomi@tosareha.ac.jp）

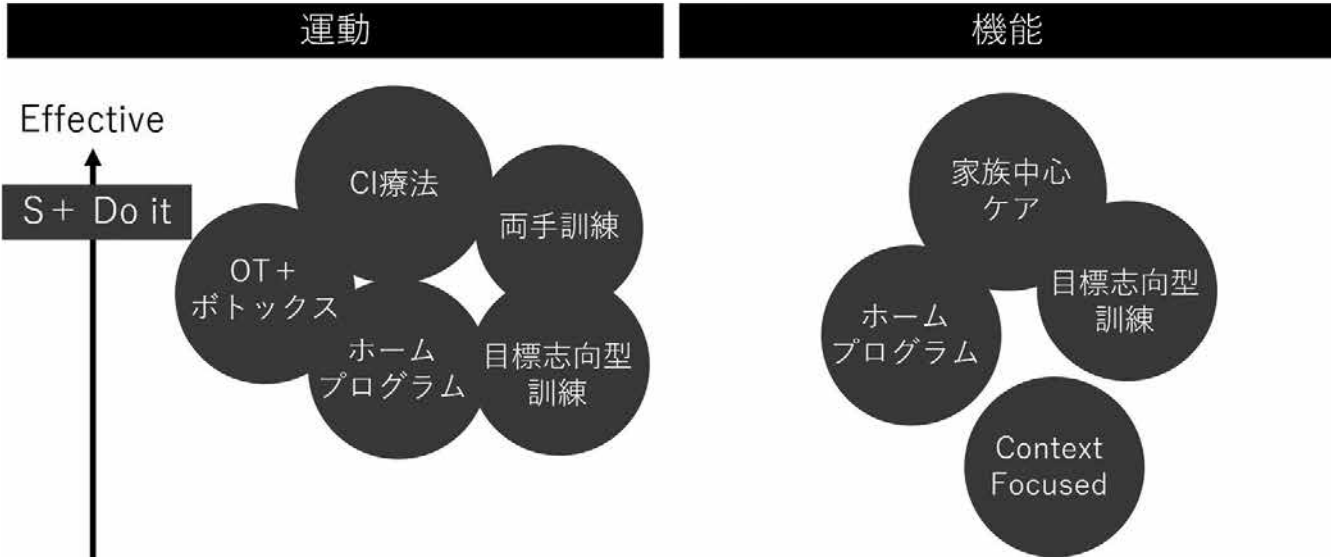


図1 CPに対する「Do it (やるべき)」作業療法 文献³⁾より一部改変 (CPのDo itに関する項目のみ抜粋)
元論文は上記以外にも「やったほうが良い」「やらないほうが良い」「やるべきでない」の項目が分けられており一目で分かるようになっている。

そのワークショップで話し合われた内容をまとめた報告書が発表された¹⁾。報告書では、定義として新たに①(姿勢と運動の障がいにより)活動の制限を引き起こす、②感覚、知覚、認知、コミュニケーション、行動、てんかん、二次的な筋骨格系の障がいを伴うことがある、ことが付け加えられた。また、報告書の内容を見ると、個人の参加を重視して関わることの重要性についても話し合われたようである。本邦の定義は1968年以降変わっていないことから、国際ワークショップで追加された2点を考慮しておく方が良いと思われる。もう一つのきっかけとなった2005年に行われたⅢ STEP 会議²⁾では、臨床実践モデルとして、これまでのボトムアップ中心の介入からICFモデルとNagiの障がいモデルを基盤としたトップダウンモデルが提案された。これは、人が生活を営む上で心身機能・構造、活動、参加、個人因子、環境因子が相互的に関わっており、またマイナス面だけでなくプラス面を見ていくことが重要であるということ。そして対象者と関わる上で、機能的制限があったとしても適切な自助具や補助具、環境整備などを行うことで動作を遂行できれば、それは個人にとって障がいではないという考え方が取り入れられた。

現在のCPのリハビリテーションにおいて、Novakら^{3,4)}のシステマティックレビューではエビデンスが高く効果的な「Do it (やるべき)」の介入はトップダウンが多く、

反面エビデンスレベルが低く効果も不透明な「Don't do it (やるべきでない)」の介入はボトムアップが多い結果になっている。そのため、ボトムアップによる介入を必要と考えた際には、先行研究を参考にした上で実施すべきか十分に検討した方が良い。また、現状活動と参加を目標にした介入はあまり進んでいない。何を目標にリハビリテーションを行ったか調査した報告では、心身機能・構造62%、活動13%、参加3%、環境因子3%、個人因子1%未満、心身機能・構造と活動の組み合わせ15%、活動と参加の組み合わせ3%と偏りがみられる⁴⁾。これは2012年から2019年までに公開されたCPに関する論文をシステマティックレビューした内容であり、全ての臨床現場を反映させているものではないが、やや衝撃的な結果である。特に参加に関する介入の少なさは、他の報告でも述べられており、Ⅳ STEP 会議⁵⁾では提言の一つとして、参加レベルに対して介入していくことの必要性が盛り込まれた。参加できないことは、疎外、社会的孤立、自尊心の低下を引き起こす可能性があるため、私たち作業療法士が専門性を発揮し活動と参加を目的としたリハビリテーションを行っていく必要がある。

CPに対する作業療法

子どもへの作業療法の介入は、日常生活における役割

への関与と参加を促進する（ここでの役割とは、個人の自立を育むこと、生産的になること、遊びや余暇の追求に参加すること）⁶⁾。CPに対する作業療法の効果としては、2004年のレビュー⁷⁾では有効性を示す報告が少なかったものの、近年は有効性を示す報告が増えている。2019年に発表されたレビューにてCPに対する効果的な作業療法で「Do it(やるべき)」は、(1)CI療法、(2)両手訓練(Hand-Arm Bimanual Incentric Training : HABIT)、(3)目標志向型訓練、(4)ボツリヌス+作業療法、(5)ホームプログラム、(6)家族中心のケア、(7)Context-Focused interventionであった(図1)³⁾。

(1) CI療法はターゲットとする上肢の集中的な使用を促し、(2)両手訓練は両手を使用させる介入であり、効果として両者とも上肢の使用頻度や機能改善が認められている^{8) 9)}。両手訓練は「先天的に麻痺があるCPは両手での動作を覚える機会が必要」という考えから、用いられることが増えており、感覚障がいへの改善効果も認められている¹⁰⁾。実施の際に、2つの介入に共通することは、子どもがやりたいと思える遊びや道具を用いること、一人ひとりに応じた難易度の調整を行うこと、難易度を経過とともに段階的に調整すること、日常生活にて必要となる動きと関連付けることである。

(3) 目標志向型訓練は、目標を設定しその子どもにとって意味のある課題を実施する方法であり、効果としてカナダ作業遂行測定(Canadian occupational performance measure : COPM)の改善が認められている¹¹⁾。実施の際に、重要なのは目標を設定する際に「子どもと一緒に目標を決める」ということである。子どもの目標設定は、親が決めた目標設定と同程度の効果を認めるだけでなく、子どもが自分自身にとって何が大切か考える思考を育み、日常生活場面や友人との交流を向上させる¹¹⁾。目標を決める際には絵カードなど視覚情報を用いると子ども達もイメージしやすい。なお、子どもの目標は自転車に乗る、友達と遊ぶなど参加に関連し、親の目標はトイレの自立など日常生活動作に関連する傾向にあるため、子どもと親それぞれの合意目標を設定できれば、より良いように思う。

(4) ボツリヌス+作業療法は、ターゲットとなる上肢の筋肉にボトックス注射を行い、その後作業療法を行うことで、効果として上肢の使用頻度や機能改善が図れる¹²⁾。実施の際には、痙性が減弱している初期に、両手を使用する目標志向型訓練を集中的に行うことが望ましいとさ

れている。

(5) ホームプログラムは、保護者に対し子どもと一緒に実施できるプログラムを提示し行ってもらう方法である。効果としてCOPMの改善効果や保護者がホームプログラムを通して自分の子どもをどのように支援すればよいのか自信をつけることができる¹³⁾。背景として、子どもへの介入回数は少ない傾向にあり、これでは神経可塑性を誘発するための介入量を大きく下回っている。そのため、ホームプログラムを実施することでその量を確保するという狙いがある。ホームプログラムは次のような場合に特に有効とされる：プログラムの内容が効果的であることが証明された介入策に基づいて設計されていること、プログラムが親の実施希望を尊重するように考案されていること、親がプログラムを実施するためにサポートとコーチングを受けることができる¹³⁾。実施の際に、保護者とのパートナーシップに基づき、作業療法士が効果的なホームプログラムを提供するために5つのステップが必要である：1. 親が子どもと家庭環境を知る専門家として協力的なパートナーシップを確立する；2. 子どもと家族が（セラピストではなく）家庭環境で取り組みたいことについて目標を設定させる；3. 子どもと家族の目標に合ったエビデンスに基づいた介入方法を選び、子どもの好みや家族独自のルーチンに合わせて活動を工夫したり交換したりする権限を親に与えることによって家庭プログラムを確立する；4. 子どもの改善を確認し、必要に応じてプログラムの複雑さを調整するために、家族に対して定期的にサポートやコーチングを行う。5. 成果を共に評価する¹⁴⁾。

(6) 家族中心のケアとは、個々の子どもだけでなく、家族全体を中心にケアが計画され、家族全員がケアを受ける者として認識されることを保証するといったものである。効果として、不安やストレスの軽減、親子の絆の促進、満足度の向上が認められている^{15) 16)}。また、子どもの希望に基づいた遊びやレクリエーションを目標として介入した場合、子どもが遊びやレクリエーションに参加する頻度は増加することが明らかになっている¹⁷⁾。実施の際には、子どものリハビリテーション計画を立てる際に、両親や家族が関与する。計画には、両親や家族の子どもに対する価値や願望に合ったアイデアや戦略が含まれることが重要である。なお、保護者は医療専門家から意見を聞くことに抵抗を感じることもあり、また役割の内容が不透明な場合は、ストレスを上昇させること

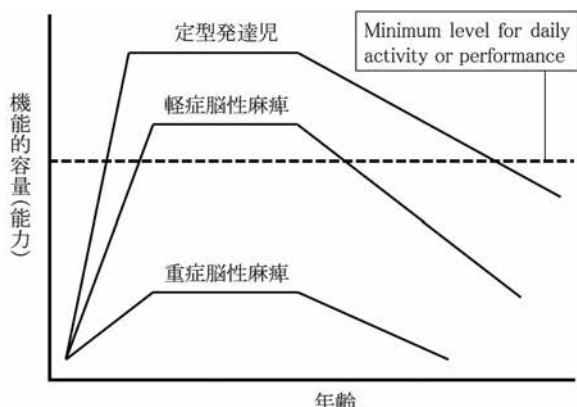


図2 脳性麻痺の障害自立生活機能の変遷 文献²¹⁾より一部改変

が知られている。したがって、作業療法士は保護者の視点に立つこと、情報を明確に伝えることが重要である。

(7) Context-focused intervention (Context Therapy Approach と記載されることもある)は、身体面への介入は行わず課題や環境と変更(調整)と代償手段の提供を中心に介入する方法である¹⁸⁾。効果として、粗大運動や目的とする日常生活動作の獲得に有効とされる¹⁹⁾。背景として、現状の身体能力でどのように工夫すれば目的動作を達成できるのか、子ども自身が考え実行することが学習につながるという考えがある。実施の際には、課題の変更や環境調整を中心に行い、子ども自身が今ある能力と工夫することによって動作獲得に導く関わりが重要である。

以上、CP に対する効果的な作業療法「Do it (やるべき)」について紹介をした。7つの方法は比較的实践しやすく心身機能・構造、活動において効果的であるものの、参加の目標に対する有効性を示した内容は少ない。そのため、参加の目標への介入効果について近年の研究報告を紹介する。Anady ら²⁰⁾は、脳性麻痺や二分脊椎などの身体疾患を有する7人の対象者に自ら選択した参加の活動(水泳、ピアノ演奏、ウォーキングなど)を8週間実施させた。その結果、身体機能の向上や注意機能の向上、また自己肯定感が安定するという結果が出た。このように参加の目標は、自ら能動的に動くということを誘発させるため、作業療法士は参加を意識した関わりが重要であると思う。

その子の生涯と各ライフステージを考えた関わりをする

CP の生涯にわたる自立生活機能の変遷として、定型

発達児と比べ、障がい軽度でも最小限の自立に至る年齢が遅く、介護が必要となる老化の始まる年齢が早い。重度では生涯にわたって最小限の自立到達も難しく介護が継続して必要になっていく(図2)²¹⁾。また、各ライフステージを考えると乳児期-幼児期には日常生活動作の獲得もしくは保護者の介助量を減らす関わりや、目的とする遊びの習得が中心となるが、学童期では小学校に合わせた通学や学習に関する支援を行っていく必要がある。青年期では身長・体重の成長に伴う、筋緊張亢進・関節症・痛み・変形の予防や対応、精神心理面への配慮も必要である²²⁾。成人期においては、仕事環境や結婚・出産に応じた対応、保護者の高齢化に伴う介助方法の変更や積極的な支援の利用が必要になってくる。このようにライフステージごとに課題は異なるため、絶え間ない支援が必要である。重要なことは次のライフステージや発育を考えた関わりをすること、子ども・保護者・他職種・他業種と連携をとること、保育園から小学校などと環境が変わる際に引き継ぎを丁寧に行うことが重要である。

Evidence-Based Practice に基づいた介入をしよう

本稿ではCP に対して効果的な作業療法について先行研究を交えて紹介した。注意していただきたいのは、これらの紹介した内容を画一的に実施することは避けていただきたいということだ。Evidence-Based Practice(EBP)とは、「利用可能な最良のエビデンス、医療者の経験、患者の価値観を統合し、最善の医療を行う」という考え方である²³⁾。紹介した利用可能な最良のエビデンスの知見と、「作業療法士の経験」「対象者の価値観(希望や生活状況・考え方など)」を考慮した上で、「最善の介入方法」を検討いただきたいと思う。

まとめ

作業療法士による子どもへの介入効果は認められており、活動と参加を目標にしたリハビリテーションを行う方が良い。CP に対する効果的な作業療法「Do it (やるべき)」は全部で7つの介入方法が明らかになっている。これらは質の高い研究結果をもとに導き出された結果であるが、画一的に行うことは注意し「最良のエビデンスの知見」「作業療法士の経験」「対象者の価値観」を考慮した上で「最善の介入方法」を選択することが重要である。また、

その子の生涯と各ライフステージを考慮し、子ども・保護者・他職種・他業種と密に連携を取り合わないといけない。現状の課題としては、依然心身機能・構造の改善を目標とした介入が多い。そのため作業療法士は、参加レベルの目標も設定して、その子が社会でQOLを高く生きていくための関わりを行っていかなくてはならない。

文 献

- 1) Rosenbaum P, Paneth N, Leviton A, Goldstein M, Bax M, Damiano D, et al. A report : the definition and classification of cerebral palsy April 2006. Dev Med Child Neurol Suppl 109 : 8-14, 2007.
- 2) Callahan J, Parlman K, Beninato M, Townsend E. Perspective : impact of the IIISTEP conference on clinical practice. J Neurol Phys Ther 30(3) : 157-166, 2006.
- 3) Novak I, Honan I. Effectiveness of paediatric occupational therapy for children with disabilities : A systematic review. Aust Occup Ther J 66(3) : 258-173, 2019.
- 4) Novak I, Morgan C, Fahey M, Finch-Edmondson M, Galea C, Hines A, et al. State of the Evidence Traffic Lights 2019 : Systematic Review of Interventions for Preventing and Treating Children with Cerebral Palsy. Curr Neurol Neurosci Rep 20(2) : 3, 2020.
- 5) Harris SR, Winstein CJ. The Past, Present, and Future of Neurorehabilitation : From NUSTEP Through IV STEP and Beyond. J Neurol Phys Ther 41 Suppl 3 : 3-9, 2017.
- 6) Rodger S. Occupational therapy with children : Understanding children's occupations and enabling participation, Blackwell, 2006.
- 7) Steultjens EM, Dekker J, Bouter LM, van de Nes JC, Lambregts BL, van den Ende CH. Occupational therapy for children with cerebral palsy : a systematic review. Clin Rehabil 18(1) : 1-14, 2004.
- 8) Bleyenheuft Y, Arnould C, Brandao MB, Bleyenheuft C, Gordon AM. Hand and Arm Bimanual Intensive Therapy Including Lower Extremity (HABIT - ILE) in Children With Unilateral Spastic Cerebral Palsy : A Randomized Trial. Neurorehabil Neural Repair 29(7) : 645-657, 2015.
- 9) Chen YP, Pope S, Tyler D, Warren GL. Effectiveness of constraint-induced movement therapy on upper-extremity function in children with cerebral palsy : a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Clin Rehabil 28(10) : 939-953, 2014.
- 10) Kuo HC, Gordon AM, Henrionnet A, Hautfenne S, Friel KM, Bleyenheuft Y. The effects of intensive bimanual training with and without tactile training on tactile function in children with unilateral spastic cerebral palsy : A pilot study. Res Dev Disabil 49 : 129-139, 2016.
- 11) Vroland-Nordstrand K, Eliasson AC, Jacobsson H, Johansson U, Krumlinde-Sundholm L. Can children identify and achieve goals for intervention? A randomized trial comparing two goal-setting approaches. Dev Med Child Neurol 58(6) : 589-96, 2016.
- 12) Speth L, Janssen-Potten Y, Rameckers E, Defesche A, Winkens B, Becher J, et al. Effects of botulinum toxin A and/or bimanual task-oriented therapy on upper extremity activities in unilateral Cerebral Palsy : a clinical trial. BMC Neurol 15 : 143, 2015.
- 13) Novak I, Berry J. Home program intervention effectiveness evidence. Phys Occup Ther Pediatr 34(4) : 384-389, 2014.
- 14) Novak I, Cusick A. Home programmes in paediatric occupational therapy for children with cerebral palsy : where to start? Australian Occupational Therapy Journal 53(4) : 251-64, 2006.
- 15) Baker T, Haines S, Yost J, DiClaudio S, Braun C, Holt S. The role of family-centered therapy when used with physical or occupational therapy in children with congenital or acquired disorders. Physical Therapy Reviews 17(1) : 29-36, 2012.
- 16) Coyne I. Families and health-care professionals' perspectives and expectations of family-centred care : Hidden expectations and unclear roles.

- Health expectations 18(5) : 796-808, 2015.
- 17) McCoy SW, Palisano R, Avery L, Jeffries L, Laforme Fiss A, Chiarello L, et al. Physical, occupational, and speech therapy for children with cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology* 62(1) : 140-146, 2020.
 - 18) Darrach J, Law MC, Pollock N, Wilson B, Russell DJ, Walter SD, et al. Context therapy : a new intervention approach for children with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol* 53(7) : 615-620, 2011.
 - 19) Law MC, Darrach J, Pollock N, Wilson B, Russell DJ, Walter SD, et al. Focus on function : a cluster, randomized controlled trial comparing child-versus context-focused intervention for young children with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol* 53(7) : 621-629, 2011.
 - 20) Anaby D, Avery L, Gorter JW, Levin MF, Teplicky R, Turner L, et al. Improving body functions through participation in community activities among young people with physical disabilities. *Dev Med Child Neurol* 62(5) : 640-646, 2020.
 - 21) 鈴木恒彦. 脳性麻痺児の臨床病態生理：痙縮およびジストニアへの治療（特集 脳性麻痺児者への作業療法：現在，過去，そして，未来を拓く）. *作業療法ジャーナル* 54(2) : 110-116, 2020.
 - 22) 志村司. 脳性麻痺の生涯を通じての療育－二次障害を中心に－. *The Japanese Journal of Rehabilitation Medicine* 57(1) : 72-78, 2020.
 - 23) Straus SE, Glasziou P, Richardson WS, Haynes RB. Evidence-based medicine E-book : How to practice and teach EBM, Elsevier Health Sciences, 2018.

訪問看護領域の子どもに対する作業療法

高橋 一郎^{*1}

要 旨：訪問看護領域の子どもに対する作業療法は、医療機関とは異なり、子どもたちの実際の生活の場である自宅に訪問することから始まる。子どもと関わっていくにあたり、「経験していないことを学んでいく」というハビリテーションの視点で支援していくことが大切で、また成長過程において、本人・家族のライフステージの変化を想定し、長期的かつ総合的の視点も持ち関わっていくことが重要である。さらに子どもたちが地域で暮らしていくために「生活を支える」チームの一員として、様々な他職種・支援機関との協業が重要な要素であり、その関わりのなかでの作業療法士の役割について、体験を踏まえて紹介する。

高知県作業療法 2：19-25, 2023

Key Words：訪問作業療法，発達支援，遊び，在宅支援，協業

はじめに

筆者の所属する訪問看護ステーションでは、2004年の設立時より、利用者がその人らしい生活を送ることを第一に考え、さらに本人の可能性を拓けることができるように支えていくことをモットーにし、サービスを提供している。利用者は未就学児から90歳代まで幅広く、小児分野は脳性麻痺や先天性疾患など、成人分野は脊髄損傷やパーキンソン病・筋萎縮性側索硬化症などの難病疾患、また加齢に伴う疾患に分けられる。なお利用開始当初は子どもだった利用者が20歳代、30歳代となり長期間関わるケースも多く、現在、子どもから青年期の利用者は全体の約6割を占めている。本稿では、訪問看護領域の子どもに対する作業療法について、医療機関とは異なった自宅という環境での子どもたちへの関わり方や

アプローチについて、また成長によるライフステージの変化への対応の重要性、他職種との協業の大切さについて述べる。

訪問看護ステーションにおける作業療法士 (以下OT)の役割について

訪問看護とは、病気や障害を持った人が住み慣れた地域で、その人らしく生活を送れるように、看護師等(看護師・准看護師・保健師・助産師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士)が生活の場へ訪問し、医師の指示書のもとに、看護ケアを提供し、自立した生活を送れるよう支援するサービスである。提供するサービスは、病状の観察、在宅療養の支援、薬の相談・指導、医師の指示による医療処置、医療機器の管理、床ずれ予防・処置、介護予防、ご家族等への介護支援・相談、在宅でのリハビリテーションなど多岐にわたる¹⁾。特に作業療法士は、他職種スタッフから、以下の点について期待され、他職種スタッフと協業・連携していくことが求められている。

^{*1} 訪問看護ステーションおたすけまん

高橋一郎 (e-mail: ichi_ro_taka@yahoo.co.jp)

①アセスメントができる

行動観察・活動分析・作業分析・環境分析ができる。

②国際生活機能分類（以下 ICF）をもとに考えることができる

課題の優先順位をアセスメントし、ICF を用いて整理することができる。障害があっても活動と参加を支援することができる。また機能改善だけが、唯一で絶対の解答ではなく、活動・参加につなげていくためのさまざまなアプローチを考えることができる。

③福祉用具の提案・自助具の作製ができる

活動する場（住宅環境）をアセスメントし、それぞれの生活の場に適した福祉用具の提案や自助具の作製ができる。

子どもの訪問看護領域における OT の役割について

先に述べた他職種スタッフから OT が期待されていることは、高齢者・成人・子どもの分野すべての領域で共通事項であるが、特に子どもの訪問看護領域においては、対象児の発達の視点で考え、また成長過程においては、本人・家族のライフステージの変化を想定するという長期的かつ総合的視点も持ち関わっていくことが期待されている。

子どもたちの疾患は、脳性麻痺・先天性疾患・筋ジストロフィーなどの進行性疾患による身体障害、知的障害、発達障害、またこれらの重複障害などがある。成人のリハビリテーションでは、「一度失った機能の回復とそれを補う新たな機能の獲得」という考え方が主となることが多いが、子どもの場合は、「一度も経験していないことを学習していく」というリハビリテーションの考え方に基づく。そのため、OT は子どもたちが、これから様々なことを経験し、発達していくことをいろいろな手法を用いて、サポートしていくこととなる。

訪問看護領域において、医療機関での介入と最も大きく異なる点は、自宅に訪問することである。当然のことながら、各家庭の環境はそれぞれ異なるため、それに合わせて介入する必要がある。本人や家族からの困りごとを聞き取り、ICF の心身機能・身体構造、活動、参加、個人因子、環境因子に分けてアセスメントし、そのなかからニーズを洗い出し、アプローチしていくこととなる。自宅に訪問することにより、普段の食事・入浴・排泄・移動方法などの日常生活動作（以下 ADL）場面、また

社会参加に繋がる勉強・遊び、きょうだい児との関係性など、子どもたちの素の姿（場面）を観察することができる。また家族からも家庭内の様子や学校の様子など聞き取りなども行うこともできるため、自宅という実際の生活の場で、「実生活に反映する」セラピー¹⁾を実施することができるという大きな利点がある。さらに当事業所では、学校からの相談に対して、積極的に学校に向いて教員とも情報共有し連携をとっている。しかし自宅では、病院・施設にあるようなきちんと環境設定されたリハビリテーション室はなく、評価バッテリーや大型遊具は環境的に持ち込むことができないため、各家庭にある様々なモノを代用していく必要がある。

なお子どもの生活の場は、自宅と学校だけではなく地域であり、放課後や夏休みなどの長期休暇には放課後デイサービスを利用したり、自宅ではヘルパーによる介助などの障害福祉サービスを利用していることも多い。障害福祉サービスの調整は、介護保険におけるケアマネジャーに相当する相談支援専門員が担当し、子ども本人やその家族が、必要とする支援を適切に受けられるようサポートし、利用者と支援サービスを提供する事業所をつなぐ中立的な立場で支援に携わる役割を担う。

OT は、子どもたちが地域で暮らしていくために、これら多くの人々で構成される「生活を支える」チームの一員として、子どもの生活する場に関わるすべての支援機関の他職種スタッフと積極的に協業・連携していくことが重要であると考えられる。

実際のアプローチ例の紹介

本章では、筆者が訪問時、特に意識して関わっているポイントである「姿勢」、「遊び」、「コミュニケーション」、「作業を通じて」について事例を挙げながら紹介する。

1. 姿勢

姿勢は、すべての活動の基本となる。抗重力姿勢の保持や変換能力は、認知や情緒の発達、パーソナリティーの形成に影響を与える。姿勢を空間の中で自由に保持し、変換できるようになると、手・足の動きも選択的になり、身体探索が盛んにおこなわれるようになる。この身体探索を通して身体図式、運動企画能力が培われ、これらを基礎にしてさらに手の操作性や空間知覚が発達していく。安定した姿勢の獲得は周りの人や環境との交渉を容

易にし、人との愛着的関係の形成を助ける。姿勢の保持、運動の発達が発達全体へ及ぼす影響の大きさを考えると、発達の初期から姿勢保持について対処していくことが重要である²⁾。

「安定した姿勢」とは重力に抗して、「からだ」を保持でき、自分の思い通りに「からだ」を動かすことができることを示す。「不安定な姿勢」とは重力に抗して、「からだ」を保持できず、何とか安定させようと、筋緊張を使って頑張る結果、のけぞってしまったり、低緊張の場合は、そのまま重力の影響を受けてしまい、その結果、潰れた姿勢になってしまう。不安定な姿勢では、感覚入力にアンバランスが生じ、さらに筋出力（運動）にも大きく影響する。これは子どもの疾患だけではなく、脳疾患障害などにも共通することである。不安定な姿勢は呼吸・摂食嚥下・消化・排泄などの身体機能面に対するリスクが高く、食事などの活動を制限させる。特に子どもの場合は、その不安定な姿勢を継続することで、将来的に側彎・胸郭の扁平化・股関節脱臼などの変形という二次障害などの悪い影響を与える危険性がある。脳性麻痺などの子どもたちは、自身での姿勢変換が困難で、同一姿勢をとり続けてしまいやすい環境にあり、臥位（腹臥位・背臥位・側臥位）・座位・立位など様々な姿勢の経験が少ない。そのため早い時期から、様々な姿勢をとり、重力を感じ、重力とうまく付き合う方法を体験していくことが必要である³⁾。よってアプローチ時には、まず第一に安定した姿勢を体験する機会を作り、そして安定した姿勢で活動を行っていくことが重要であると考える。

なお、訪問する頻度は様々であるが、週1回1時間程度と介入時間は限られている。その限られた時間のなかで、身体的なアプローチを実施し、安定した姿勢を経験できたとしても、1週間の残りの167時間、姿勢に対して何かしら対応しなかった場合は「不安定な姿勢」が続くこととなる。対象者の姿勢や生活は、1日1日の積み重ねで作られており、長年かけて作られた不良姿勢は、1日一瞬の介入では改善できない⁴⁾。それを防ぐためには、子どもの「生活の時間・空間・人間関係表」=三「間」表で24時間の生活を把握する必要がある⁵⁾（図1参照）。子どもたちの活動する場所は、自宅・学校・障害福祉サービス機関などであり、それぞれの場所・場面で子どもは様々な姿勢でいろいろな活動を行っていくことから、セラピストが介入する時間の姿勢だけではなく、1日

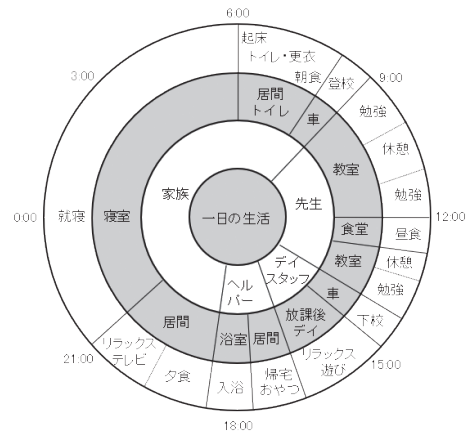


図1 三「間」表⁵⁾より改変引用

24時間の生活のなかで姿勢管理を考えていくことが重要である。

「安定した姿勢」を維持するために種々の姿勢をとる方法やADL活動につなげる手段として、座位保持装置や車いす・立位台・電動ベッド・マットレス・クッション・シャワーキャリー・トイレットチェアなどがある。また移乗を安全に行うためのリフト、段差昇降機などの福祉用具などがある。筆者は、車いす・座位保持装置などの補装具や電動ベッド・マットレスなどの日常生活用具などの福祉用具の導入にあたり、子ども個々の身体状況や環境（家族・住宅）に合わせて、24時間の姿勢管理を基に、どうすれば安楽に快適に生活ができるかということに着目し、福祉用具の提案を行っている。

福祉用具の選定に際しては、

- ①いつ（朝？、昼？、夜？）
- ②どこで（自宅で？、学校で？、デイで？）
- ③誰が（本人が？、家族が？、先生が？）
- ④何を（ご飯を？、勉強を？）
- ⑤なぜ
- ⑥どのように

といった内容を客観的に評価していく。当然のことながら、福祉用具に子どもを合わせるのではなく、子どもの生活に福祉用具を適合させていくことが重要である。また各支援機関とも導入検討時から連携をとることも必要で、特に福祉用具を導入することで、自宅での生活も変化し、支援サービス内容も変更する必要が生じることもある。そのため、支援会議や相談支援専門員からのモニタリング

で、本人・家族・各支援機関スタッフの困りごとを聞き取り、OTから福祉用具の導入の提案を行っていくことが大切である。筆者は高知ふくし機器展やキッズ☆バリアフリーフェスティバルにて「キッズ姿勢ブース」のスタッフとして参加し、福祉機器メーカーの協力のもと、福祉用具展示や紹介を行っている。「キッズ姿勢ブース」メンバーは、理学療法士（以下PT）や学校の教員など様々な職種から構成されており、スタッフ全員で以下を合言葉にしている。

- ①子どもたちの生活場面に合わせて、子ども一人ひとりにいろいろな福祉機器を合わせていきましょう！
- ②今困っていることを解決するだけでなく、「〇〇したい！」、「〇〇してみよう！」といった子どもたちが主体的に活動できるような「可能性を拡げるもの」を考えていきましょう！
- ③いろいろな場面（学校・おうち・遊び）で活動できるように、子どもたちや周りの人の笑顔がたくさん見られる環境を作っていきましょう！

姿勢については、PTなどの他職種に任せるという考え方もあるが、様々な活動のベースとなる姿勢に対して、OTも「作業」の観点から、また「生活を支える」一員として、積極的に関わっていくことは非常に重要と考える。

2. 遊び

遊びは子どもにとって楽しいものであると同時に非常に大切な機能の発達手段であり、すべての治療的手段が遊びとして展開されなければ治療として成立しにくい側面がある。自発的で自由な活動、快の追求とその経験に焦点をあてたアプローチの積み重ねでしていくなかで遊びやおモチャは、様々な経験を積んでいく学びの土台となり、手に触れた感触、重さや色の違いを感じたり、音を聞くなどして多くの経験をさせてくれる⁶⁾。つまり、「遊ぶ」ことは子どもにとって、「作業」であることであると言える。筆者も訪問において、関節可動域訓練・筋力訓練などの直接的アプローチやADL場面に対するアプローチも行うが、どのような場面でも遊びの要素を取り入れることを心掛けている。

先程、自宅においては、病院・施設にあるような評価バッテリーや大型遊具は環境的に持ち込むことができないという不利な点もあり、各家庭に合わせて、いろいろ

なモノを代用していく必要があると述べた。しかし、逆転の発想で考えると、特別なモノを用意するのではなく、普段子どもが、自宅で目にしている馴染みのモノを使って介入ができるという利点として考えることができる。

また玩具の選定にあたり、大人は、子どもの発達段階に合わせて、この時期では、この年齢では、この玩具を使って、こういった遊びをするモノと決めて考えてしまいがちである。しかし、それはあくまでも大人が、それまでの人生経験や一般論での年齢相当と考える遊びであって、子どもは楽しめず、また興味を示さない場合も多々あり得る。子どもたちの発想は豊かであり、しかも大人たちが考える以上にたくさんの引き出しを持っている。例えば、鉛筆は、字や絵を書く道具であるが、転がしてサイコロのように使うこともできる。またそろばんは計算する道具であるが、そろばん玉を動かしてそろばん玉同士が当たる音を聴いて楽しむこともできるし、また手に持って振ったらマラカスにもなる。また逆さまにして机の上を転がしたらミニカーもどきにもなる。このように子どもが馴染みのあるモノが一瞬にして玩具に変化する。OTは、玩具・モノに対して、子どもと同じ目線に立ち、子どもがモノからどんな感覚を得ているか、またどんな感覚を求めているのか、どんな感覚が好きなのか、苦手なのか、どうしてその感覚を欲しているのかなど評価し、そこからどんな遊びが生まれる可能性があるかといった視点を常に持つことが大切である。そして、玩具・モノを介して、子どももOTも一緒にその遊びを楽しむという「場」を共有していくことが大切であると考える。

3. コミュニケーションの拡がり

様々な遊びの関わりのなかで、子どもとOTが場を共有していくことで、自然にコミュニケーションのやり取りが行われることとなる。しかし自身の気持ちを言葉として発語として表出できない子どもも多い。しかし子どもたちはいろいろな方法で、ノンバーバルとして常に気持ちを表出している。ひとつひとつ声掛けしながら関わっていくことで、表情の変化、目の動き、筋活動（随意運動）のわずかな動き・変化を感じることができる。子どもからのノンバーバルな意思表示を、OTがその場で「今こんなこと思ってる？、こんな感じ？」とフィードバックを行い、それに対して返ってくる反応を見逃さないことで、楽しい時の表情、逆にツマラナイ

からももう終わろうよという表情もわかるようになる。このようなバーバル・ノンバーバルのやり取りの積み重ねが、子どもとOTのコミュニケーションとして成立してくる。そして家族にもその場で、OTが感じた子どもの気持ちを伝えることで、同じ声掛けでも、家族にはこんな表情するのに、OTに対しては別の表情をするといった新しい発見も見られることもある。子ども自身が関わる人によって対応を変えることは、対人関係・社会性の拡がりと考えることができる。そして、子どもと「場」を共有することで得られたコミュニケーション内容を、子ども-家族-OT間のみで感じておくことは非常に勿体ない話である。例えば支援会議などで、「〇〇遊びをしたら、△△の声掛けすると、□□な表情やアピールがありました！」などと紹介することで、学校の先生や放課後デイサービスなどの生活支援機関スタッフの気づきにつながり、また他職種の立場からの視点からのアセスメントも聞くことができ、OT介入時の更なるヒントとなる。このように遊びを通して、また子どもとの対話を続けていくことで、自然に子どもたちのコミュニケーションの拡がりを支援していくことになると思う。

4. 作業を通して

作業・作業活動そのものとその過程が持つ意味・特性、作業遂行が人に求める心身の諸機能、作業遂行により心身に生じること、そしてひととひとが作業を通して体験を共有するときに生まれるもの、それらすべてが、「道具として」の作業・作業活動がアフォードしている⁷⁾。この章では、作業を通して、「遊び」から「学び」へ、「自分探し」「自己をつくる」ことへつながった事例を紹介する。

事例（男性・訪問開始当初12歳、現在22歳）

Aさんは脳性麻痺で、短下肢装具やロフトランド杖を使用して歩行している。様々な活動において、筋出力の強弱調整が苦手で、何を行うにおいても粗雑な動作となりがちであった。利き手は左手で、座位は骨盤後傾位で左体幹を中心として活動を行うため、物の操作も手指巧緻性が乏しく、本人も苦手としていた。特別支援学校では友達や先生に対してうまくコミュニケーションが取れないことで自身の気持ちをコントロールできないこともしばしばあった。当事業所の言語聴覚士（以下ST）も訪問し、言葉に関する学びも行っており、STや学校

と情報共有を行い、気持ちをコントロールできない理由はAさんの自信のなさが原因と考えた。そこでAさんが自信をつけるため、「成功体験を繰り返し経験する」ことを目的に「ものづくり」をテーマとし、「もの」を作り最後までやり遂げる機会を重ねていった。最初の課題は、ドライバー・ペンチ・ニッパを用いてラジカセ分解作業を行ってみた。「ものづくり」の場面においては「道具の扱い」がカギとなるが、Aさんは普段使わせてもらえない道具を扱えることに得意気な表情をして作業に没頭した。筆者からの助言も姿勢を直接修正するのではなく、道具をうまく使えるように把持する道具から対象物への力の伝わり方を筆者が手を添えてサポートした。その後、本人がどうしたら自ら道具をうまく使いこなせるかを考えはじめた。座位では骨盤前傾、正中位で道具を把持し、また力の加える方向、反対側の手を添えるなど自分で姿勢を修正していった。その結果体幹が安定し、様々な活動場面で落ち着いて行動をとることができるようになった。その結果、作業の持続性も向上、集中力も持続するようになった。その後は、自分の気に入っているぬいぐるみの修繕や祖母へのプレゼントとして木製の花瓶台を作製した。このような取り組みを続けることで、学校では友達の車いすを押したりするなど友達を気遣うことのできる高校生に変化した。高校卒業後は、就労支援B型事業所に就労、ST訪問は卒業した。現在もOT訪問を継続し、スノードーム・アイロンビーズ・羊毛フェルト・ミサンガなど作品作りを通して成功体験を続けている。なお作品によっては、難しい工程もあり、途中で失敗したり、やり直すこともあるが諦めることなく取り組むことができている。

なお作品の選択は、本人の希望やOTから提案などで双方了解のもと実施している。ここでのOTの大切な役割は、身体機能面の評価から、この作品作りは適していないと考えるのではなく、その作品作りで扱う材料や道具の分析、その作業の自由度・難易度などの分析を細やかに行い、どのようなサポートで不可能を可能にしていくかをアセスメントしていくことがポイントになると考える。なおスノードーム・羊毛フェルト・ミサンガなど筆者自身が行ったことのない作品作りもあったが、「自分も初めてだけど、一緒にやってみよう」と、Aさんと作品の作り方をインターネットで検索し、一緒に考え、悩む時間も大切な過程であったと考えている。

小児期から青年期へと向かうなかでの課題 (ライフステージの変化)

子どもは成長に伴い、身長が伸びたり体重増加などの身体変化によって、親をはじめ介助者の介助量負担の増加がある。また高校卒業後は、生活介護・就労支援などの通所事業所の利用や一般就労など本人の生活も大きく変化する。親も加齢による体力低下や健康面の不調が出現する頃、同時に祖父母の介護が必要となる可能性も生じるなど、本人・家族のライフステージは変化していく。

当事業所でもそういった対象児と家族の変化を目の当たりにしてきた経験より、早期から成長に合わせた対応を検討し、家族への提案を実施している。また肢体不自由児の場合、生後「床で寝る」、「抱っこ」で生活が始まるが、常日頃介助を行う家族は、本人の体が大きくなっていることに気づきにくく、床からの抱え上げなどを続けるなど、「ちから」でのケアを家族が頑張っていることが多い⁸⁻¹⁰⁾。

なお、無理な介助は、子ども本人にとっては「痛い、怖い」という感覚から筋緊張を高める防御反応が即座に現れ、その防御反応の連続の結果、変形などといった二次障害を引き起こす危険性がある。また介助者側にとっても、子どもを落とさないように、力を込めて強く握ってしまう、スピードをつけて移乗してしまうといった勢いで介助や不安定な姿勢での介助となり、体を痛めてしまっている家族は多い。家族の負担軽減のため、障害福祉サービスにてヘルパーサービスを利用するケースもあるが、介助者が家族からヘルパーに移行しただけで、本人への負担の課題に関しては基本的解決にはならない。そこで、介助量の大きい移乗などの場面で、子ども-家族双方が安全・安楽に行うために、電動ベッドの導入、リフトなどの移乗機器、シャワーキャリー、段差昇降機などの導入や住宅改修でのバリアフリー化などの環境面の整備は必須である。

一方、在宅支援の要であるホームヘルパーの課題として、急速に進む少子高齢化に伴い訪問介護業界は人材不足が年々深刻になっている。高知県でも同様にホームヘルパー人材不足が懸念され、県内での地域格差も大きな課題となっている。そこで高知県の事業では、全国に先駆け、福祉用具や介護ロボットやICT等の導入支援を含めた労働環境の改善に向け普及が行われている。

そして県内の多くの病院・施設では、すでに県の施策に基づき、「ノーリフティングケア」の取り組みが進んでいる^{11, 12)}。その一方、在宅場面では、介護保険ではレンタルできるリフト・電動ベッドなどが、対象年齢に達していない場合、障害者総合支援での身体障害者手帳による日常生活用具の給付制度を利用する方法となるが、利用者本人・家族の経済的負担が大きいなど種々の課題がある¹³⁾。

様々な課題はあるが、福祉用具の知識のあるOTの役割として、子どもやその家族が、安心して地域で生活することを継続していくためには、小児期から青年期に移行する前の早期から、日々子どもへの関わり方や生活の仕方など、見通しをもって歩んでいけるよう、長期的視点を家族や支援者とともに持つことが必要であると考ええる。

まとめ

訪問看護領域の子どもに対する支援は、子どもの発達を支援するだけでなく、家族への支援も含まれる。子ども・家族が地域で在宅生活を続けていくことを支援するためには、OTひとりの力だけでは困難である。子どもの生活に関わる支援者・支援機関が集まり、それぞれの職種が持つ力を合わせ協業していくことで、「生活を支える」チームの一員として、子どもの発達を支援していくことができると考える。

文 献

- 1) 全国訪問リハビリテーション研究会：訪問リハビリテーションの概要と位置づけ。訪問リハビリテーション実践テキスト，青海社，2009，pp.16-25, pp.52-55.
- 2) 岩崎清隆，岸本光夫：姿勢と移動の援助。鎌倉矩子，山根寛，二木淑子・編，発達障害と作業療法〔実践編〕，三輪書店，2001，pp.46-48.
- 3) 金子断行，花井丈夫，平井孝明，染谷淳司：ポスチャリングと姿勢環境支援。実践に基づく重症心身障害児者の理学療法ハンドブック，株式会社ともあ，2021，pp.86-124.
- 4) 杉本昌子：24時間の姿勢管理。WOC Nursing Vol.9. No.12, p.30-38, 2021.

- 5) 今川忠男：療育理念の新しい流れ. 発達障害児の新しい療育, 三輪書店, 2000, pp.21-24.
- 6) 岩崎清隆：子どもにとっての遊び. 鎌倉矩子, 山根寛, 二木淑子・編, 発達障害と作業療法 [基礎編], 三輪書店, 2001, pp.134-136.
- 7) 山根 寛：道具としての作業・作業活動. 鎌倉矩子, 山根 寛, 二木淑子・編, ひとと作業・作業活動 - ひとにとって作業とは? どのように使うのか? 第2版, 三輪書店, 2005, pp.62-81.
- 8) 高橋恵里：重度脳性麻痺者における住居環境整備状況と介護負担の実態. 日本重症心身障害学会誌 41(1), 103-112, 2016.
- 9) 森英里奈, 上杉裕子：在宅における家族介護者の現状と課題. 日本保健医療行動科学会雑誌 31(1), 57-63, 2016.
- 10) 埜田和史, 渡部眞也, 山下尋美, 北原照代, 西山勝夫：障害児学校教員の健康・腰痛の実態 - 質問紙調査法による検討 -. 労働科学 73(1), 1-22, 1997.
- 11) 高知県高齢者保健福祉計画 [第8期介護保険事業支援計画]
https://www.pref.kochi.lg.jp/soshiki/060201/files/2015082100034/file_202234593624_1.pdf (参照 2023年3月31日)
- 12) 高知家まるごとノーリフティング
<http://kochi-no-liftingcare.jp/> (参照 2023年3月31日)
- 13) 西川まり子：在宅にもノーリフティングケアを！～安心安全な介護をすべての人に. 月刊ケアマネジメント 34(2), 21-25, 2022.

乳幼児健診における作業療法士の関わり

清岡 賢大*¹ 中田 晃介*² 森下 誠也*²

要 旨：乳幼児健診は、子どもたちの発育を経過観察していく上で重要な健診の一つであり、多職種の従事者が参加しそれぞれの専門性に見合った役割を果たす事で、子どもたちの健やかな成長をサポートしている。その中で療法士の役割は、発達指標の確認や保護者への発達過程の説明・相談対応等のサポート・早期療育への橋渡しが主たるものである。今回、作業療法士として健診事業に参加して得た経験を基に、各年齢帯での評価のポイントや保護者との関わりについて述べ、「“作業療法士”が健診事業において果たす事のできる役割」に関して、私的な意見であるが紹介させて頂きたい。

高知県作業療法 2：27-34, 2023

Key Words：(乳幼児健診)，小児，幼児期，(保護者サポート)

乳幼児健診とそれを取り巻く現状

はじめに

筆者は、高知県東部の室戸市で行われている乳幼児健診事業に令和2年9月から現在に至るまでの約2年半、作業療法士として関わらせて頂いている。今回その経験を基に、乳幼児健診における作業療法士の役割についてご紹介させて頂ける機会を得た。「乳幼児健診そのものに関する情報とそれを取り巻く現状」に加え、未だ試行錯誤を繰り返す中ではあるが、「乳幼児健診において作業療法士が果たす役割」を軸に「各年齢における発達のポイント」、「保護者との関わり」、「健診事業に参加する事で自身が得たもの」等について、私見を交えて述べさせて頂きたい。

1) 乳幼児健診という制度¹⁾

わが国の乳幼児健康診査事業は、母子保健法によって定められた法定健診と呼ばれる1歳6ヵ月児健診および3歳児健診に加え、各市町村の判断で行われている3～4ヵ月・6～7ヵ月・9～10ヵ月児健診や5歳児健診、2歳児歯科健診等、様々なタイミングで行われている。3～4ヵ月児健診や9～10ヵ月児健診に関してはほとんどの自治体で実施されているが、その他の健診に関しては自治体の判断による所が大きく、実施している市町村数は多くない。

取り扱う健康課題は、戦前・戦後の発育や栄養の改善(3次予防)から、疾病の早期発見と治療、脳性まひ・視聴覚異常の発見と療育(2次予防)、肥満やう蝕の予防、社会性の発達、親子関係や親のメンタルヘルス、虐待の未然防止など(1次予防)と、時代と共に変遷・多層化してきている。それら健康課題のスクリーニング・サポートを行う為に、医師・歯科医師・保健師・看護師・歯科衛生士・栄養士・心理職・保育士・療法士等の多職種の

*¹ 医療法人白井会田野病院リハビリテーション部 作業療法士

*² 医療法人白井会田野病院リハビリテーション部 理学療法士

責任著者：清岡賢大

(e-mail：kiyooka.masahiro.ot77146@gmail.com)

従事者が参加し、ワンストップ型のサービスが提供されている事が特徴である。

2) 近年の発達障害の現状と早期療育の重要性

2022年12月に文部科学省から発表された報告²⁾によると、公立小中学校の通常学級において、注意欠如多動性障害等の発達障害のある児童生徒が8.8%在籍していると推定されるという結果が報告された。10年前と比べ義務教育段階において通級で指導を受けている生徒数が2.5倍になっている事も踏まえると、診断の付く・付かないに関わらず、成長過程において何らかの生きづらさを感じる子供の数が増加している事に間違いはないだろう。

乳幼児期は、ことばの発達をはじめとしたコミュニケーション能力・対人関係や社会性の育ち・様々な認知機能の習得等、学校における学習や集団生活とその後の自立や社会参加の基盤を形成する大事な時期である。この時期に適切な支援を受けられないと、就学後の学習面や生活面に様々な困難を抱える事が多くなり、情緒不安や不適応行動等の二次障害に至る可能性があり、早期からの総合的支援が必要とされる³⁾。その為、乳幼児健診において早期発見・早期療育への紹介をスムーズに行う事が非常に重要となるが、3歳時点では擬陽性率が高くなってしま⁴⁾と指摘されている事や、発達障害においては、「症状の共有・障害“名”の併存・問題の重複」は何ら例外的なものではなく、5歳以前の乳幼児期においてはその傾向がより顕著となっている事が、確定診断を難しくする要因となっている。

乳幼児健診における療法士の役割

1) 室戸市乳幼児健康診断事業

室戸市の乳幼児健康診断事業は、『室戸市保健福祉センターやすらぎ』で行われており、月に1度13時～16時程度の時間帯で開催されている。室戸市5ヶ町村の母子が対象で、実施年齢は4ヵ月・7ヵ月・10ヵ月・1歳9ヵ月・3歳6ヵ月である。療法士は作業療法士1名(筆者)、理学療法士2名(交代制)が関わっており、作業療法士・理学療法士が毎月1名ずつ参加する形をとっている。療法士間では、保護者から粗大運動の質問が多い4・7・10ヵ月児健診を理学療法士が、巧緻動作や社会性に関する質問の多い1歳9ヵ月・3歳6ヵ月児



図1 乳幼児健診会場

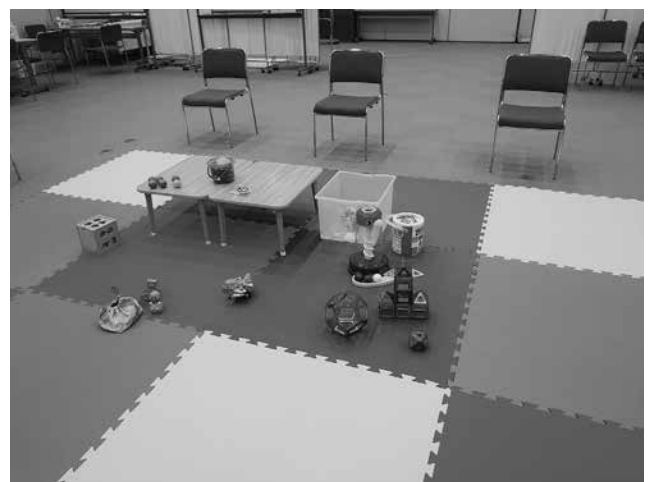


図2 待機スペース(遊びのスペース)

健診を作業療法士がそれぞれ分担して対応を行っている。

参加される母子は、保健福祉センター内の広間に到着後に受付を行い、その後、乳幼児健診会場(図1)の中心にあるおもちゃが置かれた待機スペース(図2)で各担当に呼ばれるのを待ち、身体測定・歯科健診・保健師による発達問診・栄養相談・医師による問診・療法士からの発達の話等を受ける事となっている。

以下に筆者が主に対応を行っている1歳9ヵ月・3歳6ヵ月児健診におけるチェックポイントに関して述べさせていただきます。

各年齢別でのチェックポイント^{1, 5, 6)}

1) 1歳6ヵ月健診(1歳9ヵ月健診)

1歳6ヵ月という時期は、一人歩きや意味のある単語を話し始める等、乳児期から幼児期へと移行が確認され

表1 1歳6ヵ月児健診でのチェックポイント

-
- ① 1人で歩くことができる
 - ② 物をつまんで重ねられる
 - ③ 戸惑った時に保護者を確認する
 - ④ 遊びの中で共同性注意や指さしを確認する
-

始める節目となる時期である。主に筆者が健診の中でチェックしているポイントは、発達指標の中で健診場面において確認の行いやすい表1に記した4点である。

① 『1人で歩くことができる』

主に歩行を介して粗大運動能力の確認を行っている。1歳頃頃から始まった歩行は1歳6ヵ月前後でノーガード歩行、2歳前後で走行へと至る。その他の同年齢時期の粗大運動としては、手すりなしで階段を2足1段で登れる・しゃがんで遊べる・静止したボールを蹴る事ができる、等の活動が挙げられる。それらの能力を確認する為に健診場面では、床に散乱したおもちゃを少しフラフラとしながらも避けたり、跨いで歩き、興味が引かれたおもちゃの前でしゃがんで遊び始める、場に慣れてくると走り始める等が見られるかを確認するようにしている。

② 『物をつまんで重ねられる』

この時期には、上肢の分離性がまだ十分に獲得できておらず直線的な動きが主体ではあるものの、つまみ動作に関しては1歳前後でほぼ完成している。1歳半を過ぎると物体に合わせたつまみ方を選択できるようになり、物を積み上げるといったような動作もできるようになる。食具の把持様式と関連するクレヨンでの描画を確認できる機会は健診場面では少ないが、回内握りから手指回内握りに変わり始める時期であり、食べこぼし等のスプーン操作に関して相談される事もある為、可能であれば事前にクレヨンの持ち方やおもちゃの操作の様子を見て、大まかな上肢機能のレベルを確認しておくようにしている。

③ 『戸惑った時に保護者を確認できる』

生後9ヵ月以降には、自己と他者とそれ以外といった関係性を理解し始めるようになり、それを三項関係と呼ぶ。そして三項関係が成立する事で乳幼児は、大人と一緒に事物・事象を共有し、世界に関する知識を手に入れる事ができるようになる。

例としては、1歳を超える頃になると、不安や戸惑いを感じる環境下において、ただ泣く・逃げるだけではなく、保護者の表情を判断材料にして行動するようになる事等

が挙げられる。三項関係の成立が、今後の言葉・心の理論獲得に重要となる為、能動的に確認しづらい場面ではあるが優先的に確認したい場面である。初めての部屋に入ってきた時、見たことのないおもちゃを見た時、知らない誰かに話しかけられた時等、健診場面では常に子どもたちが保護者にどう助けを求めるとかを、時には自分という存在も利用して確認するようにしている。

④ 『遊びの中で共同性注意や指さしを確認する』⁷⁾

遊びのスペース内では巧緻性の確認以外にも、共同性注意（視線追従）、指さしの確認を可能であれば行うようにしている。1歳6ヵ月時点では、視野外まで視線追従を行えるようになり、自らの興味のあるものを伝える「叙述の指さし」や問いかけに対して答える「応答の指さし」を確認する事ができる。これらの項目を個人的に確認しやすいと感じる場面は、入室してきて直後の瞬間である。遊びのスペースに連れてこられた時に、どうして良いか分からず母親を見上げその視線を追う（視線追従）、家にあるものと同じおもちゃを見つけ母親に知らせる（叙述の指さし）、「どれで遊びたいの？」と問いかけられた時に指さして答える（応答の指さし）等、ほぼ全ての要素を確認する事ができる。その中で確認されなかった場合や保健師さんからの情報で不十分さが予測される場合には、直接遊んでいる場面に近寄り、おもちゃを手渡す等の声掛けと一緒に遊ぶ事で確認を行うようにしている。

1歳6ヵ月健診では、主に年齢に沿った各種機能の発達が行えているかを確認しているが、今後の発達において特に重要な共同性注意を主軸に観察を行っている。上記項目で不十分な点がある・保護者からそれに関連した悩み相談を受けた場合には、「乳幼児期自閉症チェックリスト修正版」の項目を保護者に問いかけ評価を行うようにしている。

2) 3歳児健診（3歳6ヵ月健診）

3歳では、全体的な基礎習慣が確立し、友達遊びができるようになる等、家庭外へ関心が向き社会性が発達する時期である。3歳児健診は、就学時までの最後の健診となる自治体も多い為、集団生活の開始に向けた視点からも、社会性を中心とした発達の確認および生活習慣の確立の確認が重要となる。

主に筆者が健診の中でチェックしているポイントは、表2に示した5点である。

表2 3歳児健診でのチェックポイント

-
- ①粗大運動
 - ②上肢機能
 - ③ごっこ遊びができるか
 - ④靴を自分で履こうとするか
 - ⑤感覚的に特異な点がないか
-

①『粗大運動』

主にこの年齢で確認を行うのは、両足ジャンプと片脚立位の安定性である。経験上、この年代においては療法師側から問題をキャッチする事は少なく、1歳6ヵ月児健診から3歳児健診までの間に、幼児と関わる支援者・保護者から保健師に相談が寄せられており、療法師はその情報を受け取り個別の問題に対して対応を行う事が殆どである。基本的には、その時点で明確な器質的障害があれば医療機関でフォローされている為、生活上での工夫や家族が行えるストレッチ等のアドバイスを行うようにしている。医療機関でフォローされていないケースでは、経験不足によるものが多く、実際に経験してみる事で動作が変わる事を見ていただき、その子に応じた遊びや運動等をお伝えし、何かあれば保健師経由で再度相談を行って頂くという対応をとる事が多い。

②『上肢機能』

上肢機能に関しては、主に分離性・協調性の獲得と利き手が固定され始めているかについて確認を行っている。ここまでの段階では、「握って、捻る」ような蓋開け等の2つの運動的要素を組み合わせた活動は苦手で、また手で感じる抵抗の変化に応じた効率的な動作も難しいが、3歳程度から徐々にそれらを獲得していく事ができる。非利き手に関しても同様でこれまでの段階では、「握ったままで抑える」「非利き手の方を動かす」など十分に補助手として機能させる事が難しいが、同じく3歳程度から非利き手で固定・利き手で動作といった両側性協調運動が確認できるようになる。

健診場面ではおもちゃで遊んでいる場面でそれらの変化を顕著に感じる事が多い。1歳9ヵ月児健診の時点では何かを握る事で上肢全体が緊張し棒のようになっている事が多く、正常児との違いを発見する事が難しい。しかし、正常発達の子どものたちは、非利き手でおもちゃ本体を抑え様々な態勢・軌跡で操作できるように変化しており、発達障害児との違いが確認しやすくなる。この時期の相談として、よく聞かれるのは、「何だか力

が弱いような気がする」「指が反りすぎているような気がする」等のように低緊張である事を心配しての内容である事が多い。その場合には、尺側の安定性や母指球の強化を行えるような遊びを提案し、今後の様子観察と相談を保健師さんをお願いしている。逆に、「他の子に比べて不器用に感じる…」等のような道具操作に関する具体的な相談を受ける事は非常に少ない。しかし、第2子以降の場合、その幼児のお兄ちゃん・お姉ちゃんが5歳前後である事が多く、積極的な道具操作が始まる年代である為、「この子の上の子が○○を上手く使えなくて…」といったような道具操作に関する相談を受ける事が多い。

③『ごっこ遊びができる』

3歳頃に確認できるようになる「ごっこ遊び」は、1歳半頃の模倣遊び、2歳頃の見立て遊びを経て獲得する事ができる。全段階においてイメージする力が重要となるが、それ以上に周囲を見る・興味を持つといった過程が大前提となり、その為には基礎的な能力として1歳6ヵ月健診でも述べた三項関係や共同注意を獲得する必要がある。ごっこ遊びを行う事で、子どもたちは「模倣」では獲得できない行動の「文脈」を読み取る力を養う事ができ、子ども同士での「表象」の共有は言語能力の発達を促す好サイクルを形成する。そして、その経験は5歳以降の言語の内在化⁸⁾を促進する事に繋がる重要な経験となる。

健診場面では、子供同士の交流は限定的でごっこ遊びを確認する機会は少ない為、主には保護者に対して確認を行うと共に、今後の発達に対してどのように有用なのか、という事を説明するようにしている。また、子どもたちと遊ぶ際には、前段階である「見立て遊び」を行ってその反応の確認を行っている。

④『靴を自分で履こうとする』

身辺処理活動は2歳頃から徐々に自立できる範囲が拡大し、3歳頃からはほとんど一人でできる活動が増えていく。身辺処理活動が自立し自分のペースで物事を進める経験をする事で、子どもたちは行動・生活に一定の見通しを立てられるようになり、更には自己有能感を得る事ができる。また保護者には子どもを自立した存在としてみる気持ちが生まれ、子どもが獲得した自信と合わさって、子どもの「親への依存」からスムーズに脱却していく事ができるようになる。そして、親の庇護から一時離れる事は、同年齢の子どもたちとの関係形成を促進す

る。身辺処理活動の自立は、子供の発達の「結果」であると捉えられがちであるが、このように発達を「促進」させるものでもあるといった視点も、作業療法士として保護者に伝える事ができたらと筆者は考えている。

しかし、その他の発達に関連した問いかけに比べると、この項目に関する質問は非常にデリケートなものになりやすいと筆者は感じている。本来この時点では、身辺処理活動の自立が始まっているかという事だけを確認したいのだが、保護者に「自分の事は自分でしようとし始めていますか？」等の質問を投げかけると、大概上手くいく事はない。こちらとしては全ての身辺処理活動を完遂できるか問うたつもりがなくとも、それらの問いかけから保護者が想像する動作の質が非常に高く、反発や落胆を引き起こす結果となってしまう。その為編み出した苦肉の策として、遊びのスペースに入る度に毎回靴の着脱を行う事に着目し、身辺処理活動にやや過保護的な印象を受けた保護者さんには、「えらい！もう自分でしようとしてるんですね！」等の子供を褒める関わりから上記の話を行う事を試みている。この点に関しては、生活行為の獲得が人間性の成長に繋がっていく大事な要素であり、作業療法士として譲れない部分でもある為、今後ブラッシュアップに励みたいと思う。

⑤『感覚的に特異な点はないか』⁹⁾

「発達障害」は「感覚調整障害」と言い換えられる事も多い。脳機能の十全な発揮に感覚情報が重要な役割を果たすが、近年“発達障害を抱える人は脳の各部位の連動が適切にできていない人が多い”という研究が広まってきたり、脳内での情報の連動がスムーズに行えない事が原因で特有の行動が発生していると考えられている¹⁰⁾。土台となる感覚発達が不十分であると、コミュニケーション困難や注意集中の困難という行動に繋がってしまうが、幼児期はコミュニケーション能力が大きく発達し始める初期段階であり明確な判断が難しい。この点に関しては発達指標の未達成が、感覚の受け取り・経験不足のどちらに起因するのかという視点を持つことが大事である。その為に、未達成状況の詳細を聞き取るのみではなく、各感覚機能に由来する特異的な行動がないか、ある程度予測を立てて様々な日常場面を聞くようにしている。その時には、筆者は「日本版乳幼児感覚プロフィール」や「感覚プロフィール」の質問項目を参考に、反応の仕方・どのような行動が見られやすいかを保護者や保健師から聴取している。

保護者との関わり

1) 全体的な配慮点

健診に参加する年代の子どもたちは自らの内面を表出する事が少ない為、行動は外側から観測された結果である事がどうしても多くなり、可愛らしさを感じさせるポイントでありながら、同時にコントロール不能感からストレスを与える要因になっていると感じる。その為、専門職の大前提として専門用語を使わないというだけでなく、なるべく子どもたちの視点・考え方から見た景色を説明し、「こういう理由があったのか」「こういう行動をしてもしょうがないな」と思って頂けるように腐心している。

また健診に来る保護者は、「〇歳の子供を持つ保護者」という背景だけを有するわけではない。初めての子育てで振り回されていると感じている第1子の保護者であったり、4人目・5人目の大ベテラン、性別の違う2人目で少し不安を感じている保護者であったりと、様々な背景を持っている。筆者は、集団として接する中でそれらの違いを十分にサポートできる自信がない為、個別に保護者の方に話しかけて、少しでもその保護者の背景に沿った関わりを行うように心がけている。

2) 保護者を取り巻くストレス

近年、核家族化や少子化の進展により家族のつながりや地域社会の連帯感が薄れ、育児をしている母親たちの多くが、隣近所の子供の世話や親族の子供を預かったりする経験が減り、自らの成長過程の中で母親としての育児能力を獲得しないまま結婚・出産に至る事が多く、育児における不安やストレスを多く感じている事が指摘¹¹⁾されている。厚生労働省発表の「児童相談所での児童虐待相談対応件数」¹²⁾によると、令和3年度の全国の児童相談所での対応件数は207,659件であり、年々増加の一途を辿っている。中谷ら¹³⁾や望月ら¹⁴⁾の報告では育児ストレス・不安が虐待と関連している事が報告されている事からも、保護者を取り巻くストレスに関する理解とそれに対応する術を持つ事は非常に重要となる。

前田ら¹¹⁾は文献検討の中で、3歳児の母親の育児イライラ感は4ヵ月児や1歳6ヵ月児の母親よりも高く、ほとんどの母親が養育上何らかの事で困っており、育児による拘束感は反抗期でもある3～4歳で一番高いとまとめている。つまり、3歳時健診で出会う保護者たちは、育児ストレスのピークの只中にある事が予測されるのである。

3) ストレスへの対応

育児ストレス要因に関しての二次研究¹¹⁾では、様々な要素がストレス要因として挙げられているが、その中で主に健診事業で保護者に対して筆者が対応しているのは、「子どもの反応」に関する分野である。関連するストレス要因としては、成長発達に伴う行動範囲の拡大・自我発達による自己主張が影響する「思い通りにならなさ」や、「高い理想像とのギャップ」が挙げられている。健診の中では、子供の自己主張や泣くことは誰もが経験する事であり順調な成長過程である事を説明し、子供との関わり方に関してそれとなく話を聞く中でアドバイスをを行うようにしている。

4) 保護者からの質問

乳児期には、比較的「寝返りができない」「ハイハイの仕方がおかしい」等の発達に関する悩み事を保護者から聞かれる事が多いが、幼児期においては発達に関する質問をされる事はあまりないように筆者は感じる。それらは、乳児期にはあまり個々の違いというものは目立って見えず、皆と違うという事を意識しやすいが、幼児期には個々の好みや養育環境の影響が徐々に積み重なり、多少の発達の違いが個性の中に内包される為ではないかと筆者は考える。その為、幼児期の健診で保護者から聞かれる質問は、「〇〇ってどうなのでしょう？」といったような質問が多く、その内容はストレッチや運動に留まらず、遊びや玩具、知育教材等の幅広い範囲に渡り、明確にこのような内容を聞かれる事が多いとお伝えする事ができない。筆者は、発達過程に対する知識を深めると共に、Social Networking Service (SNS) やネットサイト等で話題となっているストレッチや運動、市販の玩具や手作り玩具等の情報等を小まめにチェックする事で対応を試みているが、それでも全く知らない玩具や知育教材について聞かれる事も多く、自身の知見の狭さを恥じるばかりである。

またテレビやSNS等のメディアと子供の触れ合いに関して聞かれる事も多い。大前提として「テレビ等を見る」「家族と触れ合う」という時間を比較するとメディアはオススメできるものではないが、「スマホ育児」等の言葉が近年よく聞かれるように、家事等での制限を考慮すると避けられない事情も理解できるので、「触れ合いの時間を多くしましょう」というだけの静止よりも、時間を決める・見ている動画を共有する事や、メディアによる

影響を軽減できる外遊びの時間をとるようにする等の次善策をお伝えするようにしている。

5) グレーゾーンが疑われる母子への関わり

筆者は毎月1名程度、グレーゾーンを疑う子どもたちと遭遇しているが、その対応にはかなりの苦慮を強いられている。グレーゾーンを疑う子どもとの関わりは、まず事前情報として保健師から言葉が出ない・模倣ができない等の疑わしい所見がある事を伝えられる事から始まり、遊びのスペースで過ごしている姿や、保健師による問診の様子を確認して、保護者との話へと続いていく。保護者との関わり方に関してだが、まず筆者は、どの保護者に対しても「こんにちは、お子さんの年齢に沿った発達のお話を皆さんにさせて頂いています」といった旨の声掛けから関わりを始めるようにしており、「お子さんの〇〇の様子が…」「保健師さんからこういった困難さがあると聞きまして…」という始め方は避けるようにしている。その理由は、まず第一に防衛的な反応を引き起こしてしまう事が予測される為であるが、自身が外来リハビリで担当している子どもたちの保護者から、初めて発達に問題があると他人に言われたときにとっても大きなショックを受けたという話を何度も聞いた事も理由の一つである。

松本の調査¹⁵⁾によると、母親が子どもの障害を疑う時期は大体0～5歳の間に集中し、その中でも多くのケースが0～2歳までに何らかの理由で子どもの状況に不安を感じていた。しかし受診に至った時期は早くとも3歳以降で、不安を感じ始めた時期とほぼ1年程度のズレが生じている。母親からは、「まだ小さいのだから成長と共に今の心配は杞憂に終わるのではないか。大丈夫かもしれない。」と子どもの認知障害に対してアンビバレントな心理状態にあった事が語られている。健診で出会う保護者達も、同じような心理状態でかつより否認に近い状態にあるのではないかと筆者は感じる。もちろん初対面の人間に対して開示する事が難しいという事情もあるだろうが、「困っている事はありますか？」等と問いかけても、ほとんどの保護者からは「大丈夫です」という簡素な返答が返ってくる。また、我々は医師ではなくリハビリ職であり、発達に遅れがあるとの“診断”を下す事はできない。それゆえこちらの歯切れも悪く、保護者からも相談はなく、何も具体的な話をする事ができないという場面を、健診に参加し始めて1年程度は体

験していたように思う。その為、保護者対応を個別に切り替え、まずは「年齢に沿った発達のお話を“個別で皆さんに”させて頂いています」との体で関わりを始めるように切り替えたのである。

関わりの中では今も試行錯誤しているが、以下の3点を心掛けている。①スクリーニングではなく、子どもの言動がどのようにして生まれてくるのかを説明する、②その言動にはどのような配慮を行えるのかを提案する、③子どもの為だけの早期療育ではなく、保護者の負担も軽減できるという事を伝える、という3点である。特に①②に関してだが、松本¹⁵⁾は昨今の情報化社会の進展により、支援者側が感じる「おかしい」という気づきは保護者もすでに「発見済み」である事が多く、只のスクリーニングでは支援として意味をなさず、「おかしい」と感じる子どもの言動がどのようにして生まれてくるのか、どうすれば軽減できるのか、といった支援を母親が納得できるほどに提供できなければ、支援として意味をなしないと述べている。

筆者は年齢に沿った発達の話をしながらも、「こういう事が出来なくて困る子どもさんや親御さんが多いんですよ」「リハビリで関わっていく中で、こういう風にしたらできるようになる子も多いんです」といった話を織り交ぜる事で保護者からの困りごとを引き出し、感覚の過敏・鈍麻への配慮や褒め方のコツ等を交えて、その言動の裏側や対応法をお伝えするようにしている。そして「ある程度心を掴めたかな？」と判断した段階で、早期療育の必要性や様々な形で支援を行えるという事を伝えるようにしている。この方法に変えてから、グレーゾーンを疑う子どもさんだけでなく、その他の保護者からも悩み事や相談を開ける場面が増加してきているので、今後も話す内容や悩みの引き出し方等、ブラッシュアップを重ねていきたいと考えている。

健診に参加する事で得たもの

筆者が乳幼児健康診断事業に参加する事で得られた最大のメリットは、多くの定型発達児と触れ合う機会を得られたという点であるように思う。小児を対象としたリハビリテーションに携わる療法士は、発達障害の診断または疑いのある児童と関わる事が多く、年齢毎の発達の度合いというものに対する基準を確立しづらい。また、同年代の乳幼児同士での関わりを目にする機会も少なく、

親と子ども、支援者と子どもといった児童らのコミュニケーションの一面しか把握できていない事が多い。評価の基準となる定型発達を知る事ができるというのは、何物にも代えがたい貴重な経験であり、我々小児リハビリに携わる者にとって多大なメリットを与えてくれると筆者は考える。

今後の展望

5歳以前の乳幼児期において発達障害の確定診断は難しいと言われるが、実際健診場面においても、問題なし・経過観察等の判断を行った子どもたちが、後々生活上での問題を抱え受診や療育に繋がる事が多々ある。またリスクがあると判断した子ども・保護者に対しても関係性を上手く築けず、助言も十分に行えないケースも多々存在する。今後の展望としては、リスク児を抱える保護者に対してより幅広い対応を取れるようになる事や、健診場面でのリスク児の検出をより正確に行えるようになる事、3歳児健診以降のキャッチ場面をより増加させる事ができないかという事を考えている。

キャッチアップの例としては、他県では行われている場所もある5歳児健診の開催も考えられる。その代表となる長崎県では、21市町中17の市町で行われており、3歳児健診以降のキャッチアップの場として機能している。しかし、高知県ではほとんどの市町村で行われておらず、今後新たに室戸市でも開催するという事は難しいだろう。また、一病院の一療法士が自治体に対して開催を働きかけるという事も難しく、実現可能性は限りなく低いと感じている。

そこで筆者は、自身が担当している子どもたちの支援ミーティングなどを通じて、教育関係の支援者との関係性を作り、他の気になる子の相談をしてもらおう事や、高知県からの委託事業である『発達障害早期支援エキスパート』に登録する事で、より地域の中に作業療法士として参入していく場を作る事をキャッチアップの方法として考えている。

文 献

- 1) 厚生労働省：乳幼児健康診査事業実践ガイド。
<https://www.mhlw.go.jp/content/11900000/000520614.pdf> (参照 2023年3月15日)

- 2) 文部科学省：通常の学級に在籍する特別な教育的支援を必要とする児童生徒に関する調査結果（令和4年）について。
https://www.mext.go.jp/b_menu/houdou/2022/1421569_00005.htm（参照 2023 年 3 月 15 日）
- 3) 笹森洋樹, 後上鐵夫, 久保山茂樹, 小林倫代, 他：発達障害のある子どもへの早期発見・早期支援の現状と課題. 国立特別支援教育総合研究所研究紀要, 37, 3-15, 2010.
- 4) 小枝達也：注意欠陥／多動性障害と学習障害の早期発見について - 鳥取県における 5 歳児健診の取り組みと提案 -. 脳と発達, 37, 145-149, 2005.
- 5) 岩崎清隆, 花熊 暁, 吉松靖文：人間発達における各機能の発達, 社会生活活動の発達, 発達の諸段階と発達課題. 標準理学療法学・作業療法学 専門基礎分野 人間発達学 第 1 版. 医学書院, 2014, pp.23-292.
- 6) 島谷康司, 信迫悟志, 小島賢司, 楠本泰士：認知能力の発達, 社会性の発達, 遊び・生活能力の発達, 発達の評価. 浅野大喜編, Crosslinkbasic リハビリテーションテキスト 人間発達学 第 1 版. ソシム株式会社, 2021, pp.38-60, 90-120, 244-261.
- 7) 上野良樹, 金沢こども医療福祉センター作業療法チーム：人への気持ちを育てる. 発達障害の早期療育とペアレント・トレーニング 第 1 版. ぶどう社, 2021, pp.66-81.
- 8) 相原正男：小児の前頭葉機能評価法. 認知神経科学 11(1)：44-47, 2009.
- 9) 加藤寿宏, 松島佳苗：神経発達症の作業療法において共通する観点. エビデンスでひもとく発達障害作業療法 - 神経発達症の理解と支援 - 第 1 版. 株式会社シービーアール, 2021, pp.14-22.
- 10) 前田智行：感覚統合とは？～さまざまな感覚の特徴～. 子どもの発達障害と感覚統合のコツがわかる本 第 1 版. ソシム株式会社, 2021, pp.10.
- 11) 前田 薫, 中北裕子：乳幼児をもつ母親の育児ストレス要因に関する文献検討. 三重県立看護大学紀要 21：97-108, 2017.
- 12) 令和三年度 児童相談所での児童虐待相談対応件数（速報値）.
<https://www.mhlw.go.jp/content/11900000/000987725.pdf>（参照 2023 年 3 月 28 日）
- 13) 中谷奈美子, 中谷素之：母親の被害的認知が虐待的行為に及ぼす影響. 発達心理学研究 17(2)：148-158, 2006.
- 14) 望月由妃子, 田中笑子, 篠原亮次, 杉澤悠圭, 富崎悦子, 他：養育者の育児不安および育児環境と虐待との関連 - 保育園における研究 -. 日本公衆衛生雑誌 61(6)：263-273, 2014.
- 15) 松本恵美子：乳幼児期の発達障害への気づきと保護者支援. 社会問題研究 67：161-169, 2018.

高知県作業療法士会 子ども発達支援部の活動と今後の展望 担当理事の立場から

國友 晃^{*1*2}

要 旨：近年、日本社会における特別支援教育や発達障害に関する理解が進み支援を必要とする対象者が増加している傾向がある。高知県作業療法士会（当士会）では約10年前より特別支援教育委員会を設置して社会のニーズに対応するために活動を開始した。そこで今回、当士会が参画している自立活動充実事業、特別支援学級等サポート事業、外部専門家を活用した支援体制充実事業（巡回相談事業）、通級による担当教員等専門性充実事業、香南市いきいき香南っ子相談会の内容を紹介した後、現状や課題を私見を交えて述べる。

高知県作業療法 2：35-40, 2023

Key Words：特別支援教育，発達障害，（事業参画）

はじめに

まずは現在の子ども発達支援部設置に至った経緯について触れておきたい。2012年度より当士会は特別支援教育委員会を立ち上げ、高知県の特別支援教育の推進体制事業に参画し、依頼に応じて対応可能な会員を派遣している。2017年度からは法人の組織改変に伴い特別支援委員会から部へ変更となり、事業運営局に配置され、さらなる事業参画と人材育成に向けた取り組みを実施してきた。さらに2020年度より特別支援教育部から子ども発達支援部へと改称した。その背景には教育分野とどまらず、幅広く発達障害のある対象者の支援を行うことが目的にある。

本稿では発達障害に関連する近況、特別支援教育と

作業療法の概要、当士会が参画している事業の概説後に、今後の課題について私見を交えて述べる。

発達障害に関する調査のトピックス

2022年12月、文部科学省は10年ぶりに通常の学級に在籍する特別な教育的支援を必要とする児童生徒に関する調査結果¹⁾を発表している。その調査によると小中学校に在籍する子どものうち、8.8%が学習面又は行動面で著しい困難を示すことが明らかになっている。この調査の回答者は学級担任等であり医師の診断や専門家による判断でないことから、発達特性に関する認識が高まっている傾向であると考えられる。

一方、高知県の調査（図1・2）による県内の特別な教育的支援を必要とする児童生徒数は調査開始年度から増加している。特に小学校においては在籍率が中学校や高等学校と比較して上昇する傾向を示している。

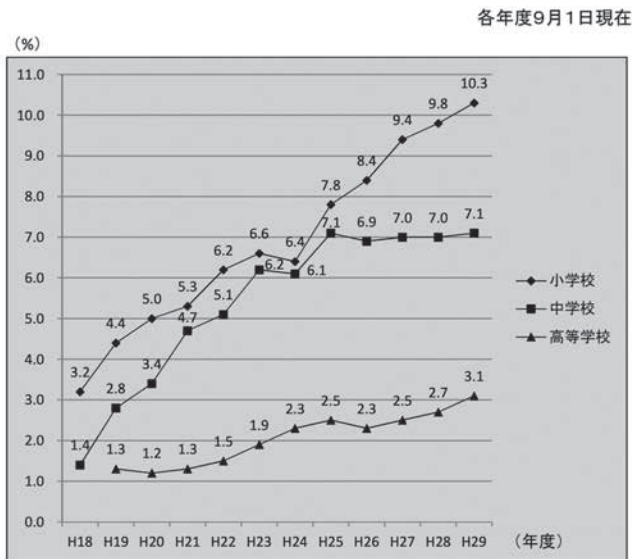
これらの結果は、社会における発達障害や特別支援教育の理解が進んでいる影響が考えられる。そのため、作業療法の特徴と専門性がより一層必要とされる時代と

*1 医療法人 新松田会 愛宕病院 リハビリテーション部

*2 愛宕病院 脳神経センター

ニューロリハビリテーション部門

國友 晃 (e-mail: kunitomoot@yahoo.co.jp)



※この数値は、平成14年度に文部科学省が行った調査に準じて、平成29年9月1日現在に実施した本県調査において、学級担任を含む複数の教員により判断された回答（医師の診断を含む）に基づくものである。

※高等学校 H19 年度から H22 年度の在籍率は推定

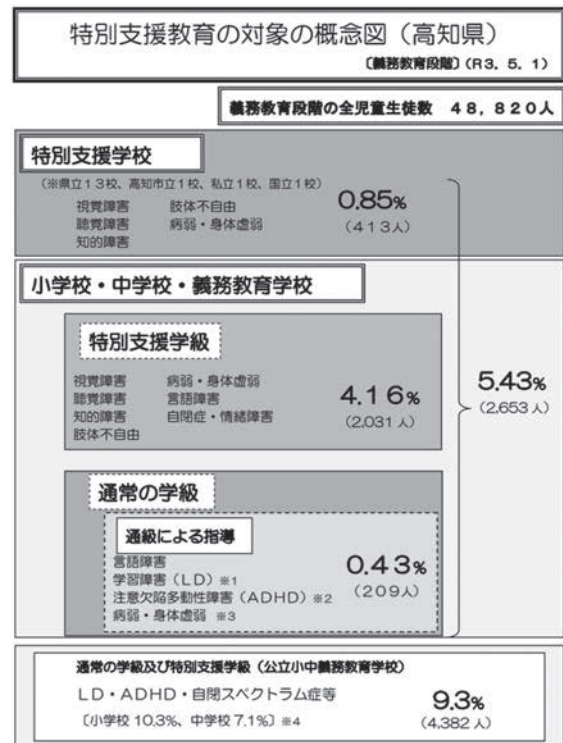
図1 発達障害者特別な教育的支援を必要とする児童生徒の在籍率の推移¹⁾より引用

なり支援を必要とする対象者が増加していることになる。

特別支援教育の変遷

特別支援教育は今から約15年前に特殊教育（特別な場所で指導）から、障害のある児童生徒一人ひとりの教育的ニーズに応じて適切に教育的支援を行う方向へと転換された。「特別支援教育は、障害のある幼児児童生徒の自立や社会参加に向けた主体的な取組を支援するという視点に立ち、幼児児童生徒一人一人の教育的ニーズを把握し、そのもてる力を高め、生活や学習上の困難を改善又は克服するため、適切な指導及び必要な支援を行うものである」。これは「知的な遅れのない発達障害も含めて、特別な支援を必要とする幼児児童生徒が在籍する全ての学校において実施されるものである。さらに、特別支援教育は、障害のある幼児児童生徒への教育にとどまらず、障害の有無やその他の個々の違いを認識しつつ、様々な人々が生き生きと活躍できる共生社会の形成の基礎となるものであり、我が国の現在及び将来の社会にとって重要な意味を持っている」^{3, 4)}。

「共生社会とは、これまで必ずしも十分に社会参加で



- ※1 LD (Learning Disabilities)
- ※2 ADHD (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder)
- ※3 病弱特別支援学校への他校通級
- ※4 この数値は、平成14年度に文部科学省が行った調査に準じて、平成29年9月1日現在に実施した本県調査において、学級担任を含む複数の教員により判断された回答（医師の診断を含む）に基づくものである。

図2 高知県特別支援教育の概念図²⁾より引用

きるような環境になかった障害者等が、積極的に参加・貢献していくことができる社会である。それは、誰もが相互に人格と個性を尊重し支え合い、人々の多様な在り方を相互に認め合える全員参加型の社会である。このような社会を目指すことは、我が国において最も積極的に取り組むべき重要な課題である。障害者の権利に関する条約第24条によれば、インクルーシブ教育システムとは、人間の多様性の尊重等の強化、障害者が精神的及び身体的な能力等を可能な最大限度まで発達させ、自由な社会に効果的に参加することを可能とするとの目的の下、障害のある者と障害のない者が共に学ぶ仕組みであり、障害のある者が教育制度一般から排除されないこと、自己の生活する地域において初等中等教育の機会が与えられること、個人に必要な合理的配慮が提供される等が必要とされている。共生社会の形成に向けて、障害者の権利に関する条約に基づくインクルーシブ教育システムの理念が重要であり、その構築のため、特別支援教育を

表1 子ども発達支援部参画事業一覧

依頼主	事業名	実施機関
高知県	特別支援学校等の専門性・教育内容充実事業・外部専門家活用事業	特別支援学校
	特別支援学級等サポート事業	特別支援学級
	通級による指導担当教員等専門性充実事業	通級指導教室
	外部専門家を活用した支援体制充実事業	保育所・幼稚園・認定こども園（高知市を除く） 小・中・義務教育学校（高知市を除く） 県立学校・国立学校・私立学校
香南市	香南市いきいき香南っ子相談会	幼稚園・保育園

着実に進めていく必要があると考えるインクルーシブ教育システムにおいては、同じ場で共に学ぶことを追求するとともに、個別の教育的ニーズのある幼児児童生徒に対して、自立と社会参加を見据えて、その時点で教育的ニーズに最も的確に応える指導を提供できる、多様で柔軟な仕組みを整備することが重要である。小・中学校における通常の学級、通級による指導、特別支援学級、特別支援学校といった、連続性のある多様な学びの場を用意しておくことが必要である」⁵⁾。

学校教育制度における作業療法

日本作業療法士協会が発刊している作業療法白書⁶⁾にわが国における特別支援教育に関連する情報を抜粋して提示する。

1. 障害のある児童生徒の増加と学習指導要領の改訂

2007年に学校教育法の一部改正により、学校教育現場に特別支援教育制度が導入され15年近く経つ。2016年の学習指導要領の改訂の答申を受け、特別支援教育については2017年に特別支援学校小学部・中学部新学習要領、2019年に特別支援学校高等部新学習指導要領が公示され、重複障害や知的障害のある子どもの学びの連続性、障害の特性に応じた指導上の配慮の充実、キャリア教育の充実や生涯学習への意欲向上など、自立と社会参加に向けた教育等の充実を目指している。また2018年度からは、高等学校段階における通級による指導を開始している。

2009年に1,074万人であった義務教育段階の全児童生徒数は2019年には973万人に減少する一方、特別支援教育を受ける児童生徒は25.1万人（2.3%）から48.6万人（5.0%）へと増加した。加えて、発達障害（LD・ADHD・

高機能自閉症等）の可能性のある児童生徒の在籍率は、6.5%程度となっている。教育現場では、これらの特別支援教育を必要とする児童生徒に対応できる教員の育成が喫緊の課題となっており、その対応の一例として2020年3月に「初めて通級による指導を担当する教師のためのガイド」が発行された。このガイドには作成段階から日本作業療法士協会も関与し、外部専門家として医師とならび作業療法士が取り上げられている。

2. 特別支援教育における作業療法士の参画

特別支援教育制度が導入された当初、作業療法士は特別支援教育連携協議会への委員派遣や外部専門家として巡回相談員や専門家チームの一員となり、学校教育制度を見据えた関わりをもつことになった。2022年3月にまとめられた「特別支援教育を担う教師の養成の在り方等に関する検討会議報告」でも、特別支援学校で教師がすべてに対応するのは限界があるため外部専門家と連携を深めていくことが重要として、作業療法士等を挙げている。この間、保育所等訪問支援による学校訪問や就労移行支援における生徒の就職に向けた評価、放課後等デイサービスでの学校との連携など障害福祉サービスに携わり、学校に作業療法士が関与する機会は増えてきている。一方、少数ながら教育委員会や特別支援学校等の教育機関に所属する作業療法士もおり、いわば内部の専門家としての実践が積みあがることも期待される。

子ども発達支援部の参画事業

子ども発達支援部が令和4年度3月時点での参画する事業の一覧（表1）に示す。高知県は特別支援教育の推進体制³⁾としてインクルーシブ教育システムの構築（図3）を目的としてさまざまな事業を展開している。以下に参画

インクルーシブ教育システムの構築にむけて

インクルーシブ教育システムとは

- ◆障害のある子どもと障害のない子どもが、可能な限り同じ場で共に学ぶことを指向する。
- ◆個別の教育的ニーズに的確に応える指導を提供できる多様な学びの場（通常の学級、通級による指導、特別支援学級、特別支援学校）の実現を図る。

【国の動き】

- ・平成18年2月 「障害者の権利に関する条約」国連総会で採択署名（H19. 9）、発効（H20. 5）
- ・平成26年1月 同条約を批准
- ・平成25年6月 「障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律」（障害者差別解消法）の制定
- ・平成28年 4月 同法の施行

【教育の動き】

- ・平成24年 7月 中央教育審議会初等中等教育分科会報告
- ・平成25年 9月 就学先決定の仕組みに関する学校教育法施行令の改正
- ・平成25年10月 早期から一貫した支援に係る文科省初等中等教育局長通知
- ・平成28年11月 学校教育法施行規則・告示改正（高等学校における通級による指導の制度化）
- ・平成29年 3月～ 新学習指導要領告示（すべての校種において特別支援教育に関する記述を充実）

【特別支援学校】

- ◆居住地にある学校等において、障害のない子どもと同じ場で学習する機会の保障
- ◆特別支援学校のセンター的機能により、保幼・小・中・高等学校の障害のある幼児児童生徒の指導及び支援について支援

【特別支援学級・通級による指導】（小・中・義務教育・高等学校※）

- ◆担任及び担当教員の専門性の向上 ※高等学校は通級による指導のみ
- ◆障害に応じた特別の指導（自立活動）の充実
- ◆引き継ぎシート等を活用し、保幼・小・中・高へ切れ目のない支援
- ◆通常の学級において学習する機会をできる限り保障

【通常の学級】（小・中・義務教育・高等学校）

- ◆すべての子どもが分かる、できるユニバーサルデザインによる授業実践の推進
- ◆引き継ぎシート等を活用し、保幼・小・中・高の切れ目のない支援
- ◆特別支援教育支援員の配置
- ◆エレベーター、障害者用トイレの設置など、基礎的環境整備

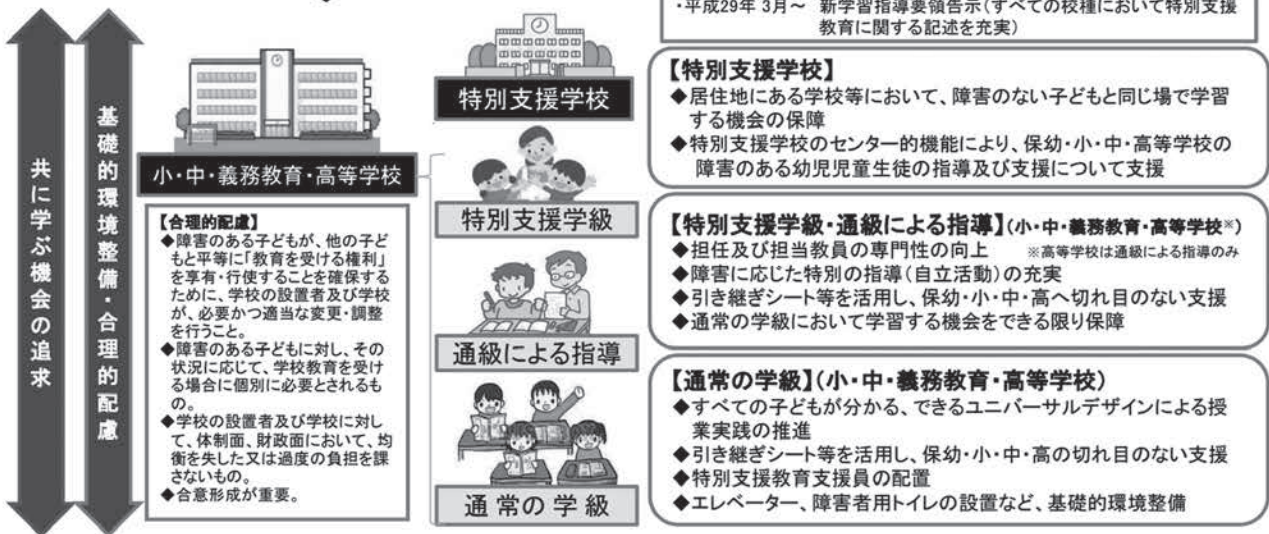


図3 高知県における特別支援教育の推進体制～インクルーシブ教育システムの構築をめざして～³⁾より引用

している事業のそれぞれの目的や活動内容を紹介していく。

1. 外部専門家活用事業（自立活動充実事業）

対象は県立特別支援学校等である。目的は外部人材を効果的に活用し、自立活動の指導内容や方法の改善を図るとともに特別支援学校のセンター的機能を充実させる。

2. 外部専門家を活用した支援体制充実事業

目的は保育園・幼稚園・認定子ども園、小・中学校等、高等学校における特別支援教育の推進体制を整備するとともに、通常の学級に在籍する発達障害等、特別な支援を必要とする幼児児童生徒について、関係機関からの専門性の高い助言や援助を所・園、学校に提供することで幼児児童生徒の特性に応じた適切な指導及び支援の充実を図る。事業内容は所・園に在籍する発達障害等、特別な支援を必要とする対象者への適切な支援を行うため、専門的な知識や経験を有する相談員を派遣する巡回相談である。

3. 特別支援学級サポート事業

共生社会の実現に向けたインクルーシブ教育システムの構築や障害のある児童生徒の自立と社会参加に向け教育事務所が小・中・義務教育学校と連携し、障害のある児童生徒に対する指導方法・内容の工夫改善及び担当教員等の専門性の向上を図る。事業内容は、事業実施校の要請により、各教育事務所の特別支援教育担当指導主事（特別支援教育地域コーディネーター）等がサポート実施者となり、障害のある児童生徒の指導方法・内容の工夫改善や当面する課題の解決を図るために学校訪問等により必要な支援を行う。

4. 通級による指導担当教員等専門性充実事業

通級による指導の充実を目指し、実施校の担当者間のネットワークの構築を図るとともに専門家チーム等の派遣による助言により、担当教員等の専門性の向上を図る。

5. いきいき香南っ子相談事業

市内保育所・幼稚園において専門相談員による巡回

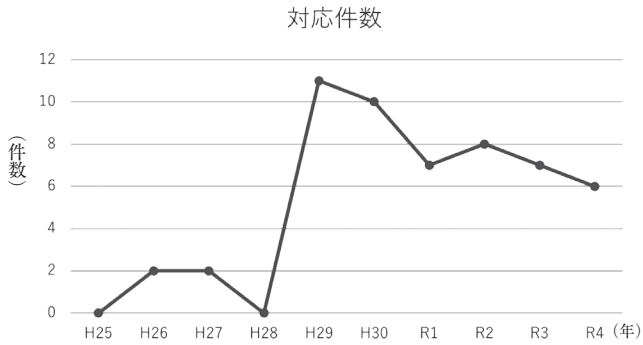


図4 自立活動充実事業における依頼対応件数

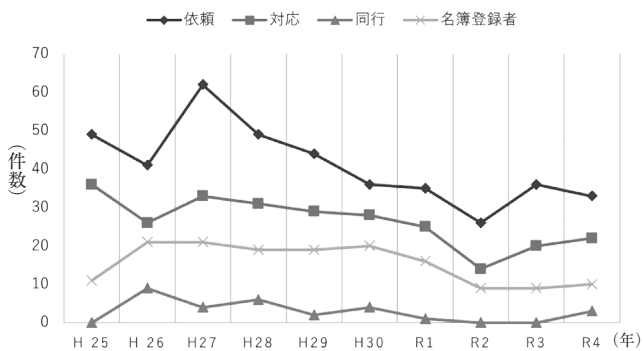


図5 巡回相談における要素別件数

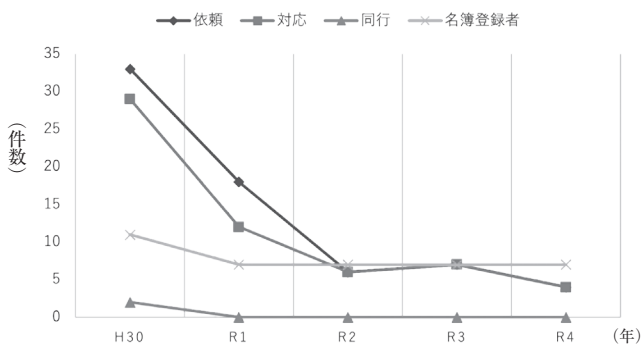


図6 いきいき香南っ子相談事業における要素別件数

相談を実施することで、就学前からの特別支援体制の充実を図り、保護者支援や不登校未然防止につなげる。

現状と課題

前述した事業の派遣状況を示す（図4・5・6）。

自立活動充実事業の依頼対応件数については増加傾向である。また潜在的には示している数値よりも県内の作業療法士（以下 OT）が介入しているのが現状である。この背景には、対応可能な人材の調査が未実施であることに加え、依頼者が直接個人に連絡することで予定

調節が円滑に行えることが推測される。そのため課題としては対応可能な人材調査を実施するとともに、効果的に派遣が行える体制を構築することである。

外部専門家を活用した支援体制充実事業（巡回相談）については、依頼件数より対応件数が下回っている状況である。この要因としては名簿登録者数が依頼数と比較して少数であると考えられる。今後の課題としては、名簿登録者数の増加を目的に巡回相談時に必要な知識や技術を実践で活用できる人材育成システムの構築が急務となる。

いきいき香南っ子相談事業については初期では依頼が多数であったが直近では依頼件数が減少している。この要因は、依頼者が地域の OT へ依頼するケースもあり、その影響で子ども発達支援部への依頼件数が減少している状況である。その他にも、巡回相談を重ねることで幼稚園教諭及び保育士の専門性が向上したことも依頼件数の減少につながっているのではないかと考える。

各事業について介入効果の検証を行っていないことが実状である。そのため今後の重点課題として依頼対応が可能な人材の調査と確保、人材教育システムの構築、介入効果検証を主軸とした部の活動が行えるように進めていきたいと考える。

終わりに

今回、子ども発達支援部の担当理事として部の活動概要や現状の課題に対する私見を述べた。課題は山積であるが社会のニーズに応えるため、会員の皆様のお力添えが必要不可欠となる。実際の依頼の現場での対応は兼業となりご負担であると感じているが、子ども発達支援部の事業参画にご理解ご協力いただき運営を実行していきたい。

文献

- 1) 文部科学省ホームページ：通常の学級に在籍する特別な教育的支援を必要とする児童生徒に関する調査 https://www.mext.go.jp/b_menu/hodou/2022/1421569_00005.htm（参照 2023 年 3 月 6 日）
- 2) 高知県庁ホームページ：高知県における発達障害等特別な教育的支援を必要とする児童生徒の在籍率の推移。

https://www.pref.kochi.lg.jp/soshiki/311001/files/2013081600166/2013081600166_www_pref_kochi_lg_jp_uploaded_attachment_101160.pdf（参照 2023 年 3 月 5 日）

3) 文部科学省ホームページ：今後の特別支援教育の在り方について（最終報告）

http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/shotou/054/shiryo/attach/1361204.htm（参照 2023 年 3 月 5 日）

4) 文部科学省ホームページ：特別支援教育の現状と

課題，改善の方向性（資料 16）．教育課程部会特別支援教育専門部会

http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chukyo3/032/siryu/07092808/002.htm（参照 2023 年 3 月 5 日）

5) 文部科学省ホームページ：特別支援教育の推進について（通知）．2007.

http://www.mext.go.jp/b_menu/hakusho/nc/07050101.htm（参照 2023 年 3 月 5 日）

6) 日本作業療法士協会：作業療法白書 2021. pp.25.

急性期・回復期・生活期作業療法を通して役割獲得に至った 高次脳機能障害事例の作業過程

石元 美知子*¹ 吉村 大輔*² 川添 教子*³ 森 瑠美*⁴ 金久 雅史*⁵ 清水 一*⁶

要旨：目的：作業科学の中核的概念として Wilcock の“doing, being, becoming, belonging”の理論がある。今回、障害への気づきに困難さを示す高次脳機能障害事例が新たな役割獲得に至る作業過程について、Wilcock の理論を用いて検討した。方法：脳梗塞により高次脳機能障害を呈したA氏と、急性期・回復期・生活期にA氏と関わった3名のOTRに半構成的インタビューを行った。結果：A氏は自力で出来る作業が無い状況から、OTRによる補填手段を用いてセルフケアや家事を行うこと（doing）の成功体験の重積から、自己アイデンティティを再構築し（being）、社会的役割獲得（becoming, belonging）への過程をたどっていた。結論：高次脳機能障害者においてもこの過程をたどることを確認した。

高知県作業療法 2：41-47, 2023

Key Words：高次脳機能障害, (自分らしい生活), 作業行動

はじめに

高次脳機能障害をもつ人の障害特性は、周囲の人だけではなく本人も自己の障害に気づきづらいという点にある。病前の「できる自分」という自己イメージがあるため、能力以上の目標を掲げ、補填手段をうまく活用することができない^{1, 2)}。また、障害に気づいたとしても、その過程で不安やうつなどの心理的ストレスを生じることもある^{2, 3)}。そのため、自己の在り方に気づき社会参加

に至るまでに時間を要することが多い¹⁾。

自己概念の再構築について Charmaz⁴⁾ は、自己イメージが習慣化された自己定義と自己評価を前提としているため、病気により変化した自己を再構築することに抵抗があると論じている。脳損傷者を対象とした研究において Klinger⁵⁾ は、脳損傷者は新しい自己概念を受け入れることに葛藤を感じており、自己概念の再構築がリハビリテーションの重要な側面であったと報告し、新しい「在り方」は新しい「やり方」とともに確立することを提起している。また Eriksson ら⁶⁾ は、脳卒中の後では作業を行うことを通して新しい自己を模索することで新しい日常生活に適応すると報告している。

人を作業的存在とする作業科学では、Clark ら⁷⁾ は「人間は日常的な習慣や慣例、活動に浸ることにより自己を徐々に作業的存在として発展させ、自らにふさわしい自己を作り上げていく」と述べている。この作業科学の中核的な概念として、Wilcock⁸⁾ が提唱した doing, being, becoming, belonging の理論がある。この理論は、「人は作業をすること（doing）を通して、存在すること（being）、何者かになること（becoming）、どこかに

*¹ 高知リハビリテーション専門職大学 作業療法学専攻

*² 独立行政法人国立病院機構高知病院

*³ 医療法人防治会いずみの病院

*⁴ みなみの風診療所

*⁵ 高知リハビリテーション学院 作業療学科

*⁶ 広島大学名誉教授

高知リハビリテーション専門職大学作業療法学専攻

責任著者：石元美知子

(e-mail: ot-ishimoto40@kochireha.ac.jp)

所属すること (belonging) といった経験を生み出す。日々の諸活動がこの循環で進むと、人は行いたい作業が適切に行えていると感じるため健康で幸福な状態 (well-being) になる」という考えである^{8, 9, 10)}。この枠組みで考えることで、作業を通してクライアントの現在を過去や未来に結び付けられること¹¹⁾、そして、自分らしさと役割を取り戻し健康になれることが報告されている¹²⁾。

今回、脳梗塞により高次脳機能障害を呈し、作業療法 (以下、OT) を経て社会的役割の再獲得に至った事例 (以下、A氏) について、作業療法士 (以下、OTR) とA氏にインタビューを行い、その内容を分析し、A氏の作業過程を doing, being, becoming, belonging の視点で検討した。

対象

A氏は50歳代の女性である。約1か月前より目的とする動作が上手く出来なくなり、いくつかの病院に入退院を繰り返した後、A急性期病院で心原性脳梗塞 (両側内頸動脈狭窄、両側中大脳動脈閉塞、後交通動脈閉塞) と診断された。MRI画像を図1に示す。運動麻痺は比較的軽度であったが、Balint 症候群の三徴候、失行症、失書症など多彩な高次脳機能障害がみられセルフケア活動の全てに介助を要した。A急性期病院に20日間、B回復期病院に5か月間入院した後、C訪問リハビリテーション (以下、C訪問リハ) を退院1週間後から6か月間利用した。職業は看護学校教員で、同居家族は成人である息子と娘の2名である。病前のA氏は、看護師および教員という社会的役割、家事と子どもの精神的支えという母親役割を持ち、菓子作りや手芸という趣味活動も行っていた。研究に参加した3名のOTRは、それぞれA急性期病院、B回復期病院、C訪問リハでA氏と多くの関わりを持ち、A氏についての印象やエピソードの記憶を豊富に保持していた。

方法

1. データ収集

A氏と3施設のOTRに約1時間の半構成的面接を以下に示す内容で実施した。A氏には「各時期のOTRとの関わりと作業療法の内容」「その時期の生活で必要だったこととその達成感」「その時期に果たせば良いと考えて

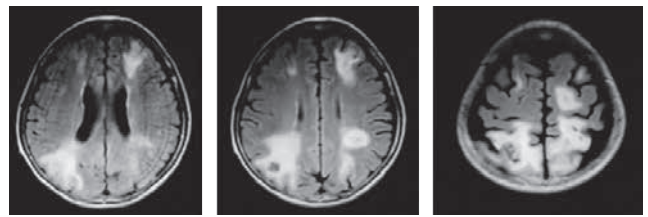


図1 MRI画像：両側後頭葉・頭頂葉・前頭葉出血性梗塞

いた役割」などであった。各OTRにはカルテなどの記録を基に「A氏のどのような点に関してOTを実施したか」「提示した作業に示した反応と目標としていた作業行動の変化」「A氏の生活状況や環境への適応、役割獲得にどのように繋がったか」などについて想起した支援経過を具体的に語ってもらった。面接内容は、対象者の許可を得てICレコーダで録音し逐語録にした。

2. データ分析

A氏のデータから主観的経験と心理面に関する内容について、OTRのデータからA氏の作業行動と支援内容について抽出した。抽出した内容はA氏と3名のOTRにそれぞれ確認した。本研究の方法論とデータ解釈は、信頼性・妥当性を確保するため質的研究の経験者とともにに行った。

3. 倫理的配慮

この研究は、研究者の所属機関の倫理委員会の承認を得て行った (承認番号R1-5)。研究対象者へは本研究の目的、方法、プライバシーの保護、研究協力の任意性、協力撤回の自由、結果の公表方法等について説明し、研究協力の同意を得た。

結果

急性期OT評価結果を表1に、急性期・回復期・生活期の問題点とOTを表2に示す。

1. A病院 (急性期)

1-1. OTRによるA氏の作業過程

OTRは、A氏の社会的背景から、娘への心配を抱えつつも何も出来ない現状へのストレスと、特に食事動作に顕著に現れていた高次脳機能障害を知覚し、「分かるのに食べられない」という食事へのストレスを抱えてい

表1 急性期作業療法評価

評価項目	初期評価	退院時評価
意識レベル	GCS：E4V5(a)M6	
BRS	右上肢・手指・下肢：Ⅳ	V～Ⅵ
感覚	軽度鈍麻	鈍麻改善，しびれ感残存
神経心理学的検査		
VPTA	視空間認知：重度低下，視覚基本機能：中等度低下 視覚認知：良好，喚語困難，書字：重度低下（失書）	視覚基本機能：数の目測個数増加 喚語困難：時々有り，書字：重度低下（失書）
SPTA	連続操作・物品操作，意図的（言語指示）動作：低下	同左
Balint 三徴候	精神性注視麻痺，視覚性運動失調，視覚性注意障害あり	同左
CAT Digit Span	順唱：7桁 逆唱：3桁	
Tapping Span	順再生：1 逆再生：実施不能	著変なし
FIM	55/126点（運動25/91点，認知30/35点）	68/126点（運動38/91点，認知30/35点）
COPM（食事）	食事：最大介助2点，左手装具装着，自力摂取量1割 重要度10点／遂行度1点／満足度2点	食事：軽介助4点，左手装具装着，自力摂取8割 重要度10点／遂行度7点／満足度7点

GCS：Glasgow Coma Scale, BRS：Brunnstrom stage, VPTA：Visual Perception Test for Agnosia（標準高次視覚検査）

SPTA：Standard Performance Test of Apraxia（標準高次動作性検査）

CAT：Clinical Assessment for Attention（標準注意検査法）

COPM：Canadian occupational performance measure（カナダ作業遂行測定）

ると判断した。そこで，自力でできることを見つけストレス軽減を図ることを方針とし，カナダ作業遂行測定（Canadian Occupational Performance Measure）を用いて聞き取った食事への要望とリスク管理上の安静度を考慮し，本来の食べ方でなくても自力摂取することを目標とした。介入では，A氏と相談しながら手順省略のためのフォーク把持具や見つけやすい食器配置などの補填手段の導入，食事に特化した視空間認知訓練を実施し，出来ていることをフィードバックし強化するために励ます対応をした。この過程でA氏は，自力摂取する（doing）ことで出来る自分（being）を感じ，食事の満足度は向上したが「病前のように食べる」という現在の能力以上の目標（becoming）を掲げた。OTRは，A氏が病前のように食べられないことに不安を感じつつも「いずれ元の生活ができる」という思いであると判断していた。

1-2. A氏の語り

A氏は，自力では何も出来なかった状況から，自力で食べられるようになったときの気持ちの変化を次のように語った。

自分のことを自分で出来ないし，どうしようという感じですね。フォークを持たされたけど上手く持てないので（OTRが）何か工夫してくれて，自分で食べれる感じになってきて，食べてるうちにやっぱりお箸で食べてみたい気持ちになって，それはもう絶対に何とかしたいと思った。（OTRは）私がい勝手が悪いと言うと考

えて工夫して作ってくれて「これはどうでしょう，あれはどうでしょう」って，私のために一生懸命になってくれているのが良く分かった。

2. B病院（回復期）の第1期

2-1. OTRによるA氏の作業過程

入院時にA氏は，セルフケアの自立と書字動作の獲得を要望していたが，失行や空間認知障害により起こるセルフケアの失敗で自信喪失と将来への不安を抱えていた。OTRは精神的支援の必要性を感じ，動作開始の手がかりと動作反復による手続き記憶の強化という補填手段を用いて難易度の低い活動の順に成功体験を重ねること，入浴や排泄動作への早期介入および病棟スタッフへのA氏の状況説明と介助方法の伝達を行い，A氏が介助されることで感じるストレスの軽減を図った。また，書字動作では空間認知訓練を兼ねて塗り絵から導入し，字を書く練習へと段階的に進めた。OTRは，A氏が徐々に出来つつある自己を確認している（being）と判断した。

2-2. A氏の語り

A氏は，自己の習慣的作業が出来ないことによる失望，発症前まで行っていた看護師という役割的作業の連続性を保とうとする気持ち，家族の要望に応えようとする気持ちを語った。

何でも指示されないと動けない自分がおって，やっぱり何もできんという感覚があって，妻い歯がゆかった。

表2 急性期・回復期・生活期の問題点と作業療法

	急性期	回復期	生活期
OT 関与期間	20日間：毎日実施	5か月間：毎日実施	6か月間：週1回実施
高次脳機能障害	バリエーション症候群、失行空間認知障害	バリエーション症候群、失行、失書空間認知障害、遂行機能障害	バリエーション症候群、失行、失書空間認知障害、遂行機能障害
高次脳機能障害による生活上の問題点	食事：目測の誤り 食器を見つけられない 頻繁な動作停止	ADL：動作手順、方向の誤り 調理：動作方向の誤り、工程の混乱 優先順位がつけられない 並行作業困難	調理：回復期同様 買い物：支払い、袋に入れる バスに乗る：複数の物を持ち行動する 並行作業困難
心理的ストレス	上手く食べられない 将来への不安	障害認知、セルフケア介助 役割が果たせない、将来の不安	病前のように家事が出来ない
良好な点	運動機能、認知面	運動機能、記憶力	運動機能、記憶力 新たな方法を習得できる学習能力
OT アプローチ	<ul style="list-style-type: none"> 高次脳機能障害、障害の食事動作への影響の評価 食事自力摂取と摂取量向上 ストレス、不安軽減 	<ul style="list-style-type: none"> ADLへの高次脳機能障害の影響と動作開始の手がかりの評価 病棟スタッフの症状理解 家族の協力下での家事動作獲得 ストレス、不安軽減 	<ul style="list-style-type: none"> 家事への高次脳機能障害の影響の評価 家族の協力下での能力に見合う家事役割の確立 外出の確立、社会的役割の模索 ストレス、不安軽減

歯磨きも、チューブの出し方から何もかも忘れちゃった感じ。靴もいざ履こうとしても履けない自分がおって、ああこんなになるんやと思って辛かった。自分が看護職をしていたこともあって、周囲のことが色々聞こえて、それは違うやろと思ったり、気になるけど自分は何もできない、そういうもどかしさがあった。辛かったのは、お風呂や着替えを見られること。仕方ないと思うけど、…そのくらい(重度で)大変だったと思うけど、(OTRは)めげずに色々工夫しながらやってくれた。自分も自分のことが出来るように頑張りたいというのがあった。字は絶対にかきたいと思っていた。字を書こうとして書けないことが分かって、何で書けんろうと辛かった。娘が練習帳を買ってきてくれ、それは(一生懸命)練習をした。凄い斜めになったけど、心配かけた家族に年賀状が書くことができた。

3. B病院(回復期)の第2期

3-1. OTRによるA氏の作業過程

OTRは、A氏がセルフケアに自信を得て、家事について意識化できるようになったと判断し退院後の生活を一緒に考える機会を持った(becomingの誘導)。A氏は調理動作の獲得を希望したが、「片付けながら調理する」という2つの課題を同時に行うという現在の能力を超えた願望に、自己の能力のイメージが病前のままであると判断した。そのため、補填手段として調理工程を区切り、言語統制により手順通り遂行する方法を設定し調

理を導入した。OTRは、A氏が「あの時こうやってやって」と自己修正するようになったが、状況変化への適時対応が難しいと評価し、娘に声かけの仕方と手助けの要点を伝え、外泊時の家事を企画した。OTRの危惧に対するA氏の反応は「元々使っていたものだから病院より早くできる」であり、外泊時の家事経験(doin)が、現在の能力に見合った家事をするという具体的な行動計画の形成に至っていないと判断した。また、A氏が望む完璧な家事が困難なことを予想しA氏の失望を危惧した。同時に、他患者に接するA氏の言動から人の役に立つことに価値を置き、それを実現したいとする作業に触発される動機特性を見出した。この判断に基づき、C訪問リハのOTRに家事と社会的役割の獲得を実現させることの探索を退院前カンファレンスにて依頼した。

3-2. A氏の語り

A氏は、病前の習慣化した作業と役割意識から退院後の生活をイメージしていた。その時のことを次のように語った。

(OTRには)普段自分は料理が好きでお菓子を作るのも好きという話をしていたので考えてくれて、外泊でちょっとずつ家の中の物が使えるように電気製品とか写真に収めてくれて、使い方を練習した。家族は心配して「何もなくていい、無理しないで欲しい」と思っていたが、とにかく娘に料理を作るために早く退院しないといけない、家事は練習した通りにすれば出来ると思っていた。

4. C訪問リハ（生活期）の第1期

4-1. OTR によるA氏の作業過程

OTRは、よく整頓された室内と多くの困りごとを書き出したメモからA氏の几帳面さを感じた。A氏は、病前の役割意識から「全ての家事をしなければならない」という思いでいたが、病院で練習した洗濯などが出来ないことに直面し焦りを感じていると判断し、A氏が出来ないことを集積して落ち込まないよう一つずつ成功体験を積み重ねることを方針とした。まずA氏が一番に挙げた毎日の洗濯から開始し、自信を得たことを確認して調理練習に移った。A氏の調理イメージは病前のままであったが、上手く出来ない経験（being）から、OTRが設定した補填手段（環境調整と言語統制により手順通り遂行する方法）の反復と、新しい献立で生じた問題への解決策を立てることでdoingを拡大させた。

4-2. A氏の語り

A氏は、環境が変わると出来ない自分に気づいたことを次のように語った。

入院中には“こうやってやったらいい”と思ったけど、家に帰ると物が違うし状況が違う。電話が掛かってくるし一通りでない。（OTRに）家の中の困りごとを聞いてもらい、家にある物でこうする、ああするって考えながらやれたのが良かった。

5. C訪問リハ（生活期）の第2期

5-1. OTR によるA氏の作業過程

全ての家事を行うことを自分の役割と認識し、頑張り過ぎて疲労し血圧上昇するA氏に、OTRは「完璧でなくても困らない」ことを伝え、家族との役割調整を行った。A氏は「仕方ないね」と不承不承ながら一日一品調理するという目標（becoming:実行できた自己認識）を立て、それを達成することで家事役割に繋がった（belonging）。次に一人でバスに乗り出掛けたいという要望（becoming）に、一緒にバスに乗り生じた問題を共有し解決策を立てると、A氏はその1週間後に一人で出掛け、「これなら美容院に行ける」と次の計画を立てていた（doingの拡大）。方法を工夫し出掛ける（doing）、その結果、上手く出来た成功体験（being）がこうすればできる（becoming:実行できた自己認識）、「社会に役に立つことをしたい」という目標（becoming）を形成し、失書症のある自分ができそうなボランティア活動を探すという行動から、

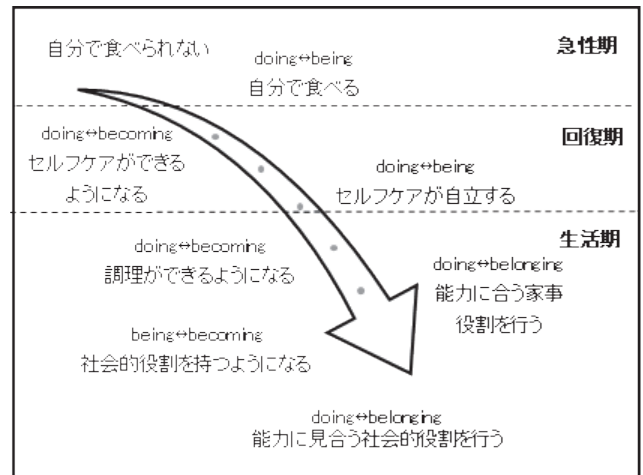


図2 A氏の作業過程 (doing, being, becoming, belonging)

音声訳ボランティアという社会的役割（belonging:役割・所属している実感）に繋がっていた。

5-2. A氏の語り

自己の在り方への気づきによる新たな目標について、A氏は次のように語った。

退院してからも後のイメージが中々湧かなかった。自分が家の中でどの位出来るかっていうのが分かって、料理が好きだったから、せめてこういうことは出来るようになりたいという思いが出てきた。自分なりに色々工夫してやってきて、家の中に居るのがしんどく出ていききたい気持ちになって、（OTRに）バスと一緒に乗っていく練習をしてもらった。「一回でも経験してるとあのときこうやった」というのがあるから、外に出て行く刺激になった。何回もチャージするくらい乗ってあちこち行けるようになった。

考 察

1. A氏の作業過程

Wilcockは、doing, being, becoming, belongingは継続的に相互作用し、それぞれの相対的性質を変化させながら進むと述べている^{8,9,10}。A氏は、急性期、回復期、生活期のOTを通して家庭や社会での役割のある生活を得た。急性期では、自力で出来ることがない状況から、補填手段を用いて食事をするdoingを得た。回復期ではセルフケアの失敗が自己の障害への気づき（being:自己の無力感、失望）となるが、補填手段を用いたdoing

の成功体験の集積が母親として家事をするという目標 (becoming) になったと考える。Blank ら¹³⁾ は、作業をすること (doing) が将来の役割への可能性 (becoming) を感じることに繋がると述べている。

A氏はその障害特性から、しばしば doing の成功体験により能力を超えた目標 (becoming) を持つことがあったが、生活期では補填手段を用いた家事 (doing) の繰り返しによる経験が新たな自己の在り方への気づき (being) と能力に見合う目標 (becoming) に繋がっていた。Klinger⁵⁾ は、脳損傷者が新しい自己を反映するために作業を変化させて、新しい自己を受け入れる経験をしていたと報告している。A氏は、病前の役割 (看護師、母親) であった作業の形 (form:どのように行うか) を変化させて、新しい自分らしい意味のある役割を持つに至った。また、大松¹²⁾ は、意味のある作業に従事することが、自分自身と役割を取り戻し、なりたい自分になること、すなわち, doing, being, becoming, belonging の過程を現実にとどめることができ健康になると述べている。A氏が「経験したことが挑戦する力になる」と感じていたように、作業経験 (doing) が新たな自己 (being) を構築し、なりたい自分になる (becoming)、家事役割・社会的役割を持つ (belonging) という過程をたどることができたと考える (図2)。

2. 作業療法の役割

Clark ら⁷⁾ は、OTR はクライアントとの協働的意思決定を前提とし、クライアントとの対話により将来に向けて新たに作るストーリーテリングと、希望する作業が成功するように励ましや作業ストラテジーを提供するストーリーメイキングを行うと述べている。A氏がOTRとのやりとりの中で十分な対話と意思尊重がなされたと感じていたことから、OTRはA氏を作業的存在と捉え、A氏の抱える不安に配慮していたと考える。また、Fleming ら³⁾ は、新たな自己認識への不安や抵抗に対して、クライアントの興味と目標に基づき肯定的に治療することを提案している。そして、その人の生活史や日常の作業の連続性を繋ぐために、その人の背景・文脈に合わせた作業機会を提供すること¹⁴⁾、その人の作業観にあった作業の行い方にも焦点をあてること¹⁵⁾、作業を通して新しい生活を構築するために、将来のイメージが浮かぶような作業を提供すること¹⁶⁾ が言われている。急性期から生活期を通したOTにおいて、A氏の背景に即した

望む作業での補填手段を用いた doing の成功体験の集積が、A氏の作業の行い方へのこだわりも含めた自己の再構築となり、自分らしい役割の獲得への過程をたどるに至ったと考える。

結 論

A氏の急性期から生活期を通した作業過程より、自己認識に困難さを示す高次脳機能障害者においても、doing, being, becoming, belonging の過程をたどることが確認できた。A氏は、多彩な高次脳機能障害を有していたが、言語能力と記憶力に優れ作業学習が良好で、社会的行動障害がなく、家族の支援が得られた事例であった。これら症状や環境による作業過程の違いについては、今後、多様な症例を調べていく必要があると考える。

謝 辞

本研究にご協力と報告の承諾をしてくださいましたA氏に深謝いたします。

文 献

- 1) 深川和利：もう一つの見えなさ－高次脳機能障害のリハビリテーションにおける自己認知－。阿部順子・監修、高次脳機能障害「解体新書」、MCメディアカ出版、2011、pp.242-251。
- 2) 種村留美：高次脳機能障害に介入するとはどういうことか。鈴木孝治、早川裕子、種村留美、種村純・編集、高次脳機能障害マエストロシリーズ④リハビリテーション介入、医歯薬出版、2006、pp.2-8。
- 3) Fleming J M, Lucas S E, Lightboy S : Using occupation to facilitate self-awareness in people who have acquired brain injury : A pilot study. Can J Occup Ther73(1) : 44-55, 2006.
- 4) Charmaz K : The self as habit : The reconstruction of self in chronic illness. The Occup Ther J Res22 : 31S-41S, 2002.
- 5) Klinger L : Occupational Adaptation : Perspective of People with Traumatic Brain Injury. J Occup Sci12(1) : 9-16, 2005.
- 6) Eriksson G, Tham K : The meaning of

- occupational gaps in everyday life in the first year after stroke. *Occup Participat Health*30(4) : 184-192, 2010.
- 7) Clark F, Ennevor B L, Richardson P L : A Grounded Theory of Techniques for Occupational Storytelling and Occupational Story Making. Clark F, Ruth Z・著 (佐藤剛・監訳), 作業科学 - 作業的存在としての人間の研究, 三輪書店, 1999, pp.407-430.
- 8) Wilcock A A, Hocking C : An Occupational Perspective of Health 3rd edition, SLACK Inc, 2015.
- 9) Hitch D, Pepin G, Stagnitti K : In the Footsteps of Wilcock, Part Two : The Interdependent Nature of Doing, Being, Becoming and Belonging. *Occupational Therapy In Health Care*28(3) : 247-263, 2014.
- 10) 寺岡 睦 : Doing, Being, Becoming, Belonging. 小川真寛, 藤本一博, 京極 真・編集, 作業療法理論の教科書, MEDICAL VIEW, 2020, pp.62-71.
- 11) Bontje P : 作業科学と作業療法. *臨床作業療法* 16 (5), 357-361, 2019.
- 12) 大松慶子 : 歌詠みを通して取り戻した作業的存在. *作業科学研究* 12(1), 66-65, 2018.
- 13) Blank A, Harries P, Reynolds F : Mental health service user's perspectives of work : A review of the literature. *British Journal of Occupational Therapy*74(4), 191-199, 2011.
- 14) 福田久徳 : 価値は作業形態を超える～ Potentiality の実践～. *作業科学研究* 2(1), 26-29, 2008.
- 15) 岡 千晴, 港 美雪 : 自分らしい人生を作業で描くプロセス. *作業科学研究* 3(1), 29-35, 2009.
- 16) 小田原悦子, 辻 郁 : ある脳卒中者が経験した作業の変化～指向性～. *作業科学研究* 5(1), 36-44, 2011.

ソーシャルフットボールの可能性

－選手へのアンケート結果をもとに－

佐野 秀平*1*2

要 旨：ソーシャルフットボール（Social Football：以下SF）とは精神障害者が行うフットサル活動のことである。精神障害者が取り組むスポーツ活動は主に入院治療の中でレクリエーション的に行われてきた経過があり、それらが心身機能の回復に寄与する報告は多い。しかし、退院後の地域生活におけるスポーツ活動への参加の有無や実際の活動報告は少なく、精神障害者が所属できる競技スポーツチームの選択肢は狭い現状がある。高知県におけるSFは2014年よりCitRungs Tossa（シトラングス トッサ）が活動を開始。2016年からは四国4県のチームが参加するリーグ戦が開幕し、そこで結成された選抜チームで全国大会へ出場するなどして交流を深めている。今回、四国内で活動するSF選手にアンケートを実施し、地域生活を送る当事者がSFに参加した事でどのような変化があったのか調査したため報告する。

高知県作業療法 2：49-53, 2023

Key Words：精神障害，スポーツ，地域活動，目標，（仲間）

はじめに

2016年に一般社団法人障がい者サッカー連盟（以下：JIFF）が設立され、7つの障がい者サッカー団体（特定非営利活動法人日本アンプティサッカー協会，一般社団法人日本CPサッカー協会，特定非営利活動法人日本ソーシャルフットボール協会，特定非営利活動法人日本知的障がい者サッカー連盟，一般社団法人日本電動車椅子サッカー協会，特定非営利活動法人日本ブラインドサッカー，一般社団法人日本ろう者サッカー協会）と公益財団法人日本サッカー協会を繋ぐ連携窓口の役割を担っている。

SFはイタリアで行われているcalciosociale（英訳social football）に由来し、年齢・性別・人種・貧困・家庭環境・障がいなど、あらゆる違いを超えて社会連帯を

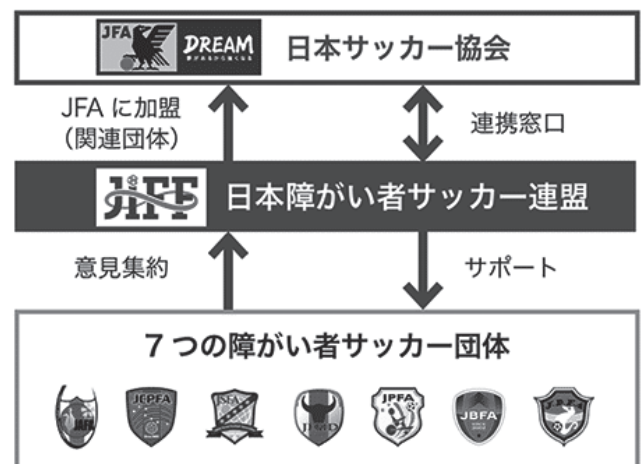


図1 日本サッカー協会とJIFF、7つの障がい者サッカー団体との関係¹⁾

目指したフットボール文化である。日本での精神障害者に対するフットサルを用いた取り組みは2007年に大阪府からスタートし、四国では翌2008年に愛媛県が活動を開始した。

*1 海辺の杜ホスピタル

*2 NPO 法人日本ソーシャルフットボール協会，常任委員 佐野秀平（e-mail：otr@umibeno-mori.com）

表1 SFの対象者

1) 以下の要件全てを満たし、スポーツマンシップに則って大会に参加できる人
2) 精神疾患／精神障がいのため医療機関で継続的に治療を受けている人
3) WHOの国際診断基準「ICD-10 精神および行動の障害」のうち、F2 または F3 に該当する者を中心とするが、他の精神疾患／精神障がいも妨げない
4) 毎年4月1日現在、13歳以上の精神障がい者で、以下㉗～㉙のいずれかを提示できる人
㉗精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）第45条の規定により、精神障害者保健福祉手帳の交付を受けた人
㉘障害者自立支援法の自立支援医療制度を利用している人
㉙精神科を継続的に受診しており、主治医より通院証明書の発行が得られる人

2019年3月集計の特定非営利活動法人日本ソーシャルフットボール協会（以下：JSFA）に登録されているSFのチーム数は全国に137チーム、競技人口は2457名である²⁾。対象者を表1に、ルールを表2に示す。

高知県においては、筆者を含む県内の精神科病院に勤務する3名の作業療法士（以下：OT）が中心となり、2014年にSFチームCitRungs Tossaを発足し、高知県立障害者スポーツセンターの体育館にて月2～3回、土曜日の午後に活動を続けている³⁾。四国内での活動としては2016年より愛媛、香川、徳島、高知チームが参加するリーグ戦（以下：四国チャンピオンズリーグ）が開幕し、コロナ禍になるまでは年2回、春と秋に各県持ち回りで開催していた。四国チャンピオンズリーグへ参加することで他県チームの選手やスタッフと顔見知りになり、定期的に交流できる楽しみにもなっている。また、四国チャンピオンズリーグに参加した選手から選抜チームを結成し、全国大会にも出場している。2022年11月に徳島県で開催された第4回SF全国大会にて、四国選抜チーム（Shikoku select）は3位の成績を収めている。

このように、SFを取り巻く環境はJIFF・JSFAの活動、チーム数・競技人口の増加、全国大会の開催等により、年々充実してきている。リーグ戦や大会への参加という明確な目標がある中で、練習では勝つことを目的とした所謂、一般社会人のフットサルと同じような練習方法を取り入れ、技術の向上に努めている。全国的にSFを支援するスタッフは医療職が多く、高知県も例外ではないが、選手と関わる際には障がいの部分をあまり意識することなく指導や援助をしている。しかし、このよう

表2 SFのルール

・人数：5人
※女子選手を含む場合に限り、最大6人（女子が2人でも最大は6人）
・時間：大会ごとに規定
・クラス分け：なし
・その他：競技形態はフットサル。基本的には国際サッカー連盟（FIFA）の競技規則と変わらないが、人数、男女ミックス、ピッチサイズなど一部特別ルールを採用。

な環境設定を実際に参加している選手はどう感じているのか等、SFに参加してみても主観的な評価や実際の生活への影響などを聞く機会はこれまでになかった。更に、コロナ禍で四国内の選手間、スタッフ間の交流が途絶え、各県のチーム練習も休止していたタイミングでもあり、四国4県の選手にも協力いただきアンケートを実施することにした。

対象

本調査は以下のチームの選手を対象とした。
 愛媛県 SF チーム 愛媛オレンジスピリッツ
 香川県 SF チーム まんでガンバ！讃岐
 徳島県 SF チーム 徳魂！
 高知県 SF チーム CitRungs Tossa

方法

アンケート項目は紙面にて作成し無記名での自己記入式とした。対象者への調査協力依頼は各県チームの代表者へ連絡し、目的、意義、アンケートの回答を持って同意とする旨の説明を行った上で、代表者へ送付し、各県での選手への説明とアンケート実施、回収、返送も代表者に依頼した。実施期間は2022年4月15日～5月15日までの1ヶ月とした。

アンケート内容は、診断名、SF関連項目（競技を始めて変わったこと、練習頻度について、今後の目標）、生活関連項目（困った時の相談相手、日常生活での困りごと、今後の目標）、服薬状況の8項目とした。

結果

29名から回答が得られ、各県別の回答人数は、愛媛

表3 診断名の内訳 (N = 29)

統合失調症：15名
発達障害：6名
気分障害：4名
神経症性障害：2名
不明：2名

表4 SF 関連の今後の目標 (自由記載項目)

・体力を上げたい
・キーパーをやりたい
・四国リーグを再開してほしい
・もっと練習試合や大会に出たい
・全国大会に出場したい
・四国4県でゴレイロの練習をしたい
・SF日本代表になりたい
・もっと上手になりたい

表5 生活関連の今後の目標 (自由記載項目)

・コミュニケーション(会話)が出来るようになる
・水泳をしてみたい
・今の生活を続けていきたい
・人に好かれたい
・友人、恋人が欲しい
・ボランティアをしてみたい
・仕事、一人暮らしがしたい
・病気と付き合っていく
・資格を活かした仕事に就きたい
・自分が作った作品をたくさんの人に見てもらおう

県8名、香川県6名、徳島県9名、高知県6名であった。診断名の内訳は表3に示す。

SF 関連項目の競技を始めて変わったことへの回答(複数回答可)では、元気になった:21名、友達ができた:16名、目標ができた:14名、精神症状が安定した:9名、生活リズムが整った:6名、一人ですることが増えた:1名。練習頻度についての回答では、もっとしたい:18名、適度:12名、減らしてほしい:0名。今後の目標(自由記載)は表4に示す。

生活関連項目の困ったときの相談相手への回答(複数回答可)では、家族:20名、友達:13名、SF仲間:12名、行政:4名、地域の支援者:3名、仕事の同僚:1名、いない:5名。日常生活での困りごとへの回答(複数回答可)では、初対面の人と話す:10名、部屋の掃除:9名、金銭管理:7名、相談相手が居ない:7名、車の運転:5名、行政手続きを一人でする:5名、規則正しく食事をする:5名、友人と遊ぶ:4名、銀行でお金をおろす:3名、毎日お風呂に入る:3名、公共交通機関の利用:2名、

毎日の着替え:1名。今後の目標(自由記載)は表5に示す。

服薬状況への回答では、きちんと飲んでいる:13名、ほぼ飲んでいる:11名、半分程度は飲んでいる:4名、飲めないことが多い:0名、ほとんど飲めていない:0名。

考 察

アンケートの実施は各県の定期練習後に実施しており、練習への参加者が多い県は回答者も多くなっている。診断名は約半数が統合失調症であり、次いで発達障害、気分障害、神経症性障害、との結果であった。厚生労働省患者調査による精神病床における入院患者数の推移2019年疾病別内訳⁴⁾では統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害の入院数が一番多く、次いで認知症、気分[感情]障害(躁うつ病を含む)、神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害となっている。四国内のSF選手の疾患別割合も概ね同じような結果となった。これは4県のチームのスタッフのほとんどが精神科病院もしくは関連施設で勤務する医療スタッフであり、入院もしくはデイケア、外来等で出会った対象者にSFの紹介をする機会が多いことも影響していると考えられる。

SF 関連項目では、元気になった、との回答が1番多かった。鎗田⁵⁾は、競技性スポーツは、その活動を通して当事者やその仲間、支援者をエンパワメントする力をもった重要な活動であると述べている。また、競技性スポーツの実施・普及を進めることで、精神障害のある人たちがスポーツを楽しむ機会を増やすことができ、生きがい、楽しみ、心身の健康等、幅広い Well-Being に大きく貢献するとしている。

友達ができた、という回答が2番目に多かったことから、SFはチームスポーツであり、言葉以外でのコミュニケーションも多く含まれていること。対人コミュニケーションが苦手とされる精神障害者においては、ゴレイロ以外、手を使うことが出来ないという単純なルール理解で練習に参加できるという気軽さや言語でのコミュニケーションが必須ではないことの強みがある。練習への参加を重ねていくことで徐々に選手間の交流も生まれてくる。その積み重ねの結果、友達ができた、に繋がっていると考えられる。

目標が出来た、という回答が3番目に多かった事から

は、SFの技術向上、チーム内での役割、大会への参加など様々なイベントが定期的にある事で自分なりの目標が立てやすくなっていると考えられる。後述するが、それらはSFのみならず、生活上の目標にも繋がっていく。

精神症状が安定した、生活リズムが整ったとの回答では、週末に練習や試合があることで、休みの日もメリハリのある時間の使い方ができていること、日中の活動性が向上することで、良質な睡眠が取れていること、運動前後のエネルギー補給のために食事をしっかり摂ること、練習や試合でパフォーマンスの低下を来さないように服薬を遵守することができていると考えられる。鶴見⁶⁾は、再発予防へ向けたアプローチの基本概念として服薬、低ストレス環境、対処行動の重要性を述べている。

生活関連項目、困ったときの相談相手では、家族が1番多い回答であったが、次いで友達、SF仲間が回答された。SFへの参加の有無に関わらず、家族への相談が多いことは容易に想像できるが、家族以外の身近な相談先に友達やSF仲間が入っていることは、相談先の選択肢が増え、家族へ相談しにくいことにも対処できている可能性がある。また、行政や地域の支援者がほとんど選択されていないことも明らかとなり、家族以外の身近に頼れる人が居るかどうかは重要であると言える。

日常生活への困りごとでは初対面の人と話すことが苦手であるとの回答が1番多かった。これは統合失調症をはじめ精神障害の特性である対人緊張の高さや神経認知、社会認知の低下によるものと考えられる。その他では、部屋の掃除、金銭管理、相談相手が居ない、車の運転、行政手続きを一人でする、規則正しく食事をする、友人と遊ぶ、銀行でお金をおろす、毎日お風呂に入る、公共交通機関の利用、毎日の着替え、が回答され、これらの日常生活活動も精神障害による神経認知、社会認知機能の低下や陽性・陰性症状などの影響により、難しいと感じていると考えられる。

SF関連の目標では、体力を上げたい、もっと上手くなりたい、キーパーをしたい、もっと練習試合や大会に出たいという具体的な目標が聴かれ、多くの選手が練習の頻度を増やしてもらいたいと回答した。足立⁷⁾は、スポーツの一番の魅力は、競う事であり、同じレベルの者同士が競える環境をいかに整備できるかが重要であるとしている。同チーム内だけの練習だけではなく、四国チャンピオンズリーグや選抜練習への参加をすることで、競技自体を楽しめていることが分かった。生活関連



写真1 四国チャンピオンズリーグ、四国4県チーム集合写真（掲載に関して同意を得ている）

の目標では、友人・恋人が欲しい、人に好かれたい、このままの生活を続けていく、仕事や一人暮らしがしたい、病気と付き合っていく等の目標が聴かれた。

自由記載の目標は、より具体的で実現可能なものが多かった。SFに参加し仲間ができ、元気になる、そして生活リズムが整い、自己管理の為の服薬も規則正しくできるようになる。このようなプロセスの中で小さな成功体験を積み上げていくことが地域生活を送る上での自信に繋がり、今後の目標がたくさん語られる要因になったと考えられる。

競技としてのSFはチーム内でのレギュラー争いに始まり、四国チャンピオンズリーグへの参加、四国選抜入り、全国大会出場等、目標が明確になりやすい環境である。技術や体力の向上は練習量に比例することから、短期目標を容易に立てることができることもSFの強みではないかと考えられる。

SFへのOTのかかわり

全国的にSFのチーム運営や支援スタッフには多くのOTがかかわっている。SFチームの成り立ちについて岩根⁸⁾は、「大会があるからチームづくりを」というトップダウンではなく、各地域のニーズに合わせてチームづくりが行われ、その結果として大会等のイベントが作られる、グラスルーツといわれる草の根活動からスタートしている。グラスルーツには「したい」という当事者が存在し、それをサポートするサポーターが存在すると述べており、対象者のしたい作業を応援する職種としてはOTが最適であると考えられる。

また、精神科作業療法では治療プログラムの一つとし

てスポーツを用いることも多く、日頃から対象者と一緒にスポーツをした経験があることも、SFにかかわるOTが多い理由と考えられる。

結 論

本調査にて、SFに参加している選手は、参加する前に比べ、元気になった、精神状態が安定した、と感じている方が多く、SF仲間（友達）が出来たことで日常生活の困りごとを家族以外へ相談できるようになっていることが分かった。また、具体的な目標を持っている選手が多く、SFでの目標だけではなく生活上の目標が出来ている選手も多いことが分かった。目標を持つことは、いきいきとした生活を送ることに繋がっていると考えられ、それらのきっかけとしてSFが関与しているといえる結果であった。

今後は選手の再入院率や就職率、就労継続年数等を調査することで、今回のアンケート結果では詳しく聴き取りできなかった社会参加についても調査する必要があると同時に、SFにかかわるスタッフへのアンケート実施や、その中におけるOTの割合なども調査する必要がある。

謝 辞

本報告の作成にあたり、アンケート調査へご協力いただきました四国SF選手の皆様、関係するスタッフの皆様にご心より感謝申し上げます。

文 献

- 1) JIFF 一般社団法人日本障がい者サッカー連盟
<https://www.jiff.football> (参照 2023 年 3 月 1 日)
- 2) JSFA 特定非営利法人日本ソーシャルフットボール協会 <https://jsfa-official.jp> (参照 2023 年 3 月 1 日)
- 3) 中越太一, 佐野秀平: 高知県におけるソーシャルフットボール CitRungs Tossa (シトラングストッサ) の歩み. 高知県作業療法 1 : 19-24, 2021.
- 4) 厚生労働省: 精神疾患を有する入院患者数の推移 (疾病別内訳) 平成 29 年推計
<https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000940708.pdf> (参照 2023 年 3 月 1 日)
- 5) 鎗田英樹: 精神障害のある人を対象とした競技性スポーツの実施・普及の特徴とその発展のあり方に関する探究的研究. 日本社会事業大学大学院社会福祉研究科 2018 年度博士学位論文.
- 6) 香山明美, 小林正義, 鶴見隆彦: 生活を支援する精神科作業療法. 第 2 版, 医歯薬出版株式会社, 2014, pp.174-179.
- 7) 足立 一: 共生社会を学習するために地域を巻き込んだ障害のある子どもたちとのスポーツの取り組み. OT ジャーナル 53(8) : 835-840, 2019.
- 8) 岩根達郎: 精神障害のある人のフットサル / バスケットボール. OT ジャーナル 53(8) : 863-867, 2019.

高次脳機能障害の当事者・家族のための『女子会』への期待

－参加している家族へのインタビューを通して－

石元 美知子*¹ 和田 寿美*² 瓜生 浩子*³

要 旨：高次脳機能障害のピアサポートグループである『女子会』に期待することを明らかにし、当会の存在意義と今後の在り方について検討することを目的とし、当会に参加している家族員を対象に半構成的面接調査を行った。結果、《当事者が生き生きと活動できる交流の場が欲しい》《当事者が障害と付き合う術を学べる場が欲しい》《同じ境遇の家族で分かち合う場が欲しい》《家族が自由に自分を解放できる場が欲しい》《脅かされずに安心していられる場が欲しい》《家族が当事者と伴走するスキルを高める場が欲しい》《家族が持たない専門的な情報や支援が欲しい》《社会に理解者を増やすための啓発活動をしたい》の8つのカテゴリーが抽出された。

高知県作業療法 2：55-62, 2023

Key Words：高次脳機能障害，家族，ピアサポートグループ

はじめに

高次脳機能障害者の家族は、特有の神経心理的症状の不可解さ、それらの症状への心理的葛藤、発症前の人格の喪失感、対応の仕方の分からなさなどを抱えると同時に、家族内役割や関係性の変化、ライフスタイルの変更などを迫られる¹⁾。家族のストレスや介護負担感の要因として、河原ら²⁾は退院直後から一日の大半を当事者の介護に当てなくてはならないという心身両面からの負担感、疾患や障害についてよく分からない、先の見通しが立たないという精神的負担感が大きいことを明らかにしている。また、阿部ら³⁾は高次脳機能障害者家族を対象とした2009年の全国調査結果から、7割近くの人がストレスを感じていることを報告し、その要因として、

上記の他に社会に理解されないことを挙げている。さらに、家族の半数以上がうつ傾向に陥っていたことも報告されている⁴⁾。この障害は、第三者が気づきにくい障害であるが故に社会の理解を得にくく、当事者と家族は社会的に孤立してしまいがちである⁵⁾。Manskowら⁶⁾は、外傷性脳損傷患者家族への受傷後1～2年までの経時的変化の調査で、家族は受傷後1年では患者の回復を望み、受傷の長期的影響について十分に理解していないが、その後は地域の医療制度から受ける支援も少なく、エネルギーや楽観が低下し不安を経て介護負担が増加する。負担感の増加は、孤独感、社会的サービス、家族や友人からのサポートの有無が影響することを提起している。そのようななか、家族会の活動は、孤立しがちな当事者と家族に社会に目を向けるきっかけを与え、不安や孤立といった心理的負担を軽減させている⁷⁾。

高知県では、当事者を抱える大変さを同じ立場同士で支え合う目的で、2003年に脳外傷友の会高知青い空（現、NPO法人脳損傷友の会高知青い空）が発足した。その後、「女性だけで集まりたい」というニーズに応えるため、2010年にその一部門として、参加者が女性限定の当事

*¹ 高知リハビリテーション専門職大学 作業療法学専攻

*² 近森リハビリテーション病院 リハビリテーション部

*³ 高知県立大学 看護学部

責任著者：石元美知子 (e-mail: ot-ishimoto40@kochireha.ac.jp)

表1 対象家族の概要

ケース	当事者と の続柄	当事者の 受傷年齢	対象者の社 会参加状況	発症～女子会 参加の期間	女子会参加～ 面接の期間
A	母	20代	就労継続B	1年未満	7年5ヶ月
B	母	10代	一般障害枠	3年	6年5ヶ月
C	母	30代	就労継続B	10年以上	2年
D	母	30代	一般障害枠	1年未満	6年
E	母	40代	無	1年	11ヶ月
F	母	10歳未満	就労継続B	10年以上	9ヶ月
G	母	10代	一般障害枠	10年以上	5年
H	母	30代	就労継続B	1年未満	2年
I	妻	40代	就労継続B	1年未満	4年5ヶ月
J	妻	40代	一般就労	3年	6年5ヶ月

者と家族、支援者2名（公認心理師・作業療法士）によるピアサポートグループとして『女子会』を発足した。ピアサポートは、同様の病気や障害を体験した人同士の対等な立場からの支え合いと定義される⁸⁾。ピアサポートが生み出す「経験の語り合い」は、同様の経験をしている語り手と聞き手の間に「わかちあう」瞬間をもたらし、参加者は「一人ではなかった」という孤立からの解放に気づきを得ると言われている⁸⁾。しかし、女性限定のピアサポートグループには、それ以上の効果や参加者の期待があるのではないかと考えた。

そこで、本研究では、『女子会』に参加している家族の視点から、家族が『女子会』に期待していることを明らかにし、女子会の存在意義や今後の在り方について検討することを目的とした。

対 象

高次脳機能障害者（以下、当事者とする）と共に生活し主に当事者に関わっており、研究者が運営している高次脳機能障害の当事者・家族のための『女子会』に参加している家族員で、研究協力を同意の得られた者を研究対象とした。

方 法

1. データ収集方法

対象者には1対1で1時間程度の半構造的面接を行った。面接では「参加し始めた時、『女子会』に期待していたこと」「今後、『女子会』に期待すること」に焦点をあてて語ってもらった。面接内容は対象者の同意を得た上で

録音した。データ収集期間は平成29年10月～平成30年6月である。

2. データ分析方法

面接内容を逐語録にし、参加者が抱えている『女子会』に対する期待に関する内容を抽出してコード化し、類似したものを集めてカテゴリー化することを繰り返した。分析の信頼性・妥当性を確保するため、質的研究の経験者とともにを行い、研究者間で意見の一致を見るまで討議を繰り返した。

3. 倫理的配慮

本研究は高知県立大学研究倫理委員会の承認を得て行った（承認番号：看研倫19-1）。女子会のメンバー全員に本研究の目的、意義、内容、方法、プライバシーの保護、研究協力の任意性、協力撤回の自由、結果の公表方法等について説明し、研究協力の同意が得られた人のみを対象とした。

結 果

1. 『女子会』及び研究対象家族の概要

『女子会』の開催は月1回、2時間程度で、自己紹介と近況報告の後に、特にテーマを決めずにその都度参加者が気になっていることを話し合い、年に数回、高次脳機能障害についての学習、料理などの作業活動、花見や施設見学などを行ってきた。

研究対象者は、『女子会』に参加している高次脳機能障害者の家族10名（母親8名、妻2名）であった。10家族のうち2家族は当事者と家族がともに『女子会』に参加していた（表1）。

2. 分析結果

高次脳機能障害の当事者・家族のための『女子会』への期待として、「当事者が生き生きと活動できる交流の場が欲しい」「当事者が障害と付き合う術を学べる場が欲しい」「同じ境遇の家族で分かち合う場が欲しい」「家族が自由に自分を解放できる場が欲しい」「脅かされずに安心していられる場が欲しい」「家族が当事者と伴走するスキルを高める場が欲しい」「家族が持たない専門的な情報や支援が欲しい」「社会に理解者を増やすための啓発活動をしたい」の8つカテゴリー、25のサブ

表2 家族の『女子会』への期待

カテゴリー	サブカテゴリー
当事者が生き生きと活動できる交流の場が欲しい	当事者が家族以外との交流をもてる場が欲しい
	当事者が楽しみや達成感を実感できるような活動の場が欲しい
当事者が障害と付き合う術を学べる場が欲しい	当事者が障害をもちながらも社会で生きる術を学べる場が欲しい
	当事者が本音や困りごとを吐き出せる場が欲しい
	当事者が相談できる場が欲しい
同じ境遇の家族で分かち合う場がほしい	障害のことを気兼ねなく話せる場が欲しい
	家族が自身の気持ちを吐き出せる場が欲しい
	家族の頑張りを認められる場が欲しい
家族が自由に自分を解放できる場がほしい	困っている家族を支え合う場が欲しい
	自由に参加し自由に話せる場が欲しい
	家族の息抜きや人との交流の場が欲しい
脅かされずに安心していられる場が欲しい	皆で楽しむ活動の機会を持ってほしい
	女性だけだと安心感があり話しやすい
	個々の家族の事情に配慮した対応をしてほしい
家族が当事者と伴走するスキルを高める場がほしい	少人数でゆっくりした雰囲気をつくってほしい
	同じ立場の家族の体験が聞きたい
	当事者の回復の見通しや手立てを知りたい
家族が持たない専門的な情報や支援が欲しい	当事者への対応や問題解決の方法を教えてほしい
	当事者をエンパワーするスキルを身につける場が欲しい
	障害特性を踏まえて当事者を支援するための学習の場が欲しい
社会に理解者を増やすための啓発活動をしたい	対応に困った家族に代わって支援者が当事者に直接関わってほしい
	専門職者ならではのサポートがほしい
	関連する社会制度や資源に関する情報を得たい
社会に理解者を増やすための啓発活動をしたい	高次脳機能障害について社会に知ってもらうための発信をしたい
	女子会の存在を社会に広めてほしい

カテゴリーが明らかとなった(表2)。以下、本文中の《 》はカテゴリー、〈 〉はサブカテゴリー、「 」は対象者の語り、()は研究者による補足を示す。

1) 当事者が生き生きと活動できる交流の場が欲しい

家族は「とにかく人に会う方が(当事者のために)良いというのを聞いたが、当事者が家族と病院以外の人とコミュニケーションをとる機会がない(ケースA)」という。そして「(当事者は)自分がおかしなこと言ってるんじゃないかと思っていて、初対面の人と話をすることに勇気がいるように感じる。同じ障害の人たちと(障害を)気にせず話してもいいって空気の中で、新しい人とも話すという練習がね(ケースI)」と語り、〈当事者が家族以外との交流をもてる場が欲しい〉と願っていた。また「当事者は日頃多くのことを我慢している。わくわくするようなことを自分たちで主体性をもって計画・実行できるようにしてほしい。ボランティア活動を行い、社会に役立っているという達成感が作れるとよい(ケースG)」と語り、〈当事者が楽しみや達成感を実感できるような活動の場がほしい〉と願っていた。このように、『女子会』への参加に《当事者が生き生きと活動できる交流の場が欲しい》という期待を抱いていた。

2) 当事者が障害と付き合う術を学べる場が欲しい

家族は「グループ訓練をしなければ良識は生まれないと聞いたことがあって、とにかくそういう仲間がいるところへ行きたいと思ってた(ケースA)」「当事者が社会で大事にされながら生きる術を身につける練習ができる小グループ活動あったらよい(ケースG)」「自分の苦手なところを意識して、どうしたらうまくいくかを学ぶ機会や、他の当事者を見ることで自身への気づきや苦手な部分への対策を学ぶ機会があるとよいと思う(ケースB)」というように、〈当事者が障害をもちながらも社会で生きる術を学べる場が欲しい〉と願っていた。また「当事者が鎧を外して悩みを話すなど、息をつけるところがあったらよい(ケースB)」「本人の親に対する気持ちとか、本人が困っていることとか、嫌な気持ちになるとか、本心を聞きたい(ケースA)」「普段家の中では話せない本音を支援者に引き出してほしい(ケースG)」というように〈当事者が本音や困りごとを吐き出せる場が欲しい〉と願っていた。そして「当事者も何か相談できる状況になる場合もあるのではないかと(ケースA)」「当事者にも困った状況になったときアドバイスしてくれる場がある(ケースB)」と、〈当事者が相談できる場が欲しい〉と願っていた。

このように、『女子会』への参加に《当事者が障害と付き合う術を学べる場が欲しい》という期待を抱いていた。

3) 同じ境遇の家族で分かち合う場が欲しい

家族は「父親は仕事に行って当事者の様子を見ておらず現実を分かってないし、夫には言わないし言えない。人と子どものことを話しても当事者とのギャップが大きく、その中には一切入れない。友人にも障害のことをうまく説明できないし、分かってもらえない。当事者の退院後は一瞬たりとも離れず一緒にいたので、辛くても泣くところもなく、友達と会う機会もなかった(ケースA)」という状況のなかで、「高次脳機能障害について話せる場ができたということは大きい。話す場があるのが嬉しい(ケースA)」と、<障害のことを気兼ねなく話せる場が欲しい>と願っていた。そして、『女子会』に参加することで「自分自身の健康、嬉しかったことや悲しかったことなど、自分の気持ちを話すことができる(ケースA)」「悩んで苦しんでいる家族同士で集まって日頃の出来事を話し、鬱憤を晴らす場として継続できたらよい(ケースD)」というように、<家族が自身の気持ちを吐き出せる場が欲しい>と願っていた。また「今年も1年やり切ったねと言えたりするのも心がほのぼのする。母親は謝ることが多いので互いに褒め合える場があったらいい(ケースG)」と、<家族の頑張りを認められる場が欲しい>と願っていた。さらに、「前向きに考えられる方ではないので、皆で会って話しができたらいい(ケースC)」「一人でわからずに悩んでいる人もいると思う(ケースE)」「今一番困っている人にスポットを当てて個別に話すのも大事なこと(ケースG)」というように、<困っている家族を支え合う場が欲しい>とも願っていた。このように、『女子会』への参加に《同じ境遇の家族で分かち合う場がほしい》という期待を抱いていた。

4) 家族が自由に自分を解放できる場がほしい

家族は「行けるときに行くという気楽さがいい(ケースD)」「その時に出た悩みに意見を出し合って自由に話せるのがいい。テーマがないのが一番期待できる、嬉しいところ(ケースA)」というように、<自由に参加し自由に話せる場が欲しい>と願っていた。また「人と話してみたいと思った。出会った人と繋がり、新しい出会いがあるのではないかと思う(ケースF)」

には当事者と離れて、家族だけのランチ会などで息抜きしたり、考え方の整理をつけたり(ケースG)」というように、<家族の息抜きや人との交流の場がほしい>と願っていた。そして「みんなでお花見とかイチゴ狩りとか、イベントをしてほしい(ケースJ)」「定期であるレクは楽しいですね(ケースI)」と、<皆で楽しむ活動の機会を持ってほしい>と望んでいた。このように『女子会』への参加に《家族が自由に自分を解放できる場がほしい》という期待を抱いていた。

5) 脅かされずに安心していられる場が欲しい

家族は、「男の人が沢山来る会では、(当事者が)途中で帰りたいと言った。私も抵抗があったし、連れて行きたくないと思った。同じ女性だったら安心する(ケースA)」と、<女性だけだと安心感があり話しやすい>場であることを望んでいた。また、「当事者が一緒に参加していたら、本人のプライドもあるだろうし、暴露はできません(ケースD)」というように、<個々の事情に配慮した対応してほしい>と願っていた。さらに、「沢山の人が参加している会では、ゆっくりお話しさせていただくのは難しい。『女子会』はもっとゆっくり相談できる(ケースB)」と、<少人数でゆっくりした雰囲気をつくってほしい>と願っていた。このように、『女子会』への参加に《脅かされずに安心していられる場が欲しい》という期待を抱いていた。

6) 家族が当事者と伴走するスキルを高める場が欲しい

家族は、「同じ母親の立場の話を聞きたい(ケースG)」「もっと参加者が増えて、色々な話が聞けるといい(ケースE)」と、<同じ立場の家族の体験が聞きたい>と願っていた。そして「もう最初はわらをつかむような感じで、とにかく何でも子どもの治る糸口をいただきたい(ケースH)」「受傷したなかで、どういう動きが考えられるのか、どんな成長があるのかを知りたい(ケースG)」というように、<当事者の回復の見通しや手立てを知りたい>と願っていた。また「他の当事者にどういう状況があり、どうやって問題解決をして、どうしたらよくなるのかを知りたい。先輩としてこうしたらいいとか。今まで(当事者への対応方法を)勉強して、それを真似してきたが、こうしたらいいと教えてくれる人がいなかった(ケースA)」「参加している当事者が指摘されていることに気づき、受け止めている姿を見る

ことができる(ケースB)」というように、他の家族や当事者との交流を通して「当事者への対応や問題解決の方法を教えてください」と願っていた。さらに「〇〇さん(支援者)が言ってくれることは、私も家で同じように返したらいいのかなと学習につながる。1回でなく何回も見せながら、体験学習につなげてほしい(ケースG)」、「当事者への支援や心のケアをどうしたらよいか教えてください(ケースE)」「私は気づいてないけど、当事者が家族の助けになっている部分を聞きたい(ケースA)」「照れくさくてあまり言わないけど、当事者の良いところを意識的に褒める機会を作ってほしい(ケースG)」というように、<当事者をエンパワーするスキルを身につける場が欲しい>とも願っていた。また「客観的に(障害を)見るっていうのは、すごく大事なように思う。当事者の障害を客観的に捉える練習をする場がほしい(ケースG)」、「架空でもいいので、事例を使って勉強する時間をもってもいいと思う(ケースG)」というように、<障害特性を踏まえて当事者を支援するための学習の場が欲しい>と願っていた。このように、『女子会』への参加に《家族が当事者と伴走するスキルを高める場が欲しい》という期待を抱いていた。

7) 家族が持たない専門的な情報や支援が欲しい

家族は、「専門職が修正をしたりアドバイスをしたり、当事者と母親の間に入って通訳をしてほしい(ケースG)」「家族では手に負えない時に、支援者が入って当事者を納得させるのを手伝ってほしい(ケースB)」というように、<対応に困った家族に代わって支援者が当事者に直接関わってほしい>と願っていた。また支援者に対し、「やっぱり医療関係の人にアドバイスをいただきたいという思いがすごく根っこにある。医療者がいてくれると、悩みを相談すると次へつなげてくれる(ケースB)」と、<専門職者ならではのサポートがほしい>と願っていた。「その日のテーマで障害者年金の話になったりして、勉強になる(ケースA)」「定期的に制度に関するお知らせや情報を提供してもらえると嬉しい(ケースI)」「障害者関係の作業所やショートステイ、デイサービスなどを、専門職者に教えてもらいながら見学したい(ケースJ)」というように、<関連する社会制度や資源に関する情報を得たい>と願っていた。このように、『女子会』への参加により《家族が持たない専門的な情報や支援が欲しい》という期待を抱いていた。

8) 社会に理解者を増やすための啓発活動をしたい

家族は、「高次脳機能障害という言葉を知らない人が多いので知ってもらうことが大事だと思う。誰にでも起こり得ることやと言って、社会の人に高次脳機能障害という名前だけでも知ってほしい(ケースD)」「高次脳機能障害に対する世間の関心や理解を高めるための社会に向けた冊子がないので、病院や図書館に置いていきたい(ケースA)」というように<高次脳機能障害について社会に知ってもらうための発信をしたい>と願っていた。また『『女子会』の広報のためのリーフレットを作りたい(ケースI)』『こういう会があることを知ってほしい(ケースD)』と、<女子会の存在を社会に広めてほしい>と願っていた。このように、『女子会』への参加により《社会に理解者を増やすための啓発活動をしたい》という期待を抱いていた。

考 察

1. 高次脳機能障害の当事者・家族のための『女子会』の存在意義

本研究の結果を踏まえて、『女子会』が参加者にとってどのような場となっているかという視点からその存在意義を考察する。

1) 当事者と家族がエネルギーを充填する場

『女子会』に参加する家族は、《同じ境遇の家族で分かち合う場が欲しい》《家族が自由に自分を解放できる場が欲しい》《脅かされずに安心していられる場が欲しい》という期待を持っていた。

脳損傷を受けた本人及び家族の多くが社会的孤立を深めている^{7,9)}。孤独感は社会的孤立の心理的側面であり、脳損傷者の介護者を対象とした質的研究では、孤独感は介護負担の主な要因であることが明らかにされている¹⁰⁾。これは、医療・社会的サービス、家族、友人からのサポートがほとんどないことが要因であるといわれている^{9,11)}。阿部³⁾は、家族が家族会に出会い、同じ体験をした人に話を聞いてもらうことで安堵感を得る。自己効力感を高く含む体験がストレス軽減の大きな転機になると述べている。本研究で明らかになった《同じ境遇の家族で分かち合う場がほしい》という『女子会』への期待は、一般的な家族会への期待と同様であり、参加する家族は同じ境遇の家族との分かち合いにより、自己効力感が高まる体験をしていると考えられる。

それに加えて、本研究では《家族が自由に自分を解放できる場が欲しい》《脅かされずに安心していられる場が欲しい》という期待が見出されたことが特徴である。負担感や孤独感を抱えながら得体の知れない障害と日々闘っている家族は、時に『女子会』に参加することで、当事者と離れて自分の時間を持ち、胸の内にある様々な思いを吐き出すというように、自分を解放する機会を得て、自分を取り戻そう、自己の精神的健康を維持しようとしていると考えられる。そしてそれは、脅かされない安心・安全な場があってこそ実現できることである。

Manskow ら⁶⁾は、介護者が負担の軽減や不安の軽減、健康を実感することは、脳損傷者に良い影響を与えると述べている。よって、家族が自分で自分をケアする、一人で抱え込まず、家族が楽になる日を設けることが勧められている¹²⁾。『女子会』への参加によって家族がストレスを軽減しエネルギーを充填することが、家族自身の健康だけでなく当事者への肯定的な影響にもつながるといえる。

また、家族自身のためだけでなく、《当事者が生き生きと活動できる交流の場が欲しい》という期待を持ち、当事者と共に参加している家族もあった。そして、当事者にとっても《脅かされずに安心していられる場(が欲しい)》であることを望んでいた。当事者について渡邊¹²⁾は、退院に際して、地域のさまざまな情報を収集して利用することで社会参加への一歩を踏み出すことを提起している。小グループでは仲間意識・連帯感を深めるとともに、自己の障害を認知する機会を与える⁷⁾。また、家族会の一員になることは、将来の行先が分からず途方に暮れていた不安感が徐々に安心感に変わり、活動に参加することで何も出来なくなったという無力感が達成感、団結感に変わっていく。この心理面の改善が障害を軽減させる¹³⁾。家族は、社会参加する機会が少なくなった当事者が安心して参加し、自分らしさや自信を取り戻す場としても『女子会』を位置づけ、期待している。

2) 当事者に伴走する家族のための学びの泉

『女子会』に参加する家族は、《家族が当事者と伴走するスキルを高める場が欲しい》《家族が持たない専門的な情報や支援が欲しい》という期待を持っていた。高次脳機能障害者が退院後に家族と共に生活を送っていく場合には、本人を取り巻く環境の中でも家族が重要な役割

を果たすことが多い¹⁾。当事者は、概ね日常生活が自立しているが、手段的ADLは40～50%しか自立せず、社会的役割はさらに低下しており、当事者が社会参加するためには第三者のサポートが必須となる⁵⁾。家族は、退院後の生活やリハビリテーションの方法が分からず、ただ生活するだけではリハビリテーションにならない。そのため、家族が正しい知識を持てるような支援が欠かせず、退院から始まる高次脳機能障害との付き合いを穏やかにするために専門家からの情報提供が必要である¹⁴⁾。《家族が持たない専門的な情報や支援が欲しい》という期待は、当事者の伴走者としての役割を期待され、手探りのなかで必死に取り組んでいる家族にとって切なる期待だといえる。しかしJacobs¹⁵⁾は、家族が情報を与えられても感情的な状態により十分にそれを吸収していないと述べている。つまり単に情報提供するだけでなく、情報を受け取る側の家族の情緒的な安寧やエネルギーの充填が図れてこそ情報が活かせるようになるのである。阿部³⁾は、自己効力感をはぐくむ体験は打ちのめされていた家族のエンパワーメントであり、ピアサポートはまさにうまくやっている他の家族の行動を観察したり、先輩のアドバイスを受けてたりして自分で実際に行い、成功体験をもつことを通して自己効力感を育むことに寄与すると述べている。このように高次脳機能障害という障害特性や対処方法がつかみづらい障害だからこそ、『女子会』参加を通して同じ体験をしている仲間や先輩から学ぶことが、当事者と共に障害に対峙し続ける家族の対処能力や自己効力感を高め、大きな力になるといえよう。

また、『女子会』に参加する家族は《当事者が障害と付き合う術を学べる場が欲しい》という期待も持っており、当事者自身が学べる場を求めていた。渡邊¹²⁾は、退院して自宅に戻ったら、社会の中で生き抜く技術を磨くことが高次脳機能障害に対する効果的リハビリテーションであると述べている。《当事者が障害と付き合う術を学べる場が欲しい》という期待の内容からは、当事者が社会で生き抜くためのスキルだけでなく、障害を持ちながら生きていくなかで抱える悩みや困りごとを吐き出してストレスを解消したり、対応策への助言を得ることも含まれている。また、家族がそのような当事者の本音に触れ、共に対応策を考えることも家族の学びとなっている。このように、『女子会』は家族に多くの学びをもたらす場となっている。

3) 理解ある社会へ変えていくための発信の場

『女子会』に参加する家族は、『社会に理解者を増やすための啓発活動をしたい』という期待も持っていた。Oddyら⁹⁾は高次脳機能障害への社会の理解について、家族を含む社会が問題や困難さを理解していないと感じるということが家族からの共通の訴えであると述べている。筆者ら¹⁶⁾は家族が抱える問題の一つとして、家族が当事者を社会に戻すうえで『障害に対応してくれるかという不安』を抱えていたことを報告した。家族は、当事者が生きやすい環境をつくることも伴走者としての役割であると認識し、社会に向けて高次脳機能障害を知ってもらう、『女子会』の存在を知ってもらうための活動を自ら行いたいと願っている。こうした活動は単独で行うのではなく、支え合える仲間と共に行うことで勇気をもって発信するなど力の発揮につながりやすい。『女子会』は、障害者に理解ある社会へと変えていきたいと希求する家族の連帯感と発信力を育む場にもなっているといえる。

2. 『女子会』の今後のあり方への示唆

今回は家族に焦点を当てて調査し、家族が『女子会』に期待することについて検討した。そして『女子会』が、当事者と家族にエネルギーを充填する場、当事者に伴走する家族のための学びの泉、理解ある社会へ変えていくための発信の場として期待されていることが明らかになった。

『女子会』は、ピアサポートの一つであるが、参加者が女性に限定されていることが特徴であり、参加者が脅かされずに安心していられることがメリットである。こうした雰囲気なかで自由に語り合えるからこそピアサポートが生き、エネルギーの充填につながると考える。したがって、このような『女子会』に期待される役割を意識し、当事者と家族が安心して参加し所属感を感じられる、すなわち安全基地となるような場づくりに努めることが重要である。また、家族だけでなく支援者も参加し、運営に携わっていることも意義がある。同じ境遇にある仲間の経験に基づく知恵と専門職者の持つ知識とが融合することで、さまざまな困りごとに直面している家族に真に役立つ学びにつながると考える。ストレスを軽減する癒しの場として機能するだけでなく、家族にとっての学びの場や情報源としての役割を意識し、参加者の困りごとに敏感に気づき対応する、個々の家族の状況に合わせて当事者と家族が力を発揮できるような助言を行

うことが求められよう。家族が適切な対処方法を学び、安定して本人と向き合うことができるようになること、本人も安定した生活を送ることができ¹⁰⁾、家族が元気で生き生きとしていることが、当事者に良い影響を与えるという相乗効果が言われている¹¹⁾。家族は一つのシステムであり、当事者と家族は影響を与え合うことを念頭に置き、当事者と家族が好循環をつくり出せるように支援することが必要である。また、家族への支援として、入院中から当事者のリハビリテーションと並行し、家族が当事者を理解し対応の仕方を学習する心理的・教育的支援を行うこと^{1, 17)}、介護生活が始まる初期段階からの家族への介入¹⁸⁾、在宅で行う当事者と家族両方への支援する在宅プログラム¹⁹⁾も推奨されている。このように、発症後早期から家族支援を行うことが当事者と家族の双方にとって必要だといえる。

Manskow⁶⁾は、長期のケアとリハビリテーションにおいて基本的な役割を担う家族が、この役割を効果的に果たしながら社会参加し生活の質を維持するために、介護者の負担と孤独や孤立のリスクを軽減するための専門的支援に焦点を当てた長期的なフォローアップの必要性を提起している。また、吉野²⁰⁾は、退院は生活復帰や社会参加のスタートであり、スムーズな支援の連携ができ、高次脳機能障害者への支援が途切れないようにしながら、患者・家族と一緒に走る伴走者の精神で支援を行うことを提起している。当事者や家族の状況は変化していくことから、長期的に継続した支援を行うことも求められている。継続的な支援の場としてピアサポートは重要であるが、全国で約27万人いると推計されている高次脳機能障害者のうち家族会などのピアサポートグループにつながっているのは、ほんの一握りである。当事者家族がピアサポートグループに早期につながり、継続的に支援を受けられるような体制や仕組みづくりが重要であり、『女子会』でも医療から社会的資源にスムーズに繋がるよう連携し、家族が社会的孤立に至らないように長期的視点で支援していくことが必要であると考えられる。また、必要な家族が『女子会』に早期に繋がれるように、『女子会』の存在を社会に知ってもらうための広報活動や情報発信を強化することも求められよう。

文 献

- 1) 四ノ宮美恵子, 土屋和子, 鴨野麻里子, 色井香織,

- 尾崎聡子他：高次脳機能障害を有する患者の家族に対する心理支援－病院における支援事例から－. 国立リハ研紀 24 : 37-44, 2003.
- 2) 河原加代子, 飯田澄美子：高次脳機能障害を呈する障害者を介護する家族の介護負担の特徴. 家族看護学研究 5(1) : 9-16, 1999.
- 3) 阿部順子, 岡田由香, 吉川雅博：高次脳機能障害家族のストレス軽減のプロセス－ピアサポートに焦点をあてて－. 岐阜医療科学大学紀要 9 : 1-10, 2015.
- 4) 渡邊修：高次脳機能障害のある方のご家族への「介護負担感」に関する実態調査報告書. 1-52, 2018.
- 5) 渡邊 修：高次脳機能障害と介護負担感. J Clin Rehabil31(3) : 2009-2017, 2022.
- 6) Manskow US, Friberg O, Roe C, Braine M, Damsgard E et al : Patterns of change and stability in caregiver burden and life satisfaction from 1 to 2 years after severe traumatic brain injury : A Norwegian longitudinal study. NeuroRehabil40 : 211-222, 2017.
- 7) 渡邊 修：外傷性脳損傷者・家族のメンタル支援. Jpn J Rehabil Med54(6) : 410-415, 2017.
- 8) 相川章子：精神障がいピアサポーター. 活動の実際と効果的な養成・育成プログラム. 中央法規, 2013.
- 9) Oddy M, Herbert C : Intervention with families following brain injury : Evidence-based practice. Neuropsychol Rehabil13(1/2) : 259-273, 2003.
- 10) Braine M E : The experience of living with a family member with challenging behavior post acquired brain injury. J Neurosci Nurs43(3) : 156-164, 2011.
- 11) Hnks R A, Rapport L J, Vangel S : Care giving appraisal after traumatic brain functioning. NeuroRehabil22(1) : 43-52, 2007.
- 12) 渡邊 修：高次脳機能障害と家族のケア 現代社会を蝕む難病のすべて. 講談社, 2008, pp.178-201.
- 13) 渡邊 修：社会的行動障害と家族支援－家族会の意義. J Clin Rehabil29(3) : 247-253, 2020.
- 14) 奥宮暁子・監修：私の夫は高次脳機能障害です本人・家族がおだやかに暮らすための妻たちの知恵－夫の行動研究から－. 医歯薬出版社, 2020, pp.134-154.
- 15) Jacobs H E : The Los Angeles Head Injury Survey : procedures and initial findings. Arch Phys Med Rehabil69 : 425-431, 1988.
- 16) 石元美知子, 和田寿美, 瓜生浩子：高次脳機能障害者と共に生きる家族が抱える問題. 高知リハビリテーション学院紀要 20 : 1-8, 2018.
- 17) 小野瀬剛広, 鈴木孝治, 大仲功一, 鈴木邦彦, 大和雄太：高次脳機能障害を有する患者の家族支援－家族による障害の捉え方の変化－. 作業療法 38(4) : 396-404, 2019.
- 18) 鈴木雄介, 種村留美, 元村直靖：在宅外傷性脳損傷患者の介護者における精神的健康度と関連要因. 厚生生の指標 57(4) : 20-26, 2010.
- 19) Moriarty H, Winter L, Robinson K, Piersol CV, Vause-Earland T et al : A Randomized Controlled Trial to Evaluate the Veterans' In-home Program for Military Veterans With Traumatic Brain Injury and Their Families : Report on Impact for Family Members. Phys Med Rehabil 8 : 495-509, 2016.
- 20) 吉野 修：高次脳機能障害リハビリテーションにおける回復期リハビリテーション病棟の役割. J Clin Rehabil31(5) : 408-414, 2022.

警戒態勢が強く知的障害のある受刑者への作業療法

－安心できる場の重要性－

足立 一*¹

要 旨：近年、刑務所における福祉サービスとの連携は整備されつつある。今後の課題は、福祉サービス利用を希望しない者や罪名や内省状況により福祉サービス提供者が受け入れにくい者への帰住先の確保である。本事例は、放火行為を繰り返し、刑務所へ入所する知的障害のある者で、警戒態勢が強く、福祉サービスの利用は拒否的であった。作業療法では、一貫して安心して過ごせる場を提供した。徐々に現実的な話ができ、他者の助けを受け入れ、前向きな自己主張もできるようになり、出所前には帰住先が確保できた。本報告は、刑務所での作業療法による安心できる場の提供が、どのように役立つのか、作業療法経過を通して明らかにしていく。

高知県作業療法 2：63-68, 2023

Key Words：刑務所、作業療法、知的障害

はじめに

我国の刑法犯の認知件数は減少傾向にあり、2013年から毎年戦後最低記録を更新している。近年は再犯防止対策が重視され、政府は、再犯の防止等に関する施策の総合的かつ計画的な推進を図るため、「再犯防止推進計画」を閣議決定した。この重点課題の中に、就労・住居の確保等、保健医療・福祉サービスの利用の促進等がある¹⁾。2014年から作業療法士に先立って、刑務所では社会福祉士の常勤雇用が始まり、2009年から各都道府県に設置された地域生活定着支援センターの活躍などもあり、特に障害のある受刑者に対する出所後の福祉サービスへのつながりは整備されつつある。しかし、これらの支援は本人が希望し、かつ受け入れ先が確保されて初めて成立する。2022年度の刑法犯の検挙人員

総数のうち精神障害者等の比率は、罪名別で見ると、放火が11.4%と一番高かった²⁾。また2021年に刑務所へ入所した新受刑者のうち、IQ相当値79以下(Correctional Association Psychological Assessment Series：CAPAS)の者は41.1%を占め³⁾、刑務所へ入所する精神障害がある全受刑者の障害種別は、知的障害が神経症性障害に続き2番目に多かった²⁾。これらの現状から、知的障害のある受刑者が出所後の福祉サービスの必要性を十分理解し、サービス利用を主体的に希望し、かつ、放火行為など福祉サービス側の受け入れが難しい罪名の受刑者の特に住居を確保することは大きな課題となることが推測できる。

今回筆者は、放火行為を繰り返し、刑務所に在在する知的障害のあるA氏を担当した。A氏は帰住先がなく、警戒態勢が強く、福祉サービスの利用は拒否的であった。また事件について振り返ることもできないため、受け入れてくれる福祉サービスがなかなか見つからなかった。作業療法では、一貫して安心して過ごせる場を提供した。徐々に現実的な話ができ、他者の助けを受け入れ、事件について振り返るようになり、前向きな自己主張もでき

*1 高知リハビリテーション専門職大学

足立一 (e-mail：adachi@kochireha.ac.jp)

るようになってきた。結果、出所前にグループホームが確保でき、出所後はそこで生活しながら就労継続支援事業所 B 型へ通所するまでに至った。本報告では、刑務所での作業療法による安心できる場の提供が、どのように役立ったのか、A 氏への作業療法経過を通して、明らかにしていく。

本センター及び作業療法の概要

本センター（刑務所）は、入所定員 1,000 名で、犯罪傾向が進んでいない 26 歳以上の男性受刑者を対象とし、精神・知的・身体障害のある受刑者（高齢者も含む）へ障害特性に合わせた各種処遇を行う特化ユニット（特化ユニットは犯罪傾向の進んでいる者も含む）が設けられている。精神保健福祉士や社会福祉士、臨床心理士等の専門職が多く在籍し、受刑者の入所時調査や改善指導、出所後の環境調整等を担当している。

作業療法士は常勤 1 名と非常勤 3 名で、医師の指示により個別中心の作業療法を実施する。刑務官の立会の下、プログラム内容に合わせた場所で実施する。対象は病状悪化や重度障害のため本センターでの生活や作業等が十分に行えない者が中心である。

倫理的配慮

本研究にあたっては、事例へ研究方法、研究協力の自由、プライバシーの保護、同意書について説明した上で、署名により同意書を交わした。また本センターにおける個人情報保護及び情報の取扱いに関する規定を遵守し、本センター長及び関連部署の許可を得た（2020 年 6 月）。更に個人が特定できないように論旨に影響がない範囲で内容を一部改変した。

事例紹介

A 氏、40 歳代、男性、知的障害、IQ 相当 55（CA-PAS）。虐待やいじめが原因で小学生の頃からイライラすると教科書等の自分の持ち物を燃やしていた。仕事は長続きせず職を転々としていた。30 歳代に両親が他界、徐々に生活が乱れ、放火数件を犯し X 年 8 月に本センターへ入所となった。センター内の規則や刑務作業の手順を説明した文章が読めず、入所当初から刑務官が対応に苦慮

表 1 作業療法検査結果

検査測定項目	初期評価	最終評価
新ストループ検査 II	課題 1：正当数 28, 誤答数 0	課題 1：正当数 43, 誤答数 0
	課題 2：正当数 1, 誤答数 8	課題 2：正当数 18, 誤答数 0
	逆干渉率：96.4	逆干渉率：58.1
	課題 3：正当数 30, 誤答数 0	課題 3：正当数 32, 誤答数 0
SDMT	課題 4：正当数 19, 誤答数 3	課題 4：正当数 22, 誤答数 0
	干渉率：36.7	干渉率：31.3
	正当数：44 誤答数：4 達成率：40	正当数：53 誤答数：0 達成率：47
コース立方体組合せテスト	IQ87.9	IQ119.1
立位バランス検査		
開眼片足立ち	拒否	13 秒
閉眼片足立ち	拒否	3 秒
握力検査 (スメドレー式握力計)	右拒否, 左拒否	右 35kg, 左 29kg
簡易上肢機能検査 (STEF)	右拒否, 左拒否	右 89, 左 76
カナダ作業遂行測定 (COPM)	「運動したい」 重要度 10, 遂行度 3, 満足度 2	「運動したい」 重要度 5, 遂行度 6, 満足度 6
	「知人に会いたい」 重要度 10, 遂行度 8, 満足度 1	「知人に会いたい」 重要度 5, 遂行度 5, 満足度 4
	「ダーツやビリヤード をしたい」 重要度 10, 遂行度 2, 満足度 8	「ダーツやビリヤード をしたい」 重要度 1, 遂行度 5, 満足度 4

していた。また強がって他受刑者を威嚇する言動もあり、孤立しがちであった。集団での改善指導の受講は難しいと判断されていた。対人関係や生活技能の向上を目的に X 年 10 月に作業療法が処方された。

作業療法評価

1 か月間で初期評価を行った。検査結果は表 1 の通りであった。

新ストループ検査 II や符号、数字モダリティー検査 (symboldigitmodalities test: SDMT) は作業療法士の説明を聞いている様子がなく、誤答数も多かった。コー

表2 作業療法経過

	I 期	II 期	III 期
作業療法目標	信頼関係の構築 警戒態勢の軽減	作業上の問題解決体験 他者の助けを受け入れることができる	事件について振り返ることができる 自己主張技能の向上
作業活動	絵画	折り紙	折り紙（事件への振り返り） SST
人、構成員	刑務官立会の下、 作業療法士と1対1	刑務官立会の下、 作業療法士と1対1	折り紙：作業療法士と1対1 SST：刑務官や他の作業療法士との 小集団
場所	本刑務所内の多目的ホール	本刑務所内の多目的ホール	本刑務所内の多目的ホール
期間、頻度	X 年 11 月～X + 1 年 10 月 12 か月間 月 2 回	X + 1 年 11 月～X + 2 年 4 月 6 か月間 月 2 回	X + 2 年 5 月～X + 2 年 11 月 6 か月間 月 2 回
回数	24 回	13 回	13 回
A 氏の言動	好きなアニメの絵画を通して現実的な話ができるようになってきた 片付けを一緒に行うようになった	折り紙作業の上なら他者の助けを少しずつ受け入れるようになってきた	事件に対する振り返りが行え、肯定的な自己主張ができるようになった

ス立方体組合せテストは、制限時間なしに15(全17課題)まで正答した。立位バランス検査や握力検査等の身体機能検査は、「やっても意味がない」と拒否した。漢字はほとんど読むことができず、2桁の足し算や引き算は誤答が多かった。20歳代に既往のあった骨折の後遺症で、左足関節屈曲制限があり、正座やしゃがみ込み動作は困難であった。検査結果をフィードバックすると、全て骨折の後遺症を理由とし、本当の自分は人よりも優れていることを強く主張した。カナダ作業遂行測定(Canadian occupational performance measure : COPM)では、「格闘技の大会へ出場して何度も優勝した」と得意げに語り、「運動したい」と希望した。また何年も交流していない昔の知人を多く挙げ、皆が自分のことを心配していると語り、「知人に会いたい」と述べた。「每晚800万円使っていた」「全て自分がおごっていた」と語り、その時の一番楽しかった遊びとして「ダーツやビリヤードがしたい」と述べた。話す内容のほとんどが、非現実的な内容で、敬語は使用せず威圧的な態度で、必死に自分を強く見せようとしていた。

作業療法経過

X 年 11 月から出所前の X + 2 年 11 月までの 2 年間、計 50 回作業療法を実施した。作業療法の治療構造の変化に合わせて表 2 のように 3 期に分けて報告する。

1) I 期: 現実的な話ができるようになってきた時期

12 か月間計 24 回

初期評価結果から、信頼関係の構築と識字能力や体力の向上を目的に手紙を書くことや軽スポーツ等を行おうとしたが、骨折の後遺症を理由に一度も行えなかった。まずは信頼関係の構築を目標に、無理に作業を促さず、しばらく傾聴に徹したが、非現実的な内容で威圧的な態度は変わらなかった。X + 1 年 1 月、コース立方体組合せテストの結果を用いて A 氏の構成能力の高いことを説明し、その強みを活かした絵画や折り紙、クラフト等の作業を提案した。引き続き無理強いせず、道具を机上へ準備するにとどめた。A 氏はアニメのキャラクターを描きながら、そのアニメのストーリーを不十分ながらも作業療法士へ説明した。アニメや動物、乗物等、比較的幼い子供に人気のある絵を好み、絵の具やクレヨンを使用し、3～4回の作業療法で丁寧に描き完成させた。作業療法士も横で一緒に絵を描いた。時々、ピンチ力が弱く A 氏が上手く絵具を出せない等、困った様子の中には声をかけずにさり気なく手伝った。絵画中は、自分を強く見せようと非現実的な話が少なくなり、表情も柔らかく穏やかになった。片付けも作業療法士と一緒に自ら行うようになった。

2) II 期: 他者の助けを受け入れるようになってきた時期
6 か月間計 13 回

机上に並べていた折り紙に対して「やったことないけど、やってみたい」と関心を示すようになった。最初は簡単なものから作業療法士も一緒に横で説明書を見なが

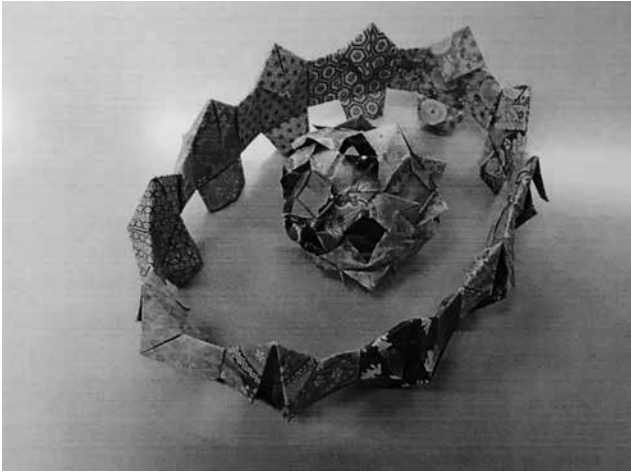


図1 A氏の折り紙作品

ら折り、A氏がわからなくなった時は何も言わず手を止めて折り方をさり気なく見せた。最初は作業療法士が横にいるから集中できないとイライラした様子を見せたが、最後まで投げ出さず完成させたがった。折り紙を始めて1か月後、「やっこさん」が一人で折れるようになり、図1のような同じ手順で見栄えが良い作品を提案し、完成すると他職員に褒めてもらった。徐々に難易度の高い作品へ挑戦するようになり、折り方がわからないことも多くなったが、作業療法士の手元を何度も見て助けを求め、落ち着いて取り組めるようになった。完成した時は作業療法士と喜びを共有し、完成できなくても一緒に残念そうに諦めて、他の作品を選ぶようになった。

3) Ⅲ期: 事件への振り返りと肯定的な自己主張ができるようになってきた時期 6か月間計13回

出所が近くなったが、罪名が放火であり、A氏の事件に対する内省が深まっていないことや何度説明されても福祉サービスへの理解が乏しかったこと等から帰住先がなかなか決まらなかった。社会福祉士と相談した結果、事件に対するA氏の内省状況を明らかにし、現状を伝えた上で受け入れを検討してもらえる福祉施設を探すこととなった。事件についてはA氏が一番安心して本音で語ることができる作業療法場面で触れていくこととなった。これまで事件のことを問われると、「もうやらへんやろ」と他人事で多くを語らなかった。作業療法では折り紙を折りながら最初は子供の頃の思い出や将来の夢について語ってもらった。つらい思い出や将来への不安を口にするにもあった。事件については「子供の時からイライラしたら火をつけた」「イライラしたら酒

を飲み、気が大きくなって火をつけていた」と徐々に振り返って話すようになった。X+2年7月、A氏の内省状況等を理解した上で、受け入れを検討してくれるグループホームが見つかった。しかし、入居条件(飲酒や喫煙の制限、金銭管理等)を知って、A氏が一方的に不満を訴えることもあった。作業療法場面でも「俺を待っている後輩はたくさんいる」と最初は強がっていたが、折り紙を一緒に折りながら現在の心境を根気よく聞いていくと、「タバコを止めないと、住むところ見つからんみたいや」と不安を語るようになってきた。以降、A氏が今後の希望や不安を話した時は、「他の人から一緒にアドバイスをもらおう」と、A氏の下承を得て、他の職員の協力の下、小集団でのSSTを実施し、皆で解決する機会を設けた。また「上手に質問する練習」も繰り返し、グループホームの職員へ前向きな気持ちや入居前に確認したいこと等を伝えられるようになった。事件については作業療法場面以外でも「もう人に迷惑をかけたくない」「イライラして酒飲むと自分を抑えられなくなる」と語るようになった。最後の作業療法で、「仕上げは難しいから先生がやって下さい」と作業療法士を初めて「先生」と呼び、敬語で頭を下げながら折り紙を手渡し、完成した折り紙を一緒に眺め、作業療法を終了した。

作業療法結果

作業療法最終評価時の検査結果は表1の通りであった。新ストローク検査Ⅱや符号、数字モダリティー検査は、作業療法士の説明を聞き、慎重に取り組んだ結果、誤答数が減少し、正当数が増加した。コース立方体組合せテストは全ての課題を制限時間内で達成することができた。苦手だった立位バランス検査等の身体機能検査も真剣に取り組み、作業療法士のフィードバックも静かに聞いていた。カナダ作業遂行測定の点数が変化した理由については、「運動したい」が「運動時間に今はウォーキングをしているから」と、「知人に会いたい」が「出所したらそれよりも墓参りに行きたい」と、「ビリヤードやダーツがしたい」が「一緒に行く相手がいたら行きたいけど、映画の方が行きたい」と説明し、現実的な作業ニーズへと変わった。結果的にグループホームが帰住先となり、X+2年11月に出所し、グループホームで生活しながら就労継続支援事業所B型へ通所することとなった。

考察

今回の A 氏への作業療法は、一貫して A 氏の安心できる場を提供した。それがどのように役立ったのか、以下、考察する。

一つは、A 氏の警戒態勢の軽減に役立ったことである。刑務所という特殊な環境は不安感を増すとされており⁴⁾、暴力犯罪者に対する調査では、敵意や怒りといった感情が高いという報告がある⁵⁾。高校生ではあるが、非行少年は一般の高校生よりも不信感が高いという報告もある⁶⁾。A 氏も作業療法開始当初は自分を強く見せようと必死で、現実的な話ができなかった。このような不信の緩和と信頼感獲得への援助は、より緊急度が高く、困難が多い課題とされている⁷⁾。A 氏の作業療法も警戒態勢の軽減を最優先にした。そのために作業療法では、本人の強みを生かし、失敗する可能性の低い作業を準備し、自ら選んで取り組みやすい環境を整えることから始めた。神経心理学分野では、高次脳機能を7つの階層で捉え、上層から、自己の気づき、論理的思考力と高次遂行機能、記憶、情報処理、注意力と集中力、抑制困難と無気力症、神経疲労（覚醒、警戒態勢、心的エネルギー）で構成され、個々の機能は互いに関連し合い循環しており、援助は各階層の解決なくして最終目標への到達は困難と考えられている⁸⁾。刑務所で重視される内省を深める学習には、自己の気づきや論理的思考力等の上層の高次脳機能が必要であり、A 氏の帰宅先確保にも内省の変化が求められた。今回の作業療法は A 氏の内省の変化へ直接働きかけてはいないが警戒態勢の軽減という下層の高次脳機能の解決を担った。障害のある受刑者が半年間の受刑生活で認知機能が向上したという報告もあり⁹⁾、A 氏も初期検査結果と最終検査結果を比較すると認知機能は向上していた。検査の様子からこれらは検査へ取り組む姿勢の変化が影響していたと考える。警戒態勢の軽減は、A 氏の場合、本来持っていた上層の高次脳機能を発揮させ、受刑生活や各種指導をより効果的にしていたと考える。

二つ目は、A 氏の問題解決能力の向上に役立ったことである。今回の作業療法で使用した作業は、アニメや動物、乗物の絵を描くことや比較的簡単な折り紙等で、精神年齢には適していたが、生活年齢と比べると幼い作業であった。山根¹⁰⁾は、「安心して退行できる場が欲求を充足し、後の試行錯誤や現実検討を助ける」と述べ

ている。これまで強がって生きてきた A 氏にとって幼い作業に没頭していても馬鹿にされず、作業療法士と共有できた経験はその後の経過からも問題解決のエネルギーになったと考える。また同じ手順で見栄えが良い作品を完成させ、なるべく失敗を自覚させず、職員に褒められた経験や共に完成を喜び、できなかった作品は共に諦めた経験は、問題に対して前向きに捉えることができるようになったとも考える。更に問題解決過程は、折り紙という作業上のことから体験させ、徐々に事件に対する振り返りや小集団 SST による自己主張訓練等、いわゆる出所後の生活へ向けた問題解決へと段階づけた。これも A 氏が福祉サービスを利用する上で課題であった他者の助言を受け入れるようになった経緯だと考える。

最後は、A 氏とのニーズの共有に役立ったことである。SST は「希望志向的」アプローチであり、支援者と当事者として目標を設定し、学習を進めていく。しかし、刑務所では A 氏のようにニーズを共有すること自体が難しい場合も少なくない。岡田¹¹⁾は、生活ニーズを3つの視点でまとめ、利用者や家族が個人的視点から捉える利用者表現ニーズ、専門職が専門的視点で捉えた専門職認定ニーズ、制度や政策の観点から社会的観点で捉える社会承認ニーズと定義した。A 氏に対する作業療法は、開始当初から一貫して利用者表現ニーズとして A 氏が表現した作業を決して否定せず、専門職認定ニーズとして刑務所という限られた環境で実施可能な作業を提案し進めた。出所が近づくと A 氏の内省状況の変化やグループホームの入所条件との折り合い等、社会承認ニーズとの調整に努めた。今回、包括的な視点でニーズを共有できたのは、言語だけではなく、作業療法としてはごく当然の作業を媒介とした介入であったからだと考える。刑務所では許可なく作業中に会話することができない環境のため、作業療法は非常に貴重で安心できる一時であったと言える。刑務所において刑期や本人の認知変容に合わせてニーズを共有することが作業療法だからこそ可能であったと考える。

結論

今回の A 氏は、放火行為を繰り返し、刑務所に在所する知的障害のある者で、警戒態勢が強く、福祉サービスの利用は拒否的で、事件についての振り返りが不十分なため、帰宅先の確保が難しかった。作業療法では、一

貫して安心して過ごせる場を提供した。出所前に A 氏を受け入れてくれるグループホームが決まり、本人も福祉サービスの利用を希望し、出所後はそこで生活しながら就労継続支援事業所 B 型へ通所するまでに至った。この A 氏への作業療法経過から、刑務所で安心できる場を作業療法で提供することは、障害のある受刑者の警戒態勢の軽減と問題解決能力の向上、ニーズの共有に役立つと結論づけた。

文 献

- 1) 法務省：犯罪白書：<https://www.moj.go.jp/content/001338448.pdf> (参照 2021 年 10 月 18 日)。
- 2) 法務省：犯罪白書：<https://www.moj.go.jp/content/001387345.pdf> (参照 2023 年 2 月 9 日)。
- 3) 法務省：矯正統計調査。 <https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00250005&tstat=000001012930&cycle=7&year=202000&month=0h> (参照 2023 年 2 月 9 日)。
- 4) 加藤孝義：特殊空間における心理的行動。 アルテスリベラレス 35：41-53, 1984.
- 5) Michie C, Cooke DJ：The structure of violent behavior. A hierarchical model. Criminal Justice and Behavior, 33(6)：706-737, 2006.
- 6) 天貝由美子：一般高校生と非行少年の信頼感に影響を及ぼす経験要因。 教育心理学研究。 47(2)：229-238, 1999.
- 7) 藤田裕司：対象別心理療法非行の心理療法。 氏原 寛, 小川捷之, 東山紘久, 村瀬孝雄, 山中康裕・編, 心理臨床大事典, 培風館, 1992, pp.257-259.
- 8) 立神粧子：ニューヨーク大学医療センター・ラスク研究所における脳損傷者通院プログラム「脳損傷者通院プログラム」における前頭葉機能の定義(前編)。 総合リハビリテーション 34：487-492, 2006.
- 9) 足立 一, 上原 央, 石田真由：刑務所における刑務作業が障害のある受刑者の心身機能や作業遂行へ与える影響に関する研究。 日本作業療法学研究学会雑誌 524(2)：1-6, 2021.
- 10) 山根 寛：退行現象を伴う寛解過程における作業活動の力動的観点からみた役割 - 精神分裂病少女の寛解過程より -。 作業療法 12(3)：229-237, 1993.
- 11) 岡田進一：ケアマネジメント原論高齢者と家族に対する相談支援の原理と実践方法。 ワールドプランニング, 2011, pp.102-106.

障がい児・者と保護者の外出活動における保護者負担と 余暇支援のニーズ調査

山口 和華*¹ 高橋 一郎*² 萩原 賢二*³ 稲富 惇一*³

要 旨：外出は地域生活を送る上で欠かすことのできない作業であるとともに、社会参加としての役割を果たすための作業活動として重要性や必要性は高いとされている。しかし、近年、発達障がい児・者の余暇活動は興味・関心の偏りから子どもにとって適切な余暇活動を見つけることが難しく、その結果、家で保護者と過ごすことが多いという現状がある。そこで今回、余暇の過ごし方や支援方法に対する保護者の「支援ニーズ」に着目し、アンケートにて調査することにした。高知県では、障がい児・者の保護者を対象とした、余暇の現状に関するアンケート研究は数が限られており、支援の現状を十分に把握するには至っていないと考え、アンケート調査を実施した。

高知県作業療法 2：69-73, 2023

Key Words：（支援ニーズ） 余暇活動 （保護者）

はじめに

余暇とは、一般的に空いた時間や余った時間を意味する言葉であるが、現代においては、余暇における活動（以下余暇活動）が自分自身を成長させ、想像力や能力を広げ、生活を豊かにしていく可能性があることが指摘されている¹⁾。生活の質（QOL）を高める要素としても、学校や仕事など取り決められた時間枠以外の余暇として過ごす時間の充実は大切である。特に余暇活動としての外出は、地域生活を送る上で欠かすことのできない作業であるとともに、社会参加としての役割を果たすための作業活動としても重要性は高いと報告されている²⁾。

近年、発達障がい児・者（自閉症、アスペルガー障害、その他広汎性発達障害、ADHD など）以下発達障がい児・

者）の余暇について、興味・関心の偏りから子どもにとって適切な余暇活動を見つけることが難しいという特徴があり、その結果、家で保護者と過ごすことが多くなっている現状が問題であると指摘している³⁾。発達障がい児・者は家族であっても、理解することが難しい言動や突発的な行動を表出する。これらは環境の変化に対してより敏感に反応して現れるため、外出を躊躇してしまうケースは多い。しかし、それ以上に外出を困難にしている要因として、社会の発達障がい児・者に対する認知の低さ、そして誤解や偏見が多い。発達障がい児・者を取り巻く社会的な認知の低さは環境設備面にも表れており、バリアフリー環境の整備の不十分さにより、外出に対する二次的な不安を生じさせ、外出することへのためらいを引き起こしている現状がある⁴⁾。そのため、家族は発達障がい児・者が示す予測できない行動に対して周囲の人々の理解や配慮を得ることに苦慮され⁵⁾、対人関係のトラブルや精神的な不調等をきたすことで、集団生活や社会生活の機会が閉ざされやすい傾向にあると報告されている⁶⁾。このような生活背景の中で、保護者は、障がい児・者の行動に対して日々目を離せない状況であり、心身に

*¹ 筒井病院 リハビリテーション科

*² 訪問看護ステーションおたすけまん

*³ 土佐リハビリテーションカレッジ 作業療法学科

責任著者：稲富惇一（e-mail：otrc.inatomi@tosareha.ac.jp）

かかる負担が大きいことは言うまでもない。また、外出場面でも周囲の理解不足、必要な支援を得ることができず積極的に外出活動を行うことができていないのではないかと考えられる。その結果、社会参加のハードルが高まり、障がい児・者や保護者は家族以外とのコミュニケーションの場が少なくなっていると推察される。

障がい児・者を対象とした余暇の実態に関しては、地域での人間関係及び生活範囲が限られ、保護者に依存している者が多い現状が示唆され、公共の施設を利用する場合、対人的かかわりが少なくすむものが多く、保護者や家族と利用する場合こうした活動に限定されている⁷⁾ことがわかっている。しかし地方都市においては、余暇活動支援団体が少なく、保護者は居住地域で活用できる地域資源の情報を得ることができない⁸⁾。事実、高知県では障がい児・者の保護者を対象とした、余暇の現状に関するアンケート研究は数が限られており、障がい児・者と保護者の余暇の現状を十分に把握するには至っていない。

余暇活動の充実、豊かな経験や人間関係の広がり、そして地域で暮らしていくための自立につながる大切な要素であると報告されている⁹⁾。知的発達に遅れのない発達障害児は、身体障害、知的障害を持つ子どもと比較して、周囲に障害を認知されにくく周囲の理解を得られにくいこと、保護者においては育児に手がかかることなど、さまざまな葛藤やストレスに苦しんでいる¹⁰⁾。そのため、保護者の方は外出時や日常生活に支援を必要としているのではないかと考えた。

以上より、本研究では、「障がい児・者と保護者の方は、外出活動におけるストレス度合いが高く外出活動に対して支援を必要としている」と仮説を立てた。外出活動、余暇活動において、障がい児・者と保護者に対する困り事や必要な支援、ストレス関係について調査することを目的とし、余暇の過ごし方や支援方法に対する保護者の「支援ニーズ」に着目し、アンケートにて調査することにした。

本研究により、余暇を充実させる「支援ニーズ」が検証できれば、発達障がい児・者や保護者に作業療法を提供する際の一助になると考える。

対 象

高知県の A 訪問看護ステーションを利用する障がい児・者 75 名を対象とした。

方 法

1. 研究倫理

本研究は、土佐リハビリテーションカレッジの倫理委員会（倫理番号:TRC202001）の承諾を得て実施した。

2. 介入方法

A 訪問看護ステーションの施設長、作業療法士に対して、研究の方法や倫理的配慮を口頭にて説明を行い実施した。

対象者に対しての調査依頼は倫理的配慮、研究の目的や方法を記載した依頼文と、アンケートの回答を持って同意とすること旨を記載し配布した。また、アンケートは無記名にて行い、研究への参加は自由であること、結果の活用方法等を記載した。

回答方法として、Google 社が提供している Google フォームを用いて WEB 上での回答と紙面での回答の 2 つの方法で調査を行った。調査期間は 2020 年 11 月 11 日～2020 年 12 月 23 日までの約 1 ヶ月間とした。

分析方法は、単純集計を行いアンケート調査の分析を実施した。

3. 調査内容

調査項目は、鈴木ら¹¹⁾の研究を参考に新型コロナウイルスに関する質問を追加し、全 28 項目で構成した。

①フェイスシート（4 項目）、②余暇の現状に関する質問（9 項目）、③余暇支援のニーズに関する質問（10 項目）、④新型コロナウイルスに関する質問（4 項目）の 4 つに分けて調査を行った。

1) フェイスシート

子どもとの続柄、子どもの性別、障がいの程度（療育手帳を基に）、所属する学年・群をそれぞれ回答を求めた。

2) 余暇の現状に関する質問

余暇の現状に関する質問では、参考文献に基づき保護者が感じる子どもの余暇の過ごし方について多肢選択法（質問 No.1～7）と記述式（質問 No.9）で回答を求めた。また、No.8 の満足度の評価では「満足している」「楽しそうにしている」の 4 件法でそれぞれ求めた（表 1）。

3) 余暇支援のニーズに関する質問

余暇支援のニーズに関する質問では、保護者が希望する放課後・休日の過ごし方・援助の仕方について多肢選択法（質問 No.1）と記述式（質問 No.2）で回答を求

表1 余暇の現状に関する質問

質問No.	質問内容
1.	平日や休日、長期休暇に何らかの余暇支援団体に参加していますか
2.	参加している団体についてご記入ください（重複回答）
3.	お子さんに趣味（活動）はありますか
4.	趣味（活動）の内容について教えてください（重複回答）
5.	お子さんの放課後や勤務後（休日・長期休暇）の過ごし方について頻度の多いものを3つご記入下さい（重複回答）
6.	主に誰がお子さんの相手をしていますか（重複回答）
7.	お子さんが放課後・休日に近所の人や友達と遊ぶ機会はありますか
8.	お子さんの平日・休日、長期休暇の余暇について回答者はどのように感じていますか
9.	困っている内容について教えてください（記述式）

表2 余暇支援のニーズに関する質問

質問No.	質問内容
1.	回答者が希望するお子さんの放課後や勤務後（休日・長期休暇）の過ごし方について場所・過ごす相手・集団規模・活動内容・援助について教えてください（重複回答）
2.	平日・休日・長期休暇の過ごし方に関して、感じていることや希望・要望がありましたら自由にお書き下さい（記述式）

表3 新型コロナウイルスの関する質問

質問No.	質問内容
1.	新型コロナウイルスの影響で外出に行く機会は減りましたか
2.	減った方に質問します。外出自粛でお子さんはどのように変わりましたか
3.	新型コロナウイルスの状況になって望むようになった支援はありますか（記述式）
4.	感染予防についてお子さんはどの程度理解していますか

めた（表2）。

4) 新型コロナウイルスに関する質問

新型コロナウイルスに関する質問では、現在新型コロナウイルスの状況下でお子さんがどのような変化が起こっているのか、また新型コロナウイルスの状況で保護者がどのような支援を必要としているのかを多肢選択法で回答を求めた（表3）。

結 果

1. アンケート回収率

回収率は48%。実数としては36名（平均年齢17 ± 7.43歳、男性23名63.9%、平均年齢17.4 ± 7.37歳、女性13名36.1%平均年齢17.2 ± 7.52歳）から回答を得ており、

回答者は35名が保護者・主介護者で、1名が対象者自身であった。

2. フェイスシート

アンケート調査を行った結果、「父親」が3名（8.3%）「母親」が33名（91.7%）、「祖母」が1名（2.8%）、「本人」が1名（2.8%）であった。

療育手帳の等級については、「A1」27名（75%）、「A2」2名（5.6%）、「B1」1名（2.8%）、「身体障害者手帳1級」2名（5.6%）、「身体障害者手帳2級」1名（2.8%）であった。さらに子どもの年齢区分については、「保育園群」1名（2.8%）、「小学生群」9名（25%）、「高校生群」6名（16.7%）、「20歳代」5名（13.9%）、「1歳」1名（2.8%）、「30歳代」3名（8.3%）、「デイサービス」1名（2.8%）であった。

3. 余暇の現状

余暇支援団体の参加については、「参加している」7名（19.4%）、「参加していない」28名（77.8%）であった。参加している団体については、「福祉関係」6名（16.7%）、「ボランティアサークル」「放課後デイサービス」1名（2.8%）であった。子どもの趣味に関しては、「ある」23名（63.9%）、「ない」10名（27.8%）であった。

趣味の活動内容・過ごし方については、「DVD・ビデオ鑑賞」14名（38.9%）、「音楽鑑賞」14名（38.9%）、「テレビ」12名（33.3%）また、回答無しが12名（33.3%）であった。

一緒に過ごす相手について、「父親」18名（50%）、「母親」30名（91.7%）、「祖母」5名（13.9%）、「兄弟」3名（8.3%）であった。また、近所の人との交流については、「遊ぶ」2名（5.6%）に対して「遊ばない」34名（94.4%）の回答がみられた。満足度の調査では、「満足している」20名（55.6%）、「困っている」8名（22.2%）、「楽しそうにしている」21名（58.3%）、「つまらなそうにしている」6名（16.7%）の回答を得た。困っている内容については、「預かってくれるところがいっぱい」、「遊ぶ場所が限られている」、「過ごす場所が少ない」など意見が聞かれている。

4. 余暇支援のニーズ

平日に希望する場所については、「福祉施設」24名（66.7%）、「自宅」13名（36.1%）、「学校」5名（13.9%）に対し、休日に希望する場所については、「福祉施設」

10名(27.8%),「自宅」30名(83.3%)であった。

平日に希望する一緒に過ごす相手については、「家族」24名(66.7%),「ガイドヘルパー・ボランティア」12名(33.3%)

休日に希望する一緒に過ごす相手については、「家族」33名(91.7%),「ガイドヘルパー・ボランティア」8名(22.2%)その他多くの回答が得られた。

平日に希望する活動内容については、「娯楽施設」6名(16.7%),「放課後活動」6名(16.7%),「習い事」4名(11.1%)であった。

休日に希望する活動内容については、「娯楽施設」12名(33.3%),「放課後活動」7名(19.4%),「スポーツ活動」5名(13.9%)であった。

平日・休日に希望する集団規模については、「2～4人」8名(22.2%),「3～6名」7名(19.4%),「5～10人」2名(5.6%)の割合であった。

平日に希望する支援・援助内容については、「送迎」26名(72.2%),「安心して参加できる場所」19名(52.8%)であった。

休日に希望する支援・内容については、「安心して参加できる場所」23名(63.9%),「送迎」19名(52.8%)であった。

5. 新型コロナウイルスに関する質問

新型コロナウイルスに関する質問では、新型コロナウイルスの影響で外出する機会について「減った」が27名(75%),「減っていない」が9名(25%)であった。

外出する機会が減った方の中で、子どもに「体力の低下」が8名(22.2%),「興味・活動の偏り」が3名(8.3%)などの変化があったとの回答がみられた。

新型コロナウイルスの状況下で望むようになった支援については、「対面でのリハビリテーション」が11名(30.6%),「オンラインを用いた相談・助言」が5名(13.9%)であった。子どもが感染予防の理解の程度については、「理解している」が13名(36.1%),「理解していない」が23名(63.9%)の割合だった。

考 察

今回、障がい児・者と保護者の外出活動や余暇活動に対する保護者の「支援ニーズ」に着目し、障がい児・者の外出活動や余暇の現状、保護者の困りごとを明らかに

することを目的にアンケート調査を行った。

余暇の現状に関しては、障がい児・者の趣味活動の内容が「DVD・ビデオ鑑賞」「音楽鑑賞」などで家で余暇を過ごすことが多く、平日や休日の余暇活動は、同年代の方々や地域の方々との交流場面が減少している傾向にある。家族以外との交流が少なくなると社会参加が制約されやすく、社会適応能力が低下してしまうのではないかと考えられる。

余暇支援のニーズに関しては、障がい児・者の余暇活動を行う際、保護者だけでは負担量は増大するが、高知県では、必要な時に利用できる施設が少ない現状がある。熊本県では、小児慢性特定疾患児童は同年代の人との交流が乏しくなっているため、小児慢性特定疾患児童を対象に様々な職業に触れ夢を持ってほしいという思いから「職業体験プログラム」を実施しており、児童本人が実際にその職業に就いている人と出会い、仕事について知り、体験することで、同年代や大人の人との相互交流が図れ、将来への可能性、希望を育むことができると報告されている¹²⁾。そのため、高知県でも家族以外との交流が少なくなっている障がい児・者に対して相互交流を行える場を作っていく必要があるのではないかと考える。「職業体験プログラム」のように同じ活動を通して友人や家族以外の方との交流の場が増えていくと孤立せずに社会参加を促すことができ、保護者の負担量も軽減するのではないかと推察する。

結 論

今回、「障がい児・者と保護者の方は、外出活動におけるストレス度合いが高く外出活動に対して支援を必要としている」と仮説を立てアンケートを行った。結果、障がい児・者は家族以外との交流の場が少なくなっている傾向になった。また、必要な時に利用できる施設が少ない現状があるとの結果になった。そのため、今後は家族以外との交流の場を増やすことで社会参加を促すことが可能になるのではないかと推察する。

謝 辞

今回の研究を実施するにあたり研究に御協力頂いた保護者様、訪問看護ステーションの施設長様並びに作業療法士様に心より感謝申し上げます。

文 献

- 1) 森山千賀子, 土居晶子: 日本の高齢者における余暇活動の現状と課題-QOLの向上に効果的な余暇活動とは-. 白梅学園大学・短期大学紀要, 45, 49-67, 2009.
- 2) 横山恵理, 辛島千恵子: 発達障害児と家族の外出に関する質問紙の開発に向けて. 作業療法, 第37巻, 第4号, 410-420, 2018.
- 3) 伊藤信寿: 発達障害児に対する感覚統合を基盤とした余暇支援の試み. リハビリテーション科学ジャーナル, 第12号, 79-90, 2017.
- 4) 剣持明日香, 辛島千恵子: 運動機能障害がある子どもの母親の外出に関する調査. 第37巻, 第1号, 39-47, 2018.
- 5) 柳澤亜希子: 自閉スペクトラム障害児・者の家族が抱える問題と支援の方向性. 特殊教育学研究, 第50巻, 第4号, 403-411, 2012.
- 6) 竹内靖子, 石田易司, 野口和行, 他: キャンプの魅力・課題環境づくり-主に発達障がい児キャンプに注目して. 桃山学院大学総合研究所紀要, 第46巻, 第1号, 19-36, 2020.
- 7) 武蔵博文, 水内豊和: 知的障害者の地域参加と余暇活用に関する調査研究. 人間発達科学部紀要, 3(2), 55-61, 2009.
- 8) 細谷一博: 知的障害児・者の居住形態からみた余暇活動の実態と余暇活動支援機関の機能-青少年の休日を楽しむ会の実践を通して-. 発達障害支援システム学研究, 第7巻, 第1号, 2008.
- 9) 厚生労働省障害者総合福祉推進事業: 障害者の社会参加活動の支援に関する調査について. 2011.
- 10) 村田絵美, 山本知加, 加藤久美, 他: 発達障害児の養育者が求める支援~堺市質問紙調査より~. 小児保健研究, 第69巻, 第3号, 402-414, 2010.
- 11) 鈴木洗平, 細谷一博: 知的障害児・者の余暇支援における保護者のニーズ. 北海道教育大学紀要, 第66巻, 第2号, 77-88, 2016.
- 12) 厚生労働省政策統括官付政策評価官室: 医療的ケアが必要な子どもと家族が、安心して心地よく暮らすために-医療的ケア児と家族を支えるサービスの取組紹介.
https://www.mhlw.go.jp/iken/after-service-20181219/dl/after-service-20181219_houkoku.pdf
 (参照 2023年3月25日).

片麻痺患者に対するトイレ動作練習

立位での下衣操作を含めた段階的難易度設定の導入

公文 康輔*¹ 杉本 憲翼*¹ 中山 智晴*¹ 有光 一樹*² 山崎 裕司*²

要 旨：トイレでの下衣操作が困難な片麻痺症例 3 名に対して、立位保持と下衣操作を含めた段階的難易度設定によるトイレ動作練習を実施し、その効果について検討した。対象は、トイレでの下衣操作が困難な 3 名とし、立位保持 4 段階に下衣操作 4 段階を含めた 16 段階に設定し介入を行った。結果、4～7 日と早期に下衣操作を獲得することできた。立位保持と下衣操作を含めた段階的難易度設定の導入は、課題を細分化することで明確な指標となり、成功や上達を認識するうえで有効であったと考えられる。

高知県作業療法 2：75-78, 2023

Key Words：片麻痺, ADL 訓練, 動作学習

はじめに

排尿、排泄などの欲求は、「食欲」「睡眠欲」などと並ぶ生理的欲求であり、排泄行為をトイレで行うことは身体的側面、心理的側面、社会的側面においても重要である。また、トイレ動作獲得は本人、家族の希望が高い動作であり、岡本ら¹⁾は排泄行為に関わる動作が自宅復帰に関連していると述べていることから、早期に獲得すべき Activities of Daily Living (以下、ADL) である。トイレ動作は便器までの移動、移乗、下衣操作、後始末など工程の多い動作である。その中でも坂田ら²⁾は、片麻痺患者がトイレ動作を行う中で最も難易度が高い動作は下衣操作の引き上げであると述べている。先行研究では、片麻痺患者を対象とした立位保持練習で、段階的な

難易度設定による介入の有効性が明らかになっているが、静的な立位保持練習による介入報告が多く、実際の ADL 動作中における動的な立位保持練習について報告が少ない³⁻⁵⁾。本研究では、立位保持練習に下衣操作を含めた段階的難易度設定による介入を行いその効果について検討した。なお、本研究はヘルシンキ宣言に則り、当院倫理委員会の承認を得て実施した(第 R-3-7 号)。研究の趣旨を本人と家族に十分説明し同意を得ている。

対 象

今回、当院に X 年 Y 月～Z 月に入院した片麻痺患者 3 例を対象とした。

症例 1 は 70 歳代女性、左視床出血で A 病院へ救急搬送、16 病日に当院入院となる。介入前評価(29 病日)は、右側 Brunnstrom recovery stage (以下、BRS) は上肢・手指 II、下肢 III レベル、改訂長谷川式簡易知能評価スケール(以下、HDS-R) は 18/30 点、Functional Independence Measure (以下、FIM) は 45/126 点でありトイレ動作項目は 3 点であった。リハビリテーション

*¹ 須崎くろしお病院リハビリテーション部

*² 高知リハビリテーション専門職大学

責任著者：公文康輔

(e-mail: kousuke0914.1029@gmail.com)

1. 縦手すり + 足型 + 背部・片側に壁
2. 縦手すり + 足型 + 片側に壁
3. 縦手すり + 足型
4. 実際のトイレ

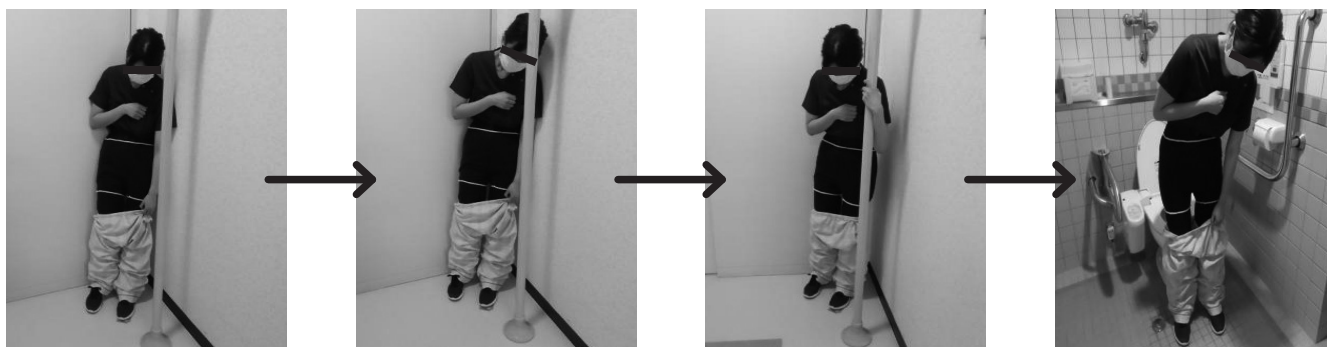


図1 立位保持の段階設定

1. 健側大腿中央部
2. 患側大腿中央部
3. 健側腸骨稜
4. 患側腸骨稜

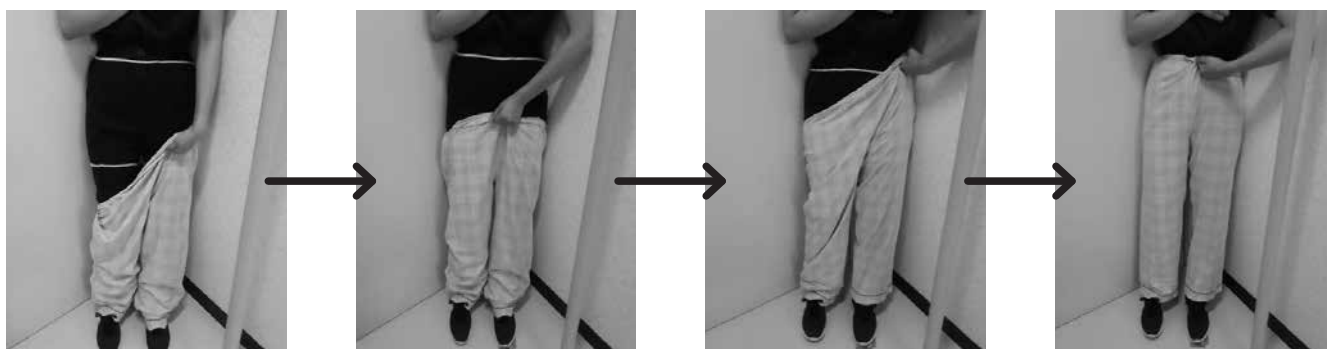


図2 下衣操作の段階設定

開始から14日間、立位保持は左側支持物を把持すれば可能であったが、手支持なしの立位保持は困難であった。

症例2は90歳代女性、右大腿骨頸部骨折で当院入院、5病日にBipolar Hip Arthroplasty施行された。既往に脳梗塞（右片麻痺）を呈しており、介入前評価（21病日）のBRSは右上肢・手指Ⅲ、下肢Ⅳレベル、Manual Muscle Testing（以下MMT）は左下肢4レベル、HDS-Rは17/30点、FIMは58/126点でありトイレ動作項目は1点であった。リハビリテーション開始から16日間、立位保持は左側支持物を把持しても困難でトイレ動作には二人介助を要していた。

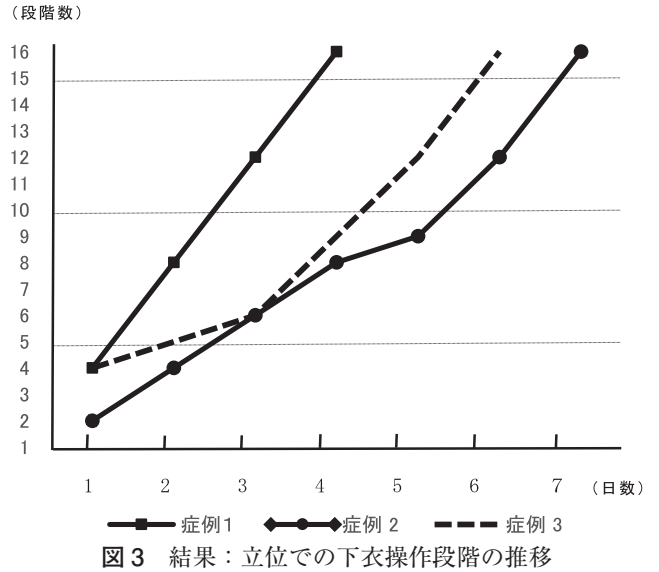
症例3は80歳代女性、恥骨骨折で入院。既往に脳梗塞（左片麻痺）を呈しており、介入前評価（35病日）のBRSは左上肢・手指Ⅰ・下肢Ⅱレベル、MMTは右下肢4レベル、HDS-Rは25/30点、FIMは71/126点でありトイレ動作項目は3点であった。リハビリテーション開始から34日間、立位保持は右側支持物を把持すれば可能であったが、手支持なしの立位保持は困難であった。3症例ともに病前生活のトイレ動作は自立であった。

方法

今回、達成可能な目標を設定することにより、練習に成功や上達を随伴させる段階的難易度設定の技法を用いて介入を行った⁶⁾。4段階の立位保持練習（図1）と、4段階の下衣操作（図2）を組み合わせ、16段階の難易度設定を行った（表1）。立位保持の段階1は、片側縦手すり支持＋足型に合わせる＋背部と片側の壁に寄りかかる。段階2は、片側縦手すり支持＋足型に合わせる＋片側の壁に寄りかかる。段階3は片側縦手すり支持＋足型に合わせる。段階4は実際のトイレで練習を行った。介助なしで行えるようになれば次の段階へ移行した。下衣操作の段階1は健側大腿中央部に装着したマーカーまで引き上げる、段階2は患側大腿中央部、段階3は健側腸骨稜、段階4は患側腸骨稜まで引き上げることと設定した。段階12までは訓練室で実施、段階13からは病棟のトイレで実施した。課題に成功した場合は即時的に称賛した。具体的には、「昨日は太ももまでしか上がりませんでした、今日は腰までズボンを上げれ

表1 立体での下衣操作を含めた段階設定

易
①立位1 (手すり+背面・片側壁+足型) - 下衣1 (健側大腿中央)
②立位1 (:) - 下衣2 (患側大腿中央)
③立位1 (:) - 下衣3 (健側腸骨稜)
④立位1 (:) - 下衣4 (患側腸骨稜)
⑤立位2 (手すり+片側壁+足型) - 下衣1 (健側大腿中央)
⑥立位2 (:) - 下衣2 (患側大腿中央)
⑦立位2 (:) - 下衣3 (健側腸骨稜)
⑧立位2 (:) - 下衣4 (患側腸骨稜)
⑨立位3 (手すり+足型) - 下衣1 (健側大腿中央)
⑩立位3 (:) - 下衣2 (患側大腿中央)
⑪立位3 (:) - 下衣3 (健側腸骨稜)
⑫立位3 (:) - 下衣4 (患側腸骨稜)
⑬立位4 (トイレ) - 下衣1 (健側大腿中央)
⑭立位4 (:) - 下衣2 (患側大腿中央)
⑮立位4 (:) - 下衣3 (健側腸骨稜)
⑯立位4 (:) - 下衣4 (患側腸骨稜)
難



ましたね。少しずつできていますね」などと声をかけた。

結果

症例1は4日、症例2は7日、症例3は6日と早期にトイレの立位下衣操作が可能となった(図3)。症例1はFIMのトイレ動作項目が3点から5点の見守りレベルへ改善、更衣の下半身が1点から3点、トイレ移乗は2点から3点へ改善した。症例2はトイレ動作項目が2点から5点、更衣の下半身が1点から3点、トイレ移乗が1点から3点へと改善した。症例3はトイレ動作項目が2点から5点、更衣の下半身が1点から4点、トイレ移乗が4点から5点へと改善した。その他において、3症例において明らかな身体機能、精神機能の改善は認めなかった。

考察

本研究では、片麻痺患者3例に対して立位保持に下衣操作を含めた段階的難易度設定による介入を行い、その効果について検討した。

一本柳ら⁷⁾は、41歳から81歳の片麻痺患者5例(下肢BRSⅢレベル)に対し、段階的難易度設定の技法による立位保持練習と下衣操作練習を行い、6から10日下衣操作を獲得したことを報告している。今回も同様

の結果を示しており、段階的難易度設定の技法は効果的なものと考えられた。今回は認知症を有したものや下肢BRSⅡレベルの症例も改善に至っている点から、重症度の高い症例においても今回のトイレ動作練習は有効に機能する可能性がある。

また、段階的難易度設定の技法によるトイレ動作の改善について、松井ら⁸⁾は、片麻痺者に対する静的立位保持練習で支持基底面の広さ、支持基底面の高さの難易度を低減することで立位姿勢は安定すると述べている。今回も、立位保持で背部と片側の壁に身体を接触するように設定したことで支持基底面を広く保つことができ、安定した立位保持が介入初日から可能となった。さらに、下衣操作についても課題を細分化し、達成可能な目標に設定した。3症例は、16段階を4日から7日で達成することができた。また、特定の段階で滞ることがなかった。以上のことから、今回の介入は症例にとって成功体験の得られやすい環境を整備できたものと考えられた。

今後の展望

今回は症例が3例であり、今回の結果を一般化することはできない。今後は多くの対象者に今回のトイレ動作練習を適応し、効果的なプログラムを構築していきたい。

謝辞

今回の報告でご協力いただいた対象者様をはじめ、

ご指導賜りました皆様に心より感謝申し上げます。

利益相反：開示すべき利益相反はない。

文 献

- 1) 岡本伸弘, 増見 伸, 他: 回復期リハビリテーション病院における FIM を用いた自宅復帰因子の検討. 理学療法学 27: 103-107, 2012.
- 2) 坂田祥子, 他: 脳卒中片麻痺患者のトイレ動作に関連する動作の難易度. 総合リハビリテーション 43(3): 233-240, 2015.
- 3) 松井 剛, 山崎裕司, 加藤宗規: Pusher 現象を呈した重傷片麻痺患者に対する段階的難易度設定による座位・立位練習. 高知リハビリテーション学院紀要 17, 1-7, 2016.
- 4) 川口沙織, 丸山仁司, 他: 急性 Pusher 症状に対する段階的難易度設定を用いた立位練習の検討. 理学療法学 33(2), 307-312, 2018.
- 5) 宇佐美太一, 富田 駿, 他: 全失語を呈した片麻痺患者に対する立位保持練習 - 垂直棒と壁面を用いた段階的難易度調整 -. 高知リハビリテーション学院紀要 19(1), 41-44, 2017.
- 6) 山崎裕司, 他 (編): リハビリテーション効果を最大限に引き出すコツ, 第 3 版. P98, 三輪書店. 2019.
- 7) 一本柳千春, 荒井沙織, 加藤宗規, 山崎裕司: 高次脳機能障害を伴う片麻痺者に対するトイレ下衣操作練習 - 応用行動分析学的介入の効果 -. 高知リハビリテーション専門職大学紀要 2, 13-18, 2020.
- 8) 松井 剛, 上村朋美, 山崎裕司: すぐに使える介入パッケージ - 重症片麻痺者に対する立位保持練習 -. 行動リハビリテーション 10, 24-25, 2021.

住民主体！持続したフレイル予防実現に向けて！

—高知県仁淀川町ハツラッツの魅力—

金久 雅史*¹ 有光 一樹*² 杉本 徹*³ 桂 雅俊*⁴ 岡野 真也*⁵

要 旨：医療・福祉の専門職が関与して提供される通所型サービスCは、卒業後早期に再びフレイルに陥る課題が散見される。高知県仁淀川町では通所型サービスCの手法を“住民主体”で実践する新たな試み“ハツラッツ”が展開されており、卒業生のモニタリング調査を実施した結果、卒業後も体力が維持され、持続してフレイルを予防していることが明らかとなった。ハツラッツは、支援対象者が卒業後には支援者に回るという好循環を生み出しており、持続したフレイル予防のためには、“住民同士・住民主体”の活動を展開していくことが重要である。

高知県作業療法 2：79-82, 2023

Key Words：フレイル，社会参加，地域活動

はじめに

高知県では、介護予防・日常生活支援総合事業（以下、総合事業）における通所型サービスC（以下、C型）を導入している自治体が複数存在する。C型は3ヶ月を期限とした短期集中型のサービスであり、生活機能の改善を目的としたプログラムが作業療法士（以下OT）を含む保健・医療の専門職の関与により提供される。全国各地でも展開されているC型では、サービス利用期間中の身体的な改善は認めるものの、セルフマネジメントの定着が不十分な場合には、卒業後早期に再びフレ

イル状態に陥るケースも少なくない。高知県内のC型においても、卒業後6ヶ月後のモニタリング調査を実施した結果、卒業時よりも体力測定結果が低下していたとの報告¹⁾もあり、卒業後の課題となっている。

一方、高齢化率57.3%²⁾と全国的にも高齢化先進町である高知県仁淀川町では、人口減少や高齢化が進む中、いつまでも住み慣れた我が町で暮らしたいとの地域住民の想いから、C型の手法を“住民主体”で実践する“ハツラッツ”が開始された。このハツラッツを試験的に実施する中で、高知県作業療法士会は、その体制整備や生活機能のアセスメントにおける助言や支援などの依頼を受け、OT4名体制で参画した。

今回、ハツラッツ卒業生に対してモニタリング調査を行った結果、“住民主体”のハツラッツは支援対象者が支援者に回るという好循環により、卒業後の体力維持やフレイル予防に大きく貢献している知見を得たため、考察を加えてハツラッツの魅力について報告する。なお、本報告は同町および該当住民に報告の趣旨を説明し同意を得ている。

*1 高知リハビリテーション学院

*2 高知リハビリテーション専門職大学

*3 リハビリテーション病院すこやかな杜

*4 土佐リハビリテーションカレッジ

*5 須崎くろしお病院

責任著者：金久雅史（e-mail：kanehisa@kochireha.ac.jp）



A：全身ストレッチ



B：楽々3点セット実践



C：体力測定

図1 ハツラッツ実践の様子

仁淀川町の「ハツラッツ」とは

仁淀川町は2019年3月より、東京大学高齢社会総合研究機構が開発したフレイルチェックを中心としたフレイル予防活動を開始した。フレイルチェックとは、養成研修を受講した高齢住民であるフレイルサポーターが、同じ高齢住民のフレイルへの気づきや自分事化を促すために、栄養・身体活動・社会参加の状況を包括的にチェックするものである³⁾。フレイルサポーターの住民らは、フレイルチェックを繰り返す中で、フレイル状態の住民が多く存在していることを目の当たりにした。同じ町に暮らす者として、何とかしてもう一度元気を取り戻してほしいとの思いが強まっていく。一方で、他市町が導入しているC型は、仁淀川町では委託先が無いことや、専門職などのマンパワー不足により、その導入は現実的に困難であった。フレイルに陥った高齢者は、総合事業におけるデイサービスを利用する傾向が強く、そのまま重度化し、介護給付によるサービスへと移行していくということがパターン化している状況であった。

そこで、住民らは2021年1月に高知県黒潮町が導入しているC型を見学し、その見学を皮切りに専門職らと幾度の勉強会・研修会を重ね、2021年5月から短期集中総合プログラム「ハツラッツ」の第1クールを試験的に開始させるに至った。ハツラッツの名称は、こまめに動く“ネズミ（ラット）”をマスコットとし、“元気、ハツラッツ”の明るいイメージを連想させる言葉を組み合わせたもので、地域住民らによって命名されたものである。C型見学からわずか数ヶ月でハツラッツ開始に至った背景には、人口減少や高齢化、フレイルの拡がりや“待ったなし”の危機的な状況において、住み慣れた我が町を何とかせねば、何とかしたいという住民らの熱意

によるものに他ならないと強く感じる。ハツラッツでは支援対象者を「鯉さん」、支援者を「お支えさん」と呼ぶ。「鯉さん」はハツラッツ1期生がみんなで元気になるために、自分たちを“まな板の鯉”にして試験材料にしてくださいとの思いから生まれた通称である。2023年3月時点で第9・第10クールが鯉さん・お支えさんによって活気あふれる雰囲気の中で実践中である。

ハツラッツの実践内容

ハツラッツは、週2回半日型で3ヶ月間を1クールとして実施している。その主な流れは、まず、来所時に鯉さん自身でバイタルを計測し、その後全員で全身ストレッチ、下肢筋力向上トレーニング、整理体操を実施している。また、週に1度は体力測定と、OTや歯科衛生士らによるフレイル予防に資する講話が実施される。下肢筋力向上トレーニングには、下肢機能訓練機器楽々3点セット（株式会社Lively製）を用い、徐々に負荷量を増加させ下肢筋力の向上を図っている。体力測定は5m歩行、Time Up and Go（以下：TUG）テスト、Chair Standing test 30（以下：CS-30）、開眼片脚立位、握力、体組成計などの測定を、お支えさんが中心になって実施する。ハツラッツの様子を図1に示す。また、鯉さんの生活状況を勘案し、必要性に応じてOTがご自宅訪問を行い、生活課題をアセスメントして助言を行う。さらに、カンファレンスも開催し、時には鯉さん本人が参加して住民・行政らと活発な意見交換や課題提起、具体的な対策の検討を行う。

ハツラッツの鯉さんは、養成研修を受講したフレイルサポーターの中から、握力や滑舌の低下、片足立ち上りが困難など、フレイルの徴候が認められる者が選出

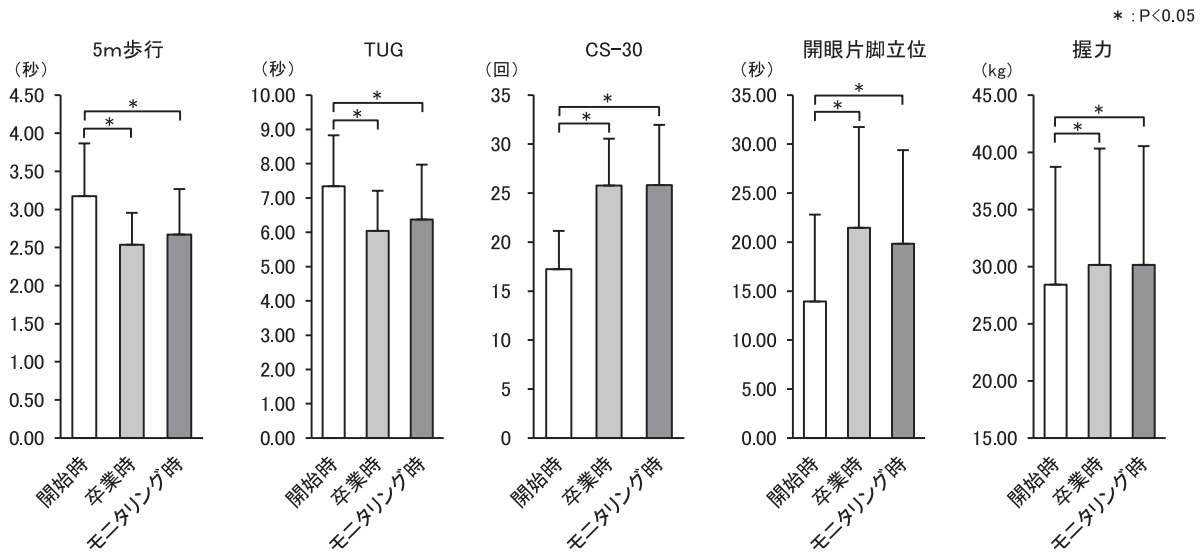


図2 体力測定の結果

される。ハツラッツをいざ実践する前に養成研修を受講することで、フレイルの概念を学び、フレイルを自分事化することの重要性を学習し、ハツラッツに臨む前の心構えが形成される。また、ハツラッツは住民主体の活動であり、OTは決してそれを牽引するわけではない。ハツラッツに参加する鯉さん・お支えさんは、専門職を同じ老いを学ぶ仲間として温かく迎え入れてくれる。会場では普段の何気ない日常会話や前向きな励ましの声が飛び交い、いつも楽しく優しい雰囲気になることが特徴的である。

対象と方法

2023年3月時点でのハツラッツ卒業生は延べ36名であった。本報告では、卒業後も体力が維持されているか検証するため、卒業後6ヶ月以上経過した者を対象とすることとした。2021年5月～2022年10月までの期間において、ハツラッツを経験した第1期～第6期生の卒業生25名の内、モニタリング調査に協力の得られた22名(男性11名、女性11名)を対象とした。平均年齢は78.55 ± 6.49歳、卒業後の平均月数は11.14 ± 4.52ヶ月であった。

モニタリング調査は、2023年2月・3月の期間において、5m歩行、TUG、CS-30、開眼片脚立位、握力測定を実施した。各項目は先述の通り、卒業生がハツラッツに鯉さんとして参加していた時期にも測定しており、

ハツラッツの開始時・卒業時およびモニタリング時の測定結果について、Tukey-Kramer検定を用いて比較した。有意水準は5%未満とした。

結果

体力測定の結果をハツラッツの開始時・卒業時・モニタリング時の順に示す。

5m歩行は3.18 ± 0.69秒・2.54 ± 0.42秒・2.67 ± 0.60秒であった。TUGは7.35 ± 1.48秒・6.04 ± 1.17秒・6.37 ± 1.60秒であった。CS-30は17.23 ± 3.91回・25.77 ± 4.78回・25.82 ± 10.08回であった。開眼片脚立位は13.93 ± 8.87秒・21.46 ± 10.28秒・19.83 ± 9.55秒であった。握力は28.42 ± 10.30kg・30.15 ± 10.18kg・30.15 ± 10.39kgであった。

すべての測定項目において開始時と卒業時、開始時とモニタリング時の間において有意な向上(P < 0.05)を認めた(図2)。

考察

ハツラッツ卒業生のモニタリング調査を実施した結果、注目すべきは卒業後6ヶ月以上が経過しても、その効果が有意に維持されていた点である。また、卒業後1年以上経過していても、卒業時よりも結果が向上した者も複数名認められた。住民主体で実施されるハツラッツでは、



A：着席しているのはバイタルチェック中の6期生の鯉さん，その周りから2～4期生の卒業生たちがサポートしている
 B：楽々3点セットを実践する鯉さんと温かく励ます卒業生
 C：不慣れで分からないことがあっても，そっと優しくサポートするお支えさんたち

図3 鯉さんからお支えさんへの好循環

鯉さんが卒業後にお支えさんとして継続して参加されることも少なくない。フレイルからの脱却を自ら経験した鯉さんが，その経験を活かし新たにお支えさんとしての役割を担う（図3）。

フレイル予防には，栄養・身体活動・社会参加の3本柱が重要である。中でも人とのつながりなど社会参加の低下がフレイルの入り口になりやすい⁴⁾。例えば，人と会う機会が少なくなると，日常的な会話量が減少し，口腔機能の低下を引き起こす。それが栄養状態の悪化を招き，結果，サルコペニアを生じる流れへと傾き，生活機能の低下へと繋がっていく。生活機能の低下は，遑ると社会参加に起因するケースも少なくない。今回，卒業生がお支えさんとして参加し，自身の社会参加に寄与したことが，測定結果にも反映されたことが推察される。

また，卒業後ハツラッツに稀にしか参加していないが，結果が維持・向上した者も複数名確認された。ハツラッツでの住民同士のつながりが，社会性やセルフマネジメント力を高め，行動変容が促進される。結果，定期的なフレイルチェックへの参加のみならず，それぞれの住み慣れた地区で，ポールウォーキングやヨガ教室など，継続した運動習慣に繋がる新たなフレイル予防活動を展開し，社会参加が形成されている。

専門職がフレイル状態にある個々人に対して関与するC型はハイリスクアプローチに相当すると考えられ，高齢人口の急増が予測されている状況の中，ハイリスクアプローチ中心の対応ではいずれ限界が来ることが予測される⁴⁾。地域住民の集団に対して働きかけるポピュレーションアプローチを展開していくことが重要であり，ハツラッツの取り組みは展開を広げていくための新たな手法となる可能性を秘めている。住民同士で支え合う

ハツラッツは，鯉さんからお支えさんへと，社会参加の好循環を生み出している。持続したフレイル予防のポピュレーションアプローチを展開していくためには，この“住民同士で，住民主体で”活動を展開していくことが非常に重要であると考えられる。鯉さん・お支えさんの懸命に前に進むとする後ろ姿には，日本が抱える少子高齢化の危機的な状況において，フレイル予防推進に向けた希望が秘められていると強く感じる。

文 献

- 1) 一般社団法人日本作業療法士協会：日本作業療法学会抄録集 2022。
https://jaot.mas-sys.com/JOTC56_Abstract/pdf/enda100805.pdf（参照 2023 年 3 月 18 日）
- 2) 高知県統計分析課：統計高知。
<https://www.pref.kochi.lg.jp/soshiki/1291901/files/2014022100783/r0502.pdf>（参照 2023 年 3 月 18 日）
- 3) 高知県：フレイルサポーター養成テキスト。飯島勝也（監修），東京大学高齢社会総合研究機構。
- 4) フレイル予防啓発に関する有識者委員会：フレイル予防のポピュレーションアプローチに関する声明と提言。
https://www.ihep.jp/wp-content/uploads/2023/02/%E3%83%95%E3%83%AC%E3%82%A4%E3%83%AB%E4%BA%88%E9%98%B2_%E5%A3%B0%E6%98%8E%E3%81%A8%E6%8F%90%E8%A8%80_06.pdf（参照 2023 年 3 月 18 日）

運動無視を呈した脳卒中症例が職場復帰に至るまで

～症例の志向性の変化に着目した介入報告～

豊田 拓磨*¹ 國友 晃*^{1*2} 沖田 かおる*¹ 沖田 学*^{1*2}

要 旨：上肢の運動無視では、両手動作が難しく生活に介助が必要となり病前の生活に復帰することが難しい。この運動無視に対して、確立した介入方法がないのが現状である。今回、症例は脳出血を呈し、両手動作時に麻痺側上肢の遅延や日常生活で麻痺側上肢の低使用を認めた。症例は麻痺側上肢を使用したときの遅延を認識するが「左手は生活で使わない」と発言し、自己の病態として捉えなかった。これらを運動無視の病態と解釈し、この症例に両手動作の認知運動課題を行うとともに、退院後の生活と復職に予測される困難な行為を助言した。結果、両手動作が改善し、症例の麻痺側上肢に対する志向性が変化し、両手を使用した生活を送り職場にも復帰できた。

高知県作業療法 2：83-88, 2023

Key Words：（運動無視）、両手動作、（認知運動課題）

はじめに

運動無視は「神経学的水準では説明の付かない日常生活場面での一側肢の低使用・不使用」を特徴とする動作・行為障害であり¹⁾²⁾、前頭葉、頭頂葉、視床の病変で生じることが報告されている³⁾。日常生活動作（ADL）の大半は両手の協働が必要であるため、運動無視が3年以上残存した症例は、両手動作時に麻痺側上肢を使用せず、ADLに介助や口頭指示が必要となる⁴⁾。両手動作は大きな箱を引っ張ったり押したりするような同時的な動作や、手洗いのような交互的な両手動作が存在する。また、裁縫、瓶を開ける、車の運転、楽器の演奏など、それぞれの手が区別された役割を果たす必要なタスクもある。このような両手動作には両手の制御が高度な機能特性を

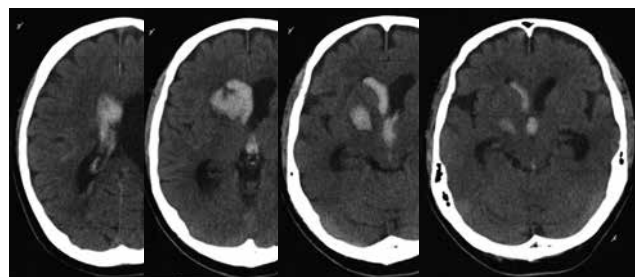


図1 発症直後のCT画像

持っている⁵⁾。

運動無視の代表的な症状について、①麻痺側上肢の不使用：両手動作（拍手、ビンのふたを開ける、ボタンのとめ外しなど）で目立って、麻痺側上肢の低使用および不使用である。②歩行時に麻痺側上肢を振らない。③異常歩行：麻痺側下肢が非麻痺側下肢に比べて振り出しが小さかったり遅れたりする。④麻痺側上下肢の異常な置き方：上下肢の不自然な肢位を放置し、体位を変える時にも置き去るように引きずる。⑤激励による改善：支援者が積極的に麻痺側上下肢を使うよう症例に激励

*¹ 医療法人 新松田会 愛宕病院 リハビリテーション部

*² 愛宕病院 脳神経センター

ニューロリハビリテーション部門

責任著者：豊田拓磨（e-mail：ot80toyoda0803@yahoo.co.jp）

表 1 初期評価と最終評価

	初期評価（発症後 12 病日）	最終評価（発症後 30 病日）
●認知・高次脳機能		
Mini-Mental State Examination (MMSE)	25/30 減点項目：遅延再生・計算	28/30 減点項目：遅延再生・計算
前頭葉機能検査 (FAB)	12/18 減点項目：概念化, 行動プログラム, 反応の選択, GO/NO-GO	17/18 減点項目：概念化
Trail Making Test 日本語版 (TMT-J)	A : 69 秒 鉛筆離し : 1 回 B : 73 秒 鉛筆離し : 5 回	A : 38 秒 鉛筆離し : 0 回 B : 56 秒 鉛筆離し : 2 回
標準言語性対連合学習検査 (S-PA)	有意味 : 6-10-10 無意味 : 0-1-2	有意味 : 9-10-10 無意味 : 1-1-3
仮名拾いテスト	part I 達成度 : 1/37 達成率 : 2.7% part II 達成度 : 5/37 達成率 : 13.5% 物語×	part I 達成度 : 43/50 達成率 : 86% part II 達成度 : 48/56 達成率 : 85.7% 物語○
●身体機能		
簡易上肢機能検査 (STEF)	右 97 左 81	右 99 左 93

すれば、正常または正常に近い動作が確認できることが報告されている⁶⁾。つまり、両手動作を必要とする ADL では、運動無視症状があると上肢の能力を十分に利用できないが意識的に促すと利用できる。このため、運動無視では在宅生活に見守りや介助が必要となる可能性が高くなることが推察される。

運動無視に対するリハビリテーションの有効性は示されていないが、Constraint Induced Movement Therapy と両手協調動作練習の有効性が着目されている⁷⁾。これらが共通する部分は麻痺側上肢の反復運動である。麻痺側上肢を反復的に運動することで運動無視の症状が改善したことが報告されている⁴⁾。今回、脳出血を呈した症例は両手動作で麻痺側上肢の遅延を認めた。その際に、セラピスト (Th) が麻痺側上肢の遅延に対してフィードバック (FB) すると、症例は「利き手ではないから生活では使わない」や「すぐにでも家に帰って、仕事に復帰できる」と発言した。この発言から症例は麻痺側上肢が遅延して上肢行為において行いにくさの原因になっていることに気づいていなかった。脳卒中患者は上肢の運動麻痺が軽度であっても ADL の上肢の使用頻度が低下する。この要因の一つに、周囲や自身の問題点を含めた行動に対して俯瞰視が不能となる自己認識障害⁸⁾ や神経学的な障害に対する自覚 (気づき) の欠如⁹⁾ があると報告されている。症例は自己の病態に対して気づきが乏しく、自己の能力を過大評価している発言であった。しかし、症例は作業療法を実践していく中で自己の病態を捉え、自宅生活や復職について考えることができてきた。この

ような思考の変化とともに生活での麻痺側上肢の低使用が改善し、病前の職場に復職できたため以下に報告する。

症例紹介

症例は自宅で倒れているところを発見され、A 病院に救急搬送された 50 歳台の独居生活の男性である。

画像所見から脳室内穿破を伴った右の尾状核から視床の脳出血を認めた (図 1)。病前は鉄工所の営業職であった。主な業務内容は会社から顧客の場所まで自動車を運転し、営業することであった。その他の業務内容は簡単なパソコン (PC) 操作で事務処理を行っていた。

なお、対象者本人から本報告に関して書面にて説明し同意を得た。また、個人情報保護の観点から匿名性に十分な配慮を行った。本投稿について、当院の所属長から承認を得た。

発症から 12 病日を経過した時点の作業療法評価として、認知面および高次脳機能面は Mini-Mental State Examination (MMSE) が 25/30 点であった。前頭葉機能検査 (FAB) が 12/18 であった。レーヴン色彩マトリックス検査が総計 29/36 であった。標準言語性対連合学習検査 (S-PA) は、有意味が 6-10-10、無意味が 0-1-2 であった。Trail Making Test 日本語版 (TMT-J) は、A が 69 秒で、B が 73 秒であった。仮名拾いテストは part I の達成率が 2.7%、part II の達成率が 13.5% で物語は概要が想起でき、登場人物が Th のヒント後に想起できた。BIT 行動無視検査が通常検査で 142/146、行

表2 生活における上肢の使用頻度

	初期評価				最終評価			
	ベッド上の水平移動	手洗い	トイレの下衣操作	食事	ベッド上の水平移動	手洗い	トイレの下衣操作	食事
右手	○	○	○	○	○	○	○	○
左手	×	△	△	△	○	○	○	○

○：使用 △：低使用 ×：不使用

動検査で75/81であった。これらの評価から、注意機能は注意を適切に選択しながら持続できたが、注意を配分することが困難であった。記憶機能は関連付けて記録および想起することは可能だが、関連付けがない場合は記録することが難しかった。しかし、反復することで記録および想起ができた。

身体機能面は左側のBrunnstrom Recovery Stageが上肢VI、手指VI、下肢Vであった。Fugl-Meyer Assessmentの上肢項目が66/66であった。簡易上肢機能検査(STEF)が右97、左が81で、左上肢は巧緻性が要求される項目において減点を認めた。感覚機能面は表在・深部ともに問題なかった(表1)。

ADL場面で麻痺側上肢の使用を観察評価した(表2)。麻痺側上肢が非麻痺側上肢よりも1/4の使用頻度の場合に低使用とした。食事は自立だが、麻痺側上肢でお碗を持たずに食事していた。移動は歩行器を使用して見守りで移動し、非麻痺側下肢に比べて麻痺側下肢の歩幅や立脚期が短縮する異常歩行を認めた。トイレ動作は見守りで、立位保持は麻痺側下肢優位で支持し、下衣操作は麻痺側上肢の低使用により時間がかかった。症例がベッド臥床して頭部側に水平移動する際に、麻痺側上下肢を使用せずに移動した。また、手洗いで非麻痺手が麻痺手を洗う動きがみられるなどの両手動作に麻痺手の遅延や低使用を認めた。その際に、麻痺手を意識して使用するよう、Thが声かけすると麻痺手の遅延や低使用が改善した。しかし、その改善した動作がADLに汎化されなかった。症例は麻痺手が非麻痺手と比べて動きが遅いことを認識しているが「利き手ではないから左手は生活で使わない」と発言して、生活で麻痺側上肢を使う機会が少なかった。

病態解釈および予後予測

症例は評価や動作特性から両手動作時の麻痺側上肢の遅延やADLで麻痺側上肢の低使用がみられ、症例が

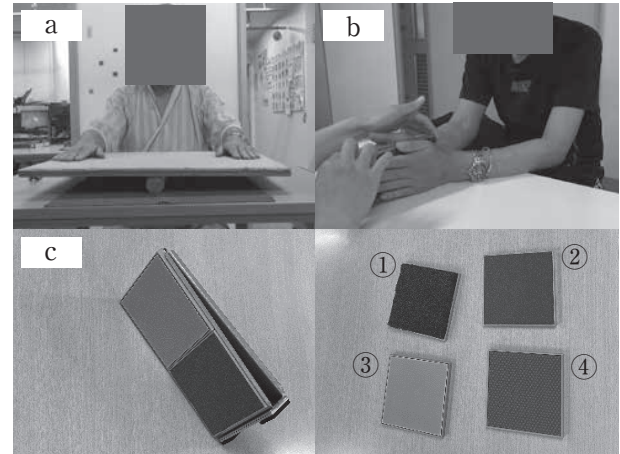


図2 介入方法①と②

- a：介入①（両手の位置関係を認識するために板を水平に保つ）
 b：介入②（両手の交互動作で両面の素材を認識する）
 c：介入②で使用する素材を両面にはりつける板とさまざまな素材（①柔らかい繊維のカーペット生地、②堅い繊維のカーペット生地、③ツルツルしたタイル生地、④ボコボコしたタイル生地）

麻痺側上肢を意識すると行為が改善した。これらのことから、運動無視の症状に相当した。また、症例はThが麻痺側上肢の遅延をFBすると、症例は認識するが「利き手ではないから左手は生活で使わない」と発言し自己の病態として捉えられなかった。それが影響して、行為の修正が困難であった。この発言から、退院後の生活ではADLで麻痺側上肢の不使用に繋がることが推察された。つまり、症例は運動無視の症状が出現し、ADLで両手動作が行えず非麻痺側上肢のみの動作であった。症例がそのことに気づいても、発言から今後の自宅生活(予後)について俯瞰視できなかった。この志向性が行為の修正を困難にしたと解釈した。

また、症例は注意の持続性や選択性が保たれており、Thの声かけで麻痺側上肢を意識して使用すると動作の遅延や低使用が改善した。つまり、症例は両手動作時に麻痺側上肢を意識することで使うことができるが、使わなかった。この症状を改善するには、麻痺側上肢を使用する機会を増やし、症例の志向性を変化させる必要がある

と解釈した。

作業療法介入における方針と方法

介入は入院から退院までと退院後に1ヶ月に1回の外来リハビリ（3回で修了）を実施した。

入院時の介入方針は両手動作時の麻痺手の遅延および低使用の改善を目的とした。介入方法として、①両手の位置関係の認識（図2a）：左右に傾斜する板に両上肢を接地して、症例は閉眼になりThの他動運動で両上肢の位置関係を認識する課題を実施した。その後、症例が両上肢の自動運動で水平位に保持する課題を実施した。②両手の素材識別（図2b）：様々な素材を板の両面（図2c）に設置して、症例は閉眼にて両手の交互動作で素材の識別を実施した。2つの課題でのFBとして、課題時のエラーのFBのみではなく、症例が自宅で行うADLや仕事で行うPC操作で推測されるエラーについてもFBするようにした。

外来リハビリの介入方針は自宅での生活リズムが安定することと職場復帰した時に起こる動作のエラーに対して、問題解決できる能力の向上を目的とした。介入方法として、①症例から自宅生活の状況を聴取した。②職場復帰に向けた再評価および症例自身で起こりそうなエラーを予測し、それを問題解決できるように症例と意見交換した。

介入経過

入院から自宅退院までの介入開始前期（発症後16病日から23病日まで）について、介入①ではまず両上肢の他動運動での位置関係の認識を実施した。介入開始時より水平の位置や傾きの方向について認識は良好であった。しかし、Thが麻痺側上肢に注意を誘導しなければ、症例は麻痺側上肢の力量調整が難しく、自動運動で水平位に保持できなかった。介入②では、まず素材の差異が大きいもの（ツルツルとボコボコのタイル生地）から識別を行い、差異が小さいもの（柔らかい繊維のカーペット生地と堅い繊維のカーペット生地）の識別へと段階付けした。介入開始時より麻痺側上肢のみの素材識別は誤認しなかったが、両手の素材識別では誤認した。また、症例はThが交互動作で行うように要求するが、認識しやすいように片方の手を動かし認識した後に、

もう片方の手で認識していた。症例はこれら①②の課題で左手に注意を向けると誤認が減った。そのときに「（左手は）利き手ではないから」と発言し、自己の病態に向き合おうとしなかった。

介入開始後期（発症後24病日から30病日まで）の介入①について、症例は自動運動で水平位に保持できるようになったため、重さの認識を行った後に自動運動で水平位に保持することを実施した。具体的な方法は、板の左右どちらかに500gか1kgのどちらかの重錘を置いて重さを認識することや、片方に500g、もう片方に1kgを置いて認識した。症例は重さを誤認し、水平位に保持できなかった。その際に、Thの声かけで症例が左手に注意を向けることで水平位に保持できた。介入②について、経過とともに両手の交互動作で素材の差異が大きいものや小さいものの識別ができた。また、板の片面に2つの素材を設置し、それを両面で行った。症例はその板を両手で素材識別した。経過とともに4つの素材を両手で識別できた。また、症例が「生活の中で左手を意識して使うようにしている」と発言し、症例の思考が変化した。また、退院前に症例の支援体制を整える目的で、Thが促して症例が県内の高次脳機能障害支援拠点センターに相談した。退院後のフォローは定期的に電話連絡で生活状況や職場の勤務状況を相談することとなった。

症例は発症後30病日に退院し、発症後60病日から通院にて外来リハビリが開始となった。外来リハビリは1ヶ月に1回のリハビリを合計3回実施した。リハビリ内容は独居生活の状況を確認することと職場での業務内容の確認を行った。症例は自宅生活で「左手を意識していない」と発言した。症例の手洗いは麻痺手を遅延することがなく、両手で行えた。また、PC操作を確認し、両手で操作できた。

結果

発症から30病日を経過した時点での評価として、認知・高次脳機能面はMMSEが28/30点であった。FABが17/18であった。S-PAが有意味で9-10-10、無意味で1-1-3であった。TMT-JはAが38秒で、Bが56秒であった。仮名拾いテストはpart Iの達成率が86%、part IIの達成率が85.7%で物語は概要や人物の想起ができた。これらの評価から注意機能および記憶機能の改善を認めた。

身体機能面はSTEFが右99、左が93で初期評価と比較して上肢操作が改善した(表1)。

ADL場面について、毎回の食事で麻痺側上肢を使用してお碗を持って食事することができた。移動は麻痺側下肢の遅れがなく独歩で自立した。トイレ動作は自立で、立位保持は両下肢に荷重ができ、下衣操作も両手で行えた。ベッド臥床での水平移動も両上下肢を使用して行えた。手洗いは両手を交互的に動かして洗えた(表2)。症例は麻痺側上肢について「今は意識しなくても、生活で使うことができています」との発言で、生活で麻痺側上肢の運動無視症状はみられなくなった。

症例は発症後60病日に復職できた。復職開始時は職場側と症例が話し合い、在宅勤務と職場に出勤して内勤(PC操作)との併用を行った。発症後120病日からフルタイムの勤務時間で営業職に戻り、問題なく復職できた。

考察

今回、症例は発症直後から運動無視の症状が出現し、両手動作時の左手の遅延を認めた。加えて、麻痺側上肢の遅延に気づきながらも「利き手ではないから生活で使わない」との発言から自己の病態と捉えず、退院後の生活で麻痺側上肢の不使用につながることが推察された。

運動無視の発生には左右の半球間の抑制バランスの障害であることが示唆されている¹⁰⁾。症例は介入時より麻痺側上肢のみの認識は良好だが、両手の認識では誤認した。このことから、両手動作時に麻痺側上肢の遅延が左右の半球間の抑制バランスの障害であることが考えられる。介入方法は両上肢および両手を認識し、その認識を基にした運動を実施した。脳卒中片麻痺症例が自己の身体情報を適切に認識することで、運動の予測と結果の誤差を修正できると報告されている¹¹⁾。このことから、症例の両手動作が改善した要因について、両手の感覚情報を認識し、症例が予測している運動感覚と実際の運動の誤差を修正した。その修正行為が両手動作の麻痺側上肢の遅延が軽減し、症例の両手動作が制御できたと考えられる。また、課題の中で差異が大きいものや小さいものといった4つの素材を使用した。脳障害後の運動機能回復は「運動学習(経験によってもたらされた行動上の適応変化)」である。学習は最近接領域(問題解決において、援助なしで子どもが一人で達成できることと、大人の援助があ

れば達成できることの差の領域)でのみ生じることが報告されている¹²⁾。このことから、介入はじめに素材の差異が大きいものをThが選定し、経過とともに素材の差異を小さいものへと段階付けた。つまり、課題の難易度調整を症例が麻痺側上肢に注意を向けて認識しやすい差異の大きい素材からはじめたことにより、運動学習の促進につながったことが考えられる。

症例は介入前後の麻痺側上肢に対して生活で使用するといった志向性が変化した。これは、Crossonら¹³⁾が提唱した気づきの階層性が関与していると考えた。階層性は①知的な気づき:特定の機能が障害されたことを理解する能力、②体験的な気づき:実際の問題が生じた際にその問題点を認識する能力、③予測的な気づき:いくつかの欠損の結果として生じる可能性のある問題を事前に予測する能力の3つが存在すると報告されている¹⁴⁾。症例は障害を認識していたが、問題として捉えておらず、退院後の予測も困難だった。それに対して、症例が課題をエラーした時に、介入した課題と退院後のADLと職場での予測される課題についてFBしたことが、症例の思考の変化に寄与されたと考えられる。つまり、症例のFBに予測的な気づきを促したことで、症例が麻痺側上肢を使用する必要があることに気づけたことが考えられる。運動無視は急性期の脳血管障害例でみられ、1ヶ月以内に消失することが多いと報告されている¹⁵⁾。しかし、長期的に運動無視の症状が残存する場合があります。その要因の一つに積極的なリハビリテーションを実施できなかったことが挙げられている。麻痺側上下肢の低使用・不使用に対して指摘されることも、注意を促すような激励(口頭指示)を受けることもなかったために長期的に残存した要因であると報告されている⁴⁾。これらのことから、症例は発症から1ヶ月以内であり、運動無視は自然回復の影響も考えられる。しかし、それのみではなく症例は自己の身体能力を過大評価し、ADLに対して麻痺側上肢を積極的に使用しなかった。経過とともに症例が自己の病態と向き合ったことで麻痺側上肢に対する思考が変化し、積極的にADLで麻痺側上肢を使用した。つまり、症例が自己の病態を捉えて、ADLで麻痺側上肢を積極的に使用する志向性の変化が運動無視の改善に至ったことが考えられる。これらのことから、運動無視に対するリハビリテーションは両手動作時に麻痺側上下肢を認識し、その認識した体性感覚情報を基にして運動を行う。加えて、症例自身が麻痺側上下肢をADL

で積極的に使おうとする志向性の変化が重要であることが考えられる。

文献

- 1) Castaigne P, Laplane D, Degos JD : Trois cas de negligence motrice par lesion retro-rolandique-. Rev Neurol (Paris) 122(4) : 233-242, 1970.
- 2) Castaigne P, Laplane D, Degos JD : Trois cas de negligence motrice par lesion frontale prerolandique-. Rev Neurol (Paris) 126(1) : 5-15, 1972.
- 3) Laplane D, Degos JD : Motor neglect. Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry 46(2) : 152-158, 1983.
- 4) 今村武正, 高杉 潤 : 3年以上運動無視が残存する脳梗塞例. 脳科学とリハビリテーション 15 : 23-28, 2015.
- 5) Stephan PS, Nicole W : Two hands, one brain : cognitive neuroscience of bimanual skill. TRENDS in Cognitive Sciences 8(1) : 18-25, 2004.
- 6) Fiorelli M, Blin J, Bakchine S, Laplane D, Baron J : PET studies of cortical diaschisis in patients with motor hemi - neglect. Journal of the Neurological Sciences 104(2) : 135-142, 1991.
- 7) Punt TD, Riddoch MJ : Motor neglect : implications for movement and rehabilitation following stroke. Disabil Rehabil 28 : 857-864, 2006.
- 8) 森屋崇史, 花田恵介, 永谷典子, 竹林 崇 : 脳卒中後に生じた自己認識障害に起因した麻痺手の使用行動の低下に対する Transfer package を用いた実践 - 症例報告 -. 作業療法 40(6) : 827-834, 2021.
- 9) Hartman-Maeir A, Soroker N, Ring H, Katz N : Awareness of deficits in stroke rehabilitation. Journal of Rehabilitation Medicine 34(4) : 158-164, 2002.
- 10) Coulthard E, Rudd A, Husain M : Motor neglect associated with loss of action inhibition. Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry 79(12) : 1401-1404, 2008.
- 11) 佐々木克尚, 沖田 学, 吉岡美佐子 : 慢性期片麻痺患者に対する認知運動課題により移乗・歩行能力の改善がみられた 1 症例. 総合リハビリテーション 43(9) : 873-877, 2015.
- 12) 宮本省三 : 脳障害における身体と環境. 理学療法ジャーナル 37(10) : 853-861, 2003.
- 13) Crosson B, Barco PP, Velozo CA, Bolesta MM, Cooper PV, et al : Awareness and compensation in postacute head injury rehabilitation. Journal of Head Trauma Rehabilitation 4 : 46-54, 1989.
- 14) 佐野伸之, 京極 真, 三宅優紀 : 高次脳機能障害患者に対するアウェアネスと動機づけへのアプローチの有効性. 作業療法 34(5) : 580-587, 2015.
- 15) 石合純夫 : 高次脳機能障害学 第2版. 医歯薬出版株式会社, 2012, pp.100-102.

高知県作業療法士会学術誌 (2023. 5. 10)

掲載論文 種別

1. 投稿論文

高知県作業療法士会会員が相互に研鑽し、発展に寄与する論文として、「総説」「原著論文」「実践報告」「短報」(以下、論文)の投稿を随時受け付けます。ただし他誌に発表された論文、または投稿中の論文はお断りします。

2. 高知県作業療法学会 演題原稿 (以下、演題原稿という)

高知県作業療法学会 (以下、県学会) で発表された演題 (口述発表、ポスター発表を含む) 又は、現職者共通研修の報告者での発表は、本学術誌の発行年から5年以内 (例: 2020年度の発行であれば、2015年以降に発表された演題) に限り論文として掲載する事が可能です。演題発表者は本学術誌掲載用の原稿を抄録用原稿とは別に、責任著者が希望する論文種目の投稿規定にしたがって、一般社団法人高知県作業療法士会学術部に提出していただきます。

投稿規定

1. 倫理的事項について

著者は、著作権や研究対象者の人権尊重に努めて下さい (文部科学省・厚生労働省の「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」を参照)。また、論文に関連する企業や営利団体等との利益相反 (COI) のある場合は明記して下さい (厚生労働省の「研究に関する指針について」を参照)。また、助成金 (資金援助) を受けた場合は、それが特定できる番号を登録してください。

2. 著者について

筆頭著者は本会の会員に限ります。共著者は本会会員でなくても構いませんが、作業療法士の場合は本会会員であること、当該年度 (投稿時) の会費を納めていることを条件とします。作業療法士以外の場合は職種の記載をして下さい。なお著者の数は6名までとし、それを超える場合は下記一般社団法人高知県作業療法士会学術部まで御相談ください。

3. 責任著者について

投稿する論文について一番熟知しており、掲載後に論文の責任者として問い合わせを受ける著者とします。

4. 論文の種目と長さについて

- 1) 総説: 国内外の作業療法および関連する医療・保健・福祉の動向、政策、潮流など時宜に適った話題に関する総括的解説および提言。作業療法および作業療法関連科学の特定のテーマについて、過去の研究を概観し、将来的展望を視野においた組織的な論評および総括。論文は論文テンプレートに準じて記載し、長さは6~8枚とします。図・表は10点以内とし、図・表がある時は大きさにより、本文と文献の文字数を減らしてください。図・表の基準は執筆要領9を参照してください。
- 2) 原著論文: 実験、調査、臨床経験、理論研究などから得られた独創的で斬新な知見を含む結果の考察及び記述。論文の長さ、図・表は1)に準じます (図・表がある時は大きさにより、本文と文献の文字数を減らしてください)。
- 3) 実践報告: 特色ある作業療法実践 (事例報告を含む) に焦点を当てた報告。治療手段としての活動、道具情報、アイデアの紹介。論文は論文テンプレートに準じて記載し、長さは4~6枚とします。図・

表は6点以内とし、図・表がある時は大きさにより、本文と文献の文字数を減らしてください。

- 4) 短 報：独創性のある所見、見解の速やかな発表を期待するパイロット的研究報告。後に詳しい「原著論文」として書くことが期待されます。論文の長さ、図・表は3)に準じます（図・表がある時は大きさにより、本文と文献の文字数を減らしてください）。

5. 執筆要領について

「執筆要領」に従って下さい。

6. 採否について

原稿の採否は、一般社団法人高知県作業療法士会学術部において査読を行なった上で決定します。場合により、加筆・修正をお願いすることがあります。また、編集委員会の責任において、多少の字句の訂正をすることがあります。

7. 再投稿について

修正後再査読の論文は4ヵ月以内に再投稿して下さい。それを過ぎた場合は新規投稿として扱われます。

※次号に掲載したい場合の期日は、一般社団法人高知県作業療法士会学術部に御相談ください。

8. 校正について

著者校正は原則として1回とします。校正は赤字で行い、指定の期限内に返送して下さい。

9. 掲載について

受理論文の掲載は、完成稿入稿の日付順とします。

10. 投稿の手続きについて

- 1) 執 筆 形 式：投稿を希望される方は論文種目にあつたテンプレートファイルを高知県作業療法士会のホームページからダウンロードしていただき、後出の「執筆要領」に沿って記載して下さい。
- 2) 投 稿 の 方 法：論文は、1)のテンプレートファイルに基づき、雑誌投稿状態を想定して作成して下さい。作成したテンプレートファイル（MS-Word）は、メール添付で以下のアドレス宛に送付して下さい。
- 3) 投稿時の提出書類：右に添付しているQRコードを読み取り、Googleフォームにて投稿原稿チェックリストの各項目をご確認の上、回答してください。



※QRコードは(株)デンソーウェーブの商標登録です

【問い合わせ】

一般社団法人高知県作業療法士会 学術部 E-mail: kochigakujutsushi@gmail.com

※掲載された論文の著作権（著作人格権、著作財産権）は一般社団法人高知県作業療法士会に帰属します。著者は一般社団法人高知県作業療法士会へ、同協会が公益事業に役立てるために行う掲載論文の複写・複製・翻訳・翻案・要約および第三者への転載許諾の権利を譲渡するものとします。

執筆要項

1. 論文の構成は、標題、著者情報、抄録（要旨、日本語）、キーワード（日本語）、本文と文献、図・表とします。キーワードは学術誌作業療法「作業療法キーワード集」から3~5選んでください。キーワード集にない単語を用いる場合は（ ）をつけてください。
2. 投稿時には、論文種別（原著論文、実践報告など）、標題（日本語）、著者名（6名まで、日本語）、会員番号（非会員は職種）、職種英文略称、著者全員のメールアドレス、所属機関名（日本語）、分野、キーワード（日本語）、利益相反（COI）、助成金（資金援助）、著者ごとの役割（責任著者も明記）、謝辞などの情報をMS-Wordに入力提出する必要があります。なお、倫理上の配慮については下記の6を参照してください。
3. 抄録（要旨）は、すべての論文に必要で日本語での記入です。要旨は300字以内とします。抄録（要旨）は、原則として、目的、方法、結果、結論が明らかになるように記述してください（特に「原著論文」の場合）。
4. 論文はテンプレートファイルに沿って作成し、文字サイズは9ポイント、書体は標題・副題・要旨・氏名・キーワードはMSP明朝、本文はMS明朝・アルファベットと数字はCenturyとしてください（※テンプレートファイルの通りです）。本文は、原則として、目的、方法、結果、考察、結論が明らかになるように書いてください（特に「原著論文」の場合）。文献リストの書き方は下記の8を参照してください。
5. 文章表現は以下の点に留意してください。
 - 1) 現代かなづかい・算用数字とし、国際単位系（SI単位）記号を用いてください（例:m,cm,mm,ml,kg,cm²など）。
 - 2) 外国人の人名は、原語で表記してください。
 - 3) 学術用語はできるだけ訳語を用い、必要なら（ ）内に原語を入れてください。日本語化していればカタカナとします。
 - 4) 句読点は全角で「,」「.」とします。
6. 倫理上の配慮について

論文として掲載される研究は、調査・研究の倫理的原則に従っている必要があります。著者は研究対象者の権利を尊重した表現を行う義務があります。一般社団法人高知県作業療法士会学術部は、必要に応じて、これらの事項に関する証明を著者をお願いすることがあります。なお人を対象とする医学系研究の場合、原則、所属機関等の研究倫理審査を経ている必要がありますので、倫理審査を経ている場合は承認番号（ない時は、承認年月日）を登録してください。インフォームドコンセントについては本文中に記載してください。
7. 引用・転載について

論文作成にあたっては、著作権についての配慮を行ってください。論文中に他の著作物からの引用を行う時には、出典を文献リストに記載し、その文献番号を該当箇所にも明記してください。また、引用の範囲を超えた「転載」には、著作権者やその著作物の出版社の許諾が必要です。論文が掲載されるために必要となる「転載」についての手続きは、著者が責任を持つこととします。
8. 文献リストは引用文献のみとし、引用順に配列してください。著者名は、5名までを記載して、6名以上は“他”（またはet al）とし、表記の形式は下の記載例にならってください（雑誌名は正式な文献略称で表記、下線は翻訳本、は海外で発行の場合）。

【雑誌の場合】 著者名：論文タイトル. 雑誌名 巻数（号数）：開始－終了ページ，発行年.

【書籍の場合】 執筆者名（訳者名）：章タイトル. 全体の編者名，書名（巻数）版数，出版社，発行年，開始－終了ページ.

【インターネットから引用の場合】 ページタイトル，URL（参照年 月 日）.

- 1) 能登真一，村井千賀，竹内さをり，岩瀬義昭，中村春基：地域在住の要介護高齢者に対する「生活行為向上マネジメント」を用いた作業療法の効果－多施設共同ランダム化比較試験－. 作業療法 33(3)：259-269, 2014.
 - 2) 澤田雄二：作業療法ガイドライン. 日本作業療法士協会・監修，作業療法概論（作業療法学全書1）第3版，協同医書出版社，2010，pp.52-59.
 - 3) Witt A, Cermak S, Coster W：Body part identification in 1-to 2-year-old children. Am J Occup Ther 44(2)：147-153, 1990. 147.
 - 4) Reid J：Computer and occupational therapy. In Creek J(ed), paitional therapy and mental health, Churchill Livingstone, NewYork, 1990, pp.267-288.
 - 5) Pendketon HM,Schultz-Krohn W（清水 一・訳）：作業療法実践の枠組みと身体障害者への作業療法実践. endleton M, Schultz-Krohn W・編著（山口 昇,宮前珠子・監訳），身体障害の作業療法 第6版，協同医書出版社，2014，pp.3-21.
 - 6) Chung JCC：Using problem-based learning (PBL) with Hong Kong occupational therapy students：Opportunities and chakkenges. Asian J ccup ther 2(1)：10-22, 2003. https://www.jst.go.jp/article/asiajot/2/1/2_1_10/_article（accessed 2003年2月21日）.
 - 7) 日本作業療法士協会：学術誌「作業療法」論文投稿に関する倫理指針.
https://www.jaot.or.jp/academic_journal/gakujutsushi_rinri/（参照 2020年6月15日）.
9. 図・表の文字サイズは8ポイント，書体はMSPゴシックとします. 学術誌『作業療法』の1ページを図・表の最大サイズとし，図は最大で縦250ミリ×横165ミリ（本文と分文献の1,800字分）. 表は最大で1行60字×50行（本文と文献の3,000字分）. 次の点にも留意してください.
- 1) 図は白黒で印刷されるので，白黒でも区別をつく鮮明なものを準備し，トリミングを工夫してください.
 - 2) 写真（図として扱う）は，カラー掲載しない場合には白黒とし，トリミングを工夫してください.
 - 3) 図・表はすべて図・表の番号とタイトルをつけ，図は説明文も入れてください.
 - 4) 本文中に図・表を挿入してください.
 - 5) 引用・転載の図・表は，それぞれの出典を明記してください.
 - 6) 必要がない限り，表に縦線は使用しないでください.

【仕上がった図と図番号・図の説明についての文字数換算】

片段サイズ（『作業療法』誌面の左半分か右半分（24字）に入る大きさ）

縦 60mm×横 80mm 以内の場合	240 字分
縦 125mm×横 80mm 以内の場合	500 字分
縦 250mm×横 80mm 以内の場合	1,000 字分

段抜きサイズ（片段より大きい）

縦 80mm×横 80mm 以上 165mm 以内の場合	700 字分
縦 100mm×横 80mm 以上 165mm 以内の場合	900 字分
縦 125mm×横 80mm 以上 165mm 以内の場合	1,000 字分

【仕上がった表と表番号・表の説明についての文字数換算】

片段サイズ（『作業療法』誌面の左半分か右半分（24字）に入る大きさ）

横 80mm 未満の場合 縦 5 ミリ（1 行）ごとに 24 字×行数分の文字数

段抜きサイズ（片段より大きい）

横 80mm 以上 165mm 以内の場合 縦 5 ミリ（1 行）ごとに 48 字×行数分の文字数

全ページサイズ（縦に配置）

横 165mm×縦 250mm 以内の場合 2,000 文字

全ページサイズ（横に配置）

横 250mm×縦 165mm 以内の場合 2,000 文字

※投稿規定・執筆要領は一般社団法人日本作業療法士協会の学術誌「作業療法」の規定を参考・引用し作成しています。なお参考・引用にあたっては一般社団法人日本作業療法士協会に許可を得ています。

発刊責任者：浅川 英則
編集委員長：稲富 惇一
副編集委員長：萩原 賢二 田村 幸司
編集委員：石川 伶人 石元 智 岡田 祐一 北村 優成 下村 理夏
高橋 樹乃 豊田 拓磨 中西 健太 久岡 由依 細川 和希
査読委員：有光 一樹 稲富 惇一 大石 大 片岡 聡子 桂 雅俊
金久 雅史 笹村 聡 篠田かおり 辻 美和 西野 愛
萩原 賢二 畑田 早苗 箭野 豊

(五十音順)

編集後記

今回、本誌に掲載された投稿論文は、創刊号の5論文から8論文へと増えました。編集委員会の目標の一つが、皆様が日々実践されている『作業療法の成果』を学術的に記していく一助になることでした。その点では、本誌第2巻にして一歩前進できていると実感します。自身の関わりで対象者の生活が良くなることは、作業療法士としてこの上ない喜びです。同時に、その成果を論文として掲載されることは、達成感とともに自身の足跡としていつまでも残すことができます。新型コロナウイルスが5類感染症に移行され、学会等も以前のような対面形式での開催が徐々に戻ってくると思われまます。学会で気になった発表を論文として見つけたとき、自分が著者ではないのに、なぜか嬉しくなった経験はないでしょうか。「私もやってみよう」という種火がついた瞬間です。若い作業療法士の皆さん、臆することなく挑戦してください。是非、皆さんが学会で発表された『作業療法の成果』を、論文として残していただけることを期待します。

最後になりますが、学術誌発刊に向け尽力いただいた編集委員・査読委員の方々、ご多忙にも関わらずご執筆いただきました先生方に厚く御礼申し上げます。

(一般社団法人 高知県作業療法士会 部長 萩原賢二)

高知県作業療法 第2号 令和5年8月18日 発行

発行 一般社団法人 高知県作業療法士会
〒780-0822
高知県高知市はりまや町1丁目5-29
マンハッタンビル6階
FAX (088) 821-7686
編集 高知県作業療法士会学術部
印刷・製本 有限会社 西村謄写堂
〒780-0901 高知県高知市上町1丁目6-4
TEL (088) 822-0492



The Kochi Journal of Occupational Therapy



一般社団法人

高知県作業療法士会